

季刊 社会保障研究

Vol. 21

Autumn 1985

No. 2

研究の窓

コンドルセに学ぶもの 藤澤 益夫 112

論 文

雇用保険制度の改定と今後の課題 小林 謙一 114

健康保険法改正に伴う今後の課題 土 屋 滋 126

医療システムの再編成と政策課題 大村潤四郎 138

年金制度再編成の評価と政策課題 坂口 正之 148

年金改正法の意義と今後の課題 山崎 泰彦 162

西ドイツにおける老人介護政策 古 瀬 徹 170

——老人介護費用の調達問題の背景——

在宅痴呆老人の家族的援助とショート・ステイ・サービス 奥山正司・西下彰俊 180

動 向

主要諸国の社会保障給付額と国民経済との相関分析 馬場啓之助 203

社会保障法判例 堀 勝 洋 207

資 料

昭和58年度 社会保障給付費 社会保障研究所 212

研究の窓

コンドルセに学ぶもの

藤澤 益夫

フランス革命のさなか、ジャコバン党と対立して獄死したジロンド派の理論家コンドルセ (Condorcet, 1743~94) は、一説では、逃亡中、卵の沢山要るオムレツを注文したため怪しまれ、捕えられたそうである。この世故にうとい百科全書学者は、失脚後半年余の絶望的な潜伏生活のなかでも、理性の伸張にもとづく社会の進化をかたく信じて疑わず、身上の暗黒とは逆のオプティミズムに溢れた雄編『人間精神進歩の歴史』を書き遺して、人間性の完成がもたらすエリゼ、理性の楽土到来を想定した。

ここで見落せないことは、2世紀も前にコンドルセが、死に追われながら洞察した公正な理想社会達成の基本条件として、はやくも社会保険・福祉政策の整備をはっきり組込んで、富と所得の偏りや生活機会の隔りを除去しようと企てたことである。すなわち、コンドルセの認識では、「社会の最大多数でもっとも活動的な階級をたえず脅かしている困窮や不平等や隷属などの必然的原因」は、大衆が生活の根拠を、自己の労働という「寿命や健康に依存して……いわば一代限りの、むしろ偶然に依存している財産」しかもたないところにある。それゆえ、打開の途は「偶然をもって偶然を制する」に如かず、「計算を人間の寿命の確率や金銭の投資に応用」し、ライフ・サイクルに対応した所得再分配を図るリスク・プーリングを社会的に用意すべきであって、「これが実現されれば腐敗と貧困のつねに発生する源である大多数の家族の周期的没落を救いうる」から、「本来社会の力という名のもとに作られ、社会の最大福祉のひとつともなりうる」制度と位置づけられている。これは、とりもなおさず社会保険を核に据えた福祉社会の首唱にはかならないであろう。

もちろん、素朴な元子論的社会観に立ち、政治的平等から経済的平等へと向う階梯を単純に直線で捉えるコンドルセにあっては、社会保障に托す期待も、倫理の尺度を外部より当てた体制変革の作用であり、その意味では空想と観念の世界に属している。これをそのまま、高度産業化状況のもとで強く経済の論理にした

がい、体制維持のための経済組織にすっかり内部化されている社会保障の現代的展開と、同日に論ずることはできない。けだし今日の社会保障の政策原理は、経済基調の寡占構造への移行が惹き起した「市場の失敗」を公共の手で補整するところに発し、ミクロには家計維持の社会的基底を設けることを通じて、マクロには生産と消費の乖離を結び順調な経済総循環を保つことにある。そのかぎりでは、家計行動が政策に律せられ、公共の管理に入ることになる。

ところが、こうした国民生活に対する政府介入は、その必要性こそ一般に承認されている。肝心の保障の範囲と内容の当否については、ほとんど惰性と勢力の支配にゆだねられ、いまだに実践の理論構成は不完全で、明示的な行動規準を欠いている。それかあらぬか、しばしば福祉の議論は賛否両側とも、ムードやセンチメントに左右されがちであり、このなかで、ときどきの事情に推されて社会保障が拡大され実質を高めるとき、受益と負担をめぐる利害は、所得・年齢・職業それぞれの社会集団ごとに喰い違っていて、社会保障は社会の連帯を強めるどころか、かえって福祉政策への失望と不信を増幅しかねない。

いま社会保障を考える際に大事なことは、目前の収支に囚われた政治算術を操ることではなく、社会批判に懸けたコンドルセのパトスを継いで、政策に公平性確保の精気を蘇らせることである。市民社会揺籃期のコンドルセは、賃銀システムに内在する不確実性を衝いて、社会保険による補完を発案した。同様にして、現代の社会保障は、市場メカニズムによる効率偏重の歪みに対抗し、社会秩序の総体的バランスを回復するため、自助と互助の領域を見定めて新しい社会統合の契機となることを予定していた筈である。もしここで、その公平化機能が形式に流れるなら、制度の展開は、行政の操作対象としての国民の受給層化につながり、管理社会の深化に墮す虞さえ生まれるであろう。(文中、コンドルセの引用は、前川貞次郎訳による)

(ふじさわ・ますお 慶応義塾大学教授)

雇用保険制度の改定と今後の課題

小林 謙 一

I 雇用保険法改定のポイント

雇用保険法の大規模改定とその背景

1984年7月、制定されてからほぼ10年ぶりに雇用保険法はかなり大規模な改定が実施された。この改定の動機のひとつにつきのような雇用保険財政上の理由があったことは否定できない。というのは、とくに第二次石油ショック後の失業給付受給者の著増によって、失業給付費の伸びが収入の伸びを上回ってしまい、ついに82年度には200億円を超える赤字を記録し、保険料収入に対する積立金の比率が60%台に低下してしまったのである。

だが、失業給付受給者の増加や失業給付日額の上昇によって収支が逆転した経験は、第一次石油ショック後の中期停滞の局面でもみられたのであり、1978年には300億円以上の赤字を計上したが、そのときは景況の回復と失業給付のための保険料率を千分の10から千分の11に上げることによってかわしている。だが、第二次石油ショック後の事態は前回と相当異なっていた、とみななければならない。なぜなら、完全失業率は78～79年に2.20～2.03%に低下したのに対し、今回は83年から徐々に景況は回復に向かったのに完全失業率は81～82年に2.22～2.46%に上昇しており、しかもそれが低下に転ずる見通しは立てえなかったからである。事実、83年には2.65%に上昇し、さらに84年には2.72%に上昇しつづけている。このような完全失業率の傾向的上昇は、第一次石油ショック後の調整インフレとは異なり、第二次石油ショック後はコスト調整のための“減量化”が強化された¹⁾せ

いでもあるが、それだけでは説明しきれないような失業構造の独自の変化にもとづいている。

この点はまたのちに問題にするが、もうひとつ今回はおもに保険料率の上昇によって調整できない事情があった。というのは、前述のコスト調整の反映でもあるが、第二次石油ショック後は春闘賃上げ率も屈折し、賃金総額の上昇率はそれまでの5%以上から5%を下回るように鈍化しており、税・保険料金の負担感が高まってきていたので、79年のような雇用保険料率の引き上げを労使双方とも受け入れそうもなかったからである。さらに行財政改革のもとでは、一般会計による国庫負担の増加も期待できない状況にあった。保険財政の収入増によってほとんど赤字を処理できないとすれば、おもに失業給付の支出を削減するしかなかったのである。その面からも、前述のような若干の景気回復では逆に上昇するような完全失業率の傾向的上昇そのものにメスを加えねばならなかったわけである。

失業率は失業の発生率と滞留期間に分けることができる。国際的にみると日本の失業率は、失業の発生率が比較的低い半面、失業期間が比較的長い、という特色がみられるが、近年は失業の発生頻度も高まり失業期間も伸びる、という変化がみられる²⁾。さらに立ち入ってみると、①失業の発生率はとくに青年や女性において高まっており、②失業期間はとくに男性を中心として伸びてきており、③両者を比較すると、失業期間の延長の方が失業率の上昇により大きく寄与している。とくに男性高齢者の失業期間のいちじるしい伸びが大きな作用を果たしている、とみてよい。

これらのうち、①青年は以前から職業移動が激しく、職業や就職先の選択上の試行錯誤としてある程度は避けられない面もある。だが、以前はこうした選択的移動も労働力需給関係が悪化すると減少し、その面では失業の発生率が低下する傾向にあったが、近年は労働力需給関係に関係なく、職業移動が増加する傾向がみられるように変化してきている。②女性のなかでもとくに中年主婦を中心にした雇用市場への進出がいちじるしく、内職などは減少してきているが、こうした変化は近年のサービス産業の拡大とそれに対応したパートタイマーの増大に密接に関連している。そして、①とともに失業の発生率を高めているのである。③これらに対し高齢者のばあいは、定年延長などの雇用延長を進めているが、求人が少ないので、一度失業すると長期化する傾向が強い。とくにのちにも問題になるとおり、雇用保険上優遇されているので、余計、長期化する傾向が強いのである。しかも、高齢者人口そのものが著増しているので、失業給付の支出をより大規模にしているわけである³⁾。

したがって、失業給付の支出を削減するとなると、つぎのような問題を解決しなければならない。①青年や女性などの自己都合にもとづく離職をいかに少なくし、就職先に定着させるか。かりに離職してもいかに早く再就職させるか。②高齢者などの失業期間をいかに短縮し、できればいかに再就職を早めるか。③そのばあい、失業給付の水準が再就職賃金に比して高すぎることが再就職をより遅らせているのではないか。④高齢者の失業のなかには、実は職業からの引退を予定した、いわば見せかけの失業も含まれているのではない⁴⁾。実はこうした問題には多様な接近を必要とする。例えば一部の失業者に対する給付水準が再就職賃金より高いとしても、それは実は再就職賃金の方が不当に低すぎることが問題なのかもしれないからである。だが、ここではさしあたり雇用保険制度の変革による接近が問題なのである。

雇用保険部会報告の要点

労働省は、1983年8月、中央職業安定審議会雇

用保険部会に制度上の問題点とその解決策について検討を委託した。83年末、同部会が提出した報告は、つぎのような現行制度の「問題点」とそれへの「対処の方向」をあきらかにした⁵⁾。まず、近年の「雇用失業情勢の構造的変化」が「雇用保険制度の運営」にあたえている「多大な影響」として、①「高年齢受給者の増加」、②「受給回数の増加」——とくに「失業頻度の高いサービス業を中心とした第三次産業の進展」による、③「受給者の全体的増加」——前記のほかに「雇用期間の比較的短い女子の職場進出がつづいていること、若年層を中心にして転職意識に変化がみられ、容易に転職を重ねる傾向が強いこと」による、④「受給者の就職率の低下」——そのため「受給資格のない求職者との就職率の開きは年々拡大」していることが指摘された。

それらにもとづく「現行雇用保険制度の問題点」として、つぎの4点が挙げられている。①「所定給付日数」はのちにもみるようにこれまで「年齢等の就職困難性に応じて決定され」被保険期間は考慮されていないので、「高年齢者については比較的短期の雇用でも長期の給付が保障される一方、一般的に離職後の再就職が困難とみられる長期勤続者であっても、45歳未満の者は180日以下の比較的短い給付日数しか保障されていない」。さらに60歳以上の高齢者は保険料が免除されているので「とくに給付日数の長い受給者について、給付と負担の極端な不均衡をもたらしている」。さらに「自己都合退職者に対する給付制限期間が1ヵ月と短いことから、安易な離職をさそう結果ともなっている」。②「引退過程にある者の取り扱いについて」、高齢者の離職後のニーズは「必ずしもフルタイム雇用だけではなく、短時間の就労や趣味、経験等を生かした自由な就業など、多様化しており、また再就職することなく労働生活から引退する者もある」という実態に対し、「現行の給付体系はフルタイム雇用を前提としており」、十分に対応していない。③「失業給付の額」は「通勤手当等の諸手当を含む」ほか「賞与等も含めて算定され」、しかも所得税なども課されないもので、前職の「手取り賃金とあまり変わらない額と

なる」のに対し、「再就職賃金はかなり低い水準にある」ため、「受給者の再就職意欲を大きく阻害している」。^④「受給者の再就職の促進について」、「援助制度がない」ため「いたずらに受給者の滞留傾向を助長している」。

こうした「問題点に対する対処の方向」として、とくに重要なのは「単に雇用保険制度の見直しにとどまらず、必要な雇用対策を整備充実していかなければならない」ことを強調していることである。このように「雇用対策」そのものの「整備」、「充実」によって「対処」することを確認したうえで、「運用」上「とくに見直すべき点」として、「職業指導、職業紹介」、「不正受給の防止、摘発」などの強化について強調している。そのうえで「現行雇用保険制度」の「見直すべき点」として、つぎの諸点を指摘している。

①前述の「再就職」を促進し、「安易な離職」を抑制する「措置」として、1) 早期就職手当の創設、2) 失業給付の「基本手当」の算定基礎となる「賃金の範囲」の「見直し」、「ただし賃金日額の低い者について配慮する」、3) 「所定給付日数」の決定には「被保険者期間の長短をも考慮」に入れる、「ただし、個別延長給付の要件等について改善を図る」、4) 「正当な理由のない自己都合退職者に対する現行の給付制限期間（1ヵ月）の見直し」。

②「引退過程にある高年齢労働者」の多様なニーズに対応するために、1) 「保険料免除」の「見直し」、2) 「65歳以上」に関する「被保険者資格」、「給付」の「見直し」、3) 「真に求職活動をしたときから受給」できるようにするための「定年退職者等の受給期間の見直し」。

③その他、「高年齢者の職業生活からのなだらかな引退を可能とするための施策を充実することや全体の「受給者の就職促進と企業の労働力確保に資するため」の「雇用情報事業を充実することなどを強調したのである。

このように雇用保険部会報告は、「雇用保険制度の健全な運営に努める」ために、①前述のような「雇用対策」や「雇用情報事業」の強化を前提として、②早期の再就職を推進するための手当や

安易な自己都合退職を制限すると同時に、③結局は失業給付の高額部分を切り下げることによって、支出を削減するとともに再就職賃金との格差を縮小する、④所定給付日数の決定に被保険者期間原則を復活し、短期勤続者の安易な離職を制限する、⑤とくに高齢者に対しては保険料免除を見直すと同時に、定年退職者の求職活動の現実を考慮したり、65歳以上の高齢者には一般とは異なる特別の制度を用意したり、短時間雇用などを含む「なだらかな引退」への対応も工夫している。

この雇用保険部会報告とそれにもとづいて労働省が作成した「雇用保険制度の問題点への対応についての具体的な考え方」が中央職安審議会において審議されたあと、いよいよ「雇用保険法一部改正法案要綱」が作成され、重ねて関係審議会の審議を経て、84年2月、同法案が国会に提出されたのである。この間に法案として具体化されると同時にかなりの修正が施されたが、国会でもおもに衆議院において社会党などによって若干修正された⁶⁾。それらを含めてつぎに改定の内容を具体的に検討しておこう。

II 雇用保険制度改定の検討

求職者給付基本手当と給付率の改定

法案要綱の順序によると、まず「一般被保険者の求職者給付の改善等」の「基本手当日額の引き上げ」から始まる。のちにみるように、前職賃金から賞与などが除かれるので算定基礎が小さくなっただけ基本手当も減額されることになるが、それをある程度緩和するために、①失業給付の水準を上昇させると同時に、②前職賃金に対する給付率が60～80%になる範囲を賃金労働者の半数以上をカバーするように拡大したのである。基本手当日額が36等級に分かれるのは同じだが、最低の1等級を2,140円→2,670円に約25%アップし、最高の36等級を6,670円→7,330円に約10%アップさせた。それとともに12等級以下でなければ給付率が6割を上回らなかったのを、より広く21等級以下に拡大したのである。これらの改定が失業者にとってどういう意味をもつかは一様ではないだろう

が、社会保険としての所得再分配効果が拡大し、低賃金労働者への配慮も相当増大することは疑いえない。それらと同時に、③算定基礎になる前職の賃金日額もつぎのように引き上げられた。ここでも“下厚上薄”方式が採られており、1 等級2,670→3,210円、20%アップ、36等級1万1,110円→1万2,220円、10%アップのように引き上げられた。

さきの基本手当のアップはこのような賃金日額の上昇と給付率が6割を超える範囲の拡大にもとづくわけだが、賃金日額の「自動的変更」の方法は今後一考されるべきだろう。というのは、現行方式では「毎勤」調査による平均定期給与額が「20%以上」も変動しなければ「変更」されないようでは、現実の賃金変動に対する遅れがかなり大きなものになるからである。

算定基礎からの賞与などの除外

つぎの求職者給付の改定は前職の「賃金日額の算定方法の変更」である。これまでは離職前の1年間の被保険者期間中最後の6ヵ月間の賃金総額、つまり賞与などの臨時給与を含む総額を算定基礎として、前述の前職「賃金日額」を算出していたのを、今度は賞与などの臨時給与を算定基礎から除外することになった。その理由は、前述のように失業給付には税金なども掛けられないために前職の「手取り」とも大差ないだけでなく、再就職賃金にくらべてかなり高いために、再就職の意欲を阻害していた、とみられるためである。改定前の基本手当の手取り賃金に対する比率を他の社会保険と比較したある試算によると、表1のとおり健康保険の「傷病手当金」などは70%台に止まっているのに対し、雇用保険のばあいには90%以上にも達していた。もっともこの比較は、表注のとおり比較的低所得の世帯をモデルにしているので、より一層、基本手当の実際の給付率が高くなっている。また、他の社会保険などの比較も十分ではないかもしれないが、求職者基本手当の水準が社会保険としてやや高すぎたことは否定できないだろう。そうなれば、所得再分配が過大なため資源配分のミスが問題になりかねないのである。

さらに賞与が算定基礎に算入されていた点につ

表1 社会保険などによる給付額・率の比較

制 度	①基礎となる収入 (円)	②給付額 (円)	③給付率 (②/①) (%)	④手取り 収入に対 する割合 (%)
雇 用 保 険 (基本手当)	291,329	178,200	61.2	91.2
健 康 保 険 (傷病手当金)	240,000	144,000	60.0	73.7
労働者災害補償 保険 (休業補償給付)	235,676	141,405	60.0	72.4
生活保護 { 1 級 地	0	148,649	—	76.1
3 級 地	0	121,893	—	62.4

(注) 加藤孝『改正雇用保険の理論』138-139頁による。総理府「家計調査」82年の「標準世帯第Ⅱ分位」階層、つまり夫婦と子供2人の世帯で世帯主だけが就業している世帯をモデルとする。①の収入について健保と労災がより低額なのは、賞与を算入しないことなどによる。手取り収入は、①から税金などの非消費支出と通勤交通費を除く。なお生活保護には②のほかに住宅・教育扶助が加わる。

いても、すでにつぎのような指摘がなされていた。つまり、まえにも触れたように賞与は、大企業と中小企業の差や好不況業種の差があるうえに、賞与の支払いが算定期間に含まれるかどうかによっても、基本手当が異なっていた、というのである。なるほど、賞与はしだいに一般化し固定化する傾向にあるとはいえ、企業規模や好不況によって、あるいは年齢階層などでも定期給与に対する支給率に差があるだけでなく、支給企業の比率にも違いがある。こうした実態は「毎勤」特別集計や人事院、国税庁の調査でもあきらかである。したがって今回の改定は中小企業や不況業種などのとくに低所得者に対し比較的有效な効果をもつ、と評価してよい。しかも保険料の負担の方は、いままでどおり賞与などを含む賃金総額を算定基礎としているのだから、社会保険としての所得再分配効果はより大きくなる、とみてよい。

しかしながら、前述のように再就職賃金との差を縮めて再就職意欲を刺激しようという観点からみれば、きわめて消極的な措置である。なぜなら、再就職賃金がなにゆえ低いのかについてより積極的な取り組みも必要だからである。その点については、中央職安審議会に設けられる雇用対策小委員会でも検討されるだろうから、さしあたりその成果に期待することにしよう。

定年退職者などの支給期間の延長

前述のような基本手当は、受給資格を得てから1年間が受給期間ということになっているが、病気のほか、妊娠、出産、育児などで求職できないばあい、4年まで支給期間を延長し、受給開始を遅らせることができることになっている。この制度を定年退職者などにも適用しようというわけである。というのは、定年退職や定年後の勤務延長や再雇用を終えたばあい、高齢者のなかにはそこで一息入れて休養をとるなり、その後の生活設計を考え直すケースが多い。そこでいままでは形式上は求職行動をとっていることになってはいるが、実際は職安側の職業紹介にほとんど応ずることもなく半年なり1年近くも過ごしてしまい、受給期間の終了間近になってから、あるいは終了してしまってから、あわてて求職活動を開始したり引退してしまったりするケースも多かった⁷⁾。これでは求職期間中の所得を保障しようとする雇用保険の目的に十分に適合しているとはいえない。

そこで今度は、本来の1年間の受給期間のほかに、実際に求職の申し込みをするまでの一定期間（1年が限度）まで受給期間を延長できるように改定した。これによって雇用保険の趣旨が生かされると同時に、これまでのようにむやみに給付期間が長びくことも少なくなるだろう。ただし今度は、高齢者個々に本当にいつから求職行動を始めるかが問われることになるわけだから、高齢者自身がいかなる生活設計や行動プランをもつのか、できるだけ定年退職や雇用延長の終了以前から用意するようなプログラムが一般化しなければならないだろう。

所定給付日数の短縮と個別延長の充実

求職者給付の改定としてより大きいのが、つぎのような所定給付日数の変更である。これまでは表2のように年齢階層と心身障害などの就職困難度に応じて給付日数の上限が決められていた。このうち、年齢も就職困難度の代理変数と考え、いずれも就職困難度を原則としていた。たしかに年齢は就職困難度の変数とみてよいが、例えば就職困難である高齢者が就職の困難さや健康度や価値

表2 所定給付日数の改定

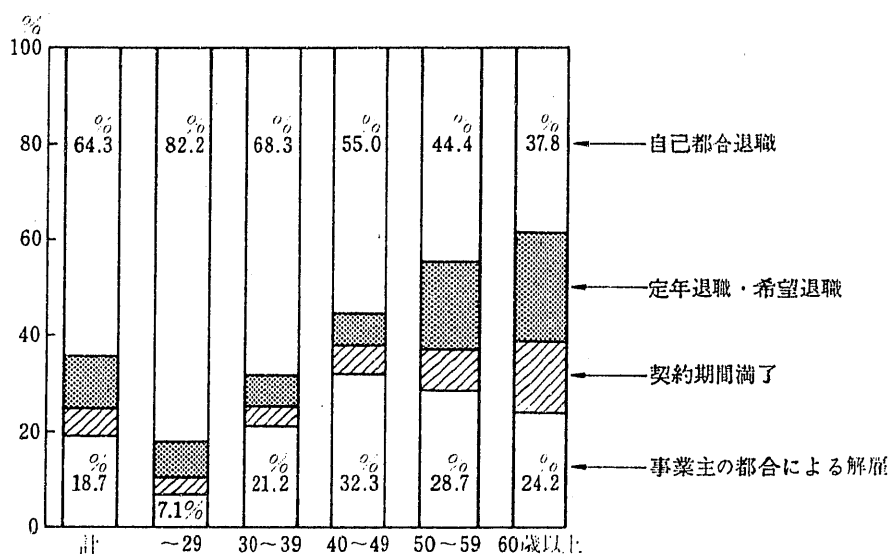
		(日)			
年齢など	被保険者期間	0.5～1年	1～5年	5～10年	10年以上
30歳未満		90→90	90→90	90→90	90→180
30～45		90→90	180→90	180→180	180→210
45～55		90→90	240→180	240→210	240→240
55～65		90→90	300→210	300→240	300→300
就職困難者	55歳未満	90→90	240→240		
	55～65	90→90	300→300		

(注) 矢印は今回の変更を示す。

志向などによって、すべて同じような求職行動をとる保証はどこにもない。引退志向の強い高齢者もおれば、そうでなくても病弱のため就業できない高齢者もいるし、またフルタイムの雇用を志向しない高齢者もいるのである⁸⁾。

さらに前述のように今回の改正にはとくに高齢者などの「給付と負担の極端な不均衡」という理由も指摘されている。というのは、55歳以上の高齢者のばあい1年以上保険料を負担しておれば、一律に300日まで受給することができ、さらに60歳以上になると保険料の負担まで免除されていたのである。勢い高齢者のばあい、女性の受給者とともに所定給付日数を満了する比率がきわめて高く、ほとんど求職活動もせず300日間をまるまる受給するケースがきわめて多かった。これは制度を逆利用するモラルハザードの一種にほかならない。そこで今回は被保険者期間を表2のように三分割し、心身障害者など以外のばあい5年未満や10年未満についてかなり給付日数が短縮されることになったのである。

ただし、不況業種などの離職者で再就職が困難と認定された求職者に対しては、今回の改定によって給付日数が短縮した分を個別延長給付によってつぎのように保障することになった。ここでも年齢と被保険者期間によって異なるが、30～90日間の個別延長が付け加えられることになった。すでにこれまでも心身障害者などの就職困難な求職者には60日間の延長が認められていたほかに、40歳以上の「特定不況業種・地域」の離職者には特例として90日間の延長が認められていた。そのうえに新しく今回、「特定個別延長給付」の対象



(資料) 労働省職安局, 1981年9月~82年8月の調査による。

図1 年齢階層別受給資格決定件数の離職理由別構成

として「特定不況業種・地域」の離職者をはじめ、企業の倒産や事業所の閉鎖や移転によって離職を余儀なくされたケースも付け加えられることになった。こうした特定個別延長によって今回の改定による給付日数の短縮をカバーし、そのうえで従来の個別延長が追加されることになっている。

このような個別の木目の細かい配慮はきわめて望ましいことではあるが、単に所得保障の配慮だけで事足りる、ということにはならないはずである。というのは、失業保障の基本問題にかかることだが、生活上再就職することが緊急の問題であり、再就職が困難であるばあい、その困難な原因に働きかけることなしに真に失業を保障することにはならないからである。その点については、前節の雇用保険部会報告や労働省の「具体的な考え方」にもある程度触れられていたように、近年は産業構造の変動や技術革新などの影響で職業別の質的な労働力のミスマッチが非常に増大している。こうした事態に対処するためには、単に失業時の所得保障に止まらず、職業訓練延長や地域移動などのサービスの給付との関係も要請されていることを銘記しておかねばならぬだろう。

離職理由による給付制限期間の延長

求職者給付改定の最後に「給付制限期間の延

長」についてみておこう。もともと失業保険は人員整理などによる非自発的な失業を給付の対象としていたが、自発的な失業との識別がかならずしも明確でないうえに自発的な労働力移動や失業を保障することは、労働力再配置にとってもマクロ経済などにとってもそれなりに意義のあることなので、「自己の責めに帰すべき重大な理由」による解雇や「正当な理由のない」自己都合退職も給付の対象とされることになっている。だが、安易な離職を少なくするために、これまで1週間の待機後、1~2ヵ月間、基本手当を制限する期間を設けていた。運用上は「重責解雇」の方は1.5~2ヵ月、「正当な理由のない」自己都合退職の方は1ヵ月だったのを、今度は原則として1週間の待機後、3ヵ月に延長されることになったのである。

「雇用保険事業年報」によると、雇用保険の受給資格者の離職理由中、「事業主の都合による解雇」の比率は80年頃までは25%を上回っていたが、近年は10%台に低下してきている。その反面、自己都合の離職が増加してきており、とくに青年層において多くなっている。図1によると、1年間だけの調査データにすぎないが、中年層のばあいは「事業主の都合による解雇」のシェアが大きく、30%を超えているのに対し、高齢者のばあいは定

年や希望退職や契約満了による退職が多く、30～40%近くに達している。それだけ中高齢者では自己都合退職が少ないのに反し、30歳代以下の青年層では70～80%前後が自己都合退職によって占められているのである。このような受給資格決定件数中「正当な理由がない」と認定された自己都合退職は60%近くにも達しており、とくに女性のばあい70%近くに及んでいる。このような状況を招いた大きな理由として、「正当な理由のない」自己都合退職の受給制限期間が1ヵ月しかなかったことが指摘されていた。

こうしたモラルハザードは、今回3ヵ月に制限期間が延長されることによってしだいに減少するだろう。ただし、「重責解雇」の方は、刑事罰とか労働協約や就業規則の違反とか、その責任は比較的明確だが、「正当な理由のない」自己都合退職の認定の方は不明確になるケースが多いだろう。その点は国会でも社会党議員などによって質問されていたとおりである。そのなかで、単身赴任などによる離職ならこれまでも「正当」と認められただろうが、MEなどの技術革新への不適応による離職のケースはこれまでになかった新しい事例かもしれない。このような新しい事態などについては、具体的に詰められねばならぬだろう。だが、受給制限期間が長ければよいというものでもない。一度失業してしまったら、あとは再就職を急ぐべきである。そのために、後述の再就職手当は受給制限期間中でも受給できるように配慮されている。さらに、当然、受給制限によって所定給付日数が短縮されることもないように配慮されているのである。

高年齢求職者給付金の新設と65歳以上対策

つぎに「高年齢求職者給付金制度の創設」についてみておかなければならない。今回の大きい改定として、①65歳前からそれ以後も継続して雇用されている高齢者を「高年齢継続被保険者」とし、②失業したばあいはこれまでのような基本手当ではなく「高年齢求職者給付金」という1回限りの一時金を給付する、③被保険者期間に応じて、1年未満50日分、1～5年100日分、5～10年120

日分、そして10年以上150日分が給付される、④一般の求職者のようにフルタイムの雇用への就職だけを前提とするのではなく、短時間雇用や高齢者事業団などを通じての任意就業などを含めた幅広い求職活動ができるようになる、⑤ただし「高年齢継続被保険者」でも、65歳定年などで退職し求職するばあいは一時金ではなく、これまでどおり表2のような給付日数の基本手当が特例として支給される、⑥65歳以上になると、新しく雇用されても一般の被保険者になることはできない、だが、短期雇用や日雇労働の被保険者として加入するか、向こう3年間だけ認可されれば任意加入することはできる、⑦これまでは60歳以上になると保険料が免除されたが、それを64歳の一般被保険者だけとし、任意加入の高齢継続被保険者は免除されないと同時に、任意加入者の失業給付は基本手当の50日分だけ、というように改定された。

このように、今回は60歳以上、とくに65歳以上の高齢者について大幅に改定された。その基本的な考え方は、すでに前述のように65歳以上の高齢者はフルタイム雇用から「引退過程」にあると位置づけ、引退のほか、短時間雇用や任意就業などを志向することを前提としている。だから、65歳以上の新規雇用については一般保険から「適用除外」され、短期雇用などの雇用保険にしか加入できないように改定されたのである。さらに、引き続き65歳以後まで雇用が継続した高齢者でも、失業したばあい高齢求職者給付の一時金しか受給できないのも、同じ考え方にもとづくのだろう。ただし、同じ高齢継続被保険者でも定年退職者などの雇用延長者にはこれまでどおり基本手当が支給されることになったのは、奇異に感じられるかもしれない。この特例は衆議院における修正にもとづくが、高齢継続被保険者には常用雇用への求職を前提とする基本手当を支給しない、という原則と矛盾する。だが、この特例がなければ64歳以下で基本手当を受給するケースがふえ、65歳やそれ以上への定年延長や雇用延長が阻害されるかもしれない。さらに、この特例でも被保険者期間による給付日数の決定という原則が生かされている、とみることができよう。そのほか、65歳以上の任

意加入は、これも衆議院における修正によって今回の大幅改定を緩和するために今後3ヵ年だけ実施されることになっているが、今後の65歳以上の高齢者政策を考えたときにはたしてそれでよいのかどうかは、65歳以上の扱い方とともに、またのちに検討することにしよう。

早期再就職手当制度の新設

最後に、早期再就職を促進するための「再就職手当制度」の新設についてみておこう。この制度は、再就職した前日の基本手当支給残日数が所定給付日数の2分の1以上のばあい、表3のように50～120日分支給されることになっている。これをみると、被保険者期間が1年未満や1年以上でも30歳未満のように所定給付日数が90日間の受給資格者の早期再就職をとくに刺激しようとしていることがわかるが、そのほかほぼ所定給付日数と支給残日数に応じて再就職手当の日数が決められている、とみてよい。この再就職手当は、つぎのような給付制限中でも支給されることになっている。

表3 再就職手当の基本手当給付日数

所定給付日数	支給残日数	再就職手当日数
90日	45～90日	90日分
180	90～119	50
	120～180	80
210	105～139	50
	140～210	85
240	120～159	50
	160～240	90
300	150～199	70
	200～300	120

職安が紹介した就職や指示した公共職業訓練を拒んだばあい、1ヵ月間、給付が制限される。また、前述のとおり「重責解雇」や「正当な理由のない」自己都合退職のばあい、3ヵ月間制限される。こうした制限中でも支給されるが、「重責解雇」や「正当な理由のない」自己都合退職のばあい、初めの2ヵ月間は職安の紹介を要件とし、あとの1ヵ月は自分で職を見つけてもよいことになっている。このような要件を設けているのは、見せかけの再就職などで、この制度が濫用されるの

を防止しようとしているのだろう。というのは、かつて失業保険時代にも「就職支度金」制度があり、ほぼ同様に早期の再就職を促進した経験があるが、半年くらいの就職で離職・再就職を繰り返して濫用されたことがあるからである。そこで今回の再制度化では、「1年を超えて雇用されるのが確実」と認められるばあいだけに支給が限定され、しかも今回の「支度金」が受給されてから3年以内は離職前の事業主に再雇用されたばあいは支給されないことになっている。

表4 一般求職者と雇用保険受給者の再就職率の差
(%, 倍)

年度	項目	一般求職者	雇用保険受給者	有効求人倍率
1974		39.9	41.2	0.98
76		40.1	22.0	0.64
78		41.7	13.2	0.59
80		42.1	11.3	0.73
82		39.0	9.7	0.60

(注) 労働省「労働市場年報」による。就職率は職安紹介による就職について示す。

こうした措置によって、制度の濫用も少なくなり、とくに表4のように雇用保険を受給しない求職者の就職率との差が拡大してきていた受給者の再就職を促進することになるだろう。だが、早期の再就職の促進そのものについては、なによりも職業紹介などの強化によって進められるべきだろう。所定給付日数をまるまる満了する比率は、とくに女性や高齢者において高くなっているのだから、その実態に即した対応が必要である。それとの関係で、前述のような安易な離職を少なくする措置をはじめとして、基本手当の水準の調整や高齢者給付に対するさまざまな改定などが一体となってその効果を発揮することになるのだろう。さらにそれらとの関連で、今回、定年退職者などの短時間雇用などの再就職を受け入れた事業主に新しい助成金も支給されることになったが、それらについてはまたのちに触れるとおりである。

III 雇用保険制度の今後の課題

雇用保険法改定の評価と意義

これまで今回の改定の中心となった一般求職者

について、主要な改定点を具体的にみてきた。総じていえば、今回の改定は失業給付の削減や制限とそれによる安易な離職の減少を目的としており、それによって「雇用保険制度の健全な運営に努める」と同時に、本稿の初めにも触れたような失業の構造的増大に対処しようとしている。とくに失業給付の減少が顕著なのは、①基本手当の算定基礎からの賞与などの除外、②被保険者期間の比較的短い受給者に対する所定給付日数の短縮、③65歳以上の高齢者に対する「適用除外」と一時給付金の支給、④「重責解雇」と「正当な理由のない」自己都合退職に対する「給付制限期間の延長」や定年退職者などに対する一種の給付制限のうち、とくに①～③が大きな効果を発揮するだろう。しかも、こうした対策による失業給付の減少は、同時に安易に離職し雇用保険の受給に依存しようとする求職者の行動を減少させ、「再就職手当」とともに早期の再就職を促進することになるだろう。

だが、その半面ではこれまでせっかく充実してきた公的失業保障の機能を縮小させることは否定できない。しかし、すでに注意深くみてきたように今回の改定には低所得者に対する所得保障機能をできるだけ保持するために非常に木目の細かな配慮も施されており、それによって社会保険としての所得再分配機能を強化している。このことは、①失業給付の算定基礎からは賞与などが除外されたが、保険料の算定基礎にはこれまでどおり算入されている、②賃金の範囲は縮小したが、算定基礎の賃金日額がアップされると同時に60～80%の給付率の範囲が拡大し、賃金水準の低い方から雇用のほぼ半分以上をカバーするように配慮されている、③所定給付日数が前述のように短縮される効果を緩和するために、特定不況業種・地域などの雇用調整の対象者など、就職の緊急度と困難度の高いケースに対し「個別延長」を充実させている、④65歳以上の高齢者には一般の保険から「適用除外」されるなどの改定が加えられたが、その影響を緩和するために今度3年間の「任意加入」も認められている、⑤「再就職手当」では1年にも達しない短期勤続者に比較的有利な手当を支給し再就職を促進しようとしているのである。

雇用政策そのものの重点的強化

しかしながら、所得保障さえ得られればそれでよい、ということでは全然ない。前掲の雇用保険部会の報告でも示唆されていたように、できるだけ失業を予防し、やむなく失業してもできるだけ早期に再就職することが望ましい。というのは、それによって単に失業給付などが少なくて済むから、ということだけではない。労働者の労働意思・能力も実は“生き物”であり、失業して労働から離れていれば、それだけで摩損しかねないのである。労働の意思と能力は適度の労働・生活条件で使われていることが望ましいのである。労働能力の消費は他の物の消費とは異なった側面をもっており、労働ながらその仕方などについてより高い能力を生産しうるのである。

このように労働の意思と能力を維持し開発するために失業を予防し、失業しても早期に再就職できるようにするには、すでに前述のように今回のような雇用保険制度の改定だけでなく、雇用政策そのものの充実が要請されるのである。その点については中央職安審議会に雇用対策小委員会が設けられ検討されることになっており、それに関連して労働省では新しい総合的雇用情報システムが開発されることになっている。さらにそれに関連して、国会の「附帯決議」でも、①高齢者などの「雇用就業対策の充実」、「雇用保険法に基づく四事業の一層効果的な運営」、②「パートタイム労働者対策の充実」、③MEなどの「技術革新の進展に対応」した「雇用の安定、職業能力の開発向上、労働安全衛生の確保、労働時間の短縮」などの「対策の充実強化」、④公共「職業紹介機能」などの充実とともに「就職情報誌」などへの対応、「指導」の強化などが強調されている。

それだけでなく、女性を含む青年層に、雇用の安定や労働諸条件の高さではかならずしもなく、“恰好のいい、あるいはナウい職業”に向けての転職が多いというような実態の解明を踏まえた、より木目の細かな雇用政策も開発されねばならぬだろう。その点では「就職情報誌」や民間の職業紹介機能などを「指導」するのではなく、それに学び、体系化し、臨調の『基本答申』ではないが、

表5 産業別被保険者数の変化

産業	年度	1976	1982	増減(率, %)
総数		23,384,781人	26,362,245人	2,977,464人 (12.7)
第一次産業		58,652	108,667	50,015 (85.3)
第二次産業		11,892,009	12,505,330	613,321 (5.2)
うち製造業		9,801,802	9,998,315	196,513 (2.0)
第三次産業		11,374,370	13,743,677	2,369,307 (20.8)
うち卸売・小売業		4,626,929	5,368,744	741,815 (16.0)
うちサービス業		3,219,664	4,430,916	1,211,252 (37.6)
分類不能の産業		59,750	4,573	△ 55,177 (△92.3)

(注) 労働省「雇用保険事業年報」により、年度末の数値を示す。増減のかつこ内は76～82年度間の増減率を示す。

「方向づけ、調整、補完」するような行政的アプローチが要望されるだろう。それらとの関連で雇用保険制度がいかなる役割を果たすかが今後の第一の課題となるだろう。

適用拡大とパートタイム労働対策

実はつぎの問題も国会の「附帯決議」に触れているが、従業員「5人未満事業所等の未適用労働者」と「一般労働者と同様の状態にあるパートタイム労働者の加入促進」、つまり適用拡大の問題である。もともと失業保険法の時代から、とくに日本では“遅れてきた”社会保険だけに、他の社会保険とは異なり民間雇用のほぼ一元的制度として発達してきた。したがって「労使連帯」の範囲も格段に広く、前述のような所得再分配効果もそれだけ大きいのである。とくに雇用保険法に転換してから、農林水産業の零細企業を除いて民間部門で「皆保険」化し「保険集団」としてより大きく組織されてきている。

事実、表5のように1976～82年の7年間に被保険者数は13%も増加しており、雇用全体の伸びを大きく上回る伸びを示している。これを産業別にみても、規模の小さい第一次産業は別として、第二次産業の伸びはすでに停滞しているのに反し、第三次産業とりわけサービス業においていちじるしい増大をみせている。それは保険統計上「分類不能」の整理が進んだせいでもあろうが、それと同時に現代の産業構造の転換をかなり誇張して示す結果となっている。こうしたサービス業などの拡大にともなって、それまで任意適用だった常用従業員4人以下の零細企業における適用拡大がと

くにいちじるしくなっている。それにもかかわらず、同じ労働保険の労災保険に比較して被保険者ベースで20%以上も少なくなっている。もちろん両保険には負担方式をはじめさまざまな差異があるから、単純に比較はできないが、各地域の事業所把握率自体に相当な差異があるように思われる。

そこで、零細企業を中心とした適用拡大が問題になってきているのだろうが、こうした零細企業、とくにそのなかでも数の多いサービス業ではとりわけ雇用関係が不明確であり、“雇われマダム”といわれながら実は請負業者であるような実態にある。これをはたして終身雇用などの長期勤続型雇用と同一の「危険集団」とみなしうるかどうか疑問になるだろう。それと同様な問題をもつのがパートタイマーの適用拡大である。近年の雇用拡大は、“サービス経済化”との関連でパートタイマーの増加を中心としており、雇用保険上いかに扱うかが大きな問題になってきている。そこで「一般労働者と同様の状態」をいかにおさえるかが問題になるが、従来は所定労働時間が通常勤務の4分の3以上でなければ社会保険に加入できないように「次官通達」によって規制されてきた。日本のパートタイマーの労働時間は長いから、表5の被保険者のなかでもパートタイマーが増加してきているに違いない。

それでも東京労働基準局『パートタイマー・その実態と意識』84年によれば、中小企業では他の社会保険よりも低く労働者ベースでみて10%をも下回る程度の適用率に止まっている。このような適用率を向上させるためには、前述のような事業所の把握率を高めるとともに、つぎのような政策

を考慮すべきだろう。というのは、今回の改定とともに60～64歳の高齢者が通常勤務の所定労働時間の2分の1以上の短時間勤務を対象としてその雇用を奨励するために、雇用主に対し定年延長奨励金などの半額の助成金が支給されることになった。現在、常用型のパートの労働対策が進められつつあるが⁹⁾、そのばあい通常労働時間の4分の3未満はすべて適用外とするのではなく、せめて2分の1以上には適用されるべきだろう。そのばあい、現行の短期雇用保険は1年以内の季節雇用に限定されているが、この枠組みを改定し、パートタイマーにも適用されるべきではないか。このような適用拡大を進めるなかで、雇用関係の不明確さや不安定な点や労働・福利条件の遅れなども改善されねばならぬのである。

65歳以上の高齢者雇用政策に向けて

さきの短時間雇用助成金は、今回の改定によって定年退職者などの雇用促進助成金とともに新設されたのだが、いずれも雇用保険の雇用対策四事業の一環として雇用主の負担によって実施されている。定年延長や定年後の雇用延長に対する奨励金や助成金は失業の予防まで一種の「保険事故」として取り込んだ、新しい保険事業として注目されてきたが、今回の短時間雇用助成金などは再就職を促進し、それだけ失業給付を軽減する政策として位置づけられる。それと同時に、60～64歳の高齢者の多様なニーズへの対応としても有意義な政策である、といってよい。というのは、労働省の60歳代前半雇用対策研究会が提言しているように、ここ当分は60歳代前半層がいちじるしく増加し、しかもこの世代は年金受給者も多くなり、半引退のような状態で任意就業を希望する高齢者まで含めてその生活行動は非常に多様化するからである。

それに対し65歳以上の高齢者が一般の保険から適用除外となったのは、現状では理解できないことではない。だが、1980年代の後半になると、第二次大戦で命を失わずに済んだ高齢者が大量に65歳以上にラダーアップする。そのことを考えると、今回の改定のように65歳以上をあまりに一律に

「引退過程にある」と前提するのは問題を残すだろう。高齢者によってはれっきとした常用雇用への就職を希望し、また社会的にも必要な労働能力をもっているばあい、その雇用を保障しないのは社会的に損失であるばかりでなく、高齢者自身の生きがいも充足しないことになる。したがって65歳以上の一般保険への任意加入は、前述のように今後3年間に止めるのではなく、れっきとした制度として定着させるべきだろう。そして、常用雇用を求職するのに適格な高齢失業者には、今回の改定のように定年退職者などと同様に一般保険の基本手当が支給されるべきである。

このような高齢者の常用雇用化によって、もし年金給付を節約できるとしたら、年金財政の逼迫を緩和するためにどれだけ寄与するかわからない。現行制度では在職老齢年金制度がこうした機能を發揮しているが、現状で賃金と合算して取得できる所得水準がそれほど高くないために勤労意欲がそがれるという声も少なくない。この点はぜひ改善されねばならぬ。さらに現行の低報酬在職年金では低賃金雇用を固定してしまう傾向もないとはいえない。賞与の支給で一概にはいえないが、いずれにせよより基本的に高齢者の雇用を拡大するためには、実際に雇用してみても雇う方も雇われる方も高齢者の経験や能力などの發揮の仕方についてノウハウをだしあう経験の蓄積が必要である。前述の雇用助成金などにもそうした“呼び水効果”こそが期待されるのである。さらに、かなりの年金受給を前提としてみても、今後65歳以上の就業は年平均2%以上も増加すると予測できるのに、今回の年金改革ではなにゆえか65歳以上の在職年金は廃止されてしまった¹⁰⁾。これはぜひ復活し、前掲の短時間雇用も対象に含め、厚生年金以外にも広げられるべきだろう。さらに今回の改定でも問題にはならなかったが、合わせれば月額40万円にもなるケースさえ多くなっている年金と雇用保険の併給問題にも今後検討のメスを加えねばならないだろう。

最後に

以上、今回の雇用保険制度改定について検討し、

今後の課題のいくつかを指摘してきた。だが、これらの作業をもっと詰めてみるためには、少なくとも3年や4年の実績を見つめてみなければならない。もっともこの種の実績には制度そのものの以外の影響も加わるから、制度そのものの効果を見極めることは容易なことではない。それにしても、制度が定着したらしたで、あたかも制度に寄生するようなモラルハザードも発生してくるうえに、想定した条件の設定にも思わぬ変化を来すだろうから、適当な時期に全般的に見直す機会をもたねばならぬだろう。

(注)

- 1) 大企業を中心とした減量化と雇用調整については、拙稿「第二次減量化と労働市場の展望」『経済評論』83年8月号をみよ。
- 2) 『労働白書』83年版をみよ。
- 3) このような失業構造については、小池和男編『現代の失業』同文館、84年、水野朝夫・谷弘一編『先進国失業の構造』有斐閣、83年、および拙稿「二重構造論争と雇用・失業状況」舟橋尚道編『現代の経済構造と労使関係』総合労研、84年などをみよ。
- 4) こうした疑問については、拙稿「高齢者の雇用と

そのための公共政策」法政大学大原社研編『現代の高齢者対策』総合労研、85年もみよ。

- 5) 中央職安審や国会における審議の概要については、加藤孝『改正雇用保険の理論』財形福祉協会、85年をみよ。
- 6) それらの主要な修正点などについては、前掲、加藤『改正雇用保険の理論』159頁以下をみよ。
- 7) 職安サイドなどからみた高齢者のさまざまな行動については、今村肇・島田晴雄「高齢化社会と雇用政策——雇用保険制度の改正をめぐって」『現代経済』84年春季号、拙稿「高齢者職業政策の現状と課題」『日本労働協会雑誌』82年3月号をみよ。
- 8) その実態や要因については、拙著『高齢者の雇用保障』御茶の水書房、83年、注4)、7)の拙稿をみよ。
- 9) その問題点については、拙稿「パートタイマーの増加とその問題点——パートタイム労働対策要綱の検討」東京都労働経済局『経済と労働』84年をみよ。
- 10) これらの点については、拙稿「高齢者雇用はふえないのか——年金財政再計算への疑問」『エコノミスト』85年1月29日号、拙稿「高齢者雇用と在職老齢年金の将来」『現代社会保険』85年6月号、さらにより具体的な事例などについては、森隆男「注目すべき在職老齢年金の機能」『総合社会保障』84年10月号をみよ。

(こばやし・けんいち 法政大学教授)

健康保険法改正に伴う今後の課題

土 屋 滋

はじめに

国民医療費は自然の成りゆきに任せておけば、①人口の高齢化、②疾病構造の変化、③医学・医療技術の高度化、④国民の医療ニーズの拡大・多様化、⑤医師数の増大や専門分化などによって、その増大は明らかである。この伸びは、国民総生産や国民所得の伸びを大幅に上回ってきている。

それに対して、医療保険の経営形態の合理化や医療保険の財源にかかわる負担の公平の問題が指摘されており、国民皆保険制度下においては、負担の公平と給付の平等を願う立場からも、医療保険の統合一本化が、医療従事者にとって長年の願いである。

昭和59年10月に健康保険法改正が行われ、さらに昭和60年4月に新年金体系が提示され、日本の社会保障と医療に関して、新たな方向性が打ち出されてきている。昭和59年10月の健康保険法改正は、従来の改正に比べて現行の医療保険制度に対する抜本的な改革の芽が顔を出しはじめていように理解される面が多いので、しばらくはその経過を観察してゆくことが大切だと考える。

医療従事者側からの願いとしては、医療を受ける住民側が、社会保障とともに、保健、医療、福祉に関して広い視野に立った正しい知識と理解をもつことであり、それには健康教育、保健意識とともに医療問題に対する教育、広報活動が非常に大切と考える。医療を例にとると、昭和36年以来の国民皆保険制度に次いで昭和47年、老人福祉法の改正に伴う老人医療費の無料化、昭和48年の健

康保険法改正に伴う高額医療費制度の創設、健保の家族給付の7割への引き上げ、政管健保への国庫補助の定率化(10%)、入院時家族給付の引き上げなどが高度経済成長にささえられて行われた。これら医療、福祉向上への努力と成果は、低成長時代に入り、人口の高齢化に伴う対象者の急増と医学、医療技術の進歩による高額化に代表される社会情勢の変化に伴い、国民負担が増大するとともに、一方では国民自身が恵まれた条件下で保健、医療問題に対する意識の低下を招いている点が指摘されてきた。その結果、科学技術の進歩、人口構造の高齢化、疾病構造の変化、価値観の変化などが保険医療に対して新たな認識と変革を求めざるをえなくなっている。

今回の健康保険法改正の趣旨は、最近の社会経済情勢にかんがみ、国民の経済力を勘案して、保険医療機関の健全な経営を図るものとして基本的には技術料の重視、プライマリーケアの推進、在宅医療の促進等、診療報酬の合理化の方向に沿っており、診療報酬改正の面からみると、医療費の適正化と医療経営の安定を図り、良質な医療の安定的供給を確保するように努めはじめています。

具体的な診療報酬改正の概要について厚生省の資料をみると、

- ① 病院、診療所のそれぞれのもつべき機能の充実を図るため、病院においてはその入院機能を、診療所においてはその外来機能を重点的に評価する
- ② 病院、診療所間の連携の強化を図り、医療機関間における検査データの共同利用等を促進し、医療資源の有効活用を図る

- ③ 最新の医療技術の進歩に即応し、診断、治療の効率を高めるなどの新医療技術を導入する
- ④ 技術重視の観点から、医学、医術の進歩、技術の難易度を勘案し、手術の再評価、引き上げを行い、診療行為間のアンバランスの是正を図る
- ⑤ ICU¹⁾、NICU²⁾、救命救急入院等、病院の集中治療機能および看護の適正評価を行う
- ⑥ 慢性疾患患者等に対する計画的な指導管理を重点的に評価する等、指導重視の医療を充実する
- ⑦ 在宅酸素療法等、在宅医療の導入、理学療法、精神科デイケア等、社会復帰医療の充実を図るとともに、往診、救急処置を評価する等、プライマリーケアの推進を図る
- ⑧ 医療費の適正化を図るため、材料費等について市場実勢価格に即した見直しを行うとともに、投薬、検査の包括化、合理化を行うなどがうたわれている。

本稿では、まずⅠ．改正健康保険法にみられた改革の芽と考えられる点について論じた後、Ⅱ．医療従事者の立場からの要望をいくつかの観点から論じ、そのうえでⅢ．今後の課題としての医療保険制度の未来像へのアプローチを考えてみたい。

Ⅰ 改正健康保険法にみられる改革の芽

1. 被用者保険本人の給付率改定

被用者本人の給付率の改正は、本則では8割給付としたまま、附則で61年4月以後も国会の承認を得て厚生大臣が告示する日までの間は9割給付することとなった。このことは特定承認機関における医療費支給の改正（特定療養費）とともに、医療保険がまかなえる金額には限度のあることを明瞭にし、それに対して、個人負担、受益者負担を認めたことである。

医療保険に関するデータ分析から、「保険給付率の差は受診率にほとんど響かないが、医師が保険に請求する医療費には、かなりの違いをもたらす」といわれ、自己負担がほとんどゼロに等しい

患者の薬代や検査料は、2～3割高い傾向があるといわれており、この被用者本人1割負担の導入は、それなりに医療費の抑制効果をもたらすであろう。また、被用者本人の1割負担は、一種の療養費払いの導入とも解され、患者本人がある程度自分の懐から医療費を払うことによって、どの医師に診てもらった方がよいかなど、医療の質について考えるとともに、軽度の体調の変化に対して自分自身の生活を改善することによって対応するというような本人の健康に関する関心度が高まることも考えられる。人々の健康や生命に対する関心が深まることは、ひいては予防や検診への早期対応が普及し、老人保健法の基本理念と合致して、包括的な保健医療体制への構築の道を促進することにもなりえよう。

2. 特定療養費

特定療養費は差額徴収の法制化でもあり、次の2種類がある。1つは高度先端医療と保険医療の調整を図るために都道府県知事が認めた特定承認保険医療機関で行うものであり、もう1つは、特別サービス、特別の治療材料すなわち室料差額ベッドや金歯などについて厚生大臣がそれを定めた保険医療機関で差額徴収ができるというものである。すなわち、現在の差額ベッドの取扱いは、そのまま追認されたことを意味している。

特定承認保険医療機関で行う高度先進医療は、保険適用以外の高度先進医療（例えば、癌の温熱療法、サイクロトロン³⁾による癌の治療、人工臓器、レーザーによる診断、照射療法、脳血管電気凝固法など）が対象となり、これらに対して患者の個人負担によって医療を行ってよいという保険外医療の適応でできる保険医療機関の存在が認められた制度である。これは長い間の健康保険の医療制限の壁に風穴が通ったことでもあり、見方を変えれば、現行の現物給付出来高払い制度に対して、少ないながらも療養費払いの理論が取り入れられたものとも解され、これから先、社会的要請と科学技術の進歩に対する対応の流れを早めるとともに、医師に対しても自由市場における競争原理の導入にもつながり、よい意味での刺激とな

り、モチベーションを高めることにもなる。今回、診断、治療の効率を高める新医療技術の保険適応としては、レーザーメスの使用範囲の拡大、超音波メスの使用、経皮的冠動脈形成術(PTCA)⁴⁾、核磁気共鳴 CT (NMR-CT)⁵⁾ などがあげられる。

3. 日雇特例被保険者

日雇労働者健康保険法を廃止し、その対象者を健康保険の体系に取り入れて、日雇特例被保険者とした。これは医療従事者の長年の要望であった医療保険の統合一本化へ向けてのスケジュールをつくる作業の足がかりを示唆する可能性を含んでいる。従来の限られた職場の労働者を対象に労働力政策を起点とした職場の福利厚生の色彩を残したまま、別立ての保険制度が多数併存している現状打開の動きとして考えられる。昭和57年の老人保健法の新設、今回の退職者医療制度の創設など、種々の財政調整が試みられ、各医療保険財政の平準化が進んでいる。しかし、これにとどまらず、医療保険の抜本的改革、効率的な経営と包括的な保健医療の実施を目指して、医療保険の経営形態を、例えば市町村を保険者とする地域保険制度に一元化したり、民営の地域総合健康保険組合に統一したりすることが強く望まれる。

4. 高額療養費

高額療養費は各医療機関が1人につき1ヵ月に1枚作成するレセプト(健康保険医療費請求明細書)ごとに要件が決まるが、今回の改正では個人負担額だけではなく、世帯の負担額ベースを導入して、同一世帯での医療費負担の軽減措置を図るとともに、長期間にわたる高額疾病患者のうち、腎透析と血友病に関しては自己負担額を1ヵ月1万円に軽減した。また、高額療養費の融資制度に対し、無利子で貸借する対策がすすんでいる。

5. 診療報酬体系の合理化

医療供給体制の合理化、効率化を図るには、経済的側面からのアプローチが大きな役割を演じる。点数改定の数値的な面は、以下具体的に示すように非常に多くの問題点を含んでいるものの、一

方では改定への理念や努力を評価し、大いにPRして前進してゆきたい。

(1) プライマリーケアの推進・充実の観点から

診療所における外来機能の重点評価という名目で、乙表の診察料のうち、再診料を病院で38点(1点10円)に据え置いたのに対し、診療所では39点とし10円引き上げた。特に内科、小児科を重視して、内科再診料を病院で28点に対して診療所では31点とし、乳幼児再診料も病院で38点に対し診療所では41点と改正している。往診料についても200点から240点に大幅に引き上げて、在宅ケア重視に対応している。これらは厚生省保険局資料「診療報酬改定の概要」から引用した文章である。在宅医療推進の観点からは、都道府県の承認を得た医療機関のみであるが、在宅酸素療法指導管理料として700点を月2回を限度に、在宅中心静脈栄養法⁶⁾ 管理指導料として700点を月2回を限度に、精神科退院時指導料100点などを新設している。

(2) 入院医療の安定的供給の確保と病院機能の評価の観点から

入院料の引き上げと特定集中治療室管理の評価が行われ、室料は1日110点から116点に、看護料は105点、80点を111点、84点に、給食料も120点を127点へ引き上げた。特定集中治療室管理加算も10日を限度に心電図検査や呼吸心拍監視などを包括して900点を1,700点に引き上げている。

(3) 病院、診療所間の連携の強化、機能分担を目指して、診療情報提供料を新設した。病院から退院時、診療所への患者紹介料400点、診療所から病院への入院または特殊検査紹介などに150点、開放型病院での協同指導料などが200点、100点を240点、150点に引き上げた。

(4) 投薬、検査の適正化、合理化の方向で処方料の包括化(現行内服薬8点、屯服薬4点、外用薬4点、自己注射等4点を一括処方料として12点に)、検査料の包括および適正化として血液生化学検査のまるめなどが強化され、例えば20項目以上の血液化学検査は、現行の520点から470点へと軽減されている。この他にも細部にわたって改

定の趣旨に沿った種々の改定が行われた。しかし実際上、診療報酬改定は薬価差のなかで行われている点にも限界があり、日常生活感覚とのずれが大きい。

II 医療従事者側としての要望

医療従事者側としては種々の側面から数多くの見解が出されているが、今回はいくつかの観点から述べてみたい。

1. 被用者保険本人の給付率改定

これまでの10割給付は、医療を行う側にとっては種々の面で医療行為が行いやすいことが多かった半面、受療者側も、ただの医療が当然の如く思い、これは各人の健康への自覚や医療費に対する節約意識を乏しくするとともに、医療の機能分化ということに対しても無関心となりやすかった。重装備した大病院での受療志向が高まり、医療活動の流れに多くのムダがみられていた。医療を受ける受益者が、ある程度負担することになると、常にコスト意識が医療者側と受療者側双方に生まれ、ある程度の緊張感が養われる。そこに健康に対する関心度が生まれるものと思われる。物質的に豊かな時代にエリートとして育った多くの医師群が、科学技術優先で医学的知識が豊富となっているなかで行う医療には、適正な受益者負担の存在が必要と思われる。しかし、貧困のため、必要な受療行動が強く抑制されないためへの配慮、いわゆるミニマム・スタンダードとしての医療水準の確保は絶対に必要である。

国民の健康や医療に対するニーズは、生活水準の向上、健康に関する価値観や意識の多様化などによって多彩となってきたが、これに対応するには、患者の選択部分とともに医療提供者側にも競争原理の導入を伴ったモチベーションが必要である。

2. 特定療養費

入院時の室料などの差額徴収や高度先進医療を受けた場合の自己負担金などについては、法令に

基づくきちんとしたルールづくりをし、保険給付と多彩な患者のニーズとの調整を図るとともに、医師にも自由主義経済のなかで、医療問題における統制緩和という余地が認められはじめたと考えられる。

高齢化社会、高度医療技術の進歩など、医療費高額化は財政破綻を招くことが明らかに予測される。この時点で、保険制度の本質に立ち返り、相互扶助と連帯の精神から、年間を通じて、健康な人も含めた全国民を普遍する負担の公平、給付の平等を実践すべく、また現行の制度間の格差をそれぞれ解消すべく、統合一本化を目指すとともに、受益者負担分を新たに民間保険などとの抱き合わせにするなど医療対応の選択の余地を育ててゆきたい。

3. 医療保険の統合一本化への願い

日雇労働者健康保険法の廃止や、老人保健法における予防給付の考え方、今回の退職者医療制度などが、各制度間の格差是正にのみとどまらずに、昭和60年4月の年金法改正につづいて抜本的な医療保険制度の大改正へのスケジュールづくりに移ることを期待している。

国は国民皆保険の制度をとり、全国民を健康保険に強制加入させているのだから、加入者である被保険者にその制度について十分説明する義務があるはずで、種々のマス・メディアを介して現行の年金問題と同様に相手の立場に立ってやさしくわかりやすく、できるだけ具体的に例をあげて説明し理解を求めることが大切である。そのなかで、現在の各種の医療保険制度の実態について、各制度間の格差などにも、良きにつけ悪きにつけ率直に被保険者である国民が知りうるように情報を公開することが、将来展望への道となろう。

4. 高額療養費

社会保険方式のなかで、現物給付出来高払い方式は、医療担当者にとっては一生懸命に行為することによる出来高に応じて報酬が支払われたり、医学の進歩も保険に採用されることによってその医療技術を発揮しうるなど、非常に貴重なもので

あった。しかし、一方では個々の医師の人間性や技術差というもののが的確に反映されなかったり、資本主義社会のなかでの統制経済部分として数多くの問題をもっていた。

高度先進医療など急速な科学技術の進歩と適応の問題や終末期医療や脳死患者などの生命維持医療などの医療費高額化は、医療においても強くその効率性が求められ、そこで効率の悪い医療の一部は社会保険ではなく自由診療化され、新たな民間保険などの対応が必要と思われる。

高額医療費負担の軽減は、本来、医療保険制度の最も重要な部分ではあるが、その対象者数と量の急激な増加で、社会保険適応の限界の問題に至っている。このことは、効率性を無視することによって、本来、有効に活用されるべき部門への医療活動にしわよせが生じてくるからである。日夜、第一線の医療を守っている真面目なホムドクターでもある日本の多くの開業医などに、しわよせがいくことにもなり、医療の現場の混乱を助長することになる。

現物給付出来高払い方式に対して、米国のメディケアで試行されている診断分類別医療費支払制

度 (DRG : Diagnosis Related Groups)⁷⁾などの概念の導入などが考えられたり、社会保険方式にも新たな民間医療保険を導入する考え方など、国民皆保険制度下での保険診療と自由診療との調和を求めることになってこよう。早晚、この高額療養費問題は、医療における効率化と社会保険適用の限界の原点にもなりえよう。

著者らは茨城県国民健康保険団体連合会における1ヵ月20万点以上の高額療養費請求患者の予後追跡調査を、各市町村の協力を得て行った。昭和55年6月から56年5月の1年間339例全例について行い、次いで翌昭和56年6月から57年5月までの1年間318例の全例について同様に調査した概要について付記したい。

初年度、339例中229例(68%)が死亡し、死亡例中、その期間は20万点以上の高額療養費請求月から3ヵ月以内が73%で、対象年齢分布は60歳、70歳代が各30%強を占めていた。全症例の性、年齢別生存状況、疾患別、地区別、医療機関別の取り扱い状況について検討を加えた。同様に2回目の調査でも72%が死亡し、死亡症例の66%が3ヵ月以内で、60歳、70歳代が同様に各30%弱を占め

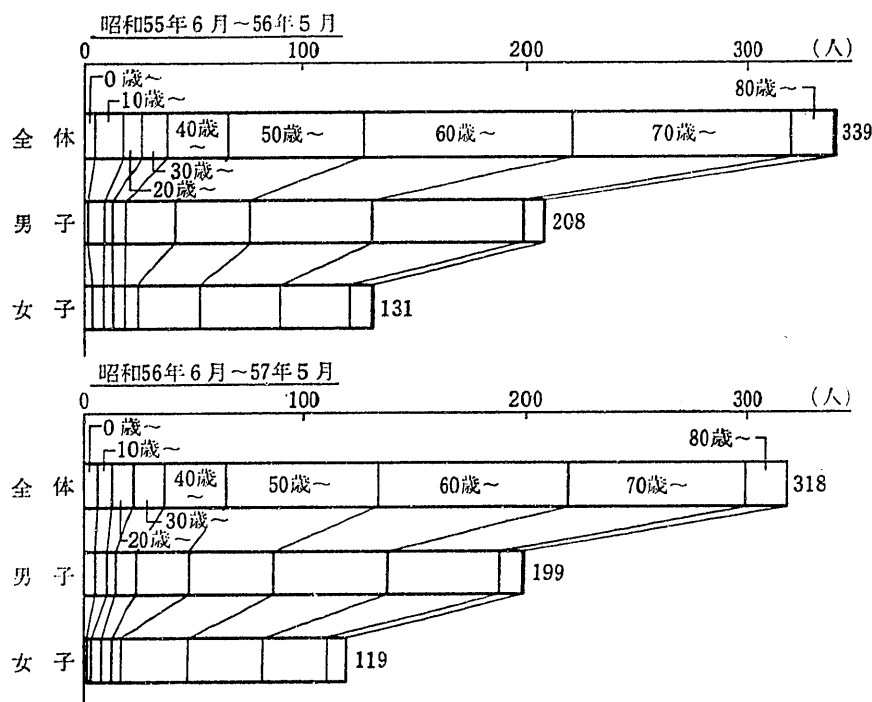


図1 高点数(20万点以上)請求レセプト患者の予後追跡調査
(対象者の性別・年齢別人数)一覧(茨城県国保診療において)

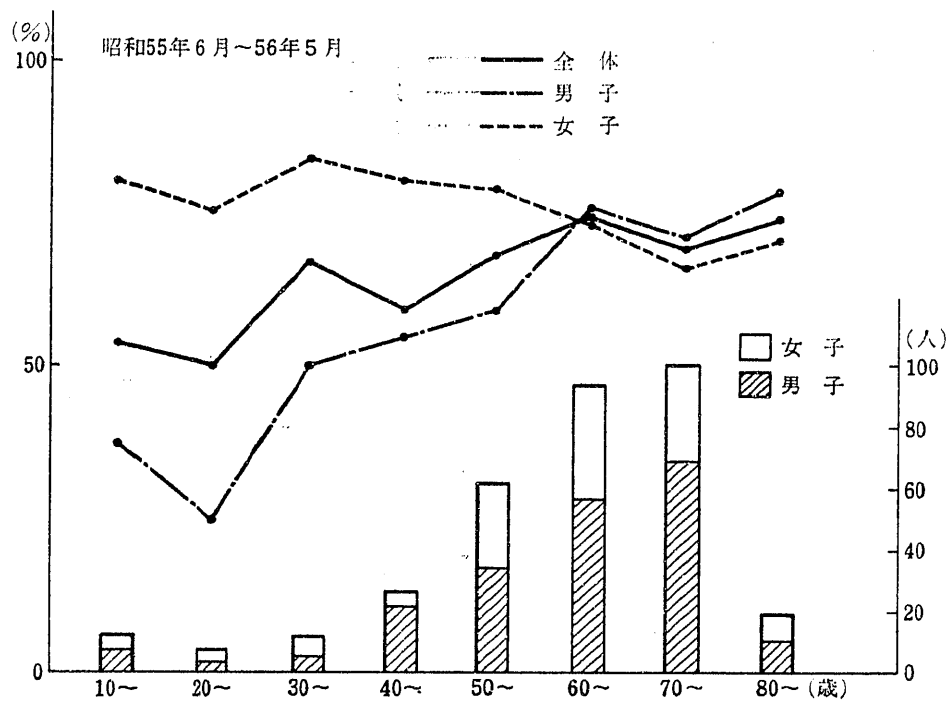


図2 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の予後追跡結果、年代別死亡率(昭和59年調査施行)(茨城県国保診療における)

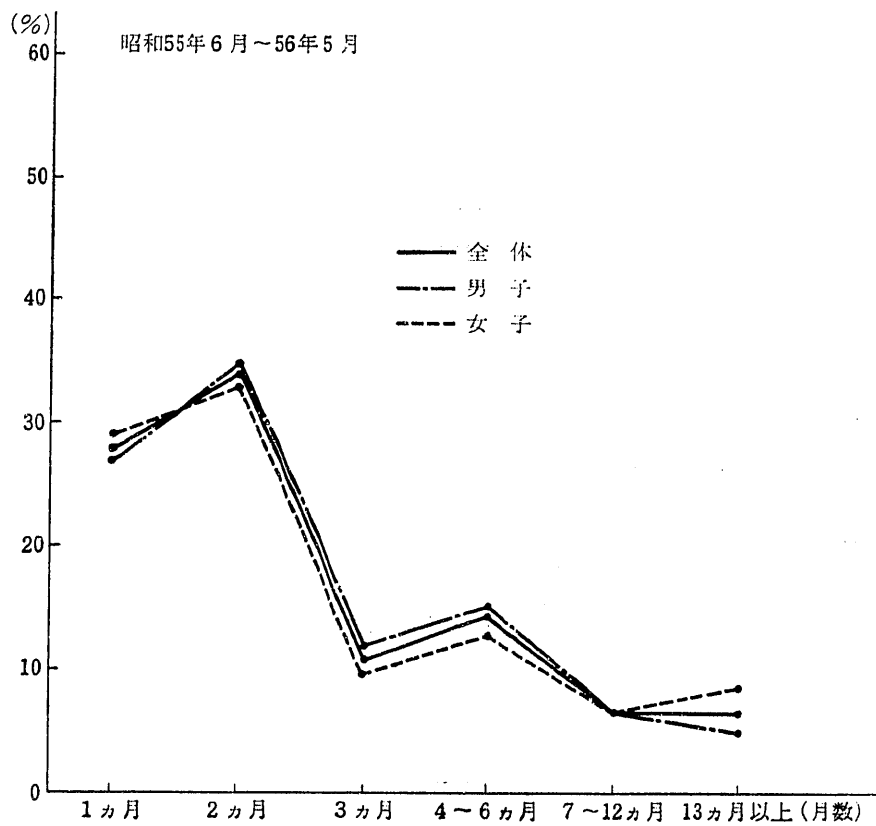


図3 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の死亡状況調査。レセプト請求月とその死亡までの月数(男女別)

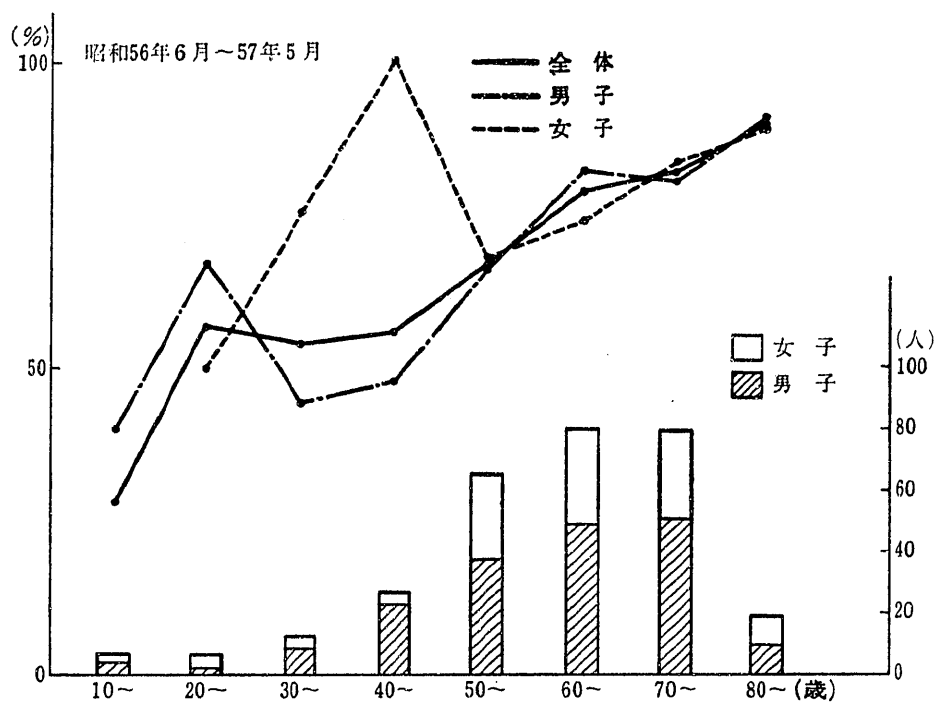


図4 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の予後追跡調査結果, 年代別死亡率 (昭和60年調査施行) (茨城県国保診療における)

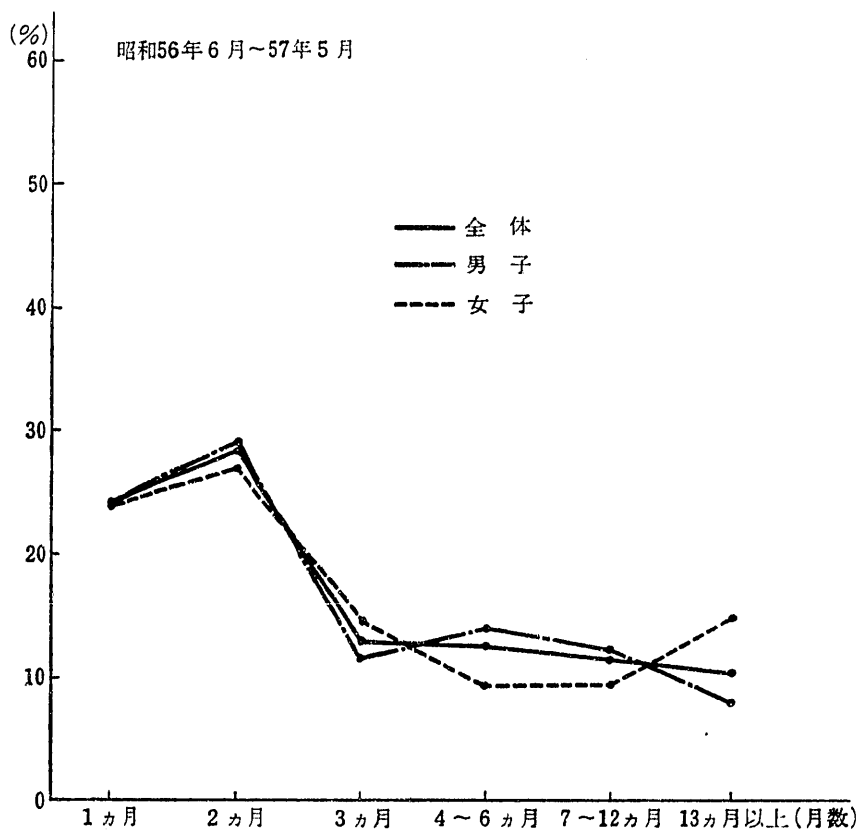


図5 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の死亡状況調査。死亡までの月数 (男女別)

表 1 1人6ヵ月以内に1,000万円以上の高額療養費を要した患者一覧表
(茨城県国保診療において)

昭和55年6月～昭和56年5月(8人)						昭和56年6月～昭和57年5月(6人)					
生・死	性別	年齢	代表病名	町村	医療機関	生・死	性別	年齢	代表病名	町村	医療機関
死	♀	58歳	肝硬変	A市	A個人病院	死	♂	61歳	過誤腫	B市	B大学病院
死	♂	74	脳血栓	A村	B個人病院	死	♂	44	汎発性腹膜炎	B市	C法人病院
死	♂	64	うっ血性心不全	A町	A大学病院	死	♀	64	リンパ肉腫	E町	A大学病院
死	♀	56	直腸ガン	B町	A大学病院	生	♂	28	バージャー病	D村	A法人病院
死	♀	35	リンパ腫	C町	B大学病院	死	♂	19	脳腫瘍	F町	B大学病院
死	♂	54	細菌性心内膜炎	B村	A法人病院	死	♀	26	急性白血病	D町	C大学病院
死	♀	67	小腸腫瘍	C村	B法人病院						
死	♀	25	急性骨髄性白血病	D町	C大学病院						

ていた(図1, 2, 3, 4, 5)。また、6ヵ月以内に1,000万円以上の高額療養費を要した昭和55年6月からの1年間の8人と56年6月から1年間の6人のうち、生存例は28歳男子のバージャー病事例のみで、他は表1の如くすべて死亡している。これらの調査事実の一部を参考にされたい。

5. 診療報酬体系の合理化

今回の診療報酬体系のなかには、病院と診療所の機能分担と連携を推進するための種々の試みが盛り込まれてきており、今後、これらをどのように育成させてゆくかの問題に移ってきた。しかし、日本の病院の特徴が歴史的にも社会経済的にも欧米と異なっている点への配慮が欠けると、問題となる。欧米では多くの病院は医師たちの組織や診療所(オフィス)と別立てで、いわゆるオープンシステムになっており、合理的な面も多いが、コストもかかるような仕組みになっている。一方、日本における多くの中小病院では、入院も外来も同じ医師が診療を行っており、医師の負担の多いなかで比較的効率のよい結果を得ている。このような現状に即して、医療費を病院と診療所にどのように配分するか、また病院に配分する場合にも、外来部門と入院部門にどのように配分するかなど、欧米の場合と異なった視点で行わなければならない。

甲表、乙表の2つの体系が存在するなどの日本の医療費の変則的な部分は、医療費の配分しだいで早急に一本化すべきもので、そのうえで技術料、診察料等を重視する政策をすすめるべきであ

る。

医療の分化と協力は当然の流れで、医の本質はひとつでも実際の現場での仕事の在り方、体制は多様である。医療の社会的役割の現実をみると、例えば生活指導の場合でも、疾病の個人的レベルあるいはマス・レベルの予防の問題、生活環境の整備の問題、労働行政、保健行政の部分がある。さらに市民生活のなかでその健康を守り病苦を癒すべく努めるホームドクター的な分野や、近代的設備、施設を整え、専門的知識と技術を駆使するチームを備えた病院の存在など種々の側面がある。病院にも急性的、集中的治療と慢性的状態、機能再建的に対応するものがある。

このように機能上の分化が明らかになることが医療の社会的進歩とするならば、医療の世界も適切な機能分担、機能分化の体制をとらなければならない。しかし、あくまでも、「医の総体」のなかで自主的、自覚的に相互の連携・協調を保ったうえでの分化であり、分担でなければならない。この機能分化が医療従事者の待遇上や社会的評価上での格差につながるような流れは断ち切れねばならない。

高齢化社会への急速な進展は、老人医療の問題と在宅ケアや患者の自己管理の増大などへとつながる。老人医療の特性は、老人保健法制定にあたっての基本的な考え方でもみられるように、「老人は一般に病気にかかりやすく、しかも1人で多くの病気をもっていること、その病気には高血圧等循環器系の慢性疾患が多いこと、加齢による老化も加わって機能障害を起こしやすいこと、健康

に対する精神面の不安感が大きいことなどの心身の特性を有する」である。したがって老人医療のなかには種々の側面から下記の如き諸問題が生じることが考えられる。

- ① 老人の特性の第一は個人差が大きいことであり、個人差の大きな集団に対する応接、対応の仕方は画一的であってはならず、多様な要求にこたえるべき準備が必要であると考えるが、この一見無駄と思われる余裕のある体制を作ること、国民がどこまで協力するかが問題となる。
- ② 老人の医療費が高いのは、個人負担が無料であることから、病院をハシゴすることなどが大きく影響するといわれるが、病気にかかりやすく、しかも1人で多くの病気に悩まされているという老人の特性からの行為とも解され、それに対応する体制を作らねばならない。
- ③ 老人の体調を乱す慢性の病気は、循環器系のみならず呼吸器系、筋骨格系などにみられるが、医療機関への受診期間も長くなり、入院も長期化しやすい。この点に対する理解に乏しいことや、これに伴う技術料や入院料が問題となる。
- ④ 病気の症状が乏しいか、もしくは非定型的なことも多いが、この特徴を理解すれば、周囲のものが老人を注意深く観察して、労をいとわずに必要な診察や検査を行わねばならない。特に近年、非侵襲的な検査法の発達によってその対応は容易になったが、単に経済的諸経費の関連からのみ検査の反復が制限されていることには問題がある。
- ⑤ 老人の病気は回復力が低下し余病を併発しやすく、水分の欠乏に弱く、薬物に対する反応も多様であるなど、その経過は遅延したり、円滑にゆかぬことも多い点が理解されにくい。
- ⑥ 老化現象が生理的老化であるか、病的老化であるかは、理論的な実証は実際上困難であり、医療の対象とすべき部分への評価がむずかしい。

- ⑦ 症状の固定した病気という表現が用いられるが、結果的にいえることで、それを予見することはむずかしく、退院基準や治療にあっても困難が多いが、退院後の在宅ケアでも多くの問題点が生じている。

在宅ケアに関しても、単に往診料の引き上げや在宅酸素療法や在宅中心静脈栄養法等の指導管理料などの問題だけではなく、そのあるべき姿、望ましい状況が実現できるような社会経済的環境の整備などが、医療と福祉との連携問題の基本にあって、家族機能にたよる家族内労働力の限界などに対して多彩な中間施設の充実とともに、地域ケア活動の育成が重要である。老人ケア体系は施設ケアよりはホームケアが望ましく、地域ケアの発想も居宅ケアの社会化によってつくられるので、居宅老人ケア体系こそ強く望まれる。しかし、老人が超高齢化した場合、ほけ老人や寝たきり老人が急増し、看護者の高齢化、虚弱化とあいまって、新たな医療、福祉問題となってくる。

日本の医療がこれまで患者の地域生活などを軽視して、単に高度な医療だけを追求してきたことへの反省が、医療者側からも国民の側からも生まれてきている。慢性疾患患者、障害者の増加で、疾病の日常化現象が進むなかで、今後、ますます、患者自身による自己管理の比重、方向性が強まるであろう。患者の自己管理といっても、決して新しいことではなく、糖尿病や高血圧の食事療法を中心とした生活管理に始まり、自己血圧測定の普及に次いでインスリン自己注射、家庭透析などのように、医療行為と競合する面での自己管理や、難病患者や重症者の在宅治療に果たす家族などの行為もその範疇に入る。

しかし、自己管理と医療行為の重複する背景には、①医学・医療技術の進歩で、例えば経管栄養法のように境界領域にわたる技術が多くなったこと、②病院の機能が明確になるにつれて診断、治療の方法論が確立し、手術その他の特殊な治療をすることが病院の役割とされ、多くの医療技術が病院外へ流出してきたこと、③医療費の面から、病院治療期間を減少方向に向けて、在宅治療や中間施設への患者移行が避けがなくなったこと

などがあげられる。

急性疾患における患者の役割に対して、慢性疾患における患者の役割というものが新たに問われてきた。患者の医療への積極的参加は権利であるとともに義務ともなっていており、すなわち、「働き方、休息のとり方、睡眠、食生活等の各種の療養生活を自分自身が創造的に作り出していくことが求められ、患者自身、甘えが許されなくなっていく」。このためには、自己管理を促す教育的医療、すなわち、喘息教室や糖尿病教室、夏季学校などの充実、その後の医師のチェックなどが大切となっている。

医療は医師が独占すべきものではなく、患者と共有し、患者が自分のデータを医師へ提供して、専門的判断の参考にしてもらう時代に移ってきているのである。

Ⅲ 今後の課題としての医療保険制度の未来像

社会保障費の配分方法に対する社会的合意は、年金に対する国民の支持に比べて、医療費に対しては厳しくなり、特にこれからは医療の効率性に対する要求が強くならざるをえない。人はだれでも生きている限り年をとり、老後の生活保障とりわけ年金問題は切実なものであり、関心も深く、納得しやすいものであるが、一方、医療保険の問

題は年金ほど切実な合意性は得られにくい。なぜならば、いつどんな病気にかかるかという不安は大きなものであるが、ほとんど病気らしいものもなく幸せにすごす人もおり、受益率はその偶発性とともに個人差が大きく、不安定要因があり、その再配分機構の間に医療従事者という第三者が介入している点などが考えられるからである。医療財源が年金とともに社会保障費の枠のなかで論じられつづければ、高齢人口の集積と医学の進歩に伴う医療密度の増加は、医療財源の配分をめぐって高度専門医療機関、中小病院、診療所、または診療科目別ごとなど個々の医療機関の間で対立的競合を招き、地域住民に対しても、地域医療体制に大きなひずみが生じる恐れがある。

これに対して、現在、表2の如く乱立している医療保険制度は、1億2,000万人の国民を5,200以上のグループに分けて、おのおのの保険料の負担も給付の状況も異なっているが、この状況を本来の国民皆保険の趣旨に沿って統合一本化することが重要である。

また、社会情勢の変化による国民負担の増加につれて、効率の悪い医療の一部は医療専門家側の判断のみにまかされずに、社会的要求として、社会保険ではなく受益者負担の自由診療化や私的医療保険の対応が必要となる。例えば脳死患者の生命維持医療をつづけることや、終末期医療のわずかな日時への生命延長医療などのために高額な医

表2 医療保険制度

A 被用者保険			
1. 一般被用者保険	政府管掌保険	1	
	健康保険組合	1,711	
	2. 船員保険	1	
	3. 日雇労働者保険	1	
4. 共済組合保険	国家公務員共済組合	25	
	地方公務員共済組合	54	
	公共企業体職員共済組合	3	
	私立学校共済組合	1	
B 国民健康保険			
	市町村国保	3,272	> 3,441
	国民健保組合	169	
		5,238	

療費が投入されている現在の姿には疑問が投げかけられ、社会保険によるそれらへの治療適用は、ある意味のミニマム・スタンダードがひかれてきて、その守備範囲を超える部分は自由診療化される可能性が必要と思われる。

国民自身の選択が建前から本音を主体にして、人間の尊厳、誇りに対する各自の判断が社会の価値観を変えることが望まれる。このように医療活動に対する再評価への動きのひとつに、専門分化した医学に対して患者を、よりトータルにみる医療が求められている。

国民自身が地域保健、医療活動を担うホームドクターの育成強化を本当に要望するときに、初めて医療に対する考え方も変化すると思う。予防と健康づくりに重点が移り、在宅患者ケアや地域リハビリテーション活動に十分配慮した医療活動へ医療の重心が移り、現行の開業医制のうえにホームドクターとしての登録制などの導入が加わることによって、地域住民への健康相談、生活指導の技術を重視し、これらの技術に対する診療報酬の大幅引き上げが現在の薬づけ、検査づけなどと不当にいわれている現物給付出来高払い制を根本から変えていくことになる。

病院機能も、入院患者に対する医療技術向上による収益率の増加をかねて現在の出来高払いのみに固執せず、いま米国のメディケイドで試みられている診断分類別医療費支払制度（DRG：Diagnosis Related Groups）の考え方を参考にして、技術料を十分に評価した形での病院経営の安定化が図られるべきものと考ええる。

医療従事者にとっても、自由競争の原理に基づいた専門的技術の切磋琢磨による評価が、療養費払いの理論の導入によりささえられてくれば、専門職としてのインセンティブも高まり、元来、勤勉な日本人の医療システム活性化につながると考える。

このような流れを育成するためにも、医療従事者と国民側が種々の形で話し合い、理解し合う場が各地域で多くできることを願っている。

医療の将来に大きな影響力をもつ医学教育は、医学部紛争以来、種々の面から取り上げられてき

てはいるものの、医者への適性や医療への情熱など人間性の問題や、国民が求める医師像や期待している医療活動に対応しうる医師の育成などがあまり進まず、科学技術としての医学への比重が先行している。医学教育とそれに影響力の著しい医師国家試験、さらに生涯教育研修の場に、医療を受ける立場の国民が不在であること、常日頃、住民の本音が出し合える場のないことなどが、問題の解決を遅らせてしまいか。

著者らが筑波大学医学専門学群の学生に試みている医療教育も、数多くの試行錯誤のひとつではあるが、開学以来8年目をおえたチーム医療実習などは、毎年種々の改善を加えつつ、医学教育学会、プライマリ・ケア学会などで報告し、批判をあおぎながら、多少の成果をあげつつあると考えているので参考資料にあげておいたので参照されたい。

時代の進歩に伴い、教育の次に医療が国民の権利、国の義務として求められており、教育に関する議論と同様に医療に対しても根本的な再検討が求められるときがきている。国民の健康を中心において、保健・医療・福祉に対する総合的な適正な判断が要求される。

おわりに

国民の保健・医療・福祉対策は世界各国で模索をつづけており、特に高騰する医療費対策は医療保険対応での限界がいわれるなかで、英知をしばった対策が待たれている。

用語解説

- 1) ICU (Intensive Care Unit) 集中強化治療室で手のかかる重症患者、呼吸・循環管理の必要な術後患者のみを集めて、高密度の治療を行う所。心電図など種々の計器を用いて、患者の状態を常時モニターし、専任の医師・看護婦の24時間監視のもとで、異変に直ちに対応する救急医療の総合技術の場である。
- 2) NICU (Neonatal Intensive Care Unit) 新生児集中治療室は極小未熟児や危急新生児に対して集中的に救命救急医療を行う場で、保温・栄養・感染予防の原則と体液維持管理・黄疸管理・呼吸循環の管理が行われる。
- 3) サイクロトロン (Cyclotron) イオンのらせん形加

速器で、小型で高エネルギーが得られるので医療用につくられている。サイクロトロンは速中性子、荷電重粒子治療および放射性核種の製造に用いられる。

4) PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) 先端にバルーンをついたカテーテルによって、冠状動脈の狭窄部を開胸手術を行わずに、経皮的冠状動脈拡張術で狭窄部を緩和し心筋虚血の改善をさせる方法。

5) NMR-CT (Nuclear Magnetic Resonance-Computer Tomography) 自然界に分布する核磁気を検出する方法を用いる物質の定量法で、生体内の水素核および特定の核種を有する構成物質の計測が可能である。放射線などを使わないので人体への影響はなく、形態学的情報とともに生体組織の化学的変化、機能の変化まで検出し映像化できる。

6) 中心静脈栄養法 消化管を介さずに栄養物を直接静脈内に注入する方法のひとつで、カテーテルの先端を中心静脈に置き、注入された液が多量の血液で希釈されるようにした方法で、広く普及してきている。

7) DRG (Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System) 米国において医療費急増対策を狙いとして、メディケア病院費の支払いに導入されたもので、支払額は467の診断群ごとに事前に決定されるもので、日本の出来高払いとは、行為ごとに金額が定められている点で異なる。DRGは医療の標準化を試みて、投入される物品を量的にも質的にも標準化し、医師および病院関係者にコスト意識を高めている。

参考資料・文献

- [1] 「診療報酬改定の概要」厚生省保険局資料, 1984年。
- [2] 「21世紀へ向う医療保険——健康保険制度の改革——」厚生省保険局資料, 1984年。
- [3] 「健保法等改正はこう行われる」『社会保険旬報』No. 1476, 1984年, 7-16頁。
- [4] 「改正健保法のポイント」『社会保険旬報』No.

1481, 1984年, 6-11頁。

- [5] 佐分利輝彦他「今後の課題, 診療報酬体系・医療供給体制のあり方をめぐって」座談会『日本医事新報』No. 3178, 1985年, 3-14頁。
 - [6] 佐分利輝彦他「今後の課題, 診療報酬体系・医療供給体制のあり方をめぐって」座談会『日本医事新報』No. 3179, 1985年, 43-53頁。
 - [7] 丸山正義他「医療保険制度の未来像」シンポジウム『日本医師会雑誌』No. 93, 1985年, 649-703頁。
 - [8] 市川 洋「社会保障と医療の将来展望」『週刊社会保障』Vol. 39, No. 1334, 1985年, 14-17頁。
 - [9] 広海孝一「医療保険改革と残された問題」『社会保険旬報』No. 1482, 1984年, 6-9頁。
 - [10] 伊藤忠厚他「健保改正と大学病院の関連について」医療問題懇談会『医学と医療』Vol. 218, 1985年, 1-7頁。
 - [11] 日野透逸「DRGの波紋と対応」『季刊社会保障研究』Vol. 20, No. 2, 1984年, 148-154頁。
 - [12] 田中恒男『社会医学の考え方』NHK ブックス, 1973年。
 - [13] 『日本の条件 9 医療』日本放送出版協会, 1984年。
 - [14] 土屋 滋「老人と疾病, 老人の保健管理, 筑波大学医学専門学群」『人間集団生物学テキスト』1985年, 250-263頁。
 - [15] 土屋 滋他「チーム医療実習4年間の検討」『医学教育』Vol. 13, 1982年, 107-112頁。
 - [16] 土屋 滋他「チーム医療実習に対する看護サイドの見方」『医学教育』Vol. 13, 1982年, 279-283頁。
 - [17] 土屋 滋他「筑波大学におけるチーム医療実習実施の背景と8年間の実践」『日本プライマリ・ケア学会誌』Vol. 8, 1985年, Suppl., 103頁。
 - [18] 土屋 滋他「筑波大学におけるチーム医療実習, 8年間の経験から」『医学教育』Vol. 16, 1985年, 159頁。
- (つちや・しげる 筑波大学社会医学系助教授)

医療システムの再編成と政策課題

大 村 潤四郎

医療システムの構造

医療システムも社会システムの一つである。T. Parsons¹⁾によれば、「社会システムというのは、活動の構成分子の組織化の形態であり、それは個々の活動分子の集合の間に継続して働いているか、秩序立った変化をしている相互作用と関連している」。

システムとはまた前述の個々の構成分子が一つの目標に向かって協力することである。医療システムの場合その目標は何であろうか。医療は健康の早期回復、保持増進を目的とする活動であり、その目標は国民の健康の向上にあることは明らかであるが目標にかかげる要素を列記すれば次のようになる²⁾。

1. 国民のだれもが、どこにいても必要なときに、必要な医療が受けられること。(accessibility)
2. 医療の機会均等。(availability)
3. 高水準の医療の質が保たれること。(quality assurance)
4. 医療が全人的包括的であること。(comprehensiveness as a whole)
5. 人間性の尊重、患者が満足するものであること。(humanity)
6. 公衆衛生、社会福祉の分野の活動と協力。(coordination)
7. 能率のよい制度であること。(efficiency)

医療システムの特性

社会システムはまたシステムとしての形式の維持のほか、分化と総合、適応の性格をもつ。

形式の維持は医療システムの場合、その国その地方に特有な医療文化、制度を規制する法律、その他医学医術に基づく技術規範などによって行われる。

システムはまた社会の変革に適応しなければ生き伸びることは出来ない。現代社会において医療システムに与える最も大きな変動の要因は、高齢化社会の到来、技術革新ならびに情報革命である。また経済的には高度成長時代から低成長時代に移行して、国家財政の引き締め政策が医療システムに顕著な衝撃を与えているということである。このことは昭和58年度で14兆5,438億円と推計された国民医療費の30.6%が国庫負担となっている事実を見れば明らかである。(表1参照)

医学医術の進歩と生活水準の向上に伴って医療サービスの分野でも専門化が進んでいる。内科、外科、産婦人科といった分科は一世紀前のものであったが、近年では内科はまた循環器、消化器、内分泌、などに分けられるほか心療内科という科なども新たに生まれた。外科も脳神経外科、心臓外科、小児外科などと更に専門分化が進み、四肢の接合術などは血管吻合の術者と、神経縫合の術者とが交互に登場するといったような専門分化の世の中となった。

専門分化が進みすぎた結果、多くの医師は専門医を志し、プライマリ・ケアを担当する家庭医の数が少なくなった。地域社会にあって、病気のことは何でも相談に乗ってくれた昔の家庭医の多くは老年化し、家業を継ぐ若い医師が少なくなった。厚生省が今頃家庭医の養成を政策として打ち出したのは専門分化の反動としての総合化への表れで

表 1 国民医療費を財源別にみた百分率の年次推移

	国民 医療費	公 庫			保険料	そ の 他	
		総 数	国 庫	地 方	総 数	総 数	(再 掲) 患者負担
1955	100.0	15.9	11.6	4.2	45.5	38.7	38.7
1965	100.0	25.9	22.1	3.9	53.5	20.6	20.6
1975	100.0	33.5	28.9	4.6	53.5	13.0	12.9
1980	100.0	35.5	30.4	5.1	53.2	11.3	11.0
1981	100.0	35.4	30.3	5.1	53.5	11.1	10.8
1982	100.0	35.6	30.4	5.2	53.6	10.8	10.5
1983	100.0	36.4	30.6	5.7	52.5	11.1	10.8
1984	100.0	32.0	27.0	5.0	56.0	—	12.0
1985	100.0	29.0	25.0	4.0	58.0	—	13.0

(注) 1955～1983年厚生省統計情報部発表, 1984, 1985年厚生省推計。

ある。

医療システムの区分

医療システムも供給, 教育, 研究などいろいろの分野に区分される点の考え方を図1に示した。

医療の供給システムは地域の医療システム, 病院や診療所の配置や運営のシステム, 医療従事者の教育や充足対策, 医薬品, 医療機器などの供給システムなどによって構成される。医療の場合供給システムにおいて, 研究や教育が行われるので供給システム, 研究システム, 教育システムを切り離すことは現実的でない。

医療の経済システムはこの三つのシステム全体に関係するものである。医療経済の命題は, 医療に関する希少資源を如何に有効に活用するかとい

うことであり, 政策の立案に当っては, 各種対策の費用, 便益の比較検討を行い, 政策決定のための資料を提供することにある。

医療経済が他の経済と相違する2, 3の特色をあげれば, 疾病は予測し難い出来事であるということ, 一般的に消費者に医療を評価する能力がないということ, 労働集約型産業であって生産性にはおのずから限界があるということ, 医療は消費的であると同時に投資的であることなどである。この最後の点はしばしば教育に比せられる。

疾病を経済学的に見ると二種類に区分される。投資甲斐のある (proprutic) 疾病と投資甲斐のない (antiprutic) 疾病である。後者は人道的 (humanitic) 疾病とも称される。医療によって労働力を回復し, 生産につながることはないからである。

老年人口の増加によって後者に属する疾病が増加し医療に対する投資価値は減少しつつある。

医療システムの効率

医療経済学における重要な問題の一つは医療のパフォーマンスを何によって測定するかということである。医療のプロセスである医療行為の集積によって測定するのか, あるいは医療の成果による寿命の延長, 国民の健康回復, 健康増進の成果によって評価するのかということである。

後者の考え方によるならば医療システムの効率 (E) は理論的には次式によって表される。

$$E = \frac{\int_0^e H(h \cdot e \cdot a) dt}{C}$$

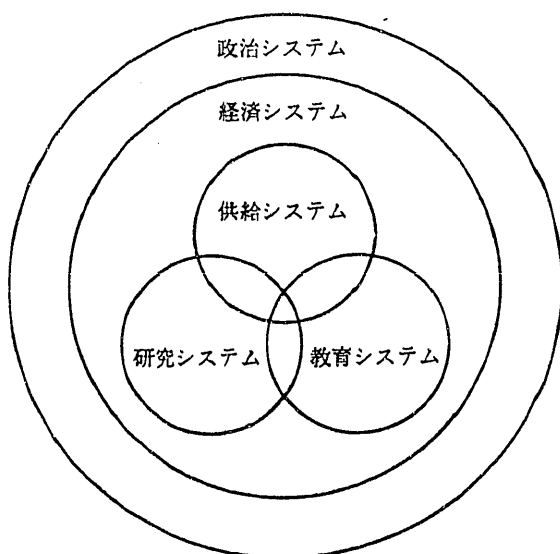


図 1 医療システムの区分

上式における分子は国民の健康量。これは主体 (h)、環境 (e)、病因 (a) の函数である健康を、国民の寿命で積分したものである。分母 C は医療費用。

国民の健康度は医療のみによって向上するものではない。栄養、居住、その他生活水準に関連する生活環境が影響する。ある条件下では医療に投資するより、食料や住宅に投資する方が国民の健康度の上昇に役立つことが知られている。ここに分配効率の問題が登場する。

GNP を企業のとり分と労働者のとり分にどのように配分するのか、国民生活、国民福祉の分野でも教育、医療、福祉などそれぞれの分野にどのように配分するのか、社会保障、公共事業、文教、防衛、警察など、その大部分が国費公費によって賄われているものについては国の政策決定が直接事業の進展に影響をもたらす。

医療システムの再編成とその背景

医療システムの再編成といっても他の社会経済システムが変わらないかぎり、医療システムだけの大変革はおこりえない。前述したような医療をめぐる技術の進歩と急速な人口の老齢化に向かって現在のシステムを如何に適応させていくかということである。以後、近年における医療システム再編成をめざす国の政策を述べ、論評を加えたいと思う。

政府は近年における医療政策の目標やその根拠をいろいろ説明するけれども、その必須要件というべきものは医療費に対する国の負担の膨脹を抑制しなければならぬということである。

1982年の国民医療費は13兆8,659億円でその財源別内訳は国庫30.4%、地方5.2%、保険料53.6%、患者負担等10.8%であった。当時の医療費の対前年増加率は7.7%であり、GNPの増加率5.0%を上回っていた。政府のねらいは、一つには医療費の伸びをGNPの伸びの限度におさえたいということであり、医療費に占める国庫負担の割合を少しでも小さくして当時にして毎年3,000~4,000億円増加する国庫負担をおさえなければならぬということであった。

医療保障制度の発展経過

歴史的に見ると、わが国の医療保障制度は国民健康保険の普及とともに発達した。1948年にはそれまで組合を保険者としていたものを市町村公営を原則とすることに改め、1952年療養給付費に対する助成交付金を国が支出し、1954年には療養給付費に対して2割の国庫負担と5%の調整交付金が明文化されることとなり、この財政的支援でようやく国保の普及が軌道に乗るようになった。

1959年国民健康保険法を全面改正（国庫負担25%、調整交付金5%）、強制設立、強制加入とし、東京、名古屋など大都市への普及をまわって1961年国民皆保険を達成した。当時はGNPの伸び率も2割に近く、高度成長時代が続いたので国庫負担の増額も容易であった。以後給付内容の改善に伴って国庫負担はさらに増額され、国庫の負担は45%に、調整交付金は5%にまで引き上げられた。

1973年老人福祉法によって70歳以上の老人の医療費が無料化された結果、老人の医療需要は急激に上昇し、加入者に老人の比率の多い国保の財政に大きな影響を与え、1973年10月から開始された高額療養費支給制度はこれに拍車をかけるに至った。

老人保健法の制定

1982年8月老人保健法が成立、1983年から70歳以上の老人及び65歳以上70歳未満のねたきり老人はこの法律によって医療給付を受けることになった。この法律の制定によって、政府は次のような目的を達成した。

1. 外来は1日につき400円、入院は1日につき300円（2ヵ月に限り支払う）の一部負担をかけることによって、それまで前年同月比2.5%程度増え続けていた外来受診率は実施後1年の平均で3.4%の減少に転じ、入院受診率増加も5.3%から0.2%におさえられた。

2. 老人保健法のアイデアは各人がそれぞれの保険の加入者でありながら、給付は国（20%）、都道府県（5%）、市町村（5%）、保険者（70%）がプールする老人医療費から行い、70%の保険者負担分は半額を医療費按分、半額を加入者按

分で負担することによって、保険者間の財政調整が行われることとなり、これによって国庫負担を軽減することが出来た。

健保法の改正

1984年10月政府は健康保険法の改正を実施した。その骨子は、①医療費適正化対策、②保険給付の見直し、③医療保険の再編合理化による負担の公平化とうたわれているが、実質的には被用者保険本人の1割負担を実施したこと、退職者医療制度の創設、従来差額徴収といわれたものについて法律上きちんとした規定が設けられたことが主な内容である。

わが国の医療保険は共済、組合、政管などそれぞれの職域集団、地域保険たる国保から出発し、被用者保険にあっても、本人は10割給付、家族は長い間5割給付であった。本人家族に対する給付率の統一は戦後健康保険が、労働保険から社会保障に変換されたときに手をつけられるべきで、むしろ遅すぎた感がある。国民皆保険が実施された現在、全国民が定率の負担をするよう制度の調整を図ることは当然のことである。定率負担の欠点は医療費が高額となれば患者負担額も高額となり、患者がその負担に耐えられなくなる恐れがあることである。

この歯止めとして1973年高額療養費制度が導入された。本人定率負担の導入に伴って、高額療養費制度は本人にも適用され、その額は月5万1,000円に改められた（低額所得者の場合3万円）。そして注目すべきことは負担限度額が個人負担から世帯負担に変えられたことである。また同じ世帯で過去1年間に高額療養費の支給が4回以上になった場合は、患者負担は3万円に軽減される。その他血友病や人工透析患者については月1万円年間12万円の患者負担で済むこととする、など細かい配慮が加えられている。この本人負担の割合は政府原案は8割であった。この原則は「61年度以降国会で承認を受けた日からは8割」という形で残っている。これによって61年度以降医療保険における給付率を本人家族を問わず8割に統一する地ならしが出来たと見てよいだろう。これによ

って生ずる患者負担の重荷については、前述した高額医療費支給制度その他特定疾患、低所得者グループを対象とした特別措置で対処しようというわけである。

一部負担の考え方

政府案は初期の段階ではビタミン剤や給食材料費を給付外とする項目が含まれていたが利害関係団体の反対で消えていった。出来高払いの医療保険の制度の下では、一部負担の制度は医療需要を適正な範囲におさえる有力な手段として利用される。そしてそのかけ方は患者に決定的な経済的負担を与えないように、それによって医学的に必要な医療需要が制限されないように考慮することが必要とされている。また患者と医療機関の関係から過剰に使用されやすい特定項目をねらって課することが効率的であるとされている。薬剤費一部負担はその例である。給食費は家に居ても食事代はかかるという理論でたびたび出る問題ではある。

材料費を給付外にすることは面白い着想である。病院給食における食事の個別的サービスは、後述する医療自由化のポイントの一つで、将来考慮すべき分野である。

退職者医療制度

次に1984年10月改正の重要なポイントは退職者医療制度の創設である。84年度の厚生白書によると年齢階級別医療給付は年齢階級とともに増加するが、60～70歳の階級だけは落ちこんでいる³⁾。これは世帯主の退職に伴って被用者保険から国保に移ることがその原因の一つと考えられる。退職者医療制度は国民健康保険に加入しているサラリーマンOBで被用者年金の老齢年金や退職年金を受ける資格のある人とその家族が対象になるもので、この人々に本人8割、家族入院8割、外来7割の給付を保障しようという制度である。退職者医療の費用はサラリーマンOBや、その家族が支払う国保の保険料のほかは、健康保険からの拠出金で賄われるという医療保険としてはまことに巧妙な仕組みである。退職者医療のための拠出率はさし当り5.67%とされており、本人9割給付の実

施によって、これだけの財源が被用者保険から拠出されても現行料率を引き上げる必要はないとされている。

国保に対する国庫補助は保険給付費の50%と改められ、このうち10%を調整交付金として交付することになっている。この補助率は従来の医療費ベースに引き直すと38.5%となる。この二つによって政府は国庫負担を年5,000億円近く軽減することに成功した。

これらの改正によって1984年度の国民医療費の伸び率は3%程度におさえられ、国庫負担の比率も30%から27%に低下し、その目的を達成した。(表1参照)

医療費自由化の行方

1984年10月改正で見のがしてならないのは、特定療養費制度である。これは保険診療の規格化、医療の自由化、民間保険の参入など将来の動向に対して深い関係を有するからである。今までは保険でまだ取り上げられていない先進医療技術を患者に施用すると、その医療行為だけを給付外として患者負担にすることは差額徴収として禁止されていた。しかしこれについて明確な法的根拠があるわけではなかった。差額徴収が認められていた室料の差額、歯科材料費も行政措置として認められていたにすぎず法的性格はあいまいであった。今回の改正でこの点が法的に明確になった。特定療養費制度には二つあり、一つは特定承認医療機関(現在のところ大学付属病院、国立循環器センター、がんセンター、2年後に見直し)で高度先進医療(学会などの評価で安全性は確認されているが有効性、効率性、普及度が確立過程にある保険で未採用の医療)を行った場合、検査や入院料など基礎的な医療については特定療養費として給付をする。高度先進医療の範囲については、まだ確定していないが、がんの温熱療法、脳動脈形成術などが考えられている。

第二は保険医療機関で行われる特定療養費で、これには室料と歯科材料費が定められている。この一部について保険給付が行われるのであるが、医療機関はそれぞれ料金を掲示し、事前に患者の

承認を得ることが必要とされている。

これら法律の規制を受けることとなった差額徴収が今後どのような推移を見せるか、これが大きくなればそこに民間保険の介入の余地が生まれ、自由化の道も開けるのであるが、医療保険における医療給付の水準をどこにおさえるかが今後の動向の鍵を握るといえる。

医療給付の適正化

以上は政府の政策がまがりなりにも実行に移され、それなりの効果を挙げた事項であるが、政府が政策の一つに掲げた医療給付の適正化についてはどうであろうか。

その一つは審査支払制度の改善である⁴⁾。現在支払基金で取り扱う請求明細書の枚数は月4,200万件前後といわれるが、それを全国3,600人の審査員で審査することになる。開催日数は取扱件数に応じ東京・大阪の7日間から沖縄の2日間まで種々あるが、平均して5日ぐらい、おおむね午後1時から5時までが標準である。この限られた人員、会期で上記の膨大な明細書を審査するのであるから、重点審査と称してあらかじめマークされた医療機関を重点的に審査することとなる。

何よりも無駄なことは、3,000人に及ぶ有能な臨床家はもっと医療の第一線でその力を発揮してもらうことが人的資源の有効な利用というものであって、審査のために請求明細書をめくるような機械的な仕事はコンピューターにさせればよいのである。

審査、特に診療内容にかかわる審査は出来高払い制度における必要悪なのだが、この方法には医学的審査法と数理的審査法とあり、医学的審査法は、審査委員が患者を診察すれば別であるが、いたずらに請求明細書の備考欄を賑わすだけで実効を挙げ得ない。これに対して数理的な審査法はそのプログラムが適正であれば、手間もかからず医療費の公平な分配が可能である。厚生省は一時、レインボー・システムとしてアドバルーンをあげたが医師会の反対にあって引っこめてしまった。審査のプログラムをつくるに当たって如何にすれば公正妥当な審査が出来るか、統計的な分析研究が

必要なのであるけれども、今のところ請求明細書を調査研究目的に使用することさえも不可能な現状は何とか解決出来ないか。これは医療をめぐる政治システムの問題とも関連する。保険者の方も最初は支払総額は変えず審査によって節減された額は医療の質の改善のためにつぎこむくらいの決心が必要であろう。世をあげてOA時代にあって支払基金業務の能率化のために今後、真剣に検討をすすめてもらいたい。

供給システムの問題

医療供給システムの再編成として最近当局が考えているのは地域医療計画の策定を中心とした医療法の改正、家庭医制度の推進、医療と福祉の中間施設の再編成、それから最近ようやく気付きはじめた重要項目として、病院の機能評価、医療の質保障の問題がある。

わが国の医療供給システムは明治以来、自由開業医制を取っていた関係から、システムという観点からいえば自由放任主義であった。医療機関に関する基本的法律である医療法は戦後間もない1948年10月施行されたが医療機関の計画的整備については具体的規定はなかった。

1962年には公的性格を有する病院の開設等を規制する医療法の一部改正が議員立法で行われ、公的医療機関の新設、増床や病床の転用について規制が加えられるようになった。

政府は医療審議会が「基幹病院整備計画」を答申した1951年頃は公的医療機関を中心とした整備計画を考えていた。1963年に医療制度調査会が出した「医療制度全般についての改善の基本方針に関する答申」では公的医療機関中心の整備計画は基本的に再検討さるべきであり、医療活動は地区医師会などの共同体制によって組織化される必要があると民間主導型による地域医療計画が打ち出された。

地域医療計画というのは健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーション、いわゆる包括医療を目標にして計画しなければならぬことは近年の常識となってきたが、高齢化社会の到来に備えて保健福祉の総合的サービスを目標にした地域計画が

必要となってきた。地域医療計画は病院の配置計画などハード面の計画とともに運営に当たってのソフトの面の計画が重要となった。

医療法改正と地域医療計画

今回政府が提案している医療法改正案では都道府県知事が国の委託を受けて、地域医療計画を策定することとなっている。策定に当たっては都道府県は医師会など診療、調剤の学識経験者の団体の意見聴取、市町村の意見聴取、都道府県医療審議会の意見聴取が義務付けられている。都道府県における地域医療計画の策定に当たっては、厚生省からガイドラインが示されることとなっているが、その内容は、

1. 医療圏の設定、おおむね住民の日常的疾病に対応する市町村域(第一次医療圏)、一般的入院医療を供給する広域市町村域(第二次医療圏)、高度・特殊治療を行う(都道府県域)に区分されることが想定される。市の場合第一次医療圏が分割されることや第一次医療圏を複数の町村とすること、第三次医療圏を複数設定すること、都道府県境における両者にまたがる圏域設定などが問題となる。
2. 病床数の地域的偏在の解消を図り、適切な医療供給体制を確保する必要性があることから、医療圏における必要病床数を算定する。
3. 医療機関の適正な整備水準の確保を図るため、病院、診療所等の機能に応じた水準確保の方策を示す。
4. 医師、看護婦など医療従事者の量的確保と質的向上を目指すとともに地域的偏在を解消し、適正な配置と定着を図るための基本的な方策について示す。
5. 医療供給体制の整備促進。
6. 医療機関相互連携体制のシステム化の推進。
7. 公衆衛生、福祉等関連施策との連携。

医療供給の自由競争社会において病院のリージョナリゼーションの実行はなかなかむずかしい。その方法は法的規制と計画推進へ向かっての経済的援助ということであるが、今回の医療法改正によって都道府県ごとに地域医療計画が作られたと

してもその計画に沿って医療機関の整備を図るためには、公私施設の区別なく過剰地域への新設制限、不足地域への誘導が必要である。この具体的手段が今後の課題となるだろう。

患者の流れと医療システム

地域医療システムの計画に当たって考えなければならぬのは患者の流れと医療機関の機能分担である。地域医療計画のガイドラインによると医療の段階はまず自宅におけるセルフ・ケア、次はプライマリ・ケア（以下、P. C と略記する）、次は二次医療、三次医療となる。日本におけるセルフ・ケアの問題は重要でどんなときに医師にみせなければならぬかという保健教育が重要である。英米の調査によると患者に発生する四つの症状のうち、約三つは家庭内で処理して、あと一つが医師の診断を請うというのが現状であるというのだが、わが国の受診の統計によると四つの症状のうち三つは医師のところへ駆けこむという実情である。

P. C は患者が最初に医療システムの助けを借りるときの基礎的な医療であって、7割の疾病はこの段階で処理可能である。

この供給者は普通その人の健康管理、疾病治

療、専門医等各施設への紹介に責任をもつことになっており、その者の健康に関するすべての分野、すなわち生物学的、行動科学的、社会的な分野において責任をもつという意味でも包括的医療である。

家庭医論議は時代錯誤

当局が最近懇談会を設けて検討をはじめた家庭医というのは、家族ぐるみの健康の相談にのってくれる医師で、健康相談、普通の疾病の処理、特別の疾病については専門施設への紹介という三機能を有するとされているから、P. C を担当する医師といってもよいだろう。昔、医療技術が今ほど発達せず、専門分化が今日ほど進まなかった時代には、地方における多くの開業医はこの家庭医であった。多くは内科、小児科を標榜していたが、外科、産婦人科を標榜していても P. C を担当していたのである。

P. C を誰が担当するか、発展途上国では、医師が少ない関係、あるいは、業務の対象が伝染病、栄養不良、家族計画などである関係で、医師以外のヘルス・ワーカーが担当しているのだが、文明国では P. C を誰が担当しているかは、国によってまちまちである。図2に示すように英国で

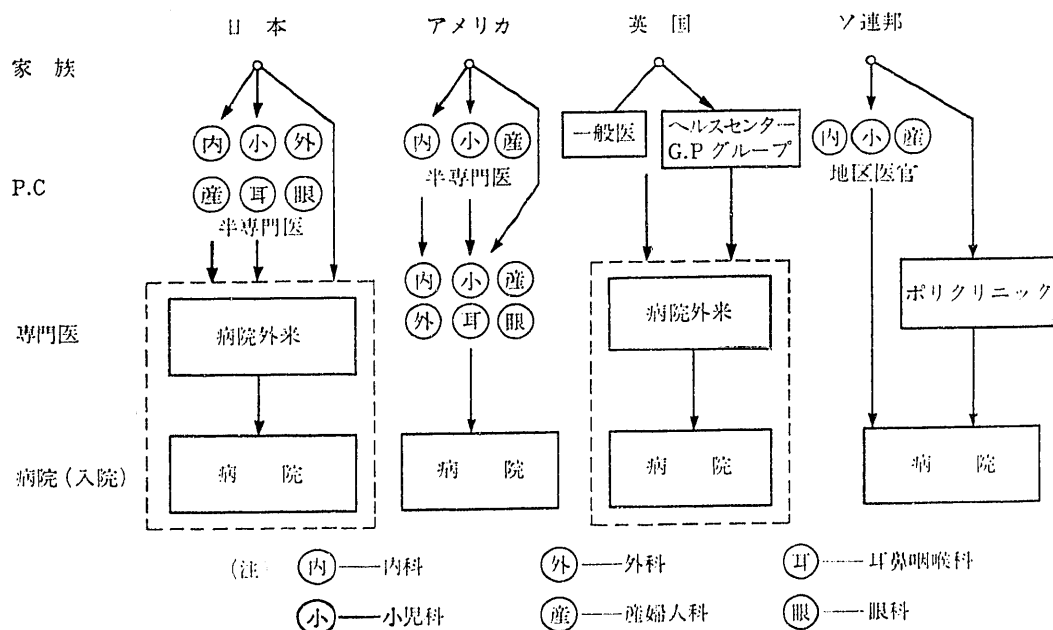


図2 医療の流れ

は P. C 専門の G. P (General practitioner) が担当しており、G. P と専門医は制度上画然と区別されている。患者が医療システムと接触するのが G. P であり、自己の患者を病院サービスの専門医に紹介する調整役を果たすのが G. P である。G. P の大半はグループ診療を行っている。制度がより複雑なアメリカでは、家族はすべての半専門医（小児科、内科、精神科、産婦人科など）と真の専門医を自由に訪れることが出来る。ソ連などの東欧諸国では地区を担当する地区担当医(District doctor)、市ではポリクリニックの医師が P. C を担当するが、その場合英国と違うところは一般に小児科と産婦人科は P. C の段階から専門が分かれているということである。

日本の現状はアメリカと同様、医療機関の選択は全く自由である。医療機関が充分にある都市では普通、眼が悪いときは眼科に、皮膚病は皮膚科に、近所に適当な開業医がある場合には直接訪れる。最近は大病院志向型で成人病やちょっと複雑な病気では大病院の外来を訪れる人が多い。大病院の外来は待ち時間が長いので軽い病気は近所の開業医を利用する。病院では往診をしてもらえないことが多いから、子供のいる家庭や、心臓病をもっている人は往診してもらう医師を決めていることが多い。

昭和 58 年に実施した厚生省の保健衛生基礎調査⁵⁾によると「かかりつけの医師」即ち病気になったとき決まってみてもらう医師をもっている人は 64.8% で、在宅療養者、乳幼児をもつ家庭、60 歳以上の高齢者がいる家庭ではその比率は高い。

神奈川県の実民健康調査によると、20 歳以上の県民が最初に受診する医師は、一般診療所の医師 42.0%、病院 41.0%、他は職場の診療所や大学病院の医師となっており、ここでも高齢者や乳幼児をもつ家庭は一般診療所を利用することが多い。日本の P. C の現状は今や家庭医志向型ではない。地域により、家庭の実情、家族の生活行動圏によって P. C の受け方はまちまちなのである。この問題については今更特定の家庭医論議をむしかえすよりは、どんな形態であれ P. C を充実する方向で政策を考えるべきである。

グループ診療の普及を

P. C に対する患者の要望は、前記調査報告によると夜間や休日でもみてくれる、家から近い、往診してくれるなどが多いのだが、日本人の一般的希望として、専門的な技術をもち、医療機器を整備している施設というのがある。これが大病院指向型のニーズの表れである。

以上のような患者の動向から考えても今後はプライマリ・ケアを担当するグループ診療を普及する政策を打ち出すべきだと思う。

グループ診療の長所としては、

1) 交代勤務が可能となり、休日は夜間診療に輪番制がとりやすく、交代で休日をとったり、研究会に出かけたり、時間制で他の病院に勤務することも可能になる。

2) 看護婦、保健婦、その他の医療従業員を雇う費用、医療機器の整備などで経営の合理化が図られる。

3) 大なり小なり専門分化が生じ、患者の選択を広くし、診断が迅速・正確になる。

4) 個々の医師の失敗は直ちに明らかになるので、診療が真剣になり、技術向上の意欲が湧く。

今度の医療法改正で医師 1 人が働く診療所についても医療法人組織を認めようとする動きがあるが、それよりもグループ診療を行う医療法人に対して一層の経営上の優遇処置を講ずべきである。

医療機関の連携と情報システム

地域医療計画の内容の中に重要な項目として、医療機関相互連携体制のシステム化の推進というのがある。医療機関の機能分担、相互連携は従来から強調されてきたことであるが、言うはやすく、実現はなかなかむずかしかった。今後の医療情報システムの発展は、地域医療における医療機関の連携、役割の分担、患者の流れの適正化に大いに寄与することが期待されている⁶⁾。病院と診療所の間に情報システムがつくられると、診療所は病院に対し、外来でも手軽に予約をすることが可能になる。また入院させた患者のデータは診療所からの検索が可能になる。病院で行う検査も診療所の医師が直接情報システムを介して見ること

が出来る時代がくるだろう。

そうなると病院と診療所の間の信頼関係は今よりも強化され、おのずと機能分化が進むというのである。

10年以上前、地域医療情報システムの一つとして救急医療システムが開発された。最初神奈川県で導入され、現在27府県でいろいろな方式のものが導入されている。このシステムは大部分地方自治体の負担によって設置されたものだが、その利用効率は極めて低い。このシステムは将来、救急医療のためばかりでなく、地域における病院と診療所、患者と医療機関を結ぶ地域医療総合情報システムとして再編成の必要があるだろう。MEDISなどが中心となってこの大型プロジェクトに取り組む必要があるだろう。このような計画にこそ国は先行試行のための計画として財政的な援助をする価値がある。

老人医療の総合化

高齢化社会の到来とともに老人医療が大きな分野を占めるに至った。医療も治療からケアが重視されるようになり、これとともに医療は集中化から再び分散化の方向に向かいつつあるように思われる⁷⁾。老人保健法の制定は老人医療費を国民が平等に負担するという趣旨に基づき、医療保険間の財政調整に成功したことは前述したとおりだが、医療の包括性を明確に打ち出した点は評価出来ると思う。

老人の保健ならびにこれに関連するニーズは多様で、住宅やその他の生活環境にも問題がある。老人の保健サービスは包括医療から日常生活の援助やレクリエーションなどを含む福祉サービスと総合されたものでなければならない。

この老人に対する総合サービスは地域を基盤として、個々の老人のニーズに応じ資源の効率的利用を目的として提供することが必要である。1人暮らしの老人は別として家族と暮らす老人は病気が許せば在宅ケアが望ましく施設への収容は、家族と離れるばかりでなくホスピタリズムの発生を促し、費用もかかる。

在宅ケアの障害は住宅の狭隘、生活環境の不

良、こどもの転動、1人暮らし老人の増加、介助を要する家族の老衰、疲労などであるが、これに対しては、老人を対象とした住宅対策、保健チームによる訪問サービス、訪問看護事業による患者のケア、ならびに家族の指導、施設におけるデイ・ケアあるいはショート・ステイの普及、給食サービス、ホームヘルパーの派遣、ボランティアによる援助活動など、地域保健福祉事業として今後一層充実すべき点が多い。

中間施設の構想

去る8月2日発表された中間施設に関する懇談会の報告書⁸⁾では要介護老人についての国民的要望は「自らが、そして家族が要介護老人となった場合、家族が過重な負担を負わずに家庭内で適切に看護・介護を行いうるよう多様な在宅サービスを用意してほしい。そして家庭で、どうしても処遇することができない場合のために安心して入所出来る施設を作してほしいということである」とし、この要望に対しどのように対応していくかが政治、行政の最大の課題であると述べているが、正に然りである。

1984年の時点で6ヵ月以上「ねたきりの状態にある65歳以上の老人は約48万人で、このうち約10万人が病院に、11万人が特別養護老人ホームに、残り27万人が在宅療養を行っている」⁹⁾。わが国ではなお「ねたきり老人」の56%が在宅療養を行っているが、この割合は漸減しつつある。高齢化が進むことによって2000年にはねたきり老人の数は100万人を突破すると推計されている。そのうち半数を在宅ケアに依存するとしても50万は施設収容が必要ということになる。

現状は「ねたきり老人」の一部は病院に収容されており、一部は特養に収容され、この両者に収容されている要介護老人にはさほどの差異のないケースがある。ところが入所手続きや費用負担には大きな差異がある。これは福祉施設としての特養と医療機関としての病院との生い立ちの相違に基づく点も多い。

前述の報告書は要介護老人の収容と在宅ケア援助のために中間施設を設けるべきであるとしてい

る。中間施設は、在宅型施設と入所型施設に分かれ、前者はデイ・ケアとショート・ステイが主な機能である。後者は、収容施設で、医学的管理と看護、リハビリテーション、生活訓練が主な機能である。

新聞の報ずるところによると厚生省は1961年度全国10ヵ所にモデル施設をつくる計画を進めつつあるとのこと。最初の考えでは健康福祉施設という中間施設を設け、特養はこの施設に吸収するという考えのようであったが、社会局との調整は難航のようである。

新しい中間施設の費用については、入所者については生活費は自己負担、医療、介護については医療保険という構想である。財政当局にとってこの点は魅力的である。

ニーズの多様性に如何に対応するか

高齢化社会を迎え特養ぬきの医療供給システムは考えられぬ時代となった。リハビリテーションが医療と福祉の中間で伸び悩んでいるように、要介護老人のケアが両者の中間でばらばらにならぬよう対策を立てることが必要である。

全国約2万8,000、病床数29万の有床診療所にも近年は高齢者の入所が増加している。有床診療所を中間施設に転用することも考えるべきであろう。

老人の保健、福祉サービスに対するニーズは極めて多様で流動的である。それゆえ施設の機能を限定すると他施設に移すことが困難な場合措置にこまる。地域によっては多目的施設が必要となる。その意味では老人保健福祉サービス・システムは最も流動的複合的といえるかもしれない。

ま と め

最初にわが国の医療システムの構造について触れ、医療システムの再編成を促している要因とし

て高齢化社会の到来、技術革新、国庫負担の軽減をあげた。

次いで医療経済システムについて、医療保障制度をめぐる改革の動きを述べ若干の批判を行った。

医療供給システムについては、地域医療計画、家庭医制度、中間施設など近年における再編の動きについて解説し私見を述べた。

医療システムをめぐるもう一つの問題は医療の質を如何に保障するかという問題である¹⁰⁾。最近この問題を解決すべく厚生省、日医共同で「病院機能評価研究会」が設けられ、ようやくこの問題にも手がつけられようとしている。今後の展開を期待したい。

文 献

- 1) Talcott Parsons, *The Social System*, p. 24. The Free Press, 1951.
- 2) 山本幹夫編, エセンシャル衛生, 公衆衛生学, 第2版, 第9章, 医療制度, 257頁, 医歯薬出版, 1984.
- 3) 厚生白書, 厚生省編, 大蔵省印刷局発行, 1984.
- 4) 健保連, 診療報酬審査制度の改善方策に関する研究, 1979.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部, 保健衛生基礎調査報告, 1983.
- 6) 開原成允, 情報システム活用による便益, 情報化社会と地域医療計画, 49, 58頁, 病院システム開発研究所, 1984.
- 7) 大村潤四郎, 第21回病院管理学会, シンポジウム, 医療資源の現状と課題, 病院管理, 21巻2号, 72-76頁, 1984.
- 8) 中間施設に関する懇談会報告, 要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について, 1985.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部編, 厚生行政基礎調査報告, 1984.
- 10) 大村潤四郎, 保健医療サービスの質保障, 健康保険, 38巻11号, 1984.

(おおむら・じゅんしろう 病院
システム開発研究所専務理事)

年金制度再編成の評価と政策課題

坂口正之

はじめに

第101～102国会で審議されていた国民年金法等の改正法案は、本年4月24日に成立し、5月1日に公布され、明年4月1日に施行が予定されている。今回の改革は、わが国の公的年金制度の歴史のうえで非常に大きな転機をもたらすものであることは衆目の一致するところである。それは、単に、厚生年金保険、船員保険、国民年金の統合ないしは制度一元化にとどまらない。そればかりでなく、共済年金制度について、今回の国民年金、厚生年金の改革との関係整理を図るための改正法案がすでに国会に上程（本年4月20日）、継続審議とされ、さらにまた、10年後の1995年（昭和70年）を目途に、共済年金をも含めた公的年金制度全体の一元化の完了が企図されており、今回の改正はまさにそのような大改革への出発点を意味するのである（すでに、1983年11月の国公共済と公企共済組合の統合において、その第一歩は進められていた）。

ただ、本稿は、そのような公的年金制度再編の全体像を展望することを目的とするものではない。おおむね、今回の国民年金および厚生年金保険の一元化を中心とした制度改革に的を絞り、その評価と今後への問題点または政策課題をいくつか探ることを直接の主題とする。筆者は、この主題に関して、これまでに他のところでいくらか論じたことがあるが¹⁾、その要点を整理し、再論しながら、今回の改革の特質を見直していきたい。

I 公的年金制度改革の意図するところ

ある制度改革の評価を行おうとするとき、第1に、その改革をもたらした背景ないしは問題状況の把握の当否が問われなければならないし、第2には、そこから派生して、改革の目的・意図を明確にしておく必要があり、さらに第3に、提起された改革案がその目的を実現するうえで手段として適合しているか否かが検討されなければならないであろう。これらの諸点の考察が忘れられるならば、評価する者のそれぞれの立場なり視角の相違によって、ある場合には改正・改良と評価されようし、またある場合には改悪・抑制と評価されることもありうるわけである。

では、今回の改革の目的なり意図はどのあたりにあるのであろうか。

まず、政策担当者たる厚生省当局の公式的な説明によれば、「本改正案の主眼とするところは、①本格的な高齢化社会の到来に備え、公的年金制度の長期的な安定と整合性のある発展を図るため、全国民共通の基礎年金を設けるとともに、②給付と負担の長期的な均衡を確保するための措置を計画的に講じようとするものである。③こうした見地に立って、昭和59年においては、その第一段階として、厚生年金保険および船員保険、国民年金の再編成（一元化）に着手したい」と述べられている²⁾。

さらに、別のところで³⁾、上記の引用を再論した後、それに引き続いて、「公的年金制度を長期的に健全で安定したものとしていくためには、あ

らゆる面で『公平性』を確保していくという視点が重要です。公的年金が基盤とするところは、国民の社会連帯です。仮に『公平性』が損なわれ、国民の公的年金制度に寄せる信頼感が揺らぐようなことがあれば、公的年金制度はその存在の基盤を失うことになりかねません」と述べ、ここで「世代間の公平」と「同一世代内での公平」を強調するのである。

ここにみられるように、今回の公的年金制度の改革は、きたるべき高齢化社会において、現行制度のままでは将来の現役世代に過重な負担を課することになって、公的年金制度が破綻する恐れがあり、また各公的年金制度間に給付、保険料、財政などの点で格差や強弱があるので、まず制度体系を再編成・一元化して全国民に共通の基礎年金を創設し、それとともに給付水準を段階的に抑制し、将来の負担についても適正化を図り、世代間の公平性を貫くことを主要な狙いとするものであるといえよう。

もちろん、今回の改革の主眼点としては、ほかにいくつかあげることができるだろうが、中心は、(1)制度の一元化・基礎年金の創設、(2)給付と負担の適正化(抑制)の2つに集約できるであろう。そこで以下において、この2点を中心にして、今回の改革について評価していくこととする。

II 制度体系の再編成をめぐる評価と問題点

1. 制度一元化

厚生省(年金局)は、1982年11月に「21世紀の年金に関する有識者調査」⁴⁾を実施するに際して、『21世紀の年金を考える』という小冊子を発行しているが、そのなかでまず最初に「1.年金制度を取り巻く社会経済状況の変化」を取り上げ、(1)平均余命の大幅な伸長、(2)人口構造の急激な高齢化、(3)就業構造の変化、(4)物価および賃金の上昇の4点をあげている⁵⁾。そのうち、(1)、(2)、(4)および(3)とは性格の異なるものが併記されている。(1)、(2)、(4)は年金制度全体に影響を及ぼす基礎条件・基盤の変化を示すものであるが、(3)はたとえば厚

生年金保険などの被用者年金と自営業、農民層などを含む国民年金との制度間において異なる影響をもたらすものであり、とくに注目しなければならないであろう。

そして、この点を受けて、つづいて「2.年金制度の現状と課題」について述べ、「(1)制度の分立とその諸問題」をはじめに取り上げている。そこでは、(ア)制度間格差、(イ)重複給付、過剰給付、(ウ)産業構造等の変化に伴う財政基盤の不安定化、(エ)受給手続きの煩雑化の4つを問題点として指摘したうえで、「このような問題を解決するためには、制度の一元化を含め、現行制度の枠組み自体を大幅に再編成することが必要である」と結論づけられている⁶⁾。

ところが、(ア)、(イ)、(エ)の問題は、必ずしも年金制度を一元化しなければ解決できないとはかぎらない。しかし、(ウ)の問題は、各年金制度ごとにそれぞれ財政を健全化することにはかなりの困難さを伴い、むしろ制度の一元化を最も有効・有力な解決策とするものといっていよいであろう。

その意味では、厚生省年金局も「基礎年金構想がめざすもの」⁷⁾として、先の小冊子と同様に、(1)制度間格差の是正、(2)就業構造の変化の影響の遮断、(3)重複給付・過剰給付の整理、(4)婦人の年金権の確立、(5)障害年金の改善をあげているが、その最大の狙いは(2)にあり、特定の弱体化した年金制度への財政的援助にあるといえよう。

ここで、各公的年金制度の成熟度(受給者比率)をみると⁸⁾、57年度末において、私学共済は3.8%と最も低く、厚生年金の9.4%、農林漁共済の14.8%がそれにつづいている。しかし、地公共済の20.4%、国民年金の22.7%、船員保険の26.6%、国公共済の27.6%、公企共済の43.8%と高い比率をみせ、とりわけ、国鉄共済はすでに65.7%ときわだって高くなっている。国鉄共済の財政破綻は国鉄自身の責任でない要素を含んでいるが、それはともかくも、もはや1共済組合のみでは対応不可能な状況にあり、また大幅な国庫負担の導入も是認される雰囲気ではない。それは、単に国鉄共済のみ問題ではなく、坑内夫や船員についても同様のことであり、他の多くの年金制度にとって

も未来の縮図といってよいであろう。結局は、各年金制度が一元化を果たし、母集団を大規模化し、大数的に乗りきる方策をとらざるをえないであろう。その意味では、年金制度の一元化は早晚避けられない課題であり、今回の制度改革はその実現を図る跳躍台の役目を果たすものとして肯定的な評価を与えてよいであろう。

とくに、年金保険制度の財政を、現時点でみると、現行制度は修正積立方式で運営され、毎年確実に積立金を累積させているとはいえ、受給する年金総額において占める自己の積立金および利子はわずかな部分でしかなく、ほとんどが現役被保険者が納付した保険料および国庫負担で賄われている⁹⁾。また、年金財政の将来についてみると、現行制度のままではやがて積立金が枯渇し、賦課方式にいずれは移行せざるをえないと見込まれている。また、今回の制度改革によって積立金を残すことはできても、後にみるように、それは短期的な危険準備金性格をもつにすぎず、事実上は賦課方式と同様である。インフレ社会において、ある程度の年金の実質的価値を維持しようとするれば、最終的には賦課方式以外に年金財政は成立しえない。つまるところ、老齢生活保障を満たすことを最優先課題とするかぎり、年金制度は世代間の扶養システムにはかならない。とすれば、各公的年金制度が小さく分立しているならば、負担に軽重の格差をもたらし、負担の公平性と効率化を図るためには年金制度の一元化は不可避である。

ところで、厚生省当局が、制度改革・一元化を構想するに際して、最も強く意識したのは国民年金財政の将来についてであっただろう。もっとも、その成熟度は、少なくとも現時点では、まだ深刻に憂慮しなければならないほど高いというわけではなく、現在の受給者も5年年金、10年年金やその他経過的年金、通算老齢年金であり、また給付額も低い水準にとどまっている。

ところが、制度発足以来、明年4月で25年を迎え、加入25年以上の被保険者や受給権者（当面は繰り上げ支給となろう）が今後急速に増加し、成熟度も、今後、2000年で36.3%、2010年で42.1%に達すると見込まれている。その結果、保険料

は、改正前の従来の制度のままでは、1986年度の6,800円（1984年度価格）から1993年ごろには1万3,500円程度に、2006年ごろに1万8,500円、2013年ごろ以降には1万9,500円に引き上げなければならないと推計されている¹⁰⁾。

ところで、国民年金はすでに事実上賦課方式で運営されているといってよい。いま、1980年の再計算によれば、年度末積立金の翌年度支出に対する比率は、現時点ですでに1.2倍程度にすぎず、今後は、給付改定率によって異なるが、2010年ごろまでに1倍を下回ることが推計されているように¹¹⁾、かろうじて危険準備金を1年分保有する程度で、事実上は賦課方式である。

しかるに、国民年金は上の保険料拠出の負担能力において不安な要素を内包している。保険料は均一制をとっており、保険料の引き上げとともに申請免除者は年々増加し、1983年度末には総数で309万人（うち申請222万人）、免除率で16.7%に達している。また、任意加入者は1979年の782万人をピークにしてその後減少しているものの、1983年度末には721万人を数え、全体の28.0%を占めている。その任意加入者の多くは被用者年金の配偶者（無業または一定の収入以下の主婦）だと思われるから、その保険料負担能力は弱いとみななければならない。

このような状況のなかで、国民年金の財政危機がつとに憂慮され、任意加入の主婦の取り扱いが問題視されていたが、これらの問題をも基礎年金構想は同時に解決しようとしたのであった。この点でも、今回の制度改革は一定の評価を与えてよいであろう。

2. 二階建て年金構想と基礎年金の位置づけ

これまでみたように、今回の改正において、国民年金の財政不安が意識されていたのであるが、それに対応して制度の再編成は、国民年金をベースにして構想されたのであった。

いうまでもなく、制度の一元化の方法は、制度の全面的統合ないし一本化から、部分的財政調整にいたるまで実にさまざまな形がある。しかし、全面的統合や全面的財政調整については各公的年

金制度間に利害の対立があり、結局、被用者および一般国民に共通する制度、体系を創設し、その部分についてのみ財政調整し、各公的年金制度はこれまで累積してきた積立金の保有を認め合い、将来に向かっての財政調整が提起されたのであった。

その際、基礎年金はすべての国民（やがて共済年金も一元化のなかに入れられるであろう）に共通の年金として、そして老後生活の基礎的部分をカバーする、いわば土台（一階部分）としての役割を果たすものとして位置づけられている。もちろん、老後生活の基礎的部分とはどの程度を指すのかは重要な課題である。老後の標準的な生計費を設定してその何割かを公的年金がカバーする考え方もあり、また最低生活を保障するものだという考え方もあり、さらに最低生計費の一定部分だとする考え方もある。後述するように、当局の考え方は、最低生計費のうち衣食部分をカバーすればよいという考え方のようであるが、改正法案（付則）のなかで、給付水準は今後見直しを約束せられており、ここではこれ以上立ち入らないでおこう。

いずれにしても、財政調整は各公的年金制度に共通する基礎年金についてのみなされるわけである。

そして、そのうえに従前（退職前）の生活水準を反映させた所得比例の年金が上乘せされ、これを従来の厚生年金の報酬比例部分がほぼ担うこととされ、この部分については財政調整はなされない。それは、いわば二階建て年金とよばれるもので、この形はこれまでに多くの論者や研究組織により提起され、支持されてきたものであり（前記「有識者調査」では68%が一元化を是としている）、今回の改革は妥当な方策をとったわけである。この点で一定の評価を与えてよいように思える。

このように、今回の改革・制度の再編成は既存の公的年金制度をふまえ、その枠内でなされ、「革命的」ではなかった。既得権、期待権の問題もあり、「現行制度からの円滑な移行」¹²⁾ が図られた点はやはり一定の評価が与えられてよいだろう。しかし、既存の制度を尊重しすぎた結果、以下に述

べるような問題点をもつのも事実である。

III 基礎年金をめぐる評価と問題点

1. 制度体系

厚生省当局は、先に述べた今回の改革を行き詰まった国民年金への救済または財政調整だという見方に対してつとめてこれを避けようとする姿勢がみられる。

その理由はよくわからないが、おそらくは政策担当者の責任にかかわる問題があるのであろう。実は、今回の改革は、1961年に実現をみた国民皆年金体制の矛盾が今日において露呈したことへの対応であると思われるが、今回の改革を評価する場合にも、この年金皆保険体制への反省が必要であらう。

さて、皆年金体制を実現するに際して、被用者年金の空白部分を埋める形で、国民年金を別個に誕生させたのはやむをえないことであっただろう。もっとも、社会保障制度審議会が、すでに1953年の『年金制度の整備改革に関する勧告』において、当時の各公的年金制度をすべて解消して全国民を対象とする統一的な基本的な年金制度の確立を提唱していたが、それは当時においては実現困難な課題であっただろう。

しかし、拠出および給付の両面で均一制（ただし、正確には、給付は保険料納付済期間比例制である）をとったことは問題のあるところである。もちろん、所得捕捉の問題があろうが、自営業者や農漁民などの間に限れば相対的な所得・収入の比較もある程度可能であつたはずである。

均一制は、給付面では所得再配分効果が働くが、拠出面では逆進的性格を強くする。しかし、当初の「あめ玉年金」とよばれた低い年金・保険料ではあまり目立った問題にはなりえなかった。

ところが、インフレの進行のもとで、拠出面での均一制を維持しながら、年金の給付水準を繰り返し引き上げ、また厚生年金のモデル年金の水準と均衡を保持しようとしたことは、国民年金の基盤を自ら掘り崩すものであった。すなわち、給付改善に対応するだけの保険料引き上げや財政対策

を積極的にとらなかったからである。均一制では、負担能力に限界があるものの、老齢年金の受給権の発生は将来のことであり、給付体系・水準の引き上げのみを約束し、若干の保険料を引き上げたにすぎず、その不足のツケを将来に転嫁しようとしたのであった。また、国庫負担も、当初の納付保険料の2分の1というのを、1969年改正より給付費の3分の1と改めたが、これはみせかけの改善であり、保険料引き上げによる影響（国庫負担の増加）を緩和し、実際の負担を将来の給付時に先送りしようとするものでもあっただろう。

そして、国民年金財政の決定的な不均衡は1973年の物価スライド制の導入によってであろう。受給者の立場からすると、年金の実質価値の維持策は必要不可欠である。また、それは政府与党の選挙対策のうえからも必要であった。問題は、むしろそのための財政対策を講じなかった点にあったといえよう。

もちろん、国民年金において、財政対策のひとつとして、所得比例制を導入してどの程度保険料収入を増大させることができるかといった問題はある。しかし、今回の改革において、それがどこまで調査、検討されたか不明である。端的に言って、国民年金の側から現行制度に対する見直しと反省があったように思えず、実現されたのは財政調整のみである。誤解のないようにいえば、財政調整そのものを「悪」というのではなく、それ以前に制度内的再検討がまず必要だったということであり、単に就業構造の変化にのみ責任を負わせてはならない（国民年金の被保険者数が減少しはじめたのは1980年度以降のことである）。制度、体系を決定し、維持してきた政権、政策担当者の責任も問われなければならないであろう。

2. 給付体系

基礎年金の給付額（月額）はおおよそ次のようにして計算される（1984年度価格…以下とくに断らないかぎり同様とする）。

$$5\text{万円} \times \frac{\text{保険料納付済期間(年数)} + \text{保険料免除期間(年数)} \times \frac{1}{3}}{\text{加入可能年数}}$$

すなわち、受給者が自身の加入可能年数のうち

保険料を納入した期間の割合によって決定されるのであり、これを単純化すれば、生年月日別単価（2,000～1,250円）×保険料納付年数ということになる。したがって、加入可能期間の全期間にわたって保険料を納付した者はすべて月額5万円となる。しかし、保険料納付済期間が加入可能期間に不足する場合は、その不足する期間の割合に応じて減額される。その意味では、5万円を最高とする保険料納付期間比例制の給付体系である。

それは、別のいい方をすればいわゆる社会保険方式とよばれるものであるが、そのような方法をとったのは、負担と給付とを対応させ、高負担—高給付、低負担—低給付を貫くためであり、いわば給付・反対給付均等の原則を重視し、資本主義的平等主義を貫こうとする。そうすることにより、公的年金制度への国民の関心と協力、社会的連帯性を昂揚し、刺激しようとするわけである。

もっとも、平等主義・公平主義といっても、それは同一世代内においてであって、異なる世代間に通用するとはかぎらない。早い話が、1926年4月2日～27年4月1日までに生まれた者は25年の保険料納付で5万円の完全年金（フル・ペンション）を得ることができるが、1941年4月2日以降に生まれた者は40年の納付期間を必要とする。しかも、保険料は年々引き上げられる。このように、異なる保険料納付済期間に対して同一の給付を支給するということは、基礎年金が世代間の相互扶助を前提にしていることを示すものである。

ところで、社会保険方式に対して税方式とよばれるものがある。税方式では、給付・反対給付均等の原則ないしは税納付期間比例制の給付体系の導入は事実上困難であり、一律のもしくは均一の給付額と結びつくのが常識的であろう。

このような、抛出と対応しない均一給付主義をとるならば、たしかに年金制度に対する関心や抛出に対する刺激は、残念ながら現在の国民の利害意識のもとでは薄れざるをえないであろう。とくに、今後、将来の負担が重くなることが予想されるとき、それが給付にまったく結びつかないとなれば、高負担に対する抵抗は強くなり、保険料の免除申請や滞納が増加することは決してないとは

いえまい。

その点で、今回の基礎年金が「公平性」、とくに同一世代内での公平を重視する視点に立って、保険料納付期間比例主義給付体系をとり、加入可能期間に不足する場合に、それに応じて減額する方法をとったことは、その意図としては一応理解されるべきであろう。

しかし、それが同時に国民の間に新たな不公平、不平等をもたらさないのかという検討も別にまた必要である。

当面、制度が成熟化するまでの間は、保険料納付済期間が加入可能期間に不足するのは、滞納者・免除者を別とすれば、被用者年金の被扶養配偶者で従来の国民年金に任意加入してこなかった者がこれに該当する¹³⁾。これらの者は、1961年4月1日以降に任意加入しなかった期間は新基礎年金の受給資格期間とされるが、給付計算期間には算入されないで、基礎年金は当分の間低い水準のものとなろう。しかし、今後は、新国民年金の施行とともに、第3号被保険者として登録され、従来と同様に直接保険料を支払わないが¹⁴⁾、1986年4月1日以降の加入期間に対して基礎年金がつく。

このように、任意加入できる期間を加入しなかった期間を「カラ期間」としたのは、任意加入者との関係調整のためであろう。この問題がなければ、従来の期間すなわち1961～86年についても、今回の改革以降と同様に、基礎年金の計算期間とし、厚生年金の財源からマクロ的に拠出負担する方法もとれたであろう¹⁵⁾。

しかし、一方で任意加入者は保険料を支払っており、他方そうでない者も給付額が同一である場合の不平・不満の噴出を考慮する必要もあった。保険料に対応する給付決定を公平・平等とする考え方では、両者に格差をつけざるをえないであろう。

この点は認めるとしても、なお次の点は問題であろう。すなわち、カラ期間を保険料滞納と同一とみなして、その期間に対応する基礎年金をゼロとすることである。カラ期間1年に対して、5万円の25～40分の1（加入可能期間により異なる）、つまり2,000～1,250円ずつ減額するのは厳しすぎ

るのではないか。免除期間は、国庫負担分を考慮して、少なくとも3分の1を計算期間として換算されていることと比較する必要はあろう。

この問題をいまい少し別の視角からみよう。現在の年金制度において、個々の受給者の生涯の年金総額は、スライドなどによる後発債務のほとんどを後代（現役）の世代に負担させていることはすでに述べた。つまり、現役時点で納付した保険料（および利子）は老後に受給する年金総額においてきわめて小さな部分でしかない。

たとえば、表1にみるように、国民年金創設以来の納付保険料およびその利子（年利率6%）の総額は、当時35歳の者で82万7,981円であり、その後5年据えおくと元利合計は110万7,839円となる。それに対して、1991年度以降の受給総額を推

表1 国民年金の納付保険料総額

年度	年間保険料	86年4月元利 ⁽¹⁾	保険料(月額)の改定
1961	1,800円	7,726円	61年4月 150円 ⁽²⁾
1962	1,800	7,288	
1963	1,800	6,876	
1964	1,800	6,487	
1965	1,800	6,120	
1966	2,100	6,735	67年1月 250円 ⁽²⁾
1967	3,000	9,078	
1968	3,150	8,990	69年1月 300円 ⁽²⁾
1969	3,600	9,695	
1970	4,950	12,573	70年7月 450円
1971	5,400	12,944	
1972	6,300	14,244	72年7月 550円
1973	7,600	16,317	74年1月 900円
1974	11,400	22,948	75年1月 1,100円
1975	13,200	25,054	
1976	16,800	30,089	76年4月 1,400円
1977	26,400	44,590	77年4月 2,200円
1978	32,760	52,219	78年4月 2,730円
1979	39,600	59,558	79年4月 3,300円
1980	45,240	64,196	80年4月 3,770円
1981	54,000	72,252	81年4月 4,500円
1982	62,640	79,052	82年4月 5,220円
1983	69,960	83,322	83年4月 5,830円
1984	74,640	83,895	84年4月 6,220円
1985	80,880	85,733	85年4月 6,740円
計	572,620	827,981	

(注) (1) 利子は年利率6%と仮定し、年間保険料を年度初めに一括納入するものとし、各年度ごとの積立金の1986年4月1日現在の元利合計を求めた。

(2)(3)(4) 35歳未満の者は、それぞれ100円、200円、250円で、50円低く設定され、これを適用すると、1961～85年度の25年間の納付保険料総額は56万7,120円で、利子は24万2,294円、元利合計は80万9,414円になる。

定すると、月額6万4,000円(91年度価格=5万円×1.2775)¹⁶⁾であり、女子の65歳の平均余命を19年とすると、1,460万円となり、これに仮に年率4%で逡増させると約2,280万円にものぼる。そうだとすれば、納付保険料と利子は給付額の4.9%にすぎず、年金の1年5ヵ月分程度を賄うにすぎない。

このように、年金給付のほとんどが後代の負担によるものであり、過去の保険料が年金財源のうえで占める比重は小さい。いずれにしても後代に大きな負担をかけるわけである。その意味では、過去の保険料納付の有無をもって納付期間比例的に大きな格差を設けることは制裁的にすぎ、必ずしも公平・平等的であるといえないであろう。

今後も、①学生、②海外在住者、③共済年金の被扶養配偶者は適用除外とされ、①と②については任意加入の途は開かれているとはいえ、保険料負担能力などの問題があり、任意加入は(当然のことながら)強制できない。これらの者に、国庫負担まで削るのはかえって不公平である。

世代間の公平性が強調されるとき、その裏には世代間の相互扶助もまた期待されているわけであり、その意味で、同一世代内での公平性とともに関相互扶助も実現されなければならない。もし、納付期間の短い者にも完全年金に近い年金を与え、給付費用総額が膨張するのであれば、定められた原資の枠のなかで配分する方法・給付体系を考案すべきであろう。

全体に、完全年金の受給資格要件を満たすために40年というのは長期にすぎるのであって、たとえば、厚生年金の定額部分のように、30~35年程度で給付の増加を頭打ちにする方法もありうる。その際、加入期間の不足に対する減額を緩和するために、最低保障水準の設定も必要であろう。

そのために、完全年金の給付水準が下がることもありうるが、刺激性と連帯性のいずれを重視するかによって給付体系が決定されることになる。

3. 給付水準

老齢基礎年金は、40年間保険料納付の完全年金で、単身者が月額5万円、夫婦世帯で10万円であ

る(1984年度価格…以下同じ)。

この場合、単身者は夫婦世帯の2分の1とされているが、その問題のあるところは早くから各方面より指摘されている。かつての社制審の基本年金は単身で3万円、夫婦で5万円を提起していた。この点について、厚生省当局の説明によれば、単身者の水準を高めた場合に、形式的離婚の増加や再婚の妨げになるおそれがあるかもしれないということであった。どのような制度にしても、「悪用」する者は生じるものであり、それをチェックする方法は検討すれば決してないわけではなからう。

その点はさておくと、最大の問題は単身者の5万円という水準に関してであろう。それは最低生活を維持するには不十分であるという批判となっている。

しかし、厚生省当局の考え方は、基礎年金はそれのみで最低生活のすべてを賄うのではなく、老後生活の「基礎的な部分」を満たすべきものだと割り切っている¹⁷⁾。そして、将来の現役世代の保険料負担の増加を考えると、5万円が限界であろうという。このように、基礎年金の給付水準を、負担面からみて、その限界を設定したことは評価してよいであろう。

それでもなお、問題になるのは、第1に負担の限界がいかなる条件のもとで設定されたかということであり、その条件の変更の可能性に関する検討がなされたかということである。第2には、年金受給者の立場に立って老後生活保障を第一義とするのか、あるいは年金保険制度内における財政適正化を最重要視するのか、つまり生活保障原理と保険原理のいずれに重点をおくのかということの議論が徹底してなされなかったということである。ここ4、5年の間にいつの間にか世論が変わってきたにすぎず、暗黙のうちに雰囲気は形成されてきたような気がしてならない。今回の改革が大改革であればあるほど、これを契機として年金の基本原理解について徹底的な議論がなされ、真の国民的合意を形成する必要があったように思える。

そこで、基礎年金の給付水準の意味を検討し直すこととする。基礎年金という概念の原型は、社

制審の基本年金または年金基本額の基礎年金構想に求めることができるが、そこでは一種のナショナル・ミニマムが想定され、社会保障の理念によって最低生活保障が強く意識されていた。

しかるに、今改革の基礎年金は老齢生活の基礎的部分を賄うにすぎないから、基礎年金のみの第1号被保険者（およびその遺族）と第3号被保険者のうち離婚した者たちは、年金のほかにそれに上積みする形で自助的努力を必要とすることになる。とすれば、第1号被保険者は自営業などを継続しうるか、あるいはあらかじめ蓄えを用意しておくことを前提条件とし、その他の者も蓄えのすることが前提である。その際、そのような個人的対応の可能性と効率性が論議されるべきであり、超老齢期にわたる長期的視点に立つことが重要である。もし、それが困難だとすれば、社会的にそれを乗りきる方策が検討されるべきであり、公的年金の責任が問われるべきである。

40年保険料納付の完全年金が最低生計費にも、あるいはまた無拠出原理（扶助原理）の生活保護基準にも満たない水準だとすれば、自助的努力に困難なものは生活保護にその不足分の援助をおおぐこととなり、その結果、保険料の滞納や免除申請は増大することとなる。その意味では、完全年金は生活保護基準を上回ることが必要である。このことを満たすために、逆に生活保護基準を引き下げようというのは論外である。

このような論議を抜いた財政論的な保険原理重視の立場における給付水準抑制説は再検討を要しよう。

IV 厚生年金保険の制度改革をめぐる 評価と問題点

1. 制度間格差の是正

厚生年金保険加入者の年金は、従来の定額部分、報酬比例部分および配偶者加給年金で構成されていたものが、夫と妻のそれぞれの老齢基礎年金と夫の老齢厚生年金に再編成される。それと同時に全体の給付水準も、従来のモデル年金の17万3,100円（定7万6,800+報8万1,300+加1万5,000）、

直近男子平均標準報酬の68%の水準に抑制され、17万6,200円（5万+5万+7万6,200）、69%に設定されている。

この給付水準は成熟時のもので40年間の保険料納付を想定したものであり、従来のものより抑制されている。しかし、それでも今回の改定は妥当であったというべきであろう。従来の体系のままでは、40年加入が一般的となった場合に、現役の平均賃金の80%（20万600円）¹⁸⁾ というのはたしかに高すぎよう。一般的に、現役世代の所得と年金給付水準とは適正なバランスが保たれていなければ、相互に不平や不満が現れ、世代間扶養の原則は円滑に機能しないであろう。今後、その適正かつ公正なバランスについて、その可処分所得において、論議され、確定することが必要であろう。

さて、厚生年金と国民年金との制度間格差についてみると、今回の改革により実は格差は拡大している。つまり、従来の制度で夫婦世帯の完全年金についてみると、厚生年金の20万600円、国民年金の16万円（いずれも40年間加入）となり、125:100の比率であるものが、新制度では17万6,200円と10万円で、176:100の比率となる。この点で、今回の改革は、当初目的とされていた制度間格差の是正に関しては達成されていないというべきであろう。

当局『解説』は、基礎年金についてのみ注目して、受給要件の統一化、同一要件下での給付水準の同一化、負担の公平化などが実現されたと評価しているが、厚生年金の報酬比例の年金を除外しているところでは、そのような評価もあまり意味はない。もっとも、国民年金に二階建てとしての所得比例年金を構想しているのかもしれないが、今回の改革案のままでは格差はむしろ拡大する。二階建て部分を含めた比較、検討が必要であろう。

2. 重複給付、過剰給付の整理

重複給付については、新制度では「1人1年金」の原則で調整を試みており、それは必要なことであろう。今回の改革では、共済年金にまで及んでいないが、厚生年金と国民年金（主として任意加入）との調整が図られている。そのひとつは、

厚生年金の遺族年金または障害年金と任意加入の国民年金の老齢年金の併給であるが、この種の任意加入は今改革により廃止されることになった¹⁹⁾。

過剰給付については、世帯単位で給付水準をみることによって調整を図ろうとしている。

そのひとつは、厚生年金の被扶養配偶者の国民年金への任意加入の問題であり、現行体系では成熟時に(いずれも40年加入)、夫の厚生年金の基本年金の18万5,600円に妻の国民年金の任意加入の8万円を加えると26万5,600円²⁰⁾になる。これに対しては、任意加入期間を基礎年金に取り込み、最高5万円に抑えようとする方法がとられた。

いまひとつは、夫婦共稼ぎ世帯の給付水準の問題であり、成熟時には、夫の18万5,600円と妻の14万円²¹⁾とを加えた32万5,600円にもなる。これに対しては、夫は自身の基礎年金と報酬比例の年金を、妻にも自身の基礎年金と報酬比例の年金という形に整理して、夫の12万6,200円(5万+7万6,200円)と妻の9万2,000円(5万+4万2,000円)を合算した21万8,200円に抑制しようとする。

このように、夫婦共稼ぎ世帯単位の給付水準は従来より厳しく抑制される。しかるに、保険料は夫婦がそれぞれ(配偶者の分をも含めて)納付するのに対して、妻が専業主婦の場合は夫のみが保険料(配偶者分を含む)を納付するだけでよい。共稼ぎ世帯や単身世帯の被保険者は夫のみが働く夫婦世帯の被保険者と同一の保険料を拠出するにもかかわらず、給付は配偶者の基礎年金相当分が削られていて、保険料と給付の関係でいえば不公平であるという意見もみられる。また、配偶者の保険料を徴収すればよいとの声も聞かれる。

しかしながら、そのような不公平はやむをえないであろう。否、むしろ、この点は社会的相互扶助(年金による所得の再分配)を実現するものとして積極的に評価しなければならないであろう。収入が多い者はそれに応じて拠出し、給付は直ちにそれに対応するのではなく、所得の再分配をも図ることが必要であろう。公的年金制度が世代間の相互扶助に依存しなければならないとすれば、同一世代内においても相互扶助を実現しなければならないであろう²²⁾。

3. 婦人の年金権の確立

近年、婦人の職場進出に伴って、婦人自身の年金権が形成されつつある。しかし、被用者年金被保険者世帯の専業主婦は、国民年金に任意加入しない場合には、自身の年金権をもちえなかった。そこで、この任意加入をしなかった専業主婦を新国民年金の第3号被保険者として強制加入させ、基礎年金による固有の年金権を付与することになった。この点は評価すべきであろう。

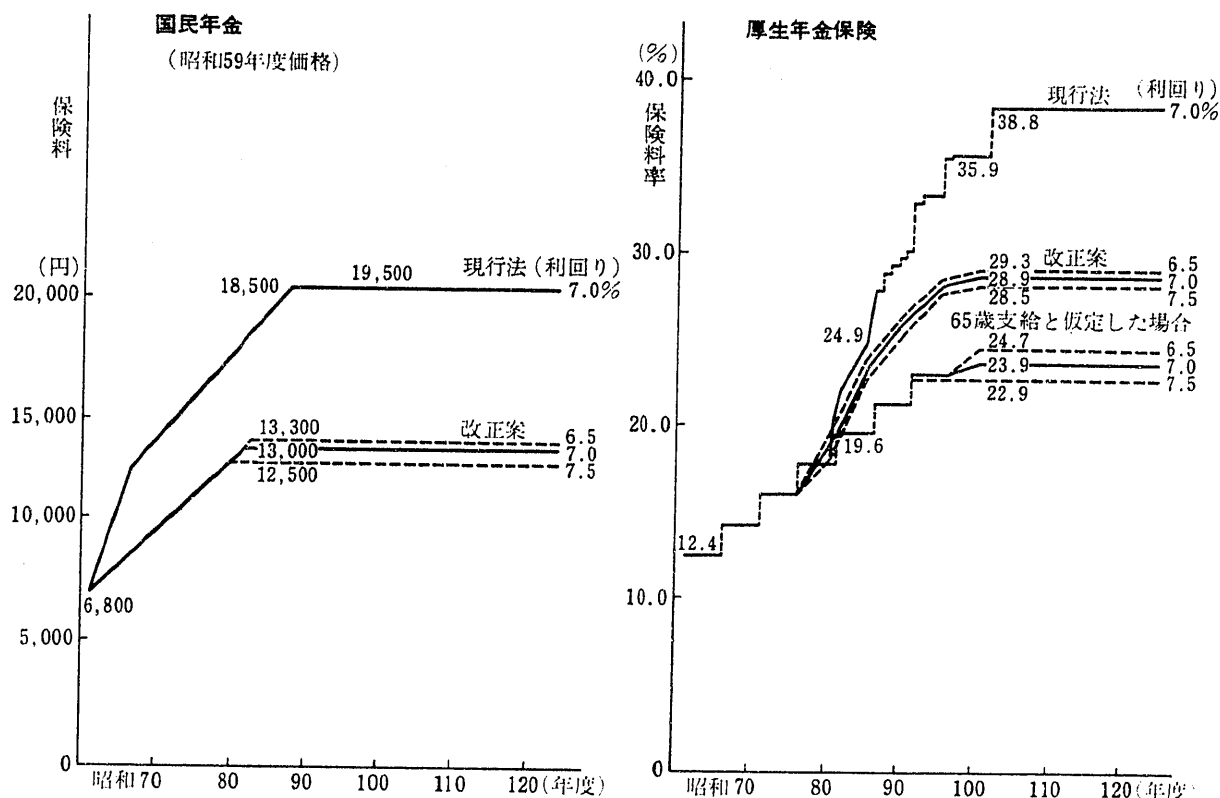
だが、基礎年金の給付体系が拠出期間比例制をとったために、これまでに国民年金に任意加入してこなかった中高齢期の婦人の基礎年金は十分に成熟化しないという問題がある。また、完全年金の5万円も、婦人が自立するには低い水準だといわなければならぬ。さらに、今回の改革でも、夫の厚生年金の報酬比例の年金は分与の対象とならない。主婦の年金権の付与の仕方が改めて論議されなければならないであろう。

最後に、先に述べたように完全年金支給資格要件の40年間の保険料納付は女性にとって長すぎるであろう(男子にとっても同様であるかもしれない)。極端な例として、大学浪人、大学留年、大学院進学などの期間中に新国民年金に任意加入しないままに、その後専業主婦となった場合に(60歳以降に任意加入しないかぎり)、40年という条件を満たしえず、5万円に満たないこともありうる。

このように、婦人の年金権の確立も、従来に比較して一歩前進したが、その内容には不十分なところがまだまだ残っているといっていよいだろう。

V 年金財政をめぐる評価と問題点

今回の改革によって年金財政はどのような効果を受けるであろうか。厚生省当局が明らかにした国民年金、厚生年金の「収支試算」²³⁾によると、その結果を図1に示したように、厚生年金では、60歳支給のままだと2010年ごろから今回の改革の効果が現れ、ピーク時には従来だと39%になるものが29%に、また65歳支給とした場合には、ピーク時に24%に抑えることができるという。さらに、



(注) 給付改定率を5%と仮定してある。

(注) 1. 標準報酬上昇率を5%と仮定。
2. 改正案(65歳支給)の場合は、支給開始年齢を、昭和73年度から昭和85年度までの間に65歳まで段階的に引き上げていくものと仮定。

(資料) 「年金制度改正関係資料」『週刊社会保障』1985年5月13日号, 28頁。

図1 保険料(率)の見通し

表2 基礎年金給付費と基礎年金拠出金の比較

年 度	国 民 年 金 (第1号被保険者)					厚 生 年 金 保 険 (第2号および第3号被保険者)					拠出金 算定対象者数	1人当たり拠出 金算定対象月額 (被保険者分、 左の3分の2)
	老齢基礎 年金受給 者数 ①	基礎年金 給付費 A ②	基礎年金 拠出金 ③	③-②		老齢基礎 年金受給 者数 ④	基礎年金 給付費 ⑤	基礎年金 拠出金 B, C ⑥	⑥-⑤			
西暦	昭和	万人	兆円	兆円	兆円	万人	兆円	兆円	兆円	万人	円	円
1986	61	420	1.4	1.2	-0.2	480	3.2	3.4	0.2	5,562	8,198 (5,465)	
1990	65	470	1.7	1.5	-0.2	600	4.2	4.4	0.2	5,677	10,223 (6,815)	
1995	70	510	2.0	1.9	-0.1	750	5.3	5.6	0.3	5,847	12,660 (8,440)	
2000	75	530	2.2	2.2	0	890	6.4	6.6	0.2	5,895	14,808 (9,872)	
2005	80	550	2.3	2.4	0.1	1,030	7.4	7.4	0	5,754	16,933 (11,289)	
2010	85	550	2.3	2.6	0.3	1,170	8.5	8.2	0.3	5,490	19,482 (12,988)	
2015	90	570	2.3	2.7	0.4	1,310	9.3	8.8	-0.5	5,417	21,192 (14,128)	
2020	95	580	2.3	2.8	0.5	1,390	9.5	9.0	-0.5	5,505	21,330 (14,220)	
2025	100	600	2.4	2.8	0.4	1,430	9.6	9.1	-0.5	5,545	21,401 (14,267)	
2030	105	600	2.4	2.8	0.4	1,440	9.5	9.0	-0.5	5,396	21,790 (14,527)	
2035	110	590	2.3	2.7	0.4	1,430	9.3	8.8	-0.5	5,143	22,336 (14,891)	
2040	115	570	2.3	2.6	0.3	1,420	9.1	8.7	-0.4	5,041	22,224 (14,816)	
2045	120	560	2.2	2.5	0.3	1,390	8.8	8.4	-0.4	5,106	21,382 (14,255)	
2050	125	550	2.2	2.5	0.3	1,370	8.5	8.2	-0.3	5,218	20,395 (13,597)	

(注) 金額は昭和59年度価格。

(資料) 「国民年金法等改正関係資料」表7, 8より作成。『週刊社会保障』1985年5月27日号, 50-51頁。

国民年金についてはより効果が早く現れ、またピーク時の1万9,500円が1万3,000円に抑えられるという。

ここで、新国民年金（第1号被保険者）において早く効果が現れるのは、第1に給付水準そのものの抑制と、第2に財政調整の結果である。すなわち、表2にみるように、国民年金は2000年ごろまでは財政的援助を受け、厚生年金は2010年ごろまでは逆に援助を与えていることがわかる。

ところで、基礎年金は、事実上賦課方式に近い形で運営されるといってよい。そのなかで、新国民年金（第1号被保険者）の基礎年金給付費に対する被保険者1人当たりの拠出金は1986年度で5,465円であるが、実際の保険料を6,800円に設定し、表3にみるように、多少の積立金を残しつつ、ゆっくりと完全賦課方式に接近していく。このように、国民年金財政はややゆとりをみせることになるが、問題は、毎年実質的に300円ずつ保険料

表3 国民年金（改正案）——収支試算

年 度 昭和(西暦)	保険料月額 (59年度価格)	収入合計	支出合計	収 支 差 引 残	年 度 末 積 立 金	年度末積立金 (59年度価格)	年度初積立金 支出合計
年 年	円	億円	億円	億円	億円	億円	
61 (1986)	6,800	17,717	13,534	4,182	38,969	35,346	2.57
65 (1990)	8,000	23,977	18,553	5,425	58,672	43,782	2.87
70 (1995)	9,500	37,223	29,720	7,503	90,400	52,855	2.79
75 (2000)	11,000	55,592	44,660	10,932	135,887	62,252	2.80
80 (2005)	12,500	78,792	62,998	15,795	201,833	72,446	2.95
85 (2010)	13,000	102,217	85,731	16,487	282,851	79,549	3.11
90 (2015)	13,000	130,106	115,350	14,756	355,183	78,268	2.95
95 (2020)	13,000	166,604	150,373	16,230	425,130	73,402	2.72
100 (2025)	13,000	211,622	194,298	17,325	498,982	67,503	2.48
105 (2030)	13,000	260,791	245,639	15,152	565,971	59,991	2.24
110 (2035)	13,000	308,429	299,569	8,860	606,688	50,386	2.00
115 (2040)	13,000	369,702	366,208	3,495	613,570	39,927	1.67
120 (2045)	13,000	459,683	455,985	3,699	603,491	30,770	1.32
125 (2050)	13,000	587,061	576,771	10,290	606,056	24,211	1.03

(注) 給付改定率を5%, 利率を7%と仮定。

(資料) 図1に同じ。

表4 厚生年金（改正案）——収支試算

年 度 昭和(西暦)	保 険 料 率		収入合計	支出合計	収 支 差 引 残	年 度 末 積 立 金	年度末積立金 (59年度価格)	年度初積立金 支出合計
	一種	二種						
年 年	%	%	億円	億円	億円	億円	億円	
61 (1986)	12.4	11.3	151,635	98,935	52,701	615,728	558,483	5.69
65 (1990)	12.4	12.1	199,617	145,312	54,305	831,592	620,547	5.35
70 (1995)	14.2	14.2	295,683	242,962	52,721	1,115,320	652,104	4.37
75 (2000)	16.0	16.0	411,120	377,106	34,014	1,337,756	612,841	3.46
80 (2005)	18.7	18.7	560,207	560,207	0	1,386,467	497,662	2.47
85 (2010)	23.4	23.4	803,933	803,933	0	1,386,467	389,931	1.72
90 (2015)	26.3	26.3	1,087,802	1,087,802	0	1,386,467	305,521	1.27
95 (2020)	28.4	28.4	1,458,722	1,400,976	57,746	1,496,208	258,331	1.03
100 (2025)	28.9	28.9	1,878,917	1,769,267	109,650	1,717,180	232,303	0.91
105 (2030)	28.9	28.9	2,355,751	2,199,720	156,031	2,075,200	219,964	0.87
110 (2035)	28.9	28.9	2,937,942	2,724,669	213,273	2,621,001	217,677	0.88
115 (2040)	28.9	28.9	3,705,353	3,383,318	322,035	3,501,404	227,846	0.94
120 (2045)	28.9	28.9	4,756,608	4,194,931	561,678	5,169,458	263,571	1.10
125 (2050)	28.9	28.9	6,175,302	5,226,803	948,499	8,304,084	331,740	1.41

(注) 1. 給付改定率を5%, 利率を7%と仮定。

2. 支給開始年齢を60歳とした場合。

(資料) 図1に同じ。

を引き上げていくことに対して、保険料の免除申請や滞納がどの程度現れるかである。

これに対して、厚生年金保険は、5年ごとに1.8%ずつ引き上げても、表4のように1991年をピークに、その後単年度収支差引残高は減少しはじめ、2005年には単年度収支はゼロとなり、この時点で賦課方式へと移行するようである。このように、60歳支給を維持すると、今回の改革にもかかわらず、財政はかなり窮屈になる。それは、厚生年金の成熟化の急激な高まりが2000年あたりから顕著になることからみて、むしろ原因は基礎年金への拠出負担にあるといえよう。

このような国民年金、厚生年金の財政に対して、国庫負担の見通しはどうであろうか。国庫負担は基礎年金に集中され、その給付費用の3分の1とされたが、基礎年金そのものが従来の水準より抑制されるために、表5にみるように、従来の制度に比べて大幅に削減されることになる。ここに、今回改革の政府当局の最大の狙いがあったものと思われる。

しかし、それは大きな問題を残すことになる。低成長下の臨調路線による財政節減の要請の結果とはいえ、今回の改革の相互扶助の趣旨に反するものであろう。

将来の現役世代に大きな負担を課すことが避けられないとすれば、それを軽減するためにむしろ

国庫負担は増強されるべきである。保険料も税金も後代が負担するのにかわりがないという批判に対しては、国庫負担の増大が増税を伴ってなされるのではなく、財政の支出構造の変更によって図るべきだと答えたい。そのような財政の福祉型支出構造に転換しうる諸準備をなすことが為政者としての責任であろう。国庫負担を給付費用の一定割合とし、物価スライド制を導入すれば、国庫負担は年々増大するのは明らかであり、それに備えることも為政者の責任であるはずである。

VI 残された課題——むすびにかえて

今回の改革に関して、その意図するところが明らかにされてきたが、それが十分に効果をあげるとは思われない。筆者の評ずるところによれば、今回の改革の最大の特徴点は、年金制度とは、結局は賦課方式で運営せざるをえず、世代間扶養を原則とするとともに、さらに保険料と給付の対応関係を将来に向けて稀薄化するように、すなわち給付・反対給付均等の原則を修正する方向で制度設計し、相互扶助原理を重視する社会的な助け合いの制度であることを明確にしたということである。この1点にのみ、今回の改革の意義が存したということは本稿でこれまでに明らかにしてきたところである。

そこで、最後にこの相互扶助の原則をさらに徹底化させるために、残された課題を簡単に指摘しておこう。

その第1は、厚生年金の支給開始年齢の問題である。すなわち、今回の改革においても「当分の間」60歳より独自の特別支給がなされることになっているが、これを65歳に引き上げることもやむをえないであろう。ただし、高齢者の雇用の開発や確保、定年制の65歳までの延長を前提とし、また老衰による労働能力の喪失・制限には個人差があるので、障害年金の弾力的運用や老齢年金の繰り上げ・減額年金などの措置を必要としよう。

一般に、世代間の相互扶助というとき、高齢者も働く能力のあるうちは就労することによって社会的に貢献することが必要である。また、社会的

表5 国庫負担の見通し

(昭和59年度価格)

年 度		現 行 法	改 正 法
西暦	昭和	兆円	兆円
1986	61	2.7	2.7
1990	65	3.4	3.3
1995	70	4.4	4.1
2000	75	5.5	4.7
2005	80	6.5	5.2
2010	85	7.5	5.7
2015	90	8.1	5.8
2020	95	8.2	5.7
2025	100	8.3	5.6
2030	105	8.2	5.1
2035	110	8.0	4.7
2040	115	7.7	4.4
2045	120	7.6	4.3
2050	125	7.3	4.2

(資料) 表2に同じ。

援助の必要のない者は年金受給を留保するなり、繰り下げ支給などを認めるとともに、高額所得者には支給停止や制限する制度が設けられてよいであろう。これが第2の課題である。さらに第3に、同様の趣旨から、65歳以上にもその収入に応じて在職老齢年金に制限を復活させることも必要であろう。

第4に、高齢者の就労意欲を促進する意味から、在職老齢年金におけるいわゆる「ノッチ状況」を是正し、就労が適正に収入を伸びさせるよう、その減額の仕方を工夫すべきであろう。

要するに、今後必要な国民意識としては、国民はその能力に応じて働き、社会保障費を拠出しつつ、給付は応能的に決定されるのではなく、基本的生計費・ナショナルミニマムを確保しうる水準を基準として、ある一定の範囲で格差が設けられるということが是認されるべきである。つまり同一世代内の厳格な公平性（比例制）の追求は忘れられるべきである。

第5に、その観点から、国民年金（第1号被保険者）においても、相互扶助を進めるべく、少なくとも国民年金内部でのみ運用される所得比例の拠出主義を採用すべきであろう。

第6に、そのうえで、世代間、同一世帯内での相互扶助を前提として、基礎年金の給付水準と給付体系とが同時に対照されながら再検討され、いま少し給付水準が最低生活保障の視点から引き上げが考慮されてよいであろう。

最後に、今回の改革が、表面的には拠出と給付の対応関係を強調しながらも、他方、制度間格差の是正、重複給付・過剰給付の調整、遺族、障害基礎年金の完全年金への均一化などを通じて、相互扶助の原則を展開しようとしているところでは、国もその責任を果たすべきであり、年金政策を放漫に放置してきた政権・政策担当者の責任が問い返される必要があり、為政者の責任は国庫負担の強化という形で果たされるべきであろう。国庫負担の削減は、まさに社会保障の歴史を逆に歩むことにはほかならないであろう。国民、労働者、経営者、政府が一体となって相互扶助の原則に立った公的年金制度を前進させなければならないであ

う。

その意味では、現在においてすでに重い負担を回避すべきではない。ただ、その将来への消費の留保を、将来においてどのように役立たせるかの議論が必要であり、単なる金銭信託的な投資になる貨幣的増殖のみでこと足りるというものでは決してない。その国家的規模での運営の果実が、国庫負担として還元されるということである。

(注)

- 1) ① 「国年の反省と基礎年金創設案の問題点」『週刊社会保障』1984年6月4日号。
- ② 「老後生活保障と年金制度改革案（基礎年金の導入）の問題点」山本正治郎・巽信晴編『現代労働・社会問題の新局面』、東京大学出版会、1984年8月。
- ③ 「基礎年金構想と婦人の年金」大阪市立大学生活科学部『社会福祉論集』第21・22合併号、1985年3月。
- ④ 「老後生活保障と年金保険制度の限界」吉村励編『労働者世界を求めて』、日本評論社、1985年5月。
- ⑤ 「改正障害年金の意義と問題点」『週刊社会保障』1985年5月27日号。
- 2) 社会保険審議会（1983年11月28日）における山下事務次官挨拶（『週刊社会保障』1983年12月5日号）。
- 3) 厚生省年金局監修『年金制度改正案の解説』、社会保険研究所、1984年3月、2-3頁。
- 4) 調査結果は、1983年5月に公表された。
- 5) 『21世紀の年金を考える』、1-6頁。
- 6) 同上冊子、7-16頁。
- 7) 前掲年金局監修『解説』、6-7頁。
- 8) 昭和59年版『厚生白書』、120頁。
- 9) この点に関して、高山憲之氏の計算によれば、1980年の厚生年金保険のモデル年金（13万6,000円）受給者の生涯年金総額（支給開始時現価）のうち、自己の拠出分（利子を含む）は13%であるという（『年金問題の核心はどこにあるか』『労働経済旬報』第1247号、8頁）。
- なお、国民年金については、本稿Ⅲの2（6-7頁）を参照のこと。
- 10) 「年金制度改正関係資料11、12」『図解新年金制度案の手引き』、社会保険広報社、40頁。
- 11) 厚生省年金局監修『年金と財政』、社会保険法規研究会、1981年、196-199頁。
- 12) 『21世紀の年金を考える』、37頁。
- 13) 同様のことは、今後、共済年金の被扶養配偶者についても起こりうるであろう。
- 14) この方法は健康保険ですでに採用されている。
- 15) この方法は、老人保健法で採用された。
- 16) 物価上昇率を1984～86年を5%、1986～91年の毎年を4%と仮定した。

- 17) 1979年全国消費実態調査による60歳以上の標準単身者世帯の消費支出から雑費を控除した額は1984年度価格で4万7,600円であり, 1984年度2級地生活扶助(65歳以上)の5万2,834円を根拠としている。
- 18) $[2,400 \times 35 + 254,000 \times 10 / 1,000 \times 40 + 15,000 = 200,600]$ 当局監修『解説』によれば, 21万1,100円(83%)である。
- 19) 障害年金受給者について, 任意加入期間に応じて一時金が支給される。
- 20) 当局の計算では27万7,000円である。
- 21) 1984年度の女子の平均標準報酬を14万円(82年度末で13万2,549円)とすれば, 定額部分は $2,400 \times 35 = 84,000$ 円, 報酬比例部分は $14万 \times 10 / 1,000 \times 40 = 56,000$ 円となり, 基本年金は14万円となる。
- 22) このように保険料と給付の対応関係を緩和するとすれば, 従来国民年金に任意加入してこなかった専業主婦に, 1986年3月以前をカラ期間とするのは, 趣旨一貫しない。
- 23) 『週刊社会保障』1985年5月13日号, 28頁。
(さかぐち・まさゆき 大阪市立大学助教授)

年金改正法の意義と今後の課題

山 崎 泰 彦

I はじめに

4月24日、懸案であった年金改正法案（国民年金法等の一部を改正する法律案）が成立し、来年4月1日から施行されることになった。

年金改革に注目し、研究者としての立場から意見を述べてきた者として、改正法案の成立は実に感慨深い。率直に言って、このようにすっきりした形で改革が実現するとは思っていなかったからである。しかも、衆・参両院で若干の修正があったものの、原案の骨格については、ほとんど無修正であったことにおいても、である。

これほどの大改革が比較的スムーズに実現した最大の理由は、改正法案が世論を幅広く吸収して立案されたからであろう。

年金改革論議が本格化したのは、昭和50年代に入ってからであった。初期の改革論議は、無年金者の解消、福祉年金などの経過的年金の改善、「官民格差」の是正など、総じて格差問題に重点がおかれていた。つづいて、婦人問題、障害者問題をめぐる論議の高揚のなかで、婦人の年金権の確立、障害年金の改善も重要な課題として位置づけられるようになった。さらに、21世紀に向かっての人口の高齢化による年金制度の成熟化のスピードの速さ、レベルの高さが明らかになるにつれて、給付と負担の適正化を図らなければならない、という認識もしだいに深まった。

これらの諸問題にどう対応するか、これが年金改革論のテーマであった。そして、その処方箋をめぐって、10年近く、審議会、政党、団体、それ

に学識者の個人的意見をふくめて、さまざまな改革論が提案されてきた。初期の改革論議には、かなり大きな意見の隔絶があった。しかし、論議の積み重ねのなかでしだいに、現状についての共通認識と、改革の方向についてのコンセンサスが得られるようになった。

この間の年金当局、関係者の合意形成のための精力的な努力も賞讃に値するものであった。ことに、昭和57年11月、厚生省年金局が行った「21世紀の年金に関する有識者調査」は、各界の有識者1,000人を対象とし、その意見を幅広く吸収し改革に反映させようとするもので、厚生省としては初めての試みであり、画期的であった。しかも、その結果によれば、年金局が示した「参考案」について、相当のコンセンサスが得られていることが明らかになった。一方、社会保険審議会でも、昭和58年7月、30回に及ぶ審議の結果を意見書として提出したが、改革の基本的方向については、労、使、公益の三者の意見が一致していた。

このようなコンセンサスの形成をもとに、厚生省は、昭和58年11月、改正案要綱をまとめ、関係審議会に諮問した。審議会の答申は、いずれも「基本的に了承するので、その早期実現に努められたい」という趣旨のもので、ことに三者構成の社会保険審議会のほぼ一致した答申は、異例のものであった。

改正法案は、昭和59年3月、第101回特別国会に上程された。しかし、健康保険法改正のあおりを受け、同国会では、実質的審議がほとんどなされないまま継続審議となった。そのため、つづく第102回通常国会では、政府・自民党は、年金改

正法案を最重要法案として掲げ、成立を急いだ。その結果、衆・参両院で部分的な修正のうえ、昭和60年4月24日可決成立したのである。

改正の柱は、(1)基礎年金の導入による年金制度の一元化、(2)給付水準の適正化、(3)婦人の年金権の確立、(4)障害年金の改善、である。本稿では、この改正をめぐる主要論点と残された課題について取り上げる。

なお、改正法は、厚生省所管の国民年金、厚生年金、船員保険の3制度を対象とするもので、4つの共済年金は除外されている。しかし、共済年金についてもすでに、国民年金法等の改正法の趣旨に沿った改正法案が提出されている。そこで、以下では、共済年金も新年金制度に組み込まれるものとして述べる。

II 社会保険方式の踏襲

公的年金制度の方式は、大別すると、社会保険方式と税方式に分かれる。

社会保険方式とは、拠出を要件として年金を支給し、その費用を主に保険料によって賄う方式である。その場合、拠出と給付のある程度の対応関係をもたせるのが通常である。それに対して、税方式とは、拠出を要件とせず（代わりに居住要件をもとめるのが通常である）、一律定額の年金を支給し、その費用を全額租税で賄う方式である。

わが国の年金制度は、これまで、社会保険方式を原則とし、それを税方式である福祉年金で経過・補完的に補ってきた。では、年金改革にあたって、いずれの方式を原則とするか——これは、立案にあたって最初に結論を下さなければならぬ基本問題であった。

このテーマに関しても、初期の改革論議においては、審議会などにおいても、まったく相反する提言が行われていた。たとえば、社会保障制度審議会の建議「皆年金下の新年金体系」(昭和52年12月)では、制度体系を二階建てとし、一階部分の基本年金については、税方式を採用し、その財源を目的税としての所得型付加価値税で賄うものとしていた。それに対して、年金制度基本構想懇談

会(厚生大臣の私的諮問機関)は、「わが国年金制度の改革の方向」(昭和54年4月)において、税方式を拒否し、社会保険方式を基本原則とする改革の推進をもとめた。

しかし、その後の大勢は、しだいに社会保険方式に傾斜していった。ちなみに、「有識者調査」では、「社会保険方式を維持していくべきである」という意見が、全体で82.8%、労働関係者でも62.3%を占めたのである。けれども、この問題に関しては、三者の意見が基本的に一致した社会保険審議会の答申においても、完全には合意が得られなかった。労働者側委員のなかで総評を代表する委員のみが、「基礎年金の財源としては、全額税方式によるべきである」と主張したからである。

改正法は、社会保険方式にもとづいて検討された。それは、世論の多数の支持があったというそれだけの理由にとどまらず、税方式に比べて社会保険方式には、次のようなメリットがあると考えられたからであろう。

(1) 保険料をおもな財源とするため、財政の安定性、自立性を確保しやすい。一方、税方式の場合には、財政需要の競合、政治的圧力、利害関係などによる影響を受けやすいため、財政が不安定化しやすい。

(2) 拠出と給付に一定の関連性があるため、加入者の拠出インセンティブが働く。したがって、税方式に比べて、より高い拠出・給付の水準を実現できる。

(3) 旧制度からのスムーズな移行が可能になる。まったく白紙の状態でデザインするのであればともかく、わが国の年金制度はすでに相当の歴史を積み重ねている。旧制度との連続性という観点からも、社会保険方式の踏襲が望ましい。

その他、今後の国家財政の制約を考えると、税収入については、国民全体を対象としている社会保険よりも、一般財源に依存せざるをえない扶助・福祉分野に重点的に配分すべきだという政策判断もあったかもしれない。

なお、社会保険方式とはいっても、わが国の場合、当事者の保険料負担だけでなく、相当の国庫負担を投入してきた。改正法でも、基礎年金の財

源の3分の1は国庫負担であって、社会保険方式を採用している他の欧米諸国と比べても、決して低くはないのである。

それに対して、税方式のメリットとしてあげられていたのは、無年金者の解消と国庫負担の公平な配分であった。

社会保険方式では、一定期間の加入を受給要件とするから、加入しない場合、あるいは期間が不足する場合には、給付が受けられない。現実には、皆年金体制をとっているとはいえ、無年金者が存在しているのである。一方、税方式では、年齢要件だけで支給されるから、文字どおりの皆年金が実現する。

また、旧制度では、制度間の国庫負担の配分にも不公平があった。国庫負担率は、国民年金3分の1、厚生年金20%、共済年金15.85~18%であったが、年金額や支給開始年齢に差があったため、受給者に配分される国庫負担の総額は、逆に、共済年金が最も多く、国民年金が最低であった。税方式をとれば、この問題も自然に解消される。

改正法は、社会保険方式を踏襲したが、税方式論者が指摘していた旧制度の問題点をほとんど解消した。その意味では、税方式の思想をかなりとり入れているとみることもできる。

国庫負担については、改正法は、全国民共通の給付である基礎年金にのみつけることとし、その3分の1とした。これにより、国庫負担の配分が公平化された。また、無年金者問題についても、故意の保険料滞納によるものは残るが、制度上の無年金者はほぼ完全に解消される。

制度上の無年金者とは、制度の不備により発生する無年金者であり、旧制度では次のようなケースの問題があった。

(1) 国民年金に任意加入していないサラリーマンの妻が、高年齢で離婚した場合、あるいは障害者になった場合。

(2) 在外居住期間が長い場合。たとえば、帰国した中国残留孤児の大半は、年金に結びつかない。

(3) 脱退手当金を受給した場合。昭和53年5月末まで、厚生年金では女子にかぎって、中途退職したとき一時金を受給することが認められていた。

受給の対象になった期間が長い場合、無年金者になることがある。

(4) 中高年の在日外国人の場合。国連の難民条約の批准にともなう国内法の改正によって、昭和57年1月1日から国民年金の国籍要件が撤廃された。しかし、当時35歳をこえていた外国人の場合、60歳までに25年の資格期間を満たすことができないため、年金に結びつかない。

(5) 学生が障害者になった場合。20歳以上の学生は、国民年金への加入が任意になっているため、加入していない場合には障害年金の保障がない(学生結婚している場合には、夫の死亡による妻(母子)の無年金もありうる)。

これらの制度上の問題について、改正法は次のような対策を講じた。

(1) サラリーマンの妻全員に、国民年金への加入を義務づける(詳しくは後述)。

(2) 60~65歳未満での国民年金の任意加入を認める。

(3) 在外邦人についても、国民年金への任意加入の途を開き、任意加入しない場合でも「カラ期間」として扱う。

(4) 在日外国人の国内居住期間、脱退手当金を受給した期間、学生で任意加入しなかった期間について、いずれも「カラ期間」とする。

以上の「カラ期間」は、いずれも昭和36年4月1日以後の20~60歳未満の期間であり、年金受給のための資格期間に算入する、というものである。

改正法のもとでも発生する制度上の無年金は、任意加入しなかった学生の障害・死亡によるもののみである。強制加入の対象者に学生もふくめれば問題は解決できるが、独自の所得のない学生を強制加入とすることが妥当かどうかという問題がある。今後の検討課題である。

以上のように、改正法は、制度上の無年金者問題については、学生を除けば、ほぼ完璧な対策を講じた。しかし、それでもなお、無年金者の発生は避けがたい。それは、保険料の長期滞納者の場合である。この問題は、被用者年金加入者とその被扶養配偶者(第2号・第3号被保険者)の場合にはありえない。けれども、自営業者など(第1

号被保険者)については、法律上は強制適用であっても、その実効性が乏しいため、従来と同様、故意の保険料滞納がありうるからである(第1号被保険者のうち負担能力の乏しい者については、免除制度があるから、無年金にはならない)。

私は、これはやむをえないと考える。公的年金制度は、社会連帯による世代間の順送りの扶養システムである。現役時代に年金制度を通して高齢者扶養の義務を履行しなかった者が、後世代に年金制度による扶養をもとめることについて、はたして国民的合意が得られるかどうか、私には疑問である。それに、予想される厳しい高齢化社会において、年金制度の安定した発展を図るためには、これまで以上に、権利・義務の関係を明確にする必要があるのではないだろうか。

Ⅲ 基礎年金の導入による制度の一元化

わが国の公的年金制度は、昭和36年4月以来、皆年金体制をとってきたが、実態は、各種制度の寄せ集めによるパッチワークであった。

制度の分立は、その沿革に深くかかわっている。年金制度は、明治時代に起源をもつ軍人や官吏の恩給制度に始まり、官業労働者の共済組合、船員の船員保険、民間企業の一般被用者の厚生年金、自営業者などの一般住民の国民年金という順に創設されてきた。既存の制度を温存しながら、未適用の職業集団ごとに新制度を創設するという形で、適用拡大をすすめてきた。その結果が、3種7制度の分立した制度体系の形成であり、次のような問題が生じた。

(1) 制度設計の違いによって、制度間格差が生じた。各制度の設計内容は、創設時の時代環境とその要請からすれば、それなりの妥当性があったといえようが、今日では合理性を欠くものが少なくない。しかも、各制度の所管官庁が異なるため、統一的視点による相互の調整が難しいという問題もあった。

(2) とくに給付についてみると、個別制度ごとに設計が行われていたため、顕著な不合理があった。1人で複数の年金を受給できるなどの重複給

付、過剰給付が発生する場合がある半面、無年金、過少給付が発生する場合もあった。分立した制度体系のもとでは、これらの問題の整合性のとれた解決が難しい。

(3) 分立した制度体系は、産業構造の変化にともなう影響を受けやすく、財政基盤が不安定化しやすい。

今日、いずれの制度においても財政方式は、程度の差はあれ、賦課方式に大きく傾斜している。そういう財政方式にあっては、各制度の財政力は、成熟度(受給者/加入者比率)に大きく依存する。そのため、成長産業を母体とする制度は、加入者増によるメリットを享受できるが、逆に衰退産業を母体とする制度では、加入者の停滞あるいは減少による財政悪化が避けがたい。

こうして、制度が分立しているため、制度間の給付と負担に不均衡が生じ、社会連帯による順送りの扶養システムとしての年金制度の機能を十分に発揮しがたい状況が生まれた。

(4) 分立した制度体系のもとで皆年金を実現するため通算制度が設けられていたが、そのことによって制度の仕組みが複雑化していた。そのため、加入者、受給者にとっては、仕組みがわかりにくいばかりでなく、手続きも煩雑であり、ときには無年金者を発生させることもあった。また、保険者にとっても、業務の効率化の制約要因になっていた。

これらの問題を総合的に解決するためには、制度の一元化を図らなければならない。

改正法の一元化は、国民年金を全国民共通の年金制度として発展させるものである。具体的には、国民年金の適用対象者を全国民に拡大する。したがって、これまで適用除外されていた被用者年金の加入者、任意加入であった被用者年金加入者の配偶者なども、国民年金に加入することになる。これにより、国民年金は全国民共通の年金=基礎年金を支給する制度になり、基礎年金部分に関しては完全な給付と負担の公平化が実現する。

このような形での一元化は、思想的にみれば、国民年金の原点に立つものであるといえよう。

皆年金を実現するために制定された昭和34年の

国民年金法は、被保険者の資格について、第7条で次のように規定していた。まず第1項で、「日本国内に住所を有する20歳以上60歳未満の者は、国民年金の被保険者とする」としたうえで、第2項で、被用者年金各法の被保険者、その配偶者などについては、「前項の規定にかかわらず、国民年金の被保険者としな^い」とし、第3項で、第2項に掲げる者に対する「将来の適用関係については、……すみやかに検討が加えられたうえ、別に法律をもって処理されるべきものとする」としていた。さらに、被用者年金加入者の配偶者の任意加入についても、附則で「当分の間の取扱い」としていたのである。

このように、旧国民年金法は、その適用を全国民に及ぼすことを展望していた。ただし、被用者年金による保障を受ける者などについては、二重保障を排除するという観点から、暫定的に適用を除外するという構成をとり、将来すみやかに見直すべきことを規定していたのである。

改正法は、この暫定措置を解除するばかりでなく、施行後に発生する被用者年金加入者の新規裁定の基礎年金の資格期間、年金額の算定、費用負担、それに既裁定年金の基礎年金相当分の費用負担についても、旧国民年金法が施行された昭和36年4月1日まで遡及するという取り扱いをしている。先に、改正法の一元化は、旧国民年金法の思想的原点に立脚するものだ^{と述べたのは、以上の理由によるものである。}

なお、基礎年金の導入による制度の一元化について、これを厚生年金による国民年金の救済策だ^{という批判がある。}たしかに、基礎年金部分の財政がプールされること^{にともな}って、当分の間、民間被用者グループから自営業者グループへの財政移転がつづく。しかしそれは、旧制度のもとでの成熟度の違いによる負担の不公平を解消するうえで必然的に生ずる現象であって、それを救済策だ^{というのは、あまりにも近視眼的な見方である。}このことは、共済年金が新制度に組み込まれた場合も同様である。

ただし、負担の公平化とはい^{いうものの、}改正法のそれは、頭割りの公平化であって、応能主義で

の公平化ではない。自営業者と被用者の間では、所得把握のみならず、所得の範囲にも違いがあり、しかも共通の尺度を設けることは困難である。そのため、改正法では、保険料の算定は従来どおりとし、各保険者が被保険者数（被用者グループではそれに被扶養配偶者を加えた数）に応じて、基礎年金の費用負担をするという拠出金方式をとった。これも現状ではやむをえない。

IV 給付水準の適正化

旧制度のもとでは、将来、世代間の生活水準の均衡がくずれるほどにまで給付水準が上昇し、しかもそのための後代負担が著しく上昇する、という問題があった。

厚生年金の標準年金の水準についてみれば、前回の昭和55年改正時では、平均加入期間が30年で、現役の月収の68%であった。これは、現役と高齢者の世帯構成の違いなどを考慮すると、公的年金としてはほぼ適正な水準に達しているとみられていた。ところが、旧制度のままでは、加入期間の伸長にともな^{って、}将来は40年加入が一般化し、月収比で83%という高水準の年金になってしまう、という問題があった。

そこで、改正法では、給付水準の適正化のために、今後の受給者については、加入期間の伸長にともな^{う給付水準の上昇分を、}単価と乗率の引き下げによって相殺し、給付水準を横這いにするという手法をとった。これは、厚生年金、基礎年金ともに同様である。これによって、成熟時の標準年金は、昭和59年度価格の月額で、基礎年金が夫婦それぞれ5万円、厚生年金が平均7万6,200円、合計17万6,200円、月収比では69%になる。

このような改正法での給付水準と適正化の手法については、次のような批判、議論があった。

第1点は、被用者世帯の水準はともかくとして、自営業者世帯の場合は基礎年金のみであり、1人5万円、夫婦10万円では低すぎる、という批判である。

しかし、これは結局のところ、負担とのバランスの問題である。自営業者などについても、被用

者と同様により高い負担をもとめることができれば、給付水準の引き上げ、あるいは本格的な二階部分の設計が可能になろう。しかし、現実には、被用者よりもかなり低い現在の保険料であっても、多くの自営業者にとっては被用者以上の負担感になっているのである。

もっとも、この点に関しては、定額保険料という逆進的な負担方式にも問題があることは明らかである。

この問題をめぐって、しばしば提案されるのが所得比例制の導入である。それによって、保険料負担の公平化とある程度の給付の上積みが可能になる。しかし、その場合の前提条件は、正確な所得把握と保険料徴収の強制力の強化である。将来の課題とされているが、困難な問題が多い。

ただし、たんなる二階部分の給付の導入ということであれば、たとえば特定の業種について国民年金基金の制度を活用するなどによって、実現可能かもしれない。しかしその場合でも、垂直的な所得再分配効果を期待することは難しいと思われる。

第2点は、基礎年金5万円というのは最高額であって、すべての人に5万円の年金が支給されるのではない、ということについての批判である。

改正法では、加入可能期間いっぱいに加わった場合に5万円、滞納期間があればそれに応じて減額する、という年金額の算定式になっている。しかしこれは、公平性という観点からどうしても必要な措置である。同一世代にあって、保険料納付期間（年金制度を通しての高齢者扶養への貢献度）が違ってもかかわらず、同じ年金額だということになれば、それこそ不公平である。また、滞納期間があるのは自営業者であって、被用者にはありえない。被用者と自営業者の間での公平性という観点からしても、減額措置は当然である。

第3点は、夫婦（10万円）は単身（5万円）の2倍という基礎年金の給付設計は、生活実態に合わない、したがって、単身者には加給を設けるべきだ、という批判、主張である。

基礎年金の給付設計は、夫と妻を独立の被保険者とし、それぞれに独自の年金を支給するという、

旧国民年金の個人単位の仕組みをそのまま継承したものである。したがって、旧制度のもとでも同様の問題があったのであるが、議論にはならなかった。つまり、これまでは、個人単位の設計をとる以上は、やむをえないものとして承認されてきた、と私はみている。

しかし、かりに単身者加給を設けるとすれば、「偽装離婚」を誘発する懸念がある、という問題があることも考慮しなければならない。さらに、単身者加給の導入は、論理的には、夫婦について受給制限をするのと同じである。たとえば、単身5万円、夫婦8万円という世帯類型別の給付設計をした場合に、夫婦世帯の合意が得られるか、ということである。

第3点は、今後の受給者は、加入期間の伸長にもかかわらず、年金額が横這いで増加しないのであるが、このような適正化の手法は、世代間で不公平ではないか、という批判である。

この批判の論理によれば、現在の受給者や中高年者は、加入期間の割には相対的に有利な年金額になっていることについてどうみるか、という問題になる。これは結局、年金制度の成熟化対策の是非を問うものである。

公的年金の使命、役割は、高齢者の生活の安定化にある。その使命を果たすために、制度の発足当初しばらくの間、資格期間を短縮するとか、年金額の底上げを行うのは、国際的にはしばしばみられる例であって、わが国でも、そういう成熟化対策を行ってきた。そのことが結果的に、民間保険的な個人別の負担と給付の関係でみれば、後世代に不利な改正を導くことになったのである。社会保障の観点からいえば、決して不公正だとはいえない。

V 婦人の年金権の確立

改正法では、サラリーマンの妻（正確には被用者年金加入者の配偶者である。したがって妻だけでなく、夫の場合もある）の年金保障の体系が大きく変わる。それは、旧制度のもとで指摘されていた次のような問題点を解決するためである。

(1) 被用者年金は世帯単位の給付設計になっていたが、それは夫の年金を通しての間接的な保障であって、妻に固有の年金権があるわけではなかった。そのため、高齢離婚の場合には無年金になってしまうし、離婚しない場合でも、妻の障害に対する保障がない、という問題があった。もっとも、旧制度でも、妻が国民年金に任意加入している場合には、これらの問題は回避できたが、任意加入していない妻が約30%残っており、問題として残っていた。

(2) 皆年金体制の当初の姿とは違って、その後の婦人の職場進出による共働きの増加、国民年金への任意加入者の急増、それに給付水準の引き上げにともなって、給付の重複が顕在化するようになった。生涯共働きであれば夫婦で4人分、専業主婦であっても国民年金に任意加入していれば夫婦で3人分の年金になる。遺族になった場合も、夫婦の年金制度の組み合わせによっては、給付が重複する。

これらの問題点を解決するため、改正法は、サラリーマンの妻全員に国民年金への加入を義務づけることによって、妻に独自の年金権を確立する。それと同時に、給付の重複を避けるため、被用者年金の給付の単位を原則として個人単位に改め、給付水準を単身者水準に引き下げる。また、妻のうち夫の被扶養配偶者（健康保険の被扶養者に相当する者）である者については、個別には保険料の負担をもとめず、夫の年金制度が拠出金という形で一括して負担することとした。

このような婦人の年金権の確立の手法について、次のような批判があった。それは「形式上の権利は確立するものの、実質的には旧制度と同様に夫の傘のもとでの保障であることには変わりはない。働く女性は家庭婦人の基礎年金の費用をも負担しなければならない、新たな不公平を生む」という批判であり、妻の保険料負担の方法に問題があるというものである。

しかし私は、以下の理由から、改正法の手法はほぼ妥当なものだと考えている。

(1) 国民年金への加入が義務づけられる妻の大半は、独自の収入がなく、事実上夫による経済的

扶養を受けており、負担能力が乏しい。強い要請である婦人の年金権確立の実効性、それに応能負担という社会保障の理念に即した費用負担のあり方からすれば、妻自身の負担能力を考慮するのが当然である。

(2) 旧制度でも、間接的ではあるが、妻の保険料負担をもとめることなく妻の年金保障を行い、夫の被用者年金の加入者全員が費用負担を行っていた。改正法は、旧制度での世帯単位の被用者年金を夫分と妻分とに分化させるものであるから、旧制度の費用負担の方法を基本的に継承することについても、合意が得られるはずである。

(3) 単身者と夫婦という世帯類型に応じた給付水準の分化を図るとすれば、必然的に改正法の方角にならざるをえない。旧制度でも、有配偶者には月額1万5,000円の加給年金が付き、さらに妻に遺族年金が支給される分だけ有利になっていた。しかも、ニードを重視しなければならない公的年金にあっては、さらにより実質的な給付差をつけるべきだ、というのが年金改革論議のなかで形成された世論であった。ということは、給付と負担の関係では、単身者と共働きの夫婦には旧制度以上に不利になるが、これもやむをえない。

(4) 健康保険でも、戦前から今日まで、被扶養者については、家族保険料を徴収することなく家族給付を行っており、しかもそれが国民的合意を得ている。

なお、批判者は、しばしばこれを男性対女性の問題として論じているが、決してそういう性質の問題ではない。単身、共働きの男性についても「不利」であることには変わりない。

VI 今後の課題

以上、主要論点を中心に、改正法についての私の評価をまとめてみた。改正法を全体として高く評価しているが、それはあくまでも年金改革の第1段階としての評価である。最後に、共済年金が新年金制度に組み込まれることを前提としたうえで、今後の残された主要な課題について、簡単に述べておく。

第1は、第2段階の年金改革としての、二階部分の厚生年金と共済年金の一元化である。それによって、一階である基礎年金部分に加えて、二階部分についても、給付と負担の完全な公平化が実現し、21世紀に向けての制度体系の改革はほぼ完了しよう。

第2は、給付水準の見直しである。改正法は、現状からのスムーズな移行を図るため、現在の給付水準を妥当なものとして承認している。そして、その水準を現役の税込みの月収比で設定している。本来は、現役の可処分所得比で水準を設定すべきであろう。少なくとも、年金改定の指標は、現役の可処分所得の伸び率以上であってはいならない。世代間の実質所得のバランスが崩れてしまうからである。

第3は、被用者年金の支給開始年齢の引き上げである。直ちには困難であるにしても、いずれは決断しなければならない。その前提条件は高齢者

の雇用拡大であるが、その場合、支給開始年齢の引き上げの雇用拡大効果も十分に考慮しなければならない。

第4は、自営業者などの第1号被保険者の保険料徴収力の強化である。第1号被保険者も強制適用であるが、資格期間を満たせばそれ以降は、事実上、自主納付になってしまうことは旧制度と変わらない。これでは被用者との間に不公平が生じ、共同負担という形のうえに成り立つ一元化の基盤を弱体化させる。また、第1号被保険者にのみ保険料免除の制度があり、追納も認められている。被用者との公平性という観点からも、免除、追納制度の適正な運用がなされなければならない。

これらのひきつづく漸進的な改革を実行すれば、21世紀に向かって年金制度の安定した発展が可能になるだろう。

(やまさき・やすひと 上智大学講師)

西ドイツにおける老人介護政策

——老人介護費用の調達問題の背景——

古 瀬 徹

I はじめに

老人介護問題は、先進諸国において共通の社会政策上の課題となっている（イギリスにおける事情について、文献〔1〕、アメリカにおける事情について、文献〔2〕、先進諸国における痴呆性老人問題について、文献〔3〕）。

西ドイツにおいては、今日すでに人口の15%が65歳以上であり、わが国より15～20年程度高齢化が進んでいる（文献〔4〕）が、「老人介護について、経済的な保障という観点からすれば、西ドイツはヨーロッパ諸国のなかでは一番低い方であろう」（文献〔5〕、S. 242）といわれるように、西ドイツの老人福祉対策は、西ドイツの専門家からも検討課題の多いものと評価されている（文献〔6〕、S. 147/文献〔7〕、S. 6）。

1977年、西ドイツ連邦政府は「老人介護の必要性」についての報告をまとめ、老人介護政策をめぐる社会的な関心が高まり、老人介護の費用の調達に関する具体的な試案が提起されてきた（この経緯について、文献〔8〕、pp. 46～47）。

1984年6月、西ドイツ公私福祉連盟（Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge）が公表した老人介護費用に関する単独の社会保険システムの提案は、詳細な計数を添えたものであり、その是非をめぐる論議も深まってきた。

一方、西ドイツ連邦政府は、1984年9月、連邦議会における答弁書において、従来からとってきた個別の施策の組み合わせによって老人介護政策を改善していく（文献〔9〕、S. 13）との方針を明

らかにしており、老人介護保険構想の実現を争点とする老人介護費用の調達問題はなお解決までには日時を要するものと見込まれる。

社会保障政策の根幹を社会保険システムによっていることと、後発の工業国の宿命として近代化のテンポが速く、このため高齢化のテンポも速いという意味では、西ドイツにおける老人介護政策をめぐる環境は、わが国における環境と相似しており、本稿ではわが国における「中間施設構想」論議（文献〔10〕）をも念頭におきつつ、西ドイツにおける最近の老人介護政策の論点を整理しておきたい。

II 老人ホームにおける介護の課題

西ドイツにおいては、この30年間に著しく高齢化が進んでいるが、特に、80歳以上の人口が急激に増加している。表1は、80歳以上について、年齢階層別の増加率を示しているが、高年齢ほど増加率が著しい。このため、介護を要する老人も増加してきた（文献〔11〕、S. 305/文献〔12〕、S. 231）。

西ドイツにおいては、同様に高齢化の進んでいる他のヨーロッパ諸国に比較すると、老人介護政策の比重は在宅ケアではなく老人ホームなどにおける施設ケアにある。

西ドイツにおける老人ホームは、アルテンボーンハイム（Altenwohnheim、老人マンションに近く住機能を中心）とアルテンハイム（Altenheim、手厚い介護を要しない老人を対象とする）、プフレーゲハイム（Pflegeheim、手厚い介護を要する老人を対象とする）の3種類がある。

表 1 80歳以上人口の増加率

年齢階層	1950年	1982年	増加倍率
80～85歳	374,000	1,185,000	2.1倍
85～86	35,000	134,000	2.8
86～87	28,000	113,000	3.0
87～88	20,000	89,000	3.3
88～89	14,000	70,000	4.0
89～90	10,000	55,000	4.5
90～91	7,200	41,000	4.7
91～92	4,400	30,700	5.9
92～93	2,900	22,900	6.8
93～94	1,750	16,500	8.4
94～95	1,100	11,100	9.0
95～	1,520	25,800	15.0

(資料) 文献〔8〕, p.9。

ドイツにおける老人ホームは、1900年頃までは「慈善」(Wohltat)に基づくいわば「養老院」の時代であり、1900年頃から1970年頃までは権威的ホーム規則の時代であった。1970年頃からは、老人ホームにおける老人の処遇をめぐるスキャンダルなどもあり、1975年、老人ホーム法 (Das Heimgesetz) が制定され、入居者は老人ホームから介護サービスの提供を権利として受け、対等の関係として位置づけられるようになった (文献〔13〕, S. 137)。

連邦政府の推計によれば、要介護者数は合計で200万人、このうち、施設においてケアを受けている者は約26万人とされる (文献〔9〕, S. 3)。26万人のうち、大部分がプフレーゲハイムやアルテンハイムの介護部門に入所している。入居者の3分の2は女子である。10万人は、アルテンハイムや精神病院に入所している (文献〔9〕, SS. 6～7)。

1971年から1981年の10年間に、プフレーゲハイムの定員が66%増加し、従事者も98.7%と倍増している (文献〔9〕, S. 7)。他方では、政治家の選挙民へおもねって建設する風潮もあったといわれる (文献〔14〕, S. 171)。

1980年の連邦と州との作業グループの報告では、まだ9万床のプフレーゲハイムが必要だとされる (文献〔9〕, S. 11)。

老人介護に関する費用の問題の重要性が専門家の間で指摘されたのは、1970年代の初めからであ

るが、この問題が社会的に大きな関心を呼ぶにいたったのには、老人ホームの増設にもかかわらず、1982年ぐらいから老人ホームにおける老人の生活状態について「老人ホーム偏重型の老人介護が老人のためにとっても良いのか」という問題提起が再び高まったことを看過できない。老人ホームにおける生活は、「ただ生きながらえる (Überleben)」にすぎず、意義ある生活が可能ではない (文献〔15〕, S. 9) として、豊富な事例を紹介した老人問題の活動家の報告書 (1983年) は、「すべての老人ホームの建設を直ちに止めること」と「現在ある老人ホームについては、介護要員の配置基準を引き上げること」など10項目の提案を行った (文献〔15〕, S. 106)。

老人ホームにおける老人の生活状態について、全国的に把握した資料は乏しいが、連邦政府によれば、若い障害者の入所問題、在宅介護に戻るような適切なリハビリテーションの欠如、文化的・社会的な世話 (Betreuung) の不足、極めて多くの「寝たきり」(bettlägerig) の存在などが指摘されている (文献〔9〕, S. 7)。

老人ホームにおける居住者の生活を開放すべき (Heimöffnung) であるとして、次の3つのレベルの開放が提起された (文献〔16〕, S. 225)。

- ① 老人ホーム居住者相互間の交流
- ② 老人ホームと近隣との交流
- ③ 地域志向の福祉システムの構築へ

いずれの場合にあっても、「いきがい」(Lebendigkeit) がこの判断基準となるべきだとされている (文献〔16〕, S. 226)。

後期高齢者の増大に伴い介護を要する老人も増加してくる (表2。文献〔13〕, S. 231)。老人ホーム入居者も高齢化のため、身体の不自由なもの

表 2 高齢者の増加

	65歳以上	80歳以上
1960年	620 万人	85 万人
1970	800	110
1980	950	150
1990	880	200
2000	900	160

(資料) 文献〔10〕, p.9。

が増えており、入居者の実態からいってもアルテンハイムとプフレーゲハイムとの境界が不明確になってきたと報告されている(文献〔17〕, S. 228)。

痴呆性老人問題の問題も深刻であり、「在宅老人よりは、施設入居者の方に痴呆性老人の出現率が高い」といった調査報告(文献〔18〕, S. 120)がなされるなど、老人介護問題のなかでも重要な政策課題となってきている(文献〔19〕, SS. 373～374)。

III 老人ホームにおける費用負担

老人ホームにおける費用は、月額 2,400 マルクから 3,000 マルク(24万円から30万円)といわれるが、これでは、国際的にもかなり高い給付水準に達している西ドイツの年金によっても、年金支給額によって老人ホーム費用をすべて支払うことは無理である(特に、女子の年金額が低い。文献〔6〕, S. 141/文献〔7〕, S. 3/文献〔20〕)。

1981年の社会審議会の勧告によれば、現在予測されている人口構成の変化を前提として試算すれば、2035年までに今日の年金水準を維持するためには、現行の18%という保険料を35%にまで引き上げる必要があり、もし、保険料を現行程度に留めるとすれば、現在賃金に対する44%という年金水準は25%にまで下げざるをえないとしており、今後も年金水準の大幅な上昇を期待するのは無理であろう(文献〔21〕, S. 309/文献〔32〕)。

施設入居者の約3分の2は、公的扶助の適用を受けている。公的扶助の基準額は、月 2,400 マルクである(老人ホームにおける個人的な物の購入にあてる「こづかい」を含む。1982年)(文献〔9〕, S. 7)。

表3は、年齢階層別にどの程度を公的扶助に依存しているかを示している。

1980年の公的扶助統計によれば、23万7,000人の施設入居者のうち、約70%が65歳以上であった(文献〔22〕, S. 245)。1977年の調査では、入居者の25%は無収入であり、32%が600 マルク以下の収入であった。1,200 マルク以上の者は、わずか6%にすぎない。

表3 年齢階層別生活扶助者の費用負担率
(1981年9月)

	公的扶助運営者の支払分		生活扶助者の支払分	
25～50歳	1,470	マルク 87.6%	209	マルク 12.4%
50～60	1,175	72.4	425	27.6
60～65	1,007	65.6	527	34.4
65～70	909	59.9	608	40.1
70～75	823	54.8	679	45.2
75～	747	48.0	809	52.0

(資料) 文献〔22〕, S. 247。

表4 老人ホームにおける費用基準

	アルテンハイム	プフレーゲハイム
日 額 合 計	47.80 マルク	75.10 マルク
人 件 費	22.03	42.60
食 費	5.31	5.33
医 療 材 料	—	0.76
光 熱 水 費	4.11	4.15
清 掃	2.51	5.20
相 談	0.46	0.35
管 理 費	3.13	4.15
修 理 費	3.37	5.17
減 価 償 却	3.63	3.64

(注) バーデン・ヴルツベルグ州の1983年の事例。

(資料) 文献〔25〕, S. 248。

老人ホームにおける費用については、本人が支払うのが原則であるが、上述のとおり、公的扶助により補填する入居者が多く、同一施設内における公的扶助の入居者と自己支払いの入居者との関係がしばしば問題となる(文献〔23〕)。

表4にみるとおり、老人ホームにおける費用の費目別の構成をみると、人件費が50%前後を占めている。

人件費は、老人介護の水準を決定するもので、重要であるが、西ドイツにおいては、介護の程度に応じて段階的に単価を決定する方式がとられている。

1970～80年に、老人ホームの費用基準は、入居者1人あたり名目で12%、実質で7%上昇している(文献〔7〕, S. 3)。

少し古いデータであるが、バーデン・ヴルツベルグ州における調査結果によると、介護の形態に従って次のような費用の比較が報告されている(1 マルクは、おおむね 100 円)。

① 自宅において生活する場合 月額 500 マルク

ク

バーデン・ヴルツベルグ州の保護基準による290マルクを基礎とする(120マルクの家賃を含む)。

- ② アルテンボーンハイムにおいて自立して生活する場合 月額707マルク

家賃と運営費相当分339マルクを含む。

- ③ アルテンハイムにおける介護を受ける場合 月額1,120～1,250マルク

この段階になると、日常生活上の固有の費用を含む。個人のためのこづかいとして、月70マルクを含む(最近では、月160マルク程度に引き上げられた)。

- ④ プフレーゲハイムにおける介護を受ける場合 月額1,800～2,000マルク

医療および薬剤によるケアについての費用を含んでいない(③と同様、こづかいとして70マルクが含まれている)。(文献[24], S. 43)

入居者の収入と、サービスの質や老人ホームの効率に関する実情が把握されていないので、調査を行う必要があると連邦政府も認めている(文献[9], S. 15)。

IV 老人介護保険制度の創設案とその反響

このような事情を背景として、1970年代から、各種の団体や公的機関から、老人介護費用の調達をめぐる、さまざまな案が提起されてきた。

提案されたものは、疾病保険を拡大する案、年金保険に含める案、独立の介護保険制度の創設案、独立の法律にもとづき給付を行う介護法案、民間保険による案から、住宅手当法の改正、税制上の措置など広汎に及んでいる(文献[25]は、各案の特徴を要介護性と障害、疾病と要介護性など11の項目について整理している。S. 249)。

これらの案の選択にあたっては、すべての要介護者を平等に扱うこと、要介護の定義と要件を明確にすること、受給者のスティグマを排除すべきこと、簡素な立法形式であること、財政上の負担に耐えるものであることなどが考慮されるべきだ

とされている(文献[25], SS. 251～252)。

いくつかの提案を比較しつつ論議される過程で、おおむね、次の3つの方法に絞られてきた(文献[7], S. 4。各案の長所・短所について、文献[9], SS. 11～12)。

- ① 社会保険に新しい分枝を作る
- ② 疾病保険への吸収
- ③ 疾病保険と独立しつつ共同で運営する方法

このうち、③の案が前記のとおり1984年6月に西ドイツ公私福祉連盟が提起したものでその基本となる考え方は「人生の終末期において迎えることになる介護を要する状態は、誰もが遭遇する可能性のある一般的なもので、保険料によってリスクを分散するにじむ」というものである(文献[26])。

この案の内容については、すでに詳細にわたって紹介されている(文献[27])ので省略するが、試算によれば、総額年間70億マルク(7,000億円)程度の費用が必要とされ、これに必要な保険料率は約1%と見込んでいる。

これに対する連邦政府の目下の対応は、1984年9月の連邦議会への報告(文献[9])に示されているとおり、極めて慎重なものである。

コール首相の公私福祉連盟への回答においても、次のように慎重な態度に終始している。「——現状の分析とさまざまな提案を検討したところ、連邦政府としては、介護に対する包括的な新体系の創設あるいは社会保障体系の基本的な変更を行う時期ではないと考える。健康保険制度の枠内において介護保険を創設することは、その財政問題が当分解消しないことを考慮すると困難である。——さまざまな提案は、まだ十分に検討し尽くされていない。——もちろん、連邦政府が先に連邦議会に回答した現行制度の総合的な運用による改善という方策は、この問題の解決のための第一歩にすぎないことも明言しておきたい」(文献[28], S. 65)。

これに対して、政府の政策は体系的なものではないとする批判が続いた(1984年10月のボンにおける公私福祉連盟の検討集会、文献[7]/文献[29], S. 34)。

連邦政府の考え方の底流には、老人介護保険構想の論議が公的扶助の財政負担を軽減する観点から行われていることに対し、医療保険や年金保険における最近の微妙な財政状態とこれに対応するための保険料率の引き上げとも関連してくるとの懸念がある（文献〔9〕，S. 15/文献〔7〕，S. 17。疾病保険について，文献〔30〕/文献〔31〕，S. 8。年金について，文献〔32〕）。

西ドイツにおいては、1983年の政権交代が閣内における社会保障政策をめぐる意見の不一致がその主要な要因であったように、1980年代に入り「社会保障の見直し」（Sozialabbau）が国内政策の重要課題となり（文献〔23〕），その後、具体的な制度改正が続いている。

中期財政計画（1984年から1987年）において、この期間における失業者が200万人を超えることが予測されているにもかかわらず、社会関係の費目が西ドイツにおける歴史上初めて、マイナス1.4%と設定されたように、社会保障財政の見通しは厳しい（文献〔34〕，S. 11）。

「社会保障の濫用」（Missbrauche）についての論議も高まり、社会保障制度の量的な拡充よりは社会保障政策のなかでもどの部分に優先順位を置くに課題が移っている。

V 介護の拠点としての施設

「慣れた家庭的な環境のもとでできる限り長く介護されることは、人間的なだけでなく、経済的でもある」（文献〔9〕，S. 20）と、連邦政府の報告は終始強調しており、施設収容型の介護から在宅介護へという西欧における方向転換は、考え方として西ドイツにも定着しつつある。

しかし、後期高齢者の増大に伴って24時間ケアとしての老人ホームの役割も決して減少するものではない。

施設ケアと在宅ケアは対置された概念としてとらえるのではなく、連続したものとして把握される必要があり、従来のこの二分論の間に施設ケアと在宅ケアとを結びつける多様なサービスの形態が工夫されはじめた。老人ホームを拠点とする地

域サービスとして、日本においてしだいに普及してきたショートステイ（短期保護事業）やデイサービスも同様の考え方としてとらえることができよう。バイエルン州の老人政策の教訓から報告されたものでも、「施設サービスは、将来とも老人政策の中心になっていこう。施設サービスと地域サービス（*öffentliche Altenhilfe*）は、対立するものではなく、一層協調し、補完しあうべきものである。基本原則として、地域サービスが重要であると同様に施設サービスも重要であるということができよう」としている（文献〔35〕，S. 235/文献〔36〕，S. 239）。

このようなものの代表的な事例として通所ケアと小規模ホームを挙げておきたい。ターゲスプラーゲハイム（*Tagespflegeheim*）またはターゲスクリニック（*Tagesklinik*）といわれる通所施設に通ってケアを受けるシステムは、ヨーロッパにおいて相当普及をみているが、西ドイツでは、1983年で250ヵ所とまだ少ない。この「中間施設」機能は、現在のところ老人ホームだけでなく、病院においても十分ではないが、老人が生活を喜ぶことができること、老人の個性を尊重する感覚が損なわれないこと、さらに、費用の縮減を図ることができるとして、今後の取り組みに期待されている（文献〔7〕，S. 8/文献〔17〕，S. 230/文献〔36〕/文献〔37〕，S. 127）。

住宅において老人ホームに類似した程度の介護を行うことは、当然のことながら老人ホームよりはコストが高くなる。どの程度までの経費でどの程度の在宅介護が現実的に可能かどうかはいちがいにはいえない。住宅の空間的な制約も、老人ホームに相当する介護を行ううえで制約になる。しかし、老人ホームにおける手厚い介護までは必要としないが、一定の部分的な介護を必要とすることもある。わが国においては、養護老人ホームに併設される特養部分の「小規模特養」が昭和59年度から制度化され、厳密に老人ホームを3区分する思考が弾力化しているが、西ドイツにおいてはすでに、アルテンハイムに介護部門を併設したものがあつた。「小規模老人ホーム」（*kleinformatige Altenheim*）は、このような思考をさらに規模の面

に発展させたものである（文献〔5〕, S.2/文献〔39〕, S.237）。

施設介護において、リハビリテーションを行うことにより、できるだけ家庭に戻るという方向が提案され（文献〔9〕, S.14）、老人ホームの入居者も在宅サービスの専門家によって老人ホームから退出することを目指すことが強調されるのも、在宅介護と施設介護を統合的に捉えようとする大きな動向のなかで理解したい（文献〔40〕, S.241）。

老人介護保険の提案が、医療ケアについては給付の対象から除外しているとおおり、西ドイツにおいては、医療保険において訪問看護が制度化され、リハビリテーションに重点がおかれている。

このような背景もあって、連邦政府の老人介護に対する政策体系のなかで、医療ケアについては、現行の健康保険のシステムで対応することとされたのであろう（文献〔9〕, SS.15~16）。

VI 在宅介護の課題

大都市における独り暮らしの老人に関する最近の報告によれば、西ドイツの高齢者には、倉庫のような環境の悪い所での生活、ペット用の肉を食事の材料とする老人など、経済的にも悲惨であり、社会的にも孤立しているものが目立っている（文献〔41〕）。

家庭にあって介護しているものの状態も悲惨なものである。介護者の40%は健康を損なっており、60%は介護者自身60歳以上の老齢である（文献〔7〕, S.7）。

在宅の高齢者について、軽度のものを含めると65歳以上の11.1%が、80歳以上の28.4%が要介護の状態にある（表5参照）。

1976年/1978年の調査によれば、65歳以上の老人のうち、在宅にあって専門的なケアを受けているのは1.5%と推計されている。18%は、家族、友人、近隣の人によって介護を受けている（文献〔43〕, S.165）。

在宅ケアを可能とするための条件として、次の事項が挙げられている。

- ① 老人自身が家庭に留まりたいという希望をもっていること
- ② 介護および世話をする十分な要員が確保されていること
- ③ 私的なサービスとして参加されるよう動機づけられていること
- ④ 医学的な専門知識にもとづいた介護水準が担保されていること
- ⑤ 適切な組織形態によって財政的に運営されること

このためには、家庭に対しては、集中暖房など建築物の修築への援助、医師等専門家による相談機能の充実、介護従事者には、介護期間中の年金の資格期間扱い、家計への経済的援助、買い物・休暇など可能な方策などが必要と提案されている（文献〔12〕, SS.232~233）。

連邦政府の報告においては、介護者の病気に対する援助や税制上の配慮について提起されている（文献〔9〕, S.16）。

最近において、西ドイツの在宅サービスの拠点として注目され、期待を寄せられているものに、Sozialstation がある。無理に邦訳すれば、「老人介護センター」といったところだろうが、この概念については、「Sozialstation に相当する英語はない。地域に基礎をおいたセンターで、在宅の老人に対して、政府とボランティアとを結びつけて継

表5 介護程度別在宅要介護者数

	該当する人口	A	A+B	A+B+C
65歳以上	9,058 千人	158 (1.7%)	458 (5.1%)	1,007 (11.1%)
65~79	7,693	69 (0.9)	242 (3.1)	619 (8.0)
80~	1,365	89 (6.5)	216 (15.8)	388 (28.4)

(注) A (最重度介護) 常時床についており、手厚い介護を要する。

B (重度介護) 部分的には、自分自身で活動できる。

C (軽度介護) 部分的に家事上の世話や介護を必要とする。

(資料) 文献〔42〕, S.43 (原典: Socialdata, 1978)。

表 6 Sozialstation の職種と人員

	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人以上
ソーシャルワーカー	11	2	—	—	—	—	—
看護婦	7	10	7	9	11	9	19
介護員	24	8	2	—	—	—	2
ホームヘルパー	27	9	4	2	1	3	2
看護助手	10	4	3	5	—	1	2
事務職	27	7	1	—	—	—	—
兵役忌避者	9	3	—	—	—	—	—

(注) 81 の Sozialstation について、主な職種別の人員数をあげた（このほか、3 職種がある）。

(資料) 文献〔20〕, p. 313。

統的にケアを提供するもの」(文献〔20〕, p. 308)とされている。

1970年代からしだいに強まってきた、老人ホームにおける介護水準への反省と並行して、1万のデイケアセンターや老人センター（このうち80%は、民間で運営されている）、5,500の老人のための相談センターなど在宅サービスを行うための施設も建設されるようになった。Sozialstation の建設は、このような流れのなかで創設された。沿革的にはボランティアとして行われてきた訪問介護サービス (Gemeindekrankenschwester) の活動などが基盤になっている。在宅サービスのニーズが高まるとともに、なんらかの公的な運用が必要になってきた。地域によって多様な形態で公共化されてきたが、最初に Sozialstation の名称を用いたのは、Caritas-Verband とラインランド・プファールツ州である。

続いて、各州において、在宅訪問看護サービスの組織の再編成という形でさまざまな形態に発展してきた。業務の範囲、職員の数、職種、フルタイムとパートタイム職員の比率など州により、地域により相違する（文献〔20〕, p. 310～/表6参照）。

このように、地域でさまざまであるから、連邦一律に考察することは意味がない（文献〔17〕, S. 227）が、政府報告においては「家族や公的スタッフだけでなく、近隣の援助を活発にするための役割を Sozialstation に期待しており（文献〔9〕, S. 14）在宅介護サービスの物理的・組織的拠点をどのように形成していくかという観点から今後の動向を注目したい。

VII 老人介護政策の基盤となるもの

老人介護保険の提案は、施設サービスだけでなく、在宅サービスについても給付対象とするものであるが、この両方の領域を別個に捉えてきた伝統のためか、十分に体系的な論議まだ深まらず、主として、財政面での難点が強調されている。

しかし、この論議を通して、高まってきた「人口構成の変化を見通して、長期的な介護政策が必要」(文献〔44〕, S. 314) との主張は、より統合的な介護政策を探る作業へと発展していくものと見込まれる。

連邦政府の報告は、住宅政策や税制、基礎的な調査研究に及んでおり、総合政策としての老人介護政策の将来を示している。

わが国における最近の老人介護政策の動向も同様に統合化への動きが見られるが、西ドイツの論議をフォローするに際して、見落としがちな彼我の相違点を付記しておきたい。

第1に、社会政策の歴史の重みである。

ドイツにおける社会政策は、社会保険の創設に長い歴史を有する他、訪問介護政策もイギリスに先駆けて発足している。1885年には、ニュールンベルグにおいて初めての精神患者への保険制度が検討されている（文献〔7〕, S. 6/文献〔45〕/文献〔46〕）。

第2は、民間部門の高い比重である。

宗教的な事情もあるが、西ドイツにおいては、民間部門の比重が高く、一律に国家が運用するシステムを避けている。社会保険においても、日本

のように皆保険でなく94%の加入率で残りの6%は民間保険でカバーされている。ここから、今回の老人介護保険制度をめぐる論議においては、民間保険の役割も合わせて論じられている。民間保険は、公的保険の「建増し」(Aufstockung)としての役割が期待されているが、成熟社会におけるサービスの多様化には、公的部門のみでは適切に対応できないのではないかとといった観点も重要になってこよう(文献〔29〕, S. 34, Nr. 12)。

「——将来の介護基準は、現在よりは『サービスの水準に対応した』(leistungsbezogener)ものとする必要がある。それによって、介護料の自己負担者は、部屋の大きさ、位置、家具などさまざまなサービスの提供を期待できるようになる」(文献〔47〕, S. 71)。

第3に、サービス担当者の質に対する認識の深さである。

制度の枠組みができて、その内容・水準を決めるのは、従事するスタッフの質であるが、西ドイツにおいては、伝統的に介護要員の教育・養成といった基礎的な部分が重視されてきた。

「高齢化の進展は、健康政策(Gesundheitspolitik)の整合性を必要としており、医師と介護要員などすべての医学専門スタッフの教育の改善が前提となってくる。この教育には、老人病学による老年に伴う疾病の過程だけではなく、『正常な老人』(normale Altern)についての老年学的な知識も含まれていなくてはならない」(文献〔48〕, SS. 303~304)。

とするのは、最近における専門家養成の趣旨をよく示している(文献〔7〕, S. 19/文献〔13〕, S. 88~/文献〔43〕, S. 169)。

最後に、社会の連帯感である。

世代間の交流を基軸とする社会的な連帯感に支えられてこそ、制度が生きてくるということは、多くの地域の報告に示されている(文献〔14〕, S. 175/文献〔21〕/文献〔29〕, S. 34, Nr. 9/文献〔49〕, S. 121)。

西ドイツの老人介護に欠くことのできないものとして、Zivildienst(徴兵忌避者による民間服役)を挙げておきたい。西ドイツは、徴兵制であるが、

宗教上の理由によって銃をもつことを許されない青年達には、福祉施設に勤務することによって兵役を免れることができる。福祉の原点というべき、地域社会との連帯感は、このような兵役と見合うだけの強制力のもとで若い時代に老人介護に従事することによって深く養われる(文献〔50〕, S. 242/文献〔51〕)。

参考文献

- 〔1〕 ANDREWS Keith, Demographic changes and resources for the elderly, *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 6. Apr. 1985, pp. 1023~1024.
- 〔2〕 *Economic Report of the President*, Feb. 1985, p. 157.
- 〔3〕 GIBSON Mary Jo, Some Societal Responses to Dementia in Developed Countries, *Ageing International*, Winter/1984, pp. 11~16.
- 〔4〕 古瀬徹「西ドイツにおける高齢者の現状」『海外社会保障情報』第70号, pp. 15~24.
- 〔5〕 NAEGELE Gerhard, Sozialpolitik für ältere Menschen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 242~244.
- 〔6〕 NESEKER Herbert, Zum Stand der Bemühungen um eine Regelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Alter, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 4/1984, SS. 141~147.
- 〔7〕 Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko-detaillierte Überlegungen für eine Pflegeversicherung/Öffentliche Hauptausschusssitzung am 25. Oktober 1984 in Bonn, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 1/1985, SS. 1~20.
- 〔8〕 矢野伴久「西ドイツの老人医療保障」『インターナショナル・ナーシングレビュー』第6巻第4号, pp. 35~47.
- 〔9〕 *Bericht der Bundesregierung Fragen der Pflegebedürftigkeit*, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 10/1943, 5, 9, 84.
- 〔10〕 古瀬徹「老人ホームを主体とした総合的な老人介護施策の確立」『老人福祉』第70号, pp. 10~14.
- 〔11〕 LEHR Ursula, *Psychologie des Alterns*, Vierte Auflage, 1979, Uni-Taschenbücher 55.
- 〔12〕 VOLTENAUER-LAGEMANN Michaela, Pflegebedarf und mögliche Folgerungen für die

- Praxis-Ergebnisse einer Studie der Socialdata GMBH, München, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 231~233.
- [13] PAUL Karlhorst, *Altenpflegerecht*, 1980.
- [14] WEBER Anneliese/RIEBE-BEIER, Andreas
Das Altenheim aus der Sicht alter Menschen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 7/1982, SS. 171~175.
- [15] Alteninitiativen, *Morgens um sieben ist der Tag schon gelaufen-Der Alltägliche Skandal im Pflegeheim*, 1983.
- [16] HUMMEL Konrad: Nachruf auf die Altenheime-ein Aufruf zur Reform, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 223~227.
- [17] DIECK Margret, Die Bedeutung stationärer Einrichtungen der Altenhilfe für und in der ambulanten Arbeit, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 227~230.
- [18] COOPER B. /MAHNKOPF Brigitte, BICKEL H., Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern, eine Vergleichsstudie, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 117~125.
- [19] OESTERREICH K. /WAGNER O./REGIUS A., Gerontopsychiatrie Heidelberg-Dokumentation, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 373~380.
- [20] GRUNOW Dieter, "Sozialstationen", A New Model for Home Delivery of Care and Service, *The Gerontologist*, Vol. 20, No. 3, 1980, pp. 308~317.
- [21] WINGEN M., Aspekte der demographischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 306~310.
- [22] TESIC Dusan: Heimkosten und Sozialhilfe, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 245~247.
- [23] NOLDEKE Jutta, Heimvertrag und Pflegesatzregelung, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4/1983, SS. 128~129.
- [24] HUMMEL Hans, Alten- und Altenpflegeheime in der Krise, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2/1978, SS. 40~43.
- [25] RENN Heribert, Sozialrechtliche Absicherung der Pflegebedürftigkeit-Momentane Situation und alternative Lösungsmodelle, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 247~252.
- [26] Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit-Einzelüberlegungen des Deutschen Vereins für eine Pflegeversicherung, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 8/1984, SS. 277~284.
- [27] 柄本一三郎「西ドイツにおける福祉サービスと介護保険の諸問題」『総合社会保障』1985年6月号, pp. 45~60.
- [28] Politische Resonanz auf die Vorschläge des Deutschen Vereins zur Sozialrechtlichen Absicherung der Pflegebedürftigkeit, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 3/1985, SS. 65~69.
- [29] Stellungnahme des Deutschen Vereins-Beschluss des Vorstandes vom 4. Dezember 1984, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, Nr. 2/65, Jahrgang, SS. 33~35.
- [30] Blums, Kostendämpfungspläne ziehen Kreise, *Arbeit und Sozialpolitik*, 3/1985, SS. 71~72.
- [31] MEURER Anne, Pflegebedürftigkeit-Keine grosse Lösung, *Bundesarbeitsblatt* 1/1985, SS. 8~10.
- [32] Die Rentenlast wird zu schwer, *Der Spiegel*, Nr. 14/1985, SS. 19~27.
- [33] 古瀬徹「わが国社会保障の海外広報」『海外社会保障情報』第61号, p. 2.
- [34] HOFEMANN Klaus, Historische und politische Hintergründe des Sozialabbaus, *Soziale Sicherheit*, 1/1985, SS. 9~15.
- [35] WIEDAMANN Edgar, Bedarfsplanung für die stationäre Altenhilfe in Bayern, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 233~235.
- [36] LAMPE Albrecht/MATUSHCAK Hansgunter, Stationäre Altenarbeit im Verbund mit Dienstleistungszentren, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 237~239.
- [37] STEINHART I. /BOSCH G., Zum Stand tagesklinischer Behandlung älterer psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 367~372.
- [38] SCHUTZ Rudolf-M., Tagespflegeheim und Tagesklinik-Nur ein Weg zur Kostendämpfung?, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4/1983, SS. 123~127.
- [39] FREIER Dietmar, Das Altenheim päckchenweise, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984,

- SS. 236~237.
- [40] STIEFEL Marie-Luise, Statt leben im Heim Hilfe zum Leben daheim, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 239~241.
- [41] PRETE Michael, Das Leben lohnt nicht mehr, *Der Spiegel*, Nr. 14/1985, SS. 68~79.
- [42] *Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger*, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 80, 1980.
- [43] DIECK Margaret, Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 7/1982, SS. 164~167.
- [44] GROSSJOHANN K./RUCKERT W., Zunehmende Lebenserwartung-Auswirkungen auf die Altersversorgung?, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 311~314.
- [45] POSKE Dieter, 100 Jahre organisierte Hauspflegearbeit, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 3/1985, SS. 73~79.
- [46] DEXTER Margaret/HARBERT Wally, *The Home Help Service*, p. 62.
- [47] HUMMEL Hans, Alten- und Altenpflegeheim in der Krise, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 3/1978, SS. 70~73.
- [48] LEHR Ursula, Zunehmende Lebenserwartung interdisziplinäre Aspekte, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 303~305.
- [49] BERG Hans-Ulrich, Kommunale Altenhilfe-Eine soziologische Analyse sektoraler Sozialplanung am Beispiel Darmstadt, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4/1983, SS. 120~123.
- [50] MÜLLER-SCHOLL Nikolaus, Häufig fehlt der Zuhörer-Erfahrungen eines Zivildienstleistenden im ambulanten Dienst, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 241~242.
- [51] 古瀬徹「福祉開発隊構想私案」『厚生』昭和 57 年 8 月号, pp. 30~31.

(ふるせ・とおる)

日本社会事業大学社会事業研究所)

在宅痴呆老人への家族的援助と

ショート・ステイ・サービス

奥山正司

西下彰俊

I 本稿の目的と痴呆老人の社会的背景

本稿の目的は、東京都が都の単独事業として行っている「痴呆性老人短期保護事業」(痴呆老人¹⁾に対するショート・ステイ・サービス)を昭和56年10月から昭和59年3月の2年半の間に利用(厳密には申請)した痴呆老人の特徴を明らかにし、さらに介護者家族の援助状況とショート・ステイ・サービス(以下S・S・サービスと略す)がどのように利用されているかを明らかにすることにある。そしてこの課題を追求するために、われわれは2つの調査方法をとった。そのひとつは、大量調査による分析であり、他は、事例調査による分析である。この2つの調査は、お互いに他の欠点を補う意味で行ったものである。

ところで、わが国の人口高齢化は、西欧や北欧諸国が長い間年数をかけて体験してきた経験法則と異なり、その速度が世界に類をみない速さで進行していることは、つとに耳にする話である。それは、東京都においても例外ではなく、人口高齢化は絶対的にも相対的にも増加しつつあることが指摘できる。すなわち、東京都の65歳以上人口は「国勢調査」によると、昭和40年の46万8,963人(総人口に対する比は4.3%)から昭和55年には89万4,961人(同7.7%)、昭和60年現在では、106万5,400人(同11.0%)となっており、さらに昭和75年(2000年)には、約163万人(同13.8%)へと急増することが予測されている。このような傾向のなかで、それらの老人層から老年前期(65～69歳)と老年後期(75歳以上)の2つの年齢層を

とりだして²⁾比較してみると、この2つの層の増加率に著しいちがいがみいだされる。すなわち、この2つの層は、明らかに増加しているけれども、昭和40年を100(指数)として、昭和40年から昭和60年までの20年間の推移を検討してみると、老年前期の老人層は、100(21万755人)から174(36万6,800人)へと増加しているのに対し、老年後期の老人層は、100(11万9,860人)から583(69万8,600人)へと急増しているのである。つまり、東京都においても老年前期の老人に比較して、老年後期の老人層の著しい増加率が目立つのである。このことは、心身ともに虚弱な老人が増加し、それがひいては要介護老人の増加となってあらわれることを示唆している。具体的には、寝たきり老人、痴呆老人などの大幅な増加である。ちなみに東京都における65歳以上老人の痴呆の出現率(病院へ入院している老人や施設に入所している老人を含めず、在宅に限る)は、昭和55年の調査によると、4.6%±0.63%の範囲内で出現すると推定される³⁾。しかも、この出現率は、図1にみられるように、男女や年齢によって差異がみられ、老年後期には男性より女性に多く、また、高齢になればなるほど出現率も高くなる傾向がみられるのである⁴⁾。もし、かりに、この出現率(4.6%)を、単純に昭和55年、昭和60年、昭和75年の三時点で、東京都の65歳以上の男女別人口をもとにして痴呆老人の推計を試算してみると、その推計値は、昭和55年約4万1,000人、60年約4万9,000人、75年約7万5,000人となり痴呆老人が大幅に増加することが判明する。また、そのうち、(+3)の「高度」と(+4)の「非常に高度」⁵⁾の合計(その出

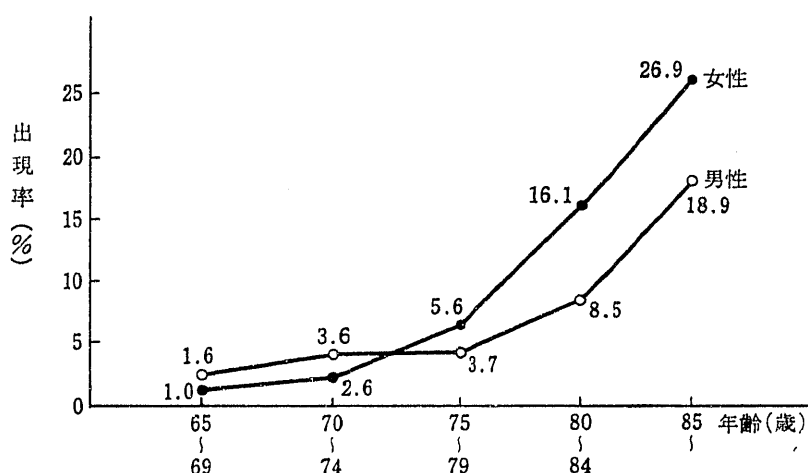


図1 年齢・性別にみた在宅痴呆老人の出現率 (東京都, 1980年調査)

現率は、先の調査結果から痴呆老人のうちの33.4%と推計される)をかりに、日常生活に支障をきたし、家族で介護することが困難な痴呆老人とするならばその痴呆老人は、60年約1万6,000人、さらに75年には約2万5,000人が存在することになる。しかも人口が高齢化すればするほど出現率が高くなることを考慮すれば、実在する痴呆老人は、今後この数値よりはるかに高くなることは確実である。

一方、東京都に居住する介護者の条件をみると、介護される老人側が高齢化するとともに、通常、家族のなかで介護の中心者となっている息子の妻(嫁)、配偶者、娘などもしだいに高齢化してきている。例えば、昭和52年の「東京都老人福祉基礎調査」や、昭和54年の全国社会福祉協議会で行った「老人介護の実態」(東京都分を筆者が集計)によれば、要介護老人の介護者の年齢が60歳以上をこえる者は約4割を占め、50歳以上を含めると、約6割に達しているのである。さらには、日常用語とまで化した「核家族化」の傾向を、老人のみの世帯に焦点をあててみると、ひとりぐらし老人の増加以上に老人夫婦のみの世帯の増加率が東京都(昭和55年の「国勢調査」では老人夫婦世帯の比率は21.1%)や過疎県といわれる地域において、ひときわ高くなっているものであり⁶⁾、それだけ介護が配偶者の肩に重くのしかかってくることになるのである。

それに加えて、「高度経済成長以降、自分を犠

牲にしても年とった親の面倒をみるといった家制度的な考え方は急速に弱まり、自己の欲求充足を第1に考える傾向が強まっている⁷⁾といえる。例えば、国民生活センターが行った「主婦の老後生活意識調査」(1981年)によれば、主婦の介護意識は「主婦が中心になってもいいが社会的なサービスも受けられるようにすべきだ」という比率は選択肢のなかでも最も高く(約3割)、地域別にみると、東京都区部が、また、年齢コーホートでみると、40代前半以下では年齢が下がるにつれて高くなっているのである⁸⁾。またわれわれの行った「三世代女性研究」⁹⁾でも世代が下がるにつれて、公的サービスに頼る傾向が強くなっているのである。

痴呆老人と介護者が以上のような状況にあるとき、要介護老人に対する国の在宅老人福祉対策は、ここ数年、どのような形ですすめられてきたのであろうか。いうまでもなく、その対人福祉サービスは、従来その方策として、要援護老人を施設に入所させ、必要な介護やその他の援助を施設のなかで行う施設サービスと要援護老人を居宅において援助を行う在宅福祉サービスとに大別して行ってきた。しかも、その場合の在宅福祉サービスは、施設福祉サービスを補完するものとして行われてきた傾向がきわめて強かったのである。昭和37年に創設された「老人家庭奉仕員派遣事業」はその典型例としてあげることができる。そして、近年、寝たきり老人など要援護老人に対しては、家庭訪

問サービス以外に、家庭で介護している介護者の心身上の負担をできるだけ軽減する方策として、福祉施設を活用する通所サービス事業（デイ・ケア・サービスなど）や、寝たきり老人短期保護事業（寝たきり老人のショート・ステイ・サービス）などが新しい福祉サービスとして展開されている。

とはいえ、これらの福祉サービスは、実施箇所数が少なく、利用できる地域がほんの一部に限定されていることから、介護者家族などの要望に十分対応しているとはいいがたい。しかも、現行の「寝たきり老人短期保護事業」（昭和53年開始）は、痴呆老人をもサービスの対象範囲とはしているが、主に寝たきり老人とその介護者を対象としているのであって痴呆老人のみの福祉サービスは、いまだ具体化されていないのが実情である。したがってこれらのサービスは政策的には端緒についたばかりであり、今後の福祉対策に多くを望むというのが現状である。

ところが要援護老人に対する福祉サービスがどうあるべきかについては、相異なった2つの立場がある。すなわち、そのひとつは、国の今後の福祉対策であり「家族、友人、知人などの人間関係を保持しながら、現在の住みなれた地域のなかで生活を維持することを希望する老人の福祉ニーズを勘案して、まず居宅処遇で対応することを原則とし、それが困難な場合に老人ホームに入所するという積極的な在宅福祉対策を確立することが必要である」¹⁰⁾とする立場である。これに対して、他は「老人福祉法に貫かれている家族による介護の考え方が、基本的には介護者の選択の権利を社会的に侵害しているとし、国の在宅中心の福祉サービスは、寝たきり老人を抱える家族の福祉、介護者の福祉が阻害される」¹¹⁾（傍点は筆者）とする立場である。

この2つの立場は、政策論的には先の福祉サービスについての本質的な問題であり、かつ、緊急に合意を要する問題である。しかし、福祉政策のレベルをどこに据えるかによって、その立場は大きく変わってくるといえる。すなわち、まったく理念的な立場で考えるのか、もしくは限られた財源を考慮に入れて考えるのかである。また、同じ

要援護老人といっても寝たきり老人と痴呆老人を基本的に同じ範疇で考えていいのかどうか。すなわち、在宅中心の福祉サービスにするか、施設中心の福祉サービスにするかといった本質的な政策論議はそれぞれ対象ごとに熟考を要する問題である。また痴呆老人のみをとり出してもその病状の程度によって、福祉対策がどうあるべきかを具体的に検討せねばならない問題もあるといえる。これらの点については本題から離れるので、ここでは、あまり深入りしないことにするが、ただ、われわれは少なくとも重度の痴呆老人に対しては、在宅中心の福祉サービスよりは、施設中心の福祉サービスを行うべきであると考えます。

ところが、先にも述べたように、国の「痴呆老人のための福祉対策」は、昭和56年の中央社会福祉審議会によって意見が具申されているように（「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」）、当面の対策としては、寝たきり老人短期保護事業等を充実強化するほか、老人の精神衛生対策として、精神衛生相談事業と老人福祉業務に従事する職員の研修事業を実施することが望ましいとうたっているだけなのである。

このような状況にあるとき、東京都は、昭和56年10月より「痴呆性老人短期保護事業」を都の単独事業として国の事業を先取りするようなかたちで実施したのである。そこで、われわれは、都の痴呆老人のS・S・サービスが、どのような老人と介護者に利用されているのか。そして、その特性を明らかにすることによって、今後の痴呆老人の在宅福祉サービスや施設福祉サービスがどうあるべきか、といった手がかりをつかむことができるのではないかと考えたのである。以下は、その明らかになったことの一部を報告するものである。

II 調査方法と分析結果

1 ショート・ステイ・サービスの制度と仕組み

調査方法と分析結果を述べる前に、S・S・サービスの制度と仕組みがどのようなものであるかを、まず述べておきたい。

「痴呆性老人短期保護事業」（痴呆老人のS・S・

サービス)は、在宅福祉サービスを補完するために行われているものであり、利用者が特別養護老人ホームのもつ機能を一定期間活用するものである。すなわち、都のS・S・サービスの事業概要によれば、その目的は「家族の疾病等により居宅において介護を受けることが困難となった痴呆性老人を緊急に特別養護老人ホームに保護することにより、これら痴呆老人及び家族の福祉の向上を図る」¹²⁾ こととすると明記されている。そして、さらにその利用資格は「おおむね65歳以上の痴呆老人で、家族の疾病等により居宅において介護を受けることが困難となったもの」であり、その利用期間は、原則として1週間である。また、痴呆老人がS・S・サービスとして利用できる施設とその規模は、昭和56年10月に2施設5床で発足し、その後、57年4月には6施設で13床、57年9月に7施設13床、58年4月には9施設20床(調査時点)と徐々に増加し、60年4月現在では11施設25床となっている。利用料は、保護期間中の飲食物の実費程度を負担することになっており、調査時点(58年)では1日1,200円であった(60年4月現在では1,700円)。また、制度として、S・S・サービス利用老人に対し、自宅と施設間の送迎サービスは行っていないのが現状である。

さて、このような制度であるS・S・サービスを

利用者は、実際どのようなかたちで利用の手続きをしているのであろうか。図2によれば、対象老人(実際には老人を代行する申請者で主に家族員)と東京都の間で誓約がかわされ、数字の順序で手続きがなされ、利用の契約が成立すれば利用できることになっている。もちろん、その場合、老人を受け入れる委託施設(特別養護老人ホーム)、ないしは区市町村(福祉事務所、老人福祉課)をも含めて、四者間で①から⑧までの手続きが必要であるが、申請者は、区市町村の窓口と委託施設に直接手続きするだけで利用が可能である。そして、特に緊急に利用したい場合には、申請者が電話で区市町村に申請し、区市町村の担当職員が委託施設にベッドの空きを確認できれば、利用老人が、入所してから書類の手続きをすませることも可能である。

2 調査の方法

さて、われわれの研究目的は、S・S・サービスを利用している痴呆老人の属性とその介護者家族がどのようなかたちで援助しているかを探ることであった。そして、それを知る手がかりは、上で述べた利用者の申請書を、東京都福祉局で閲覧し、その書き写しができるかどうかにかかっていたのである。幸いにして、福祉局の担当者は、資料公

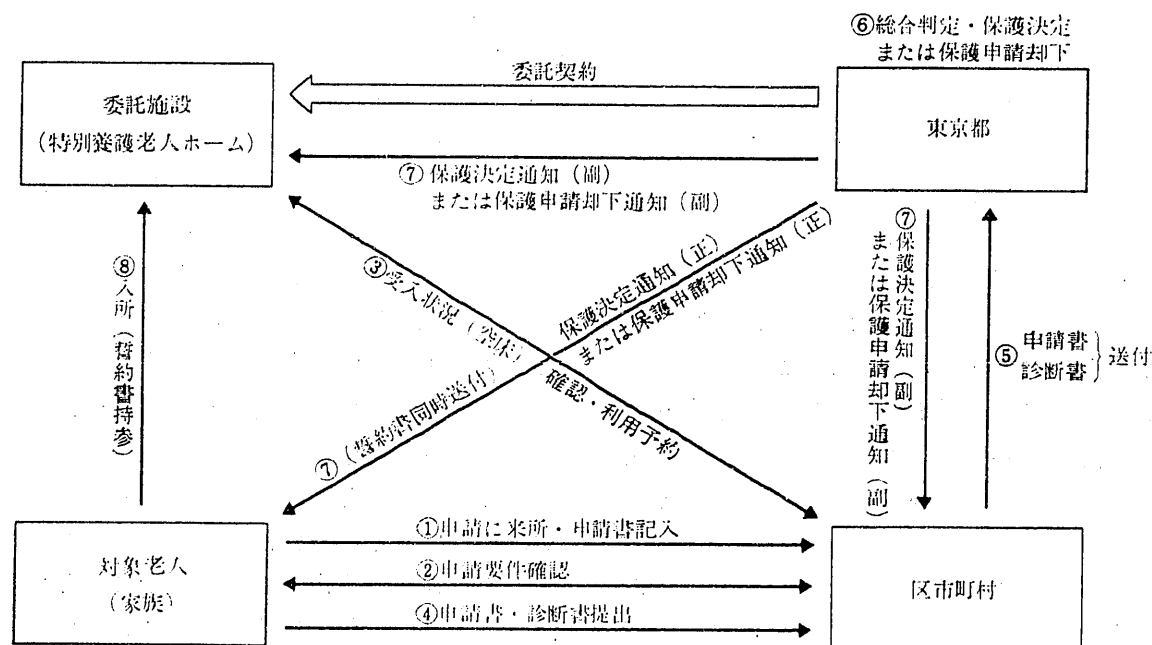


図2 ショート・ステイ・サービスの制度と利用の仕組み

開についての留意事項として、研究のためのみに利用すること、個人のプライバシーを遵守することなど、いくつかの厳しい条件のもとで、申請書の書き写しを許可されたのである。われわれはその許可のもとに、昭和56年10月のS・S・サービス発足時から昭和59年3月までの2年半にわたる利用者全員（申請書を提出して利用しないケースも1, 2ケースあるので厳密には申請者）の申請書をひとつひとつ転記し、後にそれをアフター・コーディング(after-coding)したのである。その結果、先の2年半にわたる申請者は、年度別にみると昭和56年度（10月から翌年3月まで）が実人数55人、延べ人数270人、昭和57年度（4月から翌年3月まで）が実人数270人、延べ人数640人、58年度（4月から翌年3月まで）が実人数292人、延べ人数649人であった。したがって、ここでの分析対象は、2年半にわたる申請者数であり、実人数にして617人、延べ人数にして1,353人の痴呆老人とその介護者家族である。ちなみに、S・S・サービス利用老人の性別は男子230人、女子387人、平均年齢は男子79.9歳、女子80.1歳、年齢幅は最年少57歳から最高齢98歳、最頻値は80~84歳（男女とも全体の約3割）である。

つぎに分析対象である痴呆老人の「短期保護申請書」の主な記載事項は以下のようなものである。すなわち、

老人本人および申請代行者の居住地、老人本人の性・年齢・同居家族全員の性・年齢・続柄、介護者の性・年齢、S・S・サービスの利用年月、期間、申請理由、利用施設、老人本人の身体等の状況（視力、聴力、言語、睡眠、食欲、便秘、アレルギーの有無）、日常生活動作（全般的動作、歩行、着脱衣、食事、入浴、排泄）、問題行動（①日常会話の支障、②場所に関する見当識¹³⁾、③外に出て迷う、④昼夜の区別がつかない、⑤家族・知人の見当識、⑥妄想、⑦失禁・不潔行為、⑧火の不始末、⑨邪推、⑩大声をあげて騒ぐ）などである。

ところで、研究は、演繹的であれ、帰納的であれ、仮説を手がかりとして法則の定立に至るのが究極の目的である。そしてそのためには、十分な

分析枠組みを用意するのが研究の第一歩と考える。しかし、殊に痴呆老人のS・S・サービスに限っていえば、先行する研究が皆無に等しいとき、われわれは分析枠組みを厳密に検討する以前に、あらかじめ用意されたこれらの項目をもとにし、量的分析をすることが最も重要であると考えたのである。そして、その量的分析をカバーする意味で、昭和56年度（10月から翌年3月まで）利用者にかぎって、22ケースのケース・スタディを行ったのである。その一部については後の191ページ以下を参照されたい。

さて、以上のような条件のもとで、ここでは主につぎのようなことが具体的な仮説として考えられたのである。

1. S・S・サービス利用在宅痴呆老人は、在宅痴呆老人のなかでも、日常生活動作、問題行動などにおいて、どのような特徴がみられるか。おそらくその比較においては、S・S・サービス利用老人の方が在宅痴呆老人より困難度が高いと考えられる。

2. S・S・サービスを行っている施設と行っていない施設の所在地を区市町単位で二分した場合、そこには、痴呆老人の利用状況に差異がみられるかどうか。おそらくS・S・サービス施設のある区市に居住している老人の方が、利用頻度も高く、問題行動などにおいても重度の痴呆老人が多いと考えられる。

3. S・S・サービスの利用状況を、各年度において月別にみた場合、そこにはどのような特徴がみられるのか。当然利用者（介護者）のニーズによって異なると考えられ、利用頻度などにおいて季節的変動がみられると考えられる。

4. 高齢人口の多い区市は、S・S・サービス利用の痴呆老人も当然多いと考えられる。

5. 介護者家族の家族形態や介護者については、在宅痴呆老人よりもS・S・サービス利用老人の家族形態の方が、客観的にみて利用しなければならない条件にある。また、S・S・サービス利用老人は、寝たきり老人よりも高齢化しているため、介護者は、次の世代である嫁や娘により傾斜している割合が高いと考えられる。

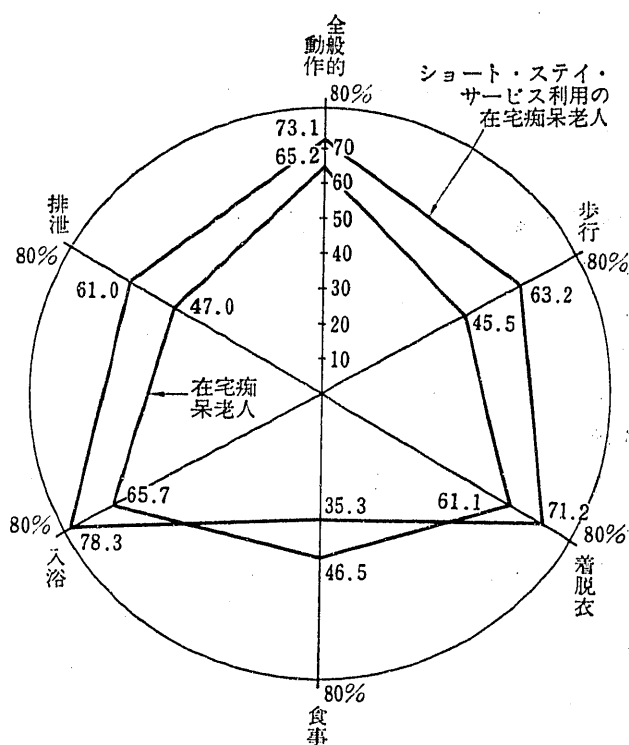


図3 日常生活動作能力の要介護状況

3 ショート・ステイ・サービス利用痴呆老人の日常生活動作能力, 問題行動

S・S・サービス利用痴呆老人の日常生活動作能力 (Activities of Daily Living) はどのような状態にあるのか, ここではその要介護状況を在宅痴呆老人¹⁴⁾とS・S・サービス利用の痴呆老人を比較し, その特性を明らかにしてみよう (図3)。「全般的動作」「歩行」「着脱衣」「入浴」「排泄」など, 「食事」を除くいずれの項目においても在宅痴呆老人よりS・S・サービスを利用している痴呆老人の方が, 何らかのかたちで, 介護を必要とする割合が高くなっている。すなわち, S・S・サービス利用痴呆老人の「排泄」「歩行」の要介護の割合は約6割, 「全般的動作」「着脱衣」については約7割, そして, さらに「入浴」の要介護に至っては約8割に達しているのである。このような高い要介護性は, 後にみる介護者の介護疲れに端的にあらわれ, 介護理由に如実に反映されている。

さて, 痴呆老人には, さまざまな精神症状と問題行動を伴うといわれ, しかもその割合は, 高度の痴呆老人ほど高いことがみとめられる。図4は,

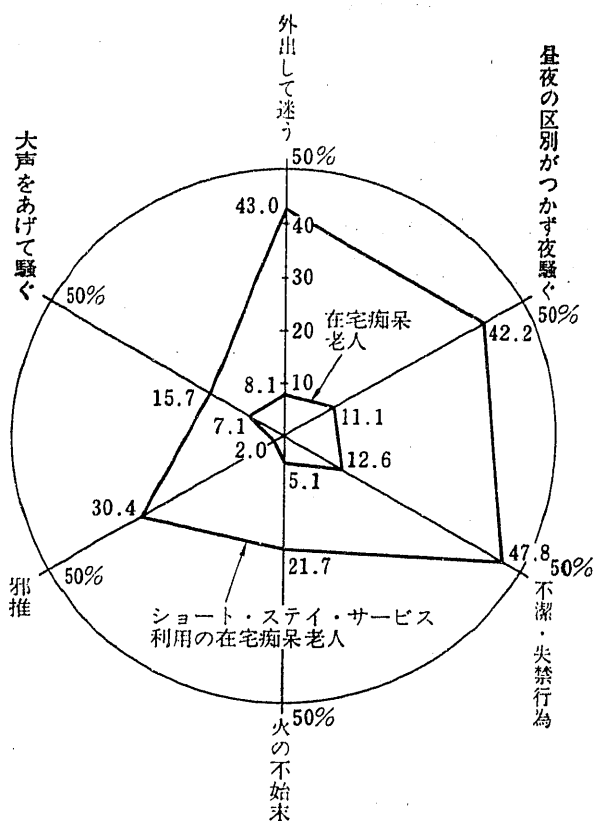


図4 問題行動の内容と発生率

問題行動の内容をS・S・サービス利用の痴呆老人と在宅痴呆老人を比較したものである。在宅痴呆老人の問題行動の発生率は, 各項目のなかでも「不潔・失禁行為」が最も高く約13%, 逆に「邪推」が最も低く2.0%である。また「昼夜の区別がつかず夜騒ぐ」「外出して迷う」「大声をあげて騒ぐ」「火の不始末」などの問題行動においてもそれぞれ1割内外の発生率である。これに対して, S・S・サービス利用痴呆老人の場合は, 「不潔・失禁行為」が約5割の発生率を伴い, 「外出して迷う」「昼夜の区別がつかず夜騒ぐ」などもそれぞれ4割をこえ, 在宅痴呆老人の状況よりはるかに発生率の高いことがみとめられるのである。また「大声をあげて騒ぐ」「火の不始末」「邪推」なども, 大まかには在宅痴呆老人の発生率の2倍から15倍の高さであり, 「妄想」「場所に関する見当識」「家族・知人の見当識」(表略)などにおいてもその発生率は4割から5割をこえているのである。これらの問題行動はどの項目をみても, 介護者家族にとっては介護負担が重く, また対処の

表1 日常生活動作(ADL)のレベル別問題行動
%, ()内は実数

		問題行動		
		低い (3~9点)	高い (12~30点)	計
日常生活動作 (全般的動作)	ふつうに外出できる 家のなかなら動ける	50.1 (226)	49.9 (225)	100.0 (451)
	あまり動けない ほとんど寝たきり 寝たきり	69.5 (98)	30.5 (43)	100.0 (141)
	計	54.7 (324)	45.3 (268)	100.0 (592)

(注) 不明は除く。

難しい問題である。しかもこれらの問題行動については、1人の痴呆老人が単一の問題行動を随伴しているだけでなく、複数の問題行動をあわせて持っている場合が多く、それだけに介護の負担が介護者家族に重くのしかかってくるのである(後のケース・スタディ参照)。

それでは、「日常生活動作」(全般的動作)のレベル別「問題行動」¹⁵⁾をみてみよう(表1)。S・S・サービス利用老人の「日常生活動作」は全体として「寝たきり」(不明を除く592人のうちの141人)の状態より「動ける状態(ふつうに外出できる、家のなかなら動ける)」(451人)の多いのが特徴であるが、問題行動は、その動ける状態の老人に、より高率となつてあらわれているところにその問題性(介護者側からみれば)があるといえる。つまり、寝たきりの老人よりは、活動レベルが高いがゆえに多くの問題をかかえているといえる(仮説1の結果)。

4 利用年度、居住地にみるショート・ステイ・サービス利用老人の特性

つぎに、対象老人の性、居住地別問題行動等の状況をみてみよう。なお居住地は、昭和58年度時点でS・S・サービスを開設している施設の「ある区市」(9区市)と「ない区市」(9区市以外)に二区分した¹⁶⁾。それによると男女とも、居住地の二区分によって身体等の状況、日常生活動作(ADL)の双方にちがいはみられなかったが(表略)、問題行動については居住地によって大きな差がみられたのである。つまりS・S・サービスを

行っている施設のある区市に居住している痴呆老人は、施設のない区市に居住している痴呆老人に比べて、問題行動がきわめて高いという結果がみられたのである。この差はどこに起因するのであろうか。断定はできないが、おそらくS・S・サービスを行っている地域では、ある程度痴呆が重くなっても家庭で介護しつつ近くのS・S・サービスを利用している介護者家族が相対的に多いのではないかと考えられるのである。これに反してS・S・サービスを行っていない地域(区市)に居住している重度の痴呆老人は、そのほとんどが何の福祉サービスをも利用せず(できず)地域に沈黙し、その一部が病院を利用したり、特養に入所したりしていると考えられるのである。

つぎに、S・S・サービス利用老人の問題行動のレベルは、利用年度(調査期間)がわずか2年半の期間であるが、その利用年度によって、どのような変化がみられるのであろうか。男女別にみても、全体でみても、56年度、57年度、58年度と年度を追うごとに、痴呆老人が伴う問題行動の平均得点数は低くなっている(表略)。それは、年とともに、相対的にみて痴呆の程度の軽い老人がS・S・サービスを利用していることを意味している。したがって、利用可能なベッド数のわずかな増加とともに、S・S・サービス利用老人の底辺も徐々に広がっていることが推察されるのである。

それでは、利用年度、痴呆老人の居住地別利用状況をみてみよう(表略)。それによると58年度になるにつれて、S・S・サービスを行っている施設のある区市に居住している老人の利用者が相対的に増加してきている。すなわち、その割合は、56年度32.7%、57年度38.9%、58年度46.3%である。昭和55年の国勢調査によると、S・S・サービス施設のある区市(9区市)に居住している60歳以上の老人数は、36万2,927人で、東京都全体(約127万人)の約28.5%にすぎないことから、上記地域に居住する痴呆老人の利用率の高さが目につくのである。その意味では、利用老人と施設が接近していればいるほど福祉サービスの量的効果は大きいといえる。

さて、これらの状況をさらに詳しくみるために、

表2 ショート・ステイ・サービス利用老人の居住地と利用人数

利用老人の居住地	60歳以上 高齢人口	ショート・ ステイ利用 実人数	全利用老人 (617 人) に対する各区 市利用老人の比率	順位	
				高齢人口数	S・S・利用率
●世田谷区 (56. 10～)	92,166人	68人	11.0%	1	2
大田区	79,993	26	4.2	2	5
杉並区	67,312	25	4.1	3	6
●足立区 (58. 4～)	59,065	11	1.8	4	20
練馬区	55,127	27	4.4	5	3
板橋区	50,995	24	3.9	6	7
北区	48,061	3	0.5	7	30
葛飾区	47,108	13	2.1	8	17
●品川区 (58. 4～)	44,929	13	2.1	9	16
●江戸川区 (57. 4～)	44,086	21	3.4	10	9
新宿区	42,936	18	2.9	11	11
●中野区 (57. 4～)	42,224	79	12.8	12	1
●八王子市 (56.10～)	38,120	15	2.4	13	13
豊島区	37,264	4	0.6	14	29
目黒区	35,284	14	2.3	15	15
墨田区	32,186	11	1.8	16	19
台東区	31,550	7	1.1	17	26
渋谷区	30,838	8	1.3	18	25
文京区	29,348	26	4.2	19	4
●江東区 (57. 9～)	29,104	23	3.7	20	8
港区	28,843	10	1.6	21	22
荒川区	28,368	10	1.6	22	21
町田市	23,621	2	0.3	23	30以下
府中市	17,363	11	1.8	24	18
三鷹市	17,027	9	1.5	25	24
武蔵野市	15,894	16	2.6	26	12
調布市	15,645	9	1.5	27	23
中央区	14,917	14	2.3	28	14
立川市	13,944	5	0.8	29	27
●小平市 (57. 4～)	13,233	21	3.4	30	10
その他の区市計	145,243	74	12.0	—	—
利用者合計	1,271,784	617	100.0	—	—

(注) 60歳以上の高齢人口は昭和55年の「国勢調査」による。また、利用老人の居住地の前の黒印はS・S・サービスを行っている施設のある区市(他に、多摩市内に1施設あり)であり、()内の数字はS・S・サービスを開始した年月である。

S・S・サービス利用老人の居住地(区市)とその利用老人数をみてみたい(表2)。表の左側に列挙している利用老人の居住地(区市)は、60歳以上の高齢人口を上から多い順にならべた結果である。それによると、高齢人口が最も多い世田谷区は、S・S・サービス利用老人数が68人で全利用者(617人)に占める割合も高く(11.0%)、東京都全体の区市町別でも2番目に多いことがわかる。また中

野区は、高齢人口が居住地別では12番目であり、しかもその絶対数は世田谷区の半分にも満たないが、S・S・サービス利用老人数は79人(12.8%)であり、居住地別では最も多いことが判明する。さらに、文京区、江東区などでは高齢人口比のわりには痴呆老人のS・S・サービス利用者が多く、逆に、足立区、北区、豊島区などでは高齢人口比のわりに、S・S・サービスの利用老人数がきわめ

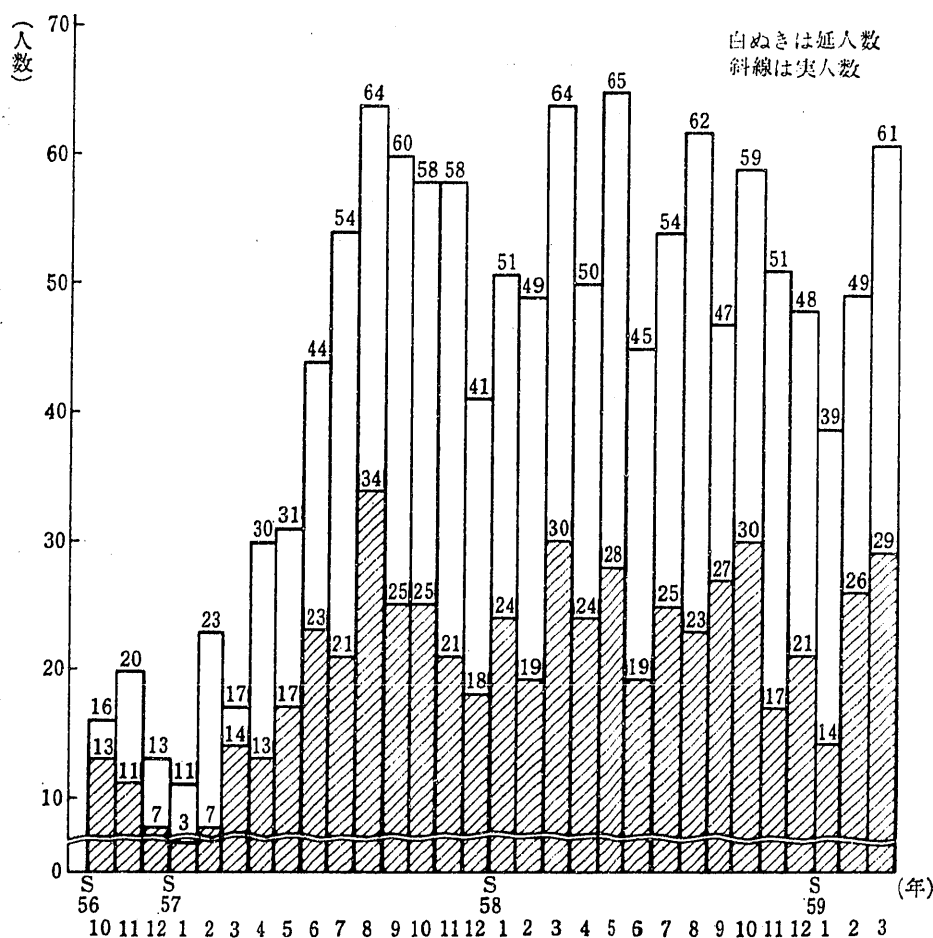
て少ない傾向にある。このようにしてみると老齢人口とS・S・サービス利用老人数の間では必ずしも相関関係のないことが判明する。それが、なにに起因するかは今後の緻密な研究を待たなければならない。ただ、それは少なくとも、介護者の諸々の条件、申請窓口になっている福祉事務所や区役所の対応、居住地の近くにS・S・サービス施設や病院などの社会的資源があるかどうか、あるいは区や市のPRの程度などが微妙に重なりあって反映していると考えられるのである（仮説2、仮説4の結果）。

5 利用日数、利用頻度、月別利用老人数の状況

では、在宅痴呆老人は、S・S・サービスをどのようなかたちで利用しているのだろうか。まず、全体としては、2年半にわたって、617人の痴呆老人が延べにして1,353回(人)利用していることから、老人1人当たりの平均利用回数は2.19回とな

る。すなわち、同一人物の痴呆老人がS・S・サービスを平均して2回以上利用している計算となる。しかし、その利用回数の分布をみると(表略)、1回だけ利用した痴呆老人が617人中299人も存在していることから、約半数の老人は、1回のみの利用で自宅にもどっているのである(その一部は入院したり特別養護老人ホームに入所したケースもある)。その一方、2回以上の利用者の分布は、2回22.9%、3回12.6%、4回7.6%、5回2.8%と、その比率は回数をますます減少しているが、その総計は51.2%を占めていることから、一度S・S・サービスを利用した者の半数は、何らかの理由で2回目のS・S・サービスを利用しているといえる。そして、最も多くS・S・サービスを利用した痴呆老人は、ケースは少ないが14回(0.3%)を数えるのである。

それでは、延べ利用人数をもとにして、利用者の1回当たりのS・S・サービス利用日数をみてみ



(注) 58年度に申請し59年度の4月に利用したケースは除く。

図5 各年度の月別利用老人数

たい(表略)。利用日数は原則として7日間であるので、利用者は制度にしたがって「7日間」利用したものが73.4%と圧倒的に多い。しかし、利用者の利用日数の分布は最少の「1日のみ」から最多の「5週間」まで分布しており、利用者のニーズが単純に一様ではないことを示している。その一例を申請書のなかの申請理由からひろってみると、「介護者が介護疲れをいやすために1日、2日利用するケース」から、「介護者の子どもが病気で入院し、その後に介護者も痴呆老人や子どもの介護疲れで入院し、長期間S・S・サービスを利用したケース」なども含まれているのである。

つぎに、S・S・サービスを利用している老人(介護者)は、1年を通してみると、どのような月に一番多く利用しているのであろうか。図5によれば、制度発足時の昭和56年度は、利用可能なベッド数も少なく、また制度自体が十分には知られていないこともあってか、それほど多く利用されてはいなかった。しかし57年4月から利用者は徐々に増加している傾向が読みとれる。そして、57年度、58年度の2年間においてはややおおまかにいえば、季節による変動がみられ、57年度は8月、3月、58年度は5月、8月(延べ人数のみ)、10月、3月などの月において、利用者は実人数、延人数ともやや多く、逆に57年度、58年度とも、冬期間はやや少ない傾向がみられるのである。また、老人1人当たりの平均利用回数(延べ人数÷実人数×100)も最少1.7回(58年9月)から最多3.0回(58年11月)と月によってはばらつきがみられるのも特徴的である。これは、申請書の申請理由や受け入れ側である施設側の意見によると、申請理由は単発的な理由によるものだけでなく、例えば「介護疲れを主な理由として、介護者家族がお盆に帰

省するとか旅行する」といったことが多いため、比較的休暇のとりやすい月に集中して利用する傾向があるといえる。その意味から、今後ともこのような傾向がつづくとすれば、利用可能なベッド数を月によってはかえる等、将来はやや弾力性をもった福祉サービスの運営も考えられるのである(仮説3の結果)。

6 ショート・ステイ・サービス利用痴呆老人と介護者家族

これまで、S・S・サービス利用老人の身体的・社会的状況と彼らがどのようなかたちでS・S・サービスを利用してきたかを明らかにしてきたが、ここでは、介護者家族の援助状況とS・S・サービスの利用理由を明らかにしたい。ただ、援助状況といっても、先に述べたように、「申請書」による限界があるので、とりあげる内容はS・S・サービス利用老人をとりまく介護者家族の家族形態、介護者の続柄、S・S・サービスの利用理由に限定することにする。

表3は、S・S・サービス利用痴呆老人の性別にみた家族形態の分布を示したものである。全体的な傾向として、表はS・S・サービス利用老人が配偶者以外の家族といっしょに居住している割合が85%前後を占め、きわめて高く、その一方で「ひとりぐらし」や「配偶者のみ」の世帯はそれぞれ4.4%、11.5%にすぎない状況にあることを示している。ところが、昭和56年の「老人生活実態調査」によると、東京都全体では老人が配偶者以外の家族と住んでいる割合は約6割であり、「ひとりぐらし」が11.1%、「配偶者のみ」の世帯が24.5%の多きに達している。したがって、S・S・サービス利用老人は、ひとりで生活するのがきわめて

表3 対象痴呆老人の性別家族形態

%, ()内は実数

	ひとりぐらし	配偶者のみ	配+息子 子家族	息子 家族	配+娘 家族	娘家族	配+無 配偶子	無配 偶子	配+娘 (孫、兄 弟姉妹)	娘 (孫、兄 弟姉妹)	配+養子	養子 家族	配+息 子の妻 (孫)	息子の 妻(孫)	その他	計
対象痴呆老人																
男	3.9 (9)	24.3 (56)	19.6 (45)	20.4 (47)	4.8 (11)	4.8 (11)	5.7 (13)	1.3 (3)	6.1 (14)	2.6 (6)	0.9 (2)	1.3 (3)	1.3 (3)	0.9 (2)	2.2 (5)	100.0 (230)
女	4.7 (18)	3.9 (15)	4.7 (18)	43.7 (169)	1.8 (7)	14.2 (55)	0.5 (2)	3.6 (14)	1.8 (7)	10.9 (42)	0.3 (1)	3.4 (13)	—	2.6 (10)	4.1 (16)	100.0 (387)
計	4.4 (27)	11.5 (71)	10.2 (63)	35.0 (216)	2.9 (18)	10.7 (66)	2.4 (15)	2.8 (17)	3.4 (21)	7.8 (48)	0.5 (3)	2.6 (16)	0.5 (3)	1.9 (12)	3.4 (21)	100.0 (617)

(注) 家族形態のカッコ内は含むの意。

表 4 対象老人の性・介護者の年齢別介護者の続柄

%, ()内は実数

介護者 対象老人	介護者	配偶者	息子	息子の妻	娘	娘の夫	養女・養子	甥・姪・ きょうだい・ い・孫・母	友人・知人	その他	計
男 (対象老人)	20代	—	—	66.7(2)	—	—	—	—	33.3 (1)	—	100.0(3)
	30代	—	4.8(1)	76.2(16)	19.0(4)	—	—	—	—	—	100.0(21)
	40代	—	10.9(5)	67.4(31)	17.4(8)	—	2.2(1)	2.2(1)	—	—	100.0(46)
	50代	31.1(14)	4.4(2)	35.6(16)	22.2(10)	4.4 (2)	2.2(1)	—	—	—	100.0(45)
	60代	82.5(33)	—	—	10.0(4)	—	2.5(1)	2.5(1)	—	2.5 (1)	100.0(40)
	70代	97.9(46)	—	—	—	—	—	—	—	2.1 (1)	100.0(47)
	80代	100.0(13)	—	—	—	—	—	—	—	—	100.0(13)
	90代	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	計	49.3(106)	3.7(8)	30.2(65)	12.1(26)	0.9 (2)	1.4(3)	0.9(2)	0.5 (1)	0.9 (2)	100.0(215)
女 (対象老人)	20代	—	14.3(1)	14.3(1)	28.6(2)	—	14.3(1)	28.6(2)	—	—	100.0(7)
	30代	—	—	73.0(27)	16.2(6)	—	2.7(1)	8.1(3)	—	—	100.0(37)
	40代	—	12.5(12)	54.2(52)	26.0(25)	1.0 (1)	1.0(1)	5.2(5)	—	—	100.0(96)
	50代	0.7 (1)	10.5(16)	51.3(78)	27.6(42)	—	7.2(11)	2.0(3)	—	0.7 (1)	100.0(152)
	60代	7.3 (3)	9.8(4)	22.0(9)	56.1(23)	—	—	2.4(1)	—	2.4 (1)	100.0(41)
	70代	64.7 (11)	—	5.9(1)	5.9(1)	—	—	11.8(2)	—	11.8 (2)	100.0(17)
	80代	88.9 (8)	—	—	—	—	—	11.1(1)	—	—	100.0(9)
	90代	66.7 (2)	—	—	—	—	—	33.3(1)	—	—	100.0(3)
	計	6.9 (25)	9.1(33)	46.4(168)	27.3(99)	0.3 (1)	3.9(14)	5.0(18)	—	1.1 (4)	100.0(362)

(注) 不明と、介護者がおらず申請者が福祉事務所であるものを除く。

困難であり、かつ家族に依存しなければ生活できないことを示唆している。また、家族形態を、東京都全体のそれと比較すれば、「娘（未既婚を問わず）家族との同居」や「義理関係の家族との同居」（子世代が義理のみで構成される家族で、「養子家族」や「息子の妻家族」などの意）が多いのも、S・S・サービス利用老人家族のひとつの特色であることが示唆される。つまり、東京都全体では、「娘同居家族」は18%であるのに対し、本調査では約25%、さらに、「義理関係の家族」は約1割近くにも達し（東京都全体では不明）、双方で約35%にものぼっているのである。そして、これらの傾向は、S・S・サービス利用老人が女性である場合には、その夫が死亡していることが多いこともあって、いっそう強くみられるのである。これは、息子家族の場合には、介護者である息子の妻（嫁）が、夫方の親族に強く拘束されやすいのに対し、当該家族の介護者が、相対的には老人の肉親や近隣の意向よりもS・S・サービス利用の意向を自分自身で優先的に決定できることによるからであると考えられるのである（この点に関しては、ケース・スタディを参照）。しかし、いずれにしても、介護者の続柄を、家族形態別にみると

（表略）、S・S・サービス利用老人に配偶者がいるばあいには（S・S・サービス利用老人が男女の双方とも）、主な介護者として配偶者がかなりの割合を占めるが（その割合は家族形態によって差がみられ、40%から100%の範囲で分布する。ただし、S・S・サービス利用老人が女性で、かつ「配＋息子家族」の家族形態においては、配偶者である男子老人が主たる介護者ではなく、息子の妻が介護の中心となっている点に日本的な特色がみられる）、その一方で、無配偶者の場合には、その介護が「息子の妻」や「娘」に集中し、その負担が重くのしかかっている状況がみられるのである。このような介護の状況を詳しくみるために、介護者の年齢別にその続柄をみてみよう（表4）。まず、続柄のみをみると、S・S・サービス利用者が男子老人の場合には、その主な介護者は「配偶者（妻）」が5割、「息子の妻」が3割、「娘」が1割、また、女子老人の場合には、「息子の妻」が5割、「娘」が3割となっている。これらの事実は介護者がほとんど女性に集中している点で他の寝たきり老人調査と同様である。しかし、寝たきり老人を対象とした「老人生活実態調査」（東京都）によると、寝たきり老人が男子の場合には、その介

表 5 老人の性別申請理由 (利用理由) %, ()内は実数

	男	女	計
介護者の疲労・休養	32.2(74)	27.1(105)	29.0(179)
介護者の病気・入院	31.7(73)	23.0(89)	26.3(162)
親族の結婚式・結納・葬式など	9.6(22)	11.9(46)	11.0(68)
介護者の親の看護・見舞い・葬式など	5.2(12)	11.1(43)	8.9(55)
子の結婚式・結納・出産など	5.2(12)	7.0(27)	6.3(39)
家族員(親以外)の病気・入院	3.9(9)	5.9(23)	5.1(32)
介護者の仕事・出張	2.2(5)	6.5(25)	4.9(30)
旅行・里帰り	2.2(5)	3.4(13)	2.9(18)
新築・改築・引っ越し	3.1(7)	0.8(3)	1.6(10)
老人の暴力・問題行動	2.6(6)	0.5(2)	1.3(8)
ひとりぐらしで生活できない	1.3(3)	1.3(5)	1.3(8)
今後の生活について親族と相談	—	0.8(3)	0.5(3)
その他の不明	0.4(1)	0.8(3)	0.7(4)
不 明	0.4(1)	—	0.2(1)
計	100.0(230)	100.0(387)	100.0(617)

介護者は配偶者(妻)が76%ときわめて高率であるのに対し、S・S・サービス利用老人の場合には、「配偶者」が約5割であり、逆に相対的に「嫁(息子の妻)」や「娘」に傾斜している点に大きな特徴がみられる¹⁷⁾。これは、S・S・サービス利用老人の場合、無配偶者が多かったり、配偶者が日常的に介護していくことが困難になってきている結果ともいえるのではないだろうか。すなわち、介護者である配偶者(妻)の年齢は、S・S・サービス利用老人が男子の場合、60代から70代が中心であり、また対象者が女性の場合には、介護者(夫)が70代から80代が中心となっているのである。またケースは少ないが、なかには90代の介護者が3人存在していることも見逃せない特徴である。もちろん、その背景には寝たきり老人よりもS・S・サービス利用の痴呆老人の方がより高齢化していることも関連しているのである¹⁸⁾。このように、痴呆老人の高齢化とともに、その配偶者や他の介護者も高齢化してきており、日常的な介護をますます困難にしている。それに加えて、「嫁(息子の妻)」や「娘」などは、老人の介護(夫の親、本人の親)と本人の子ども世話の過重な負担により、社会生活が質・量ともに極端に狭小化し、それだけ多く

のストレスをかかえこむようになってきているのである(後のケース・スタディ参照)。

このような状況は、介護者のS・S・サービスの利用理由に端的に示されている(表5)。すなわち、全体では、「介護者の疲労・休養」、「介護者の病気・入院」の2つの項目で5割を大きくこえ、その深刻さをうかがいしることができる。そして、その他の項目においても、社会生活をするうえで、介護者が必要最小限かわらざるをえないために、やむをえずS・S・サービスを利用するに至ったケースがほとんどであることを示している。もちろん、その背後には、利用理由がS・S・サービス発足時には厳しい枠のなかで採用されていたという経緯もあった。しかし、近隣とのつきあいが、大都市地域ほど薄れてきている¹⁹⁾今日、S・S・サービスは、S・S・サービス利用家族に大きな役割を果たしているといえる(仮説5の結果)。

III 介護困難の実態とショート・ステイ・サービスのもつ機能

——ケース・スタディより——

1 はじめに

本節の目的はケース・スタディを通じて、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態と介護者が一時的に介護役割を遂行できなくなった時の対処行動として、S・S・サービスを知り利用していく過程、および在宅介護に対してS・S・サービス²⁰⁾が果たす機能を明らかにすることである。

まず、ケース・スタディの概要について述べておくと、調査時期は昭和58年3月から7月にかけての5ヵ月間であり、調査対象は、東京都の「痴呆性老人短期保護事業」(S・S・サービス)を事業開始時の昭和56年10月から57年3月までに少なくとも1回以上利用した介護者家族54ケース²¹⁾(そのほか、S・S・サービス利用の申請をしたものの、実際に利用しなかったケースが1ケースある)である。このうち訪問面接に応じてくれたのは22ケースであり、残りは拒否が13ケース、不能が20ケースであった²²⁾。

つぎに、ケース・スタディで調査した質問項目を表6として示しておきたい。このうち、Iの基

表 6 ケース・スタディ質問項目一覧

I. 基本的属性 1. 老人 (1) 老人の心身状況 身体等の状況: 日常の生活動作: 行動障害: その他: (2) 老人および配偶者の性格・特徴など (3) 老人および配偶者の最長職 2. 介護者 (1) 老人からみた統柄・介護者の心身状況 (2) 介護者および配偶者の性格・特徴など (3) 介護者および配偶者の最長職・現在職業 3. 家族等の状況 (1) 家族構成 (2) 面接時点での家族構成 (3) 経済状態・資産の状況 (4) 住宅事情						
II. 介護の状況 1. 介護にかかわる人々 2. 具体的な介護状況 3. 介護意識						
III. ショート・ステイ・サービスの利用状況 1. 利用に至るまでの経緯 (1) ショート・ステイ・サービスを知った経緯 (2) 利用提案者 (3) 利用期間と利用理由 2. 利用した感想・要望 3. 他の公的サービスへの要望						
IV. 老人および家族の生活歴						
年 号	年 齢	老人および家族の生活歴	居住地および家族構成の変遷	老人の心身の状況	介護の状況	医療・福祉サービスの利用状況

表 7 S・S・サービス利用頻度別ケアの形態

利用頻度	ケアの形態	在宅ケア継続	施設ケア移行
S・S・サービス 1回利用		2ケース (J ^{III} , S)	9ケース (C, D, H, I, K) (P, Q, U, V)
S・S・サービス 複数回利用		6ケース (B, F, E, M) (N, R)	5ケース (A, G, L) (O, T)

本属性は、老人、介護者、介護者家族全体のそれぞれについてS・S・サービス利用前または利用時の状況を調べるためのものであり、IIの介護の状況とIIIのS・S・サービスの利用状況は、老人に痴呆症状がみられるようになってからの具体的な介護過程と、新しくスタートしたS・S・サービスを介護者家族が知り、利用していく過程とをより具体的に関連づけて考察するために設定された項目である。IVの老人および家族の生活歴は、IからIIIで得られた調査内容をより広い時間幅の中で位置づけるためのものである。なお、調査方法は準構造化法 (semi-structured method) を用いた。

2 ケースの検討

いうまでもなく、ここで22ケース全体について分析、考察する余裕はない。そこで基準を設けてケースを分類する必要がある。先述のとおり、本節のねらいは、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態とS・S・サービスの果たす機能を明らかにすることにあるので、第1の基準としてS・S・サービスの利用頻度に着目することにしたい。そして、つぎにサービスの利用頻度にかかわらず、調査時点で在宅ケアを継続していたか、施設（特別養護老人ホームまたは病院）に老人を入所させていたか（施設ケア移行）を第2の基準とする。これら2つの基準をクロスさせることによって4つのグループができるが、それぞれのグループに該当するケース数とケース名を記すと表7のようになる。

以下では、各グループから1ケースずつ選び²⁴⁾ インテンシブに検討していくことにしたい。

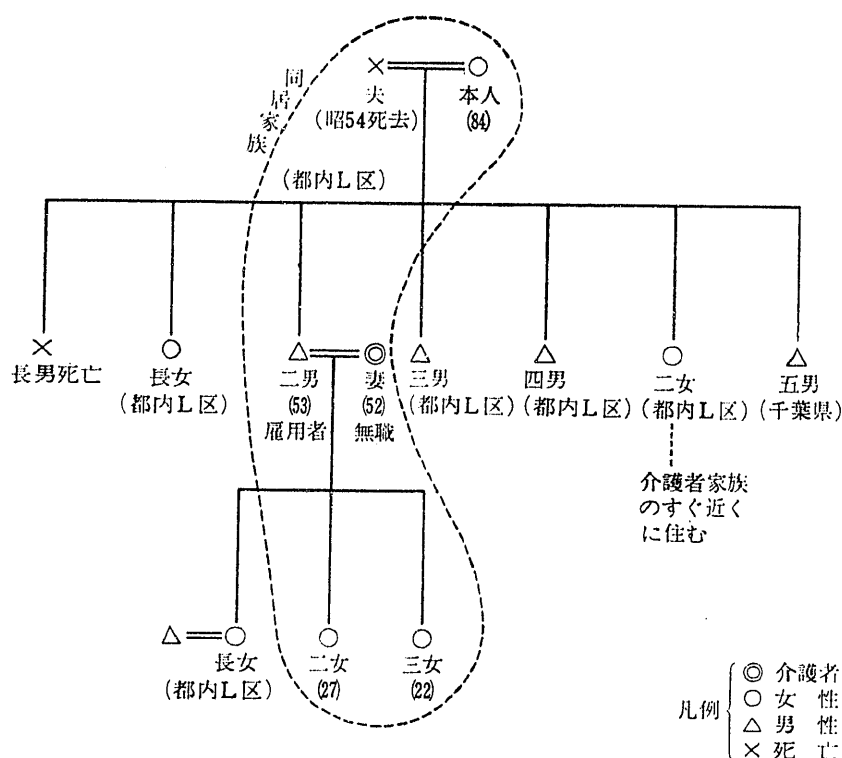


図6 ケースJの家族、親族構成

〔ケースJ(女)——S・S・サービス1回利用・在宅ケア継続グループ〕

(1) S・S・サービス利用当時の家族の状況(図6参照)

(2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和50年, 75歳²⁵⁾

介護者(二男の妻、ただし長男が死亡している)は、老人の問題行動に気づいたが、身内のものは誰もわからず。老人は、タンスのなかの物を出したり入れたり、食事の後に食べていないといったりした。またお金をしまい忘れたり、誰かがお金を取ったとか隠したとかいうようにもなった。

昭和52年, 77歳

老人の夫が血圧降下剤を飲みすぎ倒れたため入院し、その後退院してから死去するまでの2年半寝たきり。老人は夜だけ夫のおむつの世話をするが、昼間は外出してしまうので、介護者がパートを辞め老人の世話をする。

昭和54年, 79歳

老人の夫、死去。その際、老人は夫を他人だといひ、夫の骨を拾うことを拒否。やっと身内も老人が痴呆であることを知る。また、親友の死によって、

老人の症状はさらに悪化。徘徊が増え、夜中に出かけようとしたりごみを拾い集めてきたりした。警察に何度も保護される。

介護者は、老人に1日中つきっきりで過ごす。介護者に用事ができたときは、娘が仕事を休んで代わりに介護。買い物などは娘や近隣の人が手伝う。

昭和56年, 81歳

老人の徘徊がなくなる。

(3) S・S・サービス利用の契機

昭和56年, 81歳

10月、介護者の兄死去。介護者は葬儀に参列するため不在になるので、同じ区内在住の夫のきょうだいに老人の世話を頼んだが、誰も応じてくれず。ところが近所に住む夫の妹がS・S・サービスの制度を探してきて利用を提案。夫のきょうだい達が利用の手続きや施設への送迎を行い、6日間利用。

なお、S・S・サービス利用時の老人の問題行動の数は、5つ。②²⁶⁾自分の部屋、トイレなどの場所を間違える。⑤家族、知人などを混同するなど、人を間違える。⑥物をしまい忘れてなくなったとか盗まれたとかいって騒ぐ。⑦失禁などで汚したり、不潔になっても無関心である。⑧邪推がひどく事実でないことを事実だと思い込む。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

昭和56年, 81歳

1週間, B施設²⁷⁾のS・S・サービスを利用したが, 戻ってきたときには, 老人はおむつをしていた。介護者は, トイレでの排泄にもどすまでに大変苦労する。

昭和57年, 82歳

介護者は, 毎日老人を連れて買い物をしてしたが, しだいに老人は歩きたがらなくなり, ついには1日中家のなかにいるようになる。暮れ頃から, 老人は自分の子供達が誰だか分からなくなる。

昭和58年, 83歳

これまで時間を決めてトイレに連れていっていたが, 失敗が多くなったため, おむつを使用。問いあわせをして入手した特別の後ろファスナーの服を着せるとおむつをはずさなくなった。

(5) 介護者の介護意識

面接時に得られた介護者の言葉は以下のものであった。

「子供の手前, 老人の世話をやらざるをえないんですよ。親の私が卑怯なことをしていたら, 子供のためにもならないしね。(以下略)」

本ケースの場合, 老人は痴呆化する以前から介護者家族と同居していたのであるが, こうした肯定的な介護意識を支える要因は, 介護者と痴呆化する以前の老人との良好な人間関係ではなく, 介護者の子供に対するモデルとしての意識である。

(6) ケースの考察

本ケースの場合, 介護者はS・S・サービスを再度利用したいというニーズがない。その理由は2つある。1つは, 同じ区内に住む夫のきょうだい達と介護者の人間関係によるものであり, 介護者は, 「夫のきょうだいがいい出せば再度利用するかもしれないが, 自分からはいい出せない」と述べている。もう1つの理由は, 介護者が, 調査時点では健康であり, 介護によるストレスをかかえこんでいないということである。すなわち, (2)の介護過程で明らかにしたとおり, 介護者は痴呆老人を約8年間(調査時点まで)にわたって介護しており, そのうえ昭和52年から54年にかけての2年半は, 寝たきりになった老人の夫の介護もあわせて行うという厳しい介護負担でありながらも, 介護者は少なくとも調査時点では心身のストレスを感じていないわけである。面接時に明確な言葉として表明されることはなかったが,

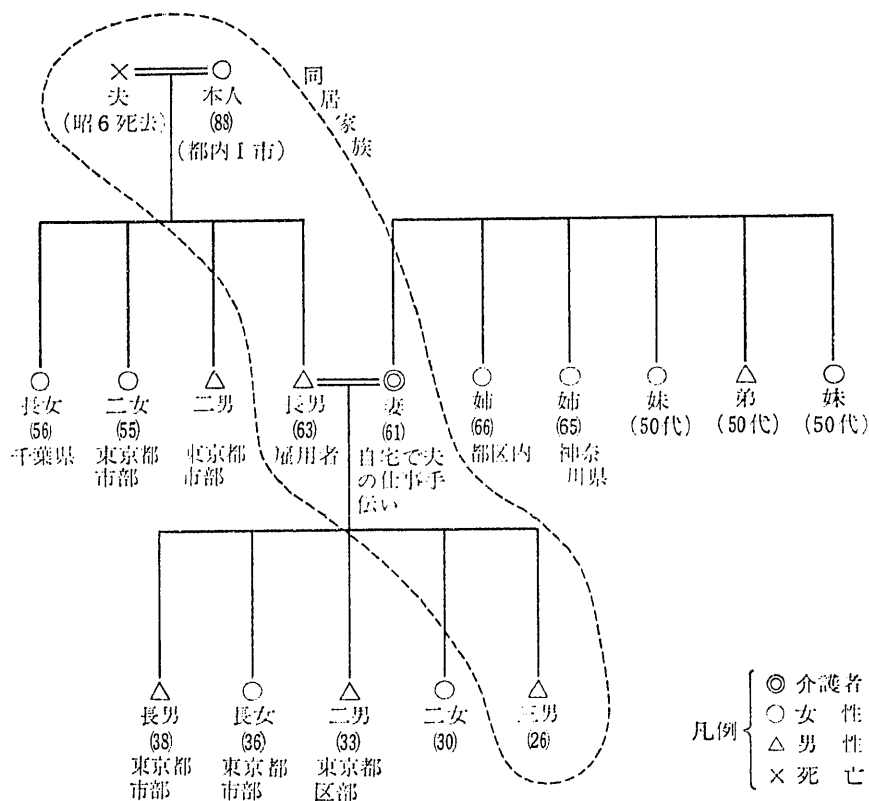


図7 ケースQの家族, 親族構成

痴呆老人が寝たきりになっていることが、介護ストレスの有無に大きく影響していると思われる。

つぎに、S・S・サービスが在宅介護に及ぼす機能についてであるが、本ケースの場合、介護者の兄の死去という予測不可能な突発的事態が生じ、それへの1回対処として介護役割を代替するという機能を果たすにとどまっている。もともと本ケースの場合、介護者の介護意識も強く、また親族の介護者に対する介護役割の期待も厳しく、さらにそのうえ当該痴呆老人が寝たきり老人になっていることを考えあわせると今後とも在宅介護が継続されていく可能性は高い。

[ケースQ(女)——S・S・サービス1回利用・施設ケア移行グループ]

(1) S・S・サービス利用当時の家族の状況(図7参照)

(2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和52年, 83歳

介護者(長男の妻)がおこづかいをあげても老人はもらっていないといたり、郵便配達の人にも「私のはどうなっているんだ」と意味不明のことを何度もいったりする。この時期、老人の息子である介護者の夫は、老人の痴呆症状に気づかず。また徘徊もみられるようになったが敷地が400坪と広いことから迷子の危険性はなかった。ただ、徘徊のさいに転倒し、頭や足にけがをすることが何度もあり、介護者は苦慮する。この時期から、介護者と通いのお手伝い(60歳ぐらい)の2人で老人の介護をするようになる。

昭和55年, 86歳

痴呆の症状がいっそう悪化。老人の専用部屋、居間、台所、トイレなどいたるところに便をたれ流すことが毎日4、5回あり。ただ便をこねくりまわすことはなかった。専用部屋からトイレまでござを歩いて目印にしたり、そのござの上にポータブルトイレを置いたり、おしめをあてたりしたが効果はなかった。また、ガスのスイッチを勝手にひねったり、飾ってある花やトイレトーパーをたべてしまったりした。

老人は、身体的には何ら問題なく歩行も十分可能であったため、介護者は、お手伝いの援助があるにしてもかなりの介護困難を覚えた。そのような状況のなかでも、同じ市内に住む介護者の夫の弟や妹は、

介護者に家庭で十分な介護をするように強く期待した。このときの心境を介護者は次のように述べている。

「どんなに老人が醜くなってもやっぱり家でみてくれているのが(夫の)きょうだいの希望なんですよ。」「私もやはり外の仕事がありますもので、よくお手伝いをお願いしていったんですけど、やっぱり(夫の)きょうだいはそういうことが気にいらないものですから。」

「嫁さんばかり攻撃して悪くいって、それでそのわりにみんなそれぞれ忙しいものですから手を出してくれるかと思ったら手は出してくれない。」

(3) S・S・サービス利用の契機

昭和57年, 88歳

1月に、新潟の親族の葬儀のため、介護者は1週間ほど家を留守にしなければならなくなった。たまたま、介護者の夫の妹(55歳)が福祉関係の仕事をしており、その妹から介護者の夫がS・S・サービスについての情報を得た。利用の提案も同じく介護者の夫であり、利用申請の手続きも夫がした。介護者は、新潟から帰京した後、急性気管支炎で寝こんだため、S・S・サービス利用の延長が4回認められ、1月末から2月末まで5週間にわたって老人を預けた。

なお、S・S・サービス利用時の老人の問題行動の数は5つ。②自分の部屋、トイレ等の場所を間違える。④昼と夜の区別がつかないで夜騒ぐ。⑥物をしまい忘れてなくなったとか盗まれたとかいって騒ぐ。⑦失禁等で汚したり、不潔になっても無関心である。⑨邪推がひどく事実でないことを事実だと思い込む。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

前述したように、介護者がS・S・サービス利用の提案をしたわけではなかったが、老人を施設に預けたという理由で、介護者は夫のきょうだいから強く叱られた。

「きょうだいにうんと怒られました。お金がないわけじゃないから、(老人の徘徊への対策として)家にもう1人のお手伝いさんを頼んで常につけて歩いてもらえばいいんじゃないかという意見があったんです。」

S・S・サービスを利用した後、介護者夫婦はそのまま老人をA施設に入所させた。このとき、介護者は老人を入所させてしまったことを多少後悔した。なぜなら、介護者は、老人が痴呆になっ

徘徊がなければ自宅で十分介護する意志があったからである。

「私もよく思うんですけど、全然動けなくて家にいるんだったらそのまま家にいる方がよいと思ったんです。」

老人はA施設に入所してから約4ヵ月後に死亡。

(5) 介護者の介護意識

本ケースの老人は、痴呆化する以前から介護者家族と同居していたが、介護者と老人の関係は、きわめて悪かった。そのため介護者は若い頃から姑に厳しくされてきた自分が介護をせざるをえないことについて複雑な心境であり、介護意識はどちらかといえばネガティブである。

「男まさんの後家さんと39年間一緒に暮らしてきて、若い頃は朝一番に起こされ夜は遅くまで縫い物をあてがわれてまったくつらい思いをさせられてきたけど、こうして世話をしてあげなければならぬなんて。」

(6) ケースの考察

本ケースの場合、介護者家族の経済階層がきわめて高いこととS・S・サービスを1回（延長による5週間連続）利用後、そのままその施設に老人を入所

させているという2つの点で、22ケース全体のなかでも例外に属する。本ケースの介護者は同じ市内に住む夫のきょうだい達との人間関係によるストレスをかかえており、悪口ばかりをいって、介護者不在のときだけでさえ、介護の代わりを拒否するきょうだい達の非人間的態度に強い不満をもっている。介護者家族の近隣に住む親族がS・S・サービス利用に否定的な作用をするのは、先のケースJとまったく同じであり、したがってこの意味では例外ではない。このように、痴呆老人をかかえる介護者と近隣に住む介護者の夫方のきょうだいとの人間関係が良好でない場合には²⁸⁾、たとえ経済階層が高くても、介護者だけに共通する悩みをかかえるものであることが、明らかになる。

つぎにS・S・サービスの果たす機能についてであるが、本ケースの場合、S・S・サービスを5週間継続して利用している間にその特別養護老人ホームにベッドの空きができてそのまま長期的に入所させることができたわけで、在宅介護継続という観点からみた場合には、むしろ逆機能的な作用²⁹⁾をおよぼしたと解釈できる。

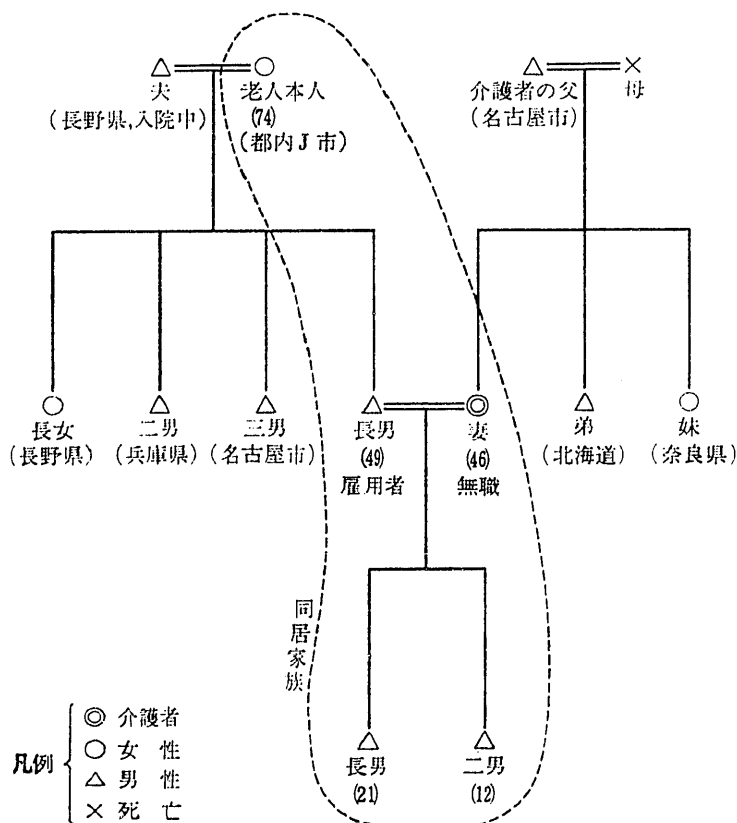


図8 ケースMの家族、親族構成

[ケースM(女)——S・S・サービス複数回利用・在宅ケア継続グループ]

(1) S・S・サービス利用当時の家族の状況 (図8参照)

(2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和52年, 67歳

長野に住んでいる老人が上京した際、介護者(長男の妻)は、老人が身のまわりのことがきちんとできなかつたり、座ったまま動かなかつたり、口数が少なくなったことに気づく。

昭和55年, 70歳

奇妙に笑つたり、尿や便をもらすようになる。介護者はときどき長野へ老人の世話のためでかけるようになる。

昭和56年, 71歳

老夫婦で関西在住の二男の所へ遊びに行っている間、老人は尿の出が悪くなり、救急病院に入院。その夜、老人の夫の方が看病中に脳血栓で倒れる。その後、老人の夫は長野県内の病院に入院。老人は他人に反応しなくなり、まったく動けず、寝たきりとなる。

昭和57年, 72歳

介護者夫婦は、老人を都内K市の狭い2DK(1戸建て)の家ひきとる。約半年間は、介護者と老人が同じ部屋で生活(深刻な住宅問題)。介護者は、自分の子供(二男)に「たまには、子供の面倒をみる」といわれ、ショックを受ける。

(3) S・S・サービス利用の契機

昭和57年, 72歳

介護者が親族の法事のため不在になるので福祉事務所に相談に行つて、S・S・サービスを知る。介護者が夫に相談し利用を決定。手続きはすべて介護者が行い、3日間老人をA施設に預けた。

なお、S・S・サービス利用時の老人の問題行動の数は2つ。①日常会話に支障あり、⑦失禁等で汚したり、不潔になつても無関心である。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

昭和57年, 72歳

S・S・サービスを利用してから半年後、介護者家族は都下J市に家を買ひ、老人と共に移り住む。

昭和58年, 73歳

介護者は、3月に長野の親類の葬式に出席するために2度目のS・S・サービス利用をし、5日間、老

人を預ける。5月には、名古屋でひとり暮らしをしている介護者の実の父親(78歳、2年ぐらい前から体が弱り、足をひきずるなど要介護性が高い)の世話をするため3度目は、5日間S・S・サービスを利用。

(5) 介護者の介護意識

介護者は社会参加志向が強く、ときには絵をかいたり、諸々の会合に出席したいと思っている。また数多くの友人をもっているが介護で外出できず接触が減つてしまい、なぜ長男の妻だけがこんなに苦労しなければならないのかと疑問に思っている。そして、介護者はいくら親でも植物人間同様になった人に対しての扶養は、公的サービスの機関に委ねるべきだと考えている。

(6) ケースの考察

本ケースの場合、介護者には、S・S・サービスを今後とも利用したいというニーズがある。その最大の理由は、介護者が名古屋でひとり暮らしをしている実の父親の世話を定期的にした(しなければならぬ)ためである。事実、父親の世話のために毎月1回4~5日程度、定期的に申請しS・S・サービスを利用できることを福祉事務所との間で確認している。幸い、このケースの場合、さきのケースJやケースQと違って、介護者家族の近隣に、介護者の夫の親族が居住していないので、S・S・サービスの複数回利用を抑制するような力は加わらない。

この介護者は、同居している痴呆老人の日常的介護だけでなく、ひとり暮らしをしている父親の定期的な世話や長野の病院に入院中の、痴呆老人の夫の見舞いなどをかかえ、当然ながらかなり体力を消耗している。たとえS・S・サービスを定期的に利用していても、それは同居していない老人の世話のためのものであり、いっこうに介護者の休養には向けられない。おそらく、介護者は介護力の限界まできていると思われるが、介護者の夫の介護援助がまったく見られないのは、どのように解釈すればよいのだろうか。

つぎに、S・S・サービスが果たす機能についてであるが、介護者の介護の対象が在宅の痴呆老人の場合にS・S・サービスを複数回利用することは、介護者の在宅介護能力を持続させる機能をもつと仮定されるものの本ケースのように、他に世話すべき老人をかかえている場合には、介護者不在時の介護役割を代替するという機能に限定されるといえる。現行制度では、最大限利用するにしても毎月1回で

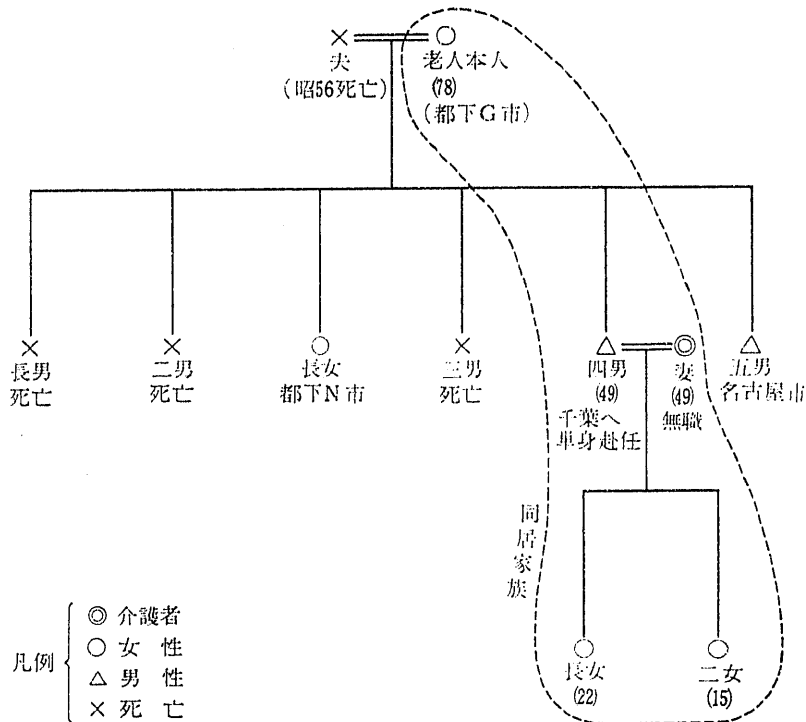


図9 ケースOの家族、親族構成

あるが、このケースのように、複数の要介護老人をかかえる介護者には、実際に疲労回復が図れるように優先権を与えてはどうであろうか。

[ケースO(女)——S・S・サービス複数回利用・施設ケア移行グループ]

- (1) S・S・サービス利用当時の家族の状況(図9参照)
- (2) S・S・サービス利用に至るまでの介護過程
昭和48年, 69歳

老人本人に痴呆の症状が出はじめたが、老人夫婦だけで別棟に住み、老人の夫が世話をしていたので、介護者(四男の妻。三人の兄が死亡しているので四男が実質的に長男)は、この時点での詳しい事情はわからず。

昭和51年, 72歳

介護者夫婦の長女が登校拒否をし、高校を退学。長女が、母(介護者)や妹に家庭内暴力をふるうようになる。

昭和52年, 73歳

介護者の夫が単身赴任(通勤すれば3時間前後)で千葉に行ってしまう。週末には帰宅するが、自分の母親の痴呆症状にまったく気がつかず。

昭和53年, 74歳

高校中退した長女が、学校へ行きたいといい、定時制高校に入学。ここで人間として立ち直るようになる。

昭和56年, 77歳

老人の夫がガンで入院。退院後死亡するまでの約2ヵ月間、介護者は老人の夫の看病と痴呆老人の介護をすることになる。介護者の長女は、介護者を助けるためにパートで働いていた保育園をやめ老人夫婦の世話をした。

老人の夫の死後、老人本人の痴呆はいっそうひどくなり、便をトイレトペーパーにくるんでベッドの上に並べたり、介護者の長女に暴力をふるい、「お金を返せ」と迫ったりした。誰もみていないときだけ暴力をふるわれることが多くなると、長女はノイローゼ気味になり、「老人を殺す」といい出す。ちょうどその頃、4年間の努力の成果が問われる定時制高校の卒業試験が目前に迫っていた。

- (3) S・S・サービス利用の契機

昭和57年, 78歳

深刻な事態をむかえていたとき、たまたま市の公報でS・S・サービスのことを知り、さっそく市役所に行き、相談する。介護者が夫に利用の提案をする、夫は「しょせんおまえは他人だからわからないのだ」といって強く反対したが、都下N市に住む老

人の長女（夫の姉）が説得をし、名古屋の五男にも了解を取りつけた。1回延長し、延べ12日間利用したが、その際の老人の問題行動の数は7つ。②自分の部屋、トイレ等の場所を間違える。③外出して迷子になることがある。④昼と夜の区別がつかないで夜騒ぐ。⑤家族・知人等を混同するなど人を間違える。⑥物をしまい忘れてなくなったとか盗まれたといて騒ぐ。⑦失禁等で汚したり、不潔になっても無関心である。⑧邪推がひどく事実でないことを事実だと思い込む。

(4) S・S・サービス利用後の介護状況

昭和57年、78歳

介護者の二女が高校入試を目前にし、精神的に動揺しないように2度目のS・S・サービスを利用する。6月には、S・S・サービスで2回預けたA施設に、老人を長期的に入所させ、現在に至っている。老人は体がいたって丈夫であり、ご飯をどんぶりで食べた後、おかわりを要求するなど過食がみられるが、A施設では暴力行為もなくなり模範生といわれている。

(5) 介護者の介護意識

介護者は老人をA施設に入所させた後一時ひどく後悔し、夫に対して申し訳ないと思った。老人の体が弱り寝たきり状態になったらいつでも引きとり介護するとの約束を夫との間にかわしている。

(6) ケースの考察

本ケースの場合、S・S・サービスを2回利用しているが、利用時に介護者の夫の強い反対があった点は、これまでのケースと異なっている。また、介護者の夫のきょうだいで、都内に居住している老人の長女（夫の姉）が介護者の置かれた立場を理解し、相談相手になり、介護のかわりもし、S・S・サービス利用に際して介護者の夫の説得にも一役買っている点でも、特徴的である。22ケース全体をみても、介護者の夫の親族が介護者をとりまくヘルピング・ネットワーク（helping network）の重要な一翼を担っているケースは、4ケースときわめて少ないが、ある特定の親族が介護者をこれほど強力に援助しているのは、このケースをおいてほかにはない。

本ケースの場合、在宅痴呆老人の介護問題だけでなく、子供の登校拒否、家庭内暴力、夫の単身赴任による家族機能の低下といったいくつかの家族問題が発生している。介護者家族に未成年の子供がいる

ケースは、全部で9ケースあるが、このケースのように痴呆化する以前の老人と介護者の長女の人間関係や介護者の夫と長女の人間関係が悪いような場合には、介護問題と密接に関連しあいながらいくつもの家族問題が噴出することになる。

つぎに、S・S・サービスの果たした機能についてであるが、本ケースについては、2回とも介護者が不在になるためでなく、介護者の長女の高校卒業試験と、二女の高校入学試験のために老人を一時的に隔離するという目的でサービスを利用したという性格が強い。

以上、4つのケースについて、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態とS・S・サービスの果たす機能を明らかにしてきた。ただ紙幅の関係で、4つのグループから1つずつ該当するケースを取り上げるにとどまり、例えば、他の老人福祉サービスを有効に活用しながら在宅で介護を続けているケースや、介護者がパートで勤めながら介護をしているケース、また自営業を営みながら介護者夫婦で世話をしているケースなどを紹介し検討することはできなかった。視点を変えた分析を別稿で行うことにしたい。

IV 要約と今後の展望

本稿の目的は、東京都における痴呆老人のためのS・S・サービスが、どのように利用され、しかも、その対象老人と家族の援助状況がどのような状況にあるかを探ることにあつた。そして、その方法として、われわれは痴呆性老人短期保護事業の申請書による量的な分析と、ケース・スタディによるインテンシブな分析を行ったのである。ここでは、そのおおまかな要約と今後の展望を述べてむすびにかえたい。

まず、2年半の間に利用した痴呆老人とその家族に対する量的な分析では、①当該老人の日常生活動作能力（ADL）と問題行動の状況、②利用年度や居住地のちがいによる老人の特性、③利用日数・利用頻度・月別利用老人数の状況、④対象老人と介護者家族などについて、おおまかな仮説をたてながら、それぞれ明らかにしてきた。その

主な結果は以下のとおりである。

1. S・S・サービス利用老人は、在宅痴呆老人と比較して、日常生活動作能力、問題行動のいずれにおいても、要介護の割合は高く、発生率も高いという傾向がみとめられた。

2. S・S・サービスを利用している痴呆老人の痴呆の程度は、年を追うごとに相対的に軽くなっている。また、S・S・サービス施設のある区市に居住している痴呆老人は、S・S・サービス施設のない区市に居住している痴呆老人より痴呆の程度が重く、利用者数も多かった。

3. 利用日数・利用頻度・月別利用老人数については、それぞれ制度の原則にしたがって利用している者が多い半面、その幅も大きく、利用者のニーズも多様化してきている。

4. S・S・サービスを利用した介護者家族については、その形態は「息子との同居家族」が多いが、相対的には「娘同居家族」や「義理関係の家族」が多い。また、介護者は、女性がほとんどであり、その年齢も配偶者などにおいてはきわめて高齢化している。

つぎにケース・スタディでは、在宅痴呆老人に対する介護困難の実態と介護者が一時的に介護役割を遂行できなくなったときの対処行動として、S・S・サービスを知り利用していく過程、さらにまた在宅介護に対してS・S・サービスが果たす機能について、克明に検討してきた。ただ本稿では、介護者家族と老人との同居期間、同居過程がどのように介護意識、介護行動に影響を及ぼしてきたかといった視点については、その重要性を十分認識しながらもスペースの関係で割愛せざるをえなかった。ケース数は22ケースと少ないが表6で示したようにかなり多くの項目について情報を得ているので、さらに今後これらについて分析を続ける予定である。

さいごに、S・S・サービスについての要望が多くのケースにあらわれていたのでその点について触れておきたい。主な要望は、2点に集約されるが、その1つは、利用の期間が原則として1週間と非常に短いので、2週間から3週間程度にのば

してほしいというものである。たしかに、家庭から特別養護老人ホームに移すことに伴ってあらわれるマイナスのリロケーション・イフェクト(relocation effect)が痴呆老人に少なからず見られることや受け入れる特別養護老人ホームの寮母がS・S・サービスを利用して入ってくる新しい痴呆老人の行動のパターンをつかむのに数日かかることを考慮するならば、現行の1週間が短すぎることは明らかである。要望の第2は、特別養護老人ホームへの送迎サービスを行ってほしいというものである。介護者家族が自営業の場合はまだしも、サラリーマン家族の場合に、送迎がかなりの負担になっており、送迎サービスに対するニーズの高いことが本稿で紹介できなかったケースに多く示されている。送迎サービスが行われれば、S・S・サービスの果たす機能そのものが飛躍的に増大するのではないだろうか。

(注)

1) 痴呆老人への問題関心が高まるにつれて、さまざまな領域で、痴呆、痴呆性、ぼけなどの言葉が使用されている。医学的には「痴呆」の概念は、以下の3つに分類して定義されている。

(1) 脳の器質性病変によって生じた全般的の知能低下で、回復不能のもの。

(2) 脳の器質性病変を背景として生じた知能低下であるが、(1)のほかに機能性で可逆的な変化をも含める。

(3) (1)および(2)の他に、脳の器質性病変を持たないものに現れた一過性の知能低下状態(たとえば、症状精神病、うつ病などの機能性精神病にみられるような)をも含める。(柄沢昭秀『老人のぼけの臨床』、医学書院、1981年)

ここでは、S・S・サービスを利用した痴呆(痴呆性)老人が対象であり、最も広い概念の(3)の意味で、「痴呆」という言葉を使用する。

2) 老年期を分類する方法はいろいろあるが、ここでは、老年前期(65～69歳)、老年中期(70～74歳)、老年後期(75歳以上)の3つに分け、そのうちの2つをとりだして検討してみた。

3) 東京都老人総合研究所・精神医学研究室『東京都における在宅ぼけ老人の社会医学的実態』(昭和55年)、1981年。

4) 柄沢昭秀「東京都における在宅ぼけ老人の現状」『季刊養育院』No. 271、東京都養育院、1981年。

5) 痴呆の判定は、臨床基準によって、以下のように分類される(柄沢昭秀「老人のぼけの実情と課題」『病院』Vol. 41, No. 9, 医学書院、1981年)。

+1 (軽度のほけ): 日常会話や理解は大体可能であるが内容が乏しくあるいは不完全。生活指導ときに介助を必要とする程度の知的衰退。

+2 (中等度のほけ): 簡単な日常会話がどうやら可能。馴れない環境での一時的失見当など。しばしば介助が必要。金銭の管理や投薬の管理を必要とする場合が多い。

+3 (高度のほけ): 簡単な日常会話すら困難。ささき食事したことすら忘れる。施設内での失見当など、常時手助けが必要。

+4 (非常に高度のほけ): 自分の名前すら忘れる。寸前のことも忘れる。自分の部屋が分からない。身近な家族すら間違える。

- 6) 奥山正司「家族」『図説老人白書』, 碩文社, 1983年。
- 7) 袖井孝子「老親の家族扶養・家庭介護の可能性」『現代家族の諸問題のための基礎研究』, 生命保険文化センター, 1985年。
- 8) 『第11回国民生活動向調査——主婦の老後生活意識調査——結果報告書』, 国民生活センター, 1981年。
- 9) 奥山正司「私的扶養・公的扶養に対する選好度」『ライフ・スパン』(特集・三世代女性研究) Vol. 4, 寿命学研究会, 1984年。
- 10) 中央社会福祉審議会「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」(意見具申), 1981年。
- 11) 萩原清子「社会福祉と距離——老人と家族の『共存』を求めて——」『季刊社会保障研究』Vol. 20, No. 4, 社会保障研究所, 1985年。
- 12) 東京都福祉局老人福祉部『東京都の老人福祉施策の概要』, 昭和59年度。
- 13) 一般に, 医学の分野では, 時, 場所, 人などに関する認識を「見当識」といっており, 痴呆の症状は, これが障害されることが多い。中島紀恵子, 石川民雄『ほけ——理解と看護——』, 時事通信社, 1983年。
- 14) 『東京都における在宅ほけ老人の社会精神医学的実態』(昭和55年調査)の対象である在宅痴呆老人と比較する。なお, 調査項目の選択肢に若干の違いがみられるので, なんらかのかたちで介護を必要とする割合をすべて合計し, それを要介護状況とし, 比較できるようにした。以下, 断らないかぎり, 在宅痴呆老人とは, この調査の対象者である。また, 横浜市でも同様の調査を行っており, 痴呆老人の出現率などにおいて, ほとんど同じ結果がでている。横浜市民生局『横浜市内在宅痴呆等老人に関する社会医学的実態調査報告』, 1983年。
- 15) 問題行動は, 申請書の項目が10項目である。そして, それぞれの項目の「あり」に1点, 「なし」に0点を与え, $N = (n_1 + n_2 + \dots + n_{10}) \times 3$ とし, 理論値としては, 最低点0から最高点30点に分布するようにした(3倍にしたのは, 明確な差がでるようにする意で便宜的なもの)。そして, さらに実際分布した数(3点から30点)を平均点の前後で二分し, 「3~9点」を「低い」, 「12~30点」を「高い」とした。
- 16) 居住地の二区分は, 本来からいうと, 厳密には, 各施設のS・S・サービスの開設年度が違うので, 56年度, 57年度, 58年度によって, 区市町村の範囲が異なっているが, 便宜上, 58年度時点で二区分した。
- 17) これらの事情について, 寝たきり老人の「介護者の年齢別統柄」と比較検討したいが, 「老人生活実態調査」(東京都)では介護者の年齢さえ集計されておらず, 比較することができない。他に全国社会福祉協議会の『老人介護の実態』1979年があるが, これも介護者の統柄については年齢別に集計されていない。ただし, 統計資料として「介護者の年齢」が各県別に掲載されているので, これを東京都分について再集計(不明を除く)してみると, 60歳以上の「主な介護者」は全体の約38%であった。これに対して, われわれの調査では, 60歳以上の「主な介護者」は約3割であり, S・S・サービス利用老人の介護者の方が全体としては若い傾向にあることがうかがえる。それだけ, 子ども世代の介護者が多く, かつ負担がかかっていることを示唆するものであろう。
- 18) 比較するものとして, 上にあげた寝たきり老人に対する『老人介護の実態』がある。その東京都分を再集計(不明を除く)してみると, 平均年齢はだせないが, 80歳以上の老人は約4割であるのに対し, S・S・サービス利用痴呆老人は約6割であった。それだけ高齢化していることがうかがえる。
- 19) 例えば, 総理府で行った『中高年の地位と役割に関する調査』(1976年)によれば, 近所づきあいの程度は, 「会えばあいさつをする程度のつきあいをしている」という選択肢は, 町村より「首都圏・近畿圏」になるほど高くなっており, 近所づきあいが形式化している傾向がみられる。
- 20) 前節までと同様, ショート・ステイ・サービスを, S・S・サービスと略称する。以下同様。
- 21) 調査対象をS・S・サービス開始後半年間の利用老人に限定したのは, 調査内容に関する守秘義務がある以上, 聞きとりができるのはわれわれ研究会メンバーだけに限定されるので, サンプル数を小規模に抑える必要があったからである。
- 22) 拒否のケースの中には, 現在も痴呆老人の在宅介護を続けており介護者の手が離せず応じてもらえなかったケースや老人を特別養護老人ホームや病院に入れており, すでに過去のことになった介護について調査されるのを拒んだケースなどが含まれる。また, 不能のケースの中には, 老人が死去された直後で介護者家族の心情を察して調査を見合わせたケースなどが含まれ, それぞれのケースの事情はさまざまであった。
- 23) ケースのイニシアルは, 本調査の内部資料(東京都老人総合研究所・社会学部)に対応させている。
- 24) 本節の目的とする観点について最もきこまかく聞きとりがしてあり, 状況の理解しやすいケースを, それぞれのグループから選んでいる。

- 25) 痴呆老人本人の年齢を示す。以下同様。
- 26) これらの番号は184ページに列挙してある10の問題行動の番号に対応させている。以下同様。
- 27) 施設のイニシアルは本調査の内部資料に対応させてある。
- 28) 介護者が妻（または夫）である場合の、夫（または妻）方のきょうだいとの人間関係とS・S・サービス利用との関連についてもわれわれは強い関心をもっている。本ケース・スタディでは介護者が老人の妻である場合が1ケース（ケースE）あったが、このケースについては、夫方のきょうだいに関する情報が得られなかった。
- 29) ある事象が、順機能的であるか逆機能的であるかは、ある特定の結果事象との関連で決まる。本節では、S・S・サービスが在宅ケア継続を促進させることを仮に順機能であるとみなしているの、このケースの場合は逆機能的であると位置づけられる。いうまでもなく、施設ケアへ移行させることが順機能

であるという観点に立てば本ケースは順機能的であるということになる。

〈付記1〉 本研究は、東京都老人総合研究所・社会学部が、昭和58年度、59年度の2年間にわたって行ったものである。なお、そのメンバーは、われわれのほか、岡本多喜子、谷口和江（60年3月退職）と外部研究者、浅野仁（関西学院大学）、高橋博子（日赤武蔵野女子短期大学）、橋本泰子（弘済ケアセンター）である。記して感謝したい。また、いろいろ難しい条件下で、申請書の転記を許可してくれた、東京都福祉局老人福祉部計画課ならびに対象者の方々に謝意を表したい。

〈付記2〉 本稿は、ⅠとⅡを奥山が、Ⅲを西下がそれぞれ担当し、相互に意見調整をしたうえでⅣを共同で執筆した。

（おくやま・しょうじ 東京都老人総合研究所）
（にしした・あきとし “ ”）

動 向

主要諸国の社会保障給付額と国民経済との相関分析

馬 場 啓之助

I 問題の提起

主要諸国としてスウェーデン・フランス・西ドイツ・ベルギー・オランダ・イギリス・イタリアのヨーロッパ7ヵ国にアメリカ・日本を加えた9ヵ国をとり、対象年次として1975年を選んだ。ただしベルギー・オランダおよびイタリアは人口統計が2年ごとにしか発表されていないので、1976年をとった。その資料は表1に示すとおりである。

ヨーロッパ7ヵ国の社会保障給付額(y)はそのGNP(x)に比較して、平均してその22.91%を占めており、これに比しアメリカの比率は10.7%、日本のそれは8.0%で、比較的に低かった。そこに計数的には明白な分散がみられる。その結果は、社会保障給付額とGNPとの単純相関をとってみても、相関は有意にはならないことに現れている。その判別係数(γ^2)は0.3803(γ にして0.6166)であって、とても有意な相関が成立しているとはいえない。それは各国の社会保障給付額の分散が、

各国の社会保障政策のいかんによって左右されるところが大きいためであると思われる。その政策のいかんはひとつには、各国の人口老齢化の程度に規制されると想定される。そこで説明変数に老年者比率(総人口中に65歳以上の老年者の占める比率)を加えて重相関分析を試みてみた。その結果は相関分析事例1に示すようである。

II 相関分析事例 1

相関分析において主要な役割を果たすものとして variances と covariances は次のようである。variances として、 $\sigma_y^2: 0.0239898$, $\sigma_x^2: 0.3094803$, $\sigma_z^2: 0.0003597$ 。

covariances として、 $P_{xy}: 0.0538333$, $P_{xz}: 0.0021995$, $P_{xz}: 0.004132$ 。

これら variances と covariances に基づいて成規方程式は次のようになる。

$$(1) \quad 0.3094803B + 0.004132C = 0.0538333$$

$$(2) \quad 0.004132B + 0.0003597C = 0.0021995$$

表1 社会保障給付額と国民経済の諸条件

	社会保障給付額 (国民1人当たり100万円)	国民総生産額 (1人当たり100万円)	老年者比率 (%)	給付費配分率 (%)
スウェーデン	0.418	2.632	15.11	15.9
フランス	0.458	2.619	13.40	18.4
西ドイツ	0.590	2.114	14.30	14.2
ベルギー	0.474	1.942	12.29	23.5
オランダ	0.513	1.812	13.92	27.7
イギリス	0.245	1.276	13.98	9.2
イタリア	0.224	0.945	12.29	19.3
アメリカ	0.228	2.126	10.36	10.7
日本	0.106	1.331	8.85	8.0

(出所) OECD, *National Accounts of OECD Countries 1960-1977* (Vol. II) によった。

この連立方程式を解いて B および C を求めると、

$$B=0.1107117, \quad C=4.736266$$

が求められる。

求める相関式は $y=0.1107117x+4.736266z+A$ になるが、ここでの定数項 A は次のようになる。

$$\begin{aligned} A &= 0.361 - \{0.1107117 \times 1.866 + 4.736266 \\ &\quad \times 0.1271\} \\ &= 0.361 - (0.206588 + 0.6019794) \\ &= -0.4475674 \end{aligned}$$

これによって求める相関式は、

$$y=0.1107117x+4.736266z-0.4475674$$

であり、その判別係数 (R^2) は次のようになる。

$$\begin{aligned} R^2 &= \frac{1}{0.0239898} \{0.1107117 \times 0.0538333 \\ &\quad + 4.736266 \times 0.0021995\} \\ &= \frac{1}{0.0239898} (0.0059599 + 0.0104174) \\ &= \frac{0.0163773}{0.0239898} = 0.6826774 \end{aligned}$$

これから $R=0.826242942$ である。

III 相関分析事例 2

以上に示した相関式は、

$$y=0.1107117x+4.736266z-0.4475674$$

$$R^2=0.6826774, \quad R=0.826242942$$

であり、その相関は辛うじて有意であるが、その有意さを強めるために、社会保障給付費配分率を説明変数 (v) に加えてみる。これを相関分析の事例 2 として掲げていく。

この事例 2 においては variances としては、 σ_v^2 : 0.007359 が加わり、covariances としては、 P_{yv} : 0.0063406, P_{xv} : 0.061014, P_{zv} : 0.0005034 が加わる。これに基づいて成規方程式は次のようになる。

$$(1) \quad 0.3094803B + 0.004132C + 0.0061014D = 0.0538333$$

$$(2) \quad 0.004132B + 0.0003597C + 0.0005034D = 0.0021995$$

$$(3) \quad 0.0061014B + 0.00053034C + 0.007359D$$

$$= 0.0063406$$

この連立方程式を解いて、

$$B=0.0484194, \quad C=4.1691262, \quad D=0.5003537$$

が得られる。これによって求める相関式は、

$$Y=0.0484194x+4.1691262z+0.5003537v+A$$

が成立し、ここで定数項 A は次のようになる。

$$\begin{aligned} A &= 0.361 - \{0.0484194 \times 1.866 + 4.1691262 \\ &\quad \times 0.1271 + 0.5003537 \times 0.163\} \\ &= 0.361 - 1.5149595 = -1.1539595 \approx -1.153 \end{aligned}$$

これによって求める相関式は、

$$Y=0.0484194x+4.1691262z+0.5003537v-1.153$$

になり、その判別係数 (R^2) は、

$$\begin{aligned} R^2 &= \frac{1}{0.0239898} \{0.0538333 \times 0.0484194 \\ &\quad + 0.0021995 \times 4.1691262 + 0.0063406 \\ &\quad \times 0.5003537\} \\ &= \frac{0.0149483}{0.0239898} = 0.6231106 \end{aligned}$$

となって、 v を加えることによって R^2 は 0.6826776 よりかえって低下して、0.6231106 になる。これは変数間の相互相関によって、 x にかかる parameter が減少し z にかかるそれも減少して、 v にかかる parameter にかんがりの数値をあたえたことによるものと判断される。フリッシュ (Ragnar Frish) がその *Statistical Confluence Analysis by Means of Complete Regression System*, Oslo, 1935 において、説明変数にかかる parameter が説明変数を追加することによって、顕著に変動するようなら、説明変数の追加を差し控えるべきであるといった警告に従ったまでである。

この相関分析の事例 1 および事例 2 を報告したのに対して、事例 1 については、社会保障給付額は年々増大し、遂には GNP の負担しがたい額に達する恐れがあるので、ヨーロッパなどの先進国では GNP の変動に比例していくのを修正して、半対数で対応していくようにしている例もあり、これに倣うべきであるといった修正意見がだされた。

表 2 社会保障給付額と国民経済の諸条件 (半対数のケース)

	社会保障給付額 (国民1人当たり 100 万円)	国民総生産額 (1人当たり 100 万円)	老年者比率 (%)
スウェーデン	0.418	0.42028	0.1511
フランス	0.458	0.41813	0.1334
西ドイツ	0.590	0.32510	0.1424
ベルギー	0.474	0.28824	0.1229
オランダ	0.513	0.25815	0.1392
イギリス	0.245	0.10585	0.1399
イタリア	0.224	0.02456	0.1229
アメリカ	0.228	0.32756	0.1036
日本	0.106	0.12417	0.0885

IV 相関分析事例 3

また相関分析の事例 2 に対しては、追加する説明変数(v)は被説明変数(y)を説明変数(x)で除した比にほかならないから、これを新たに説明変数に追加することは、相関係数を強める意図からであっても、過重な措置であって、採用すべきではない、といった修正意見もだされた。

これら 2 つの修正意見に従って吟味してみるとした。

説明変数の国民 1 人当たり GNP の x を $\log x$ に転換してみると、上表の資料 (表 2) のようになる。

この表 2 を資料として相関分析を展開していき、その過程を相関分析事例 3 として掲げていく。

対数転換によって variances と covariances の一部も次のように変化する。variances については、 $\sigma^2_{\log x} : 0.096371$ 、また covariances については、 $P_{\log x, y} : 0.0145837$ 、 $P_{\log x, z} : -0.0001941$ となる。

これに応じて成規方程式は、

$$(1) \quad 0.096371B - 0.0001941C = 0.0145837$$

$$(2) \quad -0.0001941B + 0.0240669C = 0.0021995$$

のようになる。この連立方程式を解いて、

$$B = 0.1511471$$

$$C = -0.090172$$

が得られる。

求める相関式は、

$$Y = 0.1511471 \log x - 0.090172z + A$$

となり、ここで A は次のように求められる。

$$A = 0.361 - \{0.151147 \times 0.24921 - 0.090172$$

$$\times 0.1271\}$$

$$= 0.361 - 0.0376673 + 0.0114608$$

$$= 0.3347935 \approx 0.334$$

求める相関式は、

$$Y = 0.1511471 \log x - 0.090172z + 0.334$$

であり、その判別係数は、

$$R^2 = \frac{1}{0.0239898} \{0.1511471 \times 0.0145837 - 0.090172 \times 0.0021995\}$$

$$= \frac{0.0020051}{0.0239898} = 0.0836147$$

$$R = 0.289162065 \approx 0.2891$$

半対数分析の判別係数は 0.0836147 (R にして 0.2891)であって、ナミ数分析のそれが 0.68267であるのに比べて大幅に小さいので、相関度は低下して、有意とはいえなくなる。半対数分析を企てることが相関関係の分析の改善になるとはとうていいえない。

V 相互相関の問題

次の問題は、多重相関において説明変数追加の適否の吟味である。説明変数追加にあたっては相互相関 (multicollinearity) をおこすようなものであっては、追加してはいけない、というのがこの問題についての、統計理論の解答である。多重相関において相互相関を回避するための手法は、すでに示したフリッシュ (Ragnar Frish) の提示しているところである。彼がいうように、説明変数にかかる parameter に顕著な変化をもたらすような説明変数の追加は適当でない。説明変数の x お

よび z に v を追加することによって、判別変数を低下させることは、明らかに parameter の顕著な変化がおこったことを示しており、そのような場合 v を説明変数に追加することは適當ではない。 v を追加することによって判別係数 (R^2) の低下をきたすような変化は、相互相関の極端な表れであるとみることができからである。それも説明変数間の相互相関の表れであるというほかはない。

このようにして相関式は、

$$Y = 0.0484194x + 4.19691262z \\ + 0.5003537v - 1.153$$

を棄却して、

$$Y = 0.1107117x + 4.736266z - 0.447$$

を採用するほかはない。

VI 主要諸国のランク付け

この相関式が主要諸国の社会保障給付額の基準を示すものとして、これが各国の給付額の基準を示すとみて、各国の給付推計額($\hat{y}$)と観察値(y)との比率を求め、その比率 ($y/\hat{y}$) を、

$$AA : 1.5634 - 2.1266$$

$$A : 1.0000 - 1.5634$$

$$D : 0.4358 - 0.9999$$

$$DD : 0.1266 - 0.4357$$

表 3 主要諸国のランク付け

	観察値(y)	推計値($\hat{y}$)	$y/\hat{y}$	ランク付け
スウェーデン	0.418	0.559	0.7477	D
フランス	0.458	0.474	0.9662	D
西ドイツ	0.590	0.460	1.2826	A
ベルギー	0.474	0.349	1.3581	A
オランダ	0.513	0.412	1.2451	A
イギリス	0.245	0.352	0.6960	D
イタリア	0.224	0.239	0.9323	D
アメリカ	0.228	0.278	0.8207	D
日本	0.106	0.118	0.8983	D

に区分してみる。このランク付けは相関式の判別係数 (R^2) をもとにして $\sqrt{1-R^2} = \pm\sigma$ に従って、

$$\sqrt{1.0000 - 0.6826} = \sqrt{0.3174} = 0.5633$$

を用いてなされた。その結果は表 3 に示すようである。つまり $y/\hat{y}$ がプラス $1\sigma^2$ を A, プラス $2\sigma^2$ のを AA, マイナス $1\sigma^2$ のものを D, マイナス $2\sigma^2$ のものを DD と区分したのである。その結果は表 3 に示すようである。

これによると、西ドイツ・ベルギー・オランダの 3 カ国が A にランク付けされ、日本・アメリカなど 6 カ国は D にランク付けされる。このランク付けについては、筆者の個人的な感想を別にすれば、客観的には、特別に注記すべきことはない。

(ばば・けいのすけ 一橋大学名誉教授)

『季刊社会保障研究』への投稿について

- ① 原則として「論文」200字詰原稿用紙80枚程度とする。
- ② 採否については、編集委員会のレフェリー制により、指名されたレフェリーの意見に基づいて決定する。採用するものに関して投稿者に修正を求めることがある。なお、原稿は返却しない。
- ③ 原稿は横書きとし、注・図表は別紙に記し、図表の場合は挿入箇所を本文中の右欄外にご指定ください。なお、注は後部に一括して掲載します。

社会保険法判例

堀 勝 洋

保育所措置費請求権の差押えが適法とされた事例 (みぎわ保育園抗告決定)

東京高等裁判所第16民事部昭和59年12月14日決定（昭和59年
（ラ）第585号債権差押命令に対する執行抗告申立事件）

I 事実の概要

抗告人Xは保育所を運営している社会福祉法人であるが、本件抗告の相手方Yら保育所の従業員との間で深刻な労使紛争が生じていた。XはYらを解雇したため、Yらは地位保全等を求めて東京地方裁判所八王子支部に訴えていたが、同裁判所は昭和59年11月12日付昭和59年（ヨ）第288号をもって地位保全等仮処分決定を下した。そこで、Yは当該決定の執行力ある正本に基づき債権差押命令の申請をしたところ、同裁判所は同日、第三債務者である立川市が毎月下旬Xに対し保育所運営のために交付する保育所措置費請求権のうち、124万9,921円を被差押債権とする債権差押命令（昭和59年（ル）第1033号。以下これを「原決定」という。）を発した。同命令正本は、同月13日に第三債務者である立川市に、同月16日に債務者であるXにそれぞれ送達された。そこでXは、東京高等裁判所に対し「原決定を取消す。相手方の申立にかかる債権差押命令を不許可とする。」という趣旨の執行抗告の申立てを行ったが、同裁判所第16民事部は同年12月14日本件抗告を棄却する決定を下した。

II 決定要旨

1 「同法（筆者注——児童福祉法）57条の2第2項が差押を禁止しているのは、同法20条等による育成医療に要する費用、補装具及びこれに代わる金銭給付等であり、施設に対し措置費として支弁された費用及び施設の措置費請求権は右差押禁止に含まれないものと解するのが相当である。そして、他に右措置費として支弁された費用及び施設の措置費請求権を差押禁止物とする規定は見当らない。」

2 「抗告人が差押の対象として主張する本件措置費請求権は、児童福祉法及び関係諸法規に照らし抗告人が第三債務者である立川市に対し直接支払を請求しうる債権である。本件措置費請求権中には、将来の債権と目すべきものも含まれているが、本件記録によれば、本件措置費は、抗告人が第三債務者である立川市から毎月一定時期に1か月ずつを一括してその支払を受けるものであり、その月々の支払額は、抗告人が本件保育所の運営を継続している限り、一定額の安定したものであることが確実に期待しうるものであり、現に抗告人は本件保育所の運営を継続していることが認められる。したがって、本件措置費請求権は、将来生じるものであっても、現在すでに債権発生の原因

因が確定し、その発生が確実に予測しうるから、これを差押の対象としうるものというべきである。」

3 「市町村が支弁する措置費で児童福祉法45条の最低基準を維持するために必要であると認められる額の精算額の10分の8について国が、10分の1について都道府県が、市町村に対し支払義務を負担するにすぎない。すなわち、市町村が国及び都道府県に対し右各金員の支払を請求する権利を有し、施設は国及び都道府県に対し直接その支払を請求する権利を有しない。したがって、本件措置費請求権については、第三債務者である立川市が抗告人に対する支弁義務を負担するものというべきである。」

III 解 説

1 本件抗告事件は、長らく労使紛争状態にあった保育所Xとその従業員Yらとの間の争いに伴って提起されたものである。XはYらを解雇したところ、Yらは地位保全と賃金の支払いを求めて訴えを提起した。そしてこの訴えが認められたため、Xが立川市に対して有する保育所措置費請求権に対する差押命令をさらに裁判所に対して請求し、これが認められた。本件抗告は、この保育所措置費請求権に対する差押えを取り消すよう高等裁判所に訴えたものである。本件抗告事件の争点は、措置費請求権が差押えの対象となりうるかどうかということであり、Xは次のように本件差押えは違法であると主張した。

- (1) 保育所の措置費に対する差押えにより、保育所の存続は不可能となり、入所している児童に重大な影響を与えるから、原決定は違法である。
- (2) 本件措置費請求権は民事執行法第151条所定の継続的給付に係る債権ではなく、抗告人が第三債務者である立川市に対し毎月1か月ずつを請求し、その交付決定により公法上の債権として成立するものであるから、原決定はその被差押債権の特定を欠き違法である。
- (3) 本件措置費については第三債務者である立

川市がその全額の債務負担者ではなく、そのうち80パーセント相当額は国が、10パーセント相当額は東京都が、残余の10パーセント相当額は立川市がそれぞれ債務負担者として支出するものであるのに、原決定は被差押債権として単に第三債務者である立川市が毎月下旬Xに対し交付する保育所措置費と表示するにすぎないから、原決定は違法である。

- (4) 原決定が本件措置費請求権に含まれる労働債権について国基準保母給料、市充実保母給料、調理婦給料等の帰属主体を特定して交付されるものに関し何らの限定をしていないから、原決定は違法である。

以下、以上のXの主張に対する本決定の内容をみていくことにしたい。

2 Xの主張の第1点に対し、本決定はⅡ決定要旨の1に示した理由により、Xの主張を退けた。

まず、この第1点に関し問題となるのは、保育所措置費請求権に対する差押えを禁止する法令の規定があるかどうかという点である。保育所の設置や費用負担に関して規定している児童福祉法は、その第57条の2第2項において、「この法律による支給金品は、既に支給を受けたものであるとなしにかかわらず、これを差し押えることができない。」と規定している。しかし、この規定は、児童福祉法の育成医療または育成医療に要する費用、補装具またはこれに代わる金銭給付及び療育の給付について差押えを禁止するものであり、施設等に対し措置費として支弁される費用について差押えを禁止するものでないというのが公定解釈となっている（厚生省児童家庭局編「新版児童福祉法母子及び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、昭和57年、345頁）。この児童福祉法第57条の2の規定は、育成医療が初めて同法に規定された昭和29年の改正（「児童福祉法の一部を改正する法律（昭和29年法律第26号）」）によって新たに設けられたものであり、この規定が設けられたのは「育成医療が高額にのぼるおそれがある」からであるとされている（昭和29年6月23日付厚生事務次官通知厚生省発児第90号「児童福祉法の一部を改正する法律の施行について」）。

また、この通知においても、『支給を受けた金品』とは、被措置者に対し交付された金品をさし、児童福祉施設に支払われる措置費の額は含まれない』とされている。

以上のような本規定の制定の経緯や支給金品について差押えを禁止するとの文言を勘案すると、本規定は措置費の差押えを禁止したものと解釈することはできない。また、他の社会福祉関係立法に規定されている差押禁止規定についても同様に解されている¹⁾。

次に、差押えを含む強制執行に関する手続き等を定めている民事執行法には、差押禁止規定が設けられている。例えば動産についての第131条、債権についての第152条などである。本件抗告事件の原因となった差押えは、Xが立川市に対して有する保育所措置費請求権であり、これは債権の一種と考えられる²⁾。そこで、この差押えが民事執行法第152条に規定する差押禁止債権に該当しないかが問題となる。同条は、①債務者が国及び地方公共団体以外の者から生計を維持するために支給を受ける継続的給付に係る債権、②給料、賃金、俸給、退職年金及び賞与並びにこれらの性質を有する給与に係る債権、③退職手当及びその性質を有する給与に係る債権、については原則としてその4分の3に相当する部分を差し押えてはならないことを規定している。

保育所措置費請求権は、注2)で説明したように一種の準委任契約に基づく費用及び報酬の支払いを求める権利であり、文理解釈的には上記①～③のいずれにも該当しないと考えられる。したがって、民事執行法上からもその差押えが禁止されていないと解釈される。このほかの法令においても、保育所措置費請求権を直接差押禁止する規定は見当たらない。

Xは保育所措置費請求権を差し押えられると保育所の存続は不可能となると訴えたが、本決定は「本件保育所の運営の継続が不可能となるような事情を認めるに足る資料はない。」と述べている。しかし、措置費が差し押えられれば保育所の運営が事実上困難になることは想像に難くなく、この決定はやや現実無視のきらいがないこともな

い。本件差押えの元となった債権が従業員の給料であり、この給料分は措置費の中に含まれており、その分を差し押えられても、残りで保育所を運営できると裁判所は考えたのであろうか。それとも保育所にある別途財産や寄附金などで運営できると考えたのであろうか。その理由は何も本決定には述べられていない。

もともと民事執行法に基づく強制執行の手続きは、債権者保護のためのものである。一方、民事執行法その他の法令に規定されている差押禁止の条項³⁾は、そのゆき過ぎを是正し、債務者の最低生活の維持や生業の確保等の社会政策的な考慮に基づくものとされている(三ヶ月章『民事執行法』弘文堂、昭和56年、352頁)。そうすると、社会福祉施設——特に保育所のような通所施設ではなく、養護施設や特別養護老人ホームのように入所者の生活の本拠となっている入所施設——の措置費の差押えについても、それを禁止する規定があってもおかしくない。なぜならば、これらの施設に対する措置費は入所者の最低生活の維持に欠くべからざるものだからである。したがって、措置費のうち食費等の生活費については、立法論としてはいうまでもなく、解釈論としても差押禁止財産とする余地があるのではないかと考えられる。

3 Xが主張した第2の問題は、保育所措置費請求権が継続的給付であるかどうかという点である。継続的給付というのは、給料のように毎月毎月債権が発生するものである。このような継続的給付については、毎月毎月の債権についてその都度差押えの手続きをとるのは煩瑣に耐えないので、一回の差押えでその後に発生する債権についても、差押えの元となった債権の額に達するまで、差押えの効力が及ぶものとされている(民事執行法第151条)。

債権差押命令を発した東京地方裁判所八王子支部民事第4部は、保育所措置費請求権をこの継続的給付と解し、Yに係る差押債権目録を「金1,249,921円 但し、第三債務者(立川市)が毎月下旬、債務者に対して交付する、保育所措置費(法人本部会計、施設会計)のうち、頭書金額に満つるまで」と表示した。これに対し、Xは、保

育所措置費請求権は継続的給付でなく、したがって差押えの対象は特定されていないから原決定は違法であると主張した。

これに対し、本決定はⅡ決定要旨の2に引用したように、保育所措置費請求権を継続的給付と認め、将来生じるものであっても差押えの対象となるものと判断した。保育所措置費請求権は、前述したように委託契約という一種の準委任契約に基づく報酬等の支払いを求める権利と考えられる。そしてこの委託契約は、通常は一定の期間継続する性質のものと考えられるが、措置費自体は毎月一定時期に1か月分ずつ支払われる。したがって、保育所措置費請求権は一種の継続的給付と考えられ、将来発生する請求権についても差し押えることができる解釈すべきであろう。

4 Xが主張した第3の問題は、保育所措置費のうち第三債務者である立川市が負担するのは10パーセントにすぎず、残りは国と都が負担するにもかかわらず、措置費全額について立川市を第三債務者とするのは違法であるというものである。これに対して本決定は、Ⅱ決定要旨の3に引用したように、Xに対し支払い義務を有するのは立川市だけであり、国や都はXにではなく立川市に対してのみ支払い義務を有するにすぎないから、措置費全額について立川市のみを第三債務者としても違法ではないとした。

児童福祉法第51条第1号によれば、保育所の措置費を支弁する義務は市町村にあり、国や都道府県は、同法第53条及び第55条の規定に基づき、市町村が支弁した保育所措置費のそれぞれ80パーセント及び10パーセントを負担するものにすぎないから、本決定のこの結論は妥当であるというべきである。

5 Xの主張した第4の問題点は、原決定が本件措置費請求権に含まれる労働債権について国基準保母給料、市充実保母給料、調理婦給料等の雇用主体を特定し交付されるものに関し何らの限定をしていないから違法であるというものである。これに対し本決定は、債務者及び第三債務者は特定して表示されており、また差し押えるべき債権も他の差押えの対象とされない債権と識別する

程度に具体的に記載されているから、被差押債権の特定に欠けるところはないとした。

ところで、保育所の措置費はいわゆる保育単価制度といわれるものによって支払われている（厚生省児童家庭局企画課編『児童保護措置費手帳』日本児童福祉協会、各年度版）。すなわち、保育所入所児童1人当たりの委託費の月額である保育単価に、各月初日の入所児童数を乗じたものを、市町村が毎月保育所に支払っている。

そしてこの保育単価は、保育所の所在する地域、定員、児童の年齢等に応じて全国的に統一的な基準が国によって定められている。この保育単価には、保育材料費や給食費等の生活費及び保母等の人件費が対象経費として含まれている。しかし、保育所に支弁される措置費は、保母の人件費としていくらか、生活費としていくらかというように支払われるわけではなく、上記のようにして計算された措置費全額が毎月の委託費として保育所に一括して支払われる。したがって、Xが主張するように措置費の内訳を特定して被差押債権とするまでもなく、措置費全額を被差押債権としても債権を特定したものと考えられ、本決定の結論は正しいというべきであろう。

(注)

- 1) 例えば、身体障害者福祉法第45条の差押禁止規定に関する松本征二『身体障害者福祉法の解説と運用』中央法規出版、昭和29年、236頁を参照。
- 2) 市町村長は保育に欠ける児童を保育所に入所させて保育しなければならない（児童福祉法第24条）が、私立の保育所に入所させる場合は、私立の保育所と市町村長との間の委託契約に基づいて保育が行われる。すなわち、私立保育所側は入所児に一定の保育サービスを提供する義務を市町村に対して負い、その対価として一定額の措置費の支払いを市町村から受けるという、双務有償契約が成立していると考えられる。この委託契約は、「法律行為ニ非サル事務ノ委託」であるので、民法第656条に規定する準委任の一種と考えられる。私立保育所は、その委託事務費及び報酬としての措置費を市町村長に対して請求することができ、この措置費請求権は市町村との契約に基づく一種の債権である。
- 3) 民事執行法第131条は、一定の動産の差押えを禁止している。すなわち、①債務者等の生活に欠くことができない衣服、寝具、家具、台所用具、畳及び建具、②債務者等の生活に必要な2か月間の食料及び燃料、③標準的な世帯の1か月間の必要生計費を

勘案して政令で定める額の金銭（民事執行法施行令第1条で21万円とされている。）等14項目にわたって差押禁止物が列挙されている。

また、破産法第6条は差し押えることができない財産は原則として破産財団に属さないことを規定している。

国税徴収法第75条第1項は、①滞納者及びその者と生計を一にする親族の生活に欠くことができない衣服、寝具、家具、台所用具、畳及び建具、②滞納

者及びその者と生計を一にする親族の生活に必要な3か月間の食料及び燃料等13項目にわたって差押禁止財産を列挙している。

このほか、社会保障関係法令に基づく支給金品について差押えを禁止する規定が設けられている。例えば、恩給法第11条第3項、健康保険法第68条、厚生年金保険法第41条第1項、生活保護法第58条等である。

（ほり・かつひろ 社会保障研究所調査部長）

社会保障研究所刊行図書案内

海外社会保障情報 (No. 72) 目 次

論 文

- スウェーデンの新しい社会サービス法……………小野寺 百合子
イギリスの退職年金：現況と問題点……………坂 本 純 一
イギリスのグリーンペーパーについて……………稲 垣 誠 一

海外の動き

- OECDにおける最近の医療支出抑制策について……………香 取 照 幸
イギリスの社会保障制度改革提案に対するアトキンソンの論評……………都 村 敦 子

海外文献紹介

- 健康の経済学（6）……………ヘルス・エコノミックス研究会

書 評

- 福島勝彦著『イギリスの社会保障政策＜戦後の展開＞』……………深 沢 和 子

- 社会保障カレント・トピックス(17)……………厚生省大臣官房国際課

- 海外社会保障関係文献目録……………社会保障研究所

昭和58年度 社会保障給付費

社会保障給付費は、ILO の基準に従い、国内の社会保障各制度の給付費について、毎年度の決算をもとに推計したものである。この推計は厚生省の委託を受けて本研究所が実施した。

結果の要約

1. 昭和58年度の社会保障給付費は総額31兆9,016億円であり、対国民所得比は、昨年度に比べ0.3ポイント増加し、14.5%となった。
2. 社会保障給付費を部門別構成比で見ると、昭和58年度には「年金」45.4%、「医療」40.7%、「その他」13.8%である。昭和56年度には「年金」が「医療」をはじめて上回ったが、昭和58年度も前年度に引き続き「年金」の割合が増えてきている。

1. 昭和58年度の社会保障給付費は総額31兆9,016億円で、昭和57年度に比べて6.5%増加している（表1、2参照）。国民1人当たり社会保障給付費は26万7,000円である。社会保障給付費を「医療」、「年金」、「その他」に大別すると、「医療」が12兆9,931億円（構成比40.7%）、「年金」が14兆4,966億円（同45.4%）、「その他」が4兆4,120億円（同13.8%）であり、「年金」の占める比重は前年度に比べさらに増大した（図1、表1参照）。なお、「その他」の内訳は社会福祉1.4兆円、雇用保険1.3兆円、生活保護（医療扶助は除く）0.6兆円などである。

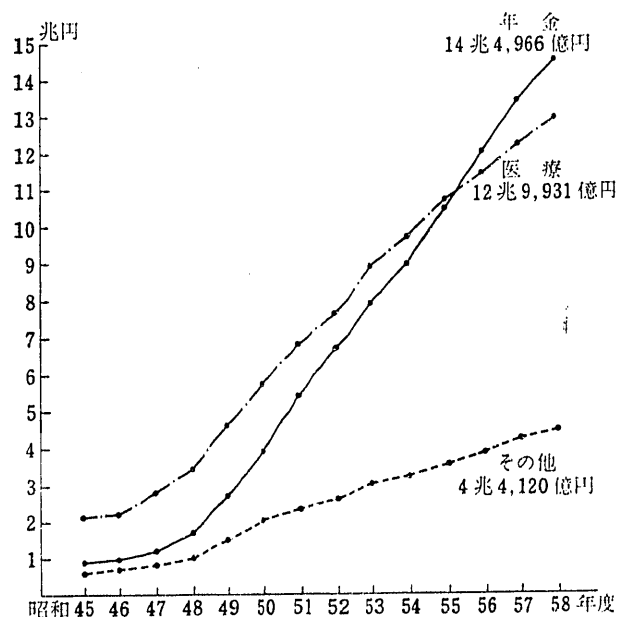


図1 社会保障給付費の部門別推移

注(=参考) 社会保障給付費の「医療」、「年金」、「その他」別分類は次のとおりである。

「医療」には、医療保険、老人保健の医療給付、生活保護の医療扶助、労災保険の医療給付、結核、精神その他の公費負担医療、保健所等が行う公衆衛生サービスに係る費用等が含まれる。

「年金」には、厚生年金、国民年金等の公的年金、恩給及び労災保険の年金給付等が含まれる。

「その他」には、生活保護の医療扶助以外の各種扶助、児童手当等の各種の手当、施設措置費等社会福祉サービスに係る費用、医療保険の傷病手当金、労災保険の休業補償給付、雇用保険の失業給付等が含まれる。

表 1 社会保障給付費の推移

区 分 年 度	社 会 保 障 給 付 費							国 民 所 得
	医 療	構 成 比	年 金	構 成 比	そ の 他	構 成 比	計	
	兆 億円	%	兆 億円	%	兆 億円	%	兆 億円	兆 億円
昭和45 (1970)	2 0,758	58.9	8,562	24.3	5,920	16.8	35,239	60 8,754
46 (1971)	2 2,498	56.7	1 0,152	25.6	7,020	17.7	39,670	65 8,456
47 (1972)	2 7,938	57.1	1 2,323	25.2	8,676	17.7	48,937	77 6,021
48 (1973)	3 3,726	55.2	1 6,956	27.7	1 0,470	17.1	61,152	95 5,260
49 (1974)	4 6,918	52.8	2 6,708	30.0	1 5,267	17.2	88,894	112 0,816
50 (1975)	5 6,881	48.7	3 9,316	33.7	2 0,529	17.6	116,726	123 1,843
51 (1976)	6 7,862	46.9	5 3,859	37.2	2 3,106	16.0	144,828	138 4,468
52 (1977)	7 5,755	45.0	6 6,614	39.5	2 6,093	15.5	168,462	152 6,902
53 (1978)	8 8,661	45.0	7 8,538	39.8	3 0,014	15.2	197,213	166 8,549
54 (1979)	9 7,115	44.3	8 9,987	41.1	3 1,964	14.6	219,066	178 7,125
55 (1980)	1 06,582	43.3	10 4,709	42.6	3 4,753	14.1	246,044	194 0,362
56 (1981)	11 4,424	41.8	12 0,616	44.1	3 8,539	14.1	273,578	203 1,780
57 (1982)	12 2,982	41.1	13 4,115	44.8	4 2,391	14.2	299,489	211 5,504
58 (1983)	12 9,931	40.7	14 4,966	45.4	4 4,120	13.8	319,016	220 6,678

注 1) 国民所得は、経済企画庁「昭和60年版国民経済計算年報」による。

2) 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。

2. 社会保障給付費の伸び率は6.5%であり、近年伸び率は鈍ってきているが、引き続き国民所得の伸び率を上回っている（表2参照）。

ここ10年における1人当たり社会保障給付費は約4.8倍伸びているのに対し、1人当たり国民所得の伸びは約2.1倍となっている（表3参照）。

表 2 社会保障給付費と国民所得の対前年度伸び率

区 分 年 度	社 会 保 障 給 付 費				国 民 所 得
	医 療	年 金	そ の 他	計	
昭和45(1970)	22.3%	23.8%	22.3%	22.6%	19.7%
46(1971)	8.4	18.6	18.6	12.6	8.2
47(1972)	24.2	21.4	23.6	23.4	17.9
48(1973)	20.7	37.6	20.7	25.0	23.1
49(1974)	39.1	57.5	45.8	45.4	17.3
50(1975)	21.2	47.2	34.5	31.3	9.9
51(1976)	19.3	37.0	12.6	24.1	12.4
52(1977)	11.6	23.7	12.9	16.3	10.3
53(1978)	17.0	17.9	15.0	17.1	9.3
54(1979)	9.5	14.6	6.5	11.1	7.1
55(1980)	9.7	16.4	8.7	12.3	8.6
56(1981)	7.4	15.2	10.9	11.2	4.7
57(1982)	7.5	11.2	10.0	9.5	4.1
58(1983)	5.6	8.1	4.1	6.5	4.3

表 3 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得

年 度	1人当たり社会保 障給付費		1人当たり国民所得	
	実額 千円	指数 (48年=100)	実額 千円	指数 (48年=100)
昭和45(1970)	33.7	60.2	587.2	67.0
46(1971)	37.4	66.8	626.7	71.5
47(1972)	45.5	81.3	722.9	82.5
48(1973)	56.0	100.0	876.2	100.0
49(1974)	80.4	143.6	1,014.5	115.8
50(1975)	104.3	186.3	1,101.5	125.7
51(1976)	128.1	228.8	1,225.2	139.8
52(1977)	147.6	263.6	1,338.5	152.8
53(1978)	171.2	305.7	1,449.6	165.4
54(1979)	188.6	336.8	1,559.8	178.0
55(1980)	210.2	375.4	1,658.8	189.3
56(1981)	232.1	414.5	1,724.6	196.8
57(1982)	252.3	450.5	1,783.4	203.5
58(1983)	267.0	476.8	1,847.9	210.9

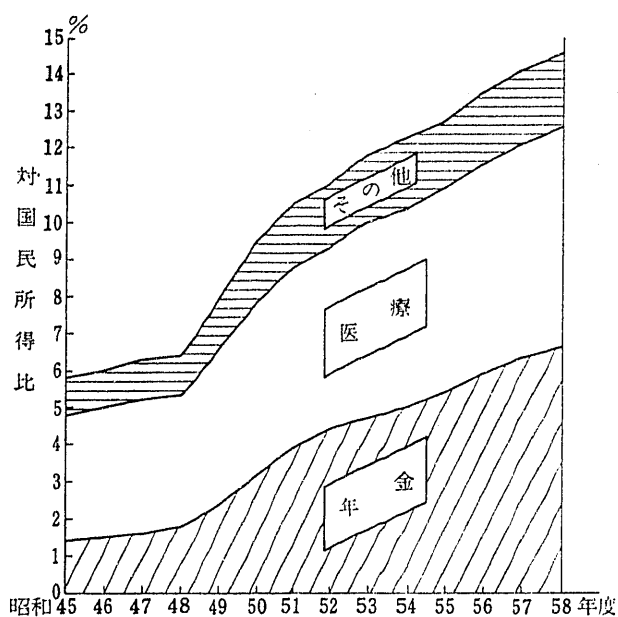


図2 社会保障給付費（対国民所得比）の推移

3. 昭和58年度における社会保障給付費の対国民所得比は14.5%で、前年度の14.2%に比べ、0.3ポイント増加している（表4参照）。

対国民所得比は、昭和51年度にはじめて10%を超えたが、その後も人口の高齢化、年金制度の成熟化などにより上昇している（図2, 3, 表4参照）。

表4 社会保障給付費（対国民所得比）の推移

年 度	対 国 民 所 得 比			
	医 療	年 金	その他	計
昭和45(1970)	3.41%	1.41%	0.97%	5.79%
46(1971)	3.42	1.54	1.07	6.02
47(1972)	3.60	1.59	1.12	6.31
48(1973)	3.53	1.78	1.10	6.40
49(1974)	4.19	2.38	1.36	7.93
50(1975)	4.62	3.19	1.67	9.48
51(1976)	4.90	3.89	1.67	10.46
52(1977)	4.96	4.36	1.71	11.03
53(1978)	5.31	4.71	1.80	11.82
54(1979)	5.43	5.04	1.79	12.26
55(1980)	5.49	5.40	1.79	12.68
56(1981)	5.63	5.94	1.90	13.46
57(1982)	5.81	6.34	2.00	14.16
58(1983)	5.89	6.57	2.00	14.46

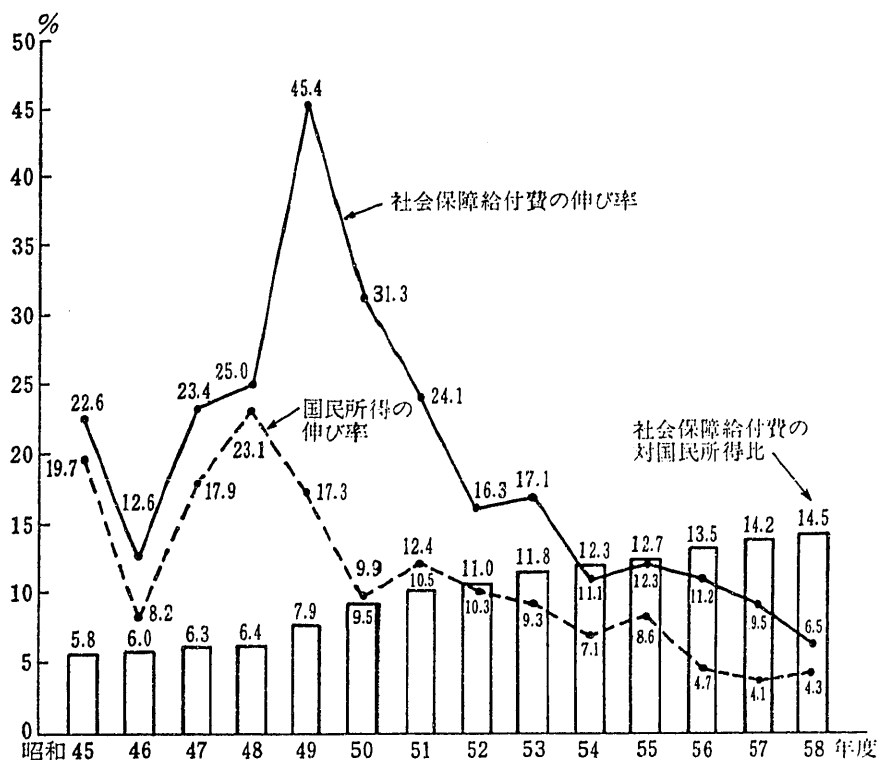


図3 社会保障給付費の推移

参考 1 ILO による社会保障の基準

ILO では国際比較上、社会保障の基準を次のように定めている。

社会保障の範囲 次の3基準を満たす全ての制度

- ① 制度の目的が、治療的または予防的医療を提供するもの、所得保障を行うもの、あるいは扶養家族に対して補足的給付を提供するものであること。
- ② 制度が法律によって定められ、それによって特定の個人に権利が付与され、あるいは公的、準公的、もしくは独立の機関に特定の責任が課されるものであること。
- ③ 制度が公的、準公的、もしくは独立の機関に

よって管理されていること。

ただし、業務災害補償は、その責任が直接事業主に課せられているので、上記③を満たさないが社会保障に含める。

上記の基準に従えば社会保障制度として、社会保険制度（雇用保険や労働者災害補償保険を含む）、家族手当制度、公務員に対する特別制度、公衆衛生サービス、公的扶助、社会福祉制度、戦争犠牲者に対する給付などが含まれる。

注) ILO に対する報告は3年毎に行っている。

前回は昭和57年11月に昭和53～55年度分を報告した。

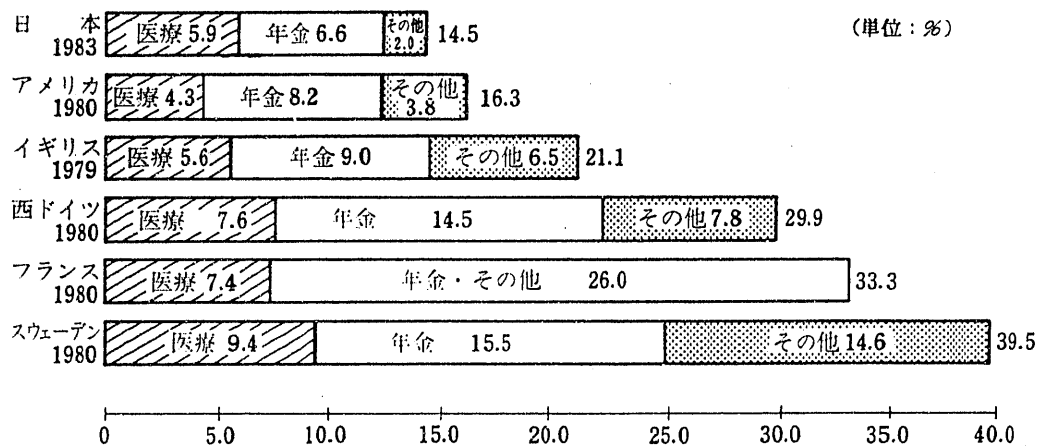
参考 2 社会保障給付費の国際比較

社会保障給付費、租税・社会保障負担率等の国際比較

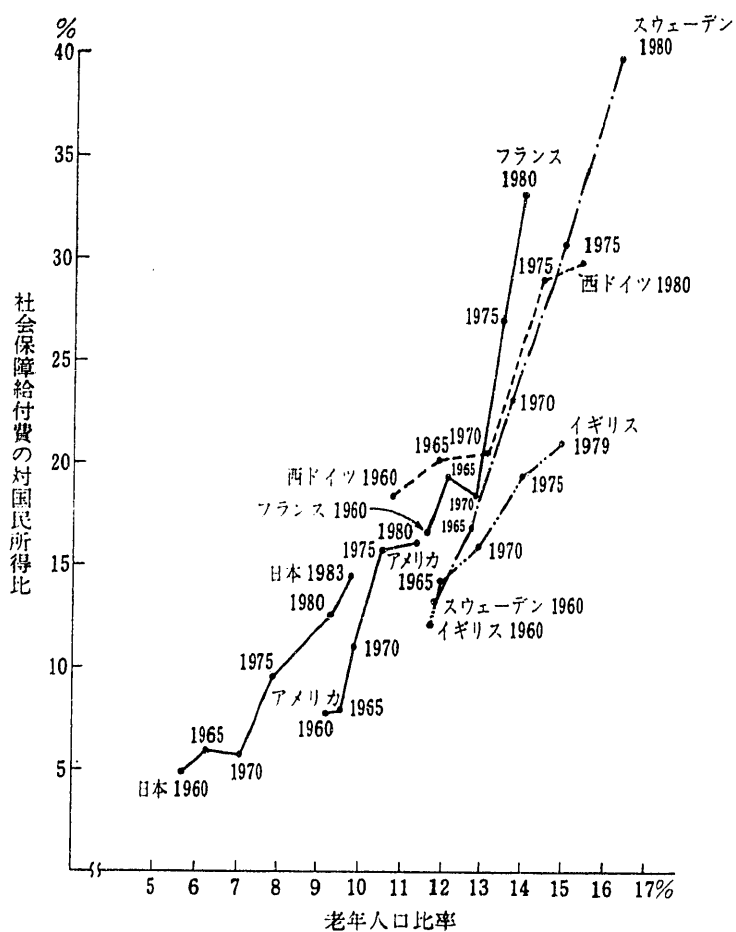
(単位: %)

国名	社会保障給付費の国民所得比 対国民所得比	老年人口比率 (65歳以上人口比率)	年金成熟度 (老齢年金受給者の加入者に対する割合) 1982年	租税・社会保障負担の 対国民所得比 1982年		
				租税負担	社会保障負担	計
日本	12.7	9.6	16.9	23.9	10.4	34.3
1983年	14.5	9.8	18.2	24.5	10.5	35.0
アメリカ	16.3	11.6	18.0	27.3	10.0	37.3
イギリス	21.1 (1979)	15.3 (1981)	19.4 (1980)	43.5	10.9	54.4
西ドイツ	29.9	15.3 (1981)	28.0	30.9	23.2	54.1
フランス	33.3	13.5	38.7 (1981)	33.6	27.5	61.1
スウェーデン	39.5	16.6	31.9 (1981)	48.1	20.2	68.3

社会保障給付費（対国民所得比）の部門別構成の国際比較



老年人口比率（65歳以上人口比率）と 社会保障給付費（対国民所得比）の国際比較



参考 3 ILO 基準による昭和58年度社会保障費用

(単位: 百万円)

	収				入				
	拠 出		社会保 障特別 税	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							
社 会 保 険									
1. 健 康 保 険									
(a) 政府管掌健康保険	1,493,236	1,493,236	—	593,305	—	—	—	556,070	4,135,847
(b) 組合管掌健康保険	1,183,969	1,581,466	—	5,311	—	116,130	—	182,686	3,069,562
2. 国 民 健 康 保 険	1,674,327	—	—	2,411,337	158,319	—	—	199,165	4,443,149
3. 老 人 保 健	—	—	—	660,215	329,088	—	2,242,482	52,041	3,283,826
4. 厚 生 年 金 保 険	3,145,294	3,145,294	—	619,857	—	2,692,425	—	13,602	9,616,473
5. 厚 生 年 金 基 金 等	277,671	727,040	—	10,025	—	673,627	—	0	1,688,363
6. 国 民 年 金	1,460,372	—	—	1,545,857	—	192,625	—	151,267	3,350,120
7. 農 業 者 年 金 基 金	63,802	—	—	75,351	—	38,293	—	—	177,446
8. 船 員 保 険	67,448	117,696	—	41,028	—	28,164	—	2,384	256,720
9. 日 雇 労 働 者 健 康 保 険	11,434	11,442	—	33,665	—	—	—	735,682	792,222
10. 農林漁業団体職員共済組合	60,105	60,105	—	17,863	—	66,367	—	2,372	206,812
11. 私立学校教職員共済組合	79,484	79,484	—	6,174	5,633	54,036	0	186	224,995
12. 雇 用 保 険	466,369	763,827	—	340,725	—	48,450	—	46,092	1,665,462
13. 労 働 者 災 害 補 償 保 険	—	935,922	—	2,280	—	—	—	33,785	971,987
家 族 手 当									
14. 児 童 手 当	—	77,665	—	64,042	30,823	—	—	11,230	183,760
公 務 員									
15. 国 家 公 務 員 共 済 組 合	280,451	609,979	—	47,206	—	242,695	—	800	1,181,131
16. 地 方 公 務 員 等 共 済 組 合	804,042	1,713,948	—	—	142,986	679,320	19	111,912	3,452,229
17. 公 共 企 業 体 職 員 等 共 済 組 合	206,708	761,278	—	—	243	132,435	—	151	1,100,815
18. 旧 令 共 済 組 合 等	—	3,931	—	21,557	—	161	—	0	25,649
19. 国 家 公 務 員 災 害 補 償	—	8,628	—	—	—	—	—	—	8,628
20. 地 方 公 務 員 等 災 害 補 償	0	17,110	—	—	—	2,556	—	1,447	21,112
21. 公 共 企 業 体 職 員 業 務 災 害	—	7,302	—	—	—	—	—	—	7,302
22. 国 家 公 務 員 恩 給	742	130,821	—	1,316	—	—	—	—	132,879
23. 地 方 公 務 員 恩 給	—	203,197	—	—	—	—	—	—	203,197
公衆保健サービス									
24. 公 衆 衛 生	—	—	—	435,931	185,349	—	—	—	621,281
公的扶助及び社会福祉									
25. 生 活 保 護	—	—	—	1,136,107	290,207	—	—	—	1,426,314
26. 社 会 福 祉	—	—	—	1,271,970	327,258	—	—	—	1,599,228
戦 争 犠 牲 者									
27. 戦 争 犠 牲 者	—	—	—	1,766,394	—	—	—	—	1,766,394
総 計	11,275,455	12,449,370	—	11,107,515	1,469,906	4,967,283	2,242,502	2,100,871	45,612,901

		支							
		給							
		疾 病 ・ 出 産		業 務 災 害			年 金	失 業	
		医 療	現 金	医 療	現 金				
年 金	年金以外 の 現 金								
社 会 保 険									
1. 健 康 保 険									
(a) 政府管掌健康保険		2,621,511	242,936	—	—	—	—	—	—
(b) 組合管掌健康保険		1,832,945	162,386	—	—	—	—	—	—
2. 国 民 健 康 保 険		2,777,811	48,962	—	—	—	—	—	—
3. 老 人 保 健		3,265,956	—	—	—	—	—	—	—
4. 厚 生 年 金 保 険		—	—	—	—	—	5,010,347	—	—
5. 厚生年金基金等		—	—	—	—	—	214,912	—	—
6. 国 民 年 金		—	—	—	—	—	3,268,324	—	—
7. 農 業 者 年 金 基 金		—	—	—	—	—	137,031	—	—
8. 船 員 保 険		33,561	10,341	18,167	22,406	5,934	129,833	14,490	—
9. 日雇労働者健康保険		61,556	8,184	—	—	—	—	—	—
10. 農林漁業団体職員共済組合		—	—	—	—	—	115,224	—	—
11. 私立学校教職員共済組合		52,429	4,636	—	—	—	38,510	—	—
12. 雇 用 保 険		—	—	—	—	—	—	1,297,968	—
13. 労働者災害補償保険		—	—	218,341	340,895	219,111	—	—	—
家 族 手 当									
14. 児 童 手 当		—	—	—	—	—	—	—	—
公 務 員									
15. 国家公務員共済組合		184,387	9,731	—	185	—	684,604	—	—
16. 地方公務員等共済組合		509,436	30,009	—	4,200	—	1,631,625	—	—
17. 公共企業体職員等共済組合		128,512	5,343	—	8,892	—	804,434	—	—
18. 旧 令 共 済 組 合 等		175	1,216	—	—	—	20,000	—	—
19. 国家公務員災害補償		—	—	4,154	3,416	969	—	—	—
20. 地方公務員等災害補償		—	—	6,632	8,270	3,040	—	—	—
21. 公共企業体職員業務災害		—	—	1,092	6,105	104	—	—	—
22. 国 家 公 務 員 恩 給		—	—	—	—	—	131,563	—	—
23. 地 方 公 務 員 恩 給		—	—	—	—	—	203,197	—	—
公衆保健サービス									
24. 公 衆 衛 生		461,532	73,702	—	—	—	—	—	—
公的扶助及び社会福祉									
25. 生 活 保 護		786,480	324	—	—	—	—	—	—
26. 社 会 福 祉		24,337	—	—	—	—	—	—	—
戦 争 犠 牲 者									
27. 戦 争 犠 牲 者		4,047	—	—	—	—	1,712,638	—	—
総 計		12,744,673	597,771	248,387	394,369	229,158	14,102,242	1,312,458	

- 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) 「老人保健」は医療事業に関するもののみに計上されており、医療を除く保健事業に関するものは「公衆衛生」に計上されている。
- 3) 国民年金には福祉年金を含む。
- 4) 公衆衛生には結核医療等の公費負担を含む。
- 5) 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。
- 6) 0 は百万円単位に四捨五入するとゼロであることを示す。

備考 社会保障費用の項目説明

1. 収入項目

- (1) 資産収入——利子収入、預託利子収入、施設利用料収入、運用収入、貸付金利息受入、利息及び配当金、財産処分益、償還差益、賃貸料、受取利息
- (2) 他制度からの移転——老人保健拠出金、私学共済の厚生年金保険からの移換金、地方公務員共済組合の船員保険からの移換金
- (3) その他の収入——借入金、雑収入、繰越金、繰入金、組合債、寄付金、受取延滞金、損害賠償金、補助金、繰越差益

(単位: 百万円)

出							収 支 差
付		計	管 理 費	他制度への移転	そ の 他	支 出 合 計	
そ の 他							
医療以外の現物	現 金						
—	12,959	2,877,406	39,683	540,015	664,956	4,122,059	13,788
—	11,613	2,006,944	74,850	363,801	305,146	2,750,741	318,821
—	11,400	2,838,173	146,717	1,120,712	112,520	4,218,122	225,026
—	—	3,265,956	3,000	—	7,923	3,276,878	6,948
—	—	5,010,347	27,408	0	198,781	5,236,537	4,379,936
—	—	214,912	28,597	—	122	243,632	1,444,731
—	—	3,268,324	91,248	—	36,214	3,395,786	△45,665
—	—	137,031	3,486	—	1,646	142,163	35,283
—	1,295	236,028	2,493	12,132	6,221	256,874	△ 154
—	133	69,872	2,029	15,855	704,057	791,813	409
—	—	115,224	2,130	—	287	117,642	89,170
—	1,158	96,733	2,417	9,962	384	109,497	115,498
—	—	1,297,968	54,752	—	234,842	1,587,562	77,900
—	—	778,347	28,063	—	93,936	900,345	71,642
—	164,974	164,974	4,393	—	10,919	180,287	3,473
—	3,506	882,412	1,885	46,944	380	931,621	249,509
—	10,414	2,185,684	14,675	101,735	30,052	2,332,146	1,120,083
—	2,035	949,216	301	—	33,115	982,632	118,183
—	—	21,391	205	—	3,935	25,532	118
—	—	8,539	—	—	88	8,628	—
—	—	17,941	1,122	—	184	19,247	1,865
—	—	7,302	—	—	—	7,302	—
—	—	131,563	1,316	—	—	132,879	—
—	—	203,197	—	—	—	203,197	—
971	—	536,205	185	—	84,891	621,281	—
—	614,087	1,400,891	24,440	—	983	1,426,314	—
1,077,039	322,087	1,423,463	16,884	—	158,881	1,599,228	—
1,623	37,276	1,755,584	10,791	—	19	1,766,394	—
1,079,633	1,192,937	31,901,628	583,072	2,211,156	2,690,482	37,386,337	8,226,564

2. 支出項目

- (1) 管 理 費——業務取扱費, 事務所費, 組合会費, 基金運営費, 業務委託費
- (2) 他制度への移転——医療保険各制度から老人保健への拠出金, 厚生年金保険から私学共済への移換金, 船員保険から地方公務員共済組合への移換金
- (3) その他の支出——借入金償還金, 諸支出金, 保健施設費, 福祉施設費 (労災保険の特別支給金を除く), 施設整備費, 支払基金事務費, 一部負担返還金, 組合債費, 當繰費, 手数料, 支払利息, 出資金, 保険料還付金, 負担金, 財産処分損, 償還差額等

参考 4 制度別社会保障給付費の推移

年 度		昭和45 (1970)	50 (1975)	55 (1980)	56 (1981)	57 (1982)	58 (1983)
区 分							
給 付 費 (百万円)	総 額	3,523,909	11,672,622	24,604,398	27,357,797	29,948,896	31,901,628
	医 療 保 険	1,781,047	4,923,840	9,360,150	10,128,027	10,695,960	8,803,289
	老 人 保 健	—	—	—	—	226,647	3,297,053
	年 金 保 険	476,638	2,904,886	8,377,727	9,802,428	11,020,149	12,091,918
	雇用保険及び業務災害補償保険	289,919	1,015,305	1,558,152	1,750,581	2,035,508	2,124,587
	児 童 手 当	—	144,435	177,765	164,078	165,965	164,974
	生 活 保 護	274,293	676,414	1,155,310	1,236,304	1,336,779	1,400,891
	社 会 福 祉	133,356	762,758	1,599,936	1,745,798	1,852,981	1,423,463
	公 衆 衛 生	180,210	323,962	484,048	496,630	506,367	505,108
	恩 給	319,993	811,080	1,700,853	1,834,593	1,909,317	1,905,024
構 成 比 (%)	戦 争 犠 牲 者 援 護	68,452	109,943	190,457	199,358	199,227	185,320
	総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医 療 保 険	50.5	42.2	38.0	37.0	35.7	27.6
	老 人 保 健	—	—	—	—	0.8	10.3
	年 金 保 険	13.5	24.9	34.0	35.8	36.8	37.9
	雇用保険及び業務災害補償保険	8.2	8.7	6.3	6.4	6.8	6.7
	児 童 手 当	—	1.2	0.7	0.6	0.6	0.5
	生 活 保 護	7.8	5.8	4.7	4.5	4.5	4.4
	社 会 福 祉	3.8	6.5	6.5	6.4	6.2	4.5
	公 衆 衛 生	5.1	2.8	2.0	1.8	1.7	1.6
	恩 給	9.1	7.0	6.9	6.7	6.4	6.0
	戦 争 犠 牲 者 援 護	1.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6

注) 老人保健には医療を含む保健事業すべてが計上されている。

社会保障研究所研究叢書の刊行予定

昭和60年度～64年度の研究課題「21世紀の社会保障に関する研究」昭和60年度研究成果が、研究叢書 No. 17『社会保障研究の課題』として昭和60年度末に刊行を予定いたしております。

社会保障研究所

編集後記

わが国の社会保障制度、とくに社会保険の領域では最近あいついで大幅な改正がおこなわれました。第21巻2号では、そのような改正のうち医療、年金、雇用保険をとりあげ、今回改正の内容、評価さらに今後の問題点について論じていただきました。なお、年金改正については、次号でも、公的年金のスライドのあり方を中心にとりあげる予定です。

福祉サービスの領域でも、多くの改革論議がおこなわれています。本号では西ドイツの老人介護政策の背景について、古瀬氏に解説していただきました。わが国の福祉サービスのあり方を考える際、貴重な手掛かりをあたえられるとおもわれます。姉妹誌『海外社会保障情報』ともどもご参照ください。

70年代の後半以降、わが国をふくめ欧米先進産業諸国の社会保障制度は厳しい試練をうけています。それとともにソーシャル・ポリシーをめぐる既存のパラダイムも慎重に再検討されるようになりました。80年代の折り返し点にたつたいま、このようなテーマも順次とりあげていきたいとおもいます。

21世紀の先進諸国はまさに高齢者社会。アメリカの社会学者である P. ソローキン、そして D. リースマンは文化や社会のパターン、さらにひとびとの性格の変容を産業化や人口曲線とともに説明しました。高齢者社会のインパクトは、なにも経済的側面のみにあらわれるわけではありません。さて、21世紀社会は高齢社会をどのように受容するでしょうか。

次号では「女性と社会保障」を特集とし、社会保障のさまざまな側面について、女性研究者が寄稿されることになっています。ご期待ください。 (栃本)

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)

編集幹事 曾 原 利 満 (社会保障研究所主任研究員)

栃本一三郎 (社会保障研究所研究員)

都 村 敦 子 (社会保障研究所研究部長)

保 坂 哲 哉 (金沢大学教授)

堀 勝 洋 (社会保障研究所調査部長)

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)

三上芙美子 (社会保障研究所研究員)

(五十音順)

季刊

社会保障研究 Vol. 21, No. 2, Autumn 1985

(通巻 89 号)

昭和 60 年 9 月 25 日 発 行

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂 2 丁目 19 番 8 号

赤坂 2 丁目 アネックスビル内

電話 (589) 1 3 8 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