

季刊

社会保障研究

62.11.11

Vol. 23

Autumn 1987

No. 2

研究の窓

雇用のミスマッチを解消するには? 佐 野 陽 子 144

第21回社会保障研究所シンポジウム

テ ー マ 「転換期の社会保障」 146

レポート：社会福祉権の再構成と福祉立法の見直し 河 野 正 輝 147

レポート：健康問題の変化と保健医療システム 園 田 恭 一 153

レポート：福祉国家の再検討 飯 田 経 夫 163

コメント 星 野 信 也 167

コメント 西 三 郎 170

コメント 宮 澤 健 一 172

討 論 (司会) 小 山 路 男 175

昭和61年度 プロジェクト報告

研究課題Ⅳ「社会保障と住宅政策との関連に関する理論的・実証的研究」

住宅政策と福祉——社会保障との関係を中心に—— 丸 尾 直 美 185

住宅基準の国際比較 早 川 和 男 196

在宅福祉と住宅保障 田 端 光 美 203

アメリカの老人住宅政策 袖 井 孝 子 211

公衆衛生と住宅 西 三 郎 220

書 評

中川 清 著「日本の都市下層」

社会福祉調査会編「戦前日本社会事業調査資料集成」 永 岡 正 己 227

資 料

スウェーデンの社会福祉制度Ⅱ 城 戸 喜 子 233

——児童福祉と老人福祉の財政を中心に——

動 向

社会保障法判例 堀 勝 洋 255

昭和60年度 社会保障給付費 社会保障研究所 261

社会保障研究所

研究の窓

雇用のミスマッチを解消するには？

佐野陽子

失業率が高まってきたのに、求人は増えて求人倍率は高まっているという。これは、労働市場でよく起こることだが、求人と求職がすれ違う、つまり、需要と供給がマッチしないのである。具体的に言うと、重厚長大産業の工場労働者が失業するのは主として地方であり、サービス経済化で旺盛な求人が起こるのは、大都市圏である。

このようなミスマッチの原因は、1つにはこれまでの技能が活かされず、人手不足の職種はコンピューターや営業など、どちらかという工場で叩き上げたブルーカラー労働者が不得手な分野が多い。また1つには、人材募集にどうしても年齢制限がかかり、やる気のある中高年者でも就業機会が狭められることが多い。

しかし、もっと大ききろう要因は、子供の教育や住宅だと言われる。例えば、地方の高校から東京の都立高校へ編入しようとしても簡単にいかない。また、地方からの転入学者には、目に見えない心理的障壁も大きい。

さらに住宅問題は、首都圏などでは従来から住んでいる者にとってもお手上げの状態である。そこへ、地方から家族と共に移住するとなれば、相当の覚悟で生活水準を落とさなければならない。

実際、地方で持家に住む中高年者は、住環境を始め、生活はある程度豊かで安定しているものである。ウサギ小屋というのは大都市の勤労者の話であって、地方ではそれなりの暮らしができるのである。

そこできわめて単純に考えると、これまでは工場が生産の場であったのが、これからは大都市のオフィスが生産の場になる。ということは、勤労者が都市に集中するのである。このような都会で、快適な生活を営むことは物理的に不可能と言わざるを得ない。

するとこれからの生活の場は、どうすればよいか。これは、地方に頼らざるを得ない。「生産は都市で、生活は地方で」という分担関係になるだろう。地方の活性化は、消費に結びついた形で華やかに再開されるだろう。

このような状況の下で、大都市は、子供を含む家族が住むところではなくなる

だろう。働く者は、地方から通わなくてはならない。しかし、いくらリニアモーターカーができて、通勤地獄無しで運び切れるものではない。

すると、日々の通勤は都市にあるワンルームマンションのような所からで、週末に地方の本宅に帰るという、単身赴任型となるだろう。このときは、週休2日ないし3日制くらい実現していなければならない。

このような単身赴任型は、日本の場合、「出稼ぎ型労働」として古くから定着しているものである。これからは、日本ばかりでなく、海外でもある程度取り入れざるを得ないだろう。その意味では、日本の方が先んじているとも言える。

そこで障害となるのは、「家族は一緒にいるべきだ」という固定観念である。今日の家族のあり方は、これまでより個別的であり、家族のキズナもゆるくなっている。しかし、単身赴任も、欧米ではすぐに離婚につながるが、日本では驚くほどうまくおさまっている。

いま、家族が一緒に住んでいても、個別の行動はきわめて多い。夫婦と子供が揃って夕食をとる家庭はどれほどあることだろう。自由度の多い家族ほど、適応力に富む。日本的経営の特徴が、「柔軟な組織」と言われるが、実は、家庭にも当てはまるのではないか。

このように考えると、雇用のミスマッチを改善するのに、家族ごと大都市へ移動して就職するのは、もともと難しい相談だということがわかる。中高年者であれば、家族はそのまま地方に残り、働く者だけが単身赴任する方が合理的である。

もちろん、最善策は、移住せずに新しい就業先があれば良いのだが、次善の策としては、単身移動を勧めることである。そのために、単身赴任用の快適な住居を、仕事場の近くに大量に供給する必要があるだろう。公共的な場所に、超高層の共同住宅を建てるのもその一策である。そしてそれは、安かろう遠かろうではなくて、高かろう近かろうの原則で運営することが望まれる。

(さの・ようこ 慶応義塾大学教授)

テーマ 「転換期の社会保障」

レポート：社会福祉権の再構成と福祉立法の見直し

.....(岡山大学教授) 河 野 正 輝

レポート：健康問題の変化と保健医療システム

.....(東京大学教授) 園 田 恭 一

レポート：福祉国家の再検討.....(名古屋大学教授) 飯 田 経 夫

コメント：.....(東京都立大学教授) 星 野 信 也

コメント：.....(東京都立大学教授) 西 三 郎

コメント：.....(一橋大学教授) 宮 澤 健 一

討 論：(司会).....(社会保障研究所長) 小 山 路 男

あいさつ

社会保障研究所長 小 山 路 男

第21回社会保障研究所シンポジウムを実施するに当たり、ご参集いただきまして、ありがとうございました。

今回のテーマは「転換期の社会保障」ということでございます。財政的な理由、高齢化の進行、その他いろいろな観点から、日本の社会保障はい

まや、大きな曲がり角にあると、この2、3年いわれています。今回はこの問題について、お三人の方から、すなわち河野先生は法律、園田先生は社会医学といった観点、それから飯田先生は経済学的な観点というようなことで、それぞれの立場からご報告をいただき、それぞれにコメントを付けて、討論を深めたいということをしてと思います。

どうぞよろしく、最後までご参加下さいますよう、お願いいたします。

とりあえずごあいさつ申し上げます。ありがとうございました。

.....

【レポート】

社会福祉権の再構成と福祉立法の見直し

岡山大学教授 河野正輝

岡山大学の河野です。私に与えられたテーマは、「転換期の社会保障」のうち、社会福祉の分野について検討せよということですが、私は社会保障法を勉強していますので、法学の側から問題を考えてみたい。

法学の側からといっても、争点は多岐に分かれていて、公私の役割分担から、国と地方の責任分担、措置制度の見直し、費用負担の在り方等々にまで及ぶわけだが、きょうは社会福祉における要援護者の権利という論点に限定して、報告をしたい。

はじめに、法における要援護者像と社会福祉権の構成について私の問題意識みたいなものを簡単に話させていただいて、本論に入っていきたい。

社会福祉の権利と法理の前提には、法における要援護者像がある。どういう要援護者像がとらえられているか、あるいは要援護者が法上どのように位置づけられているかということが前提にあると思うが、その前提はしだいに変わっていかざるを得ないと思う。

つまり現行の措置制度を支えている要援護者像は、障害者、老人などの生活阻害者（発達障害者）であるとみられる。障害者や老人は生活阻害者（発達障害者）として措置を受けることができるという地位にたつわけである。一方、障害者、老人は一般市民と同じく消費者でもあるわけで、消費者としての障害者、老人は市民法上、市民的自由を享有する主体であるところはいままでもない。それは論ずるまでもなく明らかなことだが、しかし、措置制度においては障害者や老人は福祉の措置を受ける地位にあることによって、措置の実施機関である行政に従属し、その限りで福祉サービ

ス受給にかんする自己決定権等の市民的自由が制約されるものと考えられてきたのではないか。実際、福祉の措置の対象者とされてきた従来の障害者、老人は経済的には困窮者か低所得者であり、心身の機能においては主体的に意思決定する能力がないか、または能力の減退した者が多かったというのが現実であり、その事実がますます障害者や老人を独立の市民としてみるよりも、行政による一方的な保護を必要とする者とみる、一種のパターナリズムを強めてきたのではあるまいか。しかし、そのような人間像は変容を迫られてきていると思う。いまや福祉サービスのニーズを有する老人は、その社会階層、資力、所得水準からみて自己決定と選択の自由の意識と能力を有する階層に拡大しつつある。

処遇の実践においても、たとえば老人ホームは従来のパターナリスティックな「収容の場」という在り方に反省が加えられ、自立的な「生活の場」へ転換されつつある。処遇の理念においても「保護」から「ノーマライゼーション」への前進がみられている。一方、財政の面では、本人および扶養義務者からの費用徴収が強められている。それは行政サイドの財政政策上の必要から出たものだとしても、それでも受給者の側に消費者としての意識と要求の台頭をもたらしていることは否定できないと思う。

要するに、これらの変化はすべて従来の一方的な被保護者としての人間像の転換を迫るものである。そして、このような要援護者像の変化を受けて、法律上の、(1)サービス受給の手続き、(2)サービスの内容・基準、(3)処遇過程、および(4)紛争・苦情の解決方法も見直されずにはおかないだろうと思う。

そこで、いまこれらの変化をもとに社会福祉権の構成をたて直すとなれば、それは少なくともつぎの4つの権利からなるものと考えなければならない。すなわち、(1)福祉サービス請求権、(2)処遇過程における権利、(3)費用徴収の免除の権利、および(4)権利侵害に対して救済を求める権利、の4つである。このうち、従来から主として論ぜられてきたのは第1の請求権である。つまり要援護者に福祉の措置を請求する権利があるか否かという問題をめぐって論ぜられてきた。それは現行の社会福祉法の規定がいわゆる「できる規定」(権限付与)であるか、または「ねばならない規定」(義務付け)の形式をとっていて、まさに請求権の有無ということが問題の焦点であったからでもある。しかし今日では、先に述べたような要援護者像の変化、福祉の基本理念の発展、およびアメリカ、イギリス等の先例をもとに考慮すれば、社会福祉権は請求権だけでなく以上の4つの権利体系を含むと考えられる。とくに先進国では処遇過程における権利とその侵害に対する救済の方法が工夫され形成されつつあるように思う。

4つの権利のそれぞれの核心をなす要素は、福祉サービス請求権については文字どおり請求権としての権利(claim-right)である。福祉サービスの最低基準はこの請求権の実体的内容を保障するものである。処遇過程における権利は、自己決定権、プライバシー、危害からの保護等の主として自由権(liberty-right)の束からなる。費用徴収の免除は文字どおり免除としての権利(immunity-right)であり、そして権利侵害の救済は権限としての権利(power-right)ということになる。こうして、カール・ウェルマンの権利の複合構造にならって表現すれば、社会福祉権は福祉サービスに対する請求権としての権利を核として、処遇過程の自由、徴収の免除、および救済の権限という複合要素をもつものだということになる。この場合、処遇過程における権利はサービス請求権という核心に付随する要素に位置付けられるが、焦点は処遇過程における権利にあててみれば、それは自由権を核として、これに付随する請求、免除、権限の関連要素を伴うものであり、同様に徴収の免除

も免除としての権利を核として自由、請求、権限の関連要素をもつというわけである。

以上のような社会福祉権の構成をもとにして、つぎに本論に移っていきたい。まず最初の福祉サービスの請求権をめぐる問題から入っていきたい。現行法における法的構成は、措置方式と一般に呼ばれるものである。措置の方式の下においては、解釈上要援護者の側に措置を請求する権利はないと解釈されている。したがって要援護者の側に申請の手続き、あるいは調査の手続き、あるいは調査の結果、援護の要否を決定し、通知する手続き、そういうものも法上整備されていない。ここでの要援護者の法的な位置付けは、大変消極的な、被措置者という位置付けとっていいだろうと思う。

援護を要する者という表現は、客観的な表現にすぎないが、その客観的な援護を要する者の位置付けが、くりかえしていえば、自ら自己決定し、そして一定の選択の自由が法上認められるという位置付けではなくて、一方的な行政庁による措置決定によって、反射的な利益を受けるにとどまるという、そういう位置付けであるだろうと思う。その位置付けが変わっていかざるを得ないと考えて、その改善の方向を幾つか考えると、3つの法的な構成が考えられる。

1つは生活保護の決定方式と同じように、利用者の請求権を法認した上で、申請に対する行政庁の応答義務を定める、援護の要否の調査、決定に関する手続き保障を整備するという方向である。生活保護法の第2条に「保護を受けることができる」という、保護請求権の規定があり、それに続いて申請、調査、決定などの規定が置かれていることは、ご承知のとおりである。

2つ目は、法に定める客観的要件を充足しさえすれば行政庁の決定を待つことなく、受給権が発生して、その援護内容が決まるという方式である。社会保険法でとられている方式というようにいえるかと思う。

3つ目は、公権力の行使である行政処分によらないで、サービスの提供者と利用者の、当事者間の意思の合致によって、受給権が発生せしめるといふ、いわゆる契約方式である。

現行の措置方式を含めて、4つの方式が考えられるわけで、それぞれ福祉サービスを請求する権利があるとして、その権利のそもそもの根拠をどこに求めるか。法律上権利があると規定するには、それに相当する超実定法的な根拠、正当性というものがあるわけで、その正当性をどこに求めるか。あるいは実務上の、法技術的な制約もある。もちろん実際の社会資源上の整備状況の制約もあるし、財源構成の違いもあって、それらが微妙に反映して、このような法的構成の違いになって現れてきているということができる。

社会福祉サービスの場合に、これらの方式のうちどの方式が現実的に可能であるか。法技術的な可能性ということから考えると、まず第2の方式は大変難しい。所得を保障するような社会保険と違って、ニーズの測定、サービスの判定等は、専門従事者の判断によらざるを得ないというところがあるので、その判断を待たずに、客観的に法律上要件を規定し、その要件を満たしさえすれば、サービスを請求する権利が発生するという構成は、事実上社会福祉の場合には難しいだろう。ということになると、措置制度の改善として可能性があるのは第1の方式と、第3の方式ということになる。

第3の方式は、老人ホームの場合に、西ドイツですでに10年前から取り入れられて、注目され、わが国でも紹介されているが、福祉サービスのうち幾つかは、第3の方式で構成し直すことが可能であろうと思われる。しかしその再構成の場合には、慎重な配慮が必要だが、その問題はすでに、ここにおいで堀さんが『月刊福祉』誌上で詳しく検討されておられるので、触れることはおきたい。

基本的には第1の方式が、現在の制度の改善の方向ではないかと思う。

そのような、いわば福祉サービスの入り口での改善の上で、福祉サービスを受けるわけだが、つぎに、そのサービスの基準をどのように保障していったらいいだろうか。ここに1、2の例を挙げているように、かつて中央社会福祉審議会の老人福祉専門分科会は、今後の老人ホームの在り方について、老人ホームの基準を再検討しているし、

最近では団体委任事務化に伴って、国の施設基準の見直しも進められていると聞いているから、最低基準の再検討は、ともかく進められてきているが、私自身はつぎのような理由から、現行の基準の見直しが必要ではないかと考えている。

その1つは、現行の施設最低基準の水準は、生活困窮者対策としての救護施設基準と考え方において、分かれていない実態にあり、また制定された実際の基準の内容も、救護施設基準とほぼ同一基準にとどまっている。そもそも生活困窮者に対する救済の目的、役割と、社会福祉の目的、役割は違うはずだから、そこは当然基準に反映されてしかるべきものだろうと思うが、それが戦後の社会福祉の性格付けの中から、未分化であるという状態が続いてきている。

第2に、現行基準の立法形式は、児童福祉、老人福祉、障害者福祉の各部門において不統一である。省令形式のものもあれば、通達のものもあるし、児童福祉の分野では省令のほかに通達が加わるということで、同じ部門内でも省令、通達が複雑で、利用者側から見てわかりやすいとはいえない形式になっている。

あるいは老人ホームの基準についても、老人ホーム基準は省令で定められているが、実際には措置費の改善という行政を通じて、最低基準が引き上げられながら、基準そのものは動かないということが、長らく続いているという実情もある。

第3に、サービス方法の重点が、施設収容から在宅サービスへと移されてきている中で、最低基準そのものは施設の設備、職員の資格、配置基準に限られていて、施設でも人的ケアそれ自体の基準はほとんどないに等しい。さらに在宅サービスについては、いかなる最低基準も設定されていない。たとえば老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱という、要綱はあり、その要綱にしたがって、事業を地方自治体が行う場合には、補助金を付けるという意味で、それが一定の基準としての役割は果たしてきているが、それは最低基準ではもちろんない。在宅サービスにどのような最低基準の設定が可能であるか、あるいはそれがどのような効果をもたらすかということは、それは慎重に検討し

なければならない問題であるにしても、現状では設定されていないという事実を、まず指摘をしておきたい。

加えて、第4に、団体委任事務化に伴って、国の一般基準の在り方と、地方の個別基準というか、具体的基準との関係を改めて検討する必要性が生じたのではないだろうか。および営利的なシルバーサービスの急増に伴って、民間サービスの指導指針の在り方、あるいはそれと最低基準との関係ということも、法的には検討しなければならない問題になってきていると思う。

以上のような観点から、現行法に見られるもろもろの基準が対象とするニーズの違い、そしてまたその基準の法的な強制力の違いによって、類型化をした上で、それぞれの基準の目的、役割、法的性格を検討し、それとともにその水準、立法形式、立法事項などをうまく洗い出すことが必要であると思うが、その内容にいちいち立ち入ることは、ここでは差し控えたい。

特にいま求められているのは、国の基準の在り方と、地方の基準との関係、および営利的な民間サービスに関する、公的コントロールの在り方ではないか。

そこで参考までに、イギリスにおける基準の維持、確保の法制はどうなっているのだろうかということを調べてみた。イギリスの基準法制を見て、幾つかの特徴を指摘できると思う。第1点は、イギリスでは全国的な公的サービスと、民間サービスのいずれにも共通する、強制的な最低基準というのは、いわゆるパーソナル・ソーシャル・サービスという分野には設定されておらない。しかしそれに代わるものとして、DHSS よりそのつど発せられる行政通達、ガイドライン、および民間施設ケアに対する養護ホーム規則、the residential care homes regulations（ここであえて養護ホーム施設という訳を付けてみたが、一般には居住介護と訳されているのが多い）という、1984年に制定されたものであるが、そこに施設の細かな基準が出ている。ナーシング・ホームの場合には、別に1984年ナーシング・ホームおよび精神ナーシング・ホーム規則というのが制定されている。それに加え

てホーム・ライフ（施設ケアの運営要綱）というのが制定されている。これらが先ほどいった、すべての地方当局にわたる、あるいは公私にも及ぶ強制的最低基準に代わる基準の役割を果たすものと見ていいと思う。

このうち施設ケアの運営要綱というのを見てみると、これは直接的には民間部門の登録、検査のために策定されたものであるけれども、地方当局の老人ホームにおける公的ケアにも適用されるよう要望されている。その運営要綱の法的な性格については、直接的には法的な強制力をもつものではないが、運用上登録の際の認可条件、したがって検査の際の基準として用いられることによって、間接的に強制力を発揮するということが期待されている。そしてその要綱の基準内容を見ると、施設ケアの水準を決める基本的な考え方が、救済ということではなくて、プライバシー、自己決定、個別的処遇、尊厳性、選択、リスクといったキーワードが、しばしば出てくるが、そういうキーワードで表現されるような考え方でなければならないということを、明確に打ち出している。そういう基本的な考え方に基づいて、物的設備と、職員の資格、配置数、さらに人的ケアの基準まで、具体的に設定している。入所者のカテゴリー別にケアの必要な時間数を出し、その時間数に対して、従事者が提供し得る1年間の労働時間数を比較し、それを基に職員数を割り出すというところまで、細かく基準が設定されている。

イギリスの基準法制の第2の特徴は、国の地方に対する指導、監督の在り方に見ることができる。強制的な全国基準によらないで、しかも地方自治体の行政水準の維持向上をはかろうとすると、個々の地方自治体に対する国の指導、監督の在り方が、まさに実態に即して工夫されなければならないわけである。その工夫はイギリスの場合を見てみると、たとえば地方当局に対する補足給付委員会（the Supplementary Benefits Commission, SBC）の地方当局に対する施設供与の命令権限、あるいは地方当局に代わって、管轄大臣が福祉事業の要綱を制定する権限、および地方当局が法で定められた義務を履行しない場合に、地方当局に

代わって、管轄大臣が不履行救済手続き (default procedure) を取る権限などが見られる。

最後に第3の特徴として、民間の営利型と非営利型とを問わず、一部の民間団体を除くすべての民間施設に対して、強制的な登録、検査の制度が敷かれている。この点はもう少し内容に触れてみたいが、イギリスの登録制度の根拠法令は、1984年の施設登録法 the registered homes act それと1984年の養護ホーム規則、これが根拠法令になっている。その目的は急増する民間ホームにおける搾取の防止、ならびに最低基準の維持、確保にある。そして登録義務を負う施設は、法律上「老齢、身体障害、精神障害（この精神障害というのは精神薄弱のみを指さない）、それからアルコール中毒等の理由によって、人的ケアが必要である人々に、その人的ケアとともに、食事と居住設備を提供する施設で、4人以上の入所者がいる施設」というふうに規定されている。したがって登録の義務を負う施設は、人的ケアを提供すること、居住と食事付きであること、および4人以上の入所者がいることという、3つの要件を満たすすべての施設であることになる。ただ、地方当局設立のホームは除外されているし、法律およびロイヤル・チャーターによって設立された民間団体、つまりはもっとも有力な民間団体だが、そのホームは登録、検査から除外されている。

登録の実施に当たる機関は、養護ホームについては地方当局の地方社会サービス当局 (the local social service authority) で、ナーシング・ホームの場合は地区保健当局 (the district health authority) である。そしてこの実施機関が、登録の申請に対して認可をする。その認可の基準は規則に定められている。先ほども触れたように1984年養護ホーム規則、1984年ナーシング・ホームおよび精神ナーシング・ホーム規則、それにホーム・ライフ (施設ケア) の運営要綱という3つのものに列挙されている。その内容にいちいち立ち入る時間はないので、それははぶきたい。

そういう認可基準に伴って、検査が行われるのだが、養護ホームは定期的な検査を受ける。検査官は養護ホームにいつでも立ち入り検査をする権

限を有する。そして検査は12ヵ月に1度、ナーシング・ホームは2度実施しなければならないということになっている。登録義務違反、登録義務にしたがわない、あるいは登録の際の認可基準を遵守しないという者に対しては、登録の取り消しと罰則が用意されていて、現行では最高2000ポンドの罰金と規定されている。このようになんか厳しいコントロールが加えられている。

この厳しいコントロールを、もう一度整理してみると、1つは入所者数4人以上のすべての営利的な団体まで含めて、そういう意味で包括的な適用範囲になっている。そして登録を義務付けして、義務違反に対しては罰則を設けている。さらに認可の際に認可条件を付けて、その条件違反には登録の取り消しと罰則で臨んでおり、ケアの質にまで踏み込んだホーム・ライフを策定して、それを基に積極的な行政指導が行われている。そして最後に定期的な検査というものを挙げることができる。

一方、アメリカはどうであるか。アメリカはご存じのように、ナーシング・ホームは3つのタイプに分類されていて、1つはいわゆる skilled nursing facilities, SNF であり、もう1つは intermediate care facilities, ICF であり、もう1つが custodial care facilities で、この3つのタイプがある。このうち SNF と ICF はメディケア、またはメディケイドによる償還を受ける施設であって、償還を受けるのに3つの基準を満たさなければいけないという基準が設定されている。

3つの基準というのは、1つは連邦政府の基準で、具体的には SNF については連邦政府規則 (42 Code of Federal Regulations § 405. 1101~1137) に、大変詳細な基準が設定されている。ICF については同じく 42 C.F.R. の第249条の12から13に規定されている。これが1つの基準である。2つ目に、火災の予防に関しては、the life safety code, LSC の基準の遵守義務が定められており、そして3つ目に、州の基準がそれに加わっている。たとえばニューヨーク州の場合には、1975年に全文83ヵ条に及ぶ詳しい基準を定めているようである。これが第1、第2のタイプに適用

される基準である。

第3のタイプの custodial care facilities というのは、通常は board and care homes とか、personal care homes とか、あるいは domiciliary homes などと呼ばれていて、この施設のベッド数も相当の規模になっているが、この第3タイプの施設はメディケア、またはメディケイドによる償還を受ける資格がない施設で、したがって連邦政府の基準の適用はない。しかしこの施設にも州法による最低基準が定められている。

こういったようなイギリス、アメリカなどの事例を見ていて気付いたことだが、アメリカの場合には連邦政府による全国的な基準に、物的な施設、設備、職員の種類、資格要件はもとより、医療、看護、食事、社会サービスなどのサービスの内容、水準の基準も設けており、それに加えて入所者の権利についての基準も定めている。ニューヨーク州の基準の場合には、その連邦政府の基準に加えて、入所者とナーシング・ホームの間で取り交わされる合意の内容についても、規則を加えている。たとえばその合意の内容には、提供されるサービスがすべて列挙されるべきこと、その費用もすべて明示されること、そして一定の最低基準が満たされるサービスが提供されるべきことが、盛り込まれなければならないとなっている。こうした州規則は、入所者と施設の間の契約関係を明確にし、そして入所者の処遇過程における権利違反も含めて、契約違反に対する民事訴訟の道を開くものであるということ、注目をされている。

こういう諸外国の事例が参考になるかもしれないと思って紹介してみたが、今後国の基準と地方の基準の在り方を考えていく場合には、やはり国の基準として少なくとも、最低基準の基本理念、それは自己決定、個別的処遇、あるいは尊厳性の保障という理念であるべきであろうが、そういう基本理念の規定が必要であるし、医療、看護、社会サービス等の内容水準の規定も必要であり、そして入所者の施設における権利が、地方の基準ではなくて、全国の基準として定式化されるべきではないだろうか。そしてこれらの基準は、その性質上、費用を払って受けるサービスであろうと、

公的サービスであろうと、異ならないものであるから、民間サービスにも当然それは及ぶべき最低基準だと、考えるわけである。

つぎに全国的な最低基準の中で、盛り込まれる必要があるのではないかと考える、処遇過程における権利に入ってみたいと思う。わが国の現行法で、この権利の根拠規定になるだろうと思われるものを探してみると、憲法13条、17条、25条、心身障害者対策基本法の3条などに認められると思うが、法律上、あるいは規則上以下に述べるようなことを、明文で定めたものではなく、具体的な訴訟事件も、法理論的な検討も、皆無に等しい状況にあるといっている。

アメリカにおいては、1960年代末から70年代はじめにかけて、消費者運動の側から、ナーシング・ホームにおける処遇の悲惨さが告発されて、それを受けて74年、および76年に連邦政府の保健教育福祉省が、メディケイド、メディケアに参加を認める条件として、最低基準を制定し、その最低基準の中に、入所者の権利に関する規則が導入されている。それが先ほど触れた連邦政府規則(42 C.F.R. § 405.1101~1137)の中の第405条の1121のKの第1号から第14号に列挙されている。

アメリカで判例上、クライアントの処遇過程における権利を保護するための論拠として、しばしば取り上げられるのは、合衆国憲法修正第1、5、8、13、14条等に基づいて、プライバシー、自己決定権、デュー・プロセス、危害からの保護(この場合危害というのは、リーズナブルな範囲を超えて、誤った処遇によって、かえって機能が後退した場合も含めて、危害ととらえられている)、それから本人の意に反する苦役の禁止(これには強制的な施設維持労働も、含まれると考えられている)、それから本人の自由をやむを得ず制限する場合の the least restrictive alternative の原則(これは直訳をすれば、「もっとも制限的でない他の手段」となるが、もう少し表現を変えれば、「必要最小限の規制手段」ということになろうかと思う)、そして最後に個別的処遇の原則というのが、根拠となる法理として、しばしば援用される。

こういった考え方を基にして HEW は、skilled

nursing facilities と、intermediate care facilities の処遇過程における権利を、つぎの14項目に定式化しているが、さらにその上に適用上のガイドラインを策定しているが、それはそこに掲げているとおりで、1から14までご覧になれば、おわかりいただけると思う。もう少し補足をしたと思っていましたが、時間がないので、これでとどめます。

こういう処遇過程における権利を見てみると、多くは自由権的な側面の権利である。障害を負っていることによって、あるいは施設に入所していることによって、一般の市民に比して、自由権の行使が制約されやすい。その制約を、緩和、除去することによって、実質的に自由権の回復をはかろうとする。そのためには積極的な処遇が必要になる。その積極的な処遇に対する要求ということになると、それは社会権の側面になってくるわけで、自由権と社会権の両側面がここでは検討されなければならないということになる。

わが国でも人権侵害の実態が、老人ホームについて報告され、新聞報道もされているが、わが国で処遇過程における権利をどういうふうに定式化したらいいだろうか、あるいはどういう場で、どういう機関で審議し、どういう形式で定めるのがいいのだろうかということまで含めて検討の必要があるだろうと思っている。

さて、そのような最低基準なり、あるいは処遇過程の権利を仮に定式化しても、それが何らの強制力ももたない、単なる努力目標にとどまるならば、ほとんど意味はないから、現実になんか貫かれるための、侵害に対する救済方法が、4つの権

利のそれぞれの趣旨にそって、過度のリーガリズムを招かないように工夫される必要がある。

そこで幾つか、イギリスやアメリカで試みられているものを整理すると、処遇過程における権利の救済方法として差し当たり3つのレベルが試みられている。1つは施設内における苦情処理の委員会と、その手続きを整備することであり、それとともに常に入所者に権利を周知させ、職員には入所者の権利を尊重するよう教育訓練を行うということである。それに加えて2つ目に、施設内の苦情処理委員会で解決がつかない場合には、行政庁が苦情を受理し、救済をはかる手続き、権限を整備する。および行政当局が最低基準の遵守状況のみならず、先ほど挙げたような14項目に及ぶ処遇過程の権利の遵守状況も含めて、定期的にインスペクションを行う権限と、その機関を整備すること。そして最後に、民事訴訟または行政訴訟による救済の道を講ずるということである。

おわりに、以上のような社会福祉権の構成を実現するためには、現行法の行政解釈の変更で足りる場合もあるし、法改正を必要とする場合もある。法改正を必要とする場合が多いと思うが、それを具体的に、現行法の基本理念、福祉の措置の規定、施設の基準、報告徴収、改善命令等の規定、そして審査請求の規定に分けて、今後具体的に検討を加えていきたい。幾つかはすでに試論をまとめているものもあるが、時間もきたので、のちほどご質問があったら、そこでもう一度触れさせていたかどうかということで、これで私の報告を終わらせていただきます。

【レポート】

健康問題の変化と保健医療システム

東京大学教授 園田 恭一

東京大学の医学部で、保健学を教育、あるいは研究している園田です。私自身は社会学の出身な

ので、本日の報告も保健社会学の観点からということで、お聞きいただきたい。お手元の要旨に沿

って、話をしまいたいが、本日図表を中心とした追加の資料をお配りしているので、それも併せて、ご覧いただきたい。

健康ということは、これまでは寿命や、死との関係でとらえられてきたことが多かった。たとえば国際的にも、また国内での比較などにおいても、今日でも健康水準とか、あるいは健康の尺度、あるいは指標といったことで、いろいろ問題になる場合には、一般に用いられるのは平均寿命とか、乳児死亡率とか、50歳未満の死亡者の割合というように、いずれも寿命や死でもって、健康状態を把握しているというものが多い。たとえば乳児死亡をゼロにした村であるとか、あるいは何県と何県を比べると、平均寿命がどう違うとか、10年間でそれがどう変わってきたかというようなことで、健康の指標といっても、用いられているのは、寿命とか、死というものが、これまでは多かったと思う。

それから健康というものは、これまで長く症状や異常がないこと、あるいは病気でないこととして理解されてきた場合も多かった。一般の人も病気になってはじめて、健康のありがたさを知ることが多い。それから治療医学のほうでも、症状とか異常がないこと、特に身体面、あるいは器官の面に症状とか、異常が見られないことを、健康ととらえていることが多い。

こういう見方からすると、傷病者の割合が多いという、有病率の高さということは、健康度の低さを示すバロメーターともなるといえる。

ところで、いまいったような寿命から健康を見る、あるいは病気から健康を見るということで考えると、近年における日本の特徴は、寿命は延びたが、病人が増えてきているというように、健康の指標としては、一見相反する動きをしているかのように見える。

ご存じのように、日本人女性の平均寿命は昭和59年には諸外国にさきがけて80歳の大台に乗った。文字どおり人生80年時代を迎えた。そういうようなことを1つのきっかけにして、昭和60年代に入ってから政府、あるいは財界、とりわけ厚生省関係のいろんな審議会とかの答申、白書の類では、

一斉に人生80年時代とか、あるいは長寿社会ということが、いわれるようになった。

それから乳児死亡率も、これもご承知のように、欧米先進諸国と比べても、低いほうの数字を示している。これは本日お配りした図をご覧いただくと、平均寿命は欧米諸国と比べても長い、乳児死亡率は逆に低いと、こういうようなことが明らかに出ています。

そういうことで、寿命とか、死亡から見た健康水準ということでは、日本は世界の中でもっとも良い国の部類に入っているといえる。

他方、日本における有病率は、年々増加している。いまから30年ほど前の昭和30年当時は、人口1000対の割合で見ると、傷病者の指数は37.9だった。それが30年後の昭和60年には145.2と、4倍近くに、正確にいうと3.8倍だが、増加している。国民7人に1人が病気であるという数字が示されている。これは厚生省が毎年行っている国民健康調査からの数である。

ちなみに年齢階級別に有病率を見てみると、いちばん傷病者の割合の低いのは15歳から24歳の層で、37.2ぐらいである。逆に高いのは、高齢になるにしたがってということで、65歳から74歳のところだと481.5、75歳以上になると567.8というように、2人に1人以上が病気という数になる。これも統計的な数字を図表のほうに示してある。その年齢階級別の有病率の推移を、表から見ていただくと、高年齢層における上昇が特に著しい。とりわけ75歳以上となると、昭和30年の約8倍という数に及んでいる。

それではこのような急激な傷病者の増大というのは、いったいどういう要因によって生まれたのか。それを検討するに当たって、とりあえず国民健康調査の数字をお示ししているの、国民健康調査では傷病というのは、どういう約束でとらえられているかということを、ちょっと問題にしてみたい。

ご承知のように国民健康調査というのは、全国の世帯から対象世帯を抽出して、そこに調査票を配布して、記入してもらい回収するというやり方でやっている。そこでは調査を行うに当たっての

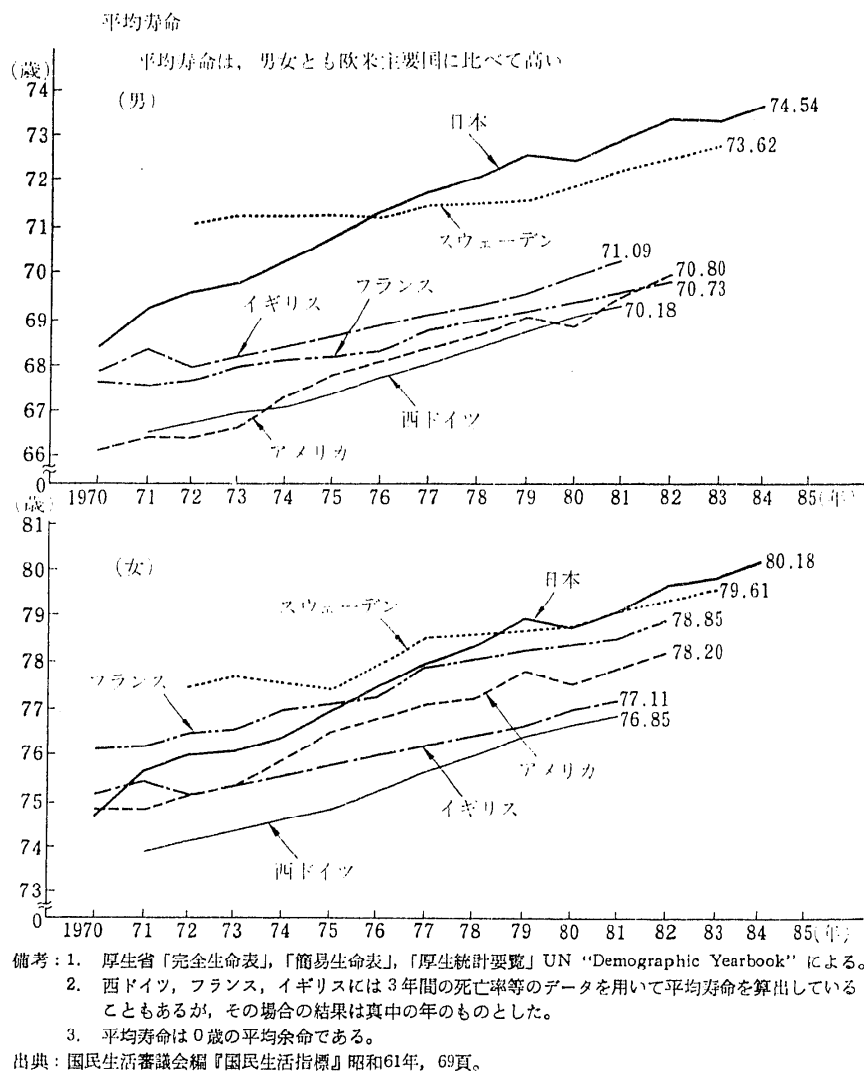


図1 平均寿命の年次別国際比較(男・女別)

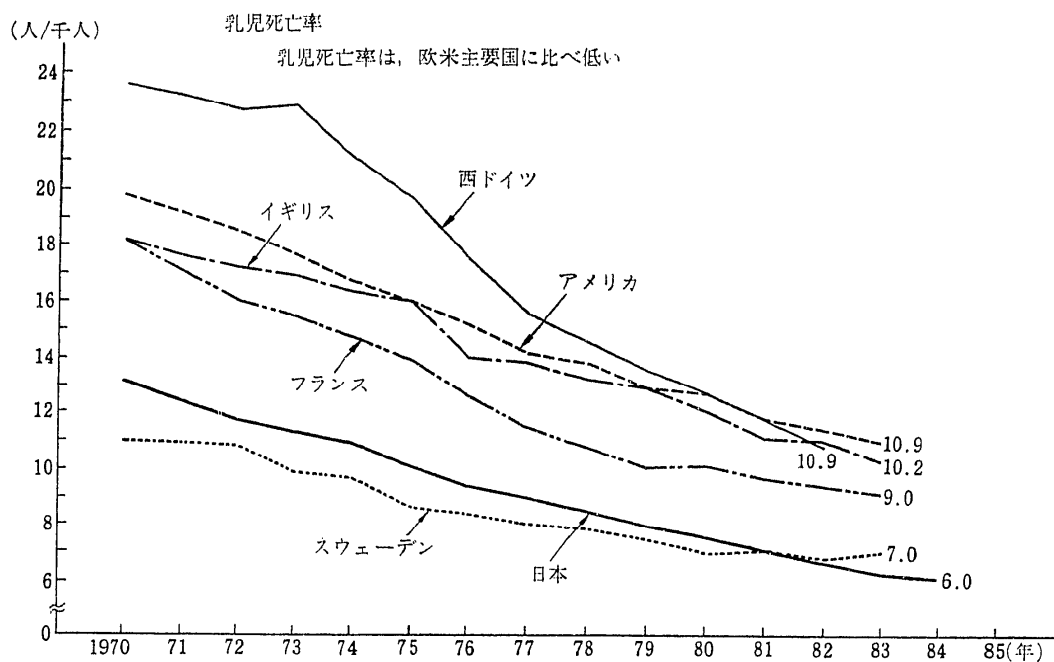
傷病の定義というか, 約束を次のようにしている。

この調査では次のような場合を傷病として取り扱っている。その第1として身体または精神が異常状態になったため, 何らかの治療処置をした場合。第2は, 身体または精神が異常状態になったため, ここまでは第1と同じだが, 治療や処置はしないが, 床につくか, 1日以上日常の業務を中止した場合。これを2つ目の条件として挙げている。それらには但書があって, ただしということで, 次のものは傷病として取り扱わずに除外する。

①正常な妊娠, 分娩, 産褥, 月経, ②症状の固定した身体障害, ③通常の眼鏡で補正し得る近視, 乱視, 遠視, ④人間ドックなども含めた, 単なる健康診断, ⑤治療を目的としないビタミン剤, 睡

眠剤などの服用など。さらに注が付いていて, 日常の業務を中止するというのは, 働いている人が仕事を休む場合, それから家事をしている人が, 家事をやらない場合, 学校に行っている人が, 学校を休む場合を, 日常の業務を中止するというふうにとらえている。それから症状の固定というのは, 一応傷病の状態が固まって, それ以上良くも悪くもならず, 医者などにかかっておらず, 治療もしていない状態をいうと, こういう約束で, 傷病をとらえてきている。

このような国民健康調査での傷病の規定からすると, これにかかわる要因としては, どんなものがあるだろうかということで, 幾つか整理すると, まず最初に身体または精神が異常状態になったた



備考：1. 厚生省「人口動態統計」, 「厚生統計要覧」, WHO "World Health Statistics" による。

2. 年間乳児死亡数(人)
年間出生数(千人)により算出。

3. 乳児死亡とは、生後1年未満の死亡をいう。

出典：前図と同じ69頁。

図 2 乳児死亡率の年次別国際比較

表 1 主要傷病・年次別にみた有病率 (人口千対)

傷 病 大 分 類	昭和30年 (1955)	35 ('60)	40 ('65)	45 ('70)	50 ('75)	55 ('80)	59 ('84)	60 ('85)
総 数	37.9	46.9	63.6	93.6	109.9	110.4	137.3	145.2
I 感 染 症 及 び 寄 生 虫 症	7.7	6.6	4.4	3.7	2.5	2.5	3.2	3.4
III 内 分 泌, 栄 養 及 び 代 謝 疾 患 並 び に 免 疫 障 害	0.7	0.8	1.2	2.0	2.6	5.4	6.9	8.4
糖 尿 病 (再 掲)	0.2	0.4	0.8	1.6	2.0	4.5	5.3	6.1
VI 神 経 系 及 び 感 覚 器 の 疾 患	4.8	5.5	7.9	11.2	10.4	5.8	8.9	10.1
VII 循 環 系 の 疾 患	3.3	6.5	11.9	21.6	23.3	36.6	40.6	44.5
心 臓 の 疾 患 (再 掲)	0.9	1.0	1.7	2.9	3.0	7.2	7.3	7.5
高 血 圧 性 疾 患 (再 掲)	1.3	3.9	8.0	14.6	15.6	24.1	27.6	30.7
脳 血 管 疾 患 (再 掲)	0.6	1.0	1.4	2.0	2.6	3.6	3.2	3.5
VIII 呼 吸 系 の 疾 患	5.5	6.9	8.2	14.4	30.8	15.5	17.2	15.0
急 性 上 気 道 感 染 (再 掲)	—	—	—	9.6	25.3	9.6	10.1	8.3
喘 息 (再 掲)	1.1	1.1	1.2	1.9	2.1	1.9	3.0	2.9
IX 消 化 系 の 疾 患	6.5	9.2	13.8	17.9	15.4	1.44	20.7	22.0
菌 及 び 菌 の 支 持 組 織 の 疾 患 (再 掲)	1.9	2.7	5.0	6.9	3.8	3.4	4.2	4.4
胃 及 び 十 二 指 腸 潰 瘍 (再 掲)	2.6	3.8	5.4	4.8	5.5	4.3	5.0	4.6
肝 の 疾 患 (再 掲)	0.4	0.9	1.0	1.6	2.1	2.4	3.2	3.4
XII 皮 膚 及 び 皮 下 組 織 の 疾 患	2.0	2.4	2.1	3.2	3.5	3.3	4.3	4.7
XIII 筋 骨 格 系 及 び 結 合 組 織 の 疾 患	1.5	1.9	3.6	5.6	6.3	10.7	15.9	16.1
XIV 損 傷 及 び 中 毒	2.3	2.5	4.2	6.2	7.4	8.5	8.1	8.3

注：昭和54年から第9回国際疾病傷害及び死因統計分類を適用しているため、傷病の名称・分類内容が53年までと必ずしも一致しない。

資料：厚生省「国民健康調査」。

表 2 性・年齢階級・年次別にみた有病率(人口千対)

	昭和30年 (1955)	34 ('59)	40 ('65)	45 ('70)	50 ('75)	55 ('80)	59 ('84)	60 ('85)
総 数	37.9	45.9	63.6	93.6	109.9	110.4	137.3	145.2
男	40.4	47.1	63.0	89.5	103.0	102.6	126.2	131.6
女	35.5	44.7	64.2	97.5	116.5	117.8	148.0	158.3
0 歳	28.6	41.0	56.7	87.9	96.5	77.9	82.9	82.1
1 ～ 4	28.7	37.5	36.2	75.2	129.6	89.5	84.7	85.5
5 ～ 14	17.4	25.8	30.2	50.5	70.1	56.0	63.3	66.6
15 ～ 24	25.0	26.7	28.1	33.2	40.4	30.2	35.1	37.2
25 ～ 34	38.5	39.3	43.7	56.8	64.0	43.4	51.9	55.7
35 ～ 44	45.5	57.1	72.5	86.2	85.5	74.3	84.2	83.5
45 ～ 54	61.3	72.7	95.7	126.6	129.3	121.8	155.4	154.6
55 ～ 64	77.5	88.5	143.1	200.8	195.5	229.9	276.8	287.9
65 ～ 74	86.3	97.5	177.8	257.0	312.6	336.0	424.1	481.5
75歳以上	70.8	95.4	177.5	249.5	328.1	437.3	556.8	567.8

注：昭和35年は、性・年齢階級別にみた有病率がないので34年をもちいた。

資料：厚生省「国民健康調査」

めという、これに関連するものは、心身の状態の変化を生む個人の内的な、あるいは環境的な要因ということがある。

それから次には、どういう状態の変化を異常というふうにとらえるかだが、これは2つの観点がある。1つは一般の人自身が、あるいは周囲の人が、異常であると判断をする場合である。それから医師なり保健医療の専門職の人が、判断を下した場合である。

それから2番目のほうの、何らかの治療処置をした場合というのにかかわってくるのは、医療を受けるとか、医療を施すという、こういう治療処置のチャンスが、どのくらい大きいのか、少ないのかとか、あるいはそれにかかわる誘因とかインセンティブみたいなものがからんでくる。

それから第2のほうの条件にからむ、治療処置はしないが、床につくか、1日以上の日常業務を中止した場合にかかわるのは、床につく、あるいは業務を中断するということ、どのくらいしやすいか、ということがあるが、たとえば学校に行っている人が、学校を休むというのは、いまの学生はしょっちゅうやってるし、家事をしている人がいうと、これも比較的手抜きみたいなことで、簡単に中止する場合があると思う。これらに対し、働いている人が仕事をということになると、職場の条件とか、いろんな事情でこれはかなり変

わってくる。ということでそういうことがどのくらい容易であるかは、1人1人違ってくる。それから周囲の人々がどのくらい、そういうことを許容するかということで、それはまた違ってくる。

いまいったことを、もう少し具体的に詰めると、次のようなことが考えられる。

1つは治療までに非常に長い期間を必要とする、慢性疾患とか、精神障害が非常に増えてきている。それから傷病に罹患しやすい高齢者が増大してきているということがある。また医師が増えてくる、あるいは医療技術が進んで、治療可能なものが増えてくるということで、医療の対象になるものが増える、つまり受療、あるいは施療の機会とか、誘因、インセンティブが増えてきているということである。それからやや具体的なことになると、昭和35年以降の、国民健康保険制度の確立、これは何年かにわたって、少しずつ制度が確立してきたわけだが、そういうこととか、あるいは高齢者や難病患者などに対する医療費の公費負担とか、高額医療費を公費で支払うとか、等々ということで医療の自己負担を軽減してきた政策による治療とか、施療の機会、あるいは誘因が非常に増えてきていることもある。

もう1つ考えられなければいけないのは、昭和30年以降の生活水準とか、教育水準の上昇とか、また女性の場合だと就業の機会が増えるとか、こ

うというようなこともいろいろ関連をしている。

なお、医療費の自己負担ということに関しては、昭和50年より、老人保健法の施行とともに、老人の医療費が再び一部自己負担になり、そしてその額がことしの1月から引き上げられたということがある。あるいは昭和59年からの、被用者保険本人の1割自己負担という動きがあり、これがどう影響するかということも、1つの検討材料になる。

このように見てくると、今日における病気、あるいはけが、ということには、身体的なことだけではなくて、心理的、文化的、社会的、経済的といったような、さまざまな要因が、そこにからんでいるということがいえると思う。

今日における主要な傷病、あるいは健康問題であるとされている、慢性疾患とか、精神障害、あるいは不慮の事故、さらには老人性の疾患といったようなものは、これは1つ1つ発生のメカニズムが違うし、さまざまであるけれども、それらは以前の、たとえば急性の伝染性疾患というようなものに比べると、特定の細菌であるとか、化学物質とか、単一の要因では、なかなか発生の原因が説明しにくい。いずれも健康にとって望ましくない、いろんな労働の条件、生活の条件やあるいは習慣とか、その人の日常の行動、さらに環境といったものが、媒介的に、あるいは直接的に作用していると、指摘がなされているわけである。

たとえば、皆さん方もご承知の、聖路加看護大学の学長をいま務めておられます日野原重明先生は、「誤った食事摂取、たばこやアルコールの摂り方の過度、運動不足、ストレスの多い生活などが、慢性病をひき起こしたことは間違いない事実である」と指摘をされて、「老化だとか、加齢によるという宿命的な響きをもちやすい成人病という言葉に代えて、習慣病という名前を用いるべきである」ということを、日野原先生はいろんなところで提唱されている。

これはどういうことかということ、成人病というと、「とうとう成人病になったよ」、「年だな」ということで、年のせいになれたり、自分でもそう思ったりする。それが「とうとう習慣病になったよ」となると、何となくこれまでの悪い習慣のツ

ケが回ってきたような感じになる。そういうようなことを一般の人に意識させやすい。成人病という名前は、何か宿命的な、あるいは生物学的なニュアンスを与えるので、もっと社会的な意味合いを、一般の人に理解してもらう必要もあろう。また事実においても、今日成人病といわれている疾患の多くは、日常の生活の送り方、健康にとって望ましくない生活習慣の積み重ねということによって、非常に大きくそれは左右されるわけなので、成人病に代えて、習慣病という名称を、日野原先生は提唱をされているわけである。

また私どもと同じように、医療社会学の専攻者である宗像恒次さんも、「離婚、退職、転職、結婚、子供の巣立ちといった、社会現象としてのストレスフル・ライフ・イベントが、中枢神経系や、自律神経系や、内分泌系の機能攪乱を媒介に、身体病、精神病を生むことが、医療社会的、医療心理学的、あるいは精神医学的研究の中で、明らかにされつつある」として、次のようなことをいわれている。

「起床時疲れが残る、食欲があまりない、疲れやすい、イライラしやすい、体がだるい、などの心身状態にあるとき、半健康状態にあるといわれる。そしてこの状態は、風邪を引きやすくなる、口内炎ができる、階段でつまずきやすくなるなど、ウイルス感染や外傷など、疾病につながる準備状態をつくり出す。したがって、半健康状態を長期に持続させることは、肝炎、高血圧症、糖尿病、胃潰瘍、心疾患、腎臓病などの、本格的な罹病へとつながることになる。このことは、疾病が単に細菌やウイルス感染や外傷などによって生じるとしか考えないのは、偏った病因論であることを示している」と。

それから医学や、医療の側でも最近、いろいろ新しい動きが出てきた。たとえばこれまでの西洋医学的な病気への対応というのは、細菌やウイルス、あるいは化学物質など、病気をひき起こすそのエージェント、日本語では作用因という言葉で当てていることが多いが、そういうものに注目することが多かったが、近年では次第に、どのような人がエージェントの影響を受けやすいかという、

ホスト側、宿主側の状態、すなわち回復力とか、免疫力とか、体力といったものを含めた、いわゆるエージェント、あるいはエンバイラメントと、ホスト側との関係の中でとらえていこうという動きも強くなってきている。

ホストに注目するというのは、1つの新しい動きだが、そのホストというのは社会的な人間というよりも、いぜんとして生物学的なヒトということで考えられていることに、まだ問題があるが、ホスト側の条件を重視するということになってきたのは、1つの大きな変化だろうと思う。

このように見てくると、症状や、異常がなければ健康と見ていた、これまでの医学的な発想では、十分に対応しきれない問題が増えてきているということが、理解していただけるのではないかな。

さらにはまた、症状や、異常ということも、これも現代医学の非常に精緻で、多面的な検査とか、診断技術をもってすると、とりわけ高齢者の場合には、それが見い出せないという状態のほうが少ないのだが、それらをすべて治療の対象にすることではなくて、放置をしておけばこの先、重大な健康障害につながるのかどうかとか、あるいはそれぞれの日常生活に、どの程度支障があるのかという、非常に長期的な、あるいは全体的な、さらには生活の視点を含めたような判断が求められると思う。むしろ昔のように、身近な開業のお医者さんとのつながりがあった時代は、先生が生活的な条件も含めて、いろいろ判断を下しておられたことが多かったと思うけれど、最近のように検査中心とか、あるいはお医者さんとの関係が、一時的な形で、しょっちゅう変わるということになると、どうしても生活の視点とか、長期的、全体的視点を含めた判断というのは、逆に後退するということも、なきにしもあらずということになってきている。

さらにアメリカのメディカル・スクールなどの場合だと、加齢に伴うノーマルなデベロップメントと、アブノーマル・デベロップメントというものを区別して、まずノーマルなデベロップメントについて十分な知識を身につけさせてから、そしてアブノーマルなデベロップメントを学ぶという

ことが行われている。そういうことからしても、正常な心身の働きの低下と異常や問題のある状態との区分けということについても、これからますます正確な知識と認識が、より必要になってくる。

あるいは慢性疾患とか、精神障害の多くは、投薬だとか、注射だとか、手術といった、これまで広く用いられてきた治療方法だけでは、十分な効果を上げることは難しいので、日常生活習慣や、行動を改めるとか、あるいは生活の条件を見直すといった、生活全体との関連が、求められると思う。

さらには、健康が損なわれてからとか、医者依存の疾病の対応ではなくて、あるいは、すべて病気は医者まかせということではなくて、日常の健康管理、あるいは健康増進ということを、一般の人々自身が責任をもつ、あるいは役割を担うということもこれからますます必要になってくる。

だから、今日健康問題の多くは、身体上の症状や、異常の有り無しということだけではなくて、精神や心の健康、あるいは人間関係とか、社会生活上のいろんな問題がからんでくるので、そういう点の配慮がますます必要になってくる。

いま申し上げたようなことに照らし合わせながら、最近の特に健康への取り組みの幾つかの施策の動向を、次に検討したい。

これからの健康への取り組みについては、健康問題の解決というのは、治療とか、医療費の保障ということに片寄るのではなくて、保健、看護、リハビリ、さらには福祉や教育のサービスなどが、総合的に整備され、またそれぞれが、さまざまに必要とされるケースに応じて提供されていくということが、ますます大事になってくる。

日本でのこれまでのような治療中心、医療費保障偏重という仕組みでは、看護面でのニーズがより高い人も、あるいは精神面での悩みをかかえている人も、さらには福祉のサービスが必要とされている人も、すべてが医師や病院のほうに吸収されて、人員や設備の無駄遣い、費用の高騰を招くという結果になってしまっているといえる。

この点で、老人保健法の施行以降の、医療費の一部自己負担の導入とか、その拡大という施策、

あるいは老人用の診療報酬体系の制定という施策は、いわゆる過剰な受療、あるいは施療へのインセンティブを抑制するというねらいもあるとされているわけだが、これらの施策が妥当性をもつためには、包括的な日常の健康管理体制の整備、あるいは人員とか費用の配分が不可欠な前提になると思う。

それで私はこの問題に関連して、このように考えている。一部自己負担の導入とか、それを引き上げる、あるいは老人用の診療報酬体系の導入、まるめだとか、打ち切りだとか、いろいろ手段があるわけだが、こういうものは受療だとか、あるいは施療の抑制には作用する。しかしそれは受療者だとか、施療の増大、受療率の上昇の基盤となっている、傷病者の増大だとか、有病率の上昇への直接の、あるいは正面からの対応ではない。受療者を減らすために、医療費の負担の方式を変えろとか、報酬の仕組みを変えろというのは、傷病者そのものを減らすということに、本格的に取り組むということなくしては、患者のほうにも、あるいは医者の方にも、傷病は増えているのに、医者にかかりにくくなっているとか、あるいは患者を診にくくしているという不満を、引き起こすことになると思う。

そこで、傷病者をどのようにして減らすかということになる。そうするとこれまで見てきたことも含めて、改めて今日における傷病の実態というか、あるいはその増加要因ということを、正面から問題にする必要が出てくる。これは先ほども人口の高齢化だとか、慢性疾患の増大だとか、精神障害の増大ということを挙げたが、たとえば慢性疾患の増大を取り上げて、先ほどの日野原先生のご指摘だけではなく、生活様式とか、人間関係に起因するという問題が非常に多い。それから精神障害の増大もデプレッションとか、ニューロシスとか、抑うつ症とか、神経症とか、いろいろある。そのうち抑うつ症の人がどのくらいいるかということは、数字的にはなかなかとらえにくいけど、だいたい日本、アメリカ、あるいはそのほかの国を通して、65歳以上の人を取ると、20%ぐらい、あるいはそれ以上というデータもある。そのくら

いが抑うつ症の状態にあるといわれている。これにはいろいろの症状がある。頭が痛い、気分が悪い、沈むとかということだけではなくて、夜眠れないとか、食欲がないとか、心臓がドキドキするとか、疲れるとか、落ち着かないとか、イライラするとか、自分はもう必要のない人間だと思うとか、生活が充実していない、死んだほうがましだとか、毎日が楽しくないとか、こういったような状態にある人が、20%、あるいは30%も、あるいはもっと多いというデータもある。

それからアルコール中毒なども多い。これはアルコール中毒患者ということで、実際に医療機関にかかっているとしてとらえられている数は少ないが、厚生省の研究班でのまとめだと、少なく見積もって、医師の治療を必要とする者だけでも、220万人ぐらいいる。18歳ぐらいから上の人の、だいたい2.2%ぐらいの数字をはじき出している。

このような慢性疾患、あるいは精神障害、あるいは高齢者の健康問題というのは、医者にかかるだけでは、いままでのような薬、あるいは注射だけでは、解決のできないものが、非常に多くなってきている。その意味で受療を抑制する、薬や注射の多用を費用負担や、報酬の面からコントロールするという施策は、まったく必要はないとはいわないが、それだけを切り離して行うということは、妥当ではないと思う。やはり医師の目もつと健康のほうに向くような形での教育の在り方、たとえば医師の選抜の仕方、あるいは資格の付与の仕方とか、カリキュラムだとか、さまざまなものの検討が当然必要になる。また医師の報酬とかというものも大事な1つの仕組みである。そしてもっと基本的には、人間関係だとか、いろいろサポートの仕組みをどうつくっていくのかとか、連帯的な本当の意味での社会福祉というものを、どうつくり上げていくかということが、非常に大きくからんでくると思う。

それからこのたびの老人保健法の改定では、いわゆる老人保健施設という名称で、以前からいろいろ議論されていた、中間施設の問題が浮上してきた。時間の関係で、これは省略しますが、こういう議論も、施設の経営権だとか、イニシアティ

づを医療関係者がもつか、福祉関係者がもつか、あるいは行政がどう関与するかという、提供者側の利害関係みたいな議論はいろいろされるが、それを必要とする高齢者なり、障害者の観点から、どういう状態の人を、それは身体的に、経済的に、精神的にいろいろあると思うけれど、そういう人をどういうところでお世話をするのかという、こういう利用者側の観点からの議論というのが、非常に少ないというのがやはり問題だろうと思う。

これらのほか、老人保健法が目玉として打ち出したものの1つに、日常の保健活動の重視という点がある。世間一般では、一部自己負担の復活だとか、保険者間の財政調整みたいなところに、関心が集まっているが、もう1つの柱として打ち出しているのが、名称も老人保健法ということだが、保健事業である。これは世間一般にも好評であるというが、必要な施策を、やっとな法的な裏付けをもたせて行ったとされている。

ただ、1つ問題なのは、保健事業ということで、何をやっているか、あるいはどういうことに、実際にお金を使っているかである。保健事業ということで、財政的に裏付けをしているもののうち90%以上といってもいいと思うが、大多数は検診事業である。私は決して、その検診が意味がないとか、必要がないということをいっているわけではない。これはそれとして、病気の早期発見、早期治療ということで、大事な役割を担っている。

ただ、日本での問題というのは、あまりにもこれが、医療機関主導、あるいは行政主導で行われていること、日常の健康管理とか、保健指導とつながっていないことである。検診を受けるほうも、あるいは実施するほうも、病気の発見、治療ということで、病気のほうにだけ向いている。何か症状とか、異常が見られないと、通知もしない。あるいははがき一枚出して、「あなたは正常です」とだけいつてくる。そしてあと保健指導とか、そういうことは何もなされない。

それから受けるほうも、これは健康管理とか、保健指導に熱心な、あるお医者さんがいつていたことだが、肺ガンの検査か何かを受けて、その結果がわかるまでは、非常に青くなって心配をし、

どうしよう、どうしようといっていた人が、検査の結果、あなたは何にも異常はありませんといわれると、ニッコリして、「きょうからまた、たばこがおいしく吸えます」といつて帰っていつたので、その先生はガックリしたといふのです。これほどではなくても、結果がわかるまでは非常に緊張していつても、何とないといわれるとすぐ、暴飲、暴食をはじめるといつひとも多い。

日本の検診といふのは、いわゆる病気の発見とか、治療といふほうにしか連動していつない。こんなことまでいつとあれだが、いま医師会、これは地域医師会も含めてですが、検診事業に非常に熱心に取り組むといふところが増えてきていつる。これは良く取ると、日本のお医者さんも治療だけではなくて、予防だとか、健康管理に力を入れるようになったのだといふ、評価もできないわけではいつないが、一面では、だんだん医者のか数が増えてくる、それから医療費自己負担が増えたりして、患者は減る方向にいつる、そこで検診といふことを通して、患者を掘り起こして、少しでも収益を増やそうといふ、こいつうこともかなりからんでいつるのではないか。こいつうことで、あまり治療一点張りで、検診事業がされると、問題が出てくる。

アメリカなどでは、同じ健康づくりといふことをいつていつても、日常の健康とどう取り組んでいつくかといふほうに、重点が置かれていつる。禁煙だとか、節酒だとか、運動だとか、ストレスコントロールといふ面だとか、日常の生活の送り方に注意していつる。そしてこいつうことを一般の人々、あるいは民間主導で進めていつる。行政、あるいは医者かがイニシアティブを取っていつるといふ、日本の在り方とは大変違いつる。

そこで、これからは個々の症状や、異常の有無しといふことだけから、健康や病気を見るのではなくて、それぞれの人が、それぞれの日常生活の中で果たしていつる、担ていつる役割とか、あるいは占めていつる地位とのかかわりで、健康を見ていくといふことも、非常に大事だと思いつる。先ほどの抑うつ症との関連ではいつないが、サポートイブな生活といふものを、こいつうこいつうにつくり上げていくかといふこととも関連してきていつる。通常の役割

を担うのに差しさわりがあるかどうかという観点から、見ていくということも大事である。

さらにこれから1人暮らしの高齢者が増えてくると、健康管理とか、健康増進のゴールというか、目標を、症状とか、異常を取り除くということよりも、それぞれの人が、最大限の自立性、これは身体的な自立性だけではなく、経済的な、あるいは社会的な、心理的な面をも含めてだが、そういうものを回復する、あるいは助長するという、こういう観点が、非常に大事になってくる。

日本でも国民健康会議、これは厚生省の肝煎りでつくられたのだが、これの提言で、これから高齢者の場合は特に、一病息災、あるいは日常生活で病気とうまく付き合っていくことが大切であるといっている。このことは今年度の厚生白書の中でも、改めて取り上げられているが、こういう見方がされるようになったというのは、1つの前進だと私は思うが、まだ日本の場合には、一病息災とか、病気と付き合うというように、病気からの発想であり、健康からの発想ではない。そこにまだ問題があるかと思う。

今日においては、身体的な傷病の多くは、偏った食生活とか、運動不足とか、不規則な生活や過労、あるいは深酒、喫煙、麻薬の愛好、さらには非常にストレスの多い人間関係といった、健康にとって問題のある生活の送り方、あるいは生活習慣というものに、深くかかわっている。あるいは疲労だとか、食欲不振だとか、イライラといった身体的な不調とか、半健康状態というものが、ウイルス感染とか、けがとかいったものの引き金になっている。その準備状態をつくり出している。そしてそういうことについては、かなり一般の人でも最近では、理解が進んできているように思う。そういうことでこれからは、日常の生活とか、行動、さらに人間関係とか、環境というものを、健康にとって望ましいものに変えていくという取り組みが、きわめて重要なことになる。

昨年の11月にカナダで WHO とカナダ政府が

主催をして、ヘルスモーションに関する国際会議というのが開かれた。私も参加させていただいたが、そこには WHO のマラー事務総長も、5日間の会議にずーっと張り付いて、大変に力を入れておられた。そこではこれからの健康問題の取り組みとして、もっとコミュニティを強化しよう、もっとサポートティブな人間関係をつくっていくということをしている。日本でいうと、そんなのは健康に関する会議ではなくて、社会学か、社会福祉の会議でいいようなことなのだが、そういうことが健康に関しての会議での提言として、まとめられたわけである。

日本から見ると、えらい健康から離れた議論と受け取られるようなことだが、これからは身体的な健康を守っていく、あるいはそれを高めるためにも、習慣とか、生活様式を変えていくという、またそれも具体的ないろんなスキルを開発するか、いろんなストラテジを立てていくということは、必要不可欠な要諦になっているのではないか。

きょう話しましたことは、保健社会学的なという観点からなので、決して医者がいらないとか、医療はこれから必要ないとか、治療医学は無用だとか、そういうことを申し上げているのではなくて、薬、あるいは注射とか、医者では治しにくい健康問題というのが、非常に大きくなってきている。そこでそういうものを正當に、よく位置付けて、取り組んでいくということが、これから大変大事なことでないかということなのです。オタワの会議では、いままではメディカルケアの時代であったが、これからはヘルスケアの時代であるということもいわれているが、日本ではメディカルケアというのが、非常に肥大化をして、ヘルスケアのほうが大変弱く、まだ十分正當な位置付けを与えられていない。こういうふうなことも、1つのこれから転換ということで、問題にしていただけだと思う。

どうもありがとうございました。

【レポート】

福祉国家の再検討

名古屋大学教授 飯田 経 夫

名古屋大学で経済学をやっている飯田です。きょうのシンポジウムのテーマは、「転換期の社会保障」ということだが、私は社会保障を含めて、もう少し意味の広いものとして、福祉国家というものがあると考えて、その福祉国家というものについて考えてみたい。

私の考えでは、第2次大戦後しばらくの間、福祉国家というのは大変美しいイメージをもった言葉であったが、いまそのイメージが大変悪くなっている。そうではないというご意見もあるかと思うが、私個人はそう思っているし、エコノミストの間には、そう思っている人がかなり多いのではないかというのが、私の印象である。

そういうふうに福祉国家のイメージが、なぜそれほど悪くなったのか、転落してしまったのかということ、理論的に考えてみたい、とレジюмеに書いてある。理論的というと格好よく聞こえるが、実はネガティブな表現であって、制度的な細かいこととか、実証的なことを無視して、理屈だけ言おうということである。

どんな社会にも、自助努力をしようとしても、することができない弱者が、必ず何パーセントかいるのだと思う。また本来は弱者ではなくても、自分の責任ではない不幸、不運によって、一時的に弱者の立場に陥ることが、しばしば起こるだろうと思う。そういう場合に非弱者から見ると、弱者というのは、まず第1に同胞である、仲間であるということだし、もう1つには、自分自身だって予期しない不運、不幸があって、いつ弱者の立場に立たされるかわからないということを見ると、他人事ではないということだろうと思う。

この2つの点を考慮に入れた上で、非弱者の人達が、少しずつ自腹を切って、コストを負担して、

そのお金で弱者の面倒を見ようというのが、福祉国家の原則あるいは理念だろうと思う。そういう福祉国家というものは、非弱者が自分だけではなくて他人、即ち弱者のことにも思いを及ぼすという意味では、大変崇高なことだろうと思う。さらに、いま自分が非弱者で、別に困ってはいないということだけではなくて、将来いつの日か自分も弱者になって困るかもしれないということを考えているわけだから、大変思慮深いというか、タイム・ホライズンが長い。そういう崇高で思慮深い人々がつくる福祉国家というのは、大変美しいものだろうというのが、これが理念だと思う。

ただ美しいだけではなくて、その運営上重要なのは、以上のような原則に立つ限りは、福祉国家というのは、均衡財政でやっていけるはずだということである。言い換えるとそれは、非常にストレートな所得再分配メカニズムであって、非弱者の費用負担によって、弱者が利益を受ける仕組みであろうと考える。

以上が第1節で、次にレジюмеの2節に入ります。

ところがひとたび実行に移されると、以上の原則が幾つかの点で歪曲されてしまうと考えられる。そのうちもっとも重大なのは、非弱者である人達までが弱者面をして、費用負担をするよりはむしろ、受益する側に回ろうとすることである。そうすると費用負担を引き受ける側が減って、受益しようとする側ばかりが増えるから、福祉国家というのは、赤字財政に陥らざるを得ない。その資金繰り、ファイナンスは、何らかの一般財源に食い込んでやっていかざるを得ないということになる。

さらに、受益する側に回った人々が次に考えることは、受益額をよりいっそう大きくしようとい

うことだと思われる。そのとき福祉国家の規模、スケールはとめどもない膨張をはじめる危険がある。同時に財政の赤字幅もまたとめどもなく膨張せざるを得ないことになる。

そういう状態になるともはや、福祉国家は崇高だということは言っていられない。福祉国家以前は、たしかに非弱者は弱者を助けなかった。その意味では自分本位であったわけだが、しかし非弱者は少なくとも自助努力は旨としていたのであって、自ら弱者でもないのに、弱者面をして、他人の懐をねらうことだけは、少なくともしなかった。ところが福祉国家が到来したおかげで、非弱者はこの節度すら失う。「福祉国家は彼らの劣情を刺激する」と、非常に変な言葉を使って、レジュメには書いている。

他方、変化は弱者側にも生ずる。福祉国家以前には、その経験のない彼らは、福祉国家が到来して、非弱者が彼らを助けてくれることを、はじめは非常に感謝するだろうと思うが、やがて馴れっこになると、感謝するどころか、もっと沢山寄せということになる。そしてその要求が思いどおりに満たされないと、感謝どころか、逆に不平、不満、ひどい場合には憎悪の感情になってしまう。この面を考えると福祉国家というのは、弱者にも節度を失わせる。「彼らの悪乗りを助長する」と、レジュメには書いている。

福祉国家の現実では、人々は、特に非弱者はもはや、思慮深くさえないかもしれない。思慮深さすら失っているかもしれない。福祉国家以前には、もちろん彼らは、自分自身の将来に関する限りは、万一を考えて、自助努力でそれに備えることをやっていた。福祉国家の原則、または理念では、彼らはその備えが、ただ自分自身のためだけではなくて、ことによると他人のためでもあるかもしれないと考えて、それでよろしい、それでかまわないと考える。これが福祉国家の原則だと思う。

ところが原則はそうだが、福祉国家の現実ということになると、彼らはその将来に対する備えが、自分自身のために使われるならばともかくとして、他人のために使われるのは真っ平ご免だと考えてしまう。もしそこでとどまれば福祉国家以前の状

態に戻るだけで、非弱者は自助努力ができるから、自分のためには自助努力をする。あるいは自分のためにだけ備える。その場合は福祉国家以前に戻るだけだが、彼らはさらに一步、前に進むかもしれない。正確に言うと一步退くというか、さらにひどくなるかもしれない。というのは、いったい自分自身のためにやっているのか、それとも他人のためにやっているのかが、はっきりしないような金であるならば、そのために自ら費用負担するよりは、できるだけ他人の費用負担にただ乗りして、もっぱら受益だけを心掛ける。そのほうがより経済合理的ではないかということになってしまふ。しかし、もし全員がそのように、他人の懐をねらうようになると、いうまでもなく結果は、政府からたかることになってしまふ。そのとき人々は結果においては、自分自身のためにすら、思慮深さを失うというか、誰も将来に備える人はいないわけだから、自分自身のためにすら、思慮深さを失うと言ってもいいのではないか。

以上が2節で、以下3節に入ります。

このように見ると、原則、理念においては、福祉国家というのは崇高で、思慮深い人がつくるもので、非常に美しい存在であるはずだが、現実にはむしろその逆に、人々の劣情を刺激し、悪乗りを助長して、ただ乗りと、たかりの対象になってしまふ。大変おぞましい存在になってしまふ。もとはというと、福祉国家は福祉国家以前の経済がもっていた、大変な冷酷さを直して、その冷酷さを克服して、より人間的な経済社会をつくるためのプログラムだったはずだと考える。ところが現実の福祉国家は、そのパフォーマンスの水準においては、幾つかの点で、福祉国家以前の経済にすら劣るとさえ言えるかもしれない。

もちろん私は、ややオーバーな議論をしていることは、自分でも意識をしているわけで、以上のような言い方、考え方、見方をすると、あまりにシニカルに過ぎ、あまりに現実をカリカチュアライズしているというご批判を受けるかもしれない。しかし、いまや、福祉国家というのは大変信用を失ってしまったと思うので、そういう信用をもう一回回復させる、権威を回復させるにも、やはり

一度徹底して、福祉国家なり、社会保障なりの、悪口を言った議論をしておくべきなのではないか。それは福祉国家が嫌いだからではなく、福祉国家は大変いいものである。それは健やかに成長してもらいたいということを考えれば考えるほど、やはり一度厳しい議論をしたほうがいいのではないかと思う。

そういうふうに考える理由として、私はエコノミストとして見ていて最近、「経済政策思想」とレジュメには書いたが、経済政策に関する考え方、あるいは経済をどうやって運営していったらいいかということに対する考え方が、かなり大きく変化していて、その中で、福祉国家的な考え方というものに対しての風当たりが強くなってきているということがあると思う。

現在日本でも、税制の改革が問題になっているが、第2次大戦後の税制というのは、だいたい所得税重点主義で、しかも累進課税にして、所得再分配をしやすいような税制が、いちばんいい税制だという、大まかなコンセンサスが合ったわけだが、最近はそのような考え方ではなくなってきている。これはご承知のとおりで、アメリカでも、日本でも、たとえば所得税の累進度を大変緩やかにするというか、アメリカなどはそれが特に極端なわけである。それから所得税よりはむしろ、間接税中心主義で、見方によっては逆進的なことを、かなり認めるようになってきている。そういうことを新聞的な表現で言うと、金持ち優遇的な方向に税制改革が行われている。これはいろんな要因があるわけで、大変論点は多いわけだが、流れとして非常にはっきり出てきている。

それからもう1つ、これは私は非常に嫌いな言葉だが、民活論というのが大変盛んになって、規制緩和ということが大いに言われている。公的規制というか、政府の規制が過剰であるということとはたしかにあって、それが民間活力の発揮を不当に抑えている面はあるのだが、それでは民活だけ言っていればいいかということになると、民活、民活と言っただけでは身も蓋もない話だという感じがする。規制を緩和して、たとえば国鉄なり何なりのように、分割、民営化して、民間にまか

せさえすれば、万事うまくいくというものでは決していない。そのことが忘れられてしまっている。

そういうような経済政策思想の新しい流れに対して、何かものを言う、ちょっとおかしいではないかと言おうとすると、そのことと、たとえば福祉国家はどういうものであるかということと、かなり話が似てくるのではないかということである。

以上が3節で、最後に第4節にまいります。

福祉国家というコンセプト、そういう考え方を、時代の主な潮流にしたのは、明らかにいまから半世紀前、第2次大戦前の1930年代に、世界的に長期不況が続いたことが、きっかけになっているだろうと思う。当時は失業は日常茶飯事、当たり前のことだった。アメリカとか、イギリスでは、失業率が20%と30%の間にあるようなことが当たり前だった。しかもひとたび失業すると、すぐに餓死につながってしまった。餓死につながったということは、どういう意味かということ、1つは社会保障を含む福祉国家がまだその当時、日本だけではなく、世界中どの国をとっても、大変整備されていなかった。もう1つは一般大衆はほとんど貯えをもっていなかった。ストックをもっていなかった。あるいは仮にストックをもとうとしても、貯蓄をすることができるだけの所得を得ていなかった。そういう経済社会だったということだろうと思う。そういう状況では社会保障、さらには福祉国家というのは、常に失業の危険にさらされながら、貯えを持たず、貯えを持てるだけの所得を得てもいない一般大衆を前提にして考えられた、そういうコンセプトだろうと思う。いうまでもなく、彼らが失業をしたり、あるいは病気や老齢のために働けなくなったりしたときに、直ちに死んでしまうという、みじめなことがないようにということだったのだろうと思う。

ところがそれ以来50年たって、第2次大戦後の先進諸国の経済は、大変やはり変わったのだと思う。ケインズ主義などの経済政策の進歩もかなりあったので、戦前に比べると失業率ははるかに低い。最近雇用問題が大変やかましく言われるようになったので、何十年ぶりであまりと深刻になると思うが、50年前に比べれば、まだまだ非常に恵

まれた状態だと思う。

しかも、第2次大戦後、特に1950年代、60年代というのは、おそらく資本主義経済にとって、史上空前の大繁栄期だったと思われる。経済が順調に成長して、一般大衆の所得水準が急速に上昇した。したがって彼らも貯蓄する余裕ができて、長年貯蓄してきたので、かなり貯え、ストックをもつようになった。そしてもう1つ重要なことは、戦後西側先進諸国に一齐に起こったことは、これは私流の言葉だが、平等化革命のようなことである。つまり一握のエリートと、一般大衆とが、非常に差の大きいものであったのが、その差が一挙に縮まったということである。そういう変化は、西側先進諸国のどこでも起こっているけれど、日本でいちばん徹底して行われたということだろうと思う。

この変化を一口で言うと、福祉国家以前の社会というのは、ブルジョアジーとプロレタリアートの社会で、一握りのブルジョアジーと、大多数のプロレタリアートがあって、その中間がなかった。いまの社会というのは、その両方ともいなくなって、真ん中、つまりブルジョアジーよりは下で、プロレタリアートよりは上の人が、ほとんど全員になってしまった。そういう人達のことを、中の階層というのだろうと思う。

そういう社会になって、一般大衆も、つまりほとんど全員がかなり貯えをもってしまっている。そういうようなことと、最近のマネーゲームみたいなこと、あるいは豊田商事事件のようなことと、全部関係している。つまり貯えをもちつけない人が、もってしまったことによる、それは摩擦現象のようなことだと、私には思える。たとえばそういういろんな事件にしても、だましたほうがひどいということとは、いうまでもないが、だまされた

ほうの人を見ると、本当にみんな沢山貯えをもっていると思う。これはやはり社会が変わったということである。

ところがそういう社会になったのに、社会保障とか、福祉国家というものを見ると、まだいまだに、福祉国家なり、社会保障なりが誕生した時代の状況、つまり一握りの金持ちと、大多数の貧乏人がいて、貧乏人は食うだけでとても貯えなぞできなかったという、そういう社会を前提にしている面が多いように思えてしょうがない。

そういう状況を客観的に見ると、こっけいな面が幾つかあるのではないかと、かねがね思っている。幾つでも例は挙げられるが、たとえばごくさやかな例だが、義務教育の教科書をただで配る必要は私はないと思う。そういう教科書をただでもらった家庭では、高いお金をかけて、子供さんを教育できるわけだから、教科書ぐらいは自分で買ったほうが、はるかにまともではないか。これは一例にすぎないが、どうもいまの社会保障なり、あるいは福祉国家なりには、そういう面がありすぎるのではないか。

そうしますと私自身は、福祉国家とは大変いいもので、福祉国家支持派の1人ですけれど、そういう私ですら、弁護しきれない面がある。福祉国家が嫌いな人にとっては、それは批判するためにつけ込む、絶好の口実になっている。そういうところにつけ込んで悪口を言うので、ますます福祉国家のイメージが悪くなる。

そういうようなことがあるので、最後のところはやや刺激的な書き方をしたのだが、「福祉国家のイメージを回復させるためには、若干の福祉切り捨てを行うことが、ぜひとも必要のように思われる」と、こう書いているわけである。

どうもありがとうございました。

コメント

東京都立大学教授 星野 信也

3人の発表者が非常に専門的な報告をされたので、私などが入り込む余地はほとんどないが、以下、3人の方のそれぞれの専門的立場をつなぐ試みをしたいと考える。

《福祉国家批判について》

最初に、飯田先生から、わが国の福祉国家論には福祉国家批判が欠落しているのではないか、この際、思い切ってそれをやる必要があるのではないかというご指摘があった。私もまったく同感なので、むしろわが国で福祉国家批判が欠落している理由を考えてみたのだが、ここでは2点に絞って指摘したいと思う。

第1に、わが国では「社会福祉」という言葉が制度体系を表す実体概念であると同時に抽象的目的概念でもあるから、それ自身に内在する評価基準をもっていないということをあげたい。西欧においては、抽象的目的概念としての Social Welfare と実体概念としての Social Services が概念的に明確に分離されているから、社会福祉の制度体系の実態について自由にいくらかでも批判できる。ところがわが国では制度の実体を批判することがすなわち目的概念としての社会福祉を批判することと分離されないから、そうした議論は反福祉として切り捨てられやすい。西欧では、福祉国家が批判される場合、それがいったい何を目標としてきたか、そしてそれを達成したかどうかが問われる。それがわが国では社会福祉ないし福祉国家自体が目標であるから、福祉が多ければ多いほど良く、それが少ないことしか問題とされない。

西欧でどういう上位概念が社会福祉の目標になっているかということを、最近の出版物、*In Defence of Welfare* あるいは *Challenges to Social Policy* などから拾ってみると、第1には、フリーダムあるいはリバティがあり、福祉国家がそれをはたして増大できたかどうか、それから第

2に、先程飯田先生からお話があったディストリビューションないしソーシャル・ジャスティス（社会的公正）を高めるのに福祉国家が貢献したかどうか、をあげることができる。他にも指摘される点はあるが、福祉国家批判に共通しているのはこの2つの上位概念だと思われる。欧米では、社会福祉は少なくともこの2つの基準に則して評価し、批判される。ところがわが国の場合には、社会福祉自体が制度の実体概念を引きずったまま目的概念化されているから、自らを批判しにくいし、幸い他からも批判を受けにくい。

制度としての社会福祉が批判されにくい第2の理由に、欧米で現代社会福祉の政策手段の選択肢であるものが、わが国では歴史的概念として捉えられているということがある。欧米でユニバーサリティ対セレクトィビティの概念は、あくまで同じニーディ・グループを社会福祉対象として認識しつつ、その同一対象に働きかけるのにいずれの理念に従うべきかという政策手段選択の問題である。したがって、社会福祉政策は、絶えず一旦選択した理念が目的を達成したかどうか、その社会的効率を問われる。ところがわが国では、社会福祉の対象が貧困者すなわちセレクトィビティから一般国民すなわちユニバーサリティに広がったという歴史的発展概念とされてしまっているから、欧米におけるように社会福祉の政策手段選択を評価すべき理念を欠いている。ついでに言えば、欧米でユニバーサリティは、たとえばイギリスの児童給付のように、もっぱらニーズの有無を問わない政策手段を指す概念だが、わが国ではミーンズ・テストをするかしないか、すなわち社会福祉対象として低所得者を優先すべきか否かの問題に矮小化されている。わが国では、また、政策手段にユニバーサリティのない個別福祉サービスについてまでユニバーサリティが拡大解釈されている。要するに、重要な政策手段の選択肢をもたないと

すれば、政策手段の選択理念に基づいた社会福祉批判は起こりようがない。

以上が、私が考えるわが国で福祉国家批判ないし福祉国家危機感が欠落している理由である。

《社会福祉権について》

次に河野先生から大変緻密な議論をいただいたが、若干補足すると、英米の社会福祉権の細かい内容に立ち入る前に、本来、英米で社会福祉権がクレイム・ライトであるのかどうかを明らかにする必要があると思う。その点でいえば、イギリスでもアメリカでも、決してクレイム・ライトとしては考えられていないといわなければならない。イギリスでは、リーガル・ライトというよりむしろソーシャル・ライトとする考えがみられる。

この両者の区別を明確にしたマーシャルを引用すると、「普遍的サービスである社会保険、教育、保健についても、個人が拠出、能力発達、健康維持——この点について先程園田先生からご説明があったが——などに努めるのでなければ、社会も十分にはその義務を果たせない。」つまり、サービスを受ける側も十分な義務を果たすのでないと、社会の側も十分なことができないという意味で、リーガル・ライト、法的権利ではなくむしろソーシャル・ライト、社会的権利にとどまる。

この点とかわかって、園田先生が説明された、個人も健康維持に努めるのでないという点をさらに広げていうと、社会福祉において高齢者問題は優れて女性問題だといわれるが、これまで女性の交友関係は、結婚後はややもすると男性中心の交友関係を優先しそれに取り込まれる傾向があった。しかし、女性の方が寿命が長く、一人暮らし高齢者問題は主として女性問題だとすると、生涯にわたる家族の交友関係について、むしろ男性の交友関係を犠牲にしても女性の社会的ネットワーク維持を優先すべきだという主張になる。

次に、クレイム・ライト、リバティ・ライト、それからイミュニティとパワーという区別について、なにか最近の判例で出てきたように受け取れるお話があったが、この4区分が最初に説かれたのは1919年のことであり、最近の判例から学ぶべ

き点は、むしろこの4つの古典的区分のうちなにが今日いちばん高いウェイトを置かれるべきかということだと考える。そして、近年の方向としては、リバティ・ライト（自由権）に最もウェイトが置かれているというべきである。1970年以降のアメリカの社会福祉関係の判例で最も重要なものの一つといわれるのがペンハースト・ケースだが、これはペンシルバニア州の精神薄弱児施設を閉鎖に導いたケースで、いわゆるディインスティチューショナリゼーション（脱施設化）を決定的なものに方向づけた判例である。

1980年に *Unloving Care* という書物がアメリカで出版され、ナーシング・ホーム関係者に多大の反響を呼んだが、この書物には「ナーシング・ホームの悲劇」という副題がついている。河野先生はリバティ・ライトの重要性を今後わが国でも強調すべきだとする説明されたが、まさしくその問題が各国で課題となっており、たとえばスウェーデンでは今後ナーシング・ホームの新設はやらないことにした。また、イギリスでは、国営保健サービス（NHS）についてあれだけサッチャー政権が予算を削減してきたが、それでもコミュニティ・ケアに対して NHS が地方自治体に代わって費用負担するという。同様に、あれだけ予算削減を進めているレーガン政権のもとで、メディケア、メディケイドが HMO あるいは SHMO というコミュニティ・ケア組織に対して費用を負担するという。これらは、いずれもリバティ・ライトを最大限に尊重した *Least restrictive setting*（制約最少の環境）すなわちコミュニティでこそ福祉が図られるべきだとする考えに立っている。

わが国でもいずれその方向に行く可能性があるだろう。

《地方自治とナショナル・ミニマムについて》

河野先生は、地方自治以前に社会福祉のナショナル・ミニマムが重要だと主張されたが、この点については、憲法92条でいう「地方自治の本旨」は、憲法25条がいう生存権と並ぶ憲法原理だということを強調したい。今から20年ほど前になる

が岩波新書の『憲法読本』下巻で、辻清明教授が「地方自治の意味」と題する章の中で次のように論じている。「最近、福祉国家に名を借りて、地方自治の存在理由を敢て無視しようとする意見があるようである。……現代の福祉国家観では、国民の福祉をまず考えるべきであって、地方自治は二次の意味しか持たないというけれども、果たしてそれは正当な議論であろうか。」「現代の福祉国家の下では、地方自治はアナクロニズムであると主張することは、余りにも単純な論法だといえ、いいすぎであろうか。国家と地方との有機的関係を主張することはよい。しかし、それはあくまで、地方を中央に生かす意味においてである。もし、その論法を否定するならば、そこでいう福祉国家論は徒らに中央崇拜となり、官僚万能論を招くだけである。それは、地方自治を殺すとともに、国家をも殺す結果になりかねない。憲法に明示する地方自治の本旨は、このような論法とは逆の原理である。」この指摘が、福祉見直しや日本型福祉国家論のいわれるずっと以前に行われていたことを付言したい。

《社会サービスと普遍性、そして措置制度》

本年度の厚生白書は、これまでのなじみにくかった「対人社会サービス」に代えて「社会サービス」という言葉を使ったが、もともとパーソナル・ソーシャル・サービスには、普遍性は認められないと考えている。そもそもパーソナルという言葉とユニバーサルという言葉は相矛盾する概念であるばかりでなく、パーソナル・ソーシャル・サービスにはリバティ・ライトが重要な意味をもち、どのようなサービスを請求するか、さらにはサービスを請求するか否かの判断の自由、すなわち *freedom to claim or not to claim* が尊重されるべきだからである。現状では、この判断の自由はもっぱら女性にかかっており、この女性の自由権を考えれば、個別福祉サービスに普遍性があるとはいえないはずである。もし、長期的に女性の社会サービス選択の自由を保障するとすれば、現在の個別的、選別的な措置制度、あるいは措置費制度を廃止して、文字通りユニバーサルな社会

手当、保育手当や介護手当、に転換する方向しかあり得ないであろう。

河野先生は、措置制度をどうするかが当面の課題であるとして提案されたが、私は措置費制度が果たしてきた医療費の出来高払いと同様の側面に注目したい。措置費制度は、それが最低基準を維持するための必要経費とされ、国家予算と結び付けられてきたから、施設処遇内容、したがって施設種別は措置対象者別に次々に細分化され、施設供給は次第に措置費の高い施設種別および対象年齢別に傾斜してきた。特別養護老人ホームや乳児保育がその例であるが、さらにいえば、保育所は、大都市郊外を除いて全国的に過剰供給となり、多くの地域で、まさに施設ないし職員維持のために、措置費の高い3歳未満児に対象を広げているという実情が見られる。

先に述べたように最も制約の少ない環境で福祉を図ることが望ましいとすれば、今後ますますコミュニティ・ケアに重点を移すべきであるが、それと同時に、施設の地域化の前提として、なによりも施設自体が地域住民の利用するものに変化すべきで、そのためには、措置費制度が作り出したあまりに細分化された施設種別の最低基準ではなく、地域の実情に即してそれぞれのニーズに多面的に対応できる多目的施設を可能にするよう、弾力的で応用の幅の広い最低限の必要事項を定めた最低基準とすべきである。わが国ほど施設種別が細分化され、それが国家予算で制約されているというような国は例がないといってよく、それは、出来高払いの医療費と基本的に類似した、細分化された処遇内容を措置費で保障するという制度がもたらした欠陥であり、地域で住民の必要に応じて施設を作り、住民の必要に応じて処遇内容を対応させるという本来あるべき道を閉ざしている。そこでは、逆に、施設に合った処遇しか提供されず、住民側の選択の自由はきわめて制約されている。河野先生も同意されるように、将来、サービス利用者の自由権を保障していくためには、施設の最低基準は、文字通り最低の必要事項を定めた、社会福祉施設に共通の最低基準とすべきであり、例えば、定員を大幅下回った保育所がその一部を

地域の高齢者に開放するなど可能にすべきである。

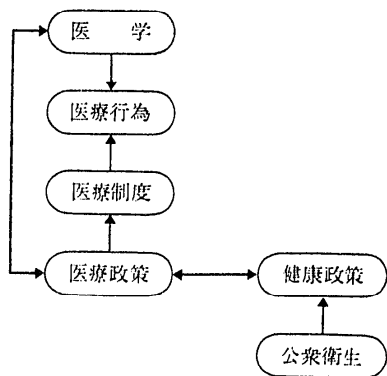
このように考えると、従来の第1種社会福祉事業、第2種社会福祉事業の区別も無用の区別であり、それを撤廃し、併せて、社会福祉事業の経営主体も社会福祉法人への限定から開放することが望ましい。社会福祉事業の担い手の資格要件を制約する方向が示されていることを考慮すれば、経営主体は少なくとも公益法人まで広げてよいであ

ろうし、本年度の厚生白書が、意図的にかそうでないかはともかくとして、「民間サービス」という用語をいわゆる企業サービスに使ってしまったとすれば、もはや経営主体の制約を取りはらってもよいであろう。そこまで考えれば、長期的には、サービス利用者の自由な選択を保障し、利用者自体のチェックを期待する意味からも、措置費制度は廃止し、サービス利用者への社会手当に転換する方向で抜本的な改革を図ることが望まれる。

コメント

東京都立大学教授 西 三郎

都立大学の西です。私は園田先生のご報告を中心にコメントをさせていただきたい。園田先生のご報告に対して、基本的にはご主張なさることについてとくに異論はありませんが、報告の中身と、それから少し議論の発展のために、多少のコメントをさせていただければありがたいと思う。黒板を使わせていただきたい。



園田先生のご報告のなかで医学、医療、医療政策の区分が明確でないままのコメントでどこを対象にしているか多少判然としない。私は医師として、医療は、医学の社会的適用であるという、武見太郎の定義に必ずしも賛成する者ではないが、多少順序としては、このように書いておきたい。

先ほど園田先生のご指摘になった、いわゆる病因論、病気の原因の議論として、細菌とか、化学

物質というお話があったが、19世紀に近代医学が発足をしたとき、皆さん方によく知られているのはパスツールとか、コッホだと思う。しかし、私達医学を学んでいる者には、いちばん大きいのはウィルヒョーの細胞病理学である。医学の基本としては、人間の病気とは細胞の変化によるという受け止め方をしている。そしてコッホの細菌学が生まれたそのすぐあとにクロード・ベルナールが出て、ホメオスタシスという概念がつくられ、最近ではご承知のように、セリエのストレス説が出てきた。そういう点で私は、病気というのは細胞の変化としてとらえ、それをホメオスタシスというバランスものとしてとらえ、そこにコッホの学説が加わるというのが、医学の考え方である。

医学をそういうふうにご理解いただくと、先ほどのご批判というのは実は、医療制度ないしは医療政策に対する批判だと思う。私は公衆衛生に席を置いていたが、疫学という概念は公衆衛生から生まれたもので、そこでエージェントという概念が提唱され、伝染病対策をすすめるにあたり、エージェントを撲滅しようという、対策が立てられてきた。それは医学への批判のみではなくて、公衆衛生、健康政策さらにそれに関連して医学、医療行為、医療制度がかかわっていることから、それらの関連をふまえた批判を期待したいことが1つである。

もう1つご批判のあった、疾病と健康の概念の違いについて、これからは健康を志向していかなければいけないというお話ですが、もともと医学は、先ほど言った歴史的な発展の経過の中では、新しいいろんな考えが生じてきており、人間を全体的に見るという形が、最近ようやく言われているが、西洋医学の基盤的な学問の構造の中に、トータルにものを見るというのは含まれていない。

ご承知のように、皆さん方が医者に行けば、必ず裸になる。着衣をぬいで全部除いてはじめて診察する。そこでの検査の多くが細胞とか、血液の検査である。そういう疾病を分析的な方法を用いているときに、健康ということを主張しても指導する理論がまだ確立していない。先ほど開業医が非常に親切でよく診てくれるというのは、歴史的な経過の中で事実だが、そこで行われていることは、医科大学で習ったことではない、街の中の生活の経験で指導している。このように学問的背景のないことを用いることは、もちろん許されることもあるが、医師として健康を指導する時に学問や、理論がない限りにおいては、どうしても狭い医学、医療行為のほうに興味がもたれる傾向は避けられない。

そういうことを基本にしている医学の問題点というものを、もう少し強くご指摘いただいて、それを変えるにはどうしたらいいかという論点がないと、先ほどの結論に、私ども医師を仲間に入れることは、なかなか難しいのではないかと。なお、ここには私と違って、臨床医がいらっしゃるので、これについてはまた違うコメントが出るかもしれません。

もう1つは、健康政策の問題である。飯田先生のご意見に賛成の立場で、いろんな場で述べている。豊かな時代になって、いつまでもけちなことを考えるなということを言っている。

ここには厚生省の元の偉い方がいらっしゃるのですが、多少言いにくいのですが、先ほど星野教授からもご指摘があったが、民間保険という形が提唱

されている。しかし、自賠責がどういう状態になっているか、たとえば、ムチ打ち症というのが日本では数も多く長期間にわたり治療が続けている。これは長くかかって、重い病気だというと、慰謝料が高くなるという仕組みが組み込まれていることもその理由とされている。誰も好き好んで病気になりたい人はいないはずなのに、そういう事実がある。

それからもう1つ、自賠責がなぜあんなに高くなってきたのであろうか。自賠責がスタートしたとき、保険の第一線で働いている人達が、「先生、高く請求してくださいと、うちの事業が評価されるから」というので、自賠責の事業が拡大されたという経緯があるやに聞いている。公的な医療保険とまったく切り離して、民間だけで行なうならいいですが、公的保険と抱き合わせすると、あと1日入院したら、民間保険から入院料が10日分出るとなれば、医師のほうも、あと1日ぐらいどうということはない、先ほどのただ乗り現象があることだから、いいよというので入院を延ばして、公的保険の医療費が高くなる、ということが目に見えている。それにもかかわらず、こういう政策をとっているのは、健保政策が、その日その日の政策に追われているからである。その日その日に追われざるを得ないということもよくわかるのであるが、長期的な、飯田先生のご指摘のようなことを踏まえて、具体的にどう進めていくかについて、これは飯田先生に雲の上からお下りになっていただかないと、もう間に合わないのではないかと思います。政策提言がいま求められているのではないかと。

医療制度、医療行為についての批判は、時間の関係で省略させていただきますが、こういう段階をもう少しクリアにしていいただいたら、先生のご主張も裏付けが出てくるのではないかと思います。

私の担当という形で、ほかの先生方へのコメントは能力を超えますので、ここだけにさせていただきます。以上です。

コメント

一橋大学教授 宮澤 健一

《福祉国家の再検討にむけて》

私の仰せつかりましたコメント分担は、飯田さんのご報告に対してですが、ほかのおふた方の議論にも、関連するところは、できるだけ触れてみたい。

飯田さんの「福祉国家の再検討」のご報告は、大変に明快、直截、刺激的で、かつ本質的な点を突かれていると思う。こういう理念的なレベルの問題を、実際の具体的なレベルに降ろしてくると、ただちに河野さんのご報告の「法制上の在り方」ともかかわってくるし、あるいは園田さんの「医療システム」の話ともすぐかかわってくる。

たとえば、河野さんのご報告では、リバティ・ライト(自由権)の見直し、あるいは最低基準の見直しの必要が説かれ、その一根拠として、「最低基準水準は、生活困窮者対策としての救護施設基準と、考え方において未分化なままである」と批判されている。この点は飯田さんが、福祉国家の再検討の理由の1つとして指摘された、「救貧的な施策を今日まで引きずっていることの矛盾」という主張と同じ論旨である。ただし、河野さんのいう法制上の改定方向が、はたして結論として、飯田さんと同じような、福祉切り捨て論につながるのかどうか、これはまた別個の問題で、お尋ねしたいところである。

他方、園田さんの医療システムのご報告では、傷病がなぜ急増したかの要因として、具体的に条件を5つ挙げられた。その要因の1つとして、医療費の自己負担軽減の政策推進によって、治療や施療の機会や誘因が増大したと指摘されている。これを飯田さんのやや刺激的な言葉におき直すと、「悪乗り」とか「劣情」とかいうことになるわけだが、そうしたインセンティブは、挙げられた5つの要因の中で、どの程度のウエイトを占めるとお考えになっているのか。この点についても、もし

園田さんにお答えいただけたらありがたい。

さて飯田さんの主題に戻そう。飯田さんの基本的な立場、あるいは主張は、つきつめれば、次の2つの命題というか、2つの問題提起にまとめることができるのではないか。

〔第1命題〕。「いまや地に堕ちた福祉国家の権威を回復するためには、逆説的にも、若干の福祉切り捨てはぜひとも必要である」。これが第1。

〔第2命題〕。「民活路線にまかせれば万事うまくいくというわけではなくて、何らかの公的規制、公的介入は絶対に必要なはずである」というのがその2である。

以上2つの命題にまとめさせていただけるとした場合、しからばこの見方を支えている根拠は何か。

第1の「福祉切り捨て不可避論」を支えている論拠は、報告にあったように、現代の“平等化革命”を経た、豊かな「中」階層の時代にも、いぜんとして昔日の救貧施策的な発想という過去の遺物を引きずっていることの矛盾である。これは、「客観的に見て滑稽」である。加えて、そこで展開されているのは、福祉国家以前にすら劣る「ただ乗り」と「たかり」の構造である。こういう主張であろうかと思う。

次に第2の、「公的介入不可欠論」を支えている論理は何か。いわゆる福祉国家的な政策思想に対して、最近これと逆行して、規制緩和、民活などの「逆風」がとみに強くなってきている。この流れに抗して、公的介入には「みずからの領域」として、守るべき「最後の一线」があるはず、とされる。そういう指摘であろうかと思う。

そこで、以上のように、仮に2つの命題とその根拠にまとめさせていただいたうえで、3つの面に分けて、論点を提示させていただきたい。

〔1〕 まずその1は、いままた2つの命題の関係、どう考えるべきか、である。第1命題

でいう「ぜひとも必要な若干の福祉切り捨て」を社会が行っていくときに、そのゆきつく先は、結果として、第2命題にいう介入の「最後の一線」に収束していくのか。それとも、収束しないと見ているのか。そのいずれを考えられているのかである。もし収束しないとすると、両者の間に若干の「幅」なり、「中間的なゾーン」が残されることになる。もしそうだとすると、この中間ゾーンを、一般論として、どのように位置付けたらよいかの問題である。

論点をもう少し具体的な形にするために、例示をしてみたい。日本の場合、福祉国家のスタートのときには、最低保障とか貧困の救済とか、そういった「選別主義」の見方に立っていた。その後の福祉国家の進展に伴って、保障の対象が拡大されてゆき、「普遍主義」に進展してきたといわれている。先ほどの星野先生のコメントの中に、この2つの主義は日本では、選別主義から普遍主義へという歴史的進歩があったと見られているけれども、そういう見方は不適切だというご指摘があった。いずれにしても問題は、この2つの主義をどう位置づけるかに関係している。

そのさい、普遍主義の方向の行き過ぎをカットし切り捨てよというとき、いったい次に申し上げる3つのうち、飯田先生は内容的にどれをお考えになっておられるのか。

第1の考え方として、(イ)普遍主義を捨て去って、選別主義に戻るということなのか。2番目に、(ロ)普遍主義は普遍主義として残す、そして選別主義との連立方式を考えるということなのか。あるいは3番目に、(ハ)普遍主義そのものを修正して、何か第3の新しい主義を導入されようとしているのか。もしそうであるならば、その第3の主義とは何か、である。

つまり普遍主義については、これをこのさい捨てるのか、残すのか、修正するのか。修正するとすれば、第3の主義とは何か。

あるいは逆に、選別主義のほうに焦点付けていえば、選別主義に、戻るのか、戻らないのか、それとも新しい連立を考えるのか。連立を考えるとすれば、その相手方とコンシステントな位置付け

をどうみるのか。こういうことになるかと思う。

このことは、若干の福祉の切り捨てが必要と言われるときの、「若干」の中身は何か、を問うことにほかならない。いま挙げた(イ)(ロ)(ハ)の3つの考え方のどれを採用するかによって、「若干の中身」は、かなり違ってくるのではないだろうか。あるいは逆の方向から言って、「最後の一線」を、どこに、どう引くのか。さらに、もうひとつ言い換えれば、「切り捨て」と「最後の一線」との中間ゾーンが残されるというのなら、これをどう考えるべきなのか。その点をお教えいただけるとありがたい。

[2] 質問の第2点は、飯田報告の考えを支えている思想的根拠はどこにあるのかです。飯田さんのご主張は、福祉切り捨て必要論、それから公的介入必要論との、この両者の、よく言えば「統合」、あまり良くない言い方では「折衷」ですが、そういう接合の考え方、思想的根拠をどこに求めたいのか。

今日まで、何かと言えば社会、あるいは国家に責任を帰したが、そういう自己責任を欠いた個人が幅をきかす風潮を、福祉国家が育ててきた。そういう趣旨のご批判があったが、これについては、まったく同感である。飯田さんの表現では、福祉国家以前にあった「自己努力の節度」、これが福祉国家になって以来、失われた。この失われた自己努力の節度を復位させようとする思想、これは一面、今日、はやりのフリードマンや、遡ればハイエクなどに象徴される「自由な社会」への復歸の考え方に似ている。象徴されると言っただけで、ハイエクやフリードマンの思想そのものというよりも、もう少しルーズに、広い意味で考えていただいてよいという意味である。

そこでお尋ねしたい内容は、言うところの最後の一線への公的介入、あるいは最後の一線プラス・アルファへの公的介入の領域を別として考えるとき、基本的な考え方としては、自由な社会の「自生的な秩序」の思想を基本に据えておられるのか。もしそうだとすれば、その根拠はどこにあるか。それとも、そうではなくて、別個の考え方なり思想なりを提示されようとしているのか。あ

るいはそうした立場への模索が必要だとされているのか、という点である。

その場合、ここでも問題を具体的な形にするために、2通りのアプローチを、例示的に挙げてみたい。(イ)第1のアプローチは、自由な社会の「自生的な秩序」の思想と、規制社会の「介入的な秩序」の思想との2つを、何らかの形でウエイト付けて連結する見方。そういう見方に立っているのかどうか。先ほどの星野さんのコメントにあったように、福祉というものの上位概念には、一方にフリーダムとリバティがあり、他方にソシアル・ジャスティスがあるが、そのことにかかわってくる。この2つを、対立するものと見るのか、何らかのウエイト付けで、ドッキングしようとする立場に立つのか。

あるいは、(ロ)もう1つのアプローチとして、上記のウエイト付け方式とは違う、新しい、第3の思想的立場が別個に必要なとされるのかどうか。もともと、局面に応じて、あるいは問題に応じて、「思想」というものを便宜主義的に使い分けるようなやり方は排すべきで、そうした手品使い的な発想に陥るべきではないとするならば、何らかの第3の思想的立場を考える必要があるように思える。この点をどうみるのか。

つまり、(イ)両者のウエイト付けドッキング方式と、(ロ)第3の思想的な立場への模索との、いずれの側に立って問題を考えようとするのか。西さんのコメントでは、飯田さんに雲の下まで降りてきて具体面で論じて欲しいということだったが、このへんの論点は、雲の上でもなお十分に議論できる局面かと思う。

【3】3番目として、これが最後の論点だが、「弱者」と「非弱者」という階層二分法のとらえ方、これについてお尋ねしたい。

福祉国家の原則、あるいは理念はどこにあるかという、先ほどのお話では、弱者への非弱者からの「所得分配のトランスファー」を、次の2つの考え方の下に行うことであるとされた。1つは、弱者もまた同胞だという非弱者の「崇高意識」、もう1つは、非弱者もいつの日か弱者になることが

あるかもしれないという、そういう場合に対しての「思慮深い」計算意識である。この崇高意識と思慮深い計算意識とのバランスが、「受益と負担の均衡財政」に導くこと、これが理想である。けれども現実には、赤字財政に落ち込んでしまっている。その理由は、上記の意識が変質して、たかりの構造がそこに生まれているからである。「弱者の悪乗り」、「非弱者の劣情」という表現で、論点が指摘された。

そこで問いたいことは、弱者・非弱者の二分法の発想によって、これからの事態が、どこまで解き得るのかという点である。飯田さんが他方で言われたことにかかわらせていえば、今日でも救済策的な弱者救済の発想の遺物を引きずっていることの滑稽さ、あるいは今日ではプロレタリアートが「中」階層に移行してしまった、という事態がある。一握りのブルジョアも多数のプロレタリアートも双方いなくなって、中階層だけになった事実に着目せよとのことであった。しかしこの言い方は、二分法と抵触しないか。

そもそも、プロレタリアートが変じた「中」階層とは、いったい弱者なのか、それとも非弱者なのか。あるいは、弱者から非弱者になっても「弱者づら」をしているのか、等々。しかしお聞きしたいのは、そういう言葉じりではない。問題の本質は、現代における福祉をとらえる発想としては、「階層の綱まえ方」を、二分法を超えてどう考え直すべきか、である。この点が、現代にとっては重要ではないだろうか考えるからである。

ご報告の筋を通されるうえで、「弱者・非弱者の二分法」は、簡明化のための方法としてはよくわかるし、大変に有効ではあるが、しかし問題そのものは、二分法の枠をすでに超えている。福祉国家の再検討というとき必要なことのひとつは、まさに「階層」概念の把握をどう立て直したらよろしいかに、かかわるのではないかと思う。そういう点についても展望をお示しいただけるとありがたい。

大変失礼をいたしました。

討 論

司会(小山所長) それではこれから、討論に入りたいと思います。

まずコメントをされっ放ししておりますから、リポーターのほうから、それに対して補足すること、あるいは答えないこと等があると思うので、そのほうを補足的に、一巡ご説明をいただきたい。どうぞよろしく。

河野 先ほどは星野先生からコメントをいただいたが、高い見地というか、広い視野から、福祉立法をとらえられて、批判をしてくださいましたので、1つ1つしっかり受け止めて、勉強をし直してみなければいけないところが多いのだが、若干は私の説明不足で、誤解を招いているところもあったように思ったので、そこはもう少し説明を加えてみたいと思う。

まずはじめに、社会福祉の権利の場合に、4つの内容を含むものとして、再構成したいということを書いて、それに続いて、したがって4つというと、それは単なる請求権の側面だけではなくて、当然自由権の側面、あるいは権限の側面、免除の側面も含まれると、先ほど申しました。これに対して星野先生は、それは新しい指摘ではなく、1910年にもう言われているのではないかという、批判でありました。たしかに権利の概念に混乱があることを指摘して、はじめて権利概念を4つの内容に分けて分析したのはハーヘルトで、その後ハートなどが権利概念を、さらに緻密に構成してきているわけで、請求、自由、免除、権限の4要素はたしかに今日の新しい指摘ではなくて、もうすでに古い権利論であり、ご指摘のとおりである。

しかし、それにもかかわらず福祉サービス、社会福祉の権利を、処遇の入り口の段階の請求権の側面だけではなくて、最低基準、および処遇過程における権利、そしてその侵害に対する救済の権利というものを積極的に、そして定式化して考えるようになったのは最近であると言っていいので

はないか。

特に処遇過程の権利というのは、患者の権利、あるいは精神障害者の権利などと並んで、福祉施設の入所者についても主張されてきているので、そのようにもう一度申し添えたいと思う。

その上で、イギリス、アメリカでは、福祉サービスを受ける権利、請求する権利が実際にあるかということ、そうではないのではないか。クレイム・ライトではなくて、リーガル・ライトでもなくて、ソーシャル・ライトというふうに考えるべきではないかというご批判であった。ソーシャルリーガルかということについては、何らかの意味でリーガルであることは間違いないが、リーガルであることが直ちに、クレイムという側面まで、リーガル・ライトで構成されているかということ、それは星野先生がご指摘のように、イギリス、アメリカでもそうではない。

少し補足して、判例をご紹介しますと、いまイギリスでも問題になっているが、たとえば、先ほど話したように、地方自治体、地方当局に一定の福祉サービスの義務が法律上課されているにもかかわらず、それを地方自治体が履行しないという場合に、その要援護者の側から、地方当局に対して、サービスの請求ができるかということ、いまのイギリスの判例の考え方では、地方当局が義務を履行していないものとして、管轄大臣の救済を求めるという手続きが設けられているのだということとその義務不履行の手続きを利用しなさいということになっている。

ですから言い方を換えると、その地方当局の義務不履行に対して、あるいは義務の履行程度が不十分であるということで、それを何らかの損害賠償の訴訟にもち込めるか。たとえば1970年法によって、病人や傷害者に一定の福祉サービスを行うべき義務が地方自治体に負わされているが、地方当局はその義務を十分に果たさず、要援護者が当

然受け得るはずだと考えたサービス時間数より2時間少なかったという場合に、要援護者はこの2時間分が提供されなかったことに対して損害賠償請求を求められるかという、それは求められない。義務不履行手続きで、救済を求めなさいというのが判例の立場である。そのような判例が私の知り得た判例の中に出ているので、たしかに福祉の要援護者が行政庁の決定を待つことなく、措置を請求するというか、サービスを請求する権利まで法律上認められているわけではないというのは、先生のご指摘のとおりである。

そこで本当は、4つの福祉権の側面に分けて、そしてそれには請求の側面も、自由の側面も、イミューニティの側面も含まれるという以上は、それぞれ4つの側面がどこまで、イギリスやアメリカ等々で法律上定着をしているか。そしてまたリバティやイミューニティというものが、そこでどのように確定をしているかということを、それぞれ分けていねいに見なければならぬのだが、それを全部すっ飛ばして、一般的な流れとして、4つを指摘し、権利構造を挙げたので、先ほどのような誤解を招いたのではないかと。ご批判をいただいたので、そこを少し洗ってみたいと思っている。

それからもう1つは、地方自治と憲法25条の生存権の保障という原理が、いずれも憲法上の原理であって、憲法25条の権利だけを優先するというか、それだけを考えて、ナショナル・ミニマムを主張することには、片手落ちがあるのではないかと、ご批判であったと思う。私は当面、最低基準はいかに形成したらいいかということに関心をもって考えもし、お話しもしてきたので、勢い地方自治ということは、そこでは触れていないし、したがって先ほどのような批判をいただいたのだと思う。

しかし地方自治というものを、同じく憲法上の原理として認めた上でも、なお福祉サービスの場合に、全国の基準と、地方の基準がどういうふうに関係付けられるべきかという問題は残る。地方自治の原理を尊重することでもって、ナショナル・ミニマムの必要性はないということにはならないはずであって、国と地方の基準の保障の関係

を、その基準の中身に沿って、やはり考えなければならぬと思うので、星野先生の立場に立つと、それではいっさいナショナル・ミニマムというのは、不必要であるというご主張になるのかどうか、そういうところがもう1つわからないところである。

どうも議論をうかがっていると、むしろ措置方式をやめて、普遍的な介護手当ということで、対応すべきであるということでもあったから、施設についても、いっさい全国的な基準はいらないという方向で、きれいに整理なさっているのかなと思ったが、もう少し詳しくそこをお聞かせいただいたらありがたいと思う。

そのへんがご批判で、あと星野先生ご自身の見解が述べられたと思っているが、大変大事な指摘でありましたので、そこは私なりに勉強してみたいと思っている。

園田 私の報告に関しては、主として西先生からコメントをいただいたわけだが、それにお答えをいたします前に、星野先生あるいは宮澤先生のコメントに関連して、若干述べさせていただきたい。

それは1つは、私の報告との関連では、健康管理というか、あるいは健康を守ることににおける個人の役割とか、責任、これを社会のとか、あるいは国の役割や責任との関連で、どう考えたらいいだろうかということであったと思う。最近、特に日本では、昨年出された長寿社会対策大綱、あるいは今年の厚生白書といったようなもので、非常にはっきり出されているのは、いわゆる自助努力、あるいは個人の負担ということで、健康の問題については、これがかなり強く前面に出されるようになってきている。そういうふうには日本では、セルフケアとか、あるいはセルフヘルスというのを、医療費の自己負担の問題とに、かなり結び付けたような形で出されているところが多いわけだが、これは若干問題があるかと思う。

アメリカなどでも最近、健康管理などに関連して、先ほどの報告でもちょっと触れたが、たとえば慢性疾患というものには、生活の送り方とい

うのが非常にからんでいるということで、たばこの吸い過ぎとか、酒の飲み過ぎとか、食べ過ぎを避けるとか、いろいろの発ガン物質に注意するとか、ストレスフルな人間関係をどう避けるか、あるいはそれに対抗していくかということで、かなり個人の側の問題、あるいは責任ということ言われている。これに対して一方では、個人がライフスタイルということに着目し、健康への取り組みということを重視するということは、大事であるけれども、あまりそれだけを問題にするということは、非常に片手落ちだという議論も、最近強くなってきている。

たとえば健康を損なうのは、本人が健康に注意しないから悪いとか、あるいは子供が虫歯になるのは、母親が不注意で、甘いものをどんどん食べさせるのが悪いとか、ガンになるのは発ガン物質の危険のあるところで、仕事をするのが悪いとか、あるいはそういうところに住んでいるのが悪いかということ、あまりにも個人のほうに問題をもっていくというのは、ブレイミング・ザ・ビクティムというか、いわゆる被害を受けている人を非難するという、こういう結果になるのではないか。もっと、それを生んでいる社会の側の条件というものを考えていかなければいけない。たばこを吸うのが悪いというだけではなくて、それ以上に、ああいうものを大量に製造し、販売し、そして広告して、利益を上げている、あるいは問題のある飲料水みたいなものを売る企業の問題とか、あるいは非常に危険だというようなことがわかっているような職場でも働き続けなければならない人や、そのような地域に住まざるを得ないような生活の条件をもっているような人々に対する配慮とか、そういうものへの検討がないではないかという議論も、一方では強くなっている。

ですから個人が注意すべき問題、あるいは個人の責任ということと、社会の、あるいは国としての取り組むべきことというのは、やはり十分問題を掘り下げて、取り上げていくということをしなないと、健康への対応でも、非常に問題が出てくるのではないか。これが1つである。

それから西先生のご指摘だが、たしかに医学、

医療、あるいは医療制度の問題ということについて、そこを十分区別しないで報告をして、幾つかの問題をご指摘いただきました。それに対する直接的なお答えをする前に、ちょっと申し上げたい。実は昨年11月に、医学教育振興財団、これは国立、私立の医科大学の方々がつくっている、医学教育のあり方を検討していくための財団だが、そこから私どもが委託を受けて、アメリカの医学部あるいは医学校において社会科学、あるいは行動科学というものが、どういうふうに教育されているか、研究されているかということの実情を見てくるといことで、行ってきました。そしてそこで幾つかの日本との非常な違いを、私どもは感じてきました。

1つは、これはご承知の方も多いと思うが、アメリカでは医師の資格を獲得するための試験、日本の国家試験に当たるものが、ナショナル・メディカル・ボードの試験だが、そこではビヘイビオラル・サイエンスがアナトミーだとか、フィジオロジーとかと並んで、必修科目になっている。試験科目に入っている。これは決定的に違う点である。

当然そうすると、医学部の教育の中でも、心理、社会、などに関連する科目が重視されている。ビヘイビオラル・サイエンスの内容を見ると、その中身はかなり心理学的な比重が強いわけだが、それでも医学部の学生の教育に、患者をインタビューする場合のテクニックの問題とか、あるいはヒストリーをどういうふうに取りっていくかとか、あるいは病気の社会的な、文化的な要因をどうとらえるかということに、非常に多くの、100時間とか、200時間という時間を取って、教育がされている。

それから、日本ではまだ十分取り上げられていないような、死の過程とか、死の問題をどうするかとか、あるいは医療におけるテクノロジー・アセスメントの問題とか、あるいは倫理の問題とかということについても、非常に大きな時間を取って、教育されている。

そういうことで大変大きな違いを、同じ医学教育、あるいは患者との対応ということにおいても、

感じてきました。

やはりそういうことを考えると、どうしても日本の場合には、医療費の問題をどうするかということについては、いろんな議論があるが、これはアメリカでもそうだが、そういう議論はされるのだが、やはりその前提としての、今日における病気の問題とか、あるいは今日における健康の問題というものを解決するために、どういう要因がどういうふうにからんでいるのかということを明らかにしていくことが大切であり、それらを考えた場合、そういう中で社会的、心理的、文化的なものの要因が非常に重要になってきているということから、それらを正面から取り上げるということをしていないということが、これから大きな問題になってくるのではないかということを、改めて感じたわけである。

それから宮澤先生からのご指摘ですが、幾つかの疾病の増大に働く要因のうち、具体的にどういふものが、どうかかわっているのかという具体的なことになると、私は大変弱くなってくるのですが、その中で特に社会的なものに関連するようなところを、ちょっと強調して申し上げたい。

きょう配布をした、昭和30年から60年までの有病率の移り変わりを示した表を見ていただきたい。これは年代の取り方が必ずしも同じ間隔でとっていないので、毎年のトレンドを図にして見たほうが、もっといろんなことがわかってくると思うが、この表から幾つか特徴的な点を申し上げてみたい。

たとえば男性と女性の有病率は、いまは女性のほうが、病気の人の割合が多いということが、当たり前のような形で受け取られているが、昭和30年代のはじめ、たとえば昭和34年の有病率を見ていただくと、男性のほうが高かった。それが、これは年度ごとには取っていないが、あるところから逆転をして、いまは女性のほうの有病率が高く齢になっている。これは一般には女性のほうの年構成が高いということが言われているが、それを補正してもなおかつ、問題がいろいろ出てくる。

たとえば昭和30年当時は、女性で健康保険の対象になっていない者がいた。あるいは対象になっていても家族であって、給付率も5割と、非常に

悪かった。その給付率がだんだん上がってくる。あるいは女性自身も仕事をもって、保険の本人になっていく、あるいは女性の地位が家庭でも、社会的にも高まってくるということで、それが医療を利用しやすくする、あるいは地位が高まったから家事をさぼるかどうかはちょっと別として、病気にかったときに休みやすくなるという、こういう面もかなり働いていると思う。

それから年齢階層ごとに見ていくと、非常に上昇率の高いところと、そうでないところがある。15歳から24歳という層は、昭和30年当時から1000人中25人そして現在でも37人ということで、上昇率は低い。ところが65歳、あるいは75歳以上ということになると、8倍とか、非常に増えている。これは高齢者に対する公費負担というものが実施されたところと、かなりパラレルに対応している。

それからもう1つ、医療機関に受療したということから、受療率という数字が、毎年まとめられている。これを見ると、最近高齢者の受療率の伸びは頭打ちになってきている。これは保険制度の問題とか、公費負担の問題というのが、そういうところにかかわっているということが言えると思う。

このへんのことは、たとえば有病率と受療率のかかわりがどうなっているかとか、その開きみたいなものが、どの年齢階層で、いつごろどういふふうに動いてきているかという、かなり具体的に詰めた議論をする必要があろうかと思うが、時間の関係で、これで打ち切らせていただきたい。

飯田 まず西先生のコメントについて、一言申し上げたい。雲の上から下りてこいと、おっしゃったのですが、私は雲の上にいるような、威張った気持ちは毛頭なくて、むしろ逆である。このシンポジウムでの報告をおすすめいただいたとき、都村さんに、私は素人だから、そんな立派な専門家の前ではとてもやれないと言って、お断りしたのだが、素人の話を聞きたいからやれと、おっしゃったので、ノコノコやってきたわけで、したがってドブの底からしゃべっているような感じで、とても政策提言まではいかなくて、自分でも恥ずかしいわけである。

次に宮澤先生の厳しいご質問についても、うま

く答えられるかどうか分からないが、ちょっと申し上げたい。

宮澤先生は私の主張を、第1命題として、福祉国家の権威を取り戻すためには、若干の福祉の切り捨てが必要である、それから第2命題として、公的な介入、あるいは公的規制はぜひとも必要という、この2つにおまとめくださって、まず第1問は、その第1命題と第2命題の関係はどうだという、お尋ねだったと思う。

私はそれほどきちんと考えていなかったということに、ご指摘を受けて気付いたのだが、私が言いたかったことは、要するに第1命題について言うと、現在の社会保障なり、福祉なりは、過剰に行われている面と、適切でないところに行われている面とがあるので、そういうことはやめたほうがいいということを言うために、第1命題を言ったんだと思う。

しかしそれであれば、公的規制、公的介入が絶対必要でないかと言えば、絶対必要でないということ言うためには、自由主義経済というのでしょうか、あるいは市場メカニズム、価格メカニズムが完璧だということを言わなければいけない。私は市場メカニズム、価格メカニズムが完璧だとは思わないので、だったら公的規制、公的介入は必要であろうというのは、これは非常に一般的なことで、社会保障なり、福祉国家なりだけの問題ではないが、その公的な介入が必要な中に、社会保障およびその周辺の問題があるだろうという、こういう意味で申し上げたんだろうなということ、自分であとで整理しました。

したがって第1の質問として、お前は普遍主義か、選別主義か、第3の主義かとおっしゃったのは、どうもまだ自分でどれだったかわからないので、ぜひ宮澤先生がおわかりだったらお教えいただきたい。

それから第2は、お前がそのようなことを言った、つまりこの報告のようなことを言った、思想的根拠はどちらなのかというお尋ねだった。つまりハイエク、フリードマン流の自由な社会の自生的秩序に期待するほうなのか、それともケインズのとは、おっしゃらなかったが、要するに一握り

のエリートが、最高の知恵でやれば、社会はうまくいくという考えなのか、あるいはその両者を適当に使い分けているのか、あるいはウエイト付けをやっているのかという、こういうことだったと思う。これも私、自分で自分のことを考えてみて、はてなと思って、まだよくわからないけれども、しかし考えてみると、私はかなり自分が、フリードマン的であるということは言わざるを得ない。

というのは、私は経済学をやるようになってから2、30年たつが、私がいろいろ読んだ本の中で、いちばんいい本だなと思ったのは、実はフリードマンの「資本主義と自由」という本だからである。あれは実にすっきりした本で、あそこまで言うとも身も蓋もないが、話としてはいいなという感じがする。だけどそれには100パーセント賛成かということになると、あれはあらゆることを自由にやればよいということ、あらゆることをマーケットにまかせればよいという話であって、自由主義経済は完璧である、あるいは完璧に近い、市場メカニズム、価格メカニズムは完璧に近いという話になるから、それはちょっと間違いだと思うけれど、どっちかという、ウエイトで言えば、自由な社会の自生的秩序のウエイトが高いのかなと思う。

それから第3のご質問は、私の報告では弱者と非弱者とがあるのだけれど、非弱者というのはブルジョアジーで、弱者というのはプロレタリアートである。そしてその区別がなくなるという話をしていて、なおかつ弱者、非弱者という概念が出ているのは、若干便宜主義ではないかということだが、これも厳しいご指摘だと思う。

言われてみて考えてみると私は、いまの社会を中だけの社会だ、全員が中になった社会だという言い方自体に、大変な議論があることはよく知っているが、仮に全員が中の社会だとしたって、経済の変動、産業構造の変動はものすごいので、いまその影響が大変強く出て、いわゆる重厚長大と言われる、昔からの産業で、もっとも優秀な労働力でさえ、はじき出されてしまうということが起きている。そういうふうにはじき出された人というのは、中であろがなかろが、弱者である

う。あるいは病気とか、老齢ということは、全員が中になってもある。

そういうことでやはり社会保障、社会福祉的な考え方というのは、中の社会でも重要であろうとか、あるいは全員が中になった社会での福祉国家とは、いったい何なのだろうかということを、どうか専門家の皆さんが考えて、教えてくださいということを、私は実は言いたかったのではないかなと思う。

司会 以上でコメントに対するリポーターのお答えは終わったわけだが、コメントされた方のほうで、もう一言何か言いたいということがあったら、簡単にお願ひしたいと思いますが、いかがですか。

星野 私が社会福祉施設のナショナルミニマムを要らないと考えるのかと、ご質問をいただいたので、そのことにお答えしたい。

先程のべた通り、措置制度および社会福祉法人制度によって社会サービス供給主体が限定されたなかで、社会福祉施設は対象年齢別、障害程度別にものすごく細分化されてしまったと思っているので、それがそのまま団体委任事務化されても、施設種別ごとのナショナルミニマムを国で決めていくかぎり、たとえ入所措置基準が団体委任事務化されても、地方には、ほとんど自主性、総合性を発揮する余地はないと考える。そこで、国レベルではごく大まかな基準を決めるだけにしたい。せめて社会福祉施設と児童福祉施設程度の分類にして、ごく大枠の基準を決めて、基準の大部分のところは地方に任せていただいた方が、地方の実情に即した総合的な施設造りができると思う。

現状は、施設が細分化されているから、対象者がある時点で別の種別の施設に送ればよく、施設運営は消極的経営にとどまりがちだが、施設が、総合的に地域に責任を負ったものになれば、行政および民間の積極的経営の可能性が期待できる。

司会 それでは時間の残りはわずかですが、フロアのほうから、ご意見、ご質問等がありましたら、リポーター、コメンター、どちらでもかまいませんから、名指しでおっしゃっていただきたい。どうぞお願いいたします。

太田(名古屋記念財団) 私は先ほど西先生の言われた、現場でやっている医者の1人だが、各国をずーっと並べてみて、少なくともわれわれが関与している医療だとか、福祉の現場では、ともかく配分がいちばんうまくいっている国が、現在の日本ではないか、というのが各国を学会活動などを通じて回って得た、言ってみれば感想です。

これからどうするかが問題でしょうが、いろいろ言われているけれど、この分野では、誰からどうやってお金を集めて、どうやって配分して使うかということだろうと思う。そこで特に最近の一連の健保法改正、医療法改正という、いろいろな動きを見ていると、日本の国は自己負担にしても、何にしても、何となくうまいところに、これは皆さんの力だろうと思うが、誘導して、落ち着いていっている。たとえば負担にしても20%の負担、それから1家計で5万から6万のマキシマム、こういったところは、家計の支出というところから見ると、教育費とのバランスであるとか、レジャーとのバランスであるとか、そういうことをいろいろ考えても、なかなかうまいではないかという、肯定的な印象を、全体としてはもっている。細かいことになると、いっぱい言いたいことがあるけれど。

ただ、福祉と医療というのは、わが厚生省の中でも意外に、区別されたような、区別されないような、おかしい状態にあるのではないか。医療、福祉というのは、本質的にサービス業なので、サービス業というのは、どういう形で競争が行われないと、いい心が入らないというのが、鉄則である。そこでいまの組織の程度でもいかんし、またガリガリに補助率で決めて、国が何パーセント、地方が何パーセントと、こういうふうに完全に決めてしまうのも、いかななものであろうか。そのへんでもう少し自由度があったほうが、いいのではないかというのが1つです。

それからもう1つは、現場でやってみると、医療においては、約50%が人件費で、福祉施設になるとほとんどが人件費と言っていい。そうすると高齢化社会になるとすると、その人件費をどうやって出すのかということに尽きる。いまCTであ

るとか、超音波とか、いろいろ言っているが、医療機器がどれだけ進歩しても、額としては高々1兆円にすぎない。またこれは量産しはじめれば、もっともっと安くなって、もっといいものができる。そこでそういった人をどうするかということ、それをメディアを通じて、どうやってうまくコミュニケーションをつけるかということが、課題だろうと思う。ここをどうするかということ、ぜひ皆さんで考えていただきたい。

戦後の日本を僕は、飯田先生と同じように、自由な、平等な日本が大好きな1人だが、いま日本の繁栄があるのは、やはり公平に見て日本の軍需費が、これは西ドイツに比べても、非常に少ないのと、徴兵制度がないからだと思う。この2つの特徴が日本だろうと思うので、そこでその軍需費、またはせめて徴兵制度に匹敵するところだけでも、たとえば男と女が何らかの形で、ワークシェアリング、ワークシェアリングと言ってレジャーに走るが、労働奉仕ができる形というものをつくっていけば、世界でも冠たる福祉国家になるのではないかということ、将来的には思っています。

五島（児童手当協会） きょうのレポートとコメントのどなたにということではなくて、感想と質問的なことを交せて申し上げたい。

私の関係しております審議会でも、社会福祉とは何かという基本論で議論をしたときに、2通りの意見があった。1つはハンディがあるところにニードが発生する、そしてハンディに基づくニードに応えるのが社会福祉だという考え方で、もう1つは、それはいわゆる貧困時代のことであって、現在においてはハンディがなくてもニードが発生をしてきている、したがってそういうニードに応えるのも、また社会福祉ではないかという考え方で、こういう2通りの意見があった。

その結論については、まだここで申し上げる段階ではないが、まずきょうのお話を聞いて感じたことは、これはコメントの先生からもご指摘があったが、弱者と非弱者という概念の中身がまだはっきりと理解できないものがあるのではないかということである。つまり弱者というのは、経済的に困窮している者だけを言うのか、そうでなくて

経済的にはまったく困窮していなくて、むしろ経済的には豊かであるけれど、身体障害とか、精神薄弱とか、あるいは母子家庭という、そういう者をも、社会的弱者としてとらえるのか、そのへんのところの弱者、非弱者の概念規定というか、範囲というものを、明確にした上での議論が必要ではないだろうかと感じました。

そして仮に、所得の面で恵まれない人を、弱者と考えた場合に、それが拡大されて、相対的に所得が低いことをもって、弱者というふうに考えると、ほとんどみんな弱者になってしまう。所得の高い者をどんどん、どんどん上に上げていくと、みんな社会的弱者になってしまう。そういう感じがした。

その次に、仮に弱者、非弱者を設定して、弱者に対しては、公的な社会的な施策の手を伸ばすべきであるという、そういうふうに単純に言えるのかどうかという疑問をもちました。つまり公的な施策というのにもいろいろあって、たとえば生活保護のように、全面的に保障するやり方から、援助、あるいは支援、あるいは監督、指導というように、いろんな手法の段階なり、相違がある。ただ公的施策はこういうものには必要だという手法では、なかなかとらえられないのではないか。したがって公的施策の範囲が広がっても、その手法によっては、必ずしも財政負担にすぐ結び付かないというふうに考えられるのではないか。

それから第2には、弱者と非弱者ということで、仮に考えると、今日の社会保障というのは、単に社会福祉だけではなくて、年金、医療全部を含んでいるわけだが、弱者化を、弱者と化することを予防するという意味で、社会保障あるいは社会福祉は、非弱者が弱者化しないために、防衛する役割が、非常に増加しているように感じられる。つまり医療保険にしても、年金にしても、これは単なる弱者対策ではなくて、非弱者の弱者化を未然に防衛すると考えられる。したがって、当面は非弱者を対象にしている、そういう施策はやはり望ましいのではないだろうか。

そして望ましくないものがあるとするれば、サービスの負担について、しかるべき負担をも否定す

るということであろうかと思う。ただ問題は、私どもが非常に苦慮しているのは、適当な受益者負担というのは、いったい何なのかという問題である。受益をする側は、それは少なければ少ないほどいい。財政に責任をもつ側としては、少しでも多く負担してもらいたいということになると思うが、その場合一方に偏しない、公正な望ましい負担の限度というものを、いったい設定できるのかどうかということで、非常に苦慮している。

それから第3は、先ほど社会的正義と福祉とのかかわりをおっしゃったが、社会的正義というのは、これは分配の正義と、応報の正義という、2本の大きな柱があるかと思う。その分に応じて分配を受ける、それからあるものをやれば必ず、良いにつけ、悪いにつけ、その報いを受けるという、そういう両方の原理から成っている。

そして社会的正義が福祉の上位概念であるとおっしゃったが、これは私の個人的な考えを申し上げると、もし社会的正義をはじめから頭に置いていない福祉というものを考えて、そういう福祉を実現するのが、福祉国家なのだと、仮にそういう考えがあるとすると、相当間違っているのではないか。つまり福祉というのは当然、社会的正義に合致してこそ、本当の福祉ではないか。したがって福祉国家というのは、再分配をより急角度にするほど福祉が伸びるという、そういう考え方が、福祉国家観の中にもしあるならば、それが間違っているのであって、社会的正義は福祉の上のほうにそびえている上位概念というよりも、福祉ということの中に、当然社会的正義というものが、包み込まれているべきものではないだろうか。

それからもう1つは、公正な社会保障というのは、いったい最低を保障するのか、それともベターを保障するのか、少しでも保障するほうがいいのか、それとも平等に最高保障ということを目指していくのか、こういう問題があるかと思う。この点についても、現行の憲法25条第1項を見ると、「健康で文化的な最低限度の」というようにあって、決してすべての国民に満足のいく生活を保障するとは、憲法のどこにも書いてない。最低保障という考えは、一応憲法に出ているが、その

最低保障の水準をどこまで引き上げていくのか。その引き上げる引き上げ方によっては、ベター保障とも取れるし、あるいは目指すところは最高保障ではないかという、疑問も生ずるので、そのへんのところをひとつ、私どもとしても、基本問題として論議したいと思っているわけである。

特に質問ということではなく、先生方のお話を聞いて、感じましたこと、また平生いろいろ社会福祉の審議の過程で苦慮している基本問題について、申し上げました。

江見（帝京大学教授） 2つばかり申し上げたい。私は途中から来て、園田先生のお話から聞きはじめたのですが、園田先生が医療、ヘルスの考え方の、近年における動向をうまく整理されましたが、その点についてはまったく同感です。問題は題のもう1つの、「保健医療システム」というところにあるのであって、このような健康問題の考え方を受け止める保健、医療システムを、今後どういうふうにつくっていくのか、もしそれを妨げるような要因があるとすれば、それは何かといったようなところに踏み込んだお話が、次の段階でぜひお願いしたい。それはこの席でお答えいただかなくても結構なので、お願いということです。

それから飯田教授のお話ですが、飯田教授はご存じのように、大変シニカルな切り口で、通論の盲点を突かれることに得意な先生で（笑い）、福祉国家の問題点を浮きぼりにされた。しかもそれをカリキュアライズされて、浮きぼりにされたという点で、大変話としては面白いし、問題提起とお考えいただいたらいいのではないかと思います。したがって宮澤教授のおっしゃった、いわゆるグレーゾーンというか、そういったようなところで、いろいろ問題が出てくることは、先生自身十分ご存じであって、それを埋めるのは、お前達社会保障専門家の役割だというように考えられて、問題を投げかけられたのではないかと、私は受け止めている。

ただ、勢いあまってというか、多少言葉遣いなどでも、うかがいながら笑ってしまったのだから、たとえば劣情とか、最後の一线とかということを書いて、何の話だろうと思ったのだから、それだけ

に大変面白かったわけである。

それで弱者論が先ほどこらいろいろ話題になったが、先ほどの質問者の方のご疑問はもっともで、絶対的というか、生まれながらにしてフィジカルな、あるいはメンタルなハンディをもっておられて、自分の力だけで、自助努力だけでは、どうにも困難を克服できないといったような方々への救済、これは当然扶助として、昔からあるわけだが、もう1つ相対的に、経済の動きとの関係、たとえば経済成長の段階で、それとの相対的な関係でどうか。あるいは個人のライフサイクルで、たとえば乳幼児の段階、あるいはまた老齢になった段階で、弱い立場になるというような、自分の置かれている事態との関係で、弱者の立場になるということに対して、いざというときに備えるために、一応社会保険という仕組みがある。したがって社会保険というのは、もともと健常者の自立ということを建前として、相互に助け合おうということとで、できているわけだから、そのような仕組みがうまく、円滑に機能しておるかどうかということのところで、飯田教授のご心配があるというふうに思うわけである。

それが円滑に機能するために、たとえば給付率とか、あるいは受益者負担率であるとか、あるいは保険料率であるとかといったような、いわばパラメーターというか、そういうものがビルトインされている。しかしながらそれがなかなかうまく機能しないということになると、やはり仕組み全体の構造転換が必要である。たとえばいま言われている円高不況の問題にしても、為替相場だけの操作だけでは限界がある。つまり産業構造それ自体を変えていかなければならないと言われるように、社会保障についても、そのような構造転換といったようなものが、求められているのではなからうかということ、直観的にご指摘になったというふうに、私は受け止めている。

したがって福祉の切り捨てといった言葉も、このままではややきつい言葉になるので、それがたとえば扶養基準というものを見直せということか、あるいはまた給付率を切り下げることなのか、あるいはそのほかいろいろな具体的な場に即

して、それをどういうふうに受け止めるかということ、ただいまの質問者の方がおっしゃったように、いろいろのバリエティ、あるいは幅があるので、具体的な場に即して、いまのご提案、問題提起をしっかりと受け止めたいと、このように思っています。

林（東洋女子短期大学） 飯田経夫先生のお話に対して、いまのコメントでは過激だとおっしゃったような、コメントであったのだが、私の申し上げることも、部外者で、実は素人であって、社会保障専門家ではない。それから私がいまから申し上げたいと思っているのは、政策立案者の立場ではなくて、その政策で行われる福祉の消費者の立場でちょっと考えて、お話をしたいと思う。

それは飯田先生のお話にまず関連したことだが、飯田経夫先生にその先、経済学者として、どういうふうに立案したら、どんなことができそうだというアイデアが提起されたら、よかったなと思っている。私は実はスウェーデンで3年ばかり過ごして、専門外でありながら多少、社会保障政策を拝見した。そのときに私がよくスウェーデンの専門家に質問して、その応答から出てきたことだが、結局結論は、スウェーデン人は人間というものを、非常に大きくとらえている。そして人間中心に政策が立案されている。その人間とはどういうものかということ、まさに理念的に、神さまのようになりたいという願望と、落ちれば動物に墮してしまう劣情のモチ主である。それは誰もがそうであるということで、それを十分踏まえながら、政策立案ができているために、スウェーデンの社会保障政策は、非常にぜいたくなことをしながらも、経済的に破綻をきたさずに、いままで来ているのではない。そして非常に高い税金でありながら、いわゆる所得税一本杓で最初は来ていた。それがそうでなくなったのは残念なのだが、所得税を高く払っていても、一般市民はそれを不満に思わないだけの、それはいい社会保障なのである。

日本のはなかなかうまくいっているじゃないかと言われるが、これは足して2で割って、そんなにひどい欠点がないというだけであって、欠点はみんな一般市民が我慢の形で受け止めているから

である。これはもう少し、合理的にものを考える西欧社会の人であつたら、不満が強く政府はひっくり返るのではないか。特に最近の政治の話を聞いていると、冗談じゃないという気がするわけだが、それを黙って皆さんは税金を払うつもりでいらっしゃるらしいので、ずいぶん面白いなと思って見ているわけである。

それからもう1つは、地方にもっと権限を委譲して、社会福祉を地方レベルでとおっしゃるのだが、日本の市民であればどこに住んでいようとも、だいたいにおいて同じ福祉が受けられるというのが、やはり基本概念でなければおかしい。逆にいうと西欧社会の市民も、日本の市民も、ここまで高度に発達した文明社会の中ですごしているのであれば、おおよそのところにおいて、似たような生活ができなければおかしいということである。

しかし現実を見ると、地方の自治というのは日本においては、政治が腐らないようにするために、同じ役所の中で、ポジションをグルグル回る。それできのうまで道路のアスファルトの補修をしていた課長さんが、きょうから福祉課長さんになる。その場合福祉とは何だという概念をまったくもっていない。そこで権限を使って、精神病院に1人患者を送り込むごとに、病院からその推薦をした福祉課長のポケットに1万円ずつ入る。その証拠をつかむのはなかなか大変だが（笑い）、だいぶ古くからの事実として、それはある。実は私の住んでいるところはそういうところなのだが、とてもとても地方レベルでやられては困る。

本当は、理論から言えば、おっしゃるとおりだと思うが、現実には、政治を預かっている政治家が非常に低かったり、行政の専門家がちっとも専門

家でないという、日本の社会の実情を考えたときには、せめて国家公務員にやっていただきたい。

しかし国家公務員と国家公務員を国際間で比較すると、これはだいぶ問題だと思う。結局どの問題を断ち切っても人の問題になる。そして人間というのはいつでも、神さまになりたいと思ったり、動物にも堕するのだということになると、システムをやはり、それをいいところに維持するように考えていかなければいけない。全額保障しますというと、その中に入りたいというので、半病人が病人になったりして、入院してしまえば全部タダになるという、そういう発想の人間が非常に多いので、それを奨励しないようなシステムにする。

健康保険にたとえていうと、健康保険制度のやり方を根本的に変えなければいけない。実際の経済的負担は同じであっても、建前を全部変えて患者本位にする。ということは患者がどういう医療を受けるかということを経験し、自分のポケットからまずお金を出し、あとからそのかかった費用を保険組合から割り戻してもらう。そういうやり方でないと、どうしても他人に寄りかかって、ぶら下がってという、劣情に近い神経を刺激してしまう。われわれは劣情のもち主だということをやはり、強く認識をしていないといけな。だから私は、飯田先生の表現はちっとも過激ではないと思っている（笑い）。

司会 どうもありがとうございました。もう少しフロアからお話をうかがいたいのですが、予定の時間を10分過ぎていますので、残念ながらこのへんで終わりにしたいと思います。どうも長時間ありがとうございました。

一応これで終わります。（拍手）

〈昭和61年度研究プロジェクト報告〉研究課題Ⅳ

社会保障と住宅政策との関連に関する理論的・実証的研究

高齢社会に向けてこれからの社会保障は、住宅政策と連携しながら施策を進めていく必要があるであろうという問題意識のもとに、昭和60年度から2ヵ年計画で「社会保障と住宅政策との関連に関する理論的・実証的研究」に取り組んできた。本年は最終年度であるため住宅のナショナル・ミニマムとノーマライゼーションをテーマに全体のとりまとめを行った。研究会の委員を中心に以下のように研究成果の内容を構成する。

本報告は全体の一部をここに掲載する。他に関しては研究所内資料としてまとめる。

「社会保障と住宅政策との関連に関する理論的・実証的研究」

研究報告の全体構成

住宅政策と福祉

丸尾 直美(研究主査・中央大学教授)

住居水準についての考え方と国際比較

早川 和男(委員・神戸大学教授)

アメリカの老人住宅政策

袖井 孝子(委員・お茶の水女子大学助教授)

英国の老人住宅政策 武川 正吾(委員・中央大学講師)

北欧の老人住宅政策

丸尾 直美(研究主査・中央大学教授)

住宅政策評価への再分配的視点——住宅補助金受給——

城戸 喜子(委員・社会保障研究所主任研究員)

住宅金融と住宅——厚生年金積立金を中心に——

木村陽子(委員・同 研究員)

固定資産の分布と在宅サービスの利用

村上 雅子(委員・国際基督教大学教授)

資産としての住宅の活用と社会保障

堀 勝洋(委員・社会保障研究所調査部長)

住宅政策の家計住居費負担に及ぼす効果

都村 敦子(委員・同 研究部長)

大都市高齢者世帯の住宅・住生活

山崎 清(委員・富山大学教授)

在宅福祉と住宅保障

田端 光美(委員・日本女子大学教授)

高齢者・障害者の住宅問題

野村 敏(委員・日本大学助教授)

老人の生活保障と住居

大本 圭野(幹事 社会保障研究所主任研究員)

公衆衛生と住宅 西 三郎(委員・都立大学教授)

住宅政策と福祉

——社会保障との関係を中心に——

丸 尾 直 美

Ⅰ 住宅と福祉のかかわりあい

衣食住という言葉があるように、住宅は人間の生活の基盤であり、広義の福祉の支柱である。

社会保障と住宅および住宅政策もいろいろな面でかかわりあっている。第1に社会保障給付の一環としての住宅手当(家賃補助)としてである。もっとも日本では生活保護世帯を別とすれば、社会保障としての住宅手当は行われていないが、そ

れが必要かどうかが社会保障としての住宅政策を考える場合に大きな関心事になる。第2に老人ホーム等の介護機能をもつ住宅の供給と運営へ社会保障がどう関係するかが問題となる。ことに近年では従来型の老人ホームだけでなく、一方でナーシング・ホームあるいはいわゆる入所型中間施設等、医療機能をそなえた施設にも生活の場として住居的性格をもたせるべきだとの考えがある（たとえばスウェーデンのローカル・ナーシング・ホームの考え）。他方、基本的には住宅であるケア機能付きの集合住宅（スウェーデンのサービス・ハウジングやイギリスのシェルタード・ハウジング）での介護機能を社会保障としてどこまで行うかが問題になる。これまでのわが国ではこの種のケア付き集合住宅は、ケア付き有料マンションとして民間でつくられるだけであり、入居者が病気になったとき以外は、社会保障の対象外であるが、公営のケア付き集合住宅も生まれようとしており（たとえば横浜市の旭区の神奈川県住宅供給公社の計画等）さしあたり、公的ケア付き住宅での介護と社会保障とのかかわりあいが問題になる。第3に、人口高齢化の進行にともない、一般住宅での寝たきり老人等の要介護老人にたいする在宅ケアが社会保障の福祉サービス（厚生省では昭和60年度の『厚生白書』で社会サービスという用語を用いている。英語でいう personal social services の概念に近い）として重要になってくると予想されているが、在宅ケアを行うためにも、また家庭におけるケア機能を家庭に過大な負担を課すことなく生かすためにも、要介護老人や障害者の在宅ケアの場としての住宅の在り方が、社会保障政策としても関心事となる。第4にいわゆるノーマライゼーションの理念に基づく、住宅および住環境づくりが社会保障政策と関係する。

このように住宅政策は社会保障ともいろいろな面で関係しているが、本稿ではより広い福祉の観点から、住宅政策の果たす役割を検討する。ことに上記のような点で社会保障との関係の深い点には重点を置いて、検討する。

なお住宅政策といっても、経済社会政策としての住宅政策と、建築工学や都市計画論の観点から

の住宅政策とでは当然、対象も関心も対策も問題点も異なるが、本稿で扱うのは経済社会政策としての住宅政策である。

II 住宅政策への新たな関心

最近、わが国で住宅および住環境政策への新たな関心が生まれつつあるが、その背景には次のような事情がある。第1に、日本国民の1人当たりGNPは1987年には現行為替レート（1ドル＝140～150円）で計算すると1,700ドル以上になり、スイス、アメリカ、北欧、西ドイツ等と並ぶ世界最高の所得水準の国になるが、その割には住宅と住環境の相対的遅れが目立つことである。ことに大都市圏についてはそうである。「兎小屋」と評されても仕方ない面があることは否定できない。

第2に、このことと関連して日本人が経済的物質的にゆたかになるにつれて生活の質とくに環境アメニティに目覚めはじめ、アメニティの観点から質の高い住宅と住環境を求めるようになってきたためである。

第3に内需拡大の柱として住宅投資とこれに関連する社会資本投資の拡大が期待されているからである。

第4にわが国の生活費と物価のうち質の割に欧米に比べて何が高いかをみると、大抵は土地にかかわる財とサービスであり、ことに大都市の住宅コストが異常に高いことがわかる。土地・住宅だけでなく、牛肉等の農産物や、「土地集約性」の高い財やサービスの値段は高い。そこで大都市の土地（とくに農地と空闲地）改革、農業改革、都市再開発をセットにした改革と開発が行われる可能性が強まっており、この点からも大都市の住宅と土地改革が国民的関心になろうとしている。さらに1987年は国連の国際居住年だという事情もある。

以上のほか先に指摘したように社会保障との関係でも関心が高まり、この点からも住宅政策の在り方が問われている。ことに人口高齢化にともなう増加する高齢者の住宅とサービスをどうするかが重要な問題となっている。

北欧では、所得保障、医療・福祉サービス保障、教育保障と並んで住宅と住環境に関してもナショナル・ミニマムの保障という考えがあり、この考えを具体化するための住宅手当制度や公的住宅、ケア付き住宅等の供給と住宅融資への利子補給を積極的に行っている。年金と生活保護の組み合わせによる所得保障、医療、教育という点では制度的には最先進国としての体裁をととのえるにいたった日本でも住宅、住環境、ケア付き住宅等についてもナショナル・ミニマムの保障を政策的に進めるべきかどうか問題になる。

本稿では、住宅政策についての以上のような関心にこたえることを意図しながら論を進めることにしよう。

Ⅲ 住宅政策の目的と政策手段

住宅政策への関心がいかに高くとも、住宅・住環境問題へ政府（中央、地方政府およびその代行公的機関を含む）が介入すべきだということには必ずしもならない。住宅政策という政府介入を行うとすれば、それなりの根拠が必要である。経済学的には、住宅・住環境問題への政府介入の根拠としては、第1に資源配分の最適性という観点からの根拠が挙げられる。すなわち住宅とくに住環境には公共財性、メリット財性、外部効果が大いこと、住宅購入には個人にとっては個人による調達が困難な巨額の資金が必要であること、住宅・土地等についての情報や信頼性に問題があること、等のために、民間の市場メカニズムと個人の力に委ねれば社会的に望ましい水準以下の住宅投資しか行われず資源配分の最適性という観点から好ましくないとの指摘がある。第2に分配公正上の観点からの根拠がある。住宅・住環境についてもナショナル・ミニマムを保障すべきであるとの考えや土地所有と地価上昇によるキャピタル・ゲインにともなう分配上の不公正を抑制すべきだとの論がそれである。第3に景気変動の安定という観点（不況で失業率の高い時期に有効需要喚起政策として住宅投資を促すこと等）からの理由が挙げられる¹⁾。

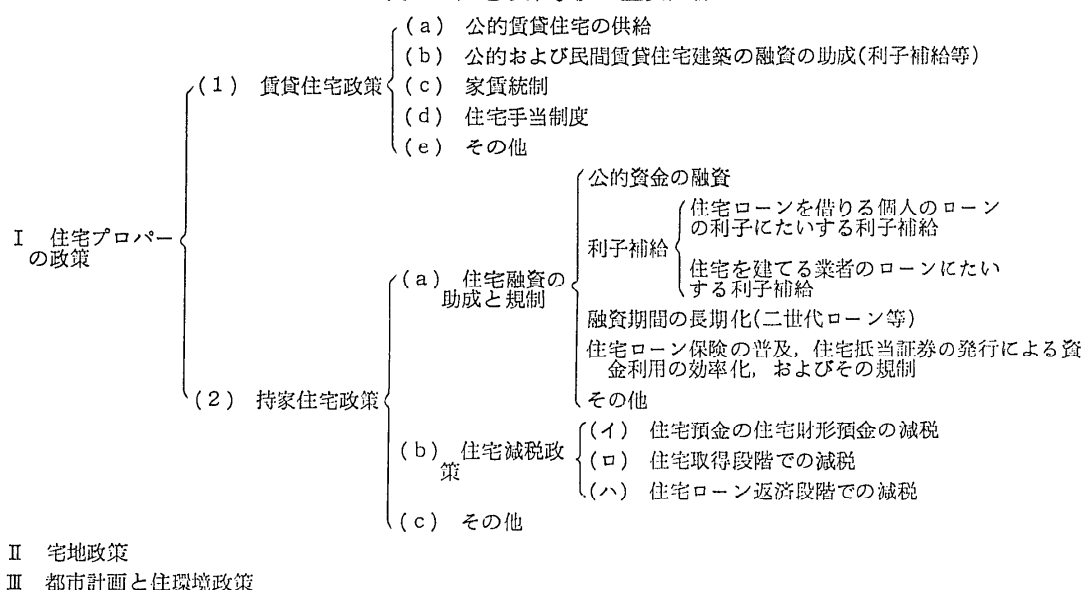
住宅・住環境への公的介入を政策的計画的に行うとすれば、政策目的ないし基準が必要であり、政策手段が必要であるが、経済社会政策としての住宅政策の主な目的と政策手段を示すと、表1と表2のようになる。表1の縦欄は、政策目的の感性的素材ともいふべきものであり、経済要因の所得・資産と非経済要因の生活の質の内容を示している。横欄は、こうした目的をより効率的、公正に、安定的に達成することが好ましいことを示している。この表に示す政策目的ないし基準は、必ずしも住宅政策だけの目的ではなく経済社会政策に共通する政策目的であり、通常、暗黙裡に想定されている政策目的を体系的に明示したものである。もとよりこのような政策目的の選定と体系化は価値評価に基づく仮説的便宜的なものであるが、政策目的を暗黙裡に恣意的に用いるよりは、体系的仮説的に明示するほうがかえって政策分析が客観的になるとの考え²⁾から敢えて明示したものである。どのような政策手段がどのような理由で好ましいか好ましくないかは、このような政策目的あるいは政策基準と関連させなくては判断できないであろう。先に挙げた住宅・住環境問題への政府介入の必要性ということ自体が既にこのような政策目的を想定しているからである。

住宅政策の手段もいろいろな観点から分類できるが、表2では、住宅政策を住宅プロパーの政策とこれに関連する宅地政策と都市計画・住環境政策の3つにまず分け、住宅プロパーの政策を賃貸住宅にたいする政策手段と持家住宅にたいする政策手段とに分けた。本稿ではこのうち住宅プロパーの政策を扱うことにする。

表1 住宅・住環境政策の目的・基準

		効果(率)的 改善と充足	公正な分配	安定的充足
生活の質 (非経済 的福祉)	人間性	生きがい・文化・芸術・学習・人間的ふれあい等		
	アメニ ティ	快適性・自然の保全とふれあい・歴史環境の魅力・個性・プライバシー・利便性・多様性等		
	安 全	安全・健康・衛生等		
経 済 的 福 祉	所 得 資 産	所得と資産の増加・公正分配・安定・保障等		

表 2 住宅政策手段の主要内容



IV 賃貸住宅に関する政策

公的住宅の供給

賃貸住宅に関する政策としては表2のIの(1)に示すような政策手段がある。(a)の公的住宅の供給は、日本でいえば自治体の公営住宅建設や住宅公団による公団住宅の建築がこれに当たる。北欧やイギリス等の福祉国家的国々では、住宅のナショナル・ミニマム政策の一環として公的住宅の供給を重視してきており、たとえばスウェーデンでは1980年代はじめても公的住宅と協同組合住宅が総住宅供給の約40%である。ただ1970年代末から北欧でもイギリスでも公的賃貸住宅供給の比重は低下する傾向にある。ことにイギリスでは1979年以降のサッチャー政権下で公営住宅の民営化が積極的に進められている。近年における民営化への動きは住宅にかぎらず、先進工業国の多くで公的事業、産業等全般にみられる傾向であるが、このことは、①公的部門の肥大と財政赤字問題への対応が要請されていること、②公的部門の非効率性が認識されてきたこと、③公的事業では消費者のニーズの高度化・多様化への対応が弾力的に行われないこと、④住宅政策への公的関与が必要であるとしても必ずしも公的供給である必要はない

こと、⑤住宅とその周辺の住環境は所有者と利用者が同じのとき適切に利用されることが認識されるようになったこと、⑥北欧の場合には供給不足が解消し、量から質の時代になり、住宅ナショナル・ミニマムの一応の目的が達成されてきたこと等の事情のためと推定される³⁾。

しかし、自由市場では供給がニーズのほんの一部しか充足できない高齢者・障害者のためのケア付き集合住宅や自由市場に委ねれば定住人口のドーナツ化を生むおそれの大きい都市の中心部等に関しては住宅の公的供給の役割は今も大きい。住環境整備の面では一層、公的供給の役割は大きい。北欧やイギリスと違い、日本では公的住宅供給の比重が元々低かったこと、ケア付き集合住宅の公的供給は殆どなかったこと、住環境関連の社会資本の公的供給がまだはるかに遅れていること(たとえば公園や下水道整備)等を考えると、欧米で民営化の動きがあるからといって日本についても同様に考える理由は必ずしもない。また、公的な直接供給の方式が効率性や弾力性の点で劣るとしても、公的助成と規制の必要性を否定することにはならない。民間部門の効率性や弾力性の長所を生かし、財政負担も比較的少ない方法で、公的政策の目的とすること(マイナスの外部効果を抑えプラスの外部効果を生かすこと、ナショナル・ミ

ニマムを保障すること、分配上の公正をはかること、経済安定に資すること等）を実現することは必要であり、可能である。

公営住宅の供給にしても、直接、中央地方の公的事業としてでなく、第3セクターの住宅企業をつくり、その企業への融資の利子補給を通じてケア付き賃貸住宅等の建築を助成する方式（表2のIの(1)の(b)）もある。

家賃統制

(c)の家賃統制は住宅不足の戦中戦後は、賃貸住宅政策として低所得賃貸住宅生活者の生活と福祉を守る上で重要な役割を果たしたが、1970年代以降は重要な政策ではなくなってきた。スウェーデンのように住宅供給のナショナル・ミニマム保障政策を重視する国でも家賃統制は1970年代に廃止された。その理由としては、(1)量的住宅供給不足が解消されたこと、(2)北欧では公的住宅供給の比重が高いので、この部門の家賃が市場家賃の値上げを抑制する対抗力の役割を果たすこと、(3)やはり北欧では賃貸生活者が組織されており、家主にたいして交渉力と対抗力をもつことが挙げられる。わが国の場合には上の項目のうち(2)と(3)を欠くので、地価高騰等の理由で資源配分の点からも公正の点からも不当な家賃が生まれる可能性が残されている。

公的住宅手当制度

(d)の公的住宅手当（家賃補助）制度は欧米の多くの国々で社会保障の一環として重要な役割を果たしている。ことに福祉国家的国々では住宅ナショナル・ミニマム政策としても必須の政策とみなされており、たとえばスウェーデンでは1980年代中頃にGDP（国内総生産）の約0.9%相当が公的住宅手当として中央政府の一般会計から支出されている。

福祉国家的国々では住宅手当制度は表3に示すような理由から要請された。

これらの要請の大部分の意味することは自明であろうし、既に説明もしたが、(5)、(6)については若干の説明が必要であろう。ここでフェア・

レントとは市場メカニズムによって決まる一物一価（同一使用価値の住宅は同一の家賃になること）の家賃のことである。家賃そのものには支払い能力で差をつけずに、支払い能力の不足を住宅手当で補うことによってこのような市場原理による家賃が可能になるが、このことによって住宅の階級区分も少なくなる上に競争による効率化と資源配分の効率化が促されるというのである⁴⁾。(6)の持家補助とのバランス上の配慮というのは、持家をもてる人々は、賃貸住宅に住む人々よりも概して所得水準が高いといえるが、住宅ローンや住宅減税で持家取得者だけを補助すると、持家をもてない、より低所得の賃貸住宅生活者とのエクイティ（衡平）上、問題がある。しかし、賃貸住宅者の中の低所得層を公的住宅手当で補助すれば、持家の公的助成を行い易くなるというわけである。

公的住宅手当制度にはこのような要請があり、意義があるといわれるが、公的住宅手当（家賃補助）は、わが国では生活保護世帯以外には導入されていない。日本の雇用者（employees）は職場で住宅手当が支給されているので、これと生活保護世帯の住宅手当の組合せで十分であるとの考えもある。それに今日のような財政支出抑制ムードの下では公的住宅手当導入の実現可能性は乏しい。しかし、公的基礎年金の満額またはそれ以下の年

表3 公的住宅手当の要請と意義

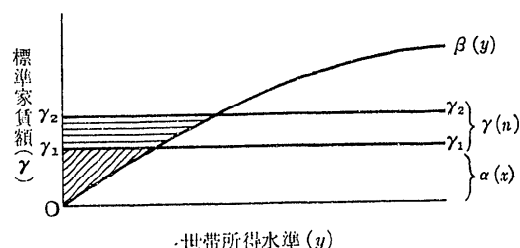
- (1) ナショナル・ミニマム住宅以上に誰もが住めるようにするため（住居・住環境の平等化）
- (2) (1)により、低所得層もスラム的住宅に住む必要がなくなり、スラムをなくすることが可能になるため（住宅・住環境の平等化）
 - { スラムのマイナスの外部効果（美観・安全・衛生上のマイナスの外部効果）をなくする。種々の所得階層の住宅のインテグレーションが可能になる（人間的連帯にとって好ましい）
- (3) 所得の補完としての防貧機能を果たすため
 - { 年金の補完としてさもなくば生活保護に陥る人の住宅費を補助することによって防貧機能を果たす。多子世帯の所得を補完して防貧機能を果たす
- (4) ケア付き住宅や年金生活者アパートの賃貸者の家賃の自己負担を可能にして、その種の住宅を隔離的でない一般住宅にするため（ノーマライゼーションの理念から好ましい）
- (5) 住宅家賃について市場メカニズムを生かし一物一価のフェア・レント（公正家賃）を可能にする（資源配分の効率化にとって好ましい）
- (6) 持家住宅への公的補助（利子補給と減税）とのバランス上必要なため（所得分配の公正のための配慮）

金生活者には生活保護としてでなく、年金の補完して住宅手当を支給する年金補完住宅手当の導入は十分検討に値する。というのは、公的基礎年金には住宅費部分は含まれていないので、今後、人口高齢化につれて一人暮らしと老夫婦だけの年金生活者が増加していくと予想されるが、そのような高齢者が生活保護に陥るのを防ぎ、自立生活を可能にするために年金補完住宅手当制度の導入は有意義である。またやはり今後、増加していくケア付き賃貸集合住宅や中間施設で住居費部分の一部自己負担制を導入すると、住宅手当支給によってその負担が可能になる者が増えるであろう。そのような低所得者の場合には低所得者用の老人ホームやケア付き住宅を公費でつくるか、ケア付き集合住宅の家賃を免除すればそれで済むとの考えもあるが、その差は選別主義的救済的社会保障と普遍的防貧的社会保障の違いにかかわる重要な違いである⁵⁾。スウェーデンでは住宅手当の大部分は年金生活者と多世帯に支給されており、年金生活者の約半分が住宅手当を受給している。日本の大企業と共済年金制度の対象の雇用者の場合には職場での住宅手当を受給している者が多いが、年金生活者には職場での住宅手当も失われるから、その意味でも年金補完の住宅手当制度は有意義であろう。

住宅手当給付の原則

住宅手当給付の方法は国により様々であるが、基本原理は図1のように説明できるであろう。この図の横軸は世帯所得であり、縦軸は標準家賃の水準を示す。 $0-\beta(y)$ 線は、世帯所得水準に応ずる家賃支払い能力を示す。つまり家賃支払い能力は世帯所得 y の増加関数であると想定される。 $\beta(y)$ という記号はこのことをあらわす。次に $\gamma_1-\gamma_1$ 線は単身世帯の場合の標準家賃あるいはナショナル・ミニマム住宅に見合う家賃を示す。その水準は地域等によって異なるので、地域の住居費等 x の関数としてあらわされる。

こうして $0-\beta(y)$ 線と $\gamma_1-\alpha(x)$ 線が描かれると、これら2つの線に挟まれる三角形の斜線の部分は、当該世帯の家賃支払い能力を超す家賃部



$$\text{住宅手当給付額} = r_1 + r_2 - \beta(y) = \alpha(x) + r(n) - \beta(y)$$

r_1 : 単身世帯の標準家賃, r_2 : 家族(子供)数に応ずる住宅手当割増分, x : 地域の住宅費指数, n : 家族(子供)の数, y : 世帯所得
 α, r, β はいずれも増加関数

図1 住宅手当給付の原理

分を示す。住宅手当はこの部分の家賃を補助することを原則とする。ただし、標準住宅とその家賃の水準は世帯員が多くなれば大きくなる。図上で示せば、 $\gamma_1-\gamma_1$ 線が上方にシフトする形になり、両者の差は $\gamma(n)$ となる。 n は家族数であり、 n が多いほど $\gamma(n)$ は大きくなることを示す。こうして家族が多くなると同じ世帯所得でも住宅手当給付額は図1の横線の四角形の部分が示す額だけ付加されることになる。

このように公的住宅手当給付額の大きさは原理的には、(1)世帯所得水準 y 、(2)家族(子供)の数 n 、(3)地域の住宅費水準 x の3つの変数とそれぞれの係数によって決められることになる。すなわち世帯所得水準が低く、子供の数が多く、住宅費の高い地域に生活している世帯ほど住宅手当を受給することになる。

V 持家助成政策

住宅ローンの助成

次に持家助成に関しても表2のIの(2)に示すように種々の政策手段があるが、わが国でも今ではこの(2)に示す政策手段のすべてが行われている。かつては住宅ローンの返済期間は短く利子補給付きの公的融資枠も小さかったが、返済期間も延長され、親子二世帯ローンも昭和58年から導入されるようになった。公的および準公的資金からの住宅融資の枠も大きくなった。

わが国の公的住宅ローンは昭和25年に発足した

住宅金融公庫を中心に年金福祉事業団、地方公共団体、雇用促進事業団等が利子補給付きの融資を行っている。建築事業者にたいする融資も行われ、昭和47年から民間事業主体も対象とされるようになった。現在ではケア付き有料マンション建築の事業者への融資も行われるようになっている。

民間金融機関の住宅ローンは昭和30年に東京労働金庫がはじめてといわれている。都市銀行による住宅ローンは昭和35年にはじまったが、当初は預金の積立てを条件とし返済期間も3～5年と短かった。住宅ローンの全国銀行貸付残高に占める比率も昭和30年代は1%以下であり、昭和45年でもやっと1.5%だった。(ただし労働金庫のように昭和45年当時から今日まで貸付残高の50%以上を住宅融資に向けている金融機関も例外的にある) 欧米諸国の金融機関が1960年代当時から貸付残高の10～40%を住宅融資に向けてきたのと対照的である。その頃から日本は産業優先の資金配分を行ってきており、経済成長と国際競争力で他の先進工業国を圧倒してきたが、住宅と住環境の面ではその経済力の割には相対的遅れがみられる1つの理由はここにもあるといえよう。

しかし、日本でも住宅ローンは次第に重視され、拡大されてきている。昭和40年代後半から50年代の中頃までわが国の民間住宅金融ローンは拡大して昭和55年には、全国銀行貸付残高の9.4%、民間金融機関全体の12.4%にまでなった。その後、一時その比率は低下したが、昭和62～63年には、資金過剰と低金利のため住宅ローンの比重は再び高まっている。後にみるように個人および事業者への住宅ローンの利子補給を拡充することは内需拡大政策としても有効である。

住宅減税

住宅建築助成のための減税は表2にも示すように、(1)住宅資金を積み立てる貯蓄助成のための貯蓄段階での減税、(2)住宅購入期での減税(たとえばそれまで住んでいた住宅を売却する場合、一定額までは不動産譲渡所得を減免する税措置等)、(3)住宅ローンの返済・利払い段階における減税とに分けられる。

住宅減税として規模も大きく、論議の対象となることが多いのはこの(3)の減税である。この段階での減税方式としては、住宅建築を投資とみなしてその減価償却部分、返済金、ローンの利子等について所得を減免する方式が通常とられる。わが国の場合には、住宅ローン額の $\alpha\%$ (民間ローン2%、公的ローン1%)を税額控除するという方式がとられている。すなわち当該者の所得を y 、住宅ローン額を d とすると、税額控除額は αd となる。ただし税額控除の上限は年間40万円であり、期間は借り入れ後、5年間だけである。

スウェーデンでは一方で住宅の帰属収入を計算しこれから住宅ローンの利子コストを所得控除して、後者が前者を上回ればその分が課税対象所得から控除される方式になっている。すなわち原理的には次式により、所得額または欠損としての所得控除額が決められる仕組みになっている。1970年代の後半から1980年代はじめまではインフレ等のため利子率が高くなったが、その割には持家の資産評価額が上がらなかったの下式の $i\alpha$ が rh をかなり上回り、住宅ローンの借り手の欠損が大きく計算される結果になったので、相当の減税が行われた。1984年度には115億クローナ(1986年度には135億クローナ——推定)、GDPの1.46%相当の住宅減税が行われている⁶⁾。

$$\begin{aligned} R &= rH - iA \\ &= rh\bar{H} - i\alpha\bar{H} \\ &= \bar{H}(rh - i\alpha) \end{aligned}$$

$$\left(\begin{array}{l} R: \text{住宅資産の純所得} \\ i: \text{住宅ローンの利子率} \\ A: \text{住宅ローン額} \\ r: \text{住宅資産の帰属家賃} \\ H: \text{住宅資産の評価額} \\ \bar{H}: \text{住宅資産の実際の値} \\ \alpha: A/\bar{H} \\ h: H/\bar{H} \end{array} \right)$$

住宅減税による住宅補助の1つの問題は、重い税金を払う高所得層に有利になることである。分配上のこの難点を緩和させる1つの方法は、イギリスのように減税と住宅ローンの利子補給とを選択制にすることである。

VI 内需拡大の住宅政策

最近のわが国における住宅政策は、内需拡大政策の柱としても注目されていることは既に述べたとおりである。現に住宅投資は不況と経済停滞に悩まされた1986年度の日本で経済成長を下支えする1つの柱となった。同年度の実質経済成長率2.5%を支える上で実質約10%の成長をした民間住宅投資の寄与は大きかった。1987年度も低金利と政府の助成拡大政策に支えられて住宅投資は1986年度に引き続いて増加している。住宅投資の対GNP比は5%程度であるが、住宅投資は伸びるときは大きく伸びるし、それに住宅投資には乗数効果があり、波及効果が大きいので経済成長への寄与は大きい。問題はいかにして住宅投資を促すかである。公営住宅や住宅公団の公的住宅投資を急増させれば、住宅投資は増え、内需拡大に役立つが、経済成長を実質1%（1987年度でいうと3兆4,000億円以上）も増加させるほどの住宅投資を政府の財政支出に依存して行えば、財政赤字を大幅に拡大することになる。財政赤字の縮小も政策目標として重視されている近年のわが国の事情を考えると、公的住宅投資の拡大にはあまり期待できない。そこで財政赤字を拡大せず、内需を大きく拡大させる政策として注目されるのは住宅融資への利子補給の大幅拡大である。利子補給は僅かな財政支出で大きな投資と内需を拡大できるので、直接公共投資の一部を減らして利子補給に用いれば財政赤字を拡大せずに内需を拡大できる。住宅ローンへの利子補給がその何倍の内需拡大に寄与するかは理論的には次式によって示すことができる。

今、住宅を建てるに必要な追加資金を ΔH とあらわし、そのうち ϕ だけの比率が自己資金で調達されると想定し、他が融資され、そのローンの利子率を i 、利子のうち利子補給される割合を β とあらわすと、 ΔH 額の住宅資金を動かすのに必要とされる公的利子補給のための財政支出の増加額（ ΔG ）は次のようになる。

$$\Delta G = \beta i \Delta H (1 - \phi) \quad (1)$$

$$\therefore \Delta H = \frac{1}{\beta i (1 - \phi)} \Delta G \quad (2)$$

この ΔH が住宅投資に向けられたと想定し、そのうち土地購入費等に用いられて実需にならない部分を除き、住宅建築に向けられ実需に用いられる割合を α とあらわし、物価上昇はゼロと想定すると、利子補給のための財政支出の増加 ΔG は（4）式に示すようにその何倍かの実需増加（ ΔD ）をもたらす。なおここで k は投資乗数である。

$$\Delta D = k \alpha \Delta H \quad (3)$$

（3）式の ΔH に（2）式を代入すると、利子補給への財政支出が実需増加との関係を示す次のような一種の乗数式が導かれる。

$$\Delta D = \frac{k \alpha}{\beta i (1 - \phi)} \Delta G \quad (4)$$

仮に政府が財政支出増加の ΔG を直接に公的住宅投資に用いれば、その $k \alpha$ 倍だけの実需しか生まないが、 ΔG を寛大な利子補給に回し、 ΔH の資金が動く想定すれば、 ΔG は $k \alpha$ 倍でなく $k \alpha / \beta i (1 - \phi)$ 倍だけの実需をもたらすという計算になるが、 $k \alpha / \beta i (1 - \phi)$ は $k \alpha$ よりもはるかに大きく、おそらくその10倍以上であるから、利子補給が十分魅力的で、 ΔG の財政支出で ΔH の住宅投資が行われる場合の財政支出 ΔG の「乗数」は公的直接投資とは比べものにならないほど大きい。それゆえ一般会計からの直接公的投資を少し減らし、これを住宅融資の利子補給に用いて、間接的に住宅投資を拡大できれば、財政赤字拡大ともなわずに内需拡大が可能になる。

現在の日本は財政収支はたしかに赤字であるが、社会保障会計の収支を含めれば、一般政府の収支はほとんど均衡している。それに個人貯蓄率（全世帯の可処分所得にたいする個人貯蓄率）は約16%と1950、60年代の高度成長期並みに高い。公的年金を中心とする社会保障積立金による貯蓄と企業年金による貯蓄（積立金の純増）がここ数年、年々9兆～10兆円あり、当分はそうである。それゆえ国際經常収支と財政収支をともに均衡させようとすれば、大変な貯蓄過剰になり、深刻な不況になるおそれがある。このジレンマを避ける道は、上に述べたように住宅の個人ローンおよびケア付

き住宅等の賃貸集合住宅の建築等に大規模な利子補給を行い、年金積立金等の貯蓄を実需に転換させる政策を積極的に推進することである。

VII 高齢者・障害者のケア付き集合住宅

老人住宅というと老人ホームを思い起こす人が多いであろうが、ノーマライゼーションの理念では高齢者も障害者も可能なかぎり施設に入所しなくて住めるようにすることが目的とされている。すなわち「究極目標は必要とされるあらゆるケアとサービス付きで自分自身の家で人生の最後まで生活することである⁷⁾」といわれる。このような理念に基づく福祉政策を行うと、福祉サービスと住宅政策の関係は深くなる。このような理念に基づいて福祉サービスを行おうとしているスウェーデンを中心とする北欧の場合について、社会保障の一環としての福祉サービスが住宅および住宅政策とどうかかわりあっているかをみてみよう。

北欧の経験と動向

スウェーデンでは、何らかの介護が必要となっても、できるかぎり自分の家で介護を受けることができるようにするために、非常に多数の公的ホームヘルパー（人口838万人のスウェーデン全国で7万人近く）と多数のナース（看護婦）が配置されている。また在宅ケアの拠点となり、在宅ケアを支援するデイセンター付きのいわゆる在宅支援型の中間施設が住宅地に配置されている。自宅での生活が困難になったり不安になった高齢者や障害者の場合にも、老人ホームへの入所はできるかぎり避け、サービス・ハウジング (Servicehus) あるいはサービス・ブロックと呼ばれるケア付き集合住宅に住むことを本人も望み、政府もできるかぎりそれを可能にさせる方針である。このような方針に基づき、スウェーデンでは旧来の収容施設の老人ホームは増設せず、できるかぎり在宅で生活できるような在宅ケア支援施設と支援ケアシステムを整備しつつある。若干の介助が必要な場合にはサービス・ハウジングというケア付きの集合住宅に住み、重介護 (intensive care) が必要な場

合にはナーシング・ホームといういわゆる中間的施設に入るが、そのナーシング・ホームも次第に住宅地域内に建て、部屋もトイレ、シャワー付きの個室にするなど住居性格を強める方向に向かいつつある。つまり施設というよりもナーシング機能付きの集合住宅の感じを出そうとしている。サービス・ハウジングのほうは勿論、住宅であり、入居者は普通の家賃を払う（ただし入居している年金生活者の大部分は公的住宅手当を受給して、これで家賃を支払う）。このサービス・ハウジングの大部分は自治体か自治体所有の会社によってつくられており、他の集合住宅の場合と同様に初年度の利子率が2.5~3%になる利子補給付きの住宅融資を受けてつくられる。公的住宅融資の対象となる以上、住宅としての必要な基準をみたしており、とくに高齢者や障害者が利用し易いように配慮してつくられている。通常、サービス・ハウジングには、同住宅内および近隣の高齢者・障害者の利用に供し、あわせて在宅ケアの拠点としての機能を果たすデイセンターを併設しており、レストラン、ティーサロンをもち、ストックホルム市では一般人もこれを利用している。一般の集合住宅との主な違いは、共同のレストランやティーサロン等をもつこと、緊急の場合の通報システムをそなえており、各入居者の部屋とセンターとが連絡でき、センターから医療機関やホームヘルパーとすぐ連絡して必要に応じてホームヘルパーやナースが駆けつけるようになっていること、管理人がおり、夜もナースが泊まり込んでいること等である。勿論、高齢者・障害者が安全に利用できるように特別の配慮をもってつくられている。

わが国における高齢者住宅とケアシステムの将来

わが国では65歳以上の高齢者数にたいする老人ホーム入居者は1.6%程度であり、公的ケア付き住宅入居者は今のところほとんどいないので、何らかのナーシング機能と介護機能をそなえた住宅の比重を高めることが必要である。一方、高齢人口自体が今後20年で1,200万人台から2,400万人台へと約倍増する。したがって仮に老人ホーム等、介護機能付きの集合住宅の65歳人口の比重も20年

間に2倍にするとすれば、その種の住宅戸数を20年で4倍にすることが必要になる。欧米の平均並みにその種の福祉施設と福祉住宅に住む高齢者の比重を5%くらいにするとすれば、その種の集合住宅の戸数を6倍以上にすることが必要になる。加えてプライバシーを重視し、1人1部屋主義にしていくとすれば、部屋数の増加倍率は上の数字以上になる。

このようにナーシング機能と介護機能をもつ集合住宅へのニーズは急増すると予想されるので、そのニーズにこたえていかなくてはならないが、従来型の老人ホームを増やしてそのニーズを充足していくことはノーマライゼーションの観点からも北欧、イギリス等の経験からみても妥当でない。スウェーデンでは従来型老人ホームの建築は1970年代からしなくなっているし、サービス・ハウジングの建設さえ一時、ストップさせ、在宅ケア支援に最大の力を入れている。

これからの日本ではケア付き・ナーシング機能付き住宅を大量に増加させていかなくてはならないが、それらの大部分は施設というよりも基本的には住宅とし、ノーマルな住宅に住みながら介護や看護を受けられるシステムを発展させることが必要になる。また、ナーシング・ホームの中間施設の場合にも、収容施設でなく、個人のプライバシーとノーマルな生活をできるかぎり維持できる住居的性格を強くもつことが望まれることになる。

このような意味で、福祉サービスと住宅政策との関係は一層深まるものと予想される。

またこのように急増するケア付き・ナーシング機能付き住宅の供給を公的供給だけに依存することは財政的にも困難であり、必ずしも効率的なニーズ充足方式でもない。①公的な中間施設およびケア付き集合住宅と、②民間の中間施設およびケア付き有料集合住宅をともに供給し、さらに③高齢者や障害者の可能性を生かすことができるかぎりノーマルな生活ができるように配慮してつくられる一般住宅と在宅ケアを支援するシステムを充実していくことが必要であろう。いわゆる「福祉ミックス」⁸⁾あるいは「福祉の混合経済」⁹⁾は高齢者のケ

ア付き・ナーシング機能付き住宅についても必然的であろう。しかし、このことは公的福祉サービスの後退を意味するのではない。ナーシング看護および重介護 (intensive care) は医療に準ずる基礎的生存ニーズの充足であることを考え、これを医療に準ずる社会保険の対象にしていくのが妥当であろうが、そうであるとすれば、日本の場合、この点では福祉サービスの拡充が必要になる。また、既に述べたように、その種の高齢者住宅の公的支出による直接の供給は限定的なものになるとしても、公的支出をその種の住宅建設に必要な資金の利子補給を大幅に拡大することと¹⁰⁾、年金補完の住宅手当を導入することによってその種の需要と供給を促す政策を政府は拡大することが必要であろう。このように公的支出は、基礎的緊要なニーズの充足と、「乗数」効果の大きい「効率」的な支出に重点化することによって、財政赤字を拡大させることなく、急増していく福祉ニーズにこたえていくことが可能になるであろう。

注

- 1) 五井一雄・丸尾直美編著『都市と住宅』三嶺書房、1984年刊参照。
- 2) このような政策論の方法論的根拠については、グンナー・ミュルダール、丸尾直美訳『社会科学と価値判断』竹内書房新社、1978年刊、および丸尾直美『福祉の経済政策』日本経済新聞社、1979年刊の第1、第2章参照。
- 3) 住宅民営化の賛否についての最近の要約的論としては Christine M.E. Whitehead, "Privatisation and Housing", edited by Julian Le Grand and Ray Robinson, *Privatisation and the Welfare State*, George Allen & Unwin, 1984所載参照。
- 4) しかし、住宅手当制度支持でフェア・レントには反対の立場もある。Anthony Crosland, *Towards a Labour Housing Policy*, Fabian Tract 410, 1971, pp. 11-12参照。
- 5) スウェーデンでは、公的に特別に補助された低家賃の住宅に低所得層を入居させる方式は、住居の面での差別感を生むと考え、その種の低所得層向け住宅や住宅区をつくらない。「スウェーデンの賃貸資産部門の重要な面は、低家賃での賃貸のための補助住宅を建てる政策がないことである。こうすることによって低所得のために住む場所の選択が排除されるという恥辱^{スチグマ}をなくしている」(International Federation for Housing and Planning, *Special Issue—Sweden*, IFHP, 1979, p. 27)。住宅手当はスラムや低所得階層の住宅区を生じさせないためにも

有益である。

- 6) Ministry of Finance, *The Swedish Budget 1986/87*, Stockholm 他による。
- 7) Carl Rådemyr, *Long-term Care of the Elderly*, Socialstyresen, Stockholm, 1985.
- 8) Richard Rose & Rei Shiratori, *The Welfare State: East and West*, Oxford University Press, 1986 参照。
- 9) Adrian Webb & Gerald Wistow, *Social Work, Social Care and Social Planning: Social Services Since Seebohm*, Longman, 1987 参照。
- 10) 住宅利子補給は、一般会計からの利子補給を累増させ、長期的には財政負担を大きくするといわれるが、ローン返済の初期にのみ傾斜的に利子補給すればそのおそれは少い。

(まるお・なおみ 中央大学教授)

住 居 基 準 の 国 際 比 較

早 川 和 男

はじめに——住居基準国際比較の意義

住居はそれぞれの国の風土と建築材料の条件のもとに、長い生活の歴史の中でつくりあげられてきたものである。その住居を基盤にして営まれる生活の様式やそれに基づく生活の質は、それぞれ固有の価値をもつものであって、どの国の住居と住様式が最も優れている、というようなことはいえない。例えば、西ドイツと中国と日本の住居の形態や生活様式のいずれの質が高い低い、というようなことはいえない。それは生活様式の問題である。それ故、それぞれの民族のつくりあげてきた住居とそこに潜む住生活の知恵をほりおこし、それぞれの特質を明らかにし、その個性を尊重しつつ人類が将来築いていくべき住居のあり方を追求する、という課題が今日では重要になっている。

だがこうした次元を離れて、近代市民社会が確立した人権や民主主義という人間中心の理念に立って各国の住居をみると、そこには多くの問題と改革すべき課題が存在する。住居基準の国際比較とは、結局のところ、そういう人間の尊厳を守るにふさわしい住居の確立に向かって各国がどのような理念とそれを具体化した住居基準（さらにはその展開としての住居法）をもっているかを学びあい、自国国民の居住状態改善に寄与していくとする性格をもつものといえよう。

住居は生存と生活の基盤であり、人間の健康、発達、福祉、社会、文化等々に与える影響は計り知れない。また伝統的な社会にあっては、住居は過去の経験の蓄積に依ってつくっておればよかったが近代社会では、政府機関や企業によって計画的につくるべき状況におかれている。このような

時代背景のもとでは、明確な住居思想と住居基準が用意されねばならないのである。

前述のように住居は好むと好まざるにかかわらず人間性、健康、発達、福祉等々の基盤として大きな役割を果たす。西欧社会は住宅政策展開の根拠をそこにおいてきた。日本がその国際比較をつうじて学ばねばならない最大の理由はここにある。

住居は各国が各々の国民経済のレベルや価値意識に基づいて整備すべきものであり、諸外国との比較において云々すべき性格のものではないという意見がある。基本的にはそのとおりであろう。経済水準のみならず風土、生活様式、文化の形態によっても違ってくることは先にも述べたとおりである。

だが、今日の国際社会では、政治・経済・社会等々のあらゆる面で孤立が成立しないし、許されない。これは住居においても同じである。日本政府が国民の住居水準を低いまゝにして公共投資を生産基盤に向け、その結果生まれた巨大な工業生産力で海外輸出を拡大し、貿易摩擦を起こし、輸入国の失業、経済の後退を招いている。それで日本国内での内需拡大が外国から要請されている。

自国の国民の生活を貧しいままにしておいて輸出に血道をあげているのはアンフェアであり国際的に許されない、という認識である。「ウサギ小屋に住む働き中毒」という批判はその発想から出たものであった。

住居基準を国際比較することの今日的意義は、日本がその経済力に見合って真に豊かな社会をつくり、また国際社会の一員として尊敬されるためには、「住宅民先進国」である西欧諸国の住居思想を真摯に学ばねばならないということである。

I 住居基準

住居基準とは、人間の尊厳を守るにふさわしい住宅と居住環境の基礎的要件である。社会的には、人々が住居を建てるに際して守ることを義務づけられた法的規制であり、私的な生活手段である住居への公的介入である。

住居基準が登場したのは19世紀のイギリスにおける公衆衛生法以来である。低住居水準の住宅を放置しておけば不衛生、過密居住等の形成によって伝染病等が発生する。個々の住宅は私的な存在であっても、その全体は社会的存在である。公衆衛生と福祉の側面から住宅問題へのとりくみを最初に要請されたイギリスの住宅政策と住居基準は他の西欧諸国に及び、今日、西欧諸国は様々な形態の住居基準をつくりあげている。それは、住宅の新築、スラムクリアランス、住居監視員による住宅建築と居住状態の改善等々の際の基準として活用されている。

1) アメリカの住宅建設基準にみる住居思想

連邦住宅都市開発省 (HUD: U. S. Department of Housing and Urban Development) は「住宅の最低基準」("Minimum Property Standards" 1979年版による)を決めている。この基準は、「低家賃のように政府が補助金を出した住宅もそうでない住宅も含めて、適用される。地方の法律・規則、要求事項がこの最低基準より低い場合、この基準を採用すること」「一般的にこの基準は、行政上の規則、法令とともに建物等の適格性の基準となるものである。これらはすべての住宅・計画中の住宅、修理の必要な建物に適用される。この基準の遵守は強制的なものである」。

いくつかの項目を事例的に紹介しよう。

a. (プライバシー) 住宅は隣接する住宅から種々のプライバシー等の侵害を受けることなく居住でき、維持できるように配慮されていること。

b. (建築計画) 建物の計画は住居内の家族・個人の社会的・経済的そして休息の欲求に合致し、安全で安心でき、健康で魅力的な生活施設、環境、

視線や音からのプライバシー、適切な採光と換気、火事や事故の防御、維持管理と空間利用の経済性、補助的サービス、衛生設備を備えていなければならない。また建築計画は物や人の流れ、家事を容易にし、人々が安心して生活できるような計画であること。

c. (リビング空間) 各住宅には、楽しく過ごし、読書をし、手紙を書き、音楽を聴き、テレビを視、くつろぎ、いつも子供と遊べる、そんな一般的な家庭生活、集団活動をひき出す空間がなければならない。

d. (寝室) 各住宅は、睡眠、着替え、パーソナルケアのための空間をもたなければならない。老人用住宅ではベッドの両側とどちらか一方の端の三方からベッドに近づくことができないなければならない。各寝室は他の寝室、台所、リビング空間、ダイニング空間等の居住空間を通らずに浴室に行けるようになっていなければならない。

e. (高齢者むけ住宅) 敷地の計画に際しては買物に便利で公共輸送機関に容易に行けるよう計画されていること。敷地内の施設では居住者達と出会い会話の機会がもてるようにすること。

高齢居住者は、一般に自分達が仲間に加われるし見てもおれるような活気あふれる場所や活動にひきつけられるものである。同時に老人は自分達のプライバシーが静かに守られている場所(家庭)に自由に引き込めることも望んでいる。彼らは全く静寂しか提供しない敷地を望んでいないし必要ともしていない。また自分達では避けることのできない刺激的な活動を受け入れたいとも思っていない。最善の回答は、個人の意志で場所を選べる余地をのとしている計画にある。

f. (必要な設備) 各住宅は次の設備を備えていること。①安全で美味な水の安定的供給設備、②衛生設備と確実な下水処理設備、③健康で快適な生活を送るのに十分たりる暖房設備、④家庭内で使用する温水の十分な供給設備、⑤照明、設備への電気供給設備、⑥ゴミ・くずを収集し回収するまで貯めておく衛生的な貯蔵庫。

以上はアメリカの最低住居基準のごく一部だが、そこには住居のあり方についての理念が見られる。

表1 スウェーデンの住居規模と設備最低水準

住居規模 ⁽¹⁾	居間 床面積	寝室床面積	台所 食卓規模	便所 WC	浴室 ⁽²⁾ 洗面	浴槽	収 納 さ	掃除具 戸棚	物置
1RK	18m ²	—	4人	1	1	1	1.8m	0.6m	4m ²
1½RK	18m ²	≥7m ²	4人	1	1	1	2.4m	0.6m	4m ²
2RK	20m ²	≥12m ²	6人	1	1	1	3.6m	0.6m	7m ²
2½RK	20m ²	≥12m ² ≥7m ²	6人	1	1	1	4.2m	0.6m	7m ²
3RK	20m ²	≥12m ² ≥10m ²	6人	1	1	1	4.2m	0.6m	7m ²
3½RK	20m ²	≥12m ² ≥10m ² ≥7m ²	6人	2	2	1	4.8m	0.6m	7m ²
4RK	20m ²	≥12m ² ≥10m ² 2室	8人	2	2	1	4.8m	0.6m	7m ² ⁽³⁾

注：(1) 2RK は 1LDK。

(2) 2階建ての場合には、寝室のある階に少なくとも1つ WC を設ける。

(3) 4½RK とそれ以上の住居では 10m² 以上。

資料：Statens planverks författningssamling, 1983: 2 "SVENSK BYGGNORM, SBN 1980"

こうした住居の有すべき使用価値への認識があつてはじめて、住居基準も生まれるのだと思われる。他の西欧諸国の住居基準には必ずしもこうした説明が存在しないが、提示されている数値等の背景には、こうした考えがあるものと考えられる。

2) 住居の概念

住居とは何かということを定義した住居基準は少ない。しかし、それぞれの関連法規等にその内容がみられる。

i. 西ドイツ (NRW 州) の住居基準

NRW 州建築法 (1962年制定) には次のような記述がある。住宅の居室は使用に対して十分な床面積をもち内法高で 2.5m 以上でなければならない。また玄関を設け住居の独立性をはかる。最低設備として、流し台の設置。内部便所、洗面台のある浴室、2寝室以上では浴室と便所を分離させる。洗濯室、物干室、物置のような副室。暖房は中央暖房とし個別暖房は行わない等。

ii. スウェーデンの住居基準

表1に見るように、居間、寝室、台所 (必ず食事ができること)、便所、浴室、洗面所、収納庫、物置、掃除具戸棚が必要である。

iii. フィンランド

居間、寝室、内部便所、浴室またはシャワー、台所 (食堂)、給水、給湯、中央暖房。

以下省略するが西欧諸国はほとんど同じである。

3) 居室概念

建設省大臣官房政策課編集『国際比較国土建設

情報総覧』1980年によると、1戸当りの平均室数は、アメリカ5.1 ('76)、イギリス4.9 ('71)、西ドイツ4.2 ('72)、フランス3.6 ('73)、スウェーデン3.8 ('70)、イタリア3.7 ('71)、ソビエト3.0 ('65)、日本4.2 ('73) である。これによって、日本の住居は欧米水準に達しているという見解がしばしば聞かれる。だがいうまでもなく、前述の住居の概念や居室の概念が問われねばならない。

国連発行の "Annual Bulletin of Housing and Building Statistics for Europe 1984" (United Nations 1985) および各国資料によって考察しよう。

i. 「居室」の概念と最低面積

西ドイツ、ノルウェー、ユーゴスラヴィアは6m²、スウェーデン7m²、アメリカ7.2m²、チェコスロバキア8m²、フランス9m²以上でないと居室として認められない。

台所を居室に数えない国はフランス、東ドイツ、オランダ、スイス、ルーマニア、ブルガリア、ユーゴスラヴィア。台所を居室に認める場合でも、ギリシア7m²、アメリカ9m²、アイルランド10m²、チェコスロヴァキア12m²以上等という下限がある。

居間はアメリカ14.4m²、イギリス15m²、西ドイツ18m²、スウェーデン20m²以上。主寝室はアメリカ10.8m²、イギリス、西ドイツ、フランス、スウェーデン12m²以上。

これに対し日本は1つ以上の居室と共用の玄関、便所、台所があれば「住宅」として定義される。居室の広さは、居間、寝室をとわず下限がない。

1 m² でも1室である。台所も板の間部分が 5 m² (3畳) 以上あると1室である(総務庁『住宅統計調査』「用語の定義」による)。

ii. 床面積の計測方法

国連統計は床面積の扱い方を「有効床面積」(Useful floor space)と「居住床面積」(Living floor space)に区別している。前者は、地下室、居住できない屋根裏および集合住宅の共用部分を除いた外壁の内法で計測される住宅の床面積。後者は、通常の寝室、食事室、居間、居住可能な屋根裏、使用人室、台所および居住目的のために区分された他の空間が含まれる。風呂、便所、簡易台所、廊下、ベランダ、玄関等は数えない(居住室の概念)。

前者の「有効床面積」は日本で使用されている延べ床面積の概念に近いものだが、後者の「居住床面積」は「居住室」の面積の総和である。国連統計ではヨーロッパ21カ国のデータのうち10カ国について両方、9カ国は「有効床面積」、2カ国は「居住床面積」だけを公表している。また、「居住床面積」を公表しているブルガリアでは 5 m² 未満の台所を「居住床面積」に含めない。チェコスロバキアは 8 m² 未満のすべての部屋と 12 m² 未満の台所、ユーゴスラヴィアでは 6 m² 未満のすべての部屋と台所、ルーマニアでは台所をそれぞれ「居住床面積」に含めない。居住床面積の有効床面積に対する割合は、60%から80%程度の国が多い。面積はすべて内法で測る。

日本の統計では、居室のほか玄関、台所、廊下、便所、浴室、押入れが床面積に含まれる。また信じ難いことだが、店舗併用住宅などの営業部分、例えば店、事務室なども床面積に含まれる。

建設省住宅政策課『現行の住宅政策と今後の課題』(1982年)によると、日本は「西ドイツ102.8 m² (1979年)、フランス 79.5 m² (1974年) とほぼ同水準となっており、すう勢的には欧米水準に近づきつつある」と書いている。しかしこの西ドイツの 102.8 m²、フランスの 79.5 m² という数値は「居住床面積」のことなのである。国連統計では両国については「居住床面積」しか掲載しておらず、前述のように廊下、玄関、浴室、便所、内

壁等の面積は含まれない。また西ドイツ、フランスには地下室や屋根裏のある部屋が多いがこれも含まれていない。

住宅の概念といい、居室の数といい、床面積といい、こうした点を見ないで欧米水準に達したとみるのは、妥当ではないだろう。

II 欠陥住宅・不適格住宅基準

いかなる条件をもって住宅と考えるか、ということは、西欧諸国で掲げている「欠陥住宅」(Deficiency)や「不適格住宅」(Unfit House)の定義とそれへの行政的対応をつうじてよりいっそう具体的に認識することができる。以下においていくつかの国の事例をあげてみる。

1) アメリカの欠陥住宅基準

アメリカの住居基準 (“Minimum Property Standards” by HUD) には「欠陥住宅」の項目があり、次のように述べている。「住居の安全性、衛生を脅かす欠陥建築物、職人の技量不足、地盤沈下、過度な湿気、雨漏り、腐食、白蟻の害などを指摘された建築物は、その欠陥が修復され永久的に除去されるまで、建築物として認めることはできない。」

その「欠陥住宅」の詳細な内容については、同じ HUD の “Simonson Definition” によって、次のように規定されている。アメリカにおける「欠陥住宅」とは、

- a. 配管設備関係の不足又また共用——すべての住宅は、建物の内部に専用の水道・温水、水洗便所、浴室またはシャワー室をもたねばならない。
- b. 下水処理施設の欠如——住宅は公共下水道、浄化槽、汚水溜めに接続しているか化学処理のできる便所をもたねばならない。
- c. 台所設備の欠如または共用——すべての住宅は、専用で備え付けの給水設備のある流し、レンジまたは調理用コンロをもたねばならない。
- d. 3 ないし 4 の構造上の問題がある場合——雨漏りする屋根、内壁または天井に亀裂か穴が開いている、内部の床に穴、1 平方フィート以上の

内壁のペンキがはがれているかプラスターが落ちている、過去90日以内に鼠が出た場合。

e. 台所設備の欠如または共用——すべての住宅は、専用の給水設備のある備え付けのシンク、レンジまたは料理用コンロをもたねばならない。

f. 構造上3つないし5つの問題を有する場合——共用の玄関ホールの照明器具がない、階段が固定されていない、壊れている、または外れている、階段の手すりが壊れているかない、4階以上の建物で玄関から2階以上に通じるエレベーターのないアパート。

g. 共用部分に3つないし4つの問題がある場合——共用の玄関ホールに照明器具がない、階段が固定されていない、壊れている、または外れている、階段の手すりが壊れているかない、4階以上の建物の2階以上の部分に玄関から上がるエレベーターがない。

h. 石油またはガス暖房器具を使う部屋で排気孔がない——もし住宅の主な暖房がガス・石油またはガスを燃やす場合、器具は煙突または換気孔をもたねばならない。

i. 電気がきていない。

j. 電気設備が3つ不適当な場合——コンセントのない部屋が1つ以上ある。過去90日の間に3回以上ヒューズがとぶか回路遮断器(ブレーカー)が作動した場合。

2) イギリスの不適格住宅基準

イギリスにおける居住不適格の概念はながい公衆衛生法の歴史をもち、1954年の“Housing Repairs and Rents Act”(住宅修繕・家賃法)で体系的に規定され、その1つ以上に欠陥がある場合は不適格住宅とみなされた。その内容は12項目にわたり、

- a. 修繕良好で湿気の遮断が完全であること
- b. 各室の照明と換気が良好であること
- c. 住居内に設置された適切な給水設備をもつ
- d. 十分な給湯設備をもつこと
- e. 家庭内部の容易に行けるところに水洗便所があること
- f. 独立した備え付けの風呂(またはシャワー)

g. 台所用流しを備えかつ廃水設備が良好

h. 適切な排水設備をもつこと

i. 各室にガスおよび電気のコンセントがある

j. 十分な暖房設備があること

k. 調理・食料の貯蔵のための十分な設備

l. 適切な燃料倉庫があること

これらの基準は1984年現在では次の9項目で構成される。1. 修繕 2. 安全性 3. 湿気の遮断 4. 自然採光 5. 換気 6. 給水 7. 排水および衛生設備 8. 食料の貯蔵と調理 および排水処理のための設備 9. 内部のレイアウト

以上のほか、住居監視員 (Environmental Health Officer) による改善命令の対象として「過密居住」住宅がある。その基準は、①夫婦以外の10歳以上の男女が同一の部屋に就寝、②次のどちらかを超えたとき。1室2人、2室3人、3室5人、4室7.5人、5室以上10+(1室ごと×2)。～5m²0人、5～7m²0.5人、7～9m²1人、9～11m²1.5人、11m²～2人。

3) 西ドイツの不適格住宅基準

1971年に制定された基準は「不適切な住宅事情の除去」として次の項目をあげている。

a. 住宅内部に電気による照明、コンロあるいは暖房の接続の可能性がないか、明らかに不足している。

b. 給・排水あるいは便所がないか、明らかに不足している。

c. 気候条件に適した断熱、あるいは十分な遮音が明らかに不十分。

d. 居室高さが2mを下まわる。

e. 住宅の内部の少なくとも1室が9m²の居住面積を有しない。

f. 壁・天井あるいは床がたえず湿っている。あるいはキノコや害虫などが発生している。

g. 十分な日照と十分な通風が明らかに保障されていない。

h. 1人当り「居住面積」が最低9m²に不足し、1室内の1人当り室面積が最低6m²に不足している場合。

4) 国際基準からみた日本の不適格住宅

総務庁統計局による昭和58年「住宅統計調査」は、住宅地審議会答申（昭和50年）が掲げた「昭和60年までにその全数を解消することを目標」にした「最低居住水準」指標（これは「その解消を目標」にしているという意味で日本における不適格住宅基準と考えてよいであろう。たんなる政策目標数値で何らの法的・政策的手段をもたないものであるが、それでもこのような目標を掲げたことはひとつの進歩であろう。）を参考に、次のような統計数値を算出している。

まず住宅統計調査における最低居住水準の概要を記すと、①（寝室）ア. 夫婦は独立した6畳。イ. 満6歳以上17歳以下の子供（小学生から高校生まで）は夫婦と別の寝室（共同の場合6畳、個室4.5畳）。ただし1室2人までとし、満12歳以上の子供（中学生以上）は性別就寝とする。ウ. 満18歳以上は個室（4.5畳）。エ. 主寝室は10m²（6畳）、副寝室は7.5m²（4.5畳）。②（設備）ア. 専用の台所、イ. 専用の便所、ウ. 専用の浴室。

上記の条件で居住密度から最低居住水準未滿世帯数とその割合を算出すると、日本の全世帯数34,704,500のうち3,945,100世帯、11.36%がこれにあたる。東京は17.7%、大阪は18.9%と過密居住の割合が高い。一般に政府諸機関は、最低居住水準未滿世帯の数と割合をこの居住密度からのみとらえている。

しかし、住宅審の答申や建設省の第3期、4期住宅建設5ヵ年計画自身が最低水準の指標としてとりあげ、さらにこれまでに見てきたように西欧諸国では欠陥住宅や不適格住宅の項目に入っている、便所、台所、浴室等の設備の欠如、はなはだしい老朽住宅を最低居住水準未滿に入れるとこの数値はどうなるだろうか。

表2に見るように、上記「設備の不備」を加えると、全国、東京、大阪の住宅の16.3%、37.8%、38.5%と急増する。さらに、「大修理を要する」（建物の主要部分に腐朽や破損など不完全なところがあって、大修理をしなければ、建物の寿命に影響があるもの）、「危険または修理不能」（もはや寿命が尽きていてこれ以上もたないと思われる住宅

表2 日本の不適格住宅（最低居住水準未滿住宅）

全世帯数		全 国	東 京	大 阪
		34,704,500	4,028,600	2,650,100
過密居住 a.	世帯数	3,945,100	714,700	500,600
	累計%	11.4	17.7	18.9
設備不備 b.	世帯数	5,019,600	806,200	520,000
	累計%	14.4(25.8)	20.1(37.8)	19.6(38.5)
要大修理・ 居住不能 c.	世帯数	1,067,900	88,300	48,700
	累計%	3.1(28.9)	2.1(39.9)	1.5(40.3)

注b：aの条件を満たしている。

c：a bの条件を満たしている。

資料：総務庁統計局「住宅統計調査」昭和58年度。

や災害で大破したままの住宅などで、柱の傾斜、屋根のゆがみ、あるいは建物の主要部分の腐朽や破損がはなはだしく、ちょっとした風雨、地震にも危険を感じる程度のもの）を加えると、各々の数値はさらに28.9%、39.9%、40.3%と上昇する。

便所、台所、浴室がなく、修理不能で住めないか大修理を要する住宅は、国際的な基準をもちださなくとも、欠陥住宅であり、人間が住むに値しない不適格住宅であることは論をまたないであろう。この3項目を合わせるだけでも、全国では1,000万世帯、3割近く、東京、大阪では約4割が該当する。

1983年現在日本の住宅は全部で約3,865万3,000戸、世帯数は3,470万4,500、空き家は395万戸で10.2%、建築中などを引いた純空き家は331万戸で空き家率8.6%である。「住宅戸数は世帯数を上回っている。空き家率が10%近くもある。日本の住宅問題は基本的に解決した。これからの課題は量から質の向上だ」というのが日本政府の見解であるが、量が充足しているとはとてもいえない。むしろ「住宅」の名に値しない建物が多数を占める。居住密度、基本的設備、建物構造の3点からみただけでも「住宅」と呼べるものは約6割しかない。そのほか、アメリカ、イギリス、西ドイツの各国が改善の対象として以上に掲げた湿気、下水処理、室内の塗装、階段の手すり、エレベーター、排気孔、コンセント、給湯、遮音、断熱、日照、通風等々の要素をカウントしていくと、その数は膨大なものになろう。これらの要素の中にはすでに建

設省の住宅建設5ヵ年計画の中で最低居住水準未満の項目として解消目標（住環境）に掲げられているものもある。そうした要素を入れた統計数値の算出が住宅事情の現状を国際レベルで把握するためにも不可欠といえよう。

III 住居基準とホームレス

1987年は国連の国際居住年であり、その主題は「ホームレス」である (International Year of Shelter for the Homeless)。国際居住年を提唱したスリランカのR. プレマダサ首相は国連での演説でこう述べている。「私は、貧困にたいして地球的規模での反撃をするには、十分な住宅供給をすることが基本的な要件だと考えている。私達は過密・不衛生・危険の問題を消滅しなければならない。住宅供給は、人びとが生きていかなければならない環境を創造するうえで重大なことなのである。おそらくこの国際年は、とりわけ粗末な住宅居住者の復興に焦点をおくことになるだろう。もしわれわれが、各々の家庭に堅固な家を与えることができるならば、それは心のやすらぎや仕事や健康、そして何にもまして自信を育てる器を保障することになるであろう」 (National Housing Development Authority, "Housing the Nation")。

かつて、WHO（国際保健機関）は住居の条件として、安全 (Safety)、健康 (Health)、効率性 (Efficiency)、快適性 (Comfort) を掲げたが、途上国の現状は何よりもこれらの条件を満たすことにあるといえよう。

国際年のもうひとつの目標は「世界のすべての国の住居に恵まれない人たちの居住状態を2000年までに解消する」ことにあり、先進国の努力が求められている。ここで何をもち「ホームレス」と見なすかが議論の対象となってくる。例えば、1966年以来イギリスのホームレスのためのキャンペーン運動を続けてきた住宅運動団体「シェルター」は、ホームレスとは次のような人たちだといっている。

a. 路上生活者一廃車の中または野外で寝起きしている人

- b. むさくらしい場所で生活する家族
- c. 絶望的な過密居住
- d. (住宅事情で) 離れて住まねばならない家族
- e. 親戚や友だちとの同居
- f. 物的な危険または居住の不適格
- g. 便所、台所、浴室、給水、給湯のない家族 (Des Wilson, "I know it was the place's Fault", 1970)

このような基準で日本のホームレスを算出すると、その数はどれほどになるだろうか。

結 び

住居基準とは人間にとって必要な住宅および居住状態を指し示すものであり、時代や人々の生活条件によって変化し発展していくものである。日本国民の住生活の現状と改善の課題に即した住居基準の確立が求められているといえよう。

例えば現代の病気は住宅と住環境によって生じる割合が大きくなっている。そうであれば保健・衛生面からの住居の有すべき基準はより詳細に規定されるべきだろう。また現在、家庭内事故が激増している。手すりのない階段、段差、滑る廊下等が主な原因である。1984年度の人口動態統計では6,120人が死亡、うち3,500人は65歳以上の老人である。高齢化社会を迎える日本では特に老人にとって安全な住居基準の確立が要請される。その必要性の叫ばれている住宅医療も、老後の後退した身心機能のもとで老人の生活の自立を最大限に支える住居の条件があって初めて成立する。すでにスウェーデンでは「すべての住居は最初から障害者が不自由なく使用できるか、容易に改造できること」「公営住宅では4,5階建ての住棟にもエレベーターが設置され車椅子が使用できる」が規定されている。段差が多く廊下幅の狭い日本の住宅は、将来使用に耐えないものとなろう。老人に禁物の老後の引っ越しを避け在宅ケアが可能となるためには、住居基準の新しい展開が必要である。

先進的な住居基準を有する西欧諸国から学ぶことは、今日の日本の重要な課題である。

(はやかわ・かずお 神戸大学教授)

在宅福祉と住宅保障

田 端 光 美

I はじめに―本報告の課題

社会福祉と住宅問題の関係は、高齢者や障害者に対する在宅福祉政策の推進にともなう、ようやくわが国でも関心が高められつつあるが、先進諸国に比較すると社会福祉サイドからの認識はやはり立ち遅れていたといわねばならない。わが国でも戦前社会事業の歴史の中で、日本社会事業の成立期とされる大正中期から昭和不況期において、住宅に関する事業はその一分野として正当な地位を占めていたといえる。内務省地方局資料によると、大正7年(1918)には社会事業の一分野に小住宅供給事業が位置づけられていた。その後、経済保護事業の一つとしてとくに、昭和期には国民生活の窮乏に対応して、財政支出においても相当の比重を占めていたほか、大正10年(1921)頃から昭和10年に到る期間には、都市を中心に不良住宅地区の実態調査が行われるなど、社会事業の側からも生活問題としての住宅問題にかなりとり組みがなされていたといえよう¹⁾。

しかし、その後次第にわが国の社会事業が戦時政策の影響を受け、改編を余儀なくされる過程で、「福祉と住宅」に関する基本的視点が形成される時機を失ってしまったとみることができる。戦争を経た1945年以降、戦後復興期という特殊状況下で日本社会福祉の再編が行われたことは周知のとおりであるが、その時期には社会福祉先進国の基盤に所在する思想、あるいは理念にまで、目を向ける余裕がなかったのが実態であったかもしれない。いずれにせよ、戦後社会福祉の展開は制度上は欧米をモデルに整備されたが、内実的には戦前の救貧的色彩が払拭されず、後に福祉国家として

の質を問われることにもなるのである。

高度経済成長期における新たな生活問題の発現は、社会福祉充実が国民的課題として要請され、「成長から福祉へ」のスローガンのもとに社会福祉施設の整備に力点がおかれることになった。その過程で施設における居住水準(施設設置基準による)の低位性が問題になり、それは一般住宅水準の劣悪さと深くかかわっていることが改めて認識されるに到ったのである。このような状況の一方で、1970年代に欧米からコミュニティケアについての考え方が移入され、わが国でもいち早く在宅福祉重視の政策転換が行われたが、それはまったく基盤のないものであったといわなければならない。すなわち、在宅福祉というためには、その拠点である住宅、あるいは居住環境の整備が不可欠であり、事実、イギリスにおいてもコミュニティケアの実施はまず住宅整備から始められたにもかかわらず、わが国ではその認識を欠いたまま、概念だけの「在宅福祉」が先行したといえる。

その歪みは今日ますます大きく、社会福祉「改革」として在宅福祉が一層推進されようとしている今、社会福祉の立場からも避けて通ることはできない課題になっている。本稿ではとくに在宅福祉における住宅保障の課題をとらえ、さらに、それについてソーシャルワークがどのようにかかわるべきか、イギリスを参考にして検討する。なお、今日のイギリスのソーシャルワーカーは、高齢者問題に関する活動が相当な比重を占め、したがって、住宅に関するソーシャルワーク活動を捉える場合、シェルタードハウジングに関する役割が大きい、それについては武川正吾氏が分担することになっているので、ここでは重複を避けるため省略している。

II 「宅」ぬき在宅福祉の現状

〔住宅の問題〕——ホームヘルパーの記録——

夫婦と子供の家族——子供が40歳で脳性マヒ、お父さんが脳溢血で倒れお母さんが世話をしていたが、お母さんも倒れてしまった。お母さんはベッドの横にポータブルトイレを置き、お父さんと子供は何かトイレに行けたが、息子も年齢からの機能の衰えか最近いざるようになった。

持家に住んでいるが、部屋数は下に1室、二階に2室と狭い。車椅子住宅に申し込んだが、持家のある人は困窮度がないということでダメ。

そのうち、かなり古い家なので手入れもできず雨漏りがひどくなる。トイレに雨漏りがするようになりトイレに通う父と息子が雨で滑り転ぶようになった。手すりなど応急に付けたがそういう状態になってやっと、住宅に困窮という枠を大きく考えて貰い対象になるという事で、都営に申し込む事ができた。ところが今度は全然当たらない。特例みたいなものがあればと思います。身の回りのいろいろな事が良くなる事も大事だけれど、住宅も大事だと痛感しています（東京ホームヘルプ活動者連絡会会報「第6号」より）。

ここに示したホームヘルパーの援助対象についての記録は、まさに、わが国の在宅福祉の実態であり問題提起であるといえる。統計的には「持家」居住者として分類されるであろうこの世帯の生活状況は、たとえ週2回のホームヘルプサービスを受けていても、社会福祉の充実した国であると誇りうる状態であるか否かを問わなければならないであろう。

わが国住宅政策における社会福祉との関係を戦後社会福祉の展開にみると、低所得者向け住宅として第二種公営住宅の供給、母子世帯、老人世帯、そして最近における障害者向け住宅など、いわゆる特目住宅の供給（これらの供給数はきわめて少ないが）と、生活保護世帯に対する住宅扶助、および宿所提供事業が主要なものであった。1970年代以降の在宅福祉重視の政策は、老人専用室の新

築、増改築資金の貸付けや、障害者のための住宅設備改善資金の貸付けなど資金融資の道を拡大したものの、それらが在宅福祉の実現に効果をあげている例はきわめて限られているのが実態である。さらに、一部の自治体で独居老人に対する借家保障のサービスや独自にアパート提供を実施した例などがみられるが、高齢者、障害者、あるいは、母子世帯など社会的ハンディキャップをもつ世帯が、在宅福祉というにはきわめて不適切な居住環境におかれている問題は、冒頭の事例に典型的に示されたように、何の対応もなされてこなかったといえる。

在宅福祉のサービスをもっとも必要とする人々が、もっとも劣悪な居住環境を余儀なくされる背景には、第一に社会的ハンディキャップをもつ人の多くが低所得であり、今日の住宅政策のもとではそれぞれの生活条件にあわせて適切な住宅を選択できる保障がまったくなく、支払い可能な金額によって住む場所を決めざるを得なかったという状況がある。第二には家主や地域住民の偏見、差別など、地域社会に反福祉的状况があったことも否定はできない。その結果、持家といっても名ばかりの「住居」であったり、木造民間アパートの1室に居住している体の不自由な老人や障害者の実態が、とくに関心をもつ研究者の調査や、ホームヘルパー、あるいは保健婦などの訪問記録からようやく社会的に訴えられ始めている。

それらによると、在宅福祉サービスによって自立への援助効果を期待するどころか、寝たきりにせずすむ老人も寝たきりにならざるを得ず、また、人間らしい生活を営むには程遠い住宅の実態が明らかにされている。わが国における在宅福祉政策はメニューの豊富さからみると、それはいかにも充実しているかのようにみえるが、その内実がいかに基本的矛盾を放置したままのモザイク的施策であるかが示されるものである。したがって、一応合理的な理由のもとにやむなく施設入所や長期入院している対象者の中には、住宅問題を背景になかば社会的に強制された結果の入院、入所も決して少なくないのが事実といえよう。さらに、可能な限り在宅生活を維持しようとしている人々、

あるいは、障害があっても日常生活の自立が可能
な人々も、特目住宅入居者以外はきわめて劣悪な、
しかも不安定な借間生活を余儀なくされている。
なかでもこれまで単身老人や障害者、とくに精神
障害、視覚、聴覚障害者たちが、社会的にもっと
も疎外された問題の担い手でありながら、障害者
グループの中でも埋もれてきた人々であること
は、筆者たちの実態調査からも明らかにされてい
る²⁾。

東京都内に住む視覚障害の女性（55歳）の場合、
30歳で母親と死別したあと一人ぐらしを続けてい
るが、現在の「住まい」は老朽化した民間アパー
ト（8世帯の殆どが一人ぐらし老人）の2階、6
畳の和室に1畳ほどの流し場、共同トイレで風呂
はなく、階段は急で手すりもない。窓は2方向に
あるが一方は隣家と近接しているため、閉めっぱ
なしにしている。もう一方の窓はガラスが割れて
雨が吹き込み、日当たりの悪さもあって室温は低
く、部屋がじめじめしていたというのが冬季に実
施した調査者の所見であった。障害をもつ人はと
りわけ健康管理が重要であるが、どうみても健康
によい生活環境とはいえないにもかかわらず、本
人はそこに住み続けられることが現状で今最大の
願いである。もし、取り壊しなどで移転先を探さ
なければならぬ事態が生じたなら、再びあの借
間探し、ぞっとするほどの不安であるという。こ
のような例は生活保護ギリギリの収入で生活して
いて、福祉事務所のケースワーカーの訪問対象に
もならず、また、保健婦や訪問看護の対象でもな
いだけに、現行社会福祉制度ではとらえられてい
ない、いわば、盲点ともいうべきところに所在す
る問題である。

さらに、在宅福祉では障害をもつ人々が住宅な
どの環境改善や自助具の開発によって自立度を高
めることの重要性が強調されている。しかし、い
かに技術が開発されても利用する道が開かれてい
ないことの問題も大きい。障害者は住宅改造や設
備の改善によって日常生活を相当に改善できるが、
今日の住宅条件はそのための基本的保障すらない
ことが調査で明らかにされている。1984年に大田
区で実施した調査を例にすると³⁾、「回答者の34%

が改造の必要があるとしているが、その中の51%、
825人は改造しない、できない」と答えている。
理由は「借家で困難」という理由が37%、319人、
「費用負担が困難」が34%、281人である。「借家で
困難」と答えている人が、別の住みよい家に移転
できる可能性はその所得水準からないに等しいこ
とを考えると、住宅の不備が結果的に社会サービ
スへの依存を増大する結果にもなっているといえ
る。かつて、19世紀末にエドウィン・チャドウィ
ックは居住環境による逸失利益を強調して住宅環
境の整備や衛生管理を強化したが、今日のわが国
における在宅福祉のあり方には、同様のことがい
えるのではないだろうか、ということがまず問題
提起である。

III イギリスにおける福祉政策と住宅保障

1) 在宅福祉の基盤としての住宅政策

イギリスにおいて福祉と住宅に関して先駆的
役割を果たしたのは、19世紀オクタビア・ヒル
(Octavia Hill, 1838~1912)の住宅改良事業である。
ロンドンのスラム街メルルボーンで借家を管理す
ることになった彼女は、住宅を清潔で衛生的なも
のにかえ、居住者に生活秩序を与えることにより、
住宅管理を住宅政策の重要な一部として位置づけ
た。さらに、家賃徴収や修理などの住宅管理を通
じて住宅と福祉の関係は、問題家族のような特別
の対象だけでなく、もっと普遍的な課題であるこ
とを認識させたとして、今なおイギリスで評価さ
れている⁴⁾。

イギリスの住宅政策の歴史は、1851年に初め
ての公営住宅供給法といわれる Lodging House
Act が制定され、第一次大戦後には公営住宅の建
設、家賃統制を中心とする住宅政策が本格化した
が、そこでは労働者階級の住宅を改善するために
労働運動、市民運動が結集して政治を動かしたこ
とが注目される。それは、住宅を資本にとって
「価値ある労働力」を再生産する場としてのみと
らえるのではなく、労働者の人間性復権、すなわ
ち、適切な住宅、生活環境の中で人間らしい生活
を確保することを目的とした。20世紀を迎えて福

社国家への志向は、社会の進歩を阻む五大悪へのチャレンジを具体的に政策化し、福祉の基盤としての住宅政策をより明確にした。さらに、在宅福祉を重視する今日においては、かつて健康と道徳的視点から快適な住宅の最低限を提供しようとした19世紀の住宅政策は、次第に身体的ニーズと社会的ニーズを充足する住宅保障であるべきとされ、社会福祉政策と一層緊密な連携を必要とするに到っている。

すなわち、1950年代になるとそれまでの長期入院、あるいは、施設入所の障害者を病院や施設から解放し、社会復帰の効果を高めようとする試みが始まり、いわゆるコミュニティケアへの志向が高まったことは周知のとおりである。イギリスにおけるコミュニティケアの具体化は、まず、施設や病院から地域に帰る人々のための住宅確保に始まったが、それは従来の住宅政策からしても、むしろ当然のことであったといえる。すなわち、退院、退所する人々のために地方自治体は公営住宅を確保し、とくに、障害の状況によっては共同で生活できるグループホームなども居住保障の一つとして設置することに努力した。老人福祉の分野においても老人ホーム整備の経験の中から、次第にコミュニティケアへの志向が強められたのは当然であったといえよう。その結果、シェルタードハウジングへの関心が高まり、各地域で設置され始めたが、今日では都市部も含めて全国的に老人ホームの他、シェルタードハウジング、さらに、高齢化の進んだ病弱老人のためのベリ・シェルタードハウジングの整備が進められつつある。

このように、国民の福祉を推進する基本的条件として住宅政策を進めてきたイギリスでは、一般公営住宅の供給の他、特別のニーズをもつ人々のための居住保障を福祉政策として重視してきた。その具体的状況を老人の場合にみると次のような例を示すことができる。ロンドン市郊外のクロイドン市は1985年の総人口が320,600人、65歳以上人口率14.6%から算出すると、老人人口は約46,800人である。それに対して老人ホームや老人向け住宅などが表1のように供給されている。まず、1984年現在の老人ホームは562ベッド、その他

表1 老人に対する居住保障(クロイドン)

総人口		320,600人	
65歳以上（総人口×14.6%）		約 46,800人	
老人ホーム		10	562ベッド
老人ホーム	特別の老人ホーム	1	(L) 28ベッド
			(S) 4ベッド
		3	106ベッド
		1	4フラット
シェルタードハウジング	シェルタードハウジング	19	1,019フラット
	ベリ・シェルタードハウジング	2	89フラット
精神障害のある老人のグループホーム	スーパーバイザーつきグループホーム	4	49ベッド
	スーパーバイザーなしのグループホーム	5	26ベッド
		1	12ユニット
ベッドおよびフラットの合計		1,899	

備考: 1. 65歳以上人口数については、クロイドンの65歳以上率14.6%により算出。

2. 老人ホームの(L)はロングステイ、(S)はショートステイである。

3. クロイドン社会福祉部資料による。

にショートステイを含む特別のホームとして142人分が確保されている。また、シェルタードハウジングは1,019フラット、ベリ・シェルタードハウジングが89フラットで、精神障害をともなう老人のグループホームはスーパーバイザーのいるものが49ベッド、いないものが38人分であったが、その後の情報ではさらにベリ・シェルタードハウジングの整備が一層推進されているようである⁵⁾。

ところで、このクロイドン市の人口は東京都中野区とほぼ近い規模である。すなわち、中野区の総人口は1986年現在324,800人、65歳以上人口率は10.5%、34,044人である。中野区は都内でも木造民間アパートの多い地域であったが、建て替えなどで立ち退きを迫られた一人暮らし老人等に対応して、早くから「老人アパート借り上げ事業」を実施し、老人住宅問題にとり組んだ自治体として知られている。しかし、現在の老人アパート数(さしあたり居住水準は問わないことにして)は約100戸である。また、区内に民間の特別養護老人ホームがあり、その一部は区内居住者を対象にしているが、居住保障としての差は歴然としている。かりに今後、積極的に高齢者住宅にとり組んだと

しても、今日の土地政策、住宅政策のもとでは、クロイドン市の水準に達することを期待するのはまず、到底困難といわなければならない。

住宅保障を社会福祉の視点からみると、もう一つの注目すべき点は家賃補助制度である。わが国では生活保護を受給するか、あるいは、きわめて少数のいわゆる「福祉住宅」といわれる低所得者、母子世帯、老人、障害者用住宅に入居しない限り、借家に対する経済援助がないため、ボーダーライン層、とりわけ高齢者世帯、障害者世帯および母子世帯は劣悪な住宅に居住し、しかも、家計支出からみてアンバランスな家賃負担を余儀なくされている（老人、障害者のための限られた住宅改善用資金の貸付けも経済援助の一つではあるが、改善する条件もない住宅であることは前述のとおりである）。

それに比較してイギリスでは住宅ストックの4分の1強を占める公営住宅の供給に加えて、家賃補助を含む住宅費支給により人間の生活に値する住宅に居住する権利を経済的にも保障している。家賃補助は住宅政策の主要な柱である借家人保護に位置づけられたものであるが、1971年に住宅白書 (Fair Deal for Housing) が発表されて以降、公営住宅に対する「家賃減額計画」と、民間借家に対する「家賃手当計画」として実施されてきた。その後、1983年4月からは、持家居住者にもサービスの公平化をはかるという趣旨のもとで、次のような新制度 (New Housing Benefit Scheme) による住宅補助 (Housing Benefit) に移行している。

- ① 公営・民間いずれの借家人も補足給付受給者は家賃及び地方税割戻しを地方自治体から住宅補助として支給される。
- ② 持家居住の補足給付受給者は地方税割戻しを住宅補助として地方自治体から支給され、他の住宅費用（修理費、暖房費など）は従来どおり DHSS から支払われる。
- ③ 補足給付を受給していない人は、家賃と地方税割戻しを新たに住宅補助として地方自治体から受給することができる。
- ④ 1983年4月以前からの補足給付受給者で、その総額が地方税と家賃より少額の場合は、地

方自治体から住宅補助として支給される。

- ⑤ 補足給付を受給していない人も、所得額によって住宅補助が支給される。

このような住宅費補助の制度はその後の社会保障改革案の中で、さらに新たな提案がなされているが、しかし、家賃補助制度は1972年以来、保守、労働両政権ともに支持する制度であり、それによって今日、高齢者や失業者も最低限の生活秩序を維持し得ることの意義はきわめて大きいといえる。実際、老齢年金生活者は全額家賃補助が適用され、年金から家賃支出の必要がないことによって、在宅老人がより適切な居住条件を備えたシェルタードハウジングへ移転することを経済的不安なしに可能としている。

居住条件の整備

19世紀から20世紀初頭にかけて、公営住宅を積極的に供給してきた地域では、今日、老朽化した住宅問題をかかえる中で、高齢社会の問題に直面している。すなわち、増加する老人世帯に対してシェルタードハウジングの供給も追いつかず、一方、持家居住者についても、老人が居住するのに不適切な条件となり、それらに対応することは在宅福祉を進める上できわめて重要なことと考えられている。

そのためには、各自治体の住宅部と社会福祉部が連携して、地域の実態に適應したとり組みがなされているが、老人のためのシェルタードハウジング、障害者用住宅の供給などもその重要な施策であることはすでに述べたとおりである。さらに在宅福祉を進めるためには、一般の借家や持家居住者に対する居住環境整備の必要が強調されてきている。

今日のイギリスにおける都市問題——失業、高齢化、住宅の老朽化——を典型的に担っているとみえるロンドン市ハマスミス区では、このような状況への積極的な対応として、住宅部局内に「スペシャル・ニーズ・ユニット」(Special Needs Unit——以下 SNU) を設置し、スペシャルニーズ・ハウジングアドバイザーのもとで老人や障害者を中心に、その他特別のニーズをもつ住民に、

在宅生活を可能にする居住条件整備のサービスを提供している。この目的の第一は、シェルタードハウジングや障害者向け住宅への登録や斡旋をすることであるが、それだけではなくさまざまな援助を提供しているのがこの活動の特徴である。スペシャルニード・ハウジングアドバイザーの役割は一見、住宅に関するソーシャルワーカーのように、その広範な機能は次のように示されている。

- a. シェルタードハウジングの維持と居住者のニーズへの調整
- b. 住宅協会の車椅子用住宅やシェルタードハウジングとの調整
- c. 持家に居住している老人に対する「エリアワーデン・プロジェクト」(後述)の運営
- d. 老人や障害者のケースワーク
- e. シェルタードハウジング待機者の中で、医学的優先順位に対する専門アドバイザー
- f. 管理委員会への情報や助言の提供
- g. ウォーデンやリリーフワーカー(後述)の補充への責任
- h. 民間住宅供給協会のシェルタードハウジング建設へ協力
- i. 管理委員会の記録や業務、計画などをモニターし、SNUの対象とする計画を誘導する
- j. 他の機関との連携
- k. シェルタードハウジング応募者を訪問し、優先性や、他の可能性の有無、その他助言をする
- l. シェルタードハウジング応募者の中で、対応の難しい人を訪問
- m. その他、外部機関との連携

すなわち、地域住民の居住する住宅そのものを確保することにかかわるのにとどまらず、問題をもつ人々への積極的対応として、適切な居住環境を確保するために関連機関との間で調整し、さらに、居住者自身へのサービスとしても提供している。この点についてはわが国の住宅部局の業務と大きな相違であるが、なかでも、一般住宅居住者へのサービスは、持家比率が高いとされるわが国においても、高齢化対策の一つとして検討されるべき点である。

SNUの役割はまず、第一に、住んでいる住宅が高齢者や障害者に不適切な条件である場合、次のようなサービスが行われる。

- ① 住宅を維持しているための経済的、あるいは維持していく負担が大きすぎる場合。

売却して適当な住居を買うことを希望するとき、老人一人で一般市場の売買は不安である。したがって、住宅協会に合理的な値段で売却し、これまで居住していた場所にできるだけ近く、もっと小規模の家を買うことへの助言を行う。その場合には、高齢者向けに建築された住宅の1階、あるいはリフトのあるものなどをできるだけ選択できるよう、援助する。

- ② 所有している家が寒すぎたり、隙間風のはいるまま修理されずにいる場合。

“Keep Warm”計画として、とくに年金生活者や身体障害者に対し、家屋の構造上の問題ではなく、ドアや窓、郵便受け等からの隙間風を防ぐために補強や絶縁をするが、材料費だけを負担することでサービスを受けることができる。また、個人住宅部門の修理費や改善費などを申し込むことができるが、それには、セントラルヒーティングなどの利用も含まれる。住宅担当官が訪問し、相談に応じるとともに、上記のようなサービスをうけられるよう調整する。実際の補助金と改善必要経費との差額については、現在では住宅協会からのローンその他で充当せざるを得ないが、返済が年金生活者に負担にならないよう死後、それを売却した後、支払うよう計画が作られている。

- ③ 階段を利用することが困難になり、移動の問題を生じた場合。

まず、社会福祉部のOTのアセスメントによって、補助具の利用が助言される。その他、より適切な住宅への移動も考えられる。住宅の改善については車椅子を利用できるようドアを広くする、あるいは、バスルームのシャワーを取り付けなおす、また1階にトイレットを整備することなどもある。それにつ

いても補助金が利用できるが、担当者は OT と一緒に訪問して経済上の助言をする。

④ 孤独、その他の問題がある場合。

電話の設備をするなどがあるが、レンタルの費用が負担できないときは社会福祉部に援助を連絡する。その他、聴覚障害のある人のための機器なども利用できる。また、緊急通報システムへの連結も行う。もちろん、それらの機器の新しい技術が理解できないときや、話し相手が必要なときなど、ボランティアの訪問などを要請したり、エイジコンサーンから援助するよう、連絡する。

第2に注目されるのはエリアワarden (Area Warden) の活動である。これはシェルタードハウジング居住者が、必要に応じてワardenの援助を受けられるのと同様のサービスを、一般住宅居住者にも提供しようというものである。

ハマスミス区デニム・ストリートにあるシェルタードハウジングにおかれ「ワarden・オフィス」の場合には、シェルタードハウジングのワardenと別に独立した職員を配置し、日常的にワardenのサービスを援助したり、居住者の交流を深める援助をするほか、一般住宅居住者からの、緊急通報に応じるなどのサービスを行っている。とくに、高齢者は屋内での転倒などの事故が多く、ワarden一人で十分でないことが多いので、リリースワーカー（多くは男性）を配置し、ファックスでいつでも老人からの連絡を受けられるよう、24時間体制をとっている。

このように在宅福祉を進めるためには、社会福祉部だけではなく住宅部内でも、地域計画としての住宅整備とともに、個々の居住者の居住環境をどう整備するかは、まさに今日的な課題である。それに関連して、イギリスではハウジングインスペクターの活動があることも注目される。換気、採光、便所や台所のない家、水や湯の出ない家など、一定の基準に対して居住に不適切な住宅を発見し、改善命令をだすが、家主が応じないときには閉鎖命令をだすこともでき、居住者を公営住宅に移すことがある。1979年には国際保健機構がこの制度の採用をヨーロッパ諸国に勧告しているこ

とから、ハウジングインスペクターの意義をとることができるであろう。

IV 住宅保障とソーシャルワーク

これまでわが国では、社会福祉分野から住宅問題をとりあげることがきわめて少なく、もちろん、ソーシャルワークがどのようにかかわるかについては、生活保護受給者の住宅扶助適用に関して以外、とくに明確な指針はなかったといってもよい。その点イギリスのソーシャルワーク教育では、必ずといってよいほど住宅問題がとりいれられ、対象者の住宅保障はソーシャルワークの一貫として重要視されている。わが国においても現代の社会福祉問題が、しばしば住宅問題と密接に関連して顕在化していることについて、近年ようやく関係者が指摘し始めていることが注目される。高齢者や障害者についての事例は本稿の中でも事例的に示してきたが、住宅問題が日常生活問題の基底にある例は、子どもの問題や家族間の不和、さらに深刻な問題はサラ金地獄による家庭崩壊に到るケースまで、最近とくに増加している。

ところで、わが国の社会福祉の動向は、戦後40年をへて「改革」期にあるといわれる中で、在宅福祉は確実に推進されようとしている。したがって、これからのソーシャルワーカーは対象者の住宅問題を選んで通することはできないであろうし、また、住宅保障なしに在宅福祉の効果的実現もないといってよいであろう。そこで、住宅保障に関するソーシャルワークをどのような局面にとらえるか、2、3の課題を提起してみたい。

まず第1に、国際居住年のテーマでもある「ホームレス」にかかわる問題がある。国際的視野に立てば難民、その他、発展途上国の貧困によるホームレス問題はきわめて重要な課題であるが、国内における「ホームレス」問題は社会的ハンディキャップをもつ人々、とりわけ、低所得の独居老人、障害者世帯、そして母子世帯などが「人間らしい生活を営むに値する」住宅から、社会的に疎外されている現実である。にもかかわらず、わが国では福祉事務所のケースワーカー自身、援助す

る方途を見いだせぬまま、見過ごしてきた結果が「老人アパート借り上げ事業」の発端となった老人の“駆け込み訴え”であった。そこに到る以前に、当然ソーシャルワーカーが対応する独居老人の生活問題として、住宅困窮の徴候が発見されなければならなかったであろうし、また、居住の安定をはかる援助方策を見いだすことや、社会的に問題提起することに積極的であるべきではなかったであろうか。とはいえ、この課題は今日の土地・住宅政策のもとで、とりわけ大都市では絶望的にさえみられる。しかし、まったく方策がなかったわけではないことは、一老人の“駆け込み訴え”が地方自治体を動かし、少なくとも「アパート借り上げ」という方法で居住保障の一端を実現したことに示される。すなわち、ソーシャルワーカーがもっと早い時期に代弁することもできたはずであり、また、それはソーシャルワーカーの機能として検討すべき課題である。そのためには、ソーシャルワーカーが住宅問題への視点をもつことが基本的に必要であり、その上で住宅部局との密接な協働が求められるであろう。

第2には、老人や障害者の自立のために住宅改良、設備改善など、あるいは居住性を高めるための住宅保持の技術、住まい方などへの相談、助言などがある。ハンディキャップをもった人々は、居住条件の改善によって日常生活の自立を相当に高めることができることは、すでに専門家が明らかにしているとおりである。しかし、現状では在宅老人や障害者がそれについての情報や理解をもつ機会は決して十分でなく、また、開発された技術がニーズをもつ人々に結びつかないという問題がある。さらに、実際に改善を希望しても、それにとまなう経済的負担は利用者に実施を躊躇させる結果になっている。このような状況に対して、ソーシャルワーカーは対象者の自立を高める援助原則から、まず、情報提供や個別の可能性を対象者の居住の場で具体的に相談に応じ、助言することが必要である。もちろん、それについては、ソーシャルワーカー自身が技術に関する基本的知識をもつと同時に、PT や OT、さらに、住宅改善であれば建築技術者の専門的助言を得るためのコ

ーディネートをすること。また、経済的援助の方途をきり拓くこともその機能として求められる。

さらに、折角ハードな側面での改善が行われても、日常生活の中でその機能が活用されるためには、保全や利用に関する具体的助言が必要になるケースもしばしばある。イギリスの貧困地域では、ホームメーカーとよばれる非常勤職員が社会福祉部のエリアチームに所属し、ソーシャルワーカーの要請に応じて住宅管理などの指導をしている例があるが、住宅改善や設備改善に関して捉えれば“物”が“人”に活かされる生活過程にも介入することが必要になる。

第3は、住宅保障が個別ニーズとして以上に地域問題として捉えなければならない場合の役割である。たとえば、地域再開発にとまなう高齢者の住宅確保、あるいは、老朽化した公営住宅に高齢者のみが滞留することによる生活の歪みなど、地域的问题として顕在化してきたとき、イギリスのコミュニティワーカーが高齢者用の住宅確保を働きかけるとか、優先的にその地域にデイセンターを設置するとか、老朽公営住宅の設備改善を住宅部に要求するなどにみられる活動である。

わが国においても住宅問題は個別的な生活問題であると同時に、しばしば地域に共通の問題として発現している状況がみられる。したがって、個別問題としてのみ解決できない問題に対しては、地域問題としてアプローチすることも、とりわけ都市の場合には住宅保障にかかわるソーシャルワーク機能として、今後のとり組みがとくに重要になるであろう。

注

- 1) 田端光美『戦前期社会事業史料集成』4～8巻、解題、日本図書センター、および、社会福祉調査研究会編『戦前日本の社会事業調査』勁草書房。
- 2) 1984年、筆者たちが中野区内において実施した「障害者の介護ニーズに関する調査」、本調査は調査目的により報告書は刊行していない。
- 3) 昭和60年「大田区における障害者福祉に関するアンケート調査報告」。
- 4) Peter Malpass “Octavia Hill” Pioneers of the Welfare State: 4, *New Society*, 4 Nov, 1982.
- 5) “A Better Way of Living Special Sheltered Housing”, *Community Care*, 4 June, 1987.

(たばた・てるみ 日本女子大学教授)

アメリカの老人住宅政策

袖井孝子

I 課 題

本稿の課題は、アメリカにおける老人住宅政策の展開を跡づけるとともに、レーガン政権下において住宅政策がどのような変化を遂げてきたかを明らかにすることである。

アメリカにおける老人住宅政策は、もともと低所得者対策として開始されたものであり、身体機能の低下に対する配慮はきわめて乏しい。近年、ソーシャルワーカーや看護婦を常駐させる老人向け集合住宅が建てられるようになってきているが、身体が弱くなり自立が困難になればナーシング・ホームへというのが基本的な考え方である。したがってスウェーデンやイギリスにみられるように、身体機能が低下しても、なるべく居宅で暮らせるような配慮をした住宅設計や、居宅老人に対する医療・家事サービスの提供は、きわめて不十分なままにとどまっている¹⁾。

連邦政府による老人住宅への援助は必ずしも十分なものではないが、民間において多様な老人の居住形態が出現していることが注目される。それらは宗教団体や退職者団体のような非営利団体によって運営されるものから、不動産会社や建設会社のような営利団体によって運営されるものまで、さまざまである。とりわけ営利を目的としたものについては、管理運営上の問題や老人の人権・プライバシーの保護という観点から問題が生ずる場合も少なくない。

レーガン政権発足後、連邦政府の資金援助が後退するにつれて、州政府が民間の住宅プロジェクトに援助をする一方、管理運営面でも監視の目を光らせるという傾向が認められる。本稿では、民

間における多様な居住形態についても、そのプラス面とマイナス面を論ずることにしたい。なお、ここでは低所得層に焦点をあて、サン・シティのような大規模リタイアメント・コミュニティや終身介護施設 (Life Care Facilities) のような、もっぱら高所得者を対象とした居住形態について詳しく触れることは避けた。

II アメリカの老人と住宅

1980年度国勢調査によると、アメリカにおける65歳以上人口は、2,550万人、総人口に占める比率は11.3%であった。このうち連邦政府の定める貧困水準 (the poverty level) 以下の暮らしをしている者は、全人口では13%だが、老人では15.7%であり、黒人やメキシコ系アメリカ人では30%を超える。男女を比べると、貧困水準以下にある女性の比率は男性のほぼ2倍を占め、死別女性では4人に1人が、離別女性では3人に1人が、そして夫に遺棄された女性ではほぼ2人に1人が貧困状態にある。貧困老人は、女性、ひとり暮らし、有色人種に集中しており、彼らの多くは社会保障年金のみに頼って生活している。

家族形態は約3分の2が夫婦のみ世帯、4分の1がひとり暮らしであり、子どもとの同居は1割にも満たない。しかし、女性老人では、4割がひとり暮らしである²⁾。日本ではアメリカの老人の多くが老人ホームで暮らしていると思われるようだが、施設に暮らしている老人はどの時点をとっても5%前後であり、9割が持家か賃貸アパートに、のこりの4ないし5%が連邦政府援助による老人向け住宅か民間企業が開発したリタイアメント・コミュニティに住んでいる³⁾。

老人の3分の2が自分の家を持ち、そのうち8割強がすでにローンを払い終わっている。しかし、老人の所有する住宅の4割が1939年以前に建てられたものであり、老朽化が著しい。その多くは家族形成期に取得したものであり、1人ないし2人の老人で管理するには大きすぎ、不動産税や火災保険料がかさみ、水光熱費や暖房費あるいは修繕費に多額の費用を必要とする。持家老人の2割は少なくとも所得の4割を住宅費にあて、13%は半分以上を住宅費にあてているといわれる。持家老人の半数近くが貧困水準以下の生活を営んでおり、彼らはいわば「家はあるが金がない (house-rich and cash-poor)」という状況にある⁴⁾。

他方、賃貸アパートに住む4分の1の老人についてみると、何よりも所得に占める家賃が高いことおよび老人にふさわしい低家賃住宅の供給が限られていることが指摘される。近年、都市部においては、低家賃のアパートが都市再開発に際して高級分譲マンション (Condominium) に転換される傾向にある。都市再開発によってスラムの一掃や環境の改善がはかられ、再び街に活気もどってくるというプラスの側面はあるものの、他方では住処を失った老人や黒人がホームレスとなって街をさまようといった状況を生み出していることも無視しえない。

大部分の老人は、他人の助けを借りることなく自立した生活を営んでいるが、年をとるにつれて、身体の諸機能が衰えることは避けがたい。65~74歳では援助を必要とする者が1割にも満たないが、85歳を過ぎると10人に4人強にのぼる⁵⁾。

アメリカにおいて、1985年の時点で、1,200万人の老人が、入浴、排泄、食事、着脱衣といった日常生活動作能力 (ADL) に不自由を感じており、そのうち520万人は日常生活を営むために何らかの援助を必要としていた。ナーシング・ホームの入居者は150万人であり、のこりはコミュニティで暮らしている⁶⁾。コミュニティに住む老人への援助の8割は、家族・友人・隣人・教会メンバーなどによるものであり、Medicare (老人医療保障) や Medicaid (医療扶助) による援助や有償サービスの占める比率はきわめて低い⁷⁾。

自立困難な老人の多くがコミュニティにとどまっている理由のひとつは、ナーシング・ホームのベッド数が十分でないことによるものだが、より重要な理由は、たとえ環境が悪化し、住宅が老朽化しようとも、住みなれた家、住みなれたコミュニティで老いたい (age in place) という老人自身の願望によるものである。アメリカ人は根なし草といわれ、転居回数の多いことでよく知られている。しかし頻繁に移動するのはもっぱら若い頃であり、おおむね中年期以降には定着する。

退職をするとカリフォルニアやフロリダのような温暖な地域に移り住んで、レジャー三昧の生活を送るというのが典型的なアメリカの退職者像だが、こうしたライフ・スタイルを選択するのは少数派であり、大部分は同じ家に住み続けるか、せいぜい同じコミュニティ内のより小規模な住宅に移り住む程度である。都市に居住する400人の老人 (持家または賃貸) を対象に行われた調査によれば、平均して18年間同じ場所に住み続けていたという結果が示されている⁸⁾。

III 連邦政府の老人住宅政策

1) 政策の展開

自立自助や民間企業の自由な活動を尊重するアメリカにおいて、連邦政府が初めて大々的に介入したのは、大恐慌による国民生活の疲弊を救済するためであった。ニューディール政策の一環として1935年に社会保障法が成立し、1937年には低家賃の公営住宅 (public housing) の建設を目的として住宅法 (the Housing Act) が成立する。公営住宅の建設は、失業者や低所得者に住宅を提供する一方、建設業を活性化するというねらいもあった。以下、法案の成立年度を追って、住宅政策の変遷をみてゆきたい⁹⁾。

1937年 住宅法 (the Housing Act of 1937):
低家賃公営住宅の建設。

1949年 全国住宅法 (the National Housing Act of 1949): すべての国民に適切な住宅と住環境を提供することをねらいとして、①建築費および家賃への補助、

- ②住宅建築に対する税控除や利子軽減を行う。
- 1954年 住宅法 (the Housing Act of 1954) : 221 項(d)(3)の成立。公営住宅家賃が所得の 4 分の 1 を超える分については家賃補助。
- 1959年 住宅法 (the Housing Act of 1959) : 202 項と 231 項の成立。202項は公共機関や民間の非営利団体に住宅都市開発省 (Department of Housing and Urban Development, 以下 HUD と略す) が直接ローンのかたちで資金を提供し、公営住宅入居資格の 135% 以下の所得のある老人(62歳以上)・身障者向けに設計された低家賃の共同住宅を新築・改築するものである。231 項は、公共機関や民間の非営利団体に対して抵当保険のかたちで資金を提供し、老人・身障者向けに設計された賃貸共同住宅を新築・改築するものである。202 項と違い入居者に対する所得制限はない。
- 1968年 住宅都市開発法 (the Housing and Urban Development Act of 1968) : 236 E 項の成立。これは 202 項を修正したものであり、営利または非営利の民間団体に対して、抵当保険のかたちで資金を提供し、老人・身障者向けの低家賃住宅を新築・改築する。入居資格は 202項と同様である。
- 1974年 住宅地域開発法 (the Housing and Community Development Act of 1974) : 8 項の成立。老人・身障者を含む家族で、世帯員数によって調整した所得額が居住地域の中位所得 (median income) の 80% を超えない者に対して家賃補助を行う。202項住宅、231項住宅にも適用可能。
- 1978年 集合住宅援助法 (the Congregate Housing Service Act of 1978) : 公営住宅および 202 項住宅居住者に対して、食事や日常生活サービスを行うための資金

援助を行う。

- 1981年 住宅法の一部改正。家賃補助の基準を所得の 25% を超える額から 30% を超える額に改定。低所得者の基準を居住地域の中位所得の 80% から 50% に改定。
- 1983年 住宅法 (the Housing Act of 1983) : 202 項と組み合わせる場合を除き、8 項の新築住宅への適用を中止する。8 項として取引プログラムを発足させる。
- 1983年 住宅都市農村再開発法 (the Housing and Urban-Rural Recovery Act of 1983) : 住宅の新築・改築における連邦政府の役割の縮小と地方政府および民間部門の役割への期待。

連邦政府による老人住宅政策の展開を概観すると、時代を追って次のような特徴が指摘できる。第 1 は、1950年代後半における住宅政策における老人の分離である。老人は失業者や母子世帯と同様、低所得者の一部として扱われてきたが、加齢に伴う身体機能の低下が注目されるようになり、老人・身障者のために配慮をした住宅の建設が行われるようになった。老人独自の住宅ニーズが初めて指摘されたのは 1950年に開催された第 1 回全国高齢者会議 (the National Conference on Aging) であったが、1959年の住宅法成立まで、10年近い歳月を待たねばならなかった。

第 2 に、1960年代半ば以降、民間部門への依存が増したことがあげられる。202項を修正した 236 項によれば、それまで非営利の民間団体にのみ提供されていた HUD による資金援助が、建設・不動産会社のような営利団体にも提供されるようになった。第 3 は、1970年代における、居住者への食事や家事・身の回りの世話等の日常生活援助に対する関心の高まりである。これは住宅におけるハード面のみでは不十分であり、ソフト面への配慮が不可欠であることが認められた結果にほかならない。1978年の集合住宅援助法は、すでにそれまで各地で実施されていた日常生活援助をいわば追認したものであり、こうした援助によって老人が住みなれた地域で老いを迎え、施設入居の時期

を遅らせることが可能になってきている。

第3は、1980年代であり、レーガン政権成立以後、連邦政府の住宅援助予算が急減し、民間部門への依存がより増加したことがあげられる。家賃補助の基準や低所得者住宅の入居基準の改定にみられるように、小さな政府を主張するレーガン大統領は福祉予算の削減に熱心であるが、もっとも大なたをふるったのが住宅関連予算であるといわれ、一時は HUD そのものの解消までとりざたされるほどであった。

2) レーガン政権下の老人住宅政策

貧乏人は怠け者であり、福祉サービスの対象となるような人は道徳的に劣った存在であるという古典的な倫理観の持ち主であるレーガン大統領は、政府に頼ることなく自ら努力することを国民に奨励する¹⁰⁾。レーガンが大統領に就任した1981年以降確実に住宅関連予算は漸減の方向に向かっている。とりわけ新築住宅の比率の低下が著しく、カーター政権下では新築が改築を上回っていたが、レーガン政権下では完全に逆転している。大統領は1988年予算案において HUD 予算の28%削減を要求しており、これは「貧乏人に対する宣戦布告」とさえ評されている¹¹⁾。

レーガン政権下における老人住宅政策の特徴としてつぎの諸点があげられる¹²⁾。第1は、新築住宅の減少に伴う住宅の量的不足である。老人・身障者住宅の新築を行う 202 項住宅は、カーター政権時代の予算が有効であった1981年には1万8,000戸であったが、1985年以降は年間1万2,000戸に抑えられている。1985年時点で202項住宅への入居を希望している老人数は約27万人にのぼるといわれているが¹³⁾、住宅供給の減少は彼らにとって深刻な打撃を与えることになる。

第2は、建築費用の抑制に伴う住宅の質の低下である。202項住宅プログラムにおける経費節減に関する HUD 通達(1981年11月12日)によると、①老人向け住宅の25%はエフィシェンシィ(居間と寝室が分離せず、居間の一角に台所のついたもの。わが国のワンルーム・マンションに等しい)でなければならない。②健康な老人に対して2寝

室を提供してはならない。③エフィシェンシィは415平方フィート以下、1寝室は540平方フィート以下、2寝室は800平方フィート以下でなければならない。④商業部分は全体の5%以下、居室以外の共用部分の建築費は総建築費の10%以下に抑える。⑤附帯施設や住宅デザインにかかる費用はできるだけ抑制すること、となっている。

HUD による助成を得て新築された老人住宅5ヵ所の検討を行ったターナーは、HUD 通達がつぎのようなマイナスの効果を生み出したと述べている¹⁴⁾。第1は、エフィシェンシィにおける入退居率の高さである。同じ家賃を払って狭い居室に入居した老人は、より広い居室に空きがあれば転居を希望する。入退居のはげしさは、それに伴う管理運営費の増加につながりやすい。第2は、狭い部屋には使いなれた家具や長年にわたって蒐集した品物を持ち込むことができない。第3に、商業部分や共用部分の減少は、老人から活動や交流の機会を奪い、健康や自立性を失わせる。第4に、ボーリング場、プール、サウナ、泡風呂、ゆったりとしたロビー、美しいバルコニー、面白い建築などは、快適な住生活の要件である。これらが禁じられることは、心身の健康維持にとってはマイナスであり、長い目でみれば、彼らの自立性を失わせる。その結果、日常生活援助のため、あるいはナースィング・ホーム入居の時期が早まるために、多額の出費を要することになる。すなわち、HUD 通達は長期的にはナースィング・ホーム入所に伴う Medicare 支出が増加するため、決して経費節減にはならない、というのがターナーの結論である。

レーガン政権の住宅政策の第3の特徴は、ボーダーライン層の切り捨てである。公営住宅の入居基準が地域の中位所得の80%から50%に切り下げられたため、公営住宅の入居資格を失う者が増加した。公営住宅は低所得層を対象としたものであり、必ずしも老人のためにだけ計画されたものではないが、入居者の約半数は老人である。入居者が極貧層に限られ、家賃収入が減少したため、管理運営に支障をきたすようになってきている。

第4は、家賃決定における自助努力の奨励である。1983年の住宅法によって、202項と組み合わせ

る場合をのぞいては8項の新築住宅への適用を中止し、8項の一部として取引プログラム (the voucher program) が発足した。8項の家賃補助は、新築または改築の住宅の持ち主や建主に対して、HUD が適正な市場価格であると認めた家賃と入居者が支払う額 (所得の30%) との差額を補助するものである。それに対して取引プログラムでは、HUD が家賃を定めるのではなく、入居者と家主が交渉して家賃を決定する。HUD の補助額は従来通り、適正な市場価格と入居者の所得の30%との差額であるから、交渉の結果、市場価格よりも安い家賃で折合いがつけば、入居者は HUD の補助額との差を自分のものにすることができる。しかし、HUD の規定よりも高い家賃で合意すれば、入居者は所得の30%以上を支払わねばならない。8項の既存住宅に対する家賃補助は15年間であるが、取引プログラムは5年間である¹⁵⁾。

第5は既存住宅への依存による住宅の質の低下である。レーガン政権が今後力を入れていこうとしている取引プログラムは民間の既存住宅が中心であり、必ずしも老人のために配慮した設計がなされているわけではない。建物の老朽化と老人の身体機能の低下が進行すれば、住生活の質の低下は避けられないだろう。

第6は、地方政府や民間部門への依存の増大である。1983年の住宅都市農村再開発法により、低所得層向けの賃借住宅の増加をはかるため賃借住宅の新築・改築プログラムが発足した。これは、1989年までの5年間にかぎり連邦政府が資金援助をするものであり、これが呼び水となって地方政府や民間部門が賃借住宅の建築に参入することが期待されている。

IV 多様な居住形態

ここでは、連邦政府の援助によらない住まいと住まい方について検討する。おおむねこれらは、民間で自然発生的に開始された居住形態に地方政府が資金面や運営面で援助するというかたちをとっている。以下、代表的なものをあげ、その長所と短所について述べることにしたい¹⁶⁾。

a. アクセサリー・アパートメント (accessary apartment): 住宅の一部を改造して、台所付きの独立した賃貸アパートとするものである。長所としては、①広すぎる住宅をもてあましている老人に、余分の収入と管理負担の軽減をもたらす。②貸す側も借りる側も仲間ができ、孤独が解消され、安全と安心が得られる。③安い賃借住宅の供給を増す。④子どもの家を改造する場合には親子がプライバシーを保ちつつ、緊急時には助け合える、などがあげられる。他方、短所としては、①改築に費用がかかる。②一戸建ての住宅地がアパート地域に変わることで、不動産価値が、下落することをおそれる近隣からの反対がある。③地域の建築規制にひっかかるおそれがある、などである。これらの短所については、自治体によって、一部建築規制をゆるめ、外観を大幅に変更しないこと、入居者は62歳以上の老人または家主の親族に限ること、改築には近隣の合意を得ることなどの条件を付けている。

b. 隠居所 (ECHO—Elder Cottage Housing Opportunity): これはおばあちゃんの家 (Granny Flats) という名称でオーストラリアで開始されたプログラムになったものであり、子どもの家の隣や裏庭に簡易住宅を建てるものである。長所としては、①老人が独立した生活を営みつつ、子どもの家族の近くにいるという安心感が得られる。②身体が弱くなっていく親が身近にいるほうが子どもにとっても安心である。③親子相互に助け合うことができる。④家が狭いので維持管理がたやすい、などである。短所は、アクセサリー・アパートメントの場合と同様である。その解決策として、自治体によっては、建築規制を緩和し、その老人が生活している間のみ建物の存続を許可し、死亡すればただちに撤去するよう約束させている。

c. 世話ホーム (Board and Care Homes): いわゆるミニ老人ホームにあたるものであり、小人数の虚弱老人を家庭であずかり、食事と身の回りの世話をする。長所は、①ナーシング・ホームにくらべて費用が安い。②家庭的な雰囲気である。③体が弱いので外出できず孤立しがちな老人に他人と交流する機会を与える、などである。それに対

して短所は、①許認可制でないため、住居の安全性や入居者へのサービスが必ずしも適切ではない。②管理者は素人が多く、老人の身の回りの世話について十分な知識や訓練を得ていない。③趣味やレクリエーション活動などへの配慮が乏しい、などである。

世話ホームは、民間人が、困っている人を助けるために、あるいは収入確保のために、自宅に老人をあずかるというかたちでスタートしたものである。したがって建物や管理者に関する基準も定められておらず、安全性やサービス面で問題を生じさせてきた。世話ホームにおいて何件かの火災事故が発生したため、1976年には社会保障法が一部修正され、SSI（社会保障の補助給付）受給者が入居している場合には、州が管理運営方針、安全性、衛生状態、人権保護などの点について一定の基準を設け、それを守らせるようになった。しかし、管理者に直接助成金が渡るナーシング・ホームと違い、SSIは入居者に金が渡るため、連邦政府が直接管理運営に口出しをすることがむずかしく、基準の遵守は強制ではなく奨励にとどまっている。

世話ホームについては、近年、いくつかの州で許認可制がとり入れられており、カリフォルニア州ではオンブズマンによる定期的なチェックや、管理者に対する年間20時間の研修を義務づけ、この要件を満たさない場合にはライセンスが取り上げられることになっている。

d. 生活援助付き集合住宅 (Congregate Housing): 食事 (最低1日1回) と日常生活援助 (家事, 送迎, レクリエーション, カウンセリング等) を提供する数戸から100戸より成る集合住宅である。いわゆるケア付き住宅と違って、身体介護にかかわる援助は行われない。運営主体は民間の営利団体から非営利団体にわたり、202項および8項が適用されている場合には低家賃だが、そうでない場合にはかなり家賃が高くなる。

元来、公営住宅や202項住宅は、自立して生活を営める老人を対象としているが、入居者の高齢化に伴い、自立性が失われてきている。ナーシング・ホームに入るよりも住みなれた所にとどまり

たいという老人のニーズとナーシング・ホーム入居に伴う支出の増大を抑制したいという政府の願望とが一致し、1978年の集合住宅援助法以降、HUDが試験的にいくつかの公営住宅や202項住宅に対して日常生活援助のための助成を行っている。しかし、予算が限られているため、援助が与えられている集合住宅は一部にとどまっている。

生活援助付き集合住宅の長所は、①住宅のみでなく身体機能の低下してゆく老人の基本的ニーズを充足させる。②世話ホームと違い、看護婦やソーシャルワーカーのような専門のスタッフが常駐するため、緊急事態に対処できる。③援助を受けることでナーシング・ホームの入居を遅らせることができる。④孤立化をふせぎ、心身の安定を保つ。⑤最低1日に1度は食堂で顔を合わせるため、入居者の状態をチェックできる、などである。

他方、短所は、①共用部分の確保のため建築費がかさむうえに、専門スタッフを雇う人件費がかかる。②入居者のニーズに応じすぎ、かえって依存性を増す。③食費や味つけについて、一部の入居者には不満がある。④連邦政府や地方政府の助成金がない場合、入居者の負担額はかなり高くなる、などである。

生活援助付き集合住宅は、入居者ばかりでなく住宅専門家の間でもきわめて好評であり、入居希望者は非常に多い。近年、連邦政府の予算が削減されるようになって以来、州によっては、自前で生活援助付き集合住宅を建設している。また、民間企業のこの分野への参入が始まっており、民活をねらうレーガン政権の意図が実現しつつあるといえる。しかし、民活の場合には入居者の負担がかなり高額になることは避けられないだろう。

e. 住宅共用 (Shared Housing): 2人以上の非家族員 (少なくとも1人は60歳以上) が同じ家に住むという形態である。非家族員どうしが同じ家に住むということは、アメリカにおいて、かなり古くより一般化していた。しかし、それらは友人どうしか口コミによって知りあった人々であり、組織的かつフォーマルなかたちで住宅共用が行われるようになったのは、1970年代以降である。

一般的には、広すぎるため維持管理に手を焼い

ている持家老人と低家賃の住宅を求めている人の間を、非営利団体や地域の社会福祉機関がとり結ぶものであるが、非営利団体が古い大邸宅を買いとって共用住宅にあてるとものもある。入居に際しては、ソーシャルワーカーやカウンセラーが両者の希望、生活習慣、性格等をよく調べ、最適の組み合わせが目ざされる。1983年の住宅法以降、8項の家賃補助が適用されており、地域によっては母子世帯と組み合わせるところもある。

長所としては、①共用のため住宅維持費や運営費が安い。②仲間ができ、安心と安全が確保される。③若い世帯と組み合わせる場合世代間の協力と理解がはかれる。④既存住宅が活用できる、などがある。他方、短所としては、①最適の同居者を選択することがむずかしい。②住宅所有者はプライバシーを失う。③専門スタッフがいないため、緊急事態に対処できない。④家賃収入があるため、住宅所有者は公的給付を受けられなくなる。⑤建築規制のため住宅の共用が許されない地域もある、などである。

世話ホームと同様、このプログラムも必要に迫られて、民間で草の根的に始まったものである。政府の住宅予算削減に伴って、住宅共用への期待が高まっており、全国規模の広がりをもつ斡旋機関が形成されている。また1981年にフィラデルフィアで創設された the Shared Housing Resource Center は、個人、団体、社会福祉機関に対して住宅共用に関する情報の提供を行っている¹⁷⁾。

f. 住宅資産活用 (Home Equity Conversion): 住宅はあるが金のない老人に対し、住宅を担保にして銀行や不動産会社が金を貸す方法である。その方法は以下の3つに大別できる。①逆抵当ローン方式 (the Reverse Annuity Mortgage): 銀行やローン会社が住宅を抵当にして、毎月老人に金を支払う。老人は自分名義の家に住むことができる。②売却一借り戻し方式 (Sale/leaseback): いったん不動産会社に家を売却し、ただちに借りるのであり、名義は会社に移る代わりに、税金、保険、修繕費は会社が負担する。③支払い延期方式 (Deferred Payment): 公共機関や民間の非営利団体が、住宅改築、税金、在宅サービスのための費

用を貸すものである。いずれも、住宅売却時または死亡時に、借金、利子、手数料を合算したものを清算する。期間は5年、15年、100歳の誕生日、死亡時、家屋売却時など州により、また会社により、さまざまに異なっている。

住宅資産活用の長所は、①住みなれた家にとどまりながら、毎月一定の収入を得ることができる。②大幅な改築のような出費に対処できる、などである。それに対して短所は、①一般に老人の所有する住宅の評価額が低いため、十分な金が貸せない。②インフレのためローンの価値が低下する。③老人がローン期間よりも長生きする危険性がある。④老人に対して情報が十分に提供されていないため、貸し方との間に争いを起こすことがある。⑤子どもに家を相続させたいため、制度利用に踏み切らない、などである¹⁸⁾。情報提供については、退職者団体や the National Center for Home Equity Conversion のような非営利団体が、老人の住宅相談にのっている。他方、長寿による損失をカバーするために、カリフォルニアでは州政府の指導と助成の下に、いくつかの金融機関をまとめて非営利団体を形成し、相互保障のシステムを作り上げている。

V 今後の展望

高齢人口の増大は、住宅に対する老人のニーズを量的面でも質的面でも増大させる。量的側面についてみると、二期にわたるレーガン政権の間に、老人向けの低家賃住宅の供給は明らかに減少している。その理由は、第1に新築住宅に対する HUD 予算の削減であり、第2は既存の HUD 予算住宅のコンドミニウム（高級分譲マンション）への転換である。202項によるローン返済期間は50年であるが、20年を超す場合は早期返済が許される。築後20年の202項住宅が増すにつれて、ローンを返済し、家賃の抑制されている202項住宅からより高い収入の得られるコンドミニウムへの転換がはかれるようになってきている。ローンの早期返済や8項の家賃補助の終了によって消滅する低家賃住宅は、1995年までに20万戸から90万

戸にものぼると予測されており¹⁹⁾、今後、何らかの救済措置が講じられないかぎり、住宅困窮者やホームレスの増大は避けられないだろう。

住宅の供給を増すために、レーガン政権が採ってきたのは、連邦政府の援助をできるだけ縮小し、地方政府、民間部門そして国民の自助努力に期待することにあった。州政府による援助付き集合住宅の建設が試みられてはいるが、州政府自体の財源が限られているため多くは望めないだろう。地方政府ができるのは、せいぜいアクセサリー・アパートや隠居所建設における建築規制の緩和や住宅共用のさいの助言程度にとどまっている。近年、老人住宅に対する民間企業の関心は高まっているが、それはもっぱら高所得層を対象としたものであり、低所得層はとりのこされている。次期政権がよほど大幅な政策の転換をはからないかぎり、低所得層向け住宅の不足は解消されないだろう。

住宅の質的な側面についてみると、アメリカにおいて住宅政策と福祉政策を結びつけようという発想はきわめて乏しかった。これは体が弱ればナーシング・ホームへという考え方に加え、住宅建設は HUD が、在宅サービスは HHS (Department of Health and Human Services—日本の厚生省にあたる) の管轄下にあるという行政のタテ割りによるものであろう。1978年の集合住宅援助法により、集合住宅入居者への日常生活援助に対して HUD が助成を行うようになったが、食事、家事、レクリエーション活動が中心であり、身体介護に関する援助は含まれていない。

1980年から2030年の間に、アメリカ全体で約40%の人口増が見込まれているが、65歳以上では2倍強、85歳以上ではほぼ3倍に増加するものと予測されている。超高齢者の増加は必然的に心身機能の低下した老人の増加をもたらす。長期療養システム (the long term care system) の一環として、あるいはその核として住宅をとらえ直そうという機運が専門家の間では強まっているが、それに対する連邦政府の態度はきわめて冷淡である²⁰⁾。

民間企業についてみると、このところ終身介護施設への関心が高まっており、不動産会社、建築会社、病院やナーシング・ホーム・チェーン、ホ

テル・チェーン等の参入がさかんである。しかし、いずれも高額所得者が対象であり、低所得層向きではない。

低所得老人に対する住宅政策では、今後地方政府への期待が高まるであろう。すでにマサチューセッツ州では、HUD による建設資金助成、家賃補助と Medicare や Medicaid による在宅医療サービスを組み合わせて、身体機能が衰えてもかなり長期間自宅にとどまれるような態勢をととのえている²¹⁾。

住宅政策における主導権が、連邦政府から地方政府へと移行するにつれて、地方政府の努力や創意工夫が問われる時代になってきている。そして地方政府の努力いかんによっては、地域格差が生ずることもありうるだろう。

注

- 1) 児玉桂子「アメリカにおける高齢者の居住環境」三浦文夫・荒木兵一郎共編『高齢化社会と生活空間』中央法規、1985年、213頁。
- 2) Zopf, Jr., P. E., *America's Older Population*, Cap and Gown Press, Inc., 1986, chp. 1, 4, 8.
- 3) U. S. Conference of Mayors, *Assessing Elderly Housing*, 1985, p. 2.
- 4) *Ibid.*, p. 4.
- 5) *Ibid.*, p. 25.
- 6) U. S. Senate Special Committee on Aging, *Development in Aging*: 1986, Vol. 1, pp. 262-268.
- 7) U. S. Conference of Mayors, *op. cit.*, p. 5.
- 8) *Ibid.*, p. 5.
- 9) 以下次の文献を参照。児玉桂子、前掲論文、Struyk, R. J., Mayer, N. and Tuccillo, J. A., *Federal Housing Policy at President Regan's Mid-term*, the Urban Institute Press, 1983. U. S. Senate Special Committee on Aging, *Development in Aging*: 1984, Vol. 2, U. S. Senate Special Committee on Aging, 1986.
- 10) Storey, J. R., "Policy Changes Affecting Older Americans During the First Regan Administration," *the Gerontologist*, Vol. 26, No. 1, 1986, pp. 27-31.
- 11) "Housing," *Congressional Quarterly*, Jan. 10, 1987, p. 60.
- 12) 以下の文献参照。Struyk, R. J., Mayer, N. and Tuccillo, J. A., *op. cit.*, "Ollie A. Randall Symposium on Housing Policy," *the Gerontologist*, Vol. 25, No. 1, 1985, pp. 30-41. "A Symposium on Measuring Hardship Among Older Americans During the First Four Years of the Reagan

- Administration," *the Gerontologist*, Vol. 26, No. 1, 1986, pp. 25-69.
- 13) U. S. Senate Special Committee on Aging, 1986, p. 289.
- 14) Turner, M. A., "Building Housing for the Low-Income Elderly: Cost Containment in the Section 202 Program" *the Gerontologist*, Vol. 25, No. 3, 1985, pp. 271-277.
- 15) U. S. Senate Special Committee on Aging, 1986, pp. 293-295.
- 16) U. S. Conference of Mayors, *op. cit.*, pp. 35-42, American Association of Retired Persons, *Housing Options for Older Americans*, 1984, U. S. Senate Special Committee on Aging, 1986, *op. cit.*, pp. 303-316.
- 17) 住宅共用については上記に加え, 以下の文献を参照。Streib, G. F., Folts, W. E. and Hilher, M. A., *Old Homes-New Families: Shared Living for the Elderly*, Columbia University Press, 1984, Schreter, C. A. and Turner, L. A., "Sharing and Subdividing Private Market Housing," *the Gerontologist*, Vol. 26, No. 2, 1986, pp. 181-186.
- 18) 住宅資産活用については注16)に加え, Kenny, K. and Belling, B., "Home Equity Conversion: A Counseling Model," *the Gerontologist*, Vol. 27, No. 1, 1987, pp. 9-12 参照。
- 19) U. S. Senate Special Committee on Aging, 1986, pp. 306-307.
- 20) Oriol, W. E., *The Complex Cube of Long Term Care*, American Health Planning Association, 1985, p. 129. Struyk, R. J., "Future Housing Assistance Policy for the Elderly," *the Gerontologist*, Vol. 25, No. 1, pp. 41-46.
- 21) Oriol, W. E., pp. 133-134.
- (そでい・たかこ お茶の水女子大学助教授)

公衆衛生と住宅

西 三 郎

I はじめに

住宅の課題は、公衆衛生分野において重要な課題ではあるが、総合的にこの課題に取り組み、健康な生活を確保する視点からの研究は多くはない。筆者は、公衆衛生と住宅を直接研究対象としていないため、重要な事項の見落としがあるだろうが、衛生行政学の研究の立場から標記の課題の報告を取りまとめた。まず、健康と住宅について、住居の公衆衛生的観点からの世界保健機関の業績の紹介及び住宅の基準についての考察、健康と住宅との関連についての科学研究の現状と衛生行政における状況をまとめた。次いで安全と住宅について人口動態調査の家庭における不慮の事故を中心に紹介、考察を行った。

II 健康と住宅

1) 住居の公衆衛生的観点

健康と住宅に関する研究は、公衆衛生学のなかでも重要な研究分野に位置づけられ、国際的にも世界保健機関において「住居の公衆衛生的観点に関する専門委員会」が1961年に設置され、報告がなされている^{[1][3][4]}。また、わが国においても、関連の研究報告がみられている。

世界保健機関の専門委員会は、「健康な居住環境の定義」として以下のことを提案している^{[1][2]}。

「前略、それゆえ委員会は健康な居住環境の基礎は、次のものから成り立つことを提案している。

(1) 各家庭について、安全でかつ構造的に健全で、十分に維持され、分離され、かつ独立した住居をもち、もし望むらくは少なくとも個々に供

給される住居をもっていること。

(a) その地域の現存する文化的、かつ社会的な類型に相応じた健康と家庭生活のための人間的な要求を満足させるにたり、かつ居間や寝室の過密がないように用いられるに十分な数の室、用いられる床面積および体積をもつこと。

(b) 少なくとも、次の両者について、望ましいプライバシーの最小限度を確保していること。

i) 家庭内の個々人の間で

ii) 外部の要因によって、不適切に妨げられることのないように家庭のメンバーのために

(c) 次の事項のために用いられる室が適当に分離されていること。

i) 夫婦を除いて、異なった性の思春期にある者および大人のメンバーによって睡眠できる個々の室があり、かつ

ii) 住居の住まいの部分から分離した家畜小屋があること

(d) 保健衛生と快適さと清潔さのために不可欠なすべての個人および家庭の使用にたりる十分な量をもち、かつ住居のなか、または庭のなかに衛生的なパイプで引かれたもち運びのできる、そしておいしい水の供給があること。

(e) 下水、厨芥およびそのほかの廃棄物の廃棄のための、安全でかつ衛生的な手段があること。

(f) 洗濯と入浴のための十分な施設のあること。

(g) 調理、食事、食品、家庭用品および個人の身のまわりの品の貯蔵のために適当な施設のあること。

(h) 過度の暑さ、寒さ、騒音および湿気に対する適当な防御施設のあること。

(i) 十分な換気と、有毒、有害な物質を含まない内部空気のあること。

(j) 十分な自然および人工の照明のあること。

(2) 健全な都市計画、国土計画および地域計画に相応する住居のための、近隣あるいは小区域は次のものからなる。

(a) 経済的に許せば地域水道供給、下水、汚物の蒐集および廃棄ならびに、下水管処理のあること。

(b) 毒性があるか、あるいは有害なガス、臭い、蒸気および塵埃のない雰囲気であること。

(c) 警察と消防の保護的施設のあること。

(d) 道路網や公的交通機関や歩道の系統によって、居住構造に結びついた工業的、商業的、文化的、社会的、宗教的、教育的、衛生的、福祉的施設のあること。

(e) 健康、福祉および公衆道徳に対する危害からまぬかれていること。]

さらに、同委員会は、「健康な住居のための評価基準」を提案している^[4]。

「(1) 健康な住居とは、物理的に防御がなされ、地域の気候に応じた建物であること。

(2) 健康な住居とは、調理、食事、洗濯、排泄が適正に行えること。

(3) 健康な住居は、気道感染、衛生動物による疾病、腸管感染症が蔓延しないよう設計、建設、保守さらに使用されていること。

(4) 健康な住居とは、騒音、汚染による健康被害を防げること。

(5) 健康な住居は、建築の構造が安全で、材料が毒性がなく危険のないものであること。

(6) 健康な住居は、生態学の原則に即し、社会的な関係を強め、個人のみならず地域社会の発展に貢献でき、もって精神的健康を増進すること。」(山本二郎訳より)

なお、世界保健機関のこの提案は、各国に強制力をもつものではなく、それぞれの国が、提案の内容を実現するために独自に施策をすすめるなければならない。

わが国においては、アメリカ公衆衛生協会住居衛生委員会の住居の水準等の提案を参考として、

佐藤鑑等がわが国の実情にあうように再編成したものを公表しているので以下に引用する^{[5][6][7]}。

「われわれは、健康な家族生活を容れるべき住居の原則をつぎのように考えている。これはアメリカ公衆衛生協会の提案を参考として、わが国の実情にあうように再編成したものである。

健康的住居の基本原則

(1) 災害防止条件の満足

地震・風水害・落雷などの自然災害からの防護、火災・交通事故などの人工的災害からの安全、住居の崩壊、墜落、ガス中毒、感電、強盗などの家庭災害からの安全。

(2) 人間の生理的必要と環境条件の満足

適当な採暖、熱放散方法、清浄な空気、適度の昼光照明、日照、人工照明、騒音防止、大人・子供の遊び場、運動場の条件の満足。

(3) 生活心理的要求の満足

個人の心理的生活、疲労の少ない家事労働、正常な近隣生活、コミュニティ・社会生活などにおける心理面の健全さ。

(4) 疾病の発生、感染防止条件の整備

安全な給水設備、確実な排水設備、食品の安全な格納・調理、汚物の安全な処理、衛生動物・害虫の駆除など狭義の環境衛生の確保、とくに過密就寝の排除。

(5) 情緒的感覚の満足

造形・生活芸術的条件、清潔、明快、近代性など。

(6) 生活経済の満足

住生活におけるすべての経済性の満足。」

以上のように、公衆衛生学の観点から健康な住居に関する提案がなされているが、この提案を実現させる制度を欠いたまま現在に至っている。

2) 住宅の基準

一般都市居住者の住宅に対して合理的な住居水準が提示されたのは、昭和16年に発表された日本建築学会住宅問題委員会の「庶民住宅の技術的研究」が最初の事例といわれている^[8]。当時の状況から、ここでの提示された水準を維持する施策よりは、戦時規格として「臨時日本標準規格居住用

建物」がつくられ、さらに戦後の混乱のなかでは、公営住宅においても狭小住宅の供給にとどまらざるを得ない状況であった。

昭和40年によく建設大臣より住宅対策審議会に「適正な居住水準と住居費用負担」について諮問があり、審議会の専門的な討議の小委員会が中間報告を提出し、その概要が文献⁽⁵⁾に、昭和16年の水準とともに紹介されている。すなわち、

「1. 適正な住居水準は、住宅の規模、設備、構造、環境衛生立地について次のような条件をみたすものでなければならない。

- (1) 災害に対して安全であること
 - (2) 衛生的な環境を保持しうること
 - (3) 生活上の要求を満足するものであること
- イ 住宅内での家族及びその構成員の健全な生活が可能であること

ロ 通勤、通学含めて満足な近隣生活が可能であること

2. 住戸の規模については少なくとも食寝分離及び分離就寝を可能ならしむるものでなければならない。

そして、各室における就寝条件を次のように考えている。

夫婦	主寝室
乳幼児(0～4歳, 1人まで)	
幼稚園児(5～6歳)	副寝室(2人まで1室)
小学生(7～12歳)	
中学生(13～15歳)	副寝室(性別就寝)
高校生(16～18歳)	個室確保
大人(19歳以上)	

3. 10年後における住宅の規模の平均と最低水準は、おおむね表(略す)に示すようなものが適当である。」

その後、住宅建設計画法(昭和41年)が制定され、住宅宅地審議会の意見を聴いて、昭和41年以降の毎5ヵ年を各一期とし、住宅建設5ヵ年計画を作成し、閣議決定を求めることとなった。第一期(昭和41～45年度)及び第二期(昭和46～50年度)5ヵ年計画は、住宅難世帯の解消が基本目標とされ、第三期(昭和51～55年度)5ヵ年計画において政策目標として居住水準が設定された。国

民が健全な住生活を享受するに足る住居の最低限の水準を示す「最低居住水準」と、平均的な世帯が確保すべき努力目標である「平均居住水準」が設定されているが、その平均水準は、前記の中間報告とほぼ同様であるが、最低水準は、中間報告及び昭和16年報告を下回っていた。次いで、第五期(昭和61～65年度)5ヵ年計画にあたり、居住水準目標として、最低居住水準の見直しと新たに昭和75年を目途に半数の世帯が確保できるようにする誘導居住水準を設定した。この見直された最低水準も前記中間報告の最低水準には達していない。

以上の居住水準は、最低水準を含めていずれもそれ以下の水準の住居を排除する方式は含まれず、いわゆる期待値にすぎない。

3) 健康と住宅との結びつき

公衆衛生からの観点での住宅への提言、建築からの観点での居住水準は、その内容が更新されてはいるが、その実行力を欠いたままに現在に至っている。実現のための担保のないままでは、国民にとって健康な住居の確保を行政に求めることができず、生存権としての住生活における権利性の保障を全く欠いたままに置かれている。このことの背景について2, 3の考察を以下に述べる。

(1) 医学研究の限界と健康科学への期待

国民の健康への関心が高く、衛生行政としても健康づくりにその行政対象を拡大している。そのようななかで日本健康科学学会が昭和60年に発足してはいるが健康を科学する根拠としての学問体系がまだ成熟してはいない。その理由として、健康に最も関係の深い医学自体が、疾病による苦痛を癒やす医療から誕生した学問であり、その対象が健康ではなく疾病である。

国際的に最も広い医学的基盤を有する西洋医学は、疾病を細胞の変化としてとらえる学問体系に基づくもので、学問の研究開発の方向は、細胞から、細胞内の微細構造さらに分子のレベルの変化として疾病を認識する状況である。医学には、このような西洋医学とは異なる疾病のとらえかたがなされてはいるが、現在の大勢は西洋医学である

ことから、ここでは医学を西洋医学に限っておく。

医学において疾病である病理学的変化の基準としての状態が想定されていなくてはならないが、その基準が健康の概念に直接結びつくものではない。すなわち、健康は、部分的な臓器の健康という概念の総体ではなく人間全体としての把握が前提になければならない。しかるに、現代の医学の体系には、人間を全体としてとらえる理論が欠如していることから、健康を科学するのは新しい学問体系によらなければならない。もちろん、健康のためのみならず、疾病論においても、全人的な把握の必要が認識されており、その研究開発もすすめられてはいるが学問としての理論的体系として未完といえよう。最近の精神医学においても分析的研究がすすみ、一部の精神病の病理がその手法により解明されてきている。

このような、健康への科学の基盤が薄弱なもので、明らかな疾病の発生、生理的機能の減退をもたらす段階に至らない健康状態の変化と住宅との関連を解明する研究は必ずしも十分とはいえない。このため、前述の最低居住水準を下回っている状態で生活している人が現実存在しているなかで、その人々の健康が侵されていることが明白な事実として示されない段階での住宅改善への要求が、快適性のためとして受けとめられ、健康のためとの理解が得難いのが事実である。

健康を疾病との対比での研究から脱却し新たな科学の対象とすることが必要であり、それには分析的な医学研究の延長上ではその発展が期待し難いことより新たな健康科学の確立が必要である。このことは、単に健康と住宅の課題のみでなく広く健康にかかわるすべての分野においていえることである。

(2) 住宅行政での健康問題

住宅にかかわる行政を建設省が担当しているが、戦前の厚生省は、住宅関係行政を担当し、労働者の福利に関する事項として労働者の住宅対策を担当し、昭和14年「労働者用住宅供給ニ関スル件」の通牒を発するとともに、社会局に住宅課を設け、昭和15年「住宅対策委員会」を設け、その答申に基づいて「貸家組合法」(昭和16年)を制定した。

戦後は、住宅関連行政は戦災復興院(昭和20年)に移管され、労働行政は労働省が独立(昭和22年)し、厚生省がかかわる住宅行政は、第二種公営住宅に関すること及び住宅地区改良法(昭和35年)の規定による協議に関することとなった。

厚生省の附属機関である国立公衆衛生院は、厚生省の設置に先立ってアメリカロックフェラー財団の寄付により設立が決定され、建築は昭和10年起工、厚生省が設置された年に竣工し、公衆衛生院として発足した。建築衛生部は、設立当初の8部の一つとして設けられていた。その後戦時中の機構の縮小もあり、環境衛生部、生活環境研究部、生活科学部に所属していたが昭和22年には独立した建築衛生学部となり現在まで、厚生省内において住宅に関する研究を継続してきた唯一の機関である。

戦前の結核対策において現在の抗結核剤の開発がみられない状況のもとで大気、安静、栄養のみが主要な治療法であったため住宅対策も重要な位置を占めていた。大正8年に制定された旧結核予防法には、住宅に関する事項が規定されていた。すなわち、

「第五条 地方長官ハ結核予防上必要ト認ムルトキハ採光、換気其ノ他ノ関係ニ於テ衛生上不良ナル建物ノ使用ヲ制限シ又ハ禁止スルコトヲ得

前項ノ規定ニ依ル制限又ハ禁止ニ因リ生シタル損害ニ対シテハ地方長官ガ必要ト認ムルトキハ勅令ノ定ムル所ニ依リ補償金ヲ交付ス

補償金ハ北海道地方費又ハ府県ノ負担トス」

戦時体制に入るとともに結核対策の強化が大きく取り上げられ、昭和9年「結核予防の根本的対策」が保健衛生調査会から答申され、そのなかで住宅改善の項が設けられていた。以下にその一部を示す。

「三 住宅改善

市街地建築物法、不良住宅地区改良法等を活用し、特に多人数密居する住宅を改善して結核予防上効果あらしむること。

住宅政策を確立し殊に農村の住宅改善を図り、雪国に在りては特に留意し以て結核予防

上の効果を期すること。」

次いで昭和12年に制定された保健所法の「第二条三、衣服、住宅其ノ他ノ環境ノ衛生ニ関スル事項」が規定された。

戦後、新結核予防法の制定に際し、旧法に規定されていた住宅にかかわる事項の規定が除かれたが、新保健所法の規定では、「第二条の四、住宅、水道、下水道、清掃その他の環境衛生に関する事項」として住宅の文字は残された。しかし、保健所においても住宅に関する事項は殆ど取り扱うことがなくなっていた。

すなわち、衛生行政において住宅に関する事項がなくなるとともに、住宅に関心のある行政官が少なくなり、研究者も減少し、健康と住宅に関する研究も衰退していった。その理由の一つには、健康と住宅に関する研究を担当する部局の消滅により研究費の配分もなくなり、限られたそれぞれの機関の研究費によらざるを得なくなった。最近になり、健康と住宅への関心の高まりが見られてきてはいるが、衛生行政においての担当部局が存在していないことには、研究費の要求を受け付けることすら行われていない。また、縦割行政のもとでは、建設行政においても健康にかかわることを担当することは避けることとなり、健康と住宅への行政が宙に浮く結果となっているのが現状といえよう。

健康と住宅の重要性を指摘するのみではなく、衛生行政のなかに、住宅問題を位置づけることが緊急課題といえよう。

III 安全と住宅

1) 家庭における不慮の事故

健康と住宅に関して安全は重要な課題ではあるが、その実態を示す資料も必ずしも整備されていない。現在国の段階での調査報告として、人口動態統計の死亡統計に交通事故以外の不慮の事故について傷害の発生場所として家庭の統計が、種類別、年齢別に発表されている。この調査結果の概要を紹介し考察を加える。

家庭における不慮の事故の死亡率は総数では昭

和45年人口10万対6.5から昭和60年5.0と低下傾向にあり、昭和45年の死亡率を100として昭和60年の指数を併せてみると、年齢別の死亡率が最低は5~14歳0.7で、その低下も著しく指数46と半減し、死亡率が二番目に高い0歳の25.3も53と減少している。しかし、死亡率が最高の65歳以上28.0は、その低下も少なく72、次いで45~64歳3.9は、74と低下が少ない。その他の年齢別の死亡率は、1~4歳6.9、15~44歳1.1で、指数は50、58である。すなわち、中高年以上の死亡率の改善が残されているといえよう。

家庭における不慮の事故を種類別にみると、種類により減少傾向は異なり、逆に増加している種類もある。昭和30年死亡率及び対45年指数をみると不慮の中毒死は、0.41、47(65歳以上1.11、49)、不慮の墜落による死亡は、1.29、79(8.91、61)、その他の不慮の事故による死亡は3.34、80(18.01、82)である。

それぞれの事故の死因別にみると、不慮の中毒死の主なものは、その他の固液体ガス及び蒸気による不慮の事故：0.37、49(1.05、50)、肥料以外の農業用及び園芸用化学物質及び製薬製品による中毒死：0.20、389(0.53、214)、その他の家庭用燃料の不完全燃焼による一酸化炭素による中毒死：0.08、28(0.31、28)、医薬品及び生物学的製剤による不慮の事故：0.04、37(0.06、38)、配管ガスによる不慮の事故：0.03、13(0.14、32)、食品及び有機物による不慮の事故：0.01、21(0.01、5)、ボンベ入り液化石油ガスによる中毒死：0.01、21(0、0)、自動車排気ガスによる中毒死：0.01、62(0、0)である。

不慮の墜落による死亡の主なものは、スリップ、つまずきあるいはよろめきによる同一面上での転倒：0.61、94(5.17、66)、階段またはステップからの墜落または上での転倒：0.27、82(1.55、62)、建物またはその他の建物からの墜落：0.20、57(0.83、48)、その他の墜落：0.18、62(1.17、47)である。

その他の不慮の事故による死亡のなかで火災及び火焰による不慮の事故は、0.84、58(4.20、37)で、その主なものは、住宅の火災：0.65、89(2.83、70)、着衣の発火による不慮の事故：0.12、31(0.91、

21), 住宅内の管理された火による不慮の事故: 0.02, 9 (0.13, 7) である。火災等による不慮の事故以外の主なものは, 食物及びその他の物体の吸入またはえん下による気道閉塞または窒息: 1.07, 141 (7.16, 144), 不慮の溺死及び溺水: 0.84, 104 (4.81, 132), 不慮の機械的窒息: 0.19, 33 (0.17, 124), 高熱物腐食性物質及びスチーム蒸気による不慮の事故: 14, 46 (0.77, 106), 機械による不慮の事故: 0.04, 403 (0.09, 昭和45年は0), 落下物による不慮の打撲: 0.03, 37 (0.06, 24), 天災: 0.01, 24 (0, 0) である。

以上の家庭における不慮の事故のなかで機械による事故が一番増加が著しいが, 逆に, 器具機材による中毒及び管理された火の死亡率は減少している。すなわち, 機械から派生された事故は減少したが機械そのものの事故が減少どころか増加している。死亡者に原因があると思われるものの死亡率は, わずかに減少傾向にあるが, この原因も墜落, 転倒のように住宅の構造を改めることで防止が少しでも可能なものが含まれている。

家庭における不慮の事故死は, 減少傾向にはあるが, 高齢者, 住宅構造への対策が残された課題であることが示された。

2) 家庭内事故防止

家庭内事故防止対策は, 高齢化の進行とともにその対策が急務である。障害者に対しては国際障害者年を契機にその対策の一環として「福祉のまちづくり整備」が各地ですすめられ, 公共的建物, 交通機関, 道路, 公園などの施設が障害者の利用を配慮した構造となるよう技術的標準が提示され, その線に沿った公共的施設の整備が着手されはじめてきている。

これらの規定は, 地方自治体の要綱などで定められていることから強制力を欠くが, それぞれの地方自治体の施設に対する規制としては機能できることから, その改善は期待される。なお, これらの技術的標準は, 個々の住宅に関する事項を含めず, 特に公営住宅への規定が組み込まれていないことから, 一般住宅にまでこの標準が波及することは容易ではなかろう。その理由として, 一般

住宅を取り扱う工務店の多くが, これらの新しい技術への興味と関心が少なく, しかも工務店を背後から支える住宅産業自体が, この標準に適合した規格製品を提供しない限り, 著しく高価な材料を用いざるを得ないことから, 現状では実験段階といえよう。しかし, 技術標準は, 障害者住宅のみならず高齢者住宅にも応用できる内容が示されていることからこれからの発展を期待をしたい。

IV 公衆衛生と住宅の考察

健康と住宅に関する報告の数が少なくとも既に問題提起がなされており, 最低水準も提示されている。これらの水準の妥当性の検討もさることながら, その実現に向けての制度化が必要であるといえよう。例えば, 松本恭治^[8]は, 住宅監視員制度の実現について考察し, 昭和60年より国立公衆衛生院特別課程に住宅衛生コースが設けられ監視員としてではないが, 住居衛生の教育訓練が行われ, その卒業生八木憲彦^[9]は, 環境衛生監視員による住居衛生指導の取組みを報告している。

公害対策の発展の歴史とその経過をみれば明らかのように, 公害による健康被害にかかわる事項が, 経済発展のためとして長い期間にわたり背後に押しやられ, 事実を背景に健康被害を認めさせる厳しい運動をたどったという経過がみられている。すなわち, 公害裁判とともに健康と環境特に公害との関連の研究が次々に行われ, 現在では公害規制が法制化し, 公害被害の事前調査としてアセスメントが広く行われるようになってきている。この経験にみられたように, 健康と住宅の関連においても社会的運動のなかで位置づけ, 幅広い階層とともに取り組むことが必要である。学問としての健康と住宅の関連の研究も重要であるが, 現実生活しているなかでの健康被害の実態を明らかにしていくことが重要なことで, その役割を担い, 住宅対策への運動の一つが日本住宅会議であろう。しかし, この会議をはじめ住宅改革への運動が, いかに現在の体制を厳しく批判しようとも, 体制内から制度改革に結びつく機運が高まるまでに発展させなければ効果が現れ難いといえよう。

住宅と健康の問題をさらに広く居住環境、地域社会における健康な生活を保障するものへと発展させなければ、住宅の段階のみで健康な生活の確保を実現できるものではない。ナショナルミニマムとしての健康生活の確保への努力とともにそれぞれの自治体における自治としての健康の確保への運動が基盤にあることが住宅と健康とが結びつくことができよう。

V おわりに

公衆衛生と住宅の課題は、古くから研究がすすめられ論議が行われてはいたが、必ずしもその果実が現実の住宅政策への反映が少なかったといえよう。居住水準も公営住宅建設整備におけるガイドラインの段階にすぎなかった。また、健康科学の未熟に加えて、健康にかかわる住宅行政の窓口も定かでないことも関連して、研究の推進もあまり活発ではないのが現状といえよう。現実の住宅と健康との関連さらに居住環境、地域社会における住生活における健康被害の実態がようやく表明されてきてはいるが、まだ健康な住宅への政策への転換の兆しもみられているとはいえない。このため、公衆衛生と住宅への取組み自体の拡大と現

実の生活のなかから問題提起を今後ともさらに強力にすすめることが必要な状況にあるといえよう。国際居住年にあたり、その取組みが健康の課題を含めさらに強化されることを期待する。

文 献

- [1] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Expert Committee on the Public Health Aspects of Housing First Report. WHO. Techn. Rep. Ser. 225, 1961.
- [2] 山本二郎訳: 住居の公衆衛生的観点に関する専門委員会第一回報告書, 日本公衆衛生協会, 1971.
- [3] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Appraisal of the Hygienic Quality of Housing and its Environment Report of a WHO Expert Committee. WHO. Techn. Rep. Ser. 353, 1967.
- [4] WORLD HEALTH ORGANIZATION: Uses of Epidemiology in Housing Programmes and in Planning Human Settlement. Report of a WHO Expert Committee on Housing and Health. WHO. Techn. Rep. Ser. 544, 1974.
- [5] 曾田長宗編: 住宅と健康, 光生館, 東京, 1971.
- [6] 佐藤 鑑: 住居衛生学, 続文堂, 東京, 1957.
- [7] 小林陽太郎他: 保健福祉の観点より見た住居問題の研究, 昭和39年厚生科学研究報告概要, 1965.
- [8] 松本恭治: 住宅政策の歴史と課題, 公衆衛生, 48(2), 1984.
- [9] 八木憲彦: 環境衛生監視員による住居衛生指導の取組み, 住宅会議第9号, 1986.

(にし・さぶろう 東京都立大学教授)

書 評

中川清著『日本の都市下層』（勁草書房、1985年）

社会福祉調査研究会編『戦前日本社会事業調査資料集成』第1巻（勁草書房、1986年）

永岡正己

近年、社会福祉発達史研究の進展とともに基礎的な史料の集成・復刻も続々となされ、貴重な財産を共有できるようになってきた。また都市生活史、医療社会史、差別史、娯楽史等々の研究が社会史研究の深まりともかかわって急速に進み、社会福祉発達史の内容を豊かにしている。

今日、社会福祉をめぐる急激な動きの中において、何よりも必要なのは民主主義と人権の基盤に立ち今日の生活の現実と今後の予測についての正確で科学的な把握に依拠した社会福祉政策・サービス・活動の改革を行うことであり、そのための国民的合意と新たなナショナル・ミニマムの具体化であろう。そしてその際には生活問題と社会福祉の社会的分析と同時に、どのような展開によって今日に至っているかの歴史的把握が大切である。見えにくいといわれ、現象的に分断されようとする今日の貧しさを、アジアや世界の貧しさをも視野に入れつつその本質に遡行し、しかも地域の中から生活の主体性や共同性を回復し共に生き支え合う社会のあり方を発展させるためには、それらの手続きは不可欠である。たとえば笹山京氏は「貧困が人間の精神と肉体を駄目にしてしまうから、それゆえに問題なのだということは、貧困が新しい装をまとうと否とにかかわらず、決して変わっていない」（『笹山京著作集第3巻・貧困と人間』自序）と述べているが、社会福祉の人間的・社会的機能を考えるとき、反芻しておくべき言葉だと思われる。

このように考えてみると、社会福祉の政策・実践の歴史とともに、それを支える生活史の分析や史料のもつ意味はとりわけ大きい。ここにとりあ

げる二冊の本はそのような貴重な文献として注目されるものである。以下、前書を中心に評者の関心の範囲で紹介したい。

I 中川清著『日本の都市下層』について

本書は著者が1970年代から続けてきた都市下層の研究をまとめて博士論文とし、さらに編成し直し加筆修正して出版されたものであり、戦前日本の都市下層の生活の在り方の変化を産業革命期から戦間期にかけて「東京市を中心として、内在的に実証分析すること」（p. 1）を課題として丹念に描出したものである。はしがきには「『下層社会』から『中流社会』への大規模な底上げ」への過程で「取り残されたとみなされてきた人々」の「生活そのものの在り方の変化を通して、近代における変化への対応の過程とは、一体何だったのかを振り返ってみたい」「われわれ自身の生活の在り方の源流を、近代の都市生活の確かな変化にまで遡ってみたい」とある。そこには「現在のわれわれに通じる、確かな生活のイメージ」を探り、イメージを操作されやすい今日の「中流社会」の実像を歴史の側から照射し、「下層社会」的イメージと今日の生活問題との架橋を図ろうとする意図が強く示されている。

いうまでもなく著者の方法は「生活主体に固有な在り方を見出そう」とする生活構造論である。そこから本書の特徴は、第1に生活構造論に依拠して生活の枠組みの動態分析を行っていることである。そして第2にその強固な枠組みによって都

市下層の変貌過程を綿密に検証し、体系的にその実像を描き、さらに第3にそれを社会事業の政策形成と結びつけて展開させ、それらの関連についても検討していることである。

本書の内容であるが、構成は以下のとおりである。

第1章都市下層への視角、第2章明治中後期の「貧民」、第3章日露戦争後の「下層社会」、第4章戦間期の都市社会の性格——都市下層をめぐる条件——、第5章第一次大戦直後の都市下層、第6章都市下層認識の形成、第7章関東大震災直後の都市下層、第8章都市下層調査の変質——「要保護世帯調査」の成立——、第9章昭和恐慌期の都市下層、第10章戦前日本の都市下層——全体のまとめにかえて——、第11章近代日本の都市生活——都市諸階層の生活変動——

まず第1章では本書の課題と方法を提示し、全体を通じた概括をあらかじめ行っている。そこでは、近代の商品関係に対応しつつ「その過程で人々が自らの生活の枠組を形作り、このような生活の在り方のわずかな変化が、逆に社会の在り方にも影響を及ぼすかもしれない」(p. 1)という構想を示し、都市最下層から10%前後に位置する階層を「都市下層」としてその特徴を捉える。そして分析の材料として貧民窟踏査、細民調査、不良住宅地区調査、要保護世帯調査の四系列の調査——これは時系列的に並ぶが——の詳細な検討を中心に据え、生計費、住居、教育、健康、労働等の指標の総合によって整理している。

全体の概要によれば、まず①木賃宿や貧民窟と呼ばれて「下層社会」としての異質性をもち、「踏査」「探訪」の対象となった明治中後期、②生活構造上の緊張を伴いながら家族として都市下層に定着し、都市成員として「世帯」が把握されるようになる日露戦争後の時期、③急激な社会変動の過程で都市に定着する生活の枠組みを形成し、他の諸階層との生活水準や同質的な緊張の共通性が失われると同時に異質性・固有性も失われ、一般的基準＝世帯単位の家計把握が可能な対象とされてゆく第一次大戦直後の時期、④「細民地区」が都市社会から次第に放逐・拡散されて都市下層

が分散し、他の諸階層と共通の抽象的基準としての「生活標準」によって一義的に規定されるようになる関東大震災後の時期、⑤生活の枠組みの成立を前提として、他の諸階層よりも困難で長期にわたる生活構造上の抵抗を余儀なくされる昭和恐慌期、というような展開過程となる（なお調査史料と展開の概要が pp. 4～9 に図示されていて大変分かりやすい）。

このような問題意識、課題、方法を掲げて第2章、3章、5章、7章、9章で各時期ごとの分析がなされている。そこでは産業革命期の「貧民」が家族を構成すること自体が困難であると同時に他の諸階層との共通の生活水準の特徴をも合わせもっていたこと（第2章）、日露戦争後、都市に定着するために以前と変わらぬ収入枠組みの中で生活構造に緊張がもたらされ、そこから新たな生活構造が形づくられ、都市社会の展開に組み込まれ始めたこと、また「細民」全体の貧困が何らかの社会的原因とかかわっていたこと（第3章）、第一次大戦後、都市下層が一般性を喪失し都市諸階層の中で相対的下位に位置づけられてゆくこと（第5章）、関東大震災後、都市下層が「定型としての細民家族」の60円水準の上下に多就業世帯や「窮民」の拡がりをも包摂しつつ、エンゲル係数5～6割の生活構造を維持していたこと（第7章）、昭和恐慌の波及によってエンゲル法則の動態的かつ静態的逆転として現れる生活構造上の鋭い抵抗が見られ、家族としての生活維持のためには「『被救護世帯』においてさえ、都市下層『一般』のエンゲル係数5割前後から5割台という枠組を大きく変えることは不可能だった」(p. 319)こと等、その流れが手にとるように明快に論証されている。とりわけ第一次大戦前後の分析には著者の論点の中心にあたるためか大変迫力がある。

また第4章では戦間期、都市諸階層全般にわたり新しい都市型生活構造が生まれ、消費需要が拡大し都市と農村の生活水準格差を決定的にし、都市下層もそれに連動したこと、恐慌の過程においてそれらが国内市場形成の特色をもち、都市問題対策費の急増、ひいては国家独占資本主義的な財政政策の先駆的形態を登場させたことを明らかに

している。第6章では1890年代から昭和恐慌期に至る政策主体の認識の変化を主要調査をあとづけつつ辿り、第8章では東京市社会局の組織機構とその社会調査の検討によって、「要保護世帯調査」に至る下層把握の過程と方面委員制度や救護法との関係を論じている。そこでは労働問題把握に重点をおいた初期の大阪市社会部調査と比べて「社会政策の展開に、比較的対応する形で実施されてきた」(p. 236)と述べ、都市下層の一般像の成立過程をより典型的に表しているとする。

このような具体的検討をふまえて、第10章では戦前日本の都市下層全体をもう一度整理して「貧民」から「要保護世帯」への展開を要約するとともに生活構造と扶助体制の性格変化の関係を明らかにする。著者のいう都市下層の生活の変化は次の4点に集約される。

①家族としての世帯形成が困難な段階から、世帯を形成し定着できる生活の枠組みを獲得し、さらに世帯単位の家族機能を強めて生活構造を維持・展開していったこと。

②「下層社会」の固有性が失われて個々の世帯として都市社会に組み込まれ、抽象的基準に基づく全数把握がなされるようになり、政策対象化されていったこと。

③生活変動が他の都市諸階層と連動し、全体として同形的な変化を辿ったため、固有の生活像が明確に対峙する構図になりにくく、その結果、都市下層の存在が過大にか過小にか評価されるようになったこと。

④生活の在り方の急速な変化によって、昭和恐慌期には、ようやく形成展開を始めた生活の枠組みを維持しようとする強烈な志向が個別的に貫かれ、生活構造上の抵抗が現れること。

さらに第11章では都市諸階層の生活変動全体について、「新中間層」、工場労働者、都市下層の三つに分類して各階層の動きとその対応関係を明らかにし、昭和恐慌から戦時下への推移の中で、個々の生活の枠組み維持の志向は他の諸階層にも伝播してゆき、やがて次第に吸収され低位平準化に向かい、ついに総体的な「生活崩壊」に至るという道筋が明示されている。本書の記述はここまで

で、その後については示唆を与えるにすぎないが、そこから戦後への展望を得ることができる。

さて、以上本書の内容を紹介してみたが、次にいくつか感想を述べてみたい。

まず第1に生活構造論による動態分析の手法に依拠して近代日本の貧困実態がきわめて理論的かつ実証的に描かれ、しかも近代の主要部分がフォローされていることである。従来、経済学、社会政策学の面からの歴史分析では労働実態や賃金、生計費等が中心的に取り扱われてきたし、社会政策との関連についてもそうした特徴をもっていた。また生活構造論的な生活史分析においては籠山京氏、中鉢正美氏の卓越した研究をはじめとして生活の内実に切り込むすぐれた理論枠組みが構築されているが、その近代を通した丹念な実証については今後委ねられていた。他方、社会福祉発達史の面からは吉田久一氏の貧困史の集大成的研究等が著されているが、生活世界の動態的展開と政策・実践の関連についてはやはり今後待つ部分をもっていた。本書は中鉢正美氏の方法を継承発展させると同時に、社会福祉発達史のアプローチをも組み込もうとしたものといえることができる。

第2に、近年の歴史研究、生活史研究の流れを受けとめ、第一次大戦後の状況の描写に見られるように、生活主体の実像に迫る射程をもって「都市下層の精一杯の対応」(p. 331)を再構成していることである。今日、大正デモクラシーから昭和恐慌への状況について、民衆の力強さの把握や、戦時ファシズムあるいは戦後大衆社会状況とのかかわりで正確な把握が求められているが、たとえば第4章の注記の「……この間の都市下層の生活の在り方の変化を把握することによって始めて、昭和恐慌期に都市下層が直面した困難さの特徴が理解できるのではないか」(p. 96)といった言葉にも示されるように、そうした課題に応えようとする姿勢が感じれる。

第3に、それと同時に柳田国男、権田保之助、草間八十雄、工藤英一等の引用(第6章、9章)にみられるように貧困を内側から描こうとした文献を多く用いて具象化しており、本書の性格上抑制されているが、背後にヒューマンなまなざし

が見られることである。生活綴方運動やプロレタリア文学への言及 (pp. 162~163) も僅かではあるが興味深かった。

第4に、救貧制度、社会事業との関連についての考察がかなり丁寧になされていることである。たとえば恤救規則が都市よりもむしろ地方農村の村落共同体の動揺が政策として意識されていたことや都市の「貧民」的生活構造のあり方がその極端な制限主義を存続させていたとの指摘 (第2章)、あるいは「都市下層は、恤救規則や各種の『救助』とは無関係に」(p. 136) 生活を形成し始めたこと (第5章) や救護法の対象が実質上単身者から世帯内の幼者中心へと変化し「一般生活上必要と認められる」という視点が導入され、扶助収入が家計に組み込まれて機能していたことの指摘 (第9章、10章) など示唆に富んでいる。また「都市民衆騒擾」と生活構造の緊張との関係への言及なども同様であった。

次にいくつか気づいたことを挙げてみたい。

まず第1に全体として日本の近代が奇妙に明るい印象を受けることである。これは本書が正確に再構成する都市下層の生活像と一般的な近代の貧しさの「下層社会」的イメージとのギャップからくる面があるし、著者の方法論と禁欲的姿勢にもよっているが、そこには社会構造全体と生活の展開との関連が見えにくいという問題もあるように思われる。

生活構造の背後には、早くから言われてきたように権力構造によってどう生活が構造化されるかという問題があるが、本書では生活の変化が経済発展の側面と強く結びつけられている感があり、とくに政治的抑圧や国民統合・再編との関係が強まる時期の矛盾が分かりにくい。たとえば日露戦後経営にあたっては強固な天皇制支配が生活のレベルにまで及んでなされたし、第一次大戦後には自警団の組織や治安維持法体制の問題もある。また東京は戦時下の町内会組織がもっとも早く制度化されたが、そこへの過程で血縁共同体や擬制的なものを含む地縁共同体、地域組織がどう機能していたかということも生活構造と関連してくるだろう。

第2に、都市下層の全貌や生活の内実がやや見えにくいことである。これは第1の点とかかわっているが、ひとつは未解放部落や在日朝鮮人の生活と差別の問題、あるいは娼妓の問題など都市下層の重要な構成要素 (東京の場合、関西と比べて相対的に比重は小さいとしても) が数量的表現の中に消えてしまっている。関東大震災時には在日朝鮮人・中国人の虐殺が行われたし、恐慌期の娼妓の増加は悲惨だった。そうした「下層」の重層的な困難の様相がどう位置づくかをもう少し知りたいと思った。

もうひとつは生活意識や地域における差別の問題などを含む生活の現実についてだが、とくに第一次大戦後の描出にあたっては直接の聞きとり調査や周辺史料からの掘り起こしも、生活の諸相を生活構造の中に組み込む上でさらに必要ではないだろうか。それは行政による調査史料のいくつかの限界を補い正す意味ももつ。柳田国男は敗戦直後に「しかし愈々是から考へて見ようといふ時になつて、もうその考へる材料ともいふべきものが、乏しくなつて居たらどうであらうか」と述べているが (『先祖の話』自序)、今なら間に合うものが多いと思う。

第3に、近代日本の社会にあっては都市と農村が相互に関連し合い、社会事業の形成とその特質にも密接に反映している。都市の生活構造が成り立つ背後に農村の窮乏、流出・還流のしくみがある。東京においても旧市域と新市域、郡部の関連がある。それらが生活構造の展開にどう対応するかを知りたいと思った。

第4に社会事業・社会政策の形成との関連についてであるが、恤救規則の存続の生活構造上の理由の説明 (p. 37) や「社会政策としての恤救体制は、都市下層の現実の動きに終始追従してきた」(p. 365) といった記述、あるいは1900年前後の救済諸立法の成立について「明治政府の社会認識は、まず撙手から進められた」(p. 155) とし「周辺の対象の認識=政策的措置」がなされたとする把握などにもやや違和感を覚えた。不良少年、精神障害者、アイヌの人々等への政策は当時の支配体制の治安や国民統合の観点からみると異なる道

筋で重要な課題であった。社会事業の政策形成は生活構造の変化だけに規定されるものでなく、政治的・経済的・社会的な要因の総和である。生活構造論の「相対的に独自」な規定性にさらに異なる座標軸を組み合わせてみる必要があるのではないか。

その他、東京においては第一次大戦後の地域・生活構造の変動と関東大震災、震災復興事業との関係が大きい比重を占めるが、その点についての考察がややもの足りなく思われた。この問題はまた背後にあるプレーンの問題などとともに、東京市社会局と大阪市社会部の調査の性格の違いにも結びつくものである。

以上、本書の範囲や方法の正当さからみれば、射ていないようにも思うが、思いつくまま述べてみた。これらはむしろ今後の社会福祉発達史の研究課題に属するものかもしれない。

本書は客観的な調査史料の分析を軸としその論理と実証の精緻さに支えられ、近代日本の都市下層、ひいては私たちの出自を鮮明に描き出し、問題提起している。その深さに教えられるとともに、感化救済事業の性格や社会事業から戦時厚生事業への展開、さらには社会福祉の日本の特質の整理の仕方についてもいろいろと示唆を与えられた。本書はそうした歴史的検討の前提として重要な意味をもつものである。今日、アナール学派や日本での網野善彦氏の仕事に代表されるように、従来と異なる視点から社会のしくみを歴史的・多角的に明らかにしようとする試みが進んでいる。また、いわゆる社会史ではないがイギリスのエリザベス朝についても最近 G. サルガードーの著作でその生き生きとした Underworld の描写に接して意外な思いをした。社会史の方法自体には疑問もあるが、今後そうした動向も含み込んで社会福祉と生活のしくみ全体の歴史研究がより豊かになってゆくだろう。生活研究にあっていわゆる「デジタルな分析」と「アナログな分析」ということが言われるが、近年の日本生活学会の活動にもうかがえるように生活そのものを捉える作業は大切な意味をもっている。本書の透徹した分析にこうした生活のひだを浮かびあがらせるような分析を重ね合わせるとき、さらにその生活史像はダイナミッ

クなものとなるだろう。著者のすぐれたとりくみが今後さらに深められてゆくことを願うものである。また戦時から戦後への展開や地域間の比較検討なども待ち望みたい。

II 社会福祉調査研究会編『戦前日本社会事業調査資料集成』第1巻について

本書は戦前の社会事業史料の発掘・研究とともにその復刻も精力的に行っている社会福祉調査研究会の編集になるものである。同研究会はこれまでも『戦前日本社会事業調査』をまとめ、また『戦前期社会事業史料集成』の膨大な復刻も手がけており、この集成もそれらの作業の一環である。集成全体は明治期の踏査、探訪調査を除く戦前の主要な貧困調査、社会事業調査、各分野の調査、施設調査、行政調査を全10巻別巻1として編集されているが、本書はその第1巻「貧困1・大正期」である。収録されている文献は以下のとおりであり、他に解説（一番ヶ瀬康子）、資料解題（加瀬裕子・西原香保里・中村律子）、特論「大正後半期の山村の生活」（吉田久一）が収められている。

1. 都市改良参考資料……内務省 地方局（1912年調査、15年刊）
2. 東京市内の細民に関する調査……東京市社会局（1920年調査、21年刊）
3. 集団細民の生活状態調査……岡山県社会課（1921年調査、24年刊）
4. 細民集団地区調査……内務省社会局（1921年調査、23年刊）
5. 細民生計状態調査……内務省社会局（1921年調査、23年刊）
6. 貧困者生活状態……名古屋市社会課（1924年調査、同年刊）
7. 市内各町細民状態調査……名古屋市社会課（1924年調査、25年刊）
8. 神戸市内ノ細民ニ関スル調査〔第1回生計之部〕……神戸市社会課（1924年調査、同年刊）
9. 神戸市内ノ細民ニ関スル調査〔第2回環境ノ部〕……神戸市社会課（1925年調査、26年刊）
10. 貧困者の生活状態……長野県社会課（1925年調査、26年刊）
11. 細民生活状態調査報告（抄）……静岡県社会課（1925年調査、27年刊）
12. 富山県ニ於ケル窮民状況調査……富山県（1926年刊）
13. 本市に於ける窮民……大阪市社会部（1926年刊）
14. 貧困者に

関する調査……京都市社会課（1927年調査，同年刊）15. 極貧者調査……愛知県社会課（1927年調査，28年刊）附1 貧民の実況調査……救世軍本営（1911年調査，未刊）附2 救護視察の実況……兵庫県内務部社会課（1919～20年調査，20年刊）

これらの調査はちょうど感化救済事業から第一次大戦後社会事業が成立・展開する過程で，附1を除いて内務省や地方行政によって対象把握＝政策立案のために実施されたものであり，その調査時期は1911年から1927年にわたっている。各調査の内容紹介はできないが，全体的な感想を述べると，まず当時の各地の主として都市における貧困実態について比較しつつ横断的に見ることができ，そこから社会事業成立の背景となる全国に共通の動きが見られる。同研究会の代表である一番ヶ瀬氏が解説で述べているように，都市の生活者としての貧困の特徴がそこには明確になっている。

また，調査には統計的なものと聞きとりによるものが含まれるが，それらの対象認識や分析方法を通じて政策主体が人々の貧困をどのようなものとして社会的に認識しようとしたかを正確に知ることができ，さらに社会事業の思想的成立自体をも見てとることができる。当時地方行政において

は社会事業の形成に向けて意欲に溢れていた時期であり，大阪市の山口正，志賀志那人，愛知県の大石三良など大学で社会学を専攻した人々が中軸となり始めた時期でもあった。それが政策に具体化される限界は別として，個々の調査からも熱気のようなものが伝わってくる。

最後に，本書の調査には随所に未解放部落についての記述が見られる。評者は歴史的な史料は基本的に一定の範囲では正確に復刻すべきだと考えるが，その際，部落差別からの解放，そして人々のあらゆる差別からの解放の力となるよう，最大限の配慮が必要である。その点で本集成には刊行の趣旨と月報が付されているが，今後万一にも誤用されることのないよう，史料の用い方やこれら史料と人権を徹底して守り育てることの関係についてさらに明示し，継続的なとりくみを望みたいと思う。

本書の調査はいずれもきわめて貴重なものである。今まで各地の図書館等で閲覧するしかなかったものが一望の下に見渡すことができ，社会保障・社会福祉研究だけでなく生活にかかわる広い研究分野にわたる基礎史料として今後大きな役割を果たすだろう。

（ながおか・まさみ 日本福祉大学助教授）

資 料

スウェーデンの社会福祉制度 (Ⅱ)

——児童福祉と老人福祉の財政を中心に——

城 戸 喜 子

2. 社会福祉行政

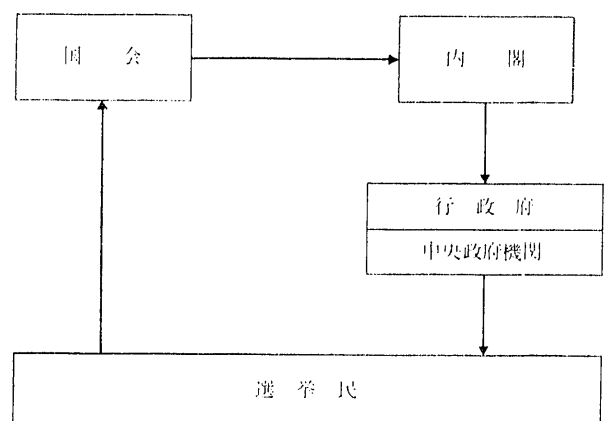
2.1 スウェーデンにおける全般的行政機構

社会福祉行政について述べる前に、国全体の行政機構に関する簡単な説明をしておきたい。まず図1にあるように、直接選挙によって選ばれた国会が内閣首相を指名し、首相が他の大臣を任命して内閣を組織する。そしてその内閣の下に行政機構が存在する。行政機構は12の省と、各省の政策分野に関する実施機関である庁から成っている。スウェーデンの行政機構における特色は、各省の役割が極めて限定的なものであり、国会に提出する政府法案や予算案の準備、行政実施機関への規則、細則、通達等の作成、国際関係、行政官の任命、あるいはある種の対政府訴訟の処理のみである一方、施策の実施は別の組織である庁の任務になっていることである。したがって各省の規模は極めて小さい。例えば、社会保障・社会福祉を担当する社会省 (Socialdepartementet) の場合には、社会庁 (Socialstyrelse)、社会保険庁 (Riksförsäkring) 等の行政庁が存在する。

各省の構成や機能がどのようなものであるかについて詳述する余裕はないが、図2のようなケースが標準的である。社会保障・社会福祉を管轄する社会省の場合には、7部から成っており、第1部は社会保険を、第2部は社会福祉プログラムを、第3～6部は保健・衛生関係を担当している。法律やその他の施策準備の際には、内閣がその政策領域に関する審議を行う委員会を招集するが、その構成員は国会議員 (与党代表、野党代表)、政府代表、労使代表、関係団体代表、学会代表および行政機構の代表等であり、通常5～10人から構成

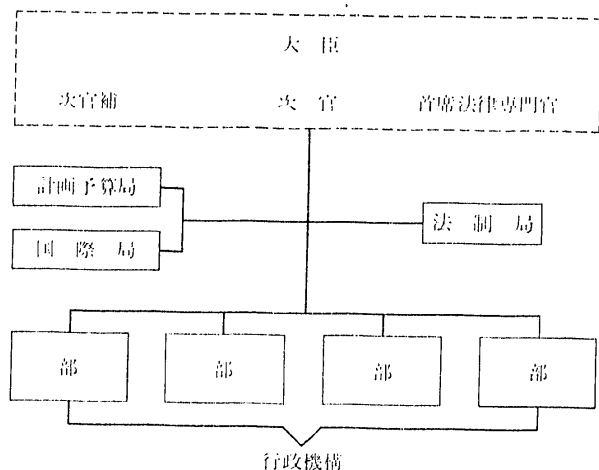
される。事務局は関係する省が担当する。審議会は審議のために高度の自由を有し、旅行、ヒヤリング、調査等を行うことができる。また、審議は報告書が出るまで非公開である。ただし、時々報道機関による報道は行われる。審議会は通常2～3年、長いときにはそれ以上の期間にわたって審議を行い、その報告書は内閣によって関係行政機関や非政府機関等各方面に配布され、公式なコメントを受ける。その結果集められた資料を基礎に、内閣が国会提出のための法案を作成することになる。社会サービス法も1982年の実施に至るまで、1967年設置の社会福祉審議会 (Socialutredningen) が1974年に中間報告を、1977年に最終報告を出し、それに基づき政府が社会サービス法案を1980年に国会に提出、同年に成立を見るまでの間、実に10年余の時間をかけている。

他方、政策実施機関としての行政庁の最高責任



出典: P. Vinde & G. Petri, *Swedish Government Administration*, 2/e, The Swedish Institute, 1978

図1 立法府と行政府



出典: P. Vinde & G. Petri, *Swedish Government Administration*, 2/e, The Swedish Institute, 1978.

図2 各省の標準的機構

者である行政庁長官は内閣の任命を受け、6年の任期の間その行政庁に設けられた委員会の長を務める。同委員会はその庁の活動のガイドラインや原則的事項を定め、日々の業務の管理には長官が当たる。委員会の他のメンバーは、庁内各部局の長と関係団体の代表であり、彼らも内閣によって任命される。また、政策実施上の実務はこの委員会の下にある行政庁職員によって遂行される。行政庁の業務は政策の執行であるが、省から独立しているために政策実施上の経験に基づき、関連分野における政策提案や法律・規則に関する修正事項を、議会や内閣に提出することができる。これらの提案等は、審議会報告と同様に各方面に配布される。

2.2 地方政府における全般的行政機構

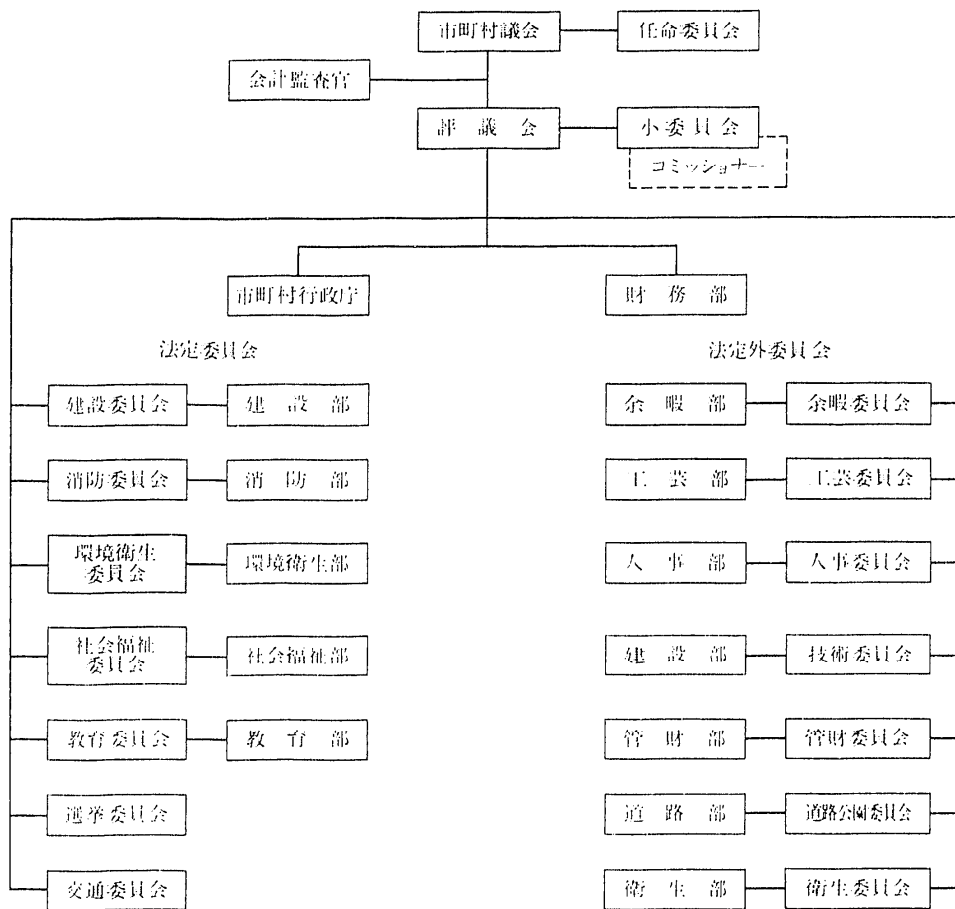
以上は中央政府に関する機構と機能の説明であるが、次に地方政府の機構と機能について見ることとする。まず地方政府には県と市町村の2通りのものがあり、1986年時点で前者は23、後者は284存在する。両地方政府間の関係は次のようなものである⁷⁾。第1に、県は特別に規定された活動について、市町村による事務執行の監督を行う権限を有する。しかし近年では、そのような領域の事務について細かい監督が少なくなる傾向にあり、しかも両地方政府間の協力という形で行われるこ

とが多い。第2の点は、市町村政府による決定事項の中に、県当局の承認を得ないと効力の生じないものがあり、これは例えば都市計画や、健康にかかわる建築規則の承認等のようにすべての市民の平等な取り扱いと、個人の権利の保障に関する決定について当てはまる。県による第3の監督方法は、市町村の決定に対して要請という形をとる。これは Local Government Act の規定する領域と、特定法の扱う分野との両者について行われる。

両地方政府には、3年ごとに直接選挙で選出される議員から成る議会 (County Council or Municipal Council) と、その議会によって監督を受ける行政機関とが存在する。教区への登録によってその市町村あるいは県の住民と認められる18歳以上のすべてのスウェーデン人と、選挙の3年前の11月にその地区の教区に登録されており、以来その地域に住んでいる18歳以上のすべての外国人には選挙権がある。地方議会は主な活動分野の目的を定め、それらの目的が遂行すべきガイドラインを敷き、地方税の税率やサービスの料金を決定し、さらに必要な資金配分を決める。

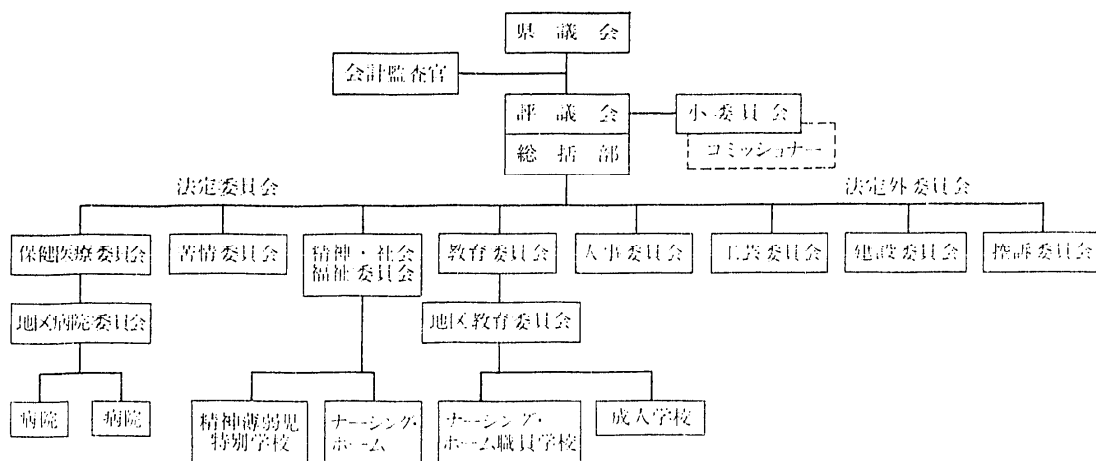
地方行政機構による政策執行の監督には、地方議会によって選出された評議会 (Executive Committee) が当たる。評議会は最低5人以上から構成され、通常11~17人の委員がいる。評議会はまた、各委員会の活動に通じていなければならない、地方政府の最高執行機関として機能する。このほかに、政策分野別に常設委員会が組織されている。例えば市町村政府においては、教育委員会、社会福祉委員会等々である。図3に中規模な市町村政府の機構図を掲げておいた。また県においては、医療委員会、歯科医療委員会等々が例として挙げられる。県政府の機構図も基本的には市町村政府と同様である。図4として典型的なケースを掲げておく。同図を見れば分かるように、県政府も社会福祉サービスの一部——例えば家庭相談や家族計画の分野で、特別の家庭相談所等を設けたり、特別の児童ホームや家庭ホーム（里子家庭）を準備したりして——を補足している。

なお、参考までに図5に中央・県・市町村各政府の位置関係を示しておいた。



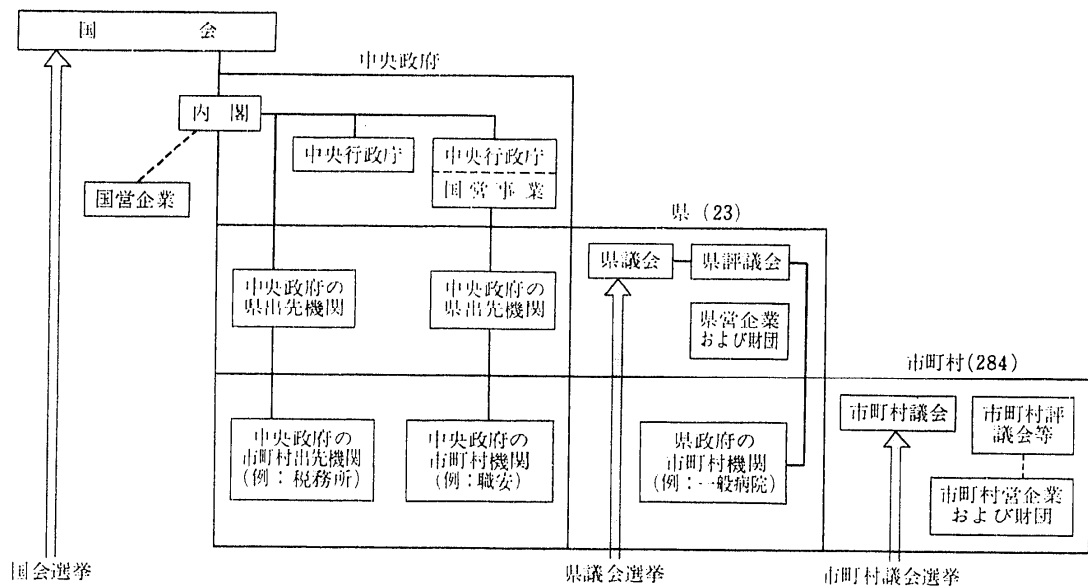
出典: A. Gustafsson, *Local Government in Sweden*, The Swedish Institute, 1983.

図3 中規模市町村における行政機構



出典: A. Gustafsson, *Local Government in Sweden*, The Swedish Institute, 1983.

図4 県行政機構



出典：A. Gustafsson, *Local Government in Sweden*, The Swedish Institute, 1983.

図5 中央・県・市町村政府の位置関係

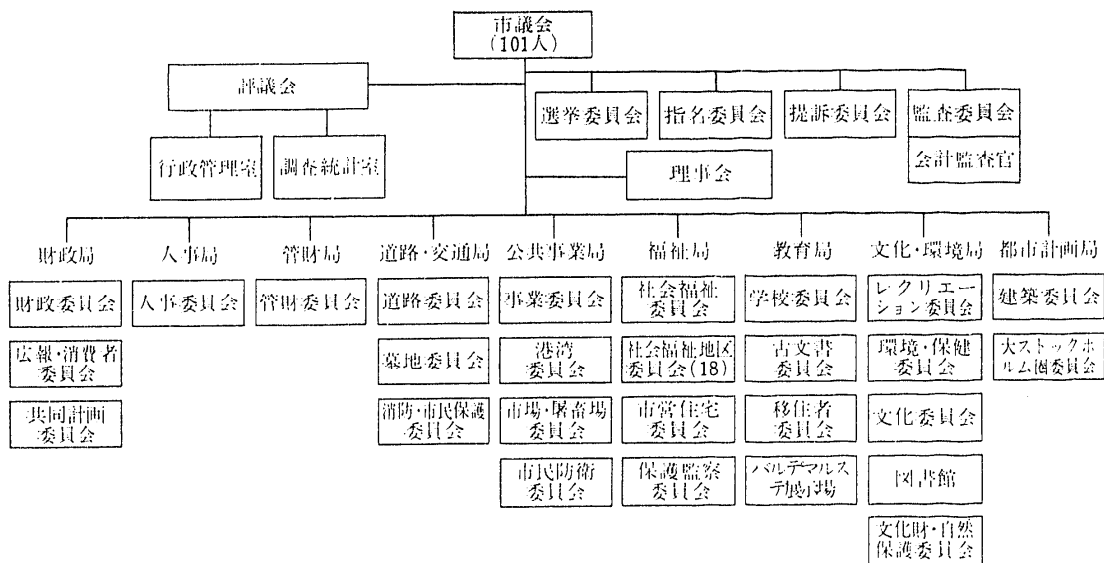
2.3 社会福祉の行政機構

それでは社会福祉に関する行政機構はどのようなになっているであろうか。社会福祉は市町村政府の業務であり、市町村政府に最終責任と権限とがある。しかし市町村の規模はさまざまであり、全市町村に共通の社会福祉行政機構があるかどうか不明である。したがって、ここでは首都であるストックホルム市と、大都市の1つであるマルメ市の機構について説明し、およそのところを推測することにした。小都市の場合には行政機構がより簡単であろう。

図6はストックホルム市の行政機構図である。市議会にある評議会の下に、社会福祉委員会の置かれていることが分かる。さらに、ストックホルム市の場合には人口規模が大きいために、同市を18の福祉小地区に分けて各福祉小地区ごとに、地区社会福祉委員会を設けている。これは社会サービス法における地方分散・住民への近接性原則の表現である。同市の人口は約65万人であるから、1福祉小地区当たりの人口は平均3.6万人程度と考えるとよいであろう。各福祉小地区には、住民の目につきやすい場所に社会福祉行政組織——社会サービスセンター (Social Service Center)——を

設置し、住民へのサービスに当たっている。市全体の社会福祉委員会は、同市の住民が同市のどこに住んでいようと、同じ質と水準のサービスが受けられるように管理・監督する責任がある。

次に同市全体の行政組織には、福祉局の存在していることも示されている。その福祉局の組織がどのようなかを福祉小地区について見ると(小地区の場合には福祉部)、まず福祉小地区の長(Socialchef)⁸⁾が委員長である社会福祉委員会の下に、4つの課が置かれている。第1は総務・広報課、第2は児童福祉関係の課、第3は老人・障害者関係の課、そして第4は公的扶助やアルコール・薬物依存対策を扱う個人・家族援助課である。社会サービス法で規定されている業務が、大きく3つに分けられ、第1は社会問題を予防するための社会計画、第2は児童、老人・障害者等の各グループに対する一般的援助、第3はアルコール・薬物依存症対策、経済的援助のような特別の問題を抱える個人・家族への援助であることを考えると、このような行政組織の構成は納得できるであろう。なお、ストックホルム市社会福祉関係職員総数は、1983年の時点で約3万人、市職員総数約6万人の半分と考えてよい。



出典：世界大都市交流委員会事務局編、『世界の大都市資料』，1985年。

図6 スtockホルム市行政機構

マルメ市の場合は市議会社会福祉委員会の下に、5つの福祉小地区の地区社会福祉委員会がある。マルメ市全体の社会福祉行政機構は、ストックホルム市福祉小地区の行政機関と同様、社会福祉委員会の下に総務・広報部、児童福祉部、老人・障害者福祉部および個人・家族援助部の4つが置かれている。したがってストックホルム市全体の社会福祉行政機構も、ほぼこのようではないかと想像される。同委員会は社会サービス全体に責任をもち、予算配分や地区へのよりよいサービスの適用、業務遂行方法の改善等の問題を扱う。総務・広報部は移民、老人、障害者、児童、家族等へのサービスの案内、受付、職員の雇用と訓練、財務、社会サービスと社会計画との調整等を行う。

児童福祉部は就学前学校（保育所——終日保育で生後6ヵ月以上の子供を預かる——と幼稚園——時間制保育で通常1日3時間、週15時間以上運営され、4～6歳の子供を預かる——）⁹⁾、学童保育（余暇センターと家庭保育所とがあり、7～12歳の子供を放課後と学校の休暇期間中預かる）、その他の児童福祉を扱い、老人・障害者部はホーム・ヘルプ、電話サービス、移動サービス、施設サービス、サービス・ハウス、フォーカス・アパートメント¹⁰⁾、サービス・センター等の問題

を扱い、個人・家族援助部は、経済援助（公的扶助）、アルコール・薬物依存症、家族問題（里子や養育権）、失業・労働準備の問題等を扱う。なお、児童福祉については社会庁と県政府両者の監督を、市町村が受けることになっている。

Ⅱ 社会福祉財政

1. 市町村財政の規模と収支の構造

社会福祉の財政問題を扱うについては、まず市町村財政全体の規模やその収入・支出の構造を把握し、続いて社会福祉の領域における支出の規模や構造、およびその財源構成へと検討を進めてゆきたい。何故ならば、社会サービス行政の最終責任と権限とは市町村にある上、その費用は主として市町村独自の個人・法人所得税¹¹⁾によって賄われ、その他に料金収入、中央政府からの特別目的補助金ならびに一般（一括）補助金——財政平衡化交付金——等によって補っているからである。したがって、市町村財政全体の状況を知ることが社会福祉財政の理解に不可欠と考えられる。

そこで第1に、全国市町村の1977～84年における収入の規模と構成とを表1で見ることしよう。同表からまず、収入規模が7年間で2倍余になっ

表1 市町村の財源

(単位: 100万 SK, %)

	1984	1983	1982	1981	1980	1979	1978	1977
収入	157,654 (100)	146,182 (100)	133,574 (100)	124,228 (100)	108,263 (100)	95,462 (100)	86,000 (100)	72,894 (100)
租税	41.8	42.0	41.6	41.4	42.6	43.9	44.9	44.1
交付金	4.2	4.1	4.2	3.9	3.6	2.6	2.6	2.7
特定補助金	21.7	21.6	21.3	21.2	22.3	22.3	21.9	22.1
料金	19.1	18.8	18.3	17.2	17.3	16.8	15.6	13.9
その他	13.2	13.6	14.6	16.3	14.2	14.4	15.0	17.1

出典: SCB, Statistisk årsbok 1986.

ているという市町村財政の急速な拡大を観察できる。第2に収入項目を見ると、市町村独自の税收割合の high が分かるであろう。それは1984年の時点で全経常収入の約42%を占め、他のどの収入源よりも大きい。ただし1970年代の終わりから1980年代の初めにかけて、一時その割合を減少した後、やや増大している。ここで市町村所得税の税率について簡単に説明すると、まずそれは国の所得税（累進税）と異なり一定で、比例税である。また、その決定は各市町村の議会に委ねられている。したがって税率は市町村ごとに異なる。例えば1984年における最高税率は19.6%であり、最低税率は10.4%であった¹²⁾。参考までに、1950年代の初めから1983年に至る平均税率の推移を、表2に掲げたが、それによると1983年時点での平均的水準は約17%であり、1950年代半ばにおけるその約2倍の高さとなっている。

続いて収入源として大きいのは、中央政府からの特定目的補助金である。一般補助金はあまり高い割合を示さない。それでは特定補助金はどのような目的に対して、国から市町村に支出されているであろうか。表3はそれを見るために掲げた。同表によると、教育目的の国家補助金が約50%と、圧倒的な割合を占めている。社会サービスに関しては、児童福祉、ホームヘルプ等のように項目が細分されているため、全体としてどのくらいの割合になるか、同表では不明である。ただし児童福祉関係の補助金の多いことは明らかといえよう。この点については、社会サービスの各項目別財源について後述する際に、もう一度触れたい。また市町村財政全体に占める特定目的補助金の比重は、1980年代に入ってから70年代後半よりやや低めに

表2 市町村所得税の平均税率

	市 町 村	教 区
1952	9.02	0.81
1955	8.93	0.71
1960	10.85	0.77
1965	12.18	0.80
1970	14.18	0.82
1975	15.23	0.88
1976	15.55	0.92
1977	15.78	0.94
1978	16.51	0.97
1979	16.64	0.99
1980	16.68	1.00
1981	16.91	1.02
1982	17.03	1.04
1983 (prel.)	17.17	1.06

出典: A. Gustafsson, *Local Government in Sweden*, The Swedish Institute, 1983.

表3 市町村への特定目的補助金

(予算) 1983/1984

目 的	10 億 S K	%
教 育	20.2	49
児 童 福 祉	6.3	15
就 労	2.9	7
青 少 年	1.1	3
ホ ー ム ヘ ル プ	1.7	4
そ の 他	8.9	22
合 計	41.1	100.0

出典: SCB, Offentliga Sektor, 1985.

抑えられているように思われる。

3 番目に大きな財源は、料金収入である。これはエネルギー・水道・廃芥事業および教育事業からのものが最大で、それに社会サービスからのものが続く。また、料金収入が全収入に占める割合は近年に向けて増大傾向が著しく、最近年の1984年の時点では約20%と特定補助金の比重とあまり

差がなくなっている。また、同年における地方税と料金収入との合計は全収入の6割を超え、スウェーデン市町村の財政は安定した独自財源のために、中央政府や県政府からの独立性をそれだけ確立しているといえよう。その上、同国市町村は多くの土地を所有しているから、老人ホームやサービス・ハウス等の福祉施設を、人里離れた山中に建てたりせず、市街地の中心部や郊外のニュータ

ウンに自由に建てることできる。

それでは市町村支出の状況はどのようなものであろうか。表4は1983年における市町村の経常支出を目的別に見たものである。支出の規模は収入の規模とさほど変わらないから、ここでは支出構造に焦点を合わせて作表してある。同表からすぐ分かるように、教育と社会サービスに対する支出がほぼ同じ割合で、抜きん出て大きい。その次はエネルギーや水道等の公益事業に対する支出であるが、教育や社会サービスに対する支出の半分程度の比重である。したがって市町村の主な業務が、教育と社会福祉であることが費用面から明らかであろう。ちなみに、公的部門の消費支出を合計し、消費目的別・消費主体別二重分類により、どのような福祉的消費支出がどの政府によってなされてきたかを1970年代の初めから1980年代の初めにかけて10年間にわたって見るため、表5を掲げた。

この表で注意しなければならないのは、市町村政府と県政府とが統合されていることであるが、両政府間の業務分担がすでに明らかにされている

表4 市町村の経常支出の構成比(1983年)

	(%)
一般行政	6.2
労働	4.5
住宅	6.7
交通	5.0
余暇・文化	6.7
エネルギー・水道	12.9
教育	22.5
社会サービス	21.2
環境衛生	5.7
その他	9.0
合計	100.0

出典: SCB, Offentliga Sektorn, 1985.

表5 中央・地方政府による福祉的消費支出の目的別分類

(単位: 100万 SK)

	教 育		保健・医療		社会保険・社会福祉	
	中 央	地 方	中 央	地 方	中 央	地 方
1970	1,500	7,597	548	7,708	1,124	3,085
1971	1,618	8,324	709	9,133	1,247	3,743
1972	1,837	9,119	754	10,183	1,556	4,529
1973	1,830	9,925	726	11,285	1,810	5,089
1974	2,053	11,053	819	13,530	1,961	6,110
1975	2,405	13,086	959	16,613	2,295	7,570
1976	2,655	15,230	1,116	19,830	3,012	9,664
1977	3,129	18,270	1,422	24,387	4,084	12,307
1978	3,151	20,625	1,641	27,387	5,145	15,314
1979	3,759	23,607	1,646	30,554	5,617	17,938
1980	4,049	27,156	1,931	36,610	6,121	21,045
1981	4,298	29,919	2,091	40,512	5,725	24,228
1982	5,761	31,996	1,151	45,660	6,513	27,597
対 GDP (%)						
1970	0.9	4.4	0.3	4.5	0.7	1.8
1975	0.8	4.4	0.3	5.5	0.8	2.5
1980	0.8	5.2	0.4	7.0	1.2	4.0
1981	0.8	5.2	0.4	7.1	1.0	4.2
1982	0.9	5.1	0.2	7.3	1.0	4.4

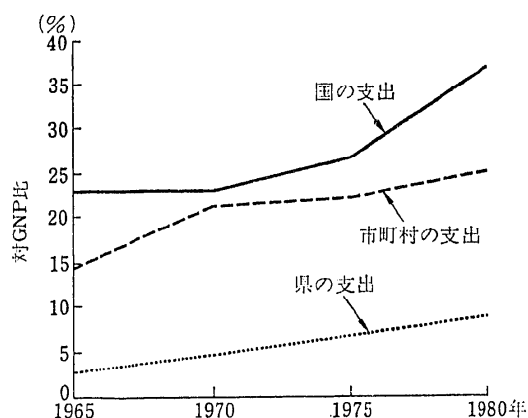
注: 社会保険による給付は移転支出であり、ここには含まれない。

出典: SCB, Offentliga Sektorn, 1985.

以上、さして問題ではないであろう。そこで本稿の主題、社会サービスについて見ると、もう1つ注意すべきことがある。それは社会サービスと社会保険とが統合され1つの項目を構成していることである。しかしここでも中央政府と市町村政府との業務分担が明確にされている以上、混乱は起こらない。またここでとられている社会保険関係の費用は給付を含まない。給付は移転支出だからである。すなわち、中央政府の支出分がほぼ社会保険関係であり、市町村政府支出分が社会サービス関係であると考えてよい。同表によると、社会サービス関係支出が非常な勢いで増えており、10年余の間に約9倍に増大していることが見てとれる。

最後に市町村財政の規模が、中央財政や県財政¹³⁾の規模に比べてどの程度のものであったかを参考までに図7に示しておいた。同図は対GNP比で測った各政府の財政規模を、支出総額によって1965年から1980年まで描いているが、1つの大きな特色は市町村の支出総額が県のそれに比べて極めて大きく、また国の財政規模にかなり近いことであろう。それは、市町村の業務が県の業務よりもかなり多いことを示している。第2の特色は、市町村の財政規模が1960年代の後半に急速に拡大し、1970年代に入ってからはいより緩慢な増大に変わり、県の財政規模の拡張と同じような速度になっていることである¹⁴⁾。

その理由はおそらく、1962年にスウェーデンが初めて教育法を制定し、9年制の初等教育を義務化し、それを市町村の責任としたこと¹⁵⁾、1960年代後半は同国が社会保障制度の領域内で特にサービス分野の整備・充実に力を注ぎ始めた時期であり、それらサービス——例えば障害者福祉サービスや児童福祉サービス（公的保育所と家庭保育室の増設）——の責任主体が市町村であったこと¹⁶⁾、1960年代後半は諸外国からの移民が大量に入学し、それが公的扶助基準の引き上げと絡んで扶助受給者の大幅な増加を見たこと等であろう¹⁷⁾。またこうした市町村の業務増大は、市町村行政組織の発展や整理・統合をもたらし、1962～74年間に市町村の数は約4分の1の280に減少したが¹⁸⁾、



出典: Lars Strömberg & Jörgen Westerståhl, *The New Swedish Communes, Liber Distr.*, 1984.

図7 国、県および市町村政府における支出規模(対GNP比)の推移、1965～80年。

こうした市町村の統合が行われる場合には、従来のサービス水準を低下させないことが関係市町村間の協定に盛られていたことも影響していよう¹⁹⁾。

以上、市町村財政の規模とその収支構造の概略、および中央財政・県財政の規模との大まかな比較を行ってきたが、続いて本稿の主要課題である社会サービス支出自体に焦点を当て、その構成、主要支出項目および財源について検討することとしよう。

2. 社会サービス支出の構成とその主要項目

——児童福祉と老人福祉について——

第1に社会サービス支出（経常支出）のなかで、どの支出項目の比重が大きいかを表6によって観察することとしよう。同表によると、1984年の時点で最も比重の大きいのは児童福祉支出（社会サービス支出全体の約43%）であり、次いで比重の大きいのは老人・障害者福祉支出（同35%）、それから個人・家族援助の費用（公的扶助、アルコール・薬物依存症対策等）（同15.6%）となっている。一層の分析のためには、この個人・家族援助が現金給付とサービスとに分類されていることが望ましい。しかし、ここではそれは問わないこととする。

そこでまず児童福祉サービスの費用を、1960年代の終わりに最近年に至るまで表7として整理

表 6 社会サービス経常支出の構成比(1984年)
(単位: %)

一般管理費	6.2
児童福祉	42.9
保育所・余暇センター	0.5
家庭保育室	9.7
児童保護	0.4
その他	2.3
個人・家族援助	15.6
老人・障害者福祉	35.3
老人ホーム	15.9
在宅ケア	13.6
交通サービス	1.2
その他	4.6
合 計	100.0

出典: SCB, Kommunernas Finanser, 1984.

してみた。同表によると、児童福祉支出の合計は15年間に約25倍に増えており、その急速な増大ぶりが理解される。そのなかで圧倒的に比重の大きいのは、就学前学校と学童保育であり、1983年の時点で児童福祉合計の60%以上を占めている²⁰⁾。このことは、スウェーデンでは有子女性の就業率が極めて高く、保育所と学童保育が非常に重要視されていることを示していよう。特に1960年代半ばから1970年代の初めにかけては、同国経済の急速な拡大に伴い女性の就労が促進され、その結果として就学前保育・学童保育および家庭保育室の増大が極めて大きかったと思われる。そこで以下ではこうした保育関係の施設を利用する児童の数、保育施設関係マンパワーの数および、それと関連して検討すべきホームヘルパーの数について、入手できた資料を最大限に提示してみたい。

2.1 児童福祉の費用とマンパワー

表 8 は、市町村の保育所（全日制・時間制就学前児童用ならびに基礎学校児童用）および家庭保育室において、何らかのケアを受けた児童数を、それらの児童が所属する保育所の種類別に、1960年から最近の1986年まで記したものである。この表は、社会省「1985/86財政年度予算提案書」からの引用であり、1984年までの数値は実績値、最近年2ヵ年の数値は推定値である。ただし、右側3列の合計欄（7～9）以降は筆者が書き加えたも

表 7 児童福祉支出 (単位: 100万 SK)

	就学前および余暇センター	家庭保育室	一般管理費	投資	その他	計
1968	329	39	52	66	153	639
1969	434	73	58	77	177	819
1970	585	156	70	112	182	1,105
1971	807	284	102	133	158	1,484
1972	973	330	120	116	221	1,760
1973	1,207	358	128	139	246	2,078
1974	1,512	480	166	161	127	2,446
1975	2,201	640	222	—	—	3,396
1976	2,697	864	264	239	163	4,227
1977	4,321	1,138	379	—	—	6,248
1978	4,450	1,343	477	522	518	7,310
1979	5,484	1,626	506	585	643	8,844
1980	6,736	1,932	681	755	852	10,956
1981	8,022	2,610	700	753	431	12,516
1982	8,958	2,569	766	438	1,209	13,940
1983	10,582	3,257	992	316	688	15,835

	構 成 比					(%)
1968	51.5	6.1	8.1	10.3	23.9	100.0
1969	53.0	8.9	7.1	9.4	21.6	100.0
1970	52.9	14.1	6.3	10.1	16.5	100.0
1971	54.4	19.1	6.9	9.0	10.6	100.0
1972	55.3	18.7	6.8	6.6	12.6	100.0
1973	58.1	17.2	6.2	6.7	11.8	100.0
1974	61.8	19.6	6.8	6.6	5.2	100.0
1975	64.8	18.8	6.5	—	—	100.0
1976	63.8	20.4	6.2	5.7	3.9	100.0
1977	69.2	18.2	6.1	—	—	100.0
1978	60.9	18.4	6.5	7.1	7.1	100.0
1979	62.0	18.4	5.7	6.6	7.3	100.0
1980	61.5	17.6	6.2	6.9	7.8	100.0
1981	64.1	20.9	5.6	6.0	3.4	100.0
1982	64.3	18.4	5.5	3.1	8.7	100.0
1983	66.8	20.6	6.3	2.0	4.3	100.0

対前年増加率							(%)
68—69	31.9	87.2	11.5	16.7	15.7	28.2	
69—70	34.8	113.7	20.7	45.5	2.8	34.9	
70—71	37.9	82.1	45.7	18.8	-13.2	34.3	
71—72	20.6	16.2	17.6	-12.8	39.9	18.6	
72—73	24.0	8.5	6.6	19.8	11.3	18.1	
73—74	25.3	34.1	29.7	15.8	51.6	17.7	
74—75	45.6	33.3	33.7	—	—	38.8	
75—76	22.5	35.0	18.9	—	—	24.5	
76—77	60.2	31.7	43.6	—	—	47.8	
77—78	3.0	18.0	25.9	—	—	17.0	
78—79	23.2	21.1	6.1	12.1	24.1	21.0	
79—80	22.8	18.8	34.6	29.1	32.5	23.9	
80—81	19.1	35.1	2.8	- 0.3	-49.5	14.2	
81—82	11.7	-1.6	9.4	-41.9	180.5	11.4	
82—83	18.1	26.8	29.5	-27.9	-43.1	13.6	

出典: SCB, Offentliga Sektor, 1985.

のである。同表の第7欄、合計児童数の推移を見ることにより、1960年代後半に何らかの保育サービスを受けた児童の倍増していることが分かる。これは表7における児童福祉支出の推移について述べたことを裏付けるものである。また1960年から25年余の間に、何らかの保育サービスを受けた児童が約10倍に増えたことも読み取れる。しかしそれでは、就学前保育ニードのある6歳以下の児童総数に対して、実際にどのくらいの割合の児童が保育を受けていることになるのであろうか。これはあくまでもひとつの目安にしかすぎないが、同表の(10～11)欄に0～6歳人口とそれに対する保育児童数割合とを掲げておいた。

1977年の児童ケア法は、それ以前の保育所が両親の就労している児童、または片親の児童を対象としていたのに対し、就学前の児童が同年齢の児童とともに生活し、学校生活および社会生活の準備教育を受けるべきであるとの精神の下に、就学前児童の集団生活を市町村の義務とし、6歳になった児童に1年間の就学前保育を受けさせることとした。これは保育所の性格を変化させ、以前の幼稚園との一種の統合をもたらした。すなわち後者で教育を受けていた児童が終日制保育所に移動

し、時間制保育所(幼稚園)児童数が減少するという結果を招いた。このような状況下では6歳の保育児童数と6歳の児童数とをそれ以下の年齢層から分離できると興味深い、それは現在入手できる統計では不可能である。さらに正確さを少し犠牲にするにしても、0～6歳人口と就学前保育児童数との両者が分かる時点は、1980～85年にしかすぎないことも考慮に入れねばならない。こうした限界をわきまえた上で、この期間の就学前保育児童数の割合を計算すると、1980年には46.2%、1983年には52.3%、1985年には56.5%となり、5年間に徐々に10%ほど増加している。今後も保育児童数(合計)割合は伸びるだろうが、1977年法の影響もこれまでほど劇的ではないと思われる。また保育児童数割合も高ければ高いほどよいというものでもないだろう。

次に、(8)、(9)欄は1980年以降についてしか比較できないが、就学前保育を受けた児童の方が学童保育を受けた児童より多いことを示している。ただし、この6年間に後者の増加率(約50%)は前者の増加率(約20%)よりも大きく、特に最初の3年間に後者の増加率は目立っている。また家庭保育室で保育をうけた児童の増加率に、

表8 就学前保育および学童保育児童数

各年 12月31日 現在	(1) コ ミ ュ ン 保 育 所 数	(2) コ ミ ュ ン 学 童 保 育 所 数	(3) 家 庭 保 育 室 児 童 数 0～6歳	(4) 7～12歳	(5) 小 計	(6) コ ミ ュ ン の 時 間 制 保 育 所 (幼 稚 園) 児 童 数	(7) 合 計	(8) 就 学 前 保 育 児 童 数 (計)	(9) 学 童 保 育 児 童 数 (計)	(10) 0～6歳 人 口	(11) 0～6歳 人 口 比 (%)
1960	10,300	2,400	4,000		16,700	38,400	55,100				
1965	11,900	3,000	8,000		22,900	52,100	75,000				
1970	33,000	6,500	32,000		71,500	82,900	154,400				
1975	73,700	23,500	67,300		164,500	115,700	280,200				
1980	129,100	48,800	90,200	35,300	303,400	104,700	408,100	324,000	84,100	700,646	46.2
1983	161,400	64,700	103,200	46,700	376,000	82,800	458,800	347,400	111,400	663,742	52.3
1984	173,200	68,600	108,800	49,000	399,600	78,600	478,200	360,600	117,600	661,853	54.5
1985 ¹⁾	187,800	72,300	111,400	50,100	421,600	78,000	499,600	377,200	122,400	668,056	56.5
1986 ¹⁾	197,900	74,800	113,500	51,000	437,200	78,000	515,200	389,400	125,800		
増大倍率 (倍)											
1986/80	1.53	1.53	1.26	1.44	1.44	0.74	1.26	1.20	1.50		
83/80	1.25	1.33	1.14	1.32	1.23	0.79	1.12	1.07	1.32		
86/83	1.23	1.16	1.10	1.09	1.16	0.94	1.12	1.12	1.13		
86/60	19.2	31.2									

注: 1) 推定値。

出典: Socialdepartementet, *Bilaga 7 till budgetpropositionen 1986*.
SCB, Statistisk årsbok, 1982, 1985, 1986, 1987.

両者の差がよく現れている。(1)欄と(2)欄の1980~86年を比較して、両者の増加率間に差がない(53.3%)のは、時間制保育所(幼稚園)児童数が市町村保育所にシフトしたためであろう。もし両欄を26年間にわたって比較するならば、やはり学童保育所児童数の増加率の方がかなり大きい。

これらを総合すると、市町村立就学前保育所(全日制)の必要は1980年代に入っても衰えていないこと、そのため家庭保育室での就学前保育児童がこの6年間に約25%も増え前者を補っていること、しかし学童保育所へのニーズも同様にあるいはより強く、それが家庭保育室での学童保育児童のより大きい増加率に現れていること等である。保育の分野におけるこうした現象は、女性の就労問題と深くかかわっており、家庭保育室児童数の今後における動向、および学童保育児童数の動きが興味深く思われる。前者は保育所の規模やケアの質、および公的財源の制約に関する問題を提起し、後者は特に放課後の鍵っ子対策がどのように展開するかという問題と絡んでいよう。

それでは、これだけの保育児童に対してどれくらいの保育関係職員がいるかを、表9によって見ることにしたい。残念なことに、資料の整う期間が保育児童数のそれと一致しない。しかし両方の数値の揃う時点が、1975、1980、1983年と3ヵ年あるので、両者の対応を見るには表8、9におけるこれらの年に着目し、職員数の時間的変化を辿るためには表9を用いればよい。ただし職員数のなかに、家庭保育室の母親が含まれているかどうか必ずしも明らかでないため、保育児童数との対応については大まかな議論しかできないことを、お断りしておきたい。なお、共通職員とは保育所、学童保育、および幼稚園の共同あるいは併設の場合に、それらの2つ以上の場で働く者を指す。

まず両数値の揃う最近時点、1983年の場合には合計欄どうしを対応させると、6.9人の児童に対して1人の職員がいることになる。この場合には当然、家庭保育室での保育児童が含まれている。ところで同じ対応を1980年についてしてみると、7.3年の子供に対して1人の職員、1975年には同種

表9 就学前保育所と学童保育所職員数

	保育所 職員	学 童 保育所 職員	幼稚園 職 員	共通 職員 ¹⁾	合 計	男性職 員比率 (%)
1972	8,593	1,525	3,578	2,175	15,871	n. a.
1973	10,000	1,908	3,923	2,527	18,358	
1974	11,633	2,362	4,734	2,834	21,563	
1975	13,302	2,907	5,356	3,097	24,662	
1976	16,429	3,573	6,431	3,302	29,735	
1977	18,133	4,093	7,258	3,685	33,169	3.8
1978	23,789	5,142	8,106	4,678	41,715	
1979	26,544	5,899	8,748	5,013	46,204	
1980	33,965	6,062	8,883	6,807	55,717	
1981	37,087	7,046	8,436	7,200	59,769	
1982	40,221	7,120	8,336	8,083	63,760	
1983	42,310	7,590	7,932	8,825	66,657	

構 成 比 (%, 人)

	54.1	9.6	22.5	13.7	100.0	児童数 職員数
1972	54.1	9.6	22.5	13.7	100.0	11.4
1973	54.5	10.4	21.4	13.8	100.0	
1974	53.9	11.0	22.0	13.1	100.0	
1975	54.0	11.8	21.7	12.6	100.0	
1976	55.3	12.1	21.6	11.1	100.0	
1977	54.7	12.3	21.9	11.1	100.0	7.3
1978	57.0	12.3	19.4	11.2	100.0	
1979	57.4	12.8	18.9	10.8	100.0	
1980	61.0	10.9	15.9	12.2	100.0	
1981	62.1	11.8	14.1	12.0	100.0	
1982	63.1	11.1	13.1	12.7	100.0	
1983	63.5	11.4	11.9	13.2	100.0	

増 大 倍 率 (倍)

83/73	4.2	4.0	2.0	3.5	3.6	
-------	-----	-----	-----	-----	-----	--

注：1) 保育所、学童保育所および幼稚園の共同施設で働き、いずれに属すると分離できない職員と所長、園長を含む。

出典：SCB, Offentliga Sektorn, 1985.

の数値が11.4人となり、明らかに近年に向けて職員1人の受けもつ児童数は少なくなっている。ただしその減少の仕方は、近年に近いほど小さくなっている。次に終日保育に関する対応をつけるが、この場合には市町村保育所保育児童の数値を用いることとする。その理由は、時間的変化の観察という目的に合わせることにある。そうすると終日保育の場合にも、1975年の1職員当たり児童数は5.5人から1980年の3.8人に減少しているが、1983年には3.8人と変化していないことが分かる。続いて同じことを市町村の学童保育児童について計算すると、1975年の1職員当たり児童数は8.1人、1980年のそれは8.1人と変化していず、1983年にはかえって8.5人と増えているのが特徴的で

ある。最後に幼稚園児童については同種の数値が1975年の21.6人、1980年の11.8人、1983年の10.4人と大幅に減少しているが、その理由は一方における時間制保育所児童数の減少と、他方における幼稚園職員の1980年までの継続的増加とによる。

ところで最近時点1983年における各種職員の構成比を見ると、当然のことながら、終日保育所職員の比率が約64%と群を抜いて大きく、後は各々11%余で大差がない。ちなみに、1980年と1975年における終日保育所職員の構成比を見ると、それぞれ61%、約54%と近年に向けてその構成比が増大しており、特に1975～80年間に前記法律の影響もあり、増え方が大きい。最後に、1973～83年間の各種職員数の増加倍率を記しておく、終日制保育所職員数が4.2倍、学童保育職員数が4.0倍、幼稚園職員数が2倍、共通職員数が3.5倍、合計が3.6倍で、終日保育所職員数の増加倍率が大きいのは前述の理由から当然としても、学童保育所職員数のそれも前者に近いのが目立っている。すなわち学童保育に対しても、スウェーデンの市町村が力を注いでいるのが理解できる。なお、合計数の増加倍率がさほど大きくないのは、幼稚園職員数の1980年以降における減少が影響しているからであろう。また参考までに、男性職員の比率を1978年以降に関して記しておいたが、それは漸増傾向にあるとはいえ、最近時点の1983年でもまだ全保育職員の約6%にしかすぎないのは興味深い。

スウェーデンの児童福祉制度に関し、保育問題に続き費用面でもマンパワー面でも重要なのは、ホームヘルプの領域であろう。そこで次に、ホームヘルプ・サービス受給世帯数と年間受給時間の統計、および各種ホームヘルパー数の統計について検討しておきたい。表10は前者に関するもの、表11は後者に関するものである。ただしこれら2種の統計表は、老人・障害者世帯や老人・障害者のためのヘルパーも別計はしてあるが、同一の表中に含まれていることをお断りしておきたい。

表10は、ホームヘルプ・サービス受給世帯数、年間受給時間総数および1世帯当たり平均受給時間を、児童のいる世帯と老人・障害者世帯とに分

け、さらに前者を親が病気・出産の場合と児童が病気の場合とに細分割し、1969～85年間について記している。第1に受給世帯数計欄を見ると、1977年まで増大しそれ以降は減少している。ただし、最近時点の1985年の数値は、1960年代末のそれよりもやや大きい。そこで、次に3種の受給世帯数の推移を観察しよう。

まず、親が病気・出産の場合における家事サービス受給世帯数は、1982年だけを例外として、期間内に一貫して減少している。そのため1985年の数値は、1969年のその約5分の1となっている。また、年間サービス時間計も1980年代に入るまで一貫して減少している。ただし1980年代に入ってから、ほぼ一定のように思われる。したがって期間の初めの数値と終わりの数値とを比較すると、減少の仕方は受給世帯と比べはるかに小さく3分の1強ということになる。しかし1世帯当たり受給時間の動きは必ずしも前二者のそれとは同一でなく、むしろ増減を繰り返している。すなわち1970年代に入るまでは増大、1970年代の半ばまでは継続的減少、それ以降1980年代に入るまでは再び増大、そして1982年まではまた減少、最後に最近年までは増大である。特に1982年以降の増大は大きく、同年と1960年代終わりとはほぼ同水準の75時間前後であるのに対し、1985年には106時間と観察期間中で目立って大きい。そして全観察期間を通して見ると、世帯当たり平均受給時間は趨勢的に増大している。こうした3つの系列の推移から、この種の受給世帯総数は減ったにしても、1世帯当たり受給時間は増え、むしろ各受給世帯が厳選され濃密なサービスを受けていると考えられる。

他方、同じ児童のいる世帯にしても、児童自身が病気で保育所等に行かれない場合の同サービス受給世帯は、1977年まで増加しそれ以降は一貫して減少している。受給時間計もほぼ同じ時点まで増加した後、減少に向かっている。しかし1世帯当たり平均受給時間の増減時点は、親が病気や出産の場合と似ており、1970年代に入るまでは増加、それ以降1980年代に入るまでは減少、1980年代に入ってからかなり不安定ながらほぼ一定水準、

表 10 ホームヘルプ・サービス受給世帯数と年間受給時間

	児童のいる 世帯計	児童のいる世帯 (家事サービス)			児童のいる世帯 (病時介護人)			老人・障害者世帯 (介護人)			受給世 帯数計	(参考) ホームヘルプのた めの中央 政府から の補助金 (100万 SK)
		対 世帯 数	象 数 (百万)	サー ビス 時間	世帯当 たり時間	対 世帯 数	象 数 (百万)	サー ビス 時間	世帯当 たり時間	対 世帯 数		
1969	85,215	59,815	4.5	75	25,400	1.7	67	230,557	35.1	152	315,772	
1970	83,761	55,146	4.3	78	28,615	2.1	73	251,617	40.3	160	335,378	
1971	86,147	52,098	4.0	77	34,049	2.5	73	272,039	44.9	165	358,186	
1972	87,996	47,693	3.4	71	40,303	2.6	65	292,448	46.4	159	380,444	
1973	94,128	45,787	3.1	68	48,341	3.0	62	303,098	45.9	151	397,226	
1974	103,456	45,804	3.0	65	57,652	3.3	57	319,338	48.9	153	422,794	
1975	113,336	42,744	2.8	66	70,592	3.3	47	328,553	46.2	141	441,889	
1976	112,709	36,058	2.3	64	76,651	3.5	46	341,580	46.5	136	454,289	
1977	111,634	28,865	2.2	76	82,769	3.4	41	346,383	48.2	139	458,017	
1978	86,215	24,828	1.9	77	61,387	3.3	54	352,466	48.4	137	438,681	888
1979	89,435	21,224	1.7	80	68,211	3.4	50	345,041	49.7	144	434,476	1,019
1980	75,786	17,430	1.5	86	58,356	2.7	46	348,059	50.0	144	423,845	1,210
1981	62,720	17,112	1.3	76	45,608	2.2	48	346,543	50.7	146	409,263	1,362
1982	54,719	19,263	1.4	73	35,456	1.5	42	330,017	56.4	171	384,736	1,385
1983	45,835	15,489	1.4	90	30,346	1.4	46	333,381	57.1	171	379,216	1,717
1984	43,302	15,345	1.4	91	27,857	1.4	50	335,681	65.2	194	378,983	1,744
1985	33,694	12,214	1.3	106	21,480	1.2	56	313,012	71.1	227	346,706	1,714 ¹⁾
増大倍率 (倍)												
1985/69		0.20	0.29		0.85	0.71		1.36	2.03			
構 成 比 (%)												
1969	27.0	(18.9)			(8.0)			73.0			100.0	
1970	25.0	(16.4)			(8.5)			75.0			100.0	
1971	24.1	(14.5)			(9.5)			76.0			100.0	
1972	23.1	(12.5)			(10.6)			76.9			100.0	
1973	23.7	(11.5)			(12.2)			76.3			100.0	
1974	24.5	(10.8)			(13.6)			75.5			100.0	
1975	25.6	(9.7)			(16.0)			74.4			100.0	
1976	24.8	(7.9)			(16.9)			75.2			100.0	
1977	24.4	(6.3)			(18.1)			75.6			100.0	
1978	19.7	(5.7)			(14.0)			80.3			100.0	
1979	20.6	(4.9)			(15.7)			79.4			100.0	
1980	17.9	(4.1)			(13.8)			82.1			100.0	
1981	15.3	(4.2)			(11.1)			84.7			100.0	
1982	14.2	(5.0)			(9.2)			85.8			100.0	
1983	12.1	(4.1)			(8.0)			87.9			100.0	
1984	11.4	(4.0)			(7.4)			88.6			100.0	
1985	9.7	(3.5)			(6.2)			90.3			100.0	

注: 1) Socialdepartementet, Bilaga 7 till budgetpropositionen 1986 からの推計値。

出典: 1969~80 年は中村秀一「スウェーデンの社会保障統計」、『海外社会保障情報』No. 58, 1982/6.

それ以降は SCB, Statistisk årsbok, 1987 および SCB, Statistisk Meddelanden S21 SM 8601, Nov. 1986.

そして最後に増加と考えられる。ただし趨勢的に見ると、この種の世帯における平均受給期間は減少している。その結果、期間初めにおける2種の世帯の平均受給時間の差はあまり大きくないのに、期間の終わりにおける同種の数値には約倍の開き

が見られる。また受給世帯総数自体を比較すると、期間初めと期間の終わりにおける2種の世帯数は逆転し、家事サービス受給世帯の厳選と1世帯当たり同サービスの充実とが顕著である。

それでは続いて表11における各種ホームヘル

パーの人数について検討することにしよう。同表も基本的には表10と同様、派遣先世帯の種類に応じて分類されている。表10との相違は、ヘルパーの労働時間によって、フルタイム、パートタイム、時間給と細分類され、さらに賃金を支給されている親族というグループが、老人・障害者の場合に加えられている点である。パートタイムと時間給との相違は、前者がハーフタイムかそれ以下の援助であるのに対し、後者は病院への付き添いとか買い物等の、ごく短時間の援助に携わるという点にある。またスウェーデンでは、家族・親族が老親の介護に当たっている場合に、その人達を市町村の公務員として雇用する形をとり、賃金を支給する。これは親族によるケアであっても、それに従事する人々は家庭外での就業・稼働が不可能になり、所得稼得の機会を失うために、それを補償するという機会費用の支払いとも、あるいは彼(女)らが外で働くかわりにまた彼(女)がいない場合に介助サービスを市場で調達する費用であるとも考えられる。たとえ親族による介護が他人によるそれよりも望ましいものであるにしても、彼(女)らの日夜にわたる労苦を考えるならば、そして彼(女)らの意図を真の意味で活かすためには、日本においても考慮してよい点ではないだろうか。

ところでホームヘルプ受給世帯数とヘルパー数とを対応させ、ヘルパー1人当たり何世帯の援助をしたか非常に大雑把な見当をつけてみよう。まず両方の数値の揃う最初の時点、1978年では5.5世帯、これに対して最近時点の1985年では4.7世帯という結果が得られる。すなわち1世帯に対して提供される援助の内容(時間の長さないし援助の中身)が濃くなったといえるのではないだろうか。次に児童のいる2種の世帯について、対象世帯数と援助者との比率を、前記の2年に関し見ておくことにしよう。まず1978年の時点では、親が病気・出産の場合に1人の援助者が受けもった世帯数は6.2、児童が病気の場合のそれは16.8であった。しかし1985年時点では、同種の比率が7.7と14.9である。すなわち親が病気・出産の場合に同比率は上昇し、援助者1人当たりの分担世帯数

が増え、児童が病気の場合に同比率は下降し、援助者1人当たりの分担世帯数が減少したことを示している。親が出産・病気の場合における援助者1人当たり世帯数の増大を、被援助世帯当たり時間数の増大と併せて考えると各ヘルパーがより多くの世帯にゆき、より多くの時間をかけているということを意味しよう。児童が病気の場合における援助者1人当たり世帯数の減少は、そのまま表10について述べたことと矛盾しない。

次に児童のいる世帯に派遣された援助者数の時間的推移を全体的に見ると、時間給の者を除きだいたい1980年前後から最近時点まで減少している。ただ時間給の者のみが他の二者と逆の動きを示し、1983年ころまでは減少しそれ以後増加している。これはできるだけ労働力と費用の節約を図り、時間給で間に合う場合にはそれで賄い、節減分を老人・障害者の援助・介護に回すといういき方に方針転向したと解釈できないであろうか。以上児童福祉に関する検討をひとまず終了し、続いて老人・障害者福祉費用統計の紹介から出発し、老人ホーム関係統計、ホームヘルプ利用・供給統計の検討に進むという順序で紹介を続けたい。

2.2 老人福祉の費用とマンパワー

まず老人福祉の費用であるが表12でその動向を見ると、その合計も15年間で8倍以上に増大している。またそのなかでとくに比重の大きいのは、1983年の時点では老人ホーム関係支出とホームヘルプ関係支出であるが、とくに前者の比重が大きい。その理由は、1972年前の投資的支出が不明であるため推測にすぎないが、むしろ在宅ケアへの方針転換前に建てられた老人ホームに関する経常的支出が多いこと、すなわち現時点でもまだ老人ホーム居住老人はかなり存在することを示唆している。この点に関しては、すぐ次に取り上げる表13の65歳以上人口のサービス受給状況について述べる際に触れたい。ただし在宅ケアに政策転換がなされて以降、老人ホームの新建設はなく、呼称自体も全賄い付きサービス・ハウスと変更されている。なお、増大率はホームヘルプ関係支出のほうがはるかに大きく、15年間にやはり20倍以上

に増えている。施設居住から在宅ケアへの政策転換を示す最良のポイントは、交通およびホームヘルプ・サービスの費用が同じ期間内に21倍余に増加していること、この増大倍率が老人ホーム費用の増大倍率の4倍であることの2点に集約されている。なお、交通サービスの費用とホームヘルプの費用とを比べると、後者のほうが圧倒的に大きいこともこの時点で一言触れておきたい。

それでは各種老人福祉サービスのうち、老人ホーム、ホームヘルプ、および交通サービスの各受給者割合について表13を見ることにしよう。同表では、これら3種のサービス受給者の対65歳以上人口比を記しているが、それによると全期間を通じホームヘルプ受給者割合が最大で、続いて交通サービス受給者割合となっている。老人ホーム居住者割合は1983年時点で4%を切っているが、1976年にはまだ4%強もあり、それ以後傾向的に減少してきている。先進国全体では平均的に65歳以上人口の5%が老人ホーム居住といわれているから、スウェーデンでは明らかに在宅福祉が進展していると見ることができよう。ただし他の2種の在宅サービス中、交通サービス受給者割合は一貫して増加してきているが、ホームヘルプ受給者割合のほうは、1970年代末を頂点として低下傾向にあり、とくに1982~83年頃には1976年当時より低い比率となっている。これは表10中の援助受給老人・障害者世帯数の同じ期間における動きと、当然のことながら一致している。したがって1976年にあっては、ホームヘルプ受給者比率のほうがいずれかのその約2倍であったのに、1983年時点では両者の差があまりなくなっていることに注意を促したい。

そこで次に老人ホーム関係の統計について少し触れておこう。それらは中村秀一氏が『海外社会保障情報』No. 58に解説付きで掲載された1980年頃における統計から、規模別ホーム居住者数および老人ホーム収支の数値に手を加えて引用し、すでに在宅ケアに転換したとはいえ、現存するまた最小限は必要な老人ホームの状況について見たものである。まず表14は、規模別入居者数の構成比であるが、それによると51~100人のホームに居

表 12 老人福祉支出

(単位: 100万 SK)

	サービス・ハウス ¹⁾	交通サービス・ホームヘルプ ²⁾	一般管理費	投資	その他 ³⁾	計
1968	1,222	227	67	—	—	1,591
1969	1,353	302	74	—	—	1,788
1970	1,555	379	91	—	—	2,105
1971	1,611	521	132	—	—	2,367
1972	1,744	573	154	—	—	2,636
1973	1,836	700	165	171	7	2,879
1974	2,152	948	213	210	46	3,569
1975	2,545	1,296	286	185	171	4,483
1976	2,953	1,639	340	198	317	5,447
1977	3,458	2,192	410	249	331	6,640
1978	3,700	2,407	499	305	740	7,651
1979	4,074	2,752	488	402	814	8,530
1980	4,610	3,306	625	471	1,049	10,061
1981	5,144	3,794	626	500	1,202	11,266
1982	5,599	4,145	671	594	1,198	12,207
1983	6,197	4,857	768	565	1,196	13,583

対前年増加倍率 (%)

1973-74	17.2	35.4	29.1	22.8	557.1	24.0
74-75	18.3	36.7	34.3	-12.0	271.7	25.6
75-76	16.0	26.5	18.9	7.0	85.4	21.5
76-77	17.1	33.7	20.6	25.8	4.4	21.9
77-78	7.0	9.8	21.7	22.5	123.6	15.2
78-79	10.1	14.3	-2.3	31.8	10.0	11.5
79-80	13.2	20.1	28.1	17.2	28.9	18.0
80-81	11.6	14.8	0.2	6.2	14.6	12.0
81-82	8.8	9.3	7.2	18.8	-0.4	8.4
82-83	10.7	17.2	14.5	-4.9	-0.2	11.3

増加倍率 (倍)

1983/73	5.1	21.4				8.5
---------	-----	------	--	--	--	-----

構 成 比 (%)

1973	63.8	24.3	5.7	5.9	0.2	100.0
1974	60.3	26.6	6.0	5.9	1.3	100.0
1975	56.8	29.0	6.4	4.1	3.8	100.0
1976	54.2	30.1	6.2	3.6	5.8	100.0
1977	52.1	33.0	6.2	3.8	5.0	100.0
1978	48.3	31.5	6.5	4.0	9.7	100.0
1979	47.8	32.3	5.7	4.7	9.5	100.0
1980	45.8	32.9	6.2	4.7	10.4	100.0
1981	45.7	33.7	5.6	4.4	10.7	100.0
1982	45.9	34.0	5.5	4.9	9.8	100.0
1983	45.6	35.8	5.7	4.2	8.8	100.0

注: 1) 旧来の老人ホーム。近年全賄い付サービス・ハウスと呼称されるようになった。

2) ホームヘルプはサービス・ハウスや、自宅居住者へのホームヘルプ。

3) その他にはデイケアセンターでの活動費、クラブへの補助金等を含む。

資料: SCB, Offentliga Sektorn, 1985.

住する者が全体の4割を超え、最大の割合を示している。ただし、より近年では小規模ホームでの居住が推進されていると聞いているし、どの規模のホームであっても個室に住む者が全体の90%以

表 13 65歳以上人口のサービス受給状況
(単位: 1,000人, %)

	ホームヘルプを受けた人		サービス・ハウス居住者		交通サービス受給者	
	人数	対65歳以上人口比	人数	対65歳以上人口比	人数	対65歳以上人口比
1976	288	22.8	55	4.3	149	11.7
1977	306	23.5	57	4.4	174	13.4
1978	311	23.5	57	4.3	194	14.6
1979	304	22.6	57	4.2	216	16.0
1980	306	22.5	56	4.1	236	17.3
1981	313	22.7	55	4.0	242	17.6
1982	287	20.6	54	3.9	250	17.9
1983	292	20.7	52	3.7	262	18.6

注) サービスハウス居住者は全食事付きの者、すなわち従来の老人ホーム居住者。

出典: SCB, Offentliga Sektorn, 1985.

表 14 規模別一般老人ホーム入居者数
(1980年12月31日)

一般老人ホーム定員数	入居者数		個室入居者割合
(人)	(人)	(%)	(%)
～ 10	250	0.4	94.8
11～ 20	1,552	2.8	89.5
21～ 30	3,066	5.4	96.9
31～ 40	7,300	13.0	96.4
41～ 50	7,946	14.1	97.2
51～100	24,930	44.4	98.4
101～	10,932	19.8	96.5
計	55,976	100.0	97.2

出典: 中村秀一「スウェーデンの社会保障統計」、『海外社会保障情報』No. 58, June 1982.

上であることに注意しなければならない。大規模施設から小規模施設への転換は、多くの先進国でまた老人福祉以外の分野でも見られる現象であり、より人間的なサービスを目指しているといえよう。一方、個室居住についてはその善悪は別として、プライバシーの尊重および老人ホームが収容の場ではなく、一種のアパートの集合体であるといった側面に注意を払うべきではないだろうか。

次に、表15は老人ホームの収支をまとめたものであるが、支出面から見てゆくと、全体の7割近くが人件費に充てられること、食費は全体の1割にも達していないこと、設備費に1割強の費用のかかっていることが分かる。なお、施設経費とはおそらく建物の維持補修費のことであろうが、これにも1割弱の費用が充てられている。また収入面を見ると、料金収入が全体の6割強を占め第1位、続いて県の分担金が4分の1強とこの両者で全体の90%を賄っていることが分かる。ただしここには原表を引用しないが、同じ個所に収録されている統計によると、料金徴収は約95%の老人ホームで段階別料金設定にしたがっている。さらにこうした段階別料金徴収方式は、どの規模の老人ホームにおいても同程度の比率を保っている。

ここで表10に戻りホームヘルプの老人・障害者受給世帯の推移を見ることにしよう。それによると同受給世帯は1978年までは増加し、それ以後は減少傾向にある。この増加から減少への転換時点は、前記の病児のいる世帯の場合とほとんど変わ

表 15 一般老人ホームの収支 (1980年) (単位: 1,000 SK, %)

支 出							
ケア経費			設備費		施設経費	計	
人件費	食費	その他	人件費	その他			
2,986,360	365,309	243,171	62,736	435,748	361,343	4,454,727	
67.0	8.2	5.6	1.4	9.8	8.1	100.0	
収 入							
補助金または分担金			食費	家賃	費用徴収	その他収入	合計
国	県	他の市町村					
11,149	346,934	15,317	60,281	9,642	847,251	39,367	1,329,941
0.8	26.1	1.2	4.5	0.7	63.7	3.0	100.0

出典: 表14に同じ。

らない。異なる点は、減少の仕方が病児のいる受給世帯のそれよりも小さく、その結果として最近時点の数値は期間初めのそれよりも大きいということであろう。ということは全体として見ると、児童のいる受給世帯へ派遣されていたヘルパーが、老人・障害者世帯へ派遣されるようになったということではないだろうか。この点に関しては、表11の各種ヘルパーの人数の表と関連させて後に検討したい。

ところで老人・障害者世帯の年間サービス受給時間の合計は、1970年代の前半に多少の上下変動はあるものの、全体として見れば趨勢として増加しており、期間の終わりにおける時間合計は期間初めのその約2倍の7,100万時間になっている。しかし世帯当たり平均受給時間は、1970年代に入るとその半ばすぎまで減少しており、それ以降増大傾向に転換した。したがって期間初めの時間数以上に回復したのは、1982年になってからである。1981～82年の増加率は極めて大きいですが、これはおそらく、1982年施行の社会サービス法の影響によるものであろう。他の2種の受給世帯の平均時間数も1982～83年にかけて増加しているが、それもとぶん社会サービス法制定の影響を受けていると思われる。

以上の論述を踏まえて、各種受給世帯数の比重を期間の初めと終わりで比較すると、まず1969年には、老人・障害者受給世帯の割合が約73%、親が病気の受給世帯が約19%、そして子供が病気の受給世帯が8%であるのに対し、1985年の比重はそれぞれ90.3%、3.5%、そして6.2%と、老人・障害者世帯の割合が非常に増え、逆に親が病気の世帯割合が非常に減り、さらに子供が病気の世帯の割合もやや減少している。これはやはり高齢化の進展により、児童のいる世帯から老人・障害者世帯へのホームヘルプの移転がなされたことを意味しているように思われる。なお参考までに、これらホームヘルプのために国から市町村に交付される補助金の額を示しておいたが、1984年時点におけるその金額は対GNP比で0.2%である。しかしこの表では児童のいる世帯へのホームヘルプ費用補助金と老人・障害者世帯へのそれとが統合

されているため、児童のいる世帯へのホームヘルプ補助金がどのくらいになるかは述べることはできない。

続いて表11で老人・障害者のための援助者数を眺めてみよう。まず小計の欄を見ると、1983年までは減少しそれ以降増加に転じている。この推移を表10の援助受給老人・障害者世帯数のそれと対応させて考えると、1978年までは同表の1世帯当たり援助時間数の減少を説明する現象であることが分かる。またそれ以降1983年まで援助者の減少は継続したが、その速度が被援助世帯の減少速度よりも遅かったため、表10における世帯当たり援助時間数が増大してきたといえる。ところで援助者小計で見た減少が、時間給の援助（介護）者および賃金を支給されている親族の減少によっている点を見逃してはならない。この両者は観察期間を通じて一貫して減少してきており、逆にフルタイムとパートタイムの介護者はむしろ1970年半ば以降趨勢的に増加しており、とくに両者の1974～75年間および前者の1975～76年、1984～85年間における増加が著しい。こうした状況を、観察期間は必ずしも一致しないが、図8によって次に示しておく。

こうした現象には3つの理由が考えられる。1つは明らかに高齢化の進展であり、とくに後期高齢者が徐々に増えてきたこと、そのために時間給の援助者ではなくせめてパートタイム、できるならフルタイムの援助者を配置しなければならなくなったということである。これには世帯当たり援助時間自体の長期化と、軽度の援助から相対的に高度の専門性を必要とする援助者へのニードの転換という両面が考えられる。2番目の理由は女性の就業率が高くなり、家庭で介護に当たる者が減ったということである。3番目の理由は2番目の理由とも絡むが、ホームヘルパーとして公的部門——市町村——に雇用者を吸収するためにフルタイムの援助者を増やしてきたということである。この点は1974～75年、1975～76年、1980～82年および1983～85年の増加状況を見ることで知られるであろう。すなわちこれらの年は第1次および第2次石油危機、ならびに1980年代に入ってから

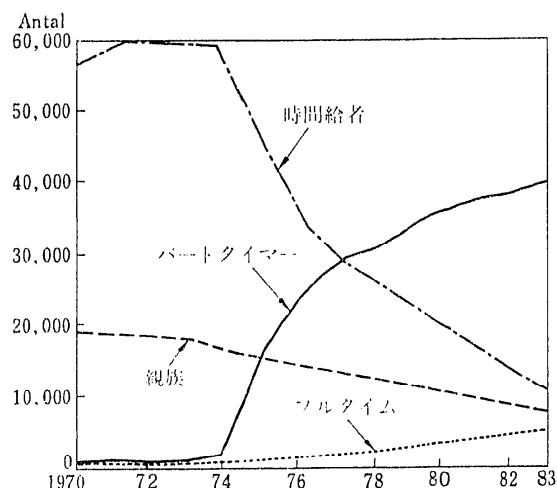


図 8 サービス・ハウスと自宅居住者への介護者数 (1970～83年)

失業率の上昇あるいは公的扶助受給者の増加年と対応しているからである。

ところで老人・障害者のための介護者の就業形態が、時間給・親族からフルタイムおよびパートタイムへと変化し、それは援助の専門化を意味すると述べたが、各介護形態の構成比について最後に記しておきたい。表16は、ほぼ5年おきに上述の構成比を記したものであるが、すぐ前のパラグラフで述べた時間的变化に対応して、期間の初めと終わりとして決定的にそれらの構成比が変わっている。すなわち1971年には全体のおおよそ4分の3が時間給であり、約4分の1が賃金を支給されている親族であった。フルタイムとパートタイムの割合は、全体の2%にしかすぎなかった。しかし1970年代半ばには時間給の大幅な減少と、パートタイムの激増とによって約4分の1の援助者がフルタイムかパートタイムの就業に変わっている。さらに1980年にはフルタイムとパートタイムとを合わせると、全体の55%を超えるに至り、とくに後者だけで全体の半分以上を超える状況になっている。最近時点の1985年ではパートタイム援助者の割合は一層増え、全体の6割を超えている。したがって期間初めの数値に比べると、その約40倍の構成比であることが知られる。ただしこの頃になると、フルタイム援助者の割合も全体の1割を超え、期間初めの構成比の30倍を記している。その当然の

表 16 老人・障害者のためのヘルパー

(就業形態別構成比)

	フルタイム	パートタイム	時間給	賃金を支給されている親族	小計
1971	0.4	1.6	74.6	23.3	100.0
1975	1.2	21.8	57.0	20.0	100.0
1980	4.5	52.0	28.5	15.1	100.0
1985	12.4	62.2	16.8	8.5	100.0

出典：表11より算出。

結果として、これら二者を合わせた比率は全体の約4分の3を占めるに至り、時間給と親族とを合わせた援助者が全体の4分の1に減少してしまっている。

3. 社会福祉支出の財源構成

最後に社会サービス関係経常支出の財源構成を、1984年の時点について表17で探ることにしよう。同費用は一般管理費、児童福祉費、個人・家族援助費および老人・障害者福祉費の4つに大きく分けられ、児童福祉費と老人・障害者福祉費とはさらに細分されている。また財源は地方税(所得税)負担、国庫補助金、料金およびその他に区分されている。そこで財源構成であるが、まず社会サービス全体の費用は、地方税負担58.8%、国庫補助金25.7%、利用者負担11%であり、7割近くが市町村の自己財源で賄われている。各領域ごとに見ると、第1に一般管理費のほとんどが租税で賄われているのは当然であろう。第2に、児童福祉費合計の財源は地方税負担と国庫負担とがほぼ同割合(約44%)であり、料金収入は全体の費用の約10%にしかすぎない。国庫補助金は児童福祉全体では上記のように約45%である。しかし細目別に観察すると、児童保護(児童虐待・青少年非行対策)関係財源の大きな部分が地方税である(7割)一方、保育所と家庭保育室の費用は約4割ずつ地方税で負担し、国庫補助金(従業員に応じた雇用主からの負担金を財源とする)は保育所の費用に対し、家庭保育室に対するよりもやや多めに支払われている。どちらの場合も両親の収入に応じた利用料金を課していながら、結果的に家庭保育室において利用者負担割合のより高くなる理由は、こうした国庫補助割合の差による。

表 17 社会サービス経常支出の財源 (1984年)
(単位: %)

	租税	国庫補助	料金	その他	合計
一般管理費	95.7	1.6	0.6	2.1	100.0
児童福祉	44.0	43.8	10.1	2.1	100.0
保育所・余暇センター	42.9	46.3	8.6	2.2	100.0
家庭保育室	42.5	41.9	15.9	—	100.0
児童保護	70.3	26.9	2.1	0.7	100.0
その他	59.8	21.7	7.6	10.9	100.0
個人・家族援助	77.7	14.1	5.2	3.0	100.0
老人・障害者福祉	61.8	13.1	16.4	8.7	100.0
老人ホーム等	68.4	0.4	22.7	8.5	100.0
在宅	53.6	27.3	10.0	9.1	100.0
交通サービス	52.4	35.5	9.6	2.5	100.0
その他	66.3	9.2	15.1	9.4	100.0
合計	58.8	25.7	11.0	4.5	100.0

出典: SCB, Kommunernas Finansier, 1984.

ちなみに1984年における保育所運営費は、子供1人につき50,000SKである一方²¹⁾、中央政府は保育所で1日7時間以上預かる児童に対して、1人につき22,000SKの補助を、1日4～7時間預かる児童に対してはその半額の11,000SKの補助を行っている。さらにこうした子供の数に応じた補助のほかに、フルタイム相当の従業員1人につき年間30,000SKの補助もある。また、特別な援助を必要とする子供(心身、言語等のハンディキャップのある子供)には、子供10人ごとに6,000SKの援助を市町村が受けた。これに対し家庭保育室の場合には、1日7時間以上預かる子供に対して、市町村は1人当たり15,000SKの国庫補助を受けた²²⁾。預かる時間が7時間以下になると、補助金の額は半分の7,500SKになる。こうした児童1人当たり国庫補助金の差から、家庭保育室に子供を預ける親の自己負担——市町村政府の料金収入——割合のより高いことが知られる。また学童保育の場合には、余暇センター(学童保育所)で預かる子供への国庫補助金は、とくに世話をする人が必要でない子供については、児童1人に年間7,000SKの補助となっている²³⁾。フルタイム相当の従業員や特別な援助を必要とする児童に対する補助金は、保育所の場合と同じである。なお、余暇センターの場合には、国の指定した標準的料金はなく、多くの市町村では保育所の料金と連動

させ、それより40～50%割高の料金を徴収している。時間制保育所(幼稚園)の場合には、6歳以下の子供と特別の援助を必要とする子供に関しては、徴収料金は無い。

個人・家族援助の費用は、約8割近くが地方税の負担によっており、国庫補助は15%以下であるにすぎない。同費用の内訳は前述のとおり明らかでないが、公的扶助に関するかぎり費用は100%地方の財源により、ただ難民扶助の費用のみを国家が負担することになっている。

老人・障害者福祉費用の合計は、児童福祉費の場合よりも地方税負担による部分が大きく(6割強)、それと対照的に国庫補助金の割合がかなり低い(13%)。それは同費用の細目すべてにわたって、地方税負担による割合がより高く、国庫補助による割合がより低いことから明らかである。また、利用者負担割合は、児童福祉費用合計の場合よりも高い。そこで細目を見ると、とくに老人ホーム等の費用において、地方税負担の割合が大きい。しかし老人ホーム等の費用は利用者負担による部分も大きく、全費用の4分の1近くが利用者によって負担されており、すべての社会サービスの利用者負担割合のなかで最も高い。これは前述のように、支払い能力別料金支払制度を採る老人ホームがほとんどだからであろう。またスウェーデンにおける年金制度の整備・充実にもよっている。ホームヘルプの費用は、地方税負担50%強、国庫補助約30%、利用者負担10%とやや国庫補助の割合が高い。ただしホームヘルプの場合にも、利用者の収入に応じて料金を徴収することになっている。なお、交通費の場合には国庫補助の割合がさらに高く、老人・障害者福祉費のなかで最大の比率を示している。

以上は社会サービスの経常的支出に関する観察であるが、ちなみに同じ年における投資的支出についても簡単に触れると、表18に見るように最もシェアの高いのはサービスハウス等への投資的支出であり、全体の37.1%を占める。ややそれよりもシェアの小さいのが、就学前学校および学童保育施設への投資であり、全体の31.2%である。これらの投資的支出のうち個人・家族援助を除く領

表 18 社会サービス投資的支出の財源構成
(1984年) (単位: %)

	支出 構成比	租 税 借入金	国 庫 補助	その他
一 般 管 理 費	2.8	96.0	4.0	0
児 童 福 祉	41.0	95.1	2.7	2.2
就学前および余暇センター	31.2	96.4	2.9	0.7
そ の 他	9.8	90.9	2.3	6.8
個人および家族援助	2.5	22.7	77.3	0
老人・障害者福祉	53.7	92.3	3.7	4.0
サービスハウス	37.1	91.0	4.8	4.2
そ の 他	16.6	95.3	1.3	3.4
合 計	100.0	91.8	5.1	3.0

出典: SCB, Kommunernas Finansier, 1984.

域のほとんど——90%以上——は、地方税および借入金によって賄われており、国庫補助による部分はあまりない。

このように経常支出と投資的経費の両者を観察しているのは、同じ社会サービスのなかでも児童福祉関係費用は国庫負担による部分が大きく、市町村は老人福祉・障害者関係により多くの財政負担をしていること、また自己負担は老人・障害者等の場合にやや大きいことの2点である。後者は、上述のように老人や障害者に対する所得保障が整備されているためではないかと思われる。

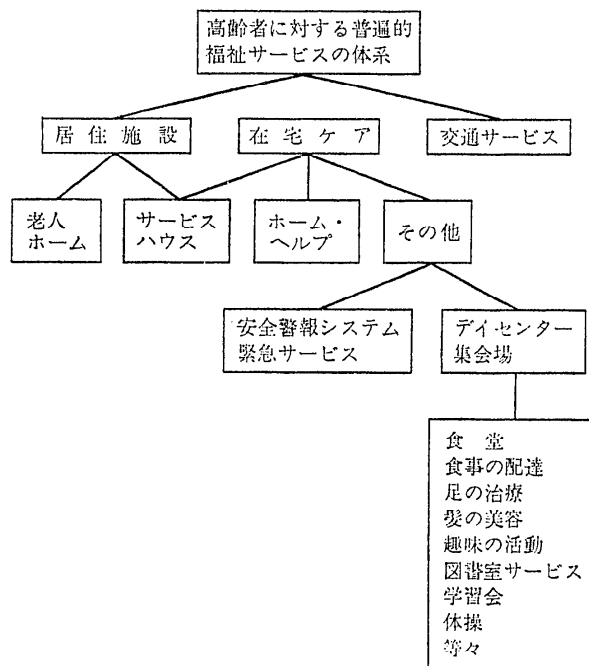
4. 結 び

以上、社会福祉の法制と行政機構全般の概略を説明し、地方財政の規模と社会サービス関係支出の位置づけを行い、さらに児童福祉と老人福祉の費用、利用者数、マンパワー、ならびに財源に関する統計を紹介してきた。両分野についてはまだ不明の部分も多く残っている。例えば、老人在宅ケアの領域で重要なデイケアセンターの数、利用者数、職員数、その建設費や経常費、およびその財源である。このうちセンターの数については付録に図を掲げておいたので参照されたい。また老人福祉施策の体系がどうなっているかを簡単に図示したものも、同じく付録として収録しておいた。社会サービスの他の分野（例えば個人・家族援助）やとくに障害者福祉については改めて稿を起したいと考えている。これらの分野について一通りの紹介を行い、さらに他の幾つかの先進諸国

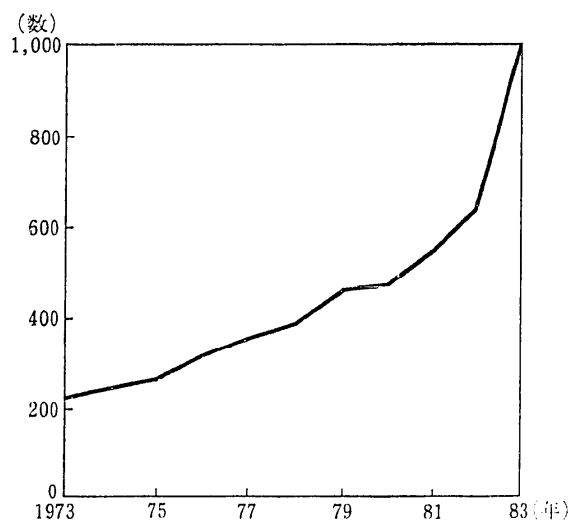
における老人福祉費の状況を把握した上で、最後に社会福祉費——とくに老人福祉費——の現行水準や増大要因の分析に進みたいと考えている。本稿ではスウェーデンの社会福祉財政に関連した利用可能統計の紹介に主眼を置いた。

〔付記〕

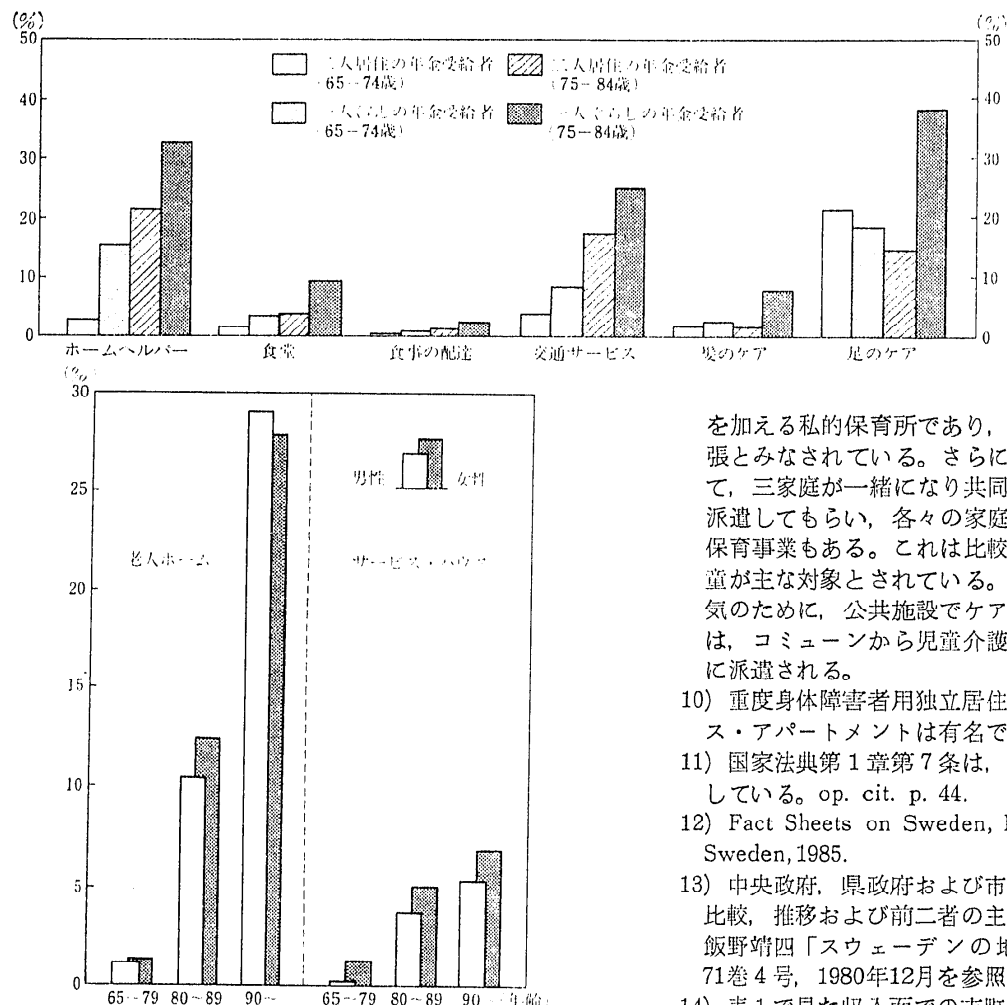
本稿は元来、『季刊社会保障研究』第23巻1号のために書かれたものであるが、同号が編集過程



付図 1 老人福祉の領域



付図 2 デイケアセンターの数



付図 3 3ヵ月間にコミュニティのサービス利用した老人 (56~84歳) の割合

付図 4 老人ホームとサービスハウスの居住者割合 (1983)

において予想を大幅に上回る頁数となったため、やむを得ず本号に大部分を掲載する形となった。その点につき御了承を得たい。

注

- 7) 以下、両地方政府間関係に対する叙述は、世界大都市交流委員会事務局編『世界の大都市資料』、1985年による。中央行政機構および地方制度についての一層詳細な報告は、渡辺芳樹「中央行政組織」および同「地方制度」社会保障研究所『スウェーデンの社会保障』、東京大学出版会、1987年を参照のこと。
- 8) 公募して中央社会福祉部が決定する。
- 9) 横浜市企画財政局都市科学研究所『スウェーデンの社会福祉政策』、1987年3月によると、このほかにもいわゆる公立・私立の保育ママ・家庭保育室が存在する。家庭保育室とは幼稚園の補充をし、最高4人の幼稚園児（自子も含める）と、基礎学校児童

を加える私的保育所であり、市町村による保育の拡張とみなされている。さらに三家庭システムといって、三家庭が一緒になり共同でコミュニティの保母を派遣してもらい、各々の家庭の持ち回りで行われる保育事業もある。これは比較的年長の中流階層の児童が主な対象とされている。また、子供が一時的病気のために、公共施設でケアを受けられない場合には、コミュニティから児童介護人が、子供のいる家庭に派遣される。

- 10) 重度身体障害者用独立居住住宅としてのフォーカス・アパートメントは有名である。
- 11) 国家法典第1章第7条は、市町村の課税権を規定している。op. cit. p. 44.
- 12) Fact Sheets on Sweden, Local Government in Sweden, 1985.
- 13) 中央政府、県政府および市町村政府の財政規模の比較、推移および前二者の主な支出項目については、飯野靖四「スウェーデンの地方財政」『都市問題』71巻4号、1980年12月を参照のこと。
- 14) 表1で見た収入面での市町村財政規模の拡張は、1970年代の後半から1980年代の前半であり、観察期間のずれのため、直接的比較のできないことが残念である。
- 15) Britta Stenholm, *The Swedish School System*, the Swedish Institute, 1984, p. 14.
- 16) J. ナセニウス & K. リッテル著、高須祐三他訳『スウェーデンの社会政策』、光生館、1979年、64-66頁。
- 17) 上掲書、73-85頁。
- 18) 渡辺芳樹「地方制度」、社会保障研究所『スウェーデンの社会保障』、東京大学出版会、1987年、69頁。
- 19) Lars Strömberg & Jörgen Westerståhl, *The New Swedish Communes*, Liber Distr, 1984.
- 20) スウェーデンの児童福祉施策の体系については、宇野正道「児童福祉サービス」社会保障研究所編、上掲書、を参照のこと。
- 21) Fact Sheets on Sweden, 「スウェーデンの保育プログラム」, The Swedish Institute, 1985.
- 22) 同上。
- 23) 同上。

(きど・よしこ 社会保障研究所主任研究員)

社会保険法判例

堀 勝 洋

国民健康保険の保険者は、療養担当規則に適合しない診療に係る高額療養費を支給すべき義務はないとされた事例（和田訴訟上告審判決）

最高裁判所第2小法廷昭和61年10月17日判決（昭和61年（行ツ）第68号高額療養費支給決定処分取消請求上告事件）

I 事実の概要

1 上告人X（原告，控訴人）は，被上告人Y（岐阜県土岐市，被告，被控訴人）が行う国民健康保険の被保険者であるが，消化管出血等のため昭和54年9月から10月にかけて訴外A病院に入院し診療を受けた。このうち10月分の医療費180万9,190円の3割に相当する54万2,757円を，一部負担金としてXはA病院に支払った。Xは，同年11月12日，一部負担金から3万9,000円を控除した残額である50万3,757円を，高額療養費として支給するようYに請求した。

2 ところが，Yは昭和55年1月28日，Xのこの請求のうち41万8,257円は支給するが，これを超える金額は支給しない旨の処分（以下，Yがした処分のうち，41万8,257円を超える金額については支給しない旨の決定部分を「本件不支給処分」という。）をした。

本件不支給処分の経緯及び理由は，次のとおりであった。A病院の行った免疫グロブリン製剤ヴェノグロブリン2.5グラム宛11回分の投与のうち5回分については，「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療養担当規則」という。）に照らし，療養上適切妥当ではないため，これに係る費用合計28万5,000

円については国民健康保険法（以下「国保法」という。）の定める療養の給付とは認められず，A病院の算定した180万9,190円からこの28万5,000円を控除した残額152万4,190円が療養の給付に要した費用であり，この3割に相当する45万7,257円から3万9,000円を控除した残額41万8,257円が高額療養費として支給すべきものであるというものであった。（なお，A病院によるXに係る診療報酬の請求も，ヴェノグロブリン5回分の投与の費用について支払いが拒絶されている。）

3 そこでXは，Yによる本件不支給処分の取消しを求めて，昭和55年9月9日岐阜地方裁判所に出訴した（昭和55年（行ウ）第29号高額療養費支給決定処分取消請求事件）。しかし，同裁判所は，昭和59年10月15日，本訴請求を棄却する旨の判決を下した¹⁾。

4 Xはこれを不服として，同年10月20日名古屋高等裁判所に控訴した（昭和59年（行コ）第15号高額療養費支給決定処分取消請求控訴事件）。しかし，同裁判所も，昭和61年2月12日，本件控訴を棄却した。

5 そこでXは最高裁判所に上告したが，同裁判所第2小法廷は，同年10月17日つぎのように判示して，本件上告を棄却した²⁾。

II 判 旨

1 「国民健康保険法（以下「法」という。）上、保険者は療養取扱機関から療養の給付に関する費用の請求があったときは、法40条に規定する準則及び法45条2項に規定する額の算定方法に照らして審査した上、これを支払うものとされているところ（法45条4項）、右審査は、請求に係る療養取扱機関の療養の給付が法40条に規定する準則に適合しているかどうかという実質的審査に及ぶものであることは、右審査に関し法45条5項、87条ないし89条等の規定を設けている法の趣旨に徴して明らかである。保険者には右準則適合性について実質的審査権が与えられていないとの見解を前提とする所論違憲の主張は、その前提を欠く。原判決に所論の違法はなく、論旨は採用することができない。」

2 「法の規定する国民健康保険制度の下においては、療養取扱機関は、保険者との関係において法40条に規定する準則に適合する療養の給付を行うべき責務を負担しているものであり、被保険者が保険者から法36条所定の療養の給付として受け得る診療の内容も右準則による制約があるものというべきであるから、療養取扱機関が被保険者に対し療養の給付として行った診療行為が客観的にみて右準則に適合しないものであるときは、当該診療は、法所定の療養の給付には該当せず、したがって、被保険者が一部負担金の名目でその費用の一部を療養取扱機関に支払っているとしても、これについて法57条の2所定の高額療養費の支給を受け得る余地はないものといわなければならない。これと同旨の原審の判断は、正当であって、原判決に所論の違法はない。」

III 解 説

1 本件訴訟は、国民健康保険の被保険者であるXが、A病院に支払った一部負担金の一部を、高額療養費として保険者であるYに請求したところ、減額して支給されたために提起されたもので

ある。その減額の理由は、A病院による一部の薬剤の投与が療養担当規則に適合しない診療であるため、国民健康保険上の療養の給付に該当しないからというものであった。

この高額療養費支給制度というのは、昭和48年の医療保険制度改革の際に導入されたもので、国民健康保険の3割の一部負担金が一定額を超えるときは、その超える額を保険者が支給するというものである。この一定額は、当初は1ヵ月3万円であったが、本件訴訟の対象となった診療が行われた昭和54年10月においては3万9,000円であった。すなわち、国民健康保険の被保険者は、医療費の3割をいったん療養取扱機関に支払い、それが1ヵ月3万9,000円を超えていれば、その超える額を保険者から高額療養費として払い戻しを受けるという制度である。

2 本件訴訟の第1審での争点は、次の三つであった。

- (1) 療養取扱機関による診療が、国保法上の療養の給付と認められるためには、当該診療が療養担当規則に客観的に適合している必要があるか、または療養担当規則に適合する旨の当該療養取扱機関の自主的判断で足りるか。
- (2) 高額療養費として請求できる額は、療養担当規則に客観的に適合する診療に係る部分に限られるか、または被保険者が現に療養取扱機関に支払った一部負担金に係る診療部分についてすべて認めるべきか。
- (3) A病院によるXに対するヴェノグロブリン投与の一部が、実際に療養担当規則に適合するか。

これに対し第1審判決は、争点の(1)については、「該機関が被保険者に対して療養の給付としての治療等をするにあたっては、その治療等の内容が客観的に療養担当規則に適合しているものであることを要し、かつこれをもって足りる」と判示した。

争点の(2)については、「仮令、一部負担金名義のもとに被保険者から療養取扱機関に対して支払われた金員ではあっても、それが客観的に上記のような法所定の一部負担金としての要件を充足

していないような場合においては、該支払いに係る金員についてまで法57条の2の高額療養費支給制度の関与する余地の毫もないものである」と判示した。

争点の(3)については、A病院における診療の経過、ヴェノグロブリン療法に関する医学上の一般的知見・医療水準等を種々勘案し、減額査定されたヴェノグロブリンの投与は療養担当規則に適合しない診療であると結論づけた。

3 Xは控訴審において、第1審におけると同じ事実上及び法律上の主張をしたほか、次の付加的な主張をした。

(1) A病院は重症患者として入院してきたXを救命しなければならない義務を有し、担当医師は基準を上回る量のヴェノグロブリンを投与しなければXを救命できないと判断したが、そう信じるについてその経験及び知識に照らして過失はなかった。したがって、当該ヴェノグロブリンの投与量が仮に過剰であったとしても、緊急避難として違法性は存在しない。

(2) Xの本件高額療養費の請求は、Yとの間の保険契約に基づくものであるが、Yの履行補助者であるA病院が、Xに対する義務を誠実に履行したにもかかわらず、履行しなかったとしてその責任を負おうとしないYの態度は信義則にもとる。

これに対し控訴審判決は、第1審判決の一部を訂正したものの、判決理由の基本は第1審判決の説示を維持した。そして、Xの付加的な主張である緊急避難及び信義則違反についても採用するに至らなかった。

4 本件上告審において、Xは①本件行政処分が憲法に違反していること、②原判決には明らかな法令違背があることを主張した。本パラグラフにおいては、この①の問題について解説を加える。

Xの違憲の主張は、次のようなものであった。すなわち、療養の給付に要する費用の算定は国保法上保険者が行うものではないとされているのに、本件行政処分は保険者が行ったものであり、これは立法府が定めた法律を無視したものであり、三

権分立を定めた憲法に違反するというものであった。

これに対し、本判決は判旨の1に示したように、国保法は保険者に療養の給付に要する費用について実質的審査権を与えているとし、違憲の主張を退けた。

そこで、療養の給付に要する費用の算定に係る国保法の関連規定を、以下みていくことにしたい。

(1) 保険者たる市町村または国民健康保険組合は、被保険者の傷病について、診察等の療養の給付を行う(国保法第36条第1項)。

(2) この療養の給付は、所在地の都道府県知事に療養の給付を取り扱う旨を申し出た療養取扱機関によって行われる(同法第40条の2及び第37条)。

(3) 療養の給付は、健康保険法第43条ノ第1項及び第43条ノ第1項の定める命令(療養担当規則などを指す。)に従って行われなければならない(国保法第40条)。

(4) 保険者は、療養の給付に要する費用から一部負担金の額を控除した額(以下「療養に関する費用」という。)を、療養取扱機関に支払う(同法第45条第1項)。

(5) 療養の給付に要する費用の額は、健康保険法第43条第92項の規定による厚生大臣の定め(「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(昭和33年厚生省告示第177号)」を指す。以下「点数表」という。)によって算定される(国保法第45条第2項)。

(6) 保険者は、療養取扱機関からの療養に関する費用の請求に対し、療養担当規則及び点数表の定めを照らして審査の上支払う(同条第4項)。

(7) 保険者は、この審査及び支払いの事務を都道府県を区域とする国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に委託することができ(同条第5項)、国保連は国民健康保険診療報酬審査委員会に審査に関する事務を委託することができる(同条第6項及び第7項並びに同法第87条～第90条)。

以上の(6)から、保険者は療養の給付に要す

る費用（以下「診療報酬」という。）の審査権限がないとするXの主張は理由がなく、本判決の結論は正当である。

なお、国保連と同じ役割をもつ社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）の審査委員会が、健康保険法の診療報酬について実質的に審査し減点査定することができることについては、川合訴訟判決³⁾、小田訴訟判決⁴⁾などでも認められている。その代表例として、第2次労働衛生会館訴訟判決⁵⁾を紹介すると、「審査委員会のする審査は、診療報酬の請求について、請求点数の誤算があるかどうか等の単なる事務処理に類する形式的事項の審査にとどまらず、療養担当規則に適合しているかどうかという実質的審査に及ぶものであることは明らかであり」と判示している。

5 上告理由の第2は明らかな法令違背ということであるが、つぎの三点を主張している。

(1) 国保法第42条に規定されている一部負担金の額は療養取扱機関が算定することは明らかなのに、原判決は診療報酬の額ひいては一部負担金の額を保険者が算定することを認めており、これは同条に違背する。

(2) Yが減点査定をすることを認める原判決は、医師でもないYが治療内容に立ち入ることを意味し、このことは「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と規定している医師法第17条に違反する。また、Yが仮に医学の専門的知識を有する者のアドバイスにより減点査定をしたとしても、その専門家はXを診察していないのであるから、「医師は、自ら診察しないで治療をし……てはならない。」とする医師法第20条に違反する。

(3) 療養担当規則は療養取扱機関に対して適用されるものであるのに、原判決は同規則が被保険者をも拘束するものと判断しているが、これは国保法第40条に違背する。

以上のような主張に対し、本判決は判旨2に引用したように判示した。以下、順次上記の三点について検討を加える。

まず(1)の一部負担金の額はどのようにして決められるかということであるが、診療報酬の額が

決まれば、国保法第42条第1項第1号の規定により、その3割が一部負担金の額になる。そして、診療報酬の額は療養担当規則に適合する診療について客観的に定まり、保険者などの審査は診療報酬額を点検確認する措置にすぎないというのが、最高裁判決を含む判例の採っている態度である⁶⁾。

そして、保険者や国保連が診療報酬額について審査権を有することは、パラグラフの4で確認したところであり、この(1)に関するXの主張は理由がない。

つぎに、医師法違反を主張する(2)については、Yの審査は医業でもないし、また無診察治療でもないことは明らかである。Yの審査は、パラグラフの4で確認したとおり、国保法の規定に基づく適法なものであり、Xの主張は理由がない。

最後の(3)についてであるが、確かに国保法第40条は療養取扱機関が療養担当規則に適合する診療を行うべき旨を規定したものであるが、このことは被保険者が国保法上の保険給付としては同規則に適合する診療しか受けられないことをも意味している⁷⁾。したがって、同法第40条違反の主張も理由がない。

6 最後に、本件訴訟の争点ではないが、療養担当規則に適合しない診療については、誰がその費用を負担すべきかという問題について考えてみたい。保険者(Y)が負担する義務がないことは、本判決により明らかであるが、療養取扱機関(A)か患者(X)のどちらが負担すべきであろうか。現状においては、Xが高額療養費として支払いを拒絶された部分を負担し、またAは診療報酬の請求を拒絶された部分を負担している。

この問題についての行政解釈は、古い通知⁸⁾に見出される。すなわち、「療養取扱機関が法第42条第1項の規定により被保険者から支払を受けた一部負担金の額と、その後において法第45条第4項の規定により審査決定した額の二分の一（筆者注：現在では十分の三）に相当する額に差額を生じた場合」は、「差額分を還付又は追加支払を受けること。」とされている。そして、最近の医療費通知に関する通知⁹⁾により、「審査支払機関の診療報酬の審査により医療費の額に減額があった場

合には、被保険者の一部負担金等に過払いが生じることから、保険者の事務量等を勘案しつつ、一部負担金等の額の減額の大きいケース¹⁰⁾については、医療費の額の通知にその額を付記すること、とされている。

以上の通知は、減額査定された部分の医療費については療養取扱機関が負担すべきであるということを前提にしているが、このような解釈に対して弁護士の近藤恵嗣氏は、つぎのように疑問を投げかけている¹¹⁾。すなわち、診療報酬の額及び一部負担金の額は療養担当規則に適合する診療について客観的に定まるといのが従来の判例及び厚生省の考え方であり、したがって支払基金や国保連の減点査定は、診療報酬額ひいては一部負担金の額を左右するものではないというものである。

確かに、支払基金や国保連の審査は診療報酬額を確定するものでないことは近藤氏の主張のとおりである。が、支払基金や国保連の審査によって決定された額について争いが無い場合は、その額がそのまま診療報酬の額とされ、療養取扱機関もそれを認めて支払いを受ける。したがって、減額査定された診療部分に係る一部負担金については、患者に返還させるとする取扱いの妥当性を欠くことはないように思われる。

しかし、支払基金や国保連の審査によって決定された額について争いがある場合は、一部負担金の額についても確定していないとみるべきで、減額査定された診療部分について患者に返還させるとするのはやや問題がある。したがって、このような場合は、その争いが確定するまで一部負担金の返還を見合わせるようにすべきであろう。

つぎに、医療担当者側は、減額査定された部分についても実際に診療が行われているので、その費用について全額医療担当者が負担すべきであるとする取扱いは不当ではないかと主張しているようである。しかし、被保険者である患者は、保険給付としての診療（＝療養担当規則に適合する診療）のみを受けるという前提（保険診療契約）で受診していると考えられ、減額査定された診療すなわち保険給付外の診療については、患者は一部負担金を支払う義務がないと考えるべきであろう。

ただし、医療担当者と患者の間の特約により、保険給付外の診療を行ったとすれば、それについて患者が費用を負担するのは当然である¹²⁾。

注

1) 筆者は、この第1審判決の解説を「社会保障法判例」『季刊社会保障研究』Vol. 20, No. 4, Spring, 1985, で行っているので、参照されたい。

なお、第1審判決は、判例時報の1169号（昭和60年12月21号）に収載されている。

2) 本上告審判決は、判例時報の1219号（昭和62年3月11号）に収載されている。また、石川善則最高裁判所調査官による本判決の解説が、『ジュリスト』No. 881（昭和62年4月1日号）の「時の判例」欄でなされている。

3) 大阪地方裁判所第17民事部昭和56年6月30日判決。

4) 神戸地方裁判所民事第6部昭和56年6月30日判決。大阪高等裁判所第5民事部昭和58年5月27日判決。最高裁判所第1小法廷昭和62年2月12日判決。拙稿「社会保障法判例」、『季刊社会保障研究』Vol. 19, No. 2, Autumn, 1983, 参照。

5) 東京地方裁判所民事第16部昭和58年12月16日判決。拙稿「社会保障法判例」『季刊社会保障研究』Vol. 20, No. 3, Winter, 1984, 参照。

6) 例えば、西尾訴訟判決（岐阜地方裁判所民事合議部昭和50年6月9日判決、名古屋高等裁判所民事第2部昭和52年3月28日判決、最高裁判所第3小法廷昭和53年4月4日判決）、沖山訴訟判決（甲府地方裁判所第1民事部昭和57年2月8日判決、東京高等裁判所第12民事部昭和57年9月16日判決）、行政判例研究会「国民健康保険診療報酬審査委員会が行う審査の性格——第141回行政判例研究」『法律のひろば』昭和58年4月号、近藤恵嗣「診療報酬請求権と減点査定」『社会保険旬報』No. 1493, 昭和60年2月1日号、などを参照。

7) 本判決の意義は、この点を最高裁判所が確認した点にある。従来の訴訟は、医療機関による診療報酬請求権の発生事由としての療養担当規則適合性を判示しているだけであるが、本件訴訟は医療機関の診療内容を原因として被保険者が保険者を相手として訴訟を起こした初めてのケースとして、被保険者が保険給付として受けられるのは療養担当規則に適合する診療に限られるということを初めて判断した。

8) 昭和35年7月4日付厚生省保険局国民健康保険課長通知保険発第85号の2「一部負担金の取扱いについて」。

9) 昭和60年4月30日付厚生省保険局国民健康保険課長通知保険発第42号「国民健康保険における医療費通知の適切な実施について」。

10) 昭和60年6月21日に開催された保険者連絡協議会（構成団体＝共済組合連盟、地方公務員共済組合協議会、地方職員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会、国民健康保険中央会、健康保険組合連合会）において、「減額査定が行われた場合における

医療費通知に関する取扱いについて」という申し合わせが行われ、減額査定額に係る自己負担相当額が1万円以上のレセプトについて医療費通知に付記することとされた。

11) 「減点査定と一部負担金の返還」『社会保険旬報』No. 1498, 昭和60年3月21号。

12) しかし、行政解釈によれば、同一の傷病については一部を保険外診療で行うことは認められず、その場合は全部が保険外診療となることに注意する必要がある。

このような取扱いに対する例外が、昭和59年の医

療保険制度の改正により設けられた特定療養費の制度である。この特定療養費の制度の概要については注1)の拙稿を参照されたいが、従来から差額徴収の対象とされていた歯科や室料及び高度先進医療を行う医療機関が行う診療については、いわば保険診療と保険外診療の相乗りを実質的に認めるものである。

なお支払基金等が減額査定を行った場合は、結果として保険診療と保険外診療が同一の傷病について同時に行われたことになり、前述した相乗りを許さないとする行政解釈に反する結果となる。

(ほり・かつひろ 社会保障研究所調査部長)

資 料

昭和60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。
(社会保障研究所)

I 昭和60年度社会保障給付費推計結果の概要

1. 昭和60年度の社会保障給付費は、総額 35 兆 6,468 億円であり、「医療」、「年金」、「その他」の部門別構成比でみると「医療」がはじめて40%を下回った。

1) 国民1人当たり社会保障給付費は、29万4,500円であり、一世帯当たりでは92万5,300円と、90万円をこえる社会保障給付がなされている。

2) 社会保障給付費を「医療」、「年金」、「その他」に大別すると、「医療」が14兆1,625億円（構成割合39.7%）、「年金」が17兆123億円（構成割合47.7%）、「その他」が4兆4,719億円（構成割合12.5%）となっており、「医療」がはじめて構成比で40%を下回った。また、「その他」については、社会福祉及び生活保護の給付があわせて前年度に比べ911億円増加しているにもかかわらず、雇用保険の給付が前年度に比べ2,409億円減少していること

が大きく影響して1,172億円の減となっている。

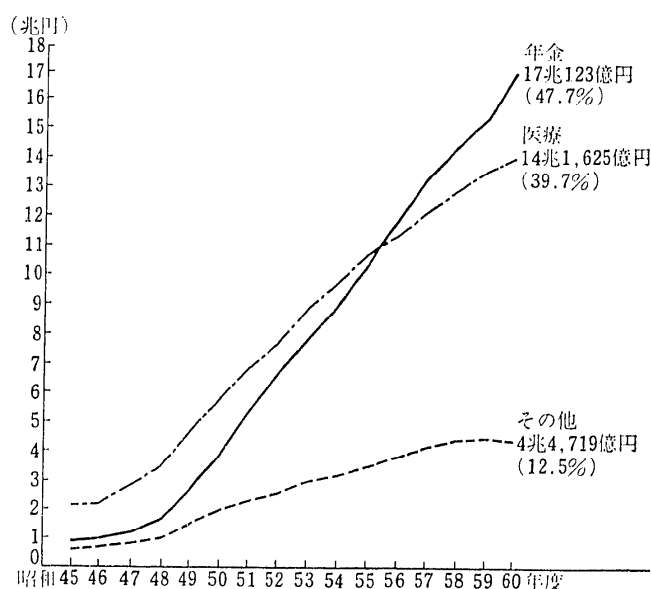


図1 社会保障給付費の部門別推移

注 社会保障給付費の範囲

(1) 社会保障給付費の範囲は、ILO（国際労働機関）が国際比較上定めた社会保障の基準にもとづいて決定されている。

ILO では社会保障の基準を次のように定めている。即ち、以下の3基準を満たす全ての制度を社会保障制度と定義する。

① 制度の目的が、治療的または予防的医療を提供するもの、所得保障を行うもの、あるいは扶養家族に対して補足的給付を提供するものであること。

② 制度が法律によって定められ、それによって特定の個人に権利が付与され、あるいは公的、準公的、もしくは独立の機関に特定の責任が課せられるものであること。

③ 制度が公的、準公的、もしくは独立の機関によって管理されていること。

ただし、業務災害補償は、その責任が直接事業主に課せられているので、上記③を満たさないが社会保障に含める。

上記の基準に従えば社会保障制度として、社会保険制度（雇用保険や労働者災害補償保険を含む）、家族手当制度、公務員に対する特別制度、公衆衛生サービス、公的扶助、社会福祉制度、戦争犠牲者に対する給付などが含まれる。

注）ILO に対する報告は3年毎に行っている。今回は昭和60年12月に昭和56～58年度分を報告した。

(2) 社会保障給付費の「医療」、「年金」、「その他」別分類は次のとおりである。

「医療」には、医療保険、老人保健の医療給付、生活保護の医療扶助、労災保険の医療給付、結核、精神その他の公費負担医療、保健所等が行う公衆衛生サービスに係る費用等が含まれる。

「年金」には、厚生年金、国民年金等の公的年金、恩給及び労災保険の年金給付等が含まれる。

「その他」には、生活保護の医療扶助以外の各種扶助、児童手当等の各種の手当、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 部門別社会保障給付費の前年度との比較

社会保障給付費	昭和59年度	昭和60年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
計	335,770	356,468	20,698	6.2%
医療	134,311	141,625	7,314	5.4
年金	155,567	170,123	14,556	9.4
その他	45,891	44,719	△1,172	△2.6
うち 雇用保険	13,486	11,078	△2,409	△17.9
生活保護	6,449	6,563	113	1.8
社会福祉	14,653	15,451	798	5.4
その他	11,302	11,628	326	2.9

2. 年金保険給付費、老人保健（医療分）給付費、老人福祉サービス給付費をあわせた高齢者関係給付費は、昭和60年度には18兆9,420億円と、前年度に比し1兆8,960億円増加し、伸び率にして11.1%と社会保障給付費全体の伸び率6.2%に比べ著しく伸びている。（表2参照）

3. 昭和60年度社会保障給付費の対前年度伸び率は6.2%と、国民所得の伸び率6.1%をわずかに上回った。また、対国民所得比は14.01%で前年度と同じである。これは「年金」部門が対国民所得比6.69%と前年度に比し0.20%ポイント上昇しているにもかかわらず、昭和59年に行われた雇用保険制度改正の満年度効果等により「その他」部門が対国民所得比1.76%と前年度に比し0.15%ポイント低下したこと等の影響によるものである。（表3参照）

表 2 高齢者関係給付費の前年度との比較

	昭和59年度	昭和60年度	対前年度伸び率
年金保険給付費	131,459億円	145,682億円	10.8%
老人保健（医療分）給付費	35,534	40,070	12.8
老人福祉サービス給付費	3,467	3,668	5.8
計	170,460	189,420	11.1
60歳以上人口	1,714万人	1,787万人	4.3%
65歳以上人口	1,196	1,247	4.3
70歳以上人口	792	828	4.4
社会保障給付費	335,770億円	356,468億円	6.2%

（注）老人福祉サービス給付費は、老人保護関係給付費及び在宅福祉サービス関係給付費からなる。

表 3 部門別社会保障給付費（対国民所得比）の前年度との比較

社会保障給付費	昭和59年度	昭和60年度	対前年度増加分
計	14.01%	14.01%	0.00%ポイント
医療	5.60	5.57	△0.03
年金	6.49	6.69	0.20
その他	1.91	1.76	△0.15
うち 雇用保険	0.56	0.44	△0.12
生活保護	0.27	0.26	△0.01
社会福祉	0.61	0.61	△0.00
その他	0.47	0.46	△0.01

参考 社会保障給付費の国際比較

表 4 社会保障給付費、租税・社会保障負担率等の国際比較

(単位: %)

国 名	社会保障給付費 の対国民所得比 1983年	老年人口比率 (65歳以上 人口比率) 1983年	年金成熟度 (老齢年金受給 者の加入者に 対する割合) 1983年	租税・社会保障負担の対国民所得比 1983年		
				租 税 負 担	社会保障負担	計
日 本	14.0	9.8	18.2	23.7	10.2	33.9
1985年	14.0	10.3	20.2	24.5	10.6	35.1
ア メ リ カ	17.9	11.7	(1983) 18.9	26.6	10.0	36.6
イ ギ リ ス	25.8	14.9	(1981) 20.6	41.9	11.4	53.3
西 ド イ ツ	31.0	14.9	(1982) 28.0	31.0	22.7	53.7
フ ラ ン ス	(1980) 33.3	(1980) 14.1	(1981) 38.7	33.5	28.7	62.2
スウェーデン	43.3	16.9	(1983) 32.5	49.1	19.9	69.0

(単位: %)

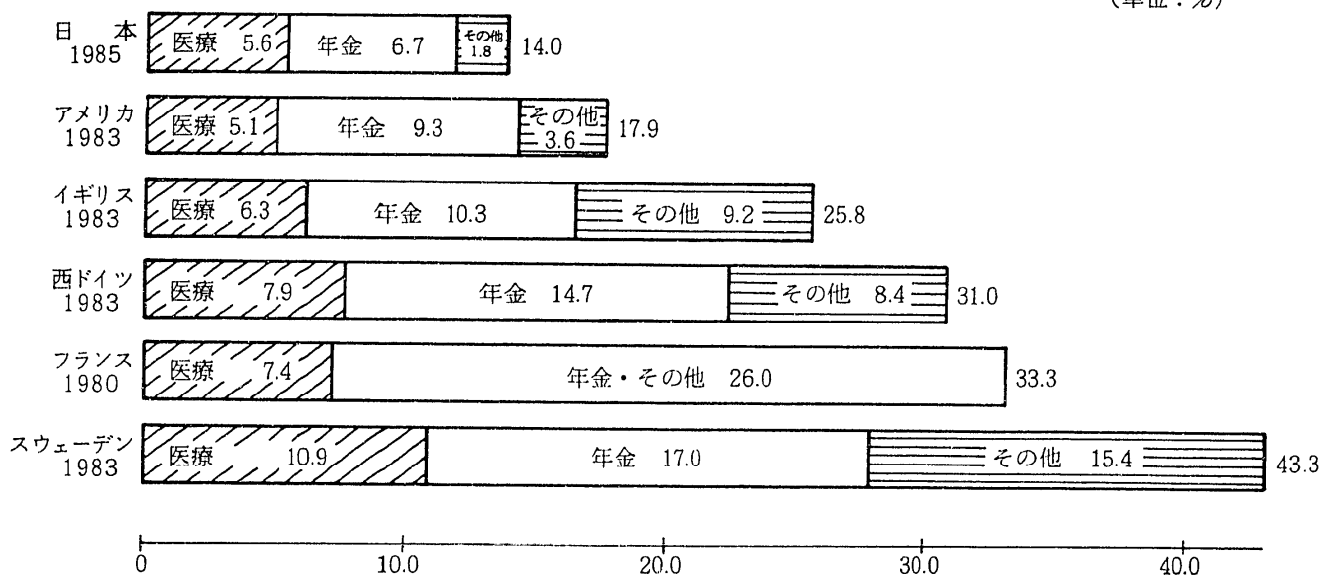


図 2 社会保障給付費 (対国民所得比) の部門別構成の国際比較

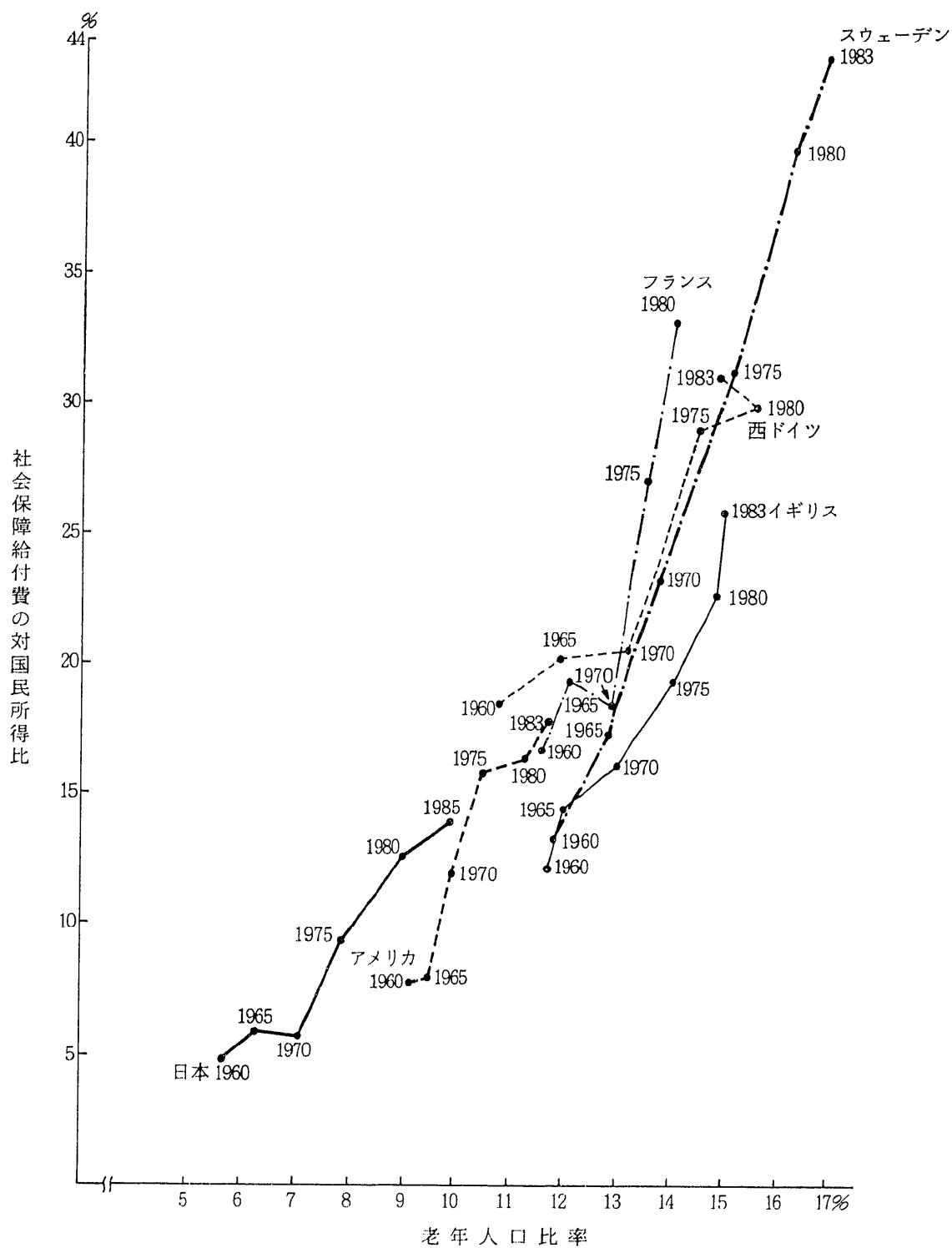


図3 老年人口比率（65歳以上人口比率）と社会保障給付費（対国民所得比）の国際比較

Ⅱ 統 計 表

第1表 社会保障給付費の部門別推移

年 度	社 会 保 障 給 付 費					国民所得 (億円)
	総 数 (億円)	医 療 (億円)	構 成 割 合 (%)	年 金・その他 (億円)	構 成 割 合 (%)	
昭和25(1950)	1,261	646	51.2	615	48.8	—
26(1951)	1,571	804	51.1	768	48.9	44,346
27(1952)	2,194	1,149	52.3	1,046	47.7	52,159
28(1953)	2,577	1,480	57.5	1,096	42.5	60,015
29(1954)	3,841	1,712	44.6	2,129	55.4	65,917
30(1955)	3,893	1,919	49.3	1,974	50.7	72,985
31(1956)	3,986	2,018	50.6	1,969	49.4	81,734
32(1957)	4,357	2,224	51.0	2,133	49.0	93,547
33(1958)	5,078	2,099	41.3	2,981	58.7	96,161
34(1959)	5,778	2,523	43.7	3,255	56.3	110,233
35(1960)	6,553	2,942	44.9	3,611	55.1	132,691
36(1961)	7,900	3,850	48.7	4,050	51.3	157,551
37(1962)	9,219	4,699	51.0	4,520	49.0	177,298
38(1963)	11,214	5,885	52.5	5,329	47.5	206,271
39(1964)	13,475	7,328	54.4	3,056	22.7	233,904
40(1965)	16,037	9,137	57.0	3,508	21.9	263,804
41(1966)	18,670	10,766	57.7	4,199	22.5	310,917
42(1967)	21,644	12,583	58.1	4,947	22.9	369,114
43(1968)	25,096	14,679	58.5	5,835	23.3	428,291
44(1969)	28,732	16,974	59.1	6,583	22.9	514,224
45(1970)	35,239	20,758	58.9	8,562	24.3	610,297
46(1971)	39,670	22,498	56.7	10,167	25.6	659,105
47(1972)	48,937	27,938	57.1	12,341	25.2	779,369
48(1973)	61,152	33,726	55.2	16,728	27.4	958,396
49(1974)	88,894	46,918	52.8	26,740	30.1	1,124,716
50(1975)	116,726	56,881	48.7	38,865	33.3	1,239,907
51(1976)	144,828	67,862	46.9	53,430	36.9	1,403,972
52(1977)	168,462	75,755	45.0	65,993	39.2	1,557,032
53(1978)	197,213	88,661	45.0	78,538	39.8	1,717,785
54(1979)	219,066	97,115	44.3	89,987	41.1	1,822,069
55(1980)	246,044	106,582	43.3	104,709	42.6	1,993,352
56(1981)	273,578	114,424	41.8	120,616	44.1	2,081,566
57(1982)	299,489	122,982	41.1	134,115	44.8	2,168,591
58(1983)	319,016	129,931	40.7	144,966	45.4	2,281,188
59(1984)	335,770	134,311	40.0	155,567	46.3	2,397,498
60(1985)	356,468	141,625	39.7	170,123	47.7	2,544,744

注：四捨五入の関係で総数に一致しない場合がある。

資料：国民所得は、昭和45年度以降については、経済企画庁「昭和62年版国民経済計算年報」による。

なお、昭和40～44年度については、「昭和55年基準改訂国民経済計算」（昭和60年10月）、39年度以前は「昭和53年版国民所得統計年報」による。

第2表 社会保障給付費の部門別推移(対国民所得比)

(単位：%)

年 度	社 会 保 障 給 付 費			
	総 数	医 療	年 金	その他
昭和25(1950)	—	—	—	—
26(1951)	3.54	1.81	1.73	—
27(1952)	4.21	2.20	2.00	—
28(1953)	4.29	2.47	1.83	—
29(1954)	5.83	2.60	3.23	—
30(1955)	5.33	2.63	2.70	—
31(1956)	4.88	2.47	2.41	—
32(1957)	4.66	2.38	2.28	—
33(1958)	5.28	2.18	3.10	—
34(1959)	5.24	2.29	2.95	—
35(1960)	4.94	2.22	2.72	—
36(1961)	5.01	2.44	2.57	—
37(1962)	5.20	2.65	2.55	—
38(1963)	5.44	2.85	2.58	—
39(1964)	5.76	3.13	1.31	1.32
40(1965)	6.08	3.46	1.33	1.29
41(1966)	6.00	3.46	1.35	1.19
42(1967)	5.86	3.41	1.34	1.11
43(1968)	5.86	3.43	1.36	1.07
44(1969)	5.59	3.30	1.28	1.01
45(1970)	5.77	3.40	1.40	0.97
46(1971)	6.02	3.41	1.54	1.06
47(1972)	6.28	3.58	1.58	1.11
48(1973)	6.38	3.52	1.75	1.12
49(1974)	7.90	4.17	2.38	1.35
50(1975)	9.41	4.59	3.13	1.69
51(1976)	10.32	4.83	3.81	1.68
52(1977)	10.82	4.87	4.24	1.72
53(1978)	11.48	5.16	4.57	1.75
54(1979)	12.02	5.33	4.94	1.75
55(1980)	12.34	5.35	5.25	1.74
56(1981)	13.14	5.50	5.79	1.85
57(1982)	13.81	5.67	6.18	1.95
58(1983)	13.98	5.70	6.35	1.93
59(1984)	14.01	5.60	6.49	1.91
60(1985)	14.01	5.57	6.69	1.76

第3表 社会保障給付費と国民所得の対前年度伸び率の推移
(単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費				国民所得
	総 数	医 療	年 金	その他	
昭和25(1950)	—	—	—	—	—
26(1951)	24.6	24.4	24.8	—	—
27(1952)	39.7	42.9	36.2	—	17.6
28(1953)	17.4	28.9	4.8	—	15.1
29(1954)	49.1	15.6	94.2	—	9.8
30(1955)	1.4	12.1	△7.3	—	10.7
31(1956)	2.4	5.1	△0.3	—	12.0
32(1957)	9.3	10.2	8.3	—	14.5
33(1958)	16.6	△5.6	39.8	—	2.8
34(1959)	13.8	20.2	9.2	—	14.6
35(1960)	13.4	16.6	10.9	—	20.4
36(1961)	20.6	30.9	12.2	—	18.7
37(1962)	16.7	22.0	11.6	—	12.5
38(1963)	21.6	25.2	17.9	—	16.3
39(1964)	20.2	24.5	15.3	—	13.4
40(1965)	19.0	24.7	14.8	9.7	—
41(1966)	16.4	17.8	19.7	9.2	17.9
42(1967)	15.9	16.9	17.8	11.1	18.7
43(1968)	16.0	16.7	18.0	11.4	16.0
44(1969)	14.5	15.6	12.8	12.9	20.1
45(1970)	22.6	22.3	23.8	22.3	18.7
46(1971)	12.6	8.4	18.7	18.3	8.0
47(1972)	23.4	24.2	21.4	23.6	18.2
48(1973)	25.0	20.7	35.5	23.6	23.0
49(1974)	45.4	39.1	59.9	42.4	17.4
50(1975)	31.3	21.2	45.3	37.7	10.2
51(1976)	24.1	19.3	37.5	12.2	13.2
52(1977)	16.3	11.6	23.5	13.5	10.9
53(1978)	17.1	17.0	19.0	12.3	10.3
54(1979)	11.1	9.5	14.6	6.5	6.1
55(1980)	12.3	9.7	16.4	8.7	9.4
56(1981)	11.2	7.4	15.2	10.9	4.4
57(1982)	9.5	7.5	11.2	10.0	4.2
58(1983)	6.5	5.6	8.1	4.1	5.2
59(1984)	5.3	3.4	7.3	4.0	5.1
60(1985)	6.2	5.4	9.4	△2.6	6.1

第4表 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得の推移

年 度	1 人 当 たり 社会保険給付費		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25(1950)	—	—	—	—
26(1951)	1.9	3.4	52.5	6.0
27(1952)	2.6	4.6	60.8	6.9
28(1953)	3.0	5.4	69.0	7.8
29(1954)	4.4	7.9	74.7	8.5
30(1955)	4.4	7.9	81.8	9.3
31(1956)	4.4	7.9	90.7	10.3
32(1957)	4.8	8.6	102.9	11.7
33(1958)	5.5	9.8	104.8	11.9
34(1959)	6.2	11.1	119.0	13.5
35(1960)	7.0	12.5	142.1	16.2
36(1961)	8.4	15.0	167.2	19.0
37(1962)	9.7	17.3	186.4	21.2
38(1963)	11.7	20.9	214.5	24.4
39(1964)	13.7	24.5	240.8	27.4
40(1965)	16.3	29.1	268.6	30.6
41(1966)	18.7	33.4	314.0	35.7
42(1967)	21.4	38.2	368.7	41.9
43(1968)	24.5	43.7	422.9	48.1
44(1969)	28.0	50.0	501.9	57.1
45(1970)	33.7	60.2	588.7	67.0
46(1971)	37.4	66.8	627.3	71.4
47(1972)	45.5	81.3	726.0	82.6
48(1973)	56.0	100.0	879.1	100.0
49(1974)	80.4	143.6	1,018.1	115.8
50(1975)	104.3	186.3	1,108.7	126.1
51(1976)	128.1	228.8	1,242.4	141.3
52(1977)	147.6	263.6	1,364.7	155.2
53(1978)	171.2	305.7	1,492.2	169.7
54(1979)	188.6	336.8	1,562.6	178.5
55(1980)	210.2	375.4	1,703.9	193.8
56(1981)	232.1	414.5	1,766.8	201.0
57(1982)	252.3	450.5	1,828.1	208.0
58(1983)	267.0	476.8	1,910.3	217.3
59(1984)	279.3	498.8	1,995.1	226.9
60(1985)	294.5	525.9	2,104.3	239.4

第5表 ILO 基準による昭和60年度社会保障費用

(単位: 百万円)

	収					入				
	拠 出		社会保 険特別 税	国庫負担	他の公費 負担	資産収入	そ の 他	小 計	他制度か らの移転	収入合計
	被保険者	事 業 主								
社 会 保 険										
1. 健 康 保 険										
(A) 政府管掌健康 保険	1,664,181	1,657,094	—	538,074	—	2,819	1,383,416	5,245,584	6,185	5,251,769
(B) 組合管掌健康 保険	1,364,480	1,809,799	—	5,431	—	142,946	284,809	3,607,465	—	3,607,465
2. 国民健康保険	1,976,669	—	—	2,371,423	243,300	—	333,157	4,924,549	351,238	5,275,788
退職者医療制 度(再掲)	(174,211)	—	—	—	—	—	—	(174,211)	(351,238)	(525,449)
3. 老 人 保 健	—	—	—	798,585	398,885	—	121,671	1,319,140	2,703,747	4,022,887
4. 厚生年金保険	3,752,653	3,752,653	—	943,469	—	3,329,443	16,384	11,794,603	—	11,794,603
5. 厚生年金基金等	319,698	887,792	—	15,394	—	979,117	7	2,202,008	—	2,202,008
6. 国 民 年 金	1,576,179	—	—	1,870,006	—	182,743	207,869	3,836,797	—	3,836,797
7. 農業者年金基金	67,556	—	—	86,650	—	41,495	—	195,701	—	195,701
8. 船 員 保 険	68,352	118,794	—	54,987	—	25,520	42,017	309,670	—	309,670
9. 農林漁業団休職 員共済組合	64,725	64,725	—	22,843	—	78,415	2,028	232,735	—	232,735
10. 私立学校教職員 共済組合	89,599	87,896	—	8,096	6,128	70,240	132	262,091	0	262,092
11. 雇 用 保 険	524,919	859,489	—	306,780	—	61,149	5,926	1,758,264	—	1,758,264
12. 労働者災害補償 保険	—	1,019,008	—	1,560	—	—	43,763	1,064,332	—	1,064,332
家 族 手 当										
13. 児 童 手 当	—	83,172	—	64,750	28,157	—	8,161	184,240	—	184,240
公 務 員										
14. 国家公務員等共 済組合										
(A) 国家公務員共 済組合	383,190	815,585	—	46,317	—	268,925	5,247	1,519,264	—	1,519,264
(B) 公共企業体職 員等共済組合	233,453	870,406	—	—	—	150,245	20,490	1,274,595	—	1,274,595
15. 地方公務員等共 済組合	1,071,843	2,118,330	—	—	206,363	832,820	312,261	4,541,618	12,986	4,554,603
16. 旧令共済組合等	—	3,849	—	21,192	—	183	0	25,224	—	25,224
17. 国家公務員災害 補償	—	9,525	—	—	—	—	—	9,525	—	9,525
18. 地方公務員等災 害補償	0	18,849	—	—	—	2,525	1,534	22,907	—	22,907
19. 公共企業体職員 業務災害	—	6,075	—	—	—	—	—	6,075	—	6,075
20. 国家公務員恩給	849	124,009	—	12,486	—	—	—	137,344	—	137,344
21. 地方公務員恩給	—	194,598	—	—	—	—	—	194,598	—	194,598
公衆保健サービス										
22. 公 衆 衛 生	—	—	—	466,254	217,833	—	—	684,087	—	684,087
公的扶助及び社会福祉										
23. 生 活 保 護	—	—	—	1,065,864	464,511	—	—	1,530,375	—	1,530,375
24. 社 会 福 祉	—	—	—	1,259,840	463,971	—	—	1,723,811	—	1,723,811
戦争犠牲者										
25. 戦争犠牲者	—	—	—	1,811,044	—	—	—	1,811,044	—	1,811,044
総 計	13,158,347	14,501,649	—	11,771,044	2,029,148	6,168,586	2,788,874	50,417,647	3,074,156	53,491,803

		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		2,492,062	256,716	—	—	—	—	—	—
(B) 組合管掌健康保険		1,843,585	179,979	—	—	—	—	—	—
2. 国 民 健 康 保 険		3,297,589	48,010	—	—	—	—	—	—
退職者医療制度(再掲)		(526,845)	—	—	—	—	—	—	—
3. 老 人 保 健		4,007,001	—	—	—	—	—	—	—
4. 厚 生 年 金 保 険		—	—	—	—	—	6,227,415	—	—
5. 厚 生 年 金 基 金 等		—	—	—	—	—	310,078	—	—
6. 国 民 年 金		—	—	—	—	—	3,566,116	—	—
7. 農 業 者 年 金 基 金		—	—	—	—	—	182,432	—	—
8. 船 員 保 険		40,603	9,093	7,782	24,686	5,838	173,503	13,599	—
9. 農林漁業団体職員共済組合		—	—	—	—	—	146,407	—	—
10. 私立学校教職員共済組合		52,217	4,934	—	—	—	50,860	—	—
11. 雇 用 保 険		—	—	—	—	—	—	1,107,781	—
12. 労働者災害補償保険		—	—	234,809	380,387	218,498	—	—	—
家 族 手 当									
13. 児 童 手 当		—	—	—	—	—	—	—	—
公 務 員									
14. 国家公務員等共済組合									
(A) 国家公務員共済組合		181,917	10,881	—	186	—	850,205	—	—
(B) 公共企業体職員等共済組合		119,424	5,724	—	9,045	—	963,177	—	—
15. 地方公務員等共済組合		497,749	34,070	—	30	—	2,045,037	—	—
16. 旧 令 共 済 組 合 等		25	1,450	—	—	—	18,995	—	—
17. 国家公務員災害補償		—	—	4,249	3,865	1,310	—	—	—
18. 地方公務員等災害補償		—	—	7,066	9,658	3,207	—	—	—
19. 公共企業体職員業務災害		—	—	489	5,557	30	—	—	—
20. 国 家 公 務 員 恩 給		—	—	—	—	—	124,858	—	—
21. 地 方 公 務 員 恩 給		—	—	—	—	—	194,598	—	—
公衆保健サービス									
22. 公 衆 衛 生		509,293	79,168	—	—	—	—	—	—
公的扶助及び社会福祉									
23. 生 活 保 護		846,442	308	—	—	—	—	—	—
24. 社 会 福 祉		16,204	—	—	—	—	—	—	—
戦 争 犠 牲 者									
25. 戦 争 犠 牲 者		3,991	—	—	—	—	1,725,248	—	—
総 計		13,908,101	630,333	254,394	433,415	228,884	16,578,929	1,121,380	

注 1) 第5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——日雇拠出金、退職者医療拠出金、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

(単位: 百万円)

出								収 支 差
付			管 理 費	そ の 他	小 計	他制度への 移転	支 出 合 計	
そ の 他		計						
医療以外の 現物	現 金							
—	16,233	2,765,011	48,081	1,460,169	4,273,261	681,071	4,954,332	297,437
—	14,279	2,037,843	84,956	372,787	2,495,586	625,298	3,120,884	486,581
—	12,698	3,358,297	164,002	187,179	3,709,478	1,455,273	5,164,751	111,037
—	—	(526,845)	—	—	(526,845)	—	(526,845)	—
—	—	4,007,001	3,269	12,531	4,022,801	—	4,022,801	86
—	—	6,227,415	32,840	230,927	6,491,182	0	6,491,182	5,303,421
—	—	310,078	33,114	253	343,445	—	343,445	1,858,563
—	—	3,566,116	98,244	39,321	3,703,681	—	3,703,681	133,116
—	—	182,432	3,557	1,595	187,584	—	187,584	8,116
—	1,222	276,326	2,771	7,112	286,208	13,846	300,054	9,616
—	—	146,407	2,203	237	148,847	—	148,847	83,888
—	1,158	109,169	2,300	1,315	112,783	14,553	127,337	134,755
—	—	1,107,781	63,249	226,687	1,397,717	—	1,397,717	360,548
—	—	833,695	32,811	112,463	978,969	—	978,969	85,363
—	158,937	158,937	4,530	8,169	171,636	—	171,636	12,604
—	3,476	1,046,665	2,256	34,574	1,083,496	66,054	1,149,550	369,715
—	1,709	1,099,078	695	11,183	1,110,956	36,824	1,147,780	126,815
—	9,381	2,586,267	16,713	590,996	3,193,976	152,806	3,346,783	1,207,821
—	—	20,470	244	4,398	25,112	—	25,112	112
—	—	9,424	—	101	9,525	—	9,525	—
—	—	19,931	1,197	93	21,221	—	21,221	1,686
—	—	6,075	—	—	6,075	—	6,075	—
—	—	124,858	12,486	—	137,344	—	137,344	—
—	—	194,598	—	—	194,598	—	194,598	—
1,307	—	589,767	4,527	89,793	684,087	—	684,087	—
—	655,961	1,502,711	27,664	—	1,530,375	—	1,530,375	—
1,187,795	357,319	1,561,318	18,544	143,949	1,723,811	—	1,723,811	—
1,746	68,112	1,799,096	11,948	—	1,811,044	—	1,811,044	—
1,190,848	1,300,485	35,646,768	672,198	3,535,831	39,854,798	3,045,725	42,900,523	10,591,280

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,
承継差益

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日雇特例, 退職者

医療及び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, 管轄費, 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

第6表 制度別社会保障給付費の推移

区 分 \ 年 度		昭和45 (1970)	50 (1975)	55 (1980)	56 (1981)	57 (1982)	58 (1983)	59 (1984)	60 (1985)
給 付 費 (百万円)	総 計	3,523,909	11,672,622	24,604,398	27,357,797	29,948,896	31,901,628	33,576,987	35,646,768
	医 療 保 険	1,781,093	4,924,184	9,361,325	10,129,332	10,697,372	8,804,681	8,882,880	9,149,803
	老 人 保 健	—	—	—	—	226,647	3,297,053	3,594,625	4,056,844
	年 金 保 険	476,592	2,904,542	8,376,552	9,801,123	11,018,737	12,090,526	13,145,892	14,568,174
	雇用保険及び業 務災害補償保険	289,019	1,015,305	1,558,152	1,750,581	2,035,508	2,124,587	2,208,335	1,990,505
	児 童 手 当	—	144,435	177,765	164,078	165,965	164,974	163,662	158,937
	生 活 保 護	274,293	676,414	1,155,310	1,236,304	1,336,779	1,400,891	1,462,479	1,502,711
	社 会 福 祉	133,356	762,758	1,599,936	1,745,798	1,852,981	1,423,463	1,480,063	1,561,318
	公 衆 衛 生	180,210	323,962	484,048	496,630	506,367	505,108	536,070	539,924
	恩 給	319,993	811,080	1,700,853	1,834,593	1,909,317	1,905,024	1,887,569	1,902,298
	戦争犠牲者援護	68,452	109,943	190,457	199,358	199,227	185,320	215,412	216,254
構 成 割 合 (%)	総 計	100.0	100.0	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	26.5	25.7
	老 人 保 健	—	—	—	—	0.8	10.3	10.7	11.4
	年 金 保 険	13.5	24.9	34.0	35.8	36.8	37.9	39.2	40.9
	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	6.6	5.6
	児 童 手 当	—	1.2	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4
	生 活 保 護	7.8	5.8	4.7	4.5	4.5	4.4	4.4	4.2
	社 会 福 祉	3.8	6.5	6.5	6.4	6.2	4.5	4.4	4.4
	公 衆 衛 生	5.1	2.8	2.0	1.8	1.7	1.6	1.6	1.5
	恩 給	9.1	6.9	6.9	6.7	6.4	6.0	5.6	5.3
	戦争犠牲者援護	1.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	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。

編集後記

今年は、国連の国際居住年であり、11月には日本で国際会議が行われる予定で、各国の住宅関係専門家が一同に会するはずである。また、各地域、住宅関連団体、自治体等ではシンポジウムが、また雑誌等では住宅特集が行われている。国際居住年のテーマは、「ホームレス」で、発展途上国の住居の状態改善に力点が置かれているが、現今アメリカ、イギリス等の先進国においてもホームレスが大きな社会的問題となっている。国連のホームレスとは、家のない人々および過密居住、不良住宅居住等の住むにふさわしくない居住状況も含めてホームレスとしているので、先進各国ではこの機会に再度居住水準の向上に取り組もうとしている。

本号は、研究所創立記念日のシンポジウムおよび研究プロジェクト報告を中心に構成されている。研究プロジェクトは2ヵ年間計画で行われたもので、「社会保障と住宅政策の関連に関する理論的・実証的研究」の研究結果の一部がここに掲載されている。今年は国際居住年でもあるので、本季刊誌の「住宅特集」としたいと考えている。

わが国の住宅状況は、ここ1年のあいだの地価暴騰のため救いがたく住宅問題解決を一層困難にしてしまったように思える。住宅とは Box、箱ではなくて、福祉サービスを含めた老人、障害者をはじめ、誰れもが生活可能な地域をつくることであると思う。こんなに地価が高くなってしまえば、新たに自治体が福祉施設を建設することが不可能になるのではないかと危惧してしまう。かつて、アメリカのヘンリー・ジョージが、“土地改革こそ福祉”であると述べた事が現実として理解できるようになった。研究所が所在している赤坂では地価が1坪1億円といわれている。先祖から住み続けてきた小さな家でも固定資産税や相続税が高くて老人が住み続けられなくなっている。在宅福祉とは住み慣れた地域で生活し、そして福祉を得ることではないでしょうか。(K.O.)

編集委員長 小山路男 (社会保障研究所長)

編集委員 地主重美 (千葉大学教授)

都村敦子 (社会保障研究所研究部長)

西三郎 (東京立大学教授)

庭田範秋 (慶応義塾大学教授)

野口悠紀雄 (一橋大学教授)

福武直 (東京大学名誉教授)

編集幹事 大本圭野 (社会保障研究所主任研究員)

木村陽子 (社会保障研究所研究員)

保坂哲哉 (上智大学教授)

星野信也 (東京立大学教授)

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)

宮澤健一 (一橋大学教授)

下平好博 (社会保障研究所研究員)

(五十音順)

季刊

社会保障研究 Vol. 23, No. 2, Autumn 1987

(通巻 97 号)

昭和62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 東 京 大 学 出 版 会
法人

〒113 東京都文京区本郷 7 丁目 3 番地 1 号

電話 (811) 8 8 1 4 振替東京 6-5 9964