

研究会抄録

(昭和52年5月～昭和52年8月)

経済分析研究会

6月には、国民医療費の最近の動きを中心に報告が行なわれた。〔「国民医療費の動向」，報告者：中村文子〕

まず昭和50年度の国民医療費推計額について、49年度との比較、30年度以降の流れ、当年度の特色や問題点が述べられ、ついで報告者による医療費の将来予測の試みが紹介された。

49年10月に行なわれた16%の医療費引上げは、49～50年の国民医療費増大20%中の8%（寄与率40%）に反映されている。医療費増大の要因は、普通、人口増、受療率、医療費改訂およびその他に分けて考えられるが、49～50年には受療率がやや減少気味であった。むしろ40年以降を通していても、その他の要因の増加傾向が大きい。なお、主体別にみると、医療費の増加に対して寄与率が高いのは、被用者保険の被扶養者、および国民健保の被保険者であることもつけ加えられた。但し老人医療費の10割給付の影響は、ほぼ出つくしているとみられる。問題は、高額療養費の影響が今後どのように現われるかである。そこで高額療養費の比重をみると、現在、一般診療点数に占める高額医療費（X線、放射線治療、ラジオアイソトープ、内視鏡検査、神経手術、人口心肺、人口腎臓、閉鎖循環式麻酔等）の割合は、被保険者で22%、被扶養者で1.2%、合計1.8%となり、余り高くない。しかし今後どのようになっていくかを追跡把握する必要がある。

続いて51～55年間の国民医療費予測の試算が紹介された。従来の予測は、点数表の伸びのみが問題とされていた。確かにそこでは技術革新による医療技術又はサービスの高度化や給付率の伸びが考慮されている。しかし今回はそれに加えて、国民医療費中の薬剤費の比重が大きい事実から、一般診療費に占める薬剤費の割合について、1%減少と1%増大との二つのケースに分け予測を行なっている。点数改訂による医療費引上率については、技術料分野の引上げを13%と16%との二つのケースに分け、薬剤費割合についての二つの仮定と組み合わせ、合計四つの場合を算出している。

その結果、55年度における国民医療費の対GNP比は5.3%から6.9%の間と予測される。なお、診療報酬改

定率の積算基礎については、51年2月の中医協資料と今回の予測に用いたものとの比較がなされた。それによると、病院については、今回の予測の方がかなり低い、一般診療所については、50～51年の実績を基礎にすると、今回の予測の方が、やや高い。

7月には、「所得分布と国民生活実態調査」（報告者：城戸喜子）と題し、昭和40年以降の同調査を用いて、同調査における所得分布統計の特性と限界、および同統計に基づく単身世帯の所得分布分析のための基礎的情報の整理が報告された。

同所得分布統計の特長としては、1. 全業態および単身世帯を含むこと、2. 世帯の種々の社会的属性と所得分布統計とを組み合わせていること、3. 比較的多くの低所得世帯を標本として含んでいることの三つが挙げられよう。第1の特性については、日本の所得分布統計が一般に、勤労者（世帯）中心であり、また単身世帯を含まないのに対し、同統計が農耕世帯を含み、また自営業世帯や無業世帯の標本もかなりとっていること、および単身世帯も業態別に把握していることを指し、特に単身世帯の場合、第2の特性と絡んで、若年雇用者世帯といった比較的所得水準の高い層と、老人無業世帯という低所得層との混在を、はっきり区別できる点に、他の所得分布統計にない重要な情報を有していることが指摘できよう。第2の特性については、世帯人員、世帯構成、世帯類型、世帯の種類、世帯主の年齢といった指摘と所得分布との組み合わせから、高齢者世帯や老人単身世帯の状況が把握できることが述べられた。第3の点については、中間階層中心の家計調査と、高所得層中心の貯蓄動向調査とを補完するものとしての意義を挙げておきたい。

しかし、同調査の所得統計は、家計簿記帳に基づくものでなく、アンケート方式であり、また収支バランス表がないこと、および他の諸所得分布統計や国民所得統計との比較等から、特に農耕世帯と無業世帯については、資料の信頼性に関し、一層の検討が必要であるように思われる。さらに第2の特性との関連で、世帯の種々の社会的属性と所得統計との組み合わせを有効に用いるには、標本数が少なすぎるケースも出てくることを付け加えておきたい。

単身世帯分析の基礎情報としては、第1に単身世帯全

体として、2人以上世帯に比べ低所得水準に偏っていること、第2に、その中では雇用者世帯が比較的所得水準が高く、不平等もあまり大きくないが自営業世帯では、不平等度が高いこと、無業世帯では、不平等度の水準は低い、それは全体に低い所得水準にかたまっているためと思われること、第3に、単身世帯の業態別構成比をみると、無業世帯の比率がかなり高いこと、さらに全世帯に占める単身世帯の比率も無業世帯で著しく高いことが明らかにされた。

問題の高齢者単身世帯については、昭和40年と50年とを比較できるにすぎないが、平均的所得（メディアン）でみて、単身者全体に対する位置づけではこの10年間にかなり改善されている。しかしその改善は、60～64歳、65～69歳の層での改善を主としていると思われること、年齢が進むにつれ、全体に対する位置は下る点に問題がある。最後に60歳以上の単身世帯について業態別構成比をみると、無業世帯が50年で約60%あり、他の業態に比べ最も高いという点に変化はないが、43年に比べればかなり低くなっており、その分は雇用世帯に吸収されていることがわかる。これは老人の雇用保障が進んだためか、あるいは働かねばならないという厳しい現実を反映しているのか、今後の検討が必要である。

統計調査研究会

「社会保険審査事件の現状と問題点」（5月、報告者：岡本和夫）では、まず、社会保険審査制度の概要、次いで、都道府県社会保険審査官による第1次審査、社会保険審査会による第2次審査別にそれぞれの審査請求取扱状況、審査請求の内訳、処分の種類別裁決状況等について統計資料から見た動向と現状の説明があった。これによると、最近の審査請求には年金に関するものが増えており、たとえば、厚生年金の老齢年金では、被保険者資格の有無、被保険者期間、脱退手当金支給の有無等が多く、障害給付では廃疾程度、遺族年金では重婚の内縁関係等に関するものが目立っている。また、健康保険では傷病手当金に関するものが比較的多いようである。

審査制度上の問題点の一つとして、未処理件数の累積がある。昭和46年の451件をピークとして、以後、減少に転じてはいるが、それでも昭和51年現在、まだ267件累積している。これは、審査官、審査委員の人数が少ないということのほか、過去にさかのぼっての古い証拠書類の整備、調査等に時間がかかるためである。どんなに早くても、裁決まで半年はかかり、1年以上というものが多く、駄目なものでも何とか助けたいので、長いので

は4年以上かかるものもあるそうである。また、社会保険の各種届出は事業主が行なうことになっているので、本人には分らないことが多く、古い証拠の得られないことが多い。本人にも分るような制度が望まれるということであった。

以上のほか、類似制度として、国保、共済等他の社会保険制度や社会保険以外の各種制度の不服審査制度についても、どういうものがあるか簡単な説明があった。

「東京都勤労者生計指標について」（7月、報告者：北川豊）では、CPI批判に端を発し、都知事の要請により昨年8月発足した東京都生計費指数問題研究会が本年4月に行なった標題に関する中間報告について概要の説明があった。

同研究会は、CPI批判の社会的背景と動向、CPI、家計調査、生計費指数の国内、国外における歴史的経過と現状等の基本的事項の検討をふまえて、現在、汎用指数化してしまったCPIとは別個に、勤労者生計指標として、階層・類型別に生計費指数、家計調査および価格調査の3本の作成が必要であることを提言している。そして、階層・類型別に同質な世帯グループの選定基準として、インフレによる生活圧迫を最も強く受けているグループ、都のシビルミニマム政策に沿うグループ、都民に占める割合の高いグループというような点が挙げられた。具体的には、年齢30～40歳代の雇用者である世帯主に限定し、職業分類等の質的標識を用いて、①中企業生産労働者、②小企業生産労働者、③大企業事務労働者、④中企業販売サービス労働者の4階層を選定し、これに、①世帯構成員が夫婦と子供2人、②子供の成長度が保育園または幼稚園から高校まで、③働き手は1人か2人という3つの世帯類型を組み合わせ、さらに、特定世帯として年金生活者を加えた合計13の階層・類型別世帯グループを設定している。

生計費指数としては、消費支出に土地家屋を加えたA指数、税金・社会保障負担金等をも加えたB指数のような消費品目の数量と質を固定したものほかに、世帯の発達、環境の変化等にもとまう消費内容の量的、質的变化を含んだ、同一生活水準維持のための生計費用の変化を測定する必要生計費指数の3種類を検討しているが、当面はB指数に重点をおいていること。家計調査は、生計費指数作成のためのウェイトデータとしてのみでなく、別個に家計分析そのものを行なう。都民の積極的な参加を得るために応募方式を考えていること。価格調査については、階層・類型別に品目と銘柄を選定して調査することが困難なので、当面は、主として、現行『小売物価

統計調査』の結果を利用し、生活実態分析に必要な範囲で生活防衛上の重要商品について個別価格データを調査すること等が詳細に説明された。

社会分析研究会

5月の「イギリスにおける社会福祉のマンパワー計画とトレーニングの最近の動向」(報告者、杉森創吉)では、イギリスの社会事業教育・訓練の歴史をはじめ、1971年に設立された、イギリスのソーシャルワーク分野全体の教育とトレーニングに大きな権限と役割をもつ CCETSW (The Central Council for Education and Training in Social Work) について紹介がなされた。また、イギリスにおける社会福祉のマンパワー計画についても、R. A. Birch リポートを中心に言及された。

歴史的にみると、社会事業にたずさわる人々の教育・訓練は、最初はボランティアに COS セツルメント等を中心にはじめられた。1903年、LSE と COS との joint lecture committee によって初めて大学でとりあげられて以降、次第に大学レベルでとりあげられるようになり、1940年代には statutory な機関がいくつかできるに至った。前述した 1971 年設立の CCETSW は、資格の統一をめざして、トレーニングコースの認定と個人の資格認定を行なう statutory な独立機関として新たに設置されたものである。60人の専門スタッフと150人の職員からなり、中央事務所と支部をもつ大組織であり、単一の資格=CQSW (the Certificate of the Qualification in Social Work) の付与を行なっている。これまで個々バラバラの資格で、複雑をきわめていたものから、単一の資格付与へ、またそれに基づく有資格ソーシャルワーカーの配置を押し進めるものとして重要な役割を担っている。

他方、マンパワー計画については、1976年の Birch リポートで、社会福祉マンパワーの現状と1980年代までの将来予測がなされており、いくつかの条件を変えて複数のモデルが示されている。この計画では80年代の半ばまでに半数のソーシャルワーカーを有資格にすること、ソーシャルワーカーの専門職としての地位を認め、有資格以外にソーシャルワークの仕事に任命できないようにすること、現在ソーシャルワークに従事している者全員に5年計画で適切な訓練を実施することなどが勧告されている。

7月は、「在宅サービスのスケルトニーソーシャル・アドミニストレーションの視点から一」(報告者：三浦文夫)というテーマの下で、社会福祉を「要援護者に対する諸方策および事業を中心とし、予防および環境整備

の対策を含むもの」と限定し、その実践体系と政策(または制度)体系の枠組が提示されたが、そこでは、ニーズ充足過程と社会福祉の供給過程の解明が必要とされる。

具体的には、初めに、社会的ニーズの定義の多様性が指摘された。特に、現在高度化、多様化している非貨幣的ニーズの特質に議論が集中され、「専門的」ニーズと「非専門的」ニーズ、「即自的」ニーズと「代替的」ニーズという概念を使用した分析モデルが提示された。さらに、ニーズ充足の目標と方法については、パーソナル・ウェルフェア・サービスによる自立性 (independency) の確保の問題、環境的アプローチによる社会的統合 (social integrate) の問題などが議論された。

次に、社会福祉の供給の二元性が指摘された。すなわち、第1に、社会福祉の需要はニーズとの関連で「明示的資源および技術などの条件によって規定されるニーズ」と規定され、第2に、社会福祉実践における効率性の確保の必要性が強調された。この文脈から需要と供給の対応関係(需要供給のメカニズムの決定基準)の検討が必要とされるが、具体的には、市場 vs 非市場、義務的 vs 任意的、基礎的 vs 追加的、強制的 vs 選択的などの7つの判断基準が提示された。これに基づいて公私、中央・地方の機能分担が検討されるわけである。社会福祉供給の課題としては、①社会福祉施設体系の在り方、②manpowerの問題、③研究・技術の開発の問題、④組織とその運営、⑤費用負担の問題などの研究の必要性が指摘された。

経済・社会研究会

5月には、「フリードマンの福祉国家批判」(報告者：高橋紘士)と題して、最近の M. フリードマンの主張の紹介と批判が行なわれた。フリードマンは、国民生活に対する政府の役割がゆきすぎると、自由の喪失、インフレおよび財政危機が生ずるとして、世界のいくつかの国や都市を例として挙げるところから論議を始め、福祉国家の基本的欠陥と彼が考えることや、政治市場の欠陥について詳細に述べ、経済的市場の優越性を強調する。もちろん、国民生活に相互協力の必要な面のあることは彼も認めるが、その実現方法は、あくまでも自発性・任意性を強調した組織に基づくことが重要であり、そのための最も効果的な方法は、やはり私的市場であるという。また、慈善の重要性も再説している。

これに対し報告者は、経済体制が政治市場を必要とするものになって来たこと、相互協力の場として、ティトマスの言う社会的市場—贈与たとえばコミュニティ・ケ

アの行なわれる場一の重要性を挙げ、社会的市場を醸成するための基盤整備こそ必要であるとする。そして問題は、国民生活に対する政府の役割を考えるときに、分権的システムの中で、どのように実現していくかという視点からの追求、および公私の役割分担にこそ議論の焦点を合わせるべきではないかという批判を行なった。

ついで一般討議が行なわれ、次のような指摘がなされた。

1. 政府の役割増大を表わす政府支出の増大と、それが自由市場を通して行なわれるかどうかということとは別問題である。
2. 政府支出のレベルごとに、自助や連帯性の意味が異なるのではない。
3. 自由の喪失は確かに一つの大きな問題であるが、それをどのように扱うべきかが検討されねばならない。

また福祉政策が自由を拡大する面もあり、簡単には結論のでない問題であろう。

4. 経済市場と社会市場との併立がどのように行なわれるべきかを検討しなければならない。

6月と7月とは、「総合社会政策の報告書について」その1（報告者：岸功，三重野卓）およびその2（一般討論まとめ：高橋紘士）と題して、上掲報告書につき、2回に亘り検討が行なわれた。これらについては本誌に詳細な報告が記載されているので省略する。

制度研究会

昭和52年度の制度研究会の研究課題は、前年度に引き続いて、医療保障を中心に各国社会保障の制度構造と組織を明らかにすることである。今期は以下のような報告とヒヤリングが行なわれた。

「オーストラリアの医療保障」（報告者：山崎泰彦，5月19日）では、20世紀初頭以降の社会保障の形成史をふりかえりながら、メディバンク制度を中心に報告が行なわれた。

メディバンク創設によってそれまであった民間基金の制度（加入率78%）は連邦に移管されたが、引き続き活動領域を縮小して存続した。償還基準は common fee から schedule fee に改められ、患者一部負担は5ドル以内または診療費の一定率以内におさえられた。なお、給付は第3者払方式も併用されかなり普及している。

1976年、医療費増高、政権交代、景気停滞を背景に、改革が行なわれメディバンクⅡが誕生した。ただし民間基金との選択制とし、高所得者の民間基金への加入を奨励して、両制度の競争による合理化をねらった。メディ

バンクの財源に充当するため課税所得の0.2%の賦課金を徴収することとなった。

病院のウェイトは公立が圧倒的に多く、ベッド総数の80%を占める。メディカル・スタッフは、俸給医、開業医、honorary の三つに分けられるが、クィーンマラント州では俸給制をとっており、メディバンクはその一般化をねらっている。他の州におけるシステムでは、public patients の費用が private patients に転嫁されるという非難があったり、visiting staff の control がきかないなど病院運営面における非効率さが指摘されている。

「ニュージーランド社会保障の視点」（報告者：地主重美，6月21日）は、ニュージーランド社会保障費の対国民所得比が長期的にコンスタントである事実と、専門家の間で高い評価を与えられている点に関心をもって行なわれてきた研究についての報告である。

現行社会保障制度では、給付は居住条件のみで拠出を要しない、老齢年金、家族給付、鉦夫給付を除いて選別的、均一給付に対し累進的拠出が組み合わされている。標準レートに補足分が付加される仕組みをとっているなど選別主義の優位と均一主義の支配を特徴とする。構造的にはカテゴリカル・セレクトィヴ・スキームでゆるいミーンズ・テストを伴う。ただし superannuation はこの原則から外れている。

ニュージーランドでこうした特徴をもつ社会保障制度がとられている背景には、普遍主義、保険主義、ないし所得比例方式に対する批判があることはいうまでもない。しかし、ニュージーランド型の社会保障が成立可能な条件として、産業構造にむける第1次産業の優位、人口構造とくに年齢構成の安定、労働力構造におけるとくに安定した年齢構成、福祉国家の理念その他価値観の対応などが満たされていることに留意しなければならない。以上が報告の主要なポイントである。

「ヨーロッパにおける医療の社会化」（報告者：三宅貴夫，7月19日）は、WHO フェローとしてヨーロッパ4ヵ国（西ドイツ、スウェーデン、ポーランド、ハンガリー）を訪問してえた研究成果の報告である。

いずれの国も医療の社会化が高度に進んでいるが、具体的な医療サービスの需要、供給面における社会化のしかたには大きな違いがある。社会保険の占めるウェイトは西ドイツが圧倒的に大きく、スウェーデンがこれに次ぎ、ハンガリーでは医療サービスに関しては保険がない。いずれの国にも程度の差こそあれ私費診療が存在するが、公的保健、医療サービス方式の占める重要性はハンガリーにおいて圧倒的に大きく、スウェーデンでもとくに病

院について大きいものに対して、西ドイツではあまり重要ではない。

ハンガリーでは病院、診療所が公立である。プライマリー・ケアは医師選択の自由こそないがうまく行なわれているが、公立病院の間にはレベルの差がみられる。一般的に経済資源が乏しいことが、発展の制約条件となっている。

西ドイツでは、病院財政法により公的病院中心に財政援助が行なわれているが、病院診療と開業医による入院外診療とが截然と区別されている点は、医療資源の不完全利用だとして批判されている。一般的に病院と開業医の連けいが悪く、重複検査が行なわれたり、退院患者のフォロー・アップがなされないという弊害を生んでいる。

スウェーデンでは、病院外来部門の重要性が高いが、患者が殺到するため待ち時間が極端に長い、開業医の患者も多く診療制限を行なっている。

ハンガリーでは医師の所得は高くないが、他の国々では相対的にかなり高く、また専門医を志望する傾向がきわめて強い。いずれの国でも辺地での開業、就業を嫌うため、種々の対策を講じているが十分な効果があがっていない。

以上が報告の要点で、ハンガリー・システムの評価、西欧システムとの比較について質問と議論があった。

政策研究会

6月7日、「社会保険庁業務課の諸問題」(報告者:黒木武弘)。業務課の所管業務は、厚生年金保険と船員保険の年金給付、国民年金の老齢給付の裁定および支払、さらにこれらの3制度の被保険者原簿の保管と管理である。被保険者記録の管理状況では、51年12月で1億2,535万件に達し、その大部分が磁気テープに記録されている。一方、年金受給権者数は、年金制度の成熟と制度改善にともない、急激に増加しつつあり、業務量を増大させている。

業務の内容は、(1)年金裁定にともなう年金証書、裁定

通知書の作成および交付、(2)通算対象期間の確認請求および地方庁における事務処理のための資格記録照会に対する回答、(3)年金の支払、(4)スライドおよび法律改正の実施にともなう年金額改定通知書の作成および送付、などである。なお、その他に、国民の年金に対する関心が高まるにつれ、年金業務のなかで来訪・電話あるいは文書による相談、照会などの仕事のウェイトが激増している。

業務課が当面している問題点は、(1)受給者増や法改正にともなう業務量の激増にいかに対応するか、(2)年金の毎月支払、年金裁定の迅速化、年金相談体制の強化などの要望に対してどのように対応するか、(3)被保険者記録の整備などである。

7月26日、「労働者安全衛生法の改正について」(報告者:鈴木佑治)。労働者安全衛生法は、47年6月に成立し、同年10月1日から実施されている。この法律は、労働者の安全(危険がない状態)と健康(有害な物質にさらされていない状態)を確保することを目的とし、そのために(1)最も有害なものについては製造段階で製造禁止、(2)製造段階で禁止すると社会的影響が大きいものについては許可制度、(3)有害物であることの表示、が行なわれている。

52年改正では、職業病対策の充実強化が図られ、とくに(1)新規の化学物質を製造または輸入する場合の有害性の調査、(2)重度の健康障害が生ずるおそれのあるものをすでに製造または輸入している場合の有害性の調査などを事業者に対して義務づけ、さらに(3)化学物質などまたは労働者の従事する作業と労働者の疾病との相関関係を把握するために、労働大臣が疫学的調査を行なうことができる、としたことが中心である。

今後に残された問題としては、(1)労働者側から要求されている労働者の就労拒否権を与えるかどうか、(2)産業医の資格を規定すべきだという要求があるが、規定の仕方が難しいこと、医師不足の現状などの困難な事情のなかでどう対処するか、などがある。

執筆者紹介(執筆順)

寺尾琢磨	慶応義塾大学名誉教授
馬場啓之助	社会保障研究所長
伊部英男	厚生年金基金連合会理事長
藤井康	淑徳短期大学教授
曾原利満	社会保障研究所主任研究員

大木圭野	社会保障研究所研究員
岸功	社会保障研究所研究員
高橋紘士	社会保障研究所研究員
三重野卓	社会保障研究所研究員
中野いく子	