

季刊

2001. 3. 29

社会保障研究

賞
出
用

Vol. 36

Spring 2001

No. 4

研究の窓

保健医療・福祉の人材育成をめぐる……江 草 安 彦 480

特集：社会サービスを支える看護・介護の人材をめぐる諸問題

介護・看護をめぐる労働法上の諸問題……林 弘 子 482

看護費用の分析……遠 藤 久 夫 494

看護教育の現状と課題……小 山 眞 理 子 505

看護・介護職員確保の現状と課題……奥 村 元 子 510

福祉職の人材育成をめぐる諸問題

—保健・医療・福祉の連携のあり方をめぐって—……平 野 方 紹 526

論 文

育児支援・年金改革と出生率……小 塩 隆 士 535

世帯構成員の長期療養に起因する経済厚生への損失について

—要介護者と寝たきりの経済的コスト—

……岩 本 康 志・小 原 美 紀・斉 藤 誠 547

動 向

社会保障法判例……永 野 仁 美 561

—厚生年金保険法上の届出義務違反と損害賠償（京都

市役所非常勤嘱託員厚生年金保険事件）—

平成10年度社会保障費—解説と分析—……国立社会保障・人口問題研究所 569

書 評

駒村康平・渋谷孝人・浦田房良著『年金と家計の経済分析』……大 石 亜 希 子 577

季刊社会保障研究 (Vol. 36, Nos. 1~4) 総目次…… 581

研究の窓

保健医療・福祉の人材育成をめぐって

少子・高齢、さらに家族形態の変化というわが国の人口構造の特徴は、高齢化の進行のスピードの速さ、著しい後期高齢人口の増加、さらに人口減少期への突入を目の前にして深刻さを増している。加えて、経済の低迷と不透明さは国民の自信喪失に拍車をかけている。

こうした中で、国民は「国民が安心して暮らせる社会」づくりに大きく期待している。保健医療・福祉ニーズの高度化、多様化に応えられる社会保障制度の構築。これらの制度に生命を通わせる財源の確保。保健医療・福祉サービスを担う人材の量的・質的確保などの解決が急務と言えよう。

1. 保健医療・福祉人材育成のグランドデザイン

21世紀の社会保障の未来図は今日、描き切れていないが、国民が安心して暮らせる近未来のグランドデザインが明らかでなければならない。

保健・医療・福祉のサービスを確かなものにするための、保健医療・福祉人材の育成についてのグランドデザインも関係者からは早急に明らかにするよう求められている。

1992年、厚生省は社会福祉施策の整備をマンパワーの確保と一体的に行う体制を整備するため組織改正を行い、施設人材課を設置し、福祉マンパワーの確保につとめることにした。

福祉マンパワー確保を含む今後の社会福祉の在り方について中央社会福祉審議会等において昭和61年1月から審議が続けられていたが、平成元年3月に「福祉の担い手の養成と確保」として、福祉を担う人々の量的質的両面にわたる拡充整備が重要課題である旨の意見具申があり、厚生省はこれをうけて「保健医療・福祉マンパワー対策本部」を設置し、対応することとした。

平成4年「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律案」（「福祉人材確保法」）、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律案」が成立。かくして、保健医療・福祉人材の量的・質的確保、充実に本格的な取り組みが始まった。人を相手に人が行う保健医療・福祉サービスは良質な従事者の質及び量の確保を最優先としなければならない。

ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21、障害者プラン、エンゼルプランなどに保健医療・福祉の各専門職毎に人材育成のおおよその量的目標は示されている。しかし人口構造、家族形態、生活の質や心の豊かさの重視、人権思想の浸透、病態像の変化などが年毎に大きく変化している今日、人材育成の量的目標は固定的にとらえるのではなく、見直し、調整をする必要がある。見直しは各専門職種間の機能を統合的に考察し、良質なサービスの確保の立場から量的目標の見直しを適宜行わねばならないだろう。少なくとも今後10年を見通した保健医療・福祉サービスの供給システム、及びこれを支える保健・医療・福祉に関するすべての専門職の需給計画を中心としたグランドデザインを明らかにされねばならない。

2. 保健医療・福祉人材の資質について

次に専門職の資質に関して考察することにして。資質は知識・技術及び性格・倫理観、情熱までを含むものであるが、ここではその詳細については触れない。サービスを必要とする乳幼児・障害者・高齢者・病弱者を問わず、保健医療・福祉サービスは保健医療サービスと福祉サービスのどちらか一方だけの提供では満足は得られない。生命、疾病・傷害にかかわる保健医療サービスとくらし・文化にかかわる福祉サービスは、両者の連携、ないし統合的にサービスが提供されてはじめて満足してもらえ。保健・医療・福祉の専門職養成の教育課程は統合的な視点での編成、卒後教育、現任研修も体系的な学習が必要であろう。

20世紀の保健医療・福祉は文明の所産としての分化を統合という手法でまとめようとしてきた。21世紀のそれは文化という視点で保健・医療・福祉を一人の人間のいのちとくらしというところで包括的にとらえたものでなければならない。保健医療・福祉専門職の育成のポイントであろう。

江 草 安 彦

(えぐさ・やすひこ 川崎医療福祉大学学長)

介護・看護をめぐる労働法上の諸問題

林 弘 子

はじめに

介護サービスを措置から契約へと改正した介護保険法が施行されて10ヵ月経過したが、在宅介護サービスの核となるホームヘルパー、特に家事援助型のホームヘルパーの労働条件に介護保険法の問題点と矛盾が集約されているといっても過言ではない。わが国の在宅訪問介護は、自治体の直営から民間委託、さらに民営化に進み、それに対応してホームヘルパーの雇用形態は常勤から、非常勤、さらにパート・登録型へとシフトしてきた。ホームヘルパーの就労形態は、雇用関係か、請負・委任関係か曖昧なものが多く、雇用＝従属労働、請負・委任＝独立労働に二分して前者だけを労働保護法令の適用対象とする従来の労働法の解釈では、実働時間賃金で、移動時間・待ち時間は無給というオン・ディマンドな労働を強いられているホームヘルパーは、無防備なまま労働市場に投げ出されてしまう。新たな政策的・立法的な対応が必要な職種である。

日本ILO協会の『世界の労働』2000年12月号は、「高齢者福祉制度の現状と介護労働者問題」を特集しているが、日本のホームヘルパーの労働条件は、報告されているイギリス、ドイツ、フランス、オランダの4ヵ国のヘルパーにではなく、むしろ、中高年の女性が大多数を占め、低賃金で不安定雇用の典型といわれ、医療保険もなく、病院の介護職よりも賃金が3割から4割低いアメリカのホームヘルパー(home care worker)に似てきたり。本稿では、ホームヘルパーの労働条件お

よび今後増えると思われる介護事故をめぐる問題を中心に検討してみた。

I 介護サービスと供給体制

1 介護サービス

介護保険は「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護および療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な保健医療サービス及び福祉サービスに関する給付」(介保法1条)を行うことを原則としている。介護保険法中には、介護そのものの定義はないが、介護サービスの中に入浴・排せつ・食事等に加えて療養、看護、リハビリテーション等の医療行為等の要素が加わり、介護福祉業務と医療・保健業務との連携が求められている。

介護保険法に基づいて介護サービスを受ける場合には、保険者である市町村(特別区を含む。以下同じ)から要介護認定あるいは要支援認定を受けた上で、要介護の状態区分に応じた介護保険給付額の範囲内で、サービス利用者が介護保険給付額の範囲内で自ら選択するか、あるいは指定介護支援事業者に所属するケアマネージャーの作成した介護計画に準拠して、指定居宅サービス事業者あるいは介護保険施設と契約を締結し、それに従った在宅介護サービスないし施設介護サービスを受ける(介保法7条5～23項)。

2 介護サービス従事者

保険者である市町村が介護サービス提供者(事業者)に対して、受給権者(介護サービス利用者)に対する介護サービスの提供を委託し、これに対する報酬の支払を約するという(準)委任契約が市町村と介護サービス提供者との間に成立する。介護サービス提供者とサービス利用者との関係は、介護サービス事業者が利用者に介護サービスを提供し、その対価として介護報酬の支払を受けるという介護サービスを目的とした請負あるいは準委任契約が成立すると解釈されている。

介護保険法に基づくサービスは、介護サービス利用者と介護サービス契約を締結した介護サービス事業者が行うことになるが、現実の介護サービスを担うのは、「介護サービス従事者」であり、ホームヘルパー(介護保険法上は「訪問介護員」)、介護福祉士、社会福祉士等の福祉職および医師、保健婦(士)、看護婦(士)、理学療法士、作業療法士等の医療・保健職によって行われることになる。介護保険法第1条が規定しているように、介護保険法による介護には、福祉・保健・医療職の連携によるサービスが求められており、それぞれの職域で介護サービス従事者の資格要件は、異なっている。

福祉関係分野で、要介護者の入浴、排せつ、食事の世話等の現実の介護業務に従事するのは、ホームヘルパー、介護福祉士、要介護者に対する生活相談、助言、指導を行う生活相談員には社会福祉士が想定されているが、いずれの業務も「名称独占」である。介護業務は、「家事援助」(炊事、掃除、洗濯など)と「身体介護」(入浴、排せつ、食事等の介助など)に分けられている。介護業務のうち家事援助については法の規制はないが、身体介護については介護福祉士が名称独占している(社会福祉士及び介護福祉士法2条2項)。

在宅介護サービスの中心的な担い手である訪問介護員(ホームヘルパー)(介保令2条の2)は、介護福祉士および養成研修を受講した1-3級の資格取得者(1級課程230時間、2級課程130時間、3級課程50時間「ホームヘルパー養成研修事業の実施について」平7・7・11社会・援護局

長、老人保健福祉課長、児童家庭局通知)に限定されている(「訪問看護員に関する省令」平12・3・10省令23)。ホームヘルパー養成研修実施機関は、都道府県や市町村の委託で行われるものから民間の各種団体が実施するものまで多様であるが、研修時間のみが条件で試験はない。常勤またはこれに準ずる勤務形態(概ね1日の勤務時間が6時間以上で1週間の勤務日数が5日以上、かつ、1月の勤務日数が常勤日数の4分の3以上の場合をいう)のホームヘルパーは、2級課程を終了することを求められている。無資格ヘルパーを派遣した業者は、居宅サービス事業者の指定を取り消される可能性がある(介保法77条)²⁾。在宅ではホームヘルパーと呼ばれる介護職は、特別養護老人ホームでは、「寮母」、寮父、保険施設では、「介護職員」と呼ばれているが、これらの施設就労時のヘルパーの養成研修は求められていない。

1987年の「家庭奉仕員講習会推進事業の実施について」(昭62・6・26社老第84号)では、家庭奉仕員の資質の向上を図るために、360時間講習が全員に行われていたことから考えるとホームヘルパーの研修時間は、大幅に短縮されている。1999年5月に経団連は、「わが国産業界の競争力強化に向けた第1次提言」として、高齢者などの介護サービスにおける人材確保のため「3級課程」の研修期間の大幅簡素化(30時間程度の講習)によりホームヘルパーの大幅増を提言したが、日本介護福祉士会、日本ホームヘルパー協会等が反対表明した³⁾。

なお、介護保険法で新たに創設された介護支援専門員(ケアマネージャー)は、保健・医療・福祉分野の専門職として5年以上の実務経験があるか、福祉施設等で職務に従事した経験を有する者が都道府県の試験で取得する資格であり、ケアプラン作成の独占資格である(「介護支援専門員に関する省令」平10・4・10厚令53)。

これに対して、医療・保健関係では、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦(士)、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)等多様であるが、いずれも専門教育・訓練を経て国家試験等の資格試験によって付与される免許等を必要とする専門職であり、

その大半が「業務独占」とされ、資格と職種名が一致している。さらに、介護保険法では、在宅介護サービスの一環として、訪問や通所によるリハビリが重視されており、作業療法士、理学療法士等の医療関係者の役割が増大したが、いずれも国家試験による免許等を必要とする専門職であり、資格と職種名が一致している。

3 介護サービス事業者

介護保険法に基づくサービス提供は、職員配置や施設設備等の基準を満たすことにより都道府県知事の指定または許可を受けた介護サービス提供機関が行う。在宅サービスは、「指定居宅サービス事業者」、施設サービスの場合には、「介護保険施設」が行う。介護保険法は、介護サービス事業者の要件として、原則として法人格を有すること、事業所の従業員の技能、人員、設備、運営等に関する基準は厚生省令で定める基準を満たしていること等を規定している（「指定居宅サービス等の事業の人員、設備基準、運営基準、基準該当居宅サービスに関する基準」平成11・3・31厚令37）。居宅介護サービス事業者の指定基準は、サービスの種類ごとに受ける必要があり、かつ、事業所ごとに受ける必要がある（介保法70条・72条）。これらの基準を一部満たしていない居宅サービス事業者であっても、保険者である市町村の個別の判断に基づき、「基準該当居宅サービス」として保険給付の対象とすることができる。また、ボランティア団体も一定の要件に該当すれば、都道府県知事の認定を受けた「特定非営利活動法人」として、介護保険制度における在宅介護サービス事業者として都道府県知事の指定を受けることが可能である。

多様な事業形態をとる介護サービス事業者に対して、介護サービス従事者の職種・資格も高度専門職の者から比較的単純な職種の者まで多様であるが、介護保険法は、介護サービス事業者と介護サービス従事者との契約形態に関して、特段の規定をおいていない。典型的な契約として考えられるのは、労働（雇用）契約、請負契約、（準）委任契約であるが、1999年12月1日から改正労働者

派遣法が施行され、労働者派遣の原則自由化の下、当該就業場所における同一の業務に1年を超えて派遣することが許されない臨時的・一時的派遣として介護サービス関連でも医療保健業務（医師、歯科医師、薬剤師（但し、病院又は診療所に限る）、保健婦（士）、助産婦、看護婦（士）、理学療法士、作業療法士等）を除いた介護業務の派遣が認められ、ホームヘルパー、介護福祉士、社会福祉士、支援専門員等の派遣が認められるようになった。これまで、ホームヘルパー派遣の一翼を担ってきた有料家政婦紹介所も請負業として法人化し、介護サービス事業に参入しているが、多くの業者は家政婦紹介業と介護サービス業の両面で事業展開している⁴⁾。

4 介護サービス従事者の就労形態

介護サービス事業者と介護サービス従事者との法的関係は次のように分類できる⁵⁾。

(1) 直用

介護サービス事業者と介護サービス従事者との間で、労務提供が事業者の指揮命令の下で行われている場合には労働契約関係が成立し、この場合には介護サービス従事者には労基法、労災保険法等の労働法が適用される。ホームヘルパーは常勤と非常勤に分けられるが、非常勤ヘルパーには労働保護法令や社会保険関係法令の適用をしていない業者が少なくない。総務庁は、1995年に「保健医療・福祉に係る人材の活用対策に関する行政監察」により、ホームヘルパーと所属先の就労実態に基づく雇用関係を前提に、非常勤ヘルパーに対する労働保護法令の適用、社会保険関係法令の適用を労働省と厚生省に勧告し⁶⁾、厚生省も通達（「非常勤ホームヘルパーの就労条件の確保について」平8・5・8老計80号）を出した。

(2) 労働者派遣

労働者派遣法は、派遣労働とは「自己の雇用する労働者を、当該雇用関係の下に、かつ、他人の指揮命令を受けて当該他人のために労働に従事させること」（派遣法2条1号）であり、派遣元事業主（指定事業者）が利用者に直接介護サービス従事者を派遣するのではなく、派遣元事業主から

介護保険指定業者に派遣をして、指定業者が利用者と介護サービス利用契約を締結する。派遣労働者は、指定業者の指揮命令の下で利用者にサービスを提供することになる。使用者責任は、基本的に派遣元に負わせつつ、使用者責任の一部を派遣先が負い、指揮命令権をもつことになると解される⁷⁾。介護報酬は、保険者から指定業者に払われ、指定業者は派遣元に派遣料を払い込み、介護サービス従事者は派遣元から賃金の支払を受けることになる。しかし、施設介護サービスの場合にはこのような派遣は可能でも、居宅介護の場合には、現実的な問題として介護サービス事業者の経営が成り立たない可能性が高く、実際には労働者派遣業者が、自ら指定業者になるケースが多いであろう。

(3) (準)委任契約

介護サービス従事者が、介護サービス事業者の指揮命令下でない場合には、準委任契約として、介護従事者は委任契約の趣旨に沿ったサービスの提供を行うが、労働保護法令の適用は原則としてない。典型的には、医師、歯科医師等の専門性の高い職種が考えられる。しかし、かなりのパート・登録型のホームヘルパーが所属先とは(準)委任契約関係とされ、労働法の適用を受けていないことが、前述の総務庁の調査で明らかになり、厚生省は、その就労実態から所属団体との間に雇用関係が認められる場合には労働保護法令が当然に適用されると指導した(平8・5・8老計80号)が、実効性はあまりなく、介護保険制度導入後は、(準)委任契約のパート・登録型ヘルパーの増加が加速している。

(4) ボランティア

ボランティアが介護サービス事業者との間で無償の介護サービス委託契約(準委任)が成立する場合と介護サービス事業者がボランティアを紹介するにすぎない場合、ボランティアが直接、介護サービス利用者との間で無報酬の介護サービス契約をする場合等が考えられるが、介護保険の適用外の介護サービスが多くなる。無償のボランティアであっても、生命・身体に関するものであるから注意義務は軽減されず、有償委任と同様の善管

注意義務(民法644条)を負う。

ボランティアによる歩行介護を受けていた者が転倒し、負傷した事故につきボランティアを派遣した社会福祉協議会の責任が問題になった裁判例がある。同協議会はボランティアの登録および派遣を行っているが、依頼に応じて登録したボランティアの中から適切なボランティアを紹介しているにすぎず、同協議会と障害者の間に準委任契約関係が存在しないと見做し、協議会の債務不履行責任は否定され、損害賠償請求は棄却された。本件では、ボランティアの過失は否定されたが、無償ボランティアであっても、介護に当たっては善良な管理者としての注意を尽くす義務があると判示している⁸⁾。

II 介護保険法施行後の問題

1 介護事業の隘路

介護保険制度の下で民間企業は介護サービスの新たな担い手となったが、日経新聞の「介護事業調査結果」(2000年10月実施)によれば⁹⁾、施行後約半年で全体(有効回答245社・約68.6%は小規模企業)の57.1%の企業は採算割れになっており、制度開始前に比べて9.1%増加している。企業が予想したほど利用者や利用額が伸びなかったのが主な原因となっている。介護保険法施行後に一部の介護事業をやめた、あるいは、やめる予定・検討中は7%に達している。制度開始前に比べて「利用者が少ない」(47.3%)、「利用者1人当たりの利用額が少ない」(56.3%)等、介護需要全体が予想を下回った上に、サービス利用は、当初予定していた報酬単価の高い身体介護ではなく、比較的安い家事援助に集中した。身体介護の必要な重い要介護者は、実績がある社会福祉協議会などの公的な非営利団体を利用する傾向が強く、民間事業者の参入が厳しかったことも原因している。事務作業などのコストも78.0%の企業が予想より大きかったと回答している。ケアプランの作成業務で採算がとれている企業はゼロ、訪問介護でも採算がとれているのは13.6%、採算割れが56.0%と過半数を超えており、訪問入浴でも

採算がとれているのは31.7%、採算割れ33.3%となっている。地域別では、大都市圏で採算がとれているのは23.0%、山間僻地は2.5%、その他一般地域は、7.8%と人口密度が企業の採算性を大きく左右している。

2 人員削減と労働組合

日経新聞の調査によれば、介護保険制度実施後4ヵ月で全国で事業を廃止または休止した事業所の数は835件、全体の1.4%になっているが、在宅介護大手「コムスン」は、4月の介護保険制度導入に合わせて全国に100ヵ所しかなかった事業所を1200ヵ所に増やし、ホームヘルパーなどを大量に採用したが、在宅介護サービスの利用者数が伸びず、早くも6月末には希望退職や広域配転などで計1600人の人員削減を発表した。これに対して、1100人が退職し、50人が配転に応じた。極めて短期間にこれだけ大量のリストラを行った企業に対して、全国一般労働組合全国協議会コムスン労働組合が結成されたが、組合員らが解雇され、不当労働行為の申立、解雇取消訴訟へと労使紛争に発展している¹⁰⁾。介護サービスを市場原理に委ねることのリスクの一端を示した事件である。

ゼンセン同盟は、2000年1月に介護および関連産業に従事する労働者の労働組合＝日本介護クラフトユニオン（組合員1万5000人）を結成、企業別ではなく、個人加盟の産別組合で、対する経営者側の組織「日本在宅サービス事業者協会」には、介護サービスの事業者約200社、ニチイ学館、コムスン、ベネッセコーポレーション、日本福祉サービス、やさしい手、生命保険各社の関連企業など大手が会員となっている¹¹⁾。また、同年3月には、自治労東京が、個人加盟ユニオンである「東京ケアユニオン」を結成した¹²⁾。

III ホームヘルパーの法的地位と労働条件

1 中高年女性労働問題

介護保険法が施行される2000年の時点で介護を社会化して家族介護を解消するために必要なホームヘルパーは44万人と推算されていたが¹³⁾、

1999年末達成の新ゴールドプランによるホームヘルパーの達成目標は17万人で、ゴールドプラン21〔大蔵・厚生・自治3大臣の合意(平11・12・19)〕では2004年末までに35万人が達成目標とされた。いうまでもなく、どのような質の、いかなる雇用形態のヘルパーが増員されるのかが、介護保険制度成否の鍵を握っている。

ところで、ホームヘルパーの特色として、種々の調査結果から共通に指摘されているのは、①女性が9割以上を占める、②非常勤ホームヘルパー（通常、正規職員ではない雇用形態のホームヘルパー）が過半数を占める、③40歳以上が8割以上を占める等中高年女性が多く、雇用形態はパートタイマー・登録型ヘルパーが多数を占める¹⁴⁾。ホームヘルパーと同じく社会福祉業務である福祉施設職員も女性の比率が高く約8割を占めているが、そのうちの約9割が専任職員で平均年齢も若くなっているのとは対照的である。ホームヘルパーは、中高年女性、最近増えているボランティア・ヘルパーの多くは主婦であり、ヘルパー問題は中高年女性労働者問題でもある。

2 常勤からパート・登録型へ

当初ホームヘルパーの派遣対象は、低所得者とされ、料金は無料とされていたが、1982年に老人福祉法にもとづく「老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱」が改正され、所得制限が撤廃され、利用者負担制度が導入された。それまで、ホームヘルパーは、原則的に常勤で、非常勤とする場合は、常勤が不要なほど対象者が少ないか、ヘルパー自身の理由により常勤できない場合に限定されていたが、緩和されてホームヘルパーのパート勤務、時間給制度が導入されたのである。1980年代前半から非常勤ヘルパー、登録ヘルパー、ボランティア・ヘルパー等が急速に伸び、常勤ヘルパーの伸びは停滞してきた。82年の「運営要綱」の改正で、「家事・介護に関すること」として一括されていた労働の内容が「身体介護に関すること」、「家事に関すること」に2分された。1989年からそれまで月額、日額、時間額の3種の賃金形態が「身体介護中心業務」と「家事援助中心業

務)に分けられ、身体介護中心業務の単価はそれまでのおよそ5割増となった。その後、常勤ヘルパーの報酬に対する月額については、家事型と介護型が一歩化されたが、パート・登録型ヘルパーの報酬については家事援助型と身体介護型の2本建てが97年まで続き、家事援助型の単価は身体介護型の3分の2に留め置かれた¹⁵⁾。

1997年に厚生省は、補助金の交付方式を「人件費交付方式」から出来高払いの「事業費補助方式」へ転換し、98年度からはすべて「事業費補助方式」に一本化した。市町村から訪問介護の委託を受けていた社会福祉協議会等にとっては、常勤ホームヘルパー補助金の大幅削減であり、「事業費補助方式」によって家事援助型の単価は身体介護型の4割弱まで引き下げられた。「事業費補助方式」は、市町村に民間事業者への委託を促し、パート・登録型ヘルパーの増加に拍車をかけた¹⁶⁾。

3 介護報酬単価

2000年度予算編成の最終局面で、介護報酬単価が医療保健福祉審議会の介護給付費部会で示された。身体介護4020円、家事援助1530円(30分以上1時間未満)を仮単価として示したが、民間事業者は、身体介護を事業の中心に据えた。介護保険は、ホームヘルパーのサービスについて、身体介護を医療サービスとしての看護とは区別し、低く評価し、家事援助についてはその専門性を評価せず、相談・助言についてはその独自の意義を認めていない。身体介護型の報酬単価は、看護の6割に、家事援助型は、身体介護型の6割に押さえられている。さらに、介護保険法施行直前に身体介護型と家事援助型に加えて複合型(2780円)が突然示され、身体介護を、比較的手間のかからない「動作介護」(体位交換、移動介助等)、ある程度手間のかかる「身の回り介護」(排せつ介助、更衣介助等)、さらに長い時間で手間のかかる「生活介護」(食事介助、全身介助等)に分類し、もっぱら身体介護、主に生活介護や身の回り介護を行い、これに関連して若干の家事援助を行う場合は、身体介護中心型、もっぱら家事援助を行う場合や家事援助に伴い若干の動作介護を行う場合

は、家事援助中心型、それ以外の中間的な場合を複合型とみなすとした。民間業者からは強い反発があった¹⁷⁾。

4 介護保険法施行後の労働条件——家事援助と身体介護をめぐる問題

2000年10月に日本介護クラフトユニオンが発表した介護保険制度実施後最初の「介護事業従事者の就業実態」(調査報告)¹⁸⁾によれば、アンケートに答えた1284人の介護従事者のうち正規社員と常勤ヘルパー(6時間以上、週5日以上出勤する者)は、49.1%で、パートヘルパーや登録ヘルパー、契約、嘱託社員等が半数を占める。正規雇用型ヘルパーは月額15万円から25万円得ていたが、パート・登録型ヘルパーの時給は、1000円から1500円である。訪問先に向かう移動時間が有給というパート・登録型ヘルパーは半数に満たず、登録型ヘルパーの92%は、待機時間が無給となっている。

介護保険法施行後に、多くの民間事業が撤退、縮小に追い込まれたのは、身体介護に比べて家事援助型の利用者が多かったことにある。利用者の多くが少しでも介護サービスを受けられる時間を増やそうと報酬単価の高い身体介護を避け、それより安い「家事援助」や「複合型」を選ぶため、介護事業者はホームヘルパーの時給を切り下げたり、雇用契約を常勤からパートに切り替えたりして対応しており、労働時間は長くなったにもかかわらず、ヘルパー収入はこれまでより減少したという苦情が多い。次の表1によれば、大手事業者の方が中小より時給が低く、全体の時給水準を引き下げている。介護報酬単価が時間単位による介護サービス単価により計算される結果、常勤からパートへ、さらに時間単位(30分)で働く登録型ヘルパーにシフトが進み、ヘルパーが不足していても正職員としての新規採用はとて望めない状況である。低い介護報酬単価は家事援助の意義を低下させ、ホームヘルパーの裁量を認めず、労働をマニュアル化した結果、時間に追われるヘルパーと利用者とのコミュニケーションが薄れてしまうという弊害が指摘されている。

表1 介護別のヘルパーの時給

事業者	家事援助(円)	複合援助(円)	身体介護(円)
A(大手)	1090 (71.2%)	1170 (42.1%)	1520 (37.8%)
B(大手)	1080 (70.6)	1180 (42.4)	1550 (38.6)
C(大手)	1050 (68.6)	1160 (41.7)	1510 (37.6)
D(中小)	1300 (85.0)	1500 (54.0)	2000 (49.8)
E(中小)	1210 (79.1)	1780 (64.0)	2060 (51.2)

注) () の数値は、介護報酬単価に対する比率。

出所) <http://www.care-forum.com/kaigo/taiguhabamu.html>

家事援助サービスについては、保険の対象外である家事代行までやられる、身体的な介護が含まれて、本来なら身体介護または複合型になるにもかかわらず、利用者の希望に引っ張られるなどの理由により、家事援助としてサービス提供されているなどの指摘があり、2000年7月に開かれた医療保険福祉審議会で厚生省は、訪問介護の適正化のために、家事援助の不適正事例を示したが¹⁹⁾、介護事業者は利用者獲得のためにサービスとして不適正事例を黙認しているケースが多い。

身体介護と家事援助は密接不可分の形で提供され、明確に区別することが困難であると同時に「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む」という介護保険法の趣旨(介保法2条4項)にも反する。連合総合生活開発研究所の調査は、身体介護専任型における家事援助、家事援助専任型における身体介護は同時に行われているとみることができ、介護保険制度が目的とする高齢者の自立支援につながるためには、介護と家事を切り離して考えることは不適切であるとしている²⁰⁾。

IV 介護サービスと事故責任

1 介護サービス事業者の連絡義務と賠償責任

介護サービス事業者は、介護サービス利用者の「心身の状況、その置かれている環境等に応じて……適切な」サービス提供の義務(介保法2条)を負い、介護サービス従事者は、介護サービス契約の履行補助者として契約内容に従った給付を為す義務を負う。介護サービス利用者と介護サービ

ス事業者との間で締結される介護サービス利用契約は、介護サービスを目的とした請負または準委任契約と解されるが、介護従事者と利用者との間には原則として契約関係は成立していない。介護サービス給付中に、介護サービス従事者の故意また過失により事故を発生させて利用者に損害を与えた場合、介護サービス従事者の不法行為責任が問われると同時に、介護サービス事業者の契約責任(民法415条、履行補助者の過失)、あるいは不法行為上の使用者責任(民法715条)が問題となる。

労働者派遣の場合、使用者責任は、基本的に派遣元に負わせつつ、介護サービス事業者の「指揮命令」のもとに介護サービスに従事させている。労基法の一定の規定については派遣先事業のみが使用者として責任を負うことから(派遣法4条2項)、介護サービス提供中の事故に対しては原則として派遣先事業が負うことになるが、労災補償責任は派遣元が負う。

介護サービス事業者と従業者の間に「指揮命令関係」がなく、(準)委任契約関係とされる場合、介護サービス事業者は、原則として「事故」責任を負わないと解釈されるが、事故に備えて事業者が傷害保険・損害賠償責任保険に加入しているケースが多い。

指定訪問介護事業者は、賠償すべき事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、利用者の居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じ、損害が発生した場合には速やかに損害賠償を行うことが義務づけられている(「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」平11・3・31厚令37)。指定介護支援事業者も同様の義務を迫る(「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」平11・3・31厚令38)。居宅介護支援事業者の事故として考えられるのは、訪問調査の場合、調査項目の転記ミスのために介護判定が従来よりも低く判定された結果、その差額に対する損害賠償請求、ケアプランの作成ミスに対する損害賠償請求等が考えられる²¹⁾。

万一事故が起きても責任を負わないという利用

契約条項や念書は、消費者契約法8条に該当して無効となる。介護支援事業と訪問介護事業を並行して行っている事業者が多く、民間保険の居宅介護事業者賠償責任保険は、居宅サービスと居宅支援サービス両方をカバーしているものが多い。いずれにしても、介護保険法施行後は、事故に対する責任の面でも、公的責任は大きく後退した²²⁾。

2 居宅介護と医療行為

介護事故をめぐる裁判例はまだ少なく、今日まで、医療事故、医療過誤、あるいは看護事故、看護過誤に比べて介護事故、介護過誤はあまり問題にされてこなかったが、国民生活センターが、首都圏の特別養護老人ホーム25施設と有料老人ホーム1施設の介護事故を調査した『介護事故の実態と未然防止に関する調査研究』(2000年3月)を発表している。同調査研究は、介護事故を「介護の提供過程で、利用者に対し何らかの不利益な結果を与えた場合または与える危険のあった場合」と定義している。

介護保険によるサービスの中に、食事等の身辺介護のみならず、診療、看護、リハビリテーション等の医療行為の要素が含まれたことから、訪問介護、訪問入浴介護に際して、褥瘡の手当て、吸引、吸入、経管栄養、点滴、血圧測定、摘便などを行わざるを得ないケースが生じてくる。しかし、これらの行為はいずれも医療行為とされ、医師以外の者による医療行為は禁止され(医師法17条)、看護婦(士)その他の看護職員が医師の指示に基づいて行う診療補助行為(保助看法5,37条)として認められているにすぎない。ただし、「医療行為」については、法的な定義がなく、医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為で、具体的には、社会通念に照らして個別に判断することとなっている。何が医療行為で何が医療行為ではないかということが、法律で明確に定義されていないために、現場は混乱している²³⁾。

ホームヘルパー養成研修テキストの教材において、①吸引、②吸入(ネブライザー)、③浣腸、④摘便、⑤褥瘡への対応、⑥電法、⑦マッサージ

が、医師・看護婦の行う医療行為として列挙されている²⁴⁾。訪問介護利用契約に「医療行為」を行うことはできないと記載されているものは多いが、具体的行為を列挙しているものは少数である。

民間病院問題研究所が、全国のホームヘルパーと施設の介護職(202人)に対して、血圧測定、外用薬の塗布、点眼、つめ切り(巻き爪含む)などの23項目の医療行為²⁵⁾について違法性の認識度と医療行為経験の有無、医療行為を行った理由等を調査した結果によれば、医療行為を行うことが違法だと認識していたのは全体の95%に達したが、全体の96%が何らかの医療行為を行ったと回答している。外用薬の塗布、点眼、つめ切り(巻き爪含む)の3項目に関しては、全体の半分以上が医療行為とは知らなかったと回答している。医療行為を行った理由として、ホームヘルパーには「やらざるを得ない状況に置かれた」、「サービスの一環に組み込まれている」、「本人の依頼」等の回答が多くなっている。

総務庁の行政監察によれば(『要援護高齢者に関する行政監察結果——保健・福祉対策を中心として』,1999・9・24)、医療行為を行うことができる看護婦等を訪問させる老人訪問看護事業については週2回以下が全体の約88%を占めるため、状況によってはホームヘルパーが、傷口のガーゼの交換、血圧・体温測定、軟膏の塗布、座薬の注入、浣腸、目薬の点眼等の医療行為の一部を実施している。総務庁は、同行政監察結果に基づいて、ホームヘルパーが、身体介護に関連する行為をできる限り幅広く行えるようにすることが、利用者等のニーズに沿うとともに、介護家族の負担軽減、看護婦等の人材活用の効率化等にも資するとして、身体介護に伴って必要となる行為をできる限り幅広くホームヘルパーが取り扱えるよう、その業務を見直し、具体的に示すことを厚生省に勧告したが、厚生省(現厚生労働省)は具体的基準を明らかにしていない。

民間病院問題研究所の調査では、ホームヘルパーの43.2%が医療行為である「褥瘡の処置」を行ったことがあると回答している。医療行為は患者の生命・身体に関わる事柄として医師の独占業

務とされ、看護婦(士)が診療補助として関与する場合にも利用者の病状、心身の状態に応じた周到な観察、および記録ないし遅滞なき医師への報告が義務付けられているが(「指定老人訪問看護事業の人員及び運営に関する基準」平4・2・29厚令3, 17条, 18条), ホームヘルパーにはこのような義務付けはなされていない。本来は看護婦が負うべきである業務内容につきホームヘルパーが関与して事故が発生した場合には、ホームヘルパーは不法行為責任だけではなく、医師法違反、保助看法違反に問われる可能性がある。体位交換が適切に行われなかったために褥瘡が発生・悪化した患者が腎不全で死亡した事件について、担当医師に適切な体位変換をしなかった債務不履行ないし不法行為上の注意義務違反が認められ、遺族の損害賠償請求が認められた裁判例がある²⁶⁾。

3 施設サービスにおける事故と介護職の責任

「事故」責任については、従来の病院等医療施設における事故責任の法理が原則として適用されることになるが、この場合、介護・看護従事者の個人責任の追及と同時に、介護保険施設の不法行為ないし契約責任(民法715条, 709条, 415条)が追及されることが多い。

前述の国民生活センターの『介護事故の実態と未然防止に関する調査研究』は特別養護老人ホームにおける220件の介護事故を次のように11に分類している。①転倒(ア)車椅子から転倒・車いすごと転倒・車いすに移ろうとして転倒、(イ)トイレ周辺で転倒・トイレに行こうとして転倒、(ウ)歩いて転倒・立った姿勢から転倒、(エ)介助中の転倒、(オ)その他の転倒、②ベッドからの転落、③介助中の事故によるあざ・出血・やけど等、④原因不明およびその他の骨折・あざ・出血等、⑤誤嚥(誤飲)、⑥異食、⑦薬の誤配、⑧無断外出、⑨入所者同士のトラブル、⑩物の破損・紛失、⑪疥癬等。しかし、事故に対する補償が問題になったケースは僅かであった。いずれも施設は損害賠償責任保険に加入しているが、調査対象となった16施設中保険請求しているのは6施設にすぎなかった。保険請求した理由は、家族が損害賠償を請求した

からで、逆に家族が請求しない、身内がない等が請求をしない理由となっている²⁷⁾。

高齢者の介護事故に関する裁判例も極めて少ないなかで、転落死に関する損害賠償請求事件が目立っている²⁸⁾。老人保健施設に入所していた70歳の女性(全盲、痴呆症状あり)が、3階居室から転落死亡した事件では、介護施設において、介護職は医療・看護職の指示に従うだけでは免責されず、介護職独自の判断と責任が問われるとし、適切な介護を怠ったとして介護職の不法行為を認め、その過失に対して使用者の使用者責任に対して、600万円の損害賠償を認めた²⁹⁾。

特別養護老人ホームのショートステイに入所3日目の男性(73歳、痴呆症)が、朝食後誤飲が原因で死亡した事件³⁰⁾では、施設職員が適切な処置を怠ったためとして特養老人ホームの過失が認められ、遺族に損害賠償が認められた。介護職員らの対応の不適切さが直接問責されており、施設ヘルパー(介護職員)のみならずホームヘルパーに与える影響も大きい事件である。介護職員らは誤飲を予想した措置をとらず、救急車を呼んだのも異変発見後15分経過してからで、適切な処置を怠った過失があると判示し、緊急時には家人に先ず連絡して、その指示を受けることになっていたという被告の主張には一刻を争い、生命にかかわる場合にまで、家人への連絡を優先させるような硬直した体制自体問題があると指摘し、速やかに背中をたたいたり、吸引器を使用するか、直ちに救急車を呼んで救急隊員の応急処置を求めれば、気道内の食物を取り除いて救命できた可能性は大きいとしている。施設は社会福祉施設総合賠償保険に加入しており、保険会社から最大の補償として(500万円の死亡補償と葬祭料55万円)が示されていたが、判決では2000万円の慰謝料、120万円の葬儀費用と100万円の弁護士費用が認められ、保険による補償を遙かに上回った(控訴審係争中)。

本件事故は、食物が喉に詰まったことがはっきりしないいわゆる「不顕性誤嚥」のケースである。判決がいう吸引器の使用は医療行為であり、介護職が医療行為を行うことは医師法で禁じられてい

る。しかし、医師法を守って吸引をしなければ、民事上の過失責任を問われることになる。本件の場合、吸引器を使用すれば、新たな過失に繋がる恐れがあり、刑事責任を問われる可能性もある³¹⁾。介護現場と現行法制のギャップがもたらすリスクと問題点を改めて指摘し、実務に与える影響も大きな裁判例である。

注

- 1) アメリカのホームケアワーカー（ホームヘルパーは和製英語）の労働条件については、Feldman, Penny H. (1993) "Work Life Improvements for Home Care Workers: Impact and Feasibility," *The Gerontologist*, Vol. 33, pp. 47-54, Wacker, Robbyn R., Robert, Karen A., Piper, Linda E. (1998) *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change*, Pine Forge Press等参照。
- 2) 栃木県の指定訪問介護業者が、無資格ホームヘルパー派遣で、指定を取り消されている。2000・11・12 読売新聞朝刊。
- 3) 宇和川邁 (1999) 「ホームヘルパーの賃金について考える」『賃金と社会保障』No. 1259, p. 14。
- 4) 「介護労働の現場から①」(1997)『財形福祉』Vol. 25, No. 7, p. 20。
- 5) 以下の検討は、水谷英夫 (2000) 「『介護サービス従事者』の法的地位と責任」『季刊労働法』No. 193, p. 60 以下、大場敏彦 (1997) 「介護従事者の就労条件規制をめぐる検討課題」『日本社会保障法学会誌』Vol. 12, p. 189 以下、大場敏彦 (1996) 「介護サービスと労働法上の問題点」『労働法律旬報』No. 1379, p. 6 以下、手塚和彰 (1997) 「介護労働力をめぐる労働市場と法的問題」『季刊労働法』No. 181, p. 52 以下等参照。
- 6) 総務庁行政監察局編 (1995) 『高齢化社会を支える看護・介護のマニパワーを支えるために——保健医療・福祉に係る人材確保対策に関する行政監査結果から』, 大蔵省印刷局。
- 7) 介護労働研究会 (1995) 『介護労働者確保対策の方向』pp. 14-16, 中野麻美 (2000) 「ケア・ワーカー、ホーム・ヘルパーの労働条件保護」『季刊労働法』No. 193, p. 85。
- 8) 社会福祉法人文京区社会福祉協議会事件・東京地判平 10・7・28 『判例時報』No. 1665, p. 84。
- 9) 「介護事業/民間介護関連企業の誤算——日経新聞社・介護事業調査 (10月) より——」(2000) 『賃金と社会保障』No. 1287, p. 31。
- 10) 「『介護保険』足元揺らぐ——コムソンの大リストラ・2000」6・29 朝日新聞朝刊, 2000・10・07 朝日新聞朝刊, 2000・9・29 朝日新聞朝刊。
- 11) 「ゼンセン同盟, 日本クラフトユニオンを立ち上げる」(2000) 『賃金と社会保障』No. 1269, p. 44。
- 12) 『賃金と社会保障』No. 1272, p. 20。
- 13) 介護の社会化を進める1万人市民委員会 (1997) 『介護保険法案に市民修正を』, p. 18。
- 14) 連合総合生活開発研究所 (1997) 『高齢者福祉とホームヘルプ職調査』, 日本労働研究機構 (1999) 『ホームヘルパーの就業実態と意識——「ホームヘルパー就業意識調査」結果報告書——』等。
- 15) ホームヘルパーの職務内容については「専門的知識, 経験等を要するというようなものではない」(垂水市家庭奉仕員事件・鹿児島地判昭 63・12・19 『労働判例』No. 549, p. 78) という裁判例に代表されるように家事援助の専門性を低く評価する傾向が根強い。
- 16) 佐藤卓利 (2000) 「介護保険とホームヘルプ労働についての考察」『賃金と社会保障』No. 1281, p. 66。
- 17) 宇和川 (1999), p. 27。
- 18) 『賃金と社会保障』No. 1285, p. 20。
- 19) 訪問介護の家事援助行為での不適正事例
 - A. 「直接本人の援助」に該当しない行為
主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為
 - a. 利用者以外のものに係る洗濯, 調理, 買い出し, 布団干し
 - b. 主として利用者が使用する場所以外の場所の掃除
 - c. 来客の応接 (お茶, 食事の手配等) 等
 - d. 自家用車の洗車・清掃
 - B. 「日常生活の援助」に該当しない行為
 - a. 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為
 - b. 草むしり
 - c. 花木の水やり
 - d. 犬の散歩などペットの世話
 - C. 日常的に行われる家事の範囲を超える行為
 - a. 家具・電気器具等の移動, 修繕, 模様替え
 - b. 大掃除, 窓のガラス磨き, 床のワックスがけ
 - c. 室内外家屋の修理, ペンキ塗り
 - d. 植木の剪定等の園芸
 - e. 正月, 節句等のために特別な手間をかけて行う調理
- 20) 小川栄二 (1998) 「ホームヘルプ労働のあるべき姿と改善課題」河合克義編著『ホームヘルプの公的責任を考える』, あけび書房, pp. 93-94, 連合総合生活開発研究所 (1997) 『高齢者福祉とホームヘルプ職調査』, p. 55。
- 21) 矢野聡・島津淳編著 (2000) 『介護保険制度と福祉経営——措置から経営へ』, ミネルヴァ書房,

- p. 145.
- 22) 区が派遣する登録ヘルパー(身体障害者家庭奉仕員)が、利用者の預金等を着服した事件で、区の事業者責任が問われたが、認められなかった(世田谷区ホームヘルパー事件・東京地裁・平11・3・16『賃金と社会保障』1254号64頁)。林弘子(1997)「介護供給体制——ホームヘルパーの法的地位」河野正輝・菊池高志編著『高齢者の法』, 有斐閣, p. 322以下。本件判決については、菊池馨実(1999)「ホームヘルパーによる預金の着服と自治体の賠償責任」『ジュリスト』No. 1169, p. 108, 登坂真人(1999)「世田谷区ホームヘルパー事件——東京地裁判決(平11・3・16)の問題点」『賃金と社会保障』No. 1254, p. 60。
- 23) 林弘子(1993)「在宅介護・看護をめぐる労働法上の諸問題」ジュリスト増刊『高齢社会と在宅ケア』, p. 134以下。
- 24) ホームヘルパーの養成研修テキスト『在宅介護の基礎知識』(2000年, 長寿社会開発センター), p. 176。
- 25) 民間病院問題研究所は、専門家の意見により次の23の医療行為を選び出して、医療行為に関する調査をしている。点滴の抜針, 酸素吸入, 経管栄養, インシュリン投与, 気管切開患者の管理指導, 血管カニューレの交換, たんの吸引, 留置カテーテルの管理, 導尿, 膀胱洗浄, 褥瘡の処置, 人工肛門の処置, 排痰ケア, 摘便, 浣腸, 座薬, 食事療法, 血圧測定, 口腔内かき出し, 服薬管理, 外用薬の塗布, 点眼, つめ切り。民間病院問題研究所(2000)『介護現場の医療行為』, 日本医療企画, pp. 30-31。
- 26) 幸町胃腸病院事件・平9・4・28『判例時報』No. 1628, p. 49。
- 27) 大半の施設は入院時に事故が起こりうることを家族に説明しているのだから、損害賠償を請求されることはないと答えている。従って、多くの事故で入院の必要経費は、本人または家族が負担している。『賃金と社会保障』No. 1281, p. 37。
- 28) 名古屋地判昭62・6・24『判例タイムズ』No. 660, p. 180, 高知地判平7・3・28『判例タイムズ』No. 881, p. 183, 新潟地判平7・10・5『判例タイムズ』No. 904, p. 193等。
- 29) 医療法人さくら会事件・東京地判平12・6・7『賃金と社会保障』1280号, p. 14。本件については、菊池馨実(2000)「介護事故と損害賠償責任——老健施設における転落事故死と東京地裁判決」『賃金と社会保障』No. 1280, p. 10。
- 30) 特別養護老人ホーム緑陽苑事件・横浜地川崎支判・平12・2・23『賃金と社会保障』No. 1284, p. 43。同事件については、菊池馨実(2000)「食事介助と特養老人ホームでの死亡事故」『賃金と社会保障』No. 1284, p. 38。

- 31) 2000年11月には、同年7月に老人保健施設で入浴中の95歳の女性の監視を約3分間怠ったために、顔が湯につかっているのに気づかず、死亡させた22歳の介護職員が業務上過失致死傷罪で書類送検された事故が発生している。2000・11・29 読売新聞朝刊。

参考文献

- Feldman, Penny H. (1993) "Work Life Improvements for Home Care Workers: Impact and Feasibility," *The Gerontologist*, Vol. 33, pp. 47-54.
- Wacker, Robbyn R., Robert, Karen A., Piper, Linda E. (1998) *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change*, Pine Forge Press.
- 宇和川邁(1999)「ホームヘルパーの賃金について考える」『賃金と社会保障』No. 1259。
- 大場敏彦(1997)「介護従事者の就労条件規制をめぐる検討課題」『日本社会保障法学会誌』Vol. 12。———(1996)「介護サービスと労働法上の問題点」『労働法律旬報』No. 1379。
- 小川栄二(1998)「ホームヘルプ労働のあるべき姿と改善課題」河合克義編著『ホームヘルプの公的責任を考える』, あけび書房。
- 介護労働研究会(1995)『介護労働者確保対策の方向』。
- 介護の社会化を進める1万人市民委員会(1997)『介護保険法案に市民修正を』。
- 菊池馨実(1999)「ホームヘルパーによる預金の着服と自治体の賠償責任」『ジュリスト』No. 1169。———(2000)「介護事故と損害賠償責任——老健施設における転落事故死と東京地裁判決」『賃金と社会保障』No. 1280。———(2000)「食事介助と特養老人ホームでの死亡事故」『賃金と社会保障』No. 1284。
- 佐藤卓利(2000)「介護保険とホームヘルプ労働についての考察」『賃金と社会保障』No. 1281。
- 総務庁行政監察局編(1995)『高齢化社会を支える看護・介護のマンパワーを支えるために——保健医療・福祉に係る人材確保対策に関する行政監査結果から』, 大蔵省印刷局。
- 手塚和彰(1997)「介護労働力をめぐる労働市場と法的問題」『季刊労働法』No. 181。
- 中野麻美(2000)「ケア・ワーカー, ホーム・ヘルパーの労働条件保護」『季刊労働法』No. 193。
- 日本労働研究機構(1999)『ホームヘルパーの就業実態と意識——「ホームヘルパー就業意識調査」結果報告書——』。
- 登坂真人(1999)「世田谷区ホームヘルパー事件——東京地裁判決(平11・3・16)の問題点」『賃金と社会保障』No. 1254。

林 弘子 (1997) 「介護供給体制——ホームヘルパーの法的地位」河野正輝・菊池高志編著『高齢者の法』, 有斐閣。

—— (1993) 「在宅介護・看護をめぐる労働法上の諸問題」ジュリスト増刊『高齢社会と在宅ケア』。

水谷英夫 (2000) 「『介護サービス従事者』の法的地位と責任」『季刊労働法』 No. 193。

民間病院問題研究所 (2000) 『介護現場の医療行為』, 日本医療企画。

矢野聡・島津淳編著 (2000) 『介護保険制度と福祉経営——措置から経営へ』, ミネルヴァ書房。

連合総合生活開発研究所 (1997) 『高齢者福祉とホームヘルプ職調査』。

(はやし・ひろこ 福岡大学教授)

看護費用の分析

遠藤久夫

はじめに

人口の高齢化の進展や疾病構造の変化に伴う療養の長期化はとりわけ看護サービスに対するニーズを増加させる。また診療報酬の上からも看護職員の雇用を促進するようなインセンティブが積極的にとられてきている。さらに、看護大学の新設に見られる看護養成機関の充実も目覚ましい。一方、診療報酬の改定に目を向ければ、最近の薬価引き下げを原資とした報酬額の引き上げという一連の流れは、医療インプットの中でモノから技術(人)への評価を高めているともいえる。このような環境の変化は、確実にマクロレベルの看護コストを上昇させているように思われる。そこで本稿では看護費用の代理変数として看護職員の給料をマクロベースで推計することにより、つぎのことを考察する。

- 1) マクロベースの看護コストは国民医療費のどのくらいを占めるのか。また看護コストの上昇率は国民医療費の上昇率を上回るのか否か。
- 2) マクロベースの看護コストの増加要因は何か。数量要因か価格要因か。
- 3) 看護コストが上昇するとするならば、報酬体系は現状のままでよいのか。

I マクロベースの病院勤務看護職員給料¹⁾

病院勤務の看護職員のマクロベース²⁾の給料を以下の二つのアプローチで推計する。

1 アプローチ1

(1) 計算方法

『医療経済実態調査』から得た1病院当たりの給料月額に『医療施設調査・病院報告』から得た病院数を乗じて推計する。具体的な計算法は以下のとおりである。

医師・歯科医師の年間給料(I)

=1病院当たりの院長および医師・歯科医師給料月額(賞与を除く)×病院数(一般病院と精神病院をそれぞれ国公立、法人と個人とに分類)×12ヶ月

看護職員の年間給料(II)

=1病院当たりの看護職員給料月額(賞与、福利厚生費除く)×病院数(一般病院と精神病院をそれぞれ国公立、法人と個人とに分類)×12ヶ月

全職員の年間給料(III)

=1病院当たりの全職員給料月額(賞与、福利厚生費除く)×病院数(一般病院と精神病院をそれぞれ国公立、法人と個人とに分類)×12ヶ月³⁾

(2) 計算結果

わが国における病院勤務の看護職員給料(II)は平成9年でおおよそ2兆5,898億円と推計され、病院勤務の医師・歯科医師給料の推計額(I)1兆6,728億円の1.55倍である(表1)。経年変化を見ると、昭和51年から昭和59年の間の増加率は看護婦給料が1.87倍、医師・歯科医師給料が1.91倍であり、昭和50年代は医師・歯科医師給料の増加率が看護婦給料を上回った。しかし、昭和59年から平成9年の間では看護職員給料は

表1 医師，看護職員，全従業員の給料

年間給与(単位:百万円)						
	医師・歯科医師 I	対前期比	看護職員 II	対前期比	全従業員 III	対前期比
昭和 51	451,111		648,786		1,867,084	
昭和 56	862,055	1.91	1,215,063	1.87	3,293,716	1.76
昭和 59	916,287	1.06	1,225,542	1.01	3,209,506	0.97
昭和 62	1,067,611	1.17	1,478,462	1.21	3,772,151	1.18
平成 1	1,283,850	1.20	1,832,003	1.24	4,567,472	1.21
平成 3	1,377,476	1.07	1,939,631	1.06	4,827,992	1.06
平成 5	1,422,747	1.03	2,102,851	1.08	5,246,684	1.09
平成 7	1,573,309	1.11	2,451,483	1.17	5,955,923	1.14
平成 9	1,672,823	1.06	2,589,826	1.06	6,313,734	1.06
平成 9/昭和 59		1.83 倍		2.11 倍		1.97 倍

表2 全従業員給料に占める医師給料，看護職員給料の比率

年	I/III	II/III
昭和 51	0.2416	0.3475
昭和 56	0.2617	0.3689
昭和 59	0.2855	0.3818
昭和 62	0.2830	0.3919
平成 1	0.2811	0.4011
平成 3	0.2853	0.4017
平成 5	0.2712	0.4008
平成 7	0.2642	0.4116
平成 9	0.2649	0.4102

員給料(III)に占める看護職員給料の比率は昭和51年の34.8%から平成9年の41.0%に上昇した。一方、医師給料の比率は昭和51年の24.2%から平成3年の28.5%まで上昇したがその後は下降し平成9年では26.5%にとどまっている(表2, 図1)。

2 アプローチ 2

(1) 方法

看護婦数・准看護婦年間給料は、『衛生行政業務報告』から得た年齢階層別の看護婦数・准看護婦数に『民間給与の実態』から得た年齢別給料(企業規模500人未満)を乗じ、病院勤務医年間給料は、『医師・歯科医師・薬剤師調査』から得た年齢階層別の勤務医数に『民間給与の実態』から得た年齢別給料を乗じて推計した。具体的な計算法は以下のとおり。

病院勤務看護婦・准看護婦年間給料

＝年齢階層別病院勤務看護婦人数×年齢階層別病院勤務看護婦平均給与月額(年齢階層が合致しない場合は1歳刻みの按分比例，賞与を含まない)×12ヶ月＋年齢階層別病院勤務准看護婦人数×年齢階層別病院勤務准看護婦平均給与月額(年齢階層が合致しない場合は1歳刻みの按分比例，賞与を含まない)×12ヶ月

病院勤務医師年間給料

＝年齢階層別院長数×年齢階層別院長平均給与月額(年齢階層が合致しない場合は1歳刻

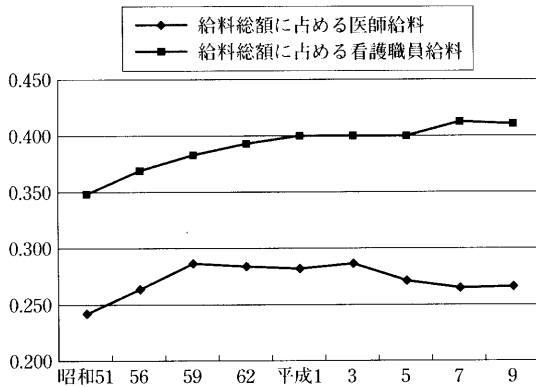


図1 給料総額に占める医師給与，看護職員給与の比率

2.11倍，医師・歯科医師給料の1.83倍であり，昭和60年以降は看護職員給料の増加が医師給料の増加を上回る傾向を示した。その結果，全従業

表3 病院勤務看護婦・准看護婦

(給与の単位：百万円)

年	看護婦 年間給料	人数	准看護婦 年間給料	人数	看護婦・准看護婦 給料合計	合計人数	A	B	A/B	(1)	(2)
昭和59	680,303	265,895	454,094	193,282	1,134,397	459,177					
昭和61	823,623	296,655	514,491	207,126	1,338,114	503,781	1.180	1.097	1.075	1.084	1.087
昭和63	880,268	327,806	583,972	221,921	1,464,240	549,727	1.094	1.091	1.003	1.019	1.033
平成2	992,982	351,138	647,012	230,111	1,639,994	581,249	1.120	1.057	1.059	1.074	1.105
平成4	1,266,981	379,546	742,289	236,814	2,009,270	616,360	1.225	1.060	1.155	1.083	1.074
平成6	1,409,091	418,647	809,509	241,532	2,218,601	660,179	1.104	1.071	1.031	1.082	1.071
平成8	1,458,072	453,727	812,440	242,128	2,270,511	695,855	1.023	1.054	0.971	1.027	1.036
平成10	1,763,584	483,392	857,951	247,513	2,621,535	730,905	1.155	1.050	1.099	1.023	0.989
平成10/ 昭和59	2.59倍	1.82倍	1.89倍	1.28倍			2.31倍	1.59倍	1.45倍	1.46倍	1.46倍

注) A：看護婦・准看護婦給料合計の対前期比。

B：看護婦・准看護婦合計人数の対前期比。

(1)病院勤務看護婦平均給料の対前期比(民間給与の実態より)。

(2)病院勤務准看護婦平均給料の対前期比(民間給与の実態より)。

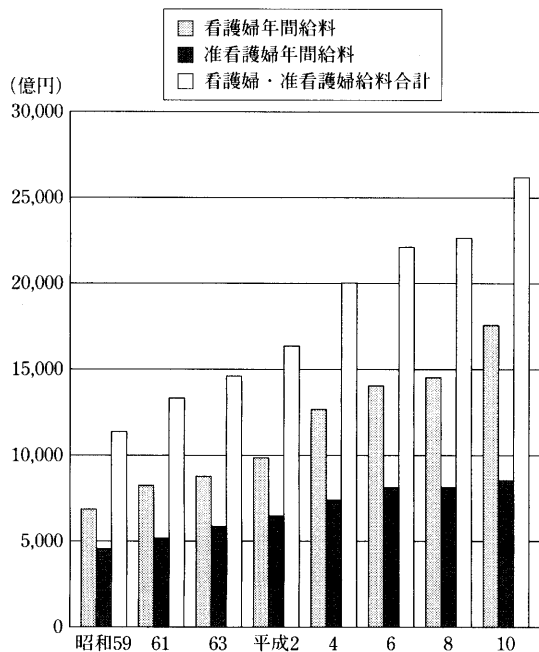


図2 病院勤務看護職員年間給料 (億円)

みの按分比例, 賞与を含まない) × 12ヶ月 + 年齢階層別病院勤務医数 × 年齢階層別病院勤務医平均給与月額 (年齢階層が合致しない場合は1歳刻みの按分比例, 賞与を含まない) × 12ヶ月

(2) 計算結果

平成10年のマクロベース年間給料は病院勤務看護婦が1兆7,636億円, 准看護婦が8,580億円で合計でおよそ2兆6,216億円である(表3, 図2)。一方, 同年の勤務医のマクロベース年間給料は1兆7,509億円であるため, 看護婦・准看護婦給料は医師給料の1.49倍である。経年変化を見ると, 昭和59年から平成10年の間, 看護婦・准看護婦給料は2.31倍(表3のA)に増加したが, 勤務医の給与総額1.81倍(表4のA)にとどまった。

3 二つのアプローチ結果の比較

以上の異なるアプローチを適用した推計結果はどれほど近似しているのだろうか。二つのアプローチ結果を比較したものが表5である。統計調査の実施時期にずれがあるため二つのアプローチ結果を同じ年で比較することはほとんどできないし, それぞれ使用したデータは異なるサンプルであるため正確に一致することはないが, 表5から以下の傾向が読み取れる。

1) 看護職員給料については二つのアプローチ結果は比較的近似した値を示しているが, 昭和59年, 昭和63年, 平成2年, 平成8年においてアプローチ2の方がアプローチ1より小さい値を示している。すなわち, マクロベースの看護職員

表4 病院勤務医師

(給与の単位：百万円)

年	院長		勤務医 (除く医育機関)		院長および勤務医 (除く医育機関)		院長および勤務医 (含む医育機関)		A	B	A/B	(3)
	年間給料	人数	年間給料	人数	年間給料	人数	年間給料(1)	人数(2)				
昭和59	66,127	3,539	624,597	64,886	690,724	68,425	969,788	101,631				
昭和61	58,620	3,670	823,212	72,678	881,832	76,348	1,232,326	111,133	1.271	1.093	1.162	1.209
昭和63	59,931	3,565	889,732	81,071	949,663	84,636	1,306,590	121,025	1.060	1.089	0.974	0.937
平成2	47,653	2,936	934,622	87,887	982,276	90,823	1,350,218	128,765	1.033	1.064	0.971	0.980
平成4	44,585	2,588	1,083,900	94,194	1,128,485	96,782	1,536,787	135,845	1.138	1.055	1.079	1.071
平成6	123,232	6,344	1,058,833	96,321	1,182,066	102,665	1,598,251	143,412	1.040	1.056	0.985	0.996
平成8	112,380	6,096	1,137,522	100,940	1,249,902	107,036	1,680,911	148,199	1.052	1.033	1.018	1.017
平成10	109,736	6,015	1,208,414	105,984	1,318,150	111,999	1,750,929	153,100	1.042	1.033	1.008	1.025
平成10/ 昭和59	1.66倍	1.70倍	1.93倍	1.63倍	1.91倍	1.64倍			1.81倍	1.51倍	1.20倍	1.24倍

注) A：(1)に関する対前期比。
 B：(2)に関する対前期比。
 (3)：勤務医平均給料対前期比(民間給与の実態より)。

表5 病院勤務の看護職員および医師の給料総額

(単位：百万円)

年	看護婦・准看護婦		医師	
	アプローチ1	アプローチ2	アプローチ1	アプローチ2
	看護職員	看護婦+准看	医師+歯科医	医師
昭和59	1,225,542	1,134,397	916,287	969,788
昭和61		1,338,114		1,232,326
昭和62	1,478,462		1,067,611	
昭和63		1,464,240		1,306,590
平成1	1,832,003		1,283,850	
平成2		1,639,994		1,350,218
平成3	1,939,631		1,377,476	
平成4		2,009,270		1,536,787
平成5	2,102,851		1,422,747	
平成6		2,218,601		1,598,251
平成7	2,451,483		1,573,309	
平成8		2,270,511		1,680,911
平成9	2,589,826		1,672,823	
平成10		2,621,535		1,750,929
平成10/昭和59		2.31倍		1.85倍
平成9/昭和59	2.13倍		1.83倍	

給料の推計ではアプローチ2がアプローチ1に対して過小に推計している可能性がある。

2) 反対にマクロベースの医師給料に関してはすべての年においてアプローチ2はアプローチ1より大きな値を示している。すなわち医師給料の推計ではアプローチ2がアプローチ1に対して過

大に推計している可能性がある。

1)の理由については次のことが考えられる。一般に看護職員給料は、国公立病院は医療法人や個人病院より高い傾向がある。表6は『医療経済実態調査』から得た一般病院の設置者別の看護職員と常勤医師の1人当たり給料の推移であるが、平成11年の看護職員給料は、国公立病院等で37万円、医療法人等で29万円、個人病院で28万円である。したがって民間病院の給料をベースとした(『民間給与の実態』を用いた)アプローチ2による看護職員の給料は実態より過小に推計される可能性がある。

2)の理由については次のことが考えられる。アプローチ2では、医育病院勤務医も非医育病院勤務医と同じ給与水準と想定して計算しているが、医育病院勤務の一部の医師の給料は著しく低い場合がある(平成10年では病院勤務医の18%は医育病院勤務医である)。さらに、表6から医師給料は国・公立病院の方が民間病院より低い傾向にあることが読み取れる。この二つのことはともにアプローチ2による医師給料の推計は実態より過大に推計している可能性を示唆している。

以上のように給料水準そのものはアプローチの違いによって推計値に差はあるものの、昭和59年から平成9年(または平成10年)までの増加率

表6 一般病院常勤職員1人当たり平均給料

(単位:円)

年	国立、公立等①			医療法人等②			個人	
	病院長	医師	看護職員	病院長	医師	看護職員	医師	看護職員
昭和162	1,163,073	714,351	256,098	1,934,599	826,013	207,145	865,226	190,047
平成1	1,198,800	763,592	272,262	2,014,519	890,056	217,167	850,861	198,445
平成3	1,272,045	796,045	292,711	2,100,432	934,878	240,931	880,705	215,378
平成5	1,362,947	859,773	325,778	2,125,854	910,265	268,118	968,735	253,659
平成7	1,351,936	972,984	361,377	2,143,485	1,022,835	262,470	854,223	253,865
平成9	1,379,936	936,827	352,705	2,134,775	965,797	281,020	957,975	272,578
平成11	1,371,451	947,174	369,929	2,250,514	947,399	290,691	1,048,941	279,105

一般病院常勤職員1人当たり平均給料対前期比								
年	国立、公立等①			医療法人等②			個人	
	病院長	医師	看護職員	病院長	医師	看護職員	医師	看護職員
平成1	1.030718	1.068931	1.063116	1.041311	1.077533	1.048382	0.983397	1.044189
平成3	1.061099	1.0425	1.075108	1.042647	1.050359	1.109427	1.035075	1.085328
平成5	1.071416	1.080056	1.112968	1.012103	0.973673	1.112841	1.099954	1.177739
平成7	0.991921	1.131675	1.109274	1.008294	1.123667	0.978935	0.881792	1.000812
平成9	1.020711	0.962839	0.976003	0.995937	0.944235	1.070675	1.121458	1.073712
平成11	0.993851	1.011045	1.048834	1.054216	0.98095	1.034414	1.094957	1.023945
平成11/昭和62	1.18倍	1.33倍	1.44倍	1.16倍	1.15倍	1.40倍	1.21倍	1.47倍

注) ①:国立、公立、公的、社会保険関係法人。

②:医療法人、その他。

では、看護職員給料、勤務医給料とも二つのアプローチの差はおどろくほど小さい(看護職員は2.13倍と2.31倍、医師は1.83倍と1.85倍)。このことは両アプローチとも経年変化を見る上では信頼性が高いことを示唆していると考えられる。

II 看護職員給料の国民医療費に占める割合

前述したようにアプローチ1によって病院従事者のマクロベースの給料に占める看護職員のマクロベースの給料の比率が昭和51年の34.8%から平成9年の41.0%へ上昇している(表2)。それではマクロベースの看護職員給料と国民医療費との関係はどうであろうか。『衛生行政業務報告』より平成10年の看護職員の就業場所は、看護婦では81.3%が病院、9.9%が診療所、准看護婦では60.7%が病院、31.8%が診療所である。したがってマクロベースの看護職員給料を国民医療費と比較するためには診療所勤務の看護職員の給料を無視するわけにはいかない。そこで、アプローチ2と同じ手法で診療所勤務のマクロベースの看

護職員給料を推計した。

診療所勤務看護婦・准看護婦年間給料

$$= \text{年齢階層別診療所勤務看護婦人数} \times \text{年齢階層別病院勤務看護婦平均給与月額} (\text{年齢階層が合致しない場合は1歳刻みの按分比例, 賞与を含まない}) \times 0.9 \times 12 \text{ヶ月} + \text{年齢階層別診療所勤務准看護婦人数} \times \text{年齢階層別病院勤務准看護婦平均給与月額} (\text{年齢階層が合致しない場合は1歳刻みの按分比例, 賞与を含まない}) \times 0.9 \times 12 \text{ヶ月}$$

ここでのポイントは診療所勤務看護職員の給料を病院勤務看護職員の給料に0.9を乗じた値と仮定した点である。これは『民間給与の実態』では診療所勤務看護職員の給料が明示されていないため病院勤務看護職員給料を使用せざるをえないことと、日本看護協会「中央ナースセンター」事業の調査によると、平成10年度のモデル賃金ベースでは夜勤手当を含む診療所勤務看護職員の給与月額は、病院勤務看護職員に対して、①初任給で87%(看護婦)、89%(准看護婦)、②経歴5年で88%(看護婦)、89%(准看護婦)、③経歴10年で

表7 診療所勤務看護婦・准看護婦

(給与の単位：百万円)

年	看護婦 年間給料	人数	准看護婦 年間給料	人数	看護婦・准看護婦 給料合計	合計人数	A	B	A/B
昭和59	66,046	30,096	180,203	84,981	246,249	115,077			
昭和61	69,508	30,094	201,704	89,793	271,212	119,887	1.101	1.042	1.057
昭和63	72,696	31,921	227,249	95,108	299,946	127,029	1.106	1.060	1.044
平成2	88,212	36,068	262,378	102,481	350,590	138,549	1.169	1.091	1.072
平成4	125,264	40,574	300,391	106,736	425,656	147,310	1.214	1.063	1.142
平成6	132,854	45,736	340,279	112,573	473,133	158,309	1.112	1.075	1.034
平成8	159,600	52,288	373,364	118,701	532,964	170,989	1.126	1.080	1.043
平成10	186,961	58,793	373,168	122,531	560,129	181,324	1.051	1.060	0.991
平成10/昭和59	2.83倍	1.95倍	2.07倍	1.44倍			2.27倍	1.58倍	1.44倍

注) 診療所看護婦・准看護婦は病院看護婦・准看護婦の給料(民間給与の実態より)に0.9倍したものを。

A: 看護婦・准看護婦給料合計の対前期比。

B: 看護婦・准看護婦合計人数の対前期比。

表8 病院および診療所勤務の看護婦・准看護婦の年間給料(賞与除く)が国民医療費に占める割合

年	病院勤務年間給料 A(百万円)	診療所勤務年間給料 B(百万円)	A+B(百万円)	国民医療費 C(億円)	(A+B)/C (%)
昭和59	1,134,397	246,249	1,380,645	150,932	9.14
昭和61	1,338,114	271,212	1,609,326	170,690	9.43
昭和63	1,464,240	299,946	1,764,186	187,554	9.41
平成2	1,639,994	350,590	1,990,585	206,074	9.66
平成4	2,009,270	425,656	2,434,926	234,784	10.37
平成6	2,218,601	473,133	2,691,734	257,908	10.44
平成8	2,270,511	532,964	2,803,476	285,210	9.83
平成10	2,621,535	560,129	3,181,664	298,251	10.67

88%(看護婦), 90%(准看護婦)であったことから, 病院勤務看護職員給料の0.9倍と仮定することとした。表7はマクロベースの診療所勤務の看護職員給料を示しているが, 平成10年で5,601億円であり, これは病院勤務看護職員給料2兆6,215億円の21%に相当する。また昭和59年から平成10年までの増加率は給料で2.27倍(表7のA), 人数で1.58倍(表7のB)と病院勤務看護職員のそれぞれ2.31倍(表3のA), 1.59倍(表3のB)とほとんどかわらない。

表8はこの値を用いて病院および診療所勤務の看護職員給料が国民医療費に占める割合を示したものである。これによると看護婦給料が対国民医療費でも昭和59年の9.14%から平成10年の10.67%に上昇している。このことからこの間の

マクロベースの看護職員給料の増加率は国民所得の増加率を上回っていることがわかる。看護職員の給料ではなく看護コストという視点で見ると、①賞与、②法定、法定外の福利厚生費、③訪問看護ステーション等の病院と診療所以外の看護職員給料の医療保険該当部分、④看護補助員給料(『医療経済実態調査』によれば平成9年では一般病院1病院当たりの給料支払いは看護補助員給料は看護職員給料の16%に相当する)などを加えることが必要である。このうち賞与に関しては次のような補正を行った。『賃金センサス』では毎月決まって支払う給料と賞与が分けて記載されているため、看護婦・准看護婦別に(月給×12+賞与)/月給×12を年齢階層ごとに算出し、給料をこの係数で補正した後アプローチ2で計算した。

表9 病院および診療所勤務の看護婦・准看護婦の年間給料（賞与含む）が国民医療費に占める割合

年	病院勤務年間給料 A (百万円)	診療所勤務年間給料 B (百万円)	A+B (百万円)	国民医療費 C (億円)	(A+B)/C (%)
昭和59	1,423,637	303,054	1,726,692	150,932	11.4
昭和61	1,685,523	333,507	2,019,030	170,690	11.8
昭和63	1,842,646	368,492	2,211,138	187,554	11.8
平成2	2,064,408	430,981	2,495,390	206,074	12.1
平成4	2,533,449	524,773	3,058,222	234,784	13.0
平成6	2,798,234	582,773	3,381,007	257,908	13.1
平成8	2,865,040	657,299	3,522,339	285,210	12.3
平成10	3,314,654	692,402	4,007,056	298,251	13.4

表10 一般病院における看護職員給料増加率の要因分析

(数値は対前期比)

年	法人・その他病院				個人病院			
	1人当たり給料	1病院当たり人数	病院数	給料総額	1人当たり給料	1病院当たり人数	病院数	給料総額
平成1	1.054	1.120	1.058	1.250	1.044	1.169	0.981	1.198
平成3	1.080	0.936	1.054	1.066	1.085	0.975	0.889	0.940
平成5	1.059	1.009	1.021	1.090	1.178	1.077	0.865	1.097
平成7	1.026	1.078	1.086	1.201	1.001	1.134	0.659	0.748
平成9	1.085	0.997	0.980	1.060	1.074	1.033	0.978	1.085
平成9/昭和62	1.34倍	1.14倍	1.21倍	1.85倍	1.43倍	1.44倍	0.49倍	1.00倍

その結果が表9である。平成10年の病院および診療所勤務の看護職員の給料は賞与を考慮すると3兆1,817億円から4兆71億円へ25.9%増加する。対国民医療費比をみると昭和59年が11.4%から平成10年の13.4%に上昇している。

さらに実勢の看護コストに近づけるためには、上記の②、③、④に対する考慮が必要であると同時に、前述のように看護職員給料は国公立等病院の方が民間病院より高い傾向があるため『民間給与の実態』ベースで計算しているこれらの推計値は実態より低く出ている可能性がある。これらを考慮すると、平成10年時点で看護コストは国民医療費の15%を上回っていることは十分考えられる。

III 看護職員給料増加の要因分析

以下では看護職員および医師のマクロベースの給料上昇要因を分析する。

1 アプローチ1による要因分析

アプローチ1によって、一般病院看護職員のマクロベースの給料対前期比上昇率を、①1人当たり給料上昇率、②1病院当たり雇用数上昇率、③病院数上昇率に要因分解したものが表10である。

昭和62年から平成9年までの増加率を見ると、法人・その他の病院では1病院当たり人数は1.14倍とほぼ横ばいであるが、1人当たり給料の増加率は1.34倍で、さらに病院数は1.21倍と増えているため、マクロベースの看護職員給料は1.85倍とおおよそ倍増している。それに対して、個人病院では1人当たり給料は1.43倍、1病院当たりの人数は1.44倍とともに法人・その他の病院の増加率を上回っている。とりわけ1病院当たりの人数の増加率では個人病院が法人・その他の病院を大きく上回っている。これは国公立病院を中心にすでに看護職員の配置基準はかなり達成してきているのに対し、個人病院では達成度が低かったため、この間の看護報酬料体系の改正などにより急速に配置基準が改善したことを反映してい

表 11 一般病院における医師給料増加率の要因分析

(数値は対前期比)

年	法人・その他病院				個人病院			
	1人当たり給料	1病院当たり人数	病院数	給料総額	1人当たり給料	1病院当たり人数	病院数	給料総額
平成 1	1.074	1.094	1.058	1.243	0.983	1.115	0.981	1.065
平成 3	1.050	0.952	1.054	1.054	1.035	1.258	0.889	1.157
平成 5	1.052	0.968	1.021	1.040	1.100	0.930	0.865	0.884
平成 7	1.125	0.959	1.086	1.172	0.882	1.140	0.659	0.662
平成 9	0.943	1.175	0.980	1.085	1.122	0.957	0.978	1.049
平成 9/昭和 62	1.26 倍	1.14 倍	1.21 倍	1.73 倍	1.11 倍	1.42 倍	0.49 倍	0.76 倍

注) 法人・その他病院：個人病院を除くすべて。

平成 1 年は昭和 62 年との比較。

平成 9/昭和 62 は平成 9 年と昭和 62 年の比較。

ると考えられる。『医療施設調査・病院報告』によれば全病院の 100 床当たりの看護職員数を平成 1 年と平成 10 年を比較すると、国立病院(除く厚生省)は看護婦 46.1 人から 53.0 人(15%増)、准看護婦 3.3 人から 2.4 人(27%減)、都道府県立病院は看護婦 43.3 人から 54.1 人(24.9%増)、准看護婦 8.3 人から 6.1 人(26.5%減)に変化したのに対し、個人病院では看護婦 8.9 人から 13.5 人(51.7%増)、准看護婦 17.8 人から 20.6 人(15.7%増)へと大きく増加していることがわかる。しかし、個人病院は病院数が半減しているためマクロベースの給料は横ばいとなった(表 10)。

つぎに病院勤務医師のマクロベースの給料上昇率を要因分解したものが表 11 である。昭和 62 年から平成 9 年までの医師給料の増加率について前述の看護職員給料の増加率と比較すると、法人・その他の病院、個人病院ともに 1 病院当たり人数はほぼ同水準の 1.14 倍と 1.42 倍(看護職員：1.14 倍、1.44 倍)である。しかし、1 人当たり給料は法人・その他の病院は 1.26 倍、個人病院は 1.11 倍と看護職員給料の上昇率(法人その他病院 1.34 倍、個人病院 1.43 倍)を下回っている。特に個人病院の 1 人当たり医師給料増加率は 1 人当たり看護職員増加率を大きく下回った。つまり、看護職員、医師ともに 1 病院当たり人数は個人病院の方が法人・その他病院より増加している。一方、1 人当たり給料の増加率は法人他病院でも個人病院でも看護職員の方が上回っているが、特に

その傾向は個人病院で顕著に見られる。

2 アプローチ 2 による要因分析

次にアプローチ 2 により以下の二つを行う。

(1) 病院勤務の看護婦、准看護婦、医師のマクロベースの給料増加要因を人数要因と 1 人当たり給料増加要因に分けて分析する、(2) 診療所勤務の看護婦、准看護婦のマクロベースの給料増加要因を同様に分析する。

(1) 病院勤務の看護婦、准看護婦、医師のマクロベースの給料増加要因

昭和 59 年から平成 10 年にかけて病院勤務の看護職員のマクロベースの給料は 2.31 倍に増加しているが(表 3 の A)、これは人数増加要因 1.59 倍(表 3 の B)と 1 人当たり給料増加要因 1.45 倍(表 3 の A/B)に分けられる。また看護婦と准看護婦のマクロベース給料はそれぞれ 2.59 倍、1.89 倍に増加しているが、これはそれぞれ人数増加要因 1.82 倍、1.28 倍と 1 人当たり給料増加要因 1.42 倍、1.47 倍に分けられる。これより看護婦のマクロベースの給料の増加率が准看護婦より大きいのは、1 病院当たりの人数の増加が看護婦のほうが大きいからであることがわかる。これは平成 6 年に実施された新看護体系など看護料体系の改正により、看護婦数の増加が収入が増えるインセンティブが強化されたことが反映していると思われる。なお、表 3 の(1)(2)はそれぞれ『民間給与の実態』による病院勤務看護婦と病院勤務准看護婦の平均月給(賞与含まない)の対前

表 12 当該年度の採用状況(4年間の推移)

	回答病院計				再掲:「医療法人・個人」病院			
	平成 11 年	平成 10 年	平成 9 年	平成 8 年	平成 11 年	平成 10 年	平成 9 年	平成 8 年
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
基本方針通り採用	60.0	55.5	53.2	54.2	50.5	45.2	41.0	43.5
予想以上に看護婦・士採用	6.1	5.2	4.6	5.1	8.0	6.6	5.7	6.1
看護婦・士採用予定下回る	17.2	24.8	28.4	26.8	25.8	33.0	38.1	35.4
看護婦・士採用できず	2.7	3.0	3.5	3.7	4.3	4.2	5.4	5.4
看・准とも採用できず	0.7	1.6	2.0	1.7	1.0	2.6	2.9	2.1
その他	3.2	4.6	2.9	2.9	2.8	3.7	2.4	2.6
無回答	10.0	5.3	5.4	5.6	7.6	4.8	4.4	4.9

出所) 『日本看護協会調査研究報告 2000』 No. 58。

期比である。サンプリングの違いからか A/B の値と必ずしも一致していないが、昭和 59 年から平成 10 年までの増加率(1.46 倍)はほぼ一致している。また平成 8 年以降、1 人当たり給料の上昇率が鈍化してきていることが分かる。この上昇率の鈍化は看護労働市場における需給関係が緩和されてきたためだと思われるが、これを傍証するものとして日本看護協会の調査結果を表 12 に示す。これは病院の採用状況に関するアンケート調査結果であるが、平成 8 年度以降「基本方針通り採用」と回答した病院の比率が上昇し、「看護婦・士採用予定下回る」と回答した病院の比率が低下していることがわかる。

一方、病院勤務医のマクロベースの給料増加率は昭和 59 年から平成 10 年で 1.81 倍(表 4 の A)で、これは人数増加要因の 1.51 倍(表 4 の B)と 1 人当たり給料増加要因の 1.20 倍で説明される。表 4 の(3)は『民間給与の実態』による病院勤務医の平均給料の対前期比であるが A/B の値とほぼ符合している。

マクロベースの看護職員と医師の給料増加要因を比較すると、給料総額の増加率では看護職員 2.31 倍、医師 1.81 倍と看護職員の方が大きい。就業人数の増加率は看護職員(1.59 倍)と医師(1.51 倍)の差は小さいため、1 人当たり給料の増加率の違い(看護職員 1.45 倍、医師 1.20 倍)が大きく影響しているためだといえる。

(2) 診療所勤務の看護婦、准看護婦のマクロベースの給料増加要因

昭和 59 年から平成 10 年にかけて診療所勤務の看護職員のマクロベースの給料は 2.27 倍に増加しているが(表 7 の A)、これは人数増加要因 1.58 倍(表 7 の B)と 1 人当たり給料増加要因 1.44 倍(表 7 の A/B)に分けられる。看護婦と准看護婦のマクロベース給料はそれぞれ 2.83 倍、2.07 倍に増加しているが、これはそれぞれ人数増加要因 1.95 倍、1.44 倍と 1 人当たり給料増加要因 1.45 倍、1.44 倍に分けられる。診療所においても病院同様に看護婦人数の増加率が准看護婦の増加率を上回っており、これがマクロベースの給料増加に影響していると考えられる。

3 要因分析のまとめ

以上を総括すると以下のようにまとめることができる。

1) 昭和 62 年から平成 10 年までの増加率を見ると国民医療費 1.98 倍、病院勤務看護婦・准看護婦 2.31 倍、診療所勤務看護婦・准看護婦 2.27 倍、病院勤務医師 1.81 倍である。これより看護コストは国民医療費の増加率以上に増加していることがわかる。

2) 看護職員 1 人当たり給料および 1 病院当たり看護職員人数の増加率は個人病院の方が法人・その他病院より大きい。個人病院数は減少しているためマクロベースの看護職員給料はほとんど増加していない。その意味で、マクロベースの看護職員給料の増加は法人・その他の病院における 1 人当たり給料、1 病院当たり看護職員人数、病

院数の増加によるものである。

3) 看護職員と医師を比較すると1病院当たりの人数および全体の就業人数ともに増加率に大きな差はないが、1人当たり給料の上昇率では看護婦、准看護婦はともに医師を上回っている。看護職員給料の上昇率が勤務医給料の上昇率を上回る傾向は昭和60年代以降ほぼ定着してきており、着実に医師、看護職員間の賃金格差が縮小している。これは医師の供給量の増加や勤務医指向が医師の労働市場を緩和させていることの反映であろう。

4) 看護婦と准看護婦を比較すると病院のみならず診療所においても看護婦数の増加率は准看護婦数を上回っており、これもマクロベースの看護職員給料増加要因の一つとなっている。准看護婦から看護婦へのシフトの理由として次の二つが考えられる。一つは看護料体系の変化という需要サイドの要因である。看護料に関する診療報酬上の特徴の一つは看護職員数対患者数の比率が看護料評価の重要な要素となっていることである。たとえば平成6年から実施された新看護料体系では看護職員に占める看護婦の割合を2割以上、4割以上、7割以上と分け報酬額に差を設けている。さらに平成12年から導入された入院基本料にも同様の考え方が引き継がれ、報酬評価の基本は看護職員配置であるが、それに看護婦と准看護婦との比率によって加算・減算が行われる。これらのインセンティブによって医療機関の准看護婦から看護婦へのシフトをうながしたことが考えられる。もう一つは新卒看護職員の学歴構造の変化という供給サイドの要因である。看護大学・看護短期大学・養成所(3年課程)の1学年定員の比率を見てみると、昭和58年が大学1.8%、短大12.8%、養成所85.4%であったのに対し、平成11年では大学15.1%、短大14.6%、養成所70.3%と高学歴化が着実に進んできている。

おわりに

前述したように看護コストは国民医療費の増加率を上回る速度で増加しており、その勢いは高齢

者の増加や看護職員の高学歴化などの需要サイド、供給サイドの諸要因を考慮すれば今後も増加していくと考えられる。この看護コストを賄うべきものが看護報酬であるが、現行の診療報酬体系では看護報酬が看護コストに対して十分でないのではないかという指摘がしばしば行われる。看護報酬は訪問看護など一部の特掲診療料を除けば入院料に含められるが(平成12年からは入院基本料)、社会医療診療行為別統計から病院・診療所の保険診療全体に占める看護料の比率を求めると、平成6年10.30%、7年10.19%、8年10.61%、9年10.46%、10年10.72%となる。これに入院医療管理料など包括化されている報酬に含まれる看護料相当部分を加えたものが保険診療に占める実質的な看護料の比率ということになるが、この額が看護コスト(前述の試算では対国民医療費ベースで14%以上)より少ないのではないかという議論である。この厳密な検証は他に譲るとして、このような議論が繰り返されること自体、看護報酬が看護コストに十分見合う水準ではないことを示唆している。もっとも現行の診療報酬体系では公定価格が市場価格と乖離していることは珍しくはない。医療機関は内部の相互補助によって帳尻を合わせるのが一般的である。そのように考えれば、看護料と看護コストを厳密にリンクさせることは必ずしも重要ではないという見解もあろう。しかし、比較的財源に余裕があり公定価格に余裕があった時期であればともかく、医療保険の予算制約が厳しくなってきた現在の現状ではこのようなどんぶり勘定の継続は適当ではない。たとえば支払いが包括化され、看護料以外の報酬が包括対象として混在したとしても包括金額を算定するうえでは看護コストと(看護料相当の)報酬額とを対応させるという原理は貫かれるべきである。やや一般的な議論になるが、診療報酬点数(公定価格)と医療のコスト(生産要素市場の市場価格)とは一定の対応関係があることが望ましいと考えられる。なぜなら、公定価格の歪みは医療サービスの内容を歪める可能性があるからである。かつて批判された薬価差益の存在と薬剤の多用の問題はまさにこれである。その意味で看護報酬は看護コストに

見合った水準に設定されるべきである。

しかし、一方で財源制約を考慮しなくてはならないとなれば、看護サービスに対する費用対効果を反映したメリハリの利いた報酬体系を講ずる必要がある。現行の診療報酬体系では、看護報酬は一部の特掲診療料を除けばホスピタル・フィー的な位置付けで個々の患者の疾病特性や患者特性を反映したものではなく、主として患者数対看護職員数という病院特性によって決まっている。このような現状の体系をも再考する必要がある。同じ看護サービスでも介護保険では要介護度を反映させた報酬体系ができて上がっている。筆者も委員として参加した「診療報酬体系見直し委員会」においても看護必要度に応じた報酬体系の議論が出た。アメリカの HCFA はメディケアによる訪問看護に対して Outcome and Assessment Information Set (OASIS) を用いたアウトカム評価を要請しており、看護報酬がサービスのアウトカムと関連付けられる可能性を示している。このような内外の動きを無視することはできないだろう。看護婦養成体制の充実によって供給量の確保が整ってきた現状では、看護も数量の充実から質の充実へと向かわなければならないが、看護報酬体系はそのためのインセンティブとなるように構築されるべきである。その意味でも看護サービスの費用対効果の研究の重要性は高いと考える。さらに付け加えるならば、看護業務を医師の補助業務として画一的に位置付けるのではなく、チーム医療の一翼を担う専門職として、その技術を(特掲診療料などで)積極的に評価するという姿勢が大切だといえる。

謝 辞

本稿作成にあたり、日本看護協会奥村元子氏より有益な資料を提供していただいた。また学習院大学経済学部遠藤ゼミ医療経済班の諸君には煩雑

な計算をしていただいた。ここに記して感謝したい。

注

- 1) (看護婦および准看護婦)本稿では看護職員を看護婦および准看護婦と定義する。
- 2) 本稿では給料や費用を全国ベースに拡大したものをマクロベースと称することとする。
- 3) より具体的には以下の操作を行った。

$$I = (①+②) \times A + (⑤+⑥) \times B + (⑨+⑩) \times C + (⑬+⑭) \times D$$

$$II = ③ \times A + ⑦ \times B + ⑪ \times C + ⑮ \times D$$

$$III = ④ \times A + ⑧ \times B + ⑫ \times C + ⑯ \times D$$

医療経済実態調査

給料(賞与、福利厚生費除く)	一般病院		精神病院	
	法人・その他	個人	法人・その他	個人
病院長	①	⑤	⑨	⑬
医師・歯科医師	②	⑥	⑩	⑭
看護職員	③	⑦	⑪	⑮
給与総額	④	⑧	⑫	⑯

医療施設調査

	一般病院	精神病院
全病院数－個人病院数	A	C
個人病院	B	D

参考文献

- 厚生省『医師・歯科医師・薬剤師調査報告』。
 —『医療経済実態調査報告』。
 —『医療施設調査・病院報告』。
 —『衛生行政業務報告』。
 —『社会医療診療行為別調査報告』。
 人事院『民間給与の実態』。
 日本看護協会出版会『診療報酬(介護報酬)』第4版。
 日本看護協会『日本看護協会調査研究報告2000』No. 58。
 労働省『賃金センサス』。
 (えんどう・ひさお 学習院大学教授)

看護教育の現状と課題

小山 真理子

I はじめに

看護は社会のニーズによって生まれたものであり、ゆえに看護教育は社会のニーズに対応できる人材の育成をめざしている。少子高齢社会を迎えた日本の保健医療福祉は著しく変化しつつあり、それに応じて看護職に求められる役割も、病院や診療所だけでなく、地域の訪問看護や企業、その他へと拡大してきている。また、医学を含む諸科学の発達により、保健医療の現場での知識は日々更新され、看護学として学習しなければならない学習内容は膨大に増えているといっても過言ではない。このような変化に対応するには、質の高い看護が要求され、その基盤となる看護教育の質の向上をめざして、近年のわが国の看護教育は大学や大学院数が急激に増加、社会人入学制度の見直しなど、大きく変化している。看護教育および関連組織の変化の速度は従来にはなかったほど急速である。このような状況で21世紀を迎えた今日の看護教育に関して看護職が取り組むべき課題は数多くあるが、本稿では、それらの課題の中から1.看護教育制度に関連する課題、2.大学の増加に関連する課題、3.カリキュラムに関する課題、4.卒業研修、に焦点をあてて概略したい。

II 多様な看護教育制度について

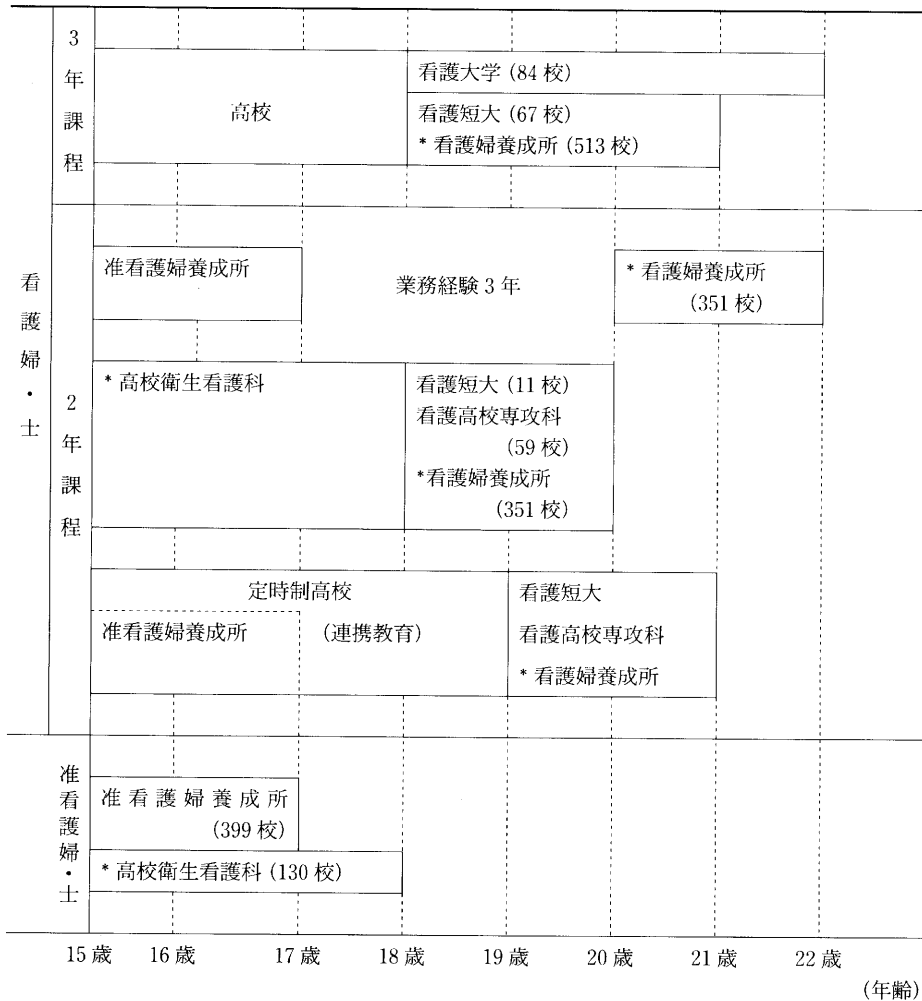
今日の看護職としての免許は、看護婦・士、保健婦・士、助産婦、准看護婦・士等があり、うち前者3職は国家試験による免許であり、准看護

婦・士は知事試験による免許である。看護婦・士および准看護婦・士の免許の受験資格を得るには、教育課程は表1のように多様である。保健婦・士または助産婦の国家試験受験資格を得るには、看護婦課程を終了後、6ヵ月以上1年の教育を受ける。

平成12年度のそれぞれの教育課程の1学年あたりの入学定員数は、看護婦・士課程(52,027人)、保健婦・士課程(8,165人)、助産婦課程(4,958人)、准看護婦課程(26,470人)であり、毎年、約91,000~92,000人が看護職への道をめざして入学していることになる。

看護婦になるには、高校卒業後、看護系大学、3年課程または2年課程の看護系短期大学、看護婦学校養成所を卒業し看護婦国家試験を受験する方法と、准看護婦課程を経て進学課程といわれる看護婦課程に進学し受験資格を得る方法などがあるが、さらに学士編入を含めると10種類以上の看護婦への道がある。

このように、日本の看護教育制度が多様であることは、看護職を希望する人々に個人の状況にあった教育の機会を与えている一方、制度をきちんと理解していない場合には、結果として看護婦への道の遠回りをする場合もある。例えば、高校衛生看護科の生徒の中には「看護婦になりたい」という希望を進路指導の教師に伝えたところ「高校卒業と看護婦の資格と一度に得ることができる」と紹介されて入学し、入学後に、高校では准看護婦の免許をとれるが看護婦になるにはさらに進学しなければならないことを初めて知ったという生徒もいる。これについては、正確な情報を得た上



注) 1. *印は定時制課程あり，就学年限1年延長。
 2. 保健婦，助産婦の就学年限は，看護婦教育終了後1年（法律上は6ヵ月以上）である。
 出所）看護問題研究会監修，日本看護協会出版会編集（2000）『平成12年看護関係統計資料集』，日本看護協会出版会，p.31とp.60より。

図1 看護婦・士，准看護婦・士教育課程の種類と学校数（2000年4月現在）

で，納得して入学したのなら良いが，知らないがゆえにその教育課程を選んでしまったということは，この情報化時代において極力減らす必要がある。今日の看護教育制度についての広報活動を，高校生だけでなく中学生，さらには，中学や高校の教師や社会の人々に向けても行う必要がある。

III 大学・大学院数の増加に伴う課題

日本における看護系大学の数は1991年には11校（看護基礎教育課程の約1.2%）であったものが，2000年4月には84校と，過去の大学数を基準にするとわずか10年間に約8倍も増えたことになる（図2）。

大学化に向けては，短期大学が大学に移行する

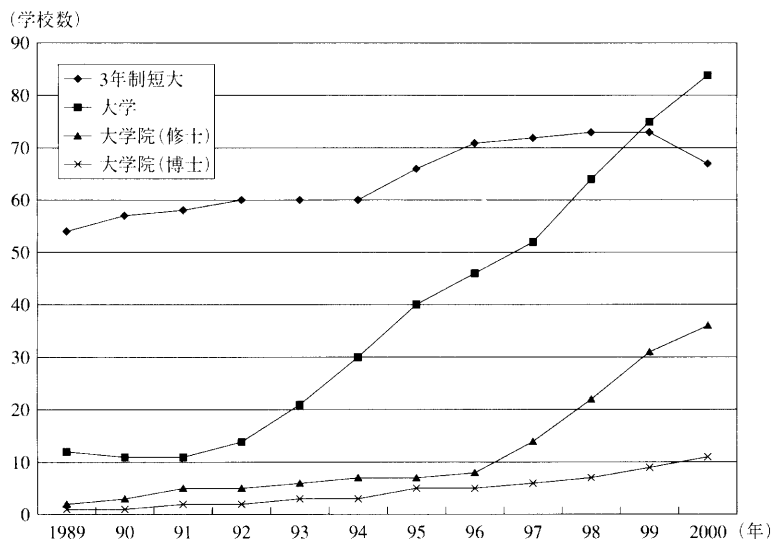


図2 看護系大学・短大・大学院の数の推移

ところも多いため、大学数と短期大学の数は1999年をもって逆転した。この図だけを見るといかにも大学化が進んだかのような錯覚を起こすが、看護婦・士の基礎教育課程の1学年定員のうち大学生が占める割合は11.4%であり、看護婦・士および准看護婦・士をめざしている学生総数の割合からいうと、大学生は7.6%であり、欧米諸国に比較するとまだまだ少ない。今後、更なる大学化がのぞまれる。

また、看護学の大学院は1979年に千葉大学看護学部に初めて開設されて以来、なかなかその数は増えなかったが、ここ5年間は急激に増え、今日では博士課程12校(学生定員100名)、修士課程32校(学生定員765名)に増えており、卒業生も、臨床、教育、行政などの場で専門性を活かしながら活躍している。

急激な大学化は、看護系大学の現場に教師不足を生じさせている。日本では看護学の大学院が存在しなかったために、看護学で学位を得るには看護以外の領域で取得したり、海外の大学院を修了せざるを得なかった。そのようにして学位を得た看護職は決して少なくなかったが、大学数の増加の速度はそれにも増して速かったといえる。そのため、医学部などでは、助手として上司から指導

を受けたり、個人の研究や実践を研修できる期間が十分ある(と思える)が、看護教育の現場では大学院の修生は重宝され、助手として自らの研修に十分な時間を割くことができる恵まれた教師は多くはない。看護実践の現場では現任教育があり継続教育が企画されているが、教育の現場では新人の教師は現任教育を受けるまもなく、独り立ちして教育の責任を負わざるを得ない人も多い。大学の教師としては、教育だけでなく、研究も重要である。教育の合間をぬって、土曜日や日曜日を割いて研究会に参加し、過労であると自覚しつつも、そのような現状を受け入れ、労苦を惜しまずに頑張っている。この大学数の急激な増加を支えているのは、そのような教師の努力があるということをおぼろげに忘れてはならない。

しかし、大学院も増えつつあるので、大学の教師不足は今が過渡期であるかもしれない。今日の大学院では次世代の日本の看護学教育を担う人材を育成しているため、この教師不足はそのうち落ち着くであろう。しかしながら、それまでに大学の教師のファカルティ・デヴェロップメントのありかたを検討することは、重要な課題である。

さて、大学教育化に関連するもう一つの課題は編入学制度の開設に伴う課題である。従来は学校

教育法の1条校である短期大学の卒業生のみが大学への編入学の資格があった。しかし、大綱化により、看護専修学校の卒業生も編入学できるようになり、すでにその制度を導入している大学もあり、専修学校から編入学が可能となっている。向上心のある看護職ができるだけ多く、教育を受ける機会を平等に与えるべく、各々の大学で社会人入学制度を導入しつつある。看護教育課程は多様であるが、これからは、多様な背景をもつ学生の教育はどのようにあれば良いのかを、カリキュラムと教育方法、入試選抜方法も含めて検討しなければならない時期にある。特に編入学課程においては、入学者選抜方式だけでなく、入学後にどのような能力をどのように評価し、認定するかの客観的評価基準も作成しなければならない。

IV 社会の変化に伴う看護教育カリキュラム

看護教育のカリキュラムは昭和23年にGHQの指導のもとに作成された戦後最初のカリキュラム以来、数回のカリキュラムの改正が行われてきた。従来の看護教育は、病院や診療所に勤務する看護婦になるための教育を強調したカリキュラムであったものが、最新の改正では、在宅看護論など施設外の看護を学ぶ科目が増設された。また、実習時間も昭和23年のカリキュラムと比較するとかなりの時間減少した。このことは以前のカリキュラムで卒業した新卒看護婦が、かなりの実践能力が身につけていたのに対して、今日の新卒は技術を実践化のレベルまでは到らず卒業するという現状がある。これは、今日のカリキュラムが十分なゆとりを持っているからでは決してなく、むしろ教育で重視されることが社会の変化と共に変化したためである。

社会の変化に伴い、看護教育は次のように変化してきた。すなわち、従来の看護教育が、どちらかといえば施設内の個人の患者に対して、より良い看護を提供するための知識、技術、態度の習得を目的としていたのに対して、在院日数の短縮化ということもあり、施設内外を問わず、地域を含めたケアを考えていかなければならない時代にな

った。また、看護ケアを行うにあたっては、教わった通りに行ったりそこでのやり方で行うのではなく、エビデンスに基づいた看護実践を重視する必要性が強くいわれるようになった。また、「何かをしてあげる」のではなく、一人一人の人がもつ力を生かしながら、その人の意思を尊重することを重視している。また、変化しつづける現場の全てをカリキュラムに導入できないという時間的、物理的制約があるために、判断能力や応用能力、科学的思考能力を非常に重視している。そのために、最近の看護学教育学会などでは、能力を身に付けるための教育方法などについての発表も多い。以上のように、看護教育のカリキュラムは社会の変化に対応していくための能力の育成を重視している。

しかし、ここでの大きな課題は、能力の育成にはプロセスを重視した教育方法が必要であり、それを行うには時間を要するということである。今日、どの教育課程の卒業生でも、国家試験の受験資格を得るには保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則に定められた教育内容と単位数を履修しなければならない。そのためには、能力よりも、やはり知識を重視する教育方法を取らざるをえないという現状がある。限られた時間の範囲内で、能力を育成するカリキュラムは看護教師にとってのチャレンジである。

V 卒業時の能力と卒後研修の必要性について

看護教育は一般的に、看護職に従事するまでの教育機関での教育(看護基礎教育)と、看護職の免許を得た後の現任教育を含む看護継続教育の両者に分けることができるが、どちらも質の良い看護を社会に提供していくためには重要である。65歳を定年と考えると、看護婦の免許を取得してから40年以上も、変化の著しい保健医療界でサービスを提供できる能力はわずか3~4年の看護基礎教育の期間内に習得できるとはいいがたい。また、保健医療の現場では、科学の発達により次々と新しい薬が発明され、医療機器は改良され、知識は日々更新されている。どのように優秀な学生

であったとしても、卒業後の継続学習なしには看護実践を継続していくには無理がある。その意味で、教育機関における看護基礎教育だけでなく、その後の学習も含めて、生涯学習しつづける看護職の教育を看護教育として捉える必要がある。

20世紀の看護教育はどちらかといえば、看護基礎教育に力点が置かれてきた。しかしながら、看護基礎教育を「教育」と捉える傾向が強いあまりに生じる問題もいくつかある。学校での教育と臨床とのギャップなどがその例である。看護職の免許をとるまでの期間は、看護教育のゴールではなくむしろ看護専門職としての出発点である。このことを教育者も臨床で卒業生を受け入れる看護婦も同意していなければならない。

看護基礎教育では、原理原則を押さえ、安全な看護婦として、質の良いケアを提供できる人材の育成をめざして、一人の患者を受け持ち丁寧な教育を行っている。ところが、卒業すると短期間で一人の「労働力」として期待されざるをえない現状が臨床にはある。

新人看護婦にとっては学校と実践の大きなギャップを感じつつ、業務になれていくために必死になる。新人看護婦が感じる最も困難なことは業務実践能力、すなわち、複数の患者を受け持つなか

でどのように、多くの業務を遂行していくかということである。

医学教育では研修制度が制度化されたが、看護にも卒後の研修期間が必要であると考えられる。今日でもすでにプリセプター制度など導入されているが、機関により非常に差が大きい。国民に安全な看護を提供できる教育を看護教育では行っているが、新人が身に付けている能力以上に臨床の現場は複雑で、業務の進行も速度も速く、新人が能力を積み重ねていけるという環境ではない。

看護基礎教育で身につけた知識や能力を基盤として、その能力をさらに深めていけるためのシステム作りが必要である。その一つとして新卒看護婦の卒後研修が制度化されることを願っている。

参考文献

- 看護教育制度研究会編(1995)『わかりやすい看護教育制度——資料集——』, 第2版, 廣川書店。
小島操子(2001)「看護大学の今とこれから」『看護展望』26-2, 2001年1月号, pp.4-7。
厚生省健康政策局看護課監修(1996)『必携看護教育カリキュラム』。
丸橋佐和子(2001)「臨床と教育の乖離」『看護展望』26-2, 2001年1月号, pp.21-24。

(こやま・まりこ 聖路加看護大学教授)

看護・介護職員確保の現状と課題

奥村元子

I はじめに

保健・医療・福祉の各領域で就業する看護・介護職員数は、1998年時点で約170万人(表1)と推計される。看護職員に限ればその96.5%が女性(1998年厚生省『衛生行政業務報告』)であり、助産所開設者等一部の自営業主を除く女子看護職員就業者数は約100万4千人と、女子雇用労働者総数2,124万人(1998年総務庁『労働力調

査』)の4.7%、ほぼ21人に1人に相当する。

保健・医療・福祉サービス供給体制は近年社会保障構造改革の一環としてその再編が進められてきた。2000年4月の介護保険制度によるサービス開始を経て、今後これらの分野のサービス需要にはさらなる拡大が見込まれ、直接サービスの提供にあたる看護・介護マンパワーの確保は大きな課題である。

本稿では主たる就業領域における近年の看護・介護職員就業者数ならびに新規就業状況・養成体

表1 看護・介護職員就業者数の推移(主たる就業場所・1988～98年)

(単位:千人)

		1988(昭和63)年		1993(平成5)年		1998(平成10)年	
		看護職員	介護職員	看護職員	介護職員	看護職員	介護職員
医療	病院	568	115	681	163	760	204
	診療所	160	57	199	53	237	46
	訪問看護ステーション	—	—	1	—	15	—
	老人保健施設	1	3	6	17	21	60
	助産所	5	—	3	—	2	—
福祉	特別養護老人ホーム	6	38	8	57	12	85
	その他福祉施設	14	18	20	30	31	54
	ホームヘルプ	—	24	—	72	—	145
保健	行政・保健所	21	—	25	—	28	—

- 注) 1. 「病院」:『病院報告』,厚生省による。介護職員の位置付けは「看護補助者」。
2. 「診療所」:表中1988年は1987(昭和62)年,1998年は1999(平成11)年[医療施設調査],厚生省による。介護職員の位置付けは「看護補助者」。
3. 「訪問看護ステーション」:『訪問看護実態調査』,厚生省による。
4. 「老人保健施設」:『老人保健施設実態調査』,厚生省による。
5. 「特別養護老人ホーム」「その他の福祉施設」:『社会福祉施設調査』,厚生省による。介護職員呼称は「寮母」。
6. 「ホームヘルプ」:市町村が配置する訪問介護員をさす。『社会福祉行政業務報告(厚生省報告例)』,厚生省による。
7. 「行政・保健所」「助産所」「看護関係学校・養成所」「その他」:『衛生行政業務報告(厚生省報告例)』,厚生省による。
8. 「行政」は,省庁・都道府県市区町村をさす。

制の現状を整理し、あわせて今後の看護・介護マンパワーの確保をめぐる諸課題に言及したい。なお、本稿において見解にあたる部分は筆者の私見であることをあらかじめお含みおきいただきたい。

II 看護・介護職員就業状況

1 概況

1988年～1998年の間に保健・医療・福祉の主な施設等で就業する看護職員は約1.4倍に、介護職員は約2.3倍に増加している(前掲表1)。

就業者の性比は、看護職員で女性96.5%、男性3.5%(1998年厚生省『衛生行政業務報告』)、社会福祉施設に従事する介護職員(寮母・寮父)で女性85.7%、男性14.3%(1998年厚生省『社会福祉施設等調査報告』)である。

看護職員の職種別就業者数の推移を図1に示す。就業者総数は1993年に100万人を超え、その後も増加を続けている。看護婦・看護師就業者数は1979年に准看護婦・准看護師数を上回り、以降その差は拡大している。なお、後述するように1999年に病院勤務准看護婦・准看護師が前年比9000人以上減少し、准看護婦・准看護師就業者総数は早ければ1999年時点で資格制度創設以来初の減少が見込まれる。

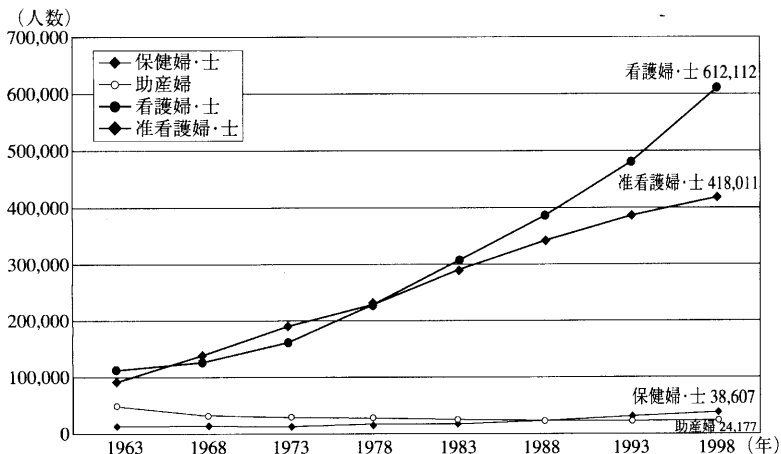
介護職員のうち、介護福祉士、ホームヘルパー1～3級など福祉関係資格者の就業統計は未整備であったが、厚生労働省は2000年を初年度として介護保険施設・居宅サービス事業所を対象とする調査(『介護サービス施設・事業所調査』, 2000年10月)を実施しており、今後これら資格者の就業状況が明らかになる。

2 病院における就業状況

(1) 就業者総数

病院就業看護職員数は1984年～1999年の間に約1.8倍に増加、同じく看護補助者も約2倍になっている(表2)。病床100床対就業者は、看護職員は1984年の32.4人から1999年には46.1人へと1.4倍に、看護補助者は6.7人から12.4人へと1.9倍となり、就業者数・病床対就業者数²⁾とも近年めざましく増加している。

しかしながら、濃沼によればOECD加盟29カ国の平均値「スタンダード」と比較して「(病院勤務の)職員数、看護数ともに単位人口あたりでは欧米諸国に比べて遜色はない」が、病院病床あたり看護婦就業者数³⁾ではわが国(1床対0.53人)は「スタンダード」(同0.95人)にはるかに及ばない。これは単位人口あたりの「わが国の病床数が格段に多いためである」(濃沼 2000,



資料) 『看護関係統計資料集』, 日本看護協会出版会。

図1 看護職員就業者数の推移(1963～1998年)

表2 病院就業者数・新卒就業者数の推移(1984~2000)

年次	看護職員								看護補助者	
	総数	前年比 増加数	再掲：看護婦・士			再掲：准看護婦・士			総数	前年比 増加数
			総数	前年比 増加数	新卒 就業者数	総数	前年比 増加数	新卒 就業者数		
1984	476,094	22,303	267,912	15,359	25,229	195,005	6,560	15,246	99,682	2,468
1985	495,903	19,809	281,957	14,045	26,427	200,475	5,470	15,943	100,507	825
1986	519,703	23,800	297,310	15,353	27,127	208,558	8,083	15,918	104,293	3,786
1987	543,122	23,419	312,827	15,517	27,812	216,220	7,662	15,333	109,356	5,063
1988	568,091	24,969	328,741	15,914	27,969	224,905	8,685	16,272	114,751	5,395
1989	585,990	17,899	341,167	12,426	29,023	228,979	4,074	16,399	118,297	3,546
1990	602,190	16,200	353,382	12,215	29,324	232,715	3,736	15,929	122,368	4,071
1991	615,272	13,082	364,335	10,953	29,972	234,669	1,954	15,202	124,282	1,914
1992	635,398	20,126	380,560	16,225	30,363	238,282	3,613	14,582	133,901	9,619
1993	659,102	23,704	399,676	19,116	33,052	242,394	4,112	13,335	145,028	11,127
1994	681,122	22,020	420,218	20,542	35,028	243,597	1,203	11,987	162,587	17,559
1995	702,055	20,933	439,982	19,764	36,280	244,289	692	13,001	178,858	16,271
1996	719,891	17,836	456,802	16,820	36,412	244,866	577	13,226	190,142	11,284
1997	735,171	15,280	473,085	16,283	37,403	243,528	-1,338	13,550	193,950	3,808
1998	746,411	11,240	487,799	14,714	37,662	239,844	-3,684	12,146	198,709	4,759
1999	759,504	13,093	509,762	21,963	41,154	230,619	-9,225	10,735	204,329	5,620
2000	—	—	—	—	40,856	—	—	9,543	—	—

資料) 就業者数は『医療施設調査・病院報告』, 厚生省, 新卒就業者数は『看護関係統計資料集』, 日本看護協会出版会。

注) 1. 「看護職員」: 保健婦・士, 助産婦, 看護婦・士, 准看護婦・士の総称。表では看護婦・士, 准看護婦・士について再掲。

2. 「新卒就業者数」には保健婦学校養成所・助産婦学校養成所を卒業後看護婦・士として就業した者は含まない。

p. 80)。病床あたり就業者数は先進諸国の水準に及ばず、看護職員は人口あたりでは先進諸国より多い病床に広く薄くばらまかれた状態にある。

(2) 看護職員の就業状況

① 就業者数

病院就業者数は増加を続けてはいるが増加のペースには波がある。病院就業看護職員前年比増加状況(前掲表2)によれば、1989年~1991年の前年比増加数の落込みは91年に13,082人で底を打ち一旦回復するが、この時期の確保難の深刻さを示している。

病院の看護職員需要は、1980年代後半に医療法改正に伴ういわゆる「駆け込み増床」に伴い一時的に急増、確保難が深刻化し「看護婦不足」は広く社会問題として認知されるにいたった⁴⁾。1992年6月、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」(いわゆる「看護婦確保法」)が成立し⁵⁾、養成拡充・離職防止・再就業促進を柱とする諸施策

の推進が図られ、1992年以降は看護婦3年課程養成定員の急増を見る(後述)。

これら新設養成所からの新卒就業者の増加を待たず病院就業者数の伸びは一旦勢いを回復するものの、1994年以降再び前年比増加数が漸減、1998年には「看護婦不足」時期の1991年をも下回る11,240人まで落ち込んだ。1999年は13,093人と若干回復したが、就業者数の伸びが鈍化する一方入職する新卒看護職員数が増加傾向にあり(前掲表2)、1999年春には5万3千人余(保健婦・保健士96人, 助産婦1,461人, 看護婦・看護士41,154人⁶⁾, 准看護婦・准看護士10,735人)におよんだ。当該年の新規入職新卒者数と就業者年間増加数の間には約4万人の乖離があり、新卒者採用が容易になる中で現職者の離職数の増加、さらには再就業機会の減少が生じていると推測される。

② 雇用形態

1999年日本看護協会『病院看護基礎調査』によれば看護職員のパートタイマー比率(常勤換算パートタイマー数/常勤換算就業者総数)は5.2%、部門別では病棟2.5%、外来21.1%である(日本看護協会 2001, p. 28)。一般に夜勤ができない看護職員を労働時間の長短にかかわらず常勤職員として採用しない例が多く、病棟での就業機会は限られ通常夜勤のない外来で常勤者並みの労働時間を勤務するいわゆる「フルタイム・パートタイマー」として配置され常勤職員と比較し不利に処遇される例がある。

臨時職員(労働時間・勤務形態が常勤者と同一で雇用期間に定めのある者)の雇用実態は明らかではないが、2000年上半期に看護職員採用があった全国2,871病院のうち51.2%にあたる1,471病院で臨時職員の採用があり、2,871病院の採用総数4万9,066人の12.4%にあたる6,102人が臨時職員として採用された(日本看護協会 2001, p. 2)。職種別では看護婦・看護師採用者の12.1%、准看護婦・准看護師採用者の15.6%が臨時職員である。国立・自治体立病院では臨時職員採用比率が高いが、その多くが定員外賃金職員と見られる。

専ら夜勤のみを行う「夜勤専従者」を配置して

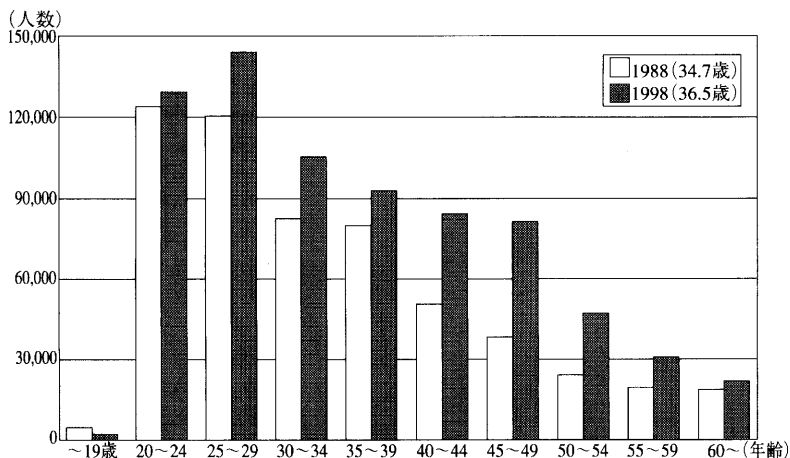
いる病院は16.4%、夜勤専従者は430病院で計1,832名、うち、正職員34.8%、臨時職員10.7%、パート・アルバイト54.5%である(日本看護協会 2001, p. 47)。診療報酬における入院基本料加算算定要件は夜勤専従者の総労働時間を週32~36時間以内とするよう求めており、常勤職員の所定労働時間がこれより長い場合夜勤専従者を「パートタイマー・アルバイト」として処遇せざるを得ない。そこで夜勤専従者について就業規則で主たる常勤職員より短い所定労働時間の「常勤職員」規定を設け、いわば複線型の常勤雇用を導入する例がある(日本看護協会 1998, pp. 36-37)。日勤・夜勤両方を勤務する一般の職員より短い所定労働時間を定めて相対的に優遇することで、得難い夜間労働力を確保する方策でもある。

③ 職種別就業状況

病院就業看護婦・看護師は増加を続けており1999年には50万人を超えた。准看護婦・准看護師数は、1996年まで緩やかながら増加してきたが、1997年から減少に転じ、1999年には前年比9,000人以上減少した。新卒准看護婦・准看護師入職数は、2000年に1万人を割った(前掲表2)。

④ 就業者年齢構成の変化

病院就業看護職員の年齢階層別就業者数を図2



資料) 『衛生行政業務報告』, 厚生省。

図2 病院看護職員年齢階層別就業者数 (1988~1998年)

に示す。就業者年齢構成の変化を背景に、経験年数・勤続年数の長い中高年齢層の処遇のあり方が人事労務管理上課題となりつつある。

⑤ 就業者増と患者へのサービス投入量の変化
病院勤務看護職員就業者数は絶対数・病床対就業者数ともに増加しているが、これは入院患者に投入される看護サービス量を増加させると同時に、

表3 入院患者に投入された看護職員の労働時間数 (1987年・1999年推計)

	1987年	1999年	データ出典・推計根拠
病院病床数	1,680,952	1,647,536	『医療施設調査・病院報告』, 厚生省
病床利用率	85.1%	84.6%	『医療施設調査・病院報告』, 厚生省
1日平均入院患者数	1,430,490	1,393,815	病院病床数×病床利用率
100床対看護職員数	34.3	46.1	『医療施設調査・病院報告』, 厚生省
看護職員総数	491,170	759,504	『医療施設調査・病院報告』, 厚生省
病棟配置比率	77.0%	78.0%	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
病棟看護職員数	378,201	592,413	看護職員総数×病棟配置比率
病棟看護職員1人あたり入院患者数	3.78	2.35	1日平均入院患者数÷病棟看護職員数
入院患者1人あたり病棟看護職員数	0.26	0.43	病棟看護職員数÷1日平均入院患者数
週所定労働時間	42.3	39.3	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
月平均超過勤務時間	8.5	6.2	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
年間有給休暇取得日数	11.3	10.2	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
夏季特別休暇	3.0	3.0	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
看護職員1人あたり年間総労働時間	2,047	1,856	週所定労働時間×52.1週+(月平均時間外×12月)-(年間国民祝日+年末年始休暇6日+夏期休暇+有休休暇)×8時間
看護職員1人あたり週平均労働時間	39.3	35.6	年間総労働時間÷52.1週
病棟勤務者全員の年間総労働時間	774,339,869	1,099,714,247	看護職員1人あたり年間総労働時間数×病棟勤務者総数
女性看護職員比率	96.5%	95.4%	『医療施設調査・病院報告』, 厚生省
病棟配置女性看護職員数	364,964	565,162	病棟看護職員数×女性看護職員比率
出産者比率	6.2%	3.9%	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
産前産後休暇期間(週)	12	14	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
産前産後休暇による労働時間減耗(時間)	10,670,730	10,994,694	病棟配置女性看護職員数×年間出産者比率×(週平均労働時間数×産前産後休暇期間(週))
育児休業取得率	48.3%	85.3%	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
平均育児休業期間(月)	6.3	8.1	『病院看護基礎調査』, 日本看護協会
育児休業による労働時間減耗(時間)	11,770,362	23,603,609	病棟配置女性看護職員数×年間出産者比率×育児休業取得者比率×(週平均労働時間数×月あたり週数×育児休業期間(月))
当直制看護単位数	3,469	616	『医療施設調査・病院報告』, 厚生省
当直制による夜間労働(所定労働時間外)	25,323,700	4,496,800	当直看護単位数×2(1日当直者数)×(夜間16時間中仮眠5時間・休憩1時間として10時間労働)×365
入院患者に投入された年間総労働時間	777,222,476	1,069,612,744	病棟勤務者全員の年間総労働時間-(産前産後休暇による労働時間減耗+育児休業による労働時間減耗)+当直制による夜間労働時間
入院患者に投入された1日あたり総労働時間	2,129,377	2,930,446	
患者あたり1日看護労働時間数	1.49	2.10	入院患者に投入された1日あたり総労働時間÷1日平均入院患者数。1987~1999年の間に0.61時間増

その一部が看護職員の労働条件改善に振向けられている。

近年看護職員の労働時間短縮・育児休業制度の普及・当直制から交代制への勤務体制変更等⁷⁾が進み、個々の看護職員の労働時間は短縮している。一方病院病床数は1993年以降徐々に減少、病床利用率の低下に伴い1日平均入院患者数は減少傾向にある。表3は1987年・1999年についてこの間の看護職員の増加および労働条件等の改善を織込みつつ、入院患者1人に投入された看護職員の労働時間数(患者あたり1日看護労働時間数)を推計したものである。

この間に入院患者1人あたり病棟看護職員数は0.26人から0.43人へと約1.65倍に、患者あたり1日看護労働時間数は1.49時間から2.10時間へと約1.41倍となった。看護職員配置が厚くなった効果として期待される患者あたり1日看護労働時間数の増は0.97時間であるが、実際には0.61時間の増であり、0.36時間分は看護職員の労働条件改善に振向けられたと考えることができる。

(3) 看護補助者の就業状況

① 就業者数の増加

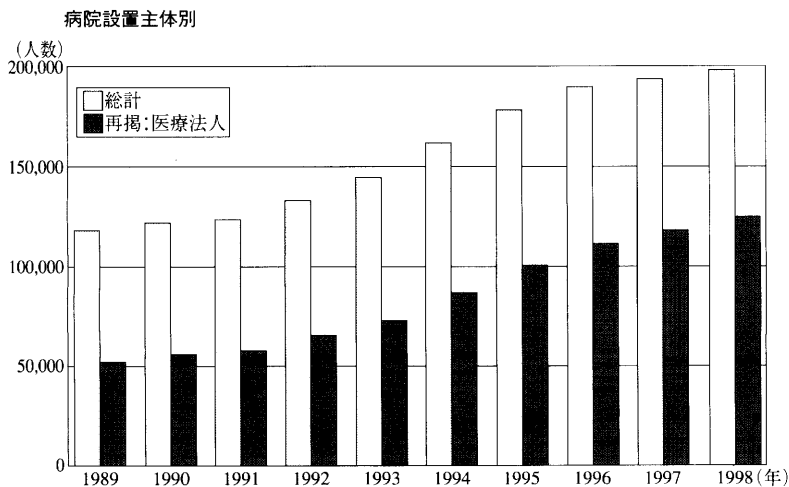
病院就業看護補助者数は1992年～1996年の5

年間に総数で6万5千人以上、毎年前年比で1万人から1万7千人ものペースで急増した(前掲表2)。1997年以降は前年比3千～5千人台と増加ペースが落ちるが、「医療法人」病院就業者数の増加ペースはこれを上回る(図3)。1984年～1998年の15年間に「医療法人」病院の看護補助者数は約2.5倍に達し、病床100床対就業者数も8.2人から16.3人へと増加している。次項で述べる政策誘導の主たる対象が、これら「医療法人」病院であることを示唆する。

② 就業者数増加の背景

1990年代は、医療供給体制再編(さらに介護保険下入所施設整備)に向けた政策誘導、具体的には「付添看護」⁸⁾の廃止と介護力を高めた療養型病床群・老人病床の再編・整備が進められた時期である。

1980年代以降付添看護療養費給付額の増嵩が健康保険財政上問題化し、患者の保険外負担(付添慣行料金と償還療養費との差額)、付添看護の質が問題となる例などもあり、1993年に医療保険審議会(当時)が建議書で廃止の方向性を打ち出した。1994年健康保険法改正に伴い「付添看護制度」は廃止され、厚生省(当時)はすべての病院で入院患者2人に看護要員1人以上(老人医



資料) 「医療施設調査」, 厚生省。

図3 病院勤務看護補助者数の推移(1989～1998年)

療では3人に1人以上)の体制整備を掲げた。

これに先立ち1990年診療報酬改定で新設された1日包括支払いの特定入院料「特例許可老人病院入院医療管理料(後に「老人病棟入院医療管理料」に改称)」は、その算定要件で付添看護禁止と手厚い介護職員⁹⁾の配置(入院患者3対1~6対1)を求め、当該入院料算定病院がいわゆる「介護力強化病院」と称された。

続く1992年に老人診療報酬において付添看護解消に向け各種加算等の施策が講じられ、翌1993年に改正医療法施行により療養型病床群が誕生、「療養型病床群入院医療管理料」が新設された。1994年10月診療報酬改定では看護料算定基準に従来の「基準看護」に加え「新看護」体系を創設、看護体制への経済的評価拡充により付添看護解消と医療機関雇用の看護要員による看護体制充実への誘導が図られた。

1993年当時、全国3,600病院で1日あたり7万人の入院患者に4万人の付添婦がつき、付添看護解消のため新たに必要となるマンパワーは看護婦・准看護婦3,000人、看護補助者6万人と試算された(厚生省1994, p.170)。特に主として老人医療を担う私的医療機関(医療法人など)ではその確保が困難であるとして付添看護解消自体を危ぶむ声さえあったが、これらの病院において看護補助者確保が進んだことは前項で述べたとおりである。

1999年7月時点で「療養型病床群入院医療管

理料」算定病床は14万4,235床、「老人病棟入院医療管理料」算定病床は13万4,417床(厚生省保険局医療課調べ)であり、これらの病床のうち約10万床余が2000年4月の介護保険スタート時に「介護療養型医療施設」に転換したと見られる。看護補助者の増加はこれらの病床の増加とそれに伴う看護・介護体制整備の結果もたらされた。

③ 介護福祉士の配置

介護福祉士は福祉職資格として誕生したものであり、病院はじめ医療機関の看護要員算定に際して介護福祉士資格者はあくまで看護補助者として扱われる。しかしながら、表4に示すとおり、病院においてもすでに相当数の介護福祉士資格者が就業しており、特に「医療法人・個人」病院では介護福祉士を配置している比率が高い。これらの病院での介護福祉士配置数は1病院平均4.7人である。

(4) 今後の採用・増員意向に見る需要動向

前述のとおり、病院就業看護要員数は増加を続けながらも、増加のペースは1990年代末にかけて鈍化傾向を示してきた。

日本看護協会は会員勤務の全国の病院を対象に1995年から毎年看護職員需給状況を調査している。2000年調査から、向こう3年間の職種別増員意向を表5に示す。看護婦・看護士はほぼ半数が「増員予定」、准看護婦・准看護士はほぼ半数が「削減予定(現員退職後補充しない方針を含む)」と回答した(日本看護協会調査研究課2001、

表4 病院における介護福祉士の配置(1999年)

	介護福祉士がいる			いない	無回答	計
	28.6%	人数	回答病院数			
計(2709)	28.6%	3,693	767	69.6%	1.8%	100.0%
国(224)	4.0	18	9	94.2	1.8	100.0
自治体(579)	9.2	179	51	88.8	2.1	100.0
公的(167)	14.4	121	23	84.4	1.2	100.0
社会保険関係団体(75)	8.0	24	6	92.0	-	100.0
医療法人・個人(1293)	44.3	2,680	570	54.0	1.7	100.0
学校法人・その他(34)	29.0	590	96	68.6	2.4	100.0
無回答(37)	32.4	81	12	64.9	2.7	100.0

資料) 「1999年病院における看護職員需給状況調査」『日本看護協会調査研究報告』No.57, 日本看護協会。

注) ()内は回答病院数。

表5 病院における今後3年間の看護要員増員意向：職種別

	増員予定	現状維持	削減予定	未定	無回答	計
看護婦・士	48.0%	37.3%	2.5%	8.7%	3.5%	100.0%
准看護婦・士	6.5%	31.3%	46.9%	7.6%	7.8%	100.0%
看護補助者	16.6%	53.4%	10.2%	11.7%	8.2%	100.0%

資料) 『2000年病院における看護職員需給状況調査』, 日本看護協会(速報)。

注) 回答病院数は3,286。「削減予定」: 現員退職後補充しない方針を含む。

表6 病院における看護婦・士, 准看護婦・士採用方針(1996~2000年)

採用予定年次	看護婦・士					准看護婦・士				
	2001年	2000年	99年	98年	97年	2001年	2000年	99年	98年	97年
今年度並み	23.2%	23.0	21.0	22.9	23.4	4.2%	4.8	4.9	7.3	8.1
今年度以上	27.0	18.4	25.4	32.6	33.8	2.8	2.4	3.4	4.1	4.9
今年度より減	4.0	6.0	4.3	4.3	3.6	4.3	3.9	4.4	5.1	6.2
欠員状況による	36.6	38.5	38.2	33.2	32.4	28.2	25.5	30.8	30.8	29.9
採用予定なし	3.5	5.6	4.6	2.5	1.9	45.8	49.7	43.7	39.7	38.4
未定	3.5	4.2	4.2	1.9	2.4	4.4	5.2	4.6	3.4	4.0
無回答	2.3	4.3	2.3	2.6	2.5	10.2	8.5	8.1	9.6	8.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料) 『病院における看護職員需給状況調査』, 日本看護協会。

注) 「採用予定年次」: いずれも調査年次(1996~2000)の翌年(次年度)を示す。

p.6)。看護補助者については「現状維持」が過半数を占めた。

同調査から、最近5年間の年度毎の職種別採用意向の推移を表6に示す。看護婦・看護師については、2001年春に「今年(2000年)以上の数を採用したい」との回答が前年度より増加、2000年春に採用数が予定を下回った病院を中心に一部が積極採用に転じたと見られる。しかしながら積極採用意向の比率は1997~1998年の水準に戻ったにすぎず、採用を「欠員状況による」「今年度並み」とする病院は今後も大勢を占めると推測される。

定員増予定の病院が必ずしも採用数の増を予定しているわけではない。今後3年間に看護婦・看護師を「増員予定」でも、次年度の採用を「今年度以上」とするのは約半数、「今年度並み」「欠員状況による」がそれぞれ4分の1を占める。採用動向からは看護婦・看護師需要の伸びには近い将来さらに鈍化が見込まれる。

准看護婦・准看護師については「採用予定な

し」とする病院が増加しており、2001年採用については45.8%となった。従来准看護婦・准看護師を多く雇用してきた「医療法人・個人」病院でも21.7%となるなど、准看護婦・准看護師から看護婦・看護師への「置き換え」は今後一層進むと見られる。

看護補助者については、入院患者への直接ケア要員として増員を図る傾向と、主として物品搬送・ハウスキーピング(清掃・リネン業務等)等の業務委託により直接雇用する職員を削減する傾向とがともに見られる。介護福祉士資格者を「採用したい」という意向は病院設置主体を問わずあり(表7)、特に「医療法人・個人」病院では4割を超える。

3 診療所における就業状況

診療所に就業する看護職員数は1984年~1999年の間に約1.3倍に増加した(表8)。特に1996年~1999年までの3年間には急増を見ている。看護補助者は1984~1999年の間に約1万7千人

減少したが、大部分は有床診療所における減少である。

就業者数の推移を職種別に見ると、准看護師・

准看護師は一貫して増加、看護婦・看護師は1984年から1987年にかけて一旦減少するが、その後は増加に転じ1993年以降は准看護師・准看護師を上回って増加している。

診療所に入職した新卒看護婦・看護師は毎年700人前後であり、前述の看護婦・看護師就業者数の増加は主として病院からの転職者を中心とする既卒者の入職増の結果と見られる。一方、新卒准看護師・准看護師は減少傾向にあり、2000年には3,500人を割った。診療所の看護職員供給源はあきらかに新卒准看護師・准看護師から既卒看護婦・看護師にシフトしつつある(前掲表8)。

表7 病院における今後の介護福祉士の採用意向(1999年)

	採用したい	採用は考えていない	無回答	計
計(2709)	29.5%	56.5%	14.1%	100.0%
国(224)	4.5	81.3	14.0	100.0
自治体(579)	12.3	69.8	18.0	100.0
公的(167)	16.2	68.9	15.0	100.0
社会保険関係団体(75)	10.7	82.7	6.7	100.0
医療法人・個人(1293)	43.3	44.6	12.1	100.0
学校法人・その他(34)	33.2	51.2	15.6	100.0
無回答(37)	29.7	51.4	18.9	100.0

資料) 「1999年病院における看護職員需給状況調査」[日本看護協会調査研究報告] No. 57, 日本看護協会。

注) ()内は回答病院数。

4 その他の医療機関における就業状況

(1) 訪問看護ステーション

1992(平成4)年の制度創設以来、事業所数の増加に伴い就業する看護職員数が増加している

表8 診療所就業者数・新卒就業者数の推移(1984~2000年)

年次	看護職員								看護補助者	
	総数	前回比増加数	再掲：看護婦・士			再掲：准看護師・士			総数	前回比増加数
			総数	前回比増加数	新卒就業者数	総数	前回比増加数	新卒就業者数		
1984	153,579	14,598	43,953	2,984	700	102,980	10,734	7,052	63,058	-4,051
1985	—	—	—	—	719	—	—	7,315	—	—
1986	—	—	—	—	705	—	—	7,016	—	—
1987	161,106	7,527	43,397	-556	592	111,141	8,161	6,620	57,579	-5,479
1988	—	—	—	—	580	—	—	6,571	—	—
1989	—	—	—	—	709	—	—	6,484	—	—
1990	178,125	17,019	49,904	6,507	563	121,377	10,236	6,554	56,033	-1,546
1991	—	—	—	—	597	—	—	6,249	—	—
1992	—	—	—	—	637	—	—	5,895	—	—
1993	200,725	22,600	60,285	10,381	615	132,654	11,277	5,125	52,579	-3,454
1994	—	—	—	—	626	—	—	4,860	—	—
1995	—	—	—	—	669	—	—	4,715	—	—
1996	218,575	17,850	70,202	9,917	626	139,627	6,973	4,945	50,369	-2,210
1997	—	—	—	—	640	—	—	4,789	—	—
1998	—	—	—	—	549	—	—	4,427	—	—
1999	247,308	28,733	87,376	17,174	636	149,901	10,274	3,923	46,029	-4,340
2000	—	—	—	—	734	—	—	3,463	—	—

資料) 就業者数は「医療施設調査・病院報告」, 厚生省, 新卒就業者数は「看護関係統計資料集」, 日本看護協会出版会。

- 注) 1. 「診療所」は、一般診療所および歯科診療所を含む。なお、診療所従事者数の調査は3年に1回実施される。
 2. 「看護職員」: 保健婦・士, 助産婦, 看護婦・士, 准看護師・士の総称。表では看護婦・士, 准看護師・士について再掲。
 3. 「新卒就業者数」には保健婦学校養成所・助産婦学校養成所を卒業後看護婦・士として就業した者は含まない。

(前掲表1)。

1999年の職種別就業者数は、保健婦・保健士899人(前年比75人増)、助産婦21人(同21人増)、看護婦・看護師16,105人(同3,656人増)、准看護婦・准看護師2,898人(同702人増)、計19,923人で看護婦・看護師の増加がめざましい。1事業所あたり看護職員数は5.6人(1999年厚生省『平成11年訪問看護統計調査』)、就業者の43.1%が非常勤であり、常勤換算就業者数は15,964.1人、非常勤就業者1人は常勤換算で0.54人に相当する。

(2) 老人保健施設

1988(昭和63)年の制度創設以来、施設数・入所定員の増加に伴い就業する看護・介護職員数が増加している(前掲表1)。

1999年の職種別就業者数は、看護婦・看護師8,465.1人(前年比1,248.8人増)、准看護婦・准看護師15,108.4人(同1,561.3人増)、介護職員68,925.3人(同8,661.5人増)(1999年厚生省『平成11年老人保健施設実態調査』)である。入所定員100人あたり従事者数は、1989年の看護婦・看護師3.1人、准看護婦・准看護師5.8人、介護職員20.8人から、1999年には同じく4.0人、7.1人、32.6人へと増加した。

5 福祉領域における就業状況

社会福祉施設に就業する看護職員・介護職員(寮母)数の推移(1988~1999年)を表9に示す。近年看護職員・寮母とも就業者数は増加しているが、その増加に最も寄与しているのが「老人福祉施設」における就業者数の増加である。

特別養護老人ホームは、社会福祉施設中最多の看護職員・寮母が就業する。施設数・在所要員数は、1988年の2,004施設・14万4,112人から、1998年には4,007施設・26万6,140人へと増加した(厚生省『社会福祉行政業務報告』)。在所要員100人あたり就業者数は、1988年の看護職員4.0人、寮母26.3人から、1998年は同4.6人、32.1人に増加した。1施設あたり看護職員数は、1988年2.9人、1999年3.2人であり、わずかながら増加している。

社会福祉施設は採用したい看護職員の力量として「異常・緊急時の対応」74.6%「観察力」62.3%「確実な看護技術」60.8%「他職種との協働」60.4%「判断力」59.8%を上位にあげる(日本看護協会中央ナースセンター1998, p.24)。特に高齢者を対象とする施設では医療を要する入所者の増加・重症化が進んでいるとされ、医師が常駐しないことが多いこれらの施設での看護職員への期待が医療面の対処にあることを示す。

表9 社会福祉施設従事看護・介護職員(寮母)数(1988~1999年)

	年次	総数	保護施設	老人福祉施設	再掲：特別養護老人ホーム	身体障害者更生援護施設	婦人保護施設	児童福祉施設	保育所	知的障害者援護施設	母子福祉施設	精神障害者社会復帰施設	その他の社会福祉施設等
看護職員	1988	20,054	264	7,706	5,727	1,280	17	6,739	2,555	1,090	5	—	398
	1993	28,083	286	13,279	8,323	1,631	18	7,076	3,369	1,550	2	97	775
	1998	41,891	331	26,040	12,213	2,181	20	7,399	4,057	1,936	6	63	1,158
	1999	48,161	338	30,143	13,282	2,307	20	7,611	4,363	2,026	5	70	1,278
寮母	1988	55,653	2,457	46,321	37,830	6,202	15	—	—	—	—	—	658
	1993	86,891	2,587	74,343	56,728	7,852	9	—	—	—	—	7	2,093
	1998	139,355	2,655	121,117	85,366	10,863	17	—	—	828	—	9	3,866
	1999	155,279	2,703	136,391	93,142	11,646	15	—	—	288	—	19	4,217

資料) 『社会福祉施設等調査報告』, 厚生省。

- 注) 1. 看護職員：保健婦・保健士、助産婦、看護婦・看護師、准看護婦・准看護師の総称。統計上看護婦・看護師と准看護婦・准看護師は区分されていない。
2. 表中「児童福祉施設」は「保育園」「肢体不自由児施設」を含み、「助産施設」を含まない。

III 看護・介護職員の供給

1 看護職員の供給

2000年4月現在の看護職員養成課程の養成数(1学年定員)は、看護婦3年課程34,074人(うち大学5,950人,短期大学4,580人),看護婦2年課程17,953人(うち短期大学570人),准看護婦課程26,470人(うち高校衛生看護科7,135人)である。以下、養成状況に関する統計値は『看護関係統計資料集』(日本看護協会出版会)からの引用及びその解析による。

1970年からの課程別養成数(1学年定員)の推移を図4に示す。看護婦3年課程養成数は1992年の「看護婦確保法」制定以降急増し、1995年には准看護婦課程を上回った。看護婦3年課程のうち特に大学での養成数の伸びがめざましく、1999年には短期大学を上回った。准看護婦課程養成数は近年減少が続いている。

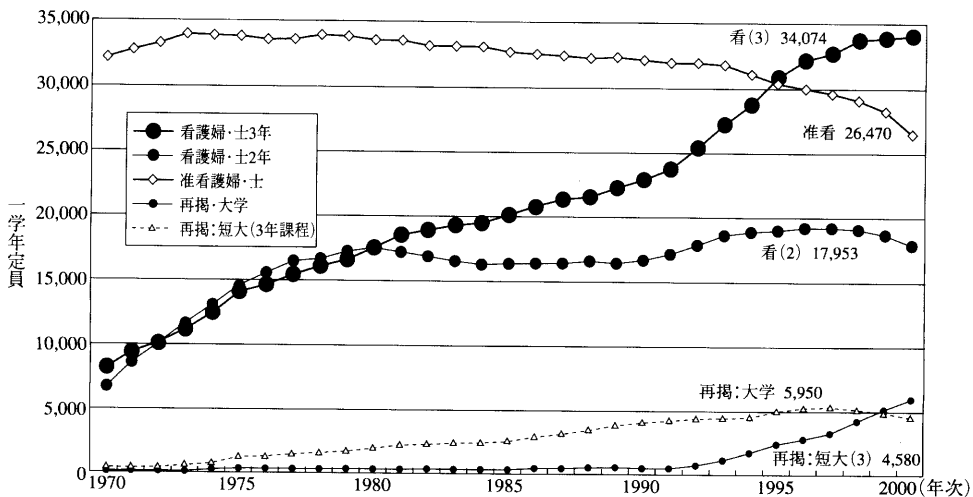
最近の入試競争率(受験者/入学者)は、看護婦3年課程で5倍前後(2000年:大学5.4倍,短期大学5.0倍,養成所4.8倍),准看護婦課程で2倍弱(2000年:養成所1.9倍,高等学校衛生看護科1.7倍)である。准看護婦課程では1998年以

降「定員割れ」が生じ、2000年の定員充足率は課程全体で93.9%,学校種別ごとでは養成所94.5%,高等学校衛生看護科92.4%である。

入学者の主たる供給源は18歳人口であり、進行しつつある18歳人口の減少は看護職員養成影響を及ぼしつつある。高等学校新卒者(女子)に占める看護系学校・養成所への進学者比率(推計値)は1996年5.6%,1998年5.8%,2000年5.7%¹⁰⁾とほぼ安定しており、今後もこの程度で推移すると仮定すると高等学校新卒者数減少に伴い看護系学校・養成所進学者数のさらなる減少が見込まれる。

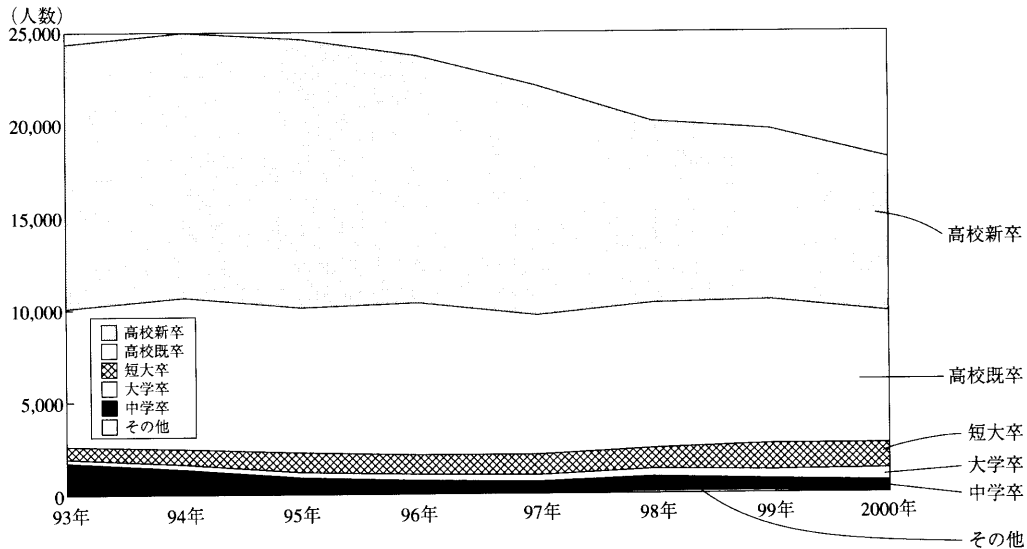
すでに高等学校新卒者数は年々減少しており、その影響はまず、高等学校新卒者のうち看護婦3年課程に合格できない層の受け皿となってきた准看護婦養成所で現れた。入学者のうち、高等学校新卒者以外の入学者数はおおむね変わらず(図5),高等学校新卒者減少が入学者総数減少につながったことを示唆している。入学者に占める高校新卒者比率低下は、入学者の学歴・年齢等の属性の多様化を招来しつつある。

看護婦養成所(3年課程)は看護系大学増加と18歳人口減少の影響で学生確保に苦慮している。日本看護協会調査によれば、看護婦養成所(3年



資料) 『看護関係統計資料集』, 日本看護協会出版会。

図4 看護職員課程別養成定員(1学年)の推移(1970~2000年)



資料) 『看護関係統計資料集』, 日本看護協会出版会。

図5 准看護婦養成所入学者基礎学歴別人数の推移 (1993～2000年)

課程)のうち、44.1%が過去10年間に応募者数が「減った」と回答、この間入学者の学力は「低下してきた」60.7%、学習意欲は「低下してきた」52.4%と見る。過去3年間に大卒者を入学させたことがある学校は82.6%、うち67.0%が入学させた結果「よかった」と評価する。大卒入学者に対しては大学での既習単位の認定による学習負担軽減が課題であるが、認定可能単位は基礎科目に限られ認定単位数の実績は1人あたり3.8単位に過ぎなかった(日本看護協会調査研究課2000, pp. 11-15)。2000年4月入学の大卒者の受け皿は、看護婦養成所(3年課程)が最多の1,002人、准看護婦養成所は685人であり(表10)、大卒の入学者の絶対数・入学者に占める比率ともに看護婦養成所が准看護婦養成所を上回る。

各課程卒業の新規就業者数を図6に示す。准看護婦課程卒就業者の減少は、養成数そのものの減少に加え、卒業と同時に看護婦2年課程に進学する者の比率が徐々に高まっているためと見られる。看護婦2年課程に直ちに進学した者の比率は、1996年の30.2%から、2000年には36.8%に高まった。特に高等学校衛生看護科卒業者の進学率は78.4%(2000年)と高く、当該課程は実質的に

「看護婦への別ルート」として機能している。

2 介護職員の供給

介護職員として保健・医療・福祉の各領域で就業する者には、必ずしも介護にかかわる何らかの資格が求められているわけではない。しかしながら、この領域でのサービス需要の拡大に伴いマンパワー量(就業者数)のみならずサービスの質確保の要請はいつそう強まると見られ、事業所側の有資格者採用意向と従事者ならびに新規就業希望者の資格取得意欲の高まりが予想される。

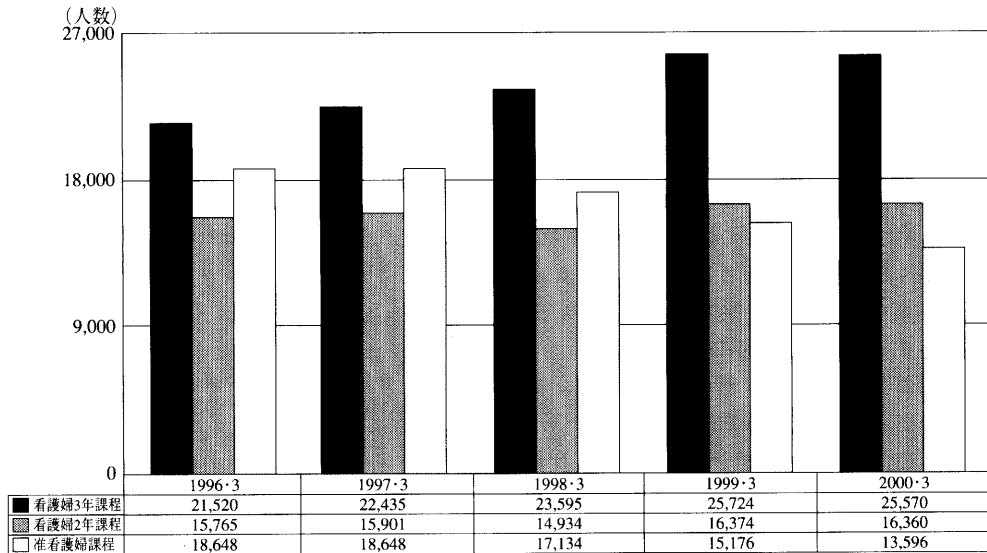
介護福祉士登録者数ならびに国家試験結果を表11に示す。1989年の「社会福祉士及び介護福祉士法」施行に伴い養成所(高卒後2年以上または大学等卒後1年以上)における養成と平行し、福祉施設・ホームヘルプ等の3年以上の実務経験者を対象とする国家試験が開始された。過去12回の国家試験合格者の累積数は12万3千人程度であり、すでに養成所卒業の資格者9万人近くが登録済みと見られる。2000年4月時点の養成施設は大学・短期大学・養成所を合わせ339校390課程・入学定員22,886人を数える。また、国家試験受験者数は急速に増加している。実務経験に準

表 10 看護基礎教育各課程入学者の属性 (入学時基礎学歴別人数・入学者に占める比率)

		94年	95年	96年	97年	98年	99年	2000年	
大学	入学者総数	人 1,862	2,634	3,009	3,507	4,494	5,423	6,331	
	大学卒	人 (%) --	35 1.3%	38 1.3%	34 1.0%	61 1.4%	90 1.7%	98 1.5%	
	短期大学卒	人 (%) --	10 0.4%	28 0.9%	20 0.6%	42 0.9%	43 0.8%	49 0.8%	
	高等学校卒	人 (%) --	2,585 98.1%	2,933 97.5%	3,436 98.0%	4,373 97.3%	5,270 97.2%	6,180 97.6%	
	再掲：高等学校新卒	人 (%) --	1,929 73.2%	2,221 73.8%	2,715 77.4%	3,452 76.8%	4,354 80.3%	4,832 76.3%	
	短期大学 (3年課程)	入学者総数	人 4,831	5,211	5,489	5,669	5,437	5,199	4,889
	大学卒	人 (%) --	69 1.3%	86 1.6%	96 1.7%	92 1.7%	118 2.3%	151 3.1%	
	短期大学卒	人 (%) --	45 0.9%	113 2.1%	36 0.6%	52 1.0%	52 1.0%	49 1.0%	
	高等学校卒	人 (%) --	5,087 97.6%	5,277 96.1%	5,526 97.5%	5,284 97.2%	5,017 96.5%	4,688 95.9%	
	再掲：高等学校新卒	人 (%) --	4,345 83.4%	4,403 80.2%	4,500 79.4%	4,525 83.2%	4,068 78.2%	3,997 81.8%	
看護婦学 校養成所 (3年課程)	入学者総数	人 23,172	24,260	24,289	23,595	23,564	23,241	23,132	
	大学卒	人 (%) 0.9%	207 1.4%	343 1.7%	403 1.9%	460 2.5%	598 3.4%	799 3.4%	1,002 4.3%
	短期大学卒	人 (%) 1.8%	428 2.3%	561 2.3%	643 2.7%	632 2.7%	728 3.1%	807 3.5%	
	高等学校卒	人 (%) 97.1%	22,494 96.1%	23,310 95.9%	23,287 95.1%	22,443 94.4%	22,256 93.1%	21,640 91.8%	
	再掲：高等学校新卒	人 (%) 84.3%	19,535 80.5%	19,527 81.6%	19,814 82.8%	19,526 81.6%	19,218 80.8%	18,771 79.2%	
	准看護婦 養成所	入学者総数	人 25,065	24,711	23,801	22,224	20,280	19,839	18,266
	大学卒	人 (%) 1.2%	300 1.3%	332 1.5%	346 1.7%	470 2.3%	552 2.8%	685 3.0%	
	短期大学卒	人 (%) 3.3%	835 4.3%	1,051 4.2%	1,006 5.0%	1,119 5.4%	1,383 7.0%	1,357 7.6%	
	高等学校卒	人 (%) 89.8%	22,504 90.5%	22,355 90.8%	21,614 89.9%	19,984 87.4%	17,068 86.0%	15,475 84.7%	
	再掲：高等学校新卒	人 (%) 57.2%	14,345 58.7%	14,496 56.1%	13,361 56.1%	12,463 48.7%	9,277 46.8%	8,360 45.8%	
	中学校卒	人 (%) 5.3%	1,338 3.7%	917 3.1%	744 3.0%	674 4.2%	852 3.7%	737 3.7%	

資料) 「看護関係統計資料集」, 日本看護協会出版会。

注) 「准看護婦養成所」: 高等学校衛生看護科を除く。



資料) 『看護関係統計資料集』, 日本看護協会出版会。

図6 課程別新卒就業者数の推移 (1996~2000年)

表11 介護福祉士資格者登録数および介護福祉士国家試験結果の推移

年次	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	
登録者数	—	—	—	16,343	28,537	44,416	61,658	79,940	102,339	129,093	165,098	209,255	
国家試験	受験者数	11,973	9,868	9,516	9,987	11,628	13,402	14,982	18,544	23,977	31,567	41,325	55,853
	合格者数	2,782	3,664	4,498	5,379	6,402	7,041	7,845	9,450	12,163	15,819	20,758	26,973
	合格率	23.2%	37.1%	47.3%	53.9%	55.1%	52.5%	52.4%	51.0%	50.7%	50.1%	50.2%	48.3%

注) 登録者数: 『国民の福祉の動向』, 厚生省による。

じて受験を認められる高等学校福祉系学科 (NHK 学園高校専攻科含む) 卒業者は2000年には6,157人が受験, うち2,763人が合格した。

IV 看護・介護マンパワー確保の課題

マンパワー「量」の確保にはまず性別・年齢・多様な社会的背景を持つ人材の参入を促し供給源を拡張することが不可欠である。さらにマンパワーの「質」を求める場合にも, 拡張された供給源があればこそ「質」の高い人材の層を厚くすることが可能になる。

看護職員養成機関への高等学校新卒者以外の志願者の受け入れ拡大, 具体的には社会人入学制度拡充, 大学・短期大学等高等教育修了者に対する

既習単位認定による学習負担軽減・修学期間短縮が課題である。介護福祉士養成課程卒業者の参入の動向も注目される。

現行の資格・免許制度は必ずしも個々人の実践能力を保証するものではなく, 表面的な多様性を超え実践能力に応じた処遇には客観的な実践能力評価基準が求められよう。

また, 医療領域に偏在する看護職員に今後ニーズが高まる福祉領域へスムーズな移動を促す方策が重要である。病院勤務看護職員ですでに中高年層の処遇が課題となりつつあるが, 一般急性期対応の医療現場の経験者を求める福祉領域のニーズに応えられる層でもあり, 就業斡旋・雇用主側に処遇改善を促す情報提供等が急務である。

雇用・就業形態多様化により就労可能者拡大・

離職抑止が期待される。短時間労働者の処遇改善には短時間労働の常勤職員等複線型処遇の拡充が望まれる。また、施設内のみならず居宅サービス分野でも24時間体制が不可欠であり夜間労働力確保が一層重要となる。夜間労働力が十分なら、交替制勤務職場で従来「半人前」扱いされた「夜間働けない」者も職場を去るには及ばない。夜間労働力を「高く買う」とともに労働負担軽減のため専ら夜間就業する者には一般労働者より短い労働時間を規定するなどの方策が求められよう。

なお、近い将来取組むべきテーマとしては、看護業務についての派遣労働解禁の前提条件の検討がある。さらに、外国人労働者受け入れは、資格職者・単純労働者それぞれで前提が異なるがこれについては今後国民的な論議が必要となろう。

注

1) 本稿では「看護職員」「介護職員」および関連の職種名称を、以下のように用いる。

「看護職員」

保健婦・保健士、助産婦、看護婦・看護師、准看護婦・准看護師資格を有し看護業務にあたる者の総称。

「介護職員」

看護職員以外で医療・福祉領域で介護および看護補助の業務にあたる者の総称。介護福祉士、ホームヘルパー資格者を含む。就業施設種類により統計上の名称は、保険医療機関＝看護補助者、介護保険施設＝介護職員、福祉施設＝寮母・寮父。

「看護補助者」

保険医療機関で看護職員の指導のもと看護補助業務（患者への療養上の世話・病室内環境整備・ベッドメイキング・看護用品、消耗品整理整頓等）を行う者をさす（厚生労働省保険局医療課、「通知：平成12・3・17保険発第29・老健51基本診療料の施設基準およびその届出に関する手続きの取扱いについて 別添2 入院基本料等の施設基準等 第1(4)イ」1.6)。「療養上の世話」のうち、療養・老人病棟等の症状・状態の安定した患者に対するものは実質的に「介護」に近い。一方積極的な治療を行う医療機関では看護補助者の「療養上の世話」は全ての患者に提供されるとは限らずまた提供できる「療養上の世話」の種類または程度が限定的であるなど、「療養上の世話」以外の業務が中心となる（奥村1998, pp. 825-826）。

「看護要員」

「看護職員」および「看護補助者」の総称。

2) 「病床対従事者数」は、病院全体の従事者数を稼働病床対比で示したものの。従事者数には入院（病棟）・外来・手術・中央材料・地域医療・看護管理等各部門の配置人員すべてを含み、病床数と入院患者数は異なるため、「病床対看護職員数」は入院患者対病棟配置看護職員数と同義ではない。

3) 「看護婦」は、国際比較のため助産婦・看護婦・看護師・准看護婦・准看護師の総計を用いており、保健婦・士を含まない。

4) 1992年、労組のキャンペーンで使われ確保難の背景にある看護婦の労働条件の厳しさを現した「9K」が、「日本新語・流行語大賞」新語表現部門銀賞受賞。中小零細製造業の厳しい労働条件をす「3K」（きつい・汚い・危険）に、「給料が安い・規則がきびしい・薬に頼る・婚期が遅れる・化粧がのらない」の「6K」を加えたもの。

5) 「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」（平成4年6月26日法律第86号）に基づき、厚生省は同年10月21日付で同法施行令ならびに施行規則、並びに同法に基づく都道府県ナースセンター及び中央ナースセンターに関する省令を発令、同年12月25日付で厚生・文部両省により基本指針を告示、確保への取り組みを進めた。

6) 保健婦学校・助産婦学校を卒業後看護婦・看護師として就業した者は含まない。

7) 当直制では夜間当直の時間は所定労働時間内労働と見なされないが、交代制では夜勤時間は所定労働時間に含まれる。当直制では深夜（22時～5時）は定時巡視・緊急時対応以外は仮眠が原則だが、仮眠時間を除く夕方・翌朝の勤務は看護サービスにあたった時間と見ることができ。当直制から交代制への移行は実質的に看護要員の労働時間短縮を意味し、多くの場合病棟配置看護要員の増員が必要になる。交代制は夜間も通常業務が継続することを前提とする体制であり、夜間看護体制の充実を図るため近年診療報酬算定要件が「当直制」から「交代制」への移行を誘導、当直制をとる病院はごくわずかとなった。

8) 「付添看護制度」（付添看護療養費の給付）は、1925（大正15）年の健康保険法施行にともない開始。患者が雇用した付添婦を入院時に付添させた場合一定額を療養費として償還する。付添婦に患者の療養上の世話を依存し、最小限の数の看護職員が医師の診療補助に専念する体制をとれば、医療機関は自ら看護要員を雇用しなくとも介護の人手が確保できた。1973年、対象を「重篤または術後の患者」から「寝たきり等の介護を要する患者」にも拡大、付添婦1人が2人

の患者につく「2人付」を認め、その後老人入院患者増とあいまって給付額が急増する。

- 9) 老人診療報酬体系では、1990年～2000年3月まで算定要件で「介護職員」の語を使用。2000年4月以降、医療保険(診療報酬算定要件)「看護補助者」、介護保険(施設基準・介護サービス費算定要件)「介護職員」と整理された。
- 10) 各課程入学者中の高等学校新卒者数(『看護関係統計資料集』日本看護協会出版会)から男子推計数を減じ看護系学校・養成所に入学した高等学校新卒女子数を推計。看護婦3年課程(大学・短期大学・養成所)、看護婦2年課程(高等学校衛生看護科から短期大学・高等学校専攻科・養成所)、准看護婦課程(准看護婦養成所)への進学者を合計。各年3月末卒業高等学校新卒者数は文部省『文部統計要覧』による。

引用文献

- 奥村元子(1998)「データに見る看護補助者との協働」『看護管理』Vol. 8, pp. 825-826。
- 濃沼信夫(2000)『医療のグローバルスタンダード』, ミクス, p. 80。
- 日本看護協会調査研究課(2001)「ニュースリリース——2000年病院における看護職員需給状況調査(速報)」, p. 2, 同 p. 6。
- (1998)「1996年変革期における看護管理の課題に関する調査」, 『日本看護協会調査研究

報告』No. 53, pp. 36-37。

- 厚生省保険局医療課保険医療企画調査室(1994)『診療報酬改定～今後の流れ』, ミクス, p. 170。
- 日本看護協会中央ナースセンター(1998)『社会福祉施設における看護職へのニーズ調査報告書』, p. 24。
- 日本看護協会調査研究課(2000)「1999年看護専修学校(3年課程)における大学・短期大学卒業者の入学受入れに関する調査」, 『日本看護協会調査研究報告』No. 57, pp. 11-15。
- (2001)「1999年病院看護基礎調査」, 『日本看護協会調査研究報告』No. 59, p. 28 同 p. 47。

参考文献

- 皆川尚史(2000)「診療報酬のしくみを理解する」, 岩下・皆川・野村他『診療報酬～そのしくみと看護の評価(第4版)』, 日本看護協会出版会。
- 野村陽子(1998)「看護サービス評価の変遷」, 岩下・皆川・野村他『診療報酬～そのしくみと看護の評価(第3版)』, 日本看護協会出版会。
- 奥村元子(1996)「交代制勤務の現状と問題点～求められる時短と勤務体制多様化時代への対応」『病院経営』Vol. 6, No. 116。
- (おくむら・もとこ 日本看護協会
調査・情報管理部長)

福祉職の人材育成をめぐる諸問題 ——保健・医療・福祉の連携のあり方をめぐって——

平野方紹

I 社会福祉基礎構造改革と福祉人材育成の課題

2000年5月の社会福祉事業法一部改正により成立した社会福祉法は、福祉サービスの提供の原則として次の条文を新たに定めた。

「社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスについて、利用者の意向を十分に尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連帯を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。」(社会福祉法第5条)

これは、改正前の社会福祉事業法において、「国、地方公共団体、社会福祉法人その他の社会福祉事業を経営する者は、社会福祉事業その他の社会福祉を目的とする事業を実施するに当たっては、医療、保健その他関連施策との有機的な連携を図り、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならない。」(第3条の2)として規定されていた「地域等への配慮」を理念的に発展させたものであり、今回の社会福祉基礎構造改革が、何を指向したのかを端的に物語るものでもある。

従前の社会福祉事業法は、「社会福祉事業を経営する者」が「事業を実施するに当たって……関連施策との有機的な連携を図る」(下線筆者)ことを求めており、その原則はあくまでも福祉サービス事業者の経営原則であり、利用者にとっての福祉サービスのあり方は事業の結果として表れるもので、条文にうたわれた「連携」も、施策的な、

いわば公的制度の運用での事業者間の取り組みを想定していた。

しかし、社会福祉法が提唱する原則は、「社会福祉を目的とする事業を経営する者」を主語としながらも、事業経営ではなく、提供する福祉サービスそのものに関する原則として利用者主体の視点から構築されており、またここでの「連携」とは、事業者間の制度的なものでなく、利用者に提供される「関連サービス」(下線筆者)そのものが対象とされており、福祉サービス供給の方法だけでなく、サービス内容自体のあり方を再構築するものであることが読みとれる。

つまり、社会福祉法により、従来の事業者主体の福祉サービス提供から、利用者本位の福祉サービスへのシステム転換が本格的に始まったと言える。

そして、こうした理念的改革は、必然的に福祉サービスを担う福祉専門職のあり方や人材育成に、次のような大きな波紋を投ずることとなった。

第一は、福祉専門職の機能の問題である。福祉専門職が提供する福祉サービスとは何か、利用者本位の福祉サービスをどう具体的に提供するのか、そのために求められる資質、知識、技術とは何か、それをどのように教育・訓練するのかということである。

第二は、福祉専門職の役割の問題である。連携の前提には、連携する各専門職が固有の機能や領域をもっていることがある。となれば、利用者を取り巻くサービスのネットワークの中で、福祉専門職に期待される役割が明確化されなければならない。福祉専門職の固有性を、どのようにして客

観的に明示するののかということである。

上記の問題は、互いに関連しており、いわば第一の問題の性格が内向的とすれば、第二の問題は外向的であり、メダルの両面を構成していることとなる。

特に福祉サービスの総合化や連携の必要性が叫ばれる中で、保健・医療などの各専門職との関連から、福祉専門職のあり方は焦眉の課題ともなっており、その解明が求められている。

そこで本論では、利用者本位の福祉サービス構築の観点から連携の必然性と課題を解明し、そこから福祉専門職の援助のあり方を考察し、これを踏まえて福祉人材育成の課題を検討することとしたい。

II 地域における生活支援と福祉専門職

1 利用者サイドからの連携の必然性

福祉専門職の最近のあり方を考える上で、重要なキーワードとなっているのが「連携」である。

今日、様々な専門職、つまりサービス提供側で様々な議論が繰り広げられているが、先に述べた利用者本位の視点からの、すなわちサービス利用者側からの考察は決して多くはない。

そこでまず、サービス利用者にとっての連携の必然性を検討することとしたい。

さて、ここで連携の必然性を考えるためには、地域福祉についての考察から始めなければならない。

なぜなら、地域福祉の登場が連携を促した重要なインパクトであったからである。

社会福祉の基調が、それまでの施設福祉サービスから在宅福祉サービスへ転回したのは、1990年の老人福祉法等一部改正、いわゆる社会福祉関連8法改正がその転換点であった。

社会福祉関連8法改正の政策的目標は、急ピッチで進行する高齢化社会への対応であり、1989年策定の高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)に代表される高齢者対策の具体的な推進を目的としていたが、単に量的な増加だけでなく、1980年代後半からの社会福祉改革の系統に

沿って質的な転換を前面に打ち出していた。

この一部改正において、前述した「地域等への配慮」が社会福祉事業法に加えられたことからわかるとおり、地域での自立した生活を目指して、福祉サービスの総合化・計画化が図られ、在宅福祉事業の法的な整理が行われ、地域における福祉サービスの提供が本格的に社会福祉の体系に位置付けられることとなった。

ここで何故、地域における福祉サービスの必要性が叫ばれたのであろうか。

そこには、ノーマライゼーション等の地域福祉理念の浸透といった積極的な側面もあるが、実態として高度成長期を経て、家庭、地域、企業といった従来の生活共同体の紐帯が綻び、その福祉・扶養機能が低下し、発生した生活問題を解決できなくなった現状が顕在化したことも看過できなくなっているという問題認識もあったと考えられる。

従来家庭・地域・企業等の人的・生活的つながりが機能していた状況では、生活問題が発生しても、その生活共同体内の福祉・扶養機能により、個々の生活問題が整理され、「縦割り」の「切り貼り」的福祉サービス提供であっても、それらの援助が統合され生活が、パッチワーク的であれ全体としてまとめられていたが、生活共同体の紐帯の弱体化により、こうした統合機能は低下し、自ら援助を統合できない利用者に対して、縫い合わせる針と糸を欠いたままサービスがバラバラに提供されることとなり、福祉サービス利用者の生活の個別性や連続性、全体性は損なわれることとなった。

従来福祉サービスで部分的に生活を保持してもなお生じる不足部分や欠損部分があっても生活共同体が補い、繕ってきたが、その生活共同体の機能低下や喪失により、わずかな生活問題でも深刻な生活困難が生じ、また従来の福祉サービス提供による部分補強では支えきれなくなっているという事態が拡散してきている。

したがって今日の地域福祉では、単に福祉サービスの提供で量と種類が十分であれば生活が支えられるわけではなく、従来の生活共同体の機能に代わる、支援・統合機能を包含する援助が求められ

ることとなった。

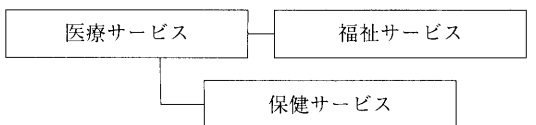
今日の福祉に連携とこれをシステム化した「ケアマネジメント」が、必須の手法となるにはこうした生活基盤の変化への実践的な反映があることを見落としてはならない。

2 地域生活支援における福祉サービス機能の転回
次にこうした変化を福祉サービスの利用形態から分析してみたい。

かつての福祉・保健・医療の業務は、いわば図1のような「乗り換えモデル」で、先のプロセスが完了して次のプロセスに移行するというものであり、基本的には異なるサービス領域の重複のない断続型である。このモデルではそれぞれの領域でのサービス提供は、その領域の中心職種が占有的であり、医療領域では医師や看護職といった医療サービス従事者が主体となり、福祉領域であれば福祉従事者が同様の立場であった。それぞれの領域で異なるサービスが提供されるとしても、サービス間の主従が明確に位置づけられており、対等平等のチームワークを旨とする連携とは異なるものであった。

生活共同体の紐帯が有効に機能していた時代の乗り換えモデルでは、サービス提供でフォローできない部分は、家族や地域、企業などの共同体が支えていたため、各種サービスの統合や利用者への支援は、その中で実施され、福祉や医療のスタッフは、自分たちの領域のみを所管すればよかったが、生活共同体の機能低下・喪失は、このモデルに深刻な事態をもたらすこととなった。

まず第一に、これまでは部分援助であったものが、共同体による生活保持機能が喪失したため、



時間経過

図1 対人サービス提供の「乗り換えモデル」(要介護高齢者・身体障害者の例)

社会サービス部門が、生活を「まるごと」保持しなければならなくなり、地位の代替が生じた。つまり補的存在から主体的存在とならざるをえなかった。

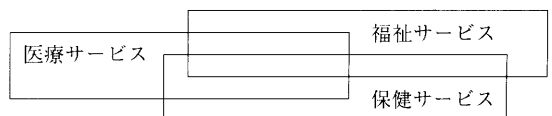
第二は、これまで福祉サービスの統合を担当していた家庭や地域、企業の共同体がその機能を発揮できないことから、調整・統合の機能を担わざるを得なくなった。

第三は、従来の共同体機能が、緩衝材の機能を持っていたことから、新たな社会サービスと本人等の間に不適用や軋轢を生じて、問題を緩和し、被害の拡大を抑えていたが、緩衝材がなくなったため、問題が発生するや一気に沸騰し、被害も甚大なものとなった。このため予防的・事前的なアジャストメントの機能が必要となってきた。

こうした問題状況に対応すべく登場するのが、図2の「乗り入れモデル」である。

乗り入れモデルでは、①同一の問題状況に複数のサービスが関与することで、利用者の生活全体をカバーすることができ、生活の全体性を保持することができる、②それぞれ専門職が同一領域内で連携を図ることで、それぞれのサービスが断絶せず、事前の説明や合意、事後のアフターケアが可能となり、利用者の選択や決定を実効的にする、③利用者の変化や援助プロセスの進展に対応したサービスが提供でき、生活の連続性を維持できる、といった効果により、乗り換えモデルの問題点が解消されることが構想されたが、そこで鍵となるのが、これらの輻輳するサービスを調整し、束ねる機能であり、まさに連携のあり方であった。

こうして連携が必然的となったが、先に述べた調整・統合の機能をどこが担うのか、そして、生



時間経過

図2 対人サービス提供の「乗り入れモデル」(要介護高齢者・身体障害者の例)

活のもう一つの特徴である、生活の個別性をどのように担保するのかという課題は、乗り入れモデルだけでは説明できない。

そこで次に地域における生活の構造を明らかにし、生活の個別性を保障する調整・統合機能について考察し、福祉援助とは何かを検討したい。

Ⅲ 地域における福祉援助の対象と福祉専門職の課題

従来の社会福祉の目標は、大きくりにまとめれば、「健康で文化的な最低限度」(憲法第 25 条)を実現するために、生活に必要な資材を確保する所得の保障と、「人の世話にならない」という意味での「非依存=自立」を図る日常生活動作 ADL の取得にあったと言えよう。

しかし、現実の地域生活を見るなら、単に所得があり、日常生活動作ができれば生活ができる訳ではなく、実際に地域の生活を可能としているのは、それらの基盤的条件と関連しながら、次の生活諸力の構成と連結によるものと考えられる。

- (1) 生活構成力……自己の日常生活の動作能力を踏まえて、必要なサービスを選択して供給を受けながら自分らしい生活を構成していく能力
 - (2) 生活管理力……自己の保有する、あるいは保障された所得により一定の期間(次の所得が確保されるまでの期間)にわたって保有する所得や資材を管理運営し、そのために計画を立て、自己を統御する能力
 - (3) 社会関係形成力……自己を取り巻く社会環境に対して働きかけ、または働きかけを受けながら相互に関係を形成してゆく能力
- 身体に重いハンディキャップがあっても、これらの生活諸力が有効に働けば、様々なサービスを利用して地域で生活することも可能であるが、これらの生活諸力が欠損、あるいは不足すれば地域での生活は簡単に瓦解する。所得や日常生活動作は、地域生活をおくる上での十分条件ではあるが、必要条件はむしろ生活諸力であるともいえる。

そしてこれら生活諸力のコアは、アイデンティ

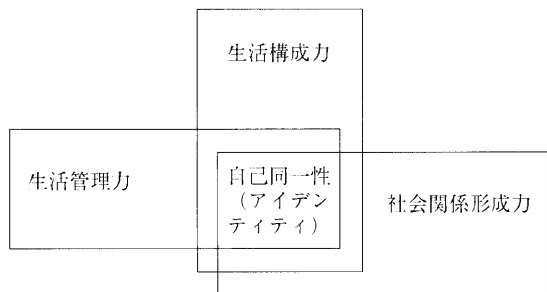


図3 地域生活における生活諸力モデル

ティ(自己同一性)であり、自分が自分であること、そして自分らしい生活を指向することであり、これが個別性の根源となると考えられる。

これを図示したものが図3であるが、先に述べたように、かつては家庭・地域・企業といった生活共同体が、一人ひとりを保護し、これら生活諸力を補強・代替していたが、今日はこれが保護なしで剥き出しになっているために、わずかな傷が致命的となり、生活困難に陥り、しかもその困難状況からなかなか抜け出せないこととなる。

このことを踏まえて考えなければならないのは、地域における生活において必要なものは何かということである。つまり福祉の援助対象とは何かという問題である。

従来の施設福祉体系では、供給者側が提供した環境で、生活資材は保障され、生活の構成も管理も供給者が行い、社会関係も利用者と職員という限定され、業務化された保護的・固定的な関係であり、ここでは先に述べた地域生活に必要なとされる生活諸力が問われることはなかった。

また、家庭・地域・企業の紐帯が強い状況下では、これらの生活諸力をその紐帯がフォローしており、生活諸力のいずれかに障害があっても、紐帯の福祉機能はその障害を受け止め、補足し、多くの生活問題が水面下に潜んでいたと考えられる。

このことから、生活共同体の福祉・扶養機能とは、その共同体構成員の生活諸力の補修・補助の機能であったといえ、Ⅱで述べたように、この紐帯の福祉力の機能低下が一方で人材サービスの連携を必要としているとも言える。

とすれば、所得保障や日常生活の介護だけでなく、これらの生活諸力の補修・補強といった支援も、社会福祉の重要な課題であると考えられる。

その意味では、利用者の意向や必要性に沿ってサービスの調整と進行管理、評価をトータルに行うケアマネジメントでは、単にサービスの提供の効果や効率性からだけではなく、利用者の生活諸力の支援技術としての側面を援助の柱としてしっかりと位置付け、地域での生活支援の方法としての確立が求められている。

以上生活の構造から福祉援助の対象の再定義を行ってきたが、ここから福祉専門職の課題として、次の二点が浮かび上がってくる。

第一は、地域の生活を可能にするために、個々人のアイデンティティを尊重し、その実現の方向性を見通して、生活諸力の不足部分、欠損部分を補いながら、自己実現を可能とするサービスの提供を実効的・計画的に実施する能力を持つことである。

利用者とのコミュニケーション、アセスメント、インフォームドコンセント、ケアマネジメントといった援助プロセスを、利用者の個性を尊重しながら、生活全体としてのまとまりを持ちながら展開させる資質や能力が求められている。

第二は連携の能力である。地域での利用者の生活に求められる、個別性、連続性、全体性を保障するためには、福祉専門職だけで全てをカバーすることはできない。福祉職によるサービスの低位の代替的提供よりも、他の専門職種から専門的なサービスを受ける方が、利用者のニーズ充足に効果的である。したがって、利用者のニーズを把握した上で、他の専門職の提供するサービスについての理解、他専門職への情報伝達、他サービス移行についての利用者への説明・動機付けなど利用者へのサービス提供が円滑なものとなるような援助が必要となっている。

1999年11月、社会福祉士・介護福祉士の指定養成施設のカリキュラム内容について、制度発足以来10年を経て、初めての本格的改正が行われた。

その主な内容は、この間の制度改正や創設に伴

う内容の改正・追加に加え、①利用者本位の援助の確立、特にサービス提供における利用者の権利の尊重、②特に医療・保健関係者との連携を図るための医学知識の学習強化、③利用者とのコミュニケーションや援助過程の展開等の実践的援助技術の習得、④援助者としての実践能力を向上させるための実習教育の充実、などが盛り込まれたが、これらの改正の狙いが先の福祉専門職の二つの課題と問題意識を同じくしていることがわかる。

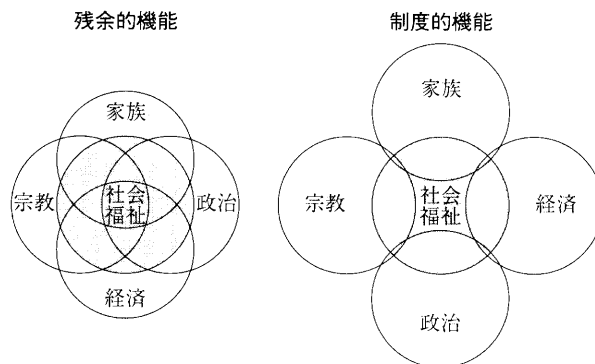
また、2000年9月には、社会福祉主事養成機関のカリキュラムが初めて示され、ここでも利用者の権利尊重や実践的な援助技術の取得が強調されている。社会福祉主事制度については、社会福祉基礎構造改革を受けて福祉人材育成を検討した「福祉専門職の教育課程等に関する検討会報告書」(2000年3月)において「今後、社会福祉従事者全体の資質の向上を図る観点から、制度の見直しが必要となっている」と指摘されており、これを受けて今回設定された社会福祉主事養成機関カリキュラムは、社会福祉従事者の基礎的な知識や技術についての指針ともなっており、そこで利用者の権利擁護、利用者本位のサービス提供、地域での援助がうたわれていることの意味は大きい。

また、現在保育士養成施設におけるカリキュラム改正が検討されているが、その中で保育士の社会福祉的機能、地域への援助等が議論されており、福祉専門職育成の共通の目標を指向してきたといえよう。

IV 福祉専門職モデルの再検討と人材育成

地域における社会福祉援助が重要な実践課題となったことは、福祉専門職のあり方を大きく見直すこととなった。

ここで想起されるのが、ウィレンスキー(Wilensky, H.)とルポー(Lebeaux, C.)によって提唱された「残余的 residual 機能」と「制度的 institution 機能」の概念による社会福祉の発展モデルである。図4は二人の概念をギルバート(Gilbert, N.)、スペクト(Specht, H.)が図示したものであるが、社会福祉の発展は、右の残余モ



出典) 小松源助他著(1998)『系統看護学講座専門課程9 社会保障制度と生活者の健康[3]社会福祉』, 医学書院, 12頁。

図4 社会福祉における「残余的機能」と「制度的機能」

デルから左の制度モデルへ必然的に移行すると示唆された。

残余モデルは、他のセクションが本来的な機能を発揮できず、その結果取り残された部分を、社会福祉が、いわば最後の守り手として援助するというものであり、大きくは日本の社会福祉の歴史、身近では日々の福祉現場実践にこうした事例は枚挙のいとまがない。

そしてこの積み重ねが、現在の社会福祉の存在意義を築いたのも歴史的事実であり、今日でも社会福祉従事者のアイデンティティの一部を形成している。しかし、このモデルでは他セクションが機能すれば社会福祉は不要となり、社会福祉の援助は一時的・事後的・代替的であるため、全体性を欠き、主体的に生活を支えることは難しい。

一方、制度モデルでは、社会福祉が社会生活を営むための社会制度として他セクションのサービス提供を調整する機能を持つことにより、後追いではなく、全体の援助をコントロールする制度的機能をもつこととなり、社会福祉は固有の領域と役割を持つこととなる。

これを専門職種の連携に置き換えるなら、様々な職種が自己の業務の権限と業務を主張し、相互に排他的関係にあるのが残余モデルであり、ここでの福祉援助は弥縫的・代替的な位置づけとなる。

しかし、これまで明らかにしたように生活諸力の補修・補強という機能を福祉援助の機軸に据え

るなら、むしろ福祉専門職が本人の生活諸力を支援しながら、様々なセクションを総合的・計画的に機能させていくことが必要となり、これは制度モデルの構想が有効であることを物語っている。

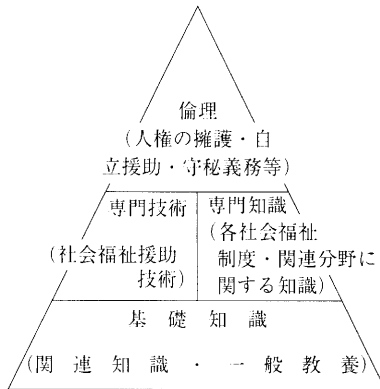
そしてこのことは福祉専門職の性格規定を次の二点で転換することを迫る。

第一は資格制度の性格である。従来の資格制度は、業務独占をその典型として、有資格者以外の業務参入を排除する「排他性」を基本的な性格としてきた。従って連携もこの「排他性」を裏返したものであったが、社会福祉の専門性は、むしろ他のセクションのサービス提供に関わり、それを包摂しながら全体を構成していく、いわば「調整・組立型機能」と考えられ、従来の資格制度とは性格を異にする面を有している。

第二は専門職モデルのあり方である。これまでの専門職モデルは図5のとおり、知識や技術を基盤とした固定的完成モデルであった。従って、福祉人材育成はこうした知識や技術の習得が主な目的であり、大学や養成施設である専門学校等在学期間中に履修することが想定されている。

だが利用者の生活諸力に着目すると、それ自体が社会生活の中で獲得・形成され、刻々と変化するものであり、その生活諸力の個人差が利用者の個別性につながることを考えるなら、固定的な知識や技術では対応できないことは明らかである。

しかも制度モデル型の援助方式を指向するので



出典) 京極高宣 (1995) 『社会福祉学とは何か——新・社会福祉原論——』, 全国社会福祉協議会, 99 頁。

図5 福祉専門職の完成型モデル

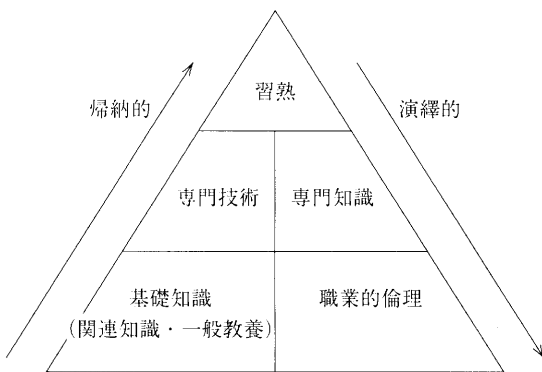


図6 福祉専門職の成熟型モデル

あれば、他の関連セクションの機能や役割の変化に対応して専門性の内容が発展しなければ、有効に機能することはできない。

そこで新たな専門職モデルとして、発展という軸を「習熟」という形で加えたものが図6である。このモデルは、専門性を可変的なものとして捉え、習熟という時間軸により高まるとする発展的成熟モデルであり、基本的な知識や職業倫理、専門知識・技術を大学や養成施設で習得するが、それが現場実践での習熟を通じて、より高まり、知識・技術や倫理にフィードバックされ、さらに高次の実践が可能となるというスパイラル構造をそのダイナミズムとしている。

そしてこの成熟モデルでは、習熟という機能を重視するため、福祉教育における実習や現場実践におけるスーパービジョンに重要な意義を持たせることとなる。

つまり、個々の福祉専門職がその専門性を向上させるためには、個々人の努力だけでなく、福祉専門職全体としての援助や教育が必要であり、その総体により福祉の専門性が高められる。この関連の核である習熟の鍵を握るのがスーパーバイザーだからである。

今日、医療・保健・福祉の連携が強調される中で、ともすると福祉職の専門性の低さが指摘される。確かに他職種に比べ制度的歴史が浅いことからくる「遅れ」は否めないが、先に述べたように社会福祉の専門性を、従来の資格制度の性格から論じることの誤解や一方的理解も多分にあると思われる。

専門性の向上での問題は、むしろこれまでの福祉専門職養成が、第一線のサービス提供者の資質、知識・技術の向上を主眼として、習熟というダイナミズムの核となるスーパーバイザーを本格的に福祉現場で育成してこなかったことにあると言える。

サービス提供の即戦力とならないスーパービジョンに積極的にコストを投じることは少なく、現場職員の意識も個々の直接的サービス内容に関心が集中し、スーパービジョンを軸とした援助システムへの理解は遅れたままである。専門性が立ち遅れているとすれば、こうしたスーパーバイザー養成軽視が重大な要因の一つとなっている。

今、社会福祉が地域の生活を、利用者本位で支援するためには、生活諸力に着目した新たな援助、新たな専門性が求められており、これを担う新たな福祉人材の育成が、教育現場にも福祉現場にも問われており、これまでの福祉人材育成も根本からの見直しが求められている。

V 福祉人材育成をめぐる社会福祉現場の問題

近年、社会福祉の現場で優れた実践を重ねた社会福祉士や介護福祉士が、社会福祉専門職の養成

施設の教員となる傾向が続いている。優良な福祉人材を育成することは重要課題であり、優れた実践家が、現場実態を踏まえた実践的教育を行うことが、地域で住民の生活を支える福祉人材の育成に有益なことは論を待たない。しかし養成施設の増大に対応するだけの教育者の養成は大幅に遅れており、特に社会福祉援助技術や介護技術等の実践系の教員はその養成が難しいこともあって、ベテラン職員の福祉現場から教育現場への流出が続いている。

今日、社会福祉従事者は110万人を超過といわれながらも、その構成を見ると、勤務10年以下の従事者が多く、ベテラン職員層が薄いという特徴を持っている。しかも、多くの職場では職員の専門性が十分担保されてはおらず、長期にわたって経験を蓄積し、その経験から自らの資質を向上させ、援助内容を充実させている職員は決して多くない²⁾。

表1は福祉事務所の査察指導員・現業員の資格取得状況であるが、社会福祉士や精神保健福祉士に比べ、資格取得のハードルが遥かに低い「社会福祉主事資格」であっても、その保有率は、査察指導員でも約4分の3、現業員については約3分の2となっており、現場における教育人材・指導人材は極めて寂しい状況にあり、これが一方で現場での実践力の向上を妨げる要因となっている。

福祉現場から教育現場へのベテラン職員の流出は、福祉現場から機軸となる中堅職員が失われる

だけでなく、本来彼/彼女らに期待されるスーパーバイザー等の指導・援助機能が現場から喪失されることでもあり、福祉現場の教育力が低下することでもある。これは成熟型の福祉専門職の専門性にとって重大な問題であるだけでなく、実習生に対する指導援助の内容低下や形式化、パターン化となり、実習教育の意義である利用者の個別性やサービス提供の応用性、具体性を学ぶことができなくなり、結果的には不十分な人材育成しかできないこととなる。

また、福祉系の大学・専門学校等の教員となることが、現場職員からのグレードアップであると考えられる人も少なくなく、この単純な図式化が、臨床としての福祉現場と教育研究の場である学校の関係に、いたずらに上下の関係を持ち込むことになる。本来は実践の内容を高め、教育研究の質を向上させるためには、両者がそれぞれの役割と機能を尊重しながら、連携して進む協働の関係であるべきことを考えれば、こうした上下関係の「見なし形成」は協働関係にとってマイナスであるともいえる。

最近、社会福祉の現場実習を巡り、大学、学校といった教育側と受け入れる社会福祉の機関や施設・事業者といった現場側とお互いに言いたいことが本音で言えない「もどかしさ」を両者とも抱えているといわれるが、これには、現場側の多忙さ、スタッフの不足、一方で実習先確保のために「卑屈」にならざるを得ない教育側の事情など様々な要因が交錯していると考えられるが、現場と教育の協働関係が綻んでいることもその背景の一つであると思われる。

福祉人材育成の上では、こうした福祉現場と教育現場の関係の再構築も踏まえた取り組みが必要であろう。「上下関係」でなく、役割分担に基づく対等な協働関係の形成へ向けて福祉現場と教育現場が歩み寄り、相互の理解と協力を図る必要がある。

今後は、福祉現場と教育現場の連携を図るため、福祉現場で一定の経験を積んだ職員を対象としたリカレントと兼ねた教育休職制度を創設し、一定期間休職して大学・学校で教育に当たり、休職後

表1 福祉事務所職員の資格保有状況

	平成10年('98年)10月1日現在		
	総数	郡部	市部
査察指導員			
現在員	2,879	805	2,074
有資格者数	2,171	650	1,521
有資格者率(%)	75.4	80.7	73.3
現業員			
現在員	16,837	2,437	14,400
有資格者数	10,804	1,918	8,886
有資格者率(%)	64.2	78.7	61.7

出典) 『厚生指標臨時増刊』「国民の福祉の動向」(2000)第47巻第12号、厚生統計協会、91頁。

は現場に戻る制度（これによりサービス内容の向上も図れ、実習教育の改善にもつながる）を社会福祉の業界全体で創設する、一方教員側も、学校での教育経験が指導員資格や施設長資格に反映されるような職員資格も導入することにより（これで教員もフィールドワークを持つことになる）現場職員と教員の交換人事を可能にするなどして、福祉現場と教育現場の双方向の交流を促進することも検討されてよいであろう。

本来福祉現場と教育現場は密接な関係にあったはずであり、それが分断されていることに問題の根源があるともいえ、早急な関係改善が図られることを期待したい。

VI まとめに

本論では、サービス供給者の連携の必要性を利用者の側から眺めることから、地域での生活を支えるという福祉専門職に必要とされる課題を明らかにし、そこから福祉人材育成の今日的な焦点を考察した。社会制度である社会福祉、実践科学である社会福祉学が、人々の生活を支援し、自立を実現するものとなるためには、政策と実践、教育と現場、そうした立場の違いを超えた協働が必要であり、それを希求しているのは何よりも利用者であり、社会福祉の主体であるべき国民であることを社会福祉関係者は銘記する必要がある。

社会基礎構造改革は、「国民の権利を尊重した社会福祉」の実現を目標に掲げたが、それは何よりも社会福祉に従事する者に、その援助のあり方をそもその起源から見直す真摯な議論が求められており、これまでの枠を超えた広範な議論が開かれることを期待したい。

注

- 1) 厚生省社会・援護局によれば、平成10年度時点での社会福祉従事者数は、社会福祉施設職員881,861人、訪問介護員（ホームヘルパー）

157,711人、福祉事務所・児童相談所・民生一般社会福祉協議会等の職員122,775人、総計で1,162,347人となっている。実際にはこの他に医療機関で社会福祉に従事する医療ソーシャルワーカーMSW・精神医学ソーシャルワーカーPSW、小規模作業所などの法外社会福祉施設職員等があり、年々増加している。

2) 社会福祉士養成施設・介護福祉士養成施設・社会福祉主事養成機関では社会福祉現場実習の受入施設での実習指導者に次のような要件を定めているが、多くの養成施設・養成機関で、この要件を満たす実習指導者のいる行政機関・施設の確保が困難だという声が出されている。施設は多数あっても要件該当者のいる施設は少ないため、実習施設の「奪い合い」状況が生じている。要件そのものは下記の通り、実習指導ということからすれば決して高い基準ではないにもかかわらず、該当者がいないことに事態の深刻さが窺われる。

①社会福祉士養成施設（通算で可）

- ・社会福祉士の資格取得後、3年以上相談援助業務に従事した経験のある者
- ・児童福祉司、身体障害者福祉司、知的障害者福祉司、老人福祉指導主事、社会福祉主事として、8年以上相談援助業務に従事した経験のある者

②介護福祉士養成施設（通算で可）

- ・5年以上介護業務に従事した経験があり、介護福祉士の資格を有する者（施設種別により看護婦等でも可。居宅介護事業では1級ホームヘルパーでも可）

③社会福祉主事養成機関

- ・社会福祉士養成施設に同じ

参考文献

- 右田紀久恵・小寺全世・白澤政和編（2000）『21世紀への架け橋～社会福祉のめざすもの～第2巻 社会福祉援助と連携』、中央法規出版。
- 京極高宣（1995）『社会福祉学とは何か——新・社会福祉原論——』、全国社会福祉協議会。
- （2000）『社会福祉をいかに学ぶか——社会福祉教育研究の現状と課題』、川島書店。
- 白澤政和・尾崎新・芝野松次郎編（1999）『これからの社会福祉⑨社会福祉援助方法』、有斐閣。
- 古川孝順編（1999）『社会福祉21世紀のパラダイムII——方法と技術——』、誠信書房。
- （ひらの・まさあき 厚生労働省社会・援護局 総務課社会福祉専門官）

育児支援・年金改革と出生率

小 塩 隆 士

はじめに

日本の合計特殊出生率は、1999年に1.34まで低下した。国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計(中位推計)では、出生率は2050年までに1.61に回復することが見込まれ、1999年の年金制度改革でもそれが前提となっている。しかし、出生率が回復に向かう兆しは見当らず、少子化問題は日本が抱える重要な長期的課題の一つとなっている。政府内でもいわゆる少子化対策が検討されているが、解決への決定打はまだ見つからない。

本稿では、出生率(子ども数)を内生化した簡単な世代重複モデルに基づいて、少子化対策として検討されている育児支援の経済効果を、年金改革の場合と比較しつつ検討する。育児を家計の経済行動として捉える試みは、Becker(1960)を始めとして古くから行われている。なかでも、出生率の決定メカニズムを新古典派の成長理論のなかで議論したBecker and Barro(1988)、Barro and Becker(1989)は、この分野での代表的な分析である。しかし、社会保障政策の出生率に及ぼす影響を明示的に捉えた分析は、Nishimura and Zhang(1992)、Kato(1999)等を例外とするとそれほど多くない¹⁾。

一方、最近の日本における議論を眺めると、育児手当の拡充を始めとする少子化対策の効果については、岩本(1998)に見られるように経済学者の間で否定的な意見が少なくない。また、原田・高田(1991)が具体的に試算しているように、出

生率を回復させるためにはかなりの財政負担が求められるという問題もしばしば指摘される。むしろ、麻生(1997)が主張しているように、少子化の下では、出生率の回復を目指す政策よりも賦課方式の公的年金を縮小する方が経済厚生的に見て望ましいという面も否定できない。

ただし、少子化対策の経済効果を検討することが無意味であるわけではない。むしろ、社会保障財政の急速な悪化が危惧されているなかで、金銭的な育児支援策に期待するという選択肢が、どのような不確実性や限界を持っているかを具体的に示す作業は重要と思われる。以下ではまず、Ⅰで育児を家計の効用最大化行動に反映させる単純な理論モデルを提示し、政策効果を評価する基本的な枠組みを設定する。ここでは、利他的な遺産行動を考慮するかどうかで、政策効果が大きく異なってくること、また、その方向が不確定であることが示される。次のⅡでは、幾つかの前提を置いた上で、そうした理論モデルに基づいたシミュレーションを試みる。ここでは、育児支援や年金削減及びそれらを組み合わせた制度改革の効果が定量的に分析される。最後にⅢでは、以上で得られた結果の政策的含意と今後の研究課題をまとめる。

なお、本稿で取り上げる育児支援は、児童手当など育児を対象とする狭義の福祉政策に限らず、学校教育等を含めた広い概念として解釈してよい。また、育児支援とは対照的に引退世代を支援する社会保障政策として年金を取り上げるが、これも現役世代から引退世代への所得移転を伴う社会保障政策一般と読み替えて構わない。

I 理論的検討

1 基本モデル

① 家計の効用最大化行動

まず、分析の枠組みとなる基本モデル(単純な2期間・2世代の世代重複モデル)を設定しよう。いま、ある世代が m だけの対称的な家計によって構成されるとし、各家計で効用関数や予算制約が同一であるとする。家計は、現役時と引退時という2期間を生き、それぞれの時点で c_1, c_2 だけの消費を行う。家計は現役時に子どもを n 人だけ産み育てるが、個人単位で家計を考えるので、 n が1だと人口が維持され、1を上(下)回ると人口が増加(減少)する。 n を2倍したものを、大雑把に出生率と解釈してよいだろう。なお、ここでは、家計は育児そのものから効用を得ると見なし、しかもその効用は子ども数だけによって決定されるとする。育児の所得移転あるいは投資的な側面や遺産行動については、本節3で検討する²⁾。

このとき、家計が最大化すべき効用 u は c_1, c_2, n で決定されるが、議論の見通しを良くするためにコブ=ダグラス型の効用関数を想定して、

$$u = a \ln n + \beta \ln c_1 + \gamma \ln c_2, \\ a + \beta + \gamma = 1, 0 < a, \beta, \gamma < 1 \quad (1)$$

とする。育児の相対的重要度は a で示される。

次に予算制約式を考えよう。まず、家計はそれぞれ、現役時に w だけの賃金を得、 r という利率に直面し、 z という子ども1人当たりの育児費用を支払う。なお、この育児費用 z については、本節2以降ではBecker流に育児の機会費用を賃金と考え、賃金と関連づけて定式化するが、ここではとりあえず一定とする。一方、政府は、(1)1人当り p ($< w$) の年金保険料を現役世代から徴収して、それを財源として引退世代に年金を給付するとともに(賦課方式)、(2)子ども1人当り s ($< z$) だけの育児支援を現役世代に給付し、その財源を同じく現役世代から徴収するとしよう。また、各家計が子ども数 n を決定する際には、他の家計の平均的な子ども数 (\bar{n} とする) を所与

と見なすと想定する。このとき、各家計の予算制約式は、

$$(z-s)n + c_1 + \frac{c_2}{1+r} = w - p \\ + \frac{(m-1)\bar{n} + n}{(1+r)m} p - \frac{(m-1)\bar{n} + n}{m} s \quad (2)$$

となる。右辺第3項は引退時に受け取る年金額の現在価値、第4項は育児支援の負担額を表現したものである。自らが子ども数を増やせば、それに応じて年金給付額や育児支援に必要な負担が高まることが考慮されている。

以下では、家計の数 m が十分大きいと仮定する。このとき、上の予算制約式(2)は、

$$(z-s)n + c_1 + \frac{c_2}{1+r} \\ = w - p + \left(\frac{p}{1+r} - s \right) \bar{n} \quad (3)$$

と圧縮される。つまり、家計の数が十分大きいので、自分の家計の子ども数が増えても年金の給付額や育児支援での負担額は影響を受けないことになる。しかし、他の家計の子どもが多いことは、この家計にとってプラス、マイナスの両面の効果を持つ。すなわち、他の家計が子どもを増やすほど、将来の年金額が増加するので生涯所得が高まるが(外部経済効果)、育児支援という仕組みが存在する場合は、他の家計の子どもが多いと負担が増える(外部不経済効果)。

他の家計の行動を所与として、効用を最大化する最適な子ども数を求めると、

$$n = \frac{a}{z-s} \left[w - p + \left(\frac{p}{1+r} - s \right) \bar{n} \right] \quad (4)$$

となる(同様に c_1, c_2 の最適水準も求められる)。したがって、各家計が対称的であれば、この世代における1家計当りの平均的な子ども数(ナッシュ均衡解) $n (= \bar{n})$ は、

$$n = \frac{a(w-p)}{z - (1-a)s - ap(1+r)} \quad (5)$$

で与えられる。以下では、 $n > 0$ 、すなわち、

$$z > (1-a)s + \frac{ap}{1+r}$$

を仮定しておく。この条件は、子ども1人を育てるのに必要なグロスのコスト(左辺)が、育児コ

ストを削減する要因である育児支援と年金給付(現在価値)の加重和(右辺)を上回ることを意味する³⁾。

なお、育児支援に比べて年金が充実しているほど、子どもは外部経済効果を伴う公共財的性格を強く持ち、子ども数が社会的に見て過少になりやすいことを指摘しておこう。この点は家計の予算制約式(3)からも推察されるが、資本蓄積を考慮せず賃金や利子率を所与とする場合は次のようにして容易に確認できる。すなわち、社会的に見て最適な子ども数を考えるために、育児支援の給付と負担が社会全体で相殺されることを考慮し、かつ、対称的な各家計がそれぞれ同じ数の子どもを養育するものと想定して、(3)式の予算制約式を、

$$\left(z - \frac{p}{1+r}\right)n + c_1 + \frac{c_2}{1+r} = w - p \quad (3')$$

と修正する。この(3')式の下で、(1)式で示される家計の効用を最大にする最適子ども数 n^* を求めると、

$$n^* = \frac{\alpha(w-p)}{z-p/(1+r)} \quad (6)$$

となる(ただし、 $z > p/(1+r)$ と仮定する)。この社会的な最適子ども数と(5)式で示される私的な最適子ども数 n とを比較すると、 $s < p/(1+r)$ の場合、つまり、育児支援に比べて年金が充実していれば、子ども数は社会的に見て過少になりやすいことが分かる。逆に育児支援が年金に比べて充実していれば、子ども数は過剰になる。私的に最適な子ども数が社会的なそれに一致するのは、 $s = p/(1+r)$ という関係が成り立つ場合に限られる。ただし、この議論は、年金制度が資源配分にもたらした歪みは、育児支援という同じく資源配分に歪みをもたらす制度によって是正しなければならないという、second bestの議論として捉えるべきかもしれない⁴⁾。

② 資本蓄積

以上の分析に、資本蓄積を加味してみよう。例えば、何らかの政策によって出生率が回復した場合、それは他の条件が等しければ資本-労働比率を低下させ、利子率の上昇、賃金の低下という効

果をもたらす、家計行動に影響を及ぼす。以下では、定常状態に限定して簡単な一般均衡分析を試みる(以下、内生変数はすべて定常状態の値を示すこととする)。

まず、資本蓄積のメカニズムは、資本-労働比率を k として、

$$k = \frac{w - p - c_1 - (z - s)n - sn}{n} \\ = \frac{(1+\beta)(w-p)}{n} - \left[\beta \left(\frac{p}{1+r} - s \right) + z \right] \quad (7)$$

として与えられる。右辺は、親世代の貯蓄を子ども数で割ったものである(式の変形は c_1 に最適解を代入し、 $\bar{n} = n$ とすればよい)。また、利子率と賃金はそれぞれ資本と労働の限界生産力に等しい水準で与えられる。コブ=ダグラス型の生産関数を想定すれば、

$$r = \theta k^{\theta-1}, \quad w = (1-\theta)k^\theta, \quad 0 < \theta < 1 \quad (8)$$

となる(θ は資本分配率)。もちろん、 $dr/dk < 0$ 、 $dw/dk > 0$ である。

最適子ども数を与える(5)式と資本蓄積のメカニズムを表現する(7)式を連立させると、資本-労働比率の均衡水準は、

$$\alpha \left(k + \frac{p}{1+r} \right) = (1-\alpha-\beta)(z-s) \quad (9)$$

の解として与えられることが分かる。

なお、資本蓄積を考慮した場合においても、私的な最適子ども数 n は社会的な最適子ども数 n^* から乖離することが確認できる。途中の計算を省略すると、

$$n = \frac{(1-\beta)(w-p)}{k+z-p/(1+r)-\beta[s-p/(1+r)]}, \\ n^* = \frac{(1-\beta)(w-p)}{k+z-p/(1+r)}$$

となることが示せるので、同じ資本-労働比率 k の値で評価すると、 s が $p/(1+r)$ より小さければ(大きければ)、 n は n^* を下回る(上回る)ことになる。この状況は、資本蓄積を考慮しない場合と同じである。

2 制度改革の効果

それでは、前節で設定した枠組みに基づいて、

育児支援や年金の効果を検討してみよう。

まず、育児支援は出生率にどのような影響を及ぼすだろうか。直感的には、育児支援の充実は出生率を引き上げるものと予想される。実際、資本蓄積を無視し、賃金や利子率を所与として、(5)式を s で偏微分すると、

$$\frac{\partial n}{\partial s} = \frac{\alpha(1-\alpha)(w-p)}{[z-\alpha p/(1+r)]^2} > 0$$

となる。育児支援の充実は、ネットで見ると生涯所得に影響を及ぼさないが、他の消費に比べて育児コストを割安にするため、子ども数が増加する。

しかし、これは、資本蓄積への影響を考慮しない場合の話である。その影響を考慮すればどうなるか。結果は、育児コストの定式化に依存する。これまで一定としてきた育児コスト z を、育児の機会費用が賃金に連動すると改めて想定し、

$$z = z_0 w^\lambda, \quad z_0 > 0, \lambda \geq 0 \quad (10)$$

と設定してみよう。 λ は、育児コストの賃金弾力性である。このとき、(10)式を考慮して(9)式を s で微分することにより、

$$\frac{dk}{ds} = -(1-\alpha-\beta) \left[\alpha \left(1 - \frac{p}{(1+r)^2} \frac{dr}{dk} \right) - (1-\alpha-\beta) \frac{\lambda z}{w} \frac{dw}{dk} \right]^{-1}$$

となる。この式の符号は、育児の比重 α が高いほど、年金 p が充実しているほど、育児コストの賃金比 z/w が低いほど、そして育児コストの賃金弾力性 λ が小さいほど、マイナスとなる可能性が高くなる(育児コストが一定なら必ずマイナスとなる)。つまり、育児支援は資本蓄積を遅らせる可能性がある。このとき、(8)式より賃金が低下し、利子率が上昇するから、育児支援を行っても、(5)式より子ども数の変化の方向は不確定となる。

一方、年金についてはどうか。まず、資本蓄積への影響を無視して(5)式を s で偏微分すると、簡単な計算により、

$$\frac{\partial n}{\partial p} > 0 \text{ for } n > 1+r,$$

$$\frac{\partial n}{\partial p} \leq 0 \text{ for } n \leq 1+r$$

という関係が得られる。すなわち、少子化の下で

は年金の充実が子ども数の減少を招くことになる。このモデルでは、年金は賦課方式で運営されているため、人口増加率 $(n-1)$ が利子率を下回れば、年金の充実の家計の生涯所得を引き下げる方向に働き、育児に充てる資金もそれだけ削減されるからである。したがって、少子化の下で子ども数を引き上げるためには、年金の削減が望ましいということになる。

しかし、これも資本蓄積への影響を考慮するとどうなるか。(9)、(10)式より、

$$\frac{dk}{dp} = -\frac{\alpha}{1+r} \left[\alpha \left(1 - \frac{p}{(1+r)^2} \frac{dr}{dk} \right) - (1-\alpha-\beta) \frac{\lambda z}{w} \frac{dw}{dk} \right]^{-1}$$

という関係が得られる。つまり、育児支援の場合と同様に、年金の充実化も資本蓄積を遅らせる可能性がある(育児コストが一定なら、必ずそうなる)。したがって、少子化が進んでいる状況で年金を充実化(削減)すると、資本蓄積の抑制(促進)という経路でも子ども数が低下(上昇)するという効果が発生する可能性がある。

3 遺産を考慮した場合

① モデルの修正

以上のモデルでは育児を親の消費行動⁹⁾として捉え、子ども数が家計の効用に直接影響を及ぼすものと想定してきた。しかし、育児については、親が後で見返りを期待する投資的な行動として、あるいは子どもへの所得移転の仕組みとして捉えられることも少なくない。しかし、ここでは家計(親)による純粋な投資的行動としては育児を捉えない。家計にとって育児費用がすべて回収でき、さらに収益もあがるということであれば、育児費用はネットで見ればマイナスになっているはずである。このとき、(値段がマイナスの財の消費行動がモデル化できないように)育児そのものから効用を得るという行動はモデル化できない。本稿のモデルでは、育児費用が回収できたとしてもそれは全部ではなく、育児コストはネットで見ればプラスであると想定している。

しかし、育児(教育)にお金をかけることによ

って、子どもの将来所得を高めたいという利他的な動機は十分あり得る⁶⁾。さらに、育児だけでなく、遺産というより直接的な形での所得移転も当然ながら考えられる。そこで以下では、そうした家計の利他的な行動を考慮に入れて制度改革の効果を検討することにしよう。以下の定式化は、基本的に Becker and Barro (1988) 及び Barro and Becker (1989) に依拠しているが、消費行動としての育児が反映されている点、2 期間モデルのため年金が明示的に組みこまれている点が異なる。

まず、家計の効用 U の定式化を、

$$U = \alpha \ln n + \beta \ln c_1 + \gamma \ln c_2 + \frac{n^\varepsilon}{1+\delta} U_{+1} \quad (11)$$

と修正する。ここで、 U_{+1} は子どもの効用である。また、 δ は子どもの効用を割り引く割引率であり、この値が小さいほど利他主義の度合いが強いことになる。 ε は子ども数が増えたときにどの程度子どもへの「愛情」が残っているかを示す、いわば利他主義の子ども数弾力性であり、1 に近いほど子どもの数が増えても「愛情」が残っていることを意味する（逆にゼロに近ければ、第1子しかかわいがらるが、第2子以降はあまりかわいがらないことになる）。モデルが収束するためには $n^\varepsilon < 1 + \delta$ でなければならないが、以下ではそう想定する。

予算制約を現役時、引退時に分割して考えると、これまでと同様、他の家計の平均子ども数を所与として、

$$\left. \begin{aligned} c_1 &= w + (1+i_{-1})e_{-1} + (1+r_{-1})b_{-1} \\ &\quad - (z-s+e+b)n - p - s\bar{n} - x, \\ c_2 &= (1+r)x + \bar{n}p \end{aligned} \right\} \quad (12)$$

となる。ここで、 e は親の消費としてではなく、子どもへの所得移転として育児に費やす金額（子ども1人当り）を意味し、その収益率を i とする。つまり、基本的な育児コストは $(z-s)$ で与えられるが、それ以上にどの程度育児にお金をかけるかは、親がその収益率を睨みながら投資行動として決定するものとする。また、 b は子ども1人当りの遺産であり、その収益率は利子率 r に等しいとする。さらに、 e と b はいずれも現役時にその額が決定され、子どもへの所得移転が

行われるものとする。下添え字 (-1) は親から受け継いだことを意味する。 x は貯蓄である。

資本蓄積を無視すると、この効用最大化問題の1階の条件は、

$$\left. \begin{aligned} \frac{\partial U}{\partial x} &= -\frac{\beta}{c_1} + \frac{\gamma(1+r)}{c_2} = 0, \\ \frac{\partial U}{\partial e} &= -\frac{\beta n}{c_1} + \frac{n^\varepsilon}{1+\delta} \frac{\beta(1+i)}{c_{1,+1}} = 0, \\ \frac{\partial U}{\partial b} &= -\frac{\beta n}{c_1} + \frac{n^\varepsilon}{1+\delta} \frac{\beta(1+r)}{c_{1,+1}} = 0, \\ \frac{\partial U}{\partial n} &= \frac{\alpha}{n} - \frac{\beta}{c_1}(z-s+e+b) \\ &\quad + \frac{\varepsilon n^{\varepsilon-1}}{1+\delta} U_{+1} = 0 \end{aligned} \right\} \quad (13)$$

で与えられる。ただし、 $c_{1,+1}$ は子どもの現役時の消費水準である。

② 制度改革の効果

上で得られた条件から次の3点が指摘できる。第1に、資本蓄積を無視したこのモデルでは、社会保障の制度変更は子ども数を変化させない。その理由は次の通りである。すなわち、上の条件(13)のうち、第2、3式に注目してみる。定常状態では $c_1 = c_{1,+1}$ が成り立つはずだから、

$$n = \left(\frac{1+r}{1+\delta} \right)^{\frac{1}{1-\varepsilon}}, \quad i=r \quad (14)$$

となる。したがって、子ども数は、利子率 r や利他主義の度合い δ 、利他主義の子ども数弾力性 ε という3つの要素だけに依存し、育児費用や年金、あるいは育児支援のあり方とは直接的な関係がない（この点は、すでに Becker and Barro (1988) で指摘されている）。私的な最適子ども数が、社会的な最適子ども数と一致することも明らかだろう。

これは、育児や年金の制度改革の影響が、遺産という世代間の所得移転を通じて相殺されるか、相殺されないとしても消費行動にのみ影響を及ぼしていることを意味する。しかし、制度改革によって資本蓄積の経路は影響を受けるので、利子率を通じた子ども数への影響は残る。例えば利子率が上昇すれば、それは遺産の収益率が高まることを意味するから、家計は子どもへの遺産を増やす。それによって子どもの所得が引き上げられ、育児

への余裕が高まるために、定常状態では子ども数が増えることになる。

第2に、育児の収益率 i は、遺産(金融資産)の収益率すなわち利子率 r に完全に一致しなければならない。遺産の方が育児よりも所得移転装置として魅力的ならば、人々は育児よりも遺産という形で所得移転を行うべきである(逆は逆)。したがって以下では、所得移転としての育児を明示的に取り上げず、遺産だけをモデルに登場させる(あるいは、遺産を所得移転としての育児と読み替えてもかまわない)。すなわち、 e と i を捨象する。

第3に、子ども数を内生化すると、利他的な遺産行動をモデルに組み込んでいても Barro の中立命題は成立しなくなる。その理由は次の通りである。まず、予算制約を示す条件(12)の2式を定常状態でまとめると、

$$c_1 + \frac{c_2}{1+r} + zn \\ = w + (1+r-n) \left(b - \frac{p}{1+r} \right) \quad (12')$$

となる。そして、条件(13)も定常状態で評価し、各世代の消費水準が同一であるとする。その場合、例えば年金が Δp だけ引き上げられたとき、消費水準 c_1, c_2 が影響を受けない必要条件是、遺産 b が $\Delta p/(1+r)$ だけ増加することだが(子ども数 n は(14)式で決定されることに注意)、このとき、条件(13)の最後の式は満たされない。一方、育児支援が Δs だけ引き上げられたとき、消費水準 c_1, c_2 が変化しない必要条件是、条件(13)の最後の式より遺産 b が Δs だけ増加することだが、このとき(12')式は満たされない。したがって、年金改革や育児支援はいずれも家計の消費水準に必ず影響を及ぼすことになり、その意味で中立的ではない。中立命題が成立するのは、 $s=p/(1+r)$ という関係が維持される場合だけである。

以上の議論は、資本蓄積を考慮すればどのように修正されるだろうか。このモデルの場合、資本蓄積の源泉は貯蓄と遺産によって構成される。すなわち、

$$k = \frac{x}{n} + b \quad (15)$$

である。遺産を考慮しない場合とは異なり、この場合は制度変更の資本蓄積に及ぼす影響を解析的に分析することは極めて難しく、IIで述べる数値計算に委ねざるを得ない。しかし、直感的には、育児支援や年金の充実化は資本蓄積を遅らせる可能性が高いと考えられるので、それらの政策は利子率の上昇を通じて子ども数を引き上げるものと推察される。なお、資本蓄積を考慮しても中立命題が成り立たないのは明らかだろう。また、私的及び社会的に最適な子ども数は、いずれも利子率だけで決定されるから、同じ資本-労働比率の下では一致することになる。

II シミュレーション

1 遺産を考慮しない場合

① 試算の前提

Iで議論したように、資本蓄積を考慮すると、育児支援や年金改革など社会保障改革の子ども数に及ぼす影響は、少なくとも長期的には不確かなものとなる。そこで、パラメータに適当な値を当てはめて簡単なシミュレーションを行い、制度改革前後の定常状態どうしを比較する。

最初に、遺産を考慮しないケースを考えてみる。まず、効用関数(1)において、

$$\alpha = \frac{1+\rho}{2+\rho} \alpha_0, \quad \beta = \frac{1+\rho}{2+\rho} (1-\alpha_0), \quad \gamma = \frac{1}{2+\rho}$$

とする。 α_0 は現役時における育児の重要度を示すパラメータ、 ρ は引退時の消費から得られる効用の割引率である。

数値計算の段取りは、次の通りである。第1に、パラメータについては、割引率 $\rho=0.03$ ⁷⁾、資本分配率 $\theta=0.3$ とするとともに、初期状態としては年金だけが存在すると仮定し、育児支援 $s=0$ ⁸⁾、年金 $p=0.4w$ (所得代替率40%)⁹⁾ とする。

第2に、1999年に出生率が1.34まで低下しているという、日本の少子化の現状を反映して、初期状態の平均子ども数を $n=0.67(=1.34/2)$ とするとともに、この子ども数を定常状態としてもた

らすような、現役時における育児の重要度 α_0 と育児コスト z の組み合わせを数値計算によって求める (α_0 に適当な値を当てはめて z の値を計算する)。

第3に、出生率の回復を目指す、3つのタイプの制度改革——すなわち、「育児支援ケース」「年金削減ケース」「負担中立ケース」——を実行して、その効果を試算する。このうち、「負担中立ケース」は「育児支援ケース」で想定した育児支援を行うと同時に年金削減を行い、育児支援と年金の負担総額(1家計当り $sn+p$)を一定に保つ政策である¹⁰⁾。つまり、このケースでは年金をスリムにして、それで浮いた資金を育児支援に向ける。

なお、育児コスト z については、第2ステップで得られた z の初期値で固定するケース(10)式において $z_0=z$ の初期値、 $\lambda=0$ とする)、賃金に完全に比例させるケース(同じく $z_0=z$ の初期値/ w の初期値、 $\lambda=1$ とする)という2つの極端なケースを想定して、結果がどのように異なってくるかを調べる。

具体的なシミュレーションは、(8)、(9)、(10)式を連立させて資本-労働比率 k を逐次計

算で求め、それに応じてその他の内生変数の解を求めるという形で行う。

② 試算結果

初期時点で出生率を1.34にする1人当り育児コスト z を求めると、育児の重要度 α_0 を0.4、0.5、0.6としたとき、それぞれ0.082、0.103、0.123となる(後出・表2参照)。出生率を固定しているの、育児を重視するほど育児コストは高くなっている。

$\alpha_0=0.5$ としたときの政策効果が、表1にまとめられている。育児支援ケースでは、当初賃金比10%及び5%の育児支援を行っている¹¹⁾。年金削減ケースでは、当初賃金比で10%及び5%の年金削減を行っている。そして、負担中立ケースでは、育児支援ケースで想定される育児支援を行う一方で年金を削減し、育児支援と年金の負担総額を当初賃金比で40%に固定している。表1の上半分で育児コストを固定した場合の結果を、下半分で育児コストを賃金に比例させた場合の効果をまとめてある。

この表1から次の点を指摘することができる。第1に、育児支援を単独で行うと、育児コストが一定の場合、狙いとは反対に出生率は低下する。

表1 育児支援・年金改革の経済効果(遺産を考慮しない場合)

	育児支援 (s, 当初賃金比%)	年金 (p, 当初賃金比%)	出生率 (2n)	効用 (u)	資本-労働比率 (k)	賃金 (w)	利子率 (r, 年率%)	現役時の消費 (c ₁)	引退時の消費 (c ₂)
制度改革前	0	40	1.34	-1.568	0.0511	0.287	4.17	0.069	0.193
(1) 育児コストが一定の場合 (z=0.103)									
①育児支援ケース	5	40	1.338	-1.639	0.0423	0.271	4.50	0.059	0.183
	10	40	1.316	-1.736	0.0339	0.254	4.91	0.049	0.169
②年金削減ケース	0	35	1.475	-1.481	0.0544	0.292	4.06	0.076	0.207
	0	30	1.606	-1.405	0.0579	0.298	3.96	0.083	0.218
③負担中立ケース	5	36.4	1.447	-1.568	0.0444	0.275	4.41	0.064	0.193
	10	32.1	1.584	-1.568	0.0379	0.262	4.70	0.059	0.192
(2) 育児コストが賃金に比例する場合 (z=0.359w)									
①育児支援ケース	5	40	1.389	-1.656	0.0364	0.259	4.77	0.055	0.182
	10	40	1.388	-1.865	0.0200	0.217	5.93	0.034	0.158
②年金削減ケース	0	35	1.454	-1.482	0.0564	0.295	4.00	0.077	0.206
	0	30	1.556	-1.408	0.0621	0.304	3.84	0.085	0.217
③負担中立ケース	5	36.3	1.499	-1.572	0.0400	0.266	4.60	0.061	0.193
	10	31.2	1.752	-1.588	0.0279	0.239	5.27	0.050	0.193

注) $\alpha_0=0.5$ の場合。

これは、I 2で議論したように、育児支援が資本蓄積を遅らせ（資本-労働比率が大幅に低下している）、家計の生涯所得が減少するからである。消費水準もそれに応じて低下している。育児コストの削減のプラス効果も効いているはずだが、資本蓄積の減退効果がそれを上回っていることが示唆される。その結果、効用水準も低下する。

第2に、育児コストが賃金に比例する場合は、育児支援は狙い通りに出生率を引き上げる。ただし、その効果は限定的である。ここでも資本蓄積が抑制されているが、にもかかわらず子ども数が増えているのは、資本蓄積の遅れによって賃金が大幅に低下し、育児コストの低下によって子どもへの需要が高まったからである。この政策は出生率の引き上げのために家計にかなり無理を強いており、実際、効用の落ち込みが他のケースと比べて著しい。また、育児コストの賃金弾力性が低い場合は、育児支援は出生率をなかなか引き上げられないことも推察される。

第3に、出生率の引き上げにはむしろ年金削減の方が効果的である。少子化の下では、賦課方式の年金を削減することによって資本蓄積が促され、家計の生涯所得が高まる。そのため、育児コストが削減されなくても育児への経済的余裕が生まれ、消費水準も高まっている。その結果、効用水準も上昇している。ただし、育児コストを賃金に比例

させると、出生率の引き上げ効果はやや弱まる。資本蓄積は育児コストを固定した場合より促進されるものの、それによって賃金が高まり、育児コストの上昇によって子どもへの需要がその分抑制されるからである。

第4に、育児支援と年金削減を組み合わせた負担中立ケースでは、出生率は年金削減ケースとほぼ同程度上昇する（育児コストが一定の場合はやや低め、賃金に比例する場合はやや高め）とともに、効用水準の落ち込みがかなり回避されることが分かる。その裏側では、資本蓄積が抑制されるために消費水準が低下している。このケースでは、消費を犠牲にする形で出生率の上昇が可能になっている。

表2は、 α_0 や z の設定を変えることにより結果がどのように異なってくるかを比較したものである。ここでは、育児支援ケース、負担中立ケースでは育児支援を当初賃金比10%まで引き上げ、年金削減ケースでは年金を当初賃金比で10%引き下げている。全体的に見ると、育児の重要度が高くなるほど育児支援の効果は小さくなる傾向があるが、政策効果の方向性は同じである。つまり、遺産を考慮しない場合は、育児支援だけでは出生率の回復はあまり期待できず、出生率が低下する可能性も否定できない。むしろ、年金削減の方が効果的であるし——その効果はモデルの構造上、

表2 センシティブリティ・アナリシス（遺産を考慮しない場合）

育児の重要度 (α_0)	育児コスト (z)	出生率 ($2n$)		
		①育児支援ケース	②年金削減ケース	③負担中立ケース
(1) 育児コストが一定の場合				
0.4	$z=0.082$	1.343	1.606*	1.650
0.5	$z=0.103$	1.316	1.606*	1.584
0.6	$z=0.123$	1.298	1.606*	1.543*
(2) 育児コストが賃金に比例する場合				
0.4	$z=0.287 w$...	1.556*	1.964
0.5	$z=0.359 w$	1.388	1.556*	1.752
0.6	$z=0.430 w$	1.365	1.556*	1.653*

- 注) 1. 育児コストは、 n の初期値が0.67になるように設定した値。
 2. 育児支援ケース：当初賃金比10%の育児支援。年金削減ケース：当初賃金比10%の年金削減。
 負担中立ケース：当初賃金比10%の育児支援+負担総額を変化させない年金削減。
 3. *は、効用が当初より上昇したことを示す。
 4. …は、収束しなかったことを示す。

育児の重要度にかかわらずたまたま一定である—
—経済厚生的に見ても望ましい。

2 遺産を考慮した場合

① 試算の方法

同様のシミュレーションを、遺産を考慮した場合について行ってみよう。

まず、パラメータについては、遺産を考慮しない場合の設定に加えて、子どもの効用の割引率(δ)、利他主義の子ども数弾力性(ϵ)に適当な値を与える必要がある。ここではまず、とりあえず、 $\delta = \rho = 0.03$ (30年換算では約1.43。子どもの効用を自分の4割程度に評価)と置く。 α_0 は、表1と合わせて0.5とする。そして、前の場合と同様、出生率の初期値が1.34になるように、利他主義の子ども数弾力性と育児コスト(z)の組み合わせをあらかじめ求める。

シミュレーション解は、(8), (10), (11)–(15)を連立して求められる(ただし、定常状態を想定するため、 $b = b_{-1}$, $c_1 = c_{1,+1}$, $n = \bar{n}$ とする。 e 及び i は無視)。ただし、(13)の最後の条件式は、

$$\frac{\alpha}{n} - \frac{\beta}{c_1}(z - s + b) + \frac{\epsilon n^{\epsilon-1}}{1 + \delta - n^\epsilon} \times (\alpha \ln n + \beta \ln c_1 + \gamma \ln c_2) = 0$$

と書き改める。左辺の2番目の括弧内は、(子どもの効用を含まない)各世代自らの効用—定常状態ではそれは各世代共通の値をとる—であり、第3項はその総和(割引後)に元の式の U_{+1} にかかる係数を乗じたものである。

② 試算結果

遺産を考慮した場合、初期時点で出生率を1.34にする1人当り育児コスト z は、利他主義の子ども数弾力性 ϵ を0.2, 0.3, 0.4とした場合、それぞれ0.313, 0.235, 0.170となる(後出・表4参照)¹²⁾。

利他主義の子ども数弾力性を0.3とした場合の試算結果が表3にまとめてあるが、その中身は表1と対照的である。すなわち、第1に、育児支援ケースでは狙い通り出生率は上昇し、逆に年金削減ケースでは低下している。また、効用は前者の場合は低下し、後者の場合は上昇している。負担中立ケースでは両ケースの中間的な結果が導かれ、出生率は上昇、効用は低下している¹³⁾。遺産を考慮したモデルでポイントになるのは、(14)式で

表3 育児支援・年金改革の経済効果(遺産を考慮した場合)

	育児支援 (s , 当初賃金比%)	年金 (p , 当初賃金比%)	出生率 ($2n$)	効用 (U)	資本-労働比率 (k)	賃金 (w)	利子率 (r , 年率%)	遺産 (b)	現役時の消費 (c_1)	引退時の消費 (c_2)
制度改革前	0	40	1.34	-2.012	0.232	0.452	2.04	0.155	0.143	0.216
(1) 育児コストが一定の場合 ($z = 0.235$)										
① 育児支援ケース	5	40	1.417	-2.081	0.206	0.436	2.18	0.149	0.130	0.204
	10	40	1.517	-2.169	0.179	0.418	2.34	0.144	0.115	0.190
② 年金削減ケース	0	35	1.304	-1.980	0.247	0.460	1.98	0.145	0.150	0.222
	0	30	1.271	-1.949	0.262	0.468	1.92	0.135	0.157	0.228
③ 負担中立ケース	5	36.5	1.387	-2.054	0.216	0.442	2.12	0.143	0.135	0.209
	10	32.8	1.440	-2.101	0.199	0.431	2.21	0.131	0.127	0.201
(2) 育児コストが賃金に比例する場合 ($z = 0.521w$)										
① 育児支援ケース	5	40	1.471	-2.107	0.190	0.426	2.26	0.143	0.124	0.201
	10	40	1.711	-2.268	0.142	0.390	2.63	0.129	0.099	0.178
② 年金削減ケース	0	35	1.287	-1.971	0.254	0.464	1.95	0.148	0.152	0.224
	0	30	1.242	-1.935	0.276	0.476	1.86	0.140	0.161	0.231
③ 負担中立ケース	5	36.5	1.415	-2.067	0.206	0.436	2.17	0.139	0.132	0.207
	10	32.4	1.515	-2.137	0.180	0.418	2.33	0.123	0.119	0.196

注) $\alpha_0 = 0.5$, $\epsilon = 0.3$ の場合。

示されたように、制度改革が利子率を高めるかどうかである。育児支援ケースでは、遺産を考慮しない場合と同様に、資本蓄積が抑制されるために利子率が上昇するので、出生率が上昇する。年金削減ケースはその逆で、資本蓄積の促進と利子率の上昇がもたらされ、出生率が低下する。

第2に、育児支援の場合は出生率の上昇と消費水準の低下が同時に起こり、年金削減の場合はその逆の変化の組み合わせが見られる。これは、資本蓄積の遅れが出生率を引き上げる一方で、消費水準を引き下げるからである。この状況は、出生率と消費水準が同じ方向に変化した、遺産を考慮しない場合とは対照的な結果である。そのため、制度変更による効用水準への影響も、相反する効果が同時に発生する分だけ小さくなっているはずである。ただし、効用水準の変化の方向は資本蓄積が遅れるかどうかによって左右されている。

第3に、育児コストの定式化による違いを見ると、育児コストを賃金に比例させた場合、育児支援ケースでは出生率をさらに引き上げ、年金削減ケースでは出生率をさらに引き下げる方向に働いていることが分かる。育児支援ケースでは資本蓄積が抑制され、賃金が低下するので、育児コストもそれに応じて低下し、子どもへの需要がその分高まる一方、年金削減ケースではそれと逆の効果が発生するからである。

利他主義の子ども数弾力性を変えたときの効果を比較したものが、表4である。各ケースの前提は表3と同じである。利他主義の子ども数弾力性

が高いほど、育児支援の効果が高まることが確認される。また、年金削減ケースにおける出生率の低下の程度も大きくなる。ただし、経済厚生的に見れば、育児支援よりも年金削減の方が望ましいことに変わりはない。

III 結 語

本稿では、育児を明示的に反映した単純な世代重複モデルに基づいて、出生率の回復を目指す政策の有効性を検討した。育児コストの軽減を目指す育児支援は、資本蓄積を考慮すると出生率をつねに引き上げるとは限らない。しかも、利他的な遺産行動を考慮するかどうかによって——換言すれば、育児という行為に子どもへの所得移転としての側面を認めるかどうかによって——政策効果は大きく異なってくる。

本稿で行ったシミュレーションによれば、育児支援による出生率の引き上げ効果は、遺産を考慮しない場合かなり限定的であり、育児コストが固定的であれば出生率をむしろ引き下げる。しかし、遺産を考慮すると、育児支援で出生率はある程度引き上げられる。一方、年金を削減すると、育児支援の場合とまったく逆の結果が得られる。さらに、年金削減とは対照的に、育児支援は出生率に及ぼす影響とは関係なく人々の効用を低下させる。

このように、少子化対策には無視できない不確実性と限界がある。シミュレーション結果から判断するかぎり、育児支援と年金削減を組み合わせ

表4 センシティビティ・アナリシス(遺産を考慮した場合)

利他主義の子供数弾力性 (ϵ)	育児コスト (z)	出生率(2 n)		
		①育児支援ケース	②年金削減ケース	③負担中立ケース
(1) 育児コストが一定の場合				
0.2	$z=0.313$	1.449	1.291*	1.402
0.3	$z=0.235$	1.517	1.271*	1.440
0.4	$z=0.170$	1.648	1.241*	1.506
(2) 育児コストが賃金に比例する場合				
0.2	$z=0.666 w$	1.548	1.269*	1.447
0.3	$z=0.521 w$	1.711	1.242*	1.515
0.4	$z=0.390 w$	2.152	1.206*	1.633

注) 表2の注を参照。

れば出生率は必ず引き上げられる。ただし、この改革も人々の効用を引き下げることが高い。人々の経済厚生の上昇を政策目標とするならば、育児支援で出生率の回復を目指すよりも、年金を少子化時代に対応した形に改革するほうが望ましいということになる。

もちろん、本稿の分析は制度改革前後の定常状態どうしを比較しただけであり、その点で大きな限界がある。今後の研究課題としては、制度改革の動学的な移行経路の分析が挙げられる。例えば育児支援の場合は、それが出生率を引き上げて労働力人口を増加させたとしても、資本一労働比率や生涯所得(賃金)の低下を通じて出生率を抑制するという経路を動学的に分析する必要がある。年金改革の場合も、いわゆる「二重の負担」問題が重視されるように、移行期における各世代の経済厚生への影響が無視できない。少子化対策の経済効果を動学的に捉えるためには、本稿の2期間・2世代モデルを大幅に拡張した世代重複一般均衡モデルによる分析が必要になる。

謝 辞

本誌レフェリーから貴重なコメントを頂いた。深く感謝したい。もちろん、残された誤りは筆者のものである。

注

- 1) 出生力の決定要因に関する研究の包括的なサーベイとして、大淵他(1998)がある。
- 2) 本節1, 2のモデルは基本的にKato(1999)と同じであるが、他の家計の行動を所与として効用最大化の条件を求めている点が本節のモデルの特徴である。また、Katoでは、本節3で扱っている所得移転としての育児や遺産の存在は捨象されている。
- 3) 本稿では、実際のデータに基づいて子どもの需要関数を推計していないが、総合研究開発機構(1998)は、女子実質賃金率を育児の機会費用、男子実質賃金率を所得の代理変数と見なして、女子の年齢別に出生率関数を推計している。それによると、25-29歳層では、出生率の価格弾力性及び所得弾力性はそれぞれ-1.862, 1.925となっているが、弾力性の値は年齢層によってかなり異なる。
- 4) これは、本誌レフェリーの指摘によるもので

ある。

- 5) 育児(教育)の、親の消費行動としての側面を強調したものとして、小塩(1999)がある。
- 6) ただし、Becker and Lewis(1973)が分析しているような、子どもの「数」だけでなく、子どもの「質」を高めることから効用を得るという行動は、ここでは無視する。ここでのモデルでは、そうした行動は c_1 の一部として間接的に捉えられている。
- 7) 本稿の2期間モデルでは、1期間を30年間と見なし、割引率 ρ 、利子率 r は、計算上は30年間の複利で処理している。
- 8) 実際には、制度改革前にもすでに何らかの育児支援は行われているはずであり、ここでの育児支援は、厳密には追加的な支援策のことである。
- 9) ちなみに、1999年における老齢年金の平均賃金比は41.7%である。
- 10) 具体的には、 $sn+p=0.4w_0$ (w_0 は当初賃金)を満たすように、 p の値を内生的に解く。
- 11) 育児支援をこれ以上の規模で行うと、ネットの育児コストがかなり低くなり、シミュレーションが不安定となる。
- 12) 利他主義の子ども数弾力性をこれより高くすると、ネットの育児コストがかなり低くなり、シミュレーションが不安定となる。
- 13) 以上の結果は、年金の当初の所得代替率をいろいろと変えて行っても大きく変化しなかった。

参考文献

- 麻生良文(1997)「少子化対策は年金負担を軽減するか」『人口問題研究』第53巻第4号, pp. 32-48。
- 岩本康志(1998)「少子化対策として何が必要か」, 経済研究開発機構『少子化・高齢化の経済効果と経済から人口動態への影響』, pp. 242-247。
- 大淵寛他(1998)「出生力変動モデル構築のための基礎研究」『人口問題研究』第54巻第1号, pp. 88-119。
- 小塩隆士(1999)「消費としての教育」, 八代尚宏編『市場重視の教育改革』日本経済新聞社, pp. 47-72。
- 原田泰・高田聖治(1991)「人口の経済学, 出生率, 年金」郵政研究所 Discussion Paper Series, No. 1991-06。
- 総合研究開発機構(1998)『少子化・高齢化の経済効果と経済から人口動態への影響』。
- Barro, R. J. and G. S. Becker (1989) "Fertility Choice in a Model of Economic Growth," *Econometrica*, Vol. 57, pp. 481-501.
- Becker, G. S. (1960) "An Economic Analysis of Fertility," in *Demographic and Economic*

- Change in Developed Countries*, ed. by A. J. Coale, Princeton University Press, pp. 493-517.
- Becker, G. S. and H. G. Lewis (1973) "On the Interaction Between Quantity and Quality of Children," *Journal of Political Economy*, Vol. 81, ss. 279-288.
- Becker, G. S. and R. J. Barro (1988) "A Reformation of the Economic Theory of Fertility," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 103, pp. 1-25.
- Kato, Hisakazu (1999) "Overlapping Generation Model with Endogenous Population Growth," 『人口学研究』第25号, pp. 15-24.
- Nishimura, K. and J. Zhang (1992) "Pay-as-you-go Public Pensions with Endogenous Fertility," *Journal of Public Economics*, Vol. 48, pp. 239-258.

(おしお・たかし 東京学芸大学助教授)

世帯構成員の長期療養に起因する経済厚生上の損失について ——要介護者と寝たきりの経済的コスト——

岩 本 康 志
小 原 美 紀
斉 藤 誠

I はじめに

本稿は、『国民生活基礎調査』の個票データを用い、世帯構成員が要介護状態や寝たきりになった場合に、どれだけ経済厚生上の損失が世帯に発生するのかについて計量分析を行っている。

世帯員が要介護状態になった場合、以下のように二重の意味で世帯は経済厚生上の損失を負う。第1の意味では、介護に要する支出に対してあらかじめ保険契約をかけて備えておくことが非常に難しい。主に以下の2つの理由により、要介護や寝たきりのように療養が長期にわたるような障害に対しては民間保険市場が成立しにくいからである¹⁾。第1の理由として、保険会社が長期にわたる療養費用を適切に予測することがきわめて困難なことが挙げられる。とくに、療養が長期にわたる場合には、療養技術に関する技術革新についても確かな予想を行わなければならない。第2の理由として、被保険者の側から見ても、長期療養が必要となる状態になる確率を的確に評価することが難しい。潜在的な被保険者が長期療養が必要となる確率を過小評価していると、そうした状態に保険をかける動機は弱まる。保険に対する需要が全般的に低くなってしまえば、長期療養にかかわるリスクをあらかじめ広い範囲の契約者間で分散することができなくなる。民間保険市場の欠如の幾分かは、社会保障制度のなかで相殺されるが、公的介護保険の導入以前ではその役割は限定されているとともに、さまざまな資源配分上の歪みに

つながっていた。すなわち、自治体による介護サービスの提供は措置制度で運営されてきたが、財源が十分に確保されていないことから、サービスの待機者が発生し、待機者と受益者との間で不公平が生じている。また、公的医療保険が介護目的に流用され、必要な介護サービスを受けられずに、より高価な医療サービスで代替される「社会的入院」の現象も起きている。さらに社会保障制度でカバーされない場合は、要介護状態になってから自らの貯蓄を取り崩すか、他の消費支出を切りつめるかという自己保険 (self insurance) の形で、事後的に必要な支出をまかなっていかなければならなくなる。

第2の意味では、自らの貯蓄取り崩しや他の消費支出の切りつめによっては、長期療養に必要な支出に対して十分に対処できない場合、通常は世帯内で扶助が求められる。世帯内扶助では、狭い意味での経済的な援助ばかりではなく、療養者を精神的に励ますというようなモラル・サポートの役割も含まれている。とくに、要介護や寝たきりになった場合には、世帯員による経済的、精神的なサポートはいつそう必要となつてこよう。要介護者をサポートする世帯員の側からみると、こうした世帯内扶助はしばしば稼得機会の犠牲を迫られることになる²⁾。たとえば、寝たきりの親を持った場合には、転勤を伴うような職業をあきらめざるをえなくなるかもしれない。また、配偶者が要介護状態になれば、勤務時間の短縮という選択をせざるをえなくなるかもしれない。いずれの場合にも、稼得機会の犠牲が長期間に及べば、世帯

の恒常所得は著しく低下してしまう。

以上のように不完全な保険市場と介護が必要な世帯員に対する扶助があいまって、次のようにふたつの経路から要介護者の発生が世帯に経済厚生上の損失をもたらそう。第1に、要介護者を扶助するために稼得機会を犠牲にすることから世帯の恒常所得が低下する。第2に、同じ恒常所得水準であっても、あらかじめ保険されていない介護費用負担のために家計の経済厚生水準が低下する。

家計の経済厚生指標としては、療養支出を控除した消費支出が最も望ましいであろう。①療養が長期にわたることにより世帯の恒常所得が低下することは消費支出に反映するであろうし、②療養に必要な支出が保険でカバーされないために、通常の消費活動(療養支出以外の消費支出)がどれだけ犠牲にされるのかを把握することができる。

②の効果に関連する理論的な研究によれば³⁾、保険されていないショックの性質によって貯蓄と消費に表れる影響が大きく異なってくる。ショックによるダメージが一時的なものであれば消費者は消費水準の変更を小幅にとどめ、金融資産の取り崩しによって消費水準を維持する。一方でダメージが持続的、もしくは永続的なものであれば消費者は消費水準そのものを引き下げよう。長期療養者を世帯員に持つことは後者のケースに相当すると考えられるので、貯蓄への影響よりも消費に影響する度合いの高いことが予測される。後者のケースでは消費水準の引き下げが伴うので、家計の経済厚生上の低下はいっそう深刻である。

本稿は、厚生省が実施している『国民生活基礎調査』の個票データを用いながら、上述のふたつのルートを通して家計の経済厚生がどの程度低下するのかを計量的に分析していく。このように長期療養に関する適切な保険が形成されていないことによる厚生損失を計測する作業は、2000年4月より施行された公的介護保険にどれだけの厚生改善効果があるのかを評価する有用な情報となる。

分析手法の点で本稿と関連する実証研究としては、いずれも外国のデータであるが、健康に対するショックの消費への影響を考察した Cochrane

(1991), Gertler and Gruber (1997), Townsend (1994) がある。Cochrane (1991) は、米国の PSID (Panel Study of Income Dynamics) を用いて、1980年から83年への食費⁴⁾の変化に対して、健康上の問題による労働日数の損失の影響を推計し、100日以上欠勤のある場合(このような健康の悪化が生じる確率は7.2%)には、消費支出が11~14%減少することが示されている。Townsend (1994) は、1975年から85年までのインドの村落世帯を対象にしたパネルデータを用いて、健康状態(病気であった期間の比率)は消費に有意な影響をもたないという結果を得ている。Gertler and Gruber (1997) は、インドネシアの村落世帯のパネルデータにより、1991年から93年の間に生じた ADL (activities of daily living) への支障(基本的 ADL については2%、中級 ADL については24%の確率で生じる)が、消費を14%(中級 ADL)、59%(基本的 ADL)減少させていることを報告している。以上の文献では健康の影響の有無について結果がわかれており、また健康状態の変化の特定化が違っているので、影響の数値を研究間で直接比較することは適切でない。また、われわれの知る限り、わが国のデータにより、健康上のショックに対する消費保険を検証した実証研究はない⁵⁾。

健康状態の悪化が所得に与える影響は、発展途上国で関心が高く、多数の研究が存在しており、Strauss and Thomas (1998) により展望されている。また、米国を中心としているが、先進国における研究の展望としては、Currie and Madrian (1999) があり、わが国における研究の展望は岩本 (2000 a) によって与えられている。

本稿の構成は、以下の通りである。IIでは、本稿で使用するデータを説明する。IIIでは、推定式を特定し、推定結果を報告する。IVでは、介護保険制度の政策効果について、推定結果に基づいた政策的インプリケーションを考察していく。Vでは結論を述べる。

II データ

1 データの特色

本稿で用いる『国民生活基礎調査』は、厚生省が毎年実施している世帯調査であるが、3年ごとに大規模なサンプル(所得票調査世帯でおよそ35,000)を対象とした調査を行っている。本稿で用いたサンプルは、1995年に実施された大規模調査である。

本調査は、次の理由から本稿の研究主旨に適している。第1に、大規模なサンプルについて世帯の属性、就業状態、所得・貯蓄状況、金融・実物資産の形成、健康の状態を詳細に調査している。他のいくつかの調査が要介護者のいる世帯のみを調査しているのに対して⁶⁾、『国民生活基礎調査』は要介護者のいない世帯も調査対象にしている。その結果、世帯員に要介護者が発生すると、どのような経済的な帰結を世帯にもたらすのかということを厳密に分析できる。

第2に、分析上きわめて重要なことに、非常に大規模なサンプルを対象としていることから、個々の世帯としてみれば必ずしも発生頻度が高くない要介護さらには寝たきり状態についても、ある程度のサンプル数を確保することができる。

なお、今回の『国民生活基礎調査』個票データの目的外使用に際しては、世帯が所在する市町村に関する情報(市町村コード)を得ることができなかった。そのために、IIIで報告している推定作業においては、市町村ごとに介護療養に対する助成措置が異なる要因をコントロールすることができなかった。この点に関しては、将来の研究課題としたい⁷⁾。

2 対象とする変数とその計測時点

1995年調査データについてみると、各変数の計測時点は次のようになっている。

所得：1994年の年間所得

健康：1995年6月1日時点の状態

消費：1995年5月1ヵ月の消費支出

資産：1995年6月末の貯蓄残高、6月1日時点

の家の所有状態(持ち家か否か)

所得については、調査年の前年について世帯員のそれぞれに種類別の所得水準を尋ねている。

本稿の対象とする健康の指標は、要介護状態と寝たきり状態である。世帯員のいずれかが要介護、さらには寝たきりの状態になっている場合について本調査は質問事項を設けている。要介護状態については、洗面・歯磨き、着替え、食事、排せつ、入浴、歩行の6種類の活動について介護の要否が質問されている。本稿では、このうち4種類以上の活動について介護が必要である場合を、要介護者と特定した。

また、寝たきり状態については、介護が必要な者について、「全く寝たきり」、「ほとんど寝たきり」、「寝たり起きたり」、「その他」という4段階で記述されている。本稿では、「全く寝たきり」と「ほとんど寝たきり」という寝たきり状態が深刻なケースについて、寝たきり状態と特定している⁸⁾。寝たきりの者のほとんどは4種以上の要介護者であり、寝たきり状態が要介護状態に含まれるとともに、より深刻な指標になっていると考えて差し支えない。

世帯主、配偶者または世帯主・配偶者の親のいずれかが要介護状態、寝たきり状態になれば1の値をとるダミー変数によって、世帯員の長期療養状態を表すことにする。ただし、若年者の介護は分析の目的から外れるので、15歳未満の者と年齢不詳の者は要介護者や寝たきりの者の定義からは外すことにした。

Iで述べたように、重度の要介護状態をもたらすようなショックは、家計の消費や資産形成に大きな影響をもたらす可能性がある。本稿では、まず、世帯の経済厚生状態を測定する指標としては世帯の消費支出に注目していく。とくに、不完全保険の理論モデルからは、保険されていないショックが恒常的、持続的な場合に消費に与える影響の大きいことが予測される。

なお、ここでは、介護費用を控除した消費支出を用いることによって、介護費用が保険されていないために一般的な消費支出がどの程度犠牲にされているのかを計測している。本調査では、世帯

員の介護にかかった費用を、排泄介助、寝具・衣類、介護機器・生活用具、福祉等サービス、医療、その他の別に調査している。そこで、こうした介護にかかった費用の総計を世帯の総支出額から控除した消費支出額を用いる⁹⁾。

経済厚生尺度として世帯消費水準を用いるに際しては、以下のことに十分な注意を払うべきである。まず、分析に用いる世帯消費は市場活動に限定され、家事労働等の家計内で生産・消費される財・サービスは含まれていない。介護とその他の家事労働に範囲の経済が存在すれば、同居世帯員が介護者になることにより、家計内サービス生産量が増加し、それまで市場部門から調達していた財・サービスが家計部門での生産に移行することが考えられる(たとえば、自宅での食事が増え、外食が減る)。したがって、かりに要介護者の発生にともない市場部門での消費支出額が減少したとしても、市場と家計の代替を考慮すると、世帯の実質的な消費支出は別の反応をしている可能性がある。この点で、消費支出を市場活動に限定することは、厚生損失を過大推定する可能性があるかもしれない。残念ながら、『国民生活基礎調査』では家計支出額しか調査されておらず、家計内生産を細かく把握することは困難であり、本稿の推定結果を解釈する際には、上記の問題が生じている可能性に注意する必要がある。

また、次のふたつの要因によっても、世帯消費支出を用いることで厚生損失を過大に推定してしまう可能性がある。第1に、借入制約の存在によって、介護の見返りとして将来期待できる遺産相続があっても、それを現在の消費に反映できないことが考えられる。第2に、介護の必要により世帯員の余暇時間が減少することに、現在の余暇と補完的である消費が減少し、将来財と代替されることも考えられる。

本稿では、消費以外の経済厚生指標として、金融・実物資産も分析対象としていく。世帯員の長期療養によって恒常所得が低下する効果や、追加的な療養支出を強いられる効果は、資産形成の阻害といった形で現れる可能性がある。とくに、先述したように、不完全保険の理論モデルからは、

保険されていないショックが過渡的な場合については、消費の側ではなく、資産の側で調整することが予測されている。なお、本調査は、消費・健康の状態と同時点で家の所有状態(持ち家か否か)を、その直後の1995年6月末時点で金融資産残高、負債残高について尋ねている。

本調査では資産・負債残高については階層別には調査されていないが(たとえば100万円以下200万円未満)、金融資産残高を算出するために、それぞれの階層の中間値を残高水準に読み替えている。原理的には、そうして中間値で読み替えた資産残高と負債残高からネットの貯蓄残高を計算できる。しかしながら、中間値を用いたことで誤差をすでに含んでいる資産残高と負債残高の差額にはいっそうの誤差が含まれる可能性があるので、ネットの貯蓄残高については分析の対象とはしていない。

3 基本統計量

本稿では、サンプルを常雇者世帯(最多所得者が常用雇業者である世帯)に限定した¹⁰⁾。このようにサンプルを限定することにより、常用雇業者が生計を支え、他に介護者と要介護者が同居する世帯の比重が多くなり、世帯員が2人以下の世帯や、要介護者が以前に生計を支えていた世帯が多く排除されることになり、サンプルがかならずしも要介護者を代表するものではなくなる可能性がある。しかし、本稿の関心は要介護者を支援する家族の負担を計測することにある。したがって、身寄りのない単身の要介護者は考察の対象外とするのが適当であろう。また、別居家族から援助を受けている世帯では、援助している家族の経済状態が不明なために厚生損失の計測が困難であることから、本稿の考察の対象外とすべきであろう。本稿では、世帯外からの支援の実情をデータより把握することが困難であることを鑑みて、世帯内で要介護者支援が完結していると思われる世帯を特定することを重視している¹¹⁾。

また、世帯の大黒柱が要介護状態になる事態は、介護の多数例となる老人介護とは異なった性格をもつと考えられるので、本稿では、最多所得者が

表1 誰が介護されているか？ 誰が寝たきりか？

世帯数 (%)	要介護者有無		寝たきりの者有無	
	要介護者有り	要介護者無し	寝たきりの者有り	寝たきりの者無し
	124 (0.81%)	15,201 (99.19%)	58 (0.38%)	15,267 (99.62%)
	内訳 (世帯数)		内訳 (世帯数)	
要介護 (寝たきりの者) が世帯主	20		8	
配偶者	6		3	
世帯主の親が1人	85		38	
世帯主の親が2人	1		0	
配偶者の親が1人	12		9	

- 注) 1. 全サンプル=15,325世帯。
 2. 推定で使用する変数が全て存在するものにサンプルを限定している。
 3. ここでの要介護者とは、4種以上の要介護者(4, 5種介護者, もしくは全部介護者)を指す。
 4. ここでの寝たきりの者とは、ほとんど寝たきり, もしくは全く寝たきりの者を指す。

表2 要介護者(寝たきりの者)のいる世帯といない世帯の平均(標準偏差)

	A. 要介護者有無				B. 寝たきりの者有無			
	有り: 124家計		無し: 15,201家計		有り: 58家計		無し: 15,267家計	
世帯可処分所得(年間, 万円)	663.38	(342.98)	590.04	(344.30)	625.96	(330.47)	590.50	(344.39)
世帯介護総費用(月間, 万円)	3.93	(6.30)	0.00	(0.00)	4.04	(6.10)	0.00	(0.00)
世帯消費支出(月間, 万円)	30.77	(21.03)	29.06	(34.53)	28.45	(15.80)	29.08	(34.50)
世帯消費支出-介護費用(月間, 万円)	26.84	(20.50)	29.06	(34.53)	24.41	(15.11)	29.08	(34.50)
世帯貯蓄額(万円)*	708.67	(879.91)	572.31	(719.22)	625.00	(749.59)	573.22	(720.64)
世帯主年齢	57.42	(11.90)	47.24	(13.05)	57.03	(12.80)	47.29	(13.06)
世帯人員数	4.19	(1.19)	3.20	(1.39)	4.31	(1.22)	3.20	(1.39)
世帯子供数	1.10	(0.88)	1.156	(0.99)	1.10	(0.85)	1.16	(0.99)
有業人員数	2.56	(1.01)	1.72	(0.90)	2.52	(0.96)	1.72	(0.90)
持ち家比率(%)	92.74		62.58		94.83		62.70	
世帯主性別=男(%)	91.13		87.85		89.66		87.87	
世帯主既婚率(%)	83.07		78.86		84.48		78.87	
1人以上の親との同居世帯(%)	79.03		12.38		81.03		12.66	
学生がいる世帯(%)	19.36		18.55		18.97		18.56	
施設等入居者がいる世帯(%)**	1.61		0.46		3.45		0.46	
最多所得者企業規模(小, 中, 大%)	52.4, 26.6, 21.0		46.1, 31.5, 22.4		48.3, 31.0, 20.7		46.2, 31.4, 22.4	

- 注) 1. 表1の注)を参照のこと。
 2. 値は平均値, 括弧内は標準偏差である。
 3. *世帯貯蓄は階層データであり, 各世帯が当てはまる階層の中間値を世帯の貯蓄額として計算した。
 4. **施設等入居者とは, 長期病院入院者, 老人福祉施設等入居者, 社会福祉施設等入居者を指す。
 5. 本表を含めた以下に報告する表は, すべてウェイトを付けずに求めた値である。

要介護状態である世帯はサンプルから除外した。上述のようなサンプルの限定の結果, 推定に使用する変数について欠損値がある世帯を除外すると, 最終的なサンプル世帯数は15,325となった。

表1と表2は, サンプルの基本統計量を報告している。表1が示すように, 全サンプル15,325世帯のうち124世帯に要介護者がいる。その内訳をみると, 世帯主の親が要介護者である世帯が

86世帯で大きなシェアを占めている。一方, 寝たきりの者がいる世帯は, 15,325世帯のうち58世帯である。要介護者のケースと同様に, 世帯主の親が寝たきりとなっている世帯の割合が高い(38世帯)。

表2は, 要介護者がいるか否か, 寝たきりの者がいるか否かで, 世帯の主要属性の平均値を対比させている。表2でみるかぎり, 長期療養が必要

な世帯員をかかえることが世帯の経済状態を著しく低めるという傾向は認められない。たとえば、世帯所得や持ち家比率は、要介護者または寝たきりの者がいる世帯の方がかえって高い。当然ながら、そのことは要介護者または寝たきりの者の存在が世帯の経済厚生に中立的であるということの意味しない。要介護者がいる世帯といっても、世帯属性には大きなばらつきがあるからである。とくに世帯人員数に1人前後の開きがあり、世帯規模と同居世帯員による介護との間に密接な関係があるかもしれない。IIIでは、世帯のさまざまな属性の違いを制御した上で、要介護者が世帯員に加わることが世帯の経済厚生をどのように変化させるのかを検討していこう。

III 推定式の特定化と推定結果

1 推定式の特定化

本稿では、短縮形モデルを推定し、その推定結果を既存の理論モデルにそって解釈していく。こうした推定手法を採用する理由は、IIで述べてきたように、本分析が一時点のクロスセクション・データを対象としていることから、介護状態に対する保険の不完全性を考慮した動学モデルから導出される構造形モデルを検定することができないからである¹²⁾。

ここでは、世帯所得プロセスの動学的な側面にある程度配慮するために、世帯所得の格差のうち、いくつかの主要な世帯属性に起因する格差を恒常的所得部分とみなしていく。こうした手法は、恒常的所得部分のすべてをカバーすることはできないが、クロスセクション分析で恒常的部分を一次近似する際にしばしば用いられている。とくに、要介護状態という持続的なショックが恒常的部分にもたらす影響に着目していく。その上で、消費や資産形成がそうして特定化された恒常的部分の所得変化に反応するのかを計測していく。したがって、推定式は、要介護者の発生が所得に与える影響を考察する式と、要介護者の発生と所得が家計の厚生水準に与える影響を考察する式の2本から成り立っている。

まず前者の、要介護者の有無を考慮して、世帯の所得を推定するための式を特定化していこう。ここで留意すべきことは、健康の状態については1995年6月の状態を尋ねているのに対して、所得については前年(1994年)の年間所得しか記録されていないことである。残念ながら本調査では、要介護者がいつから要介護状態になったのかが調査されていない。本調査から判明するのは、1995年6月時点で要介護状態になっているか否かだけである。ここでは、非常に単純化する仮定ではあるが、要介護状態になってすでに半年以上経過していると想定する。したがって、1994年の年間所得に世帯員に要介護者が生じた効果が現れていると考える。一方、寝たきりの者については寝たきりの期間が調査されているので、いつから寝たきりになったかを知ることができる。寝たきりの者については、寝たきりになって半年以上経過しているケースについてのみ、世帯員が寝たきりであると考える。

具体的には、次のような推定式によって世帯の所得の対数値を推定していく。

$$\ln(\text{家計 } i \text{ の所得}) = \sum_{j=1}^J \alpha_j (\text{家計属性})_j + \beta (\text{家族構成員の健康状態}) \quad (1)$$

左辺の所得には、世帯員のすべての所得を合算したものをを用いる。世帯属性については、世帯人員数(自然対数値)、世帯主年齢とその自乗、世帯主性別、既・未婚、子供数/世帯人員数、同居親数/世帯人員数、あらゆる源泉の所得を加味した所得人数、最多所得者が勤めている企業規模ダミー、都道府県ダミーを含めている。また健康の状態を示す変数は、家族構成員のいずれかのメンバー(最多所得者を除く)がIIで述べた方法で特定化される要介護状態または寝たきり状態にある場合に1をとるダミー変数である。

第2段階で世帯の経済厚生を推定する時には、(1)式によって推定された所得を、ある特定の世帯属性と健康の状態が与えられたもとで平均的に達成される所得とみなしていく。(1)式の右辺に現れるパラメーター β が、世帯員が要介護状態または寝たきり状態になることで世帯の所得

がどれだけ低下するかを示している。

一方、家計の経済厚生は次の式で推定する。

$$\ln(\text{家計 } i \text{ の経済厚生}) = \gamma \ln(\text{家計 } i \text{ の推定所得}) + \sum_{j=1}^J \lambda_j (\text{家計属性})_j + \mu (\text{家族構成員の健康状態}) \quad (2)$$

IIで述べたように、消費および資産形成に与える影響を計量するために、被説明変数には、介護費用を控除した消費支出、持ち家ダミー変数、貯蓄残高階層を用いる。所得関数の場合と異なり、経済厚生関数については健康の状態の調査時点(1995年6月1日)と、経済厚生指標の調査時点(消費支出は1995年5月1ヵ月の支出、貯蓄残高については1995年6月末)には、タイミングの大きなずれはない。右辺の推定所得は、(1)式で求めた推定値を代入しており、ここでは世帯の恒常所得を近似する変数として解釈することができる。世帯属性と健康の状態については(1)式の説明変数と同じものに加え、支出・貯蓄傾向の差を考慮して「学生の有無」を含める¹³⁾。また、貯蓄残高や家の所有状態を指標に用いる場合には、在宅介護か施設介護かの選択と相関している可能性があるため、世帯員に病院等に長期入院している者、老人福祉施設や社会福祉施設に入所している者(以下「施設等入居者」と呼ぶ)がいる場合には1となるダミー変数を加えることで制御する¹⁴⁾。

ここで留意すべき点は、世帯消費を被説明変数とした(2)式の定式化においては消費の動学的な調整メカニズムが考慮されていないことである。もし、消費水準の変更に関して調整費用や慣習効果がある場合には、世帯所得の変動や要介護状態の変化に対して消費が即座に反応しない。そのようなケースでは、(2)式に基づいた推定が要介護状態の消費水準に与える影響を過小評価してしまう可能性もある。

推定方法については、消費支出を厚生指標に用いるときには通常の回帰分析を行う。持ち家のダミー変数についてはプロビット・モデルを利用している。厚生指標が貯蓄残高階層であるケースに

ついては、上限と下限を設定したトービット・モデルを用いていく。3,000万円以上の階層の世帯については3,000万円の自然対数値を上限とする一方、貯蓄残高がゼロの世帯についてはデータ値を1に置き換え、その対数値(0)を下限と設定している。

2 推定結果

表3は、所得関数の推定結果を報告している。世帯員が要介護状態または寝たきり状態になると、世帯年間所得は1%水準で統計的に有意に低下する。より具体的には、要介護状態で約11%、寝たきり状態で約15%、世帯の年間可処分所得が低下する。説明変数の「所得人数」は、勤労所得に限らない全ての源泉について所得を得ている人数を示し、世帯における有業者数(仕事に就いている者)を完全には制御していない。したがって、要介護者の発生により世帯所得が減少するのは、最多所得者が労働時間を減少させる、他の世帯員が労働時間を減少させる、もしくは非労働力化する、要介護者自身が非労働力化するなどが考えられる。ただし、推定では誰の所得であるかを識別しておらず、要介護者の発生により誰が労働供給を減少させているかが分からない。記述統計を見ると、世帯主の所得は、要介護者(寝たきりの者)がいる世帯で、いない世帯よりも約38万円(45万円)低く、配偶者の所得は、寝たきりの者がある世帯で約13万円低い(要介護者の有無別ではほぼ同じ)。また、配偶者の就業率は要介護者(寝たきりの者)がいる世帯で約5%(8.5%)低い。とくに寝たきりの者を介護することで世帯主の配偶者が非労働力化し所得を減少させる影響が大きい。

表4(A)は、消費支出について世帯の経済厚生関数を推定したものである。介護費用を控除した総消費支出について、世帯員が要介護状態または寝たきり状態であることは消費支出に1%水準で有意な負の影響を与えている。より具体的には、要介護状態で約24%、寝たきり状態で約34%、世帯の消費水準が低下する。寝たきりの者がある世帯にとって、所得・消費への影響がより深刻で

表3 所得関数の推定

被説明変数：世帯（年間）可処分所得（自然対数値）

	A：要介護の指標を用いた場合	B：寝たきりの指標を用いた場合
世帯人員数（自然対数値）	0.1937 (0.0187) ***	0.1940 (0.0187) ***
世帯主年齢	0.0442 (0.0019) ***	0.0443 (0.0019) ***
世帯主年齢2乗	-0.0004 (0.0000) ***	-0.0004 (0.0000) ***
世帯主性別	0.2672 (0.0155) ***	0.2670 (0.0155) ***
既婚か未婚か	0.1207 (0.0161) ***	0.1208 (0.0161) ***
子供数/世帯人員数	-0.0949 (0.0339) ***	-0.0961 (0.0339) ***
同居親数/世帯人員数	-0.4260 (0.0480) ***	-0.4326 (0.0478) ***
所得人数	0.2701 (0.0053) ***	0.2700 (0.0053) ***
最多所得者企業中規模	0.2126 (0.0099) ***	0.2125 (0.0099) ***
最多所得者企業大規模	0.4058 (0.0093) ***	0.4056 (0.0093) ***
要介護者（寝たきり）がいるか否か	-0.1149 (0.0424) ***	-0.1534 (0.0613) **
定数項	3.8045 (0.0655) ***	3.7694 (0.0668) ***
調整済み決定係数	0.4723	0.4703
サンプル数	15,325	15,325

- 注) 1. 括弧内の値は標準誤差を示す。
 2. ***, **, * はそれぞれ 1%, 5%, 10% の水準で有意であることを示す。
 3. 世帯主の性別, 既婚か未婚か, 最多所得者企業中(大)規模は, それぞれ, 男性ならば 1, 既婚ならば 1, 中(大)規模ならば 1 となるダミー変数である。
 4. 要介護者がいるか否かは, 世帯主, 配偶者, 世帯主・配偶者の親のいずれかが 4 種以上の介護状態ならば 1 となるダミー変数である。また, 寝たきりの者がいるか否かは, 世帯主, 配偶者, 世帯主・配偶者の親のいずれかがほとんど寝たきりか, 全く寝たきりであるならば 1 となるダミー変数である。15 歳未満の者, 年齢不詳の者は, 要介護者や寝たきりの者の定義から外れる。
 5. 実際の推計には, 県ダミーも説明変数に入れている。
 6. 世帯人員数は対数として, 子供数, 親数は世帯人員数への割合として入っている。

あり, 変数の定義から妥当な結果であると考えられる。世帯の推定所得に関する係数 (0.23) が 1 を下回っているのは, 消費の調整費用や慣習性を反映していると推測される。

表 4 (B) は, 持ち家の資産形成についてのプロビット・モデルの推定結果を報告している。要介護状態, 寝たきり状態のいずれについても, 符号は負であり持ち家形成を鈍化させる傾向が認められるものの, 統計的には有意ではない。

表 4 (C) は, 貯蓄残高階層についての推定結果を報告している。寝たきり状態については統計的に有意な変化は認められなかったが, 要介護状態については 10%水準で有意であり, 貯蓄残高を 5%ポイント引き下げる効果があることが確認できる。推定所得に関する係数は 1.02 であり, 推定所得の上昇率と家計貯蓄の上昇率はほぼ 1 対 1 で対応している¹⁵⁾。

3 推定結果の解釈

以上をまとめると, 世帯員が要介護状態または寝たきり状態になると, 世帯所得は低下し, かつ(介護費用を控除した)消費支出を直接的に引き下げる¹⁶⁾。いいかえると, 介護費用負担からの直接効果と, 所得低下を通じた間接効果があいまって, 消費支出を減少させている。

一方, 持ち家形成に対する直接効果については, 長期療養負担のマイナスの影響は認められるものの, 統計的には有意ではない。したがって, 長期療養負担で所得が低下することによる間接効果だけが持ち家形成に影響を与えていることになる。金融資産形成については, 要介護状態で金融資産が 5%程度取り崩されている。

消費支出に対する効果と持ち家形成や金融資産蓄積に対する効果が非対称である理由についてはどのように解釈したらいいのであろうか。ひとつ

表4 厚生関数の推定

(A) 被説明変数：(総消費額－介護コストの総額)の自然対数値

	A：要介護の指標を用いた場合	B：寝たきりの指標を用いた場合
世帯人員数(自然対数値)	0.2320 (0.0200) ***	0.2332 (0.0200) ***
世帯主年齢	0.0038 (0.0004) ***	0.0039 (0.0004) ***
世帯主性別	-0.0355 (0.0175) **	-0.0349 (0.0175) **
既婚か未婚か	0.1358 (0.0171) ***	0.1354 (0.0171) ***
子供数/世帯人員数	-0.0750 (0.0348) **	-0.0777 (0.0348) **
学生の有無	0.1549 (0.0113) ***	0.1545 (0.0113) ***
同居親数/世帯人員数	-0.0197 (0.0490)	-0.0204 (0.0488)
施設等入居者の有無	-0.0121 (0.0592)	-0.0206 (0.0592)
最多所得者企業中規模	0.0387 (0.0115) ***	0.0385 (0.0115) ***
最多所得者企業大規模	0.0574 (0.0125) ***	0.0579 (0.0125) ***
要介護者(寝たきり)がいるか否か	-0.2429 (0.0460) ***	-0.3380 (0.0665) ***
世帯推定所得	0.2311 (0.0178) ***	0.2299 (0.0178) ***
定数項	1.1933 (0.0883) ***	1.1996 (0.0883) ***
調整済み決定係数	0.2260	0.2256
サンプル数	15,325	15,325

- 注) 1. 表3の注)を参照のこと。
 2. 学生の有無は世帯に1人でも生徒・学生がいれば1となるダミー変数である。
 3. 世帯推定所得は、表3の推定から得た世帯可処分所得(自然対数値)の予測値である。
 4. 施設等入居者の定義は表2の注)を参照のこと。

(B) 被説明変数：持ち家ならば1, それ以外は0となる変数

	A：要介護の指標を用いた場合	B：寝たきりの指標を用いた場合
世帯人員数(自然対数値)	0.3711 (0.0280) ***	0.3706 (0.0280) ***
世帯主年齢	0.0172 (0.0005) ***	0.0172 (0.0005) ***
世帯主性別	-0.0541 (0.0187) ***	-0.0540 (0.0187) ***
既婚か未婚か	-0.0335 (0.0209)	-0.0335 (0.0209)
子供数/世帯人員数	-0.3372 (0.0467) ***	-0.3367 (0.0467) ***
学生の有無	0.0587 (0.0119) ***	0.0588 (0.0118) ***
同居親数/世帯人員数	0.8618 (0.0691) ***	0.8542 (0.0688) ***
施設等入居者の有無	0.2560 (0.0398) ***	0.2561 (0.0397) ***
最多所得者企業中規模	0.0117 (0.0124)	0.0118 (0.0124)
最多所得者企業大規模	-0.0318 (0.0140) **	-0.0317 (0.0140) **
要介護者(寝たきり)がいるか否か	-0.0709 (0.0739)	-0.0003 (0.1145)
世帯推定所得	0.2553 (0.0210) ***	0.2551 (0.0210) ***
対数尤度	-6992.049	-6993.002
尤度比	6241.17	6239.26
調整済み決定係数	0.3086	0.3085
サンプル数	15,325	15,325

- 注) 1. 表4(A)の注)を参照のこと。
 2. 推定はプロビット・モデルによる。
 3. 掲載している値は(平均で評価した)限界効果である。

(C) 被説明変数：貯蓄額（自然対数値）

	A：要介護の指標を用いた場合		B：寝たきりの指標を用いた場合	
		限界効果		限界効果
世帯人員数（自然対数値）	-0.1675 (0.0875) *	-0.0250	-0.1675 (0.0875) *	-0.0250
世帯主年齢	0.0289 (0.0017) ***	0.0043	0.0289 (0.0017) ***	0.0043
世帯主性別	-0.3942 (0.0769) ***	-0.0589	-0.3948 (0.0769) ***	-0.0590
既婚か未婚か	0.6795 (0.0751) ***	0.1015	0.6797 (0.0751) ***	0.1015
子供数/世帯人員数	-0.2438 (0.1524)	-0.0364	-0.2448 (0.1525)	-0.0366
学生の有無	0.0000 (0.0494)	0.0000	0.0003 (0.0494)	0.0000
同居親数/世帯人員数	0.8701 (0.2147) ***	0.1299	0.8539 (0.2137) ***	0.1276
施設等入居者の有無	-0.0562 (0.2603)	-0.0084	-0.0467 (0.2604)	-0.0070
最多所得者企業中規模	0.4249 (0.0504) ***	0.0635	0.4250 (0.0504) ***	0.0635
最多所得者企業大規模	0.7991 (0.0547) ***	0.1194	0.7994 (0.0547) ***	0.1194
要介護者（寝たきり）がいるか否か	-0.3447 (0.2020) *	-0.0515	-0.4729 (0.2908)	-0.0706
世帯推定所得	1.0169 (0.0779) ***	0.1519	1.0169 (0.0779) ***	0.1520
定数項	-2.8122 (0.3867) ***	-0.4201	-2.8093 (0.3868) ***	-0.4197
対数尤度	-32029.59		-32029.87	
尤度比	2129.28		2128.72	
推定の標準誤差	2.17		2.17	
調整済み決定係数	0.03		0.03	
サンプル数	15,325		15,325	
下側（貯蓄額=0万）で切断されるサンプル数	1,404		1,404	
上側（貯蓄額=3,000万）で切断されるサンプル数	501		501	

注) 1. 表4(A)の注)を参照のこと。

2. 貯蓄額は階層データであり、各階層の中間値を貯蓄額とした。上側と下側の両方で切断されるため、両側の切断を考慮したトビット分析を行った。

3. 限界効果は平均値で評価している。

の可能な解釈は、持ち家選択や金融資産形成の決定に対しては、要介護者を自宅で療養させることが必ずしも外生的な要因とはいえないことである。逆の因果関係として、持ち家があったり、金融資産が豊かであるために自宅療養を行うことができる可能性がある。このような因果関係の存在は、実物・金融資産決定式において長期療養のダミー変数に関する負の係数をゼロの方向に打ち消すように働くことになるだろう。本稿では、実物・金融資産決定式において所得の推定値、および施設等入居者の有無を説明変数として加えることによって、この推定バイアスの問題に対処している¹⁷⁾。

もうひとつの解釈の可能性は、不完全保険の理論モデルからの予測に基づくものである。不完全保険の理論モデルから導かれた重要な結論のひとつとして、保険されていないショックが永続的であるか、過渡的であるかによって、消費・貯蓄決

定に与える影響が対照的であるということが広く知られている¹⁸⁾。長期療養に起因するダメージが持続的であると世帯が判断している場合には、実物・金融資産の取り崩しよりも、療養にかかる出費以外の消費支出を切りつめることが理論的に予測される。ここでの推定結果は、長期の負担が予想されるショックに対しては、ある程度は貯蓄の取り崩しでしのいでいるものの、基本的には消費水準の引き下げによって対応することを示している。こうした理論的な予測と整合的である。この解釈にしたがうと、稼得機会の喪失による恒常所得の低下と消費水準の切りつめというふたつの要因があいまって、世帯の経済厚生上の究極的な源泉である消費水準は顕著に低下し、長期療養によって世帯が被る厚生上の損失はきわめて大きいと判断される¹⁹⁾。

IV 政策的なインプリケーション

長期療養に起因する厚生上の損失を、世帯の消費水準への影響をもとに算出してみよう。まず、要介護者の発生による所得の低下を通じた間接効果を見てみる。要介護者を世帯員に持つことで世帯の所得は11%低下する²⁰⁾。さらに考慮に入れる必要があるのは、世帯員が介護者になるために就業を断念したことによる所得低下の部分である。この部分は、表3の推定式において所得人数を説明変数に入れることにより、コントロールされているため、別途計上する必要がある。『国民生活基礎調査』を用いた岩本(2000b, 注16)の推定によれば、要介護者の発生により世帯の有業者が0.226人低下するという。本稿の表3での「所得人数」の係数0.27を用いると、有業者数の減少による世帯所得の低下は6%と推定され、合計した所得低下は16%となる²¹⁾。この世帯所得の低下は、世帯の(介護費用を控除した)消費水準を4%低下させる²²⁾。一方、要介護者の療養に起因する直接効果は、消費水準を22%引き下げる。したがって、間接効果と直接効果を合わせた両要因は消費支出を4分の1(25%)低下させる。

同様の計算を寝たきりの世帯員を持つケースで行ってみると、間接効果は5%、直接効果は29%である。両効果を合計すると、消費水準が32%ほど低下することを示している。いずれの算出例からみても、長期療養負担によって世帯の消費水準(厚生水準)は大きく(4分の1ないし3分の1)低下するといえる。

つぎに、要介護者が発生するショックに対して世帯が事前にどのように保険によってカバーしていたのかを検討しよう。要介護者(寝たきりの者)が発生する前には世帯の恒常所得と恒常消費支出が等しい、

$$\text{消費支出} = \text{所得} \quad (3)$$

という関係にあるとしよう。要介護者が発生すると、介護費用が発生するので、前後での収入と支出額の変化を Δ をつけて表すと、

$$\text{介護費用} + \Delta \text{消費支出} = \Delta \text{所得} + \text{保険からの給付} \quad (4)$$

という関係が成立する。(4)式右辺第2項の「保険からの給付」とは、長期療養に備えたフォーマルあるいはインフォーマルな保険のシステムから得られる所得を表している。もし、この保険システムから所得の損失と介護費用を完全に埋め合わせる給付が得られるならば、世帯は消費水準を低下させる必要はない。逆に、消費水準が低下すれば保険が完全でないことを意味している。

IIIの推定結果と(4)式を用いて、保険からの給付がどの程度の大きさであるのかを推測することができる。(4)式を(3)式の恒常消費の値(=恒常所得の値)で除すると、(4)式の各項目は恒常消費に対する介護費用の比率、消費の変化率、所得の変化率、恒常所得に対する保険給付の比率になる。まず、要介護者の場合を例にとると、左辺第2項の消費支出の低下率は25%、右辺第1項の所得の低下率は16%とされた。一方、左辺第1項の介護費用の比率については、表2の基本統計量をもとに以下のように推定される。要介護者が発生しない状態で介護費用はゼロであるとすると、要介護者のいる世帯の介護費用3.93万円が介護費用の増加額になる。比率の分母となるのは要介護者の発生前の消費であるので、要介護者のいる世帯の介護費用をのぞく消費支出が26.84万円であることと要介護者の発生にともない消費支出が25%低下するという結果を用いると、これを35.79万円と計算できる。したがって、介護費用の増加は、要介護者発生前の消費支出の11%となる。

以上のことから、要介護者の場合には、16%の所得の低下と11%の介護費用の発生は、25%の消費支出の低下と2%の保険給付によってまかなわれたことになる。一方、寝たきりの者について同様の計算を行うと、19%の所得の低下と11%の介護費用の発生は、32%の消費支出の低下と2%の保険給付によってまかなわれたことになる。ここで保険給付が負となるのは整合的ではないが、各変数の推定誤差に左右された結果ではないかと考えられる。ある程度の保険給付の推定誤差はあるものの、小さな消費支出の低下と大きな保険給付という結果が得られなかったことから判断する

と、公的介護保険の存在しない状況のもとでは、要介護者の発生に対する保険の機能はほとんど働いておらず、介護による負担が消費支出を大きく圧迫しているといえるだろう。

公的介護保険が導入されると、介護費用のかなりの部分に対して、社会的な保険のメカニズムが提供されるものと予想される。その意味で、介護保険の導入は、リスク負担の体制を自己保険から社会保険へ転換させることによって、経済厚生を大きく改善することが期待できる²³⁾。かりに介護費用の半分が介護保険によってカバーされるとすれば²⁴⁾、消費支出低下の約4分の1を相殺することが可能となる²⁵⁾。

V おわりに

本稿は、『国民生活基礎調査』の個票データを用い、世帯員が要介護者や寝たきりなどの長期療養が必要な状態になった場合にどの程度の経済厚生上の損失が世帯に生じるのかを推計した。その結果、いずれかの世帯員が長期療養を必要とする状態になると、世帯所得が引き下がり消費支出が低下する間接効果と、長期療養支出負担で消費支出が直接的に引き下がる直接効果のいずれもが統計的に有意であることが示された。両者を合計した影響は、世帯の消費水準(厚生水準)を4分の1あまりも引き下げる。そして、この長期療養発生ショックは、現状ではほとんど保険でカバーされていない。このことは、公的介護保険の導入により介護費用負担に対する適切な保険機能が提供されれば、現状の保険の空白を埋め、経済厚生を改善することが期待できる。

最後に、主としてデータの制約に起因する残された課題を指摘して、本稿を閉じることにしたい。第1に、要介護者の発生と諸変数とのタイミングについて、やや不十分な取り扱いをしなければならないところがあった。これは、本稿で使用した『国民生活基礎調査』が、横断面調査であることに起因するもので、より満足のいく取り扱いをするためには、要介護者発生の前後の状況を把握できるようなパネルデータの整備が望まれる。第2

に、世帯消費を厚生水準の指標としたが、稼得機会の喪失による余暇の増加と市場から家計への経済活動の移動は、市場部門での消費減少による厚生損失を相殺する働きをもっている。これらを考慮にいれないことにより、本稿での厚生損失の推定が過大となっている可能性がある。もし世帯員の時間配分に関する情報が得られるならば、より精度の高い厚生損失の推定を行うことが可能になるであろう。

謝辞

本稿での『国民生活基礎調査』の個票使用は、財団法人医療経済研究機構の「医療・介護・年金の各システムが経済活動に与える影響に関する調査研究」委員会における目的外使用(1999年4月7日、総務庁告示第72号)によるものである。同委員会メンバーの方々からは、多くの建設的なコメントを頂いた。また、旧稿に対して、大日康史、小椋正立、大竹文雄、橋本俊詔、西村周三、八田達夫、牧厚志の各氏から有益なコメントを頂いた。また、2名の本誌レフェリーからは、本稿改善のために多くの貴重なご示唆を頂いた。ここに謝辞を申し上げたい。

注

- 1) たとえば、Pauly (1990)、Cutler (1993)、Cochrane (1995) を参照。
- 2) このことは多くの文献で指摘されている。世帯員の長期療養状態を知ることのできる『国民生活基礎調査』の個票を用いて、この事実を確認したものとしては、平成8年版『厚生白書』(厚生省)と八代他(1997)がある。
- 3) 保険されないショックと消費・貯蓄の関係に関する理論研究の展望は、Saito (1999) を参照されたい。
- 4) PSID では、消費支出に相当する項目としては、食費しか調査されていない。
- 5) 日本の個票パネルデータを用いて、消費保険の検定をした実証研究としては、Kohara (2000) がある。
- 6) たとえば、長寿開発センターは1993年に、在宅介護を行っている世帯を対象として『在宅介護費用調査』を行っている。岩田・平野・馬場(1996)は、この調査を用いた分析を行っている。
- 7) 当該データによって世帯がいずれの都道府県・政令指定都市に居住するのかが特定できる

- ので、大日 (1999) のように、都道府県での介護助成措置に関する平均値を代理変数としてコントロールすることが考えられている。ただし、本稿の推定作業では、都道府県ダミーを説明変数に加えているので、助成措置に関する都道府県間格差の影響は都道府県ダミー変数によって考慮され、本稿が関心をもつ他の変数の推定にはバイアスをもたらすことがないと考えられる。
- 8) 厚生省による集計報告書での定義と同一である。なお、重度の要介護 (寝たきり) 状態に限定しない場合でも、分析結果は本質的に変わらない。
- 9) 本稿では、介護費用の決定要因の分析には立ち入らない。牧・駒村 (2000) は、同様に『国民生活基礎調査』を用いて要介護状態が介護時間・介護費用に与える影響を分析しており、本稿と補完的關係にある。
- 10) 『国民生活基礎調査』では、世帯主の識別は世帯の申告にしたがっているが、これとは別に、世帯票調査時点 (1995年6月1日) での最多所得者をたずねている。
- 11) しかしながら、サンプルを常雇者世帯に限定することは、そのための完全な手段とはいえない。たとえば、世帯外からの援助がなく、生計を支えるのに十分でない世帯が除外されてしまうと、経済厚生への損失は過小評価されてしまう可能性もある。
- 12) たとえば、動学モデルから導出されるオイラー方程式は、2時点以上の消費データを必要とするし、家計所得を恒常的部分と過渡的部分に厳密に分解するためには時系列分析を必要とする。そうした動学的分析のためには、少なくとも複数時点のクロスセクション・データを、理想的にはパネルデータを用いなければならない。
- 13) 学費は、世帯員が学生であるときに支出されなければならない。異時点間の代替が行われにくい消費項目であり、支出されるときには世帯消費のなかで大きなウェイトを占める。
- 14) 在宅介護か施設介護かの選択を分析した大日 (1999) によれば、金融資産は在宅介護の選択に有意な正の影響を与えるが、実物資産 (持ち家数) は有意な影響をもたない。
- 15) 家計の計画期間がある程度長い場合には、標準的な恒常所得仮説モデルでは資産・恒常所得比率が安定的である。ここでの推定結果は、そうした理論的インプリケーションと整合的である。
- 16) 一方、施設入所者がいるダミー変数は消費、貯蓄に有意な影響をもっておらず、持ち家には正で有意な影響をもっている。このことは、在宅介護には大きな厚生損失が存在する反面、施設介護にはそれが見られないことを示唆している。措置制度のもとで、施設サービスの数量割当があり、サービスが得られなかった (あるいは待機待ちの) 世帯の負担が大きくなっているのかもしれない。
- 17) もうひとつの重要な同時性の問題としては、介護の必要性が同居に与える影響が考えられる。高齢者の同居選択を分析した高山・有田 (1996)、八代他 (1997)、舟岡・鮎沢 (2000)、岩本・福井 (2000) では、介護の必要性が同居確率を高めることが報告されている。ただし、舟岡・鮎沢 (2000)、岩本・福井 (2000) は、要介護者が有配偶である場合には有意な影響はないとしている。
- 18) Saito (1999) には、その理論的メカニズムが詳述されているとともに、関連文献の展望がなされている。とくに、保険されていないショックの持続性、過渡性の違いが消費・貯蓄にもたらす影響の対象については、当該論文 III に詳しい。
- 19) II で議論されたデータ上の問題 (常雇者世帯にサンプルを限定したこと、市場での消費額を厚生指標にしたこと) はいずれも厚生損失を過大評価する一方、III で議論したように消費の調整費用や慣習性を考慮すると厚生損失を過小評価する可能性がある。ふたつの相反する要因がある程度相殺されるとすると、ここでの厚生損失に関する実証結果は頑強であると推測される。
- 20) 対数所得と対数消費が被説明変数となっているので、係数推定値から対数の変化を求め、それを実数の変化に変換する手続きをとった。ここでは、表3の推定値 -0.1149 を用い、 $\exp(-0.1149) - 1$ として、11%が求められている。変化が小さい場合には、 $\ln(1+x) \approx X$ の関係を用い、係数推定値をそのまま実数の変化とする近似計算が用いられるが、IV では、変数の変化分が大きいため、近似計算ではなく、正確に実数の変化を求めることにした。
- 21) 要介護者の発生の効果と有業人員の減少の効果は、対数所得に対して線形関係にあるので、実数の変化に対しては非線形の関係にある。したがって、両者の合計の効果である16%は、 $\exp(-0.1149 - 0.2701 \cdot 0.226) - 1$ として求められる。
- 22) この消費水準の低下は、表4の推定値 0.2311 をさらに用いて、 $\exp((-0.1149 - 0.2701 \cdot 0.226) \cdot 0.2311) - 1$ として求められる。
- 23) もちろん、介護費用を完全にカバーする保険が提供されたとしても、世帯所得の低下の影響は介護費用の発生の上回っているもので、厚生損失が完全に消失することになるわけではないことにも注意する必要がある。しかし、公的介護保険の導入により、市場から各種介護サービスを得られやすくなれば、就業機会の喪失圧力を相殺することも期待できる。
- 24) 介護保険の給付範囲は世帯の負担する介護費

用をすべてカバーするものではないとともに、介護サービスの利用には自己負担が求められる。

25) 最終的な判断は、消費支出ではなく厚生水準で行うことが望ましい。しかし、厚生水準の厳密な評価には動学的モデルに基づいた構造形モデルの推計を必要とすることから、ここでは厚生水準の評価を行っていない。

参考文献

- Cochrane, J. H. (1991) "A Simple Test of Consumption Insurance," *Journal of Political Economy*, Vol. 99, No. 5.
- (1995) "Time-Consistent Health Insurance," *Journal of Political Economy*, Vol. 103, No. 3.
- Cutler, D. (1993) "Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?," NBER Working Paper, No. 4301.
- Currie, J. and B. C. Madrian (1999) "Health, Health Insurance and the Labor Market," in O. C. Ashenfelter and D. Card eds., *Handbook of Labor Economics*, Volume 3 C, Elsevier.
- 舟岡史雄・鮎沢光明 (2000) 「高齢者の同居の決定要因の分析」国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』, 東京大学出版会。
- Gertler, P. and J. Gruber (1997) "Insuring Consumption Against Illness," NBER Working Paper, No. 6035.
- 岩本康志 (2000 a) 「健康と所得」, 国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』, 東京大学出版会。
- (2000 b) 「要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化」『季刊社会保障研究』 Vol. 36, No. 3.
- 岩本康志・福井唯嗣 (2000) 「同居選択における所得の影響」, 京都大学経済研究所ディスカッション・ペーパー, No. 0004.
- 岩田正美・平野隆之・馬場康彦 (1996) 『在宅介護の費用問題』, 中央法規出版。
- Kohara, M. (2000) "Consumption Insurance Between Japanese Households," *Applied Economics*, forthcoming.
- 牧厚志・駒村康平 (2000) 「高齢者の要介護状態が家計の介護時間・介護費用に与える影響」, 国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』, 東京大学出版会。
- 大日康史 (1999) 「介護場所の選択と介護者の就業選択」『医療と社会』 Vol. 9, No. 1.
- Pauly, M. V. (1999) "The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance," *Journal of Political Economy*, Vol. 98, No. 1.
- Saito, M. (1999) "Dynamic Allocation and Pricing in Incomplete Markets: A Survey," *Bank of Japan Monetary and Economic Studies*, Vol. 17, No. 1.
- Strauss, J. and D. Thomas (1998) "Health, Nutrition, and Economic Development," *Journal of Economic Literature*, Vol. 36, No. 2.
- 高山憲之・有田富美子 (1996) 『貯蓄と資産形成：家計資産のマイクロデータ分析』, 岩波書店。
- Townsend, R. M. (1994) "Risk and Insurance in Village India," *Econometrica*, Vol. 62, No. 3.
- 八代尚宏他 (1997) 「高齢化の経済分析」『経済分析』 No. 151.
- (いわもと・やすし 京都大学経済研究所助教授)
(こはら・みき 政策研究大学院大学助教授)
(さいとう・まこと 一橋大学大学院教授)

社会 保 障 法 判 例

永 野 仁 美

厚生年金保険法上の届出義務違反と損害賠償（京都市役所非常勤嘱託員厚生年金保険事件）

京都地方裁判所平成11年9月30日判決（平成9年（ワ）第1305号 損害賠償等請求事件（「甲事件」）、平成10年（ワ）第1820号 損害賠償請求事件（「乙事件」））『判例時報』1715号，51頁，『賃金と社会保障』1265，66号（2000年1月合併号），116頁

I 事実の概要

1 X₁ら（原告）は，Y（被告，京都市）が設置した区役所及びその支所（以下「各区役所等」という）において宿日直業務を中心とする夜間，休日の業務に従事するものとして任用されたものであり，地方公務員法3条3項3号の非常勤嘱託員に当たる。

2 本件で問題となった厚生年金保険法（以下「法」または「厚年法」という）上の被保険者資格取得に関しては，以下の規定が定められている。「適用事業所に使用される65歳未満の者は，厚生年金保険の被保険者とする」（法9条），「適用事業所の事業主……は，厚生省令の定めるところにより，被保険者の資格の取得……に関する事項を都道府県知事²に届け出なければならない」（法27条）。この点，X₁らが勤務する各区役所等は，法6条1項2号の定める適用事業所にあたり，区役所等の区長等は，厚年法上の事業主とされている。したがって，法12条の定める適用除外に当たらなければ，X₁らは厚年法上の被保険者とな

り，事業主たる区長等は，法27条が定める義務を負うこととなる。

3 しかし，本件各区長等は，X₁らの使用開始後も，京都府知事に対して，X₁らの被保険者資格の取得に関する事項の届出をしておらず（以下これを「本件措置」という），平成7年8月ころ，所轄社会保険事務所の勧告を受けて初めて届出をするに到った。この届出により，X₁らのうち，平成5年8月現在で65歳未満の者は，平成7年9月，最大で過去2年間に遡った期間分の保険料を納付した（法92条1項）が，平成5年7月分以前の保険料については徴収権が時効消滅して納付することができず，X₁らは，右消滅期間に対応する厚生年金受給権を取得することができなくなった。

4 そこで，本件各区長等が法27条の届出義務を怠ったために厚生年金受給権を取得できなくなったことが，X₁らに対する不法行為であるとして，X₁らは，その使用者であるYに対し，民法715条または709条に基づき損害賠償を求めた。これが本件である。

5 ちなみに，Yは，X₁らについて，被保険

者資格について厚生年金保険と同様の要件を定めている健康保険については、加入手続をとっていたという事情がある。

II 判旨（請求一部認容、一部棄却）

1 「各区長等の本件措置は Y の事業執行に必要なし有益な行為であり、Y の事業執行についてのものと認められる。」

2 (1) 被保険者資格に関しては、法（厚年法を指す。以下同じ）12条の定める適用除外には「該当しないものの、厚生年金の実務において被保険者資格を有しないものと扱われてきた」類型がある。「パート、アルバイトと呼ばれる短時間労働者である。このような短時間労働者は、多くはその労働によって生計を立てる者とは言えず、法の予定している『労働者』に該当しないものと考えられるから、右取扱が違法とは考えられない。もっとも、パート、アルバイトという身分であっても、給与や労働時間において正社員と遜色がなく、これによって生計を立てている者も多数存在し、これらの者は『労働者』に当たるといふべきであるから、厚生年金の実務においては、その区別の基準が必要である。」その区別の基準として、本件内簡（厚生省保険局保険課長，社会保険庁医療保険部健康保険課長，同庁年金保険部厚生年金課長が昭和55年6月6日に都道府県民生主管部保険課長宛に送付したものは、『『常用的使用関係』なる概念を使用し、『常用的使用関係』にあるか否かは、就労者の労働日数，労働時間，就労形態，勤務内容を総合的に勘案して認定すべきであるが，1日又は1週の所定労働時間及び1か月の所定労働時間が当該事業所の同種業務につく通常の就労者の概ね4分の3以上である就労者は原則として被保険者資格者として取り扱うべきである（以下『本件基準』という）としている。「本件基準は，遅くとも昭和56年2月ころまでには，社会保険庁の広報紙への掲載等の方法で一般に公表，周知されたことが認められるところ，本件基準が違法，不当とは考えられない。」

(2) 同種業務につく通常の就労者が存在しな

い場合は，一般の職員と比較するべきであるが，X₁らの労働時間は，毎日8時間勤務する一般の職員との比較において，「本件基準を満たすから，Yと常用的使用関係にあり，厚生年金の被保険者資格を有するというべきである。」したがって，「X₁らについて被保険者資格の届出をしなかった区長らの本件措置は，法27条違反のものであるといわざるを得ない。」

(3) 「法27条は，厚生年金の強制加入の原則を実現するための方策として，事業主に被保険者の資格の取得等の届出を義務づけたものと解されるところ，右強制加入の原則が採られたのは，一次的には，厚生年金の財政的基盤を強化することが目的であると解せられるが，同時に一定の事業所に使用される労働者に対し，その老齢，障害及び死亡について保険給付を受ける権利をもれなく付与することもその目的であると解されるから，事業主による法27条に違反する被保険者資格の取得の届出義務違反行為は，当該労働者との関係でも，違法との評価を免れないものというべきである。」

3 過失の有無に関しては，「事業主としては，被保険者資格の有無について疑義があれば，届出をしておくべき」で，「届出を怠ることによって被用者が厚生年金に加入する権利を侵害する結果とならないように注意すべき義務があるというべきである。」そして，「X₁らは明らかに本件基準を満たすのであるから，各区長等が法27条の届出をしなかったことについて過失があるというべきであるし，」「少なくとも右届出はしておくべきであったというべきであるから，これをしなかったことについて過失があるとの評価を免れないというべきである。」

4 Yの責任の免責に関して，「法が，厚生年金保険料を2年に限り遡って支払うことを認め，保険料の支払われていない期間については年金の支給をしない旨を規定している（法92条1項，75条）趣旨は，」「保険料の給付に関する紛争を簡明に解決する点にあると解せられるが，これを超えて，法27条の届出を怠った事業主と被保険者との紛争を簡明に解決したり，事業主を免責した

りする趣旨があると解することはできない。」

5 「民法724条後段の20年の除斥期間の起算点は、」 「不法行為時から相当期間経過後に損害が発生する例外的な場合においては、損害発生時から除斥期間の進行が始まるものと解するのが相当である。なぜなら、そのような場合において不法行為時から除斥期間の進行が始まるものと解すると、損害が発生していないのに除斥期間が進行し、極端な場合には、損害が発生する前に除斥期間が満了してしまうという不都合な事態が生じうるからである。」「そして、各区長等の本件措置は、損害が不法行為よりも遅れて発生する例外的な場合に当たるといふべきである。」 よって、「本件において除斥期間が進行を始めるのは、個々のX₁らにおいて老齢給付の請求権が発生した時点からといふべきであ」る。

6 過失相殺に関しては、「事業主の届出と被保険者の確認請求によって被保険者資格の取得の発効について遺漏なきを期そうとした法の趣旨に鑑み、X₁らが確認請求、その他自分たちの厚生年金保険に加入する権利を保全するための何らの行動に出なかった過失を斟酌し、民法722条により、X₁らが被った損害の内、その7割についてYに賠償を命じることが相当と判断する。」

III 解 説

1 本判決は、厚生年金保険法上の事業主が、法27条に規定のある被保険者資格の「届出義務」を怠ったため、被保険者が厚生年金の受給権を取得できなかったことにつき、事業主の不法行為を肯定し、民法715条に基づき損害賠償を認めたものである。

(1) 社会保険の届出義務違反とその損害賠償を扱った先行裁判例は数少ない。公開されたものとしては、わずかに、健康保険及び失業保険についての損害賠償事件判決(名古屋高判昭和32・2・22下民8巻2号351頁)、雇用保険について山口(角兵衛寿し)事件判決(大阪地判平成元・8・22労判546号27頁)、本件と同じ厚生年金保険についてリブラン事件判決(東京地判昭和60・

9・26労判465号59頁)、(株)エコープランニング厚生年金保険事件判決(大阪地判平成11・7・13賃金と社会保障1264号47頁)がある程度である。本件では、法27条の「届出義務」の性質が問題となっているが、このうち、リブラン事件判決(後述)および山口(角兵衛寿し)事件判決(後述)は、「届出義務」の性質について特に言及をしていない。それゆえ、「届出義務」の性質との関連で意味を有するのは、昭和32年2月22日名古屋高裁判決および(株)エコープランニング厚生年金保険事件判決のみであり、前者は法27条「届出義務」の私法上の義務を肯定し、後者は否定している(後述)。本判決は、昭和32年2月22日名古屋高裁判決と結論が類似しており、法27条「届出義務」から派生する義務の及ぶ範囲を民事損害賠償責任にまで拡大して解釈する一事例といえる。比較的最近の(株)エコープランニング厚生年金保険事件判決とは、異なる結論を導いている点で注目される。

2 本件では、YがX₁らにつき被保険者資格取得のための「届出」をしなかったこと、つまり、Yの不作为が不法行為となりうるかが問題となっている²⁾。

(1) 不作为の不法行為が成立するためには、その前提として、作為義務の存在が必要である。作為義務が存在しなければ、違法性及び過失の存在に必要とされる行為義務(結果回避義務)が生じないので³⁾、不法行為も成立しない。作為義務の存在は、(2)に述べる行為義務(結果回避義務)、及び、その義務の及ぶ範囲(義務射程)つまり損害賠償の範囲と関連するため、非常に重要な要素である。この点、判旨2(3)は、必ずしも明確ではないが、法27条の「届出義務」が、不作为の不法行為の成立に必要とされる作為義務を構成すると捉えるようである。

過去の裁判例では、前掲・昭和32年2月22日名古屋高裁判決が、事業主は「遅滞なくその被保険者資格取得を届出づる私法上の義務を負担する」と判示しているが、その根拠は明らかではない。前掲・(株)エコープランニング厚生年金保険事件判決は、被告の厚生年金保険法上の届出義務

違反は存在するが、「これはあくまでも公法上の義務違反であって」、「直ちに雇用契約において使用者が労働者に対して負担する義務であるとは解することができない」、また、不法行為の成立についても、「届出義務を怠ったことが直ちに私法上不法行為に当たるとは認め難い」と判示し、法27条が作為義務の根拠となることを否定している。その理由は、保険料の負担が労働者側にも生じること、事案の事情（採用時、原告が既に57歳であり長期間雇用を継続する蓋然性が低かったこと等）、および、「そもそも厚生年金保険の受給権は国の社会福祉政策の一環として法律上規定されたものである」ということである。

しかし、前掲・(株)エコープランニング厚生年金保険事件判決が示す理由は、いずれも説得的ではない。まず、ある労働者が厚年法の適用を受けない場合、その労働者は、国民年金法の適用を受けることとなる。この場合、厚年法適用下では労使折半であった保険料が、定額制になるとはいえ、全額被保険者の負担となる。また、厚年法のほうが給付が手厚いという側面もある。したがって、たとえ自らに保険料の負担が生じて、労働者にとっては、厚年法の適用を受ける利益は大きい。それゆえ、労働者に保険料負担が生じることを理由に、事業主が「届出義務」を免れるとは考え難い。また、「長期間にわたり雇用を継続する蓋然性」といった、将来の未確定な事実に基づき、被保険者資格の有無を判断することは、事業主の側に恣意を生じさせることとなり、労働者の年金受給権を不安定なものとし、適当ではない。将来の未確定な事実とは無関係に、法律の要件に該当する限り、事業主としては「届出義務」を果たすことが要求されよう⁴⁾。さらに、現行の年金制度は、恩恵的な社会福祉政策として行われているわけではない。厚年法33条は、「保険給付を受ける権利」という表現を用いて、その権利性を明示している。以上の点から、(株)エコープランニング厚生年金保険事件判決が示す理由はいずれも説得力に欠けるといえよう。

他方で、判旨2(3)は、事業主の作為義務が導かれる理由として、法27条の趣旨を挙げ、労働

者の厚生年金受給権保護の観点を重視している。そして、その趣旨を解釈するにあたっては、厚年法が、事業主の協力の下に、「老齢……について保険給付を行い、労働者……の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的」(法1条)としている点に依拠している。法27条の「届出義務」は行政法規上の義務ではあるが、以上のような論点を考慮すれば、その義務が不法行為法上の作為義務をも構成すると解することは、差し支えあるまい。

一つ問題となりうるのは、「確認」制度との関係である。厚年法は、事業主の「届出義務」とは別に、法18条で「確認」という制度を設け、被保険者たる資格取得の効力は都道府県知事⁵⁾注1参照の「確認」によって生ずるものとしている。この「確認」は職権によっても行うことができ、さらに、法31条は、事業主が「届出義務」を果たさない場合に、被保険者の側で「確認請求」できる旨も定めている。このような制度の下では、厚年法上の被保険者資格の取得に関してはむしろ、「確認」の方が、重要であって、「届出義務」はその前提の手續にすぎない、したがって、法27条の「届出義務」は民事損害賠償責任の前提をなす作為義務となるほどのものではないとの考え方もできよう。しかし、実務上、「確認」制度は事業主の「届出」によって機能しており、実際には、「届出義務」は非常に重要な役割を果たしている。それゆえ、ただ「確認」制度が存在することによって、事業主の「届出義務」の履行の必要性が希薄化するとは考え難い。「確認」制度は、後述のように過失相殺で考慮されるにとどまろう。

(2) 不法行為の成立には、過失も問題となる。不法行為における「過失」とは、損害発生の予見可能性があるのにこれを回避する行為義務(結果回避義務)を怠ったことを意味する。不作為の不法行為においては、この行為義務は、作為義務であり、その内容が結果回避義務の内容と重なると考えられる⁶⁾。したがって、違法性が認められると過失も容易に推認されることとなる。しかし、どの程度の作為義務(結果回避義務)が要求されるのかには、さらに、検討が必要である。

この点、判旨3は、「疑義があれば、届出をしておくべきであり、本件では「少なくとも右届出はしておくべきであったというべき」であると述べる。これによれば、事業主は、被保険者資格の有無につき疑義のある場合、すなわち、明らかに被保険者資格がない場合以外は、とりあえず「届出」をしておく作為義務を負うこととなる。つまり、判旨は、「届出」に関し、事業主に非常に厳格な作為義務を課したのである。判旨のこうした解釈によれば、労働者側が、「被保険者資格が明らかに否定される場合でないのに、届出がなされていない事実」を示すと、事業主の作為義務（結果回避義務）違反の一応の証明があったと解されることになる。この場合、事業主としては、不法行為責任を免れるために、自らが作為義務（結果回避義務）を尽くしたことを反証する必要が生じる。

周知のように、過失は、証明が非常に難しいため、裁判例は、原告の証明責任を軽減し、その救済を容易にすることをしばしば行っている。事業主の「届出義務」を厳格に捉える判旨3も、被保険者側の証明責任の軽減につながるものであり、その点で、過失の証明責任に関する従来の裁判例と同列であると位置づけられると思われる。判旨3の判断が、今後の訴訟に与える影響は大きいだろう。

3 判旨2(1)は、内簡（通達）に言及した上、「本件基準が違法、不当とは考えられない」と述べて、通達の示した基準を支持し、X₁らの厚年法上の被保険者資格を肯定している。

判旨2(1)が、本件のような労働密度の薄い勤務形態の労働者に対し、拘束時間（但し仮眠時間は除かれている）を労働時間として扱い、通達の基準に基づいて、被保険者資格を認めたことは、重要である。少なくとも、拘束時間が、通達の基準を満たす者については、その労働密度に関わらず、被保険者資格が認められることが、判旨2(1)によって明らかにされたからである。この点についての、本判決の先例としての意義は大きい。

しかし、判旨2(1)が、本件通達を妥当と判断

した点の意義をあまり強調するのは、適切ではあるまい。なぜなら、本件には、X₁らが明らかに本件基準を満たしていたという事情があるからである。基準を満たすか否か微妙な場合であるならともかく、「明らかに基準を満たすX₁らは、当然、厚年法上の被保険者資格を有する」ということは、裁判所としては言い易い。それゆえ、本判決では、本件基準は、事業主の「届出義務」不履行の違法性を証明する一つの手がかりとして用いられたにすぎないとも考えられる。したがって、判旨2(1)は、基準を満たしていない場合、あるいは、微妙な場合についてまで、本件基準の妥当性を肯定したとは考え難い。これらの場合にまで、本判決の先例性を拡大することはできないだろう。

4 判旨6は、X₁らが、厚年法31条（前述）に規定があるにもかかわらず、「確認請求」、その他自分たちの厚生年金保険に加入する権利を保全するための何らの行動にも出なかった過失を斟酌し、損害の内の3割を過失相殺することを認めた。

これに対し、過去の裁判例では、前掲・山口（角兵衛寿し）事件判決が、事業主が雇用保険への加入手続をしていなかったために、雇用保険の求職者給付の基本手当を受給できなかった原告が、基本手当相当額の損害賠償を事業主に求めた事案につき、「事業主である被告の本件不履行にもかかわらず、原告は公共職業安定所の長に対し、自己の被保険者資格の得喪に関し確認の請求を行うことができ、その確認を受ければ、被告が法定の手続を履践した場合と同額の基本手当を受給することは可能であるから、被告の本件不履行により、原告に基本手当相当額の損害が生じたとの主張は失当であり、「被告の本件不履行……と、原告主張の損害とは因果関係を欠く」として、事業主の損害賠償責任を否定している。

両判決の結論が分かれた背景としては、事案の違いを挙げることができる。まず、山口（角兵衛寿し）事件には、原告の被保険者期間が短く、「確認請求」すれば被保険者期間に相当する給付が受給できたという事情がある。ところが、本件では、「確認請求」をしても、加入期間が長期にわたっているため、厚年法92条によって、受給

権が消滅してしまう期間が残る。その結果、実際の給付額と、「届出」がなされていれば本来もらえたはずの給付額とに差が生じる。また、厚生年金の場合、雇用保険の基本給付とは異なり、その受給期間が長期にわたるといふ事情もある。そのため、受給権を失うことから受ける不利益も大きい。判旨が、過失割合を、山口(角兵衛寿し)事件判決と比較して低い3割と認定したことには、このような事案の違いが窺える⁷⁾。

しかし、より踏み込んで考えてみると、山口(角兵衛寿し)事件判決のように、「確認請求」すれば被保険者期間に相当する給付が受給できたという事情がある場合に、過失割合を100%と評価し、損害の発生との因果関係を切断することには疑問がある。確かに、被用者が実際に「確認請求」をして被保険者資格が認められれば、損害自体が消滅してしまうから、事業主は損害賠償責任を免れることになる。しかし、判旨も指摘するように、「確認請求」という制度は、一般には、それほど知られているわけではない。それゆえ、「確認請求」を利用しなかったという過失を重く見ることは、被保険者側に酷に過ぎる。また、そもそも事業主が法令の定めどおり届出義務を果たしてさえいけば、問題は起きなかったのであるから、損害の発生に対する事業主側の違法性や責任の程度はやはり大きいと評価されるべきである。したがって、被保険者が、「確認請求」をしなかったからといって、その過失割合を100%と評価するのは、やはり妥当とはいえないだろう。

5 除斥期間⁸⁾の起算点に関しては、鉱業法115条1項、大気汚染防止法25条の4、水質汚濁防止法20条の3等が、明文をもって「損害の発生時」を起算点としているため、これと民法724条にいう「不法行為の時」との関係が問題となる(内池1991, p.28)。この点、過去の裁判例では、原因行為時と損害発生時とがずれる例外的な場合について、「不法行為の時」を損害発生時と解釈するものがいくつか存在する。日本化工クロム労災訴訟第一審判決⁹⁾(東京地判昭和56・9・28判時1017号34頁)、常磐炭鉱じん肺訴訟第一審判決(福島地裁いわき支部平成2・2・28判時1344

号53頁)、前田建設工業等(じん肺)事件判決(千葉地判平成5・8・9判タ826号125頁)、水俣病関西訴訟判決(大阪地判平成6・7・11訟月41巻8号1799頁)等である。判旨5は、除斥期間の起算点を「老齢給付の請求権が発生した時」としており、これらと同様に、損害発生時を起算点とする。公害や職業病等の類型以外で、起算点をずらしている点で、注目される。

他方で、この判旨5に対しては、被保険者は、給与明細などを見れば、自己が厚生年金の被保険者として扱われていないことは容易に確認でき、「確認請求」等を行うことが可能であるので、自己が被保険者資格を有すると知った時、あるいは、届出義務の不履行が終了した時点で、時効あるいは除斥期間が進行すると解すべきであるとの批判がありえよう。しかし、この時点で、訴訟を提起しても、「将来老齢年金受給資格を取得するか否かは、成否未定の事柄であり」、「原告が老齢年金受給資格を取得してはじめて問題となり得る不利益であって、現時点においては、その発生は未確定である。よって、原告の被告に対する損害賠償請求は……理由がない」(前掲・リブラン事件判決)とされかねない。このように損害の発生が未確定であるとされても、上記の立場では、時効あるいは除斥期間自体は進行してしまう。したがって、結局、被害者は、損害の発生が確定したとされる時点においては、既に、消滅時効あるいは除斥期間が完成してしまい、生じた損害について賠償を得ることができなくなる場合が出てくる。これは、被保険者には酷すぎると思われる。このように考えると、判旨5の結論は、妥当と思われる。

6 最後に、本判決の影響について検討しよう。既に指摘したように、本判決は、法27条の「届出義務」から派生する義務の及ぶ範囲(義務射程)に民事損害賠償責任を含めた点に意義があり、事業主が被保険者資格の「届出」を怠った場合の、労働者保護を強めたという点では画期的である。実務上、経済状況の低迷から健康保険・厚生年金から脱退する企業が増加している(朝日新聞2000年4月16日等)が、本判決は、こうした企業の

態度に対して、厳しい態度をとったことになる。

問題は、被保険者と事業主の間で「厚生年金に加入しない旨の合意」もしくは「脱退する旨の合意」が存在する場合である。合意が、適正な手続によりなされ、民法上無効となったり、取消しうる瑕疵がないことを前提としたとき¹⁰⁾に、当該合意が存在することをもって、事業主は、年金受給権の喪失を理由とする賠償責任を免れうるのか否かが問題となる。判旨は、特に言及していないが、本件においても、事実認定によれば、X₁らは、健康保険には加入しているので（I 5 参照）、厚生年金へ加入しない旨の合意があったと窺われなくもない。もし、Y が、こうした合意の存在を主張したならば、それに基づく免責の可否という上記の論点が問題となり得る。

これに関し、厚年法は、法 12 条の適用除外に該当しない限り、適用事業所に使用される者は、厚年法上の被保険者となると規定している（法 9 条）。したがって、合意の有無に関わらず、法 9 条に該当する限り、法 27 条の「届出義務」が発生する。そして、その違反に対しては、「届出」懈怠による罰則がかかる（法 102 条 1 項）。

一方、民事損害賠償責任については、合意の存在によって、違法性が阻却（被害者の同意）され、損害賠償責任は生じないとの考え方もできよう。しかし、労働者にとっては、この合意は、将来の損害賠償請求権の放棄という性格を有しており、予測不可能な不利益を労働者に将来負わせる可能性をも秘めている。したがって、事業主の損害賠償責任との関係で、こうした合意に拘束力を持たせるのか否かに関しては、非常に慎重な態度が必要である。たとえ、合意の存在によって、違法性が阻却される可能性があるとしても、それは、非常に限られた場合にとどまる。とりわけ、労働者に、予測不可能な不利益を被らせるような合意は、公序良俗に違反し、無効とされよう（民法 90 条）。

注

- 1) 平成 11 年改正により、現行法では社会保険庁長官。
- 2) 本件では、民法上の不法行為構成が採用されているが、他の法律構成が全く考えられないわ

けではない。

(1) まず、本件措置（届出義務の不履行）が公務員の行為であるため、国家賠償請求を行う可能性が考えられる。この場合は、本件措置が、国家賠償法 1 条にいう「公権力の行使」に当たらなければならない。この点、国家賠償法にいう「公権力の行使」は、行政事件訴訟法（3 条）、行政不服審査法（1・2 条）等の行政事件争訟法令にみられる「公権力の行使」よりも、広い概念と考えられており、判例も、「国および地方公共団体の純然たる私経済作用および国家賠償法 2 条の対象となるものを除くすべての活動が『公権力の行使』に当たる」という広義説に立っている（塩野 1994 b, pp. 234-237）。本件の場合は、公務員の雇用関係から派生する義務の履行が、問題となっている。そこで、こうした義務が、「純然たる私経済作用」に当たるのかという点が、問題となる。

過去の裁判例では、秋田県（昇任・昇格差別）事件（秋田地判平成 8・2・23 判タ 916 号 127 頁）のように公務員の昇進・昇格差別につき国家賠償請求を認めた事例が存在する。また、学説においても、被害者救済制度として民法不法行為法よりも一歩進んでいるとみられる国家賠償法 1 条の適用範囲の拡大解釈を妥当とする学説（塩野 1994 b, p. 236）が存在する。このような点を考慮すると、本件で問題となった「届出」にかかる事務が、「純然たる私経済作用」に該当するの否かには、検討の余地が残る。

(2) 次に、雇用契約を根拠に、雇用契約上の債務不履行を理由として損害賠償請求を行う可能性が考えられる。これは、(株) エコープラニング厚生年金保険事件で採用されている法律構成であることから分かるように、可能性としては十分ありうる。この場合、雇用契約の債務の内容を確定しなければならないが、実際上の議論は、時効の点以外、不法行為の場合と大差はないと思われる。

3) 民法において、過失が主観的要件としてではなく、予見可能性や結果回避義務という客観的要件として理解されるようになったため、違法性判断と過失判断の境界が曖昧になってきている。したがって、違法性と故意・過失（特に過失）を個別に判断するのか、違法性を過失の判断に吸収してしまう（過失一元論）のか、議論のあるところである。「作為義務」の存在を想定する不作為の不法行為の場合、違法性判断と過失判断の境界が曖昧になる傾向は特に強いように思われる。しかし、本判決においては、違法性と過失を個別に捉えているのでそれに従って検討する。

4) 本件は、最低被保険者期間を満たしていたケースであったので、損害額の算定が比較的容易

であったが、最低被保険者期間を満たさない場合、損害賠償請求を認めるとして、その損害額の算定をどのように行うのかという点が、別途問題となろう。

- 5) 注1参照。
- 6) 注3参照。
- 7) 同じような理由から、雇用保険の場合にも、長期にわたって未届である場合には、実際の給付と本来もらえるはずの給付の差が拡大するので、差額分について、不法行為に基づく事業主の損害賠償請求を肯定したうえで、労働者に過失があれば過失相殺を認めるべきとの見解もある(両角2000, p.159)。
- 8) 最一小判平成元・12・21(民集43巻12号2209頁)以降、民法724条後段を除斥期間と解する見解が有力であり、本判決も、それに沿うものと思われる。
- 9) ただし、724条後段を消滅時効と捉える点で本件とは異なる。
- 10) そもそも強行法規違反で無効という考え方も成りたちうる(津田2000, p.412)。

参考文献

- 津田小百合(2000)「使用者の厚年保険届出・保険料納付義務違反と損害賠償」『民商法雑誌』2000年122-3-114号。
- 両角道代(2000)「事業主の雇用保険加入手続の懈怠と基本手当相当の損害賠償請求」『社会保障判例百選 第3版』。
- 内池慶四郎(1991)「不法行為責任の時効起算点とその原理的課題」『法学研究』64巻12号。
- 塩野 宏(1994 a)『行政法I 第2版』,有斐閣。
——(1994 b)『行政法II 第2版』,有斐閣。
- 平井宜雄(1992)『債権各論II 不法行為』,弘文堂。
- 内田 貴(1997)『民法II 債権各論』,東京大学出版会。
- 堀 勝洋(1994)『社会保障法総論』,東京大学出版会。

参照条文

民法709・715・722条・724条後段,厚生年金保険法。

(ながの・ひとみ 東京大学大学院)

平成10年度 社会 保 障 費

—解説と分析—

国立社会保障・人口問題研究所 総合企画部

2000年(平成12年)12月26日「平成10年度社会保障給付費」を公表した。昨年までは本誌の毎第3号に、公表資料に財源の情報を加えて発表してきたが、研究所のホームページ(<http://www.ipss.go.jp>)で公表資料に加えて詳細な統計表を公開するようにした関係で今年から、本稿では解説と分析を掲載する。ホームページでは、配布資料が印刷しやすいPDF形式で、統計表は利用しやすい表計算エクセルのダウンロード形式で提供されている。

第1部 解 説 編

I 平成10年度社会保障給付費の概要

- 1 平成10年度の社会保障給付費は72兆1,411億円であり、対前年度増加額は2兆7,223億円、伸び率は3.9%である。これは「国民皆保険・皆年金」以降で最も低かった昨年に次ぐ低い伸びである。
- 2 社会保障費の対国民所得比は18.88%となり、過去最高を記録した。これは引き続き社会保障給付費が増加している一方で、国民所得の対前年度伸び率がマイナス2.5%だったことによる。
- 3 国民1人当たりの社会保障給付費は57万300円で、対前年度伸び率は3.7%となっている。
- 4 社会保障給付費を「医療」、「年金」、「福祉その他」に分類して部門別にみると、「医療」が25兆4,077億円で総額に占める割合は35.2%、「年金」が38兆4,105億円で総額に占める割合は53.2%、「福祉その他」が8兆3,228億円で

11.5%である。構成割合は医療が1.3ポイント減少し、年金が0.8ポイント増加し、福祉その他が0.4ポイント増加した。

- 5 「医療」の対前年度伸び率は0.4%である。平成9年度から10年度にかけて医療費の伸びは前年度から引き続き落ちている。
- 6 「年金」の対前年度伸び率は5.5%であり、前年の4.1%、前々年の4.3%に比べて上昇傾向にある。
- 7 生活保護、児童手当、失業給付、社会福祉費等からなる「福祉その他」の対前年度伸び率は8.0%で、前年の伸び率を4.0ポイント上回っている。

本年度より追加された「機能別社会保障給付費」とは、ILOが第19次社会保障費用調査として新たに提案し1994年の統計より採用した基準に基づいて集計された給付費である。

(注) 費用の範囲と定義については公表資料参照。
第18次の定義については前年度公表資料を参照。

- 8 9つの機能別分類において、最も大きいのは「高齢給付」であり、32兆2,287億円、総額

表1 部門別社会保障給付費

社会保障給付費	平成9年度	平成10年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	694,187 (100.0)	721,411 (100.0)	27,223	3.9
医療	253,095 (36.5)	254,077 (35.2)	983	0.4
年金	363,996 (52.4)	384,105 (53.2)	20,109	5.5
福祉その他	77,097 (11.1)	83,228 (11.5)	6,132	8.0

注) ()内は構成割合である。
公表資料の表1に該当。

表2 機能別社会保障給付費

社会保障給付費	平成9年度	平成10年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	694,187 (100.0)	721,411 (100.0)	27,223	3.9
高齢	303,317 (43.7)	322,287 (44.7)	18,970	6.3
遺族	53,907 (7.8)	55,611 (7.7)	1,704	3.2
障害	17,464 (2.5)	18,025 (2.5)	561	3.2
労働災害	10,744 (1.5)	10,639 (1.5)	△105	△1.0
保健医療	250,864 (36.1)	251,640 (34.9)	775	0.3
家族	18,672 (2.7)	19,310 (2.7)	637	3.4
失業	22,881 (3.3)	26,742 (3.7)	3,861	16.9
住宅	1,498 (0.2)	1,581 (0.2)	83	5.5
生活保護その他	14,839 (2.1)	15,576 (2.2)	737	5.0

注) ()内は構成割合である。
公表資料の表4に該当。

に占める割合は44.7%である。

- 9 2番目に大きいのは「保健医療給付」であり、25兆1,640億円、総額に占める割合は34.9%である。これら上位2機能分類「高齢給付」「保健医療給付」で、総額の79.6%を占める。
- 10 上位2機能以外では大きい順に、「遺族給付」

5兆5,611億円で7.7%、「失業給付」2兆6,742億円で3.7%、「家族給付」1兆9,310億円で2.7%、「障害給付」1兆8,025億円で2.5%、「生活保護その他」1兆5,576億円で2.2%、「労働災害給付」1兆639億円で1.5%、「住宅給付」1,581億円で0.2%となっている。

11 対前年度伸び率では「失業給付」の16.9%がとくに大きくなっている。また、所得保障制度が中心である「高齢給付」が6.3%と、伸び率が大きかったのに比較して、「保健医療給付」の伸び率は0.3%と低かった。

(注) 19次調査では、給付外の分類として管理費(Administrative cost)とその他の支出(Other expenditure)および積立金への繰入(Transfer to reserves)が別途計上されている。しかし、本資料では給付費の範囲を掲載した。給付費以外の数値については研究所ホームページにてダウンロード形式の第12表として提供している。

II 平成10年度社会保障財源の概要

公表資料においては、2つの分類方法で財源の計数を提供した。公表資料統計表：第10表および第11表である。前者は第18次までの調査票に、後者は第19次の調査票に基づいて集計された。集計方法の違いは第19次で事業主拠出を民間と公的に分け、被保険者拠出を被用者と自営業および年金受給者に分けたこと、収入項目としては「積立金からの受入」が財源項目として別掲されたことである。財源に項目としては「積立金からの受入」が追加されたが日本では数字をいれていない。積立金からの受入はIII.他の収入の「その他」にふくまれている。

- 1 収入総額89兆2,188億円である。

(注) 収入総額とは、社会保障給付費の財源に加えて、管理費および給付以外の支出の財源も含む。

- 2 大項目では「社会保険料」が54兆9,737億円で、収入総額の61.6%を占める。次に「税」が21兆9,882億円で、収入総額の24.6%を占

表3 項目別社会保障財源

(単位：百万円)

	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度
合計	79,570,411	85,124,526	87,081,417	90,067,693	89,218,799
I 社会保険料	47,492,209	51,222,116	52,708,994	54,815,077	54,973,713
事業主拠出	24,945,388	26,807,523	27,464,906	28,583,392	28,644,912
民間事業主拠出	20,093,142	21,750,624	22,327,796	23,338,437	23,401,548
公的事業主拠出	4,852,246	5,056,899	5,137,110	5,244,955	5,243,364
被保険者拠出	22,546,821	24,414,593	25,244,088	26,231,685	26,328,801
被用者拠出	17,607,652	19,290,417	19,885,883	20,701,182	20,738,659
自営業者及び年金受給者拠出	4,939,169	5,124,176	5,358,205	5,530,503	5,590,142
年金受給者拠出(再掲)	352,262	359,711	385,981	407,500	416,525
II 税	19,476,561	20,790,117	21,330,400	21,753,334	21,988,211
普通税	19,476,561	20,790,117	21,330,400	21,753,334	21,988,211
国	15,693,411	16,568,263	16,832,857	17,110,856	17,168,107
地方	3,783,150	4,221,854	4,497,543	4,642,477	4,820,105
目的税	—	—	—	—	—
国	—	—	—	—	—
地方	—	—	—	—	—
III 他の収入	12,601,641	13,112,292	13,042,023	13,499,282	12,256,875
資産収入	9,363,031	9,811,789	9,629,574	10,382,452	8,965,329
その他	3,238,609	3,300,503	3,412,448	3,116,830	3,291,546
IV 積立金からの受入	—	—	—	—	—

対前年度比(%)

	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度
合計		6.98	2.30	3.43	△0.94
I 社会保険料		7.85	2.90	4.00	0.29
事業主拠出		7.46	2.45	4.07	0.22
民間事業主拠出		8.25	2.65	4.53	0.27
公的事業主拠出		4.22	1.59	2.10	△0.03
被保険者拠出		8.28	3.40	3.91	0.37
被用者拠出		9.56	3.09	4.10	0.18
自営業者及び年金受給者拠出		3.75	4.57	3.22	1.08
年金受給者拠出(再掲)		2.11	7.30	5.58	2.21
II 税		6.74	2.60	1.98	1.08
普通税		6.74	2.60	1.98	1.08
国		5.57	1.60	1.65	0.33
地方		11.60	6.53	3.22	3.83
目的税		—	—	—	—
国		—	—	—	—
地方		—	—	—	—
III 他の収入		4.05	△0.54	3.51	△9.20
資産収入		4.79	△1.86	7.82	△13.65
その他		1.91	3.39	△8.66	5.61
IV 積立金からの受入		—	—	—	—

注) 公表資料の第11表に該当。

年金受給者拠出(再掲)とは、退職者医療制度における被保険者負担を示している。

める。

- 3 収入総額が対前年比較で8,489億円減少したのは、本推計を始めて以来のことである。収入の減少は「資産収入」の減少(対前年比較で1兆4,171億円減少)が影響した。
- 4 1995年度(平成6年度)以降の項目別社会保障財源の動向は、収入総額の伸びが小さくなる傾向にある。平成9年度から10年度にかけては資産収入の減少に加え、社会保険料の伸びも0.3%と例年になく低い伸びにとどまった(事業主拠出0.22%、被保険者拠出0.37%、国庫負担0.33%、他の公費負担3.83%、資産収入

△13.65%、その他収入5.61%)。

第2部分 分析編

I 社会保障財源の圧縮

平成10年度、社会保障財源の総額が表3にみるように対前年度比較で減少した。これは給付費の公表以降初めての結果である。原因としては、資産収入の減少があげられる。表4にみるように、公的年金制度における積立金運用利回りの低下(表5 主な制度別にみた積立金利回り)が総額で

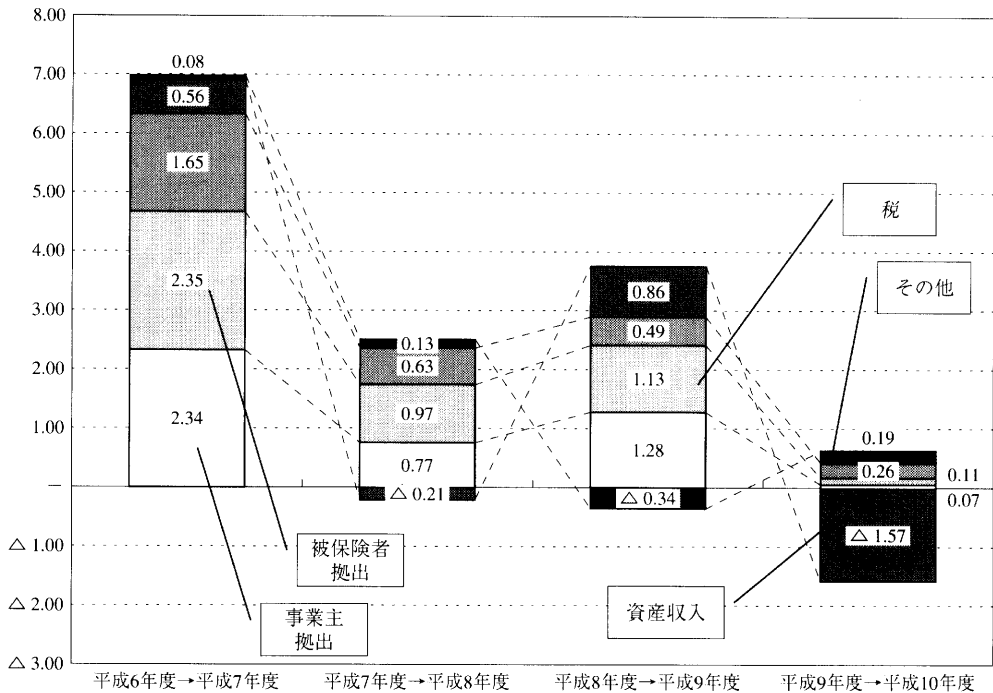


図1 社会保障財源の対前年度比の要因分解(財源の種類による寄与度)

表4 制度別に見た資産収入の状況(資産収入のある主な制度のみ)

(単位:百万円)

資産収入	平成9年度	平成10年度	増減	減少率	寄与率
合計	10,382,452	8,965,329	-1,417,123	-13.6%	100.0%
厚生年金	5,563,690	5,216,408	-347,282	-3.3%	24.5%
厚生基金等	2,215,783	1,285,881	-929,902	-9.0%	65.6%
国民年金	402,003	375,207	-26,796	-0.3%	1.9%

1兆4,171億円の資産収入減をもたらした。

また、図1にみるように、年々雇用主拠出と被保険者拠出の伸びも鈍化してきており、平成9～10年度の伸び率では、被保険者拠出の伸びが0.4%を記録し給付費の推計開始以来最低の伸びになった。被保険者拠出の伸びの鈍化は、公的年金制度における被保険者拠出の減少に負うところが大きい。平成9年～10年にかけて被保険者拠出減少額が最大だったのは厚生年金保険で約340億円だった。厚生年金保険の被保険者拠出総額の減少は、被保険者数の減少(51万1千人減少)と平均標準報酬額の減少(△695円)の現れである。平成9年度から10年度とは、景気の低迷による完全失業率の上昇傾向が注目されはじめた頃と重なるので、被用者数の減少と平均所得の下落が影響している。失業率の上昇を反映して、雇用保険の被保険者拠出額が約1億4,500万円の減少となり、被保険者数でも1万1,000人の減少を記録した。不況になると、被用者中心の社会保険制度は被保険者数と被保険者の収入の減少により、被保険者拠出が減少する。被用者保険は雇用主と保険料折半が原則であるから、雇用主拠出額も同様に減少し、社会保険料収入が圧縮されるのである。

表5 主な制度別に見た積立金の運用利回り

	平成9年度	平成10年度
国民年金	4.26%	3.94%
厚生年金	4.66%	4.15%
厚生年金基金	5.74%	2.49%

しかし、社会保険でも健康保険(短期給付)は景気の動向が直接的に社会保険料収入には影響しない場合がある。平成9年から10年にかけて、政府管掌健康保険の被保険者数は27万7千人減少し、1人あたりの平均標準報酬は1,322円減少した。しかし、社会保険料収入は減少しなかった。それは平成9年9月の保険料率改訂(8.2%から8.5%)で保険料収入が増加したからである。社会保険でも短期保険の健康保険と長期保険の年金では財源の調達方法の違いによりこのような差があるのである。

II 「医療」の動向と国民医療費との比較

対前年度伸び率を社会保障給付費の「医療」と国民医療費の数値で比較すると、表6からは一律に「医療」の伸びが国民医療費の伸びを下回っているとはいえないが、平均して「医療」の伸び率が低くなっていることがわかる。

伸び率の違いは費用範囲の違いに影響されている。具体的には社会保障給付費の「医療」と国民医療費は、以下の2点において異なっている。

1. 国民医療費は患者負担(被保険者負担と自由診療の負担)を含むが、社会保障給付費「医療」は含まない。
2. 国民医療費は「傷病の治療に要する費用」であるのに対し、社会保障給付費「医療」は健康診断費等予防医療を含む広い範囲である。

国民医療費から患者負担を控除し、「医療」か

表6 国民医療費と社会保障給付費「医療」の伸び率の比較 (単位：%)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
国民医療費	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6
社会保障給付費「医療」	5.1	4.9	6.1	7.4	4.1	4.9	5.2	4.7	0.5	0.4

表7 調整済み医療費の対前年度伸び率

年度	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
健康診断等の費用を除いた 社会保障給付費「医療」	4.8%	6.1%	7.3%	4.1%	4.9%	5.2%	4.9%	0.3%	0.5%
患者負担を除いた国民医療費	4.7%	6.0%	7.8%	4.0%	5.7%	4.5%	5.7%	-0.2%	1.3%

ら予防医療に係る費用を控除して双方の伸び率を比較すると、表7のようにその差は小さくなる。

なおこの他、社会保障給付費「医療」が3月から翌年2月までの保険請求分に対する給付費を推計しているのに対し、国民医療費では4月から翌年3月までの診療行為に対する給付を推計しているという期間の違いが、総額の違いに影響している。

III 公費負担医療費の比較

国民医療費では、制度区分別国民医療費として4区分(公費負担医療給付分・医療保険等給付分・老人保健給付分・患者負担分)別集計を出している。しかし、範囲の違いで示した予防医療等に係る費用は定義上国民医療費「公費負担医療給付分」にふくまれていない。社会保障給付費の個票より公費負担医療分と考えられる費用を再集計して国民医療費の「公費負担医療給付分」と比較した。国民医療費の公費負担医療分は根拠法の違いで次の5つに分類される。それらは、生活保護法・結核予防法・精神保健及び精神障害者福祉に

関する法律・老人福祉法・その他、である。

生活保護法には生活保護制度における医療扶助の金額を、結核予防法には公衆衛生の医療の結核医療費を、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律には公衆衛生の医療の精神保健費をあてはめた。その他については、公衆衛生の医療の保健衛生諸費から老人保健ヘルス分を除いた額を当てはめた。また老人福祉法には社会福祉の医療の総額をあてはめ、戦傷病者特別保護法には戦争犠牲者の医療の総額をあてはめた。その結果が表8である。また、表9では国民医療費の公費負担医療給付分と表8で積上げた社会保障給付費における公費負担医療を比較した。

表9にみるように、1990年度までは国民医療費より社会保障給付費「医療費」の額が上回っていた。しかし、1991年度以降は国民医療費の額が常に上回り、その差も近年になるほど開いてきた。国民医療費の公費負担医療給付費のうち、生活保護法・結核と精神保健では大差ない。一方「その他」に一括計上されている費用の差が大きい。すなわち、国民医療費の公費負担医療給付における「その他」に含まれる費用の範囲が、社会保障給

表8 社会保障給付費「医療」

(単位:億円)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
公費負担医療給付分	11,361	11,115	11,099	11,410	11,052	10,913	11,572	11,822	12,077	12,389
生活保護法 (23.生活保護)	7,672	7,379	7,353	7,537	7,730	7,946	8,819	8,782	9,209	9,643
結核予防法 (22.公衆衛生,「医療:結核医療費」)	400	408	386	387	373	387	226	149	128	124
精神保健及び精神障害者福祉 に関する法律 (22.公衆衛生,「医療:精神保健費」)	678	657	622	600	613	657	488	724	547	632
その他*	2,611	2,671	2,738	2,886	2,335	1,923	2,039	2,167	2,193	1,990
(22.公衆衛生,「医療:保健衛生諸費」)**	1,633	1,629	1,705	1,773	1,136	631	683	683	658	544
(22.公衆衛生,「医療:原爆障害対策費」)	268	275	281	295	304	311	317	316	370	384
(24.社会福祉,「医療:身体障害者保護費」)				77	85	93	89	138	137	138
(24.社会福祉,「医療:児童保護費」)	673	732	720	711	780	860	923	1,005	1,004	900
(25.戦争犠牲者)	37	35	33	31	30	28	28	25	25	23

注) * 国民医療費の公費負担医療給付分のその他について

母子保健法, 児童福祉法, 原子爆弾被爆者の医療費等に関する法律, 身体障害者福祉法, 戦傷病者特別援護法, 伝染病予防法, らい予防法, 性病予防法等による医療費及び地方公共団体単独実施に係わる医療費。

** 公衆衛生, 「医療:保健衛生諸費」について

保健事業費等補助金(老保ヘルス分), 保健事業費等負担金(老保ヘルス分)は保健衛生諸費から除いた。

表9 差額：国民医療費—社会保障給付費「医療」

(単位：億円)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
公費負担医療給付分	-267	-114	34	109	822	1,705	1,381	1,583	1,931	2,297
生活保護法	-101	17	64	80	85	324	-209	127	45	150
結核予防法	4	-18	-8	-5	-28	-6	-18	-24	2	10
精神保健及び精神障害者福祉 に関する法律	14	12	5	33	34	32	66	-181	80	79
その他	-184	-125	-26	-0	732	1,355	1,543	1,661	1,804	2,058

表10 患者負担を控除した国民医療費と社会保障給付費「医療費」の制度区分別比較

(単位：億円)

	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度
患者負担を控除した国民医療 費—社会保障給付費「医療」	-2,220	-2,605	-2,923	-2,327	-2,775	-1,148	-2,721	-330	-2,165	170
公費負担医療給付費差額	-3,362	-3,591	-3,841	-4,108	-3,604	-2,660	-3,005	-2,057	-2,036	-899
医療保健給付分差額	776	671	588	1,122	445	904	-68	995	-499	423
老人保健給付分	367	315	329	658	384	608	352	732	370	645

付費で想定した範囲より広いと考えられる。

表10は国民医療費(患者負担控除後)と社会保障給付費「医療」の差額を制度区分別に比較したものである。公費負担医療給付分では、社会保障給付費「医療」の方が大きいこと、すなわち社会保障給付費の「医療」が予防までを含んだ広い範囲であるという違いが最も2つの費用の相違を説明している。しかし、医療保険給付と老人保健給付額においては、国民医療費の方が社会保障給付費「医療」よりも大きいため、公費負担医療額の差による違いは縮まる。ここで、注意すべきは、1998年度国民医療費(患者負担控除後)が社会保障給付費「医療」より大きくなったことである。それが、公費負担医療給付費差額の減少によってもたらされたことが公費負担医療給付費差額の推移からわかる。すなわち、費用定義では予防を含む広い範囲であるはずの社会保障給付費「医療」が費用定義上は狭い国民医療費の規模に、公費負担医療給付費の差の減少が原因で近づいたということである。社会保障給付費の「公費負担医療」の規模の減少が、①予防医療費の圧縮によってもたらされたのか、又は②従来の費用定義からすると社会保障給付費「医療」に含まれるべき費用が何らかの理由で抜けたのかを検証する必要がある。

社会保障給付費「医療」の個票データから

1998年度の老人保健ヘルス分(保健事業費等補助金)の数値計上が無くなっていることがわかる。これは老人保健ヘルス分が一般財源化されたことによる影響と考えられる。すなわち従来の費用定義からすると社会保障給付費「医療」に含まれるべき費用が一般財源化の後、社会保障給付費「医療」から削除されたのである。ここで、一般財源化とは、事務・事業そのものは存続する必要があると認められるものについて、国庫補助負担金等を廃止し、その財源手当として地方交付税措置を講じることを意味している。

一般財源化の影響を考察するため昭和60年以降一般財源化された項目を調査すると、旧厚生省関連では16の項目が一般財源化されている。その中で公費負担医療給付費と思われるものは、保健所運営交付金、市町村保健活動費交付金、保健事業費等補助金、保健事業費等負担金である。表11は社会保障給付費の資料より一般財源化された費用を時系列でまとめたものである。数値が空欄になったところは一般財源化されて社会保障給付費より消えた部分をあらわしている。1989年度と1998年度を比較するとこの4つの項目だけでも、1,200億円近く減少している。

表 11 一般財源化された項目の推移

(単位：億円)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
保健所運営費交付金	834	711	721	721	85					
市町村保健活動費交付金	301	340	360	379	396					
保健事業費等補助金(老保ヘルス分)	58	59	68	72	82	56	46	46	48	
保健事業費等負担金(老保ヘルス分)	788	886	979	1,160	1,235	1,236	1,256	793	1,336	793

第3部 まとめ

平成10年度社会保障給付費の公表はILO第19次調査という新しい枠組みを採用したという点で昨年までと違った意味をもっている。

まず、国際比較の参考資料として、昨年まで長いこと更新されなかった各国のデータは、限られた国ではあるが1996年まで更新された。しかし、それらはすでに第19次調査の定義で推計された結果であり、1993年までの統計との連続性が確保されていない。そこで平成10年度社会保障給付費の公表資料では「付録」としてあえて、第19次調査として入手可能な国についてのみ情報を提供している。1990年代OECDやEUROSTATが社会保障に関する国際比較を可能にするための統計枠組みを開発したが、ILO第19次調査もおなじ目的のために改訂されている。なお国際比較については、『海外社会保障研究』134号で浅野仁子が詳しく考察しているのでご参照いただきたい。

つぎに、日本からみて第19次調査は、公的制度と代替的な制度や給付にまでその範囲を広げて考えるという新定義の解釈によって、従来「公的」という厳しい定義によって排除されてきた制度や給付を含めるか否か再考をうながすことにな

った。また、住宅を独立させて機能とした場合、所得制限を設けた制度であればその給付形態を限定しないとすると、低所得者向けの公共住宅や低所得世帯への家賃補助などの制度や給付を含めていく必要があり、従来の費用調査だけでは限界がある。平成10年度の社会保障給付費の場合、これらの新基準に照らした根本的な改訂を先送りした結果になっている。そこで平成13年度には研究所の独自研究として、新しい基準の解釈とその推計方法の開発を行うことにしている。その場合、医療費の比較において明らかになった「一般財源化」を含む、地方自治体の社会保障給付費規模の推計が重要である。費用の推計方法上の制約が社会保障給付費の規模に影響を与えている可能性は否定できず、早急な推計方法の開発が必要だ。

平成10年度社会保障給付費の推計作業およびとりまとめは、勝又幸子・小島克久・浅野仁子・宮里尚三が担当した。本資料に関するお問い合わせは下記で受ける。

国立社会保障・人口問題研究所 総合企画部
第3室 03-3595-2985(総合企画部直通)

勝又幸子(YUKIKO-KA@ipss.go.jp)

(かつまた・ゆきこ 総合企画部第3室長)

(こじま・かつひさ 総合企画部主任研究官)

(みやざと・なおみ 総合企画部研究員)

書評

駒村康平・渋谷孝人・浦田房良著

『年金と家計の経済分析』

(東洋経済新報社, 2000年)

大石 亜希子

年金改革をめぐる議論は百家争鳴の状況にあるが、経済学的観点からそれらを整理して俯瞰図を与えてくれるような書籍は意外なほど少ない。本書は広範囲のトピックについて理論・実証の両面にわたり詳細なサーベイをし、要領よく論点を整理しているので、読者は容易に議論の全体像を把握することができる。本書はまた、実証分析の書でもある。著者らは独自に実施したアンケート調査の個票をもとに、公的年金制度が家計に与えるさまざまな影響を分析し、あるべき年金改革の姿を論じている。ひとつひとつの主張に、オリジナルな実証の根拠をもたせようとしている点が本書の大きな長所である。

著者らの主張をまとめると、(1)基礎年金については賃金スライドを維持し、消費税方式に移行する、(2)報酬比例部分は裁定前後の賃金スライドを停止することで給付水準の引き下げを図り、賦課方式の公的年金を徐々に縮小させる——というもので、長期的に維持可能な制度を時間的余裕をもって提示すれば、家計は他の生活保障手段を講じて年金改革に対応できるとみている。すなわち、公的年金の保険料を抑制する分、民間部門が運営する年金に加入する余地を広げるかたちで消極的に積立方式へ移行することを提言している。結論としては多くの経済学者の提言とかけ離れたものとはなっていないが、この結論に至る過程でさまざまな実証結果を積み上げているのが本書の魅力である。以下では著者らの貢献をコメントとともに論じていこう。

本書は、制度史研究・理論研究を行う第I部、マイクロ・データに基づく実証研究の第II部、99年年金改革の評価と政策的インプリケーションを提示する第III部から成り、各部はさらにいくつかの章から成っている。

まず第I部第1章では、財政方式に注目して公的

年金制度の歴史を振り返りながら、年金制度がその時々々の経済要因にいかにか大きく影響され、変容を迫られてきたかを描写している。第2章では、今後の年金制度のありかたを規定する経済要因として、人口と経済成長、財政を取り上げ、その現状と長期見通しを紹介している。これら導入部は、経済を専門としない読者にも経済学的分析の重要性を意識させる内容である。公的年金がなし崩し的に賦課方式へ移行していった当時の論壇の状況は田近・金子・林(1996)に詳しいが、ここでは戦後日本のマクロ的条件の記述に重点が置かれている。

つづく第3章では、公的年金の経済理論をマイクロ・マクロの両面からサーベイし、第4章では日本における既存の研究成果を論点別に整理している。この部分に限らず、全体を通じて本書は注意深く既存研究をサーベイしており、読者にとって大変有益と思われる。最近までの文献を含めたサーベイとしては小西(1998)、八田・小口(1999)第1章があるが、これらと比較して本書は実証研究のサーベイが充実している。なお、公的年金に関する書籍や論文では、冒頭で公的年金がなぜ必要なのかを論じているケースが多いが、本書はそうしたスタイルをとっていない。公的年金についてある程度の知識を持つ読者を対象としているからであろうか。

第5章では、高齢者世帯の家計の実態を、収入、消費支出、資産、年金給付額といった項目を取り上げて明らかにしている。高齢者世帯の経済状態は格差が大きく、平均値による議論はミスリーディングであることが知られているが、著者らは注意深く各項目の分布も示している。この章で興味深いのは、個々の年金受給者が現役時代に受け取ってきた賃金に対する年金額の比率として「個別所得代替率」という指標を作成していることである。これは勤労世代の賃金に対する年

金給付水準という世代間の所得バランスよりも、従前生活の保障に注目した指標といえる。データとしては労働省『賃金センサス』をもとに生涯賃金プロフィールを推計し、その時々標準報酬月額テーブルを適用して年金額を計算している。こうした作業はかなりの労力と制度的知識を必要とするものであり、著者らの力量を感じさせる。計算結果によると、平均標準報酬月額ベースでの個別所得代替率は、従業員100人未満の製造業に勤めていた高卒者で85%、1,000人以上の大卒製造業従事者でも67%に達する。従前生活の保障という意味では、通常モデル年金の所得代替率(68%)が与えるイメージよりもかなり高い水準の給付がなされていることがわかる。ただし企業規模別に『賃金センサス』を遡及する場合、企業規模の変化を無視することになるので、大企業従事者の賃金を相対的に過大評価している可能性がある。

第II部では公的年金が家計に与える影響を実証的に分析している。扱うテーマは予備的貯蓄動機の検証(第6章)、貯蓄・消費行動(第7章)、就業・引退行動(第8章)、資産選択(第9章)、生命保険加入行動(第10章)の多岐にわたり、本書の一番の読みどころである。分析には、第一生命経済研究所が1997年に実施した調査の個票を利用している。調査対象は政令指定都市に住む世帯主年齢が20歳以上の世帯(単身世帯を含む)で、有効回答数は3,012世帯である。

第6章では、主観的に意識しているさまざまなリスクが家計貯蓄率に及ぼす影響を分析し、主観的リスクの増大が貯蓄率を引き上げる効果を確認している。ここでリスクとして取り上げられているのは、倒産・失業や賃下げによる減収、けがによる医療費負担、病気による医療費負担、老後の生活費不足、自分や配偶者が要介護になる可能性、自分が死亡した場合の遺族の生活不安である。アンケート調査から得られるこれらの指標を、既存統計から得られる客観的指標(失業率、有訴率、要介護発生率、死亡率など)と比較してみると、前者のほうが高いことから、家計がリスクを過大評価して過剰な貯蓄をしている可能性があるとして述べている。しかしながら「客観的」指標の選択にも恣意性があるように思われる上、貯蓄率関数の推定については(1)金融資産残高の水準が説明変数に含まれている、(2)世帯属性のコントロールがない、という点で不均一分散の懸念があり、頑健性に疑問が残る。また、p. 84の推計には「利他的遺産動機ダミー」

が説明変数に含まれているものの、この変数についての説明や結果の解釈が記述されていない。

第7章では、アンケート調査から得られる公的年金への信頼度(confidence)が家計貯蓄率に与える影響を分析している。分析の主眼は、「公的年金を信頼しない若年・中年家計は、貯蓄率が高い」ことを実証することにある。しかしこの仮説を支持する有意な結果は得られていない。年金不信は、60歳未満の家計の貯蓄率には影響しない一方で、すでに年金を受給しているとみられる60歳以上の家計の貯蓄率を有意に引き上げる——という結果になっている。第6章と第7章に共通することであるが、個票データを使用しているとはいえ、60歳未満の世帯に対する貯蓄率関数のフィットがかなり悪い。この調査では回答された可処分所得と消費額の差額から貯蓄を把握しているが、データの精度に問題があるのではなからうか。

第8章では、45~59歳のサラリーマンを対象を限定して、公的年金への信頼度が就業・引退に与える影響を分析している。年金を信頼しない者は、老後生活費の大きな割合を就労収入で賄う予定であり、引退年齢を遅くみていることが示されている。これらは太田・桜井(1996)の既存研究と同様の結果である。既存研究でも示されていることであるが、年齢が高いほど就業意欲が高いことは興味深い。老齢厚生年金の支給開始年齢引き上げ対象である昭和16年以降に生まれた者のほうが、老後就業の必要性は高いと思われるが、実際には老後が身近な問題になるにつれ、「まだまだ働きたい」という意欲が高まるようである。

第9章では、公的年金が家計の資産選択に与える影響を分析している。資産の種類や保有額についての情報は、一般には非常に入手にくい。世帯の属性情報とともにこうした貴重なデータを利用できるというのは、大変魅力的なことである。分析結果は、公的年金資産が資産選択に与える影響は限定的であることを示している。マイクロ・データでこのような分析をする場合、資産によっては保有額がゼロ(=その資産を保有していない)の家計が多く存在するため、通常最小自乗法で資産需要関数を推定すると、推計結果にサンプル・セレクション・バイアスが生じることが知られているが、ここではヘックマンの2段階推定法を使用してこの問題を回避している。推定では、説明変数のスケールや属性のコントロールにも詳細な注意が払われている。

第10章では、公的年金と生命保険加入行動の関係を分析している。既存研究では、公的年金資産と生命保険が代替的なのか補完的なのか、結論が一致していない。ここの分析結果では公的年金と生命保険は代替的であり、今後、遺族年金を縮小しても民間の生命保険で代替しようと述べている。この結論は遺族の生活保障における政府と市場の役割を考える上で興味深い指摘である。しかしながら分析段階でやや気になる点もある。それは、(1)死亡保険金を年間支払保険料で除した「保険金率」を被説明変数に用いているが、生命保険の貯蓄部分を控除する方法として適切か、(2)年齢を一括した推定をしているが年齢によって生命保険加入の動機は異なるのではないか、(3)公的年金の老後所得保障機能(老齢年金)と遺族生活保障機能(遺族年金)を分けて分析すべきではなかったか、という点である。また、第7章で著者らが指摘するように家計が公的年金を危険資産ととらえているのなら、より確実な遺族保障をするために生命保険需要はかえって高まるのではないかと思われる。

第III部の中心をなす第11章は、99年年金改革を評価する前半部分と、基礎年金の消費税方式への移行を提言する後半部分とに分かれる。はじめに、99年年金改革に対する著者らの評価をまとめると、(1)報酬比例部分の賃金スライド停止は当然、さらに賃金再評価は賃金上昇率ではなく物価上昇率で行うべき、(2)基礎年金は裁定後も賃金スライドを維持すべき、(3)支給開始年齢の引き上げは高齢者の雇用環境改善と並行してすすめるべき、(4)60歳代後半層への在職老齢年金導入は妥当、となる。これらの評価については、次のようなことをコメントとして付け加えた。

まず、(1)報酬比例部分の給付水準について、著者らは「無職高齢夫婦世帯の消費支出と同水準」であるから「引き下げは当然」(p.156)と述べているが、無職高齢者世帯の収入の核をなす年金の給付水準と消費支出は、独立に決まっているわけではないので、別の観点からの説明が必要であろう。(2)基礎年金の賃金スライドについて、著者らは新規裁定分と既裁定分の受給額の差が大きいことや今後の医療費負担、介護保険料負担の増加を考慮して、既裁定分にも賃金スライドを維持すべきとしている。いわば経済成長の果実を年金受給世代ともシェアする発想であるが、それが世代間の再分配にどのような影響を及ぼすかという

視点からの検討も必要と思われる。(3)支給開始年齢の引き上げについての著者らの主張には曖昧さが残る。私見では、スウェーデンで行われているようなflexible retirement age、すなわち繰り上げ・繰り下げ支給に対してactuarially fairな調整をすることで支給開始年齢自体を無意味なものとするような改革が今後の方向なのではなかろうか。(4)60歳代後半への在職老齢年金導入との関連で、高齢層では「健康のために働く」者の割合が高く、経済的動機を就業理由にあげる者の割合が低いと指摘しているが、これは在職老齢年金の対象とならない自営業就業者の割合の高いことが影響している可能性がある。

第11章では、第3号被保険者の問題と国民年金の未加入・未納問題に少なからぬ紙幅を費やしている。第3号被保険者問題については、水平的公平性と労働供給への中立性を維持する観点から、所得分割方式が優れていることを強調しつつも、事業主負担をどうかけるかという徴収技術上の問題点を指摘している。さらに、著者らも述べているように、所得分割方式を採用しても自営業世帯と被用者世帯との負担の公平性は確保されないわけで、年金制度全体の設計を変更しない限り第3号被保険者問題の根本的な解決は難しいように思われる。

国民年金の未加入・未納問題に関しては、本書の出版後、新たな実証成果が相次いで発表された(小椋・角田(2000)、阿部(2000)、鈴木・周(2000))。それらは「所得に対する保険料率の上昇は国民年金空洞化の原因とはいえない」という本書の分析結果に見直しを迫っている。たとえば阿部(2000)は、未加入と未納の決定要因は構造的に異なることを明らかにし、未納については保険料率が重要な要因であると指摘した。小椋・角田(2000)は、社会保険からのドロップアウトに所得が重要な影響を与えていること、また、若いコーホートほど社会保険からドロップアウトする確率が高いことを示している。鈴木・周(2000)でも、家計の流動性制約が国民年金未加入の要因であることが確認されている。このように対立する結論が導かれた原因としては、本書の未納問題の実証分析が都道府県別データに基づいているのに対して、上記の研究にはいずれもマイクロ・データが用いられていることがあろう。政策研究を行う上で、データの利用可能性がいかに重要であるかを認識させられる。

第11章の後半では、基礎年金の消費税方式への転

換が、家計の負担をどう変えるかを所得階層別の消費性向をもとに試算している。結果をまとめると、平均でみれば、消費税方式へ移行してもサラリーマン世帯の家計負担にはほとんど変化は生じない。しかしボーナスを考慮すると低所得層のサラリーマン世帯はネットで負担増となり、総報酬制の導入まで考慮すると、中位所得以下のサラリーマン世帯はネット負担増となる。こうした試算は直感に訴えるものがあり、ミクロの家計にとっての負担の変化を正しくとらえているといえるだろう。しかしながら、本書で除外している保険料の事業主負担も、本来は賃金コストの一部であり、家計が負担していると考えべきである（国民経済計算でもそのように扱われている）。消費税方式への移行で事業部門の負担が軽減され、家計部門の負担が増加するという記述は、マクロ的には不適當で、誤ったイメージを与えるのではないかと懸念する。

以上が本書の概略とコメントであるが、評者のコメント自体はマイナーなものであり、本書の価値をなんらそぐものではない。理論・実証の優れたバランスの

上に政策提言をまとめた本書は、年金問題を論ずる上で重要な資料として利用されることと確信する。

参考文献

- 阿部 彩 (2000)「国民年金と低所得者層——国民年金免除制度の効率性」, 日本財政学会第 57 回大会報告。
- 八田達夫・小口登良 (1999)『年金改革論——積立方式へ移行せよ』, 日本経済新聞社。
- 小西秀樹 (1998)「年金制度の経済理論——逆選択と規模の経済」『現代経済学の潮流 1998』, 日本評論社。
- 小椋正立・角田保 (2000)「世帯データによる社会保障料負担の納付と徴収に関する分析」『経済研究』Vo. 51, No. 2。
- 鈴木亘・周燕飛 (2000)「国民年金未加入者の経済分析」『日本経済研究』No. 42, 近刊。
- 田近栄治・金子能宏・林文子 (1996)『年金の経済分析——保険の視点』, 東洋経済新報社。
- (おおいし・あきこ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第 2 室長)

季刊社会保障研究 (Vol. 36, Nos. 1~4) 総目次

凡例：I, II, III…は号数, 1, 2, 3は頁数を示す。

巻頭言

人口と社会保障	阿藤 誠	I	6
介護保険の基本構想について	京極 高宣	II	160
社会保障コンファレンスについて	尾形 裕也	III	298
保健医療・福祉の人材育成をめぐる	江草 安彦	IV	480

Foreword

Population and Social Security	MAROTO ATO	I	6
On the Grand Design of Long-Term Care Insurance in Japan	TAKANOBU KYOGOKU	II	160
On the Conference on Social Security	HIROYA OGATA	III	298
On the Aspect of Training Plan for Persons who Support Care System of Health and Welfare	YASUHIKO EGUSA	IV	480

論文

福祉国家の危機と公共的理性	塩野谷 祐一	I	11
社会保障の財源の在り方—社会保険方式と税方式をめぐる—	増田 雅暢	I	24
自由と必要—「必要に応ずる分配」の規範経済学的分析—	後藤 玲子	I	38
社会保障費用から見た「少子高齢社会」	勝又 幸子	I	56
社会保険料の逆進性が世代内所得不平等度にもたらす影響	阿部 彩	I	67
特定疾病のフェイズ別医療費—悪性新生物と脳血管疾患—	府川 哲夫	I	81
保育サービスの供給について—費用面からの検討を中心に—	福田 素生	I	90
「保険者機能」に関する考察	尾形 裕也	I	102
高齢者世帯・非高齢者世帯別のマクロ消費関数の推計	増淵 勝彦	I	113
家族内支援と社会保障—世代間関係とジェンダーの視点から—	白波瀬 佐和子	I	122
高齢者の世帯構造と医療需要	金子 能宏	I	134
中高年のボランティア活動への参加行動			
—アンケート調査個票に基づく要因分析—	跡田 直澄・福重 元嗣	II	246
家庭内性別役割分業と社会的支援への期待に関する一考察	白波瀬 佐和子	II	256
包括支払制度の導入が治療レベルの選択に与える効果—実験経済的検証—	赤木 博文・稲垣 秀夫・鎌田 繁則・森 徹	III	454
育児支援・年金改革と出生率	小塩 隆士	IV	535
世帯構成員の長期療養に起因する経済厚生損失について—要介護者と寝たきりの経済的コスト—	岩本 康志・小原 美紀・斉藤 誠	IV	547

Articles

The Crisis in the Welfare State and Public Reason	YUICHI SHIONOYA	I	11
Funding for the Social Security System: Social Insurance or Tax?	MASANOBU MASUDA	I	24
Freedom and Needs:			
A Normative-Economic Analysis of the Precept of Need	REIKO GOTOH	I	38
Japan's Social Expenditure in Ageing Society	YUKIKO KATSUMATA	I	56

Regressiveness of the Social Insurance Premiums and its Effect on Within Generation Income Inequality	AYA ABE	I	67
Health Expenditure According to the Phase of Medical Fee Claim Records for Malignant Neoplasms and Cerebrovascular Diseases	TETSUO FUKAWA	I	81
A Cost Analysis of Day Nursery Service	MOTO-O FUKUDA	I	90
A Study of the Role of the Insurer in the Health Care System	HIROYA OGATA	I	102
Estimation of Household Consumption Functions by Age Groups of Household's Head	KATSUHIKO MASUBUCHI	I	113
Family Support and Social Security	SAWAKO SHIRAHASE	I	122
The Type of Elderly Persons' Households and Their Demand for Medical Care	YOSHIHIRO KANEKO	I	134
Participation to Voluntary Activities of Middle and Old-aged Persons: Estimation of Probit and Tobit Models Micro-data	NAOSUMI ATODA and MOTOTSUGU FUKUSHIGE	II	246
Gender Division of Labor in the Household and Attitude toward Social Support in Japan	SAWAKO SHIRAHASE	II	256
The Effect of Introduction of Prospective Payment System on the Level of Medical Care: An Examination by Laboratory Experiments	HIROBUMI AKAGI, HIDEO INAGAKI, SHIGENORI KAMATA and TORU MORI	III	454
Child-care Support, Pension Reform, and Fertility	TAKASHI OSHIO	IV	535
On the Welfare Loss of Families With Members in Need of Long-term Nursing Care	YASUSHI IWAMOTO, MIKI KOHARA, and MAKOTO SAITO	IV	547
研究ノート			
日本における医師のキャリア —医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析—	猪飼周平	II	269
Research Note			
The Career of Japan's Medical Profession: An Analysis of the Informal Medical Graduate Education System	SHUHEI IKAI	II	269
特集：介護保険制度をめぐる諸問題			
介護保険制度をめぐる諸問題—概観—	尾形裕也	II	162
要介護認定とケアマネジメント	小林良二	II	167
公的介護保険と社会福祉事業改革の課題	八代尚宏	II	176
家族ケア・女性の就業と公的介護保険	永瀬伸子	II	187
サブシディアリティ原則と介護保険	池田省三	II	200
介護保険制度により提供される「介護」サービスについて —医療や福祉との関係を中心に—	福田素生	II	210
介護報酬	小山秀夫	II	224
介護保険制度と利用者の権利擁護	菊地馨実	II	235
Special Issue: Issues on the Long-Term Care Insurance in Japan			
Overview of the Issues on the Long-Term Care Insurance in Japan	HIROYA OGATA	II	162
Care Needs Assessment and Care Management	RYOJI KOBAYASHI	II	167
Major Issue on the Long-Term Care Insurance and the Social Welfare Reform	NAOHIRO YASHIRO	II	176
Informal Care for the Elderly, Female Labor Supply and the Impact of Introduction of Public Elderly Care Insurance	NOBUKO NAGASE	II	187
Principle of Subsidiarity of Long-Term Care Insurance	SHOZO IKEDA	II	200

Long-Term Care as Personal Social Service Compared with Health Care	Moto-o Fukuda	II	210
Fee Schedules of the Long-Term Care Insurance System	HIDEO KOYAMA	II	224
Long-Term Care Insurance and Advocacy Services	YOSHIMI KIKUCHI	II	235
特集：社会保障の実証分析—マイクロ・データの応用			
組合管掌保険のリスク分散機能について.....	安部 由起子	III	300
要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化.....	岩本 康志	III	321
介護保険の市場分析.....	大日 康史	III	338
医療における自然増と価格政策—生化学的検査Iの分析—.....	小椋 正立・角田 保	III	353
失業給付は失業を長期化させるか?.....	小原 美紀	III	365
私的医療保険の需要と公的医療保険.....	滋野 由紀子	III	378
Differentials in the Demand for Health Check-up	山田 直志・山田 哲司	III	391
子育てと調和する働き方と政策ニーズ			
—労働時間のリストラクチャリングに向けて—.....	前田 信彦	III	423
公平性の基準と厚生年金改革の効果.....	金子 能宏・山本 克也	III	435
Special Issue : “Empirical Studies on Social Security : Application of Individual and Household Data Sets”			
On the Risk-Sharing Functions of Health Insurance Societies in Japan	YUKIKO ABE	III	300
How Does the Provision of Home Care Affect the Labor Force Participation of Family Members	YASUSHI IWAMOTO	III	321
Empirical Analysis to the Market of the Social Insurance for Elderly Care	YASUSHI OHKUSA	III	338
Increases in Health Care Cost and the Effectiveness of Non-Linear Pricing Schemes: The Case of Group I Biochemical Tests in Japan	SEIRITSU OGURA and TAMOTSU KADODA	III	353
Unemployment Insurance and Unemployment Spells in Japan	MIKI KOHARA	III	365
The Demand for Private Health Insurance and Public Health Insurance	YUKIKO SHIGENO	III	378
Differentials in the Demand for Health Check-up.....	TADASHI YAMADA and TETSUJI YAMADA	III	391
Harmonization between Work and Child Care:			
Some Implications for Social Policy	NOBUHIKO MAEDA	III	423
Achieving Harmonization of Equity Criteria through the Reform of Employees' Pension Insurance	YOSHIHIRO KANEKO and KATSUYA YAMAMOTO	III	435
特集：社会サービスを支える看護・介護の人材をめぐる諸課題			
介護・看護をめぐる労働法上の諸問題.....	林 弘子	IV	482
看護費用の分析.....	遠藤 久夫	IV	494
看護教育の現状と課題.....	小山 真理子	IV	505
看護・介護職員確保の現状と課題.....	奥村 元子	IV	510
福祉職の人材育成をめぐる諸課題			
—保健・医療・福祉の連携のあり方をめぐって—.....	平野 方紹	IV	526
Special Issue : Issue on the Manpower of Nursing and Long-Term Care			
Supporting Social Service			
Labor Laws and the Legal Status of Home Care and Nursing Care Workers	HIROKO HAYASHI	IV	482
On Analysis of Nursing Cost	HISAO ENDO	IV	494
Trends and Issues of Nursing Education.....	MARIKO KOYAMA	IV	505
Present State of Recruiting of Nursing Staffers and Care Workers in Japan	MOTOKO OKUMURA	IV	510

A Study of Human Resources of Social Welfare Profession	MASAAKI HIRANO	IV	526
書 評			
吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』	土 田 武 史	II	287
Martin Feldstein (ed.) <i>Privatizing Social Security</i>	加 藤 久 和	II	290
駒村康平・渋谷孝人・浦田房良著『年金と家計の経済分析』	大 石 亜希子	IV	577
Book Reviews			
Kenji Yoshihara and Masaru Wada, <i>The History of Medical Insurance Systems in Japan</i>	TAKESHI TSUCHIDA	II	287
Martin Feldstein (ed.), <i>Privatizing Social Security</i>	HISARAZU KATO	II	290
Kohei Komamura, Takahiro Shibuya, Fusanaga Urata, <i>Economic Analysis of Pensions and Households</i>	AKIKO OISHI	IV	577
動 向			
社会保障法判例	岡 村 世里奈	II	279
— 心身障害者扶養共済制度に基づく年金を収入と認定した保護変更処分が違法であるとして 取り消された事例 (高訴訟第一審判決) —			
社会保障法判例	堀 勝 洋	III	466
— 国民健康保険の保険料の賦課徴収については、租税法律 (条例) 主義が直接に適用される ことはないが、その趣旨を踏まえる必要があるとされた事例 (杉尾訴訟控訴審判決) —			
社会保障法判例	永 野 仁 美	IV	561
— 厚生年金保険法上の届出義務違反と損害賠償 (京都市役所非常勤嘱託員厚生年金保険事 件) —			
平成 10 年度社会保障費—解説と分析—	国立社会保障・人口問題研究所	IV	569
Report and Statistics			
Social Security Law Case	SERINA OKAMURA	II	279
Social Security Law Case	KATSUHIRO HORI	III	466
Social Security Law Case	HITOMI NAGANO	IV	561
Cost of Social Security in Fiscal Year 1998	National Institute of Population and Social Security Research	IV	569
資 料			
塩野谷祐一先生年譜及び主要著作目録		I	149
Statistics			
A Brief Biography and List of List of Academic Achievements of Dr. Yuichi Shionoya		I	149
季刊社会保障研究 (Vol. 36, Nos. 1~4) 総目次		IV	581
General Index to the Quarterly of Social Security Research (Vol. 36, Nos. 1~4)		IV	581

編集後記

社会保障の政策決定については、今や、マスコミだけでなく広く全国民の関心が寄せられていることが、痛感される。これは、医療保険、介護保険、年金、社会福祉等々の社会保障の政策に、国民のいずれもが単なる関わり合いを有しているだけにとどまらず、国民が自らの意思や利害関係がこれら社会保障の諸分野の政策決定に活かされているかどうかについて深い関心を抱いている状況の現れであって、民主政の発展の点から見ても喜ばしいことである。今回の特集は、社会保障の政策決定について取り上げているが、社会保障の諸分野でいかなる政策決定がなされているかについて、この国民諸氏の関心に応えられていれば、幸いだと思う。

(Y. H.)

編集委員長

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井堀利宏 (東京大学教授)

岩村正彦 (東京大学教授)

岩本康志 (京都大学助教授)

遠藤久夫 (学習院大学教授)

貝塚啓明 (中央大学教授)

小林良二 (東京都立大学教授)

佐野陽子 (東京国際大学教授)

高木安雄 (日本福祉大学教授)

平岡公一 (お茶の水女子大学教授)

宮澤健一 (一橋大学名誉教授)

植村尚史 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

府川哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

尾形裕也 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

東 幸邦 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長)

大石亜希子 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

加藤久和 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

金子能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

小島克久 (同研究所・総合企画部主任研究官)

本田昭彦 (同研究所・客員研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 36, No. 4, Spring 2001 (通巻 151 号)

平成 13 年 3 月 25 日 発行

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 (03) 3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

制作 (株) UTP 制作センター