

# 季刊 社会保障研究

Vol. 37      Summer 2001      No. 1

## 研究の窓

彌縫策は政策の信用度を下げるだけ ..... 佐々木 毅      2

## 特集：社会保障の政策決定の特徴と今後の課題

戦後社会保障政策の過程と構造 ..... 新川 敏光      4

世紀末の年金改正を検証する

—その政策形成の特徴と課題— ..... 宮武 剛      17

圧力グループと日本の医療政策（1995～2000年） ..... ポール・タルコット      29

介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題

—官僚組織における政策形成過程の事例— ..... 増田 雅暢      44

## 論 文

公的医療保険下における製薬企業の競争環境と企業価値 ..... 中西 悟志      59

子供の健康資本と親の時間配分行動

—親は家計内健康格差に回避的か？— ..... 山内 太      73

公的年金支出の決定要因—制度論アプローチによる計量分析— ..... 鎮目 真人      85

## 動 向

社会保障法判例 ..... 橋爪 幸代      100

—保育所入所措置の措置権者たる市と入所児童の保護者との間に幼児保育委託契約又はこれに準じる法律関係が存在するとされた事例（山崎訴訟第一審判決）—

## 研究の窓

### 彌縫策は政策の信用度を下げるだけ

この数年度にわたる国の政策の信用度の低下は著しいものがある。社会保障制度の一部に見られる「空洞化」もその一例である。厄介なのはこの信用度の低下が構造的であり、何か一つを変えればそれを防げるようには思えない点である。つまり、不信の環ができているために政策が生きこまないのである。信用度が低下していることを敏感に感じている政治家たちはそれへの対応に属心しているが、それが新たな中途半端・先送り策につながり、更に信用度を失わせる状態を出来していることは今や明白である。その結果、政府の有効性そのものが急速に低下する事態を招来しているように見える。従って、システムのマクロ的管理能力の弱さを現場での献身によって補うことは徐々に困難になってきている。

過日の朝日新聞の調査結果によれば(2月12日朝刊)、受けるサービスに比した税や保険料の負担感は「重い」が7パーセント、「ちょうどいい」が16パーセント、「軽い」が2パーセントであったという。これらの負担について「どちらも重い」と回答した人が88パーセントであったが、保険料と税とでは保険料の方を重いとする回答がやや多かった。その上、「負担に不公平がある」とする回答が87パーセントに達しており、その不公平の内容を税について複数回答で聞いたところ、「給与所得者と自営業者で所得の捕捉に差がある」(46パーセント)、「金融資産の所得課税が甘く高額所得者に有利」(40パーセント)、「消費税の一部が事業者の収入になる『益税』」(36パーセント)、「多くの法人が税金を払っていない」(29パーセント)といった有り様であった。同様のことを保険料の不公平について聞いたところ、国民年金の保険料について「自営業者や学生の不払いがあり、その分を厚生年金などが埋めているため、サラリーマンに負担がかかっている」(47パーセント)、医療費の負担について「高齢者が軽く現役世代が重い」(36パーセント)、「自営業者の負担が軽くサラリーマンが重い」(35パーセント)であった。そして、今後の負担のあり方を複数回答で聞いたところ、「納税者番号制の導入で所得の捕捉をしっかりと、本来払うべき人に負担してもらう」(46パーセント)、「所得の多い人が負担する」(43パーセント)、「これ以上の負担増は容認できない」(42パーセント)であったという。これを職業、年齢でクロスさせてみると、サラリーマンは自営業者との所得の捕捉の差を問題にし、自営業者や農林漁業者は多くの法人が税金を払っていないことを問題にし、主婦や学生は「益税」を問題にし、高齢者も「益税」を問題にし、若い世代は年金の世代別負担の不平等を問題にしている。

この調査結果自体はそれほど新しい情報を伝えているわけではないが、政策の有効性が負担の(不)公平感と連動し始めていることを考えると、事態は極めて厄介であることが分かる。つまり、かつて右肩上がりの時代には維持できた職種その他による縦割りの負担の取り扱い(露骨な言い方をすれば、分割統括)は今や相互不信とルサンチマンの震源地となり、それが社会保障政策の閉塞感をスパイラル状に加速していく可能性が示唆されている。所得捕捉の不均衡といっ

た税負担の根源的なメカニズムにまで踏み込まないとすれば、出てくる政策は自ずから彌縫策となり、「抜本的な改革」は常に画餅と化する運命を免れないであろう。

しかし、見方を変えていえば、負担の問題と政策の有効性が運動し始めたということはそう悪いことではない。むしろ、これまでのように負担の仕方と政策の有効性があたかもバラバラに扱うことができるかのような処理の仕方がおかしかったのである。その意味では当たり前の事態が起こっているに過ぎない。ここに見られる事態はシステムの全体的管理能力が政策関係者にあるかどうかを厳しく問いかけるものであって、細切리적인政策の「タタキ売り」という手法が大きな限界に遭遇していることを示唆している。特に、社会保障政策の領域は広範な社会的負担の分担についてのバランス感覚が正面から問われる領域であり、全体的管理能力の現状が如実に反映する領域である。その意味で政治や政府の「質」を評価するバロメーターのような領域であり、従って、この管理能力の衰退が最も如実に現れる領域であろう。どこの国においても経済の停滞は社会保障政策に大きな圧力となるが、日本の場合には政策の体質的伝統がそれを更に加速していることは疑う余地がない。実際、この数年の状況はそれを裏書きしている。

政治主導はそれが縦割りの政策体系の克服と全体的管理能力の向上につながる限り、こうした状況を打破するのに寄与するはずであるが、他面では、それを細切리적인政策の「タタキ売り」と理解している向きもないわけではない。しかし、先の世論調査は後者のようなスタイルが今や完全に天井を打ちつつあることを示すとともに、むしろ、全体的管理能力の構築に向けた社会的エネルギーの蓄積を示唆している。問題はそうした兆候が見え始めた時、間髪入れずにこれを活用できるかどうかであって、社会保障政策のポリシーネットワークのメンバーはそうした事態に備えて、負担のあり方を含め、大規模な構想に裏づけられた「弾込め」を行うべき時のように思われる。

その際、負担の問題を含め、文字通りの国民的合意に基づく社会保障政策を可能にする条件が失われていることは直視せざるを得ない。それは経済的条件からしても人口分布からしても当然に予想されるところであり、既得権の見直しなしには事態は一步も前進しない。こうした見直しこそが全体的管理能力の問題に他ならない。そして、第一義的にはそもそも全体的管理能力があるかどうかが問われるべきテーマであり、この管理方針の内実について多様な構想があること自体、別に異様でも何でもない。むしろ、その内実をめぐって甲論乙駁がなされ、国民を巻き込んだ一種のバトルが発生することは避けられない。こうしたバトルの処理は政治の仕事であって、役所等のそれではない。

佐々木 毅

(ささき・たけし 東京大学総長)

## 戦後社会保障政策の過程と構造

新川 敏光

### はじめに

急速な高齢化に直面し、いまわが国の社会保障制度は大きな曲がり角にある。本稿の目的は、こうした認識に立って戦後社会保障政策の方向を規定してきた諸要因とその構造、連続と変容を分析し、政策決定の現状と問題点を明らかにすることにある。政策内容に深く立ち入って提言を行うのではなく、現在の政策決定過程の特徴と課題を戦後社会保障政策の流れの中で確認し、それによって求められる政策決定メカニズムの条件について考える手がかりとしたい。なお本稿での事例分析は、個別政策分野の体系的詳細な分析を目指すものではなく、あくまで社会保障制度全体の構造と変容の特徴を明らかにするために行われる。

本稿は以下のように構成される。まず分析視角を明らかにし、次に戦後社会保障政策の三つの異なる展開期を分別した後、各々の段階を規定した要因を検討し、最後に政策決定の現状と課題について論じる。

### I 社会保障政策の規定要因

初期の福祉国家研究が明らかにしたように、社会支出の増大が経済や社会構造と大きく関連していることは間違いない (cf. Wilensky, 1975)。工業化や経済発展、高齢化、さらに社会保障制度の成熟度などが社会支出を増大させる傾向が認められる。次に先進諸国の福祉国家発展を比較すれば、政治的要因の影響が確認される。まず注目された

のは、政治的党派性であった。すなわち左翼政権は社会支出の増大を促し、右翼政権はこれを抑制すると考えられた。

しかし一般的に右ないし保守よりと思われる政党が社会保障政策を推進するケースもしばしばみられ、こうした単純な二分法に代わって政権を支える社会的な権力構造に着目し、コーポラティズム、とりわけ組織労働の強さを福祉国家発展の原動力とみなす見解が有力となった (Castles ed., 1982; Wilensky *et al.*, 1985)。これはスウェーデン福祉国家の発展を社民-組織労働ブロックの権力から説明する社会民主主義モデルと符合するものである (Korpi, 1978)。

エスピング-アンダーセンは直線的な福祉国家発展論を退け、社会民主主義、保守主義、自由主義という三つの福祉国家類型を考えたが、その違いは基本的には労働を独立変数として説明できる。強力な組織労働を背景に社民政権下でコーポラティズムを実現した北欧では普遍主義原則に則った社会民主主義的福祉国家が発展したが、労働がギルド的な組織原理を克服できず、保守と社民が拮抗するようなヨーロッパ大陸の国々では、職域社会保険原理に基づく保守主義的福祉国家が発展した。そもそも組織労働が資本に対抗する力を全く持たなかった北米では自由主義原理が強く、個人の市場能力に応じた企業福祉が提供され、公的保障は生活保護が中心となる (Esping-Andersen, 1990)<sup>1)</sup>。

コーポラティズムや社民モデルが組織労働の力、政治的党派性を重視するのに対して、国家そのものの、より端的にいうと官僚のイニシアティブこそ

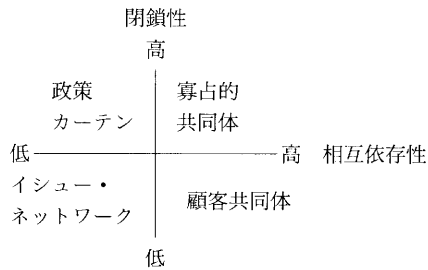


図1 政策ネットワークの類型

社会保障政策を進展させる原動力であると主張する論者もいる。ヘクローのイギリスとスウェーデンの社会保障政策発展の比較研究は、こうした見解の先駆けといえる。彼によれば、労資の動員といった社会的権力関係の変化は政策発展のきっかけにすぎず、問題を認知し、政策作成のイニシアティブをとり、政策内容を決定し、それを遂行するのは行政官なのである (Hecló, 1974, pp. 301-306)。ヘクローの考えは、スコチポル等のステイティスト達に受け継がれる (Skocpol *et al.*, 1985)。ただ政策が国家活動の産物であるというのは、それだけではトートロジーにすぎない (Hall, 1986, pp. 18-19)。国家-社会関係の中での国家のイニシアティブが確認される必要がある。

マクロな変数に着目した福祉国家発展論に対して、ポール・ピアソンは福祉国家削減期には異なる論理が必要であるという。彼によれば、なるほど組織労働が福祉国家発展を規定したが、それによっておのずと削減過程を規定するのも組織労働であるとはいえない。福祉国家発展は政策分野ごとに利害の組織化を促し、その結果各政策分野ごとに異なるダイナミズムがみられるようになる (Pierson, 1994)。しかしマクロな体制レベルと個別政策レベルでは異なるダイナミズムが見出せるのは、発展期においても削減期と同様である。また確かに発展と削減が同じ論理に従うとアプオリに前提することはできないが、組織労働が強力な国々では福祉国家の削減への抵抗が強いことは確かである (新川, 1999, ch. 1; 宮本, 1999)。

ここで政策レベルでの国家-社会関係を考えるために、政策ネットワークという概念を導入しよう。それは政策アリーナ内において相互行為がな

される型を析出するための概念であり、ネットワークの閉鎖性の高低 (参入障壁の高低)、国家-社会間の相互依存性の高低 (国家内アクターとしての行政官等と社会的アクターとしての各界代表や有識者たちとの相互関係の密度) という二つの軸から、四つの類型が考えられる (新川, 1992)。

国家と社会との相互依存性が高い場合、国家内アクターと社会的アクターとの間に恒常的関係が築かれ、そこに政策共同体が存在すると考えられる。政策共同体は限定された社会的頂上団体の代表が参加する寡占的共同体と主要な利害代表が全て含まれる顧客共同体とに分類される。前者はマクロ・レベルでのコーポラティズムに適合的なタイプである。他方国家と社会との相互依存性が低ければ、そこに安定した関係は見出せず、政策共同体は存在しない。そこでさらに政策アリーナへの参入障壁が高ければ、実質的にネットワークは国家内アクターに限定されることになる。つまり国家と社会の間には政策カーテンが存在することになる。このようなタイプはステイティズムに最も適合的なものといえる。国家と社会との安定的関係が存在せず、アリーナが開放的であれば、争点ごとに異なる社会的アクターが参入し、ネットワークは 이슈ー毎に形成されることになる。これは多元主義モデルに適合的といえよう。

政策の方向性は、ネットワーク内の利害やアイディアの相互作用によって規定されるが、さらに政策アリーナの制度的偏向によっても左右される。そもそも政策アリーナが完全に開放的で中立的ならば、ネットワークという概念は必要ない。制度の偏向を考える場合、政策の発展を歴史的分岐点や経路依存性という観点から分析する歴史的制度論の考え方が有効となる<sup>2)</sup>。

以下戦後社会保障の制度と政策過程を、労資関係 (組織労働権力の強さ)、政治的党派性、政策ネットワークという三つのレベルから、歴史的条件等の環境要因を考慮に入れながら、検討していく。

## II 戦後社会保障政策の三段階

わが国の社会保障政策の展開は、戦後の混乱期を除けば、以下の三つの段階に分けられよう。第一の段階は発展期である。この段階はさらに細かく区分することが可能であるが、戦後直後の混乱を乗り越え高度経済成長がスタートする1950年代中葉から70年代末までをここでは一括りにする。とりわけ注目される政策として、1961年4月にスタートした皆保険皆年金、「福祉の時代」なるスローガンも聞かれた1970年代前半の一連の改革（年金給付の大幅引き上げ、老人医療の無料化、健康保険における被扶養者給付率の引き上げ、高額医療費支給制度の導入、児童手当の実現等々）が挙げられる。この時代、政府内にも日本は福祉後進国であるとの認識があり、西欧福祉国家へのキャッチ・アップが公言されていた。

70年代中葉からこうしたキャッチ・アップへの反動が生まれ、自助と相互扶助を重視することによって西欧型福祉国家を否定する日本型福祉社会論が展開されるようになる。しかしこうした議論が政策的に実現されるのは1980年代に入ってからであることを考えれば、80年代を迎えて「福祉見直しの時代」に入ったというべきであろう。1982年老人保健法によって老人医療無料化制度は廃止され、84年健康保険法改正によって被保険者本人の1割自己負担が導入されている。

また発展期には、とりわけ70年代、物価スライド制が導入されて以降高騰を続けていた診療報酬費が、80年代に入ると一部定額制（検査点数の包括化）の導入によって抑制されるようになる。薬価についても、80年代薬価差是正のため大幅引き下げが続く（吉原・和田，1999，pp. 366-375；キャンベル・増山，1993；藤田，1994参照）。老人医療の分野においては、老人保険施設療養費制度（1988年）、特例許可老人病院への入院医療管理料制度の導入（1990年）などによって、一層の点数の包括化が進んだ。

他方年金をみれば、政府は1980年の財政再計算時に厚生年金の支給開始年齢を60歳から65歳

への引き上げを目指した。厚生省内での合意も十分ではなく、世論の厳しい批判を浴び、この案自体は頓挫するものの、給付抑制の意向が明らかになった。1985年の年金改正によって、厚生省は年金給付抑制への方向転換に成功し、保険料の引き上げも決定された。このように医療にしろ、年金にしろ自己負担増と支出抑制の傾向がはっきりしたのが、この時期の改革の特徴であった。

福祉見直しの今一つの特徴は、老人保険制度や退職者医療制度の導入によって老人医療コストを各保険制度間で平準化する財政調整や国民年金、国鉄共済等の窮状を救うための制度統合（財政調整）が実現されたことである。とりわけ基礎年金制度によって、国民年金と他の制度の定額部分が統合されたのが注目される。財政調整は、分立した保険制度間の財政不均衡を是正し、将来的に安定した財政基盤を築くためになされたものであった。

1994年、社会保障政策は福祉見直しから本格的な高齢化対策の時代へと移行する。この年わが国の高齢化率（65歳以上人口の全人口に占める割合）は14%に達し、国連の定義するところの「高齢社会」の仲間入りをする。しかも日本の高齢化は21世紀中葉まで続き、世界的にみても最も高齢化の進んだ国の一つになることは間違いない。こうした背景の下、1994年年金改正では長らく懸案であった厚生年金支給年齢の65歳までの段階的引き上げが決定される。この決定は基礎年金部分に限定したものであったが、2000年改革では報酬比例部分についても同様の決定がなされた。

94年年金改正の特徴は、高齢者雇用拡大を目指すべく雇用政策と連動して改革が行われた点にある。たとえば、年金支給年齢の引き上げについては高齢者の雇用延長が条件とされてきたが、高齢者雇用安定法の改正によって60歳定年が98年から義務化されることになった。60歳以上の雇用については雇用保険制度の改正によって高齢者雇用継続給付の支給が決定されている。また年金受給者の勤労意欲を削がないように、在職老齢年金の減額率を緩和した。

1989年消費税導入をきっかけに、高齢者保健

福祉推進十ヵ年戦略(いわゆるゴールド・プラン)が策定され、これをきっかけに老人福祉の充実(在宅介護支援体制の強化、施設の種類や数の増加)が目指されるようになったが、その動きが本格化したのもやはり94年であった。この年、地方の要望に基づき、ゴールド・プランの目標値を引き上げた新ゴールド・プランが発表される。またこの年の3月、厚生大臣の私的諮問機関である高齢社会福祉ビジョン懇談会が報告書『21世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて』を公にしたが、これを契機に介護保険導入の動きが活発になる。順風満帆とはいえないが、1997年末には介護保険法が制定され、2000年4月から介護保険制度がスタートした。

80年代に打ち出された医療費抑制策は90年代においても継続されたが、なかでも注目されるのは健康保険の被保険者本人負担が97年改革で1割から2割へ引き上げられたこと、2001年1月から老人医療の自己負担が定額制から定率1割へと変更されたことであろう。それ以上の抜本的医療改革は、2002年以降に先送りされている。

### III 発展期の政策決定構造

戦後日本の社会保障政策決定過程については、1990年代に入ってようやくまとまった研究が公刊されるようになった(加藤, 1991, 1995; 中野, 1992; 青木, 1993; Anderson, 1993; Campbell, 1993; 衛藤, 1995, 1998)。これらの研究は、純粋に記述的なものから歴史制度論的な視点を導入するものまで様々であるが、ミクロな政策決定に関心を集中し、労資関係といったマクロな変数に注意を払っていない点で共通している。これはわが国の組織労働の政策過程におけるプレゼンスが低かったこと、政治的影響力が小さかったことを考えれば、やむを得ないといえる<sup>3)</sup>。

しかし比較論の観点からすれば、組織労働のプレゼンスの低さそれ自体がやはり福祉国家発展のあり方に影響を与えたはずであるし、また個別政策の変化は体制レベルの変化と密接に連動しており、両者を複眼的に捉えることによって個別政策

発展の意味、文脈がより良く理解できるはずである。わが国においては、民間において労組が企業別に組織され、企業単位の福祉供給体制が公的福祉の前に発達したことが、その後の福祉国家発展を規定したことを見落としてはならない<sup>4)</sup>。

戦後直後政府に包括的社会保障計画を実施する余裕もなく、戦前に生まれた制度はそのまま放置され、休眠状態に陥った。公的福祉の対象は戦争犠牲者や困窮者に限定され、被用者の福祉は雇主が提供することになった。50年代に入り、経済再建の目処が立つと社会保障制度の立て直しが進められたが、既に主要企業では企業福祉が整備されており、それを取り払って普遍主義原則を適用することは、たとえ望んだとしても、極めて困難な状況になっていた。結局公的社会保障の整備は、戦前の制度を継承した職域ごとの分立的社会保険となった。

雇用者への福祉提供が企業を中心に展開し、公的福祉が生活保護を中心とした制度設計であったことを考えれば、わが国の戦後福祉体制は自由主義的色彩を濃くもつといえる。他方その後の職域毎に分立した社会保険の発展は、男子稼得者世帯を基礎単位とする保守的なものであったし、企業福祉自体もアメリカのように個人能力に応じてというよりは、擬似家族主義的に提供されたものであった点を考えれば、わが国の福祉国家は、保守主義を基調とし、これに自由主義的な色彩を加味した混合型として発展したと考えられる。

労働はイデオロギー的に分裂し、社会民主主義的福祉国家を実現するだけの政治的影響力はなかったし、そもそもいずれの陣営にもそのような志向性が強くあったようには思われぬ。マルクス主義イデオロギーに支配される総評、とりわけ官公労には社民を日和見主義として忌み嫌う傾向があったし、民間では同盟系のみならず総評系の労組も実質的に企業内に包摂されていった結果、社会民主主義的労働運動はわが国には実質的に存在しなくなったといえる(新川, 1999参照)。むろん労組として社会保障政策への要望を政府に提出することは頻繁にみられるものの、制度の根幹にかかわる部分で労働が影響力をもつことはなかつ

た。

次に政策ネットワーク・レベルについてみれば、社会保障政策の作成は、厚生省および各種審議会、その他アドホックな委員会等のレベルで行われる。こうした機関は官僚のほか、国会議員や各界代表、公益委員などによって構成されるため、閉鎖性は高い。しかも、もしよくいわれるように、審議会等が省庁の政策を正当化するにすぎないものであるならば、審議会方式の政策決定とは実際には国家主導の政策カーテン類型に該当することになる。しかし社会保障政策アリーナでは審議会等を単なる操人形と考えることはできない。たとえば最も重要な審議会である社会保障制度審議会（制度審）をみれば、内閣総理大臣の諮問機関として1948年、国会議員、各省次官、学者、各界代表40名の委員で発足しているが、発足当初から独自の福祉国家理念に基づいた政策提言をするなど自立性が高く、時として厚生省の方針と対立することもある（中野、1992、pp. 40-41 参照）。

制度審ほどの自立性はないにしろ、その他の関係諮問機関においても、やはりかなり厳しい厚生省案のチェックが行われる。たとえば社会保険審議会や中央社会保険医療協議会などでは反対意見が続出し、案の取りまとめができないことも稀ではない。医療関係圧力団体（とりわけ日本医師会）の活動が目立つが、社会保障政策アリーナは一般的に支払い側と受益者側、サービス提供側、各々の利害が対立しやすい構造をもち、政策立案においては関係者の考えや利害を周到に調整する必要があり、そのために審議会等は重要な機会を提供しており、単なる形式ではない実質的機能を担っている。また社会保険制度が分立しているため監督官庁が厚生省に一元化されていないことも、同省のイニシアティブを弱める一因となっている。このようにみえてくると、厚生省と審議会（とりわけ制度審）との関係は一方的なものではなく相互依存的であるといえる。このことと先に述べたような参入障壁の高さを考えあわせれば、社会保障政策ネットワークは一般的に寡占の共同体として特徴づけることができる。

ではこのようなメゾ・レベルでのコーポラティ

ズムが社会保障政策発展のイニシアティブをとったのかといえば、必ずしもそうではない。制度審の1950年に出された第一次勧告をみれば、医療保険、年金制度を含む制度統合が提唱されていた。また保険料を目的税とすることも謳われている。しかし政府、厚生省はこのような抜本的改革を行うことに消極的であった。制度審はその後制度統合の方向を勧告するものの、1950年代共済組合の新設や60年代の厚生年金基金制度の導入などによって政府はむしろ制度の分立化を促進した。1960年代、制度審は制度統合の必要性を訴えながらも、当面「制度間の給付と負担の不均衡を是正するため、制度間のプール制を導入し、財政調整を図る必要がある」との考えを前面に押し出すようになる（吉原・和田、1999、pp. 188-209）。

厚生省は、財政調整では制度審に同調したが、目的税構想については反対であり、また制度分立を改革の前提として考えていた。しかし制度統合については反対であったというより、現実可能性が低いとみて争点化を避けたと考えるのが妥当であろう。厚生省は、分立体制で財政調整も行われず、サービスや給付の改善が重ねられることに危機感を募らせ、やがて福祉見直しの段階では制度統合に積極的に動くようになる。しかしいざにせよ、制度統合や財政調整といった制度審の案は、発展期には政府によって採用されなかったのである。

ここで武見太郎という強烈な個性に率いられ、社会保障政策ネットワーク内で最も強力な圧力団体と目される日本医師会についてみてみよう。自由診療を唱える日本医師会は医療分野へのいかなる公的権力の介入にも原則反対の立場であった。この立場は様々な、時には深刻な摩擦（たとえば保険医総辞退）を生み出したことは事実であるが、医療政策の基本方向に対してはほとんど影響を及ぼしていない。武見会長の人目を引くパフォーマンスがなしたのは、医療制度・政策の構造変革ではなく、出来高払い方式や医師優遇税制、診療報酬の引き上げなど、もっぱら医師の経済利益を守ることに限られていたといえよう。

発展期において最も注目されるイニシアティブ



は政治から生まれた。「保守政党のイデオロギーと戦略こそがわが国の福祉国家形成を促した」という田辺(1995, p. 91)の主張は、日本的企業主義の規定性を前提とした上であれば、首肯しうるものである。ただ発展期における自民党の対応は政治的動員を狙った場当たりのなもので、政策的合理性を無視ないし軽視したものであった。国民皆保険皆年金を提唱した自民党は、社会党に対抗し国民的支持を集めることに関心があったのであり、70年代前半の改革も政治的思惑に基づく総花的なものであった。

70年代前半には生産第一主義的政策が、生活環境の悪化や公的福祉の後進性を惹起していると批判され、自民党政府は社会保障重視へと舵を切った。老人医療無料化については、大蔵省のみならず厚生省内においても財政的負担が大きすぎると消極的であったのを、政治が押しきったのである。年金についても大蔵省の反対を当時の田中首相自らが抑えた(新川, 1993, pp. 108-110)。自民党に制度的整合性や政策的合理性への配慮がなかったために、制度発展は経路依存的なものとなり、結果として制度の分立状態は解消されず、むしろ悪化したと考えられる。

1950, 60年代の分立状態の悪化は、戦前に職域別の社会保険制度が既に導入されていたこと、企業福祉が先行的に発展していたことによって促された。50年代、使用者側は退職一時金に加えて厚生年金給付水準を引き上げることは過重負担になると反対し、厚生年金給付が低水準に留まったことが翻って共済組合の新設を招くことになった。結局60年代に入って、厚生年金の報酬比例部分について一定条件下で企業年金による代行を認めることによって(今一つの分立制度の承認)、厚生年金給付の実質的引き上げが可能になったのである<sup>9)</sup>。結論的に言えば、発展期が実現した社会保障構造は、いかなるアクターによっても意図されたものではなく、歴史的殊条件下での経路依存性によって生まれたものである。

#### IV 福祉見直しの時代

第二期、「福祉見直しの時代」について、まずマクロ・レベルでみると、日本型福祉社会論によって西欧福祉国家(社会民主主義類型が想定されている)が先進国病を惹起するものとして否定された。さらに第一期においては公的福祉の遅れを反映するものと考えられていた企業福祉(そして家族福祉)が、公的福祉の膨張、福祉国家化を避ける有効な手段として積極的に捉え返された。この時期、主要企業では生涯総合福祉プランといったものを作成し、企業福祉を雇用管理の合理化のなかで体系的に整理する動きがみられた(新川, 1993, pp. 243-249)。このような企業主義の高度化の文脈において、社会保障政策の見直しが図られることになったのである。

福祉見直しの中で、老人医療無料化制度の廃止、各制度間での財政調整など、政策共同体レベルでは以前から合意を得ていたアイディアが実現されていった。その過程で顕著なのは、厚生省のイニシアティブである。山口新一郎、吉村仁という年金、健康保険の分野でそれぞれ第一人者と目される人物が年金局長、保険局長というポストに就き、基礎年金の実現や健康保健制度の見直しを行った。彼らの果たした役割については既に良く紹介されており(加藤, 1991; 中野, 1992; 大嶽, 1994等参照)、ここでの詳論は避けるが、以下重要と思われる点に限って確認しておく。

第一に、彼らが早くから問題を認識し、省内で勉強会を持つなどして内部を固めていただけでなく、寡占的政策共同体を超えた世論レベルでの支持を喚起する戦略をとった点が注目される。山口、吉村ともにしばしば雑誌に寄稿、シンポジウム等へ積極的に参加し、改革の必要を訴えた。また山口が敢行した有識者1000人へのアンケート調査は、社労族リーダーや厚生省内からも結果を危惧する声が上がったが、結果は厚生省案への多数の支持を確認することができた<sup>10)</sup>。また吉村の「医療費亡国論」は、乱診乱療、医療費不正請求等悪徳医師の問題へのマスコミの注意を促した

(早川, 1992 b, pp. 42-44)。

こうした世論形成(紛争アリーナ拡大)戦略は、政策共同体内での反対を抑える上で効果があった。年金の場合制度審が1970年代後半から税方式による基本年金を提唱しており、社会保険方式を変えようとしないう厚生省に不満を示していた。しかし世論の厚生省案支持が制度審の譲歩を促したといわれる(加藤, 1991, p. 174)。医療の場合、世論形成に加え、吉村保険局長は与党実力者、とりわけ田中派に接触し、健康保険改正への説得を積極的に行った(加藤, 1991, p. 180; 青木, 1993, p. 241)。

厚生省の攻勢に対抗する最右翼、日医をみれば、絶大な権力を振った武見太郎が1982年引退し、その政治的影響力に翳りがみえ始めていたため、診療報酬という日医にとって最重要の政策課題で譲歩を余儀なくされたといわれる。80年代の診療報酬の抑制と一部定額制導入には、確かに武見引退後の武見派と反武見派の反目による組織的影響力の衰えが窺われるが、1981年の診療報酬方式の修正時はまだ武見時代であり、武見自身がこれに同意を与えていたことに注意する必要がある。日医としても、財政再建のなか、国家財政抑制を前提に開業医の利益を保護する戦略へと転換する必要があったと考えられる(キャンベル・増山, 1993, p. 366)。

ところで健康保険改正で日医との妥協点を探すために積極的に動いたのは田中派幹部(二階堂進副総裁, 竹下登蔵相, 渡部恒三厚相など)であったが、木曜クラブ(田中派)事務総長の小沢辰男, 党医療基本問題調査会会長橋本龍太郎, 社会部会長今井勇, 衆院社労委員長有馬元治等は田中派というだけでなく、社労族の重鎮でもあった。とくに小沢, 橋本は斎藤邦吉, 田中正巳と並ぶ最高実力者であった。橋本, 小沢を中心にした社労族は、年金医療改正において自党内世論をまとめる上で決定的な役割を果たした<sup>7)</sup>。福祉見直しは人気がなく、有権者の反発をかう恐れすらあったにもかかわらず、彼らが積極的に改正のために動いたのは、社労族としての長年の活動・経験が彼らの専門性を高め、厚生省とパースペクティブを共有

するに到ったためであると考えられる(大嶽, 1994, p. 158)。

厚生省と族議員一体となった取り組みが福祉見直しを実現していったといえるが、それを可能にした条件として、政治的環境の変化が挙げられる。1970年代中葉, 既に保守系知識人や財界人が日本型福祉社会を論じ、財政赤字の増加にともない大蔵省が社会保障制度の見直しを求め、厚生省内でも制度の抜本的見直しの動きが始まっていた。しかし与野党伯仲の70年代後半, 福祉見直しは自民党トップの判断によって政策アジェンダに上ることはなかった。

80年衆参同時選挙で大勝した自民党執行部は、福祉見直しにゴー・サインを出す。その背景には、1979年度の当初予算で公債依存度が40%にも達した財政事情がある。財政再建は「待たなし」の政治課題となったのである。財政再建のため1981年2月, 第二次臨時行政調査会(第二臨調)が発足するが、第二臨調はその第一次答申において財政再建の中核として社会保障改革(無料老人医療の廃止, 年金制度改革)を提言し、行政改革=財政再建=福祉見直しという路線を敷くことに成功した。臨調路線は、会長に就任した土光敏夫経団連元会長の威光と人気もあって、国民的支持を獲得した。厚生省のイニシアティブは、こうした財政再建の流れに乗り、それを制度の合理化に利用したことから生まれた(新川, 1993, pp. 131-141, 158-180)。

最後に、社会保障制度の構造そのものが改革促進要因となったことを指摘したい。分立型制度は財政基盤が小さく、各々の被保険者の年齢構成等の違いが財政事情の大きな違いを生む。80年代前半わが国の高齢化率は1桁代後半にすぎなかったにもかかわらず、既に国民年金, 国鉄共済年金, 国民健康保険等では財政悪化が深刻化していた。このように分立した制度構造そのものが、制度統合を促す要因になったといえる。

## V 高齢化対策としての社会保障改革

企業主義の高度化によって80年代後半日本経

済は絶頂期を迎えたが、90年代に入るとバブルがはじけ、長い低迷期にはいる。経営体力の衰えとグローバル化に直面し、わが国の企業主義は屋台骨が揺らぎ出す。終身雇用、年功制賃金、企業福祉の見直しが開始される。契約制や派遣制、年俸制の採用、これに対応した政府の労働市場規制緩和が進む。同じく労働市場の流動化を狙って、随伴性(portability)の高い確定拠出型年金の導入が検討されている。いうまでもなく、その背景には従来の確定給付型年金が久しい超低金利政策によって財政難に陥り、解散が相次いでいるという状況がある(新川, 1999, p. 223)<sup>8)</sup>。要するに日本型福祉社会論が前提とする企業主義が大きく揺らいでいるのである。今一つの日本型福祉社会論の柱、家族福祉もまた限界に達している。家族は福祉の含み資産などといわれたが、公的支援体制の不十分な中で家族福祉は介護地獄といわれる状態を生むことになった。

従来の福祉体制が危機に瀕する中、高齢化に対応した社会保障改革が求められることになった。結論的にいえば、この時代の改革は80年代に進められた福祉見直しを前提に、それをさらに発展させる方向と、80年代改革の破綻を繕い、将来的な社会保障像を描くという二つの方向性をもっていた。特徴的であるのは、厚生省が、グローバル化に対応した自由主義的改革の流れに順応しながらも、その流れを高齢化に対応した政策の合理化につなげようとしていることである。ここに80年代から一貫した同省の姿勢をみることができる。

高齢化対策の時代に入ってから、見直しの時代同様政策共同体の中で醸成されたアイデアが実現していった。たとえば年金の支給年齢引き上げであるが、これも年金財政抑制策の一つとして早くから考えられていたものであり、1980年と89年厚生省は2度導入を試み、失敗している。それが1994年、2000年の改革でついに実現したのである。また介護保険についても、すでに80年代半ばから厚生省内で勉強会が開かれ、措置制度にかわる新たな高齢者福祉制度の必要が認められていた(衛藤, 1998, pp. 75-76)。

これらのアイデアが実現される上で鍵を握ったのも、見直し期同様政治であるが、この時期政治の意味が変質した。従来の自民党執行部や族議員の指導力以上に政党間交渉が重要になったのである。いうまでもなく、これは、93年自民党単独政権が崩れ、連立時代へと突入した結果である。非自民連立政権下で、厚生省は自民党族議員という強力な援軍を失った。しかし皮肉にも、非自民連立政権の誕生が厚生年金65歳案実現、介護保険導入への道を拓いた。

年金65歳案については、野党第一党である社会党や労組が一貫して強硬に反対してきたことが最大の障害となっていた。しかるに社会党は非自民連立政権に加わるや、一転賛成に回り、与党年金改正プロジェクト・チームはわずか2ヵ月足らずで審議を終えている。社会党を支援する労組も非自民政権を支援する立場から、こうした社会党の政策転換を認めた。野党に回った自民党として、与党として同案を推進してきた経緯があり、反対する積極的理由はない。結局65歳案は、それまでの難航が嘘のようにスムーズに国会を通過する。

介護保険についても、細川政権の大内啓伍厚相の要望によって生まれた高齢社会福祉ビジョン懇談会が悪評高い国民福祉税構想との絡みで俄かに注目を浴び、厚生省はこの懇談会を利用して介護保険を政策アジェンダにのせることに成功した。介護保険の政策作成が本格化するのには1995年2月以降と自民党が政権に復帰した後であるが、当時自民党は連立パートナーである社会党、さきかけとの協調を最優先させ、やはりここにおいても連立政治が決定的役割を演じた<sup>9)</sup>。

介護保険法案づくりは老人保健福祉審議会(老健審)において95年2月から開始されるが、与党福祉プロジェクト・チームが老健審と並行的に実質的な審議に入った。しかも老健審内で反対派(とりわけ経営者団体、健保連、市町村)が強硬な態度を崩さず、議論が紛糾したため、与党3党のプロジェクト・チームが調停に乗り出すなど、連立政治主導が浮き彫りになる。市町村は最後までプロジェクト・チームの説得に応じなかったため、問題は与党政策調整会議に上げられ、さらに

妥協と修正が施されることになる(衛藤, 1998, pp. 80-86)。「このような形で与党によって積極的に法案提出に向けた作業が行われたのは、過去例を見ないものといえる」と評される所以である(吉原・和田, 1999, p. 474)。

医療保障については、80年代から保険財政健全化のため老人や健康保険被保険者本人の自己負担、財政調整が導入され、診療報酬方式の一定の見直し(検査や老人医療への定額方式の導入)や薬価差是正策がとられたことは既に述べたが、こうした政策の効果は医療費の伸び率が1983年以降それまでの10%以上から5-6%へと低下し、91年国民所得に対する国民医療は6%に止まったことに窺える。しかしバブル経済の崩壊によって同値は95年には一気に7%を超えた。また1981年から92年まで黒字であった医療保険財政も93年から再び赤字に転落した(吉原・和田, 1999, p. 375, 401)。

1996年度の単年度収支が政管健保では5000億円近く、健保組合1222億円(赤字組合は全体の62.5%)、市町村国保1069億円の赤字となった。こうした背景下に医療保険審議会が11月建議書を作成し、今後の改革の方向と当面の改革論点を整理し、老健審もまた12月97年度健保改正のための意見書をまとめる。これらを受けた与党医療保険制度改革協議会(与党協)では、応急措置として97年改正において被用者本人の負担率を2割に引き上げ、薬剤数に基づいた特別の薬剤定額負担制度を設けるなどの決定が下され、さらに老人保険制度、出来高払い、薬価基準の見直しを含む10項目の検討事項について合意が形成された。

与党協は97年4月「医療制度改革の基本方針」を取りまとめ、これを受けた厚生省が同年8月「21世紀の医療保険制度」を作成すると、与党協はこれを土台に直ちに「21世紀の国民医療——良質な医療と皆保険制度確保への指針」をまとめる。注目されるのは、高齢者医療保険制度創設を謳ったほか、日医と厚生省、支払い側との間で長い間確執のあった診療報酬方式について、「出来高払いと定額払いの最善の組み合わせ」という表現で後者を一層拡大していく方向を示し、薬価基

準制度についてはこれを廃止し、実勢価格を原則とした日本型参照価格制度を導入するとした点である(吉原・和田, 1999, p. 503)。

このように医療保障改革においても、連立政治の後押しを受け、改革は厚生省の思い描く方向に進むかみえた。しかしその後政治状況が一変する。自社さ連立は当初の村山社会党首班内閣から96年1月には橋本自民党首班政権へと替わり、10月総選挙で社民党(旧社会党)が大敗した結果自民党単独政権が誕生する。こうした過程は、連立当初は低姿勢で大幅に連立パートナーに譲歩した自民党が徐々に自信を回復し、政権での主導権を再確立していく過程でもあった。医療保障改革が本格化したのは既に自民党単独内閣が実現した後であったが、社民党およびさきがけは閣外協力によってなお一定程度の政策決定への影響力を維持していた。しかし社民党内では参議院選挙を前に自民党との連立解消の声が高まり、98年5月連立はついに完全解消される。

こうした社民党の動きと前後して、自民党は日医に接触し、診療所・病院経営悪化の原因として日医に批判されていた薬剤の特別定額負担制度の見直しを約束する。結局98年7月参議院選挙で自民党は敗北し、橋本内閣は崩壊するが、これがその後の医療保障改革の行方を大きく規定することになる。橋本が厚生族の首領であり、改革への理解と同情をもっていたことを考えれば、その首相辞任は厚生省にとって最大の後ろ楯を失ったことを意味する。また参議院の敗北によって自民党の危機意識が強まり、政策を犠牲にしても選挙を優先するという姿勢が露骨になる。

厚生省・医療保険福祉審議会は、こうした政治の変化にもかかわらず、なお「21世紀の国民医療」を根拠に2000年抜本改革を目指し、1999年1月、現行の薬価基準の廃止、実勢価格を反映した「薬剤定価・給付基準額制」の導入や定額制を基本とする案をまとめるが、日医や製薬業界の圧力を受けた自民党は4月「薬剤定価・給付基準額制」案は採用しないことを明言する。これに反発した健保連は老人保健拠出金の一時凍結によって巻き返しを狙うが、7月自民党医療問題基本問題

調査会・社会部会は2000年度の医療改革において、70歳以上の高齢者の自己負担を定率制に改めること、薬剤の別途負担を廃止することを骨子とする基本方針をまとめる。結局2000年改革では、高齢者医療保健制度、定額支払い方式、新たな薬剤費算定方式の導入は全て棚上げされ、他方では薬剤の別途負担の廃止と診療報酬の実質0.2%引き上げが行われる。これは、いうまでもなく日医の意向に沿った改革に他ならない。

要約すれば、高齢化対策の時代は94年の一連の改革によって幕を開けたが、それは連立政治がもたらした副次効果であった。厚生省は自民党族議員という後ろ楯を失ったものの、連立を組む諸政党がすばやく現実的な政策対応を学び、与党プロジェクト・チームは政策共同体内で厚生省の心強い援軍となった。その結果社会保障改革に関しては与野党間に共通の認識が生まれ（共産党は除く）、党派を超えた一種の政策連合が形成されたといえる。だからこそ自民党単独支配下でできなかった改革（年金支給年齢の引き上げ）も実現されたし、全く新たな介護保険制度への取り組みも可能になったと考えられる。

しかし自社さ連立崩壊後の自民党政権（単独および自自公連立、自公保連立政権を含む）においては、改革の流れが停滞している。年金改革、介護保険が連立の時代の波にうまく乗ったのに対して、医療保障改革の場合波が途中でひいてしまった、あるいは逆流を始めてしまったかにみえる。日医への自民党の譲歩は、あきらかに選挙目当てのものであった。薬剤別途負担見直しは、98年参議院選挙での日医の支援を求めてのものであったし、99年4月薬価基準問題について白紙撤回を行ったのも、統一地方選挙を控え日医の締め付けが厳しくなった結果といわれる（日本経済新聞、1999/6/10）。骨抜きにされた2000年医療改革すら11月まで見送られ、同様に介護保険制度の本人自己負担分の徴収が2000年10月まで半年間凍結されたが、これらの措置も総選挙を控えてのものであった。

こうした自民党の行動に小選挙区制の導入が影をおとしていることは間違いない。この選挙制度

では一つの選挙区が小さく、しかも当選に必要な得票率が高くなるため、各政党は世論に一層敏感にならざるを得ない。同様に組織的圧力に対して政党はより脆弱になる。組織票は当選のための十分条件ではなくとも必要条件かもしれず、またそれが拒否権として行使された場合には落選の十分条件になりうる。さらに98年参議院選での敗北は、自民党に政権脱落の悪夢を思い起こさせ、深刻な危機感を呼び起こしたであろうことも想像に難くない。小淵政権での公明党との連立の決断は、手段を選ばぬ政権への執念を表している。

このように自民党単独政権崩壊後、連立政治はしばらくの間政策推進の原動力になったのであるが、自社さ連立が崩れて以降自民党の権力維持戦略として自己目的化され、21世紀日本を再生させるために必要な改革を阻害する要因に化してしまっている。

## VI 日本型福祉体制の変容と課題

医療改革が先送りされている間に、健康保険組合の財政事情は深刻化している。2000年度は1761の組合の内8割が赤字に陥り、健保連がまとめたアンケートでは、340組合、全体の2割が組合の解散を視野に入れていると回答している（朝日、2000/11/28）。財政調整方式は明らかに限界に達している。介護保険も立ちあがったとはいえ、要介護認定から財政方式まで問題は山積みしている。また依然として老人保健施設や介護医療施設、ホームヘルパー等の不足は解消されておらず、民間ビジネスや非営利団体の参入も期待はずれに終わっている。

年金にしても、基礎年金導入以後、民営化に伴う旧3公社共済年金の厚生年金への統合があり、2002年には農林年金の統合が予定されているものの、その他の共済年金については具体的統合のスケジュールが決まっていない（1984年の閣議決定によれば1994年までに制度統合は実現する予定であった）。そもそも現行の2階建て制度を維持するのか、どのような財政方式が望まれるのか等について、様々な議論が噴出しており、制度へ

の信頼が根幹から揺らいでいることが窺われる。賦課方式では、高齢化が若い世代に不利に働くことは避けられないが、わが国の場合少子化もあって高齢化が急速に進んでいることと、本来積立てを基本とする制度設計を謳ってきたため賦課方式採用に必要な世代間の社会契約がそもそも結ばれていないという事情が相俟って、負担と給付の不均衡は世代間戦争を引き起こしかねない深刻な問題となっている。

ではこのような問題への合意はどのようにして形成されるのか、これまでの分析に即して考えてみたい。まず求められるのは、政策ネットワークをより多様な社会的利害が反映する開かれた国民的合意形成の場とすることである。こうした方向は、80年代以降の政策ネットワークの変化が指し示すところである。福祉見直しのため厚生省がマスコミを積極的に利用したことは既に述べたが、これは政策共同体の内外の情報格差を小さくし、共同体の閉鎖性を減ずる効果があったと思われる。またこの時期族議員が政策エキスパート化したことによって、政治がより深く政策共同体の中に浸透するようになったが、これも狭隘な利益政治をアイデアの政治によって是正する働きをもったという意味で注目される。アイデアの政治は、閉ざされた利益政治を超え、広く国民の間に浸透していく質をもつ。

自民族議員と厚生省との連携は、連立時代に入り中断するものの、政策共同体の寡占状態が弱まっていく傾向に変化はなかった。連立政治では与党間の政策合意が必要なため、各政党の政策通の間で共通理解が生まれ、超党派的政策連合が形成された。このような政策連合が政策共同体の垣根を低くしていった。またとりわけ介護保険の政策過程で注目されるのは、政策共同体内でのアクターの多元化である。保険者として想定された市町村の法案を潰しかねないほどの強硬な反対、新規参入者の自治労の厚生省案を推す活発な動き、学識経験者の女性委員からの家族介護への現金給付に対する強硬な反対などは、従来の寡占共同体ではみられなかった動きである。顧客共同体型ネットワーク生成の可能性を窺わせる。

また1999年4月から全省庁に「規制の設定または改廃に係る意見提出手続」(パブリック・コメント制度)が適用されたが、こうした手続きが、ITを通じた公開討論の場の発展とうまく連動すれば、イシュー・ネットワーク型政策類型が生まれる可能性もある。こうした政策類型は、参入障壁の高い政策共同体に比べ、アクター間の関係が不安定であり、行動予測可能性に欠ける嫌いがあり、行政管理の観点からは望ましくないであろうが、政策共同体内における狭隘な既得利益を抑えるためには有効である。

さらに政策ネットワーク統合の動きがある。1992年被用者保険と国保を同時に審議する場として、社会保険審議会が医療保険審議会へと改組された。1995年制度審が「社会保障体制の再構築」を内閣総理大臣に勧告、その流れの中で96年社会保障関係の8審議会の会長によって構成される社会保障関係会長会議が厚生省内に設置される。さらに医療審議会、医療保健審議会、老人保健福祉審議会の委員によって構成される国民医療総合政策会議の設置を経て、1997年には医療保険審議会が老人保健福祉審議会と統合され、医療保険福祉審議会が生まれている。

こうした動きは抜本的社会保障改革への態勢固めであったが、ネットワークの統合はより多様な社会的利害を調整し、各政策間の統一性を実現するために必要不可欠なものといえる。政策ネットワークの統合といえば、その最たるものが2001年1月の厚生省と労働省の統合であろう。94年年金改正でみられた年金と高齢者雇用政策の連動は、今後の高齢化対策の中で一層発展させる必要があり、その意味では厚生労働省の誕生は時機を得たものといえる。

抜本的な社会保障改革のためには国民的合意が不可欠であり、そのためには政策ネットワークが外部に向かって開かれ、統合される方向性は積極的な評価されよう。しかしながら従来の政策決定のパターンを継続発展させていくだけでは、今日の閉塞的状況は打開できないであろう。80年代以降の改革は、厚生省としては最善を尽くしたものといえる。政治が行ってきた場当たりの総花的

な政策展開の後始末を、政策共同体内でアイデアを醸成させながら、時々の政治状況をうまく利用して行ってきた。

これまでの改革の特徴は、漸増主義 (incrementalism) に求められる。負担の引き上げと給付の引き下げ、財政調整と制度統合、全てが段階的に行われてきた。改革が国民の負担増や給付のカットを伴うものである以上、ショックを和らげる必要があり、そのためには漸増主義はふさわしい手法であったし、国民的反発を和らげることによって改革を政治的にも受け入れやすくする効用があった。しかし小規模な見直しが繰り返され、改革の方向性がみえなくなると、制度の信頼性が失われる。年金にしろ、医療にしろ、現在最大の問題は国民に改革の全体像がみえていないことである。改革の全体像を示し、国民の支払う負担と受け取る保障を、コストとベネフィットを明らかにする必要がある。しかしそれは官僚ではなく、まさに政治の役割である。政治の混迷、政治的リーダーシップの欠如こそが、現在最大の問題であるが、これはいうまでもなく社会保障改革というよりは政党政治の問題であり、本稿の守備範囲を著しく超えるものである。

## 注

- 1) ベヴァリッジ報告によるナショナル・ミニマム原則の確立で、イギリスは福祉国家の母国として知られるが、その後の発展では北欧に大きく遅れをとり、サッチャー革命によってむしろ自由主義型福祉国家に近づいたと考えられる。エスピング-アンダーセン以後の類型論はその後様々な批判を浴びているが、それらについては、宮本 (1997)、新川 (2000) 等参照。
- 2) 歴史的制度論については、多くの紹介論文があるが、簡潔にして要を得た紹介として、Hall (1997)、Rothstein (1996) を参照されたい。
- 3) 労資関係に言及する例外的業績として、早川 (1991 a & b)、新川 (1993)、樋渡 (1995 a & b) を参照されたい。ただし各々のアプローチは、異なる。
- 4) ここでいう福祉は、福祉国家にいう福祉同様広義に用いられている。
- 5) これらの点について、より詳しくは新川 (1997) を参照されたい。
- 6) 実際には質問の設定は、厚生省にとって面倒な結果がでないように周到に準備されていたと

いう (キャンベル, 1994, p. 475)。

- 7) 1984年当時の制度審の国会議員10名中6名が自民党議員であり、内5名が衆参の社労委員であった。自民党内で年金問題を取り扱ったのは公的年金等調査会であるが、同調査会は、84年当時会長は田中正巳、副会長は今井勇、小沢辰男、橋本龍太郎、斎藤十朗と社労族が独占していた。日医が自民党内で反対を組織しようとした健康保険法改正の場合は、自民党内での族議員の活躍がより重要なものとなった。社労族4ボスによる合意形成は斎藤邦吉の日医よりの態度により失敗に終わるものの、日医系議員の組織する「21世紀の国民医療を考える会」に推進派も入会し、組織を骨抜きにする行動に出たが、この案は社労委理事丹羽雄哉の提案であったといわれ (青木, 1991, p. 233)、まず橋本龍太郎医療問題基本問題懇談会会長、稲垣実男社会部会長が入会した。
- 8) 適格年金は、1993年をピークに減少をはじめ、厚生年金基金も94年初めて解散する基金がでてからその数が増えだし、96年から基金の総数は減少に転じている。
- 9) プロジェクト・チームの実際の運営では、いうまでもなく自民党族議員の働きの大きい。とりわけ丹羽雄哉は90年代の社会保障改革のなかで厚相その他自民党内の役職で最も重要な役割を果たした族議員といえる。

## 参考文献

- 青木泰子 (1993) 「健保改正の政治過程」内田健三・金指正雄・福岡政行編『税制改革をめぐる政治力学』, 中央公論社。
- 衛藤幹子 (1995) 「福祉国家の『縮小・再編』と厚生行政」『レヴァイアサン』No. 17。
- (1997) 「政策の連続と変容」『年報政治学 1997 危機の日本外交——70年代』, 岩波書店。
- (1998) 「連立政権における日本型福祉の展開」『レヴァイアサン』臨時増刊月号。
- 大嶽秀夫 (1994) 『自由主義的改革の時代』, 中央公論社。
- 加藤淳子 (1991) 「政策決定過程研究の理論と実証——公的年金制度改革と医療保険制度改革のケースをめぐって」『レヴァイアサン』No. 8, pp. 165-184。
- (1995) 「政策知識と政官関係」『年報政治学 1995 現代日本政官関係の形成過程』, 岩波書店。
- キャンベル, ジョン (1994) 『日本政府と高齢化社会』, 中央法規出版。
- キャンベル, ジョン・増山幹高 (1993) 「日本における診療報酬政策の展開」『季刊社会保障研究』Vol. 29, No. 4。
- 新川敏光 (1992) 「政策ネットワーク論の射程」『季

- 刊行政管理研究』No. 59。
- (1993)『日本型福祉の政治経済学』, 三一書房。
- (1997)「日本：日本型福祉の終焉？」岡沢憲美・宮本太郎編『比較福祉国家論』, 法律文化社。
- (1999)『戦後日本政治と社会民主主義』, 法律文化社。
- (2000)「日本型福祉体制の構造と変容」『現代思想』Vol. 28, No. 4。
- 田辺国昭 (1995)「戦後日本の社会保障——保守一党優位体制の下での福祉国家の形成」『レヴアイアサン』No. 16。
- 中野 実 (1992)『現代日本の政策過程』, 東京大学出版会。
- 早川純貴 (1991 a)「福祉国家をめぐる政治過程——84年健康保険法改正の事例研究 (1)」『駒澤大学法学部論集』第43号。
- (1991 b)「福祉国家をめぐる政治過程——84年健康保険法改正の事例研究 (2)」『駒澤大学法学部政治学論集』第33号。
- 樋渡展洋 (1995 a)「55年体制の『終焉』と戦後国家」『レヴアイアサン』No. 16。
- (1995 b)「『55年』政党制変容の政官関係」『年報政治学 1995 現代日本政官関係の形成過程』, 岩波書店。
- 藤田由紀子 (1994)「昭和50年代以降の医療政策における行政の管理手法」『季刊社会保障研究』Vol. 30, No. 3。
- 宮本太郎 (1997)「比較福祉国家の理論と現実」岡沢・宮本編『比較福祉国家論』, 法律文化社。
- (1999)『福祉国家という戦略』, 法律文化社。
- 吉原健二・和田勝 (1999)『日本医療保険制度史』, 東洋経済新報社。
- Anderson, Stephen J. (1993) *Welfare Policy and Politics in Japan*, Paragon House.
- Campbell, John C. (1993) *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*, Princeton University Press.
- Castles, Frank ed. (1982) *The Impact of Parties*, Sage.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press.
- Hall, Peter (1986) *Governing the Economy*, Oxford University Press.
- (1997) “The Role of Interests, Institutions, and Ideas in the Comparative Political Economy of the Industrialized Nations,” in Lichbach and Zuckerman, eds., *Comparative Politics: Rationality, Culture and Structure*, Cambridge University Press.
- Hecl, Hugh (1974) *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, Yale University Press.
- Korpi, Walter (1978) *The Working Class in Welfare Capitalism*, Routledge and Kegan Paul.
- Pierson, Paul (1994) *Dismantling the Welfare State?*, Cambridge University Press.
- Rothstein, Bo (1996) “Political Institutions: An Overview,” in R. E. Goodin and H. D. Klingemann, eds., *A New Handbook of Political Science*, Oxford University Press.
- Skocpol, Theda, et al. (1985) *Bringing the State Back In*, Cambridge University Press.
- Wilensky, H. L. (1975) *The Welfare State and Equality*, University of California Press.
- Wilensky, et al. (1985) *Comparative Social Policy*, Institute of International Studies, University of California Press.
- (しんかわ・としまつ 北海道大学大学院教授)



## 世紀末の年金改正を検証する ——その政策形成の特徴と課題——

宮 武 剛

### はじめに

公的な年金制度は、少なくとも5年ごとの財政再計算を義務付けられている。財政の現状を精査し、将来の負担と給付を見通す作業は大なり小なり法律の改正を伴う。その度に国民すべてに影響が及ぶ重大な政策決定となる。

2000年の年金制度改正（以下は2000年改正と略）を取り巻く社会状況は、経済の長期低迷、少子・高齢化の劇的な進展、拠出建て年金（確定拠出型）への切替え提案や女性の年金権確立に代表される新たな時代の要請であった<sup>1)</sup>。いずれも年金制度にとって設計の改良で済むのか、根本的な改変まで踏み込むべきか、という論点に繋がった。

大半の国民が被保険者あるいは受給権者である「皆年金」体制の下で、その制度の担い手たちは、年金制度の改正にどれだけ参画意識を持ち、現実参画権を持てるのか、という問題意識で、この政策形成過程をたどりたい。それは、「年金をもらう」という表現に象徴されるように、「有権者」意識が極めて希薄な点に、年金制度をめぐる根源的な課題がある、と考えるからだ。その検証を踏まえ、筆者なりの提案をしたい。

### I 複雑多岐な論点と難航の軌跡

1 年金制度を挟撃する経済の低迷と少子・高齢化  
被用者年金制度の収入は、基本的に被保険者の収入×保険料率×被保険者数で決まる。2000年改正は、被保険者数の減少やその収入の低迷とい

う厳しい経済環境の渦中で進められた。

最大の被用者保険である厚生年金保険（以下は厚生年金と略）は、民間事業所の事業規模の縮小、人員削減、倒産などにより98年度末で被保険者数3295万6551人と前年度比51万1194人、1.5%の減少。適用事業所数は169万1358事業所で1万1574事業所、0.7%の減少。厚生省が「戦後初めて」と認める事態であった<sup>2)</sup>。

標準報酬月額の前平均も31万6186円、対前年度比0.2%と減少した。当然ながら基本的な収入（保険料徴収決定額）は約2兆9853億円、対前年度比マイナス約315億円と制度の創設以来始めて前年度を下回った<sup>3)</sup>。

これらは社会保険庁の98年度事業年報（2000年1月公表）で確定された統計数値だが、今回の改正途上でも速報値や各種統計によって予測可能であり、保険料率の引上げが極めて難しいことを意味した。

被用者保険から弾き出された人々は、国民年金保険（以下は国民年金と略）に転じるほかに、同事業年報によると、第1号被保険者数は2011万1668人、対前年度比86万4497人、4.5%増加した。大半は経済的な弱者と見られる転入者であり、不況下の自営業者の窮状と相まって生活保護等の法定免除、低所得を理由とする申請免除の増加に拍車をかけつつある。98年度末の法定免除は、90万490人で対前年度比3.1%増、申請免除は309万7847人、同14.2%と急増した（うち20歳以上の学生免除者86万7040人、7.5%増）。

もともと財政基盤の脆弱な国民年金は一層の弱体化にさらされ、国庫負担の引上げ（現行は給付

費の3分の1)とその財源措置,あるいは全額税方式への転換が論議の的になった。

一方,給付建て(確定給付型)で基本的に賦課方式の公的年金は,成熟度(老齢年金受給権者数/被保険者数)を主要な財政指標のひとつとする。年金制度の成熟につれて受給者権数は急増し,少子化によって被保険者数は急減する長期傾向にある。公的年金全体の成熟度は27.1%,厚生年金も同24.9%に達した(98年度末)。さらに受給権者の中で長期の保険料納付者つまり給付水準の高い層が増え,高齢(長命)化による受給期間の伸びも加わり,給付額を膨張させている。年金数理上では給付水準の抑制が不可避的な状況にあった。

国立社会保障・人口問題研究所の97年1月の将来推計人口によると,女性の晩婚化と未婚化の相乗作用で,合計(特殊)出生率は「2000年には1.38の史上最低に落ち込み,2050年で1.61程度の回復にとどまる」(中位推計,実際には99年で早くも1.34まで落ち込んだ)。92年4月推計は「1.80まで回復」と見ており,それに頼って前回の94年改正は将来の負担と給付を計算した。この前提条件が通用しなくなり,2000年改正では,大幅修正の人口推計をもとに再計算する事態に追い込まれた。

後代負担の急増を意味する将来が,「世代間における負担の公平性」の論議を引き起こし,さらには給付建てから拠出建て・積立方式への転換という制度を根底から問う主張に繋がっていく。

## 2 3年がかりの難産の末

これら公的年金の緊急対策と根本問題を包含した2000年改正法案は,厚生省幹部が「夢にも思いませんでした」と慨嘆するほどに難航を重ね,2000(平成12)年3月28日,ようやく成立した<sup>4)</sup>(矢野,1999,p.19)。

まず,成立過程を簡潔に振り返る。

97年5月27日から年金審議会で検討を始め,計31回の審議を経て98年10月9日,意見書が提出された。それをもとに厚生省は99年2月中旬,「年金制度改正案大綱案」をまとめて政府・

与党との折衝に入った。しかし,自由民主党と連立政権を組んだ自由党との協議は,難航・長期化し,99年7月27日,第145回通常国会の会期末にやっと改正案の提出に漕ぎ着けた<sup>5)</sup>。当然ながら継続審議となって,10月29日からの第146回臨時国会で審議に入り,野党の激しい抵抗の中,12月7日衆議院で可決されたものの,またも会期切れ。翌2000年1月20日開会の第147回通常国会で参議院を強行採決により通過し,再び衆議院で再可決の難産であった。

各種の共済年金法案も厚生年金とほぼ同じ内容に改正された。

## II 「5つの選択肢」から「厚生省3案」へ

### 1 情報公開と政策の選択肢

2000年改正の大きな特徴は,厚生省が政策の選択肢を提示したことだ。98年12月5日,年金審議会の「論点整理」と同時に発表された年金改革「5つの選択肢」である。

A案の「現行給付の維持と最終保険料率・月収の34.3%(年収の26.4%)」から,E案の「厚生年金の民営化(廃止)・基礎年金のみ存続」まで5案を例示した(表1)。また参考資料の「給付と負担の均衡を図るための主な手法と保険料への影響」(以下は手法編と略)で,給付水準の抑制,実質賃金スライドの廃止,支給開始年齢の引上げなど手法ごとの最終保険料率への影響を試算した。

首相の諮問機関「社会保障制度審議会」・年金数理部会が公的年金の一元化について3案を提示し,議論のたたき台とした例などもあるが,中央行政の新しい試みと言える。

その狙いを当時の厚生省担当者は「将来に向けて年金の負担と給付の均衡を図るために,『負担の在り方』から給付全体を再検証してみることが,今回の制度改正の大きな発想の転換であり,この選択肢の問い掛けの主眼もここにあった」と述べている<sup>6)</sup>(大谷,2000,p.89)。

確かに「負担の在り方」は,これまで先送りされ続けた。

高度成長期からオイルショックの1970年代前

表1 「5つの選択肢」から「厚生省3案」へ

5つの選択肢		厚生省3案	
A案	現行制度の給付設計を維持。最終保険料率は月収の34.3%（ボーナス込み年収の26.4%）	第1案	将来的に報酬比例部分の支給開始年齢を65歳に引き上げ、現行の給付水準を維持（報酬比例部分を5%程度適正化）
B案	保険料率を月収の30%以内。2025年度時点で支出総額を1割程度適正化	第2案	報酬比例部分の支給開始年齢60歳を維持するが、給付水準の適正化を強化する（報酬比例部分を15%程度適正化）
C案	保険料率を年収の20%程度。2025年度時点で支出総額を2割程度適正化	第3案	報酬比例部分の支給開始年齢60歳を維持するが、国民年金の最終保険料率を抑えるため基礎年金も含め適正化（基礎年金と報酬比例部分を各10%程度適正化）
D案	保険料率を現状程度に維持。2025年度時点で支出総額を4割程度適正化		
E案	厚生年金の廃止（民営化）案。公的年金は基礎年金のみ		

出典) 99年・年金白書を基に簡略化。

注) いずれも厚生年金で例示。

半まで1万円年金（65年）、2万円年金（69年）、5万円年金と物価スライド制、賃金スライドの導入（73年）……と制度は次々に拡充された。いわば「配分の在り方」が主なテーマであった。

制度の成熟化、高齢化の進展を迎えた80年代は、自営業者の激減で財政危機に陥りつつあった国民年金を全制度共通の1階部分（基礎年金）に切り換え、給付水準も抑制（85年）、財政破綻の旧国鉄共済、旧日本たばこ共済を支援する被用者年金制度間の負担調整（90年開始）と、個別制度を救済する「吸収・合併の在り方」を模索するようになった。

90年代に入り、前回の94年改正で制度全体に及ぶ「負担の在り方」が、本格的に論議され始めた。細川護熙・政権時代の連立与党・年金改正プロジェクトチームは最終的な保険料率を「月収の30%以内」として、保険料率の引上げスケジュール、厚生年金、共済年金の定額部分（基礎年金相当）の支給開始年齢を65歳へ段階的に引上げ、実質賃金（可処分所得）スライドによる給付水準の抑制などを改正案に盛り込んだ。

2000年改正では政府レベルの政策選定・目標設定以前に、行政府が政策の選択肢を打ち出し、正面から「負担の在り方」を問い掛けた。主要な日刊紙の反応を振り返る。

日本経済新聞の社説は、判断材料の提供と意見聴取の姿勢を評価しつつ、医療や介護など「他の

関連した枠組みも改革する前提で選択肢が示されれば、選ぶ側も、もっと前向きの姿勢で結論を導き出せるだろう」と注文した。朝日新聞・解説記事は「高齢者にとって最も気になる医療、介護負担は94年時点での平均的な支出を示しただけ。これで将来の負担と給付の水準を判断しろ、といわれても合理的な判断は難しい」と指摘した。

毎日新聞の社説は「一方的なメニューは困る」と題し、「引退世代と現役世代が不満であっても何とか我慢できる負担と給付の水準を探すほかない。その際、老後の基本的な生活費を支える支給額でなければ困る。介護や医療の保険料などの負担増も年金が頼り」と論じた。読売新聞の社説も、支給開始年齢を引上げるには「高齢者が働きやすい雇用システム、労働市場をつくっていくことが欠かせない」と述べた<sup>7)</sup>。

共通していたのは、厚生省の意中の案は「保険料を年収の20%（月収の26%）、給付総額の2割抑制」と予測していたこと。もうひとつは、年金の世界だけでは「負担の在り方」を判断しがたい、との指摘であった。もっとも社会保障の全般に互る選択肢を示すのは至難の業であり、実現しても複雑多岐な選択肢になる。しかし、少なくとも密接に関連する医療や介護の分野においても、同様の手法で給付と負担の関係を国民に問い掛け、それを年金の在り方に反映させる取り組みが必要になるだろう。

情報開示の面で、とりわけ「手法編」は、年金総額の縮減について多様な手法とそれぞれの縮減効果を明示し、従来にない判断材料を提供した。ただし、研究者から厳しい批判もあった。城戸喜子は「基礎データの公表を望む」と題し、こう指摘した。「選択肢になる計算の根拠や、資料については何の説明もないではないか。例えば、高齢化の最初の頂点における60～64歳層の人々や、25～34歳層の女性の労働力率、それらの人々の失業率、また雇用者比率はどれ位なのか。こうした仮定を変えると保険率はどう変わるのだろうか。すなわちどの位の人数でそれだけの保険料を払おうとしているのだろうか」<sup>8)</sup>。

専門的な原資料や積算根拠の公開は、一般の国民にとって理解不能で無用の長物かも知れないが、数十万人に一人であっても、解析できる専門家・研究者の要望に沿うレベルの情報公開でなければならない。それは、カルテ（診療記録）開示の要求に「理解できるわけがない」と反対する医師の論理を、患者が他の専門医や各種専門団体に相談して覆せるのと同様なのだ。

また、社会保障制度審議会・年金数理部会は、94年12月20日の第4次報告書「財政再計算と

情報の公開について」で、①共済年金を含む各年金財政の一元的調査の権限を有する機構の設置、②法律で財政再計算内容の公表を義務付け、③年次報告も含め年金数理担当者の所見記載、などの検討事項を挙げた。この指摘は、そのまま重要な課題として残った。

## 2 「世代間の不公平」を軸に意見集約を狙う

98年2月には、初の「21世紀の年金を『選択』する」（年金白書、以下は98年・年金白書と略）が刊行された。分かりやすく、各種の情報も共済年金に関するデータ以外は掲載されている。その中で、週刊誌やテレビなど広くマスメディアが「年金損得論」のデータで引用していくのは「給付と負担の世代間の公平」とその概念図だった<sup>9)</sup>。

厚生年金で70歳（94年時点）の本人負担は400万円（社会保険料控除後の実質負担300万円）、事業主負担400万円の計800万円、給付は6100万円。以下は20歳刻みで若い年齢層ほど負担が増えていくことを例示した。もちろん最終保険料率29.8%、夫と3歳年下の専業主婦世帯、夫の受給は81.4歳までなどの条件付きである（表2）。本文では「公的年金は、社会全体の助け合いの制

表2 厚生年金・世代間の給付額と負担の関係

（単位：万円）

年齢	98年・年金白書			99年・年金白書		
	本人保険料	事業主負担	給付額	本人保険料	事業主負担	給付額
70歳	400 (300)	400	6100	700 (600)	600	6800
50歳	1500 (1300)	1500	6200	2000 (1700)	1800	5700
30歳	2600 (2200)	2600	5800	3100 (2600)	3000	5000
10歳	3400 (2900)	3400	5800	3800 (3200)	3700	4900
-10歳	3600 (3100)	3600	5800	3900 (3400)	3800	4900

出典) 98年、99年・年金白書の概念図を基に簡略化。

注) 1. 98年・白書の年齢は94年時点、99年・白書は99年時点。

2. カッコ内は社会保険控除後の実質的な本人負担。

3. 98年・白書は94年財政再計算結果に基づき、最終保険料率29.8%、額は94年度価格、99年・白書は2000年改正案に基づき、同27.6%、99年度価格。いずれも国庫負担割合3分の1。

4. 98年・白書は夫と妻（専業主婦）で20歳から59歳まで（70歳はその8割の期間のみ加入）の平均標準報酬月額34万円、99年・白書は妻は夫より2歳年下と想定し、夫妻とも20歳から厚生年金に加入、夫は引き続き加入、妻は専業主婦（58～59歳は国民年金の第1号被保険者）。70歳はその85%の期間のみ加入、平均標準報酬額は男36.7万円、女22万円（99年度価格）。

度ですから、貯蓄や投資のような損得論は本来なじみにくい」と従来の主張を繰り返しながら、「将来世代の負担が余りにも重いものとなり、世代間の給付と負担の不均衡が大きなものとなれば、年金に関する若い世代の理解が得られなくなるおそれもあり、やはり問題があります」と結んだ。以前は負担額に比べて給付額の多さを厚生省監修のパンフレット類でPRしていたのに比べ、まさに様変わりである。

世代間の負担と給付のアンバランスを強調するのは、若い世代の年金への不信感を増幅する恐れがまわりつく。世代間の仕送りという賦課方式が不公平の主因であるのなら、被用者年金の積立方式への転換や、民営化（拠出建ての企業・個人年金）への道筋にも繋がる。厚生省にとって世代間の不公平論議は「諸刃の刃」と言える。また、この種の試算は、賃金上昇率や年金の積立金の予定利回りなどの条件を変えれば、負担も給付も相当に変化する。だが、翌年の「21世紀の年金を『構築』する」（99年・年金白書）でも、2000年改正案による変化を加え、世代間の不均衡がやや緩和された形概念図を掲載し、この不均衡の是正を、いわば突破口に給付の抑制に踏み込む姿勢を鮮明にした<sup>10)</sup>。

次いで、厚生省は、年金改革の在り方について同年3月、「有識者調査」を実施し、同時並行で総理府広報室も「世論調査」を行う。さらに厚生省は5月に初の「大学生アンケート調査」も実施した<sup>11)</sup>。

「5つの選択肢」に対する回答は、有識者調査では1位がC案〔厚生年金で保険料は月収の26%（年収の20%）、給付総額は2割抑制〕の40.5%、2位はB案〔同30%、同1割抑制〕の30.8%、3位はD案〔同20%、同4割抑制〕で7.2%、4位はA案〔同34.3%、給付は現行維持〕の6.5%。E案の民営化は別に賛否を聞いており「現行の2階建ての仕組みを維持」が70.9%と圧倒的に多く、「民営化に向けて徐々に変更」は17.1%、「1階建ての基礎年金のみとすべき」も8.5%にとどまった。

大学生アンケートでも1位はC案の37.6%、2

位はB案の24.2%、3位はD案の12.6%、4位にA案の5.2%と順位は変わらなかった（E案は調査せず）。総理府の世論調査には「5つの選択肢」への質問項目はないものの、「負担はできるだけ上げずに現状を維持し、給付をできるだけ抑制」が43.6%の多数派を占めた。

前回94年改正時の有識者調査（93年3月実施）と比較可能な質問・回答項目で見ると、厚生年金（当時の保険料率14.5%）の最終保険料率は「30%（本人負担15%）程度まで」が1位で36.0%、次いで「25%程度まで」の26.2%、「20%程度まで」の13.6%と続いた<sup>12)</sup>。「負担の限界」の首位であった「30%程度」は5年間で「26%」に取って代わられた格好である。

経済環境や人口構造の厳しさを反映した変化であろうが、前回の選択肢には「保険料率」つまり負担の程度のみで「給付抑制の程度」は入っていない。今回の回答者は負担と給付の関連性を強く意識しながら選ぶほかなかった。それを、より具体的かつ責任ある回答を得る手法と考えるのか、世論誘導的と見るのか、評価は分かれる。ちなみに国民年金の最終的な保険料額については今回も前回も負担額のみで回答を求め、今回は2万円程度（94年度価格）の40.8%が首位、前回も2万円程度（92年度価格）がトップで43.1%と支持率に大きな変化はなかった。

これらの手続きを踏んで98年10月28日、厚生省は年金制度改正案（同省原案）を公表した。「5つの選択肢」のC案を基に、3つの選択肢を提示して与党の判断に委ねた。第1案は、報酬比例部分の支給開始年齢を将来的に65歳へ引上げ、その財政縮減効果により給付水準を5%程度適正化、第2案は、支給開始年齢60歳を維持する代わりに給付水準は15%程度適正化、第3案は、やはり支給開始年齢60歳を維持する代わりに基礎年金（定額部分）を10%程度適正化、3案ともに①裁定後の基礎年金や厚生年金の実質賃金スライドは行わず、物価スライドのみ適用、②60歳台後半にも在職老齢年金制度を導入し、一定の所得を得る場合は給付を圧縮する、などの縮減策が加えられた。

与党の判断を待つまでもなく、「5つの選択肢」発表後の論議、マスメディアの反応、各種の調査結果等によりC案から第1案へ意見集約される道筋は見通せた(表1)。これに反発する日本労働組合総連合会(連合)推薦の3委員が改正案提示に先立つ年金審議会の意見書提出(10月9日)に際し、退席する事態もあった。

政策の基本的な選択肢を示し、手法編や年金白書で情報を提供し、若い世代も含め多様な意見を聴取しながら意見集約を図る。この手続きは評価されるが、立場を変えると、「予定されたシナリオ」に映る。財政窮迫が政策の選択肢を狭める状況は理解できるが、疑義も残る。厚生年金は、主に現役世代との所得代替率(2000年改正前で年収61.6%、改正後は59%)を基準に「給付建て」で設計・維持される。国民年金(基礎年金)の給付水準については政策的に定められるものの、老後の基礎的な生計費をまかなえる水準を保障される。その「国民との契約」から考え、厚生省原案の3つの選択肢は、本来的にひとつであるべき給付水準が1案と2,3案で異なる矛盾を抱えた。大多数の被用者にとって免れない「60歳定年」が現に存在する中で、年金の支給開始年齢を条件に給付水準の維持か、抑制か、を迫る手法は年齢層によって損得の論議を必然的に引き起こす。また、「給付の適正化」という表現は一般の被保険者には理解しにくい。確かに、年金を受ける際には「再評価」(過去の標準報酬を現在価値に評価し直す)され、物価上昇分も上乘せられて給付額が定まる。既裁定者も給付額自体は削減されず、給付額の伸びを抑え、長い期間をかけて5%分を削れるまで、いわば足踏み状態にしておく。しかし、国会で、当時の厚生省年金局長はこう説明した。「60歳の同年齢の夫婦で、いずれも40年加入して満額の基礎年金を受け取れ、夫は厚生年金に加入し、平均的な標準報酬を得ていた。この夫婦が83歳までに受け取る年金総額は現在は約5300万円だが、今回の改定で約4300万円に変わる」(要旨)<sup>13)</sup>。やはり給付水準の抑制・切り下げに変わらぬ実態を「適正化」という表現であいまいにした。

### III 民意の選択と政治の選択の落差

#### 1 広がり深まる年金不信と世代間対立の影

国民の最大の不安は、94年改正に続いて給付水準、支給開始年齢、在職老齢年金ともに変更される不安定さにある。「逃げ水年金」「ネコの目年金」「蟹気楼年金」などというマスメディアの表現が、その心情を代弁していた。一面的、情緒的との批判はつきまとうが、各種の概括的な世論調査は年金不信の広がりを示した。

朝日新聞の世論調査(99年6月下旬の実施・7月17日朝刊)は、「厚生年金(報酬比例部分)の給付を5%減らすこと」について、全体の62%が「納得できない」と答えた。40~60歳代では66%とやや多く、20歳代と65歳以上はともに57%とやや少ない。支持政党別で「納得できない」は公明党支持層で78%、次いで社会民主党71%、共産党69%、民主党65%、自民党59%、自由党52%。世代別に「納得できる」は全体の27%だが、20歳代前半の男48%と同女41%で多かった。

読売新聞の世論調査(同8月下旬の実施・9月11日朝刊)は、「年金制度を全体として信頼していますか、信頼していませんか」と尋ね、「信頼していない」(26.5%)、「どちらかといえば信頼していない」(29.3%)の計55.8%。若年層ほど信頼感が薄れる傾向が顕著に見られ、「信頼している」は70歳以上では68%だが、20歳代では23%に過ぎない。年金改革法案については「反対」(30.4%)、「どちらかといえば反対」(25.7%)が計56.1%、自民党支持層でも50%を占めた。

毎日新聞の世論調査(9月上旬の実施・10月3日朝刊)では、「年金制度の将来に不安を感じますか」との問いに「非常に感じている」(47%)、「多少は感じている」(38%)が計85%にも上り、年齢層では男女とも30~50歳代で実に9割を突破した。この“不安派”に対し「最も不安に感じているのは何ですか」と、例示の回答項目を選んでもらったところ、「国が年金制度を維持できなくなる」44%、「今より年金額が減る」31%、「支

給開始年齢が引き伸ばされる」14%、「保険料が今よりも高くなる」10%（無回答1%）。「制度の維持が困難」は年代別で20～40歳代で5割を超え、「支給額の減額」は60歳代前半で48%、65歳以上は受給者層で減額の恐れはないはずだが、やはり46%と高い。「支給年齢の引き延ばし」は50歳代で21%、40歳代で18%と高くなる<sup>14)</sup>。

すでに受給したり、定年退職を意識し始めた世代は「減額」を心配する。受給時期が近づく中年層は「支給開始年齢」が気になる。若い世代は将来の「制度維持」が可能かどうか危機感を抱く。この世代間の利害が錯綜する状況下で、「世代間の仕送りシステム」と説きつつ、もう一方で「世代間の不均衡」に踏み込んだ厚生省・政府・与党の“ショック療法”は、副作用とも言うべき「年金不信」への歯止め策に欠けた。

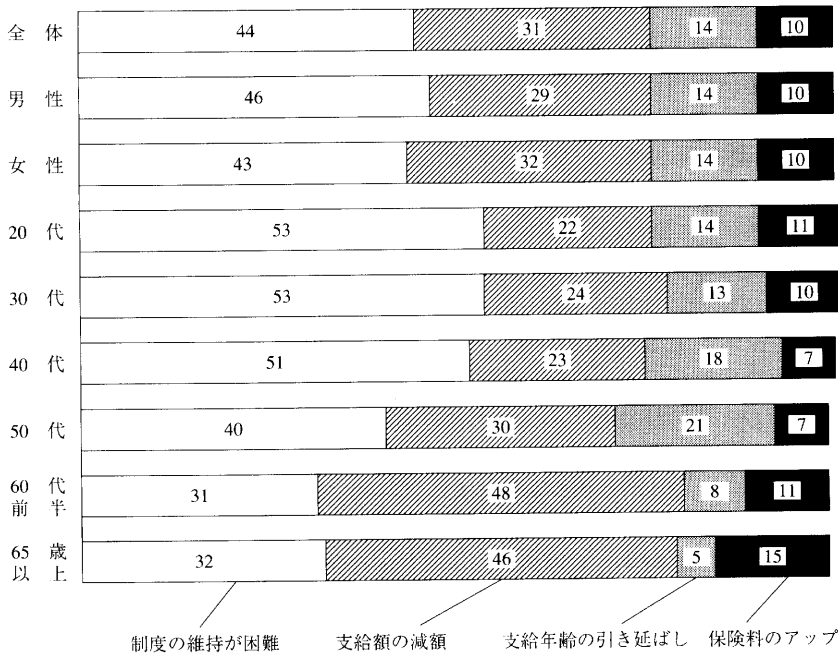
また、年金財政の維持に必要な選択であっても、国民の反発を招く恐れは常にある。単に負担増ゆえではなく、全体の国家予算の使い方、関連する

社会保障制度、税制の在り方など「年金の世界」ととどまらない判断材料が山積みしているからだ。

## 2 保険料の凍結と国庫負担の引上げ

前回の94年改正の主な内容は、①厚生年金、国民年金の保険料の段階的な引上げ、②厚生年金・定額部分（基礎年金相当）の支給開始年齢の65歳への段階的な引き延ばし、③名目賃金から実質賃金を基にするスライド制への切替え、という“3点セット”であった。負担増と給付期間の短縮に加え、実質賃金スライドへの切替えで間接的に給付水準の抑制を図った。その「拡大強化版」が2000年改正と言える。とりわけ直接的な給付水準の抑制に初めて踏み込んだ（表3）。

ところが、3点セット拡大強化版のひとつ、保険料の引上げが当初から崩れていく。98年10月14日、当時の小渕恵三首相の諮問機関「経済戦略会議」が緊急提案の中で「厚生年金・国民年金の保険料凍結」を打ち出す。最優先課題の景気浮



出典) 『99年「高齢社会」全国世論調査報告書』, 毎日新聞世論・選挙センター, p. 45 から引用。  
注) 数字は%, 無回答は除く。

図1 国の年金制度の将来に不安を感じる人が最も不安だと思う点

表3 2000年改正の主な内容

	内容	実施	
厚生年金	給付	新規受給者は報酬比例部分を5%減額。(経過措置があり実際は2004年度から)	2000年度
		賃金スライドを原則的に凍結	2000年度
		65～69歳で賃金収入のある場合は支給額を減額(60歳代後半の在職老齢年金制度)	2002年度
		報酬比例部分の支給開始年齢を60歳から段階的に65歳へ引き延ばし	2013年度
	負担	育児休業中の事業主負担も免除	2000年度
		65～69歳も在職中は保険料を払う	2002年度
		ボーナス込みの年収を基準に保険料を徴収する	2003年度
		国民年金も含め保険料率の据え置き(5年間か?)	?
国民年金	20歳以上の学生の納付特例(保険料の追納を卒業後10年間認める)	2000年度	
	自営業者らが一定の所得以下の場合は、保険料の半額免除(半額割引)を認める	2002年度	

出典) 厚生省年金局資料から作成。

揚を狙う際、保険料引上げはアクセルとブレーキを同時に踏むに等しい、との判断である。99年度予算編成にあたり政府・与党は、保険料凍結の方針を決めた。凍結の期限も明記されなかった。次年度には国民年金の保険料がスケジュール通り引上げられるのを避けるため「国民年金保険料引上げ凍結法案」が急遽提出され、99年3月成立した。

「負担の在り方」を正面に掲げ改正作業を始めた厚生省にとって、最大の誤算であった。確かに年金財政にとって整合性のある方針であっても、全体の経済運営に反することもある。しかし、不況期はもとより好況時においても、保険料引上げというブレーキを踏むと景気が後退する、との政治的な主張がしばしば強調されてきた。「5つの選択肢」の発表以来、「負担の在り方」を国民に問う作業途上で、政府・与党がいち早く3点セットのひとつをはずす皮肉な経過をたどるのだ。

逆に、厚生省にとって予想以上の成果をもたらしたのが、国庫負担の引上げである。

自由民主党との協議は、同党の年金制度調査会・社会部会の合同審議で進められ、99年12月2日、藤本孝雄会長試案がまとめられた。厚生省

原案を受け入れた内容ではあるが、「基礎年金の費用負担の在り方」に言及した点が大きく異なり、こう記述された。「基礎年金については、社会保険方式の長所を生かしながら制度の安定を図るため、平成16年(2004年)に行われる財政再計算時まで、安定した財源を確保した上で、国庫負担の割合を現行の3分の1から2分の1へ引上げる」。この引上げを前提に「厚生年金の最終保険料率は、おおむね年収の19%(月収の24%)を超えないものとし、国民年金の保険料率は、2万円を相当程度下回るものとする」。

野党の多くが実現を迫り、94年改正では国会で付帯決議された国庫負担の引上げに、ようやく道筋が開かれた。厚生年金の最終保険料率を年収の2割以下に抑える大枠も確定された。当時の厚生省・年金課長は「3年間のプロセスの中で、最も重要な局面」と位置付けた<sup>15)</sup>(大谷, 2000, p. 71)。同・年金局長は「画期的なこと(中略)、これにより国民年金の保険料率はピーク時で18000円程度に抑えられます。国庫負担が2分の1つくといい、こんな有利な年金はありません。未納・未加入問題にも大きな効果を発揮するでしょう」と振り返る<sup>16)</sup>(矢野, 1999, pp. 23-24)。



ただし、「安定した財源」の具体的な確保策は宿題のままである。また、保険料凍結の口火を切った「経済戦略会議」は緊急提言で、もうひとつの火種を投げていた。それは「将来的に基礎年金部分を間接税によって賄い、2階部分については、個人の判断で必要な年金プログラムを選択できる制度を検討する」という、いわゆる基礎年金の全額税方式化・厚生年金の廃止・民営化案である。

### 3 保険方式か全額税方式か、給付建てか拠出建てか

自由民主党と連立政権を組んだ自由党は、基礎年金の全額税方式を強硬に主張した。99年3月から厚生省を交える協議は、5ヵ月近くかかり、最終的に、次のような附則を法律案に盛り込むことで、やっと合意に達する。「基礎年金については、財政方式を含めてその在り方を幅広く検討し、当面平成16年までの間に、安定した財源を確保し、国庫負担の割合の2分の1への引上げを測るものとする」。この「財政方式を含めその在り方を幅広く検討する」中に全額税方式も含まれる、という解釈なのであろう。

それ以前から、日本経営者団体連盟(日経連)、経済団体連合会(経団連)、経済同友会(同友会)の経済3団体、連合などの労働団体、野党の民主党、社会民主党、共産党も、こぞって基礎年金の全額税方式への転換を求めてきた。ただし、経済3団体は厚生年金の報酬比例部分については廃止・民営化を提唱し、逆に連合や民主党などは現行維持を求めており、呉越同舟の格好でもある。審議会、国会、研究者の討議などを通じた全額税方式の長、短所は、おおむね以下のポイントであった。

自営業者ら加入の「国民年金」(給付時は基礎年金と呼ぶ)の最大の弱点は財政基盤の弱さである。98年度末で被保険者約2011万人、免除400万人(法定免除90万人、申請免除310万人)＝社会保険庁の96年実態調査では保険料の一部納付136万人、未納172万人、別に未加入も推定99万人。前述したように免除、一部納付、未納とも次第に増えつつある。

これを全額税方式にして年齢や国内在住年数等のみを要件に老後の基本的な生計費を給付すると、一気に未納、滞納、未加入問題は解消し、徴収コストもかからない。被用者年金の報酬比例部分を維持する場合は、基礎年金相当部分(定額部分)が租税に切り替わり保険料は軽減される。後述する第3号被保険者問題も氷解する形にはなる。

しかし、最難問は財源の確保である。2分の1への引上げでさえ厚生省試算で当初2.4兆円、そのほぼ倍額が必要になる(表4)。高齢化ピークへ向け給付総額は急速に膨張し、経済成長を上回る時、しばしば税率の引上げに迫られるだろう。消費税を財源にするなら、それだけ家計負担も重くなる。保険料納付者と未納・滞納・未加入者を同一には扱えない。納付期間を尊重しながら税方式に切り換える長期の経過措置がある。租税を財源に誰もが給付対象となる時、高齢の高額所得者や大資産家にまで基礎年金は必要か、という論議を伴う。生活保護とは逆のミーンズテスト(所得・資産調査)も予想される。

被用者年金の報酬比例部分を廃止・民営化する提案は、現行の給付建てによる事業主負担の増大、将来の年金財政破綻への危惧、国民負担率の上昇に伴う経済の硬直化などを背景にする。しかし、若い世代は年金の受給者・受給権者への仕送りと自らの老後資金をためる「二重の負担」に挟撃される。この仕送り総額は厚生省概算の現在価値で約330兆円(国庫負担3分の1の場合)に上る、という。

表4 基礎年金・国庫負担と給付費の見通し

(単位:兆円)

年度	国庫負担率と負担額		2分の1引き 上げに伴う 増加分	年間 給付費
	3分の1負担	2分の1負担		
2004	5.8	8.5	2.7	16.4
2010	6.7	9.8	3.1	18.9
2025	7.8	11.5	3.7	22.1

出典) 99年・年金白書、厚生省資料から作成。

注) 99年度価格での概算。勤め人の給付のうち基礎年金相当と見なす給付分を含む。国庫負担が給付費の2分の1以上になるのは国民年金の免除等にかかる負担を含むため。

現行の被用者年金を維持しながら賦課方式から積立方式に切り換える方法も考えられる。代表的な八田の提案(要旨)は、①負担面では保険料率を引上げ25.1%に一律化、②給付面では生涯受給額を同額にして、早期退職者への支給率を引き下げ、2015年までに報酬比例部分のネット(実質)賃金スライドを停止、③これにより最終代替率(年金受給額と現役の賃金の比率)は55%になる(5つの選択肢のB案と同一)<sup>17)</sup>。

この仕送り分をあてにしない平準保険料率の採用は「世代間の不公平」を根本的に是正するが、保険料凍結を早々に決めた政治との落差は余にも大きかった。

社会保険方式・給付建て・賦課方式は維持されることになったが、企業・個人年金の分野では「確定拠出年金法案」がまとめられ、いったん廃案になったものの2001年の通常国会に再提出された。

一方、この間の論議は、現行方式の改善を強く迫るはずだ。もともと国民年金の未納・未加入問題の主因は、自営業の所得把握が難しいゆえに、所得の高低を無視した人頭税的な定額保険料(現行月額1万3300円)を課すことにある。2000年改正では、学生の納付特例(就職後の追納)を設けたり、低所得者向けに保険料半額免除制度を導入した。しかし、それらは対処療法に過ぎない。縦割り行政を超えて年金改正と不公平税制の是正を連携して進める取り組みが求められる。

副因はさまざまだが、徴収に当たる社会保険庁の96年度実態調査で、未納者のうち民間の生命保険・個人年金の加入者は66.3%、その支払い額は合計平均2万4000円。公的年金制度の特徴(物価スライドなど)の周知度は総数の57.1%、未納者では47.8%、国庫負担(給付の3分の1)についての周知度は総数の31.5%、未納者では28.4%でしかない<sup>18)</sup>。「5つの選択肢」や「国庫負担の引上げ」の論議以前に、年金制度への基本的な認識・理解がいかにも不足しているか、を示す。

また、女性の年金権をめぐる論議が活発化したのも、2000年改正の特徴であった。専業主婦(3号被保険者)は自ら保険料を払わなくとも制度加

入者全体の負担で基礎年金を受給できる制度設計の是非、被用者年金の受給権がない専業主婦は離婚時に基礎年金のみしか受け取れない矛盾、パートタイム労働の女性たちが社会保険料徴収の年収130万円未満で就労を調整する傾向にある問題などがテーマだった。それは、世帯単位の負担と給付で設計された被用者年金を、個人単位に切り換える抜本的な改革論議を導き、次回以降の検討課題として先送りされた。

#### IV おわりに——年金を「もらうもの」から「受け取るもの」へ

社会保険方式は、負担の見返りに給付を受ける権利性を有することに存在意義がある。

その負担の在り方を問い、給付水準の抑制に踏み込んだ2000年改正に、被保険者は参画意識を持ち得たのだろうか。もともと参画権は保障されているのか。政策の選択肢や判断材料は提供されたものの、国政選挙という基本的な参画権以外に、被保険者として具体的な年金改正について発言し、討議する公的な場はないに等しい。それ以前に複雑多岐な制度を理解できる機会も少ない。5年ごとの再計算と法改正時だけではなく、恒常的に、この不可欠な老後の所得保障について考える場がある。

社会保険方式の母国、ドイツの年金制度は職能別に労働者、職員(いわゆるホワイトカラー)、鉱山労働者、手工業者、農業者などに分立するが、「自治機関としては理事会と代議員会議が設置されており、これらの機関は労働者・職員年金保険の場合は6年ごとに実施される社会選挙(Sozialwahl)によって選出された同数の被保険者および事業主の代表によって構成される」<sup>19)</sup>(下和田, 1995, pp. 13-14)。

社会保険のもうひとつの存在意義は、まさに、この「自治」による世代内、世代間の互助にある。日本では、共済年金以外は国家管理(実質的に厚生労働省)であり、被保険者の参画意識は育ちにくい。厚生年金、国民年金の運営に被保険者代表が参画できる方策が必要になる。組合管掌健康保

険や、市町村運営の国民健康保険・介護保険を単位にして医療、介護と共に年金の在り方を考える場を設けられないか。——現に2000年度に施行された介護保険は、市町村に介護保険事業計画の策定・見直しと住民代表の参画を義務付けた。市町村運営の国民健康保険も運営協議会を設け被保険者代表が参加する。

女性の年金権については紙幅がなく簡単な報告のみにとどめたが、2000年改正に最も参画意識を持ったのは、各地で開かれた自主的な女性たちの集会・討論会であった、と言える。あらゆる分野で参画権を求める時代の要請を、年金制度も無視できない。

もうひとつ、年金制度の弱点は、受給権を得るのに原則25年の保険料納付を条件にする長い懐妊期間であろう。若い世代にとって、最低25年間の納付と65歳からの給付は、余りにも遠い将来で、年金制度は「負担」面でしか実感できない。ライフサイクルに合わせ、年金制度の存在感を増す工夫がいる。

拙著『年金のすべて』の中で、高校生から大学院生に至るまで「若者皆奨学金」制度の創設を提案した<sup>20)</sup>(宮武, 2000, pp. 238-250)。国民年金, 厚生年金の被保険者には有利子の奨学金貸与制度はあるが、これを抜本的に拡充する。20歳未満は保護者が公的年金に加入, 20歳以上は本人の加入を条件に「無利子」で年間50万円程度を貸し出し, 20年程度の長期返済にする。各種学校も含め対象者は約846万人(99年度, 文部省調べ)。このうち最大800万人が申し込むと仮定して, 当初は年間4兆円規模の財源がある。各制度とも現在は巨額の積立金を持ち, 制度ごとの奨学金申請者数に応じ拠出するのは可能なはずだ。その効果は, ①若い世代も, 教育費の重圧に苦しむ両親の中・高年世代も, 共に年金制度の有り難さを実感できる, ②自分で奨学金を返す自己責任を促せる, モラルハザードを防ぐため本人が完済あるいは返済中でなければ, その子供たちは奨学金を借りることができない仕組みにする, ③「世代間の不公平感」を緩和でき, 子育ての苦労の一部を軽減し, やがて次代の被保険者数を増やすこと

にも繋がる。

年金は「もらう」ものではなく, 能力に応じて負担し, ニーズに応じて受け取るシステムである。「受け取る」という権利性は, 負担の義務の上に成り立つ。その意味で, 「選択肢」や「判断材料」を提供するだけでなく, 有権者の参画権を具体的に保証したい。「世代間の仕送り制度」「社会的な親孝行」などと説くだけでは, 広がり, 深まる年金不信はとうてい解消できそうにない。老後のみならずライフステージに合わせ具体的なメリットを提供する制度の再設計にも取り組みたい。

#### 注

- 1) 本来は1999年改正であったが, 成立は2000年3月28日にずれ込み改称された。法律(案)の正式名は, 国民年金法等の一部を改正する法律, 年金資金運用基金法, 年金福祉事業団の解散及び業務の承継に関する法律。
- 2) 中央省庁の再編(2001年1月)により厚生労働省が発足したが, 本稿では当時の「厚生省」として表記し, 再編後の時期から厚生労働省と表記する。
- 3) 厚生年金の収入総額は, 基礎年金勘定からの交付金, 旧JR, 旧JT共済組合からの拠出金, 旧NTTを含む3共済組合からの移管積立金, 職域部分に係わる納付金等を加え約32兆1054億円(99年度決算)。
- 4) 矢野朝永(当時の年金局長) 1999「年金改正ざっくばらん」『季刊・年金と雇用』第18巻, 19頁。
- 5) 99年1月, 自由党は自由民主党と連立を組み, その後, 公明党も加わり10月, 「自・自・公」政権が発足した。
- 6) 大谷泰夫(当時の年金課長) 2000「ミレニウム年金改革」, 国政情報センター, 89頁。
- 7) 朝日, 日経, 毎日(97年12月6日朝刊, 読売は同7日朝刊)。
- 8) 慶応大教授, 産経新聞「正論」欄(98年4月22日朝刊)。
- 9) 98年・年金白書, 144-145頁。
- 10) 99年・年金白書, 152-154頁。
- 11) 有識者調査は郵送・回収で有効回答1428人(有効回答率65.7%), 大学生アンケート調査は17大学で説明・質疑のうえ3286人, 世論調査は面接聴取で有効回答3646人(有効回答率72.9%)。
- 12) 93年有識者調査は郵送・回答で有効回収1430人(有効回収率71.5%)。
- 13) 99年3月30日の参議院国民福祉委員会での

矢野朝永年金局長答弁。

- 14) 朝日調査は2122人(有効回答率71%)、読売調査は有効回答1942人(同64.7%)、毎日調査は3117人(同69%)、いずれも面接調査。
- 15) 大谷 前掲書 71頁。
- 16) 矢野 前掲書 23-24頁。
- 17) 八田達夫『エコノミスト』1998・4・14「こうすれば世代間の不公平は縮小できる」, 40-42頁。
- 18) 調査対象は98年度末の第1号被保険者とその世帯。未納の理由や年金に関する周知度は約11万人を無作為抽出し、郵送で調査票を送り回収率53%。
- 19) 下和田功(1995)『ドイツ年金保険論』, 千倉書房。
- 20) 宮武 剛(2000)『年金のすべて』, 毎日新聞社。

#### 参考文献

- 厚生省年金局編(1998)『21世紀の年金を「選択」する』。
- (1999)『21世紀の年金を「構築」する』。
- 大谷泰夫(2000)『ミレニアム年金改革』, 国政情報センター。
- 矢野朝永(1999)「年金改正ざっくばらん」『季刊・年金と雇用』第18巻, 年金総合研究センター。
- 下和田功(1995)『ドイツ年金保険論』, 千倉書房。
- 山崎泰彦ら共著(2000)『社会保障論』, 全国社会福祉協議会。
- 公文昭夫・庄司博一(2000)『年金をどうする』, 新日本出版社。
- 堀 勝洋(1997)『年金制度の再構築』, 東洋経済新報社。
- 毎日新聞世論・選挙センター編(2000)『高齢社会』, 全国世論調査報告書。
- (みやたけ・たけし 埼玉県立大学教授)

## 圧力グループと日本の医療政策 (1995～2000 年)

ポール・デビッド・タルコット

### I はじめに

1990年代、3つの変化が日本を揺り動かしたが、高齢者の優遇された立場は変わらなかった。まず人口分布の面で、65歳以上の人口比が1990年の12%から2000年には18%に増えた。政治面では、1955年以降はじめて自民党支配が中断し、政権の行方が不透明になった。最後に、低成長下で実施された大規模な景気刺激策の結果、1999年には日本の公的債務の残高はOECDで最高の水準になり、その規模は歳出に歯止めがかからなかったかつてのイタリアや米国さえしのいだ。

こうした変化の結果、年金と医療制度を中心とする社会福祉政策見直しの声があらためて高まった。大企業や、社会政策をほぼ全面的に管轄する厚生省など、日本の強力な利益グループも、公的な健康保険制度のもとでの年金負担、医療費急増の抑制に取り組んだ。また、日本の巨大な潜在市場とあからさまな貿易障壁に注目した米国企業は、米国通商代表部(USTR)と政府に圧力をかけてアクセス拡大を求めるとともに、外国企業の立場を弱めるとみなせば日本国内の改革でさえ中止させるよう要求した。

こうした圧力を目の前に、日本の高齢者はため息をつくばかりだった。米国では年齢を基礎にした政策によって米国退職者協会の力が強まり、ドイツとフランスでは雇用を基礎とした年金給付によって政治的に強力な組合系列の年金受給者団体の力が強まったが、日本の高齢者の政治的力は弱いままだった。高齢者は自民党の長期政権に大量

の票を投じてきたが、社会保険制度での高齢者負担の増加に向けた大きな動きに対し、独自の反対運動を組織することはなかった。利益を基礎とした政治学理論の視点からすると、結論はもっと明確になるはずだった。政治改革の分野では、政治指導者が決定を行う場合、世界市場のグローバルな転換(Friedman, 1998)、支配的な国際的勢力、または民間部門の利益(Lindblom, 1977)がもっと強い影響を及ぼすものとみる。また日本は中央集権制であり、米国のように権限が重複し、圧力グループが拒否権を発動するための多様な経路のある連邦制とは異なっているため、たとえ関連グループの圧力があっても、中央政府が選択した政策によって改革の方向が決まるはずである。

1990年代末、社会政策は高齢者保護からの転換ではなく、むしろより保護する方向に変わった。包括的な介護保険(LCTI)は、それまで別個になっていた高齢者の医療、福祉、施設、個人介護の統合を目的としており、このために長期不況のさなか、年間150億ドルの新たな支出が決定され、保険料の追加負担は一部分にとどめられた。高齢者の自己負担分を6%増額する動きは3回あったが、厚生省内での長期的な合意にもかかわらず、最終段階で自民党によって撤回または骨抜きにされた。

1997年以來の日本の医療改革は、政治学者が政治改革に予想する内容とは正反対の結果になっている。「政治的インサイダー」である企業団体と労働組合は、改革のための組織化と具体的要求の作成をようやく開始した段階であり、急増するコストの抑制に失敗して不満が募っている。「政

治的アウトサイダー」である高齢者は、比較的高い給付水準を維持できただけでなく、主として税金で賄われる300億ドル規模の介護保険を手に入れることができた。政治学における利益理論では、これらの改革には、医療制度のなかの既存または変化する費用と利益をめぐる各種利益グループの相対的力関係が反映するものと予測する。個別の理論によって詳細な分析内容は異なるものの、各グループがその利益を守るために立ちあがるという点ではすべて一致する。各グループが立ち上がり、要求を具体化しないかぎり、少なくとも政治的結論において、また通常は決定過程においても、その利益は排除されるものと想定する<sup>2)</sup>。組織されない利益が政策に影響を及ぼす場合は、少なくとも情報が正確に与えられ、政治家に反対票を投じることができるものとみられる<sup>3)</sup>。

利益を基礎とした政治学理論が医療政策の分析に適している理由はいろいろある。医療政策についての経済学も政治学も、利害関係者の要求、その反映方法、排除されるグループに焦点をあてる。Uwe Reinhart (1990) は、プレーヤーを保険者、負担者、医療提供者、利用者、政府と定義している。そして、そのいずれも医療保険の費用と給付に利害関係をもっており、したがって医療政策の決定に役割を果たすという。John Campbellと池上直己は、日本の医療政策を「利益グループ政策」と特徴づけており、日本医師会が医療提供者を代表し、厚生省の健康保険局が政府と保険者を代表しているとする<sup>3)</sup>。利益を基礎とした政治学理論は、医療政策にかかわる利害関係だけでなく、制度の構造的制約を超えた点にも視点を向けてくれる。しかし本稿で明らかになるのは、強力な利害関係者のための一連の戦略的決定ではなく、組織されない支持者の利益のために政治指導者が行う目先の政治的計算である。

健康保険法、国民健康保険法、医療法の見直し、さらに介護保険法の成立の各事例を通して、政治改革に対する利益理論の視点を全面的に検証することができる。それぞれの分野には、政治的決定に大きな経済的利害をもついくつかの利益グループがかかわっている。具体的には労働者とその家

族、雇用主、医療保険者、政府、医療提供者、退職者とその家族である。改正前の法律(新しい介護保険法を除く)の存続期間が長かったため、当事者は法律が有するインセンティブに慣れるとともに、あらゆる種類の経済条件下で実施された数回の政治的改革を経験する時間が与えられた。

とくに健康保険法は、1997年以来、改革に向けた真剣な取り組みが行われてきた<sup>4)</sup>。医療費支出が国家の歳入を大幅に超えるペースで増大するなか、日本政府は自己負担を増額し、医療機関への支払いを減らし、保険料を引き上げる措置を繰り返した。これらは大規模な改革(抜本改革)ではなかったが、最終的には1997年の折衷案につながった。つまり給与所得者の医療費の自己負担を20%に増額したのである(1973年から1983年まではゼロ%、1984年は10%)。高齢者の自己負担については、5年間で定額から定率に増やすものとされた。また厚生省案には薬剤費の一部負担と、いわゆる参照価格制度と呼ばれる新しい薬価制度が盛り込まれていた。これは薬剤個々の価格ではなく、グループ分けした薬価を適用するものである。この案では患者の薬剤費は参照価格より高くなる可能性があるが、健康保険は公定上限価格しか支払わず、これを超える高額の薬剤については残りは患者本人が支払うことになる。

これらの3つの医療改革は、いずれも雇用主と労働組合が改めて運動に立ちあがったことの反映ではない。むしろ被用者保険は、高齢者の医療費を国費に代わって現役世代の保険料から直接に補助し、負担している。わたしは、1997年以來の医療改革を決定づけたのは、既存の政治の延長で支持票を求めた結果であると考える。改革案は長期の協議に基づいて決定されるが、最終段階での政治的介入により、ときには大幅に変更され、「合意済み」の案より費用が膨らむのが常であった。一般国民と高齢者の文化団体が決定に参加するよう求められる場合でも、それは法案決定の最終段階でしかない。

しかし、1990年代後半の日本の医療政策変更の過程をみると、政治家は圧力に対してではなく、組織されない選挙民、とくに高齢者票への懸念に

基づいて行動しているように思える。改革が高齢者に与える影響への懸念をふまえると、増加する高齢者の医療費が当初案どおり高齢者の自己負担にならない理由が説明できる。むしろ医療費はますます一般納税者に転嫁される。なぜなら給付水準を維持するのは中央政府の補助金だからである。政治家はこのように医療改革を指導してきたのであって、中央政府の権力や強力な利益グループのコスト増加に焦点をあてた政治学者の分析とは異なっていた。とくに企業のコストが増大する場合は医療改革の実行は不可避なものとして予測される。米国の場合は管理医療を促進する規則改正につながった。対照的に日本では、高齢者医療への国庫支出増大の懸念があっても、それは大規模な改革にはつながらなかった。今後の医療改革でも、政治指導者は制度の経済的健全性ではなく、選挙区の高齢者のコストの計算の方を重視する可能性が高い。

## II 日本の医療政策の変更 (1995~2000年)

人口分布が変化する一方、急激な政治的変革のなかった日本では、高齢者の医療費負担を現役労働人口に転嫁する強いインセンティブが政治家に作用した。長期の不況下での既存政策の一時的な手直しは、最終段階での高額なコスト増を強いる結果になった。大規模な改革が行われないことは、改革への政治的障害をふまえば妥当で、おどろくべきことではなかったことかもしれないが、利益グループ理論や、日本国家に対するわれわれ外国人研究者の知識からすると全体的に予想外のことだった。雇用主と労働組合、それに医療政策をほぼ独占する厚生省の強い働きかけにもかかわらず、こうした一時的な手直しの受益者である高齢者は、医療制度のなかで引き続き特権的地位を保った。高齢者が保護されたのは、高齢者による、またはそのために組織された利益グループがあったからではなく、政治家が次期選挙をにらみ、貴重な支持票に対する調整コストを最低限に抑えようとしたからである。

65歳以上の人口比は、1998年の14.5%に対し

て1999年は16.8%と推計された<sup>5)</sup>。1997年の医療費総額は29兆円で、国の歳入の7.45%に達した。高齢者の医療費は9兆5,000億円で、現役1人当たり年間約11万円である<sup>6)</sup>。健康保険料を折半で負担する労働者と家族、そして雇用主は、とくに賃金と企業利益の伸びが一般に低迷しているなか、力を結集してコスト増大に反対すべきところである。健康保険制度の見直しと、高額な新介護保険制度によって介護負担が軽減されることになったが、この制度も現役世代の保険料と税負担を義務づけている。1983年に政治的に決着した健保組合から老人保健制度への拠出金は、いまでは総保険料収入の40%を占めている<sup>7)</sup>。企業はその後の改革に大きな利害関係をもっていたが、雇用主と労働組合は、保険対象拡大に向けた数度の動きを阻止した米国の中小企業のような強い影響力を行使できなかったと言えよう<sup>8)</sup>。表1は日本の健康保険制度の主要な改革を示したもので、企業と労働組合の利益が比較的高度に組織されているにもかかわらず、負担が高齢者から現役世代に転嫁された様子を示している。

### 1 1997~1998年の健康保険改正

1997年6月の健康保険法の大規模改正により、給与所得者が治療の際に支払う自己負担分が10%から20%に引き上げられた。不必要な薬の過剰消費を抑制することを目的に、新たに処方薬

表1 高齢者から現役世代への負担転嫁を示す主な出来事

年月	政策
1997年6月 1997年	給与所得者の自己負担が10%から20%に増加 健保組合から老人保健制度への拠出金が保険料収入の40%に増加
1999年7月	高齢者の薬剤費自己負担の暫定的免除の金額が100億ドルに
2000年3月	高齢者の薬剤費自己負担免除の恒久化が提案される
1999年11月 1999年11月	高齢者を長期介護する家族への一時金支払い 高齢者の介護保険料の免除(2000年4月から6ヵ月間)
1999年11月	高齢者の介護保険料の50%引き下げ(2000年11月から2001年10月まで)

に対する一部負担が導入された。高齢者の入院、外来の月間費用は増額された。当時の連立政権は、1997年6月16日の最終法案成立前に、高齢者の薬価一部負担の実施を延期する修正を行った。自民党は1998年12月にも、改革による影響を抑えるため、高齢者の薬価一部負担を廃止した<sup>9)</sup>。いずれの場合も、薬価一部負担の棚上げで、改革が高齢者に与える影響を除去したのである。

## 2 2000年の健康保険法改正案：一時的な財源対策

1999年11月15日、厚生省は医療保険福祉審議会(医福審)の運営部会に対し、2000年に向けた改革案を発表した。この改革案は、1999年10月13日に自民党の基礎的医療問題研究委員会と社会政策部会の合同会議が概要を定めた一般的なわく組みに基づいて、具体的な提案にしたものであることは明らかだった<sup>10)</sup>。

2000年6月には、老人保健法の大幅改正により、高齢者の薬価一部負担の全面的廃止が提案された。70歳未満の薬価一部負担も、財源確保を条件に2002年に廃止される。同時に診療時の10%の一部負担が導入されるが、高齢患者の負担を現行の定額負担の水準にとどめるためとして、負担額の月額上限が定められた。これらの改革の目的は、歳入を増やして支出を抑制しつつ、立場の弱い高齢者の負担を最小限に抑えることだとされた<sup>11)</sup>。

外来時の自己負担の上限は医療施設によって異なり、大病院の診療費を若干高めに設定した永年の政策を継続した。より重要な点は、診療所の外来については、1回800円、月4回までという現行方式も選択できることである。入院費は医療機関ごとの差はなく、定率10%負担で月額37,200円が上限となる(低所得者には大幅な引き下げになる)。

高額療養費については、70歳未満の患者の月額上限は大幅に引き上げられる。自己負担の上限は、現行の月額63,600円に加えて定額を超える医療費の1%がプラスされ、上位所得者の場合は121,800円に定額を超える医療費の1%をプラスした額となる。詳細な所得データの入手が困難な

ため、該当者の数は正確につかめないが、上位所得者の基準所得は世帯主の平均収入(2000年2月で月額38万円)の2倍に達しない<sup>12)</sup>。

要するに、現行の改革案では高齢者からの収入はあまり増えない。高齢者は低所得患者とともに引き続き保護され、自己負担は低額に抑えられている<sup>13)</sup>。そのコストは、年功序列賃金を受け取る中高年労働者が支払う。また月額上限が調整される結果、慢性病患者にコストが転嫁される。高齢者には所得に応じた一定の支援があるが、現行改革案ではこの点は十分に検討されなかった。最後に、高齢者に依拠する診療所と中小病院は、大病院の使用料だけを引き上げるという部分的なコスト負担変更措置によって保護された。

こうした改革は、改革を評価する重要な審議会からの評判も悪かった。審議会の答申は義務的ではない。これはスウェーデンの審議会制度との重要な相違点で、スウェーデンの場合、正式な委員会に参加しているすべての社会パートナーの承認を受けなければ提案は決定されない(Olson, 1985)。日本の厚生省の医療保険福祉審議会も総理大臣の社会保障制度審議会も、抜本的改革になっていないと批判した。医福審報告書はこれらの改革に対し、1997年の健康保険法改正に伴う高齢者の薬価一部負担を廃止するためのコストを埋め合わせ、診療報酬に基づいて特定の医療機関への給付を増やすための単なる財源対策にすぎないとした。また中高年層へのコスト転嫁も批判した。同時に、現在の財源危機をふまえると改革の必要性は認めるが、より抜本的な改革を遅らせるべきではないと諮問した<sup>14)</sup>。社会保障制度審議会はもっと具体的に、新しい審議機関を設け、特定利害をもつグループと現行制度に利益をもつグループの双方の代表を参加させ、医療制度の抜本改革を検討する必要があるとした<sup>15)</sup>。両審議会とも、急速に進行する高齢化社会と医療費膨張という状況のなかで、有効な改革が実行されないことに対する苛立ちを表明した。

## 3 医療機関への政策

医療機関のコストを抑制し、医療の質を高める



ためのいくつかの対策が導入されたが、議論は避けられなかった。とくに福祉と医療機関の規制を緩和し、営利企業の参入を認めることに対して大きな反対がおきた。経団連は、介護保険と規制緩和によって見込まれる新市場への企業参入に一貫して関心を表明してきた。医療法改正の最終案には、病院のサービス外注化の規制緩和に関する企業団体の案を含め、2000年に向けた提案がとり入れられた。しかし医療機関事業への営利企業参入の自由化については、規制改革促進委員会の5年間の討議にもかかわらず、大きな動きはなかった。

日本の医療機関政策の現在の焦点は、病院(主として大規模の)の長期入院への診療報酬の抑制におかれている。病院への診療報酬は、長期入院と慢性病の外来診療の両方について、個々の診療行為ではなく病気の症状ごとに支払う方式によって抑制されつつある。狙いのひとつはコストの抑制で、もうひとつは医療機関の機能による差を拡大することにある。現在、病院は外来と入院治療の両方に使用されている。厚生省は、外来窓口での支払いに新たな一部負担を導入し、患者に診療所での診断を促すことで、病院を入院治療に集中させたいと考えている。1999年2月、医療機関の合理化のため、この診療報酬改正が承認され、2000年3月17日には内閣が医療法の見直しを勧告した。一見、こうした変革は、他に社会福祉施設の少ない地方に多い小規模病院や、長期入院患者に依存する病院に否定的な影響を与えらると思われるかもしれない。しかし、患者1人当たりの床面積とスタッフ数の基準を拡大する政策が導入されても、既存の小規模病院(200床以下)は優遇され、5年間の免除期間が与えられた<sup>16)</sup>。収入減に悩む中小病院には手厚い保護が維持されているのである。

#### 4 介護保険

2000年4月から介護保険制度が発効した。1997年9月に介護保険法が成立したが、具体的な施行令などは1999年11月まで延びた。これは自治体を基礎とする保険制度で、65歳以上の人、

および40歳から65歳までの人が被保険者となり、加齢に伴う疾病と機能障害について、施設介護と在宅介護が対象となる。保険料は自治体が徴収し、複数の自治体が合同で制度を運用する場合もある。65歳以上の人の保険料は基礎年金から控除される。40歳以上の人の保険料は加入する健康保険のなかで徴収される<sup>17)</sup>。施行初年度の予算は1兆3,000億円(1ドル108円換算で120億ドル)と推計されている<sup>18)</sup>。本稿は介護保険の詳細には立ち入らないが、制度に対する利益グループの影響に関して、一定の重要な結論を引き出せる。

介護保険と一般の健康保険制度との区分は完全に明確になっているわけではない。現在、療養型病床群での長期入院費の支払いに介護保険を利用することは可能である。つまり小規模病院など、医療機関制度の既存の利害関係者は、新しい介護保険の一部に組み入れられている。雇用主、労働者、その家族のコストが上昇しているにもかかわらず、制度の既存の利益グループはその地位を保っている。一定の抵抗があることは理解できる。医療制度を一夜のうちに変更することは困難だからである。これらのグループの利益がいかに反映されているかを詳細に検討すれば、この制度の構造もまた大規模改革をむずかしくしていることが具体的に理解できる。

### III 日本の医療政策への利害表明 (representation) の仕方の変化

厚生省と日本医師会との交渉によって医療政策を策定する方式は、1990年以前に確立した。その際、厚生省は政府だけでなく企業グループの懸念をも代表した。通常は厚生省が提案し、日本医師会が対案をだすが、交渉は医療費の伸び率をはじめとするいくつかの重要な指標が中心になる(Campbell, 増山, 1996)。

1997年は、企業と労働グループ、さらに専門団体の対応が従来のパターンを脱却する可能性を示す年になった。厚生省が諮問する審議会は、参加者がきわめて限定されるのが普通である。こうした審議会の常連メンバーであっても、独自の提

案を作成するのではなく、厚生省の作業グループが用意した法案を検討するのが常である<sup>19)</sup>。ところが1997年は、連合、経団連、日本医師会のそれぞれが、詳細な政策案を策定するための委員会を設置した。たとえば、日経連は、1980年代はじめ以来となる従業員給付に関するリポートを発表した。

部外者からみると、医療政策をめぐる状況は米国の専門家とシンクタンクのように、それぞれが独自の政策案を一斉に作成しはじめたようにみえるかもしれない。John Kingdonは、自由に意見を戦わせる解決策をゴミ箱型政策変更の一環ととらえ、アイデアと専門家が競い合うワシントンの状況を思い起こさせる(Kingdon, 1984)。しかしワシントン型の政治基盤が東京でも確立したとみるのは早計である。従来と比べてより多くのグループが、より組織された方法で参加していることは明らかだが、それが結果を変えることになったかは不明である。1997年以降の医療改革は、その反対のことを示唆している。政治的要求を表明する回数やその厚みは変化したが、選挙にとって重要な高齢者、すなわち組織や要求を強めてはいない利益グループが、相変わらず最終的な政策決定での最重要な要素になっているのである。それでも、政治活動(political advocacy)のための新しい研究機関と委員会の取り組みは、今後、その重要性を増す可能性があり、注目すべきである。またこれらの新機関の取り組みが十分に成功しなかったことは、日本の改革における政治的分析の力は、相変わらず政党指導者の公約のために制限されていることを示している(表2)。

経団連は、1999年5月25日に独自の常設の社会保障研究委員会を設置した。委員会の使命は、活動の呼びかけにとどまらない具体的な政策提案を作成することである。2つの小委員会が年金と

医療制度の問題を詳細に調査している<sup>20)</sup>。従来、経団連会長は一般的に社会保障制度の改革を訴え、医療と医療制度についてはあまり具体的に触れなかった。これらの主張は一連の政策要求の一部であって具体的な改革案の基礎にはならず、政府が主導する社会保障制度改革に反対するものでさえなかった。ところが医療小委員会の任務は、介護保険改革のための政策提案や、健康保険組合の力の増大方法の考案におかれている。

日経連は一種の不服従運動を組織し、健康保険組合から介護保険に支払うべき拠出金の納入をはじめ拒否した。抗議行動の引き金になったのは、1999年4月に自民党が、1997年の健康保険制度改革法の重要な要素であった薬価の参照価格制案を突然に撤回し、1999年7月には高齢者の薬価自己負担を棚上げにしたことである<sup>21)</sup>。日経連は健康保険制度に関する審議会の正規メンバーだが、それまでは医療費支出の増大に反対することにとどまり具体的な改革案を提起したり、いったん決定した政策に協調して反対することはまれだった。

健康保険組合連合会(健保連)は、すでに医療改革に大企業の要求を反映させるための圧力グループとして行動していた。1998年11月と1999年11月の定期全国大会では、医療制度抜本改革へのいつもの要求を再確認した。そして医療費自己負担の20%への引き上げの効果は認めながらも、現在の経済情勢のもとで企業に負担増を求めるのは非合理的であるとくぎをさした<sup>22)</sup>。1999年に厚生省が保険料の上限の撤廃を検討しはじめると、健保連は全面的な改革なしにそうした措置をとるのは非合理的であると主張した。老人保健への拠出金は、すでに健保組合の保険料収入の40%近くに達しており、介護保険の新たな支払い負担によって状況が一層、深刻化するおそれがあった<sup>23)</sup>。

1999年、雇用主、労働組合、健保組合は、協力して医療制度全体の抜本的改革を要求する共同声明を作成した<sup>24)</sup>。雇用主と労働組合指導部の取り組みは、増大する雇用不安への懸念、退職後の生活への不安の高まり、一般の労働者にとっての医療政策の重要性を反映していた<sup>25)</sup>。1998年に

表2 政治活動のための新しい研究機関

グループ	設置時期	機関名
経団連	1997年	社会保障制度委員会
日経連	1997年	社会保障委員会医療政策研究部会
日本医師会	1997年	日本医師会総合研究所(日医総研)

日経連と連合が雇用政策に関する合同研究グループを設立したことで、労使の協力は政治的影響力をもつようになった。この合同研究グループが政府への圧力になり、100万人の新規雇用創出のための新政策が実施された(このうち70万人は1999年末に成立した補正予算の目標となった)<sup>26)</sup>。したがって、当初の焦点は医療ではなかった。

しかし1999年5月には、日経連、健保連、連合が医療費と制度改革に関する初のシンポジウムを開催した<sup>27)</sup>。6ヵ月後、三者は全面的な改革を要求する共同声明を作成し、現役世代と雇用主へのコスト転嫁に反対した<sup>28)</sup>。1999年12月、医療問題での協力関係は全経済団体に拡大し、日経連、経団連、日商、経済同友会が、小淵首相に対し、2000年度内に医療制度改革の公約を実行するよう一致して要求した。日経連は、この公約は2000年上期にはまったく実行されておらず、詳細な改革案が示されていないとのコメントを発表した<sup>29)</sup>。

日経連は調査を海外比較にまで拡大した。1999年11月にはフランス、ドイツ、イギリスを訪問して政府や使用者団体と会談した。いずれの国でも、高齢化社会、移民、医療、年金、さらに一般的な雇用安定が話し合われた。日経連がもっともおどろいたのは、上昇する高齢化社会のコストの解決策の一環として、EUが外国労働者をすんなり受け入れていることだった<sup>30)</sup>。こうした調査活動や改革要求にもかかわらず、自民党は新たなシンクタンク組織に守られて利用者負担引き上げ(高齢者は除く)を強行し、健康保険制度の再編成や国庫支出の増額は回避しようとした。

連合は、1987年に中央調整委員会を設置してから、政治的要求を策定するシステムを確立してきたが、医療を専門とする政治活動のためのグループはなかった。以前は主として年金問題を扱っていた政策研究グループの福祉生活部会が、医療改革が大きく動きはじめた1996年から医療改革のための具体案作りに力をいれはじめた<sup>31)</sup>。政治活動の常套手段である大衆動員戦術が、医療改革の方向転換のためのキャンペーンにもとり入れられた。2000年4月5日の森首相との会談でも、

連合代表は雇用政策、企業統治の再構築の問題と並んで、医療改革の必要性を訴えた<sup>32)</sup>。これに先立ち、失業、年金、医療改革への対策を要求する過去最大の署名活動が行われた。署名数は2000年3月には500万件に達した<sup>33)</sup>。活動の矛先は中央社会保険医療協議会(中医協)にも向けられた。連合は厚生省前でデモを組織し、駅頭に宣伝カーを出して医療費総体の引き下げを訴えた<sup>34)</sup>。しかし従来型の反対キャンペーンも、雇用主や企業団体との共同声明も、過去を上回るほどの効果を発揮しえなかった。

雇用主と労働組合の行動が明らかに失敗に終わったことは、日本を製造業者に支配された社会とする見方(Samuels, 1985; Uriu, 1996)や、過小評価されることの多い労働組合の影響力の大きさを指摘する最近の研究(Kume, 1998)に、一定の限界のあることも示している。高齢者の経済的利益を守るための露骨な政治的動きをみると、日本の国家は一定の公共利益を配慮しているという主張にも疑問符がつく。医療には多数の競合する利益がからんでおり、日本がそれらの均衡をはかる国家だとしても、医療コストの負担を配分する際は、たとえば現役世代と退職者のどちらかを選択しなければならない。

改革の方向に雇用主と労働組合が大きな圧力をかけているなかで、国(省と内閣)がそうした懸念に正面から応えなかったのは不思議である。1997年から1999年にかけて、かつて仇敵同士であった労使がきわめて迅速に提案を作成し、協調行動を成功させえたことを考えれば、疑問はさらに深まる。また日本の高齢者の協調行動は脆弱であり、米国の退職者協会のように薬価引き下げの要求を代弁したり、ドイツの年金者団体のように既存の掛金水準維持のために行動する組織はない。高齢者の利益を反映させているのは、その組織ではなく有権者としての価値である。こうした利害表明の方法自体、すべてがおどろくべきほどのことではない。しかし、景気低迷の時期にあって明確に要求を打ち出す製造業者と労働組合に対抗し、一貫してその利益が擁護された事実は、集中した利益グループは調整期に要求を実現するものとする

る一般的予測と正反対である。

政治家は、わたしが高齢者のための「民間の政治的擁護者」とよぶ日本医師会の要求には、たしかに応えた。日本の医師の収入の多くは、老人保健制度と新たな介護保険制度の対象患者に依拠している。他の諸団体と同じように、医師会も独自の具体的な政策案の発表を検討しはじめ、1997年に日本医師会総合政策研究機構を開設した。インターネットに日本医師会と同研究所のウェブサイトを一時的に立ち上げるとともに、坪井現会長は医療制度の長期的ビジョンの策定を訴え、これに基づいて「2015年医療のグランドデザイン」が作成された。しかし健康保険政策全体への直接的影響がどの程度かはまだ未定である。たとえばその戦略ビジョンの重要な要素は診療報酬見直しに2000年1月現在では反映されなかった。診療報酬をめぐる1999～2000年の交渉で、日本医師会はかかりつけ医の診察、薬剤処方に対する報酬の新設を強く求めたが、労働組合と事業者団体の抵抗によって拒否された<sup>35)</sup>。

この他、完全に分離された高齢者の保険制度などの要素も、2000年の健康保険法改正にはとり入れられなかった。また参照価格制度は拒否したものの、日本医師会が提案した現行制度に代わる処方薬報酬案についても、改正過程で大きな成果をうることができなかった。こうして日本医師会の強さとは、結局は高齢者をめぐる政治的要求の成果に左右されることになる。つまり高齢者を擁護する医療政策は、有権者としての高齢者の価値と、日本医師会による高齢者を代弁する行動で形成されている。1団体だけでも、また有権者として存在するだけでも不十分である。

小規模で受動的ではあるが、1997年の改革を利用して自らの利益を掲げ、組織的な影響力を高めようとする高齢市民の運動はあった。1998年9月15日(高齢者の日)、全国退職者協会などのグループがフォーラムを開催し、5000人が参加した<sup>36)</sup>。しかし、これらのグループは労働組合の影響下にあり、実際に活動する高齢者会員の数は少ない。労働組合と連携したドイツの年金者の運動とは異なり、具体的な政治課題について直接に政

治指導部に働きかけることはない。

それでも、これらのグループは幅広い目標を掲げており、これまで主として文化活動促進のための団体であった老人クラブ全国連合会は医福審運営部会に代表を送りこむことに成功した。議長は長年、厚生省の退職官僚が努めているが、現在のスポークスマンと副会長は直接の官僚出身ではなく、準政府組織である社会福祉事業団の出身である。高齢者の政治活動は、個別の提案になるとやはり一般的要求に限定されるが、労働組合、使用者、医師などと同じように活動を拡大している。それでも直接の政治活動が限られているため、高齢者団体の代表による介入が政策決定に影響を与えているとはいいがたい。あくまでも高齢者のインパクトは自民党の票田としての価値と、日本医師会の政治活動に依拠している。

#### 1 審議会の再編成

厚生省と首相直属の既存の審議会を補うものとして、2000年に新しい社会保障改革案を検討するためのグループ「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」が首相によって設置された。首相が主宰し、厚生大臣が補佐する有識者会議の第1回会合は2000年1月16日に開催された。メンバーは内閣官房長官、大蔵大臣、自治大臣、経済企画庁長官、それに日本医師会会長、社会保障分野の多数の大学教授、1名の弁護士などである<sup>37)</sup>。1993～1994年にクリントン大統領が設置した医療改革立案のための秘密の委員会とは対照的に、有識者会議の運営はかなり透明で、会合議事録はインターネットに公開された。しかし、クリントン大統領の立案委員会のように1000ページもの詳細な政策案を作成するものではなかった。むしろ意見を収集し全体的な改革案への視点を提示する作業グループであり、法律の各部の具体的内容の作成、見直しを監督する組織ではなかった。

既存の審議会などにも、高齢者の懸念が表明されることが多くなった。たとえば新しい医福審運営部会のメンバーである全国老人クラブ連合会の見坊和雄副会長は、2000年の財源改革が低所得高齢者に与える影響について質問した。同氏は高

高齢者に関する調査結果も報告し、収入による自己負担の調整を支持することを示唆した<sup>38)</sup>。こうした意見表明の役割は、米国議会が委員会に産業や利益団体代表を招いて法案の最終的内容を修正するやり方とは大きく異なっている。ただ要求に具体性がなく、最終的決定への影響は、あってもそれほど明確ではないとはいえ、以前よりも政治への直接の参加の可能性を開くものではある。それでもやはり審議会の役割は具体的な改革案についてこれを作成するというより対応することにある。

政党も、組織されない特定の有権者を代表する直接の役割を担うのだろうか。1993年に自民党の長期単独支配が終焉して以来、労働組合の場合は長年にわたって支持してきた社会党に対して距離をおきはじめた。しかし1999~2000年の抜本的な社会政策改革の失敗は、現在の自民党連立政権への支持を変更させる効果があったかもしれない。連合は1999年に、一時、自民党と協力関係についての協議をはじめた。しかし同年末に自民党が多数の選択肢のなかから3党の連立を成立させたため、連合は方針を変更した。

最大のきっかけは、1999年11月に衆議院の厚生委員会が開催され、委員会にも本会議にも野党が欠席したまま、基礎年金支給額の5%引き下げが強行採決されたことである。連合は11月中頃には国会での座り込みと署名活動を展開し、その後、自民党の一部議員が連合との関係を完全に絶とうとしていることに警戒感を表わした<sup>39)</sup>。2000年1月には、民主党と協力して署名活動を開始し、年金、雇用政策、医療の改革とともに、衆議院の早期解散を要求した<sup>40)</sup>。多面的協力の戦略も、被用者保険が老人保健制度と切り離されているため、相変わらずむずかしい。それでも労働組合は、別のより政治的な可能性を探っており、社会保障関係の審議会の中心での地位を拡大しようとしている。

## IV 討 議

### 1 新たな政治活動の成果

医療政策改革の影響を受ける利益グループの新

たな取り組みは、なお、そのメンバーにとってよい結果を導き出しえていない。新しい医療政策の最大の「勝利者」は、いまのところ高齢者と一部の医師である。日本の医療提供で果たしている基本的役割をふまえると、民間の医師が強い立場を維持しているのはおどろくべきことではない。おどろくべきは、直接の利害表明の経路をもたない高齢者もまた、政治的介入による利益を得ていることである。しかも使用者と労働者、その家族が医療改革に大きな利害関係をもっているにもかかわらずである。高齢者に対する保護の背景を探ると、制度化された政治と、政治家による積極的な介入の両面にいきつく。

### 2 政治構造が高齢者を保護する

高齢者を大きく優遇する給付は、1973年に大蔵省の反対をおさえて自民党がはじめて導入したもので、その後は医療政策関連の審議会への利害表明システムのなかに制度化された。とくに医療改革で重要な役割を果たした米国の中小企業と比べると、日本の場合はおどろくほど影響力が限られている(Martin, 1997)。医療以外の政策分野では、中小企業と建設などの特定産業は、自民党による配慮の恩恵がもっとも大きいとみられている(Calder, 1998; Woodall, 1996)。そして日本の健康保険制度は、一見すると各種の使用者や労働組合が要求を直接に反映させやすいように思える。日本の健康保険は大きく4種類(加えて多数の小規模な保険)に分けられている。大企業には健康保険組合がある。中小企業の場合は政府管掌健康保険がある。これらの保険でカバーされていない人は、自治体を基盤とした国民健康保険の対象になる。そして70歳以上の高齢者は老人保健制度の対象になる。

したがって民間の利益グループは、雇用を基盤としたシステムと自治体を基盤としたシステムの2つに分かれ、それぞれ給付水準が異なる。保険料は健保組合より政管健保の方が高い。他の保険制度への拠出金は健保組合の方が多い。収入不足の健保組合は政府に補助金を申請できる。政管健保にはそうしたシステムはなく、収入不足

分は国庫から補填しなければならない。このため中小企業のオーナーにとって圧力になる<sup>41)</sup>。しかし健康保険制度のなかでの使用者の問題は、主要な審議会に代表をだしている日経連が一般に扱い、中小企業の全国団体である全国商工会議所連合会は扱わない。

つまり全国商工会議所連合会の役割は、加盟企業のための直接の政治活動ではなく、既存の健康保険政策の実施に関する情報伝達機関にとどまることを意味する。したがって審議会の代表制度が、正式な立法過程で中小企業が直接に行使できる影響力を制限しているのである。この点をふまえると、米国の医療改革での経験に基づいてわれわれが予測するほど、使用者の連合体が強力に利害を主張できない理由が理解できる。しかし高齢者への給付と、そのための財源のあり方全体に焦点をあてると、使用者の圧力にはどんな場合でも政治的限界のあることが明らかになる。中小企業は、収入不足の政管健保への直接の補助金で一定の補償を得ているが、そのコストを直接に引き下げるための手段がないのである。

### 3 政治家が高齢者を守る

政治構造に目を向けると、高齢者が優遇される理由は一層、わかりにくくなる。高齢者には政治過程に働きかける団体がなく、直接の利害表明が(最近まで)制限されていたからである。学者のなかには、米国でも高齢者の団体が政治に影響力を発揮しているかは疑問だとする人がいる。Pratt (1993) はむしろ、政策が受益者団体に及ぼす影響力の方が大きいのであって、その反対ではないとする。日本の場合に不思議なのは、老人保健制度や新しい介護保健制度などの年齢を基準とした政策が、米国と同様の受益者グループの結成を促進しなかったことである。考えられるのは、高齢者人口がわずか8%にすぎなかった1973年の段階で、高齢者を優遇する医療政策が決定されたため、政治活動をするグループが必要なくなったということである。しかしそうだとすると、高水準の給付が削減の標的とされる不況期に、だれが高齢者を代表するかが問題になる。

年齢を基準とした給付体系であるにもかかわらず、日本の高齢者には米国の全国退職者協会のような全国的政治活動団体がなく<sup>42)</sup>。見坊和雄氏は、審議プロセスのなかでの高齢者の弱い立場をうまくいあてている。2000年1月のインタビューで、重要な審議会である老人保健福祉審議会で、高齢者や低所得者の意見を代表するとみなされる少数の代表者は、実際にはなにも発言していないと述べた<sup>43)</sup>。

強力なグループが存在しないことから、医療政策における高齢者の強さは個別的な交換で説明できる可能性がある。高齢者は、健康保健制度と新介護保健制度でのコスト増から身を守るために、票を交換しているとみることもできる。このことは、利益グループ政治学における交換理論が、高齢者のパワーをもっともよく説明できることを示唆する。

米国政治学の流れのなかで発展した政治学における交換理論(DenzauおよびMungerなど)は、一般的表現として使用されることが多く、政治的決定は一組の利害関係者と政治家との交換条件を反映するものと予測する。しかし政党の統制といった構造的条件がある場合、委員会の力と立法の独立に関する理論を一般化することがむずかしくなる。厳格な政党統制が存在する日本のような議会制民主主義国の場合はなおさらである。政党の統制のもとで議員個人は自分の議決を自由に選択できないから、有権者は個々の議員の忠実さを監視するのがむずかしい。また議員が自分の力を有権者に誇示する機会も少ない。これは法案提出権が一般に内閣に限定されているからである。日本では選挙の回数が少なくなっており、内閣が選挙の間に頻繁に連立相手を変えるため、個々の選挙区の事情を詳細に検証しなければ交換の発生を説明できない。最後に、内閣にとってはぎりぎりでの修正を含めた立法の最終段階が、改革案を策定する正式の政治過程と同じくらいに重要になっている。したがってReinhart (1994: 23) が主張するように、政党統制の幅広い構造は、政治制度を効率的に機能させるためだけにあるのではない。それは特定の利益を守るためにも機能する。

厚生省は改革の2000年7月実施を予定し、審議会報告も改革の方向になら変更を加えなかったが、政治的配慮から健康保険法改正の議会審議は遅れた。これについて読売新聞は、6月の衆議院選挙を目前に自民党が選挙への影響を配慮したためだと報道した。同紙はまた、高齢者の薬剤費への給付を引き上げた政治的後退など、重要な修正条項に関連して日本医師会を批判した<sup>44)</sup>。連合も2000年3月3日の診療報酬体系の改正を批判した。日本医師会の要求に過度に譲歩し、連合、日経連、健保連の引き下げ要求にもかかわらず、診療報酬を1.9%引き上げる政治的決着を行ったというのである<sup>45)</sup>。中医協での診療報酬体系の決定という方式は2000年度は機能しなかった。1999年11月の中医協で協議が決裂した後、日本医師会が自民党との直接交渉を行ったからである<sup>46)</sup>。しかし日本医師会は、医療費が急増して中医協での診療報酬の協議が決裂した1970年代にも、自民党に直接にかけあって成功している<sup>47)</sup>。こうした一連の事態も、改革の結論(または結論がでないこと)に対するグループを基盤とした分析の正しさを支持しているように思える。

しかし改革のパターンを、日本医師会の影響だけに帰すことはむずかしい。利益グループの影響に対するネットワークを基盤とした分析では、まずグループ自体を要求の発生源ととらえ、その保有能力とリソースが効果を決定するとみる<sup>48)</sup>。入院治療の際の技術料の導入など、診療報酬見直しには日本医師会の要求を反映している部分もあるが、それは1961年に全国民対象の健康保険制度が成立した当時から要求していたものである。また高齢化社会の到来をふまえた医療制度の全面的な見直しを含め、日本医師会の多くの提案は実現しなかった。分析においては、日本医師会と自民党の共通の支持基盤、つまり高齢者に焦点をあてる方が分かりやすい。日本医師会の高齢者に対する政策的立場は、一般に高齢患者の負担引き下げであり、政治家(あらゆる政党の)の目標と一致している。そして、各種医療機関の間での医療財源の配分という重要な問題を含め、多くの政策において日本医師会は全体の利益を代表しているの

であって、たとえば診療所と大規模病院、または日本医師会の方針決定への参加単位である各県医師会の間での対立を裁定する能力は低い。したがって、一般のメディアで影響力が高いとされる日本医師会をも含めた特定の団体の行動というより、その背後にある利益の方が、医療改革の方向を理解するうえでは役に立つのである。

日本医師会が高齢者の代理組織といえるかもしれない。他の全国組織(全国老人クラブ連合会など)が独自の政治活動能力をもっていないからである。これはグループを基盤とした政治学理論が示唆する利益グループとは大きく異なっている。グループが、より勢力の弱いグループの利益を反映する場合があるが、少なくとも勢力の弱いグループは明確な立場をもっているとみるのが普通である<sup>49)</sup>。つまり、日本の医療改革で高齢者がおどろくほど有利な立場を確保している事実をみると、改革の結末の理解のために有効なのは、有権者の特徴、利益グループ、政治家が重視する地元選挙民という点を重ね合わせることであって、利益構造、選挙制度または圧力グループ(国際的圧力を含む)の成功を検証することではないことがうかがえる。

## V 結 論

最近の日本の医療改革で高齢者に発生していると思われる状況は、政治学での利益グループに関する既存理論の視点からは予想外の結果になっている。記録的水準の公的負債、深刻な財政危機、景気低迷のなかにあつて、活発な政治活動組織をもたないゆるやかなグループが有利な政治的結果を獲得している。政治的な選択が改革の方向に及ぼした影響力は、集中した利益グループ、財政的制約、または国際的圧力に基づく理論が予想するよりはるかに大きかった。

自民党の高齢者票への依拠が、なぜ、健康保険制度の記録的赤字にもかかわらず、最終的段階での薬価の据え置き、薬剤コスト抑制のための参照価格制度の拒否、高齢者からの保険料徴収の2002年までの延期、当初は予想されなかった介

護保険での家族への現金給付制度の実現につながるかを説明するには時間がかかる。これらは政治指導者が、ロビー活動団体の仲介なしに、貴重な地元有権者との関係によって実行した。

日米関係のなかでの国際的圧力は、国際的な企業がすでに大きく進出している分野に影響すると思われていたかもしれない。しかしこれらの圧力は、薬価制度の改革を拒もうとする日本国内の有権者の方向と一致したがゆえに、効果を発揮した<sup>50)</sup>。また1999年の交渉後、米国通商代表部の取り組みの重点は薬品部門からはなれ、薬価制度は貿易交渉の焦点ではなくなった。

改革に向けた強力な利益団体からの圧力と、財政再建への一般的な懸念にもかかわらず、高齢者の利益は政治活動組織がなくても反映された。日本の医療制度の特徴のひとつは、年齢を基準にした給付になっている点である。高齢者のための独自の制度があることで、政治活動グループがなくても受益者は明確になる。先進国のなかで、年齢だけが給付基準になっている国は日本と米国以外にない。イギリスとスウェーデンは(方式は違うが)市民権を基準にしており、フランスとドイツは雇用形態に密接に関連付けている(ドイツの場合は収入も加味)。これらの国での利害表明のあり方が給付の性格に依拠しているかどうか、政権党と政党連合に代表されている有権者の種別、または政治過程のなかでの組織された利益グループの地位について、さらなる研究が必要である。

医療政策における日本の高齢者の状況は、組織されていないグループであっても特定の条件のもとでは保護されうること示唆している。この点は、交換、組織的な成功、または利害表明のあり方や全体的システムに焦点をあてた通常の利益理論では説明できない。前政権から引き継いだ政治的制約の枠内で、政治家が組織されない利益と組織された利益を考慮に入れるという点は、まったく新しい発見だった。

年齢を基準とした給付も医療改革の方向を制約する米国の事情と対極をなしていることをみると、組織されない利益は政治過程で放置されるという一般的な理解には限界のあることが分かる。改革

についての分析では、比較調査において一体だとみられている企業などの利益が、実際は分解している事実を立証したものもある<sup>51)</sup>。しかし当初より、強力とされるグループについての事例調査の結果、高度に組織され、資金力豊富な利益グループは一般に政治決定の過程で主張を通すとみる見方には重要な修正が加えられた。Bauer, Pool, Dexter (1963) は、政治学でグループに焦点を合わせる手法を企業を例にとって批判するとともに、企業はお互いに利益が競合するため、影響力に限界のあることを強調した。Lindblom (1997) は、焦点を特定グループの活動から制度内の特権的地位に移した。しかし医療改革の経験は、企業間の調整問題をうまく解決しても、また政治制度のなかで特権的地位を保っていても、強力な政党とその支持票を前にすると、それだけでは政策の方向を変更するには不十分なことを示唆している。このことは、政治的指導部の裁量の余地が、利益理論が通常、想定するより大きいことを示している。

本稿でいう意味での政治的指導部が、近い将来、その立場を脅かされる可能性は少ない。日本の組織された利益グループによる新しい研究と政治活動が、改革の方向をどの程度、変更しうかは不透明である。2001年3月のこの時点では、政治指導部は他の多くの問題に忙殺されているため、各省と関連する利益グループの間でいつもの事態が進行する一定の余地はあるかもしれない。しかし、さきごろ厚生省と労働省は統合、再編成され、職員の配分にかかなりの時間がとられている。これらすべての理由から、医療政策の過程への参加者が根本的な変革を実現できる可能性は低い。そして2002年予定の次期見直しでも、今回のように最終段階で大切な地元選挙民のための大幅な譲歩が組み入れられる可能性が高く、企業、労働組合、市民グループ、または政権入りを狙う野党が提起する具体的な案に基づいて改革が進展することはないだろう。

## 付記

筆者について

タルコット博士は1988年にスワースモア・カ



レッジで政治学の文学士号を取得し、1999年にハーバード大学で政治学博士号を取得した。博士論文のタイトルは「弱者が勝利する理由：戦後日本の医療政策」である。博士は Association for Asian Studies, American Political Science Association, International Political Science Association などで論文を発表している。最近では、1990年代の日本の医療と年金分野の政策決定へのグローバル化の影響に焦点をあてて研究を行っている。

### 注

- 1) この排除の理論は、日本の周縁化されたグループの分析でよく引用される。Pharr, 1991; Krauss, 1993; Broadbent, 1998 参照。
- 2) 組織されていないが情報を理解した利益グループが反映される可能性については、Denzau と Munger (1986) の正規な交換モデルのなかで詳述されている。
- 3) 増山と Campbell (1996) と同様、池上と Campbell も、日本の医療費負担の相対的低さ、利益グループの均衡を理解するうえで、中央社会保険医療協議会 (中医協) の自由裁量機能が重要な位置を占めると主張する (1999: 65)。
- 4) 池上と Campbell (1999: 72-73) は、近い将来の大規模な改革は望ましくもなく、また可能性も低いと論じる。
- 5) 厚生省の 1995 年国勢調査のデータ、国立社会保障・人口問題研究所の人口予測を使用して計算。
- 6) これらの計算は、1995 年国勢調査、厚生省の 1997 年国民医療費計算による概算にすぎない。現役 1 人当たりの高齢者医療費は、高齢者医療費の総額を 15 歳以上 65 歳以下の人口で割ったもの。
- 7) 健保連の 2000 年「健保連ニュース 1568 号」(4 月中旬)『平成 12 年度健保組合の予算状況』。
- 8) 2000 年に全米中小企業組合 (NSBU) は、政治家に対する年次要求リストのトップに、医療分野で中小企業を防衛することを明確に打ち出した。NSBU「Issue Statement from the 2000 Small Business Congress」2000 年 2 月 (原稿)。概要は <<http://www.nsbu.org/thedcongress/2000issues.htm>>。
- 9) 日本医師会の役員は自民党指導部への直接の窓口をもっている。21 世紀の社会保障制度を考える議員連盟には 200 名が参加しており、会長は竹下登元首相が就任している (「日医ニュース」1999 年 1 月 5 日号)。
- 10) 「週刊社会保障 2063 号」(1999 年 11 月 22 日)。
- 11) 厚生省「健康保険法等の一部改正案の概要」参照。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1\\_e\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1_e_19.html)>。本章の改革案の要約は同文書から引用した。追加的な分析 (個人へのコストの影響) は他の注で示した文書または引用のデータに基づく。
- 12) 詳細な所得分布データがないため、改革の正確な影響を推計することは一層むずかしい。平均のデータは統計局・統計センター「家計調査」の勤労者世帯から利用できる。オンラインでは <[http://www.stat.go.jp/data/kakei/sokuhou/zen/img/fies\\_mr3.gif](http://www.stat.go.jp/data/kakei/sokuhou/zen/img/fies_mr3.gif)>。
- 13) 食費、差額ベッド料金、シーツ代などのコストは引き続き上限額には含まれない。高齢者治療の個人負担の全額が常に公式の費用データに反映されない理由については、二木立 (1995)、Reich と小林 (1993) を参照。
- 14) 「医療保険福祉審議会運営部会諮問状」(2000 年 2 月 3 日)。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/shingi/s0002/s0203-1\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/shingi/s0002/s0203-1_19.html)> (2000 年 4 月 24 日ダウンロード)。
- 15) 社会保障制度審議会「医療保険制度の改正について (諮問)」(2000 年 2 月 7 日)。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1\\_i\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/topics/iryō-ho/tp0313-1_i_19.html)> (2000 年 4 月 24 日ダウンロード)。
- 16) 厚生省健康政策局総務課 (2000 年 3 月)。
- 17) 厚生省 (2000 年)「介護保険ってどんな制度?」。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/sugu/pl1-2.pdf](http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99_4/sugu/pl1-2.pdf)>。
- 18) 厚生省「老人保健福祉局、平成 12 年度予算要請概要について」(1999 年 10 月)。オンラインでは <[http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/41pdf/1-4.pdf](http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99_4/41pdf/1-4.pdf)>。
- 19) 介護保健の法案策定が官僚のプロセスによって支配されている様子については、日医総研 (1997) に詳しい。
- 20) 経団連「社会保障制度委員会が発足」。オンラインでは <<http://www.keidanren.or.jp/japanese/news/info/if199906.html>>。2000 年 4 月 25 日にダウンロード。
- 21) 「日経連、今年の活動」日経連タイムス (1999 年 12 月 13 日)。
- 22) 日経連タイムス (1998 年 12 月 14 日)。
- 23) 日経連タイムス (1999 年 12 月 13 日)。
- 24) 「日経連特別委員会活動の状況」日経連タイムス (2000 年 3 月 30 日)。
- 25) 明るく楽しい退職生活を予想する人の数は、史上最低の 20% に低下した。同時に、政府が優先すべき課題で 3 番目に多かったのが雇用政策で、その数も史上最高の 13% に達した。1 位は医療政策で、35% だった。経済企画庁国民生活局 (2000)「平成 11 年度国民生活選好度調査」。

- オンラインでは〈<http://www.epa.go.jp/2000/c/0217c-senkoudo/senkoud.html>〉。2000年4月25日にダウンロード。
- 26) 日経連タイムス(1999年11月4日)。
- 27) セミナーの内容は、医療分野での日本医師会の要求と自民党の政治活動との強い結びつきに対する批判が中心になった。週刊「連合」(1999年5月21日)、日経連タイムス(1999年5月27日)参照。
- 28) 週刊「連合」(1999年10月)。
- 29) 日経連も(連合同様に)診療報酬の増額に対して、健康保健制度が直面する新たな問題を反映しない政治的着着だと批判した。日経連ニュース(2000年2月10日)。
- 30) 日経連タイムス(1999年11月4日)。
- 31) 週刊「連合」(1997年6月6日)の生活福祉部会メンバーとのインタビュー。
- 32) 週刊「連合」(2000年4月14日)「1日も早く解散、総選挙を：森内閣発足で事務局長の相談」。
- 33) 週刊「連合」(2000年3月24日)「1カ月で650万の署名集める：安心できる年金改革など求め、衆参議長に提出」。
- 34) 週刊「連合」(2000年1月14日)。
- 35) 週刊「連合」(2000年3月17日)。
- 36) 週刊「連合」(1998年9月18日)。
- 37) 全メンバーの一覧と会議の使命に関する文書は、オンラインで閲覧できる〈<http://www.kantei.go.jp/jp/syakaihosyou/youkou.html>〉。2000年4月25日にダウンロード。
- 38) 「医療保険福祉審議会第24回運営部会議事要旨」(2000年1月19日)。オンラインでは〈[http://www.mhw.go.jp/shingi/s0001/s0119-1\\_19.html](http://www.mhw.go.jp/shingi/s0001/s0119-1_19.html)〉。
- 39) 週刊「連合」(1999年11月26日)。
- 40) 連合の笹森事務局長は、署名での民主党との協力を全面的な支持とは区別した。週刊「労働ニュース」(2000年2月7日)。
- 41) 週刊「連合」(1999年10月29日)。
- 42) Binstock(1989)は、1965年に年齢を基準としたメディケア・システムが導入された後、全米退職者協会が急拡大した様子を説明している。Binstock(2000)は、高齢者を一枚岩的な利益グループとする見方に注意を発している。所得、人生経験、価値観が多様だからである。それでも、年齢を基準とした医療と年金給付に関する団体が、日本でまったく登場しないのは異常であると思える。
- 43) 見坊氏は、高齢者の懸念を代表するものとして日本医師会は重要であるとまで述べている。日医ニュース(1998年1月20日)。
- 44) 読売新聞社説(2000年4月23日)。
- 45) 週刊「連合」(2000年3月17日)。
- 46) 週刊「連合」(2000年1月14日)。
- 47) 具体的な交渉内容をもっとも詳しく説明しているのは有岡(1997)である。診療報酬改正交渉の歴史的なパターンは、増山、Campbell(1996)が検討している。医療政策の見直しで組織されない有権者を代表する政治家の役割については、Talcott(1999)も参照。
- 48) この種の分析ではPappi, Knoke, Broadbent, 辻中(1996)が傑出しており、政治家は他のアクターから影響を受ける代理人として扱われている。Olson(1971, 1982)も政治過程を同様の手法で扱っている。ただし同氏の焦点はグループ組織におかれていて、集中し組織されたグループが影響力をもつものとされている。
- 49) Tarrow(1998)は、社会運動が成功し、制度化されるためには、間接的な利害表明が不可欠であると主張する。
- 50) 貿易交渉における有効な圧力の条件については、Schoppa(1997)、Lincoln(1999)を参照。
- 51) Cathi Jo Martin, 「企業の影響力と国家権力：米国の法人税政策」, *Politics and Society* 17: 2 (1989年6月)。

#### 参考文献

- 有岡二郎(1997)『戦後日本医療保障制度の舞台裏』, 東京：朝日新聞社。
- 佐藤誠三郎(1986)『自民党政権』, 東京：中央公論社。
- 二木立(1995)『世界一の医療費抑制政策を見直す時期』, 東京：勁草書房。
- 日医総研(1997)『介護保険導入の政策形成過程』, 東京：日医総研。
- 日医ニュース(1998)「21世紀の医療：高齢者との接点、新風対談：(日本医師会会長)坪井栄孝×(全国老人クラブ連合会副会長)見坊和雄」, 1998年1月20日。
- Bauer, Raymond A. (1963) "Ithiel de Sola Pool, and Lewis Anthony Dexter," *American Business and Public Policy: The Politics of Foreign Trade*, New York: Atherton Press.
- Binstock, Robert H. (2000) "Older People and Voting Participation: Past and Future," *The Gerontologist* 40: 1, 18-31.
- (1989) "The Politics and Economics of Aging and Diversity," Scott A. Bass, Elizabeth A. Kutza, and Fernando M. Torres-Gil, *Diversity in Aging*: 73-99, Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Broadbent, Jeffrey (1998) *Environmental Politics in Japan*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Calder, Kent (1988) *Crisis and Compensation* :

- Public Policy and Political Stability in Japan*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Campbell, John Creighton (1992) *How Policies Change*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Denzau, Arthur T. and Michael C. Munger (1986) "Legislators and Interest Groups: How Unorganized Interests Get Represented," *American Political Science Review* 80: 1, March: 89-106.
- Friedman, Thomas L. (1999) *The Lexus and the Olive Tree*, New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Ikegami, Naoki and John Creighton Campbell (1998) *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- (1999) "Health Care Reform in Japan: The Virtues of Muddling Through," *Health Affairs* 18: 3, May/June: 56-75.
- Kingdon, John (1984) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston: Little Brown.
- Knocke, David, Frank Pappi, Jeffrey Broadbent, and Yutaka Tsujinaka (1996) *Comparing Policy Networks: Labor Politics in the U.S., Germany, and Japan*, New York: Cambridge University Press.
- Krauss, Ellis, ed. (1984) *Conflict in Japan*, Honolulu, Hawai'i: University of Hawai'i Press.
- Kume, Ikuo (1998) *Disparaged Success: Labor Politics in Postwar Japan*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Lincoln, Edward J. (1999) *Troubled Times: U.S. -Japan Trade Relations in the 1900s*, Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Lindblom, Charles (1977) *Politics and Markets: The World's Economic Systems*, New York: Basic Books.
- Martin, Cathi Jo (1989) "Business Influence and State Power: The Case of U.S. Corporate Tax Policy," *Politics and Society* 17: 2, June.
- (1997) "Mandating Social Change: The Business Struggle Over National Health Reform," *Governance* 10: 4, October: 397-428.
- Masuyama, Mikitaka and John Creighton Campbell (1996) "The Evolution of Fee-schedule Politics in Japan," John Creighton Campbell and Naoki Ikegami, eds. (1992) *Containing Health Care Costs in Japan*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- McKean, Margaret (1993) "State Strength and Public Interest," Gary D. Allinson and Yasunori Sone, eds., *Political Dynamics in Contemporary Japan*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Olson, Mancur (1971) *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (1982) *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*, New Haven: Yale University Press.
- Pharr, Susan (1991) *Losing Face: Status Politics in Japan*, Berkeley, CA: University of California Press.
- Reich, Michael and Kobayashi, Yasuki (1993) "Health Care and Financing for the Elderly in Japan," *Social Science & Medicine* 37: 3, August.
- Reich, Michael (1990) "Why The Japanese Don't Export More Pharmaceuticals: Pharmaceutical Policy as Industrial Policy," *California Management Review* 32: 2, Winter: 124-50.
- Reinhardt, Uwe (1990) "Response to Bengt Joenson," in OECD Social Policy Studies No.7, *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, 105-111, Paris: The Organization for Economic Co-operation and Development.
- (1994) "Germany's health care system: It's not the American way," *Health Affairs* 13: 4, Fall: 22-23.
- Schoppa, Leonard J. (1997) *Bargaining With Japan: What American Pressure Can and Cannot Do*, New York: Columbia University Press.
- Talcott, Paul (1999) "Why the Weak Can Win: Healthcare Policy in Postwar Japan, 1945-1997," Dissertation, Harvard University.
- Tarrow, Sidney (1998) *Power in Movements: Social Power and Contentious Politics*, New York: Cambridge University Press.
- Uriu, Robert M. (1996) *Troubled Industries: Confronting Economic Change in Japan*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Woodall, Brian (1996) *Japan Under Construction: Corruption, Politics, and Public Works*, Berkeley, CA: University of California Press.
- (Paul David Talcott 東京大学社会科学研究所 客員研究員)

## 介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題 ——官僚組織における政策形成過程の事例——

増田 雅暢

### I はじめに

介護保険制度が、新しいミレニアムの最初の年である2000(平成12)年4月1日から施行されている。わが国にとって、年金保険、医療保険、雇用保険(失業保険)、および労災保険に続く5番目の社会保険の施行である。既存の4種類の社会保険制度は、いずれも1960年代までに制度が創設・施行されており、新たな社会保険制度の創設・施行としては、1961年の国民年金制度以来、実に39年ぶりのこととなる<sup>1)</sup>。また、本格的な介護保険制度の創設は、世界的に見て、1995年1月のドイツの介護保険制度に続くものである。戦後の日本における高齢者関係の社会保障政策の決定過程を政治学的視点から詳細に分析した著作を書いたジョン・C・キャンベル氏は、「日本にとって根本的に新しい考え方、方法を導入し、スケールが大きく、ドイツ介護保険よりもスムーズに実施している」と評している<sup>2)</sup>。このように、日本の介護保険制度の動向は、人口の高齢化の進展に伴い高齢者介護問題が社会問題と認識されつつある欧米諸国の研究者から注目を集めている。

この小論では、介護保険制度の創設という社会保障制度上の新たな政策に関して、厚生省内部における政策形成過程の特徴と課題について分析する<sup>3)</sup>。厚生省内部においてどのような経緯で介護保険制度の検討が始められるようになったのか、新しい社会保険制度の検討を推進した動機(モチベーション)は何だったのか。どのような組織や方法によって議論を進めたのか、関係者間の合意

や世論の支持を得るためにどのような手法をとったのか等について、解説する。

厚生省外から介護保険制度の制定過程をみると、90年代半ばに突如として介護保険制度という新たな政策が浮上し、厚生省は、「拙速」「利用者には不安が多い」などと言われながらも実現に向けて短期間にまい進していったようなイメージを与えている。しかし、介護保険制度の創設に向けての取組みが厚生省の政策となるまでには、一定の年月を経ている。80年代後半の消費税導入問題と関連して、政治サイドから新たな政策立案を求められたことに厚生省が呼応して、高齢者介護問題に関する各種の施策を講じてきたという経緯が、90年代半ばからの介護保険制度の検討に結びついている。また、一般に考えられていたこととは異なり、介護保険制度の検討が始まった当初は、高齢者介護問題に対する対応について社会保険で行うか否かについては、厚生省内においては必ずしも意思統一はなされていなかった。省全体で介護保険制度創設へ向けて一丸となって取り組むようになったのは、消費税引上げ問題の決着という政治的要因が第一の契機であり、さらには、世論や関係団体の支持、他の社会保障制度の見直しとの関連、省内部におけるリーダーシップ等、様々な要素が複雑に絡み合った結果である。

社会保障関係では、毎年10月前後の法律が制定・改正されているが、予算案に関連したり、与野党対決であったりする重要法案とされるものでも、ほとんどが現行法の改正である。それに対して、介護保険制度のように規模が大きい新たな法制度の創設は、近年ではほとんど例がない。80

年代に創設された老人保健法が前例となるくらいである。法律の制定・改正は、省庁にとって多大な事務作業や労働時間等、膨大なエネルギーを要する。審議会の開催・運営、改正案の作成と外部説明、改正法案の法制局審査、各省協議、与党審査、国会に上程されてからの国会審議等、法律が成立するまでには多くの段階を経なければならない。さほど改正条文が多くない法律の改正を行うだけでも、最低限省庁の局をあげての事務作業となる。まして、介護保険法の制定のような、10年に1度あるかないかのような大規模な新法の制定に要する事務作業は膨大なものとなり、かつ、長期間にわたる。

政策立案に対する官僚の行動を説明するものとして、官僚の権限の拡大や予算規模増大への意欲をあげるものがある<sup>4)</sup>が、法制定等に要する膨大な事務量や労力を考慮するだけでも、こうした見解はやや皮相的なものといわざるを得ない。けれども、多くの官僚を昼夜の別なく業務に没頭させるインセンティブが存在することも事実である。この小論では、介護保険制度という政策形成過程において、厚生省という省庁の組織利益の実現と、立案作業を担当した個々の官僚がもつ社会利益の実現という双方のインセンティブが融合して、最終的には介護保険制度の成立に結びついたことを明らかにしたい。

なお、筆者は既に別の論文において、介護保険法の立案過程の特徴について総論的に論じたところであるが、前述したとおり、本小論では、厚生省という省庁組織の対応や制度設計を担当した官僚の行動に焦点をあてて、政策形成過程の特徴と課題について論ずることとする<sup>5)</sup>。

## II 介護保険制度の創設に取り組んだ理由

### 1 組織利益

厚生省において、介護保険制度創設に向けての検討が本格的に取り組みられるようになったのは、1994年4月に事務次官を本部長とする高齢者介護対策本部が設置されてからのことである。けれども、他の分析が指摘するとおり<sup>6)</sup>、介護保険制

度の構想はそれ以前から省内の一部の課長補佐クラスによるチームによって検討が行われていた。ただし、一部のチームによる検討と、省内全体の関係部局長を横断的に組織した本部を設置して対応するのとは、行政機関における取組みとしては大きな差がある。高齢者介護対策本部の設置は、厚生省が、介護保険制度の創設を含む新たな高齢者介護システムの構築が極めて重大な政策課題であることを内外に表明するとともに、組織をあげて取り組むことを明確にしたものである。

なぜ、介護保険制度の創設に向けて組織をあげて取り組むこととしたのであろうか。

その主たる理由のひとつは、高齢者介護サービスの充実に必要なための安定的な財源の確保である。省庁にとって所管の行政事務を適切に遂行することが国民に対する責務であるが、そのためには必要な予算の確保が基本である。医療保険や年金制度に要する国庫負担の増大等により、厚生省予算は国の一般会計予算のほぼ3分の1を占めるまでになっているが、高度経済成長時代と比較して予算の伸びが低率となった80年代半ば以降、厚生省予算の編成は、毎年、予算案の査定権限を持つ大蔵省との間で大きな問題となっていた。年金や医療保険等、高齢化に伴い毎年増大していく経費に対して、税収等の歳入では十分には対応しきれない状態が恒常化していた。そのため、80年代後半から、厚生省は、医療保険制度や年金制度の改正、補助金制度の見直し等、毎年のように、国庫負担の伸びを抑制・削減するための各種制度改正を余儀なくされてきた。高齢者介護サービスの基盤整備については、90年代における厚生省の重要政策課題であり、高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)に基づき、優先的に予算配分を行い推進してきた。しかし、バブル景気崩壊後の93年頃から税収の落ち込みにより、予算編成が窮屈なものとなりつつあった。

したがって、たとえ多大なエネルギーを要する制度改正が必要であるとしても、一度の改正により長期的に安定した制度運営や財源の確保が図られる方策であり、これにより政策課題に円滑に対応できるようになるのであれば、その方策の実現

を追求することは官庁組織としては合理的な選択であろう。言い換えれば、高齢者介護サービスの充実のための安定的な財源確保を図ることが、組織利益に合致するのである。

ここで、高齢者介護サービスの基盤整備に関する政策の流れを概観してみよう。そのスタートをみると、消費税導入問題と深い関係がある。厚生省が主導したというよりも、消費税導入をめぐる国会での審議、与野党間の協議・調整が新たな政策をつくる契機となったことが如実にうかがえる。

1988年、竹下内閣は消費税制度の創設を含む税制改革法案を国会に提出したが、消費税導入に反対する野党の強硬な審議拒否を受けた。自民党政権としては、それまでに大平内閣の一般消費税提案、中曽根内閣における売上税提案と、いずれも野党の反対や世論の不支持により断念を余儀なくされてきていた。そこで、消費税の提案にあたっては、それまでの理由とは異なり、不公平税制の是正と高齢化社会への対応を理由にあげて消費税導入の必要性を説いた。これが消費税導入に対する世論の反対を緩和させる一方、野党からは、国会審議の過程で消費税収入を必要とする具体的な社会保障プログラムを政府は提示すべきとの要求が出された。そこで作成されたものが、88年10月、厚生省・労働省による「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標」(通称「社会保障ビジョン」)である。この社会保障ビジョンは、高齢者施策に限らない内容であるが、2000年度を目途にホームヘルパー5万人程度、デイサービスセンター1万か所程度等、サービス整備の目標として具体的な数値を設定している点が新しく、その後のゴールドプランの前身を成している。その頃、厚生省としては、施設福祉に比べて立ち遅れていた在宅福祉施策の充実が課題であると認識していたので、野党の要求に乗る形で自らの政策の拡充を図ることとしたものと考えられる。さらに、その後の与野党の政党間協議で、ホームヘルプ事業、デイサービス事業、ショートステイ事業のいわゆる在宅3本柱といわれる事業については、今後3年間で緊急整備を行うという政策合意がなされた。また、消費税法案の国

会審議に関連して、野党は、この3年間緊急倍增計画の実現までのつなぎの措置として、低所得の寝たきり老人に対して月額5万円の老人介護手当の支給を要求した。協議の結果、低所得者の生活の安定や寝たきり老人等の在宅介護の支援をするために、政府は、臨時福祉特別介護給付金を支給することを決定した<sup>7)</sup>。

こうして消費税の導入と歩調を合わせて、高齢者介護対策が、厚生省が取り組むべき重要な政策課題として位置付けられるようになった。89年12月、大蔵・厚生・自治3大臣合意によるゴールドプランの策定も、消費税論議と関連している。消費税導入後の90年7月に行われた参議院議員選挙では、消費税反対を唱えた社会党が大勝し、自民党は1955年の結党以来、初めて参議院で過半数割れを起こす結果となった。選挙後に組閣された海部内閣では、消費税の見直しが大きな政策課題となった。自民党の税制調査会では、消費税見直し案がなかなかまとまらなかったが、89年12月になってようやく非課税範囲対象の拡大等の見直しの基本方針が決定された。この方針の中で、消費税の用途の明確化措置として、高齢化に対応してすべての国民が安心して老後を送ることができるよう高齢者保健福祉推進十か年戦略を定め、推進することが提案された。これを受けて、政府は同年12月21日に総事業費6兆円強のゴールドプランを策定したのである。

89年12月に報告書がまとめられた「介護対策検討会」も、その開催は、消費税問題から派生した高齢者介護施策に関する野党の議論に由来する。介護対策検討会は、厚生事務次官の私的懇談会という位置付けで、学識経験者11名で構成、事務局は厚生省大臣官房政策課が担当し、同年7月から開催された。検討会報告書は、要介護者の現状や老人福祉制度の問題点を分析し、介護対策のめざすべき方向として、要介護者の生活の質の重視、在宅サービスを適切に活用する家族介護への転換、利用者の立場の重視、「どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを安心して気楽に受けることができる」サービス供給体制を提言している。費用負担問題については、概括的な記述ながら、

厚生省の報告書としては初めて社会保険方式の導入の検討について言及している。また、介護手当問題について言及していることが注目すべき点である。消費税導入と絡んで老人介護手当支給という野党の要求に対して、学識経験者による検討によって一応の結論を出そうとしたのが介護対策検討会開催のねらいのひとつでもあった。報告書では、介護手当について、種々の課題があることを挙げて慎重に検討すべきであると消極的な見解をまとめている<sup>8)</sup>。

ゴールドプランは、高齢者福祉分野において単年度限りではなく10か年計画として具体的な数値目標が設定されたという点で、画期的なものであった。これにより毎年度の予算編成において、在宅・施設介護サービスに要する経費について大蔵省との予算折衝に要する労力が軽減するという効果を持った。90年代前半の高齢者施策は、ゴールドプランに基づくサービスの量的整備の推進に加え、市町村中心体制も明確にされた。90年には老人福祉法等の福祉関係8法が改正され、老人福祉制度に関する権限の市町村への委譲や、「地方版ゴールドプラン」と呼ぶことができる老人保健福祉計画を、全市町村・全都道府県において、93年度中に作成することが義務づけられた。また、91年の老人保健法の改正においては、老人訪問看護制度が創設されたほか、訪問看護や老人保健施設療養費等の介護の色彩が濃い部分に関しては、公費負担割合が3割から5割に上げられた。これは、その後の介護保険制度における5割の公費負担という制度設計に結びついている。

こうした高齢者施策の推進が、厚生省に新たな課題を投げかけることになった。すなわち、全市町村が自らの老人保健福祉計画を策定してサービス基盤整備を進めはじめたことから、ゴールドプラン関係予算に対する需要が急増していった。また、すべての地方自治体の老人保健福祉計画の目標値を積み上げると、ゴールドプランの目標値を上回るものとなってきた。一方で、93年度および94年度の一般会計歳出予算は、バブル景気崩壊後の税収の落ち込み等から、それぞれ0.2%、1.0%と低い伸び率を余儀なくされた<sup>9)</sup>。ここに、

ゴールドプランの見直しを行うことと、高齢者介護基盤整備の財源の確保を図ることが一体となって、厚生省の大きな政策課題と位置付けられるようになってきた<sup>10)</sup>。

## 2 社会利益

一方、財源対策とは異なる観点になるが、従来の老人福祉制度の延長線上でサービスの量的整備を図るのではなく、そもそも老人福祉制度を利用者にとって利用しやすい仕組みに変えなければ、国民の介護問題に対する不安が解消されないのではないかということが、80年代後半頃から若手官僚を中心に共通の認識となり始めてきていた。前述の介護対策検討会報告の中でも、サービスの供給システムに問題が存在することを指摘しているが、より明確に打ち出したのが、高齢者介護対策本部の設置の契機となった「21世紀福祉ビジョン」(94年3月。その概要については後出。)の提言である。そこでは、「21世紀に向けた介護システムの構築」のための基本的視点として、高齢者本人の意思に基づき本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム、多様なサービス提供機関の健全な競争により質の高いサービスが提供されるようなシステムをあげている。これらの提言は抽象的な内容であるが、老人福祉制度における措置制度の改正の必要性を示唆している。

措置制度とは、市町村等の行政機関(措置権者)が、社会的支援が必要か否かを判断して、行政処分により必要なサービスを提供する(措置をする)制度で、わが国の社会福祉制度におけるサービス利用の中核を成している制度である。もともと1947年制定の児童福祉法に由来するものであるが、身体障害者福祉法や老人福祉法でも取り入れられた。措置制度の利点としては、行政機関がサービスの必要性を判断することにより社会的支援が必要な人々に対して公平かつ確実にサービスを提供できること、措置委託先となる施設運営を行う社会福祉法人の経営の安定性を確保できること等があげられる。しかし、法的に言えば利用者にとってサービス利用の権利性が乏しいことや、

表1 介護保険制度の立案経緯

年	対策本部・審議会等の動き	介護保険創設に影響を与えたその他の動き
88	10 長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について(いわゆる「社会保障ビジョン」)	12 消費税法制定
89	12 介護対策検討会報告	4 消費税スタート 12 高齢者保健福祉推進十か年計画(ゴールドプラン)策定
90		6 老人福祉法等福祉8法の改正
91		9 老人保健法改正(老人訪問看護制度の創設, 介護的色彩の濃い部分の公費負担を5割に引上げ)
92		
93	9 高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告	(93年度中) 全都道府県, 全市町村において老人保健福祉計画の作成 8 細川内閣発足(非自民連立政権) 12 中央社会福祉審議会老人福祉専門部会意見具申
94	3 高齢社会福祉ビジョン懇談会報告(「21世紀福祉ビジョン」) 3 介護計画検討会中間報告 4 高齢者介護対策本部及び事務局設置 6 痴呆性老人対策に関する検討会報告 7 高齢者介護・自立支援システム研究会開催 8 「高齢者介護問題を考える」作成 10 与党福祉プロジェクトチームが介護保険の検討開始 12 高齢者介護・自立支援システム研究会報告	2 国民福祉税構想 保育問題検討会報告 4 羽田内閣発足(非自民連立政権) 6 村山内閣発足(自民, 社会, 新党さきがけの連立政権) 7 社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第2次報告 9 連立与党「税制改革大綱」決定 健康保険法等の一部改正(食費の一部負担等) 11 年金制度改正(厚生年金の支給開始年齢の引上げ等) 12 新ゴールドプラン策定
95	2 老人保健福祉審議会(老健審)で高齢者介護問題の議論開始 6 与党福祉プロが中間まとめ 7 老健審中間報告 10 老健審3分科会で審議 10 総理府世論調査	1 ドイツ介護保険スタート 7 社会保障制度審議会勧告 12 障害者プラン策定
96	1 老健審第2次報告 4 老健審最終報告 4 与党福祉プロが厚生省に制度試案の作成を指示 5 厚生省, 介護保険制度試案を作成公表 6 介護保険制度創設に関する与党合意 9 介護保険法案修正事項に関する与党合意 11 介護保険法案, 国会に提出	1 橋本内閣発足(自民, 社会, 新党さきがけの連立政権) 9 消費税引上げの見直し期限
97	5 介護保険法案衆議院で修正可決 12 介護保険法案参議院で修正可決 12 介護保険法案衆議院で可決成立	4 消費税引上げ(3%から5%に) 6 健康保険法等改正

注) 事項の前の数字は, 月を示す。



サービス利用にあたって申請から決定まで時間がかかる行政手続を経なければならないこと、利用者はサービス提供施設や事業者を選択できないこと、措置費という税財源による予算の制約を受け需要に応じたサービス量の拡大に柔軟に対応できないこと等の問題点がある。また、福祉施策が救済施策として始まった歴史的経緯から、サラリーマンOB等の人々にとっては心理的にも利用しにくいという問題もあげられる。

措置制度の見直しは、80年代半ば頃から省内でも議論されたが、「措置」という用語が支援が必要な人々にはなじまないのではないかという表現の問題が中心で、システムそのものを変革しようとする動きはほとんどなかった。それは、措置制度が、行政機関の福祉部局や社会福祉法人等の福祉関係者、多くの社会福祉研究者にとって、福祉という自らの活動範囲を守る存在であり、また、福祉に不可欠な概念である公的責任の証であるとも認識されていたからである。したがって、措置制度の見直しという政策は、タブーに近いものであった。それを典型的に示したものが、93年5月から15回にわたって議論をしながら、結局は保育所入所という措置制度の見直しに合意が得られなかった「保育問題検討会」（厚生省児童家庭局長の私的懇談会）の報告書である（94年1月報告）。これは、保育所入所方法に自由契約制を導入しようとした児童家庭局保育課の提案が、検討会委員の喧嘩諍論の議論の末にまとまらなかった報告である。この中で、措置制度見直しに反対する代表的意見は、措置制度は保育に欠ける児童に対する公的な責任を示すもので、措置制度の縮小は公的責任の放棄につながるというものであった。

高齢者介護分野に社会保険方式を導入することは、利用者はサービス提供者との間の契約に基づきサービスを利用することになるので、利用にあたっての権利性が明確になることや、利用者本位のサービス利用システムへの転換、行政機関や社会福祉法人以外の多様な事業主体の参入によるサービスの量的拡大と質の向上が図られること等のメリットがある。これは、高齢社会において誰もが要介護状態になるリスクが高まる中で、良質な

介護サービスを気軽に利用したいという国民の需要にこたえるとともに、介護に対する国民の不安の解消につながるもの、つまり社会利益に合致するものと考えられる。

このように社会保険方式の導入は、単に財源対策のみならず、措置制度の問題点の解決を図り、利用者本位のサービス提供システムの構築等をねらいとしている。社会保険方式の導入は、老人福祉制度における措置制度の縮小・廃止を意味する。しかし、保育問題懇談会の議論のときのように、福祉関係者が措置制度の見直しに強く反対するのであれば、その実現可能性は遠ざかることになる。介護保険制度導入がねらいとする社会利益を実現するためには、福祉関係者に対する説明と合意形成が、乗り越えるべき重大事であった。

### III 高齢者介護対策本部における政策形成

#### 1 高齢者介護対策本部の設置

94年4月13日、高齢者介護施策について総合的に検討を行うことを目的として、厚生省内に高齢者介護対策本部が設置された。省内横断的な組織であり、事務次官を本部長として、副本部長に官房長、老人保健福祉局長ほか8名の局長・審議官、本部員として、大臣官房総務課長、政策課長ほか9名の課長をあてている。こうした事務次官を本部長とする対策本部の設置は、高齢者対策企画推進本部（86年4月報告）、国民医療総合対策本部（87年6月中間報告）、保健医療・福祉マンパワー対策本部（91年3月中間報告）等、先行的な例があるが、高齢者介護対策本部がこれらの対策本部と異なる最大の点は、入省以来企画法令業務を担当してきたいわゆるキャリアの専任スタッフを配置した事務局を設けたことである。事務次官を長とする対策本部に専任スタッフを配置したことは、80年代に老人保健制度を立案した老人保健医療対策本部以来のことである。国家公務員の定員管理の制約が厳しい状況下におけるこうした人事上の配慮は、この事務局が対策本部の検討作業の整理等の事務処理ではなく、新たな制度を立案し、法制化をめざしていく実戦的なタスク

ォース(機動部隊)として位置付けられたことを意味している。

事務局のスタッフは、事務局長として大臣官房審議官を置き、事務局次長として課長級が2名(うち1名は専任)、その下に専任の事務局員を4名配置した。専任スタッフは、辞令上は大臣官房政策課の職員であるが、部屋も別に設けて高齢者介護対策本部の仕事に専念することとされた<sup>11)</sup>。この5名に加えて、関係局の企画法令担当の補佐10数名も事務局員として、本来の業務との兼務辞令が出され、機動的に議論に参画できるようにされた<sup>12)</sup>。

対策本部における検討作業は事務局長の指示の下に、実質的に専任スタッフの筆頭である事務局次長を中心に行われた。事務局スタッフの中心メンバーは、いずれも直前まで地方自治体での勤務経験を有しており<sup>13)</sup>、それまでの省内の議論に対して新たな視点を加えた。たとえば、地方行政の現場の経験から措置制度の限界を認識し、その見直しに強い意欲を持っていた。保険者のあり方として市町村単位よりも当時創設されたばかりの広域連合という仕組みを活用した広域化という志向を持っていた。さらに、ケアマネジメント(介護支援サービス)やケアプラン(介護サービス計画)の作成という介護保険制度の中で重要な位置を占めている仕組みは、総合的かつ良質な介護サービスの提供等をねらいとして、事務局次長が北海道において先駆的に取り組んでいた試みを、介護保険制度の中に取り入れたものであった。

## 2 高齢者介護対策本部設置の経緯と検討方法

高齢者介護対策本部設置の直接の契機となったものが、94年3月に取りまとめられた高齢社会福祉ビジョン懇談会(厚生大臣の私的懇談会として93年8月に設置)の報告書『21世紀福祉ビジョン』である。この報告書は、わが国の社会保障の現状と課題を分析し、21世紀の少子・高齢社会における社会保障の全体像を示そうとしたものである。社会保障のあり方として適正給付・適正負担、自助・共助・公助の重層的なシステム等の考え方を示すとともに、年金・医療・福祉の中で

は、医療費用を効率化して、育児・介護等の福祉分野に財源を投入すべきことを提言している。高齢者介護対策本部の検討課題としては、「21世紀福祉ビジョン」で提言された新ゴールドプランの策定と、新しい高齢者介護システムの構築があげられた。このうち、前者は老人保健福祉局の所管事項であるので、事務局としては、主として後者の課題に取り組むことになった。

また、既に、93年11月に大臣官房政策課を中心として組織された「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」が、94年3月までに介護保険構想である「高齢者介護新システム試案」をまとめていた。しかし、まだごく簡単なスケッチ程度の内容であり、このたたき台をどのように肉付けをしたらよいか、省内や政府内、関係団体や与党との調整や合意形成などどのようにしたらよいか、全く手付かずの状態であった。

図1は、介護保険制度の創設をめぐる厚生省と、厚生省を含む政府、関係団体、国会、国民等の関係を示したものである。新しい高齢者介護システムの柱として介護保険制度を中心にすえるためには、次のとおり様々な解決すべき課題がある。これら多方面にわたる課題を解決する道のりは、多くの障害をクリアーしながら自らも成長しつつ目標(ゴール)に向かって進んでいくコンピュータ・ゲームのロール・プレイング・ゲームのようなものである。

事務局発足時点で対応すべき課題を整理すると、主として次のようなものであった。

### ① 介護保険制度創設についての合意形成

- ア) 省内レベル(事務局と老人保健福祉局その他の部局との関係)
- イ) 政府内レベル(特に、大蔵省、自治省との関係)
- ウ) 与党レベル(介護保険制度の具体的検討に入った時点では自民党、社会党及び新党さきがけの連立与党との関係)

### ② 介護保険制度創設についての国民の支持や関係団体との意見調整

- ア) 世論の動向(特に、マスコミ報道との関係)

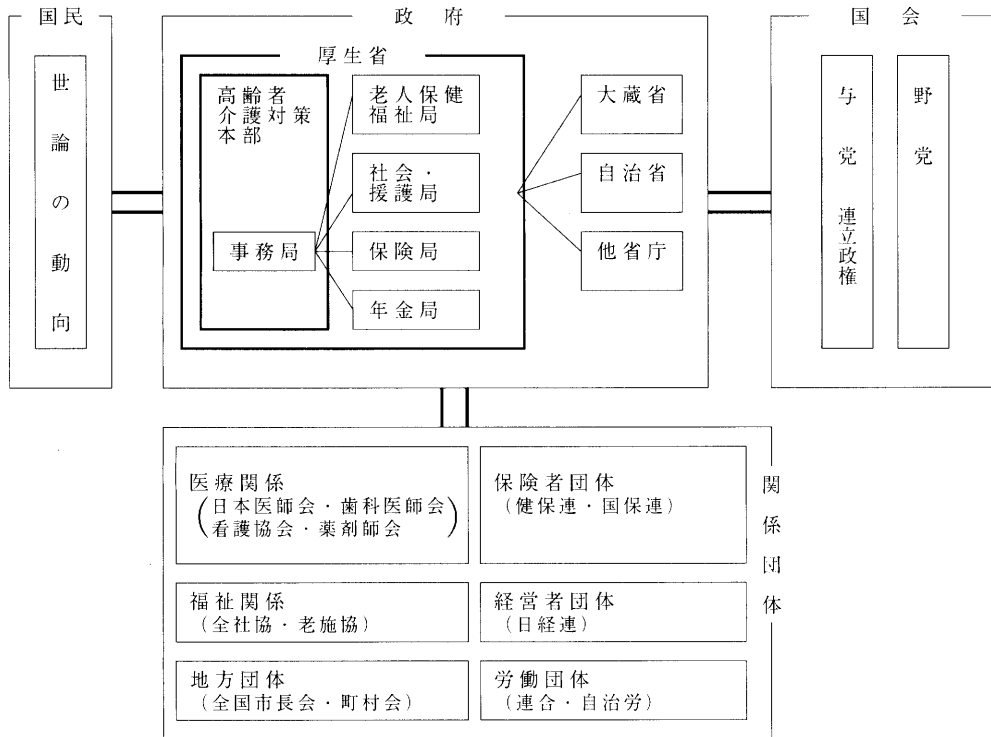


図1 介護保険制度の創設をめぐる状況

- イ) 関係団体の動向 (医療, 福祉, 保険者, 経済団体, 労働組合等との関係)
- ③ 審議会・研究会の運営 (資料作成, 審議の推進, 報告書作成等)
- ④ 介護保険制度の設計
  - ア) 制度の仕組み (制度設計)
  - イ) 法制化の取組み (法案原案作成, 法制局審査等)
  - ウ) 各省協議
  - エ) 与党協議

3 社会保険方式導入の決定

高齢者介護サービス基盤整備のための安定的な財源確保という厚生省の組織利益に対しては、対策本部が設置された時点では2つの選択肢があった。

第一は、介護保険制度の創設である。財源確保の意義としては2点ある。まず、社会保険料収入という新たな財源を確保することができる。もう

ひとつは、従来の制度の維持に比べて国庫負担が軽減されることである。従来の制度である老人福祉制度においては、若干の利用者負担があるが、原則として高齢者福祉サービスに要する経費の2分の1は国庫負担、残りは都道府県と市町村が半分ずつの負担である。この世界に介護保険制度が導入されると、保険財政に5割の公費負担を入れるとしても、その負担割合を国が2分の1 (全体の4分の1)、地方自治体が2分の1 (全体の4分の1) の負担とすれば、国の負担は従来の2分の1から4分の1に軽減されることになる。これによる財源余裕は、給付水準等の制度設計にもよるが、対策本部発足時点の極めて荒い推計で2000年度には約6千億円にのぼると試算された。これを基盤整備の財源に回すことができれば、税収の落ち込みによる予算編成の制約を打破できる可能性がある。

第二は、消費税率の引上げにより収入増となる税財源を活用するというものである。対策本部が

設置された94年度前半においては、後述するとおり、政府としては消費税率の引上げが最重要課題であり、省内においても消費税引上げの方が実現可能性が高いと考えられていた。消費税率の引上げによる税収増大分が、新ゴールドプランの策定・実施に要する新たな財源として期待された。一方、介護保険という新たな社会保険制度の創設は非現実的か、かなりの時間を要するものと考えられていた。換言すれば、介護保険制度の創設については、政府内はもちろんのこと、省内においても取り組むべき政策として確定したものではなかった。

93年8月に誕生した非自民連立政権である細川内閣は、国民の高い支持率を背景に、小選挙区制導入等の政治改革と消費税の見直し等の税制改革を主要な政策課題として設定していた。94年2月には、細川首相は、消費税を廃止して税率7%の「国民福祉税」の創設を発表した。しかし、これは連立与党内部の調整不足等が露呈し、社会党等の反対により、提案の撤回を余儀なくされ、同年4月の内閣退陣の一因となった。

次の羽田内閣においても税制改革は最大のテーマであり、連立与党の税制改革協議会でも活発な議論が行われた。政府は、大蔵省を中心に、当時景気対策のために先行的に実施した所得・住民税減税の財源のみならず、高齢化の進展に伴う年金・医療に要する経費やゴールドプランの推進による高齢者介護等の経費の増加に対応していくためにも、消費税の7%程度への引上げが必要であるという説明を行った。社会保障のビジョンや将来の社会保障給付と負担の見通しとして活用されたのが「21世紀福祉ビジョン」である。このビジョンの作成事務は、大臣官房政策課が担当し、その内容は、大蔵省主計局との連携の下につくられた。こうした状況下では、政府内で介護保険制度の検討が本格的に行われているとすれば、消費税の引上げは不要ではないかという議論を引き起こすことが懸念されたため、対策本部は、介護保険制度創設の検討を行うという対外的な説明は抑制せざるを得なかった。介護基盤整備を進めるための新ゴールドプランの策定は、老人保健福祉局の

重要事項であるが、仮に消費税引上げにより財源確保が可能になれば、必ずしも新たな社会保険財源の創設は必要でなくなる。このように、94年度前半においては、政府内においても省内においても、介護保険制度を創設すべきであるとする意欲は弱かったのである。

介護保険制度の検討を本格的に始めることができるようになったのは、94年7月に自民・社会・さきがけの連立政権である村山内閣が誕生し、9月に消費税引上げ問題について、細川内閣のときから提案されていた7%という水準ではなく、所得・住民税減税幅とほぼ同額の5%という税率を決定したことによる<sup>14)</sup>。これにより、新ゴールドプランの策定は可能となったが、減税以外にあてる税収増分がほとんどなくなったことから、当初の厚生省案よりも基盤整備の目標値を引下げざるを得なくなった。ここに消費税財源に期待をすることが困難となり、省内においてもようやく介護保険が有力な選択肢として浮上してきた。

#### 4 世論の支持や関係団体との合意形成を図る方法

介護保険制度創設に関する世論の合意形成については、種々の手段が複合的にとられた。厚生省では介護問題が重要課題として、ゴールドプランの策定・推進以来、予算の確保や施策の拡充に取り組んできたが、新たな社会保険制度の創設について全国的な支持が得られるかどうかは不明であった。社会保険は、国民全体で支えていくという認識が基盤になれば成立しない。したがって、政府部内や与党との関係を中心に政策を立案していくテーマとは異なり、国民的な問題として広範な議論をまき起こす必要がある。そこで、いくつかの手法がとられた。

ひとつは事務局長の発案に基づき作成した「高齢者介護問題を考える」というパンフレットである。省庁が国民向けの広報として、法律案や成立した法制度の概要パンフレットを作成する例は頻繁にあるが、このパンフレットは、高齢者介護問題の現状を一般向けにわかりやすく伝えるという点に力点を置いており、介護保険制度の導入の必要性を力説しているものではないところに特徴が

ある。施設サービスの量的整備が地域間でばらつきがあることや、在宅サービスの使いにくさ、家族介護の問題点など、各種データを駆使してわかりやすく解説している。このパンフレットを用いながら、外部団体から要請があれば、事務局のスタッフが進んで講演等に出向いていき、高齢者介護問題の説明役に努めた。

世論の動向を知る上では、世論調査の結果が重要である。近年では、各新聞社が丹念に世論調査を行っている。介護保険制度の制定過程においては、まだ介護保険制度の概要が世に出ていなかった時点で、毎日新聞社が94年10月に行った世論調査が好影響を与えた。それによると、87%の人々が介護保険制度の創設に賛意を示した。この結果は、当時の事務局スタッフを大いに元気づけた。また、老人保健福祉審議会で審議が始まった95年には、総理府広報室に依頼して「高齢者介護に関する世論調査」を実施した。この世論調査でも、介護保険制度の創設に82%の人々が賛成という結果になった。このほかにも、朝日新聞、読売新聞、NHK等が独自に世論調査を行っているが、いずれも高い賛成率を示しており、これらの調査結果を紹介・分析した記事が、高齢者介護問題や介護保険制度に対する世論の関心を高める効果があったものと考えられる。

次に、制度改正や新たな制度創設の検討にあたって広く有識者の意見を参考にするという観点から、省庁では私的懇談会を開催するという手法がよくとられる。94年7月に開催した「高齢者介護・自立支援システム研究会」がその例である。これは、高齢者介護対策本部長の私的研究会という位置付けで開催した。この研究会の特徴は、制度案をつくるのではなく高齢者介護をめぐる基本的な論点や考え方を整理することを開催目的にしたことである。それは、正式な審議会である老人保健福祉審議会で議論をつなげていくというねらいと、研究会の議論、報告等を通じて、高齢者介護問題の重要性や介護保険創設の必要性を、一般の人々に伝えていくという効果をねらいとしている。したがって、もうひとつの特徴であるが、研究会には、関係団体の代表は加わず、純粋に学

識経験者10名で構成した。様々な立場からの議論ということで、厚生省の福祉行政のあり方に厳しい見解の持ち主であった人達も加わっている。こうして幅広く専門的な意見を聴取したのであり、その後、この研究会委員が介護保険制度創設の推進者として活動するという副次効果も生じた。また、厚生省の動きとは別個に、総理府の社会保障制度審議会が、高齢者介護問題への対応と介護保険導入の検討の必要性を提言する報告書や勧告を公表したことも、世論喚起につながったものと評価できる。

第三に、関係団体との間の合意形成であるが、これについても、事務局スタッフが積極的に向かっていって研究や議論をする手法がとられた。介護保険制度の性格上、関係団体は広範な範囲に及ぶ。医療関係団体としては、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会が代表である。このうち、日本医師会が、医療関係の政策決定において厚生省に対する最大の圧力団体(プレッシャー・グループ)であることは言うまでもない。福祉関係団体としては、全国社会福祉協議会(全社協)、全国老人福祉施設協議会(老施協)、全国老人クラブ連合会等が該当する。また、地方行政関係団体としては全国市長会、全国町村会がある。このほか、社会保険という性格上、保険料負担等の観点から、事業主側として日本経営者団体連合会(日経連)、保険者側として健康保険組合連合会(健保連)、国民健康保険団体連合会(国保連)、労働者の代表として日本労働組合総連合(連合)、全日本自治団体労働組合(自治労)が該当する。これだけ広範なものになると、個別対応というよりは、これらの代表が委員として参画している老人保健福祉審議会の場で合意形成を図ることが、中心戦略となる。一方で、日本医師会や全社協、連合、自治労等とは、94年の段階から個別に勉強会等を持つことにより、意見交換を進めていった。こうした個別の勉強会等における意見交換が、関係団体と対策本部事務局との間の意思疎通に役立った。特に、連合、自治労という労働組合が、具体的な内容面では異論があるものの介護保険制度の創設自体には賛成側に回った点が、

通常の社会保障制度の改正とは大きく異なる点であった<sup>15)</sup>。

措置制度見直しの取組みにあたっては、特に福祉関係団体や自治労との関係に注意がそそがれた。介護保険制度は福祉分野において当然のごとく維持されてきた措置制度を見直すものだけに、福祉団体から介護保険制度への賛意を得るためには相当の調整が必要であると考えられた。このため、全社協や老施協等の福祉団体との勉強会や研修会等に事務局スタッフが積極的に参加・議論することにより、意見交換、意見調整等を進めた。また、保育問題検討会の議論の時には、自治労は、保育所の過半数を占める公立保育所の従事者を代表して、保育所入所の措置制度見直し反対の立場を貫いていたが、介護保険制度に対しては賛意を示したことが、措置制度の見直しが支障なく進んだ要因のひとつとなった。さらに、措置制度と公的責任の関係という理念的な課題に対しては、社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第2次報告(94年7月)や同審議会の勧告(95年7月)において、社会保障制度における公的責任のあり方の整理や介護保険制度導入の必要性が強調されることにより、論点からは外れていった。

第四に、連立与党との調整がある。介護保険制度は、自民党単独政権下とは異なり、自民党、社会党、新党さきがけ3党の連立政権である村山内閣において本格的な検討が始まった。この過程で、中心的な役割を果たしたものが、与党福祉プロジェクトチームである。3党の国会議員から構成されるこのチームは、もともと厚生行政に熟知している議員を中心に構成されており、現実的な視点から議論が行われるとともに、連立与党の意思決定に大きな影響を与えた。表1にあるとおり、研究会や審議会の議論と並行して、福祉プロジェクトでも検討が進められた。基本的に週に1回開かれた会には、毎回対策本部事務局を始めとする厚生省の関係部局の職員が出席し、チームの検討課題に対して説明を行った。こうしたことが、厚生省と連立与党との合意形成に貢献したものと想像できる。また、老健審最終報告以後は、福祉プロジェクトが、関係団体の意向をまとめきれなかつ

た厚生省に対して制度案づくりをリードしていった。

## 5 省内における政策決定の方法

介護保険制度の設計については、多くの課題が山積していた。保険制度の骨格、保険者、被保険者の範囲、被保険者の届け出等の手続き、保険給付の内容、給付水準、給付を受ける手続き、要介護認定の方法、介護支援のあり方、事業者の指定要件、指定方法、保険料の設定・徴収方法、公費負担と保険料負担の割合、保険給付の審査・支払い等、新たな社会保険制度を構築するためには、様々な点についてひとつひとつ決めていかなければならない。実現可能な案とするためには、財政試算も欠かすことができない。また、介護保険制度の検討が、95年2月から老人保健福祉審議会が始まったが、審議会で議論するたき台としてあらかじめ制度の具体的な仕組みを準備しておかなければならない。

こうした実によく多くの論点を整理するためには、対策本部事務局と関係局との間の個別の折衝では時間がかかる上に、なかなか調整を図ることができない。そこでとられた新たな手法は、副本部長である保険局長(後に本部長代理となる。)を座長として、事務局長と本部長である関係局の課長が一同に会する検討会を開催し、そこで論点について議論をし、その場でおおよその方向性を決定するというものであった。議論の材料となる資料は、対策本部事務局が、各局の事務局員とも連携しながら、論点ごとに現状分析と課題、実現可能な試案等を示したものを作成した。

この検討会は、94年11月から、95年12月まで、計6回開かれた。たとえば、第1回の検討会の様子は次のとおりである。省外の会議室において午前10時から午後6時まで実施。出席者は約20名。テーマは、大きく制度試案の骨格、給付体系、制度体系に分かれる。論点ごとに事務局メンバーが資料を説明し、自由に議論が行われた。制度試案については、市町村と医療保険の共同事業方式(老人保健事業方式)と、65歳以上の独立介護保険方式の2案が提示された。様々な視点か

ら意見が出されるが、この時点でどちらかに決定するのではなく、おおよその方向を明確にするものである。議論の過程で、保険者については市町村とするにしても広域化を図ること、保険給付の対象となる被保険者は65歳以上にしても現役世代からの保険料徴収をどのように行うかさらに詰める必要があること等、次の検討会までの課題が整理される。給付体系については、保険給付のプロセス、要介護認定基準、在宅・施設サービスの範囲、利用者負担、民間保険のあり方がテーマとなっている。制度体系については、高齢者からの保険給付の賦課・徴収、現役世代からの拠出金、医療保険との関連、障害者の取り扱い等がテーマとなっている。そして、検討会の場で意見が分かれたものや不明な点については、さらに事務局において詰めていくこととされた。この検討会に提出する資料は、作成にあたって多大な時間と関係局との調整を要するものであったが、この場において一応の方向性が明確になることが、省内調整の効率化や省内の意思統一などを図ることにつながった。また、局長や課長等の職責に応じた発言ではなく、それぞれが自由に発言・議論することにより、新たな視点やアイデアを見出すことができる場となった。ブレインストーミングの役割を果たしたのである。

この検討会の中で早々に方向性を決めたものと、結論を審議会にゆだねることとした例として障害者福祉問題と介護手当問題を例にあげてみよう。障害者福祉問題とは、いわゆる若年障害者問題と呼ばれたもので、65歳未満の障害者に対して障害者福祉制度により講じられてきた介護サービスを、介護保険の給付に切り替えるか否かという問題である。これについては、事務局では当初から消極的であった。その理由は、高齢者以外の障害者に対しては教育、就労、社会参加などの多様なサービス体系との調整が必要であるほか、若年障害者の要介護認定を適切に行うための基準設定の準備ができていないため、制度の構築に時間を要するという課題があった<sup>16)</sup>。若年障害者問題は、被保険者の範囲という制度の基本設計に影響を与えるものであるため、早々に結論を出しておく必

要があった。

検討会では、障害者福祉を担当する部局の意見も踏まえた資料をもとに議論が行われた。その結果、若年障害者に対する要介護認定基準を作成するには調査研究に要する一定の時間が必要であることから、緊急を要する高齢者介護問題対策を優先し、若年障害者の介護サービスのあり方についてはこれと切り離して検討を進めていくこと、また障害者団体の介護保険制度に対する意向を確認してから検討を行うことという方向性が決められた。障害者団体との意見調整の過程では、高齢者に対するゴールドプランと同様にサービス基盤整備計画が先決であるという要望が強く、95年12月に障害者プランが策定されることによりその対応が図られた。しかし、その後も障害者団体の中では異論が残り、最終的には、第2号被保険者の要支援・要介護状態について特定疾病に関するものは介護保険の給付対象とされたほか、96年6月の身体障害者福祉審議会答申における課題の整理や、介護保険法附則において制度施行後の見直し課題と位置付けることとなった。

介護手当の問題については、事務局では当初はドイツ介護保険制度のように介護手当を支給するという意見であった。事務局が原案を作成した高齢者介護・自立支援システム研究会報告の中でも、慎重な言い回しながら支給する方向の記述となっている<sup>17)</sup>。検討会では、現行の各種手当制度の関連や介護手当試案の検討が行われたが、前述した介護対策検討会の結論のような反対論や財政論からの消極論も強かった。結局、若年障害者問題とは異なり、保険給付のひとつとして認めるか否かという議論であって、制度設計の本質に影響を与えるものではないことから、老人保健福祉審議会や世論の動向等を踏まえて対応するという方向性となった。その後、老人保健福祉審議会においては、介護手当支給に賛成の委員と反対の委員との間で意見がまとまらず、最終報告では両論併記となった上で、結局は当面支給しないという制度設計となった。

#### IV むすびに代えて

以上みてきたとおり、厚生省の組織利益の実現と厚生官僚の社会利益の実現というインセンティブが融合しつつ組織をあげて検討作業が進められたことが、新しい社会保険制度の創設という社会保障の歴史の中で特筆すべき事業に結びついたと言えることができる。また、制度的な観点からいえば、80年代後半からの消費税議論と呼応しつつ、老人福祉制度や老人保健制度の見直しが順次進められてきたことが、介護保険制度の創設に結びついている。組織的な観点からは、部局横断的な組織である高齢者介護対策本部を設置し、そこに専任スタッフを配置した事務局というタスクフォース（機動部隊）を置いて、精力的に検討作業を進めたことが功を奏している。省内の取りまとめにあたっては、検討会において最終決定の責にあった副本部長や事務局を支えた事務局長のリーダーシップが大きな意味を持っている。たとえば、高齢年金から介護保険料を徴収するという年金局や保険局、老人保健福祉局にまたがる新たな制度設計は、リーダーシップに負うところが大きい。また、事務局を構成する者の個別の行政経験やそれを基に生まれたアイデアが制度設計に大きな影響を与えている。

なお、本稿では、紙数の制約から、連立与党が政策決定に影響を与えた詳細については記述できなかった。他の機会にゆだねることとしたい。全体としてみれば、介護保険法の国会提出の時点では与党との調整が最大の課題となったが、介護保険制度創設という政策については、与党福祉プロジェクトの動向でみたとおり、厚生省と与党は方向性を一にしていたといえる。また、96年5月に厚生省試案発表後、連立与党や市町村保険者論に反対が強かった地方団体との調整の過程で、制度の細部には修正があったが、最終的には市町村保険者の独立介護保険方式、公費負担と保険料負担の割合、被保険者の範囲、保険給付の内容、保険給付水準、要介護認定等、介護保険制度の仕組みの基本部分は、厚生省の制度試案のとおりで

あった。

介護保険制度は、90年代の連立政権下において、省庁主導型の政策決定を基礎に作成された最後の重要制度ということが出来る。

#### 注

- 1) 社会保険各法のうち、主な現行制度の根拠法の制定年は、健康保険法が1922年、労働者災害補償保険法が1947年、厚生年金保険法が1954年、国民健康保険法（新法）が1958年、国民年金法が1959年、雇用保険法が1974年である。このうち、雇用保険法は1947年に制定された失業保険法を母体として制定されたものである。
- 2) ジョン・C・キャンベル（2001）。
- 3) 中央省庁の再編により、2001年1月から、厚生省は労働省と統合して厚生労働省になり、省内部局もたとえば老人保健福祉局が老健局となるなど、組織や名称の変更がなされているが、本小論では、介護保険制度検討時点の省庁・部局名で表現する。
- 4) 伊藤光利・田中愛治・真淵勝（2000）、第10章「官僚制と政治過程」参照。
- 5) 増田雅暢（1998）、筆者は、この論考の中で、介護保険法の立案過程の特徴として、省庁主導型立案過程の特徴と限界が如実に現れていること、関係団体における活発な意見表明と研究会等の活発な実施が見られたこと、及び連立与党3党主導型の本格的調整と合意形成への努力が見られたことの3点をあげた。今回の小論は、このうち、省庁主導型立案過程における官僚の行動や意識を分析するものである。なお、筆者は、厚生省において介護保険制度の創設に向けての検討作業を行った高齢者介護対策本部事務局のメンバーの一員であったので、本小論ではそのときの経験も踏まえつつ論述する。
- 6) 日本医師会総合政策研究機構（1997）参照。
- 7) 臨時福祉特別給付金は、臨時福祉給付金（高齢福祉年金等の受給者や市町村民税非課税世帯に属する70歳以上の者に対して1人1万円の支給）と臨時介護福祉金（市町村民税非課税世帯等に属する在宅寝たきり老人等に対して1人5万円の支給）とに分かれる。前者は自民党と公明・民社党間で、後者は自民・公明両党間で合意された。このような臨時給付金は、97年の消費税引上げ時においても実施されている。
- 8) 介護対策検討会報告では、介護手当は、「必ずしもサービスの供給と結びつくものではないため、要介護老人については給付要件の設定の仕方の如何によってはかえって寝たきり状態の解消につながらない可能性があること、対象者の個別性に対応できないこと、所得制限を設定すれば対象者が限られること等の是非を、今後め



- ざすべき介護サービスの供給体制構築に資する費用負担の在り方との関連も見極めながら、慎重に検討すべきである」としている。
- 9) 一般会計予算の税収は、91年度から対前年度より下回るようになった。税収が対前年度よりも下回ることで自体が石油危機後の75年度以来のことであるが、94年度の税収の当初見積もりは、91年度よりも約8兆円も低いものであった。
  - 10) 93年度に提言された懇談会報告や各種審議会答申等では、介護対策の一層の充実と総合的な取り組み、すなわち、介護問題は、福祉、医療、年金等社会保障の各分野にまたがる課題であり、個別分野ごとの施策ではなく、介護に着目して社会保障全体にわたる再点検を行い、介護問題への対応のあり方について検討を行う必要のあることが強調された。93年9月にまとめられた高齢者施策の基本方向に関する懇談会(厚生省老人保健福祉局長の私的諮問機関。高齢者関係3審議会の委員により構成)の報告は、全体として抽象的な内容であるが、自立支援と利用者中心型のサービス体系や、増大する介護サービスの財源確保のために目的税を含む租税、医療保険や年金保険の保険料負担等、多面的な検討の必要性を提言している。
  - 11) 老人保健医療対策本部の場合も、老人保健法の原案作成業務は、キャンベルによれば「職員がフルタイムで、同じ部屋で、短期間に——日本語で言うかんづめになって(つまり大変な熱気と圧力の下にとじこめられて)」行われた(キャンベル(1997)419頁)。このように、法制度案づくりのためにスタッフが部屋にこもって集中的に仕事をするを、霞ヶ関では「たこ部屋に入る」と俗称している。
  - 12) 専任スタッフは逐次増員され、介護保険法案が国会に提出された96年秋には十数人の規模となった。また、高齢者介護対策本部の組織を構成する副本部長や本部員も、介護保険の検討経過に応じて大幅に拡充された。
  - 13) 専任の事務局次長は、94年4月の事務局への異動直前まで北海道庁において2年間成人保健課長を務めていた。また、次席の課長補佐である筆者の場合も、異動直前まで岡山市役所において3年間民生部長を務めていた。
  - 14) 1994年9月の連立与党3党による税制改革大綱では、消費税率の引上げは、基本的に所得税・個人住民税の恒久減税相当分に見合うものとされ、老人介護と少子対策としては0.4兆円の財源を充当するという結論になった。ただし、これは1997年度からのものであり、高齢者介護サービスの基盤整備として95年度には0.1兆円、96年度では0.2兆円の財源を確保することとされた。
  - 15) 連合は、「新しい介護システムに関する研究委

員会(介護システム検討会)」を開催し、公費負担を柱とした公的介護保険システムの導入を提言した(95年7月)。また、自治労は、市町村が制度運営を行う公的介護保険制度の創設を目指すことを提唱した(自治労(1995))。

- 16) 身体障害者福祉法や知的障害者福祉法に基づく障害の等級認定基準と、介護の手間のかかり具合を評価する要介護認定基準とは、性格や目的が異なる。一方、現行の介護保険法における要介護認定基準は、特別養護老人ホーム等の老人施設入所者に対する介護時間の調査結果に基づき作成されたもので、そのまま若年障害者にあてはめることには無理がある。障害者といっても、個人において障害の部位や程度に差があるほか、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、言語障害、知的障害、精神障害等、そもそも障害の種別が異なる。また、同じ種類の障害であっても年齢によって要介護状態の判断には差が生じる。
- 17) 高齢者介護・自立支援システム研究会報告では、「家族による介護に対しては、外部サービスを利用しているケースとの公平性の観点、介護に伴う支出等といった経済面を考慮し、一定の現金支給が検討されるべきである。これは、介護に関する本人や家族の選択の幅を広げるという観点からも意義がある。」としている。

#### 参考文献

- 伊藤光利・田中愛治・真淵勝著(2000)『政治過程論』、有斐閣。
- 衛藤幹子(1998)「連立政治における日本型福祉の展開——介護保険制度創設の政策形成過程」『レヴァイアサン』、木鐸社。
- 加藤淳子(1997)『税制改革と官僚制』、東京大学出版会。
- 草野 厚(1997)『政治過程分析入門』、東京大学出版会。
- ジョン・C・キャンベル(1995)『日本政府と高齢化社会』、中央法規出版。
- (2001)「座談会 介護保険の始動と21世紀の社会保障」『社会保険旬報』2084号。
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修(1994)『高齢者介護問題を考える』、(財)長寿社会開発センター
- (1995)『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』、ぎょうせい。
- (1995)『新たな高齢者介護システムの構築について』、ぎょうせい。
- (1996)『高齢者介護保険制度の創設について』、ぎょうせい。
- 自治労(1995)『高齢者介護保障の確立へ』、全日本自治団体労働組合。
- 全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター編

- 集(1989)『介護費用のあり方——その社会的負担を考える』, 中央法規出版。
- 城山英明・鈴木寛・細野助博編著(1999)『中央省庁の政策形成過程』, 中央大学出版部。
- 中野 実(1992)『現代日本の政策過程』, 東京大学出版会。
- 西尾 勝(2000)『行政の活動』, 有斐閣。
- 日本医師会総合政策研究機構(1997)『介護保険導入の政策形成過程』, 日本医師会。
- 増田雅暢(1998)「社会保障と政策——厚生省における介護保険法の立案の経験から」『社会保障法』第13号。
- (2000)『わかりやすい介護保険法(新版)』, 有斐閣。  
(ますだ・まさのぶ 厚生労働省大臣官房  
統計情報部企画課情報企画室長)

## 公的医療保険下における製薬企業の競争環境と企業価値

中西 悟 志

### I はじめに

経済成長率の低下に伴う医療保険財政の深刻化を背景として、医薬品使用の抑制を目指した制度改革が提案されている。その中には、長期収載品への基準薬価引き下げ、参照価格制度、ヤードスティック競争、あるいはプライス・キャップ制等が含まれている。しかしながら現行のRゾーン方式に基づく基準薬価算定方式の医薬品市場に与える効果についてすら、実証的研究は数少ないのが現状である。また、先行研究においては薬価政策が与える薬剤の価格ならびに取引量の影響に焦点が絞られたものが多く、市場の効率性や企業の長期的経営状態に対する効果は無視される傾向にあった。

例えば、南部・島田(2000)は、病院ごとの薬剤購入量および購入価格データを使用して、薬価差益と薬剤使用量の関係について医薬品銘柄別に分析している。また、中西・吉瀬(2000)は人口動態ならびに薬価基準の改定が、将来の医薬品支出をどの程度変化させるかをシミュレーション予測している。両研究とも、医薬品市場に注目して薬剤価格および取引数量の変化のみを分析しており、医薬品市場の競争や製薬企業の研究開発行動を分析の対象としていない。

姉川(1999)は薬剤支出関数を推定することで、基準薬価の改訂が薬剤の使用量に与える影響をシミュレーション予測している。そこでは、現行の薬価制度もしくは類似の制度が維持される限り、薬剤価格による需要増にもかかわらず、医薬品産

業の売上高や利潤の増大はあり得ないとの予測結果が2005年までのシミュレーション分析で得られている。しかし、この研究は企業の供給行動の明示的モデルを含んでおらず、競争環境についての分析結果を得ることができない。また、姉川の研究においても、医薬品政策が市場価値によって示される将来収益のような長期的な効果については議論されていない。

製薬企業のパフォーマンスを問題としている先行研究は、基準薬価改定や薬価算定方式といった医療政策の効果に対する関心が乏しいようにもわれる。南部・菅原(1997)は研究開発により生み出される知識ストックを算定し、経済的利潤率をもとめ、産業間比較を行っている。姉川(1996)は、キャッシュ・フローを資本費用で割り引くことで企業価値をもとめ、その企業価値と研究開発の関連を議論している。また、小田切他(1997)は、DEAにより研究開発の効率性を測定し、研究開発の成果と製薬企業の市場価値の関連を検討している優れた研究である。しかし、これらの先行研究において公共政策の製薬企業経営に与える効果に関する分析は含まれていない。

本研究では、医薬品の価格規制を、医薬品市場の価格支配力や市場価値への影響という資源配分の観点から評価する。そのことにより、現行医療保険がもつ問題点と改革の方向を検討する際の基礎的情報を提供することを、本研究は課題としている。IIでは、公的医療保険の基準薬価制度を簡単にモデル化し、それが市場の競争環境に与えた影響についてPanzar-Rosse検定を用いて実証分析する。そこでは、医療保険の基準薬価算定方式

が改訂された92年以降、医療用医薬品市場は顕著に独占的になっているとの結論が得られた。さらにIIIでは、基準薬価の変更と製薬企業の長期的な将来収益の関連について、企業の市場価値を測定し、実証分析を試みている。そこでの主要な分析結果は、薬価算定方式の変更により、基準薬価の収益率に与える効果が小さくなっているということである。

## II 薬剤の価格政策と市場競争

公的医療保険下の医療用医薬品市場の最も顕著な特徴は、保険により支払われる償還価格と市場で取り引きされる医療施設購入価格の2つの価格が存在することである。通常、購入価格に比して償還価格は高く、薬剤使用のインセンティブを医療施設に与えている。医薬品市場を実証的に分析するには、この二重価格制度を考慮したモデル化が必要とされる。政府の設定した償還価格である基準薬価は市場の競争環境・研究開発を含む企業行動に大きな影響を与えると考えられる。92年以降、医薬品の償還価格の算定方式が、従来のバルクライン方式(高購入価格上位10%に設定)からRゾーン方式(平均購入価方式)へと変更された。Rゾーン方式導入の結果、薬価基準は急激に低下している。この薬価算定方式の変更も、将来の収益予想を変化させ、企業の市場価値や企業の競争行動に影響する可能性がある。

ここでは医師が患者の不完全な代理人であると想定しよう。患者の自己負担価格は診療報酬点数により決定されるから、各々の患者の持っている薬剤に対する「真実の」需要は、実際に市場で販売される価格 $P$ ではなく、基準薬価 $P^s$ の関数になる。したがって、市場価格を縦軸にとった図1において患者の需要曲線は、 $D(P^s)$ のような垂直線で描かれる。基準薬価 $P^s$ に比較して、市場価格 $P$ が高ければ医療機関は損失を被り、逆に低ければ利益を受けとる。したがって、薬価差は薬剤使用にプラスの誘因を与える。このため、実際に薬剤を購入する医療機関の「有効な」需要曲線 $D^m$ は、 $X_1$ 点を軸にして左回りに回転した

位置にある。

製薬企業の直面する需要曲線 $D^m$ に対応する限界収入曲線が、 $MR_1$ 線で表されている。もしこの企業が独占者であれば、限界収入と限界費用 $MC$ が一致している点で薬剤使用量 $Q_1$ が決定される。ここで薬価基準が $P^s$ から $P_2^s$ へ引き下げられると、患者にとっての「真実の」需要曲線は右に平行移動し、それに伴って医療機関の需要曲線は $D^m$ から $D_2^m$ へ左下方に移動することになる。需要曲線の移動により限界収入線は、 $MR_1$ から $MR_2$ に変化する。このとき、薬剤の市場価格は $P_1$ から $P_2$ へ低下し、使用量は $Q_1$ から $Q_2$ へ減少している。このように基準薬価の引き下げは、薬剤価格を競争的な水準に近づけ、製薬企業の超過利潤を減少させる効果をもっていると考えられる。

つぎに製薬企業の競争行動を分析するためのPanzar-Rosseの $H$ 検定を解説しよう。この $H$ 検定は、Panzar & Rosse (1987)により提案され、金融市場あるいは医療サービス市場の競争環境を分析するのに広く採用されている[Molyneux et al. 1994, Molyneux et al. 1996, Nathan & Neave 1989, Nathan & Neave 1991, Parrakis 1991, Wong 1996]。教科書に出てくる単純な独占企業は、生産要素価格の上昇、すなわち限界費用の上昇に直面すると、生産量を減らそうとし、総収入を減少させるはずである。しかし、独占的競争であれば、生産要素価格の上昇は収入を減少させな

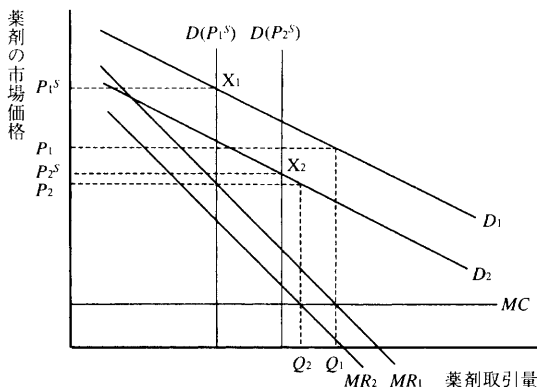


図1 基準薬価改定と薬剤の市場需要

い。このように生産要素価格の変化が収入に与える影響をみることで、企業の置かれている競争環境を特定化するのが Panzar-Rosse の  $H$  検定の基本的考え方である。

ここで、企業の収入を  $R$ 、費用を  $C$ 、財の供給量を  $Q$ 、財の供給量以外に需要に影響する基準薬価のような要因を  $z$ 、生産要素価格ベクトルを  $w$  で表すことにしよう。このとき、独占企業の利潤  $\pi$  は、

$$\pi = R(Q, z) - C(Q, w) = \pi(Q, z, w) \quad (1)$$

になる。ここで生産要素価格が  $w$  であるときの利潤を最大化する生産量を  $Q^0$ 、生産要素価格が  $(1+h)w$  であるときの最適生産水準を  $Q^1$  とする。このとき、定義上 (2) 式が成立する。

$$R^1 - C(Q^1, (1+h)w) \geq R^0 - C(Q^0, (1+h)w) \quad (2)$$

ここで総費用は生産要素価格について1次同次だから、(3) 式が成り立つ。

$$R^1 - (1+h)C(Q^1, w) \geq R^0 - (1+h)C(Q^0, w) \quad (3)$$

また同様に、

$$R^0 - C(Q^0, w) \geq R^1 - C(Q^1, w) \quad (4)$$

も成立する。(4) 式の両辺に  $(1+h)$  を乗じ、(3) 式より減ずることで、(5) 式を得る。

$$-h(R^1 - R^0) \geq 0 \quad (5)$$

(5) 式の両辺を  $-h^2$  で除すと、

$$\frac{(R^1 - R^0)}{h} \leq \frac{(R^*(z, (1+h)w) - R^*(z, w))}{h} \leq 0 \quad (6)$$

(6) 式は、生産要素価格が同率で上昇したとき、独占企業の総収入は減少しなければならないことを示している。(6) 式の  $h$  を 0 に近づけ、 $w_i/R$  を乗じると、つぎの条件式が得られる。

$$H \equiv \sum \frac{\partial R^*}{\partial w_i} \frac{w_i}{R^*} \leq 0 \quad (7)$$

このように、独占企業における誘導形の収入関数に対する生産要素価格弾力性の総和 (Panzar-Rosse の  $H$ ) は、非正でなければならない。独占企業における生産要素価格の上昇と総収入の関連を、図解したのが図2である。生産要素価格が比例的に上昇すると、費用曲線が上方へ平行移動す

る。このとき独占企業は、新たな限界費用曲線と従来の限界収入線とが交わる点まで、生産量を減少させる。生産量の低下に伴い価格も上昇するが、総収入は減少する。

独占企業の条件に対して、独占的競争企業において、Panzar-Rosse の  $H$  は 1 以下の正の値をとる。独占的競争の状態にある企業の均衡条件は、次の2本の方程式で表現される。

$$\frac{\partial R}{\partial Q} - \frac{\partial C}{\partial Q} = 0 \quad (8)$$

$$R(Q^*, n^*, z) - C(Q^*, w) = 0 \quad (9)$$

ここで、 $Q^*$  は長期均衡における財の生産量、 $n^*$  は長期均衡における産業内の企業数である。独占的競争の長期均衡において、企業の生産は限界収入と限界費用を等しくする水準にあるとともに、超過利潤は 0 でなければならない。これらの均衡条件と収入関数を、生産要素価格で微分することで、独占的競争下での Panzar-Rosse の  $H_{MC}$  を求めることができる。

$$H_{MC} = 1 - \frac{(\partial R^*/\partial Q)}{(\partial R^*/\partial n)R^*D^*} \left( y^3 \left( \frac{\partial P}{\partial Q} \right)^2 \frac{\partial e}{\partial n} \right) \quad (10)$$

ここで  $D^*$  は利潤の生産量に関する2回微分であり、 $e$  は企業の直面する需要の価格弾力性であるから、左辺第2項は正の値をとる。したがって独占的競争企業の場合、Panzar-Rosse の  $H_{MC}$  は 1 以下の値をとる。この関係を図解したものが図3である。独占的競争にある企業は、平均費用曲

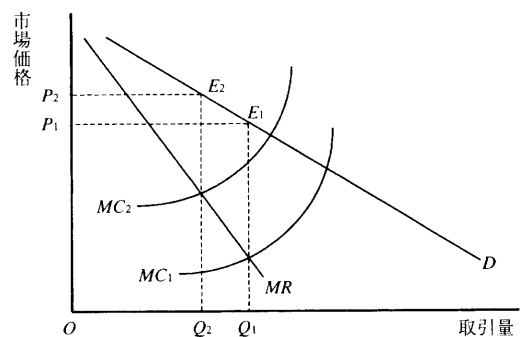


図2 独占市場における生産要素価格変化と収入

線 AC が右下がりの領域で需要曲線と接しているから、生産要素価格が上昇して平均費用線が右上方へ移動すると企業は赤字になる。その結果、ライバル企業が市場から退出し、市場に残る個別需要曲線の上方移動をもたらし、個々の企業の収入を増加させる。しかし、残った企業は規模の利益を享受するため、総収入の増加率は生産要素価格の上昇率に比して小さくなる。

完全競争市場では、Panzar-Rosse の  $H$  は 1 に等しくなる。産業均衡の状態完全競争企業は、図 4 に描かれているように、長期の平均費用曲線 AC の最低点で生産を行っている。全ての生産要素が 1% 上昇した場合、平均費用曲線と限界費用

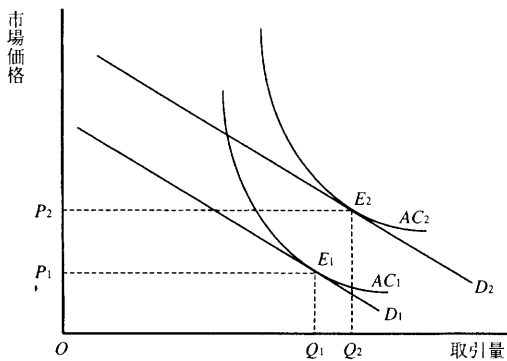


図 3 独占的競争市場における生産要素価格変化と収入

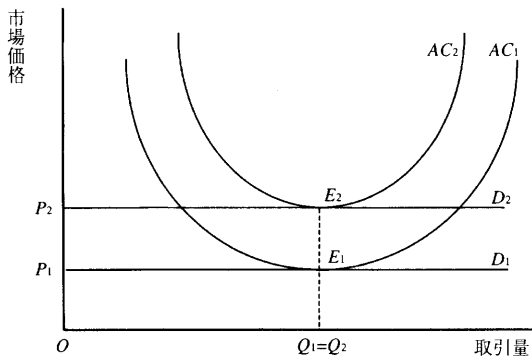


図 4 完全競争市場における生産要素価格変化と収入

曲線も 1% 上方へ比例的に移動するから、平均費用が最低になる生産量は変化しない。生産要素価格の上昇により、一時的には生産量ならびに総収入は減少するが、企業の退出が起こり、市場に残存した企業は以前と同水準の生産量を回復するはずである。最終的には費用増加に見合った収入の増加が実現する。

したがって、長期の完全競争市場において Panzar-Rosse の  $H_c$  は 1 に等しくなる。ここまでの議論をまとめると、Panzar-Rosse の  $H$ -統計量と企業を取りまく競争環境の間には、表 1 のような対応関係が存在している。

誘導形収入関数  $R$  を推定し、医薬品市場の競争環境を検定する。ここでは、企業の ID を  $i$  であらわし、価格以外の需要の決定要因として、医療への総支出  $M$  と政府の基準薬価  $P^S$  を考慮する。また、生産要素価格としては、賃金  $WL$ 、資本の使用者費用  $WK$ 、その他の材料価格  $WO$  を収入関数に含める。

$$\ln R_{it} = \alpha + \beta_P \ln P_{it}^S + \beta_M \ln M_{it} + \beta_L \ln WL_{it} + \beta_K \ln WK_{it} + \beta_O \ln WO_{it} + \gamma t + e_{it} \quad (11)$$

ここで、 $\alpha_i$  は基準薬価ならびに生産要素価格以外の企業  $i$  に特有な要因の効果、 $\beta$  は医療支出、基準薬価ならびに生産要素価格の総収入弾力性である。また、 $\gamma$  はタイムトレンド、 $e$  は誤差項である。Panzar-Rosse テストは企業の参入・退出を前提としており、そのためには調整時間が必要だから、(11) 式を直接推定するのは不適切である。収入は各説明変数の観察値でなく、その恒常的水準  $X^*$  により決定されると考えられる(ここで、 $X^* = X + u$ )。そこで説明変数 (11) 式は、(12) 式のように書き換えられる。

$$\ln R_{it} = \alpha + \beta_P \ln P_{it}^S + \beta_M \ln M_{it} + \beta_L \ln WL_{it} + \beta_K \ln WK_{it} + \beta_O \ln WO_{it} + \gamma t + e_{it}$$

表 1 Panzar-Rosse の  $H$ -統計量の解釈

$H \leq 0$	独占
$0 < H \leq 1$	独占的競争
$H = 1$	完全競争

$$-\sum \beta_{jit} u_{jit} \tag{12}$$

誤差項  $u$  と説明変数の観察値は負の相関があるため、(11) 式を推定すると係数を過少推定してしまう。パラメータの一致推定量を得るために階差をとる。

$$\begin{aligned} \Delta \ln R_{it} = & \beta_P \Delta \ln P_{it}^S + \beta_M \Delta \ln M_{it} \\ & + \beta_L \Delta \ln WL_{it} + \beta_K \Delta \ln WK_{it} \\ & + \beta_O \Delta \ln WO_{it} + \gamma + (e_{it} - e_{it-1}) \\ & - \sum \beta_{jit}(u_{jit} - u_{jit-1}) \end{aligned} \tag{13}$$

この (13) 式を、操作変数法を用いて推定する。使用する操作変数の選択としては、今期の推定式に現れる誤差項と関連のない 2 期前の外生ならびに内生変数の使用が一般的である。しかし、誤差項に 1 階の系列相関がある場合には、3 期前の変数を使用するのが適切である。本研究では、2 期前の変数を用いた推計で良好な結果が得られなかったことから、3 期前の内生および外生変数を操作変数として使用した GMM 推計と、2 期前と 3 期前の変数とともに用いた GMM 推計の結果を報告する<sup>1)</sup>。

ここで使用するデータは、1986 年から 97 年までの 17 社 12 年分のパネルデータである。ただし企業によっては欠値年があるため、アンバランスド・パネルになり、標本サイズは 165 になっている。企業毎の基準薬価  $P^S$  は商品の売り上げでウェイトをつけた企業平均の薬価改定率から、86 年を基準年として求めている。医療への総支出  $M$  は各年の国民医療費を GDP でデフレートして求めている。賃金と資本費用は各社の有価証券報告書に基づいている。資本費用は利子支払額を有利子負債で除したものに減価償却率を加えて求めた。その他の生産要素価格は、日本銀行の「製造業部門別投入物価指数 (化学)」を使用している。

各変数の記述統計は、表 2 にまとめられている。

本研究では、(13) 式の推定とともに 92 年以降の係数変化をテストするため、推定期間を 2 分割した推定も試みた。推定結果は表 3 にまとめられている。モデル 1 は医療支出を説明変数に含まず、需要のシフト要因としては基準薬価のみを考えている。3 期前の内生および外生変数を操作変数としている 2 番目の推定では、J テストを用いた過剰識別性が通常の有意水準で棄却されない。しかし、2 期前と 3 期前の変数を使用した場合、過剰識別しているとの結論が得られた。正の値が予想される基準薬価の係数は、推定期間あるいは選択された操作変数によって大きく異なり、また標準誤差も大きく、明確な結果が得られていない。医療支出を説明変数に含むモデル 2 についてみると、2 期前と 3 期前のラグ変数を操作変数に利用した場合、過剰識別しているとの結論がやはり得られた。需要のシフターについては、医療への総支出の増加が、総収入に正の効果をもつとの結論が、いくつかの推計で得られる一方、基準薬価の効果については、安定したパラメータは得られなかった。

(13) 式により推定された係数から、Panzar-Rosse の  $H$  統計量を求めることができる。

$$H = \beta_L + \beta_K + \beta_O \tag{14}$$

全期間を対象とした推定で  $H$  は、医療支出を含まないモデル 1 で  $-0.95$  から  $-0.05$ 、医療支出を含むモデル 2 で  $-0.89$  から  $0.81$  である。独占的であるとの仮説 ( $H=0$ ) が棄却された推定は存在しない。また、モデル 2 で 2 期前と 3 期前の操作変数を使用した推定以外では、完全競争であるとの仮説 ( $H=1$ ) は全て棄却されている。Rゾーンが導入された 91 年以前を分析対象とした推

表 2 記述統計 (1)

変数名	平均	標準偏差	最小	最大
企業の薬剤収入	143947.44887	21687.45288	114987.39063	180287.87500
その他費用	98.54910	1.94713	96.20000	102.70000
貸金率	7986.24843	1457.14571	4754.19727	11220.27441
資本の使用者費用	0.23871	0.04643	0.12291	0.37861
基準薬価	63.12974	11.07854	41.78483	83.97401
医療の総支出	143947.44887	21687.45288	114987.39063	180287.87500

表3 収入関数の推定結果

変数名	推定期間：1986-97			推定期間：1986-91			推定期間：1992-97		
	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値
モデル1 OLS									
定数	0.01761	0.00880	[.045]	0.04143	0.01623	[.011]	0.00109	0.00892	[.903]
基準薬価	0.05550	0.12809	[.665]	0.31743	0.19371	[.101]	-0.17150	0.16086	[.286]
賃金率	0.32185	0.11480	[.005]	0.28466	0.19420	[.143]	0.19331	0.13602	[.155]
資本の使用者費用	-0.07120	0.04409	[.106]	-0.08063	0.06846	[.239]	-0.04366	0.05440	[.422]
その他生産要素価格	-0.36904	0.14813	[.013]	-0.13350	0.18577	[.472]	-1.37855	0.31357	[.000]
標本サイズ	166			85			81		
決定係数	0.09210			0.07944			0.28255		
GMM (3)									
定数	0.03177	0.06142	[.605]	-0.00587	0.05930	[.921]	0.01099	0.03954	[.781]
基準薬価	0.31663	0.57109	[.579]	0.22107	0.48857	[.651]	-0.80426	0.46995	[.087]
賃金率	0.14519	0.84165	[.863]	0.90816	0.87659	[.300]	-0.36198	1.54799	[.815]
資本の使用者費用	0.10800	0.54700	[.843]	-0.34834	0.37394	[.352]	0.74373	0.51508	[.149]
その他生産要素価格	-1.20771	0.50335	[.016]	-0.76397	0.52584	[.146]	-0.54694	0.98658	[.579]
標本サイズ	165			85			80		
決定係数	0.04364			0.05682			0.01088		
自由度	1			1			1		
過剰識別テスト	0.53913	[.463]		0.33820	[.561]		0.08926	[.765]	
GMM (2&3)									
定数	-0.00887	0.01968	[.652]	-0.00207	0.04444	[.963]	-0.00923	0.01316	[.483]
基準薬価	-0.29988	0.22831	[.189]	-0.31646	0.31696	[.318]	-0.20514	0.19500	[.293]
賃金率	0.53092	0.35745	[.137]	0.54042	0.71074	[.447]	0.47649	0.35449	[.179]
資本の使用者費用	-0.33572	0.19772	[.090]	-0.49276	0.26608	[.064]	-0.03896	0.13357	[.771]
その他生産要素価格	-0.24235	0.33654	[.471]	0.34556	0.32490	[.288]	-1.62344	0.42649	[.000]
標本サイズ	165			85			80		
決定係数	0.04097			0.01249			0.26338		
自由度	6			6			6		
過剰識別テスト	19.84470	[.003]		13.43320	[.037]		13.60440	[.034]	
モデル2 OLS									
定数	-0.02424	0.01550	[.118]	-0.04338	0.05494	[.430]	-0.03795	0.01426	[.008]
医療支出	1.03846	0.32070	[.001]	2.04836	1.26907	[.107]	1.08397	0.32072	[.001]
基準薬価	0.02521	0.12483	[.840]	0.03411	0.25999	[.896]	0.01896	0.16103	[.906]
賃金率	0.31330	0.11159	[.005]	0.30231	0.19259	[.116]	0.09680	0.13071	[.459]
資本の使用者費用	-0.05077	0.04331	[.241]	-0.05429	0.06972	[.436]	-0.03178	0.05113	[.534]
その他生産要素価格	-0.13106	0.16163	[.417]	0.27179	0.31126	[.383]	-0.92505	0.32322	[.004]
標本サイズ	166			85			81		
決定係数	0.14794			0.10883			0.37738		
GMM (3)									
定数	0.02780	0.06766	[.681]	-0.14630	0.10665	[.170]	0.00781	0.03674	[.832]
医療支出	0.33390	1.76831	[.850]	2.79823	2.80718	[.319]	0.24175	1.33347	[.856]
基準薬価	0.43019	0.75590	[.569]	-0.51550	0.49279	[.296]	-0.68092	0.79079	[.389]
賃金率	0.07823	0.94179	[.934]	1.20000	0.80417	[.136]	-0.55549	1.78765	[.756]
資本の使用者費用	0.20194	0.68023	[.767]	-0.37598	0.38915	[.334]	0.73313	0.50208	[.144]
その他生産要素価格	-1.17414	0.71180	[.099]	0.18010	0.62843	[.774]	-0.63307	0.99880	[.526]
標本サイズ	165			85			80		
決定係数	0.03753			0.05841			0.26338		
自由度	1			1			1		



表3 収入関数の推定結果(続き)

変数名	推定期間：1986-97			推定期間：1986-91			推定期間：1992-97		
	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値
過剰識別テスト GMM (2&3) 定数	0.41090	[.522]		0.44568	[.504]		0.06452	[.799]	
医療支出	-0.07666	0.03727	[.040]	-0.07071	0.06336	[.264]	-0.03140	0.01383	[.023]
基準薬価	1.96341	0.75529	[.009]	2.62188	1.79258	[.144]	1.02495	0.53388	[.055]
貸金率	0.17165	0.18438	[.352]	-0.49669	0.26553	[.061]	0.04578	0.21294	[.830]
資本の使用者費用	0.92756	0.42618	[.030]	-0.01526	0.51480	[.976]	-0.32013	0.66760	[.632]
その他生産要素価格	-0.11568	0.14928	[.438]	-0.04434	0.26874	[.869]	-0.07251	0.13393	[.588]
標準サイズ	0.00595	0.31754	[.985]	0.49407	0.35029	[.158]	-1.31432	0.38720	[.001]
決定係数	165			85			80		
自由度	0.12441			0.02140			0.28237		
過剰識別テスト	7			7			7		
	19.82970	[.006]		14.55960	[.042]		16.95340	[.018]	

注) GMMの後にある( )内は、操作変数のラグの次数。

表4 Panzar-RosseのH検定

		推定期間：1986-97			推定期間：1986-91			推定期間：1992-97			構造変化
		H-統計量	H=0	H=1	H-統計量	H=0	H=1	H-統計量	H=0	H=1	
モデル1	OLS	-0.11839	0.514	0.000	0.07053	0.764	0.000	-1.22890	0.001	0.000	0.001
	GMM (3)	-0.95452	0.171	0.005	-0.20415	0.804	0.144	-0.16519	0.939	0.591	0.986
	GMM (2&3)	-0.04715	0.908	0.010	0.39322	0.552	0.359	-1.18591	0.083	0.001	0.021
モデル2	OLS	0.13146	0.495	0.000	0.51980	0.152	0.186	-0.86003	0.022	0.000	0.000
	GMM (3)	-0.89398	0.320	0.035	1.00413	0.206	0.996	-0.45542	0.868	0.595	0.594
	GMM (2&3)	0.81783	0.173	0.761	0.43447	0.420	0.294	-1.70696	0.060	0.003	0.018

注) GMMの後にある( )内は、操作変数のラグの次数。

計では、安定した係数を得られていないこともあり、明確な結論を主張できないが、概ね正の推定値であり、製薬企業は独占的競争の状態におかれていたのかもしれない。一方、92年以降の市場環境について独占であるとの結果が得られている。操作変数に3期前のラグ変数を用いた推定では、完全競争であるとの帰無仮説は通常の有意水準で否定されている。92年以降にPanzar-RosseのH統計量に変化がみられたかをワルド検定したところ、3期前のラグ変数を操作変数に用いた推定を除いては、構造変化が観察されている。ここでの収入関数の推定結果によれば、Rゾーン方式による薬価設定が導入された92年以降、医薬品市場の競争環境には変化がみられ、独占的競争から独占へ移行したと考えられる。

### III 薬価政策と企業の市場価値

IIでみたように、医薬品市場は不完全であり、製薬企業は超過利潤を得ている。その観点からすれば、基準薬価の引き下げのような価格規制は正当化できるかもしれない。ここでは基準薬価の変更が企業経営に与える影響を測定することにしたい。基準薬価の変更は今期の企業利潤に影響するだけでなく、来期以降の企業の価格設定や医療機関の購入行動の変化によって、長い将来にわたり企業利潤に影響を与える。したがって、薬価政策を総合的に評価するためには、短期的効果ではなく長期的な効果をも測定する必要がある。そのため本研究では、将来収益の割引現在価値である企業の市場価値に注目する。企業の市場価値  $V$

は発行済み株式の市場価値  $SV$  と負債  $D$  の合計から短期流動資産  $LA$  を差し引いたものと定義される。なぜなら、企業のネットの負債は負債から短期的に返済に利用できる流動資産を差し引いたものであり、市場価値からネットの負債を差し引くと株価総額に等しくなるからである。

$$\begin{aligned} SV &= V - LD + LA \\ V &= SV + LD - LA \end{aligned} \quad (15)$$

この企業価値は将来収益の割引現在価値に等しく、その将来収益は資本ストックにより生み出される<sup>2)</sup>。企業価値についての先行研究では、資本を有形固定資産に限定されることが多いが、医薬品産業のような研究開発集約型産業では、無形資産を無視することが許されない。そこで本研究では、有形資本と研究開発によりもたらされる研究開発知識ストックの合計である総資本の流列をもとめ、総資本を含む企業価値関数を推定し、基準薬価の改定が企業経営に与える影響を実証的に分析する<sup>3)</sup>。

有形固定資産から純投資の流列をもとめ、それを投資デフレータによって実質化し、減価償却率  $\delta$  を考慮したうえで、基準年(1980年)における簿価の資本ストック  $K_{i,0}$  に、実質投資  $I$  を積み上げていくことで、企業  $i$  の有形実物資本  $K_i$  を算出する。

$$K_{i,t} = I_{i,t} + (1 - \delta_{i,t})K_{i,t-1} \quad (16)$$

研究開発知識ストック  $KR \& D$  の流列をもとめるに際しては、有形資本と同様に、研究開発デフレータを用いて実質化した研究開発投資  $R \& D$  を積み上げている。しかし、実物資本ストックとことなり、研究開発が成果に結びつくのには懐妊期間(実現ラグ)1を考慮しなければならない。

$$\begin{aligned} KR \& D_{i,t} &= R \& D_{i,t-1} \\ &+ (1 - \delta R \& D)KR \& D_{i,t-1} \end{aligned} \quad (17)$$

ここで、 $\delta R \& D$  は研究開発知識ストックの償却率である。初期の研究開発知識ストックの簿価は存在しない。そこで企業  $i$  の基準年における知識ストック  $KR \& D_{i,0}$  を、懐妊期間を5年と想定して、実質研究開発投資の平均成長率  $GR \& D_i$  と知識の陳腐率(10年もしくは13年を想定)

によりもとめた<sup>4)</sup>。

$$KR \& D_{i,0} = \frac{R \& D_{i,-5}}{GR \& D_i + \delta R \& D} \quad (18)$$

薬価政策と製薬企業の価値との関連を分析するため、つぎのように企業価値関数を特定化した。ここでは、企業価値の決定要因として総資本ストック、医療への総支出  $M$  ならびに政府の基準薬価  $P^S$  を想定する。

$$\begin{aligned} \ln V_{it} &= \alpha + \beta_P \ln P_{it}^S + \beta_M \ln M_{it} \\ &+ \beta_{TK} \ln TK_{it} + \gamma t + e_{it} \end{aligned} \quad (19)$$

ここで、 $\alpha_i$  は基準薬価ならびに生産要素価格以外の企業  $i$  に特有な要因の効果、 $\beta$  は医療支出、基準薬価ならびに総資本ストックの企業価値弾力性である。また、 $\gamma$  はタイムトレンド、 $e$  は誤差項である。企業価値は将来収益の現在価値の予想値であるから、(19)式をOLS推定するのは適切でなく、操作変数法を用いる必要がある。また、定常性を確保するため階差をとる。

$$\begin{aligned} \Delta \ln V_{it} &= \beta_P \Delta \ln P_{it}^S + \beta_M \Delta \ln M_{it} \\ &+ \beta_{TK} \Delta \ln TK + \gamma + (e_{it} - e_{it-1}) \end{aligned} \quad (20)$$

この(20)式を、収入関数と同様に、GMMを用いて推定する。使用する操作変数の選択としては、今期の推定式に現れる誤差項と関連のない2期前の外生ならびに内生変数の使用が一般的である。しかし、誤差項に1階の系列相関がある場合には、3期前の変数を使用するのが適切である。本研究では、2期前の変数を用いた推計で良好な結果が得られなかったことから、3期前の変数を操作変数として使用したGMM推計と2期前と3期前の変数を用いた。各変数の記述統計が表5に、推定結果が表6にまとめられている。

表6Aでは研究開発資本の減耗率を0.10と仮定した場合、表6Bでは研究開発資本の減耗率を0.13と仮定した場合の企業価値関数の分析結果がまとめられている。Panzar-Rosse推定と同じく、モデル2には医療サービス市場全体へのショックを代理する医療総支出が説明変数に含まれており、モデル1の推定結果には医療支出が含まれていない。1986年から97年を対象とした推定において、3期前の内生および外生変数を操作変数としている2番目の推定GMM(2)では、Jテ

表5 記述統計(2)

変数名	平均	標準偏差	最小	最大
企業価値	225136.46498	245698.61145	7430.26074	1575116.00000
基準薬価	63.12974	11.07854	41.78483	83.97401
資本ストック(減耗率0.10)	301552.90959	231878.74493	43780.49609	1081122.75000
資本ストック(減耗率0.13)	293289.01333	225583.29676	43074.58984	1045865.87500
医療支出	143947.44887	21687.45288	114987.39063	180287.87500

表6 薬価政策と企業価値

## A (研究開発資本減耗率=0.10)

変数名	推定期間:1986-97			推定期間:1986-91			推定期間:1992-97		
	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値
モデル1 OLS									
定数	-0.09318	0.04849	[.055]	-0.04988	0.07406	[.501]	-0.09020	0.07191	[.210]
基準薬価	1.49695	0.58110	[.010]	1.86312	0.72798	[.010]	1.20852	0.98505	[.220]
資本ストック	2.27056	0.50876	[.000]	2.23205	0.62399	[.000]	1.44169	1.08492	[.184]
決定係数	0.14173			0.21848			0.04149		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.37719								
GMM(3)									
定数	0.01670	0.06682	[.803]	0.24860	0.13099	[.058]	-0.39538	0.30470	[.194]
基準薬価	2.95905	0.86618	[.001]	3.90440	1.03201	[.000]	4.06537	3.02361	[.179]
資本ストック	1.67222	0.75575	[.027]	-0.28849	1.19636	[.809]	10.56850	7.79657	[.175]
決定係数	0.12604			0.09796			0.03709		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.00444								
自由度	1			1			1		
過剰識別テスト	3.38436	[.066]		0.01326	[.908]		0.56147	[.454]	
GMM(2&3)									
定数	-0.06658	0.05418	[.219]	0.03496	0.08241	[.671]	-0.08039	0.09429	[.394]
基準薬価	1.40573	0.77546	[.070]	2.57517	0.92133	[.005]	0.28996	1.10684	[.793]
資本ストック	1.76577	0.58877	[.003]	1.26859	0.72657	[.081]	0.83781	1.89926	[.659]
決定係数	0.15117			0.21155			0.03615		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.11005								
自由度	4			4			4		
過剰識別テスト	12.83900	[.012]		11.6550	[.020]		4.52534	[.340]	
モデル2 OLS									
定数	-0.26822	0.06861	[.000]	-0.39267	0.12375	[.002]	-0.26589	0.08985	[.003]
基準薬価	1.37240	0.56331	[.015]	0.57662	0.78616	[.463]	2.32448	1.00814	[.021]
医療支出	4.42024	1.26428	[.000]	8.89787	2.65198	[.001]	5.42772	1.79694	[.003]
資本ストック	2.02608	0.49714	[.000]	1.56169	0.62128	[.012]	0.69364	1.06237	[.514]
決定係数	0.19670			0.33018			0.14186		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.00000								
GMM(3)									
定数	-0.29451	0.11669	[.012]	-0.09232	0.21621	[.669]	-1.16861	0.98111	[.234]
基準薬価	3.65132	0.84657	[.000]	2.10647	1.54447	[.173]	20.69010	16.05080	[.197]

## A (研究開発資本減耗率=0.10) (続き)

変数名	推定期間：1986-97			推定期間：1986-91			推定期間：1992-97		
	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値
医療支出	7.76607	1.99069	[.000]	6.49035	3.94438	[.100]	27.78120	24.32230	[.253]
資本ストック	1.83235	0.84321	[.030]	-0.22504	1.08404	[.836]	14.58040	17.12840	[.395]
決定係数	0.18673			0.22394			0.11657		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.22572								
自由度	1			1			1		
過剰識別テスト	0.16788	[.682]		0.69844	[.403]		1.02519	[.311]	
GMM (2&3)									
定数	-0.40893	0.10194	[.000]	-0.54355	0.13526	[.000]	-0.25500	0.12204	[.037]
基準薬価	2.29483	0.61756	[.000]	-1.02545	0.90398	[.257]	1.95691	1.58089	[.216]
医療支出	8.34235	1.77829	[.000]	12.05520	2.98070	[.000]	4.63385	3.31741	[.162]
資本ストック	2.14534	0.69454	[.002]	0.81794	0.68109	[.230]	1.42358	1.71332	[.406]
決定係数	0.20146			0.28119			0.13537		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.00000								
自由度	5			5			5		
過剰識別テスト	11.08940	[.050]		14.78520	[.011]		16.48630	[.006]	

注) GMM の後にある ( ) 内は、操作変数のラグの次数。

## B (研究開発資本減耗率=0.13)

変数名	推定期間：1986-97			推定期間：1986-91			推定期間：1992-97		
	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値
モデル1 OLS									
定数	-0.08948	0.04776	[.061]	-0.04809	0.07311	[.511]	-0.08689	0.07037	[.217]
基準薬価	1.49834	0.58068	[.010]	1.85939	0.72662	[.010]	1.20834	0.98517	[.220]
資本ストック	2.22986	0.49683	[.000]	2.20772	0.61004	[.000]	1.39862	1.05766	[.186]
決定係数	0.15311			0.23951			0.04128		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.38602								
GMM (3)									
定数	0.01789	0.06557	[.785]	0.24524	0.12855	[.056]	-0.39150	0.30565	[.200]
基準薬価	2.97225	0.86615	[.001]	3.90390	1.03005	[.000]	4.12553	3.09326	[.182]
資本ストック	1.67185	0.73889	[.024]	-0.24808	1.16289	[.831]	10.77710	8.01125	[.179]
決定係数	0.12754			0.09796			0.03658		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.00629								
自由度	1			1			1		
過剰識別テスト	3.17932	[.075]		0.01818	[.893]		0.47378	[.491]	
GMM (2&3)									
定数	-0.06363	0.05329	[.232]	0.03537	0.08125	[.663]	-0.07818	0.09101	[.390]
基準薬価	1.41678	0.77510	[.068]	2.58448	0.91977	[.005]	0.29372	1.10670	[.791]
資本ストック	1.73934	0.57464	[.002]	1.26472	0.71061	[.075]	0.81108	1.85722	[.662]
決定係数	0.14182			0.21155			0.03609		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.11517								
自由度	4			4			4		

## B (研究開発資本減耗率=0.13) (続き)

変数名	推定期間：1986-97			推定期間：1986-91			推定期間：1992-97		
	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値	係数	標準誤差	p-値
過剰識別テスト	12.70220 [.031]			11.57240 [.021]			4.53038 [.339]		
モデル2 OLS									
定数	-0.26443	0.06819	[.000]	-0.38872	0.12342	[.002]	-0.26414	0.08906	[.003]
基準薬価	1.37407	0.56298	[.015]	0.58389	0.78553	[.457]	2.32524	1.00829	[.021]
医療支出	4.40987	1.26393	[.000]	8.83912	2.65570	[.001]	5.43067	1.79739	[.003]
資本ストック	1.98927	0.48564	[.000]	1.54435	0.60921	[.011]	0.66684	1.03583	[.520]
決定係数	0.21196			0.33100			0.14173		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.00001								
GMM (3)									
定数	-0.29099	0.11560	[.012]	-0.09036	0.21631	[.676]	-1.13410	0.94925	[.232]
基準薬価	3.64372	0.84604	[.000]	2.12988	1.55314	[.170]	20.37680	15.82890	[.198]
医療支出	7.70782	1.98378	[.000]	6.41322	3.97641	[.107]	27.32420	24.09690	[.257]
資本ストック	1.82424	0.82380	[.027]	-0.19974	1.05847	[.850]	14.33480	16.86310	[.395]
決定係数	0.18792			0.22440			0.11568		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.22592								
自由度	1			1			1		
過剰識別テスト	0.13189 [.716]			0.70857 [.400]			1.06881 [.301]		
GMM (2&3)									
定数	-0.40544	0.10102	[.000]	-0.54187	0.13508	[.000]	-0.25152	0.12122	[.038]
基準薬価	2.28994	0.61791	[.000]	-1.02009	0.90465	[.259]	1.95150	1.58463	[.218]
医療支出	8.32141	1.77542	[.000]	12.01010	2.98843	[.000]	4.61935	3.33293	[.166]
資本ストック	2.11495	0.67822	[.002]	0.81990	0.66762	[.219]	1.38732	1.67855	[.409]
決定係数	0.20231			0.21155			0.13505		
標本サイズ	167			85			82		
ワルド検定	0.00000								
自由度	5			5			5		
過剰識別テスト	10.96300 [.052]			14.80690 [.011]			16.47730 [.006]		

注) GMMの後にある( )内は、操作変数のラグの次数。

ストを用いた過剰識別性が通常の有意水準で棄却されない。しかし、2期前と3期前の変数を使用したGMM(2&3)の場合、過剰識別しているとの結論が得られた。

基準薬価の変更や医療サービス市場の成長は、企業価値に大きな影響を与えている。1986年から97年を対象とした推定では、基準薬価の1%引き下げが企業価値を1.4%から3.7%低下させるとの結果が得られている。また、医療支出総額が1%上昇すると、企業価値は最も少なく見積もって4.4%、最大8.3%上昇すると推定される。なお企業価値のトレンドを示している定数項は有

意に負であるか、正の場合は有意でない。したがって製薬企業の価値は正の趨勢をもっていない。

企業価値関数においても、Panzar-Rosseの取入関数と同様に、Rゾーン導入前と導入後に2分割した推定を行っている。パラメータの構造変化をワルド検定した結果、モデル1のGMM(2)、モデル2におけるOLSとGMM(2&3)で構造変化が観察された。そこで、企業経営に対する薬価改定の効果がRゾーン導入によって、どのように変化したか検討してみよう。しかし注意する必要があるのは、標本を分割することで標本サイズが小さくなり多重共線性の問題が深刻になった

ため、説明変数に医療支出を含む推定は良好でないことである。そこで、ここでは説明変数に医療支出を含まないモデル1に限定して、Rゾーン導入の帰結について検討する。Rゾーン導入前における企業価値の基準薬価弾力性の推定値が1.9から3.9であるのに対し、導入後のそれは0.3から4.0になっているが、導入後の推定値は全て有意でなく、明確な結論が得られていない。Rゾーン導入後、基準薬価と市場取引価格の格差が急速に縮小しており、基準薬価の引き下げの薬剤需要に与える影響が解消してきているのかもしれない。また、資本の生産性については、良好なパラメータの推定が得られず、明確な結論は得られなかった。

#### IV おわりに

本研究では、公的医療保険下の医薬品産業を、医薬品市場の競争状態や企業の市場価値の観点から分析している。まずIIでは、公的医療保険の基準薬価制度を簡単にモデル化し、薬価算定方式の変更が医薬品市場の競争環境に与える影響を、Panzar-Rosse 検定により実証分析した。その結果、全期間を対象とした推定では、独占的であるとの仮説 ( $H=0$ ) が棄却された推定は存在せず、完全競争であるとの仮説 ( $H=1$ ) は棄却されている。Rゾーンが導入された91年以前には、製薬企業は独占的競争の状態におかれていたのに対し、92年以降の市場環境について独占であるとの結果が得られている。

IIIでは、基準薬価改訂・薬価算定方式の変更と製薬企業の市場価値の関連について実証分析を試みた。そこでの主要な分析結果は、基準薬価の変更や医療サービス市場の成長は、企業価値に大きな影響を与えており、基準薬価の1%引き下げが企業価値を1%から3%程度低下させ、医療サービス市場が1%拡大すると、企業価値は最も少なく見積もって4%、最大8%上昇すると推定される。また、Rゾーン導入の結果、企業価値に対する基準薬価改訂の効果が弱まってきている。

以上の分析結果から、基準薬価算定におけるR

ゾーン方式の導入は医薬品市場を独占的に変えたこと、また近年、企業経営に対する基準薬価の引き下げ効果が弱まっている可能性が明らかとなった。市場の非効率性が増加し、また従来行なわれてきた基準薬価の引き下げは資源配分の効率性を改善しないことから、製薬企業の競争を促進するための新たな公共政策が必要になっていると結論づけられよう。

#### 謝辞

福重元嗣氏(神戸大学)、山田直志氏(筑波大学)ならびに小椋正立氏(法政大学)からは非常に有益なコメントをいただいた。また、本研究で使用したデータセットの作成に際し、丹藤信平氏(医薬産業政策研究所)、吉瀬浩司氏(医薬産業政策研究所)ならびに河原朗博氏(医薬産業政策研究所)から援助を得ている。上記各氏に感謝したい。

#### 注

- 1) GMM (一般化積率法) については、Hansen (1982) と Hansen & Sigleton (1982) を参照されたい。また、羽森 (1996) 第3章に GMM の簡潔な解説がある。
- 2) 企業の市場価値算出方法については、Lindenberg & Ross (1981) が詳しい。
- 3) 研究開発と企業の市場価値を主眼的に分析した研究には、Ben-Zion (1984), Cockburn & Griliches (1988), Griliches (1981), Hall (1993), Hirschey (1982), Jaff (1986), Johnson & Pazderka (1993) がある。  
Grabowski & Mueller (1979) は、利潤率と研究開発との関連を研究している。トービンの  $q$  と研究開発の関係を推定したものには、Connory et al. (1986), Himmelberg & Petersen (1994), Hirsch & Seaks (1993), McConnell & Servaes (1990), Salinger (1984) 等がある。
- 4) 研究開発の陳腐化率の測定については、後藤 (1993) を参照されたい。なお実物資本ならびに研究開発知識ストックの導出法は、南部・菅原 (1997) にしたがっている。

#### データの出所

財務データ：日経 NEEDS。

物価指数：『日本銀行 金融・経済データ 2000』、ダイヤモンド社。

研究開発デフレータ：『科学技術白書』、大蔵省印

刷局。  
 医療支出：『国民医療費』，厚生統計協会。  
 企業毎の医薬品収入：『製薬企業の実態と中期展望』各年版，国際商業出版。  
 企業毎の基準薬価指数：『製薬企業の実態と中期展望』各年版，国際商業出版。

### 参考文献

- 姉川知史 (1996) 「製薬企業の R & D 投資：費用，利益，企業価値，推定方法と結果」『医療と社会』6 (2) : 16-58。
- (1999) 「薬価低下政策と医薬品需要の実証分析：シミュレーション分析による薬価制度改革の予測と評価」『医療経済研究』6 : 55-75。
- 小田切広之・羽田尚子・本庄裕司 (1997) 「製薬企業における研究開発の効率性と企業価値」『医療と社会』7 (1) : 34-45。
- 後藤 晃 (1993) 『日本の技術革新と産業組織』，東京大学出版会。
- 中西悟志・吉瀬浩司 (2000) 「医療用医薬品市場の将来予測：人口動態ならびに薬価基準改訂と薬剤支出」『医療と社会』10 (2) : 101-113。
- 南部鶴彦・菅原琢磨 (1997) 「研究開発型企業の利潤率比較：知識資本ストック推計による製薬企業とその他企業の比較」『医療と社会』7 (1) : 16-23。
- 南部鶴彦・島田直樹 (2000) 「医療機関の薬剤購入における価格弾力性の推定」『医療経済研究』7 : 77-100。
- 羽森茂之 (1996) 『消費者行動と日本の資産市場』，東洋経済新報社。
- Ben-Zion, U. (1984) "The R & D and Investment Decision and its Relationship to the Firm's Market Value: Some Preliminary Results" In *R & D, Patents, and Productivity* (edited by Z. Griliches), Chicago: University of Chicago Press, 299-312.
- Connolly, R. A., B. T. Hirsch, and M. Hirschey (1986) "Union Rent Seeking, Intangible Capital, and Market Value of the Firm" *Review of Economics and Statistics*, 68 (4) : 567-577.
- Cockburn, I and Z. Griliches (1988) "Industry Effects and Appropriability Measures in the Stock Market's Valuation of R & D and Patents" *American Economic Review*, 78 (2) : 419-423.
- Grabowski, H.G. and D.C. Mueller (1979) "Industrial Research and Development, Intangible Capital Stocks, and Firm Profit Rates" *Bell Journal of Economics*, 9 (2) : 328-343.
- Griliches, Z. (1981) "Market Value, R & D, and Patents" *Economics Letters*, 7 (2) : 183-187.
- Hall, B. H. (1993) "The Stock Market's Valuation of R & D Investment During the 1980's" *American Economic Review*, 83 (2) : 259-264.
- Hansen, L. P. (1982) "Large Sample Properties of Generalized Method of Moments Estimators" *Econometrica*, 50 (4) : 1029-1054.
- Hansen, L. P. and K. J. Singleton (1982) "Generalized Instrumental Variables Estimation of Nonlinear Rational Expectations Models" *Econometrica*, 50 (5) : 1269-1286.
- Himmelberg, C. P. and B. C. Petersen (1994) "R & D and Internal Finance: A Panel Study of Small Firms in High-tech Industries" *Review of Economics and Statistics*, 76 (1) : 38-51.
- Hirsch, B. T. and T. G. Seaks (1993) "Functional Form in Regression Models of Tobin's  $q$ " *Review of Economics and Statistics*, 75 (2) : 381-385.
- Hirschey, M. (1982) "Intangible Capital Aspects of Advertising and R & D Expenditures" *Journal of Industrial Economics*, 30 (4) : 375-390.
- Jaffe, A. (1986) "Technological Opportunity and Spillovers of R & D: Evidence from Firm's Patents, Profits, and Market Value" *American Economic Review*, 76 (5) : 984-1001.
- Johnson, L. D. and B. Pazderka (1993) "Firm Value and Investment in R & D" *Managerial and Decision Economics*, 14 (1) : 15-24.
- Lindenberg, E. B. and S. A. Ross (1981) "Tobin's  $q$  Ratio and Industrial Organization" *Journal of Business*, 48 (1) : 33-45.
- McConnell, J. J. and H. Servaes (1990) "Additional Evidence on Equity Ownership and Corporate Value" *Journal of Financial Economics*, 27 (2) : 595-612.
- Molyneux, P., D. M. Lloyd-Williams and J. Thornton (1994) "Competitive Conditions in European Banking" *Journal of Banking and Finance*, 18 (3) : 445-459.
- Molyneux, P., J. Thornton, and D. M. Lloyd-Williams (1996) "Competition and Market Contestability in Japanese Commercial Banking" *Journal of Economics and Business*, 48 (1) : 33-45.
- Nathan, A. and E. H. Neave (1989) "Competition and Contestability in Canada's Financial System: Empirical Results" *Canadian Journal of Economics*, 22 (3) : 576-594.
- (1991) "Reply to Perrakis" *Canadian Journal of Economics*, 24 (3) : 733-735.
- Panzar, J. C. and J. Rosse (1987) "Testing for "Monopoly" Equilibrium" *Journal of Industrial Economics*, 35 (4) : 443-456.

Perrakis, S. (1991) "Assessing Competition in Canada's Financial System: A Note" *Canadian Journal of Economics*, 24 (3): 727-732.

Salinger, M. A. (1984) "Tobin's  $q$ , Unionization, and the Concentration-profits Relationship" *Rand Journal of Economics*, 15 (2): 159-170.

Wong, H. S. (1996) "Market Structure and the

Role of Consumer Information in the Physician Service Industry: An Empirical Test" *Journal of Health Economics*, 15 (2): 139-160.

(なかにし・さとし 日本福祉大学助教授)

†中西助教授は2001年6月に逝去された。



## 子供の健康資本と親の時間配分行動 ——親は家計内健康格差に回避的か？——

山 内 太

### I はじめに

本稿では、親の時間配分行動と子供の健康資本との相互関係を、日本の家計マイクロデータを用いて実証分析する。人的資本を構成する要素の1つに健康であることがあげられるが (Gary Becker, 1964; pp. 54-55 in 3rd Edition), 子供が健康に育つか否かは、教育投資の効果やその収益、さらには職業・結婚選択の幅などに大きな影響を与えるゆえに人的資本形成を考察する上でとりわけ重要である。そこで、子供の健康資本形成を分析する際には、親の時間配分や消費財の家計内分配が子供の成育環境を決定するという意味において、家計の資源配分機能自体を解明する必要が出てくる。それと同時に、子供の健康状態自体が家計の資源配分行動に影響を与えるという側面もあることから、両者は相互依存的な関係にあるとも考えられる<sup>1)</sup>。

本稿の第1の焦点は、市場労働と家内育児労働との間における親の時間配分が子供の健康資本形成をいかに決定付けているかについてである。育児労働は、例えば傷病の予防を通して子供の健康状態へ影響すると考えられる。この家庭環境から子供の健康状態への影響に関しては、健康資本生産関数を推定することで接近を試みたい。

第2に、子供の健康賦存 (health endowment)<sup>2)</sup> が、親の労働供給や夫婦間分業にいかん影響しているかを解明する。ここでは健康資本生産関数の残差 (すなわち、説明不可能な部分) として推定される確率的要因を含む健康賦存推定値

から親の時間配分行動への影響を分析する。これによって、子供の健康状態に対して親は時間配分行動をいかに変更しているかが解明できると同時に、その結果として、親の時間配分によって家族構成員間 (とりわけ親子間) の健康格差が縮小しているのか、世帯主・配偶者いずれがその役割を果たしているのかをも明らかにできる。この意味において、第1段階の健康資本生産関数推定は、第2段階の時間配分決定に関する分析の準備作業でもある。

上記の2点は社会保障や労働政策にとって重要な視点を与えてくれる。例えば、少子化の進行にともない女性の労働供給の必要性は今までも増して大きくなることが予想されるが、既婚女性の家内・育児労働と市場労働との代替関係に子供の健康度は影響を与えるのだろうか。仮に子供の健康度が改善することで、家内労働の (子供の健康度で測られる) 限界生産性が低下し、配偶者の市場労働供給が促進されるならば、健康的な成育環境を行政が整えることによって、次世代の人的資本が増大するだけでなく、女性の労働供給の拡大による生産性上昇という (より短期的ではあるが) 社会的収益が発生するであろう。

経済学での健康資本形成に関する本格的な実証研究は80年代に入って始まったが (代表例は M. Grossman = T. Joyce, 1990; Andrew Foster, 1995; Pitt = Rosenzweig, 1990; Rosenzweig = Paul Schultz, 1987; Rosenzweig = Wolpin, 1995; など), その多くは親の経済行動や健康賦存 (例: fecundity) の子供の体重・身長などの計測可能な成育状態への影響を分析したものであ

た。これに対して本稿の実証分析では、厚生省「国民生活基礎調査」で実施された家族構成員の(ただし単一時点における)健康状態に関する詳細な調査を活用し、子供の「傷病数」と「自覚症状数」とを健康指標として使用する。傷病数は体重・身長などと同様にストック概念であるが、親からの遺伝的要因や乳幼児期の生活環境などが影響することから、初期条件の影響が強いと考えられる<sup>3)</sup>。また、傷病に関しては、流行性感冒などの季節的・確率的要因も無視できない。もう一方の指標である自覚症状数は主観的指標であることから、観察誤差が相当含まれることが予想される。これらの指標には以上のような特徴があるもの、とりわけ子供の場合、体重・身長などは消費水準・栄養摂取量によって主に決定されるのに対し、親の家内育児による世話(時間投入)が十代前半までの傷病の予防に不可欠と考えられる<sup>4)</sup>。このような点からも、傷病・自覚症状数という指標を使うことは、親の時間配分行動と子供の健康状態との相互依存関係を識別する本稿の目的に照らして相応しい。

ただし、親の時間配分行動によって傷病が内生的に予防される程度は明らかではなく、むしろ外生的な子供の傷病発生によって親の労働供給行動が変化する程度がより大きい可能性もある。どちらの因果関係がより重要なのかについては我々は実証的に答える他ない。よって冒頭に記した2つの分析目的は密接に関連し合っている。

分析に入る前に、実証研究で明らかとなった諸点を要約する。第1に、母子家計の世帯主では、世帯主の市場労働供給は子供の傷病数を増加させる。しかし、両親家計の場合、市場労働供給の効果は有意に識別されなかった。このことは夫婦間の分業が存在するからと思われる。子供の健康資本形成における内生性については総じて弱い結果が得られた。

第2に、子供の健康資本生産関数の残差として推定される健康賦存と健康ショックとが親の労働供給行動へ与える影響を調べた結果、興味深い事実として、子供の健康賦存が低い(または負の健康ショックの)場合には世帯主の市場労働供給は

変化しないものの、配偶者の市場労働供給は有意に減少することが確かめられた。すなわち、子供の健康賦存が低い(または負の健康ショックの)とき、家内・市場労働に関する夫婦間分業は強化され、配偶者が家内・育児労働へ特化する傾向がある。以上から、夫婦間の分業を決定している要因として子供の健康度が重要であり、特に配偶者の時間配分を変更することで健康状態の家計内格差を是正していることが分かった<sup>5)</sup>。

続くIIでは、実証研究の枠組みの基礎となるモデルを設定する。IIIでは実証方法を論じ、IVではここで使用する「国民生活基礎調査」に関して説明を加える。Vでは実証結果をまとめ、最終節VIでは実証結果の示唆する諸点を整理したい。

## II 実証的枠組み

ここでは実証研究の枠組みを設定し、次に実証方法を明確にする。家計は両親と子供で構成され、父親と母親の効用の加重値を $\theta$ とした加重平均を最大化する。

$$V = \theta^m U_m + \theta^f U_f$$

ここで、 $m$ は母親、 $f$ は父親を表す。 $U_k = U(c^k, h)$ は各々の効用関数で、 $c$ は消費、 $h$ は家族構成員の健康のベクトルを表す。消費と時間配分は以下の制約に従う。

$$c^m + c^f + \sum_{i=1}^n c_i^c \leq w^m t_w^m + w^f t_w^f + y$$

$$t_c^k + t_w^k \leq T$$

ここで $n$ 人の子供がいることを仮定し、 $n$ は外生的とする。 $w^k$ は外生的に市場で提供される賃金率、 $t_w^k$ は市場労働時間、 $t_c^k$ は育児時間、 $T$ は時間賦存、 $y$ は労外所得をそれぞれ表す。父親・母親の育児時間は、その実質的な効率性が父親・母親で異なる可能性がある。

そこで、健康資本は以下の生産関数によって規定される。

$$h_c^i = h(c_i^i, t_c^m, t_c^f, \mu_c^i) \quad (2.1)$$

$$h^k = h(c^k, \mu^k) \quad (2.2)$$

$h_c$ は子供の健康資本を表し、消費と育児労働投入との関数であり、 $h_c > 0$ 、 $c_i > 0$ 、 $h_u < 0$ を仮定す

る。また  $\mu$  は健康賦存を表す。親の健康資本は消費の関数とする。ここで  $\frac{\partial h_c^i}{\partial t_c^k} \rightarrow +\infty$  as  $t_c^k \rightarrow 0$ ;  $\frac{\partial h_c^i}{\partial t_c^k} \rightarrow 0$  as  $t_c^k \rightarrow T$  を仮定する。また、健康賦存は親から子へ部分的に遺伝することを仮定する:  $\mu_c^i = \rho(\mu^m, \mu^f) + \phi_i$ , ここで  $\rho$  は増加関数で、 $\phi$  は遺伝の際の恒久的確率ショックである。

一階の条件 (内点解を仮定) より<sup>6)</sup>、時間配分

に関して  $\frac{w^f}{w^m} = \frac{\frac{\partial h_c^i}{\partial t_c^f}}{\frac{\partial h_c^i}{\partial t_c^m}}$  が成立し、母親・父親賃金

比率に応じて両親の時間配分が変化することが分かる。片親家計の場合は  $\theta^k=1$  に対応し、通常の単一主体による時間配分問題となる。ここで相対賃金が増加した場合を考えよう。このとき市場労働・家内労働の夫婦間分業が変化したが、家計内の総育児労働の変化がわずかな場合には子供の健康資本への影響は小さくなる。ただし、片親家計の場合には夫婦間分業が存在しないため、賃金上昇の代替効果が所得効果を上回るときには、子供の健康資本が減少することになる。

さらに、子供の健康賦存の個人間格差が存在した場合、親の時間配分が健康格差を増強する方向で調整しているのか、その逆に補正する方向で変化しているのかによって、事後的な家計内の健康状態分布が大きく変化する可能性がある。もし育児労働と子供の健康賦存とが代替的な関係ならば、子供が不健康なときには、育児労働を増やして市場労働時間を減らす。このとき、親の時間再配分行動を通じて、家計は親子間の健康度格差に対して回避的に行動する。逆に、もし育児時間と健康賦存との補完性が強ければ、育児時間を減らし、親子間の健康度格差を増幅することになる。すなわち、 $\frac{\partial^2 h_c^i}{\partial t_c^k \partial \mu_c^i} < 0$  ならば、健康賦存と育児労働とが代替的であり親の時間配分行動は家計内の健康格差を是正する。または、 $\frac{\partial^2 h_c^i}{\partial t_c^k \partial \mu_c^i} > 0$  ならば、健康賦存と育児労働とが補完的であり、親の時間配分は家計内の健康格差を拡大させる。次に、以上

の諸点を検証する具体的な実証方法を論ずる。

### III 特定化, 識別, および推定方法

子供の健康資本生産関数の推定には、いくつかの問題が存在する。まず、両親がいる場合、市場労働と家内育児労働とに関する夫婦間分業が可能ゆえに、例えば父親の労働供給の増大は母親の家内労働を増大させる可能性がある。よって、父親の育児労働の減少が子供の健康資本形成に与える単独の影響を識別するには困難を伴う。この実証的確定化が容易なケースは、片親家計で親子のみが同居している場合である。離別や死別によって片親家計となることは子供にとって外生的な事象なので<sup>7)</sup>、この準自然発生・実験的 (quasi-natural experimental) 標本デザインを活用することにより、親の市場労働供給による育児労働時間減少の子供の健康資本形成への影響を実証的に識別できると思われる<sup>8)</sup>。

さらなる問題としては、親の労働供給行動は彼女・彼らの健康賦存と相関し、健康賦存が親から子へ部分的に遺伝するならば、健康資本生産関数の固定効果として現れる子供の健康賦存と親の労働供給行動とは相関を持つ。また、もし子供の健康賦存が大きいことで育児労働の限界生産性が低下して、(市場賃金が一定の下でも) 親の市場労働供給を促すならば、両者の間に正の相関が発生する可能性がある。いずれの場合でも、親の時間配分行動に関する内生性の問題は、操作変数を適切に選び解決されなければならない。

子供の健康資本生産関数 ((2.1) 式) を親の市場労働時間と均等化消費水準とで以下のように線形化する。両親家計の場合、

$$h_c^i = \beta_0 + \beta_1^{fwo} t_w^m + \beta_2^{fwo} t_w^m + \beta_3 c + X\gamma + \rho(\mu^f, \mu^m) + \phi_i + \eta + \varepsilon_c^i \quad (3.1)$$

ここで、 $c$  は均等化済み消費額、 $\eta$  は地域固定効果、 $\varepsilon$  は i.i.d. 確率項である。父親・母親の市場労働時間の個別限界効果は、夫婦間分業による時間再配分があるがゆえに、識別することは難しい。また、一般に  $E[t_w^k \mu^{k'}] \neq 0$ ,  $E[t_w^k \phi] \neq 0$ ,  $E[t_w^k \varepsilon] \neq 0$ ,  $E[c \mu^k] \neq 0$  ( $k, k' = f, m$ )。地域労働市場で賃金

分布が決定されると仮定すると、ありうる地域固定効果  $\eta$  と  $t_w^k$  との相関は地域労働市場での賃金率 (分布) を通じたものと考えることができる。

市場労働時間に関する操作変数の選択について特に深刻な問題となるのは、後述するデータでは地域内価格、とくに賃金率 (分布) が一切調査されていないことである。使用するデータでは、県や政令指定都市内の地区をランダム抽出し、その中の全 (国勢調査) 単位区を対象とし単位区内の家計が全数調査されている。この調査方法を活用した解決法としては、世帯主と配偶者とのそれぞれの市場労働時間の地区レベルでの地域内平均を賃金率の代わりに「操作変数」として用いることが考えられる。ここで個人  $j$  の賃金率が地域平均賃金率  $w_R^k$  と個別ショック  $\omega_j^k$  との和と表されれば、自己  $j$  を除いた労働供給の地域内平均は

$$t_w^{-ki} = \frac{1}{N_R} \sum_{j \neq i} t_{w,j}^k (w_j^k, w_j^{k'}, \mu_j, y_j) \quad (3.2)$$

となる。ここでは、操作変数としての有用性を決定する  $t_w^{-ki}$  と  $t_w^{ki}$  との相関に対しての、 $\mu_j$  と  $y_j$  の影響は家計間の独立性を仮定することで漸的には無視できる。ちなみに、 $t_{w,j}^k$  が 1 (市場労働あり) または 0 (市場労働なし) をとる場合、その地域内平均は労働供給確率となる。(3.2) によれば、この地域内労働供給確率  $t_w^{-ki}$  と自己の労働供給  $t_{w,i}^k$  との相関は地域内の賃金分布 ( $w_R^k, w_R^{k'}$ ) から発生するので、(3.2) を操作変数として用いることで地域内の賃金分布の影響を代表することができる、個人特殊な賃金ショック  $\omega_j^k$  によって発生する労働供給の変動分と健康賦存や誤差項との相関の影響を最小化できる<sup>9)</sup>。

片親家計 (父子、母子家庭) の場合には、線形化された子供の健康資本生産関数は

$$h_c^i = \beta_0 + \beta_f^{one} t_w^f + \beta_3 c + X\gamma + \rho(\mu^f, \mu^m) + \phi_i + \eta + \varepsilon_c^i \quad (3.3.1)$$

$$h_c^i = \beta_0 + \beta_m^{one} t_w^m + \beta_3 c + X\gamma + \rho(\mu^f, \mu^m) + \phi_i + \eta + \varepsilon_c^i \quad (3.3.2)$$

となる。賃金変化は代替効果と所得効果とを通じて市場労働時間を変化させるが<sup>8)</sup>、ここでは夫婦間の時間再配分クロス効果は存在しないゆえに<sup>10)</sup>、 $\beta_k^{one} < \beta_k^{two}$  が成立する。

推定では家計内平均を用いて<sup>11)</sup>、最終的な推定式は、母子家計ダミー変数を  $m$  で表せば、(3.4) 式で表される。

$$\begin{aligned} \bar{h}_c = & \beta_0 + \beta^{hd} t_w^{hd} + \beta^{mhd} m^* t_w^{hd} + \beta^{sps} t_w^{sps} \\ & + \bar{X}\gamma + \beta_3 c + \rho(\mu^f, \mu^m) + \bar{\phi} + \eta + \bar{\varepsilon} \end{aligned} \quad (3.4)$$

ここで  $X$  は年齢・家族構成を表す変数であり、外生変数として扱う。

次に健康資本生産関数 (3.4) の残差を用いて、親の時間配分行動は家計内健康格差を縮小・拡大しているかについて分析する。また、子供の年齢や家族構成などによって規定される健康状態、すなわち  $\bar{X}\hat{\gamma}$  に対する親の時間配分行動の変化も同時に分析する。そこで (3.4) で推定された残差  $\mu_c = \rho(\mu^f, \mu^m) + \bar{\phi} + \bar{\varepsilon}$  の  $t_c^k (k = hd, sps)$  への効果をプロビットモデルで推定する。

$$t_w^{k*} = \alpha + q\mu_c + [\bar{X}\hat{\gamma}]\beta + \xi,$$

$$t_w^{k*} > 0 \text{ の場合 } t_w^k = 1, \text{ その他の場合 } t_w^k = 0 \quad (3.5)$$

ここで  $\xi$  は正規分布に従う。賃金率の影響を所与としたとき、健康賦存と育児時間とが補完的か代替的かは  $\mu_c$  の効果、すなわち  $q$  の符号で識別される。

#### IV データ

使用する家計データは厚生省「国民生活基礎調査」の 1995 年調査分である。このデータは世帯票・健康票・所得票・貯蓄票との 4 種類の調査から構成されており、世帯票・健康票が家計構成員の健康状態を詳細に調べたものであるのに対して、所得票・貯蓄票は家計構成員の項目別収入・貯蓄状況を調査したものである。所得・貯蓄票の標本規模は世帯・健康票のその約 1/5 の大きさである。

都市部在住家計の時間配分行動を分析する目的から、本稿では 12 政令指定都市のサンプルを用いる<sup>12)</sup>。対象の都市は、東京、札幌、仙台、千葉、川崎、横浜、名古屋、京都、大阪、広島、北九州、福岡である。それぞれの都市内で複数の地区が定義され、調査地区が抽出され、その地区内の国勢

調査単位区・全家計が調査されている。

子供を16歳未満の男女と定義し、子供のいる家計を分析対象にする<sup>13)</sup>。そして、子供の健康指標として使用するものは傷病数と自覚症状数である。健康票では、傷病とは45項目の病名に該当することであり<sup>14)</sup>、自覚症状には44項目の症状がある<sup>15)</sup>。両者ともに項目数の多さから、広範囲の症状・病気に対応していることが分かる。ちなみに16歳未満の子供にとっての傷病の発生頻度は特定項目で高く、通院傷病では急性上気道炎(かぜ)、皮膚の病気、むし歯、アレルギー性鼻炎に集中している。図1Aと図1Bでは家計内平均の分布が示してある。どちらの指標でもゼロが最も頻度が高く、傷病数・自覚症状数が多くなる

ほど頻度が下がることが共通している(傷病数個人平均:0.228, 自覚症状数個人平均:0.483)。

労働供給については、15歳以上の個人に関する情報として所得を伴う仕事の有無が聞かれている。ここでは、仕事有り、主婦(専業)、生徒学生、その他という4種の選択肢がある。「仕事有り」を労働供給=1と定義し、主婦(専業)・生徒学生・その他を合わせて「仕事無し」:労働供給=0と定義する。以上から世帯主・配偶者の市場労働供給(1または0)として、子供の健康資本生産関数の推定には世帯票・健康票サンプルが使用できる<sup>16)</sup>。

親の市場労働時間と(誤差項に含まれる)子供の健康賦存との相関を、操作変数によって消去することは一般に難しい。とりわけ、子供の健康賦存のうち、遺伝を通じた親の健康賦存と労働時間との相関を消去することは困難である。この問題を回避するために、職業分類のうち、健康でなければ従事不可能と考えられる農林漁業従事家計をまずサンプルから除き、残ったサンプルを用いる。さらに、個人にとって職種は固定的で働くか否かのみを意思決定すると仮定することで、農林漁業以外の職種ダミー変数を市場労働時間の操作変数として用いることにする<sup>17)</sup>。

また、自営業家計は、通常の市場労働供給とは異なるゆえに家内育児労働との区分が不明確であり、モデルの想定と合致しないのでサンプルから除外する。また、父子家計がわずかであることから、サンプルをより均一化するために父子家計をサンプルから除外する。さらに、3世代家計は時間配分問題がより複雑になりモデルの想定と合致しないので、ここでは親と未婚の子供のみが同居する家計(核家族)を対象を絞った。以上の選別を行った後の家計数は7615、子供数は12915となる<sup>18)</sup>。

## V 推定結果

本節では実証結果を要約する。まず表1では記述統計を示してある。子供の健康資本生産関数に関する家計内平均を用いた推計結果を示してある

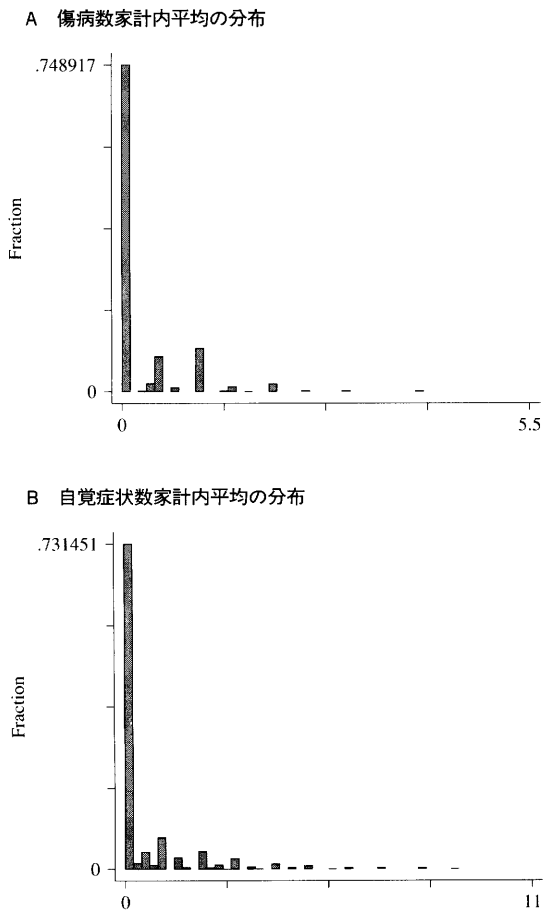


図1 家計内平均の分布

表1 記述統計

	平均	標準誤差
傷病数(家計内平均)	0.2299628	0.4847256
自覚症状数(家計内平均)	0.4958984	1.13329
傷病数(個人)	0.2276423	0.5479015
自覚症状数(個人)	0.4825397	1.217637
母子世帯ダミー	0.0393959	0.1945478
世帯主労働供給(1, 0)	0.9422193	0.2333436
配偶者労働供給(1, 0)	0.2622456	0.4398843
世帯主年齢*	40.55472	8.689323
配偶者年齢**	34.84132	12.35717
子供平均年齢	7.771118	4.649302
世帯人員数	4.017991	0.9258378
有業者数	1.302429	0.6040865
子供数	1.695995	0.713967
6歳未満子供ダミー	0.0365069	0.18756
消費額(1)	29.21484	32.28243
消費額(2)	27.07196	26.76481
均等化消費額	13.61072	13.38558
室数	4.542613	5.941156
畳数	367.7073	936.7098
一室当たり畳数	6.481606	1.575924
世帯主・専門(ダミー)	0.1921208	0.3939934
世帯主・管理(ダミー)	0.1198949	0.32486
世帯主・事務(ダミー)	0.2086671	0.4063826
世帯主・販売(ダミー)	0.0990151	0.2987019
世帯主・サービス(ダミー)	0.0990151	0.2987019
世帯主・保安(ダミー)	0.0755089	0.264228
世帯主・運輸通信(ダミー)	0.0409718	0.1982378
世帯主・技能工他(ダミー)	0.1327643	0.3393421

注) 傷病数・自覚症状数(個人)を除いて観察家計数は7615(親子のみ同居家計, 非農林漁業, 両親家計・母子家計, 非自営業家計が対象; ただし欠損値により, \*は7611, \*\*は7613である)。観察個人数は12915である。消費額(1)は5月中の総支出額, 消費額(2)は消費額(1)から冠婚葬祭・耐久消費財支出を除いたもの(単位:万円)。均等化消費額は消費額(2)を世帯人数の平方根で割った値。

(個人単位の推計結果は補論表を参照<sup>19)</sup>)。表2では健康資本生産関数の家計単位 Between 推定(3.5)の結果を示してある<sup>20,21)</sup>。傷病数に関する分析では, 操作変数を用いること(IV推計)で労働供給の影響がOLS推計に比べていずれも絶対値が大きいの。ここで注目すべきは, 母子家計での世帯主の市場労働供給は子供の健康状態を悪化させる(傷病数を増やす)ことである(10%有意)。しかし予想通り, 両親家計の世帯主(父親)・配偶者(母親)の市場労働供給の影響は有意に推計されなかった。また, IV推計では, 消費水準は

有意に自覚症状数を減少させている<sup>22)</sup>。

その他の効果としては, 年齢の効果は非線型で, 傷病数・自覚症状数は6-7歳で最大値をとることは興味深い。また, 子供数は平均的な健康状態に正の効果を持つことが分かる。家庭内での育児に関しての家計内学習効果によって規模の経済性が存在する可能性が示唆される<sup>23)</sup>。

次に, 表2の第2列(傷病数)と第4列(自覚症状数)とから残差を推定し, これを(健康ショックを含む)健康賦存推定値と解釈する。また, 子供年齢・子供数・親平均年齢による予測値( $\bar{X}\hat{\gamma}$ )を人口学的に規定される子供の健康度と定義する。これらと親の労働供給行動との関係を両親家計に限定して調べたのが表3・4である。表3は傷病数決定式(表2・第2列)から, また表4は自覚症状数決定式(表2・第4列)から求められた健康賦存と人口学的健康度とをそれぞれ用いている。また図2では, 傷病数・自覚症状数それぞれの健康賦存(推定値)の分布が示されている。

表3では, 傷病数・健康賦存推定値の労働供給行動へ与える影響を夫婦間で比較することができる。配偶者(母親)の労働供給行動は子供の(不)健康賦存に対して負に反応するが, 父親のそれは有意に反応しない。すなわち, 子供が恒常的に不健康であるか負の健康ショックを受けたときには, 母親が家内育児労働に特化する傾向があることが確認された。

第2列・第5列では年齢構成や家族構成によって規定される(不)健康度を含めている。父親の労働供給行動の反応度は依然有意性が低い, 母親の労働供給行動の健康賦存への反応度は有意に存在する。

次に, 地域労働市場の影響を制御するために地区内労働供給確率推定値(労働供給の自己を除く地区内平均)を含めたのが第3列・第6列である。この場合でも, 先の結果は変化しない。世帯主・配偶者の労働供給はそれぞれの地域内労働供給確率に対し正に有意に反応している。また, 世帯主の賃金が上昇するとき配偶者の労働供給は減少することも観察されることから, 配偶者労働供給の留保賃金が世帯主賃金と正の相関をもっている

表2 子供の健康資本生産関数

被説明変数：	傷病数		自覚症状数	
	操作変数なし	操作変数	操作変数なし	操作変数
世帯主市場労働*	0.0098 (0.436)	-0.00993 (0.239)	-0.0617 (0.964)	0.0785 (0.769)
母子家計ダミー ・世帯主市場労働*	0.0592 (1.690)	0.0914 (1.773)	0.0765 (0.987)	0.1341 (1.041)
配偶者市場労働*	0.0155 (1.228)	0.0587 (0.671)	0.07097 (2.310)	0.0611 (0.294)
均等化消費額*	0.00017 (0.344)	-0.00092 (0.210)	0.00095 (0.909)	-0.0162 (1.493)
子供年齢	0.0413 (7.104)	0.04078 (6.735)	-0.0191 (1.386)	-0.0134 (0.918)
子供年齢2乗	-0.00339 (9.319)	-0.0034 (9.162)	-0.00029 (0.329)	-0.00053 (0.603)
子供数	-0.0316 (3.644)	-0.0314 (3.350)	-0.03998 (2.107)	-0.0566 (2.673)
6歳未満子供ダミー	-0.0301 (1.236)	-0.0342 (1.262)	-0.0379 (0.622)	-0.03496 (2.673)
親平均年齢	0.0023 (2.188)	0.0024 (1.847)	0.00151 (0.612)	0.00311 (1.106)
家計数	7615	7611	7615	7611
都市数	12	12	12	12
adj-Rsq	0.0228	0.0204	0.0105	0.0328

注) \*印は内生変数。括弧内はrobust標準誤差をもとにした漸近t絶対値。都市ダミー変数を全て含む。操作変数は、世帯主市場労働の地区内平均(市場労働の確率)と、それと母子家計ダミー変数との積(市場労働の確率)、配偶者市場労働の地区内平均(市場労働の確率)、そして、これら市場労働確率と都市ダミー変数との積、世帯主の職種ダミー変数、室数、畳数、一室当たり畳数、父親年齢、母親年齢、世帯主年齢、未婚母子ダミー、死別母子ダミー、離婚母子ダミー、都市ダミー変数である。均等化消費額は、総支出額から耐久消費財支出と冠婚葬祭費とを差し引いた額を、世帯人数の平方根で割ったものである。被説明変数が家計内平均値を使用していることから、年齢と年齢2乗も家計内平均を用いている。

考えられる。

表3の結果とは対照的に、表4の自覚症状数をもとにした推定結果では総じて有意性が著しく低い。一般に調整費用を伴う親の時間配分行動は、子供の主観的な自覚症状ではなく、より客観的な傷病に反応していることが分かる。

以上から、子供の健康賦存が低いときや負の健康ショックを受けたときには、母親が育児・家内労働へ特化することで子供の健康状態を補完し健康状態の家計内均等化を促していると判断できる。

## VI 結 論

親の市場労働供給は子供の健康資本を減少させ

ており(片親家計の結果)、また外生的な子供の健康賦存や健康ショックに対して親の時間配分行動は有意に反応していることが確認された。健康資本生産関数の残差として推定される健康賦存・健康ショックの親の労働供給への影響を両親家計に限定して推定すると、世帯主・配偶者とで非対称的な行動形態が観察された。配偶者(その多くは母親)は、子供の健康賦存が低いときには家内・育児労働へ特化することが分かった。母親の時間配分行動を通じて、健康状態の格差を縮小させ家計内で健康度の均等化をはかっていると解釈できる。これに対して、世帯主(父親)の労働供給行動には以上の点が確認されなかった。この推定結果は、家計の年齢構成や地域労働市場の賃金

表3 親の市場労働供給(1)

被説明変数：市場労働=1, 0 対象：両親家計	プロビット分析					
	世帯主			配偶者		
健康賦存	0.0898 (1.543)	0.0918 (1.556)	0.0806 (1.328)	-0.0993 (2.771)	-0.0993 (2.772)	-0.1036 (2.882)
人口学的健康要因(傷病数)		0.5798 (1.116)	0.6246 (1.194)		0.0109 (0.038)	-0.0014 (0.005)
世帯主・地区内労働供給確率			2.236 (9.583)			-0.3549 (2.453)
配偶者・地区内労働供給確率			-0.4253 (1.451)			1.5807 (9.336)
世帯主年齢	0.0318 (13.401)	0.0311 (12.698)	0.0313 (12.448)	0.0145 (8.413)	0.0145 (8.174)	0.0142 (8.078)
配偶者年齢	0.00043 (0.068)	-0.0004 (0.061)	-0.0006 (0.097)	-0.0012 (0.375)	-0.0012 (0.375)	-0.0010 (0.285)
子供平均年齢	-0.0509 (5.664)	-0.0441 (4.053)	-0.0402 (3.692)	0.0428 (8.473)	0.0430 (6.883)	0.0406 (6.513)
観察数	7315	7315	7315	7315	7315	7315
都市数	12	12	12	12	12	12
quasi-Rsq	0.0958	0.0963	0.1416	0.0421	0.0421	0.0531
chi-sq [Wald]	238.72	240.69	320.80	322.54	322.53	419.34

注) 括弧内は、単位区内相関を仮定した漸近t絶対値。対象家計は両親家計・親子同居家計のうち農林業・自営業家計を除いたものである。全ての式には都市ダミー変数が含まれている。説明変数のうち、人口学的健康要因とは、表2第2列(傷病数・操作変数あり)での親子の年齢と子供数による予測値で、家計の人口学的要因によって決定された(不)健康度と考えられる。また、地区内労働供給確率は、地区内の市場労働(1, 0)の自己の家計を除いた平均であり、賃金率の代理変数(操作変数)として用いている。

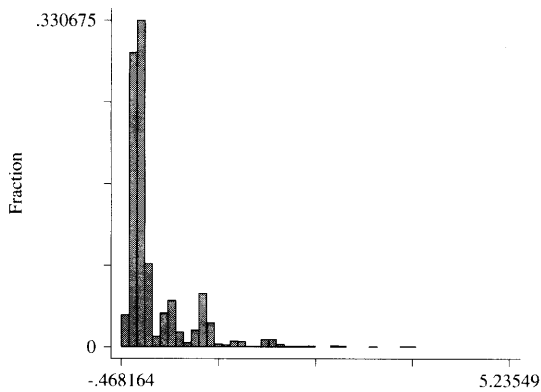
表4 親の市場労働供給(2)

被説明変数：市場労働=1, 0 対象：両親家計	プロビット分析					
	世帯主			配偶者		
健康賦存(自覚症状)	-0.0231 (1.115)	-0.0228 (1.088)	-0.0341 (1.598)	0.0143 (1.007)	0.0143 (1.008)	0.0134 (0.943)
人口学的健康要因(自覚症状数)		0.7208 (1.021)	0.9219 (1.284)		0.6113 (1.510)	0.6455 (1.596)
世帯主・地区内労働供給確率			2.2510 (9.621)			-0.3523 (2.433)
配偶者・地区内労働供給確率			-0.4093 (1.395)			1.5753 (9.334)
世帯主年齢	0.0316 (13.326)	0.0307 (12.272)	0.0306 (11.930)	0.0146 (8.438)	0.0137 (7.549)	0.0134 (7.417)
配偶者年齢	0.0006 (0.094)	-0.0008 (0.117)	-0.0013 (0.202)	-0.0013 (0.408)	-0.0027 (0.792)	-0.0025 (0.728)
子供平均年齢	-0.0508 (5.660)	-0.0354 (2.003)	-0.0279 (1.566)	0.0430 (8.506)	0.0563 (5.549)	0.0549 (5.405)
観察数	7315	7315	7315	7315	7315	7315
都市数	12	12	12	12	12	12
quasi-Rsq	0.0954	0.0958	0.1419	0.0413	0.0415	0.0524
chi-sq [Wald]	236.92	236.36	324.23	315.81	321.61	414.60

注) 括弧内は、単位区内相関を仮定した漸近t絶対値。対象家計は両親家計・親子同居家計のうち農林業・自営業家計を除いたものである。全ての式には都市ダミー変数が含まれている。説明変数のうち、人口学的健康要因とは、表2第4列(自覚症状・操作変数あり)での親子の年齢と子供数による予測値で、家計の人口学的要因によって決定された(不)健康度と考えられる。また、地区内労働供給確率は、地区内の市場労働(1, 0)の自己の家計を除いた平均であり、賃金率の代理変数(操作変数)として用いている。



## A 傷病数家計内平均からの推定



## B 自覚症状数家計内平均からの推定

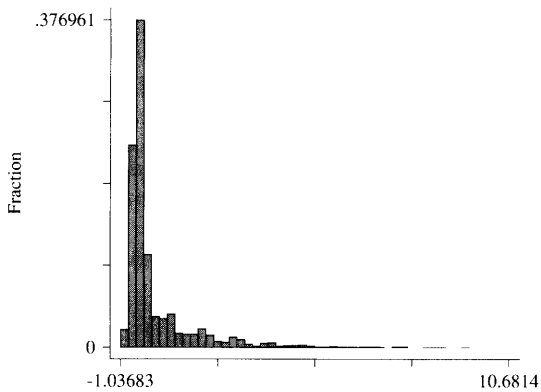


図2 健康賦存推定値

分布（その代理指標）に対しても頑健である。以上より、外生的に決定される子供の健康度が夫婦間の分業・時間配分行動を規定していることが理解できる。

以上の分析結果は、何らかの理由で子供の平均的な健康度が改善されるならば、労働市場の条件が一定の下でも、配偶者の市場労働供給がより促進されることを意味する。健康資本への私的収益は子供が成長し労働市場へ出た後に顕在化すると考えられているが、子供の健康資本から親の労働供給行動への波及効果が確認されたことから、少なくとも短期的な正の社会的収益が存在することになる<sup>24)</sup>。

また、片親家計への所得保障が従来から政策的

に議論されてきたのに対し、子供の健康資本の形成という次世代への影響はあまり注目されてこなかった。（子供にとって外生的に）片親化することで家内育児労働が減少し子供の健康資本（および人的資本一般）の形成が遅れ、従来思われていたよりも長期的な負の生産性効果が発生する危険性がある<sup>25)</sup>。しかし我が国では、この面での次世代人的資本への影響に関する厳密な実証研究の蓄積は遅れている。

## 付記

本稿の作成に当たっては、岩本康志、大日康史、尾高煌之助、滋野由紀子、各氏および3人のレフリーから有益なコメントをいただき、大変役立った。ここに記して感謝の意を表したい。また本稿は、厚生科学研究費補助金・政策研究推進研究事業「家族形成の構造変化と社会保障の家計行動への影響に関する分析」の筆者の分担研究をもとにし、「国民生活基礎調査」の個票を用いた以下の分析は同研究における目的外使用（総務庁告示第51号、2000年3月17日）によって、筆者が行ったものである。

（平成13年1月投稿受理）

## 注

- 1) 最近の集会的 (collective) 意思決定主体としての家計と家計内財配分との関係のサーベイとしては、Behrman (1997) や Bergstrom (1997) を参照されたい。消費や労働供給の分析では McElroy (1990) や Schultz (1990) を参照されたい。
- 2) 子供にとって生まれつきの外生的な健康度であり、健康資本の初期条件を意味する。以下の分析との関連では、親の時間配分に左右されない部分を指す。
- 3) 親から子供への遺伝によって健康賦存の親と子供との相関が存在するので、子供の健康賦存のある割合は両親の健康賦存からの影響を含むことになる (Rosenzweig = Wolpin, 1995 を参照)。遺伝の他に、家族特有の要因が存在する場合には親子間で健康賦存に相関が生じる可能性がある。
- 4) 一般に親による予防行動、本人の注意および外生ショックとから傷病発生が決定し、その程度は傷病によって異なる。例えば歯磨き指導と虫歯のように、親による育児労働によって少な

くとも予防可能な部分があると仮定するが、以下の実証分析では傷病の多様性 (heterogeneity) は考慮しない。

- 5) 時間配分の性差に着目した研究として Pitt = Rosenzweig (1990) は、3歳未満の子供の傷病発生に伴って男性 (父親・息子) に比べ女性 (母親・娘) が家内労働にシフトすることを、傷病発生の内生性をも考慮し、インドネシアのデータを用い実証している。

$$6) \theta^k [U_{k,ck} + U_{k,hk} h_{ck}^k] - \lambda^c = 0$$

$$\lambda^c w^k - \lambda^{tk} = 0$$

$$\left[ \theta^m \frac{\partial U_m}{\partial h_c^k} + \theta^f \frac{\partial U_f}{\partial h_c^k} \right] \frac{\partial h_c^k}{\partial t_c^k} - \lambda^{tk} = 0$$

$$\left[ \theta^m \frac{\partial U_m}{\partial h_c^k} + \theta^f \frac{\partial U_f}{\partial h_c^k} \right] \frac{\partial h_c^k}{\partial c_c^k} - \lambda^c = 0$$

ここで、 $k=m, f$ 、 $\lambda^{tk}$  は  $k$  の時間制約のラグランジュ乗数、 $\lambda^c$  は家計の予算制約のラグランジュ乗数である。

- 7) 親から子への健康賦存の遺伝によって親子間で健康賦存の相関があり、なおかつ親の健康賦存が理由で離婚した場合には、外生性の条件は成り立たない。ただし、子供がいる家計を分析対象にしているため、夫婦いずれかの責任で子供ができないことによる (その意味で健康賦存が理由の) 離婚は除外できる。したがって、育児をする段階に至ってからの、健康賦存が理由の離婚は非常に少ないと仮定できよう。

以下の議論では、片親家計とすることは子供にとって外生的であることを前提にしている。一般には、片親家計の標本選別問題は存在するであろうが、片親になった理由と子供の健康賦存とは大方無関係であろう。事故などによる死別の場合には外生的と考えられるが、離婚もほとんどの場合夫婦間の問題で発生すると考えられる。子供の存在が離婚確率を下げる可能性は大いにあるが、定義上、子供の出生は離婚前に起こるので、子供を持つ家計のみに分析を限定することでこの点は問題とならない。

ただし、健康賦存が親から子へ遺伝し (健康賦存が親子で相関し)、離婚・死別確率が親自身の健康賦存と相関をもつ場合には、離婚・死別による片親家計に属す子供の健康賦存がある特性を持つ可能性がある。これに該当するのは、不健康な子供の出生に起因する離婚のケースや、子供が病弱な親の下に生まれ、後に親が病死したケースである。しかし、残念ながら、死別・離婚の具体的な理由がここで使用するデータでは不明なために、健康賦存との関係を特定化することは不可能である。

これ以外の可能性としては、未婚の母親による子供の出産である。後に使用するサンプルの母子家計の約6%がこれに該当する。この場合、健康賦存を含む母親の属性と (未婚) 母子家計で

あることが、何らかの相関を持っている可能性があるが、その存在を事前に仮定する理由に欠けることや、母子家計に占める比率が極めて低いことにより、この点も以下の分析では無視する。

- 8) このことは双子サンプルを含めることで、子供数の外生的増大による子供一人当たりの教育投資量減少を実証的に識別できることに類似する (例えば Rosenzweig = Wolpin, 1980)。

- 9) ただし、健康賦存もしくは健康ショックの地域内相関が存在する場合には、この操作変数は健康賦存や健康ショックと相関をもつことになる。ここでは、家計が事前的に行った居住区選択は個別家計の健康賦存やショックと相関がないと仮定する。このことによって、政令指定都市ダミー変数によって都市固定効果を個別に一致推定することができる。また政令指定都市ダミー変数は操作変数リストに含める。

また、地域固定効果の影響を取り除く推定方法としては、全ての変数について単位区内平均からの乖離を用いることも考えられるが、この場合には操作変数の選択が困難を極めることから、上記の仮定の下で都市ダミー変数によって都市固定効果を推定することにする。

- 10) 両親家計の場合でも、実際には市場労働・育児労働とに完全特化が起こっていれば、一方の市場労働時間は観察されない (多くの場合には、配偶者の市場労働時間が観察されない)。

- 11) 複数の子供がいる場合でも、決定要因はあくまでも家計の経済環境 (親の労働供給と一人当たり消費) なので、子供間の差異は年齢、遺伝確率項と健康ショックだけとなる。したがって実際の推定では子供の健康指標の家計内平均値を被説明変数とすることが許される。また、複数の子供がいる場合、親にとって育児を学習する機会が増大するので家内 (育児) 労働の効率性が高くなる可能性がある。この分析で対象とするのは、子供の累積的な異時点間の健康資本変化ではなく、ある時点での健康状態であることから、仮に育児の経験学習効果があったとしても、その効率性改善は全ての子供に対して等しく影響すると考えるのが自然であろう。よって、健康指標の家計内平均を用いて問題はない。補足的に個人単位の推定結果も補論で示す。

- 12) 1995年調査では震災の影響で神戸市が調査されていない。

- 13) 以下の結果は全てこの定義に従う。準備的考察では7歳未満 (小学校入学以前) の男女を対象に同様の実証分析を行ったが、ほぼ同様もしくはより弱い結果が確認された。

- 14) 高血圧症、低血圧症、脳卒中、狭心症等、循環系他、かぜ、気管支炎、喘息、呼吸器系他、急性腸炎、胃炎、かいよう、肝炎等、胆石症等、

- 消化系他、虫歯、歯肉炎等、歯その他、精神病、神経症、自律神経、うつ状態、目の病気、耳の病気、鼻炎、鼻その他、皮膚の病、肝臓の病、膀胱炎、前立腺病、泌尿系他、骨折、やけど等、糖尿病、甲状腺、痛風、腰痛症等、リウマチ、神経痛、骨粗症、血液の病、がん、妊娠等、婦人の病、その他が含まれる。ただし、その多くはゼロ値である。
- 15) 熱がある、だるい、眠れない、頭痛、めまい、動きが悪い、しびれ、目やに等、目かすみ、耳が痛い、耳なり、歯が痛い、歯茎出血、鼻つまり、鼻汁出る、のど痛い、せきでる、たんでる、ゼイゼイ、動悸、息切れ、前胸部痛、吐き気、下痢、便秘、むねやけ、胃もたれ、食欲不振、腹・胃痛、痔の痛み、皮膚発疹、かゆみ、尿痛等、頻尿、尿失禁、つわり、月経不順、おりもの、切り傷等、ねんざ等、肩こり、腰痛、関節痛、その他が含まれる。ただし、その多くはゼロ値である。
- 16) 所得・貯蓄票を用いた場合、労働収入データから賃金率を算出することが可能であるが、そのときには観察数が極端に減少(約1/5)してしまう。前述のように労働供給に関する操作変数が作成可能であることから、観察数のより大きい世帯票・健康票サンプルを用いることにした。
- 17) この意味で、より短期的な労働供給意思決定を想定していることになる。
- 18) 以上の選別を行うことにより、理論モデルの想定とより合致したサンプルとなっている。これに対する潜在的批判の1つに母集団推計との乖離が発生するというものがあるが、分析目的はモデルのパラメーターをより正確に識別することにあり、ここでは分析枠組みと合致したサンプルを選別する。
- 19) 健康資本生産関数の個人単位推定での結果も、基本的に表2と同じく、明確な差は観察されない。家計ランダム効果の分散は誤差項全体の分散の27%(傷病数)と38%(自覚症状数)であり、どちらの場合でも分散はゼロから有意に棄却される。また、操作変数を用いた場合でも、家計ランダム効果と操作変数との無相関の仮定のもとで、表2の推定値と大きな差は観察されない。
- 20) 操作変数に世帯主年齢と配偶者年齢とを独立して使用しているため、片方の欠損値の存在により、標本規模が小さくなっている。操作変数を使わない場合、親の平均年齢の計算において片親の年齢が欠損しているときには、もう片方の親の年齢を平均年齢として代用している。従って、操作変数を使用した場合とそうでない場合とで標本規模がわずかに違ってくる。ただし、このことの結果への影響は無視し得るほど小さい。
- 21) ここでの推定結果は12政令指定都市サンプルを独自に選別し、かつ子供のいる家計の内、IIで述べた選別を経ている。
- 22) 消費水準の操作変数として、資産水準を代表して家の室数・畳数、および一室当たりの平均畳数を用いる。OLS推定とは異なり、IV推定では理論的想定と整合的な符号が確認できる。ただし、傷病数に関しては有意ではない。
- 23) 規模の経済効果に関しては、仮に親の平均健康賦存が大きいとき子供の出生確率が高くなるならば、子供数を外生変数として扱った場合には正のバイアスが生じる。
- 子供の人的資本の質・量のトレードオフ関係が存在することは知られている。通常、質の指標として教育投資量が用いられるが、ここでは健康度を質の指標とした場合、質・量に正の相関関係があることが示唆された。仮に、家計の資源制約からもたらされる質・量のトレードオフ関係が健康度と子供数とも存在するならば、ここで確認された正の関係から、正の経験学習効果がより大きいことを意味しよう。
- 24) 配偶者の市場労働供給に関する留保賃金決定の分析では、世帯主収入、子供の有無や年齢構成・世帯構成の役割が従来注目されてきたが(例えば、樋口1991、樋口・早見1984)、本稿では、それに加えて子供の健康賦存が留保賃金を決定する要因であることが明らかとなった。
- 25) 母子世帯主の就業時間は両親家計世帯主のそれよりも短い可能性があり(例えば就業構造基本調査)、母子家計サンプルにおける労働供給指標(仕事有り=1, 仕事無し=0)の影響は過小に推計されている恐れがある。しかし、両親家計世帯主・配偶者の労働供給の効果(非有意)と比べて絶対値が大きい。

#### 参考文献

- Becker, Gary (1964) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*, Chicago: University of Chicago Press.
- Behrman, Jere (1997) "Intrahousehold Distribution and the Family," Ch. 4, Rosenzweig and Stark, ed. *Handbook of Population and Family Economics*, Amsterdam: Elsevier Science.
- Bergstrom, Theodore (1997) "A Survey of Theories of the Family," Ch. 1, Rosenzweig and Stark, ed. *Handbook of Population and Family Economics*, Amsterdam: Elsevier Science.
- Grossman, Mecheal and Theodore Joyce (1990) "Unobservables, Pregnancy Resolutions, and Birthweight Production Functions in New York City," *Journal of Political Economy*, 98: 986-1007.
- Foster, Andrew (1995) "Prices, Credit Markets

- and Child Growth in Low-income Rural Areas,” *Economic Journal*, 105: 551-570.
- McElroy, Marjorie (1990) “The Empirical Content of Nash Bargained Household Behavior,” *Journal of Human Resources*, 25: 559-634.
- Pitt, Mark and Mark Rosenzweig (1990) “Estimating the Intrahousehold Incidence of Illness: Child Health and Gender-Inequality in the Allocation of Time,” *International Economic Review*, 31: 969-989.
- Rosenzweig, Mark and Paul Schultz (1987) “Fertility and Investments in Human Capital: Estimates of the Consequence of Imperfect Fertility Control in Malaysia,” *Journal of Econometrics*, 36: 167-184.
- Rosenzweig, Mark and Kenneth Wolpin (1995) “Sisters, Siblings, and Mothers: The Effect of Teen-age Childbearing on Birth Outcomes in a Dynamic Family Context,” *Econometrica*, 63: 303-326.
- Schultz, Paul (1990) “Testing the Neoclassical Model of Family Labor Supply and Fertility,” *Journal of Human Resources*, 25: 599-634.
- 樋口美雄 (1991) 『日本経済と就業行動』, 東洋経済新報社。
- 樋口美雄・早見均 (1987) 「女子労働供給の日米比較」『三田商学研究』第27巻5号。  
(やまうち・ふとし 横浜国立大学助教授)

## 公的年金支出の決定要因 ——制度論アプローチによる計量分析——

鎮 目 真 人

### I はじめに

従来、年金制度を含む社会保障関連制度における支出水準の規定要因に関する実証研究では、社会経済的影響を考慮に入れた産業化・近代化理論と、政治的影響力に着目したネオ・コーポラティズム(新しい協調民主主義)論や社会民主主義論・権力資源論が仮説構築の中心に置かれていた<sup>1)</sup>。

産業化・近代化理論は、経済発展に伴って生じる社会の産業化や近代化によって、社会保障関連支出の増大がもたらされるというものである。ここでは、経済的豊かさそのもののみならず、それが人口の高齢化、家族・親族機能や地域共同体の機能縮小等を媒介して社会保障支出の増大へと結びつくかどうかの問題にされ、実証研究による説明が試みられてきた。その結果、1人当たりGDP、高齢者人口比率、非農業人口比率、都市人口比率、単身世帯比率などの増加や平均世帯人員の縮小が社会保障支出の増加要因として働いているということが明らかにされている<sup>2)</sup>。

ネオ・コーポラティズム論は、公共政策策定における「政」「労」「使」の三者による参加と合意という仕組みによって、社会保障の拡充がもたらされると説く理論である。ネオ・コーポラティズムと社会保障の拡充を結びつけるメカニズムとしては、オイルショック以降の経済危機に対して、それが根付いた国では三者協議を通じて、労働側の賃金抑制という代償と引き換えに政府がインフレ抑制と社会保障の拡充あるいは減税を約束する

といったことが行われるという点が指摘されている<sup>3)</sup>。実証分析では、ネオ・コーポラティズムの程度を示す諸指標——貿易依存率、社会民主主義政党やカトリック政党の得票率等——と社会保障支出の関連性が明らかにされている<sup>4)</sup>。

社会民主主義論・権力資源論は先進資本主義諸国における社会保障支出水準の相違を、社会民主主義政党を中心とする左派勢力の勢力度合いによって説明しようとする理論である。市場で不利な地位にある労働者は、民主主義的な政治の場において政治力を動員し、労働組合運動と社会民主主義政党系政党への支持を通じて、市場で生じる分配の不公平を是正するために社会保障制度の拡充を図るというものである<sup>5)</sup>。実証的な分析においては、労働者による政治資源の動員力を示す、左派政党の与党での議席占有率やその得票率、労働組合の組織率、ストライキの日数などと社会保障支出の関係が多くの研究で明らかになっている<sup>6)</sup>。

このように、社会保障支出の決定要因については従来から様々な理論に基づいて、多くの要因が取り上げられて実証分析が行われてきたが、そこに共通するのは、それらが社会保障制度の外側から与えられ、その支出を規定するとされていた点である。しかし、制度の支出に影響を与えるものとしては、そうした制度の外側から与えられた条件だけではなく、支出の主体である社会保障制度それ自体の構造や形態なども考慮に入れるべきであろう。なぜなら、社会保障支出の改革の際には、改革の対象となる制度の構造や形態如何に応じて、改革の担い手となる社会集団(高齢者、女性、労働者など)にとって利用可能な手段(情報や資源

など)や戦略が異なるはずであり、結果として最終的な改革内容にその影響が及ぶと思われるからである<sup>7)</sup>。制度の存続や変化を検討する際に、制度それ自体を考慮に入れるというのは、制度論的理論展開の一端に他ならないが、こうした理論に基づいた計量的な実証分析はほとんど行われていない。そこで、本稿では年金制度の支出要因を捉える上で、制度論にもとづく仮説を分析の中心に据え、実証分析を行うことにしたい。

## II 制度論と年金制度

### 1 制度論

制度論は近年、様々な分野で多様な方法を用いて展開されているが、そうした新しい各種の制度論を系統的に把握する上では、HALLとTAYLORによる分類が有用である<sup>8)</sup>。それによれば、制度論は合理的選択主義論(Rational Choice Institutionalism Theory)、社会学的制度主義論(Sociological Institutionalism Theory)、歴史制度主義論(Historical Institutionalism Theory)という3つに分類され、それぞれの特徴が次のように示されている。

合理的選択論は、行為者が自分の置かれている条件(制度)のもとで他人の行動を予想しながら合理的な計算を行って、その中で最大の利得が得られるように立ち振舞うことが想定されている。そこでの課題は、経済取引や議会での政党間の駆け引きなど様々な場において、どのような条件の下で最大利得をもたらす均衡や、あるいは囚人のディレンマの状態がもたらされるのかをゲーム論的方法を用いて明らかにすることである<sup>9)</sup>。

社会学的制度主義論では、行為者の行動はそれが置かれた文化に依存して決定されるとしている。ここで、合理的選択論とは異なるのは、行為者は絶対的な利得の最大化というよりは当人の置かれた文化(Culture)的状況に照らして望ましく、社会的に正当性(legitimacy)を持つような行動を選択すると想定されている点である。従って、どのような制度の下でそうした社会的な正当性が満たされるのかが問題となる。

歴史的制度主義論は、行為者の目標達成のための行動が歴史的・経験的に会得した手続きや慣例的な手段に依存することを強調している。更に、歴史的につくられた制度の下で、行為者にとって行動の指針となるモラルや認識枠組みも形成されるため、その目的や選好自体も制度によって作られるとしている<sup>10)</sup>。ここでは、行為者の満足は、必ずしも合理的な手段により利得の最大化を図ることにではなく、既存のルールに従うことにあるとされている(rule-following “satisficers”)<sup>11)</sup>。その結果、たとえ行為者が合理的であっても、その者を取り巻く制度が違えば制度によって与えられる目的と手段が異なり、制度的な文脈に応じて行為者は異なる行動をとるとされているのである。こうしたことから、行為者の行動は歴史的に作られた制度によって与えられた経路に依存して決定されるとし、人間行動とそれが作り出す制度変化に関する経路依存性(Path Dependence)という制度によってもたらされる慣性的な作用が指摘されている。

こうした制度論における各論は、所与の制度下での人間行動に関する(限定)合理性という概念を共有しており、各論におけるアプローチの相違は研究者の問題設定等に起因するレベルのものでしかなく<sup>12)</sup>、また、3つのアプローチは相互に補完的であるとも言われている<sup>13)</sup>。例えば、合理的な計算に基づいて行われる行動も、行為者の置かれている文化や歴史的に規定された制度的条件の中で行われると考えることができる。このように3つの理論には相互に共通性や補完性があると思われるが、各国の制度を対象にその変化を時系列的に捉える本稿の分析では、上述した歴史的制度主義論において展開されている制度による行為者の目標設定や経路依存性などの点は鍵概念になるものであり特に重要である。歴史的制度主義論で展開されているロジックに基づいて、社会保障制度の持続や変化について論じた論考は社会保障制度全体を対象にしたものから、年金や医療制度などの個別制度に関するものまで幾つかある<sup>14)</sup>。これらの中で、制度による行為者の行動目標の設定や経路依存などが行われる理論的メカニズムまで

視野に入れて制度分析をしたものとしては、Skocpolらによる国家-中心 (State-Centered) アプローチ、Immergutらによる政治的決定におけるヴィトー・ポイント (Veto points) に着目したアプローチ、Esping-Andersenによる福祉国家類型 (Welfare State Regime) アプローチ、そしてPeasonらによる政策フィードバック (Policy Feedback) アプローチなどを指摘することができるであろう。このうち、国家-中心アプローチは、政策形成に対する国家の官僚機構や国家の集権の程度などに関する各国間の相違が、直接あるいは政治集団の組織形成などに与える間接的な影響を通じて、各国における社会保障制度の形態や支出水準の違いとして現れるとするものである<sup>15)</sup>。また、ヴィトー・ポイント (Veto points) に着目したアプローチでは、社会保障制度の形成過程において、利益集団 (主として社会保障の供給主体となる医師などの専門化集団) に対してヴィトー・ポイントがどの程度社会制度上保証されているのかに応じて、そうした集団による制度改革の程度が異なると論じている<sup>16)</sup>。これらに関する実証研究では、国家の集権度、官僚主義的傾向の強弱を示す指標、公務員の数、ヴィトー・ポイントが付与されている程度を示す指標等が社会保障支出に影響を及ぼすということが確認されている<sup>17)</sup>。ところで、国家-中心アプローチやヴィトー・ポイントに留意したアプローチで問題にされている上記の諸制度は、アクターと社会保障制度との間であって、アクターの行動パターンや目標の方向づけとそれに基づいた特定の行動とを結ぶ媒介的な制度である。しかし、本稿の問題関心は、先に述べたように、社会保障制度そのものの形態や構造が制度の持続や変化にどのような影響を与えるのかということにある。そのため以下では、そうした視角から社会保障制度の構造や支出の持続や変化について論じている残る2つのアプローチを取り上げて分析を行う。

## 2 類型論アプローチ

### (1) 福祉国家類型論と制度論

福祉国家類型論は、多元的な尺度に基づいて各

類型に属する国についてそれぞれが概略どのような社会政策を行っているのかを示す理念モデルとして、福祉国家内部の諸機能の連関や福祉国家の生み出す成果を明らかにするものとして、その意義が認められてきた<sup>18)</sup>。しかし、福祉国家類型論の役割はそれにとどまるものではなく、それが妥当性を持つとすれば、各類型に応じてアクターがどのように制約を受け、その行動が規定されるのかということをつかむ制度論的分析枠組みにもなるはずである。Esping-Andersenは福祉国家類型がもたらす経路に人間の行動が依存するとし、3つの類型 (自由主義レジーム、保守主義レジーム、社会民主主義レジーム) に対応した、Homo liberalismus (市場志向の福祉国家を好む人間)、Homo familis (市場を規制し、家族による福祉的役割を促進する福祉国家を好む人間)、Homo socialdemocraticus (社会問題に対して Collectivism 的解決を図る福祉国家を好む人間) という3つの人間像を描いている<sup>19)</sup>。また、Kitscheltらは福祉国家類型とほぼ重なり合う3つの国家類型——タイプ1: 国家によって組織化された政治経済システムを有するスキャンディナビア型コーポラティズム国家、タイプ2: 社会市場型経済システムを持つライン (Rhine) 型資本主義国家、タイプ3: 国家による規制を受けない自由主義型経済国家——に応じて国家による直接的あるいは間接的な経済統制や社会保障給付の程度等に差異があるとし、更に制度論に基づいて、国家類型そのものがそのような差異に関する今後の変化の方向性を決定する大きな要因になると述べている<sup>20)</sup>。

これらを踏まえると、制度類型に応じてその中に置かれたアクターの行動が様々に規定され、その結果、たとえ同種のアクターによる制度改革であってもその改革内容が制度類型ごとに異なるという具合に、福祉国家類型を制度論的に捉え直すことができるであろう。

### (2) 福祉国家類型と年金制度

福祉国家類型と年金制度の関係についてみれば、年金制度の形態も福祉国家類型に応じてそれぞれ次のような特徴がある。

社会民主主義レジーム: 普遍的な基礎的年金と

比較的給付水準の高い報酬比例年金による形態。

保守主義レジーム：社会保険による職域ごとに分立した報酬比例年金を中心とした形態。

自由主義レジーム：選別的であるか給付水準の低い基礎的年金、もしくは比較的給付水準の低い報酬比例年金（適用除外あり）、または両者を組み合わせた形態。全体的に公的年金の給付水準は低く、私的年金が普及している<sup>21)</sup>。

こうした福祉国家類型論と年金制度の関係を踏まえば、年金制度改革について分析する場合でも、福祉国家類型を用いてその制度改革の程度や方向性について把握することができると考えられる。

### (3) 作業仮説

年金制度の支出をもたらすと考えられるアクターの行動は、制度類型によって規定され、結果として、年金支出の増減の程度は制度類型ごとに異なると思われる。Esping-Andersen は、特に自由主義レジームにおいては労働者による社会保障の拡充に対する影響力は小さいと述べている。その理由として、市場による私的な福祉が進展している自由主義レジームでは、労働組合による要求の範囲が職域福祉に限定されがちであることをあげている<sup>22)</sup>。また、Castles は、自由主義レジームに含まれるオセアニア諸国の労働組合運動と左派政党の分析を通じて、こうした国々における労働運動や左派政党の要求は、普遍的な給付の充実というよりは、選別的給付の充実や一次的再分配の強化を図ることに置かれていると述べている<sup>23)</sup>。年金についてみれば、例えば、ニュージーランドでは、1984年に政権に返り咲いたロンギ労働党内閣の下で国民退職年金において所得調査が導入され、同年、オーストラリアでも、ホーク労働党政権下で老齢年金に対する資産調査が導入されている。従って、自由主義レジームでは、労働組合運動やそれに支持された左派政党は必ずしも公的年金制度の支出を増加させるとは限らないと言えるであろう。

なお、社会保障支出に対する労働運動の影響に

ついて考察した従来の研究では、選挙によって選出された社会民主主義系政党というエージェントを通じた場合とストライキ等の労働争議といった直接的な手段による場合の両者が取り上げられ、ともに社会保障支出に対してプラスの影響が確認されてきたため<sup>24)</sup>、本稿でも両者を対象に制度類型ごとにその影響について考察する。

## 3 政策フィードバックアプローチ

### (1) 政策フィードバックアプローチとロック・イン（固定化）効果（Lock-in effects）

政策フィードバックアプローチは、政策形成過程における、制度とそれをつくり出す人間、あるいは、その集団（政党など）の行動との相互作用に着目して、制度構築について論じている<sup>25)</sup>。とりわけ、既存の制度の影響を受けて、改革の主体となる人間の行動が制度改革に向かってどのように修正されたり、変化するのかということに関心がおかれている。

政策フィードバックアプローチによれば、制度が人間の行動に影響を及ぼす仕方は多様である。Arther に従えば、それは次のとおりである<sup>26)</sup>。

- ①政策学習効果（Policy learning effects）：ある制度の下におかれた者は、その制度で生じた成功や失敗などを学習し、それがその後の制度の発展に影響を与える。
- ②情報効果（Information effects）：各人の行動は、学習の対象となる制度に関する情報の内容やその提供のされ方如何によっても左右される。
- ③ロック・イン効果：以下のような条件の下では、その制度の内での行動は規模に関して収穫逓増になり、制度の自己強化性（self-reinforcing）がもたらされ、制度の存続が保障される。すなわち、既存の制度を維持させるようなインセンティブが各人に賦与される。
- ④巨額の創設・固定費用（Large set-up or fixed cost）：全費用に占める初期費用の割合が大きければ、追加的な投資により規模に関する収穫逓増がのぞめる。
- ⑤学習効果（Learning effects）：制度が普及す



るにつれて、生産コストの引き下げや利用効率が高まり収穫逡増がのぞめる。

③協調効果 (Co-ordination effects)：多くの場合、ある個人が特定の行為から引き出す利益は他人の行為に依存しているため、(両者にとって利益となるような) ある特定の選択肢が選ばれるように他人との協調が促される。

④適合的期待 (Adaptive expectations)：各人にとって勝ち馬に乗ることが重要であるとすれば (広範に支持を得られない選択は後に不利益をもたらすと考えられるため)、それに従うという適合的期待は行為者に自己満足 (self-fulfilling) をもたらす。

政策学習効果や情報効果は、端的に言えば、制度が社会集団にとって利用可能な資源や情報を提供し、その行動を左右するインセンティブを与えるということを指摘したものであるが、ロック・イン効果には、それらを踏まえて制度が行為者に与える経路依存性というインセンティブの内容に関する説明も含まれている。これについて改めて言えば、上のような要件が満たされロック・イン効果が強く働いている状態では、制度を変化させる何らかの誘因が大きくなっても、制度は大きく動かずに既存の状態のまま維持される可能性が高いと言いあらわすことができる (その逆も真)。制度を変化させる誘因とロック・イン効果の大小に応じて制度の変化がどの程度生じるのかについてまとめれば、表1のようにあらわすことができるであろう。表中の「大」「小」は制度変化の程度を意味している。通常、制度変化の誘因が大きくなれば、制度も大きく変化するはずであるが、ロック・イン効果が強く働いている状況では制度変化の程度が小さくなると考えられ、その状態が太字部分で示されている。

表1 制度変化の要因、ロック・イン効果と制度変化の程度

		ロック・イン効果の程度	
		大	小
制度変化の誘因	大	小	大
	小	小	小

(2) ロック・イン効果と年金制度

では、年金制度においてロック・イン効果が強く働き、その結果制度が持続すると思われるのは具体的にどのような場合であろうか。それについて想定したものが以下の条件である。

①年金制度の給付水準やカヴァレッジが広い。

制度の対象者が多かったり、制度の給付水準が高ければ、そこで既得権を持つ者も多くなり、協調効果や適合的期待等もたらされるであろう。

②年金制度財政が保険原理で運営されている。

社会保険による制度では、保険料抛出者の給付に関する期待権を政府が侵すことは難しいため、制度の持続性に関する不確実性が減じ、適合的期待もたらされるであろう。その結果、政府による政策の決定度合いは相対的に小さいと考えられる<sup>27)</sup>。また、社会保険主義をとる年金制度 (保守主義レジーム型) の多くでは、しばしば雇用者組織と労働組合が自治的管理機関を構成し、年金資金の管理について重要な役目を担っている。こうした場合、雇用者組織と労働組合との間で自分達に決定権限のある年金制度を維持することを目指して協調効果が働く可能性もある<sup>28)</sup>。

年金制度が以上のような形態の場合にはロック・イン効果が働く要因が生みだされ、その結果、制度変化の程度は小さくなると考えられる。

(3) 作業仮説

制度変化の誘因には様々なものが考えられるが、ここでは年金制度の支出増大をもたらすアクターとして、社会民主主義系政党と高齢者を取り上げる。両者は、既に他の論考で年金支出に対する影響力が確認されているものである。社会民主主義系政党は、上記のように権力資源論で社会保障支出の増加をもたらすアクターとされている。また、高齢者は、産業化・近代化理論とともに新多元主義論の観点から、やはり社会保障支出に寄与すると考えられている。この新多元主義論とは、社会保障に対して多くのニーズを持つ高齢者集団が利益団体の1つとして社会保障の拡充に寄与するというものである<sup>29)</sup>。

ロック・イン効果が年金制度において働く条件は上で述べたが、そのうちの① (年金制度の給付

水準やカヴァレッジが広い)については、その程度を表す代理変数として年金支出のGDPに占める割合をとる。なぜなら、年金支出は1人当たり年金支出と年金受給者の積であるため給付水準とカヴァレッジ両者の概念を含んでおり、更にそれをGDPで除せば、年金支出額を各国間で比較可能な形に基準化できるからである。次に、②(年金制度財政が保険原理で運営されている)については、年金財源における税の割合を代理変数とする。年金財源における税の割合をとることによって、それ以外の財源である保険料とその運用収入の大きさも統一的に把握することができる<sup>30)</sup>。

以上から、社会民主主義系政党と高齢者によって年金支出が増加すると仮定した場合でも、年金支出のGDPに占める割合が大きいほど、また、年金財源が保険中心であるほど(従って、税の割合が小さいほど)、ロック・イン効果が強く働き、そうしたアクターによる年金支出の増減の程度は小さいと想定できるであろう。実証分析においてこうした関係は、制度変化の誘因としてあげた変数とロック・イン効果に関する変数からなる交互作用を通じて捉えられる。

### III データと方法

#### 1 基本データ

1966年から1985年までの期間を対象とし、17のクロスセクションデータ(オーストラリア、オーストリア、カナダ、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、アイルランド、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、ニュージーランド、スウェーデン、スイス、イギリス、アメリカ)をプーリングしたTSCS(Time-Series Cross-Section)データである(オブザベーションの合計数は340)<sup>31)</sup>。各国において年金制度の多くはこの期間よりも前につくられたが、戦後の経済成長による制度の拡充やオイルショックに伴う縮減など比較的多様な変化がこの期間に含まれている<sup>32)</sup>。

#### 2 方法

##### (1) 分析方法と変数

分析の方法は、重回帰分析(Pooled Time-Series Regression Analysis)である。従属変数は年金支出のGDPに占める割合を意味するPENSIONとそれについて1階の階差をとった $\Delta PENSION (= PENSION_t - PENSION_{t-1})$ である。各国ごとおよび福祉国家類型ごとに出した従属変数の値は表2に示されている。また、独立変数は、表3のとおりである。独立変数は、基本的に、漸次的変化を考慮に入れ分析年次(t)の値についてt-5期からt-1期までの平均をとった<sup>33)</sup>。また、モデルによっては表3の各独立変数について1階の階差をとった変数も独立変数としている。なお、GENREVは社会保障制度の財源に占める

表2 従属変数の値

	PENSION の 平均値 (%)	$\Delta PENSION$ の 平均値 (%)
オーストラリア	4.14	8.50
オーストリア	12.73	18.50
カナダ	3.91	13.00
デンマーク	7.59	17.50
フィンランド	6.12	13.00
フランス	10.23	24.50
西ドイツ	11.66	10.50
アイルランド	3.98	13.00
イタリア	10.87	39.50
日本	2.94	20.50
オランダ	8.88	22.50
ノルウェー	7.66	20.00
ニュージーランド	5.90	21.00
スウェーデン	8.59	30.50
スイス	6.48	23.50
イギリス	5.95	9.50
アメリカ	6.20	13.50
自由主義レジーム	5.22**	14.57
保守主義レジーム	9.55**	22.67
社会民主主義レジーム	7.49**	20.25

注) 1. 自由主義レジーム：オーストラリア、カナダ、アイルランド、ニュージーランド、スイス、イギリス、アメリカ。  
保守主義レジーム：オーストリア、フランス、西ドイツ、イタリア、日本、オランダ。  
社会民主主義レジーム：デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン。  
分類は、Esping-Andersen(1999) *Social Foundation of Postindustrial Economies*, Oxford Univ. Press, pp.74-86 参照。

\*\* P < .01. 一元配置分散分析, Tukey の HSD 検定により、各レジーム間相互に有意。

表3 独立変数

変数名	内容
%65 PO	65歳以上の者の全人口に占める割合 (t-5 から t-1 までの平均)
CPI	消費者物価指数 (t-5 から t-1 までの平均)
RGDPC	国民一人当たり国内総生産 (ドル換算で t-5 から t-1 までの平均)
%UNEMP	失業率 (t-5 から t-1 までの平均)
GENREV	社会保障制度の財源における税の割合 (t-5 から t-1 までの平均)
PENGDP	GDP に占める年金支出の割合 (t-5 から t-1 までの平均)
PENSION <sub>t-1</sub>	ラグ付き内生変数 (1 期前の PENSION の値)
STRIKES	労働者 1000 人当たりの喪失労働日数 (t-5 から t-1 までの平均)
LEFTCAB	与党における左派政党 (基本的に社民系政党) の議席占有率 (左派政党が単独で政権与党となっている場合に 1 の値, 連立政権の場合には, そこでの左派政党の議席占有率に応じた値の t-5 から t-1 までの平均)
CNCR CAB	与党における中道, キリスト教政党の議席占有率 (t-5 から t-1 までの平均)
STYPE	社会民主主義レジームに該当する場合 (デンマーク, フィンランド, ノルウェー, スウェーデン) に 1 の値をとるダミー変数
CTYPE	保守主義レジームに該当する場合 (オーストリア, フランス, 西ドイツ, イタリア, 日本, オランダ) に 1 の値をとるダミー変数

税の割合を示している (国公負担を指し, 社会保障特別税 (special tax) は除く)<sup>34)</sup>。これは年金制度の財源に限定されたものではないが, 社会保障制度の財源は制度間に互って類似した方法によって調達される場合が多いことや (特に年金と医療), 分析期間の社会保障制度の支出に占める年金制度支出の割合はおよそ 50%程であり, 年金制度は他の制度と比して最も社会保障制度上のウェイトが大きいことなどを踏まえ, 年金制度の財源に占める税の割合をあらわす代理変数とした。

(2) モデルの定式化——部分調整モデル, エラー修正モデル——

独立変数によって年金支出が決定されると考えられる場合でも, 支出の決定から実際にその決定に基づいた年金支出が行われるまで, かなりのタイムラグが通常存在する。年金の場合には, 政策決定に基づく新たな制度の適用を新規裁定の年金受給者から段階的に実施するとか数年後から改革を実行するなどといったことがしばしば行われるからである。そのため, そうした政策決定から実行までのラグを考慮に入れたモデルを定式化することが必要となる。そこで, 本稿では部分調整モデルとエラー修正モデルによってその点に配慮した<sup>35)</sup>。

分析における第 1 の想定は, t 期の年金支出は, その決定要因と考えられる独立変数の関数として

以下のように決まるというものである。

$$PENSION^*_{\delta t} = \alpha + \sum \beta_i X_{i\delta t} + u_{\delta t}$$

(ただし, N をクロスセクションの数, T をタイムシリーズの数とすると,  $\delta = 1 \dots N$ ,  $t = 1 \dots T$ )

すると, 部分調整モデルは,

$$\begin{aligned} PENSION_{\delta t} - PENSION_{\delta t-1} &= \gamma (PENSION^*_{\delta t} - PENSION_{\delta t-1}) \\ &= \gamma (\alpha + \sum \beta_i X_{i\delta t} + u_{\delta t} - PENSION_{\delta t-1}) \\ &= \gamma \alpha + \gamma \sum \beta_i X_{i\delta t} - \gamma PENSION_{\delta t-1} + \gamma u_{\delta t} \end{aligned}$$

となり, これは,

$$\begin{aligned} PENSION_t &= \gamma \alpha + \gamma \sum \beta_i X_{i\delta t} \\ &\quad + (1 - \gamma) PENSION_{\delta t-1} \\ &\quad + \gamma u_{\delta t} \end{aligned}$$

と変形することができる。

ここで,  $\gamma$  は調整速度を意味し,  $\gamma$  が 1 に近ければほとんどタイムラグなしに調整が行われると解釈できる ( $0 < \gamma < 1$ )。このモデルは, t 期から支出予定の年金支出は t 期に瞬時に実現するのではなく, それと 1 期前の支出の差の一部として現れる範囲にとどまるということを意味している<sup>36)</sup>。

更に, 部分調整モデルは,  $X_{1\delta t} = \Delta X_{1\delta t} + X_{1\delta t-1}$  を用いると,

$$\begin{aligned} \Delta PENSION_t &= \gamma \sum \beta_i \Delta X_{i\delta t} - \gamma (PENSION_{\delta t-1} - \alpha \\ &\quad - \sum \beta_i X_{i\delta t-1}) + \gamma u_{\delta t} \end{aligned}$$

というエラー修正モデルの形にすることができる。

エラー修正モデルは、エラー ( $PENSION_{\delta t-1} - \alpha - \sum \beta_i X_{i\delta t-1}$ ) が正、 $PENSION_{\delta t-1} > \alpha + \sum \beta_i X_{i\delta t-1} = PENSION^*_{\delta t-1}$  のとき、 $-\gamma < 0$  であるから、 $\Delta PENSION_{\delta t} < 0$  となるように修正され、また、エラーが負のときはその逆の修正が行われ、 $t-1$  期の年金支出・ $PENSION_{\delta t-1}$  が  $t$  期から支出予定の年金支出・ $PENSION^*_{\delta t}$  へ近づこうとする動きを示す。ここで、 $\Delta X_{i\delta t}$  の係数は短期的にみた場合の年金支出に対する影響をあらわし、エラー ( $PENSION_{\delta t-1} - \alpha - \sum \beta_i X_{i\delta t-1}$ ) の係数は年金支出とその決定要因との間の長期的な依存関係に向けた調整速度を意味する<sup>37)</sup>。

### (3) パラメーターの推定方法

パラメーター推定については、通常、TSCS データに対して通常の最小二乗法で推定すると、攪乱項の系列相関、不均一分散、クロスセクションでの攪乱項の相関等の問題により、最良線形不偏推定量 (BLUE) にならない。そこで従来、本稿のような年数 (T) が 20 でクロスセクションの数 (N) が 17 のデータの場合 (Time-dominant:  $T > N$ )、その推定は Parks モデルに基づく一般化最小二乗法で推定する方法がしばしば用いられてきた<sup>38)</sup>。しかし、 $T \gg N$  という条件が満たされない限り、Parks モデルではパラメーターの  $t$  検定に際して、標準誤差が過少評価され帰無仮説が棄却されやすくなるという問題が最近指摘されている<sup>39)</sup>。そのため、Beck と Katz が提唱するように、パネルについて修正された標準誤差 (PCSEs: Panel Corrected Standard Errors) を持つ最小二乗法で推定した<sup>40)</sup>。

## IV 結果と考察

分析の結果は表 4 のとおりである。部分調整モデル (結果①)、エラー修正モデル (結果②) 共に、モデル (1) ~ (3) は福祉国家類型論に関する作業仮説だけに関連する変数を入れたモデルであり、残りのモデル (4) ~ (9) は政策フィードバックアプローチに関する作業仮説に関わる変数も取り入れたモデルである。また、全てのモデルについ

て年金支出に関わる他の要因をコントロールするために、CPI, RGDPC, %UNEMP, CNCRCAB を投入した<sup>41)</sup>。

福祉国家類型に関する作業仮説は、自由主義レジームにおいては労働組合や社会民主主義系政党の公的年金支出に対する影響力が弱いということであったから、これが支持されるとすれば、社会民主主義レジームや保守主義レジームにおける LEFTCAB は年金支出に対してプラスの効果を持ち、自由主義レジームではそうした効果が確認できないはずである。部分調整モデルでは、モデル (1) はダービンの代替的方法 (Durbin's alternative) による系列相関の検定の結果、系列相関が認められたためモデルの定式化が不十分な可能性がある。そこで、LEFTCAB を含む交互作用項のあるモデル (3) 以降についてみると、社会民主主義レジームでの社会民主主義系政党の影響力に関しては  $STYPE \times LEFTCAB$  の係数に着目すると、モデル (3), (4) を除いて有意であった。また、同じく保守主義レジームについてみると、 $CTYPE \times LEFTCAB$  の係数は全てのモデルで有意であった。他方、自由主義レジームに関しては LEFTCAB の係数をみると、モデル (4), (5) を除いて有意ではなかった。それぞれのレジームにおける総合的な LEFTCAB の影響力は、LEFTCAB の含まれる他の交互作用項の値にも依存するが、これらの結果は社会民主主義レジームと保守主義レジームでの LEFTCAB の年金支出に対する影響力が自由主義レジームのもの比べて概ねプラスで有意に異なるということを示している。ここから、作業仮説で述べたように、自由主義レジームにおける社会民主主義系政党の年金支出に対する影響力は他のレジームと比べて相対的に小さいとすることができるであろう。また、ストライキといった直接的な労働争議による年金制度支出への影響がレジームごとに異なるかどうかについては、 $STRIKE$ ,  $STYPE \times STRIKE$ ,  $CTYPE \times STRIKE$  の係数をみると、自由主義レジームでは有意でなく、保守主義レジームではプラスで有意、社会民主主義レジームに関する結果は様々であるが変数が全て投入された

表4 結果

結果①

	PENSION								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
%65 PO	-0.128	-0.497	0.826	1.661	2.614	2.868	0.113	6.947*	5.075*
CPI	0.017*	0.016*	0.022**	0.024**	0.027**	0.026**	0.023**	0.027**	0.023**
RGDPC	0.032	0.082	0.128	0.205*	0.222*	0.283**	0.315**	0.275**	0.318**
%UNEMP	-4.300**	-3.328*	-4.224**	-4.763**	-3.928**	-4.393**	-4.212**	-4.531**	-4.338**
GENREV				-0.002*	-0.0001	-0.002*	-0.011**	-0.001	-0.013**
PENGDP				-2.942	-0.575	0.242	-0.023	7.643	11.318**
PENSION <sub>t-1</sub>	0.995**	0.987**	0.969**	0.978**	0.966**	0.955**	0.958**	0.956**	0.960**
STRIKES	0.239	-0.012	0.045	0.136	-0.014	0.082	0.167	0.025	0.121
LEFTCAB	-0.110	0.117	-0.314	-0.314*	0.378*	0.194	0.347	-0.024	0.082
CNCR CAB	0.114	0.049	0.217	0.540	0.293	0.295	0.321	0.349	0.415
STYPE×LEFTCAB	0.173		0.254	0.228	0.439**	0.418**	0.422**	0.393**	0.386**
CTYPE×LEFTCAB	0.243		0.381*	0.495*	0.903**	1.072**	1.106**	1.057**	1.100**
STYPE×STRIKES		-0.271	-0.365*	-0.293	-0.392*	-0.350	-0.519*	-0.271	-0.479*
CTYPE×STRIKES		0.443**	0.463*	0.458*	0.459**	0.489**	0.429*	0.509**	0.429*
GENREV×LEFTCAB				0.005*		0.006**	0.004	0.005*	0.002
PENGDP×LEFTCAB					-13.065*	-14.095*	-15.147*	-9.763*	-8.947*
GENREV×%62 PO							0.072		0.108**
PENGDP×%65 PO								-77.931**	-120.8**
constant	-0.128	-0.491	-0.948	-1.621	-1.966*	-2.447**	-2.437**	-2.775**	-2.907**
DF	330	330	328	325	325	324	323	323	322
Durbin's alternative	2.615**	1.323	1.611	0.986	0.508	0.529	0.488	0.779	0.867
R <sup>2</sup>	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98

注) 1. \*P&lt;.05, \*\*P&lt;.01。

2. Durbin's alternative は t 値。

モデル(9)についてみるとマイナスで有意であった。保守主義レジームでは年金支出をめぐって、いわば議会闘争と直接闘争とで年金支出に対してプラスの共通した効果が確認できたのに対し、社会民主主義レジームではそれとは異なる影響が確認された理由はどこに求められるのであろうか。スウェーデンでは1970年代から進展した労使交渉システムの多元化により、公務員や民間ホワイトカラーあるいはブルーカラーといった部門ごとまたは企業別に賃金やフリンジベネフィットの交渉が行われるようになり、労働組合の直接的な要求は公的な施策よりもそれらに向けられるようにな

ったと言われている<sup>42)</sup>。そのため、1つにはそうした動きが結果に反映されていることが考えられる。また、別の解釈として、労働組合による労働争議と年金支出の間にある何らかの他の要因がモデルに含まれていないため、こうした結果が見かけ上得られているということも考えられる。本稿でその要因について最終的な判断を下すことは困難であり、これに関する詳細な分析は今後の課題としたい。

次に、Lock-in effect に関する作業仮説は、年金支出の対GDP比や年金財源に占める保険関係費の割合(←税の割合)の高低に応じて、年金支

表4 結果(続き)

結果②

	△ PENSION								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
△%65 PO	55.420**	58.359**	58.713**	47.897**	47.080**	46.860**	46.448**	95.980**	92.746**
△ CPI	0.104**	0.101**	0.103**	0.096**	0.096**	0.094**	0.095**	0.092**	0.093**
△ RGDP	2.791**	2.781**	2.549**	2.437**	2.386**	2.416**	2.432**	1.070	1.135
△%UNEMP	-6.360	-5.740	-5.382	-8.219	-8.129	-8.731	-8.586	-13.582*	-13.366*
△ GENREV				0.00009	-0.00008	-0.0003	-0.012	-0.001	-0.010
△ PENGDP				14.796	16.226	16.811	16.519	48.700	48.584
△ STRIKES	-0.646	0.012	0.048	-0.064	-0.044	-0.011	-0.011	-0.014	-0.025
△ LEFTCAB	-0.288	-0.154	-0.265	-0.227	-0.213	-0.204	-0.196	-0.193	-0.188
△ CNRCAB	0.822	0.366	0.722	0.493	0.378	0.357	0.386	0.041	0.105
△ STYPE×△ LEFTCAB	-0.147		-0.173	-0.211	-0.167	-0.151	-0.165	-0.082	-0.113
△ CTYPE×△ LEFTCAB	0.970		0.903	0.857	0.871	0.886	0.877	0.625	-0.591
△ STYPE×△ STRIKES		-0.374	-0.436	-0.348	-0.407	-0.388	-0.350	-0.389	-0.341
△ CTYPE×△ STRIKES		-2.217*	-2.205*	-2.137*	-2.210*	-2.279*	-2.265*	-1.800	-1.797
△ GENREV×△ LEFTCAB				0.030		0.024	0.014	0.020	0.017
△ PENGDP×△ LEFTCAB					-23.553	-31.928	-31.069	-54.807	-48.970
△ GENREV×△%65 PO							6.385		4.986
△ PENGDP×△%65 PO								-25320*	-24750*
$e_{t-1}$	-0.024	-0.027	-0.051*	-0.039	-0.059*	-0.070*	-0.068*	-0.076*	-0.068*
DF	330	330	328	325	324	324	323	323	322
DW	1.80	1.77	1.77	1.80	1.80	1.79	1.79	1.80	1.80
R <sup>2</sup>	0.10	0.11	0.13	0.13	0.14	0.15	0.15	0.16	0.16

注) 1. \*P&lt;.05, \*\*P&lt;.01。

2.  $e_{t-1}$  はエラー項。

出の増減に関わるアクターとして考えられる社会民主主義系政党や高齢者比率による年金支出の増減に対する影響度が異なるというものであった。年金財源において税の占める割合と社会民主主義系政党の議席占有率、もしくは高齢者比率との交互作用項についてみると、GENREV×LEFTCABのパラメーターがモデル(7)、(9)で有意でなかったのを除き、他のGENREVとLEFTCAB、もしくは%65 POからなるパラメーターはプラスで有意であった。年金財源に応じて高齢者比率の年金支出に対する影響度合いが異なるという作業仮説は支持されたが、政治的要因による年金支出に対する影響度合いがそうした要因によつ

て左右されるかどうかは、全ての変数が投入されたモデル(9)でそれに関するパラメーターが有意でなかったため、本稿の分析において最終的に支持されたとすることはできない。年金が保険財源中心だと高齢者の増減によらず給付が一定水準に保たれる傾向があるということであり、別言すれば、税財源中心であれば高齢者のニーズへの即応性が高いということであろうか。年金支出の対GDP比と社会民主主義系政党の議席占有率、高齢者比率との交互作用項については、いずれのパラメーターもマイナスで有意であった。LEFTCABや%65 POが年金支出に与える影響は、PENGDPの値に応じて異なるということである。

これからすると、社会民主主義系政党の消長や高齢者比率の増減による年金支出への影響は、年金給付額やカヴァレッジがある水準にあるまでは、作業仮説で想定したように Lock-in effect が働く結果弱まると解釈できる。すなわち、制度が普遍化して中間層を包含しつつ多くの国民に年金が支えられると、その支出水準が安定化するのである。これは、例えば、スウェーデンでは、80年代や90年代初頭に社民党が政権を離れた「ブルジョア・ブロック」を経ても、中間層を中心として国民によって広く公的年金が定着し支持されていたために、その根本的な切り崩しはなされなかったことなどと結びつけて考えることができるであろう<sup>43)</sup>。しかし、同時にこの結果は、年金給付や受給者が一定水準を超えると、社会民主主義系政党や高齢者比率による年金支出に対する影響がマイナスになるということも意味している。これは作業仮説では想定していなかった結果である。この理由は、本稿で分析対象とした時間的な範囲と関係があると思われる。1970年代後半から1980年代前半にかけては、高齢化が進展して年金の成熟度が急速に高まり、かつ経済危機が生じた時期であった。この時、年金の給付水準が高い国では将来に互って安定的に年金制度を維持できるかどうか問題にされ、それに対する対応策が着手され始めている。そうした状況では、社会民主主義系政党によっても年金支出が減額され、それが政権に就く前に行われた年金削減策が政権後も維持されるという経緯があった<sup>44)</sup>。Clemens と Cook は、制度変革の可能性は制度の内的矛盾が大きくなった場合に生じるとし、制度変化の要因の1つに制度の内的矛盾 (internal contradictions) をあげている<sup>45)</sup>。それを踏まえると、高水準の年金給付を保障している国は先にあげた状況で年金制度をそのまま維持するのは制度の内的矛盾により困難であると判断し、その結果、制度改革によって年金支出を維持可能な水準に抑えようとした事態が分析結果に反映しているのではないかと考えられる。年金水準が低い時には年金支出を増大させる要因がプラスになり、年金水準が高い時にはマイナスになるということは、結果として年金支出水準に

関してある程度の収斂化がもたらされることになるとも解釈できる。

エラー修正モデルでは、モデル(1)、(2)、(4)では、エラー項 ( $e_{t-1}$ ) のパラメーターが有意でなかったため、モデルの定式化が適切ではない。それ以外のモデルについてみると、短期的(1年間)な効果は、コントロール変数以外で一貫して有意であったのは  $\Delta \text{PENGDP} \times \Delta \%65 \text{ PO}$  のみであった。政治的変数については短期的な効果は概して確認できなかった。こうした効果をエラー修正モデルで表現しようとするならば、本稿で行ったのとは別の定式化が必要であろう。

なお、年金支出の政策決定からその完全実施までの調整速度は極めて遅く、部分調整モデルからするとおよそ25年、エラー修正モデルからするとおよそ15年かかっていると推定できた。

## V 結 び

本稿では、制度論を軸に年金制度の支出を規定する要因について考察してきた。その結果、社会民主主義系政党の年金支出の影響力は自由主義レジームで小さいこと、ストライキによる年金支出は、保守主義レジームでプラスで、社会民主主義レジームではマイナスであること、更に、年金財源において税の占める割合が高ければ、高齢者比率の増加による年金支出増の程度が大きくなること(保険財源の割合が高ければ、高齢者比率の増加による年金支出増の程度が小さくなること)、年金の対GDP比が高くなると、社会民主主義系政党や高齢者による年金支出の増加の程度が小さくなるが、それが一定水準以上になると支出は増加ではなく減少すること、などが確認できた。年金制度支出を増加させるキーポイントは、制度が国民の多数派を占める中間層を始めとした多くの者に対して如何に利益をもたらす構造になっているかということである。自由主義レジームにおける年金制度のように制度が残余的であれば、公的年金支出の増加をもたらすと考えられる要因であってもそれが予想通りに働くとは限らず、そうした要因の有無に拘わらず制度は残余的であり続け

る可能性が高い。年金制度の給付設計によってその受益が中間層のみに集中するようになれば「福祉国家の中流階層化」<sup>46)</sup>という問題が生じることになるが、まず制度そのものの拡充を図る上では、中間層を始めとした多くの者を制度に取り込むという基本設計が不可欠であると考えられる。そして、制度が十分な給付を保障し、多くの人に支えられて普遍化すれば、その安定的維持が可能となる条件も生まれうる。

本稿での分析結果は、制度それ自体が制度の変化や持続を説明するという制度論的考察に基づき、制度そのものを独立変数に入れた結果、新たに得られたものである。こうした理論は、とりわけ短・中期的な制度の変化や持続について捉える場合には、大きな有効性を持つといえるかもしれない<sup>47)</sup>。そのため、長期的にみれば制度を大きく変更させる要因が制度のどのような側面に隠されているのかについて探ることも、本文中であげた課題に加え、今後の課題としたい。

### 謝 辞

本稿の作成に当たり、SPSN(社会政策研究ネットワーク)の諸先生、および、本誌の2名のレフェリーの方々から大変有益なコメントをいただいた。厚く御礼申し上げます。

(平成12年12月投稿受理)

### 注

- 1) Fred C. Pampel and John B. Williamson (1993); Evelyne Huber and John D. Stephens (1993) を参照。
- 2) P. Cutright (1965); H. L. Wilensky (1975, 下平好博訳, 1984, 『福祉国家と平等』木鐸社), pp. 55-107; 三重野卓(1987); 最近時点の分析は藤村正之(1999), pp. 25-50 を参照。特に年金については、富永健一(1988), pp. 88-125 を参照。
- 3) 下平好博(1985), pp. 70-71。
- 4) H. L. Wilensky (1981), pp. 345-382; 下平好博(1985), pp. 57-94。特に年金制度を対象にしたものとして、Fred C. Pampel, John B. Williamson and R. Striker (1990) を参照。
- 5) Walter Korpi (1983) を参照。
- 6) Evelyne Huber, Charles Ragin and John D. Stephens (1993)。年金については、Fred C. Pampel and John B. Williamson. (1993) や Evelyne Huber, John D. Stephens (1993) を参照。
- 7) Katheen Thelen and Sven Steinmo (1992 a), pp. 1-32。
- 8) Peter A. Hall, Rosemary C. R. Taylor (1996)。なお、ほぼ同様の分類が、E. M. Immergut (1998) や J. Kato (1996) によっても行われている。また、制度論全般に互る分析としては、盛山和夫(1995) を参照。
- 9) E. M. Immergut (1998), pp. 11-14。
- 10) A. Hall, Rosemary and C. R. Taylor (1996), pp. 939-940。
- 11) Katheen Thelen and Seven Steinmo (1992 b), p. 8。
- 12) J. Kato (1996), pp. 553-582。
- 13) A. Hall, Rosemary and C. R. Taylor (1996), pp. 950-957。
- 14) それらについてのレビューは A. Hall, Rosemary and C. R. Taylor (1996), pp. 939-942 を参照。
- 15) Hecllo (1974); A. S. Orloff and T. Skocpol (1984) を参照。
- 16) E. M. Immergut (1990); E. M. Immergut (1992) を参照。
- 17) Evelyne Huber, Charles Ragin and John D. Stephens (1993); Alexander M. Hicks and Duane H. Swank (1992); Stanley DeViney (1983) を参照。
- 18) 埋橋孝文(1997), p. 154。平岡公一(2000), p. 202。
- 19) Esping-Andersen (1999), pp. 170-173。
- 20) Herbert Kitschelt, Peter Lnge, Gary Marks and Jhon D. Stephens (1999), pp. 438-445。
- 21) Esping-Andersen, G. (1990), p. 85; Esping-Andersen, G. (1999), pp. 77-81。
- 22) Esping-Andersen (1992), pp. 138-139。
- 23) Francis Castles (1985, 岩本敏夫, 埋橋孝文, 北明美, 玉井金五, 服部良子訳, 1991, 『オーストラリア・ニュージーランド 福祉国家論』啓文社), pp. 187-193。
- 24) 社会民主主義系政党とともに労働争議の影響力について実証分析を行っているものとしては、Fred C. Pampel and John B. Williamson (1988); A. Hicks and J. Misra (1993); W. Korpi (1989) 等を参照。
- 25) T. Skocpol and E. Amenta (1986) を参照。
- 26) W. Brian Arthur (1988), pp. 9-31; Paul Pierson (1994), p. 43。
- 27) Giuliano Bonoli, Vic George and Peter Taylor-Gooby (2000), p. 144。
- 28) Martin Rhodes (1996), p. 314; 下和田功(1995), p. 6; Giuliano Bonoli and Buruno Palier (2000), pp. 343-345。



- 29) Fred C. Pampel and John B. Williamson (1993), pp. 190-194.
- 30) なお、社会保険収入に占める雇用主と被保険者本人からの保険料と本稿で年金財源に占める税の割合を示す代理変数とした GENREV の相関係数は  $-0.98$  であり、保険料収入と税収入の間には強い負の相関 (= 代替関係) があることが確かめられた。
- 31) データのソースは E. Huber, C. Ragin, J. Stephens 等の作成した CWSDS (Comparative Welfare State Data Set) である。LIS のウェブページ (<http://lissy.ceps.lu/>) からダウンロードが可能である。
- 32) なお、1973 年のオイルショックを契機に構造変化が起きたのではないかと想定し、Chow test を行ったが、有意ではなかった。
- 33) Fred C. Pampel and John B. Williamson (1985) を参照。
- 34) 用語の定義や内容等については武川正吾 (1987), pp. 78-93 も参照。
- 35) Pooled Time-Series Regression Analysis における、こうした定式化については、Nathaniel Beck and Jonathan N. Katz (1996) や Nathaniel Beck (1991) を参照。
- 36) 部分調整モデルについては、山本拓 (1995), p. 177 を参照。
- 37) エラー修正モデルについては、蓑谷千風彦 (1998), pp. 375-438 参照。また、部分調整モデルとエラー修正モデルの関係については、蓑谷 (1998), p. 264 や G. S. Maddala (1992), p. 314 を参照。なお、本稿でのエラー修正モデルの推定は 2 段階推定法によって行った。
- 38) Thomas Janoski and Alexander M. Hicks (1994), pp. 169-188.
- 39) Nathaniel Beck and Jonathan N. Katz (1995) を参照。
- 40) モデルの分析に際しては、SHAZAM (Ver. 8.0) を用いた。
- 41) キリスト教系の宗教政党は、保守主義レジームに属する国々で社会保障支出を増大させるとしばしば論じられている。Esping-Andersen, G. (1990), p. 75 等を参照。
- 42) Oil Kangas and Joakim Palme (1996), p. 227.
- 43) 武川正吾 (1999), p. 137; 宮本太郎 (1999), p. 215.
- 44) 例えば、スウェーデンにおける寡婦年金の廃止 (1984)、ドイツにおける 1970 年代に行われた年金調整法など。宇野裕 (1991) や下和田 (1995), pp. 127-146 等を参照。
- 45) E. S. Clemens and J. M. Cook (1999) を参照。
- 46) 「福祉国家の中流階層化」とは福祉国家の普遍化につれて、その受益が専ら中間層に帰着するという状況を指す。Robert E. Goodin, Julian Le Grand (1987) や星野信也 (2000) 等を参照。
- 47) Esping-Andersen は類型論は静態的であり、歴史のみで大変動がない場合に有効な分析枠組みになると述べている。Esping-Andersen (1999), p. 73.

#### 参考文献

- Arthur, W. Brian (1988) "Self-Reinforcing Mechanisms in Economics," In *The Economy as an Evolving Complex Systems*, edited by Anderson, P., Arrow, K., and Pines, D. Addison-Wesley.
- Beck, Nathaniel (1991) "Comparing Dynamic Specifications: The Case of Presidential Approval," *Political Analysis*, 3.
- Beck, Nathaniel and Katz, Jonathan N. (1995) "What to Do (and Not to Do) With Time-Series Cross-Section Data," *American Political Science Review*, Vol. 89, No. 3.
- (1996) "Nuisance vs. Substance: Specifying and Estimating Time-Series Cross-Section Models," *Political Analysis*, 8.
- Bonoli, Giuliano, George, Vic. and Taylor-Gooby, Peter (2000) *European Welfare Futures*, Polity Press.
- Bonoli, Giuliano and Palier, Buruno (2000) "How do welfare states change? Institutions and their impact on the politics of welfare state reform in Western Europe," *European Review*, Vol. 8, No. 3.
- Castles, Francis (1985) *The Working Class and Welfare: Reflection on the Political Development of the Welfare State in Australia and New Zealand, 1890-1980*, Allen & Unwin (岩本敏夫, 埋橋孝文, 北明美, 玉井金五, 服部良子訳, 1991, 『オーストラリア・ニュージーランド 福祉国家論』啓文社).
- Clemens, E. S. and Cook, J. M. (1999) "Politics and Institutionalism: Explaining Durability and Change," *Annual Review of Sociology*, 25.
- Cutright, P. (1965) "Political Structure, Economic Development, and National Social Security Programs," *American Journal of Sociology*, 70.
- DeViney, Stanley (1983) "Characteristics of the State and the Expansion of Public Social Expenditures," *Social Research*, Vol. 6.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press.
- (1992) "The Emerging Realignment between Labour Movements and Welfare States," In *The Future of Labour Movements*. by Marino Regini, eds., Sage.
- (1999) *Social Foundations of Postindus-*

- trial Economies*, Oxford.
- 藤村正之(1999)『福祉国家の再編成』, 東京大学出版会。
- Goodin, Robert E. and Le Grand, Julian (1987) *Not Only the Poor*, Allen and Unwin.
- Hall, Peter A. and Taylor, Rosemary C. R. (1996) "Political Science and the Three New Institutionalisms," *Political Studies*, XLIV.
- Heclo, H. (1974) *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, Yale Univ. Press.
- Hicks, Alexander M. and Swank, Duane H. (1992) "Politics, Institutions, and Welfare Spending in Industrialized Democracies, 1960-82," *American Political Science Review*, Vol. 86, No. 3.
- Hicks and Misra, J. (1993) "Political Resources and the Growth of Welfare in Affluent Capitalist Democracies, 1960-1982," *American Journal of Sociology*, Vol. 99, No. 3.
- 平岡公一(2000)「福祉国家研究における社会学的アプローチ」, 三重野卓・平岡公一編『福祉政策の理論と実際』, 東信堂。
- 星野信也(2000)『選別的普遍主義の可能性』, 海声社。
- Huber, Evelyne and Stephens, John D. (1993) "Political Parties and Public Pensions," *Acta Sociologica*, 36.
- Huber, Evelyne, Ragin, Charles. and Stephens, John D. (1993) "Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure, and the Welfare State," *American Journal of Sociology*, Vol. 99, No. 3.
- Immergut, E. M. (1990) "Institution, veto points and policy results: A comparative analysis of health care," *Journal of Public Policy*, Vol. 10, No. 4.
- (1992) *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Univ. Press.
- (1998) "The Theoretical Core of the New Institutionalism," *Politics and Society*, Vol. 26, No. 1.
- Janoski, Thomas and Hicks, Alexander M. (1994) *The Comparative Political Economy of the Welfare State*, Cambridge Univ. Press.
- Kangas, Oil and Palme, Joakim (1996) "The Development of Occupational Pensions in Finland and Sweden: Class Politics and Institutional Feedbacks," In *The Privatization of Social Policy?* by Michel Shalev, eds., Macmillan.
- Kato, J. (1996) "Review Article: Institutions and Rationality in Politics—Three Varieties of Neo-Institutionalists," *British Journal of Political Science*, 26.
- Kitschelt, Herbert, Lnge, Peter, Marks, Gary and Stephens, Jhon D. (1999) "Convergence and Divergence in Advanced Capitalist Democracies," In *Continuity and Change in Contemporary Capitalism*. by Kitschelt, Herbert, Lnge, Peter, Marks, Gary and Stephens, Jhon D., eds., Cambridge Univ. Press.
- Korpi, Walter (1983) *The Democratic Class Struggle*, Routledge & Kegan Paul.
- (1989) "Power, Politics, and State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social Rights during Sickness in Eighteen OECD Countries since 1930," *American Sociological Review*, Vol. 54.
- G. S. Maddala (1992) *Introduction to Econometrics (second edition)*, Prentice Hall. (和合肇訳, 1996, 『計量経済分析の方法(第2版)』CAP)。
- 三重野卓(1987)「社会保障給付費の加速化と国際的格差」『季刊社会保障研究』Vol. 22, No. 4。
- 蓑谷千凰彦(1998)『計量経済学(第2版)』, 多賀出版。
- 宮本太郎(1999)『福祉国家という戦略』, 法律文化社。
- Orloff, A. S. and Skocpol, T. (1984) "Why not equal protection? Explaining the politics of public social spending in Britain, 1900-1911, and the United States, 1880s-1920," *American Sociological Review*, Vol. 49.
- Pampel, Fred C. and Williamson, John B. (1985) "Age Structure, Politics, and Cross-National Patterns of Public Pension Expenditures," *American Sociological Review*, Vol. 50.
- (1988) "Welfare Spending in Advanced Industrial Democracies, 1950-1980," *American Journal of Sociology*, Vol. 93, No. 6.
- Pampel, Fred C., Williamson, John B. and Striker, R. (1990) "Class Context and Pension Response to Demographic Structure in Advanced Industrial Democracies," *Social Problems*, Vol. 37, No. 4.
- Pampel, Fred C. and Williamson, John B. (1993) *Old-Age Security in Comparative Perspective*, OXFORD Univ. Press.
- Pierson, Paul (1994) *Dismantling The Welfare State?*, Cambridge Univ. Press.
- Rhodes, Martin (1996) "Globalization and West European Welfare States," *Journal of European Social Policy*, Vol. 6, No. 4.
- 盛山和夫(1995)『制度論の構図』, 創文社。
- 下平好博(1985)「産業化と福祉国家——先進国に

- おける収斂理論の妥当性をめぐって——」『福祉政策の基本問題』, 東京大学出版会。
- 下和田功 (1995) 『ドイツ年金保険論』, 千倉書房。
- Skocpol, T. and Amenta, E. (1986) "States and Social Policies," *Annual Review of Sociology*, 12.
- 武川正吾 (1987) 「社会保障財源の国際比較分析——社会保障費負担の政治的要因——」『季刊社会保障研究』 Vol. 23, No. 1。
- (1999) 『社会政策のなかの現代』, 東京大学出版会。
- Thelen, Katheen and Steinmo, Sven (1992 a) "Historical institutionalism in comparative politics," In *Structuring Politics*, edited by Sven Steinmo, Katheen Thelen and Frank Longstreth, Cambridge Univ. Press.
- (1992 b) "Institutionalism in comparative politics," In *Structuring politics*, edited by Thelen, K., Steinmo, S., Cambridge Univ. Press.
- 富永健一 (1988) 『日本産業社会の転機』, 東京大学出版会。
- 宇野 裕 (1991) 「スウェーデンの年金制度 小史」『季刊年金と雇用』 Vol. 9, No. 4。
- 埋橋孝文 (1997) 『現代福祉国家の国際比較——日本モデルの位置付けと展望——』, 日本評論社。
- Wilensky, H. L. (1975) *The Welfare State and Equality*, Univ. of California Press (下平好博訳, 1984, 『福祉国家と平等』, 木鐸社)。
- (1981) "Leftism, Catholicism and Democratic Corporatism," P. Flora and A. Heidenheimer, eds., *The Development of Welfare States in Europe and America*, Transaction Books.
- 山本 拓 (1995) 『計量経済学』, 新世社。  
(しずめ・まさと 北星学園大学専任講師)

## 社会 保 障 法 判 例

橋 爪 幸 代

保育所入所措置の措置権者たる市と入所児童の保護者との間に幼児保育委託契約又はこれに準じる法律関係が存在するとされた事例（山崎訴訟第一審判決）

東京地方裁判所八王子支部平成10年12月7日判決（平成7年（ワ）第1412号，損害賠償請求事件）『判例地方自治』188号73頁

### I 事実の概要

1 Y（武蔵野市，被告，控訴人，附帯被控訴人，被上告人）は，児童福祉法24条（平成9年法律第74号による改正前のもの。以下同じ。）に基づき，X（原告，被控訴人，附帯控訴人，上告人）が保育に欠けるとの認定を行い，Yが設置経営する境南第二保育園（以下，「本件保育所」という。）への入所措置をした。Xは，昭和56年4月から本件保育所に通所していた。

昭和60年12月6日，Xが属していたクラスでは，担当保母が児童に対して，園舎の玄関内に入らないことなどの注意をした上で，担当保母の指導のもと，午前10時頃から，園庭においてクラス全員で鬼ごっこを始めた。Xは，鬼役の児童に追われて玄関に並行に走って逃げている際，前記鬼役の児童に背中を手で押されて足がもつれて倒れ，ポーチの縁止め部分に前額部をぶつけて，長さ約3センチメートルの裂傷を負い，そのほぼ中央に約3センチメートルの斜めの線状痕が残った。

2 Xは，玄関前の段差の設備上の瑕疵，保

母の配置人員の不備，担任保母の注意義務違反などを理由として，措置権者たるYに民法415条の債務不履行責任があるとして，東京地方裁判所に損害賠償請求訴訟を提起した。これに対し，同裁判所は，平成10年12月7日，Xの保護者とYとの間の法律関係をXのためにする幼児保育委託契約又はこれに準じる法律関係であるとした上で，Yに安全配慮義務違反があったとして，損害賠償請求を認めた。

3 Yは，原判決中Y敗訴部分の取消し等を求めて東京高等裁判所に出訴した。Xは，原判決における損害賠償請求額の減縮部分に関する附帯控訴を行った。これに対し，同裁判所は，平成11年9月29日，Yに安全配慮義務違反があったとはいえないとして原判決におけるX敗訴部分を取り消すとともに，附帯控訴を棄却した（東京高裁平成11年9月29日判決・判例集未登載）。

4 Xは，この判決を不服として，最高裁に上告及び上告受理申立てをした。しかし最高裁は，平成12年3月17日，本件申立ては民事訴訟法312条1項又は2項の場合に当たらないとして上告を棄却し，同法318条1項の事件に当たらないとして上告審として受理しない旨の決定をした

(最高裁平成12年3月17日判決・判例集未登載)。

## II 判 旨

1 (1) 「入所措置が保護者の保育所への入所申請に基づく場合、実質的には保護者の申請が幼児保育委託契約の申込み、市町村の入所措置の決定が右契約の承諾に当たり、その結果市町村と保護者の間に、第三者である児童を保育することを内容とする第三者のためにする契約が締結されることとなると解される。すなわち、本件の場合、実質的には原告の両親により武蔵野市福祉部福祉事務所長に対する原告の入所申請が幼児保育委託契約の申込みに当たり、被告の入所措置の決定が承諾に当たり、これによって第三者である原告のためにする幼児保育委託契約が締結された、又はこれに準じる法律関係が形成されたというべきである。」

(2) 「被告が経営する保育所における保育の実施は権力的作用を伴わないいわゆる給付行政であり、入所措置によって発生する原告の両親と被告との間の法律関係は右に述べたとおり原告のためにする幼児保育委託契約又はこれに準じる法律関係と解することができるから、入所措置が行政処分であることは原告の両親と被告との間の法律関係が幼児保育委託契約又はこれに準じる法律関係であることを否定する根拠にはならない。」

2 「原告の両親と被告との間には幼児保育委託契約又はこれに準じる法律関係が存在するから、右法律関係の付随義務として、被告は保育に当たり児童の生命、身体及び健康等を危険から保護するよう配慮すべき義務を負っているものである。」

3 「本件ポーチの設置又は管理には安全配慮義務違反があるというべきであるから、被告が被った後記損害を賠償すべき義務がある。」

## III 解 説

### 1 はじめに

本判決は、保育所入所児童が保育時間中に保育所の園庭において転倒し負傷した事件に係る損害

賠償請求訴訟に関し、措置権者と保護者との間に、幼児保育委託契約関係があると判断した上で、その契約関係に基づく安全配慮義務の違反があることを認めたものである。従来保育所入所措置は措置権者による行政処分であると解されてきたが、本判決は措置権者と保護者との間に契約関係を認めた。これはおそらく裁判所による初めての判断であると思われる。

本件訴訟の第一審では、次の2点が争点となった。

(1) 保育所入所措置において、措置権者と保護者との間に幼児保育委託契約が成立しているか否か。

(2) Yに安全配慮義務違反があったか否か。

前記の(2)について、本判決は、措置権者と保護者との間に幼児保育委託契約が締結されたと解したため、その契約関係に基づく安全配慮義務を前提として、本件における具体的事実に関し同義務違反があったと判示した。

ところで、安全配慮義務はもともと私法上の雇用契約における使用者の付随義務として観念されていたが、最高裁昭和50年2月25日判決・判時767号11頁は、公法上の関係であるとされる国と国家公務員との間においても国に前記義務を認めた。すなわちこの判決は、「ある特別な法律関係に基づいて特別な社会的接触の関係」にある場合にも安全配慮義務を負う旨を判示し、安全配慮義務はもはや私法上の雇用契約に限られないことを示した。この判決以後、安全配慮義務に関して、請負契約、賃貸借契約、売買契約等、私法上の雇用契約に限られない法律関係についても訴訟が提起されてきており、その適用範囲が拡大される方向にある。

ただし、本稿においては、保育所入所措置における措置権者と保護者との法律関係について幼児保育委託契約ととらえたところに本判決の意義があると思われるので、前記(1)の争点を中心に解説したい。

なお、本件訴訟の控訴審判決は以下のように第一審判決とは異なる判示をした。第一に、XとYとの法律関係について「保育所入所措置によ

り生じる公法上の法律関係」である、と判示した。これは、第一審判決が判示したように措置権者と保護者との法律関係を幼児保育委託契約ととらえたものではない。しかし、従来の学説・裁判例のように行政処分であるとする判示もしなかった。第二に、XとYは「一定の公法上の法律関係に基づいて特別な社会的接触の関係」に入ったため、その関係を基にして安全配慮義務が生じた、と判示した。すなわち、前述した安全配慮義務に関する最高裁昭和50年判決を踏まえた判示であった、といえよう。なお、特別な社会的接触の関係に入り安全配慮義務が生じているとした理由として、Yが保育所入所措置における措置権者であること及びYが保育所の設置経営者であること、の両者を挙げている。第三に、Yに安全配慮義務があることは認めたものの、具体的事実に関して判断した上で同義務の違反はない、と判示した。

## 2 保育所入所措置における契約関係の存否

本件訴訟では、損害賠償請求のために安全配慮義務違反の有無が問題とされ、安全配慮義務の前提としてXとYとの間の契約関係の存否が問題とされた

ところで、児童福祉法24条は、市町村は児童が保育に欠けるところがあると認められる場合には、「保育所に入所させて保育する措置を採らなければならない」と規定している。そして、同条の規定に基づいて市町村は児童の保育所入所措置を採るが、その市町村による児童の保育所入所措置の法的性質が問題となる。

### (1) 従来の通説・裁判例—保育所入所措置を行政処分ととらえる見解

従来の通説・裁判例では、保育所入所の措置権者の措置は行政処分としてとらえられている。福祉六法上の入所措置に関して(堀 1987, p. 179)は、「本来的な行政処分とは異なるものの、やはり行政処分性があり、行政法学上「相手方の同意を要する行政行為」であると解すべきである。」と述べている。保育所の入所措置についても、学説の多くは、本来的な行政処分、すなわち「行政庁が、法に基づき、優越的な意思の発動又は公権

力の行使として、人民に対し、具体的事実に関し法的規制をする行為」(田中 1974, p. 104)とは異なるものの、措置要件該当の判断や具体的措置の内容に関して、行政庁の一方的な意思に任されている部分が少なくないことから、行政処分としてとらえている(又坂 1990, pp. 779-780)(碓井 1980, p. 306)。

また、保育所入所措置を行政処分としてとらえている裁判例や保育所入所措置が行政処分であることを前提としている裁判例も多い<sup>1)</sup>。大阪地裁平成元年5月10日判決・判時1331号38頁は、「措置の具体的方法については、法所定の保育の目的に反しない限度で措置権者の合理的な裁量に委ねられた行政処分である」と判示し、入所決定行為のみならず、その措置の具体的方法の決定についても行政処分である旨を判示している。

### (2) 行政処分と契約の併存を認める見解

このように、従来から保育所への入所措置は、行政処分としてとらえられている。ただし、保育所入所措置に関して、行政解釈は「保護者の意思に反して強制的に本条の措置をとることは当然許されない」(厚生省児童家庭局 1996, p. 161)としており、その入所措置に当たっては相手方の同意を必要とするとしている。この意味で、保育所入所措置は純粋な行政処分とは異質な要素がある、といえよう。

ところで、まず一般に行政処分と契約との関係がどのようにとらえられているのか、学説を検討する。従来の通説は、行政処分と契約との関係を相反する性質の行為としてとらえていた。(田中 1957, p. 298)は、「相手方の協力を要する行為の中には、相手方の申請を行政行為となすに当たっての動機(Motif)とするに止まり、必ずしも、これを行政行為をなすための前提要件としない場合と、相手方の申請又は同意を行政行為を行うための前提要件とする場合とがある。前者の場合には、その申請が存しない場合においても、行政行為そのものは、それとは別個に成立するものであるから、その行為の効力に何らの影響を受けないと解すべきであるのに反し、後者の場合には、相手方の申請又は同意を欠くときは、前提要件を欠

くものとして、行政行為としては、有効に成立し得ないと解すべきであろう。しかし、この場合においても、行政庁は、相手方の同意又は申請を前提としながら、公権力の行使として、その行為を行うものである限り、対等の立場における当事者間の意思の合致たるべき契約の観念をもって説明すべきでない。」と述べている。

これに対して、近年、行政処分と契約とは必ずしも相反する関係に立つものではない、とする見解が現れてきている。まず、(山田 1966, pp. 49, 51) は、「給付行政においては、契約によるか処分によるかは、立法政策の問題であり、そこに「選択の自由」がある」とした上で、その法形式について、「行政処分と契約との選択の自由が、立法政策的にあるということと、そして、かりに行政処分の形式を選んだとしてもなお解釈論的に契約原理がいわば準用されてくる余地がある。」と述べ、行政処分と契約との複合的な法律関係を示唆している。更に、(小早川 1983, p. 127) は「特許または行政的給付の法律関係を形成しあるいは変動させる行為が行政行為としての取扱いを受ける場合であっても、そのことはこれらの法律関係から契約の観念を当然に排除するものではないと考えるべきであろう。」とした上で、「行政行為の概念における権力性の要素を……実体的な意味においてではなく、人為的に与えられた通用力という意味で理解するならば、契約と行政行為とは、概念上必ずしも相互排他的な関係に立つと言うことはできないであろう。」と述べており、行政処分と契約との併存した関係の可能性を指摘している。今日では、このように、一つの法律関係について行政処分と契約とが交錯するという可能性を肯定する見解が有力となってきている。

このような流れを受け、従来行政処分と解されてきていた保育所入所措置についても、契約的要素を認める見解が現れてきている。(木佐 1984, p. 160) は、「申請を契機とする福祉の措置にあっては、すでにとりわけ、同意に基づく行政行為という以上の契約的要素が認められる。」とした上で、「保育に欠けることの判断ととるべき措置内容(保育所への入所措置またはその他適切な保

護)とは論理的に区別されるべきである。この後者の判断も別個の行政処分であるとの見方も成り立ちえないわけではないが、措置基準充足の判断に伴い確定した利用権が、契約的に実現されると考えてよからう。しばしば申請書への入所希望施設の順位記載、措置決定後の施設の選択が認められており、措置権者による昼間里親や無認可保育所などへの具体的な措置行為も行政対保護者間での契約的実体をもつのである。」と述べている。この見解は、保育所入所措置を「保育に欠ける」ことの判断と、採るべき「措置内容」の判断とに区別して考え、後者の行為に契約的要素を認めるものである。また、措置決定がなされた後の関係について契約的要素を示唆するものとして(前田 1997, p. 27) は、「措置決定後のサービス実施をめぐる関係への契約法理の妥当性」を示している。

このように、保育所入所措置についても、その一部について契約的要素を認めてもよいのではないかという見解が現れてきているが、本件訴訟の第一審判決はこのような見解とはやや異なる判断をしているのではないかと、と思われる。本判決は、入所措置による保育の実施は権力的作用を伴わない給付行政であるから、入所措置が行政処分であることは措置権者と保護者との関係が契約関係又はこれに準じる法律関係であることを妨げない、としており、入所措置自体を契約とみなしているかのようにみられるからである。

### (3) 私 見

保育所入所措置の法的性質については、やはり行政処分と考えるのが妥当ではないかと思われる。確かに、保育所入所措置は本来的な権力関係とは異なり、入所に当たっては保護者の同意が必要であるという点は留意すべきであろう。また、具体的な措置内容としての保育所の選択についても、申請書への入所希望施設の順位記載などが実施されているということも否定できない。しかし、措置要件である「保育に欠ける」か否かの判断は措置権者により一方的に判断されており、また保育所入所申請をする者が希望の保育所を申し出るのはあくまで措置権者の参考に供するに過ぎず、入所

する保育所の決定は措置権者の裁量にゆだねられている<sup>2)</sup>。このような法律関係は、対等の立場における当事者間の意思の合致である契約関係とはいえないのではないかと、思われる。

保育所入所措置決定における「保育に欠ける」ことの判断と「採るべき措置内容(保育所への入所措置又はその他の適切な保護)」の判断とを区別して、後者の判断について契約的要素を認める見解についてであるが、このように一つの決定行為の構成要素について二つに分けて分析する可能性については否定できないように思われる。しかし、たとえ「保育に欠ける」ことの判断と「採るべき措置内容」の判断を区別して考えたとしても、その「採るべき措置内容」の判断も措置権者がその財政的制約や施設面における物理的制約を踏まえた上での合理的な裁量にゆだねられており(前掲の大阪地裁平成元年判決を参照)、この点についても措置権者の一方的な判断に任されており、後者の行為も行政処分といえるのではないかと考えられる。

しかし、措置決定後のサービス実施における法律関係を契約法理を適用する見解については、検討の余地があるのではないかと考えられる。確かに措置決定後のサービス実施においては、措置権者と利用者との関係は一定期間継続する。また、実際のサービスの内容に関しても、当事者が具体的に定めていくことになる。これらを考慮すると、措置決定後の法律関係における契約性については否定できないのではないかと考えられる。

最後に、本第一審判決は、保育所入所措置における措置権者と保護者との間に幼児保育委託契約があるとした上で、安全配慮義務の違反の有無を判断した。しかし、前述したとおり、安全配慮義務は最高裁昭和50年判決以後、特定の契約関係に基づいてのみ存在するものではなくなっている。したがって、安全配慮義務を認めるために、必ずしも措置権者と保護者との間に幼児保育委託契約があると判示する必要はなかったのではないであろうか。控訴審判決は、XとYとの関係を「一定の公法上の法律関係」とした上で、これに基づいて特別な社会的接触の関係に入ったと判

示した。そして、このような当事者間においては、当該法律関係の付随義務として、保育に際し、園児の生命、身体及び健康等を危険から保護するよう配慮すべき安全配慮義務を負うと判示しているが、このような判旨の方が妥当であろう。

### 3 その他の問題

#### (1) 保育所の設置経営者と保護者との幼児保育委託契約に基づく責任の有無

Yは、保育所入所措置における措置権者であるとともに、本件保育所の設置経営者でもある。措置権者としてのYとXの保護者との関係については既に検討したので、ここでは保育所の設置経営者であるYと保護者との間に契約関係が生じている、と考える立場に立った上で、当該保育所の設置経営者としての責任を問い得るかについて検討したい。

まず、保育所設置経営者と保護者との間に幼児保育委託契約による法律関係が生じているといえるか否かについて、いくつかの裁判例がある<sup>3)</sup>。松江地裁益田支部昭和50年9月6日決定・判時805号96頁は、「児童を保育するいわば保育契約は、債権者[保護者]らと町との間で成立しているが如き外観を呈しているが、法的には、保護者たる債権者らと債務者[保育所設置経営者]との間で私的な保育契約が成立しているものと解せられる」([ ]内は筆者挿入)とし、保護者と保育所との間の保育契約を認めている。この決定に対し、(棚田 1990, p.170)は「保育契約については、若干公的性格を帯びた私的な準委任契約が成立して」いる、としている<sup>4)</sup>。しかし、(堀 1987, p.197)は「保護者と保育所の間に私的な準委任契約が成立しているとする考えも消極的に解すべき」と述べており、学説上、争いがある。

保育所の設置経営者と保護者との関係の法的性質について、契約関係があるとする裁判例や学説もあるが、消極に解すべきなのではないかと考えている。その理由としては、第一に、保育サービスの提供は、措置権者と保育所の設置経営者との間の措置委託契約に基づいてなされるものであり、保護者と保育所との間で決めることはできな



い。そのため、必ずしも保護者の意思が反映されるわけではなく、具体的にどのようなサービスの提供を受けることができるかについて、措置権者により一方的に決められることとなる。第二に、保育所の設置経営者側も、児童福祉法46条の2「市町村長からこの法律の規定に基づく措置のための委託を受けたときは、正当な理由がない限り、これを拒んではならない」により、その契約締結が強制されている。そのため、保育所設置経営者も入所措置を受けた児童を受け入れるか否かについての判断をすることはできず、措置権者により一方的にその入所が決定されることとなる。この二点を考慮に入れると、保育所の設置経営者と保護者の間に契約関係は成立していないのではないか、と考えられる。

#### (2) 国家賠償法に基づく損害賠償請求の可否

本件訴訟において、原告は損害賠償請求の根拠を国家賠償法1条及び2条に求めているが、同法に基づく損害賠償請求の可否について、保育所の設置経営者としての市町村と措置権者としての市町村とに分けて検討したい。設置経営者としての市町村に対しては、同法1条に基づき公立保育所の保育者がその職務を行うについて故意又は過失によって違法に他人に損害を加えたとき、又は同法2条に基づき保育所の設置又は管理に瑕疵があったために他人に損害を生じさせたときは、賠償の請求ができる。これに対して、措置権者としての市町村に対して国家賠償法に基づく損害賠償請求ができるか否かは問題である。仮に、措置権者としての市町村に損害賠償請求ができるとすれば、措置委託した保育所が私立保育所であっても、公立保育所と同様に国家賠償を請求することができることとなる。しかし、この問題に関しては、学説<sup>5)</sup>・裁判例<sup>6)</sup>は分かれている。

国家賠償法に基づく損害賠償請求を措置権者としての市町村に対して行うのは、以上のように問題があると思われるが、設置経営者としての市町村に対しての請求をすることは可能である。しかし、本件訴訟において、Xは国家賠償法ではなく、債務不履行を根拠とする損害賠償訴訟を提起した。これは、本件訴訟の提起が不法行為による

時効期間である損害及び加害者を知った時から3年を経過していたためであると考えられる。これに対し、安全配慮義務違反については、前掲の最高裁昭和50年判決により債務不履行の10年の時効期間が適用されるため、債務不履行のみを根拠に損害賠償請求を行ったものと考えられる。

#### (3) 第三者のためにする契約とすることの当否

本判決は、Xの保護者が第三者たるXのためにYとの間に幼児保育委託契約を締結した、と判示した。しかし、Xが未成年であるため、保護者がXの親権者として市町村との間で契約を締結したととらえるべきであろう。すなわち、この契約は、民法537条に規定されている第三者のためにする契約とはいえないのではないかと考えられる。

#### 4 本判決の射程

本判決は、保育所の入所措置を措置権者と保護者との間の幼児保育委託契約であると判示したが、保育所と同様に措置によって入所させるその他の福祉施設の利用関係についても本判決の射程内にある、と考えられる。

しかし、2000年に行われたいわゆる社会福祉基礎構造改革(社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する法律(平成12年法律第111号))によって、行政処分による措置制度から、利用者と事業者との契約制度に転換がなされた福祉施設入所関係については、本判決の射程外である。

なお、保育所入所についてはこの2000年法改正の対象とならず、平成9年法律第74号による改正のまま維持された。この改正により、保育所入所関係については、①措置という言葉を廃止し、②保護者は保育所への入所の「申込み」をすることができることとし、③申込書に「入所を希望する保育所」を記載することとし、④特定の保育所への入所希望が集中した等の場合は、公正な方法により選考することとされた。政府は、改正後「保護者と市町村の関係というのは……児童福祉法という特別の法律に基づく、いわゆる公法上の

契約ということになるのではないか」(厚生省児童家庭局局長 1997, pp.15-17)と述べ、保育所入所措置について従来の行政処分としての措置から契約関係へと変わった、ととらえている。ただし、学説の多くは「措置」の文言が削除されても措置の法的性格が改められた、とは解釈していないようである(堀 1997, pp.178-180)<sup>7)</sup>。

#### 注

- 1) 福岡地裁昭和52年12月23日判決・判時898号42頁, 仙台高裁昭和62年4月27日判決・判時1236号59頁。
- 2) 福岡地裁小倉支部昭和55年7月8日判決・判時1005号150頁。
- 3) 京都地裁昭和50年8月5日判決・判タ332号307頁は「乳児の保育契約は準委任契約であり、保育園は善良な管理者の注意をもって保育に当たるべきである」としている。
- 4) 同旨田村和之「福祉施設の利用関係」ジュリスト増刊行政法の争点(新版)(1990年)305頁。
- 5) 堀勝洋「私立保育所における事故について措置委託した地方公共団体に損害賠償責任がないとされた事例」季刊社会保障研究29巻2号(1993年)186頁, 菊池馨美「私立保育園園児による市町村の損害賠償責任」賃金と社会保障1131号(1994年)29頁, 田村和之『保育法制の課題』(頸草書房, 1986年)136頁以下。
- 6) 浦和地裁熊谷支部平成2年10月29日判決・判例集未登載, 広島地裁福山支部昭和54年6月22日判決・判時947号101頁。
- 7) 同旨・田村和之「保育所制度改革案の問題点」

保育情報243号(1997年)5頁。

#### 引用文献

- 碓井光明(1980)「福祉施設の利用関係」『ジュリスト増刊行政法の争点』, 306頁。
- 木佐茂男(1984)「保育所行政からみた給付行政の法律問題」公法研究46号, 160頁。
- 厚生省児童家庭局編(1996)『改訂児童福祉法・母子及び寡婦福祉法・母子保健法の解説』時事通信社, 161頁。
- 厚生省児童家庭局保育課長発言(1997)『保育情報』243号, 15-17頁。
- 小早川光郎(1983)「契約と行政行為」芦部信喜他編『岩波講座・基本法学第4巻』岩波書店, 127頁。
- 田中二郎(1974)『新版行政法上巻全訂第二版』弘文堂, 104頁。
- (1986)『行政法総論』有斐閣, 298頁。
- 棚田洋一(1977)「保育契約の法的性格—七光保育所事件—」別冊ジュリストNo.56社会保障判例百選, 170頁。
- 堀 勝洋(1987)『福祉改革の戦略的課題』中央法規出版, 179頁。
- (1997)『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房, 178-180頁。
- 前田雅子「生存権の実現にかかわる行政裁量の統制」『社会問題研究』46巻2号, 27頁。
- 又坂常人(1997)「『福祉の措置』の法律問題」成田頼明他編雄川一郎先生献呈論集『行政法の諸問題下』有斐閣, 779-780頁。
- 山田幸男(1966)「給付行政法の理論」雄川一郎, 高柳信一編『岩波講座・現代法(4)』岩波書店, 49,51頁。
- (はしづめ・さちよ 上智大学大学院)

**編集後記**

社会保障は、もはや厚生労働省だけが関心を有すればよい課題ではない。今や、広く国民の関心が寄せられていることが、痛感される。これは、社会保障について、国民のいずれもが単なる給付の対象たる地位にとどまらず、制度・給付と負担・システム構築のあり方等について深い関心を抱いている状況の現れの一つであろう。このような主体性を有した関心のありようは、民主政の発展の点から見ても喜ばしいことである。今回の特集では、社会保障の政策決定について取り上げた。社会保障の諸分野における政策決定の様子について、この特集をきっかけに国民諸氏の関心が高まれば、幸甚である。

(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**

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)

唐沢 剛 (厚生労働省政策評価官)

菊池馨実 (早稲田大学助教授)

新川敏光 (北海道大学教授)

田近栄治 (一橋大学教授)

永瀬伸子 (お茶の水女子大学助教授)

平岡公一 (お茶の水女子大学教授)

山崎泰彦 (上智大学教授)

植村尚史 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

棕野美智子 (同研究所・総合企画部長)

府川哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

**編集幹事**

後藤玲子 (同研究所・総合企画部第2室長)

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)

小島克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

宮里尚三 (同研究所・総合企画部研究員)

泉田信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 37, No. 1, Summer 2001 (通巻152号)

平成13年6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