

季刊 社会保障研究

貸出用

Vol. 44

Spring 2009

No. 4

研究の窓			
硬直的なアプローチではなく、柔軟な発想による制度運営を	………西山	裕	386
第13回厚生政策セミナー			
テーマ 新しい社会保障の考え方を求めて			
—医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証—			
基調講演1 準市場論と医療制度改革—イギリスの経験からの展望—	………ジュリアン・ルグラン		388
基調講演2 OECD 諸国における医療制度の多様性	………ピーター・シェーラー		398
基調講演3 介護保険と日本経済—準市場・社会市場の考え方を踏まえて—	………京極高宣		407
パネルディスカッション			
パネリストのコメント			
医療統計の体系化の重要性	………井伊雅子		417
医療・福祉の準市場改革	………郡司篤晃		420
メディアからの問題提起	………南砂		424
医療・介護サービスの新しい分析の意義と課題	………金子能宏		426
	………西山裕(司会)		
ディスカッション	………ジュリアン・ルグラン、	ピーター・シェーラー、	
	京極高宣、井伊雅子、郡司篤晃、南砂、	金子能宏、西山裕(司会)	429
閉会挨拶	………西山	裕	445
投稿(論文)			
夫の家事育児参加と出産行動	………小葉武史・安岡匡也・浦川邦夫		447
投稿(研究ノート)			
人工透析患者における外来受診行動についての分析	………西川浩平・増原宏明・荒井由美子		460
判例研究			
社会保障法判例	………根岸	忠	473
—厚生年金基金の老齢年金給付の減額に同意しない受給者の年金減額が有効とされた事例(りそな企業年金基金・りそな銀行(退職年金)事件)—			
書評			
ジュリアン・ルグラン著、郡司篤晃訳			
『公共政策と人間—社会保障制度の準市場改革—』	………京極高宣		482
嶺学編著『高齢者の住まいとケア—自立した生活、その支援と住環境』			
新自由主義的政策下での高齢者居住政策のゆくえ	………鈴木	晃	486
季刊社会保障研究(Vol.44, Nos.1-4)総目次			490

季刊社会保障研究投稿規程

1. 本誌は社会保障に関する基礎的かつ総合的な研究成果の発表を目的とします。
2. 本誌は定期刊行物であり、1年に4回（3月、6月、9月、12月）発行します。
3. 原稿の形式は社会保障に関する論文、研究ノート、判例研究・評釈、書評などとし、投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等は、いずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。
4. 投稿者は、審査用原稿1部とコピー1部、要旨2部、計4部を送付して下さい。
5. 採否については、編集委員会のレフェリー制により、指名されたレフェリーの意見に基づいて決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
なお、原稿は採否に関わらず返却しません。
6. 原稿執筆の様式は所定の執筆要項に従って下さい。
7. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
8. 原稿の送り先、連絡先——〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6F
国立社会保障・人口問題研究所総務課業務係
電話 03-3595-2984 FAX 03-3591-4816

季刊社会保障研究執筆要項

1. 原稿の長さは以下の限度内とします。
 - (1) 論文：16,000字（図表を含む）。
 - (2) 研究ノート：16,000字（図表を含む）。
 - (3) 判例研究：12,000字。
 - (4) 書評：6,000字。なお、図表は1枚200文字に換算します。
2. 論文、研究ノート、判例研究・評釈、書評には英文題が必要となります。
3. 引用文献の形式は次のとおりとします。
 - (1) 注を付す語の右肩に1) 2) ……の注番号を入れ、全体で通し番号とし、後部に注を一括して掲載して下さい。
 - (2) 著書を引用する場合には、著者名、書名、出版社、出版年、引用頁を記載して下さい。
 - (3) 論文を引用する場合には、著者名、題名、雑誌名、巻号、発行年、引用頁を記載して下さい。
 - (4) 和書の場合には、書名・誌名に『 』、論文に「 」を付けて下さい。
4. 図表はそれぞれ通し番号を付し、表題を付けて下さい。1図、1表ごとに別紙にまとめ（出所を必ず明記）、挿入箇所を論文右欄外に指定して下さい。
5. 原稿は横書きして下さい。ワードプロセッサによる場合はA4判1枚につき1行40字・30行、横打ちして下さい。

季刊
社会保障研究

Vol. 44 Spring 2009 No. 4

国立社会保障・人口問題研究所

研究の窓

硬直的なアプローチではなく、柔軟な発想による制度運営を

国立社会保障・人口問題研究所が2008年8月に開催した厚生政策セミナーは、「新しい社会保障の考え方を求めて—医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証—」をテーマとした。

今回こうしたテーマを取り上げた背景としては、最近の我が国における社会保障制度を巡る議論が、ともすれば、一方における規制緩和による市場原理の大幅な導入が制度の効率化を図り無駄をなくす最善の途であるとする主張と、他方における国民の生活を守るべき社会保障制度への市場原理の導入はなじまないという主張とのいわばイデオロギー論争という、あまり生産的とは思えない議論に陥りがちな状況に危惧を感じていたことがある。

すなわち、行政のやることは全て非効率的であり、しばしば組織存続のための仕事になりがちだという行政不信論により、民間市場による資源の効率的配分を重視し、「民間でできることはできるだけ民間に任せるべき」という主張が一方にあり、他方で、規制緩和を行い市場に任せる事は自由競争による弱肉強食の世界に国民を追いやるものであり、国の責任を放棄するものであるという立場から、市場原理を部分的にでも社会保障制度に導入すること自体が、制度の存立基盤を危うくするものだ、という主張がされる。

しかし、社会保障であれ何であれ、効率的に運営されることはあらゆる制度にとって必要であり、また、行政が提供するか、民間が提供するかによって、サービスの質が必ずしも決定されるわけでもない。要は、国民のニーズに適したサービスが適正かつ効率的に提供されるためには、どのような制度がふさわしいかという事が問題なのである。

また、いくら規制緩和といっても、国民の健康や生命を脅かす極度に質の悪いサービスの提供が、市場の競争で取捨選択されるからいざれなくなるだろうという楽観的な見方があったとしても、そのようなサービスを認めることは絶対に許されることではない。また、そのための行政による事前チェックが経済活動を阻害するという主張も必ずしも正当ではない。さらに、セイフティネットとしての生活保護制度や公的年金等の所得保障制度を全て民営化すべきとの主張も極論であろう。

「準市場 (quasi-market) 論」は、英国において、国営医療制度「National Health Service」の改革の理論的バックボーンとして発展してきた経緯がある。この改革は、NHSを民営化しようというのではなく、その硬直的運営やサービスの質の低下を改善するために、例えば、一般医 (GP) に NHS 予算の一部を持たせて、登録患者にサービスを提供する病院を選択して購入させることにより、NHS 病院の運営効率化とサービスの質の向上を図ろうとするものであり、その意味で、NHS 制度の基本は維持しながら、その運営効率化とサービスの質の向上を図ろうとする試みである。

また、最近我が国で主張されている「社会市場 (social market) 論」(いわば広義の準市場論)は、

高度化・多様化している国民の福祉・保健ニーズに対応していくためには、民間の多様なサービス供給主体や多様な政策手段・財源を積極的に認め、公私の適切な組み合わせにより対応していくべきとの主張であり、その意味で、行政サービスか民間サービスかといった硬直的な公私二元論とは異なったアプローチの議論である。

我々としては、2008年の厚生政策セミナーにおいて、公か私かといった硬直的議論でなく、これらの柔軟なアプローチによって、医療や介護といった、我が国社会保障制度における重要な問題について検討が深められることを期待した。

セミナーの場においては、基調講演者としてお招きしたLSEのルグラン教授が、英国のNHS改革の中心として活動されていたことや、現在の我が国において、医師不足や医療費抑制の問題が大きな問題として議論されている事から、主に医療を中心に議論は進んでいった。

ルグラン教授が、社会的に力のある人々の「声」のみが反映されやすい制度にならないためには、「選択と競争」を導入することが効果的であること、実際、NHSサービスや他国の例を見ても、裕福な人々よりも一般の人々の方が、サービスが選択できることを求めていること、などを主張されたことは印象的であった。基調講演者の一人である京極所長が介護保険を例に展開された「社会市場論」とは共通点も多く、今後、両者の交流による議論の発展が期待される。

また、OECDのシェラー医療課長は、OECD各国の医療費の伸びと医療費の財源構成とを比較して、民間部門のシェアが高いことが医療費の伸びを抑制することには必ずしも直結しておらず、例えばドイツでは国民の所得の多寡に応じて民間部門と社会保険とに役割分担を持たせていると指摘していたことも、示唆に富むものであった。

これらの基調講演を受けて、日本側のディスカッション参加者からは、日本の医療制度は、英国と異なり、多くの民間医療機関が存在し受診が容易であるという良い面があるが、他方で、医療機関の役割分担が不明確なために設備投資競争になりがちな面があることや、地域医療を担う家庭医の育成が急務であること等の意見が出された。

私としては、このセミナーのパネルディスカッションで司会役をさせていただき、2つのことを再認識した。一つは、市場機能は、適切に導入・活用できれば、ニーズに対応した効率的な社会保障制度を実現する上で有力な武器となるが、そのための体制整備は不可欠であり、それがないと、逆に非効率になったり、弱者切り捨てになりかねないものであるということである。今一つは、その体制整備として重要なのは、十分に整理された情報の提供と、低所得者も含め市民の誰でもがサービスを利用し易い市民参加型環境作りである、ということである。

西山 裕

(にしやま・ゆたか 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

テーマ 新しい社会保障の考え方を求めて
——医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証——

〈午前の部〉

- 基調講演 1 …………… (ロンドンスクール・オブ・エコノミクス教授) ジュリアン・ルグラン
- 基調講演 2 …………… (OECD 雇用・労働・社会問題局医療課長) ピーター・シェラー
- 基調講演 3 …………… (国立社会保障・人口問題研究所所長) 京 極 高 宣

〈午後の部〉

パネルディスカッション

- パネリストのコメント…………… (一橋大学大学院経済学研究科教授) 井 伊 雅 子
 (聖学院大学大学院人間福祉学研究科教授) 郡 司 篤 晃
 (読売新聞東京本社編集委員) 南 砂
 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長) 金 子 能 宏

司会：(国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官) 西 山 裕
 ディスカッション……………ジュリアン・ルグラン， ピーター・シェラー， 京極高宣，
 井伊雅子， 郡司篤晃， 南砂， 金子能宏， 西山裕 (司会)

閉会挨拶……………西山 裕

【基調講演 1】

準市場論と医療制度改革
——イギリスの経験からの展望——

ジュリアン・ルグラン

ご紹介どうもありがとうございます。また、ご招待をいただいたことを感謝申し上げます。実は日本に来るのは2度目になります。最初の訪日は郡司先生に報告の機会を与えていただくなどいろいろお世話になり、非常に楽しく過ごさせていただきました。今回は2度目の訪問になりますが、

やはり有意義な時を過ごさせていただいております。

現在私は日本社会のさまざまな側面、特に日本の医療制度について勉強をしております。医療、公衆衛生のアナリストの間では、日本の制度はほかの国の制度と比べてより良いという確信がある



ようです。日本は国際的な基準に照らしてコストが非常に安く、複数の健康指標で見ても世界的にも素晴らしいといえます。医療制度がその一部を担っているのではないのでしょうか。

日本の医療制度を見ていますと、いろいろ尊敬に値する、素晴らしい優れたところがあると思うのです。しかし、日本の国民にとっては必ずしもそうではなさそうということが分かります。今日来ていらっしゃるかどうか分かりませんが、最近、医療経済研究機構の副理事長である近藤先生の論文を読ませていただきました。これによれば、日本の有権者の6割以上が、日本の医療制度について不満を覚えていたということです。さらに7割台の人が、いわゆる市民の意思決定における参加については非常に不満であるということのようです。不満の源となっているのは、例えば患者に選択権がないこと、あるいはサービスの質、あるいはケアの質の水準等々のようです。ですから、日本の国民の目からするならば、やはり心配になるような点が多々あるのかもしれない。だからこそ、どのように改革を進めるべきか、議論が行われているのでありましょう。

私からは、一般論として、医療制度の改革をどのように進めるべきかの示唆を与えられればと思っています。今日私がお話することの中に、日本の状況に当てはめて取り上げていただけるものがあれば幸いです。

さて、医療サービスの提供を行う上で最善の方法は何かという問題提起をしてみたいと思います。正確には、最善のということよりも、悪い状況を最小に抑えるためにはどうしたらいいのかということになります。ほとんどの医療制度というのはとても完璧とはいえません。やはりいろいろ欠陥や不完全なところが多々ありますから、その不完全な度合いをいかに最小限に抑えるかと言い換えた方がいいのかもしれない。

医療制度、医療サービスの提供といってもさま

ざまなモデルがあるかと思います。時間はあまりありませんが、簡単に医療制度改革の政治力学についても触れられればと思っております。私個人としても、イギリスにおける医療制度改革、医療保険改革等について、ブレア政権のときにアドバイザーとして首相に諮問をした経験がありますので、教訓を学んでいただけるのではないかと思います。

さて、公的資金で賄う医療サービスの提供制度、例えば日本の制度もそうですし、あるいはイギリスの制度もそうですが、基本的に四つの方法・タイプがあるかと思います。分類しますと、まず「信頼型」。その反対にあるのが「不信型」。それから“Voice”，あえて言えば「民主制」あるいは「意見表明型」とよべるものです。最後に、「選択と競争」です。

「選択と競争」というのは、いわゆる準市場(quasi-market)です。準市場は今回の会議のテーマにもなっているようですが、準市場というのは多くの場合政策的により結果を導く方法で、言い方をかえれば悪い状況が最も少なく済むやり方ではないかと私は思っています。介護についても、医療制度としても、準市場というのをお勧めできるのではないかと思っています。

それではそれぞれのタイプ(型)やモデルの長所、短所を整理してみたいと思います。そして、なぜ準市場がより優れているといえるのか、お話をしたいと思います。まず「信頼型」です。この「信頼型」の制度の下では、政府が予算を決定し、予算を配分します。医師や看護師、あるいは経営者に対して予算を与えて使ってもらう。これは日本でも同じような状況だと思います。日本は出来高払い制度を採用しています。国民健康保険・健康保険組合制度があり、健康保険によって認定されたいろいろな治療法があります。ただ、制度的に個々の保険者によるチェックは行われていません。すなわち与えられた診療や治療法が適切だったのか、コスト効果が高いのかどうか、保険者の上部組織では部分的にチェックすることはあっても保険者自身でチェックする仕組みがあまりありません。したがって、請求を出してくる医

師を信頼し、適切な治療をしてくれたと信頼する、信頼に基づいたシステムといえるでしょう。

医療の現場では、信頼は非常に重要です。信頼なくしては、いろいろなことがうまくいきません。したがって、医療制度を運営するに当たって長所もたくさんあります。例えば、モニタリングのコスト、監視コストがかからないということが挙げられます。信頼しているわけですからモニタリングは必要ない、監視する必要がないということになります。さらに医師のような専門職の方も気に入っています。信頼されることによって士気も高まります。

ただし、問題もはらんでいます。特にモチベーション、動機という問題です。医師や医療スタッフなどのプロフェッショナルが持つ動機が利他的かどうかが問題になります。公益意識の高いプロフェッショナルは利己主義ではなく利他主義であるといわれますが、それでも問題があります。これについては後ほどまた詳しく述べたいと思います。制度を運営する人々は、利他的なプロフェッショナルは、いいことをやるということで、それで十分だと思いがちです。したがって、その外側にあるユーザー側のニーズ、どういう問題におつかっているのか、すなわち広く地域社会のニーズなどには思いが至らない傾向があります。人々を助けたいと考える一方で、患者がその権利を主張、要求してきます。このような患者、特にモンスター・ペイシエントなどは、利他主義的な医師にとっては到底受け入れられないということになりがちです。

また、プロフェッショナルといえども必ずしも完全に利他主義とはいえません。やはりみんな少々は自己利益、利己的な部分があります。もちろん公益志向も高い、人のためになりたいと思っているわけですが、自らの自己利益を全く無視するというわけにはいきません。したがって、信頼という要素は難しい問題もはらんできます。例えばニーズに対応できないようなサービス、あるいは十分ではない質の悪いサービスといった問題です。サービスを提供する側、あるいはサービスを受ける側について、時にはサービスが過剰にな

る、無駄が生まれるという場合もあります。出来高払い制度ですと、過剰の治療という無駄が発生する状況もあります。報酬が上がる以上、過剰と思えるような治療もしてしまうという傾向も否めないからです。

イギリスの場合、1948年に最初のNHS（National Health Service、国営医療制度または国民医療制度とよばれる制度）が設立されて以来、80年代まで40年間「信頼型」を試してきましたが、内部的にいろいろな問題が出てきました。待ち時間が長すぎる、十分にニーズに応えてくれない、または非常に無駄が多い、非効率な、あるいは効果的ではないサービスが提供されているといった問題、さらには不正がある、不公平である、不公正であるというような問題も出てきました。それについても後ほど触れてみたいと思います。

そこで、イギリス政府は「信頼型」の制度はもはやうまくいかないと判断し、「不信型」、すなわち「信頼型」の全く反対に動くべきだとなりました。看護師や経営者や医師を信頼するのではなく、彼らにこうせよ、あせせよと、上意下達型でやることを考えました。すなわち目標を設定し、そして成果を管理するということです。これはロンドンスクール・オブ・エコノミクスにおいて、目標と恐怖の一連の仕組みでと呼ばれた悪評高いものであります。NHSの従業員は、いわば恐怖を持って、脅されて目標を達成しなければなりません。制度は次のように機能します。まずは数値目標を立て、その成果をモニタリングします。目標を達成した従業員には報酬を与えますが、目標が達成できなかったスタッフを解雇するなどのペナルティをかけます。

私自身はエコノミストです。エコノミストは、このような上から命令される制度が好みません。ただ首相府で働いていたとき、この制度は少なくとも短期的にはうまくいく場合もあるのだと気付きました。その例を挙げます。従来多くの患者が病院に入院するのを待っていました。ヘルニアの手術や白内障など、単純な手術なのに、2～3年も待たされるという状況が見られました。多くの患者が単純な手術のために何年も待たなければな

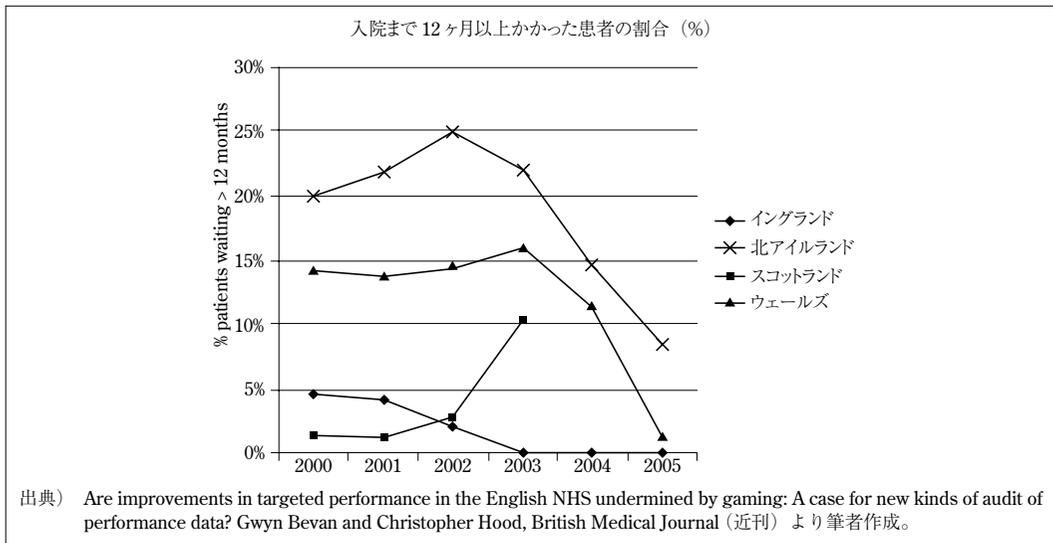


図 1

らないのはよくないということで、12 カ月以上待たされることがあってはならないというように期限を区切りました。これにより、2003 年の半ばまでに、12 カ月を超えて待つ人がゼロになりました。つまり、ある程度、この目標はうまくいきました。このときかなり資金も投入しましたが、資金が投入された故にこういう結果が得られたわけではありません。現在イギリスには、イングランドの制度、スコットランドの制度、ウェールズの制度、北アイルランドの制度と、四つの独立した国民医療制度が存在します。したがって、イギリスといっても四つの制度と考えてください。ウェールズと北アイルランドとスコットランドについては、当初「不信型」を導入しませんでした。つまり「信頼型」を続けていました。その結果をお示しします。スコットランドでは、待ち時間が増えてしまいました。ウェールズも同様です。しかも、資金はイングランドよりも多く投入されていました。北アイルランドでも、ほとんどの場合で待ち時間が増えています。1 年以上待たされている患者も 25% にも上っていました。

その後、ウェールズと北アイルランドが目標と恐怖によって目標を達成させる、いわゆる成果管理型、「不信型」のシステムを導入しました。こ

の結果が(図 1)に示されています。またスコットランドは、別の目標を設定しました。例えば救急医療部門では、患者のうち 98% は、救急部門では 4 時間以内にきちんと処置されなければならないという目標を立てました。この目標を設定したときには、誰もこれが達成できるとは思っていませんでした。しかし、この期間に病院に来る患者の数が 25% 近く増えたにもかかわらず、これが達成できたのです(図 2)。

しかし私や政府の人間は、目標設定という方法は必ずしも正しくなく、問題が多すぎると考えました。例えば時間を短縮したとしても、十分な治療が与えられないといったような、さまざまなかの重要な問題が無視されていることに問題がありました。また、医師や看護師や経営者といったプロフェッショナルの間では、意欲の低下、士気の低下ということが見られました。常に上から命令されることが士気の低下につながっていました。さらに主体性、革新が抑えられてしまいました。プロフェッショナルは、上からいろいろ言われることを嫌がります。しかしこのシステムにおいては、常に上から大量の命令が下ってきます。これによって彼らの意欲が失われてしまいます。革新を主張しよう、何か生み出そうとしても、そ

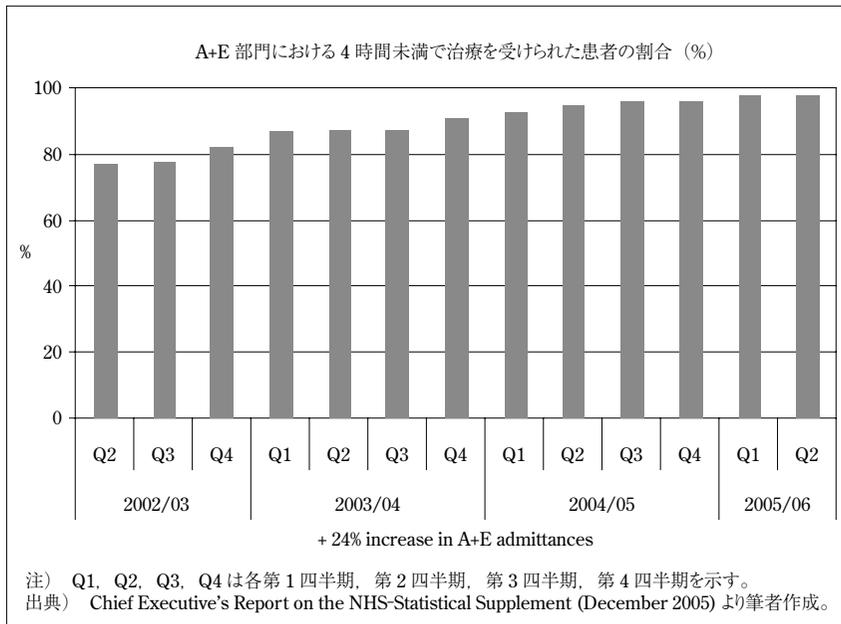


図 2

れが抑え込まれてしまったのです。

あるとき私はブレア首相と会議に臨み、救急部門における目標設定の話をしておりました。彼は目標が達成されたということで非常に喜んでいました。しかし、このような上からの命令、またはむちをバシバシと上からたたき続けるようなことをエンドレスに継続することによって成果を追求する必要があるのか、逆に患者や治療をする人々からボトムアップによってサービスの品質を高めることができるのではないのかということをお話ししました。言い換えますと、何かほかの方法でインセンティブをシステムの中に織り込み、自ら改良ができないのかということです。このとき私は、インセンティブをシステムの織り込む方法が二つあると回答しました。一つは“Voice”（民主制あるいは意見表明型）、もう一つが「選択と競争」、あるいは準市場なのです。

まず“Voice”についてお話ししたいと思えます。例えば、ある意味当然日本の制度でも起こっていることですが、サービスに満足していない人たちが必ず存在します。“Voice”という方法では、不満足な人たちはサービス提供者に不満をス

トレートに訴えます。これにはさまざまな方法があります。医師や経営者とインフォーマルな協議することができるかもしれません。場合によっては患者が自ら経営理事になることができます。また請願や署名のような公式の苦情申し立ての手段があるかもしれません。あるいは、選出されている地域の国会議員に訴えるという方法があるかもしれません。この“Voice”には、それによって品質を高める多くのメリットがあります。つまり、サービスに対して苦情を申し立てることで、提供している側は利用者からの不満を聞くことという形で、問題に対する情報が提供されます。

しかしデメリットもあります。時には実践の困難なものもあります。とりわけ患者の側に自信がない場合には、医師と話をすることは難しいものです。医師の方でも、ほかの人からの管理がなければ、患者が文句を言ったとしても、聞くインセンティブがないかもしれません。あるいは、平等ではないかもしれませんし、公平ではないかもしれません。

なぜかといえば、意見表明では富裕な人が有利だからです。お金がある人たち、あるいは発言権

がある人たち、自信を持って声を上げることができる人たち、こういうメカニズムを使うことができる富裕で元気な人たちが有利になってしまうのです。システムを自ら操作することができるという自信がある人が声を発信するのです。居住地を選ぶことができる、その場所を選ぶことができるお金を持っている、病院に近い所を選ぶことができるか、住宅価格も払うことができるという人が有利になるのです。例えばイギリスのNHSのサービスの下でどういうサービスを求めているのか調査を行うことにより、次のことが分かりました。失業していて所得が低く、かつ学歴も高い人は、職業を持っていて裕福な人に比べて、医療サービスの利用がニーズに対して少ないという状況がありました。日本とは違いますが、イギリスでは処方薬以外は自己負担の制度ありません。それにもかかわらず、裕福な人の方がシステムを効率的に利用できていました。例えば股関節の置換手術であるとか、GP（General Practitioner：家庭医またはかかりつけ医）にかかるということであったとしても、システムを変える方策は常にお金がある人の方が持っていたのです。したがって「信頼型」、あるいは「不信型」、「Voice」（民主制あるいは意見表明型）、といった三つのモデルによって医療制度を運営するという方法には、いずれもそれぞれメリットとデメリットの両方があります。

では「選択と競争」、あるいは準市場はどうでしょうか。さまざまな選択の種類があります。例えばどこの病院に行こうか、どこの診療所に行こうかという選択が可能です。あるいは、どの治療を選ぼうか、いつ行こうかといったことも選択できます。ただし、今日私がお話しするのは、プロバイダー、サービス提供者、すなわち病院の選択についてのみです。日本において、医療提供者は数多く存在しています。選ぶ余地があるということは大きなメリットです。またそれぞれの病院で何らかの余剰資金が発生した場合には、自らそれをキープさせてインセンティブを提供することで準市場が機能するわけです。

一方で、患者は提供者を選びます。ここが重要

です。つまり、お金は患者が選ぶところに付いていくのです。すなわち、より多くの患者さんを引き付けることができる医療施設は、結果的に多くの資金を得ることができるのです。ここには多くのメリットがあります。強いインセンティブが発生しますので、ニーズに対応しようと病院は考えますし、効率を高めようとするはずで、アメリカのデータを見てみますと、「選択と競争」はコストを下げ、提供されるサービスの品質を高める効果があり、またこれにより社会正義と平等も進むといわれています。つまりあまり富裕ではない人たちの権限が大きくなり、よりサービスを使うことができるようになるということです。サービスが気に入らないということであれば、その医師のところに行かず、ほかの医師を選択すればよくなるためです。さらにこれは、利他的な人と利己的な人の両方に有効です。例えば病院を経営している状況を考えます。利己的であれば、もうけたいから、そして、自分の仕事を失いたくないから病院をうまく経営しようと考えたかもしれません。しかし、患者さんのことを一番に考える利他的な経営者であったとしても、いいサービスを提供するためにはきちんと病院を経営する必要があります。したがって、準市場は良い病院運営に資することになります。

しかし、それでもデメリットがあります。選択肢や代替案が存在しなければならぬことです。各国にいろいろな地方があって、なかなか選択肢の提供できないような地方もあるでしょう。それでも、代替的な選択肢が存在しなければなりません。結局、政策を正しく立案し、これらのデメリットを乗り越えることができるように考えることが重要なのです。また、こういうシステムは常に情報の問題を抱えています。サービスの品質についての情報がユーザーに提供されなければなりません。現在イギリスでは、各病院の外科手術による死亡率、例えば心臓外科医、心臓病に関する死亡率のデータが、実際に名前を出してリストアップされています。どれだけ効果が高いか、救命率、あるいは逆にどれだけ命を救うことができなかったかという指標のリストを公表しているの

す。議論の余地はありますが、少なくとも患者さんが選択肢を考える際の情報になっています。このような情報開示が必要ですが、場合によっては、裕福でない人たちがその情報をうまく使うことができずにいます。

また準市場には取引コストが発生します。例えば提供されている価格を測らなければなりません。できるだけこれを低くしなければシステムは機能しません。しかし、「いいとこ取り（クリーム・スキミング）」という危険性が必ずつきまといまいます。一番治療がしやすくて、病院にとってお金がかからない患者が選ばれてしまうという危険性です。これは、困っていない人たち、お金持ちの方が得をしてしまうという問題につながります。さらに、このマーケットにはリスクがあります。インセンティブが過剰診療につながる危険性です。過剰診療に関するコントロールがかかっていない場合、過剰な診療に関するコントロールがない場合には、リスクが発生しうることになります。

イギリスではプライマリーケアのシステムを持っています。患者は専門病院に直接かかることができません。まずはGPにかからなければならないことになっています。さらに、高等の病院に紹介しなければいけないかを決めるのはGPです。イギリスにはこのようなゲートキーパーシステムがあります。日本でも何らかのシステムを導入して、準市場をこういう形でコントロールができないか考えていることは承知しております。しかし既に患者がいきなり専門病院にかかることに慣れている場合、ゲートキーピングのシステムを途中から導入することは難しいものです。イギリスは以前からこのようなゲートキーピングの伝統があるという意味で幸運だといわざるを得ません。

ただし、できる方法は幾つかあります。例えば現在フランスで行われている実験の例です。自己負担の制度があるのであれば、まず家庭医にかかってから専門病院にかかると、自己負担が減る、場合によっては自己負担がゼロになります。一方で、初めから専門医にかかってしまった場合には自己負担が発生します。このように何らかのゲ-

ートキーピングでコントロールをかけることが必要なのです。

「いいとこ取り」についてはあまり詳しく言いませんが、取り組む方法はあります。例えば超過医療支出保険です。つまり、お金がかかる患者さんについては、国が資金を提供します。医師、看護師、病院経営者に対して、入院の裁量判断を与えないようにします。つまり自ら患者を選ぶ余地はなく、求めてきたすべての患者を受け入れなければならない方法です。あるいはインセンティブを提供することができます。一番扱いが難しい、コストがかかる患者を受け入れるインセンティブを提供し、その場合には価格を高く設定します。つまりハイリスクの患者さんについては高い診療報酬を与えその部分については超過医療支出保険から支払うのです。このシステムづくりは複雑ですが、不可能ではありません。

それでは、メリット、デメリットがどのようなものであるか、その全般的な問い掛けを考えてみます。ありとあらゆる医療制度、どれを取ったとしても、先ほど紹介した「信頼型」か、あるいは「不信型」か、“Voice”（民主制あるいは意見表明型）、「選択と競争」の四つのモデルのどれかを組み合わせて使っているといえます。つまり、この中の一つだけに基づいているものはありません。医療改革では、ただ単に一つのシステムから別のシステムに変えるということではなく、この項目のバランスを変えることになります。例えば、もっと“Voice”や「選択と競争」を拡大して「不信型」のバランスを減らす、あるいは「信頼型」の部分を減らすといった方法です。

次に政治的な側面についてお話しします。イギリスで準市場を導入しようとしてきました。かつてイギリスは医療制度の分野で準市場を使うということを考えてきたことのない国でした。特にこの導入を考えていたときの政権が、あまり市場や準市場を好まないはずの社会民主主義的な政権であったことが、さらに導入を困難にしました。導入にあたっては、彼らが申し立てる意見に対応する必要があります。例えば、国民が必要なのは良いサービスだけであり、選択肢は必要がないのだという

声がありました。あるいは、平等や公平を求める、別の反対意見もありました。つまり、裕福な人が得をして、貧しい人たちには、残り物の落ちぶれた悪い病院しか残らないではないかという意見です。さらにもっと哲学的な反対意見もありました。「選択と競争」を導入すると、利他的とか、人のためとか、公益というもとの公共サービスの精神をある意味で傷つけるのではないかという意見です。また反対意見は政権のサポーターである社会民主主義的な人たちだけから出されたわけではありませんでした。一方で保守派、野党もいましたし、医療サービス分野で働いている医師や看護師、あるいは補助職員等がいました。さらには患者、つまりサービス利用者も、このモデルに対して違う考えを持っていました。

まず社会民主主義寄りの考えの人たちは、「信頼型」がいいと主張しました。基本的には信頼、信用ができるという考え方です。もともと医師や看護師などの専門職の中には、社会民主主義的な政治的立場を取っている人が多く、自らを利他的だと考えています。騎士、ナイトという言葉をあえて使いますが、専門職の人たちは、自分たちは利他的で人のために頑張っている、騎士のようなものだという自負があるのです。このような人たちが、「信頼型」は機能しないと思うとき、次善のモデルは“Voice”（民主制あるいは意見表明型）となります。さらに“Voice”だけでは無理だと考えるのであれば、次は「不信型」がよいと言いました。一方で「選択と競争」、つまり準市場は好きではありませんでした。その中でブレア前首相のアドバイザーをしていたわれわれは政府内部を説得しなければなりませんでした。

まず、人々は選択を望んでいないという議論があります。果たしてそうなのかどうかを聞き、面白いことが分かりました。特に「選択と競争」を求めていたのは、例えば男性より女性というように、力やお金をそれほど持っていない人たちだったのです。また社会階級で見ますと、経営者と専門家は、それほど「選択と競争」を望んでいませんでした。次に、所得、収入で見てみましょう。1万ポンドの年間所得を切る人たちが、お金

持ちと比べた場合に、「選択と競争」を強く望んでいました。学歴で見た場合にも、「選択と競争」を強く望んでいたのは学歴の低い人たちでした。ほかのサービス分野やほかの国の事例を見た場合も同じようなことが分かりました。

次はアメリカの例です。学校の「選択と競争」についての情報ですが、それほど富める人たちではない大半の人たちが「選択と競争」を求めています。ニュージーランドでも同じことが分かっています。どこの学校に行くかという選択に関しても、準市場モデルのパワーを示しています。つまりお金を持っていない、貧しい人たちが「選択と競争」を強く求めているということです。

それでは、「国民が必要なのは良いサービスだけであり、選択肢は必要がない」という意見についてはどうでしょうか。「選択と競争」を求めているのか、それともサービスを求めているのかと聞きましたら、当然ながらみんな良いサービスが欲しいと答えるわけです。しかし、これは間違った二分法です。例えば、普通のテレビと完璧なテレビ、どちらがほしいですかと聞けば、当然ながら完璧なテレビの方が欲しいと答えるわけです。この聞き方が問題です。「選択と競争」というのは、いいサービスを獲得するための方法なのです。きちんとしたインセンティブを提供することが、いいサービスにつながるのです。さらに、お金持ちの方が良い選択ができるという議論があります。これについて、ロンドンでの実験の結果をお示しします。今までは選択をすることができなかった人々に選択を許しました。その結果、貧しい人たちも、お金持ちと同じぐらいの頻度で同じような選択をしていました。つまり、貧しい人たちは選択をしない、という想定が間違っていることが分かりました。

次に、民間から公共サービスを提供することによって、公共サービスの精神が損なわれるという議論について考えてみましょう。これは非常に強い議論でありました。しかし、サービスを提供している人たちと一般の人たちとの認識の差が問題になるわけです。イギリスで一般の国民に、医療サービス、もしくは教育サービスも含む公共サー

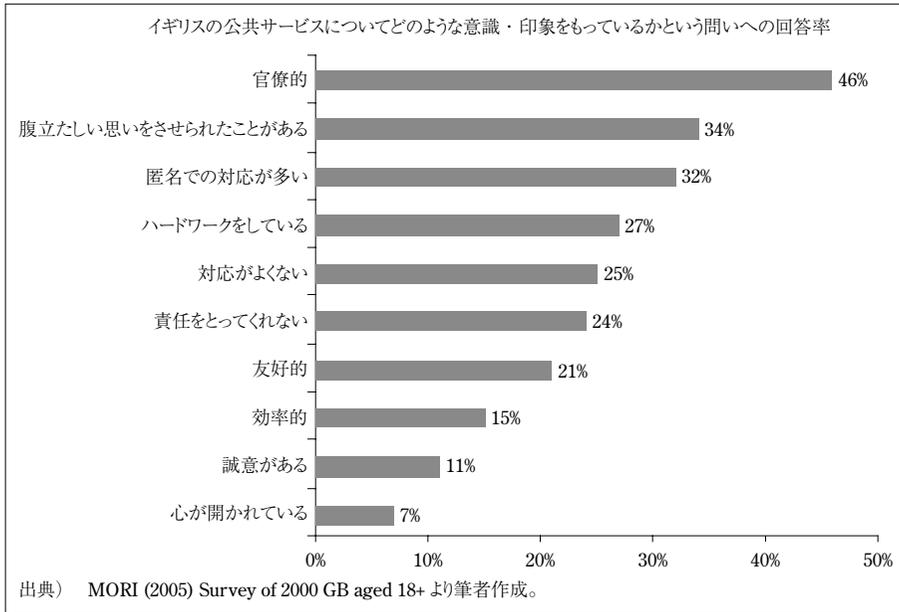


図 3

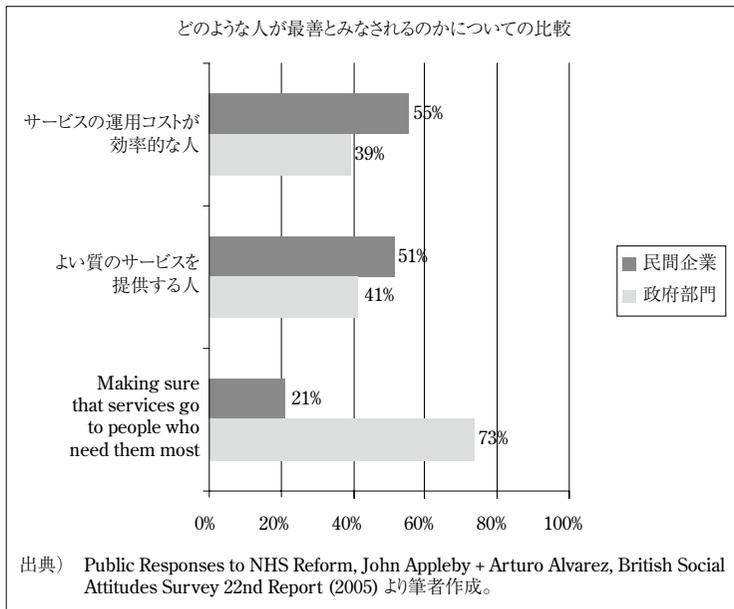


図 4

ビスに対してどういう言葉を思い浮かべるかと聞いてみました。公共サービスに関してオープンである、誠実であると考えていた人は、それぞれ

7%と11%しかいませんでした。一方「官僚的、腹立たしい」という回答を見ますと、46%が官僚的と答えていますし、34%が腹立たしい

と答えています。一般的に、いい言葉というのは下位に、悪い言葉は上位に出てきています。勤勉かどうかに関しては、公共サービスで仕事をしている人たちが勤勉だとはとらえられているようです。私自身も公共部門で仕事をしていますからうれしく思いますが、それ以外に関しては、公共サービス、公共部門は、そのまま維持しなければいけない、素晴らしいものを持っているというわけではないと感じられているようです(図3)。また、公共サービスを民間企業から提供された場合にどういうふうになるか、政府がお金を出すか、民間企業が提供するとした場合にどう考えるかと聞いてみました。日本はそういうような形ですね。民間企業も公共サービスを提供しています。イギリスで質問した場合には、多くの人たちが、全く構わない、喜んでそれを受け入れると答えています。政府の内部からも反対意見があったにもかかわらず、こういうような議論を活用することで、最終的にはこの変革を達成することができました(図4)。

いい医療サービスが提供されていないと感じた場合には、どんなことができるのかということに関して、四つのモデルがありました。「信頼型」、「不信型」、「Voice」(民主制あるいは意見表明型)、そして「選択と競争」、すなわち準市場です。医療サービスの提供においては、この準市場の方がよりよい成果をもたらしてくれるということが分かります。しかしながら、うまく機能するための制度設計をきちんとしなければいけません。

日本では準市場のようなものが既にあると思います。このシステムは既に非常にいいところがたくさんあるわけですが、より効率化を進めるために、よりニーズに応えるために、より公平なサービスを提供するために改善の余地はあると思います。以上で報告を終了させていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。

(Julian. Le Grand ロンドンスクール・オブ・
エコノミクス教授)

OECD 諸国における医療制度の多様性

ピーター・シェーラー



ルグラン先生と同じように、私も主催者に対し、ご招待をいただいたこと、そして非常に重要な議論に参加させていただいたことを感謝申し上げます。

医療制度を取り上げる会議ということですが、私からは、OECD 諸国における医療制度の幾つかの根本的な要素について国際比較してみたいと思います。また、どのような問題が起きているのかという現状と、問題に対処するためのさまざまな方法を模索したいと思います。

さて、OECD 諸国の医療保険制度は公的資金などさまざまな財源を基に賄っているわけですが、これを国際比較するのにあたって、主要な財源の種類（例えば社会保険）、医療の質の在り方や医療保険制度の機能、そして、支出が時間の経過とともにどのように伸びてきているのかということを見ていきます。さらに公的部門、あるいは民間部門の医療費の支出について、総額、あるいはそれぞれの構成要因を分析します。

まず財源の規模です。ほとんどの OECD の国々では、公的資金で賄われる部分が大きくなっていますが、アメリカにおいては半分強の医療費について、民間資金で賄っているという点が大きな違いです。ただ、これについてはまた後ほど説明しますが、民間資金といってもその多くは、実は民間の医療保険、特に雇用主が主導する福利厚生としての保険制度によって賄われております。これは、社会保障制度の下での健康保険、すなわち医療保険制度との共通点が非常に多い制度で

す。民間資金で賄う部分が多いとはいっても、アメリカの一人当たりの医療費のうち公的資金を使った部分は、ノルウェーとルクセンブルクに次いで多くなっています。大半の OECD 諸国の一人当たり GDP 比で見ましても、やはり公的部門の医療費はアメリカの方がかなり大きくなっています。まだまだ大きな違いがあります。一人当たり GDP 比で見た場合、例えば日本の隣国である韓国などでは 6% という値になっています。一方高いところではイギリスが 8~9%、スイスが 11%、そしてアメリカが 15% ということで、一人当たり GDP 比で見た場合、国によって大きな開きがあります（図 1）。

次に財源の構成要素です。日本は、一人当たりの医療費の支出、あるいは GDP 比で見ると、ほかの国よりも低くなっています。しかしながら、日本の制度はヨーロッパの制度を模範としておりまして、社会保障制度で賄われている部分はほかのヨーロッパの国々などにも近くなっています。一方驚くべきことに、アメリカでは、医療費のうち社会保障制度で賄われる部分はかなり低くなっています。ただ、これは過小評価されている傾向があります。その理由として、OECD に提供されているデータの中には、一般財源の税収で賄われている部分大きい、いわゆるメディケアの部分が入っていないという問題があります。つまり、アメリカにおいて公的部門の支出、医療費を賄っている部分は、社会保障制度を通じて入ってくる資金というよりは、一般財源の税収によって賄われている部分大きいということです（図 2）。

さて、民間の側です。自主的に負担している部

イスなどよりは低くなっています。日本の場合には全体からみればかなりの部分を占めてはいますが、数値としては大体1%ぐらいと、かなり小さくなっています(図3)。

今申し上げたことの重要性を見るに当たって、「自己負担」について言及しておく必要があります。日本の場合、自己負担といっても、これは共同支払いであり一部負担にすぎません。すなわち社会保険における自己負担分というのは、ほんの一部にすぎないということになります。これはかなり異例のことです。ルクセンブルクなどについては十分なデータはないわけですが、それ以外の国々について、いわゆる自己負担をさらに分解してみますと、共同支払いはかなり少なくなっています。こういった負担分のほとんどは、社会保険では全くカバーされていない部分になるのです。したがって、社会保険でカバーされている比率がかなり高くなっていることは、とくに日本の医療保障の特徴だといえます(図4)。

次に、どういうケアや治療がこういった資金に

よってカバーされているのかということの説明したいと思います。入院患者の治療は、全体の医療サービスの提供においてかなり重要な部分を占めております。多くの国では、外来患者の治療、病院外のクリニックですとか、あるいは医者のおフィスなどで提供されるサービスは、実際に病院に入院して受ける治療とは違います。この絶対額の多くの部分、そして全体のアメリカの医療費の多くの部分で外来患者に割り当てられている部分は過大評価されています。これは報告上の手続きによるものです。それぞれの国別のデータで治療といったときに、例えば外科医が行う治療が、外科医の自分のオフィスで提供されるサービスなのか、それとも病院で提供されるサービスなのか、請求書の中ではきちんと区別されていないことがあります。病院の入院患者に対するサービスと、外来の患者に対するサービスがきちんと区別されていないという統計上の報告の違いによって、少し比率が過大評価されているかと思いません。

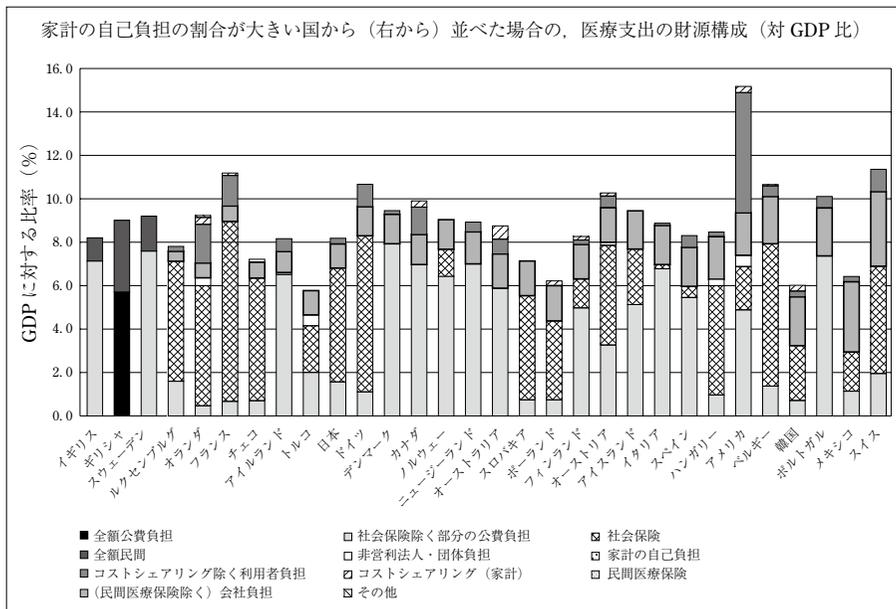


図3

対照的に日本の場合は、外来患者の比率は低くなっております。つまり、支出のかなりの部分が入院患者、すなわち病院内における治療や看護に充てられています。これに対して、病院外の介護、特に在宅ケアの部分は入っていません。医療費支出の中でも、他のOECD諸国には入院患者や介護施設に入っているような患者へのケアが入院・在所日数でみた効率性が高い国々があるので、ほかのOECD諸国などと比べると、日本の在院日数が長くなっています。日本の病院には、救急治療とか急性疾患に対する治療というよりも、OECD平均よりも長期の介護のサービスを受けている入院患者が多くいます。ただ、絶対額ベースでは、長期の入院以外の部分は低くなっているのので、日本の医療支出額が、OECDの他の国々と同様の水準にあるのだと思います(図5)。

医薬品の支出を対国民所得比で見ますと、OECD諸国でかなり類似しています。一人当たりの国民所得が低い国、例えば韓国やハンガリーやチェコなどと、比較的豊かな国、ノルウェーや

オーストリア、アイスランドなどと比べても、それほど違いが見られませんが、日本ではやや高くなっています。さらにアメリカはかなり高くなっています。医薬品の支出は反比例の関係にあり、対GDP比では低所得国の方が高所得国よりも高い支出を行っているということがわかります。ほかの項目、例えば入院患者の治療や外来患者の治療などのGDP比は低所得国より高所得国の方が高くなっていますが、医薬品だけは全く逆の状況が見られます。これは医療費支出を見た場合に大事な点であります。なぜならば、医薬品は全体の医療費の中でも近年重要性を増していますし、市場の特性から見ても、ほかの項目とは違うからです(図7)。

ここで付け加えなければならないことがあります。医薬品の支出について、国によってそれほどばらつきがなかったということをお話ししましたが、これは同等の消費といった場合には必ずしもそうではありません。例えばフランスでは、医療費の支出でアメリカと比べてそれほど低くはあり

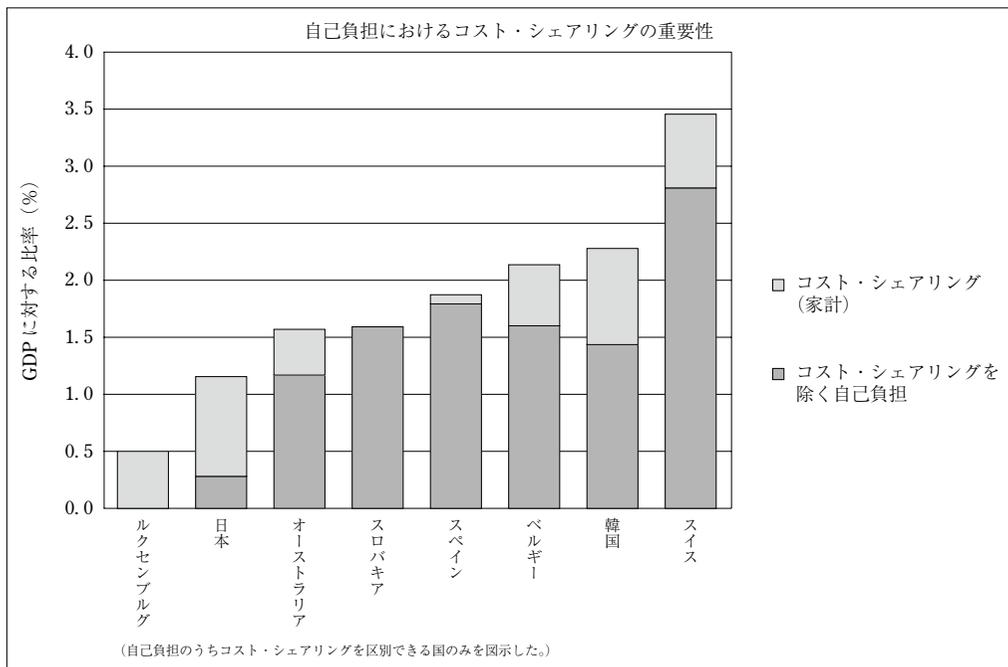


図4

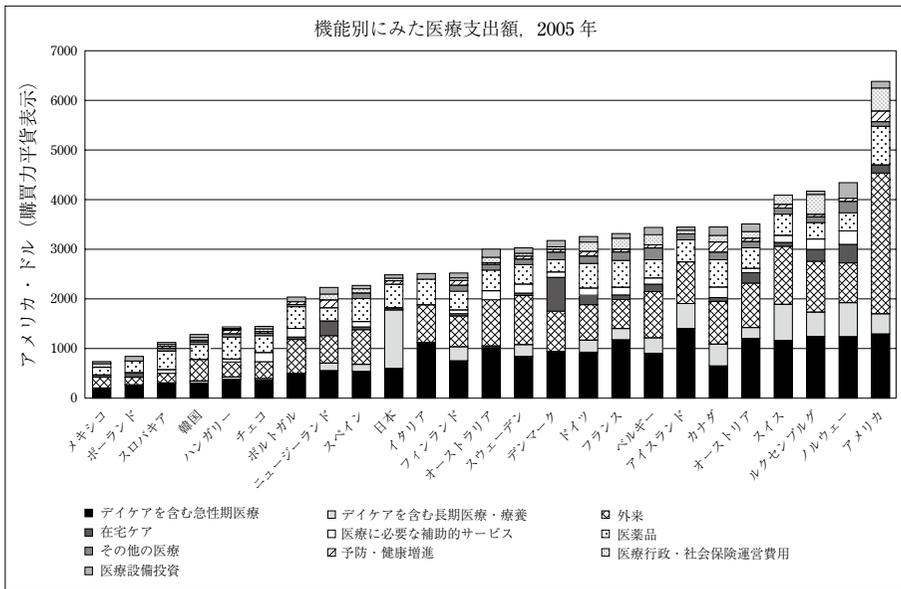


図 5

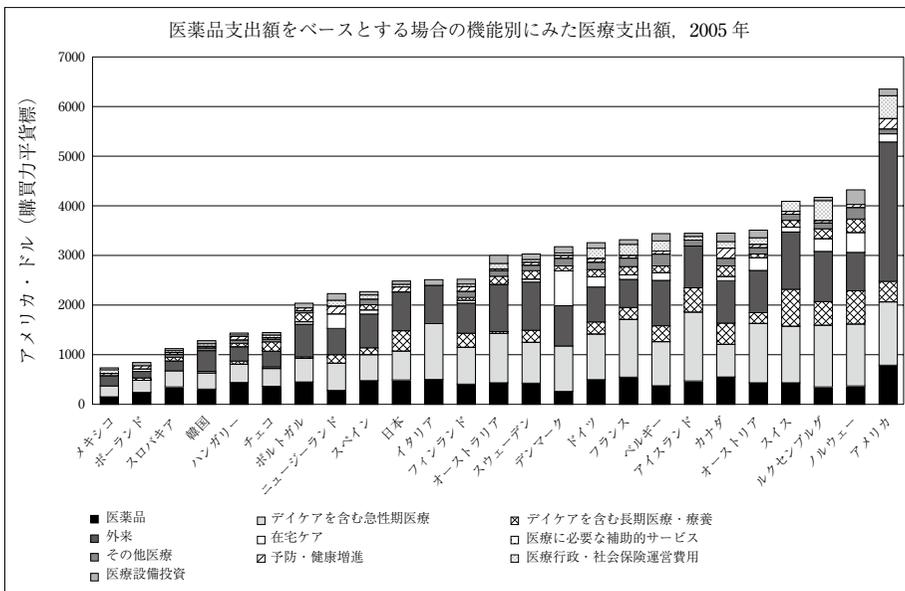


図 6

ません。ところが、薬品の量の消費ということでは大体半分ぐらいになります(図6)。ここで観察されるのが、いわゆる医薬品業界と市場でのマーケティングとの相関関係です。ほとんどのOECD諸国では、消費者は社会保障制度の影響

を受けています。われわれは医薬品市場について詳細な報告書を出そうとしているところなのですが、この点が非常に重要です。

ここで私は、OECD各国の特色の背景にどのような要因があるのかを見てみたいと思いました

(図 7)。まず、医療費を一人当たり GDP で見た場合に、その相関関係を見てみます。一人当たり GDP が大きい場合には、一人当たり医療費も大きいのではないかとこの先入観があります。それは、この分析をする場合に、従来クロスセクションで見てきたからかもしれません。しかし、これをきちんと理解するためには、もっと詳しく見なければなりません。時系列的に見る必要があるのです。そこで、一人当たり医療費と一人当たり GDP を比べた場合、全体のコストのうち、どれだけの割合が公的資金、あるいは民間資金でカバーされているのかを時間を追って見なければなりません。

アメリカは医療費に占める民間資金の割合が最も大きい国です。公的資金以外の割合が大きい順に並べると、アメリカ、メキシコ、韓国となります。アメリカ以外は比較的所得国であり、比較的一人当たりの医療費も小さい国といえます。オーストラリアもかなりの部分を任意の民間医療保険が占めています。カナダの場合、民間部門は急性治療やプライマリーケアからは外れていますが、医薬品はカナダの国民医療保険からは除外され、主として民間医療保険でカバーされていま

す。あるいは、それぞれ個人が加入して保険にかかっています。したがって、民間資金の占める割合が高くなっています。

例として 11 の国を国際比較してみました。まずアメリカです。アメリカの場合には、1980 年代、1990 年代の複数の時点において、大体一人当たりの GDP の伸び率と同じ程度に医療費の支出が伸びていった時期がありました。さらに、例えば 1970 年代末や 1990 年のころ、あるいは 2000~2001 年にかけても景気が落ち込み、GDP の伸び率が止まったりしたことがありましたが、医療費の支出は伸び続けました。このパターンは官民双方の資金に関して同じように見られます。1 回だけ例外だったのが、1990 年代の初めです。このときには例えば日本のバブル経済崩壊後のように、経済的に厳しい時期だから医療費は抑えなければいけないということで、民間の資金が減っています。ただしほとんどの期間において、アメリカでは一般経済が減速したとしても医療費の支出は減らなかったということが繰り返し起こりました。

このように経済が減速しても医療支出が増えていくというのは、どこの国でも見られることでは

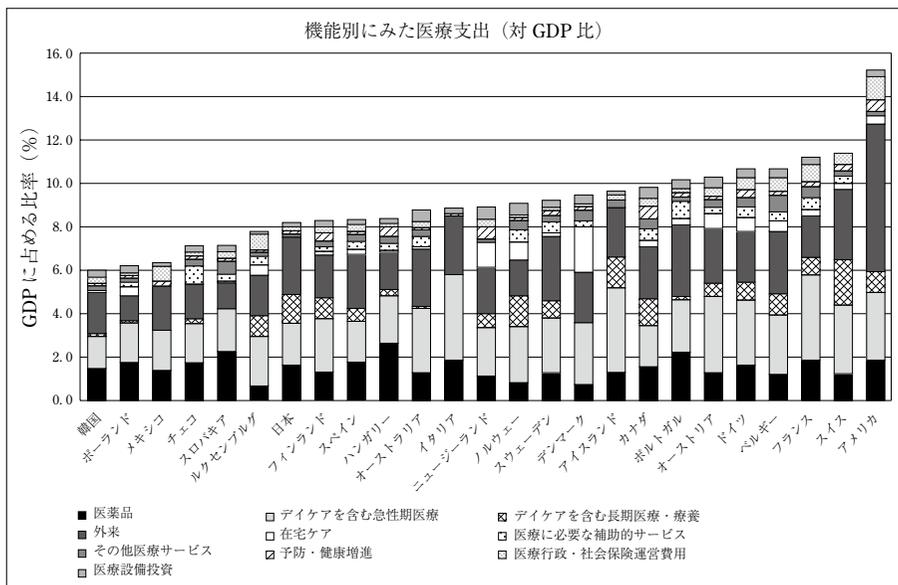


図 7

ありません。メキシコはいわば対照的な国です。1995年に金融危機が起こったとき、経済危機と政府の予算制約に応じて民間の資金と公的な資金の両方が減少しました。ただし、2000～2002年にかけて、アメリカの危機に反応してGDPの伸び率も停滞しましたが、このときは経済が減速しても、医療費の支出は公的資金も民間資金も増え続けました。

韓国に関しては、1997年に金融危機が起こったときには官民双方の資金の支出の伸び率は減りましたし、絶対的に下落したのは公共部門の資金でした。ただし、その停滞にも例外があり、全体的に増え続けたときもあります。さらに支出が増えていく傾向もあり、GDPの伸び率よりも支出の伸び率が高くなっています。これは健康保険を10年前に全国民に普遍化しようとし、皆保険を目指していることが背景にあります。民間での支出は増えていますが、当然のことながら、これは一人当たりGDPが増えているためです。GDPも今見ている期間では200%以上の伸び率を記録しています。しかし、より最近では、公共部門の支出もGDPの伸び率を上回っています。

このようなパターンがほかの先進国でも見られます。スイスの例を紹介します。スイスは民間支出がかなり大きめですが、ほとんどが自己負担です。この20年間、民間における支出の伸び率は、公的資金の伸び率よりは大きく、経済の減速に反応して変動しています。公的資金の支出については、強制的な公的保険加入があり、民間と競合していることから、こちらの方の支出の伸びは高いままです。

次にオーストラリアですが、これはアメリカに似ています。この10年間、公的部門、民間部門の両方で、GDPよりも高い伸び率を示しています。なお、この間オーストラリア経済の大きな減速はありませんでした。最後にあったのは1990年の景気後退ですが、このときは、公的部門の支出はそれほど減速せず、横ばいでした。さらに、民間部門の支出はここ20年間非常に高い伸び率を続けております。景気後退があったときも全く減速していません。

カナダでは、1990年代初頭に金融危機がありました。これにより、全体的な支出がかなり大幅に下がりました。特に医療部門における一人当たりの公的支出が下がりました。しかしながら、民間部門の支出に関しては、それほど大きく低下していません。民間支出の大きな部分はカナダの国民医療保険制度以外の部分、つまり医薬品などが占めています。

大きく支出が減速した国としてフィンランドが挙げられます。フィンランドは1989年から1993年にかけて、非常に大きな景気後退がありました。これは旧ソ連の市場を失ったことによるものです。経済が建て直しを図り新しい市場に対応するには、しばらく時間がかかりました。支出の減速が起きた時期は、フィンランドが健康保険制度の改革をしたときでした。このとき供給と財源、特にプライマリーヘルスケアの供給、および二次医療の財源を地方公共団体、市町村に移しました。財源は地方税から賄い、再配分をして、一人当たりの所得が低いところ、遠隔地などに対して財源を提供することが行われました。景気後退と財源変化の影響により、10年ほど医療を賄う公的支出の伸びがGDPの伸びを下回る状態が続きました。一方、民間部門の医療支出は、同じ期間においてGDPと同じぐらいの速度で伸び続けています。したがって、民間部門の支出が公的部門の支出の減速を埋め合わせた形になりますが、5年ほど前から、公的部門の支出も、GDPの伸びにと同程度に伸び始めました。ここ1年間、民間部門の支出は少し落ち込んでいますが、全般的にはGDPと同じぐらいの伸びを示しております。

民間部門が埋め合わせをしたもう一つの例がドイツです。これは非常に興味深い状況でありまして、公的保険の財源の使い方は、ほかの国々にとってもモデルになるのではないかと思います。ドイツの場合、公的部門の支出は、統一前も統一後も、GDPと同じような伸びを示しています。その結果、全体的な支出はGDPと同じような伸びを示していますが、民間部門の支出はGDPよりも早く伸びています。東西の統一後は特にその

傾向が強くなっています。なぜならば、ドイツの場合は所得の上位10%に入る人々は民間支出で医療サービスを受けるという形になっていますので、当然ながらお金持ちの人たちの支出というのは平均よりも大きく伸びるためです。そこで、ドイツでは幾つか非常に厳しい措置が取られました。特に公的部門において、医療費の支出を抑制しようという試みが行われ、これが成功を収めてきました。つまり、財政負担、納税者に対するの負担、社会保険料の負担は横ばいに抑えられています。したがって、人口の大半の人たちと、それから民間保険を活用できる高所得層の間で医療機関や医療サービスへのアクセスに不一致が生じています。

フランスはその構造から見てドイツに似ていますが、公的部門の医療支出の抑制にはそれほど成功していません。1990年代の初頭も伸びていますが、最近もまた伸びています。民間の部門の支出も、全体の支出のうち重要な部分を占めていますが、こちらの方の伸びは公的部門の伸びを抑制するまでには至っていません。したがって、医療支出のGDPに対する割合は伸び続けています。その結果、フランスの公的財政においては危機が生じています。

日本は、この11カ国の中で民間部門の医療支出の割合が最も低い国の一つであり、17%となっています。ドイツが20～22%ぐらい、フランスも高くなっていますし、そのほかの国々ももっと高くなっています。公的部門の支出は一貫して成長を続けています。特に経済の停滞していた1990年代も伸び続けていました。したがって、一人当たりのGDPはそれほど伸びていなくても、医療費の支出は伸び続けていました。特に1990年代、GDPに対する医療費の占める割合は非常に高くなりました。民間の医療支出の方は1985年から数年間下がりましたが、最近では上がったたり下がったりという変動を続けております。ここで、民間部門の支出は自己負担、共同支払いですので、拠出を高めるといような社会保険制度の変更が行われたことで、より多くの国民が共同支出をしなければならなくなりました。

イギリスにおいては、医療費の支出は、明らかな政治の変化を反映しています。1970年から公的部門の支出はGDPと同じくらいの伸びを示してきました。しかし1979年以降、公的な支出の方がGDPよりも高く伸び続けるようになりました。これは積極的にNHS（National Health Service、国民医療制度）のキャパシティを高めようとした政策の結果です。例えば待ち時間を短縮しよう、もっと対応を良くしよう、よいサービスを提供しようという政策が取られました。民間部門の医療支出は、1970年代停滞しましたが、その後GDPの伸びを超えるスピードで、1997年まで伸び続けました。イギリスの場合、民間の支出は医薬品などに関しては共同支払い、共同負担があるほか、NHSから提供される歯科の治療なども一部ありますが、これらはNHSに代わるものも多く、代替的なサービスへの需要が下がってきました。つまり、NHSのサービスが競争力を持つようになってきました。

今、いろいろなことを申し上げさせていただきましたが、OECDの国々が、より市場志向のシステムに移行していくその能力が何によって決まってくるかは、どのような制度を受け継いできたか、それから国民の要望がどのようなものであるかによって決まると思います。経済が停滞しているときにも十分な医療サービスを提供すべきというような要望が国民からあるかどうかということです。医療サービスは、経済にそれほど敏感に反応するものではありません。したがって、市場の力を導入するためには、競争と医療の質のバランスを保つなど医療制度に特有な目的と合致した制度設計をする必要があります。

ルグラン先生がおっしゃられましたように、これは市場からそのまま作られるものではありません。その一番強い証拠がアメリカの例です。民間部門において、医療支出は経済の減速に全く反応していません。医療の財源について、市場の力にさらに依存を強めるというのは誤った希望であります。アメリカはたくさん問題を抱えていることを認識しながらも、ほかのOECD諸国と比べた場合、医療のサービスの供給は市場の力により強

く依存し続けています。しかし、全体的な経済状況に対しての反応度がより高いというわけではありません。したがって、今後も、国際比較などを含めたより緻密な検討をする必要があるでしょう。

医療制度の対応をより良くするためにはどうしたらいいのかという問いの前提として、国民が保証されたアクセスや十分な質を持った医療のサー

ビスを求めているということがあると思います。この点を強調して、このセミナーでの報告を終えたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

(Peter Scherer OECD 雇用・労働・
社会問題局医療課長)

【基調講演 3】

介護保険と日本経済 ——準市場・社会市場の考え方を踏まえて——

京 極 高 宣



2005年4月から国立社会保障・人口問題研究所の所長をつとめております京極高宣です。当研究所所長へ就任する前は、厚生労働省立の日本社会事業大学の教員を、学長10年間も含め約30年やっております。

日本の介護保険制度の基本構想の立案とよりよい実施にむけての審議にも参加してきました。そこで、本日の厚生政策セミナーのテーマである「新しい社会保障の考え方を求めて」について、ルグラン教授がイギリスの医療制度を題材に、シェーラー博士がOECDの医療・介護を題材に各々お話しされたので、私は日本の介護保険について「介護保険と日本経済」という題名でお話しさせていただきます。

私の話の柱は五つです。第1の柱は日本の高齢化と介護サービスの現状について、第2の柱は私なりの社会市場（social market）の概念について、第3の柱は日本の介護保険について、第4の柱は介護サービスと日本経済の関係について、第5の柱はまとめです。

第1の柱は日本の高齢化と介護サービスの現状についてです。まず資料3-1をご覧ください。日本は2005年以降、75歳以上の人口比率で国際的に群を抜いた水準になりました。しかし資料3-2を見るように、日本はOECD基準の社会支出（社会保障給付費その他）あるいは国民負担率（ $(\text{税} + \text{社会保障負担}) \div \text{GDP}$ ）が、アメリカに次いで低くなっています。もちろん2000年の介護保険導入以来、資料3-3のように、日本は高齢者政策

における介護サービス支出の比率が他国と比べ急激に高くなっています。

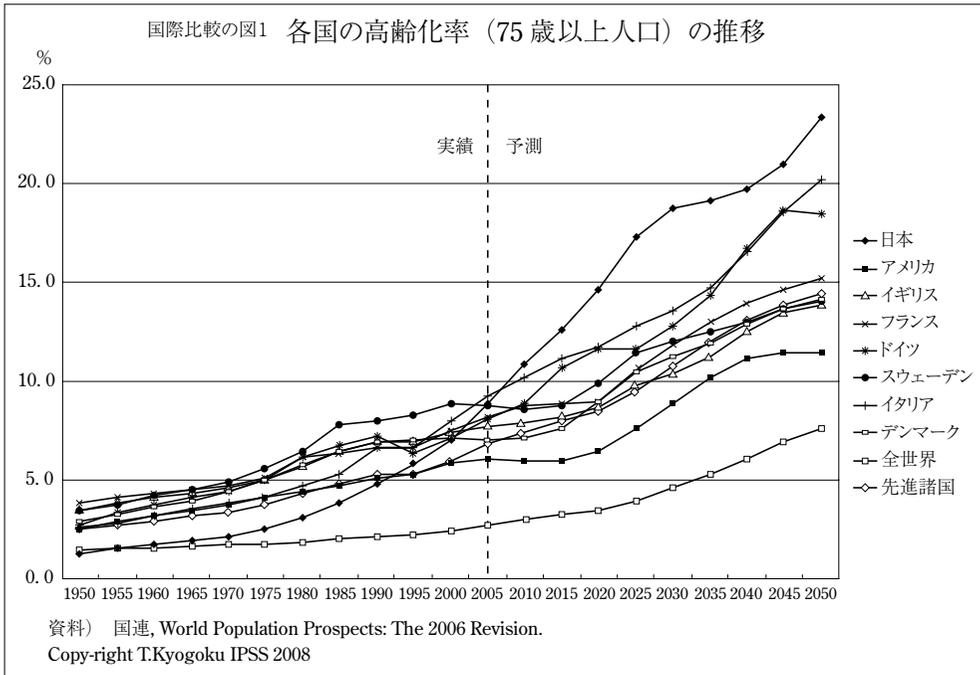
第2の柱は社会市場です。この概念は、1960年代後半にイギリスのR. テイトマスがマネタリストのM. フリードマンらに対抗して提唱したものです。その後はN. ギルバートの福祉資本主義論で発展させられています。社会市場は経済市場と比べて三つの特徴を持っています。

第1は、低所得者の存在など需要は必ずしも貨幣的裏づけがないこと。第2は、供給は必ずしも利潤を目的としていないこと。第3は、需給（DS）関係の調整は価格メカニズムではなく、ニーズ充足の原則で行なわれること、となります。これはルグラン教授らの言う準市場（quasi-market）よりやや広い概念ですので、より広義の準市場と基本的にほぼ同義といっておよむかと思えます。

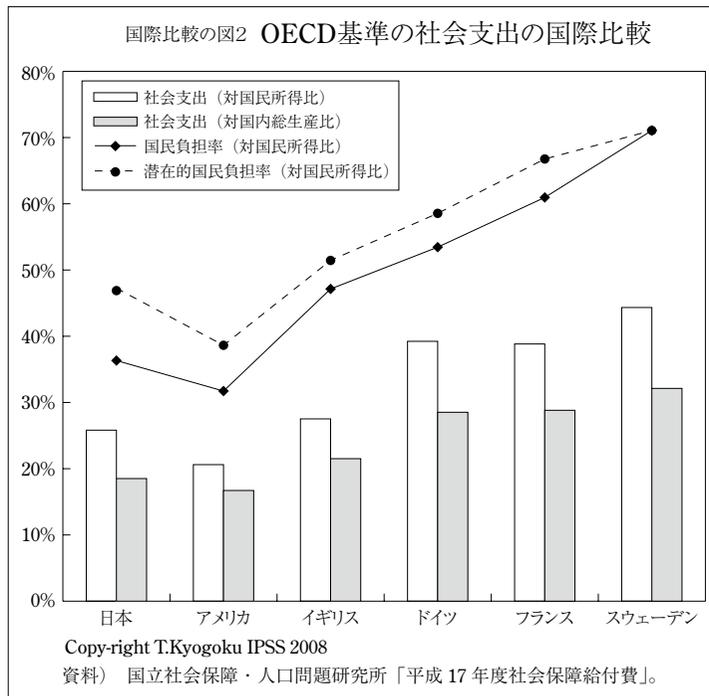
資料3-4にみるように、私見では社会保障は社会市場の中心的存在ですが、現在では経済市場とも重なり合った領域（広義の準市場）となっています。いうまでもなく社会市場も経済市場も市場の一種です。各々の交換（社会的交換ないし経済的交換）が一定量、反復的に、一定の規則性で行なわれれば、各々社会市場ないし経済市場になります。

既に述べたように、「社会市場」には歴史的系譜があり、イギリスのテイトマスからアメリカのギルバートへと発展してきましたが、やや実証分析に乏しいことなどから、今やルグラン教授の「準市場」に取って代わられています。しかし後にふれるように、今後両者の新たな統合を図る必要があります。現在における社会市場と経済市場

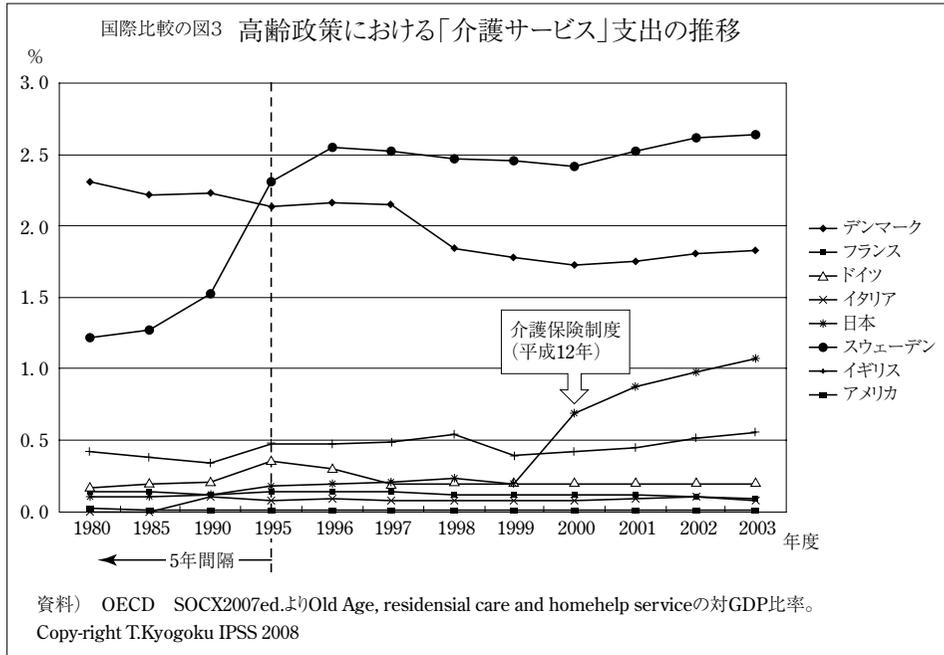
資料3-1



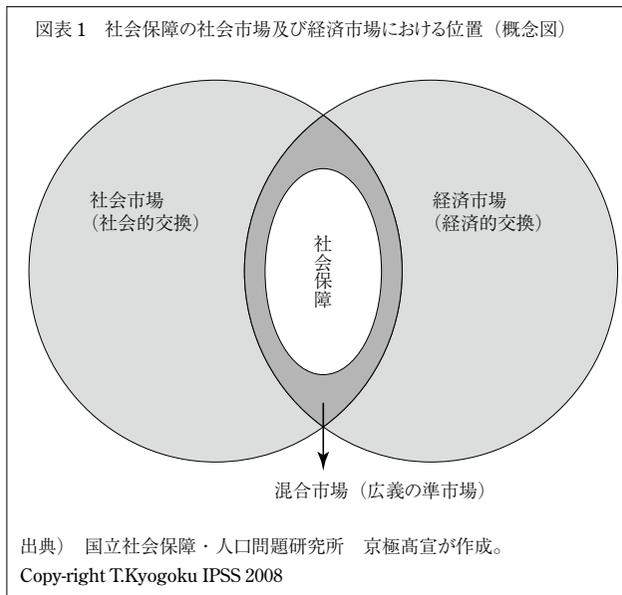
資料3-2



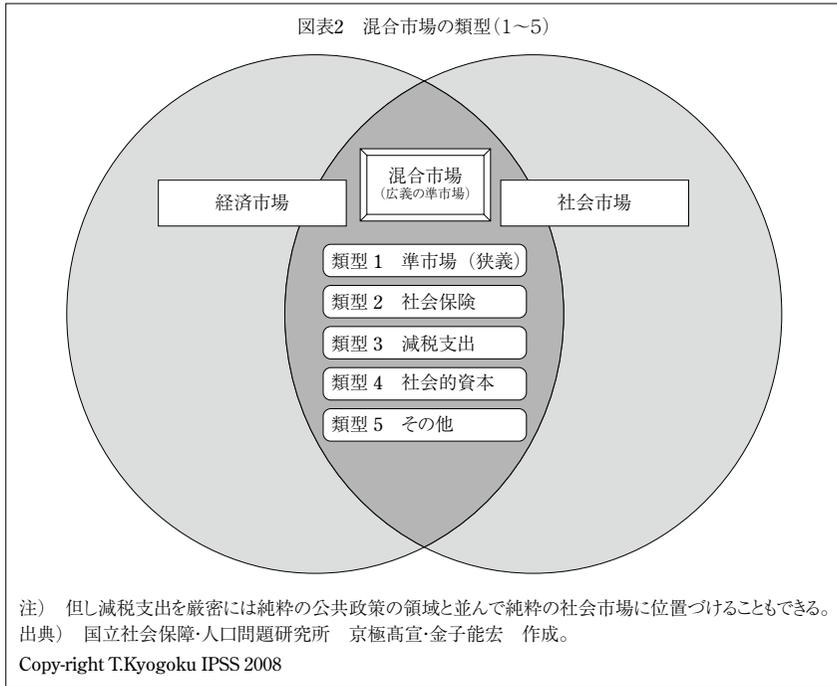
資料 3-3



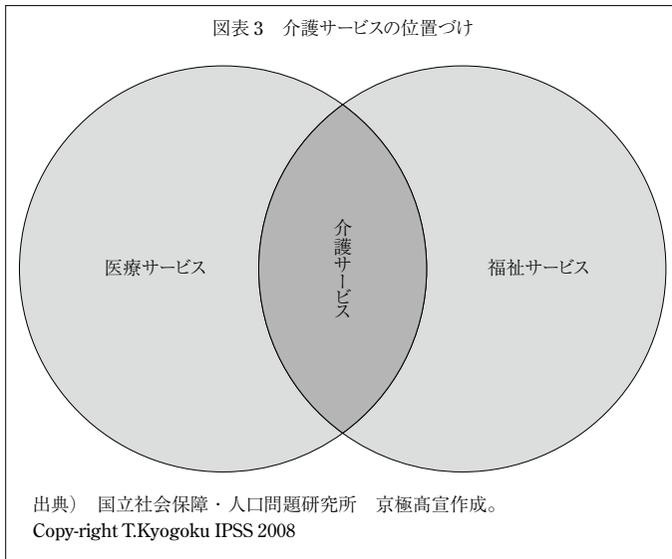
資料 3-4



資料 3-5



資料 3-6



の重複化は、資料3-5のように、類型1の狭義の準市場だけでなく、類型2の社会保険、類型3の減税支出、類型4の社会的資本その他に拡大して

います。広義の準市場というべき混合市場は、類型1から類型5までのスペクトル構造をなしているのです。こうした新たな社会市場（ないし混合

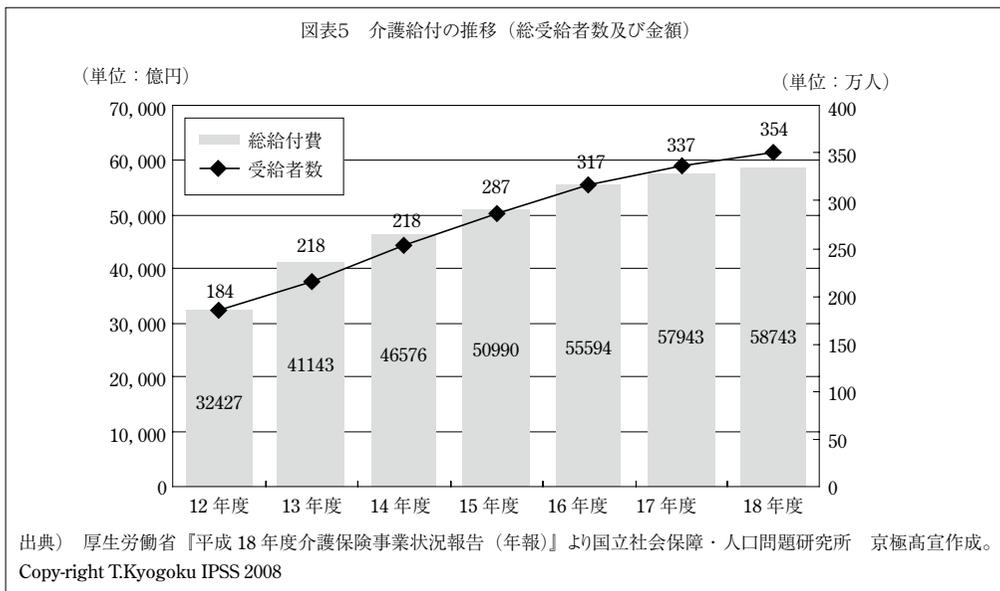
資料 3-7

図表 4 日本における社会保障体系（マトリクス概念図）

領域	手段	社会扶助（social assistance）		社会保険（social insurance）
		公的扶助（public assistance）	その他（other public services）	
所得保障（income maintenance）		生活保護（生活扶助等）	授産施設	老齢年金 雇用保険 労災保険 障害年金
医療保障（medical care）		生活保護（医療扶助） 公衆衛生	公的医療	健康保険 労災保険
福祉介護（health and personal social service）		生活保護（介護扶助）	福祉サービス	介護保険（long-term care insurance）

注） 斜線部分は介護保険の派生を強調するためにおかれている。なおアンダーラインは介護保険がらみ。
 出典） 国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成。
 Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

資料 3-8

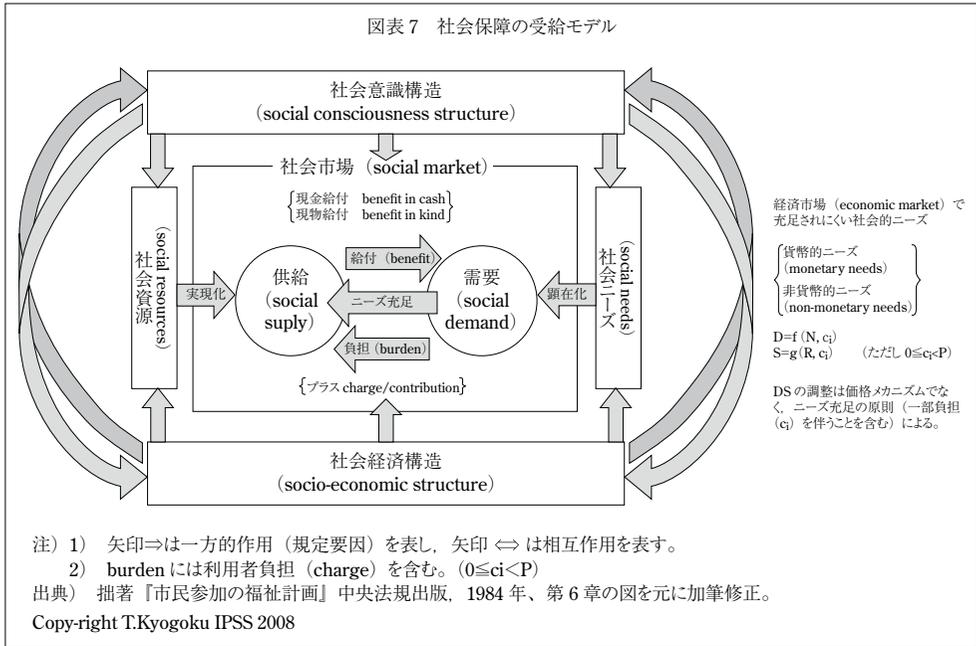


市場) の概念をふまえて、我が国の介護保険について次に検討する必要があります。

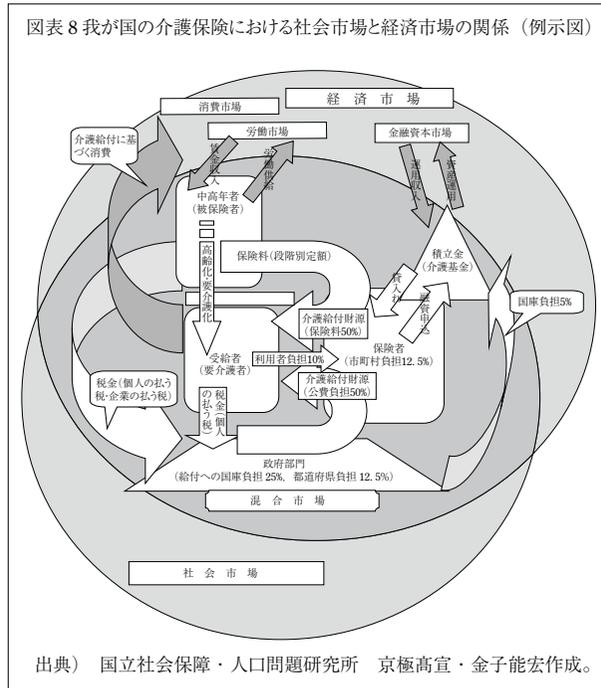
第 3 の柱として、日本の介護保険における介護サービスはどのように位置づけられるのか、が課題となります。我が国においては 2000 年の介護保険法の施行より、第 1 に資料 3-6 のように介護サービスが従来の医療サービスと福祉サービスの中間領域として位置づけられ、第 2 に、資料 3-7

に見るように、狭義の準市場（類型 1）から社会保険（類型 2）へと編成替えされました。その結果、介護給付の推移は資料 3-8 のように、総受給者数および金額の両面で急速な増大を見せています。近年における先進諸国の社会保障の新たな展開の特徴のうち、社会保障給付を受ける人々にとってより効率的で、身近かつ選択可能な方向として、地方分権化と民営化の二つが顕著ですが、我

資料 3-9

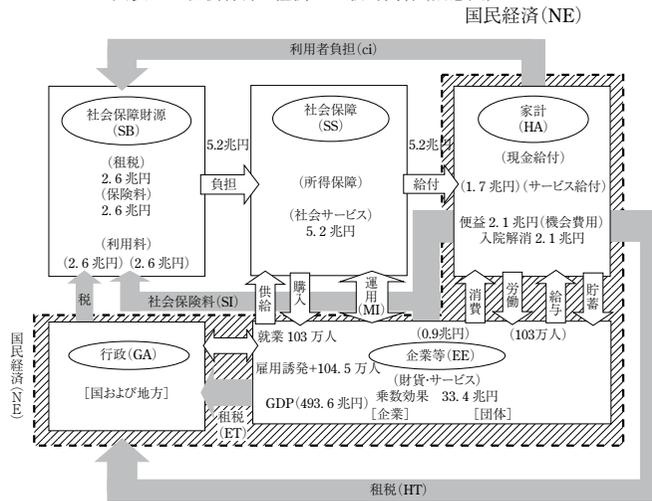


資料 3-10



資料 3-11

図表10 社会保障と経済の一般的関係(概念図)



Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

- 注) 1) 国および地方の経済活動は企業等 (EE) に含まれ、また国家公務員および地方公務員の納税、社会保険料等は家計の内に区分している。
 2) 企業等の財貨・サービスには資金運用 (MI) など金融等が含まれる。
 3) 発展途上国においては社会保障財源に ODE 資金などが含まれる。
 4) 数字は出典第 8 章の介護保険 (2003 年度) のものを指す。
 出典) 京極高宣 (2007) 『社会保障と日本経済』慶應義塾大学出版会、59 頁の図 3-1 を一部修正。

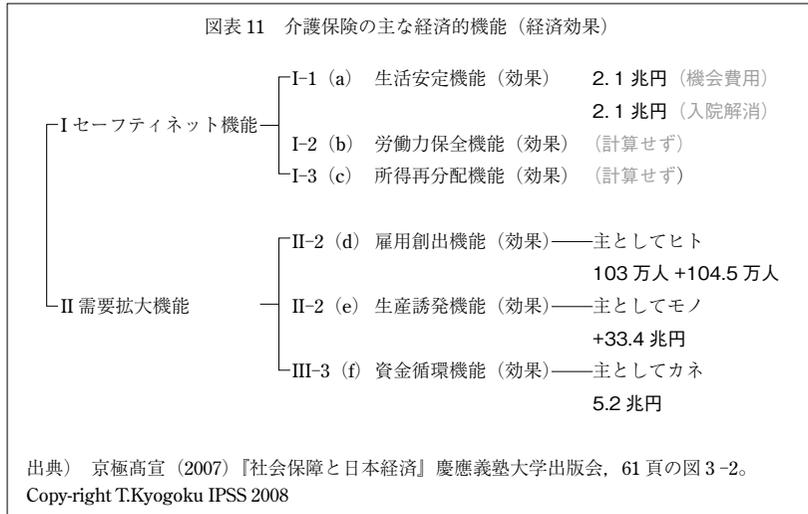
が国の介護保険はこの方向での典型例となっています。後者の民営化においては、訪問系サービスの訪問介護の第 1 位は営利企業 (48.9%)、第 2 位は社会福祉法人 (30.8%) となっています。社会福祉法人は日本に特有の民間公益法人です。なお、その他で営利法人がトップの座を占めているものは、「認知症対応型共同生活介護」(47.3%) 「特定施設入所者生活介護」(76.1%) 「福祉用具貸与」(87.1%) となっています。いずれにしても我が国の介護保険においてサービス提供の事業者は多様化されていますが、サービスの質は主として都道府県によって管理され、その上での品質競争が盛んになっています。

さて潜在的介護ニーズは供給体制との対応で介護需要に転化し、「社会市場」で提供される介護サービスを受け入れます。その様子は、資料 3-9 のようになります。また介護保険と市場との関係については、一方では社会市場との関係で、①世

代的な社会的交換と②政府部門からの移転という社会的交換が行われ、他方で経済市場との関係で、(1) 介護給付が経済市場に存在する事業者から提供され、事業者は貨幣を受取るという形で、また (2) 介護保険が消費市場、労働市場、金融資本市場の三つの経済市場と交差することで、経済的交換が行なわれます。その全体図を表すと、資料 3-10 のように、壮大な社会経済的諸交換の絡み合いの様相が明らかとなります。

ここで第 4 の柱である介護サービスと日本経済の関係について述べてみたいと思います。結論を先取りすれば、社会保障の拡大は必ずしもちまたで叫ばれているような国民経済の成長の妨げとはなっていません。まず社会保障と経済との一般的関係については、資料 3-11 のようになります。介護保険を含む社会保障は社会保障財源から負担を受け、家計に給付するという形を取っており、その間、財貨・サービスを購入したり、資産運用

資料 3-12



したりします。また家計からは労働力が提供され、消費・貯蓄が行われるなどします。さらに社会保障財源には、企業等の事業主から租税および保険料（企業負担分）が、家計からは租税および保険料（家計負担分）が送付されます。ここでは単純化を図るため、介護保険の 1 割負担などといった利用料（charge）図示されています。この概念図に基づく、年度額 5.2 兆円の介護サービスをめぐって様々な経済効果が発生していることが明らかとなります（資料 3-12）。

ここで社会保障の主な経済効果を介護保険を例にまとめてみます。すなわち、介護保険のために女子労働などが妨げられない機会費用が 2.1 兆円、社会的入院を防ぐ効果が 2.1 兆円で、生活安定機能は合計で 4.2 兆円となります。また労働力保全効果や所得再分配効果もいくらか存在しますが、医療や年金と比べると小さいので捨象しています。さらに、雇用創出効果では、現在の 103 万人の介護部門の就業に加えて、産業連関効果から来る雇用創出が 104.5 万人あり、生産誘発効果も 33.4 兆円あります。資金循環効果も年金に比べれば小さいものの、最小限介護サービス部門の 5.2 兆円分はあります。資料 3-13 は介護部門の産業連関効果を詳しくみたものです。きわめて抽

象的、観念的に表現すれば、社会保障（例えば介護保険）により生ずる混合市場は資料 3-14 のように経済市場を社会市場分（ $1+a$ ）倍大きくしているように思われます。

最後に第 5 の柱として、まとめに入ります。21 世紀に入り、我が国の介護保険が問題提起した方向性の意義はまことに大きいと考えます。例えば、少なくとも 7 点の意義をアトランダムですが指摘できます。①利用者の選択権の重視、②個人単位化、③市町村主義、④民営化の徹底、⑤社会保障と税方式の統合、⑥要介護認定の科学技術化、⑦ケアマネジメントの重視です。これらは、いわば 21 世紀型の社会保障システムとして介護保険が切り開いた新たな地平であるといえます。

ここで追加的に、利用者の負担（利用料 charge）の社会経済的意味について説明します。負担がゼロ、あるいは小さいほど良く、給付は大きいほど良いという低所得者のみに配慮した旧来の社会保障的考え方は、ルグラン教授の指摘¹⁾のとおり新たな社会保障の発展にとっては必ずしもプラスになりません。むしろ利用者全体あるいは国民にとってはマイナスとなることも考えられます。この問題に十分に理論的に言及するには、もはや時間的ゆとりはありませんが、社会市場にお

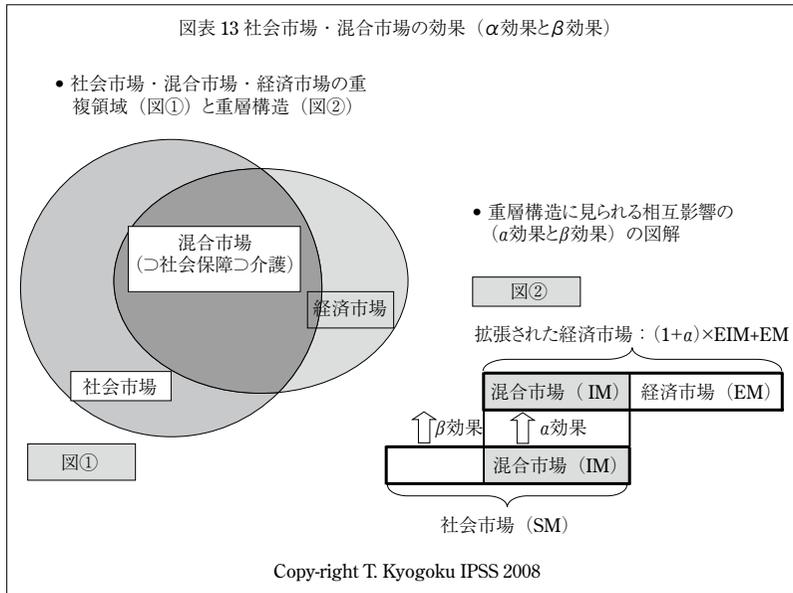
資料 3-13

図表 12 介護部門の産業連関効果の主要係数 (2000 年 56 部門)

	①内部乗数と外部乗数			②逆行列係数 (生産誘発係 数) (列和)	③雇用誘発係 数 (人/100 万円)	④所得 = 消費の追加波及を 含む生産誘発係数 (列和)	
	内部乗数	外部乗数	総効果			追加係数	拡大総波及係数
介護 (居宅)	1.167	1.061	1.235	1.418	0.248	2.743	4.233
介護 (施設)	1.162	1.084	1.254	1.485	0.154	2.711	4.249
全産業平均	1.477	1.061	1.563	1.791	0.095	2.409	4.067
(医療 (単純平均)) (注2)	(1.260)	(1.142)	(1.416)	(1.754)	(0.111)	(2.686)	(4.478)
(公共事業)	(1.067)	(1.067)	(1.528)	(1.874)	(0.099)	(2.364)	(4.090)
	内部乗数×外部乗数=総効果 (各産業グループごとの効果)			(産業グループ による効果)	逆行列係数× 雇用係数	[逆行列] ^(注1) ×[追加波及 逆行列表]=[拡大逆行列]	

注) 1) [④所得 = 消費の追加波及を含む生産誘発係数] は、(家計現実消費 / 総所得ベース) である。
 2) 医療は国公立、公益法人等、医療法人等の 3 部門を筆者が便宜上単純平均した数値。
 出典) 医療経済研究機構 (2004) 『医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書』の 10 頁。
 (ただし、各数値の小数点以下 3 桁まで引用者が省略)
 Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

資料 3-14



ける利用者負担 (charge) は経済市場におけるコスト (cost) に対する対価としてのプライス (price) とは厳密に区別されなければならないという点は指摘しておきます。その上で、利用者負担の諸機能を単に①財源調達的手段として捉えるのではなく、かつて K. ジャッジが述べたよう

に、くわえて②需要抑制 (厳密には需要コントロール), ③濫給防止, ④シンボル効果 (権利性の拡大等) の諸機能を重視しなければなりません。さらに⑤公費投入への国民的合意形成 (いわば呼び水効果) の機能を付け加えたいと思います。社会保障において低所得者層への配慮をしなくて良

いということでは決してありませんが、我が国の経験でも介護保険法の場合はもちろん、その後の障害者自立支援法の場合でも明らかなように、低所得者への応能負担の配慮をキチンと行った上での「応益負担」の一部導入（1割負担）という利用者負担の在り方は公費投入に大きな影響（いわば呼び水効果）を与えます。結果的には介護でも障害福祉でも利用者の原則1割負担によって公費は飛躍的に増大し、大幅に充実が図られました。

利用者は急増しなお、我が国の介護保険に関しては、近い将来解決しなくてはならない諸問題が存在します。第1に障害者施策への介護保険の適用という介護保険の普遍化の課題、第2に介護人材不足に対する積極的対応、第3に予防給付の段階的縮小、第4に在宅医療と在宅介護の連携、第5に要介護認定の改善とケアマネジメントの改良などです。

なお最後になりますが、近い将来、シェーラー博士の国際比較研究などを積極的に取り入れる形で、ルグラン教授の準市場論と私の社会市場論との融合化が実現することを強く希望していることを申し上げ、むすびとさせていただきます。

注

- 1) 「もしサービスが公費によって提供され、無料だとしたら、サービスの需要をこのように抑制するインセンティブが存在しない。むしろ利用者は、サービスを濫用するようになるだろう。(中略)この“超過”需要を充足するために利用される資源は、他の目的に使用していればもっと多くの社会的便益を別のところにもたらしたはずのものである。こうして当該のサービスが過大に供給されることになる。その上、無料のサービスの場合には、利用者が自分のニーズの充足にとってより効率的、もしくはより適切なサービス供給者を探し求めるインセンティブが弱くなってしまふ。利用者は、費用を負担しないのだから、最も経済的な供給者を探さなければならない理由がないわけである。その上、ただでサービスを受けられることで、サービス供給者に対して、あまり批判的でなくなり、要求も弱くなってしまふ。そのために、非効率的、あるいは不適切な供給者が、存在し続けることになり、別のより良い方法で使うことができたはずの資源が浪費される。」(〔ジュリアン・ルグラン(2008)『公共政策と人間—社会保障制度の準市場改革』郡司篤晃監訳、聖学院大学出版会、Julian Le Grand(2003) Motivation, Agency and Public Policy: Knight & Knaves, Pawns & Queens. Oxford University Press. 翻訳121~122頁])

(きょうごく・たかのぶ 国立社会保障・人口問題研究所所長)

【パネルディスカッション】

パネリストのコメント

井伊雅子，郡司篤晃，南 砂，
金子能宏，西山 裕（司会）



司会 ただ今ご紹介いただきました，午後のパネルディスカッションの司会進行を務めさせていただきます国立社会保障・人口問題研究所の西山でございます。よろしくお願いいたします。

まず午前中は3人の基調講演者の方からそれぞれご講演をいただきました。最初はルグラン先生から，イギリスにおけるナショナル・ヘルス・サービスについての最近行われた改革についてお話をいただきました。「選択と競争」というキーワードや「準市場」というキーワードがありました，それについての考え方という点を主にお話をいただきました。2番目にシェラー先生から，OECD加盟各国の医療制度の状況，それについての国際比較データを基にした各国の動向というお話をいただきました。3番目は当研究所の京極所長から，わが国の介護保険制度につきまして，京極所長が最近提唱しております社会市場の考え方を基とした話，その評価と今後の課題ということでお話をいただきました。

午後はまず，4人のパネリストの方々から順に，基調講演を踏まえたコメントを順に頂きたいと考えております。最初は一橋大学の井伊先生，次が聖学院大学の郡司先生，そして読売新聞編集委員の南先生，最後に当研究所の金子部長という4人の方です。その後で今度はパネリストの方，基調講演者の方に壇上に並んでいただきまして，

そこで基調講演者も加わっていただいて議論を深めていく。こういう形で考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

それではまず，パネリストからのコメントに入らせていただきたいと思います。

—医療統計の体系化の重要性—

井伊雅子



今日はどうした機会を与えていただきまして，どうもありがとうございます。一橋大学の井伊と申します。英国の医療改革に関してはいろいろと今まで耳にしていりましたが，実際の政策立案にかかわったル

グラン先生のお話を聞くことができ，とても参考になりました。また，OECDのドクター・シェラーのお話ですが，私自身，世界銀行に勤めていたことがありまして，今はアジアの医療制度の比較などをしておりますので，国際比較という視点から非常に参考になりました。京極所長のお話ですが，実際に介護保険制度の立案や施行にかかわった背景に関して直接お話を伺うことはとても貴重な機会でした。

私からは二つの視点ということで，直接なコメントというよりは，問題提起としてお話をしたいと思います。1点目は日本の医療統計についてで

す。日本の医療政策、これは医療だけではなく、政策一般にいえることだと思うのですが、どうしても政治的なプロセスが重要視されて、データに基づいた議論が今までされてこなかったのではないかと思います。今後、データに基づいた議論が重要になってくると思いますので、そのときにどのように医療統計の整備をしていくかという視点からお話をしたいと思います。2点目が地方分権改革における社会保障制度のあり方です。何でも地方分権をすればいいというものでありませんが、1億人以上の人口を抱える日本で、国が一括して見るというのは無理がありますし、一方でアメリカ式の保険者に激しい競争をさせるといったあり方もやはり日本にはなじまない。では、地方分権改革においてどのような社会保障制度を考えていくかという視点からお話ししたいと思います。

1点目、医療・介護の統計ですが、日本の公的統計制度は60年ぶりの大改正中です。2007年5月に統計法が全面的に改正されました。今まで日本の統計行政はとにかく分散的だということが指摘されてまいりました。例えば医療関係の統計ですと、総務省の統計局がすべてを把握しているわけではなく、厚生労働省や地方自治体が把握している統計も多いです。また、その統計行政に共通している問題として、作成者の都合が優先されがちで、理由者の利便性が軽視されてきているとか、統計の間に統一感がなく全体像がつかみにくいという問題点も指摘されてきました。また、これは最近非常に深刻になってきている問題ですが、行政費用が削減されている影響で、どうしても資源が不足して統計の質が低下しているということも指摘されてきました。

そこで、昨年5月に全面的に統計法が改正されました。これには二つの特徴が挙げられます。旧統計法の下では統計は統計調査、全数調査の場合もありますが、サンプリングサーベイによって作成されるものでした。それが改正された統計法の中では、統計調査によって作成されたものではなくて、本来の業務上の目的があって集められたレセプトやDPCデータといったものをうまく活用

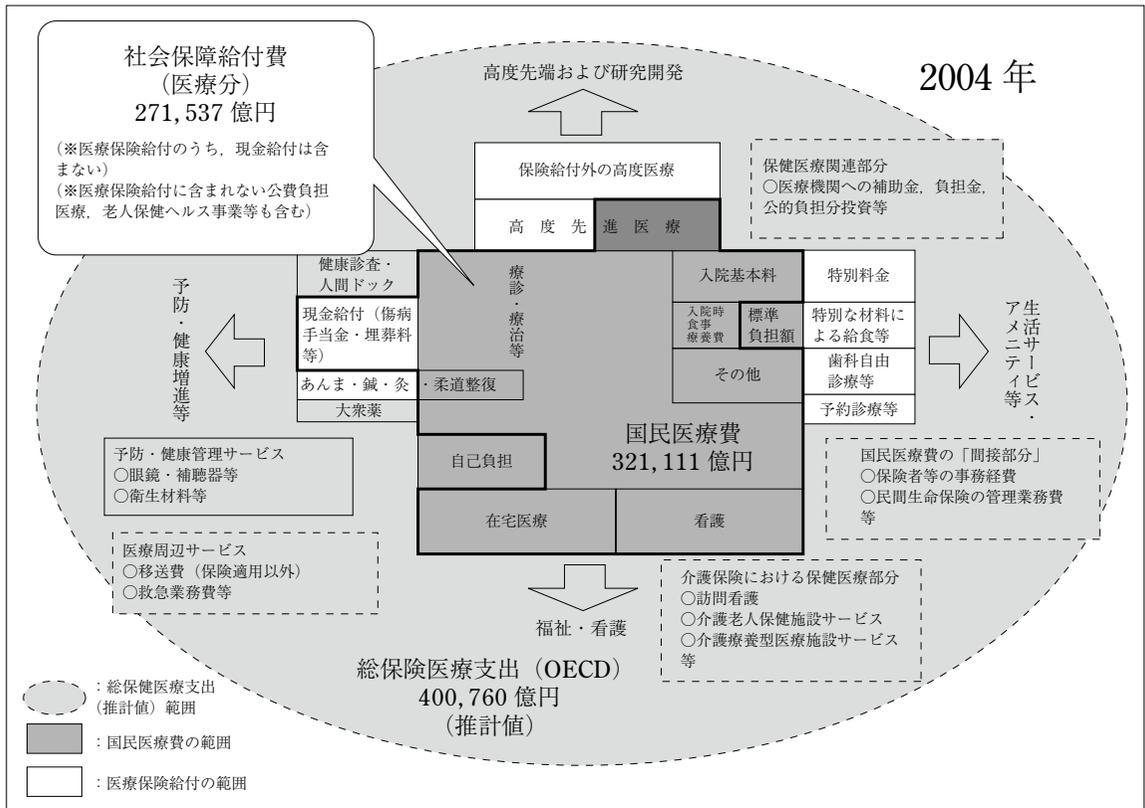
して統計を作成するということが掲げられています。そうすると本来の調査の負担が軽減されたり、新たな調査の必要がなくなったりするかもしれません。新しい統計法の2点目の特徴は、マイクロデータを政策評価に十分活用するような基盤整備をすることです。

現在の日本の医療介護の統計の問題として体系的欠如が挙げられます。

お手元にある図(資料4-4)を見ていただくと細かい点に分かるとは思いますが、緑色のところがよく私たちが耳にします国民医療費といわれるものです。この大きな卵型のものが、2000年だったと思います。OECDがSHA (System of Health Accounts) という国際標準の保健医療費の推計を始めましたが、そこに当たるものがこの大きなオレンジ色になります。国民医療費というのは、日本の公的医療保険でカバーされている医療費を把握するための体系立った推計値であるとは思いますが、特に最近増えてきた、公的な医療保険でカバーされていない部分に関しては、ほとんど把握ができないのではないかとということが危惧されています。先ほど京極所長からの報告にありましたように、社会保障が国民経済に与える影響は年々大きくなってきていますので、分析に資するような統計体系になっているかというのは非常に関心のあるところです。

問題としてよく指摘される点は、国民医療費に含まれていない部分が年々増えてきているのではないかとことです。この部分は、日本がOECDに提出しているSHAの中にも含まれていない点です。具体的にどういうものが含まれているかと申しますと、まずは自由診療部分です。特に歯科の自由診療部分は、日本の国民医療費にも含まれていませんし、OECDの医療費の中にも含まれていません。2点目が特別料金で、この中には差額ベッド代であるとか、初診で紹介状を持っていかないときに支払う初診代などが含まれています。またこれは一部ですが、入院時の食事代の一部も医療費に含まれていません。さらに、現金給付の中には、例えば日本では帝王切開など公的保険の対象になりますと医療費に含まれます

資料 4-4



注) 白い部分は、総保健医療支出に含まれない。(現金給付以外は概念としては含まれるが、データ制約等により、推計の対象外)
 出典 1) 厚生省、図 5-2-5。保険給付と国民医療費の関係 (概念図)、135 頁 (平成 7 年度厚生白書)
 出典 2) 財 医療経済研究機構、2004OECD の SHA 手法に基づく保険医療支出推計 (平成 20 年 5 月刊行予定)

が、正常分娩の場合は公的な保険の対象になっていませんので、正常分娩にかかわる費用も国民医療費の中に含まれていません。一つの問題点として、国民医療費にも、OECD の推計にも含まれていない部分はどのぐらいの規模があるのか、年々増える傾向にあるのではないかとすることがあります。社会保障としてのデータを把握するには国民医療費は適切な推計値ですが、社会保険でカバーされていない医療費を把握するときに、別の推計値やデータが必要なのではないかとすることがいえると思います。

2 点目の問題として、この OECD の SHA の推計をするときに、公的な介護保険制度で定められた利用限度額を超えた場合については、介護保険で把握できていませんので含まれていません。つ

まり、公的な介護保険で定められた利用限度額までしか含まれていないということです。しかし実際には介護業者への支払いは発生していますので、どこかでそれを把握しなければなりません。次に産業データですが、例えば米国などでは大きなウエートを占めているといわれている医療機器、眼鏡ですとか、血圧計、体温計、大衆薬なども一部しか含まれていません。これは多分、経済産業省などの部署が業界団体からのデータを持っているのではないかと思います。今は異なる省庁からのデータを集約することにはなっていないようです。

3 点目が民間医療保険です。民間医療保険に関しては、がん保険などの医療費支出が正確に把握できないので、管理費だけを計上していると聞い

ています。先ほどドクター・シェーラーの中でプライベート・ファイナンスのデータがありましたが、それがどこに相当するのかと考えますと、やはりこの民間保険の保険料と、自己負担分なのかなと思います。国際比較をするときに、OECDのデータとの整合性をどう合わせていくかというのは、研究者だけでなく、政策担当者なども常に頭を悩ますところではないかと思いません。

次に、地方公共団体の単独事業です。健康診断や最近ですと子供の医療費の自己負担を無料化する、といったことが増えています。これらは総務省がある程度把握をしているのかもしれませんが、計測方法は詳しくはわかりません。また、確定申告における医療費控除なども、金額的には無視できないのではないかと思います、把握されておらず、この中には含まれておりません。

したがって、医療介護の統計を現状で考えていく場合、国民医療費の他にも、日本では正式な公的統計となっていないOECDのSHAも、基幹となる医療費統計として位置付けて、関連する統計を整備し直すことが重要なのではないかと考えております（資料4-4）。

2点目の地方分権の話ですが、日本は非常に中央集権的な国だといわれています。よく私が好きで使う例なのですが、例えば保育所などでも、ほふく室という赤ちゃんがはいはいする部屋が必ずないといけないのですが、この面積は全国一律で一人当たり3.3m²という最低基準が決まっています。これは1947年の児童福祉法で決められて以来60年間全く変わっていません。保育所だけではなく、老人施設や医療施設、医療機関などでも同様で、非常にきめ細かい最低基準が国で決められています。そういった中央集権の制度から地方分権を進めるということは非常に重要であり、地方にある程度権限や財源を移していくということは不可欠であるとは思いますが、一方で、日本の地方自治体ほど多くの仕事をしている地方自治体はないのではないかとこともいえると思います。例えば国民健康保険の保険者でもありますし、介護保険の保険者でもあります

し、生活保護の給付などもしています。この辺りはイギリスなどはかなり中央集権的にやっていると聞いていますので、単に地方分権を進めればよいというわけでもないであろうということになります。

最後に指摘したい点として、日本の医療制度の特徴として、フリーアクセスの下で公平性が達成されているといわれます。確かに給付の公平性というのは達成されたと思いますが、では負担の公平性はどうかと考えてみますと、医療保険に関しても、国民健康保険、組合健康保険、管掌健康保険とかなり負担が違ってきていますし、特に国保の間の保険料の格差はかなりあると思います。2005年のデータですと、保険料が一番高い所は北海道の町で12万円近く、一番保険料が安い村は沖縄の村で2万2,000円というように、国民健康保険料の負担が5倍以上あります。そうすると、今まで盛んに言われてきた給付の公平性は、ある程度達成されてきましたが、負担の公平性というのは実はあまり議論されていないだけでなく、既に保険料の負担にはかなり格差があるといえると思います。こうしたことをデータに基づいて一つ一つ丁寧に議論していくということが、医療政策を考える上で重要な点ではないかと思えます。以上で私の報告を終わらせていただきます。

—医療・福祉の準市場改革—

郡司 篤晃



今日はこの会にお招きいただきまして、ありがとうございます。午前中の基調講演を踏まえまして、私のコメントをさせていただきます。

京極先生のお話は、準市場をどのように位置付けるかというお話、また、介護保険に関するお話だったと思います。ル

グラン先生のお話は、準市場をどのように管理したらよいかということだったと思います。私は主としてルグラン先生へのレスポンスを中心にお話をさせていただきたいと思います。後でも申し上げたいと思いますが、先生の2003年の著書『Motivation agency and Public policy』を社人研の方々と一緒に翻訳いたしましたので、今日は先生のお話がよく分かりました。

先生のお話の中で興味深い結果をここに拾い出してみました。「Choiceを国民は望んでいるわけではない」「提供者の公・私には国民はこだわっていない」「人々は地域で良いケアを望んでいる」という結論に大変興味を持ちました。これについては後でまたお話をさせていただきます。

まず日本の医療制度の問題点、それをどのように私が考えるかということからお話をさせていただきます。2000年、ルグラン先生が日本に最初に来られた私たちの大学のシンポジウムがありました。その中で日本の医療制度の話が聞かれたルグラン先生は「日本には準市場は昔からあったのですね」とおっしゃいました。確かに日本は終戦後はアメリカおよびWHOの指導で公立病院のネットワークを建設して医療制度の基本としようとしたのですが、経済が復興し、国民皆保険が実現して、1974年に医療法7条2項の改正というものがあまして、むしろ公立病院を抑制して民間の病院を抑制しませんでした。つまり民間へのかじ切りをしたということです。そして、国民には医療施設を選択をする自由を保障しました。これは患者と医療施設の間にある市場（マーケット）が機能することによって、医療の質と効率が確保されるという前提でした。日本では当時「準市場」という理解はありませんでした。したがって、それを管理する手段を理解することもなかったわけです。そして今でも、仕組みの改革ということになると直ちに規制緩和という言葉が出てまいります。しかし、今日の「準市場」というお話は、いかに管理するか、規制するかという話だと思っています。また、日本の政府は項目別出来高払い、の価格を操作することによって医療政策を実

行するということに大変頼ってまいりました。しかし、公定価格で資源の使い方、つまり分配をプロフェッショナルに任せるというシステムは、これはトラストモデルの典型ですが、市場ではありません。

患者と医療施設間の市場は別様に機能したわけです。激しい非価格競争と、少しでも地域のより良い医療を実現しようというインセンティブが重なりまして、医療施設・設備に過剰な投資が行われてまいりました。そして、世界一の病床密度、世界一の医療機器の分布が実現しました。これは確かにメリットもあります。そのメリットとはアクセシビリティ、接近性が極めていいということです。しかし、デメリットも生じました。施設間の非価格競争から医療施設・設備への過剰な投資、これはいわば軍備拡張競争です。これは医療のコストが高くなるコスト・インフレーションの悪循環を起こしてまいりました。

一方、政府は医療費抑制のために項目別出来高払いの項目の単価を切り下げました。そうすると、医療施設は採算を取るためにはサービスのボリュームを増やさなければなりません。いわば薄利多売になったわけです。病院あるいは医療施設の最大のコストは人件費でありますので、人件費削減の要求は人員の削減につながりました。サービスの量を増やすということになりますと、多くの資源を使います。例えば薬剤、検査試薬、機器。その結果、せっかく医療に支払われたお金は医療施設に残らないで、医療の資源産業へ偏って分配されるようになりました。医療施設はあたかも糖尿病の状態です。つまり空腹感からたくさん食べますが、自分では利用できないので排泄せざるを得ない。こういう状態の中から合併症のような問題が生じてくるわけです。介護も行政サービスだったものを2000年から準市場化しました。この際、医療と別制度にしましたので、そこにコーディネーションの問題が生じました。そして、ケアシステム全体の効率が問題になっているわけです。

最近、日本では「医療崩壊」という言葉が流行しております。これはご存じのとおり、小松秀樹

先生が書かれた『医療崩壊』という本のタイトルがもとです。その本質は何か。これは患者と医療提供者の間の信頼の崩壊です。その原因は何か。幾つもあると思いますが、その中の要素で今日のルグラン先生のお話との関連で申しますと、“Voice”です。つまり、ジャーナリズムが何か問題があると集中豪雨的な批判を行います。Queenの“Voice”を持った患者・家族の増加、これは大きな社会的なトレンドです。むしろこれは医療側がこの変化への対応が遅れたのではないかと思います。心の底では相変わらず「知らしむべからず。よらしむべし」と思っている可能性があります。それだけではなくて、利他主義、altruisticな人は、患者はPawn、つまり主体性がないということ望んでいると、先ほど先生がおっしゃったと思いますが、そういうことも関係していると思います。しかし、批判だけでは医療は崩壊します。なぜなら医療の本質は信頼関係だからです。また、財政再建のために医療費用の抑制で、大変自己犠牲的に忙しく働いている医師たち、あるいは医療従事者の間には、全く報われないという閉塞感がまん延していると思います。今後はQueenとKnightの良い協調関係、あるいは協働のインセンティブを構築していく必要があるのではないかと思います。

具体的に課題を申し上げますと、過剰な設備、あるいは施設に対する投資の適正化、あるいは投資してしまったものをどうするかということですが、これは極めて困難が多いわけです。なぜならこれは市場原理によっては適正化が進みにくいからです。医療施設には規模の経済はないといわれており、地域独占性が強いという特徴があります。したがって、全体でも減ることはないし、また、地域差は減少しないと思います。複雑なシステム、医療はまさにその典型だと思いましたが、インクレメンタル改革は駄目です。現在はどこにもビジョンがないままインクレメンタルな制度の改正、改定、手直しに終始しているように思いますので、今後はラディカルな改革が必要であると思います。

しかし、この「計画原理」でもない、つまり命

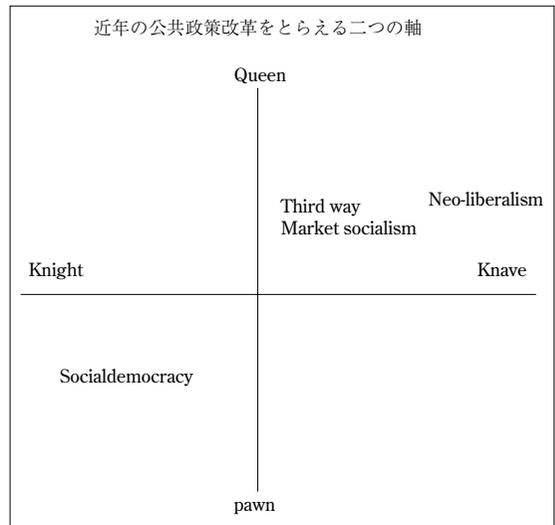
と統制の原理でもなく、純粋に「市場原理」でもない準市場による改革ということをまじめに考えてみる必要があると思います。遠藤久夫先生が『季刊社会保障研究』の最新号の中でゼックハウザーという人たちの文献を引いて、規制による方法とインセンティブによる方法、これはイコール準市場だと思っていただければいいと思います。次のような場合には規制よりもインセンティブによる介入、つまり準市場による介入がいいということをおっしゃっています。すなわち供給者が非常に多い、生産物の構造が複雑である、生産物の種類が多い、医療はまさにこの典型だと思えますが、そしてその次、価格弾力性が高い。これは異論があるかもしれませんが、断面調査の国際比較研究では、GDPに対する価格弾力性は1.4です。したがって極めて弾力的です。費用と数量に関する情報の入手が困難で、介入反対の勢力が大きく、介入の目的が複雑であいまいであるような場合には、インセンティブによる介入、つまり準市場による介入がいいのだと言っております。これは大変示唆に富んだ観察だと思います。そして、ラディカルな改革として、まず資源配分を供給体制、つまり消費量による配分からニードによる資源配分へ変えなければならないと思います。そして、思い切った地方分権を行う必要があると思います。シームレスなケア、そして、そのためにはプライマリーケアのビジョンが重要で

す。イギリスの改革につきましては、先ほどルグラン先生にお話しいただきましたが、私はサッチャー、ブレア両政権のこの改革が極めてラディカルであるということに、正直大変驚きを持って、興味を持って見ております。ただ、ルグラン先生もおっしゃったように、イギリスにはGPというプライマリーケアの組織があったので、それを使って、GPファンドホルダー、あるいはプライマリーケアトラスト、さらに福祉まで含めてケアトラストというものに期待しているわけです。これは民間組織でありまして、近い将来はイギリスのケアの国家の予算の80%がこの民間組織に任されるだろうといわれています。つまり極めてラディ

カルな地方分権です。ところが、日本はプライマリーケアの組織がありません。医療が予防や介護も行っていきます。わが国のシームレスで良質なケア、かつ効率的なケアを提供するシステムのビジョンが、いまだ不明です。

これは先ほど紹介しましたルグラン先生の本の中で、今、世界中で進められている公共政策の改革を理解するためには、この図が役立つということを言っています。横軸が Knight, あるいは悪党かという人間理解, 縦軸がその対象となる人の主体性, つまり最も力の強い Queen, 持たない Pawn と軸を設定しますと、昔の社会民主主義は第3象限, そして新自由主義の改革は第1象限の右上に, そして, 今現在の社会民主主義の改革は第1象限の真ん中寄り, こういう形になると思います。

ところで、人々は何を望んでいるかということを考えてみましょう。ローカルな Good Care を望んでいるということですが、それでは Queen は Good Care を判断できるのでしょうか。あるいは、Queen はケアのショッピングを楽しむことは望んでいないかもしれません。Queen が Good Care を判断できない場合、支援をしてくれる Knight, あるいは執事が必要だということになるでしょう。しかし、イギリスのこの制度改革においても若干の懸念はあると私は思っています。それはプライマリーケアトラストの問題です。ケアトラストは、もしかしたら政府の医療抑制のエージェントにもなっている、つまりダブルエージェントなのではないかという問題です。二重スパイと言ってはちょっと言葉が悪いですが、両方のエージェントになっているのではないか、民間の大きな組織は官僚化しないだろうか、Knight が変節しないだろうかという問題があります。あるいは地域が大きすぎる可能性があります。例えば10万人という数字は、日本では大都市です。住民の登録を変更するというようなチョイスを変えるという可能性が非常に少なくなります。これは Exit Power, つまりもしかしたら患者は自分の登録を外してしまうという力が弱くなることを意味しています。準市場における住民のこ



出典) Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency and Public Policy*, Oxford (郡司ら訳 (2008), 「公共政策と人間: 社会保障政策の準市場改革」 聖学院大学出版会), p. 36

の“Voice”, つまり民主性が弱くなるということ、地域の良いケアのためには本当にいいのでしょうかということ、

日本の新しい医療・介護制度を求めて私が言いたい点は、まずビジョンが必要だということです。行き先が分からなければ、足元だけ見て太い道歩んでいても行きたい所には行けません。単にホモエコノミクスというような効率を求めるだけではなく、平等とか、正義とか、生きがいとか、そういう価値を含めてビジョンの中に組み込む必要があるでしょう。したがって、私は「公共哲学」が重要だと思っています。日本ではプライマリーケアの組織をつくる、建設するというのが特に重要です。どうやって到達するかというと、私は「準市場」の認識を明確にすることであり、決して規制緩和だけではないと思います。準市場による政策の基礎は人間理解です。この準市場のいい点は、人間のモデル化をホモエコノミクスのような小さな狭いものではなくて、非常に幅広く人間を理解して、その上にインセンティブを設計していこうという点です。しかし、インセンティブの設計は決して現実にそのとおりに動くという保証はありません。それには多くの積み重ねが

必要です。積み重ねとして重要なのは実証的な研究でしょう。そのような研究が積み重ねられる必要があると思います。私はこれが新しい政策学になると思っております。以上です。

—メディアからの問題提起—

南 砂



ご紹介いただきました読売新聞の南でございます。本日はこのような専門性の非常に高い場に私を招んでいただきまして、誠にありがとうございます。

日ごろ社会保障、中でもとりわけ医療のことをテーマにしていまいりましたので、ルグラン先生とシューラー先生のお話は大変興味深く伺わせていただきました。また、介護にかかわることもテーマにしていまいりましたので、京極先生のお話は、医療と介護が不可分であることを再認識する意味で、大変勉強になりました。私からは、時間の制限もございますので、大きく分けて二つのことを申し上げたいと思います。

まず一つは、今日のテーマである社会保障制度改革への新しい考え方ということで、ルグラン先生のお話しされた四つの選択肢、処方せんがあるというお話についてちょっと感じたことも含めてお話ししたいと思います。社会保障を市場論でどういうふうに運営していくのかということは、日本でもここ数年、大変過熱した議論がありました。特に小泉改革と称する小泉政権の下での5年余りにわたる議論の中で、社会保障や教育といえども聖域ではないのだということで、非常に厳しい改革を迫られてきたという経緯は皆さまもご存じのとおりであると思います。今日、ルグラン先生のお話の中で、とりわけ私が興味深く思いましたのは、信頼と不信、それに続けて“Voice”というところです。今、郡司先生もおっしゃいま

すが、ある時期私どもマスメディアも、医療は受ける者が選択すべきであるとか、患者が選択する医療が本来あるべき姿であるとか発言してまいりました。その結果医療を受ける側の意識が非常に高くなっていきました。また医療について当事者意識を持って考えるようになっていったという点も非常に良い点だと思います。しかし1990年代から後、選択、“Voice”というもののデメリット、つまり医療は声を上げられない人、選択できない人には最善のものが用意されないというような状況が出てきました。ルグラン先生がそれをまさに“Voice”の弊害ということでお話になったのを興味深く思いました。

私どもは読者に対して、アメリカの経済市場の原理は日本にはそぐわないとか、イギリスは国営の医療なので質向上が困難だとか、短絡的かつステレオタイプな表現で示してしまいます。しかし今日、ルグラン先生のお話を伺いますと、これだけの処方せんがある中で国民はどういう条件で、とれる政策が望ましいと考えているのかという、非常に丁寧な議論があって、「準市場」という概念がイギリスでうまく機能したということが非常によく分かりました。国民はどういう社会保障制度を望んでいるのか、市場の論理をどのように引用していくのか、導入するのかということについて、イギリスの例、それからシューラー先生のお話にありましたように、OECD加盟各国が多様な医療制度を取っているということも、日本の進路をどうしたらいいのかということを考えていくよすがになると思われました。

私が非常に危惧するのは、社会保障をめぐる議論が交錯している間、日本が経済的に減速しまして、日本社会が格差社会と呼ばれるような厳しい状況になっていることです。特に若者の雇用、就労の状況などが非常に難しくなっています。社会保障というものはどういう形を取るのであれば、セーフティーネットということであればなりません。社会保障のそういう役割を考えれば、今という時は、日本の国がいかにかじを切っていくのか、という非常に重大な極面にあるということを感じます。

シェラー先生やルグラン先生にとって目新しい話かどうかは分かりませんが、最近の日本では、例えば支払い能力があっても給食費を払わないだとか、モラルが非常に低下してきているといったような、社会全体が抱えている大きな問題が暗雲のように垂れ込めております。そういう中で私たちは、本当にセーフティーネットを必要とする人々に、どのような社会保障サービスを提供していくのかということを考えることを迫られていると思います。

第2点ですが、日本の医療と介護が抱える問題を経済学の視点から申し上げたいと思います。幾つかの限られた視点になりますが、医療保険制度に関して申しますと、日本の医療制度は、郡司先生がお話しされましたように、ある意味、「準市場」の概念で非常にきれいに運んでいた部分があったのだと思います。これには1970年代以降、医療の高度技術化により病院と診療所が提供する医療に大きな格差が生じたことと、未曾有の少子超高齢化が進行している、という2つの背景がありました。そういう中で、医療費に関していえば、国は1980年代から後、もう増加する要因しかないかかわらず、医療費抑制政策を取っていきました。ない袖は振れないという財政当局の悩みというのは分からないでもないのですが、増える要素しかなかった医療費を抑えてきたことは非常に大きな失政であったと思います。その中で一つの非常に大きな問題は、先ほど郡司先生が民間の方へかじを切ったとおっしゃった部分です。国内にある病院が9,000ぐらいのうち、6割強は主体が民間です。民間は中小病院が多いので、病床数で言うと5割強です。非常に多くの部分を民間に委ねています。これは先ほどもお話がありましたように、主体がどうであれ、いいサービスであれば患者さん、国民はいいと考えていると思います。しかし、医療は公共である、医療資源は公共財であると言いながら、民間医療法人・病院が経営を考えないわけにはいきません。経営上の理由で、医療はどうしても重装備化していきます。端的な例がCTやMRIといった非常に高度な高額の機械を入れることです。これがそれぞれの病

院にとってのセールスポイントとなり、競争の一つの方法になっていきます。その結果、世界全体に存在するCTやMRIのかなりの部分が日本にあるというような状況が起こっています。CTでいえば1万人に1台くらいの割合です。これはイギリスのやアメリカの3倍くらい、ヨーロッパ各国の10倍くらいの割合です。MRIについても同じような傾向で、あまり使わないような高額な医療機械を置いて、民間の医療施設がお互いに競合しているわけです。そういう状況が果たして本当にいいことなのかどうかということを考えていく必要があるのではないかと思います。

それから、先ほどから出ているお話とも重なりますが、日本の医療制度は、医療を受ける側にとってはアクセスの自由さ、医療を提供する側にとっては自由標榜性や自由開業性という形で、両者に自由を保障しています。このことは、行き過ぎた自由は本当に自由なのかという問題を提起していると思います。医療保険制度についていえば、過度な自由を認めることが、場合によっては秩序の喪失をもたらすことにならないかという視点を持つ必要があるのではないかと。この状況を私は非常に深刻に受け止めています。

最後に介護保険制度ですが、これは先進国ではドイツと日本にあります。日本はドイツをお手本にしてこの制度を2000年につくりましたが、創設の当時から、医療と介護の関係というものが議論されました。連携なのか、分担なのか、統合なのかといったようにいろいろな論争があり、さまざまな問題を抱えるに至っています。現在もっとも大きな問題のひとつは、介護の業界で働く方々をたくさん養成しているにもかかわらず、定着しないということです。どういう方法を取っていけば、よりやりがいのある仕事として介護の仕事に人が定着していくのかということを考えていかないと、制度があっても人材なしということになりかねないと思います。また、介護と医療の連携という意味では、京極先生もおっしゃったのですが、これからの時代日本に迫られているのは在宅における医療と介護の連携であるにもかかわらず、現状の在宅サービスが貧困であるということ。介護

をやっている専門の方からもこのことは頻りに聞かれます。やはり日本の介護保険制度のサービスのあり方、根幹を問いただして、何が一番大事か、お年寄りが何を望んでいるかというところにぜひ注目して考えていただきたいと思います。

最後にもうひとつ、頻りに聞かれる「介護予防」とか、「健康寿命」という言葉は、死ぬまで元気で自分で自立して生きる、そして最後までQOLを保って生きるということを示しています。これ自体は素晴らしいことですし、理想的なことで、誰でもが願うことです。しかし年を取っていくということの現実、これとは全く違うところにあります。この現実を見ず、理想を義務というふうに課して、お年を取った方に「いつまでも元気でいましょうね」と言ったりハビリをたくさんさせたりすることが果たして本当に望ましいことなのかどうか。そういった視点が今、非常に問われているのではないかと思います。介護保険制度は、医療より生活にかかわる問題ですので、より多くの人口を巻き込みます。私たちは本当に真剣に考えていく必要があると思います。

それも含めて経済学的なアプローチや、市場論といったことを専門家の方にぜひ緻密に研究していただき、国民にも発信していただき、みんなで考えていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

—医療・介護サービスの新しい分析の意義と課題—

金子能宏



今、ご紹介にあずかりました社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部の金子能宏と申します。今日は先生たちのお話を伺いまして、これに対するコメントをお話しさせていただきたいと思います。既に

討論者の方から各先生のお話の内容の概要についてご報告がありましたので、私も簡単にどういう点に注目したのかということをお話しさせていただきたいと思います。そして、その後、シェラー先生のお話で私が非常に興味を持ったところについてお話をさせていただきたいと思います。

ルグラン教授の報告では、まず理論的には準市場の視点から、政府予算・社会保障財源を活用した医療サービス提供における諸問題とその解決の方向性について議論なさったと思います。政府予算方式と出来高払い制の比較、それぞれにメリットデメリットがあるということでした。また、インセンティブの問題が非常に重要で、これは先ほど郡司先生から計画なのか、介入なのか、もしも介入を採用するとすれば実際にはインセンティブを活用する介入の方法が必要であり、そのためには幾つかの条件があるということのお話がありました。具体的には、ルグラン先生は医師などの専門家のインセンティブがなぜ重要なのかということ、果たして医療制度というのは利他的な動機付けに依存することだけでうまくいくのかということをお話しなさったと思います。また、実際にインセンティブが働いて本当に医療がうまくいっているかどうか。これはやはり医療のパフォーマンスをどう計測するのかということと、経営管理が問題であろうということもお話しなさっていたと思います。パフォーマンスの計測というのは、シェラー先生の医療費の国際比較や井伊先生のコメントと同様に、医療の統計をそれぞれの国でどう整えていくのかということとも関係していると考えられます。特に経営管理の問題では、医療サービスの提供の当事者たちの声、ルグラン先生の用語そのままですと“Voice”，すなわち郡司先生がお話になったところの民主制が重要であるということが指摘されました。それから選択と競争です。最後に、こういういろいろな課題に対してどう挑戦していくのかということで、一つの視点が社会民主的な課題への挑戦であるのではないかとお話ししていらっしゃいました。

順番は変わりますが、京極先生の報告では、高齢化と介護費用に関する指標の国際比較という

ものがありました。やはり日本の介護制度を正確に把握するためにはどうしてもデータの国際比較が必要だということで、これはシェーラー先生の医療支出の国際比較と同様に非常に重要なテーマだと考えられます。そして、社会市場、混合市場（インコーポレーテッド・マーケット）の理論と準市場の理論の位置付けについてお話いただきました。最終的には社会市場の理論と準市場の理論は統合していく、あるいは手と手を取り合って相互に発展させていくべきであろうというメッセージをお話ししていたと思います。それから、社会市場・準市場の理論から見た介護サービスの需給にかかわる諸問題の整理と分析です。さらに、経済市場とのかかわりを通じた介護保険の国民経済への影響が重要であろうとお話しになっていました。

ただ、これらの理論について考える場合、やはり理論の前提としての現実ということで、高齢化の進展の国別の相違はどうなっているのかを知ることが必要です。それから、今日データとしては具体的にはなかったのですが、高齢者の世帯構造・貯蓄構造などに見られる自助や共助の国別の相違、高齢者の地理的分布、これは人口密度の問題ともかかわると思います。やはり日本では医療の提供を都会でやるのか、それとも里山、農村部でやるのかで随分違いがあるだろうということで、高齢者の地理的分布、地域差、人口の分布という問題も非常に重要なのではないのでしょうか。それから、南先生もお話しになっていましたが、高齢者の所得格差・資産格差などについてもいろいろと詳しく見ていく必要があるのではないかと思います。

また、国際比較をするとそれぞれの国で公費と民間の費用の割合が違っているということ、それからまた、同じ医療費の中でも外来医療費と入院医療費と薬剤医療費で国々によって違っているということがシェーラー先生からお話がありました。また、景気変動と医療費の伸びの関係も国々によって若干違うというお話があったわけですが、なぜそのようなことが起こるのでしょうか。社会市場・準市場との関係では、社会市場の大き

さや準市場の大きさがそれぞれの国によって違っているのかもしれないのですが、それならばなぜ経済市場と社会市場というものがお互いに重なり合って存在しているのかということを考える必要があるかもしれないということになります。

そこで、自分自身が経済学出身なので、経済学的になぜ二つの市場があって、それが重なり得るのか、重なり合ってそれが制度を維持しつつ発展していくのかということについて、何か理論的なバックグラウンドがあるのではないかと考えてみました。一つはゲーム論の応用として、制度的補完性というものがあります。少し難しくなるのですが、現実の世界においてはいろいろな制度をつくりましょうと、人々が約束をしたり、約束を破ったりします。このとき戦略のマッチングをできるだけ安い費用でやることを考えます。先ほどホモエコノミクスという言葉も出ましたように、やはり同じ制度をつくっていくなら安い費用でつくっていった方が効率的ということになります。戦略のマッチングをより低い取引費用で実現したいと思いますが、そうはいつでも人々の行動するルールは慣習や道徳的規範にも影響されることになります。郡司先生が経済哲学ということもまた必要だとおっしゃっていましたが、やはり道徳的規制などの影響も受けることになります。そうすると、人々がいろいろな制度をつくっていく、あるいは制度を維持していくためにゲームを繰り返していくことになります。これはゲームにおける補完的な戦略のルール化と見なすことができます。しかし人々は物の考え方も歴史的な背景も違って、複数の均衡が存在するかもしれません。制度体系の中で、互いが互いを強め合う要素とそれをもつ均衡だけが残っていきます。仮にそうでない均衡があったとしても、それは不安定なので長くは続かないからです。これが制度となり歴史となって残っていくというような考え方があります。したがって、社会市場や準市場というもの、あるいは社会市場と経済市場が重なっている混合市場、なぜそれが気が付かないうちにいつの間にかできてきたのかということを考えるとき、経済学的には、スタンフォード大学の青木昌彦先生が

提唱して、幾つかの本も出されている比較制度分析で用いられている概念、制度的補完性という考え方をすると説明していくことができるのではないかと思います。

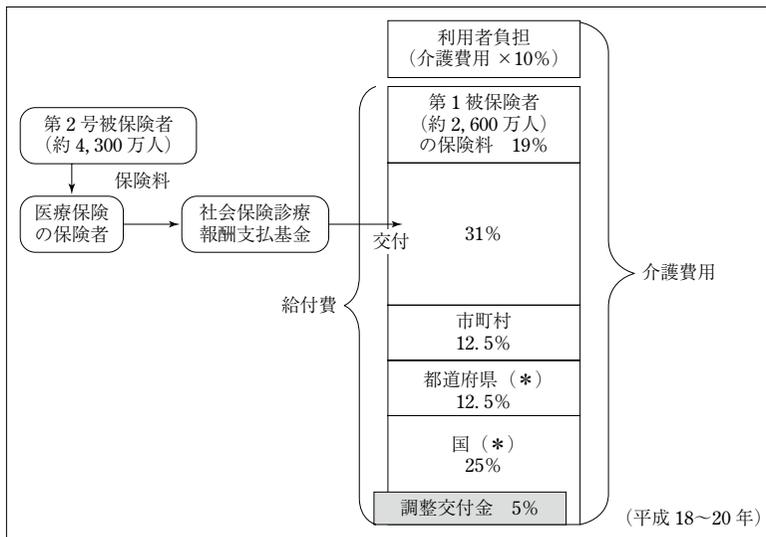
次に、社会保険方式を中核とする日本の医療保険ですが、シェラー先生に国際比較でたくさんのグラフを見せていただきました。なぜ各国で非常に多様な医療費の配分が見られるのかというと、それは政策手段は、それぞれの国がいずれも同じ割合で選択するとは限らないからです。先ほど京極先生が社会市場あるいは混合市場、広義の準市場、それぞれにおいて政策手段があるとお話しになっておられました。制度的なバックグラウンド、歴史的なバックグラウンド、価値観、道徳的規範の違いもあるので、その政策手段の選択が国々によって違ってきます。その結果、国々によって少しずつ違う様相の医療費の配分が見られるのではないかと思います。その中の一つが日本の姿だと思います。

ただ、これを改革していくためにはやはりインセンティブの問題が非常に重要です。インセンティブというのはお金で与えることも可能ですが、お金だけではどうにもならない人の気持ちという

ものも大切にしなければいけない部分もあります。したがって“Voice”，民主制，人々の気持ち，その制度を維持していく人，あるいは制度をつくる人のところに届かなければいけません。また患者さんの声を届けるのと同様に，患者さんを見守る看護婦さんやお医者さんやケアマネジャー，プロフェッショナルたちの声も患者さんに届かなければいけないし，また，お医者さんを管理する組織にも届かなければいけません。このように，インセンティブにはお金の面と気持ちの面と両方があるのではないかと思います。

最後に，地域格差の問題，あるいは所得格差の問題で，日本の介護保険制度が実際に準市場になっている一つの証拠が見られると思います。皆さんご存じのように介護費用のうちの半分は公費が担っています。ここでグラフでは市町村 12.5%，都道府県 12.5%，国からの公費負担が 25%，介護保険財政の 50% が公費になっています。このように，準市場，あるいは混合市場というのは，私たちの身近なところにあるのだなということであらためて意識した次第です。さらに OECD 諸国によってどういう違いがあるのかということを経済データを使って国際比較していくということ

資料 6-8



(*) 施設等給付の場合は、国 20%、都道府県 17.5%

出典) 健康長寿ネット <http://www.tyoju.or.jp/hp/> 「介護」 “介護保険財政”

が重要なと思います。特に OECD の医療統計は OECD ヘルスデータとして毎年更新されておりまして、また、その概要については OECD の東京センターのホームページで日本語でも見ることができますので、皆さん参照していただければ

と思います（資料 6-8）。

以上、わが国の立場、そしてまた、OECD の国際比較という立場からコメントさせていただきました。どうもありがとうございました。

ディスカッション

ジュリアン・ルグラン、ピーター・シェーラー、
京極高宣、井伊雅子、郡司篤晃、
南 砂、金子能宏、西山裕（司会）



司会 それでは、パネリストの方々に基調講演者の方々も加わっていただきまして議論を深めていきたいと思っております。

まず進め方です。円滑な進行という観点から、取りあえずは私から各先生方に質問するという形で進めてまいりたいと思います。その際には、本日のセミナーのパンフレットで「討論のポイント」

という事項があったかと思っております。それを一つには参考にさせていきたいと思っております。それからあと、先ほどまでの間に会場からご質問を多く頂いております。これらのご質問も踏まえまして質問をしていきたいと思っております。なお、パネルディスカッションの時間は限られております。会場から頂きましたご質問をすべてご紹介することは

できないということをあらかじめご了承くださいと思います。なお、各先生からご自分で発言をされたい、もしくはほかの先生に質問をされたいという話がありましたら、いつでも構いません、挙手いただければ私からその発言を求めるとい形にしていきたいと思いますので、よろしくお願いたします。まず皮切りといたしましては、3人の基調講演をされた方、それから、それぞれパネリストのコメントなどや、もしくは会場からの質問も出ております。そうしたものも踏まえましてコメントを頂ければと思います。

最初はルグラン先生です。実は会場から質問が入っております。準市場の定義に関しまして、「準市場は選択と競争の代用なのか。『準』とあるので公的介入というものもそれに入っているのではないかと自分は理解していた。それから、イギリスの準市場はうまくいっているのだろうか」と。これに関しまして、もともとルグラン先生からNHS改革の考え方ということに重点を置いてお話があったかと思いますが、それでは具体的にイギリスにおいてNHS改革というのはどのような政策手段を取られたのかという点を伺いたいと思います。例えば聞くところによりますと、GPに登録患者の予算を持たせて、病院のサービス向上だと思えますが、そういったものをやってきたとか、もしくはプライマリーケアトラストというものを設けてやってきたとか、そういう話も聞いております。まずどのような手段を講じて、どの程度うまくいったのだろうか、もしくは問題が出てきたのだろうかということ具体的に話していただければと思います。どうぞよろしくお願いたします。

ルグラン どうもありがとうございます。質問を頂いたことを感謝いたします。

準市場の定義ですが、普通の市場とは三つの点で違います。第1に、一番重要な点ですが、お金は消費者、すなわち利用者から来るわけではなく、政府が資金を出すということです。したがって、人々が自らの資源を持って市場に参入するわけではありません。購買力が国家によって与えら

れたものだということです。次に2番目の点です。普通の市場ですと、いわゆる民間の利益を上げる法人があります。そして、自らの満足度、あるいは効用を極大化する利用者、消費者がいます。ところが準市場では、営利法人と非営利法人がいます。さらに、公益志向の高い利他的なもの、あるいは利己的なもの、あるいはその二つの混合体というものもあります。このように、非常に複雑な市場になっています。ここも普通の市場と大きく違うところです。3つ目の違いは、情報の果たす役割です。ほとんどの市場は、市場が適切に機能するためにはしっかりとした情報が必要です。医療ではこの問題が常に付きまといま。消費者、すなわち利用者はしっかりとした情報を持ちません。したがって、代理人、エージェントが必要になります。代理人が利用者・消費者を助けていかなければなりません。

これは2番目の質問とも関連してきます。われわれが実際に何をやっているのか、いわゆる準市場においてイギリスで何をやったのか、何がうまくいったのかということですが、この代理人の問題は、情報という問題と絡めて議論されますが、患者に対し、例えば病院の方針のような大量の情報を提供するようになっております。例えば「NHSの選択」というウェブサイトが作られております。例えば腰が悪くて何か手術が必要だということになり、ホームページを見たとき。そうすると、一番近い病院を紹介してもらえます。またどのぐらいの待ち時間かということも病院ごとに分かるようになってきます。さらに、MRSAの感染率が病院ごとにどうなっているのかもわかります。やがては病院ごとの死亡率や、外科医の手術の成功率などの情報も提供したいと思っております。これは既に手に入る情報です。ホームページで「NHS Choice」というところに行けばこういう情報はすぐに手に入るようになっていま。

また、確かにGPに対しては予算を与えております。そして、一定の資金を配分された予算の中で患者に成り代わって保有するという形です。GPが実際に患者の代わりに病院の治療のために

支出を行っていきます。したがって、どのような治療を選ぶのか、患者と共同で決定するということがよく見られます。そして、患者にはある程度の情報が与えられます。GPには賢くお金を使うというインセンティブが与えられています。先ほど申し上げたかと思うのですが、日本で抱え得る問題として、GPがゲートキーパーの役割も果たし、自らいろいろな面でコントロールを利かせてしまうことに伴う弊害があります。例えば病院への送致などについてGPがすべてコントロール権を握ってしまうというようなことです。

実際は、このような問題に対していろいろな改善が見られます。例えば待ち時間の改善については私の基調講演の中でも図をお示ししました。今でも改善は続いております。特に準市場の選択と競争の下ではさらに改良が進んでおります。もう一つの質問とも関連してくるのですが、貧困層と富裕層の格差という問題があります。確かに以前は中所得層より貧困層の方が待ち時間が長いという状況がありましたが、今では中間層と貧困層は同じような状況になってきております。さらに今、富裕層より貧困層の待ち時間の方が短くなってきているというように変わってきています。

最後にわれわれが直面している問題ですが、お金は選択の後を付いて回るということを先ほど申し上げました。したがって、すべてに価格を付けなければなりません。ところが、精神疾患や介護の分野でも価格設定の問題があります。後ほどまた時間があつたらこの点について説明したいと思います。

司会 ありがとうございます。

それでは、次にシェーラー先生にご質問をしていきたいと思っております。先ほどのシェーラー先生のお話の後半部分で、一人当たり保健医療支出と一人当たりGDPとの比較のグラフがあつたかと思っております。非常に興味深く見させていただきました。各国、経済状況が非常に悪いときには特異な動きをすることもありますが、そこを何とか乗り越えればまたいい形が出てくるということが見えてきたのかなという気もしますが、お話の最後

のところ、各国それぞれに医療サービスについての目的といいますか、制度について国民がどのように考えているかということが非常に重要だというお話があつたかと思っております。そのところを、もう少しお話いただければありがたいと思っております。

シェーラー われわれの調査結果を見ますと、この点はまだ十分に分かっていないこともあると思っております。この調査を始めたときに、医療費の支出の伸び率は景気後退のときに下がるのではないかと考えていました。しかも、もともと民間への依存が大きいところではこの現象がより大きいのではないかと考えていたのですが、そういう証拠は出ませんでした。

医療費支出の伸びを景気後退のときに抑えることができた国は少なかったのですが、すべての国でそうなったわけではありません。どちらかと言えば、公的資金を多く使っている国で支出を抑えているところが多かったのです。したがって、なぜこうであるのかもっと調査が必要だと思っております。その国の医療制度が原則として民間依存であつたとしても、実際には連動していないようです。例えばアメリカがそうです。フランスのように公的資金に依存している度合いが高いところでも、ここ数年の伸び率は持続可能ではありません。将来を同じように外挿すると、GDPの30～50%もの割合が医療費に充当されることになってしまいます。したがって、何によってこの支出が伸びているのかを理解する必要がありますし、各市場の中では民間支出への依存が大きいところを調査した上で理解する必要があります。例えばルグラン先生による公的制度との比較といったものとして行った分析結果をもっと調べる必要があると思っております。

アメリカのシステムを考えてみますと、アメリカのガバナンスの一つの原則は信頼です。専門職に対する信頼が大前提としてありますが、それ以外にはあまり前提がありません。そういう意味では十分なケアが必要です。例えば製薬業界が提供する医薬品や医療デバイスは安心できるのか、き

ちんと資格を持った人が実務を行っているのか、きちんと訓練を受けた資格を持った専門家が従事しているのかという注意が必要です。そして、この専門家が意思決定を行った後は、もはやその決定を覆すことはとても難しいのがアメリカの現状です。その結末を見てみると、いろいろな意味でうまくいっていないところがあります。例えばアメリカはOECDの加盟国の中で最も乳児死亡率が高くなっています。良くはなっているのですが、その改善の度合いがほかのOECD加盟国には負けています。アメリカでどれだけの資源を乳児の医療のために使っているかを考えると、何か間違っているのではないかと、アメリカの医療専門家がサービスを提供している方法で、特に最も脆弱な人たちへのサービスに問題があるのではないかと思わざるを得ません。その背景の力といった場合、神秘的なものとか、不思議な魔力ということではありません。そうではなく、マーケットをもっとよく理解する必要があります。もっと精査をした上で、どのようなパフォーマンスであるのか、なぜそういうパフォーマンスであるのかを調べる必要があります。

グラフでは、各国ともどう取り組むべきであるか参考にしたかったのです。日本については二つの 이슈があるかと思います。一つは2006年のデータが使えなかったことです。ほとんどのOECDの加盟国については2006年のデータが入手可能でした。しかし日本のものだけ2005年しかなかったため、比較のためにほかの国も2005年を合わせて使わなければいけなかった。残念でした。もう一つの日本の問題です。これは興味深いパターンが経時的な日本の変化で見られたと思います。日本のデータで民間からの支出のアップダウンがあったと思いますが、その原因は今のところデータの欠けているところが問題だと思えます。そのようなデータ不足に取り組んでシステムの評価を十分にできるようにしていただくことが重要だと思えます。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、基調講演の3人目、京極所長です。

これも会場の中からご質問がありました。一つは先ほど南先生からもお話がありました。介護に関してのマンパワーの問題が非常に深刻です。これについて「社会保障費抑制ということの問題はここにも影響しているのではないかと質問されています。そうしたマンパワー不足についての認識と、どうすれば解決できるのかということをお話してほしいということです。あともう一つ、これは井伊先生へのご質問だったのですが、介護に関するものなので京極所長から併せてお願いします。「介護保険制度によって経営主体の民営化が進んできた。ただ、一方でなかなか採算が合わないということを経営者からして理由として事業からの撤退が進んでいる。そうするとせっかく選択の幅を広げようと思ったのが狭くなってしまおうというケースもあるのではないだろうか。このような問題についてどう考えるか」。この2点です。よろしくお願いいたします。

京極 まさに今の政治的な焦点でもあるのですが、大局的には、あるいは長期的には、介護サービスを必要とする高齢者が急増してきます。つまり需要が非常に大きくなっていくということは誰も否定はできないわけですが、それに対応する介護マンパワーが相対的に伸び悩んでいます。需給ギャップが非常に大きくなっているため、市場経済に任せていけば自然に介護のサービスの単価も上がっていくのが普通ですが、これは政策市場（いいかえると政策的社会市場）でありまして、介護報酬は基本的には国が決めていくという中で、2回の介護報酬の抑制が結構大きな影響を与えたのではないかと考えています。今、介護報酬を平成21年度に向けて3%アップの改善をしていくという動きにありますので、少し情勢は変わっていくと思います。ただ、短期的には厳しいかもしれませんが、マスコミ関係者の南さんもしゃべりますから言いにくいのですが、今の当面の状況がずっと続くかのごとく言うのは間違いではないかと思えます。つまり、必ず改善されていくと私は確信しております。何人かのマスコミ関係者の方に聞きますと、良かれと思って介護状

況が厳しいということを書いたのだけれども、それが逆効果で、若い人たちが介護の方に行かなくなってしまったと言われていました。これから慎重に記事を書かなくてはいけないということを数人の方から聞いておりますので、今後状況は変わっていくと思います。

基本的には、介護保険の場合は介護報酬単価というのが決め手であるということと、もう一つは労働分配率の問題です。近年、株式会社の場合は株主への配当ということを非常に重視する傾向にあります。無理をしてでも高い配当を出すという傾向がなかったかどうかを見る必要があります。戦後の日本経済は労使協調で、厳しい中でも労働者の給料を上げていって経営者も頑張ってきたという歴史がありますが、近年やや経営者の考え方が少し違ってきたのではないかと思います。その意味で、労働分配率の改善を図るということももう一つ重要だと思います。

最後に、介護は生活の非常に大事な、特に終末期ということをとっても最も幸せの大事な鍵を握る部分ですので、こういう分野で働く人々の働く意義とか、働きがいとかが、そういうことについてもう少し国民が関心を持っていただけるかどうか重要です。3Kの典型で、危険、汚い、きつい場のように受け止められている向きもありますが、これを改善して、介護の役割を国民みんなで大切に考えていくという、国民意識の改善というか、改革が必要だと思います。そのようなことにより、必ずいい方向には動いていくのではないかと思います。

企業も一部不採算部門ということで撤退しているように、全体から見ますと確かに厳しい状況ですが、地域のお年寄りのために非常に効率的に活躍して一定の業績も上げている会社もあります。したがって、すべて全体に悪くなっているという指摘は正しくないと思います。訪問介護系統は厳しいわけですが、施設系統についてはそれほど悪くないわけです。何となく、介護部門は全体に不採算性部門だと取り上げられがちですが、現実を見ますと決してそんなことはないわけで、今いつときの厳しい状況はやがて変わっていくと思いま

す。今、季節で言うと冬の時代ですが、もうすぐ春が来ると思って、国民の声を上げていけば改善されるのではないかと考えています。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、今度はパネリストの方にお話を聞かせていただければと思います。まず井伊先生は最近、日本の医療に関して、フリーアクセス、いい点もあるけれども弊害もあり、そうした意味で家庭医とか総合医といったものをやはり育成していくべきだと主張されているものを読んだことがあります。そういった意味で、今回ルグラン先生のお話、考え方、先ほどのコメントを聞かれました、いかがでしょうか。先ほどルグラン先生にご質問されたいこともあるということもあったようなので、この機会にお話をいただければと思います。

井伊 ありがとうございます。家庭医に関しては、今回、会場の中にも専門の先生がいらっしゃいますので、ぜひ専門の先生のお話もお伺いしたいと思っています。ご質問の内容にもありましたが、日本の医療や介護においてどのように国民や住民の声を反映するかということが重要です。医療の中ではあまり議論されておりませんが、今、地方分権の議論をしている中で、私は地方議会のあり方を考える必要があると感じております。突然、地方議会と言うと驚かれる方もいらっしゃるかもしれませんが、日本の場合は給与従事者が議員になる場合に仕事を辞めなければなりませんので、どうしても建設業者ですとか高齢者といった方々が議会の中心になってしまって、そういった人たちの関心のある政策が主に議論されてきたように思います。アメリカなどでは、例えば学校の教員が夜間や平日に行われる議会に参加することができます。すべての議員がそういったボランティアというか、日当払いのような形で参加するというのは無理かもしれませんが、日本でも、せめて半分ぐらいは給与従事者がかかわるような制度になると、普通の生活をしている人たちが自分たちの暮らしの中で関心のあるテーマ、

それはまさに医療や介護だと思うのですが、そういったことを地方議会で決めていくことができるようになると思います。

国民健康保険や介護保険は、地方自治体が保険者になっています。地方議会が政策決定機関でもありますので、これから地方分権化が進められる中で、そこでの議論は非常に重要であると思います。日本でも確か福島県矢祭町でしたでしょうか、日当払いにするとところが出てきています。医療や介護において国民や住民の声を反映することにおいて、地方がイニシアティブを取ることができるのではないかとという意味で、地方議会の改革が非常に大きいと思っております。

パネリストの特権を生かして質問を先にしていいということなので、非常に素朴な質問をさせて頂きます。ルグラン先生のご発表の中に、失業者や所得や学歴の低い人たちというのは、自己負担がゼロにもかかわらず、有職者、富裕層、高学歴層に比べて必要以下の保険サービスしか利用していないというのがありました。これは昔から不思議に思っておりまして、GPにかかるのに自己負担が無料でしたら、日本だったらGPに殺到してしまうのではないかと思います。以前イギリスの医療経済専門の人たちに質問しましたら、GPに行っても長く待たされるだけなので行かないのだということや、イギリス人は気軽に医療機関に行かないように教育されているというようなことを聞いたこともあります。実際どうなのかということをお伺いしたいと思います。以上でございます。

司会 それではルグラン先生、お願いいたします。

ルグラン 今、指摘された地方自治体の問題はまさに重要な問題でしょう。おっしゃるとおりだと思います。われわれも同じ問題を抱えております。報酬の制度、あるいは時間配分についても十分熟慮しなければならないと考えております。イギリスの場合、地方自治体に関しては、責任は地方自治体よりも国の方に移転されるケースが出て

きています。地方自治体に対する資金の多くも国から出ており、責任も国の方が負う形になってきています。私は逆に地方自治体にもっと移譲すべきだと思っております。例えば資金調達や制度への資金の投入も、もっと地方自治体に責任を任せるべきだと思っております。

それからGPに関する質問ですが、平均では、GPに訪れる頻度は通常年に4回ぐらいでしょうか。またGPの数も不足しています。これが一つの問題です。さらに、GPは患者さんたちに対して独占体として動きたがるという問題があります。すなわち自らの周りに境界線を引いて、患者の中でもその境界の外から来た患者を受け付けないといった形になっています。これを改善しようということで今、努力をしていますが、競争原理の導入、そして選択を患者に与えるということが考えられています。今、GPの数を増やそうという動きがあります。そして、GPの仕事のあり方も変えようとしています。すなわちまとめて大きな単位にするとか、あるいは民間の企業の参入も認めてGPのサービスを提供してもらおうといったようなことも検討されています。歴史的に見ていろいろな問題があったというのはそのとおりです。ただ、これを是正しようということで努力をしております。GPのメリット・デメリットについて評価を下すには、もう少し待つ必要があるかと思っております。

司会 ルグラン先生、どうもありがとうございます。井伊先生、よろしいですか。

井伊 はい。

司会 シェーラー先生。

シェーラー 追加してよろしいでしょうか。OECD加盟国について、ニーズに応じたアクセスがあるかどうか、市民がGPあるいは専門医にかかりたいときにかかることができるかを見ました。全体としてGPにアクセスができるかどうかを見ると、これは平等もしくは所得が低い人の方

のアクセスの方が多く、専門医へのアクセスの方が特に不平等だったということが分かりました。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、郡司先生、先ほどの話で一番最後の方でしたか、準市場の発想をきちんと取り入れたこと、それから地方分権ということも言われました。そこで Queen と Knight の間の信頼関係ということも言われました。先生のアイデアとしてもう少し具体的に、ではどういう形でやっていったらいいのだろうかということがもしありましたら教えてください。あともう一つ、会場からソーシャルキャピタルを生かした QOL の向上策が必要であり、「社会科学系の人とも連携していろいろと学際的にやっていかなければならないと思うのですが、どうでしょうか」というお話がありました。ちょっと違う話が二つで申し訳ございませんが、お答えをいただければと思います。

郡司 大きな問題ですが、私が発言した内容をもう一度申し上げますと、エージェント、あるいはゲートキーパーという機能が医療にはありません。介護は情報の非対称性は少ないのにケアマネージャーがいて、医療には情報の非対称性が大きいのにいないのです。これが非常に問題だと思っています。例えば在宅ケアを推進しようとしても、責任を持ってくれる人がいないと不安ですよ。そうすると、何かちょっとあると救急車に乗って病院の救急窓口押し寄せるわけです。したがって、複雑なシステムというのは1カ所を直してもそう簡単に改善するわけではありません。もっと本質的によく考えていく必要があります。そのためには、例えばほかの国の政策などよく勉強して、こういう可能性もあるのだということをよく学んで、自分たちのビジョンを持つべきではないでしょうか。そのビジョンの中で重要なのは人々のケアをするエージェントが必要だということです。また、どこに期待したらいいかということですが、私は例えば在宅にいる人たちの健康問題に対して何らかの形で責任を持ってくれる人が存在しなければいけないと思っています。つまり不安

に対しては誰が責任を持つという形でしか解決できないと思っています。そう考えると、後期高齢者医療でちょっと失敗しましたが、緩い形でとにかく責任を持つという形をまずつくっていくということが必要なのではないかと思います。日本にはプライマリーケアという代理人がどうしても必要だと思っています。

さらに、地方議会の関係ですが、いつでもどこでも誰でも最高の医療を受けられるというのは難しいでしょう。巨額の投資をすればそれだけコストが掛かりますから、それだけ負担できないというのが問題になっているのではないかと思います。そうすると、ある程度の集中化が必要だと思っています。そういうものは、中央政府が決めることはできません。地域で主体的にそういうことを考えていく必要があります。これが地方自治の本旨で、これはむしろ井伊先生の方がご専門なのですが、地方自治というのは民主主義の学校で、特に費用と給付の関係を学ぶことが重要です。これは先生がどこかで書いていらっしゃると思いますが、教科書的な事実です。そういうことを考えると、できるだけ地域の中でやる仕組みをつくっていくということが必要なのではないかと私は思っています。

司会 ありがとうございました。

では南先生、先ほど患者と医療関係者との信頼関係ということで、郡司先生からジャーナリズムからの批判が相当あったという話もありました。先ほどからいろいろな話もあります。家庭医なり、もしくはそういったもの、患者、国民とドクター、医療関係者との信頼関係というのはどうもなかなかうまくいっていないという感じがあるかと思うのですが、どういう点でうまくいっていないのだろうかという点について、お考えはございますでしょうか。

南 非常に大きな質問だと思いますので、簡略に適切にお答えできるかどうかちょっと分かりませんが、私はマスメディアが発信する情報も含めて、情報が非常に大量になった今という時代に

おける医療の難しさということを、まずご指摘したいと思います。情報が非常に多いということは結構なことではあるのですが、では国民がきちんと科学に基づいた健康教育を万全に受けているかといいますと、学校でも家庭でも社会でも、どれをとっても健康教育については全く不備な現状です。原因は多様であると思いますが、その不備を補うかのように、新聞や雑誌をはじめとするメディアのいろいろな健康情報があるというのが現状です。しかし、適正な教育をきちんと持っていない人が非常に大量の健康法なり健康食品なりの情報にさらされたときにどういうことが起こるかというのは推し量るべくもないことで、消費者と見なされて戦略的に広告にさらされるわけです。したがって、国民が原点に立ち返って考える必要があるということがいえると思います。

もう一つ、今更ですが、1980年代に厚生労働省（当時の厚生省）で、真剣に家庭医というものをつくろうという議論がありました。このときに真摯な議論があったにもかかわらず、結局、医療提供者側に大変な反対があって駄目になり、ついには、家庭医という言葉すらいけないというような時期がありました。今それを私がここで申し上げても、もう昔の話という感じですが、今している議論は、20年前にやっていたらどうだったのかということ、考える必要があると思います。

イギリスについて、私たちは何度も新聞などで「悪名高いNHS」と書きましたが、NHSを守ってきた地域の開業医の先生方に学ぶべきところは非常にたくさんあると思います。専門医がいい、高度な技術がいいという価値観自体が今問われているということではないでしょうか。マスメディアも国民も医療側も、専門医が素晴らしくて、地域で総合的に患者さんを診る医者がまるで素晴らしくないような誤った認識を持ちました。しかしこれは非常に大きな誤りであったということ、真摯に認めるところから始めないと、私どもは決して幸福にはなれないと思います。

司会 どうもありがとうございました。

どうぞ。

シェーラー 私は今のコメントを聞かせていただいて興味を惹かれました。実はわれわれはトルコの医療制度のレビューを行っています。トルコ政府も抜本的に改革を進めたいということで、非常に強い反対に遭ってはいますが、新しい制度で家庭医を導入しようとしています。医師会から強い抵抗がありますが、唯一の方策として、質の高い医療を受けるには数に限りのある病院に競って行くしかないという制度を、家庭医を通して医療をあまねく提供しようという制度に変えようとしています。しかし、これは非常に高価につくだろうと思います。

司会 京極所長、どうぞ。

京極 今の南さんのご発言は大変重要なことです。基調講演では介護の話に限定しましたが、日本の医療は今、大きな転換点を迎えていて、病院医療中心から在宅医療重視へという動きになっていると思います。後期高齢者医療については説明不足もあって少し評判が悪かったのですが、あの中の心は、魂は、在宅医療をこれから進めていこうということだと思っています。そういう点で、かつて家庭医を議論したときには、医療の大戦略の転換の中の家庭医という位置付けがないために、言葉は悪いですが、医師会その他の圧力で話が消えてしまいました。しかしこれからは在宅医を充実させていくということで、日本もイギリスのGPと専門医の關係に近いものに変えていかなくてはいけない時期に来ています。したがって、これからの議論ではだいぶ変わってくるのではないかと思います。

医学教育においても、専門医教育だけではなくて総合医の教育ということも今は言われておりますので、ちょうど今はその転換点であるということで、歴史をもう1回繰り返すことはできませんが、歴史的な反省に立ってみると、今の時期というのは非常に貴重な転換点だと思っております。

司会 ありがとうございました。

それでは、金子部長に質問をさせていただきたいと思います。経済学を研究されているということで先ほどのお話がありました。これは私の勝手な理解かもしれませんが、ルグラン先生や京極所長のお話はいずれも社会保障制度であり、公的財源でやっている部分が大いわけですが、それがしばしば官僚的、非効率的なものになってしまいます。そのため、それをどうやって利用者のニーズに適した効率的なものにしていくかということの工夫のお話ではないかと理解しております。こうした問題について、市場原理を入れればいいのではないかということがよく言われるのですが、価格を基にした需給調整という話になってしまうと、社会保障制度の場合には問題があります。例えばイギリスの場合、NHSは無料のサービスです。日本の介護保険も公定価格です。そこで無理やり価格という形を導入してしまうと、今度は低所得者がサービスを受けられないという問題も出てきてしまいます。その意味でいくと、そのイギリスのNHSの改革も、日本の介護保険制度もそうだと思いますが、利用者、もしくは利用者の代理人、エージェントと、こうした形についてのサービスを選択できるようにして競争させる、というアイデアではないかと思えます。経済学の観点から、学者としてのご意見をいただければと思います。

金子 どうもありがとうございます。ミクロ経済学で考えると、基本的には価格メカニズムが資源をうまく配分できるということですので、医療・介護サービスも価格メカニズムでうまく資源を配分できるはずなのですが、なかなかそうはいかないという面があります。もちろん医療も、先ほどシェラー先生の報告で国別に利用者負担が違っているという指摘もありましたし、京極先生からは、利用者負担が呼び水効果になって、それが医療・介護サービスへの公的資金の投入を増やすというお話もありました。したがって、市場原理主義だけではうまくいかないことを補うために公的資金が導入されて、国民のコンセンサスを得るために、それを利用する人にも一部負担して

もらうということになるのだと思います。

一部負担については、ではみんな同じがいいのか、それとも先ほど西山調整官がおっしゃったように低所得者のことも配慮すべきかといったら、これは郡司先生がおっしゃったように経済哲学の問題にかかわるのかもしれませんが、個人的には低所得者に配慮した方がいいかなと思います。市場原理主義ではすべてが解決できないために、価格メカニズムを利用しつつ政府の公的資金を投入することがいいことだというのが私の考えです。ではこれをどういう理論で、どういう理念で説得するかというときに、やはり準市場、国際マーケットの理論や社会市場の理論は説得的なものではないかと思えます。特にルグラン先生のご研究は日本語でも翻訳が出ているということなので、多くの方々がより深く勉強できるのではないかと思います。

あともう一つお話ししたいことがあります。選択肢は誰が提供するのかというと、ここは政府が規制を与えることとなります。別の言い方と言うならば、介入してある土俵を作ってあげることとなります。土俵の中のお相撲さんは、横綱になる者もいれば、関脇、前頭としてお相撲を取る人、いろいろなお相撲を取る人たちがいるのかもしれませんが。しかしそこは民間企業のみならず、NPO、あるいは財団や法人というように、プロバイダーとしてある一定水準以上の質を保つことのできる担い手をどんどん育成していくことが必要なのではないかと思います。そういう意味では、先ほど人材育成の話もありましたし、介護報酬をうまく調整して、若い人も働くインセンティブのあるような環境を整えていかなければいけないというお話ともつながります。また、サービスを提供する法人組織の問題と、その中で働く個々の一人一人の働き手の問題というように、いろいろと検討しなければいけないことがたくさんあると思います。今日午前中の基調講演でありました準市場の理論や社会市場の理論は、たくさんのメッセージ、あるいはたくさんの分析道具を持っているということが今回のセミナーで理解できたかと思えます。今後私たちも勉強して

いきたいと思っています。どうもありがとうございました。

司会 どうもありがとうございました。

それでは、次にルグラン先生、会場から出てきた質問で、イギリスのことに関して2点お答えをいただければありがたいと思います。一つは、イギリスで患者が病院を選択していくということは、必然的に競争に負ける病院が出てくることになると思います。それでは、そうした病院が廃止もしくは統合されることもあるでしょうが、そこに問題はないのだろうかというのが1点です。もう1点は、イギリスでは医療費の高騰ということはあまり大きな問題とはなっていないのだろうか、あるいは大きな問題として取り上げられているのだろうかという質問です。この2点についてお聞きしたいという会場からのご質問がございましたので、お答えをいただければと思います。

ルグラン ありがとうございます。まず病院が統合されるかどうか、閉鎖されるかどうかという質問ですが、素晴らしい質問です。これは実際に問題になっています。ご存じのとおり病院の閉鎖は非常に難しいことです。準市場のシステムの中では、有名で立派な病院も財政面で危機に瀕する場合があります。そういった場合まず大事なのは、理由もなく救済されてはならないということです。前に1回、大手の病院が破綻しかけたときに政府が救済したということがありました。これにより、改善しなくても大丈夫だ、助けてもらえるのだということで、インセンティブが損なわれてしまいました。最終的には問題があったとしても政府からお金をたくさんもらえばいいのだとなってしまいます。したがって、それをやってはならないということです。準市場には規制当局が必要なのです。規制当局が、競争抑止的な行為がなかったかどうか、つまり病院が独占的な競争抑制的な振る舞いをしていなかったかどうかチェックする必要があります。また参入も監視しなければいけません。それから、失敗したときの撤退も管理しなければいけません。さらにこの規制当局は自

由な権限を与えられなければいけません。これが非常に重要です。この意思決定を政治のプロセスから切り離し、距離を置かなければ、適切な対応ができないといえます。

医療費の高騰の問題ですが、これはイギリスでは歴史的にそれほど大きな問題ではありません。なぜならば、抑制することに成功を収めてきたからです。ただ、最近医療費は高騰を始めていますので心配はしています。私が奨励して導入されてきている準市場のシステムには、医療費が上がる要因があります。幾つかの病院は、できるだけ患者を取って利益を得たいと考えるわけですが、このとき過剰診療に走る可能性があります。ほかの多くの国々もこの問題を抱えています。したがって私は熱心にGPが予算を管理するということを提唱してきました。もし予算を全部使い切れなかった場合には、直接自分のために使うことはできませんが、自分たちの施設改善や患者のために使うことが許されるのです。したがってコスト抑制のインセンティブがここで働くわけです。不必要に人々を病院に送り込まないということで、これは逆インセンティブといえるでしょう。もう一つ、病院側としては過剰診療をするインセンティブがありますが、GPの方はそれに逆行するインセンティブを持っています。これがうまくいくかどうかはまだ分からないのですが、これはやはり医療費を抑制する一つの鍵になると思います。

司会 どうもありがとうございました。これは私の記憶違いでなければ、ルグラン先生、イギリスは家庭医に予算を持たせるというのを一度確か廃止されて、また復活されたのではないかと思うのですが、これは正しいですか。

ルグラン そのとおりです。1997年に労働党政権が始まる前の保守党政権がそういう制度を持っていました。GPに予算を与え、非常に成功したのです。病院への送致の件数も減りましたし、処方薬の支出も減りました。まさに私が期待したとおり、費用を抑制するという方向に動いたのです。ただ、残念ながら労働党政権になるやいな

や、これが除去されてしまったわけです。その後、労働党政権が発展していく中で、この制度をなくしたことによってどういう問題が生み出されているのか気が付いてきました。そして、私がまた政府で働き始めたときに再び導入することができました。しかし悲しいことに、すでに熱意が失われてしまっていました。最初に始まったときには本当にGPでも熱心なGPが多かったのです。ところがその熱意が、いったん制度がなくなった間に失われてしまったのです。まだその問題を抱えております。もう一度導入を図って、さらにこれを推進していきたいと思っています。

司会 どうもありがとうございました。

それから、実はシェーラー先生に会場からまた質問が一つございます。先ほどの一人当たりGDPと医療費との分析に関してなのですが、その分析の中で、少子高齢化の影響はどのように出てきていると考えられるかというご質問です。

シェーラー 時間が経過するにつれて医療費の高騰は予測ができるはずですが。高齢化があれば当然医療費は上がることが予想されます。現在総合的なインパクトを計算しようとしています。しかし先のことを予測するとき、年齢別の医療費の増大を予測することは間違っていると思います。今のところは一人当たり何ドル使っている、この人は70歳で今、何ドル使っているから、30年後には高齢化が進むとこれは同じだけ増えるであろうと考えられるほど単純ではないのです。なぜかと言えば、その相関関係がまだはっきりしていないからです。ほとんどの医療における支出は、亡くなる1～2年前の時期に集中します。例えば70代では亡くならず80歳まで生きるのであれば、一番コストが掛かる時期も先送りになります。ただ、GDPが増えていなくても医療費の支出は1～2年の間に大体1%増えていました。そこで直ちにこの医療費の支出をどうコントロールをするか、あるいはその増え方、加速の度合いをどうコントロールするかということは、高齢化とは関係がありません。むしろこれは医療マーケットの性

質を十分に理解していないことから出てくる問題です。確かに高齢化が進んでいくとより多くの資源を医療制度に投入する必要は出てきます。もちろん日本がなさっているように急性期医療の医療機関(acute care facility)が乱用されないようにしなければなりません。また社会的入院を野放しにしてはいけません。それによって医療制度自体も高齢化社会のニーズに適応させていく必要があります。ただ、そのような変化を起こしていく際にも、ほとんどの国であれば能力の範囲内で行えるはずですが。したがって、政府が直面している課題は、それ以外のところにあると思います。

司会 どうもありがとうございました。

京極所長にご質問をさせていただきたいと思えます。先ほどからいろいろ地方分権の話、それから利用者の選択権のお話があります。最初の基調講演の中で京極所長が言われた中にもそうした点があったかと思えます。介護に関しての利用者の選択、それから地方分権という形です。そこら辺について、もう少し詳しくお話をいただければと思います。いかがでしょうか。

京極 介護保険に関しましては、先ほど十分に触れられなかったのですが、日本の場合、ドイツの州単位と異なり基礎自治体の市町村主義を取っております。ただ、市町村で単独でやっているわけではなくて、例えば税においても国がその半分を持って、あとは都道府県と市町村で4分の1ずつを持ち合うということでやっていますが、権限としては市町村が責任を持ってやるという形になっています。

介護の場合はそれでいいのですが、問題は医療にあります。後期高齢者医療は都道府県主義になりましたが、私は国民健康保険についても将来的には広域化、ないしはさらに都道府県単位でやっていくのが望ましいのではないかと考えています。私は医療計画などに携わったことがあります。大きな病院というのは市町村主義ではあり得ないわけでありまして、ある一定の中心地域で病院が広域的役割を果たしています。そうすると、

市町村主義でやっている国民健康保険というのはそれとフィットしないわけです。介護の場合はそれでいいのですが、医療では問題になります。だから、もちろん市町村の協力がなければできませんが、かなり広域的な病院については、ユニットとしては都道府県主義にしていくことが必要です。このことは、私は地方分権化に反しないと思います。国から地方へ権限を移譲していくということが地方分権化の基本的なことであって、それをさらに市町村にやれば何でも地方分権化が進むということではあり得ません。先ほどルグラン先生のお話にもありましたが、むしろ国民の声が反映できるような、“Voice”の問題をもっときめ細かく医療の制度のあり方に入れていくということが重要だと思います。各病院においてももっと住民の声が反映できる形にしていく。ただ、ユニットとして、小さければ小さいほどいいというようには考えていません。

もちろん、このことは病院医療を中心にして重装備の形の医療を進めればいいということではなく、病院医療と在宅医療の車の両輪をどうしていくのかを考える必要があります。今は病院の車が大きすぎ、在宅医療の車が小さすぎる状況です。したがって、在宅医療の車をもっと大きくして、車の両輪として真っすぐ進むようにしていく時期に来ているのではないかと考えております。

司会 どうもありがとうございました。

井伊先生、どうぞ。

井伊 今の京極所長のお話にも私も全く同感で、医療に関しては都道府県単位という形で考えていくべきではないかと思っています。日本の医療費は、誰の負担になるのかという財政的な帰結が明らかではないというところに問題があると常々思っています。医療費の問題は深刻だとみんないろいろなところで感じてはいるのですが、今の制度ですと、自分たちの医療費を下げれば自分たちが支払う保険料や自治体の負担が下がるという仕組みになっていません。国保の仕組みでも、三位一体改革における数合わせと言えるのかもしま

さんが、都道府県の負担が初めて導入されて、結果として都道府県が医療費の問題に真剣に取り組むインセンティブになったように思います。介護保険は、最初の設計から市町村と都道府県の役割が明確にされていましたが、医療保険制度も参考にすべきであると思います。

日本の医療制度を考えたときに、ファイナンスの方は診療報酬など公的な制度で非常に厳しく決められています。一方で供給側は自由標榜制であったり、先ほど南さんがご指摘されたようにMRIであるとかCTスキャンであるといった高額な医療機器が自由に導入されています。県内で高額な医療機器を適切に配置するとか、予防行動を実施するとか、医療機関を適正に配置するといった意味でも、やはり都道府県の役割は非常に大きいと思います。小さい県でしたら二つの県で協力するというところもあると思います。

知事会などから大変反対の多いところですが、市町村ではあまりにも小さすぎますし、かといって国が一括にというわけにはいきませんので、私もやはり都道府県単位の役割であるべきだと考えています。リスクの分散といった保険の本来の役割を考えた上でも、都道府県の役割はこれからますます大きくなっていくと思っています。

司会 どうもありがとうございました。

郡司先生、どうぞ。

郡司 私は今の井伊先生のお話と同じ意見です。最初に申し上げましたように、戦後、日本で公立病院のネットワークをつくらうという構想ができたとき、一番中心にはリージョナルホスピタル、広域病院を置こうということになりました。その単位は人口100万人でした。医学教育まで考えると人口100万人ないと十分な症例が集まらないからです。現在の日本では大体1県1医科大学ですから、そこは実現しています。しかしその下の、さらにその下、ルーラルホスピタルと言っていた部分、特にプライマリーケアの部分で混乱しているというのが私の意見です。そして、市町村は無理です。私は鹿児島県で働いていたことがありま

すので、離島の小さな村があるのを知っています。人口2,000人といた小さな村が市町村のレベルです。一方で横浜市は300万人ですが、これでは全市町村が同じことはできません。したがって、医療を市町村に下ろすということではできません。やはり県単位で考えるということが適当だと思います。重要なことは、ケアの領域からは道州制は出てこないということです。

司会 どうもありがとうございました。

ルグラン先生、ご質問させていただいてよろしいでしょうか。今、日本のパネリストから医療と、地方分権、住民の参加という話が出ました。イギリスの場合もともと医療は国営という形ですが、そこに対する住民の意見の反映、もしくは地方自治体との関係など、何か改革が進んでいる部分もあるのでしょうか。

ルグラン はい、あります。そして大きく失敗をしてきました。幾つか試みが行われました。システムの“Voice”，意見の反映、改善するための試みがたくさん行われました。いろいろな特別の例えば委員会や、評議会、フォーラムをつくってNHSに意見を反映させようという試みが行われたのですが、すべての試みが失敗しました。なぜならば、リタイアした医師であったり看護師であったりする人たちが場を支配してしまうからです。したがって、うまく機能しませんでした。そして、足を運んで会議に参加した人々、委員会に出た人たちは、いらいらして帰ってしまうのです。病院側もいらいらしてしまうということでした。ただ一つ、ある程度うまくいったケースがあります。それは、患者が病院の理事会のメンバーとなった場合です。病院によっては理事会の理事に患者も入れるということがありまして、これは割とうまくいったケースです。“Voice”よりも“choice”だという理由はそこにあります。それは、この“Voice”，意見を反映させる手段というものは、うまくつくるのはほとんど不可能だからです。医療提供者、例えば病院などが人々に対応を良くするということの効果を発揮させるのがな

かなか難しいという状況があります。一方、“choice”，選択の方が機能します。病院としては、患者からの声を聞かなかった場合には選択されないという意味では、非常に強い道具になるわけです。単に委員会があって、そこで声を聞くというよりはパワフルになるわけです。したがって、全体的に言えばやはり“choice”という道具、この“choiceとcompetition”（選択と競争）の方がVoiceよりもうまく機能するのだと思います。

司会 どうもありがとうございました。

南先生、どうぞ。

南 私もルグラン先生に伺いたいと思ったことがあります。先ほど過剰診療のことをおっしゃいましたが、私は医療費を抑制するというを目的にすることはおかしいと思っています。高齢化し、医療が高度化する中で、抑制を目的化してしまっているような現状は本末転倒でないかと思うのです。ない袖は振れないという財政当局の気持ちも分からないでもないで、負担と給付ということはきちんと考えていかなければいけないことは当然です。しかし民間主体の病院が自分のところを重装備にして、競合し合って、医療の質で患者さんを取り合うということになります。これによりどうしても、非常に高価な機械を買えばそれを使用しなければならぬということになります。使用せず置いておくことももったいないことです。そうすると、例えば今、腎透析は医療費にして1兆円にもなりますが、そのようなものをドル箱にするような病院も出てくるわけです。そのところでどういうチェック機構があるかという、イギリスではGPの方に予算を持っていたり裁量にまかせていけるわけですね。それも一つの方法だとは思いますが、日本の場合、すぐにGP制度というわけにはいかないと思います。何かアイデアがあるものであれば教えていただきたいというのが一つです。

もう一つ伺いたいのですが、介護保険に関しては、2000年に日本はドイツをお手本にして制度

をつくりました。しかし先ほども申しましたように、医療と介護はどういう関係なのかということにいまだに答えは出ていません。非常に乱暴な言い方をすれば、医療というのは治すもので介護は支えるものだという言い方ができると思うのですが、そこはもう密接不可分だと思うのです。制度は別でもいいのですが、やはり何らかのコーディネーターがなければ全くうまくいかないと思います。、ジュリアン・ルグラン先生のイギリスなり、ピーター・シェラー先生のお住まいのフランスなどでは、介護の部分についてはどのようになっているのかを、簡単に結構なのですが、教えていただきたいと思います。

司会 それでは、ルグラン先生、よろしければお願いいたします。

ルグラン まず二つほど簡単にコメントしたいと思います。まず1点ですが、どのように医療費を抑制するのか、それから過剰診療ということでしたが、そして適切な技術をどう利用し、提供していくのかは、おっしゃるとおり非常に深刻な問題だと思います。イギリスの機関でまだ話題に上がっていないのが、National Institute for Clinical Excellence, NICE (国立最適医療研究所) と呼ばれる機関です。NICE というのはエコノミストのグループ、専門家である経済学者のグループの集まりです。政府に認定されて、異なる治療、異なる医薬品、異なる技術のコストを算定するという仕事をしております。そして、このNICEには、一定のバリア、障壁が設けられています。このバリアとなる数値を超えると、かなりのコスト負担になるような仕組みになっています。またそのバリアは、効果の度合いによって変わってきます。ですから、コストが非能率的である、非効果的であるということになりますと、NHSはサービスの提供者に対して支払い、すなわち還付をしません。この制度は医療費抑制の非常に強力な武器、手段になっています。政治的にもいろいろと論争を呼んでおり、裁判所に訴えられたりもしています。例えば彼らはアルツハイマー薬への資

金負担を拒絶した、コスト効果がないと言っているとして訴えられたりしています。このようにいろいろな問題ははらんでいいるものの、ほかの多くの国々も関心を寄せている制度です。日本でも検討される価値があるかもしれません。

繰り返しになりますが、介護については問題を抱えています。イギリスでも、医療と介護の間の連携は必ずしもうまくいっていません。ただし、二つほど革新的なお手本を申し上げることができると思います。一つのアイディアとして、例えばある高齢者が病院に入院しており、そろそろ退院する時期になっているとします。ところが、いわゆる社会保障の制度、社会的ケアの制度では、例えば老人ホームに空きがない、あるいは在宅ケアなどが得られないといったような問題にぶつかったとき、病院は社会的ケアサービス、社会福祉に対し、病院にとどまらせるコストを請求する権利が発生します。病院のコストはかなり高いわけですが、社会的ケア、社会福祉の側でも何らかの制度、サービスを提供しなければならないというインセンティブが働くわけです。日本でも高齢者がやはり長期に入院をさせられてしまっている、いわゆる社会的入院という問題があるということはよく承知しております。このように病院がいわゆる社会ケア、社会福祉の方に料金を請求する権利を持つということもいいアイディアかもしれません。

それから、既にこれは日本でも実行されているかもしれませんが、もう一つの工夫があります。高齢者にサービスを提供するのではなく、代わりにお金を与えるというものです。お金をどう使うかは、高齢者自らが決めることになります。前回日本に参りましたときに、社会保険制度との絡みで議論されていると伺いました。もし間違っているならば正していただきたいのですが、日本の制度で提案されたのは、高齢者がサービスを現金で買うというものでした。これは日本のフェミニストによって反対が出たとのことでした。高齢者が現金をもらって娘たちと暮らすようになるという聞きました。それが本当かどうか分かりませんが、もしそうだとするならば確かに問題でしょう。やはり

お金を与えてそれで済みますというのは問題かもしれません。

司会 シェーラー先生、どうぞ。

シェーラー 少し距離を置いて発言をしなければなりません。フランスのことなのですが、あまりフランスのことをきちんと見てきたわけではないという言い訳をしたいと思います。フランスでは日本やイギリスと同じような問題を経験しています。フランスでも高齢化していく中で、より多くの人たちが療養型の治療を必要としています。ただ、フランスの場合は日本よりは問題ではないかもしれません。社会的入院は日本ほどではないと思います。病院もかなり高いコストが掛かりますのでコントロールも十分に掛かっていて、日本ほど在院日数は長くはありません。しかし、療養型の施設に入所した場合には財源のシステムが違っています。これまでのフランスの政府は、ドイツ型の介護保険制度を導入するとコミットしてきました。しかし今では日本のようなものを導入すると言っております。ここで先にお見せしたグラフを思い起こしていただくと、急性期治療のコストは全くコントロールができておらず、そのためフランスでは、納税者あるいは事業所に対して追加的な社会保障費を出して介護制度を上乘せることができている状態です。そういうことで行き詰まっています。フランスでは公的財源を増やしています。しかも、ニーズが必要な人たちには要介護の分類制度がありますし、重度の障害がある人、特に集中ケアが必要な人に関する分類があります。ただ、資産テストもあります。フランスのナポレオン法典は一部のアジアの国々の法律と同じで、究極的には家族が責任を問われて、家族がお金を持っているのであれば給付はしないという精神があります。日本とは違うかもしれませんが、フランスの場合では市町村が当初に必要なニーズを提供します。家族がお金を持っており、貧窮していないのであれば、必要であれば裁判に訴えてでも、その支給を受けた人たちに対して、*pension alimentaire* という民間任意保険に加入せ

よと言われます。そして、市町村に償還するよう訴えることは可能です。これはもちろん社会的には大きな負担です。いきなり想定しなかったような高負担が掛かってくることもあります。しかし、なぜフランスの歴代の政権はドイツのような社会保障制度を導入ができていないのでしょうか。扶助のアプローチも取っているし、併せて、この際、お金を持っている家族にも依存しようというハイブリッドが続いてしまっているのです。多大なる努力が行われて在宅ケアは改善していますし、入所率をなるべく上げないようにしています。なぜかと言えば、そもそも入所は大変コストが掛かるからであって、その抑制の努力は行われているのですが、結局財源の問題が残っています。したがって、フランスでも十分な対応がまだできていないのが現状です。

司会 京極所長、どうぞ。

京極 先ほど南さんのコメントにちょっとあったのですが、若干訂正というか、実は1993年に当時の東京大学の大森彌教授を中心に、私も含めて10人の高齢者介護・自立支援システム研究会というものがつくられました。そこで介護保険の基本構想が練られたわけです。起草委員長は私です。そのときに、ドイツの介護保険はまねしないということにしたのです。ドイツは州ごとにやっていますが、日本は市町村ごとにやっています。ミュニシパリティ (*municipality*)、つまり住民に身近な基礎自治体でやるということです。もう一つは、ドイツは現金給付かサービス給付で選択できるのですが、日本の場合は、先ほどルグラン先生からもありましたが、いろいろな理由からサービス給付に限定しました。運用上、バウチャーなどを入浴サービスに使ったりしているところがありますが、基本は医療保険と同じようにサービス給付という形でスタートしました。今、順調に介護保険は進んでいますので、結果的にはそれで良かったのではないかと思います。医療においては現金給付の形は恐らく一つも取られていないと思います。例えば生活保護の医療扶助について

も、あくまでかかった医療についてお金を渡すということになっています。したがってわが国の場合、サービス給付に対する対価として介護保険からお金が払われるという形を取り発展しています。ただ、スタート時点において、介護保険と医療保険が二重給付を受けないようにということを強調しすぎてしまいました。在宅医療の推進という点では連携して地域で介護が必要な人、医療が必要な人が生活できるようにといった工夫がもっと必要だったのですが、これはこれからの課題だと思っています。

司会 どうもありがとうございました。
どうぞ、郡司先生。

郡司 このシンポジウムは新しいアプローチとして準市場がはたして妥当なのかどうかということが中心的なテーマだと思うのですが、やはり現実に引きずられて、現実の制度の話になってしまっています。もしまだ制度の改革をする場合に規制緩和ということを言うのであれば、それはルグラン先生の言い方をすれば、利己の人間の方向へ持っていくと効率化が進められる、質が向上するという、そういう議論だと思います。準市場というのはホモエコノミクスというような単純なモデル化はしません。もう少し人間の価値観とかを取り入れて政策を実行していこうということですから、私はケアの領域では非常にまっとうな、自然なアプローチだと思っています。

ただ、それにもいい面と同時に悪い面もあるかなと思います。ここからはルグラン先生に対する質問になるかもしれないのですが、準市場には弱さがあると思います。それは、モデル化できないから、どうなるかということの予想がつかないという点です。市場モデルだったらモデルを分析すると結果の想像がつかます。しかし準市場の人間のモチベーションは、果たして本当にそうなるのかどうかということが保証の限りではありません。例えば私はイギリスの制度改革の懸念として、プライマリーケアトラストとか、ケアトラストが官僚化するのではないかと、政府のエージ

メントになってしまうのではないかと、あるいは今の状態だと Exit Power が失われて、結局“Voice”，民主制が弱まってしまうのではないかと、思っています。これは結局はケアの質の悪化につながるのではないかと思います。このようなことを実証的に調べていかなければならないのではないかと思います。その辺の方法論について、準市場による政策の進め方には弱さもあるのではないかと、ということをルグラン先生に質問としてみたいと思っています。

司会 ルグラン先生、お願いできますか。どうぞ。

ルグラン おっしゃるとおりです。確かに大きな問題が準市場には付きまといまいます。その幾つかについてはもう議論をしました。例えば情報の問題、さらには病院が失敗したらどうしたらいいのか。それから官僚主義の増強、それらの危険性はあると思います。もう一つ、今、実験をしているアイデアがあります。今、患者に現金を与えるという実験を始めております。特に長期療養している患者、例えば糖尿病の患者には十分な資金、例えば1年分の治療分を与えて、もちろんアドバイスは行われますが、必要な決定を自らしてもらいます。このことによって官僚主義をある程度避けられるのではないかと考えています。例えばプライマリーケアトラストなどの問題も避けられるのではないのでしょうか。

いろいろと問題はありますし、私としても問題がないふりをするつもりはありません。基調講演の中で申し上げましたが、準市場は医療にかかわるすべての問題への完璧な答えにはなり得ません。しかし、すべてとは言いませんが、ほとんどのほかの方法と比べると、準市場モデルの方が問題は少なく済むのではないかと、ということをお願いしたいわけですが、問題を克服する方策については、やはり検討すべきでありましょう。

社人研の方で、そういう研究を進めていただければと思います。今回の会議を主催していただきましたが、将来の取り組みとして、ぜひ社人研に

もお願いしたいと思います。私の方も支援を惜しまないつもりです。

司会 どうもありがとうございました。

【閉会挨拶】

西山 裕

そろそろ時間も終了の時間にまいりました。まだ議論は尽きないところがございますが、よろしければ、私から最後のごあいさつを兼ねまして、簡単な今日の議論のまとめをさせていただければと思っております。

基調講演のシェラー先生のお話にもございましたが、医療や介護につきましては、各国それぞれいろいろな伝統、いろいろな社会経済情勢の違いなどを反映していろいろな制度があります。

例えばイギリスでは先ほどから話がありますナショナル・ヘルス・サービス、これが無料の国営医療制度です。仕組みとしては現代でも国民の強い支持を受けているということを知っております。他方、介護では、イギリスについては介護等の社会サービスは地方自治体が担ってきているという伝統があると知っております。

これに対して日本では、医療は、先ほど話がありました、非営利民間の診療所及び病院が多く、いわゆるフリーアクセスの仕組みが通ってきたところがある。介護につきましては先ほどからお話が出ております介護保険の制度ができたということがあろうかと思っております。

ただ、こうした制度の違いはあるにもかかわらず、やはり両国において社会保障制度改革の進め方ということについて共通の傾向といえますか、共通の理解ができるところがあるのではないかと思っております。

それを私なりに申し上げますと、一つは、医療・介護のサービスについて、画一的な提供ということではない、やはり利用者のニーズを踏まえて多様なサービスを利用しやすい形ということ

がまず第1にあるのではないかと。第2に、それが過大な費用が掛かってしまえば制度としては運営できない。やはり効率的にそれが働く必要があるのではないかと。この二つの点ということになるのかなと理解しております。

ただ、その方向を実現するときに、いわゆる市場原理主義という言い方が正しいのかどうか分かりませんが、ただ規制緩和というだけではうまくはいかない。やはり価格による需給調整は難しいという先ほどの話もありました。そうした意味では、やはりいろいろと工夫をしていかなければならない。そうしたときに、例えばイギリスでは先ほどから話がありましたように、GPにサービスの選択権を与える、もしくはご本人にサービスの情報を出して選択権を与えるということによってサービスの質の向上を図る、ルグラン先生によれば、選択と競争という形でのアイデアが出てきた部分があるのではないかと考えています。ただ、この選択と競争、準市場等のアイデアを実施していくときに、幾つか条件というか、これがなければうまく機能しないというものはやはりあるのだろうと思います。それが、恐らく私としては大きく考えると二つだと思っています。一つは、いわゆるアクセシビリティの問題、もう一つは、やはり選択を適正に行うことができるか、ということではないかと考えています。

まずアクセシビリティの関係では、当然、物理的な意味で利用できるものがなければいけないというサービス体制の整備の問題があるのですが、もう一つ、経済的な意味でもやはり利用ができなければいけない。利用料が高すぎてしまったりすると利用できなくなる。そうした意味でいくと、利用料負担への補助ですとか、先ほどもお話が出ていますバウチャーといったものもあるのではないかと考えています。

もう一つの点につきましては、先ほど郡司先生のお話がありました、いわゆる医療や介護における情報の非対称性という問題があります。利用者自身が自分にとって、どのような治療や介護がいいのかというのはなかなか分からないところがある。これを克服して利用者が適切な選択をするこ

とができるようにする。どんなサービスがあって、自分がどんな治療を受けることがいいのかということについての情報提供が行われることが不可欠である。これは非常に重要な点であるのではないかと考えています。

そうした意味では、先ほどから話がありました、家庭医、総合医などの、ゲートキーパー的な役割はやはり必要になってくるのではないかとということです。そうしたゲートキーパーと専門的な医療を行う病院との連携が医療については必要と becoming くるのではないかとということです。

それから、介護につきましても、これは特に今、日本の制度ではケアマネージャーという制度があります。これが、やはりその役割をきちんと果たしていくこと、そして、それを保険者たる市町村がサポートしていくということが必要であろう、そういったことと考えています。

それから、あともう一つは、こうしたきちんとしたサービスが提供できるためには、先ほどから地方分権の話がありますが、やはり国民に対する情報開示がきちんとなされて適正な意見が反映されるという部分がなければいけないのではないかと考えております。特に医療の場合には専門性が高いということがあります。これは日本だけの問題ではなく、各国どこでも恐らくお悩みになっているかと思いますが、これはやはり大きな課題であるのかなと。こうした形の話が全体としてはあったのかなと私としては理解しているところです。

このような主張、先進諸国における社会改革の

方向について、先ほどルグラン先生からお話もございましたように、私ども社会保障・人口問題研究所におきましても、今後、さらにいろいろな研究を進めていくことができればと思っております。

本日は長時間にわたりましたが、このセミナーをこれで閉じたいと思います。このセミナーにご参加いただきまして、皆さま、どうもありがとうございました（拍手）。基調講演をしていただきました先生方、それからパネリストを務めていただいた先生方に対しまして、皆さま、拍手をよろしくお願いしたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

(Julian Le Grand ロンドンスクール・オブ・
エコノミクス教授)

(Peter Scherer OECD 雇用・労働・
社会問題局医療課長)

(きょうごく・たかのぶ 国立社会保障・
人口問題研究所所長)

(いい・まさこ 一橋大学国際・
公共政策大学院教授)

(ぐんじ・あつあき 聖学院大学大学院
人間福祉学研究科教授)

(みなみ・まさご 読売新聞東京本社編集委員)

(かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題
研究所社会保障応用分析研究部長)

(にしやま・ゆたか 国立社会保障・人口問題
研究所政策研究調整官)

夫の家事育児参加と出産行動

小 葉 武 史
安 岡 匡 也
浦 川 邦 夫

概 要

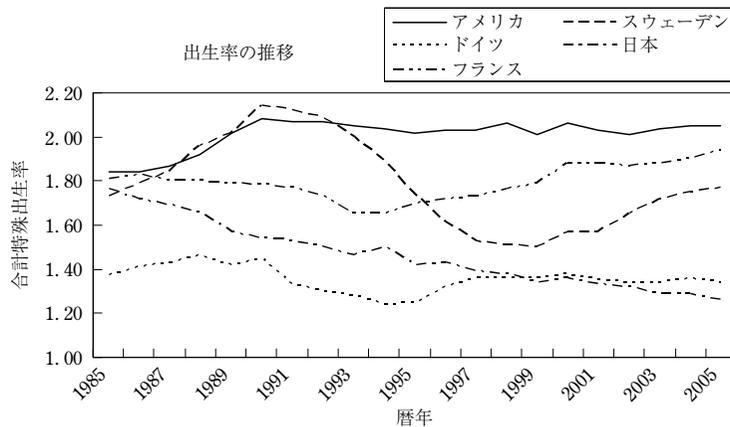
本稿では、夫の家事育児協力の要因について、日本家族社会学会の「家族についての全国調査、2004」の個票データを用いた計量分析を行い、労働市場における夫婦間の比較優位、労働市場での活動に関連する夫の時間制約、性別役割分担意識の効果が、互いにどのような影響を及ぼしているのかについて分析を行った。推定結果からは以下のことが明らかとなった。第1に、夫の家事育児に対する全般的な協力は、世帯所得、妻の就業状態等の各種の変数をコントロールした場合においても、「子どもをもう一人持ちたい」とする希望にプラスの影響を与えている。第2に、夫の全般的な家事育児協力の規定要因に関しては、夫婦間の労働市場における比較優位（夫婦間の賃金格差）が影響を与えている。一方で、育児協力を重点をおいた変数については、夫の労働時間や通勤時間など、労働における様々な時間制約がマイナスの影響を与えている可能性が示された。男性についての育児休業取得の推進など時間制約を緩和する政策は、夫の家事育児協力を引き上げるという点で有効な施策であると言える。

I はじめに

わが国は近年、人口構造の急激な変化に直面しており、とりわけ少子化への対策が重要な政策課

題として議論されている。厚生労働省の「平成19年人口動態統計（確定数）の概況」によると、2007年の合計特殊出生率は1.34であり、2006年の1.32と比べていくぶん持ちなおしたものの、依然として低い水準が続いている。アメリカ、ドイツ、フランス、スウェーデンなど、他の主要先進国との比較で言えば、90年代前半の出生率は、日本と同様にどの国も減少傾向にあった。しかし、近年フランスやスウェーデンなどいくつかの国では、出生率が上昇に転じるなど、特徴的な動きが見られている（図1）。

90年代前半において、先進国で出生率が減少してきた理由としてはさまざまな要因が考えられるが、とりわけ女性の労働市場への参加が進む中で、出産・育児に伴う機会費用が増大した点が、重要な原因として指摘されてきた。理論面ではGalor and Weil〔1996〕などの分析があり、実証面では、滋野〔1996〕、高山〔1999〕などにおいて、女性の賃金上昇が、出産・育児の機会費用を高め、出産確率を低めている可能性が報告されている。ところが、女性の労働参加率が拡大を続け、男女間賃金格差が縮小する中で、90年代半ば以降には、むしろ出生率が上昇に転じる国がいくつか現れ始めた。Sleeboos〔2003〕は、このような国々の特徴として、女性が仕事と出産・育児を両立できるような環境を充実させている点を指摘しており、Apps and Rees〔2004〕やMartínez and Iza〔2004〕らの研究でも、保育サービスの整備されている地域において、女性の労働参加率



出所) 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集 2008」。

図1 合計特殊出生率の推移

と出生率の間の負の関係が見られなくなる、といった主張が理論的な分析に基づいて報告された。また、日本においても、加藤〔2000〕や滋野・大日〔1999〕は、保育サービスの存在が出生率に正の影響を与えることを指摘しており、滋野・松浦〔2003〕は、妻が育児休業制度の存在する企業に勤めている家計においては、第一子出産確率が20%程度上昇することを示している。

ところで、仕事と育児の両立にむけた環境整備に対する政府・企業・地域等の支援とあわせて重要と考えられるのが、妻にとってもっとも身近な存在といえる夫の協力であろう。夫の家事育児への協力の程度が夫婦の追加予定子ども数に対して与える影響を論じた代表的な分析としては、松田〔2005, 2006〕、藤野〔2006〕が挙げられる。藤野〔2006〕では、マイクロデータをもとにして、夫の家計内生産活動（家事や子どもの遊び相手になる、など）が夫婦の追加予定子ども数に有意にプラスの影響を与える点を実証している。また、理論的な分析として、Beckerモデルを応用した坂爪〔2007〕があり、男女間賃金格差が縮小し、男女間の育児時間の代替可能性が高まるケースにおいては、女性の労働供給、男性の育児参加、子どもに対する需要の3変数の増加がともに達成される可能性が高い点を示している。このように、夫の家計内生産活動が、追加予定子ども数に与える影響に注目が集まる中で、改めて、どのような制

約が夫の家計内生産活動の障害となっているかを検証することは有意義であると考えられる。

夫の家事育児参加の規定要因としてまず挙げられるのは、Becker〔1965〕を先駆とする家計内分業のメカニズムの理論で指摘される、労働市場における夫婦間の比較優位、すなわち男女間賃金格差であろう。労働市場において未だ男女間賃金格差が存在する現状を所与とするならば、単位時間あたりでより多く稼げる夫が市場での労働を中心に行い、妻が家事育児労働を中心に行うことは、少なくとも経済学的には合理的な分業の形態と言える。

夫の家事育児参加の決定要因を分析した、松田〔2002〕、水落〔2006〕などの研究においても、夫の労働時間や通勤時間、性別役割分業意識の有無などの変数とともに、夫婦間の収入や学歴の差がさまざまなケースで大きな効果を生じている点が示されている。しかしながら、女性の労働力参加が進み、男女間賃金格差が縮小傾向にある中で、わが国では未だ男性の家事育児参加が低い水準にとどまっている。そこには、夫の労働時間についての強い下限制約があることや、「夫は働き、妻は家庭を守る」といった性別役割分担意識に夫のみならず妻の方も縛られている、といったわが国独特の問題があるかもしれない。このような外生的あるいは精神的な制約が夫の家事育児参加を妨げているとするならば、それらの制約を緩和する

ことで、夫の家事育児参加を促進し、しいては出生率を改善できる余地があるかも知れない。

そこで、本稿では、夫の家事・育児協力の要因について個票データを用いた計量分析を行い、労働市場における夫婦間の比較優位、労働市場での活動に関連する夫の時間制約、性別役割分業意識の効果が、互いにどのような影響を及ぼしているのかについて分析する。

本稿の構成は以下の通りである。まず、第II章では、夫の家事育児協力が「子どもを持つことに対する希望」に与える影響について個票データを用いて分析する。本稿では、家事育児協力に関連する各種の変数の総合的な効果をより詳細に抽出するため、主成分分析の手法に基づいて推定された変数を使用した分析を行う。第III章では、家計にとっての最適な家事育児分担と労働市場における夫婦間賃金格差の関係について、夫の家事育児協力が実際にはどのような要因で決定されているのかをデータを用いて分析する。第IV章は本稿の分析によって得られた結果をまとめる。

II 夫の家事育児協力と出産行動

1 データ

本稿では、データセットとして、日本家族社会学会全国家族調査委員会による「家族についての全国調査、2004」を用いる。当該データセットは本稿で議論したい夫の家事育児協力に関する変数について、「食事の準備」「食事の片付け」「買い物」「洗濯」「掃除」「子どもと遊ぶ」「子どもの世話」など、細かく分類されている点が特徴である¹⁾。また、各家計内労働に対する夫の協力の有無だけでなく、一週間あたりで見て、夫が何回、妻が何回その家事労働を行っているのかという情報が含まれており、家事育児協力についての詳しい指標化が可能である。調査対象は28歳から77歳までの男女で、全サンプル数は6,302人である。ただし、本稿においては出産行動の分析を行うため、既婚者でありかつ、妻の年齢が出産可能年齢（15歳以上、49歳以下：合計特殊出生率の定義に準拠）であるサンプルに分析対象を限定す

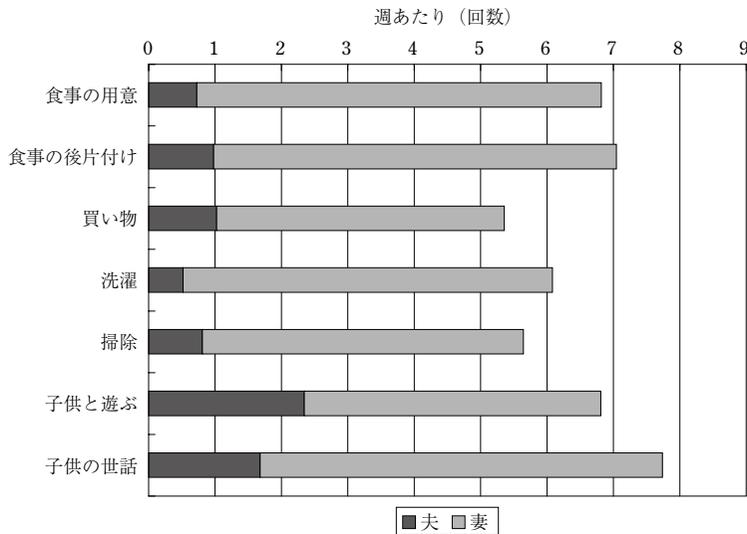
る。さらに、説明変数や被説明変数に「夫の育児協力」の変数を用いるために、子どもが一人以上いる家計に限定したサンプル（ $n=1,405$ ）を用いた分析を行った。また、夫婦間賃金格差を説明変数に用いる場合には、共働き家計にさらに限定したサンプル（ $n=591$ ）を用いた。

2 推定手法

最初に、藤野〔2006〕と同様、夫の家事育児協力が出産行動に与える影響について分析を行う。本調査には、「子供を追加的に持ちたいと思う希望」について尋ねている設問があり、この設問に対する回答結果を分析に用いることとする²⁾。具体的には、「問24 子供を（もう一人）欲しいと思いますか」に対する回答を被説明変数とし、夫の家事育児協力の程度を示す変数である「食事の準備」「食事の片付け」「買い物」「洗濯」「掃除」「子どもと遊ぶ」「子どもの世話」の効果について、計量的な手法に基づいて検証する。ここで、「子どもを（もう一人）持つことに対する希望」の質問に対する回答は、「絶対ほしくない」「あまりほしくない」「どちらとも言えない」「ほしい」「絶対にほしい」の5段階の選択肢であるため、本推定では、この5段階の選択肢に対して、 $-2, -1, 0, 1, 2$ をそれぞれ当てはめて被説明変数とし、順序プロビット推定によってパラメータを推定する。また、夫の家事育児協力に関する変数に加えて、妻の就業の有無に関するダミー変数、妻の年齢、妻の年齢の二乗、妻の学歴に関するダミー変数、既存の子どもの数、父母同居、祖父母同居の有無に関するダミー変数、世帯所得をコントロール変数として使用する。これらの変数の記述統計量は表1のとおりである。夫の家事育児協力変数については、夫の週あたり家事育児回数を夫婦の週あたり家事育児回数（合計値）で除した値として定義する。図2は、夫婦間の家事育児労働について、週あたりの平均負担回数を表したものである。夫の家事負担は週に一回程度、育児負担は週に二回程度と低く、家事育児労働の多くの部分を依然として女性が負担していることがわかる。

表1 記述統計

単 位		平 均	標準偏差
妻が出産可能年齢であり子供が一人以上いる家計 (n = 1405)			
子供がもう一人欲しい	5段階ダミー (- 2, 2)	-0.298	1.224
妻：就業中	ダミー	0.511	0.500
妻：年齢	歳	36.93	5.34
妻：学歴	4段階ダミー (1, 4)	2.717	0.721
既存の子供の数	ダミー	1.976	0.749
父母同居	ダミー	0.241	0.428
祖父母同居	ダミー	0.016	0.012
世帯所得	百万円	3.41	3.38
解答者が女性	ダミー	0.585	0.493
妻が出産可能年齢であり子供が一人以上いる共働き家計 (n = 591)			
夫婦賃金格差	対数差分	1.010	0.830
夫婦学歴格差	対数差分	0.072	0.350
夫：労働時間	時間	10.063	1.917
夫：通勤時間	時間	0.553	0.450
妻：労働 + 通勤時間	時間	6.796	2.457
家庭は女性 (Yes)	5段階ダミー (- 2, 2)	-0.663	1.338
育児は女性 (Yes)	5段階ダミー (- 2, 2)	0.219	1.491



注) 使用データ：「家族についての全国調査，2004」。全サンプル：妻が出産可能年齢である家計，「子供と遊ぶ」「子供の世話」については，妻が出産可能年齢であり一人以上の子供を有する家計。

図2 夫婦間の家事育児分担

3 主成分の抽出

ところで，家事育児協力を表す変数については，各変数間の相関係数が高い点に注意する必要がある。表2に，夫の家事育児協力変数間の相関

行列を示したが，「食事の準備」と「食事の片付け」などは，セットで行っている側面があり，相関係数は.518とかなり高い値となっている。このような場合，説明変数間の多重共線性により重

表2 夫の家事育児協力変数間の相関行列

相関係数	1	2	3	4	5	6	7
1 食事の準備	1.000						
2 食事の後片付け	0.518	1.000					
3 買い物	0.445	0.404	1.000				
4 洗濯	0.426	0.453	0.336	1.000			
5 掃除	0.382	0.427	0.374	0.506	1.000		
6 子供と遊ぶ	0.172	0.147	0.212	0.118	0.203	1.000	
7 子供の世話	0.343	0.329	0.349	0.336	0.365	0.406	1.000

要な効果を見逃す危険があるので、各変数を総合した新たな変数を作成することが望ましい。本稿では一般的かつ統計理論に基づく手法である、主成分分析の手法を用いて、変数の加重和を作成し、家事育児協力変数とした。

主成分分析では、各変数の加重和により、互いに独立な新しい説明変数が定義される。具体的には、 K 個の変数 x_k から新変数 $z = \sum_{k=1}^K \lambda_k^* x_k$ を作成するときのウエイト λ_k^* を次のように設定する。

$$\lambda_k^* = \arg \max_{\lambda_k} V(z) \text{ s.t. } \sum_{k=1}^K \lambda_k^2 = 1$$

ウエイト λ_k は新変数 z の分散 $V(z)$ を最大化するように設定される。これはできるだけ多くの情報を元変数 x から抽出するための措置であり³⁾、このようにして得られた z は第一主成分と定義される。その後、元変数 x から第一主成分の影響を除いた残差について同様の操作を繰り返し、以下

第二、第三主成分が順に定義される。定義から明らかかなように主成分の個数は高々 K 個であり⁴⁾、互いに独立である。

表3には、第一から第七主成分が、元変数のどのような加重和によって構成されているかが示されている。第一主成分は全ての変数についてほぼ等しく正のウエイトが割り当てられており「家事育児全般に対する協力」を表していると解釈できる。この成分を本稿では「レベル成分」と呼ぶことにする。また、第二主成分は育児関連の変数に正のウエイトが割り当てられており、その他の家事関連の変数は負のウエイトが割り当てられている。この成分を「育児成分」と呼ぶことにする。主成分の重要性は対応する固有値によって計られるが、分析においてよく用いられる基準は、固有値1以上基準である。この基準に基づくと、第三主成分以下の重要性は低いと考えられるため、推定結果の解釈においては「レベル成分」と「育児成分」の係数を中心に見ていくこととする。

表3 負荷行列

	主成分						
	一	二	三	四	五	六	七
負荷行列	レベル	育児					
食事の準備	0.412	-0.191	-0.394	0.386	0.012	0.393	-0.579
食事の後片付け	0.413	-0.257	-0.161	0.455	0.165	-0.590	0.394
買い物	0.383	-0.018	-0.562	-0.694	0.003	0.050	0.233
洗濯	0.399	-0.275	0.484	0.027	-0.056	0.571	0.449
掃除	0.405	-0.110	0.505	-0.369	0.289	-0.335	-0.487
子供と遊ぶ	0.232	0.782	0.012	0.150	0.523	0.158	0.117
子供の世話	0.370	0.445	0.117	0.061	-0.783	-0.177	-0.059
固有値	2.059	1.066	0.725	0.596	0.542	0.485	0.461

表4 「子供がもう一人欲しい」の要因分析

順序プロビット分析

	子供がもう一人欲しい			
	全サンプル		回答者が男性	回答者が女性
(夫の家事育児協力：主成分)				
一 「レベル」	0.055 [3.38] ***	0.054 [3.32] ***	0.057 [2.19] **	0.052 [2.40] **
二 「育児」	0.074 [2.68] ***	0.071 [2.57] **	0.170 [4.04] ***	-0.005 [0.13]
三	0.017 [0.51]			
四	-0.019 [0.53]			
五	-0.080 [1.92] *			
六	-0.063 [1.51]			
七	-0.023 [0.54]			
妻：就業中	-0.030 [0.48]	-0.040 [0.65]	-0.020 [0.21]	-0.057 [0.63]
妻：年齢	-0.136 [1.77] *	-0.145 [1.90] *	-0.003 [0.03]	-0.333 [2.88] ***
妻：年齢×年齢	0.001 [1.14]	0.001 [1.22]	-0.001 [0.49]	0.004 [2.42] **
妻：学歴（中卒）				
高卒	0.175 [0.87]	0.183 [0.90]	0.356 [1.28]	0.118 [0.42]
短大卒	0.266 [1.33]	0.285 [1.42]	0.614 [2.18] **	0.129 [0.46]
大卒	0.213 [1.02]	0.231 [1.10]	0.478 [1.62]	0.093 [0.32]
既存の子供の数	-0.545 [12.12] ***	-0.549 [12.18] ***	-0.657 [8.66] ***	-0.482 [8.57] ***
父母同居	0.041 [0.58]	0.039 [0.55]	0.091 [0.83]	-0.001 [0.01]
祖父母同居	-0.074 [0.36]	-0.058 [0.28]	-0.334 [0.89]	0.090 [0.39]
世帯所得	0.005 [0.34]	0.006 [0.37]	0.007 [0.27]	0.004 [0.18]
回答者が女性	-0.202 [1.99] **	-0.191 [1.89] *		
サンプル数	1,405	1,405	584	821
疑似決定係数	0.10	0.10	0.11	0.08

注) 括弧内はz値の絶対値。有意水準：*10%，**5%，***1%。

全サンプル：妻が出産可能年齢であり子供が一人以上いる家計。

4 推定結果

表4では、「子どもを（もう一人）持つことに対する希望」を被説明変数とし、説明変数について、夫の家事育児協力に関する主成分変数を採用

して順序プロビット推定を行った結果を示した。子どもを持つ既婚者全体をサンプルにしたケースとともに、解答者の性別でサンプルを分けた推定も行っている。以下ではこれらを全体サンプル、

夫サンプル、妻サンプルと呼ぶことにする。

表4を参照すると、全ての場合において、家事育児への全般的な協力を表す「レベル成分」がプラスに有意であった。すなわち、夫の家事育児への全般的な協力が「子どもがもう一人欲しい」と答える確率を有意に引き上げることが示された。また、子どもを持つ既婚者全体のサンプルと夫サンプルにおいては「育児成分」についてもプラスに有意である。夫が子どもの世話に熱心であるほど「子どもがもう一人欲しい」と答える確率が高いという結果であり、藤野〔2006〕とも整合的といえる。なお、妻サンプルに限定すると「育児成分」が有意とならない理由としては、育児成分の構成において家事関連の変数のウェイトが全てマイナスであることが関係していると思われる。また、妻の就労の影響についてみると、いずれのサンプルにおいても、係数はマイナスであるが有意ではなかった。すなわち、既存の子どもの数や妻の年齢、世帯所得等の変数をコントロールした場合、妻の就労それ自体は「子どもを持つことに対する希望」に有意な影響は与えていない。なお、夫の育児協力の多寡によって、妻サンプルの妻就業ダミーの係数に大きな変化が見られるかを別に確認したが、大きな変化は見られなかった。夫の家事育児協力は妻の仕事と育児の両立を可能にすることを通じて「子どもを持つことに対する希望」に影響することも考えられるが、そのことを示す結果は得られなかった。夫の家事育児協力は妻の就業状態にかかわらず「子どもを持つことに対する希望」を直接高めていると考えられる。

また、世帯所得に関しては「子どもを持つことに対する希望」に対して明瞭な関係は観察されなかった。所得の上昇が「子どもを持つことに対する希望」へ与える効果については、プラスとマイナスの両方の側面があることが、過去の先行研究でも論じられてきた。所得の上昇により、より多くの子どもを養えるという所得効果の存在は、Galor and Weil〔1996〕で論じられているが、その一方で、Willis〔1973〕が理論的に示したように、子どもの数と子どもの質の代替的關係にある場合には、家計所得の増大が、均衡における子ど

もの数を少なくするケースが存在する。これら双方の効果があるがゆえに、本稿で使用したデータでは、上記のような推定結果が得られたと考えられる。

以上の点をまとめると、夫の家事育児への協力は「子どもを持つことに対する希望」に、プラスの効果を与えていることが示唆される。また「子どもがもう一人欲しい」と思うことは、実際に子どもを産むことに対して影響を与えていると考えられ、夫の家事育児への全般的な協力が進めば、出生率の引き上げに対しても一定の効果があると考えられる。

III 夫の家事育児協力を規定する要因

前章までの分析により、夫の家事育児協力が出生率の上昇に一定の効果を持つことがわかった。では、夫の家事育児協力はどのような要因によって決まるのだろうか。

家庭内と家庭外（労働市場）への夫婦の労働配分を議論するモデルはBecker〔1965〕、Willis〔1973〕やGronau〔1976〕の家庭内生産関数を用いた先駆的研究以来、多くの議論がなされているが、夫の家事育児協力を規定する要因としてまず挙げられるのは、労働市場における比較優位、すなわち男女間賃金格差であろう。男女間賃金格差と家計内家事育児分担の関係は、次のような簡単な家計分業モデルを用いて説明することができる。

$$\max_{n_M, n_F, h_M, h_F} u = c + s + v(l_M, l_F), \quad (1)$$

$$s.t. c = w_M n_M + w_F n_F, \quad (2)$$

$$s = f(h_M, h_F) = (h_M^{\rho} + h_F^{\rho})^{\frac{1}{\rho}}, \quad (3)$$

$$l_M = 1 - n_M - h_M, \quad (4)$$

$$l_F = 1 - n_F - h_F. \quad (5)$$

(1)は家計の効用関数である。家計の効用は消費 c 、家計内労働から得られるサービス s 、夫（添字 M ）と妻（添字 F ）の余暇 l から構成される。 v は夫婦の余暇から得られる効用を表し、 $v_1, v_2 > 0, v_{11}, v_{22} < 0$ を仮定する。(2)は予算

制約であり、 w_M, w_F をそれぞれ夫と妻の賃金、 n_M, n_F をそれぞれ夫と妻の労働時間として、労働市場で得た所得は全額消費される。(3)は、 h_M, h_F をそれぞれ夫と妻の家計内労働時間とした家計内生産関数でありCES型($\rho \in (-\infty, 1)$)を仮定する。(4)(5)はそれぞれ夫と妻の時間制約である。

この問題が内点解をもつならば、一階の条件より、直ちに男女間賃金格差と男女間の家計内労働比率の関係が次のように表される。

$$\frac{h_M}{h_F} = \left(\frac{w_M}{w_F} \right)^{-\sigma} \quad (6)$$

ただし、 $\sigma \equiv \frac{1}{1-\rho}$ である。以上より、夫婦間の家計内労働分担比率と市場における賃金格差の間には負の関係があることがわかる。男女間賃金格差が大きいほど、夫が市場で働いた方が単位時間あたりで多く稼ぐことができるので、夫の家計内労働分担比率は低下する。また、この単純なモデルでは、夫婦間の家計内労働分担比率は、労働市場における男女間賃金格差のみで決まる。

わが国を含む多くの先進諸国において、男女間賃金格差が縮小傾向にあることはよく知られた事実である。このとき、上述のモデルによれば、夫の家事育児協力は進むはずであるが、図2で見たように、わが国の夫の家事育児協力は未だ非常に低い水準にとどまっている。この理由として、モデルでは考慮しなかった外部要因、たとえば夫が正社員として勤務しているために、労働時間 n_M に下限制約が存在していること、あるいは、「家事や育児は女性がやるべき」といった性別役割分担意識が、夫の家事育児協力を妨げていることが考えられる。

男女間賃金格差のみが家計内労働分担比率を規定しているのであれば、夫の家事育児協力を促進するには男女間賃金格差を縮小させる政策が有効である。また、女性の高学歴化が進み、労働市場での経験の蓄積もあって、男女間賃金格差は実際に縮小の方向に向かっている。しかしその他の要因が夫の家事育児協力を影響を与えているとするならば、必要な政策も異なってくる。有効な政策

を考えるためには、家計内労働分担比率が男女間賃金格差のみで説明できるのか、またそうでないとすれば何が夫の家事育児協力を妨げているのかを議論することが極めて重要である。

1 推定方法

本節では夫の家事育児参加の規定要因についてデータを用いた計量分析を行う。被説明変数には、夫の家事育児参加を表す各変数(夫の週あたり家事育児協力回数を夫婦の週あたり家事育児回数(合計値)で除した値)や、それらの諸変数から抽出された主成分を使用する。また、説明変数としては、以下の3つのグループを考える。第一に、男女間の労働市場における比較優位性を表す変数として、夫婦間賃金格差、夫婦間学歴格差の2つの変数を用いる。ここで、夫婦間賃金格差は、夫の賃金と妻の賃金の対数差分として算出され、夫婦間学歴格差は、夫の修学年数と妻の修学年数の対数差分として算出される。調査票は、最終学歴を「高卒」「大卒」といった選択肢で回答させる形式であるが、ここでの修学年数とは、例えば「高卒」という回答については、小中高あわせて12年間修学していたものとして、12という数値を当てはめたものである。これらの変数は、前節のモデルで示したように、夫が、家事育児協力をを行う場合の機会費用を考慮した変数であり、これらの変数の数値が高いほど、家事育児協力が少なくなる方向へ動くと考えられる。第二に、時間制約を表す変数として、就業形態ダミーの2変数(正規雇用ダミー、自営業ダミー)と夫の労働時間、夫の通勤時間を用いる。第三に、性別役割分担意識を表す変数として、性別役割分担に関連する設問項目の回答結果を用いる。調査票では、「仕事は男性、家庭は女性」「育児は女性」といった設問に対して、「そう思わない」「どちらかといえばそう思わない」「どちらともいえない」「どちらかといえばそう思う」「そう思う」という選択肢が設けられている。分析では、これらの選択肢に-2, -1, 0, 1, 2の数値を当てはめ、説明変数に加えることとする。

なお、被説明変数である、夫の家事育児参加を

表5 夫の家事育児参加の規定要因

	主成分			家事協力				育児協力		
	レベル	育児	食準備	食片付	買い物	洗濯	掃除	遊ぶ	世話	
(比較優位)										
夫婦賃金格差	-0.353 [3.53]***	-0.032 [0.61]	-0.049 [1.74]*	-0.048 [1.79]*	-0.018 [0.88]	-0.076 [1.80]*	-0.061 [2.19]**	-0.026 [1.72]*	-0.049 [2.79]***	
夫婦学歴格差	0.154 [0.69]	-0.058 [0.49]	-0.034 [0.54]	0.013 [0.22]	0.033 [0.72]	0.057 [0.57]	-0.006 [0.09]	0.009 [0.25]	-0.008 [0.21]	
(時間的余裕)										
夫：正規雇用	0.142 [0.22]	0.384 [1.13]	0.046 [0.25]	0.190 [0.97]	-0.041 [0.32]	-0.011 [0.04]	-0.055 [0.32]	0.110 [1.12]	0.126 [1.09]	
夫：自営業	0.405 [0.61]	0.345 [0.98]	0.167 [0.90]	0.267 [1.34]	0.012 [0.09]	-0.022 [0.08]	-0.132 [0.74]	0.117 [1.16]	0.158 [1.33]	
夫：労働時間	-0.116 [2.84]***	-0.040 [1.81]*	-0.035 [3.01]***	-0.017 [1.56]	-0.014 [1.67]*	-0.031 [1.77]*	-0.009 [0.80]	-0.016 [2.53]**	-0.021 [3.00]***	
夫：通勤時間	0.057 [0.32]	-0.358 [3.80]***	0.053 [1.08]	0.038 [0.80]	0.063 [1.79]*	0.093 [1.23]	0.046 [0.93]	-0.082 [3.07]***	-0.057 [1.80]*	
妻：労働+通勤時間	0.189 [5.79]***	-0.023 [1.32]	0.035 [3.74]***	0.031 [3.41]***	0.020 [2.97]***	0.085 [5.57]***	0.040 [4.29]***	0.007 [1.39]	0.017 [2.91]***	
(性別役割分担意識)										
家庭は女性	-0.107 [1.73]*	0.016 [0.47]	-0.071 [3.71]***	-0.048 [2.74]***	-0.017 [1.34]	-0.010 [0.36]	-0.017 [0.97]	-0.001 [0.13]	-0.015 [1.37]	
育児は女性	-0.033 [0.57]	-0.060 [1.98]**	0.003 [0.21]	0.016 [1.02]	-0.010 [0.84]	0.009 [0.36]	-0.006 [0.38]	-0.009 [1.10]	-0.026 [2.63]***	
定数項	-0.142 [0.19]	0.442 [1.13]	-0.244 [1.16]	-0.404 [1.87]*	0.027 [0.18]	-0.753 [2.38]**	-0.217 [1.08]	0.390 [3.50]***	0.120 [0.92]	
サンプル数	591	591	591	591	591	591	591	591	591	
疑似決定係数	0.03	0.02	0.04	0.04	0.02	0.07	0.04	0.08	0.09	

注) 括弧内はz値の絶対値。有意水準：*10%、**5%、***1%
 全サンプル：妻が出産可能年齢であり子供が一人以上いる共働き家計。

表す変数群について、図2からも読み取れるように、値がゼロのデータが相当数存在している。この場合、計量モデルとして通常のOLSを適用すると真の傾きよりゼロに偏ったものとなる問題が生じるため、これらの分析では、トービット推定を行って上記の問題に対処する。

表5は、上記の計量分析の推定結果をまとめたものである。推定結果を参照すると、多くの場合、夫婦間の賃金格差は、夫の家事育児参加に有意にマイナスの影響を与えている。これは理論モデルと整合的な結果といえる。妻と比べて夫の賃金が高いほど、夫が家計内労働を行う機会費用が大きいため、夫は家計内労働を行わない。ただし、いくつかの場合には、夫婦間の賃金格差は説明力を持っていない。例えば、育児協力を表す主成分を説明変数とした場合には、夫婦間の賃金格差は説明力を持たず、夫の育児協力に有意にマイナスの影響を与えているのは夫の時間制約や、性別役割分担意識を表す変数となっている。夫が育児に協力しないのは、男女間賃金格差による比較優位が原因ではなく、時間制約または「育児は女性が行うべき」といった性別役割分担意識が原因であることが示唆されている。

時間制約が有意にマイナスであることから、男性についても育児休業の取得を促進するなど、夫の時間制約を緩和する政策が、夫の家事育児参加を促進するためには有効と考えられる。しかし、性別役割分担意識に関係する変数の多くも有意にマイナスであるため、時間制約緩和政策の有効性が、家庭が持つ性別役割分担意識による影響を受けないかどうかについて、より詳細に検証する必要がある。例えば「育児は女性が行うべき」といった性別役割分担意識が夫の育児協力を妨げている場合、たとえ時間制約が緩和されたとしても、自身のポリシーに反するとして夫が育児に協力しない可能性が考えられる。この場合は、時間制約の緩和とともに、性別役割分担に対する意識改革も必要ということになる。この点について次節で検討する。

表6 時間制約緩和政策の有効性

トービット分析

	レベル成分	育児成分
(比較優位)		
夫婦収入格差	-0.340 [3.46]***	-0.074 [1.39]
夫婦学歴格差	0.162 [0.72]	-0.075 [0.63]
(時間的余裕)		
夫：正規雇用	0.139 [0.21]	0.374 [1.09]
夫：自営業	0.370 [0.56]	0.391 [1.11]
妻：労働+通勤時間	0.190 [5.81]***	-0.020 [1.14]
家庭は女性 (Yes)		
夫：労働+通勤時間	-0.119 [2.99]***	
家庭は女性 (No)		
夫：労働+通勤時間	-0.098 [2.46]**	
育児は女性 (Yes)		
夫：労働+通勤時間	-0.064 [2.92]***	
育児は女性 (No)		
夫：労働+通勤時間	-0.056 [2.63]***	
(性別役割分担意識)		
家庭は女性	0.003 [0.10]	
育児は女性	-0.048 [0.86]	
定数項	-0.102 [0.14]	0.490 [1.24]
サンプル数	591	591
疑似決定係数	0.03	0.01

注) 括弧内はz値の絶対値。有意水準：*10%、**5%、***1%。

全サンプル：妻が出産可能年齢であり子供が一人以上いる共働き家計。

2 制約が育児協力を与える効果

本節では、性別役割分担意識に関する変数と時間制約変数のクロス項を説明変数に追加した分析を新たに行う。具体的には「家庭は女性が守るべき」および「育児は女性が行うべき」という設問に対して、回答者が「そう思う」または「どちらかといえばそう思う」を選択している場合とそう

ではない場合について、係数ダミーを利用した場合分けを行い、時間制約変数が家事育児協力を与える影響について係数が異なるかどうかを確認した。

これらの推定結果は表6に示される。推定結果を見ると、性別役割分担意識の有無にかかわらず、夫の時間制約の係数はほとんど異ならない。全ての場合において、係数はマイナスで有意であり、時間制約の緩和によって夫の家事育児協力が促進されることが示唆されている。係数の絶対値を比較して判断するならば、むしろ回答者が「家庭は女性が守るべき」または「育児は女性が行うべき」という意識を持っている場合の方が、時間制約が夫の家事育児協力を妨げている傾向にある。このことは「家庭は女性が守るべき」または「育児は女性が行うべき」と考えている家庭においてこそ、時間制約が緩和されれば、夫の家事育児協力により高い効果が現れる可能性を示唆している。

この解釈として「夫が家庭の時間を確保することが困難であるから」といった現状認識が背景としてあるがゆえに「家事育児は女性が行うべき」と答えている回答者が相当数いる可能性が考えられる。夫の厳しい時間制約が「家事育児は女性が行うべき」という性別役割分担意識の形成と、実際に女性の家事育児負担が高まるという事実の両方に影響を与えていた可能性がある。上記の推定結果から判断するならば、夫の育児休業取得の促進など、夫の労働時間に対する下限制約を緩和する政策は、世帯における現状の性別役割分担意識の有無に関わらず、有効であると考えられる。

IV まとめ

本稿では、夫の家事育児参加が出産に対する意識にどのような影響を与えるのか、また夫の家事育児参加がどのような要因によって決まるのかについて、大規模なマイクロデータをもとにして検証を行った。本稿の実証分析により得られた結果は、要約すると以下の通りである。

第1に、夫の家事育児に対する全般的な協力

(第一主成分)は、各種の変数をコントロールした場合においても、「子どもをもう一人持ちたい」とする希望にプラスの影響を与えている。第2に、夫の全般的な家事育児協力の規定要因に関しては、簡単な理論モデルで示されるように、夫婦間の労働市場における比較優位(夫婦間の賃金格差)が一定の影響を与えている。一方で、育児協力(第二主成分)については、むしろ、夫の労働時間や通勤時間など、労働におけるさまざまな時間制約がマイナスの影響を与えている可能性が示された。

厚生労働省「平成19年度女性雇用管理基本調査」によると、在職中に出産した者または配偶者が出産した者に占める育児休業取得者の割合(育児休業取得率)は、女性の88.5%に対して、男性は0.57%と相当低位にとどまっている。男性の育児休業取得率が低いもっとも大きな理由は、夫の収入が家計を支えている家庭が大半の中で、夫が育児休業をとることが、家計の圧迫につながるためであると考えられる〔松田, 2006〕。したがって、男性およびその家庭のニーズにより即した制度とするため、短期の育児休業にはより手厚い所得補償を用意する、育児休業を分割して取得することを認めるなど、個々の実情にあわせた公的支援がより一層整備されることが望まれる。

今後、男性の育児休業取得の促進など、夫の労働供給に対する下限制約を緩和する政策がさらに進展することにより、夫の家事育児に対する協力が進み、出生率にも一定の正の影響を及ぼすことが期待される⁵⁾。

(平成20年5月投稿受理)

(平成20年12月採用決定)

謝辞

本稿の作成にあたり、三谷直紀教授(神戸大学)、勇上和史准教授(神戸大学)、佐野晋平講師(神戸大学)より有益なコメントをいただいた。記して感謝申し上げたい。

本稿の分析にあたっては、東京大学社会科学研究所附属日本社会研究情報センター SJJ データアーカイブから「家族についての全国調査, 2004

(日本家族社会学会全国家族調査委員会)」の個票データの提供を受けました。記して感謝いたします。

注

- 1) 家事育児労働の項目名は、本稿では一部省略して記述している。省略した項目名と実際の質問項目名との対応は次の通り、「買い物：食料品や日用品の買い物」「掃除：そうじ（部屋、風呂、トイレなど）」「子供と遊ぶ：子どもと遊ぶこと」「子供の世話：子どもの身の回りの世話」。
- 2) 分析の被説明変数は家計に「子どもがもう一人欲しいかどうか」という希望を問うているが、このことは「実際に子どもを生むかどうか」とは別次元の問題であるといえる。しかしながら、藤野〔2006〕の分析にも見られるように、子どもを持つことへの予定ないし希望は実際に子どもを産むために必要な条件の1つと考えられる。また、意識変数を被説明変数にする問題を回避するために、第一子出生確率や第二子出生確率を被説明変数とする場合には「子どもがいるから夫が家事育児を手伝っている」という逆の因果関係を排除する必要が生じるという問題がある。そのため、本稿では上記の変数を被説明変数として使用した。
- 3) たとえば数学と英語の試験結果の加重和から、学力という新しい指標を作成するとき、数学の試験結果が全員同じ点数であったならば、数学の試験結果からは学力についてなんの情報も得ることができない。主成分分析ではこのような場合、数学の試験結果にウエイトをおかず、分散が大きい英語の試験結果にウエイトをおいて学力という新しい指標を作成する。
- 4) 主成分分析は K 次元空間上の点 (x_1, x_2, \dots, x_K) を新たに設定した座標軸に射影することに等しい。 K 次元空間上の点は高々 K 個の座標により完全に記述することができる。
- 5) 表4と表5では、対象サンプルが異なっているために、ここでの議論は限定的なものであるが、サンプル数をそろえて（共働きサンプルに限定して）分析した場合にも表4の結果は大きく異ならなかった。すなわち、共働きサンプルに限定した場合、「時間制約の緩和は夫の家事育児協力を促進し」さらに「夫の家事育児協力は子どもをもう一人持ちたいという希望を高める」と言える。

参考文献

Apps, P. and R. Rees (2004) "Fertility, Taxation and Family Policy," *Scandinavian Journal of Economics*,

Vol. 106, No. 4, pp. 745-763.

Becker, G. S. (1965) "A Theory of the Allocation of Time," *Economic Journal*, Vol. 75, No. 299, pp. 493-517.

Galor, O. and D. Weil (1996) "The Gender Gap, Fertility and Growth," *American Economic Review*, Vol. 86, No. 3, pp. 374-383.

Gronau, R. (1976) "Leisure, Home Production and Work-The Theory of The Allocation of Time Revisited." NBER Working Paper No. 137.

Martínez, D. and A. Iza (2004) "Skill Premium Effects on Fertility and Female Labor Force Supply," *Journal of Population Economics*, Vol. 17, pp. 1-16.

Sleebos, J. E. (2003) "Low Fertility Rates in OECD Countries: Facts and Policy Responses." OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 15.

Willis, R. J. (1973) "A New Approach to the Economic Theory of Fertility Behavior," *Journal of Political Economy*, Vol. 81, pp. S14-S64.

加藤久和 (2000) 「出産、結婚および労働市場の計量分析」, 『人口問題研究』, 第56巻, 第1号, pp. 38-60.

坂爪聡子 (2007) 「男性の育児参加は少子化対策として有効なのか?」, 『人口学研究』, 第41巻, pp. 9-21.

滋野由紀子 (1996) 「出生率の推移と女子の社会進出」, 『大阪大学経済学』, 第45巻, pp. 65-74.

滋野由紀子・大日康史 (1999) 「保育政策が出産の意志決定と就業に与える影響」, 『季刊社会保障研究』, 第35巻, 第2号, pp. 192-207.

滋野由紀子・松浦克己 (2003) 「出産と育児の両立を目指して—結婚・就業選択と既婚・就業女性に対する育児休業制度の効果を中心に」, 『季刊社会保障研究』, 第39巻, 第1号, pp. 43-54.

高山憲之 (1999) 「育児のコストと出生力」, 阿藤誠 (編) 『家族政策および労働政策が出生力および人口に及ぼす影響に関する研究』, 厚生科学研究費研究報告書 (H10-政策-032), pp. 137-166.

藤野 (柿並) 敦子 (2006) 「夫の家計内生産活動が夫婦の追加予定子供数へ及ぼす影響」, 『人口学研究』, 第38巻, pp. 21-40.

松田茂樹 (2002) 「父親の育児参加促進策の方向性」, 国立社会保障・人口問題研究所 (編) 『少子社会の子育て支援』, 東京大学出版会, pp. 313-330.

——— (2005) 「男性の家事・育児参加と女性の就業促進」, 橋木俊詔 (編) 『現代女性の労働・結婚・子育て』, ミネルヴァ書房, 第4章。

——— (2006) 「男性の育児休業取得はなぜ進まないか—求められる日本男性のニーズに合った制度への変更」, Life Design Report-Watching,

第一生命経済研究所。

水落正明 (2006) 「家計の時間配分行動と父親の育児参加」, 『季刊社会保障研究』, 第 42 卷, 第 2 号, pp. 149-164。

(こば・たけし 神戸大学学術推進研究員)

(やすおか・まさや 北九州市立大学准教授)

(うらかわ・くにお 九州大学講師)

人工透析患者における外来受診行動についての分析

西川 浩平
増原 宏明
荒井 由美子

概要

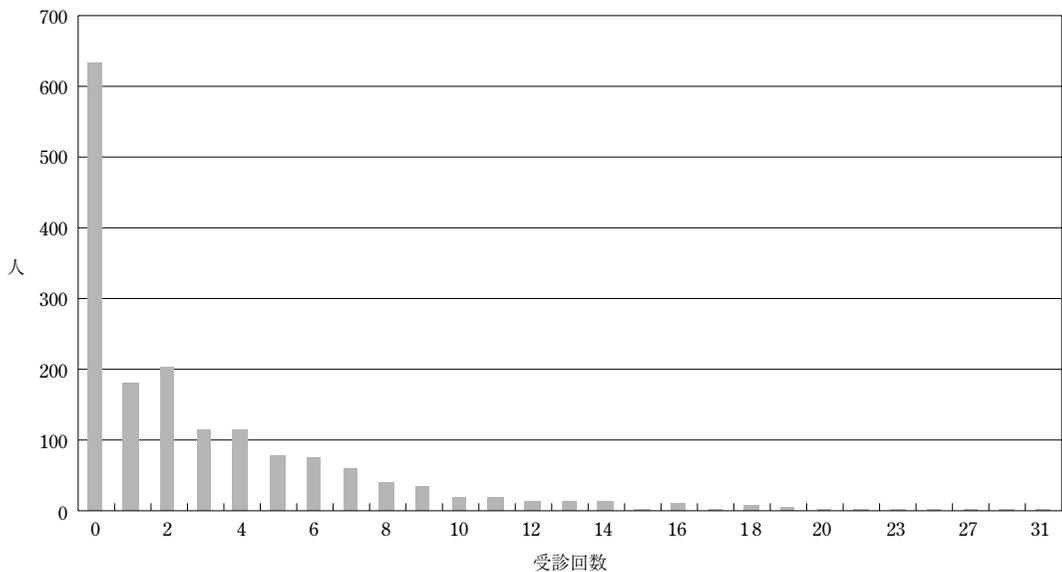
慢性腎不全で人工透析を受けている患者の人工透析部分での自己負担上限額は、上位所得者は2万円、それ以外の所得者は1万円となっており、自己負担額の上限は設定されている。しかし、人工透析以外の医療サービスについては、上限額の設定は行われているわけではなく、自己負担率を負担する必要がある。人工透析部分の医療サービスについては、生命に直接関係するため、所得に関係のない必需品であるといえるが、人工透析以外の医療サービスについては、所得階層によって財の性質が異なり、受診行動に違いが生じている可能性がある。そこで本稿では、上記の問題を検討するため、人工透析を受診している患者の所得と受診行動の関係を明らかにすることを目的として、人工透析の自己負担限度額が所得に関係なく1万円だった時期の人工透析患者を対象として、レセプトデータを用いた分析を行う。ただし、分析上の問題として、人工透析以外での医療機関への受診については、1カ月間に1度も受診しない個人がかなりの割合を占めていた。そのため本研究では、非負の整数値をとる count data モデルを用い、人工透析以外での外来受診が一度もなかった患者も含め、さらに、外来受診の有無と、その後の受診の決定が分離した Hurdle Negative Binominal Model (HNBM) を用いて分析を行った。分析結果より、以下が明らかとなった。人工

透析患者全体では、住民税非課税世帯、住民税課税世帯、上位所得者と所得階層が上がっていくほど、人工透析以外での外来受診の確率は高くなり、受診回数も多くなる傾向にある。加えて、65歳未満で上位所得者に属する人工透析患者が人工透析以外で外来受診する確率は他の患者よりも50.5%ポイント高く、受診回数も1.572回多くなっている。

I はじめに

厚生労働省は医療費適正化の観点から、平成17年の医療法改正において、高額療養費の基準額（自己負担限度額）の見直しを行った。この改正を受けて2006年10月より、慢性腎不全で人工透析を受けている患者のうち、70歳未満で所得の多い者の自己負担限度額は1万円から2万円に引き上げられた。

人工透析に要する医療費というのは、外来の場合で1日4時間・週3回前後の透析を受けて月平均35万円程度であり、インシュリン注射やエリスロポエチン注射等で生じる医療費の加算があると50万円程度になるとされている¹⁾。加えて、病状は長期間にわたって持続するので、全体としての医療費は非常に高額なものになる。そのため、国の財政的な負担は非常に大きく、医療保険財政が悪化している現在の状況を考えると、患者の所得に応じて相応の負担を強いるという今回の改正の主旨は納得のいくものである。



出所) 筆者作成。

図1 人工透析患者の人工透析外での受診回数

ただし、人工透析を受けている患者は、当然ながら人工透析以外の医療サービスも受診する。上記のように、人工透析を受けている患者は週3回前後の透析治療が必要となってくるため、人工透析部分の受診回数を増減させるのは生命に関わることになる。それに比べれば、人工透析以外での医療機関への受診については、患者の意思で、医療機関への受診が決定されている余地が大きいと考えられる。

このような考え方に従うならば、人工透析を受けている患者において、人工透析部分の医療サービスについては所得に関係なく必需品であるといえるが、人工透析以外の医療サービスについては、所得階層によって財の性質が異なり、受診行動の違いが生じている可能性がある。

そこで本稿では、上記の問題を検討するため、人工透析を受診している患者の所得と受診行動の関係を明らかにすることを目的として、人工透析の自己負担限度額が所得に関係なく1万円だった時期の人工透析患者を対象として、レセプトデータを用いた分析を行う。人工透析患者における人工透析以外の部分での患者の受診行動と所得の関

係を実証的に分析した研究というのは、筆者が知る限り行われていない²⁾。

ただし、患者の受診行動を分析するにあたって、受診しなかった患者をどのように扱うかという問題がある。図1は本稿で用いたレセプトデータから得られた、人工透析患者における人工透析以外での医療機関への外来受診回数を示しているが、人工透析以外での医療機関への外来受診については、ある期間に一度も受診しない個人がかなりの割合を占めていることが確認できる。これらの患者を除いて分析をすることは、受診回数が0の患者を適切に取り扱うことができていない。そのため本稿では、非負の整数値をとる count data モデルを用い、人工透析以外での外来受診が一度もなかった患者も含め、さらに、外来受診の有無と、その後の受診の決定が分離した Hurdle Negative Binominal Model (HNBM) を用いて分析を行う。

近年、日本でも HNBM を用いた分析は行われてきており、1997年の医療保険制度の改定による外来受診の変化を分析した吉田・伊藤[2000]、これに加えて自己負担率の弾力性を議論

したYoshida and Takagi [2002], 1997年の医療保険制度の改定による歯科の外来受診の変化を分析した吉田・川村 [2004], 老人保健制度適用による外来受診の変化を分析した増原 [2004], 1999年の老人保健適用者への外来薬剤費一部負担無料化の効果を分析した増原・村瀬 [2005] などがある。

以下、IIで推定モデルについて説明し、IIIでデータの作成方法を示す。IVではHNBMによる分析結果の解釈を行い、Vで本稿のまとめと課題に触れる。

II 推定モデル

医療経済学においてHNBMを用いる利点は、異なった意思決定が混在するモデルに対応できることにある。Pohlmeier and Ulrich [1995] や Gerdthán [1997] が主張しているように、受診するかしないかを決定する段階においては、患者の意思が大きく影響しているといえるが、その後の受診回数については、医師の及ぼす影響といった、患者自身の意思以外の要因も強く働いているといえる。したがって、受診するかどうかという意思決定と何日受診するかという意思決定は独立した行動として捉える必要がある。

HNBMとは、観測されるデータにおいて0の頻度がNegative Binominal Model (NBM)と比較して非常に高い点に注目したモデルであり、0の頻度が高くなるのは、0-1の部分と1以上の部分では異なったデータ発生過程に対応しているためと考える。そのため、上記の独立した意思決定の問題に対応できる分析手法であり、principal-agent仮説を近似するモデルとみなされることもある³⁾。

本稿のHNBMでは、医療機関で受診するか否かという0か1かの選択に関しては f_1 という累積分布関数に従い、そして一度受診した後に何日受診するかは0でtruncateされた f_2 という密度関数に従うと仮定する。したがって、HNBMの分布は、

$$\Pr[y] = f_1(0) \quad \text{if } y = 0,$$

$$\Pr[y] = \frac{1-f_1(0)}{1-f_2(0)} \times f_2(y) \quad \text{if } y \geq 1.$$

として求められる。そして、 $y_i, i = 1, \dots, N$ を被説明変数となるcount data, $x_i \sim K \times 1$ を説明変数のベクトルとすると、このHNBMの確率密度関数は以下のように表すことができる。受診するか否かを示す、2値選択部分は通常 $f_1(0) = (1 + \exp(x_i \beta_1))^{-1}$ とlogitモデルにて特定化される。他方、受診後の0でtruncateされた部分についてはNBMを仮定し、

$$f_2(y_i | x_i, y_i > 0) = \frac{\Gamma(y_i + \psi_{2,i})}{\Gamma(\psi_{2,i})\Gamma(y_i + 1)} \left[\left(\frac{\lambda_{2,i} + \psi_{2,i}}{\psi_{2,i}} \right) - 1 \right]^{-1} \\ \times \left(\frac{\lambda_{2,i}}{\lambda_{2,i} + \psi_{2,i}} \right)^{y_i}$$

とする。 $\lambda_{2,i} = \exp(x_i \beta_2)$, $\psi_{2,i} = \alpha^{-1} \lambda_{2,i}^k$ である。ただし、 $\beta_1, \beta_2 \sim K \times 1$ はパラメーターベクトルであり、 α はNegative Binominalモデルの係数である。そして、 $k=1$ のときをHurdle Negative Binominal 1 Model (HNB1), $k=0$ のときをHurdle Negative Binominal 2 Model (HNB2)と呼ぶ。

また、HNBMにおける被説明変数 y_i の平均、分散については以下ようになる。

$$E(y_i | x_i) = \frac{(1-f_1(0))}{(1-f_2(0))} \times \lambda_{2,i}$$

$$V(y_i | x_i) = \frac{(1-f_1(0))}{(1-f_2(0))} \\ \cdot \left[\lambda_{2,i} + \alpha_{2,i} \lambda_{2,i}^{2-k} + \left(1 - \frac{(1-f_1(0))}{(1-f_2(0))} \right) \lambda_{2,i}^2 \right]$$

III データの説明

本稿で用いたデータは、A県下のある市町村の協力によって得ることができた、国民健康保険診療報酬明細書(レセプト)および被保険者本人マスタ(5万人以下)、被保険者家族マスタである。レセプトデータは、医療機関が保険者に対して医療費の請求を行う際に発生するデータであ

り、被保険者本人マスタは、保険者が被保険者の加入情報をまとめたデータ、被保険者家族マスタは本人マスタを家族ごとにまとめたマスタである。両者を用いることで、ある年月の被保険者の受診回数（受診回数0を含む）を正確に把握することができる。なおデータとして用いたA県下のある市町村は、県庁所在地の近隣にあり、総人口10万人以下、高齢者化率は全国平均を下回っている。そのため、結果についての解釈には、一定の留意は必要である。

データ期間は2004年4月から2006年8月までのため、人工透析にかかる上位所得世帯への自己負担限度額の引き上げが行われる前のものである。レセプトには、個人ID番号・世帯ID番号・生年月日・年齢・性別・診療区分・受診（受療）年月・決定点数・受診（受療）日数（受診実日数）・自己負担額・ICD10コード（ただし各年5月のみ）などが記載されている。被保険者本人マスタには、個人ID番号・世帯ID番号・続柄・性別・生年月日などが記載されている。被保険者家族マスタには、世帯ID番号・住民税課税状況（当年、前年、前々年）・老人保健住民税課税状況（当年・前年・前々年）などが記載されている。

本稿の分析対象である慢性腎不全で人工透析を受けている患者のレセプト特定化については、細谷・林・今野・鶴田〔2004〕に則り、以下の(1)～(5)の手順にしたがった。また、人工透析以外の月単位での外来受診部分のレセプトについては、以下の(6)～(9)の手順にしたがって特定した。

- (1) 腎不全に関する疾病コード（code：1402）を有する、主病名の把握できる5月の患者のレセプトを抽出する
- (2) 疾病コード（code：1402）を有する患者の被保険者IDを確認し、そのIDの患者の全レセプトを抽出する
- (3) (2)で抽出されたデータのうち、診療実日数が8日以上データを抽出する
- (4) 人工透析の診療報酬点数は1960点であるため、(3)で抽出したレセプトのうち、こ

の数字以下の点数しか算定されていない患者のレセプトを除く

- (5) 人工透析患者は毎月定期的に人工透析を受ける必要があるため、上記の(3)(4)の条件を満たすレセプトのうち、連続10カ月以上受診していた患者のレセプトを抽出し、これらのレセプトを人工透析部分のレセプトとする
- (6) (2)で抽出された全レセプトから、(5)で人工透析を受けていると特定された患者の全レセプトを抽出する
- (7) (6)で抽出されたレセプトから、人工透析部分のレセプトを除く
- (8) 本稿の目的は人工透析患者の人工透析以外での外来受診と所得の関係を分析することにあるため、(7)で得られたレセプトから入院があった月のレセプトを除外する
- (9) (8)で得られたレセプトを患者ごとに月単位で集計し、その集計したものを人工透析以外での外来受診部分のレセプトとする

最後に、マスタデータを利用して、上記の手順で得られた人工透析以外で医療機関へ受診した患者のレセプトと、その患者の世帯所得とを一致させる必要がある。そのため、レセプトに記載されている患者の個人ID番号と被保険者本人マスタに記載されている個人ID番号を一致させ、人工透析を受けていると特定された患者の世帯ID番号を確認する。そして、その世帯ID番号と被保険者家族マスタの世帯ID番号を一致させることで、人工透析患者の世帯所得を確認した。

IV 推定結果

1 記述統計量

表1は、IIIで記した手順から得られた人工透析を受けている患者全員、その人工透析を受けている患者全員から65歳未満を抽出したグループ、65歳以上を抽出したグループの記述統計量を示している。65歳で人工透析患者を分類したのは、高齢者と高齢者以外の人工透析患者の所得と受診回数の関係を比較するためである⁴⁾。

表1 記述統計量

		全サンプル				65歳未満				65歳以上			
		平均	標準偏差	最小	最大	平均	標準偏差	最小	最大	平均	標準偏差	最小	最大
所得	住民税非課税世帯	0.332	0.471	0	1	0.395	0.489	0	1	0.278	0.448	0	1
	住民税課税世帯	0.609	0.488	0	1	0.543	0.498	0	1	0.664	0.473	0	1
	上位所得世帯	0.060	0.237	0	1	0.062	0.241	0	1	0.058	0.234	0	1
外来受診回数	人工透析	12.976	0.806	9	15	13.031	0.696	9	15	12.929	0.885	9	15
	人工透析以外	2.864	3.925	0	31	3.196	4.173	0	24	2.582	3.682	0	31
	人工透析以外の受診回数0の割合	0.390	0.488	0	1	0.380	0.486	0	1	0.397	0.490	0	1
		(39.0%)	(632人)			(38.0%)	(283人)			(39.7%)	(349人)		
外来医療費	人工透析	416,123,600	54,403,750	254,930	717,470	425,578,500	48,316,840	270,090	619,770	408,111,600	57,902,980	254,930	717,470
	人工透析以外	26,530,810	46,589,270	0	604,820	27,075,530	42,208,160	0	436,460	26,069,220	50,021,600	0	604,820
自己負担率	1割	0.519	0.500	0	1	0.004	0.063	0	1	0.956	0.206	0	1
	2割	0.011	0.105	0	1	0.004	0.063	0	1	0.021	0.142	0	1
	3割	0.470	0.499	0	1	0.996	0.063	0	1	0.024	0.153	0	1
性別ゲーム (男=1)		0.742	0.438	0	1	0.640	0.480	0	1	0.828	0.378	0	1
年齢	60歳未満	0.301	0.459	0	1	0.657	0.475	0	1				
	60~64歳	0.157	0.364	0	1	0.343	0.475	0	1				
	65~69歳	0.298	0.458	0	1					0.551	0.498	0	1
	70~74歳	0.131	0.338	0	1					0.243	0.429	0	1
	75歳以上	0.112	0.315	0	1					0.206	0.405	0	1
季節ゲーム	1~3月	0.314	0.464	0	1	0.309	0.462	0	1	0.318	0.466	0	1
	4~6月	0.268	0.443	0	1	0.262	0.440	0	1	0.273	0.446	0	1
	7~9月	0.206	0.404	0	1	0.214	0.410	0	1	0.199	0.400	0	1
	10~12月	0.212	0.409	0	1	0.215	0.411	0	1	0.210	0.407	0	1
サンプル数		1,622				744				878			

通院日数0を除いた記述統計量

		全サンプル				65歳未満				65歳以上			
		平均	標準偏差	最小	最大	平均	標準偏差	最小	最大	平均	標準偏差	最小	最大
外来受診回数	人工透析	12.962	0.832	9	15	13.028	0.723	9	15	12.904	0.913	9	15
	人工透析以外	4.692	4.083	1	31	5.158	4.240	1	24	4.285	3.899	1	31
外来医療費	人工透析	417,277,700	58,949,560	255,920	717,470	420,532,300	47,977,570	270,090	595,890	414,441,600	66,980,850	255,920	717,470
	人工透析以外	43,467,650	53,109,910	700	604,820	43,696,730	46,364,700	700	436,460	43,268,010	58,399,340	700	604,820
自己負担率	1割	0.502	0.500	0	1	0.007	0.080	0	1	0.934	0.249	0	1
	2割	0.014	0.118	0	1	0.007	0.080	0	1	0.026	0.161	0	1
	3割	0.484	0.500	0	1	0.993	0.080	0	1	0.040	0.195	0	1
性別ゲーム (男=1)		0.753	0.432	0	1	0.625	0.485	0	1	0.864	0.343	0	1
サンプル数		990				461				529			

注) 1) サンプルユニットは、月単位で集計された数値を用いている。

2) 上位所得世帯は課税所得額145万円以上。

出所) 筆者作成。

本稿の目的は、人工透析を受けている患者の所得と外来受診の関係进行分析することにあるため、自己負担率が同じ患者を対象にしたほうが、より精緻な分析が行えると考えられる⁵⁾。そのため、65歳を基準に患者を2つのグループに分類した⁶⁾⁷⁾⁸⁾。

まず、人工透析患者における人工透析部分での受診回数についてみていくと、受診回数の平均は

12.976日、12-15日の患者が全体の95%以上を占めている。そして、65歳未満と65歳以上を比較しても、それぞれ13.031日、12.929日になっており、人工透析部分での受診回数については、65歳未満の患者と65歳以上の患者の差はほとんどないといえる。医療費の平均についても、全患者で41万6,124円、65歳未満のグループで42万5,579円、65歳以上のグループで40万8,112

円と若干の違いはあるが、細谷・林・今野・鶴田〔2004〕が示した金額に近い数値になっている。また、所得階層別にみた受診回数を示す表2に注目しても、特に所得階層が高くなるほど、受診回数が多くなるといった傾向は認められない。

次に、人工透析患者における人工透析以外での外来受診（および受診回数0を除いた場合）についてみていく。1カ月あたりの平均受診回数は、全患者を対象にしたケースで2.864（4.692）日、65歳未満を対象にしたケースで3.196（5.158）日、65歳以上を対象にしたケースで2.582（4.285）日になっており、65歳以上の患

者の平均受診回数の方が少なくなっている。また、1カ月間に人工透析以外で外来受診をしなかった、受診回数0の患者については、それぞれ632人、283人、349人、比率では39.0%、38.0%、39.7%になっており、受診回数0の患者が非常に多いことが確認できる。

所得階層別に受診回数を示した、表2の人工透析以外の受診回数（および受診回数0を除いた場合）に注目すると、全患者をサンプルに用いたケースでは、低位所得者層に該当する住民税非課税世帯で平均2.015（4.185）日、中位所得者層に該当する住民税課税世帯で平均3.116（4.617）

表2 世帯所得別の外来受診回数記述統計量

	全サンプル				全サンプル（受診回数0を除く）	
	外来受診回数				外来受診回数	
所得階層	人工透析	人工透析以外	人工透析以外の受診回数0の割合	人工透析以外の受診回数0の人数	人工透析	人工透析以外
住民税非課税世帯	13.043 (0.592)	2.015 (3.144)	0.519 (0.500)	279人	13.012 (0.662)	4.185 (3.384)
住民税課税世帯	12.927 (0.915)	3.116 (3.837)	0.325 (0.469)	321人	12.925 (0.903)	4.617 (3.857)
上位所得世帯	13.103 (0.586)	5.010 (6.661)	0.330 (0.473)	32人	13.138 (0.634)	7.477 (6.915)
	65歳未満				65歳未満（受診回数0を除く）	
	外来受診回数				外来受診回数	
所得階層	人工透析	人工透析以外	人工透析以外の受診回数0の割合	人工透析以外の受診回数0の人数	人工透析	人工透析以外
住民税非課税世帯	13.044 (0.556)	2.643 (3.605)	0.473 (0.500)	139人	13.077 (0.541)	5.013 (3.573)
住民税課税世帯	13.000 (0.788)	2.881 (3.458)	0.344 (0.476)	139人	12.966 (0.813)	4.392 (3.404)
上位所得世帯	13.217 (0.629)	9.500 (7.232)	0.109 (0.315)	5人	13.244 (0.663)	10.659 (6.796)
	65歳以上				65歳以上（受診回数0を除く）	
	外来受診回数				外来受診回数	
所得階層	人工透析	人工透析以外	人工透析以外の受診回数0の割合	人工透析以外の受診回数0の人数	人工透析	人工透析以外
住民税非課税世帯	13.041 (0.634)	1.258 (2.263)	0.574 (0.496)	140人	13.077 (0.541)	5.013 (3.573)
住民税課税世帯	12.877 (0.991)	3.278 (4.073)	0.312 (0.464)	182人	12.966 (0.813)	4.392 (3.404)
上位所得世帯	13.000 (0.529)	0.961 (1.685)	0.529 (0.504)	27人	13.244 (0.663)	10.659 (6.796)

注) 表の値は平均値、括弧内は標準偏差を表す。

出所) 筆者作成。

日、上位所得層に該当する上位所得世帯で平均 5.010 (7.477) 日と、世帯所得が上昇するにつれて患者の平均受診回数は増加している。65 歳未満のグループについては、住民税非課税世帯と住民税課税世帯に属する人工透析患者の間では、平均受診回数に大きな違いはないが、上位所得世帯に属する人工透析患者の平均受診回数については 9.500 (10.659) 日と非常に大きな数値を示している。それに対して、65 歳以上のグループでは、住民税非課税世帯に属する人工透析患者は 1.258 (5.013) 日、住民税課税世帯に属する人工透析患者は 3.278 (4.392) 日となっており、住民税非課税世帯に属する人工透析患者よりも住民税課税世帯に属する人工透析患者のほうが多く外来受診していることが確認できる。ただし、上位所得世帯に属する人工透析患者における外来受診回数の平均は、最も少ない数値である 0.961 日を示している⁹⁾。

2 HNBM による推定結果

表 3 は HNB1, HNB2 による推定結果を示している。本稿の推定において、所得については「住民税非課税世帯」、自己負担率は「1 割」、性別は「女性」、年齢は「60 歳未満」を基準としているので、推定されたダミー変数の係数は、この基準からの乖離を示していることになる。また、表の各モデル左側の hurdle 部分については、HNB1, HNB2 で同じ結果となるため、それぞれ一括して記載している。ただし、HNB1 と HNB2 の対数尤度を比較すると、全てのモデルにおいて HNB2 の対数尤度のほうが高い数値となっているので、以下では HNB2 の推定結果について解釈を行っていく。

まずは 1 段階目の意思決定を示す hurdle 部分についてみていく。この段階での意思決定は、患者が医療機関へ受診するかしないかという事象を表し、正の値であれば医療機関へ受診する確率が高くなる。全患者を対象としたモデル I をみると、住民税課税世帯ダミー、上位所得世帯ダミーともに正で有意な数値が得られている。したがって、住民税非課税世帯に属する人工透析患者より

も、住民税課税世帯や上位所得世帯に属する人工透析患者のほうが、人工透析以外で医療機関へ受診する確率が高いといえる。

65 歳未満で自己負担率が 3 割の患者を対象としたモデル II の hurdle 部分については、住民税課税世帯ダミー、上位所得世帯ダミーともに正で有意な数値が得られている。それに対して、65 歳以上で自己負担率が 1 割の患者を対象としたモデル III の hurdle 部分については、住民税課税世帯ダミー、上位所得世帯ダミーともに正の数値が得られているが、上位所得世帯ダミーについては統計的には有意な数値は得られていない。

このような結果となった理由として、65 歳以上の患者を対象としたモデル III の上位所得世帯の属するサンプルが少数しか得られなかったことが影響していると考えられる。この点を確認するためには、他地域のレセプトデータを用いるか、より長期間のレセプトデータを得て、データセットを拡大させる必要がある。

次に、2 段階目の意思決定を示す NB 部分についてみていく。この段階での意思決定は、患者が医療機関に何回受診したかを示しており、正の値をとるほど受診回数が多くなることを意味している¹⁰⁾。モデル I についてみてみると、住民税課税世帯ダミー、上位所得世帯ダミーで正かつ有意な数値が得られている。したがって、住民税非課税世帯に属する人工透析患者よりも、住民税課税世帯や上位所得世帯に属する人工透析患者のほうが、人工透析以外で医療機関へ受診する日数が多いことが示された。

モデル II, III の NB 部分についてみていくと、モデル II では、住民税課税世帯ダミーが負の値をとっており、住民税課税世帯に属する人工透析患者のほうが、住民税非課税世帯に属する人工透析患者よりも受診回数が少ないという結果となった。ただし、統計的に有意な数値は得られていないため、その減少は限定的なものといえる。上位所得世帯ダミーについては、正かつ有意な数値となっている。

一方、モデル III については、住民税課税世帯では正かつ統計的に有意な数値が得られているの

表3 推定結果

	モデルI (全サンプル)			モデルII (65歳未満)			モデルIII (65歳以上)		
	hurdle	HNB2		hurdle	HNB2		hurdle	HNB2	
		HNB1	NB		HNB1	NB		HNB1	NB
定数項	-1.910 *** (0.670)	1.630 *** (0.321)	1.306 *** (0.272)	-0.198 (0.239)	1.433 *** (0.158)	1.044 *** (0.181)	-0.510 ** (0.243)	-0.131 (0.361)	0.110 (0.186)
住民税課税世帯ダミー	0.807 *** (0.114)	0.268 *** (0.099)	0.335 *** (0.084)	0.448 *** (0.161)	-0.251 ** (0.128)	-0.002 (0.107)	1.139 *** (0.170)	1.178 *** (0.303)	0.797 *** (0.130)
上位所得世帯ダミー	0.861 *** (0.583)	0.602 *** (0.145)	1.077 *** (0.162)	2.276 *** (0.497)	0.794 *** (0.137)	1.265 *** (0.202)	0.080 (0.324)	-9.501 (58.217)	-0.464 (0.289)
自己負担率ダミー (2割)	1.122 *	0.243	0.526						
自己負担率ダミー (3割)	1.583	0.347	0.278						
男性ダミー	1.602 ** (0.651)	-0.417 (0.294)	-0.494 (0.241)						
60歳以上65歳未満ダミー	0.187 (0.125)	0.180 ** (0.098)	0.456 * (0.093)	0.202 (0.174)	-0.053 (0.109)	0.365 *** (0.123)	0.310 * (0.193)	0.568 *** (0.214)	0.582 *** (0.142)
65歳以上70歳未満ダミー	0.634 *** (0.175)	-0.086 (0.120)	0.174 (0.104)	0.748 *** (0.179)	0.132 (0.120)	0.234 ** (0.102)			
70歳以上75歳未満ダミー	1.631 ** (0.656)	-0.822 *** (0.300)	-0.834 *** (0.246)						
75歳以上ダミー	1.441 ** (0.675)	-0.777 ** (0.329)	-0.669 ** (0.268)						
α	1.462 ** (0.679)	-0.634 (0.324)	-0.638 ** (0.270)						
対数尤度		2.934 *** (0.090)	0.708 *** (0.102)		2.604 *** (0.132)	0.537 *** (0.141)		2.321 *** (0.126)	0.574 *** (0.148)
サンプル数	1622	-3425.084	-3408.604	741	-1604.811	-1597.189	839	-1650.480	-1649.451

注) 1) ***は1%有意水準, **は5%有意水準, *は10%有意水準で係数が0という帰無仮説が棄却されることを示している。
 2) 上段は係数, 下段括弧内は標準誤差を示している。
 3) HNB モデルの hurdle 部分は HNB1 と HNB2 で共通のため, 一括して記載している。
 4) α は NB モデルの係数を示している。
 5) 上記の説明変数以外に, 季節を示すダミー変数も加えて推定を行った。
 6) モデル III の年齢ダミーのベースは65-70歳ダミーとなっている。
 出所) 筆者作成。

に対して、上位所得世帯ダミーについては負になっている。ただし、このダミー変数についても統計的に有意な数値は得られていないため、減少の影響は限定的といえる¹¹⁾。

モデルⅡの住民税課税世帯ダミーで有意な数値が得られなかった理由は、65歳以下の人工透析患者においては、人工透析以外の医療サービスを受診する必要性が低い患者が多い可能性が考えられる。表2の記述等計量からも確認できたように、住民税非課税世帯の平均的な月の受診回数が2.643日に対して、住民税課税世帯では2.881日となっている。ただし、同じ年齢層に属する上位所得者については、9.500日とずば抜けて大きい数値が得られている。上記の仮説に基づくならば、上位所得層についても大きな違いは生じないはずである。そのような結果が得られなかった理由としては、上位所得層が過剰に受診している可能性が考えられるが、本稿で用いたデータからこの点を明らかにすることができない。モデルⅢの上位所得世帯ダミーについても、hurdle部分と同様の理由が影響していると考えられる。

その他の注目すべき点として年齢ダミーがある。モデルⅠにおけるhurdle部分での年齢を示すダミー変数に注目すると、全ての変数で正の値で統計的にも有意な数値が得られている。これは、60歳未満の人工透析患者と比較して、全ての年齢層において人工透析以外で外来受診する確率が高いことを示しており、高齢者ほど医療機関で受診しているという、一般的な認識と合致する結果になっている。

しかし、モデルⅠにおけるNB部分の年齢を示すダミー変数では、65歳以上70歳未満ダミー、70歳以上75歳未満ダミー、75歳以上ダミーで負かつ有意な数値となっている。これは60歳未満の人工透析患者と比較して受診回数が少ないことを示しており、年齢が高い人のほうが医療機関への受診回数が多くなるという、一般的な認識とは異なった結果になっている。hurdle部分の結果と併せると、年齢が高い人工透析患者のほうが、人工透析以外で医療機関へ受診する確率は大きいですが、受診回数については短くなっているといえ

る。このような結果となった理由として、以下の2つのケースを考えることができる。

第1は、高齢者自身で受診を控えているケースである。前述の通り、人工透析を受けている患者は、月に12-15日程度、週にすると3日前後、医療機関へ受診している。そのため、人工透析以外で医療機関へ通うことが体力的に困難となり、自ら受診を控えた結果、受診回数が60歳未満の人工透析患者よりも少なくなっている可能性が考えられる。

第2は、高齢者本人としては医療機関で診察を受けたいが、医療機関へのアクセスが困難なため、受診回数が減少しているケースである。加齢とともに体力が落ちてきているならば、高齢者ほど医療機関で受診する機会は多くなるはずである。本稿の推定結果でも、医療機関で受診する確率については高齢者の方が高くなっている。しかし、高齢者が医療機関へアクセスするには、家族等の援助が必要になってくるケースが多い。そのため、一度受診した後の受診については、高齢者自らの意思や医師の意思以外にも、家族等の意思が強く働き、その結果、受診後の受診回数が減少してしまっている可能性が考えられる。このような状況においては、高齢者が適切に医療機関へアクセスできるような環境を構築していく必要があるといえる。

ただし、65歳以上の患者を対象としたモデルⅢでは、モデルⅠとは異なった結果が得られており、このカテゴリーでは年齢が上がるにつれて受診する確率は低下している。受診後の受診回数についてはプラスの係数となっており、年齢の高い患者の受診回数のほうが長くなる傾向にある。しかし、これらについては統計的に有意な数値はえられていないため、その影響は限定的といえる。つまり、65歳以上の患者のついては、年齢が受診後の受診回数に及ぼす影響は限定的といえるが、受診するか否かについては、年齢が上がるほど受診確率が低下するという結果となっている。

年齢が高い患者の受診確率が低下する理由としては、上記と同様に、①自ら受診を控えているケ

表 4 限界効果

	モデル I (全体)		モデル II (65 歳未満)		モデル III (65 歳以上)	
	hurdle	NB2	hurdle	NB2	hurdle	NB2
住民税課税世帯ダミー	0.185	0.486	0.099	-0.003	0.256	0.564
上位所得世帯ダミー	0.198	1.564	0.505	1.572	0.018	-0.328

出所) 筆者作成。

ース, ②医療機関へのアクセスが困難になっているケースの両ケースの可能性が考えられる。65 歳以上の患者の年齢と受診回数間に統計的に有意な関係が認められなかったことの解釈については現時点では不明であり, 今後の課題としたい。

3 限界効果

モデル I, II, III における所得の違いが受診回数に与える影響を比較するため, 各モデルの住民税課税世帯ダミー, 上位所得世帯ダミーの限界効果を計算した。各モデルの計算結果は表 4 に示している。推定式が非線形のため評価点によって数値は異なるが, 本稿では各モデルのサンプル平均で限界効果を計算している。

モデル I の限界効果についてみていくと, 住民税非課税世帯に属する人工透析患者と比較して, 住民税課税世帯に属する人工透析患者, 上位所得世帯に属する人工透析患者が外来受診する確率は, それぞれ 18.5% ポイント, 19.8% ポイント高くなっており, 受診回数も 0.486 回, 1.564 回多くなっている。したがって, サンプル全体でみると, 上位所得世帯に属する人工透析患者の受診確率は最も高く, 受診回数も最も多くなっていることが確認できる。

次に, モデル II・III の限界効果についてみていくと, モデル II の住民税課税世帯に属する人工透析患者の受診確率は 9.9% ポイント高くなっているが, 受診回数については -0.003 回の減少になっている。ただし, 受診回数については統計的に有意な数値が得られていないため, その減少は限定的である。また, 上位所得世帯に属する人工透析患者については, 受診確率は 50.5% ポイント高く, 受診回数は 1.572 回多くなっている。この年齢・所得階層に属する患者数は非常に限ら

れているため, その点を留意しておく必要はあるが, 65 歳未満の上位所得世帯の人工透析以外での受診確率は非常に高く, 受診回数も著しく多くなっている。モデル III については, 住民税課税世帯ダミーの受診確率は 25.6% ポイント高く, 受診回数は 0.564 回多くなっている。上位所得世帯ダミーについては, 受診確率は 1.8% ポイント高いが, 受診回数については 0.33 回の減少となっている。ただし, モデル II の住民税課税世帯と同様, 上位所得世帯については統計的に有意な数値が得られていないため, この増加および減少も限定的である。

V 結語

本稿では, 人工透析患者における所得と人工透析以外での外来受診の関係について, レセプトデータを用いて分析を行った。本稿の分析より以下の 3 点が明らかとなった。

- 1 人工透析患者全体では, 住民税非課税世帯, 住民税課税世帯, 上位所得世帯と所得階層が上がっていくほど, 人工透析以外での外来受診の確率は高くなり, 受診回数も多くなる。
- 2 人工透析患者全体では, 住民税非課税世帯に属する人工透析患者と比較して, 住民税課税世帯に属する人工透析患者, 上位所得世帯に属する人工透析患者が外来受診する確率は, それぞれ 18.5% ポイント, 19.8% ポイント高くなっており, 受診回数も 0.486 回, 1.564 回多くなっている。
- 3 65 歳未満で上位所得世帯に属する人工透析患者が, 人工透析以外で外来受診する確率お

よび受診回数はずば抜けて大きく、65歳未満の住民税非課税世帯の患者よりも50.5%ポイント高く、受診回数も1.572回多くなっている。

モデルⅠの推定結果に従うと、人工透析患者においては、所得の高い人工透析患者ほど、人工透析以外で外来受診する確率は大きくなり、受診後の受診回数も多くなる傾向にあることが明らかとなった。ただし、自己負担率が同じ人工透析患者を対象としてグループ化を行った、モデルⅡ、Ⅲの一部においては、上記を支持する結果は得られておらず、上記のような関係が全ての年齢階層において当てはまるといえない。

最後に今後の課題について述べる。今回の分析に用いたレセプトデータより、住民税非課税世帯に属する患者と住民税課税世帯・上位所得世帯に属する患者との間に、外来受診をする確率、その後の受診回数に違いがあることは明らかにできた。

しかし、データの制約上、患者の健康状態等を把握できないため、①低所得者の受診回数が適切で、高所得者ほど人工透析以外での外来受診部分でモラルハザードが生じているのか、②高所得者の受診回数が適切で、低所得者は人工透析部分での自己負担分が生活を圧迫し、適切な受診を受けられない状況にあるのか、という問題については、本稿では明らかにできていない。

また、モデルⅡ、Ⅲの上位所得世帯について十分なサンプル数が確保できなかったこともあり、カテゴリーを分割したモデルⅡ、ⅢではモデルⅠと整合的な推定結果が得られたとはいえない。この点については、今後さらにデータセットを整備していくことで解決していきたい。

慢性腎不全による人工透析は、糖尿病を通じて発症しているケースが多いため、合併症の管理を必要とされる疾病といえる。合併症の発症を管理していくには、適切な診療を日常的に受ける必要があるため、人工透析患者の適切な受診を確保できるよう、所得や年齢に応じた自己負担限度額を設定していく必要があるといえる。

(平成20年2月投稿受理)

(平成20年12月採用決定)

謝辞

本稿は、厚生労働省長寿医療研究委託費18公-7(主任研究者:荒井由美子)による研究成果の一部である。本研究を実施するにあたり、国民健康保険の保険者および審査支払機関の協力を仰ぐことができた。ここにあらためて感謝したい。なお、本稿は筆者らの個人的な意見であり、国立長寿医療センターおよび厚生労働省、科学技術政策研究所を代表するものではない。当然のことながら、本稿に含まれる一切の誤謬の責は筆者らの方に帰すものである。また、本稿の作成に際し、本誌匿名レフェリーの方々より、大変有益な助言をいただいた。記して、感謝申し上げたい。

注

- 1) 細谷・林・今野・鶴田〔2004〕の114ページを参照。
- 2) 腎不全患者および人工透析患者の医療費の問題を扱った先行研究として、前田〔1983〕、細谷・林・今野・鶴田〔2004〕、今野〔2005〕を挙げることができる。しかし、これら先行研究の目的は、腎不全患者の医療費における地域格差を検証することであり、所得と外来受診行動については分析が行われていない。
- 3) 患者の受診行動を分析した近年の論文では、HNBMよりもFMM(Finite Mixture Model)のほうが高いパフォーマンスを示すという結果が多数発表されている。日本においても増原〔2004〕、増原・村瀬〔2005〕においてFMMを用いた分析が行われている。ただし、FMMについては、経済学的な解釈が困難という問題が残っている。本稿においてもFMMによる分析を行ったが、推定結果の解釈が困難だったため、推定結果は掲載しなかった。HNBMとFMMのそれぞれの優位点についてはWinkelmann〔2003〕を参照するとよい。
- 4) 本稿で用いた所得区分の定義は以下の通りである。老人保健適用者は、一定以上所得者(課税所得額145万円以上)、低所得者Ⅱ(課税所得額145万円未満かつ世帯全員が住民税非課税)、低所得者Ⅰ(低所得者Ⅱかつ世帯所得一定水準以下)、一般(それ以外)。老人保健非適用者は、上位所得者(課税所得額145万円以上)、低所得者(住民税非課税)、一般となる。

老人保健適用者と非適用者が混在するので、低所得Ⅱと低所得Ⅰをまとめ、住民税非課税世帯、住民税課税世帯、上位所得世帯の3区分とした(世帯としたのは世帯所得で区分されることによる)。所得区分は全ての被保険者に記載されており、その所得区分の平均値を使用した(所得は月ごとに変動するため)。

- 5) 上位所得世帯である人工透析患者の自己負担分は、70歳を基準にして、70歳未満が2万円、70歳以上が1万円に設定されている(高額所得者については2割負担)。そのため、70歳を基準にしてサンプルを分類することが考えられる。しかし、一定の障害のある者に対しては、65歳以上から老人保健制度による自己負担率1割の適用が認められており、本稿で用いたレセプトデータから得られた65歳から70歳の人工透析患者についても、多くがこの一定の障害のある人に認定され、老人保健制度が適用されていると考えられる。
- 6) 70歳を基準にサンプルを分割し、70歳未満のグループ、70歳以上のグループでそれぞれHNBモデルを用いて分析を行った。推定結果については、65歳を基準にサンプルを分割したケースと大きな違いはなかった。
- 7) HNBMによる分析を行う際には、65歳未満の患者については、対象となる744人のうち自己負担率が1割だった3人、65歳以上のグループについては、対象となる878人のうち自己負担率が2割だった18人、3割だった21人を、サンプルから除外した。したがって、モデルⅡとモデルⅢのサンプル数の合計とモデルⅠのサンプル数とは異なった数値となる。
- 8) 65歳未満のグループに1割負担の患者もサンプルに含めて、説明変数に自己負担率ダミーを加えたケース、65歳以上のグループに2割、3割負担の患者もサンプルに含めて、説明変数に自己負担率ダミーを加えたケースについても、それぞれHNBモデルにて分析を行った。しかし、自己負担率ダミーの係数・標準誤差が著しく大きな値をとり、正確な分析が行えなかった。
- 9) レセプトデータに記載されている医療費には、人工透析以外で利用した医療サービス分も含まれている。そのため、医療費全体(人工透析部分での医療費+人工透析以外の部分での医療費)についての議論を行う必要がある。そのため、本稿においても、所得が全医療費および全受診回数に与える影響について検証するために回帰分析を行った。しかし、所得による有意性は認められなかったため、本文には記載しなかった。
- 10) 本稿では、患者の1月当たりの全医療機関で

の受診回数を集計している。そのため、2つの医療機関へそれぞれ1日ずつ受診した時の受診回数は2回になっている。

- 11) 患者を65歳で分割したモデルⅡ,Ⅲについては、統計的に有意な数値が得られなかった所得層や係数がマイナスの値を示す所得層が存在している。これはサンプルを分割したことによって、上位所得世帯に該当する患者が少なくなっていることが影響していると考えられる。そのため、モデルⅡ,Ⅲにおいて、住民税課税世帯ダミーと上位所得世帯ダミーの代わりに、これら2つの変数を統合したダミー変数を用いてHNB2による推定を行い、住民税非課税世帯に属する患者との比較を行った。しかし、推定結果に大きな違いは認められなかった。

参考文献

- Bago d'Uva, T (2006) "Latent class models for utilization of health care," *Health Economics*, Vol. 15, No. 4, pp. 329-343.
- Cameron, A. C., P. K. Trivedi (2005) *Microeconometrics: Methods and Applications*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Deb, P. and P. K. Trivedi (1997) "Demand for Medical Care by the Elderly: A Finite Mixture Approach," *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 12, No. 3, pp. 85-106.
- (2002) "The Structure of Demand for Health Care: Latent Class versus Two-part Models," *Journal of Health Economics*, Vol. 21, No. 4, pp. 601-625.
- Gerdtham, U. G. (1997) "Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data," *Health Economics*, Vol. 6, No. 3, pp. 303-319.
- Jemernez-Martin, S., J. M. Labega, and M. M. Matinez-Granado (2002) "Latent Class versus Two-Part Models in the Demand for Physician Services across the European Union," *Health Economics*, Vol. 11, No. 4, pp. 301-321.
- Pohlmeier, W and V. Ulrich (1995) "An Econometrics Model of the Two-Part Decision-making Process in the Demand for Health Care," *Journal of Human Resources*, Vol. 30, No. 2, pp. 339-361.
- Winkelmann, R. (2003) *Econometric Analysis of Count Data 4th edition*, Berlin, Springer-Verlag.
- (2004) "Health Care Reform and the Number of Doctor Visits-An Econometric Analysis," *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 19, No. 4, pp. 455-472.
- Yoshida A and Takagi S (2002) "Effects of the Reform of the Social Medical Insurance System in

- Japan," *The Japanese Economic Review*. Vol.53, No. 4, pp. 444-465.
- 今野広紀 (2005) 「特定疾病における医療費格差——診療行為の標準化に向けて」『医療と介護の世代間格差 現状と改革』東洋経済新報社。
- 細谷圭・林行成・今野広紀・鶴田忠彦 (2004) 「医療費格差と診療行為の標準化——腎不全レセプトデータを用いた比較分析」『日本の医療制度 レセプトデータによる経済分析』東洋経済新報社。
- 前田信雄 (1983) 「高齢者の入院費用の高低に関する研究——地域差の分析」『季刊社会保障研究』 Vol. 19, No. 1, pp. 56-69。
- 増原宏明 (2004) 「老人保健制度と外来診療—組合健康保険レセプトデータによる count data 分析—」『季刊社会保障研究』 Vol. 40, No. 3, pp. 266-276。
- (2004) 「Finite Mixture モデルを用いた受診行動の比較分析」世代間利害調整プロジェクト (一橋大学経済研究所) ディスカッションペーパーシリーズ No. 237。
- ・村瀬邦彦 (2005) 「1999年7月老人保健適用者外来薬剤費一部無料化の効果」『季刊社会保障研究』 Vol. 40, No. 4, pp. 362-372
- 吉田あつし・伊藤正一 (2000) 「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」『医療経済研究』 Vol. 7, pp. 101-119。
- ・川村顕 (2004) 「1997年自己負担率の改定と歯科サービスの需要および供給の変化」『医療と社会』 Vol. 13, No. 4, pp. 95-112。
- (にしかわ・こうへい 科学技術政策研究所 第1研究グループ 研究員)
- (ますはら・ひろあき 国立長寿医療センター研究所 長寿政策・在宅医療研究部 長寿医療経済研究室 室員)
- (あらい・ゆみこ 国立長寿医療センター研究所 長寿政策・在宅医療研究部 部長)

社会 保 障 法 判 例

根 岸 忠

厚生年金基金による老齢年金給付の減額に同意しない受給者の年金減額が有効とされた事例（りそな企業年金基金・りそな銀行（退職年金）事件）

東京地方裁判所平成20年3月26日判決（平成17年（ワ）第12995号退職年金額確認等請求事件）『労働判例』965号51頁、『労働経済判例速報』2007号3頁）

I 事実の概要

1 被告Y1は、平成15年3月にD銀行とA銀行が合併して発足した銀行であり、訴外S銀行、持株会社であるRホールディングス等とRグループを形成している。Y1を含めたRグループに属する銀行等が設立事業所となって、平成15年3月にD銀行厚生年金基金、A銀行厚生年金基金及びK銀行厚生年金基金が統合され、R厚生年金基金（これら各基金をまとめて「本件各基金」といい、R厚生年金基金を「R基金」という）が設立された。

原告である11名（以下「Xら」という。亡Hの訴訟承継人であるX8を含む）は、従前Y1やその前身たるD銀行やA銀行、さらにはA銀行の前身たるZ銀行に使用されていた者であり、D銀行厚生年金基金、A銀行厚生年金基金、Z銀行厚生年金基金などR基金の前身である厚生年金基金から老齢年金給付を受けていたが、現在はいずれもR基金から前記給付を受給している者である。

2 R基金は、厚生年金保険法（以下「厚年法」

という）上の老齢厚生年金の給付を政府に代わって行う部分である「代行部分」に若干の上乗せ加算が付加された「基本部分」と、基本部分と区分された上乗せ加算となる「加算部分」からなる「加算型」と呼ばれる給付類型を採用している。

3

(1) Y1の経営が悪化したことにより、RホールディングスとR基金は、代行の返上、加入員につき加算年金の一部の廃止並びに受給者及び受給待期者（以下「受給者等」という）の老齢年金給付の支給額の減額を柱とする基金制度の改革策を実施することとした。

このうち受給者等に対する老齢年金給付の減額措置については、加算年金を対象として、いわゆるキャッシュ・バランス・プラン類似の仕組みを採用することとし、年5.5～8.0%に固定していた給付利率を3.5%と設定して再計算する等といった仕組みのもの（以下「本件減額」という）と定められた。これにより、年金額は平均で約13.2%、最大約21.8%程度引き下げられることとなった。

(2) 平成15年8月、R基金は、受給者等全員に対し、給付額の見直しについての考え方や、同

基金の状況等について情報提供や説明を希望する事項などにつき選択肢形式で構成されたアンケート文書を送付して、受給者等からの意見を求め、上記アンケートの結果の報告と同基金の現状や本件減額等に関する説明会を主要都市で、平成15年10月、同年12月、平成16年1月に行った。

平成16年1月、R基金は、すべての受給者等に対し、本件減額につき賛同を求める旨及び賛同する場合には、添付の同意書面にその旨を記して同基金に送付することを求める旨の「加算年金制度見直しに関するご賛同のお願い」と題する文書を発したところ、受給者等総数1万5,766人のうちの1万2,613人（約80%）から、本件減額に賛同する旨の同意書が提出された。しかし、Xらはいずれも、この同意書面を提出しなかった。

(3) 平成16年4月23日、R基金の代議員会は、規約の変更を決議した。R基金は、平成16年4月30日付けで、厚生労働大臣に対し、上記規約変更につき認可を求める申請をし、平成16年7月28日、厚生労働大臣が当該規約変更を認可した（以下「本件認可」という）ことから、R基金は規約の変更を行った（以下「本件規約変更」という）。

(4) 以上の経緯を経て、R基金は、Xらを含めた受給者等に対し、本件規約変更に基づき再計算した老齢年金給付の支給額を通知し（以下「本件通知」という）、平成16年8月1日以降、R基金は、Xらに対し、変更された額の老齢年金給付を支給することとした。

(5) 平成17年10月に、R基金は、確定給付企業年金法112条1項により企業年金基金へ移行し、その権利及び義務は被告Y2企業年金基金に承継された。R基金が支給していた額をY2も支給している。

4 Xらは、①Y2に対して、老齢年金給付を支給する旨の年金支給契約（主位的請求）又は公法上の年金受給権（予備的請求）に基づく年金受給権に基づき、②Y1に対して、Xらと各勤務先であった銀行との間の労働契約に基づき、次のような請求の訴訟を提起した。

すなわち、X8を除くXらは、(a) 本件減額に

よる変更前の給付額による老齢年金給付を受給する権利を有することの確認、(b) 本件減額による変更前の老齢年金給付の支給額と本件減額後に実際に支給された同年金給付との差額等の金員の支払、及び(c) 本件減額による変更前の給付額の老齢年金給付の支払を請求した。X8は、亡Hから相続した本件減額前の老齢年金給付の支給額と本件減額後に実際に支給された同年金給付との差額等の支払を請求した（本判決の事実関係の詳細については、〔佐久間2006, p.25以下〕）。

II 判旨

Xらの請求はいずれも棄却。

1 年金支給契約の成立の可否

(1) 「厚生年金基金が支給する老齢年金給付の仕組みにつき、厚年法が、政府が支給する厚生年金の給付と同様の仕組みを採用していることから、同法は、厚生年金基金が行う裁定についても、社会保険庁長官が行う裁定と同様、権利の発生要件の存否や金額等を公権的に確認するという効力を付与したものと解するのが相当である。してみると、厚生年金基金がする上記裁定は、行政事件訴訟法（以下「行訴法」という）3条2項所定の行政庁の処分たる性格を有するといえるから、行政処分たる裁定を求める『請求』とこれに対する『裁定』とを、契約の申込み、承諾と観念する余地はないというほかない。

(2) 「厚年法及び本件各基金が定める規約には、基本年金と加算年金とを別個の年金給付と構成しているとみられる定めは見当たらず、むしろ、基本年金も加算年金も共に公的給付としての性格を有する老齢年金給付の構成要素にすぎない」。

(3) 「X等と本件各基金との年金支給契約の成立を前提とするXらの主位的請求は、年金支給契約なるものの成立が認められない以上、その余の点について判断するまでもなく理由がない」。

2 規約変更による年金支給額の不利変更の可否

「厚生年金基金が支給する老齢年金給付は、厚年法による保険給付（老齢厚生年金）と同様、事後の社会・経済的な情勢に応じて、その支給額が変動することが想定されているとみるのが相当である。「そうだとすると、厚生年金基金は、厚年法所定の手続に従って規約を変更することにより、受給者等の年金給付支給額を変更することができるといえる」。

3 本件規約変更によるXらの年金支給額の減額の有効性

(1) 「受給者等に対する年金給付の支給額も『保険給付に関する処分』により具体的に発生・変動すると解される（厚年法33条、35条、厚年法施行規則82条1項参照）。したがって、本件減額も、本件規約変更それ自体からその効力が生じるのではなく、R基金が同変更に基づいて再計算をして金額を確認した上で、その結果（変更額）をXらに通知すること（本件通知）により発生すると解すべきこととなる」。

(2) そうすると、「XらのY2に対する（予備的）請求は、本件通知が無効であることを前提として、老齢年金給付の支給額の確認、差額の支給等を求める公法上の当事者訴訟（行訴法4条後段）と構成することができる」。

(3) 老齢年金給付の受給者「への支給額を減額する旨の規約変更については、厚生労働大臣が、かかる規約変更の相当性・合理性の有無……を審査・判断することを想定しているとみるのが相当であり、……してみると、本件規約変更の相当性・合理性の有無の判断も、本件認可の瑕疵の有無の問題に収斂するというべきであり、かつ」、これを上記の(2)で「判示したXらのY2に対する（予備的）請求の理解に投影させるならば、その争点の実質は、本件認可に無効となるような瑕疵があるか否かという問題であると理解すべきこととなる」。

(4) 「厚生労働大臣がする認可がその広範な裁量に委ねられているとしても、支給額を減額する

規約の変更については、これが社会通念に照らして是認するに足りる程度の合理性を有することが確認されるべきであるから、厚生労働大臣の認可の判断に、重要な事実・事情についての判断が欠け、また、その評価が著しく不相当であるといった事情が認められる場合には、その認可は厚生労働大臣に委ねられた裁量を逸脱・濫用する重大な瑕疵があるものとして無効になると解するのが相当である」。

(5) 「本件認可は、本件通達の定め、特に、別紙2の第三、7所定の基準（以下『本件認可基準』という）によりされたと考えられるところ、同基準は、①『基金の存続のため受給者等の年金の引下げが真にやむを得ないと認められる場合』という、支給額の減額に高度の必要性が認められ、②受給者等の選択により老齢年金給付の最低積立基準額相当の一時金を受給し得る措置を講じ、かつ、③受給者等に十分な情報提供が保障されていること、以上を前提として、④受給者等による3分の2以上の同意を得るという手続的な要件を課すことにより、その是非の判断を利害関係者間の合意に委ねたものとみることができる。そして、その内容・枠組みは、厚生年金基金の設立企業、当該厚生年金基金、その加入員及び受給者等といった支給額の減額をめぐる利害関係者の利害状況を適切・妥当に調整し得るものとして相当なものと評価でき、Xらもその基準が相当であることについて、特段争っていないところである。してみると、本件認可が無効であるか否かの判断も、本件認可基準に依拠して検討するのが相当である」。

(6) 「以上によれば、本件認可には、本件認可基準に照らしても、その効力を無効とするほどの瑕疵があったとはいえないから、本件認可が無効であるということとはできない。「以上の次第で、本件認可が無効であるとはいえないから、本件規約変更及びこれに基づく本件通知により」、本件各基金による「裁定で決定されたX等⁽⁷⁷⁾の老齢年金給付の額は……減額されたこととなる」。

4 労働契約に基づくY1の老齢年金給付支給義務の存否

「R基金の老齢年金給付は厚生年金保険制度の一つとして、厚生年金基金制度の枠組みにより給付されるものであって、その支給根拠は、X等とその使用者であるD銀行、K銀行、A銀行、Y1との労働契約にあるものではない。したがって、XらとY1銀行（X10との関係では直接の使用者であり、その余の原告らとの関係では、同人らの使用者の権利義務を承継した者となる）との間で、老齢年金給付に関する法律関係が生じると解すべき根拠はない。よって、その余の点について判断するまでもなく、XらのY1銀行に対する請求はいずれも理由がない。」

III 解説

結論に賛成。判旨の一部に疑問がある。

1 はじめに

本件訴訟は、厚生年金基金（以下「基金」という）の受給者等が、老齢年金給付が減額されたために、基金及び元事業主を相手取って、減額された老齢年金給付額と従前受給していた給付額との差額の支給等を求めて提起されたものである。

本判決は、基金の裁定は、それが加算部分に対するものであっても、年金支給契約によるものではなく、行政処分である旨をまず判示し、規約の変更による年金支給額の減額をそもそも行うことができるか否かについて論じている。その上で、本件における規約の変更は元従業員である受給者に対して効力を有するかを述べ、規約変更の相当性・合理性の判断は、厚生労働大臣の認可の相当性・合理性で判断し、本件における給付減額が結論としては合理的であると述べている。

その後で、元事業主であるY1が老齢年金給付支給義務を労働契約上負うか否かについて判断し、当該給付は基金が支給する義務を負っているものであり、元事業主は、労働契約上その義務を負っているものではない旨判示している。

2 本判決の意義

近年、企業年金の給付減額に関する裁判例が増えているが、これまでの裁判例の多くは自社年金についてであった。そのような中で、本件は基金の給付減額が初めて争われた事例である。

以上のほか、本判決は、第1に本件認可基準に基づく給付減額を有効とし、第2に基本部分だけでなく加算部分についても、基金による給付の根拠は行政処分性を有する裁定にあるとし、第3に基金による受給者等に対する通知に処分性を認め、第4に基金の規約の意義について初めて判断し、第5に老齢年金給付は基金が支給するものであるから、事業主は、労働契約上、当該給付を支給する義務を負うものではない旨判断した点に意義が認められるであろう。

3 年金支給契約の成否

厚年法上、基金は老齢年金給付について裁定する（厚年134条以下、単に条文番号のみを記載する場合は厚年法の条文である）こととされているが、XらはR基金との間に年金支給契約が締結される旨主張しているのであるから、R基金がなす裁定がいかなる法的性質を有するかが問題となる。

さらに、Xらは、かりに基金による裁定が行政処分性を有するとしても、それは基本部分のみに妥当するものであり、加算部分は、基金との間に年金支給契約が締結される旨主張し、その点につき本判決は判断を下している。

以下、本判決の判示に従って解説する。

(1) 裁定の法的性質

本判決は、厚年法の規定から基金がなす裁定について契約性を否定し、処分性を肯定した（上記II判旨1(1)）。その根拠として本判決は次の理由を挙げた。第1に年金給付及び一時金については基金が裁定する旨の規定（134条）は、厚生年金金本体における社会保険庁長官による裁定（33条）と同様のものであるという点である。第2に厚生年金金本体については、給付に関して不服がある場合には、社会保険審査官及び社会保険審査会

に審査請求することができ（90条）、また訴訟については審査請求前置主義が採用されている（91条の3）が、これら審査請求、再審査請求及び審査請求前置主義に関する規定は基金が支給する給付についても準用されている（169条）という点である。

このように、処分性の有無を判断するに際し、本判決ではこれら2つを考慮して、基金による裁定の処分性を認めている。従来裁判例では、不服申立制度の存在やその他特別の法的仕組みなどを考慮して処分性が判断されているが〔塩野2005, p. 110〕、本判決ではこうした流れと軌を一にし、厚生年金本体と基金がなす老齢年金給付との関係や不服申立制度の存在を考慮して、判断がなされている。こういった判断の方法は従来の処分性に関する裁判例で用いられているものであり、妥当といえるであろう。

- (2) 裁定に処分性が認められるとして、それは基本部分だけでなく、加算部分にも当てはまるか

基金は、老齢年金給付の支給を行う（130条）のであるが、(1)で述べたように、本判決は、基金がなす加算部分についても、行政処分たる性格を有する裁定によって基金と受給者等との間に年金を支給するという法律関係が成立すると述べている。これに対し、基金は老齢厚生年金を代行する基本部分と基金独自に給付設計を行う加算部分とを給付するのであるから、基本部分については行政処分によるが、加算部分については基金と受給者等との間に年金支給契約が締結されるとする説〔畑中2006, p. 42, 角田・畑中2007, p. 16〕がある。

そもそも基本部分及び加算部分という言葉は法令上出てくることはなく、通達である厚生年金基金設立認可基準取扱要領（平1・3・29企年発第23号・年数発第4号）によって、基本部分及び加算部分という言葉が用いられている。そのため、本判決のように、法令上は明示されていないために、「老齢年金給付」という文言に、基本部分と加算部分のそのいずれもが入ると解釈するこ

ともできる¹⁾。

評者は、次の3つの点から老齢年金給付には基本部分と加算部分のいずれもが入ると考えている。第1にどちらの給付も同一の基金が支給する年金給付であり〔根岸2005, p. 104〕、第2に上記取扱要領は厚年法の解釈基準として、行政庁が基金の支給する給付について妥当と考えているものを規定しているのであるから、一応尊重すべきものといえ、第3に厚生年金基金令23条3号には「加算額」という文言が用いられているが、同条は加算型の老齢年金給付の算定方法に関する規定である²⁾といった点である。

また、かりにXらが主張するように、老齢年金給付の基本部分と加算部分の性質が異なるということ为前提に考えた場合、基金と受給者等との関係が、基本部分については行政処分、加算部分については年金支給契約というように、基金が行う「裁定」という同一の行為でありながら、基本部分か加算部分かという年金の性質によって、裁定の法的性質が異なるのは妥当でないといえる。この点からも本判決の判示は妥当といえるだろう。

4 規約変更による老齢年金給付支給額の不利益変更の可否

厚生年金本体については年金額の改定に関する規定（2条の2）があるが、老齢年金給付についてはこういった規定は存在しないために、事後に支給額を変更することができるかが問題となる。

この点につき、本判決は、第1に厚生年金本体における不服申立制度を準用（上記Ⅱ判旨1(1)）しており、第2に「老齢厚生年金に係る運用業務の主要部分の遂行を、公法人たる厚生年金基金に委託するものと解することができ（厚生年金基金側の視点からは『代行』ということになる）」るのであり、第3に「厚年法は保険給付の支給額が事後の社会・経済的な情勢に応じて変動（増・減額）することを想定している」ことを挙げて、老齢年金給付支給額を事後に減額しうることを認めている。このように、厚生年金本体には年金額の変動に関する規定があり、当該規定は、

厚生年金本体を代行する基金が支給する老齢年金給付についても当然適用されうるという論理構成である。

では、これら厚生年金本体に関する規定を基金が支給する給付にも当てはめるといふ本判決の判断枠組みは果たして妥当なのだろうか。厚生年金本体と基金が支給する給付との関係を考えてみると、厚生年金本体と同様の性質を有するのは基本部分のうちの代行部分だけであり、基金独自の給付設計による加算部分は厚生年金本体とは関係がない。それゆえ、本判決が、基金の支給する給付と厚生年金本体とが同様の性質があると考へて示した上記3つの理由のすべてが、本件で問題となっている加算部分の減額についての根拠とするのは妥当ではないと考へられるからである。

本判決は、上記3つの点を述べた後に、第1に厚年法は、変更しうる規約の内容の範囲につきなんら制限していないのであり、また第2に本件認可基準が受給者等の給付減額をなす際の要件を定めていることから、規約変更によって給付額を不利益に変更しうると述べている。

評者は、基金の支給する給付につき不利益変更をなす際の理由として、上記2つの点を本判決が挙げたのは妥当と考へている。そもそも厚年法は、事業主と加入員から選出される代議員からなる代議員会が規約の変更につき議決する(118条1項1号)こととしているのであるから、規約の変更によって給付を減額すべきか、またどの程度減額すべきかについて、まずは基金内部で決定すべき問題ととらえているといえるだろう。その上で、厚生労働大臣が変更された規約の内容につき認可する(115条2項)こととしており、その際には、本件認可基準が示した要件を満たしているかを判断するのである。厚年法の基金に関するこれらの規定及び上記したように、加算部分は厚生年金本体とは関係のない基金独自の給付であり、本件で問題とされていたのは加算部分の減額なのであるから、本判決は、評者が前段落で掲げた2つの理由のみを述べればよかったと考へられるのである。

なお、本判決は明示していないが、判決を読む

限り、加算部分だけでなく、基本部分も減額されうるように読める。しかしながら、本件は加算部分の給付減額が問題となった事例であり、また、代行部分については厚生年金本体の給付を基金が国に代わって行っているのであるから、規約の変更によって減額することができるものと解釈すべきではないだろう。

このように考へると、本判決はあくまで加算部分の給付減額をなすうると述べた事例であり、その限りで妥当なものであると解される。

5 本件規約変更による原告らの年金支給額の減額の有効性

本判決は、Xらに対する給付減額の可否について、本件規約変更、厚生労働大臣による規約変更の認可及び本件減額の関係について述べており、その後で、本件規約変更の相当性・合理性について判断している。

まず、本判決は、老齢年金給付の支給につき、受給権の発生及び給付額は裁定を含む行政処分により発生するとし、本件減額も本件規約変更ではなく、R基金が当該変更によって年金額を再計算し、その結果をXらに通知することによって発生するとしている(上記II判旨3(1))。

その際に、本判決は、33条、35条及び施行規則82条を引用しながら、老齢年金給付の支給の仕組みについて論を進めている。これら規定は、厚生年金本体に関する規定であるから、老齢年金給付について直接根拠となる規定ではない。33条を引用したのは、厚生年金本体の裁定を行うのは社会保険庁長官であり、それと同様の性質を有する老齢年金給付の裁定を行うのは基金であると述べるためであると考えられる。

35条は、厚生年金本体の給付の裁定又は改正する際の端数処理の規定であるから、この規定を処分性の根拠とするのは妥当でないといわざるをえない。加えて、施行規則82条は、厚生年金本体の給付について社会保険庁長官等が処分を行ったときには、請求者又は受給権者に通知する旨の規定である。本判決は、この規定を本件通知の処分性を認める際の根拠としていると考えられる

が、厚生年金本体の代行を行っているのが基金であるから、基金が支給する給付についても厚生年金本体と同様に考えることができるという考えから同条を引用したと考えられよう。

このように、本判決は、本件通知に処分性を認めているのであるが、これは基金による裁定が外部に表示されないために、外部に表示される通知に処分性を認めたのではないかと考えることができる。

こうした判断に続き、本件規約変更の相当性・合理性に関する判断を行っているが、その判断は厚生労働大臣による規約変更の認可に瑕疵があるか否かの問題に収斂するとし、本判決は、厚生労働大臣が規約変更を認可する際に、当該認可につき、相当性・合理性が認められる必要があり、その裁量権に逸脱・濫用があったか否か判断している。

本判決は、本件認可につき、相当性・合理性が認められる必要があると述べるが、この相当性・合理性という要件は、これまでの自社年金の受給者減額に関する裁判例で裁判所が減額の有効性を判断する際に用いてきた要件と同様のものといえる³⁾。したがって、本判決は従来の企業年金の裁判例の判断枠組みを踏襲したものといえるだろう。ただし、自社年金の事例と異なり、老齢年金給付の減額に際しては厚生労働大臣の認可という行為が介在しており、厚生労働大臣が、本件認可基準に基づき規約変更の認可を行うのである。そのため、本判決は、本件認可基準が妥当か否か判断した後、厚生労働大臣が、本件認可基準が示した4要件を考慮して規約変更を認可したかを判断している。

そもそも、本判決が指摘するように、115条2項は厚生労働大臣が規約変更の認可を行うか否かにつき、なんら制限を設けておらず、この点からいえば、厚年法が、本件認可につき厚生労働大臣の広範な裁量に委ねたものと考えられることができる。ただし、その裁量も無制約のものではなく、本件認可基準が示した4要件を満たすか否かを事実関係から判断するというものに制限されると本判決は考えているといえるだろう。というのは、

その後の判示で、本件認可基準を妥当なものであるとし、その枠組みにしたがって4要件が充足されているか判断しているからである。

また、「本件認可が、無効であるとはいえないから」、Xらの老齢年金給付は減額されると述べているが、これは、115条2項の「認可を受けなければ、規約変更の効果は生じない」という規定から導かれているといえよう〔同旨、嵩2008, p. 171〕。これに対し、認可がなされるだけでは規約変更が有効となるとはいえないとする考え〔森戸2004, p. 14, 花見2006, p. 73〕もあるが、本判決はこうした考え方を採用せず、規約変更が有効であれば、Xらのような受給者等にも規約変更の効果が及ぶと解し、認可と規約変更の問題を直結させているといえるだろう。

なお、本件認可基準が示す第1の要件である「基金の存続のため受給者等の年金の引下げが真にやむを得ないと認められる場合」については、本判決が示した前掲I事実の概要3(1)の事情を考慮すれば、本判決の判断は妥当なものであるといえるだろう。この点が、本件とNTTグループ企業(年金規約変更不承認処分)事件⁴⁾とで、結論を分けた点であるといえる。

6 労働契約に基づく元事業主の老齢年金給付支給義務の存否

Xらは元事業主であるY1に対し、労働契約に基づく老齢年金給付支給義務から当該年金給付の支給を求めている。これに対し、本判決は、「R基金の老齢年金給付は厚生年金保険制度の一つとして、厚生年金基金制度の枠組みにより給付されるものであ」として、労働契約に基づくY1の上記義務を認めなかった。

これまで元事業主の老齢年金給付支給義務の存否が争われた事例としては、甲野・S社(取立債権請求)事件(東京地判平成14・2・28労判826号24頁)、D社・S社(取立債権請求)事件(東京地判平成14・2・28労判826号34頁)、TWRホールディングス事件(大阪地判平成16・6・16労経速1886号3頁)及び菅原電気事件(大阪地判平成17・6・22労判901号70頁)が存在する

が、元事業主に当該義務がある旨を述べた裁判例は存在しない⁵⁾。

そもそも労働契約は、使用者の賃金支払義務と労働者の労務提供義務（民法 623 条、労働契約法 6 条（以下「労契」という））からなるのであるが〔西谷 2008, pp. 9-10〕、判例、法令及び労働契約上の条項によって、労使双方に上記以外の義務が課されることがある（例えば、安全配慮義務（労契 5 条）、厚生年金の被保険者資格届出義務（27 条）、不正競争防止法に基づく秘密保持義務及び労働契約に基づく競業避止義務など）。

法令上、事業主に何らかの義務が課され、当該義務違反が同時に労働契約違反となることは考えられるが⁶⁾、老齢年金給付支給義務を負っているのは基金であり（130 条）、事業主には、法令上、当該支給義務がないのは明らかである。それゆえ、本判決が、労働契約上、元事業主である Y1 には当該支給義務はない旨述べ、老齢年金給付は「厚生年金制度の 1 つとして、厚生年金基金制度の枠組みで実施される」と判示した本判決の判断は妥当なものといえるだろう⁷⁾。

IV おわりに

本判決の射程について述べておきたい。本判決は、基金の加算部分の受給者減額に関する判断が問題となったものであるから、基金による裁定に行政処分性があり、当該裁定によって年金支給という法律関係が発生するという判示部分については、他の企業年金制度に及ぶと解すべきではなからう。

しかしながら、代行部分を有しないが、基金と同様に、法人格を有し、事業主ではない第三者である企業年金基金が給付を行う基金型の確定給付企業年金については、本件における論理構造（規約変更による老齢年金給付支給額の不利益変更及び労働契約に基づく元事業主の老齢年金給付支給義務に関する判示部分）は参考になると考えられよう。

注

- 1) この点について参考となる事例として、基金の解散に際し、老齢年金給付の支払義務を当該基金は免れると定める 146 条の解釈が問題とされたテザック厚生年金基金事件がある。当該事件では、受給権者らは、同条が定める「老齢年金給付」には加算部分は含まれることはないとし、解散するに際し、加算部分支給義務に代わる加算部分相当の清算金の支払義務を当該基金は負うと主張した。この主張に対し、1 審判決（大阪地判平成 16・7・28 労判 880 号 89 頁）は、同条を「基金が支給義務を免れる年金の種類について特段の制限を加えておらず」、「原資に応じて異なる取扱いをすることを予定しているとは認められない」として、同条が定める老齢年金給付には、基本部分はもとより、加算部分も含まれるとした。控訴審判決（大阪高判平成 17・5・20 労判 896 号 12 頁）も、1 審判決を引用し、同様の判断を行っている。
- 2) 同条は「老齢年金給付の額の算定方法は、次の各号のいずれかに該当するものでなければならない」と規定している。
- 3) 自社年金に関する裁判例では、就業規則の不利益変更の法理を類推適用又は参照することが多い。こうした裁判例で示された要件を本事例でも採用していると考えられる。
- 4) 本件は、規約型確定給付企業年金の実施主体である事業主からなるグループ企業が給付減額を行うために、厚生労働大臣による規約変更の承認の申請を行ったが、厚生労働大臣が規約変更を承認しない処分を行ったため、当該処分の取消を求めた事例である。
1 審判決（東京地判平成 19・10・19 労判 948 号 5 頁）及び控訴審判決（東京高判平成 20・7・9 労判 964 号 5 頁）ともに、当該グループ企業では多額の経常利益が計上されているなどとして、いずれも訴えは棄却された。
- 5) ただし、菅原電気事件では、基金が支給する加算部分の受給権と元事業主による労働契約上の配慮義務が問題となっているのであるから、本件や他の事例とは論点が異なるといえよう。
- 6) 事業主による健康保険及び厚生年金の被保険者資格の届出義務違反に対し、労働契約違反に基づく損害賠償請求を認めた豊國工業事件（奈良地判平成 18・9・15 労判 925 号 53 頁）があるが、事業主には健康保険法 48 条及び厚年法 27 条により前記義務が課されている。
そのため、法律上、事業主には当該届出義務が課されている上記事件と本事例とを同様に考えるのは妥当ではなからう。
- 7) ただし、退職金規程から内枠方式が採用されていると考えることができる場合には、基金が

給付減額を行った部分につき、(元)事業主が当該減額部分相当額を支給する義務を負うと解することができる場合もある(詳しくは、〔根岸 2005, pp. 106-107〕)。

引用文献

佐久間大輔 (2006) 「りそな事件」『労働法律旬報』1620号。

塩野宏 (2005) 『行政法Ⅱ 第4版』有斐閣。

角田邦重・畑中祥子 (2007) 「厚生年金基金における加算部分減額の法的検討」(本件鑑定意見書)。

嵩さやか (2008) 「確定給付企業年金の規約変更についての厚生労働大臣による不承認処分取消しの訴えが棄却された事例」『判例評論』598号

(『判例時報』2018号)。

西谷敏 (2008) 『労働法』日本評論社。

根岸忠 (2005) 「企業年金の減額・廃止をめぐる最近の判例動向」『季刊労働法』211号。

畑中祥子 (2006) 「厚生年金基金制度の性質をめぐる法的問題点」『労働法律旬報』1620号。

花見忠 (2006) 「企業年金給付減額・打切りの法理」『ジュリスト』1309号。

森戸英幸 (2004) 「企業年金の労働法的考察」『日本労働法学会誌』104号。

(ねぎし・ただし 上智大学特別研究員)

ジュリアン・ルグラン著，郡司篤晃監訳

『公共政策と人間——社会保障制度の準市場改革——』

(聖学院大学出版会，2008年8月)

京 極 高 宣

本書は、「準市場 (quasi-market)」の提唱者の一人であるイギリスのLSE教授，ジュリアン・ルグラン (Julian Le Grand,) の新著 “Motivation, Agency, and Public Policy of Knight & Knaves, Pawns & Queens” 2003, Oxford University Press の翻訳書である。原題のとおり書名としては，監訳者の郡司篤晃氏 (聖学院大学教授) が「訳者あとがき」で述べているように，『動機と行為主体と公共政策』となるが，本書の内容に即して，やや社会哲学的な趣きの表題『公共政策と人間』としたようだ。

ただ，原典表題にみる「行為主体 (agency)」は，例えば医療の世界ではGP (general practitioner 一般医)，病院その他の医療サービスの担い手を示す概念で，社会サービスの担当機関といった意味内容である。「行為主体」という訳を付けた監訳者のご苦勞は十分わかるが，ややニュアンスは異なるように思われる。また隠喩としてチェスの駒名が用いられ，消費者 (ないし利用者) に大きな権限を与える場合にはQueen (女王) が，認めない場合はPawn (歩) が，また社会正義に基づく行動をとる専門職ないし機関管理者はKnight (騎士) が，強欲で行動するのはKnave (悪党) が用いられている。なお厳密にはKnaveはチェスの駒名ではなく，後にふれるようにルグランがKnightとの対比で語呂合わせて発案した概念で，通常は「悪漢」と訳される。

さて本書は，まさに現代フェビアン主義にふさわしい新しい社会哲学を背景とした公共経済学の啓蒙書である。その内容はイギリスの社会保障改革に実際にかかわってきたルグランの貴重な経験を踏まえての大変に幅広く奥深いもので，大変読みごたえのある面白いものだが，アメリカの公共経済学に親しんできた私ども日本の読者にとっては，ある意味ではきわめて難解な書物でもある。したがって郡司篤晃氏のように長

年，厚生行政 (とくに医療行政) にかかわり，社会科学にも造詣が深いソフィストケイテッドな学者が監訳したのは，まさにうってつけの適材適所だったといえよう。

さて本書は，「前書き」に続いて三部構成，すなわち第I部 ナイトと悪党の理論，第II部 歩とクイーンの理論，第III部 政策から成り立っており，どちらかといえば第I部と第II部は理論編で，第III部が応用編となっている。そこで，第III部には，人間の動機に関する社会哲学的考察を行いながらも，イギリスの社会保障改革の生きた実践を踏まえて，医療，学校教育，デモグラント，パートナーシップ貯蓄，目的税が政策科学的に各々詳しく語られている。

個々の具体的内容を語る前に，筆者の率直で鮮烈な印象は，私も尊敬するR. テイトマスの古典的見解 (いわゆる社会市場 (social market) 論) に対するルグランの徹底的に厳しい批判であった。周知の通り，ルグラン氏はLSEにおいてテイトマス名誉教授の称号をもつ，ある意味で現代のテイトマスというべき人物であるにも関わらず，本書の中では市場の活用を否定するフェビアン主義のテイトマスを，イギリス労働党に強い影響力を持ち過ぎて，逆にそのことで公共政策に市場の活力を吹き込もうとしたサッチャーイズムに労働党が敗北するきっかけを作った人物として，その思想的限界を厳しく批判しているのである。しかも，それを乗り越える新たな社会政策の考え方 (ルグランの表現では市場社会主義 market socialism) と方法を提示している。もちろんルグランはテイトマスの功績を認めた上での批判で，いわば「その人の罪を憎んで人を憎まず」のスタンスを取っているにしても厳しすぎる批判といえる。

さて私ども国立社会保障・人口問題研究所では，こうしたルグランの準市場論などの新しい社会保障政策

のパラダイムを、いくつか啓蒙普及してきた。例えば昨年夏（2008年8月22日、国連大学）の第13回厚生政策セミナーでルグラン氏らを招聘して「新しい社会保障の考え方を求めて—医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証」（本誌『季刊社会保障研究』Vol. 44, No. 4 Spring, 2009はその特集）を行っている。また『季刊社会保障研究』（Vol. 44, No. 1 Summer 2008）では、特集テーマとして『『準市場』と社会保障』を扱ってきた。特に上記『季刊社会保障研究』の駒村論文〔駒村康平（2008）「準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築」〕と坏論文〔坏洋一（2008）「福祉国家における“社会市場”と“準市場”』〕はルグラン準市場論をその社会哲学的な思想的背景も含めて、かなり掘り下げた本邦最初の労作となっている。

そこでまず駒村論文と坏論文を下敷きとして、以下、本書の骨格的内容について掘り下げてみることにしたい。

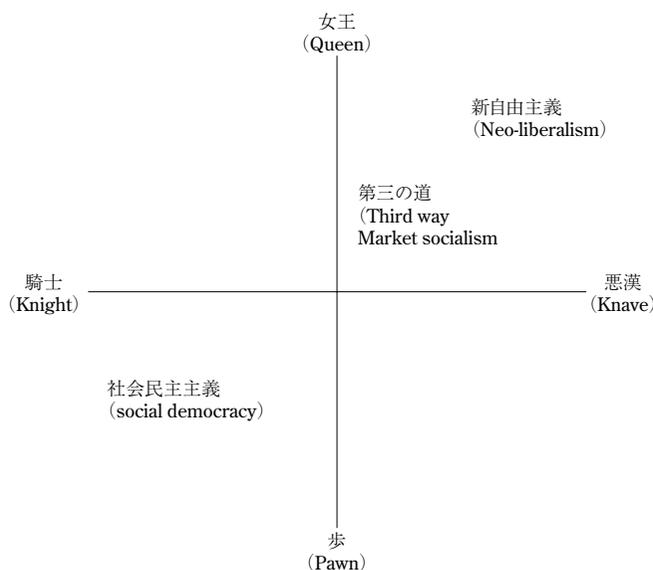
ルグランの議論は、駒村論文が指摘しているように、従来の伝統的の社会民主主義思想が想定する社会サービスは、利他性の高いKnightのような供給者とPawnのような受け身の利用者で構成されていたが、「第3の道」や新自由主義のもとでは、利己性が強いKnaveと利用者として積極的に主張するQueenのよ

うな利用者によって構成されるようになる、というものである。（駒村論文、図1参照）

またルグラン準市場論の下敷きとなっている「基礎理論のポイント」は坏論文では次のように整理されている。

ルグランは「動機 motivation」を、行為を誘発する内的欲望や選好と定義し、「行為主体性 agency」をそうした行為をなすための適切な能力と定義し、そしていかなる公共政策が形成されるかは政策策定者がステークホルダー（提供者と利用者）の動機と行為主体性をどうとらえるかに左右されるとみる。そうした政策策定者の想定を、すでに触れたようにルグランはチェス駒にたとえて類型化して論じるが、いずれにしても公共サービス提供の「準市場革命」は動機と行為主体性に関する政策策定者たちの想定の変換として解釈できる。ちなみにティトマスの社会市場論は、提供者をKnight、利用者をPawnとみなす想定の下で形成されてきたが、サッチャー政権やブレア政権の「第3の道」での準市場革命では提供者をKnave、利用者をQueenとみなす想定のもとで生じたといえる、としている。

ここで筆者がルグランの根本思想（ないし基礎理論）をやや機能主義的になるのを覚悟の上で、分かりやすく図示すれば次の図2（次々頁）ように言えるだ



出典）本書、36頁の図1-1を基に Le Grand (2003) の Figure 1.1 から筆者が翻訳。

図1 Knight-Knave, Queen-Pawn アプローチ

ろう。

すなわち従来、テイトマスによる社会政策においては、公共政策の領域（いわゆる社会市場）と市場（経済市場）とに峻別され、公共政策の領域に市場的要素が入り込むのを極度に恐れ、嫌ったりしたが、ルグランの考えでは公共政策の領域に市場的要素が入り、準市場化することは、一方で利用する人々には社会サービスの選択性などを拡大することで、他方で社会サービス提供者にも競争と効率のメリットを提供することで、政策的に有効かつ効率的だからである。周知のように、それはイギリスの「第3の道」とったブレア政権下で実際的にも大いに成功を収めたのである。ルグランは総括的にも次のように述べている。

「市場は利己心を機に入れて公共善〔common goods 公共性一筆者〕に奉仕させる典型的仕組みであるので、今度は政策立案者が公共サービスを分配する仕組みとして準市場を活用するようになった。この仕組みは、当該サービスの財源は税とかその他の収入によるのだが、サービスは最も効率的で反応を高めるように、市場のインセンティブを用いるものである。」〔本書、67頁〕

以上みてきたルグランの準市場論の思想的背景は、しばしば誤解を受けるように、手放しで市場メカニズム万能を信ずる新自由主義を擁護していることでないことには注意を必要とする。というのは、坏論文の指摘のように、「ルグランは経済的利益による飼い慣らしの手綱を逃れた『情念』が（ネイブのみならずナイト的復讐を含む）名誉や威信へとなだれ込み、他者支配や権利行使といった野蛮なかたちをとって『社会』に破壊的な影響を及ぼし始めることへの警戒がみとれる。」〔坏洋一（2008）〕からである。その証拠にルグランは市場社会の商業的平和と「穏やかな商取引」（doux commerce publique）への期待を最後に表明しているのである。

すなわちルグランはこう結論する。「要するに、歩がクイーンになることは必ずしもナイトを悪党に変えるわけではない。必要なことは、よく設計された公共政策であり、それは市場的な機構を用いるけれども、利他的な動機を支配下に置いてしまうような羽目の外れた利己心は許さないような仕組み、すなわち“穏やかな商取引”（doux commere plublique）なのである。」〔本書、246頁〕

この点で、西欧経済思想史を振り返ると、ルグラン

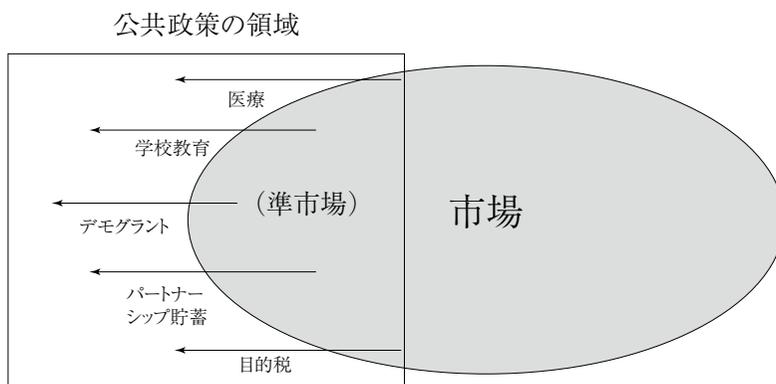
と新自由主義との関係は、比喩的にはアダム・スミスとマンドビルの関係に酷似している。知る人が知るように、マンドビル（Bernard de Mandeville 1870 - 1733）は18世紀初めに「個人の悪徳は公益と一致する」という主旨のパンフレット『蜂の寓話』〔The Fable of the Bees: or, Private Vices, Publick Benefits. 1705, London〕を著し、ベストセラーとなった風刺家である。原典の旧題は“The Grumbling Hive: or, Knaves Turn’d Honest” 1705, Londonで、直訳は「ブンブン不平を鳴らす蜂の巣、悪漢転じて正直者となる」というものである。

ここで、あくまで筆者の推察だが、ルグランの隠喩語の「Knave」は明らかにマンドビルのKnaves（悪漢）から採用していると思われる。

周知のようにスミスは人間の「利己心」を重視しているが、マンドビルのいう「悪徳」を決して肯定することもなく、「共感 sympathy」の原理で、利己心を持つ各人が他人の立場を思いやることで共感が生まれ、そこに公共性の根源の一つをみた。スミスは次のように述べている。少し長いが、重要なところなので引用する。

「通例かれ（各個人一筆者）は、公共の利益を促進しようと意図してもいないし、自分がそれをどれだけ促進しつつあるのかを知ってもいない。（略）かれはただ自分の利益だけを意図するにすぎぬのであるが、しかもかれは、このばあいでも、その他の多くのばあいと同じように、見えざる手に導かれて（傍点一筆者）、自分が全然意図してもみなかった目的を促進するようになるのである。かれがこの目的を全然意図してもみなかったということは、必ずしもつねにその社会にとってこれを意図するよりも悪いことではない。かれは、自分自身の利益を追求することによって、実際に社会の利益を促進しようと意図するばあいよりも、より有効にそれを促進するばあいがしばしばある。わたしは、公共の幸福のために商売しているというふりをする人々が幸福を大いに増進させたなどという話を聞いたことがない。」〔アダム・スミス『諸国民の富』I, 大内兵衛・松川七郎訳, 1969年, 岩波書店, 第4編第2条, 679~680頁〕この考えは、おそらくルグランの思想と共通しているに違いない。

以上、スミスに遡りつつルグランの根本思想を概観して来たが、本書の第III部では、準市場化の政策手段と応用分析（図2参照）がかなり詳しく紹介されて



出典) 本書第 III 部より筆者作成。

図2 ルグランの準市場 (概念図)

いるが、その解説を具体的に論じるにはかなりのスペースを必要とし、もはや紙幅の関係で割愛せざるを得ない。

最後に、本書の原典(2003)が刊行されて以来、関係者が待ち望んでいたペーパーバックが2006年にオックスフォード大学出版から刊行されている。ペーパーバック版の序文でルグランはハードカバー版の出版以来、本書に寄せられた論文や批評などにこたえるように増補加筆し、より一層内容豊富となった旨を述べている。

いずれにしても、新旧版ともに私ども社会保障関係者にとって、次のようなルグランの根本的問いかけは避けられないだろう。

われわれは、良質な社会サービス(医療、教育、福祉など)を提供するために、専門職のナイ的な利他主義に依存することができるのか、あるいは公共サービスのエトスに依存することができるのか?(KnightかKnaveか?)

社会サービスの利用者(患者や生徒やクライアントなど)は感謝するだけの受給者として、あるいは積極的な消費者としていかに行動するべきなのか?(PawnかQueenか?)

こうした問いかけに、ルグランの本書は公共部門で働いている専門職その他の「動機」と利用者の「能力」を分析することの重要性を強調し、公共政策の新たな構想化への地平を切り拓いている。特に本書第III部は、以下に公共政策が動機と行為主体(agency)の適切なバランスを与えるために工夫されることができると論証的かつ実証的に例証している。もちろんルグランの準市場論はまだまだ発展途上にある。本書においては過去の準市場の公共経済学的枠組みを超えた社会哲学的な思想的背景を詳しく解明した点で、明らかにこれまで以上にルグランが思想的かつ理論的に進化していることがうかがわれる。ティトマスの制約を乗り越えたと自負している筆者なりの社会市場(social market)に対する考え方も、ルグランと若干異なるところがあるものの、相互に共通面が非常に大きい。いずれにしても本書において、イギリス社会政策分野(とくに社会保障部門)で指導的な思想家ルグランから、私どもは社会保障政策を分析展開するための思想的な栄養素を十二分もらえると確信している。

(きょうごく・たかのぶ 国立社会保障・人口問題研究所所長)

嶺学編著

『高齢者の住まいとケア——自立した生活、その支援と住環境』

(御茶の水書房, 2008年)

新自由主義的政策下での高齢者居住政策のゆくえ

鈴木 晃

I 問題の所在

人口高齢化と並行して世帯の小規模化が急速に進行したことが、日本における高齢者の住宅問題を顕在化させた背景であろうが、その中心課題は当初より変わっていないのかもしれない。20年近く前の1991年、NHKの番組担当者からコメントを求められたことがある。番組タイトルは『私には住む家がない—東京ホームレス老人』。再開発でアパートや借地を追われる老人たちとその行き着く先を取材した。老人ということだけで家主から敬遠され、転居先が見つからない不安と焦燥。そんなとき、ふと選択肢として提示される特別養護老人ホーム。最初は戸惑いながらも、見学先でのちょっとした出来事をきっかけに入居待ちリストに加わる決断と、「安心した顔」への劇的な変化。取材でこのような映像が撮れたのだが、この解決策と「安心した顔」をどのようにみたらよいのか、コメントが欲しいというものであったと記憶している。

バブル崩壊前後という時代の都市状況や、特別養護老人ホームが現実を受け入れていた高齢者像には現在と相違はあるものの、自己責任のリスクと他者からの管理干渉を抑制しながら自立と安心の両立をいかに図るかという課題は、現在の高齢者住宅問題に通じるものであろう。ただ、その対応としての政策理念・手法は90年代から大きく変化した。福祉・介護分野では、社会福祉基礎構造改革の具体的な第一歩として2000年に開始された介護保険制度が、措置から契約へ、サービス供給の民間依存・準市場化といった方向性を示した。住宅政策においても、2000年の「住宅地審議会答申」によって、ストック重視・市場重視の政策に大きく転換することとなった。

嶺学編著『高齢者の住まいとケア—自立した生活、その支援と住環境』は、このような新自由主義的政策下における高齢者住宅の形態や制度・計画・運営の展開と課題を、社会政策の新しい課題になぞらえながら論じている。自立（自己責任）と安心（管理干渉）の選択といった本質的命題がとりあげられている一方で、準市場となったことで複雑化した高齢者住宅の各種タイプや「住まいとケア」の制度について、供給側への規制なども議論の大きな対象となっている。政策課題を具体的に提示しようとする意図が明確であり、これまでの高齢者住宅に関する学術書にはなかった特徴であろう。

II 社会政策の新領域との関係

住宅政策を社会保障あるいは社会福祉に位置づけようとする試みは、これまでも一部なされてきた。それは、狭義の社会保障や社会福祉ではなく、広義の社会福祉（嶺の言葉では「全社会的福祉」）、あるいは独自の生活保障体系（大本圭野『生活保障論』ドメス出版、1979年）のなかに住宅政策を位置づけようとするものであった。

社会政策の分野で議論を重ねてきた編著者である嶺は、まず「高齢者の住まいとケア」に関する施策を日本の社会政策の新たな領域に対応させて整理するところから始める（第1章、嶺学「高齢者の住まいとケア—全社会的福祉のなかの介護福祉と居住福祉」）。(準)市場における弱者保護のための、①合理的な市場システムの構築、②市場における消費者の交渉力の強化、③社会的に容認できない条件の規制、④市場機能になじまない弱者の支援、の4つの領域における施策として位置づけようとする。具体的には、①では各

種高齢者住宅の供給不足の解消や、たとえば有料老人ホーム契約時の消費者保護など、②では消費者団体による契約時の被害発生防止や第三者機関による苦情処理など、③では高齢者住宅の入居条件についての情報提供、契約条件についての規制などが例示され、④では低所得者に対するセーフティネットの課題を指摘している。

公的部門による直接供給がほとんどであった90年代以前の方法から、多様な選択肢を用意する方向への転換が不可避であるならば、このような広範な施策の展開が必要となるのであろう。事業者と比較して劣位に置かれる消費者に対して、情報提供によってそれを補おうとする発想については、住宅あるいは住生活の特殊性を考慮する必要を評者は感じている。住宅は一般商品と比較して繰り返し購入（賃借）する機会が乏しいために、消費者の学習効果を期待しにくい面がある。施主が建築家に、たとえば台所の調理台と流しの配置、壁紙の色、各部屋の必要最低面積、天窓の位置などをそれぞれ指示し、それをすべて満たした住宅に入居できたとしても、期待していた住生活になるとは限らない。そもそも期待する住生活、どう暮らしたいかを消費者自身が描けないということが少なくない。日本の住教育の貧しさがそこにある。本書の中にも度々登場する、横軸に「自立」⇔「依存」、縦軸に費用の高低をとる高齢者住宅のマッピングは、「これからどう暮らしたいか」を高齢者自身が明確に描けるようになることで、ようやく意味を失うことになるであろう。

III 高齢者居住施設の「住まい」としての要件

冒頭で引用したNHKの番組が放映されたのは、シルバーハウジングあるいは東京都のシルバーピアが制度化されて間もない時期であった。その当時、住宅と老人ホームの間の選択肢は現実的にはほとんど存在していなかった。高齢者世帯にとってきわめて厳しい市場の中では自己責任にも限界があり、直面する居住不安が厳しければ厳しいほど、完全な管理下であっても、その生活の選択がなされる可能性が高くなる。

現在、本書に詳述されているように、一般的な住宅と特別養護老人ホームの間に位置づけられる「高齢者の住まい」は、準市場のなかで多様な制度・手段によって供給されている。ただ、たとえば「有料老人ホームとケアハウスの決定的な違いは、前者の資金がすべ

て民間であるのに対して、後者は補助金がある点」という指摘（第6章、池田敏史子「ケアハウスの現状と課題」）のように、名称・制度の多彩さに比べて「住まいとケア」の実体には多様性が乏しい。しかもそこには、多様性の欠如に関連する本質的な課題が、未解決のまま残されているように思える。

1 「早めの住み替え」先は「終の棲家」となるのか

ひとつは、入居後の加齢とともに変化するニーズにはその住まいが応えようとするのか、あるいは別の住まいに移動（再転居）することでそれを満たそうとするのか。一般的な論調では、高齢期（とくに高齢後期）の移動が健康に少なからず悪影響を与える可能性があることを理由に、生活自立度の低下による再転居は避けるべきで、「高齢者の住まい」は「終の棲家」たる条件を有すべきというものが多いのではないかと。もっともな意見であるが、そうであるとすれば、各種存在する中間的な住まいがそれぞれ独自性を確立するためには相当の工夫が必要になる。入居時期の居住者像としての条件に相違があったとしても、すべて「終の棲家」としての役割と機能を有することが求められるからである。池田（第6章）によれば、一般型のケアハウスの途中退去者の多くは元気な人だそうで、自分の暮らすケアハウスの入居者の半数が要介護認定者であることを認識し、平均年齢が82歳を越えるという事実を知ったとき、「まだ早かったわ」と言って退去するのだそうだ。

「早めの住み替え」はどういう意義を有するのか、冷静に見極める必要がある。

2 住宅の本質的要件

「施設の住宅化」（施設機能と住宅機能の接近）がいわれている。特別養護老人ホームなどの施設環境に「プライバシー」「分かりやすさ」「馴染みのある雰囲気」などが要請され、たとえば「10人前後の小さいケア単位（ユニットケア）」が最近の考え方になっている（第4章、前川佳史「高齢期を安心して住まう—自宅と在宅」）。ここで目指す「住宅」の要件として、空間的な排他的独占使用と生活時間の自己選択、の両者の可能性がどこまで追求されるのかが重要ではないかと評者は考えている。前者は居住者の許可なく他者は住宅内に入れないことを意味し、後者は住宅内ではいつ何をするかは居住者本人の自由であるということ

だ。「住まいとケア」が、住まいの中に他者のケア（侵襲）をどう入れ込むかという問題だとするならば、両者の相反する要求において、その答えは実は難解である。高齢者グループホームのケアが議論の対象となっている第8、9章（吉田正浩「高齢者グループホームにおけるケアのあり方をめぐって」、嶺「認知症高齢者グループホームの展開と課題」）は、その回答の重要なヒントを提供している。本人ができないことを徹底して厳選しそれだけを支援しようとするのが、その人の住まいでのケアということだ。

できないことを厳選することにつながるが、生活時間の自己選択のためには、住宅内では可能な限り自分で事をなすことができる条件が求められ、住環境整備が必要となる。高齢者住宅や居住施設では、一般的な「高齢者のための配慮」はなされているため、「その人の暮らしに適した住環境の整備・工夫」の必要性は逆に認識されにくい。自分の生活時間で暮らすには、人のケアでは限界があり、高齢者施設においてもその人の居住部分では、個別環境整備によって自分でできるようにすることがその手段となる。

IV 居住継続のための二つの課題

高齢期の住まいを選択する際には、高齢期のニーズに対応した住まいに転居するか、現在の住まいに住み続けるか、二つの方法が存在する。後者については、本書でもニーズは大きいと指摘されているが、その課題と対策については「高齢期に適した住宅の条件をめぐって」（第5章、高本明生）に一部あるのみで、十分な言及がなされていない。居住継続を支援するためには、高齢期（事後）の住環境整備のほかに、一般的な住宅建設時（事前）の考え方（加齢対応住宅）が重要であると評者はみている。

1 住環境整備

身体機能の低下などによって住生活に不都合が生じたとき、それを解消・緩和させるために行う住環境整備は、介護保険サービスに住宅改修が位置づけられたことによって全国的に広く利用されるようになった。ただ、それが自立支援という介護保険の目的に沿った効果を発揮しているかは疑問の残るところである。改修目的の明確化などアセスメント（介護支援専門員）と、改修手段の適切な選択といったプランニング（改修事業者）のいずれにも課題がありそうだ。前者は、

給付申請書類である「住宅改修が必要な理由書」標準様式の意図が保険者や介護支援専門員に理解されることで改善が図られる可能性があるが、後者については事業者や介護支援専門員に対する技術支援が不可欠である。高本（第5章）が紹介している「町田市住宅改修アドバイザー」は、介護保険制度以降も技術支援提供者として機能している貴重な事例であり、その効果について検証される必要がある。

なお、介護保険の制度的な制約から、住宅改修サービスは生活動作の改善を目的とするものに限定せざるをえない。快適な住生活、将来を見越した予防的な住環境整備については保険給付外で行われることになるが、介護保険制度が定着したことで逆にその意義が理解されにくくなった面があるように思われる。

2 加齢対応住宅

必要になったときの住環境整備は、手すりの取り付け（付け替え）など簡単な工夫で対応できることが重要である。高齢者のニーズはつねに変化することが予想され、住環境整備はそれに応じて繰り返される可能性が高いからである。となると、もとの（新築時の）住宅性能にその視点が求められる。後の簡単な改修や工夫で、高齢者が住み続けられるような住宅であり、加齢対応住宅と称されることもある。将来に備えて手すりが取り付けられた住宅ではなく、必要時に必要な場所に容易に手すりが設置できる住宅という考え方である。バリアフリー住宅なるものを建てれば老後もそのまま住み続けられるという誤解があるようだが、状況に応じた住環境整備が不要になるわけでは決してない。いかに容易にそれを実行できるかという性能が、加齢対応住宅に求められている。

それは万人向けの、いわゆるユニバーサル・デザインの考え方とは異なるのではないか。ユニバーサル・デザインは、多数人が利用する建物や空間で、一人ひとりに対応した改修が困難な状況でとくに求められる。住宅は利用者が限定されていて、居住者の生活に応じた改修が可能である。したがって、改修の容易性こそが求められている。

加齢対応住宅の概念が実際の住宅性能に反映されたものとして、住宅性能表示（高齢者等配慮住宅）がある。その性能の前提として描かれている高齢者の生活像は「車いす介助」であり、住宅性能はその生活の容易性を担保しようとするものである。しかしながら、

日本の住生活様式、子世帯との同居率の低下、自立の尊重といった点を考慮すると、果たして「車いす介助」を前提とすることが妥当なのか、その再検討が課題であろう。

V 「住まい」と「ケア」の関係

本書はそのタイトルのとおり、「高齢者の住まいとケア」について論じられているのだが、「住まい」と「ケア」の関係をどのようにとらえるかで、課題の見え方は異なる。各論の多くでとりあげられているものの全体像では、住まいとケアの多様な組み合わせを用意し、それぞれのタイプが高齢者のニーズを掘り起こすことによって、前住居の活用を含めた高齢者の住宅市場の形成を促すことへの期待が想起される。「安心ハウス構想」（第2章、坂田英督『『安心ハウス構想』とその後の展開』の生い立ちとその後などは、新自由主義的政策下における高齢者居住政策のゆくえの一端を示唆しているとみることもできるであろう。

一方、本書の枠組みを提示している第1章（嶺）で

は、ICF（国際生活機能分類）を引用しながら、生活機能と物的環境（住まい）、介護サービス（ケア）の相互関係が詳細に論じられており貴重である。単に「住まいとケア」の並列的な組み合わせ方が問題なのではなく、生活、環境、健康の相互関係としてとらえることこそが本質的な課題であることを編者は示唆している。

住まい（物理的環境）が変われば、ADL（日常生活動作）すなわち暮らしが変わる（結果的にケアも変わる）、という認識は、高齢者のケアが提供される現場でさえも実は一般的になっているとはいえない。人が自立して生きるための拠点が住宅であるとすれば、他者の管理干渉を可能な限り排除できることがそこに求められているはずで、そのためには住宅の物的環境が優先的に検討される必要があることを、本書を読んで改めて確認した。

（すずき・あきら 国立保健医療科学院
建築衛生部健康住宅室長）

季刊社会保障研究 (Vol. 44, Nos. 1~4) 総目次

凡例：I, II, III…は号数, 1, 2, 3は頁数を示す。

巻頭言

準市場と「社会市場」	京 極 高 宣	I	2
社会の「ショーウィンドウ」としての障害者問題	福 島 智	II	136
社会保障財源の抜本的見直しに決断を	橋 木 俊 詔	III	264
硬直的なアプローチではなく、柔軟な発想による制度運営を	西 山 裕	IV	386

Foreword

Quasi-Market and “Social Market”	TAKANOBU KYOGOKU	I	2
The Problems on Persons with Disabilities : As a Social “Show Window”	SATOSHI FUKUSHIMA	II	136
The Determination of Financing Methods for Social Security is Necessary	TOSHIAKI TACHIBANAKI	III	264
Towards the Change in the System Management from Rigid to Flexible Ways of Thinking	YUTAKA NISHIYAMA	IV	386

特集：「準市場」と社会保障

準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築	駒 村 康 平	I	4
わが国の医療提供システムと準市場			
—ネットワーク原理に基づく医療提供システム—	遠 藤 久 夫	I	19
「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適用	佐 橋 克 彦	I	30
保育制度への市場原理導入の効果に関する厚生分析	鈴 木 亘	I	41
教育サービスの「準市場」化の意義と課題			
—英国での経験と日本へのインプリケーション—	小 塩 隆 士・田 中 康 秀	I	59
社会保障の行政管理と『準市場』の課題	狭 間 直 樹	I	70
福祉国家における「社会市場」と「準市場」	坏 洋 一	I	82

Special Issue : “Quasi-Market” and Social Security

Introducing a Quasi-Market System into Child Care in Japan	KOHEI KOMAMURA	I	4
Neither Market nor Hierarchy : Network Forms Suit for Health Care System	HISAO ENDO	I	19
The Application of Quasi-Market Theory to Social Services for Elderly and Persons with Disabilities in Japan	KATSUHIKO SAHASHI	I	30
Welfare Analysis of Introducing Market-based Mechanism to Child-care System in Japan	WATARU SUZUKI	I	41
The “Quasi-Market” in Education : Experiences in the UK and Their Implications for Education Policies in Japan	TAKASHI OSHIO and YASUhide TANAKA	I	59
Quasi-Market Reform and Public Management in Social Welfare Services	NAOKI HAZAMA	I	70
Social Market and Quasi-Market : The Welfare State as Social Protection	YOUICHI AKUTSU	I	82

特集：障害者の自立と社会保障

国際比較からみた日本の障害者政策の位置づけ			
—国際比較研究と費用統計比較からの考察—	勝 又 幸 子	II	138

障害者自立支援法と障害福祉サービス

—自治体の役割と障害福祉サービス体系を中心に—	西山裕	II	150
障害者の就労問題と就労保障	遠山真世	II	161
障害者に対する所得保障制度—障害年金を中心に—	百瀬優	II	171
障害者自立支援法における「応益負担」についての考察	岡部耕典	II	186
障害者の自立支援に向けた生活実態把握の重要性			
—「障害者生活実態調査」の結果から—	土屋葉	II	196
障害者福祉施策の経済効果	金子能宏	II	212

Special Issue : Social Policy for Independent Living of Persons with Disabilities

Policies for Persons with Disabilities of Japan in International Perspective: A Comparison Using

Expenditure Statistics	YUKIKO KATSUMATA	II	138
The Services and Supports for Persons with Disability Act and Social Services for Persons with Disabilities:			
The Role of Local Governments and Service Supply Mechanisms	YUTAKA NISHIYAMA	II	150
Employment Issues of Persons with Disabilities and Their Employment Policy	MASAYO TOHYAMA	II	161
Income Security Programs for Persons with Disabilities: With a Special Focus on			
Invalidity Pension Scheme	YU MOMOSE	II	171
A Study on the Cost Sharing Mechanisms, "Pay by Profit", under the Services and			
Supports for Persons with Disability Act	KOSUKE OKABE	II	186
Importance of Understanding Living Conditions of Persons with Disabilities: Results from			
the Special Household Survey of Persons with Disabilities	YOU TSUCHIYA	II	196
The Economic Effects of Welfare Measures for Persons with Disabilities			
	YOSHIHIRO KANEKO	II	212

特集：「格差」社会と所得再分配

租税・社会保障制度による再分配の構造の評価	岩本康志・濱秋純哉	III	266
2000年代前半の貧困化傾向と再分配政策	小塩隆士・浦川邦夫	III	278
所得税改革—税額控除による税と社会保険料負担の一体調整—			
	田近栄治・八塩裕之	III	291
遺産と格差	チャールズ・ユウジ・ホリオカ	III	307
所得格差と恒常ショックの推移—家計パネルデータに基づく共分散構造からみた格差の把握—			
	阿部修人・稲倉典子	III	316
格差・貧困と公的医療保険：新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション	阿部彩	III	332

Special Issue : The Gap-Widening Society and Redistribution of Income

Perspectives on Income Redistribution through Taxation and Social Security			
	YASUSHI IWAMOTO and JUNYA HAMAARI	III	266
The Trend of Poverty and Redistribution Policies in the First Half of the 2000s			
	TAKASHI OSHIO and KUNIO URAKAWA	III	278
Personal Income Tax Reform in Japan: Combining Tax and Social Security Burden			
	EIJI TAJIKA and HIROYUKI YASHIO	III	291
Bequests and Inequality	CHARLES YUJI HORIOKA	III	307
Income Inequality and Recent Changes in Permanent Income Shocks			
	NAOHITO ABE and NORIKO INAKURA	III	316
Public Health Insurance and Income Inequality: Micro-Simulation of Different Premium Structure			
	AYA K. ABE	III	332

第13回厚生政策セミナー

テーマ 新しい社会保障の考え方を求めて—医療・介護等の分野へ，準市場・社会市場からのアプローチと検証—

基調講演1 準市場論と医療制度改革—イギリスの経験からの展望—……………ジュリアン・ルグラン IV 388

基調講演2 OECD 諸国における医療制度の多様性……………ピーター・シェーラー IV 398

基調講演3 介護保険と日本経済—準市場・社会市場の考え方を踏まえて—……………京 極 高 宣 IV 407

パネルディスカッション

パネリストのコメント

医療統計の体系化の重要性……………井 伊 雅 子 IV 417

医療・福祉の準市場改革……………郡 司 篤 晃 IV 420

メディアからの問題提起……………南 砂 IV 424

医療・介護サービスの新しい分析の意義と課題……………金 子 能 宏 IV 426

……………西山裕(司会) IV

ディスカッション……………ジュリアン・ルグラン，ピーター・シェーラー，
京極高宣，井伊雅子，郡司篤晃，南砂，
金子能宏，西山裕(司会) IV 429

閉会挨拶……………西山裕 IV 445

The 13th IPSS Annual Seminar

Subject New Paradigm of Social Security System: Approaches from Application of 'Quasi-market' and 'Social Market' to Medical Service and Long-term Care

Keynote Speech1 The Quasi-market and the Reforms of Health Care Systems—The Experience in UK and Its Implications to the Policy—……………JULIAN LE GRAND IV 388

Keynote Speech2 Diversification of Health Care Systems in OECD nations……………PETER SCHERER IV 398

Keynote Speech3 Long-term Care Insurance and National Economy in Japan—On a Basis of the Key Concepts of Quasi-market and Social Market—……………TAKANOBU KYOGOKU IV 407

Panel Discussion

Comments by Panelists

Importance of Systematization of Japanese Health Data……………MASAKO II IV 417

Quasi-market Reforms of Health and Social Services……………ATSUAKI GUNJI IV 420

Some Suggestions on the Current Situation of Japan……………MASAGO MINAMI IV 424

The Meaning of New Analytical Approaches to Health Care and Long-term Care Services and the Issues of Their Applications……………YOSHIHIRO KANEKO IV 426

……………YUTAKA NISHIYAMA (Moderator) IV

Discussion……………JULIAN LE GRAND, PETER SCHERER, TAKANOBU KYOGOKU,
MASAKO II, ATSUAKI GUNJI, MASAGO MINAMI, YOSHIHIRO KANEKO
and YUTAKA NISHIYAMA(Moderator) IV 429

Closing Remarks……………YUTAKA NISHIYAMA IV 445

投稿(論文)

女性の労働供給と子ども数が同時に増加する条件—家計内生産モデルによる分析—

……………坂 爪 聡 子 III 348

夫の家事育児参加と出産行動……………小 葉 武 史・安 岡 匡 也・浦 川 邦 夫 IV 447

Articles

Conditions for Simultaneous Increase in Female Labor Supply and Fertility:

An Analysis Using the Model of Household Production	SATOKO SAKAZUME	III	348
The Effect of Housework and Child-rearing Cooperation on Childbearing Activity	TAKESHI Koba, MASAYA YASUOKA and KUNIO URAKAWA	IV	447
投稿 (研究ノート)			
介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析—保険者データを用いた分析—	安藤道人	I	94
少子化対策として効果的なのは保育サービスの充実か労働時間の短縮か?	坂爪聡子	I	110
社会保障の「世代間格差」とその解決策としての「世代間の負担平準化」	小黒一正	II	224
厚生年金制度に関する通知の送付とその効果	白杵政治・中嶋邦夫・北村智紀	II	234
人工透析患者における外来受診行動についての分析	西川浩平・増原宏明・荒井由美子	IV	460
Research Note			
An Empirical Analysis of Regional Differences in Provision and Premiums of Long-term Care Insurance	MICHIHITO ANDO	I	94
Fertility Decision : Expanding Child-care Facilities or Reducing Working Hours?	SATOKO SAKAZUME	I	110
The Intergenerational Gap of Social Security System and the Burden Smoothing between Intergenerations as One of the Solution	KAZUMASA OGURO	II	224
The Delivery of a Statement on Employee Pension Insurance and Its Effect	MASAHARU USUKI, KUNIO NAKASHIMA and TOMOKI KITAMURA	II	234
Demand for Medical Care by Dialysis Patients: Two-part Analysis of Outpatient Visits	KOHEI NISHIKAWA, HIROAKI MASUHARA and YUMIKO ARAI	IV	460
動向			
平成18年度社会保障費—解説と分析—	国立社会保障・人口問題研究所 企画部	III	361
Report and Statistics			
Cost of Social Security in Fiscal Year 2006	National Institute of Population and Social Security Research Department of Research Planning and Coordination	III	361
判例研究			
社会保障法判例	本澤巳代子	I	121
—厚生年金保険の被保険者であった叔父と内縁関係にあった姪が厚生年金保険法に基づき遺族厚生年金の支給を受けることのできる配偶者に当たるとされた事例—			
社会保障法判例	島崎謙治	II	252
—健康保険法による保険診療の対象となる療法と対象外である療法を併用する混合診療を受けた場合であっても、保険診療の対象となる療法については、同法63条1項の「療養の給付」を受けることができる権利を有することが認められた事例—			
社会保障法判例	三輪まどか	III	372
—旧身体障害者福祉法に基づく支援費支給申請に対する一部不支給決定に理由を提示せず、支給量の勘案にあたって生活保護法に基づく扶助を考慮したことは違法であるが、訴えの利益がないとして、同決定の取消請求を却下した事例 (船引町支援費訴訟) —			
社会保障法判例	根岸忠	IV	473

—厚生年金基金の老齢年金給付の減額に同意しない受給者の年金減額が有効とされた事例（りそな企業年金基金・りそな銀行（退職年金）事件）

Report and Statistics

Social Security Law Case	MIYOKO MOTOZAWA	I	121
Social Security Law Case	KENJI SHIMAZAKI	II	252
Social Security Law Case	MADOKA MIWA	III	372
Social Security Law Case	TADASHI NEGISHI	IV	473

書 評

岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』	小 西 啓 文	I	128
馬場康彦著『生活経済からみる福祉—格差社会の実態に迫る—』	上 枝 朱 美	III	380
ジュリアン・ルグラン著，郡司篤晃訳 『公共政策と人間—社会保障制度の準市場改革—』	京 極 高 宣	IV	482
嶺学編著『高齢者の住まいとケア——自立した生活，その支援と住環境』 新自由主義的政策下での高齢者居住政策のゆくえ	鈴 木 晃	IV	486

Book Review

Masahiko Iwamura ed., <i>Legal Study on Welfare Service Contracts</i>	HIROFUMI KONISHI	I	128
Welfare Seen from the Perspective of Household Economics —An Approach to the Situation of Inequality in Society—	AKEMI UEDA	III	380
JULIAN LE GRAND, “ <i>Motivation, Agency and Public Policy of Knight & Knaves, Pawn & Queens</i> ” 2003, Oxford University Press	TAKANOBU KYOGOKU	IV	482
Manabu Mine, <i>Housing and Care Services for the Elderly—Assisted Independent Living and Housing</i> A View of Housing Policy for the Elderly under the Japanese Neoliberalism	AKIRA SUZUKI	IV	486

季刊社会保障研究（Vol. 44, Nos. 1～4）総目次		IV	490
General Index to the Quarterly of Social Security Research (Vol. 44, Nos. 1～4)		IV	490

 海外社会保障研究 No.166 目 次

特集：障害者福祉の国際的展開

- 特集の趣旨…………… 勝又 幸子
- 2008年 ADA 改正法の意義と日本への示唆
- 障害の社会モデルを手がかりに—…………… 川島 聡
- ドイツにおける障害者福祉の現状と課題
- 介護給付と社会参加給付を中心に—…………… 森 周子
- デンマークにおける障害者の「自立」の考え方
- 政治と倫理…………… 片岡 豊
- カンボジアにおける障害者福祉の新たな展開について…………… 漆原 克文

書評

- 田中拓道著
- 『貧困と共和国 社会的連帯の誕生』…………… 廣澤 孝之

資料

- 『海外社会保障研究』国別総索引（論文・動向・研究ノート）
-

編集後記

本号では、2008年8月に当研究所が開催しました厚生政策セミナーを特集しました。今回の厚生政策セミナーは「新しい社会保障の考え方を求めて—医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証—」をテーマに、医療や介護について、さまざまな議論が交わされました。

我が国においても、社会保障制度をめぐる議論がますますさかんに行われていくことになると考えられますが、本特集が議論を充実させるための手がかりになることを願っています。
(I. S)

編集委員長

京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所長)

東 修司 (国立社会保障・人口問題研究所企画部長)

編集委員

岩村 正彦 (東京大学教授)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

岩本 康志 (東京大学教授)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

遠藤 久夫 (学習院大学教授)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

小塩 隆士 (神戸大学教授)

編集幹事

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

菊池 馨実 (早稲田大学教授)

西村 幸満 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

新川 敏光 (京都大学教授)

野口 晴子 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

永瀬 伸子 (お茶の水女子大学教授)

尾澤 恵 (同研究所・社会保障応用分析研究部主任研究官)

平岡 公一 (お茶の水女子大学教授)

酒井 正 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

佐藤 格 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

西山 裕 (同研究所・政策研究調整官)

菊池 潤 (同研究所・企画部研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 44. No. 4, Spring 2009 (通巻 183 号)

平成 21 年 3 月 25 日 発 行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒 100-0011 東京都千代田区内幸町 2 丁目 2 番 3 号

日比谷国際ビル 6 階

電話 (03) 3595-2984

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

印 刷

株式会社ヒライ

〒 112-0004 東京都文京区後楽 2 丁目 21 番 8 号

ヒライビル 1 階

電話 (03) 3813-6421 (代)/FAX (03) 3813-6269

e-mail: hiraipri@oak.ocn.ne.jp