

季刊 社会保障研究



Vol. 43

Spring 2008

No.4

研究の窓

- 施設介護サービスの現状と課題 遠藤久夫 314

特集：介護保険における介護施設サービスのあり方

- | | | | | |
|----------------------------------|-----|--|--|--|
| 利用者特性からみた施設・居住系サービスの | | | | |
| 機能分化の現状と課題 川越雅弘 | 316 | | | |
| 介護サービス利用に対する所得の影響 | | | | |
| 一施設介護サービスを中心に 泉田信行 | 327 | | | |
| 施設サービスの複合化・多機能化 | | | | |
| 一特に経営の観点から 山本克也・杉田知格 | 343 | | | |
| 高齢者介護施設の課題—法制的観点からの検討 増田雅暢 | 354 | | | |
| 施設系サービスと介護保険制度の持続可能性 菊池潤 | 365 | | | |

投稿（論文）

- 公的年金と児童手当—出生率を内生化した
世代重複モデルによる分析 上村敏之・神野真敏 380

投稿（研究ノート）

- ポートフォリオ・アプローチによる年金財政方式の分析 川瀬晃弘 392

判例研究

- 社会保障法判例 脇野幸太郎 402
- 一収容保護ではなく、居宅での生活保護（居宅保護）
を求めた野宿生活者に対し、大阪市立更生相談所長が
住居を持たない者は居宅保護はできないとして収容保
護決定をしたのは違法だとして、収容保護決定の取消
しが認められた事例（佐藤訴訟控訴審判決）—

書評

- 金谷信子著『福祉のパブリック・プライベート
パートナーシップ』 宮城孝 410

- 季刊社会保障研究（Vol. 43, Nos. 1-4）総目次 414



国立社会保障・人口問題研究所

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. 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。ワードプロセッサーによる場合は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.43 Spring 2008 No.4

国立社会保障・人口問題研究所

研究の窓

施設介護サービスの現状と課題

家庭介護力の低下により介護保険制度発足時から施設介護サービスに対するニーズは高いものの、財政制約により介護保険3施設（介護型療養病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム）の拡充は抑制されてきた。その間、これに代替する施設としてグループホームや特定施設（軽費老人ホーム、有料老人ホーム）などが大きく増加している。一方、ここに来て政府は高齢者の社会的入院の解消に大きく踏み出した。これは医療費適正化の一環であるとともに、社会的入院患者を病院から在宅や介護施設に移行することで高齢者自身の療養環境の改善を図るという意味もある。具体的な政策は療養病床の再編と後期高齢者医療制度の創設である。介護型療養病床は2012年度までに廃止されることになり、医療型療養病床においては医療必要度の低い患者の診療報酬を大幅に引き下げて患者の退院を誘導している。また後期高齢者医療制度では後期高齢者が入院から在宅療養へ円滑に移行できるような診療報酬体系の構築が行われた。このような「脱病院」政策が円滑に進むかどうかは、社会的入院患者の受け皿の整備状況に依存する。そこでは在宅医療の体制整備とならんで施設介護の状況は重要なポイントとなる。療養病床の削減により医療ニーズの高い高齢者の受け皿が必要となるが、医療機能をもつ介護保険3施設については、介護型療養病床は廃止予定であり、特別養護老人ホームの新設は抑制されている。老人保健施設は受け皿として政府が療養病床からの転換を進めているが、転換が計画通り進むかどうかは未知数である。一方、特定施設は自身に医療機能をもたないため訪問診療に依存せざるを得ない。本特集はこのような「脱病院」政策の下で重要な意味をもつ施設介護サービスの現状とあり方について多方面から分析したものである。

川越論文では高齢者の諸特性と療養場所の関係を詳細に分析し、施設における医療や介護サービス提供に関する課題を抽出している。具体的には、①認知症高齢者の急増からグループホームや小規模多機能施設の拡充の必要性、②特定施設における医療機能の充実や外部の医療連携のあり方の検討、③療養病床再編に伴う経管栄養や呼吸器管理を要する高齢者患者をどの施設がどれだけ引き受け可能なのかを検証する必要性、などを提案している。療養病床入院患者の受け皿となるこれらの施設の実態を詳細に分析しており、政策的にも時機を得た研究である。

泉田論文では居宅介護サービスおよび施設介護サービスの利用率と利用者特性との関係を多面的に分析している。特に、①時系列分析では施設介護サービス利用率はどの所得階層でも低下していること、②同一集団の追跡調査では介護サービスの利用形態（居宅・施設）の変化に所得水準は影響を与えていないことを明らかにし、施設介護サービスへのアクセスに所得水準が影響していないことを示唆している点は興味深い。アクセスの公平性という観点から、施設介護サービス利用と所得水準との関係を分析した研究は希少である。

山本・杉田論文ではWAMNETデータを用いて介護施設の所有関係の実態を分析している。最新のデータを用いている点と個別の組織の戦略に関する検討を行っている点が特徴である。特に小規模多機能施設やグループホームを分析対象としている点で新規性が認められる。「脱病院」政策

の推進は施設間の「複合化」に複雑に影響を及ぼすことが予想されることから、時機を得たテーマだといえる。

増田論文では介護施設を法的視点から分析している。具体的には、介護保険3施設がことなる法律に根拠を置かざるを得なかつた経緯を詳解し、そのことによる潜在的な問題点を指摘している。その上で特別養護老人ホームと老人保健施設の法的規制を統一化することと、急速に拡大している特定施設などの介護保険施設以外の法的規制を整備することの必要性を提案している。今後の介護施設に対する規制のあり方を検討する上で貴重な示唆を与えている。

菊池論文では施設系サービスのシミュレーションを行い、財政への影響と必要労働力の将来予測を行っている。これによれば財政負担以上に必要な労働力不足が深刻であることが明らかになった。具体的には生産労働人口に占める施設系サービスに必要な労働力の割合が2025年には2005年の2.12倍に達すると推計している。介護保険制度の持続にとって介護労働力の確保こそが最も重要な課題であることを数字を以て示している。

遠 藤 久 夫

(えんどう・ひさお 学習院大学教授)

利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題

川 越 雅 弘

I はじめに

後期高齢者の急増、社会保障費用の増大が予想される中、2006年度には、「平均在院日数の短縮化と地域での受け皿作りの推進（在宅医療や地域包括ケアの推進）」や「療養病床の再編成」など、費用適正化を目的とした医療・介護制度の大幅な見直しが実施された。特に、後者は、医療・介護療養病床（以下、介護療養と略）38万床を、医療療養病床に一本化するとともに、病床数を大幅に削減するものであり、今後の介護サービス提供体制に大きな影響を及ぼすものであった。

そこで、厚生労働省は「介護施設等の在り方に関する委員会」を設置し、将来的な介護施設等の基本的取り方、介護施設等の入所者に対する医療提供の在り方に関する検討をこれまで進めてきた¹⁾。しかしながら、療養病床から老人保健施設（以下、老健と略）への転換の在り方や、同施設における医療サービス提供の在り方に多くの時間が割かれるなど、高齢者特性に応じた多様な住まい（在宅、居住系サービス（特定施設²⁾及びグループホーム（以下、GHと略）、介護保険施設）における適切なサービス提供の在り方に関する議論が十分実施されたとは言い難い。また、施設間比較が行われている医療処置に関しては、介護保険3施設間での比較に終始しており、自宅や居住系サービスをも含めた医療提供の在り方を検討する為の基礎データとなっていない。

そこで、本研究では、身体機能、認知機能、医

療処置受給状況を網羅している認定調査項目とともに、高齢者の療養場所と諸特性の関係を横断分析し、介護保険施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題を明らかにすることとした。

II 方法

1 使用データ

本研究では、療養場所に関するデータと、利用者特性に関するデータの両方が必要であるが、前者に関しては介護給付データを、後者に関しては要介護認定データを対象とすることとした。

その上で、介護給付データに関しては、厚生労働省老健局総務課経由統計情報部に対し、認定データに関しては、厚生労働省老健局老人保健課に対して使用申請を行い、提供の可否ならびに提供可能な形態に関する内部検討を受けた上で、被保険者番号を任意変換した上でご提供頂いた介護給付データ（2006年9月サービス分）及び要介護認定データ（月次情報）を使用した。

2 横断分析用データベースの構築方法

被保険者番号は、両データとも同じ方法で変換されているため、任意変換後のIDで両者をマッチングすることが可能である。本研究では、直近の介護給付データの入手時点（2006年9月）を分析時点に設定したため、月次認定情報のうち、認定有効開始日が2006年8月1日～9月1日の認定情報を抽出し、データマッチングを行った。

3 分析対象者数

認定支援ネットワークはほとんどの市町村で使用されているが、市町村から厚生労働省への被保険者番号の送信は任意となっている。今回の分析では、任意変換後のIDが必要となるが、任意送信のため、全数調査とはなっていない（ID付与率は3割程度）。

今回の分析対象者は、認定及び給付情報がマッチングでき、かつ、2006年9月中に複数の療養場所でのサービス利用がなかった101,957人（内訳：在宅71,004人、特別養護老人ホーム（以下、特養と略）12,742人、老健9,723人、介護療養3,285人、GH3,487人、特定施設1,716人）である。なお、対象者数が少なかった小規模多機能型居宅介護事業所³⁾に関しては、今回の分析対象から除外している。

4 分析の視点

本研究は、どのような特性の高齢者が、どの療養場所に所在しているかを横断分析することによって、介護保険施設や居住系サービスの機能分化の実態を明らかにするものである。このためには、高齢者特性として何を対象とするかを決める

必要がある。今回は、①基本属性（性、年齢階級、要介護度）②身体機能③認知機能・周辺症状④医療処置の4領域における差異を検証した。

III 結果

1 基本属性

(1) 性別

表1に、療養場所別にみた性別対象者数及び構成割合を示す。

女性の割合は、「特養」「GH」が79.2%と最も多く、次いで「老健」76.8%、「介護療養」74.6%、「特定施設」73.8%、「在宅」69.8%の順であった。

(2) 年齢階級

表2に、療養場所別にみた年齢階級別対象者構成割合を示す（個人情報保護の関連で、実年齢ではなく、5歳階級別年齢しか入手出来ていないため、平均年齢は算出出来ていない）。

ここで、65-74歳の割合をみると、「在宅」15.8%、「介護療養」12.1%、「特定施設」9.3%の順、95歳以上の割合をみると、「介護療養」

表1 療養場所別にみた性別対象者数及び構成割合

	男性		女性		合計	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
在宅	21,449	30.2	49,555	69.8	71,004	100.0
特養	2,653	20.8	10,089	79.2	12,742	100.0
老健	2,256	23.2	7,467	76.8	9,723	100.0
介護療養	833	25.4	2,452	74.6	3,285	100.0
GH	724	20.8	2,763	79.2	3,487	100.0
特定施設	449	26.2	1,267	73.8	1,716	100.0
合計	28,364	27.8	73,593	72.2	101,957	100.0

表2 療養場所別にみた年齢階級別対象者構成割合(%)

	65-74	75-84	85-94	95≤	合計
在宅	15.8	44.7	35.7	3.7	100.0
特養	8.7	34.7	46.4	10.2	100.0
老健	8.9	37.4	45.5	8.2	100.0
介護療養	12.1	33.6	43.1	11.2	100.0
GH	7.8	44.5	43.9	3.8	100.0
特定施設	9.3	44.8	39.7	6.2	100.0
合計	13.8	42.4	38.6	5.2	100.0

表3 療養場所別にみた要介護度別対象者構成割合(%)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
在宅	26.3	23.4	21.4	14.6	8.7	5.6	100.0
特養	-	4.6	10.2	21.6	30.9	32.7	100.0
老健	-	9.8	18.1	28.2	26.0	17.9	100.0
介護療養	-	1.8	4.6	13.6	26.3	53.7	100.0
GH	0.8	21.0	29.5	29.2	15.4	4.1	100.0
特定施設	17.8	24.8	19.4	16.8	13.8	7.3	100.0
合計	18.7	19.0	19.4	17.3	14.0	11.7	100.0

注) ここで要支援とは、経過的要介護、要支援1及び要支援2を含んだものである。

11.2%，「特養」10.2%，「老健」8.2%の順であった。介護療養は、他の療養場所に比べ、年齢層が広かった。

(3) 要介護度

表3に、療養場所別にみた要介護度別対象者構成割合を示す。

ここで、最頻値をみると、「在宅」は要支援(26.3%)、「特定施設」は要介護1(24.8%)、「GH」は要介護2(29.5%)、「老健」は要介護3(28.2%)、「特養」「介護療養」は要介護5(32.7%, 53.7%)であった。

2 身体機能

(1) 障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝

たきり度と略）

表4に、療養場所別にみた寝たきり度別対象者構成割合を示す。

ここで、ランクB以上（寝たきり者）の割合をみると、「介護療養」が93.2%と最も多く、次いで「特養」76.5%，「老健」67.4%，「特定施設」35.3%，「在宅」22.5%，「GH」20.0%の順であった。

(2) 手段的ADL (Instrumental Activities of Daily Living, 以下 IADL と略)

表5に、全体及び要介護1における療養場所別にみたIADL項目別非自立者の出現率を示す。

まず、全体をみると、3項目とも「特養」「老健」「介護療養」「GH」では9割以上が非自立者

表4 療養場所別にみた寝たきり度別対象者構成割合 (%)

	自立	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	合計	(再掲)B以上
在宅	0.5	27.2	49.8	16.2	6.4	100.0	22.5
特養	0.1	1.0	22.4	47.5	29.0	100.0	76.5
老健	0.2	1.4	31.0	51.4	15.9	100.0	67.4
介護療養	0.1	0.4	6.4	36.6	56.6	100.0	93.2
G H	0.8	8.9	70.3	18.0	2.0	100.0	20.0
特定施設	0.4	11.2	53.1	27.7	7.5	100.0	35.3
合計	0.4	19.7	43.9	24.4	11.6	100.0	36.0

注) 障害高齢者の日常生活自立度の定義は以下の通り。

「ランクJ」：何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

「ランクA」：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしで外出しない。

「ランクB」：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。

「ランクC」：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

表5 療養場所別にみたIADL項目別非自立者の出現率

ア) 全体

	在宅	特養	老健	介護療養	G H	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (71,004)	100.0 (12,742)	100.0 (9,723)	100.0 (3,285)	100.0 (3,487)	100.0 (1,716)	100.0 (101,957)
薬の内服	64.0	99.1	98.4	99.2	99.4	88.2	74.4
金銭の管理	64.5	98.3	96.5	98.3	98.5	83.7	74.3
電話の利用	64.5	96.5	93.3	97.1	96.7	73.3	73.5

イ) 要介護1(再掲)

	在宅	特養	老健	介護療養	G H	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (16,580)	100.0 (583)	100.0 (954)	100.0 (59)	100.0 (733)	100.0 (426)	100.0 (19,335)
薬の内服	60.7	94.0	94.0	88.1	98.5	90.8	65.6
金銭の管理	63.7	88.9	90.0	86.4	97.3	84.5	67.5
電話の利用	61.8	77.0	76.7	76.3	91.5	66.7	64.2

注1) 上記3項目は、自立・一部介助・全介助で評価されるが、ここでの非自立者とは、一部介助ないし全介助の者のこと。

2) N数の単位は人。それ以外は%。

であったが、3項目を比較すると、“薬の内服”的自立度が最も低く、次いで“金銭の管理”、“電話の利用”的順であった。「特定施設」では約7～8割、「在宅」では約6割が非自立者であった。

次に、要介護1をみると、「GH」では、3項目とも非自立者の出現率が、他の療養場所に比べ高かった。また、“薬の内服”は、在宅以外の療養場所では、9割以上が非自立者であった。

(3) ADL

認定調査項目には多くのADL関連項目が存在するが、ここでは、ADLの代表的指標であるBI(Barthel Index)⁴⁾やFIM(Functional Independence Measure)⁵⁾を参考に、歩行・移乗・移動・嚥下・食事摂取・排尿・洗顔・上衣の着脱の計8項目を比較対象とした。

表6に、全体における療養場所別にみたADL項目別非自立者及び出来ない/全介助者(以下、全介助者と略)の出現率を示す。

まず、非自立者をみると、全項目とも「介護療養」における出現率が最も高かった。ここで、療養場所別に、出現率の最も高い項目をみると、「在宅」「老健」「介護療養」「特定施設」では“歩行”(75.8%, 89.4%, 97.6%, 74.0%), 「特養」「GH」では“排尿”(92.6%, 72.7%)であった。

次に、全介助者をみると、全項目とも「介護療養」における出現率が最も高かった。ここで、療養場所別に、出現率の最も高い項目をみると、「老健」「介護療養」では“歩行”(60.1%, 89.0%), 「在宅」「特養」「GH」では“排尿”(19.7%, 74.5%, 30.7%), 「特定施設」では“歩行”“排尿”(30.8%)であった。

表7に、軽度要介護者(要介護1)における療養場所別にみたADL項目別非自立者及び全介助者の出現率を示す。

まず、非自立者をみると、全療養場所で“歩行”的出現率が最も高かった。ここで、項目別に出現率の高い療養場所をみると、“歩行”は「老健」(75.2%), “移乗”“排尿”“上衣の着脱”は「介護療養」(13.6%, 35.6%, 37.3%), “移動”“嚥下”は「在宅」(27.1%, 12.0%), “食事摂取”“洗顔”は「特養」(10.5%, 15.8%)であつた。

た。

次に、全介助者をみると、“歩行”以外の全介助者はほとんどいなかった。“歩行”的全介助者の出現率は、「在宅」2.4%, 「GH」1.5%, 「特定施設」6.6%に対し、「特養」19.2%, 「老健」17.4%, 「介護療養」10.2%と、同じ要介護1でも、歩行機能が低下した高齢者が施設に入院・入所していた⁶⁾。

表8に、重度要介護者(要介護5)における療養場所別にみたADL項目別非自立者及び全介助者の出現率を示す。

まず、非自立者をみると、“嚥下(全療養場所)”“歩行(GH)”以外はほぼ100%であった。“嚥下”的非自立者の出現率をみると、「介護療養」が83.3%と最も高く、次いで「特養」81.4%, 「老健」77.3%, 「在宅」75.8%, 「特定施設」73.0%, 「GH」66.7%の順であった。「GH」は他の療養場所に比べ、“嚥下”“歩行”的自立度が高かった。

次に、全介助者をみると、“排尿”以外の全項目で「介護療養」の全介助者の出現率が最も高かった。また、療養場所別に出現率の高い項目をみると、全療養場所とも“排尿”であった。

ここで、“嚥下”的全介助者出現率を療養場所別にみると、「介護療養」が47.6%と最も高く、次いで「老健」24.7%, 「特養」20.4%, 「在宅」18.3%, 「特定施設」17.5%, 「GH」3.5%と、「GH」は他の療養場所に比べ、“嚥下”的全介助者の出現率が低かった。

3 認知機能/周辺症状

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度(以下、認知症自立度と略)

表9に、療養場所別にみた認知症自立度別対象者構成割合を示す。

ここで、ランクⅢ以上の割合をみると、「介護療養」が72.6%と最も多く、次いで「特養」67.0%, 「GH」53.0%, 「老健」51.2%, 「特定施設」29.7%, 「在宅」17.9%の順であった。

次に、寝たきり度と認知症自立度の組み合わせ状況をみると(表10), 「介護療養」「特養」で

表6 療養場所別にみたADL項目別非自立者及び全介助者の出現率(全体)

ア) 非自立者の出現率

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計 (N 数)	100.0 (71,004)	100.0 (12,742)	100.0 (9,723)	100.0 (3,285)	100.0 (3,487)	100.0 (1,716)	100.0 (101,957)
歩 行	75.8	91.9	89.4	97.6	59.5	74.0	79.2
移 乗	36.9	84.0	72.5	92.5	45.4	42.0	48.4
移 動	46.4	83.9	73.8	92.2	61.5	53.1	55.8
嚥 下	21.6	45.3	29.9	55.1	20.7	20.1	26.3
食 事 摂 取	24.8	67.0	47.9	72.4	37.3	29.6	34.3
排 尿	48.8	92.6	86.3	96.9	72.7	55.5	60.3
洗 頬	31.9	84.9	73.8	93.6	50.6	40.6	45.3
上衣の着脱	47.6	90.2	82.1	96.0	66.8	52.2	58.5

イ) 全介助者の出現率(再掲)

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歩 行	16.6	71.9	60.1	89.0	15.2	30.8	30.2
移 乗	8.5	49.1	30.0	72.2	6.8	14.1	17.7
移 動	11.4	51.1	35.8	76.3	10.6	20.8	20.9
嚥 下	1.1	6.8	4.6	26.1	0.1	1.4	2.9
食 事 摂 取	4.4	24.7	13.3	45.1	3.1	5.5	9.0
排 尿	19.7	74.5	59.5	87.9	30.7	30.8	33.1
洗 頬	9.4	45.7	28.4	63.7	11.2	13.2	17.6
上衣の着脱	10.0	49.1	30.9	64.2	10.8	12.9	18.7

表7 療養場所別にみたADL項目別非自立者及び出来ない/全介助者の出現率(要介護1)

ア) 非自立者の出現率

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計 (N 数)	100.0 (16,580)	100.0 (583)	100.0 (954)	100.0 (59)	100.0 (733)	100.0 (426)	100.0 (19,335)
歩 行	70.6	74.3	75.2	72.9	39.8	62.2	69.6
移 乗	13.1	12.7	8.1	13.6	5.5	9.2	12.4
移 動	27.1	26.8	21.8	20.3	22.8	25.4	26.6
嚥 下	12.0	8.7	4.2	6.8	6.7	9.4	11.2
食 事 摂 取	7.0	10.5	5.2	10.2	9.1	9.4	7.2
排 尿	22.9	28.8	31.2	35.6	28.1	21.6	23.7
洗 頬	5.8	15.8	13.0	15.3	8.0	4.9	6.6
上衣の着脱	23.1	23.3	23.5	37.3	22.5	20.0	23.1

イ) 全介助者の出現率(再掲)

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歩 行	2.4	19.2	17.4	10.2	1.5	6.6	3.8
移 乗	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
移 動	0.1	0.2	0.3	0.0	0.1	0.2	0.1
嚥 下	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
食 事 摂 取	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
排 尿	0.3	1.2	0.6	1.7	0.4	0.0	0.3
洗 頬	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
上衣の着脱	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1

表8 療養場所別にみたADL項目別非自立者及び出来ない/全介助者の出現率(要介護5)

ア) 非自立者の出現率

	在宅	特養	老健	介護療養	G H	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (3,948)	100.0 (4,162)	100.0 (1,742)	100.0 (1,765)	100.0 (144)	100.0 (126)	100.0 (11,887)
歩行	99.3	99.5	99.0	99.8	89.6	99.2	99.3
移乗	99.6	99.9	99.8	99.9	98.6	100.0	99.8
移動	99.7	99.8	99.7	99.7	100.0	100.0	99.8
嚥下	75.8	81.4	77.3	83.3	66.7	73.0	79.0
食事摂取	97.7	98.8	98.2	98.4	97.9	97.6	98.3
排尿	99.8	100.0	99.9	99.9	100.0	100.0	99.9
洗顔	99.7	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	99.9
上衣の着脱	100.0	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	100.0

イ) 全介助者の出現率(再掲)

	在宅	特養	老健	介護療養	G H	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歩行	91.4	97.2	95.5	99.2	71.5	97.6	95.0
移乗	85.8	94.0	89.4	96.5	66.0	92.1	90.6
移動	89.8	95.4	93.1	97.6	73.6	96.0	93.3
嚥下	18.3	20.4	24.7	47.6	3.5	17.5	24.1
食事摂取	71.2	73.2	70.4	81.9	62.5	66.7	73.2
排尿	98.3	99.8	99.7	99.5	97.9	98.4	99.2
洗顔	87.4	94.2	92.2	95.2	84.0	90.5	91.6
上衣の着脱	86.2	93.0	90.8	93.3	82.6	90.5	90.3

表9 療養場所別にみた認知症自立度別対象者構成割合

	自立	ランクI	ランクII	ランクIII	ランクIV	ランクM	合計	(再掲) II以上	(再掲) III以上
在宅	27.1	24.6	30.3	14.7	2.8	0.4	100.0	48.2	17.9
特養	3.4	6.5	23.1	40.9	22.4	3.7	100.0	90.1	67.0
老健	5.0	11.7	32.0	37.5	11.8	1.9	100.0	83.2	51.2
介護療養	3.5	6.8	17.1	35.9	27.7	9.1	100.0	89.8	72.6
G H	0.0	4.4	42.6	44.5	7.7	0.7	100.0	95.6	53.0
特定施設	14.7	18.4	37.2	23.3	5.7	0.8	100.0	66.9	29.7
合計	20.1	19.8	29.7	22.0	7.2	1.3	100.0	60.1	30.4

注) 認知症高齢者の日常生活自立度の定義は以下の通り。

「ランクI」: 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的には自立している。

「ランクII」: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

「ランクIII」: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

「ランクIV」: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

「ランクM」: 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

表10 療養場所別にみた寝たきり度と認知症自立度の組み合わせ別対象者構成割合

	動ける 軽度認知症群	動ける 重度認知症群	寝たきり 軽度認知症群	寝たきり 重度認知症群	合計
在宅	67.6	9.8	14.4	8.1	100.0
特養	11.4	12.1	21.6	54.9	100.0
老健	19.1	13.5	29.7	37.7	100.0
介護療養	3.9	3.0	23.5	69.7	100.0
G H	40.4	39.6	6.6	13.3	100.0
特定施設	53.0	11.8	17.3	17.9	100.0
合計	52.7	11.3	16.9	19.1	100.0

注) 各群の定義は以下の通り。

「動ける軽度認知症群」: 寝たきり度がランクA以下で、かつ、認知症自立度がランクII以下。

「動ける重度認知症群」: 寝たきり度がランクA以下で、かつ、認知症自立度がランクIII以上。

「寝たきり軽度認知症群」: 寝たきり度がランクB以上で、かつ、認知症自立度がランクII以下。

「寝たきり重度認知症群」: 寝たきり度がランクB以上で、かつ、認知症自立度がランクIII以上。

表11 療養場所別にみた周辺症状の出現率

ア) 全体

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計 (N 数)	100.0 (71,004)	100.0 (12,742)	100.0 (9,723)	100.0 (3,285)	100.0 (3,487)	100.0 (1,716)	100.0 (101,957)
被害的	10.0	10.7	10.4	4.4	27.9	13.7	10.6
作話	6.0	6.8	6.5	3.0	16.8	8.2	6.5
幻視幻聴	9.9	9.5	8.3	6.0	18.8	8.7	9.8
感情が不安定	17.7	22.6	19.4	13.4	38.2	23.3	19.2
昼夜逆転	18.5	20.9	19.3	17.0	28.1	16.7	19.1
暴言暴行	9.7	19.8	14.6	9.3	28.4	13.2	12.1
同じ話	24.2	20.1	20.2	12.4	42.6	25.3	23.6
大声を出す	9.7	20.1	14.7	12.7	23.3	12.6	12.1
介護に抵抗	16.2	29.1	23.2	19.1	38.6	22.4	19.4
當時の徘徊	5.5	11.5	12.2	5.3	18.2	8.3	7.4
落ち着きなし	5.2	11.2	11.7	5.6	26.6	9.7	7.4
外出して戻れず	3.2	6.1	6.9	2.1	14.3	5.3	4.3
一人で出たがる	5.5	4.6	5.0	2.0	18.7	5.4	5.7
収集癖	3.1	6.9	7.2	1.9	17.1	4.4	4.5
火の不始末	9.6	0.6	0.9	0.5	2.2	1.7	7.0
破壊行動	1.5	2.8	2.1	1.4	3.9	1.3	1.8
不潔行為	1.8	7.1	5.9	5.7	8.0	3.7	3.3
異食行動	1.5	4.0	2.5	2.1	4.8	2.1	2.1
ひどい物忘れ	48.6	35.0	39.8	20.9	69.7	46.2	45.8

イ) 認知症自立度Ⅲ以上(再掲)

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計 (N 数)	100.0 (12,742)	100.0 (8,536)	100.0 (4,980)	100.0 (2,386)	100.0 (1,847)	100.0 (510)	100.0 (31,001)
被害的	20.4	10.3	11.5	4.0	29.6	20.0	15.5
作話	14.5	6.7	7.8	2.9	19.5	14.5	10.7
幻視幻聴	27.7	11.2	11.4	6.7	25.0	19.0	18.6
感情が不安定	31.9	24.1	23.8	14.0	45.1	32.0	27.9
昼夜逆転	38.8	24.9	27.7	19.4	36.4	31.0	31.4
暴言暴行	25.4	22.2	20.9	11.0	36.2	22.0	23.3
同じ話	43.3	21.3	24.1	12.7	46.5	33.7	31.8
大声を出す	25.9	24.3	22.6	15.3	30.6	24.9	24.4
介護に抵抗	40.0	35.3	34.1	22.4	49.8	42.0	37.0
當時の徘徊	22.5	15.6	21.3	6.6	29.4	22.0	19.6
落ち着きなし	19.6	13.1	16.9	6.3	36.0	20.4	17.3
外出して戻れず	11.4	7.6	10.9	2.3	20.8	11.8	10.2
一人で出たがる	20.2	5.9	7.6	2.4	26.0	11.6	13.1
収集癖	11.4	8.5	10.6	1.7	24.2	9.8	10.4
火の不始末	9.3	0.5	0.8	0.4	2.4	1.2	4.3
破壊行動	6.3	3.9	3.9	1.8	6.7	2.7	4.9
不潔行為	7.8	9.6	10.3	7.3	12.7	9.8	9.0
異食行動	6.9	5.8	4.5	2.6	8.1	6.1	5.9
ひどい物忘れ	69.8	35.8	45.2	20.5	73.2	62.4	52.8

注) N 数の単位は人。それ以外は%。

は、寝たきり重度認知症群が過半数を超えていた。「老健」では、寝たきり軽度認知症群と寝たきり重度認知症群が各々3~4割を、「GH」では動ける軽度認知症群と動ける重度認知症群が各々4割を占めていた。「在宅」「特定施設」では、動ける軽度認知症群が過半数を超えていた。

(2) 周辺症状(問題行動)

表11に、全体及び重度認知症群(認知症自立

度Ⅲ以上)における療養場所別にみた周辺症状項目別出現率を示す。

まず、全体をみると、「ひどい物忘れ」が全ての療養場所で出現率が高く、次いで、「在宅」「GH」「特定施設」では「同じ話をする」(24.2%, 42.6%, 25.3%), 「特養」「老健」「介護療養」では「介護への抵抗」(29.1%, 23.2%, 19.1%)の順であった。なお、「火の不

始末”以外の18項目の出現率は「GH」が最も高かった。

次に、認知症自立度Ⅲ以上をみると、“被害的”(29.6%), “作話”(19.5%), “感情不安定”(45.1%), “暴言暴行”(36.2%), “同じ話”(46.5%), “大声を出す”(30.6%), “介護への抵抗”(49.8%), “常時徘徊”(29.4%), “落ち着きなし”(36.0%), “外出して戻れず”(20.8%), “一人で出たがる”(26.0%), “収集癖”(24.2%), “破壊行動”(6.7%), “不潔行為”(12.7%), “異食行動”(8.1%), “ひどい物忘れ”(73.2%)の16項目は「GH」, “幻視幻聴”(27.7%), “昼夜逆転”(38.8%), “火の不始末”(9.3%)の3項目は「在宅」における出現率が最も高かった。

4 医療処置

表12に、全体及び重度要介護者における療養場所別にみた医療処置の受給率を示す。

まず、全体をみると、「在宅」では“点滴の管理”(2.4%), 「特養」「老健」「介護療養」では“経管栄養”(6.9%, 4.8%, 27.5%), 「GH」では“褥瘡処置”(1.1%), 「特定施設」では“カテーテル”(2.2%)の受給率が最も高かった。

次に、重度要介護者（要介護4-5）をみると、GH以外では“経管栄養”的受給率が最も高く、特に「介護療養」では34.3%に達していた。ここで、「特養」と「老健」を比較すると，“酸素療法”“レスピレータ”以外は全て「老健」の方が、また、「GH」と「特定施設」を比較すると，“ストーマ処置”“モニター測定”以外は「特

表12 療養場所別にみた医療処置の受給率

ア) 全体

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
点滴の管理	2.4	1.2	1.5	4.4	0.9	1.5	2.1
中心静脈栄養	0.1	0.1	0.1	0.8	0.0	0.2	0.1
透析	1.2	0.1	0.2	0.0	0.4	0.9	0.9
ストーマ処置	0.3	0.5	0.6	0.6	0.1	0.6	0.4
酸素療法	1.5	0.7	0.4	1.7	0.2	1.7	1.2
レスピレータ	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
気管切開処置	0.2	0.1	0.2	1.6	0.0	0.1	0.2
疼痛の看護	1.9	1.4	1.6	1.3	0.7	0.7	1.7
経管栄養	1.1	6.9	4.8	27.5	0.1	1.7	3.0
モニター測定	0.1	0.1	0.2	0.7	0.1	0.1	0.1
褥瘡処置	1.3	3.9	3.5	7.4	1.1	1.8	2.0
カテーテル	1.5	3.0	3.3	9.6	0.7	2.2	2.1

イ) 要介護4-5(再掲)

	在 宅	特 養	老 健	介護療養	G H	特定施設	合 計
合 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
点滴の管理	4.1	1.6	2.6	5.4	1.5	2.8	3.1
中心静脈栄養	0.4	0.1	0.2	1.0	0.0	0.8	0.3
透析	1.6	0.0	0.2	0.0	0.4	1.1	0.7
ストーマ処置	0.6	0.5	0.6	0.7	0.4	0.3	0.6
酸素療法	2.1	0.8	0.5	1.9	0.3	2.8	1.4
レスピレータ	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
気管切開処置	0.9	0.1	0.3	1.9	0.0	0.3	0.6
疼痛の看護	1.0	0.9	1.1	0.8	0.4	0.8	0.9
経管栄養	7.2	10.8	10.9	34.3	0.6	8.0	11.5
モニター測定	0.4	0.1	0.3	0.8	0.1	0.0	0.3
褥瘡処置	6.8	5.8	7.1	9.0	4.4	6.6	6.7
カテーテル	7.0	4.1	6.3	11.4	1.3	7.5	6.3

定施設」の方が、処置受給率が高かった。

IV 考察

1 認知症高齢者の特性と療養場所の関係性の変化について

認知症自立度と療養場所の関係性に関する報告は、厚生労働省が2002年9月末時点の認定データをもとに特別集計したものが最初である⁷⁾。それによると、ランクⅡ以上の出現率は（全体：47.5%）、「在宅」34.8%、「特養」84.4%、「老健」80.0%、「介護療養」83.3%，ランクⅢ以上の出現率は（全体：25.2%）、「在宅」13.3%、「特養」62.5%、「老健」52.0%、「介護療養」66.7%，動ける重度認知症群の出現率は（全体：8.0%）、「在宅」7.1%、「特養」12.5%、「老健」16.0%、「介護療養」8.3%であった。一方、2006年9月を対象とした本分析では、ランクⅡ以上の出現率は（全体：60.1%）、「在宅」48.2%、「特養」90.1%、「老健」83.2%、「介護療養」89.8%，ランクⅢ以上の出現率は（全体：30.4%）、「在宅」17.9%、「特養」67.0%、「老健」51.2%、「介護療養」72.6%，動ける重度認知症群の出現率は（全体：11.3%）、「在宅」9.8%、「特養」12.1%、「老健」13.5%、「介護療養」3.0%であった⁸⁾。

ここで、2002年時点と2006年時点を比較すると、全体として、認知症高齢者の出現率が増加していることがわかる。さらに、これを療養場所別にみると、ランクⅢ以上の出現率は、「在宅」4.6ポイント増、「特養」4.5ポイント増、「老健」0.8ポイント減、「介護療養」5.9ポイント増、動ける重度認知症群の出現率は、「在宅」2.7ポイント増、「特養」0.4ポイント減、「老健」2.5ポイント減、「介護療養」5.3ポイント減となっている。

この間、GH利用者数は急増しているが（2.5→12.0万人）、ケア提供上の負担の大きい「動ける認知症高齢者」の出現率は「在宅」でのみ増加しており、認知症高齢者に対する在宅での介護負担軽減に対し、制度として十分には対応できてい

ない可能性が示唆された。

現在、GHの整備量に対しても制限される方向にあるが、認知症高齢者の今後の急増⁹⁾、施設整備量の伸びの鈍化などを考慮すれば、より一層のGHないし小規模多機能施設整備の推進、認知症ケアの確立が必要であろう。

2 居住系サービスにおける医療連携の強化について

2006年4月の介護報酬改定では、GHに対して医療連携体制加算（39単位/日）が新設された。これは、GH職員として、または訪問看護ステーションとの契約により看護師を1名以上確保し、24時間連絡可能な体制としているとともに、入居者が重度化し看取りの必要が生じた場合等における対応の指針を定めて、入居の際に入居者又は家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定出来るものである¹⁰⁾。

一方、特定施設入居者に対しては、医療ニーズへの対応の観点から、夜間看護体制加算（10単位/日）が新設されたのみである。ただし、今回の分析結果をみると、医療ニーズが高まる要介護4-5においては、GHよりも特定施設の方が、医療処置の受給率が高い状況にあった。

療養病床の再編成や多様な住まいの拡大という制度改正の流れを鑑みれば、今後、特定施設における内部医療提供体制及び外部との医療連携方法に関し、十分な検討を行うべきである。

3 介護療養病床の入院者特性とサービス代替の確保策について

2012年3月末に廃止される介護療養病床に関しては、その転換先として老人保健施設が最も期待されている。ただし、転換に際しては、日勤帯や夜勤帯における医療ニーズの高まり、入所者への看取りの対応の強化が必要となることから、現在、報酬の在り方を含め、介護給付費分科会にて検討が進められているところである。

さて、介護療養及び老健における、要介護4-5に対する処置受給率をみると、「経管栄養」（介護

療養 34.3%, 老健 10.9%), 「カテーテル」(介護療養 11.4%, 老健 6.3%), 「酸素療法」(介護療養 1.9%, 老健 0.5%), 「気管切開処置」(介護療養 1.9%, 老健 0.3%) などで大きな差がみられており、特に、呼吸器関連の処置(酸素療法、気管切開処置)を必要とする高齢者を、現行の老健ではほとんど受け入れていない(受け入れ体制がない)という実態が窺える。

療養病床の再編成に伴い、医療療養病床も大きく削減される方向にある。そのため、これら処置受給者の多くは、医療機能強化型の介護老人保健施設、特定施設、在宅に流れることが想定される。経管栄養や呼吸器管理を要する高齢者を、どこがどの程度引き受け可能かの検証が今後必要である。

V 結語

2006年9月時点の、全国ベースの認定・給付データをもとに、療養場所と利用者特性の横断分析を実施した。その結果、①ADL8項目の全介助者の出現率は、介護療養が全項目で最も高かった(身体機能低下者が最も多かった)②介護療養入院者の約7割、特養入所者の約5割が寝たきり重度認知症群であったのに対し、GHでは動ける重度認知症群が約4割を占めていた③介護療養は、他の施設に比べ、経管栄養受給率が非常に高かった(27.5%)④重度要介護者に対しては、GHよりも特定施設の方が処置受給率が高かった、などがわかった。

これら結果より、現時点で、高齢者の心身機能や周辺症状の出現状況、医療処置の受給状況に応じて、介護保険施設や居住系サービス、在宅間の機能分化がある程度行われている実態がわかった。ただし、療養病床の再編成、医療サービスの外部化、多様な住まいの拡充などの2006年改正の方向性を考えると、外部との医療連携を含めた形での機能の明確化と分化の在り方を、高齢者の生活機能への効果評価も加味した形で再検討する必要があろう。

謝辞

本研究の一部は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(H18—長寿—一般—019)の助成によるものである。

注

- 1) 介護施設等の基本的な在り方、入所者に対する医療提供の在り方などを検討するために設置された委員会。第1回の会議開催日は2006年9月27日で、計6回の会議が開催された。
- 2) 特定施設とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅(高齢者居住法の高齢者専用賃貸住宅で一定の居住水準等の要件を満たすものとして都道府県知事に届け出しているもの)のこと。厚生労働省の介護給付費実態調査月報(2007年10月審査分)によると、請求事業所数は2,694カ所(介護予防及び地域密着型を除く)で、うち1,999カ所が有料老人ホーム、382カ所が養護老人ホーム、303カ所が軽費老人ホームである。
- 3) 登録された利用者(定員25人以下)を対象に、事業所への通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせて提供することで、居宅における生活の継続を支援することを目的に、2006年4月に新たに導入されたサービス事業所のこと。介護給付費実態調査月報(2007年10月審査分)によると、請求事業所数は1,066カ所(介護予防除く)となっている。主な設立主体は、営利法人475カ所、社会福祉法人(社会福祉協議会除く)264カ所、医療法人151カ所、NPO法人95カ所などである。
- 4) Mahorneyらが1965年に発表したADL自立度評価法。食事、移乗、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便、排尿の10項目で構成されている。0~100点で評価し、自立度が低いと点数も低くなる。
- 5) 運動13項目(セルフケア、排泄コントロール、移乗、移動の4分野)、認知5項目(コミュニケーション、社会的認知の2分野)の合計18項目を1~7点で評価するもの。ADLの実行状況(しているか否か)の評価を強調しているのが特色。BI及びFIMに関しては、千野直一・安藤徳彦編集主幹(2007)「ADL・IADL・QOL」、『リハビリテーションMOOK』、9号のpp.15~22を参照。
- 6) 今回の調査は横断調査であるため、同じ要介護1でも歩行機能が低下した高齢者が、在宅などよりも介護保険施設に多いという事実はわかるが、これが、「施設ケアの方が歩行機能

- 低下を招きやすく、その結果、歩行機能低下者が多い」のか、「要介護1の中でも、歩行機能が低下した高齢者は在宅療養が困難なため、施設入所しやすい」のかはわからない。因果関係を明らかにするためには縦断調査が必要である。このことは、要介護5の中で、GH入所者が最も嚙下の全介助者が少なかったという事実に対しても同様である。
- 7) 参考文献「高齢者を支える介護」、法研、p. 118 参照。
 - 8) 同時期の全数調査である厚生労働省「平成18年度介護サービス施設・事業所調査」によると、ランクⅢ以上の介護保険施設における出現率は、「特養」68.8%（本調査67.0%）、「老健」51.4%（本調査51.2%）、「介護療養」76.9%（本調査72.6%）と、本調査結果と類似しており、本分析対象の代表性はある程度確保されていると考える。
 - 9) 認知症高齢者の将来推計に関しては、参考文献「高齢者を支える介護」、法研、p. 119 参照。
 - 10) 参考文献「介護報酬の解釈－1. 単位数表編」、介護保険研究所、p. 72-73 参照。

参考文献

- 医療経済研究機構（2003）「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」報告書。
 —————（2004）「介護老人保健施設における医療・介護に関する調査研究」報告書。
 —————（2005）「療養病床における医療・介護に関する調査研究」報告書。
 —————（2007）「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査」報告書。
- 川越雅弘・大場和子・木下 毅（2002）「回復リハ

- 病床／療養病床／老健／特養の機能分担に関する調査研究～入退院（所）分析を中心として～」、日本医師会総合政策研究機構報告書第47号。
 川越雅弘・吉田真季・原 祐一・大塚宣夫・木下 毅（2003）「長期療養者に対する新しい支払い方式に関する調査研究」、日本医師会総合政策研究機構報告書第49号。
 川越雅弘（2006）「我が国における医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』、156号、pp. 4-18。
 厚生労働省大臣官房統計情報部（2003）「平成13年介護サービス施設・事業所調査」。
 —————（2007）「平成17年介護サービス施設・事業所調査」。
 社会保険研究所（2006）「介護報酬の解釈－1. 単位数表編」、東京。
 竹迫弥生・田宮菜奈子・梶井英治（2006）「介護保険施設における終末期ケア：公表統計データに基づく介護保険施設内死亡者についての検討」、プライマリ・ケア、29卷1号、pp. 9-14。
 千野直一・安藤徳彦編集主幹（2007）「ADL・IADL・QOL」、『リハビリテーションMOOK』、9号、金原出版、東京。
 日本医師会介護保険課（2005）「要介護高齢者の服薬状況に関する実態調査」。
 原 祐一・池田浩行・堀口裕正・信友浩一（2001）「老健施設と特養ホームの機能－その比較調査研究」、『日本医事新報』、4033号、pp. 73-76。
 老人保健福祉法制研究会編（2003）「高齢者の尊厳を支える介護」、法研、東京。

(かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第4室長)

介護サービス利用に対する所得の影響 —施設介護サービスを中心に—

泉 田 信 行

I はじめに

介護保険制度が施行されて7年が経過した。この間、サービスの拡大と利用者の拡大があった。これは高齢化の進展の影響もあるが、介護保険制度によって介護サービス利用が身近になった結果である。身近になった極めて大きな要因は事業者や提供されるサービスの種類・量の増加である。これは、介護保険制度創設により、民間事業者が一斉に参入したことによる。民間事業者は、介護保険という新しい財源が確保されたこと、介護保険でのサービス提供がそれまでの社会福祉制度で行われていた「措置」から「契約」によるものに変わったこと、により安価なサービスや質の高いサービスを提供することにより利用者が獲得できると見込んだと思われる。

他方、サービス提供が措置から契約に変わったことによりひとつ考えられる懸念は利用者の所得水準によって利用できるサービスが事実上制限されるのではないか、という点である。もちろん、公的介護保険制度では自己負担額はサービス利用額の1割であり、さらにその自己負担額には上限も定められている。

このように、自己負担が一定水準を上回らないような複数の仕組みが介護保険制度の中にはあるが、これらが実際にどの程度機能しているかについて実証的に検証が必要である。これまで医療サービスや介護サービスの経済学的な分析の対象となってきたように、自己負担はアクセスに対して

影響を及ぼし得るためである¹⁾。特に、施設介護サービスについては、施設介護と居宅介護サービスのあり方や費用負担のあり方に関する議論もあり、2005年10月にいわゆるホテルコストの保険給付対象外化などによる自己負担の引き上げが行われた。本稿の内容は、要介護度、居住状態、自己負担額、居宅介護サービスの利用状況、踏まえた上で要介護高齢者の所得水準と施設介護サービス利用の関係について検討することである。

介護保険サービス利用に関する先行研究のうち施設介護サービスについては、友田・青木・照井(2004)が施設介護サービス市場に超過需要が存在している場合には自立的に解消する市場メカニズムは存在せず、これを解消するためには保険料の引き上げか自己負担率の引き上げが必要であると理論的に導いている。

居宅介護サービスについては、要介護度に応じた支給限度額が設定されているため、その点を踏まえた分析が必要であるが、塚原〔2004〕は東京都墨田区在住の主介護者に対して行ったアンケート調査によって、居宅介護サービスを、限度額を超えて利用するか否か、限度額以下しか利用しないか否かにそれぞれに影響を及ぼす要因について検討している。

山田〔2004〕および遠藤・山田〔2007〕は平成13年度国民生活基礎調査の介護票を利用することにより居宅介護サービスの利用において公平性が担保されているか否かについて検討している。自己負担額を所得以外の要因に回帰することによって得られる推定された自己負担額や支給限度額

を介護ニーズとみなして、それと実際の使用額を比較することにより介護ニーズがどの程度充足されたか、所得階級によってそれに差があるか否かを検討している。どちらの論文も一定の留保条件はあるものの介護サービスの充足は公平であったとされている。

これらの論文は施設介護サービス利用や居宅介護サービスをそれぞれ分析しているが、実際にはこれらのサービスをどれだけ利用するかを考える前に、施設介護サービスを利用するか居宅介護サービスを利用するか、という選択が存在するはずである。もっとも、施設介護サービスは供給量が限定されており、割当（rationing）が発生している可能性が高い。それゆえ、施設介護サービスが利用可能か否かによって施設介護サービスや居宅介護サービスを利用するか否か、どの程度利用するかに違いが発生すると考えられる。居宅サービスに限らずに施設サービスも含めて、サービス利用や自己負担のされ方についてまず実態を明らかにする必要があるが、これまでデータの利用制約によって不可能であった。

本稿ではある都市における要介護高齢者のデータを用いることにより、所得水準をはじめとするサービス利用に影響を与えると考えられる要因とサービス利用の関係を施設サービス利用・居宅介護サービス利用双方について記述的に示していく。分析結果については、特に施設介護サービスについて焦点をあてて検討する。現実にどのようなサービス利用や費用負担がなされているかを知ることを通じて、施設サービスのあり方に関する理念的な問題を考える上での一助となること、を本稿の目的としたい。

以下において本稿は次のように構成される。Ⅱにおいては介護保険制度における利用者負担の制度的設定を概説しながら、所得水準とサービス利用が関係する側面について明確化する。Ⅲでは利用するデータの説明が与えられる。Ⅳではクロス表を中心とした分析対象市町村における介護サービス利用動向が記述される。Ⅴでは分析対象となる要介護高齢者のサービス利用について簡単な追跡的分析が行われる。Ⅵにおいて、分析結果を踏

まえて今後の研究課題などが述べられる。

II サービス利用にかかる費用負担

介護保険制度施行以前においては、措置による（特別）養護老人ホームへの入所や在宅サービスの利用となっていた。これは所得水準に応じた費用徴収であり、サービス利用量に応じた費用徴収ではない。2000年4月1日の介護保険制度実施後は、介護保険被保険者は原則1割負担となつた²⁾。

介護保険制度では、自己負担額が高額になる場合には所得段階に応じて基準額を超える自己負担額部分について高額介護サービス費支給を受けることができる。現状ではおおよそ、生活保護受給者および老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税で年金収入が80万円以下、世帯全員が住民税非課税、住民税課税世帯、に分かれて月額の基準額が15,000円、15,000円、24,600円、37,200円、と定められている。

2005年10月1日以降は介護保険施設入所にかかる居住費・食費が保険給付外とされ、原則自己負担となった。ただし、その自己負担額については上限額が設定されている³⁾。

ところで、居宅介護サービスについては、要介護度別に支給限度額が設定されており、支給限度内でサービス利用を行う場合には自己負担額は支給限度額に0.1を乗じた額を超えることはない。要介護度別の支給限度額は要介護1で16,580円、要介護5で35,830円となっている。施設サービスについてはこのような支給限度額が存在しない。

図1は居宅介護サービス利用における要介護度別の支給限度額と自己負担額の関係を図示したものである。横軸は居宅介護サービス利用額が円単位で表示されている。縦軸は自己負担額が円単位で表示されている。介護サービスの自己負担額はサービス利用額の原則として10%であるから、原点から右上に自己負担額とサービス利用額の関係を示す半直線が描ける。要介護度別の支給限度額が横軸上に示されているが、保険給付の範囲内

でサービス利用を抑えるとすれば各要介護度の利用者はそれぞれの限度額よりも左側にサービス利用額を抑えなければならぬことになる。支給限度額いっぽいまでサービスを利用した場合の自己負担額は支給限度額に0.1を乗じた金額となる⁴⁾。

他方、所得の面から見た自己負担額の上限額は縦軸に表示されている。下から順に生活保護受給者および老齢福祉年金受給者、世帯全員が住民税非課税で年金収入が80万円以下の場合の上限額15,000円、その他の世帯全員が住民税非課税世帯の上限額24,700円、住民税課税世帯の上限額37,200円、となっている。自己負担額がこれらの水準を超えることとなる居宅介護サービス利用部分については、その額が支給限度額に到達するまでは限界的な自己負担額がゼロとなる。同じ要介護度であれば所得水準が低いほど、同じ所得水準であれば要介護度が重いほど、自己負担額が限界的にゼロで使用できる範囲が大きくなる。

III 分析に用いるデータ

本稿で用いるデータは西日本に位置するQ市より提供された要介護認定データと介護保険給付、保険料段階の情報を各加入者別にマッチしたデータである。同市は人口が20万人程度、高齢化率が20%を超える（平成17年度国勢調査結果による）。県庁所在地であるため、市民が医療・介護サービス利用のために市外に出ることは多くない。2005年度の患者調査によれば、同市を含む二次医療圏から他の二次医療圏に流出する患者の割合は10%程度である一方、流入する患者の割合は20%である（県内の平均は流入・流出共に20%前後である）。

利用可能な医療機関・福祉資源としては、Q市を含む二次医療圏での人口10万人当たり病床数は2288床である一方、介護保険3施設の定員数はQ市を含む県内で65歳以上人口1万人当たり366.2床が存在する⁵⁾。

使用するデータは1号被保険者のうち要介護認定を受けた高齢者の情報である。データは2001年度から2005年度までの9月時点の認定情報・

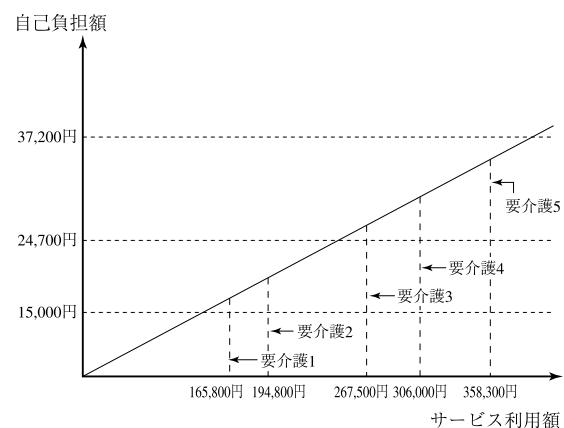


図1 居宅介護サービス利用における自己負担支給限度額の関係

サービス給付情報がパネル化可能な形で集積されている。当然、データが利用可能な期間中に死亡や転居により被保険者資格を喪失する被保険者、新規に1号被保険者の資格を得る者が出てくる。それゆえ、年度ごとに分析対象となる被保険者数は異なることとなる。

表1に分析するデータの基礎的な情報を記す。上から順に性・年齢階級別、居住状態別、保険料段階別、要介護度別のサンプル数を示している⁶⁾。性・年齢階級別の要介護高齢者数についてみると、75歳以上の後期高齢者である要介護高齢者の数が多い。上から2段目は居住状態別に見たものである。老人独居とは要介護高齢者が独居している世帯、老老独居とは高齢者のみから構成される世帯、混合世帯とは若年層も世帯員に含む世帯、である。家族介護を受けることが相対的に難しい老人独居である高齢者数の構成比が30%を超えて徐々に高まる一方、若年層と高齢者が同居している混合世帯の比率が低下している。表の上から3段目にある保険料段階別の高齢者数は要介護高齢者の経済状況を示す指標として捉えることができる。Q市は保険料段階が5段階であるが、最も所得が低い第一段階に該当する要介護高齢者の比率は4%を割り込む水準に低下してきている。要介護度別に高齢者数の推移を観察すると、要支援の高齢者と要介護1の高齢者の比率が若干

表1 使用するサンプルの属性

性・年齢階級別	2001年		2002年		2003年		2004年		2005年	
	男性	女性								
65-69歳	160	149	165	165	165	178	167	166	170	149
70-74歳	245	306	315	361	330	418	329	435	334	439
75-79歳	328	592	394	737	418	790	456	845	460	869
80-84歳	280	838	346	1,021	388	1,129	447	1,252	469	1,273
85-89歳	274	878	340	1,038	347	1,171	355	1,219	359	1,300
90歳以上	168	678	225	872	252	984	262	1,100	286	1,204
合計	1,455	3,441	1,785	4,194	1,900	4,670	2,016	5,017	2,078	5,234
居住状態別	2001年		2002年		2003年		2004年		2005年	
	人 数	構成比								
老人独居	1,459	29.80	1,794	30.01	2,076	31.60	2,228	31.68	2,320	31.73
老老独居	917	18.73	1,262	21.11	1,352	20.58	1,491	21.20	1,599	21.87
混合世帯	2,520	51.47	2,923	48.89	3,142	47.82	3,314	47.12	3,393	46.40
合計	4,896	100.00	5,979	100.00	6,570	100.00	7,033	100.00	7,312	100.00
保険料段階別	2001年		2002年		2003年		2004年		2005年	
	人 数	構成比								
一段階	210	4.29	241	4.03	272	4.14	277	3.94	261	3.57
二段階	1,826	37.30	2,297	38.42	2,644	40.24	2,818	40.07	2,978	40.73
三段階	2,286	46.69	2,669	44.64	2,848	43.35	3,029	43.07	3,112	42.56
四段階	420	8.58	574	9.60	447	6.80	511	7.27	566	7.74
五段階	154	3.15	198	3.31	359	5.46	398	5.66	395	5.40
合計	4,896	100.00	5,979	100.00	6,570	100.00	7,033	100.00	7,312	100.00
要介護度別	2001年		2002年		2003年		2004年		2005年	
	人 数	構成比								
要支援	702	14.34	984	16.46	1,165	17.73	1,315	18.70	1,325	18.12
要介護1	1,406	28.72	1,836	30.71	2,018	30.72	2,120	30.14	2,312	31.62
要介護2	832	16.99	1,038	17.36	1,038	15.80	1,050	14.93	1,081	14.78
要介護3	565	11.54	669	11.19	762	11.60	827	11.76	844	11.54
要介護4	679	13.87	714	11.94	774	11.78	813	11.56	889	12.16
要介護5	712	14.54	738	12.34	813	12.37	908	12.91	861	11.78
合計	4,896	100.00	5,979	100.00	6,570	100.00	7,033	100.00	7,312	100.00

増大している。

IV サービス利用の動向

1 サービス別利用者数の動向

各年度別に要介護高齢者のサービス利用の状況について概観する。まず、各年におけるサービス利用に応じて要介護高齢者を未利用者、在宅サービス利用者、施設サービス利用者と分類する⁷⁾。

各年度について、高齢者を要介護度別サービス利用状況別に分類したのが表2である。ここから各

年度の要介護高齢者全体に占める未利用者の比率および施設サービス利用者の比率を計算したものが表3である。

表3の上段最下部を見ると、全体としての未利用者比率が2001年に24.27%であったものが2005年に25.06%となっていることがわかる。これより、Q市においては、要介護高齢者のおよそ1/4が介護サービスを利用していないと言えよう。

他方、表3下段最下部に全体としての施設サービス利用者比率が示されているが、2001年に

表2 年度別要介護度別サービス利用者数

	2001年			2002年			2003年		
	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設
要支援	261	430	11	383	588	13	456	697	12
要介護1	352	913	138	464	1,228	134	538	1,345	122
要介護2	170	501	158	201	622	203	175	656	189
要介護3	100	279	185	111	350	199	133	387	227
要介護4	131	225	319	114	243	351	130	260	374
要介護5	171	215	323	175	207	353	186	226	392
合計	1,185	2,563	1,134	1,448	3,238	1,253	1,618	3,571	1,316
	2004年			2005年					
	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設			
要支援	561	747	7	533	783	5			
要介護1	520	1,485	102	531	1,635	123			
要介護2	173	660	201	192	684	179			
要介護3	143	433	236	131	467	223			
要介護4	153	285	365	163	323	378			
要介護5	277	221	404	253	189	402			
合計	1,827	3,831	1,315	1,803	4,081	1,310			

表3 年度別要介護度別サービス利用者比率(%)

未利用者比率	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
要支援	37.18	38.92	39.14	42.66	40.35
要介護1	25.09	25.41	26.83	24.68	23.2
要介護2	20.51	19.59	17.16	16.73	18.2
要介護3	17.73	16.82	17.8	17.61	15.96
要介護4	19.41	16.1	17.02	19.05	18.87
要介護5	24.12	23.81	23.13	30.71	29.98
合計	24.27	24.38	24.87	26.2	25.06
施設利用者比率	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
要支援	1.57	1.32	1.03	0.53	0.38
要介護1	9.84	7.34	6.08	4.84	5.37
要介護2	19.06	19.79	18.53	19.44	16.97
要介護3	32.8	30.15	30.39	29.06	27.16
要介護4	47.26	49.58	48.95	45.45	43.75
要介護5	45.56	48.03	48.76	44.79	47.63
合計	23.23	21.1	20.23	18.86	18.21

23.23% であったものが、2005年までに18.21%まで継続的に低下してきていることがわかる。この意味で、Q市においては、介護サービス利用における施設サービスの比重が全体として低下してきていると言える。

表3の下段において、要支援や要介護1である高齢者たちが施設サービスを利用している者もい

る。これは措置制度の名残であると考えられる。例えば、2001年においては要支援の状況である高齢者のうち1.57%が施設サービスを利用していただけたが、その比率は2005年に0.38%まで低下している。要介護1である高齢者についても2001年の9.84%から2005年の5.37%まで半減に近い減少を示している。

表4 年度別居住状態別サービス利用者比率(%)

	2001年			2002年			2003年		
	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設
老人独居	17.07	39.34	43.59	18.07	42.59	39.34	20.10	42.82	37.08
老老独居	28.88	56.89	14.22	31.02	56.14	12.84	29.30	59.49	11.21
混合世帯	26.78	58.55	14.67	25.39	61.14	13.47	26.12	60.89	12.98
合 計	24.27	52.50	23.23	24.38	54.52	21.10	24.87	54.90	20.23
	2004年			2005年					
	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設			
老人独居	19.95	44.33	35.72	19.86	47.16	32.98			
老老独居	32.61	57.65	9.74	29.04	60.94	10.02			
混合世帯	27.52	60.84	11.64	26.73	61.23	12.04			
合 計	26.20	54.94	18.86	25.06	56.73	18.21			

表5 年度別保険料段階別サービス利用者比率(%)

	2001年			2002年			2003年		
	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設
一段階	16.67	45.24	38.10	18.67	47.72	33.61	20.90	51.12	27.99
二段階	22.19	44.38	33.42	22.09	47.59	30.32	23.05	48.13	28.82
三段階	25.66	58.70	15.64	25.91	60.31	13.78	26.78	59.70	13.52
四段階	29.19	56.46	14.35	28.55	58.49	12.96	27.83	59.95	12.22
五段階	25.49	56.21	18.30	25.38	53.81	20.81	22.47	63.20	14.33
合 計	24.27	52.50	23.23	24.38	54.52	21.10	24.87	54.90	20.23
	2004年			2005年					
	未利用	在宅	施設	未利用	在宅	施設			
一段階	26.18	46.18	27.64	26.36	50.78	22.87			
二段階	24.79	48.39	26.82	23.62	50.842	5.54			
三段階	26.91	60.32	12.77	26.60	60.63	12.76			
四段階	30.71	58.46	10.83	23.66	64.70	11.65			
五段階	25.06	62.03	12.91	24.87	62.83	12.30			
合 計	26.20	54.94	18.86	25.06	56.73	18.21			

表4は居住状態別にサービス利用を見たものである。老人独居世帯における施設サービス利用比率が2001年の43.59%から2005年の32.98%まで10%ポイント程度低下していることが特徴的である。表1において老人独居の比率が3割程度であったことを考え合わせると、Q市における施設サービスを利用する高齢者の比率の低下は、住まい方の面から見れば、独居している高齢者の施設サービス利用比率の低下による部分が大きいと言えよう。

表5は保険料段階で要介護高齢者を分類してサービス利用動向を見たものである。第一段階の要

介護高齢者の未利用者比率、施設サービス利用者比率がそれぞれ2001年から2005年にかけて、16.67%（38.10%）から26.36%（22.87%）に大きく増大（減少）していることが目付く。ただし、第一段階の要介護高齢者数は要介護高齢者全体の5%を超えないため、要介護高齢者全体の動向に対する影響は小さい。より大きなインパクトを与えてているのは第二段階の高齢者の施設利用者比率の低下である。第二段階の高齢者の施設サービス利用率は33.42%から25.54%へ8%ポイント近く低下している。また、第五段階の高齢者についても18.30%から12.30%へ6%ポイント

表6 年度別要介護度別施設サービス総利用額・自己負担額

	2001年			2002年			2003年		
	総費用	実質自己負担	度数	総費用	実質自己負担	度数	総費用	実質自己負担	度数
要介護1	326,545	17,936	117	327,157	17,767	104	274,843	16,690	75
要介護2	340,413	19,440	157	346,291	19,056	183	312,742	18,335	148
要介護3	354,476	18,771	183	357,396	19,354	193	332,558	19,300	218
要介護4	362,442	19,870	319	369,276	19,966	350	360,898	19,115	371
要介護5	386,027	19,247	322	381,985	19,458	352	383,397	19,292	390
合計	361,000	19,233	1,099	363,802	19,377	1,183	351,759	18,959	1,202
	2004年			2005年					
	総費用	実質自己負担	度数	総費用	実質自己負担	度数			
要介護1	285,407	17,917	57	275,283	17,199	55			
要介護2	301,696	18,145	147	312,260	18,919	119			
要介護3	322,948	18,510	208	326,702	19,378	178			
要介護4	350,084	19,431	359	352,891	19,576	365			
要介護5	360,813	18,632	403	373,039	18,563	399			
合計	339,760	18,759	1,174	347,760	18,995	1,116			

低下しており、施設サービス利用率の低下が低所得者に特有の状態である、とは言えない。

施設サービス利用率の低下は未利用者比率と在宅サービス利用者率の変動に反映される。この点については、第一、第二段階の高齢者群と第五段階の高齢者群の状況は対照的である。第五段階の高齢者の6%ポイントの施設サービス利用率の低下はそのまま在宅サービス利用者比率の増加となっている。他方、特に第一段階の高齢者については、15%ポイントの施設サービス利用率の低下は5%ポイントの在宅サービス利用者比率の増加を伴うものの、未利用率の10%ポイントの増大に反映されている。

2 施設サービスの費用・自己負担額の動向

IIIでは、サービス別の未利用者比率、施設サービス利用者比率に影響を与えると考えられる基本的な要因を検討した。本節では、介護サービス利用によってどのような費用が発生し、利用者がどの程度負担しているか、について検討する。IIで見たように、利用者のサービス利用と自己負担の構造は施設サービスと居宅サービスで異なる。そこで、本節においては、まず施設サービスに限

定して検討する。施設サービスのうち大半を占める介護保険3施設のサービスについて費用額と自己負担額の年次推移を観察する⁸⁾。

表6は要介護度別に施設利用者の介護費用額と実質自己負担額の平均値の推移を見たものである。実質自己負担額については、自己負担額が自己負担上限額を超えた場合には上限額を自己負担額とした上で計算している。

表6から要介護度が高いほど施設介護サービスの総費用額は高まることと、実質自己負担額については(2003年を除けば)要介護4の高齢者が最も高いことがわかる。2001年と2005年の水準を比較すると、要介護1から要介護5まで全ての要介護度において総費用が低下していることがわかる。ただし、途中年での動向を踏まえると2001年から2005年にかけて一貫して費用や実質自己負担額が低下しているわけではない。

表7では同様に施設サービスを利用している要介護高齢者を居住状態別に分けてその費用額と実質自己負担額の推移を検討したものである。若年世帯との混合世帯において総費用額も実質自己負担額も最も高く、次いで老老独居世帯、老人独居世帯と続く。この構造は観察期間の全ての年次に

表7 年度別居住状態別サービス総利用額

	2001年			2002年			2003年		
	総費用額	実質自己負担	度数	総費用額	実質自己負担	度数	総費用額	実質自己負担	度数
老人独居	341,624	15,983	609	342,943	16,078	652	329,595	16,028	684
老老独居	371,643	21,549	128	368,089	20,942	153	373,304	20,884	139
混合世帯	389,834	23,881	362	398,046	24,433	378	383,858	23,542	379
合計	361,000	19,233	1,099	363,802	19,377	1,183	351,759	18,959	1,202
	2004年			2005年					
	総費用額	実質自己負担	度数	総費用額	実質自己負担	度数			
老人独居	329,584	16,174	700	333,930	16,142	634			
老老独居	341,192	21,149	129	349,674	21,297	141			
混合世帯	359,873	23,112	345	372,681	23,347	341			
合計	339,760	18,759	1,174	347,760	18,995	1,116			

表8 年度別保険料段階別サービス総利用額

	2001年			2002年			2003年		
	総費用額	実質自己負担	度数	総費用額	実質自己負担	度数	総費用額	実質自己負担	度数
一段階	345,090	14,995	80	346,775	14,689	81	335,803	14,835	75
二段階	346,604	14,856	587	349,141	14,828	644	337,002	14,852	682
三段階	386,017	23,956	350	391,551	24,344	353	378,898	24,057	356
四段階	379,270	34,952	56	377,215	34,403	68	376,411	34,320	45
五段階	358,885	33,663	26	366,885	33,811	37	362,898	32,678	44
合計	361,000	19,233	1,099	363,802	19,377	1,183	351,759	18,959	1,202
	2004年			2005年					
	総費用額	実質自己負担	度数	総費用額	実質自己負担	度数			
一段階	331,920	14,840	74	327,817	14,426	51			
二段階	330,882	14,770	666	338,940	14,858	642			
三段階	357,051	23,599	345	367,189	23,932	340			
四段階	342,581	33,170	47	349,435	33,876	48			
五段階	349,171	33,039	42	347,565	33,153	35			
合計	339,760	18,759	1,174	347,760	18,995	1,116			

おいて観察される。

表8は年度別保険料段階別に見たものである。最も総費用額が高いのは保険料が第三段階にある要介護高齢者であった。他方、実質自己負担額は要介護度4の高齢者が最も高い。第一段階の保険料の要介護高齢者の総費用額は他の保険料段階の要介護高齢者と比較すると最低水準である。総費用額の平均値からの乖離は2万円以内であった。

3 居宅サービスの費用・自己負担額の動向

表9から表11は在宅で居宅介護サービスを利用している要介護高齢者について、サービス費用、実質自己負担額、限度額利用割合を比較したものである。表9を見ると、各年において、総費用、実質自己負担額はそれぞれ要介護度が要支援から要介護5まで上がるにつれて増大していくことがわかる。他方、限度額利用割合は要介護度が高まるにつれてほぼ一貫して高まっていくわけで

表9 年度別要介護度別サービス総利用額

	2001年				2002年				2003年			
	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数
要支援	28,360	2,946	43.25	430	29,330	2,979	45.16	588	31,514	3,191	47.72	697
要介護1	62,763	6,133	35.72	913	66,689	6,572	38.44	1,228	70,116	6,941	41.11	1,345
要介護2	91,997	8,830	46.20	501	98,023	9,492	48.05	622	105,623	9,993	52.05	656
要介護3	123,466	11,537	44.95	279	149,356	13,417	54.00	350	151,644	13,268	55.53	387
要介護4	162,191	14,420	51.42	225	174,276	15,062	56.37	243	180,562	15,421	57.32	260
要介護5	189,322	15,356	52.20	215	196,826	16,369	53.93	207	204,708	16,419	56.41	226
合計	88,659	8,215	42.80	2,563	91,253	8,484	45.53	3,238	94,499	8,673	48.12	3,571
	2004年				2005年							
	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数				
要支援	30,431	3,081	47.35	747	30,199	3,126	47.13	783				
要介護1	70,765	6,962	41.33	1,485	71,196	6,978	41.57	1,635				
要介護2	103,678	9,914	52.11	660	107,882	10,425	53.51	684				
要介護3	154,373	13,783	56.14	433	155,047	13,713	56.42	467				
要介護4	188,046	15,539	60.21	285	192,267	16,146	61.61	323				
要介護5	215,178	16,852	59.09	221	229,412	18,217	63.04	189				
合計	95,076	8,693	48.46	3,831	95,984	8,833	48.92	4,081				

表10 年度別居住状態別サービス総利用額

	2001年				2002年				2003年			
	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数
老人独居	71,956	6,445	44.53	574	77,259	6,949	46.37	759	81,907	7,323	50.16	880
老老独居	87,807	7,811	38.90	520	89,460	8,106	42.63	704	89,911	7,991	43.97	796
混合世帯	95,486	9,050	43.50	1,469	97,948	9,290	46.31	1,775	102,274	9,586	48.91	1,895
合計	88,659	8,215	42.80	2,563	91,253	8,484	45.53	3,238	94,499	8,673	48.12	3,571
	2004年				2005年							
	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数				
老人独居	83,461	7,346	50.03	978	85,661	7,534	50.51	1,071				
老老独居	89,495	8,072	43.62	852	93,296	8,534	46.03	955				
混合世帯	103,129	9,616	49.76	2,001	102,613	9,650	49.43	2,055				
合計	95,076	8,693	48.46	3,831	95,984	8,833	48.92	4,081				

はない。2001年から2005年までの推移を観察すると、全体としては、総費用、実質自己負担額、限度額利用割合は増加している。

表10は居住状態別に見たものである。施設サービスの利用者と同様に、若年世帯との混合世帯において総費用額も実質自己負担額も最も高く、次いで老老独居世帯、老人独居世帯と続き、観察期間の全ての年次においてこの構造が維持されて

いる。限度額利用割合については、逆に老人独居世帯が最も高く、次いで混合世帯、老老独居世帯と続く。

保険料段階別に見た表11からは、保険料段階が上がるほど総費用、実質自己負担額が増大するわけではないこと、限度額利用割合は第二段階の要介護高齢者が最も低い水準にあることがわかる。

表 11 年度別保険料段階別サービス総利用額

	2001年				2002年				2003年			
	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数
一段階	83,974	7,141	46.86	95	79,440	7,206	46.90	115	94,173	8,129	52.58	137
二段階	78,791	6,685	41.43	810	80,758	6,943	43.97	1,086	85,166	7,258	46.52	1,261
三段階	93,437	8,977	42.88	1,336	97,105	9,232	46.07	1,597	99,809	9,414	48.32	1,683
四段階	86,256	8,364	42.53	236	96,850	9,695	46.53	334	98,880	9,912	49.03	265
五段階	119,135	11,576	50.64	86	105,794	10,578	48.56	106	102,132	9,929	51.82	225
合計	88,659	8,215	42.80	2,563	91,253	8,484	45.53	3,238	94,499	8,673	48.12	3,571
	2004年				2005年							
	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数	総費用額	実質自己負担	限度額利用割合	度数				
一段階	97,328	8,383	54.99	127	92,726	8,053	53.53	131				
二段階	86,333	7,282	46.82	1,353	87,857	7,366	47.84	1,487				
三段階	100,129	9,472	48.76	1,809	101,113	9,632	49.14	1,862				
四段階	95,559	9,218	49.44	297	100,051	10,023	49.93	361				
五段階	104,299	10,259	50.78	245	102,207	10,362	49.83	240				
合計	95,076	8,693	48.46	3,831	95,984	8,833	48.92	4,081				

V 継続的観察による分析

前節までの分析は各年度の要介護者についての分析であり、それぞれの年度で対象者が異なる。個別の要介護高齢者のサービス利用と所得水準の関係が時間経過とともに変化するかを検討するために、本節では2001年に要介護状態ある高齢者について2001年時点のサービス利用および1年後の2002年、4年後の2005年のサービス利用状況を追跡して検討する。特に本節では個人の所得と要介護度がサービス利用に与える影響に特に注目して分析を行う。

表12は本節での分析対象となる要介護高齢者（以下、2001年要介護高齢者、とよぶことにする）の属性に関する記述統計である。4349人が分析対象となるが、属性別にサンプル数が最も多いのは、性・年齢階級別には85-89歳の女性、混合世帯、保険料水準では第三段階、要介護度1、在宅サービス利用者、である⁹⁾。

表13は2001年要介護高齢者について、2001年時点の要介護度、所得水準別に要介護度が進展（要介護度がより高い状態になること）した者の

比率、死亡した者の比率について、2002年時点、2005年時点の数値を示したものである。所得水準の高低は第一段階および第二段階の保険料水準のものを所得低、第三段階以上の保険料段階のものを所得高とした¹⁰⁾。

表の左側は要介護度の進展率を示している。例えば、2001年に要支援であったもののうち所得が低い水準の者は2002年には31.30%が要支援よりも高い要介護度となっていることを意味する。ここで注目すべきは1年経過すると少なくとも10%、多ければ30%の2001年要介護高齢者の要介護度が進展していることである。2005年ではその割合がより高くなる。このため、2001年要介護高齢者の2001年時点でのサービス利用だけではなく、その後のサービス利用についても追跡的に検証する必要がある。

表の右側は、累積死亡率を示している。例えば、2001年に要介護5である所得低の者のうち、2002年には23.08%が死亡し、2005年までには66.78%と7割近い者が死亡することがわかる。要支援や要介護1、2でも、死亡率は高くなっているものの、死亡する者は一定数存在するが、2001年時点での要介護度が高いほど死亡率が高い傾向

表 12 2001 年要介護高齢者の記述統計表

	性・年齢階級別			居住状態別		保険料段階別		要介護度別		サービス利用状況別	
	男性	女性	合計								
65-69 歳	142	117	259	老人独居	1,260	一段階	188	要支援	573	未利 用	953
70-74 歳	224	251	475	老老独居	819	二段階	1,578	要介護 1	1,248	在 宅	2,360
75-79 歳	280	525	805	混合世帯	2,270	三段階	2,057	要介護 2	741	特 養	526
80-84 歳	258	733	991			四段階	388	要介護 3	513	老 健	286
85-89 歳	255	779	1,034			五段階	138	要介護 4	622	療 養 型	178
90 歳以上	162	623	785					要介護 5	652	痴呆対応型 特定施設等 重複	6 27 13
合 計	1,321	3,028	4,349	合 計	4,349	合 計	4,349	合計	4,349	合 計	4,349

表 13 2001 年要介護高齢者の要介護度・累積死亡率推移

	進展率				死亡率			
	2002 年		2005 年		2002 年		2005 年	
	所得低	所得高	所得低	所得高	所得低	所得高	所得低	所得高
要支援	31.30	29.58	53.82	52.73	4.20	5.47	19.85	21.86
要介護 1	18.77	18.46	33.14	35.12	6.70	10.06	31.23	37.05
要介護 2	19.84	21.90	33.85	31.82	11.28	11.36	38.13	41.74
要介護 3	30.10	17.03	31.12	29.65	12.76	16.40	53.57	53.00
要介護 4	13.17	12.66	22.63	16.09	23.46	26.65	62.14	64.12
要介護 5					23.08	26.50	66.78	72.40

表 14 2001 年要介護高齢者の 2001 年時点のサービス利用

	所得低				所得高			
	未利用	在 宅	施 設	合 計	未利用	在 宅	施 設	合 計
要支援	77	179	6	262	106	200	5	311
要介護 1	112	329	80	521	174	514	36	724
要介護 2	46	126	85	257	100	329	53	482
要介護 3	25	69	102	196	58	191	67	316
要介護 4	34	47	162	243	76	168	131	375
要介護 5	49	53	184	286	96	155	112	363
合 計	343	803	619	1,765	610	1,557	404	2,571
	未利用	在 宅	施 設	合 計	未利用	在 宅	施 設	合 計
要支援	29.39	68.32	2.29	100	34.08	64.31	1.61	100
要介護 1	21.5	63.15	15.36	100.01	24.03	70.99	4.97	99.99
要介護 2	17.9	49.03	33.07	100	20.75	68.26	11	100.01
要介護 3	12.76	35.2	52.04	100	18.35	60.44	21.2	99.99
要介護 4	13.99	19.34	66.67	100	20.27	44.83	4.93	100
要介護 5	17.13	18.53	64.34	100	26.45	42.73	0.85	100
χ 二乗値	1720.49				717.73			

があると思われる¹¹⁾。それゆえ、後年度のサービス利用を追跡的に分析する場合には要介護度の高い高齢者ほどデータからの欠落を考慮して分析結果を解釈する必要があると考えられる。

表 14 は 2001 年要介護高齢者の要介護度別所得水準別のサービス利用状況を示したものである。表の上段が度数を示し、下段が要介護度別の構成比率を示している。まず所得水準別に要介護度が

表 15 2001 年要介護高齢者の 2002 年時点のサービス利用

未利用群	要介護度低				要介護度高			
	未利用	在宅	施設	計	未利用	在宅	施設	計
所得低	116	87	13	216	43	10	21	74
所得高	182	128	20	330	65	20	36	121
合計	298	215	33	546	108	30	57	195
所得低	53.7	40.28	6.02	100	58.11	13.51	28.38	100
所得高	55.15	38.79	6.06	100	53.72	16.53	29.75	100
合計	54.58	39.38	6.04	100	55.38	15.38	29.23	99.99
χ ² 乗値	0.12				0.47			
在宅群	要介護度低				要介護度高			
	未利用	在宅	施設	計	未利用	在宅	施設	計
所得低	51	529	22	602	10	116	10	136
所得高	74	860	29	963	47	353	21	421
合計	125	1,389	51	1,565	57	469	31	557
所得低	8.47	87.87	3.65	99.99	7.35	85.29	7.35	99.99
所得高	7.68	89.3	3.01	99.99	11.16	83.85	4.99	100
合計	7.99	88.75	3.26	100	10.23	84.2	5.57	100
χ ² 乗値	0.83				2.77			

表 16 2001 年要介護高齢者の 2005 年時点のサービス利用

未利用群	要介護度低				要介護度高			
	未利用	在宅	施設	計	未利用	在宅	施設	計
所得低	54	334	83	471	12	44	11	67
所得高	83	501	108	692	31	137	30	198
合計	137	835	191	1,163	43	181	41	265
所得低	11.46	70.91	17.62	99.99	17.91	65.67	16.42	100
所得高	11.99	72.4	15.61	100	15.66	69.19	15.15	100
合計	11.78	71.8	16.42	100	16.23	68.3	15.47	100
χ ² 乗値	0.83				0.29			
在宅群	要介護度低				要介護度高			
	未利用	在宅	施設	計	未利用	在宅	施設	計
所得低	53	72	27	152	19	1	8	28
所得高	68	133	34	235	16	14	15	45
合計	121	205	61	387	35	15	23	73
所得低	34.87	47.37	17.76	100	67.86	3.57	28.57	100
所得高	28.94	56.6	14.47	100.01	35.56	31.11	33.33	100
合計	31.27	52.97	15.76	100	47.95	20.55	31.51	100.01
χ ² 乗値	3.18				—			

サービス利用に影響を与えていたかについて χ^2 二乗検定を行ったところ、それぞれ有意であった。また、この表から所得水準別の違いは要介護1以上のサービス利用にあることがわかる。所得高の群で施設サービスを利用している者の比率は所得低の群の半数以下である。それに対応して所得高の群では在宅サービス利用者の比率が、所得低の群のそれよりも高くなっている。また、サービスの未利用者の比率も高い。

次に2001年要介護高齢者のサービス利用がその後どのように変化するかを確認する。2001年時点での未利用だった者および在宅でサービス利用をしていた者について、1年後および4年後のサービス利用状況を表15と表16に示した。2002年、2005年時点までに死亡している者はそれぞれの分析から除かれている。分析に当たっては、要介護度を要支援から要介護2までを要介護度低群、それ以上を要介護度高群として分析を行った¹²⁾。それぞれの表において、上段はサンプル数を、下段は所得高低別にサービスごとの利用者数の比率を示している。

表15、表16では、2001年時点のサービス未利用者と在宅サービス利用者について、1年後および4年後のサービス利用状況と所得が独立であるか否かの χ^2 二乗検定を行っている¹³⁾。その結果、1年後および4年後におけるサービス利用状況について所得の高低による差は検出できなかった¹⁴⁾。この結果、2001年時点でサービスを利用していないかった者や在宅サービスを利用していた者のその後サービス利用状況と所得水準は独立であると言える。

VI 考察

本稿では西日本に存在するQ市により提供されたデータにより、居住状況・要介護度を踏まえた上で所得水準がサービス利用に与える影響を事例的に検討した。その結果、Q市における介護サービス利用については幾つかの点が明らかとなったが、ここでは主に、所得と施設サービス利用の観点からまとめてみたい。

まず、ひとつの都市であるQ市のデータによる分析結果であるため、より多くの市町村のデータを用いて本稿での分析結果の頑健性を検証する必要がある。この点を踏まえた上で、Q市の高齢者全体のサービス利用を2001年から2005年まで観察した結果、次のような点がわかった。第一に1/4の要介護高齢者が介護サービスを利用していないことが明らかになったが、全ての保険料段階においてサービス未利用者が見られた。このため、介護サービスの未利用は所得要因だけの問題ではなく、他の要因も含めて検討する必要がある。

介護サービス利用における施設サービス利用の比重は低下している。要支援者の施設サービス利用はほぼ無くなっていた。要支援者の施設サービス利用は措置制度時代の名残と考えられるが、要介護度の高い者が施設サービスを利用するという形態に移行してきていると言えよう。施設サービス利用者の比率が低下した要因は、居住形態別に見れば、老人独居世帯における施設サービス利用者の比率が2001年の43.59%から2005年の32.98%まで10%ポイント程度低下したこと、所得の面から見れば、保険料が第一段階である要介護高齢者の施設サービス利用者比率がそれぞれ38.10%から22.87%に大きく減少したことによる。これらの点をもって、介護施設サービスへのアクセスが（特に）所得が低い要介護高齢者について悪化したか否かは慎重に検討しなければならない。この点は後述する。

利用したサービスに対する負担という観点から見た場合、施設サービスについては保険料が第一段階である要介護高齢者は平均的な総費用額より総費用額が2万円程度低い水準であった。他方、居宅介護サービスについては、総費用額が最も低いのは保険料が第二段階の要介護高齢者であった。それゆえ、実質自己負担額や限度額利用割合も第一段階の高齢者の方が第二段階の高齢者よりも高い状態となっていた。居宅サービスについては、所得水準が低いほど負担が小さいとまでは言えないことになる。もちろん、介護サービス利用については、所得や介護ニーズや利用者の選好等

により利用とその費用が決定されるため、単に負担額の大小によって負担額の適切さについて述べることは出来ない。それゆえ、この点はより広範なサンプルを用いて、他の社会保障制度からの給付や消費支出なども加味したより広い観点からの検討が必要であると思われる。また、後述する施設サービスとの選択の観点も踏まえる必要がある。

2001年度に要介護認定を受けていた高齢者の追跡的な観察からは次のような結果が得られた。まず、1年経過すると10%から30%の要介護高齢者の要介護度が進展していること、さらに要介護度が高い高齢者ほど死亡率が高いことがわかった。これら自体とサービス利用の関係について直接に検討すべきではあるが、本稿では分析しておらず将来の検討課題となっている。本稿では、まず所得の高低によって要介護高齢者を分類し、要介護度別のサービス利用状況を観察した。その結果、同じ要介護度でも所得の低い高齢者の方が施設サービスを利用する割合が高いことがわかった。介護施設サービスへのアクセスが所得の低い要介護高齢者について悪化したか否かがひとつの検討課題であることを上述した。他方、少なくとも2001年時点においては所得の高い者よりも所得の低い要介護高齢者の方がより高い割合で施設サービスを利用していた。それゆえ、アクセスに関して検討するためにはそもそも2001年時点でのサービス利用が適切だったのか否かが考慮される必要がある。

第二に、居宅サービスについては保険料が第二段階である要介護高齢者の限度額利用割合が低いことをみたが、もし所得の低い者が施設サービスをより多く使用するのであれば居宅介護サービスを利用している低所得者の負担額についてどのように捉えるべきか慎重に検討すべきである。例えば、低所得者の要介護高齢者の行動として、運悪く施設サービスが利用できない場合には居宅サービス利用額を極力抑制するのか、それとも（高所得者に比べれば）介護ニーズが施設介護サービスによって吸収されているので、同じ要介護度であっても介護サービスをあまり使わない者だけが居

宅サービスを利用しているのかもしれない。さらに言えば、低所得者であっても、施設サービスを利用する際には居宅介護サービスの負担額よりも多い、月額1万5千円に近い自己負担額を支払っていることも考え合わせる必要がある。今後、広範な分析が行われる必要があろう。

最後に、2001年時点での未利用者、在宅サービス利用者の1年後、4年後時点でのサービス利用の変化について検定を行ったが、所得による差は検出できなかった。未利用者が状況の変化などに応じてサービスを利用開始する際に所得によって影響を受けているとは言えないわけである。このことは、未利用は所得の多寡によってアクセスを阻害されているためではないというひとつの傍証になろう。

本稿の分析結果は、繰り返しであるが、一市町村のデータから得られた予備的分析結果とも言えるものである。それゆえ、広範な市町村のデータによって本稿の内容の頑健性が検証される必要がある。また、今回のデータでは要介護高齢者がどのようなサービス利用を行うのか、特にどのようなサービス利用のパスを通って施設サービス利用に辿り着くのかは明らかではない。どのような形で施設サービスの利用が開始されるのかは、施設サービスの位置づけと現状の利用のされ方のギャップを知るために必要である。このためには医療レセプトと介護レセプトを合わせた形でサービス利用を分析することも必要であろう。例えば、阿波谷（2004）は高知県梼原町の医療・介護レセプトデータ等から死亡前1年間の医療費と介護費を分析している。彼は死亡前1年間の間に在宅した日数の比率としての在宅率は要介護度4で最低となることを示している。死亡前の要介護者に限らずこういった分析が施設介護の位置づけ、あり方を考える際に必要であろう。このような点も含めて、介護保険制度においては制度改革も継続的に行われていることもあり、改正前後の利用者個人単位のデータセットなどを構築するなどして、施設サービスのみならず、サービス利用等について広範な分析を行っていく必要があろう。

謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業『介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの在り方に関する実証研究』(主任研究者:川越雅弘氏)による補助を受けて行われた研究である。

注

- 1) これとは別に、再分配機能が「どのような理念によって合理化されるか」という設問が存在する。この設問は単に平衡な負担の分配の観点からだけでなく、サービスの効率的な利用とのバランスを考える観点からも永遠の問題である。
- 2) 介護保険制度実施時点で（特別）養護老人ホームへ措置入所とされていた利用者は介護保険実施により原則1割負担となると、上述の自己負担の上限を定める設定の下でも、急激に自己負担額が増大することが予想されたため、負担額を減額する経過措置がとられた。
- 3) 旧措置入所者の費用負担に関する特例はこの時点から5年間さらに継続的な経過措置とされた。
- 4) 支給限度額を超えた場合には全額自己負担となる。全額自己負担でもサービス利用をすることが望ましければサービス利用が行われる可能性がある。しかしながら本論文で利用したデータでは、居宅介護サービス利用者は支給限度額の半分程度しか居宅サービスを利用していないかった。
- 5) 病床数については、厚生労働省大臣官房統計情報部編『医療施設調査』平成17年版、介護保険施設の定員数については厚生労働省大臣官房統計情報部編『介護サービス施設・事業所調査』平成17年版による。
- 6) データの利用に当たっては、居住状態情報、保険料情報、要介護度情報の欠落したデータを除外している。性・年齢階級の情報に欠落は存在しなかった。
- 7) 未利用群は要介護認定を受けながらも在宅サービスも施設サービスも利用していない要介護者を指す。施設サービス群とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床、認知症対応型グループホーム、特定施設、のいずれかを利用している要介護高齢者である。在宅サービス群とは未利用でもなく、施設サービスも利用せずに在宅サービスを利用している要介護高齢者となる。当然、施設と在宅

サービスを同時に利用する高齢者も存在する可能性があるが、データ上は非常に少数であったため、ここでは検討の対象から除外している。

- 8) 前節における分析では、施設サービス利用者には居住系サービス利用者と特定施設サービス利用者も含まれていた。どのようなサービスを利用するかという観点からの分析においては、施設サービスの中にグループホームや特定施設の利用者を含むことはサービスを全く利用しないか否か、自宅に居住しているか否か、と明確に区別できることから分析上支障をもたらさないと言えよう。他方、グループホームや特定施設の利用者は居住費・生活費の部分は2005年10月の制度改革以前より保険給付対象外であったため、これらのサービス利用者を含めて費用額や自己負担額の推移を検討することは意味を持たない。
- 9) サービス利用状況別に見ると、13人が「重複利用」となっている。重複利用の要介護高齢者は以下の要介護度の推移に係る分析の対象となるが、サービス利用の分析の対象とはならない。
- 10) クロス表においてセルのサンプル数が5未満となるセルが発生すると χ^2 二乗検定が行えなくなるため、所得水準を高低の二段階で表示することとした。表12より第二段階と第三段階の要介護高齢者の数が多数であるため、それぞれより要介護度が低い者、高い者をまとめる形とした。
- 11) 同一要介護度の高齢者について比較すると、所得が高い方が死亡率も高くなっている。これはパラドキシカルな状態であるが、要因を明確化することはできなかった。今後精査すべき点であると考えられる。
- 12) このように要介護度を集約したのもクロス表での χ^2 二乗検定におけるセルごとのサンプル数を確保するためである。田近・菊池〔2005〕では要介護2までの群とそれ以上の要介護度の群で要介護度の改善度が異なることを指摘している。これに従って、本稿では本文に記載した方法で要介護度を高群と低群に分けることとした。
- 13) ただし、2005年度の要介護度高群については必要なサンプル数が確保できなかつたセルが存在するため検定を行っていない。
- 14) 表15と表16のクロス表における検定においては死亡サンプルの除外により、特に要介護度高の者についてサンプル数が著しく減少している。例えば、表14から要介護度低・所得低の未利用者は235名であるが、表15では116名となっている。

参考文献

- 遠藤久夫・山田篤裕（2007）「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」『医療経済研究』vol. 19 (2), pp. 147-167。
- 田近栄治・菊池潤（2005）「介護保険による要介護状態の維持・改善効果—個票データを用いた分析—」『季刊社会保障研究』, 第 41 卷第 3 号, pp. 248-262。
- 塚原康博（2004）「介護サービスの限度利用と金銭的価値に関する研究—墨田区の個票データを用いた実証分析」『大原社会問題研究所雑誌』

No.542,pp.47-61。

友田康信・青木芳将・照井久美子「施設介護に関する理論分析」『季刊社会保障研究』vol. 39 (4), pp. 446-455。

山田篤裕（2004）「居宅介護サービスの公平性—『国民生活基礎調査（平成 13 年）介護票による分析—』」『季刊社会保障研究』vol. 40 (3), pp. 224-235。

(いづみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第 1 室長)

施設サービスの複合化・多機能化 ——特に経営の観点から——

山本克也
杉田知格

I はじめに

医療法人が母体病院にクリニックを併設する、あるいは老人ホームを持つ（直接経営を行うのではなく、あくまで間接的に経営する）ということは古くからあった¹⁾が、経営戦略の一貫として医療と介護施設の意識的な複合化ということが行われ始めたのは、ここ10数年のことのようである。病院経営の世界では、病院経営環境の悪化を乗り切る救世主としての医療・福祉複合体という存在は“常識”²⁾となりつつある。

後述するが、二木〔1998〕では、いわゆる中小規模の医療法人が福祉施設を併設し、医療福祉複合体を形成していることを見出している。医療法人と社会福祉法人は表裏一体的なところがある。もちろん、医療的な色彩が強いサービスと介護的色彩が強いサービスで両社の棲み分け的なことは起こっているが³⁾、一方で両者は強い関係で結びつく傾向にある。それは、老人保健施設の管理者が医師であるケースも少なからずあること、医療法人と社会福祉法人の理事長が同一人物であったり、どちらかの配偶者であったりすることからもうそうしたことが伺える。

また、社会福祉法人に関しては、医療法人とは異なる進化を遂げているようである。後述されるように、企業グループで社会福祉法人を所有するという事例が多く見られるようになった。企業グループとしては、社会福祉法人を所有することで企業のイメージアップに繋がり、社会福祉法人と

しては収益事業に対する企業グループのサポートが受けられ、ひいては公益事業の展開がスムーズになるというメリットが生ずる。もちろん、社会福祉法人は公共性の高い事業に特化すべきであると考える意見もあるが、事業の永続性・自律性のために、社会福祉法人も一定の規制の下に収益事業を行わせる可能性もあることが検討されている〔伊奈川 2001〕。

本稿においては、まず複合化についての実態把握をWAM NETのデータベースを利用して行う。本論文の構成は以下の通り。まずIIで先行研究を紹介する。IIIで本論文でのWAM NETのデータベースの利用法を紹介する。IVでは、データベースを利用して複合化の実態を把握する。Vでは昨年の介護保険制度改革の目玉とも言える小規模・多機能施設と複合化の関係について考える。最後に、VIで若干の考察を加える。

II 先行研究

前述のように、複合体研究の嚆矢は二木〔1998〕である。具体的には、病院を中心とし、老人保健施設と特別養護老人ホーム（3点セット）を備えたものを医療福祉複合体と呼ぶ。二木は1990年前後から全国各地で私的医療機関の開設者が保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する動き（3点セット）が生まれていることを捉まえ、こうした「保健・医療・福祉複合体」について96年から98年の3年間実態調査を行った結果、

1. 複合体は大都市に少なく、地方に多い
2. 療養型病床のうち3割が私の医療機関を母体としている、在宅介護支援センターではこの割合は5割に近い
3. 私的病院・老人保健施設・療養型病床群の「3点セット」を開設しているグループは全国に260(1996)存在する

ことを明らかにした。この当時、「3点セット」開設グループが259(1996年末)で、うち77%の母体病院が医療法人で、病院理事長と社会福祉法人理事長兼務が71%, 別人だが同姓は15%という数値を示し、複合体は「家業・同族企業」的色彩が強いことを明らかにした。複合体の母体病院の特徴としては、病床は老人病床や精神病床を主とする「慢性」型の病院で、「3点セット」の施設が同一市町村にあるのは76%, 同一都道府県では91%であり地域的な存在であることが分かった。

また、日本総研〔2001〕では二木の研究を受けて複合体の調査を行った。この調査では、大都市で、人口当たりの病院数・病床数が多いのに比して複合体が相対的に少ない地域として「福岡市」と「北九州市」に注目し、ここを中心とする2次医療圏における複合化の状況、施設・サービス間連携の状況、地域への影響などを調査し、大都市における保健・医療・福祉サービスの複合的提供の状況を明らかにしている。得られた主な知見は、

1. 都会型複合体は、大型施設をもたずに多角化する病院が多い
2. 病院をもたない複合体など、多様な複合体が存在する
3. ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在
4. 複合化するメリットは一貫したサービスの提供(患者の取り込み)

ということである。

また、河口〔2004〕は全国の約1000の民間病

院に対するアンケートの個票を使い、病院が持つ介護サービスと医療収益が5%以上か否かを非説明変数とするロジット分析を行い、「在宅支援センター」、「通所リハビリテーション」と訪問看護の併設が病院収益を向上させるが、「老健と特養(3点セット)」は符号条件を満たすものの統計的に有意ではないという結果を導いている。いずれにしても福祉施設を併設するという設備投資(複合化する投資)は、中小規模の病院経営に大きな影響を与えていることが分かっている。

III 分析の方法

本研究で使用したデータはWAM NETの介護サービス事業者情報である。これは山本〔2006〕で用いた方法と同様なものである。ここには病院、クリニックや訪問看護ステーションなどが登録⁴⁾を行い、以下のWAMコードによって業務内容が識別されている。通常、通所介護はデイサービスと呼ばれ、短期入所生活介護⁵⁾と短期入所療養介護⁶⁾はショートステイと呼ばれる。また、介護老人福祉施設とは通常、特別養護老人ホーム(特養)、介護老人保健施設は老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設は介護療養⁷⁾、認知症対応型共同生活介護はグループ・ホームと呼ばれる⁸⁾。以下、この通常用いられる用語を使用する。また、データは基本情報だけを用いて施設の名寄せを行い、医療・福祉複合体の実態を表すこととした。手順は、

1. 核となる特養、老健、介護療養型医療施設の施設母体を抜きだす
2. 施設母体別に訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の施設・サービスを所有しているかを見る。その際、利用するのは母体法人の電話番号

である。

名寄せに関して重要なデータ項目は、法人の種

表1 所有法人別に見た主な施設・サービス数

	その他	医師会	医療生協等	医療法人	營利法人	済生会・日赤	社会福祉法人	地方公共団体	農協	非営利法人(NPO)	非法人	民法法人(社団・財團)	合計
特養						60	5,739	116				136	6,142
老健	16		18	2,590		31	533	23	26			3,500	3,500
療養病床	11		14	3,217	3	12	36	12	21	455	87	153	4,005
訪問介護	134	63	371	616	11,855	15	2,794	9	355	1,211	14,281	31,909	31,909
訪問看護	394	132	2	22,591	1,580	57	731	970	236	79	46,048	1,385	75,975
デイサービス	89		262	1,733	8,779	61	8,696	55	153	1,256	68	158	21,738
ショートステイI	3		21	211	582	59	6,062	124	6	29		7	7,343
ショートステイII	21			5,042	4	4	544	100	53		415	232	6,677
小規模・多機能	7		14	162	572	1	315		5	107		8	1,194
グループホーム	19		30	1,679	5,124		2,029	1	2	502		24	9,433

	その他		協同組合	医療法人	營利法人	日本赤十字社・社会保険関係団体	社会福祉法人	地方公共団体	社団・財團/その他法人	非営利法人(NPO)			合計
特養						7	5,211	498					5,716
老健						69	535	150	128				3,391
療養病床	328			2,509	2,277	38	33	161	92				2,929
訪問介護	159		755	1,561	11,374		5,492	132		1,190			20,948
訪問看護ステーション	37		291	2,431	1,024		505	216		50			5,470
通所介護	119		368	1,594	7,024		8,785	297		1,070			19,409
ショートステイI	12		24	169	379		5,771	282		21			6,664
ショートステイII	227			4,130	1		542	278					5,437
小規模・多機能	1		2	26	87		41	1		25			187
グループホーム	23		31	1,554	4,417		1,826	17		453			8,350

注) 上段はWAM NETデータ、下段は厚生労働省「平成18年 介護保険サービス施設・事業所調査」。ショートステイIとは短期入所生活介護、ショートステイIIとは短期入所療養介護。

出所) WAM NETデータ、厚生労働省「平成18年 介護保険サービス施設・事業所調査」

別、申請（開設）者の名称であるが、キーとして使用するのは事業所電話番号である。これは、申請（開設）者の名称等をキーにすると複数のマッチングが行われる可能性があるが、事業所電話番号であれば、申請（開設）者の名称にかかわらず事業所毎にマッチングが可能である。当然、申請（開設）者が複数の施設を設置しているケースがありうる。

このような方法を取るのは、第一に簡便な方法で医療・福祉複合体が観察できることである。WAM NETには膨大なデータがあり、これを利用することは研究のコストを大幅に引き下げる。第二に、WAM NETデータの利点は、医療法人と社会福祉法人を連動させての分析が可能であることが挙げられる。ただし、WAM NETデータ自体がいわゆる“手挙げ式（本来、施設自体が自主的に入力する方式）”のデータであるという限界があること、そして、これは介護保険設立時のサービス提供資格付与の問題ともかかわることであるが、医療法人に対して特別養護老人ホーム以外の設立資格は無条件に与えられていることがある。言い換えれば、ある種の“架空データ”（実

際には事業を行っていないが、データ上は事業を行っていることになっている）も入っているという問題がある。特に医療系データには注意が必要である。なお、データは2007年11月11日現在のデータである。

IV 複合化の現状

では、現状はどうであろうか。介護保険事業の根幹を支えるのが特養（根拠法は老人福祉法；第一種社会福祉事業）、老健（根拠法は老人保健法；社会福祉法人が運営する場合、介護保険事業として運営）そして介護療養（根拠法は医療法；ここでいう療養病床は介護保険適用）であることに異論はないであろう。

WAM NETデータで所有関係別に見ると、表1の上段のようになっている。特養、老健、介護療養の所有別シェアは、特養の場合は社会福祉法人が圧倒的の93.6%であり、次いで、地方公共団体の5.6%（うち、都道府県が227、市区町村が112を所有する）である。老健では社会福祉法人が8.1%、医療法人が37.4%である。民法法人

表2 特養、老健のいずれかを3つ以上所有する法人と特養、老健保有数

	法人名	特養	老健		法人の種別	特養	老健
北海道	社会福祉法人K	4	1	三重県	社会福祉法人S	3	2
岩手県	社会福祉法人R	2	2	三重県	社会福祉法人S	3	1
福島県	社会福祉法人M	3	4	三重県	社会福祉法人M	3	2
福島県	社会福祉法人S	1	3	滋賀県	社会福祉法人S	4	2
茨城県	社会福祉法人H	4	1	大阪府	社会福祉法人I	3	1
埼玉県	社会福祉法人G	3	1	大阪府	社会福祉法人R	5	1
千葉県	社会福祉法人S	2	2	大阪府	大阪市	4	5
千葉県	社会福祉法人K	3	1	大阪府	社会福祉法人O	3	1
東京都	社会福祉法人S	9	1	大阪府	社会福祉法人S	2	2
東京都	社会福祉法人K	3	2	大阪府	社会福祉法人Y	3	1
神奈川県	社会福祉法人W	3	2	奈良県	社会福祉法人I	4	1
神奈川県	社会福祉法人H	3	2	和歌山県	社会福祉法人H	3	1
新潟県	社会福祉法人N	5	2	鳥取県	社会福祉法人K	7	3
石川県	社会福祉法人A	4	2	岡山県	社会福祉法人N	3	1
長野県	社会福祉法人ジェイエー長野会	2	7	広島県	社会福祉法人H	3	2
長野県	社会福祉法人S	3	1	徳島県	社会福祉法人K	8	4
静岡県	社会福祉法人T	5	1	香川県	社会福祉法人A	4	2
静岡県	社会福祉法人S	8	2		済生会・日赤	22	18

出所) WAM NET データより筆者計算

(社団・財団) の数値が 19.7% と高いのは、財団法人の医療関係法人が多数あることによる。一方、介護療養は医療法人が 80.3% で最多を占めている。次いで大きいのは、非法人の 11.4% であるが、このうち有床診療所が占めるのは 288、法人格を持たない病院は 167 である。

また、平成 18 年度のデータであるが、「介護保険サービス施設・事業所調査」の結果も表1の下段に挙げてある。特養、老健に関しては WAM NET データと介護保険サービス施設・事業所調査の数の程度は、特養および老健に関しては 0.93 対 1.00 と 0.97 対 1.00 であるが、介護療養に関しては 0.73 対 1.00 である。その意味で、特養および老健に対する WAM NET データの信頼度は高いが、療養病床の方は実態をデータが反映するのが遅い。その意味で、介護系のデータの信頼度は 9 割強程度、医療系のデータに関して 7 割程度の信頼度と見てよいだろう。その他ショートステイは I も II (ショートステイ I とは短期入所生活介護、ショートステイ II とは短期入所療養介護) も社会福祉法人のシェアが圧倒的であるが、訪問看護は医療法人がその強みを發揮している。営利法人のシェアが大きいのは、デイサービ

ス、小規模多機能施設、グループ・ホームである⁹⁾。

表1に戻ると医療法人を始めとした医療関係の法人は、特養を所有していない(医療法人は第一種社会福祉事業への参入が認められていない)。反対に老健は社会福祉法人の所有率が極端に少ない。ここに医療と介護の棲み分けが見て取れる。

では分析手順に示したように、まず 1) 特養と老健、2) 老健と介護療養の所有関係を見ていく。この特養と老健の両方を同一法人もしくは関連法人で所有している法人であるが、そのような法人は 269 法人あり、うち社協が 1、社協以外の社会福祉法人が 245、地方公共団体のうち都道府県が 1、市町村が 11、広域連合・一部事務組合等が 1、済生会・日赤が 10 である。このうち、6 つの社会福祉法人(社協以外)が医療法人¹⁰⁾と関係が深いこと、また、ある社会福祉法人はある民法法人(社団・財団)¹¹⁾と関係が深いことが分かった。また、特養、老健のいずれかを 3 つ以上所有する施設は 37 法人であり、うち 13 の法人が都道府県をまたいで事業展開を行っている(表2)。

一方の老健と介護療養の両方を同一法人もしくは関連法人で所有している法人であるが、435 の

施設が同一法人により所有され、うち医療法人が381、社協以外の社会福祉法人が4、都道府県が2、市町村が13、広域連合・一部事務組合等が1、民法法人（社団・財団）が14（うち医師会が2）、農協が8、済生会・日赤が6、医療生協等が2である。介護療養からみて老健を3つ以上所有する医療法人は、北海道に1、千葉県に1、新潟県に2、静岡県に1、広島県に1の合計6¹²⁾で、そのうち都道府県をまたいで事業展開を行っているのは3つの法人であった。また、この381ある医療法人は、いずれも訪問看護事業も展開していることが確認された。

ただし、医療法人の場合は法人の取り扱いが難しい。それは複数の医療法人が寄り集まって（核となる法人は存在するが）複合化するケースが見られることである。例えば訪問介護と訪問看護を備える法人である医療法人社団S会（高知県高知市）が、宮崎県宮崎市高松町で医療法人社団S会M総合介護サービスを展開しているが、実はこのS会は医療法人社団J会（茨城県）のグループの一員である。医療法人社団T会は、以下のような医療法人間の提携をしている¹³⁾。

医療法人社団J会（核となる法人）；茨城県

- ・I 総合病院（504床）
- ・I 訪問看護ステーション
- ・介護老人保健施設 S園（入所定員 100名）
- ・U 総合介護サービス

医療法人社団S会；高知県

- ・K リハビリテーション病院（255床）
- ・K 総合介護サービス
- ・K 総合介護サービス（併設 訪問看護ステーション）
- ・M 医療センター病院（350床）
- ・M 総合介護サービス
- ・M 総合介護サービス（併設 訪問看護ステーション）

医療法人社団M会；福岡県

- ・O メディカルケア病院（164床）
- ・M 訪問看護ステーション

- ・Y 総合介護サービス
 - ・K 病院（90床）
 - ・A 訪問看護ステーション
 - ・K 総合介護サービス
 - ・介護老人保健施設 A（100床）
- 医療法人社団H会；新潟県
- ・S 病院（299床）内ホスピス 28床
 - ・S 総合介護サービス
 - ・介護老人保健施設 S（入所定員 100名）
 - ・介護老人保健施設 M（入所定員 96名）
 - ・M 町リハビリテーション病院（165床）平成20年春オープン予定で建替え工事準備中

すなわち、複合化した医療法人が結果として茨城県、高知県、福岡県、新潟県で事業展開を行っていることになる。このケースの複合化は、医療材料の共同購入や情報共有、スケールメリットの享受を目指すものであろう。しかし、DPCが導入された病院などを見てみると、医療の標準化が進み、同時に、医療材料の購入に際しても価格の決定や在庫管理に関しても医療法人が鋭敏になっている。いわば、クリニカルマネジメントの進展が見て取れる。このような中にあって、複合化はより戦略的（「家業・同族企業」的色彩がない）になってくるものと思われる。

また、療養病床が削減される中、有料老人ホーム、高齢者住宅などを開設するケースも出てきている。これには一定の資本投下が必要であり、医療法人に対する貸し付けが厳しくなっている現在、より信用度のある医療法人に資金が集まり、そのことが医療法人の“事実上の合併”（信用度のある医療法人が、資金の貸し付けを受けたい医療法人の事実上の経営権を担保に債務保証を行う）を推進する可能性もある。

興味深いのは都道府県をまたいでまで事業展開を行っている医療法人は非常に少ない。この原因のひとつは地元医師会との関係が挙げられる。地元医師会が診療所の開業や病院の開設・老人保健施設の開設に関して干渉するということがたびたびあったようである。事例としては、香川県の観音寺市三豊郡医師会が定めた医療機関の開設や増

床を制限する会則など（公正取引委員会、平成9年（判）第1号平成11年10月26日）がある¹⁴⁾。

いずれにしても、地元医師会との融和が十分に図れないと、病院・老人保健施設の新築といった形態での事業拡大・進出は難しい。このことが地域を越えた事業展開を難しくしているのであろう。それでも事業規模を拡大したいと考える医療法人は、他の医療法人を買収するのではなく、法人を生かしておいてこれをその傘下に入るという方法を取るだろう（上述の医療法人社団J会に関しては不明である）。もちろん、当該医療法人の理事長が地域の医師会においても実力者であれば、当該医療法人の規模を拡大することは容易かもしれないが。

一方、医療法人自体が生き残っていくためには、医療法人としての制約はあるが、あらゆる形で収益を上げなければならない。その意味で、訪問看護や訪問リハビリテーションのように、初期投資等の資本投下が少なくて済む業態を選ぶことはあってもよいのではないだろうか（河口の結果を参照）。いわば、医療法人（非法人のクリニック、歯科診療所でも同じようなことが起こっている）と訪問看護、訪問リハビリテーションという組み合わせの複合化である。しかし、WAM NETデータと介護保険サービス施設・事業所調査データの数の程度は、訪問介護こそ0.65対1.00であるが、訪問看護に至っては、0.07対1.00である。訪問看護の場合、手を上げている法人と実際に事業を行っている法人の差があまりに大き過ぎる。日本総研〔2001〕の結果によれば、「都会型複合体は、大型施設をもたずに多角化する病院が多い」ということだが、逆に言えば地方においては、このような業態（クリニックが訪問看護を行うケース）はほとんどない状況と推察される。

V 多機能化と複合化

「2015年の高齢者介護」（平成15年6月、高齢者介護研究会¹⁵⁾において、在宅生活を望む多くの要介護者が、施設への入所を決断せざるを得ないという現実の背景には、在宅では365日・24

時間の介護の安心を得ることが極めて困難であることが指摘され、要介護者が、できる限り地域の中で、その人らしく暮らすために必要なサービスとして小規模・多機能サービスが提案された。この研究会で特筆すべきは認知症高齢者ケアのモデル作りを重視していることである。いわば、これまでの身体ケアモデルから、身体ケア+認知症ケアという考え方をする必要があることを訴えている。

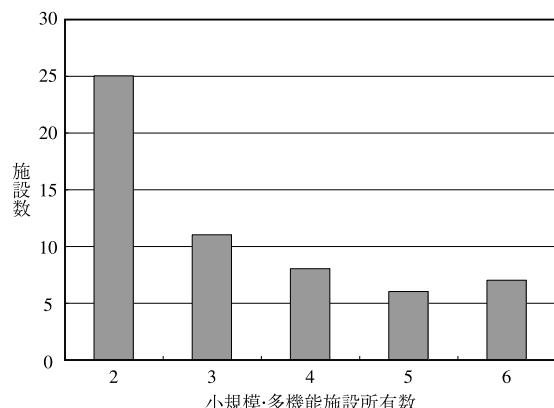
実は、要介護高齢者のほぼ半分、施設入所者の8割が、何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者（認知症性老人自立度II以上）であることが分かっている（同報告書）。しかし、一方で認知症ケアは十分に確立されているとは言い難い面がある。川島〔2004〕によれば、認知症高齢者のケアに関して重要なことは、環境の変化を避けて高齢者のペースでゆったりとした生活を送ってもらい、可能であれば残存能力の活用（認知症高齢者自身に料理をしてもらう）ができれば望ましいということになる。言い換えば、小規模・多機能ケアとは

- ・小規模ゆえ利用者とスタッフの関係が緊密
- ・可能な限り自宅で住み続けるための支援
- ・これまでの暮らしそのものの継続支援

という環境を介護を必要とする者に提供するものであり、本当にこれを実践するには相当な労力が必要である。

小規模・多機能施設は、一施設で入居や一時的な宿泊（ショートステイ）、訪問介護・看護、通所介護といった複数のサービスを実施できる。「小規模」というのは、地域に密着した運営を行うために、各サービス利用者数を少人数に限定するものである。その意味で、グループ・ホームは小規模・多機能施設に類する存在と考えられる。2006年の介護保険制度改革で、グループ・ホームも地域密着サービスに分類され、デイサービスのほかにショートステイが実施可能¹⁶⁾となり、さらにこの傾向に拍車がかかっている。

小規模・多機能施設への参入に関しては、入院



出所) WAM NET データより筆者計算

図 1 保有する小規模・多機能施設数別営利法人数

機能を持つ有床診療所が最も容易に参入できるはずである。有床診療所は民間企業などの介護サービス事業者よりも入居（入院）やショートステイを実施しやすい上、多くの場合、地域に密着した運営の土壤が既に出来上がっている。これにプラスして訪問介護や通所介護事業所も手がければ、“医療”という付加価値を持つ小規模・多機能施設となりうる。訪問介護や通所介護を手がけることにより、地域住民との接点が広がり、より多くの患者を掘り起こせるというメリットもあると考えられる（日本総研の結果参照）。

表1に戻ると、小規模・多機能施設やグループ・ホームは営利法人の所有が多い。しかし、期待に反して医療法人（病院）は162だけ小規模・多機能施設を運営しているにすぎず、有床診療所に至っては確認できなかった。一方、グループ・ホームを持つのは1,679の医療法人であった。社会福祉法人に関しては、小規模・多機能施設が315、グループ・ホームが2,029であった。

営利法人に話を移すと、小規模・多機能施設に関しては、施設を2つ以上所有する営利法人が37ある。2つというのが23法人で最多であるが、中には6つの小規模・多機能施設所有している法人も存在する。また、グループ・ホームについてだが、こちらは479の営利法人が2つ以上のグループ・ホームを所有している。中でも89（株式会社N）、70（株式会社MJ）、51（株式会

社WN）と多くのグループ・ホームを所有している法人がある（図1）。小規模・多機能施設やグループ・ホームには第三者評価が義務付けられており、このように営利法人が多数参入しても最低限度の質の確保がなされているという建前がある。

その意味で、長崎にある株式会社F不動産は興味深い。同社はグループ企業の株式会社Sにグループ・ホームを2つと小規模・多機能施設を1つ、それに付随する形でデイサービスを展開させている。グループ・ホームは利用者から家賃を取っているので、不動産賃貸業としての側面があることから、この多角化は当然の帰結と言えよう。そして、何よりも社会福祉法人J会を保有していることがこの企業グループ¹⁷⁾の特徴となっている。ホームページを見る限り、社会福祉法人を所有していることが、この企業グループのイメージアップに貢献しているようである。もちろん、不動産業で培ったノウハウを利用した小規模・多機能施設やグループ・ホームの経営を行っていることは言うまでもない。

もともと社会福祉法人J会は、1975年に保育園設立のための社会福祉法人A保育園が起源であり、1997年に社会福祉法人J会へ法人名を変更する。まさに介護保険をにらんだ業態転換であろう。この社会福祉法人J会も、老健だけでなくショートステイやデイサービス等を備えている。社会福祉法人は財務諸表等の開示義務があるが、この法人はホームページ上にもこれを開示している。2006年度の決算の状況を見ると、人件費/事業活動支出は法人全体で0.64である。しかし、施設ごとでみると3カ所あるデイサービスのうち、2カ所で人件費/事業活動支出が0.49と0.47で、ケアハウスにいたっては0.38である。反対に老健は0.68、ヘルパーステーションは0.89である。老健やヘルパーステーションは人件費の比率が高いが、他の施設がこれをカバーしている結果となっている。財務上の意味でも、社会福祉法人の複合化・多角化には大きなメリットがある。

実は2000年の介護保険の導入にともなって社

表3 グループ・ホームの経営指標

		居宅介護サービス収入計(万円)	その他の利用料収入割合(%)	居住費収入割合(%)	保険外利用料収入割合(%)	人件費支出計(万円)	入職者比率(正規職員)	離職者比率(正規職員)	ポイント差(正規職員)
全体	全サンプル 有効N 平均値	565 197 3932	565 212 11	565 212 9	565 236 9	565 282 3351	418 404 22.8	418 404 19.1	418 404 3.7
社会福祉法人	有効N 平均値	88 3725	88 7	88 6	97 4	115 3546	126 19.9	126 17.5	126 2.4
医療法人	有効N 平均値	44 4398	44 14	44 10	48 13	53 3512	88 23.6	88 20.5	88 3.1
株式・有限	有効N 平均値	49 4020	60 15	60 11	68 14	92 3106	147 25.7	147 21.6	147 4.1
NPO法人・その他	有効N 平均値	15 3611	19 14	19 11	21 10	20 2685	40 20.8	40 12.9	40 7.9

出所) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会「認知症グループホーム事業実態調査・研究事業 2007年3月」

会福祉法人の会計制度が変更された。措置制度の時代は施設ごとに会計が閉じていなければならなかつたが、社会福祉事業全体で1つの会計となつた。ここで注目すべきは資金移動が可能（収益事業から公益事業への会計間の資金移動等については、弾力化を図る）となっていることである。社会福祉法人は、公益性は高いが収益性が低い事業にも積極的な参入をする必要がある。この際、公益性は高いが収益性が低い事業に対する資金移動が可能であれば、社会福祉法人はこの事業を行えるだろう。その意味で、社会福祉法人は収益性を重視した事業計画も選択可能であるし、また、事業の公共性を選択することも可能である。このマネジメント力の拡大が、複合化を促進する効果を持ちうる。

一方で、この株式会社F不動産はどうして社会福祉法人J会にではなく、株式会社Sにグループ・ホームを2つと小規模・多機能施設1つを経営させているのであろうか。表3にグループ・ホームの経営指標として、居宅介護サービス収入計(円)、1ユニット当たり食材料費(円)、その他の利用料収入割合(%)、居住費収入割合(%)、保険外利用料収入割合(%)、人件費支出計(円)を挙げた。一般論として、社会福祉法人と株式会社・有限会社といった営利法人を比べると、居宅介護サービス収入は営利法人が高い。保険外利用料収入割合も営利法人が高いことを見ると、営利法人の方が収益を上げる構造、すなわち、所得階層の高い利用者を収容している可能性がある。社会福祉法人は長年措置制度の下で事業

を行ってきた。いわば、天から降ってくる資金をもとに事業を行ってきたのである。その意味で経営に対して甘さがあるのでかもしれない。一方、営利法人の方は人件費が安い。社会福祉法人を1とすると0.87しかない。一般に介護領域の賃金の安さは社会的な問題になっているので、この人件費の安さは当然に離職率につながる。確かに営利法人は入職率も高いが、離職率も高い。この構造では介護者と要介護者のなじみの関係を重視する認知症介護において、良質な介護が提供できているのかは疑問である。F不動産ではないが、質の悪い土建業者・不動産業者がグループホームや小規模・多機能施設に多数参入していると聞く。この監視は必要であろう。

経営の観点からすると、グループ・ホームや小規模・多機能施設の経営は二分できる。それは、営利法人は顧客のターゲットを比較的富裕な階層に絞り込むことである。言い換えれば、営利法人はこれの収益性を見込み、料金に見合ったサービスを提供する。もともとは居宅サービスに位置づけられていたグループ・ホームの性質からいって、このことに何ら問題はない。その意味で株式会社Sがグループ・ホームを経営しているのであろう（株式会社に共通することだが、株式会社Sの決算書からはグループ・ホームの実態は不明である）。問題は、むしろ低所得者にグループ・ホームを提供する方法を考えてこなかったことである。その意味で営利法人は介護の質を一層高めるために、介護者に対する賃上げを含めた人材の安定的な確保が急務である。一方の社会福祉法人

は低所得者層にも手を差しのべる。社会福祉法人やNPO法人は公益性の観点から、より低所得者層に配慮した料金設定をしてこれを経営する。もちろん、グループ・ホームのような事実上の施設サービスでは採算が合わない（家賃等が取れない）ならば、その時こそ小規模・多機能施設の効果を發揮して、在宅でこうした低所得者層を介護していくという方法を取る¹⁸⁾必要がある。また、容易になった事業間の資金移動を通じて、社会福祉法人内で資金の再分配を行う必要もあるだろう。

最後に企業グループと社会福祉法人の関係では、2005年に東京都日野市では特養の建設を巡って、不動産業者・製薬会社・市議会議員間の疑惑が浮上したことがあった。この特養が建設されていることからすると、疑惑は疑惑でしかなかったものと思われるが、企業グループで社会福祉法人を所有する場合には、十分な透明性の確保が必要であることを示す事例と言えよう。

VI おわりに

介護施設・サービスの複合化は、医療法人・社会福祉法人の経営に大きな影響を与えている。事業規模を拡大したいと考える医療法人は、他の医療法人を買収するのではなく、法人を生かしておいてこれをその傘下に入るという方法を取っている。いわば、“乗っ取り”的なこの方法を取れば、地域の医師会との軋轢もなく、全国展開也可能である（外形的には地元の医療法人の活動となる）。複合化は、医療法人・社会福祉法人が単に施設を複合して持つということだけではなく、場合によっては複数の法人が結びつくという新たな形態も生まれている。この動きは、少なくとも医療法人に関しては確認できる。

一方の社会福祉法人の場合は、企業グループと結びついた方が、より効率的な経営を行える可能性があるかもしれない。社会福祉法人が持つイメージは、企業経営にプラスの効果をもたらす。株式会社F不動産と社会福祉法人J会の関係は、経営上、良好といえるだろう（株式会社Sの決算

書ではグループ・ホームの経営まで分からぬ）。もちろん、実際は企業が社会福祉法人を買収し（とりあえずの設備や法人名はそのまま）、これを経営上、有利になるように使用するということが起きているのかも知れない。また、収益性の高い事業に特化していく可能性もある。しかし、社会福祉法人には収益性は低くとも公益性の高い事業と収益性が高い事業の両方をこなしてもらう必要があるだろう。

当然、複合化のメリットは経営にだけ作用するものではない。岩尾¹⁹⁾によれば、施設が複合化し、巨大になれば人材活用にメリットがあるという。例えばグループ・ホームや小規模・多機能施設が単体で運営されていたならば、何かあれば介護スタッフが不足するという事態が生ずる。しかし、巨大施設であれば、“人”的”バックアップ体制をとることができるという（もちろん、なじみの空間を大事にするグループ・ホームや小規模・多機能施設で、人の移動はできるだけ避ける必要があるともいわれたが）。

療養病床の削減で介護の領域は混沌としている。2007年6月20日の介護施設等の在り方に關する委員会資料で、療養病床転換促進のための追加支援措置（案）が出された。そこでは、医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置を認めることにより、療養病床の転換先の選択肢を拡大するという案が出されていた。しかし、11月12日になってこの方針を厚労省は撤回した。社会福祉事業の根幹にかかるわり、十分な協議なしに決定するのは問題であるとして社会福祉法人が反対したのが撤回の理由であるという。現在も13万床以上は残っている療養病床の存在も、介護保険の根幹にかかるわることだと思うが、この混沌とした状況が早く打破されることを望みたい。

謝辞

本稿は厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」（主任研究者 島崎謙治）および厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研

究事業)「社会保障の制度横断的な機能評価に関するシミュレーション分析」(主任研究者 府川哲夫)の成果の一部である。2007年12月21日の本誌特集号執筆者による合評会においては、本誌の取りまとめの労を取って頂いた遠藤久夫大学教授、本誌執筆者および弊所政策研究調整官西山裕、同応用分析部部長金子能宏の各氏からは貴重なコメントと筆者のいくつかの誤解・誤りを正して頂いた。データの解析には金山峻氏(慶應義塾大学理工学部)にお世話になった。また、本稿の法律関係部分の記述は、弊所応用分析研究部尾澤恵主任研究官よりレクチャーを受けた。もちろん、本稿に残される誤りのすべては筆者のみの責任である。また、本稿における見解は、筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所、慶應義塾大学とはなんら関係がないことをお断りしておく。

注

- 1) 現在は、老人ホームを直接経営することができ、1階は診療所、2階は20床程度の入院施設、3階以上は有料老人ホームというようなタイプの医療法人経営が可能である。
- 2) <http://www.clinic.tkcnf.or.jp/b/b03/b0306.html>
(アクセス 2007.11.29)
- 3) 社会福祉事業は第一種事業(高齢者関係としては、老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームを経営する事業)と第二種事業(高齢者関係としては、老人福祉法に規定する老人デイサービス事業、老人短期入所施設などを経営する事業など)に分かれており、それぞれ参入出来る法人に制限がある。社会福祉法人はどちらの事業にも参入できるが、営利法人等は第二種事業にしか参入出来ない。また医療法人も原則として第一種事業には参入できない(ケアハウスのみ可能)。
- 4) 介護保険法第71条第1項の規定により、保険医療機関若しくは保険薬局の指定があったときは、その指定の時に、当該病院、診療所又は薬局の開設者について、当該病院、診療所又は薬局により行われる居宅サービスに係る指定があったものとみなされることとなっている。(病院・診療所は訪問看護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導の3サービス、薬局は居宅療養管理指導の1サービス) WAM NETでは、各都道府県から提供された事業者情報をもとに情報提供を行なっているが、各都道府県から提供される事業者情報には上記の介護保険法第71条第1項の規定により「指定があったとみなされる」事業者の情報が含まれるものもあるため、その事業者の情報が掲載されている場合がある。
- 5) 短期入所生活介護とは比較的自立した高齢者が、老人短期入所施設や特別養護老人ホーム等に短期間入所し、入浴・排泄・食事の介護等、日常生活の世話や機能訓練等のサービスを受けることができる。
- 6) 短期入所療養介護とは療養の必要な高齢者が、介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに短期間入所し、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他の必要な医療や日常生活の世話等のサービスを受けることができる。
- 7) 療養病床に関しては、医療保険を適用する病床と介護保険を適用する病床の二つが存在するが、この介護療養型医療施設は介護保険を適用する病床のことである。
- 8) グループ・ホームは厳密には地域密着型に分類される(以前は居宅サービスであった)。
- 9) WAM NET データと介護保険サービス施設・事業所調査の差は、ショートステイIおよびショートステイIIに関しては0.91対1.00、0.81対1.00であり、これも医療系のデータへの反映が遅れている。
- 10) 宮城県の社会福祉法人S会と医療法人I整形外科病院、おなじく宮城県の社会福祉法人H会と療法人財団K会、茨城県の社会福祉法人S会と医療法人S会、新潟県の社会福祉法人Sと療法人社団S、奈良県の社会福祉法人Sと医療法人S会、鹿児島県の社会福祉法人A会と医療法人K会である。
- 11) 福島県の社会福祉法人N福祉事業団と財団法人N研究所。
- 12) 北海道の医療法人T会、千葉県の医療法人社団A会、新潟県の医療法人A会と医療法人K会、静岡県の医療法人T会、広島県の医療法人W会である。下線を付したのが都道府県をまたいで事業展開している法人である。
- 13) 単体で全国展開している医療法人には青森県の社会福祉法人K会と東京都目黒区の医療法人K会がある。元来は青森県のM記念病院が老健施設を始めとした社会福祉法人を8つ東北で展開していたが、東京都目黒区に医療法人K会として東京に本拠地を移した。この法人は、2007年4月には横浜に病院も開設している。
- 14) その後、同医師会は、この審決の取り消しを求めて訴訟を提起したが棄却された(東京高

- 判平成13年2月16日、判時1740号13頁)。
- 15) 厚生労働省老健局長の私的研究会で、平成16年度末を終期とする『ゴールドプラン21』後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討するために設置された。
 - 16) 特定非営利活動法人全国認知症グループ・ホーム協会の内出幸美氏によれば、グループ・ホームにおけるショートステイの実施は、グループ・ホーム内の馴染みの関係を破壊する可能性があることを指摘している(ヒアリング2007.12.1)。
 - 17) このような企業グループは他にも多数ある。例えば、大阪泉佐野市のKグループが、社会福祉法人S会でケアハウスと介護福祉センターを設置している。
 - 18) この点に関して、石川県山中町の指定介護老人福祉施設「サンライフたきの里」では、要介護度が3から2に改善したために施設を出ざるを得ない利用者(認知症の利用者については、良質な介護を施すと問題行動がなくなり、要介護度が下がる傾向にある。高齢であればADLは低下するので、その分が相殺されるが、比較的若い者については要介護度が下がる)。岩尾貢龍谷大学社会学部地域福祉学科教授(ヒアリング2007.12.1)に対しては、小規模・多機能施設を利用し、こうした利用者の介護を継続している。
 - 19) 前掲、岩尾貢龍谷大学社会学部地域福祉学科教授(ヒアリング2007.12.1)。

参考文献

Kitwood,T. & Bredin, K., A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1, pp.41-60 1992.

- Kitwood,T., Professional and Moral Development for Care Work: some observations on the process, *Journal of Moral Education*, Vol. 27, No. 3 1998.
- Yamamoto, K. First Trial of DCM in Japan, Preparing paper for Evaluating Dementia Care The DCM method Eighth Edition. 2002.
- 伊奈川秀和(2001)「社会福祉法人法制についての一考察」、法政研究68(1), pp.25-47, 九州大学法政学会。
- 河口洋行(2004)「医療機関による介護サービス供給形態とその影響に関する個票分析」『医療と社会』, Vol.14, No.1。
- 川島秀夫(2004)「制度化される小規模多機能型居宅介護」、地域医療研究会2004年11月28日シンポジウム資料。
- 株式会社日本総合研究所研究事業本部複合体研究チーム(2001)「保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究~大都市型複合体を中心に~」。
- 二木立(1989)「わが国の私的病院チェーンはどこまで進んでいるか?」、『病院』48:964-969, 1066-1071,
- (1998)『保健・医療・福祉複合体 一全国調査と将来予測一』、医学書院。
- (2004)『医療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』、勁草書房。
- 広井良典(1994)『医療の経済学』、日本経済新聞社。
- 山本克也(2006)「WAM NETデータを用いた医療・福祉複合体の研究」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業平成18年度報告書。

(やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部第4室長)
(すぎた・ともり 慶應義塾大学大学院
理工学研究科)

高齢者介護施設の課題——法制的観点からの検討

増田 雅暢

I はじめに

介護保険制度は、2000年4月に施行されてから、本年（2008）年4月で、施行後9年目に入る。介護保険法施行5年を目途とした法改正¹⁾の一環で行われた2005年6月の介護保険法の一部改正では、新予防給付の創設等の予防重視型システムの確立や居住費・食費を保険給付対象外とする施設給付の見直し、地域包括支援センターや地域密着型サービスの創設による地域包括ケアへの取組など大幅な制度改革が行われた。

高齢者介護施設については、1990年代にゴールドプラン及び新ゴールドプランに基づき、特別養護老人ホームと老人保健施設の量的整備が推進されてきた。介護保険制度では、この2者に療養介護型医療施設が加わって介護保険施設と位置付けられ、介護保険給付の半分を占める施設サービスの給付を担ってきた。この介護保険3施設について、2006年の医療制度改革において大きな改正が行われた。それは、介護療養型医療施設の廃止である。介護療養型医療施設は、2012年3月末をもって廃止されることが決定された²⁾。介護保険3施設のあり方については、制度創設時では、施行後10年を目指して検討することとされていたが、それを待たずに大きな転機を迎えることとなった。また、要介護高齢者の入所施設は、制度創設時と比べて、介護保険3施設以外に、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、高齢者向け優良賃貸住宅等、多様化しつつある。さら

に、施設内で提供される介護サービスの質の確保という側面の重視性も増している。

筆者は、1990年代半ばに厚生省において介護保険制度の創設に向けての検討を進めていたプロジェクトチームのメンバーの一員であった³⁾。厚生省内部で介護保険の給付内容の議論をしていたとき、施設サービスとして介護療養型医療施設を含めるか否かは論点のひとつであった。介護保険3施設で行われる保険給付の内容を介護保険制度においてどのような法形式で規定するのかということも論点となった。

本稿では、高齢者介護施設の課題について、介護保険3施設を対象として法制的な観点から検討を加えることとする。高齢者介護施設は、施設に対する法的規制のあり方や利用者保護、サービスの質の確保などの観点から種々の課題を抱えているが、これらは制度創設段階における法制上の整理に起因するところが大きいと考える。そこで、制度検討当時の厚生省内部の議論を紹介しながら、介護保険3施設が介護保険の法制度上どのように位置付けられることになったのかについて解説する。後述するとおり、介護保険制度という新たな制度を円滑に導入するために、内部で「3大陸方式」と呼んでいた法体系で介護保険3施設が位置付けられることになった。これは現実的な施策ではあった反面、いくつかの課題もかかることとなった。続いて、介護保険施設で提供される介護サービスの質の確保についての法的規制のあり方とその課題について論じる。最後に、これからの介護施設に対して介護保険法の体系の中でど

のように位置付けながら、高齢者介護施設の整備と介護サービスの質の確保を進めていくのかということについて論じる。

II 「三大陸方式」の採用

1 介護保険3施設の比較

表1は、介護保険3施設の概要（根拠規定、利用対象者、施設機能、施設数・定員数、介護保険

制度施行前の利用手続きと費用の支払方法・平均費用額、施設基準、職員配置基準を比較したものである。

介護老人福祉施設は、介護保険法において、「老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」（同法第8条第24項）と定義される。開設者は、介護保険

表1 介護保険施設の概要

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
対象施設	老人福祉法に基づく特別養護老人ホームを指定	介護保険法に基づく許可	医療法に基づき許可された病院または診療所の療養病床（施行当時は療養型病床群）等を指定
対象者	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリ、看護・介護を必要とする要介護者	病状が安定しているが長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者
機能	生活介護機能	家庭復帰機能	療養治療機能
施設数 (定員・ベッド数)	5,535 (383,326)	3,278 (297,769)	3,400 (129,942)
従来の利用手続き	市町村の入所措置	施設と個人の契約	病院と個人の契約
従来の費用支払い	措置費（介護費用・生活費全般について施設に措置費を支給）。入所者は所得に応じて定められた自己負担を市町村に支払。	療養費（老人保健施設療養費を支給。生活保護対象者には医療扶助）。自己負担は月額5万円程度。	医療費（老人診療報酬による出来高払い。生活保護対象者には医療扶助）。自己負担は一定額。
従来の総費用額（月額平均）	31.5万円	33.9万円	46.1万円
施設基準	居室（1人当たり10.65m ² 以上）、医務室、機能訓練室、食堂、浴室等 廊下幅 片廊下1.8m ² 以上 中廊下2.7m ² 以上	療養室（1人当たり8m ² 以上）、診察室、機能訓練室、談話室、食堂、浴室等 廊下幅 片廊下1.8m ² 以上 中廊下2.7m ² 以上	病室（1人当たり6.4m ² 以上）、診察室、手術室、処置室、臨床検査室、機能訓練室、談話室、浴室、食堂等 廊下幅 片廊下1.8m ² 以上 中廊下2.7m ² 以上
職員配置基準 (100人当たり)	医師（非常勤） 1人 看護職員 3人 介護職員 31人 介護支援専門員 1人 その他 生活指導員等	医師（常勤） 1人 看護職員 9人 介護職員 25人 理学療法士または作業療法士 1人 介護支援専門員 1人 その他 支援指導員等	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人 介護支援専門員 1人 その他 薬剤師、診療放射線技師等

出典) 増田雅暢『わかりやすい介護保険法(新版)』(2000年、有斐閣) 28-29頁。一部修正。施設数・定員数は2005年10月1日現在。

法第88条第1項及び第2項の規定に基づく「指定老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」(厚生労働省令)を満たすことによって、都道府県知事の指定を受け、介護保険給付を得ることができる。

介護老人保健施設は、介護保険法において、「要介護者⁴⁾に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」(同法第8条第25項)と定義される。開設者は、介護保険法第97条第1項から第3項までの規定に基づく「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」(厚生労働省令)を満たすことによって、介護保険法第94条の規定に基づく都道府県知事の許可を得ることができる。介護老人保健施設は、介護保険制度前は老人保健法に設置根拠をおく老人保健施設であったが、介護保険法の制定により介護保険制度に財源その他のすべてを依存する施設となったので、老人保健法に規定を残しておく必要がなくなり、介護保険法に設置根拠規定が移されたものである。

介護療養型医療施設は、介護保険法において、「療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話を並び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設」(同法第8条第26項)と定義される。開設者は、介護保険法第110条第1項及び第2項の規定に基づく「指定介護療養型医療施設の人員、施設及び運営に関する基準」(厚生労働省令)を満たすことによって、都道府県知事の指定を受け、介護保険給付を得ることができる。なお、療養病床とは、医療法に規定されているものであり、同じく医療法に規定する認知症疾患療養病床も介護療養型医療施設になりうる。療養病床とは、2001年の医療法改正により創設されたもので、介護保険制度導入時点では療養型病床群と呼ばれていた。

2 介護保険施設の設定をめぐる議論

厚生省内部で検討していた当初から、介護保険制度における施設サービスを提供する施設としては、特別養護老人ホーム、老人保健施設及び病院の療養型病床群が候補にあがっていた。

特別養護老人ホームは、1963年制定の老人福祉法において「65歳以上の高齢者で身体上若しくは精神上の障害のため、常時介護を必要とし、居宅での生活が困難と認められる場合に入所する施設」と定義されており、典型的な要介護高齢者の入所施設であった。

また、老人保健施設は、1986年の老人保健法の改正により、病状が安定期にあり入院治療が必要でない高齢者が看護、介護、リハビリテーションなどの医学的ケアを受け、在宅復帰をめざす施設として創設された。要介護高齢者に対して医療的観点からの介護やリハビリテーションを提供する施設であった。病院と自宅の中間的な施設、病院と特別養護老人ホームの中間的な施設であることから、「中間施設」とも呼ばれた。老人保健法では医療機関として位置付けられており、介護保険法でもその位置付けは踏襲された。

この2つの施設が介護保険施設に入ることには異論がなかった。なお、老人ホームには、特別養護老人ホーム以外に、養護老人ホーム及びケアハウスを含む軽費老人ホームがあるが、これらの施設は入所者が要介護高齢者に限定されていない施設であるので、介護保険施設には含まれないこととなった。その代わり、一定の人員・設備基準を満たすケアハウスについては、同じく一定の人員・設備基準を満たす有料老人ホームとともに、在宅サービスの中の「特定施設入居者生活介護」として介護保険の給付を受けられることとなつた。

異論があったのが、介護療養型医療施設である。老人保健施設と異なり患者に対して医療行為を提供する医療機関そのものであり、介護保険制度の保険給付対象施設とすることについては賛否両論があった。

その理由は、第1に、介護保険制度の保険給付対象に医療サービスを含めることが適當か否かと

いう「そもそも論」があった。制度設計において参考にしたドイツ介護保険制度では、介護保険の保険給付対象となるサービスは、医療サービスを除いた介護サービスとなっている。ドイツでは、医療保険と介護保険の給付のすみ分けがはっきりとなされている。日本の介護保険の設計過程でも、ドイツと同様に介護保険の給付は従来の福祉サービスに限定するという考えはあった。しかし、在宅サービスでは訪問看護やデイケアという医療分野のサービスが保険給付対象となったほか、施設サービスでは医療サービスを提供する介護療養型医療施設が介護保険3施設の1類型として加わることとなった。その背景には、介護保険制度創設のねらいとして医療分野における社会的入院の解消があり、そのためには長期入院患者が多いいわゆる老人病院を介護機能に力点を置いた施設へと誘導し、その費用の財源も介護保険で負担することが適当と考えられたことがある。従来の老人医療費分が介護保険制度に移行することにより、医療保険の負担が軽減することになるが、これは介護保険創設の財政的メリットのひとつとされた⁵⁾。

第2の理由は、老人病院が介護保険施設としてふさわしい施設といえるかどうかという疑問であった。日本では、医療分野において、特別養護老人ホーム等の老人福祉施設の代替として、要介護高齢者の長期療養を引き受けてきたという歴史的経緯がある。すなわち、1970年代の老人医療費の無料化などにより医療費負担が軽減されたことや、特別養護老人ホーム等の福祉施設の整備の遅れなどから、病院が事実上高齢者の介護施設としての機能を肩代わりしてきた。高齢者ばかりが入院している老人病院が増加した。しかし、介護機能という点では問題が多いため、1984年、介護職員を配置することを条件に、医療法上の医師や看護師などの配置基準が緩和される特例を病棟単位で受けることができる「特例許可老人病棟」が導入された。さらに、1990年には、介護職員の配置を厚めにする一方で診療報酬を定額制にする「介護力強化型病院」が創設された。ただし、患者一人当たりの病床面積の狭さや食堂や浴室の不

設置など、特別養護老人ホームや老人保健施設と比較をすると療養環境の面で劣るため、こうした質の低い施設を介護保険の対象施設とすることが適當かという疑問が出されたのである。

しかし、最終的には、前述した医療保険財政上のメリットと、介護保険制度創設にあたって医療関係者の協力を得る意味合いからも、日本医師会をはじめとする医療関係者の意見を踏まえて介護療養型医療施設の創設を望む医療関係者の意見を受け入れることとなった。その代わり、療養環境の質の面から、1993年の医療法改正により創設された、療養環境を改善した「療養型病床群」を基本とし、「介護力強化型病院」については3年間に限り認め、その後は療養型病床群への転換を誘導することとなった。療養型病床群の病床数を増加させるために、介護保険法案とあわせて国会提出された医療法改正法案において診療所の療養型病床群設置を認めることとなった。

介護保険施設となった3施設は、介護老人福祉施設が老人福祉法、介護老人保健施設が介護保険法、介護療養型医療施設が医療法と、3つの違った法律に設置根拠をおいている。表1のとおり、母体となった特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群の3施設は、利用手続きや費用の支払方法、施設運営の財源が別々となっていた。それが、介護保険制度の保険給付対象施設となることにより、利用手続きや一部負担割合、施設運営の財源等が同一のものとなった。高齢者介護施設である3施設間の不整合を調整するというのも、介護保険制度創設のひとつの理由としてあげられた。

さらに、これら3施設の機能を見直して再編成し、一元化すべきではないかという議論も行われた。しかし、特別養護老人ホームは老人福祉施設として社会福祉制度の中で運営・発展してきたものであり、一方、老人保健施設は老人保健制度の中で、療養型病床群は医療制度の中で運営・発展してきたという過去の経緯などから、介護保険制度の創設段階で3施設の再編成あるいは一元化については、関係者の合意を得ることは極めて難しい状況にあった。特に、社会福祉分野の関係者

は、行政機関か社会福祉法人しか経営主体となれない特別養護老人ホームの世界に、3施設の一元化により医療法人が参入できるようになることに大きな警戒感をもつこととなった。そこで、3施設は、それぞれ老人福祉法、介護保険法、医療法という「3つの大陸」に根拠をもち、それぞれの経営主体や許認可のあり方は従来どおりとしながら、介護保険法上の介護保険施設として位置付ける方法がとられることとなった。

1つめは、特別養護老人ホームが本拠とする老人福祉法及び社会福祉分野の「大陸」、2つめは、老人保健施設が本拠とした老人保健法及び医療分野の「大陸」、3つめは療養型病床群が本拠とする医療法及び医療分野の「大陸」である。老人保健施設は介護保険法の「大陸」に移ることとなったが、これを、厚生省内の検討チームでは「3大陸方式」と呼んだのである。

3施設の一元化議論については、老人保健福祉審議会の最終報告（1996年4月22日）に次のように記述され、将来的な課題とされた。

「介護施設のあり方と機能分担について

介護施設については、将来の方向としては、要介護高齢者の多様なニーズに応えるために各施設の機能と特性を生かしつつ、介護施設に関する制度体系の一元化を目指すことが適当である。ただし、現状では、一元化は漸進的な方法で進めいくことが適当であり、当面は、介護給付に関する事項（給付額、介護報酬の仕組み、利用者負担等）の共通化を進める必要がある。」

こうした指摘を受けて、介護保険法附則第4条において、「政府は、この法律の施行後10年を経過した場合において、第5章の規定（筆者注。介護支援専門員と介護事業者及び介護施設に関する章）の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」とされ、介護保険3施設のあり方については法施行後10年度の検討課題とされたのである。

III 「3大陸方式」に起因する課題

1 介護療養型医療施設をめぐる課題

「3大陸方式」の採用は、高齢者介護にかかる社会福祉分野及び医療分野の関係者に対して、介護保険制度という新たな制度創設への警戒感をやわらげ、2000年4月からの介護保険制度施行という新制度への移行を円滑に進めていくという効果をもたらした。

一方で、本拠地が「3つの大陸」に分立していることからくる課題も生じた。

まず、制度施行前から問題となったのが、介護療養型医療施設であった。介護保険制度検討当時の療養型病床群の病床数は約2万7千にすぎず、厚生省が2000年度の基盤整備数としてあげていた約19万床のほとんどは介護力強化型病院が占める予想となっていた。介護力強化型病院は、要介護高齢者の長期療養施設としては患者一人当たりの病室面積が狭いなどの課題を抱えていた⁶⁾。介護保険施設としてふさわしくない環境の施設を介護保険施設とすることは、介護サービスの質的側面の観点から問題であり、当時、厚生省では、介護保険法の関連法案として診療所に療養型病床群を設置できることを盛り込んだ医療法改正法案を提出するなど、療養型病床群の整備促進を図る政策を講じていた。

また、介護療養型医療施設は、原則として病棟単位（小規模病院・診療所は例外的に病室単位）で介護保険適用部分の病床を特定して指定することとなったので、「介護保険適用部分」の療養型病床群と「医療保険適用部分」の療養型病床群が並存することとなった。これは、患者に対する医療保険と介護保険の適用をどのように整理するのかという課題を提起することとなった⁷⁾。病棟単位の指定（療養型病床群が診療所の場合には病室単位の指定）であるために、医療保険と介護保険の区分けが患者にとってもわかりにくいものとなった。さらに、両者が並存するということは、ある療養型病床群が介護療養型医療施設の指定を受けるか否かは、病院等の経営者の裁量にゆだね

られているということであり、診療報酬や介護報酬の水準の設定如何で、どちらにでも動くという性格を帯びることとなった。診療報酬と介護報酬の水準を比べて、高い方に患者を誘導するような動きも見られるようになった。

介護保険制度の施行直前に介護療養型医療施設の病床数が増加していったが、今度は、高齢者人口と比較をして介護療養型医療施設の病床数が多いところは、第1号被保険者（高齢者）の介護保険料が高くなるという別の問題を引き起こした。介護保険制度施行前の1999年度は、各保険者において保険料を設定する時期にあたっていたが、介護療養型医療施設の配置のアンバランスからくる保険料負担の格差が問題視された。

介護保険制度導入段階における保険料算定資料の中では、介護保険3施設のそれぞれの月額平均利用額は、入所者・入院患者一人当たりで、療養型病床群は46.1万円、老人保健施設は33.9万円、特別養護老人ホームは31.5万円と想定された。高齢者人口に比して介護保険施設の定員数が多いところは保険料水準が高くなるが、とりわけ療養型病床群の病床数が多い市町村では介護保険料がより高くなる傾向となった。そこで、厚生省では、各市町村及び各都道府県が作成する介護保険事業計画において、施設利用者数を高齢者人口の3.4%を参酌すべき標準とするよう指導とともに、介護療養型医療施設については、原則として2000年度の段階で医療計画の療養型病床群の整備目標の範囲内とするよう指導して、介護療養型医療施設の数が局地的に増えないように配慮することとなつた⁸⁾。

2 法的規制が分立する課題

第2の課題としては、介護保険3施設に適用される法的規制が「3大陸」においてはそれぞれ別々であるために、事業者・施設に対する規制ばかりでなく利用者に対する対応についても異なる点が生じている点である。

3施設に対して関連がある法律は、それぞれ次のとおりである。

介護老人福祉施設…老人福祉法、介護保険法、

社会福祉法

介護老人保健施設…介護保険法

介護療養型医療施設…医療法、介護保険法

「3大陸方式」とは、それぞれの施設の根拠規定を従来のままにしているので、施設の設置主体については変動がなかった。したがって、介護老人福祉施設である特別養護老人ホームは、社会福祉法に基づく第一種社会福祉事業として設置主体は地方公共団体と社会福祉法人に限定されたままであり、他方、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設である療養型病床群などは、医療機関であるので、設置主体は基本的に国、地方公共団体等の公的機関以外では医療法人に限定されたままであった。訪問介護等の在宅サービスについては、従来の地方公共団体や社会福祉法人ばかりではなく、株式会社等の民間企業や生協・農協、NPO法人等多様な主体の参画を認めたことに対して、介護保険施設については設置主体のあり方を変更しなかった。このことが、福祉関係者や医療関係者に安心感をもたらし、介護保険制度導入が円滑に進んだ一因ともなったが、規制改革の観点から特別養護老人ホーム経営に対する株式会社の参入問題等を引き起こすこととなった。

また、介護老人福祉施設である特別養護老人ホームだけが社会福祉法の規制を受けるという点も、事業者の経営に対する規制や利用者の保護という観点から他の2施設との間でアンバランスが生じている。社会福祉法は、2000年6月に成立した「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」により社会福祉事業法が改正されて誕生した法律である。この改正は、「社会福祉基礎構造改革」と呼ばれ、社会福祉事業をとりまく社会環境の変化や、老人福祉分野における措置制度をあらため利用契約制度を導入した介護保険制度の創設等を踏まえて、「利用者と事業者が対等な関係に立ち、福祉サービスを自ら選択できる仕組みを基本とする利用者本位の社会福祉制度の確立を図り、障害者等のノーマライゼーションと自己決定の実現を目指す」⁹⁾ために行われたものである。

具体的には、身体障害者福祉法等を改正して、

障害者福祉サービスについても従来の措置制度を見直し、利用者の申請に基づき支援費を支給する方式（支援費支給方式）を導入するとともに、社会福祉法においては、福祉サービスの基本的理念や提供の原則に関する規定を改正するほか、利用者保護のための仕組みを導入している。

福祉サービスの基本的理念については、「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならぬ」（社会福祉法第3条）と規定されている。ここで重要なことは「福祉サービスの利用者」という表現が社会福祉関係の法令に初めて使用されたことである。それまでは社会福祉の世界では、福祉サービスの利用者は社会的支援が必要な者として「要援護者」と呼ばれていた。改正前の社会福祉事業法第3条では「福祉サービスを必要とする者」と規定されていた。従来の福祉サービスの提供方式である措置制度は、措置権者（行政機関）が福祉サービスを必要とする者に対して行政処分によりサービス内容を決定して提供する方式であったが、介護保険制度や支援費支給方式では、利用者が事業と対等な関係に基づきサービスを選択する利用制度へと改められたことにより、「利用者」という表現が法令でも用いられることとなつたのである。

利用制度では、利用者は事業者との契約に基づいてサービスを利用することとなるが、福祉サービスの利用者は要介護高齢者や身体障害者、知的障害者等があるので、提供者と対等な関係にたって契約しサービスを利用することができるよう支援が必要である。そこで、社会福祉法では、地域福祉権利擁護事業や苦情解決制度等の利用者の利益を保護する仕組みを導入している。また、福祉サービスの適切な利用を図るために、社会福祉事業の経営者に対して、情報提供に関する責務の明確化（社会福祉法第75条）、利用契約についての説明・書面交付の義務付け（同法第76条、第77条）、サービスの質の自己評価等質の向上のた

めの措置（同法第78条）、誇大広告の禁止（同法第79条）という規制をかけている。利用契約手続きの適正化、サービスの質の向上という観点から重要な規定が設けられたものと評価できる。

問題は、こうした社会福祉法上の利用者保護の規定は、介護老人福祉施設を経営する社会福祉法人には適用されるものの、介護老人保健施設や介護療養型医療施設を経営する医療法人には適用外ということである。それでは、介護保険施設における利用者保護について介護保険制度ではどのように定めているのであろうか。

IV 介護保険施設で提供される介護サービスの質の確保についての法的規制のあり方

1 施設サービスに関する法的規制

介護保険法上では、介護老人福祉施設及び介護療養型医療施設については都道府県知事による指定に関する規定が設けられる一方、介護老人保健施設については根拠規定そのものが介護保険法に移行されたことから開設許可から管理、広告制限等、前2者よりも幅広い規定が設けられている。

介護保険施設で提供される介護サービスの内容面に関する具体的な基準は、介護保険法の規定に基づき、次の通り、指定または許可の基準に関する厚生省令（2001年以降は厚生労働省令）において、サービス単価については介護報酬基準の中で定められている。

- ・ 指定老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）
- ・ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）
- ・ 指定介護療養型医療施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）
- ・ 指定施設サービス等に関する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生大臣告示第21号）

「人員、設備及び運営に関する基準」（以下「運営基準」という。）について介護保険3施設は同

じ構成となっている。利用者保護や介護サービスの質の確保という観点からどのような規定があるのか、介護老人福祉施設を例にとると次の通りである。

- ・サービス提供にあたって文書による重要事項説明と同意を得ること（運営基準4条）
- ・正当な理由なく提供拒否の禁止（サービス提供の応諾義務）（同4条の2）
- ・要介護認定の申請に関する援助（同6条）
- ・入所の必要性の高い要介護者を優先的に入所させる努力義務や退所時における援助（同7条）
- ・サービスの提供の記録（同8条）
- ・保険給付対象外の費用に関するサービス提供について文書による説明と同意（同9条5項）
- ・身体拘束の禁止などサービスの取り扱い方針（同11条）
- ・施設サービス計画の作成義務（同12条）
- ・介護技術や食事に関する原則（同13条及び14条）
- ・社会生活上の便宜の提供（同15条）
- ・運営規定の概要や従事者の勤務体制等の重要な事項の掲示（同29条）
- ・業務上知り得た秘密の保持（同30条）

このように細かな規定が設けられている。介護保険制度ではこの運営基準を順守することが指定老人福祉施設として指定を受ける要件であり、もしこの基準に反して施設の運営を行っていると、都道府県知事から基準を順守するよう勧告を受け（介護保険法第91条の2第1項）、正当な理由がなく勧告の措置をとらなければ改善命令を受け（同第91条の2第3項）、さらには指定取消の処分（同第92条）に至るということにより、運営基準の順守を担保している。

措置制度時代においても特別養護老人ホームの運営基準が定められていたが、介護保険制度下ではサービス利用方式が契約制度に変更になったことを踏まえ、文書による重要事項説明と利用者の同意の確保等、利用者保護の規定が盛り込まれることとなった。こうしたサービス提供にあたって

の事業者の責務は、従来、医療機関に対してはほとんど規定されていなかった。たとえば、老人医療の提供に関する基準としては、「老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費及び特定療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準」（昭和58年厚生大臣告示第14号）があるが、事前の重要事項説明や本人の同意といった利用者の利益保護を図る具体的な規定は設けられていない。けだし、医療分野においては、医師が医療の専門家として最善の治療を行うことは当然のことであり、医師の行動を法令の規定で限定することは望ましくないとされてきたのである。これに対して、介護保険制度では、文書による重要事項説明と利用者の同意、身体拘束の原則禁止などの規定が運営基準に盛り込まれ、行政の指導監督権限と密接に関連していることは、従前よりも利用者保護の姿勢が前に進んだものといえよう。

また、契約を文書により締結することについては運営基準には明示されていないが、介護老人福祉施設を中心に、実際には文書による契約の締結が広く行われている。それは、介護保険制度の施行にあわせて全国社会福祉協議会が重要事項証明書と契約書のモデルを作成しており、各施設においては全国社会福祉協議会のモデル版をもとに各施設の状況に応じて若干の修正をした上で利用することが一般化したからである。

このように介護保険施設で提供される介護サービスの質の確保や利用者の利益保護を図る法的規制が、介護保険法から委任を受けた省令に基づく運営基準により定められているということが特徴である。

2 ドイツの制度との比較

近年、社会保障法の分野では、介護保険制度の導入や障害者福祉分野の支援費制度の導入により、福祉サービスの利用方法が措置制度から契約方式に変更になったことを踏まえ、「福祉契約」に焦点をあてて、利用者が福祉サービスを利用する場合の契約の法的特性は何か、要介護高齢者や障害者が事業者と対等な関係で契約を締結できるような法的仕組みが構築されているのか等々の議

論が活発に行われている¹⁰⁾。

そうした議論の中では、ドイツのホーム法との比較で日本の福祉契約に関する法制のあり方を論じるものが多い。ドイツでは、1967年までは、老人ホームや老人介護ホームなどの営業に関しては、一般的な営業規制を行う営業法等が適用されるに過ぎなかつたが、ホームの入所者に対して詐欺事件や虐待等の放置できない問題が生じたために、1974年にホーム法（正確には「老人ホーム、老人居住用ホーム及び成年者用介護ホームに関する法律」）が制定され、入居者利益の保護を目的として老人ホーム等に関するさまざまな規制が講じられることになった。ホーム法では、施設設置の届出義務や監督庁の指導監督や改善命令、営業禁止の権限等を定めるほか、施設に対して入居者との契約締結を義務付けるとともに、契約締結前の文書による情報提供義務や契約書面の交付、契約書においての給付内容と対価の明示の義務、入居者の契約解除に関する規定等が設けられている。このようにドイツでは、老人ホームの入居者が施設経営者と対等な関係に立って適切な契約を締結できるように法律で規制を行っている。さらに、ホーム法の規定に反して入居者の不利益となる合意については無効とし、入居者に不利な契約条項を民法典の規定により無効とすることによって入居者の利益保護が図られている。

日本では介護保険制度導入前の高齢者介護分野で契約行為が行われていたものは有料老人ホームの世界であったが、有料老人ホームの倒産をはじめ入居一時金をめぐるトラブル、契約内容の虚偽や中途改定をめぐる問題など、さまざまな課題が生じていたことから、ドイツのホーム法を参考にした議論が活発に行われたという背景がある。

福祉契約の法的規制のあり方についてドイツ法との比較で論じた原田大樹によれば、前述したような日本の「運営基準中心主義」については、運営基準の要件を満たさない不適格事業者は指定段階で排除するという事前規制、報酬基準による統一的な単価設定という手法から消費者保護の機能が認められることや、利用者保護に関して私法的な効力を伴う福祉契約規制立法を行うことよりも

迅速に対応できるという点を評価している。しかし他方で、運営基準の法的性格が不明確であり福祉契約に関する民事紛争の解決に運営基準を援用することが可能かどうか不透明であること、利用者側や提供者側の意向を反映した給付内容形成の自由度が低いことを指摘している。ドイツのホーム法が私法的効力を伴った契約規制を発達させていることを考慮すれば、日本でも社会福祉法の契約規制（事業者の情報提供努力義務、契約申込時の説明努力義務、契約成立時の書面交付義務等）をドイツ法と同様の方向で発展させるべきであると指摘する¹¹⁾。

原田氏の指摘には同意できるところが多い。一方、日本とドイツでは介護保障システムの基盤となる考え方、介護サービスの提供主体や提供主体に関する法制度、介護報酬の設定方法、介護保険給付をめぐる法関係、介護保険財政のあり方、介護保険法と他の法令との関係など、介護保険制度の内容や制度をとりまく条件に差異が多数みられる¹²⁾。したがって、福祉契約をめぐる法的規制の方法についてドイツにならって形式的にそろえることがどの程度の意味があるのか現段階では不明であるといわざるを得ない。最近の日本の国会における立法過程をみると、新規立法や法改正には多大な時間を要することが一般化しているため、福祉サービス利用者の保護を図るために柔軟かつ迅速に対応できる現在の「運営基準中心主義」の方が適しているともいえる。ただし、運営基準が行政の独断的なものとならないように、その作成にあたっては、サービス提供事業者や利用者の意見が反映できる仕組みとしなければならないだろう。

V 今後の課題

法的観点から見た高齢者介護施設の課題として、本稿では次の2つの課題を指摘したい。

第1は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と介護老人保健施設に対する法的規制の統一を図ることである。2012年3月末をもって介護療養型医療施設が廃止されることにより、「3大

「大陸方式」の構造は崩れて「2大陸」となるが、前述のとおり、社会福祉法の規定が介護老人保健施設には適用されることは介護サービスに対する法的関与のあり方として適当ではない。介護療養型医療施設の廃止によりその多くが老人保健施設に転換するものと考えられており、その場合には、介護老人保健施設の施設数や入所定員数が介護老人福祉施設を上回ることが予想される。社会福祉法上の利用者保護に関する規定が介護老人保健施設の事業経営者に対しても適用される法的整備が必要である。なお、運営基準にしても社会福祉法上の契約規制にしても、事業者に行為義務を課す形式をとっているものであるが、さらに利用者の利益保護を図る観点から利用者からの契約解除に関する規定など、一定の規定の整備が必要であろう。

第2は、高齢者介護施設という観点からみると、介護保険施設以外に特定高齢者入所施設に該当する有料老人ホームやケアハウス、認知症高齢者グループホーム、高齢者向け優良賃貸住宅等、さまざまな形態があらわれ、そこに住む高齢者数が急増している¹³⁾ことから、こうした「新大陸」ともよぶべきところに存在する高齢者介護施設の利用者保護やサービスの質の確保の観点から法的規制を整備する必要がある。社会福祉法からも介護保険法本体からも個別の規定がないまま、運営基準や報酬基準の中でこれらの施設利用の基準が設定されているが、利用者の利益保護の観点からは不十分であり、また、既存の介護保険施設に対する法的規制のあり方と不整合である。「新大陸」の中には、外部サービス利用型有料老人ホームのように「住まい」と「介護サービス」とを分離する新たな施設類型も登場している。こうした介護保険制度施行後の動向も踏まえて、あらためて現行規制のあり方を見直す必要がある。

介護保険制度の創設を検討していたときに、医療分野における医療法と健康保険法等の医療保険各法との関係のように、介護保険制度においても、介護保険法に加えて介護事業法（仮称）の制定が必要ではないかと内部的に議論をしたが、結局は、制度の速やかな創設と実施を図るために、

「3大陸方式」などの従来の制度体系を活用する方向で制度創設を急いだ経緯がある。介護保険法附則第4条にするとおり、施設体系については制度施行後10年を目途に検討することとされており、介護療養型医療施設の廃止を契機に、事業者に関する規制や福祉契約に関する規制の整備など、介護事業法の制定も視野にいれた検討が必要な時期に至っているといえるのではないだろうか。

注

- 1) 介護保険法制定時の法附則第2条において、法律の施行後5年を目途として介護保険制度全般について検討を加え、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講じられるべきものとする、と規定されていた。
- 2) 医療制度改革の一環として介護保険法改正により、介護療養型医療施設は2012年3月31日をもって廃止することとされた。2006年時点で、医療保険適用と介護保険適用（介護療養型医療施設）であわせて38万床ある療養病床（医療保険適用が25万床、介護保険適用が13万床）について、2012年3月末までに医療保険適用のみの15万床に削減することが決定された。他の療養病床については、老人保健施設やケアハウス等の高齢者介護施設への転換を図ることとされた。
- 3) 1994年4月、厚生省内に事務次官をトップとするプロジェクトチームである高齢者介護対策本部が設置され、その事務局に専任スタッフが配置された。筆者は、事務局創設時点の専任スタッフとして、介護保険制度を中心とする新しい高齢者介護システム創設の検討業務に従事した。
- 4) 介護保険法施行規則第21条において、「病状が定期的にあり、介護老人保健施設において、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を要する要介護者とする」と定義されている。
- 5) 2000（平成12）年度の概算要求ベースでは、老人保健制度の対象から除かれ介護保険制度に移行する老人医療費等は、老人保健施設や訪問看護療養費、療養型病床群等の1兆6,400億円を含め、総額2兆2,700億円と推計された（『月刊介護保険』1999年12月号）。2000年度の国民医療費の実績は、介護保険制度施行の影響により、対前年度比で約5千億円の減少となった。
- 6) 介護力強化型病院は主として老人慢性疾患

- 者の長期入院施設として整備されてきたが、療養型病床群と比較をして、1人あたりの病室の面積が狭く、食堂や浴室も必置でないなど、高齢者介護施設としては療養環境上問題があった。介護保険法では、制度施行後3年以内に政令で定める日までの間に経過的に介護療養型医療施設として認め、それ以降は継続して介護保険施設となるためには、療養型病床群への転換が必要であるとした。
- 7) たとえば、介護療養型医療施設に該当する病床に入院している患者が、透析等の複雑な処理・手術が必要になった場合や急性憎悪時においては、医療保険の適用される病棟に移って、医療保険から給付を受けることが原則となるが、緊急その他やむを得ない理由により、介護保険の適用病棟で複雑な処置、手術等の治療を行った場合でも医療保険から給付する、といった医療保険と介護保険の適用面での整理が必要となった。
 - 8) 実際には介護療養型医療施設の指定を受ける医療機関の病床数は少なく、介護保険法施行時点では約19万床が指定を受けると予想していたところ約11万床にとどまった。その後の伸びも、特別養護老人ホームや老人保健施設と異なり緩やかなものであった。
 - 9) 『わかりやすい社会福祉法』(2001年、中央法規出版) p.1。
 - 10) 第44回社会保障法学会(2003年11月)のテーマが「福祉契約をめぐる法的課題」であった。社会福祉サービス契約について社会保障法及びドイツ等の法制との比較法の観点から論じた研究書として、岩村正彦編『福祉サービス

契約の法的研究』(信山社、2007年2月)が参考になる。

- 11) 原田大樹「福祉契約の行政法学的分析」(九州大学『法政研究』69巻4号、2003年)
- 12) 日本の介護保険制度と比較考察をしながらドイツの介護保険制度における契約規制について論じたものとして倉田聰「ドイツの介護保険法における介護契約規制」(注10の『福祉サービス契約の法的研究』所収論文)。
- 13) 厚生労働省の「介護給付費実態調査」によれば、2006年11月審査分では、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の受給者数は12万2千人、特定施設入居者生活介護の受給者は8万5千人となっており、両者をあわせると特別養護老人ホーム(40万3千人)、老人保健施設(30万4千人)の入所者数に次ぐ規模となっている。

参考文献

- 岩村正彦編(2007)「福祉サービス契約の法的研究」信山社。
 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修(1996)「高齢者介護保険制度の創設について」ぎょうせい。
 社会福祉法研究会編(2001)「わかりやすい社会福祉法」中央法規出版。
 原田大樹(2003)「福祉契約の行政法学的分析」九州大学『法政研究』69巻4号 pp.109-150。
 増田雅暢(2000)「わかりやすい介護保険法(新版)」有斐閣。
 _____(2003)「介護保険見直しの争点」法律文化社。
 (ますだ・まさのぶ 上智大学教授)

施設系サービスと介護保険制度の持続可能性

菊 池 潤

I はじめに

2000 年の制度発足以降、介護保険の利用は一貫して拡大を続けてきた。利用拡大のベースには高齢者人口の増加があるが、要介護認定者、サービス受給者、そして、介護給付費と、いずれも高齢者人口を上回るペースで増加を続けてきたのが実態である。また、介護サービスを居宅サービスと施設サービスの 2 つに分類したときに、これまでの介護保険の拡大を牽引してきたのは居宅サービスであった。さらに居宅サービスの中でも特に高い伸びを示していたのが、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）と特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）の 2 つのサービスである。

これらのサービスは制度上は居宅サービスに分類されているが、サービス内容が施設サービスと類似しており、「居住系サービス」と呼ばれている。居住系サービスが急速に拡大した背景には、介護 3 施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）に対する総量規制とそれら施設サービスに対する超過需要の存在があるといわれている〔田近・菊池、2003〕。2005 年度の介護保険制度改革では、新たに居住系サービスを総量規制の対象とすることとしたが、居住系サービスと施設サービス（以下、施設系サービス）に対する超過需要が存在する限り、これまでの居住系サービスと同様の現象が発生すると考えられる。

これまでの利用状況から判断する限り、施設系サービスに対する需要には根強いものがある。したがって、高齢者人口が今後も増加していくことが予想される中で、それに見合った水準の施設系サービスの整備は避けられないと思われる。しかしながら、施設系サービスの整備を進めていくためには 2 つの課題がある。

第 1 の課題は保険財政への影響である。先述したとおり、これまでの利用拡大を牽引してきたのは居宅サービスであるが、依然として保険給付費の 5 割程度を施設系サービスが占めている。したがって、施設系サービスの整備は介護給付費や保険料水準、さらには、保険財政の視点からみた制度の持続可能性に大きな影響を与えることになる。第 2 の課題は介護労働者の確保である。介護労働者の雇用環境に関しては、低い賃金や高い離職率など、多くの問題が指摘されており、既に一部の事業所では労働力の確保が困難となっている¹⁾。今後、少子化が進展すると予想される中で、高齢者人口の増加に見合った介護労働者を確保していく必要がある。

以上の認識の下、本稿では介護需要の長期推計を行った上で、施設系サービスが保険財政に与える影響、および、施設系サービス整備に求められる必要労働力の 2 点について定量的把握を試みた。

本稿の推計結果（基準ケース）によれば、①要介護認定者は 2025 年度に 1.73 倍、2055 年度に 1.85 倍に拡大、②サービス受給者は、施設系サービスを中心に、認定者を上回るペースで拡大、

③介護給付費は実質単位で 2025 年度に 2.22 倍、2055 年度には 3.33 倍に拡大することになる。このとき、65 歳以上の第 1 号被保険者が負担する保険料（1 号保険料）は、2025 年度に月額 6,330 円（2005 年度価格、以下同じ）、2055 年度には月額 11,500 円にまで達することになり、いずれの年でも 1 号保険料の約 55% が施設系サービスの財源に充てられることになる。

一方で施設系サービスに必要とされる看護・介護職員は 2025 年度に 1.78 倍、2055 年度に 1.93 倍に達することになる。15 歳以上 65 歳未満の生産年齢人口に対する比率でみると、2005 年度の 0.55% に対して、2025 年度には 1.18%、2055 年度には 1.97% にまで達し、それぞれ 2005 年度水準の 2.12 倍、3.55 倍となる。

以上の結果から判断すると、現行水準の施設系サービスを整備していくことは、保険財政の視点から極めて困難であると言わざるを得ない。さらに労働市場を考慮した場合には、介護労働者の賃金上昇を通じて介護給付費はさらに拡大し、制度の持続可能性は一層低くなると思われる。今後も進展するとされている少子高齢化の中で、介護保険制度を長期的に維持していくためには、公的保険が行うべき給付水準、給付範囲について、再度検討する必要があると考える。

本稿の構成は以下のとおり。まず II において制度導入以降の介護保険制度の運営状況、および施設系サービスの整備状況について概観する。III では本稿で行う介護需要の長期推計の方法について述べたうえで、推計結果について述べる。IV では III の推計モデルをもとに、保険財政へ与える影響と必要労働力の 2 つの課題について検討する。V は本稿のまとめである。

II 介護保険の運営状況

1 介護保険の利用状況

2000 年の制度発足以降、介護保険の利用は着実に拡大している。まずはこれまでの介護保険の利用状況について概観する。表 1 は第 1 号被保険者、要介護認定者、サービス受給者、および、介

護給付費の推移を、2001 年から 2005 年についてまとめたものである（表中の数値は各年 10 月現在）。以下、順にみていくこととする。

介護保険の被保険者は 65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者からなるが、実際に介護サービスを利用できるのは基本的には第 1 号被保険者に限られる。2001 年から 2005 年にかけて、第 1 号被保険者は 2,279 万人から 2,549 万人まで増加しており、この間に第 1 号被保険者は 1.12 倍に拡大したことになる。

これらの第 1 号被保険者が実際に介護サービスを利用するためには、要介護認定の申請を行った上で、要支援、あるいは、要介護状態と認定される必要がある。これら要支援、あるいは要介護状態とされた個人（以下、要介護認定者）は、第 1 号被保険者の増加に伴って、同期間において 275 万人から 416 万人まで増加している。要介護認定者数は第 1 号被保険者数を上回るペースで増加しており、第 1 号被保険者に対する要介護認定者の割合（以下、認定率）が上昇してきたことを示している²⁾。いずれの要介護度においても認定者は増加しているが、特に顕著であるのが要支援・要介護 1 の軽度の認定者である。この間に、要支援は 1.98 倍、要介護 1 は 1.72 倍にまでそれぞれ拡大しており、この結果、これらの軽度認定者の比率が年々上昇していることがわかる。

受給者数についてみてみると、受給者合計は 2001 年の 215 万人から 2005 年の 338 万人まで増加している。2001 年との比較では 1.58 倍となっており、要介護認定者の増加ペースをさらに上回る。すなわち、認定率が上昇するとともに、要介護認定者に対する受給者の割合（以下、受給率）も上昇してきたことになる。

居宅・施設別にみると、両者の動きは若干異なっており、居宅受給者数は 2001 年から 2005 年にかけて 1.73 倍に拡大したのに対して、施設受給者数のそれは 1.22 倍にとどまっており、認定者の伸びを下回っている。すなわち認定者に占める施設受給者の割合は年々低下しており、受給者の拡大を牽引してきたのは主として居宅受給者であり、居宅受給率の上昇ということになる。施設受

表1 介護保険実施状況（2001年10月-2005年10月）

	実数					指数（2001年=1）				構成比					
	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
第1号被保険者数(千人)	22,787	23,568	24,206	24,783	25,494	1.00	1.03	1.06	1.09	1.12	-	-	-	-	-
要介護認定者数(千人)															
要支援	351	456	546	639	697	1.00	1.30	1.55	1.82	1.98	12.8%	14.2%	15.1%	16.3%	16.8%
要介護1	785	968	1,146	1,273	1,353	1.00	1.23	1.46	1.62	1.72	28.6%	30.2%	31.7%	32.4%	32.5%
要介護2	512	585	583	579	608	1.00	1.14	1.14	1.13	1.19	18.6%	18.2%	16.1%	14.7%	14.6%
要介護3	364	400	450	495	527	1.00	1.10	1.24	1.36	1.45	13.3%	12.5%	12.5%	12.6%	12.7%
要介護4	373	402	447	482	506	1.00	1.08	1.20	1.29	1.36	13.6%	12.5%	12.4%	12.3%	12.2%
要介護5	362	395	438	463	466	1.00	1.09	1.21	1.28	1.29	13.2%	12.3%	12.1%	11.8%	11.2%
合計	2,748	3,206	3,611	3,930	4,157	1.00	1.17	1.31	1.43	1.51	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
受給者数(千人)															
居宅計	1,503	1,888	2,178	2,423	2,599	1.00	1.26	1.45	1.61	1.73	70.0%	72.9%	74.8%	75.8%	76.9%
訪問通所計	1,441	1,800	2,059	2,263	2,401	1.00	1.25	1.43	1.57	1.67	67.2%	69.5%	70.7%	70.8%	71.0%
短期入所計	144	203	229	249	254	1.00	1.40	1.59	1.73	1.76	6.7%	7.8%	7.8%	7.5%	
居宅療養管理指導	152	173	185	191	199	1.00	1.14	1.22	1.26	1.31	7.1%	6.7%	6.4%	6.0%	5.9%
認知症対応型共同生活介護	13	26	47	76	99	1.00	1.94	3.55	5.72	7.48	0.6%	1.0%	1.6%	2.4%	2.9%
特定施設入所者生活介護	13	19	27	39	54	1.00	1.49	2.15	3.09	4.30	0.6%	0.7%	0.9%	1.2%	1.6%
居宅介護支援	1,427	1,794	2,053	2,259	2,399	1.00	1.26	1.44	1.58	1.68	66.5%	69.3%	70.5%	70.7%	71.0%
施設計	637	703	738	766	775	1.00	1.10	1.16	1.20	1.22	29.7%	27.1%	25.3%	24.0%	22.9%
介護老人福祉施設	303	329	345	361	372	1.00	1.09	1.14	1.19	1.23	14.1%	12.7%	11.8%	11.3%	11.0%
介護老人保健施設	233	250	263	275	286	1.00	1.07	1.13	1.18	1.23	10.8%	9.7%	9.0%	8.6%	8.5%
介護療養型医療施設	105	128	134	133	121	1.00	1.22	1.27	1.27	1.16	4.9%	4.9%	4.6%	4.2%	3.6%
合計	2,146	2,589	2,913	3,197	3,381	1.00	1.21	1.36	1.49	1.58	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
施設系サービス受給者数(千人)															
要支援	3	3	3	4	5	1.00	0.94	0.91	1.13	1.59	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	0.5%
要介護1	73	81	84	94	104	1.00	1.12	1.15	1.30	1.44	10.9%	10.8%	10.3%	10.7%	11.2%
要介護2	111	126	123	122	132	1.00	1.14	1.11	1.10	1.19	16.6%	16.8%	15.0%	13.8%	14.2%
要介護3	127	142	157	175	193	1.00	1.12	1.23	1.38	1.52	19.1%	18.9%	19.2%	19.8%	20.7%
要介護4	180	200	221	241	254	1.00	1.11	1.23	1.34	1.41	27.0%	26.6%	27.1%	27.3%	27.2%
要介護5	172	200	228	247	243	1.00	1.16	1.32	1.43	1.41	25.9%	26.6%	28.0%	28.0%	26.1%
合計	666	751	815	884	932	1.00	1.13	1.22	1.33	1.40	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
介護給付費(100万円/月)															
居宅計	114,243	152,546	180,911	200,300	215,027	1.00	1.34	1.58	1.75	1.88	34.9%	39.1%	42.4%	43.8%	48.9%
訪問通所計	97,675	124,248	144,091	152,727	161,983	1.00	1.27	1.48	1.56	1.66	29.9%	31.8%	33.8%	33.4%	36.8%
短期入所計	10,206	17,858	19,988	21,975	19,207	1.00	1.75	1.96	2.15	1.88	3.1%	4.6%	4.7%	4.8%	4.4%
居宅療養管理指導	1,333	1,561	1,537	1,618	1,747	1.00	1.17	1.15	1.21	1.31	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%
認知症対応型共同生活介護	2,869	5,690	10,657	17,371	23,023	1.00	1.98	3.71	6.05	8.02	0.9%	1.5%	2.5%	3.8%	5.2%
特定施設入所者生活介護	2,158	3,186	4,635	6,610	9,067	1.00	1.48	2.15	3.06	4.20	0.7%	0.8%	1.1%	1.4%	2.1%
居宅介護支援	10,720	13,407	17,859	19,664	20,937	1.00	1.25	1.67	1.83	1.95	3.3%	3.4%	4.2%	4.3%	4.8%
施設計	202,092	224,594	228,150	237,652	204,202	1.00	1.11	1.13	1.18	1.01	61.8%	57.5%	53.4%	51.9%	46.4%
介護老人福祉施設	91,573	99,334	99,533	104,663	89,374	1.00	1.08	1.09	1.14	0.98	28.0%	25.4%	23.3%	22.9%	20.3%
介護老人保健施設	69,223	75,067	76,526	80,756	71,984	1.00	1.08	1.11	1.17	1.04	21.2%	19.2%	17.9%	17.6%	16.4%
介護療養型医療施設	41,295	50,193	52,091	52,231	42,845	1.00	1.22	1.26	1.26	1.04	12.6%	12.9%	12.2%	11.4%	9.7%
合計	327,056	390,545	426,919	457,613	440,165	1.00	1.19	1.31	1.40	1.35	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
施設系サービス給付費(100万円/月)															
要支援	676	475	327	279	331	1.00	0.70	0.48	0.41	0.49	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%
要介護1	19,422	21,295	19,894	22,035	21,169	1.00	1.10	1.02	1.13	1.09	9.4%	9.1%	8.2%	8.4%	9.0%
要介護2	31,737	35,897	32,094	31,596	29,613	1.00	1.13	1.01	1.00	0.93	15.3%	15.4%	13.2%	12.1%	12.5%
要介護3	38,076	42,600	44,322	49,175	46,544	1.00	1.12	1.16	1.29	1.22	18.4%	18.2%	18.8%	19.7%	
要介護4	58,548	64,999	69,235	74,673	67,244	1.00	1.11	1.18	1.28	1.15	28.3%	27.8%	28.4%	28.5%	28.5%
要介護5	58,664	68,205	77,571	83,871	71,399	1.00	1.16	1.32	1.43	1.22	28.3%	29.2%	31.9%	32.1%	30.2%
合計	207,118	233,470	243,442	261,631	236,293	1.00	1.13	1.18	1.26	1.14	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、同「介護給付費実態調査」、国民健康保険中央会「認定者・受給者の状況」より筆者計算。

給者の伸びが低いのは、総量規制により供給量をコントロールしているためである³⁾。

居宅サービスの中でも特に高い伸びを見せていくのが認知症対応型共同生活介護（グループホー

ム）と特定施設入所者生活介護（ケアハウス、有料老人ホーム）の2つである。これらのサービスは介護保険制度では「居宅サービス」と分類され制度上「施設サービス」とは区別されているが、

施設サービスと類似した機能を持つ「居住系サービス」である⁴⁾。制度初期の介護保険の実施状況を検討した田近・菊池〔2003〕では、介護3施設に対する超過需要が発生する中で、施設に入所できない入所希望者が居住系サービスを代替的に利用している可能性を指摘しているが、依然として同様の動きが継続していると考えられる。施設系サービスに対する需要がいかに根強いものであるかを物語っている。

表中の「施設系サービス受給者数」は介護保険3施設と居住系サービス（以下、施設系サービス）の受給者数の推移を要介護度別に示したものである。認定者数の伸びと比較すると、要支援、要介護1では受給者数の伸びが認定者数の伸びを下回っているのに対し、要介護3以上では受給者数の伸びが認定者数の伸びを上回っている。これは、介護老人福祉施設を中心に依然として多くの待機者が発生する中で、重度の要介護認定者を優先した施設入所が行われているためである。軽度の要介護認定者に関しては、介護3施設の受給率が低下する一方で、居住系サービスの受給率が上昇しており、認定者数自体の増加とあいまって、重度要介護認定者と同様の伸び率となっている⁵⁾。

介護給付費は2001年の3,271億円から2005年の4,402億円にまで1.35倍に拡大している。居宅・施設別にみると、居宅給付費が1,142億円から2,150億円（1.88倍）、施設給付費が2,021億円から2,042億円（1.01倍）までそれぞれ増加しており、2005年現在で居宅と施設の比率はほぼ1対1となっている。介護給付費の伸びは受給者数の伸びを下回っており、受給者一人当たり給付費はこの間低下している。受給者一人当たり給付額が低下している理由としては、先にみたとおり、受給者数の増加を牽引してきたのが軽度要介護認定者であり居宅サービス受給者であることが影響していると考えられる⁶⁾。また、2005年の介護保険制度改革により、同年10月より施設入所者の居住費・食費が原則保険給付の適用除外となつたため、2005年10月の施設給付費は前年同月の給付費2,377億円を下回っている。このことも受給者一人当たり給付費を低下させていると考え

られる。

施設系サービス給付費を要介護度別にみると、ほぼ全ての要介護度で受給者数の伸びを下回っており、要介護度が低くなるほどその差は大きくなっている。これは、全ての要介護度で単価の低い居住系サービスの利用が進んでいるためである。特に軽度要介護度では介護3施設から居住系サービスに利用が移っているため、その影響が強くあらわれている。この結果、施設系サービス給付費の約8割を要介護3以上が占めることになっている。

以上の介護給付費の増加を受けて、第1号被保険者が負担する保険料（以下、第1号保険料）も上昇し続けている。介護保険制度では3年を1期とする事業運営期間ごとに保険料が設定されるが、全国平均の保険料は第1期（2000年度から2002年度）の2,911円（月額、以下同じ）から第2期（2003年度から2005年度）の3,293円まで上昇し、2006年度から始まった第3期では4,090円となり、月額6,000円を上回る市町村も存在する⁷⁾。このような中で早くも制度の持続可能性が危惧されているという現状である⁸⁾。

2 施設系サービスの状況

表2には2001年から2005年までの施設系サービスの整備状況がまとめてある（各年10月1日現在）。はじめに施設系サービス全体でみると、施設数、定員数とともに年々増加しており、特に定員数は第1号被保険者を上回るペースで増加している。この結果、第1号被保険者に対する施設系サービス定員数の比率は2001年の3.0%から2005年の3.8%にまで上昇している。

サービス別に整備状況をみてみると、表1の受給者数の推移と同様の動きがみられる。介護老人福祉施設、介護老人保健施設の整備状況についてみてみると、介護老人福祉施設では毎年200施設程度、介護老人保健施設については毎年100施設程度、それぞれ増加しており、いずれの施設も2001年から2005年にかけて施設数は1.2倍程度に増加している。定員数の伸びは施設数の伸びを上回っており、2001年から2005年にかけて1.22

表2 施設系サービスの整備状況（2001年10月-2005年10月）

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
施設数（実数）					
認知症対応型共同生活介護	1,273	2,210	3,665	5,449	7,084
特定施設入所者生活介護	-	-	-	904	1,375
介護老人福祉施設	4,651	4,870	5,084	5,291	5,535
介護老人保健施設	2,779	2,872	3,013	3,131	3,278
介護療養型医療施設	3,792	3,903	3,817	3,717	3,400
合計	12,495	13,855	15,579	18,492	20,672
施設数（指標、2001年=1）					
認知症対応型共同生活介護	1.00	1.74	2.88	4.28	5.56
特定施設入所者生活介護	-	-	-	-	-
介護老人福祉施設	1.00	1.05	1.09	1.14	1.19
介護老人保健施設	1.00	1.03	1.08	1.13	1.18
介護療養型医療施設	1.00	1.03	1.01	0.98	0.90
合計	1.00	1.11	1.25	1.48	1.65
定員数（実数）					
認知症対応型共同生活介護	13,847	25,935	48,275	76,998	102,302
特定施設入所者生活介護	-	-	-	-	63,326
介護老人福祉施設	314,192	330,916	346,069	363,747	383,326
介護老人保健施設	244,627	254,918	269,524	282,513	297,769
介護療養型医療施設	120,422	137,968	139,636	138,942	129,942
合計	693,088	749,737	803,504	862,200	976,665
定員数（指標、2001年=1）					
認知症対応型共同生活介護	1.00	1.87	3.49	5.56	7.39
特定施設入所者生活介護	-	-	-	-	-
介護老人福祉施設	1.00	1.05	1.10	1.16	1.22
介護老人保健施設	1.00	1.04	1.10	1.15	1.22
介護療養型医療施設	1.00	1.15	1.16	1.15	1.08
合計	1.00	1.08	1.16	1.24	1.41
定員数（構成比）					
認知症対応型共同生活介護	2.0%	3.5%	6.0%	8.9%	10.5%
特定施設入所者生活介護	-	-	-	-	6.5%
介護老人福祉施設	45.3%	44.1%	43.1%	42.2%	39.2%
介護老人保健施設	35.3%	34.0%	33.5%	32.8%	30.5%
介護療養型医療施設	17.4%	18.4%	17.4%	16.1%	13.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
施設（事業所）当たり定員数（人）					
認知症対応型共同生活介護	10.9	11.7	13.2	14.1	14.4
特定施設入所者生活介護	-	-	-	-	46.1
介護老人福祉施設	67.6	67.9	68.1	68.7	69.3
介護老人保健施設	88.0	88.8	89.5	90.2	90.8
介護療養型医療施設	31.8	35.3	36.6	37.4	38.2
合計	55.5	54.1	51.6	46.6	47.2
第1号被保険者一人当たり定員数	3.0%	3.2%	3.3%	3.5%	3.8%

注) 2003年以前の施設数合計欄、2004年以前の定員数合計欄、および、第1号被保険者一人当たり定員数は特定施設を除いた値である。

出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(各年)、同「介護保険事業状況報告」(各年10月)より筆者作成。

倍に拡大している。このように介護老人福祉施設と介護老人保健施設の2施設はほぼ同じペースで整備が行われているが、介護療養型医療施設で

は、施設数は2003年以降、定員数は2004年以降減少に転じている。この間、医療保険適用病床を含めた療養病床全体は増加しており、介護保険適

表3 施設系サービス従事者数の状況（2001年10月-2005年10月）

	常勤換算従事者数(人)					常勤換算従事者数(構成比)					受給者1000人当たり常勤換算従事者数				
	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
認知症対応型共同生活介護															
総数	9,566	18,616	35,907	57,918	82,152	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	724.7	727.2	767.2	767.1	831.5
看護師	228	428	694	1,096	1,235	2.4%	2.3%	1.9%	1.9%	1.5%	17.3	16.7	14.8	14.5	12.5
准看護師	304	569	1,092	1,776	2,248	3.2%	3.1%	3.0%	3.1%	2.7%	23.0	22.2	23.3	23.5	22.8
介護職員	8,641	16,836	32,365	52,813	70,040	90.3%	90.4%	90.1%	91.2%	85.3%	654.6	657.7	691.6	699.5	708.9
特定施設入所者生活介護															
総数	-	-	-	19,919	29,550	-	-	-	100.0%	100.0%	-	-	-	512.1	545.2
看護師	-	-	-	1,318	1,953	-	-	-	6.6%	6.6%	-	-	-	33.9	36.0
准看護師	-	-	-	1,057	1,586	-	-	-	5.3%	5.4%	-	-	-	27.2	29.3
介護職員	-	-	-	16,089	23,070	-	-	-	80.8%	78.1%	-	-	-	413.6	425.6
介護老人福祉施設															
総数	174,875	188,423	202,764	213,893	229,389	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	578.1	572.9	588.2	592.2	617.1
看護師	6,301	6,516	7,027	7,661	8,190	3.6%	3.5%	3.5%	3.6%	3.6%	20.8	19.8	20.4	21.2	22.0
准看護師	8,943	9,349	9,827	10,127	10,611	5.1%	5.0%	4.8%	4.7%	4.6%	29.6	28.4	28.5	28.0	28.5
介護職員	109,313	118,203	127,459	136,960	147,706	62.5%	62.7%	62.9%	64.0%	64.4%	361.4	359.4	369.8	379.2	397.4
介護老人保健施設															
総数	148,753	140,912	151,759	159,860	169,244	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	639.8	563.9	577.2	580.7	592.4
看護師	10,671	10,430	11,396	12,251	13,360	7.2%	7.4%	7.5%	7.7%	7.9%	45.9	41.7	43.3	44.5	46.8
准看護師	18,057	17,625	18,560	19,195	19,673	12.1%	12.5%	12.2%	12.0%	11.6%	77.7	70.5	70.6	69.7	68.9
介護職員	81,117	75,046	80,294	85,151	90,239	54.5%	53.3%	52.9%	53.3%	53.3%	348.9	300.3	305.4	309.3	315.9
介護療養型医療施設															
総数	96,872	110,770	114,050	112,065	99,955	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	924.4	868.8	854.3	843.9	824.0
看護師	13,113	16,205	17,260	17,213	15,292	13.5%	14.6%	15.1%	15.4%	15.3%	125.1	127.1	129.3	129.6	126.1
准看護師	22,906	25,865	26,139	25,200	21,743	23.6%	23.4%	22.9%	22.5%	21.8%	218.6	202.9	195.8	189.8	179.2
介護職員	41,880	47,491	46,701	45,929	41,391	43.2%	42.9%	40.9%	41.0%	41.4%	399.6	372.5	349.8	345.9	341.2

出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(各年), 同「介護給付費実態調査」(各年11月審査分)より筆者作成。

用病床から医療保険適用病床への転換が行われていると考えられる⁹⁾。結果として, 2005年の介護療養型医療施設の施設数は2001年の約9割となっており, 病床数についても2001年の1.08倍にとどまっている。

介護3施設の伸びが低い水準にとどまっているのに対し, 認知症対応型共同生活介護, 特定施設入所者生活介護は急速に拡大している。認知症対応型共同生活介護では2001年から2005年にかけて事業所数が5.56倍, 定員数が7.39倍に拡大している。特定施設入所者生活介護についてはデータの制約により比較ができないが, 2004年から2005年にかけて事業所数が1.52倍に拡大している。この結果, 施設系サービス全体の定員数に占める居住系サービスの比重は年々上昇しており, 2005年時点では認知症対応型共同生活介護が10.5%, 特定施設入所者生活介護が6.5%となっており, 両者で全体の17%を占めるまでになっている。

同期間ににおける施設系サービスの従事者数についてまとめたものが表3である(各年10月1日現在)。いずれの施設でみても, 従事者総数に対

する看護職員(看護師・准看護師)・介護職員の比率は7割を上回っており, これらの看護・介護職員が施設系サービスを支える中心的な職種と考えることができるだろう。換言すれば, 今後施設系サービスの整備を行っていくうえで, これらの労働力をいかに確保するかが大きな課題となってくる。

施設別にみると, 当然のことではあるが, 各施設の人員配置基準を反映した特徴がみられる。すなわち, 医療系のサービスを提供する介護療養型医療施設や介護老人保健施設では看護職員が多く配置されており, 構成比, 受給者1000人当たり常勤換算従事者数いずれの指標でみても, 介護療養型医療施設が最も高く, 以下, 介護老人保健施設, 特定施設入所者生活介護, 介護老人福祉施設, 認知症対応型共同生活介護と続く。介護職員に関する指標はほぼ逆の順序となっており, 構成比では認知症対応型共同生活介護が最も高く, 以下, 特定施設入所者生活介護, 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設と続く。受給者1000人当たり常勤換算従事者数の場合もほぼ同じ順序となっているが, 介護療養型医

療施設が介護老人保健施設を上回っている。

III 介護給付費の将来推計

1 推計方法

介護給付の将来推計は厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」や幾つかの先行研究の中でこれまでに行われてきた¹⁰⁾。本稿では厚生労働省推計（2004年10月推計）を再現した田近・菊池[2004]と同様の機械的計算に基づいた推計を行った。具体的には、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口—2006年12月推計ー」（出生中位・死亡中位）をもとに、要介護認定者、受給者、および、給付費の3つについて、2005年度から2055年度までの長期推計を行った。以下、それぞれの計算方法について述べる。

要介護認定者数の推計は性別・年齢階級別・要介護度別に行われ、性別・年齢階級別・第1号被保険者数（65歳以上人口）に性別・年齢階級別・要介護度別・認定率（第1号被保険者に占める要介護認定者の割合）を乗じることによって算出される。ただし、年齢階級は「65歳以上75歳未満」と「75歳以上」の2階級であり、認定率は2005年10月時点の水準で一定と仮定されている。第1号被保険者数は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」より年齢階級別・第1号被保険者数が得られる。さらに、総務省統計局「国勢調査」掲載の性別・年齢階級別・総人口から各年齢階級の男女比を計算し、同比率を用いて先の年齢階級別・第1号被保険者を性別に按分した。以上の性別・年齢階級別・第1号被保険者数と国民健康保険中央会「認定者・受給者の状況」から得られる性別・年齢階級別・要介護度別・認定者数を用いて、性別・年齢階級別・要介護度別・認定率を算出した¹¹⁾。

受給者数の推計は年齢階級別・要介護度別・サービス種別に行われ、上で推計された年齢階級別・要介護度別・認定者数に年齢階級別・要介護度別・サービス種別・受給率を乗じることによって算出される¹²⁾。ここで、受給率は認定者に対する受給者の割合であり、2005年10月時点の水準

で一定と仮定している。また、サービス種類は訪問看護所、短期入所、居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、および、介護療養型医療施設の9つに分類されている。年齢階級別・要介護度別・サービス種別・受給率は、厚生労働省「介護給付費実態調査」掲載の年齢階級別・要介護度別・サービス種別・受給者数を先の年齢階級別・要介護度別・認定者数で除すことによって、算出した。

給付費の推計は要介護度別・サービス別に行われ、上で推計された要介護度別・サービス種別・受給者数に・要介護度別・サービス種別・受給者一人当たり給付費を乗じることによって算出される。要介護度別・サービス種別・受給者一人当たり給付費（年額）は、厚生労働省「介護給付費実態調査」掲載の要介護度別・サービス種別・給付費を先の要介護度別・サービス種別・受給者数で除し、12（月）を乗じることによって算出した。なお、受給者一人当たり給付費は2005年10月時点の水準を基点として、（実質）賃金成長率に応じて上昇するものと仮定している¹³⁾。

以上が本稿の基準となる推計（以下、基準ケースと呼ぶ）の算出方法となるが、療養病床の再編が行われたケースについても合わせて推計を行った。厚生労働省は、現在25万床ある医療保険適用病床（以下、医療療養病床）と13万床ある介護保険適用病床（以下、介護療養病床）について、2012年度までに医療療養病床を15万床まで削減し、介護療養病床を廃止する方針を示しており、残りの施設については老人保健施設や特定施設などへの転換を促すとしている。また、2006年度診療報酬改定では、医療の必要性による区分（医療区分）やADLの状況による区分（ADL区分）に基づいた療養病棟入院基本料が導入された。再編後の（医療保険適用）療養病床では医療の必要性が高い医療区分2、3を中心に受け入れ、医療区分1に該当する患者は介護施設等で対応するとされている。

療養病床の再編が行われた場合の介護給付費推計を以下のように行った。まず推計人口と年齢階

級別・医療療養病床利用率を用いて再編前の医療療養病床利用者数を算出した。次に、医療療養病床利用者、介護療養病床利用者それぞれの一定割合を医療区分1とみなし、療養病床再編後にはこれらの医療区分1利用者が介護老人保健施設か特定施設のいずれかを利用するものとして推計を行った（推計方法の詳細は補論参照）。

2 推計結果

結果は表4にまとめてある。以下、認定者、受給者、給付費の順に推計結果について簡単にまとめ、最後に人口推計の仮定が推計結果に与える影響について述べる。

要介護認定者は2005年度の416万人から2025年度には718万人、2055年度には771万人までそれぞれ拡大し、2005年度に比べてそれぞれ

2025年度には1.73倍、2055年度には1.85倍に達すると予想される。要介護度別にみると、要支援や要介護1といった軽度の認定者に比べて、要介護3以上の重度認定者の伸びが高くなっている。後期高齢者の認定率は前期高齢者に比べて高く、要介護度が高いほど両者の違いは顕著となる。このため、後期高齢者比率が上昇するもとでは、重度認定者の伸びが軽度に比べて高くなる。

次に受給者数についてみてみると、2005年度から2025年度にかけて1.72倍から1.80倍にまで拡大する。同様に2055年度には1.84倍から1.95倍にまで拡大することが予想されている。サービス別にみると、介護療養型医療施設を除く施設系サービスの伸びが他と比べて若干高くなっている。認定者のときと同様に、これらのサービス受給率が高い後期高齢者の比率が上昇していく

表4 推計結果

	実数						指数（2005年=1）					
	2005年度	2015年度	2025年度	2035年度	2045年度	2055年度	2005年度	2015年度	2025年度	2035年度	2045年度	
要介護認定者数（千人）												
要支援	697	965	1,190	1,228	1,241	1,273	1.00	1.38	1.71	1.76	1.78	1.83
要介護1	1,353	1,877	2,325	2,398	2,424	2,492	1.00	1.39	1.72	1.77	1.79	1.84
要介護2	608	847	1,052	1,085	1,097	1,130	1.00	1.39	1.73	1.78	1.80	1.86
要介護3	527	735	917	945	955	987	1.00	1.40	1.74	1.79	1.81	1.87
要介護4	506	705	884	912	920	953	1.00	1.40	1.75	1.80	1.82	1.88
要介護5	466	649	810	836	844	871	1.00	1.39	1.74	1.79	1.81	1.87
合計	4,157	5,778	7,176	7,404	7,480	7,706	1.00	1.39	1.73	1.78	1.80	1.85
受給者数（千人）												
訪問通所計	2,401	3,332	4,121	4,251	4,297	4,417	1.00	1.39	1.72	1.77	1.79	1.84
短期入所計	253	355	450	464	468	487	1.00	1.40	1.78	1.83	1.85	1.92
居宅療養管理指導	199	278	348	359	362	375	1.00	1.40	1.75	1.80	1.82	1.89
認知症対応型共同生活介護	99	138	176	182	183	191	1.00	1.40	1.79	1.84	1.86	1.94
特定施設入所者生活介護	55	77	98	101	102	106	1.00	1.41	1.80	1.86	1.87	1.95
居宅介護支援	2,400	3,331	4,122	4,252	4,298	4,419	1.00	1.39	1.72	1.77	1.79	1.84
介護老人福祉施設	372	522	664	685	690	720	1.00	1.40	1.78	1.84	1.86	1.94
介護老人保健施設	286	401	510	526	530	553	1.00	1.40	1.78	1.84	1.86	1.94
介護療養型医療施設	121	169	213	220	222	231	1.00	1.40	1.76	1.82	1.84	1.91
医療区分1												
介護療養病床	70	97	123	127	128	133						
医療療養病床	114	158	196	202	204	210						
合計	183	256	319	328	332	343						
給付費（10億円／年、2005年価格）												
訪問通所計	1,944	3,069	4,230	4,867	5,490	6,293	1.00	1.58	2.18	2.50	2.82	3.24
短期入所計	230	367	518	596	670	777	1.00	1.59	2.25	2.59	2.91	3.37
居宅療養管理指導	21	33	47	54	60	70	1.00	1.59	2.22	2.56	2.88	3.32
認知症対応型共同生活介護	276	442	626	721	811	944	1.00	1.60	2.27	2.61	2.94	3.42
特定施設入所者生活介護	109	174	248	286	321	375	1.00	1.60	2.28	2.63	2.95	3.44
居宅介護支援	251	397	548	630	711	815	1.00	1.58	2.18	2.51	2.83	3.25
介護老人福祉施設	1,073	1,713	2,429	2,798	3,145	3,658	1.00	1.60	2.26	2.61	2.93	3.41
介護老人保健施設	864	1,380	1,956	2,253	2,533	2,946	1.00	1.60	2.26	2.61	2.93	3.41
介護療養型医療施設	514	818	1,150	1,325	1,490	1,726	1.00	1.59	2.24	2.58	2.90	3.36
合計	5,282	8,393	11,752	13,531	15,232	17,604	1.00	1.59	2.22	2.56	2.88	3.33
合計（特定施設）	5,282	8,341	11,666	13,430	15,122	17,468	1.00	1.58	2.21	2.54	2.86	3.31
合計（老健）	5,282	8,537	11,939	13,744	15,476	17,876	1.00	1.62	2.26	2.60	2.93	3.38

注) 表中「合計（特定施設）」は医療区分1相当の療養病床利用者数が2012年度以降特定施設を利用したケースを、「合計（老健）」は介護老人保健施設を利用したケースを表す。

出所) 筆者計算。

表5 人口推計の影響

	指数(2005年度=1)						基準ケースとの差					
	死亡低位		死亡中位		死亡高位		死亡低位		死亡中位		死亡高位	
	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度
認定者数 合計	1.77	1.96	1.73	1.85	1.68	1.75	0.05	0.11	0.00	0.00	-0.05	-0.10
受給者数 認知症対応型共同生活介護	1.84	2.05	1.79	1.94	1.73	1.82	0.05	0.11	0.00	0.00	-0.05	-0.11
特定施設入所者生活介護	1.85	2.07	1.80	1.95	1.74	1.84	0.05	0.12	0.00	0.00	-0.05	-0.11
介護老人福祉施設	1.84	2.05	1.78	1.94	1.73	1.82	0.05	0.11	0.00	0.00	-0.05	-0.11
介護老人保健施設	1.84	2.05	1.78	1.94	1.73	1.82	0.05	0.11	0.00	0.00	-0.05	-0.11
介護療養型医療施設	1.81	2.02	1.76	1.91	1.71	1.80	0.05	0.11	0.00	0.00	-0.05	-0.11
給付額 合計	2.29	3.53	2.22	3.33	2.16	3.14	0.06	0.19	0.00	0.00	-0.06	-0.19

出所) 筆者計算。

ためである。さらに、介護老人福祉施設、介護老人保健施設に関しては、要介護度が高いほど受給率が高くなることから、上で述べた認定者の重度化の影響も受けることになる。

表中の「医療区分1」は、療養病床再編前の入院患者のうち医療区分1相当の者を表している。2025年度では介護療養型医療施設の利用者21.3万人のうち医療区分1相当は12.3万人となり、これらの患者は介護老人保健施設や特定施設を利用することになる。さらに、医療療養病床入院患者のうち19.6万人が医療区分1相当となり、これらの患者は新たに介護保険でサービスを受けることになる。この結果、療養病床再編後の介護保険受給者数は、基準ケースに比べて2025年度で10.6万人、2055年度で11.2万人それぞれ拡大することになる。

給付費についてみてみると、2025年度で11.8兆円、2055年度では17.6兆円に達し、2005年度との比較ではそれぞれ2.2倍、3.3倍にまで達することになる（金額は2005年度価格、以下同じ）¹⁴⁾。表中の「合計（特定施設）」、「合計（老健）」は療養病床再編が行われた場合の給付費合計を示しており、前者は医療区分1相当患者が全て特定施設を利用した場合の、後者は老人保健施設を利用した場合の給付費を表している。特定施設を利用した場合の給付費は2025年度11.7兆円、2055年度17.5兆円となり、再編前に比べて給付費は抑制されることになる。一方で、老人保健施設を利用した場合には、2025年度11.9兆円、2055年度17.9兆円となり、再編前に比べて

給付費は上昇することになる¹⁵⁾。

最後に人口推計の仮定が推計結果に与える影響について検討する。先述したように、以上の推計結果は出生中位・死亡中位推計に基づいているが、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計では出生仮定・死亡仮定それぞれについて3通り、計9通りの推計が行われている。

表5には死亡仮定を変更した3ケースの結果がまとめてある¹⁶⁾。表5の「死亡中位」が基準ケースに相当する。当然のことであるが、死亡率を低く設定した「死亡低位」推計が認定者、受給者、給付費ともに最も高くなり、「死亡高位」推計が最も低くなる。表5右列には基準ケースとの差が示してある。これをみると、2025年度の認定者数、受給者数は上下0.05ポイント、2055年度では上下0.11ポイント程度の変動が生じることになる。給付費は認定者数、受給者数に比べて変動幅が大きくなり、2025年度で上下0.06ポイント、2055年度で上下0.19ポイントの変動となる。

IV 施設系サービスの課題

IIIでみたとおり、高齢者人口の増加にともない、今後も介護給付費が拡大していくことが予想され、特に後期高齢者比率の上昇、あるいは、重度認定者の増加によって、施設系サービスに対する需要はますます大きくなると考えられる。以下では、施設系サービスの拡大が保険財政に与える影響、および、施設系サービスに必要となるマン

パワーについて検討する。

1 施設系サービスが介護保険財政に与える影響—1号保険料の長期推計—

ここではIIIの推計結果に基づいて、第1号被保険者が負担する保険料（1号保険料）の長期推計を行う。介護保険制度では3年を1期とする事業運営期間ごとに保険料が設定されているが、保険給付費の5割を公費で、残りの5割を保険料で賄うこととされている。保険料は第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者がそれぞれ負担することになるが、両者の負担割合はそれぞれの被保険者数に応じて決定される。したがって、1号保険料の水準は

$$\begin{aligned} \text{1号保険料} &= [0.5 \times \text{介護給付費} \times (\text{第1号被保険者数/被保険者数})] / \text{第1号被保険者数} \\ &= 0.5 \times \text{介護給付費/被保険者数} \end{aligned}$$

となる。以下では簡単化のために、各年度収支が均衡するものとして1号保険料を算出した。

結果は表6にまとめてある。表6には人口推計の仮定に応じた9つの結果を掲載しているが、表中央の「出生中位」「死亡中位」が基準ケースに相当する。基準ケースでは、1号保険料は2025年度に月額6,330円（2005年度価格、以下同じ）となり2005年度のほぼ2倍の水準に達する。このうち5割以上の3,453円が施設系サービスの財源に充てられることになる。同様に、2055年度には2005年度の3.6倍に相当する11,500円となり、6,303円が施設系サービスの財源となる。いずれの年度においても1号被保険者は増加、2号被保険者は減少していくことが予想されているが、2055年度には後者が前者を上回るため、2005年度から2055年度にかけての1号保険料の伸びは給付費の伸びを上回ることになる。人口推計の仮定を考慮した場合には、「出生低位」

表6 推計結果：1号保険料

	実数						指数（2005年度=1）					
	死亡低位		死亡中位		死亡高位		死亡低位		死亡中位		死亡高位	
	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度
出生低位												
再編前												
合計	6,439	12,011	6,330	11,663	6,219	11,305	2.03	3.78	1.99	3.67	1.96	3.56
施設系サービス相当	3,514	6,589	3,453	6,393	3,391	6,191	2.06	3.87	2.03	3.75	1.99	3.63
再編後（特定施設）												
合計	6,392	11,918	6,284	11,573	6,174	11,218	2.01	3.75	1.98	3.65	1.94	3.53
施設系サービス相当	3,467	6,496	3,407	6,303	3,345	6,103	2.03	3.81	2.00	3.70	1.96	3.58
再編後（老健）												
合計	6,541	12,197	6,431	11,844	6,318	11,480	2.06	3.84	2.03	3.73	1.99	3.62
施設系サービス相当	3,617	6,775	3,554	6,573	3,490	6,365	2.12	3.98	2.09	3.86	2.05	3.73
出生中位												
再編前												
合計	6,439	11,846	6,330	11,500	6,219	11,143	2.03	3.73	1.99	3.62	1.96	3.51
施設系サービス相当	3,514	6,499	3,453	6,303	3,391	6,102	2.06	3.81	2.03	3.70	1.99	3.58
再編後（特定施設）												
合計	6,392	11,755	6,284	11,411	6,174	11,056	2.01	3.70	1.98	3.59	1.94	3.48
施設系サービス相当	3,467	6,408	3,407	6,214	3,345	6,016	2.03	3.76	2.00	3.65	1.96	3.53
再編後（老健）												
合計	6,541	12,030	6,431	11,678	6,318	11,314	2.06	3.79	2.03	3.68	1.99	3.56
施設系サービス相当	3,617	6,682	3,554	6,481	3,490	6,274	2.12	3.92	2.09	3.80	2.05	3.68
出生高位												
再編前												
合計	6,439	11,707	6,330	11,361	6,219	11,005	2.03	3.69	1.99	3.58	1.96	3.47
施設系サービス相当	3,514	6,422	3,453	6,227	3,391	6,026	2.06	3.77	2.03	3.65	1.99	3.54
再編後（特定施設）												
合計	6,392	11,617	6,284	11,274	6,174	10,920	2.01	3.66	1.98	3.55	1.94	3.44
施設系サービス相当	3,467	6,332	3,407	6,140	3,345	5,941	2.03	3.72	2.00	3.60	1.96	3.49
再編後（老健）												
合計	6,541	11,889	6,431	11,537	6,318	11,175	2.06	3.75	2.03	3.63	1.99	3.52
施設系サービス相当	3,617	6,604	3,554	6,403	3,490	6,196	2.12	3.87	2.09	3.76	2.05	3.64

注) 「再編後（特定施設）」は2012年度以降、全ての医療区分1相当の療養病床利用者が特定施設を利用したケース、「再編後（老健）」は老人保健施設を利用したケースを表す。

出所) 筆者計算。

「死亡低位」が最も高くなり、「出生高位」「死亡高位」が最も低くなる。2025年度では6,219円から6,439円と200円程度の開きが生じ、2055年度では11,005円から12,011円で千円程度の開きが生じることになる。

この保険料の半分以上が施設系サービスの財源であり、今後の施設系サービスのあり方を考えるうえで、保険財政への影響が極めて大きいことをあらわしている。

1号保険料の大部分は年金からの天引き（特別徴収）となっているが、保険料の上昇とともに制度不信が生じる可能性は否定できない。特に、1号保険料の5割以上が充当される施設系サービスの利用者は第1号被保険者の4%程度に過ぎず、あまりに高い保険料水準のもとでは強制加入の公的保険を維持することは困難と思われる。当然、普通徴収の場合には保険料の徴収リスクが直接顕在化することになる。

2 施設系サービスの必要従事者数

次に、前節の推計結果に基づいて、施設系サービスに必要となる従事者数について検討する。以下では、施設系サービスの従事者の7割以上を占める看護・介護職員についてのみ検討する。ここでは各施設の職種別・常勤換算従事者数をサービス種別・受給者数にサービス種別・職種別・受給者1000人当たり常勤換算従事者数を乗じることによってサービス種別・職種別・常勤換算従事者数を算出した。なお、サービス種別・職種別・常勤換算従事者数には表3の値（2005年）を用いている。

結果は表7にまとめてある。基準ケースについてみてみると、2025年度の常勤換算看護・介護従事者数は2005年度の1.78倍、2055年度では1.93倍にまで達することになる。療養病床の再編が行われた場合には、必要となる看護職員は抑えられるが、より多くの介護職員が必要とされる

表7 推計結果：施設系サービスの常勤換算従事者数

	実数						指標（2005年度=1）					
	2005年度	2015年度	2025年度	2035年度	2045年度	2055年度	2005年度	2015年度	2025年度	2035年度	2045年度	2055年度
実数（千人）												
再編前												
看護師	40	56	71	73	74	77	1.00	1.40	1.78	1.83	1.85	1.92
准看護師	56	78	99	102	103	107	1.00	1.40	1.78	1.83	1.85	1.92
介護職員	372	523	664	685	691	720	1.00	1.40	1.78	1.84	1.85	1.93
計	468	657	834	861	868	904	1.00	1.40	1.78	1.84	1.85	1.93
再編後（特定施設）												
看護師	40	44	56	57	58	60	1.00	1.10	1.39	1.44	1.45	1.51
准看護師	56	55	70	73	73	76	1.00	0.99	1.26	1.30	1.31	1.36
介護職員	372	574	727	750	756	787	1.00	1.54	1.95	2.01	2.03	2.11
計	468	673	853	880	887	924	1.00	1.44	1.82	1.88	1.90	1.97
再編後（老健）												
看護師	40	47	59	61	61	64	1.00	1.17	1.48	1.52	1.54	1.60
准看護師	56	66	83	86	86	90	1.00	1.17	1.48	1.53	1.54	1.61
介護職員	372	546	692	714	720	750	1.00	1.47	1.86	1.92	1.93	2.01
計	468	658	834	860	867	903	1.00	1.41	1.78	1.84	1.85	1.93
生産年齢人口に対する比率（%）												
再編前												
看護師	0.05	0.07	0.10	0.12	0.14	0.17	1.00	1.54	2.11	2.46	2.94	3.54
准看護師	0.07	0.10	0.14	0.16	0.19	0.23	1.00	1.54	2.11	2.46	2.94	3.54
介護職員	0.44	0.68	0.94	1.09	1.30	1.57	1.00	1.54	2.12	2.47	2.95	3.55
計	0.55	0.86	1.18	1.37	1.64	1.97	1.00	1.54	2.12	2.47	2.95	3.55
再編後（特定施設）												
看護師	0.05	0.06	0.08	0.09	0.11	0.13	1.00	1.21	1.66	1.93	2.31	2.77
准看護師	0.07	0.07	0.10	0.12	0.14	0.17	1.00	1.09	1.50	1.74	2.09	2.51
介護職員	0.44	0.75	1.02	1.19	1.43	1.71	1.00	1.69	2.32	2.70	3.24	3.88
計	0.55	0.88	1.20	1.40	1.67	2.01	1.00	1.58	2.17	2.52	3.02	3.62
再編後（老健）												
看護師	0.05	0.06	0.08	0.10	0.12	0.14	1.00	1.28	1.76	2.05	2.45	2.94
准看護師	0.07	0.09	0.12	0.14	0.16	0.20	1.00	1.29	1.77	2.06	2.46	2.95
介護職員	0.44	0.71	0.97	1.13	1.36	1.63	1.00	1.61	2.21	2.57	3.08	3.70
計	0.55	0.86	1.17	1.37	1.64	1.97	1.00	1.54	2.12	2.47	2.95	3.54

注) 表6に同じ。

出所) 筆者計算。

表8 施設系サービス常勤換算従事者数（対生産年齢人口、%）

	実数						指数（2005年度=1）					
	死亡低位		死亡中位		死亡高位		死亡低位		死亡中位		死亡高位	
	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度	2025年度	2055年度
出生低位												
再編前	1.21	2.27	1.18	2.15	1.15	2.03	2.19	4.09	2.13	3.87	2.07	3.65
再編後（特定施設）	1.24	2.32	1.21	2.19	1.17	2.07	2.24	4.18	2.18	3.95	2.12	3.73
再編後（特定施設）	1.21	2.27	1.18	2.14	1.15	2.02	2.19	4.08	2.13	3.87	2.07	3.65
出生中位												
再編前	1.21	2.08	1.18	1.97	1.14	1.86	2.18	3.75	2.12	3.55	2.06	3.35
再編後（特定施設）	1.23	2.12	1.20	2.01	1.17	1.90	2.23	3.83	2.17	3.62	2.11	3.42
再編後（老健）	1.21	2.08	1.17	1.97	1.14	1.86	2.18	3.75	2.12	3.54	2.06	3.35
出生高位												
再編前	1.20	1.88	1.17	1.78	1.14	1.68	2.17	3.40	2.11	3.21	2.05	3.03
再編後（特定施設）	1.23	1.92	1.20	1.82	1.16	1.72	2.22	3.47	2.16	3.28	2.10	3.10
再編後（老健）	1.20	1.88	1.17	1.78	1.14	1.68	2.17	3.39	2.11	3.21	2.05	3.03

注) 表6に同じ。

出所) 筆者計算。

ことになる。高齢者の増加に伴う利用者の拡大により必要となる労働力は当然拡大するわけであるが、これらの人材を少子化が進行する中で確保していくことが求められる。表7下段には15歳以上65歳未満の生産年齢人口に対する看護・介護職員の比率（以下、対生産年齢人口比率）をまとめてある。対生産年齢人口比率は2025年度に1.18%，2055年度には1.97%にまで上昇し、2005年度との比較では、2025年度で2.12倍、2055年度には3.55倍の水準に達することになる。さらに、人口推計の影響を考慮した結果が表8である（結果は対生産年齢人口比率のみを掲載）。対生産年齢人口比率が最も低くなる出生高位・死亡高位のケースでは、2025年度には2005年度の2.05倍、2055年度では3.03倍となる。逆に対生産年齢人口比率が最も高くなる出生低位・死亡低位のケースでは、2025年度には2005年度の2.19倍、2055年度には実に4.09倍にまで上昇することになる。

V 結語

2000年の制度発足以降、一貫して拡大を続けてきた介護保険制度であるが、早くも制度の持続可能性が疑問視されている。しかしながら、介護を必要とする高齢者は今後も増加していくと考えられ、保険財政に大きな影響を与える施設サービスや居住系サービスについても一定水準の整備を

行っていくことが避けられないだろう。同時に、拡大する介護需要を支える介護労働者を、少子化が進行する中で、いかに確保していくかは、介護サービス全体に当たはまる大きな課題である。本稿では以上の問題認識の下、居住系サービスを含む施設系サービスが介護保険財政に与える影響、および、それらの施設系サービスを支える必要労働力の2点について定量的把握を試み、そこから得られる結果をもとに、介護保険制度の持続可能性について検討を行った。

はじめに、2001年から2005年までの介護保険制度の実施状況、施設系サービスの整備状況、および施設系サービスの従事者の状況について概観した。その後、本稿の分析の基礎となる介護給付費推計の推計方法、および、その結果について述べた。本稿の推計結果によれば、①要介護認定者は2025年度に1.73倍、2055年度に1.85倍に拡大、②サービス受給者は、施設系サービスを中心に、認定者を上回るペースで拡大、③介護給付費は2025年度に2.22倍、2055年度には3.33倍に拡大、することになる。

以上の推計結果をもとに、施設系サービスの整備が保険財政に与える影響とそれにともなう必要労働力の定量的把握を試みた。保険財政に与える影響を測る指標としては第1号被保険者が負担する保険料（1号保険料）を取りあげた。基準ケースでは、1号保険料は2025年度に月額6,330円、2055年度には月額11,500円にまで達し、こ

のうち5割以上が施設系サービスに充当されることになる。2006年度から始まった第3期事業運営期間の1号保険料は全国平均で月額4,090円であり、第1期、第2期ともに多くの保険者が財政安定化基金からの貸付・交付を受けているのが現状である。このことを踏まえると、現状水準で制度を長期的に維持していくことは財政的に困難であるといわざるを得ない。

一方で施設系サービスに必要とされる看護・介護職員は2025年度に1.78倍、2055年度に1.93倍に達することになる。15歳以上65歳未満の生産年齢人口に対する比率でみると、それぞれ2005年度水準の2.12倍、3.55倍となる。筆者らが行ったヒアリング調査では、多くの産業が集積し人件費の高い都市部において、現在の報酬水準の下で良質な労働力を確保することは既に困難となっているとの意見が聞かれた¹⁷⁾。今後、この傾向はますます強くなり、介護労働者の賃金上昇圧力へつながっていくことが予想される。このことは、介護給付費、保険料水準の更なる上昇へとつながり、制度維持を一層困難なものとすることになる。

2005年度の介護保険制度改革では、居住系サービスの事業者指定が見直された。具体的には、認知症対応型共同生活介護や地域密着型特定施設の指定権限が市町村長に移り、市町村が定める必要整備量を上回るときには市町村長は指定を拒否することが可能となった。同様に、地域密着型以外の特定施設に関しては、都道府県が定める必要整備量を上回る場合には都道府県知事が指定を拒否することができることになった。すなわち、これまで介護3施設を対象としていた総量規制を居住系サービスにまで拡大したことになる。

以上の制度改正により、グループホームや有料老人ホームの伸びは抑制されると思われるが、本質的な問題解決につながるかどうかは疑問である。介護3施設に対する総量規制が敷かれる中で、規制の枠外にあるグループホームや有料老人ホームが拡大してきたように、施設系サービスに対する超過需要が存在する限り、新たなサービス形態が模索されると考えられる。実際、高齢者専

用賃貸住宅での居宅サービスの提供など、新たなビジネスモデルが模索されている¹⁸⁾。

このように施設系サービスに対する需要は根強く、一定水準の整備は不可欠と思われる。同時に、本稿の分析結果から明らかになったことは現行制度の維持は困難であるということである。したがって、検討すべきは給付水準を含めた給付範囲の見直しではないだろうか。端的な例としては介護老人福祉施設の個室化の動きが挙げられる。厚生労働省は、個室割合が15%である介護老人福祉施設について、ユニット型個室の割合を2012年度までに70%に引き上げる目標を掲げている¹⁹⁾。介護老人福祉施設の利用が低所得者中心であり、保険財源によって食費・居住費の補助が行われていることを考慮すると、公的保険で保障するサービス水準として妥当かどうか、再度検討する必要があるのではないだろうか。公的保険を補完する民間保険の活用なども含めて、公的保険が果たすべき役割について再検討が望まれる。

補論：療養病床再編を考慮した場合の推計方法

療養病床再編前の医療療養病床利用者数は年齢階級別・第1号被保険者数に年齢階級別・医療療養病床利用率を乗じることで算出される。ただし、医療療養病床利用率は2005年の水準で一定と仮定している。医療療養病床利用率を計算するためには、年齢階級別・医療療養病床利用者数が必要となるが、以下の手順により算出した。まず、厚生労働省「患者調査」掲載の年齢階級別・介護療養病床推計入院患者数、医療療養病床推計入院患者数を用いて、医療療養病床と介護療養病床の利用者比率を年齢階級別に計算した。さらに同比率と先述した年齢階級別・介護療養型医療施設受給者数を用いて、年齢階級別・医療療養病床利用者数を計算した。以上の年齢階級別・医療療養病床利用者数を年齢階級別・第1号被保険者で除すことによって、年齢階級別・医療療養病床利用率を算出した。

以上の手順により算出された再編前の療養病床利用者のうち医療区分1相当の入院患者が介護老人保健施設、あるいは、特定施設へ移行すると仮

定した。本稿では医療療養病床利用者数の50.2%，介護療養病床受給者数の57.5%を医療区分1相当とみなした²⁰⁾。なお、医療区分1以外の介護療養病床受給者は（再編後の）医療療養病床へ移行するものとし、介護保険の受給者からは除外されることになる。移行患者の利用者一人当たり給付額については、療養病床からの移行患者は従来のサービス利用者に比べて要介護度が高くなると考えられるため、本稿では便宜的に受給者一人当たり給付費を要介護5相当とみなして計算を行った。

謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「医療・介護制度における適切な提供体制と費用適正化に関する実証的研究（H19一政策一般一024）」（主任研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第一室長）の研究成果の一部である。また、本論文の執筆過程においては、遠藤久夫教授（学習院大学経済学部）をはじめ、研究ワーキングショップに参加していただいた方々から多くの有益なコメントを頂戴した。記して謝意を表したい。当然のことながら、本稿に残された誤りは全て筆者自身に帰するものである。

注

- 1) 介護労働者の雇用環境については、例えば「介護労働者や介護事業者についての参考資料」（第45回社会保障審議会介護給付費分科会資料、2007年12月10日）を参照。
- 2) 認定率は制度発足以降、一貫して上昇してきたが、2006年7月の16.9%をピークとして下落に転じている（厚生労働省「介護保険事業状況報告」より）。
- 3) 後述するように、介護療養型医療施設に関しては、介護保険適用病床から医療保険適用病床への転換などにより、施設数・病床数自体が減少しており、このことが施設受給者の伸びを一層低いものとしている。
- 4) 居住系サービスを含む各施設間の利用者属性の相違については、本特集号の川越論文を参照されたい。
- 5) 2001年10月から2005年10月にかけて、介護3施設の受給率は要支援が0.63%から0.00%，要介護1が8.32%から4.55%までそれぞれ低下している。一方で、居住系サービスの受給率は、要支援が0.28%から0.73%へ、要介護

1が0.89%から3.16%にまでそれぞれ上昇している（国保中央会「認定者・受給者の状況」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より筆者計算）。

- 6) ただし、居宅受給者一人当たり給付費はこの間上昇しており、その理由としては、①個別サービスの受給者一人当たり給付費の増加と、②個別サービスの利用率（サービス別受給者数/居宅受給者数）の上昇、の2つが考えられる。前者の例としては通所介護サービスが該当し、要支援を除く全ての要介護度で受給者一人当たり給付費が上昇している（厚生労働省「介護給付費実態調査」より筆者計算）。後者の例としては、居住系サービスが該当する。
- 7) 「介護保険料の現状等」（第1回介護保険料検討会資料、2007年3月19日）より。
- 8) 介護保険財政の問題に関しては、田近・油井〔2004〕、菊池・田近・油井〔2005〕、田近・菊池〔2006〕などを参照されたい。
- 9) 療養病床は、2004年10月から2005年10月にかけて、病院で349,450床から359,230床に、一般診療所で24,373床から24,681床に、それぞれ増加している（厚生労働省「医療施設調査」（2005年）より）。
- 10) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」はほぼ2年ごとに公表されており、論文執筆時における最新の推計は2006年5月推計となっている。また、厚生労働省以外のものとしては、鈴木〔2002〕、清水谷・野口〔2004〕、田近・菊池〔2004〕、Fukui and Iwamoto〔2006〕、および、岩本・福井〔2007〕などがある。
- 11) 2005年度介護保険制度改革により、2006年4月以降要介護度区分の変更が行われている。本稿では2005年10月を基点として推計を行っており、制度改正前の要介護度区分を用いている。なお、制度改正後の要介護度区分では、従来の要支援を要支援1、従来の要介護1の一部を要支援2とし、要支援認定者の給付は予防を目的とした新予防給付に限定されている。この点を考慮すると、本稿の推計は過大となる可能性がある。
- 12) 厚生労働省推計（2004年以前）や田近・菊池〔2004〕では居宅受給者を一括して推計しており、本稿の計算方法とは若干異なる。本稿では、居住系サービスに関心があるため、サービス別の受給率を用いた計算を行った。厚生労働省推計の計算方法については田近・菊池〔2004〕を参照されたい。
- 13) 実質賃金成長率は厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」（2006年5月推計）で仮定されている経済前提（Aケース）と同じ値を用いている。

- 14) 本稿の推計結果(基準ケース)は厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」2006年5月推計と比較して小さくなっている。同推計の方法は明らかにされていないが、2004年推計と同様の手法で推計を行っているとすると、①初期値の設定、②認定率の設定、および、③居宅受給率の設定、の3点が影響している可能性がある。
- 15) 当然のことではあるが、ここで考えているのは介護保険給付に与える影響のみであり、療養病床再編の財政効果を測るために、医療保険給付に与える影響も同時に検討する必要がある。厚生労働省の試算では、再編完了時点において医療給付費が4,000億円減(名目)、介護給付費が1,000億円増(同)とされている(『療養病床の再編成』(療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備に関するプロジェクト別意見交換会資料、2006年8月)より)。
- 16) 本稿の推計期間は2055年度までとなっているため、出生仮定は65歳以上の介護給付に影響を与えない。
- 17) 2006年7月時点の福祉施設で働く介護職員の平均年齢、きまって支給する現金給与額は男性が33.2歳で227.1千円、女性が37.2歳で206.4千円となっている。同じ年齢階級で、全産業平均と比較すると、男性331.2千円(35歳以上40歳未満)、女性262.7(35歳以上40歳未満)となっている(厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(2006年)より)。
- 18) 財団法人高齢者専用住宅財団HP(<http://www.koujuuzai.or.jp/index.html>)によると、高齢者専用賃貸住宅の総登録件数は696件、総登録戸数は16,531戸となっている(2008年1月17日現在)。
- 19) 厚生労働省「介護保険制度改革の概要」
- 20) 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の第73回資料(2005年11月25日)、および、第74回資料(2005年11月30日)に

よる。

参考文献

- Fukui, T. and Y. Iwamoto (2006) "Policy Options for Financing the Future Health and Long-Term Care Costs in Japan," *NBER Working Paper*, No. 12427.
- 岩本康志・福井唯嗣(2007)「医療・介護保険への積立方式の導入」『フィナンシャル・レビュー』通巻第87号、pp. 44-73。
- 川越雅弘(2008)「利用者特性からみた施設サービスの機能分化の実態」『季刊社会保障研究』第43巻第4号。
- 菊池潤・田近栄治・油井雄二(2005)「介護保険の現状と持続可能性」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』第7章、東洋経済新報社。
- 鈴木亘(2002)「介護サービス需要増加の要因分析—介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて—」『日本労働研究雑誌』第502号、pp. 6-17。
- 清水谷論・野口晴子(2004)「介護サービス需要の将来予測と財政負担」『介護保育サービス市場の経済分析』第7章、東洋経済新報社。
- 田近栄治・菊池潤(2003)「介護保険財政の展開—居宅介護給付増大の要因—」『季刊社会保障研究』第39巻第2号、pp. 174-88。
- (2004)「介護保険の総費用と生年別給付・負担比率の推計」『フィナンシャル・レビュー』通巻第74号、pp. 147-163。
- (2006)「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改善効果の検討—」『フィナンシャル・レビュー』通巻第80号、pp. 157-186。
- 田近栄治・油井雄二(2004)「介護保険:4年間の経験で何がわかったか」『フィナンシャル・レビュー』通巻第72号、pp. 78-104。
- (きくち・じゅん 国立社会保障・人口問題研究所企画部研究員)

投稿(論文)

公的年金と児童手当 —出生率を内生化した世代重複モデルによる分析—

上 村 敏 之
神 野 真 敏

I はじめに

1 出生率と公的年金と児童手当の関係

主に先進国において、合計特殊出生率が低下傾向にある。特に日本や韓国は低下傾向が顕著である。福祉国家を目指した多くの先進国の合計特殊出生率が低下している背景には、女性の社会進出や、裕福な社会の実現、核家族化の進展、多様な価値観の出現など、様々な要因を考えることができる。その一方で、近年では、公的年金制度の充実が、合計特殊出生率を低下させる要因になっているという考え方方が重要になってきている。

公的年金制度は、日本をはじめとした多くの先進国において発達してきた。公的年金制度のもとでは、自分に子どもがいなくても、他人の子どもが支払う保険料や税によって、高齢者は生活の保障を確保できるため、子どもを自発的に産むインセンティブが阻害される恐れがある。つまり、老後の生活を政府が保障するのに対し、育児への保障が相対的に低い場合、家計の出産行動に歪みがもたらされるのである。後に紹介する既存研究でも、公的年金の充実が、その経済の人口を社会的に最適な水準よりも低い水準に向かわせることが理論的に示されている。

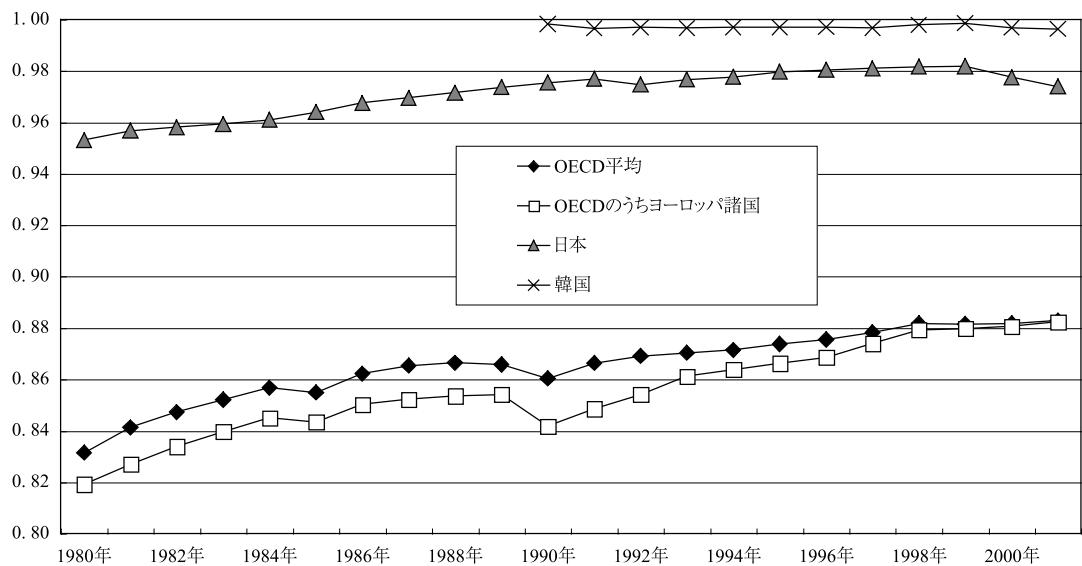
日本においては、2004年に総人口がピークとなり、今後は総人口が減少していく。公的年金制度の持続可能性が懸念されている日本において、今後の人口がどのように推移していくかは、社会的にも大きな問題である。

ところで、広義の社会保障とは、必ずしも公的年金に限られるわけではない。ILO（国際労働機関）の社会保障給付費の範囲とは、①高齢、②遺族、③障害、④労働災害、⑤保健医療、⑥家族、⑦失業、⑧住宅、⑨生活保護その他、以上の目的に対する給付とされている。このなかで、①高齢には老齢公的年金が含まれ、⑥家族には子ども向けの社会保障の代表である児童手当が挙げられる。

日本においても、少子化対策の一環として2006年度に児童手当が拡充された。団塊ジュニア世代もしくは第2次ベビーブーマーと呼ばれる世代が、出産適齢期に入りつつある現状において、合計特殊出生率を可能な限り高めたい政府の思惑があると考えられる。

このとき、先の議論から考えれば、高齢者向けの公的年金と子ども向けの児童手当といった世代間の現金給付のバランスをどう考えるか、という視点が重要である。図1には、高齢者向けと子ども向けの現金給付のうち、高齢者向け公的年金の割合を示している。本稿では、この割合を「現金給付の世代間配分率」と呼び、後に展開するモデルにも登場させる。

図1に示されるように、高齢者に対する福祉国家を目指した先進国において、現金給付の世代間配分率は上昇してきた。なかでも、出生率が低迷している日本や韓国において、公的年金の規模に対し、児童手当の規模は相対的にかなり小さいことは、注目に値する。すなわち、先進国では、充実した公的年金制度が、出生率を低下させてい



注) OECD(2004)"Social Expenditure Database (SOCX)"より作成。現金給付の世代間配分 λ ($0 \leq \lambda \leq 1$) は、分子は OLD AGE (Pension), 分母は OLD AGE (Pension) + FAMILY (Family allowance) として算定している。

図1 現金給付の世代間配分 λ の推移

る可能性がある。

以上の問題意識より、本稿は、公的年金と児童手当といった現金給付の世代間配分に分析の焦点をあてる¹⁾。そのため、出生率を内生化した世代重複モデルを提示し、現金給付の世代間配分を変更した場合の政策的な効果を考察する。

2 既存研究と本稿の貢献

本稿の問題意識は、出生率に加えて児童手当と公的年金にあるから、これらを分析している既存研究が本稿に関連する。

Cigno [1993] および Folbre [1994] は、家計が自発的に選択する出生率は、社会的に最適な水準よりも低くなることを示した。特に Groezen, Leers and Meijdam [2003] は、賦課方式の公的年金の存在が、家計が社会的に最適な子どもの数を選択しない原因であることを議論している。

Groezen, Leers and Meijdam [2003] は、小国開放経済を仮定するため、利子率は外生的に与えられていた。小塩 [2004] は、Groezen, Leers and Meijdam [2003] が開放経済の下で政策効果を評価しているため、児童手当の資本蓄積への影

響が捨象されていることを強調し、閉鎖経済での政策効果を議論した。そして、閉鎖経済において公的年金の拡充が経済厚生を低下させることを導いた。

Groezen, Leers and Meijdam [2003] モデルでは、消費と子どもに対する対数線形型の効用関数を特定化し、代表的家計を想定している。そこでは、賦課方式の公的年金が存在するとき、児童手当（子どもに対する補助金政策）の拡充によってパレート改善できることが示されている。しかしながら、現実社会を考えれば代表的家計の想定には問題がある。

現実社会の家計は同質ではなく、子どもをもつ家計もあれば、もたない家計もある。その意味で家計は異質であり、内生的に子どもの数を選択した結果として、異なる質の家計が共存するモデルが望ましい²⁾。

本稿のモデルについてはIIで詳細に述べることになるが、本稿では異質な家計の共存を導入する。児童手当は子どもをもつ家計のみへの補助金政策であり、子どもをもたない家計は児童手当の財源となる負担を被る。そのため、児童手当によ

って、すべての家計の厚生が高まるかどうかは定かではない。

また、異質な家計の共存を考慮することは、家計が分布することを意味している。そのため、不平等度を計測することが可能となり、ある政策について経済厚生の不平等度の観点から評価することができる。特に児童手当は、すべての家計に対して対称的な扱いをするわけではなく、不平等度に何らかの影響を与えるだろう。したがって、効率性だけでなく、経済厚生の不平等度の側面からも政策について分析している点が、本稿のモデルの最大の貢献である。

さらに、本稿は、育児の機会費用をモデル化していることも貢献である。子どもが増えれば、在宅育児が増え、家計の労働供給は低下する。このような効果について、定常状態での分析にとどまらず、移行過程を分析する。

本稿の構成は次の通りである。IIにおいては、出生率を内生化した世代重複モデルを提示する。IIIにおいては、世代重複モデルによるシミュレーション分析を実施する。IVでは、本稿の分析結果をまとめてむすびとする。

II 子どもを選好する異質な家計が共存する世代重複モデル

IIでは子どもの選好の程度によって内生的に異質となる家計が共存する世代重複モデルを展開する。一般均衡モデルであるから、家計、企業、政府、市場均衡の順番で述べる。

1 家計

家計 t は t 期に成年期を過ごす。家計 t は若年期 $t-1$ 、成年期 t 、老年期 $t+1$ の3期間生存する。若年期は親に決められた育児費 θ を消費するだけであり、その消費は家計の効用には関係しないとする。家計が自ら選択することができるのは、成年期の消費 c^y 、老年期の消費 c^o 、子どもの数 n であり、これらが家計の効用を構成する。このとき、家計 t の効用関数 U_t^i を次のように特徴化する。

$$U_t^i = A \ln(c_t^{yi}) + B \ln(c_{t+1}^{oi}) + C \ln(n_t^i - D^i) \quad (1)$$

ここで、 A は成年期の消費 c^y 、 B は老年期の消費 c^o 、 C は子どもの数 n^i と子どもに対する選好 D^i に対して与えられる選好パラメータである。便宜上、 $A+B=1$ と考える。

また、子どもへの選好 D^i であるが、これが分布することで異質な家計が表現される³⁾。この子どもへの選好 D^i は、計量分析で用いられるベルヌイ=ラプラス型の構造パラメータに相当するものであり、ある家計がもつ子どもに対する愛情を数値化したものだと考えてもよい。この D^i を分散させ効用関数の中に組み入れることによって、選択される子どもの数が家計ごとに異なることになる。子どもへの愛情が大きければ大きいほど、子どもへの選好 D^i は大きくなり、そのような家計ほど多くの子どもを産むことになる。

子どもへの選好 D^i については、一定の上限と下限を設けて $D^i \in [D, \bar{D}]$ の範囲内とする⁴⁾。 D^i が均一に分布すると考えれば、 t 期に成年期にあたる個人の数を N_t としたときに、選好 D^i を持つ個人は $h_t \cdot d_t$ 人存在する。このとき、次の様な関係がある。

$$h_t = \frac{N_t}{(\bar{D}-D)}, \quad d_t = \frac{(\bar{D}-D)}{I} \quad (2)$$

ここで、 I は社会に存在する家計数を表し、時間を通じて一定とする。さらに h_t は家計の平均構成員数、 d_t は家計数に対する分散の幅を表し、個人数 N_t と家計数 I の関係は $N_t = h_t \cdot d_t \cdot I$ となる。

続いて家計の予算制約について述べよう。家計は成年期に1単位の労働を非弾力的に供給して賃金率 w を得ると考えれば、成年期の消費 c^y を選択する t 期の家計の予算制約は次のようになる。

$$c_t^y = (1-\tau_t)(1-n_t^i E_t)w_t - n_t^i(1-\phi_t)\theta_t - s_t^i \quad (3)$$

政府は賦課方式の公的年金と児童手当を支給するため、それらの財源となる税率 τ の比例税を課している。予算制約には、子どもの数 n に応じた育児費 θ に対し、児童手当による補助率 ϕ が考慮されている。また、機会費用 E によって、在宅育児などにかかる時間的な育児コストを表現する。

続いて、老年期の消費 c^o を選択する $t+1$ 期の家計の予算制約は次のようになる。ここで、年金給付 p および利子率 r が考慮されている。

$$c_{t+1}^o = p_{t+1} + (1+r_{t+1})s_t^i \quad (4)$$

(3) および (4) の予算制約のもとで、効用 (1) を最大化するとき、家計の最適な貯蓄 s^* および最適な子どもの数 n^* を下記のように得るこ

とができる。

$$(s_t^i)^* = -\frac{Bx_t}{1+C}D^i + \frac{-(A+C)}{(1+C)(1+r_{t+1})}p_{t+1} + \frac{B}{(1+C)}y_t \quad (5)$$

$$(n_t^i)^* = \frac{1}{(1+C)}D^i + \frac{C}{(1+C)(1+r_{t+1})}\frac{p_{t+1}}{x_t} + \frac{C}{(1+C)}\frac{y_t}{x_t} \quad (6)$$

ただし、可処分所得 $y_t = (1-\tau_t)w_t$ 、総育児費用 $x_t = \theta_t(1+\phi_t)(1-\tau_t)E_tw_t$ としてまとめている。(6) 式により、児童手当による補助率 ϕ の増加で総育児費用 x が減少するときや、子どもへの選好 D^i が大きい場合、最適な子どもの数 n^* は増える。

さて、子どもへの選好 D^i が分布するため、家計によっては貯蓄をもたない選択 ($s^*=0$)、もしくは子どもをもたない選択 ($n^*=0$) を行う可能性がある。ここでは、そのような端点解をもつ家計の最適条件について、整理しよう。

(5) および (6) をそれぞれゼロとおくことによつて、貯蓄と子どもの数の正負の境界となる D^s と D^n を次のようになることができる。

$$D_t^s = \frac{-(A+C)p_{t+1} + B(1+r_{t+1})y_t}{B(1+r_{t+1})x_t}, \\ D_t^n = -C\frac{p_{t+1} + (1+r_{t+1})y_t}{(1+r_{t+1})x_t} \quad (7)$$

D_t^s 以上の D^i をもつてゐる家計は貯蓄をまったく行わない。また、 D_t^n 以下の D^i をもつてゐる家計は子どもをまったく産まない。

ここで、 D^i の平均 \hat{D} は次のように表現できる。

$$\hat{D} = \frac{d_t h_t}{N_t} \sum_{D^i=\underline{D}}^{\bar{D}} D^i \quad (8)$$

仮に \hat{D} が (D_t^n, D_t^s) の範囲になければモデルは不安定になる。経済の資本 K 、労働 L とすれば、

資本労働比率 K/L は発散 ($\hat{D} < D_t^n$)、もしくはゼロに収束 ($\hat{D} > D_t^s$) し、モデルが定常状態を表現できない。本稿ではこれらの状況を排除する⁵⁾。

さて、貯蓄を行わない家計の最適化問題について考えよう。これまでの議論を踏まえれば、このような家計の効用関数と予算制約は次のようになる⁶⁾。

$$\text{Max}_n \quad U_t^i = A \ln(c_t^y) + B \ln(c_{t+1}^o) + C \ln(n_t^i - D^i) \quad (9)$$

$$\text{s.t.} \quad c_t^y = (1-\tau_t)(1-n_t^i E_t)w_t - n_t^i(1-\phi_t)\theta_t, \\ c_{t+1}^o = p_{t+1} \quad (10)$$

この問題を解けば次のようになる。

$$(n_t^i)^{nos} = \frac{A}{A+C}D^i + \frac{C}{(A+C)}\frac{y_t}{x_t} \quad [D_t^s \leq D^i] \quad (11)$$

同様に子どもをまったく産まない家計の最適化問題は次のようになる⁷⁾。

$$\text{Max}_s \quad U_t^i = A \ln(c_t^y) + B \ln(c_{t+1}^o) + C \ln(-D^i) \quad (12)$$

$$\text{s.t.} \quad c_t^y = (1-\tau_t)w_t - s_t^i, \\ c_{t+1}^o = p_{t+1} + (1+r_{t+1})s_t^i \quad (13)$$

この問題を解けば次のようになる。

$$(s_t^i)^{noc} = -A\frac{p_{t+1}}{1+r_{t+1}} + By_t \quad [D^i \leq D_t^n] \quad (14)$$

以上の結果をまとめると、最適な貯蓄 s^{**} 、最適な子どもの数 n^{**} は次のように整理できる。

$$(s_t^i)^{**} = \begin{cases} 0 & \text{if } D_t^s \leq D^i \leq \bar{D} \\ (s_t^i)^* & \text{if } D_t^n < D^i < D_t^s \\ (s_t^i)^{noc} & \text{if } \underline{D} \leq D^i \leq D_t^n \end{cases} \quad (15)$$

$$(n_t^i)^{**} = \begin{cases} (n_t^i)^{nos} & \text{if } D_t^s \leq D^i \leq \bar{D} \\ (n_t^i)^* & \text{if } D_t^n < D^i < D_t^s \\ 0 & \text{if } \underline{D} \leq D^i \leq D_t^n \end{cases} \quad (16)$$

ここで、子どもを産み貯蓄ゼロの家計を（タイプ1）、子どもを産み貯蓄を行う家計を（タイプ2）、子どもを産み貯蓄を行う家計を（タイプ3）として区別する。各家計のタイプの最適化行動を

まとめると、表1のようになる。

さて、政策の評価を行うために、家計の効用水準 U_t^i を集計し、社会的厚生関数 W_t を導入しよう。

$$W_t = d_t h_t \sum_{D=D}^{\bar{D}} U_t^i(c_t^y, c_{t+1}^o, n_t^i) \quad (17)$$

本稿のモデルは、個人数 N_t が時間 t によって変化するため、社会的厚生関数 W_t では個人数の変化の影響を排除できない。そのため、1人当たりの経済厚生 PW_t も定式化し、政策を評価する材料として利用する。

$$PW_t = \frac{d_t h_t}{N_t} \sum_{D=D}^{\bar{D}} U_t^i(c_t^y, c_{t+1}^o, n_t^i) \quad (18)$$

2 企業、政府、市場均衡

集計された企業は集計された生産物 Y を生産すると想定し、次のようなコブ・ダグラス型の生産関数をもとと仮定する。

$$Y_t = \Psi K_t^\alpha L_t^{1-\alpha} \quad (19)$$

ここで、規模パラメータ Ψ 、資本 K 、労働 L 、資本の分配パラメータ α である。

企業の利潤最大化行動により、賃金率 w および利子率 r が次のように得られる。

$$r_t = \alpha \frac{Y_t}{K_t}, \quad w_t = (1-\alpha) \frac{Y_t}{L_t} \quad (20)$$

政府は比例税を財源として、高齢者向け社会保障である公的年金に λ の割合を支出し、子ども向け社会保障である児童手当に $(1-\lambda)$ の割合を支出する。ただし、 $0 \leq \lambda \leq 1$ である。 λ は現金給付の世代間配分パラメータである。この関係を示すと次のようになる。

$$\begin{aligned} \lambda_t \tau_t (1 - \bar{n}_t E_t) w_t N_t &= p_t N_{t-1}, \\ (1 - \lambda_t) \tau_t (1 - \bar{n}_t E_t) w_t N_t &= N_{t+1} \phi_t \theta_t \end{aligned} \quad (21)$$

これらを1家計あたりの記述に変形すれば、次のように示される。

$$\begin{aligned} \lambda_t \tau_t (1 - \bar{n}_t E_t) w_t &= \frac{p_t}{\bar{n}_{t-1}}, \\ (1 - \lambda_t) \tau_t (1 - \bar{n}_t E_t) w_t &= \bar{n}_t \phi_t \theta_t \end{aligned} \quad (22)$$

ここで、 \bar{n} は子どもの数の平均値であり、 t 期世代の個人数 N_t との間に次のような関係がある。

表1 各タイプの家計の最適化行動

家計	子ども数 n^{**}	貯蓄 s^{**}
(タイプ1) 子どもあり・貯蓄なし	$n^{nos} > 0$	0
(タイプ2) 子どもあり・貯蓄あり	$n^* > 0$	$s^* > 0$
(タイプ3) 子どもなし・貯蓄あり	0	$s^{noc} > 0$

$$N_{t+1} = \bar{n}_t N_t = d_t h_t \sum_{D=D}^{\bar{D}} n_t^i \quad (23)$$

最後に、本稿のモデルの市場は、財市場、労働市場、資本市場の3つである。重要な労働市場と資本市場の均衡条件は次のようになる。なお、労働市場は完全雇用であるが、子どもの数 n と機会費用 E の考慮により、子ども数が増えることによる在宅育児の増加で家計の労働供給が失われる効果が反映されている。

$$\begin{aligned} L_t &= d_t h_t \sum_{D=D}^{\bar{D}} (1 - n_t^i E_t), \\ K_{t+1} &= \bar{s}_t N_t = d_t h_t \sum_{D=D}^{\bar{D}} s_t^i \end{aligned} \quad (24)$$

III シミュレーション分析

本稿のモデルは、貯蓄と子ども数の選択に関して3つのタイプの家計を導入することで異質性を組み込んでいる。そのため、改革の効果を解析的に分析するとき、改革前後で家計のタイプの割合が変動する。このようなタイプ間の変動がもたらす複雑さにより、解析的な分析よりも、視覚的な分析が可能な数値解析を利用する。

1 パラメータの設定と初期定常状態

数値解析によるシミュレーションは、関数形の特定化を必要とするため、分析結果が一般的ではないという欠点をもつ。しかしながら、カリブレーションによって適切なパラメータを与え、日本のマクロ経済の状況を表現することができれば、政策の経済効果を推測できる。また、結果を数値で視覚的に表現でき、移行過程についても分析できることも強みである。

カリブレーションは、1人当たり変数が一定と

なる初期定常状態を想定して実施される。世代重複モデルにおいて、もっとも重要な変数は資本労働比率 K/L であるから、これが現実の日本経済の値に近いようにカリブレーションを行う。資本労働比率 K/L を歴史的に推計している日本政策投資銀行〔2004〕によると、近年の日本の資本労働比率は 4 度程度と想定できる。

生産関数の資本の分配パラメータ α は内閣府『国民経済計算年報』から得られる資本分配率、育児の機会費用 E はこども未来財団（2000）『子育てコストに関する調査研究報告書』、育児費 θ は AIU 保険会社（2005）『現代子育て経済考』、比例税率 τ は年金保険料率を参考にして与えた。

育児の機会費用は、夫と妻の生涯所得のうち、子どもを産むために妻が会社を辞めることによる生涯所得の減少分に当たると考え算出している。この値は、夫婦の生涯所得のおよそ 2 割に相当した。また育児費は、生涯所得の 1 割 5 分を目安にした。

規模パラメータ ψ 、消費の選好パラメータ A 、子ども数の選好パラメータ C は参考となる適切な資料がないため、現実の資本労働比率 K/L を実現できるように設定した。また、現金給付の世代間配分パラメータ λ は 0.95 とした。高めの値に設定したのは、図 1 に示されたような日本や韓国の状況を表現するためである。

表 2 に示されたパラメータによる初期定常状態において、資本労働比率 $K/L = 4.463$ 、経済成長率 $(Y_t - Y_{t-1})/Y_{t-1}$ と人口成長率 $(N_t - N_{t-1})/N_{t-1}$ は -6.6% となった。また、全家計数を 100% としたとき、初期定常状態において、（タイプ 1）の

表 2 初期定常状態のパラメータ

資本の分配パラメータ α	0.2682
規模パラメータ ψ	18.0
子どもへの愛情の最大値 \bar{D}	2.8
子どもへの愛情の最小値 D	-2.5
消費の選好パラメータ A	0.6
子ども数の選好パラメータ C	0.35
機会費用 E	0.2
育児費 θ	3.0
現金給付の世代間配分パラメータ λ	0.95（改革前）
比例税率 τ	0.183

家計割合は 4.2%，（タイプ 2）は 62.2%，（タイプ 3）は 33.5% となった。すなわち、（タイプ 2）がもっとも多い割合になるように、子どもへの選好 D^i の上限 \bar{D} と下限 D を設定した。

2001 年の厚生労働省『国民生活基礎調査』（大規模調査）より、子どもを出産する可能性の高い 20 歳から 40 歳までの世帯主の家計のタイプの割合を計測すると、（タイプ 1）4.6%，（タイプ 2）53.9%，（タイプ 3）35.9%，貯蓄も子どももゼロである家計は 5.6% である。初期定常状態の家計割合は、現実の値とは若干の差があるものの、ほぼ日本の状況を表していると考えられる。

図 2 は、本稿のモデルによる初期定常状態の動きを示している。本稿のモデルは、子ども数を内生化しているため、人口を示す t 期世代の個人数 N_t が内生的に決定される。今後、日本の総人口は減少していくことが予測されているが、人口を内生化している本稿のモデルにおいてパラメータを適切に与えれば、人口減少を初期定常状態において表現できる。現実の日本の総人口は減少過程にあるから、本稿では人口減少経済における児童手当拡充における影響を検討するため、初期定常状態において人口が減少する状況を想定した。

図 2 にあるように、初期の成年期の人口 N を 100 として基準化した場合、時間を経ることによって世代ごとの人口が減少していく⁸⁾。しかしながら、資本労働比率 K/L は一定であり、その意味で定常状態でありながら、人口減少が発生している。

2 現金給付の世代間配分の変更にともなう移行過程

以上の初期定常状態を基準にして、モデルに対して政策の変更を与えた場合、経済がどのように振る舞うのかについて分析する。本稿では、現金給付の世代間配分パラメータ λ を 0.95 から 0.90 に変更する政策を分析する⁹⁾。財源となる税率 τ が一定であるから、年金給付 p を減らし、児童手当 ϕ を増やす政策である。

現金給付の世代間配分パラメータ λ の変更は 5 期目に実施し、家計の完全予見の期待形成のもと

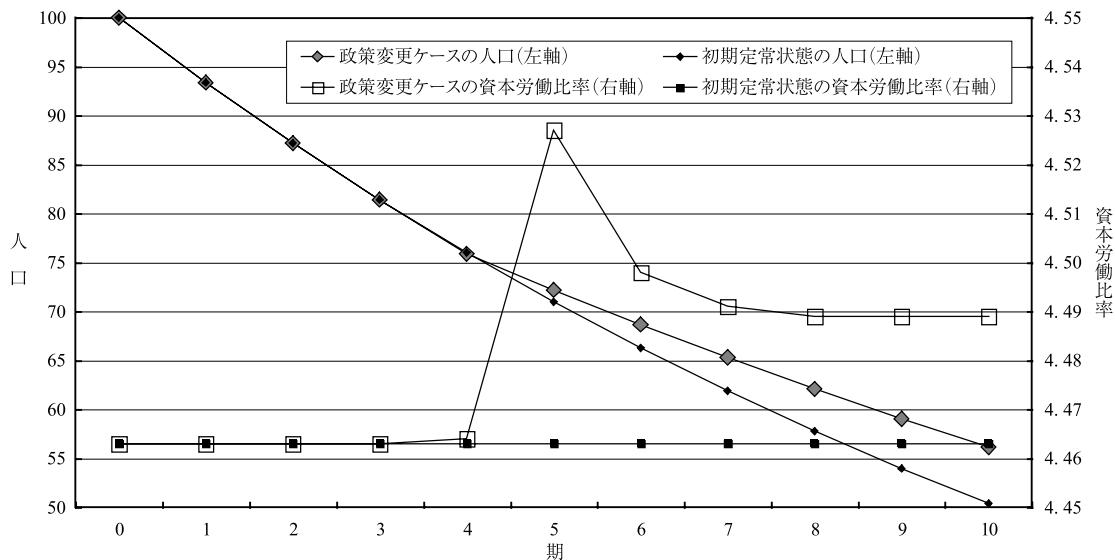


図2 人口と資本労働比率の推移

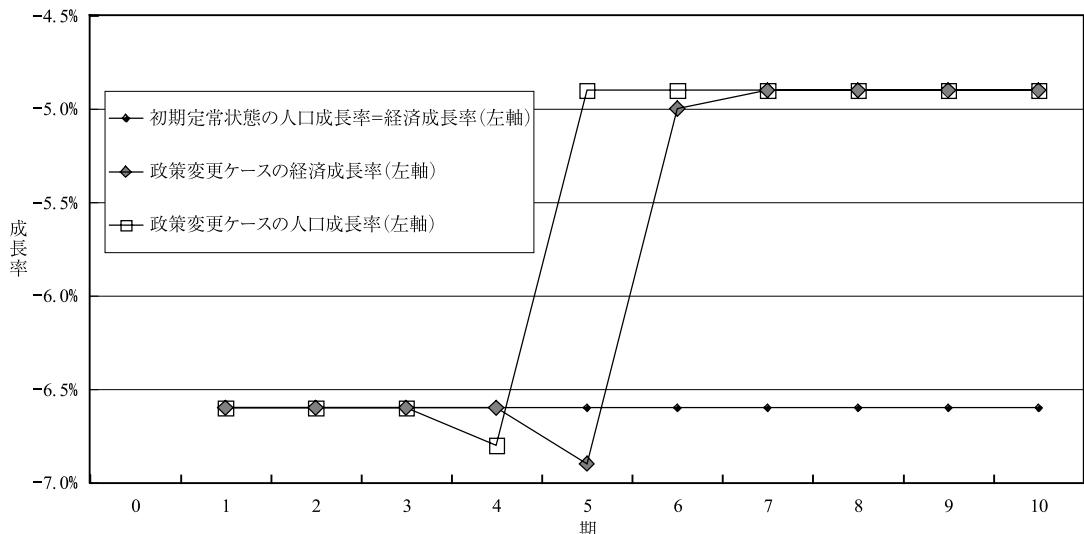


図3 経済成長率と人口成長率の推移

で、その政策変更が及ぼす移行過程の経済効果を分析する¹⁰⁾。モデルにおいて、現金給付の財源は比例税率 τ で一定であるから、この政策変更の結果、5期目に年金給付 p が低下し、児童手当 ϕ が上昇する¹¹⁾。

財源である比例税率 τ を一定として、年金給付 p と児童手当 ϕ の配分比率 λ を変化させる政策を分析対象とするのには理由がある。比例税率 τ が

一定であり、租税が家計行動に与える歪みは一定となる。したがって、現金給付の世代間配分比率の変更がもたらす純粋な経済効果について分析することになる。

図2には、このような政策変更によって、 t 期の個人数である人口 N はどのような影響を受けるのかについても図示している。人口は初期定常状態に比べて増加する。初期定常状態では資本労

働比率 K/L は時間を通して一定である。しかしながら、子ども数の増加にともなう在宅育児のために労働時間が削られるため、育児手当の拡充によって労働市場に供給される労働量は低下し、結果として資本労働比率は上昇する。ただし、その効果は1期のみであり、それ以後は低下して定常状態に落ち着く。

この政策変更が、経済成長率と人口成長率に与える影響をみたのが図3である。定常状態においては、経済成長率と人口成長率は一定である。5期の現金給付の配分比率 λ の政策変更により、人口成長率は4期に下がるもの、5期には人口成長率が増加する。一方、経済成長率は5期に落ち込むものの、6期以降に人口成長率の水準にまで回復し、両者は一致するようになる。

政策変更により、4期に人口成長率が一時的に落ち込むことは、次のように説明できる。5期に児童手当 ϕ の引き上げと同時に年金給付 p が引き下げられるが、この変更は4期の家計によって予測される。4期に成年期を過ごす家計にとって、この政策変更は老年期の年金給付の引き下げを意味する。したがって、年金給付 p の引き下げにともなう生涯所得の減少が、4期の子ども数を減らし、人口成長率を一時的に抑制することになる。

同様に、5期に経済成長率が一時的に落ち込むことも、家計の反応のタイムラグによって説明できる。5期には人口成長率が大きく改善し、子ども数が増えることになるが、それによって家計の在宅育児が増えて総育児費用を増やす。これが家計の労働供給を減らすため、資本労働比率 K/L の低下を通して経済成長率を一時的に抑制することになる。ただし、6期以降には、経済成長率は徐々に回復することになる。

このような結果が生まれる背景には、家計の異質性の存在がある。図4は、家計のタイプ割合が、改革ケースでどのように推移するかが示されている。5期の政策変更により、4期からすでにタイプ割合に動きが見られる。年金給付 p の削減と児童手当 ϕ の拡充は、プラスの貯蓄と子ども数をもつ（タイプ2）の割合を増やすものの、貯蓄を行わない（タイプ1）と子どもを産まない

（タイプ3）の割合を減らす。最終的に7期以降に定常状態に入る¹²⁾。

年金給付 p の削減と児童手当 ϕ の拡充が、（タイプ1）の家計の割合を減らすのは、児童手当によって彼らの所得が増えて貯蓄が可能となる効果に加え、年金給付の削減によって貯蓄の必要性が高まり、彼らが（タイプ2）へ移行するためである。同じく、（タイプ3）の家計の割合が減少するのも、児童手当によって彼らの一部が子どもを持つことを選択するため、（タイプ2）へ移行するからである。以上の結果、（タイプ2）の家計の割合が増えることになる。

図5では、家計の効用水準を単純集計した社会的厚生 W と1人当たり経済厚生 PW の推移を示している。本稿の想定では、人口が減少するため、集計した社会的厚生は低下していく。一方、1人当たり経済厚生は、定常状態では一定になる。

5期の年金給付 p の削減と児童手当 ϕ の拡充によって、社会的厚生 W は高まる。この結果は、図4に示された（タイプ2）の家計の割合が増えることに関連している。（タイプ1）および（タイプ3）の家計は、貯蓄もしくは子ども数がゼロとなる端点解を選んでいたために経済厚生が低下している。政策変更により、（タイプ2）の家計が増えることで、端点解にとどまる家計が少なくなることが、社会的厚生を高めるのである。

しかしながら、1人当たり経済厚生 PW は、初期定常状態に比較すれば、改革によって低下する。児童手当 ϕ の拡充によって、人口が増えることが、1人当たり経済厚生を低める結果を招く。ただし、移行過程においては、4期に1人当たり経済厚生が一時的に上昇している。これは、4期の成年期の家計が貯蓄を増やし、資本労働比率 K/L が上昇することに起因する。したがって、短期的に児童手当を増やす誘因が存在する。5期においても高い資本労働比率が実現しているが、人口増加によって1人当たり経済厚生は低下している。

さて、本稿のモデルでは、家計は子どもへの選好 D^i より分布するので、家計の効用 U^i も分布

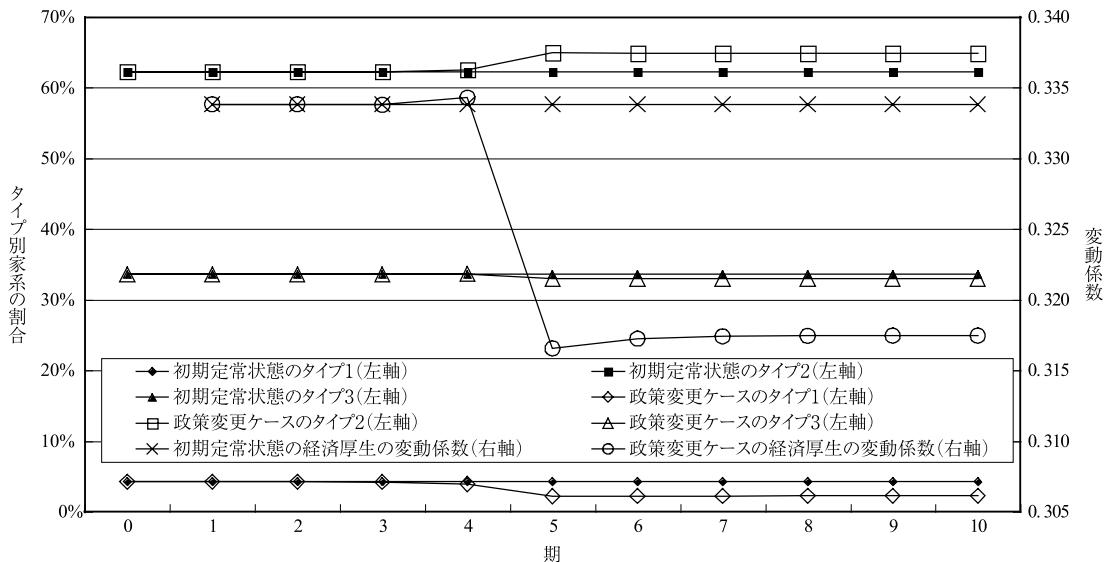


図4 家計のタイプ別割合（%）と1人当たり経済厚生の変動係数の推移

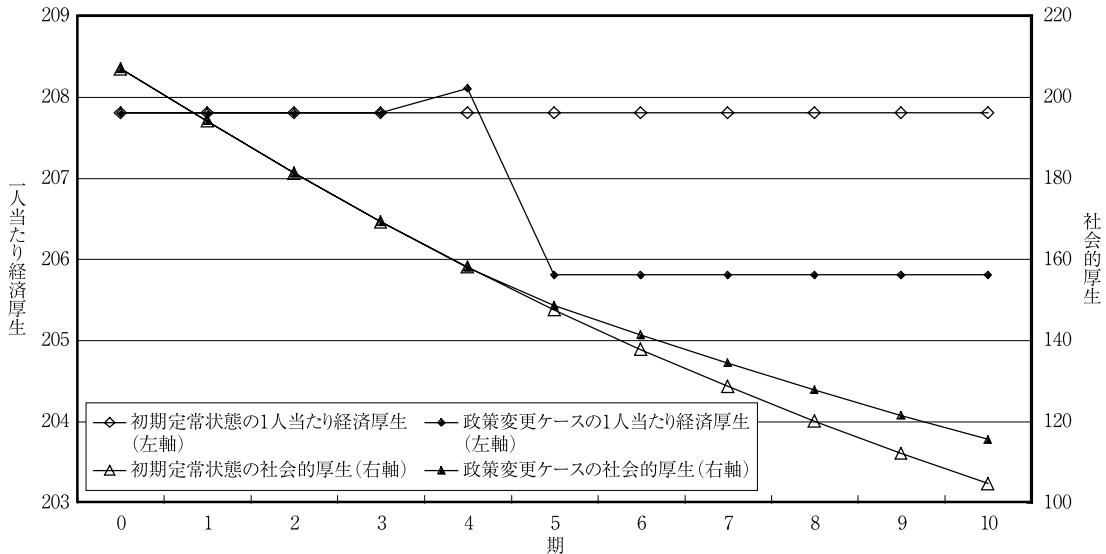


図5 社会的厚生と1人当たり経済厚生の推移

する。そこで、家計の効用を個人の効用の分布に修正した $h_d U_i^i$ の変動係数を求めて図4に図示した。これは、経済厚生で測った不平等度を意味しており、変動係数が高ければ、不平等度が高いことになる。年金給付 p の削減と児童手当 ϕ を拡充する政策変更は、不平等を改善し、平等化を促進する。

このことは、家計のタイプ間移動の結果からも推測できる。政策変更により、家計のタイプが（タイプ2）に集約されることで、経済厚生において平等化が促進されたことになる。したがって、年金給付の削減と児童手当の拡充は、不平等を改善するという意味で政策的に評価されることになる。

IV むすび

本稿においては、家計の異質性と育児の機会費用を考慮し、出生率を内生化した世代重複モデルを提示し、シミュレーションを実施することで、現金給付の世代間配分の変更が経済に与える影響について分析した。ここで、現金給付の世代間配分とは、公的年金と児童手当の合計のうち、公的年金の割合を示している。本稿の分析結果から得られるインプリケーションを簡単にまとめよう。

日本における人口減少を表現するために、初期定常状態において人口減少が発生するようにパラメータを設定した世代重複モデルによって、現金給付の世代間配分を変更するシミュレーション分析を行った。現金給付の世代間配分を高齢者向けから子ども向けにシフトさせる場合、一時的に人口成長率と経済成長率は落ち込むが、その後に双方の成長率は回復する。

公的年金の削減と児童手当の拡充は、子ども数を増やすものの、短期的には在宅育児が増えることで、家計の労働供給を抑制する効果がある。また、現金給付の世代間配分の引き下げは、当初の経済において公的年金の比重が大きい場合は社会的厚生を改善させる。

また、公的年金の削減と育児手当の拡充によって、家計のタイプ間の移動がみられ、貯蓄を行って子どもを産むタイプの家計の割合が増えることが示された。その結果として、個人間の経済厚生

で測った不平等が、政策変更によって改善される。1人当たり経済厚生は一時的に改善するが、最終的には人口増加によって改革前よりも低下する。そのため、一時的に児童手当を増やす誘因が存在している。

最後に、本稿に残された課題について指摘しておきたい。本稿のモデルは、家計の異質性と育児の機会費用の導入に成功し、効率性と不平等の両面から公的年金と児童手当の分析を可能とした面については、現実に近づいていると思われるものの、まだまだ現実の複雑かつ重要な要因を取り入れるまでは至っていない。生存確率や、遺産、様々な形態の租税など、出生率と社会保障の関係を考える上で、重要な変数がいくつもある。また、社会保障についても、現金給付はもちろん、現物給付の仕組みも重要である。今後は、これらを取り入れていくことで、モデルの拡張を検討していきたい。

補論：パラメータの感応度分析

ここでは、本稿のシミュレーションモデルにおいて、定常状態でのパラメータの感応度分析の結果を報告する。表3は、表2にあるパラメータをそれぞれ10%だけ減らした場合の結果を示している。パラメータの値の変更は、分析結果を大きく変更しないことがわかる。

(平成19年4月投稿受理)

(平成19年8月採用決定)

表3 パラメータの感応度分析の結果（定常状態）

パラメータ	変更なし	資本の分配 パラメータ α	規模 パラメータ ψ	消費の選好 パラメータ A	子ども数の選好 パラメータ C	機会費用 E	育児費 θ
資本労働比率 K/L	4.463	3.997	3.961	5.441	4.705	4.213	4.389
経済成長率 $(Y_t - Y_{t-1})/Y_{t-1}$	-6.6%	-6.3%	-9.7%	-4.5%	-9.4%	-3.3%	-4.4%
人口成長率 $(N_t - N_{t-1})/N_{t-1}$							
(タイプ1) 子どもあり・貯蓄なし	4.2%	7.9%	6.5%	2.7%	3.6%	1.8%	2.6%
(タイプ2) 子どもあり・貯蓄あり	62.2%	59.7%	58.9%	64.5%	61.0%	65.8%	64.6%
(タイプ3) 子どもなし・貯蓄あり	33.5%	33.4%	34.6%	32.8%	35.3%	32.4%	32.8%

付 記

本稿を日本経済学会2007年春季大会（大阪学院大学）において報告した際に、討論者の小塩隆士教授（神戸大学）、座長の八木匡教授（同志社大学）から適切なコメントを頂戴した。また、本誌の2名の匿名レフェリーからも有益なコメントを頂戴した。さらに、本稿の作成過程において報告をさせていただいた研究会にて、多くのコメントを頂戴した。以上のコメントを反映し、論文を改善できたことに感謝する。また、本稿の研究に関して、上村が日本学術振興会科学的研究費補助金（若手研究B）を受けている。

注

- 1) ただし、現物給付を軽視しているわけではない。老人医療や保育サービスが出生率に与える影響は重要であると考えられる。ただ、現物給付の分析には、モデルの変更が必要になるため、この点は今後の課題とする。
- 2) 同じような問題は、経済成長と出生率の負の関係を扱っている Becker and Barro [1988], Barro and Becker [1989], Becker, Murphy and Tamura [1990], Tamura [1994], Morand [1999] といった一連の既存研究にも指摘できる。子どもを産まない家計は存在せず、児童手当を分析するには十分なモデルではない。
- 3) Groezen, Leers and Meijdam [2003] モデルは、 $U_t = A \ln(c_t^x) + B \ln(c_{t+1}^o) + C \ln(n_t)$ となっており、子どもへの選好 D^i が考慮されていないために家計が同質となっている。同様のモデルは Kato [1999] や小塩 [2001] にも見られる。
- 4) 後述するように、 D^i に応じて子どもの数と貯蓄が決定される。流動性制約を課している以

$$\text{上, } D^i \text{ の上限が } \frac{(1-\tau_i)w_i}{(1-\tau_i)E_i w_i + (1-\phi_i)\theta_i} \text{ よりも}$$

大きくなると、子どもの数が多すぎて労働期の消費量がマイナスになってしまう。本論文では、このような可能性を排除するため、

$$\bar{D} < \frac{(1-\tau_i)w_i}{(1-\tau_i)E_i w_i + (1-\phi_i)\theta_i} \text{ を仮定する。}$$

- 5) この状況を考慮すれば、貯蓄と子どもの両方ともをゼロとして選択する（タイプ4）の家計の存在は排除される。また、このことを裏付けるように、後のシミュレーション分析においても、（タイプ4）は出現しない。さらに、

$$\frac{y_t}{A} > \frac{1}{B} \cdot \frac{P_{t+1}}{(1+r_{t+1})} \text{ を仮定する。この仮定により}$$

$D_t^* < D_t^i$ が成立する。これは、年金給付の割引現在価値を効用で評価した価値（左辺）が、可

処分所得を効用で評価した価値（右辺）よりも小さいという条件であり、これ以降定常状態を満たすために必要となる。

- 6) 高畠・山重 [2004] は、Groezen, Leers and Meijdam [2003] モデルに貯蓄の流動性制約を課したときの理論的な検討を行っている。高畠・山重 [2004] は代表的家計を想定しているのに対し、本稿では一部の家計が貯蓄の流動性制約に直面していると考えている。
- 7) 子どもをまったく産まない家計は、本来はゼロ以下の子どもを産みたい家計である。しかしながら、マイナスの子どもを選択することができないため、子ども数ゼロの制約が課せられる。
- 8) パラメータの設定次第では、人口増加や人口一定の経済を表現できる。人口が減少する経済を初期定常状態とすることは、後のシミュレーションの結果に大きな影響を与えない。日本が、今後に人口減少を経験する事実を踏まえ、本稿では初期定常状態に人口減少を想定している。
- 9) ここでは、比較動学の分析手法を踏襲し、現金給付の世代間配分パラメータ λ を微少に変化させたときの定性的な方向性を分析する目的がある。
- 10) 上村 [2004] は一般均衡モデルにおける家計の期待形成の違いが、年金改革にともなう移行過程に影響を与えることを示している。ただし、本稿のモデルは完全予見によって提示されているため、シミュレーションでも完全予見を前提とすることが妥当である。
- 11) 日本の制度では、年金給付の主な財源は年金保険料であり、租税ではない。ただし、賦課方式のもとでは、年金保険料が現役世代への租税という性質をもつ。そのため、本稿のモデルでは、現金給付の財源を比例税という形で表現している。
- 12) なお、貯蓄の流動性制約をはずし、家計のタイプを、子どもを産む家計と産まない家計の2つに限定した場合のシミュレーションも実施したが、本稿の結論に影響はなかった。

参考文献

- 上村敏之（2004）「少子高齢化社会における公的年金改革と期待形成の経済厚生分析」『国民経済』第167号、pp. 1-17。
 小塩隆士（2001）「育児支援・年金改革と出生率」『季刊社会保障研究』第37巻第4号、pp. 314-356。
 ———（2004）「子育て支援と年金改革：出生率を内生化したモデル分析」『フィナンシャル・レビュー』第72号、pp. 105-121。
 高畠純一郎・山重慎二（2004）「社会保障制度が出

- 生率に与える影響に関する理論的考察」第 61 回
日本財政学会 2004 年大会（東北学院大学）報告
論文。
- 日本政策投資銀行（2004）「コスト面からみた資本、
労働の動き」『調査』第 60 号。
- Barro, R. J. and G. S. Becker (1989) "Fertility Choice
in a Model of Economic Growth," *Econometrica*,
Vol.57, No.2, pp. 481-501.
- Becker, G. S., and R. J. Barro (1988) "A Reformulation
of the Economic Theory of Fertility," *Quarterly
Journal of Economics*, Vol.103, pp.1-25.
- Becker, G. S., M. Murphy and R. Tamura (1990)
"Human Capital, Fertility, and Economic Growth,"
Journal of Political Economy, Vol.98, No.5-2, pp.
S12-S37.
- Cigno, A. (1993) "Intergenerational Transfers without
Altruism. Family, Market and State," *European
Journal of Political Economy*, Vol.9, pp. 505-518.
- Folbre, N.(1994) "Children as Public Goods," *American
Economic Review*, Vol.84, pp. 86-90.
- Groezen, B. V., T. Leers and L. Meijdam (2003) "Social
Security and Endogenous Fertility: Pensions and
Child Allowances as Siamese Twins," *Journal of
Public Economics*, Vol.87, pp. 233-251.
- Kato, H. (1999) "Overlapping Generation Model with
Endogenous Population Growth," *Journal of
Population Problems*, Vol.25, pp. 15-24.
- Morand, O. F. (1999) "Endogenous Fertility, Income
Distribution and Growth," *Journal of Economic
Growth*, Vol.4, pp. 331-349.
- Tamura, R. (1994) "Fertility, Human Capital and the
Wealth of Families," *Economic Theory*, Vol.4,
pp. 593-603.

(うえむら・としゆき 東洋大学准教授)
(じんの・まさとし 四日市大学講師)

投稿(研究ノート)

ポートフォリオ・アプローチによる年金財政方式の分析

川瀬 晃弘

概要

高齢化の進展により、賦課方式より積立方式のもとで得られる収益の方が高くなることが予想されるため、年金財政方式を積立方式へ移行することが提唱されている。しかしながら、積立方式のもとでの運用リスクは高く、リターンとリスクの両方を考慮しながら年金財政方式を選択することが望ましい。本稿では、年金財政方式の選択にあたって、賦課方式か積立方式かの二分法ではなく、それぞれの制度のもとで得られる収益の平均と分散を考慮したポートフォリオの発想を持つべきであるという問題意識から、平均・分散アプローチを用いて年金財政方式の選択に関する分析を行った。分析の結果、賦課方式や積立方式への完全な移行は最適ではなく、危険回避度やどの時点のリターンがリスク算出に与える影響が大きいかというウェイト・パラメータを考慮しながら、賦課方式と積立方式とのポートフォリオ配分を行うのが望ましいことが明らかになった。

I はじめに

人口高齢化の進展により、実質的には賦課方式のもとで運営されているわが国の年金財政は、その持続可能性が危ぶまれている。修正積立方式と呼ばれるわが国の年金財政方式は、実質的には賦課方式であるが巨額の積立金を保有している。2004年に行われた年金改革では、保険料の上限

を固定しつつマクロ経済スライドによって給付額を抑制するとともに、100年後に積立度合が1となるように財政再計算がなされることになった。これは、公的年金規模の縮小を意味しており、長期的にみれば純粋な賦課方式への移行であると考えられる¹⁾。

年金財政方式には大きく分けて賦課方式と積立方式がある。これらのうちいずれの財政方式を採用するかは、両制度から得られる収益率の問題に帰着する。高齢化のもとでは、年金制度の支え手の減少というリスクを抱えているため、積立方式に比べて賦課方式は不利な制度となる。そのため、積立方式への移行や2階部分の民営化を提案するものもある〔八田・小口, 1999; 小塩, 1998〕。

しかし、実際には積立方式にも運用にともなうリスクが存在する〔岩本・大竹・小塩, 2002〕。そのため、いずれの年金財政方式を選択するべきかという二分法ではなく、不確実性を考慮し、両制度のもとでの収益の平均（期待値）と分散（リスク）を考慮してポートフォリオの発想を持つべきではないだろうか、というのが本稿の問題意識である²⁾。

Dutta et al. [2000] は、同様の問題意識から、積立方式と賦課方式の収益の平均と分散を用いてポートフォリオ・アプローチによる年金財政方式の選択について検討している。しかしながら、筆者の知る限り、わが国ではこのような問題意識のもとに行われた研究は非常に限られている。小塩 [2000] は、日本における過去の利子率と賃金所得増加率の平均や分散、相関関係にもとづいて厚

生年金における賦課方式部分の最適規模を試算している。しかしながら、わが国の年金制度は修正積立方式で運営されているため積立金を保有しているが、厚生年金財政の運用利回りが積立方式の収益率となるわけではない。

そこで、本稿では、年金財政方式の選択にあたって収益の不確実性をモデルに導入し、積立方式と賦課方式との間のポートフォリオ選択の問題を考察する。具体的には、平均・分散効用関数を用いて年金財政方式の選択に関するポートフォリオ・モデルを提示するとともに、実際にわが国のデータを用いてポートフォリオ配分比率を導出する。

本稿の構成は次の通りである。IIでは、賦課方式と積立方式のもとでの収益率を示すとともに本稿で用いるモデルを提示する。IIIでは、IIで提示したモデルをもとに実際のデータを用いて賦課方式と積立方式へのポートフォリオ配分比率を求める。IVでは、本稿のまとめを行うとともに今後の課題を指摘してむすびとする。

II モデル

1 賦課方式と積立方式の収益

まず、Samuelson [1958], Aaron [1966], Feldstein [1985] 等のライフサイクル・モデルを用いて、賦課方式と積立方式のもとで得られるそれぞれの収益率を示すことにしよう。わが国においても、すでに高山 [1977] や牛丸 [1996] が賦課方式と積立方式の選択基準について議論している。以下では、これらの先行研究にしたがって議論を進めしていく。

簡単化のために、本稿では2期間のライフサイクル・モデルを考える。個人は第1期に働き、第2期には引退する。 t 期における労働力人口（現役世代）を L_t 、 t 期における年金受給者数（引退世代）を A_t とし、人口成長率を n とすれば、以下の関係式が成り立つ。

$$L_t = (1+n)L_{t-1} \quad (1)$$

かつ

$$L_t = (1+n)A_t \quad (2)$$

また、 t 期における各労働者は賃金 w_t を得るも

のとする。賃金上昇率を g とすれば、 t 期における賃金 w_t は以下のように表される。

$$w_t = (1+g)w_{t-1} \quad (3)$$

政府は労働所得に対して保険料率 τ を課すとすれば、 t 期における保険料収入 T_t は以下のように表される。

$$T_t = \tau w_t L_t \quad (4)$$

引退世代は1人あたり年金給付額 b を受け取るものとすれば、 t 期における年金給付総額 B_t は以下のように表される。

$$B_t = b A_t \quad (5)$$

賦課方式のもとでは t 期における年金給付額は t 期における保険料収入と等しくなる ($B_t = T_t$) ため、賦課方式のもとでの1人あたり給付額を b_p とすれば、予算制約式は以下のようにになる。

$$b_p A_t = \tau w_t L_t \quad (6)$$

したがって、(6)式より賦課方式のもとでの1人あたり給付額 b_p は以下のように表される。

$$b_p = (1+n)\tau w_t \quad (7)$$

これは、Samuelson [1958] が biological interest rate と呼んだものである。

一方、積立方式のもとでは自らが $t-1$ 期に支払い積み立てておいた保険料を t 期に受け取ることになる ($B_t = (1+r)T_{t-1}$) ため、積立方式のもとでの1人あたり給付額を b_f とすれば、予算制約式は以下のようなになる。

$$b_f A_t = (1+r)\tau w_{t-1} L_{t-1} = \frac{(1+r)}{(1+g)} \tau w_t L_{t-1} \quad (8)$$

したがって、(8)式より積立方式のもとでの1人あたり給付額 b_f は以下のように表される。

$$b_f = \frac{(1+r)}{(1+g)} \tau w_t \quad (9)$$

(7)式と(9)式より、賦課方式のもとでの1人あたり給付額 b_p と積立方式のもとでの1人あたり給付額 b_f の大小関係は、 $(1+n)(1+g)$ と $(1+r)$ の大小関係に依存することがわかる。したがって、 $ng \approx 0$ とすれば積立方式と賦課方式の選択はそれぞれの収益率 $n+g$ と r の大小関係によって選ばれることになる。

$$\begin{matrix} < \\ b_p = b_f & \Leftrightarrow & n + g = r \\ > \end{matrix} \quad (10)$$

2 平均・分散アプローチ

次に、Dutta et al. [2000]にもとづいて不確実性を考慮したモデルを提示しよう。上記のように、積立方式のもとでの収益率を r 、賦課方式のもとでの収益率を h とする。ただし、 $h = n + g$ であり人口成長率と賃金上昇率の和である。保険料収入を θ ($0 \leq \theta \leq 1$) の比率で年金基金に積み立て、残りの $1 - \theta$ を当期の引退世代への給付に充てるものとする。年金からの単位あたりの収益は、 $p = 1 + \theta r + (1 - \theta)h$ で表される。 r と h を確率変数とすれば、効用関数は以下のように表すことができる。

$$E[U(P)] \quad (11)$$

効用関数を以下のような平均・分散効用関数 (mean-variance utility function) とする。

$$E[U(P)] = E(P) - \frac{\gamma}{2} \text{var}(P) \quad (12)$$

ここで、 γ は危険回避度を表すパラメータである。また、 $E(P)$ と $\text{var}(P)$ はそれぞれ以下のように表される。

$$E(P) = 1 + \theta \mu_r + (1 - \theta) \mu_h \quad (13)$$

$$\text{var}(P) = \theta^2 \sigma_r^2 + (1 - \theta)^2 \sigma_h^2 + 2\theta(1 - \theta)\sigma_{rh} \quad (14)$$

ここで、 μ_i と σ_i^2 は各変数 i ($i = r, h$) の期待値と分散を表し、 σ_{rh} は r と h の共分散を表している。積立方式への最適なポートフォリオ配分比率を得るために効用関数を θ について最大化すれば、最適積立比率 θ^* は以下のようになる。

$$\theta^* = \frac{\mu_r - \mu_h + \gamma(\sigma_h^2 - \sigma_{rh})}{\gamma(\sigma_r^2 + \sigma_h^2 - 2\sigma_{rh})} \quad (15)$$

III ポートフォリオ

1 現実への適用可能性

これまでには、理論的には平均・分散効用関数にもとづきながら最適積立比率 θ^* を求めてきた。しかしながら、わが国の公的年金制度は本稿で用

いたモデルがそのまま当てはまる単純な構造をしていない。Dutta et al. [2000] のモデルを日本の年金制度に応用するには、限られた部分にしか適用できない点に留意する必要がある。

わが国の公的年金の財政方式は修正積立方式と呼ばれ、すでに巨額の積立金が存在している。また、歴史的な要因によって、制度も国民年金、厚生年金、各種共済と分立しており、複雑な仕組みとなっている。厚生年金を取り上げてみても、その保険料は 1 階部分と 2 階部分を合わせたものとなっており、1 階部分については基礎年金拠出金を通じて国民年金とリンクしている。

このため、 θ がどの部分の賦課方式部分と積立方式部分の比率を決める際の指標となりうるのかについては考える必要がある。わが国の場合、先に求めた積立比率 θ は、年金積立金管理運用独立行政法人で運用されている厚生年金保険本体の積立部分と厚生年金基金の代行部分とを合わせた 1、2 階部分の積立比率に近いといえよう。

2 リスク

われわれは賦課方式と積立方式へのポートフォリオ配分を考えるために、両制度の収益率の分散と共に分散を求める必要がある。ボラティリティは資産のリスクを表す指標として用いられており、リターンの分散と共に分散で表される。ボラティリティを得るために、われわれはナイーブ法と指数加重法を用いることとする [田中他, 2004]。

ナイーブ法とは、過去のリターンの実績値の分散をリスクとするものであり、過去のリターンの生成構造が一定であり、かつそれが将来も変化しないことを前提としている。したがって、ナイーブ法では直近のリターンも遠い過去のリターンも等しい重みで計算がされている。

これに対して、指数加重法では遠い過去のリターンよりも近い過去のリターンの方が将来のリスクに与える影響は大きいと考え、リターンの時系列データに重み付けを行う。具体的には、過去のデータを指数加重して用いることで、遠い過去のリターンほどリスク算出に与える影響が小さくなるように計算を行う方法である。ここでは田中他

[2004] にしたがって、指数加重法による各変数の分散と共分散を以下のように表す。

$$\sigma_i^2 = \frac{\sum_{t=1}^T \alpha^{T-t} (i_t - \mu_i)^2}{\sum_{t=1}^T \alpha^{T-t}} \quad (16)$$

$$\sigma_{ij} = \frac{\sum_{t=1}^T \alpha^{T-t} (i_t - \mu_i)(j_t - \mu_j)}{\sum_{t=1}^T \alpha^{T-t}} \quad (17)$$

ここで、 $i, j = r, h$ ($i \neq j$) であり、 α はウェイト・パラメータである。 α の値が直近のデータと遠い過去のデータに対する重みを決定することになり、 α が小さいほど、より直近のデータに重みをつけた計算がされることになる。

3 データ

本節では、実際のわが国のデータを用いて μ_i , σ_i^2 ($i = r, h$) および σ_{rh} を求め、最適積立比率 θ^* を求めることにする。ここで、賃金上昇率 g はきまって支給する現金給与額の上昇率、人口成長率 n は第2号被保険者数の成長率³⁾を用い、データはそれぞれ、賃金上昇率は厚生労働省『賃金センサス』、第2号被保険者数は社会保険庁『事業年報』から入手した。

また、運用利回り r については、国内債券・国内株式・外国債券・外国株式の4つの資産について過去のデータからそれぞれの期待リターンとリスクを計算し、効率的フロンティアを求めた上で(12) 式にもとづき最適な資産構成割合を選択し、そのもとで得られる期待リターンを使用し

た。その際、先に述べたナイーブ法と指数加重法によってリスクを計算し、対応する危険回避度に応じて資産構成割合を求めている。

データについては、国内債券はNOMURA-BPI 総合、国内株式はTOPIX、外国債券はシティグループ世界国債インデックス、外国株式はMSCI-KOKUSAI を使用し、NOMURA-BPI 総合は野村證券・金融工学研究センター、TOPIX は東京証券取引所、MSCI-KOKUSAI およびシティグループ世界国債インデックスはトムソン・データストリームより入手した。ただし、実質運用利回りは名目運用利回りから消費者物価上昇率を差し引くことで求めている。消費者物価上昇率は総務省統計局『消費者物価指年報』から入手した。

分析期間は、データの入手可能性から1985年から2005年までとした。それぞれの資産の平均、標準偏差および相関係数は表1に示す通りである。また、上記の方法によって求めた国内債券・国内株式・外国債券・外国株式の資産構成割合は表2に示されている。

表3は、ナイーブ法と指数加重法によって求めた μ_i , σ_i^2 ($i = r, h$) および σ_{rh} を示したものである。表からは、積立方式のもとで得られる期待収益より賦課方式のもとで得られる期待収益の方が低いことがわかる。また、賃金上昇率と人口成長率の和より運用利回りの方がより不安定であり、ナイーブ法でも指数加重法でも積立方式のリスクが大きい。さらに、指数加重法ではウェイト・パラメータ α が小さいほど σ_h^2 も σ_r^2 も小さくなるのがわかる。これは、賃金上昇率と人口成長率の

表1 各資産の平均、標準偏差および相関係数

	国内債券	国内株式	外国債券	外国株式
平均・標準偏差				
平均	4.28%	5.29%	5.43%	13.61%
標準偏差	4.33%	26.66%	12.22%	16.61%
相関係数				
国内債券	1.00			
国内株式	0.09	1.00		
外国債券	-0.12	-0.37	1.00	
外国株式	0.19	0.50	-0.08	1.00

表2 資産構成割合

			危険回避度				
			$\gamma = 0.1$	$\gamma = 0.2$	$\gamma = 0.3$	$\gamma = 0.4$	$\gamma = 0.5$
ナイーブ法		国内債券	66.84%	78.60%	82.52%	85.13%	86.44%
		国内株式	11.05%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
		外国債券	11.05%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
		外国株式	11.05%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
指數加重法	$\alpha = 0.995$	国内債券	65.53%	78.60%	82.52%	85.13%	86.44%
		国内株式	11.49%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
		外国債券	11.49%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
		外国株式	11.49%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
	$\alpha = 0.990$	国内債券	65.53%	78.60%	82.52%	85.13%	86.44%
		国内株式	11.49%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
		外国債券	11.49%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
		外国株式	11.49%	7.13%	5.83%	4.96%	4.52%
	$\alpha = 0.985$	国内債券	65.53%	78.60%	82.52%	83.83%	85.13%
		国内株式	11.49%	7.13%	5.83%	5.39%	4.96%
		外国債券	11.49%	7.13%	5.83%	5.39%	4.96%
		外国株式	11.49%	7.13%	5.83%	5.39%	4.96%
	$\alpha = 0.980$	国内債券	65.53%	77.29%	82.52%	83.83%	85.13%
		国内株式	11.49%	7.57%	5.83%	5.39%	4.96%
		外国債券	11.49%	7.57%	5.83%	5.39%	4.96%
		外国株式	11.49%	7.57%	5.83%	5.39%	4.96%

表3 リターンおよびリスク

					$\gamma = 0.1$		$\gamma = 0.2$			
					μ_h	σ_h^2		μ_r	σ_r^2	σ_{rh}
ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	1.455	4.182		5.550	26.874	1.230	5.100	20.185	0.970
		1.455	3.958		5.600	26.293	1.289	5.100	18.999	1.004
		1.455	3.933		5.600	26.033	1.321	5.100	18.769	1.039
		1.455	3.908		5.600	25.768	1.352	5.100	18.533	1.074
		1.455	3.882		5.600	24.097	1.385	5.150	17.715	1.136
		$\gamma = 0.3$			$\gamma = 0.4$			$\gamma = 0.5$		
		μ_r	σ_r^2	σ_{rh}	μ_r	σ_r^2	σ_{rh}	μ_r	σ_r^2	σ_{rh}
ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.990$	4.950	18.888	0.884	4.850	18.282	0.826	4.800	18.056	0.797
		4.950	17.774	0.919	4.850	17.204	0.862	4.800	16.993	0.833
		4.950	17.554	0.954	4.850	16.991	0.898	4.800	16.783	0.870
		4.950	17.328	0.990	4.900	17.026	0.962	4.850	16.772	0.934
		4.950	16.110	1.026	4.900	15.828	0.998	4.850	15.593	0.971

和も運用利回りも共に低位で安定して推移していることを反映している。

4 最適積立比率

表4は、ナイーブ法と指數加重法によって求めた μ_i , σ_i^2 ($i=r, h$) と σ_{rh} をもとに、(15) 式にも

とづいて算出した最適積立比率 θ^* の結果をまとめたものである。最適積立比率 θ^* は、危険回避度のパラメータ γ とリターンに対するウェイト・パラメータ α の値によって変化するため、ここでは γ と α の値に応じて θ^* を求めている。

表4からは、危険回避的な個人にとっては積立

表4 最適積立比率 θ^*

		危険回避度				
		$\gamma = 0.1$	$\gamma = 0.2$	$\gamma = 0.3$	$\gamma = 0.4$	$\gamma = 0.5$
ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	100.00%	95.58%	70.17%	56.91%	48.80%
		100.00%	100.00%	73.83%	59.59%	50.89%
		100.00%	100.00%	74.72%	60.24%	51.39%
		100.00%	100.00%	75.65%	60.80%	51.90%
		100.00%	100.00%	80.85%	64.90%	55.33%

表5 将来の展望

					$\gamma = 0.1$		$\gamma = 0.2$		
		μ_h	σ_h^2		μ_r	σ_r^2	σ_{rh}	μ_r	σ_r^2
1985-2025年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	1.027	2.595		3.726	17.116	1.547	3.496	12.962
		1.027	2.403		3.752	16.407	1.505	3.496	11.978
		1.027	2.227		3.752	15.549	1.439	3.496	11.325
		1.027	2.153		3.752	14.712	1.375	3.496	10.689
		1.027	2.031		3.752	12.065	1.313	3.521	8.971
1985-2050年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	0.690	1.843		3.017	11.371	1.355	2.874	8.621
		0.690	1.642		3.033	10.337	1.257	2.874	7.559
		0.690	1.481		3.033	9.172	1.150	2.874	6.692
		0.690	1.334		3.033	8.100	1.056	2.874	5.896
		0.690	1.201		3.033	5.541	0.975	2.890	4.133
1985-2100年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	0.486	1.103		2.489	6.799	0.914	2.407	5.163
		0.486	0.867		2.498	5.458	0.745	2.407	4.000
		0.486	0.676		2.498	4.192	0.594	2.407	3.066
		0.486	0.520		2.498	3.172	0.475	2.407	2.316
		0.486	0.397		2.498	1.516	0.384	2.416	1.139
		$\gamma = 0.3$			$\gamma = 0.4$			$\gamma = 0.5$	
		μ_r	σ_r^2	σ_{rh}	μ_r	σ_r^2	σ_{rh}	μ_r	σ_r^2
1985-2025年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	3.419	12.066	1.238	3.368	11.605	1.187	3.342	11.415
		3.419	11.143	1.189	3.368	10.712	1.140	3.342	10.535
		3.419	10.527	1.140	3.368	10.115	1.094	3.342	9.945
		3.419	9.927	1.093	3.393	9.719	1.071	3.368	9.533
		3.419	8.084	1.047	3.393	7.910	1.027	3.368	7.754
1985-2050年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	2.826	8.011	1.099	2.795	7.689	1.056	2.779	7.554
		2.826	7.018	1.006	2.795	6.733	0.967	2.779	6.612
		2.826	6.207	0.922	2.795	5.951	0.887	2.779	5.843
		2.826	5.463	0.849	2.811	5.342	0.833	2.795	5.233
		2.826	3.712	0.786	2.811	3.627	0.771	2.795	3.549
1985-2100年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$	2.380	4.794	0.746	2.362	4.596	0.718	2.353	4.511
		2.380	3.710	0.600	2.362	3.555	0.578	2.353	3.488
		2.380	2.840	0.480	2.362	2.719	0.462	2.353	2.667
		2.380	2.144	0.385	2.371	2.095	0.378	2.362	2.050
		2.380	1.020	0.312	2.371	0.995	0.306	2.362	0.973

方式への最適配分比率は低くなっていることがわかる。これは、賦課方式のリスクと比較して積立方式のもとの運用リスクの方が大きいためである。賦課方式と比較して積立方式のもとの収益の期待値の方が高いにもかかわらず、われわれが危険回避的であれば、賦課方式への配分比率を高めることが望ましいことがわかる。

また、表4からは、ウェイト・パラメータ α が小さいほど積立方式への最適配分比率は高くなっていることがわかる。これは、 α が小さいほど直近のデータに重みを付けた計算がなされることから、近年では、積立方式の収益率の方が賦課方式の収益率よりも高い上に、両変数とも安定的に推移していることを反映しているためである。

これらの結果からは、賦課方式と積立方式とのポートフォリオを考慮するのが最適であり、積立方式のもとの期待収益が賦課方式のもとの期待収益より高い場合でも、積立方式への完全な移行が必ずしも最適な選択ではないことが示唆される。

5 今後の展望

これまで過去のデータを用いて分析を行ってきた。しかしながら、このようなパラメータは今後の人口動態などの変動を受けると考えられ、将

来も同じ構造が続くとは限らない。そこで、以下では、公的な将来予測と整合的なデータを用いて今後の展望を行ってみたい。

2004年の年金改革の際に行われた財政再計算では、将来の被保険者数については労働力人口の将来見通しから推計し、実質賃金上昇率は1.1%、実質運用利回りは2.2%で一定の値をとるものとされた⁴⁾。しかしながら、川瀬・北浦・木村・前川[2007]が検討しているように、厚生労働省が財政再計算の経済前提の設定に用いたマクロ経済の関係式からも、これらの値は人口構造の変動によって影響を受ける。

そこで、本稿では、川瀬・北浦・木村・前川[2007]のモデルを利用して、厚生労働省の設定にもとづいてTFP上昇率を0.7%として外生的に与え、この設定のもとで得られる実質賃金上昇率および実質長期金利と、第2号被保険者数の推計値を用いて将来予測を行うこととした⁵⁾。推計期間は2025年、2050年、2100年の3ケースを想定した。表5は、上記のようにして得られたデータを用いて μ_i 、 σ_i^2 ($i=r, h$) および σ_m を求めたものであり、人口高齢化の影響を受けて賦課方式のもとの収益率は大きく低下していくことがわかる。

表6は、これらのデータを用いて(15)式にもとづき算出した最適積立比率 θ^* の結果をまとめ

表6 最適積立比率 θ^* (シミュレーション結果)

		危険回避度				
		$\gamma = 0.1$	$\gamma = 0.2$	$\gamma = 0.3$	$\gamma = 0.4$	$\gamma = 0.5$
1985-2025年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$ $\alpha = 0.990$ $\alpha = 0.985$ $\alpha = 0.980$	100.00%	100.00%	76.58%	61.39%	51.89%
		100.00%	100.00%	82.27%	65.67%	55.28%
		100.00%	100.00%	86.57%	68.95%	57.90%
		100.00%	100.00%	91.30%	71.93%	60.34%
		100.00%	100.00%	100.00%	87.74%	73.42%
1985-2050年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$ $\alpha = 0.990$ $\alpha = 0.985$ $\alpha = 0.980$	100.00%	100.00%	100.00%	81.51%	68.03%
		100.00%	100.00%	100.00%	92.16%	76.60%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	85.75%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	95.80%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
1985-2100年 ナイーブ法 指數加重法	$\alpha = 0.995$ $\alpha = 0.990$ $\alpha = 0.985$ $\alpha = 0.980$	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	98.23%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

たものである。シミュレーションの結果からは、高齢化の進展とともに最適な積立比率 θ^* は上昇していくことが明らかになった。この結果からは、危険回避度やリスクに対するウェイト・パラメータの大きさに左右されるものの、将来の人口構造を考慮すれば賦課方式の年金制度を縮小し、積立方式へと移行していく改革が正当化されることが示された。

6 年金改革の政治経済学

ただし、これまでの分析のように経済学の立場から最適積立比率 θ^* が導かれたとしても、政治経済学的な諸要因によってその選択が歪められ、年金改革が進まない可能性もある。2004年に行われた年金改革では、最終保険料の水準を固定しながらマクロ経済スライドによって給付水準も抑制し、長期的には積立金を取り崩しながらも、現行制度を維持する形となった。議論の過程では、年金未納の問題が大きく取り上げられるとともに、民主党からは1階部分の税方式への移行を意味する最低保障年金と2階部分を一元化する所得比例年金の導入が提唱され、スウェーデン方式の導入が議論の俎上に載せられた。しかしながら、財源が社会保険料から消費税へと転換されるため厚生労働省の権限が縮小される上に、年金制度の一元化によって自営業者の負担が増加する改革案は、新川・ボノーリ〔2004〕が指摘するように、自らの省庁の権限を侵される厚生労働省にとっても、中小の自営業者を重要な支持基盤とする与党にとっても受け入れがたい案であったといえよう⁶⁾。公的年金制度の抜本的な改革を行うためには、超党派的な合意形成が必要となるであろう⁷⁾。

IV むすび

本稿では、年金財政方式の選択にあたって賦課方式か積立方式かの二分法ではなく、それぞれの制度のもとで得られる収益の平均と分散を考慮し、ポートフォリオの発想を持つべきであるという問題意識から、平均・分散アプローチによる年金財政方式の分析を行った。分析結果からは、賦課方

式や積立方式への完全な移行は必ずしも最適ではなく、危険回避度やどの時点のリターンがリスク算出に与える影響が大きいかというウェイト・パラメータを考慮しながら、賦課方式と積立方式とのポートフォリオ配分を行うことが望ましいことが明らかになった。

最後に本稿で残された課題を指摘してむすびとする。

第1に、本稿で用いたデータやパラメータの値が妥当かどうかは検討しなければならない。用いるデータやパラメータの設定によって異なる結論が導かれる可能性もある点には留意が必要である。

第2に、本稿の分析からは具体的な移行の方法について示唆を与えることはできていない。特に、賦課方式から部分的な積立方式へと移行する場合、移行期においてはいわゆる「二重の負担」の問題が発生する可能性があるため、シミュレーション分析へと拡張することで実際に部分的な積立方式への移行過程を示すことが求められるであろう。経済が定常状態にない場合は最適積立比率 θ^* は変動するため、移行過程の分析を行うことは政策的にも重要な課題である。このような分析のためにには、多世代重複モデルや財政再計算と同様のモデルを用いた上で、すでに存在している積立金を明示的に取り扱うことが必要である。

第3に、こうしたモデルを用いて、現実への応用可能性を高める方策を検討する必要がある。たとえば、スウェーデンの1999年改革と同様に、ある改革時点より賦課方式と積立方式の2つの新たな拠出建ての年金制度を導入し、旧制度の過去債務の償却を考慮しつつ、新制度への移行が可能かどうかを検証することが考えられる⁸⁾。

第4に、本稿のモデルには資本蓄積や企業行動などは明示的に組み込まれていないため、賃金や利子率に及ぼす一般均衡効果は考慮できていない。

上記のような課題が残されているため、本稿は現在の日本における処方箋というよりも、あくまで一般論にとどまるものである。これらの諸点については、今後の研究課題としたい。

(平成 18 年 7 月投稿受理)
 (平成 19 年 9 月採用決定)

付 記

本稿は、日本経済学会 2006 年度春季大会（於：福島大学）における報告論文を大幅に加筆・修正したものである。学会報告の際には討論者の塙原康博教授（明治大学）から貴重なコメントを頂戴した。本稿作成の過程において、跡田直澄教授（慶應義塾大学）、小椋正立教授（法政大学）、熊谷成将准教授（近畿大学）、齊藤慎教授（大阪大学）、福重元嗣教授（大阪大学）、宮里尚三専任講師（日本大学）、山田雅俊教授（大阪大学）、ならびに「高齢化研究の分析手法に関する日韓第 2 回シンポジウム」（於：西南学院大学）の出席者より有益なコメントを頂戴した。また、本誌レフェリーからも非常に有益なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。本研究は、法政大学大学院エイジング総合研究所「人口高齢化に関する国際共同研究（日本・中国及び韓国）プロジェクト」（文部科学省・私立大学学術研究高度化推進事業）から助成を受けている。

注

- 1) 2004 年年金改革の詳細については、川瀬・北浦・木村・前川 [2007] を参照されたい。
- 2) 小塙 [2005, p. 194] も同様の指摘をしている。
- 3) この点については本誌レフェリーより、わが国の公的年金は世帯単位となっていることから世帯数の成長率を用いることも考えられるのではないか、とのご指摘を頂戴した。しかしながら、この場合でも、世帯内に第 1 号被保険者、第 2 号被保険者、第 3 号被保険者が混在している点を考慮できないという問題がある。これは、モデル上は 2 世代重複モデルとなっているが、現実の経済は多世代重複モデルとなっているために生じる問題であり、簡易なモデルを用いることと現実とのギャップがある点には留意する必要がある。この点を解消するためには、将来的に多世代重複モデルを用いた分析へと拡張を行う必要があるだろう。
- 4) 厚生労働省は、コブ・ダグラス型の生産関数 $Y = AK^{\beta}L^{1-\beta}$ をもとに、TFP 上昇率 Δ/A を外生的に与えることで賃金上昇率や運用利回りを導出している。基準ケースとしては、TFP 上昇率を 0.7% として外生的に与えることで 1 人あたり GDP 成長率や長期金利を推計し、その平均値を実質賃金上昇率および実質運用利回りとして設定した上で、この値を 2100 年まで一定としている。詳細については、川瀬・

- 北浦・木村・前川 [2007] を参照されたい。
- 5) 高山 [2004, pp. 176–186] が指摘するように、近年の研究では積立方式の収益も人口変動の影響を受けると考えられている。こうした影響を考慮するために、人口変動に伴う貯蓄率の低下と資産需要の減少の影響を取り入れることが考えられるが（Poterba, 2001），わが国では実証研究の蓄積が少なく、こうしたパラメータ値 자체を推定することから始める必要があるといえよう。
 - 6) 年金制度を一元化した場合のシミュレーションについては、川瀬・北浦・木村 [2006]、橋本・山口・北浦 [2007] を参照されたい。
 - 7) こうした年金改革を受けて、新川・ボノーリ [2004] は公的年金改革に関する政治学に基づく国際比較研究を行い、北岡・田中 [2005] は世代間格差の視点から政治経済学の手法を用いてわが国の年金改革について論じている。また、年金制度の選択やその財源調達に関する公共選択論からのアプローチに基づく分析として、Krieger [2005] や小西 [2006] が展開されている。
 - 8) この点については、本誌レフェリーよりご指摘いただいた。スウェーデンの年金改革の詳細については、高山 [2004, pp. 99–116] を参照されたい。

参考文献

- Aaron, H. (1966) The Social Insurance Paradox, *Canadian Journal of Economics and Political Science*, Vol.32, No.3, pp. 371–374.
- Dutta, J., S. Kapur and J.M. Orszag (2000) A Portfolio Approach to the Optimal Funding of Pensions, *Economics Letters*, Vol.69, No.2, pp. 201–206.
- Feldstein, M.S. (1985) The Optimal Level of Social Security Benefits, *Quarterly Journal of Economics*, Vol.100, No.2, pp. 303–320.
- Krieger, T. (2005) *Public Pensions and Immigration: A Public Choice Approach*, Edward Elgar.
- Poterba, J.M. (2001) Demographic Structure and Asset Returns, *Review of Economics and Statistics*, Vol.83, No.4, pp. 565–584.
- Samuelson, P.A. (1958) An Exact Consumption-Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money, *Journal of Political Economy*, Vol.66, No.6, pp. 467–482.
- 岩本康志・大竹文雄・小塙隆士 (2002) 「座談会：年金研究の現在」『季刊社会保障研究』Vol.37, No.4, pp. 314–356。
- 牛丸聰 (1996) 『公的年金の財政方式』東洋経済新報社。
- 小塙隆士 (1998) 『年金民営化への構想』日本経済

- 新聞社。
- (2000) 「不確実性と公的年金の最適規模」『経済研究』Vol.51, No.4, pp. 311-320。
- (2005) 「社会保障と公的保険」本間正明 [監修], 神谷和也・山田雅俊 [編著]『公共経済学』東洋経済新報社, pp. 191-214。
- 川瀬晃弘・北浦義朗・木村真 (2006) 「年金制度の一元化に関するシミュレーション」KISER Discussion Paper, No.1, 関西社会経済研究所。
- 川瀬晃弘・北浦義朗・木村真・前川聰子 (2007) 「2004 年年金改革のシミュレーション分析」『日本経済研究』No.56, pp. 92-121。
- 北岡伸一・田中愛治 [編] (2005) 『年金改革の政治経済学』東洋経済新報社。
- 小西秀樹 (2006) 「社会保障の財源調達: 政治経済学的分析」『季刊社会保障研究』Vol.42, No.1, pp. 4-16。
- 新川敏光, ジュリアーノ・ボノーリ [編著], 新川敏光 [監訳] (2004) 『年金改革の比較政治学』ミネルヴァ書房。
- 高山憲之 (1977) 「積立方式と賦課方式」『季刊社会保障研究』Vol.12, No.4, pp. 11-18。
- (2004) 『信頼と安心の年金改革』東洋経済新報社。
- 田中周二 [編], 山本信一・佐々木進 [著] (2004) 『年金資産運用』朝倉書店。
- 橋本恭之・山口耕嗣・北浦義朗 (2007) 「公的年金の一元化について: 社会保障財源のあり方」『関西大学経済論集』Vol.56, No.4, pp. 363-382。
- 八田達夫・小口登良 (1999) 『年金改革論』日本経済新聞社。

(かわせ・あきひろ 東洋大学講師)

判例研究

社会保障法判例

脇野 幸太郎

収容保護ではなく、居宅での生活保護（居宅保護）を求めた野宿生活者に対し、大阪市立更生相談所長が住居を持たない者は居宅保護はできないとして収容保護決定をしたのは違法だとして、収容保護決定の取消しが認められた事例（佐藤訴訟控訴審判決）

大阪高等裁判所平成 15 年 10 月 23 日判決（平成 14 年（行コ）第 34 号 生活保護開始決定取消等請求控訴事件・「賃金と社会保障」1358 号 10 頁）

原審：大阪地方裁判所平成 14 年 3 月 22 日判決（「賃金と社会保障」1321 号 10 頁）

I 事実の概要

1 X（原告・被控訴人）は昭和 7 年福岡県北九州市に生まれ、昭和 34 年ころから主として大阪府内で建設労働者や鉄工所工員として働いてきた。平成 3 年頃から平成 6 年夏までは大阪市内のアパートに一人で居住していたが、その後景気の悪化に伴って仕事が減少し、家賃が支払えなくなったため、いわゆるドヤ（簡易宿泊所）に宿泊しながら生活するようになった。平成 6 年ころから右耳が難聴となったこともあり、平成 7 年の春ころからは、仕事にもあまり就けなくなり、野宿する日もあった。

2 控訴人 Y（被告・大阪市立更生相談所長）は平成 8 年 5 月 17 日、X からの保護開始申請に基づき、生活保護法（以下「法」という）38 条 3 項所定の更生施設である大阪市立更生相談所（以下「市更相」という）付属の一時保護所での収容

保護を行う旨の保護開始決定をし、その後同年 6 月 19 日には更生施設である淀川寮での収容保護を行う旨の保護変更決定をした。X は同年 12 月、淀川寮を退所し、Y はこれを理由として保護廃止決定を行った。

なお、市更相は大阪市の生活保護法施行細則 2 条 2 項により、大阪市長から、環境改善地区（いわゆる釜ヶ崎地区ないしあいりん地区）における住居のない要保護者に関する生活保護事務の委任を受け、同事務を実施する機関である。

X はその後、仕事のある時は簡易宿泊所に宿泊し、所持金が尽きると野宿するという生活に戻った。

3 Y は、平成 9 年 1 月 30 日、X の保護開始申請に基づき、一時保護所で収容保護を行う旨の保護開始決定をし、同年 3 月 12 日、更生施設である自彊寮で収容保護を行う旨の保護変更決定をした。X は同年 8 月 14 日、同施設を退所し、Y はこれを理由として保護廃止決定を行った。X は同

年10月ころからは再び野宿の生活へ戻った。

なお、Xが淀川寮および自強寮を退所する際、いずれの職員からも居宅保護への変更が可能である旨の説明はなかった。

4 Xは平成9年10月16日、かねてから相談を行っていた釜ヶ崎医療連絡会議（釜ヶ崎周辺の日雇労働者や野宿者の医療・福祉の改善を目的とした活動をしている団体であり、医療相談や、Xのような者が生活保護の申請をする際の立会い等を行っている。以下「医療連」という）の医療相談を訪れ、その際初めて、居宅がない者であっても居宅保護が受けられる可能性がある旨の話を聞いた。

Xは同年10月20日、市更相を訪れ、手書きの生活保護開始申請書を提出しようとした。これには、保護を受けたい理由として、「難聴のため、集団生活についていけず、施設での生活に強いストレスを感じます。これまで施設に入った経験がありますが、堪えられませんでした。アパートでの自立生活には自信があり、居宅での生活保護を希望します。」と記載されていた。

しかし、市更相の担当者は居宅保護は市更相の「範囲を超えてる」「範疇をはずれる」として申請書の受理を拒否しようとした。Yは同年11月5日付で、Xに対し、一時保護所での収容保護を開始する旨の収容保護決定（以下「本件収容保護決定」という）をした。だが、当日Xは一時保護所に出頭しなかった。

5 Xは、本件収容保護決定後、平成9年11月10日まで法外援助（法に基づかない、自治体独自の援助事業）として、法38条2項所定の救護施設に宿泊した後、同月11日に大阪市西成区において賃貸住宅を借りて生活し始め、同月12日、西成区福祉事務所長に対して生活保護申請をし、同事務所長は、Xに対し、同日付で居宅保護を行う旨の保護開始決定をした。

6 Xは、同月11日、本件収容保護決定不服として、大阪府知事に対し審査請求をしたが、約1年後の平成10年11月16日、請求棄却の裁決を受けた。そこでXは、Yに対し、①本件収容保護決定の取消し、②Xが過去2回にわたり

収容保護を受け、各施設から退所した際に、Yが、正当な理由なく生活保護を廃止し、Xに野宿を余儀なくさせたこと、およびYが、居宅保護についての調査義務・説明義務を怠ったことにより、Xの居宅保護の受給権を侵害したとして、大阪市に対して、精神的損害並びに居宅保護を受けられず出損を余儀なくされた敷金および家賃相当額の損害の国家賠償、③大阪府が、本件収容保護決定を不服とする審査請求を1年近くにわたって放置したことによりXが被った精神的損害の国家賠償を求めて大阪地方裁判所に訴訟を提起した。

7 一審での争点は、①本件収容保護決定を取り消す法律上の利益の有無、②本件各廃止決定およびこれに際してYが居宅保護について調査・指導、説明をしなかったことの違法性、③本件収容保護決定の違法性、④Xの大都市に対する審査請求から裁決まで約1年を要したことの違法性、⑤Xの損害である。

一審判決は、これらのうち、①の本件収容保護決定を取り消す法律上の利益は未だ存しているとして、収容保護決定の取消請求を認容したうえで、③の本件収容保護決定の違法性について、Yが「住所不定の居宅を有しない単身者については、原則として収容保護を行うべきである」と主張したのに対し、「住居を有しない要保護者に対する保護の内容を決定するにつき、必要な裁量判断を行わず、誤った法解釈を前提として本件収容保護決定を行ったものであり、この点において、本件収容保護決定は違法といるべきで」あり、「取り消すべきである」旨判示してYの主張を退け、また、その余の点に関するXの請求は棄却した。

これに対し、Y側が控訴したのが本件であるが、X側は控訴しなかったため、本件における審判の対象は、本件収容保護決定の適法性のみとなつた。

II 爭点

①本件が、法30条1項ただし書の「これによ

「することができないとき」に当たるか否か。

②行政手続法5条3項違反を理由として、本件決定を取り消すべきか否か。

③Yの最低生活保障義務・自立助長義務違反を理由として、本件決定を取り消すべきか否か。

III 判旨

1 本件が、法30条1項ただし書の「これによることができないとき」に当たるか否かについて

(1) 判断

「……本件決定がされた当時、Xにおいては、すみやかに低廉な賃貸条件で居宅を確保することが可能な状況にあった。」 そのような事情は、「Yないし市更相の職員らが、居宅を有しない要保護者についても居宅保護を行うことができる場合があることを前提として適切な調査（本件において、後に述べるとおり、Yないし市更相の職員らはこれを行うべき義務があった。）を行えば、容易に知り得たものである。」

そのような事情に照らせば「本件決定時においては、法30条1項ただし書の『これによることができないとき』（居宅保護によることができないとき）という要件に該当する事由があったとは認められないというべきである。……少なくとも、客観的には、居宅保護によることができないとは確定できなかったにもかかわらず、Yは、Xについては生活扶助を居宅保護によることができないとして、本件決定をしたことになる。」「そして、本件が、同項ただし書の定めるその他の場合に当たることについての主張・立証はない。したがって、本件決定は、同項ただし書の要件を欠くものということになるから、取消を免れない。」

(2) Yの本件における生活保護実施機関としての調査義務について

法1条～5条、11条～18条、24条、25条、27条、28条に規定されている「法の目的、生活保護の特質、保護機関の権限等に関する法の規定や、特に本件におけるような特別な事実経過、とりわけ、Yは従来、居宅を有しない要保護者につ

いては、居宅保護を行うことができないとの法解釈を前提とした事務処理を行っていたことなど…の事実を考慮すると、保護の実施機関であるYは、Xからの本件申請について、要保護者であるXが現に居宅を有しておらないとしても、その他の事情からして法30条の居宅保護を受けられるかどうかを調査すべき義務があったものというべきである。したがって、仮に、Yが主張するように、法30条1項ただし書の「これによることができないとき」の解釈に当たって、居宅の具体的準備を問題とすべきであるとしても、Yが上記の調査義務を果たしたにもかかわらず居宅の具体的準備がされなかつた場合にはじめて、同項ただし書の「これによることができないとき」に該当するものというべきである。

(3) 法30条等に関するYの当審における主張について

「……法は、生活扶助と住宅扶助とを、生活保護の種類としては別個のものとし（法11条1項），これらは、……単給又は併給として行われるものとしている（同条2項）。また、生活保護に関する決定については、後にこれを変更することも可能である（法24条2項、25条2項）。」

一方、法には、居宅を有しない要保護者について、住宅扶助との併給としてでなければ居宅保護を行うことができない旨を定めた規定や、居宅保護のみを行うものとした保護開始決定がされた後に、居宅保護と住宅扶助とを併給する旨の保護変更決定をすることができない旨を定めた規定はない。

以上のような点に照らすと、法が、居宅を有しない要保護者について、住宅扶助を行わずに居宅保護のみを行うことを禁じていないことは明らかである。そうすると、『要保護者が居宅を所有しているような場合を除き、居宅保護による場合には住宅扶助を給付しなければならない。』とするYの解釈はその前提を欠くものであり、賛成できない。」

「また、Yのいう『居宅の具体的準備』というのも、必ずしも明らかではなく、この一点を基準として、居宅保護の可否を決定することの当否も

疑問がある。

「Yの主張するところは、上記のような法の目的や、法30条1項の趣旨に合致するものとは言い難く、採用できない。」

2 結論

「以上の次第であって、Xの本件決定の取消請求は、その余の争点について判断するまでもなく、理由があるから認容すべきであり、これと同旨の原判決は相当である。」

IV 検討

結論に賛成。ただし判旨に若干の疑問がある。

1 はじめに——本件一審判決の位置づけ

本件は、大阪市内の環境改善地区（いわゆるあいりん地区）で野宿生活をしていたいわゆるホームレスのXが、居宅での保護を希望したのに対し、大阪市立更生相談所長Yが生活保護法上の施設への収容保護決定を行ったことを不服として、その処分の取消しを求めた事案である。

市更相は、大阪市の委任を受け、大阪市西成区（あいりん地区の所在地）において、居住地がないかもしくは明らかでない要保護者についての保護の決定および実施、付属の一時保護所（生活保護法上の更生施設）での保護等を行う独自の機関である。

従来、市更相は、ホームレスには居宅保護は認められないとの立場から、原則として収容保護をもって対象となるホームレスに対応してきた（いわゆる収容保護主義）。これは、当時のホームレスに対する対応としては、全国的にみて一般的なものであったが、必ずしも明文の根拠にもとづく取り扱いではなく、また、施設での収容期限が切れると再び野宿生活に逆戻りするケースが多いなど、法の趣旨・目的に照らして適切とはいがたいとの指摘がかねてよりなされていた。

周知のとおり、法30条1項は居宅保護を原則とし、「これによることができないとき、これによつては保護の目的を達しがたいとき、又は被保

護者が希望したとき」に限り例外的に収容保護が認められる旨規定している。したがつて、保護を居宅で行うか、施設への収容によってするかについては、行政庁に裁量の余地が存する。

この点、行政庁の裁量権行使の適法性が争われた裁判例は過去に数例あるが、本件と同様、居宅での保護を希望した被保護者が、収容保護を内容とする保護変更決定および保護を廃止する決定の取消しを求めた事案（いわゆる古川訴訟）の最高裁で「正当」とされた控訴審判決¹⁾は、次のとおり判示して原告の請求を退けた。

「……居宅保護では保護の目的を達しがたいときは、居宅保護より収容保護の方が妥当であるというだけでは足りず、……法の趣旨、目的に照らし、居宅保護によっては保護の効果がないか、変更前の保護の効果を無にし、又はこれを減ずる結果をもたらす場合をいうものと解されるが、これに該当するかどうかの判断は、保護の実施機関である行政庁の裁量に委ねられており、……当該行政庁の处分が裁量権の範囲を超え、又はその濫用があったものと認められる場合に限り違法となるというべきである。」

法30条1項の解釈、およびそれにもとづく収容保護の取り扱いについては、本判決がその後長らく指針としての地位を維持し、その結果、行政庁たる保護実施機関にはこの点につき大幅な裁量権が認められてきた。このような先行事例の存在も、ホームレス対策のいわば「切札」としての収容保護主義という、制度趣旨から見て必ずしも適切とは言いがたい運用が、本件大阪市を始めとして多くの自治体でみられた背景の一つをなしていたのではないかと考えられる。

これに対し、本件佐藤訴訟一審判決においては、Xが居宅保護を希望する認識を有していたことを前提として、その上でなされた本件収容保護決定の違法性、および他の適切な措置を講ずべきことにおけるYの不作為（裁量権の消極的濫用）を認めた。この判断は、判断枠組み自体は上記古川訴訟におけるそれを踏襲しつつも、法30条1項の解釈における行政庁の裁量権の限界を示し、保護において要保護者の意思を尊重すべきことを

明らかにした点、およびその結果、当時収容保護が通例であった野宿生活者に居宅保護の途を開いた点において、重要な先駆的意義を有する事例であったといえる。また、周知のとおり、平成15年7月31日（本件二審判決の数か月前）には、「ホームレスに対する生活保護の適用について」²⁾と題する通知が厚生労働省から出され、「ホームレスに対する生活保護の適用に当たっては、居住地がないことや稼働能力があることをもって保護の要件に欠けるものでないことに留意し、生活保護を適正に実施する。」ことが正式に通知され、安定した住居のない要保護者への敷金支給も認められるようになった。このような厚生労働省の方針の変更、現場における取り扱いの変更も、本件一審判決の成果として評価されうる。

2 Yの主張の変化と二審における争点

上記のとおり、本件においてはY側のみが控訴したため、二審における審判の対象は、Xの請求（本件収容保護決定の取消し）を認容した原判決の当否のみとなった。

この点につきYは、ホームレスには居宅保護をすることができない、という一審段階における主張に代えて、Xは法30条1項ただし書にいう「これによることができないとき」に当たるので、本件収容保護決定は適法であるとの主張を新たに行った。

このため、二審においては一審とは異なり、この「これによることができないとき」の意義をどのように解すべきか、より具体的には本件は「これによることができないとき」に該当するか、が主たる争点とされることになった。

このこともあり、Y側の主張の変化は、X側において「一審での主張をすべて撤回し、全く新たな主張をしあげた」³⁾ものととらえられている。しかし、Yにおける主張の仕方には確かに変化はみられるものの、法30条1項の解釈とそれにもとづく本件収容保護決定の適法性を争っているという点においては、結局のところ一審段階と同様であり、これを一審での主張の「撤回」や、その上での「全く新たな主張」等ととらえること

は必ずしも適切とは言い難いように思われる。二審段階においても、本件の法律論上の争点は法30条にあり、本質的に一審段階と変化はないことが確認されるべきであろう。

3 本件が法30条1項にいう「これによることができないとき」に当たるか否かについて

Yは次のとおり主張した。「これによることができないとき」とは、現に住居を有しておらず、かつ、居宅の具体的準備（借家又は賃間の規模・賃料等を特定できる程度の準備）もされていない場合をいう。これを本件についてみた場合、Xは平成9年10月20日に本件申請を行った際、現に居宅を有していたわけではなく、上記のような居宅の具体的準備をしていたわけでもないから、「これによることができないとき」に当たり、したがって本件決定に何ら違法な点はない。

これに対しXは次のように主張した。法の趣旨・目的を考慮すれば、「これによることができないとき」とは、物理的、現実的に居宅保護ができるない場合、すなわち、現に居宅を有しておらず、かつ居宅の確保が客観的に不可能な状況にあるときをいう。これを本件についてみた場合、本件収容保護決定がされた当時、釜ヶ崎地区には多数の空室のアパートがあり、居宅の確保が客観的に不可能な状況にあったものとは到底いえないから、「これによることができないとき」には当たらない。

この点につき判決は、判旨でも引用したとおり、Xの主張をほぼ全面的に認め、本件収容保護決定は、法30条1項ただし書の要件を欠くものとして取消しを免れない旨判示した。

Yの主張は、「これによることができないとき」とは「居宅を有しない被保護者を保護する場合の如きである」⁴⁾とする従来からの解釈を根拠とするものと思われる。しかし、本来保護は居宅によることが原則なのであるから、この解釈については、居宅を有しない者が居宅での保護を希望したり、保護実施機関がそのために必要な指導や助言を行ったりすることを排除する趣旨ではない、と理解するのが自然であろう。

そもそも、法が居宅保護を原則としているのは、保護は被保護者ないし要保護者の生活の本拠である居宅において行われるのが、最低生活保障および自立助長という法の目的に適うと解されているためである。本件では、Xは医療連の支援によって敷金等の貸付を受け、アパートを借りることができたが、上記のような法の趣旨に照らせば、このような役割は本来、実施機関が負うべきものといわなければならない（現に、上記のとおり現在では保護費による敷金等の支給が認められるに至っている）。そして、そのための前提として、本件でも問題となっている、保護を居宅で行うか、収容保護によるべきかの判断が、適切な調査に基づいてなされるべきことになる。しかし、本件においては、判決文も指摘するとおり、その判断が「ホームレスには居宅保護を行うことができない」との法解釈のみを根拠として、したがってその他の何らの調査も行われることなくなっている。

法30条1項ただし書が、その規定の趣旨から、保護実施機関である行政庁に一定の裁量の余地を認めていることは先にも確認したとおりである。しかし、上記のような判断のあり方（裁量権行使のあり方）が、法の趣旨に照らして適切とは言いがたいことは改めて指摘するまでもないであろう。その意味で、本件が「これによることができない」場合に当たらず、本件収容保護決定は取消しを免れないとした本判決の判断は妥当であったと思われる。

ところで、本判決は、Xが「これによることができない」場合に当たらない、と判断した根拠として、本件収容保護決定がなされた当時、Xが「すみやかに低廉な賃貸条件で居宅を確保することが可能な状況にあった」ことを挙げている。これは、当時の釜ヶ崎地区におけるアパートの家賃、空室状況、Xが居宅を確保するための資金の調達の状況（医療連による貸付）等（Xのいう物理的・客観的な状況）につき、上記Xの主張をほぼ全面的に認容したものである。

少なくとも、Xが本件申請ののち短時日のうちに居宅を賃借することのできた本件に関する限

り、上記判断に問題はないものと思われる。ただし、要保護者が居宅での保護を希望しているにもかかわらず、上記のような状況が揃わない場合に、本人の希望が何ら反映されないままただちに収容保護が行われればそれでよいのか、との疑問は残る。そのような場合、収容保護決定を受けた被保護者が保護受給を断念し、再び野宿生活に逆戻りしてしまうという、制度趣旨からみて本末転倒の結果を生じさせる可能性も否定できない。このように、居宅か施設収容かの決定は、要保護者にとって重要な意義を有する問題であるから、本判決においても、法にいう「これによることができないとき」のより明確な判断基準が示されてもよかつたのではないかと思われる。具体的には、例えば、居宅保護を希望する要保護者に居宅の確保のための準備の努力を尽くさせ（ただしその場合、保護実施機関による適切な援助が不可欠となる）⁵⁾、それでもなお希望する地区で基準額内の居宅が確保できなかった場合に初めて収容保護を認めるなど、収容保護にあたっての実体的な要件が必要とされることになろう。

4 Xの本件における生活保護実施機関としての調査義務について

上記のとおり、本件収容保護決定をはじめとする当時のYにおける事務処理は、いずれもホームレスには居宅保護を行うことができない、との前提でなされており、Xが居宅保護を受けられるかどうか、といった観点からの調査およびそれに基づく判断は、本件においては一切なされていない。

この点につきXは次のように主張した。法の趣旨・目的に鑑みれば、保護の実施機関は、相談を受けた要保護者に対し、その最低生活を保障した上で自立を助長する義務を負い、かかる義務を履行して適正な保護を行うために、必要な説明、助言、指導、指示、援助、調査等を行るべき義務を負う。しかしYは、居宅保護のためには居宅の具体的準備が必要としながら、この点に関する適切な説明や指導助言を行っていない。したがって、本件が「これによることができないとき」に

当たらないことは明らかである。

これに対しYは次のとおり反論した。法1条は、法の各条項の解釈における指針となるべきものではあるが、そのことから、直ちに「具体的援助義務」が導かれるとするのは論理の飛躍がある。また、法の各条項（27条、28条1項等）は、指導、指示、調査および助言のいずれについても、実施機関にその権限を付与しているにとどまり、これらの実施を義務付けているものではない。したがって、Xのいう「具体的援助義務」を根拠づける規定は存在しない。

これに対し本判決は、Xが現に住居を有しておらないとしても、その他の事情からして法30条の居宅保護を受けられるかどうかを調査すべき義務があったものというべきとして、Yの調査義務を認定した。

このような調査義務が義務として把握されなければ、保護実施機関においてこの点についての懈怠や不作為があったとしても何らの問題も生じないことになり、それでは保護実施機関としての機能を果たしえない⁶⁾。その意味で、上記判示は妥当なものであったと思われる。

確かに、このような調査（および説明、助言、指導、指示、援助等）をなすべき義務の法文上の根拠は、生活保護法それ自体からは必ずしも明らかではない。本判決も、Yが相応の調査義務を尽くせば、Xが居宅で保護を受けられる可能性について認識したであろうという、いわば事実上の要因によって調査義務を根拠づけるにとどまり、上記の点を必ずしも明確に指摘しているとは言い難い。

だが、行政が本来、どのようなものであれ究極的には関係国民の利益に仕えるべき作用である⁷⁾ことに鑑みれば、保護実施機関に調査をはじめとする各種の権限が認められているのも、国民に認められた権利としての保護の適切な実施を目的とするものであることは論を待たない。保護実施機関に付与された権限がそのようなものであるとすれば、それをYの主張のごとく単に権限を付与されたにとどまるとみるとべきではなく、そこからは、必要があれば調査その他をなすべき義務も當

然に発生すべきものと解すべきであろう。本件においても、このような調査「義務」の位置づけがもう少し明確に示されるべきであったように思われる。

5 おわりに

本件は、本件収容保護決定がなされた平成9年11月5日からわずか7日後の同月12日には、Xに対して居宅保護を行う旨の保護開始決定が西成区福祉事務所長によってなされ、Xも同月11日以降賃貸住宅での生活を開始しているため、本件訴訟によって得られる実質的利益は必ずしも大きくなはない⁸⁾。

だが、先にも指摘したとおり、本件において、本件収容保護決定の違法性が認定されたことにより、とりわけ一審判決後に、保護の現場におけるホームレスの取り扱いに変更がもたらされたという意味において、本件が生活保護行政に及ぼした影響は少なからぬものがあった。本件二審判決は、上記取り扱いの変更が判決の直前（3か月前）になされたという事情も手伝って、一審判決に比してやや印象が薄い感があり、また、条文の解釈や調査義務の位置づけなどにおいて、全体的にやや論理的明確さを欠くくらいのあることも否定できない。だが、ホームレスの取り扱い変更後に改めて当該処分の違法性を確認した点、どのような前提に立ったとしても「ホームレスには居宅保護を行なうことができない」とする法解釈が誤りであり、それにもとづく制度運用が法の本来の趣旨・目的から大幅に逸脱していたことを示した点において、一審判決ともども今後も重要な先行事例としての意義を有することになるものと思われる。

上記「ホームレスに対する生活保護の適用について」の通知以降、各自治体においては、ホームレスに対する保護の運用はおおむね適切になされているとされる。だが、近時の北九州市の事例⁹⁾にみられるように、保護の不適切な運用実態は全面的に解決されたとは言いがたい状況にある。このような状況下で、本件佐藤訴訟におけるような保護の運用ないし処分がなぜ違法とされるに至ったかを改めて確認しておくことも必ずしも無駄で

はないと思われる。判決の時期からするといしささか旧間に属する本件を今回検討の対象とした所以である。

注

- 1) 最判平成元年4月14日判例集未搭載。なお、本訴訟における被告は、本件と同じ大阪市更生相談所であったが、一番から最高裁のいずれにおいても同様の結論により原告が敗訴している。本件についての評釈として堀〔1990, 407頁〕。
- 2) 社援保発第0731001号。
- 3) 小久保〔2003, 6頁〕。なお、同稿の筆者は本件の原告（被控訴人）訴訟代理人である。
- 4) 小山〔1952, 435頁〕。
- 5) 本件においても、Xがこのような努力を尽くしていなかった旨の主張がYによりなされている。ただし、Y側はその際の実施機関の援助については何ら言及していない。
- 6) 赤井〔2003, 41頁〕（本件評釈）。
- 7) 原田〔2005, 98頁〕。
- 8) Xが居宅での保護を望んでいた、という意味においては、現行制度のもとにおいては、取消

訴訟よりも義務づけ訴訟の方法による方が適当である、との指摘もありえよう。

- 9) 2006年5月、北九州市で生活保護の申請を拒否された56歳の男性が、自宅で餓死しているのが発見された事例（新聞各紙の報道による）。

参考文献

- 赤井朱美（2003）「社会保障判例研究 居宅保護を求めた要保護者に対する収容保護決定の取消請求」『賃金と社会保障』1358号。
- 小久保哲郎（2003）「ホームレス支援は居宅保護が原則——居宅伝尾生活保護要求佐藤訴訟・大阪高裁判決（平15.・10・13）の意義」『賃金と社会保障』1358号。
- 小山進次郎（1952）『改訂増補 生活保護法の解釈と運用』中央社会福祉協議会。
- 原田尚彦（2005）『行政法要論 全訂第六版』学陽書房。
- 堀 勝洋（1990）「社会保障法判例 居宅での保護を望む被保護者に対して行った保護施設で保護を行うという処分が違法意見ではないとされた事例（古川訴訟控訴審及び上告審判決）」『季刊・社会保障研究』Vol. 25 No. 4。

（わきの・こうたろう 大正大学講師）

書評

金谷信子著

『福祉のパブリック・プライベート・パートナーシップ』

(日本評論社, 2007年)

宮城 孝

本書の意図するところを換言すると、公共経済学の視点から、非営利セクターにおいて政府セクターの関与が拡大している国際的な動向を踏まえ、我が国の社会福祉領域における近年の非営利セクターの経済活動について実証的な分析を行い、その上で政府セクターと非営利セクターとの多重的な関係性、パブリック・プライベート・パートナーシップのあり様について考察したものとなっている。

筆者は、本書執筆の意図を、近年の介護保険制度、地域再生プログラム、指定管理者制度などの政府のビッグ・プロジェクトにおいて、非営利セクターを重要なプレーヤーに位置づけることが今や常識となっており、むしろこのような一連の動きが短期間に進んできたことから、非営利セクターは、錯綜するさまざまな関係者の思惑に巻き込まれることも増え、今曲がり角に差しかかっているのではないかとの認識を示している。その上で、現在見られる試行錯誤に対する解決策や、非営利セクターの潜在能力が存分に發揮できる政府セクターとのパートナーシップを構築していくためのヒントは、非営利セクターの実態を可能な限り客観的に見つめ直す過程で、その糸口が見えてくるのではないかとしている。そして、非営利セクターと政府セクターの多重的な相互関係を理解するために、まず非営利活動の伝統的分野である福祉を対象として、パートナーシップという視点で、主に両者の経済活動の面から解明していくとしている。

1998年の特定非営利活動促進法の制定、2000年の社会福祉法制定による社会福祉基礎構造改革、介護保険制度、その後の指定管理者制度の導入などにより、我が国における福祉多元主義を機軸とした福祉・介護サービス供給主体の多元化の状況は、著しいものがあり、10年前に比較すると昔日の感がある。そのような動向の中で、政府セクターと非営利セクターのパー-

トナーシップ論については、特に政府、自治体レベルにおいて理念的に語られることが多いだけに、本書の、特に社会福祉領域における非営利セクターの経済活動におけるプレゼンスの実態とその要因を客観的に分析し、そこからパブリック・プライベート・パートナーシップのあり様を探ろうとした意義は、大きいと言えよう。

本書は、序章と全5章から構成されている。

序章では、「福祉国家とパブリック・プライベート・パートナーシップ」と題し、今日の福祉国家見直しにおける、国際的な非営利セクターに注目される動向を概観し、先に述べた本書の立場を明らかにしている。

第1章「パブリック・プライベート・パートナーシップ研究の視座：非営利セクターの現状と課題」では、まず、近年の非営利セクターの経済規模などに関する国際比較調査などの分析から、今日の非営利セクターが、経済社会においてある程度の規模の存在であること、各国の法制度や社会背景、また分野により活動規模や内容がかなり異なること、そして、非営利セクターは、ボランティアや民間寄付のみで支えられるのではなく、多くの有償雇用者が働く場であり、事業に伴う会費・料金収入を得て活動する経済活動の場であることが明らかにされてきたとし、収入面でも、政府資金や事業活動からの収入に、大半を支えられていることも明らかにされてきたとしている。

筆者は、特に近年の非営利セクターをめぐる国際的な動向の変化のうち、最も注目されるのが、政府の影響の拡大であり、次に、非営利セクターの商業化（commercialization）をあげている。先にあげたように、今日の非営利セクターの実像を経済活動面から見ると、収入の大半を政府と事業活動から得ており、そ

の点から非営利セクターと政府セクターの相互関係や相互に与える影響を理解することは、非常に重要であるとしている。

その後、特に非営利セクター大国であるアメリカにおける非営利セクターの発展と政府セクターの関係をめぐる先行研究を中心に、非営利セクターの経済社会における役割、行動の特性に関する議論を振り返り、非営利セクターと政府セクターのパートナーシップ、協働と対立などの多重的な関係の構図、非営利セクターと他のセクターとの近接から生じている様々な問題を整理し、今後の政府セクター・非営利セクターのパートナーシップの展開について考察している。

非営利セクターの経済活動における規模の拡大、政府の影響の拡大と商業化への注目は、本書の分析の基本となっている。政府セクターと非営利セクターの関係性を考察する意義を、非営利セクターの経済活動に関する国際比較調査のデータ分析、先行研究から論点整理をしており、本研究の意義について説得力のある論述がなされている。

やや本論から外れることになるが、評者は、本書を取り上げている Salamon et al (2004) による 34 カ国における非営利セクターの収入源の内訳は、現金ベースとボランティアを含めた（各国の類似の職業における平均賃金で換算）ものと比較すると、構成比率が相当変化することに着目してみた。特に、民間寄付は、現金ベースでみると対象国の平均は、2.5% であるが、ボランティアを含めた比率は、31.1% と一挙に増加しており、政府の 26.5% を超えている。一方日本は、ボランティアを含めた比率は 10.7% と、34 の対象国の中で、最も低くなっている。我が国のボランティアと民間寄付の脆弱さを物語っていると言えよう。

評者は、かつてイギリスやアメリカなどにおける社会福祉領域の NPO の動向、また民間財源の実態とその構造や背景に関する共同研究に携わっている。そこで、我が国と比較して欧米における市民によるボランティア活動への参加、NPO 活動の裾野の広さと蓄積、また企業や市民の寄付、助成財團などによる助成が、非営利セクターの自律性に影響するインパクトの大きさを分析している。本書の意図や直接の分析の対象から外れる内容であるが、非営利セクターと政府セクター、営利セクターとの違いを明らかにする際に、ボランティアの参加や寄付や助成などの民間財源の規

模などに着目することが、重要なポイントと考えており、筆者のこの点での経済的なプレゼンスを含めた意義についての論述があればと思われた。

第 2 章「日本のパブリック・プライベート・パートナーシップ：ボランティア革命 10 年後の非営利セクター論」では、筆者は、日本において 1990 年代以降公共的な分野における非営利セクターの存在が重視されるようになってきた動向において、誤解を恐れずにという前提で、我が国では、非営利セクターの概念は、市民活動の理念を中心に構築されてきており、その市民活動の理念のなかでは、民間性と独立性が至上命題であることから、政府セクターとの関係が非常に用心深く扱われ、市民活動以外の非営利セクターへの言及がほとんどないままに進められてきたとし、その上で非営利セクターと政府セクターの相互依存的なパートナーシップの存在を考察することの重要性について検討している。

本章の結論として、今後、非営利セクターと政府セクターの関係は、拡大することはあっても、縮小していく可能性は非常に薄い。両者の資金的な繋がりもますます強くなっていくことは間違いないと述べ、非営利セクターの拡大は時代の要請であると同時に、非営利セクターの拡大は、政府セクターとのパートナーシップの拡大により実現してきたことを、日本の非営利セクター関係者は、正面から直視する必要があると筆者の立場を明らかにしている。その上で、非営利セクターと政府セクターの間にあるさまざまな濃淡と形の相互依存関係が存在することを認識し、非営利セクターへの政府関与のメリットとデメリットを客観的に評価し、分析する必要性を説いている。

この点では、評者にとっても、我が国における最近の介護保険や障害者自立支援法、指定管理者制度などの動向から、政府資金の非営利セクターへの流入は、地域差はあるものの今や一般的な動向となっており、違和感のある論調ではなく、まさに筆者が述べているように、政府が非営利セクターに関与するメリットとデメリットを客観的に評価し、分析する研究が蓄積、発展することが待たれていると言えよう。

第 3 章「日本の非営利セクターと政府セクター」では、日本における社会福祉政策と非営利福祉活動の歴史的展開から、日本独特の公私一体型のパートナーシ

ップが形成されてきた過程を明らかにし、今日の非営利セクターの実像を①官主導の非営利組織と、②民主導の非営利組織に分類した上で、福祉の制度内外で活動する様々な民間の非営利団体の活動について、具体的なデータに基づく分析を行い、福祉セクターにおけるパブリック・プライベート・パートナーシップの課題と展望について考察している。

結論の部分では、政府のパートナリズムにより形成されてきた、非営利セクターと政府セクターの一体化という日本独特のパートナーシップの成果には、反省材料が多いとし、政府セクターとのパートナーシップの深化が非営利セクターの存在意義を危うくするという世界的な傾向を、日本は最も顕著に経験していると言えるかもしれないとしている。そして、非営利セクター全般に及んでいる政府のパートナリズムを少しずつ排し、民主導の非営利セクターの果敢な努力に影響されて、官主導の非営利福祉セクターが本来の民間性を取り戻し、また市民活動としての民主導の活動と官主導の活動が、イコール・フッティングな立場で活動できる環境づくりが強く望まれると結んでいる。

この結論に大きく異論を挟むものではない。本章では、社会福祉政策の変遷や、官主導の非営利福祉組織とする社会福祉法人や社会福祉協議会、また民主導の非営利福祉組織として、運動型、事業型、またボランティアの動向をさまざまな詳細なデータから分析している。それらのデータの分析から、参入できるサービスや施設運営、保険料単価などの面で、官主導の非営利福祉セクターにも新規参入者である民主導の非営利福祉セクターや営利事業にも、中立な制度設計が強く望まれるところであるとしている。確かに、社会福祉法人や社会福祉協議会においては、税制優遇策をはじめとする多くの政府資金の移入、優遇策が講じられているが、最近の政府や地方自治体の財政危機や平成の大合併の動向、2006年度の介護保険制度改革における介護報酬の抑制や障害者自立支援法における利用者負担問題に見られるように、既存の社会福祉法人や社会福祉協議会においても財政的に相当厳しい状況も散見される。また、昨年度の厚生労働省における社会福祉法人制度の改革論議なども踏まえる必要もある。非営利福祉セクターと政府セクターのパートナーシップ論においては、市場原理による競争を促す単なるイコール・フッティング論からだけない、福祉の公益性の論理からのパートナーシップ論が望まれ、この視

点からの論及がさらに必要ではないかと思われる。

第4章「訪問介護市場の法人別経営実態の分析」では、福祉サービスの市場化が進む中で、初めて公・非営利・営利の競争市場が生まれた訪問介護市場を取り上げ、社会福祉協議会などの旧来の社会福祉制度内にあった非営利組織と、特定非営利活動法人（NPO法人）などの非営利組織、そして営利組織の訪問介護事業の経営状況を分析し、訪問介護市場の公平性について考察している。

本書における調査データは、介護保険制度が導入されて2年余りが経過した時点での、他に無い大規模なものであり、それゆえに興味深い内容となっている。また、先にあげた2006年度の介護保険制度改革において事業者の収益率などは大きな変化をしていると推測される。今後、新たな調査による本調査との比較分析がなされることに期待したい。昨年あたりから、景気回復の影響や介護報酬の抑制から、特に介護に携わる従事者の他の産業従事者と比較しての低賃金や過酷な職場環境の状況、高い離職率が社会問題化しており、それらの問題が、介護保険制度の根幹を揺るがす問題となっている。これらの問題が、NPO法人の経営にどの程度影響をもたらしているのかを明らかにする必要がある。それらの点から、非営利セクターが、必ずしも市場原理に基づかない政府セクターによって報酬が決定される介護保険制度に依存するリスクが明らかにされると考える。

第5章「高齢者福祉の地域差と構造要因分析：民間非営利活動の福祉基盤形成へのインパクトを中心に」では、高齢者福祉の基盤整備が急速に進む中で生じてきた地域の格差に注目し、地域差を生む社会経済的な要因と、それらの要因の経年的な変化について、1970年から2000年までの30年間を対象に、時間効果を考慮したパネル分析という手法を用いて行っている。これらの一連のプロセスと結論について、詳細に述べる紙幅と力量が評者にはない。これらの経年的な変化が、介護保険の導入によりどのような変化をもたらしたか、巷で言われている介護の社会化、普遍化にどのようなインパクトをもたらしたかについて、今後分析がなされることに期待したい。

本書の第4章、第5章においては、特に筆者の言う制度外福祉NPOにおける独自の非営利事業におけるパフォーマンスの可能性、高齢者福祉における基盤形

成へのインパクトの可能性を、実証的な分析を通して論証している。公共経済学的な視点からの精緻な実証分析を通して、福祉のパブリック・プライベート・パートナーシップのあり様に焦点をあて、このような制度外福祉NPOに対する政府セクターによる支援策や

基盤整備の有効性を論証した点に、これまでの我が国における非営利セクター論にない本書のオリジナリティと意義が見出せよう。

(みやしろ・たかし 法政大学教授)

季刊社会保障研究（Vol. 43, 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

「社会的排除」に関する実証研究の成果を届けるにあたって	……………	阿 部 彩	I 2
社会保障改革と連動した外国人政策の改革を	……………	井 口 泰	II 82
『子育て支援』から『子育ち・子育て支援』へ	……………	高 橋 重 宏	III 182
施設介護サービスの現状と課題	……………	遠 藤 久 夫	IV 314

Foreword

In Delivering the Special Issue on Social Exclusion	……………	AYA ABE	I 2
Reforming Foreigner's Policy in Collaboration with Social Security Reform	……………	YASUSHI IGUCHI	II 82
From "Child Rearing Support" to "Child Nurturing and Child Rearing Support"	……………	SHIGEHIRO TAKAHASHI	III 182
Current Status and Issues of Long-term Care Insurance Facilities	……………	HISAO ENDO	IV 314

特集：社会的排除と社会的包摶—理論と実証—

排除されているのは誰か？	……………	菊 地 英 明	I 4
——「社会生活に関する実態調査」からの検討——	……………		
潜在能力アプローチにおける社会的選択問題	……………		
—「すべての個人に基本的潜在能力を保障する」社会的評価は形成可能か？—	……………	後 藤 玲 子	I 15
日本における社会的排除の実態とその要因	……………	阿 部 彩	I 27
就業者における社会的排除	……………		
——就業の二極化への示唆——	……………	西 村 幸 満・卯 月 由 佳	I 41
子どもの貧困の動向とその帰結	……………	大 石 亜希子	I 54

Special Issue: Social Exclusion and Inclusion; Theory and Empirical Analysis

Who is Socially Excluded in Japan?	……………	HIDEAKI KIKUCHI	I 4
An Analysis of "Survey Results on Social Life and Social Exclusion"	……………		
Social Choice Problem in Capability Approach: Is Social Evaluation Aiming	……………		
"To Secure the Basic Capability for All" Possible?	……………	REIKO GOTO	I 15
Measuring Social Exclusion in Japan	……………	AYA ABE	I 27
Social Exclusion among Workers in Japan: Implications for Polarization of Work	……………		
YUKIMITSU NISHIMURA and YUKA UZUKI			
Trends in Child Poverty and Its Implications	……………	AKIKO SATO OISHI	I 41
			I 54

特集：外国人労働者の社会保障

日系ブラジル人の社会保障適用の実態—2005年度磐田市外国人市民実態調査を用いた分析—	……………	志 甫 啓	II 84
外国人労働者と公的医療・公的年金	……………	岩 村 正 彦	II 107
外国人労働者と労働法上の問題点	……………	山 川 隆 一	II 119

外国人の統合政策および社会保険加入のための基盤整備—EU等の調査から—	井口泰	II	131
社会保障協定と外国人適用—社会保障の国際化に係る政策動向と課題—	西村淳	II	149
Special Issue : Social Security for Foreign Workers in Japan			
Japanese Descendents from Brazil and Social Security : A Micro-data			
Analysis Using 2005 Actual Condition Survey on Foreign Residents in Iwata City	KEI SHIHO	II	84
Foreign Workers and Their Social Protection Concerning Health and Retirement			
MASAHIKO IWAMURA	II	107	
Foreign Workers and Labour Law	RYUICHI YAMAKAWA	II	119
Establishing Institutional Infrastructure for Integration Policy for Foreign Citizens with Emphasis on Social Security : Based upon Comparative Studies on EU and Japan			
YASUSHI IGUCHI	II	131	
Social Security Agreements and Coverage of Foreign Nationals in Japan			
JUN NISHIMURA	II	149	
特集：多様化する「子育て支援」の在り方をめぐって			
ポジティブ・アクション、ワーク・ライフ・バランスと生産性	阿部正浩	III	184
保育・子育て支援制度の多様化の現状と少子化対策としての課題—東京都の取組みを例として—	周燕飛	III	197
貧困家庭と子育て支援	岩田美香	III	211
母子世帯の仕事と育児—生活時間の国際比較から—	田宮遊子・四方理人	III	219
少子化問題と税制を考える	森信茂樹	III	232
企業による多様な「家庭と仕事の両立支援策」が夫婦の出生行動に与える影響			
—労働組合を対象とした調査の結果から—	野口晴子	III	244
Special Issue: Special Issue on the Diversification for Child Care Support in Japan			
Positive Action, Work-life Balance and Productivity	MASAHIRO ABE	III	184
Child-care and Child-support Programs in Tokyo	ZHOU YANFEI	III	197
Support for Children and Child-rearing Families in Poverty	MIKA IWATA	III	211
Work and Childcare in Single Mother Families: A Comparative			
Analysis of Mother's Time Allocation	YUKO TAMIYA and MASATO SHIKATA	III	219
Tax Policy to Cope with the Declining Population	SHIGEKI MORINOBU	III	232
The Effect of Various Family Policies on Fertility			
— from Evidence Based on the Survey of Labor Union Membership —	HARUKO NOGUCHI	III	244
特集：介護保険における介護施設サービスのあり方			
利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題	川越雅弘	IV	316
介護サービス利用に対する所得の影響—施設介護サービスを中心にして—	泉田信行	IV	327
施設サービスの複合化・多機能化—特に経営の観点から—	山本克也・杉田知格	IV	343
高齢者介護施設の課題—法制的観点からの検討	増田雅暢	IV	354
施設系サービスと介護保険制度の持続可能性	菊池潤	IV	365
Special Issue : Current Issues and Future Directions of Institutional Care in the Long-term Care in Japan			
Current State and Problem of Function Differentiation of Long-term Recuperation Facilities			
Seen from Viewpoint of the Elderly Characteristics	MASAHIRO KAWAGOE	IV	316
Effect of Income Difference to the Use of the Long-term Care Services	NOBUYUKI IZUMIDA	IV	327

Emerging the Oligopolistic Hospitals and Social Welfare Corporations in Japan	KATSUYA YAMAMOTO and TOMONORI SUGITA	IV	343
The Issues of the Nursing Facility for the Aged — The Analysis from a Legislative Viewpoint	MASANOBU MASUDA	IV	354
The Sustainability of the Long-term Care Insurance in Japan : from the Viewpoint of Institutional Care Services	JUN KIKUCHI	IV	365

投稿（論文）

公的に供給される育児財を導入した出生率内生化モデルにおける育児支援政策の考察	安岡匡也	III	261
平成16年財政再計算のライフサイクル一般均衡分析 —改革が経済を通じて年金財政の将来見通しに与える影響—	木村真	III	275
公的年金と児童手当一出生率を内生化した世代重複モデルによる分析—	上村敏之・神野真敏	IV	380

Articles

A Study of Childcare Support Policy in the Model Based on Endogenous Fertility	TAKESHI MORI and TAKASHI SAITO	II	159
Introduced the Childcare Goods Provided Publicly	MASAYA YASUOKA	III	261
General Equilibrium Effects of 2004 Pension Reform in Japan and the Impact on Government's Outlook: A Simulation Analysis	SHIN KIMURA	III	275
Public Pension and Child Allowance in an Overlapping Generation Model with Endogenous Fertility	TOSHIYUKI UEMURA and MASATOSHI JINNO	IV	380

投稿（研究ノート）

医師の就労環境に関する実証分析	森剛志・齋藤隆志	II	159
ポートフォリオ・アプローチによる年金財政方式の分析	川瀬晃弘	IV	392

Research Note

The Study of Doctor's Working Environment in Japan	TAKESHI MORI and TAKASHI SAITO	II	159
The Optimal Public Pension Financing System : A Portfolio Approach	AKIHIRO KAWASE	IV	392

動向

平成17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	288
--------------------------	--------------------	-----	-----

Report and Statistics

Cost of Social Security in Fiscal Year 2005	National Institute of Population and Social Security Research Department of Research Planning and Coordination	III	288
---	--	-----	-----

判例研究

社会保障法判例	大原利夫	I	65
—神戸市職員及び兵庫県職員が児童扶養手当の受給要件を説明せず、不正確な回答にとどめたことは違法であるが、故意過失及び因果関係が認められないとして国家賠償法上の損害賠償請求が棄却された事例（神戸市垂水区役所事件控訴審判決）—			
社会保障法判例	増田幸弘	II	169
—いわゆる重婚的内縁関係にあった者が、私立学校教職員共済法による遺族共済年金の受給権者と認定された事例—			
社会保障法判例	小島晴洋	III	299

一介護保険において減額査定を受けた事業者が保険者等に対して行った居宅介護サービス費の請求が棄却された事例—

社会保障法判例	脇野 幸太郎	IV	402
一収容保護ではなく、居宅での生活保護（居宅保護）を求めた野宿生活者に対し、大阪市立更生相談所長が住居を持たない者は居宅保護はできないとして収容保護決定をしたのは違法だとして、収容保護決定の取消しが認められた事例（佐藤訴訟控訴審判決）—			

Report and Statistics

Social Security Law Case	TOSHIO OHARA	I	65
Social Security Law Case	YUKIHIRO MASUDA	II	169
Social Security Law Case	SEIYO KOJIMA	III	299
Social Security Law Case	KOTARO WAKINO	IV	402

書評

鈴木勉・植田章編著『現代障害者福祉論』	勝又幸子	I	73
橋木俊詔・浦川邦夫著『日本の貧困研究』	太田清	I	77
前田信彦著『アクティブ・エイジングの社会学—高齢者・仕事・ネットワーク』	古谷野亘	II	176
富江直子著『救貧のなかの日本近代—生存の義務』	遠藤美奈	III	307
金谷信子著『福祉のパブリック・プライベート・パートナーシップ』	宮城孝	IV	410

Book Reviews

Suzuki, T. and Ueda, A. edit., <i>Contemporary Theory of Disabled Welfare</i>	YUKIKO KATSUMATA	I	73
Toshiaki Tachibanaki and Kunio Urakawa, <i>Study on Poverty in Japan</i>	KIYOSHI OTA	I	77
Nobuhiko Maeda, <i>Sociology of the Active Ageing : Work and Social Network in Old Age</i>	WATARU KOYANO	II	176
Naoko Tomie, <i>Right to Live as Duty to Live: Japanese Modernity and Poor Relief</i>	MINA ENDO	III	307
Nobuko Kanaya, <i>Public Private Partnership of Social Care Services</i>	TAKASHI MIYASHIRO	IV	410

季刊社会保障研究 (Vol. 43, Nos. 1~4) 総目次	IV	414
General Index to the Quarterly of Social Security Research (Vol. 43, Nos. 1~4)	IV	414

編集後記

日本は急速に高齢化が進んだ結果、世界有数の「長寿大国」になりました。

それゆえ、高齢者介護そのものやそれに関連して発生するさまざまな事象について、日本がこれから経験することは世界初の経験ばかりかも知れません。「介護先進国」として世界に日本の貴重な経験を情報を発信していくことは国際貢献とも考えられます。

今回の特集は施設ケアのあり方について取りまとめたものですが、いずれも貴重な貢献であると考えられます。

(N. I)

編集委員長

京極高宣（国立社会保障・人口問題研究所長）

編集委員

岩村正彦（東京大学教授）

岩本康志（東京大学教授）

遠藤久夫（学習院大学教授）

小塙隆士（神戸大学教授）

菊池馨実（早稲田大学教授）

新川敏光（京都大学教授）

永瀬伸子（お茶の水女子大学教授）

平岡公一（お茶の水女子大学教授）

高橋重郷（国立社会保障・人口問題研究所副所長）

西山 裕（同研究所・政策研究調整官）

東 修司（国立社会保障・人口問題研究所企画部長）

勝又幸子（同研究所・情報調査分析部長）

府川哲夫（同研究所・社会保障基礎理論研究部長）

金子能宏（同研究所・社会保障応用分析研究部長）

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）

西村幸満（同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長）

野口晴子（同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長）

尾澤 恵（同研究所・社会保障応用分析研究部主任研究官）

酒井 正（同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員）

佐藤 格（同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員）

菊池 潤（同研究所・企画部研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 43. No. 4, Spring 2008（通巻 179 号）

平成 20 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 : hirairpri@oak.ocn.ne.jp