

季刊 社会保障研究



Vol. 47

Winter 2011

No. 3

研究の窓

皆保険制度実現50年とこれから……………西村 周三 218

特集：社会保障の50年—皆保険・皆年金の意義と課題

福祉国家と国民皆保険・皆年金体制の確立……………田 多 英 範 220

国民年金と社会的連帯：政策決定分析からの一考察……………新 川 敏 光 231

国民皆保険50年の軌跡……………土 田 武 史 244

皆年金の意義と年金政策の課題……………一 圓 光 彌 257

国際比較の視点から見た皆保険・皆年金……………松 本 勝 明 268

投稿（研究ノート）

認知症高齢者の在宅介護における介護者のサービス選択要因
……………中 島 孝 子, 村 上 浩 章, 瀧 俊 毅 277

保険料段階による在宅介護サービス費用の経時変化
—特定自治体における2年間の介護給付実績情報より—
……………齊 藤 雅 茂, 藤 田 欽 也, 平 野 隆 之, 奥 田 佑 子 293

死亡前12か月の高齢者の医療と介護
—利用の実態と医療から介護への代替の可能性—
……………田 近 栄 治, 菊 池 潤 304

判例研究

社会保障法判例……………原 田 啓 一 郎 320
—障害者自立支援法の自立支援給付に関する義務付け—

書評

樋口美雄, 宮内環, C.R.マッケンジー, 慶應義塾大学パネルデータ
設計・解析センター編『貧困のダイナミズム—日本の税社会保障・
雇用政策と家計行動（パネルデータによる政策評価分析）』……………近 藤 絢 子 328

岡田明子著『支援困難事例の分析調査—
重複する生活課題と政策とのかかわり』……………平 岡 公 一 332

江口隆裕著『「子ども手当」と少子化対策』……………大 塩 ま ゆ み 335

研究の窓

皆保険制度実現50年とこれから

わが国の医療保険制度と年金保険制度に皆保険が実現してから、2011年で50年が経過した。この50年を節目にこれまでの経緯についてさまざまな回顧がなされている。同時代を生きてきた者にとってもこういった研究に知的好奇心をかき立てられることは多い。特に、政策形成当事者（官僚、政治家）による回顧およびそれを題材とする分析は、当時の新聞記事などだけからは得られない興味深い内容を多く含んでいる。

個人的に興味深いのは、順調な経済成長とそれに伴う税収増の時期と、経済的に困難な時期とでの、制度変革のあり方の異同、などの分析などがなされると、今後の制度の検討のために有益であると推察する。

過去を振り返る研究成果を読んで、同時代の人びととその後の世代の人びととで、どのように受け止め方が異なるかも知ってみたい気がする。こういった企画も期待したい。私の知る限り、意外にそのような企画は少ない。皆保険を実現するための苦闘を、後の世代はどのように受け止めるのだろうか？

過去の戦争体験についてはこういった企画が多いのに、戦後の経済成長の成果を、どのように新しい世代が受け止めるべきかについての、世代を繋ぐための企画も期待したい。

さらに、新興国、途上国などへの示唆を得るための分析も待ち遠しい。なぜ日本の平均余命がこれほどまでに伸びたのか？それには経済的な豊かさの実現という要因が大きいだろう。しかし皆保険制度の整備も大きく寄与したはずである。

また、年金制度の整備によって、高齢者の経済生活の原資はどのように変わったのか、家族による扶養との関係はどのように推移したのかなど、知りたいことが山ほどある。

このことを含め、制度整備の歴史を振り返ることは、未だ社会保障が十分であるとはいえない、中国をはじめとする東アジア諸国へ示唆が大きいはずである。もちろん東アジアに限らないが、やはり制度の実現可能性の参考例として日本が注目されるのは、家族制度の位置づけが強い、東アジアであると思われる。50年を契機にこういった研究が進むことを大いに期待したい。

過去を振り返りながら、先送りされた課題についての知恵を得る作業も欠かせない。私の見解では、そのもっとも大きな課題は次の点である。年金、医療ともに、いわゆるシングルペイヤーの保険制度が実現していない。公的保険制度であるにもかかわらず、マルチペイヤー制度にとどまっていることの是非を検討すべきである。いわゆる制度の一本化が実現していないのである。あえてここでカタカナ（シングル、マルチなど）を用いたのは、国際的な観点から、これが奇異に見られているというニュアンスを示すためでもある。

国内では、この課題は、特に実務家にあまり深刻な問題であると認識されていないように見える。しかしながら、制度の分立に伴う不公平は、あまねく国民の制度に対する不信感の源泉になっている。もちろん、年金制度の方が少しは一本化に近い状態にはなっている。しかし公務員（国、地方）と民

間企業従事者との格差，さらに厚生年金と国民年金との格差を解消すべき時期に来ている。自営業者の数が過去20年だけをとってみても激減しているのに，いまだ「自営業有利神話」が残っているのはいかかなものか。もちろん「合理的格差」を残すことを否定しない。しかし透明性という観点からの公平性は是非求めたい。

官民の比較という観点からも，今後終身雇用制度が著しく変化し，官民間の移動が日常化するなかにあって，公平感の意味が大きく変わる。ただし，医療保険制度より，年金制度の方が，より制度の一本化が難しいことは，近年に至りようやく認識されてきたかに見える。なぜなら年金制度の方が，過去の累積という意味で，保険料納付額と給付額の関連を簡単に清算できないからである。

医療保険に関しては，「一本化」の意味がしばしば誤解される。それはあらゆることを中央集権的に管理することが「一本化」だとする誤解である。場合によっては，そう曲解することによって，一本化を妨げようという意図さえあるのではないかと疑うこともある。

日本の医療保険制度の一本化の遅れ，およびそれ故の残された問題点は，例えば最近のLancet日本特集号に適切な記載があるので，ここで詳述しないが，IT化時代であることも含め，もはや時代遅れの制度になりつつあることは明白である。(池上直己他〔2011〕)

こういった観点からの，過去の経験の分析も不可欠であろう。官や自営業を除く，その他の国民の年金制度が，厚生年金制度に一本化されたのに対し，なぜ医療保険制度の一本化できなかったのか？ 労使の対立といった二分論に対する政治的な分析は単純であるが，日本の政治的な意思決定の多くの困難は，多数の利害関係者がステークホルダーとして交錯するなかでの調整であったことが多い。保険者と医療提供側などといった二分法で議論の推移を単純化すると，一見すると分かった気になるのだが，実際の日本の利害調整の多くは，複数の間の利害調整が，ことを困難にして来たという印象を持つ。

こういった疑問への分析を視点を持った分析が，将来の制度のあり方のデザインにも参考になると思われる。そのさい，日本から学んだと推測できる韓国が，より一本化に近い制度を実現していること，それとの比較も興味深い。

参考文献

Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto, et al. "Japanese universal coverage: evolution, achievements, and challenges," Lancet, 2011: published online, Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3. (2011年11月7日最終確認)

西村 周三

(にしむら・しゅうぞう 国立社会保障・人口問題研究所所長)

福祉国家と国民皆保険・皆年金体制の確立

田 多 英 範

はじめに

今年・2011年は日本における国民皆保険・皆年金体制確立後50年に当たる。国民皆保険・皆年金体制の整備は、後で詳しくみるように、そのまま日本における社会保障制度体系の確立を意味する。本稿の目的は、この国民皆保険・皆年金体制（社会保障制度体系）がいかにして整備されてきたのかを確立50年を記念して改めてふり返り、その意義を確認することにある。

I 第2次世界大戦後の経済社会状況

1 甚大な戦争被害

1931年の満州事変から日中戦争、太平洋戦争へと続いたいわゆる15年戦争は、1945年8月にポツダム宣言を受諾して、日本の無条件降伏という形で終わった。

日本はこの戦争を通じて他国に多大な犠牲を強いたが、同時に日本自身も人的に物的に大きな被害を受けた。例えば、この戦争によるアジア全体の死者は2000万人に上ったが、日本も1937年～45年の間に軍人軍属230万人、一般市民80万人、計310万人の死者を出した¹⁾。

激しい爆撃などで日本は都市を中心に破壊された。工場、生産設備、原料や燃料などの物的被害も深刻であった。国富という指標でその影響を計ると、ほぼ4分の1を失い、元に回復するには10年を要するといわれた。このように民需産業の生

産再開は困難を極め、戦争が終り軍需産業は機能を停止していた。戦前の主要産業であった綿糸の1945年の生産量は戦前（1935～37年平均）のわずか3.7%、2万3500トンに過ぎなかった。46年の鉄鋼業における粗鋼生産量は戦前水準の12%程度の56万トンに落ち込んでいた²⁾。その上にインフレーションが激しく、生産サボタージュという行動さえ誘発し、経済の崩壊に追い打ちをかけた。さらに、日本人の主食である米の備蓄は、終戦時の夏にすでに底をつきつつあったし、その年の収穫も記録的な減少となった（戦前の平均生産量は883万トンで、1939年には1035万トンとなっていたが、1945年には587万トンでしかなかった）。

2 大量の失業・貧困者

経済が混乱しているなかに大量の元軍人の復員と旧植民地からの引揚者が加わったので、大量の失業者・貧困者が巷にあふれ、困難を極める生活を余儀なくされていた。

当時の公式の統計数字はないようだが、失業・貧困の状態を若干みておこう。まず失業者数。厚生省勤労局は1945年12月現在の失業者数を潜在失業者も含めると「略々500万人」³⁾と推計していた。最も多い推計値は、「約1300万人に上ると予想され、これは昭和5・6年の不況時代における300万人に比し、格段の開きがあった」⁴⁾とする経済企画庁戦後経済史編集委員会によるものである。実際の失業者数はこの最も大きな数字よりはだいぶ少なかったのではないかと思われる。なぜなら、そもそも失業状態のままでは生きること

自体がままならず、その多くは焼け跡の闇市などで非合法的、あるいはそれに近い形で、したがって公式の統計として推計しにくいところで働いていたと考えられるからである⁵⁾。

貧困世帯に関しては、厚生省の社会局が1945年12月末の時点で全国の方面委員を動員しておこなった要援護世帯生活実情調査において「総世帯の8.8%に当たる81万6014世帯、人員にして304万5357人が援護を要するもの⁶⁾」と推計していた。

このように戦後の日本には大量の失業・貧困者が存在し、その上に米の凶作で、1945年11月に日比谷公園で餓死対策国民大会が開かれたほど、多くの国民は飢えに直面していた。労働組合は続々と結成され、労働組合運動がきわめて活発化した。戦前政治的に抑圧されていた共産党や社会党の政治活動が認められ、これらの反体制的な政治活動も活発化していた。労働組合は反体制政党の影響を強く受けながら1945年から46年にかけて生産管理闘争を展開し、47年にはいわゆる二・一ゼネラルストライキを計画した。終戦後数年間はこのような労働組合運動や政治運動があちこちでみられ、深刻な社会不安・体制不安が醸成されていた。こうした労働・社会運動に対して日本政府のみならず、GHQも強い危機意識をもっていた。

II 福祉国家体制の構築

日本は以上のような経済社会の状況から復興していかなければならなかった。復興に当たってまずおこなわれなければならなかったのは、前述のような生活困難に陥っている人たちの生活支援であった。Iでみたような分配の不平等が極端にそして長い間続くことになると、社会の安定を確保するためにも国家が経済過程に全面的に介入しつつ、その復興を進めていかざるを得ない。しかも、日本の民主化を推進するGHQの間接統治の下に置かれていたのであるから、日本の復興は福祉国家としての資本主義の復興という選択肢しかあり得ず、戦前の強権的なファシズム国家への復興という道は閉ざされていたというべきであろう。

いうまでもなく、分配を十分に受けられず生活が困難になるという場合にはいくつかのケースがある。第1には現役の労働者の労働条件が悪化する場合。第2には現に失業している場合。ここにはいわゆる不完全就業者も含まれる。第3には労働力市場で生活の糧を手にしえない、あるいはしにくい場合である。国家が経済過程に介入して国民生活の安定を図る場合、いうまでもなくこの3つの困難に対処しなければならない。

1 労働基本権の法認

第1の場合からみてみよう。現役の労働者の生活はその賃金など労働条件に左右される。したがって彼らへの生存権保障は、彼らの労働条件が生存に値する程度に保障されるか否かである。GHQの対日占領政策の一環として民主化政策が強力に推し進められ、1945年12月に労働組合法が制定された。戦前に認められていなかった労働組合の結成が法的に認められたのである。団結権の承認と同時に団体交渉権および争議権が認められ、労働組合を通じて賃金交渉ができるようになった。大量の失業人口の存在は現に雇用されている労働者の賃金を押し下げる圧力をもつ。その影響が大きければ賃金は労働者たちの生活を維持できないほどに下がる可能性すらある。そこで労働者の生活を守るために労働者に対して労働組合を結成することを認め、その組織力をもって資本・経営側と交渉し、その賃金の引き下げを阻止できるようにした。

現役の労働者に対する生存権保障は必ずしもこれだけでは十分ではない。労働者のなかには中小・零細企業従事者のように労働組合を結成できない労働者たちもいるからである。このような労使交渉によって賃金など労働条件が決められない場合に対応して1947年に労働基準法が、少し遅れて1954年に最低賃金法が制定された。賃金など労働諸条件の最低限度が法律で定められ、一定水準以下に労働条件が低下することを禁じたのである。

2 完全雇用政策＝経済成長政策の実施

第2の場合には、現に失業していて賃金を得られないものに対する生存権保障である。第2次世界大戦後政府は現に失業している者に対しては公共事業をおこなって雇用を創出したり、あるいは傾斜生産方式を採用して景気回復を図ったりして雇用の確保を最大の政策課題とするにいたった。それを典型的に示したのが1950年代半ばから本格化した長期経済計画である。日本の最初の長期経済計画は1955年の経済自立五カ年計画であるが、その目標に経済自立とともに完全雇用が掲げられていた。次いで57年には新長期経済計画が出されたが、ここでもやはり完全雇用がその目標に掲げられていた。池田勇人内閣による有名な60年の国民所得倍増計画も完全雇用をその最大の目標としていたのである。

当時の日本は経済的にみて先進国にはなっておらず、広汎に農業人口を残していたし、家族従業員に依存した零細企業、あるいは賃金などの労働条件の劣悪な中小企業も多く残っていた。当時の経済成長でも、これらの弱小企業を資本主義的競争の荒波にさらして解体し、そこからき出された人口を一気に吸収するほどの力はなかった。そこで、これらの保護政策をも実施した。

戦後すぐにGHQによって革命的な農地改革が実施され、一定規模以上の農地を地主から安く買い上げ、これを安い価格で小作人に売り渡して自作農中心主義の農業を形づくった。さらに戦時中の1942年にできた食糧管理制度を農家の所得保障制度に組み替え、これを中心に農家の保護政策が実施された⁷⁾。

また経済的に弱い中小零細企業、大企業の下請け企業、さらには家族従業員による零細企業も二重構造問題の底辺を構成するものとして当時膨大に存在していた。これら中小零細企業は浮き沈みが甚だしく、不安定な経営を余儀なくされていた。とりわけその資金繰りが弱点となっていた。そこでこれら中小企業に対して資金が融通できるように国民金融公庫（1949年）や中小企業金融公庫（1953年）が設立された。この中小企業金融公庫の創設によって信用金庫などとの間で「中小企業

金融機関の体系化が進められた⁸⁾。1952年には中小企業のカルテル結成を認める中小企業安定法を制定し、さらには下請代金支払い遅延防止法を1956年に作った。膨大に存在していた前近代的で経済的に弱い中小企業に対する保護政策が1940年代後半から50年代にかけて実施されたのである。

このように一方で重化学工業化を中心とした経済成長で完全雇用の実現を目指しながら、他方で農業や中小企業を保護してそこに滞留していた過剰人口の雇用を維持し、当面はいわゆる「全部雇用⁹⁾」を実現しようとしたのである。

3 社会保障制度の創設

次に第3の点についてみてみよう。以上は基本的に労働能力をもった人々への対策で、雇用を通じて所得を確保することが主な内容であった。しかし、いうまでもなくこれだけでは不十分である。病気などによって一時的にか恒久的にか労働能力を失っている人も多くいるからである。次節で詳しくみるように、日本社会はこれらの人々に対しても戦後の10数年間かけて社会保障制度体系を用意してきた。

4 大衆民主主義の政治体制

さらに福祉国家資本主義の政治的側面として1945年には婦人参政権が認められ、20歳以上の国民は等しく選挙権をもつ、いわゆる大衆民主主義的政治体制も整えられた。この大衆民主主義的政治体制は、上述の福祉国家体制の3つの側面を維持していく上で不可欠で重要なものであった。

先にみた生存権保障を実現するには当然それ相応の資金が必要となる。また労働者や中間層保護のために種々なる規制をおこなわなければならない。資本は前者においてより多くの保険料負担や税負担を求められるし、後者においては資本の自由な活動が多かれ少なかれ規制されることになる。これらはいずれも資本にとっては歓迎しにくい負担であり、規制である。反資本的政策といってよい。この反資本的政策を実行するにはそれなりの政治的力が必要となる。大衆民主主義がその力を国家に付与する。大衆が選挙において上のような

政策を実施する政府を支持することになるからである。これらの大衆の支持がなければ政府なり国家はこれら福祉国家的政策を実施できないであろう。この意味で大衆民主主義は福祉国家にとって不可欠な政治制度であるといえる。

以上のように終戦から1950年代いっぱいまでの間に、日本の福祉国家あるいは福祉国家資本主義はその姿をほぼ整えた。国民皆保険・皆年金体制を含めた社会保障制度体系も、福祉国家体制の整備と同じ時期に確立した。より詳しくみてみよう。

Ⅲ 社会保障制度体系の整備

1 現代的公的扶助制度の創設

a 生活困窮者緊急生活援護要綱の策定

GHQは日本の「非軍事化・民主化」を強力にすすめる一方で、大量失業や大量貧困の存在が占領政策そのものを危機に陥れかねないとして、これに神経を使っていた。GHQは、占領政策をスムーズにすすめるためにも失業・貧困対策が必要であると考え、SCAPIN333（1945年11月22日）やSCAPIN404（「救済ならびに福祉計画の件」、12月8日）を発し、早急に失業・貧困者対策を策定するよう日本政府に指令した。後者は、失業者や貧困者に対する、詳細で包括的な援護計画を12月31日までに提出すること、救済に当たっては軍人関係者を優遇してはならない、つまり無差別平等を原則とすることなどを指示するものであった。

日本には失業保険制度がなかったため、この失業・貧困問題には公的扶助制度で対処する以外になく、1945年12月15日に生活困窮者緊急生活援護要綱が閣議決定された。同要綱は公的扶助制度として初めて失業者や戦災者など貧困者一般を救済の対象に加えた。つまり同要綱には一般扶助の性格が付与され、戦前の救貧制度とは決定的に異なる制度が創設されたというべきである。

b 旧生活保護法の制定

日本政府は、GHQの指令SCAPIN404に対し12月31日に回答した。それは、当面は生活困

窮者緊急生活援護要綱で対応するが、同時に公的扶助の恒久的制度化をも試みる、というものであった。1946年2月27日に以下の3原則が守られるなら日本政府のこの回答をよしとする指令SCAPIN 775「社会救済」が出された。その3原則とは、保護の無差別平等、保護の国家責任（公私分離）、必要十分の原則の3つであった。こうして46年9月9日に生活保護法が成立し、生活保護制度が創設された。それは、緊急援護要綱の一般扶助的性格を引き継ぎながら、GHQから指示された3原則をも満たす制度として創設された。

旧生活保護制度の具体的な内容は以下の通りである。その対象者は、生活に困窮しているもので、国籍も問うていなかった。ただし、いわゆる欠格条項があり、勤労を怠るものや素行不良なものは保護の対象から外すとしていた。保護の種類は生活、医療、生業、助産、葬祭扶助の5種類であった。実施機関は市町村長で、実際に保護業務を担当するのはその補助機関としての民生委員（かつての方面委員を名称変更）であった。なお、この法律制定によって、戦前からの救護法（1929年）、軍事扶助法（1937年）、母子保護法（1937年）、医療保護法（1941年）、戦時災害保護法（1942年）は廃止され、生活困窮者の保護はこの生活保護制度に一本化された。

これは、救済を国家の責務として生活に困窮している者を無差別に救済する等画期的な内容となっていたがゆえに、日本で初めての現代的な公的扶助制度といわれる。ただ、日本国憲法25条に基づいた生存権の保障は認められていないなど、後に問題視される点を残していた。

c 新生活保護法の制定

・旧生活保護制度の実施過程

こうして旧生活保護制度が実施されることとなった。保護は保護基準と実施要領とに基づいておこなわれる。当時その保護基準はあることはあったが、基本的にその保護額は民生委員の勘で決められていた。やがて1948年には生活保護の保護基準の算定方式としてマーケット・バスケット方式が採用された。民生委員の勘でおこなう保護行政はいまや許されなくなった。しかし、旧生活保護

法を運用してきた民生委員は必ずしもこの新方式になじめず、必要十分な生活保護費の提供が無差別平等におこなわれないという問題を起こしていた。また、公的扶助制度の担当者が無給の民間人である民生委員であったことから、GHQが求める公的責任主義を満たすこともできず、GHQから民生委員の活用に強い反対意見が表明された。

その後1949年のドッジ不況下で、労働組合運動の経験者で権利意識をより強く持った者たちが従来よりも多く生活保護制度の受給者となるにいたった。「これらの新しい落層群は、それまでの被保護者とは質的に異なる階層とってよかった。一言でいえば権利意識にも目覚めていたし、保護を慈恵としてではなく権利として要求する階層であった」¹⁰⁾。したがって、「これらの者から発せられる新しい種類の要求に対しては、旧法は最早これに及び得る能力を欠いていた…。かくて法改正への胎動が次第に芽ばえ始めた」¹¹⁾のである。

また、この時期には旧生活保護法と憲法25条との関連が問題とされた。愛知県知事から厚生大臣に対して旧生活保護制度には不服申立ての権利はあるのか、なければ憲法25条との関連はどうなっているのかという疑義照会があったのである。

これらの動きを背景にして社会保障制度審議会は1949年9月に政府に対して「生活保護制度の改善強化に関する件」を勧告した。

・新生活保護法の制定

この社会保障制度審議会の勧告にほぼ沿う形で1950年に制定されたのが新生活保護法である。その内容は第1に、同法第1条に憲法25条が掲げられ、生活に困窮するものは権利として生活保護を受けることができるとした。このいわゆる受給権を担保するものとして行政処分に対する不服申立ての権利が保障された。第2に、実施機関を市町村長から都道府県知事、市長、福祉事務所を管轄する町村長とした。第3に、生活保護に当たる職員を社会福祉主事としての地方公務員とし、民生委員は協力機関とした。第4には、保護の種類に新たに教育・住宅扶助を設け、全部で7種類とした、などである。なお、旧生活保護法では国籍を問うていなかったが、新生活保護法ではその第

1条に憲法25条をおいたことによりかえって国籍を問い、日本国民のみをその対象とするようになった。

こうして対象の普遍性、受給の権利性が認められた日本で初めての公的扶助制度が新（現行）生活保護制度として創設されたのである。

d 福祉三法体制の確立

・児童福祉法の制定

生活保護制度は2つの目的を掲げている。1つはいうまでもなく、当面の困窮した生活を支えることだが、いま1つはその自立を助長することである。これは労働能力をもった者を保護の対象とした公的扶助制度に当然掲げられる目的であった。

ところが、同じく生活保護を受けている生活困窮者の自立助長といっても、いわゆる健常者、障害者、児童ではその内容がずいぶん異なる。当然、身体障害者には身体障害者、児童には児童特有の自立助長のサービスが必要となる。そこでそれぞれ特有の自立助長のサービスが生活保護法から独立して単独の制度をつくる必要あるいは要請が生まれた。

戦争によって親を失った子供が戦災孤児として多く存在していた。孤児たちは多くの場合都会に出てきて、集団で生活をしてきた。その彼らはときに窃盗や強盗などを働いて治安を乱すことがあった。政府は早い段階からこれら戦災孤児対策を講じていた。この対策はたむろしている孤児たちを刈り込み、施設に収容するといった治安対策的色彩の濃いものであったが、効果は上がらず、やがてより一般的な児童の育成対策が考えられた。GHQとのやりとりのあと、1947年に児童福祉法が制定され、児童福祉制度が創設された。児童が健全な大人になるまで社会が責任をもって育成しなければならないというものであった。これが児童の自立助長であり、この部分が生活保護制度から分離・独立して制度化されたものであった。

・身体障害者福祉法の制定

戦争は多くの傷痍軍人をも作り出していた。傷痍軍人を含む軍人に対する恩給がGHQの指令によって停止された。傷痍軍人は雇用されて賃金を稼ぐこともできず、さりとて恩給も受けとること

ができなくなっており、途方に暮れていた。厚生省は、傷痍軍人のための特別の制度をつくりたいとして、47年8月に「傷痍軍人の保護に関する件」をGHQに問い合わせた。しかし、それは対日占領政策との関連でGHQの許可するところとはならなかった。厚生省はその後も傷痍軍人の自立対策が必要であることを訴え続けた。

ところが、1947、48年ころになると当時の世界情勢からGHQの占領政策に変化がみられ始めた。従来のような徹底した非軍事化という対日政策を変え、日本を共産勢力の防波堤とすべく経済復興に力を入れ始めたのである。前述の日本政府の説得が功を奏してきた。また1948年夏にアメリカから来日したヘレン・ケラーの力も与って、GHQは軍人対策ではない身体障害者対策としてこれを認めるようになった。こうして障害者一般の制度として身体障害者福祉法が1949年12月に制定され、1950年4月から実施された。

生活保護法と児童福祉法、身体障害者福祉法とは上のような関係にあるゆえ、この3つの法律は一括して福祉三法あるいは福祉三法体制ともいわれる。その後1951年に社会福祉事業法が制定され、これら福祉三法の実施体制が整えられた。

2 社会保険制度と公的扶助制度との統合

a 失業保険制度の創設

1947年に労働基準法が制定され、労働災害に関して企業なり経営者の無過失責任が規定された。これを受け労働者災害補償保険制度が創設された。同年には失業保険制度も創設された。ここでは紙幅の関係から後者のみみておこう。

すでにふれたように、戦後の混乱状況の下で失業・貧困者が大量に発生しており、これに何らかの対処をしなければならなかった。1946年3月に社会保険制度調査会が設置され、その第3小委員会で失業保険制度が検討された。第3小委員会は1946年7月以降集中的に会議を開いた。旧生活保護法案の審議と同時並行的に審議され、同年11月にこの制度の実施には多くの困難があるが、「成可く速かに失業保険制度を設けることが必要である」²⁾ という答申を出した。

当時の深刻な失業・貧困問題に対して当面は生活困窮者緊急生活援護要綱で、恒久的には1946年に創られた生活保護制度で対応したのだが、失業保険制度の創設も要請されていた。しかし、同制度創設の直接的なきっかけは旧生活保護法案の審議過程にあった。この生活保護法案を審議した国会で、当時の大量の失業者・貧困者をすべて公的扶助・生活保護制度で救済するとなると、まずは財政的に負担しきれなくなる、また公的に救済をしてしまうと国家が惰民を養成するという問題も生ずる、という重たい問題が提起された。そこで同法の附則決議第5項に「本法を中心に、…失業保険の創設に前進すべし」が入れられた。この附則を受けて失業保険法が1947年に制定、同年11月から実施された。

その内容は以下の通りである。被保険者は、5人以上の従業員を雇用する事業所に勤める女子を含めた従業員であった。失業した際に従前賃金の6割程度の給付を、職が確保できなければ180日間受けることができる。ただし、離職前の1年間に6ヶ月以上の保険料を納付していること、失業保険法と同時に制定された職業安定法に基づく職業安定所で職業紹介を受けることという2つの給付条件を満たしていなければならない、とされた。保険料は平均報酬月額1000分の11を労使折半で負担し、給付費の3分の1を国庫が負担するとなっていた。

こうして生活保護法案の審議過程で指摘された問題点（財源および惰民養成の問題）は、失業保険制度をつくること（税金とは別に新たに保険料を徴収することにし、また保険料を納めて将来起こるかもしれない失業に自ら事前に対処すること）によって解決が図られたのである。

b 社会保険制度と公的扶助との統合—社会保障制度へ—

この失業保険制度の創設は、社会保障制度の成立にとって重大な意味をもっていた。注目すべき1つは、生活保護法案の審議過程で失業保険制度の創設がうたわれた、ということである。前述のように失業保険制度が公的扶助制度との強い関連性の下でつくられたということをいま一度確認し

ておこう。留意すべき2つめは、両制度が相互間で接続・連結するようになったことである。雇用労働者Aが失業したとする。Aは当然失業保険制度を利用して当面の生活を支えながら再就職先を探す。運悪く給付期限の180日を過ぎててもなお失業状態にあるとすれば、Aはもはや失業保険制度に頼ることはできなくなり、扶養親族も資産もない場合には生活保護制度を利用せざるを得ない。Aを通してしてみると、社会保険制度である失業保険制度と公的扶助制度である生活保護制度とが直接接続・統合されたといえる。最低限度の生活保障という共通項がうまれたからだと考えられる。事実、失業保険制度の給付額は全体として従前賃金の6割程度であったが、実際には高い賃金取得者の場合は4割に、逆に低い賃金取得者の場合は8割というように最低生活が保障できるよう傾斜的に決定されていた。つまり、失業保険制度が創設されたことにより、それまでは別々に併存していた公的扶助制度と社会保険制度とが接続し、統合されたのである。ということは、失業保険制度の創設によって両制度は接続・統合され、社会保障制度としての体系化の契機が与えられたということの意味すると理解できるのである。

c 医療・年金保険制度と公的扶助制度との統合

こうなると、従来からの公的医療保険制度や公的年金保険制度も公的扶助制度と深い関連性をもたざるを得なくなる。この点についてみてみよう。

厚生年金保険制度の改革が日程に上ってきた1952年末に社会保障制度審議会は、公的年金制度の年金額については最低生活を保障する意味で定額制にするよう勧告した。社会保険審議会でも年金額は生活保護の扶助費を下回ってはならないといった議論がおこなわれた。これらを受けて、1954年の厚生年金保険制度の改革では報酬比例のみであった厚生年金を定額部分と報酬比例部分とで構成されるようにした。さらに1959年に制定された国民年金法は憲法25条の理念に基づいて国民生活の維持・向上を図ることをその目的に掲げていた。このように、公的年金の年金額も最低生活を保障する生活保護制度の扶助基準との関連を強く意識して定められるようになった。公的

扶助と社会保険制度との統合の影響が公的年金制度にも及んだのである。

また、医療に関しても生活保護制度においては最低限度の医療を保障するというようになった。自由診療と保険診療で比べると、いうまでもなく保険診療が最低限度の医療となろう。事実、皆保険になる前はこの点に関して生活保護法の第52条で「指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、指定診療機関の所在する市町村に国民健康保険が行われているときは、その診療方針及び診療報酬の例により、…国民健康保険が行われていないときは、健康保険の診療及び診療報酬の例に」¹³⁾によるものとする規定されていた。皆保険後の現行法ではその第52条で、「指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例による」と規定されている。このように公的医療制度の保険診療と公的扶助制度の医療扶助とは強く関連づけられるようになった。考えてみれば当たり前のことで、生存権保障としての生活保護の医療扶助は、自由診療と保険診療がある場合には保険診療を、皆保険体制下では国民一般と同様の医療を受けるということになった。医療においても社会保険制度と公的扶助制度とは密接に関連性をもたざるを得なくなったのである。

以上のようにして福祉三法体制の確立によって社会保障制度としての普遍性や権利性が付与され、失業保険制度が創設されたことによって医療や年金を含めた社会保険制度と公的扶助制度とが統合され、社会保障制度が体系的制度としてほぼ整えられたのである。だが以上はどちらかといえば、福祉国家各国に共通の側面であるが、じつは社会保障制度には日本的な、あるいは後発国特有の特徴もみられる。以下、日本の社会保障制度の諸特徴の形成についてもみておこう。

3 国民皆保険・皆年金体制の整備

－日本の社会保障制度体系の確立－

a 分立型公的医療・年金制度の形成

戦後の数年間は、医療・年金保険制度いずれも戦後の混乱やインフレーションに対して戦前からの制度を維持することに汲々としていた。

・医療・年金保険制度の改善

朝鮮民族に耐え難い惨禍をもたらした1950年からの朝鮮戦争は、皮肉にも日本経済には「神風」をもたらした。この戦争特需によって日本経済は復興の途を歩み始めた。経済の復興に伴い、それまでもっぱら防衛に終始していた公的医療制度は若干ではあるが拡大の道をたどり始めた。1953年に健康保険制度の適用範囲を土木、建築、教育、研究、調査、医療、薬剤、看護、助産、通信、報道、社会福祉事業などに広げ、適用されないのはほとんど農林水産業、サービス業従事者のみとなった。

厚生年金保険制度も同じ1953年に適用対象を健康保険制度と同様に拡大した。じつは厚生年金制度の場合、1954年には年金受給者が発生することになっていたの、53年にはもっと大きな改革をしなければならなかったのだが、労使の反対によって実現せず、大がかりな改革は54年に持ち越された。この54年改革は、その後1985年までの厚生年金制度の基本形をつくったという意味で大きな改革であった。改正の内容は、財政方式を従来の積み立て方式から修正積み立て方式に変え、支給開始年齢を55歳から60歳にし、報酬比例のみであった厚生年金を定額部分と報酬比例部分の2つで構成するようにし、さらに養老年金の名称を老齢年金に改めた、などである。

・各種共済組合の簇生

厚生年金保険制度の適用対象が1953年に拡大され、私立学校の教職員もこれに加入できるようになった。しかし、戦前から私学財団をもち1952年には財団法人私学恩給財団を立ち上げた私立学校の教職員は、厚生年金の年金額があまりに低すぎたため、これに加入する魅力を感じなかった。そこでその教職員たちは、社会保障制度審議会を初め多くの反対があったにもかかわらず、この恩給財団の資金を元に新たに1953年に私立学校教職員共済組合を創設した。

こうして私学共済ができると、次々に新たな共済組合が作られることになった。学校の先生との待遇均衡を求め1954年に市町村職員（後、地方公務員）共済組合が、1956年に公共企業体（国

有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社）職員等共済組合がつくられ、さらに1958年には農村の役場の職員との待遇均衡を求め農林漁業団体職員共済組合がつくられた。なお、1948年に戦前からの官庁各省庁の共済制度を統合して国家公務員共済組合がつくられていた。

こうした新しい共済組合の簇生によって医療・年金保険制度の日本的な特徴とされる分立型が確定した。

b 国民皆保険・皆年金体制へ

・医療・年金保険制度の未加入問題

公的医療制度は分立型として基本的にはすでに整備されていた。しかし、1950年代半ばまでのところでみると、例えば健康保険制度は5人以下の事業所の雇用労働者は任意加入となっていたので、多くの場合公的医療制度から見放されていた。また国民健康保険制度は存在していたけれども、設立が任意であったゆえ、特に大都市では国民健康保険制度が設立されていなかった。したがって、5人未満事業所の雇用労働者や都市の自営業者たちの多く（「国民の3分の1に当たる」¹⁴⁾）のものが、公的医療制度に未加入の状態に置かれていたのである。

公的年金制度に関しても同じような関係があった。1950年代半ばでみると、例えば厚生年金保険制度の場合5人以下の事業所の雇用労働者は任意加入となっていたので、これらの多くの労働者は依然公的年金制度には未加入の状態にあった。また国民年金制度はまだできていなかったから、自営業者は入ろうにも入れる公的制度自体がなかった。したがって、5人未満事業所の雇用労働者の多くや自営業者たち（全就業者の3分の2超¹⁵⁾）は、公的年金制度に加入していなかったのである。

・二重構造問題

日本は、西欧諸国に遅れて経済発展を始めたため、農業従事者を初めとする自営業者や在来型の零細中小企業を多く抱えていた。高度経済成長が始まった1950年代半ばにおいてもこうした事態は払拭できていなかった。そのため経済成長の恩恵を受けられる人たちと受けられない人たちとに

大きく分かれた形の、いわゆる二重構造問題が存在していた。大企業従事者と中小企業従事者とで賃金を初めとする労働諸条件に大きな差が存在していた。また経済成長は都市の重化学工業を軸に展開されていたから、都市住民と農村住民との間でも大きな所得格差が存在していた。この二重構造問題は当時の日本の最大の社会問題であり、政府も、「今後10年間における生産年齢人口の急増により」⁶⁾、この二重構造問題はさらに深刻化するとみて、当問題を早期に解決しなければ、「社会的緊張の先鋭化をもたらす」⁷⁾と認識していた。先にみた公的医療・年金制度の未加入問題は、じつはこの二重構造問題とほとんど重なる問題であった。

1955年に結成された自由民主党は福祉国家の建設を党綱領にうたっていた。その自民党は政権与党として、前述の保護策や1960年代の中小企業や農業の近代化策などを通じてこの二重構造問題の解決を図った。また、自由民主党は結党早々公的医療・年金保険制度への未加入問題の解決にも乗り出し、皆保険の実現を公約し、1956年の衆議院選挙においては国民の無拠出老齢年金制度の1960年の創設を公約した。

・皆保険・皆年金体制

公的医療制度の未加入問題には国民健康保険法の改正で対応した。1958年に国民健康保険改正法が制定され、市町村は国民健康保険制度を設立しなければならないとし、新たに設立が強制とされた。市町村の住民はその国民健康保険制度に加入しなければならないとした（従来通り強制加入）。これによってすべての国民が当該市町村の国民健康保険制度に加入することとなった。しかし、これではすでにほかの医療保険制度に加入している者は二重加入になってしまう。そこで、ほかの公的医療保険制度に加入している者はこの限りではないと適用除外された。これで、すべての国民がいずれかの公的医療保険制度に加入しなければならなくなり、すべての国民がもれなく加入できるようになった。被用者も非被用者も含めて未加入者全員が一括加入するという独特な制度・国民健康保険制度を強制設立にして分立型国民皆

保険体制が整えられたのである。

公的年金制度もほぼ同様である。すでにある公的年金制度に加入できない者に対して新たに公的年金制度をつくり、これにすべての国民を加入させようとした。各政党の公約などは上述の通りであるが、それらを受けて、1956年7月には厚生省の中に厚生省の将来の基本計画に関する企画室が設置され、社会保障5カ年計画の最終年次を目標に国民年金についても具体的に検討されるようになった。1957年には国民年金委員が設置され、制度創設の準備がさらに本格化した。1959年に国民年金法が制定され、61年から国民年金制度が実施された。20歳以上の国民すべてがこの新しい国民年金制度に加入しなければならないとした上で、ほかの公的年金制度に加入している者は適用除外とした。これで公的医療制度と同様、すべての国民はいずれかの公的年金制度に加入することになった。こうして医療と同様、被用者も非被用者も含めて未加入者全員を一括して国民年金制度に加入させるという独特な方法で分立型国民皆年金体制が整えられた。さらにその翌年の1961年に公的年金の各制度間での通算制度が創設され、転勤・転職などがあっても公的年金制度は継続可能となり、国民皆年金体制は内実を伴った。

c 体系的社会保障制度の確立

1961年に国民皆保険・皆年金体制が施行されたことによって、すべての国民は公的医療・年金制度あるいはそのほかの社会保険制度に加入し、賃金など自力で生活を支えられない場合に社会保険制度で対応し、賃金でも社会保険制度でもなお生活が支えられなくなった場合には、国民の権利として公的扶助制度を利用できるといった社会保障制度体系が日本で初めて整えられた。これをもってすべての国民の生存権を保障する体系的な制度として、いいかえれば対象の普遍性、受給の権利性、制度の体系性を備えた社会保障制度が確立したといえるのである。

おわりに

以上、日本における福祉国家体制の構築と社会保障制度体系の整備についてみてきた。おわりにその意義と課題についてふれみよう。

戦後の日本において最も深刻な問題は生産年齢人口（労働力）の過剰問題であった。これに対して当時の経済社会の実態に即した形で完全雇用＝経済成長政策と社会保障政策と軸とした福祉国家体制が構築された。中央集権型あるいはパターンリズム型福祉国家が経済をコントロールし経済成長を追求した。当時の働き方は画一的で、ほとんどの場合いわゆる日本の経営の中での正規雇用であった。働き手は一家の大黒柱である男性で、妻は専業主婦として家事・育児などに専念していた。ほとんどの成人が結婚をして核家族を形成し、そこで養老・養育がおこなわれていた。このような前提のなかで経済成長が続き完全雇用が実現すると、生産年齢人口（労働力）の過剰問題を初めとするほとんどの生活問題が解決されることとなり、社会保障制度の出番は相対的に少なくて済んだ。福祉国家資本主義の下で完全雇用政策が主軸で、社会保障制度は副軸だといわれた所以である。

日本の福祉国家資本主義は長期にわたる高度経済成長に後押しされながら1950年代から60年代にかけて最も順調に展開し、1960年代後半には完全雇用状態を実現した。かくして、1970年代には「1億総中流化」といわれたように、国民の多くがその社会のあり方に満足するにいった。完全雇用政策と社会保障政策を軸とした福祉国家資本主義は、この生産年齢人口の過剰問題によく対応した。戦後の福祉国家体制および皆保険皆年金体制整備の意義はまさにここにあるといえよう。

さて、時間を半世紀ほど回転させて21世紀において考えてみると、皆保険・皆年金体制や福祉国家体制を築いたときの経済社会の実態・諸前提がこの間大きく変わってきた。社会問題は生産年齢人口の問題からむしろ少子・高齢化といった従属人口の問題に移り、産業構造では第1次産業が極小化し第3次産業化した。家族の扶養能力が衰

弱し、個人化が進んだ。働くといえば正規の終身雇用を意味した時代から正規、非正規雇用、さらには雇用されないで働くといった働き方もみられるようになるなど、働き方も多様化した。

社会保障制度は高齢化に対応して介護サービスを新たに導入しつつ膨張し、かつて副軸であった社会保障制度はむしろ主軸化の傾向をみせている。だが、従属人口は労働力として未熟か過熟の状態にある人たちのことであるゆえ、この従属人口問題は経済成長＝雇用拡大さえ実現すれば片付くという性質のものではなく、むしろそのために必要となる費用をいかに負担するかが課題となる。経済成長というよりはこの費用負担を国民に納得させる、あるいは国民を説得すること、つまり政治がここではより重要な意味をもつことになると思われる。他方で、いったん後景に退いていた生産年齢人口の過剰問題が1990年代以降の経済の低成長によって非正規雇用労働者問題として再浮上し、雇用の場の確保が再び重大な課題となっている。同時に非正規雇用の問題は皆保険・皆年金体制に綻びをもたらしており、皆保険・皆年金体制を軸とした社会保障制度にとっても深刻な問題となっている。福祉国家体制なり社会保障制度体系は生産年齢人口問題にはよく対応したものの、上述のようなその後の経済社会の実態変化にうまく対応し切れているかとなると、相当に疑問だといわざるを得ない。現在の社会保障制度はこういった実態の変化に対応することが課題となっていると考える。

注

- 1) 伊藤修（2007）『日本の経済』中央公論社、p.53。
- 2) 正村公宏（1983）『戦後日本資本主義史』日本評論社、p.41。
- 3) 労働省職業安定局失業保険課編（1960）『失業保険十年史』労働省、p.181。
- 4) 経済企画庁戦後経済史編纂室編（1975）『戦後経済史＜総観編＞』大蔵省印刷局、p.24。
- 5) ジョン・ダワー／三浦陽一・高杉忠明訳（2004）『敗北を抱きしめて 上』岩波書店、第4章。
- 6) 小川政亮（1989）『社会保障権』自治体研究社、p.61。
- 7) 暉峻衆三（1981）『日本の農業政策』有斐閣、

- pp.272-275。
- 8) 武田晴人 (2008) 『高度成長』岩波書店, p.95。
 - 9) 野村正実 (1998) 『雇用不安』岩波書店, pp.32-39。
 - 10) 木村孜 (1981) 『生活保護行政回顧』全国社会福祉協議会, p.10。
 - 11) 小山進次郎 (1950) 『改訂・増補生活保護法の解釈と運用』中央社会福祉協会, p.40。
 - 12) 社会保険庁 (1963) 「社会保険制度調査会についての記録」(『社会保険時報』第34巻号外), p.54。
 - 13) 小山進次郎 (1950), p.546。
 - 14) 厚生省監修 (1999) 『厚生白書 1999年版』ぎょうせい, p.18。
 - 15) 厚生省大臣官房企画室編 (1957) 『厚生白書 1957年版』大蔵省印刷局, p.178。
 - 16) 厚生省大臣官房企画室編 (1958) 『厚生白書 1958年版』大蔵省印刷局, 序p.10。
 - 17) 同上。

参考文献

一圓光彌 (1993) 『自ら築く福祉』大蔵省印刷局。

- 岩田正美 (2008) 『社会的排除』有斐閣。
 大内兵衛編 (1961) 『戦後における社会保障の展開』至誠堂。
 大沢真理 (2007) 『現代日本の生活保障システム』岩波書店。
 菅沼 隆 (2006) 『被占領期社会福祉分析』ミネルヴァ書房。
 副田義也 (1995) 『生活保護の社会史』東京大学出版会。
 田多英範 (1994) 『現代日本社会保障論』光生館。
 ——— (2009) 『日本社会保障制度成立史論』光生館。
 林 健久 (1992) 『福祉国家の財政学』有斐閣。
 広井良典 (1999) 『日本の社会保障』岩波書店。
 村上貴美子 (1987) 『占領期の福祉政策』勁草書房。
 宮本太郎 (2009) 『生活保障』岩波書店。
 百瀬 孝 (2006) 『緊急生活援護事業の研究』百瀬孝。
 横山和彦・田多英範編著 (1991) 『日本社会保障の歴史』学文社。

(ただ・ひでのり 流通経済大学教授)

国民年金と社会的連帯：政策決定分析からの一考察

新川 敏光

はじめに

国民年金法は1959年に制定され、1961年拠出制年金の保険料徴収が始まった。国民年金の誕生によって、それまで年金をもたなかった全就業者の3分の2に及ぶ者たちをカバーする年金が生まれ、いわゆる皆年金体制が実現した。高度経済成長がスタートして間もない頃に、世界で11番目といわれる国民皆年金を実現したことは画期的といえよう。この時期に生まれた皆（健康）保険とともに、皆年金は、わが国社会保障のナショナル・ミニマムを築いた。国民年金は1960年代後半から繰り返し給付水準の上げが行われ、1973年には物価スライド制も導入された。1985年には、国民年金は被用者保険の定額部分と統合され、文字通り国民的連帯を体現する制度となった。その後も被用者の年金支給開始年齢の引き上げやマクロ経済スライド方式導入などによって、制度の統一性を高め、世代間の不公平を是正するための改革がなされ、国民年金は、その発足から50年、着実に制度改善を重ねてきたように見える。

しかし、周知のように、国民年金への国民の支持・信頼は低下している。未納率をみれば、1992年における第一号被保険者の未納率は14.3%（保険料免除者を含む）であったが、その後上昇を続け、2010年前後には40%前後にまで達している（<http://blog.roumukanri110.net/article/13897598.html>, 2011年10月22日アクセス）。未納率上昇の直接の原因は、バブル経済崩壊以後の長期不況や非正規雇用の拡大によるところが大

きいだろうし、国会議員の未納問題や年金記録問題などのスキャンダルが相次いだことが年金制度信頼低下を加速したことは間違いないだろう。ただより深刻なのは、たとえば世代間不公正であり、財政的維持可能性の問題である。これらの問題は、直截には少子高齢化によって引き起こされているといえようが、実はこれまでの政策決定過程のなかに問題を構造的に生み出すパターンが存在しているように思われる。

本稿では、なぜ国民年金が国民の支持を得ることに失敗してきたのかを、その制度発展の特質から探ってみたい。国民年金発足・改革の政策決定過程をみると、そこには制度が社会的連帯の実現であり、国民の豊かな未来を約束するものであることを訴えるヴィジョンがみられない。政治的リーダーシップが存在しなかったわけではない。しかし従来の政治的リーダーシップは場当たり的であり、年金改革を日本の政治経済戦略の一環として積極的に位置づけ、国民に理解と支持を求める努力をしてこなかった。その結果、現実の改革は官僚任せとなり、経路依存的なものになった。このような政策決定過程が、国民年金制度改革がもつ意味と意義をわかりづらいものにしてきた。

誤解のないように付言すれば、なにも厚生省（現厚労省）が改革に抵抗した、あるいは改革を換骨奪胎したなどといったわけではない。国民年金発足にしろ、基礎年金の導入にしろ、厚生省担当者の献身的な努力なしには実現しなかったであろう¹⁾。しかし政治に未来から現在をみる想像力が要請されるとすれば、行政に求められるのは現在から未来を見る冷静な洞察力とバランス感覚

であろう。現場を担当する行政官が、改革の実現可能性を第一に考えるのは当然であるし、したがって既存の制度や権限を侵害せず、抵抗や摩擦をできるだけ回避しようとするのも当然である。ただその結果として、制度変革は明確な将来ビジョンを欠く経路依存的なものとなり、改革の内容は多様な利害に配慮した複雑なものとなりがちである。

本稿では、まず社会的連帯について一般的考察を行った後に、上記の主張を国民年金の主な改革過程を検討することによって裏付けていく。とりわけ国民年金発足時に分析の重点を置く。そこにその後の問題の全てが含まれているとあって、過言ではないからである。

I 福祉国家と社会的連帯

福祉国家は社会的連帯のシステムである。とはいえ、社会的連帯には様々な含意がある。たとえば国家と個人の中間に位置する諸集団、歴史的には伝統的な共同体や職能団体、慈善団体による共助のシステムを社会的連帯と捉えることができる。今日では、高齢社会に対応する福祉機能を担う存在としてNPOや各種コミュニティ活動が注目されている。このような共助システムは、中間団体を通じて社会的連帯をめざすものといえる。

伝統的共助が明確な帰属に基づく、すなわち明確な境界線をもって閉じられた構造を前提とするのに対して、今日の間団体活動は、より広範な社会層を対象とする、開かれた構造をもつといえるだろう。どちらの場合も、国家が後景に退いている点では共通している。伝統的共助は福祉国家以前の社会的連帯、NPOなどは福祉国家以後（ポスト福祉国家）の社会的連帯といえるかもしれない。ポスト福祉国家といっても、福祉国家を解体しようという新自由主義的な試みは失敗に終わり、今日では、福祉国家の遺産を前提に、グローバル化や高齢化という新たな条件下でいかにその限界を超え、安定した制度を築くかが課題となっている。ポスト福祉国家の展望は、あくまでも福祉国家の築いた社会的連帯の上に開かれるのである。

それでは福祉国家における社会的連帯とはどのようなものかといえば、幾つかの重要な特徴がある。第一は、それが階級を超えた連帯であるということである。すなわち福祉国家的な社会的連帯とは資本主義社会における階級分岐を克服しないまでも、緩和・管理するものであった。第二に、それは国家主権の及ぶ範囲内での連帯であり、国境によって限定された連帯であった。

これら二つの特徴は、福祉国家というものが、国際的階級連帯を標榜する社会主義に対抗し、国民的連帯を実現する戦略であることを示唆する。国内的に階級宥和を図るとともに、国際的な階級連帯を阻むこと、国民的団結を促進することこそが福祉国家という社会的連帯に他ならない。そしてこのような福祉国家プロジェクトは国民経済を阻害するものではなく、むしろ発展させるものとして構想されたのである〔新川 2011a & b〕。

第三の福祉国家的連帯の特徴は、匿名性である。この点について、マイケル・イグナティエフは、以下のように巧みに表現している。「・・・老人たちが年金小切手を現金化すると同時にわたしの所得のごく一部が、国家の数知れない毛細血管を通じてかれらのポケットのなかに移転されるわけだ。・・・かれらはあくまで国家の世話になっているのであって、直接わたしの世話になっているのではない。・・・わたしたちはお互いに影響を与えあってはいるが、お互いに対して直接の責任を負ってはいないのだ」〔イグナティエフ1999：pp.15-16〕。

国家福祉を通じての社会的連帯とは、国家が税もしくは社会保険料を徴収し、それらを国民に再配分することによって匿名性のなかで実現する。原資提供者と福祉受給者との間に国家が介在することによって、両者の関係は目に見えない非人格的なものとなる²⁾。非人格的な福祉提供が福祉国家の官僚主義、あるいは画一主義（規格化、標準化）を招くとして批判されることもあるが、匿名性の意義を見失ってはいけないだろう。匿名性は、市民社会が非対称的な権力関係へと転化することを防ぎ、市民の自由と平等を担保するのである。社会サービスにおける対人コミュニケーションの

重要性を否定するものではないが、国家が介入することによって匿名性が担保され、福祉は制度化され、権利化されることが福祉国家的連帯の意義である〔イグナティエフ 1999：p.15〕。

福祉国家的社会的連帯を、公的（老齢）年金に即して考えてみよう。公的年金は、大きくいって拠出制と無拠出制、すなわち保険料納入が義務付けられている社会保険方式と税方式とに分かれる。拠出制は、さらに保険料を積立て、原資とその運用利息に基づいて年金給付が行われる積立方式と、保険料が積み立てられずにその時点での年金支給に回される賦課方式とに分かれる。積立が完全に行われている場合、民間保険同様に加入者間での共助システムではあるにせよ、福祉国家的な社会的連帯は原則的に存在しないといえよう。国家の役割は、貯蓄せずに全てを消費しようとする短慮な国民の収入の一部を強制的に貯蓄させる厳格な慈父としてのそれである。

しかし積立方式といっても強制加入を求める社会保険の場合、支払い能力の低い者達も含まれるため、拠出水準は、給付水準に比べて低く設定される傾向があるし、老後の生活保障という観点からは将来的な物価上昇に対する年金価値の保護も必要になる。さらにいえば、年金制度発足時に既に将来的に十分な拠出が不可能な年齢に達している層に対する救済策も必要となる。これらの必要性は制度内在的とはいえないであろうが、民主主義政治を前提にする以上、避けては通れない課題である。となれば、そこに国庫補助（税の投入）が要請されるのであり、積立方式が自助努力を標榜しているといっても、実は福祉国家的な社会的連帯が不可欠である。

賦課方式の場合、それが社会的連帯の仕組みであることはわかりやすい。現役世代の拠出が退職世代の年金給付となるわけであるから、国家を介入とした世代間での社会的連帯が存在する。ただこのような世代間の連帯は、紛らわしいものである。年金生活世代（A）と現役世代（B）との関係は、年金に限って言えば、助け合いとはならない。Bが一方向的にAを支えることになる。むしろAも現役時代は年金生活世代を支えたであろう。

しかしその世代はBではなく、過去の世代である。Bが将来年老いたとき、彼らを支えるのは将来の現役世代、Cである。このように構造的には世代間連帯であり、共助のシステムであるといってしまうのではないのだが、当事者がAとBからBとCへと移り変わっていくので、そこに契約関係は成立しない。BがAを支えることによって、将来CがBを支えてくれるという保証は、世代関係を見る限り、どこにもない。

にもかかわらず、賦課方式が成立するのは、国家の介入によってである。賦課方式において、現役世代が年金世代のために保険料を支払うのは、将来の年金給付資格を国家が保障してくれるからである。したがって、賦課方式のなかに契約関係をみるのなら、それは世代間にはなく、国家と市民との間に存在するというべきである。市民は保険料を払うことによって、年金受給資格を買っているのである。賦課方式を採用する国において、年金がしばしば準財産権とみなされるのは、このような事情を反映している。

社会保険方式には、国民全体を一つの制度でカバーする包括的システムと職域や企業規模別に異なる制度をもつ分立型システムがみられるが、包括的システムのほうが国民的連帯の枠組としてはより明快で、強固である。ただ賦課方式の場合、人口構成の変化が財政に与える影響ははるかに直接的で、大きなものとなるので、分立型システムにおいては制度間の財政調整が必要となる。この場合、分立型システムといっても、実際には国民的連帯のシステムなのである。

積立方式にせよ賦課方式にせよ、拠出制年金の場合、納入義務を怠る者は、最終的には年金という社会的連帯システムから排除される。これに対して無拠出年金の場合、全国民が一定の年齢に達すれば年金を受給できる普遍主義原則を適用できる。普遍主義に基づく無拠出年金の場合、その国の市民であることが年金資格となることから（国内居住期間等による資格制限はありうるが）、年金は市民権として確立するといえよう。税方式による普遍主義的年金制度は、最も強い社会的連帯の制度ということが出来るが、財政制約上、老後

の生活保障という点では不十分な給付に留まる可能性が高い。したがって、生活水準の高い先進諸国では、高額所得者というにおよばず、平均的生活者にとっても、この制度はあまり魅力的なものとはいえず、今日ではほとんど見られない。

無拠出年金の場合、普遍主義原則に基づかず、資力・所得調査を課すことが考えられる。このような制度は財政的負担が比較的軽いわりに大きな再分配効果を生むという利点があるが、年金受給者は一部の社会階層、端的に言って貧困層に限定されるため、国民多数派から制度への積極的支持は期待できない。このような無拠出年金は権利というよりは恩恵とみなされ、したがって受給者に社会的スティグマを与える結果となりやすい。そのような事態が生じた場合、それは制度的には社会的連帯の仕組であったとしても、実際には年金受給者と非受給者（貧困高齢者とそれ以外）を社会的に分断する効果をもつことになる。

以上の一般的考察を踏まえて、次節では国民年金の成立・改革過程を社会的連帯という観点から検討していく。

II 皆年金体制

1946年厚生省に社会保険制度調査会が設置され、同調査会は、1947年10月ベヴァリッジ報告に強い影響を受けた『社会保障制度要綱』を作成している。それは憲法第25条にいう「国民の健康で文化的な最低生活を保障するためには、・・・新しい社会保障制度の確立が必要である」、「この制度は、現在の各種の社会保険を単につきはぎして統一するものではなく、生活保護制度をも吸収した全国民のための革新的な総合的社会保障制度である」と高らかに謳い上げている〔社会保障研究所編 1968 : p.164〕³⁾。

敗戦直後制度は流動的であり、このような理想主義を政策へと盛り込むチャンスであったといえるが、現実には政府は占領下で戦後の混乱を収拾することに精一杯であり、このような理想主義を取り入れる余裕がなかった。朝鮮動乱に伴う特需景気によってドッジ不況を乗り切った後に、漸く

にして厚生年金制度建て直しの機運が高まり、1954年大改革へと至る。この新厚生年金制度の確立が、被用者以外の国民多数派の年金問題への関心を高めることになった。当時厚生年金保険のほかに船員保険、共済組合制度や恩給が存在したが、それらの被用者年金制度に加入していたのは、1957年時点で全就業者人口約4000万人の内1250万人、3分の1以下にすぎない〔吉原 2004 : p.40 ; 厚生省 2011 : pp.48-49〕。こうした事情に加え、軍人恩給増額の動きや、厚生年金基金から離脱し新たな共済組合を創ろうとする動き、中小企業被用者独自の退職年金を設けようとする動きがあり、制度の乱立を抑えるために政府内で国民年金構想が浮かび上がったといわれる〔厚生省編 1988 : p.945 ; Campbell 1992 : pp.68-69〕。

しかし国民年金制度を生む直接のきっかけとなったのは、政党政治である。1955年2月総選挙において、すでに民主党、左右社会党両党は、それぞれ総合的年金制度の確立、実施を訴えている。サンフランシスコ講和条約をめぐる分裂した左右社会党は、ともに国政選挙で躍進を続け、1955年10月には再統一を果たし、政権を狙う勢いを示す。その社会党が政権獲得の目玉政策として打ち出したのが、国民年金構想である。これに対して自由民主党政府は、1957年度予算に国民年金制度創設準備費を計上し、1957年初頭、神田博厚相は1959年度から国民年金制度を実施することを目途に、国民年金制度創設の準備を本格的に進めると公言した。石橋湛山首相の病氣退陣を受けて成立した岸信介内閣においてもこの方針は変わらず、5月には5人の国民年金委員を委嘱し、社会保障制度審議会への国民年金制度の基本方針の諮問が行われた〔厚生省編 1988 : p.947〕。当時農民はもとより労働組合からも国民年金を求める声がほとんどない状況で、自社両党が国民皆年金に取り組んだのは、戦後民主主義において政党間競争が生んだ数少ない積極的效果といえる⁴⁾。

ところで自民党が票目当てに国民年金を打ち上げたのは事実であろうが、それが事の全てではない。拠出を伴う国民年金案に対して農民は強く反発していたにもかかわらず、岸政権は1959年拠

出制を原則とする国民年金法を成立させたからである。岸政権では、皆年金の他に、皆（医療）保険はいうまでもなく、最低賃金法も実現しており、そこに岸の福祉重視の姿勢が読み取れる。岸は国家社会主義的な発想の持ち主であり、権威主義的ではあったにせよ、国民福祉への関心は高かったといえよう〔大嶽 1992：p.182, 184〕。とはいつても、岸に年金に関する具体的構想があったわけではなく、自民党内にあって岸の意向を受けて国民年金作成に動いたのは社会保障への造詣が深いといわれた野田卯一であった。しかしその野田にしても、大蔵省OBであり、決して年金の専門家ではなかった。

自民党国民年金実施対策特別委員会の長を務める野田を支え、実質的に法案を準備したのは厚生省国民年金準備委員会であり、なかんずく小山進次郎事務局長であった。小山は、「小山ゼミ」、「小山教室」、「小山学校」などと呼ばれた連夜の会合において政策案を固めるとともに、野田委員会と緊密に連絡をとりながら、国民年金法成立にこぎ着ける。また1961年の拠出年金発足時に起こった社会党や総評を中心とした強力な反対運動に対して、小山は初代年金局長として陣頭指揮にあたった〔小山進次郎氏追悼録刊行会編1973：pp.94-181；社会保険庁編 1980：p.281〕。

このように実質的に厚生省主導で生まれた国民年金は、皆年金を実現したとはいえ、社会的連帯という点では非常に限定的なものになった。国民年金の対象範囲をみれば、既存の被用者以外に対象を限定することになった⁵⁾。1958年9月に発表された厚生省の『国民年金制度要綱第一次案』が、別制度案を選択し、12月20日に公表された自民党の『国民年金制度要綱』もまた、これに追随している⁶⁾。別制度案採用の理由について、国会での厚相答弁は以下の通りである。

・・・現行各種公的年金制度を全部御破算にいたしまして一本の基本的な制度を創設するという考え方も当然あるのでございます。しかし、現行各種年金制度には、やはりそれぞれ独自の沿革や目的がございまして、簡単にこれを御破

算にするということには相当の困難が予想されるものであります。また、現行各種年金制度の適用を受けております人々や、すでにこれらの制度によって年金を受けておられる人々は、一応国民年金制度で考えられておる以上の給付を保障されておるのでございまして、さしあたり、これらの人々を除外した制度を創設しましても、特に不合理はないものと考えましたために、このような立て方をいたしましたわけでございます〔社会保険庁編 1990：p.42；吉原 2004：p.45参照〕。

歯切れの悪い答弁であるが、既存の権限・利害構造に配慮し、最も抵抗の少ない案を選んだという事情は伝わる。

制度の経路依存性を断ち切ることは容易ではない。制度の抜本的改革を試みれば、共済年金については各省庁の抵抗は必至であり、厚生省の管轄する厚生年金についても、労働組合や社会党の強い反発が予想された〔Campbell 1992：p.74〕。適用対象を普遍化しようという強い政治的コミットがない状態で、時間的制約のあるなか（岸首相は1959年の国民年金法成立を公言していた）、国民年金を実現するために、将来的な統合の可能性を示唆しながらも、既存制度への未加入者に対象を限定した別制度案が採択されることになったといえよう。

次に国民年金の財政運営についてみれば、拠出制、無拠出制、両者の組み合わせをめぐる関係者の間に論戦が繰り広げられた。1958年3月の社制審『国民年金制度試案（原案）』、7月の国民年金委員の『国民年金制度構想上の問題点』、どちらも拠出制と無拠出制の組み合わせを提唱しているが、ニュアンスの違いがみられる。国民年金委員は「原則拠出制であり、副次的に無拠出制を組み合わせる」立場であったのに対して、社制審試案では併用という表現が用いられ、無拠出制重視の方向性が感じられた。そもそも社制審は1950年勧告（『社会保障制度に関する勧告』）では、一般国民に対しては無拠出年金が望ましいとした経緯もあり、大蔵省は、国民年金の原則はあくまで

拠出制であり、無拠出年金は経過的措置にすぎないと反発する〔社会保障研究所編 1968：p.175, pp.461-465〕⁷⁾。

最終的に政府案は、拠出制を原則とすることになる。政治的に考えれば、拠出を求めず、直ちに給付を開始する無拠出制のほうが、有権者の支持動員という点で魅力的である。事実国民年金を提唱した当初、自民党は無拠出制を考えていたといわれる。しかし野田—小山ラインによる年金案作成作業のなかでは、拠出制が前提となった。J.キャンベルによれば、彼らがイギリスを範としたため、拠出制が当然の前提となったということであり、無拠出年金の可能性は端から排除されていたという〔Campbell 1992：pp.75-77〕。

拠出制原則に対して、自民党内に反発がなかったわけではない。とりわけ1958年10月、党内の最終調整の段階で、従来年金政策に全く関与していなかった河野一郎総務会長を中心とする農林関係議員が、農業関係者の声を代表して拠出制反対に動いた。しかし12月初旬に事態はあっけなく收拾される。1958年2月に設立が認められた農協共済の積立金について、農業協同組合中央会は農協職員の住宅ローンや娯楽施設、その他の便益のために用いること（大蔵省はこれに消極的であった）を求めており、これについて自民党執行部が受け入れたことによって、農協は矛を収め、自民党内の反対運動も終息する〔社会保険庁編 1990：p.23〕。

ところで拠出制は積立方式と賦課方式に分かれるが、国民年金が採用したのは積立方式である。小山進次郎によれば、(1) わが国の社会は個人の自助努力、自己責任の原則を基に成立しており、拠出制はこの考えに合致する、(2) 無拠出は財政の急激な膨張を招く、(3) 拠出制は受給に権利性を伴うといったことが、拠出制積立方式選択の理由である〔吉原 2004：p.43〕。小山は、1960年12月1日の「国民年金の当面する諸問題」と題する講演で、将来受給者が増えていくことが想定されるので、賦課方式は採用できないと語っている〔小山進次郎氏追悼録刊行会編 1973：pp.394-397〕。

拠出制積立方式が強調されることで、国民年金は自分で自分の老後に備える制度であるというメッセージが伝えられ、実はそれが社会的連帯のシステムでもあるという面がぼやけてしまった（あるいは意図的にぼかされてしまった）嫌いがある⁸⁾。現実には、国民年金は保険料の2分の1（給付費の3分の1に相当）の国庫補助を受け、老齢福祉年金、障害福祉年金および母子福祉年金という全額国庫負担による無拠出年金も設けられた。さらに拠出期間を短縮する成熟化促進策がとられ、保険料免除期間を合算して25年以上あれば年金が支給されることになった。このような制度は、およそ自助のみでは成立しえず、共助、社会的連帯の上に成り立つものである。

無拠出制は財政コストの膨張を招くという小山の批判は、普遍主義原則に基づく無拠出制の場合は正しい。そのような制度の導入が選択されたなら、問題はいかにしてそのコストを捻出するかということになる。そうすれば、当然税収増のため、新たな税、なかでも売上税の導入が議論の俎上に上ってくる。厚生省内において、売上税の可能性は早々に排除されたようである。なぜ売上税を財源とする無拠出制年金が成り立たないかといえば、小山によれば、第一に、売上税が「大衆課税」となり、「中小の商人いじめの税になるおそれ」があり、第二に、仮に売上税が実現しても、全部国民年金に使うことが許されないからである〔小山進次郎氏追悼録刊行会 1973：pp.390-392〕。

歴史の後知恵ではあるが、西欧福祉国家の発展をみれば、福祉国家は大衆課税によって支えられるものであり、売上税はその主要な財源の一つとなった。西欧諸国では売上税が福祉国家発展初期の段階で導入され、国民の信頼を得ることに成功し、その後付加価値税が拡充された。

ところが財政逼迫が進行している状態で、このような間接税を導入しようとしても、赤字補てんのためと思われ、国民の信頼が得られず、強い抵抗が生まれる〔Kato 2003；cf. Steinmo 1993；新川 2007〕。わが国では、財政危機のなか大平正芳首相によって一般消費税導入が提唱され、竹下内閣で消費税実現するまで、当の竹下内閣を含

め、三つの内閣が倒れた。そして最も高齢化率の高い国になっていながら、なお消費税率上げがままならない現状は、大型間接導入が遅きに失したためといえよう。国民年金発足時に売上税導入が真剣に検討されなかったことが、その後の福祉国家発展を規定することになったのは間違いない。

誤解のないように付言するなら、ここで論じているのは普遍主義的年金が望ましいかどうかではない。無拠出制国民年金は売上税導入を正当化する根拠となりえ、仮に売上税導入が成功していれば、その後の福祉国家財政の大きな柱となっただろうというにすぎない。なお売上税全てを国民年金に使用できないという理屈は、国民年金が被用者以外の年金であることを前提にした話であって、それを普遍主義的な制度に再編するならば、そのような問題は解消される。

拠出制年金において権利性が発生するというのはいまでもないが、では無拠出制では権利性が生まれぬのかといえば、必ずしもそうとはいえない。普遍主義原則に基づく無拠出年金の場合、財産権は発生しないだろうが、それを自由権や参政权とならぶ市民の権利、すなわち社会権として捉えることは可能である〔Marshall & Bottomore 1992〕。

結局のところ、増税・新税を伴う無拠出制年金を国民に訴えるような政治的意志やヴィジョンが存在せず、政策作成を任せられた厚生省は、従来からなじみのある拠出制積立方式を採用することになった。積立方式は、大蔵省の強く要請するところでもあった。このような経路依存的な選択の結果として、国民年金は、社会的連帯システムとしては最も限定的であり、社会的連帯システムであることさえ意識されないような（意識させないような）制度となったのである。

Ⅲ 1973年改革から基礎年金へ

1961年拠出制年金発足後、社会党を先頭に広範な拠出反対運動が展開され、制度定着まで数年を要した。しかし各制度間の通算調整手続きの整備や高齢年金の60歳からの減額支給開始や死亡

一時金の支給など、制度の整備拡充が行われた結果、1961年4月発足時の加入者は1708万人と目標より15%ほど低い数値にとどまったものの、1966年には2000万人の大台に乗った〔吉原2004：p.54〕。国民年金給付は、厚生年金にあわせ、1966年、69年と引き上げられ、69年には任意の付加年金も導入された⁹⁾。給付水準がこのように加速度的に引き上げられた背景には、農政改革に合わせて農民を対象にサラリーマン並みの年金制度を創設しようという動きが農林省内にあったため、これを牽制する意図があったといわれる〔吉原2004：pp.82-83〕。

60年代後半の改革によって、国民年金は（完全）積立方式から修正積立方式に移行したといわれるが、積立プランの破綻を決定的にしたのが、1973年改革である。厚生年金の「5万円年金」化に伴い、国民年金給付も一挙に月額2万円に引き上げられた。さらに物価スライド制が導入される。この改革直後、日本はオイル・ショックを引き金とする「狂乱物価」に見舞われ、ただちに物価スライドが発動されることになる。結局70年代後半年金水準は毎年上げられ、1980年の国民年金水準は4万2000円となった。

1973年改革は、当時の田中角栄首相の政治的リーダーシップによるところが大きい。田中は1972年9月11日全国知事会の場において、1973年を「年金の年」とすると宣言し、財政当局の抵抗を抑え、「5万円年金」方針化する〔新川2005：p.90；健保連1973：pp.32-33〕。『日本列島改造論』を引っ提げて登場した田中首相は、根っからの開発主義者、生産第一主義者であって、福祉国家への理解やコミットメントが特に深かったとは思われない。その田中が、あえて福祉重視を打ち出したのは、高度経済成長の負の遺産（公害や交通渋滞など都市圏における生活環境の劣悪化）への批判から生産第一主義への懐疑が広まり、財界や自民党内に危機意識が高まっていたためであると考えられる〔新川2005：pp.89-93〕。田中の福祉重視政策は、いかなる理念やヴィジョンに基づくものでもなく、単なる危機への代償にすぎなかった〔Calder 1988〕。

1973年改革は国民年金制度の抜本的改革の必要性を認識させるものとなった。職域別分立制度においては各制度の加入者の人口構成が異なる。ある産業が衰退し、現役世代が減少すれば、その産業の年金成熟度（受給者／加入者）は高くなる。国民年金の主たる対象であった農業従事者の数は、1970年842万人、1983年には500万人へと激減し、全労働力人口のなかで締める割合が16%から9%にまで低下していた〔新川 2005：p.291〕。こうした中で、政策的に制度の成熟度を高め、年金給付を上げてきた国民年金の財政破綻は時間の問題となった。大蔵省が財政硬直化の元凶として年金制度を批判し、その見直しを求め、これに呼応して厚生省サイドにも制度の合理化への動きが生まれる。

国民年金を基礎年金として被用者年金の定額部分と統合するという点では関係者の間に合意があり、統合された年金を現行の社会保険で運営するのか、新たに税方式を導入するのかということが争点になった。社会保障制度審議会は1977年『皆年金下の新年金体系』、1979年『高齢者の就業と社会保険年金』という二つの報告書において定額部分については税方式とする案を提唱した。他方、1975年に厚相の私的諮問機関として発足した年金制度基本構想懇談会は、1979年『わが国の年金制度の改革の方向——長期的な均衡と安定を求めて——』において社会保険方式の堅持を訴えていた〔福祉協議会編 1983〕。

大平首相の一般消費税導入の試みが失敗し、次の鈴木善幸内閣では「増税なき財政再建」が行財政改革のスローガンとなったため、増税や新税導入を伴う税方式はまたもや早い段階で議題から外されることになった。行財政改革を取り仕切る第二次臨時行政調査会（第二臨調）は、1981年7月の第一次答申において、国家福祉拡充から抑制への方向転換を鮮明にし、翌年の基本答申（第三次答申）では、全国民を対象とした基礎年金を確立する、将来の年金制度の一元化を展望しながら各制度間の不均衡の解消・合理化を行う、給付水準の適正化を図る、支給開始年齢や保険料を上げる、という改革の大枠を定める。

1985年改革によって、国民年金は、発足から四半世紀を経て国民全体をカバーする制度へと拡充されることになった。被用者とそれ以外の就業者の定額年金が統合されただけでなく、それまで任意加入であった被用者の配偶者もまた第三号被保険者として強制加入となり、文字通り社会的＝国民的連帯の枠組が生まれることになった。ただ制度的統一がなされたといっても、実際には国民年金と被用者保険の支給開始年齢の違いや徴収方法の違いなどはそのまま残り、基礎年金といっても、実は異なる制度間の財政調整の仕組みが生まれたというのが正確なところであった。

1985年改革の目玉は基礎年金という新制度の導入であり、その決定は第二臨調を通じて政治的になされたといえる。第二臨調は行財政改革という政治目標実現のために設置された、日常的な行政的決定手続きとは異なる「政治的」決定メカニズムである。しかし基礎年金導入そのものは、国民年金導入時と同じように、あるいはそれ以上に行政主導で行われた。1985年改革を実際に指揮したのは厚生省、なかでも山口新一郎年金局長であった。「年金の鬼」、「年金の神様」とも呼ばれた山口は、改革に向けた勉強会を若手と積み重ね、省内の態勢固めを行うとともに、年金局長となってからは、マスコミ対策もこまめに展開した。世論の流れを創るうえで決定的な役割を果たした有識者に対するアンケート調査は、山口の決断による〔新川 2005：p.151以下；山口新一郎追悼録刊行会編 1986〕。

このように世論形成を含めて官僚が取り仕切ったのが、1985年改革の特徴であるが、それは政治ができるだけ自らの可視性を低下させようとした結果でもあった。1985年改革では、従来のできるだけ保険料引上げを抑えて給付を上げるといった大盤振る舞いから保険料の大幅引上げと給付抑制という抛出給付関係の見直し政策へと移行した。このことは年金政策が人気政策から不人気政策に変わったことを意味する。政治家にとって不人気政策にコミットするのはリスクが高い。したがって彼らは臨調や官僚に実権を委ねたのである〔新川 2005：pp.256-257〕。

1985年改革は、形式的には経路逸脱的であるが、実際にはかなり経路依存的なものであった。そもそも国民年金発足時に将来的な制度統合を謳っていたように、基礎年金導入は厚生省にとって意外なものではなく、むしろ悲願であった。また基礎年金は上記のように異なる制度間の財政調整を実現したものの、第二臨調の基本答申が求めた支給開始年齢の引き上げを見送っているし、保険料納入方法についても、何ら変更が加えられていない。改革を経路依存的にすることによって、既存の利益構造からの抵抗をできるだけ少なくしたのである。このような手法は基礎年金実現のためには有効であったが、基礎年金が社会的連帯システムであることを国民に理解してもらうという意味では問題があった。被保険者からみれば、旧制度との違いをほとんど実感できなかったであろう。

IV 基礎年金導入以降の改革

基礎年金導入後の最大の課題は、年金の支給開始年齢の統一であった。厚生年金の支給開始年齢引き上げについて、厚生省は1980年の年金改正において、20年かけて段階的に65歳に引き上げることが社会保険審議会に諮問した。このときは労使委員の反対が強く、自民党もまた慎重な態度を崩さなかったため、結局引き上げを改正法案に盛り込むことができなかった。そして、前述のように、1985年基礎年金導入時には、基礎年金実現が最優先という判断から、この問題は議題から早々に除外された。

1980年にはほとんどの企業が55歳定年を採用していたため65歳への引き上げは時期尚早という反対意見が強かった。1980年時点では60歳定年を採用する企業は、全体の36.5%程度にすぎなかったのが、高齢者雇用安定法が制定された1986年には50%を超えていた（ちなみに60歳定年が義務付けられる1994年には既に84%が60歳以上定年を採用していた）。加えて、高齢化がいよいよ本格化の兆しをみせていた。こうしたことから、1989年厚生省は満を持して支給開始年齢引き上げに取り組むが、労働組合や社会党、さら

は他の野党も強く反対し、厚生省の試みはまたしても失敗する。

ところが1994年の改正時には、厚生年金の定額部分（基礎年金）を男子については、2001年から2013年にかけて、女子については2006年から2018年にかけて、段階的に60歳から65歳に引き上げる案がさしたる困難もなく成立する。89年改正で反対の最大の理由は定年と年金支給開始年齢のギャップにあったため、94年改革では厚生省は労働省と協力し、60歳台前半の雇用を拡大し、退職から年金支給開始への円滑な移行を目指した。労働省は、雇用者雇用安定法を改正し、60歳未満の定年を禁止するとともに、65歳までの定年延長、継続雇用、再雇用などについて企業に努力義務を課した。また定年後60歳台前半の低賃金雇用者に対して賃金の25%を限度に高年齢雇用継続給付を新設した。このような60歳以上の雇用拡大への取り組みと支給開始年齢の引き上げを基礎年金部分に限定したことから、労働組合は引き上げやむなしという態度に変わったといわれる〔吉原 2004：p.131〕。

1994年改革における厚生省の戦略が功を奏したことは間違いないが、より重要であったのは政治の動きである。94年改正法案を国会に提出したのが非自民連立政権であったことが、反対派を封じ込めたのである。自らが与党として加わる内閣が提出した法案に社会党といえども反対できないし、野党に回った自民党もまた、手のひらを返すように反対に回ることはいできない。つまり、非自民連立政権下で与野党の間に実質的な超党派的な合意が形成されたことが、1994年改革の成功をもたらしたのである。社会党が与党内で支給年齢引き上げ案に反対しなかったのは、非自民連立政権維持を最優先課題とし、連立パートナーであった保守中道勢力（新生党、日本新党、さきがけ）に配慮したためである。社会党の支持母体である連合もまた、自らが支援する社会党の参加する非自民連立政権存続のために引き上げを受け入れた〔新川 2005：pp.314-316〕。

1999年改革で国民年金に関する最大の争点は、国庫負担率の2分の1への引き上げであった。これ

について、年金審議会場で労働者側委員と経営者側委員は基礎年金を全額国庫負担とすることを一致して主張したが、厚生省は社会保険堅持の立場を変えず、審議会の多数意見は国庫負担率2分の1引上げに落ち着く¹⁰⁾。しかし財政当局は2分の1への引上げにも反対であり、最終的には政治的決断に委ねられる。政府は、野党のみならず与党内にも引上げを求める声があったことから、2004年度までに安定した財源を確保し、2分の1に引き上げることを方針化する。労使ともに基礎年金の税方式化を支持したものの、国民の間に税方式への支持がさほど広がらない状態で行政的マリーナで決定が官僚主導でなされた結果である¹¹⁾。しかし税方式が拒否されたとはいえ、2分の1への国庫補助率の引き上げは国民年金をはたして今日社会保険と呼ぶことが妥当なのかという疑念を引き起こすに十分である。

2004年改革の最大の目玉は保険料率の上限設定とマクロ経済スライド方式の導入であった。これに伴い、国民年金の保険料は2005年から毎年280円ずつ引き上げ、2017年に1万6900円を上限として固定すること、国庫負担率の引き上げは2004年度から着手し、2009年までに2分の1への引上げが完了することが決定された。2004年改革は最後の改革といわれたにもかかわらず、国会での論議は厚生年金の所得代替率が50%を維持できるのかどうかという問題に集中し、挙句には政治家の国民年金保険料の未払い問題がスキャンダラスに取り上げられたこともあって、評価は必ずしも高くない。しかし過去において給付額を政治的に決定し、そのつけを払うために1985年から一転保険料引上げと給付水準の引下げを繰り返した結果、国民の間に公的年金への不信を増幅させたことへの反省から、保険料に上限を設定し、政治の介入を排除した形で（経済合理的に）給付水準を決定しようとしたことの意義は決して小さなものではない〔盛山 2007参照〕。

以上のような1989年以降の改革の流れをみると、政策決定はほぼ官僚主導で行われてきたといっていだらう。年金支給年齢開始引上げ、国庫補助率の引上げ、マクロ経済スライド方式の導入と

いった改革はいずれも非常に大きな改革であって、漸増的な改革とはいえ、政治が大きな影響力を発揮する局面もあったが、政策アイデア自体は政治から生まれず、従来通り官僚の現実主義的知恵から生まれたものであったといえる。改革の関心はいかに現行制度を維持可能なものにするかにあり、そこに社会的連帯の必要性と意義を将来ヴィジョンとして示す政治的構想力は見られなかった。

結び

皆年金体制が実現してから50年、基礎年金が導入され、支給開始年齢が統一され、国庫補助率が引き上げられ、国民年金は、名実ともに社会的＝国民的連帯の制度となった。もはやそれを自助制度と強弁することは不可能だろう。しかしながら、国民年金は社会的連帯の枠組みとして、国民に十分信頼されるに至っていない。その理由を、本稿は政策決定の特質から解明することを試みた。決定的な問題は政治的ヴィジョンの欠如と経路依存的制度変化である。政治的リーダーシップがみられなかったわけではない。しかし総合的社会保障ヴィジョン、さらには社会保障と経済を積極的に結びつけるような政治的ヴィジョンが示されることはなかった¹²⁾。結果として、政策のアイデアを提供し、政策決定を行う主たるアクターは官僚になった。

官僚主導の政策決定は、既存の利害・権限構造に配慮した現実主義的なものであり、改革は漸増的、経路依存的な傾向を孕む。国民年金は、既存の制度を前提として、それとの調整の積み重ねとして実現、拡充されてきた。このような政策決定が社会的連帯としての国民年金への合意形成を阻んだ嫌いがある。発足当初国民年金は、自助努力の制度（積立方式）と謳われた。しかし当初より、それは多額の国庫補助を導入した共助システムであった。やがて積立方式の破綻が明らかになってからも、修正積立方式と言い換えられ、積立＝自助というイメージが維持された。しかし高齢化のなかで賦課方式であると認めざるを得なくなる。つまり国民からすれば、自助であったものが、い

つの間に世代間連帯になっていたということになる。したがって世代間連帯（賦課方式）に必要な国家―市民間の契約は結ばれていないのである。

拠出制の選択もまた、経路依存的なものであった。無拠出制年金の可能性は、厚生省内では真剣に検討されず、拠出制採用が決定された。無拠出年金には大蔵省の反対が強く、拠出制が被用者年金でも採用されており、厚生省にとっても事情がよくわかる制度であったことが拠出制採用の背景としてある。しかし、繰り返すが、無拠出制は年金が社会的＝国民的連帯であることを国民に明確に伝える効果があるし、何とんでも売上税導入を正当化する論拠たり得た。当時売上税が導入されていれば、わが国の福祉国家は今日とは全く異なる様相を呈していたであろう。

近年第3号被保険者の問題が国民年金に対する不信感を増幅させている。基礎年金導入時に第3号被保険者という範疇が設けられたことは、「サラリーマンの妻の年金権確立」として高く評価された。しかし働く女性が増加し、かつ保険料負担が増大したことによって、第3号被保険者への評価は厳しくなる一方である。これもまた国民年金が社会的連帯の枠組として十分な理解と支持を得ていないことから生じた問題である。もちろん男性稼得者世帯が減り、共稼ぎ世帯が増えれば、それに応じた改革が必要なことは論を俟たない。しかし第3号被保険者をスケープゴートにする議論には、様々な生活形態が存在し、それぞれがそれぞれのやり方で社会に貢献することの意義と重要性を認め、多様な生活形態を営む人々の間で社会的連帯を築いていこうとする柔軟な包摂の論理がみられない。そこにみられるのは、排除の論理である。しかも労働市場に動員されている女性の7割は賃金・労働条件の悪い非正規雇用であり、このような雇用状況を改善する努力なしに彼女たちを厚生年金に加入させるなら、むしろ国民生活を圧迫することになりかねない。第3号被保険者の廃止、非正規雇用の厚生年金への加入は、雇用を含めた国民の生活保障を再構築していくヴィジョンのなかで語られる必要がある。

本稿では、国民年金の政策決定のなかに制度不

信を生むメカニズムが存在することを、主要な改革に即して明らかにした。政策決定には、いうまでもなく政治家と官僚、どちらの役割も重要である。行政のアカウントビリティを確保するために重要なのは、両者のバランスである。民主主義政治である以上、政治こそがそのようなバランスを維持する最終責任を負うことはいうまでもない。

注

- 1) 国民年金発足においては小山進次郎、基礎年金導入時には山口新一郎の活躍が挙げられる（小山進次郎氏追悼録刊行会編 1973；山口新一郎追悼録刊行会編 1986；p.94-Campbell 1992：p.71, 328 ff.）
- 2) ここでいう福祉は広義の福祉であり、社会保障も含まれる。
- 3) 要綱は、第一小委員会によって作成され、その主たるメンバーである大河内一男、末高信、近藤文二、園乾治等の学者グループは社会保障研究会を結成し、1946年7月に「社会保障案」を作成している。そこでは基本理念の冒頭に「生存権の確認」、「国民全部のものとしての革新的社会保険制度の確立」を掲げている（社会保障研究所編 1968：p.159）。
- 4) 「社会保障に関する世論調査」（1958年8月）によると、「国民年金制度という言葉は何かで見たり聞いたりしたところがありますか」という質問に対して、過半数の53%が「ない」と回答、しかも国民年金の主たる対象である農林業、漁業では、それぞれ62.3%、69.2%と平均値を大きく上回っている（厚労省編 2011：p.50）。
- 5) 対象範囲については、当時（1）既存の制度には加入していない者だけを対象とする（別制度案）、（2）既存の制度をそのままにして、その加入者も国民年金に加入させる（二重加入案）、（3）既存の制度を御破算にして全国民を対象とする一元的制度を創出する（一元的制度案）、という三つの選択肢が考えられた。1957年5月厚生省が任命した5名の国民年金委員は、1958年2月の審議メモにおいて、被用者年金の分利化が進行していることに対して国民年金制度の創設という計画に逆行するものと警告を発し、包括的年金制度の方向性を示唆するものの、3月の『国民年金制度検討試案要綱』では「現行公的年金制度の適用のない被用者、自営業者及び家族従業者を本制度の適用対象とする」と別制度案を支持した。しかし7月の『年金制度構想上の問題点』では、「国民年金制度は、厚生年金、共済年金等の現行各種公的年金制度の未適用者だけでなくその適用者及びその家族を含むできる

- 限り広範なものとする」と二重加入案を示唆している(社会保障研究所編 1968: pp.459-461)。これに対して首相の諮問機関である社会保障制度審議会は、『国民年金制度試案(原案)』(1958年1月)において、国民年金制度の対象は全国民とするが、「差しあたっては現行公的年金制度の適用外にある者を対象とする制度をつくり、・・・将来はこれら制度の統合をはかるものとする」とし、別制度案を支持した(社会保障研究所編 1968b: p.461)。
- 6) 自民党案では、前文において、国民年金は「国民が貧窮におちいり生活を脅かされることを全国民の共同連帯によって未然に防止しようとする新しい制度である」と社会的連帯原則を明記している(社会保障研究所編 1968: p.476)。
- 7) ただし1950年勧告の無拠出年金の提唱を理想化すべきではない。当時の関係者によれば、「その当時はまだインフレもとまっていなかったし、厚生年金でも保険料の徴収ということが実際にはむずかしかった時代ですから、どんどん物価が上がっている時代に、保険料を取ってもむだじゃないかという考え方もありましてね、・・・無拠出でやろうという考え方がでたんですよ」ということであり、当時の時代背景のなかで無拠出年金の提唱は、理想主義というよりは、現実主義的な案であった(総理府編 1980: p.34)。
- 8) 小山は当時講演会で、次のように述べている。「自分が将来受取るべき年金の基になるものを、あらかじめ納めておいて、これに国家負担を加えてそうして有利な運用をしていって将来たくさん年金が受取れるようにする、そういう仕組みを積立方式といっているわけがあります」(小山進次郎 1973: p.394)。小山は「年金の基」といい、「国家負担を加えて」といっており、完全な自助制度ではないことを伝えているが、基調は自分で自分の老後に備えているというメッセージである。いうまでもないが、運用が有利になるかどうかは、予めわからない。
- 9) 1966年の月額年金給付は25年拠出を前提に5000円、69年には8000円となった。保険料については1967年1月から35歳未満200円、35歳以上250円に引上げられ、1970年7月から年齢区分を撤廃し、一律月額550円とすることとされた。
- 10) 2000年改革の最大の争点は、報酬比例年金の支給開始年齢の65歳への引上げであるが、これは国民年金に直接関係しないので、本稿では触れない。
- 11) そもそも国民年金を社会的連帯であることへの理解が十分に浸透していない状況では、理労使の主張は単に自分たちの保険料負担軽減を求める動きとして受け止められた可能性がある。
- 12) 第二臨調の基本答申は政治経済ヴィジョンといえるが、そこでは公的福祉をできるだけ抑制することが民間経済の活性化をもたらすという新自由主義的前提がとられているため、福祉—経済—国民生活の積極的サイクルを描くには至っていない。

参考文献

- イグナティエフ、マイケル(1999)『ニーズ・オブ・ストレンジーズ』(添谷育志・金田耕一訳)風行社。
- 大嶽秀夫(1992)「鳩山・岸時代における『小さい政府』論」日本政治学会編『年報政治学1991 戦後国家の形成と経済発展』岩波書店。
- 健保連(健康保険組合連合会)(1973)『社会保障年鑑』。
- 厚生省(1988)『厚生省五十年史 記述編』。
- 厚生労働省(2011)『平成23年版 厚生労働白書: 社会保障の検証と展望～国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀～』。
- 小山進次郎氏追悼録刊行会編(1973)『小山進次郎さん』。
- 社会保険庁(社会保険庁保険部)編(1980)『国民年金二十年の歩み』。
- (社会保険庁運営部年金管理課年金指導課)編(1990)『国民年金三十年の歩み』。
- 社会保障研究所編(1968)『戦後の社会保障 資料』。
- 社会保障制度審議会編(1980)『社会保障制度審議会三十年の歩み』。
- 新川敏光(2005)『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房。
- (2009)「嫌税の政治学」『生活経済政策』144号, pp.8-13。
- (2011a)「ポスト社会民主主義政治の展望」『思想』1047(7月号), pp.32-52。
- (2011b)「福祉国家変容の比較枠組」新川敏光編『福祉レジームの収斂と分岐』ミネルヴァ書房。
- (2011c)「ベーシックインカムというラディカルイズム」『大原社会問題研究所雑誌』。
- 盛山和夫(2007)『年金問題の正しい考え方——福祉国家は持続可能か』中央公論社。
- 総理府(総理府社会保障制度審議会事務局)編(1980)『社会保障制度審議会三十年の歩み』。
- 福祉協議会(全国社会福祉協議会)編(1983)『高齢化社会と老人福祉施策』。
- 山口新一郎追悼録刊行会編(1986)『山口新一郎さん』。
- 吉原健二(2004)『わが国の公的年金制度——その生い立ちと歩み』中央法規。
- Calder, E. Kent (1988) *Crisis and Compensation*.

- Princeton: Princeton University Press.
- Campbell, John C. (1992) *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton: Princeton University Press.
- Kato, Junko (2003) *Regressive Taxation and the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Steinmo, Sven (1993) *Taxation and Democracy*. New Haven: Yale University Press.
- Marshall, T. H., and T. Bottomore (1992) *Citizenship and Social Class*. London: Pluto Press.
- (しんかわ・としみつ 京都大学教授)

国民皆保険50年の軌跡

土田 武史

はじめに

1961年に国民皆保険体制¹⁾が発足してから50年が過ぎた。皆保険の実施にともなって医療保険は国民生活にとって不可欠の制度として展開してきた。その一方、皆保険が既存の被用者保険をそのままにして、そこに加入できない人びとをすべて国民健康保険に加入させることによって実現したことから、制度の分立と制度間格差をはじめとして多くの問題を抱えることにもなった。皆保険の発足から間もなく、医療給付の増大にともなって医療費問題が登場する一方、人口の高齢化が進展し、皆保険体制下における高齢者医療費のあり方が大きな問題となった。高齢者医療費の問題は、経済および社会の構造変化とあいまって、制度間格差の問題を浮き彫りにさせ、その対応が医療保険の中心課題となった。さらに1990年代半ばからは経済のグローバル化と長期不況の下で、産業構造および労働市場が大きく変化したのにもない、非正規労働者の増大をはじめとして社会保険の前提条件が著しく変化し、皆保険もそうした変化への対応が求められている。

本稿では、最初に第二次世界大戦後の医療保険制度の再建から国民皆保険体制の確立に至る過程をたどり、皆保険体制の特徴と問題点について若干の検討を行う。次いで、それらの問題に対処しながら制度改革を行ってきた過程について1973年の改革と1980年代前半の改革を取り上げ、それらの改革の意義と特徴について検討し、最後に現在の皆保険体制が直面している問題について考

察を行うこととしたい。なお、医療保険に対応する医療制度については、紙幅の都合などからここではとりあげていない。

I 第二次大戦後の医療保険制度の再建

1 国保の公営化と国庫補助の導入

第二次世界大戦後、日本の医療保険制度は崩壊寸前の状況に立たされた。戦災による工場・設備の破壊、軍需産業の停止などにより、健康保険の被保険者数は戦前のピーク（1944年）の4割程度まで減少した²⁾。国民健康保険は財政状態が悪化し、国民健康保険組合の4割以上が事業の休止状態に陥った³⁾。医療機関の被害も大きく、医薬品や医療材料も乏しかった。また、保険診療は施療に近いものだという戦前からの観念が病院や開業医の間に根強くあり、それに加えて激しい戦後インフレのなかで医師や医療機関は報酬の目減りの大きい保険診療を嫌ったため自由診療が広がり、1947年になっても保険診療の占める割合は3割程度にとどまっていた。医療保険はまさに名存実亡の状態にあった。

戦後の厚生行政は貧困・失業対策が中心となっていたが、1948年頃から医療保険の再建に向けた取り組みが始まった。まず、インフレによる診療報酬の目減りに対処して頻繁に診療報酬改定を行ってきたが、48年に社会保険診療報酬支払基金を創設し、診療報酬請求事務の簡素化、報酬支払の迅速化等をすすめ、保険診療の信頼回復を図った。また、48年に国民健康保険法改正を行い、国保の実施主体を国保組合から市町村公営に移行

し、国保事業を営む市町村では被用者でない一般住民を強制加入とした。ただし、市町村に国保の実施を強制したわけではなく、その実施は市町村の判断に委ねられた。1949年のドッジ・ラインによる不況の影響等から自由診療が減少し、保険診療の受診率が上昇したが、その反面、保険料の収納率が低下し、赤字の国保が増大したため、1951年に国民健康保険税が創設された。しかし、国保財政は依然として安定しなかったため、1953年に国保団体等の要求に応じて療養給付費に対する2割の国庫補助が導入された。国保の市町村公営化と国庫補助の導入は、国保再建への転機となるとともに、後に国民皆保険の実現に向けて国保が大きな役割を果たしていく素地となった。

被用者保険の再建も進められ、1948年に政府管掌健康保険では財政安定のために保険料率が法定化された。さらに朝鮮戦争による特需景気を背景に、53年に健康保険の適用業種の拡大、給付期間の延長、標準報酬等級の引上げが行われた。同じ年に、健康保険の適用事業所に使用されながら適用除外となっている日雇労働者の強い要望を受けて、日雇労働者健康保険法が制定された。さらに53年に厚生年金保険から離脱して私立学校教職員共済組合が創設されたのにもとない、その短期保険部門として健康保険からも離脱した。これを契機に市町村職員共済組合、公共企業体職員等共済組合、農林漁業団体職員共済組合が設立され、医療保険も年金保険も分立型社会保険という特性を帯びることとなった。

2 ベヴェリッジの影響と厚生省の対応

1942年末に公表されたベヴェリッジ報告が、各国に大きな影響を与えたが、日本もその例外ではなかった。戦時中すでに厚生省ではベヴェリッジ報告が紹介され、一部ではベヴェリッジの社会保障計画などを参考にしながら戦後対策が検討されていた⁴⁾。また、終戦直後からベヴェリッジ等の研究を進めていた学者グループの社会保障研究会が、1946年7月に「社会保障案」を発表した⁵⁾。これが日本で最初の社会保障計画案といわれているが、その内容はベヴェリッジの影響を強く受け

たものであった⁶⁾。

そうしたなかで1946年3月、厚生省保険局に「失業保険その他各種社会保険の整備拡充の対策を研究すること」を目的に、社会保険制度調査会が設置された。調査会の委員には社会保障研究会のメンバーや、イギリスやドイツの社会保険に詳しい研究者が就任し、失業保険をはじめ社会保障の構想をめぐって活発な議論が展開された。失業保険の成立過程を克明に描いた菅沼隆は、社会保険制度調査会における議論について「戦後日本の社会保険思想の原点」⁷⁾をなすものと評している。同調査会は1947年10月、戦後日本の社会保障制度の方向を示すものとして「社会保障制度要綱」を厚生大臣に答申した。この要綱は統一社会保険の導入をはじめ、その理念や骨子においてベヴェリッジ報告と類似していることから「日本のベヴェリッジ報告」ともいわれた⁸⁾。

こうした研究者グループの主張に対して、厚生省はベヴェリッジ報告の理念等に配慮しつつも、医療保険と年金保険の制度構築にあたっては社会保険制度調査会等の提言を排し、戦前からの制度の再建を図るかたちで整備拡充を進めていった。そこでは当時の財政状況、社会状況、政治状況等を勘案して、最も実現可能性のある政策として既存制度の再建という道を選択し主導していったものといえよう。こうした既存制度を重視する政策の選択が皆保険体制の確立過程においても引き継がれた。

II 国民皆保険体制の成立

1 皆保険体制成立の背景

1955年は日本の戦後史の節目の年であった。政治においては、55年10月に社会党の左右両派が統一し、その動きに刺激された保守2党が同年11月に合同して自由民主党が生まれ、二大政党を中心とする「55年体制」がつくられた。その後半世紀にわたってこの体制が続くことになる。経済においては、55年に国民総生産（GNP）の伸びが12.1%を記録し、多くの経済指標が戦前の水準を超えた。56年の『経済白書』は「もは

や『戦後』ではない」と戦後経済からの脱皮を宣言し流行語となった。しかし、国民生活に目を向けると、依然として多くの国民は低い水準にとどまっていた。同じ年に初めて出された『厚生白書』は「果して『戦後』は終わったか」と記し、ボーダーライン層と呼ばれた生活保護水準すれすれの状態にある1千万人近くの低所得者層が復興の背後に取り残されていることを取り上げ、社会保障対策の充実を訴えた。

当時の国民生活において特に問題となったのは、経済の二重構造のもとでの中小零細企業労働者や不安定就労者の状況であった。中小零細企業の労働者は大企業の労働者に比べて労働条件が格段に劣悪であり、臨時工や下請企業労働者もまた就労が不安定な状況にあった。社会保険でも同様で、国民の3分の1にあたる約3千万人が医療保険や年金保険の適用外とされ、病気時や退職後の生活不安にさらされていた。こうした二重構造問題については、単に賃金等の雇用条件の改善のみではなく、社会保障での対応、特に未加入者問題への対策を講じることが求められた。1950年代中頃から国民皆保険・皆年金の要望が高まったのは、二重構造問題という社会的背景があったことを看過してはならない。

2 皆保険体制の達成

国民皆保険については、既に社会保障制度審議会が1950年に行った「社会保障制度に関する勧告」のなかで、「被用者の保険」と「一般国民の保険」との二本建てのもとに実現されるべきであると述べていたが、政府の政策として取り上げられることはなかった。しかし、50年代中頃から社会保険未加入者の存在が問題となり、国民皆保険の実現が求められるようになった。こうしたなかで健康保険は、特需景気が去った後、保険財政が急速に悪化した。特に政管健保の赤字が拡大し、54年には診療報酬の支払いが遅滞するほどの財政危機に陥った。また、保険診療の増加とともに医師の診療報酬引上げに対する要求が高まったが、過剰請求等を背景に保険医や保険診療に対する規制論議も加わり、厚生省と日本医師会との対立が

激しくなった。

このような諸問題に対処するため、社会保障制度審議会は1955年3月に医療保障特別委員会を設置し検討を開始した。また、政府は53年5月に学識者による「七人委員会」⁹⁾を設置して、医療保険の財政対策の検討を委ねた。七人委員会は同年10月に「七人委員会報告書」を提出し、そのなかで政管健保への国庫負担は認めがたいとして、政管健保と組合健保との財政調整の導入などの財政対策の提案を行ったのに加えて、医療保険の根本的課題として国民皆保険体制の構築を提言し、未加入となっている5人未満企業の従業員については特別健康保険制度を創設することが望ましいとした。

続いて1956年11月に社会保障制度審議会が「医療保障制度に関する勧告」を行った。勧告では「国民の医療の機会不均等は寒心に堪えない」とし、国民皆保険の実現を求めた。そこではイギリスのような公営方式もあるとしながらも、「健康保険と国民健康保険の二本建てをとらなければならない」とし、その理由として「国民皆保険へ一歩でも近づくことが急務」であることをあげている。また、5人未満企業の被用者については、「低額でフラットの保険料を徴収し、大幅な国庫負担を導入して第二種健康保険を創設すべきである」として、七人委員会と同じく新たな健康保険の創設による対応策を提示した。

こうしたなかで政府は1955年12月に初めての経済計画として「経済自立5カ年計画」を閣議決定し、これに合わせて厚生省は1956年度から60年度に至る間に医療保障を完遂するという構想を発表した。56年1月鳩山首相は国会の施政方針演説で「全国民を包含する総合的な医療保障を達成する」という方針を示し、続いて同年12月に成立した石橋内閣は社会保障の充実を重要施策の1つに掲げ、国民皆保険の実現を閣議決定した。

1956年7月、閣議決定を具体化するために、厚生省に5人の学識者による医療保障委員が設置された¹⁰⁾。医療保障委員は57年1月、国民皆保険を実現するために国民健康保険法を改正し、すべての市区町村が国民健康保険を実施する必要がある

旨を厚生大臣に報告した。これを受けて厚生省は57年に「国民健康保険全国普及4ヵ年計画」を策定し、60年度までに医療保険の未加入者のすべてを国民健康保険に加入させることとし、58年3月に新国民健康保険法を国会に提出した。法案は2度の審議未了・廃案を経た後、同年12月ようやく可決成立し、翌年1月に施行された。

国民健康保険は、新法の実施以前から全市町村で実施されている県もあったが、人口50万人以上の大都市では川崎市が1958年に実施したのみであった。大都市では人口移動が激しく資格の得喪や保険料徴収など難しい問題を抱えていた。さらに、皆保険に対する地域の医師会の協力を得ることが必要であったが、日本医師会は皆保険に反対していた。新国保法が施行されるなかで皆保険の成否は大都市の動きにかかっていた。250万人の被保険者を抱え、その動向が注目されていた東京都特別区が1959年11月国保実施に踏み切り、これによって他の大都市の方向も決定された。

こうして1961年4月からすべての市区町村で新国民健康保険法が実施されることとなり、国民皆保険が達成された。また、新国民健康保険法に続いて1959年4月に国民年金法が成立し、61年4月に国民皆保険と同時に国民皆年金も達成された。

3 国民皆保険への原動力

国民皆保険を達成した原動力として、当時厚生省職員で後に事務次官となった幸田正孝は、戦後の社会保険行政を回顧した記述のなかで次の3点をあげている¹¹⁾。すなわち、第1は、1954年当時すでに国民の66%が何らかの医療保険に加入しており、国民皆保険の実現可能性を示す数値となっていたことである。第2に、被用者保険が5人未満企業の従業員をカバーするのは適用や所得把握のうえで難しいとされていたなかで、保守政党と革新政党が勢力を競い合うという「政治の季節」を背景に、市町村長や「国保マニア」と呼ばれた政治家や地域の有力者たちが市町村国保に5人未満企業の従業員を取り込んでいき、国民皆保険実現への道筋をつけたことである。第3に、国民皆保険に反対していた日本医師会が、当時の医師過

剩感を背景に制限診療の撤廃等を条件として、皆保険の実施をやむを得ないものとみなすようになったことである。

この記述のなかで注目されるのは、第2にあげている5人未満企業従業員の加入をめぐる指摘である。これが厚生省にとって如何に難問であったかということは、『1956年版厚生白書』のなかで「健康保険の適用外となっている五人未満事業所の従業員の取扱いは、はなはだ困難な問題を含んでいる」として、「たとえば五人未満事業所の全被用者を将来どのような疾病保険によってカバーしていくか、すなわち、国民健康保険によるか、被用者保険によるかについては種々意見が分かるところである。純理論的な立場からは、従業員五人以上の事業所の被用者との均衡からできるだけ健康保険に入れるべきであるという意見も出よう。一方、現実論としては、これらの事業所が非常に数に上ること、その雇用関係も明確でなくまた異動も激しいこと、保険料の基礎となる標準報酬額も小さくその把握も困難であること、等の点からみて、事務費もかなり増大し、また現在の保険行政機構を大幅に拡充しない限り、実現困難であるという意見も有力である。」¹²⁾と記されていることから想像できよう。

そうした状況のなかで、「政治の季節」を背景に市町村長等が5人未満企業の従業員を国保に取り込んでいったのであるが、幸田の記述はそうした取込みが厚生省に5人未満企業従業員を国保加入者とする方向に舵を切らせる要因になったということを指摘したものである。これは、55年体制の形成と関連させて5人未満企業従業員の国保加入をとらえる視点であり、これまでほとんど行われてこなかった指摘である。今後さらに詳細な検討を要するが、重要な指摘であると思われる。このようにして、二重構造を背景に5人未満企業従業員の保険適用に苦慮した厚生省が、ここでも審議会の主張とは異なる政策を選択し、皆保険への道を主導していったのである。

第3の日本医師会との関係も興味深い指摘である。医師数についてみると、戦時下における医師の大量養成、軍医の復員、植民地医師の引き揚げ

等により、1952年に85,374人であったのが、55年には94,563人、60年には103,131人と増加している¹³⁾。人口10万人当たりの医師数で見ると、1950年に約90人であったのが、60年には110人となり、2割以上も増加している。幸田の見解は、こうした状況を日医が医師過剰として認識し、医師の収入確保策として制限診療の撤廃等を条件に皆保険を受け入れることにしたというものである。制限診療の撤廃は皆保険達成の翌年に実現されている¹⁴⁾。日医と厚生省の関係についてはさらに検証していかなければならないが、注目に値する見解と思われる。

また、これまで皆保険実現の原動力としては「七人委員会報告書」をあげるのが通説ともなっているが¹⁵⁾、幸田は「七人委員会報告書」の皆保険に関する役割はそれほど大きくはなかったと述べている。当時、厚生省では政管健保の赤字対策が最重要課題であり、「七人委員会報告書」についても赤字対策により大きな関心が寄せられていたと述べている。厚生省は1956年頃までは皆保険の実現に懐疑的であったとされており¹⁶⁾、厚生省内での受け止め方はそのようなものであったことが推量される。「七人委員会報告書」の影響についてはさらに検討を要するが、幸田の記述は厚生省の認識を示すものとして注目される。

4 皆保険体制の意義と特徴

国民皆保険の達成によって、戦後の医療保険制度の再建が終結した。その背景については既に述べてきたことに加えて、国民病とも呼ばれた結核の制圧に成功し、生活保護、なにかんづく医療扶助のウエイトが低下するなかで、着実な経済成長のもとで救貧から防貧へと大きく舵をきることができたということがあげられよう。皆保険の達成は皆年金の達成とあいまって日本の社会保障制度の確立を告げるものであり、さらに完全雇用政策と並んで社会保障制度の確立は日本の福祉国家体制の成立を意味している。ほぼ同じ頃に推進された池田内閣の所得倍增計画のもとで、福祉国家体制はその内実を具備させ、その支柱の1つとして医療保険はその役割を拡大していった。

また、皆保険体制は、被用者保険の適用外であった者をすべて国民健康保険に加入させるという形で達成されたが、このことは日本の医療保険が職域保険と地域保険という二大体系として制度化されたことを意味している。この二大体系については、制度間格差とも関連して早急に解消すべきものとしてとらえる見解がある一方、それぞれの制度が加入者の共同体的特性に対応しており、制度間格差等の問題は二大体系を維持したままでも対応できるという見解がある¹⁷⁾。しかし、ここでは制度の是非論よりも、当時の経済の二重構造のもとで労働市場も二重構造を形成し、大企業労働者と中小零細企業労働者との間には大きな雇用条件の差異があり、大企業労働者は正規雇用・長期雇用で労働条件もよく、男性稼ぎ主型の世帯モデルをベースにしているのに対して、中小零細企業労働者は雇用関係も明確でなく所得把握も難しく、家族労働者ないしは縁辺労働者に近かったことを指摘しておきたい。先に『1961年版厚生白書』で引用したように、5人未満企業労働者を被用者保険に加入させることは事実上きわめて難しかったのである。後に大きな問題を惹き起こすことになったとはいえ、被用者保険から漏れていた5人未満企業労働者を国保の網の中に取り入れ、国庫負担を投入して医療の確保を図ったことは、当時の状況下では現実的かつ合理的な政策選択であり、その意義は大きいといえよう。

5 皆保険体制の問題点

皆保険の達成は日本の社会保障の展開にとって大きな意義を有しているが、同時にまたそこには大きな問題が残されていた。

第1は、制度の分立と制度間格差の問題である。3種8制度といわれたように制度が分立し、各制度間では給付も拠出も格差が大きかった。たとえば、被用者保険の本人給付率が10割、家族が5割であるのに対して、国保は世帯主・家族とも5割であった。さらに健保組合は母体企業の労務管理施策との結びつきが強く、手厚い付加給付行われ、健康診断や保養施設等の保健施設事業も広く実施されていた。保険料についても、国保は全額自己

負担であるのに対して被用者保険は労使折半負担で、さらに健保組合では事業主の負担割合を高くすることが認められていた。制度の分立と制度間格差の是正は、その後老人医療費問題とも関連し、医療保険の展開において大きな課題となった。

第2に、保険財政が不安定であった。特に国保と政管健保は財政基盤が脆弱であった。国保は、高齢者比率が高く、低所得の被保険者が多いなど構造的に高いリスクを抱えていたので、皆保険の実施当初から事務費の全額と、療養給付費について定率分が20%と財政調整交付金分が5%という国庫負担が組み込まれていた。国庫負担は経済成長を背景に1962年に定率分が25%、財政調整交付金分が10%に、66年には定率分が40%、財政調整交付金分が5%に引き上げられたが、経済基調が変化し国保の被保険者構成が変化するとともに国保財政は窮迫していった。また、政管健保は給付支出の拡大に保険料収入が追いつかず、1962年以降は毎年のように赤字となり、大きな政治問題に発展した。

第3に、保険給付の水準が低かった。国保の給付率や被用者保険の家族給付率が低かったことに加えて、保険診療には多くの制限があり、傷病手当金や出産手当金のような現金給付の水準も低かった。このうち保険診療の範囲については、制限診療の撤廃により一応の着着をみたが、医学や医療技術の進展に対する保険診療の対応をめぐる混合診療問題が生じた。また給付率については制度間格差の是正が問題となった。

第4に、皆保険体制に対応すべき医療供給体制が未整備であったことがあげられる。国民皆保険はしばしば「いつでも、どこでも、だれでも」⁽⁸⁾という標語で示されるが、それは単に全国民が医療保険に加入しているということではなく、必要な時にはいつでも適切な医療が受けられ、産業・職業・所得・地域等によって医療内容に格差が生じないということを示している。したがって、国民皆保険はそれに対応した医師、医療機関等の医療供給体制が整っていなければならなかったが、そこにはいっさい手をつけないうままのスタートであった。その後には診療報酬や保険診療をめぐる

厚生省と日本医師会との確執があり、皆保険の実施を急ぐ厚生省が医療供給体制をめぐる日本医師会と対立することを回避したことがあげられる。その結果、医師や医療機関が地域や診療科によって偏在するなどの問題が発生することになった。

Ⅲ 皆保険の実施から福祉元年の改革へ

1 皆保険達成後の2つの問題

皆保険の達成後、医療保険は「制度の抜本改正」をめぐる議論と「政管健保の赤字対策」をめぐる動きが交錯しながら展開していった。制度の抜本改正は制度の分立と制度間格差の問題と給付水準の問題に対応し、政管健保の赤字問題は保険財政の問題に対応するものである。

抜本改正をめぐる議論の出発点となったのは、1962年に社会保障制度審議会が行った「社会保障の総合調整に関する勧告」であった。このなかで医療保険について、分立した制度を1つに統合することは理想ではあるが難しいので、差しあたっては被用者保険と国民健康保険の二本建てとし、制度間格差を是正するために保険者間にプール制を導入して財政調整を行う必要があると述べ、また給付水準は9割を目途に、差しあたっては7割程度に引き上げるということを提案した。

その後、勧告を受けた政府をはじめ、政党や関係団体等からさまざまな構想や提言が出され、白熱した議論が展開された。そうしたなかで皆保険後、給付支出が保険料収入を大幅に上回る形で増大し保険財政が悪化していったが、特に政管健保の悪化がひどく、大きな問題となった。医療費の増大要因としては、医療需要の増大、診療報酬の引上げ、制限診療の撤廃等があげられる。注目されるのは薬剤費で、1960年度には医療費に占める薬剤費比率は20%程度であったのが、65年度には40%程度まで急増し、当時の医療状況を示している。こうした財政悪化に対して当初は制度の抜本改正によって費用抑制を図ろうとしたが、与野党対立により審議が進まないまま、67年度には累積赤字が年間保険給付費の半分にも達する

ことが予想され、その対応が喫緊の課題となった。

そのため政府は67年8月、抜本改正が行われるまでの暫定策として、薬剤費の患者一部負担の導入、初診時および入院時の一部負担の引上げ、保険料率の引上げ、政管健保への国庫補助の増額と赤字の一時的棚上げ等を内容とする「臨時特例法」を策定し、2年間の時限立法として成立させた。さらに、特例法の時限の切れる69年8月、政府は年度内に抜本改正案を策定し関係審議会に諮問することを条件に、薬剤費の一部負担を除くなどの修正を行ったうえで臨時特例法を本法に繰り入れる健保法改正を強行した。こうした対応策をめぐって国会が紛糾し、臨時特例法では社会党の委員長と書記長が辞任し、特例法の本法繰り入れでは衆議院議長と副議長が辞任するという事態となった。しかし、政管健保の赤字対策でこのような政治的事件が生じたのは、法案内容をめぐる対立よりも与野党間の政治的取引きと与野党内部の路線対立によるところが大きく、医療保険制度そのものに大きな影響を与えるものではなかった。

1969年に政府は特例法の本法繰り入れ時の公約にしたがって抜本改正案を策定し、社会保障制度審議会と社会保険審議会に諮問した。そこでは被用者保険における保険者間の財政調整が含まれていた。しかし、先の社会保障制度審議会の勧告では、財政調整の導入が分立した制度の統合を展望したものであったが、政府案は政管健保の赤字を組合健保との財政調整で埋めようとするものであり、両審議会の対応は冷やかかで、2年余り経った71年に出された両審議会の答申はいずれも政府の意向に沿うものではなかった。

2 老人医療費支給制度の実施

この頃、新たな問題が浮上していた。高齢者の患者負担をめぐるとの対応策である。その背景を簡単に見ておこう。日本の65歳以上人口比率は戦前から5%程度で推移していたが、1955年に5.52%、60年に5.73%と増加の兆しをみせ始めた。一方、戦後の民法改正、住宅事情の変化、家族の変化等のなかで高齢者の生活状況は次第に不安定なものとなり、1960年代には身寄りのない老人や寝た

きり老人など高齢者の生活状況が社会問題として意識されるようになった。こうした状況に対処するため、1963年に老人福祉法が制定された。ここでは高齢者を必要に応じて特別養護老人ホーム等に収容することに加えて、65歳以上の高齢者の健康診断を市町村長に義務づけていた。しかし、健康診断の受診率は低く、その理由として、病気発見後の治療において自己負担が高いことが指摘されていた。68年から国保の家族は7割給付となったが、被用者保険の被扶養者の給付率は5割のままであった。

そうしたなかで高齢者の自己負担分を公費で負担する自治体が現れてきた。岩手県の沢内村は1960年から65歳以上の高齢者の自負負担を無料にしていたが、1969年に秋田県が都道府県レベルで初めて80歳以上について自己負担分の一定額（月額で外来1,000円、入院2,000円）を超える分を公費で負担する制度を開始した。続いて、東京都が同じ年に70歳以上の自己負担分の全額を公費で負担することとした。これが弾みとなって、患者負担を公費で負担する制度が全国の自治体に一気に広がっていった。

こうした動きに対抗して、厚生省は高齢者の医療費負担を軽減する老齢保険制度の構想を発表したが、世論の反応は芳しくなかった。革新自治体が広がり、保革伯仲といわれる政治状況のなかで、政府はついに70歳以上の医療費自己負担分を公費（国が3分の2、都道府県と市町村が6分の1ずつ）で負担する「老人医療費支給制度」を創設することに踏み切った。法案は老人福祉法の一部改正案として上程され、1972年の通常国会で可決成立し、73年1月に施行された。この制度は自己負担なしで医療が受けられることから「老人医療費無料化」と呼ばれた。

老人医療費支給制度によって、70歳以上の高齢者については医療保険制度間の給付率の格差はなくなり、被用者保険の被保険者と70歳以上の被扶養者の格差も事実上なくなった。自己負担のなくなった高齢者の受診率は急速に高まり、それとともに老人医療費が急騰していった。

3 1973年の医療保険改革を促した要因

老人医療費支給制度が制定される一方で、抜本改正をめぐる論議が延々と続けられ、その間に政管健保の財政状況は再び悪化していった。厚生省は自民党の意向を受け、1972年2月に抜本改正案とは切り離して政管健保の財政対策のみを目的とした「健康保険法改正案」をまとめ国会に提出し、続いて抜本改正のための「医療保険各法改正案」と「医療基本法案」を提出したが、与野党の対立と関係団体の反対でいずれも廃案となった。

3法案が廃案になったことで制度改革は暗礁に乗り上げたが、老人医療費支給制度の成立や田中内閣の誕生による拡大路線の予想等を背景に、制度改革を求める機運が高まってきた。こうしたなかで社会保険審議会（有泉亨会長）は懇談会を設け、予算編成に向けて実現可能な健保法改正案の検討を行い、1972年12月に「健保法改正に向けての意見書」を厚生大臣に提出した。「意見書」では「医療水準の向上を求める国民の要望は日増しに強くなりつつあり、財政難に藉口してなんらの給付改善も行われない従来の方策はいまや大きく転換する必要がある」として政府の対応を批判したうえで、財政対策と給付改善をセットにした改革案を提示した。これが73年改革の直接の出発点となった。

さらに経済状況も制度改革を促していた。高度経済成長が続くなかで日本の国際収支は1968年に黒字に転じ、70年代に入るとその累積黒字が海外から批判を受けるようになった。また、71年8月に円対ドル為替レートが引き上げられ、73年2月には固定為替制度から変動為替制度へと移行した。こうした貿易黒字に対する海外からの批判と国際経済の激変に直面して、内需拡大政策の実施が緊急の課題となり、その一環として医療給付の拡大が求められた。

一方、国内状況も大きく変化した。経済成長とともに1970年代にはほぼ完全雇用に達し、労働力不足が問題とされるようになった。それとともに労働者の賃金が上昇し、農家所得も増大し、国民の間で「中流意識」が広がった。しかし、個人消費のモノの豊かさに比べて、住宅や生活環境

の未整備、物価上昇、公害、交通難、そして低い社会保障水準などが「経済成長のひずみ」として問題となった。経済成長優先から福祉優先への転換を求める声が高まり、「くたばれGNP」という言葉が流行した。72年の『経済白書』は「新しい福祉社会の建設」を副題に掲げ、成長と福祉の乖離を指摘し、内需拡大政策を通じての是正を提言した。

4 福祉元年の医療保険改革

1973年の改革はこうした背景のなかで行われたのである。そこでは制度間の財政調整ではなく、国庫負担の拡大策が採られた。

1973年の医療保険改革の主な内容は以下の通りである。①被用者保険の被扶養者給付率が7割に引き上げられた。②高額療養費制度が創設され、患者一部負担が一定限度額（当初は1世帯で月額3万円）を超えた場合、超過額が医療保険から払い戻されることとなった。③分婉費および埋葬料が引き上げられた。④政管健保の保険料率が7.0%から7.2%に引き上げられた。⑤政管健保に保険給付の10%の定率国庫補助が設けられ、また保険料率を0.1%引き上げた場合に国庫補助率を0.8%引き上げるという措置が講じられた。⑥72年度末までの政管健保の累積赤字を棚上げし、一般会計から補填されることとなった。

このようにして政管健保の財政対策と医療保険の抜本改正をめぐる問題は一応の決着をみた。国庫負担を増額し、制度間で傾斜的な配分を行うことによって、給付水準の引上げと制度間格差の是正が行われるとともに、財政基盤の強化が図られた。それを可能にしたのは、経済の高度成長とそれによってもたらされた潤沢な財源であった。医療保険と並んで年金制度でも大幅な給付の引上げが行われ、生活保護その他の分野でも充実が図られた。政府は「福祉元年」と称してこの改革をアピールした。その言葉は2年、3年と続く福祉充実を想起させるが、田中内閣もその後の改革を通じて福祉社会の建設を構想していた。

しかし、1973年10月、中東戦争による石油危機が契機となり高度経済成長は終わりを告げた。

福祉元年の改革はその前提が消滅し、想像もしなかった大きな困難に直面することとなった。石油価格の上昇はインフレを激化させ、医療保険では74年に2度にわたって診療報酬が改定され、合わせて36.3%もの引上げが行われた。社会保障給付費が増大し、国の一般会計における社会保障関係費の伸び率は74年度、75年度とも30%台となり、一般会計の伸び率を2倍近くも上回った。74年度の実質経済成長率はマイナスとなり、75年度の補正予算で10年ぶりに赤字国債が発行された。しかし、給付の改善は国民の要請に応えるものであったし、保革伯仲の政治状況もあって、給付の引下げは難しかった。国民医療費は急速に増大し、70年に2兆4,962億円であったのが、73年改革を経て75年には6兆4,779億円となり、79年には10兆9,510億円へと急増した。この過程で制度間の給付格差が縮小され、高齢者の受診が促進され、保険診療が国民生活の深奥まで浸透していったが、低成長経済の下で財政赤字が膨らむなかで、医療費の増大を放置しておくわけにはいかなかった。こうして医療保険制度の新たな構造改革が求められた。

IV 1980年代前半の医療保険改革

1 老人保健制度の創設

1970年代を通じて国民医療費は増大し続けたが、そのなかで特に問題となったのが老人医療費であった。老人医療費支給制度の実施にともない老人医療費が急増し、1973年度に4,290億円であった老人医療費は75年度には8,670億円へと倍増し、その後も年平均20%近い伸び率を示した。

老人医療費の急増は、医療保険制度間における老人医療費負担の不均衡を拡大した。すなわち、国保加入者の相当部分を占めていた第一次産業従事者の高齢化が進んだことに加えて、定年退職によって被用者保険から国保に移行する者が増大し、国保の老人加入率は他の医療保険制度に比べて著しく高くなり、老人医療費の重圧を受けることとなった。さらに、老人医療費支給制度と高額療養費制度が国保財政を圧迫した。老人医療費支給制

度は医療保険の自己負担分を公費が負担するというものであるが、高額療養費制度が導入されると老人医療費のうち公費で負担されるのは自己負担分の上限（当時は3万円）までであり、それを超える医療費は保険者負担となった。そのため、実質的には老人医療費の大部分が保険者にのしかかることになった。老人医療費の増大による国保財政への圧迫は、国保財源の過半を負担する国の財政にも大きな影響を与えた。

また、老人医療費支給制度に対する批判も多くなった。自己負担の無料化は老人の受診を容易にした反面、老人の「ハシゴ受診」や病院待合室の「サロン化」といった現象が指摘され、過剰な検査や投薬、長期入院といった医療の乱診乱療や過剰診療などが問題となった。さらに老人医療対策が医療費対策に偏り、予防からリハビリテーションに至る総合的な保健医療サービスの提供といった視点が欠けていることも批判された。

厚生省は1976年から老人保健制度の見直しに着手し、小沢私案や橋本私案など厚生大臣による提案も出されたが、日本医師会や健康保険組合連合会等の関係団体の反対で、それ以上の進展はみなかった。こうした状況の打開を図られたのは、79年に福祉見直しを掲げた「新経済社会7カ年計画」が閣議決定され、80年度の予算編成で社会保障の経費削減が強く迫られて以降のことである。その背景として、79年の総選挙で自民党が財政再建のため一般消費税の導入を掲げて大敗し、さらに80年に法人税等の企業増税の提案が財界の猛反対で頓挫し、政府は歳出の削減によって財政再建を図る以外に方法がなくなったという状況があげられる。79年12月、80年度予算編成に際して大蔵・厚生両大臣の間で、81年度に老人医療費支給制度の改正を行うという覚え書が交わされ、厚生省は老人保健対策本部を設置し新制度の創設に向けた本格的な検討に入った。

厚生省は1980年9月に試案を発表し、その検討の後、81年6月に「老人保健法案」を国会に提出した。その主な内容は、①老人の受診に患者一部負担を導入する、②70歳以上の老人医療費について患者負担を除く医療費のうち30%を公費が

負担し70%を保険者が負担する、③保険者負担分については、各制度間の老人加入率の相違を調整して各保険者が共同で負担するという財政調整を行う、④40歳以上に健康診査をはじめ疾病予防やリハビリテーション等の保健医療サービスを行うというものであった。この法案に対して、日医、健保連、総評等から一斉に反対の声があがるなかで、改革を支持し大きな支援を行ったのが第二臨時行政調査会であった。第二臨調は新保守主義の世界的な潮流に沿って「増税なき財政再建」を掲げ、老人保健法案の早期成立を求めた。第二臨調の応援を受けて、82年8月に老人保健法が成立し、83年2月に施行され、それとともなって老人医療費支給制度は廃止された。

老人保健法の成立によって医療保険政策は拡大から抑制へと転換を遂げ、それを嚆矢として社会保障の各分野において制度改革が展開されることとなった。この改革で、日本の医療保険ではじめて財政調整が実施されたことの意義は大きい。

2 1984年の健康保険法等の改正

老人保健法に続いて、1984年に健康保険法等の改正が行われた。この法改正は直接的には医療費抑制を目的としていたが、それにとどまらず、中長期的視点から医療保険制度の抜本改革を企図したものであった。そこでは医療保険の体系を見直し、医療費の抑制と効率化を図り、財政基盤を強化することに重きがおかれていた。この改正は、老人保健法と並んで、2006年改革に至るまで日本の医療保険制度のあり方を規定することになった。

84年の改革で注目されることとして、次の3つがあげられる。1つは、医療費の伸びを国民所得の伸び率程度にとどめるという方向がとられるようになったことである。医療費の伸びについては、それまで多くの議論が行われてきたが、この方向づけがその後の医療費を抑制する1つの拠り所とされるようになった。

2つ目は、負担と給付の公平化を図るということで、被用者保険の本人給付率を9割に下げたこと、退職者医療制度が創設されたことである。

給付率については、それまで格差は正が図られるなかで徐々に上位平準化が図られてきたが、この改革を契機に下位平準化へと向かうことになった。また、退職者医療制度は、国保に加入してきた被用者年金の老齢年金受給権者である退職者およびその家族に、被用者保険並みの医療給付を行う一方、その医療費は本人の保険料と被用者保険からの拠出金でまかなうというものである。これも1つの財政調整といえよう。この改革に対して健保連や総評等から反対があったが、本人給付率を引き下げ、それによって生まれた財源を退職者医療制度に充てるという仕組みが、「医療保険の一元化（＝給付と負担の一元化）」という目標の一環として位置づけられたことによって、反対も沈静化された。これらの対策によって、国保への国庫負担が、従来の医療費ベースの定率45%プラス調整交付金5%から医療給付費ベースの50%（医療費ベースでは38%程度）に引き下げられた。

3つ目には、混合診療禁止の原則を維持しつつ、医療の高度化や患者ニーズの多様化等に応えるため、厚生大臣の認める高度先進医療や選定療養について、一定の条件化で保険診療と自由診療の併用を認める「特定療養費制度」を創設したことである。これによって高度の医療技術等を安全性や普及性等を確認した後、徐々に保険診療に移行していくという対応がとられることになった。この改革では更に、日雇健康保険を廃止し健康保険に組み入れること、5人未満事業所について段階的な適用を行うこと、被用者保険の標準報酬の上下限を引き上げることなども行われた。また、85年にほぼ四半世紀ぶりに医療法の改正が行われ、これ以降、医療供給体制の整備が進められ、また医師・医療機関等に対する厚生省の規制も次第に厳しく行われるようになった。

こうした費用抑制策を盛り込んだ医療保険改革は、第二臨調の答申に適用のものであり、厚生省は第二臨調の優等生ともいわれた。この改革は端的にいうと、それまで国庫負担の傾斜的配分によって行ってきた制度間格差の是正と財政基盤の安定化が限界に達し、それにかわって保険者間の財政調整を通じて被用者保険の負担に肩代わりさせ、

皆保険体制を維持していこうとするものであったといえよう。老人医療費が増大するなかで次第にその負担のあり方が問題となっていたが、この改革によってしばらくの間、医療保険財政の安定をもたらされた。

V 新たな課題と対応

1 2006年の医療保険構造改革

1980年代の改革の後、幾度かの改革の試みが行われたが、実施には至らなかった。1990年代半ばから経済のグローバル化にともなう市場競争の激化、少子高齢化の進展、長期不況といった経済社会状況の大きな変化のなかで、1997年に2000年の実施をめざして行われた試みは、長期的な視点からの構造改革を企図したもので、高齢者医療制度の改革、診療報酬体系の改革、薬価制度の改革、医療供給体制の改革という4分野の改革をめざしていた。しかし、いずれも関係団体の合意には至らず、失敗に終わった。

その後、財政対策を中心に暫定的な措置が講じられた後、2003年に先の改革案に沿って、高齢者医療制度の改革、保険者組織の改革、診療報酬体系の改革を柱とする構造改革を行うことを閣議決定した。それを受けて厚生労働省が改革案を策定し、06年に「医療保険構造改革法」が制定され、段階的に実施された。そこでは上記の3つの改革に加えて、医療費対策が改革の大きな柱になった。また医療供給体制に関して医療法改正が行われた。

2006年改革の主な内容は、①生活習慣病の予防と在院日数の短縮を中心とする医療費抑制策、②老人保健制度にかわる新しい高齢者医療制度の導入（後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者医療費に関する財政調整の実施）、③医療保険者の再編（政管健保にかわって全国健康保険協会管掌健康保険〈協会けんぽ〉の設立、市町村国保の都道府県単位への移行準備、財政窮迫組合・小規模組合の都道府県を単位とする地域健康保険組合への再編）となっている¹⁹⁾。

2006年改革の特徴を列記すると、医療保険制

度と医療供給体制の2つの領域に関わる改革であること、全体的に都道府県を単位とする保険者組織への再編を促すものであること、後期高齢者を対象とする独立の医療保険制度を創設するとともに後期高齢者の医療について包括的な診療報酬体系導入の試みを講じたこと、中長期的な医療費対策と短期的な医療費対策を併用していること、医師の不足・偏在に関して診療報酬による対応策を講じたことなどをあげることができる。もっとも、そのうちの後期高齢者に係る新制度については、09年の政権交代により登場した民主党政権のもとで新たな診療報酬体系が廃止され、後期高齢者医療制度の廃止を前提とした見直しが行われることになっている。

2 新たな課題への取り組み

これまで戦後の医療保険の再建から皆保険体制の成立に至る過程をたどり、制度間格差の是正と保険財政の安定化を中心的な課題におきながら、1970年代前半の改革と1980年代前半の改革を概観し、最後に2006年改革について瞥見してきた。皆保険からの流れをみると、それらの課題がなくなったわけではないが、1980年代の改革によってほぼ10年近く比較的安定した状況を迎えたことの意味は大きい。その後、1990年代半ば頃から医療保険が抱えた問題は、同じく格差問題であり財政問題であったが、その内容はかつてのものとは要因が異なっており、また対応策も異なっているように思われる。

そうした意味で2006年改革が、時代の変化に的確に対応したものであったかどうかについては疑問が残るにしても、新たな時代の変化に対応しようとした改革であると思われる。年金制度のように保険料水準固定・マクロ経済スライド方式の導入のような、制度のパラダイム転換といったような大きな変化は行っていないが、そうした変化の兆しはみられる。

ここで時代の変化というのは、日本の社会保障の前提としてきた条件が大きく変わってきたということである。例をあげると、被用者保険では、前提としてきた正規雇用・長期雇用・完全雇用と

いう状況が大きく変容していくなかで、その変化に対応できず、被用者保険のネットからこぼれ落ちていく人びとが増大している。それに対して一部では、非正規雇用の正規雇用化という形で従来の雇用システムを再構築する試みが展開されている。しかし、それ自体は評価に値するとしても、そこには限界があることは明らかであろう。新しい格差問題であり、社会保険の対応が求められているといえよう。

また、市町村国保では、低所得者や無収入者が増大し、保険料（税）の収納率が低下が大きな問題となっている。財政悪化のなかで多額の一般会計繰り入れが行われ、財源不足と財政硬直化を招き、そこからの脱却に苦心している市町村も少なくない。これに対応するために市町村国保の広域化が進められているが、広域化が本当に対応策になり得るかどうかという疑問も少なくない。むしろ市町村ごとに異なるリスク構造に応じた予防給付等の対応、介護保険との連携、市町村への公費投入の方が実効性が高いのではないかという主張もある。国保が直面している新しい財政問題であり、抜本的な対応が求められている。

各種医療保険の特性に配慮することも必要であろう。健保組合、協会けんぽ、共済組合、市町村国保、国保組合、後期高齢者医療制度によって財政基盤が異なり、保険料収納率、医療費対策、疾病予防対策等の取り組み方も異なる。こうした医療保険組織による相違を無視した措置が、医療保険組織における連帯を後退させることも少なくない。今後の対応に期待したい。

注

- 1) 医療保険は日本国籍を有する者以外に、日本に住む外国人にも一定の条件下で適用されており、「国民皆保険」という言葉は正確ではないとする指摘が多い。確かにその通りであるが、それに替わる適切な用語も見当たらないので、ここでは慣用語として「国民皆保険」および「皆保険」という言葉を用いている。
- 2) 厚生省編『厚生省50年史』資料編、厚生問題研究会、1988年、pp.870-871。1945年の被保険者数が政管健保で43%、組合健保で37%であった。
- 3) 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部編『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会、1974年、p.117。
- 4) 中静未知は、1943年に厚生省から「海外勤労事情」として「英国に於けるビバリッチ最低生活保障法に就て」という資料が出されており、また厚生省保険局内の雑誌『社会保険時報』1944年4月号に「英・ビバリッチ社会保障計画通覧」と題してその概要が紹介され、さらに同年11月にはベヴェリッジ・レポートの一部の翻訳を載せた厚生省保険局調査資料第6号「米国及英国の社会保障」が出されていることを述べている（中静未知『医療保険の行政と政治—1895～1954—』吉川弘文館、pp.288-291）。また、横山和彦は、友納武人「児童手当懐古」（『季刊児童手当』3巻2号、1973年）の記述を引用し、友納が厚生省職員であった戦時中から戦後にかけて、上司から指示を受けてベヴェリッジ・プラン等を参考に児童手当試案や社会保険の戦後対策案をとりまとめたことを記し、終戦から間もない1945年9月に友納が「社会保険部門における戦後対策」を提示したことを記している。（横山和彦「戦後日本の社会保障の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家5・日本の福祉と経済』東京大学出版会、1985年、pp.9-14）。
- 5) 平田富太郎『社会保障—その理論と実際—』日本労働協会、1974年、p.103。平田は社会保障研究会のメンバーとして、平田のほか大河内一男、近藤文二、園乾治の名前をあげている。
- 6) 江口栄一は「ベヴェリッジ・プランの生きうつし」と述べている（江口「戦後日本社会保障の焦点（1）—生活保障中心時代—」『社会保障講座1・社会保障の思想と理論』総合労働研究所、1980年、p.30）。
- 7) この文言は、菅沼隆の論文の副題ともなっている（「日本における失業保険の成立過程—戦後日本の社会保険思想の原点」（1）～（3））、東京大学社会科学研究所『社会科学研究』43巻2号、4号、44巻2号）。
- 8) その内容について「ベヴェリッジ案をもしのご理想案」（近藤文二『社会保障』東洋書館、1952年、p.288）と評される一方、財政負担が重過ぎて「夢物語」とも揶揄されたといわれている。（平田、前掲書、p.104）。
- 9) メンバーは、今井一男（代表委員）、稲葉修三、近藤文二、清水玄、高橋長太郎、中村建城、平田富太郎の7人。
- 10) メンバーは、長沼弘毅（座長）、葛西嘉資、橋本寛敏、中鉢正美、川上和吉の5人。
- 11) 幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎・土田武史編著『日独社会保障政策の回顧と展望』法研、

- 2011年, pp.3-5。
- 12) 『厚生白書』1956年度版, 東洋経済新報社, 1956年, p.171。
 - 13) 『厚生省50年史』資料編, p.784。
 - 14) 幸田の記述にはないが, 1960年に日本医師会が政府に対して行った診療報酬引上げ・制限診療の撤廃などの要求が実現されていないとして, 61年に日医は保険医総辞退を構えてその実現を迫った。そのため政府は7月と12月の2度にわたり合わせて15%を超える診療報酬引上げを行った。この時の状況については, 小山路男『現代医療保障論』社会保険新報社, 1969年, p.151以下で詳しく論じられている。
 - 15) 七人委員会のメンバーであった平田富太郎は「『七人委員会』の考え方が契機となって, 社会保障制度審議会の『医療保障勧告』が打ち出されたし, これを受けて政府の『皆保険計画』が推進せしめられた」(平田, 前掲書, p.125)と述べており, また佐口卓も「皆保険の実現は厚生省『七人委員会報告書』(1955年)にはじまる」としている。他にもこうした記述が多い。
 - 16) 有岡二郎『戦後医療の五十年—医療保険制度の舞台裏』日本医事新報社, 1997年, p.108。この点については, 幸田も指摘している。
 - 17) 健康保険組合連合会は1968年の提言で二本建てを維持し, 職域保険では経営的メリットのある小集団の組合方式で統一すべきことを主張するとともに, 財政調整には激しく反対した。それに対して日本医師会は1969年に被用者保険を地域保険に統合し, 別に産業保険と老齢保険を新設することを主張した。当時の関係団体の意見については, 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1999年, pp.192-199を参照。
 - 18) この標語の由来については二木立が詳細な検討を行っている。日本文化厚生農業協同組合連合会編『文化連情報』402号, 404号, 2011年を参照。
 - 19) 詳しくは, 栄畑潤『医療保険の構造改革—平成18年改革の軌跡とポイント』法研, 2007年を参照。

(つちだ・たけし 早稲田大学教授)

皆年金の意義と年金政策の課題

一 圓 光 彌

I はじめに：公的年金政策の課題

公的年金制度は、多くの人にとって私的な老後の生活維持が難しくなり、それが社会的に対処すべき問題として認知されるようになって誕生する。現に貧しくて生活できない人々には一般に救貧制度が対応してきたが、長年働いてきた労働者が高齢で貧困に陥る事態が出現すると、労働を鼓舞する上でもまた体制を維持する上でも、救貧制度とは別の対策が求められるようになった。ヨーロッパでは、19世紀の終わり頃に、高齢者の生活困難に対処する公的年金制度が生まれるが、それには二つの方法があった。一つは、現に生活に困っている高齢者に対して、救貧制度とは別の高齢者だけのための税財源による現金給付の制度を設ける方法で、1981年にデンマークで生まれている〔社会保障研究所 1972, pp.13-14〕。無拠出制であるから、所得が十分ある高齢者には支払われないが、低所得の高齢者は救貧制度に依存しないで生活することが可能となる。この制度は、貧しい高齢者を救済する即効性のある制度であるが、多くの労働者に老後に対する安心を与えるという意味では効果は限られている。国によっては所得制限が撤廃されて年齢と居住条件だけで誰もが一定年齢で受給できる社会手当の年金制度にと発展しているが、額は十分でなく、そうした国でも多くは所得比例の社会保険の年金を追加するようになっている。

一方ドイツなどでは賃金労働者を対象に社会保険の年金制度が誕生し、階級対立が激化していた

ヨーロッパの大陸諸国で急速に普及することになった。社会保険の年金は、老後の準備として所得に応じた保険料の拠出を労使に義務づけることにより、所得に応じた年金を約束するもので、賃金労働者の老後に対する不安の解消という点では、無拠出制の年金より大きな効果を発揮するが、国民への適用は難しく、現に生活に困っている高齢者にも役立たなかった。第二次世界大戦後は、社会保険の年金がより多くの職業に適用拡大され、それとともに税財源が取り入れられまた所得再分配機能が組み込まれるなどして、給付水準の底上げが図られるようになり、高齢者の生活維持手段の中で中心的な役割を果たすようになった。

社会保険の年金は、各自が将来に備えるのを社会的に補強する制度で、人々の自助の精神にもかなった強靱な保障手段であるが、社会保険一般の弱点として、低所得で不安定な就業層に十分な保障を提供することが難しい。また社会保険の年金は、保険料を負担する時期と給付を受ける時期との長期にわたる契約の形をとり、変化する時代の要請に対応しにくい問題を持つとともに、職業ごとに組織されてきた経緯から、実態は後代負担の仕組みに変わっているにもかかわらず、産業構造の変化等に対応しにくい弱点も持っている。

こうしたことから、年金政策の課題は、変化する時代の年金制度にかかわる問題を、長期的な負担と給付の契約関係の変更という形で解決しなければならぬことにある。その際、社会保険の年金の硬直性を補う効果があり、直面する課題に対応しやすい税財源の活用の仕方が社会保険の改革のあり方と関係して鍵になる。これまでの年金政策

の歩みを振り返ると、社会保険制度間の格差是正や制度一元化に向けた取り組み、給付体系の合理化や税財源の効果的活用の取り組みの歴史であったといえる。そして、現代の年金政策の出発点は、全国民に年金保険の適用を広げた、1961年の皆年金であった。

II 皆年金政策の成果

1 公的年金制度の発展

牛丸は、高齢期の不確実性に対処するための手段を、大きく私的な対応と公的な対応に分け、前者については、就労、親族扶養、貯蓄、企業年金を、後者については、公的扶助、公的年金（税方式、賦課方式の社会保険、積立方式の社会保険）をあげている〔牛丸 1996, p.128〕。牛丸のこの分類に従えば、これまでの対応手段の変遷は、就労や親族扶養の役割が大きい時代から公的年金の役割が大きい時代への発展と捉えることができる。そして、私的な対応が弱まって公的年金の役割が高まる社会経済的背景としては、産業社会の発展、核家族化の進展、少子高齢化や寿命の延長などがある。わが国では、皆年金の実現とともに公的年金制度が人々の老後の生活維持に果たす役割は大きく変化した。

皆保険前的高齢者（70歳以上）の生活維持手段を見ると、表1の通り、子どもからの援助（扶養その他）を主とする者が83.1%と圧倒的であった。次に多いのは勤労や事業による収入を主な手段とする者の10.8%であるが、対象が70歳以上であることを考慮すると、これは主に農業や自営業で仕事を続ける者であったと考えられる。社会保障給付（生活保護を除く）を主な手段とする者

は2.6%と少なく、生活保護も同程度であった。高齢者は主に子どもからの援助で生活を維持し、医療費についても子供が負担し（場合によっては被用者保険制度の被扶養家族として）、介護も同居家族が担っていたに違いない。子供が多く余命が短い時代には、親族による扶養が高齢者の主な生活維持手段であった。

当時の年金受給者数は約70万人にすぎず、60歳以上人口の10%にも満たない状況であった〔小山 1959, p.13〕。しかしその一方で、高齢者に現金給付を支給する必要性は高まりつつあったようで、多くの市町村や社会福祉協議会（1957年末228市町村等）が、月額500円程度の敬老年金を高齢者に支給するようになっていた〔近藤 1961, pp.218-219〕。

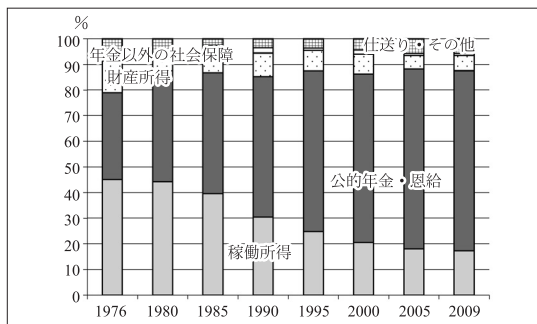
調査方法が異なるので表1との比較はできないが、図1で高齢者世帯の所得種類別構成の変化を見ると、1976年には稼働所得が45.1%であったが、次第に公的年金・恩給が増えるようになっていくことがわかる。公的年金・恩給が収入に占める割合は、1976年から1995年の間に33.8%から63.7%へと増加している。

図1の高齢者世帯とは、65歳以上の者のみで構成するかこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯（1997年調査までは、男65歳以上、女60歳以上の者のみで構成するか、これらに18歳未満の未婚の者が加わった世帯）であるので、年金等の収入が十分でなく子どもと同居する高齢者はこの図では捉えられない。牛丸の定義でいう親族扶養による対処方法のうち、別居している高齢者に対する仕送りは図1に含まれているが、子どもと同居する形での親族扶養の変化はこの図では示されないため、その点を高齢者の世帯構成の推移を

表1 70歳以上の人員数、生計維持の主な方法（単位 千人 %）

	実数	勤労または 事業よりの収入	財産収入	社会保障給付	生活保護	扶養その他
総数	3,021	10.8	1.2	2.6	2.5	83.1
70-74歳	1,481	15.4	1.4	2.9	2.3	78.0
75-79歳	924	8.3	1.0	2.6	2.7	85.5
80歳以上	617	2.7	1.0	1.8	2.4	92.0

出所) 小山 (1959), p.7



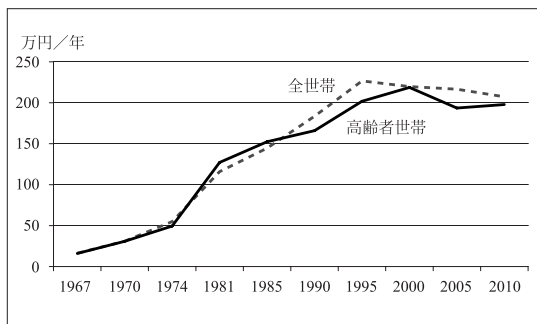
出所) 厚生省・厚生労働省『国民生活基礎調査』

図1 高齢者世帯の所得種類別構成比の推移

示した図2で見てみよう。

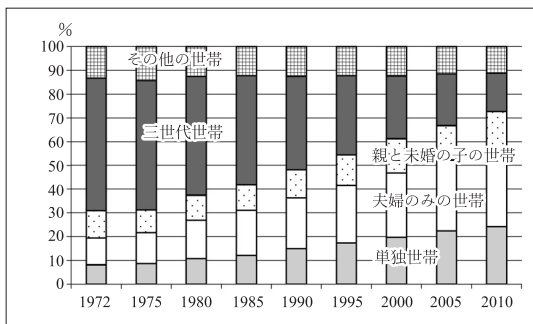
図2より65歳以上の者の世帯構成について1972年以降の変化を見ると、高齢化率が7%を超えて高齢化社会の仲間入りをした直後の1972年でも6割近くの世帯は3世代世帯であった。2010年では三世代世帯は16%に減り、単独世帯が24%、夫婦のみの世帯は30%になっている。皆年金当時のデータが得られなかったが、表1の「扶養その他」の83.1%の者はほとんどが子供と同居していたものと考えられ、当時であっては独立した世帯の高齢者はむしろ年金などもある恵まれた者だったに違いない。

図3は、高齢者世帯の世帯人員1人当たりの所得と全世帯の世帯人員1人当たり所得の推移を示したものである。ここで明らかな点は、長期にわたって、世帯の1人当たり所得金額が、高齢者世帯と全世帯で大きく変わらないことである。平均



出所) 厚生省・厚生労働省『国民生活基礎調査』

図3 高齢者世帯と全世帯の1人当たり所得金額の推移

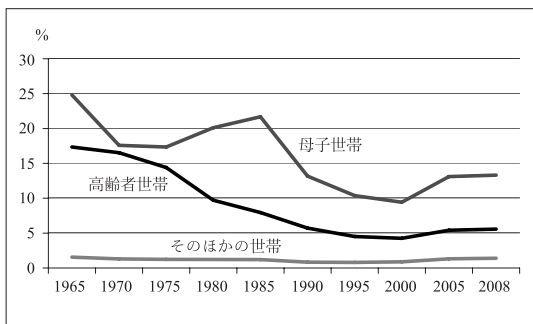


注) 2005年の数値は兵庫県を除いたものである。
出所) 厚生省・厚生労働省『国民生活基礎調査』

図2 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯構成の推移

世帯人員は高齢者世帯でほぼ一貫して1.5~1.6人であるのに対し、全世帯ではかつての3.6~3.7人から現在の2.6~2.7人と減少しているので、等価所得で見た高齢者世帯の相対的な所得水準はこの間（特に1990年以降）引き上げられてきたことになる。これを、図2の三世代世帯の減少と合わせて考えると、公的年金受給者が少ない時代には、年金で自立できない多くの高齢者が子どもと同居する形で生活を維持していたが、十分な公的年金を受ける高齢者が多くなると子どもから独立して生活するようになり、皆年金後半世紀を経て、三世代世帯は全体の16.2%にまで下がり、逆に夫婦のみ世帯と単独世帯はそれぞれ29.9%、24.2%にと大きく増加するようになったことになる。

以上から、三世代世帯であれ高齢者のみの世帯であれ、高齢者の生活は若い世代の生活水準と常にバランスがとられてきたこと、しかしその生活



出所) 厚生統計協会編 (1979), (1995), (2010)

図4 世帯類型別の生活保護の保護率の推移

維持手段の比重は、親族による支援や稼働所得から公的年金に大きく変化していること、社会保障のうち生活保護の果たす役割は規模としてはそれほど大きくなかったこと、財産所得の役割は相対的にはむしろ減少していること、などが指摘できる。

公的年金が充実すると、それが果たす生活保障機能が強まり、生活保護を受ける高齢者は低下すると考えられるが、その点を生活保護のデータから確かめておこう。皆年金以降の人口高齢化を反映し、被保護世帯全体にしめる高齢者世帯の割合は、1965年の23%から2008年の46%まで増え続けているが、高齢者世帯の保護率は、図4で示すとおり、1965年の17.4%から2000年の4.3%まで一貫して低下し〔厚生統計協会（1979, 1995, 2010）〕、公的年金の普及が高齢者の貧困を防ぐ上で大きな役割を果たしてきたことがわかる。2000年以降で再び増加に転ずるのは、全世帯について保護率が上昇する中で、高齢者世帯の保護率も上昇するようになったものと考えられる。

2 日本の公的年金制度の特徴

日本の公的年金制度は高齢者の生活維持手段として決定的な役割を果たすまでに発展したのであるが、こうした公的年金の日本の現状は、他の先進諸国とどのように比べられるのであろうか。

OECDは、1990年代中頃のデータを用いて日本を含む先進9カ国の高齢者の生活実態とその収入源について比較研究を行なっている。各国の65-74歳の平均可処分所得を51-64歳の平均可処分所得と比べた結果、どの国においても前者は後者の80%前後となっていた。言い換えると、高齢者の方が住宅資産を持つことや就労に伴う必要経費を負担しなくてよいことから、実質的な生活水準は世代間で違いがないということであった〔OECD 2001, p.22〕。

ところが、高齢者の生活維持のための収入源の構成は国によって一様ではなかった。収入源として考慮されているのは、直接的には、社会移転（公的年金を含む）、資産所得（私的年金を含む）、稼働所得である。公的年金が充実しているスウェー

デン、フィンランド、ドイツ、イタリアでは資産所得は少なく、反対に公的年金の給付水準が低いオランダ、アメリカ、カナダ、イギリスでは資産所得が大きな比重を占め（オランダは私的年金が強制化されているので、これを公的年金の一種とみなすと上のグループに移る）、これに対して日本はそのいずれもが少なく、稼働所得が多かった〔OECD 2001, p.28〕。また日本の特徴として、高齢期で所得格差があまり縮まっていない点があるが、その原因としては稼働所得が多いことと公的年金の再分配効果が十分発揮できていないことがあげられるように思われる〔OECD 2001, p.24〕。

報告書は、間接的な収入として高齢世代が同居によって可処分所得を引き上げる効果も別途分析している。日本の場合、60歳になっても高齢者だけの世帯の割合はそれほど増えず、そのことが高齢者の可処分所得を引き上げる上で大きな効果を発揮していることになる〔OECD 2001, p.34〕。

日本では、皆年金以降公的年金制度が着実に発展し、それとともに親族扶養や就労による収入は大幅に減退し、公的年金が高齢者の生活を支える主要手段になるようになったが、その点を他の先進諸国と比較してみると、なお公的年金の水準は低く、それを就労による収入で補っており、また家族で生活を支え合うことで補足しているというのが実情である。また、所得の低い人々の老後の生活を支える公的年金の機能がまだ十分に発揮されていないことになる。このことは、今後の年金政策を考える場合にも留意するべき点である。高齢者の高い労働力率を維持することも、家族の絆が維持されることも重要であるが、これまでの傾向からすればこうした生活維持手段がいつまでも維持できるかは不確かである。人口高齢化がさらに進む中、高齢期の生活維持手段としての公的年金の役割は一層高まるものと考えなければならず、そのことを踏まえ最低限の年金がしっかり保障できるような効果的な年金政策が求められる。

Ⅲ 皆年金体制の実現

1 皆年金実現の背景

拠出制の国民年金は、それまで年金制度が適用されていなかった農民等を対象に1961年にスタートするが、具体的な皆年金政策のあり方を決める重要な要素となったのは、戦前から一部の国民を対象に恩給制度や共済組合の年金制度が実施され、戦時体制下で船員保険、労働者年金保険さらには厚生年金保険が誕生し、終戦後それが再編されるといった、それまでの職域の社会保険の歴史であった。戦前からの職域の年金保険制度を基に、社会保障制度への再編が進められた。

社会保障制度審議会は1950年の勧告で、全被用者を対象とする年金保険と一般国民を対象とする無拠出の年金制度の二本立ての年金体系を構想し、ばらばらに形成されてきた職域の年金制度の再編統合と、これを補う税財源の制度の設置とを提案したが、実際の動きはこの勧告とは逆に軍人恩給が復活され、国家公務員の恩給や共済組合の給付改善は、社会保障制度審議会の諮問対象からはずして実施されるなど、これまでに積み上げられた年金に関わる強固な利害に阻まれ、社会保障としての総合的な年金制度は実現しなかった〔一圓 1996, pp.82-85〕。かわりになされたのは、凍結状態にあった厚生年金を改革し共済年金との格差を少しでも縮めることであり、さらには年金制度の適用を受けていない人々に対して新たな年金制度を設けて皆年金を実現することであった。

被用者化や核家族化が早くから進行し、年金保険の歴史も古い西欧では、第二次世界大戦後のインフレの中で老齢退職年金の実質価値の維持が避けられず、積立金の取り崩しがなされ比較的早い段階で賦課方式と呼ばれる財政方式へ移行することになった。これに対し、日本の厚生年金では、制度発足後まもなく終戦を迎え、養老年金に関しては当面凍結状態とされたが、坑内夫の養老年金の支給が開始される1954年に大幅な改正が行われ、定額部分と報酬比例部分からなる再分配効果

が加味された給付構造が取り入れられるとともに大幅な給付の見直しが行われ、また必要な保険料の確保が困難な中で、それまでの平準保険料方式に代わって段階保険料方式と呼ばれる財政方式が採用されることになった〔坂本 2006, pp.70-72〕。段階保険料方式は、給付に見合う保険料を徴収することが困難な中で取り入れられた財政方式であるが、これが日本における年金財政方式の賦課方式への移行の第一歩であった。

全国民を対象とした国民年金制度創設の気運が盛り上がった背景となる事情も、「一般の生活困窮者に対する援護対策をさしおいた軍人恩給の増額の動きや、それまで厚生年金保険に加入していた農業協同組合や漁業協同組合の職員が厚生年金保険から脱退して新たな共済組合を作る動き」などに対する世論の強い警戒と反発があったことにある〔吉原 2010, pp.40-41〕。全国民を対象とする一元化された年金保険制度の実現という理想に抗する手段として、既存の保険とは別の年金制度をスタートさせるという皆年金の仕組みが実現することになった。

2 社会保険の年金

当時国民年金の制度設計に携わった小山は、「国民年金登場の必然性」として、人口の高齢化と家族制度の崩壊の2点をあげるとともに、国民年金を実現することのできる環境として当時のめざましい経済発展をあげている。小山が問題とする人口の高齢化とは当時の問題というより将来の問題であり、また家族制度の崩壊についても、「家族制度が崩壊に向かっている今日および今後の日本において親族扶養に全責任を持たせることのできるの、夫婦間および親の未成熟の子に対する関係に限られ、それ以外の関係にある人々の生活保障の責任を私的な扶養に負わせようとするのは、方向から見ても誤りであるだけでなく、事実上もそれに期待することができなくなる」とし、将来に備えるための積立方式による社会保険の年金制度を導き、当面の高齢者対策としてはこれとは別の無拠出の年金制度で対応することになった〔小山 1959, pp.2-11〕。

当時イギリスの社会保障制度を精力的に研究していた久保（久保まち子）は、全納税者が所得の2.3～2.5%を負担し、これにすでに被用者年金制度に対して支払われている国庫負担や同程度の国庫負担を追加して、当面月2500円の老齢年金を65歳以上の全国民に支払う社会手当の国民年金制度を設け、被用者年金は国民年金制度の上に付加する年金として位置づける年金構想を発表していた〔厚生大臣官房企画室 1958, pp.9-11〕。

こうした即効性のある年金構想を退けつつ、保険料の徴収が極めて困難な人々を対象とする社会保険の年金をあえて発足させる理由は、当時の日本経済の状況では消費増大効果だけをもつ賦課方式による年金制度を完全実施する余裕はないと考えられたことにあった〔小山 1959, pp.110-116〕。

また拋出制を基本とした理由について小山は、適用対象となるボーダーライン階層から保険料を徴収することが困難であることを認識しつつも、将来本格的な社会保険の年金を確立するために拋出制が必要であると指摘している〔小山 1959, p.33〕。ただ小山は、完全積立方式が常に正しいと考えていたわけではなく、将来拋出制の年金額の引き上げなどの必要性が生じると、その分完全積立方式を崩していく必要があることも予想していた〔小山 1959, pp.110-116〕。

3 低所得層に対する対策

公的年金未適用者に社会保険を適用することの難しさについて、小山は「わが国のように貧困階層がやや固定化し、ボーダーライン階層と呼ばれる幅の広い層を形成している国において、拋出制を基本とする原則をとると、保険料を納めることのできない被保険者のグループが制度の外に事実上放置されてしまう結果となる危険がある」と述べている〔小山 1959, p.33〕。現在、年金保険の問題として、正規労働者中心の雇用前提が崩れて、非正規労働者が増大するなど就労形態が多様化してきたことが指摘されているが、国民年金創設当時の状況は、現金収入の少ない農林漁業者も多く、今日以上に社会保険の適用は困難を極めたと考えられ、できるだけ低い定額の保険料でスター

トするしかなかったに違いない。

保険料負担が困難な者をも対象とした点について、小山は、そうした人々こそたとえ額は多くなくても年金を最も必要とする人々であること、長期にわたって拠出能力が全くないということは異例中の異例であること、などの理由をあげている〔小山 1959, p.38〕。また定額の保険料について、所得比例が望ましく条件が整えば移行すべきだが現状では技術的に困難であること、また保険料を34歳まで月100円、35歳から150円としたことについては拠出意欲に応じた設定の方が受け入れられやすいからと、述べている〔小山 1959, pp.43-44〕。吉原（吉原健二）は、当時小山が、国民年金は早産児で小さく生んで大きく育てようと述べたと記しているが、将来の成長を願いつつ最低限の条件でスタートさせた事情がうかがえる〔青柳ほか 2011, p.55〕。

その後国民年金は基礎年金として大きく成長したが、保険料納付が困難な人への適用の問題は、1990年代以降改めて大きな問題となっている。所得に応じた保険料や拠出意欲に応じた保険料の設定等、保険料賦課方法を工夫し直すことが必要となっている。

4 個人単位の年金

無業者も含めて多様な就業形態の人に年金保険を適用するため、国民年金でははじめて個人単位での適用方法が採用された。無業の妻を被保険者としたこと理由について、小山は、妻にも他の者によっておかさねられることのない老齢年金を与えることが必要であること、妻に所得がなくても夫婦の共同生活で夫が所得を得ている以上その所得から妻の保険料が負担されるのは自然であること、妻のみ適用除外とすることは、結婚前の女子、離婚または死別後の女子との関係上からも技術的に困難であることなどをあげている〔小山 1959, p.37〕。こうして個人単位の適用という新しい時代に相応しい社会保険の年金制度が実現したが、そのことにより世帯単位の被用者制度と個人単位の国民年金が併存する皆年金体制が生まれることになった。

両制度を並列的に設ける方法ではなく、新しい個人単位の国民年金を被用者保険の被保険者も含めて全国民に適用し、被用者年金制度をこれに上乘せする方法もあり得た。そうしなかった理由について小山は、国民年金が全国民に対する年金的保護の最低基準を定める制度であることにかわりはないが、実際には他の制度の給付内容は国民年金より上であるので、通算調整の途さえ講じられるならば、他の年金制度の適用者をこの制度の適用対象とする必要はないことをあげている。

この件に関し、被用者制度の被扶養配偶者に国民年金を適用するかどうかで意見は二分したようであるが、結局強制適用しないこととし、配偶者の年金が不安定かつ不十分であることから任意加入の途を残している〔小山 1959, pp.40-41〕。その後、1985年の改革で、国民年金は全国民の基礎的な年金に位置づけられることになったが、専業主婦の扱いは被用者年金の被扶養配偶者としての扱いという当時の決定を引きずることになり、年金適用の個人単位化は今後の課題に委ねられることになった。

5 無拠出制の年金

公的年金政策の課題が、税財源の活用を図って社会保険にどのような低所得者対策をとり入れるか、また当面の低所得高齢者にどのような支援策を設けるかにあると述べたが、日本の皆年金政策では、前者については、国民年金に給付費の3分の1の国庫負担を（厚生年金の20%より多額を）投入することとなり、また後者については、給付の発生がずっと先になる拠出制の年金だけ実施することは国民の理解を得られないことから、拠出制年金に加入できない低所得高齢者に限って無拠出制の年金を別途支払うことになった。この無拠出制の年金については、拠出制の年金との関連でそれをどう位置づけるかについて、特に社会保障制度審議会の案と大きな違いがあった。

実施された国民年金の老齢福祉年金は、年齢により拠出制国民年金に加入することができなかった者や拠出実績が不十分であった者を対象に、所得調査を条件に経過的、補完的に支払われるもの

で、実際にも老齢福祉年金の受給者は拠出制国民年金の受給者が増えるに従って減少していった。

これに対し、社会保障制度審議会の考えは、政府案と同じように拠出制の年金を基本とするものではあったが、無拠出制の年金を恒常的な制度としてそれに組み込む案であった。具体的には、拠出制年金が65歳で支給されるのに対し、70歳以上の老人にはすべて月1000円の無拠出年金を支給し、拠出年金を受ける老人からは70歳から拠出年金を1000円減額するというもので、その分拠出制国民年金の保険料も低く設定されるように考えられていた〔近藤 1965, p.396〕。

社会保障制度審議会の会長であった大内（大内兵衛）は、審議会案と政府案について、それに費やされる国庫負担の違いに着目して、「われわれの案では年額6700億円ぐらいであったが、今度の案では、それは400億円ぐらいに縮んでいる。また、初年度は100億そこそこでやれるようになっている」とその違いを説明し、審議会案が生かされなかったことを悔やんでいる〔社会保障制度審議会事務局 1971, p.5〕。また近藤も、「政府案は、完全積立方式の財政収支にこだわり過ぎ、社会保険でありながらむしろ任意保険に近い考え方が各所に見られる」と批判している〔近藤 1961, p.244〕。

拠出制年金の支給が実際に始まるのは先のことで急を要しなかった事情はあるが、社会保障制度審議会の案は、低所得層への年金保険適用の難しさを前提にその対策を講じたもので、その基本的な考え方は今も有効であるように思われる。

IV 皆年金後の年金政策

1 基礎年金改革まで

1985年の基礎年金の改革までは、厚生年金、国民年金ともに給付を改善し、実際に老後生活に役立つ年金に改め、年金保険制度への人々の信頼をつなごうとつとめた時期であった。こうした改革が必要であった背景として青柳は、新たに制度に加入した加入期間の短い人にも「食べられる年金」を支給する必要があったこと、厚生年金や国

民年金を共済年金の水準に近づける必要があったことをあげている〔青柳 2011, pp.63-64〕。

厚生年金は1965年改正で夫婦1万円年金（20年加入）、1969年改正で夫婦2万円年金（24年加入）、1973年改正で夫婦5万円年金（27年加入）と急ピッチで給付改善が図られている〔青柳 2011, p.61〕。一般に、1973年（福祉元年）の改革がその後の年金財政の悪化を招く無定見な大盤振る舞いであったと批判的に捉えられることが多いが、年金制度の成熟化措置という点では、1954年、1965年、1969年の給付改善も同様に大きな改革であり、この時期にあっては、年金制度への国民の信頼を揺るぎないものとする、必要不可欠な措置であったといえることができる。

この時期の国民年金の給付改善は、保険料の低さも合わせ考えれば厚生年金の比ではなかったであろう。国民年金の給付額は、1959年当時、25年以上の拠出で月2000円であったが、1966年改正では200円×25年＝月5000円とされ、厚生年金の夫婦1万円年金に並ぶ額となっている。1969年改正でも320円×25年＝月8000円に改訂され、これに付加年金を加えて厚生年金の夫婦2万円年金に対応させている。1973年改正では単価が800円と2.5倍に引き上げられ付加年金と合わせて夫婦4.9万円に引き上げられている〔青柳 2011, p.61〕。

こうした国民年金の給付改善は、小山の考えた最低限の水準を維持するという国民年金の考えを超えるものであった。そうした「モデル年金」を打ち出すことができたのは、実際に25年の拠出期間を持って65歳を迎える年金受給者が出るのは1991年であるという将来のことであったことが関係している。実際この点は、1985年の改革で、国民年金が小山の考えていたような全制度の基礎的年金に引き下げられ、実現することのない机上のモデルで終わることになった。

2 基礎年金改革

1970年代までは、制度の成熟化を進めて生活できる年金を実現することが皆年金政策の課題であった。公的年金受給者も増え始め、その額も引

き上げられ、国民の公的年金に対する期待も高まるにつれ、新たな問題が明らかになってきた。年金の成熟化措置は、人々の年金加入年数が延びるにつれて将来の年金水準を不当に高めることになるし、世帯単位と個人単位の年金が併存することによる給付の重複や各種年金の併給の問題も、それぞれの給付水準が向上するにつれて看過できない問題となった。

高くなりすぎる給付水準を抑制することとともに、他方では最低限度の給付水準の確保も意識されるようになる。また成熟化措置とも関連するが、産業構造の変化により加入者と年金受給者のバランスが制度間で異なることも、年金制度の横断的な調整を迫る深刻な問題であった。国鉄共済組合の財政赤字は顕在化するようになり、強制適用の被保険者が伸びない国民年金が単独で財政的に維持できなくなることも明らかとなった。

こうした状況下で、1970年代の後半には、さまざまな年金改革案が提案されるようになる〔有澤 1979, pp.161-167〕。社会保障制度審議会も1977年に「皆年金下の新年金体系」と題する建議を発表し、所得型付加価値税を財源とする社会手当の年金制度（基本年金）を提案した。この案のまとめ役でもあった今井（今井一男）は、保険では拠出に応じて払わざるを得ず、国庫負担も同じようにつくので格差を是正することができないとし、所得の低い層の底上げができるような年金財源の有効利用を考えないといけないと、基本年金の必要性を強調している〔大河内 1978, p.244〕。

今井は、国民年金はまだ未成熟で、この段階ならまだ社会手当の年金への切り替えができると判断したようであるが、実際に政策を具体化させる立場の政府からは実現困難と判断され、国民年金の税方式化は実現しなかった。しかし、こうしたナショナルミニマムの年金の確立をめざす年金構想が、政府の年金改革にも影響を与え、基礎年金による社会保険の年金制度の横断的な再編成という1985年の大改革を導くことになったと考えられる。

基礎年金改革は、国民年金をすべての国民の基

礎年金とすることにより、個人単位の年金を女性も含めて全国民に広げ、共働きが増える中で夫婦の年金の調整を図り、共済年金を含め被用者の年金を基礎年金に上乘せする所得比例の年金に位置づけるとともに、共済組合の年金算定方式を厚生年金のそれにそろえてさらなる一元化への道筋をつけることになった。また国庫負担を基礎年金に集中することによってその役割は明確化されることになった。社会保険の年金という大枠を堅持しつつ全制度の一元化に向けて大きく前進させる改革であった。

この改革では、将来の保険料負担との関係で給付水準の引き下げが図られたが、厚生年金では、当時32年間加入していた者が受け取る夫婦のモデル年金の所得代替率（68%）を、将来加入期間が40年となった場合に維持できるよう算定方式を改めるもので、所得代替率そのものの引き下げをねらいとするものではなかった。

この点、国民年金については、1973年の改革以降被用者年金のモデル年金と揃えるように給付改善が図られるようになっていたが、1985年改革では全制度の基礎年金に位置づけられた。これにより国民年金は、当初小山が考えていたような全制度にとって最低基準となる年金に戻ったことになる。

1985年改革で、将来の公的年金の給付費を抑制して保険料の上昇はその分抑えられるが、人口高齢化の予測は国勢調査のたびに一層厳しくなり、将来の給付費をさらに抑制するために、2000年の改正では、算定方式の変更とともに年金支給開始年齢の引き下げや国民年金に対する国庫負担の引き上げが決定されることになった。

3 現在の年金政策の課題

1990年代は長期にわたる不況の時代で、財政的に最も脆弱な旧国民年金の対象者である第1号被保険者はむしろ増加し始め、保険料の納付率も低下するようになり、国民年金の空洞化さらには厚生年金の空洞化すら叫ばれるようになる。公的年金政策の主要課題は、生産世代が安心して保険料を払い続けられる状況をどう築くかに変わり、

その問題状況は現在も変わっていない。

厚生労働省が「社会保障改革に関する集中検討会議」のために作成した『社会保障制度改革の方向性と具体策—「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度—』（2011年5月）では、社会保障制度を取り巻く環境の変化として、雇用基盤の変化（非正規労働者の増加や女性の就業率の上昇等）や家族形態の変化（同居の減少や未婚率離婚率の増加等）があげられている〔厚生労働省 2011, p.2〕。2004年の年金改革は、すでに進行していたこうした環境変化に正面から取り組んだものではなかった。保険料を負担する現役世代に安心を与えようと、将来の保険料に上限を設けるとともに、それに見合うよう将来の所得代替率を引き下げて給付費を抑制している。しかし、これまでの2層構造の公的年金の給付体系をそのままにしての大幅な給付抑制は、保険料負担が最も重く感じられている第1号被保険者の将来の給付に対する影響が大きく、非正規労働者に対する支援策になっていない。

V むすび

世界銀行のホルツマンは、ヨーロッパ諸国の公的年金制度が社会経済的な環境変化に対応できていないとして、抜本的な改革の必要性を説いているが、彼があげる、女性の労働力率の上昇、離婚率の上昇と家族形態の変化、非典型雇用の増加という3つの環境変化は日本にもそのまま当てはまる。彼は、これまで年金制度は働く夫と主婦からなる伝統的な家族像を前提に制度化されてきたが、デンマークの例を引きつつこれを独立した個人単位の年金制度に変更し、寡婦年金をなくしていくことが必要であると主張する。年金制度の個人単位化は、婚姻の半数が離婚に至っているヨーロッパの家族形態の変化からも避けられない。世帯単位の従来型の年金は配偶者に独立した年金権を付与しておらず、寡婦給付の権利を持つ女性は、労働市場への参加や再婚を控える傾向がある〔Holzmann 2004, pp.5-6〕。

非典型労働者が増えたことも年金制度の改革を

迫る要因である。常勤の給与所得者は減り、短時間就労者、疑似自営業者、臨時雇用者が増えており、正規労働者と非正規労働者の年金制度上の差別をなくし、非正規労働者も同じ年金制度に参加できるよう改めることが必要である。こうした非正規雇用化の背景として、彼はグローバリゼーションの進行による労働市場の流動化と多様な働き方を選択する労働者の側の事情をあげている。これに対応するためには公私部門間の労働移動も含めて職業間の自由な労働移動を阻害しない年金制度が要請される。さらに、長寿化した社会で高齢者の労働力率を高めるためには、労働者の教育と技術の向上が必要で、生涯学習に適した年金制度が求められ、就職した後再度教育機関に戻ったり、早期に余暇期間を取ったり、退職後再度仕事に復帰することなどが可能な年金制度とならなくてはならない〔Holzmann 2004, pp.6-8〕。

すでに述べたように、公的年金政策の課題は、現在の負担と将来の給付とを結びつける契約のあり方を扱いながらも、直面するその時々の方々の勤労世代と高齢世代の生活水準のバランス確保や、同世代内での負担や給付の公平性の確保に取り組むことである。その意味では、1990年代後半以降の雇用基盤の変化や家族形態の多様化の中では、所得の低い人々も公的年金制度から排除されることのない個人単位の年金制度の確立が求められている。

社会保険は、就労期間中にその所得の一部を保険料として拠出し万が一に備える制度であるが、非正規雇用の賃金の多くはかろうじて生活が維持できる程度で、逆進的な定額の国民年金の保険料は過重な負担となる。保険料を負担している側に安心して年金保険に加入し続けられる環境を用意することが何よりも重要である。皆年金のスタート時に小山は、将来保険料が定額から所得比例率へと発展することに期待をよせていたが、それを果たすことが今必要になっている。

年金給付費が増加する中で、その財源の有効活用を図るためには、年金受給年齢の引き上げとともに、非正規労働者に被用者年金制度の適用を広げ、税財源を拠出実績の乏しい人へ傾斜的に配分する仕組みをとり入れることが必要で、そうする

ためには、これまでの給付体系の修正を伴う、1985年改革に匹敵する大改革が必要となっている。

参考文献

- 青柳親房（2011）「皆年金の半世紀と今後の展望」『週刊社会保障』No.2610（2011.1.3）。
 ———ほか（2011）「連載座談会：国民皆年金半世紀」『週刊社会保障』No.2621（2011.3.21）。
 有澤廣巳監修（1979）『年金制度改革の方向』東洋経済新報社。
 一圓光彌（1996）『自ら築く福祉—普遍的な社会保障をもとめて—』大蔵省印刷局。
 牛丸 聡（1996）『公的年金の財政方式』東洋経済新報社。
 大河内一男監修（1978）『解説皆年金下の新年金体系』ぎょうせい。
 小山進次郎（1959）『国民年金法の解説』時事通信社。
 近藤文二（1961）「国民皆保険と国民年金」大内兵衛編『戦後における社会保障の展開』至誠堂。
 ———（1965）『社会保険』岩波書店。
 坂本純一（2006）「公的年金財政」日本年金学会編『持続可能な公的年金・企業年金』ぎょうせい。
 社会保障研究所編（1972）『ILO・社会保障への途（社会保障研究所翻訳シリーズNo.10）』東京大学出版会。
 厚生省編（1967-1989）『国民生活実態調査報告（各年版）』厚生統計協会。
 ———編（1997-1999）『国民生活基礎調査（各年版）』厚生統計協会。
 厚生労働省編（2001-2011）『国民生活基礎調査（各年版）』厚生統計協会。
 ———編（2011）「平成22年国民生活基礎調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>（2011年8月15日最終確認）。
 厚生労働省（2011）『社会保障制度改革の方向性と具体策—「世代間公平」と「共助」を柱とする持続可能性の高い社会保障制度—』（2011年8月15日）。
 厚生統計協会編（1979, 1995, 1995）『国民の福祉の動向（各年版）』厚生統計協会。
 厚生大臣官房企画室（1958）『年金制度の経済効果（社会保障資料No.29）』。
 社会保障制度審議会事務局（1971）『社会保障制度審議会20年の歩み』社会保険法規研究会。
 吉原健二（2004）『わが国の公的年金制度—その生い立ちと歩み—』中央法規。
 Holzmann, Robert（2004）*Toward a Reformed and Coordinated Pension System in Europe: rationale and potential structure*, Social

Protection Discussion Series Paper Series
No.0407.
[http://siteresources.worldbank.org/SOCIAL
PROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/
Pensions-DP/0407.pdf](http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Pensions-DP/0407.pdf) (2011年9月15日最終

確認)
OECD (2001) *Ageing and Income: Financial
resources and retirement in 9 OECD countries*,
OECD.

(いちえん・みつや 関西大学教授)

国際比較の視点から見た皆保険・皆年金

松本 勝明

はじめに

本稿の目的は、皆保険・皆年金を国際比較の視点から考察することにより、その意義を明らかにすることにある。本稿では、基本的に旧東欧諸国を除くヨーロッパ諸国を比較の対象とする。その理由は、ヨーロッパにおいては100年以上に及ぶ社会保険の歴史があること、これらの国では年金・医療保険に関して長年にわたりさまざまな制度が実施されていること、更には、EU（欧州連合）および各国政府ならびに大学等の研究機関により社会保障制度に関する国際比較研究が活発に行われ、豊富な議論の蓄積があることが挙げられる。

皆保険・皆年金は法律上定義された概念ではなく、また、研究者の間で一致した定義が存在するわけでもない。このため、皆保険・皆年金の概念に関しては次のような点が必ずしも明確ではない。皆保険・皆年金という場合の「皆」は全国民を意味するのか、それとも外国人を含む全居住者を意味するのか。「保険」は社会保険に限定されるのか、それとも民間保険を含むのか。社会保険に限定されるとした場合に、民間保険会社が保険者であるものまで「社会保険」に含めるのか。「皆年金」はすべての者が老後に年金を受けられることを意味するのか、それともすべての者に年金制度への加入義務があることを意味するのか。

本稿の目的は皆保険・皆年金の定義についての検討を行うことではない。しかし、国際比較を行うためにはその対象を明らかにする必要がある。そこで、本稿においては、「皆保険」は疾病のり

スクに関して現物給付を行う社会保険制度（民間保険会社が保険者となる場合を含む）であって全居住者に加入義務を課すものが存在する状態を、「皆年金」は老齢のリスクに関して年金給付を行う制度であって全居住者（一定の年齢階層に属する者に限る場合を含む）に加入義務を課すものが存在する状態をいうものとして、検討を進めることとする。

I 皆保険・皆年金に関する現状

皆保険・皆年金に関するヨーロッパ諸国の現状を把握するため、EUの社会保護相互情報システム（Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)）による情報を用いることとする。MISSOCは、EUの執行機関である欧州委員会（European Commission）の雇用・社会・機会均等総局により構築されたものであり¹⁾、EU加盟国およびEFTA（欧州自由貿易連合）加盟国の社会保護に関する継続的・包括的な情報交換を可能にしている。現在では、その対象国は欧州31か国（EU加盟27か国およびEFTA加盟国4か国）にまで拡大している。MISSOCは比較対象国の政府から提供された公式の情報に基づくものであり、この点において通常の学術的な比較研究とは異なっている。

MISSOCの提供する情報は、社会保護の各分野における財政、組織、基本原理、給付などに関するものに及んでいる。MISSOCにより、対象国における社会保護の主要分野および財政に関する300種類以上の情報が12の比較表に整理されて

毎年公表されている²⁾。このうち、社会保護の財政を対象とする比較表Ⅰにおいては、疾病現物給付や老齢給付の費用がどのように賄われているかが示されている。疾病現物給付制度を対象とする比較表Ⅱの中では各国の疾病現物給付制度の適用範囲が示されている。また、老齢給付制度を対象とする比較表Ⅵの中では各国の老齢給付制度の適用範囲が示されている。

以下においては、2004年にEUの加盟国が旧東欧諸国にまで拡大される前からのEU加盟15か国(EU15)³⁾ およびEFTA加盟国⁴⁾における疾病現物給付および老齢給付に関する制度の対象者および財源をMISSOCの情報に基づいて比較する⁵⁾。

1 疾病現物給付

MISSOCの比較表Ⅱによれば、全居住者を対象とするまたは全居住者に加入義務を課す疾病現物給付制度が存在する国は、スイス、デンマーク、フランス、アイスランド、アイルランド、リヒテ

ンシュタイン、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、フィンランド、スウェーデンおよびイギリスの12か国である(表1)。比較表Ⅰによれば、この12か国のうちデンマーク、アイスランド、アイルランド、ノルウェー、ポルトガル、フィンランド、スウェーデンおよびイギリスの8か国では疾病現物給付の費用の全部または大部分が税により賄われている。また、スイス、フランス、リヒテンシュタインおよびオランダの4か国では、保険料を財源とする社会保険⁶⁾により疾病現物給付が行われている。

なお、ベルギー、ドイツ、ルクセンブルクおよびオーストリアでも、社会保険により疾病現物給付が行われているが、すべての居住者をその被保険者としているわけではない。ただし、これらの国においても、被保険者には、被用者だけでなく、年金受給者、失業者、自営業者⁷⁾などが含まれている。

表1 皆保険・皆年金を巡る状況

国	疾病現物給付		老齢給付
	強制被保険者(対象者)	財源	強制被保険者(対象者)
ベルギー	被用者, 年金受給者, 失業者など	保険料, 税	被用者, 自営業者
スイス	全居住者	保険料	全居住者
デンマーク	全居住者	税	全居住者(外国人を除く)
ドイツ	被用者, 年金受給者, 失業者など	保険料, 税	被用者, 特定の自営業者
ギリシア	被用者, 年金受給者, 失業者など	保険料, 税	被用者など
スペイン	被用者, 年金受給者, 低所得者など	税	被用者など
フランス	全居住者	保険料, 税	被用者, 自営業者
アイスランド	全居住者	税	全居住者
アイルランド	全居住者	税	被用者, 自営業者
イタリア	全国民	事業主拠出	被用者など
リヒテンシュタイン	全居住者	保険料, 税	全居住者
ルクセンブルク	被用者, 自営業者, 年金受給者など	保険料, 税	被用者, 自営業者
オランダ	全居住者	保険料	65歳までの全居住者
ノルウェー	全居住者	税, 保険料	16歳以上の全居住者
オーストリア	被用者, 年金受給者, 失業者など	保険料, 税	被用者など
ポルトガル	全居住者	税	被用者, 自営業者
フィンランド	全居住者	税, 保険料	16歳から65歳までの全居住者
スウェーデン	全居住者	税	全居住者
イギリス	全居住者	税	被用者, 自営業者

出典: MISSOCの比較表(2011年7月現在)を基に筆者作成。

2 老齢給付（老齢年金）

比較表VIによれば、全居住者に加入義務を課す老齢給付制度が存在する国は、スイス、デンマーク、アイスランド、リヒテンシュタインおよびスウェーデンの5か国である。このほかにも、オランダでは65歳までの全居住者、ノルウェーでは16歳以上の全居住者、フィンランドでは16歳から65歳までの全居住者に加入義務を課す老齢給付制度が存在する（表1）。

この両者を併せた8か国以外の国においても、被用者だけでなく自営業者にも加入義務を課す老齢給付制度が存在する。この場合の自営業者に関しては、ドイツのように一定範囲の者（手工業者、芸術家など）だけを含む国もあれば、ベルギーのようにすべての自営業者を含む国もある。

なお、この8か国において当該制度から給付されるのは、スイス、リヒテンシュタインおよびスウェーデンでは所得比例年金であり、デンマーク、アイスランド、オランダ、ノルウェー、フィンランドでは居住期間または保険期間に応じたフラット年金である⁸⁾。この8か国のうち、当該制度による給付に必要な費用が税のみで賄われているのはデンマークとフィンランドだけであり、そのほかの国では保険料および税により費用が賄われている。

3 皆保険・皆年金

以上のことから、疾病のリスクに関して現物給付を行う社会保険制度であって全居住者に加入義務を課すものが存在するとともに、老齢のリスクに関して年金給付を行う制度であって全居住者（一定の年齢階層に属する者に限る場合を含む）に加入義務を課すものが存在する国は、比較の対象とした19か国のうちスイス、リヒテンシュタインおよびオランダの3か国に限られることがわかる。

リヒテンシュタイン⁹⁾の医療保険および年金保険はスイスと多くの共通点を有していることから、以下においては、スイスおよびオランダについて日本との比較の視点から検討を行うこととする。

II 各国における皆保険・皆年金

1 皆保険

(1) スイス

スイスでは、1996年までは医療保険への全国的な加入義務は定められていなかった。すなわち、スイス連邦を構成する26州のうち全居住者に医療保険への加入義務が課されていたのは4州にとどまり、そのほかの州では低所得者等に対して加入義務が課されているに過ぎなかった。ただし、実際には、加入義務が課されていない者の多くは医療保険に任意加入していたため、国民の99%は医療保険によってカバーされていた〔Bundesrat, 1992：p.99〕。

しかし、1996年に施行された新たな医療保険法¹⁰⁾により、全居住者に医療保険への加入義務が導入された。これにより、全居住者に対して、同法に定められる医療保険の給付と負担に関する規定が統一的に適用されることになった。

このように全居住者に対して単一の医療保険制度への加入義務が課されているものの、医療保険の運営管理は単一の保険者ではなく、複数の保険者により行われている¹¹⁾。また、公法人である疾病金庫だけでなく、民間保険会社も保険者になることができる。各保険者はそれぞれの保険料額を自らの財政状況に応じて定めることになっているため、保険料額には保険者ごとの違いがみられる。

被保険者には自らが加入する保険者を自由に選択する権利が認められている。このため、保険者は被保険者の獲得を巡って互いに競争する立場に立っている。一方、保険者には加入を希望する被保険者を受け入れる義務が課されている。この義務は、保険者が競争上有利な立場に立つために、できるだけ若くて健康な被保険者を獲得しようとして高齢で病気がちな被保険者の加入を拒むこと（いわゆる「リスク選別」）を防ぐために設けられているものである。併せて、リスク構造（加入被保険者の年齢構成および男女比）の違いがもたらす財政的な影響を保険者間で調整するためのリスク調整（Risikoausgleich）が行われている。

従来は、リスク選別が行われた結果、若い被保険者を多く抱え保険料が低い保険者と、高齢の被保険者を多く抱え保険料の高い保険者が存在した〔Ross, 2010 : p.361〕。しかし、リスク調整が導入されたことにより、有利なリスク構造となっている保険者は、不利なリスク構造となっている保険者の財政負担を分担しなくならなくなった。

医療保険において、被保険者はそれぞれが病気になるリスクの大きさにかかわらず保険者ごとに定められる定額の保険料¹²⁾を負担している。一方、病気になった場合の給付は医療上の必要性に応じて行われる。この仕組みを通じて、健康な者と病気がちな者との間の再分配が行われている¹³⁾。このような意味における被保険者間の連帯は、新たな医療保険法に基づき全居住者への加入義務と合わせてリスク調整が導入されたことにより、保険者の枠を超えた居住者全体の連帯へと発展した。

(2) オランダ

オランダでは、2006年までは一定額以下の収入しかない被用者および自営業者などに医療保険への加入義務が課され、それ以外の者は民間医療保険に加入する仕組みとなっていた。実際には、居住者のおよそ6割程度が医療保険によりカバーされていた〔Demmer, 2006 : p.116〕。2006年に施行された新たな医療保険法(ZVW)¹⁴⁾により、オランダにおいても全居住者に医療保険への加入義務が課されるとともに、同法の規定がすべての居住者に適用されることになった¹⁵⁾。

このZVWに基づく新たな医療保険制度は、次のような点でスイスの医療保険制度との共通性を有している。医療保険制度は、複数の保険者により管理運営が行われている。被保険者が負担する保険料の額は、各被保険者が病気になるリスクの大きさにかかわらず、保険者ごとに定額で定められている¹⁶⁾。このため、保険料額には保険者ごとの違いがある。被保険者による保険者の自由な選択が認められ、保険者は互いに競争する立場に立っている。保険者には加入を希望する被保険者の受入義務が課されている。リスク構造の違いがもたらす財政的な影響を保険者間で調整するためのリ

スク調整¹⁷⁾が行われている。

(3) 比較検討

以上のように、この両国においては、全居住者に、医療保険への加入義務が課され、かつ、単独の制度が適用されている。このため、居住者が高齢となっても加入する制度に変更はない。

一方、日本においては、全居住者に医療保険への加入義務が課されているものの、適用される制度は自営業者、農業者などを対象とする国民健康保険制度と被用者を対象とする健康保険制度、更には75歳以上の者を対象とする後期高齢者医療制度に大きく分かれている¹⁸⁾。各制度による給付および保険料負担に関する規定には違いが存在することから、その者がいずれの適用を受けるかによって給付率や保険料の算定方法が異なる。また、被用者であった者が引退することにより現役時代とは異なる医療保険制度に加入しなければならないことになる。

スイスおよびオランダにおいては、全居住者が単一の医療保険制度に加入する一方で、医療保険の管理運営は、単一の保険者ではなく、複数の保険者により行われている。このような仕組みが採用された背景には、医療保険における質と効率性を高める手段として保険者間の競争を重視する考え方が存在する。このため、疾病金庫のような非営利法人だけでなく、民間保険会社のような営利法人が保険者となることと併せて、被保険者による保険者の自由な選択が認められている。

一方、このような競争は、保険者によるリスク選別や保険者間の保険料格差をもたらす恐れがある。このような問題に対応するため、両国では、各保険者に対して被保険者の受入義務を課するとともに、リスク調整の仕組みが導入され、保険者間の公平な競争条件の整備と保険料格差の是正が図られた。

日本でも、医療保険の管理運営は複数の保険者により行われている。しかし、各被保険者が加入する保険者は、それぞれの者の勤務する事業所、居住地などに応じて定められる仕組みが取られており、被保険者が加入する保険者を自由に選択す

る権利は認められていない。各制度においてはリスク構造の違いが影響していると考えられる保険者間での保険料水準の格差がみられる。しかし、高齢者に限らない被保険者全体を対象として、年齢、性別、疾病罹患状況などの違いが各保険者にもたらす財政的な影響を制度を越えて調整する仕組みは存在しない。

皆保険が導入された時期をみると、スイスでは1996年、オランダでは2006年であり、1961年である日本はこの両国よりも遥かに早いことがわかる。この両国では、国民が高水準の医療を受けることができる体制が既に整った状況にあり、高齢化の進展等による医療費の増加が強く意識される時期に皆保険が導入された。これに対して、日本で皆保険が導入されたのは、十分な医療が受けられない農民、零細企業従業員などへの医療保障の拡大が重要な課題となっていた時期であった。

2 皆年金

(1) スイス

スイスでは、1948年に施行された「老齢・遺族保険に関する連邦法」¹⁹⁾により、老齢年金および遺族年金を支給する老齢・遺族保険が導入されるとともに、スイスに居住するすべての者に対して老齢・遺族保険への加入義務が課された²⁰⁾。

この背景には次のような考え方があった〔Baumann, 2008 : p.106〕。社会保険による保障の在り方に関する議論においては、対象者に「保護の必要性 (Schutzbedürftigkeit)」があることが加入義務を課す根拠とされる。しかし、加入義務を現時点での「保護の必要性」だけで判断することは必ずしも適当ではない。なぜならば、「保護の必要性」は時とともに変化するものであり、現在は幸福な生活を送っている若者が高齢期には貧困に陥る可能性を排除することはできない。したがって、高齢や死亡のリスクに対する保障を行う老齢・遺族保険はすべて人を対象とする必要があると考えられる。

また、スイスに居住するすべての人に対して加入義務を課すことによるのみ、あらゆる国民を「幸運にも自ら生計を賄うことができる者がそれ

表2 年金額 (年額) の算定方式

平均年間報酬	～39,700フラン	39,700フラン～
定額部分	9,812.40フラン	13,790.40フラン
変動部分	平均年間報酬×26%	平均年間報酬×16%

出典：筆者作成。

ほど恵まれていない多くの者を援助することに貢献する」包括的な連帯の仕組みにつなぎとめることができると考えられたことにある〔Bundesrat, 1946 : p.380〕。

老齢・遺族保険による老齢年金は、基本的に各被保険者の保険料納付期間および平均年間報酬に応じて算定されるいわゆる「所得比例年金」となっている。年金額は2段階で計算される (表2)。まず、平均年間報酬に応じた定額部分が定められる。次に、この定額部分に、平均年間報酬に乗率をかけた額 (変動部分) を足すことにより年金額が算定される。平均年間報酬39,780フランを超える場合にはより小さな乗率が適用される²¹⁾。また、年金額には最低年金額 (月額1,105フラン) と最高年金額 (月額2,210フラン) が定められている。夫婦がいずれも年金を受給する場合には、夫婦の年金の合計額は最高年金額の1.5倍を超えないものとされている。なお、保険料を納付していない期間がある場合には、その期間に応じて年金額が減額される。このような仕組みにより、平均年間報酬が低い被保険者が受給する年金額の改善が図られている。

平均年間報酬が13,260フランを超えると年金額は最低年金額よりも増加し、平均年間報酬が79,560フランとなることにより年金額は最高年金額に到達する。このように、スイスの年金は、「所得比例年金」とはいえ、年間報酬の増加に応じた年金額の上昇は相当に緩やかなものとなっており、しかも、平均年間報酬39,780フランを境に上昇率が一層低下する。

老齢・遺族保険は賦課方式の財政システムとなっており、その費用は主に被保険者および事業主が負担する保険料により賄われている。これに加えて、連邦が総支出額の2割程度に相当する補助を行っている。

全居住者が被保険者とされているが、保険料の算定方法は被保険者の稼得活動の状況によって異なっている。自営でない稼得活動を行う者（被用者）およびその事業主は、賃金の4.2%ずつを保険料として負担する。この場合には保険料の最低額および最高額の定めはない。自営の稼得活動を行う者（自営業者）は、課税収入に保険料率（課税収入の額に応じて4.2%~7.8%）を乗じた額を保険料として負担する。20歳から年金支給開始年齢²²⁾までの者で稼得活動を行わないものは、その資産と年金収入の額に応じた額を保険料として負担する²³⁾。この場合には保険料の最低額（年370フラン）および最高額（年8,400フラン）が定められている。

年金額と保険料算定の仕組みがこのようになっているため、平均年間報酬が13,260フランと79,560フランの被用者を比較してみると、保険料負担額については後者が前者の6倍となるのに対して、年金額についてはそれぞれ最低年金額および最高年金額が適用されるため後者は前者の2倍にとどまる²⁴⁾。

なお、スイスの老齢保障制度は三層構造となっている。その一階に位置づけられるのがこの老齢・遺族保険法に基づく老齢年金である。二階には企業年金が、三階には私的年金が位置づけられている。24歳以上の被用者であって、年間賃金が20,880フランを超える者には、企業年金への加入義務が課されている。

(2) オランダ

オランダでは、1956年に制定された一般老齢年金法²⁵⁾に基づき、65歳以上のすべての者に老齢年金を支給することを目的とした現在の強制加入の老齢年金制度が導入された。この制度においては、オランダに居住する65歳までのすべての者に加入義務が課されている。

この法律による老齢年金は、現役時代に支払われた保険料や受給者の収入・資産の額にかかわらず支給される一律の「フラット年金」となっている。被保険者は保険期間1年当たり2%の受給権を取得することとされているため、15歳から

65歳までの50年間でフル（100%）の受給権を取得することができる。ただし、年金額には受給者の世帯状況が加味される。すなわち、フルの老齢年金の受給権を有する者が受け取るグロス年金額は、その者が単身者の場合には法定最低賃金額の70%である。そのパートナーも年金受給権を有する場合には、老齢年金額は法定最低賃金額の50%となるため、夫婦での合計額は法定最低賃金額の100%となる。

老齢年金制度は賦課方式の財政システムとなっており、老齢年金に要するその費用は課税所得の一定割合に相当する保険料によって賄われている。つまり、この制度による給付は「フラット」であるにもかかわらず、保険料は各被保険者の所得額に応じたものとなっている。老齢年金制度には、保険料のほかに一部税財源も投入されている。保険料を支払わない高齢者も含めたすべての納税者がこれを通じて老齢年金制度に貢献する仕組みとなっている。

なお、オランダの老齢保障制度も三層構造となっている。その一階に位置づけられるのがこの一般老齢年金法に基づく老齢年金である。二階には企業年金が、三階には私的年金が位置づけられている。企業年金により被用者の95%以上がカバーされており、実際には強制保険に近いものとなっている。

(3) 比較検討

以上のように、この両国で老齢保障の一階部分に相当する公的年金制度は、年金受給年齢に達した者を除けば、いずれもすべての居住者に加入義務を課しているが、給付と負担の関係には両者の間で大きな違いがある（表3）。

スイスでは、被保険者の所得に応じて負担される保険料を基に「所得比例年金」が支給されている。しかし、年金額には定額部分が設けられていること、所得が一定額以上となる場合には変動部分の乗率が引き下げられること、最低年金額および最高年金額が設けられていることにより、年金制度において高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われている。また、オランダ

表3 年金制度における再分配

	スイス	オランダ	日本（国民年金）
保険料負担	所得比例	所得比例	定額
給付	所得比例*	フラット	フラット
再分配	有	有	無

* 定額部分，最低年金額・最高年金額あり
出典：筆者作成。

では、被保険者の所得に応じて負担される保険料を基に「フラット年金」が支給されることにより、高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われている。

日本では、被用者に関しては、賃金の額に応じて負担される保険料を基に、「フラット年金」（老齢基礎年金）と「所得比例年金」（老齢厚生年金）が支給されることにより、高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われている。しかし、居住者全体を対象とする国民年金制度においては、その費用の半分を賄う保険料は被保険者の所得にかかわらず一律に負担され、給付としては「フラット年金」が支給されている。このため、国民年金制度自体で高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配が行われているわけではない。

なお、老齢保障制度全体をみると、日本と同様に一階部分には全居住者を対象としたフラット年金が位置づけられているオランダの場合にも、二階部分に位置づけられるのは被用者を対象にした企業年金である。また、両者の間には日本の厚生年金保険からの基礎年金拠出金のような財政的な結びつきは見られず、互いに独立した仕組みとなっている。

むすび

最後に、これらの国における皆保険・皆年金の政策的な意義について二つの視点から整理することとしたい。

一つ目は、すべての者の保護の必要性への対応である。もともと、社会保険は労働力の提供によってしか生計を維持することができない労働者を加入義務の対象とすることから出発した。典型的に

は、ドイツは今日においてもなおこの考え方を維持しており、基本的には主として被用者に「保護の必要性」を認めて社会保険の被保険者とし、すべての者に社会保険への加入義務を課すべきであるとの考え方には立っていない。これに対して、スイスおよびオランダで皆保険・皆年金としている理由のひとつは、社会保険によりすべての者を疾病のリスクおよび老齢のリスクから保護する必要があると考えられていることにある。

二つ目は、すべての者による連帯の確保である。スイスおよびオランダではすべての者に加入義務を課することが、すべての者による連帯を確保するために不可欠な前提条件となっている。連帯を基礎とする社会保険制度においては、健康な者や高所得の者は、そうでない者のために、リスクに応じて算定される保険料や給付額に見合った保険料よりも高い保険料を負担しなければならない。加入が任意であれば、より高い保険料を負担しなければならない者は通常そのような制度に加入しようとはしなくなるため、すべての者による連帯を確保するためにはすべての者に加入を義務づけることが必要となる。

本稿において考察の対象としたスイスおよびオランダでは、皆保険・皆年金は、すべての者の保護の必要性に対応すると同時に、すべての者による連帯を確保するという二つの目的を有しており、そのことが皆保険・皆年金とする不可分の前提のようにもみえる。しかしながら、ドイツでの皆保険を巡る議論や日本の皆保険・皆年金を眺めると、これとは異なる姿がみえてくる。

ドイツでは、二大政党の一つである社会民主党（SPD）を中心に全居住者を加入義務の対象とする医療保険（国民保険（Bürgerversicherung））を導入することが提案され、医療政策を巡る最も

重要な争点の一つとなっている。今日では、ドイツに居住する者は医療保険または民間保険のいずれかに加入しており、「保護の必要性」を根拠として医療保険への加入義務の範囲を拡大する必要には乏しい状況にある。その中で、国民保険の導入が主張される理由は、すべての者が医療保険における連帯に参加すべきであり、高所得者を中心とするグループが民間保険への加入によりそれを逃れることができるのは公平に反するとの考え方がある。つまり、この主張においては、皆保険によりすべての者による連帯を確保することが強調されている。

日本では、1961年に皆保険・皆年金が実現したが、これは、医療保険および年金保険に未加入であった農民や零細企業従業員への医療保険や年金の必要性が強く認識されたことを背景としたものであり、すべての者の保護の必要性に対して早い時期での対応が行われたといえる。しかし、日本の医療保険制度および国民年金制度は、スイスおよびオランダとは異なり、すべての者の間での連帯を基礎とする制度にはなっていない。この点において、日本の皆保険・皆年金の特性を指摘することができる。

注

- 1) このシステムのために、欧州委員会の担当部局は、加盟国における社会保障各分野の担当省庁・機関の代表者および欧州委員会が任命した事務局と共同作業を行っている。
- 2) MISSOCの比較表は、欧州委員会ホームページ (<http://www.ec.europa.eu>) において公表されている。
- 3) ベルギー、デンマーク、ドイツ、ギリシア、スペイン、フランス、アイルランド、イタリア、ルクセンブルク、オランダ、オーストリア、ポルトガル、フィンランド、スウェーデンおよびイギリスの15か国である。
- 4) スイス、アイスランド、リヒテンシュタインおよびノルウェーの4か国である。
- 5) MISSOCの比較表だけでは必ずしも明確ではない点は、Europäische Kommission (2001; 2002) を併せて参照した。
- 6) 保険料に併せて税が投入されている場合を含む。
- 7) ルクセンブルクのようにすべての自営業者を対象とする国もあれば、ドイツのように特定の自営業者

者（芸術家、著述家）を対象とする国もある。

- 8) オランダおよびノルウェーでは、保険期間のほか、世帯の状況などが考慮される。アイスランドでは、居住期間のほか受給者の収入が考慮される。フィンランドでは、居住期間および世帯の状況のほか、就労に基づき受給するほかの年金の額が考慮される。
- 9) リヒテンシュタインは、スイスと国境を接する人口約35,000人の国である。外交上は多くの国でスイスがリヒテンシュタインの利益代表を務めるなど、両国の間には特殊な関係が存在する。
- 10) Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, Systematische Sammlung des Bundesrechts (SR) 832.10.
- 11) 保険者数は2009年現在で81である [Bundesamt für Gesundheit, 2011 : p.144]。
- 12) 被保険者にとって過重な負担とならないよう、保険料の負担限度額（多くの州で課税所得の8%）が定められている。限度額を超える部分については、州が税財源により負担する。
- 13) 日本の健康保険やドイツの医療保険では、被保険者がその収入の一定割合を保険料として負担することにより、高所得の被保険者から低所得の被保険者への再分配も行われている。スイスの場合には、そのような再分配は注12で述べたように負担限度額を超える保険料を州が税財源で負担することにより行われている。
- 14) Zorgverzekeringswet van 16 juni 2005, Staatsblad (Stb.) 2005, 358.
- 15) これとは別に、長期入院、精神医療および介護に関しては、それ以前から全居住者を対象とする「特別の疾病費用のための保険 (AWBZ)」が存在している。
- 16) 医療保険に要する費用の半分程度は、被保険者が各保険者に支払うこの定額保険料によって賄われている。残りの半分は、事業主および自営業者が医療保険基金に支払う保険料によって賄われている。この医療保険基金に支払われる保険料の額は、事業主の場合には従業員の賃金の6.5%、自営業者の場合は所得の4.4%とされている。医療保険基金は、この定率保険料および国庫補助による収入などをリスク構造の違いを勘案して各保険者に配分している [Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, 2006 : pp.16-17]。
- 17) ただし、オランダにおけるリスク調整の対象は、加入被保険者の年齢構成および男女比だけでなく、加入被保険者の疾病罹患状況の違いがもたらす財政的な影響にまで及んでいる [Walser, 2010 : p.331]。
- 18) 実際の加入者数をもても、国民健康保険が約3,900万人、健康保険が約6,500万人、高齢者医

療制度が約1,400万人となっている。

- 19) Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, SR 831, 10.
- 20) 日本とは異なり、障害年金は老齢・遺族保険とは別の障害保険により支給されている。1961年に施行された「障害保険に関する連邦法 (Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, SR 831. 20)」により障害保険が導入されるとともに、老齢・遺族保険の被保険者は障害保険の被保険者とされた。
- 21) スイスの老齢・遺族保険に関する年金額等の数字はいずれも2008年1月現在のものである。
- 22) 年金支給開始年齢は、男性65歳、女性64歳となっている。
- 23) 稼得活動を行わない者に関しては重要な例外が設けられている。稼得活動を行わない者の配偶者が稼得活動に基づく保険料を負担しており、かつ、当該保険料の額が最低保険料額の2倍以上である場合には、稼得活動を行わない者の保険料が支払われたものとみなされる。
- 24) ちなみに、この両者にドイツの年金保険が適用されたとすると、両者の所得は日本の標準報酬上限額に相当する「保険料算定限度」の範囲内であり、スイスの老齢年金のような定額部分、所得額に応じた乗率の引下げ措置、最低・最高年金額は設けられていないことから、基本的に後者は前者の6倍の額の老齢年金を受け取ることになる。
- 25) Algemene Ouderdomswet van 31 mei 1956, Stb. 1956, 281.

引用文献

- Baumann M. (2008) *Das Solidaritätsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, Zürich.
- Bundesamt für Gesundheit (2011) *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009*,

Bern.

- Bundesrat (1946) Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, *Bundesblatt II*, pp.365-588.
- Bundesrat (1992) Botschaft über die Revision der Krankenversicherung, *Bundesblatt I*, pp.93-292.
- Demmer H. (2006) Nicht nur die Neuerung sind anders – Krankenversicherungsreform in den Niederlanden, *Die BKK*, 03/2006, pp.114-118.
- Europäische Kommission (2011) Alterssicherung in Europa, *MISSOC-INFO* 01/2001.
- Europäische Kommission (2002) Gesundheitsversorgung in Europa, *MISSOC-INFO* 03/2002.
- Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006) Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. (<http://english.minvws.nl/en/folders/z/2006/the-new-health-insurance-system-in-three-languages.asp>)
- Ross F. (2010) Wahl und Wettbewerb als normative Steuerungsinstrumente für die Krankenhausversorgung in der Schweiz, in: Becker U., Ross F., Sichert M. (Hrsg.), *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung*, Baden-Baden, pp. 357-413.
- Walser Ch. (2010) Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der niederländischen Krankenhausversorgung, in: Becker U., Ross F., Sichert M. (Hrsg.) *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung*, Baden-Baden, pp.275-338.
- (まつもと・かつあき 北海道大学
公共政策大学院教授)

認知症高齢者の在宅介護における介護者のサービス選択要因

中 島 孝 子
村 上 浩 章
藩 俊 毅

I はじめに

2003年6月、厚生労働省に設置された高齢者介護研究会の報告書として、「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」が取りまとめられた。報告書には、高齢者ケアの在り方をめぐる今後の課題とともに、認知症高齢者の特性に対応した新たな認知症ケアの方法論を確立し、尊厳のある暮らしを継続支援するための方策がもりこまれた。

近年、認知症高齢者のとらえ方は、従来の「認知症になると本人は何もわからなくなり何もできなくなる」から「認知症でも感情や心身の力は豊かに残っている」へと変化した。介護のあり方も「認知症という疾患に伴って発生する問題に対処するケア」中心から、「認知症でも利用者本位、尊厳と本人が自分らしく生きていくための自立を支援するケア」へと変わりつつある〔認知症介護研究・研修東京センター、2005〕。認知症高齢者の介護を変化させる必要性が指摘されている〔長谷川、2008〕。

認知症高齢者本人の選好に関する研究は少ない¹⁾。認知症高齢者の場合、自分の意思を表現したり状況を理解したりすることが困難であるなど、その選好を明らかにすることが難しいためと考えられる。一方、認知症高齢者の家族の介護負担に関する研究は数多く存在する。牧迫ほか〔2008〕は在宅介護における主介護者の介護負担感に影響

を与える要因が、認知症高齢者を含む要介護者の日常生活動作能力や基本動作能力にあること、さらには介護協力者や介護相談者の有無が介護負担感と関連することを明らかにした。岸田・谷垣〔2007〕も、介護負担感を高める要因を指摘した。認知症に注目すると、「身体障害が軽く痴呆が重い場合と身体障害が重く痴呆が軽い場合」に介護負担感が高い。杉浦ほか〔2007〕は、要介護者の認知症に由来する各障害（記憶障害、見当識障害、異食行動）と特定の介護負担との関連を見いだしている。武地ほか〔2006〕によれば、アルツハイマー型認知症患者におけるBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia、認知症に伴う行動障害と精神症状）は介護負担感に強い影響を与え、特に、不安、興奮、異常行動が介護負担感と強い相関を示した^{2) 3)}。

認知症高齢者を在宅で介護する場合、居宅介護サービスの利用は不可欠である。どのようなサービスをどのような観点から選択するかは、家族にとって重要な問題となる。認知症高齢者の場合、サービス選択にあたっての意志決定が主に家族介護者によってなされていると推測される。しかし、認知症高齢者本人と家族の選好が一致するとは限らない。認知症高齢者の意向に沿って家族が介護サービスの選択を行うことは、現実には難しいと考えられる。認知症が進むほど意志の疎通が悪くなるからである。また、杉原ほか〔2010〕は認知症高齢者の意向を考慮しない家族介護者がいる

ことを指摘した⁴⁾。

認知症高齢者が受ける介護サービスの選択の意志決定は実際にはどのようになされているのだろうか。認知症高齢者にとってよりよいサービスの基準の一つとして、サービス内容が認知症高齢者にあっていることがあげられる。その際、サービス選択の意志決定が、認知症高齢者本人が受けるサービス内容を重視して行われるか、あるいは家族介護者の介護負担の軽減を重視して行われるかという点は重要な問題である。ただし、サービス内容のよさと介護負担の軽減とはトレードオフ関係にあるとは限らず、両立させることは可能であると考えられる。一方、費用の観点を導入すると、介護負担の軽減と費用負担との間にはトレードオフが存在することになる⁵⁾。

本稿は、認知症高齢者の家族介護者（以下、介護者）が介護サービスを選択する際、どのような要因を重視するかを明らかにすることを目的としている。本稿では、認知症高齢者の在宅介護で主に利用される訪問介護、デイケア・デイサービス、ショートステイそれぞれについて、サービスの選択に関してアンケート調査を行い、選択型実験法による分析を実施した。

選択型実験法（Choice Experiment Method）とは、回答者に、商品やサービスなどの特徴であるさまざまな要素をもとにして作られた選択肢の中から、一番好ましいものを選択してもらう調査方法をいう⁶⁾。選択型実験法では、回答者の選択結果から、彼らの商品やサービスを構成する各要素への潜在的な選好を測ることが可能となる。選択型実験の質問形式は、複数の商品から一つの商品を購入するという現実の消費者行動に近いことから回答しやすく、またランダム効用モデルと呼ばれる効用理論に基づいて分析が行われるために、経済理論との整合性が高いという利点を持っている〔三谷・栗山、2005〕。さらに、選択型実験においては、仮想評価法（Contingent Valuation Method）などを用いた研究でよく発見される追従バイアス（質問者に喜ばれるような回答をするバイアス）をある程度避けることができる⁷⁾。なお、本稿では意思表示が難しくなっている認知症

高齢者に関する問題を扱うため、介護者のみを調査対象とした。

選択型実験法による介護者の介護サービス選択についての意志決定に関する研究もまた少ないが、介護保険市場における需要について分析をおこなった先行研究に、大日・鈴木〔2000〕および大日〔2002〕がある。前者は本稿で使用した選択型実験と同様の手法であるConjoint Analysisを用いて、介護保険実施以前における在宅サービス（介護サービス、家事サービス、在宅給食サービスおよび訪問看護）の需要予測を行っている。結果として、「いずれの場合でも需要曲線は大域的に右下がりであり、また、家庭内生産能力との強い代替性が確認された」。後者は介護保険実施後の「実際の」データを用いてホームヘルプサービスについて需要の価格弾力性を求めた。その結果、価格弾力性は「すべての要介護分類で負で有意」であった。本稿における介護者は、訪問介護について「一回当たりの負担金額」が低いことを好む。本稿の結果はこれらの先行研究と整合するといえるだろう。

大日・鈴木〔2000〕および大日〔2002〕は在宅サービスのなかでも訪問介護に焦点を当てている。本稿がこれらの先行文献と異なる点は、訪問介護だけでなく、介護保険の実施によって広く利用されるようになったデイケア・デイサービスやショートステイについても介護者の選好がどのようなものであるかを調査し分析した点にある。

以下では2節で調査方法とデータ、3節で推計結果、4節で考察、最後に5節で結語を述べる。

II 調査方法とデータ

1 選択型実験のデザイン

本稿の選択型実験における選択肢は、訪問介護、デイケア・デイサービス、ショートステイそれぞれについて設定される、名前が明記されないサービスA、サービスB、サービスCの3つである。これらの介護サービスの属性および各属性のレベルは、表1のとおりである。

これら7つの属性は、経済的側面、介護の代替

表1 属性と属性のレベル

属性	訪問介護	デイケア・デイサービス	ショートステイ
一回当たりの負担金額	300円, 400円	1200円, 1600円	2000円, 2500円
一回当たりの提供時間	1時間, 2時間	7時間 (9時-16時) 10時間 (8時-18時)	16時間 (16時-翌日8時) 24時間 (14時-翌日14時)
週当たり可能な利用回数	3回, 6回	1回, 3回	1回, 3回
介護スタッフ一人当たりの利用者数	1人	1人, 5人, 10人	1人, 5人, 10人
スタッフの声かけ	ゆっくり会話時々声かけ	ゆっくり会話時々声かけ	ゆっくり会話時々声かけ
事業所の規模 (一日利用者数の定員)	10人, 30人, 50人	10人, 30人, 50人	10人, 30人, 50人
入浴サービスの有無	あり, なし	あり, なし	あり, なし

性にかかわる側面, およびサービスの内容に注目して選択された。また各属性のレベルは, 調査対象となる通所施設利用者の利用実態になるべくあわせるとともに, 潜在的な選好を探ることが可能になるよう選択した。その過程において, 選択型実験の属性およびレベルは, 本調査が実施される前に介護サービス事業所の職員による確認を実施し, 属性およびレベルの妥当性の検討を行った。同時に, 各属性のレベル数が多くなるとチョイスセットの可能な数も膨大になってしまう。そのため, 各属性のレベルを2つまたは3つまでに抑えた。たとえばデイケア・デイサービスの場合, 利用時間は事業所が決めることが多いが, 7時間という一般的な提供時間と少し長めの10時間とを用意し, 介護者の選好がどのようなものかを知る手がかりとした。また, 週当たりの利用回数は利用者によってバラバラではあるものの, 調査対象者における平均的な利用回数から, デイケア・デイサービスでは1回と3回とし, 訪問介護では3回と6回とした。ショートステイの提供時間は, 夕方から利用をはじめ, 翌日の午前中に帰宅する場合と, 夕方に帰宅する場合とを想定して設定した。

これらの属性の種類と各々のレベルの数より, 訪問介護, デイケア・デイサービス, ショートステイの3つのサービスにおいて, それぞれ80, 240, 240通りのチョイスセットの作成が可能となる。これらすべてのチョイスセットを回答してもらうことは不可能である。ここではD-optimal

designを用い⁸⁾, チョイスセットを各サービスにおいて10個ずつとし, さらにこのチョイスセットをランダムに5種類に分けた。その5種類のチョイスセットのうち1種類をランダムに分けて回答者に配分した。つまり, 1人の回答者は全部で6個のチョイスセットに答える (訪問介護2個, デイケア・デイサービス2個, ショートステイ2個)。表2はチョイスセットの一例である。

本稿の分析のために実施された調査は, 三部構成である。一つ目は, 要介護者の家族である回答者本人の個人属性に関する質問である。要介護者との関係のほか, 介護負担の程度や介護サービスへの期待などを質問している⁹⁾。二つ目は, 回答者からみた要介護者の属性や現状についての質問である。要介護者の日常生活の自立度や現在利用しているサービスなどを質問している。三つ目は, 選択型実験を用いた仮想的なサービス選択である。この実験における選択肢は, 訪問介護, デイケア・デイサービス, ショートステイそれぞれについて作成された。仮想的に提供されるサービスの属性は, 「一回当たりの負担金額」, 「一回当たりの提供時間」, 「週当たり可能な利用回数」, 「介護スタッフ一人当たりの利用者数」, 「スタッフの声かけ」, 「事業所の規模 (一日利用者数の定員)」, および「入浴サービスの有無」の7つである。1番目の項目はサービス選択の際の経済的な側面を, 2番目と3番目の項目は介護の代替性にかかわる側面を, および後半4項目はサービス内容や介護環境 (以下「サービス内容」) を表す。

表2 チョイスセットの例（デイケア・デイサービス）

条件	ケアサービス	サービスA	サービスB	サービスC
①	一回当たりの負担金額	1200円	1200円	1600円
②	一回当たりの提供時間	7時間（9時～16時）	10時間（8時～18時）	7時間（9時～16時）
③	週当たり可能な利用回数	1回／週	3回／週	1回／週
④	介護スタッフ一人当たりの利用者数	スタッフ1人に5人	スタッフ1人に5人	スタッフ1人に10人
⑤	スタッフの声かけ	時々声かけ	ゆっくり会話	ゆっくり会話
⑥	事業所の規模（一日利用者数の定員）	定員10人／日	定員10人／日	定員10人／日
⑦	入浴サービスの有無	なし	あり	あり
	一番望ましいケアサービスを一つ選んで、 □の中に✓してください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

経済的および介護の代替性にかかわる3つの側面は相互に関連していると考えられる。単純には、家族介護者が意志決定を行い、かつ介護負担の軽減を重視する場合、意志決定者は介護の代替性にかかわる項目だけに注目すればよいことになる。すなわち、介護者の介護負担を減少させるために、介護サービスを多く利用すればよい。一方で、介護者は経済的な要因も考慮する。もし、経済的な要因を考慮しなくてもよいのであれば、多くのサービスを利用することによって介護負担はかなり軽減するだろう。しかし、介護保険では要介護度に応じて利用限度額があり、その範囲内でサービスの種類や量を選択しなければならない。限度額を超えたサービスの利用は可能であるが、超えた分は全額自己負担となり、経済的な負担はより重くなる。また、サービスの量を利用限度額内に抑えたとしても、家計の所得が低いほど1割の自己負担は大きく感じられると推測される。

他方、サービス内容に関する項目は、認知症高齢者本人に直接影響すると考えられる項目である。たとえば、認知症に特有のコミュニケーションの障害は認知症高齢者と周囲との交流を阻害し、不安を高める〔斉藤, 2009〕。したがって、提供されるサービス内容は認知症高齢者の状態に影響を与えるだろう。サービス内容があまりにも認知症高齢者本人にとってふさわしくないものであると、次回からサービスを受けようとしなくなったり、状態の悪化などを通じて、むしろ自宅での介護負担を重くしてしまう可能性がある〔口村, 2010〕。

このため、介護者は実際には提供されるサービスの内容を無視することはできないと考えられる。

選択型実験による仮想的な質問にどのように回答しているかを分析することで、介護者がこれらのいずれに注目しているか、すなわち介護者の選好を知ることが可能である¹⁰⁾。

2 データ収集

調査票を2009年9月から11月までに鹿児島市内の複数の介護事業所の通所サービスを利用した認知症高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）の方全員の家族（123人）に対し、事業所の職員を通じて利用者の帰宅時に配布した。回収期限を2009年11月29日とし、回収も事業所の職員を通じて実施した。有効回答数は90通（有効回答率73.2%）であった。

調査対象者の選択にあたっては、要介護者が認知症でありかつ認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上であることを選択基準としたが、それらは要介護者が介護保険認定を受けた際の評価をもとにしている。介護者が複数いる場合は、事業所の送迎担当者が会うことができた家族に依頼した¹¹⁾。

なお、調査における倫理的配慮として、アンケートの回答にあたっては匿名とした。またアンケートの依頼文に、「結果が公表される際は統計的に集計し、個人名や個々の回答内容が外部に漏れることはない」旨を明記した。アンケートそのものについても、介護事業所を通じて実施することを考慮して作成した。例えば、匿名であっても、要

表3-a サンプルの記述統計 (サンプル数=90)

回答者の個人属性	数 (n)	割合 (%)	回答者の個人属性	数 (n)	割合 (%)
年齢			要介護者との同居状況		
40代	11	12.2	同居している	66	73.3
50代	27	30.0	同居していない	14	15.6
60-64歳	15	16.7	同居していないが、ほぼ毎日見に来ている	6	6.7
65-69歳	11	12.2	無回答	4	4.4
70-74歳	6	6.7			
75-79歳	10	11.1	自分の時間があるか否か		
80-84歳	2	2.2	十分ある	8	8.9
85歳以上	2	2.2	ある程度ある	32	35.6
無回答	6	6.7	あまりない	38	42.2
			全くない	10	11.1
性別			無回答	2	2.2
男性	25	27.8			
女性	60	66.7	回答者の健康状態		
無回答	5	5.6	とてもよい	4	4.4
			まあまあよい	61	67.8
職業			あまりよくない	20	22.2
会社員	14	15.6	よくない	4	4.4
公務員	3	3.3	無回答	1	1.1
パート・アルバイト	13	14.4			
専業主婦	19	21.1	ケアサービスに対する期待効果 (複数回答)		
退職	1	1.1	元気になってほしい	20	22.2
無職	24	26.7	落ち着いた状態になってほしい	32	35.6
その他	10	11.1	自立した状態になってほしい	24	26.7
教えたくない	1	1.1	病前の状態になってほしい	13	14.4
無回答	5	5.6	その他	7	7.8
学歴			介護負担程度		
中学校	8	8.9	かなり負担	23	25.6
高等学校	37	41.1	やや負担	50	55.6
専門学校・各種学校	11	12.2	あまり負担はない	10	11.1
短大	7	7.8	全く負担はない	4	4.4
大学	18	20.0	無回答	3	3.3
その他	5	5.6			
無回答	4	4.4	同居している家族の年取		
			200万円未満	22	24.4
介護者数			200-400万円未満	32	35.6
1人	38	42.2	400-600万円未満	15	16.7
2人	31	34.4	600-800万円未満	3	3.3
3人	12	13.3	800-1000万円未満	3	3.3
4人以上	5	5.6	教えたくない	12	13.3
無回答	4	4.4	無回答	3	3.3

表3-b サンプルの記述統計（サンプル数=90）

要介護者の属性	数 (n)	割合 (%)	要介護者の属性	数 (n)	割合 (%)
年齢			自立程度		
60-64歳	1	1.1	完全に自立できる	1	1.1
65-69歳	1	1.1	ある程度自立できる	34	37.8
70-74歳	7	7.8	あまり自立できない	33	36.7
75-79歳	19	21.1	自立できない	22	24.4
80-84歳	21	23.3			
85歳以上	40	44.4	意思表示の程度		
無回答	1	1.1	完全にできる	12	13.3
			ある程度できる	48	53.3
性別			あまりできない	25	27.8
男性	30	33.3	全くできない	5	5.6
女性	59	65.6			
無回答	1	1.1	利用しているケアサービス（複数回答）		
			通所介護	69	76.7
回答者との関係			通所リハビリテーション	29	32.2
配偶者	25	27.8	短期入所生活介護（介護施設でのショートステイ）	22	24.4
親子	60	66.7	短期入所療養介護（病院でのショートステイ）	4	4.4
兄弟姉妹	1	1.1	訪問介護	10	11.1
親戚	1	1.1	訪問入浴介護	2	2.2
その他	2	2.2	訪問リハビリテーション	3	3.3
無回答	1	1.1	訪問看護	6	6.7
			認知症対応型共同生活介護	1	1.1

介護度や性別、年齢がわかれば介護事業所の担当者には回答者が誰であるか見当がつく可能性が高い。そこで、要介護度は質問しないなど、回答者が介護事業者個人が特定されると心配することのないように質問文を作成した。

3 サンプルの概要

回答者90人のデータサンプルの個人属性および回答者からみた要介護者の属性を概観する。表3-aおよび表3-bは、それぞれ回答者の個人属性および要介護者の属性の詳細を示している。

III 推計結果

以下では選択型実験でのサービス選択を条件付きロジットモデル（Conditional Logit Model）で分析した。推計は全サンプルと、回答者または

要介護者の属性に基づくサブサンプル（4種類）を対象におこなった。全サンプルとサブサンプルの条件付きロジットモデルの推計結果は表4-a, 4-b, 4-cのとおりである。

1 全サンプルの推計結果

全サンプルでの推計結果をみると、有意な係数は、訪問介護、デイケア・デイサービス、ショートステイでそれぞれ異なる。有意である係数の正負を含むパターンは、3つのサービスに対する介護者の選好の、現状における特徴を表している。訪問介護では、「スタッフの声かけ」が正の値で有意であり、さらに「ゆっくり声かけ」が「時々声かけ」より好まれる。一方、「一回当たりの負担金額」、「週当たり可能な利用回数」および「事業所の規模（一日利用者数の定員）」は負で有意である。デイケア・デイサービスでは、「一回当

表4-a 条件付ロジットモデルの結果：訪問介護

	全サンプル	仕事の有無		介護者数		年収		要介護者の自立度	
		仕事無し	仕事有り	介護者1人	介護者2人以上	年収400万円以下	年収400万円以上	自立	非自立
一回当たりの負担金額 (円)	-0.005*	-0.007	-0.007*	-0.008	-0.004	-0.010**	-0.002	-0.014**	-0.004
一回当たりの提供時間 (時間)	-0.154	-0.855*	0.338	0.279	-0.516	-0.363	0.020	-0.476	0.082
週当たり可能な利用回数 (回)	-0.255***	-0.732***	0.034	-0.197	-0.286**	-0.405***	-0.121	-0.537***	-0.183
介護スタッフ一人当たりの利用者数 (人)									
スタッフの声かけ	0.806***	0.668*	0.862***	0.908**	0.846***	0.972***	0.729**	1.621***	0.500*
事業所の規模 (1日利用者数の定員, 人)	-0.032***	-0.040**	-0.044***	-0.032**	-0.033**	-0.031**	-0.037***	-0.046***	-0.030***
入浴サービスの有無	1.550***	2.270***	1.595***	1.223***	1.722***	1.797***	1.361***	1.470***	1.787***
対数尤度	-117.278	-43.377	-64.498	-43.953	-70.878	-60.901	-54.1	-37.503	-75.12
Pseudo R2 (擬似決定係数)	0.221	0.363	0.217	0.216	0.250	0.271	0.193	0.344	0.196
観察値	137	62	75	51	86	76	61	52	85

注)1) ***, **および* はそれぞれ有意水準1%, 5%および10%で係数値が0とは異なることを示す。

注)2) 一般に訪問介護では利用者と介護者が1対1でサービスを授受する。そこでチョイスセットの選択肢においては、訪問介護について「介護スタッフ一人当たりの利用者数 (人)」は1人のみとしている。このため推定結果が空欄となっている。

表4-b 条件付ロジットモデルの結果：デイケア・デイサービス

	全サンプル	仕事の有無		介護者数		年収		要介護者の自立度	
		仕事無し	仕事有り	介護者1人	介護者2人以上	年収400万円以下	年収400万円以上	自立	非自立
一回当たりの負担金額 (円)	-0.001**	-0.002**	-0.001	-0.001	-0.001	-0.002**	-0.001	-0.001	-0.002**
一回当たりの提供時間 (時間)	-0.078	-0.123	-0.068	0.075	-0.176**	-0.087	-0.049	-0.254**	0.046
週当たり可能な利用回数 (回)	0.433***	0.331**	0.612***	0.786***	0.268*	0.450***	0.422**	0.413**	0.585***
介護スタッフ一人当たりの利用者数 (人)	-0.013	0.079	-0.096*	0.048	-0.036	-0.011	-0.011	-0.115*	0.027
スタッフの声かけ	0.272	0.723**	-0.140	0.271	0.333	-0.062	0.740**	0.574	0.271
事業所の規模 (1日利用者数の定員, 人)	-0.007	-0.001	-0.012	-0.0002	-0.012	-0.005	-0.009	-0.027**	0.004
入浴サービスの有無	0.984***	1.023***	1.067***	1.681***	0.717**	1.024***	0.988**	-0.028	1.650***
対数尤度	-134.434	-62.393	-63.629	-49.079	-81.351	-75.642	-56.526	-47.367	-77.463
Pseudo R2 (擬似決定係数)	0.156	0.177	0.238	0.216	0.159	0.160	0.183	0.216	0.217
観察値	145	69	76	57	88	82	63	55	90

注) ***, **および* はそれぞれ有意水準1%, 5%および10%で係数値が0とは異なることを示す。

表4-c 条件付ロジットモデルの結果：ショートステイ

	全サンプル	仕事の有無		介護者数		年収		要介護者の自立度	
		仕事無し	仕事有り	介護者1人	介護者2人以上	年収400万円以下	年収400万円以上	自立	非自立
一回当たりの負担金額 (円)	-0.001	-0.00008	-0.002**	-0.0004	-0.001*	-0.001	-0.001	-0.001	-0.0004
一回当たりの提供時間 (時間)	0.204***	0.179***	0.262***	0.254***	0.193***	0.192***	0.264***	0.225***	0.202***
週当たり可能な利用回数 (回)	0.153	-0.045	0.609*	-0.232	0.492*	0.170	0.165	0.072	0.150
介護スタッフ一人当たりの利用者数 (人)	-0.074*	-0.080	-0.120	-0.029	-0.124**	-0.042	-0.149	0.008	-0.129**
スタッフの声かけ	0.376	0.864**	-0.567	0.439	0.340	0.091	0.929*	-0.163	0.608*
事業所の規模 (1日利用者数の定員, 人)	-0.021***	-0.009	-0.045***	-0.020*	-0.029***	-0.021**	-0.021*	-0.032**	-0.015
入浴サービスの有無	1.071***	0.649*	2.174***	1.220***	0.913***	0.809**	1.588***	1.599***	0.944***
対数尤度	-114.754	-57.714	-49.706	-44.588	-65.64	-68.928	-42.385	-36.718	-74.155
Pseudo R2 (擬似決定係数)	0.254	0.179	0.405	0.275	0.289	0.216	0.357	0.345	0.242
観察値	140	64	76	56	84	80	60	51	89

注) ***, **および* はそれぞれ有意水準1%, 5%および10%で係数値が0とは異なることを示す。

たりの負担金額」は負で、「週当たり可能な利用回数」は正で有意である。ショートステイでは、「一回当たりの提供時間」は正で、「介護スタッフ一人当たりの利用者数」および「事業所の規模（一日利用者数の定員）」は負で有意である。

3つのサービスで共通して有意なのは「入浴サービスの有無」である。いずれも正の値をとるとともに、他に比較して絶対値も大きい。入浴サービスに対して介護者は高い関心を持っていると推測される。

サービスの選択において、介護者は訪問介護では経済的側面、介護の代替性およびサービス内容のいずれにも関心を持つ。一方、デイケア・デイサービスについて、介護者は「入浴の有無」をのぞき、経済的側面と介護の代替性に関する項目を重視しているといえるだろう。ショートステイにおいて、介護者は介護の代替性とサービス内容に関する項目をより重視している。

2 サブグループの推計結果

介護者および要介護者の属性の一部に着目し、サンプルをグループ分けして推計を行った。介護負担に関する研究〔牧迫ほか〔2008〕、岸田・谷垣〔2007〕、杉浦ほか〔2007〕、武地ほか〔2006〕など〕は、介護者の選好が要介護者の自立度や状態、介護者の数によって影響を受けることを示唆している。また、西本〔2006〕は家族内における要介護者の発生は、介護の担い手となった者の就業形態や就業の継続率に影響を与えると述べている。そうであるならば、ある時点においては介護者の就業状況によって異なる選好が示される可能性がある。さらに、経済状態も選好に影響を与えうる。そこで、グループ分けを①介護者の仕事の有無（「仕事有り」または「仕事無し」）、②介護者数（「介護者1人」または「介護者2人以上」）、③年収（「年収400万円以下」または「年収400万円以上」）、④要介護者（認知症高齢者本人）の自立の程度（「自立」または「非自立」）、という基準で行った。

なお、他の基準でグループ分けも可能である。しかし、他の基準（たとえば、介護者の性別や要

介護者の性別など）で分けられたサブサンプルは、いずれも片方のサブサンプルのデータ数が統計的な有効性を保てるほど多くなかった。

(1) 訪問介護

訪問介護の場合、どのようにグループ分けしたとしても、サンプル全体での推計結果と同様、サービス内容に関する項目はいずれも有意であった。グループによって異なるパターンを示すのは経済的側面および介護の代替性に関する項目である。

① 介護者の仕事の有無

「仕事有り」グループでは「一回当たりの負担金額」が負で有意である。これに対し、「仕事無し」グループでは「週当たり可能な利用回数」および「一回当たりの提供時間」が負で有意である。

② 介護者数

両グループともに「一回当たりの負担金額」は有意ではない。この点は、サンプル全体での推計結果と異なる。「介護者2人以上」グループでのみ、サンプル全体の結果と同様に「週当たり可能な利用回数」が負で有意である。

③ 年収

「年収400万円以下」グループで「一回当たりの負担金額」および「週当たり可能な利用回数」が負で有意である。「年収400万円以上」グループではいずれも有意でなかった。

④ 要介護者の自立度

「自立」グループで「一回当たりの負担金額」および「週当たり可能な利用回数」が負で有意である。「非自立」グループではいずれも有意ではない。

(2) デイケア・デイサービス

デイケア・デイサービスの場合、グループ分けによって経済的側面および介護の代替性およびサービス内容に関する項目のいずれについてもサンプル全体とは異なるパターンが現れた。

① 介護者の仕事の有無

経済的側面に関する項目について、「仕事無し」グループでのみ「一回当たりの負担金額」

は負で有意である。

介護の代替性に関する項目について、両グループともに「週当たり可能な利用回数」は正で有意である。「仕事無し」グループは経済的側面と介護の代替性に関する項目について、サンプル全体の結果と同様の結果を示している。

サービス内容に関する項目については、両グループともに「入浴サービスの有無」が正で有意であるのに加え、「仕事無し」グループで「スタッフの声かけ」が正で、「仕事有り」グループで「介護スタッフ一人当たりの利用者数」が負で有意である。

② 介護者数

介護の代替性に関する項目について、両グループで「週当たり可能な利用回数」が正で有意であった。さらに「介護者2人以上」グループで、「一回当たりの提供時間」が負で有意である。

サービス内容に関する項目については、サンプル全体の結果と同様であった。

③ 年収

経済的側面に関する項目について、「年収400万円以下」グループでは「一回当たりの負担金額」は負で有意である。

介護の代替性に関する項目について、両グループとも「週当たり可能な利用回数」が正で有意であった。

サービス内容に関する項目について、両グループともに「入浴サービスの有無」が正で有意である。「年収400万円以上」グループのみ「スタッフの声かけ」が正で有意である。

④ 要介護者の自立度

経済的側面に関する項目について、「非自立」グループでのみ「一回当たりの負担金額」が負で有意である。

介護の代替性に関する項目について、両グループとも「週当たり可能な利用回数」は正で有意である。さらに「自立」グループで「一回当たりの提供時間」が負で有意である。

サービス内容に関する項目については、「非自立」グループでは「入浴サービスの有無」が正で有意であるが、「自立」グループでは有意

ではない。ただし、「自立」グループで「介護スタッフ一人当たりの利用者数」および「事業所の規模（一日利用者数の定員）」が負で有意である。

(3) ショートステイ

① 介護者の仕事の有無

経済的側面に関する項目について、「仕事有り」グループで「一回当たりの負担金額」が負で有意である。

介護の代替性に関する項目について、両グループとも「一回当たりの提供時間」が正で有意であった。「仕事有り」グループでは「週当たり可能な利用回数」も正で有意である。

サービス内容に関する項目については、両グループとも「入浴サービスの有無」が正で有意である。そのほか、「仕事無し」グループで「スタッフの声かけ」が正で、「仕事有り」グループで「事業所の規模（一日利用者数の定員）」が負で有意である。

② 介護者数

経済的側面に関する項目について、「介護者2人以上」グループで「一回当たりの負担金額」が負で有意である。

介護の代替性に関する項目について、両グループとも「一回当たりの提供時間」が正で有意である。「介護者2人以上」グループでは「週当たり可能な利用回数」も正で有意である。

サービス内容に関する項目については、両グループで「入浴サービスの有無」が正で、「事業所の規模（一日利用者数の定員）」が負で有意であった。さらに「介護者2人以上」グループでは「介護スタッフ一人当たりの利用者数」が有意であった。

③ 年収

介護の代替性に関する項目については、両グループともサンプル全体の結果と同様、「一回当たりの提供時間」のみが正で有意であった。

サービス内容に関する項目について、両グループとも「事業所の規模（一日利用者数の定員）」および「入浴サービスの有無」がサンプル全体

での結果と同様の傾向を示した。しかし、「介護スタッフ一人当たりの利用者数」については両者とも有意ではない。なお、「年収400万円以上」グループにおいてのみ「スタッフの声かけ」が正で有意である。

④ 要介護者の自立度

介護の代替性に関する項目については、両グループともサンプル全体の結果と同様に「一回当たりの提供時間」が正で有意であった。

サービス内容に関する項目については、「入浴サービスの有無」だけが両グループともに正で有意であった。その他、「自立」グループで「事業所の規模（一日利用者数の定員）」が負で有意であり、「非自立」グループで「介護スタッフ一人当たりの利用者数」が負で、「スタッフの声かけ」が正で有意となった。

IV 考察

1 全サンプル

はじめに経済的な側面および介護の代替性に関する項目に注目する。認知症高齢者の介護者は、デイケア・デイサービスの利用回数に対する選好が強いらろうと推測される。実際、推計結果を見ると、訪問介護について、介護者は「一回当たりの負担金額」が低く「週当たり可能な利用回数」が少ないことを好む。これに対しデイケア・デイサービスについて、介護者は「一回当たりの負担金額」が低く「週当たり可能な利用回数」が多いことを好む。このことから、介護者はデイケア・デイサービスを主な介護サービスとし、訪問介護を補完的なサービスとして位置づけていると推測される。すなわち、月当たりの限度額内に利用額を収めるため、訪問介護の利用回数を減らして調整し、デイケア・デイサービスへのニーズを充足させている可能性がある。この点は、表3-bにおける要介護者の属性についての記述統計とも対応する。要介護者が現在利用しているケアサービスを見ると、通所介護、通所リハビリテーション、介護施設でのショートステイなど、何らかの施設に要介護者を連れて行くという形態での利用が多

い。一方、訪問介護、訪問入浴介護といった自宅でサービスを受ける形態での利用は相対的に少ない。

訪問介護およびデイケア・デイサービスではまた、「一回当たりの提供時間」が有意でない。介護者は「サービスの提供時間が長い」ことを好むと予見されたが、これを否定する結果である。介護者にとって、提供時間よりも利用回数が優先されると推測される。

ショートステイの場合、「一回当たりの提供時間」だけが正で有意であり、「一回当たりの負担金額」および「週当たり可能な利用回数」は有意ではない。このことから、ショートステイに関して、介護者は介護の代替性を重視しており、費用がある程度高くても支払うだろうと解釈できる。実際、ショートステイは、一般に利用頻度が低く、やむを得ない事情の際の一時的な入院という位置づけとなっていると考えられる¹²⁾。

次にサービス内容に関する項目に注目する。ショートステイでは4つのうち3つの項目が有意であるのに対し、デイケア・デイサービスでは「入浴サービスの有無」以外は有意ではない。この理由として、第一に、2種類のサービスにおける利用頻度の多寡が関連していると考えられる。デイケア・デイサービスについて、介護者は施設内での要介護者の様子やサービスの内容についての情報を比較的把握しやすいと考えられる。利用が頻繁であるために、スタッフと介護者との間で何らかの情報交換を行うことが可能であると考えられるからである。また、その結果として、デイケア・デイサービスでは介護者の側に慣れによる安心感があると推測される。

第二に、滞在時間や介護環境の違いが要因として考えられる。ショートステイでは一泊以上の滞在が前提であり、病院における入院と環境が似ている。認知症高齢者にとって必ずしも適切な滞在场所とはいえない場合がある¹³⁾。結果として、ショートステイから帰宅した要介護者に介護者が能力や状態の悪化を感じることもあるかもしれない。一方、デイケア・デイサービスは日帰りである。デイケア・デイサービスでも要介護者が不穏な状態

になることは多いが、スタッフが対応に慣れていることが多い。以上のような介護者によって観察可能なサービスの「結果」や入手できる「情報」の違いが介護者の選好に反映されていると考えられる。

訪問介護において「スタッフの声かけ」が正で有意であった。家族が訪問介護での人間関係構築の大切さを認識している結果ではないかと考えられる¹⁴⁾。

デイケア・デイサービスでは通常、認知症と認知症でない利用者が混在している。認知症の利用者は会話に入れず孤立することが多いため、「スタッフの声かけ」は重要視されるだろうと予想された。しかし、デイケア・デイサービスについて「スタッフの声かけ」は有意ではなかった。認知症に特有の問題に対して介護者の関心が低いことは、認知症高齢者の処遇の観点からみれば望ましくない¹⁵⁾。

ショートステイにおいても「スタッフの声かけ」は有意ではなかった。この場合、介護者は、十分な介護体制を優先させているのではないかと考えられる。実際、ショートステイにおいて「事業所の規模（一日利用者数の定員）」が負で有意であり¹⁶⁾、介護者は規模の小さい事業所への選好を示している。

2 サブサンプル

(1) 訪問介護

経済的な側面および介護の代替性に関する項目について、「仕事有り」グループと「仕事無し」グループは異なる選好を示した。すなわち、両者の選好差は、「仕事有り」グループの介護者が、訪問介護よりもデイケア・デイサービスを主なサービスと考えていることから生じていると考えられる。利用限度額という制約の下で、有職の介護者ができるだけデイケア・デイサービスを利用しようとするならば、訪問介護にかかる費用を抑えようとするだろう。こうして「仕事有り」グループは、訪問介護の「一回当たりの負担金額」が低いことを好むと推測される。

一方で、「仕事有り」グループでは「週当たり

可能な利用回数」が有意ではない。つまり、「仕事有り」グループは訪問介護の利用回数が減ることを明示的には好まない。訪問介護は短時間に明確な目的のケアを行うというサービス上の性格をもつ¹⁷⁾。「仕事有り」グループにとって、訪問介護は費用面での調整弁の役割を果たすと同時に、必要不可欠なサービスでもあるといえるだろう。

「介護者2人以上」グループのみ「週当たり可能な利用回数」が少ないことを好む。これは複数の介護者が連携するという介護者間の補完性によるものだと考えられる。

「年収400万円以上」のグループでは、「一回当たりの負担金額」および「週当たり可能な利用回数」が有意ではない。「年収400万円以上」グループのほうが比較的家計に余裕があるためと推測される。なお、年収の多寡は、仕事の有無とも関連していると推測される。この意味で、年収でグループ分けした場合の推計結果は、仕事の有無でグループ分けした場合の結果と整合している。

「自立」グループでは「一回当たりの負担金額」および「週当たり可能な利用回数」が負で有意であるが、「非自立」グループではいずれも有意でない。要介護者が自立しているほど、訪問介護への選好は小さいと解釈できる。「非自立」グループでは、要介護者が重度である可能性が高い。ケアに手のかかる重度の認知症の場合、訪問介護サービスを受けるにあたっては、入浴など特定の介助目的の達成が優先される。つまり、「非自立」グループには経済的側面やサービスの利用回数だけでは記述しきれないニーズがあると推測される。

(2) デイケア・デイサービス

仕事の有無にかかわらず、介護者は「週当たり利用可能な回数」が多いことを好む。この選好は、「仕事有り」グループだけにあてはまりそうである。しかし実際には、経済的側面に敏感と考えられる「仕事無し」グループでも、別の理由、例えば介護疲れの休息をとることなどのために、利用回数が減ることを好まないと推測される。

また、サービス内容について、「仕事無し」グループは人間関係の構築という側面からみたサー

ビスの質を重視し、「仕事有り」グループは十分な介護体制という意味でのサービスの質を重視しているといえるだろう。

「介護者2人以上」グループでは「一回当たりの提供時間」が負で有意であったが、「介護者1人」の場合は有意でなかった。「介護者2人以上」にはデイケア・デイサービスが長時間でなくてよいという選好があるとみなすことができる。

「年収400万円以下」グループのみ「一回当たりの負担金額」が低いことを好むが、年収にかかわらず「週当たり可能な利用回数」は多いことが好まれる。この推計結果は、年収が低い場合にもサービスの利用回数を減らそうとはしないことを示している。

「非自立」グループが「一回当たりの負担金額」の低いことを好む理由として、このグループの要介護者が重度である可能性が高いことが考えられる。要介護者が重度の認知症である場合も、介護者はサービスの利用回数を多くしようとすると考えられる。

一方、「自立」グループは、サービス内容に関する項目の多くに関心があるが、「入浴サービスの有無」には関心がない。この点はサンプル全体の結果と比較しても特徴的である。要介護者の自立度が高いと、介護者にとって自宅での入浴介助の負担はそれほど大きくないと推測される。逆に自立度が低い場合、デイケア・デイサービスで入浴サービスが提供されなければ、訪問介護による入浴サービスを別途依頼しなければならない。これは新たな費用の発生を伴う。これらが、要介護者の自立度によって入浴サービスへの関心が異なる理由であると考えられる。

(3) ショートステイ

「仕事有り」グループは、「一回当たりの負担金額」が少なく、「週当たり可能な利用回数」および「一回当たりの提供時間」が多いことを好む。「仕事有り」グループは、ショートステイというサービスがもたらす時間的価値を重視していると考えられる。

「介護者2人以上」のほうが「介護者1人」の場

合に比較して、経済的側面、介護の代替性およびサービス内容のすべてについて関心のある項目が多いことが観察された。

V 結語

本稿では、認知症高齢者の在宅介護で主に利用される訪問介護、デイケア・デイサービス、ショートステイに関してアンケート調査を行い、選択型実験による分析を実施した。認知症高齢者の家族介護者が介護サービスを選択する際、どのような要因を重視するかを明らかにすることが目的である。

その結果、介護サービスの選択において、介護者は、訪問介護では経済的側面、介護の代替性に関する項目およびサービス内容のいずれにも関心を持つ。デイケア・デイサービスについて介護者はサービス内容への関心が低い一方で、サービスの単価と回数に強い関心を持っていることが明らかとなった。ショートステイでは、サービス内容に関する項目が重視されている。

しかし、調査の回答者または要介護者の属性に応じてグループ分けして推計すると、サンプル全体とは異なる選好のパターンが観察された。訪問介護について違いが生じたのは、経済的側面および介護の代替性に関する項目である。デイケア・デイサービスについては、経済的側面、介護の代替性およびサービス内容に関する項目すべてについてグループ分けによって異なるパターンがみられた。ただし、いくつかのグループで利用回数への選好の強さが共通して観察された。ショートステイについては、「一回当たりの提供時間」および「入浴サービスの有無」以外の項目について、グループ分けによって異なる選好のパターンが生じた。

サブサンプルでの推計結果は、介護者の選好が、介護者および要介護者のおかれた状況に応じてさまざまであることを示しているといえる。このことは介護サービスに対する需要の多様さとして反映されるだろう。障害者への福祉サービスについて、中島〔2006〕は、行政によるサービス提供

の体系は一般に画一的であると指摘している。この指摘が介護保険の提供するサービスにもあてはまるならば、認知症高齢者の在宅介護における需要の多様さを介護保険だけでは受け止めきれないことになる。この問題について田中〔2007〕は「認知症にかかわるニーズについては、既存の介護サービスだけによる対応は不可能であり、コミュニティが持つさまざまな機能との組み合わせが不可欠である」と述べている。

他方、平成18（2006）年より、認知症対応型通所介護および介護予防認知症対応型通所介護が新たに導入された。これらのサービスでは、従来通所介護に比較して介護報酬単価が高く設定されている。デイケア・デイサービスについて、介護者がサービス単価の低さおよび利用可能回数の多さを選好することを考慮すると、介護報酬設定のあり方と介護者の選好との間に乖離があるといえるだろう。「認知症高齢者が施設へ入所せずに在宅で生活していくこと」が政策目標の一つとされるならば、認知症の要介護者にふさわしいサービスの利用が可能になるような政策をとるべきである。たとえば、認知症高齢者については、同じ要介護度ならば認知症でない高齢者よりも利用限度額を高く設定するなどである。

本稿では「経済的側面に敏感と考えられる低年収や無職のグループでも、利用回数をなるべく多くしたいという選好がデイケア・デイサービスに存在する」ことが観察された。利用者の所得と公平性の関係について、友田ほか〔2004〕は、施設介護サービスに関する理論分析を行い、「所得格差があり施設の自己負担が定額であることにより、高所得層にとって施設サービスは割安となり需要される。低所得層は仮に施設サービスへのニーズがあっても需要しない」と結論づけている。同様に佐橋〔2008〕は、介護保険市場は、強い個人に有利なように設計され、弱い個人は排除される仕組みであると批判的な議論をおこなっている。もし、佐橋〔2008〕や友田ほか〔2004〕の指摘が本稿の回答者にあてはまるならば、低所得者を中心にデイケア・デイサービスへの潜在的なニーズが存在していると推測される。ただし、本稿が

認知症における在宅介護を対象としているのに対し、友田ほか〔2004〕は施設介護を、佐橋〔2008〕は介護保険市場全体を対象としているという違いを考慮する必要がある¹⁸⁾。

介護保険は、「利用者本位で家族が選択しているはずであり、選択すべきという考え方」のもとで成立している。認知症の場合、高齢者本人に意思決定能力がないことが多い。しかしそうであっても、高齢者本人の意向を生かす仕組みの構築が必要ではないかと考えられる。認知症高齢者本人の選好を考慮した分析が将来の課題である。

また、選択型実験における週当たり利用回数について、訪問介護では3回と6回、デイケア・デイサービスでは1回と3回と設定した点について、例えば、どちらのサービスにおいても1、3、6回として、整合性を持たせるべきであった。ショートステイについてはサンプル全体およびいずれのサブグループでも「一回当たりの提供時間」が正で有意であることから、「夕方預けて翌日の午前中に帰宅（16時間）」というサービスの提供は「夕方預けて翌日の夕方に帰宅（24時間）」に比較して明らかに選好されない。したがって、ショートステイで「1回当たりの提供時間」のレベル設定をする際は別の選択肢を考える必要がある。

さらに、本稿では認知症高齢者の家族介護者のみを対象として、介護サービス選択における選好がどのようなものかを分析した。しかし、本稿の調査・分析には、認知症高齢者の認知症の程度に関する情報が含まれていない。また、認知症でない高齢者の家族介護者が含まれていない。こうした点を考慮すれば、認知症高齢者の家族介護者のサービス選択の特徴をさらに明らかにすることが可能である。これらはいずれも将来の課題である。最後に、本研究で用いられたサンプルは、特定の介護事業所のデイケア・デイサービスを利用する認知症高齢者の家族であるため、認知症高齢者の家族介護者すべてを代表できていない恐れがある。例えば、デイケア・デイサービスを利用していない集団は分析の対象外となっていない。もし認知症高齢者およびその家族介護者に関する基礎データが入手できれば、統計的に本稿のサンプルがそ

これらの認知症高齢者の家族介護者を代表できるか否かに関して検定することが可能である。しかし、そのような情報を手に入れるのが極めて困難であったため、サンプルの代表性に関する統計検定は見送りとした。

謝辞

アンケートにお答えいただいた介護者の皆様方、アンケートにご協力いただいた通所介護事業所と通所リハビリテーション事業所の職員の皆様方、鹿児島大学法文学部山田誠先生、および大阪大学社会経済研究所西條辰義先生に感謝します。また、匿名のレフェリーのコメントにも感謝いたします。もちろん残る誤りは著者のものです。

注

- 1) 田代・杉澤〔2010〕は高齢者本人と家族介護者の両方を調査対象としてデイサービスの利用・非利用に関する統計分析を行っている。また、山口〔2005〕は事例研究によって、要介護者および介護者の選好を双方の性別および時間的な流れを考慮して分析した。ただし、いずれにおいても、高齢者本人はかならずしも認知症ではない。
- 2) なお、目黒ほか〔2005〕は、介護施設におけるBPSDを伴う認知症高齢者に対する少量の向精神薬の投与は、一日平均の徘徊時間を減少させ、本人の情緒の安定と介護の負担軽減をもたらしたことを報告している。松村〔2003〕はデイケア施設における介助量は痴呆度と寝たきり度が高いほど多く、また両者は互いに独立した増加要因であるとしている。
- 3) 家族の介護負担感を軽減する試みも行われている。上城ほか〔2009〕はデイケアにおいて心理教育的プログラムをベースとした介入プログラムを認知症高齢者の家族介護者に実施した。その結果、介入群で認知症高齢者のBPSDおよび家族の介護負担感が有意に減少した。鈴木〔2009〕は、認知症高齢者の家族介護者の抑うつ軽減のためにどのような心理的介入が効果的かをレビューし、集団療法よりも、ある一定の手続きの下での個人療法に効果があるとしている。
- 4) 杉原ほか〔2010〕は「介護者の中には認知症の要介護者の「意をくむ」役割をもになうようになる」とも述べている。その役割は認知症の進行によって要介護者の意思表示が難しくなるほど困難なものとなるだろう。
- 5) サービス内容がよいほど利用料が高ければ、サービス内容と費用負担との間にもトレードオフが存在することになる。しかし、介護保険下でサービスが供給されていることから、公的に定められた介護報酬および規制によってある程度一定のサービスが供給されていると考えられる。したがって、サービス内容と費用負担の間のトレードオフはないか、あっても小さいと考えられる。
- 6) 選択型実験法についての詳細は、Louviere, Hensher and Swait〔2000〕を参照されたい。なお、医療社会学または医療経済学の分野では、選択型実験を用いた先行研究（Farrar et al., 2000; Ryan et al., 2001; Rubin et al., 2006; Arana, León and Hanemann, 2008; Hole, 2008など）は少なくない。
- 7) 選択型実験では、回答者は各選択肢に含まれる複数の要素を総合的に評価して一番好ましい選択肢を選ぶ。そのため、他の手法に比して、回答者は質問者の意図を容易に把握できないという特徴がある。
- 8) D-optimal designとは、直交表を用いずなるべく統計的な有効性を保つ計算機支援の実験計画法である。選択型実験で、一般的にD-optimal designを用いる目的は統計的な有効性を保ちながら Choices の数を減らすことである。D-optimal designについての詳細な情報は、Alpizar, Carlsson and Martinsson〔2003〕, Carlsson and Martinsson〔2003〕, Huber and Zwerina〔1996〕を参照されたい。
- 9) 質問票は、近藤藤〔2007〕の質問票などを参照して作成した。
- 10) また、介護サービスは、ケアプランに基づいて実施されるが、ケアプラン固定的なものではない。要介護者の状態や家族の希望などによってケアプランは随時見直される。
- 11) したがって、かならずしも主介護者が回答しているとは限らない。
- 12) 利用者によっては、毎週末や隔週末など定期的な利用もなされている。
- 13) 口村〔2010〕は、多くの文献をサーベイし、認知症高齢者がショートステイを利用した後、身体症状や周辺症状が改善する人もいれば悪化する人もいること、また悪化が初回利用時に多いことを報告している。
- 14) 一対一で知らない人と接するという緊張感は、認知症高齢者を不安にさせることが多い。そのため訪問介護では、声かけなどにより関係性を構築する必要がある。
- 15) ただし、介護者がデイケア・デイサービスでは「スタッフの声かけ」は当然のことであると考えているために、この項目を考慮に入れなかつ

たという可能性もある。

- 16) 一般的に小規模で少人数の生活環境は、認知症高齢者の環境変化による不適応状態を安定化させる要因とされている(阿部, 2005)。また政策の上でも、認知症高齢者の介護においては施設を小規模化すること(ユニットケアの推進など)が望ましいとする流れができてきた。この意味で、ショートステイでは、政策の変化の方向と介護者の選好が一致しつつあるとみなすことができる。
- 17) 訪問介護はデイケア・デイサービスに行くための朝の準備や、デイケア・デイサービスを受けなかった日の入浴サービスを行ってもらうなどの目的のために利用されることが多い。
- 18) 公平性についての実証研究結果は相反している。山田〔2004〕は「居宅介護サービスの利用は不公平」と述べ、遠藤・山田〔2007〕は所得階級間で「介護保険は比較的公平である」と結論づけている。

参考文献

- Alpizar F, Carlsson F, and Martinsson P (2003) "Using choice experiments for non-market valuation," *Economic Issues*. 8: 83-110.
- Arâna JE, León CJ, and Hanemann MW (2008) "Emotions and decision rules in discrete choice experiments for valuing health care programmes for the elderly," *Journal of Health Economics*. 27 :753-769.
- Carlsson F, and Martinsson P (2003) "Design techniques for stated preference methods in health economics," *Health Economics*. 12: 281-294.
- Farrar S, Ryan M, Ross D, and Ludbrook A (2000) "Using discrete choice modelling in priority setting: an application to clinical service developments," *Social Science & Medicine*. 50:63-75.
- Huber J, and Zwerina K (1996) "The importance of utility balance in efficient choice design," *Journal of Marketing Research*. 33: 307-317.
- Louviere JJ, Hensher DA, and Swait JD (2000) *Stated Choice Methods: Analysis and Application*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubin G, Bate A, George A, Shackley P, and Hall N (2006) "Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment," *The British Journal of General Practice*. 56(531): 743-748.
- 阿部哲也 (2005) 「小集団における認知症高齢者の関係形成に関する研究」『認知症介護研究・研修仙台センター研究年報』No.5, pp.133-144.
- 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, No.2, pp.147-167.
- 大日康史 (2002) 「公的介護保険における介護サービス需要の価格弾力性の推定」『季刊社会保障研究』vol.38, No.3, pp.67-73。
- ・鈴木 亘 (2000) 「介護保険の市場分析」『季刊社会保障研究』vol.36, No.3, pp.338-352。
- 上城憲司・中村貴史・納戸美佐子・萩原喜茂 (2009) 「デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラム」の効果」『日本認知症ケア学会誌』Vol.8, No.3, pp.394-402。
- 岸田研作・谷垣静子 (2007) 「在宅サービス 何が足りないのか? 一家族介護者の介護負担感の分析」『医療経済研究』Vol.19, No.1, pp. 21-35。
- 口村 淳 (2010) 「日本における高齢者ショートステイに関する研究の動向」『評論・社会科学』No.90, pp.99-151。
- 厚生労働省・高齢者介護研究会 (2003) 「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～(平成15年6月)」(URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>, 2009年12月25日取得)。
- 近藤克則編 (2007) 『検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学の大規模調査』医学書院 pp.131-176。
- 斎藤正彦 (2009) 「認知症の非薬物療法をめぐって」『老年精神医学雑誌』Vol.20, No.1, pp.69-73。
- 佐橋克彦 (2008) 「「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適用」『季刊社会保障研究』Vol.44, No.1, pp.30-40。
- 杉浦圭子・伊藤美樹子・三上 洋 (2007) 「家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性」『日本老年医学会誌』Vol. 44, No.6, pp.717-725。
- 杉原百合子・山田裕子・武地 一 (2010) 「認知症高齢者の家族が行う意志決定過程と影響要因に関する研究」『日本認知症ケア学会誌』Vol.9, No.1, pp.44-55。
- 鈴木貴子 (2009) 「認知症の人の家族介護者への心理的介入効果に関する体系的レビュー」『日本認知症ケア学会誌』Vol.8, No.1, pp.68-73。
- 武地 一・山田裕子・杉原百合子・北 徹 (2006) 「もの忘れ外来通院中のアルツハイマー型痴呆症患者における行動・心理学的症候と認知機能障害、介護負担感の関連について」『日本老年医学会誌』Vol.43, No.2, pp.207-216。
- 田代和子・杉澤秀博 (2010) 「高齢者と家族介護

- 者から見たデイサービス利用・非利用に関連する要因—パネル調査の分析を通して—『老年社会科学』Vol.32, No.1, pp.3-13。
- 田中 滋 (2007) 「介護保険と介護市場をめぐる政策の展開」『医療経済研究』Vol.19, No.1, pp.5-20。
- 友田康信・青木芳将・照井久美子 (2004) 「施設介護に関する理論分析」『季刊社会保障研究』vol.39, No.4, pp.446-455。
- 中島隆信 (2006) 『障害者の経済学』東洋経済新報社, p.4 および pp.185-188。
- 西本真弓 (2006) 「介護が就業形態の選択に与える影響」『季刊家計経済研究』No.70, pp.53-61。
- 認知症介護研究・研修東京センター (2005) 『認知症のためのケアマネジメント・センター方式の使い方・活かし方』中央法規, pp.16-25。
- 長谷川和夫 (2008) 「第1章 認知症の基礎知識」『認知症の理解 介護の視点からみる支援の概要』建帛社, pp.1-34。
- 牧迫飛雄馬・阿部 勉・阿部恵一郎・小林聖美・小口理恵・大沼 剛・島田裕之・中村好男 (2008) 「在宅要介護者の主介護者における介護負担感に関与する要因についての研究」『日本老年医学会誌』Vol.45, No.1, pp.59-67。
- 松村菜穂美 (2003) 「痴呆デイケア施設における痴呆度と寝たきり度と介助量の関係—要介護者の介助量測定から—」『季刊社会保障研究』Vol.39, No.2, pp.189-203。
- 三谷羊平・栗山浩一 (2005) 「選択型実験によるアサザ再生の経済的評価」『早稲田大学政治経済学部環境経済学ワーキングペーパー#0501』。
- 目黒光恵・目黒謙一・赤沼恭子・関田康慶 (2005) 「痴呆の問題行動に対する薬物療法の臨床経済的効果」『医療経済研究』Vol.16, pp.49-58。
- 山口麻衣 (2005) 「要介護時のケア実態とケア選択：ジェンダーとライフコースの視点からの事例分析」『埼玉学園大学紀要・人間学部篇』, No.5, pp.159-172。
- 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)』介護票に基づく分析—」『季刊社会保障研究』Vol.40, No.3, pp.224-235。
- (なかしま・たかこ 流通科学大学准教授)
(むらかみ・ひろあき 全国健康保険協会
鹿児島支部リーダー)
(Junyi・Shen 広島市立大学准教授)

保険料段階による在宅介護サービス費用の経時変化

——特定自治体における2年間の介護給付実績情報より——

齊 藤 雅 茂
藤 田 欽 也
平 野 隆 之
奥 田 佑 子

I はじめに

2000年から施行された介護保険制度では、普遍的な介護保障を理念とした措置制度から契約制度への移行、応能負担から応益負担への転換が導入された。三重野〔2005〕によれば、所得基準ではなくニーズありきで費用負担を考える普遍性の方向性は不可欠であったとされている。これによって、介護保険制度では、中・高所得者へのサービス利用が拡大したという評価は既に数多くなされている。

その一方で、必要な介護量として想定されている要介護度別の基準額を使い切る人はほとんどおらず、2010年7月の介護給付費実態調査報告に基づいて算出すると、在宅サービスの利用額は支給限度額の4割～6割程度でしかない。また、同一の要介護度であれば利用額は一定水準にまとまるはずだが、例えば、要介護3～5のうち、自己負担が1万円未満の人が1/3もおり、サービス利用の格差も指摘されている〔池田 2007〕。こうした介護サービスの利用量の格差が、利用者の所得水準の相違によって生じているならば、誰もが自由に必要なサービスを利用できるという普遍主義の原理に反する重要な問題である。

高齢者の保健・医療・福祉サービス利用の規定要因について、Andersenら〔1973〕の行動モデルでは、素因（個人の特性）、ニーズ要因、利

用促進要因（世帯収入、地域の施設数など）に分類し、相対的にみて利用促進要因よりもニーズ要因の影響が強いとしている。他方で、高齢者の介護サービスの利用に関しては、所得保障のある公的なサービスでは低所得者の利用率も高い〔Kempen et al. 1991 ; Wallace et al. 1994〕が、有料のサービスである場合、ニーズや友人関係の有無にかかわらず、高所得者ほどサービスを利用しやすい〔Hays 1994〕という知見が海外で報告されている。

こうした中、日本の介護保険制度では、定率の利用者負担が採用されており、低所得者の利用を絶対的・相対的に抑制していることは明らかであるという指摘がある〔二木 2007〕。また、保健福祉分野でのサービス・ニーズは、不可避免的に社会経済的な要因と関連しているため、普遍主義に基づくサービス提供では、所得階層の低い人ほどサービス利用から取り残されやすいという側面もある〔冷水 2009〕。実際に、ケアマネージャーがケアプランを作成する際には、介護サービスの必要度だけでなく、経済的負担の大きさを含めた家族や本人の意向が反映されるため、経済的な支出が難しい人びとに対しては本当に必要なサービスがすべて提供されているとは限らない。

一方で、これまでのところ、日本における介護サービスの利用・未利用に関しては、すべての保険料段階で未利用者の割合は同程度であり、介護サービスの未利用は所得の多寡によるものではな

い〔泉田 2008〕, また, 要介護認定に関しては, 低所得者の方が要介護認定を受けやすい〔近藤 2010〕といった結果が報告されている。すなわち, 低所得者ほど介護サービスそのものを利用しにくいという知見は必ずしも確認されていない。しかしながら, サービスの利用量ないし費用に着目すると, 同居形態や家族介護意識にかかわらず, 低所得者のなかでサービスの過少利用が高頻度で発生していること〔杉澤ら 2002〕, 経済的負担能力が低いほど訪問介護サービスの充足度が低く必要なサービス利用を抑制していること〔梶 2003〕, 低所得者ほど介護サービスの利用量が乏しく社会経済的地位が低い人ほど介護サービスの認知が進んでいないこと〔和気 2007〕が報告されている。

以上のように, 日本の介護保険制度に関しては, サービス利用の有無ではなく利用量や費用において, 所得階層による格差が生じていることが一定程度明らかにされつつある。そのうえで, 個人単位での経時的な変化を通じて, 所得階層による介護サービスの利用量の格差が縮小傾向にあるのか, あるいは, 拡大傾向にあるのかは介護保険制度を評価する上で重要な課題といえる。しかし, これまでのところ, 縦断的な観点から所得階層による介護サービス利用量の格差を検討できるデータが不足しており, そうした研究の蓄積は極めて乏しい。また, 一般的に低所得者ほど通常の調査において協力が得られにくいといった非標本誤差を考慮すると, 従来の独自調査に基づく研究では, 所得階層による介護サービスの利用抑制を過小評価してきた可能性もある。この点で, 自治体が保有している介護給付実績の情報には, 使用できる変数に制限があるものの, 介護サービス利用者を漏れなく把握している点での有用性は高いと考えられる。

そこで, 本研究では, 特定自治体における複数時点の介護給付実績情報を用いて, 所得階層を表す保険料段階と在宅介護サービス費用の変化との関連を明らかにすることを目的にした。具体的には, ①もともと在宅介護サービス費用が低かった人ほどその後も費用の増加率が低い, ②保険料段

階が低い利用者ほど同時点での在宅介護サービス費用が低い, ③保険料段階が低い利用者ほどその後の在宅介護サービス費用の増加率が低い, という3つの仮説に基づいて分析を行った。なお, 施設サービスは定額であることを考慮して, 本分析では在宅サービス費用のみを取り上げた。

II 方法

1 利用データ

利用したデータは, 福岡県A市における「介護給付実績情報」「介護認定データ」「介護保険賦課情報」である。介護給付実績情報については, 都道府県国民健康保険団体連合会によって保険者(自治体)に提供されたデータから, 2007年10月, 2008年6月, 2008年10月, 2009年6月, 2009年10月の5時点抽出した。介護認定データ, および介護保険賦課情報に関しては, 2007年10月時点のものをを用いた。なお, 10月を起点とした理由は, 介護保険事業計画にかかる国のワークシートにおいて基準月として使用されていたためである。また, 個人単位では, たまたま当該月に別なショックを受けたためにその月の介護需要行動が変化している可能性は否定できないが, 入手可能なデータの制約上, 本分析では10月と6月のみを扱っている。両月はともに祝日を絡めた長期休暇がない月であり, かつ, 真冬や真夏といった季節特有のサービス・ニーズが現れにくい時期と考えられる。

本分析では, 2007年10月時点で介護サービスを利用した在宅高齢者のうち, その後, 4時点間で死亡・転出・入院・状態回復によって介護サービスの未利用時点があった2,312名, 介護施設に入所した481名, 保険料段階が不明であった196名を除いた4,179名について分析する(図1)。分析対象者の平均年齢は2007年10月時点で80.6歳, 女性が75.3%, 平均要介護度は1.71, 在宅介護サービスの平均費用は112,623円であった(表1)。なお, 同対象の2年後(2009年10月)をみると, 平均要介護度は1.98, 在宅介護サービスの平均費用は133,808円へと変化している。また, 分析

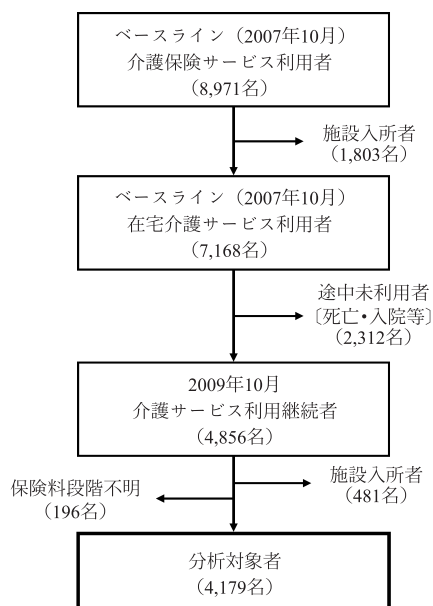


図1 分析対象者のフローチャート

対象地域（2007年10月時点）は、全国平均と比較して要介護認定者の年齢構成はほぼ同じ（65～74歳の割合：A市=14.5%，全国平均=14.7%）だが、要介護1～3の割合がやや高い地域である（A市=57.5%，全国平均=50.8%）。

分析に際しては、日本福祉大学福祉政策評価センターが開発した「介護保険事業実績分析ソフト2008（2009年4月改定対応版）」を用いて、介護給付実績情報について、サービス種別ではなく、個人単位で分析可能な形式にデータを加工した。そのうえで、暗号化された被保険者番号に基づいて、介護認定データおよび介護保険賦課情報との結合を行った。なお、本ソフトは、自治体向けの分析支援ソフトとして2001年よりWeb上で無料公開されており、2010年11月現在までで1,226保険者、合併後の全国市町村でみると50%強の保険者にダウンロードされている〔平野ら2008；2009〕。

表1 分析対象者と対象地域の特性^{a)}

分析対象者の特性 ^{b)}	福岡県A市			
	2007年	2009年		
年齢（平均±SD）	80.6 ± 8.6	82.6 ± 8.6		
性別（女性の割合）	75.3%	75.3%		
要介護度（平均±SD）	1.71 ± 1.13	1.98 ± 1.25		
要支援1・2	27.2%	24.0%		
要介護1～3	63.8%	61.8%		
要介護4・5	9.0%	14.2%		
在宅介護サービス費用（平均±SD）	112,623 ± 89,972	133,808 ± 96,667		
対象地域の特性 ^{c)}	福岡県A市		全国平均	
	2007年	2009年	2007年	2009年
要介護（要支援）認定者数	11,491 (人)	11,822 (人)	4,498 (千人)	4,787 (千人)
認定者の年齢				
65歳未満（第2号被保険者）	3.8%	3.4%	3.4%	3.1%
65～74歳	14.5%	13.2%	14.7%	13.6%
75歳以上	81.7%	83.4%	81.9%	83.2%
認定者の要介護度 ^{a)}				
要支援1・2	22.8%	23.8%	25.4%	26.0%
要介護1～3	57.5%	56.1%	50.8%	49.8%
要介護4～5	19.7%	20.1%	23.7%	24.2%

a) いずれも10月時点のもの

b) 2007年10月から2009年10月までの在宅介護サービス利用継続者

c) 介護保険事業状況報告月報（暫定）より

2 使用した変数

本分析で使用した変数は、5時点における在宅介護サービス費用、2007年10月時点の介護保険料段階と性別、年齢、要介護度、介護保険サービスの利用経験月数、および、観測期間中の要介護度の変化である。在宅介護サービス費用については、報酬算定にかかわる地域区分を含めず、一律に1点×10円で算出した。このため、当該費用の1割が自己負担に該当するが、食費、洗濯代、オムツ代など全額を利用者が負担するものは含まれていない。また、本分析では、翌月以降に請求されたものを除外したほか、住宅改修費と福祉用具購入費を含めていない。

つぎに、保険料段階については、介護保険賦課情報に基づいて、表3に示した6段階を用いた。要約すると、第1段階が生活保護受給者、第2～3段階が世帯と本人のいずれもが非課税、第4段階が世帯に課税者がいるが本人は非課税、第5～6段階が世帯と本人のいずれもが課税という区分になっている。当該地域では、第4段階が37.9%で最も多く、次いで第2段階が25.1%、第5段階が11.6%、第3段階が11.4%であった。分析に際しては、水準の意味的な類似性を考慮して、第2段階と第3段階を括り、第6段階を参照カテゴリーにしたダミー変数として用いた。

性別、年齢、要介護度については、介護認定データに記載されている情報を用いた。これらは、サー

ビス利用にかかる素因およびニード要因に該当する変数として想定している。また、本分析で扱う保険料段階は、性別によって顕著な相違がある指標であった（表2）ため、所得階層の影響を検討するために性別を統制変数として投入した。また、要介護度については、要支援1から要介護5までの7段階では該当サンプル数が少数になってしまうため、分析に際しては、軽度・中度・重度を想定して「要支援1・2」「要介護1～3」「要介護4・5」という3区分を用いた。

ベースライン時における介護保険サービスの利用経験については、2005年4月を上限とする31ヶ月間を遡って何らかの介護保険サービスを利用していた月数を把握した。ベースライン時での分析対象者の平均利用経験月数は22.9 ($SD=9.7$)ヶ月であった。要介護度の変化については、要支援1から要介護5を1～7の連続変数として5時点での差を求めた。それによると、平均値は0.32 ($SD=0.89$)であり、5時点間で要介護度が改善している人が10.7%、悪化している人が32.2%であった。

3 分析方法

分析には、潜在成長曲線モデル (latent growth curve modeling) を適用した。潜在成長曲線モデルとは、反復測定したデータから時系列的変化の集団的な傾向と個人差を扱うモデルで

表2 在宅介護サービス利用者の介護保険料賦課段階の分布^{a)}

所得区分	所得状況	全体 (n=4,179)	男性 (n=973)	女性 (n=3,206)
第6段階	本人が市民税課税者で、 合計所得金額が200万円以上	7.1%	17.1%	4.0%
第5段階	本人が市民税課税者で、 合計所得金額が200万円未満	11.6%	28.7%	6.4%
第4段階	本人が市民税非課税で、 世帯中に市民税課税者あり	37.9%	18.0%	43.9%
第3段階	世帯全員が市民税非課税で、 第1段階・第2段階に非該当	11.4%	17.6%	9.5%
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、 本人の合計所得金額が80万円以下	25.1%	11.3%	29.3%
第1段階	生活保護被保護・老齢福祉年金 受給者で、世帯全員が市民税非課税	6.9%	7.4%	6.7%

a) 2007年時点での情報に基づく。当該地域では第7段階だったが、該当数の少なさを考慮し、第6段階は集約した。

ある〔豊田 2000 ; Duncan et al. 2006〕。通常の共分散構造モデルとは異なり、切片因子と傾き因子という因子負荷が既知の潜在変数を想定することによって、各個人についてベースライン時と時点間の変化量を推計し、ベースライン時に値が低い人ほどその後の伸びも少ないといった情報を示すことができる。時系列的变化の個人差を従属変数にした解析を行うことができる点で従来の回帰分析とは異なる。

本分析では、はじめに、2007年10月をベースラインとした5時点間における在宅介護サービス費用の切片因子と傾き因子との関連を要介護度別に分析した。両因子間に正の相関関係が認められれば、ベースライン時に在宅介護サービス費用が低かった人ほどその後も費用の増加率が低い傾向にあるという仮説①を支持することになる。

つぎに、要介護度別に個人の保険料段階が在宅介護サービス費用の切片因子と傾き因子に及ぼす影響を検討した(図2)。保険料が第6段階の人と比べて、それ以外の人のほうが切片因子の値が小さいことが認められれば、保険料段階が低い利用者ほど同時点での在宅介護サービス費用が低いという仮説②が支持されたことになる。同様に、傾き因子の値が有意に小さいとすれば、保険料段階が低い利用者ほどその後の在宅介護サービス費用の増加率が低いという仮説③が支持されたことになる。

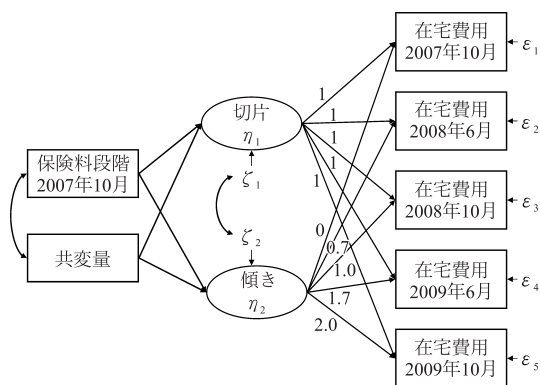


図2 分析モデル

なお、傾き因子から各時点の在宅介護サービス費用へのパスについては、観測期間の相違を考慮して12ヶ月を1に換算した値(0.0, 0.7, 1.0, 1.7, 2.0)に固定した。解析にはAmos 6.0を用い、推計には最尤法を適用した。

4 倫理的配慮

本研究は、事前に自治体担当部署に対して分析課題や結果の公表などを明記した協力依頼文書を送付・説明をし、担当課の同意を得た上で行われている。データの収集に際しては、日本福祉大学福祉政策評価センターで開発した「マスキングソフト」を自治体に配布し、利用者の被保険者番号を暗号化した。その際に、氏名、住所などの個人を特定する情報はすべて削除し、一切の個人情報に触れないよう配慮した。

III 結果

1 在宅介護サービス費用の切片と傾きとの関連

表3は、5時点(2年間)における在宅介護サービス費用について、切片因子と傾き因子の平均と分散、因子間相関を求めた結果である。この場合、 χ^2 検定の帰無仮説は「分析したモデルが正しい」であり、本分析の χ^2 値はモデルの適合度の許容水準内ではない。しかし、サンプル数が多い場合には χ^2 検定の帰無仮説が棄却されやすく、有効でないことが知られている。そこで、独立モデルを基準にした分析モデルとデータとの乖離度の改善を示す適合度指標〔豊田 2003〕によると、CFI (Comparative Fit Index), NFI (Normed Fit Index), IFI (Incremental Fit Index) のいずれも1.000に近く、本モデルはおおむね適合性のよいモデルと判断できる。

切片因子の平均値は、ベースラインにおける平均の推定値であり、要支援1・2では36,158円、要介護1~3では126,275円、要支援4・5では229,073円となっている。一方、傾き因子の平均は、時点間での平均的な増分を意味し、要支援1・2では9,216円、要介護1~3では11,564円、要支援4・5では3,785円であった。分析の結果、いず

表3 切片因子・傾き因子の平均と分散, 因子間相関

	要支援1・2		要介護1~3		要介護4・5	
	切片因子	傾き因子	切片因子	傾き因子	切片因子	傾き因子
平均	36,158	9,216	126,275	11,564	229,073	3,785
標準偏差	23,439	21,256	76,799	23,251	89,415	23,306
因子間相関	.079		-.136***		-.368***	
残差標準偏差	$\epsilon_1=17,301$ $\epsilon_3=19,048$ $\epsilon_5=16,868$	$\epsilon_2=13,300$ $\epsilon_4=13,774$	$\epsilon_1=33,049$ $\epsilon_3=26,850$ $\epsilon_5=27,785$	$\epsilon_2=22,794$ $\epsilon_4=23,082$	$\epsilon_1=31,870$ $\epsilon_3=34,512$ $\epsilon_5=42,137$	$\epsilon_2=23,306$ $\epsilon_4=27,096$
モデル適合度	$\chi^2=566.0$ ($df=9$), $p=.000$ CFI=.903 NFI=.901 IFI=.903		$\chi^2=366.9$ ($df=9$), $p=.000$ CFI=.981 NFI=.981 IFI=.981		$\chi^2=41.7$ ($df=9$), $p=.000$ CFI=.986 NFI=.982 IFI=.986	

注) 保険料段階等の共変量を除外したモデルより

*** $p < .001$ * $p < .05$

れの要介護度であっても、在宅介護サービス費用の切片因子と傾き因子の間で統計的に有意な相関関係が認められた。ただし、要介護1~3と要介護4・5では負の値を示すのに対し（それぞれ「-.136」, 「-.368」）、要支援1・2では「.079」と絶対値は小さいが正の値が得られた。すなわち、要介護1以上では、ベースラインで介護サービス費用が少ない利用者ほどその後の増加率が大きい傾向があるのに対し、要支援1・2では、ベースラインで介護サービス費用が多い利用者ほどその後の増加率も大きく、時間の経過につれてサービス利用量の格差が拡大する傾向にあることが示された。

2 保険料段階とベースラインの在宅介護サービス費用（切片因子）との関連

つぎに、表4は、図2に示したモデルの解を求めた結果である。モデルの適合度については、上と同様に、 χ^2 値は許容水準内ではなかったものの、それ以外の指標を基準とすれば、おおむね適合性のよいモデルといえる。

まず、切片因子についてみると、要支援1・2では、性別と年齢が有意な影響を及ぼし、男性の方が、また、より高齢である人の方がベースライン時の在宅介護費用が有意に高いという結果であった。要介護1~3では、性別と年齢のほかに、要介護度の変化とベースライン時の介護サービスの利用経験月数が有意な影響を及ぼしており、女性

の方が、高齢の方が、その後要介護度が悪化した人の方が、また、ベースライン時に利用経験が長い人の方がベースライン時の在宅介護費用が有意に高いという結果であった。要介護4・5では、年齢と要介護度の変化は有意な影響はなく、女性の方が、ベースライン時に利用経験が長い人の方が在宅介護費用が有意に高いという関連があった。

そのうえで、保険料段階とベースライン時の在宅介護サービス費用との関連については、要支援1・2においては、保険料段階による統計的に有意な影響は認められなかった。しかし、要介護1~3では、第6段階を基準にして第1段階の費用の方が有意に高く、要介護4・5では、第2~3段階と第4段階の方が有意に低い傾向にあるという結果が得られた。具体的には、性別と年齢、その後の要介護度の変化、ベースライン時のサービス利用経験月数にかかわらず、要介護1~3では、第6段階の利用者と比べて第1段階の方がベースライン時の在宅介護サービス費用が32,682円高く、要介護4・5では、第6段階の利用者と比べて第2~3段階の方が50,359円、第4段階の方が38,425円ベースライン時の費用が低いという結果であった。

3 保険料段階と在宅介護サービス費用の変化（傾き因子）との関連

傾き因子（在宅介護サービス費用の増減率）に対しては、性別は有意な影響を及ぼしておらず、

表4 切片因子・傾き因子と保険料段階との関連

	切片因子			傾き因子		
	要支援 1・2	要介護 1~3	要介護 4・5	要支援 1・2	要介護 1~3	要介護 4・5
保険料段階 (ref. 第6段階)						
第5段階	.054 (4,310)	.029 (6,775)	-.041 (-12,281)	.023 (1,600)	-.083* (-5,916)	.098 (7,704)
第4段階	.078 (3,929)	-.029 (-4,621)	-.214* (-38,425)	.017 (752)	-.092* (-4,494)	.137 (6,519)
第2~3段階	.067 (3,250)	.013 (2,074)	-.262** (-50,359)	-.001 (-58)	-.108* (-5,375)	.174 (8,870)
第1段階	.059 (6,037)	.111*** (32,682)	-.035 (-11,461)	.022 (1,948)	-.054 † (-4,947)	.191* (16,417)
性別 (ref. 男性)	-.070* (-4,454)	.070** (12,171)	.147* (27,854)	.001 (82)	.010 (553)	-.018 (-909)
年齢 (41 ~ 102)	.123*** (400)	.096*** (842)	-.013 (-114)	.033 (95)	.060** (162)	-.077 (-174)
要介護度の変化 (-2 ~ 4)	-.012 (-291)	.155*** (13,590)	.044 (6,389)	.729*** (16,049)	.491*** (13,340)	.255*** (9,722)
サービス利用経験月数 (0 ~ 31)	.038 (88)	.083*** (652)	.212*** (2,109)	-.044 † (-93)	-.165*** (-404)	-.201* (-530)

値は標準化解。 () 内は非標準化解。

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$ † $p < .10$

注)

モデル適合度は、下記の通り。

要支援1・2: $\chi^2 = 661.7$ ($df = 38$), $p = .000$, CFI = .926, NFI = .922, IFI = .926

要介護1~3: $\chi^2 = 592.9$ ($df = 38$), $p = .000$, CFI = .978, NFI = .976, IFI = .978

要支援4・5: $\chi^2 = 110.1$ ($df = 38$), $p = .000$, CFI = .976, NFI = .965, IFI = .977

年齢は要介護1~3においてのみ高齢であるほど費用の増加率が高い傾向にあることが示された。また、要介護度の変化と介護サービスの利用経験月数は、どの要介護度の在宅費用の伸びにも有意な影響を及ぼし、要介護度が悪化している人ほど在宅介護費用の増加率が高く、サービス利用経験が長い人ほど在宅介護費用の増加率が低いという関係であった。

保険料段階と傾き因子との関連については、これらの変数を統制したところ、要支援1・2では、保険料段階は傾き因子に対して統計的に有意な影響を及ぼしていなかった。一方、要介護1~3では、第6段階の利用者に比べて、第1段階、第2~3段階、第4段階、第5段階の人の方が在宅介護サービス費用の増加率が有意に低い傾向にあるという結果が得られた(それぞれ $\beta = -.054$, $\beta = -.108$, $\beta = -.092$, $\beta = -.083$)。要介護4・5では、第1段階のみが有意な影響を及ぼしていた ($\beta = .191$) が、その影響の向きは反転し、第6段階に比べて第1段階の人の方が在宅介護サービス費用の増加

率が高いという結果であった。

IV 考察

本研究では、所得階層による介護サービスの利用抑制を検討するために、世帯収入が反映された保険料段階と在宅介護サービス費用の経時変化について3つの仮説を設定して分析を行った。

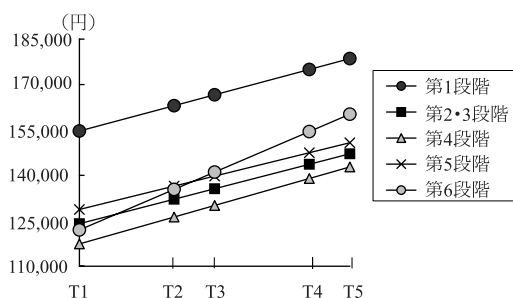
分析の結果、第1に、ベースライン(切片)の在宅介護サービス費用とその後の増加率(傾き)との関連については、要支援1・2においてのみ、両因子間に弱い正の相関(.079)が認められ、仮説①を支持する結果が得られた。すなわち、軽度の要介護者の間では、時間の経過に伴って、もともと利用量の多かった人ほどさらに利用を増やし、利用量の少なかった人はその後利用が進みにくいといったサービス利用量の格差が拡大傾向にあることが示唆された。他方で、要介護1以上においては、そうした関連は確認されず、特に要介護4・5においては、比較的強い負の相関

(-0.368)が認められた。要介護1～3よりも要介護4・5において、負の相関関係が顕著に示された点は、ベースライン時に既に重度の要介護度で介護費用が高い人びとはそれ以上に増額する余地が小さいという天井効果を反映したものと考えられる。その点を考慮すると、本結果は、個人レベルでの在宅介護サービスの費用は時間を経過して多様に変化しているが、同程度の要介護者のなかでも、ある時点の利用量とその後の増加率の間は無相関ではないこと、特に天井効果が発生しない限りにおいては介護サービスの利用量の格差は拡大する可能性があることを示すものといえる。これは、現行の介護保険制度では、同程度に介護のニーズを抱えた人びとの間で、もともとサービスの利用量が多い人ほどさらに利用が進み、利用量が乏しい人はその後も増えにくいという構造があり、サービスへの平等なアクセスという点で課題が残されていることを示唆するものと考えられる。

第2に、保険料段階とベースライン時の介護費用との関連については、要介護4・5において、性別や年齢、分析期間における要介護度の変化、ベースライン時のサービス利用月数にかかわらず、第6段階と比べて、第2～3段階と第4段階という比較的所得層の間で在宅介護サービス費用は低い傾向にあり、仮説②を一部支持する結果が得られた。しかし、要支援1・2、および、要介護1～3ではこうした関連は確認されなかった。要介護4・5においてのみ仮説が支持された点は、重度化に伴って自己負担が高額になった際に、相対的に低所得の人の中でサービス利用の抑制が生じやすいことを示唆するものと考えられる。本結果は、Andersenが示した行動モデルに示された機序とは必ずしも符合しないが、同程度のニーズを抱えていても経済的要因を含む利用促進要因によって実際のサービス利用が調節されるという知見〔古谷野 1992；Crets 1996〕を追認するものといえる。とりわけ、経済的要因による介護サービスの利用抑制を示したいくつかの研究〔Hays 1994；杉澤 2002；梶 2003〕と同様に、同程度に重度な要介護者のなかで、所得階層によって特定時点

のサービス利用量に格差が生じていることが改めて確認された点は政策的に重要な課題と考えられる。

それに加えて、第3に、低所得者ほどその後の在宅介護サービス費用の増加率が低いという仮説③に対しては、要介護度によって異なるが、要介護1～3では仮説を支持する結果が得られた。具体的には、自己負担が生じない第1段階を除き、ベースライン時の費用に有意な相違はないが、第6段階よりもほかの保険料段階の人びとの方が費用の増加率が小さい傾向にあり、2年後には第6段階が顕著に高くなっていた(図3)。これまでの研究によれば、介護サービス利用の有無に関しては所得階層による相違はない〔泉田 2008；近藤 2010〕が、低所得者ほど特定時点の介護サービスの利用量が乏しい傾向にあること〔杉澤ら 2002；梶 2003；和気 2007〕が明らかにされてきた。そのうえで、本研究では、在宅介護費用を経時的に把握することによって、中・低所得者と高所得者の間での在宅介護サービス利用量の伸びが異なることが新たに示唆された。本結果は、同程度に介護が必要な状況であっても、所得水準の高低に伴うコスト意識の相違によって、サービス利用量の格差が時間の経過とともに拡大する傾向にあることを示唆するものと考えられる。この点については、高齢者分野では資源配分の効率よりも機会均等を優先しなければならない〔大野 1996〕、「社会福祉のナショナル・ミニマム〔三重野 2005〕」として普遍的サービスから漏れる



注) 表4より作成。

図3 在宅介護サービス費用の経時的変化 (要介護1～3)

特定集団や地理的範囲に対する優先的なサービスが必要であるといった指摘が既になされているが、特に中・低所得の高齢者への負担軽減にむけた政策的な対応が急務であることが本分析からも改めて確認されたといえる。

第4に、本結果によれば、第6段階の利用者と比べて生活保護受給者が該当する第1段階の利用者の方が、要介護1～3ではベースライン時の在宅介護サービス費用が高い傾向にあること、また、要支援4・5ではその後の増加率が大きいことが確認された。これらの結果は、第1段階の利用者には介護扶助によって自己負担が発生しないことと密接に関連していると考えられる。これまでの研究においても、低所得者のうち自己負担減免の受益者はそうでない人びとよりも1.53倍ほど訪問介護サービスを利用しやすい〔Sato et al. 2006〕、海外においても減免制度などによって高所得者だけでなく低所得者の間で介護サービスの利用率が高い〔Kempen et al. 1991；Stoller et al. 1993；Wallace et al. 1994〕といった知見が報告されている。本結果はそれらと矛盾しないが、特に本分析によれば、第1段階の利用者はベースライン時と増加率の両面でほかの中・低所得層よりも大きいだけでなく、図3に示したように高所得者と比べても極端に高水準の利用量になっていた。この結果は、介護保険制度で導入された自己負担が、どの所得階層においても一定程度、サービス利用を抑制する効果をもっていることを示唆するものといえる。所得階層による利用量の相違と同時に、低所得者の間でもサービスの利用抑制が生じる層と生じない層を制度的に形成していることに対する政策的な改善を検討する必要があると考えられる。

なお、本データの期間は、介護職員の処遇改善などを目的とした介護報酬改訂が行われ、全体として3.0%引き上げられた時期である。これによって、利用者の自己負担が増額されたために所得階層によるサービス利用格差はより顕著になっている可能性がある。また、今後の介護保険制度改正にむけて、一定以上の所得者の自己負担を2割にするという論議もある。自己負担の増額によって

サービス利用量の格差が縮小する可能性はあるが、低所得者の利用抑制が改善されることは考えにくい。財政的な背景に基づく利用者への負担増の是非とともに、中・低所得者の介護サービス利用を促進するための政策的対応を検討する必要があると考えられる。

V 本分析の限界と今後の課題

最後に、本分析の限界と今後の課題として以下の4点があげられる。第1に、本分析は、行政データの長所を考慮して保険者（自治体）が所有する介護情報に着目したが、使用可能な変数が限られていた。Andersenら〔1973〕の行動モデルによれば、保健・医療・福祉サービスの利用要因には環境要因と個人要因があり、個人要因のなかでも多面的な要素が示されている。とりわけ、インフォーマルなケア資源による公的なサービス利用の相違が明らかにされている〔Tennstedt et al. 1996；Crets 1996〕ように、同居者や主・副介護者の基本属性などは本課題においても極めて重要な変数であり、他データとの結合を検討する必要がある。それと合わせて、本分析では、利用抑制を検討する際に、利用者と家族側のサービス需要を把握しておらず、その点を考慮した精緻な分析がさらに必要と考えられる。第2に、本研究で扱ったデータでは、オムツや衛生用品、洗濯代、通院にかかる交通費など個別家計における介護費用全体を把握できていない。しかし、現実的には、全額自己負担の部分においてより顕著な所得階層による格差が生じていることが十分に予想されるため、「介護用可処分所得〔岩田ら 1996〕」という観点からの分析を別途進める必要がある。第3に、本分析で用いた介護保険料段階は世帯所得を表す指標として必ずしも正確ではない。具体的には、介護保険料段階は、本人が課税者か否か、また世帯に課税者がいるか否かで区分されるため、同じ所得水準の世帯であっても、夫婦間でどの段階になるかが異なるほか、名義上、世帯分離をすると全く異なってくる。この点で、第1～6段階が真に所得階層を表しているとは限らないという

限界があるといわざるを得ない。第4に、本分析の結果は、特定自治体に限定したものであり、全国自治体に一般化できるとは限らない。特に、所得の高い自治体では介護サービスの利用率が高い傾向にある〔二木 2007〕ほか、県の施設定員率が介護給付水準を規定する〔安藤 2008〕といった地域間での格差が指摘されている。今後は各種の地域特性を踏まえた上でさらに分析を深める必要がある。

(平成22年12月投稿受理)

(平成23年 8月採用受理)

謝辞

本研究は、平成22年度文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の成果の一部である。本研究に際して、ご協力を頂きました自治体関係者の皆様に厚くお礼を申し上げます。また、2名の匿名レフェリーの先生方から大変詳細かつ有益なコメントを頂戴しました。厚くお礼申し上げます。

引用文献

- Andersen, R.M. & Newman, J.F. (1973) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank memorial fund quarterly*, 51, pp.95-124.
- 安藤道人 (2008) 「介護給付水準と介護保険料段階の地域差の実証分析；保険者データを用いた分析」『季刊社会保障研究』44(1), pp.94-109.
- Crets, S. (1996) Determinants of use of ambulant social care by the elderly. *Social science and medicine*. 43(12), pp.1709-1720.
- Duncan, T.E, Duncan, S.C. & Strycker, L.A. (2006) *An introduction to latent variable growth curve modeling; concepts, issues, and applications. 2nd edition*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.
- Hays, A.M. & Branch, L.G. (1994) Elder's out-of-pocket payment for community-based long-term care. *Home health care services quarterly*. 14(4), pp.87-103.
- 平野隆之・笹川修 (2008) 「介護保険給付分析ソフトの設計思想と到達点；保険者主体の評価ツール」『社会政策研究』8, pp.176-188.
- ・奥田佑子 (2009) 「介護保険認知症データ分析からみた地域密着型サービスの普及」『厚生生の指標』56(3), pp.9-17.
- 池田省三 (2007) 「贅沢な介護保険とサービスの貧困」『日本精神科病院協会雑誌』26(9), pp.19-24.
- 医療経済研究機構 (2004) 『介護費・医療費の決定構造モデルに関する研究報告書』医療経済研究機構。
- 岩田正美・平野隆之・馬場康彦 (1996) 『在宅介護の費用問題；介護にいくらかけているか』中央法規。
- 泉田信行 (2008) 「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」『季刊社会保障研究』43(4), pp.327-342.
- Kempen, G. I. J. M. & Suurmeijer, TH. P. B. M. (1991) Factors influencing professional home care utilization among the elderly. *Social science and medicine*. 32(1), pp.77-81.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2009) 『介護給付費実態調査報告』厚生統計協会。
- 古谷野亘 (1992) 「保健サービスの利用」柴田博編『老人保健活動の展開』医学書院, pp.222-229.
- 近藤克則 (2010) 『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新書。
- 三重野卓 (2005) 「福祉政策の公平・効率性と社会計画」三重野卓・平岡公一編『福祉政策の理論と実際；改訂版』東信堂, pp.13-34.
- 二木 立 (2007) 『介護保険制度の総合的研究』頸草書房。
- 大野吉輝 (1996) 「高齢者の負担能力と利用者負担；公私の役割分担の視点から」『季刊社会保障研究』32(3), pp.240-249.
- Sato, M. Hashimoto, H. & Tamiya, N. et al. (2006) The effect of subsidy policy on the utilization of community care services under a public long-term care insurance program in rural Japan. *Health policy*. 77, pp.43-55.
- 冷水 豊 (2009) 「介護保険制度の動向；普遍主義の観点からみた政策評価」『老年精神医学雑誌』20(3), pp.343-350.
- Stoller, E.P. & Cutler, S.J. (1993) Predictors of use of paid help among older people living in the community. *The gerontologist*. 33(1), pp.31-40.
- 杉澤秀博・深谷太郎・杉原陽子ほか (2002) 「介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因」『日本公衆衛生雑誌』49(5), pp.425-436.
- Tennstedt, S.L., Brooke, H. & Crawford, S. (1996) Informal care vs. formal care services; changes in patterns of care over time.

- Journal of aging and social policy. 7(3/4), pp.71-92.
- 豊田秀樹 (2000) 『共分散構造分析, 応用編; 構造方程式モデリング』朝倉書店。
- (2003) 『共分散構造分析, 疑問編; 構造方程式モデリング』朝倉書店。
- 梶 晴美 (2003) 「訪問介護サービスにおけるニーズとサービスの量的不一致; 介護保険の応益負担と給付制限をめぐって」『社会福祉学』44(2), pp.55-64。
- 和気純子・浅井正行・和気康太ほか (2007) 「介護保険制度施行5年後の高齢者の介護サービス認知と利用意向; 全国調査のデータ分析を通して」『厚生の指標』54(15), pp.1-8。
- Wallace, S.P., Cambell, K. & Lew-Ting, C.Y. (1994) Structural barriers to the use of formal in-home services by elderly Latinos. *Journal of gerontology; social sciences.* 49(5), pp.S253-S263.
- (さいとう・まさしげ 日本福祉大学地域ケア研究推進センター主任研究員)
- (ふじた・きんや 日本福祉大学福祉政策評価センター研究員)
- (ひらの・たかゆき 日本福祉大学教授)
- (おくだ・ゆうこ 日本福祉大学地域ケア研究推進センター研究員)

死亡前12か月の高齢者の医療と介護 ——利用の実態と医療から介護への代替の可能性——

田 近 栄 治
菊 池 潤

I はじめに

「医療から介護への代替」を一つの目的として、2000年4月に介護保険制度が発足した。介護保険導入後、高齢者医療費（65歳以上）は一度減少したものの、その後再び上昇に転じ、2007年度現在で17兆7千億円にまで達している¹⁾。また、介護サービスの利用は居宅サービスを中心に急速に拡大し、2007年度現在で医療費の3分の1程度に相当する6兆3千億円にまで達している²⁾。高齢者医療・介護全体でみると、2001年度から2007年度にかけて、19兆7千億円から24兆円にまで拡大しており、この間の増加率は22.1%となっている。このような状況下で近年相次ぐ制度改革が行われてきたものの、制度の持続可能性を疑問視する声は依然として強く、現在、長寿医療制度の廃止を含めて検討が行われている。

高齢者医療・介護のあり方について検討を行う上で、死亡前における医療・介護のあり方についても検討が避けられない。死亡前医療費について検討した府川・郡司〔1994〕によれば、調査対象高齢者136万人のうち1年の間に死亡した高齢者は4.3%（5.7万人）であるが、これら死亡者に対して高齢者医療費の11.2%が投入されている³⁾。これは死亡前において医療資源が集中的に投入されている実態を示しており、規模としても決して小さなものとはいえない。高齢死亡者は一層拡大することが予想されており、拡大する高齢死亡者に対して医療・介護がいかに対応していくべきか

は喫緊の課題となっている。

死亡前医療費に関しては、Lubits and Prihoda〔1984〕などをはじめとする多くの研究蓄積があり、国内でも前出の府川・郡司〔1994〕をはじめとする研究が既に行われている⁴⁾。大規模調査に基づく府川・郡司〔1994〕の結果によれば、医療費は死亡月の6か月前あたりから急激に上昇すること、その背景には入院医療費の上昇があること、死亡前医療費は死亡年齢の上昇とともに低下すること、などの点が死亡前医療費の特徴として指摘されている。一方で、介護費を含めた研究はほとんど行われておらず、筆者らの知る限り阿波谷〔2004〕、Hashimoto *et al.*〔2010〕があるのみである⁵⁾。Hashimoto *et al.*〔2010〕によれば、死亡前医療費が死亡年齢の上昇とともに低下することは他の先行研究が示す通りであるが、死亡前介護費は逆に死亡年齢とともに上昇するとされている。このことは、少なくともわが国においては、死亡年齢の上昇とともに介護がより重要となることを意味している。同様の点は阿波谷〔2004〕でも指摘されており、「日本の場合には…、終末期に必要なとする医療・介護資源を過小に推計してきた可能性は否めない」〔阿波谷、2004、p.236〕との指摘は正しいと思われる⁶⁾。

このように死亡前医療・介護費の実態については研究が蓄積されつつあるものの、これまでの研究では、終末期における医療・介護利用に関して、高齢死亡者の平均的な特徴を示すことに主眼が置かれてきた。しかし、当然のことながら、すべての高齢者が同じ経路を経て死に至るわけではない。

たとえば、老衰により徐々に身体機能が低下していく高齢死亡者と、心筋梗塞などの急性疾患を死因とする高齢者とは、死亡前において必要とされる医療・介護サービスも異なってくると考えられる。したがって、死に至る経路が複数存在することを明示的に考慮し、それぞれの経路におけるサービス利用の特徴を明らかにすることは、残された大きな課題といえる。

以上の問題認識のもと、本稿では以下の2点を目的として、死亡前1年における医療・介護の利用実態について検討を行う。第1の目的は、死亡前1年間の医療・介護費をもとに複数の費用階級を設定し、各グループのサービス利用の特徴を明らかにすることである。特に、終末期に利用が集中する入院に関しては、入院期間、診療密度の二つの観点から、サービス利用の実態を明らかにする。本稿の第2の目的は、終末期医療を介護に代替することによる医療・介護費の変化について検討し、終末期医療を看取りまでを含む介護によって代替することの可能性をさぐることである。本稿では、以上2点について、神奈川県開成町より提供を受けた医療・介護個票データを用いて検討を行った。

本研究から得られた主な結果は以下の通りである。第1に、高齢者の3%程度が1年以内に死亡しているのに対して、高齢者医療・介護費の16%が死亡前1年間のサービス利用に充てられており、死亡前1年間においては、医療のみならず、介護資源も集中的に投入されている。第2に、死亡前医療・介護費とサービス利用との関係について検討を行った結果、診療密度の低い入院が長期間継続することによって、死亡前医療・介護費が押し上げられていることが明らかとなった。第3に、介護施設入所者（介護老人福祉施設・介護老人保健施設）のほとんどは医療機関で最期を迎えており、介護施設が看取りの機能を果たしていない現状が明らかとなった。介護施設での死亡者割合は少しずつ上昇しているものの、依然として4%程度の水準にとどまっている⁷⁾。その背景には、介護施設において看取りができない現状があると考えられる。第4に、死亡前における診療密度の低

い入院を介護施設で代替することにより、本調査対象地域では高齢者医療・介護費全体の0.6%から3.2%程度抑制する効果を持つことが明らかとなった。

本稿の構成は以下の通りである。まず次節において本研究で利用するデータについて述べる。第Ⅲ節において各費用階級の医療・介護サービス利用の特徴について検討した上で、第Ⅳ節において入院医療の実態について検討する。第Ⅴ節では、死亡前における診療密度の低い入院を介護施設で代替した際の効果について簡単なシミュレーションを行う。第Ⅵ節は本研究の結果をまとめるとともに、政策的含意について述べる。

Ⅱ 利用データ

本稿で利用するデータは神奈川県開成町から提供を受けた医療・介護個票データである。同町は人口が約15,000人であり、高齢化率は18.6%（全国平均20.1%）、後期高齢化率は43.3%（同45.2%）であり、いずれの指標で見ても、比較的年齢構成が若い町となっている⁸⁾。町内の医療提供体制は、病院1、一般診療所15となっており、病院の病床はすべて療養病床となっている⁹⁾。療養病床は人口10万人当たり2,050床と全国平均の269床を大幅に上回っており同町の特徴となっているが、その多くは介護保険適用療養病床となっている¹⁰⁾。なお、町内に一般病床を有する医療機関は存在しないが、比較的多くの医療機関が集積する小田原市の近隣に位置するため、医療サービスへのアクセスは比較的良好な地域と考えられる。介護施設については、特別養護老人ホームはないものの、老人保健施設が1つあり、上で述べた病院が介護療養型医療施設の指定を受けている¹¹⁾。65歳以上人口10万人当たりの定員数（病床数）では、老人保健施設3,563（全国平均1,223）、介護療養型医療施設8,229（全国平均431）と全国平均を大幅に上回っている。ただし、いずれの介護施設においても定員数（病床数）に対する町内利用者の割合は1割未満にとどまっており、町外からの利用がその大半を占めている。開成町を含

む二次医療圏（県西二次医療圏）では、介護保険適用療養病床が相対的に多いものの、他の医療・介護施設については全国平均からの大きな乖離は見られない¹²⁾。

本稿では、開成町から提供を受けた、国民健康保険（以下、国保）・介護保険の個票データを利用する¹³⁾。具体的には、国保被保険者台帳情報、国保診療報酬明細書情報（以下、国保レセプト）、介護保険被保険者台帳情報、介護保険要介護認定情報、および、介護保険給付実績情報（以下、介護レセプト）の5つの業務データを利用する。以上のデータセットをもとに、(1)基本データセッ

トと(2)死亡者追跡データセットの2つの分析用データセットを作成した。以下、各データセットの作成方法について簡単に述べる。

基本データセットは個人単位の月次パネルデータ（2003年3月～2008年2月、60か月）である。対象となるのは、国保・介護両方の被保険者資格を有する65歳以上の高齢者であり、延べ人数で98,394人（月平均1,640人）の高齢者を対象としている¹⁴⁾。本稿では、医療・介護の利用状況を同時に把握することを目的としているため、分析対象を国保被保険者に限定している¹⁵⁾。基本データセットには、個人属性と医療・介護サービスの利

表1 分析用データの記述統計

	基本データセット n=98,394				死亡者追跡データセット n=2,460				備考
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
対象年月 (死亡月基準) 注1	20.8	15.3	0	69	5.5	3.5	0	11	「0」死亡当月, 「n」死亡nか月前
性別	1.55	0.50	1	2	1.47	0.50	1	2	「1」男,「2」女
年齢	74.6	7.3	65	101	82.7	8.2	65	100	
利用ダミー									「1」利用あり, 「0」利用なし
居宅	0.07	0.25	0	1	0.19	0.40	0	1	居住系を除く 居住系を含む
施設	0.03	0.17	0	1	0.14	0.34	0	1	
介護計	0.09	0.29	0	1	0.33	0.47	0	1	
入院	0.04	0.20	0	1	0.32	0.46	0	1	
入院外	0.71	0.46	0	1	0.61	0.49	0	1	
医療計	0.73	0.45	0	1	0.80	0.40	0	1	
日数(日/月) 注2									
入院	0.73	4.23	0	34	6.17	11.02	0	34	
入院外	2.08	2.58	0	46	2.11	3.30	0	40	
費用(円/月)									
居宅	6,640	31,407	0	374,800	22,573	58,143	0	306,000	
施設	8,067	49,329	0	479,293	38,164	102,039	0	457,060	
介護計	14,707	57,740	0	479,293	60,737	110,034	0	457,060	
入院	17,308	116,231	0	4,583,100	143,397	292,455	0	3,819,060	
入院外	15,344	32,738	0	886,590	27,988	67,399	0	639,210	
医療計	32,652	120,381	0	4,606,820	171,384	292,288	0	3,890,480	
医療・介護計	47,359	132,883	0	4,606,820	232,122	286,732	0	3,890,480	
月日数	30.4	1.2	1	31	29.2	5.0	1	31	死亡当月の日数は 死亡日までの日数
1日当たり費用(円/日)									費用/月日数
居宅	219	1,036	0	16,763	762	1,969	0	16,763	
施設	266	1,624	0	15,461	1,275	3,388	0	14,744	
介護計	485	1,902	0	16,763	2,037	3,668	0	16,763	
入院	594	4,105	0	321,550	5,472	12,647	0	321,550	
入院外	506	1,084	0	28,600	972	2,337	0	21,307	
医療計	1,099	4,233	0	321,550	6,444	12,608	0	321,550	
医療・介護計	1,584	4,621	0	321,550	8,481	12,372	0	321,550	

注1) 分析期間中（2003年3月-2008年2月）の死亡者以外は欠損。

注2) 同一日に複数の医療機関を受診した場合には、日数が二重に計上されている。

出典) 筆者計算。

用状況が月単位で記録されている。

個人属性を表わす変数としては、介護被保険者台帳情報より性別、年齢の2変数が得られる。サービス利用状況を表す変数に関しては、国保・介護レセプト情報を集計することにより、サービス別の日数、費用を作成した¹⁶⁾。この際、国保レセプトについては医科レセプト（入院・入院外）のみを集計対象とし、その他のレセプト（歯科・調剤・訪問看護）は分析から除外した。最後に、集計された費用を用いて、利用の有無を表わすダミー変数（利用ダミー）を作成した（表1「基本データセット」参照）。

死亡者追跡データセットは、死亡前1年間のサービス利用を追跡するためのデータセットである。本稿では死亡11か月前から死亡当月に該当する個人を「死亡者」として分析対象とした。基本データセットから分析期間中の「死亡者」データを抽出し上で、死亡11か月前から死亡当月の追跡が可能な死亡者を再抽出することにより、死亡者追跡データセットを作成した¹⁷⁾。この結果、分析期間中の死亡者263名のうち205名の死亡者について、死亡前1年間の追跡が可能となっている（表1「死亡者追跡データセット」参照）。

III 死亡前医療・介護費

1 高齢者医療・介護費と死亡前医療・介護費

はじめに、基本データセットを用いて、高齢者医療・介護費と死亡前医療・介護費との関係について見ていくことにする。表2は、高齢者に占める死亡者の比率（以下、死亡者比率）、および、高齢者医療・介護費に占める死亡前医療・介護費の比率（以下、死亡前医療・介護費比率）の2点についてまとめた結果である。本稿では、死亡11か月前から死亡当月に該当する個人を死亡者とし、これら死亡者にかかる医療・介護費を死亡前医療・介護費と定義している。なお、表2では、2003年度から2006年度（2003年3月から2007年2月）の各月の死亡者比率、死亡前医療・介護費比率を計算し、全期間（48か月）の平均をとった結果を示している¹⁸⁾。

死亡者比率についてみてみると、死亡率の差を反映して、女性より男性で高く、年齢階級が高くなるほど死亡者比率が上昇しており、高齢者全体に占める死亡者の割合は3%程度となっている。死亡前医療費比率についても、死亡者比率と同様の傾向を示しており、女性より男性で高く、年齢階級が高くなるほどその比率は高くなっている。高齢者全体でみると、死亡前医療費比率は16.3%となっており、死亡者比率を大きく上回る結果となっている。特に、入院では死亡前医療費の比率が高く、入院医療費の25.1%が死亡前医療費に充てられていることとなる。以上の結果は、府川・郡司〔1994〕の結果とも整合的なものとなっているが、死亡者比率については府川・郡司〔1994〕の結果が、死亡前医療費比率、死亡前入院医療費比率については本稿の結果が若干高い値を示している¹⁹⁾。

次に、介護について見てみると、やはり年齢階級の上昇とともに死亡前介護費比率は高くなっており、死亡率の差を反映した結果と考えられる。男女差について見てみると、85歳未満では医療と同様に男性の死亡前介護費比率が女性を上回っているが、85歳以上では女性の死亡前介護費比率が高くなっており、死亡率以外の要因によって男女で死亡前のサービス利用が異なる可能性を示している。高齢者全体でみると、死亡前介護費比率14.5%は死亡者比率3.2%を大きく上回っており、死亡前にサービス利用が集中している様子が見られる。ただし、85歳以上の男性では死亡前介護費比率18.5%は死亡者比率16.4%をわずかに上回るのみであり、死亡前に集中的にサービスが利用されているとはいえない。

Hashimoto et al.〔2010〕では、死亡者の介護サービス利用率が生存者を上回るのに対し、利用者一人当たり費用については死亡者と生存者の間に大きな差が見られないことが指摘されている。同様の傾向は本調査地域においても見られるが、85歳以上の男性ではサービス利用率の差が相対的に小さくなっている²⁰⁾。後述するように、死亡前のサービス利用は死亡当月にかけて入院中心の利用形態へ移行していくことが知られているが、

介護サービスについては死亡数か月前をピークに利用が低下することになる〔阿波谷, 2004〕。本稿の死亡者が死亡11か月前から死亡当月に該当する個人であることを考慮すると、85歳以上の男性では死亡前における介護から医療への移行がより早いタイミングで起きており、この結果、介護サービスについては死亡前におけるサービス利用の集中が見られない結果になっていると推測される。この点については大規模サンプルを用いたさらなる検証が必要である。

以上の結果、本調査地域においては高齢者医療・介護費の15.8%が死亡前1年間の医療・介護に充てられていることとなり、規模としても決して小さいとは言えない。また、死亡前医療・介護費比率は年齢階級が高くなるほど上昇し、65歳以上75歳未満の9.0%に対して、85歳以上では26.1%となっている。死亡前医療・介護費比率は、(1)死亡率と(2)生存者に対する死亡者の医療・介護費の比率(死亡者一人当たり医療・介護費/生存者一人当たり医療・介護費)の二つの要素に分けて考えることができるが、死亡率は年齢とともに上昇する。一方で、死亡前医療・介護費が年齢と

ともに低下する結果〔Hashimoto et al., 2010〕、死亡者医療・介護費比率は年齢とともに低下することになる。年齢と死亡前医療・介護費比率の関係を見た場合、両者は相反する効果を有することになるが、死亡率の効果が上回る結果、年齢階級と死亡前医療・介護費比率の間には正の関係が観察されたと考えられる。以上の関係が今後も維持されるとするならば、高齢化のさらなる進展により、高齢者医療・介護費に占める死亡前医療・介護費の比率は一層上昇していくことが予想される²¹⁾。したがって、死亡前医療・介護費の実態を明らかにすることは、今後の医療・介護保険制度の持続可能性という面でも、極めて重要な課題であると考えられる。

2 死亡前における医療・介護サービス利用状況

死亡前1年間における医療・介護サービス利用の特徴については、先行研究において既に多くの知見が得られている。医療・介護費は死亡当月にかけて緩やかに上昇し、死亡直前の数か月において急激に増加することになるが、この背景には死亡前数か月における医療費の上昇がある〔阿波谷、

表2 死亡前医療・介護費比率

	死亡者比率	死亡前医療・介護費比率				計
		医療計	入院	介護計	施設	
男女計	3.2%	16.3%	25.1%	14.5%	17.2%	15.8%
65歳以上75歳未満	1.1%	9.3%	14.5%	7.0%	10.1%	9.0%
75歳以上85歳未満	3.5%	17.0%	27.2%	8.7%	9.2%	14.7%
85歳以上	13.3%	33.1%	41.8%	20.9%	25.3%	26.1%
男	4.0%	19.6%	29.5%	14.0%	16.4%	18.4%
65歳以上75歳未満	1.7%	12.3%	18.0%	9.7%	16.0%	12.0%
75歳以上85歳未満	5.0%	20.4%	30.9%	12.8%	14.9%	18.9%
85歳以上	16.4%	48.6%	63.3%	18.5%	18.2%	33.8%
女	2.7%	13.0%	20.7%	14.8%	17.6%	13.6%
65歳以上75歳未満	0.5%	5.7%	10.2%	3.6%	0.0%	5.5%
75歳以上85歳未満	2.4%	12.9%	22.6%	6.6%	7.0%	10.6%
85歳以上	11.9%	25.9%	32.0%	21.6%	27.4%	23.3%

注1) 2003年度から2006年度(2003年3月～2007年2月)の月平均値。

注2) 死亡者は「死亡当月」から「死亡11か月前」に該当する個人。

注3) 死亡前医療・介護費比率は、総費用に占める死亡前費用(死亡当月から死亡11か月前)の割合。
出典) 筆者計算。

2004]。医療費の上昇に大きな影響を与えているのは入院であり〔府川, 1998〕, この間, 入院患者の比率, 入院患者一人当たり医療費ともに上昇することになる〔府川・郡司, 1994; 府川, 1998; Hashimoto et al., 2010〕。この結果, 医療機関で死亡するものの割合は, 2008年度現在で8割強となっている(厚生労働省「人口動態調査」)。入院と対照的な動きを示すのが入院外であり, 入院外利用率は安定的に推移した後, 最後の数か月で大きく下落することになる〔Hashimoto et al., 2010〕。介護サービスについては, Hashimoto et al.〔2010〕が死亡前1年間の利用率は居宅・施設いずれにおいても安定的に推移すると指摘する一方で, 阿波谷〔2004〕は一人当たり介護費が最後の数か月において下落するとしている。いずれにしても, この間における介護サービス利用の変動は相対的に小さく, 死亡当月に近づくにつれて入院中心の利用形態へと移行していくことになる。

以上の死亡前医療・介護費の特徴は, 本調査地域においても観察される。ただし, これらの特徴は死亡者全体で見た平均的な姿をとらえたものであり, 当然のことながらすべての高齢死亡者が同じ経路をたどって死に至るわけではない。心筋梗塞などの急性疾患を原因として死に至るのか, あるいは老衰による死であるのかによって, 死亡前のサービス利用や費用は異なることが予想される。以下では, 死亡11か月前から死亡当月にかけての医療・介護費(以下, 「死亡前医療・介護費」と呼ぶ)をもとに死亡者を4つの費用階級に分け, 各費用階級におけるサービス利用の特徴について検討し, 死亡前の医療・介護サービス利用の類型化を試みる。

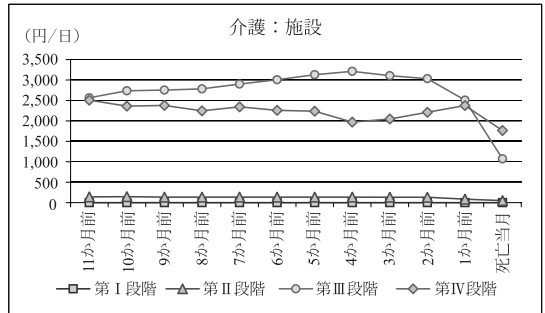
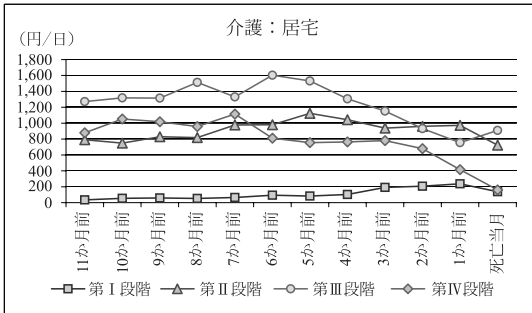
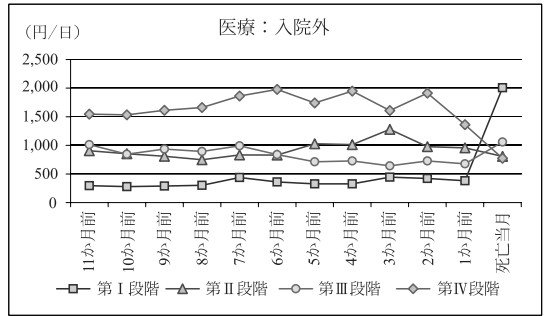
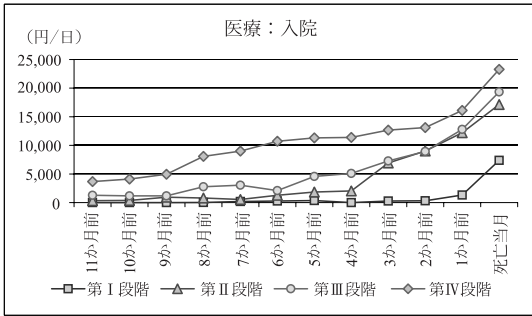
分析対象は, 死亡11か月前から死亡当月にかけての追跡が可能となっている205名の死亡者である。死亡前医療・介護費は0円から868万円の範囲で分布しており, 平均値279万円, 中央値305万円となっている。以下では, これら205名の死亡者を死亡前医療・介護費に応じて, 最も低い第I階級から最も高い第IV階級まで, 4つの費用階級に分類し, サービス利用との関係について

検討を行う。

図1, 図2は各費用階級のサービス利用の状況についてまとめた結果である。図1は被保険者一人当たり費用(日額)の推移を, 図2は被保険者一人当たり利用者数(以下, 利用率)の推移をそれぞれ示している。いずれの図においても, 医療・介護サービスを, 「入院」「入院外」「居宅」「施設」の4つに分類している²²⁾。図1, 図2から得られる各費用階級の特徴は以下の通りである。

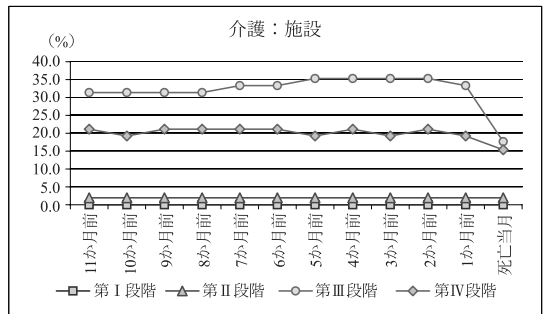
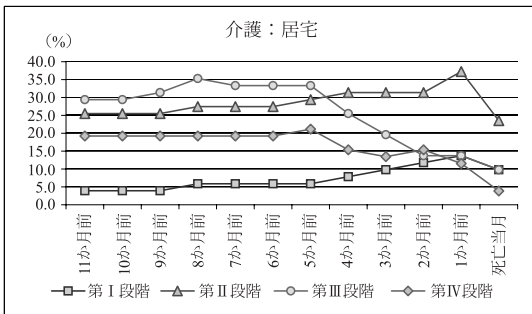
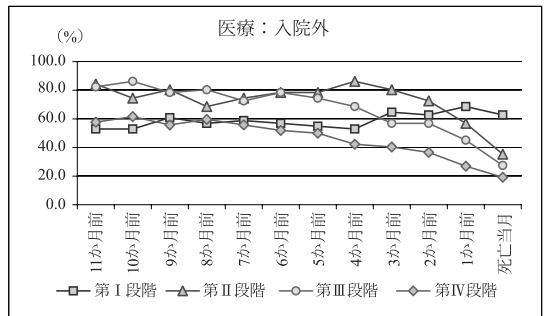
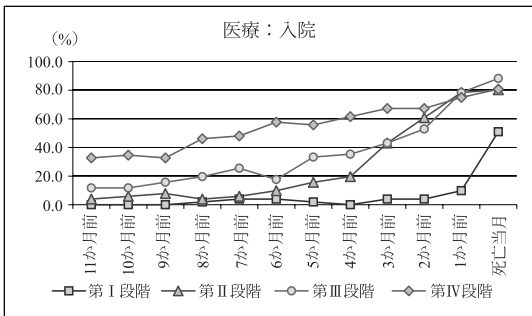
死亡前医療・介護費が低額となる第I階級, 第II階級の特徴としては, (1)死亡11か月前において入院・施設の利用率が低いこと, (2)全期間通じて介護施設の利用が少ないこと, の2点が挙げられる²³⁾。いずれのグループにおいても, 死亡当月に近づくにつれて, 入院利用率が上昇していくことになるが, 第II階級の方が入院比率の上昇が急激であり, この点が二つの階級を分ける大きな違いと考えられる²⁴⁾。この結果, 第I階級では死亡当月の入院利用率が5割程度にとどまるのに対し, 第II階級では第III・第IV階級と同様に8割程度にまで達することになる。第I階級の残りの5割は死亡当月の入院経験がないことになるが, その多くは在宅で最期を迎えた在宅死と考えられる。実際, 入院外利用率の推移を見ると, 第I階級でのみ死亡直前における利用率の低下が観察されず, 被保険者一人当たり入院外費用は第I階級で最も高くなっている。これらの死亡者は医師の往診などを伴いつつ在宅で看取られているものと推測される。

死亡前医療・介護費が高額である第III, 第IV階級の特徴としては, 低費用群とは対照的に, 死亡11か月前において医療・介護施設への依存が大きい点が指摘できる。死亡当月に近づくにつれて入院利用率が上昇している点は第I・第II階級と同じであり, いずれのグループにおいても8割以上が医療機関で最期を迎えることとなる。第III階級と第IV階級の比較では, 介護施設の利用に大きな違いが見られる。すなわち, 第III階級では死亡11か月前の時点で3割程度が介護施設に入所しているのに対し, 第IV階級では3割程度が医療機関への入院となっている。なお, 図2では第IV階級



出典) 筆者計算。

図1 費用階級別・サービス別・被保険者一人当たり費用(円/日)



出典) 筆者計算。

図2 費用階級別・サービス別・利用率(%)

でも2割程度が介護施設に入所していることになるが、その多くは介護療養型医療施設であり、これらを含めると、実質的には5割程度の高齢者が死亡11か月前に医療機関に入院していることとなる²⁵⁾。全体としては、介護施設への入所、医療機関への入院の二つの要素が、死亡前医療・介護費の大きさと密接に関係しているといえる²⁶⁾。

このように死亡前医療・介護費が最も高額となる第IV階級では、(介護療養病床も含めて)医療機関への依存が大きい点を最大の特徴としているが、入院外費用についても他の階級に比べて高くなっている。ただし、利用率では第IV階級が最も低くなっており、ごく一部の高齢死亡者において高額な入院外費用が発生していることになる。図には示していないが、第IV階級の入院外利用者は診療実日数が「10日以上20日未満」となる個人が相対的に多く、これらの個人の入院外医療費は平均36万円(月額)となっている²⁷⁾。以上の点を考慮すると、第IV階級には人工透析などの継続的な外来治療を必要としている慢性疾患患者が含まれており、このことも死亡前医療・介護費を押し上げる一因となっていると考えられる。

高齢者の医療と介護の代替について考えるうえで、第III階級における死亡2か月前から死亡当月にかけての施設利用率の低下は注目すべき点であると思われる。この点をより詳しく見るために、第III階級の中で死亡2か月前に介護施設に入所している高齢者(18人)を対象に、死亡当月における医療・介護レセプトの発生状況をまとめた結果が表3である。同表では、死亡当月における入院・介護施設レセプトの発生状況によって、高齢者を4つに分類している。このうち、「施設入所なし・入院あり」および「施設入所あり・入院あ

り」の個人については、同期間において介護施設から医療機関へ移った個人と考えられる。すなわち、死亡2か月前において介護施設へ入所している個人のうち、8割以上は医療機関で最期を迎えていることとなり、少なくとも本調査地域においては、介護施設が看取り機能を果たせていない実態が浮き彫りになっている²⁸⁾。

最後に個人属性との関係では、死亡1年前の時点で要介護認定を受けている高齢者の8割弱が高費用群(第III・第IV階級)となっている。これら的高齢者はある時点において要介護状態となり、在宅や施設で介護を受けていた高齢者が多いと考えられるが、要介護度が重度化するなどの理由によって、在宅介護から施設介護、あるいは入院医療に移ってきた可能性がある。この点については、次節において入院患者の診療密度の観点から改めて検討することにする。

IV 死亡前における入院医療の状況

前節では、死亡前におけるサービス利用と費用との関係について検討したが、介護施設と入院医療のあり方が死亡前医療・介護費と密接な関係を持つことが明らかとなった。このうち入院費用は死亡前医療・介護費の6割を占めており、医療から介護への代替可能性を検討する上でも、入院医療のあり方が問題となる。以下では、診療密度の観点から、死亡前1年間の入院医療の実態について検討することとする。

表4-1は死亡当月まで連続して入院していた高齢者を対象として、入院開始月・診療月別の1日当たり入院医療費についてまとめた結果である²⁹⁾。表頭は入院開始月を示しており、入院開始月「その他」の欄は、死亡11か月前から死亡当月まで連続して入院していた死亡者を示しており、ここには入院開始月が死亡11か月前以前となる死亡者も含まれている。表側は診療月を示しており、表4-1の各列は入院開始月から死亡当月にかけての月別の1日当たり入院医療費の推移を示している。「合計」欄には対象サンプル全体の結果がまとめてあるが、ここからは1日当たり医療費が死

表3 施設入所者の死亡当月におけるサービス利用状況

		入院		計
		なし	あり	
施設入所	なし	5.6%	44.4%	50.0%
	あり	11.1%	38.9%	50.0%
	計	16.7%	83.3%	100.0%

注) 第III階級で死亡2か月前に入所経験がある死亡者(18名)を対象。
出典) 筆者計算。

亡当月にかけて上昇していく様子が見て取れる。入院開始月別に見てみると、多くのケースにおいて、1日当たり医療費は入院開始月で最も高くなっており、死亡当月にかけて1日当たり医療費が大きく上昇する様子はほとんど見られない。死亡当月にかけて1日当たり医療費が高騰しているのは死亡2か月前に入院したケースのみであり、「終末期医療費の高騰が一部の人でしかみられない」という府川・郡司〔1994〕の指摘とも整合的な結果となっている³⁰⁾。また、入院期間が短い（入院開始月が死亡当月に近い）ほど、1日当たり医療費が高くなる傾向が観察される。特に、入院開始月が死亡11か月前以前となる「その他」では、1日当たり医療費が比較的低額、かつ、安定して推移している様子が見て取れる。したがって、死

亡前において一様に医療資源が集中的に投入されるというよりも、死亡当月に近づくにつれて自宅や介護施設から医療機関へ入院する患者が増え、これら入院患者の1日当たり医療費が高いために、1日当たり医療費全体を押し上げていると考えられる。

次に死亡前医療・介護費（費用階級）と入院開始月との関係について見てみる（表4-2参照）。費用階級が高いほど早い時点で入院比率が上昇していることから推測できるように、長期入院患者には高額グループの比率が高くなっており、入院開始月「その他」では8割強が第IV階級となっている。一方で、入院開始月「死亡当月」では5割以上が第I階級となっており、1日当たり医療費が高額となる点とあわせて考えると、第I階級

表4-1 入院開始月別・サービス提供月別・1日当たり入院医療費

(円/日)

診療月	入院開始月						合計 n=154
	死亡当月 n=37	1か月前 n=32	2か月前 n=21	3か月前 n=25	4か月前 n=10	その他 n=12	
死亡当月	58,881	39,513	59,778	25,402	24,930	16,446	39,630
1か月前		47,000	29,023	24,479	31,505	14,720	30,148
2か月前			33,022	25,964	20,422	14,276	23,939
3か月前				36,434	23,401	14,343	25,607
4か月前					54,230	16,606	27,701
5か月前						15,033	22,310
6か月前						13,927	34,319
7か月前						14,282	17,445
8か月前						13,729	17,189
9か月前						14,396	17,116
10か月前						14,703	15,545
11か月前						13,739	13,739

注1) 死亡当月に入院実績がある死亡者（154人）の死亡当月にかけて連続する入院を対象。

注2) 入院開始月「その他」は、死亡11か月前から死亡当月にかけて連続する入院実績がある死亡者を示す。

注3) 対象者数が10人未満となるケースは掲載していない（入院開始月「死亡5か月前」から「死亡10か月前」）。

出典) 筆者計算。

表4-2 費用階級別・入院開始月別・死亡者数

費用階級	入院開始月						合計 n=154
	死亡当月 n=37	1か月前 n=32	2か月前 n=21	3か月前 n=25	4か月前 n=10	その他 n=12	
第I階級	56.8%	12.5%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	16.9%
第II階級	10.8%	34.4%	47.6%	60.0%	10.0%	0.0%	26.6%
第III階級	18.9%	34.4%	38.1%	16.0%	50.0%	16.7%	29.2%
第IV階級	13.5%	18.8%	9.5%	24.0%	40.0%	83.3%	27.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

注) 表4-1に同じ。

出典) 筆者計算。

には、急性かつ短期で致命的な疾患（心筋梗塞など）により死亡した高齢者が含まれていると推測される。

以上、死亡当月にかけての入院受療率の上昇、および死亡直前における医療資源の集中的投入の両側面と死亡前医療・介護費との関係について検討を行った結果、以下の点が明らかとなった。まず、入院受療率の上昇は、死亡前医療・介護費と密接に関係しており、死亡前の入院期間が長いほど死亡前医療・介護費は高くなることがわかった。次に、医療資源投入の面では、死亡当月にかけての1日当たり医療費の上昇は一部で見られるが、これら的高齢者は比較的短期間の入院で収まっており、期間全体としての費用は低額にとどまっている。他方、死亡前医療・介護費が高額となるグループには長期入院患者が多くなっており、ここでは比較的低密度の医療が長期間行われていると結論づけられる。

ここまで死亡者を対象に医療・介護利用の実態について検討を行ってきたが、以上の結果は死亡者の特徴と考えることができるのだろうか。表5は、本稿で利用したデータを用いて、死亡者と生

存者のサービス利用の状況について比較した結果である。生存者については、2008年2月末現在で生存が確認される高齢者（1,565人）とし、2006年3月から2007年2月のサービス利用を対象に集計した結果である³¹⁾。被保険者一人当たり費用と利用率について見てみると、入院外の利用率を除いて、すべて死亡者が生存者を有意に上回る結果となっている（有意水準1%、以下同じ）。入院受療についてより詳細に見てみると、1件当たり日数は死亡者で有意に高く、入院期間の長期化は死亡前の特徴と考えることができる。一方で、1日当たり費用については、死亡者でより低い値となっているものの、有意水準は低い結果となっている。

高齢者医療全般の特徴として、府川・星・郡司〔1994〕や小椋・鈴木〔1998〕などは、診療密度の低い長期入院が高齢者医療を押し上げる一因であることを指摘している。したがって、本稿の結果は、死亡前において診療密度が低下するというよりも、死亡前においても引き続き診療密度の低い入院が継続していることを示していると考えべきだろう。ただし本稿の結果は一自治体を調

表5 生存者と死亡者の比較

	死亡者	生存者（08年2月）	
サンプル数	205	1,565	
対象期間	03年3月－08年2月	06年3月－07年2月	
被保険者一人当たり費用（円/月）			
入院	143,397	12,620	***
入院外	27,988	15,210	***
居宅	22,573	5,987	***
施設	38,164	7,289	***
利用率			
入院	0.315	0.031	***
入院外	0.612	0.720	***
居宅	0.195	0.061	***
施設	0.135	0.025	***
利用者一人当たり日数（日/月）			
入院	19.5	16.6	***
入院外	3.4	2.9	***
1日当たり費用（円/日）			
入院	30,097	33,649	*
入院外	12,618	7,333	***

注）***は1%、**は5%、*は10%水準で有意であることを示す（t検定）。

出典）筆者計算。

査対象としたものであり、特に、本調査対象地域において療養病床が多いため、死亡者・生存者を問わず、診療密度の低い入院が多く観察される結果となっている可能性は否定できない。この点については、(提供体制の異なる)他地域での検証など、さらなる検討が必要である。

V 医療と介護の代替が 死亡前医療・介護費に与える影響

前節では、死亡前医療・介護費が高額となるグループでは、長期入院患者が多くみられ、そこでは比較的低密度の医療行為が行われている点を指摘した。また、多くのケースでは、入院開始月に集中的に医療資源が投入されるものの、その後死亡当月までは比較的低額、かつ、安定して推移している点を指摘した。そこで以下では、低密度の医療を介護で代替することによる医療・介護費への影響を考える。

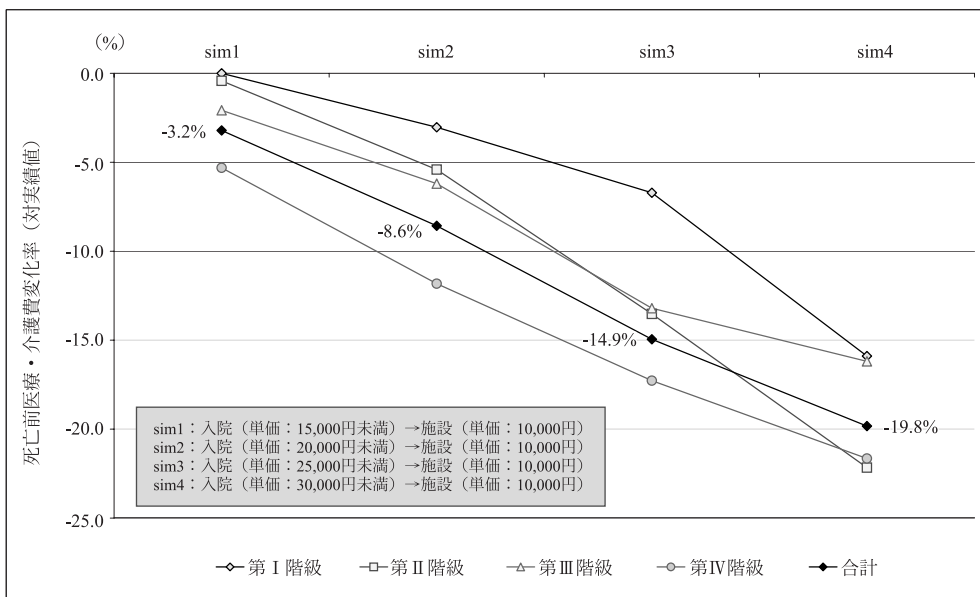
表6には、前節で検討した死亡者205人の全入院776件について、1日当たり入院医療費の分布を示したものである。表6上段には、(死亡当月を基準とした)診療月ごとの1日当たり医療費の分布がまとめてある。死亡当月から遡るほど1日当たり医療費の低い入院が多くみられ、1日当たり医療費2万円未満の入院に着目すると、死亡11か月前で約6割、死亡当月で約3割、全体で約4割が1日当たり医療費2万円未満の入院となっている。表6下段には、死亡前医療・介護費の費用階級ごとに1日当たり医療費の分布がまとめてあるが、死亡前医療・介護費用が最も高い第IV階級で診療密度の低い入院が多くなっており、5割程度の入院が1日当たり医療費2万円未満となっている。

このように、死亡前といえどもその多くは診療密度の低い入院であり、診療密度が低い入院ほど介護への代替可能性は高くなると思われる。以下では、簡易なシミュレーションを用いて、死亡前における医療(入院)から介護(施設)への代替

表6 1日当たり医療費別・入院患者数

	入院患者比率							合計
	15,000円未満	15,000円以上 20,000円未満	20,000円以上 25,000円未満	25,000円以上 30,000円未満	30,000円以上 35,000円未満	35,000円以上 40,000円未満	40,000円以上	
診療月								
死亡当月	11.0%	18.2%	20.8%	13.6%	7.8%	3.9%	24.7%	100.0%
1か月前	13.7%	23.4%	20.2%	13.7%	8.1%	6.5%	14.5%	100.0%
2か月前	18.9%	24.2%	23.2%	12.6%	8.4%	6.3%	6.3%	100.0%
3か月前	17.3%	19.8%	21.0%	17.3%	9.9%	7.4%	7.4%	100.0%
4か月前	21.7%	23.3%	18.3%	13.3%	10.0%	1.7%	11.7%	100.0%
5か月前	18.2%	23.6%	16.4%	12.7%	9.1%	7.3%	12.7%	100.0%
6か月前	19.6%	19.6%	19.6%	15.2%	8.7%	6.5%	10.9%	100.0%
7か月前	20.9%	25.6%	23.3%	11.6%	7.0%	0.0%	11.6%	100.0%
8か月前	24.3%	16.2%	21.6%	5.4%	13.5%	5.4%	13.5%	100.0%
9か月前	27.6%	31.0%	10.3%	6.9%	3.4%	0.0%	20.7%	100.0%
10か月前	29.6%	25.9%	14.8%	22.2%	0.0%	0.0%	7.4%	100.0%
11か月前	36.0%	24.0%	20.0%	4.0%	4.0%	4.0%	8.0%	100.0%
合計	18.2%	22.0%	20.0%	13.1%	8.1%	4.8%	13.8%	100.0%
費用階級								
第I階級	0.0%	9.8%	14.6%	22.0%	14.6%	0.0%	39.0%	100.0%
第II階級	3.5%	18.1%	24.6%	19.3%	12.3%	11.1%	11.1%	100.0%
第III階級	24.0%	19.0%	23.5%	10.4%	6.3%	3.2%	13.6%	100.0%
第IV階級	23.9%	27.4%	16.0%	10.8%	6.4%	3.2%	12.2%	100.0%
合計	18.2%	22.0%	20.0%	13.1%	8.1%	4.8%	13.8%	100.0%

出典) 筆者計算。



出典) 筆者計算。

図3 死亡前医療・介護費の変化 (シミュレーション結果)

が、死亡前医療・介護費に与える影響、さらには、高齢者医療・介護費に与える影響の2点について検討を行う。当然のことながらここでの試算は、本調査地域における入院医療費の分布を前提とした結果であり、全国レベルでの影響を測ったものではない点に留意する必要がある。シミュレーションの仮定は以下の通りである。

[仮定1] 死亡前1年間 (死亡11か月前から死亡当月) の入院 (介護保険適用病床を含む) のうち、1日当たり入院医療費が一定額を下回る場合、介護施設へ移行するものとする³²⁾。

[仮定2] 施設移行後の介護施設費用は、入院日数 (実績値) に1日当たり施設単価を乗じることにより算出した。施設単価は一律1万円とした³³⁾。

[仮定3] 施設移行の基準となる1日当たり入院医療費 (基準額) については以下の4つのケースを想定した。

- sim1 : 基準額 15,000円
- sim2 : 基準額 20,000円
- sim3 : 基準額 25,000円
- sim4 : 基準額 30,000円

図3は、前節で検討した205名の死亡者を対象として、死亡前医療・介護費に与える影響について示した結果である。当然のことであるが、いずれの費用階級でも医療費が減少すると同時に、介護費が増加し、医療・介護費全体では費用削減の方向に作用する。また、施設移行の基準額を高く設定するほど費用削減率は増大する。費用階級間で効果を比較すると、入院患者が多い第IV階級に与える影響が大きく、sim1からsim3の3つのケースでは、第IV階級の費用削減率が最も大きく、入院患者の少ない第I階級に与える影響が最も小さくなっている。ただし、基準額を高く設定するほど、入院患者の1日当たり費用がもともと高い第I、第II階級で効果が現れやすくなり、基準額の最も高いsim4のケースでは、第II階級の費用削減率が最も大きくなっている。全体としては、基準額2万円のケース (sim2) で8.6%、同3万円のケース (sim4) で19.8%、それぞれ死亡前医療・介護費が抑制される結果となっている。

次に、介護施設への移行が、高齢者医療・介護費全体に与える影響についてまとめた結果が表7

である。結果は、2003年度から2007年度の期間平均であり、基準ケースは、先に示した表2に対応している。総費用の変化率について見てみると、いずれのケースにおいても女性に比べて男性で費用削減効果が大きくなっている。これは、男性の死亡率が高い上に、死亡前における医療機関への依存が男性の方が大きいためである。また、年齢階級についても、やはり死亡率の差を反映して、年齢階級が高くなるほど削減率がより大きくなる結果となっている。全体としては、基準額2万円のケース(sim2)で1.4%、同3万円のケース(sim4)で3.2%、それぞれ高齢者医療・介護費が抑制される結果となっている。

表7 高齢者医療・介護費の変化(シミュレーション結果)

	医療・介護費変化率(対実績値)			
	sim1	sim2	sim3	sim4
合計	-0.6%	-1.4%	-2.4%	-3.2%
男	-0.6%	-1.8%	-3.4%	-4.4%
女	-0.6%	-1.1%	-1.6%	-2.2%
65歳以上75歳未満	-0.1%	-0.4%	-1.2%	-1.8%
75歳以上85歳未満	-0.7%	-1.7%	-2.7%	-3.5%
85歳以上	-1.1%	-2.2%	-3.6%	-4.6%

注) 各ケースの前提は以下の通り。

sim1: 入院(単価: 15,000円未満)→施設(単価: 10,000円)

sim2: 入院(単価: 20,000円未満)→施設(単価: 10,000円)

sim3: 入院(単価: 25,000円未満)→施設(単価: 10,000円)

sim4: 入院(単価: 30,000円未満)→施設(単価: 10,000円)

出典) 筆者計算。

VI 結語

本研究では、神奈川県開成町から提供を受けた国民健康保険・介護保険個票データを利用して、死亡前医療・介護費用とサービス利用との関係、および、死亡前医療・介護費が高齢者医療・介護費に与える影響の2点について検討を行った。本稿から得られた主な結果は以下の通りである。

第1に、高齢者医療・介護費の16%が死亡前1年間の医療・介護サービス費用に充てられており、死亡前1年間においては、医療のみならず、介護資源も集中的に投入されている実態が明らかとなった。第2に、死亡前医療・介護費とサービス利用との関係について検討を行った結果、診療密度の

低い入院が長期間継続することによって、死亡前医療・介護費が押し上げられていることが明らかとなった。一方で、診療密度が高く短期の入院を経て死に至ったケースについては、少なくとも本調査地域においては、低費用群に多く観察される結果となった。第3に、介護施設入所者(介護老人福祉施設・介護老人保健施設)であっても、そのほとんどは医療機関で最期を迎えており、介護施設が看取りの機能を果たしていない現状が明らかとなった。第4に、本調査対象地域において、死亡前における診療密度の低い入院を介護施設で代替することにより、同町の高齢者医療・介護費の0.6%から3.2%程度抑制する効果を持つことが明らかとなった。

最後に、以上の結果をもとに、今後の医療・介護制度のあり方について述べる。まず、本稿の調査対象地域においては、死亡前医療・介護費が高齢者医療・介護費の16%程度を占めており、その多くが診療密度の低い長期入院に充てられているという実態が示された。同様の結果がほかの地域においても得られるかどうかは別途検証する必要があるが、本稿の結果は、死亡前という特殊なケースとはいえ、医療から介護への代替を推し進めていく必要があることを示唆していると思われる。

第1に、本稿の調査対象地域においては死亡前の入院医療の大部分が低密度の長期入院であり、その結果、医療費は比較的強く抑えられている。しかし、診療が低密度であるならば、介護の質を高めることによって、死亡前の医療を介護に代替できる可能性は高く、その財政効果も決して無視できるものではない。高齢化のさらなる進展により、高齢者医療費に占める死亡前医療費のウエイトは高まり、財政に与える影響はより大きくなるものとなると考えられる。

第2に、介護施設の整備は着実に進んでいるものの、依然として待機者は発生しており、介護施設の供給不足が医療機関への過剰な依存を生み出している可能性がある。例えば、印南〔2010〕は、「特養待ち、老健待ちとして、療養病床やさらに一般病床で社会的入院継続したり、さらに社

会的新規入院したりしている」としている。仮に、介護施設の供給不足の結果、医療に過剰な需要が生じているのであれば、介護への代替によりそうした利用上の歪みを解消していく必要がある。

同時に、看取りのあり方についても考えていく必要がある。本研究の調査対象地域では、特別養護老人ホーム入所者であっても医療機関で最期を迎えている状況であり、介護施設が看取り機能を果たせていない実態が明らかとなった。池上〔2009〕は、欧米においてナーシング・ホームでの終末期ケアを可能としているのは、急性期病院や地域の緩和ケアチームの支援であるとし、わが国では終末期ケアの体制整備が遅れているとしている。また、阿波谷〔2004〕では、町の中核病院が特別養護老人ホームとの連携を密にすることによって、医療の必要性の高いケースでも施設でのターミナルケアを実践してきたとしている。介護施設における看取り機能の強化はもちろんのこと、高齢者専用住宅などを含めた「広い意味での自宅」における看取りを可能とする体制の整備が必要であると思われる³⁴⁾。同時に在宅入院制度にみられるように在宅医療の概念自体が拡大しており、看取りのあり方について幅広い視点からの議論が必要と思われる。

最後に本研究の課題について述べる。第1に、本文中でも指摘した通り、本研究は一自治体を対象とした結果であり、本研究の結果が一般性を持つものではないことに留意する必要がある。第2に、本稿では死に至る経路は複数存在するとの認識のもと、費用階級ごとの特性について検討したが、サービス利用の特徴については幾つか重要な知見が得られたものの、個人・世帯属性との関係については明確な結果が得られなかった。その理由としては、本稿では事後的な費用をもとに死亡者を区分した結果、同一費用階級内に複数の類型が混在した可能性がある。本稿とは逆に、死因に代表される個人・世帯属性から死亡者の類型化を行い、サービス利用、費用面での特徴を明らかにしていく必要があるだろう。その際、より信頼性の高い結果を得るためには、仮説提示を行ったうえで統計的検証は欠かせない。以上2点につい

ては今後の課題とし、他地域における検証、あるいは大規模サンプルを用いた検証を行っていく必要がある。

(平成22年9月投稿受理)

(平成23年9月採用受理)

謝辞

本稿は、第67回日本財政学会（於：滋賀大学）報告論文をもとに加筆・修正したものである。学会討論者の湯田道生氏（中京大学）、および2名の本誌匿名レフェリーからは大変貴重なコメントを頂戴した。また、本研究を行うにあたって、田近は科学研究費補助金（基盤研究（A））「税と社会保障の一体改革」（課題番号：20243022）より、菊池は科学研究費補助金（基盤研究（B））「高齢者の住まい—医療・介護一体改革実現の鍵—」（課題番号：22330088）より研究支援を得た。ここに記して、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すべて筆者達に帰すべきものである。

注

- 1) 厚生労働省「国民医療費」より。
- 2) 厚生労働省「介護給付費実態調査」より。
- 3) 府川・郡司〔1994〕では、(1992年当時の)老人保健制度受給対象者である70歳以上の高齢者を対象としており、対象地域は北海道、青森、福島、富山、石川、福井、静岡、滋賀、和歌山、岡山、高知の11道県となっている。
- 4) 国内では、府川・児玉・泉〔1994〕、府川〔1998〕、鈴木〔2007〕などの研究がある。海外ではLubits and Prihoda〔1984〕などの研究をはじめとして多くの研究蓄積がある。
- 5) 阿波谷〔2004〕は高知県梶原町を、Hashimoto et al.〔2010〕は九州の某県をそれぞれ調査対象としている。
- 6) Liu et al.〔2006〕は、Medicare, Medicaid双方の受給資格を持つ死亡者を対象として、死亡前のサービス利用、費用について検討している。この結果、Medicare費用は、入院利用の低下を主因として、死亡年齢の上昇とともに低下するのに対して、Medicaid費用は、ナーシング・ホーム利用の上昇を主因として、死亡年齢の上昇とともに増加するとしている。同様の傾向は、オランダを対象としたPolder et al.〔2006〕でも指摘されている。

- 7) 厚生労働省「人口動態統計」(2009年)より。介護施設は介護老人保健施設と老人ホーム(養護老人ホーム, 特別養護老人ホーム, 軽費老人ホーム, 有料老人ホーム)の合計。
- 8) 総務省「国勢調査」(2005年)より。
- 9) 厚生労働省「医療施設調査」(2007年)より。人口10万人当たり病床数は, 総務省「国勢調査」(2005年)の数字を用いて算出。
- 10) 分析期間における療養病床310床のうち, 231床が介護保険適用病床となっている。
- 11) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2007年)より。65歳以上人口10万人当たり定員数(病床数)は, 総務省「国勢調査」(2005年)の数字を用いて算出。
- 12) 県西二次医療圏における病床数(定員数)の対全国平均値は以下の通り。人口10万対病院一般病床数0.86倍, 65歳以上人口10万対医療保険適用療養病床数0.92倍, 同介護老人福祉施設定員数1.10倍, 同介護老人保険施設定員数0.96倍, 同介護療養型医療施設病床数1.38倍(2007年度)。
- 13) 個票データの提供にあたっては, 同一個人を識別するための個人識別番号を新たに設定した上で, 個人情報秘匿処理を施した。この結果, 同一個人の情報と接続することは可能であるが, 本データから特定の個人を識別することはできない。
- 14) 被保険者資格の有無については, 国保・介護被保険者台帳情報に記録されている「資格喪失年月日」から, 各月1日時点の資格状況を判断している。
- 15) 国保被保険者は65歳以上高齢者(介護保険第1号被保険者)の66.7%(全期間平均)となっている。高齢者全体と国保サンプルとの比較では, 高齢者全体の平均年齢が73.7歳(2008年2月)であるのに対し, 国保では74.5歳(同)となっており, 本稿の分析対象は高齢者全体に比して若干年齢層が高い集団となっている。
- 16) 国保レセプトについては「入院」, 「入院外」の2つに, 介護レセプトについては「居宅」, 「施設」の2つにそれぞれ分類した。なお, 介護サービスのうち, 居住系サービス(認知症対応型共同生活介護, 特定施設入居者生活介護)については「施設」に分類した。なお, 介護サービスと予防サービスの区別は行っていない。
- 17) 死亡者の特定は介護保険被保険者台帳を用いて行っている。具体的には, 被保険者台帳に資格喪失履歴が存在し, かつ, 「資格喪失事由」が「死亡」となる個人については, 当該資格喪失年月において死亡したものとし, 当該年月を「死亡当月」と定義している。また, 死亡当月の前月を「死亡1か月前」, 死亡当月のn月前を「死亡nか月前」としている。
- 18) データ自体は2007年度まで利用可能であるが, 2007年度データについては本稿で定義する死亡者を部分的にしか把握できないため, 分析から除外した。
- 19) 本稿と府川・郡司〔1994〕とでは, 対象地域・対象年度の他に, 以下の2点で異なる。第1に, 府川・郡司〔1994〕では1992年当時の老人保健受給対象者を調査対象としており, 本稿に比べて対象年齢は高くなっている。第2に, 府川・郡司〔1994〕では, 1年間のデータから死亡者を定義しているため, 翌年の死亡者を把握することができない。このため, 本稿の死亡者定義に比べて死亡者が過小となっていると考えられる。
- 20) 85歳以上において死亡者と死亡者以外の介護サービス利用率を比較すると, 女性では死亡者の利用率が他の1.6倍となっているのに対して, 男性では1.3倍となっている。
- 21) 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)」(出生中位・死亡中位推計)によると, 65歳以上高齢者に占める85歳以上高齢者の割合は, 2005年の11.4%から2025年には20.4%, 2055年には28.2%まで上昇するとされている。
- 22) 地域密着サービスについては, 居宅サービスに分類している。
- 23) 第Ⅰ・第Ⅱ階級に分類される死亡者102名のうち, 介護施設入所者は1名(介護老人福祉施設)のみとなっている。
- 24) ただし, 以上の結果はあくまでも事後的に判断した結果であり, 事前の意味で両者にどれほどの差があるかは別途検討する必要がある。
- 25) 死亡11か月前で比較すると, 第Ⅲ階級では施設入所者の87.5%が介護老人福祉施設(特養)への入所であるが, 第Ⅳ階級では施設入所者の63.6%が介護療養型医療施設への入院となっている。
- 26) 同様の結果は, 阿波谷〔2004〕でも指摘されており, 死亡前医療・介護費の大きさで死亡者を3群に分類した結果, 最も費用の高い高費用群では入院が, 中間群では介護施設の利用が多くみられるとしている。
- 27) 死亡前1年間の入院レセプト件数は, 全体では診療実日数「10日以上20日未満」が5.2%であるのに対し, 第Ⅳ階級では17.9%となっている。
- 28) 表には示していないが, 死亡当月を施設のみで過ごす高齢者のほとんどが介護療養型医療施設の入院患者となっている。
- 29) 具体的には, 死亡当月の入院実績がある個人154人について, 死亡当月以前の入院実績の有無について確認した。ここには, 入院医療機関

- が途中で変わる（転院）ケースも含まれている。この結果、全入院記録776件中、586件を対象としている。なお、サンプル数が10人未満となるケース（入院開始月が死亡5か月前から死亡10か月前となるケース）については掲載していない。
- 30) 府川・郡司〔1994〕では、死亡前に連続して3か月入院したことのある者について、1日当たり医療費の変動について検討した結果、対象者の約60%では1日当たり医療費が死亡当月までほとんど変わらず、約25%の者でのみ死亡月の2か月前から医療費の高騰が起きていている。
- 31) したがって、生存者の集計対象には死亡前1年間のサービスは含まれていない。なお、生存年月を変えた場合でも同様の結果が得られる。
- 32) 制度的には介護施設への移行が可能となるのは要介護認定者のみであるが、ここでは要介護認定の有無にかかわらず、施設移行が可能であるものとして計算を行った。
- 33) 分析期間中における施設単価の実績値は以下の通り。介護老人福祉施設8,844円、介護老人保健施設9,686円、介護療養型医療施設12,875円、介護三施設9,165円。
- 34) 河口・田近・油井〔2010〕では、デンマークおよびドイツでの現地調査の結果を踏まえて、日本と両国の医療・介護サービス提供体制の比較を行い、高齢者住宅や看取りまで含めた在宅介護のあり方について検討を行っている。

参考文献

- 阿波谷敏英（2004）「死亡前一年間の医療および介護費用の検討」『季刊社会保障研究』第40巻第3号，pp.236-243。
- 池上直己（2009）「特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題 特集の趣旨」『海外社会保障研究』第168巻，pp.2-3。
- 印南一路（2010）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社。
- 大日康史（2002）「高齢化の医療費への影響及び入院期間の分析」『季刊社会保障研究』第38巻第1号，pp.52-66。
- 小椋正立・鈴木玲子（1998）「日本の老人医療費の分配上の諸問題について」『日本経済研究』第36巻，pp.154-184。
- 鈴木 亘（2007）「老人医療費における集中と持続性および終末期医療費—現状の把握と削減可

- 能性に関する基礎的知見—」（第2回医療経済学会報告論文，未定稿）。
- 河口洋行・田近栄治・油井雄二（2010）「デンマーク及びドイツの医療・介護制度—日本での地域ケアの推進と財政規律の堅持への示唆—」『社会保障旬報』上（2435号），中（2436号），下（2437号）。
- 府川哲夫（1998）「老人死亡者の医療費」郡司篤晃（編）『老人医療費の研究』第8章，丸善プラネット株式会社。
- ・郡司篤晃（1994）「老人死亡者の医療費」『医療経済研究』第1巻，pp.107-118。
- ・児玉邦子・泉 陽子（1994）「老人医療における死亡月の診療行為の特徴」『日本公衆衛生雑誌』第41巻第7号，pp.597-606。
- ・星 旦二・郡司篤晃（1994）「老人医療費の構造分析」『季刊社会保障研究』第30巻第1号，pp.90-98。
- Hashimoto, H., H. Horiguchi and S. Matsuda (2010) "Micro data analysis of medical and long-term care utilization among the elderly in Japan," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol.7, pp.3022-3037.
- Liu, K., J. M. Wiener, and M. R. Niefeld (2006) "End of Life Medicare and Medicaid Expenditures for Dually Eligible Beneficiaries," *Health Care Financing Review*, vol.27(4), pp. 95-110.
- Lubitz, J. and R. Prihoda (1984) "The Use and Costs of Medicare Services in the Last 2 Years of Life," *Health Care Financing Review*, vol.5(3), pp.117-131.
- Polder, J., J. Barendregt and H. van Oers (2006) "Health Care Costs in the Last Year of Life - The Dutch Experience," *Social Science & medicine*, vol.63(7), pp.1720-1731
- Zweifel, P., S. Felder and M. Meiers (1999) "Aging of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring," *Health Economics*, vol.8, pp.485-496.

（たちか・えいじ 一橋大学国際・
公共政策大学院教授）

（きくち・じゅん 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部研究員）

社会保 障 法 判 例

原 田 啓一郎

障害者自立支援法の自立支援給付に関する義務付け

和歌山地裁平成22年12月17日判決（平成20年（行ウ）第2号行政
処分義務付等請求事件・控訴）賃金と社会保障1537号20頁

I 事実の概要

1 脳性麻痺による体幹機能障害および四肢の著しい機能障害等の障害を有しており、身体障害者等級1級の認定を受けているX（原告）は、平成16年4月1日から一人暮らしを始めた。Y（和歌山市、被告）のA福祉事務所長（処分行政庁）は、Xに対し、同年3月25日付けで、身体障害者福祉法に基づく居宅生活支援費の支給量を1か月535時間とする支給決定（以下「平成16年度決定」という。）をした。その後、処分行政庁は、Xに対し、平成17年8月1日付けで支給量を1か月478時間とする支給決定（以下「平成17年度決定」という。）をした。

2 平成18年10月の障害者自立支援法の全面施行に伴い、Xには障害者自立支援法に基づく介護給付費が支給されることとなった。Xは、処分行政庁から、平成18年10月1日付けで、障害者自立支援法における障害程度区分を区分6とする認定を受けた。処分行政庁は、Xに対し、平成18年10月1日付けで、障害者自立支援法に基づく重度訪問介護の支給量を1か月478時間（うち移動介護20時間）とする介護給付費支給決定（以下「平成18年度決定」という。）をした。

3 Xは、平成19年7月13日、処分行政庁に対し、重度訪問介護の支給量を1か月478時間とする旨の申請をした。これに対し、処分行政庁は、「Y介護給付費における支給決定基準（以下、「被告支給基準」という）¹⁾における非定型に該当すると判断して、同年10月23日付けで、重度訪問介護の支給量を1か月377時間（うち移動介護20時間）とする介護給付費支給決定（以下「平成19年度決定」という。）をした。処分行政庁は、平成19年度決定にあたり、Xが一人暮らしを始めて3年経過したことから、一人暮らしに慣れたと判断した上で、緊急分に係る支給量を1か月10時間認めるとともに、平成18年度決定に比べて、起床中に当たる基本時間の夜の分に係る支給量を1日3時間減少させ、就寝中に当たる夜間巡回分に係る支給量を1日30分以上減少させた。Xは、同年11月2日、平成19年度決定を不服として、B県知事に対して審査請求をしたが、同知事は審査請求を棄却する旨の裁決をした。

4 Xは、平成20年7月7日、処分行政庁に対し、重度訪問介護の支給量を1か月744時間（1日24時間）とする旨の申請をした。これに対し、処分行政庁は、被告支給基準における非定型に該当すると判断して、同年7月29日付けで、重度訪問介護の支給量を1か月396時間（うち移動介護20時

間)とする介護給付費支給決定(以下「平成20年度取消前決定」という。)をした。処分行政庁は、平成20年度決定に当たって、基本時間の夜の分および夜間巡回分に係る支給量を平成19年度決定と同じとし、緊急分を平成19年度決定に比べて1か月10時間増やし、1か月20時間とした。Xは、同年9月12日、平成20年度取消前決定を不服として、B県知事に対して審査請求をしたところ、同知事は平成21年3月30日付けで、上記決定を取消す旨の裁決(以下「本件取消裁決」という。)をした。処分行政庁は、本件取消裁決を受け、被告支給基準における非定型に該当すると判断して、平成21年6月23日付けで、重度訪問介護の支給量を1か月402時間(うち移動介護20時間)とする支給決定(以下「平成20年度決定」という。)をした。Xは、同年8月7日、平成20年度決定を不服として、B県知事に対して審査請求をしたが、同知事は平成22年8月18日付けで、審査請求を棄却する旨の裁決をした。

5 Xは、平成21年7月15日、処分行政庁に対し、重度訪問介護の支給量を1か月821.5時間(基本時間44時間〔うち移動介護157.5時間〕、入浴および移乗時の2人介護77.5時間)とする旨の申請をした。これに対し、処分行政庁は、被告支給基準における非定型に該当すると判断して、同年8月25日付けで、重度訪問介護の支給量を1か月407.5時間(うち移動介護20時間)とする介護給付費支給決定(以下「平成21年度決定」という。平成19年度決定、平成20年度決定と併せて「本件各決定」という。)をした。処分行政庁は、平成21年度決定に当たって、基本時間の夜の分、夜間巡回分および緊急分に係る支給量を、平成20年度決定と同じとした。Xは、同年10月13日、平成21年度決定を不服として、B県知事に対して審査請求をしたが、同知事は平成22年8月18日付けで、審査請求を棄却する旨の裁決をした。

6 そこで、Xは、障害者自立支援法に基づく本件各決定がいずれもXの申請した重度訪問介護の支給量に満たないものであり、処分行政庁に与えられた裁量権を逸脱濫用したこと等による違法な処分であるとし、上記各決定の取消しを求める

とともに、行政事件訴訟法37条の3に基づき、処分行政庁に対し、重度訪問介護の支給量を1か月744時間(うち移動介護124時間)とする介護給付費支給決定を義務付けることを請求した。

II 判旨

一部認容

1 本件各決定について裁量権の逸脱濫用の有無

(1) 「市町村が介護給付費の支給量を決定するに当たっては、その市町村の財政を考慮することが必要不可欠であり、自立支援法22条1項に基づく本件規則(評者注・障害者自立支援法施行規則)12条には、勘案すべき9事項が抽象的に規定されているにすぎないことからすると(〔括弧内略〕)、各障害者に対していかなる種類の障害福祉サービスをいかなる支給量で行うかは、市町村の合理的裁量に委ねられていると解するべきである。したがって、市町村が各障害者に対してした介護給付費の支給決定の適否を裁判所が審査するに当たっては、当該決定が裁量権の行使としてされたことを前提としたうえで、その勘案要素の選択等の過程に合理性を欠くところがないかを検討し、処分行政庁に与えられた裁量権の範囲を超え、又は濫用した場合に限って違法になると判断するべきである。すなわち、その勘案の過程において、重視すべきでない要素を過度に評価し、考慮すべき要素を考慮しないこと等により、当該決定が社会通念に照らし著しく妥当性を欠くものと認められるような場合には、処分行政庁に与えられた裁量権の範囲を超え、又は濫用したものである」として違法となると解するのが相当である。」

(2) 「Xが一人暮らしを始めてから3年を経過し、これによって生活に多少慣れた面があるとしても、平成18年度決定のころと比べて、起床中の夜の介護を必要とする事情に大きな変化があったとは考えられ」ず、また、「1日の就寝中につき2時間を前提とした支給量は、起床中に当たる基本時間分の介護時間に比べて極めて少ないといわざるを得ない」から、「平成19年度決定は、X

が一人暮らしに慣れたという重視すべきでない要素を過度に評価する一方で、Xの心身の状況等考慮すべき要素を十分に考慮しておらず、社会通念に照らし著しく妥当性を欠いたものというべきであり、「平成19年度決定は、処分行政庁に与えられた裁量権を逸脱濫用した違法な処分と認めるのが相当である。」

(3) 「平成19年度決定のころに比べて、平成20年度決定のころに、Xの介護の必要性が変わったわけではないところ、……平成19年度決定に比べて緊急分の支給量がわずか1か月10時間増加したとしても、平成20年度決定は、重視すべきでない要素を過度に評価する一方で、考慮すべき要素を十分に考慮しておらず、社会通念に照らし著しく妥当性を欠いたものというべきであり、「平成20年度決定は、処分行政庁に与えられた裁量権を逸脱濫用した違法な処分と認めるのが相当である。」

(4) 「平成19年度決定のころや平成20年度決定のころに比べて、平成21年度決定のころに、Xの介護の必要性が変わったわけではない」から、平成21年度決定は「処分行政庁に与えられた裁量権を逸脱濫用した違法な処分と認めるのが相当である。」

2 支給量を1か月744時間（1日24時間）としないことが裁量権の逸脱濫用となるか

「自立支援法に基づく介護給付費支給決定に当たって、各障害者に対していかなる種類の障害福祉サービスをいかなる支給量で行うかは、市町村の合理的裁量に委ねられていると解するべきである。そして、Xの健康状態（〔括弧内略〕）及びXが受けている介護サービスの概要（〔括弧内略〕）も考慮すると、1日24時間介護を前提とする介護給付費の支給を処分行政庁がしなければ、Xの生命身体に重大な侵害が生じるおそれがあるとまではいえない。また、Yの財政を前提とした、介護に係る地域的事情、他の受給者との均衡、受給者の経済状態に加えて、当該受給者がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるかという判断が、極めて政

策的な判断を要することに照らせば、処分行政庁が、Xに対し、重度訪問介護の支給量を、1日24時間介護を前提とした1か月744時間とする介護給付費支給決定をしないことが、裁量権の逸脱濫用になるとは認められない。」

3 一定の幅のある処分をしないことが裁量権の逸脱濫用となるか

(1) 「Xの義務付けの訴えに係る請求の趣旨（〔括弧内略〕）には、本件各決定に係る支給量を超える介護給付費の支給決定の義務付けを求める趣旨も含まれると解される（〔括弧内略〕）。……裁量権の逸脱濫用にならないような重度訪問介護の支給量を一義的に決めることができない場合であっても、ある程度幅のある支給量の介護給付費支給決定をしないことが裁量権の逸脱濫用になると認められる場合には、裁判所は、その幅のある一定の支給量の介護給付費支給決定を義務付ける判決をすべきであると解される。」

(2) 平成19年度の支給量全体につき、「処分行政庁は、Xの介護給付費支給申請（1か月478時間）に対して、平成19年度決定に係る支給量（1か月377時間）に1か月93時間以上を加算した、1か月470時間以上478時間以下の幅の支給量の介護給付費支給決定を行わないことが、裁量権の逸脱濫用になると認めるのが相当である。」

(3) 「なお、付言するに、上記の判断は、あくまで口頭弁論終結時に本件訴訟に現れた事情を総合考慮し、裁量権の逸脱濫用になる支給量の範囲を判断したものであり、下限の「1か月470時間」という数字は、適正な支給量を当裁判所が算定したものではない。処分行政庁は、自立支援法1条の目的に適合するように、1か月470時間以上478時間以下の範囲で、より適切な支給量を算定すべきである。」

(4) 平成20年度、平成21年度の支給量全体についても平成19年度と同様に判断したうえで、「介護給付費支給決定の義務付けを求める請求については、①平成19年度決定について、1か月470時間以上478時間以下の幅の支給量の介護給付費支給決定を義務付ける限度で、②平成20年

度決定について、1か月495時間以上744時間以下の幅の支給量の介護給付費支給決定を義務付ける限度で、③平成21年度決定について、1か月500.5時間以上744時間以下の幅の支給量の介護給付費支給決定を義務付ける限度で、それぞれ行政事件訴訟法37条の3第5項、3条6項2号の定める義務付けの訴えの本案勝訴要件を具備することになる。」

III 解説

判旨の結論に概ね賛成する。

1 本判決の意義・特徴

平成16年の行政事件訴訟法の改正以後の社会保障裁判例において、仮の義務付けや義務付けを求める事案がいくつかみられるが、義務付け訴訟は、①保育所入園承諾の義務付け（東京地判平18・10・25判時1956号62頁・認容）、②支援費支給決定の義務付け（東京地判平18・11・29賃金と社会保障1439号55頁・却下、（いわゆる第1次鈴木訴訟））、③外国人生活保護開始決定の義務付け（大分地判平22・10・18賃金と社会保障1534号22頁・却下）のみである²⁾。このうち、義務付けが認められた①では、いずれかの保育園への入園の承諾という具体的な処分を義務付けるものである。これに対し、本判決は一定の幅の支給量の義務付けを認めた判決（「抽象的義務付け判決」と呼ばれる。）として公刊された裁判例のなかではおそらく初めての判断である。行政事件訴訟法改正後、「一定の処分」という概念の幅が行政権と司法権のバランスをとるための道具として積極的に利用されることが期待されている〔橋本（2006）116～117頁、121頁等〕。本判決はこうした期待に沿った特筆すべき事例であるといえる。

また、本件の事案の特色は、障害者自立支援制度に基づく自立支援給付のいわゆる「非定型ケース」（作成した支給決定案が当該市町村の定める支給決定基準と乖離するような場合に支給決定基準で定められた支給量によらず支給決定を行うケー

ス）の重度訪問介護（移動介護加算を含む。）の支給量について争われた点にある。障害者自立支援制度に関する事案として、東京地裁平成22年7月28日判決（賃金と社会保障1527号23頁、（いわゆる第2次鈴木訴訟））があるが、同事案は障害者自立支援法に基づく移動介護加算費用の支給決定処分の取消しと国家賠償法1条1項に基づく損害賠償を請求した事案である。また、本件と同様に義務付けを請求した事案として前述判決②があるが、同事案は支援費制度に基づく身体介護を伴う移動介護に係る居宅生活支援費の支援費支給決定処分の取消しと支援費支給決定の義務付けなどを請求した事案である。「非定型ケース」の場合、多くの市町村では、個別に市町村審査会の意見を聴取し、適切な支給量を設定する。本判決は「非定型ケース」の支給決定につき、認定内容にまで踏み込んだ判断をしている。障害者自立支援制度では、地域生活をするうえで必要なサービス量が適切に支給決定されていない状況が当事者である障害者から多く指摘されるところであり、本件は障害者自立支援制度に関する同種の事案を検討するにあたり、行政実務上および裁判実務上注目すべき判決である³⁾。

2 本件各決定に関する裁量権の逸脱濫用の有無（判旨1）

（1）判旨1（1）は、支給決定に係る裁量権の逸脱濫用に関する判断枠組みを示す前提として、「各障害者に対していかなる種類の障害福祉サービスをいかなる支給量で行うかは、市町村の合理的裁量に委ねられている」として支給決定にかかる行政裁量の性質を示しているが、これは第1次・第2次鈴木訴訟判決と同旨である。当該支給決定が裁量処分であるとするれば、次に、その裁量統制の方法が問題となる〔亘理（2004）116頁〕。続いて本判決は、「その勘案の過程において、重視すべきでない要素を過度に評価し、考慮すべき要素を考慮しないこと等により、当該決定が社会通念に照らし著しく妥当性を欠くものと認められるような場合」には、裁量権の逸脱・濫用したものであり違法と解するとして、社会観念審査と判断

過程における考慮事項に着目をした判断過程統制の手法を用いる。一般に、このような判決の判断過程統制手法は、要件裁量にかかる審査密度を「大きく向上させる」統制手法と評される〔塩野（2005）124頁、深澤（2010）35頁、豊島（2010）9頁〕。こうした裁量統制の方法については第1次・第2次鈴木訴訟判決でも用いられており、基本的枠組みは同じであるといえる⁴⁾。

(2) 社会観念審査と判断過程における考慮事項に着目をした判断過程統制の手法では、両者の関係が問題となる。第1次・第2次鈴木訴訟判決では、「その判断の過程において考慮すべき事項を考慮しない等によりその内容が社会通念に照らし妥当性を欠くものと認められるような場合」とする。ここでは、最高裁で採用される「著しい」妥当性欠如の要素⁵⁾までは求めていないので、「要考慮事項を考慮しない」等の判断過程における不備さえあれば比較的容易に裁量権の逸脱・濫用を導きうる審査方法を採用したものであるとされる〔豊島（2010）9頁〕。これに対し、本判決では、「当該決定が社会通念に照らし著しく妥当性を欠くものと認められるような場合」（傍点筆者）とし、第1次・第2次鈴木訴訟の要素より厳しい妥当性欠如を求めているようにもみえる。しかし、判旨1（2）以下の本枠組みのあてはめでは、平成19年度決定分につき、①一人暮らしになれたという重視すべきでない要素を過度に評価したこと、②Xの心身の状況等考慮すべき要素を十分に考慮していないことから判断過程における不備があることで裁量権の逸脱・濫用を導いており、第1次・第2次鈴木訴訟判決と同様に、考慮事項に着目した審査に比重を置いている。このため、本判決でも、第1次・第2次鈴木訴訟判決の指摘〔豊島（2010）9頁〕と同様に、判断過程統制の手法における「社会通念に照らし著しく妥当性を欠く」という要素はそれ自体としてさほど意味をもたないもののように思われる。

(3) そこで、本判決の判断では考慮事項に着目した審査が重要になる。本判決では、①重視すべきでない要素を過度に評価したこと、②考慮すべき要素を十分に考慮していないことという2点

に着目している。

①については、一人暮らしに慣れたという重視すべきでない要素を過度に評価したことが挙げられる。被告支給基準における重度訪問介護支給決定基準には、長時間の入所・入院状態から退所・退院したり、家族との同居から単身生活を始めたばかりで慣れるまで一時的に多くの支給量が必要な場合、3か月ごとに状況を確認し、最大6か月間、加算時間の加算評価点数を5点加算することになっているので、定型の重度訪問介護に関する支給決定に際して、一人暮らしに慣れたか否かという要素を考慮すること自体に直接問題はない。これに対し、平成19年度以降の本件各決定はYの審査会に諮り決定されるものとはいえ、具体的な支給基準を定めていない非定型の支給決定である。このため、一人暮らしに慣れたという要素を考慮すること、あるいは考慮しないことは、非定型の本件各決定において、Yの裁量の余地として認めると把握する途も十分に存在する。さらに、定型の支給基準では一人暮らしに慣れたという要素を考慮することを基準として認めているのに対し、判旨1（1）は非定型の支給基準に基づく平成19年度決定では一人暮らしに慣れたという要素を重視すべきでない要素としており、本判決では定型の支給基準と非定型の支給基準の間で、考慮要素についての論理が一貫していないようにみえる。判旨のように、平成18年度決定時に比べて夜間介護の必要性の状況に変化があったわけではなかったことに加え、3年経過後に一人暮らしに慣れたことを理由に突然夜間分を削減するというところに着目して、Xが一人暮らしに慣れたという点を過度に評価したという論理であれば、結果として、非定型の支給決定の裁量の限界に触れる重要な点であることから、この点、もう少し丁寧な説示が必要であったと思われる。

②については、Xの心身の状況等考慮すべき要素を十分に考慮していないことが挙げられる。障害者自立支援制度の支給決定では心身の状況を勘案しなければならない（障害者自立支援法22条、同法施行規則12条）ことから、心身の状況等を考慮すべき要素とすることに問題はない。本判決

は、「処分行政庁が、Xの就寝中につき、介護時間の長さはともかくとして、継続的な介護ではなく、巡回による介護を前提に支給量を決定したこと事態が著しく妥当性を欠くものとはいえない」としたうえで、Xは起床中とそれほど変わらない頻度でヘルパーによる体位変換や排泄等の介護を必要とする状態にあったとして、「起床中にあたる基本時間分の介護時間に比べて」極めて少ないと評価する。Xの介護の必要な状態は昼夜変わらない点に着目し、夜だけ過小評価することは「考慮すべき要素を十分に考慮していない」ことにあたるとする判決の判断は妥当であろう。

3 支給量を1か月744時間（1日24時間）とする義務付け（判旨2）

(1) Xは支給量を1か月744時間（1日24時間）としないことが裁量権の逸脱濫用となるとして、その義務付けを求めていることから、まず、1か月744時間（1日24時間）としないことが裁量権の逸脱濫用にあたるかを判断する。判旨2は、生命身体に重要な侵害が生じる恐れの有無とともに、Yの財政事情等の「極めて政策的な判断を要することに照ら」せば、処分行政庁がXに対して1か月744時間とする介護給付費支給決定をしないことは裁量権の逸脱濫用にあたらぬとする。この点、判決はXの1か月744時間（1日24時間）とする介護の妥当性を判断する際に、Yの財政事情等を支給決定の考慮事項としているようにも読める。

障害者自立支援法は、障害者に対して個別に勘案事項の調査を行い、その調査結果をもとに障害者ごとに個別に必要な支給量を算定し、介護給付費等の支給決定を行う（障害者自立支援法22条、同法施行規則12条）。障害者自立支援法は障害程度区分については基準を定めているが、区分該当者に対する支給量は各市町村において制定する支給決定基準によるとしていること、支給決定基準について、国は特にガイドラインを示さずに市町村が独自に制定している点等、法令上は自治事務として市町村の独自性を承認している。しかし、障害者福祉サービス費等の国庫負担基準額以上の支出をした場合、その全額は市町村の負担とされる

（障害者自立支援法94条、同法95条）ことから、現実には、自立支援給付の支給量は一人あたりの国庫負担基準額を意識したものとなり、多くの市町村では独自負担が増えることを恐れて、本来必要な時間数の支給決定をせず、国庫負担基準を市町村の支給決定の上限にしている場合がある。本来の市町村負担分の25%に加え、国庫負担基準の超過分は市町村の全額負担となることから、特に財政的基盤の脆弱な小規模市町村で、支給決定基準の策定に財政事情などを何らかのかたちで実際に配慮することは、国庫負担基準が現存するなかでは少なからずみられるところである⁶⁾。

(2) ただし、判旨2のように、Yの財政的事情等が個々の利用者に対する支給量の勘案事項の考慮要素とするかのような判断は慎重な検討が必要である⁷⁾。まず、障害者自立支援法施行規則12条に示される勘案事項には、市町村の財政的事情は含まれていない。この点、国は、支給決定基準の設定に当たっては、国庫負担基準が個々の利用者に対する支給量の上限となるものではなく、支給決定に当たっては、申請のあった障害者等について、障害程度区分のみならず、すべての勘案事項に関する一人ひとりの事情を踏まえて適切に行うことを繰り返し市町村に示している⁸⁾。他方で、財政的・政策的な制約があるなかで、効率的かつ合理的な給付を行うことにより、できるだけ多くの障害者に可能な限り求めているサービスを提供できるようにするという点も市町村に与えられた重要な役割であり、その判断は市町村の裁量の問題であるとする別段の立場も成り立つ。こうした障害者自立支援制度が抱えるニーズの充足と財政的・政策的制約との間の緊張関係のなかで、裁判所が財政的事情等を裁量の考慮要素とするのであれば、本判決ではその裁量の司法審査のためにYの財政的・政策的判断について具体的な検討が必要であるが、少なくとも判決のなかではそれはみられない。結果、判旨は根拠を示さぬまま「被告の財政的・政策的判断」を考慮すると繰り返すのみであり、それは修辭句にすぎないといわざるを得ない。

4 幅のある一定の支給量の義務付け(判旨3)

(1) 行政事件訴訟法改正の検討会の議論や国会の政府側の答弁では、義務付け訴訟の訴訟要件にいう「一定の処分」に幅があることは肯定されている〔斎藤(2007)52頁〕。また、義務付け訴訟を権利救済のツールとして法定した立法者の意思を踏まえると、「一定の処分」の概念は幅があると解される〔小早川・高橋〔編〕(2004)53頁〔橋本博之執筆〕〕。そして、行政庁が処分をすることについて裁量を有しているとするれば、その裁量権に配慮するかたちで、どのような処分をするのかという内容に幅をもたせ、裁判所の判断を尊重しつつ一定の処分をすることを行政庁に義務付ける判決が可能であるとされる⁹⁾。

これまで、原告にとって満足のいかない処分の場合には、当該処分全体の取り消しを求め、判決の拘束力で処分をやり直させるといった形態をとり、改めて申請をすることなく、当初の申請に対して改めて処分をし直すという方式が採用されていた(行政事件訴訟法33条)。ただし、処分行政庁は原処分を除去する義務を負うだけであるから、必ずしも満足する処分内容になるとは限らず、もし新たになされた処分が満足する処分内容ではない場合、原告は再び争訟を強いられることになる。処分行政庁において一定の処分をしないことが裁量権の逸脱濫用になると認められることを義務付けの訴えの本案勝訴要件としていることから、本件のような場合、「一定の処分」をすべき旨を命ずることが有益であるといえる¹⁰⁾。

(2) 判旨3(1)では、まず、Xの義務付けの訴えに係る請求の趣旨には、本件各決定に係る支給量を超える介護給付費の支給決定の義務付けを求める趣旨も含まれるとし、裁判所はXが求める処分は1か月744時間という特定の処分ではなく、幅のある一定の処分を求めていることを認める。そして、裁判所が幅のある一定の支給量の介護給付費支給決定を義務付ける判決をすべき場合として、「裁量権の逸脱濫用にならないような重度訪問介護の支給量を一義的に決めることができない場合であっても、ある程度幅のある支給量の介護給付費支給決定をしないことが裁量権の逸脱濫用

になると認められる場合」とする。ただし、本件支給量決定が「一義的に決めることができない」理由を判旨は明示していない。この点、判旨2で、支給量の決定は市町村の合理的裁量に委ねられているとし、財政的・政策的判断も必要であるとしていることから、裁判所は、市町村の裁量権に配慮するかたちで、判決の趣旨を尊重したうえで改めて処分することを義務付ける判断をしたようにも読める。

(3) 次に判決は、処分行政庁の介護時間の積算、支給量の算定方法自体は合理的なものであるという前提で、本件各決定について、いかなる幅の支給量の介護給付費決定を行わないことが裁量権の逸脱濫用にあたるか具体的な支給量を算出した上で裁量権の逸脱濫用を認めた。各処分ともに、支給量の上限についてはXの申請時間、下限については裁判所が独自の判断をしたうえで、Xの介護の必要性を考慮し、Yの財政的・政策的判断を十分尊重し、重度訪問介護につき、一定の加算をした支給量の介護給付費決定をしなければ、「社会通念に照らし著しく妥当性を欠く」とする。この下限は、「適正な支給量を当裁判所が算定したものではない」とし、「処分行政庁は、自立支援法1条の目的に適合するよう、……より適切な支給量を算定すべきである」と念押しをする。非定型の支給決定である本件各処分について、裁判所が定めた下限以上の範囲でのみ処分行政庁の裁量を認めることとしていることから、前述のとおり、裁判所は「被告の財政的、政策的判断を十分に尊重する」として市町村の裁量権に配慮する姿勢を見せつつも、実質的には市町村の非定型の支給決定の裁量の幅を狭めているとみることができ

5 おわりに

本判決の義務付けにかかる判断は、裁判所が認定したニーズを満たさない支給量の決定は違法であり、義務付ける新たな処分については、実質的に処分行政庁の裁量の幅を狭める枠組みのように思われる。こうした枠組みは、障害者自立支援法が市町村に認めている支給量決定の裁量について、

一定のニーズが測定されれば、原則として、これを下回る支給量決定はできないということを障害者自立支援法は要請しているのか、財政的・政策的な制約があるなかでできるだけ多くの障害者に給付を行うために効率的かつ合理的な給付の確保について、市町村の裁量はどこまで認められるのかという、障害者自立支援法の重要な法解釈上の検討課題を残す。

なお、本件は双方控訴し、2011年9月現在、大阪高裁で係争中とのことである〔長岡（2011）19頁〕。

注

- 1) 「Y介護給付費における支給決定基準」には本件に関するものとして、重度訪問介護支給決定基準および非定型の支給決定基準の定めがある。このうち、非定型の支給決定基準については、「利用者の希望する支給決定量が、Yが必要として勘案した支給決定案を著しく超過する場合は、Y介護給付等の支給に関する審査会（以下「本件審査会」という。）に諮り、意見を聞いたうえで支給決定を行うものとする。」とされる。
- 2) 仮の義務付けを求める事案として、那覇地判平21・12・22判タ1324号87頁（生活保護開始の仮の義務付け・積極）、大阪地判平20・7・18判自316号37頁（特別支援学級就学指定に関する仮の義務付け・積極）等がある。
- 3) 本判決の評釈および解説として、金川・大曾根（2011）、長岡（2011）がある。
- 4) 第2次鈴木訴訟の裁量統制の方法について、豊島（2010）9頁以下を参照。
- 5) 例えば、最判平8・3・8民集50巻3号469頁などを参照。
- 6) 国庫負担基準を超過する市町村に対しては、都道府県地域生活支援事業における「重度障害者に係る市町村特別支援事業」および障害者自立支援対策臨時特例交付金に基づく基金事業において実施する「重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業」により、一定の財政支援を可能としている。
- 7) 金川・大曾根（2011）11頁は、「自立支援法の趣旨からすれば、彼らが地域生活をするための最低限ラインの生活を保障するにあたり、国庫負担基準という財政上の基準を個々の利用者に対する支給量の上限とすべきではないはず」とする。
- 8) 「障害者自立支援法に基づく支給決定事務に係る留意事項について」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課・障害福祉課平成19年4月13日付事務連絡）等を参照。
- 9) 「一定の処分」と幅の広さの許容性について、南・高橋〔編〕（2008）645頁〔間史恵執筆〕を参照。
- 10) 金川・大曾根（2011）8～9頁は、本判決の義務付けは、義務付け訴訟に対する従来の批判を十分に考慮したうえで、当該時点で行うことのできる最良の判断を下すべく努力を重ねていると評価している。

参考文献

- 金川めぐみ・大曾根寛（2011）「障害者への自立支援給付に関する義務付け判決の意義と課題」賃金と社会保障1537号。
- 九州弁護士会連合会・大分弁護士会〔編〕（2008）『障害者の権利と法的諸問題 障害者自立支援法を中心に』現代人文社。
- 京極高宣（2008）『最新障害者自立支援法一逐条解説』新日本法規。
- 巨理 格（2004）「行政裁量の法的統制」芝池義一・小早川光郎・宇賀克也〔編〕『ジュリスト増刊 行政法の争点〔第3版〕』有斐閣。
- 小早川光郎・高橋滋〔編〕（2004）『詳解改正行政事件訴訟法』第一法規。
- 斎藤 浩（2007）『行政訴訟の実務と理論』三省堂。
- 塩野 宏（2005）『行政法 I〔第4版〕』有斐閣。
- 障害者福祉研究会〔編〕（2007）『逐条解説障害者自立支援法』中央法規。
- 豊島明子（2010）「障害者の外出・移動介護に関する行政裁量の統制」賃金と社会保障1527号。
- 長岡健太郎（2011）「あくまでも二四時間介護を求めて―地域社会で自立した生活をするために」賃金と社会保障1537号。
- 橋本博之（2006）『要説行政訴訟』弘文堂。
- 深澤龍一郎（2010）「裁量統制の法理の展開」法律時報82巻8号。
- 南 博方・高橋 滋〔編〕（2008）『条解行政事件訴訟法 第3版補訂版』弘文堂。

（はらだ・けいいちろう 駒澤大学准教授）

書 評

樋口美雄, 宮内環, C.R.マッケンジー, 慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター編
『**貧困のダイナミズム——日本の税社会保障・雇用政策と家計行動**』
(慶應義塾大学出版会, 2010年)

近 藤 絢 子

I はじめに

本書は、慶應義塾大学パネル調査共同研究拠点による、「日本家計パネル調査」の成果発信第一弾として刊行された論文集である。日本家計パネル調査は、2009年より開始された、日本全国の約4000人を対象としたパネル調査である。

従来、日本における個人レベルのマイクロデータは、一時点の情報しかないクロスセクションデータが主流であった。同一個人を複数年にわたって追跡するパネル調査は、クロスセクションデータに比べて、固定効果法を用いて個人属性をより厳密にコントロールしたり、ある時点で起こったことの長期的な影響の推移を観察したりできるという大きな利点がある。たとえば米国で1960年代に開始されたPanel Study of Income Dynamicsのように、すでに数十年にわたる長い蓄積の歴史を持つものもあり、さまざまな分析に活用されてきた。近年、日本においてもパネルデータ整備の社会的要請が高まり、1993年に開始された家計経済研究所の「消費生活に関するパネル調査」をはじめ、大阪大学による「くらしの好みと満足度アンケート」や、本書のいくつかの章でも扱われている「慶應義塾家計パネル調査」など、一般の研究者にも利用できるパネルデータの整備がようやく進んできたところである。

「日本家計パネル調査」は、これらの既存のパネルデータと比べて、以下のような特徴を持つ。まず、特定の層に焦点を当てるのではなく、社会全体の人口構成を反映するよう設計されている点が挙げられる。たとえば「消費生活に関するパネル調査」は特定年齢層の女性のみを調査対象としていたが、「日本パネル調査」が対象とする母集団は日本国内に住民票を持つ20歳以上のすべての男女である。また、就学・就業・健康状態などの基本的な項目に加え、世帯構成・収入・

支出・資産・住居など、包括的なトピックをカバーし、調査対象者が有配偶の場合は配偶者についても対象者本人と同一の項目を調査しているため、工夫次第でさまざまな分析が可能となる。さらに前述の「慶應義塾家計パネル調査」と相互利用が可能となるように調査項目が設計されていることも利点のひとつとして挙げられよう。ただし、調査票を見比べると、「慶應義塾家計パネル調査」よりも「日本家計パネル調査」のほうが、たとえば健康状態などについてより詳細な質問を設定しているようである。

このように充実した調査項目を反映して、収録論文のテーマは貧困からの脱出における社会移転の役割や、非正規雇用と正規雇用の間の格差、就業環境と健康状態の関連など多岐にわたり、社会保障や労働経済の分野での重要なトピックの多くをカバーするものになっている。

II 本書の構成と紹介

本書は、第I部「JHPSの標本特性と調査実施方法のパフォーマンス」(1, 2章)、第II部「データに見る貧困からの脱出」(3-7章)、第III部「労働市場と消費者行動の諸相と問題解決への糸口」(8-11章)の三部からなる。以下、それぞれの章について概要をまとめた上で批評したい。各章とも、特に注記がないかぎりには2009年の日本家計パネル調査第1回調査を用いた実証分析である。

第1章では、日本家計パネル調査のサンプルを、国勢調査や就業基本調査などの大規模な政府統計と比較し、サンプルに大きな偏りがないことを確認している。サンプルが偏っていないかどうかを入念に確認することは、データの信頼性を担保するためには大変に重要な作業であり、1章を割いて丁寧に検討している点には好感が持てる。

第2章は、調査方法の違いや調査員の報酬や訓練が回収率に与える影響と、質問票による回答でなくwebでの回答を選ぶのはどういった属性の持ち主であるのか、の2点を検証している。調査方法と回収率の関係の分析では、留置調査のみと留置・面接併用の間には統計的に有意な差はなかった。面白いのは調査員の処遇と回収率の関係で、調査員の報酬体系は回収率に有意な差を与えることと、調査員に対する事前説明会には統計的に有意な効果がなかったことがわかった。Webでの回答を選ぶ人は、男性・若年層・無配偶・大卒が多く、比較的工作からの収入が高いことがわかった。この章の結果は、自ら調査を実施することを検討している読者や、将来web調査によるデータの二次利用を検討している読者にとって特に有用だろう。

第3章は、個票データを活かしたマイクロシミュレーション分析によって、子ども手当と控除廃止の格差差正効果を検証し、子ども手当の支給による恩恵は中低所得階層にまで及ぶものの、控除廃止や住民税の増税だけでは子ども手当の財源はまかなえないという結果を出している。2009年のデータを用いた分析であるが、本稿執筆時点の2011年9月現在、子ども手当の財源確保が難航し、所得制限の導入や額の引き下げの検討を経て廃止が決まった現状を鑑みるに興味深い分析である。

第4章では、日本の社会保障や税制を通した所得移転の低さが相対的貧困率の高さに寄与しているのではないか、という問題意識に立って、日本にイギリスやアメリカのような給付つき税額控除を導入した場合の貧困削減効果についてのシミュレーションを行っている。イギリスに近い制度を導入することで相対的貧困率が4分の1程度削減できる可能性を提示している。ただし、税率が変わっても人々の労働供給行動が変化しないという仮定をおいたうえでのシミュレーションとなっている点が少々気になる。Phase-out段階にあたる所得階層の労働供給が減る可能性まで考慮すると結果はどの程度変わりうるのだろうか。

第5章は、2005-2009年の慶応義塾家計パネル調査を用いて、ワーキング・プアからの脱出に自己啓発支援が有効かどうかを検証する。ただし、実際の分析は、貧困率および貧困突入確率・脱出確率と就業形態の関係をみる前半部分と、自己啓発が非正規就業から正規就業への移行を促すかどうかを実証している後半部分に分かれている。この点が非常に気になった。前半・後

半とも同じデータで分析しているということは、一つのデータの中に自己啓発と貧困の両方の情報があるということだから、自己啓発と貧困の関係を直接見ることができたはずである。それなのにあえて分析を2つの段階に分けたのはなぜなのだろうか。自己啓発によって非正規から正規への転換できる層が貧困に陥りやすい層と必ずしも合致するとは限らないので、自己啓発は貧困対策として役に立つかどうかを検証するには両者の関係を直接見る必要があるように思った。

第6章は2004-2009年の慶応義塾家計パネル調査と2009年の日本家計パネル調査を併用し、長時間労働や、不本意の非正規就業が健康に与える影響を検証する。長時間労働や、不本意の非正規就業は健康状態に悪い影響を与えるように見えるが、これは見せかけの相関であって、個人固定効果や操作変数によって内生性をコントロールすると影響は有意でなくなるという結果であった。しかし、操作変数として用いられている変数の中には、学歴のように固定効果に吸収されてしまいそうなものや、労働時間管理の有無や県別有効求人倍率のように直接のストレスになりえるものが含まれており、健康状態の変化が労働時間や就業形態も変化させるという意味の内生性をきちんとコントロールできているのか、やや疑問が残った。

第7章の目的は、身体的・精神的健康度が医療費と所得に与える影響を見ることである。このため、まずは身体的健康度と精神的健康度の指標を作る必要がある。この章では、主観的な健康度についての回答を被説明変数、健康に関する他の12の質問項目を説明変数としたロジットモデルを推計し、推計された係数から各項目のウェイトを算出する。そして12の項目を身体的健康度にかかわるものと精神的健康度にかかわるものに分けて、それぞれウェイト付けて集計したものを身体的健康度と精神的健康度の指標として用いる。ただし、著者も指摘しているとおり、健康状態が就業状態や所得に影響を与えているのか、就業状態や所得が健康状態に影響しているのかの識別をするためには複数年のパネルデータが必須である。現段階では1年分のクロスセクションデータしかないため、結局はこの2つの指標と医療費、就業状態や所得の相関関係を見る以上のことができていない。

第8章は弾力的労働時間制度と労働時間の長短の関係を見たもので、フレックスタイム制と変形労働時間制は労働時間の長さとは無相関だが、裁量労働制や

「時間管理を受けない管理職など」にあてはまる労働者は労働時間が長くなる傾向があった。ただし、著者も指摘しているとおり、現段階では1年分のクロスセクションデータしかないため、労働時間に対する選好など、異なる労働時間制度をもつ職の間の選択に影響するような個人の異質性がコントロールできていないという問題点がある。

第9章は、仕事内容や職場環境の変化と心身の健康状態や離職意向の相関関係を見ている。仕事の負荷が増えたり人間関係が悪化すると健康状態に悪影響があり、そういった要因や健康状態そのものが離職意向にも影響する。ただしこれも、著者も指摘しているとおり、現段階では1年分のクロスセクションデータしかないため、心身の健康状態が仕事内容や職場環境を変化させるという逆因果の可能性が排除できない。

第10章は慶應義塾家計パネルを用いて、高学歴男性の雇用と結婚行動の関係を分析している。具体的には、結婚のハザードモデルを推定する際に、説明変数として高学歴×学卒後不安定雇用ダミーをいれ、これがマイナスに有意であれば、高学歴でありながら不安定雇用に留まる者は留保水準が高いため結婚が遅くなるという解釈をとる。1992年以降卒業のサンプルのみに限れば著者の予測と整合的な結果が得られている。しかし、結婚が遅いことがすなわち留保水準が高いという解釈で本当によいのかどうか、個人的には違和感を感じた。たとえば留保水準が同じでも、サーチの強度が下がれば結婚は遅くなるはずで、代替的な解釈の検討が足りないように感じた。また、高学歴の不安定雇用は最近ほど増えており、世代のコントロールが調査時点の年齢のみであることから、世代効果を拾ってしまっていないかという点も気になる。

第11章は身長や体重が賃金に与える影響を推計し、さらにそれが雇用主による差別なのか、生産性の違いに起因するものなのかの区別を試みている。この結果、正規雇用の男性に高身長プレミアムと低身長ペナルティがあり、これは雇用主による差別を含む可能性が示唆された。また、肥満ペナルティは男性には観察されず、女性においても観察されない属性によるものである可能性が高いという結果であった。しかしながら、著者も指摘しているとおり、身長は両親の社会経済的地位に大きく影響を受けることが知られており、日本家計パネル調査ではそうした変数をコントロールすることが難しい。また、肥満度についても、自制心の弱い人

は肥満しやすくかつ仕事もできないという意味での内生性のコントロールができていない。身長はそう頻繁に変わるものではないし、体重も急激に変化するときは病気など生産性に直接影響しそうなことが同時に起きている可能性が高く、単にパネルデータがあれば解決できるという種類の問題ではない。

Ⅲ おわりに

ここまで見てきたとおり、本書は狭義の貧困問題のみに限定せず、健康状態や労働時間など、幅広いトピックを扱い、現代日本の重要な社会問題の多くをカバーする意欲的な論文集である。広い意味での格差・貧困問題という共通テーマはあるものの、各章が独立した研究論文として読めるようになっている。

ただ本書の最大の難点は、「パネルデータによる制作評価分析1」という副題がついているにも関わらず、実質的にはクロスセクションデータによる分析が大半を占めている点だろう。実際にパネルデータを用いた分析ができてるのは、慶應義塾家計パネル調査のデータを用いた第5、6、10章の3つのみである。日本家計パネル調査の最初の1年分のデータしか使えない段階でまとめられたため、ある程度はしかたのない面もあるのだろうが、副題と内容がいささか食い違っている感否めない。

特に気になったのは、効果を見たい説明変数の内生性あるいは逆因果に対処するためにはパネルデータが必要だが、現時点では1年目のデータしかないので対処できない、と著者自らが書いている章が7章、8章、9章と3つもある点だ。どの章も、問題となっている内生性ないし逆因果はかなりクリティカルなもので、そこをコントロールできない段階で暫定的な分析結果を紹介する意義がどこにあるのか、説明が足りないように思う。

さらに慶應義塾家計パネル調査を使った章が混ざっているため、「1年分しかないのが問題なら、代わりに慶應義塾家計パネル調査を使えばいいのでは？」と思ってしまう読者も多いのではないだろうか。慶應義塾家計パネル調査のウェブサイトに行って調査票をみれば、7-9章の分析で使う変数が慶應義塾家計パネル調査にはないことはわかるのだが、本書の中にもひとつ、その旨が書いてあるほうが親切であるように思った。

もっとも、今後パネルデータの蓄積が進めば、本書

で扱われたトピックをパネルデータならではの手法を用いてさらに深く分析することが可能になる。冒頭で述べたように「日本家計パネル調査」は日本の既存の

パネルデータにはない特色があり、今後のさらなる研究の蓄積には大いに期待したい。

(こんどう・あやこ 法政大学准教授)

書 評

岡田朋子著

『支援困難事例の分析調査——重複する生活課題と政策とのかかわり』

(ミネルヴァ書房, 2010年)

平 岡 公 一

本書が対象とするのは、「支援困難事例」である。「支援困難事例」とは、従来は、処遇困難ケース (hard-to-reach case) あるいは接近困難なクライアント (hard-to-reach client) と呼ばれてきたものであり ([秋元・藤村・大島ほか 2003]などを参照), ソーシャルワーカーなど福祉専門職の観点から見れば明らかに専門的支援(援助)が必要であるにもかかわらず、支援を受けることを拒んだり、支援を受ける場合でも支援者(福祉専門職等)との間に安定的な人間関係を築くことができないことで、有効に各種サービスが利用できない個人や家族を指す概念である。具体的にそこで想定されるのは、家庭内の暴力・虐待、あるいは知的障害や精神疾患などを含む複数の生活課題が存在し、家族・親族がその課題の解決の担い手としては機能していない状況である。社会福祉領域(社会福祉学あるいはソーシャルワーク研究)の研究者やソーシャルワーカーは、この支援困難事例への対応こそが、専門職としてのソーシャルワーカーの力量が発揮されることが最も期待される領域であるとして関心を寄せてきたし、福祉事務所、児童相談所等の相談支援機関でも、実践知の蓄積がある程度は行われてきた。しかしながら、わが国の場合、この支援困難事例への対応について、福祉行政のなかでの明確な位置づけがなされてはならず、また研究教育の面でみても、体系的な研究が行われて、その成果が専門職教育に活かされているとも言い難い状況にある。

本書は、自治体のソーシャルワーカーとして、長年、「支援困難事例」を含む多くの人々に対する生活支援に取り組み、また実践的な研究グループを組織して後進の育成にあたってきた著者が、学位論文としてとりまとめた支援困難事例についての理論的・実証的研究の成果を刊行したものである。まず、本書の内容を簡単に紹介しておきたい。

序章は、この研究の基本的な問題意識と研究の目的・方法を扱っている。そこでは、自治体のソーシャルワーカーが、支援の対象者の一人一人の問題解決のために、支援に伴う困難に正面から立ち向かいながらも、政策的な課題に関心を向けて「開発プランニング型」の実践に取り組むことが少ない現状についての問題意識が示され、本研究の目的が、「個別事例検討から政策課題検討に至る道筋にある課題を考察すること」にあることが説明されている。

第1章では、研究レビューと、本研究の理論枠組の構築がテーマとなっている。研究レビューに関しては、生活研究の諸潮流の主要な研究が取り上げられ、さらに「支援困難」の問題を扱う「多問題家族」「多重問題家族」に関するソーシャルワーク研究の文献が検討されている。さらに、それらの検討結果に基づいて7つの「生活支援の構成要素」と6つの「支援困難要素」を連関させた本研究の理論枠組が提示されている。6つの「支援困難要素」とは、①対象者と支援者の課題認識の面で生じる困難、②対象者と支援者の解決行動の面で生じる困難、③課題自体の困難性、④サービスにまつわる困難性、⑤支援者側の条件としての困難性、⑥支援の仕組みに関する困難性である。

第2章では、ある自治体のソーシャルワーカーとともに行った自主的な事例検討会での検討結果を踏まえて、著者が、前章で示した枠組に沿って15の支援困難事例を分析した結果が報告されている。ここではその詳細を紹介できないが、どの事例においても、いくつもの支援困難要素が重複していて、そのうち「課題の困難」(支援の対象者が、自他の心身を傷つける、関係性の拒否、通常的生活への回復が容易でないなど、困難な課題を抱えている状態)という要素は、すべての事例に共通に見いだせることが示されている。この事実は、「支援困難」がどのような性格のものである

かを如実に物語っている。本章ではまた、支援の現場での事例検討の意義が論じられ、わが国の福祉行政において、(児童相談所児童福祉司の支援業務、生活保護法の一部の業務、介護支援専門員のケアプラン作りを除き)支援業務のなかに事例検討が構造化されていないことの問題点が指摘されている。さらに、事例検討を、個別の問題の解決に役立てるだけでなく、そのような検討結果の集積を、相談機関の対応力の向上、その地域のサービスの評価や課題の明確化、それに基づく政策・施策に関する評価、提言などにつなげていくという展望が示されている。

この第2章は、質的データを用いて個別事例について深く掘り下げた検討を行ったものであるが、これとは対照的に、第3章では、支援困難事例の発生件数や、支援の困難要素の出現頻度等を量的に把握するために、著者が横浜市において実施した量的調査の分析結果が報告されている。調査は、横浜市の一つの区で福祉・介護領域の相談支援業務を行っているほぼすべての相談支援機関・事業所および民生・児童委員に対して実施されたものであり、支援者(福祉専門職、民生・児童委員等)からみて支援困難と考えられる要素をもっている事例をすべて拾い上げることを意図している。そのデータの集計により、調査区域人口の0.4%(世帯単位でみれば0.8%)が、「支援困難事例」に該当することが明らかにされるとともに、該当する人々の属性、経済状況や、「支援困難」の内実、それに対する対応の状況などが多角的に分析されている。支援の困難要素の出現頻度という点でみると、すべての事例で「生活課題が困難だ」という要素が見られた点は、事例検討の結果と一致している。その他の支援困難要素としては、「支援開始時や支援過程の困難」が91%と出現頻度が際立って高い。その内容に関しては、「キーパーソンがいない」が36%、「対象者が困っていない」が32%と特に多い点が注目される。これは、福祉・介護の現場の関係者以外には、あまり知られていない事実であろう。

第4章では、同じデータに対して、クラスター分析という多変量解析の手法を適用し、支援困難事例の類型化の試みがなされて、9つのクラスターが抽出されている。それぞれのクラスターは、①精神的な問題を持つ1人親家庭の母、②家庭内に調整役がいない2人暮らし、③虐待、DV、精神不安定が重なる5、6人世帯、④認知症などの後期高齢者がいる意見不一致世帯、

⑤アルコールやギャンブル依存のある単身男性、⑥不適切な子育てや、虐待をされている未成年の子、⑦虐待を含む育児・子育てに問題がある核家族、⑧後期高齢の認知症を持つ単身女性、⑨知的障がいやコミュニケーションに問題ある子を抱える世帯と命名され、その状態像が示されている(なお、「精神的な問題を持つ一人親家庭の母」などの名称は、あくまで各クラスター(群)の特徴を示すラベルであり、そのクラスターには他の家族形態・属性のケースも含まれている。また、「精神的な問題を持つ1人親家庭の母」に該当する人々が、すべて「支援困難」であるということではないことはいうまでもない)。

第5章では、前章までの分析結果を踏まえて、相談支援機関などの現場における「重層的な事例検討」のあり方と、支援困難事例をめぐる政策的な課題という二つの点が検討されている。前者の「重層的」ということの意味は、各種の制度・サービスの現状や支援者の力量や労働環境などを所与のものとして支援方法の検討を行うだけでなく、制度・サービスのあり方や支援者の力量や労働環境の改善などを通して「社会的対応力」を高めることも検討の事例課題とするということを意味している。後者の政策的な課題に関しては、①分野横断的な支援の必要性(縦割り行政的な仕組みの排除)、②「支援の階層化」の防止(例えば民生・児童委員の活動を専門機関の下請的に位置づけることをやめることなど)、③自助、互助機能の衰退のなかで支援対象者を制度・サービスに有効につなげるための「伴走機能」の重要性という問題提起がなされている。

第6章では、前章までの議論をまとめるとともに、第5章で提起した課題についての掘り下げた検討が行われている。

本書は、以上のような内容をもつものであるが、以下では、本書で示された研究結果の意義と特徴、また本書が提起した問題について、三点にまとめて若干の考察を行うことにしたい。

まずこの研究の第一の特徴と意義は、「支援困難事例」に関して、ミクロ・レベルの支援方法の検討ばかりでなく、メゾ・レベルの組織運営のあり方からマクロ・レベルの政策課題の検討までをカバーした総合的な研究として、評者の知る限りでは、わが国では最初のものであるという点にある。取り扱っている問題が幅広いものであるだけに、議論の深さや成熟度について

て多少のばらつきは見られるものの、本書で提示された「生活支援の構成要素」と「支援困難要素」で構成される理論枠組、あるいは社会的対応力、支援の階層化、伴走機能といった独自の概念は、この主題に関する研究の前進に寄与することが大きいものと考えられる。また、本書では、いわゆる生活研究にかかわるものを除くと、ソーシャルワーク研究や我が国独自の社会福祉学理論についての言及は必ずしも多くはないが、エンパワメント・アプローチやストレスモデルの観点はかなり取り入れられており、わが国の最もオリジナルな社会福祉学理論といえる岡村重夫氏の理論体系（いわゆる岡村理論）のエッセンスが、著者の議論のベースになっていることも読み取れる。

第二に、著者が提起した政策的な課題は、1990年代以降の一連の社会福祉制度改革でも、必要な政策的な対応がなされなかったものであり、また、この間のサービスの量的な拡充や、サービス供給の多元化・（準）市場化によって新たに表面化してきた課題といえるものであるということを強調しておきたい。わが国の社会福祉サービスの体系、あるいは福祉行政の組織が、児童、障害、高齢などの対象集団別の法制度に対応して、対象集団別に編成されていることの問題性についてはかねてから議論があり、障害者自立支援法の制定による障害者向けサービスの一元化などで一定の改善が図られたが、問題の根本的な解決には至っていない。同一世帯内に多様な課題が存在する支援困難事例への対応において、対象集団別のサービス体系や組織編成が制約要因になっていることは著者の指摘のとおりである。あるいは、著者が言うところの「伴走機能」の必要性は、各種の制度・サービスが一定程度整備され、またサービスの提供体制が多元化・（準）市場化されてきたことで生じてきた。対象集団横断的で総合的な生活支援法制の整備を初めとする著者の政策提案は、そのことを踏まえたものであり、社会福祉領域の今後の政策議論の基軸となるべき内容を含むものであると考える。

第三に、この研究において、地域における支援困難事例の網羅的な把握を目指した量的調査を適切な方法で実施され、その出現率や特質について信頼できるデータが得られたことは、画期的なことであることを指摘しておきたい（調査の実施にあたっては協力機関に32回にわたる趣旨説明と協力依頼を行ったというこ

とであり、綿密な計画のもとで調査が実施されたとみることができる）。

個人ベースでみて0.4%の出現率ということは、例えば人口10万人の都市であれば1時点で400人が「支援困難事例」に該当するということである。それぞれの事例が、健康や安全面での相当なリスクを伴うものであり、相談支援機関による対応に多くの時間とエネルギーが求められるものであることを考えると、これは軽視できる数字ではない。横浜市は、福祉事務所に配置される福祉職の専門職採用が行われている数少ない自治体の一つであることから、「支援困難」にむすびつく複合的な生活課題を抱えた人々の把握状況は決して悪くないはずであるが、大都市であるから、支援相談機関が把握できていないケースも一定数は存在するであろう。0.4%という出現率は、やや少なめの推計値である可能性があることも考慮すべきであろう。

このような支援困難事例の数量的把握は、（タイムスタディ等を含む業務分析と合わせて実施されれば）専門性の高いソーシャルワーカーの配置基準や養成計画にとっても有用であろう。わが国では、社会福祉の分野ごとの計画策定においては、量的なニーズ把握に基づいて計画目標を設定する手法が定着しつつあるが、社会福祉士等の人材養成においては、その需要の数量的把握に基づく計画策定が行われていないのが現状である。それだけに、そのような計画への活用も視野に入れながら、このような支援困難事例についての量的研究が（質的研究とともに）さらに展開されることを期待したい。

以上、福祉政策研究者の視点から、3点にわたって本書の内容についての論評を行ってきた。本書の議論は複眼的であって、相当な広がりを持つものであり、ソーシャルワークの研究者やソーシャルワーカーの観点に立てば、また違った論点が示されることもあろう。社会福祉領域の研究者・専門職を始め、「社会的排除」の概念で示されるような複合的で多様化した生活課題、福祉ニーズの今日的なあり方に関心をもつ方々に、本書を一読することをお勧めしたい。

参考文献

秋元美世・藤村正之・大島巖ほか編（2003）『現代社会福祉事典』有斐閣。

（ひらおか・こういち お茶の水女子大学教授）

書評

江口隆裕著

『「子ども手当」と少子化対策』

(法律文化社, 2011年)

大塩 まゆみ

本書は、子ども手当と少子化対策をテーマとして、家族政策先進国フランスの動向や思想も研究したうえで、わが国の人口政策や児童手当制度を検討した好著である。とても興味深く展開され、要所要所にある小括で簡潔に整理されているので理解しやすく、家族政策に関心のある研究者には必読の書である。以後、章を追って紹介したい。

第1章 フランスの家族政策 —出産奨励策から一般施策へ

フランスの家族給付の軌跡を1860年から2007年に至るまで辿り、どのような社会経済状況の下で、どのような政策がとられたのかの変遷を明らかにしている。これにより現在のフランスの家族政策の到達点を相対的に評価し、わが国の少子化対策への示唆を得ることがこの章の研究のねらいである。フランスでは家族手当が出産奨励策として推奨され、政権交代によって対象が拡大されたり後退したり、種類が増えたり統合されたりした、という変遷を歴史の流れを追って明らかにされている。その後、家族政策の考え方や思想、家族政策の範囲がまとめられ、最後に家族政策の課題が指摘されている。

1970年代前半には、それまでの家族政策の単位に含まれていなかった若者世帯や高齢者・障がい者も対象にし、家族給付から社会給付への政策転換が行われた。また、1970年代後半に、ひとり親世帯の最低所得保障としての単身手当が創設され、家族政策から社会政策へと発展した。フランスは、日本の生活保護の生活扶助のような一般的性格の最低所得保障制度がなく、そのような最低所得保障制度としても家族給付が機能していた。その後、1990年代に、「国家の未来は、家族にかかっている。それゆえ家族政策は総合的(globale)でなければならない」という家族に関する

法律(1994年7月25日成立)の理念にもとづき、育児親休業や保育サービス、職業と家庭の両立、大きな子ども・児童虐待・住居等の現金給付以外の対策や新設の全国家族会議を含めた総合化が図られた。フランスでは、家族政策が出産奨励策としての性格から家族の自由な選択を保障する一般施策に変質している。

このようなフランスの家族政策について、「扶養機能社会化論」という、家族が果たしていた世代間扶養機能を社会化することが家族政策だと論じているのが、ビジョである。つまり、産業革命後、家族内の世代間扶養機能が年金等によって社会化されてきた。年金制度を維持するためには、単に子どもの数を増やすだけではなく、必要な教育を受けさせた質の高い子どもを養育する必要がある。子どもによる果実は社会全体で享受するにもかかわらず子育て費用はその親だけが負担するというのでは子どもを産もうとしなくなる。しかし、国が出産という個人の自由に介入することはできず、国ができることは、子どもへの投資者である親に公的な財政援助を行うことだけであり、これが家族政策の基本的な役割であるとしている。したがって、世代間扶養機能を社会化する家族政策には、母性保護や子育て・教育・医療・青少年の文化スポーツ・職業訓練、年金も含まれる。これに対して国が出生率向上などの大義名分の下に、個人の私生活に介入することはよくないとの反論もある。また、新たな家族政策は、総合的な社会経済政策でなければならず、失業、多重債務、消費者保護等の経済政策を含み個人が家族のきずな、社会とのきずなを再構築できるようにする社会政策全般を意味する、というリブラの説も紹介されている。

フランスの社会事業および家族法典では、「家族政策」と題する章があり、家族政策の具体的内容として、子育てを支援するためのさまざまな給付(諸手当、乳

幼児監護のための雇用支援、税減免、国鉄運賃軽減、教育支出のための給付・授業料軽減等)が例示されている。家族政策関係費用は2003年時点で約730億ユーロ、国内総生産(PIB)の4.6%に相当する規模になる。

フランスでは、男女の自由な結びつきや離婚、同性愛などの生き方の多様化が進んでおり、親権は、社会的規範的観点からではなく、親としての条件に付与されるものとなったという。また、親の地位や役割がゆるんでおり、夫婦や両親とは別に、「親性(parentalité)」という概念が作られたという。その背景には、多くの社会問題の原因に親の機能低下があると指摘され、2006年には、学校の長期欠席や学校内でのトラブルを防止するため親責任契約(contrat de responsabilité parentale)が導入されたという。このような課題に対して、家族の絆を維持するための多種多様な社会的取り組みが行われている。また、家族政策のあり方を議論する場として、「全国家族会議」が1994年に創設され毎年テーマを決めて論議される。参加者は、関係閣僚・行政機関代表者・学識経験者等50人以上で、家族に関する重点政策を実質的に検討決定する役割をもっており、政治的にも重要な意味がある。

以上のように、ここでは簡略化した、フランスの現状や課題について広範に紹介されており、非常に興味深く、フランスの動向や考え方は日本にも参考になる。

第2章 戦前の人口増加政策

第3章 戦後の少子化対策

2章、3章は、4章1章分よりも量的に少ないので、両方をあわせて紹介する。

2章では、わが国の戦前の人口増加政策、3章では戦後の少子化対策について、出生率や人口の推移と関連政策の変遷を外観している。少子化対策によって出生率が向上するのか、という疑問が著者の出発点にある一方、人口減少を食い止めることがわが国の将来の喫緊の課題となっている。その特効薬的な施策として「子ども手当」が浮上したが、その効果を評価する前に、戦前、戦後の人口動向や関連する施策を検討したのが、これらの両章である。

その結果、少子化対策の一つの目的とする子ども手当の出産奨励策としての効果については、出生率向上の効果あげていないと評価されている。出生率と正

の相関があるのは賃金の伸びの低下であり、少子化対策として重要なのは、その国や社会全体のあり方で、少子化対策よりも一般的施策そのものが課題となることが明らかにされている。これは、出産を奨励してきたフランスでも同様で、育児負担軽減や出産奨励策から一般的な社会政策へと家族政策が変質しているという。この背景には、家族政策を構築するためには、モデルとなる「家族」とは何かを定める必要があるが、最近では、家族が多様化しており、モデルとしての家族像を描けないので、「チルドレン・ファースト」よりも「エヴォリワン・ファースト」を目指すことが求められている。それが出生率向上にむけた王道だという。

第4章 「子ども手当」の意義と課題

子ども手当について論じた4章は、本書の核心部分である。まず、子ども手当の前身である児童手当制度について前史を含め概括されている。児童手当創設に際しては、中央児童福祉審議会児童手当部会中間報告で示された児童手当の考え方として、①児童育成説(児童福祉の観点中心)、②多子保険説(社会保障の観点中心)、③賃金体系見直し説(賃金の家族給付相当額を社会保障化することによる年功賃金の見直し)、④生産力確保説(所得格差是正と人間能力開発の観点中心)があり、このうち②④が推奨された。実施後については、手当額や財源負担の変遷を概観し、1982年改正までは、多子保険説的立場が中心であったが、1985年改正では、社会的扶養説⇨生産力確保説へと転換させる試みがなされたが、財源不足のため効果がかえって低下したと述べられている。

1989年の「1.57ショック」で少子化が認識されて以後は、総花的に打ち出された少子化対策の一つとして児童手当が組み込まれるようになった。2000年改正以後はさらに少子化対策としての性格を強め、税制改革とセットで給付改善の財源捻出が行われた。しかし、政策目的が明確でなく、少子化対策としての効果についての検証が不十分なまま民主党政権の目玉政策として「子ども手当」が登場する。

これまでの児童手当と名称を変更した子ども手当は、所得制限がない普遍的給付とした点が目新しく、有権者の関心を惹きつけた。しかし、実際の子ども手当法は、マニフェストの大胆さとは裏腹に、「ヌエ的な法律である」(p.117)と、その弱点が指摘されている。子ども手当の内容と問題点については、仕組みや政策

目的、子ども手当に関する国会質疑や子ども未来財団による子育て費用の調査結果等を元に検討されている。

マニフェストでの公約は、「控除から手当へ」の転換を進め、「子育てを社会全体で支える観点から、配偶者控除、扶養控除（一般。高校生・大学生等を対象とする特定扶養控除、老人扶養控除は含まない。）は子ども手当へ転換する」と述べられていた。このような観点から実施された控除と手当の改革の家計への具体的影響を、子ども手当満額2万6000円と仮定し、子ども一人の高所得世帯と中所得世帯と低所得世帯の年額を例にとり試算されている。その結果は、どの所得階層でも差し引きの影響は、プラスになることが分かった。当然、給付総額が大きくなり、財源不足になる。にもかかわらず、所得制限を設けなかった理由は、民主党が、子ども手当は親に対する給付ではなく子どもに対する給付で、子の育ちを社会全体で支援するという考え方を重視したからだった。このような子の扶養に対して、社会全体が義務を負うという考え方自体は、私生活は個人の責任と負担で行うという原理原則があるわが国において、画期的であった。しかし、子どもは一人で成長するのではなく保護者の存在が不可欠で、実際には、便宜的にせよ親に給付せざるをえない。親と社会の扶養義務や子育てに関する家庭の責任との関係をどう考えるのかという問題が残されており、第5章で、別途、検討されている。第4章では、高校の実質無償化や諸外国との家族手当の比較、賃金体系との関係、子ども・子育て新システム案についても検討し、子ども手当と国家のあり方が論じられている。つまり、子どもや高齢者扶養を家族が担うのか、国が担うのかという問題は、国家の政治体制のあり方上、決定的な要因となる。エスピン・アンデルセンの分類による社会民主主義的福祉国家体制を民主党が目指すのならば、普遍的な給付としての子ども手当は目指すべき政策目標となる。さらに、社会保険料や消費税を含めた税の負担についてもビジョンと議論が必要であると締めくくっている。

第5章 少子化対策—若干の法制度的考察

本章では、少子化対策の意義が確認されている。少子化対策というのは、国の側からみた施策の総称であり、個人の側から見ると、子どもを生み育てる権利、という観点になるという。これを憲法の幸福追求権や生存権、民法の親権の視点から検討されている。少子

化対策関連立法は、生活個人責任の原則の修正を招くとしても、親権は親に属し、「父母その他の保護者が子育てについての第一義的責任を有する」ことには変わりはない。育児・介護休業法や育児休業給付、次世代育成支援対策推進法等の子育て支援関連の法制度についても簡潔に紹介されているが、それらは、直接的に出産奨励をするものではなく、子どもを安心して生み育てられるような環境整備の一環であり、間接的に少子化を防ごうとしている。そのように国をあげて少子化対策を講じるのは、人口減少は社会の根源を揺るがしかねない事態であるからである。しかし、個人レベルの視点で見ると、子どもを持たないことは、選択の自由の結果ということになる。社会保障は、個人が自ら望んで選択した事故に対してではなく、疾病や老齢・障害・失業等の個人の生活を脅かす事故や状態に対して保障を行うもので、少子化対策と社会保障とは視点が正反対だが、社会保障に属する制度や権利に還元されるという。

わが国の少子化対策は、メリット・デメリットの両方を持ち、出生率向上には大きな成果がなかった。が、一般施策として個人の多様な生き方を選択できる社会を目指す方向へと転換しつつある。つまり、子ども手当を契機として家族と国家のかかわり方、国家がどのような社会保障政策・福祉国家を目指すのかを真剣に問い直すことが我々の責務だということ。つまり、家族政策から社会政策全体の充実を考える、これが、本書のメッセージであろう。

考察と感想

「はしがき」によると、著者は、民主党が目玉政策とした子ども手当で少子化が改善するのだろうか、と素朴な疑問を抱かれたことが、本書執筆の動機であった。少子化対策は、社会の様々な要因や施策と同時に存在しており、それだけの効果を測定することはできず、いかに分析してもその効果だけをはっきりと表せるものではない。それは、フランスの家族政策と出生促進の効果についても同様であった。そのような政策評価についての限界や観点が、明らかにされたといえる。

著者は、「むしろ個人が自由な生き方を選択できるような一般施策を充実させていくことが、少子化対策という観点からも重要ではないか」という結論を導かれ、また、それが家族政策先進国、フランスの動向と

も一致するという点は、本研究から得られた大きな収穫であった。また、フランスの「扶養機能社会化論」等の家族政策の理論や全国家族会議は、大変刺激的で、議論の結果、実施される制度政策には、民主主義の重みを感じる。

最近、わが国でも家族政策の研究に関心もたれるようになってきたが、本書は、今後の家族政策の発

展にとって、価値のある研究である。少子化や子ども手当を契機として、どのような福祉国家を目指していくかについて問い直すことができれば、一過性に終わった子ども手当への世論の盛り上がりも、意義があったのではないかと考える。

(おおしお・まゆみ 龍谷大学教授)