

季刊 社会保障研究



Vol. 47

Spring 2012

No. 4

研究の窓

地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて…………… 高 橋 紘 士 344

特集：地域包括ケア提供体制の現状と諸課題

良質なサービス付き高齢者向け住宅の

適正な整備に向けた課題…………… 井 上 由起子 346

日本における在宅医療の現状、課題及び展望…………… 尾 形 裕 也 357

日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方

—自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた—

…………… 筒 井 孝 子 368

ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—…………… 堀 田 聡 子 382

投稿（研究ノート）

既婚女性の労働供給と夫の所得…………… 張 世 穎 401

子どもの医療費助成・通院・健康…………… 別 所 俊一郎 413

動向

平成21年度 社会保障費—解説と分析—

…………… 国立社会保障・人口問題研究所企画部 431

判例研究

社会保障法判例…………… 島 崎 謙 治 439

—医療法人の定款に当該法人の解散時にはその残余財産を払込出資額に応じて
分配する旨の規定がある場合における、同定款中の退社した社員はその出資
額に応じて返還を請求することができる旨の規定の解釈—

書評

岩永理恵著『生活保護は最低生活をどう構想したか

—保護基準と実施要領の歴史分析—…………… 川 上 昌 子 448

季刊社会保障研究（Vol. 47, Nos. 1～4）総目次…………… 452



国立社会保障・人口問題研究所

研究の窓

地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて

地域包括ケアという概念は、もともとは、ねたきりゼロ作戦の提唱者でしられる広島県御調町（当時、現在尾道市）の公立みつぎ総合病院の山口昇医師によって昭和50年代に使われはじめたものである。¹⁾ 山口医師によれば、脳卒中などの後遺症の患者たちの生活の質を確保する上で、治療（キューア）のみならず予防、リハビリ、福祉、介護を専門サービスのみならず、住民参加による地域ぐるみの活動も包含したみつぎ病院の実践展開を説明する、いわば実践から生まれた概念であった。

その後、2003年に公表された厚労省老健局の高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護」と題する報告で、再定義が行われ、05年の介護保険改革における「地域包括支援センター」創設にあたって目標として達成すべき政策概念として用いられるようになり、さらに、今回の介護保険改正にあたって、その考え方を整理した「地域包括研究会」の報告書において、介護保険改正が目標とすべき概念として提起され、また、同時並行的検討が進められた社会保障国民会議の報告においても、今後の医療介護の改革にあたっての嚮導概念として用いられた。今回の税と社会保障の一体改革の目標にもこの概念が使われ、政策概念として定着するに至っている。

また、「病院の世紀の理論」という著作で注目された猪飼周平氏は脱病院の時代を理論的に説明している地域包括ケアの概念をより歴史的なパースペクティブで社会理論化する必要性を強調している。すなわち、「第1に、なぜ次代のヘルスケアシステムが地域包括ケアシステムになるのか、第2に、地域包括ケアシステムとはどのような特徴を備えたシステムなのか、第3に、地域包括ケアシステムを構築するに際して解決すべき課題とは何か。」²⁾

この指摘のうち、政策および実践の視点から見ると、第3点が最も重要であるように思われる。

第一に、地域包括ケア提供体制をどのように構築していくべきか。構築主体の問題がある。みつぎ総合病院の場合は国民健康保険直営の医療機関として、町役場の保健福祉部門さらに社会福祉協議会と一体化して地域包括ケアの提供体制が実践に即して展開されてきた。しかしながら、多くの自治体では、このような条件は存在していない。そこで、05年改革では地域包括支援センターを介護保険の保険者機能として創設し、地域包括ケア推進の拠点として整備することが目指されたが、実際には、多くの地域包括支援センターは社会福祉法人や医療法人への委託機関として、単なる相談機関としてみなされ地域ケアのマネジメント機能は未成熟のまま今日に推移しているといえる。また、市町村の保険者機能としての提供体制整備についても、政策能力や専門性の問題もあり、提供体制の設計と運用といった課題を保険者機能として果たすには少数の例外の自治体を除いて多くの困難があるように思われる。多元的なサービス提供体制を地域連携システムとして構築し、運用を可能にする提供体制を構築するには多くの課題をクリアしなければならない。

第二に、地域包括ケア提供体制を構成するサービス群とその制度的配置の整理が必要である。保健医療福祉の総合として構想された介護保険において、介護保険法上、居宅サービス優先の原則が謳われたにもかかわらず、施設依存が特養待機者の増大のなかで克服されていない。また、医療制度でい

えば、社会的入院の問題はいまでも、解決の目処が立っていない状況である。そして、既得利害の維持のため、旧来の施設病院の温存がはかれ、施設病院依存の克服の路がたっていない。その象徴が本来今回の同時改定で予定されていた介護療養病床廃止の先送りである。

このような状況のなかで、前回の制度改正で、地域密着型サービスが導入され、今回の介護保険制度の改正のなかで、訪問看護と訪問介護の複合型サービスとしての24時間随時訪問サービスが導入されるとともに、地域包括ケアを実現する基盤として、住宅施策との連携が強調されるようになってきた。さらに、医療介護の連携が強調され、今回の診療報酬改定の中でも在宅医療の充実強化の方向性が強調されたが、これらの行方を注目する必要がある。

第三に、地域包括ケア提供体制を、制度的支援と非制度的支援のコンプレックスであると理解するならば、双方の成立条件とその組み合わせ問題を解決する必要がある。少なくとも、今後の資源不足の問題を正直にうけとめるならば、非制度的支援の意義を再定義する必要がある。地域包括ケア研究会報告において、自助、互助、共助、公助の四区分を提唱したのは、すべてのケアニーズの提供を公的制度に収斂させようとすることはコスト爆発を起し、制度の持続可能性を揺るがすからにほかならない。他方、非制度的支援は家族機能のゆらぎと地域社会の脆弱化のなかで、危機に瀕している。とすればどのようなソリューションが考えられるか。社会保険による介護、医療制度と既存の社会福祉制度を補完し、地域包括ケアによる地域居住を実現するために新しく第2のセーフティネット機能が果たせる新しい生活支援の制度を導入すべきではないか。

地域包括ケア提供体制はいずれにせよ、医療と介護と福祉の制度的分断を克服した包括的支援のシステムとして構築される必要がある。今のところ、地域を基盤として、非制度的支援も包括したシステムを構築しているのは国際的にみてもオランダなど少数の国であるように思われる。

まさに、地域包括ケア提供体制の構築は、実践と政策を架橋し、今後の道筋をあきらかにする有効な理論構築が必要な段階に達しているように思われる。

注

- 1) 近刊の拙編『地域包括ケアシステム』（オーム社）で、山口昇氏がこの経緯について論じている。
- 2) 猪飼周平「地域包括ケアの社会理論の課題」（2011年『社会政策』2巻4号）。

参考文献

猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣。

高橋 紘 士

（たかはし・ひろし 国際医療福祉大学大学院教授）

良質なサービス付き高齢者向け住宅の適正な整備に向けた課題

井 上 由起子

I はじめに

周知のとおり、我が国の高齢者ケアは地域包括ケアシステムに向けて歩みをすすめている。地域包括ケアシステムとは、「住居の種別にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院などに依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能となっている体制」〔地域包括ケア研究会 2011, p.18〕を指す。ここで示されているようにその実現にあたっては、基盤としての住居が保障されていることが前提となる。「福祉は住宅にはじまり住宅に終わる」という考え方がようやく日本でも浸透してきたといえよう。

高齢期の住居はサービス付帯の仕組みから、自宅、住宅系サービス、施設系サービスの三つに大別される。施設系サービスとは24時間365日にわたって介護職がインハウスで配置されているものを指し、介護保険施設のほか認知症高齢者グループホーム（以下、認知症高齢者GH）、一般型特定施設を指す。これに対し、住宅系サービスとは生活支援サービスのみをインハウスで付帯させ、介護は居宅の仕組みで届けるものを指す。サービス付き高齢者向け住宅のほか、住宅型有料老人ホーム、ケアハウス、シルバーハウジングなどが該当する。自宅は所有形態から持家、民間賃貸、公的賃貸にわかれ、密度から集合住宅、戸建てニュータウン、散居などにわかれる。コレクティブやシェアハウスは血縁関係のない人々がコモンスペース

を共有化して暮らす自宅となる。高齢者ケアでは自宅での継続居住がまずもって目指されるが、多様な住まいの保障が地域包括ケアの前提であることから明らかなように、地域包括ケア圏域内での転居は否定されていない。

地域包括ケアの基礎にあるいまひとつの重要な概念が、自助・互助・共助・公助の役割分担と連携である。現在のところこれらは断片化された状態にある。連携と協働において特に重要と考えられるのが、①共助のなかでの医療と介護の連携、②互助の醸成と互助と共助の連携である。政策レベルで扱われてきたのは①であり、介護報酬や診療報酬において評価され、連携強化が図られてきた〔筒井 2011, p.18〕。②については、互助は所与のものではなく期待するものにすぎないため〔池田 2011, p.240〕、政策に位置づくことなく今日を迎えている。しかしながら、自宅と施設の中間に位置する高齢者住宅の登場によって、施設では介護保険で給付されている生活支援サービスが、介護保険から切り離されて住宅の付帯サービスとして用意されることとなり、この機能を自助・互助・共助・公助のいずれに委ねるのが大きなテーマとなりつつある。どのような方向性を目指すかは、共助に著しく比重が置かれた現在の状況をどう解釈するのかにもよろう。

以上を踏まえ、本稿では我が国の住宅政策を概観し、2011年10月から登録がはじまったサービス付き高齢者向け住宅の概要を解説した後、サービス付帯の状況、利用者特性、生活支援サービスの位置づけ、保険者単位での整備方針立案上の留意点、費用負担のあり方、家賃補助導入の留意点

などについて検討を行い、サービス付き高齢者向け住宅の整備促進上の課題を明らかにする。

II 高齢社会における住宅政策と社会保障

1 サービス付き高齢者向け住宅の制度化の経緯とその概要

(1) 制度の変遷

住宅政策と福祉政策の連携が始まるのは、高齢社会が意識されるようになってからである。嚆矢は1987年のシルバーハウジングであり、公営住宅の一形態として登場した。2001年には、高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下、高齢者住まい法）が制定され、高齢者向け優良賃貸住宅（以下、高優賃）と高齢者円滑入居賃貸住宅（以下、高円賃）が制度化された。民間活力が導入され始めたのは、この時期からである。2005年には高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）が制度化される。サービス付帯は義務付けられていない。2009年、高齢者住まい法は国土交通省と厚生労働省の共同所管の法律になり、高専賃に登録基準が導入されサービス付帯の状況が分かるようになった。2011年4月、高齢者住まい法が再度、改正される。高円賃、高専賃、高優賃は廃止され、サービス付き高齢者向け住宅に一本化された。サービス付き高齢者向け住宅の登録制度も創設された。有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の一元化も目指されている。

(2) サービス付き高齢者向け住宅の概要

サービス付き高齢者向け住宅の特徴は、①賃貸借契約に基づくバリアフリー対応の集合住宅、②安否確認・生活相談・家事などの生活支援サービスを付帯、③多くの事例で食事サービスを付帯、④介護サービスや医療サービスは建物内外の居宅サービスを組み合わせて利用、の4点にある。

①のうち、住宅については床面積25㎡以上、ただし食堂や浴室を共用空間に設ける場合は18㎡以上で構わない。25㎡は単身者の最低居住面積水準と同じである。住宅部分は賃貸借契約を結び、サービス部分はサービス利用契約を結ぶ。そ

のうえで両者を一体的に運用する。②については、少なくとも安否確認および生活相談サービスを提供すること、その担い手が医療福祉機関の職員もしくはヘルパー二級などを取得していることを求めている。夜間は人を配置せず、緊急通報システムでも構わない。

上記の①～④に加えて、多くの先進諸国には低所得者向けの家賃補助（住宅手当、バウチャー）がある。サービス付き高齢者向け住宅は厚生年金層が利用することを想定しているため、家賃補助は制度化されていない。ただし、一部の旧高優賃には家賃補助が導入されてきた経緯があり、それらは引き続き家賃補助の対象となっている。

(3) 供給促進に向けた各種支援策の概要

国は供給促進を目的に民間事業者に対して支援策を講じている。第一に、各戸あたり100万円を上限に、建築費の1/10（改修の場合は改修費の1/3）が国費から補助される。住宅に併設される介護事業所などに対しては、1000万円を上限に同様の補助がある。予算額は平成23年度で300億円である。一戸100万円の国庫補助額で換算すると3万戸の供給量である。第二に、所得税・法人税に係る割増償却、固定資産税の減額、不動産取得税の権限措置など税制面の配慮がある。サブリースが一般化しているサービス付き高齢者向け住宅では効果が大きいと言われている。第三に、住宅金融支援機構の融資要件の緩和がある。

2 各国における社会保障と住宅政策

社会保障と住宅政策のあり方を住宅の所有形態や賃貸セクターという指標を用いて国際比較を行ったケメニーの成果は、高齢期の特別な住居を考えるうえでも極めて示唆に富む〔Kemeny 1980, p.384〕。第一に、福祉給付と持家率とのトレードオフ仮説を示した。福祉給付が低い国では持家を取得することで住宅費用のかからない老後を送る準備をし、持家政策をとる国では含み資産としての住宅を確保するため結果的に福祉給付が充実しない、とした。第二に、社会賃貸住宅と民間賃貸住宅のあり方から、各国の住宅政策をデュアリ

ズムとユニタリズムに分類した。デュアリズムとは社会賃貸部門を民間賃貸市場と分離するモデルであり、持家政策に主軸を置き、持家率は相対的に高い。社会賃貸部門は行政による直接供給にほぼ限定される。アメリカ、カナダ、イギリス、オーストラリアなどが該当する。ユニタリズムとは社会賃貸住宅と民間賃貸市場を統合するモデルであり、持家率はデュアリズムの国々より低い。社会賃貸住宅は行政による直接供給のみならず多様な主体によって供給される。オランダ、ドイツ、デンマーク、スウェーデンなどが該当する。日本は典型的なデュアリズムの国であるという〔佐藤1999, p.269〕。事実我が国の持家率は60%強であり、高齢者に限っては80%を超える。

新自由主義政策によって社会賃貸部門が縮小するのは各国共通の現象であるが、日本ではこれに給与住宅の縮小が重なった。所得格差は広がり、世帯は多様化した。標準世帯の持家取得に偏重した住宅政策は限界となり、賃貸セクターの充実を図り複数のライフコースを中立的に支えることの重要性が指摘されている〔平山 2009, p.274〕。

この状況に高齢社会が覆いかぶさる。持家を取得し、住宅ローンを高齢期に到達する手前で完済し、少ない年金額で生活を維持する、そういう生活モデルが崩れようとしている。一部の地域を除き土地の資産価値は低下し、含み資産であったはずの土地付きの持家で人生を終えることができなくなりつつある。

デュアリズムな住宅政策を展開してきた日本において、住宅政策を施設系サービスと住宅系サービスにどう埋め込んでいけば、自宅－高齢者住宅－施設によどみのない流れをつくりだすことができるのか。我が国では福祉施設が住宅保障を肩代わりしてきた経緯がある。そこでは、心身状況で対象者像を固定化し、その枠組みから逸脱したときには別の施設種別に移るというステア・モデル¹⁾が実行されてきた。そして、これらのほとんどは低所得者を対象とした。中間所得者は老人病院を利用したが、老人医療費無料化の時代と重なったため実際の費用負担は支払可能な範囲に収まった。やがて経済状況に関係なく介護が社会に委ねられ

るようになると、心身状況という軸に加えて経済状況という軸が加わった。有料老人ホーム、認知症高齢者GH、ユニット型施設、高専賃などが登場し、多様な施設/住宅種別が経済軸と心身軸でマッピングされることとなった。

このような枠組みのなかであって、賃貸セクターによって供給された旧高優賃には家賃補助が導入された。特別養護老人ホーム（以下、特養）は個室ユニットと補足給付を組み合わせることで救済施設から普遍的施設へと生まれかわろうとしている。これらの取り組みは経済軸という垣根を越えようとするものであり、ユニタリズムの思想に基づいていると言えなくもない。この流れは、社会保障の財政難を乗り越えて、高齢者ケアの新たな潮流として定着するのであろうか。

Ⅲ サービス付帯と利用者像の実態

以下ではサービス付き高齢者向け住宅の実態に関する基礎的資料を提示する。

1 調査概要

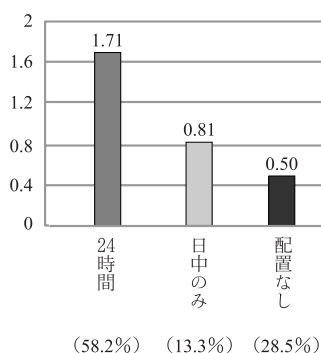
制度化されて間もないサービス付き高齢者向け住宅の実態を把握することは現時点では困難である。そこで、その前身である高専賃に対するアンケート調査²⁾の結果を報告する。調査対象は高専賃登録された全物件（1,533件 40,464戸、2010年10月1日現在）であり、回収件数は881件、回収率は57.5%である。生活支援サービスを付帯していない住宅があることに留意されたい。主な調査結果を図1に示す。

2 調査結果

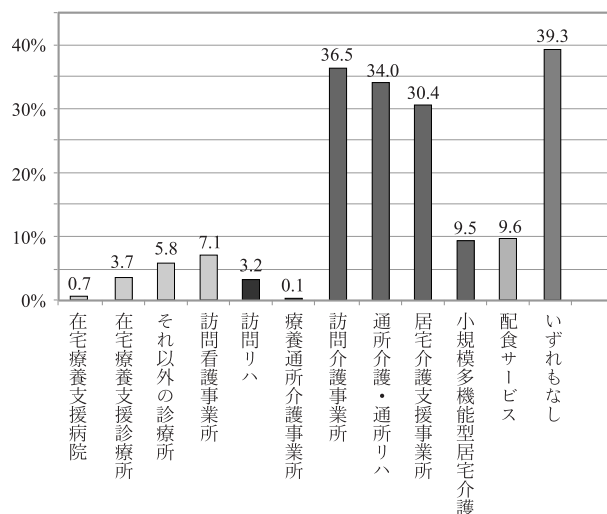
(1) 事業種別 (n=874)

母体法人は、医療福祉事業者が44.6%（「介護系」25.1%、「医療系」13.0%、「社会福祉法人」6.5%）、住宅不動産事業者が41.7%（「不動産・建設系」23.1%、「個人事業主」12.5%、「住宅供給公社」6.1%）となっており、住宅不動産事業者と医療福祉事業者に大別される。

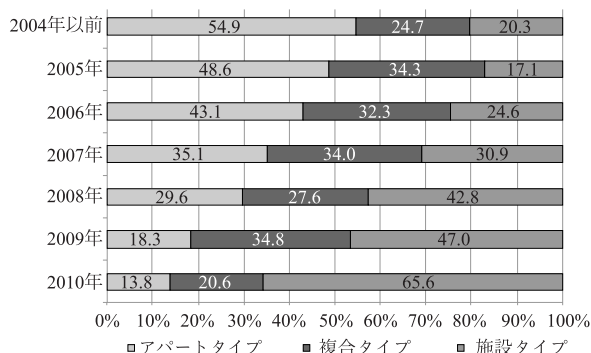
【職員配置別平均要介護度 (n=874)】



【併設事業所 (n=874)】



【建築モデル (n=836)】



【家賃 (n=869)】

介護報酬地域区分	平均家賃
特別区	104,545円
特甲地	80,132円
甲地	71,051円
乙地	68,459円
その他	50,009円

出典：高齢者住宅財団（2011）『改正高齢者住まい法施行後の高齢者専用賃貸住宅におけるサービスの付帯のさせ方と事業実態の把握、および情報提供のあり方に関する調査研究報告書』平成22年度老人保健健康増進等事業。

図1 高齢者専用賃貸住宅の調査結果

(2) 建物概要 (n=836)

個人空間に「トイレ・洗面・浴室・キッチン」のすべてを備えるもの（以下、住戸タイプ）は60.7%，上記設備のいずれかを備えていないもの（以下、居室タイプ）は39.3%であった。共用空間に「食堂」を設置している割合は67.0%，「浴室」を設置している割合は53.9%であった。個人空間と共用空間の組み合わせから、建築タイプを①アパートタイプ（住戸タイプ+共用食堂なし）、②複合タイプ（住戸タイプ+共用食堂あり）、③施設タイプ（居室タイプ+共用食

堂あり）に分けると、アパートタイプ32.3%，複合タイプ28.4%，施設タイプ39.3%となる（開設年をとりまとめた数値であるため図1には標記されていない）。近年はアパートタイプが減少し、施設タイプが急増している。

(3) サービス付帯と利用者像 (n=874)

生活支援サービスの職員配置は、「配置なし」28.5%，「日中のみ」13.3%，「24時間」58.2%であった。「24時間」は医療福祉事業者に多い。平均要介護度は0.5，0.81，1.71の順である。

「24時間」の1.71は有料老人ホームの平均要介護度2.0³⁾と大きく変わらない。

介護事業と医療事業の併設状況をみると、医療系（在宅療養支援診療所、訪問看護など）の併設状況は10%以下であるが、介護系（訪問介護、通所介護・通所リハなど）の併設状況は30%を超えている。

（4）費用負担（n=869）

家賃の平均額は60,252円で、中央値は57,000円であった。介護報酬地域区分別にみると特別区10.45万円、特甲地8.01万円、甲地7.11万円、乙地6.85万円、その他5.00万円である。共益費の平均額は1.01万円、管理費の平均額は1.0万円である。生活支援サービス費の平均額は「日中のみ職員配置」で1.6万円、「24時間配置」で2.0万円であった（生活支援サービスにかかわる費用を共益費や管理費に組み込んでいる事業者が30%いるため、取り扱いには留保を要する）。生活支援サービスの付いた高専賃の月額費用（家賃＋管理費＋共益費＋生活支援サービス費）は8.76万円であった。

3 小結

24時間職員配置の生活支援サービスが付いた高専賃が58.2%を占め、平均要介護度は1.71であった。この値は有料老人ホームの平均要介護度と大きく変わらない。ハードは施設タイプが主流となっている。居住にかかる費用に食事サービス費や医療費や介護費用を加えると月額で14～16万円程度となり、家賃が高額な首都圏では負担額はさらに増す。以上をふまえると、サービス付き高齢者向け住宅の前身である高専賃は、有料老人ホームの代替であり、支払能力がある層で特養入所を待てない人々のための早めの施設として機能していたと言えよう。他の調査研究も同様の結果を支持している〔大塚・藤井・白石 2009, p.37〕。

IV サービス付き高齢者向け住宅の必要整備量の検討

1 サービス付き高齢者向け住宅を利用する可能性が高い高齢者数の試算

2001年におけるに我が国の高齢者住宅の整備量は、シルバーハウジング2.2万戸、高専賃4.3万戸、高優賃1.2万戸などであり、高齢者人口の0.9%に達する。2010年5月、国土交通省は住宅系サービスの整備割合を3.0～5.0%に引き上げる成長戦略を示した。この数値は北欧や英国、米国などの整備割合を根拠にはじき出されたものであるが⁴⁾、住宅系サービスのニーズは各国の住宅政策、世帯構成、住宅の所有形態、中古市場の規模、住宅費用によって大きく異なるため、この値にどの程度の妥当性があるかは定かではない。他国の値をそのまま援用することはもちろん、我が国独自の視点を加味したうえで目標整備戸数を算出することすら現時点では推測に基づく部分が多い。一方で、各種統計情報をもとにサービス付き高齢者向け住宅を利用する可能性が高い高齢者数（以下、対象高齢者 定義は後述）を試算することは可能であり、この試算を出発点に議論を重ねる道筋があるだろう。

以下、三大都市圏を中心に全国6市区町村で実施した試算結果を報告する⁵⁾。試算のポイントは、住宅の状況と世帯の状況によって転居ニーズは異なると仮定し、住宅類型×世帯タイプのクロスで試算を行ったことにある。すなわち、転居ニーズが最も高いと推察される「単身×民間賃貸」から転居ニーズが最も低いと推察される「その他×持家」までの9類型別に対象高齢者数を示した。対象高齢者数とは、要介護1以上の高齢者数から施設系サービスの整備量を減じた値と定義した。

2 調査対象自治体

調査対象自治体の特性は以下のとおり。

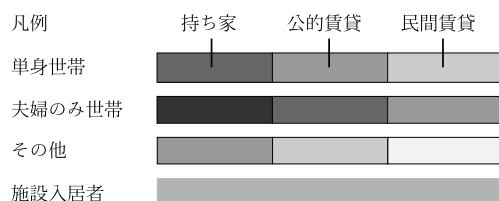
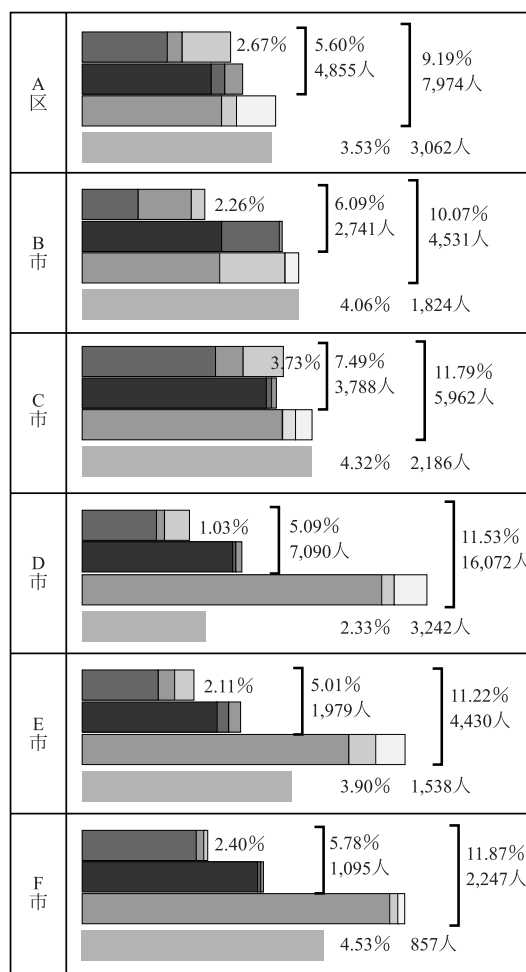
A区 東京都特別区。人口34.5万人、
高齢化率19.09%。

- B市 東京都ベッドタウン。人口14.5万人、
高齢化率20.12%。
C市 埼玉県ベッドタウン。人口34.5万人、
高齢化率20.04%。
D市 関東圏北部の県庁所在地。人口50.4万人、
高齢化率18.84%。
E市 九州地方の地方小都市。人口12.7万人、
高齢化率29.49%。
F市 九州地方の地方農村都市。人口6.0万人、
高齢化率29.01%。

3 算定手順

人口推計値（2025年）、要介護認定者数（現状値）、世帯の状況（単身・夫婦のみ・その他の構成比：2025年推計値）、住宅の状況（持家・公的賃貸・民間賃貸・民間賃貸の構成比：現状値）の4種の統計情報から対象高齢者となりうる人数を推計した。この値から施設系サービスの整備量を減じると対象高齢者数となる。

手順1：国立社会保障・人口問題研究所が公開している市区町村別将来推計人口を用いて2025年の人口推計値を収集する。手順2：調査対象自治体の男女別年齢階級別（5歳階級別）の要介護認定率（現状値、D市のみ男女別なしの認定率）が将来にわたって継続すると仮定し、人口推計値に乗じて要介護認定者数を算出する。要介護認定率のデータ提供年月は2009年である。手順3：世帯を単身・夫婦のみ・その他の3つに類型化した。3類型の世帯構成比は、社会保障・人口問題研究所が公開している世帯数の将来推計（都道府県別推計）をもとに、調査対象自治体の世帯構成比の変化差分（2005年→2025年の世帯構成比の差分）を年齢階級別に按分したものを加算して算出した。手順4：住宅の所有形態を持家・公的賃貸・民間賃貸の3つに類型化した。構成比は2005年の国勢調査データを用いて自治体別に収集し、将来にわたってこの構成比が継続するものとして算出した。手順5：算出された高齢者数から、施設系サービス定員数を減算する。施設系サービスの範囲は介護保険施設、認知症高齢者GH、一般型特定施設とした。要介護度5から順に定員数を減算した。



出典：佐藤栄治・井上由起子・生田京子（2011）「サービス付き高齢者向け住宅の整備方針確立に向けた基礎的研究」日本建築学会計画系論文集，Vol.76 No.667，pp.1527-1535。

図2 9類型別にみた対象高齢者数の対高齢者人口比率と実数

施設系サービス定員数の算出方法には、第4期介護保険事業計画の水準で算出する方法と、参酌標準（要介護度2～5の認定者に対して37%）で算

出す方法があるが、ここでは後者を採用した。

4 試算結果と考察

結果を図2に示す。各グラフは上段から単身世帯、夫婦のみ世帯、その他世帯、施設系サービス定員数を表し、左から持家、公的賃貸、民間賃貸を表す。一般に、同じ要介護度であれば、その他世帯よりも単身世帯や夫婦のみ世帯で施設ニーズは高い。よって、ここで示した対象高齢者数は単身世帯と夫婦のみ世帯で過剰値、その他世帯で過少値と考えられる。

各自治体の対象高齢者数の比率は9.19～11.87%となった。自治体によって要介護認定率が微妙に異なるうえに、前期高齢者と後期高齢者の構成も異なるため、一定の範囲内に収斂しつつも差異がある。自治体別に比較すると、住み替えの必要性が高い「単身世帯」の比率は、A区・B市・C市といった都市部で高い傾向にある。これに住宅の所有形態を加えて考察すると、例えば、「公的賃貸」住宅が多いB市では、新たな高齢者住宅整備よりも公的住宅での継続居住施策が重要な意味を帯びてくる。ここでは自助を原則としてきた生活支援サービスを公助として用意することが検討されるであろう。A区では「民間賃貸」の比率が高いことに加えて、「単身世帯」の比率も高く、高齢者住宅ニーズは調査対象地域のなかで最も高いと推察される⁶⁾。これに対して、地方都市の該当するE市やF市は「持家」と「その他世帯」の比率の双方が高いことから、高齢者住宅ニーズはさほど高くないと推測される。

現在のところサービス付き高齢者向け住宅の供給は事業者任せられており、行政によるコントロールは行われていない。対象高齢者数のうちどの程度の高齢者が高齢者住宅を必要とするのか各自治体で推計することがまず必要であろう。潜在的なニーズがあったとしてもそれがどこまで顕在化するかは、当然のことながら費用負担と関連してくる。

V サービス付き高齢者向け住宅における居住費用

1 住宅の所有形態と支払能力

サービス付き高齢者向け住宅に転居することは、新たな住宅費用が発生することを意味する。前項で住宅の所有形態という類型を導入したが、それには二つの理由がある。一つには、持家・公的賃貸・民間賃貸の順で住戸面積の充実やバリアフリー化が進みやすく、住環境そのものに起因する転居が起きにくいことである。いま一つは、転居先の住宅費用の支払能力である。

持家政策をとってきた我が国では、高齢者の持家率は80%を超えており、公的賃貸や民間賃貸に居住し続けることは、持家を取得できない経済状況にあったことを意味する。彼らは民間賃貸か公的賃貸のいずれかに住むことになるが、居住の不安定化は民間賃貸に集中している。彼らがサービス付き高齢者向け住宅を必要とする可能性が高いことは容易に想像できるが、支払い可能な額に設定されているのであろうか。

2 サービス付き高齢者向け住宅における最低生活費の試算

前項で取り上げた6自治体を対象に、サービス付き高齢者向け住宅に転居した場合の最低生活費を算出する。最低生活費＝高齢者住宅家賃＋生活保護の生活扶助額と定義する。

高齢者住宅家賃は、2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されていた高専賃家賃から算出した。高専賃家賃（含む共益費・管理費、多くの場合で生活支援サービス費を除く）と市場家賃（家賃のみ 1K・1R・1DKの賃貸物件の平均値）をエリア別に比較し、その差分を当該自治体の市場家賃に加えた額を高齢者住宅家賃とした。

生活扶助額は70歳以上の一人暮らしの額を用いた。この額で生活支援サービス費、食費、介護保険・医療保険の保険料と自己負担分、その他日常生活費を賄うこととなる。生活支援サービス費は日中のみ職員配置で1.0～1.5万円/月、24時間

職員配置で3.0～4.0万円/月、食費は4.2万円/月（介護保険施設の場合）であることを考慮すると⁷⁾、生活扶助額ですべてを賄うことは難しい。介護事業の複合化や24時間巡回型訪問介護看護の創設により費用の低減が見込める可能性はあるが、あくまで目安値ととらえたほうがよい。

上記二つを合算して最低生活費を算出し、この額を介護保険一号被保険者の所得段階データと比較検討した。所得段階は以下のように統一した。第1段階：生活保護受給者および老齢年金受給者、第2段階：住民税非課税世帯（年金など収入80万円以下）、第3段階：住民税非課税世帯（年金など収入80万円超える211万円以下）、第4段階：住民税非課税世帯で本人住民税非課税、第5段階：本人住民税課税（本人合計所得金額200万円未満）、第6段階：本人住民税課税（本人合計所得金額200万円以上）。

3 試算結果

最低生活費の試算結果を表1に示す。高齢者住宅家賃はF市の5.0万円からA区の11.3万円まで土地価格を反映して大きく異なる。市場家賃より1.4～3.4万円高額であった（前者には共益費と管理費が含まれている点に留意）。生活保護の生活扶助額は5.9万円～7.5万円である。両者を合算した最低生活費は、最も低いF市で10.9万円（年間約131万円）、最も高いA区で18.9万円（年間約227万円）である。

図3に、最低生活費と支払能力を示す。年間収入で最低生活費が支払可能な層は、A区で第5段

階以上、それ以外の6自治体では第3段階の半ば以上となる。最低生活費を収入で賄えない者が相当割合いることが分かる。その他世帯や夫婦のみ世帯よりも単身世帯の所得が厳しいこと、持家世帯よりも賃貸世帯の所得が厳しいこと、これらを鑑みると持家を所有していない彼らは、住宅を売却してストックをフローに転換することも難しい。単身で民間賃貸に居住する層にとって、サービス付き高齢者向け住宅はアフォードブルなものとはなっていない。費用負担の面から転居が困難である場合、国や地方公共団体の財政的支援が必要となる。事業者への各種支援策（建設補助、税負担軽減など）のほか、利用者への家賃補助（住宅手当、バウチャー）が検討されることとなろう。

VI まとめと今後の課題

1 施設系サービスと住宅系サービスの住宅費用

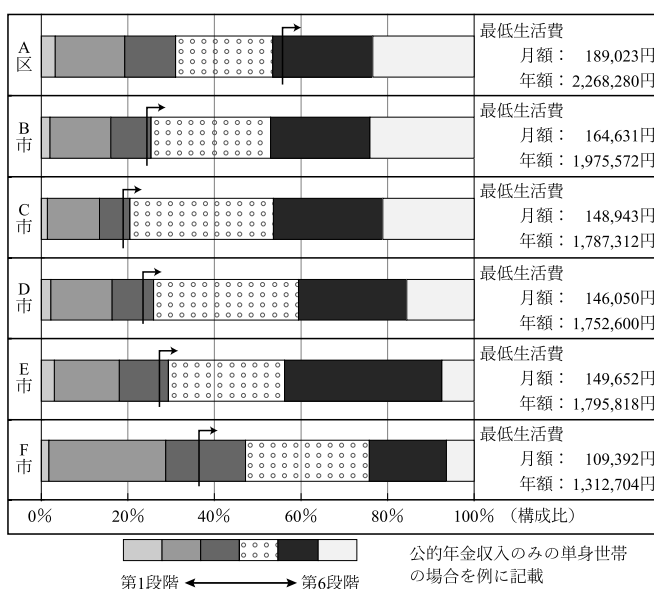
施設系サービスと住宅系サービスの費用負担について確認をしておく。施設の代表格である特養は個室化により居住環境やサービスが大幅に改善しつつあり、施設への嫌悪感から高齢者住宅を選択する状況ではなくなっている。特養の対象者を中重度者に限定するとともに、費用負担面で高齢者住宅へと誘導するメカニズムが必要であろう。具体的には、①高齢者住宅における最低生活費が施設に比べて低額であるか、あるいは②高齢者住宅における最低生活費が自宅に比べてさほど高額でないか、いずれかが必要となる。住宅政策がデュアルリズムのカナダでは①が採用されており⁸⁾、ユ

表1 高齢者住宅における最低生活費

	対象自治体の 市場家賃(a)	対象自治体を含んだ 地域の高専賃家賃(b)	対象自治体を含んだ 地域の市場家賃(c)	高齢者住宅家賃 (a) + [(b) - (c)] = (d)	生活扶助費**(e)	最低生活費 (d) + (e)	住宅扶助費***
A区	87,500	104,942	79,189	113,253	75,770	189,023	53,700
B市	54,400	89,906	55,445	88,861	75,770	164,631	53,700
C市	46,300	80,162	46,469	79,993	68,950	148,943	47,700
D市	47,500	82,400	52,800	77,100	68,950	146,050	32,000
E市	51,788	73,577	51,483	73,882	75,770	149,652	37,000
F市	—	50,222	—	50,222*	59,170	109,392	26,600

*：市場家賃が集計できなかったため高専賃家賃をそのまま使用、**：70歳以上一人暮らし、***：生活保護費の住宅扶助特別基準額

出典：佐藤栄治・井上由起子・生田京子（2011）「サービス付き高齢者向け住宅の整備方針確立に向けた基礎的研究」日本建築学会計画系論文集，Vol.76 No.667，pp.1527-1535。



出典：佐藤栄治・井上由起子・生田京子（2011）「サービス付き高齢者向け住宅の整備方針確立に向けた基礎的研究」日本建築学会計画系論文集，Vol.76 No.667，pp.1527-1535。

図3 最低生活費と支払能力

ニタリズムのオランダでは②が採用されている⁹⁾。我が国では①も②も実現できていない。デュアリズムの我が国において、②の実現は容易ではない。高齢者の80%は持家であるから転居によって住宅費用は著しく増加するうえ、持家をフローに変えられるのは三大都市圏の良質な住宅地に限られるからである。残された選択肢は、①高齢者住宅における最低生活費が施設に比べて低額、というメカニズムの構築である。この場合、特養における補足給付との比較検討を要する。特養には多額の整備交付金が導入されているうえに、老人福祉施設としての位置づけがあるため、土地価格を転嫁せずに全国一律の標準月額（居住費約6.0万円）を適用してきた経緯がある。この額が三大都市圏の高齢者向け住宅の家賃と比べていかに低廉かは言うまでもない。逆に、地方では、高齢者向け住宅の家賃より若干高めである（表1，図1）。介護保険施設における補足給付は、一定の資産を有する層や家族による経済的援助が期待できる層にまで給付されている。待機者が連なり、著しい超過

需要が発生するのは当然であろう。支払能力がある者は特養の代替機能を探し、有料老人ホームに流れる。新しい市場であるサービス付き高齢者向け住宅はその影響を正面から受け、本来の主旨とは異なる住まい方や住環境をサービス付き高齢者向け住宅に与えている。

支払能力のある層の特養の居住費負担を適正価格に引き上げ、サービス付き高齢者向け住宅の住宅費用に近づける仕組みが必要である。そのうえで双方に、低所得者を対象とした家賃補助（住宅手当，バウチャー）を導入することが合理的であろう。この過程では地価を扱わざるを得ず、その結果、特養の居住費は地域によって異なる動きをし、標準月額は全国一律ではなくなる。社会福祉法人における土地所有の位置づけを含めた議論が必要となるであろう。関連して、サービス付き高齢者向け住宅の家賃補助（住宅手当，バウチャー）にかかる行政コスト、低所得者層が集中して住む公的賃貸住宅等に生活支援サービスを公助として用意することにかかる行政コスト、両者の比較検

討を行い、サービス付き高齢者向け住宅の整備戸数を調整することも重要な視点となろう。

2 生活支援サービスと継続居住

24時間365日インハウスで介護職が配置されている施設では、生活支援サービスは介護保険で給付されている。この費用、サービス付き高齢者向け住宅では全額自費である。本稿でも記載したとおり、2008年時点、生活支援サービスを担う職員配置は日中のみが13.3%、24時間配置が58.2%であった。前者の平均要介護度は0.81、後者の平均要介護度は1.71である。

24時間巡回型訪問介護看護の創設、医療福祉事業の複合整備など新たなサービス開発によって、上記の状況はどのように変化するのであろうか。生活支援サービスは安否確認、緊急時対応、生活相談、家事等の機能から構成される。これらのうち、夜間にも必要な機能は安否確認と緊急時対応である。安否確認は24時間巡回型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護で担うことが可能であり、緊急時対応は上記二つに加えて同一建物に併設された施設系サービスの夜勤職員でも対応可能である（ただし法的整理が必要）。職員配置を日中のみとした生活支援サービスでも一定の居住継続が保障されることが求められている。

これらの対応がなされたとしても、サービス付き高齢者向け住宅から特養などの施設系サービスへと更なる転居をしなければならないのはどういった人々か。各国の取り組みを見る限り、夜間においてもスタッフの継続的なサポートが必要なレベルにある認知症の方々ということになるようだが、これについては我が国の状況に照らし合わせた検討が必要となろう。

3 今後の課題

最後に今後の課題について述べておきたい。第一にサービス付き高齢者向け住宅の実態把握が必要である。とりわけ重要なのは、24時間巡回型訪問介護看護の制度化によって継続居住がどこまで可能になるか、継続居住に必要な生活支援サービスの付帯のさせ方とは何か、事業者への建設補

助が家賃の低減に寄与しているか、の3点である。第二にサービス付き高齢者向け住宅を利用する可能性が高い対象高齢者の経済状況を所得と資産の両面から9類型別に把握することである。第三に家賃補助導入における技術的課題の抽出とその対応策である。

VII おわりに

高齢化の進展は高齢期の特別な住居を住宅政策とどう連動させるのかという新たな問いを投げかけた。介護や支援の必要性により転居を余儀なくされたとき、「持家取得という梯子をのぼりきれなかった人のみならず、のぼりきった人も含めて、誰が転居先の住宅費用を負担するのか」という問いである。所得階層による分離をすすめるのか、あるいは統合へと向かうのか。現在のところサービス付き高齢者向け住宅の対象は厚生年金層に限定されているが、一定の供給量に達した後は、家賃補助（住宅手当、バウチャー）を導入し、多様な所得階層を対象とする普遍的な住宅へと変化を遂げることが望ましいのではないか。住宅と呼びうる住環境と過不足ないサービス付帯が評価されるのは、そのときまで時間を要するであろう。住宅系サービスと施設系サービスの双方が高齢期の特別な住まいとして統合されるのもこのときである。大きな混乱なくその時期を迎えられるよう、住宅政策の観点から高齢社会をとらえる調査研究が進むことが求められている。

注

- 1) Houbenは心身状況との関連から階段モデルと革新モデルを提唱した。これにヒントを得たDaatlandはステア・モデルとステイ・モデルを提唱した（松岡 2011, p.69, 77）。
- 2) 平成22年度老人保健健康増進等事業として高齢者住宅財団が実施した。
- 3) 社団法人全国有料老人ホーム協会調べ。
- 4) 国土交通省資料によれば、対高齢者人口に占める施設系サービスの割合は日本3.5%、デンマーク2.5%、英国3.7%、米国4.0%であり、住宅系サービスの整備割合は日本0.9%、スウェーデン4.2%、デンマーク8.1%、英国8.0%、米国2.2%である。

- 5) 試算は平成20-21年度厚生労働科学研究費補助金「市場性を備えた良質な高齢者住宅の供給とケアサービスの附帯のさせ方に関する研究」の一環として行われた。詳細は(井上 2009a, pp.105-122), (佐藤・井上・生田 2011, pp.1527-1535)を参照。
- 6) A区ではこれらの実態や推計をふまえ、払い下げを受けた都営住宅の跡地にサービス付き高齢者向け住宅を指定管理者制度で整備し、家賃補助を導入する施策を決定している。
- 7) 日中職員配置(9:00~17:00)では年間2920時間となり、年間労働時間1600時間+1320時間となる。前者を正規職員452万円(給与400万+法定福利費)、後者を132万円(時給1,000円)と仮定し、これを40戸の住戸で負担すると1.46万円/月・戸となる。
- 8) BC州を例にとると、軽度者向けのAssisted Livingでは税引き後所得の70%を自己負担し、平均負担額は月額1,100カナダドル。重度者向けのResidential Careでは計算式は複雑だが税引き後所得の85%程度を負担し、平均負担額は1,247カナダドル。ともに一日あたりの運営費は包括報酬でAssisted Livingが100カナダドル/日、Residential Careが175カナダドル/日であり、自己負担との差額が自治体から事業者を支払われる(井上 2009b, pp.30-31)。
- 9) 社会賃貸住宅が充実しているオランダでは高齢者住宅は社会賃貸住宅の一分野を形成しており、ともに家賃補助の対象である。自己負担は平均400~500€/月。食費は平均300€/月。介護費用はAWBZから支払われる。同一の所得階層であれば自宅と高齢者住宅の費用負担に大きな違いはない。中重度者向けの施設では住まい機能とケア機能は切り分けられておらず、すべてがAWBZから支払われる。自己負担は200€~2,000€/月だが、所得がある者は自宅での継続居住を選択するので、ほとんどは低所得者であり負担額は低い(福田 2009, p.84)。

参考文献

池田省三(2011)『介護保険論 福祉の解体と再生』中央法規。
井上由起子・藤井賢一郎・生田京子(2009)「市

町村単位別の高齢者住宅需要の将来推計手法に関する考察」『市場性を備えた良質な高齢者住宅の供給とケアサービスの附帯のさせ方に関する研究H20~21年度総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業, pp.105-122。

井上由起子(2009)「カナダの高齢者施設/高齢者住宅」医療福祉建築, No.163, pp.30-31。

大塚武則・藤井賢一郎・白石句子(2009)「サービス附帯からみた高齢者住宅の特性に関する研究」介護経営, Vol.4, pp.35-44。

高齢者住宅財団(2011)『改正高齢者住まい法施行後の高齢者専用賃貸住宅におけるサービスの付帯のさせ方と事業実態の把握, および情報提供のあり方に関する調査研究報告書』平成22年度老人保健健康増進等事業。

佐藤岩夫(1999)『現代国家と一般条項 借家法の比較歴史社会学的研究』創文社。

佐藤栄治・井上由起子・生田京子(2011)「サービス付き高齢者向け住宅の整備方針確立に向けた基礎的研究」日本建築学会計画系論文集, Vol.76 No.667, pp.1527-1535。

筒井孝子(2011)「地域包括ケアにおけるソーシャル・キャピタルの考え方」『ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究H22年度総括研究報告書』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業, pp.1.1-1.24。

地域包括ケア研究会(2010)『地域包括ケア研究会報告書』平成21年度老人保健健康増進等事業

平山洋介(2009)『住宅政策のどこが問題か』光文社新書。

福田真希(2009)「オランダの高齢者住宅における生活支援機能の考察」大阪市立大学生活科学研究誌, Vol.8, pp.83-100。

松岡洋子(2011)『エイジング・イン・プレイスと高齢者住宅』新評論。

Kemeny, Jim (1980) "Home Ownership and Privatization," International Journal of Urban and Regional Research, 4(3), pp.372-388.

(いのうえ・ゆきこ 国立保健医療科学院
上席主任研究官)

日本における在宅医療の現状、課題及び展望

尾形 裕也

I はじめに

2011年に皆保険制度創設50周年を迎えた日本の医療については、国際的な評価が相対的に高い一方で、急速に進展する少子・高齢化及びバブル経済崩壊後の経済の低成長の影響を受け、大きな変革期にある¹⁾。医療提供体制に関しては、2006年のいわゆる医療制度構造改革以来、「選択と集中」による機能分化と連携を通じた急性期医療の確立及び在宅医療を含む地域における医療ネットワークの構築が大きな課題とされてきている²⁾。

急性期医療については、医療法における「一般病床」を区分する「急性期病床群（仮称）」の導入も検討されているが、その確立と在宅医療の拡

充とは、相互補完的な「盾の両面」の問題であると考えられる。急性期医療の確立のためには、その「受け皿」の拡充が必要であり、逆に在宅医療が本格的に展開するためには、急性期医療が確立している必要がある。本稿においては、このうち、後者の在宅医療の問題に焦点を絞り、その現状と課題について、医療提供体制の全体像の中における位置付けを整理するとともに、今後のあり方について展望する。本稿がこの問題に関心のある方々にとって何らかの参考となれば幸いである。

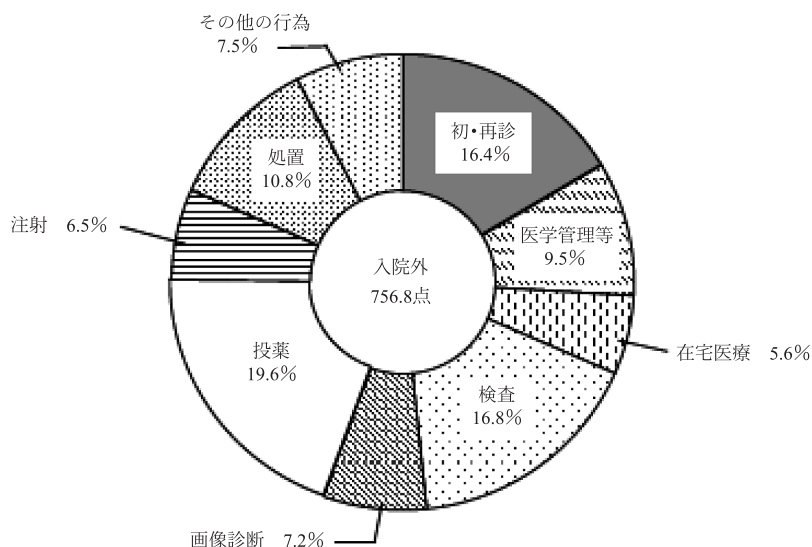
II 在宅医療の現状

表1に「平成20年患者調査」による在宅医療の状況を示した。これを見ると、調査日に在宅医療

表1 在宅医療を受けた推計外来患者数

(単位：千人)															平成20年10月		
	推計外来 患者数	(総 数)				(病 院)				(一般診療所)				(歯科診療所)			
		在宅 医療	往診	訪問 診療	医師・ 歯科医師 以外の訪問	在宅 医療	往診	訪問 診療	医師・ 歯科医師 以外の訪問	在宅 医療	往診	訪問 診療	医師 以外の 訪問	在宅 医療	訪問 診療	歯科医師 以外の 訪問	
総 数 (平成17年)	6865.0 (7092.4)	98.7 (64.8)	28.8 (24.5)	56.8 (34.5)	13.2 (5.9)	11.0 (12.6)	4.1 (5.4)	4.1 (4.7)	2.8 (2.5)	62.4 (49.4)	24.7 (19.1)	34.6 (27.2)	3.1 (3.2)	25.3 (2.8)	18.1 (2.6)	7.3 (0.2)	
0～14 歳	698.7	0.9	0.5	0.3	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.7	0.3	0.3	0.0	—	—	—	
15～34 歳	739.7	2.2	1.6	0.3	0.2	0.5	0.3	0.1	0.1	1.6	1.3	0.2	0.1	0.1	0.1	—	
35～64 歳	2327.8	8.8	4.2	2.9	1.7	2.5	1.1	0.3	1.1	5.2	3.1	1.6	0.5	1.0	0.9	0.1	
65歳以上	3076.8	86.6	22.3	53.1	11.2	7.7	2.5	3.7	1.6	54.7	19.8	32.4	2.4	24.2	17.0	7.2	
(再 掲)																	
70歳以上	2389.5	82.7	20.7	51.4	10.5	7.1	2.2	3.5	1.4	52.3	18.6	31.4	2.3	23.3	16.4	6.9	
75歳以上	1592.3	76.3	18.7	48.3	9.2	6.4	1.8	3.3	1.2	47.8	16.9	29.0	2.0	22.1	16.0	6.1	

注：1) 総数には、年齢不詳を含む。
2) 「往診」とは、患者（介護老人保健施設等を含む）の求めに応じて患者に赴いて診療するものをいう。
3) 「訪問診療」とは、医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいい、歯科においては、歯科医師が患者（介護老人保健施設等を含む）に赴いて診療を行うものをいう。
4) 「医師・歯科医師以外の訪問」「医師以外の訪問」及び「歯科医師以外の訪問」とは、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に当該職種以外の者が訪問して実施されるものをいう。
5) () 内は、平成17年10月の数値である。



注：「その他の行為」は、「リハビリテーション」「精神科専門療法」「手術」「麻酔」「放射線治療」「病理診断」及び「入院料等」である。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成22年社会医療診療行為別調査結果の概況」

図1 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合（平成22年6月審査分）

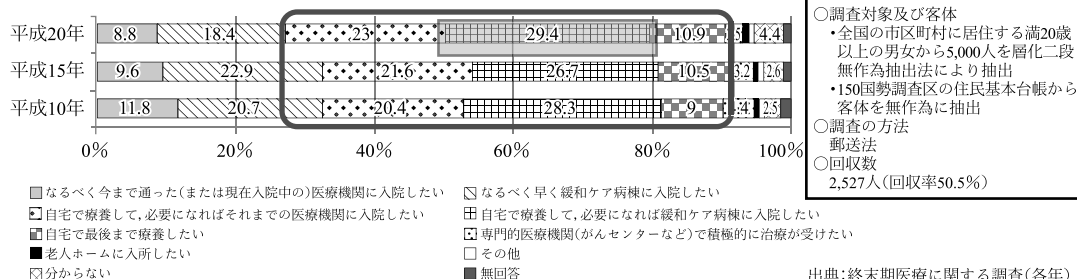
を受けた推計外来患者数は98万7千人であり、3年前の前回調査（平成17年）時の64万8千人に比べ、大幅に増加（52%増）していることがわかる。その内訳は、往診28万8千人、訪問診療56万8千人、医師・歯科医師以外の訪問13万2千人となっており、計画的な医学管理の下に定期的に医師が訪問して診療を行う訪問診療のウェイトが最も大きい（57.5%）。また、この3年間では、特に、歯科診療所による在宅医療の急増が顕著である。これを時系列的に見ると、往診を受けた外来患者数は、1960年代以降、低下傾向にあった。かつてはごく日常的に実施されていた、かかりつけの診療所を中心とした往診が時代とともにすたれてきていることがわかる。一方、そうした往診の減少トレンドが2002年で底を打ち、2005年、2008年と増加に転じていることが注目される。在宅医療に対する人々の強いニーズ及びそれを反映した医療法改正や診療報酬改定等による在宅医療の再評価等の結果、ようやく往診についても復活の兆しが出てきている。

図1には、診療行為別に見た入院外の1日当た

り点数の構成割合を示した。これを見ると、在宅医療のシェアは全体の5.6%となっていることがわかる。これを一般医療と後期医療に分けてみると、一般医療が4.4%であるのに対し、後期医療は8.2%であり、高齢者医療における在宅医療のウェイトが相対的に高い状況がうかがえる。

一方、各種調査からうかがえる在宅医療に対する国民のニーズを示したのが図2である。これを見ると、終末期の療養場所に関しては、ほぼ6割の人が自宅での療養を軸として考えていること、また、介護に関しては、高齢者の多数は、病院等の医療機関ではなく、自宅や介護老人福祉施設等での介護を希望していることがわかる。しかしながら、こうした在宅医療、在宅療養に対する国民の強いニーズと、在宅医療に対する支出（在宅医療費が総医療費に占める比率は2%程度である）との間には依然として大きなギャップが存在している。

■終末期の療養場所に関する希望



■療養に関する希望

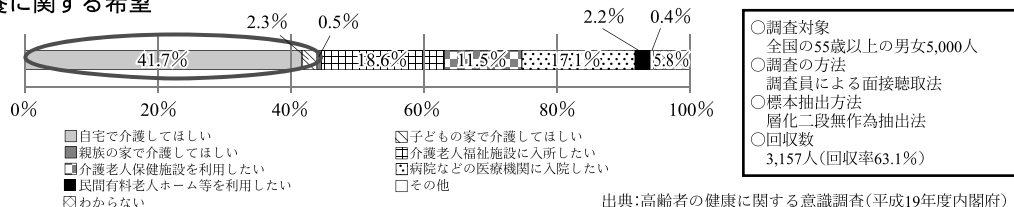


図2 在宅医療に関する国民のニーズ

Ⅲ 医療提供体制の改革と在宅医療

1 医療生産関数及び等量線による分析

医療提供体制の問題を考察するに当たって、医療生産関数ないしは等量線による分析が有効である³⁾。今、 $Q=F(K, L)$ とする。ここで、 Q は生産(提供)された医療サービス(の量)、 K はそのために投入された資本、 L は投入された労働とする。このとき、 Q (アウトプット)と、 K 、 L (インプット)の関係を表す関数を F (生産関数)と呼ぶ。今、仮に $Q=Q_0$ (一定)としたとき、この一定量の医療サービス Q_0 を生産するために投入されたインプット K 、 L (の無数の)組合せを結んだ曲線を等量線(Isoquants)と呼んでいる。図3は、こうした等量線を示した概念図である。縦軸に資本(例えば病床、医療機器等)を、横軸に労働(例えば医師、看護職員等)をとると、現在の日本は、図3に示したようなポジション、すなわち等量線上の「西北」の位置にあることになる(非常に潤沢な資本 K_j に対して手薄な労働投入 L_j という組合せ)。しかしながら、これが唯一のポジションというわけではなく、図3に示し

たような、もう一つ別のポジション(少ない資本投入 K_0 と潤沢な労働投入 L_0 の組合せ)も十分ありうる。同じ等量線(すなわち同じ量の医療サービスの提供)の上でどの位置をとるかというのは、医療政策上の重要な選択問題であり、究極的には国民の選択の問題である。

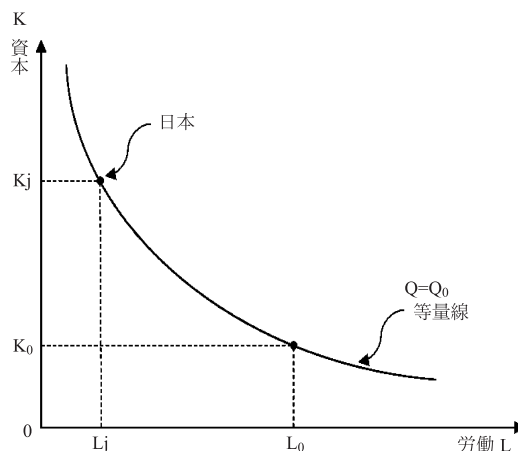


図3 等量線と日本の位置に関する概念図

2 医療提供政策における基本的な政策選択肢と在宅医療

以上のような等量線概念を用いて、近年におけるわが国の医療提供政策に関する2つの基本的な政策選択肢について検討してみよう。

(1) 小泉構造改革

第1は、いわゆる「小泉構造改革」である。今世紀初頭、小泉純一郎元首相の下で、「聖域なき構造改革」が重要な政策スローガンとして掲げられ、医療制度についても、2006年の健康保険法や医療法の改正を通じて、さまざまな「構造改革」が実施に移された。これを医療提供体制の改革の側面からとらえてみると、図4のように表すことができる。図4においては、同じ等量線の上で、日本の位置をAからBへ、すなわち、資本集約的な医療サービスの提供から、より労働集約的な医療サービスの提供へと移行させようとしたものと考えることができる。

まず、医療費については、厳しい抑制策がとられ、2006年の診療報酬改定は「史上最大のマイナス改定」と呼ばれるように、診療報酬本体△1.36%、薬価等まで含めたトータルでは△3.16%という大幅なマイナス改定が実施された。その結果、2006年度の国民医療費は対前年度伸び率△0.0%と、ほとんど前年度と同じ水準にコントロールされている。このことは、図4において同じ等量線上の移動として表されている。

次に、「医療資本」については、積極的な病床削減政策がとられた。急性期病床については、在院日数の短縮を通じた病床削減が、また慢性期病床については、介護保険適用療養病床の廃止を含む療養病床の削減及び居住系サービス等への転換が打ち出された。また、「医療労働」については、病床当たりの人員配置をより手厚いものにしていくという基本的な方向がとられた。代表的な政策として、2006年の診療報酬改定におけるいわゆる「7対1看護」の導入を挙げることができる。こうした資本の削減及び労働の拡充は、図4において、日本の位置をAからBの方向へ移動させるものである。

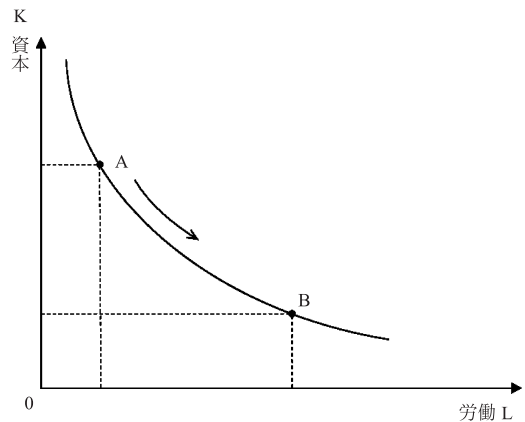


図4 「小泉構造改革」の概念図

こうした「小泉構造改革」は、理論的には十分ありうる政策選択肢である。医療費を厳しくコントロールしつつ、医療サービスの提供のあり方を変えていこうというのが、その基本的なメッセージであり、特に近年のような低成長経済の下では、1つの有力な政策選択肢であることは間違いない。しかしながら、こうした政策の実施については、大きな摩擦を伴うことが容易に想像される。そして実際に2006年の医療制度構造改革は、医療現場に大きな摩擦と混乱をもたらした。こうした改革に伴う「痛み」をどのように考えるか、また、それにどのように対処するかということが、この政策選択肢についての最大の課題であろう。

(2) 医療・介護に係る長期推計 (2011年6月)

2008年11月に公表された「社会保障国民会議最終報告」においては、医療・介護政策の基本的な考え方として、『「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化等を図る』ことが述べられている。これ自体は、従来の政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。同会議最終報告における新機軸は、その医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にある。このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集

中」を進め、機能分化を推進する（例えば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」を図るという政策目標と密接にリンクしていた⁴⁾。ところが、このシミュレーションにおいては、それとは逆の方向が示されている。つまり、「選択と集中」や機能分化を進める改革シナリオの方が、そうでない場合に比べ、医療・介護費用は高くなる可能性が高い、とされているのである。

その後、民主党政権下で2011年6月に公表された「医療・介護に係る長期推計」も、基本的には、上記シミュレーションに基づいている（表2）。表2の改革シナリオにおいては、2025年における「一般急性期」病床については、平均在院日数9日、病床数46万床が想定されている。平均在院日数9日というのは、現在の一般病床の平均在院

日数（18日台）の1/2の水準であり、現在の欧米諸国並み（1週間以内）までは行かないが、かなりそれに近づいた状態である。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。従来であれば、こうした在院日数の短縮や病床数の削減を通じて医療費適正化を図るという方向であったのが、ここではむしろこの改革シナリオの方が医療・介護費用がかかるということになっている。

なぜ、こうした「効率化・重点化」シナリオの方が費用がかかるのかと言えば、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。第1に、在院日数が半減した急性期病床については、現在のような手薄な人員配置はありえないということである。確かに病床数は削減されるが、病床当たりの人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。病床当たりでは現在の数倍の医療スタッフを集中的に投入した形での医療サービスの提供

表2 医療・介護に係る長期推計（2011年6月）
医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37（2025）年度				
		現状投影シナリオ	改革シナリオ			
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設		
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度		
一般急性期	退院患者数 125万人/月	（参考） 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度	
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床，91%程度 150日程度	34万床，91%程度 150日程度	28万床，91%程度 135日程度			
精神病床	35万床，90%程度 300日程度	37万床，90%程度 300日程度	27万床，90%程度 270日程度			
（入院小計）	166万床，80%程度 30～31日程度	202万床，80%程度 30～31日程度	159万床，81%程度 24日程度	159万床，81%程度 25日程度		
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分			
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分			

注：1）医療については「万床」はベッド数、「％」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数、介護については、利用者数を表示。
2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

出典：内閣官房・社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）配布資料

が行われることが想定される。また、そうでなければ、9日というような平均在院日数は達成しがたい。第2に、これだけ在院日数が短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に出て行くことになる。これらの患者は、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、その「受け皿」が問題となる。表2においては、そのことは介護施設の増加と併せ、特に「居住系サービス」の大幅な増加(31万人分→61万人分)という形で示されている。在院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高いということを意味しているのである。

こうしたシナリオは、先進諸国における急性期医療及び医療・介護費用の状況を勘案すれば、妥当性が高いものであると考えられる。特に、急性期医療の確立が、「居住系サービス」を中心とした在宅医療、在宅介護の大幅な拡充と「対」になっていることに留意する必要がある。

こうした「改革シナリオ」を、等量線を使った概念図で示すと、図5のようになる。図5においては、小泉構造改革と同様に、現在の資本集約的な医療提供体制のポジション(A)から、より労働集約的なポジション(B)への移行が図られている。ただし、小泉構造改革とは異なり、その移行が同時に等量線のシフト($Q_0 \rightarrow Q_1$)を伴って

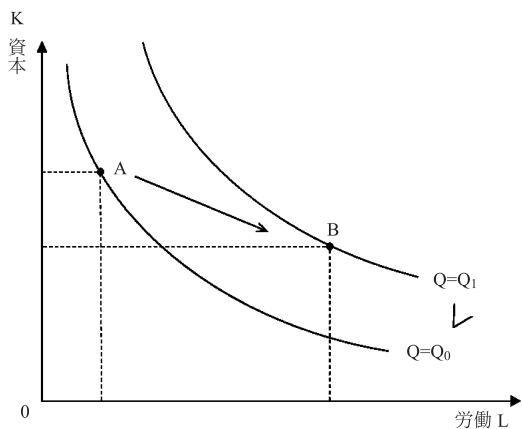


図5 医療・介護に係る長期推計(改革シナリオ)の概念図

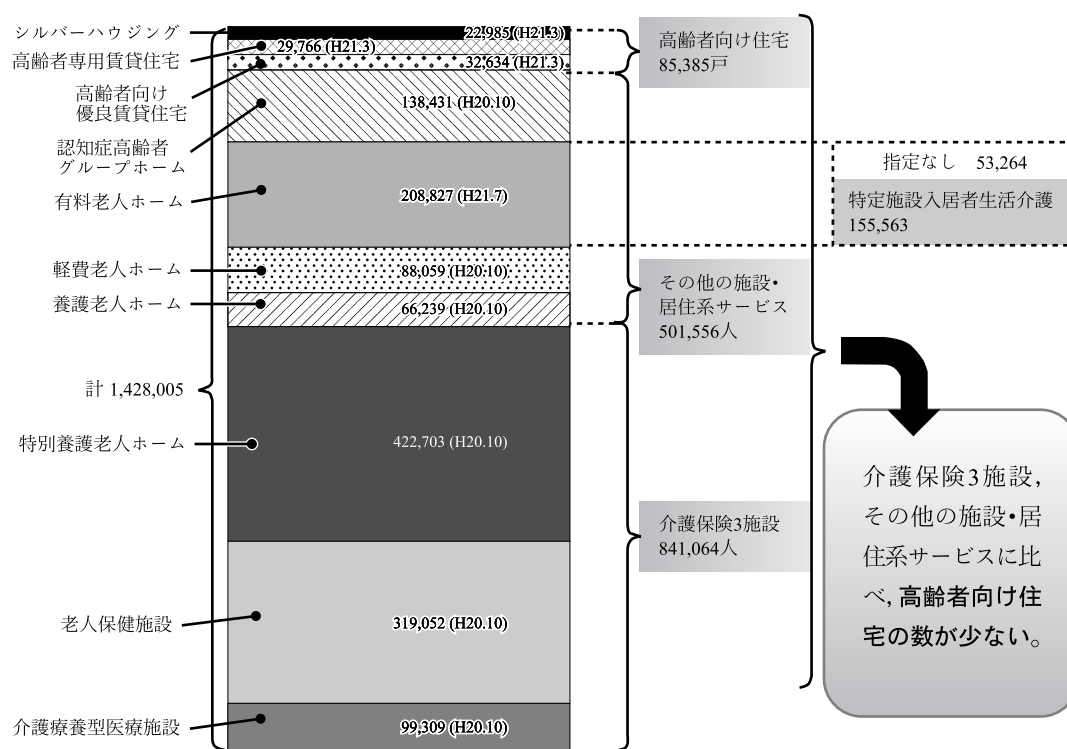
いるという点に留意する必要がある。すなわち、この移行は、同時に医療(介護)費用の増大を伴っている($Q_0 < Q_1$)のである。

こうした「改革シナリオ」は、「小泉構造改革」に比べると、より摩擦の少ない、現実的な政策選択肢であるといえる。医療・介護費用の増大を容認する中で、医療提供体制の効率化・重点化を図っていくというシナリオは、十分実現可能な改革の方向であろう。問題は、こうした医療・介護費用増大の財源をどのようにしてまかなっていくのかという点にある。社会保障国民会議は、この点については、消費税増税によって対応することを明言しており、議論としては一貫性があるといえる。ただし、財源としての消費税増税の妥当性及び実現可能性、さらには、保険料等も含めた財源のあり方については、さまざまな議論がありうるであろう⁵⁾。

Ⅳ 在宅医療、在宅介護と 「居住系サービス」のあり方

Ⅲで示したように、今後の急性期医療の確立＝在宅医療・在宅介護体制の確立を考えていく上で、「居住系サービス」の役割はきわめて重要である⁶⁾。「居住系サービス」という用語については、一般に介護保険3施設(介護療養型医療施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム)以外のケア付き高齢者居住施設を中心とした概念として定義されてきた。図6は、社会保障審議会・介護保険部会に提出された資料であるが、ここでは、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホームの4種類の類型が「その他の施設・居住系サービス」として示されている。なお、介護保険法上のいわゆる「特定施設」としては、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム及び一定の要件を満たす高齢者専用賃貸住宅とされており、これらについては、名称は「施設」と呼びながら、給付としては「在宅」として、居宅介護サービス費が支給されてきた(介護保険法第41条第4項第2号)。

Aging in placeという言葉に示されているよ



出典：第28回社会保障審議会・介護保険部会資料（2010年7月30日）

図6 高齢者向けの住宅と施設のストックの現状

うに、高齢者は、まず何よりもその適切な「生活の場」で暮らし続けていく、ということが基本であり、病院や施設への入院・入所については、それが困難な状況に陥った場合の代替的な選択肢として限定的に考えるべきである。その場合、「生活の場」というのは、必ずしも狭い意味での「自宅」とは限らない。単身高齢者世帯が増大し、frail elderly（介護を必要とする虚弱高齢者）が増大してくる中で、「自宅にいるような雰囲気を持った居住系サービス」（米国オレゴン州の行政規則におけるAssisted Living⁷⁾に関する規定）の役割はますます重要になってきている。

図7には、各国の介護施設・高齢者住宅の状況とわが国の状況を比較して示している。これを見ると、わが国の高齢者に対する施設・住宅の全般的な少なさと、特に居住系サービス部分の少なさが明らかである。他方、わが国は病床数が先進諸国と比べて際立って多く、そのことが医療による

介護・福祉の代替、ないしは「低密度医療」と「社会的入院」の並存をもたらしてきたとされている⁸⁾。こうした医療提供体制のあり方は、いわゆる「医療崩壊」から「社会的入院」に至る種々の深刻な問題を引き起こしており、Ⅲに示したように、その見直しが大きな課題となっている。その場合、医療提供体制のあり方を検討することは、必然的に居住系サービスを含む「生活の場」における医療・介護のあり方（在宅医療・在宅介護）を検討することに直結するという点について十分留意する必要がある。

高齢者向け住宅に関しては、2011年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（いわゆる「高齢者住まい法」）が改正され、従来の高齢者向け賃貸住宅や有料老人ホームを含む「サービス付き高齢者向け住宅」の登録制度が導入された。表2の「医療・介護に係る長期推計」において示されているような「居住系サービス」の普及拡大に

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)

介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※1 (1.5%)	5.0%	日本
「特別な居住」 (6.0%)		6.0%	※すべての高齢者施設・住宅は 1つの類型に統合された スウェーデン ※3
プライエム等 (1.3%)	プライエボリー・エルダボリー等 (7.4%)	8.7%	デンマーク ※4
ケアホーム (3.2%)	シェルタードハウジング (7.2%)	10.4%	英国 ※5
ナーシング・ホーム等 (4.1%)	アシステッド リビング等 (2.4%)	6.5%	米国 ※6

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅（ともに国土交通省調べ）、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム（平成20年社会福祉施設等調査）

※2 介護保険3施設及びグループホーム（平成20年介護サービス・事業所調査）

※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"

※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"

※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及びAge Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010" から集計

※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

出典：第28回社会保障審議会・介護保険部会資料（2010年7月30日）

図7 各国の介護施設・高齢者住宅の状況

向けた政策がようやく動き出したといえる。今後は、諸外国における経験等も踏まえながら、高齢者の選択に基づく、その多様なニーズへの柔軟な対応を基本としつつ、提供されるサービスの質の確保とともに、「外付け」の在宅医療のあり方について、さらに検討を深めていく必要がある。

V 今後の展望

わが国の医療における長期的なトレンドとして、自宅死亡する者の割合が減少し続け、逆に医療機関で死亡する者の割合が上昇し続けてきたことは、よく知られた事実である。かつては8割以上の水準にあった自宅死亡する者の割合は近年では1割強に過ぎなくなっており、逆に病院等の医療施設で死亡する者の割合が8割を超えるに至っている⁹⁾。しかしながら、少子・高齢化の急速な

進展、人々の価値観の変化、医療技術の進歩といった大きな変化の中で、在宅医療に対する国民のニーズにはきわめて強いものがあることが、各種調査から明らかになっている。種々の条件付きながら、自宅が最期を過ごしたいという回答が過半数を占めている調査結果が多い。また、施設整備とともに、在宅医療の体制整備が医療政策における重要な課題として挙げられている。その一方で、36兆円を超える国民医療費のうち、在宅医療に投入されている費用は2%程度に過ぎないという現実を踏まえれば、実際に提供されている在宅医療サービスと国民のニーズとの間に大きな「需給ギャップ」が存在することは明らかである。こうした需給ギャップを改善・解消するため、医療における資源配分を、より人々のニーズにあった形に変えていくことが当面の基本的な政策課題であると考えられる。

厚生労働省（2007）は、わが国の医療提供体制について、「患者・住民の視点からみた現状と課題」の1項目として、「在宅での療養生活を選択することが難しい」ことを挙げ、表3に掲げたような広範な施策の展開を図ることを提案している。これらは、いささか総花的ではあるが、今後の在宅医療推進に当たっての課題を幅広く網羅しており、これらの中には、その後の政策展開においてある程度実現しつつある項目もある。

たとえば、「小泉構造改革」の一環として2006年に実施された診療報酬改定において、在宅医療推進のため、「在宅療養支援診療所」制度が創設された。これは、在宅医療の中心的な役割を担う診療所として、24時間対応、訪問看護ステーションとの連携等を要件として、診療報酬上高い評価を行うこととされたものである。その後、在宅療養支援診療所が実際にどの程度普及するかが注目されたが、2010年7月現在、全国で12,487の診療所が届出をしている。これは、一般診療所総数の1割強に相当する施設数であり、これまでのところ全体としてはおおむね順調に普及しているといえる。ただし、地域（都道府県間及び2次医療圏間）ごとに大きな偏在があること、また、在宅療養支援診療所として認定された診療所が実際にどの程度在宅医療サービス提供施設として機能しているかについては、施設によってバラツキが大きいこと等の問題点が指摘されている¹⁰⁾。

今後、在宅医療を一層推進するためには、こうした地域的、機能的なバラツキの問題を改善して

いくことが求められる。そのためには、在宅医療を担う人材の養成が急務であり、臨床研修等の早期から在宅医療の現場を経験させるとともに、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための研修体制を構築する必要がある。併せて、医療法や医療計画における在宅医療の位置付けを明確化し、病院等によるバックアップ体制も含め、地域における在宅医療提供体制を構築することが求められる¹¹⁾。また、患者や家族に対して在宅療養に関するわかりやすい情報を提供するとともに、在宅医療に関して診療報酬や補助金政策によるインセンティブを付与することが有効であろう。特に、一般的な外来診療と、訪問診療を中心とする在宅医療との相対的な評価のあり方については再検討する余地があるものと思われる。

一方、在宅医療を進めていく上でのもう一つの柱である訪問看護ステーションについては、事業所数の伸び悩み（2011年7月現在5,815か所）及び地域間偏在の問題等が指摘されている¹²⁾。在宅療養支援診療所の場合と同様に、訪問看護を担う人材の養成及び診療報酬・介護報酬等による経済的インセンティブの拡充が求められる。また、訪問介護との競合関係に関しては、在宅療養を支える、より医療的なケアの提供に特色を出し、サービスの差別化を図っていくことが基本であると考えられる。さらに、訪問看護ステーションの事業経営に存在するとされる「規模の経済」¹³⁾を踏まえれば、今後、看護管理者の経営管理能力の向上及び施設の大規模化の方向性を模索していく必要がある。

また、表3の冒頭に掲げられているいわゆる「退院調整」については、2006年の第5次医療法改正において、「病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない」と共に、「第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携が図られるよう努めなければならない」旨の努力義務規定が導入された

表3 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

- ・医療機関と患者・家族との調整及び看護・介護サービス機関等との連携
- ・チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点
- ・在宅医療を推進する医療の確保
- ・在宅での看取り
- ・地域ケア体制の計画的な整備
- ・住宅政策との連携
- ・療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割
- ・高齢者の医療の標準化
- ・高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性
- ・総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性
- ・認知症高齢者や家族を支援する体制の構築
- ・老年医学の考え方の普及及び調査研究の推進の必要性
- ・終末期医療ガイドラインの策定

(医療法第6条の4第3項及び第5項)。こうした退院調整 (discharge planning) については、一般に高齢患者の在院日数の短縮や再入院率の低下等に効果があることが国際的な文献レビューにおいても認められている¹⁴⁾。今後、病院サイドの在宅療養に対する理解を深め、入院早期から退院後の生活を見越した退院支援を実施することを含め、入院医療と在宅療養を担う機関の間の連携をさらに強化する方向で、上記の努力義務規定の実現化を図っていく必要がある。

注

- 1) 皆保険50周年を迎えた日本の医療の現状と課題については、Naoki Ikegami et al. (2011) を参照。また、日本の医療についての国際的な高い評価の事例としては、WHO (2000) を参照。
- 2) 社会保障国民会議最終報告 (2008) においては、医療・介護・福祉サービスの改革として、『選択と集中』の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である」とされている (下線は引用者)。
- 3) 医療生産関数及び等量線分析については、たとえば、Folland, Goodman, Stano (2010) 第6章を参照。
- 4) 2006年の医療制度構造改革によって導入された「医療費適正化計画」においては、在院日数の短縮が、「医療費適正化」に当たった重要な目標とされている。
- 5) 筆者自身は、当面の医療費増大の財源としては、むしろ保険料の引上げを考えるべきであるという意見である。その理由としては、第1に、消費税は (税率の引上げ幅にもよるが)、当面の政策的優先順位としては、年金 (基礎年金) や福祉、児童手当等の財源に充当される可能性が高いという現実的な判断があること、そして第2に、わが国の国民医療費総額に占める保険料のシェアは、ここ数年50%を割り込んでおり (平成21年度で48.6%)、国際的に見てまだそれほど高い水準ではなく、引上げの余地があると考えられること、が挙げられる。ただし、保険料を引き上げるに当たっては、その前提として、低所得者の急激な負担増を抑えるため、国民医療費の4割近くを占めている公費の傾斜配分を強めること、及び経済状況を踏まえた引上げのタイミングについての配慮が必要であると考えている。
- 6) 居住系サービスをめぐる諸問題については、尾形他 (2011) を参照。
- 7) Assisted Living Facilitiesについては、Zimmerman et al. (2001), Melichar et al. (2010), Robert Wood Johnson Foundation (2004) 等を参照。
- 8) 「社会的入院」をめぐる諸問題については、印南 (2009) を参照。
- 9) 2010年における死亡場所の内訳を見ると、病院77.9%, 診療所2.4%, 自宅12.6%, 介護老人保健施設1.3%, 老人ホーム3.5%となっている (平成22年人口動態調査)。
- 10) 社会保障審議会医療部会資料 (2011年10月27日) 及び尾形他 (2009) を参照。前者資料によれば、2011年7月現在、人口10万人当りの在宅療養支援診療所数は、全国平均10.1であるが、最多20.9 (長崎県) から最少3.9 (富山県) まで5.4倍の格差があるとされている。
- 11) 次期医療計画の見直しに当たっては、「医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に、在宅医療について都道府県が達成すべき数値目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促すことが必要である」とする「医療計画の見直し等に関する検討会」意見 (平成23年12月16日) が出されている。
- 12) 社会保障審議会医療部会資料 (2011年10月27日) を参照。同資料によれば、2009年3月現在、人口10万人当りの訪問看護ステーション数は、全国平均27.04であるが、最多125.5 (東京都) から最少6 (鳥取県) まで20.9倍の格差があるとされている。
- 13) 訪問看護ステーション経営における「規模の経済」については、日本看護協会 (2009) を参照。
- 14) discharge planningの効果に関する国際的な文献レビューについては、Shepperd et al. (2010) を参照。

参考文献

- 印南一路 (2009) 『「社会的入院」の研究』 pp.246-300, 東洋経済新報社。
- 尾形裕也 (研究代表者) (2009) 『医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究』厚生労働科学研究費補助金・医療安全・

- 医療技術評価総合研究事業・総合研究報告書。
尾形裕也（研究代表者）（2011）『居住系サービス提供体制のあり方に関する研究』厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業・平成22年度報告書。
- 厚生労働省（2007）『医療政策の経緯，現状及び今後の課題について（計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料）』。
- 社会保障国民会議（2008）『社会保障国民会議最終報告 平成20年11月4日』。
- 日本看護協会（2009）『訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書』平成20年度老人保健健康増進等事業。
- Darlene Yee-Melichar, Andrea Renwanz Boyle, Cristina Flores（2011）*Assisted Living Administration and Management*, Springer Publishing Company.
- Naoki Ikegami, Byung-Kwang Yoo, Hideki Hashimoto, Masatoshi Matsumoto, Hiroya Ogata, Akira Babazono, Ryo Watanabe, Kenji Shibuya, Bong-Min Yang, Michael Reich, Yasuki Kobayashi（2011）Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges, *The Lancet*, 378 (9796), pp.1106-1115.
- Robert Wood Johnson Foundation（2004）Making Assisted Living Affordable, RWJF, Jan 2004.
- Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL（2010）Discharge planning from hospital to home (Review), *The Cochrane Library 2010, Issue 1*.
- Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano（2010）*The Economics of Health and Health Care, sixth edition*, pp.105-109, Prentice-Hall, New Jersey, 2010.
- Sheryl Zimmerman, Philip D. Sloane, J. Kevin Eckert ed.（2001）*Assisted Living : Needs, Practices, and Policies in Residential Care for the Elderly*, The Johns Hopkins University Press.
- WHO（2000）*The World Health Report 2000—Health Systems : Improving Performance*, World Health Organization, Geneva, 2000.

（おがた・ひろや 九州大学大学院教授）

日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方 ——自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた——

筒井孝子

I はじめに

日本は、2000年に要介護高齢者に対する介護を「家族による介護」から、「社会による介護」へと大きく転換するために社会保険方式による介護保険制度を導入した。次いで、2006年の介護保険制度改正では、地域密着型サービスの創設や地域包括支援センターを設置し、地域での医療・介護サービス提供体制の再構築を推進する方向を示した。これは2000年に目標とした「社会による介護」を日常生活圏域単位での介護サービスの提供を可能とする「地域による介護」へとする方向を示したものととらえられる〔筒井 2009, pp.84-89〕。

これを国際的なヘルスケア政策の動向を踏まえてとらえるなら、integrated careという概念で説明されてきた内容と同義といえる。integrated careは、ヘルスケアシステムのデザインの一つとして政策的に検討されてきたものであったが、すでにOECDやWHOは、これを先進国におけるケア政策の主要なイシューとして、1990年代後半から取り上げてきた。ただし、これを推進する場合として、日本は、前述の「地域による介護」の文脈で用いられるcommunity-based careを提案したこと、しかも従来の行政区分としての中学校区などにこだわらず、日常生活圏域という表現が用いられており、今後、この圏域がケア提供体制の基盤となるシステム構築が目指されるという点において、ユニークなデザインが採用されたといえる〔筒井 2012, pp.42-48〕。

そもそもintegrated careというヘルスケアシステムのデザインは、医療体制の低パフォーマンスの改善を目的に導入された医療と介護の連携をすすめるシステムである。すなわち、慢性疾患を抱える患者にとっての効率的な医療体制の構築という政策的課題に対するひとつの解答として生まれてきたものであった。

このシステムにおいて重要視されたのは、伝統的な医療体制の主要なターゲットであった急性増悪による短期的な介入で治療できるという急性期疾患への適応ではなく、慢性疾患、かつ終末期に至るまでの長きに渡って提供される治療とケアの効率的提供を目的としたものであった。このため、これを導入した国は、integrated careを実現させるために、まずは医療分野の臨床におけるintegrationを試み、このシステム化を図り、次の段階として、これを地域医療圏へと拡大するという方法をとっている。そして、さらに、システム化されたサービスの効率化をより推進するために、介護・福祉領域までintegrationの範疇を広げてきた。

したがって、日本で実施されようとしている地域包括ケアシステムのように、介護予防という公衆衛生的な予防活動に加えて、低所得者対策としての住宅施策をもintegrationの対象として、そのシステム化を図るといった考え方や、これらを地域圏域を基盤として同時に展開しようとする試みは、国際的にも稀有な例といえよう。

前述の報告書には、地域を基盤とする医療と介護のみならず、福祉のintegrationも構想されている。これは、いわゆるヘルスケア（保健・医療）

とソーシャルケア（福祉）の間のintegrationを意味し、さらに新しいintegrationの道筋が示されたとも解釈できる。

本稿では、この地域包括ケアシステムの構築によって達成しようとしている目的を明らかにするとともに、このシステムがヘルスケアシステムのデザインの一つであることを示す。さらに、厚生労働省が地域包括ケアシステムの構築に際しての視点のひとつとして示した福祉（生活支援サービスの推進）の提供者や提供主体をどのように考えるべきかといった内容に関して、諸外国の事例を紹介しながら考察し、今後の地域包括ケアシステムのありかたと課題を論ずることを目的とする。

II 地域包括ケアシステムにおける提供主体の考え方を巡る動向

前述の2008年の地域包括ケア研究会による報告書の中には、「介護費用が増大する中で、すべてのニーズや希望に対応するサービスを介護保険制度が給付することは、保険理論からも、また共助の仕組みである社会保障制度の理念に照らしても適切ではない。一定限度額までの介護サービスを、その内容と成果を吟味しつつ介護保険制度が給付することは当然であるが、自助・互助・公助との適切な役割分担を検討していかなければならない」との記述があり〔地域包括ケア研究会 2008〕、住民のニーズや希望に対応するサービスの提供主体を検討すべきとの説明がなされている。さらに、2009年の地域包括ケア研究会報告書では、地域包括ケアシステムの構築の方向性として、「介護保険サービス（共助）、医療保険サービス（共助）、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）、セルフケアの取り組み（自助）等の多くの資源があるがこれらの多くが断片化している。今後、それぞれの地域が持つ自助・互助・共助・公助の役割分担を踏まえながら、これらが有機的に連動して提供されるようなシステムが構築されなければならない」との記述がある〔地域包括ケア研究会 2009〕。

つまり、ここでは、日本の地域包括ケアシステ

ムを「地域による介護」の方向性で推進するものとして、自助・互助・共助・公助のうち、いずれのケア提供主体がイニシアチブをとるのかという論点と、これらの提供主体のintegrationの必要性が述べられているとともに、これらのケア提供主体をすべて含み、マネジメントする仕組みとして、地域包括ケアシステムが説明されている。

前述の報告書には、この四つの提供主体には「補完性の原理」が適用されるとの記述もあるが、この原理は、1931年に教皇ピオ11世の社会回勅において用いられたことを始まりとするもので、この目的は、教会を含めた中間組織への「国家介入を制限」することにあったとされ〔澤田 1992〕、この発想は近年、EU統合の文脈の中において立憲主義（連邦主義）と結び付けられ、1992年のマーストリヒト条約やドイツ連邦共和国基本法に体现されたとの説明がある。これらの歴史的な展開を踏まえた上で、「補完性の原理」とは、「より小さな単位の主体の活動の自由を制限すべきではないという権力制限の発想に基づき、問題の当事者にとって最適な役割分担で問題を解決しようとする原理」と定義した上で、現代の日本における地方分権化の流れの中で関心を集めるようになったとの解釈もされている〔関谷 2007, pp.81-109〕。

このほかにも、「個人ができることは個人で行い、それが不可能もしくは不効率な場合には、それより大きな家族や地域社会に解決が委ねられる」というように理解されているとの解釈もなされ、近代における「国民国家」と「個人」への二極化に対抗して中間・中位の共同体の価値を再評価するためのものであったとする説明もなされている〔岡部 2007, pp.110-134〕。

このように、補完性原理とは、個人、家族や地域社会といった中位の共同体、国家という問題解決に対する権限行使の順序を示した原理として利用されてきた。中位の共同体としての互助と共助の考え方としては、前述の地域包括ケア研究会の報告書における補完性原理に戻ると、「自助・互助・共助・公助」と四つの主体があり、互助と共助とが分かれている。これは、池田による解釈に倣ったもののようであるが、池田は、この中位の

共同体は、家族や隣人を互助、共助については、システム化された自治組織と定義している。さらに、このシステム化された自治組織については、かつては村落共同体やヨーロッパ社会においては教会などが当てはまったが、現代においては、職域の自治組織によるセーフティネットが登場したと説明され、多くの国では社会保険という形で収斂していった〔池田 2000, pp.200-201〕との説明を加えている。

だが、この解釈に対しては、社会保険は共助ではないとする指摘〔岡崎 2011, pp.7-22〕や、また介護保険や行政サービスの対象外となる互助について、共助と区分けした上で、地域包括ケアシステムの提供主体としたことに、過度の期待があるという指摘〔堤 2010, p.143〕もある。

その例として、よく言及されるのが、生活支援サービスがこのシステムを支えるものとして含まれるとされている点である。報告書で示された生活支援サービスとは、「見守り、緊急通報、安否確認システム、食事、移動支援、社会参加の機会提供、その他、電球交換、ゴミ捨て、草むしりなどの日常生活にかかる支援」とされるが、これらは、いわゆる中位の共同体の中での支えあいの活動であり、市場化できるサービスとしての標準化は、現時点では困難な内容といえる。したがって、これらのサービスのシステム化が前提とされる、あるいは条件となるような地域包括ケアシステムの想定は、現実的ではないだろう。

ただし、すでに生活支援サービスが存在し、これらが地域包括ケアシステムの基盤となりうる地域圏域もある。今後のシステム構築を考えるにあたっては、これらサービスの担い手を配慮し、その資源をシステムへ包摂する選択肢もあるだろうが、これらのサービスのシステム化を目指すことが、地域包括ケアシステム構築の目的と解釈することには、特に慎重が必要といえよう。

Ⅲ 生活支援サービスとしての インフォーマルケアとそのシステム化

1 インフォーマルケアとしての生活支援サービス

日本で地域包括ケアシステム構築に際して、その推進が示された生活支援サービスと呼ばれる内容は、これまで隣人、知人、友人が提供者となって無給で提供されていたインフォーマルケアの領域に位置するものであった。元来、ケアとは、有給と無給にもかかわらず、感情の共感を含んだサポートを提供することである。これらのサポートは、女性が担ってきたわけだが、これらは明らかに私的な領域に存在したものであった〔Thomas C. 1993, pp.649-669〕。

また、職業としてケアを提供する際の担い手の多くは女性であり、報酬も評価も低い労働であった。こういった背景については、70年代からフェミニストらによる研究がなされ、家事と子育て（当時、高齢者介護は、まだ課題になっていなかった）は、女性による無給の私的な感情に基づくケアとされてきたが、実際のところは、男性が家庭外での仕事ができるようになるため、力を復活させるものとして暗黙的に位置づけられた、いわば有給の雇用に隠されたシャドウワーク（Shadow work）として存在してきたのであるとした〔Lewis J. 1992, pp.159-173 ; Daly M., Lewis J. 1993, pp.81-103〕。

イギリスでは、ケアは、ソーシャルケア（Social care）と表現され、使用されることが多いが、その用法によって、より広義の意味を持つ用語となり、たとえば自分や他人、すべてのものに対する世話であるといった、かなり広い定義もあれば〔Tronto J. 1996, p.147〕、ケアを提供する者が、ケアを受ける者を社会的に包摂する目的で行われる行為のすべてであるというような活動の目的そのものに着目するといった概念設定も少なくない〔Leira A. 1992 ; Finch J., Mason J. 1993, pp.345-367 ; Fraser N., Gordon L. 1994, pp.4-31 ; Senghaas-Knobloch E. 1999〕

ことから、その全体をとらえることは、いまだ難しい概念となっている。

しかし、ケアは人に対する日常の社会的、精神的、情緒的、身体的な関心 (attention) を含むことになる〔Knijn T., Kremer M. 1997, pp. 328-361〕という定義からは、いわゆる医療サービスとの違いが想起される内容ともいえる。

2 インフォーマルケアに対する社会手当という提案

このような多義的な意味を持つケアではあるが、前述したように、1970年代に実施されたフェミニストらの研究では、その暗黙的な目標は、男性の労働力を確保し、サポートすることにあつたとの指摘がなされ、このシャドウワークとなっていた労働を正当に評価するための家庭での家事や育児労働への従事に対する「家事のための手当」が提案された〔Dalla Costa M., James S. 1973〕。

だが、この提案は、結局のところ、女性を育児と家事に固定化する危険性があるとの理由から導入されず、その代わりとして、女性の教育と仕事という市場へのアクセスを確保し、家族の民主化を通して、女性が世話をするという固定概念からの脱却を目指すことになったという経緯がある。

つまり、彼女達は、家事や育児のための社会手当の支給という代替として、国に対して、女性のために雇用機会を拡大するという政策や、これらのうち、特に育児というケアの提供には、国が一定の責任を負うことを明確にすることを要求した。

こうした経緯が踏襲されたのが、「家族による介護から社会による介護へ」というスローガンのもと、女性の視点から「介護の社会化」を国に提言していった「高齢社会をよくする女性の会」をはじめとするフェミニストらの活動であった。彼女達は当時、主介護者であった嫁を介護に固定化することになるとの主張から、家族への現金給付に反対し、その代替として、国が介護の責任を担うことを求めた。これは、介護保険という「介護の社会化」の制度化を推進することになった〔Tsutsui T, et al. 2010〕。

結果として、介護保険制度が実施された後、多

くの主婦は、ヘルパーとして働くこととなり、これは、日本の介護市場にとっては、大きな労働供給源となった。また1970年代に、女性の労働市場へのアクセスを要求したのと同じ現象、すなわち、これまでの家族によって無給で行われていた作業を有給へとシフト化し、同時に主婦層の社会的進出の拡大を図るという現象が日本でも起きたことを意味していた。

ただし、ヨーロッパの国々で認められている高齢者介護における家族給付には、別の意義がある。これは、そもそもケアという行為は、自由な関係に基づくもの、社会から義務づけられるもの、契約によるもの、これらのいずれにもかかわらず、情緒的な絆を有する子どもや配偶者、高齢者との関係づくりが前提となる。このため、他人に対する関心や人間の身体的、情緒的な依存性を必ず意識させることになる〔Senghaas-Knobloch E. 1999〕。このような依存関係を克服するための仕掛けとして、ヨーロッパの国々では、家族によるケアに対しての社会給付を導入したとされる〔Daly M., Lewis J. 2000, pp.281-289 ; Ballarin P., et al. 2003〕。

日本では、家族への現金給付という社会手当ではなく、ケアのフォーマル化を推進するという方法が採られた。それは、諸外国では、ほとんど主たる介護者になってこなかった縁戚者である「嫁」が、日本では、主介護者としての役割を担っていたという特殊な事情があったためである。つまり、血縁のない嫁が主介護者であったが故に、ケアの依存性という観点での議論はされにくい構造となっており、どちらかといえば、イエ制度を基盤とする互酬制による介護という慣習の克服のほうが優先されたものと推察される。

そして、今回、類似の性質をもつ生活支援サービスもまた、担い手が隣人、知人であるものの、インフォーマルケアを出自とすることを鑑みれば、その担い手と、サービス提供主体の組織化とともに労働市場への取り込みをどのようにすべきかについては、前述したように、より慎重に検討されるべき内容と考える。

3 生活支援サービスを包含した地域包括ケアシステム

(1) 自治体による生活支援サービスのシステム化

これまでに、日本の地域包括ケアシステムに生活支援サービスを包含してきた試みとしては、武蔵野市の「認知症高齢者見守り支援事業」がある。

この事業では、介護保険制度の対象となるサービスは行われず、見守り、話し相手、散歩の支援などを市が認定したケアヘルパーが行う事業として設計され、事業の対象者は、①おおむね65歳以上の市民（若年性アルツハイマーも対象になる）、②認知症の症状がある（認知症高齢者の日常生活自立度がⅠまたはⅡ）、③身体介護を必要としない、とされている。

この事業の目的は、介護をする家族の負担を軽くすることであることから、独居や高齢者のみ世帯だけではなく、家族が同居していても利用できるというように、介護保険の対象とならない軽度、一歩手前のサービスとしての位置づけがなされている。したがって、認定の有無を問わないし、高齢者のみの世帯に限定もしない。これを利用する際の利用料金は、1回1時間単位で最長4時間までとされ、原則、週一回の利用までとしているが、複数の利用もあるという。そして、この担い手となるヘルパーは、武蔵野市独自制度となる「武蔵野市認知症ケアヘルパー認定研修」を修了した者とされる。

また、この事業で提供されるサービスは、見守りなど軽度の内容であることから、利用者の費用負担は低額であるが、最長4時間使えることから、一回あたり最大2,000円の利用料を得られるため、単なるボランティアではない収入の道も可能となっている。つまり、この事業は、ボランティアでもなく、収益事業でもないという中間的な形態がとられ、いわば、アソシエーション的性格（システム化された互助¹⁾）を持った事業といえる。

武蔵野市では、認知症高齢者に対する医療サービスと介護サービスの連携を目的とした「認知症連携パス」と呼ばれる地域連携パスを整備しており、この独自の生活支援事業は、地域での医療と

介護のintegrationを推進がなされる中で、有効なツールであると判断されているとも考えられる。

このような互助的な性格をもった「住民同士の見守り」という、いわゆるインフォーマルなケアをセミフォーマル化しつつ、また低額な利用料を支払う仕組みとしている点は、後述するヨーロッパの社会手当と同様の色彩を持った日本においては、ユニークな事業ともいえる。

(2) アソシエーションによる生活支援サービスのシステム化

現時点で、日本では、武蔵野市のような自治体主導型の生活支援サービスの事業化は少ないが、国内では、むしろ、後述する自治会組織やNPOといったアソシエーションが提供主体となる生活支援サービスのシステム化が多いようである。

この例として、1964年に入居が始まった横浜市郊外の栄区の高台にあるUR都市再生機構（以下「UR」という）の公田町団地の取り組みがあげられる。この団地では、少子高齢化が進み、一人暮らし高齢者や高齢者世帯が増え、団地内のスーパーマーケット、続いて、コンビニエンスストアの撤退と、高齢者にとっては、日常の買い物ができない、そして、誰にも看取られない孤独死が発生するようになった。これが契機となり、有志によって、毎週「あおぞら市」と呼ばれる買い物の支援が行われ、孤独死の予防を目的とした見守りネットワークづくりが進められることになったという。

2008年6月には、栄区役所と団地自治会が協働し「お互いさまねっと公田町団地」を発足し、2009年9月に、NPO法人お互いさまねっと公田町団地（理事長大野省治）として認証を受け、現在、①高齢者などの孤立予防・孤独死予防を考慮した生活支援事業、②子育て支援事業、③介護保険法に基づく介護予防サービス事業の3つの事業が展開されている〔横浜市栄区サービス課長2009〕。

この事例は、これまでの隣人、知人といったインフォーマルケアを担っていたアソシエーション（慈善活動、共済組合、福祉団体）の機能強化を

図るため、生活支援サービスの一部をセミフォーマル化し、さらに、システム化することで、住民がサービスの安定供給を目指したものと見える。こうした例は、地域包括ケアシステムの推進が謳われるようになって以来、全国で増加しているものと推量する。

ただ、すでに、ケアの本質からは、これまで述べたようなケアのフォーマル化・金銭化は、限界があり、部分的にしか達成できないことが指摘されている〔Kramer H. 1981 ; Geissler B. 2002〕。

そこで、ここ数十年間にわたって、日本と同様に家族の構造が大きく変化し、国家のあり様についても変貌を遂げてきたヨーロッパの国々において、インフォーマルケアの提供が、どのように位置づけられ、その提供主体は、どのように変化してきたかを紹介しながら、今後のケア提供体制のありかたについて考察する。

Ⅳ ケアの種類とその提供体制の 多様性を巡る動向

1 ユーロッパの国々におけるケア提供者と雇用形態の多様化

日本では、介護保険制度の実施を契機に、ケアは、公的なフォーマルな雇用とされる道が開かれた。ヨーロッパ諸国でも同様に、ケアのマーケットが形成され、発展してきている〔OECD 2000〕。しかし、昨今のヨーロッパ諸国の新たな動きをみると、報酬を伴う「セミフォーマルな家族ケア」や、ケア提供のための「インフォーマルな雇用」という例が散見される。つまり、日本の地域包括ケアシステムにおける生活支援サービスは、すでにヨーロッパ諸国では、「セミフォーマルな家族ケア」と呼ばれるような新たなケアの種類として扱われつつあり〔Pfau-Effinger B. 2001, pp. 488-501 ; Pfau-Effinger B. 2005, pp.321-341〕、友人および家族の介護者と国家の間の新しい関係が生まれていることを示している。このような変化は、日本での生活支援サービスの位置付けの示唆となるものと考えられる。

たとえば、セミフォーマルケアとしては、児童

の世話をするための有給の育児休暇は、すでに多くの国が導入しているが、これは、「ケアを与える権利」と呼ばれる新しい社会的な権利と表裏一体の関係を持っていると考えられている〔Knijn T., Kremer M. 1997, pp.328-361〕。

つまり、このケアを与える権利は、人が生涯において、特別な期間にしか持つことができない親・親族・友人が在宅で子どもや高齢者の家族や友人を世話する権利を指している。もともと子どもや高齢者の世話を背負うのは家族（またはソーシャルネットワーク）なので、国としては、この世話をする家族のための新しい報酬の仕組みを社会保障制度の枠組みの中に位置づけたものといえる。

しかしながら、育児や介護の報酬を当事者だけでなく、家族や知人などに対しても与えるということは、一方でケアの商品化が進められてきたとの表現もできるかもしれないが、この場合のケアは、フォーマル化されていない、否、フォーマル化することが相当に困難であることに留意しなければならないだろう。

このケアへの現金給付という施策は、報酬の本質は多様で、しかも労働時間にも見合っていない報酬である場合が多い〔Ungerson C. 2000, pp.623-643〕とされ、フォーマル化の要件を満たしていないとの指摘がなされている。つまり、ケアに携わる者は、確かに有給の介護者ではあるが、非正規雇用に属しており、この雇用形態は、ある意味で新しいインフォーマルな雇用形態であるとも説明できる。なお、ここでいう非正規雇用は、被雇用者がフォーマルな雇用において存在するような法律の枠組みの外に位置づけられ、その被雇用者には、労働法も社会保障権も適用されないことを意味しており、この雇用形態は極めて不安定なものであるということである。

このような雇用の形態が採用された背景としては、日本とは異なった国々の特殊な事情もある。というのは、ヨーロッパの国々では、特に移民のフォーマルな雇用に関して、厳しい法律があり、このセミフォーマルな雇用は、実は彼らに対する雇用対策の側面があるということに留意すべきであろう。

なぜなら、この雇用形態は、移民数の増大とともに拡大したとも言われており〔Gather C., Geissler B., Rerrich MS. 2002〕、ヨーロッパの国々にとっては、特にEUの構成員となった国としては、国だけでなく、EU全体の社会保障全体の枠組みを勘案した結果として、インフォーマルケアやセミフォーマルケアの社会手当とする施策を利用し、社会保障政策の実効性を高める施策を導入してきたとも説明できる。

このように、ヨーロッパの国々では、ケアの提供に際して、その時々々の国の状況を勘案しながら、ケア提供者と雇用形態の多様化する手法が採られてきた。今後は、ケア提供者の役割をどのように考えるかに大きな関心が寄せられている。つまり、ケアを提供するということは、伝統、宗教、相互関係、愛情、義務という様々な理論的根拠に基づくわけだが、これを評価することは、そもそも困難である。

さらに、これらのケアの提供主体として国、自治体、雇用者、労働組合、市民組織、NPO、教会などと多様となり、ここで雇用される者についても移民をはじめとし、かなり多様な集団が担い手となっている。これにより、ケアがどのように提供されるべきかという、サービスの質の基準の設定が相当、難しくなっているのである。

2 生活支援サービスにおけるケア提供主体と雇用形態

日本では、生活支援サービスは、現在、そのサービスがボランティア組織の責任で一元的に実施される、あるいは、個人と組織が個々に実施する場合もある。担い手が多様であるということは、その報酬に関する考え方も多様とならざるをえない。

たとえば、知人などの個人がケアを提供する場合には、むしろ担い手側の知人側にとって、このケアそのものが提供者としての心情的、精神的な支えとなることも少なくない。ボランティアであっても、このような生活支援サービスなどのケアにかかわる活動は、その実施者にとって社会的地位を高めることも少なくない。このため無報酬、あるいは低い報酬でも、その提供が円滑にすすむ場

合もある。

また、こういった生活支援サービスは、商業ベースで言えば、消費者にとっては、評判のいいサービスとなる可能性が高いため、企業体としては原価を割いて、いわゆる宣伝活動の一環として実施する場合もあり、その際も報酬の多寡があまり問題とならない場合もありうる。

さらに、地域圏の構成員としては、圏域内の社会秩序と社会との一体性を支える効果をあげるというメリットもあることから、自治体の市民の公正さを高めるための啓蒙活動として、積極的に市民参加を推進させるという政策としての展開も可能かもしれない。結果として、これらの活動に対しては、国や自治体が補助金を出すこともあるし、このような国などの公的機関との協力を通じて、地域と社会が地域のボランティア組織を支える場合もありうる。しかしながら、一方で、ここで扱われるケアというサービスは、マーケットにおける商品としても流通しているものとしての交換もできることから、当然ながら、一定の水準は要求されることになる。

3 多様なケア提供主体と雇用形態を踏まえた地域包括ケアシステムの今後の方向性

このように、様々なアソシエーション、公共団体、マーケット、個人などで提供されることがあるという提供主体の多様性は、たとえば、ケアというサービスを法的責任の下で、一律に定義することを困難にする。

また、それぞれの提供体制は、これの提供にあたって、自らの論理に基づくことになり、提供体制間の違いは、今後、徐々に明らかにされていくだろうが、社会保障によるサービスと違って、ケア、特にインフォーマルケアについては、表1に示したような多様な雇用形態も生まれており、表2のように、社会の様々なセクターによって提供可能となっている。

つまり、このケア提供に際しての最も大きな課題は、特に、インフォーマルケアというものが、複数の複雑な提供体制を含み、様々な理由と論拠によって動かされている制度となったために、そ

表1 雇用形態・報酬・経済的な領域によって分類したフォーマル・インフォーマルケアの種類

ケアの種類	雇用形態・ケア形態	報酬	経済的な領域
フォーマルケア			
フォーマルな雇用	フルタイム/パートタイム ²⁾	あり	すべての領域
インフォーマルケアとフォーマルな雇用の組み合わせ（親がパートタイムで働く場合が多い）。	パートタイム/特殊な形態	あり	すべての領域
様々なインフォーマルケア			
ケアのためのインフォーマルな雇用	非正規雇用のフルタイム/パートタイム	あり	家庭経済の領域がマーケットとなっている
インフォーマルな家族ケア（親戚と友人）	フォーマルではなく、相互扶助に基づく関係	なし	相互扶助に基づく家庭内の経済的な領域
セミフォーマルな家族ケア（親戚と友人）	福祉国家が形成したケア関係	あり（たとえば育児手当）	相互扶助に基づく家庭内の経済的な領域
ボランティア	フォーマルではなく、相互扶助に基づく関係性	なし（時々何かしらの補償）	相互扶助に基づく経済範囲（国、非営利のセクター、市民社会）

出所：Geissler, B., Pfau-Effinger, B. (2005) "Changes in European care arrangements" in B. Pfau-Effinger and B. Geissler eds. *Care and Social Integration in European Society*. p.9. 訳語は筆者による。

表2 多様なケアの提供形態

提供形態	支援の提供元	ケア提供者	ケア利用者	ケア提供者の条件
インフォーマルケア	仕事と資金の相互分担（義務、相互関係）	家族・親戚・友人・隣人	家族・親戚・友人・隣人	無報酬で働く、同居人・家族・友人・隣人
ボランティア・慈善団体	献金・仕事での貢献・相互責任	ボランティアの団体・慈善団体・教会・地域	ケア提供の対象に承認された人	ボランティア
福祉団体・非政府機関	献金、会費、公的助成金、サービス使用料	営利/非営利福祉団体	（サービス）消費者・利用者	専門家/準専門家・有給/又はそれ以下の労働者
商業的サービス	サービス料・公的助成金	会社・自営のケア提供者	（サービス）消費者・利用者	専門家・未熟練労働者
公共機関（国や自治体）	税金・サービス使用料	自治体・自治体の下請け契約者	認可された市民（住民）	有給の専門家/準専門家

出所：Anttonen, A., Sipilä, J. (2005) "Comparative approaches to social care diversity in care production modes" in B. Pfau-Effinger and B. Geissler eds. *Care and Social Integration in European Society*. p.118. 訳語は筆者による。

の供給も需要量も正確な予測が困難で、これを評価することも難しいという問題を、その発生時点から抱えてきたことにある。

しかも、ケアは、元来、家族や親戚によるインフォーマルケアであったため、フォーマルケアに比較すると、現在、日本でも、ヨーロッパにおいてもインフォーマルケアの提供実態に関して、多様な側面での評価を可能にするほどのデータは収集されていない。したがって、これに、どのような報酬をつけるかによって、そのありかたにも大きな影響を与える可能性がある。

現在、喫緊の課題とされている地域圏におけるサービスのありかたとは、まずは、医療セクターと介護セクターにおけるサービスの効率化のためのintegrationであり、これを円滑にすすめるための手法のひとつとして、生活支援サービス提供という手法がとられるというのが、おそらくは有効となる。だが、先に述べたように、このサービスは、その提供セクターの複雑さと多様さによって、本来的に解決しておかねばならない課題がわかりにくくされている。

すなわち、インフォーマルケアの提供主体が多様化するなかで、これらを地域包括ケアシステムがマネジメントするためには、提供主体別のデータが収集され、これを分析した後に、システムへの包含を決定するべきと考えられる。

V 地域包括ケアシステムにおける コミュニティと保健医療システムの関係性

1 ヘルスケアシステムにおけるインフォーマルケアの位置付けを考えるための概念

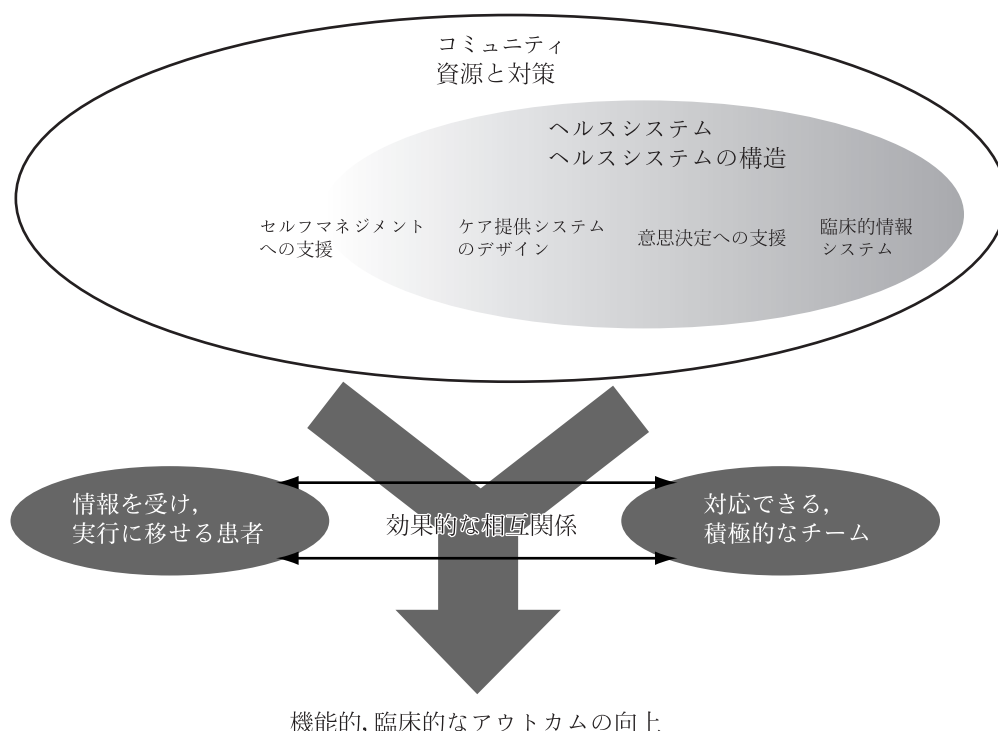
これまで地域包括ケアシステムをとらえるのに有効な概念として、integrated careを紹介し、これを基に、その提供主体のありかたについて考察してきたが、このintegrated careは、先にも述べたように、ソーシャルケアと対比される医療分野におけるintegrationの方策から始まった経緯があり、インフォーマルケアが含まれるソーシャルケアの位置付けによって、このシステム構築の方法や、そのあり様は大きく異なる。

今日、このような医療制度とかがかわる段階におけるインフォーマルケアの位置付けを考察する際に、Wagnerらによって開発されたクロニックケアモデル（Chronic care model：以下はCCMと呼ぶ）が参考になる〔Wagner E.H., et al. 2001, pp.64-78〕。このCCMは、慢性疾患の管理をコミュニティと保健・医療システムの大きく2つの要素からとらえている点で日本の地域包括ケアシステムに有用なモデルとなる可能性がある。

このモデルは、図1に示したように、コミュニティとヘルスシステムという2つの要素と、これの下位項目として位置づけられる以下の6つの関連する柱となる①地域の資源と政策、②ヘルスケア組織、③セルフマネジメントへの支援、④ケア提供システムのデザイン、⑤意思決定への支援、⑥臨床情報システム、から構成されている。このモデルの鍵となるのは、資源と政策を含むコミュニティ（地域）の状況とヘルスケア組織に代表されるヘルスシステムにおける、情報を持った能動的な患者である。すなわち、このCCMは、知識のある積極的な患者と、これに対応できる積極的な多職種からなるチーム医療との相互関係によって、臨床的なアウトカムが向上されるという前提にたっている。

図1で示されているように、影響し合うこの2つの領域、コミュニティとヘルスシステムが慢性疾患のためのサポート体制としてのシステムにも変化を呼び起こすと考えられており、CCMは、①セルフマネジメントへの支援、②ケア提供システムのデザイン、③意思決定への支援、④臨床情報システムの質によって規定される。これまで示されたエビデンスとしては、糖尿病患者に対してCCMを適応した結果、血糖状態を示す生理学的指標であるHbA1cのレベルと患者の中の喫煙者の割合が減ったことなどが示されている〔McCulloch D.K., et al. 1998, pp.12-22〕。

一方、1970年代から、健康へ影響する要因として、社会的、経済的、環境的な要素が重要であることが示されてきた〔Evans R.G., Barer M.L., Marmor T.G. 1994 ; Evans, R.G. and G. L. Stoddart 1990, pp.1347-1363〕が、これ



出所：Wagner EH, et al. (2001). 訳語は筆者による。

図1 クロニックケアモデル

に最も影響するのは、ヘルスシステム、個人の判断、習慣といった個人的な要素だけでなく、より社会的な要素によって影響される〔Wilkinson R.G. 1996〕と言われ、しかも、ヘルスシステムとは直接的に関係がない分野の政策（住宅手当、交通手段、配食）から、強い影響を受けていることが明らかにされてきた。

具体的には、低所得者あるいは、低所得の家族と地域が高所得者より身体的、社会的、精神的な問題を有するリスクが高く、死因を問わず、より短命である〔Wilkinson R.G. 1996；Smith G. D., et al. 1996, pp.486-496；World Health Organization 1998〕といったエビデンスも示され、より社会的な要因やその変化に着目した健全な公共政策が実施されなければならないと考えられるに至っている。

これが、今日、医療分野の専門家らが臨床的・治療的サービスという枠組みを超え、個人やコミュニ

ティをサポートすることを実施しはじめた契機ともいえるが、後述するような保健や医療分野だけでなく、さらに福祉分野という、より広範囲のintegrationもすでにその構想がはじめられている。

2 福祉分野のintegrationを促進するコミュニティを意図した実践モデル

これらの異なったセクターのintegrationを地域圏ですすめるためには、多様な提供主体である市民団体、非営利団体、保健・医療分野の組織、自治体などの提供システムそのものの再構成がなされることによって、保健・医療・福祉の各制度がコミュニティとより強固なつながりを持つることになると考えられている。すでにいくつかの国では、コミュニティを意図した実践モデルも想定されている。たとえば、ヘルスプロモーションと臨床的な保健・医療サービスが統合され、より広

範囲の多岐にわたる専門分野を包括したチームが、コミュニティサポーターらと協力し、患者の抱える不安の根本的な部分と、患者の健康改善の障害となる部分を解消するリーダーシップを取るといった取り組みなどがある。

このモデルは、専門職のチームが患者の個々の問題に対処し、コミュニティをサポートするために食品衛生、社会的隔離、交通手段といった問題をも解決するという専門職による（主に、想定されているのは保健・医療分野）リーダーシップを企図するモデルであり、これを採用することで長期的には、たとえば、コミュニティ内での健康改善のアウトカムにおいて、最高の効果を生む要因となると考えられている。

このように、CCMを導入した国では、保健医療システムから、コミュニティや福祉へのintegrationをすすめるというアプローチが採られたために、このリーダーシップも保健・医療職を主体として想定しているわけであるが、日本の地域包括ケアシステムというモデルは、コミュニティや福祉制度からの医療制度へのアプローチという側面がある。

したがって、もともとCCMが想定している保健・医療システムにおける積極的な多職種チームと、情報を受け、実行に移せる患者の相互関係が機能的・臨床的なアウトカムの向上をもたらすといったシナリオをそのまま適用することは困難であろう。

3 保健・医療・福祉制度にかかわるintegrationの方策を進めるためのアプローチ

CCMと目的が同じで、さらに改善を加えたとされる「拡張されたクロニックケアモデル」[Barr V.J., et al. 2003, pp.73-82] (Expanded Chronic care model: 以下はECCMと呼ぶ)の方が、日本にはなじみやすい可能性もある。このモデルの基本は、コミュニティ全体の健康を改善していくには、コミュニティのメンバー、医療従事者、組織、個人、そしてコミュニティ内の集団が積極的、かつ先を見据えた相互関係を築くことによって、アウトカムが得られ、さらに個人の機

能的・臨床的なアウトカムが示されるとされ、ECCMでは、「セルフマネジメントへの支援」、「意思決定への支援」、「ケア提供システムのデザイン」、「情報システム」の位置がCCMと異なり、図2に示されたように、保健・医療システムとコミュニティとの間でこの4分野の行動がintegrationされ、その効果が発揮されることが期待されると考えられている。

今日、日本で提案されている地域包括ケアシステムのアプローチは、コミュニティからのアプローチに重点が置かれているが、一方で、このECCMのアプローチはいわば、ヘルスシステム内で主に実施されてきた「セルフマネジメントへの支援/個人の能力向上」を前提とした、「ケア提供システムのデザイン/ヘルスサービスの方向転換」といえる。

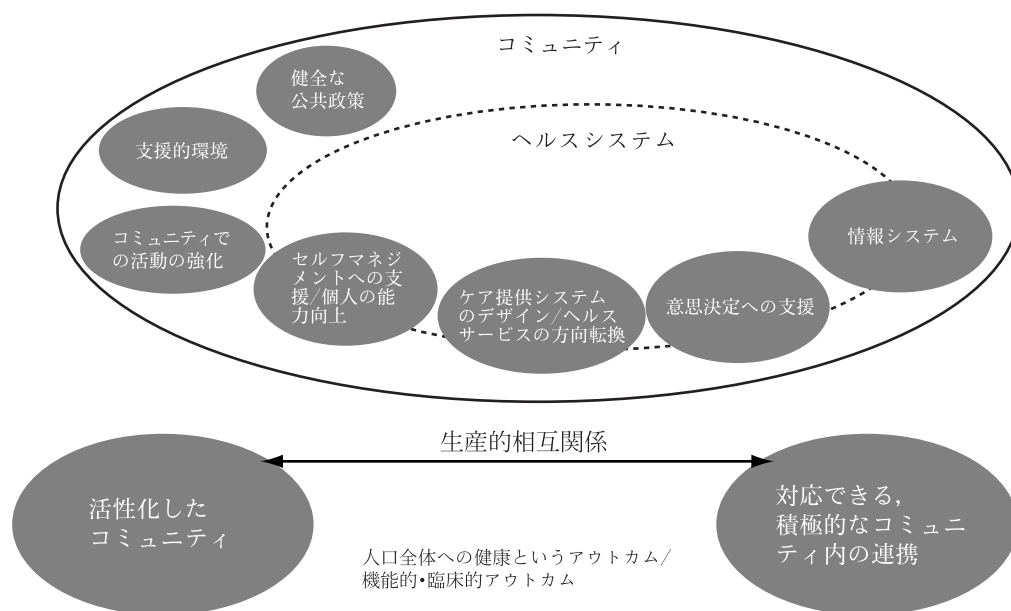
このため、ここでは、医療分野の専門職の臨床的サービスや治療的サービスという枠組みを超えた個人やコミュニティのサポートの推進や、一般開業医と専門医との協働も可能となることを可能としたコミュニティへのアプローチが想定されている。こうしたアプローチのもととなっているのは、「意思決定への支援」においても、コミュニティにおいて決断をできるように患者を支援したほうが、より多様な方法の選択肢が示されるし、決断も容易とされるといった考え方である。

このため、今後の課題としては、このようなECCMなどを参考に、まずは、慢性疾患に関する個々人の管理の重要性に関する議論がなされたうえで、保健・医療・福祉制度にかかわるintegrationの方策を進めていくことが必要であろう。

VI おわりに

地域包括ケアシステムの構築を日常生活圏域（地域圏域）毎に構築されるヘルスケアシステムとしてとらえた場合、地域における社会資源の状況を踏まえた上での医療・介護資源の整備及び、これらが効率的に運用されるケア提供体制のシステム化に本質がある。

日本でも、ほかの先進諸国と同様、慢性疾患患



出所：Barr VJ, et al. (2003). 訳語は筆者による。

図2 拡張されたクロニックケアモデル

者は、今後も増加し続ける。このため、慢性疾患の管理と予防に関する効率的な戦略は必須とされる。これまで各国で実施され、一定のエビデンスやシステム全体の効率化が図られたと言われる多様なintegrated careあるいはCCMといったヘルスシステムのデザインを本稿で紹介してきたが、これらの新しいデザインに基づいたモデルを実施すれば、必ずしも良い効果が得られるというわけではない。

多様なケアの種類に対応する、多様な提供主体が存在する今日では、いずれの地域圏域においても標準的な効果をあげるモデルというものを想定すること自体が幻想である。

ただし、いずれのモデルを実施するにあたって必要な要件とは、知識のある積極的な患者と、これに対応できる積極的な多職種からなるチーム医療との相互関係ということだけは明らかである。したがって、日本の地域包括ケアシステムの構築にあたっては、まずこの相互関係をいかに創るかといった視点が求められる。

注

- 1) このシステム化された互助というケア提供主体の位置付けについては、Tsutsui, T., et al. (2010)を参照。
- 2) ここでの「フルタイム」と「パートタイム」は、原語では「Standard employment」と「Atypical employment」であり、直訳するなら「典型雇用」、「非典型雇用」となる。労働に関するヨーロッパの共有辞書によれば、「Standard employment」は、社会的に安定している雇用、無期限契約のフルタイム雇用、標準的な労働時間のもと定収入を保証している雇用、また、社会保障のもとで年金の保証及び、失業や健康の問題も保障する雇用を指す。逆に、「Atypical employment」というと、パートタイム、一時的な雇用、有期雇用、派遣雇用、自営業、在宅ワーカーなどを指す。

参考文献

- 池田省三 (2000) 「サブシディアリティ原則と介護保険」『季刊社会保障研究』Vol.36, No2, pp.200-201。
- 岡崎祐司 (2011) 「地域包括ケアシステムと地域福祉」京都府保険医協会編『国が進める地域包括ケアを考える』かもがわ出版社, pp.7-22。
- 岡部明子 (2007) 「EU・国・地域の三角形による

- 欧州ガバナンス—多元的に〈補完性の原理〉を適用することのダイナミズム』『千葉大学 公共研究』Vol.4, No.1, pp.110-134.
- 澤田昭夫 (1992) 「補完性原理 The Principle of subsidiarity 一分権主義的原理か集権主義的原理か?」『日本EC 学会年報』Vol.12。
- 関谷 昇 (2007) 「補完性原理と地方自治についての一考察—消極・積極二元論に伴う曖昧さの克服に向けて」『千葉大学 公共研究』Vol.4, No.1, pp.81-109。
- 地域包括ケア研究会 (2008) 「平成20年度地域包括ケア研究会報告書〜今後の検討のための論点整理」『「平成20年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 報告書」, 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社。
URL:<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html> (最終確認2011年12月26日)
- (2009) 「平成21年度地域包括ケア研究会報告書」『平成21年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 報告書』, 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社。
URL:<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> (最終確認2011年12月26日)
- 筒井孝子 (2009) 「地域包括ケアシステムの未来—社会的介護から、地域による介護へ—」『保健医療科学』Vol.58, No.2, pp.84-89。
- (2012) 「なぜ地域包括ケアシステムか」『こころの科学』Vol.161, pp.42-48。
- 堤 修三 (2010) 『介護保険の意味論—制度の本質から介護保険のこれからを考える—』中央法規出版。
- 横浜市栄区サービス課長 (2009) 「高齢者の『安心』の確保と多世代交流を通じたコミュニティ形成を目指し、栄区公田町団地の安心住空間創出協議会を立ち上げます!」
URL:<http://www.city.yokohama.jp/ne/news/press/200902/images/phpTIH0Wr.pdf> (最終確認2011年12月26日)
- Barr, VJ., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003) "The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model", *Hospital Quarterly* Vol.7, Issue 1, pp.73-82.
- Ballarin, P., Euler, C., Le Feuvre, N., Raevaara, E. (2003) "Women in the European Union" URL:www.helsinki.fi/science/xantippa/wee/wee20.html (最終確認2011年12月26日)
- Daly, M., Lewis, J. (1993) "Introduction : conceptualising social care in the context of welfare state reconstructing". in J.Lewis ed. *Gender, social care and welfare state reconstructing Europe*, Aldershot: Ashgate, pp.81-103.
- (2000) "The concept of Social care and the analysis of contemporary welfare state", *British Journal of Sociology*, Vol.51, No.2, pp.281-289.
- Dalla Costa, M., James S. (1973) *Die Macht der Frauen und der Umsturz der Gesellschaft*, Berlin: Merve.
- Evans, RG., Barer, ML., Marmor, TG., eds. (1994) *Why Are Some People Healthy and Others Not? The determinants of Health of Populations*. New York: Aldinede Gruyter,
- Evans, RG., Stoddart, GL. (1990) "Producing Health, Consuming Health Care" *Social Science and Medicine* Vol.31, No.12, pp. 1347-1363.
- Finch, J., Mason, J. (1993) "Obligations of kinship in contemporary Britain, is there normative agreement?", *British Journal of Sociology*, Vol.42, No.3, pp.345-367.
- Fraser, N., Gordon, L. (1994) "'Dependency" demystified: inscriptions of power in a keyword of the welfare state", *Social politics* Vol.1, No.1, pp.4-31.
- Gather, C., Geissler, B., Rerrich, MS. (2002) *Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel*, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Geissler, B. (2002) "Die Dienstleistungslücke im Haushalt. Der neue Bedarf nach Dienstleistungen und die handlunglogik der privaten Arbeit" in Gather C, Geissler B, Rerrich MS, eds. *Weltmarkt Privathaushalt. Bezahlte Haushaltsarbeit im globalen Wandel*. Münster: Westfälisches Dampfboot, pp.30-49.
- Knijn, T., Kremer, M. (1997) "Gender and the caring dimension of the welfare state: towards inclusive citizenship", *Social politics*, Vol.4, No.3, pp.328-361.
- Kramer, H. (1981) "Hausarbeit und taylorisierte Arbeit" in Institut für Sozialforschung eds, *Gesellschaftliche Arbeit und Rationalisierung, Leviathan-Sonderheft*, Opladen: Westdeutscher V, Vol.4, pp.136-151.
- Leira, A. (1992) *Model of motherhood: Welfare state policy and Scandinavian experiences of everyday practice*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Lewis, J. (1992) "Gender and the development of welfare regimes", *Journal of European Social Policy* Vol.2, No.3, pp.159-173.
- McCulloch, DM., Price, M., Hindmarsh, E., Wagner. (1998) "A Population-Based Approach to Diabetes Management in a Primary Care Setting: Early Results and Lessons Learned", *Effective Clinical Practice, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine* Volume 1, Issue 1, pp.12-22.
- OECD. (2000) *Employment outlook*, Paris: OECD.
- Senghaas-Knobloch, E. (1999) "Das problem der 'Angewiesenheit' in der postindustriellen Gesellschaft", *Artec paper 75*, Universität Bremen.
- Pfau-Effinger, B. (2001) "Wandel wohlfahrtsstaatlicher Geschlechter-politiken im soziokulturellen kontext" *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* Vol.41, pp.488-501.
- (2005) "Welfare state policies, cultural differences and care arrangement", *European societies*, pp.321-341.
- Smith, GD., Neaton, JD., Wentworth, D., Stamler, R., Stamler, J. (1996) "Socioeconomic Differentials in Mortality Risk Among Men Screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I. White Men.", *American Journal of Public Health*, Vol. 86, pp.486-496.
- Thomas, C. (1993) "De-constructing concept of care", *Sociology*, Vol.27, No.4, pp.649-669.
- Tronto, J. (1996) "Politics of care; Fürsorge und Wohlfahrt", *Transit-Europäische Revue*, Vol.7, No.12, Page 147.
- Tsutsui, T., Matsushige, T., Otaga, M., Morikawa, M. (2010) "From 'care by family' to 'care by society' and 'care in local communities': switching to a small government by the shift of long-term care provision". *ISA world congress of Sociology*, Gothenburg, Sweden 11-17 July, discussion paper.
- Ungerson, C. (2000) "Thinking about the production and consumption of long term care in Britain: does gender still matter?", *Journal of social policy*, Vol.29, No.4, pp.623-643.
- Wagner, EH., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001) "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action", *Health Affairs*, Vol.20, No.6, pp.64-78.
- Wilkinson, RG. (1996) *Unhealthy Societies: From Inequality to Well-being*, New York: Routledge.
- World Health Organization. (1998) *The Solid Facts: Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization.
- (つつい・たかこ 国立保健医療科学院 統括研究官)

ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—

堀 田 聰 子

I はじめに

1 背景と目的

日本の65歳以上人口は2010年に23.0%にのぼり、団塊世代が75歳以上となる2025年には30%を超えると見込まれている〔国立社会保障・人口問題研究所（2012）〕。量的な拡大のみならず、医療・介護ニーズが高い後期高齢者人口や認知症高齢者の伸び、単独・夫婦のみ世帯の増加など高齢者像の変化が予想されるなか、いかにして住み慣れた地域での尊厳ある生活の継続を支えるかが課題となり、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた議論が重ねられている¹⁾。

高まる需要に対応して良質なサービスを安定的に提供していくためには、担い手となる人材の確保・定着・育成が不可欠である。介護職を例にとると、現在のサービス提供体制を前提としても2025年には2007年時点の約1.8倍にあたる約211.7万人が必要と推計され、労働力人口に占める割合の大幅な上昇が求められるなど〔社会保障国民会議（2008）〕、ケア従事者の確保は喫緊の課題となっている。

我が国のケア従事者確保にかかる施策は、1992年の「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律（いわゆる「福祉人材確保法」）」により基盤がつくられた。近年、従事者不足への関心の高まりを受けて2007年に同法が改正され、①労働環境整備、②キャリアアップの仕組み構築、③福祉・介護サービスの周知・理解、④潜在的有資格者等の参入促

進、⑤多様な人材の参入・参画の促進といった視点から総合的な対策が推進されている。また、2009年度の介護報酬改定は、「介護従事者の人材確保・処遇改善」を基本的視点の1つに掲げ、制度発足後初めてのプラス改定（3.0%）となり、さらに介護職員処遇改善交付金²⁾をつうじた処遇改善がはかられる等、活発な展開がみられる³⁾。

次にケア従事者の育成⁴⁾について、特に介護職に焦点をあててみると、1987年の「社会福祉及び介護福祉士法」制定により国家資格が創設され、介護保険導入にあわせたカリキュラム改正、資質向上に向けた2007年度法改正⁵⁾、2009年度カリキュラム改正、2011年度には介護福祉士等によるたんの吸引や経管栄養等を実施するための一部法改正が行われた。キャリアアップについては、2011年に初任者研修修了から実務経験を重ねながら介護福祉士、認定介護福祉士へとステップアップする今後のキャリアパスのイメージが示された（今後の介護人材養成の在り方に関する検討会）。さらに、2010年に閣議決定された「新成長戦略」では雇用・人材分野の戦略の一環として、実践的な職業能力の評価・認定制度（キャリア段位制度）の構築とそれにもとづく育成プログラムの整備、労働移動の円滑な仕組みづくりを含めた「実践キャリア・アップ制度⁶⁾」構築の方向が示され、「介護・ライフケア分野」はこの戦略の対象領域となり、議論・実証事業がすすめられている。

こうしたケア従事者の確保・定着・育成といった課題は、高齢化に直面する多くの国々において共通のものだが〔Colombo et al. (2011)〕、諸外国のケア従事者の状況や確保育成策に関する紹

介はそれほど多くない⁷⁾。そこで、本稿ではオランダを例にとり、従事者の概況、特に看護・介護職の資格構成と資質管理、資格のメンテナンスのあり方（第Ⅱ節）、ケアセクター従事者の確保定着策（第Ⅲ節）、従事者の需要に影響を及ぼすその他の主な動き（第Ⅳ節）を概観したうえで、地域包括ケアシステム構築に向け、ケア従事者にかかわる我が国への示唆をまとめる（第Ⅴ節）。第Ⅱ節においては、これまで諸外国の看護・介護職の資格の紹介の際に十分に触れられてこなかった⁸⁾ 職種共通の職業教育訓練、資格の位置づけについてもとりあげるものとする。

なお、オランダに着目する理由は主に次の2点による。第1に、オランダは日本の公的介護保険にあたる特別医療費補償法（法：Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ）に基づく特別医療費保険を1968年から施行しており、世界で初めて長期介護保障について普遍的な強制加入の社会保険制度を導入した国〔Schut and Van den Berg (2010)〕として、さまざまな問題を抱えながら着実に制度改革に取り組んできていることである。第2に、community based care（地域を基盤としたケア）とintegrated care（統合型のケア）という2つの独立したコンセプトをケアのなかで統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化するなか、オランダは実際に両者のコンセプトを含んだシステムの構築を試みた数少ない国〔筒井 (2011)〕とされることである。住宅政策との関係もあり〔De Boer (1999)〕、1970年代～1980年代は高齢者の施設入居率が高く、施設においては必要かどうかにかかわらず食事・身体介護・生活援助のフルパッケージが提供されていたが〔Bijsterveld (1995)〕、1980年代から「住まいとケア革新プロジェクト (Innovatieprogramma Wonen en Zorg)」等をつうじて住まいとケアの分離、地域居住を推進してきた⁹⁾ といった経緯も、我が国の近年の状況と重なるところが少なくない。

2 オランダの医療保険制度の概観¹⁰⁾

ここで、オランダの医療保険制度について、そ

の一環として整備されている長期ケアの保障にかかわる制度を中心に簡単に紹介しておく。

オランダの面積は約42,000km²（九州と同じくらい）、2011年時点の人口は約1,666万人、このうち65歳以上人口の占める割合は15.6%である。今後高齢化が急速に進み、高齢者人口は2039年にピークを迎え460万人にのぼると予想されている〔Statistics Netherlands (2011)〕。

(1) 医療保険制度の概観

医療・介護にかかる費用をまかなう医療保険制度は、社会保険方式を基礎に、長期入院や介護等に要する費用を補償する第1層、短期の医療費を補償する第2層、以上の公的医療給付以外を扱う第3層から構成される。第1層と第2層が全住民を対象とする強制加入の保険となる。

第1層が、長期に医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護することを目的として1968年に設立された特別医療費保険（AWBZ）である。同制度は日本の介護保険にあたるが、年齢や障がい種別による区別はない普遍的な仕組みとなっており、1年以上の長期入院、ナーシングホームや高齢者ホーム、身体・精神障がい者施設でのケア、在宅ケア等をカバーする¹¹⁾。従来AWBZがカバーしていた家事援助は、社会支援法（法：Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo）導入により自治体が公費でまかなうものとされた（後述）。被保険者はオランダ国内居住者及びオランダに給与税を納めている者で、保険者は国である。サービス提供事業者との契約・サービス購入、保険料の徴収といったAWBZの運営実務については、国の事務代行者として国内32の地域ごとに当該地域でマーケットシェアが高い保険会社がケアオフィス（Zorgkantoren）となり、その役割を担っている。財源は保険料（67%）、国庫補助金（24%）と利用者の自己負担（8%）で¹²⁾、保険料は15歳以上の課税所得がある者が課税所得比例により納付する。自己負担は年齢（65歳以上か否か）や所得、世帯構成等により異なる。

第2層（短期医療保険）は、以前は職域と所得

により3つの制度が並立していたが、2006年の改正により、全国民を対象とした健康保険（法：Zorgverzekeringswet, ZVW）に一本化されるとともに、保険者の民営化がすすめられた。給付対象は、家庭医¹³⁾による診療、専門医による病院医療、1年未満の入院、パラメディカルケア、薬剤等である。財源は保険料、国庫補助金と利用者の自己負担で、保険料は18歳以上の加入者全てが支払う定額部分（本人負担）と所得比例部分の2つからなる。医療アクセスを保障するため、低所得者に対しては国が定額保険料の補助金を与えている。

第3層は任意の契約を結ぶ民間保険であり、公的医療給付の対象とならない高度先進医療、代替医療、18歳以上の歯科等をカバーする。

（2）特別医療費保険（AWBZ）の概要（2011年時点）

① ニーズアセスメントと給付内容¹⁴⁾

AWBZから給付を受けるには、独立した機関であるケア判定センター（Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ）からの認定が必要となる。CIZは、疾病、障がい、意思疎通、日常生活上の問題、住環境、社会的活動、学習、労働参加についての問題、家族や友人・隣人等からの支援可能性、他の公的・一般サービスの利用可能性といった項目について審査し、全国共通の評価基準に基づきニーズアセスメントをおこなう。

AWBZの給付対象となる機能は、①身体介護（Persoonlijke Verzorging）、②看護（Verpleging）、③ガイダンス¹⁵⁾（Begeleiding）、④リハビリ・治療（Behandeling）、⑤短期入所（Kortdurend Verblijf）、⑥住まいと組み合わせられたケア（zorg met Verblijf）である。2003年からサービスの代替性を高めることを目的として、在宅や施設等といったサービス提供者を特定するのではなく、果たされるべき「機能」が指定されることになった〔Parliament（2003）〕。CIZは、要請される具体的な機能（ニーズ）の種類と過当たりの時間や回数等¹⁶⁾を定義する。利用者ごとに機能別の時間・回数を組み合わせる「カスタマイズ

されたケア（zorg op maat）」が目指されており、日本のような「要介護度」の認定はない。

特別な住まいにおける常時の見守りやケアが必要（zorg met Verblijf）と判定されると、ケア強度パッケージ（Zorgzwaartepakket, ZZP）が適用される。住まいの種類と必要な援助（介護・看護・医療・カウンセリング・その他のサポート）の種類・過当たりの時間が定義づけられており、高齢者については10種類のパッケージがある¹⁷⁾。ZZPは、アセスメントの結果と特別な住まいにおけるサービスの内容・量との結びつきを強め、効率的なサービス提供を目指すものとして2009年に導入された。

② 給付の方式

サービスの給付は現物給付が中心だが、1995年の個別ケア予算（Persoonsgebonden budget, PGB）の導入により、リハビリ・治療以外については現金給付も選択できるようになった。

現金給付を選択すると、認定された機能の種類と時間に基づく現物給付にかかる費用の25%減の金額がケアオフィスから支給される。PGB利用者は、さまざまなケア・サポート事業者¹⁸⁾、家族や友人、近隣住民等のなかで担い手を自由に組み合わせ、支払に充てることができる。

③ 利用状況¹⁹⁾

AWBZの利用者は開始当初約5.5万人であったが2008年には約58.8万人（総人口の3.6%²⁰⁾）にのぼり、うち高齢者が約39.1万人を占めている（在宅約22.7万人、施設等²¹⁾約16.4万人）。AWBZによるサービスの総費用は10億ユーロ未満から234億ユーロ（2009年）まで拡大、課税所得に占める保険料の割合は0.41%から12.15%（2008年）に上昇した。

給付の方式をみると、利用者全体では現物給付のみが約50.0万人、現金給付のみが約7.1万人、併用が約1.8万人（2008年）、現物給付にかかる費用は総費用の8.2%となる（2009年）。

II 看護・介護職の資格構成と資質管理、 資格のメンテナンス

本節では、ケア従事者のなかでも高齢者介護従事者の概況をみたうえで、看護・介護職の資格構成と資格のメンテナンスのあり方、その背景となるオランダにおける職種共通の職業教育訓練及び職業資格の位置づけについて紹介する。

1 高齢者介護従事者の概況

2008年時点で高齢者介護（VVT）従事者²²⁾は47.3万人（常勤換算22.9万人²³⁾で、労働者人口に占める割合は5.3%となる。従事者の属性や働き方をみると、女性が91.8%，平均年齢は42歳で50歳以上の割合が31.0%，週当たりの平均労働時間は19.5時間である。離職率は13.6%，高齢者介護セクターからの退出率は6.0%とされる〔Van der Windt et al (2009a)〕。労働条件や処遇については、賃金のみならず、労働時間、休暇（仕事と家庭）、教育訓練、労働安全衛生、福利厚生等を含め、高齢者介護セクターの集団労働協約²⁴⁾において、詳細に規定されている〔Actiz et al. (2011)〕。なお、賃金²⁵⁾は職業資格等に基づく機能と経験年数の組み合わせによって定められており、従事者の半数を占めるケアワーカー資格（次項参照）保有者の場合、おおむね月給で1,671ユーロ～2,244ユーロ、時間給で10.7ユーロ～14.3ユーロの範囲となる（2011年）。

2 看護・介護職の資格構成と資質の管理

ここでは、看護・介護職をとりあげ、養成の歴史と1990年代に行われた現在の資格構成に向けた検討の経緯、資格構成と、資質の管理について概観する。

（1）養成の歴史と資格構成検討の経緯

看護・介護職は19世紀から主として病院や介護施設内で教育、養成されていた。総合病院、精神病院、ナースিংホーム、在宅ケアといったセクター固有の教育が行われていたうえ、柱状社会

〔Lijphart (1968)〕のなかで、医療・看護・介護も宗教に基づく組織が担っていたことから、教育の方針や内容は、それぞれの宗派の影響を色濃く受けるものであった〔Wiegman (1996), Van der Boom (2008)〕。

20世紀半ば頃からの世俗化の進展、1968年のAWBZの創設、1970年代からの規制緩和や市場原理の導入等は、地域密着の宗教的基盤を背景とした看護・介護提供のあり方を大きく変質させた。小規模な訪問看護、訪問介護組織の地域レベルでの統合、病院や介護施設等とのセクターを越えた合併や再編が相次いだほか、1990年には訪問看護を提供するクロス組織協会（Nationale Kruisvereniging）と在宅介護協会（Centrale Raad voor Gezinsverzorging）が統合され、オランダは「在宅ケア事業者（Thuiszorg）」が訪問看護と訪問介護をひとつのドメインとして提供する欧州でも数少ない国のひとつとなった〔Swagerman (1997)〕。

こうした変化を受け、教育内容のばらつきの解消に加え、労働者のスキルアップやセクター間の移動、教育訓練と労働市場の関連性強化への要請が高まり、1990年代に教育文化科学省（Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen）と保健福祉スポーツ省（Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport）が共同で看護・介護職養成体系の整理を推進した。

検討はボトムアップで行うことになり、6つの地域で介護施設等や中等・高等職業教育機関といった関連するあらゆるステークホルダーの協働により、1991年から4年間で透明で一貫性のある資格構成についての青写真を描く実験的プロジェクトを実施、1995年に参加地域が共同で最終報告書を取りまとめた。この報告書に基づいて、その後1年間で雇用者団体、労働組合、教育機関等の代表者からなる検討会において議論と作業が重ねられ、1997年に新しい資格構成が適用された〔Westerhuis (2001), Ministerie van VWS and OCW (1996)〕。

新制度は、セクターを越え、あらゆるレベルの

看護、看護補助者、ホームヘルプ、老人ケア、その他介護を提供する全ての専門職をカバーするものであり、従来の病院・介護施設内教育は廃止され、独立した教育機関（主に中等職業教育）が看護・介護職の教育を行うことになった。

（2）看護・介護職の資格構成²⁶⁾

現在、資格構成は中等職業教育レベルのレベル1～4、高等職業教育レベルのレベル5の5段階が基本となり、各ディプロマに求められるタスク、知識・技術要件が規定されている。このレベルは看護・介護職特有のものではなく欧州諸国で利用されているSEDOC分類にも対応したもので、レベル間で「責任（自身の仕事の責任、集団の責任、組織階層の責任）」「複雑さ（ルーティン、標準的手順の適用、標準的手順の組み合わせ、新たな手順の開発）」、「知識や技術の移転可能性（仕事固有、職業固有、職業を越えて）」の度合いが異なる。

2011年時点の看護・介護職における各レベルの主なタスクと教育期間等の定義は以下のとおりである。在宅、高齢者住宅、高齢者・障がい者施設、病院等働く場所は問わない。

レベル1²⁷⁾はケアヘルパー（Zorghulp）で、主に手順書に基づき利用者の自立につながる家事援助を行う。受講要件はなく、中等職業教育半年～1年間とされる。

レベル2は介護福祉ヘルパー（Helpende Zorgen Welzijn）であり、家事援助と身体介護を行うことで利用者の自立を促す。中等職業準備教育修了等が受講要件で、中等職業教育2年間を要する。

レベル3はケアワーカー（Verzorgende）で、介護計画の策定、生活環境と家族のケア・身体介護・利用者のカウンセリングといった介護の提供、心身の健康状態の観察、組織におけるコーディネートや他者との協働、質の管理等を行う。短期ケア（終末期、リハビリケア）、産褥ケア、高齢者ケア、慢性疾患ケアの選択必修モジュール（表1参照）が設けられ、4つの進路が考えられる。中等職業準備教育修了等が受講要件で、中等職業教育3年間を要する。なお、看護入門にかかわるモジュール

を修めることにより、ヘルスケアワーカー（Verzorgende-IG²⁸⁾）資格が得られ、一部の看護と心理社会的介入にも従事する。

レベル4は看護師（Mbo-Verpleegkundige）であり、独立もしくはチームで働き、ケースヒストリー、看護診断、看護計画策定、身体及び心理社会的看護の提供、ケアの評価といった看護過程を自立して遂行する。最も重要な要素は利用者とのコンタクトであり、さまざまな倫理的問題にも対処しながら看護的な介入と必要なケアのコーディネートを行う。質の管理等組織的な仕事にも携わる。検査や手術前後の臨床ケア、産科及び18歳以下の子ども・青少年ケア、精神疾患・精神障がいケア、慢性疾患等による比較的長期のケアの4つの選択必修モジュールがある。中等職業準備教育修了等が受講要件で、中等職業教育4年間を要する。

レベル5は学士レベルの看護師（Verpleegkundige5）である。レベル4の看護師のタスクに加え、あらゆるプライマリーナーシング過程における助言・指導、とりわけ標準的手順が適用できない状況でのケア提供のサポート、どのような専門職がどのような順序で介入すべきかの決定や他職種が含まれる統合的なケアプロセスのコーディネート等ケア内容のマネジメント、基準やプロトコルの開発等をつうじたプライマリーナーシング過程の改善等を担う。集中的な臨床ケア、産科及び18歳以下の子ども・青少年ケア、精神疾患・精神障がいケア、慢性疾患等による比較的長期のケアの4つの選択必修モジュールがある。一般中等教育修了等が受講要件で、高等職業教育4年間を要する。

2000年にはレベル6（修士レベル）にあたる認定看護師（Verpleegkundig specialist）制度がつけられた〔Van der Boom（2008）〕。

なお、高齢者介護従事者の保有資格構成（2009年）は、レベル1が10.7%、レベル2が8.6%、レベル3が47.3%、レベル4が9.7%、レベル5が2.5%、その他（看護介護以外の職種を含む）21.2%となっている〔Van der Windt et al（2009b）〕。

(3) 専門職としての資質の管理・向上

ヘルスケアセクターにおける専門職による高い水準の実践の促進・モニタリングと、利用者を専門能力の欠如等によるリスクから保護することを目的として、1993年にヘルスケア専門職法（法：Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Wet BIG）が制定された〔Ministrie van VWS (1996)〕。これにより、法定の教育要件等を満たす8つのヘルスケア専門職に登録・更新が義務づけられるとともに、専門職としての肩書の利用が法的に保護されることとなった（BIG-register²⁹⁾）。また、特定の手順・介入については実施できる専門職の種類が規定された（医師等）。

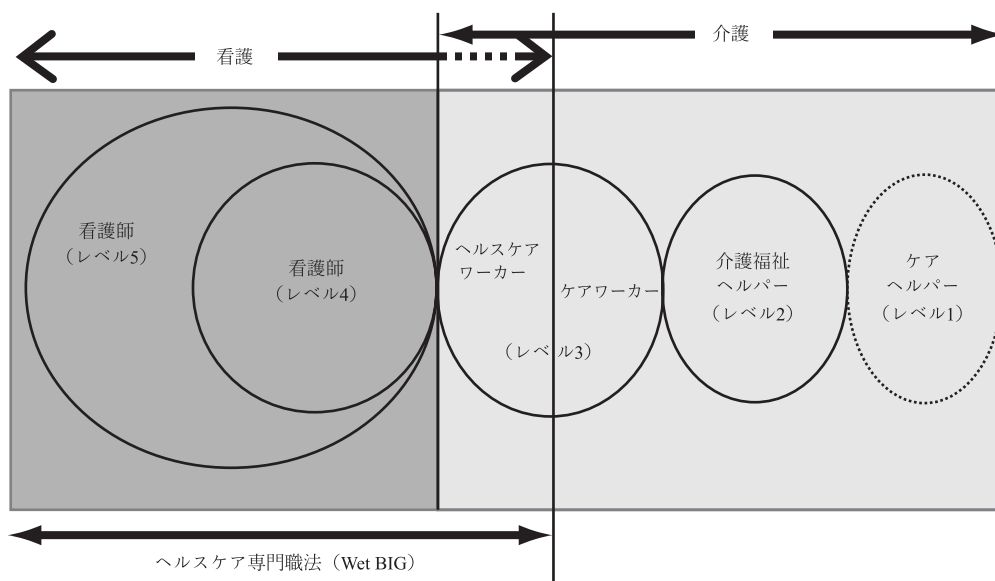
看護・介護職のなかでは、レベル4以上の看護師（第3条）に加え³⁰⁾、レベル3のうちヘルスケアワーカー（第34条）がこの対象となっている。更新は5年単位で5年間に2,080時間の実務経験が要件であり、これに満たない場合は試験を受け、結果に応じて必要な研修を受講する。登録・更新を行わないと当該資格職として実務に従事するこ

とはできない。

なお、オランダ看護介護職協会（V&VN）は、ヘルスケア専門職法の更新には実務経験の時間のみが問われるが、これでは質の観点からみて不十分であり、継続的な専門能力向上が不可欠との考えに基づき、独自のイニシアティブとして、看護介護職品質登録制度（Kwaliteitsregister V&V³¹⁾）を設けている。患者団体、教育訓練機関、雇用者、保険会社と共同で、質の高いケアを提供するために求められる活動を定義した専門職基準がベースとなり、患者関連、組織関連、専門職関連の活動にかかわる登録と、それを踏まえた教育訓練受講の管理ができる。全てのレベルの看護・介護職が登録できる任意の制度である。

3 オランダにおける中等職業教育³²⁾と資格

看護・介護職養成体系の基盤であり、そのすべてに影響を及ぼすオランダにおける職業資格の位置づけの現状について、看護・介護職に関連づけながら概観する〔Westerhuis (2001), Visser (2010)〕。



出所：Ministrie van VWS and OCW (1996) をもとに、その後の変更を踏まえ一部筆者改変。

図1 オランダの看護・介護職の資格構成とヘルスケア専門職法

労働市場の急速な変化、グローバリゼーションが進行するなか、労働市場のニーズと職業教育の結びつきを強め、労働者の柔軟性と幅広いエンプロイアビリティを育むとともに国際競争力を高めることをねらいとして、1996年に職業教育訓練法（法：Wet Educatie en Beroepsonderwijs, WEB）が策定された。

これにより、①中等職業教育の一貫性を高め、中等職業教育と成人教育を一本化する趣旨から、数々の小規模教育訓練機関を地域ごとに再編し、全国71か所〔CBS（2011）〕の地域職業教育センター（Regionaal Opleidingen Centrum, ROC）を設置（専門分野は技術、介護福祉、経済、農学）、併せて②全国統一の職業資格の整備がはかられた。看護・介護職の資格構成の検討も、こうした流れと軌を一にしておこなわれていた。

中等職業教育については、分野を問わず、レベル1（アシスタント教育）、レベル2（基礎職業教育）、レベル3（専門職教育）、レベル4（ミドルマネジメント教育）の4レベルとなり、いずれも2通りのルートが設けられた。教育訓練機関における学習が中心で実地訓練の割合が20～60％の職業教育ルート（Beroepsopleidende Leerweg, BOL）と、企業と労働契約を結び、週に4日働き1日理論を学ぶ等、実地訓練の割合が60％以上の見習い訓練ルート（Beroepsbegeleidende Leerweg, BBL）である。2008年に看護・介護職で中等職業教育を受講している者のうちBBLの割合をみると、レベル1で28％、レベル2で19％、レベル3で61％、レベル4で41％、レベル5で17％にのぼり、働きながら上位資格に向けた継続教育に取り組む者が少なくない。なお、実地訓練中に訓練生に支払われる報酬も集団労働協約で規定されている。

職業資格については、労働市場のニーズをもとにコンピテンシーベースの資格構成の整備が進められている。部分資格制度（モジュール認定）となっており、どのモジュールがレベル間で共有されているのが明確であり、レベル移動にあたって既習部分の受講が免除される等、継続的な職業能力開発が行いやすく、柔軟な教育訓練受講が可

能である。また、既得職業経験・訓練認定制度（EVC）があり、面接、コーチのサポートによるポートフォリオの作成、実技・テスト、アセッサーによる評価によりコンピテンシーの認定を受け、効率的にレベルアップやコース移動ができる道が開かれている〔Dutch Knowledge Center for APL（2009）〕。なお、看護・介護職の資格モジュール（抜粋）は表1のとおりである。

労働市場と職業教育の関係を強化しながら全国統一の職業資格を整備・発展させるうえで、中等職業教育評議会（MBO-raad）に加え、産業別の職業教育労働市場知識センターが大きな役割を果たしている。センターの機能は、①ステークホルダーと協働で中等職業教育の資格構成を発展・メンテナンスするとともに、②実地訓練受入機関の認定、質のモニタリング、助言を行うことである。この他、欧州共通資格枠組み³³⁾（European Qualifications Framework, EQF）への対応等も担当する。

看護・介護職を含む保健福祉スポーツセクターについては、Calibrisという機関が職業教育労働市場知識センターの役割を担っており、雇用者、被雇用者、教育機関と関連する評議会、政府機関にプラットフォームを提供し、ソーシャルパートナーが整理した職業プロファイル（コアタスク等）に基づき、資格プロファイル（全産業共通の25のコンピテンシーとコアタスクごとのワークプロセスのマトリクス）を策定している。資格プロファイルが教育文化科学省の認定を受けると、教育機関はこれに基づいてカリキュラムを作成する。資格構成の維持発展に向けて、常にソーシャルパートナーとの議論が活発に行われている。

Ⅲ ケアセクター従事者³⁴⁾の確保定着策

我が国同様、2006年頃からケアセクター労働市場の量的な逼迫とスタッフの資質の問題が相次いで指摘され、短期的にはケアワーカー（レベル3）を中心として看護・介護・福祉関連資格職種の全てにおいて人材不足となり、長期的にみるとオランダの労働力人口の伸びをうまわるスピー

表1 看護・介護職の資格モジュール（レベル1～3を抜粋）

モジュール	ケアヘルパー	介護福祉ヘルパー	ヘルスケアワーカー・ケアワーカー	看護師	看護師
	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
101 組織のなかでケアヘルパーとして働く	✓				
102 家事援助の実行	✓				
103 日常生活支援	✓				
104 利用者との対話	✓				
105 個人と社会	✓				
201 理論に基づく仕事		✓			
202 家族支援		✓	✓		
203 ADL援助		✓			
204 専門職間の対話		✓	✓	✓	✓
205 質の保証・能力開発（ケアヘルパー）		✓			
206 社会の中での発達1		✓	✓	✓	
301 介護計画			✓		
302 基礎介護			✓	✓	✓
303 予防と健康教育			✓	✓	✓
304 看護入門			(✓)		
305 ケアのコーディネート			✓		
306 質の保証・専門性向上（ケアワーカー）			✓		
307 社会のなかでの発達2			✓	✓	
308 慢性疾患・身体障がい者、リハビリ患者のケア			✓		
309 高齢者ケア			✓		
310 精神障がい者のケア			✓		
311 働く母親、産褥ケア、新生児ケア			✓		
312 短期ケア			△		
313 産褥ケア			△		
314 高齢者ケア			△		
315 慢性疾患ケア			△		
・					
・					
・					

出所：Ministrie van VWS and OCW (1996), Calibris (2007)。

注1：✓は必修，△は選択必修，304看護入門はヘルスケアワーカーのみ必修。

注2：2005年からコアタスク、ワークプロセスの見直しを重ねられ、2012年夏から新たなコンピテンシーベースの資格構成に基づく教育訓練への移行が予定されており、本表も変更の可能性がある。

ドでケアセクターの労働力が必要になるといった予測が発表され〔Van der Windt et al. (2007), RVZ (2006), SER (2006) 等〕, ケアセクター従事者にかかわる政策的関心が高まり, 量と質の確保に向けたさまざまな対策が講じられるようになった〔Ministerie van VWS (2007)〕。

その後不況期を迎えると, 対策の効果も相俟って欠員率・欠勤率改善, 地域職業教育センター(ROC)でケアを学ぶ学生の増加等, ケアセクター労働市場は相対的に見て明るい状況になったが〔AZW (2011)〕, 例えば高齢者介護事業者においては6割以上が労働力の高齢化と新しいスタッフの募集を課題とするなど〔Van der Windt (2009a)〕, 安定的に需要が満たされる見込みはたっていない〔Eggink et al. (2010)〕ことから, 2010年の政権交代後も引き続きケアセクター従事者にかかわる措置が検討・実施されている〔Ministerie van VWS (2011a) (2011b) 他〕。

本節では, 最近のオランダのケアセクター従事者の確保・定着・育成にかかわる諸施策〔Ministerie van VWS (2007) (2011a) (2011b) 他〕を, ケアプロセスの革新, 現任者の定着・能力発揮, 新たな人材の採用・確保, 地域労働市場の強化という4つのアプローチにわけて整理する。

1 ケアプロセスの革新

2007年にケア提供プロセスの効率化, 質の高いケアの提供, 従事者の負担軽減をはかるイノベーションに向けたいくつかのアクションプランが発表され, イノベーションへの投資は現政権においても最優先課題とされている。

「イノベーション」は前政権全体の政策の柱の1つでもあり, ヘルスケア事業者, 患者団体, 保険会社, 産業技術関連ビジネス, 研究者等からなるプラットフォームやイニシアティブ(Zorginnovatieplatform, Zorg voor innoveren³⁵⁾)がたち上げられ, 省力化と利用者の自立促進, QOL向上のためのICT, インターネット, モバイル技術等の開発・適用(e-Health)に向けた動きを加速させている。

とりわけ長期ケアにおいて重視されているのは,

ヘルスケア事業者におけるワークプロセスの進化という観点からのイノベーションである。いくつかの全国的なプログラムが展開されており, 例えば2009年に開始された「In Voor Zorg!³⁶⁾」プログラムは, 労働市場の縮小と緊縮財政のなかでの事業者によるワークプロセス革新を目的として, ①オペレーション(効率化), ②統合型のケア(住まい・介護・福祉等のよりよい連携による質の高いケアの効率的な提供), ③専門職(専門性が発揮される組織, ケアプロセス), ④リモートケア(利用者の自律・自立に焦点をあてた技術)という4つのテーマを掲げ, 2012年2月現在312組織が参加して221のプロジェクトに取組んでおり, そのナレッジが広く共有されている。

ここには, 持続可能で質の高いケアの効率的な提供を趣旨として, ①学習, ②統合型のケア, ③組織のスリム化をテーマにしたプロジェクトを展開する「Zorg Voor Beter³⁷⁾」プログラム, 事業者における財政的持続性と質の維持向上にかかわる組織的な問題解決をすすめる, 新しいケアコンセプトを開発・確立することを目的として, 介護事業者とコンサルタントがビジネスケースを蓄積, 分析して相互に学びあい, 問題を抱える事業者の移行を進めるプログラム³⁸⁾(表2に同プログラムの事例を掲載)等の成果も集約されている。

「In Voor Zorg!」のプロジェクトに携わる専門職はプロジェクトミーティングや大会, あるいはオンラインで情報を共有し, 学び, 称え, 助言しあう機会が得られ, 事業者は集められた事例のなかから自らが選んだイノベーションを実行する際にサポートを受けることができる。

2 現任者の定着と能力発揮

まず, 病院や介護事業者等における職員に対する能力開発促進に向けた助成, 働きながら学び高いレベルの資格を取得することを促すための見習い訓練ルート(BBL)研修生への投資, 特に他のセクターから移動してくる者の既得職業経験・訓練認定制度(EVC)活用促進に向けた同制度の運用見直しといった, 能力開発やキャリアの縦横の展開をはかりやすくする支援があげられる。

表2 新しいケア提供モデル-在宅ケア事業者Buurtzorgの事例

<p><概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地区看護師が2006年に起業した在宅ケア事業者（看護・介護） ・全土約430チームで約4,600人の看護・介護職，管理部門約20人（間接費8%），利用者約5万人 ・クライアントあたりのコストは他の在宅ケア事業者の半分 ・全国の在宅ケア事業者のなかで利用者満足度第1位，従業員満足度高く最優秀雇用者賞，オランダで最も成長する事業者 <p><教育レベルの高い専門職によるトータルケア></p> <ul style="list-style-type: none"> ・約65%がレベル5（学士）以上の看護師 ・あらゆるタイプのクライアントに対してアセスメント，計画策定，全人的ケア提供，連携調整の全プロセスに責任を持つジェネラリスト ・細切れの機能でなくソリューションの提供 ・利用者及び利用者の持つネットワークと協働（介護者へのガイダンス・相談対応） 	<p><最大12人のセルフマネジメントチーム></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人口約15,000人エリアで約40～60人をサポート ・ケア提供・評価，看護・介護職の採用・教育，財務，イノベーション等全てに裁量と責任 ・リーダーはいない，毎週ミーティング ・バックオフィスは介護料請求，労働契約・給与等， ・30～35チームに1人のコーチ <p><Health 2.0 (Buurtzorgweb)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ERP：アカウントビリティ 従業員・利用者データ，勤務時間・シフト管理，文書共有，各チームのケア提供状況の把握（透明性） ・OMAHAシステムに基づくEHR：品質管理 問題分類・介入分類・アウトカム評価 ・コミュニティ：ナレッジマネジメント ミッション共有と連帯感醸成，事例やイノベーションの相互学習，看護・介護職と管理部門のコミュニケーション，組織の意思決定
---	--

出所：De Blok（2011）及び2010年以降のインタビュー，Buurtzorgにおけるフィールドワークに基づき筆者作成。

また，前述の「In Voor Zorg!」プログラムにおける「専門職」テーマのプロジェクトの展開，認定看護師（レベル6，Verpleegkundig specialist）の育成促進，オランダ看護介護職協会（V&VN）の医療・看護・介護職の自律とよりよい協働・利用者中心カルチャー醸成に向けたプログラムへの助成等のほか，事務の効率化等により，プロフェッショナルイズム発揮の環境を整えようとしている。

現任者の力を量的にさらに活用するという観点からは，2008年～2010年にかけて職種横断的に実施されたパートタイムで働く女性の労働時間拡大を奨励するパートタイム・プラスタスクフォース（werkgroep DeeltijdPlus）〔Staatscourant（2008）〕と連動し，短時間労働者の労働時間拡大の促進がはかられた。

3 新たな人材の採用・確保

2011年には，緊縮財政のなか補足的に8.5億ユーロを投じ，12,000人の採用・訓練を目指す，ヘルスケアセクターについては特例として30歳以上であっても最長2年間の中等職業教育は国が費用を負担するといった方向性が示された。

この他に，介護事業者と教育訓練機関の協働への投資，教育訓練レベルの低い者や移民の採用・訓練パイロットプログラムの実施，若者へのヘルスケアセクターに関するガイダンスの提供等も実施されている。

4 地域労働市場の強化

地域におけるヘルスケアセクターのステークホルダーと教育訓練機関，大学，自治体等の協働により地域労働市場を強化するため，2012年～2015年にかけて年間750万ユーロを投じて「RegioPlus」プログラムと銘打ったプロジェクトを実施予定である。テーマは，関係団体の共同研究・議論をつうじた地域労働市場の研究と労働市場戦略の策定，学校への情報提供や地域サービススポットの設置等を含めた採用戦略の策定，教育訓練機関のコーディネート・メンター制度・生涯教育等介護福祉の仕事の質の確保，地域の事業者ネットワークのなかでの情報共有や人材交流等が予定されている。

IV 従事者の需要に影響を及ぼす その他の主な動き

前節にあげたケアセクター従事者の確保定着策と銘打たれて実施されている施策以外にも、さまざまな政策やステークホルダーの動きが、従事者に対する需要に影響を及ぼしうる。ここでは主にAWBZのサービス従事者をめぐる動きを概観する。

1 効果的・効率的なサービス提供の促進

1990年代から規制緩和を進め、監査及びサービスの質の管理・評価の仕組みをつうじて事業者による効率的で質の高いサービス提供体制の追求を促している。

ヘルスケア監査機関（Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ）が安全性、有効性、患者中心、アクセシビリティ、公平性、効率性の観点から監査を行い、評価と指導結果を公表しており、質の管理・規制にあたっても、重要な役割を担う。

個々のヘルスケア専門職の質、ヘルスケア事業者の質の管理については、患者の権利保障と並行して法制化が進んだ。前述のヘルスケア専門職法（WetBIG）に次いで、1997年にはヘルスケア事業者の質に関する法律（法：Kwaliteitswet zorginstellingen, KWZ）が制定され、事業者は最適なケア提供に向けた基準や質のモニタリングといったクオリティシステムを構築し、IGZ等に報告することが義務づけられた。他方、患者の権利に関する法律も相次いで整備され、これらをまとめるかたちで2010年にはヘルスケアサービスにおける患者の権利に関する法律（法：Wet Cliëntenrechten Zorg, WCZ）により患者・利用者の法的な位置づけと事業者の果たすべき機能が規定された。

質の評価指標については、2006年～2007年にかけて利用者・患者視点による評価指標（CQ-Index）が整備され、事業者は2年ごとにこの指標に基づく評価を行い、結果がweb³⁹⁾で公表さ

れることになった。2007年から、保健福祉スポーツ省は「見えるケア（ZichtbareZorg）」プログラムにより、IGZ、事業者団体、利用者評議会連盟（LOC⁴⁰⁾、専門職団体（医師・看護・介護職）、保険会社と協働でCQ-Indexを網羅しながら包括的な評価指標の検討、試行、改善に取り組んだ⁴¹⁾。なお、介護事業者団体（Actiz）ではこれとは別に2010年から事業者のサービス提供効率（単位時間あたりのケア提供にかかるコスト）、ケアの質、仕事の質にかかるベンチマークプロジェクトを実施している。

こうしたなか、新政権において国立ケア品質研究機関（Kwaliteitsinstituut）を2013年に設立することが発表された。国民・専門職・保険会社・IGZに対する医療・介護の透明性を高め、質を継続的に改善することを目的としており、さまざまな機関で検討されていた品質評価指標や、各専門職団体等が90年代から作成してきたガイドラインやケア基準、ベストプラクティス等を整理し、患者・利用者中心、安全性・適時性・透明性・効率性・有効性の高い①ケア手法の開発・標準化、ベストプラクティス蓄積、技術革新、②品質評価指標のブラッシュアップ、③ケア品質に基づく介護報酬のあり方の検討、④質の高いケア提供を促す監査・指導（IGZ）、⑤質の高いケアの購買促進（保険会社）をはかる野心的な計画であり〔Ministerie van VWS（2011c）〕、その動向が注目される。

また、2013年にケアオフィスが廃止され、個々の保険会社とその役割を担うことになり、健康保険（ZVW）と一体的にAWBZを扱うことになると、価格と品質のバランス、効率性などさまざまな観点から良い影響があるのではないかと期待されている〔Ministerie van VWS（2011a）〕。保険代行者であるケアオフィスは、近年ケア提供事業者とサービスの価格・品質について交渉し、選択的契約が行えるようになっていたが、それでも効率性のインセンティブが働きにくい仕組みだったためである。政府はAWBZの報酬をサービスの種類と量に基づくものから結果に基づくものに替えていきたいと考えており、こうした一連の動

きにより効果的・効率的なケア提供体制の構築が進めば、従事者の需要にも少なからず影響を及ぼすものと予想される。

2 分権化と新たな市場形成

(1) 社会支援法 (Wmo)

基礎自治体 (gemeente) レベルで自助・互助を活用しながらより地域に密着した医療・介護・福祉を実現し、住民参加により多様なニーズに対応できるようにすることを目的として、社会福祉法と障がい者福祉法、特別医療費補償法の一部を統合して2007年に社会支援法が導入された。これにより、従来障がい者福祉法のもとにあった住宅改修、移送サービス、車いすの支給等はWmoに引き継がれ、AWBZからは家事援助がWmoの対象に切り替えられた。基礎自治体が入札によってできるだけ安いコストで家事援助の提供をはかろうとしたことは、家事援助のあり方の変化、提供する介護職の属性の多様化 (レベル2からレベル1へのシフト、公的な資格を持たず独立して働く Alpha-hulp と呼ばれるワーカーの誕生等) [Roerink and Tjadens (2009)] のみならずクリーニング事業者等一般サービス事業者の参入にもつながっており、2013年にはガイダンスがAWBZからWmoに移行することが予定されていることから⁴²⁾、労働市場に与えるインパクトを注視する必要がある。

(2) 個別ケア予算 (PGB)

利用者の選択の幅の拡大、介護市場の形成、サービス提供体制の効率化を目的として1995年に導入されたPGBは近年急激に利用が拡大し、このままでは存続が維持できない状態になり、2012年から給付対象を制限することとされた [Rijksoverheid (2011)]。PGBを完全に廃止すれば常勤換算で20,000人の専門職が必要になるとの試算もあり [Voortman (2011)]、一部制限であっても現物給付にかかる担い手への需要増につながることが見込まれ、政府は現金給付のサービスを自営業の看護・介護職が提供することについてのパイロットプログラムを行っている

[Ministerie van VWS (2011d)]。

3 利用者の自立とインフォーマルケアの支援・活用

(1) 自立する利用者

オランダでは、障害者団体、のちに高齢者団体が自立、エンパワメントと自己選択を要求するようになり、これが現金給付の導入にもつながったとされる [Kremer (2006)]。さまざまな患者団体や利用者団体があり、独自の発言・活動や会員 (団体・個人) のサポートにとどまらず、それぞれの疾患のケアにかかわるガイドラインの策定、質の評価指標の検討等にあたり、事業者団体、専門職団体、政府機関等とパートナーとして広く協働している。また、患者団体や利用者団体がともに議論を重ね、ロビー活動を行うこともある。

セルフマネジメントの促進はインフォーマルケア及び専門職によるケアの需要を引き下げる可能性があるといわれ [Tjadens and Colombo (2011)]、利用者評議会連盟が利用者一人ひとりのもつ可能性に着目しながら2050年に向けたビジョンを策定し、セルフマネジメントの普及に取り組むといった動きも、今後の展開が注目される。

(2) 介護者支援・インフォーマルケアの活用

1970年代から、家族だけでなく隣人・友人などインフォーマルで「暖かいマントのようなケア (Mantelzorg)」は、オランダ福祉国家のひとつの柱である見えない・聞こえない・気づかれない介護基盤として認識されてきたといわれている [Van der Lyke (2000)]。

1990年代に入ると介護者団体が①介護者が日常生活上のサポート範囲を自ら決めること、②休息や休暇機会を享受するため要介護者のケアを臨時的に替わってもらえること、③経済的な補償の権利を持つこと、④仕事と介護の両立が可能であること、⑤要介護者のヘルスケアサービスの計画立案に参画すること、⑥十分な援助を受ける権利を持つことを柱とする介護者憲章を定め、全国に介護者支援センター (Steunpunt Mantelzorg) を設けて電話相談を含む介護者への情報・助言、

介護技術訓練の提供に取り組むようになった。

2001年に、これを踏襲する形で「身近なケア (Zorg Nabij)」白書〔Ministerie van VWS (2001)〕が出されると、政府による総合的な介護者支援の施策が本格化、併せて就労とケアに関する法律 (法: Wet Arbeid en Zorg) をつうじて多様な介護休暇⁴³⁾が導入された。その後2007年の社会支援法 (Wmo) において介護者支援は基礎自治体の役割として法制化された。

2008年にオランダでインフォーマルケアを提供した者は350万人にのぼるといわれる〔Oudijk et al. (2010)〕。レベル2・レベル3の資格構成のモジュールに「家族援助」が含まれ、認知症者を対象としたケアのなかでも、認知症者本人へのケアと介護者へのサポートをセットにしたデイサービス〔Dröes et al. (2004)〕が開発されるなど、看護・介護職による実際のケア提供の場面においても、介護者支援は重要な位置を占めている。

他方、近年AWBZの持続可能性を高める必要性を背景として、「ふだんのケア (gebruikelijke zorg)」、「自己責任 (eigen verantwoordelijkheid)」といった観点から、利用者のもつネットワークのなかでふだん行われるようなケアはAWBZに依存せずネットワークのなかでまかなう方向性⁴⁴⁾がうたがわれており〔Sadiraj et al. (2009)〕、介護者支援の充実にはインフォーマルケアのさらなる発揮と活用を促す意図も含まれている。

V 日本への示唆

オランダでは、国・産業・地域の各レベルで労働市場のニーズと職業教育の結びつきを強めることが意識され、エントリーレベルの資格のみならず、入職後も長期にわたって縦横のキャリア展開を可能にする系統だった全国統一の職業資格の整備が進み、併せて中等職業教育と成人教育を一本化して地域での生涯学習機会 (ROC) が設けられていた。中等職業教育には職業教育ルートのほか見習い訓練ルートがあること、モジュール認定の部分資格制度であること、既得職業経験や訓練の認定制度 (EVC) も相俟って、看護・介護職

においても自らの資質、キャリア志向やライフステージに合わせて働きながら継続教育に柔軟に取り組む者が少なくない。

現在、実践キャリア・アップ戦略のもと、介護・ライフケア分野でも検討が進められている。日本型雇用システムは企業内教育訓練システムに大きく依存しており、ケア従事者についても、資格取得後の教育訓練は、基本的に現状では事業者や従事者に任されている。事業者の枠を越えたキャリア段位制度の構築・普及には、こうしたシステムの抜本的な見直しに加え、職業教育機関と職業訓練機関の再編も含め、どこまで職業訓練の実施体制を整備できるかも問われている。

資格構成にあたり、教育政策 (教育文化科学省) と産業政策 (保健福祉スポーツ省) が連携し、さらに雇用者、被雇用者、教育訓練機関、労働組合等あらゆるステークホルダーが協働したこと、また職業教育労働市場知識センターが中間組織としてプラットフォームを提供し、常にこうしたソーシャルパートナーが対話を繰り返し、職業プロフィールに基づく資格プロフィールの更新が続けられていることも注目に値する。

欧州のケアワークにかかる比較研究では、各国でコンピテンス/コンピテンシー概念の多用が認められているが〔Cameron and Moss (2007)〕、模範的な行動の形式化が学習者による意味づけや理解を阻害する、果たすべき役割・行動に注目することにより利用者の全人的理解が軽視される可能性があるといった批判的見解も少なくない〔Evans (1999), O'Hagan ed. (2003)〕。コンピテンシーベースの職業資格の考え方にとびつくまえに、地域包括ケアの担い手となる利用者、家族、地域住民、そして多様な専門職、行政等のステークホルダーが参加して、それぞれの機能の現状を踏まえ、社会のなかで誰がどこまで何を担うべきかを徹底的に議論することが重要となろう⁴⁵⁾。すなわち、専門職に関しては職業資格のベースとなるべき職業プロフィールについて、まず社会的合意を形成するのである。そのうえで、各職種に求められる役割、必要とされる知識・技術等を整理、改訂していくという長期的視野にたった検討

が求められる。これにより、各所で提言されるようになってきたヘルスケア専門職の基礎資格の共通化⁴⁶⁾についても、その方向性が見えてくるのではないだろうか。

ケア従事者の確保定着策について、「イノベーション」が最優先課題とされていることは興味深い。イノベーションを促進しつつ、ケアの標準化、サービスの質にかかる具体的な評価手法、質の管理・評価枠組みの確立に向けた検討・議論を深め、併せて人員配置等についての規制緩和を進めることは、効果的・効率的なケア提供体制の実現、ひいてはケア従事者に対する需要の伸びを緩和させることにもつながりうる。介護保険制度はビジネス・マネジメント・サービスそのもののイノベーションをもたらすポテンシャルが高い制度とされており〔田中・栃本編（2011）〕、イノベーションを促進・普及する要件についての検討は今後の課題といえる。

オランダでは、イノベーションを活発化するためにも、「専門職への信頼（Vertrouwen in Professionals）」をキーワードとして専門職に裁量と責任を与え、プロフェッショナリズム発揮の環境を整えている。事業者における専門職によるセルフマネジメントチーム、イノベーションに取り組む事業者、専門職が互いに学び、助言しあえるプラットフォームの設定等が効果をあげており、イノベーションを促す環境要因のひとつとして参考になる。

なお、地域労働市場の結びつきを強化させ、地域レベルで関係者による労働市場戦略策定を促すといったアプローチは、我が国でもさらに推進される余地があろう。

さて、統合型ケアネットワークの構築をはかるうえで家族・インフォーマル介護者の役割は極めて重要な役割を持つ〔Leichsenring（2004）〕。オランダでは、地域における介護サービス市場の形成、インフォーマルケアの担い手（Mantelzorg）の「活用」を促す諸施策が、他の欧州諸国同様の幅広い介護者「支援」施策⁴⁷⁾と表裏一体で進められている。三富（2011）は、日本には介護休業を除いて介護者を対象とする一般的なサービス

は他の先進諸国と異なり今日も存在せず、介護の社会化論という日本独自の議論がこれに影響を及ぼしてきたと評している。介護保障をめぐる政策のなかで、インフォーマルケア、家族介護をどのように位置づけるのかについての検討の重要性が増している。併せて、いまいちどセルフケア、インフォーマルケアの力を引き出すサービス等についても知見の蓄積が望まれる。

最後に、オランダでは伝統的に政策領域ごとに各種社会団体を政策形成に包摂していくメゾ・コーポラティズムの発展がみられたといわれるが〔Frouws（1993）, Visser and Hemerijck（1997）〕、ケア従事者をめぐっても、さまざまな場面で政府、事業者団体、専門職団体、労働組合、利用者団体、患者団体、教育訓練機関、保険会社、監査機関等ステークホルダーが議論、対話を繰り返し返していた。それぞれの担い手意識を高め、地域包括ケアの実現をはかるうえで、国レベルのみならず、地域レベルでこうしたステークホルダー間の真の協働のモデルが作られていくことも重要となろう。

付記

本稿は、労働政策研究・研修機構における2011年度「高齢者介護サービス提供体制充実に向けた調査研究」の研究成果の一部であり、2012年3月末に同機構ホームページでディスカッションペーパーが公開される予定である。なお、2010年度にオランダ社会文化計画局（Sociaal en Cultureel Planbureau）研究員として、同局より研究資金の提供を受けて調査した内容が含まれている。

謝辞

本稿執筆にあたり、「社会保障の給付と財政の在り方に関する研究会」にご参加の方々、とりわけ岩田克彦氏及び西村周三氏に有益なコメントをいただいたことに感謝します。

注

- 1) 地域包括ケアシステムの定義ならびに2025年に実現すべき地域包括ケアシステムの姿、必要

- な改革等については地域包括ケア研究会(2010)を参照のこと。
- 2) 2012年度改定により交付金相当分は介護報酬への移行がはかられることとなっている(社会保障審議会介護給付費分科会第88回資料「平成24年度介護報酬改定の概要」)。
- 3) 介護労働市場及び介護職の実態, これを受けた介護従事者にかかる最近の政策展開の概観は堀田(2010)を参照のこと。
- 4) 介護職員及び看護師の養成・就業状況は川越(2009)を参照のこと。
- 5) こうした資格高度化や研修強化に関する事業が労働力不足を深刻化させているとの指摘もある(鈴木(2010))。
- 6) 実践キャリア・アップ制度専門タスク・フォース介護人材ワーキング・グループ 第1回会合(2010年12月7日)資料「実践キャリア・アップ制度について」http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai1/siryu2.pdf(2012年2月10日最終確認)。
- 7) 三富(2005), 松本(2009)(2011)等がある。伊藤(1996)のソーシャルワーク発展型の米英日比較は精緻であるが, 労働条件等への言及はほとんどみられない。
- 8) 西川(2004)では英国の職業訓練資格制度の文脈のなかで介護職のコンピタンスの変化が検討されている。
- 9) Houben and Van der Voordt(1993)。住まいとケアの分離は現政権においても引き続き大きなテーマとなっている[Ministerie van VWS(2011a)]。
- 10) ヘルスケアシステム全体についてはSchäfer et al.(2010), 医療経済研究機構(2008), 長期介護保障についてはMot(2010), 大森(2011), 短期医療保険については佐藤(2009), 田近・河口・菊池(2011)等において概要及び最近の改革がまとめられている。
- 11) 制度開始当初は主にナースিংホーム入所をカバーしていたが, 次第にカバー範囲を拡大した[Schut and Van den Berg(2010)]。
- 12) 財源構成は2009年[CVZ(2011a)]。
- 13) オランダの家庭医制度については井伊(2011)を参照のこと。
- 14) CIZ(2012)。
- 15) 自律的に生活できるための援助であり, 1対1のものとグループで行われるものがある。
- 16) 1週間合計の時間・回数の上限が階級で示される。例えば身体介護では, クラス1(0~1.9時間/週)~クラス8(20~24.9時間/週)の範囲となり1回の提供あたりの時間は問わない。
- 17) <http://zorgzwaarte-pakket.nl/>(2012年2月10日最終確認)。住まいと組み合わせられたケアの判定を受けても自宅で暮らし続けても構わない。
- 18) 現物給付のサービス提供には医療介護施設許可法(法: Wet Toelating Zorginstellingen, WTZi)に基づく許可が必要だが, PGB利用者へのサービス提供にはこの許可が不要となる。
- 19) CVZ(2011b), Ministry of Health, Welfare and Sport(2009)。
- 20) 総人口に占める長期介護保障サービス利用者の割合は, OECD平均で2.3%, 日本は2.7% [Colombo et al.(2011)]。
- 21) 高齢者向け住宅等を含む。
- 22) データにはごく一部産科ケアが含まれる。
- 23) 常勤換算1人あたりの長期介護保障サービス利用者数は, 在宅ケアで14.5人(日本は4.7人), 施設等で2.4人(日本は2.2人) [Colombo et al.(2011)]。
- 24) 高齢者介護に加え, 少数であるが産科ケア及び青少年ケアについてもともに規定する協約である。
- 25) 2009年のオランダ全労働者の平均年収は30,700ユーロ(常勤者のみの平均年収は44,100ユーロ [CBS(2011)]。
- 26) Calibris(2007), Ministerie van VWS and OCW(1996)等。
- 27) 資格構成の検討の際には, ケアヘルパー(レベル1)は介護分野で雇用されるべきでない, よって養成されるべきでないことが合意されたため, Ministerie van VWS and OCW(1996)では定義づけられず, 図1にも書き込まれなかった。しかし労働力需要の高まりや多様な人材の参入を促すため, のちに提案・定義された[Westerhuis(2001)]。
- 28) 直訳は独立ケアワーカー。
- 29) <http://www.bigregister.nl/>(2012年2月10日最終確認)。
- 30) レベル4と5は資格に求められるタスクやスキルが異なるが, WetBIGのなかでは区別されておらず, 専門職団体等が, この不一致解消に向けたパイロットプログラムを行っている[VBOC-AVVV(2006)]。
- 31) <http://www.kwaliteitsregistervenv.nl/index.asp>(2012年2月10日最終確認)。
- 32) オランダの教育システムは次のとおり。初等教育(PO)は4歳~12歳, 続いて中等職業準備教育(VMBO, ~16歳), 一般中等教育(HAVO, ~17歳), 大学準備教育(VWO~18歳)3種類いずれかの中等教育を受ける。中等職業準備教育を卒業すると中等職業教育(MBO, 半年~4年間)に行く, 一般中等教育に編入する, そのまま就職するといった選択肢がある。なお, 高等教育には高等職業教育(HBO)と大学(WO)

- がある〔Ministry of Education, Culture and Science (2007)〕。
- 33) 岩田 (2010) は職業教育訓練を重視する欧州諸国における取組みを訓練成果のEU全域での共有化も含めて紹介している。また、岡 (2009) は労働者の自由移動の視点からEUにおけるヘルスケア従事者をめぐる政策を検討している。
- 34) 看護・介護職のみならず、ひろくケアを必要とする人 (年齢・障がい問わず) の短期・長期ケアに従事する者。
- 35) <http://www.zorgvoorinnoveren.nl/> (2012年2月10日最終確認)。
- 36) <http://www.invoorzorg.nl/> (2012年2月10日最終確認)。
- 37) <http://www.zorgvoorbeter.nl/> (2012年2月10日最終確認)。
- 38) <http://www.transitieprogramma.nl/liz> (2012年2月10日最終確認)。
- 39) <http://www.kiesbeter.nl/algemeen> (2012年2月10日最終確認)。
- 40) ヘルスケア機関における利用者の参加に関する法律 (法: Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen, WMCZ) により、全てのヘルスケア事業者は利用者評議会 (Clientenraad) の設置を義務づけられた (1996年)。
- 41) しかし参加機関に対する2010年～2011年にかけてのインタビューでは複雑すぎる、わかりにくい、(よって) データが集まらない等の声が聞かれた。
- 42) <http://www.vng.nl/eCache/DEF/57/474.html> (2012年2月10日最終確認)。
- 43) ただし、休暇の権利があり休暇を取得したいができていない者がいるなど、使いにくさも指摘されている〔De Meester and Keuzenkamp (2011), Souren (2007)〕。なお、2006年には給与の一部を貯蓄して後に介護を含む無給休暇を取得する際に引き出せる制度が始まった (Levensloopregeling, ライフコース貯蓄制度)。
- 44) 例えば、ケア判定センター (CIZ) における審査においても家族・友人・隣人からの「ふだんのケア」の提供可能性のアセスメントが含まれるようになった。
- 45) 現在の実態に加え、2012年4月から開始される定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスといった、複数サービスの一体的提供をはかる新サービスにおける役割分担・連携のあり方も把握しながら議論することが求められる。
- 46) 地域包括ケア研究会 (2010), 実践キャリア・アップ戦略 介護人材WGにおける論点整理 (2011年4月22日) 等。
- 47) 欧州各国のインフォーマルケアとその支援策の概況についてはTjadens et al. (2008) を参照のこと。

参考文献

- ActiZ, BTN, AbvaKabo FNV, CNV Publieke Zaak, FBZ, and NU'91 (2011) "Collectieve Arbeidsovereenkomst voor de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg, Kraam- en Jeugdgezondheidszorg 2010-2012".
- , V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN (2007) "Quality Framework Responsible Care".
- AZW (2011) "Arbeid in Zorg en Welzijn 2010".
- Bijsterveld, K. (1995) "Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland 1945 - 1982", Rijksuniversiteit Limburg.
- Calibris (2007) "Qualification structure Nursing and Care".
- Cameron, C., and Moss, P. (2007) "Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions", Routledge.
- CBS (2011) "Statistical Yearbook, 2011".
- CIZ (2012) "CIZ Indicatielijzer: Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS".
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., and Tjadens, F. (2011) "Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care", OECD.
- CVZ (2011a) "Zorgcijfers", <http://www.cvz.nl/zorgcijfers/awbz-baten/awbz-baten.html> (2012年2月10日最終確認)。
- (2011b) "Zorgcijfers", <http://www.cvz.nl/zorgcijfers/awbz-lasten/awbz-lasten.html> (2012年2月10日最終確認)。
- De Blok, J. (2011) "Buurtzorg Nederland: A New Perspective on Elder Care in the Netherlands", AARP international the Journal, summer 2011.
- De Boer, A. (1999) "Housing and Care for Older People: A Macro-Micro perspective", Nederlandse Geografische Studies 253, Urban Research Centre.
- De Meester, E., and Keuzenkamp, S. (2011) "Verlof vragen: De behoefte aan en het gebruik van verlofregelingen", Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dröes, RM., Breebaart, E., Meiland, F. J. M., Van Tilburg, W., and Mellenbergh, G. J. (2004) "Effect of Meeting Centres Support

- Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia', *Aging & Mental Health* 8(3).
- Dutch Knowledge Center for APL (2009) "Information APL in the Netherlands: Background information APL in the Netherlands".
- Eggink, E., Oudijk, D., and Woittiez, I. (2010) "Zorgen voor Zorg", Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Evans, D. (1999) "Practice Learning in the Caring Professions", Ashgate.
- Frouws, J., (1993) "Mest en macht : een politiek-sociologische studie naar belangenbehartiging en beleidsvorming inzake de mestproblematiek in Nederland vanaf 1970", Proefschrift Wageningen.
- Houben, P.P.J. and Van der Voordt, T.J.M. (1993) 'New Combinations of housing and care for the elderly in the Netherlands', *Netherlands Journal of Housing and the Built Environment*, 8(3).
- Kremer, M. (2006) 'Consumer in Charge of Care: the Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and the Family', *European Societies* 8(3).
- Leichsenring, K. (2004) 'Developing integrated health and social care services for older persons in Europe', *International Journal of Integrated Care* 4(3).
- Lijphart, A. (1968) "The Politics of Accommodation: Pluralism and Democracy in the Netherlands", University of California Press.
- Ministry of Education, Culture and Science (2007) "The Education System in the Netherlands 2007".
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2009) 'Long-term care in the Netherlands: The Exceptional Medical Expenses Act'.
- Ministrie van VWS (1996) "De Wet BIG: Hoofdlijnen van de wet Beroepen in de Individuele".
- _____, and OCW (1996) "Gekwalificeerd voor de toekomst : kwalificatiestructuur en eindtermen voor verpleging en verzorging".
- _____, (2001) 'Zorg Nabij, notitie over mantelzorgondersteuning'.
- _____, (2007) 'Arbeidsmarktbrief 2007. Werken aan de zorg'.
- _____, (2011a) 'programmabrief langdurige zorg'.
- _____, (2011b) 'Betreft Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals'.
- _____, (2011c) 'totstandkoming nationaal Kwaliteitsinstituut voor de zorg'
- _____, (2011d) 'Betreft Voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg'
- Mot, E. (2010) 'The Dutch System of Long-Term Care', ENEPRI research report90.
- O'Hagan, K. ed. (2003) "Competence in Social Work Practice", Jessica Kingsley.
- Oudijk, D., De Boer, A., Woittiez, I., Timmermans, J., and De Klerk, M. (2010) "In the spotlight: informal care in the Netherlands", Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Parliament (2003) 'Parliamentary Proceedings of the Lower House of the Dutch Parliament, 2002-2003, 26 631, no.55'.
- Rijksoverheid (2011) Veranderingen in het persoonsgebonden budget, <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb/veranderingen-in-het-persoonsgebonden-budget> (2012年2月10日最終確認).
- Roerink, H, and Tjadens, F. (2009) "From Housefold care to Household help in the Dutch Transition from AWBZ to WMO", Bureau Secondant/Hasca.
- RVZ (2006) "Arbeidsmarkt en zorgvraag".
- Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M., and De Boer, A. (2009) "De toekomst van de mantelzorg", Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SER (2006) "Voorkomen arbeidsmarktknelpunten Collectieve Sector".
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, and Van Ginneken E. (2010) "The Netherlands: Health system review", *Health Systems in Transition*, 12(1), Nivel.
- Schut, F.T. and Van den Berg, B. (2010) 'Sustainability of Comprehensive Universal Long-Term Care Insurance in the Netherlands' , *Social Policy and Administration*, 44(4).
- Souren, M. (2007) 'Mantelzorgers maken weinig gebruik van verlofregelingen', *Sociaaleconomische trends* 2e kwartaal 2007, CBS..
- Staatscourant (2008). 'Besluit van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en

- Werkgelegenheid van 7 april 2008, nr. av/A&Z/2008/8410, tot instelling van de Taskforce DeeltijdPlus (Instellingsbesluit Taskforce DeeltijdPlus)'.
- Swagerman, Q.A.J. (1997) 'Het Perspectief van de Thuiszorg' in Y.W.v.Kemenade and E. Elsinga eds. "Van Revolutie naar Evolutie: tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg".
- Tjadens, F. and Colombo, F. (2011) 'Long-term care: valuing care providers', Eurohealth17 (2-3).
- , Visser, G., and Sangers, S. (2008) "Informal care in Europe: The contribution of carers to long-term care, especially for older people", Vilans, Mezzo and Eurocarers.
- Van der Boom, H. (2008) "Home nursing in Europe", aksant.
- Van der Lyke, S. (2000) "Georganiseerde liefde", Thesis Universiteit Maastricht.
- Van der Velde, F. and Van der Windt, W. (2010) "Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, Lange termijn vraag naar het aanbod van personeel in de zorg", Prismant.
- Van der Windt, W., Arnold, E., and Keulen, R. (2007) "RegioMarge2007", Prismant.
- , Van der Verde, F., and Van der Kwartel, A. (2009a) "Arbeid in Zorg en Welzijn 2009", Prismant.
- , Smeets, R. and Arnold, E. (2009b) "RegioMarge2009", Prismant.
- VBOC-AVVV (2006) "Verpleegkundige toekomst in goede banen: Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening".
- Visser, J., and Hemerijck, A. (1997) "A Dutch Miracle: Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands", Amsterdam University Press.
- Visser, K. (2010) "The Netherlands. VET in Europe - Country Report 2010", ReferNet Netherlands.
- Voortman, L. (2011) "Effecten van het kabinetsvoorstel voor het pgb", CPB Notitie
- Westerhuis, A. (2001) "European Structures of Qualification Levels: Reports on recent developments in Germany, Spain, France, the Netherlands and in the United Kingdom (England and Wales) Volume II", European Communities.
- Wiegman, N. (1996) 'Gij completeert zijn arbeid': over de professionalisering van het verpleegkundig beroep (1880-1925), Gewina 19(4).
- 井伊雅子 (2011) 「先進国の医療制度改革と日本への教訓」 鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護—少子高齢化と財源難にどう取り組むか』日本経済新聞出版社。
- 伊藤淑子 (1996) 『社会福祉職発達史研究—米英日三ヵ国比較による検討』ドメス出版。
- 医療経済研究機構 (2008) 『オランダ医療関連データ集 2007年版』。
- 岩田克彦 (2010) 「改革が進む欧州各国の職業教育訓練と日本」『日本労働研究雑誌』595。
- 大森正博 (2011) 「オランダの介護保障制度」『レファレンス』平成23年6月号。
- 岡 伸一 (2009) 「EUにおける医療従事者・介護労働者の養成と就業」『季刊社会保障研究』45 (3)。
- 川越雅弘 (2009) 「看護師・介護職員の需給予測」『季刊社会保障研究』45 (3)。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2012) 「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」。
- 佐藤主光 (2009) 「各国医療保険制度—保険者改革への含意—」 田近栄治・尾形裕也編『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房。
- 社会保障国民会議 (2008) 『社会保障国民会議 最終報告』。
- 鈴木 亘 (2010) 「パートタイム介護労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』45 (4)。
- 地域包括ケア研究会 (2010) 『地域包括ケア研究会 報告書』。
- 田近栄治・河口洋行・菊池 潤 (2011) 「高齢者医療制度の再構築—リスク調整を踏まえた生涯医療保険制度の提案—」『社会保険旬報』2459～2461。
- 田中 滋・栃本一三郎編 (2011) 『介護イノベーション—介護ビジネスをつくる, つなげる, 創造する—』第一法規。
- 筒井孝子 (2011) 「地域包括ケアシステムとは—地域におけるケアの統合化に関する課題—」 国際医療福祉大学『地域包括ケアセンターの機能強化及び業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書』平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 (研究代表者・高橋紘士)。
- 西川真規子 (2004) 「介護職の技能と学習」経営志林40 (4)。
- 堀田聰子 (2010) 「介護従事者問題」 宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済第3巻社会サービスと地域』東京大学出版会。
- 松本勝明 (2009) 『介護者の確保育成策に関する国際比較研究 平成20年度総括・分担研究報告書』厚生労働科学研究費補助金/政策科学総合研

究事業（研究代表者・松本勝明）。
——（2011）『ヨーロッパの介護政策』ミネ
ルヴァ書房。
三富紀敬（2005）『欧米のケアワーカー』ミネ
ルヴァ書房。

——（2011）「介護の社会化論と介護の歴史
認識再考」『立命館経済学』59（6）。

（ほった・さとこ 労働政策研究・
研修機構研究員）

既婚女性の労働供給と夫の所得

張 世 穎

要旨

「ダグラス＝有澤法則」は、夫の収入が高いと、妻の就業率が低くなるとしている。しかしこれが、夫の所得の妻の労働供給に与える因果的效果を表すのか、あるいは、高所得の男性と余暇に対する選好の強い女性が結婚することから生じる見かけ上の関係を表すのかは必ずしも明らかになっていない。本研究では、夫と妻の間のマッチング効果を考慮した相関変量切断回帰モデルを用い、「ダグラス＝有澤法則」を再検証する。結果は、女性の結婚選択における配偶者への選好が「ダグラス＝有澤法則」の部分的説明を成す可能性を示している。

I インTRODクシヨN

「ダグラス＝有澤法則」とは1930年代にアメリカの経済学者ボール・ダグラスが発見し、日本の経済学者、有澤〔1956〕が日本経済において実証した法則であり、家計の労働供給に関する、以下の観測事実を第一法則として含む。

「第一法則」

家計には構成員すなわち家計の中核的収入稼得者（家計調査の世帯主に相当）があり、非核構成員（核以外の家計構成員）の入手可能な就業機会（賃金率と指定労働時間）を所与とすると、核収入のより低い家計グループの非核構成員の有業率はより高い。

第一法則は夫の所得と妻の就業率との間の関係を示し、夫の所得が妻の労働のインセンティブを減らす可能性を提示した。

第一法則に関する既存研究の多くは、妻の就業決定に与える夫の所得効果を推定するために、就業確率のプロビット分析、または、労働供給関数の回帰分析を行っている。前者に属する小原〔2001〕は、1993年と1996年の2時点間のパネルデータ（「消費生活に関するパネル調査」93-97年）を用い、妻の労働市場の就業確率のプロビット分析を行っている。夫の所得の係数は負であるが、1993年では10%で有意であり、1996年には有意ではない。所得の高い夫を持つ妻は就業率が低いという関係は1993年には弱いながらも見られるが、1996年には統計的に支持されないほど弱まっていることを示している。川口章〔2002〕はクロスセクションデータ（「消費生活に関するパネル調査」1997年）を用いて、女性の就業状態についてプロビット分析を行っている。夫の所得は妻の就業に対し有意な負の効果があり、第一法則が有効であることを示している。しかし、これらの研究が用いる就業決定関数は賃金をコントロールしていない。

後者（労働供給関数の回帰分析）に属する大石〔2003〕は、被説明変数を既婚女性週当たり（対数）労働時間数とし、賃金を説明変数に含む、モデルを最小自乗法推定している。しかし、就業者のサンプルを使用し、労働供給関数を推定しており、サンプル・セレクション・バイアスが懸念される。夫の所得が労働時間に対する正の効果が見出されているが、有意ではない。

表1 サンプルAとサンプルBの記述統計量

変数 ³⁾	サンプルA ¹⁾ 平均値 ⁴⁾	サンプルB ²⁾ 平均値 ⁴⁾
週当たり労働時間数	—	36.65 (10.87)
実質賃金	—	1243.35 (483.46)
賃金の自乗	—	1779151 (1604116)
就業ダミー	0.417 (0.493)	—
夫・単年度所得(万円)	534.61 (288.35)	512.49 (295.95)
通勤時間(時間)	0.847 (1.03)	0.786 (0.91)
労働時間(時間)	10.13 (2.25)	9.89 (2.20)
夫・自営業	0.047	0.037
家族就業	0.033	0.004
自由業	0.025	0.049
会社員(公務員含み)(基準)	0.894	0.909
そのほかの職業	0.001	0.001
本人・年齢	33.28 (3.096)	33.27 (4.13)
中学校卒	0.026	0.026
高卒(基準)	0.314	0.303
短大・高専卒	0.456	0.426
大学・大学院卒	0.204	0.245
子供なし(基準)	0.335	0.532
乳児(0歳)	0.091	0.035
子供(1-3歳)	0.254	0.139
子供(4歳-入学前)	0.150	0.123
低学年(6-8歳)	0.120	0.113
高学年(9歳-)	0.050	0.058
就業経験年数	7.91 (3.899)	9.88 (3.94)
結婚年数	5.07 (3.03)	4.88 (3.19)
親との同居	0.140	0.182
住宅ローンあり	0.377	0.357
政令指定都市	0.244	0.245
その他の市部(基準)	0.622	0.619
町村	0.126	0.134
その他(海外)	0.008	0.002
志向・専業主婦(基準) ⁵⁾	0.185	0.147
再就業・子供を望む ⁵⁾	0.342	0.325
両立・子供を望む ⁵⁾	0.337	0.398
無業継続・子供を望まない ⁵⁾	0.067	0.046
就業継続・子供を望まない ⁵⁾	0.069	0.084

- 注) 1) サンプルA:『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年の調査時点で未婚であり、2005年までの13年間結婚し、夫の所得が確認できる女性のサンプル(194人の女性、1359の観察値)。
2) サンプルB:『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年の調査時点で未婚であり、2005年までの13年間結婚し、夫の所得が確認できる女性のサンプル(123人の女性、462の観察値)。
3) 結婚年数、夫の所得、通勤・労働時間、本人の年齢、就業経験年数、週当たり労働時間数および賃金と賃金の自乗以外の変数はダミー変数。
4) ダミー変数は平均値だけを示す。連続変数は、標準誤差を平均値の下に()で付ける。
5) 未婚者の就業志向は、育児期後に無業を希望する女性を「専業主婦志向」、育児中は就業を中断し、育児後に再就職を希望する女性を「再就職志向」、継続就業を希望する女性を「両立志向」、子供を望まない女性については、仕事をしたくない女性を「無業継続志向」、仕事をしたい女性を「就業継続志向」と定義。

表2 サンプルC¹⁾の記述統計量

変数 ²⁾	平均値	標準偏差	最小値	最大値
週当たり労働時間数	33.18	12.17	5	81.5
実質賃金	1067.21	498.96	585.96	8248.10
賃金の自乗	1387847	2327886	343344	6.80e+07
平均賃金	1061.42	429.95	428.84	6026.41
夫・単年度所得(万円)	511.06	262.62	0	6333.71
夫・所得<1000万円	472.18	194.90	0	989
夫・平均所得	510.76	205.70	0	2991.77
夫・自営業	0.067	—	0	1
家族就業	0.017	—	0	1
自由業	0.013	—	0	1
会社員(公務員含み)(基準)	0.902	—	0	1
そのほかの職業	0.001	—	0	1
夫・職業欠損値	0.016	—	0	1
本人・年齢	35.10	5.06	24	46
中学校卒	0.043	—	0	1
高卒(基準)	0.468	—	0	1
短大・高専卒	0.376	—	0	1
大学・大学院卒	0.113	—	0	1
子供なし(基準)	0.202	—	0	1
乳児(0歳)	0.009	—	0	1
子供(1-3歳)	0.075	—	0	1
子供(4歳-入学前)	0.096	—	0	1
低学年(6-8歳)	0.151	—	0	1
高学年(9歳-)	0.467	—	0	1
親との同居	0.273	—	0	1
親との同居欠損値	0.002	—	0	1
住宅ローンあり	0.420	—	0	1
住宅ローン欠損値	0.030	—	0	1
政令指定都市	0.2201	—	0	1
その他の市部(基準)	0.5535	—	0	1
町村	0.2262	—	0	1
そのほか(海外)	0.0002	—	0	1

注) 1) 『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年-2005年の観察期間に同一配偶者を持つ既婚女性のサンプル(1099人の女性、4540の観察値)。

2) 夫の所得・所得<1000万・平均所得、本人の年齢、労働時間、および賃金・平均賃金・賃金の自乗以外の変数はダミー変数である。

以上の夫の所得と妻の労働供給に関する実証分析では、余暇を好む女性が体系的に所得の高い男性を配偶者を選択している可能性〔Mincer, 1962〕を考慮していない。武内〔2004〕は、この「マッチング効果」を考慮するために、「消費生活に関するパネル調査」1993-1998年の個票データを用い、女性の就業決定関数を変量効果ロジットモデルより推定した、「就業志向」を説明

変数に加えると夫の単年度所得の効果が有意ではなくなることを、また、固定効果ロジットモデルでも夫の単年度所得の効果は有意ではないことを見出している。

武内〔2004〕は、女性の結婚選択における配偶者の選好が「第一法則」の部分的説明を成す可能性を示しているが、少なくとも2つの課題が残されている。第一に、就業状態の重要な説明変数

である賃金を用いず、妻の就業経験年数と学歴ダミーを代理変数として用いている〔Mroz, 1987〕。第二に、小さなサンプル¹⁾が原因で夫の所得の負の効果が有意にならなかった可能性が疑われる。

本研究は武内〔2004〕の発想に沿いつつも、より大きなサンプルを用い、賃金をコントロールした上で「第一法則」を再検証する。具体的には、「消費生活に関するパネル調査」の1993年から2006年までの14年間の個票を用い、賃金をコントロールした労働供給関数を推定する。労働供給関数を推定するに際し、以下の2つの潜在的な計量経済学的な問題を考慮する。

第一に、切断回帰モデルを用い、データ切断に起因する潜在的バイアスを回避する。賃金は就業者についてのみ観測されるので、労働時間数が正である観察値のみを用いた推定を行うことになる。例えば、マッチング効果がない（母集団の夫婦の間では、妻の余暇に対する選好が夫の所得と相関しない）場合でも、夫の所得が妻の労働時間数に対する因果的効果が負であるとする、就業している妻のサンプルでは、夫の所得が妻の余暇にたいする選好と負の相関を持つことになる（マッチング効果があるように見える）ので、この相関を無視するOLSは、夫の所得の因果的効果を過大推定（例えば、負の因果的効果を絶対値で過小推定）してしまう危険がある。

第二に、夫の所得と妻の余暇に対する選好の一部を表す変数効果との間の相関を考慮した切断回帰モデル（相関変数モデル）を用い、データ切断とマッチングによる潜在的バイアスの回避を試みる。

本研究の構成は次のとおりである。Ⅱ節では分析に用いるデータを説明する。Ⅲ節では、武内〔2004〕と同様に、賃金を説明変数に含まない就業関数を推定し、就業志向変数を説明変数に加えると、夫の所得の負の効果が有意ではなくなるという、武内〔2004〕の知見が「消費生活に関するパネル調査」1993年-2006年でも得られることを確認する。Ⅳ節では、賃金を説明変数を含む労働供給関数の推定に用いる切断回帰モデルについて説明する。Ⅴ節では、労働供給関数の推定結

果を示し、賃金、データ切断、マッチングを考慮しても、結論に大きな変化がないことを確認する。Ⅵ節では結論を述べる。

Ⅱ データ

本研究が使用するデータは、(財)家計経済研究所が実施している「消費生活に関するパネル調査」の1993年から2006年までの14年間の個票である。この調査では、1993年より、調査開始時に20-30歳代の女性を対象とした追跡調査を行っている。

本研究は、3つのサンプルを使用する。サンプルAは、武内〔2004〕にならい、就業決定関数を推定するためのものである。このサンプルは、1993年の調査時点では未婚であったが、2005年までの13年の間に結婚し、夫の所得のデータが得られる既婚女性から成る。このサンプルは194人の女性、1359個観察値を含む。各変数は武内〔2004〕と同じである。武内〔2004〕との違いはサンプル期間が長いことである。

1993年の調査時点で未婚であることをサンプルセレクション条件の1つとする理由は、就業志向変数を作成するのに利用する既婚後の生活設計に関する質問が1993年の調査時点で未婚の女性に対して課されているからである。武内〔2004〕にならい、育児期後に無業を希望する女性を「専業主婦」志向、育児中は就業を中断し、育児後に再就職を希望する女性を「再就職」志向、就業継続を希望する女性を「両立」志向、子どもを望まず、かつ、無業継続を希望する女性を「無業継続志向」、子ども望まず、就業継続を希望する女性を「就業継続志向」とそれぞれ定義する²⁾。また、結婚した年度により観察期間が異なるため、結婚年数を説明変数に加えている。

サンプルBは、労働供給関数を推定するためのものである。サンプルAとの違いは、女性の結婚後の週当たり労働時間数が正である調査年の観察値のみを含む点である。正の労働時間数をサンプルセレクション条件の1つとして課す理由は、賃金を説明変数として利用するためである。このサ

ンプルは123人の女性、462の観察値を含む。武内〔2004〕には対応するサンプルがない。

サンプルCは、労働供給関数を相関変数効果切斷回帰モデルにより推定するためのものである。サンプルBとの違いは、1993年に未婚であるという条件を課さないという点である。このサンプルは1099人の女性、4540の観察値を含む。武内〔2004〕には対応するサンプルがない。

就業関数の被説明変数は、就業ダミーであり、労働供給関数の被説明変数は、週当たり労働時間数である。妻の週当たり労働時間のデータは区間データで与えられている³⁾。本研究は区間の中間値を労働供給時間数として使用する。

夫の所得変数としては、小原〔2001〕、武内〔2004〕と同様に、次年度の調査で回答されている夫の年収を使用する。各年の調査では夫の前年度の年収がたずねられているからである。

夫の（実質）所得の効果を配偶者特別控除制度の効果から識別するために、夫の（実質）所得だけでなく、夫の名目年間課税所得が1000万円未満であることを示すダミー変数と夫の（実質）所得との間の交差項も説明変数として用いる。これは、夫の名目年間課税所得が1000万円を超えるときには、夫は配偶者特別控除制度の恩恵を受けないからである。本研究は、夫の（実質）所得の主効果に着目する。

労働報酬を時給で得ている労働者の場合には、回答された時給を賃金として使用する。月給を得ている労働者の場合には、月給/（週当たり労働時間×4.33週）を賃金として使用する。賃金と夫の所得は2005年を基準年とする、各年度CPIにより実質化する。労働供給関数を推定するため

に用いるサンプルB、Cでは、時給が名目で600円より低い観察値をサンプルから外す。日本各地の最低賃金法に照らし合わせるとデータの正確性が疑問視されるからである。

賃金の非単調的な効果を考慮するために、賃金だけでなく、その自乗も説明変数として用いる。「103万円の壁」としてよく知られるように、既婚女性の年間所得が103万円を超えると、諸制度により、かえって世帯所得が低下してしまう。パートとアルバイトとして就労する妻の労働供給時間に与える賃金の効果は、夫の所得をコントロールした上でもマイナスであり、賃金が上昇すると労働供給時間を短縮して就業調整する傾向が確認されている〔大石 2003〕。

最後に、表3は、サンプルAを使用し、就業志向変数と夫の所得を示している。「専業主婦志向」の女性（夫の平均所得568万）は「両立志向」の者（夫の平均所得485万）と比較して、夫の所得水準が平均約80万円高いことがわかる。

Ⅲ 就業関数

本節では、武内〔2004〕と同様に、就業関数を推定し、夫の所得の効果を再検証する。表4は、武内〔2004〕の結果と整合的である。変数効果モデルでは、妻の就業志向をコントロールする前は、夫の所得の係数（-0.0006）は負で有意であるが、妻の就業志向をコントロールした後では、夫の所得の係数（-0.0005）は有意ではなくなる。就業志向をコントロールする前の夫の所得の係数（-0.0006）は、武内〔2004〕のそれ（-0.004）より絶対値でやや大きい。

表3 女性の就業志向と夫の所得

就業志向	観察数	夫の所得平均（万円）
専業主婦	251	568
再就職	465	552
両立	458	485
無業継続・子供を望まない	91	552
就業継続・子供を望まない	94	581

注）「消費生活に関するパネル調査」1993-2005年。1993年の調査時点で未婚であり、2005年までの13年間結婚し、夫の所得が確認できる女性のサンプル（194人の女性、1359の観察値）。

表4 女性の就業関数の係数推定値（サンプルA¹⁾）

被説明変数：就業ダミー変数

説明変数	変量効果ロジット (1)	変量効果ロジット (2)
夫の単年度所得	-0.0006* (0.00036)	-0.0005 (0.00037)
通勤時間	-0.086 (0.110)	-0.081 (0.110)
労働時間	-0.101** (0.052)	-0.106** (0.052)
夫・自営業	-0.077 (0.524)	-0.106 (0.522)
再就職	—	0.776* (0.459)
両立	—	0.629 (0.456)
無業継続・子供を望まない	—	0.582 (0.693)
就業継続・子供を望まない	—	0.187 (0.676)
本人・年齢	-0.924*** (0.104)	-0.918*** (0.106)
就業経験年数	1.032*** (0.085)	1.027*** (0.086)
結婚年数	-0.553*** (0.096)	-0.540*** (0.096)
中学校卒	-1.663* (0.921)	-1.590* (0.912)
短大・高専卒	1.554*** (0.388)	1.590*** (0.387)
大学・大学院卒	4.381*** (0.566)	4.366*** (0.566)
乳児（0歳）	-2.606*** (0.375)	-2.602*** (0.374)
子供（1-3歳）	-1.554*** (0.326)	-1.559*** (0.326)
子供（4歳-入学前）	-0.069 (0.456)	-0.085 (0.456)
低学年（6-8歳）	0.179 (0.571)	0.148 (0.570)
高学年（9歳-）	1.977** (0.771)	1.916** (0.765)
親との同居	0.689* (0.389)	0.642* (0.388)
住宅ローン有	-0.315 (0.261)	-0.331 (0.260)
政令指定都市	0.249 (0.346)	0.328 (0.347)
町村	0.398 (0.411)	0.411 (0.407)
対数尤度比検定統計量	69.06	62.95
P値	0.000	0.000

注) 1) 『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年の調査時点で未婚女性であり、2005年までの13年間結婚し、夫の所得が確認できる女性のサンプル（194人の女性、1359の観察値）。

2) () 内は標準誤差，*は10%，**は5%，***は1%水準で有意。

就業志向変数の係数は武内〔2004〕と質的にやや異なる。「再就業」志向の係数は正、かつ有意である。一方、武内〔2004〕では、「再就業」志向の係数は負、かつ有意である。この違いは、武内〔2004〕のサンプルは短い観察期間（1994年-1997年の4年間）観察期間であり、子供の年齢が低いことに起因すると考えられる。「両立」志向の係数は武内〔2004〕と同様に、正であるが、有意ではない。

IV 相関変量切断効果モデル

本節では、労働供給関数の推定に用いる切断回帰モデルについて説明する。労働時間と賃金は、就業者についてのみ観察される。本研究は、切断回帰モデルを用い、データ切断に起因する潜在的なサンプル・セレクション・バイアスを回避する。更に、相関変量効果を考慮した切断回帰モデルを用い、マッチングによる潜在的なバイアスの回避をも試みる。

まず、既婚女性*i*の*t*時点での労働供給関数を次のようにモデル化する。

$$(1) \quad Y_{it}^* = \beta X_{it} + \delta z_{it} + u_{it} \\ u_{it} | X_{it}, z_{it} \sim N(0, \sigma_u^2) \\ Y_{it} = Y_{it}^* \quad \text{if } Y_{it}^* > 0 \\ = \cdot \quad \text{if } Y_{it}^* \leq 0$$

ここで、 Y_{it} は妻の観察される労働供給時間、 Y_{it}^* は妻の潜在的な労働供給時間、 z_{it} は夫の所得である。 u_{it} は誤差項であり、各説明変数と互いに独立であり、正規分布に従うと仮定する。

X_{it} は、賃金、賃金の自乗、就業志向、年齢、年齢別子供の有無、夫婦の親との同居、本人の学歴、夫の職業、住宅ローンの有無、大都市の居住を含む。

また、 u_{it} は誤差項であり、各説明変数と互いに独立であり、正規分布に従うと仮定すると、通常の切断回帰モデルが得られる。

就業志向変数が余暇に対する選好の代理変数として相応しくない場合には、誤差項と夫の所得の

間に相関が生じる。この相関を考慮するために、以下の工夫を行う。

$$(2) \quad \mu_{it} = \gamma \frac{1}{T_i} \sum_{t=1}^{T_i} Z_{it} + v_{it}$$

$$(3) \quad \mu_{it} = \gamma \frac{1}{T_i} \sum_{t=1}^{T_i} Z_{it} + \tau \frac{1}{T_i} \sum_{t=1}^{T_i} w_{it} + \varepsilon_{it}$$

(2) 式は夫の所得と妻の余暇に対する選好との中の相関を考慮するために、誤差項を夫の所得のサンプル期間中の平均値に関連に付ける仮定である。 γ は（夫と妻の間のマッチングにより生じる）夫のサンプル期間中の平均所得と妻の余暇に対する選好との中の相関関係を表す。この式は、①余暇に対する選好は不変である。②結婚を決める際、相手の将来の所得を完全に予見できない、したがって、将来の毎期の夫の所得の変動は完全に外生的であり、妻の労働供給時間と無相関であると仮定している。

(3) 式は(2)式に代わる仮定であり、誤差項と賃金の相関関係をも考慮するために、誤差項を賃金のサンプル期間中の平均値にも関連付ける仮定である。 w_{it} は賃金であり、 τ はサンプル期間中の平均賃金と観察不可能な余暇に対する選好との中の相関関係を表す。賃金に影響を与える観察不可能な能力が高いほど、労働供給に影響を与える観察不可能な余暇に対する選好が弱い可能性を考慮したものである。最後に、(2)式の v_{it} と(3)式の ε_{it} は正規分布に従うと仮定する。

この相関変量効果モデルの推定に際しては、同一個人*i*の異なる時点*t*間で相関する可能性がある。このため、個人*i*の観察値をクラスターとし、モデルのパラメーター推定値の標準誤差のクラスタリング修正を行う。

V 推定結果

表5は、サンプルBを用い、妻の労働供給関数

表5 女性の労働供給関数の係数推定値（サンプルB¹⁾）

被説明変数：週当たり労働時間数

説明変数	OLS	変量効果OLS	変量効果OLS (賃金を除外)	固定効果	切断帰帰	相関変量切断帰帰
実質賃金	0.016*** (0.004)	0.014*** (0.005)	—	0.011* (0.006)	0.017*** (0.004)	0.016*** (0.004)
賃金の自乗	-5.56e-06*** (1.06e-06)	-5.30e-06*** (1.26e-06)	—	-4.75e-06*** (1.43e-06)	-5.69e-06*** (1.09e-06)	-5.50e-06*** (1.13e-06)
夫の単年度所得	0.001 (0.001)	0.002 (0.002)	0.001 (0.002)	0.002 (0.002)	0.001 (0.001)	0.00003 (0.001)
通勤時間	-1.078* (0.643)	-0.943 (0.577)	-0.945 (0.584)	-1.102* (0.661)	-1.082* (0.618)	-1.127* (0.624)
労働時間	0.190 (0.240)	0.116 (0.164)	0.254 (0.181)	0.176 (0.154)	0.191 (0.231)	0.183 (0.230)
夫・自営業	4.279*** (1.412)	6.294** (1.940)	5.512*** (1.719)	5.791** (2.954)	4.263*** (1.358)	4.180*** (1.356)
再就職	0.412 (1.549)	-0.870 (2.287)	-1.035 (2.173)	—	0.426 (1.489)	0.409 (1.488)
両立	0.391 (1.475)	-0.257 (2.362)	-0.031 (2.106)	—	0.413 (1.415)	0.416 (1.419)
無業継続・子供を 望まない	-3.505** (1.919)	-4.945** (2.519)	-2.899 (2.600)	—	-3.521* (1.844)	-3.419* (1.847)
就業継続・子供を 望まない	3.980* (2.306)	4.097 (3.141)	2.949 (3.052)	—	4.008* (2.211)	3.827* (2.223)
本人・年齢	-0.072 (0.332)	-0.551 (0.605)	-0.992** (0.449)	—	-0.071 (0.320)	-0.123 (0.329)
就業経験年数	1.343*** (0.329)	1.699*** (0.493)	1.808*** (0.326)	2.175** (0.950)	1.352*** (0.317)	1.392*** (0.324)
結婚年数	-0.621 (0.446)	-1.467** (0.644)	-1.474*** (0.528)	—	-0.625 (0.429)	-0.636 (0.429)
中学校卒	-7.909** (3.982)	-8.608* (4.779)	-7.128* (3.918)	—	-7.992** (3.874)	-8.039** (3.871)
短大・高専卒	5.625*** (1.338)	4.599** (1.987)	4.038** (1.855)	—	5.661*** (1.288)	5.573*** (1.278)
大学・大学院卒	6.975*** (2.188)	9.860*** (3.302)	9.113*** (2.618)	—	6.991*** (2.105)	7.064*** (2.112)
乳児（0歳）	-5.651** (2.696)	-5.369* (2.810)	-3.828 (2.556)	3.811 (3.121)	-5.674** (2.594)	-5.529** (2.609)
子供（1-3歳）	-1.616 (1.398)	-0.570 (1.569)	-0.789 (1.406)	1.173 (1.977)	-1.616 (1.341)	-1.503 (1.343)
子供（4歳-入学前）	-1.299 (1.555)	-4.945** (2.519)	1.231 (1.801)	4.361 (2.806)	-1.307 (1.491)	-1.245 (1.493)
低学年（6-8歳）	-3.393* (1.831)	-0.816 (2.626)	-1.256 (2.188)	2.158 (3.454)	-3.440* (1.764)	-3.357* (1.775)
高学年（9歳-）	1.132 (2.079)	1.052 (3.269)	2.823 (2.827)	3.318 (5.138)	1.128 (1.999)	1.160 (2.002)
親との同居	-0.015 (1.433)	-0.821 (1.227)	-0.630 (1.428)	-1.259 (1.853)	-0.041 (1.378)	-0.017 (1.373)
住宅ローン有	1.432 (1.059)	1.197 (1.073)	0.996 (1.012)	1.076 (1.297)	1.434 (1.018)	1.295 (1.043)
政令指定都市	0.848 (1.305)	-0.223 (1.905)	1.216 (1.781)	-2.885 (2.855)	0.858 (1.256)	0.935 (1.250)
町村	3.817*** (1.419)	-0.754 (3.019)	0.041 (2.363)	-6.033 (8.133)	3.829*** (1.360)	3.898*** (1.357)

注) 1) 『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年の調査時点で未婚であり、2005年までの13年間結婚し、夫の所得が確認できる女性のサンプル（123人の女性、462の観察値）。

2) () 内は標準誤差，*は10%，**は5%，***は1%水準で有意。

表6 相関変量切断回帰 (サンプルC¹⁾)

被説明変数: 週当たり労働時間数

説明変数	OLS	固定効果	切断回帰	相関変量 切断回帰 (1)	相関変量 切断回帰 (2)
実質賃金	0.009*** (0.001)	-0.009*** (0.001)	0.014*** (0.004)	0.014*** (0.005)	0.004 (0.004)
賃金の自乗	-1.73e-06*** (3.09e-07)	-6.43e-07*** (2.16e-07)	-3.25e-06** (1.59e-06)	-3.26e-06** (1.60e-06)	-2.21e-06* (1.28e-06)
夫の所得<1000万円	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.0004 (0.0012)	-0.0002 (0.0012)
夫の単年度所得	-0.003*** (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.003*** (0.001)	-0.001 (0.001)	-0.001 (0.001)
夫の平均所得	—	—	—	-0.004** (0.002)	-0.005*** (0.002)
妻の平均賃金	—	—	—	—	0.010*** (0.002)
年齢	-0.023 (0.051)	1.795*** (0.578)	-0.017 (0.053)	-0.006 (0.053)	-0.026 (0.052)
中学校卒	0.595 (0.995)	—	0.624 (1.021)	0.512 (1.019)	0.647 (1.026)
短大高専卒	1.249*** (0.384)	—	1.134*** (0.415)	1.180*** (0.414)	0.771** (0.390)
大卒	4.089*** (0.678)	—	3.857*** (0.749)	4.000*** (0.744)	3.210*** (0.699)
子供 (0歳)	-0.316 (1.661)	-7.439*** (1.845)	-0.682 (1.658)	-0.714 (1.661)	-1.100 (1.646)
子供 (1-3歳)	-1.539** (0.756)	-4.439*** (1.169)	-1.622** (0.759)	-1.661** (0.761)	-1.793** (0.759)
子供 (4歳-入学前)	-2.820*** (0.709)	-5.169*** (1.389)	-2.832*** (0.716)	-2.861*** (0.717)	-2.781*** (0.787)
低学年 (6歳-8歳)	-4.367*** (0.633)	-5.186*** (1.542)	-4.397*** (0.646)	-4.410*** (0.646)	-4.172*** (0.633)
高学年 (9歳-)	-3.622*** (0.626)	-3.882** (1.744)	-3.587*** (0.645)	-3.587*** (0.645)	-3.121*** (0.620)
住宅ローン有	-0.857** (0.358)	0.264 (0.539)	-0.895** (0.364)	-0.834** (0.365)	-0.759** (0.360)
親との同居	3.494*** (0.400)	-0.107 (0.925)	3.499*** (0.409)	3.513*** (0.410)	3.539*** (0.400)
(夫) 自営業	1.649** (0.761)	0.581 (1.223)	1.699** (0.768)	1.675** (0.769)	1.356* (0.766)
家族就業	-4.069*** (1.204)	-1.216 (2.043)	-3.967*** (1.232)	-4.052*** (1.229)	-3.708*** (1.164)
政令指定都市	-0.646 (0.465)	-1.079 (1.802)	-0.749 (0.481)	-0.716 (0.481)	-0.658 (0.470)
町村	3.307*** (0.428)	1.101 (1.215)	3.376*** (0.430)	3.335*** (0.431)	3.333*** (0.424)

注) 1) 『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年-2005年の観察期間に同一配偶者を持つ既婚女性のサンプル(1099人の女性, 4540の観察値)。

2) () 内は標準誤差, *は10%, **は5%, ***は1%水準で有意。

の推定した結果を示している。OLS, 変量効果モデル, 切断回帰モデルのいずれにおいても, また, 就業志向変数を説明変数に加えるか否かにかかわらず, 夫の所得の係数は正であるが, 有意で

ない。固定効果モデルでも夫の所得の係数は有意でない。

賃金を説明変数から外しても結果は変わらない。表5には賃金を説明変数から外した変量効果モデ

ルの推定結果を示している。

表6は、サンプルCを用い、最終モデルである、相関変量効果切断回帰モデルの推定結果を示している。参考までに、OLS、固定効果モデル、切断回帰モデルの結果も示している。

相関変量効果切断回帰モデルでは、夫の所得の純粹効果は、夫の当該年度所得の係数でとらえられる。賃金の内生性を考慮しない相関変量切断回帰モデル（1）、賃金の内生性を考慮したモデル（2）のいずれにおいても、夫の所得の係数は負であるが、有意ではない。この結果は女性の結婚相手の選択における配偶者への選好が「ダグラス＝有澤法則」の部分的説明を成す可能性と矛盾しない。

更に、賃金の内生性を考慮した相関変量回帰モデル（2）では、夫の平均所得の係数は、負で有意となる。これは、高所得の男性と余暇に対する選好の強い女性が結婚するという、マッチング効果を示唆している。

相関変量効果モデルの推定結果については、全く異なる解釈も可能である。動学的労働供給モデルでは〔Hyslop, 1999; Kuroda&Yamamoto, 2008〕、夫の生涯所得は妻の労働供給に影響を及ぼすが、不確実性がなく、夫の余暇が効用関数に含まれない場合には、夫の当該年の所得は妻の労働供給には影響を及ぼさないと予測される。しかし、表3の記述統計見ると、両立志向を持っている女性の夫の平均所得は専業主婦より80万円低い。これは、少なくとも「観察不可能な余暇に対する選好の強い女性が高所得の男性と結婚する」という本研究の仮定と整合的である。

表7は、相関変量切断回帰モデル（2）の推定結果に基づき、限界効果を報告している。ここでは、労働時間数が正であるという条件の下で各説明変数の変化が労働時間数に与える限界効果を推定している。夫の年間所得が1万円増えると、妻の週あたり労働時間数が0.001時間減ることを示される。ただし、有意ではない。

参考までに、表6のOLSおよび切断回帰モデルの推定結果を見ると、夫の所得の効果が有意で負になっている。しかし、それが夫の所得の妻の労働供給に与える因果的效果を表すのか、あるいは、高所得の男性と余暇に対する選好の強い女性が結婚するマッチング効果を表すのかは、これらのモデルからはわからない。

表7 相関変量切断回帰モデル(2)の限界効果 (サンプルC¹⁾)

被説明変数：週あたり労働時間数

説明変数	限界効果
実質賃金	0.004 (0.004)
夫の単年度所得	-0.001 (0.001)
夫の平均所得	-0.005*** (0.002)
妻の平均賃金	0.010*** (0.002)
大学卒	3.210*** (0.699)
子供（4歳－入学前）	-2.781*** (0.707)
低学年（6歳－8歳）	-4.172*** (0.633)
高学年（9歳－）	-3.121*** (0.621)
親との同居	3.539*** (0.400)
町村	3.333*** (0.424)
(夫) 家族就業	-3.708*** (1.164)

注) 1) 『消費生活に関するパネル調査』1993-2005年。1993年-2005年の観察期間に同一配偶者を持つ既婚女性のサンプル（1099人の女性、4540の観察値）。

2) () 内は標準誤差, *は10%, **は5%, ***は1%水準で有意。

固定効果の推定結果では、夫の所得の効果が負であるが、有意ではない。この結果も、取り除かれた固定効果（個人の余暇に対する選好）と夫の所得との間には負の相関がある可能性を示しており、「ダグラス＝有澤法則」の「第一法則」は、マッチングの効果を反映する可能性を示している。

次に、そのほかの変数の効果を概観する。賃金の効果は定式化により質的に異なる。OLS、切断回帰モデル、相関変量切断回帰モデル（1）では、賃金の係数は有意に正である。固定効果モデルでは、賃金の係数は、負かつ有意となる⁴⁾。相関変量切断回帰モデル（2）では、賃金の係数は正であるが、有意ではない。

妻の学歴は労働供給時間数を引き上げる。住宅ローンは負の効果を持つ。夫が自営業である場合には、妻の労働供給時間数が増加するが、夫の自営業を支援する家計内就業と考えられる。一方、夫が家族従業者であれば、妻の労働供給は減少する。また、子供なしと比べて子供がいる妻は労働供給時間数が少ない。親と同居している妻の労働供給時間数はほかの妻と比べ多い。政令指定都市などの大都市圏に居住する妻は通勤時間が長いなど、就業の機会費用が高いので、労働供給時間数が少ないと予想される。推定結果はこれと整合的であるが、有意ではない。

VI 結論

本研究は、「消費生活に関するパネル調査」からのパネルデータを使用し、「ダグラス=有澤法則」の「第一法則」を再検証する。武内〔2004〕は、女性の結婚選択における配偶者の選好が「第一法則」の部分的説明を成す可能性を示している。しかし、労働供給の重要な説明変数である賃金を用いず、妻の就業経験年数と学歴ダミーを代理変数として使っている、小さなサンプルを使っているといった問題がある。本研究は、1993年から2006年までの14年間のより大きなサンプルを用い、賃金をコントロールした上でも武内〔2004〕の結論に大きな変化がないことを確認する。その際、データ切断とマッチングによる潜在的バイアスの回避を試みている。

最後に、本研究に残された課題を述べておきたい。第一に、本研究では配偶者特別控除の夫の所得要件を考慮したが、所得税制度のほかの側面と社会保障制度も考慮する必要がある。第二に、異なる定式化により賃金の係数が安定しない原因を探る必要がある。

(平成23年 4 月投稿受理)

(平成23年11月採用決定)

謝辞

指導教員の大森義明先生に心より感謝を申し上げます。3名の匿名のレフェリーから大変有益なコ

メントを賜ったことにお礼を申し上げます。(財)家計経済研究所から「消費生活に関するパネル調査」の個票データの貸与を受けた、感謝いたします。本研究にあり得る責任のすべては筆者にある。

注

- 1) 武内〔2004〕は、就業志向変数を説明変数に含む就業関数を推定する際には、1993年に未婚であり、97年までの4年間に結婚し、夫の所得が確認できる女性の141人、341個観察値を使用する。
- 2) 1993年の調査票は、子供を望む未婚者に対し「仕事について、現在どのようにお考えですか？①出産前、②子供が小さい間、③子供が大きくなってから、次の3つの段階についてお答え下さい」および子供を望まない未婚者に対し「仕事について、したいかしたくないか」それぞれと質問している。これらの質問に対する回答5つの選択肢（「1. 正社員で働きたい」、「2. パートで働きたい」、「3. 家でできる仕事をしたい」、「4. 必ずしも働かなくてよい」、「5. 働きたくない」）から選ぶようになっている。本研究では、②子供が小さい間と③子供が大きくなってからの両段階について選択肢1, 2, 3のいずれかを選ぶ女性を「両立志向」とであると定義する。②子供が小さい間は選択肢4または5を選び、③子供が大きくなってからは1, 2, 3のいずれかを選ぶ女性を「再就業志向」とであると定義する。②子供が小さい間は選択肢4または5を選び、③子供が大きくなってからは選択肢4または5を選ぶ女性を「専業主婦志向」とであると定義する。
- 3) 女性の週当たり労働時間に関しては、1993年の調査票では、具体的な労働時間数を得られる。しかし、1994年以降は週当たりの労働時間数が区間データになっている。
- 4) Griliches〔1979〕は、説明変数に測定誤差があるときに固定効果推定を行うと、OLSよりも深刻なバイアスが生じる可能性を指摘している。

参考文献

- 大石亜希子（2003）「有配偶女性の労働供給と税制・社会保障制度」『季刊社会保障研究』Vol.39, No.3, pp.286-300.
- 小原美紀（2001）「専業主婦は裕福な家庭の象徴か？一妻の就業と所得不平等に税制が与える影響」『日本労働研究雑誌』No.493, pp.15-29.
- 川口 章（2002）「ダグラス=有澤法則は有効なのか」『日本労働研究雑誌』44(4), pp.18-21. 2002
- 武内真美子（2004）「女性就業のパネル分析」『日

- 本労働研究雑誌』No.527, pp.76-88.
- Griliches, Zvi. (1979) 「Estimating the Returns to Schooling : Some Econometric Problems.」 *Econometrica*, 45(1), pp.1-22.
- Hyslop, Dean R. (1999) 「State Dependence, Serial Correlation and Heterogeneity in Intertemporal Labor Force Participation of Married Women」 *Econometrica*, 67(6).
- Kuroda. S. and Yamamoto. I. (2008) 「Estimating Frisch labor supply elasticity in Japan」 *Journal of the Japanese and International Economies*, 22(4) : pp.566-585.
- Mincer. J. (1962) 「Labor Force Participation of Married Women : A Study of Labor Supply」 *Aspects of Labor Economics*, Princeton University Press.
- Mroz, Thomas A. (1987) 「The sensitivity of an Empirical Model of Married Women's Hours of Work to Economic and Statistical Assumptions」 *Econometrica*, 55(4), pp.765-99.
- Wooldridge. Jeffrey. M. (2002) *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, pp.577-585, MIT Press.
- (Zhang Shiying 横浜国立大学国際社会科学部科学研究科博士課程後期)

子どもの医療費助成・通院・健康

別所 俊一郎

I はじめに

日本の地方政府はさまざまな業務を行っている。なかでも所得再分配の執行において地方政府の果たす役割は大きいし、地方単独事業として所得再分配的な政策を施行している。医療分野においても地方単独事業は存在する。子育て世帯の経済的負担の軽減と子どもの保健や福祉の充実を目的とし、公的医療保険の自己負担分を助成する乳幼児医療費助成制度¹⁾はその一例である。本稿ではこの助成制度が子どもの通院行動と健康に与える効果を検証する。

乳幼児医療費助成は、1961年に岩手県沢内村（現・西和賀村）に導入されて以来、90年代半ばにはすべての都道府県で実施され〔西川・山崎 2010〕、多くの地域で未就学児までが助成の対象となっている。にもかかわらず、多田〔2005〕、岩本〔2010〕を数少ない例外として、その効果について定量的な分析は多くない。本稿はこのギャップを埋めようとするものである。合衆国では、子どもの社会経済的地位と健康状態に正の相関が見られる〔Case et al. 2002, Currie and Stabile 2003, Condliffe and Link 2008〕ことから、低所得者向けのメディケイド（Medicaid）の効果が研究されてきた〔e.g., Currie and Gruber 1996, Dafny and Gruber 2005〕。Buchmueller et al.〔2005〕はそれまでの研究を概観し、Medicaidの対象となると子どもの年間外来回数が約1回増加するとまとめている。Currie et al.〔2008〕はこのような制度が社会経済的地位と健

康状態の正の相関を弱め、健康状態の向上に寄与する効果をもつことを示している。Medicaidの対象となるほど低所得ではないが民間保険を購入する経済的余地の少ない世帯の子どもの対象とするSCHIP（State Children's Health Insurance Program）も医療サービスへのアクセス改善に寄与してきた〔Davis 2005〕。

本稿の目的は、乳幼児医療費助成制度の地域的な差異を用い、個票データを使って、日本におけるこの助成が子どもの保健や福祉の充実、具体的には医療サービス消費と健康状態に与える効果を検討することにある。

本稿の貢献は2つある。ひとつは、医療サービス消費への医療費助成の影響を個票を用いて推定したことである。すでに多田〔2005〕が受療率を用いて、岩本〔2010〕が医療費を用いて乳幼児医療費助成制度の医療サービス消費へのプラスの効果を検出しているが、いずれも都道府県ごとの集計データを用いており、それぞれの子どもの社会経済的地位を十分に反映できてはいない。本稿では子どもの属する世帯の属性を制御した推定を行っている。いまひとつの貢献は、子どもの健康状態への効果を推定している点である。医療費助成が医療サービスへのアクセスを改善し、早期の治療等を通じて子どもの健康状態を改善していれば、医療サービス消費は必ずしも増加しないかもしれないから、医療サービス消費への影響とともに健康状態への効果を検討することには意味があろう。

推定結果とその示唆は以下のようにまとめられる。第1に、医療費助成の影響は、小学生（7歳

～12歳)の調査時点での通院確率に正の効果を与える。その大きさは約8%ポイントであり、通院確率は17%であるから、無視できる大きさではない。第2に、このような効果は未就学児(3歳～6歳)には統計的には検出されず、小学生でも男子や低所得者世帯では検出されない。第3に、主観的な健康評価や、過去1か月に床についたり普段の活動ができなかったりすることへの影響は、統計的には有意には検出されない。それゆえ、乳幼児医療費助成の医療費や受療率への影響を検討している多田〔2005〕や岩本〔2010〕と異なり、本稿の結果は、この助成が未就学児の医療サービス消費や健康状態に与える効果は限定的であることを示唆している。

本稿の構成は以下のとおりである。つづく第Ⅱ節では乳幼児医療費制度の概要を説明し、用いるデータを第Ⅲ節で説明する。通院行動への影響は第Ⅳ節で、健康状態への影響は第Ⅴ節で検討される。第Ⅵ節はまとめに充てられる。

Ⅱ 乳幼児医療費助成制度

1 概要

子どもは一般には公的医療保険制度では被保険者の被扶養者の立場にあり、その医療給付に関する自己負担率は義務教育就学前まで20%、就学後30%である。乳幼児医療費助成制度とは、子どもの保健・福祉を充実し、子育て世帯の経済的負担を軽減するために、子どもにかかる医療費の自己負担分を都道府県と市町村で助成する制度である。2000年前半時点ですべての都道府県がこの助成を実施しているから、どの市町村においてもなんらかの助成を受けることができる。実施主体は市町村であり、市町村は都道府県の設定する助成制度を拡充している場合も多いため、市町村ごとに実際に受けられる助成は異なる。すべての都道府県で実施されているものの、地方単独事業であるため中央政府からの補助や交付税措置は行われていない。

本稿で依拠する地方政府の乳幼児医療費助成制度の情報は、「加除式全国市町村医療費助成制度

一覧」(国民健康保険中央会編集，社会保険出版社発行)から得た，2008年4月30日時点のものである。この一覧は都道府県・市区町村の医療費助成事業について、乳幼児を対象とするもの以外を含めた情報を提供している。得られる情報は、助成の対象者の範囲、所得制限の内容、助成の内容と方法、診療報酬明細書での表示である。また、実施主体である市町村へは都道府県から補助が行われており、都道府県の設定する助成の範囲については都道府県と市町村が費用を折半していることが多いこともわかる。

本稿の検討の対象は、医療費助成制度のうち乳幼児や青少年少女一般を対象とする助成制度であり、「乳幼児医療費助成事業」といった名称が付されている事業である。対象とする子どもの年齢は12歳(小学校卒業)までとする²⁾。12歳までの乳幼児や青少年少女が対象者に含まれる医療費助成事業であっても、障害者、ひとり親家庭の子ども、難病等の特定疾患を持つ子ども、被爆者の子ども等、特定の子どものとくに対象とする事業は本稿の検討の範囲外である。また、妊産婦を対象とする助成も対象としない。

乳幼児医療費助成制度は、助成の対象者の範囲、所得制限の内容、助成の内容と方法によって特徴付けられる。本稿では助成の対象者範囲、とりわけ助成の対象となる上限年齢に注目する。しかし、都道府県間・市町村間での制度の差異は年齢だけで単純に決定されるものではない。入院と外来で異なる年齢が適用されることもあるし、世帯内の子どもの数・児童手当の給付・所得税・市町村民税や入院日数・外来回数によっても異なる。助成方法は現物給付と償還払いに大別される。これも、現物給付を基本としつつ、市町村外・都道府県外や指定外医療機関での受診のときには償還払いとする、といった規定を置くところもある。

2 都道府県の設定する助成

都道府県単位で実施している乳幼児医療費制度の対象者と所得制限の概略は表1に示されている。

都道府県が定める対象者の範囲について3点指摘できよう。第1に、対象者の範囲を未就学児と

表1 都道府県の乳幼児医療費助成制度の概略

都道府県	対象者範囲 入院	外来	所得制限
北海道	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
青森	未就学児	3歳児まで	児童手当に準拠
岩手	未就学児	未就学児	児童手当に準拠*
宮城	未就学児	3歳未満	別に定める
秋田	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
山形	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
福島	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
茨城	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
栃木	小学校3年生	小学校3年生	なし
群馬	中学校卒業まで	未就学児	なし
埼玉	未就学児	未就学児	あり
千葉	未就学児	4歳未満	なし
東京	中学校卒業まで	中学校卒業まで	児童手当に準拠
神奈川	中学校卒業まで	未就学児	児童手当に準拠
新潟	小学校卒業まで	3歳児まで	1歳以上は児童手当に準拠
富山	未就学児	3歳児まで	なし
石川	未就学児	3歳児まで	児童手当
福井	3歳未満	3歳未満	なし
山梨	未就学児	5歳未満	なし
長野	未就学児	未就学児	なし
岐阜	未就学児	未就学児	なし
静岡	未就学児	未就学児	あり
愛知	中学校卒業まで	未就学児	なし
三重	未就学児	4歳未満	児童手当に準拠
滋賀	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
京都	小学校卒業まで	未就学児	なし
大阪	未就学児	2歳児まで	児童手当に準拠
兵庫	小学校3年生まで	小学校3年生まで	児童手当に準拠
奈良	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
和歌山	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
鳥取	未就学児	未就学児	なし
島根	未就学児	未就学児	3歳以上は児童手当に準拠
岡山	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
広島	未就学児	未就学児	児童手当に準拠
山口	未就学児	未就学児	父母の市町村税による
徳島	7歳未満	7歳未満	児童手当に準拠
香川	6歳未満	6歳未満	児童手当に準拠
愛媛	未就学児	未就学児	なし
高知	未就学児	未就学児	父母の市町村税による
福岡	未就学児	3歳未満	なし
佐賀	未就学児	3歳未満	なし
長崎	未就学児	未就学児	なし
熊本	4歳未満	4歳未満	児童手当に準拠
大分	未就学児	未就学児	なし
宮崎	未就学児	3歳未満	なし
鹿児島	6歳未満	6歳未満	なし
沖縄	5歳未満	3歳未満	なし

出典)「全国市町村医療費助成制度一覧」より作成。対象者範囲・所得制限ともに、世帯内の子どもの数等に依存する等、より複雑な規定を置く都道府県もある。

している都道府県が多い。入院については33道府県、外来については26道府県が対象を未就学児としている。第2に、対象者の範囲が入院と外来で異なる府県が17あり、いずれも入院の場合のほうが対象者が広い。これは、一般に入院は外来に比べて医療費がかさむため、より効率的な所得再分配を行うためであろう。第3に、19府県が所得制限を設けていない。所得制限を設けている残りの都道府県の多くは、児童手当の特例給付と同じ所得制限額を用いている。厚生労働省の児童手当事業年報から推計すると近年では80%以上の児童が児童手当の対象となっているから、対象者の範囲に入っている子どものうち、所得制限によって助成を受けられない比率はそれほど多くないと推測される。

3 市町村の設定する助成

市町村による助成拡充の方法は、助成の対象となる上限年齢の引き上げ、所得制限の解除、食療養費への助成の追加等である。これらの拡充により、ひとつの都道府県内であっても居住する市町村が異なれば適用される医療費助成制度は異なる。

そこで、2008年4月時点で各都道府県の各年齢の子どものどれほどが医療費助成（外来）の対象になっているかを推計した。推計にあたっては、市町村の助成の拡充のうち適用上限年齢の引き上げのみを考慮し、所得制限や、ひとり親家庭の子どもに対する助成などの他の助成制度は考慮していない。また、市町村にいる子どもの数は、2005年時点での3歳下の人口と等しい（たとえば、2008年の12歳人口は2005年の9歳人口に等しい）と仮定して、2005年国勢調査の結果を用いた。

3歳・6歳・7歳・9歳・12歳についての推計結果は表2に示されている。市町村による制度の拡充により、所得制限を考慮しなければ6歳児のすべてが助成の対象となる都道府県が多い。富山・石川・福井・佐賀の各県は、都道府県の設定する上限年齢は低いものの、ほとんどの市町村が上限年齢を引き上げているために、6歳児のほとんどが助成の対象となっている。宮城・千葉・新潟・

大阪の府県でも同様の傾向がみられる。他方、7歳以上の就学児への助成については市町村間でばらつきが見られ、その結果、6歳と7歳（未就学と就学）で助成の対象となる比率に大きな差がみられる。

Ⅲ データ

本稿では、2007（平成19）年「国民生活基礎調査」の個票を用いる。本稿の対象は、入院していない3歳から12歳までの子どもである。ひとり親世帯の子どもは他の助成の対象となることが多いから、ここでは核家族世帯・三世帯家族に分析を限定する。サンプルサイズは53,562である。2歳以下の乳幼児は、すべての都道府県で医療費助成の対象となっているから、検討の対象としない。ただし、以下の分析では欠損値によってサンプルサイズが減少する場合がある。

「国民生活基礎調査」では医療サービス消費に関するいくつかの質問が健康票に設定されている。入院していない3歳から12歳までの子どもが保護者の協力のもとで回答する、医療サービス消費についての質問は以下の3つである。第1は、ここ数日の自覚症状の有無を問う質問の更問いの、「最も気になる症状に対してなんらかの治療をしていますか」である。回答は複数回答可能な多岐選択方式であり、その選択肢の1つが「病院・診療所に通っている」である³⁾。第2は、「現在、傷病で病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか」である。「通っている」と答えた場合には、原因となる傷病も多岐選択式で質問される。第3は、「5月中に病気やけが等で支払った費用はありましたか。支払った費用があった場合には、千円未満を四捨五入して記入してください」である。

本稿ではこれら3つの質問のうち、最初の2つの質問に注目する。第3の質問が尋ねている「支払った費用」は、医療サービス消費「量」をより正確に反映すると考えられるかもしれないが、消費「量」の決定は消費者の意思決定だけでなく医療者の判断が必要となること、この質問での費用

表2 乳幼児医療費助成の対象となる比率（外来，推計値）

都道府県	3歳	6歳	7歳	9歳	12歳
北海道	100.0	100.0	6.6	7.1	6.9
青森	100.0	5.4	1.8	1.8	1.6
岩手	100.0	100.0	2.9	0.0	0.0
宮城	94.2	76.4	2.6	2.6	2.5
秋田	100.0	100.0	8.0	7.7	8.2
山形	100.0	100.0	0.6	0.6	0.0
福島	100.0	100.0	4.7	3.9	3.1
茨城	100.0	100.0	7.4	7.5	7.9
栃木	100.0	100.0	100.0	100.0	10.1
群馬	100.0	100.0	100.0	100.0	46.3
埼玉	100.0	100.0	14.6	11.6	10.0
千葉	100.0	88.8	0.0	0.0	0.0
東京	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
神奈川	100.0	100.0	8.6	8.6	0.3
新潟	100.0	87.9	2.9	2.7	2.8
富山	100.0	100.0	16.6	16.6	10.2
石川	100.0	100.0	41.1	37.2	36.1
福井	100.0	100.0	1.1	1.2	1.2
山梨	100.0	43.4	34.3	33.5	33.1
長野	100.0	100.0	33.4	31.8	19.6
岐阜	100.0	100.0	61.3	60.9	59.6
静岡	100.0	100.0	26.7	9.9	8.5
愛知	100.0	100.0	59.6	58.1	39.1
三重	100.0	44.0	1.6	1.7	0.4
滋賀	100.0	100.0	1.7	1.4	1.4
京都	100.0	100.0	4.0	4.3	0.8
大阪	95.4	81.2	3.5	0.0	0.0
兵庫	100.0	100.0	100.0	100.0	38.9
奈良	100.0	100.0	0.3	0.2	0.3
和歌山	100.0	100.0	1.8	1.5	0.8
鳥取	100.0	100.0	17.2	16.7	18.0
島根	100.0	100.0	4.1	4.4	4.4
岡山	100.0	100.0	23.7	24.3	13.4
広島	100.0	100.0	24.0	24.0	23.3
山口	100.0	100.0	0.9	0.9	1.0
徳島	100.0	100.0	18.9	11.8	1.0
香川	100.0	9.9	7.7	1.5	2.0
愛媛	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
高知	100.0	100.0	3.0	3.6	3.1
福岡	86.3	64.0	0.0	0.0	0.0
佐賀	99.0	97.2	0.0	0.0	0.0
長崎	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
熊本	100.0	99.6	14.2	13.6	3.6
大分	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
宮崎	42.4	15.5	0.1	0.1	0.1
鹿児島	100.0	58.2	4.2	4.4	0.0
沖縄	41.5	8.5	0.6	0.7	0.7

出典)「全国市町村医療費助成制度一覧」より作成。外来について、各市町村の助成上限年齢より低い子どもの県内シェアを推計したもの。市町村の各年齢の人口は、2005年国勢調査における当該年齢の3歳下の年齢に等しいと仮定している。所得制限や、他の医療費助成制度は考慮していない。

には市販の薬への支払いも含まれていることから、本稿では分析の対象としない。最初の2つの質問にも問題が残る。第1の質問は自覚症状の有無を問うた後にその治療法を尋ねているが、とくに治療が行われなかった自覚症状は記録されていない可能性がある。そこで、自覚症状の記録がない子どもも「通院していない」とみなした。第2の質問は、調査時点での通院の有無を尋ねているだけなので、なんらかの治療が必要と感じられたときに通院が選ばれるかどうかという分析には適していないかもしれない。

通院の有無は、この2つの質問に対して「病院・診療所に通っている」を選んだか否かの2値変数によって表現される。自覚症状の有無を問うた後にその治療法を尋ねている第1の質問は複数回答を認めているので、他の治療法を併用したことを否定していない。調査時点での通院の有無を尋ねている第2の質問については、通院の原因となっている傷病によるサンプル選択は行わない。

医療費助成は、乳幼児のいる世帯への援助であるとともに、乳幼児の保健の向上と福祉の増進も目的としているから、健康状態を被説明変数とする分析も行う。ここでは、6歳以上の世帯員に対して質問している全般的な健康状態を用いる。5個の選択肢「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」のうち、「よい」と答えた子どもが49.5%を占めているので、「よい」と答えたときに1をとるダミー変数を作成して被説明変数とする。この5段階を5から1の整数に対応させた被説明変数も作成した。また、この調査では「過去1か月の間に健康上の問題で床についたり、普段の活動ができなかった日数」も質問されているので、そのような日がないときに1をとるダミー変数も被説明変数として用いる。なお「普段の活動ができなかった日」がないと答えた子どもの比率は84.6%である。

子どもが医療費助成の対象になっているかどうかは、年齢と都道府県によって判定する。前節で述べたように、都道府県のみならず、その下位政府である市町村も独自事業として医療費助成を行っていることが多いが、われわれにはそれぞれの子

ども（世帯）がどの市町村に居住しているかの情報は利用可能ではない。また、助成には月あたりの限度額や定額負担が規定されていることもあるが、それらの対象になるかどうかはわれわれの利用可能なデータからは判断できない。本稿では表2を用いて、以下の3種類の変数を作成した。第1は、各都道府県・各年齢において、すべての子どもが医療費助成の対象となっているとき、当該都道府県・年齢の子どもは助成の対象となっているとみなしたダミー変数である（助成ダミーⅠ）。第2は、各都道府県・各年齢において、50%以上の子どもが医療費助成の対象となっているとき、当該都道府県・年齢の子どもは助成の対象となっているとみなしたダミー変数である（助成ダミーⅡ）。第3は、各都道府県・各年齢において医療費助成の対象となっている子どもの比率である（助成対象比率）。この変数は0から1までの値をとる連続変数である。いずれについても、都道府県レベルで所得制限があるときには、児童手当を給付されない世帯の子どもは助成の対象外とみなした。すなわち、市町村による所得制限の解除は考慮されない。

表3はこのようにして作成した医療費助成ダミーの標本統計量を示したものである。3歳から6歳ではかなりの都道府県でほとんどの子どもが医療費助成の対象になっているのに比べ、7歳以上の就学児では栃木・群馬・東京・兵庫・岐阜・愛知以外の子どもは助成の対象となっていないことになっている。

医療サービス消費と健康状態へ影響しうる他の変数として、性別・年齢・兄弟姉妹の存在・保育状況（3歳から6歳まで）・世帯属性・家計所得を利用する。兄弟姉妹については、兄もしくは姉がいる、弟もしくは妹がいるというダミー変数を作成した⁴⁾。世帯属性としては、専業主婦ダミー（母親が働いていない）・母親の労働時間・非核家族ダミー・父母の年齢を用いた。所得情報は所得票から得られ、所得票は健康票が配られたすべての世帯に配られているわけではないことから、所得情報が利用できる観測値は限定される。家計所得は、ふだんの健康水準と正の相関をもっている

表3 乳幼児医療費助成の対象となる比率（外来、標本平均）

都道府県	3歳～6歳			7歳～12歳		
	100%	90%	50%	100%	90%	50%
	助成Ⅰ		助成Ⅱ	助成Ⅰ		助成Ⅱ
北海道	98.4	98.4	98.4	0.0	0.0	0.0
青森	23.9	23.9	23.9	0.0	0.0	0.0
岩手	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
宮城	0.0	25.1	98.6	0.0	0.0	0.0
秋田	99.5	99.5	99.5	0.0	0.0	0.0
山形	99.5	99.5	99.5	0.0	0.0	0.0
福島	98.9	98.9	98.9	0.0	0.0	0.0
茨城	97.9	97.9	97.9	0.0	0.0	0.0
栃木	100.0	100.0	100.0	48.6	48.6	48.6
群馬	100.0	100.0	100.0	49.7	49.7	49.7
埼玉	99.5	99.5	99.5	0.0	0.0	0.0
千葉	26.7	26.7	99.5	0.0	0.0	0.0
東京	99.4	99.4	99.4	95.8	95.8	95.8
神奈川	99.2	99.2	99.2	0.0	0.0	0.0
新潟	21.6	21.6	98.6	0.0	0.0	0.0
富山	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
石川	99.6	99.6	99.6	0.0	0.0	0.0
福井	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
山梨	49.7	49.7	49.7	0.0	0.0	0.0
長野	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
岐阜	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0
静岡	99.6	99.6	99.6	0.0	0.0	0.0
愛知	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	51.4
三重	25.1	25.1	47.4	0.0	0.0	0.0
滋賀	98.9	98.9	98.9	0.0	0.0	0.0
京都	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
大阪	0.0	24.3	99.2	0.0	0.0	0.0
兵庫	99.4	99.4	99.4	46.5	46.5	46.5
奈良	97.7	97.7	97.7	0.0	0.0	0.0
和歌山	98.5	98.5	98.5	0.0	0.0	0.0
鳥取	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
島根	99.8	99.8	99.8	0.0	0.0	0.0
岡山	99.0	99.0	99.0	0.0	0.0	0.0
広島	99.2	99.2	99.2	0.0	0.0	0.0
山口	98.3	98.3	98.3	0.0	0.0	0.0
徳島	99.0	99.0	99.0	0.0	0.0	0.0
香川	75.2	75.2	75.2	0.0	0.0	0.0
愛媛	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
高知	99.7	99.7	99.7	0.0	0.0	0.0
福岡	0.0	0.0	99.0	0.0	0.0	0.0
佐賀	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
長崎	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
熊本	21.9	98.3	98.3	0.0	0.0	0.0
大分	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
宮崎	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
鹿児島	74.6	74.6	100.0	0.0	0.0	0.0
沖縄	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出典)「国民生活基礎調査」より筆者作成。外来について、それぞれの子どもが医療費助成の対象となっているかどうかのダミーを作成したもの標本平均値。「100%」「90%」「50%」はそれぞれ、各都道府県で各年齢の子どもの100%、90%、50%が助成の対象となっているとき(表2を参照)に、当該都道府県・年齢の子どもの1を付与して変数を作成したことを示す。都道府県レベルでの所得制限を考慮している。

とも考えられるため、ふだんの健康水準を制御するためにも使われる。推定においては、世帯所得を世帯人員の平方根で除した等価所得の対数値を用いている。また、医療サービス消費に影響すると思われる供給面の情報、すなわち、病院や診療所・医師の分布の情報も、観測誤差が大きくなるために、用いていない。

IV 通院の有無

1 推定式と推定方法

保険医療機関で支払う自己負担に対する助成である医療費助成制度の、病院・診療所の利用への効果を計測するため、通院の有無を表す2値変数を被説明変数とする線形確率モデルを推定する。とくに着目する説明変数は、子どもが都道府県の医療費助成の対象となっているか否かを示す2値変数である⁵⁾。この変数は計量経済学的な意味で内生性をもっているかもしれない〔Cuurrie and Gruber 1996, Currie et al. 2008〕。前述したように、都道府県のみならず市町村も独自に医療費助成を行っている。本稿では各世帯が居住する市町村の情報は利用可能ではないから、助成を表すダミー変数の値と、助成の利用が対応していないかもしれない。また、とくに償還払いのケースでは、医療費助成を受けられるにもかかわらずこれを利用してないこともあるかもしれない。それゆえ、助成を表す変数は観測誤差を含んでいる。さらに、もし医療費助成を受けるために世帯が移住をしていれば、同時性の問題も否定できない。したがって、通常の最小2乗推定量は一致性を持たない。そこで、これらの問題に対処するために2段階最小2乗法(2SLS)による推定を行い、バイアスの修正を試みる。

2段階最小2乗法に必要な除外される操作変数は、通院についての推定式の誤差項と相関を持たず、医療費助成の適用と相関を持つ必要がある。本稿では操作変数として、ラグを取って2006年度の各都道府県の1人当たり税収と一般財源(の対数値)を用いる。医療費助成は都道府県・市町村による単独事業であるから、その実施は各地方

政府の財政力に依存することは十分に考えられる。地方政府の財政力はその地域に住む住民の所得にも強く依存するが、税収には個人住民税以外の法人住民税や固定資産税、一般財源には地方交付税交付金が含まれる。また、5歳から14歳の年齢層の都道府県別の人口変化率は4%ていど⁶⁾であり、移住の規模は大きくない。それゆえ、操作変数と通院行動についての推定式の誤差項との相関は大きくないと考えられる。もちろん、都道府県の財政力をはじめとする操作変数が誤差項と相関している可能性は否定できないから、過剰識別制約検定によって外生性を確認することとしたい。

推定は3歳から6歳と7歳から12歳までを分割しておこなう。これは、保育状況についての質問が6歳までの子どもについてのみ行われており利用できる変数が異なることと、就学後には保健室が利用できる等の事情により通院行動が変化すると考えられるからである。

2 回帰分析：3歳から6歳

3歳から6歳までのサンプルを用いた線形確率モデルの推定結果は表4に示されている。左2列(1)(2)は、自覚症状があるときの治療法としての通院の有無を被説明変数とした、右2列(3)(4)は調査時点での通院の有無を被説明変数とした推定結果を示している。(2)(4)では所得変数を説明変数に追加しており、そのためサンプルサイズが小さくなっている。操作変数については、Cragg-DonaldのF統計量⁷⁾は十分に大きく、操作変数が弱くないことを示唆しており、Sargan統計量は(3)を除いてそれほど大きくないことから、適切であると考えられよう。

医療費助成ダミーの係数をみると符号は正負いずれのケースもあるものの、いずれも統計的に有意にゼロとは異ならない。等価所得が説明変数に入っていない(1)(3)と、入っている(2)(4)を比べてみると係数推定値の大きさはかなり変化しており、等価所得が省略変数バイアスを発生させているのかもしれない。

その他の説明変数についてみると、母親の労働時間をはじめとする世帯属性とともに、おこな保

表4 現在の通院（3歳～6歳，線形確率モデル，2SLS）

	(1)	(2)	(3)	(4)
被説明変数	治療	治療	通院	通院
所得変数	含まない	含む	含まない	含む
助成ダミー I	0.044 (0.041)	-0.219 (0.151)	0.042 (0.043)	0.141 (0.161)
祖父母のみ保育	-0.034 (0.060)	-0.013 (0.206)	-0.003 (0.064)	-0.182 (0.212)
父母と祖父母のみ保育	-0.012 (0.041)	-0.041 (0.125)	-0.046 (0.042)	-0.067 (0.129)
施設保育のみ	0.063 *** (0.015)	0.089 ** (0.043)	0.030 * (0.015)	0.034 (0.044)
父母と施設保育	0.086 *** (0.016)	0.023 (0.049)	0.054 *** (0.017)	0.032 (0.050)
祖父母と施設保育	0.137 *** (0.030)	0.219 ** (0.089)	0.050 (0.031)	0.071 (0.093)
父母と祖父母と施設保育	0.133 *** (0.027)	0.253 *** (0.094)	0.084 *** (0.028)	0.175 * (0.097)
他の保育パターン	0.015 (0.020)	0.062 (0.063)	0.014 (0.021)	-0.016 (0.065)
兄・姉	-0.061 *** (0.008)	-0.064 ** (0.025)	-0.042 *** (0.008)	-0.071 *** (0.026)
弟・妹	-0.003 (0.008)	-0.014 (0.026)	-0.007 (0.008)	-0.035 (0.027)
非核家族	-0.006 (0.013)	-0.011 (0.042)	-0.006 (0.014)	0.003 (0.044)
母親労働時間	-0.004 * (0.002)	-0.013 * (0.007)	-0.001 (0.002)	-0.017 ** (0.008)
専業主婦	0.003 (0.012)	0.006 (0.041)	-0.015 (0.013)	-0.106 ** (0.042)
等価所得		0.025 (0.026)		-0.010 (0.027)
性別年齢ダミー	yes	yes	yes	yes
Cragg-Donald Wald F-stat	262.37	19.63	260.49	18.42
Sargan stat	3.461	0.237	9.871	0.916
p-value	(0.063)	(0.626)	(0.002)	(0.338)
Adjusted-R2	0.011	-0.055	0.004	0.001
N	13208	1319	12963	1296

出典)「国民生活基礎調査」より筆者作成。病院や診療所等に入院している子どもを除く。*, **, ***は、それぞれ有意水準10%, 5%, 1%で統計的に有意に0と異なることを示す。等価所得は、世帯所得を世帯人員の平方根で除した値の対数値、兄・姉、弟・妹はそれぞれダミー変数。

育者が誰かということに大きな影響を受けていることが見て取れる。すなわち、ベースグループとなっている父母のみの保育のグループよりも施設での保育や祖父母による保育を受けている子どものほうが通院確率が統計的に有意に高くなっている。また、兄弟がいるときには通院確率が統計的に有意に低くなっている。

3 回帰分析：7歳から12歳

7歳から12歳までのサンプルを用いた線形確率モデルの推定結果は表5に示されている。表4と同様に、左2列(1)(2)は、自覚症状があるときの治療法としての通院の有無を被説明変数とした、右2列(3)(4)は調査時点での通院の有無を被説明変数とした推定結果を示している。操作変数については、Cragg-DonaldのF統計量は十分に大き

表5 現在の通院（7歳～12歳，線形確率モデル，2SLS）

	(1)	(2)	(3)	(4)
被説明変数	治療	治療	通院	通院
所得変数	含まない	含む	含まない	含む
助成ダミー I	0.027 * (0.015)	0.031 (0.047)	0.089 *** (0.018)	0.080 (0.056)
兄・姉	-0.027 *** (0.004)	-0.024 * (0.014)	-0.042 *** (0.005)	-0.044 *** (0.017)
弟・妹	0.005 (0.005)	0.001 (0.015)	0.003 (0.006)	-0.028 (0.018)
非核家族	0.000 (0.006)	0.003 (0.018)	0.007 (0.007)	0.014 (0.022)
母親労働時間	-0.003 *** (0.001)	-0.005 (0.004)	-0.005 *** (0.001)	-0.002 (0.004)
専業主婦	-0.002 (0.007)	0.006 (0.022)	-0.015 * (0.008)	0.016 (0.027)
等価所得		0.020 (0.013)		0.025 * (0.015)
性別年齢ダミー	yes	yes	yes	yes
Cragg-Donald Wald F-stat	6238.70	646.98	6118.04	634.79
Sargan stat	0.073	0.482	2.680	0.258
p-value	(0.787)	(0.487)	(0.102)	(0.611)
R2	0.006	0.009	0.007	0.011
N	25665	2559	25141	2511

出典)「国民生活基礎調査」より筆者作成。病院や診療所等に入院している子どもを除く。*, **, ***は、それぞれ有意水準10%, 5%, 1%で統計的に有意に0と異なることを示す。等価所得は、世帯所得を世帯人員の平方根で除した値の対数値、兄・姉、弟・妹はそれぞれダミー変数。

く、操作変数が弱くないことを示唆しており、Sargan統計量も小さいことから、適切であると考えられる。

医療費助成ダミーの係数をみると、表5のすべてのケースでプラスに推定されており、(1)(3)で統計的に有意にゼロと異なっている。説明変数に等価所得が入っていてもいなくても係数推定値は大きく変化していない。効果の大きさは、(1)(2)では約3%ポイント、(3)(4)ではおおよそ8%ポイントである。推定に用いたサンプルのなかで、自覚症状があって通院した比率は全体の11%、現在通院している比率は17%であるから、推定された限界効果の大きさは無視できる大きさではない。

世帯属性については、3歳から6歳のケースと同じく、年上の兄姉の存在や母親の労働時間の長さが通院確率を下げていることが確率を上げていることが見てとれる。

4 頑健性の確認

表4・表5の結果からは、乳幼児医療費助成は未就学児（3歳～6歳）の通院確率を変化させないが、小学生（7歳～12歳）の現在の通院確率を増加させるといえよう。このような結果の頑健性を表6から確認しよう。なお表6には単純なOLSによる推定結果も示している（行b）⁸⁾。パネルAには3歳から6歳についての、パネルBには7歳から12歳についての結果を示している。

第1に、「最も気になる症状に対してなんらかの治療をしていますか」の質問について、自覚症状がないと答えた子どもをサンプルから除去した（行c）。3歳から6歳についても、7歳から12歳についても、いずれもケースでも係数は統計的に有意にゼロとは異ならず、この点で2SLSと整合的である。

第2に、前述した助成ダミーⅡ・助成対象比率を用いた（行d）。これら2つの変数で推定結果に大きな差は見られない。3歳から6歳については、

表6 通院への医療費助成の効果（3歳～12歳，線形確率モデル，頑健性チェック）

パネルA：3歳～6歳	(1)	(2)	(3)	(4)
被説明変数	治療	治療	通院	通院
所得変数	含まない	含む	含まない	含む
a. 基本ケース（表4）	0.044 (0.041)	-0.219 (0.151)	0.042 (0.043)	0.141 (0.161)
b. OLS	0.002 (0.008)	0.019 (0.025)	0.009 (0.008)	0.058 ** (0.027)
c. 自覚症状ありのみ	0.007 (0.113)	-0.448 (0.521)		
d-1. 助成ダミーⅡ	0.095 * (0.052)	-0.314 (0.204)	0.127 ** (0.054)	0.255 (0.222)
d-2. 助成対象比率	0.109 * (0.066)	-0.387 (0.255)	0.136 ** (0.068)	0.280 (0.277)
e-1. 男子のみ	0.096 (0.060)	-0.119 (0.268)	0.086 (0.062)	0.336 (0.306)
e-2. 女子のみ	-0.003 (0.056)	-0.297 * (0.180)	0.001 (0.058)	0.065 (0.183)
f-1. 等価所得300万円以下		-0.028 (0.133)		0.240 (0.151)
f-2. 等価所得300万円以上		-0.230 (0.357)		0.446 (0.382)
g. 核家族のみ	0.057 (0.042)	-0.237 (0.154)	0.052 (0.044)	0.156 (0.162)

パネルB：7歳～12歳	(1)	(2)	(3)	(4)
被説明変数	治療	治療	通院	通院
所得変数	含まない	含む	含まない	含む
a. 基本ケース（表5）	0.027 * (0.015)	0.031 (0.047)	0.089 *** (0.018)	0.080 (0.056)
b. OLS	0.011 (0.008)	0.012 (0.027)	0.043 *** (0.010)	0.085 *** (0.032)
c. 自覚症状ありのみ	0.036 (0.049)	0.137 (0.166)		
d-1. 助成ダミーⅡ	0.023 * (0.013)	0.022 (0.039)	0.080 *** (0.015)	0.070 (0.047)
d-2. 助成対象比率	0.023 * (0.012)	0.023 (0.039)	0.077 *** (0.015)	0.069 (0.047)
e-1. 男子のみ	0.025 (0.022)	0.009 (0.075)	0.079 *** (0.026)	0.004 (0.088)
e-2. 女子のみ	0.027 (0.019)	0.046 (0.058)	0.097 *** (0.024)	0.134 * (0.070)
f-1. 等価所得300万円以下		0.065 (0.072)		-0.029 (0.088)
f-2. 等価所得300万円以上		-0.006 (0.061)		0.127 * (0.071)
g. 核家族のみ	0.021 (0.015)	-0.005 (0.048)	0.086 *** (0.018)	0.048 (0.057)

出典）「国民生活基礎調査」より筆者作成。病院や診療所等に入院している子どもを除く。*，**，***は，それぞれ有意水準10%，5%，1％で統計的に有意に0と異なることを示す。説明変数は前掲表4，5と同じ。

等価所得が説明変数に含まれていないときに統計的に正の影響がみられるが、等価所得が説明変数に含まれる場合と係数推定値はかなり異なる。7歳から12歳については、助成ダミーⅠを用いた場合と推定結果は大きくは異ならず、調査時点での通院確率への影響は7～8%程度と推定される。

第3に、サンプルと男子と女子に分割した（行e）。3歳から6歳については、係数推定値は基本ケースから大きく変化しており、女子の一部では統計的に有意に負の影響も認められる。7歳から12歳についてみると、等価所得が説明変数に含まれないケースでは基本ケースと同様の結果を得ているが、含まれるケースでは男子について係数推定値が小さくなり、女子のほうが大きくなっており、女子については医療費助成の効果が統計的に有意に認められる。これは、医療費助成の効果が女子のほうに強く表れていることを示唆している。

第4に、等価所得で測って年収300万円以下の世帯にサンプルを分割した（行f）⁹⁾。これは、医療費制度の目的の1つが子育て世帯の経済的負担の軽減にあることから、政策の効果は所得が低い世帯で顕著に見られるかどうかを確認するためのものでもある。安定した推定結果が得られている7歳から12歳についてみると、係数推定値は基本ケースとかなり異なる。調査時点での通院確率への影響は、低所得者については統計的に有意ではないものの負に、高所得者については統計的に有意に正に検出されている。このことは、制度の目的の1つが経済的負担の軽減にあるにもかかわらず、低所得者層に与える影響は大きくないことを示唆している。

第5に、サンプルを核家族に限定した（行g）。これは、祖父母が同居している場合でも、祖父母の健康状態や所得水準・資産水準、祖父母と父母との関係等によって通院行動への影響は異なることは十分に考えられるため、より均質なサンプルに限定するためである。結果は基本ケースとそれほど異なっていない。

これらの結果をまとめると、医療費助成の通院への影響は小学生（7歳～12歳）で認められるこ

とがあるといえよう。現時点での通院確率へ与える効果の大きさは約8%ポイントである。この効果は高所得世帯と女子で大きく見られ、未就学児（3歳～6歳）や小学生でも男子や低所得者世帯では検出されない。このことは、未就学児には医療費助成のもつ金銭的な影響が限定的であることを示していると解釈されよう。

5 「誘発需要」

自覚症状を感じた時の対応や、調査時点での通院の有無は、近隣の医療資源の利用可能性にも左右されるかもしれない。すなわち、すぐそばに病院や診療所があれば通院する確率は高まるかもしれない。さらに、地域の医療資源の多寡が医療費助成の有無に何らかの経路で影響しているかもしれない。近隣の医療資源の状況が医療費助成の設定と相関していれば、これまでに示した推定結果は偏りをもっていることになる。

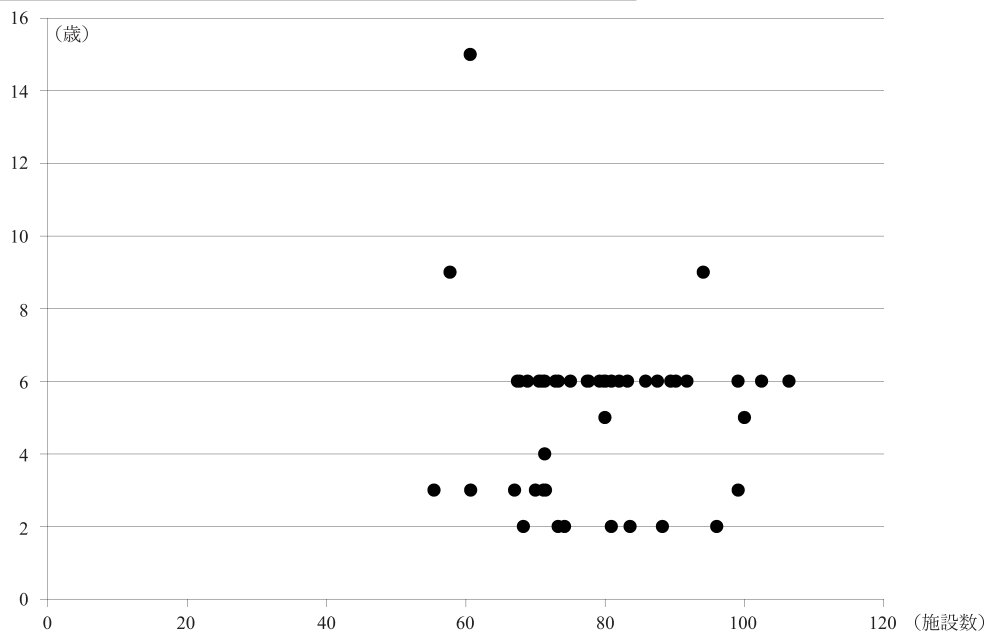
本稿で利用しているデータでは、世帯の居住地が都道府県レベルでしか観測できていないので、そのそばに病院や診療所がどれほどあるかという適切な変数を構築することができない。しかし、おおまかな傾向をつかむために、図1に都道府県の医療費助成制度と人口当たり診療所数（2008年10月時点）、人口当たり小児科医数（複数回答による、2006年12月時点）を示した。図1からは、医療費助成の適用上限年齢と人口当たり診療所数・小児科医数に明確な相関は認められないように思われる。実際、ここで用いた人口当たり施設数を説明変数として追加した回帰においても、施設数の係数は統計的に有意にゼロと異ならない。

V 健康状態

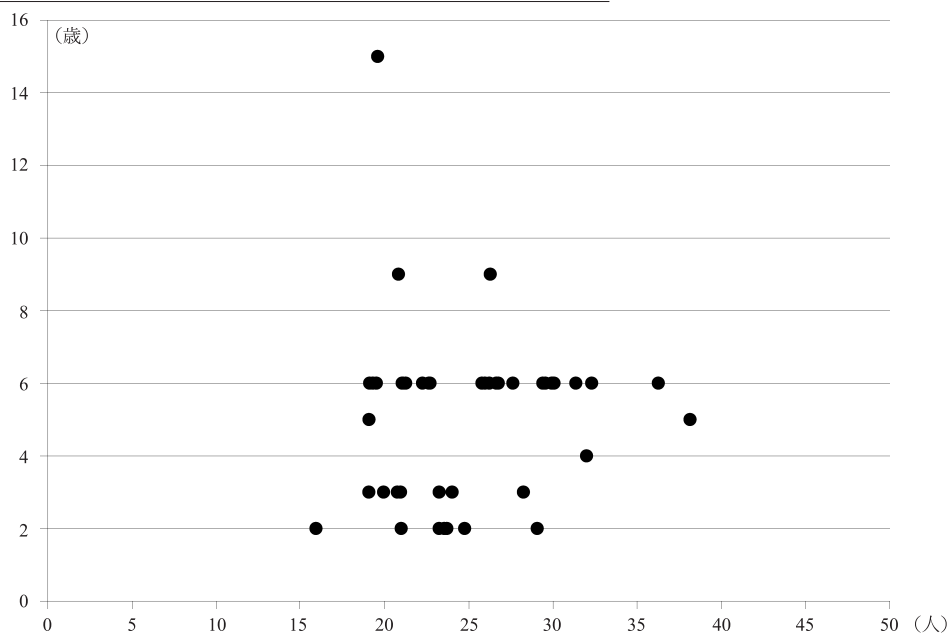
1 推定式

医療費助成制度が「乳幼児の保健の向上と福祉の増進」に与える効果を推測するために、「過去1か月の間に健康上の問題で床についたり、普段の活動ができなかったことはない」と「現在の健康状態がよい」を被説明変数とする線形確率モデル、また5段階の主観的健康状態を5～1の整数に

パネルA. 人口10万人あたり一般診療所数と医療費助成上限年齢



パネルB. 人口10万人あたり小児科医数と医療費助成上限年齢



出典) 2008年医療施設調査, 2006年地域保健医療基礎統計より作成。小児科医数は診療科についての複数回答の結果による。

図1 医療資源密度と都道府県医療費助成(外来)

対応させた線形モデルを推定する。これらの質問は6歳以上の世帯員に対してのみ行われているから、ここで用いるサンプルは7歳以上に限定した。とくに着目する説明変数は、子どもが都道府県の医療費助成の対象となっているか否かを示す2値変数であるから、医療費助成が健康状態の改善につながっていれば正の符号が検出されるはずである。医療費助成を表す変数については、前節と同様の理由によって内生性が疑われるので、2段階最小2乗推定を用いる。除外される操作変数も前節と同じものと用いる。

2 推定結果

推定結果は表7に示されている。左2列(1)(2)は被説明変数が「過去1か月の間に健康上の問題で床についたり、普段の活動ができなかったかことはない」、次の2列(3)(4)は被説明変数が「現在の健康状態がよい」、最も右の2列(5)(6)は被

説明変数が5段階の主観的健康評価の推定結果を示している。(2)(4)(6)は説明変数として世帯の等価所得を説明変数に含んだ結果である。操作変数については、F統計量は操作変数が弱くないことを示唆しているが、Sargan統計量はやや大きく操作変数の外生性は完全には満たされていないかもしれない。

いずれの被説明変数を用いた場合でも、係数の絶対値はそれほど大きくはなく、統計的に有意にゼロと異ならないし、(4)(5)(6)では助成変数の係数はマイナスに推定されており、期待される符号条件とも異なる。それゆえ、医療費助成は健康状態に正の影響を与えているとは言えないと思われる。他の変数についても統計的な変数はそれほど検出されていない。世帯の社会的経済的状況等をさらに制御する必要があるのかもしれない〔野口2011〕。

表7 健康状態（6歳～12歳）

被説明変数	学校を休んだことがない		現在の健康状態はよい		健康状態の5段階評価	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
助成ダミー I	0.005 (0.015)	0.070 (0.048)	-0.018 (0.024)	-0.067 (0.076)	-0.008 (0.043)	-0.090 (0.140)
兄・姉	0.027 *** (0.004)	0.015 (0.014)	0.026 *** (0.007)	0.028 (0.023)	0.043 *** (0.013)	0.039 (0.041)
弟・妹	0.005 (0.005)	-0.006 (0.015)	0.004 (0.008)	0.013 (0.024)	0.022 (0.014)	0.037 (0.044)
非核家族	0.009 (0.006)	0.011 (0.018)	-0.003 (0.010)	-0.040 (0.029)	-0.016 (0.017)	-0.092 * (0.053)
母親労働時間	0.004 *** (0.001)	0.007 * (0.004)	0.005 *** (0.002)	-0.001 (0.006)	0.009 *** (0.003)	-0.003 (0.011)
専業主婦	0.000 (0.007)	0.014 (0.022)	0.008 (0.011)	0.003 (0.036)	0.012 (0.020)	-0.020 (0.065)
等価所得		-0.006 (0.013)		0.032 (0.020)		0.075 ** (0.037)
性別年齢ダミー	yes	yes	yes	yes	yes	yes
Cragg-Donald Wald F-stat	5931.98	574.73	5959.37	594.73	5959.37	594.73
Sargan stat	7.888	3.496	5.037	1.785	15.201	1.798
p-value	(0.005)	(0.062)	(0.025)	(0.182)	(0.000)	(0.180)
R2	0.005	0.004	0.006	0.002	0.007	0.002
N	24584	2459	24668	2468	24668	2468

出典)「国民生活基礎調査」より筆者作成。病院や診療所等に入院している子どもを除く。*, **, ***は、それぞれ有意水準10%, 5%, 1%で統計的に有意に0と異なることを示す。5段階評価を用いたケースでは「よい」から「悪い」までに5から1の値をあてはめた推定を行い、これ以外では線形確率モデルを推定した。等価所得は、世帯所得を世帯人員の平方根で除した値の対数値、兄・姉、弟・妹はそれぞれダミー変数。

表8 自覚症状があるときの通院（7歳～12歳，線形確率モデル）

	(1)	(2)	(3)	(4)
助成ダミー I	0.034 (0.049)	0.094 (0.172)	0.035 (0.049)	0.131 (0.170)
休んだことがない	-0.065 *** (0.017)	-0.085 * (0.050)		
健康状態がよい			-0.134 *** (0.017)	-0.147 *** (0.049)
兄・姉	-0.032 ** (0.016)	-0.046 (0.047)	-0.028 * (0.016)	-0.054 (0.047)
弟・妹	-0.007 (0.017)	-0.002 (0.049)	-0.005 (0.017)	-0.007 (0.049)
非核家族	0.001 (0.021)	0.026 (0.062)	0.004 (0.021)	0.029 (0.062)
母親労働時間	-0.002 (0.004)	0.000 (0.013)	-0.001 (0.004)	0.004 (0.012)
専業主婦	0.021 (0.024)	0.034 (0.072)	0.024 (0.024)	0.041 (0.072)
等価所得		0.035 (0.048)		0.021 (0.048)
Cragg-Donald Wald F-stat	1306.69	92.25	1298.96	92.79
Sargan stat	0.114	1.279	0.154	1.436
p-value	(0.736)	(0.258)	(0.695)	(0.231)
R2	0.020	0.041	0.030	0.047
N	4980	549	4964	549

出典)「国民生活基礎調査」より筆者作成。病院や診療所等に入院している子どもを除く。*, **, ***は、それぞれ有意水準10%, 5%, 1%で統計的に有意に0と異なることを示す。等価所得は、世帯所得を世帯人員の平方根で除した値の対数値、兄・姉、弟・妹はそれぞれダミー変数。

3 通院への影響：再び

本節の分析で被説明変数として用いた変数は健康状態を代理しているが、健康状態は、自覚症状があるときの治療方法の判断や、現在の通院状況と相関をもつと思われる。そこで、前節での推定式に、本節で被説明変数で用いた健康状態変数を説明変数として追加した推定を行った。推定結果は表8・表9に示されている。健康状態を表す変数は外生変数としているが、Sargan統計量はそれほど大きな値を示しておらず、操作変数の外生性の条件は満たされているように思われる。健康状態の変数は統計的に負の影響を示しており、健康状態がよいほど通院確率が低くなるという期待される結果を示唆している。医療費助成ダミーの係数推定値や標準誤差は、表5と近い値を示しているケースが多く、前節の分析の頑健性の傍証を提供しているといえよう。

VI おわりに

日本の多くの地方政府は、地方単独事業として子どもについての公的医療保険の自己負担分を部分的にあるいは全額助成している。本稿では、このような乳幼児医療費助成の地域的な差異を用い、個票データを使って、これらの助成が子どもの医療サービス消費や健康状態に与える効果を検討した。本稿の推定結果は、小学生の現在の外来通院への医療費助成の正の効果を示唆する一方で、小学校低学年までの通院や、子どもの健康状態のよさとの相関を検出していない。それゆえ、医療費助成が、小学校低学年までの子どもの病院や診療所で提供される医療サービスへのアクセスを改善していたり、またそれを通じて健康状態を改善していたりという効果はとくに検出されなかった。乳幼児医療費助成は、子どもの保健・福祉を充実

表9 現在の通院（7歳～12歳，線形確率モデル）

	(1)	(2)	(3)	(4)
助成ダミー I	0.090 *** (0.018)	0.075 (0.056)	0.090 *** (0.018)	0.084 (0.058)
休んだことがない	-0.160 *** (0.005)	-0.155 *** (0.015)		
健康状態がよい			-0.123 *** (0.008)	-0.116 *** (0.024)
兄・姉	-0.038 *** (0.005)	-0.038 ** (0.017)	-0.039 *** (0.005)	-0.037 ** (0.017)
弟・妹	0.004 (0.006)	-0.021 (0.018)	0.005 (0.006)	-0.019 (0.018)
非核家族	0.006 (0.007)	0.001 (0.021)	0.008 (0.007)	0.011 (0.022)
母親労働時間	-0.005 *** (0.001)	-0.003 (0.004)	-0.006 *** (0.001)	-0.002 (0.004)
専業主婦	-0.015 * (0.008)	0.014 (0.026)	-0.018 ** (0.008)	0.014 (0.027)
等価所得		0.031 ** (0.015)		0.028 * (0.015)
Cragg-Donald Wald F-stat	5916.10	591.72	5890.82	571.29
Sargan stat	4.712	1.143	4.450	0.761
p-value	(0.030)	(0.285)	(0.035)	(0.383)
R2	0.052	0.053	0.017	0.018
N	24375	2445	24299	2436

出典)「国民生活基礎調査」より筆者作成。病院や診療所等に入院している子どもを除く。*, **, ***は、それぞれ有意水準10%, 5%, 1%で統計的に有意に0と異なることを示す。等価所得は、世帯所得を世帯人員の平方根で除した値の対数値、兄・姉、弟・妹はそれぞれダミー変数。

させるとともに、子育て世帯の経済的負担の軽減を目的としている。日本においてはすでに制度上は国民皆保険が達成されていることから、本稿で取り扱った医療費助成が子どもの医療サービスへのアクセスをさらに改善する余地は小さいのかもしれない。あるいは、小学校低学年までの医療サービス消費はもともと価格弾力性が小さいのかもしれない。もし、経済的負担の軽減のほうが助成の主たる目的であれば、本稿の結果は制度の存在意義を否定するものではない。

本稿は、乳幼児医療費助成が子どもの保健に与える効果を個票を用いて分析しているものの、基礎的自治体である市町村の単独事業としての助成制度は直接には検討の対象とできていない。この問題を回避するために、都道府県の税収と一般財源を操作変数として用いているものの、操作変数としての妥当性・外生性は必ずしも十分に満たされていない可能性もある。たとえば、所得制限の

情報を利用しているものの、都道府県レベルの情報しか用いていないから、都道府県単位で通院や健康状態に影響があるとすれば、本稿の推定はそれらの影響から医療費助成の影響を識別できていない。また、医療サービスの利用可能性についても制御できていない。これらは将来の課題である。

(平成23年6月投稿受理)

(平成24年1月採用決定)

謝辞

本稿で使用した平成19年国民生活基礎調査の個票データは、統計法第32条に基づく二次利用申請により使用の承認（統発1025第5号）を得たものである。本稿の作成にあたっては、匿名の査読者、「家計の経済資源・人的資源と社会保障の機能の関連性に関する実証的研究」プロジェクト参加者、西川雅史・湯田道生・井深陽子の各先生

から貴重なコメントをいただいた。通常の留意を持って感謝したい。

注

- 1) 本稿で扱う助成制度の対象には中学生が含まれることもあるが、人口に膾炙している「乳幼児医療費助成」という用語を用いる。
- 2) 助成の対象を「子どもの保護者」としている場合もあるが、この違いは考慮していない。
- 3) その他の4つの選択肢は「あんま・はり・きゅう・柔道整復師(施術所)にかかっている」「売薬をのんだり、つけたりしている」「それ以外の治療をしている」「治療をしていない」である。
- 4) 子どもから見た続柄について直接の情報が得られないので、一定の仮定をおいて求めている。
- 5) 医療費助成の情報は2008年4月時点、国民生活基礎調査は2007年6月時点であるが、医療費助成制度がこの1年の間に変化していないと仮定している。
- 6) 都道府県別の年齢別推計人口を用いて推計した。すなわち、各都道府県の2003年の0～4歳人口から2008年の5歳～9歳人口への変化率、2003年の5～9歳人口から2008年の10歳～14歳人口への変化率を求め、それぞれの変化率の絶対値の単純平均を計算したところ、それぞれ0.63%と3.92%であった。
- 7) Cragg-DonaldのF統計量は、内生変数が1個のときには1段階目のF統計量となる。Stock and Yogo (2005)によれば、除外された操作変数が2個、内生変数が1個、Wald検定の所望の有意水準が5%のときに実際の検定のサイズが10%以内になるための閾値は19.93である。おおまかにいって、除外された操作変数が2個、内生変数が1個のとき、Cragg-Donaldの統計量が19.93より大きければ、操作変数が弱いという帰無仮説は棄却される。
- 8) 「国民生活基礎調査」の健康票の調査期日は2007年6月7日であるから、季節性インフルエンザ等の感染症の影響は少ないと思われる。ただし、2007年3月25日には能登半島地震が起きているため、その影響があるかもしれない。しかし、石川県を除外した推定でも結果はあまり変化しなかった。
- 9) 所得情報が入手可能なサンプルでの等価所得の中間値は295万円である。

参考文献

- Buchmueller, Thomas C., Grumbach, Kevin, Kronick, Richard, Kahn, James G. (2005) "The effect of health insurance on medical care utilization and implications for insurance expansion: A review of the literature", *Medical Care Research and Review* 62, pp.3-30.
- Carroll, Anne, Corman, Hope, Noonan, Kelly, Reichman, Nancy E. (2007) "Why do poor children lose health insurance in the SCHIP era? The role of family health", *American Economic Review* 97, pp.398-401.
- Case, Anne, Lubotsky, Darren, Paxson, Christina. (2002) "Economic status and health in childhood: The origins of the gradient", *American Economic Review* 92, pp.1308-1334.
- Condliffe, Simon, Link, Charles R. (2008) "The relationship between economic status and child health: Evidence from the United States", *American Economic Review* 98, pp.1605-1618.
- Currie, Janet, Gruber, Jonathan. (1996) "Health insurance eligibility, utilization of medical care, and child health", *Quarterly Journal of Economics* 111, pp.431-466.
- Currie, Janet, Stabile, Mark. (2003) "Socioeconomic status and child health: Why is the relationship stronger for older children?", *American Economic Review* 93, pp.1813-23.
- Currie, Janet, Decker, Sandra, Lin, Wanchuan. (2008) "Has public health insurance for older children reduced disparities in access to care and health outcomes?", *Journal of Health Economics* 27, pp.1567-1581.
- Dafny, Leemore, Gruber, Jonathan. (2005) "Public insurance and child hospitalizations: access and efficiency effects", *Journal of Public Economics* 89, pp.109-129.
- Davis, Matthew M. (2005) "Planning the next wave of SCHIP research", *Pediatrics* 115, pp.492-494.
- Marton, James, Wildasin, David E. (2007) "Medicaid expenditures and state budgets: Past, present, and future", *National Tax Journal* 60, pp.279-304.
- Stock, James H., and Motohiro Yogo (2005) Testing for Weak Instruments in Linear IV Regression. In: D. W. Andrews and J. H. Stock ed. *Identification and Inference for Econometric Models: Essays in Honor of Thomas Rothenberg*, pp.80-108. Cambridge University Press.
- 岩本千晴 (2010) 「自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性—乳幼児医療費助成制度を中心に」『公共選択の研究』54, pp.41-54。

- 小林成隆・西川義明（2008）「地方単独事業としての医療助成の終焉と新たな動き」『名古屋文理大学紀要』8, pp.17-27。
- 妹尾 渉（2007）「子どもの受診行動の決定要因分析」一橋大学世代間問題研究プロジェクトディスカッションペーパー314。
- 多田道之（2005）「乳幼児医療費助成制度の小児救急医療への影響に関する研究」政策研究大学院大学Policy Proposal。
- 西川雅史・山崎麻奈美（2010）「乳幼児医療費助成制度における所得制限と自己負担：都道府県に注目して」未定稿。
- 野口晴子（2011）「社会的・経済的要因と健康との因果性に対する諸考察：『社会保障実態調査』および『国民生活基礎調査』を用いた実証分析」『季刊社会保障研究』46(4), pp.382-402。
（べっしょ・しゅんいちろう 慶應義塾大学
准教授）

平成21年度 社会保障費

——解説と分析——

国立社会保障・人口問題研究所 企画部

2011年（平成23年）10月28日「平成21年度社会保障給付費」¹⁾を公表した。本稿では第1部で公表結果を解説する。第2部では社会保障給付費とSNAの関係について説明する。

第1部 解説編

I 平成21年度社会保障給付費の概要

- 1 平成21年度の社会保障給付費は99兆8,507億円であり、過去最高となった。対前年度比増加額は5兆7,659億円、伸び率は6.1%で、平成7年度の7.0%以来、14年ぶりの高い伸びとなった。
- 2 社会保障給付費の対国民所得比は29.44%であり、前年度から2.70%ポイント増加した。
- 3 国民1人当たりの社会保障給付費は78万3,100円で、対前年度伸び率は6.3%であった。
- 4 社会保障給付費を「医療」、「年金」、「福祉その他」の部門別にみると（表1）、「医療」が30兆8,447億円で総額に占める割合は30.9%、「年金」が51兆7,246億円で同51.8%、「福祉その他」が17兆2,814億円で同17.3%であった。
- 5 「医療」の対前年度比伸び率は4.2%であった。対前年度比増加額（1兆2,330億円）のうち、45%は後期高齢者医療等（5,606億円）、18%は国民健康保険（2,202億円）、17%は

公衆衛生（2,096億円）の増である。平成21年度は診療報酬改定がなかったが、後期高齢者医療等では被保険者数および1人当たり医療費が増加し²⁾、国民健康保険は被保険者に占める高齢者割合の上昇により1人当たり医療費が増加し³⁾、給付が増加した。一方、公衆衛生は新型インフルエンザ対策等が増加に影響した。

- 6 「年金」の対前年度比伸び率は4.4%であった。対前年度比増加額（2兆1,804億円）のうち、53%は厚生年金（1兆1,539億円）、40%は国民年金（8,787億円）である。平成21年度は物価スライドが据え置かれた一方で、高齢化に伴い受給者数が増加⁴⁾したことにより給付が伸びた。
- 7 「福祉その他⁵⁾」の対前年度比伸び率は15.8%であった。対前年度比増加額（2兆3,525億円）のうち、55%が雇用保険等（1兆2,959億円）、19%が介護保険（4,543億円）、16%が社会福祉（3,685億円）である。雇用保険等は、平成20年9月のリーマン・ショック後の景気後退の影響が続き、雇用情勢が悪化する中で、中小企業緊急雇用安定助成金および雇用調整助成金の拡充・要件緩和による増、ならびに雇用保険の一般求職者給付金の増が影響し、対前年度比92.61%の高い伸び

表1 部門別社会保障給付費

社会保障給付費	平成20年度	平成21年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	940,848 (100.0)	998,507 (100.0)	57,659	6.1
医療	296,117 (31.5)	308,447 (30.9)	12,330	4.2
年金	495,443 (52.7)	517,246 (51.8)	21,804	4.4
福祉その他	149,289 (15.9)	172,814 (17.3)	23,525	15.8
介護対策（再掲）	66,669 (7.1)	71,162 (7.1)	4,493	6.7

注) () 内は構成割合である。

となった。一方、介護保険は、介護報酬の改定（プラス3.0％）のほか、受給者数の増加⁶⁾により、対前年度比6.89％の伸びとなった。また、社会福祉は、改定率プラス5.1％に伴う障害者自立支援給付費の増加、貧困対策の拡充としてのセーフティネット支援対策事業費補助金等の増加により、対前年度比11.84％の高い伸びとなった。

機能別（表2）でみると、老齢年金や介護保険等からなる「高齢」の49.9％（49兆7,852億円）と医療給付や公衆衛生からなる「保健医療」の30.3％（30兆2,257億円）で全体の8割を占める傾向は変わらない。平成21年度は「高齢」「保健医療」ともに例年より高い伸びを示したが、それ以上にほかの「失業」（対前年度比1.2ポイント増）や「生活保護その他」（0.2ポイント増）の伸びが著しかったために、相対的に「高齢」「保健医療」の構成比がそれぞれ0.3ポイント、0.6ポイント低下する結果となった。

対前年度伸び率が最も高かったのは「失業」で102.2％（1兆2,761億円増）、次いで「住宅」17.7％（664億円増）、「生活保護その他」14.5％（3,446億円増）であった。「失業」の増加には雇用保険の雇用安定等給付金（6,650億円増）、求

職者給付うち一般求職者給付金（5,554億円増）が寄与している。「住宅」は生活保護の住宅扶助（664億円増）、「生活保護その他」は生活保護の生活扶助（1,351億円増）と貧困者対策であるセーフティネット支援対策事業（820億円増）が増加に寄与している。

「失業」「住宅」「生活保護その他」が大きく伸びた背景には、景気後退による雇用環境の悪化による失業率の上昇と被保護世帯数の増加がある。失業・雇用対策として、雇用保険法改正による受給資格要件の緩和および給付日数の引き上げ、ならびに雇用調整助成金の拡充・要件緩和の実施が増加に寄与した。

そのほか、比重が大きく、給付費全体の伸びに最も影響を与える「高齢」は5.3％（2兆5,203億円）の増加、「保健医療」は4.0％（1兆1,736億円）の増加を示した。

Ⅱ 平成21年度社会保障財源の概要

- 1 平成21年度の社会保障収入総額⁷⁾は121兆8,326億円で、対前年度伸び率は20.0％の増加であった。
- 2 大項目では「社会保険料」が55兆4,126億

表2 機能別社会保障給付費

社会保障給付費	平成20年度	平成21年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	940,848 (100.0)	998,507 (100.0)	57,659	6.1
高齢	472,649 (50.2)	497,852 (49.9)	25,203	5.3
遺族	66,298 (7.0)	66,969 (6.7)	671	1.0
障害	29,720 (3.2)	32,072 (3.2)	2,352	7.9
労働災害	9,620 (1.0)	9,384 (0.9)	△237	△2.5
保健医療	290,521 (30.9)	302,257 (30.3)	11,736	4.0
家族	32,043 (3.4)	33,106 (3.3)	1,063	3.3
失業	12,482 (1.3)	25,243 (2.5)	12,761	102.2
住宅	3,762 (0.4)	4,427 (0.4)	664	17.7
生活保護その他	23,753 (2.5)	27,198 (2.7)	3,446	14.5

注) () 内は構成割合である。

円で、収入総額の45.5%を占めている。次に「公費負担」が39兆1,739億円で、収入総額の32.2%を占めている。

3 「事業主拠出」(△4.43%) および「被保険者拠出」(△2.73%) が減少する一方で、「資産収入」(1,822.71%)、「国庫負担」(24.92%) が大きく増加に寄与しており、全体として対前年度比20.0%と大きく増加した。

「社会保険料」については、「事業主拠出」が4.4%減、「被保険者拠出」は2.7%減となった。ともに雇用保険、厚生年金における減少が主要因

である。雇用保険は、雇用保険料率の引き下げや、給与が減少したことによる。厚生年金は保険料率の引き上げ⁸⁾ の一方で、それ以上に被保険者数の減少や標準報酬月額⁹⁾ の低下による効果が上回ったためと考えられる。

「公費負担」については、対前年度比で「国」は24.9%、「地方」は6.8%の増加を示した。「国」の増加に寄与した主な制度は、厚生年金(2兆3,761億円増)、次いで社会福祉(1兆1,190億円増)、雇用保険等(8,318億円増)である。厚生年金は、基礎年金国庫負担割合の2分の1への引き上げや、高齢化に伴う受給者数の増加が寄与し

表3 項目別社会保障財源

	平成20年度	平成21年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,015,378 (100.0)	1,218,326 (100.0)	202,949	20.0
I 社会保険料	574,476 (56.6)	554,126 (45.5)	△20,351	△3.5
事業主拠出	273,261 (26.9)	261,147 (21.4)	△12,114	△4.4
被保険者拠出	301,215 (29.7)	292,978 (24.0)	△8,237	△2.7
II 公費負担	327,015 (32.2)	391,739 (32.2)	64,724	19.8
国	234,670 (23.1)	293,146 (24.1)	58,476	24.9
地方	92,345 (9.1)	98,593 (8.1)	6,248	6.8
III 他の収入	113,886 (11.2)	272,461 (22.4)	158,575	139.2
資産収入	7,601 (0.7)	146,154 (12.0)	138,553	1,822.7
その他	106,285 (10.5)	126,307 (10.4)	20,022	18.8

注) 1) () 内は構成割合である。

2) 「他の収入」については、公的年金制度等における運用実績により変動することに留意する必要がある。また、「その他」は積立金からの受入を含む。

ている。社会福祉では介護職員処遇改善臨時特例交付金（4,773億円）、雇用保険等では緊急雇用創出事業臨時特例交付金（5,167億円）が主として増加に寄与している。

「地方」の増加に寄与した主な制度は、地方公務員等共済（1,722億円増）、次いで介護保険（1,399億円増）である。地方公務員等共済については、基礎年金への地方公共団体の拠出が2分の1に引き上げられたことによる。つぎに、介護保険については、介護報酬がプラス3.0%改定されたことに加え、受給者の増加により給付が6.9

%の高さで伸びたことが影響している。

「資産収入」の大幅増は、厚生年金（8兆6,258億円増）、厚生年金基金等（4兆1,214億円）において、運用環境の好転により、積立金の運用実績等が向上したことによる。

「その他」の増加は主として、厚生年金（1兆3,486億円増）、雇用保険等（7,573億円増）による。このうち厚生年金については、平成21年度予算における△2,200億円のシーリングへの対応として、特別保健福祉事業資金を清算（1兆3,480億円）して過去の繰延国庫負担額および利

子相当額の返還を受け入れたことによる¹⁰⁾。つきに雇用保険等については、主として積立金からの受入れ(5,389億円)、雇用安定資金からの受入れ(2,259億円)によるものである。

第2部 分析編

I 社会保障給付費の各種基準との整合性の確保をめぐる動き

2009年3月13日に閣議決定された「公的統計の整備に関する基本的な計画」では、社会保障給付費について各種国際基準との整合性を図ることが求められている。そして、主要な国際基準の1つとして、社会保障給付費と類似の項目をもつ国民経済計算との整合性の確保が求められた。

しかし、社会保障給付費と国民経済計算では統計の機能がそれぞれ異なるため、集計方法なども当然異なっている。したがって、類似の項目であっても、両者にはさまざまな部分で差が発生する。具体的には、集計範囲の相違のほか、推計部分の有無や、発生主義か現金主義かの違いなどが差の発生する原因となっている。

本来、社会保障費用統計は、社会保障に要する費用の規模や推移等を、決算データ等に基づき広く集計することを目的としている。一方、国民経済計算はわが国における国民経済の姿を、複数の部門間で重複なく調整した全体像として公表することが求められている。それぞれが集計する費用の範囲、さらには集計方法に係る技術的・実務的な相違は、このような統計としての役割や用途の違いによるものである。

国立社会保障・人口問題研究所では、2011年1月から6月にかけて「社会保障費統計に関する研究会」を行い、社会保障給付費と国民経済計算との相違についても改めて検討を行った。詳しくは国立社会保障・人口問題研究所(2011a)を参照されたいが、簡潔にまとめるならば、両者の数値を無理に一致させることは目標としないが、両者の差がどのような原因によって発生しているのかをわかりやすく説明する方向性が示された。

本稿においては、以上の点をもとに、社会保障給付費と国民経済計算の主な相違点について説明を加える。もちろん本稿ですべての相違点について説明するというわけにはいかないものの、いくつかの部分について、例を挙げながら解説する。

II 国民経済計算との比較

まず、社会保障の給付について、どのような項目で計上されているのかを確認する。社会保障給付費においては、「第12表 ILO第19次社会保障費用調査による社会保障給付費 基礎表」、国民経済計算においては、「付表9 一般政府から家計への移転の明細表(社会保障関係)」を見ることにより、両者を比較することができる。また負担については、社会保障給付費においては、「第13表 ILO第19次社会保障費用調査による社会保障財源 基礎表Ⅱ」、国民経済計算においては、「付表10 社会保障負担の明細表(社会保障関係)」で取り上げられる。ただし、項目名についても、必ずしもすべてが一致するというわけではない。また、社会保障給付費は第12表、第13表ともに項目に変化がない一方で、国民経済計算の場合、付表9には存在した「社会扶助給付」と「無基金雇用者社会給付」の2項目が、付表10には存在していないことがわかる。社会扶助給付は「一般政府及び対家計民間非営利団体から家計への移転のうち、社会保障制度を通じる以外のもの」と定義され、公務員に対する恩給や公衆衛生、生活保護などがこれに分類される。また無基金雇用者社会給付は「社会保障基金、金融機関(年金基金)などの外部機関を利用せず、また自己で基金を設けることもせず、雇主がその源泉から雇用者に支払う福祉的な給付」と定義され、公務員の災害補償、公務員の退職金などが該当する。もちろんこれらの項目が付表10に存在しないことが、国民経済計算においてこれらの値が計上されていないということの意味するわけではない。付表10はあくまでも家計や企業からの社会保険料負担を計上するものとなっているため、公衆衛生や生活保護、社会福祉など、保険料負担のないものについては

計上されない。ただし、「付表6 一般政府の部門別勘定」において、中央政府と地方政府間、社会保障基金と地方政府間、中央政府と社会保障基金間のような異なる政府間の経常移転が扱われているため、制度間の移転により負担がなされている項目、すなわち社会扶助給付や無基金雇用者社会給付に分類されるような項目については付表6に計上され、付表10には計上されない。

さらに、介護保険のように、制度間の移転が費用負担の大きな部分を占める場合、社会保障給付費と国民経済計算では計上される額に相違が発生する。すなわち、社会保障給付費の負担項目においては、第1号保険料の拠出のみが計上され、第2号保険料については各医療保険者の保険料拠出全体の中に含まれる¹¹⁾。一方国民経済計算では各医療保険者が徴収している第2号保険料も、介護保険の項目に計上されている。

また、国民経済計算における「社会保障基金」についても、社会保障給付費における第12表と完全に一致するわけではない。繰り返しになるが、これは社会保障給付費が社会保障に関係する項目を漏れなく集計することを目的としているのに対して、国民経済計算は一国の経済活動に関する項目を重複のないように集計することを目的としているためである。すなわち、社会保障給付費においては社会保障とも民間産業とも分類できるような項目についても集計する一方で、国民経済計算においては、民間産業と分類することで、社会保障基金としては集計されない項目が存在する。したがって、まずは国民経済計算における社会保障基金の要件を挙げてみる。現在、国民経済計算における社会保障基金の要件は以下の3点が存在する¹²⁾。

- (1) 政府による支配が行われていること
- (2) 社会の大きな部分を占めること
- (3) 強制的であること

この定義に従うと、国民経済計算において社会保障基金として計上されるのは、国の社会保険特別会計（厚生保険、国民年金、労働保険、船員保険）や共済組合（国家および地方公務員共済組合等）、健康保険組合などとなる。また、社会保障

給付費において計上されている厚生年金基金や国民年金基金は、民間産業の扱いとなるため社会保障基金には分類されず、したがって付表9や付表10で計上されない。

集計範囲の設定はそれぞれ根拠のあるものであり、合理的なものと考えられるが、社会保障に注目するならば、基礎年金拠出金に対する国庫負担割合の引き上げの推移や、高齢者医療および介護保険に投入される公費、各医療保険者からの拠出金等の動向など、社会保障の財源構造の全体を把握することは非常に重要である。一方で国民経済計算においては、集計範囲の重複は避けなければならない。したがって、両者に集計範囲の差があったとしても、それを解消させることはむしろ適切ではないと考えられる。

さらに、計上にあたり、社会保障給付費は現金主義、すなわち支払いが実際に行われた時点を記録時点として適用しているのに対して、国民経済計算においては、一部項目について発生主義、すなわち当該取引が実際に発生した時点を取引の記録時点として適用している。具体的には、医療保険からの給付額の決算データは、3月診療分から翌年2月診療分までが「当該年度の支払総額」であるため、国民経済計算においては、一定の推計の下に、4月診療分から翌年3月診療分までの総額に変換を行っている。また、国民健康保険や介護保険などの制度については、国民経済計算の確報を公表する段階では、一部の決算書や事業年報など、入手できない部分が存在するため、過去のデータを用いた推計が行われている。これらの部分については、確々報として改訂する段階で数値が修正される。このため、集計範囲が等しかったとしても、値には差が出てしまう可能性がある。

Ⅲ 速報値公表の可能性

前出の「社会保障費統計に関する研究会」においては、社会保障給付費についても、一定の推計を行うことにより翌年度に速報値を公表するなど、少しでも統計としての適時性を高める努力が必要ではないかとの指摘がなされた。これは現状にお

いて、集計した結果を公表する時期に着目すれば、社会保障給付費では決算データに基づく集計を行うため翌々年度の秋頃の公表となるのに対して、国民経済計算は翌年度に確報を公表し、翌々年度に確々報として改定しているという相違が見られることによる。しかしこれについても、両者の性格の相違を踏まえると困難であると考えられる。すなわち、国民経済計算については、わが国の国民経済（例えば2007年度「国民経済計算年報」（確々報）では名目GDP約515.8兆円）の姿を、複数の部門間で重複なく調整した「全体像」として、カレントな景況判断等にも資するよう、速やかに公表していく対応が求められている。したがって、確報の段階では過去のデータを踏まえた一定の推計部分を織り込むなどの方法をとったとしても、可能な限り速やかに公表する必要がある。一方で社会保障給付費は、社会保障という「特定の部門」（例えば2007年度「社会保障給付費」では約91.4兆円）に特化した上で、より詳しい費用内訳やその推移等を、部分的な操作を加えない決算データに沿って集計することにより、社会保障の分野における政策立案等に資する基礎資料を、財政統計とも親和性を有する形で提供することを目的としている。また、SOCXやESSPROSといった社会保障分野の国際基準も、推計ではなく実績ベースでの集計を基本としている。さらには現在の社会保障給付費で公表している費用総額や政策分野別の動向等に対しては国民の関心も高く、一旦公表された数値は関係方面で随所に引用されている。したがって、部分的にでも推計を導入することで、国際基準との整合性の確保に問題が生じる可能性、あるいは一般的に実績値と一致しないと考えられる推計値を用いることにより速報値と確報値が乖離することでユーザーに混乱を招く可能性などを考慮すると、今後の社会保障費統計についても、一定の推計による速報値を提示していくことには難しい面が否めない。

IV おわりに

最後に、社会保障給付費および国民経済計算の

双方に共通する課題として、現在の公表資料を見るだけでは、それぞれの集計項目に何が含まれているのかが十分に理解できないという指摘がある。今後、社会保障費統計を基幹統計として整備するに際して、集計項目に対する注記を充実させることなどを含めて、ユーザーにとって一層わかりやすい内容に改善していくことが求められている。少子高齢化が進展する中で、社会保障の動向を国民経済全体の中でとらえていく重要性は、一層高まっている。今後とも、前述の「公的統計の整備に関する基本的な計画」で指摘された趣旨も十分に踏まえつつ、社会保障費用統計と国民経済計算との間での連携を深めるとともに、両者の関係性についてわかりやすい解説を幅広くユーザーに情報提供していくことが重要である。さらに、2012年1月6日に閣議報告された「社会保障・税一体改革素案」における関係部分の指摘や、2011年11月の厚生労働省政策統括官「社会保障給付費の整理に関する検討会」の取纏めを踏まえつつ、地方単独事業を含め、社会保障に要する費用の全体像を把握していくことが求められている。

注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所（2011b）、同内容は研究所ホームページに全文掲載している。なお、本稿第1部では、日本の結果のみを扱い、国際比較については別稿（国立社会保障・人口問題研究所（2012））に解説を掲載した。
- 2) 厚生労働省保険局『平成21年度後期高齢者医療事業状況報告』によれば、被保険者数は対前年度比3.2%増、1人当たり医療費は対前年度比2.0%増である。
- 3) 厚生労働省保険局『平成21年度国民健康保険事業年報』によれば、1人当たり医療費は対前年度比2.9%増である。
- 4) 厚生労働省年金局『平成21年度厚生年金保険・国民年金事業の概況』によれば、国民年金受給者数の対前年度伸び率は3.1%、厚生年金受給者数の対前年度伸び率は5.5%である。
- 5) 介護保険、児童手当、生活保護、雇用保険、社会福祉などからなる。
- 6) 厚生労働省老健局『平成21年度介護保険事業状況報告』によれば、介護保険受給者数の対前年度伸び率は4.2%である。
- 7) 収入総額には、社会保障給付費の財源に加え

て、管理費および給付以外の施設整備費等の支出の財源も含まれる。

- 8) 平成21年10月1日より15.350%から15.704%へ引き上げられた。
- 9) 厚生労働省年金局『平成21年度厚生年金保険・国民年金事業年報』によれば、厚生年金被保険者総数の対前年度伸び率は△0.6%、標準報酬月額の前年度伸び率は△2.8%である。
- 10) 特別保健福祉事業の経緯、内容について詳しくは三角（2006）を参照。
- 11) 集計上は「制度間の移転」として処理される。
- 12) なお、「平成17年基準改定」においては、従来社会保障基金の要件として挙げられていた「給付と負担がリンクしないこと」が削除された。これにしたがい、従来民間産業と格付けされていた石炭鉱業年金基金と日本製鉄八幡共済組合が社会保障基金に分類されることになった。

参考文献

国立社会保障・人口問題研究所（2011a）『社会保

障費統計に関する研究会報告書』所内研究報告第41号（<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf>）（2011.7.11）

国立社会保障・人口問題研究所（2011b）『平成21年度社会保障給付費』（http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h21/kyuuhu_h21.asp）

国立社会保障・人口問題研究所（2012）「社会保障費の国際比較—SOCX2010ed.にみる諸外国の動向—」『海外社会保障研究』178号

三角政勝（2006）「検討が求められる特別保健福祉事業の在り方—先送りが続く厚生保険特別会計繰延べ措置の解消—」『経済のプリズム』28号、参議院予算委員会調査室（http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1004308_po_20062801.pdf?contentNo=1）

（ひがし・しゅうじ 企画部長）

（かつまた・ゆきこ 情報調査分析部長）

（のむら・としゆき 企画部第2室長）

（たけざわ・じゅんこ 企画部研究員）

（さとう・いたる 社会保障基礎理論研究部研究員）

社会保険法判例

島崎謙治

医療法人の定款に当該法人の解散時にはその残余財産を
払込出資額に応じて分配する旨の規定がある場合におけ
る，同定款中の退社した社員はその出資額に応じて返還
を請求することができる旨の規定の解釈

最高裁平成22年4月8日第一小法廷判決（平成20年（受）第1809号，
出資金等返還，損害賠償請求事件，一部破棄差戻，一部上告却下）
最高裁判所民事判例集64巻3号609頁，判例時報2085号90頁，判例
タイムズ1327号75頁

I 事実の概要

本件は，医療法人に出資した者の相続人である
X（原告，控訴人＝被控訴人，上告人）が，医療
法人であるY（被告，被控訴人＝控訴人，被上告
人）に対し，出資金の返還等を求める事案である。
Xの訴えは多岐にわたるが，本最高裁判決に関わ
る事実の概要は次のとおりである。

1 Yは，昭和32年，Aが442万5600円を，その
妻であるBが20万円を出資して設立された社団た
る医療法人であり，A，BはYの社員であった。
なお，AおよびB以外にYへの出資者はいない。

2 Yの定款には，「社員は，総会の決議等による
ほか，その死亡によって社員の資格を失う」（6
条），「退社した社員はその出資額に応じて返還を
請求することができる」（8条），「特別の理由が
ある場合にされる総会の決議によらなければ，基
本財産を処分してはならない」（9条），「剰余金
を生じた場合は，総会の決議を経てその全部又は

一部を基本財産に繰り入れ又は医療機器等の購入
に充てる」（15条），「解散した時の残余財産は，
総会の決議を経て，かつ，群馬県知事の認可を得
て払込出資額に応じて分配する」（33条）とする
との規定があった。

3 Aは昭和57年10月3日に，Bは平成13年6月
14日に死亡し，Yの社員の資格を失った。X，C，
Dは，AおよびBの子である。CおよびDは，平成
15年12月25日，Xに対し，Aの死亡に伴って取
得したYに対する出資金返還請求権を贈与した。
また，同日，X，C，Dの間において，Bの遺産全
部をXが相続する旨の遺産分割協議が成立した。

4 Xは，平成16年1月20日，Yに対し，Aおよ
びBに係る出資金の返還として4億7100万余円の
支払等を求めて本件訴えを提起した。

5 Yは，平成16年4月16日の口頭弁論期日にお
いて，A分の出資金返還請求権につき，消滅時効
（Aの死亡から10年が経過）を援用する旨の意思
表示をした。

6 第1審（前橋地判平成18年2月24日金判1310

号40頁)は、A分の出資金返還請求については時効の成立を認め請求を棄却したが、B分の出資金返還請求については、Yの純資産額に退社社員の出資割合を乗じて算定した額を返還すべきものと判示した。そして、その請求額の算定に当たっては、A分の出資金返還請求権は時効により消滅しAの死亡時に遡って存在しないことになるから、B分の出資金返還請求権の範囲は、A分の出資金返還請求権を負債として考慮しないYの純資産全部に及ぶとし、Xの請求を認容した。

7 原審(東京高判平成20年7月31日金判1310号32頁)は、A分の出資金返還請求については第1審と同様にXの請求を棄却した。また、B分の出資金返還請求については、退社した出資社員が返還請求できる額は、当該法人の資産について自己の持分を乗じて算定した額ではなく、当該出資社員が出資した額であるとし、Bの出資額である20万円およびこれに対する遅延損害金の支払を求める限度で認容した。

8 Xが上告。最高裁判所は上告を受理する旨を決定した。ただし、Xは、A分の出資金返還請求に係る上告受理申立理由を記した書面を提出しなかった。

II 判旨

B分の出資金返還請求について破棄差戻し。A分の出資金返還請求について上告却下。

1 「医療法…は、社団たる医療法人の財産の出資社員への分配については、収益又は評価益を剰余金として社員に分配することを禁止する医療法54条に反しない限り、基本的に当該医療法人が自律的に定めるところにゆだねていたと解される。ところ、…本件定款8条は、出資社員は、退社時に、同時点におけるYの財産の評価額に、同時点における総出資額中の当該出資社員の出資額が占める割合を乗じて算定される額の返還を請求することができることを規定したものと解するのが相当である。」

2 「B分の出資金返還請求権の額は、Bが死亡した平成13年6月14日の時点において既にAの死亡

によりA分の出資金返還請求権が発生している以上、これを負債として控除して算定されるYの財産の評価額に、Aの出資額を除いて計算される総出資額中のBの出資額が占める割合である20万分の20万を乗じて算定されることとなり、同時点より後に、A分の出資金返還請求権につき消滅時効が援用されて、同請求権が消滅したとしても、B分の出資金返還請求権の額が増加することはないと解すべきである。」

3 「原判決中、X敗訴部分のうち、B分の出資金返還請求に関する部分は破棄を免れない。」

ただし、「B分の出資金返還請求権の額、Yが過去に和議開始の申立てをしてその後再建されたなどのYの財産の変動経緯とその過程においてBらの果たした役割、Yの公益性・公共性の観点等に照らすと、Xの請求は権利の濫用に当たり許されないことがあり得るというべきである。したがって、B分の出資金返還請求権の額やXの請求が権利の濫用に当たるかどうか等について、更に審理を尽くさせるため、同部分につき、本件を原審に差し戻すこととする。」

4 なお、A分の出資金返還請求権等については、Xは上告受理申立の理由を記載した書面を提出しないから、同部分に関する上告は却下する。

III 評釈

判旨におおむね賛成。

1 はじめに一本判決の意義と論点一

定款に「退社した社員は、その出資額に応じて払戻し(返還)を請求できる」旨の規定がある社団医療法人の社員から出資金返還請求があった場合、出資額を限度として払い戻す(出資額説)、退社時点の医療法人の純資産に当該社員の出資割合を乗じて算定した額を返還する(出資割合説)、という2つの考え方がありうる¹⁾。行政解釈及び税務解釈は出資割合説を採り、裁判例もこの解釈を支持してきた(後述する)。しかし、出資割合説に対しては、①剰余金の蓄積等により医療法人の純資産が増加している場合は、当該財産が社員

に分配される結果となるため、医療法の剰余金配当禁止規定（54条）の潜脱である、②返還額が多額に及ぶ場合には、医療法人の経営が脅かされ地域医療に支障を来すため適当ではない、といった指摘もされてきた²⁾。また、株式会社の医療機関経営参入問題の論争を機に、厚生労働省は医療法人の非営利性を強化する方針を打ち出し、平成16年8月、いわゆる出資額限度法人のモデル定款例が示された（平成16年8月13日医政発0813001号医政局長通知）。そしてさらに、平成18年6月には、解散時の残余財産の帰属者は、国、地方公共団体、公的医療機関またはこれに準ずる者、財団医療法人または持分の定めのない社団医療法人に限定すること等を内容とする医療法の改正が行われ（改正後の医療法44条4項〔現行条文では同条5項〕、医療法施行規則31条の2）、持分の定めのある定款は認可されないこととなった³⁾。ただし、これらの改正規定は医療法の一部改正法の施行日である平成19年4月1日前に設立されていた医療法人には適用されない（平成18年法律84号附則10条参照）。このため、平成19年3月末時点で、43,203（これは医療法人総数44,027の98%に当たる）もの持分の定めのある社団医療法人が存在していた⁴⁾。

こうしたなか、本件事案の定款の解釈につき原審が1審判決を覆し出資額説を採ったことから、これに対し最高裁がいかなる判断を下すのかが注目されていた。本最高裁判決の最大の意義は、医療法改正前に設立された医療法人における従前のモデル定款と同様の定款については、従来の裁判例と同様に出資割合説を採ることを明らかにしたことにある（判旨1）。したがって、本稿でもこの点を中心に論じるが、本最高裁判決は、出資金返還請求権の行使が権利の濫用になり得る場合があること（判旨3）、Aに係る出資金返還債務が時効により消滅したとしてもBの出資金返還請求権の額には影響を及ぼさないこと（判旨2）も判示しており、実務に及ぼす影響は小さくないことから、これらの論点についても検討する。

2 本件定款の解釈について

（1）医療法人制度の趣旨と医療法人の非営利性

医療法人制度は、「私人による病院経営の経済的困難を、医療事業の経営主体に対し、法人格取得の途を拓き、資金集積の方途を容易に講ぜしめること等により、緩和せんとする」（昭和25年8月2日厚生省発医98号厚生事務次官通知）ことを目的として、昭和25年の医療法改正により設けられたものである。医療法人の性格について、「病院又は一定規模以上の診療所の経営を主たる目的とするものでなければならないが、それ以外に積極的な公益性は要求されず、この点で民法上の公益法人と区別され、又その営利性については剰余金の配当を禁止することにより、営利法人たることを否定されており、この点で商法上の会社と区別される」（上記通知）とされている。つまり、医療事業は非営利性の観点から会社形態によって行うことは望ましくないが、積極的に公益実現を図るものではなく公益法人によることもできないので、医療法人という特別な法人類型を設け、資金を集積させるとともに、剰余金を外部に流出させることなく医療事業に再投資させることによって、民間医療機関の普及促進を図るという政策意図が窺える⁵⁾。

もっとも、医療法人の非営利性は剰余金の配当の禁止だけで貫徹できるわけではない。一般に、法人の非営利性とは財産を社員に分配しないことだととらえられているが、財産の分配には、①事業年度ごとに生ずる剰余金の社員への配当、②退社した社員への出資金の返還、③法人が解散する際の残余財産の社員への分配、の3つの側面がある⁶⁾。①から③のすべてを禁じれば非営利性は徹底されるが、持分の定めのある社団医療法人はそうにはなっていない。すなわち、①については、医療法は「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」（54条）と規定し明確に禁止しているが、②および③については、平成18年改正前の医療法はこれを禁じていない。その背景には、医療法人制度発足当時の事情を考えれば、医療法人への出資者は個人立の病院・診療所の開設者やその親族以外には想定しがたく、非営利性を厳格

に要求すれば医療法人の設立が進まないという事情があったと推測される。

ちなみに、医療法人制度発足当初は財団の形態による設立が多く、持分の定めのある社団医療法人が多数を占めていたわけではない。しかし、昭和27年に相続税法の改正が行われ、財産の贈与（設立のための贈与を含む）により贈与者の相続税または贈与税の負担が不当に減少する結果となると認められるときは、これらの法人を個人とみなして贈与税を賦課する規定（相続税法66条4項）が設けられたのを機に、財団形態の医療法人の新設が控えられ、出資持分のある社団の形態が大半を占めることになったという経緯がある⁷⁾。これは厚生省と税務当局との調整が十分行われずに医療法人制度が発足したことを窺わせるが、医療法人の非営利性に関する立法者意思も判然としない⁸⁾。すなわち、昭和25年の医療法改正の国会審議において、政府委員は、「相当額の積立ができました場合、解散等により出資者に分配してしまうことになると、医療法54条の配当禁止の潜脱になるため、定款の認可の段階で適切に指導したい」旨の答弁を行っている⁹⁾。しかし、その一方で、昭和25年8月9日医発521号医務局長通知の別添の定款例では、「退社した社員は、その出資額に応じて払戻しを請求することができる」（9条）、「本社団が解散した場合の残余財産は、払込済出資額に応じて分配するものとする」（36条）との規定が設けられている。これらの規定中の「出資額に応じて」という文言からすれば、医療法人の財産を出資割合に乗じて「払戻し」（返還）あるいは「分配」と読むのが素直である（ただし、後述するように原審判決はこのようには解していない）。

（2）行政解釈および税務上の取扱い

以上のとおり、医療法人制度創設当初の指導方針は混乱がみられるが、遅くとも昭和32年頃には、出資金の返還に関し厚生省は出資割合説に立ったと考えるべきである。なぜなら、医療法人の社員の退社に当たり出資した土地の返還を求めている事案の照会に対し、「退社社員に対する持分の払戻は、退社当時当該医療法人が有する財産の総

額を基準として、当該社員の出資額に応ずる金銭でなくても差し支えないものと解する」（昭和32年12月7日総43号医務局総務課長回答）との疑義解釈通知が出されているからである。この通知については、医業経営の非営利性等に関する検討会（2005）では、「配当禁止に抵触するのではないかとの疑念が残る。…厚生労働省においては、…上記回答（通知）の廃止も含め、このような疑念が今後起こらないよう対応するべきである」と指摘されている。しかし、立法政策論はともかく、厚生労働省に設置された検討会があえてこのような指摘を行うこと自体、同通知は厚生省（厚生労働省）が出資割合説を採ったととらえられてきたことの証左である。

税務上は医療法人制度の創設当初から出資割合説が採られている。具体的にいえば、出資社員が死亡により退社した場合、その相続人には、死亡退社時点の医療法人の時価純資産価額に退社する社員の出資割合を乗じた金額を基準として相続税が課せられる（相続税法22条、財産評価基本通達194-2）¹⁰⁾。また、社員が退社し持分の払戻し（返還）を受ける場合、その払戻額から出資額を差し引いた金額は、法人から利益の払戻しを受けたと同じもの（みなし配当）として課税される（所得税法25条1項5号）。なお、仮に退社した社員が払込出資額で払い戻した場合、当該社員には利益が発生しないため課税されないが、（これは持分の一部が放棄されたとみなされ）残存出資者の持分の価額が増加するため、みなし贈与課税（相続税法9条）の問題が生じうる¹¹⁾。

（3）裁判例および学説

医療法人の出資持分の払戻し（返還）およびその価額の評価方法が争われた事案は少なくないが、本件原審判決を例外として、裁判例は出資割合説が採られてきた。例えば、①課税時期における当該法人の純資産額を基礎として、出資持分に応ずる価額によって評価するのが合理的であるとする裁判例（東京高判昭和54年4月17日行裁例集30巻4号762頁）、②社団医療法人の設立後に入会した社員の退会に伴う出資持分の払戻額は、当該出資時における法人の資産総額に当該社員の

払込済出資額を加えた額に対する当該出資額の割合を退会時における法人の資産総額に乗じて算定すべきであるとする裁判例（東京高判平成7年6月14日高民集48巻2号165頁）、③社団医療法人の社員の死亡による持分の払戻請求において、出資割合説を前提とし、資産の評価については当該資産を一括して譲渡する場合の譲渡価格を基準として算定すべきであるとした事例（東京地判平成15年11月18日金判1191号46頁）等がある。最高裁も、出資割合説を採る理由等を明示的に述べているわけでないが、上記の①および②の上告審において、出資割合説を前提とした原审の判断を是認している（最判平成55年3月7日税務資料集110号564頁、最判平成10年11月24日判例集未登載）。

学説は、本件の原審判決を支持し最高裁判決を批判する山田遼一の判例評釈（山田 2009および山田 2011）を除き、出資割合説を支持するものが多い。例えば、上記②の高裁判決の判例評釈である山本（1998）は明確に出資割合説に賛成の立場をとる。また、本最高裁判決については多数の判例評釈があるが、西内（2011）、山野目（2011）、鹿野（2011）、倉地（2011）は、その結論・判旨を支持する¹²⁾。その理由については、論者により強調する点は多少異なるが、①医療法は持分に応じた返還を禁止していない以上、定款による私的自治に委ねられるべきこと、②定款の「出資額に応じて」との文言は出資割合による返還を規定していることと解されること、③持分の払戻しは残余財産の分配の前倒しという性格を有するが、医療法は残余財産の社員への持分割合による分配を認めていること、④税務を含め行政実務において出資割合による払戻しを認めてきたこと、等が挙げられる。

（4） 本件定款の解釈に関する検討

出資割合説を採る裁判例の蓄積等がありながら、本件原審は出資額説を採った。その理由としては、①医療法は、医療法人が存続してその開設する病院等を経営する場合と医療法人が解散した場合とを峻別し、医療法人が存続してその開設する病院等を経営する限り、医療法人の自己資本を充実さ

せることとして、剰余金の利益処分を禁止しているのであるから、剰余金及びその積立金の利益処分の実質を有する行為も禁止していると解するのが相当であること、②Yの定款9条および15条は、Yが存続する限りは、剰余金が生じたときは、出資した社員が退社した場合に払い戻すことを想定せず、これを基本財産に繰り入れ、又は医療機器の整備・更新等に専ら充てることとしたものであること、③Yの定款8条の「出資額に応じ」とは、社員の出資額が格別に異なることを想定した上で、退社する社員が返還ないし払戻しを請求することができるのは当該出資した額とすることを明らかにしたものにするにすぎないこと、の3つが挙げられている。

以上の原審判決の論旨のうち、医療法人制度が設けられた趣旨・目的に関する指摘は間違っていない。既述したように、医療法が剰余金の配当を禁止したのは、剰余金を外部に流出させずに医療事業に再投資させるためである。また、法人が設立目的の実現のために活動中における出資金の返還請求と、法人がその目的を達成したこと等により解散した場合における残余財産の分配とは性格が異なり、両者に関する規律をまったく同一にすべき必然性があるわけでもない¹³⁾。

けれども、出資持分の返還について、医療法はこれを禁止する規定を設けていない以上、それは定款による私的自治に委ねられているといわざるをえないが、「定款の特殊性は、理事や加入者、取引相手方など、作成者以外の者も拘束される点にある」（西内 2011、15頁）ため、定款の解釈は客観的に行うことが求められる¹⁴⁾。そして、本件のYの定款8条中の「出資額に応じて」という文言に着目すれば、出資割合による返還を規定したものと解するのが素直であるだけでなく、本最高裁判決の法廷意見が指摘するように、解散時の残余財産の分配を規定する定款33条でも「払込出資額に応じて」との文言が使用されており、同条は出資割合による分配を規定していることは明らかであることから、定款8条は、医療法人の財産評価額に出資社員の出資割合を乗じて算定した額を返還することを規定していると解釈するのが

妥当である。さらに、実質的な理由として、税務を含む行政実務に加え従来の裁判例において出資割合説が採られてきたという事実を無視することはできない。仮に原審のような解釈を採るとすれば、金築・宮川両裁判官が補足意見で指摘するように、本件定款と同様の規定を有する医療法人の出資者等に重大な不利益を及ぼし、法的安定性を動揺させるおそれがあるといわざるをえない。したがって、結論としては、筆者も本最高裁判決の判旨1に賛成する。

3 権利の濫用に関する論点について

最高裁は、判旨3のとおり、B分の出資金返還請求について、Yが過去に和議開始の申立てをしてその後再建されたなどのYの財産の変動経緯とその過程においてBらの果たした役割、Yの公益性・公共性の観点等に照らすと、Xの請求は権利の濫用に当たり許されないことがあり得るとし、更に審理を尽くさせるため本件を原審に差し戻した。

この判旨は、権利の濫用の該当性について、1審が「XがYの経営に対して打撃を与えるなどの不当な目的をもってB分の出資金返還請求権を行使しているとは認められない」旨判示しYの主張を斥けたのに対し、最高裁が、主観的要素（加害の意思・目的）以外に客観的要素（当事者間あるいは社会的な利益状況の比較）を考慮し判断すべきことを示唆したものとして注目される。この点について、宮川裁判官はその補足意見の中で更に踏み込み、「出資社員の退社による返還請求額が多額となり医療法人の存続が脅かされるという場合があり得るとしても、当該医療法人の公益性を適切に評価し、出資者が受ける利益と当該医療法人及び地域社会が受ける損害を客観的に比較衡量するという、権利濫用法理の適用により妥当な解決に至ることが可能である」と述べる。そして、「とりわけ、当該医療法人が過去において債務超過かそれに近い状態に陥り、後に関係者の努力により再建されて現在の資産状態が形成され、その資産形成には当該社員が貢献していないというような事案では、当該社員の出資持分に相当する資

産の返還請求は権利の濫用となり得るものと考えられる」と指摘する。

筆者も、一般論として、権利の濫用の該当性について、主観的要素だけでなく客観的要素も考慮し判断すべきことは否定しない¹⁵⁾。また、本件事案のように、医療法人が倒産の危機に瀕し他者の努力によって再建されたといった事情がある場合、出資金返還請求権が権利の濫用に当たり得るという宮川裁判官の指摘も首肯できる。もっとも、出資金返還請求が問題になるのは、このような特殊事情が存在する場合ばかりとは限らない。むしろ、社員の死亡退社に伴いその相続人に相続税が課せられ、その支払いが困難であるために医療法人に対し出資金返還請求するといったケースが多いのが実状だと思われる¹⁶⁾。このような場合、出資者が受ける利益と医療法人の公益性・公共性を「客観的に比較衡量（し）…妥当な解決に至ることが可能である」といえるかどうかは疑問である。医療法人が存続できなければ入院患者の処遇等に何らかの影響を及ぼすことは否定できないが、他の医療機関による代替可能性等を考えれば、当該医療法人の存続が私人の正当な財産権の権利行使を犠牲にするだけの公益性・公共性を有するか否か判断することは、実際には容易ではないからである¹⁷⁾。ちなみに、本件事案は控訴審に差し戻され、その判断が注目されていたが、平成23年5月30日に和解に至ったもようであり、本件事案に限ってもXの請求が権利の濫用に当たるとの裁判上の決着がつけられたわけではない。

4 時効に関する論点について

本事案では、Bの死亡（平成13年6月14日）により出資金返還請求権が発生した後に、Aの死亡（昭和57年10月3日）により既に発生していた出資金返還債務について消滅時効が援用された。このため、このことがB分の出資金返還請求権の範囲に影響を与えるか否かも争われた。

1審判決は、消滅時効の効果はAの死亡時に遡及するとし、B分の出資金返還請求権の範囲は、A分の出資金返還請求権を負債として考慮しないYの純資産全部に及ぶと判示した。これに対し、

本最高裁判決は、判旨2のとおり、B分の出資金返還請求権の額は、Bが死亡した平成13年6月14日の時点において既にAの死亡によりA分の出資金返還請求権が発生している以上、これを負債としてYの資産から控除して算定されるべきであり、同時点より後に、A分の出資金返還請求権につき消滅時効が援用されて、同請求権が消滅したとしても、B分の出資金返還請求権の額が増加することはないと解すべきであるとして、1審の判断を否定した。この論旨はややわかりにくいだが、その法律構成・根拠についてより詳しく述べるのは金築裁判官の補足意見である。これによれば、Bの死亡退社によりBの持分は具体的な金額が確定された金銭債権（出資金返還請求権）に変換しており、Yの資産に対する割合的な権利というものが残存しているわけではない。したがって、B分の出資金返還請求権の金額の算定の基礎となるYの純資産の額は、Bの死亡当時に負債として存在したA分の出資金返還請求権を控除すべきであり、その後弁済までの間にA分の出資金返還請求権の消滅時効が完成し援用されたからといって、B分の出資金返還請求権の金額を再計算すべき理由はないというのが、金築裁判官の見解である¹⁸⁾。

以上の金築裁判官の補足意見のうち、「Bの死亡退社によりBの持分は具体的な金額が確定された金銭債権（出資金返還請求権）に変換しており、Yの資産に対する割合的な権利というものが残存しているわけではない」旨の指摘部分は、やや技巧的に思われるが、Aの出資金返還請求権の消滅時効が援用されたとしても、その遡及効は時効の目的である権利に限局され、B分の出資金返還請求権の範囲には影響を及ぼさないとする結論および判旨は筆者も妥当だと考える¹⁹⁾。

5 おわりに一結びに代えて一

以上述べたとおり、筆者は本最高裁判決の結論および判旨におおむね賛成である。ただし、医療法人の出資持分をめぐる問題は、本最高裁判決が出されたからといって解消されたわけではない。判例評釈の域からやや逸脱するが、最後に3つばかり指摘し結びに代えたい。

第1は、持分のない法人形態への移行の重要性である。平成18年の医療法改正により持分の定めのある医療法人の新規設立は認められないが、既存のものは「当分の間」その存続が認められており、社会医療法人や基金拠出型法人など持分のない形態への移行はほとんど進んでいない。その最大の理由は、家族（一族）が苦勞し築き上げてきた私産だという意識を払拭できないからだと推測されるが、持分に固執する限り、非営利性は貫徹できないだけでなく医療事業の継続リスクを抱えることに留意すべきである。

第2は、医療法人をめぐる税制上の取扱いである。医療法人制度は税制と密接不可分な関係にある。持分のない形態への移行が進まない理由の1つには、医療法人をめぐる税制（法人の財産評価の方法を含む）が複雑でわかりにくいことが挙げられる²⁰⁾。持分の定めのない形態への移行を図るためには、例えば、持分のある医療法人の出資社員が相続が発生した際、一定期間相続税の課税を猶予し、その間に持分のない形態に移行した際には相続税の減免等を行うといった政策誘導措置も必要だと考えられる。

第3は、持分のない形態への移行の更にその先があることである。医療法人制度が設けられた戦後間もない時代と異なり、今日、人口構造の変容や経済基調の変容等に伴い医療（その隣接領域である介護・福祉等を含む）をめぐる状況は大きく変化しており、医療法人も経営の多角化・グループ化などダイナミックな展開を図ることが求められている。しかし、現行の医療法人制度や関連税制はこうした状況に十分対応できるものになっていない。法人の合併・分離など経営形態の変更に関する規制や税制のあり方について、抜本的な見直しを行う必要があると思われる。

注

- 1) 本件のYの定款8条では「払戻し」ではなく「返還」という文言が使用されている。ただし、原審も最高裁も「払戻し」と「返還」という文言には特段の意味の相違はないと解されていることが窺えるため、本稿でも両者を区分せず論じる。

- 2) 例えば、山田（2009）、医業経営の在り方に関する検討会（2003）、医業経営の非営利性に関する検討会（2005）を参照されたい。
- 3) なお、持分の定めのある医療法人の移行の「受け皿」として、（出資の概念のない）基金拠出型法人という類型も設けられた（医療法施行規則30条の37以下を参照）。基金拠出型法人の場合、拠出者が返還請求できるのは拠出額に限られ利息も付利されない。
- 4) 出資持分ありの経過型医療法人43,203には出資額限度法人152が含まれる。ちなみに、平成23年3月末現在では、医療法人総数は46,946、うち財団が390、持分ありの社団が42,586、持分なしの社団が3,970となっている（資料の出典は厚生労働省ホームページ。http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/midashi.html）。
- 5) わが国の医療機関の整備に関する政策方針は1960年代初頭に民間医療機関中心に舵が切られたが、医療法人制度の創設はその前段階としての意味合いがある。詳しくは、島崎（2011、76-78頁）を参照されたい。
- 6) 法人の営利性・非営利性に関しては、神作（2007）を参照されたい。ちなみに、一般社団法人の場合、剰余金の分配請求権を定款により社員に賦与することはできず、また、社員に残余財産分配請求権を賦与する定款の定めは無効とされる（一般社団法人及び一般財団法人に関する法律11条2項、35条3項等を参照）。
- 7) 財団医療法人の社団形態への移行も指導されたようである。杉山ほか（2011、284頁）、記念誌編集委員会（2001、90頁以下）、を参照されたい。なお、相続税法66条4項のみなし贈与税は持分の定めがある医療法人には課せられない。「出資者の提供した財産は、出資持分に変形するのみで、自己の持分に対する支配権はその出資者にあるから、出資後その出資持分を他に贈与するかまたは相続がなされたときをとらえ贈与税または相続税を課税すれば足り（る）」（東京高判昭和49年10月17日行裁例集25巻10号1254頁）からである。
- 8) なお、本文で引用した昭和25年8月2日の厚生事務次官通知には、医療法人に対する課税上の特例を設けることは本医療法改正の直接目的とするところではない旨の記載がある。
- 9) 引用は昭和25年4月4日および4月12日の参議院厚生委員会の久下勝次（厚生省医務局次長）の答弁を要約したものであり、原文どおりではない。
- 10) なお、医療法人の出資持分の評価は財産評価基本通達（昭和39年直資56号・直審（資）17号）194-2にいう「取引相場のない株式」の評価方法に準じて計算される。この点を含め税法の取扱いについて詳述する紙幅がない。青木（2011）および杉山ほか（2011）を参照されたい。
- 11) なお、出資額限度法人の場合、出資者・社員・役員が特定の同族グループに占められていない等の要件を満たせば、みなし贈与税は課せられない（平成16年6月8日医政発0608002号の医政局長照会に対する国税庁課税部長回答）が、逆にいえば、これらの要件を満たさなければ、みなし贈与税が課せられうるということである。
- 12) なお、賛否は必ずしも明確ではないが、東京高判平成7年6月14日の事案につき国京（2006）、本最高裁判決の評釈として後藤（2010）も参照されたい。
- 13) 一般論であるが、山本敬三も同趣旨の指摘をしている（山本 2005、403頁）。
- 14) なお、定款の解釈については、鹿野（2011）のほか、「社団設立行為は、それに基づいて設立される団体が対外的な活動をするようになるので、できるだけ客観的な解釈をすべきである」（四宮・能見 2011、193頁）との指摘も参照されたい。
- 15) ただし、これは主観的要素を考慮しなくてよいということではない。「客観的利益衡量を重視しすぎると、多数（公共）の利益ないし強者の利益が常に勝つことになり適当でない…主観的要素をも考慮し、権利行使者が加害目的を有しないことは、権利濫用の判断において考慮すべきである」（四宮・能見 2011、18-19頁）との指摘は重要だと思われる。
- 16) こうした実態については、瀬上（2010）、伊藤（2010）を参照されたい。
- 17) さらにいえば、わが国の病床数は他の先進諸国に比べ多く、医療機関の機能分担・集約化が医療政策の課題となっており、医療機関の存続が直ちに公益性・公共性を有するとはいえない。また、仮に医療機関の存続の公益性・公共性を判断する枠組みを設定するとすれば、当該医療機関の病床規模、医療機能（例：救急医療や小児・周産期医療等の実施の有無）、当該地域の病床の過不足状況、代替医療機関の有無やその増床可能性等が考慮要素となると思われるが、結局はこれらの要素を総合勘案するよりなく、裁判官の主観により判断が分かれることが少なくないと考えられる。
- 18) なお、山野目章夫が指摘するように、本最高裁判決において「民法144条の遡及効が、時効の目的である権利に限局され、周辺の法的処理に影響しないものとして扱われている」背景には、「遡及効の技巧的な側面が不適切ないし不安定な法律関係をもたらすことを避ける配慮があると想像される」（山野目 2011、89頁）。

- 19) ただし、本件事案に関しては以上のように解するのが妥当だとしても、出資持分を有する者の死亡時期および時効の完成・援用時期の前後関係によっては、相続人の出資金返還請求権の範囲や課税関係は変わりうる。例えば、仮に本件事案において、A分の出資金返還請求権が発生し、時効が援用され、その後にB分の出資金返還請求権が生じた場合、当該請求権の範囲はYの純資産全部に及ぶと考えざるをえない。
- 20) 詳しくは、川原経営総合センター（2011）を参照されたい。

参考文献

- 青木恵一（2010）『医療法人の相続・事業承継と税務対策』税務研究会出版局。
- 医業経営の在り方に関する検討会（2003）『これからの医業経営の在り方に関する検討会最終報告書〔平成15年3月26日〕』。
- 医業経営の非営利性等に関する検討会（2005）『医療法人制度改革の考え方―医業経営の非営利性等に関する検討会報告書〔平成17年7月22日〕』。
- 伊藤伸一（2010）「民間病院における病院長像とその決定プロセス―事業承継と税について考える」病院69巻8号。
- 鹿野菜穂子（2011）「医療法人の定款における退社時出資金返還規定の解釈」『法律時報別冊 私法判例リマックス43号』日本評論社。
- 川原経営総合センター（2011）『平成22年度医療施設経営安定化推進事業 出資持分のない医療法人への円滑な移行に関する調査研究報告書』。
- 神作裕之（2007）「一般社団法人と会社―営利性と非営利性」ジュリスト1328号。
- 記念誌編集委員会（2001）『医療法人半世紀の歩み―創立五十周年記念誌』日本医療法人協会。
- 国京則幸（2006）「医療法人に途中入会した社員
- の持分払戻請求権」『別冊ジュリスト183号医事法判例百選』有斐閣。
- 倉地真寿美（2011）「本最高裁判決評釈」『別冊判例タイムズ32号 平成22年度主要民事判例解説』判例タイムズ社。
- 後藤元伸（2010）「本最高裁判決評釈」民商法雑誌143巻3号。
- 四宮和夫・能見善久（2011）『民法総則（第8版）』弘文堂。
- 島崎謙治（2011）『日本の医療―制度と政策』東京大学出版会。
- 杉山幹夫ほか（2011）『医療法人の会計と税務（七訂版）』同文館出版。
- 瀬上清貴（2010）「融資サイドから見た病院事業とその継続性」病院69巻8号。
- 田中 滋（2006）「わが国の医療提供体制の展開」田中滋・二木立『講座医療経済・政策学第3巻 保健・医療提供制度』勁草書房。
- 西内康人（2011）「医療法人における出資金返還条項の解釈」『法学教室別冊 判例セレクト2010〔I〕』有斐閣。
- 山田創一（2009）「医療法人における退社社員の出資の払戻請求権」The Financial and Law Business Precedents, No.1310。
- （2011）「医療法人における退社社員の出資の払戻請求権」専修ロージャーナル6号。
- 山野目章夫（2011）「退社した社員への出資額に応じた返還を定める医療法人の定款の解釈」ジュリスト1420号。
- 山本敬三（2005）『民法講義 I 総則〔第2版〕』有斐閣。
- 山本裕子（1998）「医療法人に途中入会した社員の出資持分の払戻額の算定方法」ジュリスト1137号。
- （しまぎき・けんじ 政策研究大学院大学教授）

書 評

岩永理恵著

『生活保護は最低生活をどう構想したか—保護基準と実施要領の歴史分析—』

(ミネルヴァ書店, 2011年)

川 上 昌 子

本書は、表題にあるように、日本の公的扶助制度である生活保護が最低生活をどう構想したかを保護基準と実施要領の歴史分析を通して探っているものである。旧生活保護法が成立した1946年から、一定の歴史的評価の対象となりうると岩永氏が考える1999年までの間について、その制度運用の実際に関連する文献を「史資料」として用いて、「政策形成過程」を実証的に探ることをとおして現状を俯瞰する視点を得ることを目的としている。

「政策形成過程」を探るのは、「この制度が保障すべき最低限度の生活がどのように構想されてきたか、あるいは実現されてこなかったか」、「60年以上運用されてきたのになぜいまだに、いやむしろ、今になって…低い補足率や多様な貧困状態…までも存在しているのか」を探るという問題意識に導かれている研究である。(p.5)

そのため、研究方法としては、生活保護の制度運営を主に担ってきた厚生省社会局の官僚の行為レベルを辿りながら、つまり研究の切り口をそこに絞って進めている。厚生官僚の行為の主観的意図の側面ではなく、氏の関心は、「行為の所産である政策がどのような内容であって、生活保護の目的がいかに実現されてきたかを明らかに」することにある。

研究に用いられている資料は、厚生省社会局保護課による文書、なかでも中央社会福祉審議会生活保護専門分科会関連資料(分科会で配布された資料や議事録)、行政にかかわった官僚による出版物である小山進次郎『生活保護法の解釈と運用』や木村孜『生活保護行政回顧』等。それから国会会議録、『国の予算』に記されている生活保護関係の説明、その他を含めおおたは行政関係の資料である。

本書は、年代を区分してそれを追いながら展開されている。章構成は次の通りである。

- 第1章 歴史分析の視点と対象
- 第2章 生活保護法の制定と改正
—1946年から1950年—
- 第3章 社会保障整備過程における生活保護
—1951年から1960年まで—
- 第4章 高度経済成長下の生活保護
—1961年から1968年まで—
- 第5章 高度経済成長後に取り残された生活保護
—1969年から1979年まで—
- 第6章 「適正」を強調する生活保護の運用
—1980年から1989年まで—
- 第7章 生活困窮者を放置する生活保護
—1990年から1999年まで—
- 第8章 “身動きが取れない”生活保護からの脱脚
に向けて—2000年以降—

以上のように、第2章は最初の5年間についてであるが、第3章以下は、ほぼ10年間隔で区切られて捉えられている。第2章以下の各章の見出しをみれば、それぞれの章に取り上げられている内容の大まかな輪郭が推察できるであろう。そして、終章の第8章で2000年代に入ってから状況述べつつ、近年において表出している生活保護に関連した諸問題を、「政策形成過程」が創り出してきたものとして考察している。

まず、第二次大戦終了後における「旧生活保護法」の制定から改定されて現行の生活保護制度が生成されるまでの過程が辿られている。周知のように、戦後の公的扶助の展開は、生活困窮者を広く対象とした1945年12月「生活困窮者緊急生活援護要綱」に始まり、1946年2月占領軍により示された救済原則であるSCAPIN775「社会救済」の発令により、戦前の救済理念からの転換が促され、1946年10月「旧生活保護法」の制定施行、1950年の日本国憲法の施行に伴う

第25条の生存権規定を受けて、新生活保護法への改訂と進んだ。その過程は、法の内容を固めるうえでも、実施組織を作り上げていくうえでも、大事業であったのである。GHQの指導を受けつつも、厚生省社会局の行政官が主導して新生活保護法を制定し、実施のための行政組織を整えていっている。その後の展開において厚生省社会局が大きな権限を持つことになったのは、ある意味で当然であろう。行政主導の体制のもとに、「実施要領」を変えながら保護行政を取り巻く時代の変化に対応してきている。そのように法の理念の実現が行政にゆだねられてきた体制であることを、氏は強調し着目するのである。したがって、生活保護の歴史の把握のために、保護行政を規定してきた「保護基準」と「実施要領」の変遷を追うとしている。

まず、保護基準について、1949年、法務局でどの部署がそれを管轄するかが議論されたというのが、厚生省保護課課長であった小山進次郎氏が生活保護新法は保護基準法と称してもよいほどであり、「保護基準はこの制度の命脈」と主張したという。(p.74)

最低生活費をマーケット・バスケット方式やエンゲル方式といった一定の算定方式を用いた算定したのは、1948年の第8次改定以後である。最低生活費を一定の客観的な方式で算定し、それを保護基準の根拠とする考えであった。中でも、1961年の第17次改定において、算定方式として「エンゲル方式」が取り入れられた。エンゲル方式では飲食物費に関してマーケット・バスケット方式で積算するが、その飲食物費を支出している世帯の消費支出額を実際の家計上に求める。また、被服費や雑費などその他の費目も、家計調査による実態をもとに決めたものと云ってよいであろう。そのために、実態生計費といわれる。確かな根拠を持ち、生活水準の上昇を反映させることができる方式として、大いに注目されたのである。厚生省独自に、その基礎資料とするための低所得層の家計調査である「社会保障生計調査」を1962年から企画、実施することとなった。それをもとに、最低生活費が算定されたのであった。評者は、その家計調査の集計作業の現場を見学させてもらったことがある。厚生省統計調査部のビルディングの大きな集計室で女性の事務職員が大学の大教室に並んだ学生のように縦列に配置され、一斉にパンチングの作業に取り組んでいた。実際の人数を100人だったか、200人だったか、あるいはそれ以上だったか挙げるができないのであるが、実に壮観であり、最

上階には大型コンピューターが設置されており、エンゲル方式への取り組みの意気込みが尋常ではないと感じさせられたのであった。

岩永氏は、第17次改定以降のエンゲル方式を用いたとされる算定についても、科学的に算定したとはいえないやり方だったとする。一般に、標準世帯の設定において、家計調査に最も多くあらわれる有業男子を含む4人世帯という通常の世帯類型とし、食費は必要栄養所要量をもとに、マーケット・バスケット方式により理論生計費として積算されたことから、現業労働者の最低生活費を想定し算定されたと理解されている。ところが、実際には、目標とする栄養量が栄養審議会の「日本人の栄養所要量」よりも低位に設定され、男子有業者の就業が無業と等しい「軽労作」とされたことを氏は重視する。それは、「日常生活の起居動作」を保障するのみの水準であるとしている。

1961年になされたこの第17次改定は、所得倍増計画に沿った改訂であったことと、岩永氏は朝日訴訟の影響については言及していないが、朝日訴訟の影響もあったと考えられる。前年比18%の大幅な上昇率とされた。1965年以降は「格差縮小方式」となる。方式そのものが最低生活費の概念から遊離していくことになる。格差縮小の割合が「経済見通しによる来年度の個人消費支出の伸び率で推計され」、それに格差縮小率を加えて、保護基準のあげ率が決められることになったからである。もはや最低生活費の「算定」は保護基準のための根拠とはされない。大蔵省の財政担当者と協議して先に決めた保護基準上昇率について、いわば事後的に、エンゲル方式を当てはめるだけである。それはさらに、1984年からの「水準均衡方式」に引き継がれていく。保護基準は引き上げられても必要カロリー量の設定は低位水準のままであった。保護基準が保障する生活内容をどのように設定するのかについての切実さは、氏の指摘のように、このような経過の中で、失われたといえる。

第二に、氏が着目しているのは二重基準ともいえる保護の要否判定基準と保護の程度の水準との乖離の問題である。高齢、障害、母子等の非稼働世帯を対象とする加算や控除の制度が種々取り入れられていくが、そのことにより非稼働世帯の実際の給付水準は生活扶助基準の上昇以上に引き上げられていく。厚生省は、1969年以降、保護層が変質したとした。1970年の厚生白書の冒頭でも「貧困の変質」を取り上げて、失業

や低賃金の経済的問題による貧困は小さな問題となったと述べている。そのような認識のもとに、高齢者世帯や障害者世帯、母子世帯などの非稼働世帯の処遇改善、あるいは稼働世帯の自立助長という社会福祉機能に重点が置かれることとなった。保護基準は、その後、対前年比10%を超えて上昇していくことになるが、「健康で文化的な生活」の保障とは何かは問われないままで、とにかく保護基準を上昇させていく方策がとられる。氏は、「保護受給後に保障される生活水準に対して、生活困窮を判断する生活水準はかなり低い設定」であり、それは、「行政裁量上で、最低生活を再定義するもの」であるとしている。(p.159～)

第三に、保護基準の決定が、上記の政策過程を通して、政治的性格を強くしていったことを指摘している。そのような状況の中で、中央社会福祉審議会生活保護専門分科会は、1968年以降、「新マーケット・バスケット」による保護基準の算定を提言する。「保護基準には切り下げられない最低限がある」。「保護基準は取り組むべき『貧困』とは何かという観点から論じられなければならない」とする考えに立ち、したがって、産業構造の変化、ライフサイクルの変化や資産保有等と関連させた、新しい相対的貧困の意味での生活設計に基づくマーケット・バスケットの作成の提言であったが、厚生省により採用されることはなかったということである。「社会福祉機能」に重きを置いた政策展開がなされたという。

第四に、1981年の実施要領123号通知による「適正化」が進められたことについてである。不正受給を防止することを狙いとして、保護の要件を厳格にし、保護申請者に举证責任を課したのであった。それにたいして氏は、「申請以前の要保護者をふるいにかける経路を設けたことを意味」し、「保護申請前のハードルが完成した」と述べる。(p.220) しかも、「保護申請前の実態把握とケース指導をセットにし、保護申請時の要件を満たしているかだけでなく、そのためにどれだけ努力しているかを判定する」運用がなされ、結果において最低生活を保障すべき人をふるいにかける価値基準として機能した。保護の対象を選別するものであり、保護請求権を等閑に付したという。(p.245)

確かに、結果として、保護率は1980年後半以降継続して低下していく。クロー事件等類似の事件が頻発した。なにより、1990年代のバブル崩壊後の大量失業の発生、雇用の不安定化状況の中において、生活

保護制度は「対応しないという手法」を取ったのだという。ホームレスという究極の貧困状態が社会問題化した状況において、生活保護で対応するのでなく、「ホームレスの自立支援に関する特別措置法」という特別施策を設けなければならなかったことを指摘する。優れた指摘である。氏は、「生活困窮者を放置する生活保護」と総括する。(p.255)

最後の第8章は、2000年以降に起こった政策動向を読み解きつつ、生活保護制度のあり方と貧困対策の今後について言及し、「生活困窮者を放置し続ける現行の体制を維持する正当性はない」と断じる。保護の実施は矮小化し、閉塞状態に陥っており、「もはや現行の生活保護を前提にしている中では、誰を生活困難として保護するかという政治的問題を取り上げる経路を見いだせない、というのが歴史を振り返ってえられる知見である」と述べる。したがって、日本における公的扶助の制度としての組み立てを、新たに構築すべきというのが、氏が政策形成過程を辿ったうえでの提言である。(p.204)

さて、以上はいわば論旨の要約であり、書評とはいえないかもしれない。内容紹介に多くを割いてきたが、氏が政策形成過程として辿り把握された通史の内容を、評者としても辿ることなしには、また紹介することなしには、本書の狙いを伝えられないと考えたのである。

生活保護行政の変遷を、常に身近に意識しながら貧困研究に取り組んできた評者として、岩永氏の捉え方のすべてに同意するわけではないが、本書によって、生活保護の歴史を改めて振り返り全体を通観することができた。なにより、生活保護が果たしてきたセーフティネットの特異性を再認識することができた。生活保護の行政史として大部な資料を丹念に読み込んで辿られた労作を高く評価するのであるが、行政が「対応しないという手法」を取ったのはなぜか、「生活困窮者を放置する生活保護」になったのはなぜなのか、その理由に、氏が繰り返し指摘される「日常生活の起居動作」を保障するだけの保護基準とする「貧しい貧困観」や、生活保護を受けようとする者に努力を求める「最低生活保障すべき人をふるいにかける価値基準」の問題があるであろう。それらとともに、評者としては、厚生省が生活保護における保護基準を重視するあまり、一方で保護基準を引き上げることにこだわったこと、他方でそのために財政当局との交渉に際して

は、保護基準の中核である生活扶助基準の水準をより低く見せかける政治的判断が働いたのではないかと思われること、保護基準の決定を算定方式から遊離させ算定方式を形骸化させていったこと、そして、「貧困の変質」と捉えて、稼働能力のある者の貧困を軽視した貧困理解の問題などがあげられると考える。これらは本書に触れられていることではあるが、もっと深めてほしかったと思うのである。

評者として関心があるのは、1961年のエンゲル方式の採用直後の時点と1970年ごろの保護層の変質が指摘された時点である。この二つの時点が時代を画した転換点であったと考えるのである。エンゲル方式が、国民の生活水準の上昇の中で、相対的貧困概念を基に、消費構造の変化も踏まえるべきとして取り組まれたに

もかわらず、また、貧困層問題でなく労働者の貧困問題としたにもかかわらず、保護基準の算定の確固たる方式として根付かせることができなかったのである。そのための研究や議論は行われたのだが、実を結ばなかったことを残念に思うのである。1970年時点については「貧困の変質」と捉えたことが社会福祉機能偏重につながったと思うのである。岸・仲村論争に端が見られる日本の古くからの生活保護制度にかかわる論点であったのである。今更ながら重大な論点であったのだと気付かされた。社会福祉機能偏重が強まっていった事実だけでなく、それはなぜか、その政治的背景に何があったのか、といったことの理由を歴史研究として探って欲しいと思うのである。

(かわかみ・まさこ 聖隷クリストファー大学教授)