

# 季刊 社会保障研究

Vol. 50

Winter 2014

No.3

## 研究の窓

住宅政策と地域包括ケアに寄せて……………高橋 紘 士 248

## 特集：住宅政策と地域包括ケア

高齢者住宅政策と地域包括ケア体制の評価……………中川 雅 之 250

都市部の人口高齢化と住宅政策……………西村 周 三 263

住まいの確保に向けた政策的な課題と論点……………白川 泰 之 273

地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題  
——サービスの質を中心に——……………井上 由起子 283

高齢者住宅の普及策の検討……………有賀 平 295

## 投稿（論文）

高齢者における相対的剥奪の割合と諸特性

～JAGESプロジェクト横断調査より～

……………齊藤雅茂, 近藤克則, 近藤尚己, 尾島俊之, 鈴木佳代, 阿部 彩 309

## 投稿（研究ノート）

医療・介護保険の平準保険料方式への移行

……………岩本 康志, 福井 唯嗣 324

## 動向

2012（平成24）年度 社会保障費用—概要と解説—

……………国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト 339

## 判例研究

社会保障法判例……………川久保 寛 352

—遺族補償年金の支給と憲法14条1項—

## 書評

永野仁美著

『障害者の雇用と所得保障』

……………中川 純 361

藤村正之編

『シリーズ福祉社会学③ 協働性の福祉社会学：個人化社会の連帯』

……………田 渕 六 郎 365





季刊  
社会保障研究

Vol.50 Winter 2014 No.3

国立社会保障・人口問題研究所

## 研究の窓

### 特集；住宅政策と地域包括ケアに寄せて

地域包括ケア研究会が地域包括ケアの定義として、住まいと住まい方を明示的に取り上げたのは、これまでのケアは暗黙のうちに施設ケアを前提としていたのに対し、地域包括ケアでは地域居住を前提としたエイジング・イン・プレイスをメインストリームと考えたからに他ならない。

しかし、介護保険制度の導入にあたって居宅処遇原則が謳われたものの、住まいのあり方についての言及は殆ど行われなかった。その理由は、中川論文にいう「子供からの介護と子供への不動産相続を交換する、戦略的遺産動機」が現実には随所で破綻していたにもかかわらず意識の上ではとりわけ政治家を含む政策担当者を支配していたことによる。

在宅で要介護となった場合、家族介護が期待できない場合は、低所得者の場合は措置制度によって老人福祉施設に入所するか、措置の対象とならない層は社会的入院として、病院を利用するということが暗黙の前提であった。これは1973年の老人医療費無料化が意図せざる結果として社会的入院を助長したことに起因している。しかし、現実の要介護者増と家族介護の脆弱化という需要増要因と成長経済の終焉による財源制約要因の双方から、社会的入院による介護への対応と選別的な老人福祉による施設対策では、いよいよこのような事態に対応することはできないという認識が介護保険導入の大きな要因であった。

厚労省がデータで示したように、欧米諸国に比して、支援付きの住居は対高齢者人口に比して著しく低い。そのため、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅などのケア付きの住まいの整備が政策課題として指摘されるようになった。これは介護保険導入後初めての大きな改正であった2005年改正の前後の高齢者介護研究会の検討のなかで、早めの住み替えを受け皿としての欧米のアシステッドリビングや高齢者に配慮した特別な住居の整備が意識されるようになって以来である。その後、国土交通省と厚生労働省が共管する高齢者すまい法の改正によってサービス付き高齢者向け住宅が制度化されるに至った。すなわち、介護政策のなかに住宅政策を取り込まざるを得ない事態が進行してきたということができる。

すなわち、平均寿命の長期化と高齢人口の急増と夫婦のみ世帯および単身世帯の急増にみられる居住形態の変化は、これまでの住宅政策の前提を覆す事態が一般化したということの意味する。

本特集の課題は地域包括ケアとの交錯のなかでの住まいと住まい方のあり方の検討である。高齢者住宅を「加齢対応構造等を備えた住宅」と定義し（有賀論文）、その上で「バウチャーによる家賃補助政策を、高齢者住宅の普及を目指す住宅政策の中心に位置づけることが適切」という指摘は、今後の高齢者住宅の政策あり方を考える上で、示唆的である。

日本の高齢者住宅は「特別養護老人ホームまで待てない方々が、それより少し早めに引っ越すための代替施設として機能している。」（井上論文）そして、民間賃貸市場に依拠しながら制度化されたサービス付き高齢者向け住宅については、「住宅というモノと生活支援や介護といったサービスを融合させた商品として市場に供給されている」（同）けれども、家賃補助制度を欠く住宅供給は営利企業による提供である限り、質と家賃が対応せざるを得ない。一定割合以上存在する低所得者向けサ高住では、介護報酬の受領によって、低家賃を補うビジネスモデルが成立し、不正請求の問題が看過できない状況になっている。

1970年代に、アメリカの社会政策学者であるアルフレッドカーンが「貧者のためのみすばらしいサービス」という指摘をしたことがあったが、政策的対応のない民間供給はこの問題を避けて通れない。さらに、サ高住の登録水準に満たず、狭隘な居住水準が多い「住宅型有料老人ホーム」さらに、賃貸借契約も結ばずに入居させる、「老人下宿」のような劣悪な住宅もその全容は把握されて

いないが、その存在と問題点が少なからず、報告されている。

このような状況に対し、いくつかの非営利組織が生活困窮者に生活保護制度および医療・介護や障害福祉サービスなどの社会保障を活用しつつ居住支援と生活支援を実施する事業をてがけるようになってきているが、この実践事例が示唆するのは、経済的支援を加味しつつ、ハードとしての住宅と住まい方の両面からの住宅政策による対応の必要性である。住宅確保のリスク要因を「借家層の経済リスク」と「居室内の死亡リスク」の双方から考察した白川論文において、低所得者の地域居住をすすめるための事業モデルとして提案された「地域善隣事業」は行政、介護、医療、住宅などの関係者から構成される「プラットフォーム機能」による連携機能を重視している。まさに、住まいの確保と住まい方の支援が地域包括ケアシステムでいう包括的支援によって実現することになる。

ここでは「住宅確保要配慮者」への支援が従来型の新築の賃貸住宅による対応を前提とするならば、採算上の問題でターゲットが狭められる。その意味で空き家などを活用した血縁関係のない者による「シェア居住」あるいは「とも暮らし」も視野におく必要がある。

従来型の住宅行政の立場では、血縁関係による家族のみが住宅の居住者で、その他は寄宿舎か施設に居住する者という想定で住宅行政が運用されてきた。このような前提に背馳する例がシェアハウスなどに代表される共同居住の拡大である。高齢者の場合これを有料老人ホームとして規制することが適切か、整理仕切れない課題が浮上しているのである。

今後のケアと住宅のあり方についてはいくつかの課題を重層的な関係のなかで解かなければならなくなる。

中川論文で「支え手人口比率」と「高齢人口比率」を用いてケア環境についての興味深い検討が行われている。実は、支援、被支援関係を従来型の固定した関係を前提とするならば中川論文の指摘が妥当する。だが、現実には支援のパラダイムがそのものが転換してきている。

地域包括ケアシステムの議論のなかで、自助、互助、共助、公助というパラダイムを提起した。しばしばこれを支援の順序として理解されている。実は、自助が成立するためには互助が、また、自助の補完を共助が果たす。また、公助のシステムを活用した互助と自助といった。相互浸透、相互補完の概念であることに注意すべきである。これを空間に展開して、自助の空間、互助の空間、共助の空間、公助の空間とすると、社会福祉施設は公助の、病院、介護施設は医療保険、介護保険が適用される施設であるから、共助の空間となろう。井上論文が引用している外山義の概念と結びつけると、プライベートな空間としての自宅に支援が展開されると自助と共助、これをセミプライベートにおける互助空間、セミパブリックの空間としての居場所を媒介として共助の場、公助の場に展開される。結局、公共空間と私的空間の間にコミュニティのなかで社会的に共有される支援が展開される空間を想定する必要があるだろう。このような視点から見ると地域で展開しつつあるコミュニティカフェなどの「居場所」の意味が明らかになる。

社会保障制度改革国民会議が指摘した「川上」としての医療と「川下」としての介護との一体化により住宅確保と生活支援の一体的対応が必要になるというシナリオの現実性が浮上している。在院日数の短縮で病院での重度化が抑制されると、支援付き住まいの需要拡大につながるからだ。

すなわち地域居住によるケア環境の転換は、互助と自助の復活による生活機能の改善を可能にするポジティブな場としての地域での生活継続である。

このような視点から見ると地域包括ケアシステム構築は地域居住の推進により社会保障給付費の地域循環を呼び起こし、宮本太郎が指摘するように生活支援労働の再組織化を通じて、地域包括ケアの包括化によって、もう一つの地域創生モデルを提示することになるのではないか。これは1970年代モデルから2025年モデルへの転換のイメージでもある。

高橋 紘 士

(たかはし・ひろし 国際医療福祉大学大学院教授・高齢者住宅財団理事長)

## 高齢者住宅政策と地域包括ケア体制の評価

中 川 雅 之

### 1 はじめに

現在、高齢者関連の住宅政策（高齢者住宅政策という）と医療・介護・福祉政策の連携が急速に進みつつある。例えば、2009年に「高齢者居住安定確保法」の改正が行われ、都道府県には高齢者居住安定確保計画策定が義務付けられるとともに、2011年以降、見守りなどのサービスを付帯させた「サービス付き高齢者住宅」が、急速に整備されている。また、第6期介護保険事業計画からは、市町村に対しても、高齢者の住まいの確保と生活支援サービスの確保に向けた計画策定が求められることとなった。地域包括ケア体制という、医療、介護、福祉、住宅、予防サービスを、それぞれの住み慣れた地域において総合的に供給する体制の構築に向けて、総合的な取組が進みつつあるものとして歓迎したい。

日本では伝統的に、家族が一つの住宅に同居して、家族が高齢の親の介護や生活支援サービスを引き受けることにより、高齢期の生活の質を確保してきた。しかし、このような生活モデルはもはや少数となっている。家族が分散的に、これらのサービスを提供することができないとすれば、介護や生活支援サービスについては、規模の経済や集積の経済を活かして提供する手法に変更せざるを得ない。土地住宅市場が適切に機能していれば、相続させる必要のなくなった、住宅や不動産資産を売却、賃貸化して、それらのサービスを市場から購入すればいいかもしれない。しかし、土地住宅市場が不完全な場合は、高齢者の身体状況に合致した高齢者住宅の供給は、過小なものとなるかもしれない。また、高齢者の集積も不十分なもの

となる可能性もある。

現在展開されている高齢者住宅政策と、地域包括ケア体制は、住宅市場の不完全さを補うという意義を見出すことができる。しかし、今後急速に進む人口減少の大きさを考えた場合、地域包括ケア体制を全ての地域に展開することは困難である可能性がある。この場合、高齢者の定住を前提とする政策から、高齢者の移動を明確に意識した政策に転換することが求められよう。

本稿は、以下のように展開される。第2節においては、日本の中古住宅市場の問題点を指摘し、サービス付高齢者住宅などの公的支援の意味を考察する。第3節は、市区町村別に高齢者人口密度、生産年齢人口/高齢者人口比率（以下、担い手人口比率という）の動向を観察することで、地域包括ケア体制が将来抱えるであろう課題について述べる。第4節は、高齢者の移動に関して議論を行う。第5節はまとめである。

### 2 日本の中古住宅市場の特徴と高齢者住宅政策の意義

#### (1) 戦略的遺産動機に基づくケアサービスの提供

日本では伝統的に、子供からの介護と子供への不動産相続を交換する、戦略的遺産動機を用いることで、高齢時代の生活の質を確保する仕組みが定着していた。このようなシステムの下においては、子は親と同居して親の住宅維持管理投資の状況を観察することができるため、親から子に不動産が相続される場合においても、情報の非対称性問題が生じる可能性は少なかった。つまり、子供は相続することのできる住宅の価値を、ある程度

正確に認識することができた。親は、子供から十分な介護サービスを受けるのに、十分な住宅として維持する必要があったため、適切な維持管理投資を行い、その結果住宅ストックも良好なものとして維持できた。

しかし、子供との同居が一般的なものではなくなる過程において、戦略的遺産動機を用いることは困難になる。また少子化時代において、子供からの介護をあてにすること自体が、困難になってきてしまった。その場合、高齢者にとって快適な住宅、介護サービスを市場から調達することが必要になり、家族形成、成長期に手に入れた住宅を現金化できるかという点が大きなポイントとなる。

しかし、都市成長に伴って土地の価格が十分に上昇していたため、土地の売却だけで十分な現金を手に入れることができた日本では、中古住宅の建物を適切に評価して取引を行うための、評価技術も商習慣も備えていない市場が形成されてきた。このような市場では、情報の非対称性が顕著に表れるため、地価が下落する時代においては、中古住宅を処分して、それを高齢期の生活の質の向上に用いるという選択肢は用いることが困難だ。自らの住宅を賃貸化して、それを高齢期の住宅の家賃や介護サービスの購入に充てるという選択肢もある。しかし、借地借家法に基づく正当事由借家の保護が過剰で、定期借家権の普及もあまり進んでいない状況の下では、この戦略も取りにくい。

## (2) 未発達な中古住宅市場がもたらすもの

図1のように各期で若年者世代と高齢者世代が併存している社会を想定する。この社会で供給できる住宅は二つのタイプのものしかないでしょう。ファミリータイプ住宅は、若年期のニーズに合致した戸建住宅であり、リフォームの実施などの管理レベルも居住者が選択できる。一方、高齢者住宅はサービス付の共同住宅であり、管理水準も入居時当初に定まっているものでしょう。ファミリータイプ住宅も高齢者住宅も2期間しか存続できないものとする。

ファミリータイプ住宅は、購入当初は若年者にとって10の、高齢者にとって4の効用をもたらす。前半期に適切なリフォームを実施すれば、後半期も同様の効用をもたらすが、適切な管理が行われない場合は、若年者にとっても高齢者にとっても効用が半減する。リフォームを考慮に入れないフロー化されたコストは1期間あたり6、リフォームを考慮したコストは8、さらにインスペクションなどの住宅の品質証明も考慮した場合のコストは9だでしょう。成約価格は付値とオファー価格の間で、売り手と買い手の交渉力を反映して決まるが、ここでは単純化のため成約価格はオファー価格に等しいとする。

高齢者住宅は、住宅の管理機関によって適切な管理が行われ、それが信頼できる形で外に発信されている。これに必要な費用は9だが、高齢者はこの住宅から10の効用を受け取って、若年者は4の効用を受け取る。

この場合、図2の各世代の居住スタイルの選択には二つのタイプが均衡として存在する。一つは、全ての世代がファミリータイプ住宅に生涯居住するというものだ。2代前の世代が死亡した後の都市空間に、 $6 \times 2$ 期間=12の費用を支払って住宅を建設し、若年期は10の、高齢期には2の住宅サービスを受け取る。この場合の消費者余剰は0である。リフォームを実施した場合、高齢期の効用が2上昇するが、リフォームのコストは $2 \times 2$ 期間=4であるためリフォームは実施されない。

もう一つは、ある世代の若年者（個人0）がファミリータイプ住宅（若年期住宅0）を $6 \times 2$ 期間=12の費用を支払って建設し、それを高齢期に後世代の若年者（個人1）に譲渡する。この場合リフォームを施しても、信頼できる形で伝えることができない場合は、後世代（個人1）は $(10+5)/2=7.5$ の付値しかつけないため、リフォーム費用を回収できるような価格では売れない。しかし、インスペクションを同時に行い情報の非対称性を解消することで、後世代（個人1）は10の付値をつける。これはインスペクションを考慮したコスト9を上回っており、二つの世代でそれぞれ1の消費者余剰を発生させている<sup>1)</sup>。

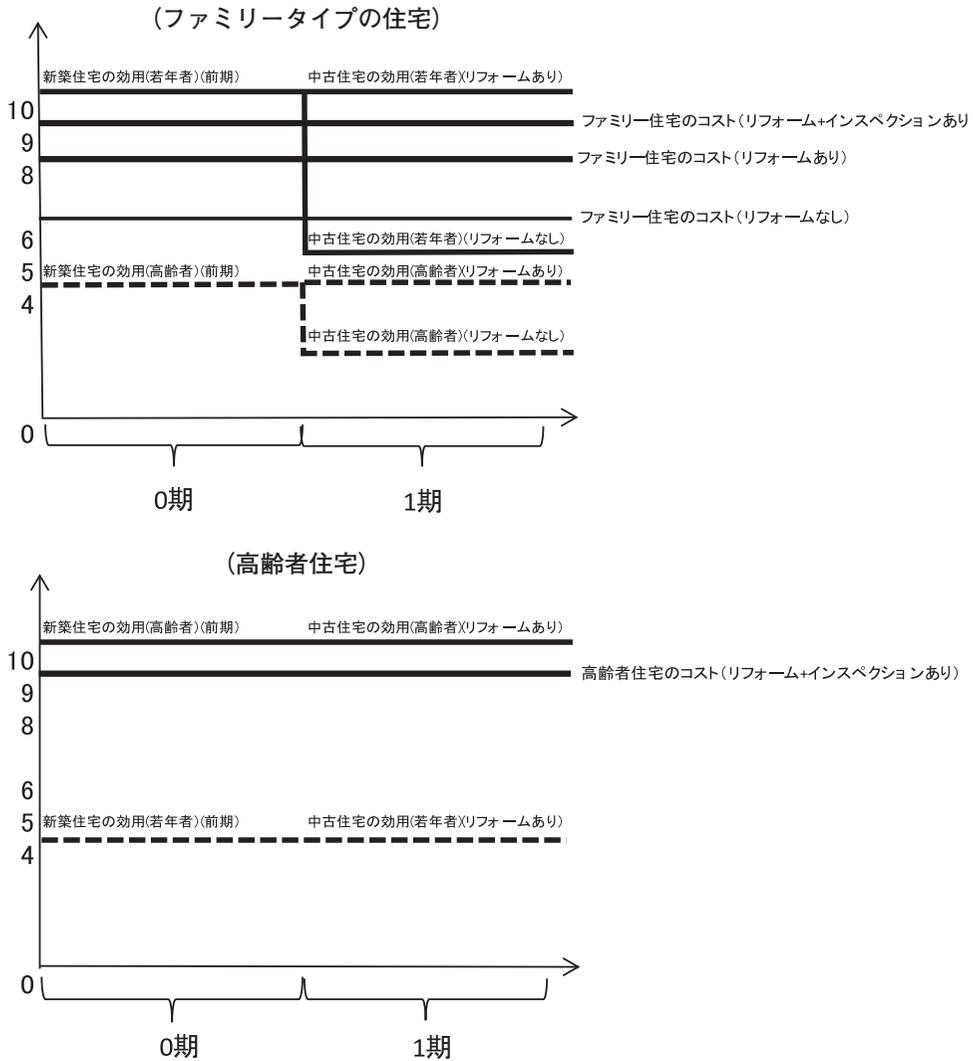


図1 ファミリー住宅、高齢者住宅から得られる効用及びコスト（数値例）

ファミリータイプ住宅を9で売却したこの世代は、高齢者住宅に9の費用を支払って入居する。図2にあるようにこの高齢者住宅は、前の世代が最初に入居していたが、後半期の残債務9を残して死亡し、その残債務を引き継ぐ形で個人0が入居するものとする。高齢者住宅はサービスレベル、管理レベルが購入時に決定されており、死亡するまで10の効用を享受することになる。この世代の死亡と同時に滅失するが、住宅の管理機関は建替えて、ファミリータイプ住宅を譲り受けた世代(個

人1)を同様の条件で入居させる。この場合の各世代の消費者余剰はそれぞれ $10 - 9 = 1$ となる。

中古住宅がリフォームされ、それに対する適切な評価があれば、買い手にとっては、中古住宅を買うことがリスクなしで高い利得を保証することにつながる。そして、売り手はそうした買い手の行動を前提にすれば、リフォームをすることが利得を高めることにつながり、均衡解は、売り手がリフォームを行い、それを買い手が買うことであり、それが両者の利得を高めることにつながる。

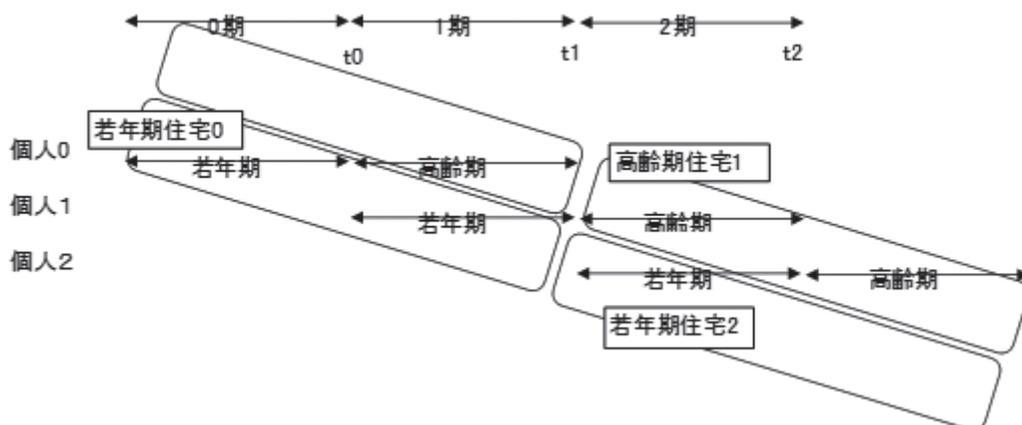


図2 各世代のライフスタイル（概念図）

中古住宅流通が活発に行われている社会において、消費者余剰が上昇していることの原因は何によるのだろうか。それは、若年者と高齢者という異なる居住ニーズを持つ者を、それぞれのニーズに合致した住宅に引き合わせていることによる。住宅という財は、単一の居住ニーズと結びつけられたライフサイクルよりも、長い耐用年数を持つことが普通だろう。このため、一つの住宅に長期間住むよりも、居住ニーズの変化に応じて住宅を変更する、つまり移動することが、居住者に大きな効用をもたらす。しかし、中古住宅の質は前の居住者がどのような住まい方をしてきたかに大きく左右され、それについては売り手（前の居住者）と買い手（新しい居住者）との間に、大きな情報の非対称性が存在する。このため、中古住宅の売買を行うためには、住宅の品質を客観的な視点から明らかなものとする様々な制度や商習慣などが必要になる。例えば、今までの数値例ではインスペクションなどの住宅の品質に影響をもたらさないものの、信頼性の高い情報を発信する仕組みが中古住宅取引には不可欠であった。

このように中古住宅市場が発達して、高齢者のフレキシブルな資産交換や資産の現金化が可能であれば、一定の介護・医療サービスへのアクセスが可能な、高齢者の身体状況に合致した住宅供給が公的部門の介入なしに行われているかもし

れない。しかし、現在の日本でそれは残念ながら実現していない。このような意味において、サービス付高齢者住宅に関する公的支援は、情報の非対称性を理由に過小な高齢者住宅サービスの供給しか行われていない状態を前提とした、次善の政策として位置づけることができるかもしれない。

### 3 地域包括ケア体制の意義と課題

#### (1) エイジング・イン・プレイスが可能な環境とは？

サービス付高齢者住宅の整備は、日常生活圏内での包括的なサービス提供を可能とする「地域包括ケア体制」の構築と呼応したものであった。地域包括ケア実現のためには、医療、介護、福祉（生活支援サービスの推進）、住宅（高齢者住宅と生活支援拠点の一体的整備）、予防の取り組みが包括的かつ継続的に行われることが必須であると考えられている。そして、このような政策は、「住み慣れた地域での高齢者の生活を支えること（エイジング・イン・プレイス）」を重視した様々な政策が、先進各国でも展開されている潮流にも沿ったものとなっている。

しかし、このような高齢者が住み慣れた地域でケアサービスを提供するという仕組みは、人口減少、少子高齢化が急速に進むという環境の下で、維持可能であろうか。地域におけるケアサービスの供給の効率性は、様々な要素が影響を与える。

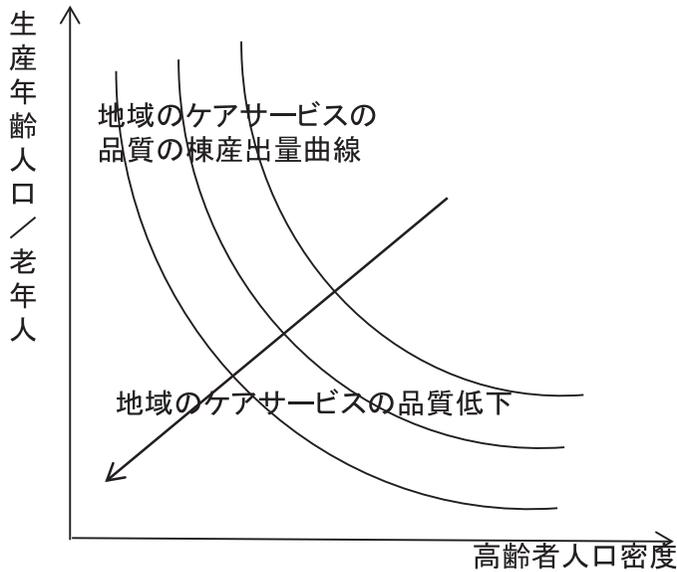


図3 支えて人口比率と高齢者人口密度とケアサービスの関係（概念図）

その中でも、その地域及び容易にアクセス可能な地域において、どれだけの生産年齢人口が存在し、ケアサービスの労働力の投入ができるかという点は、重要だろう。また、ケアサービスは労働集約的なサービスであり、需要者である高齢者の移動コストが高いため、高齢者が一定の密度で集積していることも、その効率性に大きな影響を及ぼすものと考えられる。この二つの要素を生産要素投入量のように見立てて、ケアサービスの品質の等産出量曲線として表したものが、図3になる。例えば、高齢者が分散していても、その高齢者に同居家族がいる場合（支え手人口比率（生産年齢人口/高齢者人口）が高い）には、高い質のケアサービスを受けることが可能になるが、生産年齢人口が移出してしまった地域においては、一定の高齢者密度のある地域で集約的なサービス提供を行うことによって、ケアサービスの質を確保することが必要になるだろう。このように、支え手人口比率と高齢者人口密度はトレードオフの関係にあるものと考えることができるだろう。

(2) 支え手人口比率、高齢者人口密度の変化  
それでは各地域において、ケアサービス供給の

効率性に影響を与える二つの要素がどのように変化するかを見てみよう。「日本の市区町村別将来人口推計」（平成20年12月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて、日本の市区町村別に2005～2035年にかけて、高齢者人口密度と支え手人口比率がどのように変化をするかを散布図にしたものが図4である。

横軸に2005～2035年にかけての高齢者人口密度の変化率を、縦軸に同期間の支え手人口比率の変化率をとっている。もしも、地域の人口が一定であれば、地域の高齢化は高齢者の人口密度の上昇と、生産年齢人口/高齢者人口の低下を招き、それは原点を通る右下がりの曲線として描くことができるだろう。しかし、図4から読み取れるように、人口減少が同時に進んでいるため、右下がりの曲線は全体として左下にシフトしている。その結果、1779の市区町村のうち31%が、支え手人口比率も低下し、高齢者人口密度も低下する領域に属している。これらの市区町村においては、ケアサービス供給の効率性は大きく低下することが見込まれる。中には、支え手人口比率が6割低下し、高齢者人口密度が5割低下する市町村もあり、このような地域ではケアサービスの提供自体が非常

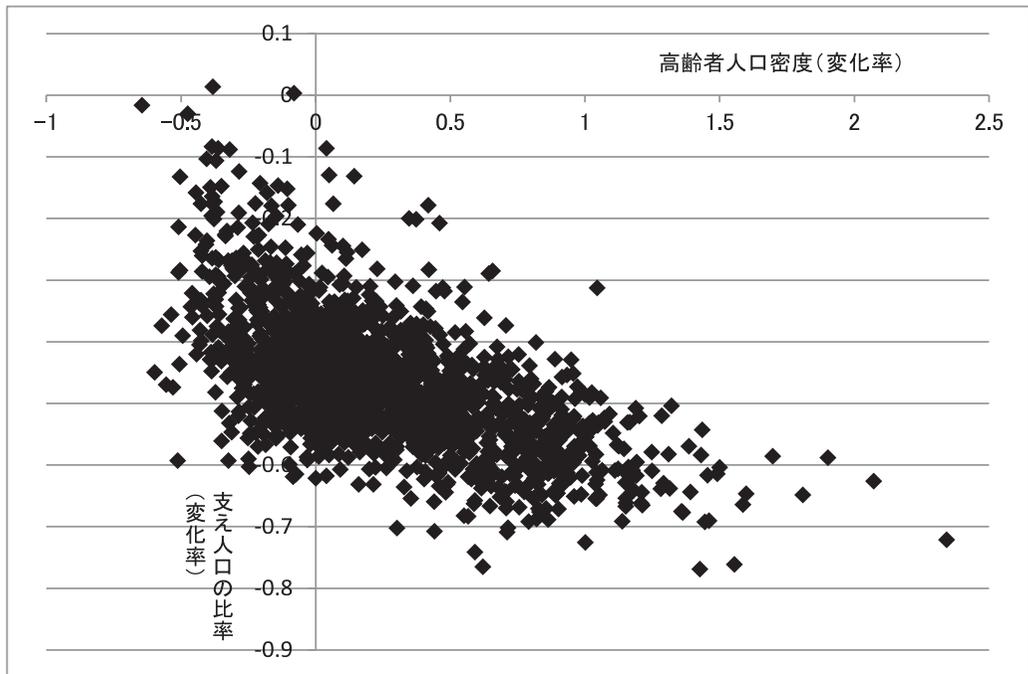


図4 支え手比率と人口密度の変化率 (2005 ~ 2035年)

注) 「日本の市区町村別将来人口推計」(平成20年推計) (国立社会保障・人口問題研究所), 「全国都道府県市区町村別面積調」(平成17年) (国土地理院) から作成。

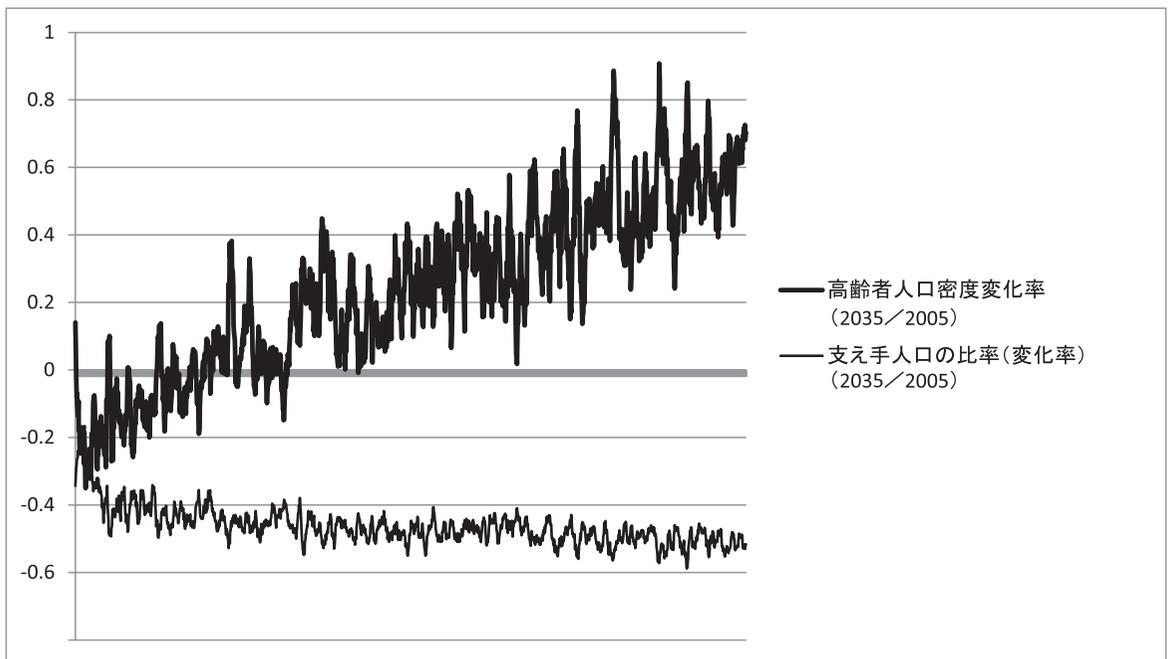


図5 人口規模別支え手人口比率, 人口密度の変化率 (2005 ~ 2035年)

注) 「日本の市区町村別将来人口推計」(平成20年推計) (国立社会保障・人口問題研究所), 「全国都道府県市区町村別面積調」(平成17年) (国土地理院) から作成。

に困難になってしまうのではないだろうか。

それでは、このようなケアサービスの効率性が大きく低下する環境にある市区町村とは、どのような地域なのであろうか。図5は2005年の人口に関して、人口規模が最も小さな市区町村から規模順に並べ、2005～2035年までの支え手人口の比率、高齢者人口密度の変化率を描いたものである。ただし、二つの数値の変化が非常に激しいので、10位ごとの移動平均をとっている。図5から明らかのように、高齢者人口密度の変化率は右上がりの形状をしている。一方、生産年齢人口/高齢者人口の変化率は、緩やかな右下がりの形状を示しているが、ほとんどの市区町村で低下している。このように、ケアサービスの供給体制が大きく低下するのは、規模の小さな市区町村であることが

予想される。

(3) 中長期的に悪化するケアサービス供給環境  
これらの変化を2005～2020年の人口推計期間の前期と2020～2035年の後期に分けて、より詳しくみてみよう。図5のような散布図を二つの期間ごとに描いたのが、図6と図7である。

図6にある2005～2020年においては、大部分の市区町村は高齢者人口密度が上昇して、支え手人口の比率が低下する領域に属している（第IV象限）。このような変化は図3の等生産量曲線上の移動と解釈することができるかもしれない。つまり、高齢者人口密度が上昇することは、介護・医療・福祉のサービス提供を効率化し、支え手人口の比率の低下を補うことができるかもしれない。この

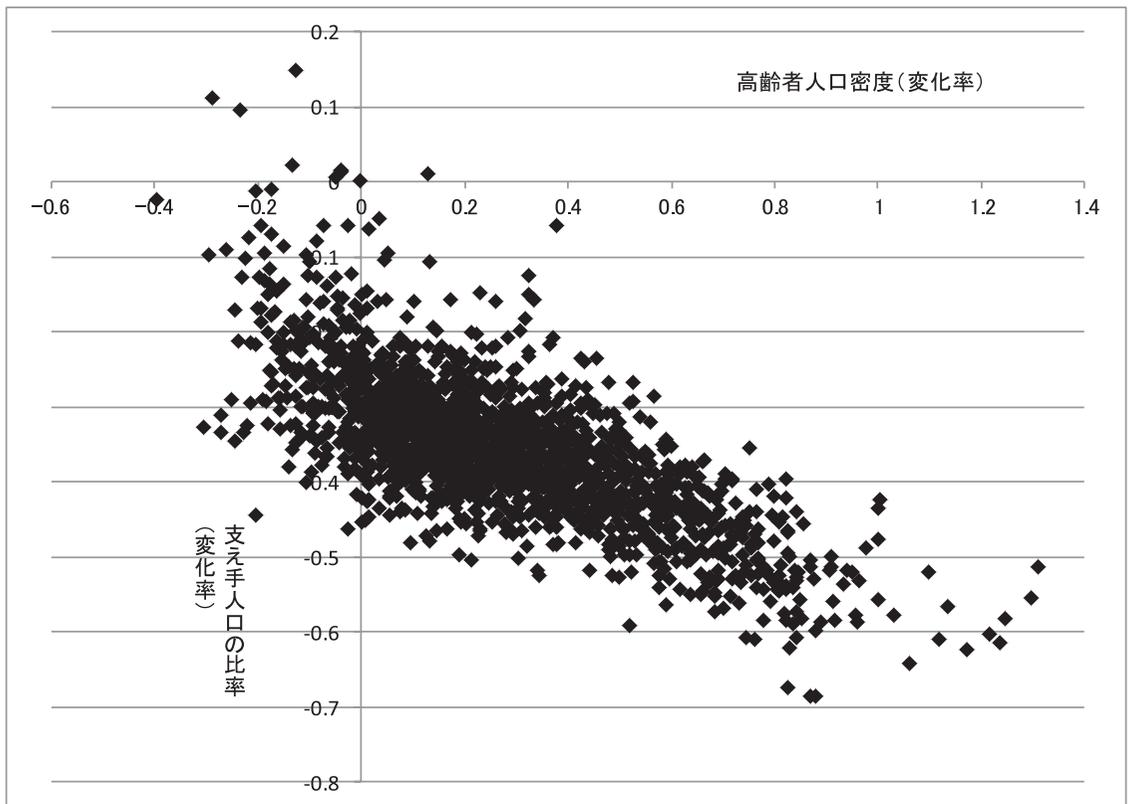


図6 支え手比率と人口密度の変化率（2005～2020年）

注) 「日本の市区町村別将来人口推計」(平成20年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)、「全国都道府県市区町村別面積調」(平成17年)(国土地理院)から作成。

期においては、第Ⅲ象限に属する二つ要素ともに悪化する市区町村は、全市区町村の13%に過ぎない。

図7に描いた2020～2035年にかけての変化率は、その変化のスケールは明らかに2005～2020年のものに比べて小さなものとなっている。しかし、支え手人口の比率と高齢者人口密度の低下という、明らかに介護・医療・福祉サービスの供給体制が非効率的なものになる領域に属する市区町村が増加している。第3象限に属する市区町村は、全市区町村の64%にも上っている。

2005～2020年にかけては、高齢化の影響が人口減少の影響よりも強く出ているため、大部分の地域においてある程度の効率性を確保しながら、ケアサービスを提供することが可能かもしれない。しかし、2020～2035年にかけては高齢化の影響よりも、むしろ人口減少の影響が強く作用す

ることとなる。この場合、多くの市区町村において、担い手の不足や高齢者の集積が低下するため、ケアサービス供給の効率性が、大きく低下する可能性が高い。以上述べたことは、市区町村という比較的大きなくくりで述べているため、コミュニティ単位では、これらの変化がより顕著に表れるのではないか。エイジング・イン・プレイスの実現のため、2005～2020年にかけて、全ての地域において、耐用年数の長いケア関係の施設や高齢者住宅を供給した場合に、ケアサービスの提供環境が著しく悪化することで、2020～2035年になって遊休化する可能性も否定できないだろう。

これらのデータは、全ての地域においてエイジング・イン・プレイスを実現することは、困難であることを示しているのではないだろうか。その場合、中長期的な高齢者の人口移動を明確に視野に入れた政策を、構築する必要があるだろう。

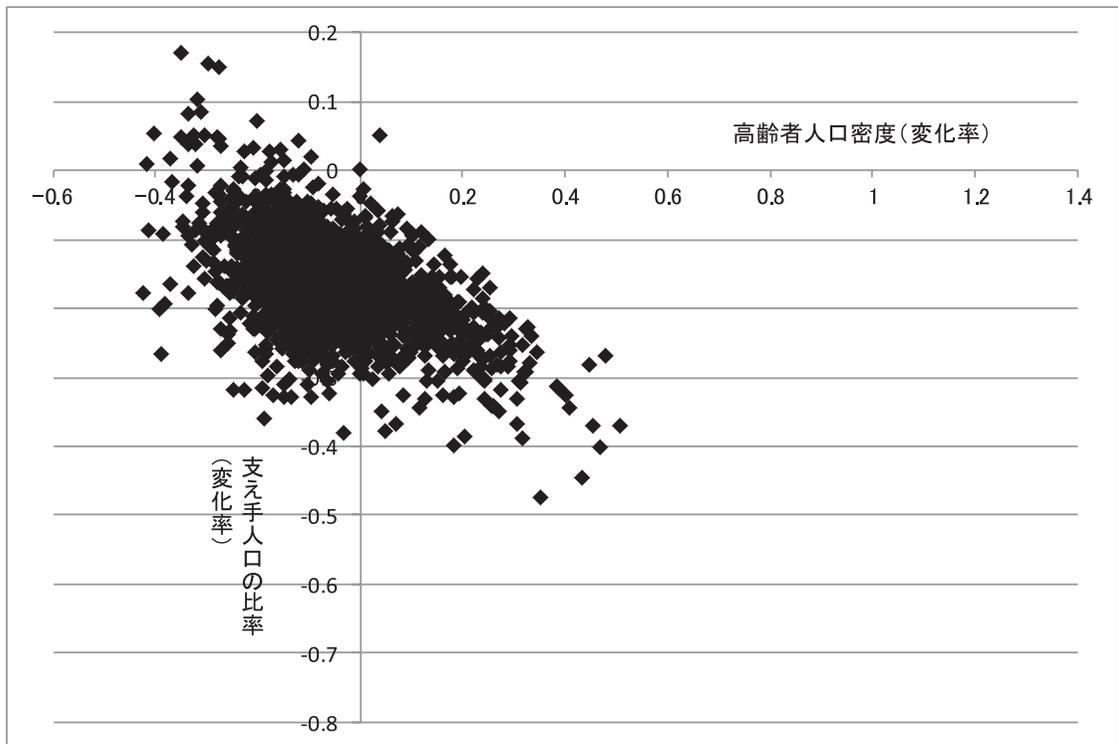


図7 支え手比率と人口密度の変化率(2020～2035年)

注)「日本の市区町村別将来人口推計」(平成20年推計)(国立社会保障・人口問題研究所)、「全国都道府県市区町村別面積調」(平成17年)(国土地理院)から作成。

#### 4 高齢者の人口移動

##### (1) 人口移動のメカニズム

それではいかにして高齢者の集積を促す方法があるのだろうか。その前に、人はなぜ居住地を変えるのだろうか。Berger and Blomquist (1992)に基づいて整理をする。現在の居住地から地域*i*への移動は、以下が正の値をとるときに合理的なものとなる。

$$NETGAIN_i = \sum_{t=0}^n (1+r_t)^{-t} \\ (WDIFF_{it} + QOLDIFF_{it} - HDIFF_{it} - \\ MOVECOST_{it} + u_{it})$$

ここで

- $NETGAIN_i$  : 地域*i*に移転することの利得  
 $r_t$  :  $t$ 期の割引率  
 $WDIFF_{it}$  :  $t$ 期の現在の居住地と地域*i*の賃金格差  
 $QOLDIFF_{it}$  :  $t$ 期の現在の居住地と地域*i*の生活の質の格差  
 $HDIFF_{it}$  :  $t$ 期の現在の居住地と地域*i*の住宅価格の格差  
 $MOVECOST_{it}$  :  $t$ 期に現在の居住地から地域*i*に移転した場合のコスト

とする。それらの値を*t*時点以降、全ての時期に関して現在価値に割り引いたものの合計が、正の値を示す際に、現在の居住地から地域*i*への移動が、合理的なものとなる。

これまでに述べた移転の利得は、もちろん「都市」→「地方」の移転の場合、「地方」→「都市」の移転の場合でそれぞれの要素の正負の方向が逆向きになるし、当事者の年齢によっても大きく異なるだろう。「都市」で獲得できる所得は「地方」で獲得できる所得より多いと考えるのが、通常だろう。しかし、この格差は若年期には将来の長い期間にかかる格差が考慮されることになるため、大きな要素を占めるが、定年後にはほとんど意味をもたないかもしれない。

一方、獲得できる生活の質は都市的な環境を好む人と、自然豊かな環境を好む人では、「都市」と「地方」の評価は正反対なものとなるだろう。

また、移転のコストは、移転によって失う現在の居住地でのコミュニティの価値や、故郷で過ごすことの心地よさを失うという心理的なコストも含むものとする。この部分は、年齢とともに大きくなるものと考えられるだろう。

##### (2) 住民の移転の状況

住民基本台帳人口移動報告(平成25年)で年齢別の人口移動者の比率をみると、15歳から29歳の若年人口が人口移動のほとんどの部分を占めていることがわかる。年齢を重ねるにつれて、人口移動者の比率は低下していくが、60歳を境に少し増加する。

これを年齢階級別、地域別に分解してみる。人口移動を行った者に占める都道府県別の比率を転入は+、転出は-の方向で記述したものが図9である。若年齢層にとっては獲得できる所得格差は非常に大きな意味を持つため、15～29歳の人口は非常に活発な「地方」→「都市」という方向の移動を行う。しかし、ある地域に長く居住することで移転のコストは上がっていくために、人口移動は徐々に低下するようになる。

一方定年を迎えることによって、所得獲得機会の格差はほとんど意味をもたないようになり、かわりに生活の質の格差が大きな位置づけを占めるようになる。このため定年を迎えることで逆に「都市」→「地方」方向の移動が活発化することになる。しかし、後期高齢者になり身体状況に不安をかかえることになった場合、生活の質の格差として重要視されるのは医療・福祉・介護などの環境になるため再び「地方」→「都市」への人口移動が活発化する。

##### (3) 高齢者の集積に関する議論

高齢者の移転は、高齢者の身体状況を悪化させるという研究が多く存在する。エイジング・イン・プレイスという政策が志向されてきたのも、移転がそのような大きなショックを及ぼす可能性が高いからであろう。しかし、第3節において述べたように、地域で高齢者にケアサービスを提供する環境は、将来的に大きく悪化する可能性が高い。

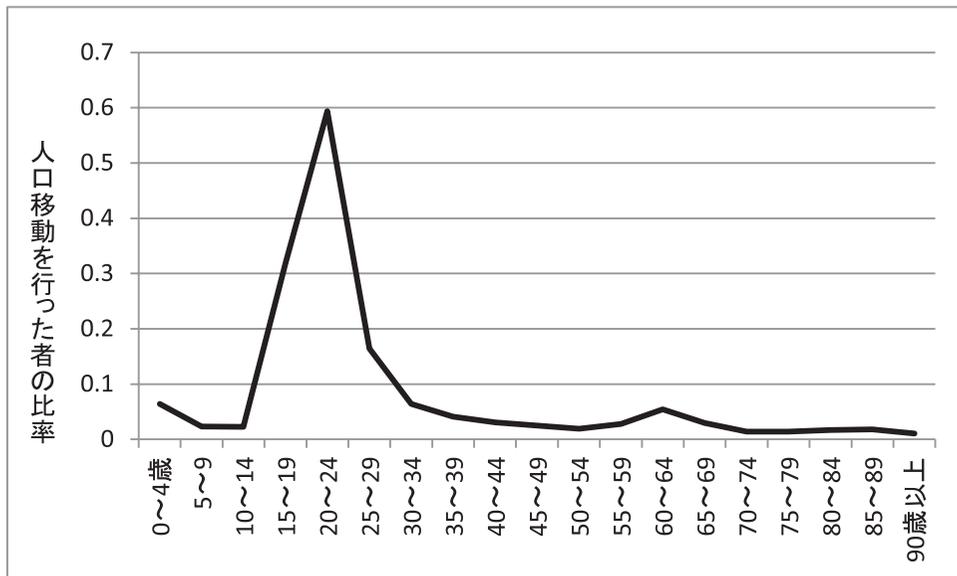


図8 年齢別人口移動率

注) 住民基本台帳人口移動報告(平成25年)から作成。

その場合高齢者の移転をア priori に否定するのではなく、移転によるショックを和らげる手法とともに、それを前提とした政策を検討していく必要があるのではないかと。

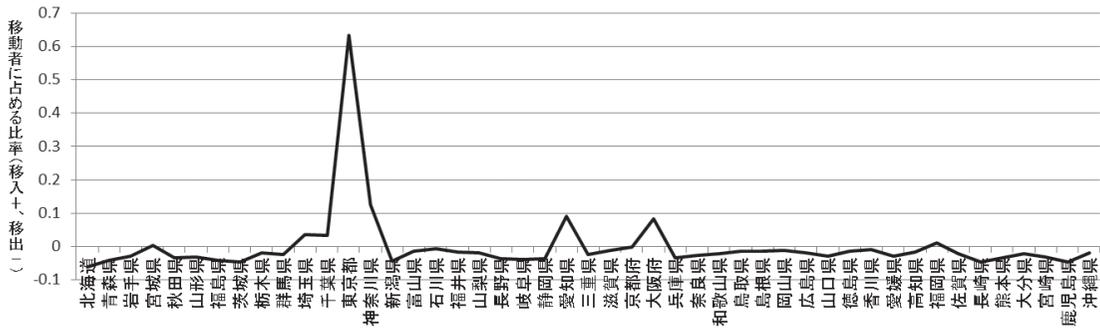
居住地の選択や人口移動を強制的に行う政策を考案することは、現実的ではないだろう。しかし、移転した者だけでなく、移転先の住民や高齢者は、安価な税負担や同じケアサービスを安価な料金で受けることができるようになる。つまり、集積には外部性があるため、過小にしか起きない。

高齢者特有の事情も集積を過小なものとする。前述のとおり、高齢者は移転の費用が高いため、高齢者の移転はまれにしか行われぬ。また、高齢期には所得獲得機会よりも生活の質によって移動の判断を行う場合が多い。生活の質は公共サービスによって大きく左右される。しかし、日本のこれまでの都市政策や地域政策は都市間、地域間の格差をできるだけ是正する方向に作用してきた。地方交付税も、地域間格差を顕在化させないように作用してきた。さらに、地方公共団体内では内部補助を行うことで、地方公共団体内の格差を生じさせないようにしてきた。つまり、地方公

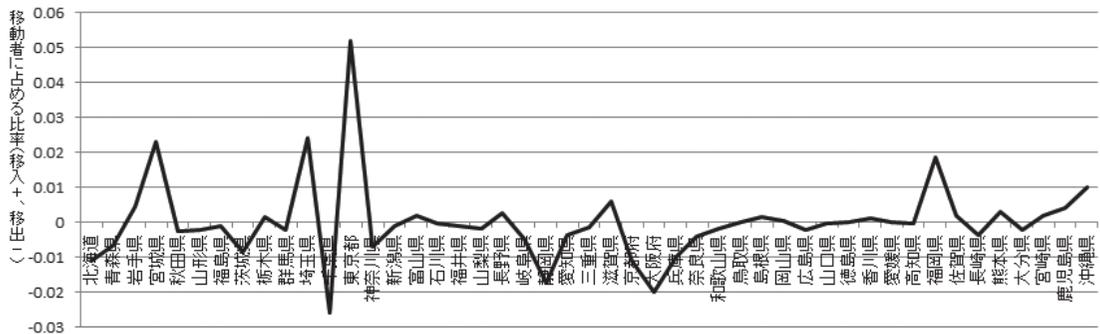
共団体内のどのコミュニティに属していても、フルセットのサービスを受けることが、目指されてきた。

このような状況化では、特に高齢者の自発的な移転が行われる可能性は非常に低いであろう。高齢者のケア体制が、著しく非効率化する可能性があるのであれば、全ての地域におけるエイジング・プレイスを実施するというメッセージは、必要な移転を先延ばしにする、という悪影響を持つ可能性が高い。中長期的なケアサービスの効率性や持続可能性を踏まえた、見通しを明らかにすることで、高齢者の適切な集積を促すことが求められる。このことは、高齢者の都市への一方的な移転を結果としてもたらすものではないだろう。図9からも明らかであるように、高齢者はゆとりや豊かな環境などの、大都市では得られない環境を求めて移動している可能性は十分あるだろう(55～74歳の人口移転者の都道府県比率)。大都市で、高齢者数が今後激増する可能性が指摘されて久しい。良好な自然、生活環境を地方部で創出することができれば、高齢者の大都市から地方部への移転が促進される可能性は、十分にあるので

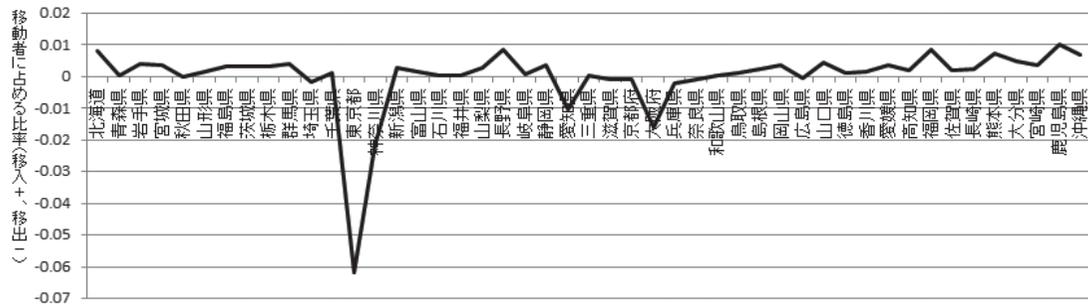
### 15～29歳



### 30～54歳



### 55～74歳



## 75歳～

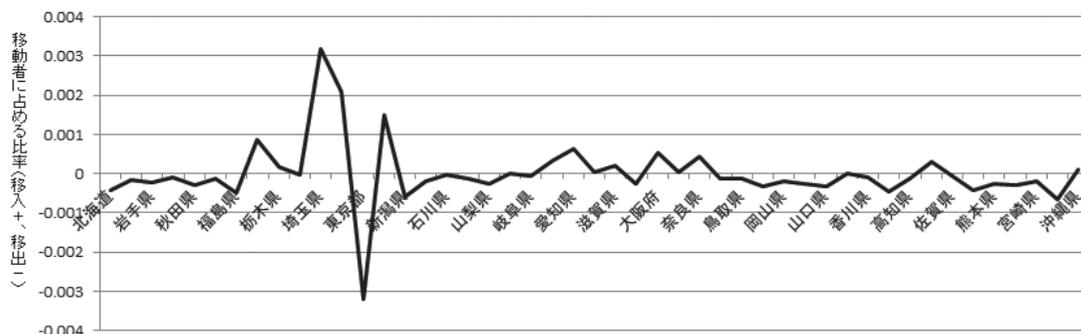


図9 年齢別人口移動者の都道府県別比率

注) 住民基本台帳人口移動報告(平成25年)から作成。

はないだろうか。

## 5 高齢者住宅政策と地域包括ケア体制の評価と課題

### (1) 高齢者住宅政策の位置づけ

元々、高齢者はフローの所得が十分にあるわけではない。一方資産のほとんどは不動産であることが多い。中古住宅市場と賃貸住宅市場が不完全にしか機能しない場合、高齢者が快適な環境の住居と、介護などの高齢者サービスを手に入れることは困難な場合が多い。

高齢期になる前に、賃貸住宅に入居することで資産を現金として保有している場合はどうだろうか。日本の賃貸住宅は正当事由制度の影響で、ファミリータイプのものがほとんどないため、このような選択をした場合には世帯形成期、世帯成長期の生活の質を落とさざるを得ないかもしれない。また、ファミリータイプの借家が供給されないため、賃料が高止まりしており、十分な金融資産を蓄積することも難しいかもしれない。

介護サービスや高齢期の住宅サービスを、市場を通じて受けざるを得ない状況、そして、中古住宅市場や賃貸住宅市場が未整備な状況では、公共部門が介護などの高齢者サービスや高齢者の身体状況に合った住宅の供給に、何等かの支援を行うこと自体には一定の支持を与えることができるか

もしれない。

また、サービス付高齢者住宅に高齢者が入居することによって達成される一定の集積は、サービス付高齢者住宅がなかった状態に比べたら、効率的な介護・医療・福祉サービスを実現しているかもしれない。

### (2) サービス付高齢者住宅の供給の非効率性。

このように次善の政策として位置づけることはできるものの、高齢者住宅政策の効率性はいくつかの点で大きく改善することができるのではないかと。

まず、高齢者向けの住宅の消費が過小になっていることの原因が、中古住宅市場、賃貸住宅市場の不完全性にあるということであれば、中古住宅市場、賃貸住宅市場の市場環境整備を行うことがまずは求められるだろう。それをサービス付高齢者住宅の整備によって補完しようとする場合、その関与が十分なのか過剰なのかを事前に判断することは全くできない。

また、サービス付高齢者住宅の整備は集積を促すものではないため、結果的に生じている高齢者の集積は過小なものにとどまる可能性が高い。高齢者の生活の質を高めるためには、サービス付高齢者住宅の整備にあたって求められているサービスだけでなく、医療、福祉等とのより広範囲のサー

ビス供給が行われることが必要だろう。そのためには、より高度な集積を図ること自体をめざした政策が考案される必要があるのではないだろうか。豊田・中川（2012）にあるように、都市計画的な手法で意識的な高齢者の集積を促すことが、これから求められよう。

また、これが高齢者に関する再分配的な政策だとしても、非効率な政策となっている可能性が高い。高齢者が保有する住宅の全てが、中古住宅市場で売買できない、あるいは賃貸化することができないわけではないだろう。このように需要者の状況を勘案することなく、供給への支援のみを行った場合、高齢者のうち中高所得者に対する非効率な補助になっている可能性もあるだろう。

今後の高齢者住宅政策、地域包括ケア体制は、政策としての位置づけの明確化をした上で、その持続可能性を確保する観点から、高齢者の移動を明確に視野に入れた、都市計画などの手段と連携をしたものとして、再考される必要があるのでは

ないだろうか。

#### 注

- 1) 個人0はリフォーム、インスペクションのコストを含む9を0期には自分で支払うため10-9=1の消費者余剰、個人1は10の効用を享受し、9の費用を転嫁されるため1の消費者余剰を得る。

#### 参考文献

- Berger, M.C. and G.C.Blomquist (1992) "Mobility and Destination in Migration Decisions: The Roles of Earnings, Quality of Life, and Housing Prices", *Journal of Housing Economics*, Vol 2, pp37-59
- 大竹文雄 (1992) 「戦略的遺産動機と住宅需要」『季刊 住宅土地経済no.5』pp.10-16
- 豊田奈緒・中川雅之 (2012) 「これからの都市と医療福祉:人口減少・超高齢化を見据えた都市縮小とインフラ再編」, 『老いる都市と医療を再生する』公益社団法人総合開発研究機構, pp15-30
- 山崎福寿 (2014) 「日本の都市のなにが問題か」NTT出版

(なかがわ・まさゆき 日本大学教授)

## 都市部の人口高齢化と住宅政策

西村 周三

### 1 はじめに

本稿は、2025年頃から2040年頃にかけての大都市部の人口の超高齢化の姿を、国立社会保障・人口問題研究所の地域別推計データに基づいて概観し、合わせて超高齢者の医療・介護の姿の今後の展開を考え、それに伴う大都市部の住宅事情の見通しを展望する。

一見すると医療・介護の見通しは、住宅政策とは関わりがないように見えるが、これらが密接に関わっていることを示すのが、本稿の最も大きな目的である。本稿で問題提起し、検討する課題は、「時代を先取りした」と自負するテーマである。こう言えば聞こえはいいが、言い方を代えれば現在の多くの国民の意識から推測すると、かなり「先走った」議論であると思われる。

たとえば今後、超高齢社会が実現することが確実な社会で、急増すると思われる認知症への対応という課題は、多くの国民がそれを真正面から見据えたくない課題かも知れない。しかしながら、仮に画期的な認知症治療技術が発見されたとしても、その実用化に要する時間を考えれば、一気に解決することができず、たとえば認知症の人々を、どこでケアしていくかという問いに、目を背けることはできない。これは、ある日突然に対応するよりも、着実に少しずつ対応が迫られる課題である。人々の価値観の転換次第でその姿が異なり、街の作りや住宅のあり方の変更の可能性によっても、そのあるべき対応が異なるからである。

特に、この点は、今後超高齢者が激増する大都市部において、より真剣に検討すべき課題である。

以下では、まず次節で大都市部の超高齢化の見

通しを明らかにし、さらにその後大都市部における医療・介護のあり方を論じ、これらを踏まえて最後に住宅政策のあり方を議論することにする。

ただし最初に本稿の視野の限界をあらかじめ明らかにしておきたい。以下では社会保障政策としての住宅問題、住宅政策は、あまり詳しく触れない。これは他の研究に譲りたい。たとえば白川[2014]、特に第一部第1章「社会保障政策と住宅政策の関係性」、2章「住宅政策の沿革と課題」が、この点の適切な要約をしている。そこでは救済政策、社会保障政策という観点からの住宅政策が検討される。

本稿では、こういった観点も視野におきつつ、もう少し広い観点からの議論を進めたい。それは、一般的に理解されている住宅困窮者だけでなく、住居を所有する、いわば多くの中産階級に対しても、住宅政策の関与が求められるという問題意識にたつての議論である。

特に大都市部においては、住宅は単に居住のためのものであるだけにとどまらず、重要な「資産」として機能している。そうであるがゆえに、その資産価値の変動は、多くの大都市住民の住居地の移動性、住居の可塑性の妨げになっているという現実に焦点をあてたい。人々が、たとえば住宅を借家として利用していれば、必要に応じて適切に移住することはそれほど困難なことではない。しかし「資産としての住宅」はしばしば移動を妨げる。資産価値の不確実性という、予測困難な課題がつきまとうからである。

居住と資産という両面を持つ住宅の形成が、いつ頃から日本で形成されたかも含めた、より広範

困な視野からの鳥瞰図を示してくれる労作は、すでに存在する。それは、祐成[2014]である。同書は、過去100年ほどの、日本の住宅政策を回顧しながら、長期の歴史的視野から問題の所在を明らかにしている。

本稿では、そこまで広い視野からの文化的、歴史的、社会的考察を行うわけではない。むしろ本稿の視点は、経済的な視点に絞ったものである。しかしながらこういった観点を加えることにより、優れた前掲二著の、社会保障の視点、社会学的考察に、より深みを与えることになると思える。

## 2 大都市部の人口の超高齢化

現在日本は、65歳以上人口の総人口に占める比率で比較した場合、世界で最も高齢化の進んだ国である。特に注目すべきは、今後さらに高齢化が進む一方で、総人口が減少していくという点である。

ここ数年、日本ではこのような問題意識とともに、地域別の高齢化・人口減少が注目されるようになってきた。地域別に見た場合、人口減少と超高齢化は必ずしも、全国で比例的に進むわけではない。

まずこの状況を見てみよう。なお、以下では高齢化の指標を従来の65歳以上人口でとるのではなく、75歳以上という指標で示す。そして便宜的に75歳以上の高齢者を「超高齢者」と呼ぶことにする。これは学問的な慣用語ではないことを断っておく。

人口減少地域では、現在すでに高齢化のスピードは鈍り始めている。他方で今後、これまで人口集中が著しかったところで急速な高齢化が進む。以下のこの点を都道府県別データと市町村別データで示す。

表1は、データの入手可能な2014年から、2025年までに75歳以上人口の絶対数の増大数の大きい順に都道府県を並べたものである。2014年～2025年の11年間に、東京都全体では、75歳以上人口が約60万人増加する。伸び率では46%の増加である。伸び率からみると最も著しい都道府県は、埼玉県、千葉県であり、それぞれ71%、70%の増

加率である。

これらの都道府県では、75歳以上人口が50万人近く増加するわけで、増加数の絶対値から見ても伸び率のいずれから見ても、行政施策として考えた場合、相当思い切った政策の転換が求められると考えてよい。この種の議論を行うときに、数値を絶対数で示すのと、「伸び率」で示すのとのどちらが適切であるかは、議論のあるところであるが、行政施策という観点からは、絶対数での伸びが適切であると思われるので、以下では主に絶対数の増加で議論する。

なお、2025年から2035年にかけては、その増加数はかなり鈍化する。この10年間では、その前の10年(11年)と比べて、増加数は10%程度となる。これはひとえに「団塊の世代」と言われる年齢層の大きさが原因している。

次にもう少し細分化し、市町村単位での動向を見る。表2では、国立社会保障・人口問題研究所の地域別人口推計に基づく、2015年と2025年推計値の比較を行う。(本稿執筆時点では、2015年1月時点の住基台帳のデータは入手可能でないので、2015年の人口は同推計に基づいている。)

表2では、2015年の人口10万人以上と推計される市町村に限定し、75歳以上人口に関して、2025年までの増加数および増加率の高い市区町村を高い順に並べた。これによると、東京都の周辺の市町村、すなわちさいたま市、千葉市、横浜市などでの増加が最も激しい。伸び率から見ても埼玉県、千葉県、神奈川県、神奈川県の主な市区町村の増加率がきわめて激しい。

東京都の23区、市部では、これらの周辺市と比べて若干遅れて75歳以上人口が増加する。東京都とそのほかの首都圏との違いは、一部の東京都の市部を除けば、次のような理由によるものと思われる。それはいわゆるアーバン・スプロール化現象により、主に団塊の世代が、高度成長期に郊外に住宅を求めて、一斉に住居を保有するようになったことが原因となっている。

これに対して、東京都23区では、一部の区を除いては、住民の年齢構成が、郊外と比べてさほど急速に宅地開発が行われなかったことが原因して

表1 75歳以上人口の増加数が多い都道府県（2014年～2025年および2035年）

都道府県名	2014	2025	2014-2025	2035	2025-2035
合計	15,367,772	21,785,638	6,417,866	22,454,392	668,754
東京都	1,351,799	1,977,426	625,627	2,028,201	50,775
神奈川県	902,033	1,485,344	583,311	1,540,445	55,101
大阪府	952,513	1,527,801	575,288	1,479,034	-48,767
埼玉県	686,267	1,176,765	490,498	1,205,036	28,271
千葉県	635,749	1,082,206	446,457	1,108,538	26,332
愛知県	742,512	1,165,990	423,478	1,186,969	20,979
兵庫県	663,418	966,343	302,925	976,744	10,401
北海道	726,659	1,024,035	297,376	1,077,046	53,011
福岡県	594,877	869,363	274,486	934,610	65,247
静岡県	469,939	654,598	184,659	671,297	16,699
京都府	315,824	483,506	167,682	476,809	-6,697
広島県	361,270	516,240	154,970	524,434	8,194
茨城県	341,514	493,012	151,498	527,965	34,953
宮城県	281,387	384,733	103,346	431,830	47,097
群馬県	248,177	343,916	95,739	354,878	10,962
岐阜県	264,893	358,848	93,955	359,462	614
栃木県	230,546	322,360	91,814	354,530	32,170
奈良県	171,036	253,921	82,885	254,426	505
岡山県	264,906	345,904	80,998	343,293	-2,611
新潟県	351,648	426,909	75,261	443,029	16,120
三重県	239,174	314,355	75,181	316,119	1,764
長野県	319,599	391,701	72,102	391,866	165
滋賀県	151,760	223,662	71,902	241,081	17,419
福島県	281,406	344,208	62,802	375,382	31,174
石川県	146,364	207,554	61,190	210,900	3,346
山口県	221,867	278,089	56,222	269,007	-9,082
熊本県	268,541	321,053	52,512	345,444	24,391
愛媛県	212,209	263,682	51,473	266,966	3,284
富山県	154,566	205,546	50,980	199,943	-5,603
沖縄県	136,592	181,377	44,785	230,670	49,293
大分県	178,800	221,782	42,982	228,610	6,828
長崎県	209,497	252,272	42,775	270,269	17,997
青森県	195,468	237,096	41,628	248,297	11,201
香川県	142,063	183,452	41,389	185,003	1,551
宮崎県	167,166	204,986	37,820	220,904	15,918
和歌山県	148,301	183,735	35,434	179,425	-4,310
鹿児島県	262,334	294,735	32,401	323,101	28,366
山梨県	116,598	148,576	31,978	155,459	6,883
福井県	111,676	142,747	31,071	148,074	5,327
岩手県	203,506	234,263	30,757	242,431	8,168
徳島県	118,169	146,009	27,840	150,081	4,072
佐賀県	116,796	142,515	25,719	155,222	12,707
高知県	123,397	148,849	25,452	146,078	-2,771
山形県	186,946	206,772	19,826	217,810	11,038
秋田県	186,771	205,417	18,646	210,715	5,298
鳥取県	88,596	104,817	16,221	110,048	5,231
島根県	122,643	137,168	14,525	136,911	-257

（資料）「住民基本台帳年齢階級別人口」（平成26年1月1日現在）および国立社会保障・人口問題研究所「地域別将来推計人口」

いる。とりわけ団塊の世代の集中的な住宅保有という現象が、現在の年齢構成の偏りを生み、今後の著しい超高齢化となって現れると思われる。

以上は人口の年齢構成の特徴であるが、これに加えて、高齢単身世帯の激増という現象が見込まれる。東京都区部に関して言うと、65歳以上の高

表2 75歳以上人口の増加数（推計）が多い市町村

	2015年	2015-2035年
横浜市	427,555	226,648
大阪市	339,804	98,053
名古屋市	275,380	111,131
札幌市	237,859	169,246
神戸市	208,045	91,405
京都市	197,909	75,986
福岡市	152,495	111,348
北九州市	142,873	44,827
広島市	134,610	81,377
さいたま市	126,829	75,313
千葉市	115,680	70,894
仙台市	113,455	81,906
新潟市	108,900	41,789
浜松市	104,745	41,109
堺市	99,807	38,069
静岡市	97,188	26,501
世田谷区	91,113	34,864
熊本市	90,560	41,325
岡山市	85,000	32,406
練馬区	84,998	56,847
足立区	81,280	15,043
大田区	75,682	26,229
鹿児島市	74,871	37,573
相模原市	74,132	52,538
杉並区	73,450	25,490
八王子市	65,275	35,042
松山市	64,963	28,993
長崎市	64,590	20,520
江戸川区	64,231	20,707
船橋市	63,719	32,346
板橋区	63,137	22,035
東大阪市	62,999	21,094
福山市	60,019	26,061
姫路市	59,865	19,818
倉敷市	58,954	23,415
富山市	57,832	17,802
松戸市	56,273	32,762
横須賀市	56,123	12,696
川口市	55,686	23,842
宇都宮市	55,248	33,375
金沢市	55,149	27,458
高松市	55,145	22,046
尼崎市	55,125	11,283
大分市	54,764	35,151
長野市	54,581	13,846
岐阜市	53,846	12,494
旭川市	52,518	18,861
葛飾区	52,374	9,526
和歌山市	51,974	11,297
西宮市	51,511	25,660
町田市	51,033	23,718
宮崎市	50,377	28,037

資料出所：表1に同じ

(注) 2015年推計値5万人以上をとった。

齡単身世帯数は2010年の約47.1万世帯から、2030年には約65.3万世帯になるものと推計される。75歳以上に限定して見ると、2010年の約24.4万世帯から2030年には約37.5万世帯に増加する。

この、高齢者のみの世帯の急増は、首都圏の周辺地域でも起きているが、その伸び率は東京都23区で、東京都全体より著しい。また高齢者単身世帯数全体の、高齢者数全体に対する比率は、東京都全体の方が、千葉県、埼玉県、神奈川県よりも高い比率となっている。23区で著しい。

なお、近年地方の人口減少の深刻さを訴える世論の高まりにつれて、大都市圏から地方への移住の可能性を促進する見解が生じるなか、たとえば東京圏から地方への移住志向に関する調査が行われている。（『東京在住者の今後の移住に関する意向調査』）これによると、全体として4割の被調査者、特に関東圏以外の出身者の約5割が、移住する予定があるか、あるいは検討しているという。ただ、この結果を年齢別に見ると、20歳代30歳代の若年者に関して、その比率が高く、年齢とともに低下するので、上記の75歳以上の高齢者の人口推計結果にはあまり変化がない可能性が高い。

### 3 医療と介護

大都市圏では、そのほかの地域と比べて医療・介護の供給は質量とも恵まれている。人口あたりあるいは高齢者一人あたりの医療施設数、病床数、医師数、介護施設数、いずれをとっても全国平均を上回っている。ただし正確に言うと、東京都の周辺県（千葉県、埼玉県など）では、医師数や病床数が全国平均以下となっている。

患者が、医療機関を求めて移動しやすい状況では、この状況が事態を深刻化させることは少ないが、救急を要する医療やいくつかの医師が極端に不足する診療科では、この状態が深刻な問題を引き起こす。すべての疾患ではないものの、大部分の疾患に関しては、適切な診療を行う場所は、住民の居住地から、地域的に限定された場所では診療できない。

こういった事態は、高齢化が進むと、ますます深刻になる。超高齢者になると移動が制限され、

外来診療さえ容易に受けることができなくなるからである。従って大都市圏でさえ、医療・介護を受ける機会が恵まれているという意識は変更を迫られる。

超高齢者の人口が激増する地域においては、この点はより深刻になる。(財)森記念財団 都市整備研究所は、平成24年時点で、東京都23区に関して、2010年の値をもとにして、2030年の患者数を予測している。(『2030年の東京Part 2 超高齢社会の暮らしと街づくり編』)これによると高齢入院患者数は、2010年の4.8万人から2030年には5.5万人に(13.2%増)、高齢外来患者に関しては、2010年の18.7万人から2030年の21.8万人(16.6%増)となる。そして同報告では、入院病床数はほぼ足りており、外来に関しては、江東区などの7区で拡充が必要であるとしている。

この値はあくまで単純な外挿によるものであるが、この「単純な外挿」という観点に絞っても、いくつかの意味で問題がある。一つは65歳以上の高齢者数を一括してとらえた外挿であり、超高齢化するという現実をとらえていない。近年の入院患者数は、60歳代後半とたとえば90歳代と比較すると、後者は人口あたりで1.3倍程度になっており、この意味で超高齢化というほぼ確実な予測を踏まえた場合、過小評価である。

またこの予測は、急性期の患者、慢性期の患者、またその中間的な患者といった、疾病の症状の差異を考慮しないものとなっている。もし医療機関が、こういった種類の患者の違いに応じて、提供する医療の転換を行うのであれば、医療提供施設と患者とのマッチングが行われるが、東京都には大学病院などの教育病院が多いために、このことが容易ではない。

また同報告者は、介護施設についても単純な外挿による推計を行っている。介護施設数に関しては、医療施設より深刻な姿が浮かび上がる。23区の要介護認定者数が、単純に現在との高齢者に対する比率に変化なく増加するとして、2010年の29.1万人から2030年には41.2万人となると予測している。このうち軽度の要介護認定者数は、17.6万人→24.8万人、重度の要介護認定者数に関して

は、11.5万人→16.4万人と激増し、重度要介護認定者のための介護施設は12.1万人も足りなくなると予測している。

これらの予測値はいずれも、要介護者数の高齢者に対する比率が、70歳代と90歳代とで著しく異なることを考慮していない。従って先の医療施設の患者数の予測と同様、外挿値で見た場合、かなりの過小評価になっている。

以上は東京都23区に限定した予測値である。先に述べたように、23区外の東京都や埼玉県、千葉県、神奈川県などは、さらに超高齢化の進み方は著しいので、全体として大都市部の医療・介護需要は、このまま進めばかなり深刻な事態を招く。この点は首都圏に限らず、近畿圏、名古屋市を中心とする愛知県に関して同様に当てはまる。

それでは今後の医療・介護のあるべき姿は、どのようなものであろうか。

厚生労働省は、2013年5月に、「都市部の高齢化対策に関する検討会」を開催し、以上のような事態を踏まえて同年9月に「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」と題する報告書を提出した。

同報告書は『社会保障制度改革国民会議～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』を踏まえて、「病院完結型」から「地域完結型」の医療・介護に転換することの必要性を謳った。この要因は疾病構造の変化、患者・利用者のQOLの維持・向上を目指すという理念に即したものであり、特に都市部については、次の点を強調している。

(1) 医療に関しては、急性期に比して、回復期・慢性期の受け皿が少ないので、病院・病床機能の分化・連携を進めること

(2) 在宅における医療・介護の充実を含めた地域包括ケアシステムの充実を図ること

この報告では、より焦点を絞って、特に大都市部で求められている、在宅での医療・介護の充実に関しての提言を行っているが、ここではこの詳細は省略することにし、同報告書で触れられている「住宅」のあり方を見てみよう。この内容は「住まいの新たな展開を図る」という節でまとめられ

ているが、そこでは次の6つの項目が掲げられている。

- (1) 多様な住まい・住まい方の実現
- (2) 入居者のニーズに応じた住まい
- (3) 医療・介護サービスとの連携
- (4) サービス付き高齢者住宅の住所地特例
- (5) 既存インフラの有効活用
- (6) 多世代共生の住まい方

見出しだけでは自明のことに見えない項目もあるので、若干の補足を加える。

(1) は介護が必要となった場合や、事前にそれに備えて、家計が許すならば、住宅改修などを行って介護環境を整えることを求めている。また可能であれば、同趣旨のもとで、適宜住み替えを行うことも求めている。一例として「サービス付き高齢者住宅」や「有料老人ホーム」への住み替えも視野に入れるが、住み慣れた地域で暮らし続けることへの期待が示されている。

(2) は所得や世帯構成に応じた住み替えの候補施設についての情報の提供を求めている。

(3) の表現はいうまでもないことであるが、ここでは特に行政や施設提供者に対する要望が中心となっている。大規模団地の再開発などを含めて、街づくりと一体化して施策を展開し、それが介護サービスの提供などと連動することを求めている。

(4) は、介護保険者（市町村）をまたがって住居を移動するときに生じる、保険者間での負担の公平をどのように維持するか、介護保険と医療保険との制度間で生じる負担の公平性を検討することが求められている。

(5) では、高齢者の介護や医療を地域で充実するに当たり、空き家や小学校跡地などの各種インフラの有効活用を求めている。さらに社会福祉法人による居宅サービスの積極的な展開も求めている。これは従来の社会福祉法人が、施設サービスに偏っていることを踏まえて提案である。

(6) では、高齢者の住生活が、高齢者のみの世帯で偏って住まうことのないよう、子育て世代なども含めた多世代の共生を図ることになるよう努めることが求められている。

全体として、この報告書では、折に触れて「地域コミュニティ」のつながりを強化することの必要性が意識されていることも特徴である。大都市部において近隣とのコミュニケーションが希薄になり、そのことが効率的なケアの提供の妨げとなっていることが、強く意識されている。

#### 4 住宅のあり方と日本の住宅政策の回顧

##### (1) 持ち家政策と社会保障

前節で予告したように、今後の都市部における超高齢化に対応するためには、住宅のあり方を検討することが不可欠である。この重要性を、大別して二つに分けて整理したい。一つは、個々の住宅の内部のあり方であり、いま一つはより広く住宅を取り囲む街のあり方である。この後者の点は、むすびで述べることにする。

前者に関しては次の二つの論点がきわめて重要である。一つは、すべての国民に住居を保障するという基本的人権を実現する手段に関することである。いま一つは、国民のかんりの割合の人々が、資産として考えてきた持家が今後その機能を発揮できるかという論点である。これまで、社会保障論としてはこの前者のみを扱ってきた。もちろんこの論点は最重要の課題である。しかしながら、後者の議論も無視できないという観点から、その根拠を述べる。

##### (2) 住宅は今後資産として維持できるか

首都圏白書平成25年版（図表1-4-2）によると、たとえば東京都では、昭和55年以前の旧耐震基準で建てられたもので、鉄筋・鉄骨コンクリート、3階建て以上の共同住宅、いわゆるマンションが、70.3万戸と東京で突出して多い。（神奈川で27.2万戸、千葉で19.8万戸、埼玉で14.9万戸、それ以外の首都圏では、茨城で3.1万戸、群馬で1.5万戸と桁違いに少ない。）

この老朽化したマンションの占める比率は、東京都では全体の24.7%を占める。東京都のそれが、突出して老朽化しているのであるが、それ以外の地域でも、日本全体で、住宅の老朽化はかなり進んでいる。全国平均で見ると、マンションに限定

しない全体の持家数は、約3,000万戸であるが、そのうち37.1%は、やはり昭和55年以前の建築になるものである。

このことは単に住宅のみならず、橋梁、高速道路などの公共施設についてもあてはまる現象であるが、賃貸住宅と異なり、持家住宅の老朽化の持つ意味は大きい。

総務省の「住宅・土地統計調査」(平成25年)によると、年齢階級別に見た持家世帯率(家計を主に支える者の年齢階級別持家率)は、40歳代から急速に上昇し、75歳以上に関しては、81.5%に達している。そしてこれらの値は、三大都市圏に限定しても、全国平均とあまり違いがない。従って大都市圏においても、持家住宅に居住する高齢者世帯は、全体の高齢者世帯の半分以上を占める。

これらの多くの世帯は、子供が成長し、比較的広い住宅に、老夫婦のみで居住し、その後配偶者をなくした単身者が、相対的により広い住宅で独り暮らしをするというのが、圧倒的である。近年は、たとえば「移住・住みかえ支援機構」といった機関が設置され、相対的に広い居住面積を求める若年者との住居の交換なども推奨されているが、ほとんど普及していない。

こういった場合、住居の維持費も相当額になり、マンションなどを除けば、老朽化したあとの家屋の修繕費用の積み立ては行われていないのが現状である。またマンションにおいては、集合住宅であるがゆえに、その維持には別の意味の困難が伴う。

特に単身となった後の住居の維持は、一戸建ての場合でも、またマンションの場合でも、それぞれに多くの維持費用を要する。一見すると、賃貸住宅より持家のほうが、保有資産額が大きく見えるので、賃貸住宅生活者のほうが、生活は苦しく見えるが、かつてのように地価が上昇し続けることが普遍的な時代と異なり、事態は逆のように思われる。

住宅を所有して、それを資産として維持することに伴うリスクに備えるほうが、賃貸住宅に住んで、住宅保有に伴う諸経費(固定資産税、維持費、火災保険などの各種保険支出)を支払う場合と、

同等の広さの賃貸住宅で家賃を払い続ける場合とでは、資産運用のリスクを考慮して、明らかに賃貸のほうが利益率は高くなっているのである。

もちろん以上の議論は、大都市部においても、場所によって異なる。所有住宅と賃貸住宅の有利性の比較は、それほど単純ではない。この比較が困難な点は、交通の利便性、住宅の質などさまざまな要因によって異なり、一般論として議論できないだけでなく、資産運用のポートフォリオと考えて、運用資産を構成する個々の要素のリスクを判断しなければならない。

ただ、重要なことは、さきに述べたように、大都市圏の超高齢化によって、住宅に対する需要のかなりの減退が見込まれること、さらに、生産年齢人口の減少によって、通勤者の数も減少することが見込まれ、交通の不便な地域における住宅需要が減少する可能性が高いこともほぼ確実である。

以上の見通しを踏まえれば、過疎地域や地方都市などは言うまでもなく、人口が密集する大都市部においてさえ、住宅が資産として機能する可能性が、次第に低下するということはほぼ確実である。

このように、資産としての役割が次第に低下する可能性の高い住宅を考えた場合、この変化に対する住居所有者の対応が遅れば、街づくりという観点からも、行政政策を施行することが困難になる。現在しばしば指摘される「空き家住宅問題」(全国平均で見ても既存住宅の約17%、東京だけをとっても10%を超える)も、こういった背景があるものと思われ、これが地域全体の環境の劣化に影響することも考えられる。

もちろん以上のような指摘はあくまで一般論であり、適切な住宅の質の維持管理、地域コミュニティの努力、交通の利便性の変化など多くの要因が、この一般論に変化を与える。過去のこういったことに対する配慮だけでなく、今後の住民の努力も無視できない。

大都市部においては、地域における住民同士のコミュニケーションが希薄であることは、多くの調査によって確かめられており、上記の努力がか

表3 所有関係別住宅ストック数の国際比較

(単位：千戸)

	総計	持家	借家	借家			
				民間借家	公的借家	公的借家Ⅰ	公的借家Ⅱ
アメリカ ('11)	100.0%	66.2%	33.8%	29.2%	4.6%	2.0%	2.6%
	114,907	76,091	38,816	33,533	5,283	2,241	3,042
イギリス ('11)	100.0%	65.9%	34.1%	16.6%	17.5%	8.3%	9.2%
	21,787	14,352	7,435	3,620	3,815	1,807	2,008
ドイツ ('10)	100.0%	45.7%	54.3%	-	-	-	-
	36,089	16,494	19,595				
フランス ('06)	100.0%	57.2%	42.8%	19.4%	17.1%	15.7%	1.4%
	26,280	15,032	11,248	5,104	4,487	4,126	361
日本 ('08)	100.0%	61.1%	35.8%	26.9%	6.1%	4.2%	1.9%
	49,598	30,316	17,770	13,366	3,007	2,089	918

※公的借家・・・各国統計におけるいわゆる「公的借家」の数であり、原則として公的主体が所有・管理する借家をいう。なお、「公的主体」の範囲は、通常、地方公共団体、公益法人であるが、ドイツ、フランスの場合は組合、株式会社も含まれている。

・アメリカ・・・Ⅰ＝公共住宅、Ⅱ＝連邦（家賃）助成住宅 資料）American Housing Survey 2011

・イギリス・・・Ⅰ＝公営住宅、Ⅱ＝住宅協会 資料）English Housing Survey Housing Stock Summary Statistics Tables, 2011

・ドイツ・・・資料）Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales 2012

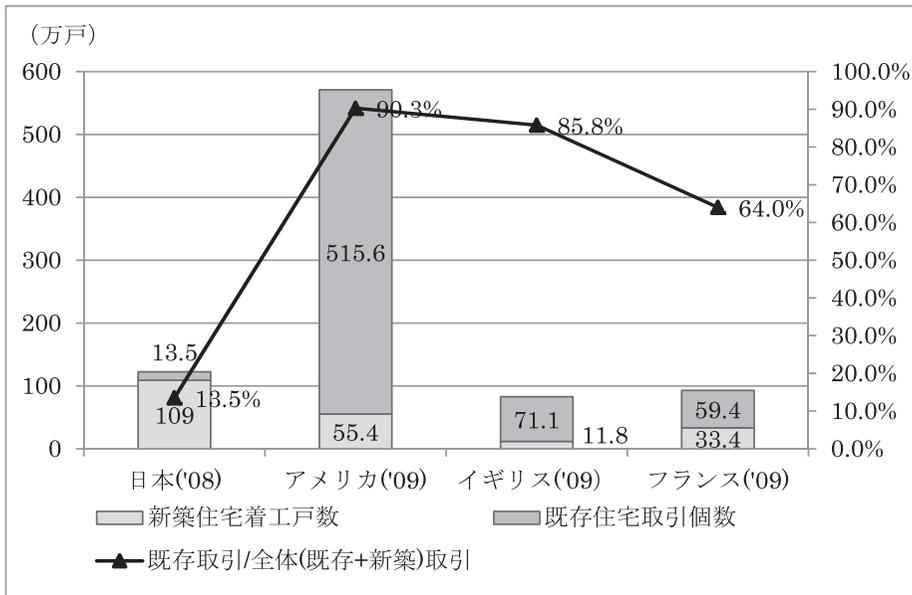
・フランス・・・Ⅰ＝HLMじゅうたく 資料）enquête logement 2006（フランスの統計にはその他を含む。）

・日本・・・Ⅰ公営住宅、Ⅱ＝都市再生機構・公社の借家 資料）総務省「平成20年住宅・土地統計調査」

※日本の総計には所有関係不詳を含む。日本の借家は給与住宅も含む。

出所：国土交通省 [http://www.mlit.go.jp/statistics/details/t-jutaku-2\\_tk\\_000002.html](http://www.mlit.go.jp/statistics/details/t-jutaku-2_tk_000002.html)

図表Ⅰ-1-1-15 住宅市場の国際比較



(資料) 日本：住宅・土地統計調査（平成20年）（総務省）、住宅着工統計（平成21年）（国土交通省）

アメリカ：Statistical Abstract of the US 2009

イギリス：コミュニティ・地方政府省（URL <http://www.communities.gov.uk/>）

（既存住宅流通戸数は、イングランド及びウェールズのみ）

フランス：運輸・設備・観光・海洋省（URL <http://www.equipement.gouv.fr/>）

注1) イギリス：住宅取引戸数には新築住宅の取引戸数も含まれるため、「住宅取引戸数」-「新築完工戸数」を既存住宅取引戸数として扱った。また、住宅取引戸数は取引額4万ポンド以上のもの。なお、データ元である調査機関のHMRCは、このしきい値により全体のうちの12%が調査対象からめられると推計している。

注2) フランス：年間既存住宅流通量として、毎月の既存住宅流通量の年換算値の年間平均値を採用した。

出所：国土交通省 [2013] 「中古住宅流通促進 中古住宅流通促進・活用に関する研究会（参考資料）」

図1 中古住宅流通シェアの国際比較

なり難しいという現実を直視する必要があるだろう。

以上の考察をふまえれば、今後資産保有者においてさえ、貧困問題が発生する可能性がある。一般に指摘されている貧困問題としての住宅問題に加えて、住宅保有者においてさえ、新たな貧困問題が生じる可能性があるのである。

この点の根本は表3に示すように、我が国の住宅が、いわゆる「持ち家」政策によって展開されてきたことと無縁ではない。ドイツやフランスと比べて借家比率が低いこと、また公営借家が少ないことが、超高齢社会における住宅政策の困難さを生んでいると言えよう。さらに図1に示すように、中古市場の未発達も、新たな住宅ニーズに対する対応を困難にしている。

これまでの本稿の考察では省略したが、いわゆる伝統的な住宅にかかわる貧困問題も現存するという点を軽視するつもりはない。とりわけ次のような論点は、重視する必要があるだろう。

岩田[2012]は、2005年時点で、女性の未婚化、単身世帯化の実態を調査し、貧困化という問題意識に基づいて、次のような点を指摘している。まず年齢とともに持ち家（住宅所有者）が増加するが、55～64歳時点で借家住まいも少なくなく、未婚者の場合は、全体の25%が借家住まいである。さらに未婚者で借家住まいでない場合も、住居は親の所有となる場合がきわめて多く、親との死別後は、その所有権は兄弟姉妹がいる場合は、すべて未婚女性の所有となるとは限らない。夫と離別した女性の住居の所有関係を見ると、民間賃貸および公営賃貸に住まうものが半分近く（47.3%）を占める。

優先順位からすれば、わずかなりとも資産となりうる住居を所有する人々よりも、住居を保有しない人々の資産（主に金融資産）のほうが少ないことが想像されるので、そちらに社会保障政策の重点が向くことはやむを得ない。

しかし資産を保有するが、近隣関係も希薄にあり、少額の貯蓄と年金とで暮らす人々に対するアウトリーチの必要性も無視できないのである。

## 5. むすびに代えて—超高齢社会の住宅政策の課題—

これまでの常識では、老後、特に超高齢化した場合の、ケアのあり方は、施設に入所することを斡旋すること、この必要性を早めに認識した高齢者に対しては、「サービス付き高齢者住宅」を推奨することであった。特に単身者に対しては、自己の住宅でケアを進めるということの必要性は、やや優先順位が低かったものと思われる。

しかしながら、この種の発想から生まれることは、ひたすら施設や入院病床を増加して対応し、在宅ケアは考えないということであろう。ところがこの種の発想では、激増する超高齢者のケアを維持できるかどうか疑問が投げかけられている。たとえば、一時、人々のQOLの維持や人権の保護という趣旨から「バリアフリー」の必要性が叫ばれたが、現在はこの発想はより進化しつつあるように思われる。障害を持つ人々が努力しても「超えがたいバリア」はなくす必要があるが、彼・彼女らの努力で超えることができるバリアをすべて事前に除去することが、果たして望ましいことなのかという疑問が投げかけられつつある。

その典型的な例が、認知症に対する対応である。初期の認知症の人々を施設に入所させるより、街づくりに工夫をして、住民ぐるみで街でケアをしておくほうが、一見すると危険であると思われるが、むしろ重症化の予防になり、より人間らしい街を作ることに寄与するという見解が、次第に世界の趨勢となりつつある。

松村[2013]がいうように、住宅政策も、個別の住宅の提供から街づくりの時代に入っているのである。

## 付記

本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」(H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)の成果の一部である。

## 参考文献

1. 白川泰之[2014]『空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」』（中央法規）
2. 助成保志[2014]「住まいのとらえ方—社会学の視点—第3回 住宅市場の多様性」『いい住まいいいシニアライフ』（高齢者住宅財団, Vol. 123）
3. 首相官邸[2014]『東京在住者の今後の移住に関する意向調査』<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/souseikaigi/dai1/siryous2.pdf>
4. 国土交通省『首都圏整備に関数年次報告書』（首都圏白書）平成25年版（平成26年発行）
5. 森記念財団 都市整備研究所[2012]『2030年の東京 Part 2 - 超高齢社会の暮らしと街づくり編』（平成24年7月）
6. 東京財団[2014]『国土の不明化・死蔵化の危機～失われる国土III～』（東京財団, 2014年3月）
7. 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(平成25年9月) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>
8. (財)高齢者住宅財団『地域包括ケアの構築に向けた高齢者の住まいの整備を支援する環境整備のあり方に関する調査研究 報告書』（平成24年度老人保健事業推進費補助金 老人保健健康増進等事業）(平成25年3月)
9. 松村秀一[2013]『建築—新しい仕事のかたち—「箱の産業」から「場の産業」へ』彰国社
10. 岩田正美[2012]「配偶関係の変動と貧困」『季刊社会保障研究』（Vol.47, No.1, pp31-39）  
(にしむら・しゅうぞう 医療経済研究機構所長  
国立社会保障・人口問題研究所名誉所長)

## 住まいの確保に向けた政策的な課題と論点

白川 泰之

### 1 地域包括ケアと社会保障のサービス

「地域包括ケア」は、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」である〔地域包括ケア研究会（2009）、p6〕。

この定義の中で、高齢者に提供されるべきサービスを整理すると、「医療」、「介護」、「福祉サービス」、福祉サービス以外の「様々な生活支援サービス」があり、これらが提供される場としての「住宅」の確保も前提となっている。これらのうち、医療については高齢者が加入している医療保険制度を、介護については介護保険制度をそれぞれ基本として給付されることになる。さらに、福祉サービスについても、例えば、交流やレクリエーションであれば老人福祉法に規定する老人福祉センターにおいて提供されるし、ここでの「福祉」を公的扶助も含む概念として捉えれば、要保護者は生活保護法からの給付を受けることになる。

では、残りの「様々な生活支援サービス」と「住宅」についてはどうであろうか。まず、「様々な生活支援サービス」については、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保法」という。）によって、地域支援事業の見直しが行われ<sup>1)</sup>、これにより、「様々な生活支援サービス」の充実が期待される。ただし、2017年の本格実施に向けて、従来型の事業所の従業員による有償労働だけでなく、住民ボ

ランティアも含めたトータルな支援体制をどのように構築していくかは、今後、市町村に課せられた大きな課題である。

もう1つの「住宅」については、社会保障制度は、老人福祉施設や有料老人ホームといった居住とサービスを「ワンパッケージ」にした住まいを用意しているが、持ち家や借家の確保については、基本的に関知していない。

以上のように考えていくと、地域包括ケアの実現に当たって必要となるサービスを社会保障から提供されるサービスによって賄おうとした場合に、現状では、「様々な生活支援サービス」と「住宅」が弱点であることが分かる。よって、この2つをいかに調達するかが政策上大きな課題となる。そして、後述するが、この2つは密接な関係にあり、住宅の確保に当たって、生活支援の確保は重要な前提条件として捉えるべきなのである。

### 2 住宅確保のリスク要因

#### (1) 借家層の経済的リスク

我が国では、住宅ローンに対する減税や公的融資などのメリットを享受しながら、国民が自己資金で住宅を確保する「持家主義」が中核に据えられてきた。高齢者のいる世帯が居住する住宅の所有の関係を見ると、持家が82.8%となっており、世帯全体の61.9%と比べ持家の比率が高い<sup>2)</sup>。現役の時期に十分な所得があれば自ら持家の取得が可能となり、老後も持家が生活の基盤となるが、そうでなければ、老後においても借家に頼らざるを得ない。そこで、高齢者のうち、持家に比べ居住の基盤が弱い借家層が抱える問題を見ていく

い。

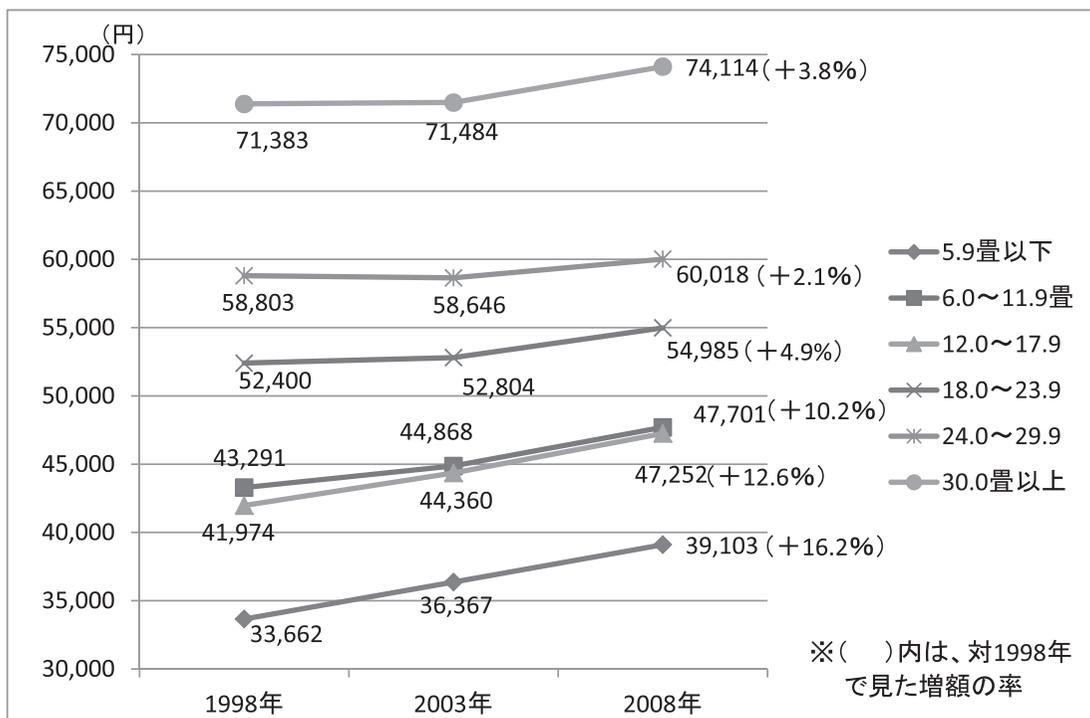
まずは、家賃の負担能力である。図表1は、専用住宅にかかる1か月当たり家賃の平均額の推移を見たものである。これを見ると、家賃の平均額は、全ての面積の階層で一貫して上昇していることが分かる。こうした状況は、高齢者にどのような影響を与えるだろうか。2013年6月現在、高齢者のいる世帯のうち単身又は夫婦のみの世帯が56.7%と半数を超えている<sup>3)</sup>。このため、高齢者が住宅を賃借する場合、それほど広くない物件を借りるケースが多数を占めると想定される。改めて図表1を見てみると、家賃の平均額の上昇は、17.9畳以下の比較的小規模な借家において顕著であることが分かる。

一方で、1998年以降、公的年金の支給額は、据え置きの特例期間もあったが、物価スライドによって減少のトレンドにある。すなわち、高齢者の半数が賃借するであろう小規模な借家の家賃が顕著に上昇する一方で、それを負担するための公

的年金額は減少しており、実質の負担感が重くなっていることになる。さらに、今後もこうしたトレンドが継続するようであれば、高齢者の住宅確保を一層困難にする重大なリスクとなってくる。特に低年金層にとっては深刻な問題となるだろう。

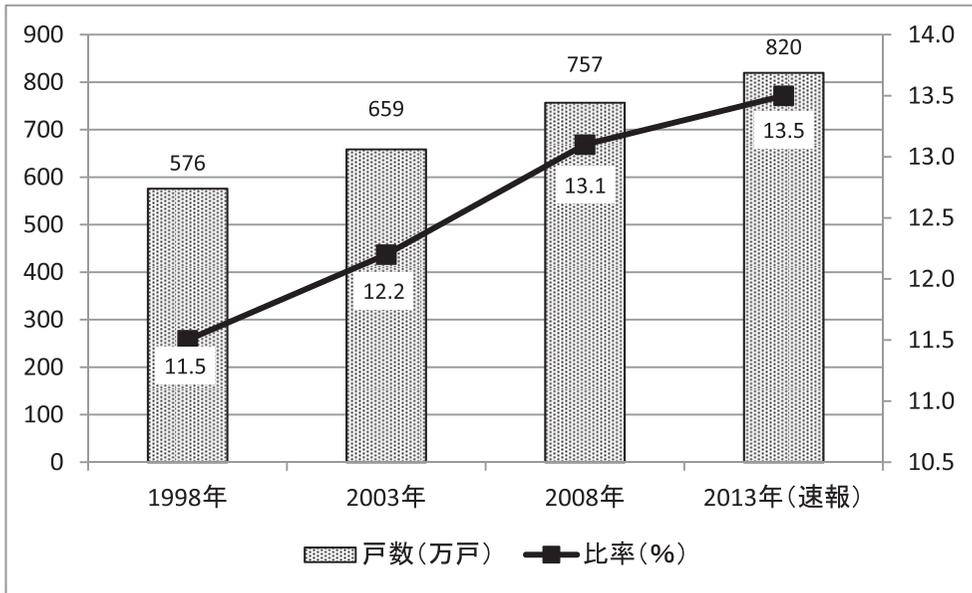
## (2) 居室内の死亡事故リスク

ここでは、まず、需給バランスという観点から住宅ストックについて見てみたい。空き家の数は上昇を続けている(図表2)一方で、日本の人口は既に減少局面に入っている。このことから、単純に需要と供給のバランスを考えれば、供給過多となり借り手有利の状況とも言う。国土交通省の「空家実態調査報告書」(2010)によると、入居者や売却先を募集している空き家について、空き家となっている原因(複数回答)を尋ねたところ、「賃借人などの入居者が退去した」が最も多く63.0%となっている。入居者の退去後に募集



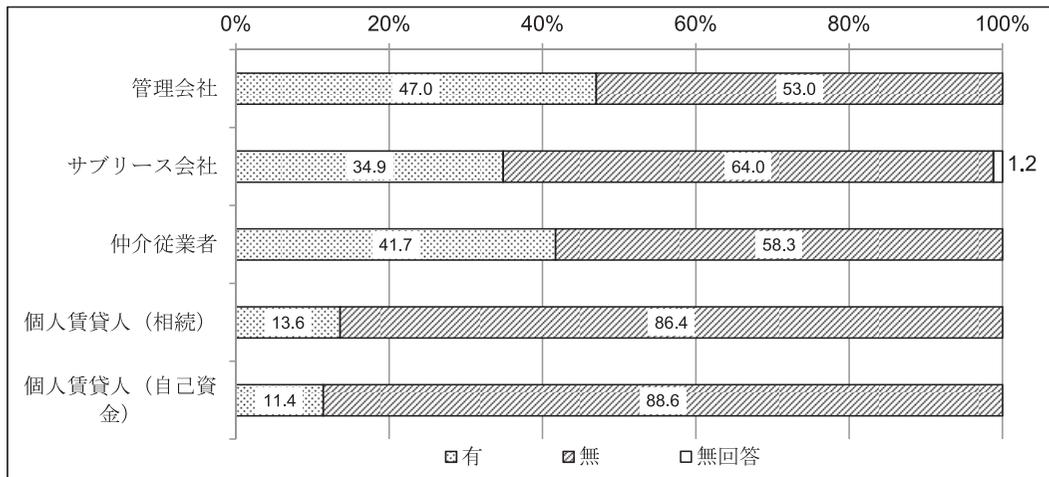
図表1 1か月当たり家賃の平均額の推移(専用住宅)

〔出典〕総務省、各年度「住宅・土地統計調査」より作成



図表2 空き家の件数・比率の推移

〔出典〕総務省，各年度「住宅・土地統計調査」より作成



図表3 高齢者に対する入居制限の有無

〔出典〕三菱総合研究所 (2013) より作成

をかけても、次の入居者が決まらない状況が垣間見える。これだけ見れば、まさに「借り手市場」である。

しかし、高齢者にとっては、見かけの数字ほど

「借り手市場」とは言えない現実がある。一般的に家主は、高齢者には物件を貸したがないという話を耳にするが、実態はどうであろうか。図表3は、高齢者に対して入居制限をしている物件の有無を示したものである。管理会社、サブリース

会社、仲介従業者で約3割から5割が入居制限を行っており、個人賃貸人は1割程度と相対的に低い比率となっている（図表3参照）。

こうした入居制限は、どのような理由に基づくものであろうか。図表4は、高齢者に物件を貸さない理由（複数回答）を見たものであるが、「居室内での死亡事故発生そのものへの漠然とした不安」、「死亡事故に伴う原状回復や残置物処分等の費用への不安」、「死亡事故後に空室期間が続くことに伴う家賃収入の減少への不安」の3つが特に大きな理由となっている。すなわち、居室内の死亡事故の発生リスクとこれに伴って生じる金銭的損失への不安が入居制限の背景にあると言える。逆に言えば、いくら空き家が増加したところで、こうした家主が抱く不安を解消しなければ、高齢

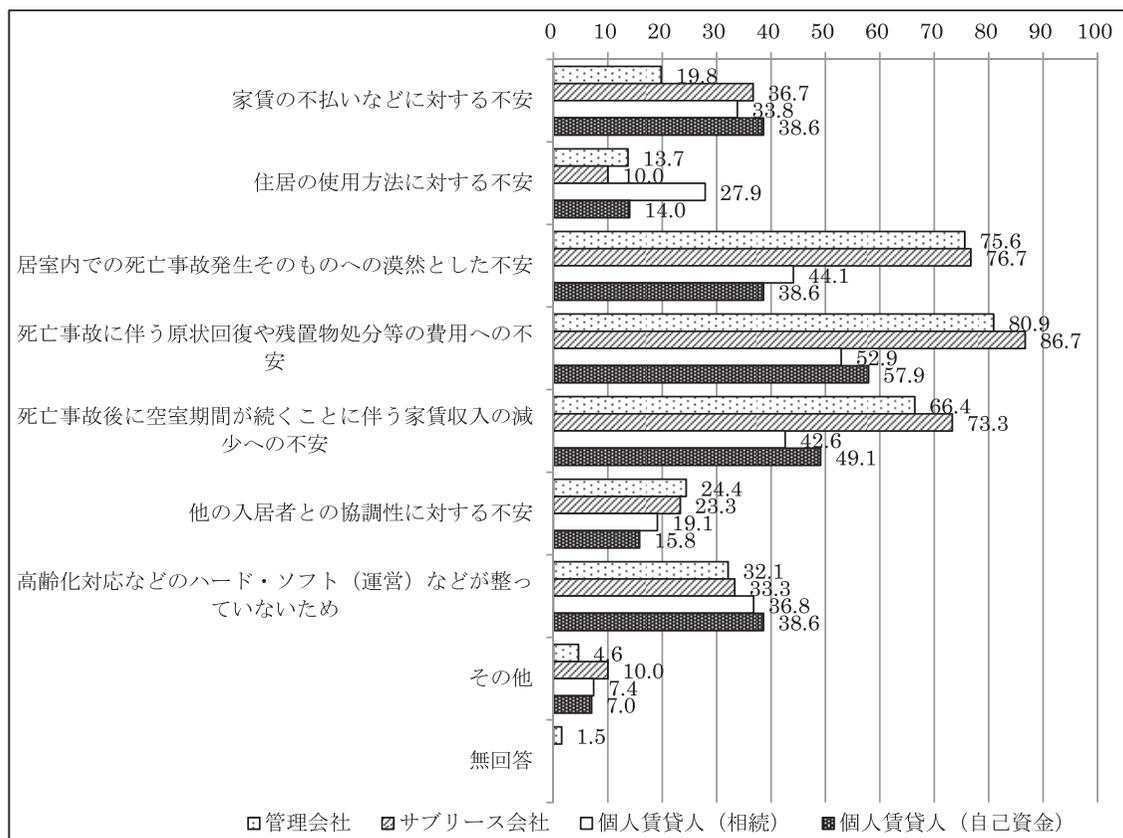
者が借家を賃借することは難しいと言わざるを得ない。リスクを負って高齢者に賃貸するぐらいならば、空き家のままにしておいた方がよいという家主の判断は、経営上合理的な判断と言えるのである。

### 3 政策の方向性と課題・論点

#### (1) ハードとソフトの一体的提供

地域包括ケアにおいては、医療や介護などの社会保障制度から給付されるサービス（フォーマル・サービス）だけではなく、それらで対応できないニーズに応える「様々な生活支援サービス」を組み合わせ、トータルな支援体制を構築していくことになる。これは、地域における高齢者の「暮らし」というソフト面の支援に焦点を当てているも

(%)



図表4 高齢者に物件を貸さない理由

〔出典〕三菱総合研究所（2013）より作成

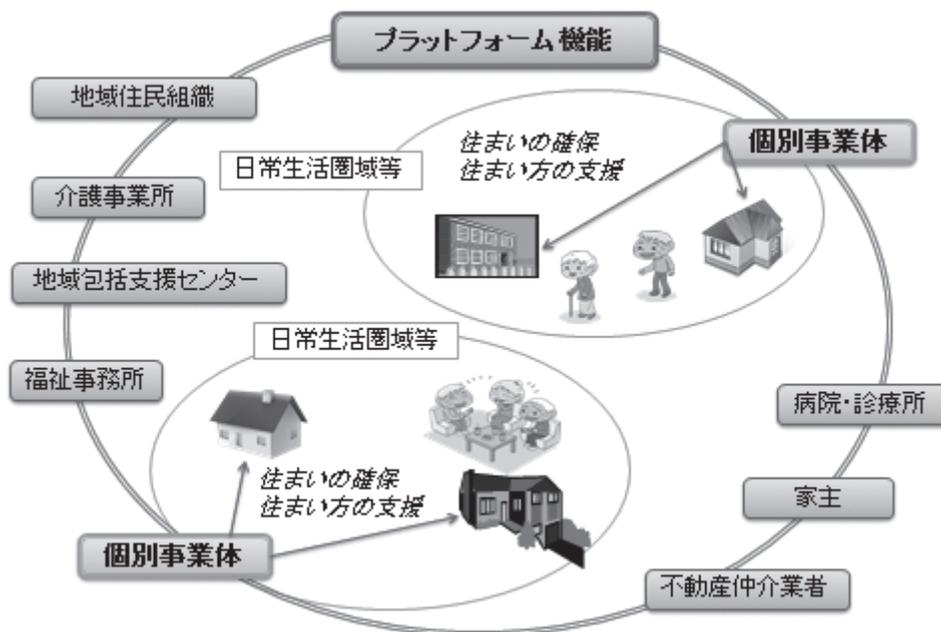
のと言える。しかし、こうしたトータルな支援体制の構築は、果たしてソフト面だけの問題だろうか。

既に見たとおり、特に居住の基盤が弱いと考えられる借家層に焦点を当てた場合、空き家自体は増加しており、数の上で住宅が不足しているわけではない。しかし、高齢者の居室内の死亡事故リスクに対する家主の不安が大きいため、高齢者の入居制限が一定割合行われている。空き家が増加している住宅賃貸市場は、高齢者にとっては「借り手市場」ではない。この問題を解決するには、居室内の死亡事故リスクにどのように対処するかが鍵となる。その場合、最も重要なのはソフト面の対応であり、特に、見守りや安否確認といった「様々な生活支援サービス」により日々の生活を支えていくことが、家主が抱く死亡事故リスクへの不安を軽減させることにつながるのである。

このような発想に基づき、高齢者住宅財団(2014)は、空き家を活用したハードとしての「住まいの確保」とソフトとしての「住まい方の支援」

をワンセットにした「地域善隣事業」<sup>4)</sup>を提唱している<sup>5)</sup>。この地域善隣事業では、「住まい方の支援」は、地域包括ケアでいう「様々な生活支援サービス」を中心に据えているが、住宅が確保された後に入居者への生活支援を行うという発想にとどまるものではなく、家主が抱く各種の事故リスクの低減を図り、「住まいの確保」を促進するための重要な条件と位置づけられている<sup>6)</sup>。すなわち、住まいが確保されなければそこでの生活支援はあり得ず、かつ、生活支援がなければ住まいの確保もままならないという関係にあるのであり、両者は、その機能を発揮するに当たって、互いを前提条件として必要としているのである。

この地域善隣事業の実施に当たって鍵になるのが、図表5で示した行政、介護、医療、住宅などの関係者から構成される「プラットフォーム機能」による連携である〔高齢者住宅財団(2014), p20〕。住まいの確保と生活支援を一体的に実施していくためには、地域における様々な福祉関係者の連携はもちろんのこと、特に、これまであまり



図表5 地域善隣事業の実施体制

〔出典〕高齢者住宅財団(2014) p19

関係が密ではなかった福祉関係者と住宅関係の連携が重要になってくる。しかし、地域善隣事業と類似の事業を既に実施している事例、あるいは、これから着手しようとしている事例を見てみると、この連携体制の構築は大きな課題と言える。まず、地方自治体の内部で、住宅部局と福祉部局が十分に共同歩調を取れていない事例が散見されるのである。空き家対策という切り口から住宅部局が熱心な場合もあれば、地域包括ケアの推進や生活保護受給者の居住確保といった観点から福祉部局が意欲的な場合もあるが、他方の部局と温度差が見られるのである。また、民間ベースでも、現状では、家主、不動産の管理業者や仲介業者といった住宅関係者と福祉関係者が十分な接点を持っていないことも珍しくない。このような縦割りをブレイクスルーするためには、地方自治体内部においては、トップダウン、横断的なプロジェクト方式により事業の推進を図る必要がある、また、民間ベースにおいても、地方自治体が住宅関係者と福祉関係者の関係構築を媒介するなどの支援が求められる。

## (2) 制度の動向との関係

住まいの確保と生活支援を一体的に行う地域善隣事業のような取組を進めていく上で、事業の担い手をいかに確保するかは大きな課題である。現状では、特に問題意識の高い一部の地方自治体や民間の団体において、地域善隣事業のモデルとなるような取組が「先駆的」に進められているにとどまる。こうした取組をより広範囲に普及していくためには、何らかの制度的な裏付けや推進力が求められる。そこで、近時の2つの制度の動向に注目したい。

### ① 地域支援事業の再編

冒頭に触れたとおり、医療介護総合確保法による介護保険法の改正により、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が、地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」(以下「総合事業」という。)に移行再編されるなど大掛かりな再編が行われた。総合事業は、2017年度までに全国すべての市町村で実施することとされており、今後、総合事

業の具体的な在り方についての検討が本格化することとなるだろうが、ここでは、厚生労働省が示している「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(案)」に基づき、考察を進めていきたい。

総合事業の実施の趣旨としては、「支援する側とされる側という画一的な関係ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される」としている。そのために、介護予防訪問と介護予防通所介護を「市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参加するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みに見直すこととした」としている〔厚生労働省(2014), p2〕。

ここで、総合事業と地域善隣事業の類似性を見ておきたい。総合事業の実施は、従来のように事業者がサービスを担うだけでなく、地縁組織や地域のボランティアなど住民を巻き込み、その活動と一体的・総合的に実施する姿を想定している。地域善隣事業においても、個別事業者の担い手は、地域に根差した活動を行う社会福祉法人、NPO法人、医療法人やその協働組織体が想定されているが、これに加えて、住宅の入居者同士の互助や地域住民との互助を組み合わせる構想となっている〔高齢者住宅財団(2014), p19〕。また、総合事業における介護予防・生活支援サービスの構築、推進に当たっては、市町村が主体となり、各地域における「生活支援コーディネーター」と総合事業のサービス提供主体が参画した情報の共有、連携強化の中核となるネットワークとして、「協議体」の設置も示されている〔厚生労働省(2014), p31〕。これは、地域善隣事業における「プラットフォーム機能」に類似している。

一方で、総合事業では、住まいの確保の視点は見えてこない。しかし、既述のとおり、住まいの確保は地域包括ケアの前提である。「様々な生活支援サービス」と住まいの確保を一体的に進めるような総合事業を構想することも選択肢ではないだろうか。

## ②社会福祉法人改革の検討状況

もう1つが社会福祉法人改革の検討状況である。社会福祉法人の在り方に関しては、いわゆる内部留保の存在や財務諸表の公表が不十分であることなどを巡って厳しい指摘がなされてきた。例えば、社会保障制度改革国民会議の報告書においては、「非課税扱いとされているにふさわしい、国家や地域への貢献が求められており、低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組んでいくことが求められている」との指摘がある〔社会保障制度改革国民会議（2013）、p28〕。また、「規制改革実施計画」（2014年6月24日閣議決定）においては、「厚生労働省は、すべての社会福祉法人に対して、社会貢献活動（生計困難者に対する無料・低額の福祉サービスの提供、生活保護世帯の子どもへの教育支援、高齢者の生活支援、人材育成事業など）の実施を義務付ける」と明記されるに至った〔同計画、p8〕。

このような経緯を経て、厚生労働省に設置された「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」が、2014年7月に報告書を取りまとめている。同報告書では、「制度や市場原理では満たされないニーズについても率先して対応していく取組」を「地域における公益的な活動」とし、「全ての社会福祉法人において実施される必要がある。全ての社会福祉法人に実施を求めるためには、法律上、実施義務を明記することを検討すべきである」としている〔社会福祉法人の在り方等に関する検討会（2014）、p21〕。

「地域における公益的な活動」の定義や具体的な事業内容については検討事項とされているが、住まいの確保と「様々な生活支援サービス」を一体的に実施する事業は、社会福祉法人が行う「地域における公益的な活動」としてふさわしいものと考えられる<sup>7)</sup>。その理由は3つある。1つは、賃貸住宅市場において、自力で住まいを確保できない者を対象とした住まいの確保の支援が、まさに上記検討会報告書にある「市場原理では満たされないニーズ」への対応であることによる。2つ目には、社会福祉法人に期待される地域での役割にある。上記検討会報告書では、社会福祉法人を「地

域の公的な資源」と位置づけ、「自らの資源を生かして、地方公共団体や住民活動をつなぎ、地方公共団体との間に立ちネットワークを作っていくなど、まちづくりの中核的役割を担うような事業運営が望まれる」としている〔社会福祉法人の在り方等に関する検討会（2014）、p19〕。住まいの確保と「様々な生活支援サービス」の実施に当たっては、住宅関係者も含めた連携体制づくりが重要であることは既述のとおりであり、かかる連携体制の中核的役割を果たすことは、まさに社会福祉法人に期待される「まちづくりの中核的役割」を担うことにつながるのである。3つ目には、事業の普遍的な展開にある。本稿では、地域包括ケアの文脈で住まいの確保を論じているが、こうしたニーズは高齢者に限定されるものではなく、低所得者、ひとり親家庭、失業者、障害者の地域移行など普遍性を有する。対象者別に整備された法制度の枠組みの中で縦割りの支援を行うのではなく、横断的に隙間無く対応するには、対象者別の給付や事業とは異なる枠組みが必要なのである。そのためには、社会福祉法人による「地域における公益的な活動」としての柔軟な対応が期待される。特に、普遍的な事業展開を見据えた場合、ターゲットが高齢者にとどまる地域支援事業に比べると、社会福祉法人による取組に利があると言えよう。

### (3) シェア居住と建築物の規制

既に見たとおり、家賃の平均額と公的年金の支給額は、前者が上昇、後者が下降という逆のトレンドを描いている。これは、特に低所得層の高齢者にとって影響が大きい。家賃負担をどのように軽減していくかは、家賃の滞納リスクを軽減しながら住宅を確保する上で重要な問題である。その対応策の1つとして考えられるのが「シェア居住」の推進である。戸建て住宅や世帯用マンションの1住戸を活用し、その各居室に高齢者が1人ずつ入居するのである。これにより、家賃を入居者で按分し、個々の入居者が負担する家賃を抑制することが可能となる。また、こうしたシェア居住は、単に家賃負担が軽減されるだけでなく、入居者の

暮らしの面でも大きなメリットがある。リビングやキッチン等の設備を共用で使用するため、日頃から顔を合わせる機会も多くなり、互いに気に掛け合う生活を送ることが可能となるのである。これにより、見守りなどの「様々な生活支援サービス」を外部の資源に頼るだけでなく、入居者相互間の「互助」で補完し、全体として、入居者の日常生活上の課題に対する対応力を高めることが期待される。

一方で、こうしたシェア居住については、いわゆる「違法貸しルーム」の問題が指摘されている。これは、居住以外の用途に供していると称しながら多人数の居住実態がある建築物、あるいは、マンションの1住戸や戸建て住宅を改修して多人数の居住の用に供している建築物等であって、防火等の面で建築基準法違反の状態にあるものを指す。国土交通省では、こうした違法貸しルームに関して、「事業者が入居者の募集を行い、自ら管理等する建築物の全部又は一部に複数の者を居住させる」貸しルームについては、建築基準法において「寄宿舍」に該当する旨を技術的助言として通知している<sup>8)</sup>。なお、建築物の用途の判断については、個々の建築物の実態を踏まえた上で、建築基準法上の特定行政庁<sup>9)</sup>の判断によることになる。理屈としては、用途を「寄宿舍」として居住の用に供すれば良いだけの話であるが、これをかいくぐろうとする背景には、寄宿舍の規制の強さが挙げられる。寄宿舍の場合には、居室間の間仕切壁を準耐火構造として屋根裏まで到達させることや避難通路に非常用照明を設置することが必要となる。このため、「住宅」として建設された既存のマンションの1住戸や戸建て住宅を転用して多人数で居住しようとするれば、こうした設備を導入するコストがかかるのである〔高齢者住宅財団(2014), p34〕。

このような建築基準法の用途判断については、検討の余地があるものと考えられる。確かに、本来居住用でない建築物に多人数を居住させる、極めて狭隘な1居室に多人数を居住させるなどといった行為は、経済的理由から借家を確保できない者をターゲットとした悪質な「貧困ビジネス」

の一種と言える。一方、既存のマンションの1住戸や戸建て住宅を転用し、各居室に1人ずつ居住するといったシェア居住の場合はどうだろうか。この場合は、元々は家族が各居室を自分の部屋として使用していたはずであり、転用後のシェア居住は、居室の面積やプライバシーの確保といった観点からは、入居者の「居住の質」を損なうものではない。かかる点で差異がないにもかかわらず、1住戸や戸建て住宅に家族が入居すれば「住宅」となり、転用後にシェア居住に使用すると上記通知により「寄宿舍」と判断され、改修が必要になる可能性がある。すなわち、入居者間の血縁関係の有無によって建築物の用途が異なることになるのだが、これには違和感もある。

これは、おそらく、血縁関係のない者によるシェア居住が、建築基準法制定時の想定と大きく異なるモデルであることに起因するものと考えられる。従来は、マンションの1住戸や戸建て住宅をシェアして居住するのは家族であって、血縁関係のない者は、棟内に共同設備があるとしても、あくまで相互に独立性の高い空間に居住するという発想だったと考えられる。しかし、シェア居住は、血縁関係のない者同士が共に支え合う「疑似家族的な居住形態」である。つまり、シェア居住は、従来からの「家族-シェア」型か「他人-独立」型かという二分法による明確な区分けに馴染まない「疑似家族-シェア」型という新たな類型なのである。

ちなみに、既存住宅の福祉施設への転用については、特定行政庁で判断が分かれている現状がある。例えば、既存住宅を障害者のグループホームに転用する場合、一般的には、「寄宿舍」又は「共同住宅」として取り扱う傾向にあるようだが〔日本グループホーム学会調査研究会(2012), p9〕、福島県は、一定の条件の下に「住宅」として取り扱うとの立場を採っている<sup>10)</sup>。ここからも、住宅の他用途への転用が従来の規制の枠組みにストレートには収まりきれない課題を抱えていることが垣間見える。

シェア居住の推進のために、「規制緩和」を唱えるのは簡単なことだが、シェア居住と建築基準

法上の規制の在り方については、居室の面積やプライバシーの確保といった観点からの「居住の質」の問題だけではなく、防火、防災等の入居者の安全確保の視点も重要である。また、住宅や他の福祉施設に対する規制との整合性など難しい論点を含むと考えられるため、慎重な検討を要する問題と言える。

一方、建築基準法上の規制を現状のまま維持するのであれば、1住戸や戸建て住宅をシェア居住に転用する際の改修費に何らかの補助が期待される。こうした補助は、公費を投入して住宅という個人資産の価値を高めるもので不適当だとの批判もありうるだろうが、高齢者等の「住宅確保要配慮者」<sup>11)</sup>への賃貸を前提にすれば、公共的な資産の形成であるとの評価が可能である。事実、国土交通省は、住宅確保要配慮者の入居等を条件として、空き家のある賃貸住宅のリフォームに要する費用の一部を国が直接補助する「住宅セーフティネット整備推進事業」を実施している。この事業の要件として、①改修工事後の最初の入居者を住宅確保要配慮者とする、②住宅確保要配慮者の入居を拒まないことが挙げられているが<sup>12)</sup>、そのためには、やはり、地域善隣事業のように、「様々な生活支援サービス」をワンセットで導入することが必要である。この事業が来年度以降どのような取扱いとなるかは不明だが、住宅確保要配慮者の入居を促進するためには、ハードの改修費補助だけでなく、「様々な生活支援サービス」の導入による事故リスクの軽減は欠かせないものと考えられる。

#### 注

- 1) 医療介護総合確保法による改正後の介護保険法第115条の45を参照のこと。
- 2) 総務省「平成25年住宅・土地統計調査（速報集計）」より。
- 3) 厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」
- 4) 事業名は、大正末期から昭和初期にかけて、地域の生活困窮者の支援、子弟の育成、生活相談等を総合的に展開する民間の拠点として設置された「善隣館」に由来する。地域善隣事業では、善隣館に見られた地域の互助を再構築するという狙いがある。
- 5) なお、厚生労働省は、地域善隣事業の構想をベー

スに、本年度「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を実施している。

- 6) 「住まい方の支援」の役割については、①入居者には、地域で安心して暮らし続けられる基盤を提供すること、②家主等には、安心して貸し続けられる条件を提供すること、③地域には、新しい住まい方の選択肢と安心の拠点を提供することの3点が挙げられている〔高齢者住宅財団(2014),p53〕
- 7) なお、同報告書では、地域における公益的な活動の例示として、「低所得高齢者等の居住の確保」が挙げられている。
- 8) 「多人数の居住実態がありながら防火関係規定等の建築基準法違反の疑いのある建築物に関する対策の一層の推進について（技術的助言）」（平成25年9月6日国住指第4877号国土交通省住宅局建築指導課長通知）
- 9) 「特定行政庁」とは、原則として、建築主事を置く市町村については当該市町村長、その他の市町村については都道府県知事である（建築基準法第2条第35号）
- 10) 「戸建て住宅を活用する「グループホーム等」の建築基準法上の取扱い」（福島県土木部建築指導課）<http://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/912.pdf>（最終閲覧日2014年8月19日）。「住宅」として取り扱う基準としては、ア.既存住宅を活用する際、当該建築物が適法な状態（既存不適格を含む）であること、イ.既存住宅を活用する際、構造耐力上の危険性が增大しないこと、ウ.階数が2階以下（地下を有しないこと）で、延べ面積が200㎡未満のものであること（別棟を除く）、エ.各寝室から廊下、階段及び屋外通路を経て道路等の敷地外の安全な場所に避難できる構造であること、オ.原則として、定員が浄化槽処理対象人員を超えていないこと、カ.消防法に基づき、住宅用火災警報器を設置していること、の全てを満たすこととしている。
- 11) 「住宅確保要配慮者」とは、住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（平成19年法律第120号）第1条において、低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子どもを育成する家庭その他住宅の確保に特に配慮を要する者と定義されている。
- 12) 「民間住宅活用型住宅セーフティネット整備推進事業補助金交付要綱」（2012年3月28日国住備第722号、国住心第134号）

#### 参考文献

- ・厚生労働省（2014）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（案）」2014年7月28日全国介護保険担当課長会議資料
- ・高齢者住宅財団（2014）「低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究報

告書」

- ・社会福祉法人の在り方等に関する検討会(2014)「社会福祉法人制度の在り方について」
- ・社会保障制度改革国民会議(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書-確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」
- ・白川泰之(2014)『空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」-「住まい」と連動した地域包括ケア』中央法規出版
- ・地域包括ケア研究会(2009)「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」
- ・日本グループホーム学会調査研究会(2012)「既存の戸建住宅を活用した小規模グループホーム・ケアホームの防火安全対策の検討」
- ・三菱総合研究所(2013)「高齢者等の居室内での死亡事故等に対する賃貸人の不安解消に関する調査報告書」  
(しらかわ・やすゆき 医療経済研究機構研究主幹)

## 地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題 ——サービスの質を中心に——

井上 由起子

### I はじめに

2025年を目途に、地域包括ケアシステムの基盤整備が進められている。地域包括ケアシステムの要素は、住まい、生活支援、予防・保健、介護、医療の5つである。人は誰もが安定的な住まいというものを求めている。住まいの保障は、地域包括ケアを検討するための前提条件にほかならない。基盤としての住まいが確保された後、医療や介護に先立って必要となるのが生活支援であり、同時に、心身の衰えを意識しつつも、予防・保健に励み、健康を維持しようと努める。介護と医療の比重が高まるのは、その後である。

この考え方は基本的には正しい。だが、高齢期になって転居をする場合、重視する要素は心身状況によって異なる。特別養護老人ホームでは介護が重視され、介護療養型医療施設では介護と医療の双方が重視される。高齢者住宅への転居の場合はどうであろうか。

北欧のように早めの引っ越しが成立するメカニズムがあり、なおかつ公によってサービスが独占的に提供されている場合、住む場所によってサービスが著しく異なる可能性は低く、住宅の水準が重視される。住戸プランは1LDK以上であり、設備（トイレ、洗面、浴室、キッチン）も完備しているのが一般的である。

これに対し、2011年に制度化されたサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ付き住宅）は、ワンルームが大半であり、面積は25㎡未満が73.2%を占め、設備を完備しているものは25.7%に過ぎな

い。居住者のプロフィールをみると、平均要介護度は1.8、入居経路は医療機関・介護保険施設・有料老人ホーム等からの転居が31.9%、自宅（含む親族宅）からの転居が59.0%となっている。状況把握や生活相談等の基本サービスは24時間配置が73.7%で、食事は94.2%で提供されている。併設介護事業所は、居宅介護支援事業所36.7%、訪問介護事業所46.8%、通所介護事業所48.0%、小規模多機能型居宅介護（含む複合型、以下小規模多機能）10.2%となっている[高齢者住宅推進機構 2014, pp.39-51]。

以上から、日本の高齢者住宅は特別養護老人ホームが空くのを待てない方々が、それより少し早めに引っ越すための代替施設として機能している、と考えるのが妥当といえる。

住宅という言葉は地域という言葉と同じくらいに魅惑的で、私たちが夢の世界に導いてくれるが、その名称に惑わされることなく、実態を理解したうえで整備のあり方を考えたほうがよさそうである。本稿では以下に述べる手順でサ付き住宅の今後のあり方を検討する際の留意点を整理する。第一に、居住形態別の費用負担構造を明らかにしたうえで、サ付き住宅の家賃の実態を明らかにする。第二に、サ付き住宅を住機能とサービス機能から構成されると捉え、その質の評価をめぐってどのような困難があるかを明らかにする。第三に、サービスの質の確保に向けた課題について具体的に解説する。最後に、地域包括ケア時代においてサ付き住宅が根源的に備えるべき機能と役割を検討する。

## Ⅱ 費用負担の基本構造

### 1 自宅－高齢者住宅－施設の費用負担

サービスの質について検討する前に、我が国において北欧のような早めの引っ越しが成立せず、施設の代替機能としてサ付き住宅が供給される理由を確認しておこう。図1に、自宅－サ付き住宅－特別養護老人ホームの費用負担をとりまとめた。ポイントは住宅費用とサービス費用を切り分けたことである。

【サービス費用】同じ要介護度であれば介護保険の自己負担額はどこに住んでいようと同じであるが、状況把握や生活相談や生活支援サービスは違う。自宅では家族や本人の無償労働で賄われ、特別養護老人ホームでは介護保険でカバーされ、高齢者住宅では全額自己負担の基本サービス費で手当される。この結果、サービス費用は高齢者住宅で最も高額となる。

【住宅費用】高齢者の80%は持家だが、これ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。多くの場合、施設や高齢者住宅への転居によって住宅費用は著しく増加する。特別養護老人ホームは事実上、全国一律の公定価格となっており、低所得者には補給給付がある。これに対し、サ付き住宅の家賃は土地価格を反映し、東京都では10万円を超え、地方では特別養護老人ホームの標準月額を下回る。大阪府のようにサ付

き住宅に住む低所得者に家賃補助を実施している地方公共団体は例外であり、通常は生活保護の住宅扶助に限定されている。この結果、住宅費用も高齢者住宅で最も高額となる。

このメカニズムのもとでは、早めの引っ越しは経済的に余裕がある層に限定され、一般解にはなりえない。厚生年金層であっても多くは自宅でぎりぎりまで過ごそうとし、引っ越しのタイミングは後ろへとずれる。住宅事業者は、後ろへとずれたタイミングを考慮し、住宅と呼ぶことに抵抗感を覚えるような住宅と手厚いサービスを整える。このようにしてサ付き住宅は施設の代替機能を果たすに至る。

### 2 家賃

都市部の高齢化対策に関する検討会の報告を受け、サ付き住宅にも住所地特例を適用する方向で制度改正が予定されている。この背景には、地価が高い東京都特別区等ではサ付き住宅への転居が費用負担面から難しく、周縁部のサ付き住宅への移住が発生しているのではないかという懸念がある。東京都から埼玉県・神奈川県・千葉県への後期高齢者の転入超過はデータ上も明らかとなっている[中川,2014, pp.176-185]。以下、サ付き住宅の家賃をエリア別に確認しておこう。

#### (1) 調査対象と調査手順

調査対象は、2013年8月31日時点でサービス付

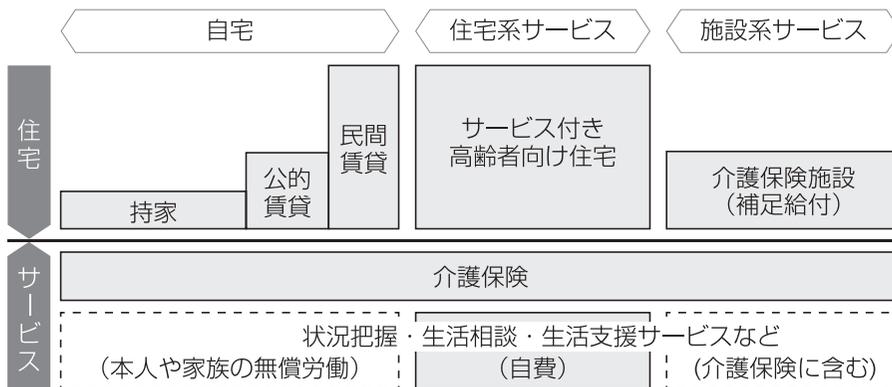


図1 自宅-サ付き住宅-特養の費用負担構造

き高齢者向け住宅情報提供システムに登録されていた物件3,765件、122,086戸である。エリア分類として都道府県別に加えて、東京都、埼玉県・千葉県・神奈川県、それ以外の政令市と中核市、その他の4分類を採用した。

次いで、3,765件を費用負担から高額物件、一般物件、低額物件の3つに分類した。手順は以下の通り。

- ①物件単位で家賃の平均額を算出する。
- ②物件単位でサ付き住宅の最低生活費を算出する。最低生活費は、【平均家賃+共益費+基本サービス費+食費+介護保険料+医療保険料+介護保険の1割負担額+医療保険の1割負担額】とする。介護保険料は第5期保険料の全国平均額4,972円を採用し、医療保険料は後期高齢者医療制度の平成25年度見込み値5,562円を採用した<sup>1)</sup>。介護保険の1割負担額はサ付き住宅の平均要介護度が1.8であることから要介護2における支給限度額の1割の19,480円/月を採用した。医療費の自己負担額については75歳以上の患者負担額平均7.5万円/年を割り戻して6,250円/月を採用した<sup>1)</sup>。介護保険料+医療保険料+介護保険の1割負担額+医療保険の1割負担額=4,972円+5,562円+19,480円+6,250円=36,264円であるので、最低生活費は【平均家賃+共益費+基本サービス費+食費+36,264円】となる。食事が付帯されていない物件については、登録情報に記載された食費の都道府県平均値を採用した。
- ③高額物件、一般物件、低額物件の定義は以下の通り。

【高額物件】都道府県別の厚生年金受給額の分布において上位2割に相当する額を算出し、この額が最低生活費を上回る物件<sup>2)</sup>。

【一般物件】低額物件と高額物件の間にある物件。

【低額物件】生活保護の生活扶助額(70歳単身)+住宅扶助額(単身)を算出し、この額が物件の平均家賃額+共益費+基本サービス費+食費+3,295円を下回る物件。3,295円とは各物件の平均家賃と各物件の最低家賃との差額を指す。

## (2) 結果

### ①エリア別の平均家賃と平均最低生活費

家賃は全国平均で57,232円であった。「東京都」100,071円、「埼玉県・千葉県・神奈川県」76,269円、「それ以外の政令市と中核市」57,080円、「その他」48,859円となった。最低生活費は全国平均で134,349円であった。「東京都」194,320円、「埼玉県・千葉県・神奈川県」168,758円、「それ以外の政令市と中核市」135,498円、「その他」119,898円となった。

### ②整備戸数

サ付住宅の整備戸数/高齢者数は全国平均で0.39%であり、「東京都」0.24%、「埼玉県・千葉県・神奈川県」0.32%、「それ以外の政令市と中核市」0.55%、「その他」0.35%となっている。これに対し、施設系サービスの整備戸数/高齢者数は全国平均で4.10%であり、「東京都」3.53%、「埼玉県・千葉県・神奈川県」3.87%、「それ以外の政令市と中核市」4.09%、「その他」4.29%となっている(施設系サービスとは介護保険施設、認知症高齢者GH、特定施設の合計を指す)。月額費用が高い「東京都」では地価の高さから整備が進まず、月額費用が手頃で厚生年金層や共済年金層が比較的多い「それ以外の政令市と中核市」で整備が堅調であることが分かる。

### ②費用負担別の物件割合

サ付き住宅3,765物件の費用負担別内訳は、「高額物件」9.6%、「一般物件」72.9%、「低額物件」17.5%であった。高額：一般：低額の順に、「東京都」38.6%：54.5%：6.8%、「埼玉県・千葉県・神奈川県」15.5%：78.3%：6.3%、「それ以外の政令市と中核市」10.8%：71.1%：18.1%、「その他」4.8%：74.4%：20.8%となった。東京では高額物件が38.6%と極めて多く、地方で低額物件が20%を超えることが分かる。東京都周縁部の低額物件の割合は茨城県30.7%、山梨県29.3%、群馬県6.2%、栃木県1.5%と幅がある。

低額物件は生活保護受給者が利用可能な物件となるが、国民年金層で預貯金や持家がなく、家族からの経済的援助も期待できない層は、低額物件

であっても利用がままならないことは容易に想像がつく。地域善隣事業やケアハウス（含む都市型ケアハウス）の動向を確認しながら、サ付き住宅への家賃補助の導入について検討すべき時期にきているだろう。

### Ⅲ プロフェッショナルヒューマンサービスの特性を踏まえた供給システムの必要性

#### 1 市場を通じたサ付き住宅の供給

その名称からも明らかなようにサ付き住宅は、住宅というモノと生活支援や介護といったサービスを融合させた商品として市場に供給されている。この一文に違和感を覚える方は多いであろう。だが、事実はそのことを理解したほうがよい。第6期介護保険事業計画では住まいと生活支援サービスの確保に向けた計画策定が保険者に求められることとなったが、制度創設当初は介護保険施設や認知症高齢者グループホーム等のように計画に基づいて整備することは求められなかった。

住宅そのものをどこまで市場に委ねるか、別の言葉に置き換えれば、住宅に社会的共通資本[宇沢 2010, pp.17-36]としての側面を強く持たせるのか、あるいは個人資産としての側面を強く持たせるのか、これは価値の問題であるので取り扱わない。生活支援や介護や医療を必要とする人々が多く暮らす住宅を、一般の賃貸住宅と同様に市場で供給することの是非について取り扱う。

#### 2 プロフェッショナルヒューマンサービスの特性

モノと違ってサービスには、無形性、同時性、異質性、結果と過程、共同生産という5つの特性がある[近藤 2012, pp.32-47]。さらに、医療、健康、教育、福祉、介護等のプロフェッショナルヒューマンサービスには、サービス評価の二面性、利用者の変容性、期待の不明確性、連続性などの特徴があるという[島津 2005, pp.20-23]。

異質性とはモノと違ってサービスは均質化が難しいことを意味する。どのようなサービスであっても、標準化+個別対応だが、個別対応の比重が

極めて高いのがプロフェッショナルヒューマンサービスの特徴である。

結果と過程とはサービスには結果品質と過程品質の二つがあることを意味する。レストランサービスや配送サービスなどであれば、利用者による評価が絶対的に重要となる。これに対しプロフェッショナルヒューマンサービスには、専門職にしか判断できない側面がある。十分な知識を利用者が持ち合わせていないからである。結果品質と過程品質の二つに加えて、専門職による質の評価と利用者の知覚による質の評価というサービス評価の二面性があるといえよう。医療の質の評価で有名なDonabedianは患者の満足度が究極のアウトカム評価であると述べているが、専門職によるアウトカム評価と利用者によるアウトカム評価がイコールで結ばれるためには、専門職の倫理、専門職と利用者の信頼関係が不可欠である。

共同生産とは顧客がサービスの生産過程に参加することを意味する。プロフェッショナルヒューマンサービスにおいては、利用者に専門知識が乏しいため、漠然とした期待で共同生産に参加し、スタッフとのやりとりを通じて期待が明確化されていく。連続性という特性に対しては、24時間型サービスでは次のスタッフへと引き継ぐことで応え、複数サービスを利用する場合には事業者間で連携することで応える。チームマネジメントと多職種連携である。

#### 3 住宅市場と介護保険市場

冒頭でサ付き住宅は施設の代替機能を果たしていることを指摘した。この住宅におけるコアサービスは住宅ではない。住宅はサブサービスにすぎない。コアサービスは基本サービス（状況把握・生活相談等）と、制度的には住宅から切り離されて提供されている介護や医療といったサービスである。

サービス評価の二面性で述べたとおり、利用者はコアサービスの質を評価する知識を十分に持ち合わせていない。加えて、この住宅の利用を決定する者が本人でない場合にはアドボカシー機能が十分に働かないこと、保険部分については費用の

一部しか負担しないためコスト意識が欠落しモラルハザードが起きやすいこと、これらも利用者による適切な質の評価を妨げる要因となっている。住宅事業者がプロフェッショナルヒューマンサービスを担う事業者を適切に評価できればよいとの考えもあるかもしれない。だが住宅事業者はプロフェッショナルヒューマンサービスに明るいわけではない。資本関係を結んでいる場合も少なくない。

介護保険は準市場（疑似市場）であるという。そこには民間事業者の切磋琢磨と公による関与の双方が存在し、それらによって質のコントロールが達成される。殆どの地方公共団体は特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム、特定施設等の整備にあたって審査を行い、運営開始後も指導監査を通じて質の確保に努める。サ付き住宅が施設の代替機能を果たしている以上、そして、そこに併設された居宅介護支援事業所や介護事業所の利用が強要されているとの懸念が絶えないのであれば、事実確認を行ったうえで地方公共団体の関与を検討することが理に適っている。

#### 4 地方公共団体の問題意識

一般住宅と同様の位置づけにすぎないサ付き住宅に対して地方公共団体が指導を行うことの難しさがしばしば指摘される。2014年8月に実施した地方公共団体に対するアンケート結果を報告する<sup>3)</sup>。

対象は都道府県・政令指定都市・中核市の介護保険指導部局であり、110行政庁に配布し、全行政庁から回答を得た。地方公共団体はサ付き住宅事業者の75%に対して定期的な報告を求めており、その間隔は半年から1年以内が71%であり、立入検査は40%に対して実施していた。報告・立入検査を行う際の課題については以下の結果を得た。

【介護支援専門員の選択の自由】「課題が起きていると思っている」は41%、「わからない」が45%であった。賃貸借契約に特定の居宅介護支援事業所の利用が条件づけられているもののほか、実態として特定の事業所に集中しており、それが選択の自由を保障した結果なのかそうでないのか

が判然としないとの指摘があった。指導内容は口頭または書面による行政指導となる。

【介護サービス事業所の選択の自由】「課題が起きていると思っている」は54%、「わからない」が33%であった。特定の事業所を利用すると家賃の割引や基本サービス費（状況把握や生活相談）の割引があるとの指摘もある。指導内容は口頭もしくは書面による行政指導となる。

【過不足ない介護保険サービスの提供】「課題が起きていると思っている」は53%、「わからない」が37%であった。入居者に対して一律に支給限度額ぎりぎりのケアプランが作成されている、包括型サービスの場合は過少サービスとなっているおそれがあるなどの指摘があった。指導内容は口頭もしくは書面による行政指導となる。

【住宅基本サービスと介護保険サービスとの整理】「課題が起きていると思っている」は61%、「わからない」が32%であった。住宅スタッフがヘルパーを兼務しており、勤務時間が明確に区分されていない、人員の切り分けが出来ていないなどの指摘があった。勤務シフト表を突き合わせると明確となることも多いため、口頭もしくは書面による行政指導のほか、高齢者住まい法による改善指示、介護保険法による指定の取り消しや改善・勧告命令もある。

以上、利用者の不利益が生じている疑義があっても改善、勧告、指定の取り消し等をする根拠に乏しい現状にあることがわかる。

## IV 質の確保に向けた課題と事業者の取り組み

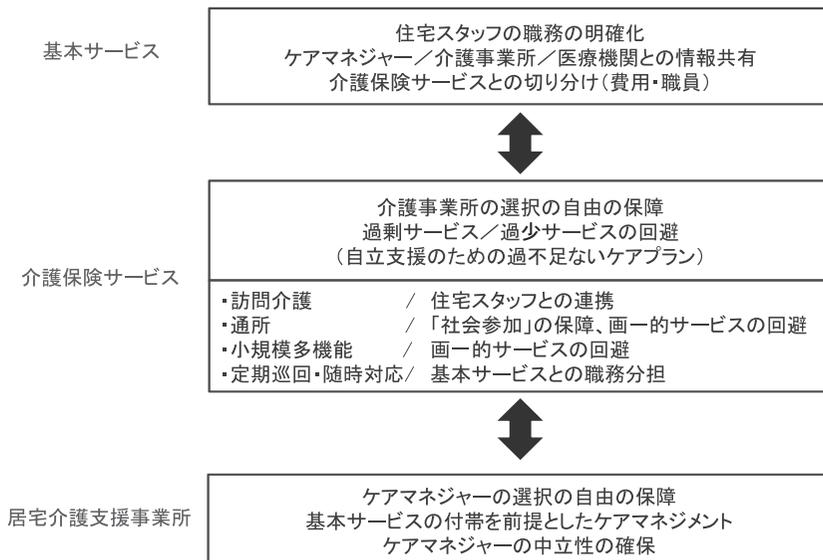
サービスの質の確保に向けた課題として、住宅の基本サービス、介護支援専門員の選択、介護サービス事業所の選択と過不足ない介護サービスの提供、住宅の基本サービスと介護保険サービスの切り分け、の4点について解説する。課題の全体像を表1に示す。

### 1 住宅の基本サービス

#### (1) 住宅スタッフの配置状況と職務内容

サ付き住宅には状況把握・生活相談等の基本

表1 サービスの質の確保に向けた課題



サービスを担うスタッフ（以下、住宅スタッフ）を配置する。24時間配置が73.7%，日中のみ配置が26.3%である[高齢者住宅推進機構 2014,pp.72]。

住宅スタッフには専従要件がないため、約半数は併設介護事業所との兼務となっている。兼務先の半数は訪問介護事業所である。中心的な立場にある住宅スタッフの保有資格（複数回答）は、ホームヘルパー（旧2級以上）60.4%，介護福祉士46.5%，ケアマネジャー 22.5%，看護師11.9%，社会福祉士7.5%となっている。住宅スタッフは、利用者の状況把握と安否確認のほか、定期的な面談、介護や医療や生活支援サービスの紹介や調整、権利擁護、住宅内のコミュニティ形成支援等を行っている。夜間を中心に短時間の排泄介助を担う住宅も少なくない。ソーシャルワーク、ケアワーク、コミュニティワークといった広範な知識と技術が求められており、住宅スタッフの職務の明確化と研修カリキュラムの開発が必要であろう。

介護を必要とする利用者の状況を把握するためには、ケアマネジャーとの情報共有も不可欠となる。利用者の承諾を得たうえでケアプランの写しを入手する、ケアマネジャーと定期的にミーティングを行う、サービス担当者会議に出席する、な

どが実施されている。[高齢者住宅財団 2013,pp.57-80]。この連携を効率的に行うためには、特定の居宅介護支援事業所がケアマネジメントを担うのが自然な流れであるが、一方で、利用者の選択の自由は担保されなければならない。

## (2) 基本サービスの費用

状況把握や生活相談などの基本サービス費は全国平均で19,479円/月[高齢者住宅財団 2013,pp.155]となっている。専任で住宅スタッフを配置するのであれば、この費用は職員の人件費（法定福利費含む）を居住者数で除することで算出される。だが実際には、保有資格も様々であるうえに、訪問介護等との兼務も多く、さらに、介護保険事業と組み合わせて収益のバランスをとることが常態化しているため、費用根拠は利用者からみると分かりにくいとの指摘が絶えない。一方、兼務によって基本サービス費を抑えていることや、支給限度額を超える部分を定額でカバーする仕組みを導入していることは、包括報酬型のサービスが浸透していない現時点では事業者の創意工夫として評価できる側面もある。

基本サービス費の根拠と、その費用で受けられ

るサービスの中身を明確にし、説明責任を果たすことが望まれる。すべてのサ付き住宅で提供が義務付けられているサービスと、それぞれのサ付き住宅が独自に上乗せで実施しているサービスとを整理することが出発点となるだろう。

## 2 介護支援専門員の選択

住宅事業者が居住者に資本関係にある居宅介護支援事業所の利用を強要し、選択の自由が阻害されているのではないかと懸念がある。以下のような工夫が必要となるだろう。

まず、入居の説明と居宅介護支援の説明を同時に行ってはならない。両者は別契約であり、資本関係にある居宅介護支援事業所の利用は条件ではない。住宅の担当者は、入居契約の説明を行った後に、居宅介護支援事業所を必要とする利用者に対して、資本関係にある居宅介護支援事業所を含む地域の事業所について一覧表を提示するとともに、これまで利用してきた居宅介護支援事業所の継続利用も可能であることを伝える。利用者が資本関係にある居宅介護支援事業所の利用を希望した場合は、そちらに引き継ぐ。住宅の担当者がそのまま居宅介護支援の説明をするのは好ましくない。両者は分けることが望ましい。

資本関係にある居宅介護支援事業所を利用する利点としては、①ケアマネジャーが住宅の基本サービスの内容を把握しているため、それを前提としたケアプランを組み立てやすい、②住宅スタッフからの意見を踏まえたケアプランを組み立てやすい、③住宅職員と密な情報交換が可能で利用者訪問も行いやすく、モニタリング頻度が高まり、きめ細かなプラン変更が可能となる、④住宅スタッフとケアプランを共有しやすい、の4点が指摘できる。逆に言えば、他社のケアマネジャーを利用する場合は、これらへの配慮が必要となる。

## 3 介護サービス事業所の選択と過不足ない介護サービスの提供

### (1) 全体像

居宅介護支援事業所が居住者に併設の介護事業者の利用を強要し、選択の自由が阻害されている

との指摘がある。ケアマネジャーの独立性や中立性にかかわることだが、これはサ付き住宅に限ったことではない。ケアマネジャー全般にかかわる課題である。この点をまずは確認しておきたい。そのうえで、住宅の基本サービスを担う職員が併設の訪問介護事業所の職員を兼務することで情報共有を行いやすくしたり、費用負担の軽減を図るなどの創意工夫がなされている事実を理解し、是非を検討することが望ましい。

過不足ない介護サービスの提供については、出来高制のサービスでは支給限度額ぎりぎりのケアプランを作成し過剰サービスとなっていないか、小規模多機能/複合型サービス/定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下、定期巡回随時対応）といった包括型のサービスでは過少サービスとなっていないか、との指摘がある。

支給限度額については、「独居の中重度者で介護保険以外の社会資源(地域、親族、貨幣経済等)の活用が困難な場合には支給限度額ぎりぎりのプランとなることが多い」との理解が一般化しているように思う。サ付き住宅でも同様の意見を耳にすることが多いが、一方で基本サービスや食事サービスは付帯されているので、服薬確認や食事準備を介護保険で対応する必要性は乏しく、ケアプランの詳細は一般在宅に暮らす独居高齢者とは異なる部分があるのも事実であろう。以下、サービス別に留意点を確認しておく。

### (2) 訪問介護

サ付き住宅に併設されている介護事業所で最も多いのが通所介護事業所(48.0%)であり、次いで訪問介護事業所(46.8%)となる[高齢者住宅推進機構 2014,pp.24]。両方のサービスを利用する場合には、訪問系サービスを基本としながら、週1回ないし2回の範囲内で通所サービスを組み合わせることが適切といえる。

訪問介護を利用する場合、ケアマネジャーが資本関係にある居宅介護支援事業所であるか否かにかかわらず、併設の訪問介護を利用するのが一般的である(利用者の要介護度が低い場合には、従前からの訪問介護を継続利用し、やがて併設の訪

問介護の利用に代わることが多い)。この理由としては、①併設の訪問介護は夜間・土日も利用可能であること、②住宅スタッフと訪問介護職員の兼務を前提とした事業モデルであるため、併設の訪問介護職員が利用者の生活全般を深く理解しており、利用するメリットが大きいこと、の2点が指摘できる。

### (3) 通所介護

特段の理由なく、利用者の多くに併設のデイサービスを週3回以上設定し、それを主軸に生活を支える仕組みは、デイサービスの利用目的が「社会参加」と「同居家族の負担軽減」であることを考えると、疑問が残る。負担軽減の対象となる家族が存在しないうえに、同一建物のデイサービスに移動して住宅と同じ顔触れで過ごすことを社会参加とみなすことには無理がある、ということである。

訪問介護に比べて時間当たりの単価が低いデイサービスを利用することで、支給限度額内で介護保険サービスを利用できる時間を最大限確保できるという利点はあるかもしれないが、それを適切なケアマネジメントと捉えてよいのかは精査が必要であろう。デイサービスに配置する看護師が支障のない範囲内で住宅を訪問し、利用者の健康管理を行うことをメリットとして指摘する事業所もある。法令違反ではないが釈然としない。それは、支障のない範囲内で実施する対象は介護保険の他サービスである、と私たちが解釈しているからかもしれない。住宅の基本サービスをはじめとする全額自費のサービスに、この解釈を適用してよいかは整理が必要となる。

### (4) 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能の併設率は10.2%である[高齢者住宅推進機構 2014, pp.24]。住戸数の少ないサ付き住宅で併設割合が高い。住宅の利用者全員が小規模多機能に登録しているケースもある。通い、訪問、泊まりを柔軟に組み合わせた包括報酬であるので、画一的なサービスが提供されていないこと、過少サービスとなっていないことを確認する

仕組みが必要となる。

地域密着型サービスに該当するため、当該保険者以外からの転居の場合は利用できないことが課題であったが、これについてはサ付き住宅にも住所地特例を適用し、併せて、地域密着型サービスの利用を認める方向で制度改正が予定されている。同じことは定期巡回随時対応にも当てはまる。

### (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回随時対応の併設率は2.1%である[高齢者住宅推進機構2014, pp.24]。サ付き住宅等に併設されている定期巡回随時対応の特徴として、①約5割の事業所が特定の集合住宅のみを対象とし地域にサービスを提供していない、②看護類型は一体型が多い、③移動時間が少ない、④訪問回数(定期、随時とも)が多い、⑤訪問看護の利用が多い、等が明らかとなっている[三菱UFJリサーチ&コンサルティング2014]。

小規模多機能と同様に、画一的なサービスが提供されていないこと、過少サービスとなっていないことを確認する仕組みが必要となる。また、住宅スタッフ業務とオペレーター業務の切り分け、随時訪問と住宅スタッフによる安否確認や緊急対応の整理も課題となっている。

## 4 住宅の基本サービスと介護保険サービスの切り分け

住宅の基本サービスと介護保険サービスの切り分けで特に留意が必要なのは、①訪問介護の職員と住宅スタッフの兼務、②定期巡回随時対応との整合性、の2点であろう。

①は、時間拘束で勤務にあたっている訪問介護員が保険サービスを担っていない時間に住宅スタッフ業務を担当することを指す。介護保険業務と住宅スタッフ業務のどちらに従事しているかが明確に分かるシフト表を作成すること、10名近い訪問介護員で住宅スタッフの業務を分担することもあるため、職務全体をマネジメントする責任者を設け、状況把握や安否確認だけでなく、生活相談やコミュニティ形成支援を意識的に行うことが必要となる。

②は、定期巡回随時対応の随時訪問で担う部分と基本サービスのコール対応で担う部分との整合性を指す。定期巡回随時対応では生活支援に係るサービス提供も認められているため、費用の二重徴収になりかねないとの理由から、定期巡回随時対応の利用者に対して基本サービスを減額する住宅事業所もある。これとは別に、随時対応のコールをオペレーターが受けるのか住宅スタッフが受けるのか、ダイレクトに訪問介護員が受けるのか曖昧になっているとの指摘もある。同様の課題は小規模多機能型居宅介護にも当てはまる。

## 5 事業モデルからみた特定事業所への集中と地域展開の過程

「併設の介護事業所に利用が集中することそのものが問題である」との指摘もある。だが、この考えは短絡的である。事業者は介護保険制度の下で経済活動を行っており、質の確保と持続的経営の両立の一手段として、取引コストを低減すべく、資本統合や業務提携の構築に努めるからである。つまり、市場（含む準市場）での取引の一部を組織の内側に取り込もうとする【COASE 1992】。非営利の住宅供給組織が少なく、なおかつ、民間事業者によって地域包括ケア提供体制を構築しつつある我が国で、住宅事業者と介護事業者が業務提携を行ったり、特定の介護事業者が住宅の基本サービスと介護保険サービスの両方を担うのは必然ともいえる。住宅事業とケア事業で収益のバランスを取ろうとする動き、居宅介護支援事業所が特定の事業所に集中する動き、利用が併設の介護事業所に集中する動き、これらを排除することは難しい。検討すべきは、特定事業所へ利用が集中するプロセスにおいて、選択の自由が保障されているか、適切なケアマネジメントが行われているか、消費者にとって分かりやすい説明が尽くされているか、である。

併設事業所が地域へサービス展開を行っていないことを問題視する意見もある。地域包括ケアの理念からいえば確かにそのとおりであるが、保有する人的資源の戦略的活用、住宅と地域で異なるサービス提供体制、既存の介護サービスとの競合

などから、サ付き住宅のサービス提供に集中し、軌道に乗った後に地域展開を図るという事業プロセスに対する理解も必要となる。これについては、集住型サービスにおける移動コストをどのように評価するのかという政策上の課題も残されている。

## 6 小結

サ付き住宅は地域包括ケア体制に不可欠な居住形態として普及しつつある。この住宅のコアサービスは住宅ではなく、住宅に付帯された基本サービスと、制度的には住宅と切り離された介護や医療である。このことを理解したうえで、質の確保に向けた取り組みを行うことが急務といえる。

具体的な対応策を検討するにあたっては、我が国の地域包括ケア体制が民間事業者によって整えられていることを常に意識する必要がある。表2は住宅・基本サービス・保険サービスの関係のあり方を整理したものである。利益追求をミッションとしない非営利の住宅供給組織が極めて少ないことに依るのかは定かではないが、日本ではモデルCは極めて少ない。モデルDが大多数を占める。このことをどう評価するのか、モデルCとモデルDのバランスはどうあるべきか、といった議論が求められている。住宅を医療や介護と同様に社会的共通資本とみなす視点を強化するのであれば、モデルCであれモデルDであれ、非営利の住宅供給組織の支援や育成が大きな課題となるであろう。そしてこの議論は、我が国がこれまで積み重ねてきた住宅政策を地域包括ケア時代に向けてどう編み直すのか、という取り組みにほかならない。

## V 今後の展望

国が思い描いているような地域包括ケア体制が構築されれば、よほど認知症が深くない限り、定期巡回随時対応や小規模多機能といった包括型サービスを利用しながら特別養護老人ホームに入居するまでを自宅で過ごすことが可能となる。そのような状況においても、なお、ケアやサポートがあるサ付き住宅に人々が自らの意志で移るとし

表2 サ付き住宅事業の事業モデルの基本構造

	モデルA	モデルB	モデルC	モデルD
委託契約	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">住宅</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">基本サービス</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">介護サービス</div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">住宅</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">基本サービス</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">介護サービス</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">住宅</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">基本サービス</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">介護サービス</div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">住宅</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">基本サービス</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">介護サービス</div>
	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が難しい</p> <p>24時間配置の場合、基本サービスが非効率でかつ、高額となる</p>	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が難しい</p> <p>24時間配置の場合、基本サービスが非効率でかつ、高額となる</p> <p>不動産事業者から参入する場合、基本サービスに対する専門知識に乏しい</p>	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が容易</p> <p>住宅事業単体で収益を確保する必要がある。住宅政策として国や地方公共団体が関与した際に透明性が保たれやすい</p> <p>基本サービスについて住宅側と委託契約を結ぶことになるので、特定の介護事業所に利用が集中しがち</p>	<p>基本サービスと介護サービスの臨床的統合が容易</p> <p>住宅とサービスを合算して収益をみることができる</p> <p>特定の介護事業所に利用が集中しがち</p>

----- 資本関係もしくは業務提携の関係。居宅介護支援事業所はこの図のなかでは取り扱っていない。

たら、その理由は何であろうか。

地域包括ケアでは、住まいとサービスの固定的な関係は解消に向かう。例えば、医療は診療所から自宅・高齢者住宅・施設のいずれにも届く。介護は施設系サービスにおいては内部で職員を配置するが、自宅と高齢者住宅においては医療と同様に外から届く。もちろん、移動コストや取引コストを考慮し、再び固定化されることはあるし、事実多いのだが、それは基本の応用と捉えたほうがよい。

地域包括ケアの5つの要素(住まい、生活支援、予防・保健、介護、医療)を空間に落とし込めば、図2のようになるだろう。物理的範囲としての地域にプロフェッショナルヒューマンサービスを展開するだけであれば、住居とサービス拠点のみで構わない。けれど、これでは共助と公助に重きを置いた旧来的な施設の再生産になってしまう。地域包括ケアでは、医療介護事業所に加えて、住民の関与、市場の活用、セルフケアの重視が打ち出されている。人々の営みとしての地域の動的関与を実現するためには活動拠点が必要であり、支払能力のある人々の生活支援や予防・保健は「要る」ではなく「欲しい」[武川 2003]に答える生活利便

施設を通じて供給される側面も大きい。活動拠点では健康づくり、趣味教室、住民自治、地域支援事業などが展開される。企業がビジネスとして取り組む場合もあるだろう。高齢者住宅に住む人々は活動拠点の担い手であると同時に受け手でもある。その周囲に住む人々も活動拠点の担い手であると同時に受け手である。

高齢期の住まいを考えると、私たちは外山の生活空間論から多くを学ぶ[外山 2003]。彼は個室の必要性とプライベートからパブリックに至る段階的空間構成の重要性を指摘した。この理論の普遍性は揺るぎない。だが、生活の場が建物の内部から地域へと広がり、多様な実践主体が地域包括ケアの担い手として登場してくると、プライベートからパブリックに至る軸では語りきれないものが出てくる。複数の住居からの距離や開放性、帰属感や貢献意欲、融通性や磁場などである。構成員たちの領域性とでも言えばよいだろうか。かくしてコモンは誕生する。活動拠点に求められるのは、この感覚だろう。

コモンな場は、そこに暮らす人たちが自ら働きかけない限り生まれえない。サ付き住宅に併設された活動拠点でこれを醸成するのは簡単ではない。

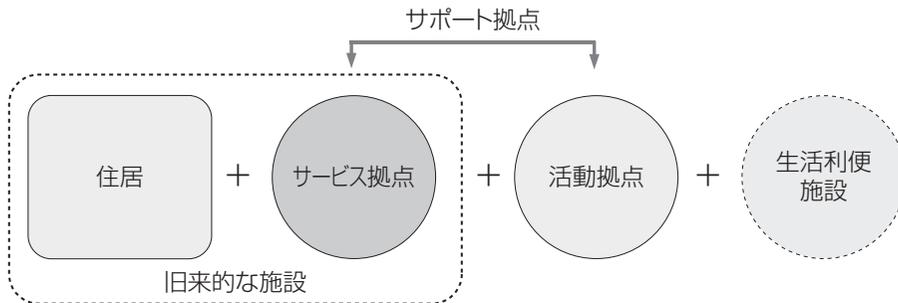


図2 地域包括ケア時代における空間の構成要素

居住者やその家族は、施設代替のサ付き住宅に安全と安心を求めるからだ。だが、人は安全と安心だけでは満たされない。どれだけの人が自覚的であるかは分からないが、人々は安寧をも求めて移り住んでいる。そのことにどれだけ応えられるかがサ付き住宅の根源的な課題であり価値なのだと思う。そして、この価値は、自宅・高齢者住宅・施設、どこに住もうと過不足ない医療や介護が行き渡った時にはじめて、理想から現実になる。

付記

本稿のIIは、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」(H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)の成果の一部である。

注

- 1) 平成25年度の平均保険料額は実績見込額。患者負担額は各制度の事業年報等をもとに厚生労働省保険局調査課が推計した平成23年度の実績値。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000037380.pdf>, 最終アクセス2014.9.25
- 2) 平成23年度厚生年金保険・国民年金保険の概況(厚生労働省)を参照。ただし、都道府県別の厚生年金受給額の分布データは公表されていないため、全国ベースでの平均受給額と上位2割相当額を算出し、その乖離率(1.41)を各都道府県の平均受給額に乘以、得られた額を都道府県の上位2割相当額とみなした。
- 3) 平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助事業「高齢者向け住まいを対象としたサービス提供のあり方に関する調査研究事業」にて実施し

た。本調査研究事業の実施主体は株式会社アルテップ。

参考文献

井上由起子(2014)「高齢者施設/住宅における住宅費用に関する考察」『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(課題番号H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)

宇沢弘文(2010)「社会的共有資本としての医療を考える」『社会的共通資本としての医療』東京大学出版

厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料(2013) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000024919.html>, 最終アクセス2014.9.25

厚生労働省(2013)『都市部の高齢化対策に関する検討会報告書』(2013) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000024314.html>, 最終アクセス2014.9.25

高齢者住宅推進機構(2014)『サービス付き高齢者向け住宅等の供給動向や地域の需要を踏まえた事例の分析・整理とその結果に基づく持続性・安定性のある事業タイプの提示と普及方策』国土交通省住宅セーフティネット基盤強化推進事業

高齢者住宅財団(2013)『サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究』厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

高齢者住宅財団監修(2013)『実践事例から読み解くサービス付き高齢者向け住宅』中央法規

近藤隆雄(2012)『サービス・イノベーションの理論と方法』生産性出版

島津望(2005)『医療の質と患者満足-サービス・マーケティング・アプローチ』千倉書房

白川泰之(2014)『空き家と生活支援でつくる地域善隣事業』中央法規

武川正吾(2009)「福祉政策における必要と資源」『新・社会福祉士養成講座 現代社会と福祉』, pp.158

- 179,中央法規  
 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規
- 外山義(2003)『自宅でない在宅』医学書院
- 中川雅貴(2014)「高齢者の人口移動でみた都道府県の特徴」『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(課題番号H25-政策-一般-004 研究代表者 西村周三)
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2014)『集合住宅における定期巡回・随時対応サービスの提供状況に関する調査研究事業』厚生労働省老人保健事業推進等補助金(老人保健健康増進等事業)
- 矢田尚子(2014)「高齢者の居住問題の考え方と法的課題:サービス付き高齢者向け住宅の動向を中心に」『実践成年後見』(49),pp.44-52民事法研究会
- Avedis Donabedian著 東尚弘訳(2007)『医療の質の定義と評価方法』認定NPO法人健康医療評価研究機構
- R. H. COASE著 宮沢健一/後藤晃/藤垣芳文訳(1992)『企業・市場・法』東洋経済新報社
- IPPR(2012) Together at Home: A new strategy for housing. <http://www.ippr.org/publications/together-at-home-a-new-strategy-for-housing>, 最終アクセス2014.9.30
- Jim Kemeny(1980) Home ownership and privatization, *International Journal of Urban and Regional Research*, 4(3), pp.372-388.
- John Ditch, Alan Lewis and Steve Wilcox(2001) Social housing, tenure and housing allowance. University of York, <http://www.cfaa-fcapi.org/pdf/repUK2001.pdf>, 最終アクセス2014.9.30
- (いのうえ・ゆきこ  
 日本社会事業大学専門職大学院教授)

## 高齢者住宅の普及策の検討

有 賀 平

### I はじめに

平均寿命の延びと高齢者人口の増加によって、日常生活動作（ADL）で制約を受ける人口の増加が予測される。ADLで制約を受ける人口が増加すれば、要介護認定者の増加となり、介護保険給付費の増加率が上昇することが危惧される。こうした状況の中、近年の介護保険制度改革では、保険給付が施設介護と比較して少ない在宅介護を介護の中心として位置づける方向で、制度改定が行われている。しかし、在宅介護を推進するには、介護サービスの提供の場である高齢者の住環境が整備されていることが前提となる。しかし、日本では、高齢者のための住環境が、いまだ十分なレベルに達しているとは言えない。つまり、在宅介護を推進するためには、高齢者住宅を普及する政策を並行して実行する必要である。

もっとも、在宅介護の推進は、介護保険の給付額の増加に一定の歯止めとなることが期待されていることを、前提として考える必要がある。例えば、実質的には施設介護と代わらないような状況を作り出すのではなく、介護サービスを受けやすい・提供しやすい場としての住宅を整備することで、在宅介護の選択をしやすくすることが重要だと考える。

### II 高齢者住宅の定義

1 これまでの日本の住宅政策における定義  
これまでの賃貸住宅関連の政策の中では、「高

齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）」「高齢者専用賃貸住宅（高専賃）」「高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）」「サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）」が高齢者向け住宅として扱われている。このうち、高円賃と高専賃は、高齢者の入居を拒まないことで、高齢者の居住場所を安定的に提供してきた。従って、高齢者に適した構造（加齢対応構造等）を備えることまでは義務ではなかった。但し、介護保険法の特設施設である適合高専賃や高優賃には、バリアフリー化等の加齢対応構造等が義務化されていた。更に、適合高専賃やサ高住では、加齢対応構造等に加えて、介護サービスの提供が義務づけられた。

また、「高齢者向けの住まい」と呼ばれるものには、上記住宅に加え、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設や、有料老人ホーム、ケアハウス等を加えることが一般的となっている。これらの「住まい」は介護サービスが居住場所と一体となって提供されている。

つまり、高齢者住宅の範囲を広く捕らえると、これまでの住宅政策では、高齢者が入居可能なこと、加齢対応構造等を備えていること、介護サービスが一体として提供されること、のいずれかを最低でも満たすことが高齢者住宅の要件といえる。

### 2 本稿での高齢者住宅の定義

本稿で検討する高齢者住宅については、在宅介護にともなう負担と介護保険給付額に与える影響に着目して、高齢者住宅を定義する。具体的には、在宅介護での介護者の身体的負担の軽減や、介護

保険制度の収支バランスの安定化に寄与することを必要な要件とする。

例えば、バリアフリーや手すり等の加齢対応構造等は、これが整っていれば、家族による介助に係る身体的負担を軽減することができるため、高齢者住宅に必要な要件となる。特に、加齢対応構造等は、現状では施設で介護せざるを得ないような介護状態にある高齢者を、在宅で介護することを可能にさせる期待がある。更に、加齢対応構造等が備わっていることによって、介助を必要としないADLの範囲が拡大する。これは、要介護状態となる時期を先延ばしする効果や介護状態の重度化を抑制する効果を期待できる。

一方、住宅に介護サービスが一体として付帯されていることは、現状の在宅介護と比較して、介護サービスへのアクセスが向上する。確かに、アクセスの向上は、居住者にとっては利便性が高いが、常に必要かつ適正な時間数だけの介護サービスが利用されるとは限らない。また、既存の介護サービス事業者等、地域にある介護サービスを利用することができることを考えると、介護サービスが居住場所と一体となって提供されることが高齢者住宅に不可欠な要件と考えることは難しい。

こうした考えに基づき、本稿では、高齢者住宅を加齢対応構造等を備えた住宅と定義する。

### Ⅲ 高齢者住宅の現状とこれまでの政策

#### 1 高齢者住宅の現状

「平成25年住宅・土地統計調査」(総務省)によれば、何らかの「高齢者等のための設備がある」住宅は、住宅総数全体の50.9%であり、過半数を超えた。但し、平成20年(2008年)の調査との比較では、2.2ポイントの上昇にとどまり、平成20年(2008年)調査が平成15年(2003年)調査から8.9ポイント上昇したことを考えると、普及にかけりが見える。また、持ち家と借家で区分では、持ち家の65.7%に対して借家は29.2%と大きく差がある。特に、建築の時期を加味すると、持ち家では2001年以降に建築された住宅では、「高齢者等のための設備がある」住宅が85%を超えている

一方で、借家では、2011年以降に建築された住宅でも43.8%と半数に満たない。持ち家・借家別の数値を見る限り、高齢者住宅を普及させるには、借家への対策が重要と考えられる。

ここで言う「高齢者等のための設備がある」とは、「手すりがある」「またぎやすい高さの浴槽」「廊下などが車いすで通行可能な幅」「段差のない屋内」「道路から玄関まで車いすで通行可能」のいずれかを備えていることを意味する。高齢者住宅が備えるべき設備との関係では、この「高齢者等のための設備がある」との要件だけでは、高齢者住宅として十分とはいえない。2011年3月に公表された「住生活基本計画(全国計画)」(国土交通省)では、「高齢者等への配慮」として高齢者の居住する住宅のバリアフリー化を目指しているが、このバリアフリー化について、2箇所以上の手すり設置又は屋内の段差解消に該当すると「一定のバリアフリー化」とし、2箇所以上の手すり設置、屋内の段差解消及び車椅子で通行可能な廊下幅のいずれにも該当すると「高度のバリアフリー化」と見なしている。「平成20年住宅・土地統計調査」(総務省)をもとに推計すると、「一定のバリアフリー化」は住宅総数の30%であり、「高度のバリアフリー化」は7.8%に過ぎない。つまり、加齢対応構造等に対応した住宅であっても、在宅での介護を行うには不十分な環境であることも少なくない。

#### 2 これまでの住宅政策の特徴

戦後の住宅政策の全体をみると、住宅金融公庫(公庫)、公営住宅(公営)、公団住宅(公団)、地方住宅供給公社(公社)が中心となって、展開されてきた。公庫は制度としては、持ち家取得と賃貸住宅建設のための融資を行うことになっていたが、事実上は持ち家取得のための融資が中心であった。公営は、地方公共団体が国の補助を受けて低所得者のために建設する住宅であるが、財政上の優先順位が持家融資よりも低いこともあって、計画通りの供給が行われてこなかった。公団は、発足した1955年当時には、賃貸住宅の供給が中心であったが、1980年代以降は、分譲住宅の供

給が主力となった。公社も、制度としては賃貸住宅の供給を行うものであったが、実際には分譲住宅の供給を主として行ってきた。税制においても、住宅を取得するための融資は、課税控除等の優遇を受け、持ち家の取得が後押しされてきた。

持ち家を持たない借家人に対しては、低所得者と中心に公営住宅を供給した。合わせて、民間賃貸住宅の質の向上を目的として、一定の居住面積を満たす賃貸住宅を対象として、建築費用融資を優遇した。つまり、借家人については、公営住宅を安価な家賃で提供するというかたちでの支援が中心で、例外的に、サ高住のような借家人への家賃補助政策が行われてきた。

高齢者住宅に関する政策では、持ち家については、1986年の住宅金融支援機構(旧住宅金融公庫)の「老人・身体障害者用設備設置工事割増し」等に見られるように、借入金利の優遇や割増融資による支援が行われてきた。近年でも、1999年の「住宅の品質確保の促進等に関する法律」によって、一定以上の「高齢者等配慮対策等級」を満たす住宅について、住宅金融支援機構からの借入金利を一定期間引き下げることが行われ、2008年の「長期優良住宅の普及の促進に関する法律」では、バリアフリー化された住宅に対して、住宅金融支援機構融資や税制面で特例が与えられている。一方、賃貸住宅については、シルバーハウジングプロジェクトや高齢者向け優良賃貸住宅制度のように、加齢対応構造等を備えた公共住宅を供給する政策が中心であった。

このように、戦後の住宅政策の特徴の第1として、持ち家取得の促進が中心となっていることが挙げられる。また第2として、借家人については、公共住宅や優良な民間賃貸住宅の建設といった供給面の充実が中心となっていることが特徴といえる。

### 3 これまでの住宅政策の課題

持ち家の取得を促進する政策によって、1住宅当たりの延べ床面積が拡大する等、持ち家の住宅環境は改善した。しかしその一方で、持ち家と賃貸住宅との格差は、居住面積や加齢対応構造等に

おいて、むしろ拡大してきた。この持ち家か賃貸住宅かの違いは、世帯所得の違いを実質的に反映している。世帯の年間収入階級別の持ち家・借家率を見ると、明らかに収入の高い世帯ほど持ち家率が高い(図1)。つまり、収入面で持ち家の取得可能性のある世帯は、住宅政策の便益を享受して住環境を向上させてきたが、持ち家取得を期待できない低所得の世帯は便益を相対的に享受してこなかったと考えられる。

また、世帯の年間収入階級別の居住環境を持ち家と賃貸住宅で比較すると、借家人の居住環境は、世帯の収入階級間の格差が持ち家居住者よりも大きい。例えば、1世帯当たりの畳数を比較すると、賃貸住宅は持ち家よりも収入階級間での格差が大きい(図2)。同じことが、「高齢者等のための設備」についてもいえる。つまり、「高齢者等のための設備」がある住宅の割合は、持ち家居住者以上に、所得階級の違いによる設備率の違いが借家人では大きい(図3)。

一方、補助の対象を住宅市場における需要側と供給側との区分で整理すると、持ち家政策では需要側への政策であったが、賃貸住宅については供給側を対象とした政策が中心となっている。例えば、これまでの補助金給付、融資優遇、税制優遇等は、住宅建築費用の支払者が対象であり、持ち家政策では持ち家を建築・購入する需要側への政策といえる。しかし、賃貸住宅の場合、建築費用の支払は賃貸人が行うことになり、その賃貸人は賃貸住宅市場においては供給側である。すなわち、補助金給付、融資優遇、税制優遇等の政策は、賃貸住宅市場では供給側への政策といえる。また、賃貸住宅市場では、公営住宅の建築といった供給側に直接的に介入する政策が行われてきた。つまり、住宅建築費用を補助することを中心とした住宅政策により、持ち家取得市場では需要側への政策が、賃貸住宅市場では、供給側への政策が行われてきた。

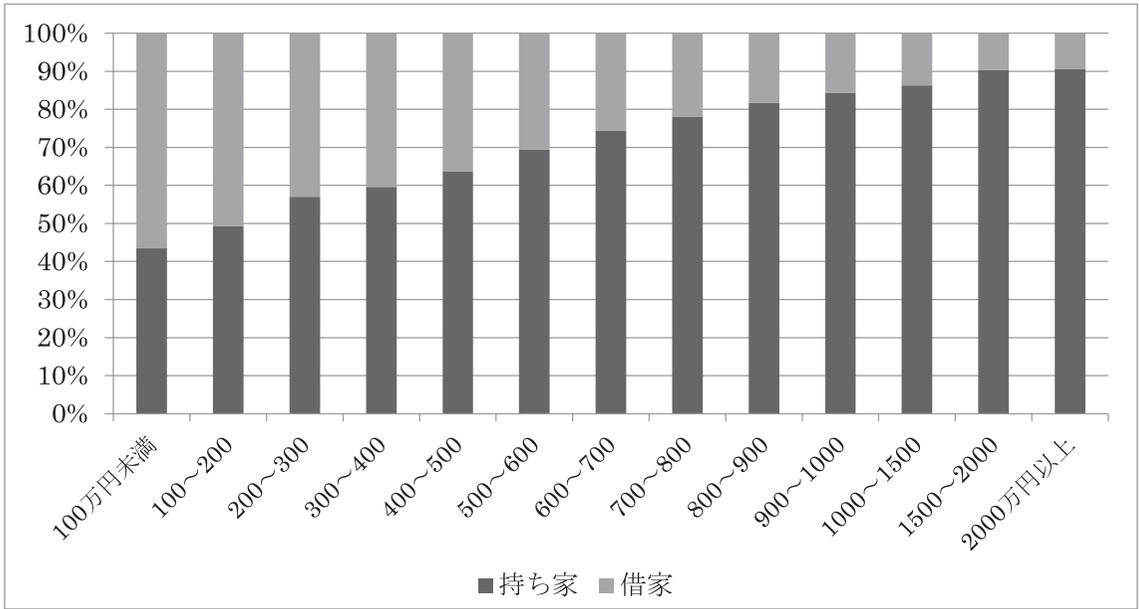


図1 世帯の年間収入階級別の持ち家・借家割合

(出所) 総務省 (2010) 『平成20年住宅・土地統計調査』

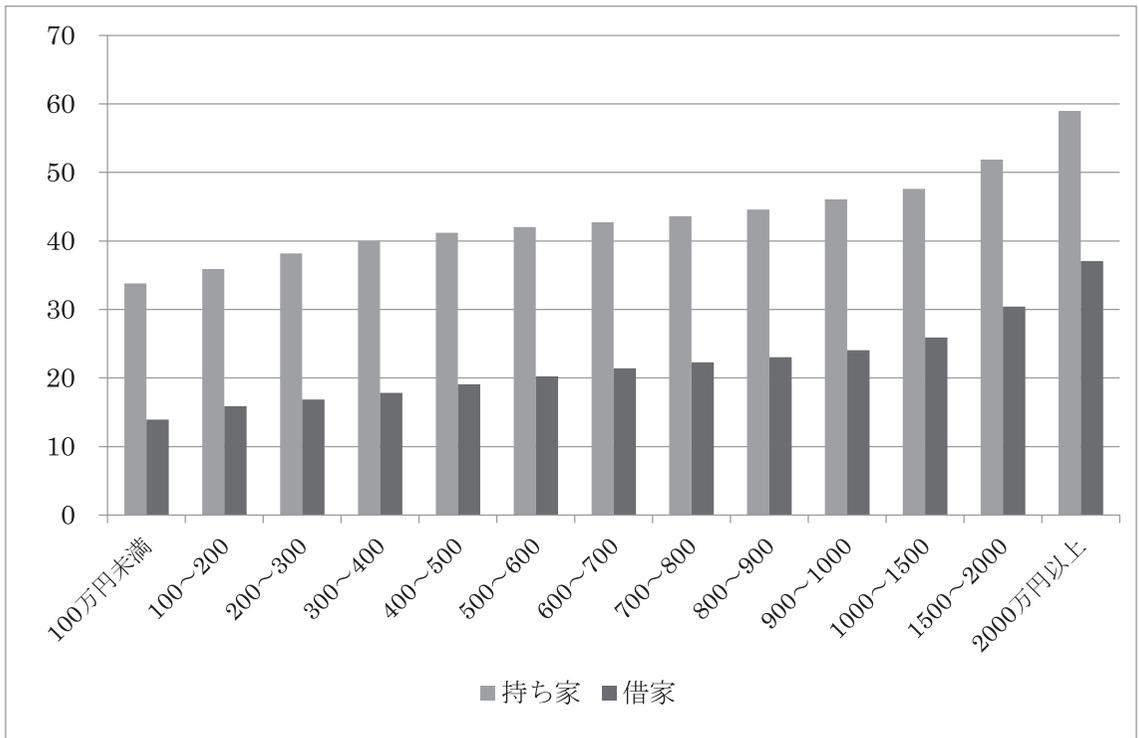


図2 世帯の年間収入階級別の1住宅当たりの量数

(出所) 総務省 (2010) 『平成20年住宅・土地統計調査』

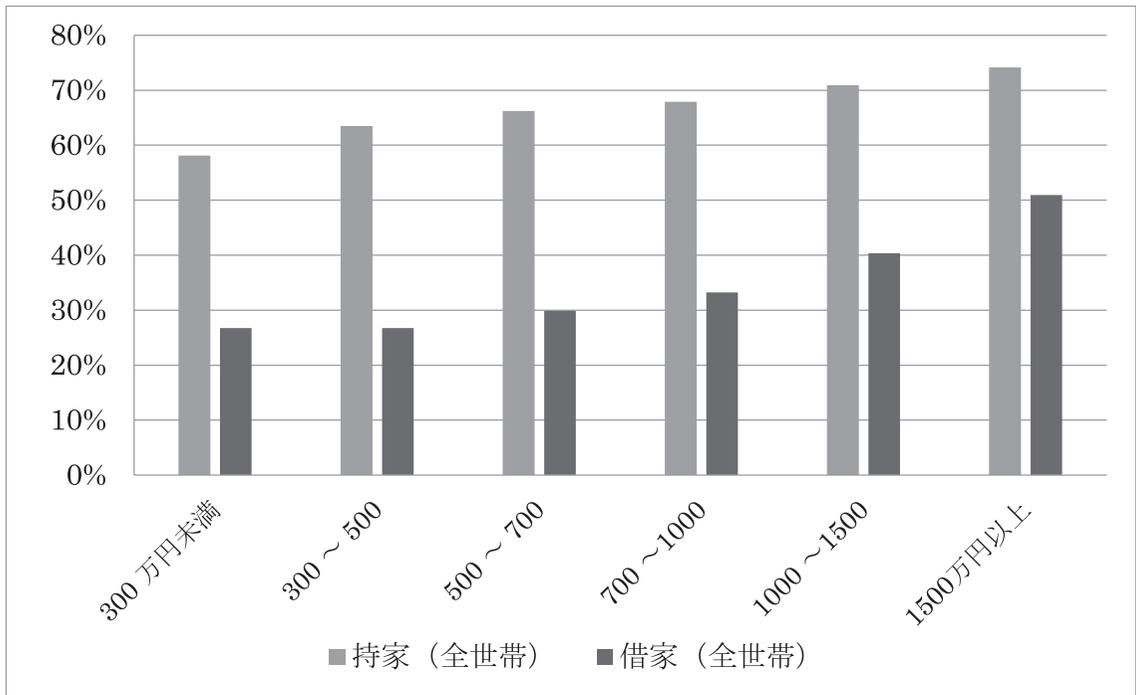


図3 世帯の年間収入階級別の「高齢者等のための設備」がある住宅割合

(出所) 総務省 (2010) 『平成20年住宅・土地統計調査』

### Ⅲ 本稿で検討する住宅政策

#### 1 賃貸住宅を対象とした住宅政策

これまでの住宅政策の課題を踏まえると、賃貸住宅を対象とした住宅政策が高齢者住宅の普及に適していると考えられる。なぜならば、例えば、加齢対応構造等の普及を考えると、持ち家と比較して、賃貸住宅における整備状況は極めて低く、全体的な普及率を引き上げるには、賃貸住宅の普及率を引き上げることが効果的と考えられる。前述のとおり、建築年数が少ない持ち家では「高齢者ための設備がある」住宅の割合が85%を超えており、これ以上の政策の追加は効果が薄い。一方、賃貸住宅はいまだに「高齢者のための設備がある」住宅の割合は低水準にあり、これまで積極的に政策が行われてなかったことも加味すると、対策を講じることの効果が大きい。つまり、より効果的な政策を行うことを考えれば、賃貸住宅を対象とし

た政策を検討する必要がある。

更に、賃貸住宅を対象とした政策は所得の再分配の点でも、持ち家を対象とした政策よりも適している。一般的に、賃貸住宅に住み続ける世帯は、持ち家の取得を期待できる程の所得にないことが多い。一方で、持ち家取得を期待できる世帯は、ある程度の所得水準にある。賃貸住宅の住環境を引き上げることは、所得水準の低い世帯の住環境を引き上げることでもあり、所得の高い世帯の住環境の整備よりも優先される必要がある。

#### 2 需要側への住宅政策

また、市場での需給関係では、需要側に対して行う政策が適していると考えられる。但し、需要側といっても、対象とする市場が異なることによって該当するプレーヤーは異なる。例えば、住宅を取得する住宅市場では、需要者は住宅の建築者や購入者である。しかし、建築や購入をした住宅が、賃貸住宅である場合、住宅取得市場では需要側で

あったプレーヤーは、賃貸住宅市場では、賃貸人として供給側となる。前述したように、戦後の住宅政策は、結果として、持ち家取得市場では需要側を対象としていた一方で、賃貸住宅市場では、供給側を対象とした政策が中心となっていた。今後は、賃貸住宅市場においても需要側を対象とした政策を行うことが妥当である。

需要側への補助金政策は、効率面でも供給側への補助金政策よりも優位になることが期待できる。

米国では、賃貸住宅市場の需要側への補助金政策としてバウチャー (Housing voucher) 制度がある一方で、老朽公営住宅の再開発や賃貸住宅への補助金政策等も行われており、両者の政策効率面での比較が行われている。米国会計検査院 (GAO) のレポートでは、米国で行われている主要な住宅政策について、建築費を含めて、住宅建設から向こう30年間に要するコストを比較した。

同レポートによれば、バウチャー制度は、課税措置や老朽公営住宅の再開発等と比較して、平均的にコストが低く推定された [GAO (2002),p4]。また、都市部とそれ以外とに区分した検証では、都市部以外のバウチャー制度のコストが都市部よりも相対的に低いこともあり、他の政策に対する効率面での優位性が高まる [GAO (2002),p18]。30年間のコストの比較については、米国内でも一部より反対意見が出されているが [GAO (2002) pp83-85]、30年は建物の使用年数を考慮した年数であり、有用な推計と考えられる。GAOのレポートについては、Edger O. Olsen (2009) が行った米国住宅政策の効率性に関するレポートレビューにでも、GAOの結論を過小評価だと示唆する研究は見当たらないとまとめている [Olsen (2009),p35]。

### 3 バウチャーによる家賃補助政策

賃貸住宅を対象とした需要側への政策といった要件を満たす政策を、欧米の政策を参考に考えると、賃貸住宅の賃借人に対するバウチャー制度が該当する。

日本の住宅政策では、バウチャー制度そのものが行われたことはなく、家賃補助制度もサ高住や特定優良賃貸住宅等の一部で適応されているのみとなっている。しかし、これまでの住宅政策の特徴と結果とを比較すると、持ち家から賃貸住宅へ、賃貸住宅の供給者から賃借人へ、といった大きなスタンスの変更を検討する必要があると思われる。持ち家政策での需要側への政策が一定の成果を挙げたことを考えると、バウチャーによる家賃補助政策を、高齢者住宅の普及を目指す住宅政策の中心に位置づけることが適切と考えられる。

具体的には、一定年齢以上の高齢者と同居する世帯が、一定の要件を満たす加齢対応構造等を備えた賃貸住宅に居住する場合には、バウチャーを給付する。但し、年齢や加齢対応構造等の水準等の要件項目については、数年毎に、年齢別のADL、加齢対応構造等の技術水準・コスト等によって定める。

## IV バウチャーによる家賃補助

### 1 バウチャーによる家賃補助制度の長所

(1) 公営住宅建設・賃貸住宅建築費用補助政策との相違

理論的には、O'Sullivan (2009) は、無差別曲線を用いて、公的住宅を供給するよりも住居費補助による政策の方が少ない支出で同様の効用を達成することを説明している [O'Sullivan (2009) pp364-375]。

また、選択の自由やソーシャルミックスの面でも、バウチャーによる補助金制度が優位と考えられる。公的住宅の供給や建設費補助の政策では、該当の住宅に居住することが給付要件となり、当該住宅から転居すると給付が受けられなくなることが多い。その為、当該住宅に居住した人は、他の地域に就業機会があっても、転居によって給付が停止する不利益を考えるが故に転居しにくく、就業機会を失う可能性が高まる。また、給付対象者の所得が向上して給付対象から外れた場合、当該住宅からの転居を強いられてしまう。つまり、所得の向上が住居喪失というリスクを生むことに

なり、所得向上へのインセンティブの妨げになることも危惧される。更に、給付対象者が特定の住宅に集中すると、同じ様な要件を満たした人々が同一地域に住むことになる。確かに、高齢者住宅の場合は、介護サービスを提供する側から考えれば、まとまったの居住は効率が良い。しかし、異なった世代との交流等、いわゆるソーシャルミックスの推進といった考え方からすれば、高齢者がまとまって居住することの推進を無批判には受け入れられない。

これに比べ、バウチャー制度は居住地域を給付対象者が自由に選択でき、条件を満たすならば、住居を移転しても給付を受け続けることができる。つまり、転居をせざるを得ない就業機会があった場合、公営住宅等と比較して転居が容易であるためにそれを受け入れやすい。就業できる範囲を広げることは、就ける仕事に限られる高齢者世帯主にとっては、生活の向上や自立にとって重要と考えられる。給付対象者が自立しバウチャーの給付が必要なくなれば、制度全体の支出を抑制できる。また、所得が増加し給付対象から外れても、単にバウチャーの給付が受けられなくなるだけであって、転居をする必要が無い。つまり、自助努力による生活の改善と引き換えに生活環境の基本である住居を変える必要がなくなる。この様に、居住場所を選択する権利が広く認められているため、給付対象者が各地域に分散することが期待でき、いわゆるソーシャルミックスが図られ、より良好なコミュニティが形成されることが期待できる。

公的住宅供給や建設費補助の政策では、給付対象者は自分の選好と食い違っていたとしても与えられたリストの中なら選択をせざるを得ない。しかし、バウチャー制度の場合、基準を超えていれば住居の選択は自由であり、自分の嗜好にあった住宅を選択することができる。個人個人の嗜好は加齢対応構造等の水準に限らず、教育環境、防犯、自然環境等に関する価値観にも依存する。バウチャー制度はこうした嗜好を住宅の選択に反映させることができる。また、給付対象者は、市場で基準を満たし且つ自分の嗜好にマッチしたできる

だけ安価な住宅を選択する。なぜならば、安価な住宅を見つけだすことができれば、本来ならば住居費として支出する自己資金を他の支出に回すことができるからである。こうした給付対象者の行動は、住宅供給者間の価格競争を生みだし、適正な価格での住宅供給が期待できる。

公的住宅による供給ではこうした市場メカニズムが働かない。また、入居者の負担の軽減を目的として、家賃を市場家賃よりも低く設定するため、補助金を受けていない住宅の家賃が割高となり、いわゆるクラウディングアウトが発生する。バウチャー制度であれば、政策に起因して供給側に不公平が生じることはなく、適正な価格競争による市場メカニズムを生かした効率性の追求が期待できる。

## (2) 現金給付との相違

無差別曲線で考えると、現金給付の方がバウチャーよりも少ない費用で個人の効用を増加させることができるため、現金給付の方が効率性が高いと言える。しかし、現金給付では給付金の全てが他の費用に支出される可能性が否定できない。例えば、家賃を目的とした給付金が食料や嗜好品のために消費されてしまうこともある。給付額のお大半が他の用途に転用され、住宅政策としての効果を期待できない可能性も否定できない。バウチャー制度は、給付されたバウチャーを他の用途に転用できないため、家賃に対して資金が確実に支出される。政策目的は、生活全体の向上ではなく在宅介護を前提とした住宅を普及させることであり、家賃以外に給付金が直接支出されることのないバウチャーによる給付が適切といえる。

また、他の用途に転用できないため、現在の住宅に満足をしている世帯がバウチャーの給付を受けようとするインセンティブは起きにくい。現金給付であれば他の用途への消費が可能のため、それを目的として給付要件を偽装し不正に給付を受ける者が現れなくはない。不正受給は排除すべきであり、この点でバウチャー制度は現金給付よりも優れている。

更に、家賃に関するバウチャーは、他人に譲渡

することや売買することが出来ない。フードスタンプとは異なり、商品の購入者を特定しやすく、給付対象者以外の者が不正に入手したバウチャーを使って家賃を支払うといった不正を防止することは容易にできる。

## 2 バウチャー制度の問題点

### (1) 市場家賃の算定

バウチャーの給付額はその地域の標準的な家賃と給付対象世帯の所得によって定められるのが一般的となるが、標準的家賃（市場家賃）の算定が困難との批判がある。特に、民間賃貸住宅が少ない地域では、参考となる賃貸住宅が市場家賃を決めるだけの数に至らず、その適正性が疑問と主張されている。地方においては参照すべき賃貸住宅もないことも想定され、その場合の市場家賃の算定方法については難しい。

### (2) 供給側への直接的影響

高齢者住宅を普及するには需要を喚起する一方で、その需要をカバーするだけの量と質をもつ供給が必要である。バウチャー制度によって高齢者住宅に住むことに対する需要は増加する。しかし、バウチャー制度は高齢者住宅の建設費用等に補助金を直接給付する仕組みではなく、需要に見合った高齢者住宅の供給が行われないと批判がある。確かに、需要が喚起されたとしても供給が過小となれば、供給量の低迷が要因となって高齢者住宅の普及が進まない可能性がある。

### (3) 価格の上昇

バウチャーの給付によって、賃貸住宅市場内の資金流通量が増加する。資金流通量が増加すれば、賃貸市場内の価格（家賃）が上昇する可能性がある。万一、資金流通量の増加分の全てが価格上昇に反映してしまえば、市場全体の需給量は変化せず物価上昇のみが発生するとも考えられる。全てではないにしろ、物価上昇として反映される分だけ給付金が無駄になるとの批判がある。

### (4) 給付総額の予測が困難

公的住宅の供給や建設費補助等であれば、建設計画を定めることによって事前に給付額の規模が予測できる。財政の事情に応じて建設計画を調整することによって、全体の給付費を調整することが出来る。一方、バウチャー制度では、給付条件を満たす世帯数を予測することが難しく、更に、給付の対象となった各世帯の所得水準を把握することも極めて困難である。つまり、給付条件を満たす全ての世帯に給付することとした場合、政策全体に必要な費用は予測することが出来ない。日本の財政事情を考えると給付総額が調整可能な公的住宅供給や建設費補助住宅の普及の政策の方が適していると考えられる。

## V バウチャー制度の問題点への対応

### 1 家賃補助額の算出方法

#### (1) 先行研究

家賃補助制度の補助額の算出については、世帯収入に占める家賃負担率の適正値を任意に定め、この負担率で算出されて金額と実際の家賃との差額を補助額とする場合が多い。必要以上の補助金の給付を回避するために、補助額の上限もしくは家賃の上限を設けている。室田（2010）は、適正な家賃負担率を20%としてこの算出方法を日本に適用し、収入分位別の家賃補助額を示し、家賃の上限を世帯収入の40%とした〔室田（2010）pp227-228〕。

世帯収入を基準として補助額を決めると、収入の高い世帯の方がより高い便益を享受する可能性がある。等しい家賃の賃貸住宅に居住していれば収入の低い世帯がより多くの補助金の給付を受けることになるが、一般的には収入の高い世帯ほど家賃の高い賃貸住宅に居住している。たとえば、賃料が世帯収入に比例し、月収20万円の世帯が月8万円（月収の40%）の賃貸住宅に居住し、月収10万円の世帯が月4万円の家賃とすると、月収20万円の世帯への補助金が4万円（8万円－20万円×20%）となり、月収10万円では2万円（4万円－10万円×20%）となる。上限家賃を設けたとしても、

自己負担能力が高い世帯が上限家賃に張り付く傾向が高く、一方、収入が低い世帯は、家賃上限を大きく下回る住宅に居住する可能性が高く、給付額の格差を是正する効果は薄い。つまり、世帯収入の一定割合を適正な負担とする算出方法は、給付対象者の内部で逆進性が生じる可能性がある。

(2) 標準的家賃の内部構成

バウチャー給付額の基準を決めるには、あくまでもその地域の標準的な家賃を算出する必要がある。そこで、標準的家賃の算出方法について検討する。

標準的家賃は市場の需給関係で決定するという考え方にたてば、市場価格の形成が困難な地域や他に該当物件がない場合には標準的家賃を算出することは難しい。しかし、求めるのは市場の均衡価格ではなく、給付基準となる家賃の価格であるから、必ずしも市場均衡から導きださなければならない理由はない。例えば多くの商品で、「標準小売価格」が製造原価に基づいて設定されている。つまり、市場での均衡価格が明確でない場合に、特定の指標を用いて価格を算出することは、現実

にも広く行われている。ましてや、給付の基準を定めるだけで良いのであって、市場価格を公定することではないことを考慮すれば、いわゆるプライスメーカーの立場で標準家賃を算出することに問題はない。

D.ディパスケル/W.C.ウィートン (2001) によれば、住宅賃料は、農業地代、建築賃貸料、立地地代、から形成されている。ここで、農業地代は、農地から都市の土地に転用するのに必要な地代。建築賃貸料は、住宅を建築する費用を賄うのに必要な賃料。立地地代は、通勤費用の節約によりもたらされる地代と定義される。D.ディパスケル/W.C.ウィートン (2001) は、雇用の中心からの距離と地代との関係を見た場合、農業地代と建築賃貸は距離にかかわらず一定で、立地地代は距離が遠くなるにつれて減少する (図4) [ディパスケル/ウィートン (2001),p50]。

住宅賃料のこうした価格構成を参考として標準的家賃を算出する方法を考えると、建物評価基準額と土地評価基準額に区分して算出した結果の合計を標準的な家賃とすることになる。ここでいう建物評価基準額は建築賃貸料に該当し、土地評価

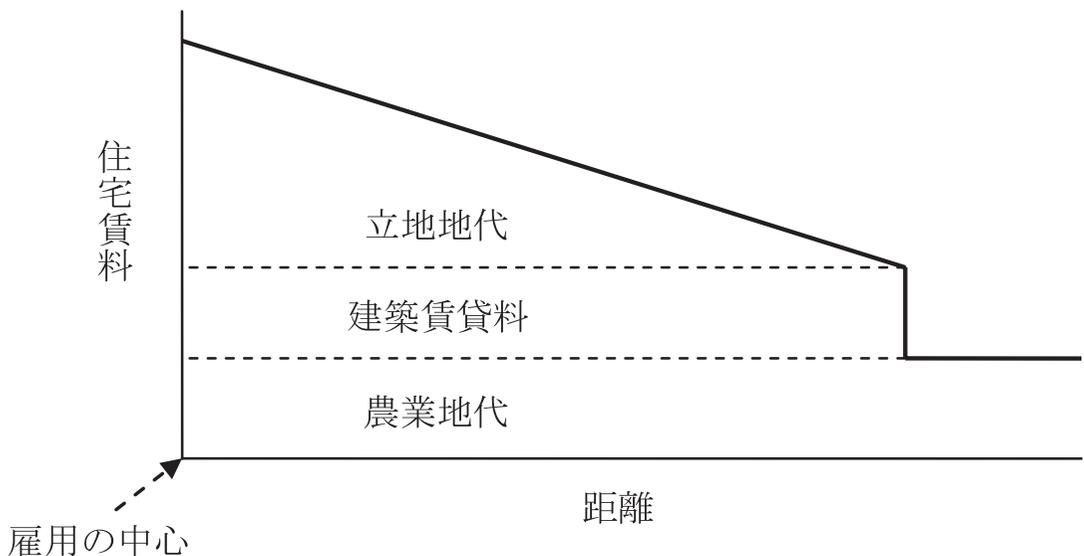


図4 住宅賃料の構成要素

(出所)「都市と不動産の経済学」(D.ディパスケル/W.C.ウィートン 創文社 2001,p50)

基準額は農業地代と立地地代の合計に該当する。

### (3) 建物評価基準額

D.ディパステル/W.C.ウィートン (2001) のように、建築賃貸料は距離に対して不変であり、建築費用に地域差がないとの主張は可能と考えられる。日本における公的な建物評価基準を見渡すと、固定資産評価基準では、木造家屋において、東京都(特別区の区域)を基準(1.00)として、それ以外の市町村の家屋評価については「1.00」「0.95」「0.90」の3段階に区分して物価水準による補正をしている。しかし同基準でも、非木造家屋については、全国一律としている〔固定資産評価基準第二章第4節2〕。

また、(財)資産評価システム研究センターが、「家屋に関する調査研究」(2007)において、家屋評価に関する物価水準による補正に関する検討を行っている。同研究では、木造家屋について、「建築統計年報」の「建築費」、建設工業経営研究会の「標準建築費指数」、建設物価調査会の「都市間価格指数」を用いて1㎡単価について、物価水準による補正率を検証している。検証の結果、「標準建築指数ベース」では、最大が長野県の1.0225、最小が青森県の0.9307で差は0.918、「都市間格差指数」ベースでは、最大が長野県の1.0020、最小が宮崎県の0.9212で差は0.0808、となった〔資産評価システム研究センター(2007) pp12-13〕。非木造家屋についての検証は行われていないが、木造家屋の差異を見る限り、建築費の1㎡単価については、地域差を無視できると考えられる。故に、標準的な原材料費・工賃で積算した建築単価を建物評価基準額の算出に用いれば良い。

建物の建築費用は、居住面積にも依存するが、適正な居住面積は世帯の構成員数や年齢構成によって異なる。制度として保障する居住面積は、単身世帯に対して保障する居住面積を基本として定め、これに、世帯人数と年齢構成を考慮した係数を乗じて当該世帯の適用居住面積を決定する。

こうして決定した建築単価と適用居住面積とを乗じて当該世帯に適した高齢者住宅の建築費が算

出する。つまり、給付対象世帯に適用される標準的な高齢者住宅の建築費をC、標準的な高齢者住宅の建築単価を $\alpha$ 、単身世帯の必要居住面積q、世帯人数をn、年齢構成m、としてこれまでの説明を整理すると、建物評価額の基準となる建築費(C)は、

$$C = \alpha \times q \times \beta(n, m) \quad \because \beta(\ ) \text{は } n \text{ と } m \text{ の増加関数} \dots \text{①}$$

として表すことができる。

一般に、建物価格をP、賃料(地代を除いた建物だけの賃料)をR、利子率r、資産税率 $\tau$ 、償却率 $\delta$ 、とすると、

$$(1+r_t)P_t = P_{t+1} + R_t - (\tau_t + \delta_t)P_t \quad \text{但し、} t \text{ は時間を表す}$$

が成り立ち、これを $P_t$ で解くと、

$$P_t = \frac{1}{1+r_t+\tau_t+\delta_t}(P_{t+1}+R_t)$$

となる。

$R_t$ ,  $r_t$ ,  $\tau_t$ ,  $\delta_t$  を不変と仮定すれば、

$$P_t = \frac{1}{r+\tau+\delta}R_t$$

$$R_t = (r+\tau+\delta)P_t \dots \text{②}$$

と変換できる。

建築・不動産業者の利益や事務費を無視すると、 $C = P_t$ が成り立つ故に、上記①と②より、

$$R_t = (r+\tau+\delta) \times \alpha \times q \times \beta(n, m)$$

となり、 $R_t$ が、給付対象世帯に適用される標準的な高齢者住宅の建物に掛かる賃料となり、建物評価基準額となる。

### (4) 土地評価基準額

立地地代である土地評価基準額は、高齢者住宅所在地の地価額に基づいて算出する。日本における公的な地価評価には、国交省土地鑑定委員会の「時価公示」、都道府県の「都道府県地価調査」、国税庁・国税局の「相続税路線価」、総務省・市町村の「固定資産税路線価」がある。評価対象をみると、地価公示と都道府県地価調査は予め定められた標準地(規準地)が対象となり、相続税路線価は相続した土地が対象となっており、どれも網羅的に地価を評価している調査ではない。固定

資産税路線価は、固定資産税の対象となっている土地を評価する。固定資産税の納付義務が土地の所有権に伴って発生することを考えると、固定資産税路線価は、全国の土地を網羅的に評価していると言える。固定資産税路線価は、地価公示の標準地において地価公示の70%程度の評価をしているため、土地評価基準額の算出については、減額された約30%を戻し入れる。

(5) バウチャー給付額

建物評価基準額と土地評価基準額とを加算して求めた標準的家賃と当該世帯の家賃負担能力に基づいてバウチャーの給付額を決定する。家賃負担能力は世帯所得の増加関数として求められ、家賃負担能力が標準的家賃を下回る範囲の世帯所得者に対して、その差額をバウチャーとして給付する。

例えば、標準的家賃 (Re) が決定した時、世帯所得がY1の場合は、家賃負担能力  $\gamma$  (Y1) と標準的家賃との差額がバウチャーとして給付されるが、世帯所得がY2の場合は家賃負担能力が標準的家賃を超えているためバウチャー給付の対象外となる (図5)。

(6) 給付対象者の転居への対応

標準的な家賃を建物評価基準額と土地評価基準額とに区分することで、給付対象者が転居する場合に対応させている。標準的家賃は地域によって異なるため、給付対象者が転居すれば標準的家賃が変更となる可能性が高い。但し、提案の制度では土地評価基準額のみが変更となるだけであり、建物評価基準額は世帯構成が変化しない限り変更がない。仮に、移転先の標準的家賃情報を入手することができないと、安心して住居を選択することができず、必要な転居の妨げとなる。提案の制度では、建物評価基準額は現在の給付額と変更がなく、土地評価基準額は概算額を公表することが可能といえる。それ故に、確実に給付される金額が分かる状況で移転先を検討ことができ、転居に関する選択の範囲が容易に拡大すると思われる。

2 供給側への対処

バウチャー制度は、需要政策であり供給サイドに直接の影響を与えるものではない。需要が喚起されても高齢者住宅が十分に供給されなくては高齢者住宅は普及しない。例えば、米国ではパウ

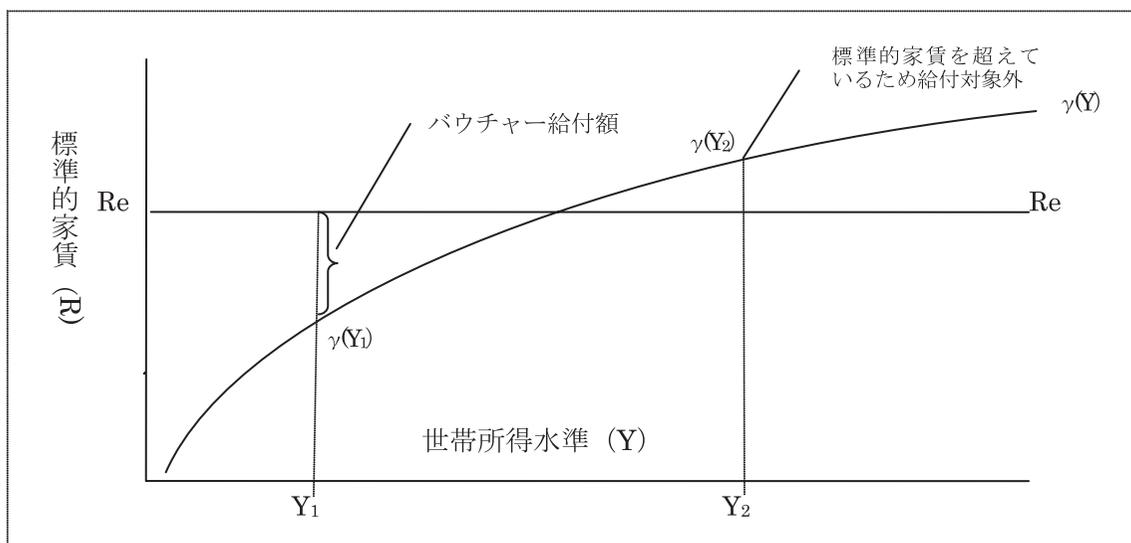


図5 バウチャー給付額の原理

(出所) 丸尾直美「住宅政策と福祉」(『住宅政策と社会保障』(東大出版会1990) ,p12) (一部記号を変更)

チャー制度等の住居費補助政策と並行して、都市住宅開発省（HUD）による高齢者住宅向けの融資制度があり、1990年代には、その融資対象が賃貸住宅にも拡大した。スウェーデンでは、1970年代に『住宅が移動能力や方向感覚等の低下した居住者にもすみこなさえるようにすること』〔外山（1999）,p322〕という規制を設ける一方で、住宅ローンに対する利子補給は賃貸住宅も対象としている。日本においても住宅融資制度の拡大等が考えられるが、財政の現状から考えると積極的に供給政策を行うことはできない。

しかし、バウチャーとして給付された資金は間接的に住宅市場に還元される。つまり、供給側としては、これまで公的部門から直接給付された資金が、市場を介して消費者から還元されることになる。その意味では、バウチャー制度が供給サイドに影響を与えないということはなく、新しい資金の流れに適応した事業モデルが前提となれば、バウチャーの発行で供給も喚起することが期待できる。

例えば、バウチャー制度では、給付対象者が入居した場合、補助金分を供給者は確実に受け取ることができるが、一般の賃貸住宅では、この部分の不払いリスクを排除することはできない。つまり、給付対象者を居住させることによって、一般の賃貸住宅とことなり家賃収入を確実に獲得できる部分が発生する。この特性を活用すれば、バウチャーや家賃補助の対象者への勧誘と並行して土地所有者等に対しては高齢者住宅の建設を打診する事業が考えられる。つまり、住居費補助対象者、土地所有者との調整を行い、入居予定者数、高齢者住宅の規模、地域性をマッチングさせた上で住宅の建設を行う。住宅完成後は、入居者と地域サービスと仲介等を含め、住宅全体のコミュニティーの運営に携わることも出来る。つまり、バウチャーの給付対象者が魅力を感じる高齢者住宅やビジネスを提示することができれば、その供給者は給付金の便益を享受できる。

### 3 価格上昇

一般的な需要供給曲線を考えるとバウチャー制

度によって需要曲線が右側にシフトする。供給曲線が右上がりを描く場合は、需給量が増加すると同時に価格も上昇する。特に、供給の価格弾力性がゼロの場合は、需要曲線が右側にシフトしても価格が上昇するだけであり、需給量は増えない。住宅建設は一朝一夕で完成するものではないため、短期的な供給の価格弾力性はゼロに近いともわれるので、バウチャーの給付は価格を上昇させるだけであり、高齢者住宅の普及にはつながらないとする意見がある。

貧困層への住宅政策としてバウチャー制度を導入している米国での実証研究では、Scott Susin（1999）が、1974年から1993年の家賃変化と1995年の家賃との関係から、平均的な都市部では、バウチャー給付によって家賃が16%上昇していると推定している〔Susin（1999）,p28〕。また、供給の価格弾力性についても低いとの結論を出している〔Susin（1999）,p9〕。しかし、Michael D. Eriksen/ Amanda, Ross（2013）は、2000年から2002年までのバウチャーの増加は、家賃の上昇にほとんど寄与していないと推定している〔Eriksen/ Ross（2013）,p13〕。また、家賃水準で区分した検証では、適正市場家賃（FMR）より2割以上家賃が高い住宅では家賃が上昇し、FMRの8割未満の家賃の住宅では家賃が低下したと推定している〔Eriksen/ Ross（2013）,p16〕。米国での先行研究を見る限り、必ずしもバウチャー制度によって住宅価格だけが上昇し、高齢者住宅の普及には寄与しないという結論にはならない。

また、提案のバウチャー制度は高齢者住宅であることを条件として給付される。それ故に、普及させることを意図した住宅の価格がそれ以外の住宅の価格と比較して相対的に上昇する。批判者のロジックの通り、高齢者住宅の需給量に影響がなく価格だけが上昇させるだけになったとしても、相対価格の上昇によって供給サイドの選択が高齢者住宅に偏れば、それは高齢者住宅の供給につながる。特に日本の現状は、空き家率が13.5%（2013年）であり、空き家の活用が大きな課題となっている。したがって、家屋全体で見れば供給量は十分にある。高齢者住宅の賃料が上昇してこの市場

への参入メリットが高くなれば、費用対効果が生まれやすい空き家の加齢対応構造等へのリフォームが促され、高齢者住宅が増加することも期待できる。

#### 4 給付総額の予測困難性

公的住宅供給や建設費補助金給付の場合は、事前に定めた予算の範囲内で政策運営をすることが容易であるが、バウチャーや家賃補助政策において該当者の全てに給付を行うとすると必要となる財源規模が判らないという批判がある。確かに、公的住宅供給や建設費補助給付とは異なり、財政支出を一定枠内に確実に納めることはできない。米国では、バウチャー給付の総限度額を設け、給付条件に基づいた給付対象者リストから給付の必要が高い順番で給付を実施し、給付総額をこえた後順位の資格者には給付を行っていない。

しかし、医療保険、介護保険制度と並べて考えれば、バウチャー制度特有の欠点とは言えない。保障する水準と財源の制約の問題は、社会保障制度に内在する課題であり、高齢者住宅の普及を社会保障政策として位置付ければ、保障する水準と財政制約の関係は継続して検討、論議をすることは回避できず、あるいは必要な論点と考えられる。

また、本稿の給付額の決定方法は、給付対象者の大半が標準家賃以上の住宅を選択する傾向となり、財政負担を引き上げる圧力になる可能性が高いと指摘される。この指摘については、家賃の上限ではなく、1世帯当たり給付額に上限を設けることで財政負担の増加に対処することができる。1世帯当たりの給付額の上限は、世帯年齢と家族構成人数等に基づいて決定し、給付額全体の増加を調整することが考えられる。

## VI おわりに

欧米では導入されている賃借人に対するバウチャー制度が、日本では導入されることがない。また、地方自治体の一部で導入されている家賃補助政策も、導入の広がりは見られない。この様に、日本での実績がないに等しい状況の中では、導入

した場合の影響を予測することが難しく、バウチャー制度を現実化することは困難だといえる。但し、本稿にあるように、欧米では、短所は指摘されているものの、効果を疑う主張はなく、バウチャー制度の廃止の主張は行われていない。特に米国では、その効率面での優位さが評価され、バウチャー制度を住宅政策の中心として位置づけようとする姿勢が見える。

住宅市場の内の高齢者住宅に限ってバウチャー制度の導入し、日本におけるバウチャー制度の適性の検証と改善を前向きに検討することが必要であると思う。

#### 参考文献

- 大竹文雄 (2005) 「住宅弱者対策」『都市住宅学』50号  
 大竹文雄・大田總一 (2002) 「デフレ下の雇用対策」『日本経済研究』No.44  
 金本良嗣 (1997) 「住宅に対する補助制度」『住宅の経済学』日本経済新聞社  
 五井一雄・丸尾直美 (1984) 『都市と住宅』三嶺書房  
 駒井正晶 (2005) 「住宅バウチャー:アメリカの経験に学ぶ」  
 外山義 (1999) 「住宅政策と都市計画」『先進国の社会保障⑤スウェーデン』東京大学出版会  
 中川雅之 (2006) 「変わる住宅政策」『季刊家計経済研究』第69号  
 本間義人 (2004) 『戦後住宅政策の検証』信山社  
 丸尾直美 (1990) 「住宅政策と福祉」『住宅政策と社会保障』東京大学出版会  
 同上 (1990) 「スウェーデンの住宅政策と高齢者住宅」『住宅政策と社会保障』東京大学出版会  
 同上 (2001) 「都市における住宅理論と住宅政策」『環境都市整備論』有斐閣  
 室田信一 (2010) 「「住宅セーフティネット」の拡充」『参加と連帯のセーフティネット』ミネルヴァ書房  
 八田達夫 (1997) 「住宅市場と公共政策」(『住宅の経済学』日本経済新聞社  
 八木寿明 (2006) 「転換期にある住宅政策」『レファレンス』2006.1  
 八代尚宏 (1997) 「高齢者住宅の経済分析」『住宅の経済学』日本経済新聞社  
 山上俊彦 (2009) 「住宅補助政策の効率性測定に関する考察」『日本福祉大学経済論集』第39号  
 米山秀隆 (2007) 「住宅セーフティネットの再構築」『富士通総研経済研究所研究レポート』No.286  
 同上 (2011) 『少子高齢化時代の住宅政策』日

- 本経済新聞社出版  
 同上 (2012)『空き家急増の真実』日本経済新聞社出版
- D.ディバスケル・W.C.ウィートン (2001)『都市と不動産の経済学』創文社
- 国土交通省 (2011)『住生活基本計画 (全国計画)』  
 (財) 資産評価システム研究センター (2007)『家屋に関する調査研究』  
 (財) 自治体国際化協会 (2006)「米国の住宅政策」『CLAIR REPORT』No.292  
 (財) 日本住宅総合センター (2012)「欧米主要国における家賃補助制度および公共住宅制度等に関する調査研究」『調査研究レポート』No.09305
- 総務省 (2010)『平成20年住宅・土地統計調査』  
 同上 (2014)『平成25年住宅・土地統計調査』
- 内閣府政策統括官「バウチャーについて—その概念と諸外国の経験」(2001)
- Alex F. Schwartz (2006) “HOUSING POLICY IN THE UNITED STATE”, Routledge
- Arthur O’Sullivan (2009) “Urban Economics 7th ed”, McGraw-Hill
- Edger O. Olsen (2009) “The Cost-Effectiveness of Alternative Methods of Delivering Housing Subsidies”, the 31th Annual APPAM Research Conference
- Edward L. Glaeser/John M. Quigley (2009) “Housing Markets and The Economy”
- Edward L. Glaeser/Joseph Gyourko (2008) “Rethinking Federal Housing Policy”
- Michael D. Eriksen/ Amanda, Ross (2013) “Hosing Vouchers and the Price of Rental Housing”, the 2013 Community Development Research Conference
- Scott Susin (1999) “Rent Vouchers and the Price of Low-Income Housing”, Institute of Bussiness and Economic Research WORKING PAPER NO.W98-004
- United Sate General Accounting Office (GAO) (2002) “FEDERAL HOUSING ASSISTANCE - Comparing the Characteristics and Costs of Housing Programs”, GAO-02-76
- (あるが・たいら MS&AD基礎研究所主任研究員)

## 高齢者における相対的剥奪の割合と諸特性 ～ JAGESプロジェクト横断調査より～

齊藤雅茂・近藤克則・近藤尚己  
尾島俊之・鈴木佳代・阿部 彩

### I はじめに

#### 1 研究の背景

近年、貧困者ないし生活困窮者対策は日本でも大きく取り上げられており、社会保障制度改革に際しても重要な論点の1つになっている。かつて日本は一億総中流社会ともいわれたが、年間所得のジニ係数は1980年代から上昇し、2000年代以降そのままほぼ横ばいで推移している。24～34歳の有配偶女性306名を8年間追跡した研究〔浜田2006〕では、所得階層および貧困の固定化が示されているほか、日本の格差の固定化は国際的にみて中等度であるとも報告されている〔Krueger et al. 2012〕。とりわけ、高齢期は他の年齢階層と比べて、所得格差が大きい〔大竹2005〕だけでなく、被保護世帯が多く〔国立社会保障・人口問題研究所2013〕、相対的貧困率も高いこと〔内閣府男女共同参画会議2011a〕、なかでも75歳以上・単身世帯・女性の間での貧困率が顕著に高いことが既に報告されている〔江口ら1974;山田ら2011〕。

他方で、これまでの国内における多くの研究は、利用可能なデータの制約から、貧困の事象のなかでも当該社会における相対的な所得や消費の乏しさに基づく相対的貧困 (relative poverty) を扱っている。しかし、貨幣的な指標のみに着目するアプローチでは、複雑化・多様化した現代社会の貧困現象を十分に捉えることは困難であり〔平岡2001〕、とくに高齢期は、所得が低くても現役時代からの貯蓄や財産によって高い生活水準を保

つことができる場合がある〔阿部2006〕。そうした批判に対応するものとして、所得や消費といったデータからは捉えることのできない多次元的な生活様式の貧しさに基づく相対的剥奪 (relative deprivation) という概念がある。欧州連合 (EU) では、この相対的剥奪概念が社会政策の実践にも取り入れられ、「欧州 2020戦略」において貧困の削減目標の一つとして採択されている〔European Commission 2011〕。

相対的剥奪とは「所属する社会で慣習になっている、あるいは少なくとも広く奨励または是認されている種類の食事をとったり、社会的諸活動に参加したり、あるいは生活の必要諸条件や快適さを得るために必要な生活資源を欠いている状態〔Townsend 1979, p31〕」と定義されている。Townsend (1979) は、食生活や家庭用品、住環境など12分野60項目から相対的剥奪を把握し、従来よりも広範に貧困者が存在していることを明らかにしている。この点で、国内では一部、住居・健康・経済の観点から生活階層を析出した研究〔松崎1986〕もあるが、生活様式の貧しさに基づいて貧困層を分析した研究の蓄積は非常に限られている。

なお、相対的剥奪という概念には、社会心理学や社会学において準拠集団の相違による相対的な不満を説明するものとして使用されてきた系譜もある。主観的・客観的なアプローチによる検討が国内外で継続的に発表されている〔Stouffer et al 1949;Runciman 1966;Scase 1974;Crosby 1982;Kosaka 1986;Turley 2002;Walker

et al. 2002;Tougas et al. 2004;Kondo et al. 2009)が、上記の貧困や社会政策との関連で言及される相対的剥奪とは主たる関心が異なるものである。また、貧困研究における相対的剥奪のなかでも、当該地域の失業率や自動車の保有率などを用いた社会指標アプローチもあるが、本研究では個人レベルの相対的剥奪に着目する。

## 2 先行研究の主要な知見と課題

第1に、相対的剥奪者の割合に関しては、分析対象者の1～2割前後であることが報告されている〔Mack et al. 1985;Gordon 2000;岩田ら2004;阿部2006;Saunders 2008〕。たとえば、1983年にイギリスで行われたBreadline Britain調査では26の剥奪指標のうち3つ以上該当者が12%になること〔Mack et al. 1985〕、国内では全国20歳以上の男女1,520名を分析した研究〔阿部2006〕において、社会的必需項目に1つでも欠けている群が21%、2つ以上欠けている群が14%であることが報告されている。このほか、ホームレス経験者116名を分析した研究では、ホームレス状態を解消して生活保護を受給した後も7割が複数の剥奪項目を経験していること〔山田2013〕なども報告されている。しかし、ドイツ・デンマーク・オランダなど11カ国13万人を分析した研究〔Whelan et al. 2003〕など一部を除き、多くの先行研究における分析対象のサンプルサイズは大きくないという課題がある。個々の剥奪指標への該当者が極めて少数であることを考慮すると、一定のサンプルサイズに基づいた分析が必要である。また、蓄積された資産の影響から若年者よりも高齢者の間では相対的剥奪者が少ない〔Golant et al. 1995;阿部2006〕ともいわれているが、高齢者に焦点をあてた分析が極めて少ないという課題もある。他の年齢階層よりも所得格差が大きく、相対的貧困率も高い高齢期において、剥奪状態にある人々がどの程度存在するのかは、日本の社会保障研究においても検討すべき課題の一つと考えられる。

第2に、相対的剥奪と所得との関連については、相対的剥奪状態にある人々の所得水準が当該社会の貧困線になりうるという発想から、Townsend

(1979)は、剥奪スコアが急激に上昇する所得の閾値を発見している。この点に関しては、一部、国内でも類似の結果が得られており、若年を含むデータにおいて世帯所得が400～500万円以下であると剥奪状態へのリスクが高まるという知見が報告されている〔阿部2006〕。また、閾値には言及していないが、東京都23区内の高齢者を分析した研究では、配偶者がいる高齢者世帯において夫婦の年収が225万円未満の群において、他の所得階層よりも相対的剥奪の割合が高くなるという結果も報告されている〔平岡2002〕。しかしながら、少なくとも日本における相対的剥奪と所得との関連を扱った研究自体が非常に限られている。相対的剥奪という概念を踏まえた場合に、日本社会において、どの程度の所得水準からが貧困層と考えられるのかは政策的にも重要な示唆を与えるものであり、多様なデータから検証されるべき課題といえる。

第3に、相対的剥奪に該当する人々の諸特性に関しては、高齢者に限定すると年齢は有意な関連がない〔平岡2002〕ほか、低学歴〔平岡2002〕や離別経験や配偶者の不在〔平岡2002;Whelan et al. 2003;阿部2006〕が関連していることが報告されている。また、相対的剥奪は、ソーシャル・サポートの乏しさ〔Sacker et al. 2001〕とも関連し、健康の社会的決定要因の一つである〔Wilkinson 2003〕といわれている。とくに、地域単位での剥奪に着目した研究では、剥奪水準の高い地域では抑うつ傾向の高齢者が多く〔Walters et al. 2004〕、がん死亡率〔中谷2011〕や早期死亡率〔Eames et al. 1993;Langford et al. 1996;O'Reilly 2002〕が高いといった知見も報告されている。以上のように、相対的貧困と同様に、相対的剥奪にはライフコースを通じた社会経済的地位や健康状態などが関連していることがいくつかの研究で報告されているが、相対的剥奪者と相対的貧困者の相違については必ずしも十分に検討されていない。所得の分布に基づく相対的貧困が貧困層の一部しか捉えていないとすれば、従来の相対的貧困と合わせて、物的・環境的な生活様式の貧しさに基づく相対的剥奪という概念で把握される高齢者

にどういった特性があるのかについても改めて検討する必要がある。

そこで、本研究では、2万人を超える高齢者の横断調査の結果に基づいて、国内において一般的な生活様式を剥奪されている状態と考えられる高齢者がどの程度存在するのか、どの程度の所得水準以下になると相対的剥奪へのリスクが高まるのか、また相対的剥奪に陥っている高齢者は基本属性と社会経済的地位、健康度、社会関係などの面から見てどういった人々なのかを検討した。

## II 方法

### 1 データ

調査は、2010年8月から2012年1月にかけて、全国12都道府県31市町村における要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者169,215人を対象にして行われた。調査票の配布と回収は郵送法を原則とし、性別ないし年齢が不明を除く112,123人から回答が得られた（有効回収率=66.3%）。31市町村のうち、比較的小規模な16市町村については全数を対象にし（回収数:50,013人）、他の大規模な市町村については1/2から1/20の無作為抽出により対象者を抽出した（回収数:62,110人）。調査票はコア項目と複数のオプション項目から構成されており、ここでは相対的剥奪に関するオプション項目が含まれた特定の調査票に回答した24市町村24,742人について分析した。分析対象者の平均年齢は74.6歳（SD=6.4）、女性が54.1%であった。

なお、本調査は、研究代表者の所属機関における研究倫理審査委員会（人を対象とする研究に関する倫理審査委員会;申請番号10-05）の承認を得て行われた。市町村からのデータ提供に際しては、各市町村と総合研究協定を結び、定められた個人情報取扱特記事項を遵守した。個人情報保護のために氏名を削除し、分析者が個人を特定できないよう配慮した。

### 2 使用した変数

#### (1) 相対的剥奪

相対的剥奪の前提となる一般的な生活様式自体

が時代や文化によって変容することもあり、先行研究における相対的剥奪指標は一部重複しているが、必ずしも共通しているわけではない（表1）。本研究では、既存の指標を参考にしたうえで、文化的な背景の相違と調査対象者が高齢者であることを考慮し、日用品、住環境、社会生活、医療受診（保障）という観点から14項目を設定した。その際に、社会的排除の指標〔阿部2007〕の1つでもある経済的理由によるライフラインの停止経験を社会生活における資源欠如の一側面として独自に加えた。なお、食生活に関する項目は、貧困線の検討において古くから使用されてきたが、個人の嗜好が強く反映されることと自記式郵送調査であることを考慮して、本研究の相対的剥奪指標からは除外した。また、貯蓄等の金融資産に関しては、理論的には重要な指標だが、調査実施上の制約から本分析では含まれていない。

日用品については、「テレビ」「冷蔵庫」「冷暖房機」「電子レンジ」「湯沸かし器」のうち、経済的理由や家庭の事情で欲しくても持っていないものがあるかをたずねた。住環境については、「家族専用のトイレ」「家族専用の炊事場」「家族専用の浴室」「寝室と分かれた食事をとる部屋」のうち、回答者の住居にないものを把握した。社会生活に関しては、経済的理由や家庭の事情によって「電話がない」「喪服がない」という項目のほかに、「過去数年間に、祝儀や交通費の負担のために、親戚の冠婚葬祭への出席ができなかったこと」があるか、「過去1年間に、支払いが滞ったために、水道、電気・ガス、電話・携帯電話などのサービスを停止されたこと（うっかり忘れていた場合を除く）」があるかをたずねた。医療受診については、「費用がかかる」ことを理由として「過去1年間に、病気や障害があるにもかかわらず治療を受けなかった、または中断したこと」があるかを把握した。偶然の可能性などを考慮して複数該当したケースのみを剥奪とした研究もある〔Mack 1985;Gordon 2000;平岡2002;岩田2004〕が、相対的剥奪の項目群は、社会生活上の必需リストであるため1項目でも該当すれば剥奪とした研究〔阿部2006〕もある。本研究では、1項目でも該

表1 相対的剥奪指標の主な構成<sup>a)</sup>

		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	本研究
日用品	冷蔵庫がない	✓	✓	✓						✓
	冷暖房機・エアコンがない	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
	テレビがない	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
	湯沸し器がない				✓			✓		✓
	電子レンジがない					✓		✓		✓
	洗濯機がない		✓	✓					✓	
	皿洗い機がない	✓				✓				
	カーペットがない	✓	✓	✓						
	暖かい衣服・コートがない	✓	✓	✓					✓	
	天候に合わせた靴がない	✓	✓	✓						
	ビデオデッキがない						✓	✓		
	使い古した家具がある		✓				✓			
住環境	家族専用のトイレがない	✓	✓					✓		✓
	家族専用の浴室/風呂場がない	✓	✓		✓			✓		✓
	家族専用の炊事場がない	✓						✓		✓
	寝室と食卓が分かれていない				✓			✓		✓
	家族分のベッドがない	✓	✓	✓					✓	
	安全な住居でない				✓				✓	
	水漏れなどの構造的な欠陥がある	✓							✓	
	湿気に悩まされる住居である		✓	✓						
	庭がない	✓	✓						✓	
社会関係	電話機（携帯電話）がない			✓		✓	✓	✓	✓	✓
	礼服がない			✓				✓		✓
	親戚の冠婚葬祭に欠席した			✓				✓		✓
	ライフラインサービスを止められた									✓
	新しい衣類を買えない	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
	趣味や娯楽活動がない		✓	✓	✓		✓			
	年一度、家族等にプレゼントできない		✓	✓					✓	
	クリスマスなどのお祝いをしていない	✓	✓	✓						
	休暇を家の外で過ごしていない	✓	✓	✓		✓			✓	
	親しい友人・家族がいない			✓	✓	✓	✓		✓	✓
	医師が処方した薬が買えない			✓					✓	
	緊急時に支援してくれる人がいない	✓			✓					✓
他者との交流が少ない			✓	✓	✓	✓		✓		
保障	医者にかかれない						✓	✓	✓	✓
	歯医者にかかれない							✓	✓	
	生命保険等に加入していない						✓	✓		
	住宅関係の保険に加入していない			✓					✓	
食生活	肉や魚を適度に摂っていない	✓	✓	✓		✓			✓	
	一日2回暖かい食事を摂っていない		✓	✓						
	新鮮な野菜や果物を食べていない	✓		✓						
資産	貯金ができない			✓			✓	✓	✓	

a) 先行研究の指標については研究間で類似項目がないものを除外した。

(A) : Townsend (1979), (B) : Mack (1985), (C) : Gordon (2000), (D) : 平岡 (2002), (E) : Whelan (2003), (F) : 岩田 (2004), (G) : 阿部 (2006), (H) : Saunders (2008)

当した人を相対的剥奪に分類し、一部、より深刻な状態として2項目以上該当者についても検討した。なお、これらの項目に無回答であるケースについて代入法等の処理は行わず分析から除外して

いる。

## (2) 相対的貧困

相対的貧困については、OECD (Organization

for Economic Co-operation and Development) の操作的定義〔Förster 1994〕に基づいて、等価所得の中央値の半分未満を基準とした。平成21年全国消費実態調査〔総務省統計局2009〕によれば、全人口における中位等価所得は297万円であったため、その半分である149万円未満を相対的貧困と定義した。本調査では、世帯全体の合計所得額(税込み)を「50万円未満」「50～100万円未満」から「1,000～1,200万円未満」「1,200万円以上」までの15カテゴリーで把握しており、各カテゴリーの中央値(50万円未満は25, 1200万円以上は1,300)を世帯人員の平方根で除して等価所得を算出したところ、分析対象者の35.3%が貧困に分類された。所得ないし世帯人数が不明なケースについては、代入法等の処理を行わずに分析から除外した。

### (3) 相対的剥奪・貧困者の諸特性

相対的剥奪・貧困者の諸特性として、基本属性と社会経済的地位、健康度、社会関係との関連を分析した。基本属性と社会経済的地位を表す変数として、性別と年齢、修学年数、婚姻状態、世帯構成、および住宅の所有状況を使用した。世帯構成については、単身、夫婦のみ、子等と同居、その他、不明に分類し、「夫婦のみ」を参照カテゴリーにしたダミー変数として使用した。住宅の所有状況については、持ち家、持ち家以外、不明に分類し、「持ち家」を参照カテゴリーにして使用した。また、健康度との関連は貧困状態にあることで健康を害し、健康でないために貧困に陥るという循環的な関係があることが予想され、ここでは、治療疾患の有無と抑うつ傾向の有無に着目した。治療疾患の有無に関しては「現在、治療を受けているか」という問いでその有無をたずねたものである。抑うつ傾向は、15項目版の高齢者用うつ尺度:Geriatric Depression Scale〔Yesavage et al. 1983; Sheikh et al. 1986〕を使用し、5点以上を抑うつ傾向ありとした。社会関係を表す変数として、高齢者のソーシャル・サポートに着目し、手段的サポートと情緒的サポートの受領を想定して、「あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人」の有無と

「あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人」の有無を用いた。これらの変数の分布は、男女で概ね同様であったが、男性では修学年数が9年以上の人、婚姻中の人、夫婦のみ世帯の人、情緒的サポートのない人がやや多くなっていた(表2)。

## 3 分析方法

はじめに、使用した相対的剥奪指標の分布と等価所得との関連を集計した。その際に、貧困者および非貧困者のなかでの相対的剥奪指標への該当者割合、および、非貧困者内での値に対する貧困者内での値の比を算出した。つぎに、等価所得段階による相対的剥奪指標の平均該当数および相対的剥奪者の割合の相違に基づいて、相対的剥奪へのリスクが高まる等価所得の閾値を検討した。さいごに、相対的剥奪に該当する高齢者の特性を検討するために、剥奪にも貧困にも該当しない高齢者を参照カテゴリーとし、剥奪のみ該当、貧困のみ該当、剥奪と貧困の両方該当を従属変数にした多項ロジスティック回帰分析を行った。なお、本分析で使用する個票データは複数の市町村から抽出されており、市町村単位での級内相関が存在している可能性がある。級内相関が存在すると誤差が過小推定されて第一種の過誤が生じやすくなることが知られており、市町村ごとのデータの集積性を調整するためにマルチレベル・モデルを採用した。また、多変量解析に際しては、男女を分けたモデルも検討した。分析にはSTATA 12.1を使用した。

## Ⅲ 結 果

### 1 相対的剥奪指標項目の分布

高齢者のうち、経済的理由によってテレビや冷蔵庫、冷暖房機などの日用品がないという人が2～6%、家族専用のトイレや炊事場、浴室がないという人が7～8%、経済的理由によって親戚の冠婚葬祭に出席できなかった人が7%、過去1年間に滞納によってライフラインを停止されたことがある人が2%、経済的理由から医療機関への受診

表2 使用した独立変数の分布

変数	カテゴリー	%	男女別%	
			男性	女性
性別	男性	45.9	—	—
	女性	54.1	—	—
年齢	65～69歳	25.4	26.9	24.0
	70～74歳	29.1	29.5	28.7
	75～79歳	23.3	23.2	23.4
	80～84歳	14.1	13.5	14.7
	85歳以上	8.1	6.8	9.2
修学年数	9年以上	47.6	51.8	44.1
	9年未満	49.9	46.5	52.9
	不明	2.4	1.7	3.0
婚姻状態	婚姻中	68.9	84.0	56.0
	死別	22.6	8.6	34.5
	離別	3.2	2.6	3.8
	未婚	2.1	1.9	2.3
	不明	3.1	2.9	3.4
世帯構成	夫婦のみ	45.4	56.6	35.8
	単身	15.0	10.5	18.9
	子等と同居	24.7	19.3	29.1
	その他	8.4	7.1	9.4
住宅所有	不明	6.6	6.5	6.8
	持ち家	88.5	89.0	88.0
	持ち家以外	8.9	8.7	9.1
	不明	2.6	2.3	2.9
治療疾患	なし	22.4	24.1	20.8
	あり	68.5	67.6	69.3
抑うつ傾向	不明	9.1	8.3	9.9
	なし	58.7	60.8	56.8
	あり	23.7	25.0	22.7
情緒的サポート	不明	17.6	14.2	20.5
	あり	89.7	87.1	91.9
	なし	5.5	8.0	3.4
手段的サポート	不明	4.8	4.9	4.7
	あり	91.2	91.8	90.8
	なし	4.5	4.4	4.5
	不明	4.3	3.8	4.7

n=24,742

値は%

を抑制した人が3%程度という結果であった(表3)。いずれの項目も非貧困者よりも貧困者の間では該当者が2.0～5.0倍程度多くなっていた。回答者全体の平均等価所得は218.7万円だったが、剥奪指標該当者の平均等価所得は130～170万円程度と顕著に低くなっていた。また、14項目の剥奪指標全体で見ると、1つも該当しない人が72.4%、1つでも該当した人が27.6%であり、非貧困者と比べて貧困者の間で該当者の割合が高く、平均等価所得も顕著に低くなっていた。なお、2つ以上該当した人が13.0%おり、1つ以上該当者よりも貧困者の間で該当者割合がより高く、平均

等価所得もより低くなっていた。

## 2 等価所得と相対的剥奪得点との関連

つぎに、図1は、所得段階による相対的剥奪指標の平均該当数および相対的剥奪者(1つ以上該当者および2つ以上該当者)の割合を集計したものである。これによると、正確な閾値は特定できないが、等価所得が150～200万円未満の群から、剥奪指標の平均該当数と剥奪者割合のいずれもがやや高くなり、150万円未満の群では顕著に高くなっていた。すなわち、高齢者の間では等価所得が200万円未満ないし150万円未満になると、他

表3 使用した相対的剥奪指標（14項目）の分布

	該当%	貧困状態別での割合 <sup>○</sup>			等価所得 <sup>○</sup> (平均±SD)
		貧困者 (A)	非貧困者 (B)	(A) / (B)	
日用品 <sup>a)</sup>					
テレビがない	2.4	3.1	1.4	2.21	166.9±149.5
冷蔵庫がない	1.7	2.0	0.9	2.22	165.4±149.3
冷暖房機がない	5.6	9.3	2.8	3.32	135.9±114.0
電子レンジがない	3.6	5.6	1.8	3.11	142.6±119.9
湯沸かし器がない	4.0	6.3	2.3	2.74	146.8±112.3
住環境 <sup>a)</sup>					
家族専用のトイレがない	6.5	7.3	3.7	1.97	169.2±140.0
家族専用の炊事場がない	8.0	9.3	4.4	2.11	165.0±135.5
家族専用の浴室がない	8.4	9.8	4.7	2.09	165.4±136.9
寝室と食卓が分かれていない	14.9	19.2	8.4	2.29	161.2±131.7
社会生活 <sup>a)</sup>					
電話がない	4.0	6.0	2.2	2.73	149.1±119.1
喪服がない	2.2	3.4	1.2	2.83	150.6±121.7
親戚の冠婚葬祭に欠席した	6.6	10.1	3.7	2.73	147.0±117.5
ライフラインサービスを止められた	1.6	3.0	0.6	5.00	126.3±117.6
医療受診（保障） <sup>a)</sup>					
経済的理由から受診を抑制した	2.6	3.9	1.7	2.29	147.6±104.7
相対的剥奪得点 <sup>b)</sup>					
0 (1つも該当しない)	72.4	60.2	82.3	0.73	239.9±158.8
1つ該当	14.6	19.8	11.1	1.78	173.6±126.4
2つ該当	4.2	7.2	2.2	3.27	141.1±98.7
3つ該当	2.1	3.3	1.1	3.00	144.0±114.9
4つ該当	3.7	5.0	2.1	2.38	160.8±134.9
5つ該当	1.2	2.0	0.4	5.00	128.9±123.9
6つ該当	0.6	0.9	0.2	4.50	138.3±142.2
7つ該当	0.7	1.0	0.4	2.50	175.6±162.6
8つ以上該当	0.5	0.7	0.2	3.50	141.5±116.0
(再掲) 1つ以上該当	27.6	39.9	17.7	2.25	162.2±124.9
2つ以上該当	13.0	20.1	6.6	3.05	147.9±121.4

a) 各項目に無回答のケースを除外した割合を示している。

b) 剥奪指標に1つでも回答していないケースを除外した割合を示している。

c) 等価所得が不明なケースは分析から除外している。

の所得階層とは異なって、日用品の欠如や社会生活上の不利を抱えている人が顕著に多くなることを示唆する結果であった。とりわけ、等価所得が100万円未満の高齢者世帯では平均該当数が1に近く、4割以上が相対的剥奪に該当し、相対的貧困と相対的剥奪が重複しやすいことが示唆された。なお、図は省略したが、男女を分けても同様の結果であった。

### 3 相対的剥奪・相対的貧困への該当者の特性

表4は、剥奪にも貧困にも該当しない高齢者を参照カテゴリーにしたマルチレベル・ロジスティック回帰分析の結果である。各カテゴリーの構成は、剥奪と貧困ともに非該当が54.4%、剥奪

のみ該当が11.7%、貧困のみ該当が20.4%、剥奪と貧困に該当が13.5%であった。分析の結果、低所得ではないが相対的剥奪に該当した高齢者（剥奪のみ）と生活様式や物的・環境的には貧しくはないが所得水準が相対的貧困に該当した高齢者（貧困のみ）には共通点とともに異なる特性があることが示された。なお、本分析モデルにおける変動効果は、Nullモデルと比べて小さくなっておらず、ここで投入した変数では説明しきれない市町村単位での分散成分があることが示された。

まず、性別は貧困のみと剥奪のみのいずれにも有意な関連を示していたが、女性の方が1.38倍、貧困のみに該当しやすく、剥奪のみには女性ではなく男性の方が1.27倍（0.79の逆数）該当しやす

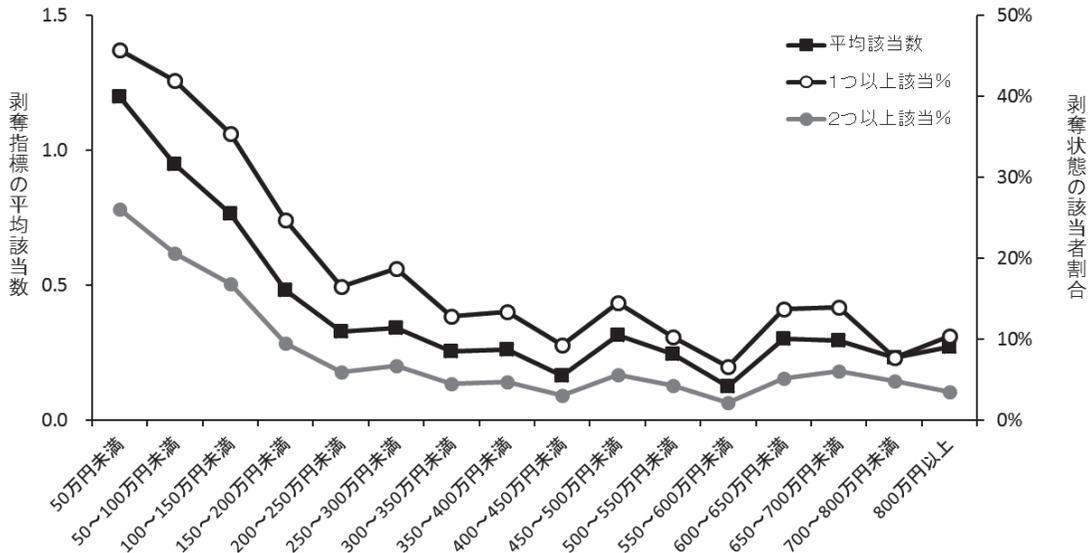


図1 等価所得段階による相対的剥奪得点と剥奪状態該当者割合の相違<sup>a)</sup>

a) 剥奪状況および等価所得が不明なケースは除外している。

いという結果であった。同様に、貧困のみ群に対してはより高齢な層ほど該当しやすい傾向がみられたが、剥奪のみ群では年齢との間に有意な関連は認められなかった。一方で、他の変数を調整したうえで、修学年数が短いこと、離別経験者であること、現在の住居が持ち家でないこと、抑うつ傾向にあること、治療疾患の有無とは関連がない点では、剥奪のみ群と貧困のみ群は共通していた。なかでも、住宅の所有状況と抑うつ傾向に関しては、貧困のみ群よりも剥奪のみ群の間でオッズ比がやや高く、持ち家でない人の方が2.73倍、抑うつ傾向にある方が1.85倍、剥奪のみ群に該当しやすいという結果であった。また、情緒的・手段的サポートがないことは、剥奪のみ群に対して有意な関連を示し、情緒的サポートがない方が1.27倍、手段的なサポートがない方が1.67倍、剥奪のみ群に該当しやすいという結果であった。

加えて、これらの変数は、剥奪と貧困の重複群との間で顕著に高いオッズ比が得られていた。たとえば、持ち家でない人の方が4.91倍、修学年数が短い人の方が3.13倍、抑うつ傾向にある人の方が2.86倍、離別経験者の方が2.36倍、手段的サポー

トがない人の方が1.97倍、情緒的サポートがない人の方が1.48倍、剥奪でも貧困でもない状態ではなく剥奪と貧困の重複群に該当しやすいというものであった。また、未婚であることは、剥奪と貧困の重複に対してのみ有意な関連を示しており、婚姻中の高齢者よりも未婚者の方が1.68倍、剥奪と貧困の重複に該当しやすいという結果であった。

なお、マルチレベル分析ではなく、市町村をダミー変数として投入したモデルも検討したが結果は同様であった。また、複数の剥奪指標該当者に着目して同様の解析を行ったところ（剥奪と貧困ともに非該当:61.8%、剥奪のみ該当:4.4%、貧困のみ該当:27.1%、剥奪と貧困に該当:6.8%）、剥奪のみ該当者の特性は上記と概ね同様の結果であった。

#### 4 性別による特性の相違

表5は、上記のモデルを男女別に解析した結果である。表4の結果と同様に、男女を分けても、変動効果はNullモデルと比べて小さくなっていなかった。解析の結果、年齢階層、修学年数、住宅

表4 相対的剥奪者の特性;マルチレベル・ロジスティック回帰分析<sup>a,b)</sup>

	剥奪のみ		貧困のみ		剥奪+貧困	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
固定効果						
女性 (ref.=男性)	0.79***	(0.71 - 0.88)	1.38***	(1.26 - 1.51)	1.32***	(1.18 - 1.48)
年齢 (ref.=65-69歳)						
70～74歳	1.12	(0.98 - 1.27)	1.22**	(1.09 - 1.37)	1.30**	(1.12 - 1.50)
75～79歳	1.08	(0.94 - 1.25)	1.31***	(1.16 - 1.49)	1.31**	(1.11 - 1.53)
80～84歳	0.89	(0.74 - 1.06)	1.25**	(1.07 - 1.45)	1.36**	(1.13 - 1.64)
85歳以上	1.08	(0.86 - 1.35)	1.52***	(1.27 - 1.82)	1.36**	(1.08 - 1.70)
修学年数 (ref.= > 9年以上)						
9年未満	1.70***	(1.53 - 1.89)	2.32***	(2.12 - 2.53)	3.13***	(2.79 - 3.50)
婚姻状態 (ref.=婚姻中)						
死別	0.95	(0.80 - 1.12)	1.07	(0.93 - 1.23)	1.13	(0.95 - 1.33)
離別	1.45*	(1.06 - 1.99)	1.51**	(1.13 - 2.01)	2.36***	(1.74 - 3.19)
未婚	0.70	(0.47 - 1.05)	1.15	(0.83 - 1.60)	1.68**	(1.18 - 2.38)
世帯構成 (ref.=夫婦のみ)						
単身	1.12	(0.92 - 1.37)	1.21*	(1.02 - 1.43)	1.14	(0.93 - 1.39)
子等と同居	0.86*	(0.75 - 0.99)	0.92	(0.82 - 1.03)	0.82**	(0.71 - 0.95)
その他	1.11	(0.92 - 1.34)	0.84	(0.71 - 1.00)	0.84	(0.68 - 1.04)
住宅所有 (ref.=持ち家)						
持ち家以外	2.73***	(2.30 - 3.23)	2.14***	(1.80 - 2.54)	4.91***	(4.11 - 5.86)
治療疾患 (ref.=なし)						
あり	1.06	(0.94 - 1.20)	1.04	(0.93 - 1.15)	0.94	(0.82 - 1.07)
抑うつ傾向 (ref.=なし)						
あり	1.85***	(1.65 - 2.08)	1.48***	(1.33 - 1.64)	2.86***	(2.53 - 3.23)
情緒的サポート (ref.=あり)						
なし	1.27*	(1.02 - 1.59)	1.17	(0.95 - 1.44)	1.48**	(1.18 - 1.86)
手段的サポート (ref.=あり)						
なし	1.67***	(1.28 - 2.18)	1.10	(0.85 - 1.42)	1.97***	(1.53 - 2.56)
変動効果 <sup>c)</sup>						
市町村 (切片)	.236 (SE=.049)		.526 (SE=.080)		.726 (SE=.111)	

\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05

a) 参照カテゴリーは剥奪でも貧困でもない群 (n=9,504) . 剥奪状況・等価所得が不明なケースは除外した.

b) 各独立変数には不明をダミー変数として投入しているが本表では省略している

c) Nullモデルにおける市町村レベルの分散はそれぞれ下記の通り

剥奪のみ : .235 (SE=.048) 貧困のみ : .571 (SE=.086) 剥奪+貧困 : .708 (SE=.108)

の所有状況, 治療疾患の有無と抑うつ傾向に関しては男女ともに概ね同様の傾向が得られていた。他方で, いくつかの変数については男女での相違も示唆された。離別経験者であることは, 男女ともに剥奪と貧困との重複に強く関連していた (男性:OR=2.67, 女性:OR=2.31) が, 男性では剥奪のみに (OR=1.61), 女性では貧困のみに (OR=1.93) も有意な関連が示された。また, 未婚であることは, 男性高齢者の間でのみ剥奪と貧困との重複に関連していた (OR=2.76)。死別経験者であることは, 女性では貧困のみ, および, 剥奪と貧困の重複に関連していたのに対し (それぞれOR=1.31, OR=1.27), 男性では婚姻

中の人よりも貧困のみに該当しにくいという結果 (OR=0.69) であった。さらに, 女性の間では, 夫婦のみ世帯よりも子等と同居している世帯の方が, 貧困のみ群 (OR=0.82) および剥奪と貧困と重複群 (OR=0.74) に該当しにくいという結果が得られていた。なお, 単身世帯であることは, 男女を分けたところ有意性は消失したが, 女性では単身の方が貧困のみに該当しやすい傾向があること (OR=1.24) が示唆された。

また, 情緒的サポートがないことは, 男性では剥奪と貧困の重複, 剥奪のみ, 貧困のみのいずれにも有意な関連が示された (それぞれOR=1.52, OR=1.36, OR=1.31) が, 女性ではそうした関連

表5 男女別の相対的剥奪者の特性：マルチレベル・ロジスティック回帰分析<sup>ab)</sup>

	剥奪のみ				貧困のみ				剥奪+貧困			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性	
	OR	(95%CI)										
固定効果												
年齢 (ref.=65-69歳)	1.08	(0.91 - 1.28)	1.16	(0.95 - 1.40)	1.20*	(1.01 - 1.42)	1.25**	(1.07 - 1.47)	1.43**	(1.16 - 1.78)	1.20	(0.98 - 1.47)
70 ~ 74歳	1.18	(0.98 - 1.42)	0.96	(0.77 - 1.21)	1.39***	(1.16 - 1.67)	1.23*	(1.04 - 1.47)	1.42**	(1.12 - 1.79)	1.22	(0.98 - 1.52)
75 ~ 79歳	0.91	(0.72 - 1.16)	0.84	(0.63 - 1.12)	1.26*	(1.01 - 1.57)	1.24*	(1.01 - 1.53)	1.62**	(1.23 - 2.12)	1.21	(0.93 - 1.57)
80 ~ 84歳	1.54**	(1.14 - 2.07)	0.71	(0.49 - 1.02)	1.93***	(1.47 - 2.53)	1.29*	(1.01 - 1.65)	1.53*	(1.06 - 2.19)	1.27	(0.95 - 1.71)
85歳以上												
修学年数 (ref.=9年以上)	1.49***	(1.30 - 1.71)	1.98***	(1.69 - 2.32)	2.56***	(2.25 - 2.92)	2.14***	(1.89 - 2.42)	3.18***	(2.70 - 3.75)	3.09***	(2.64 - 3.63)
9年未満												
婚姻状態 (ref.=結婚中)	0.88	(0.67 - 1.16)	1.03	(0.82 - 1.29)	0.69**	(0.53 - 0.91)	1.31**	(1.10 - 1.55)	0.81	(0.59 - 1.12)	1.27*	(1.03 - 1.57)
死別	1.61*	(1.02 - 2.54)	1.35	(0.86 - 2.12)	0.96	(0.56 - 1.65)	1.93***	(1.36 - 2.75)	2.67***	(1.66 - 4.30)	2.31***	(1.55 - 3.44)
離別	0.75	(0.42 - 1.34)	0.71	(0.40 - 1.27)	1.55	(0.88 - 2.73)	1.08	(0.72 - 1.62)	2.76***	(1.59 - 4.77)	1.23	(0.76 - 1.99)
未婚												
世帯構成 (ref.=夫婦のみ)	1.22	(0.93 - 1.61)	1.03	(0.77 - 1.38)	1.03	(0.77 - 1.37)	1.24	(1.00 - 1.55)	1.03	(0.74 - 1.44)	1.17	(0.90 - 1.53)
単身	0.83	(0.68 - 1.00)	0.89	(0.72 - 1.10)	1.06	(0.90 - 1.25)	0.82*	(0.70 - 0.97)	0.94	(0.76 - 1.17)	0.74**	(0.60 - 0.92)
子等と同居	1.21	(0.94 - 1.55)	1.04	(0.78 - 1.38)	0.91	(0.70 - 1.19)	0.78*	(0.62 - 0.99)	0.85	(0.62 - 1.18)	0.82	(0.61 - 1.09)
その他												
住宅所有 (ref.=持ち家)	2.79***	(2.23 - 3.49)	2.59***	(1.99 - 3.36)	1.97***	(1.53 - 2.55)	2.26***	(1.79 - 2.85)	3.76***	(2.88 - 4.91)	6.06***	(4.76 - 7.72)
持ち家以外												
治療疾患の有無 (ref.=なし)	1.11	(0.94 - 1.30)	1.01	(0.84 - 1.23)	1.07	(0.92 - 1.25)	1.01	(0.88 - 1.17)	0.88	(0.73 - 1.06)	0.99	(0.82 - 1.19)
あり												
抑うつ傾向 (ref.=なし)	1.94***	(1.66 - 2.26)	1.77***	(1.48 - 2.12)	1.58***	(1.35 - 1.84)	1.42***	(1.23 - 1.64)	3.30***	(2.77 - 3.94)	2.57***	(2.17 - 3.05)
あり												
情緒的サポート (ref.=あり)	1.36*	(1.06 - 1.75)	0.87	(0.51 - 1.47)	1.31*	(1.01 - 1.70)	1.05	(0.72 - 1.53)	1.52**	(1.15 - 2.01)	1.41	(0.95 - 2.09)
なし												
手段的サポート (ref.=あり)	1.76**	(1.23 - 2.51)	1.49	(0.98 - 2.27)	0.89	(0.57 - 1.39)	1.32	(0.95 - 1.83)	1.80**	(1.20 - 2.70)	2.18***	(1.54 - 3.08)
なし												
変動効果 <sup>c)</sup>												
市町村 (切片)	.146 (SE=.060)		.288 (SE=.066)		.565 (SE=.092)		.517 (SE=.082)		.772 (SE=.129)		.714 (SE=.113)	

\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05  
 a) 参照カテゴリーは剥奪でも孤立でもない群 (男性：n=5,005, 女性：n=4,499)。剥奪状況・等価所得が不明なケースは除外した。  
 b) 各独立変数には不明をダミー変数として投入しているが本表では省略している  
 c) Nullモデルにおける市町村レベルの分散はそれぞれ下記の通り  
 剥奪のみ 男性：.158 (SE=.061) 女性：.204 (SE=.069) / 貧困のみ 男性：.597 (SE=.094) 女性：.564 (SE=.087) / 剥奪+貧困 男性：.721 (SE=.118) 女性：.710 (SE=.111)

はみられなかった。手段的サポートがないことは、剥奪と貧困の重複群に対しては男女ともに有意であった(男性:OR=1.80, 女性:OR=2.18), 男性では剥奪のみ群に対しても有意な関連が示された(OR=1.76)

#### IV 考 察

所得の低さは貧困の要因の1つであっても、貧困の事象そのものを表すものではない〔阿部2006〕。本研究では、貧困状態を表す概念として、所得の低さに基づく相対的貧困に加えて、多次元的な生活様式の貧しさに基づく相対的剥奪という概念に着目し、高齢者の間での相対的剥奪者の割合と特性について分析を試みた。

分析の結果、第1に、相対的剥奪に関連する項目それぞれに該当する高齢者は数%程度だが、経済的な理由からライフラインを停止されたことのある高齢者や、親戚の冠婚葬祭に出席できない高齢者、医療機関への受診を抑制した高齢者が一定程度存在することが示された。貧困者の中で剥奪指標への該当者が顕著に多く、各項目該当者の平均等価所得も低くなっていたことは、本研究で使用了項目群の基準関連妥当性を示唆するものと考えられる。そのうえで、高齢者の27.6%がいずれかの剥奪指標に該当し、13.0%が複数の剥奪指標に該当していたという結果は、これまで報告されてきた知見と概ね一致するものである。日本の高齢者における相対的貧困者の割合が22.0%と報告されている〔OECD 2009〕ことを考慮すると、要介護認定を受けていない高齢者の間では、相対的貧困と同程度に相対的剥奪に該当する人々が存在しうることを示唆する結果といえる。なお、表には記載していないが、剥奪のみに該当した高齢者(n=2,049)のうち、住環境の劣悪さのみ該当者が36.4%, 社会生活上の困難のみ該当者が20.7%, 日用品の欠如のみ該当者が17.6%であり、残りの約25%は医療の受診抑制を含む複数の要素が欠如している状態であった。これらの人々は、従来の相対的貧困アプローチでは漏れていた貧困層といえる。

第2に、日本の高齢者を対象にした分析においても、先行研究〔Townsend 1979;阿部2006〕と同様に、剥奪状態へのリスクが急増する所得の閾値が存在することが示された。具体的には、高齢者がいる世帯において等価所得が200万円未満ないし150万円未満という状態になると相対的剥奪状態へのリスクが急激に高まっていた。使用した指標と対象者の相違から単純に比較することはできないが、本分析では世帯人数を調整した所得を使用しているため、本結果も既存の知見〔平岡2002;阿部2006〕と概ね矛盾しないものといえる。現在、単身の高齢者世帯の生活保護基準(生活扶助と住宅扶助のみ)は年間120万円程度であり、さらに生活保護基準額の引き下げが検討されている。老齢基礎年金が最低生活の保障機能として不十分であることはしばしば指摘されているが、本分析で得られた結果は、現行の生活保護基準よりも高い所得水準であっても、日本社会において標準的な生活のあり方とは質的に異なった状態に陥るリスクが高くなっていることを示唆するものである。防貧施策という点では、生活保護を受給していない等価所得200万円未満ないし150万円未満の高齢者世帯に対する税や介護・医療保険の自己負担額などの負担の重さに配慮する必要があるといえる。

第3に、相対的剥奪に該当した高齢者は相対的貧困者と異なる特性があることが示唆された。まず、年齢との関連については、先行研究の知見〔江口ら1974;平岡2002;山田ら2011〕と同様に、より高齢であるほど相対的貧困には該当しやすくなるのに対し、相対的剥奪のみには系統的な関連はみられなかった。これは、相対的貧困の指標である所得が退職、死別、健康問題などの加齢に伴う状況的な変化や年金制度の成熟と関連が深いものであるのに対し、相対的剥奪という概念が着目する社会生活上の必需項目は過去からの蓄積によって形成されるものであることを反映した結果と考えられる。加えて、高齢期に持ち家でないことが相対的貧困よりも相対的剥奪に対して密接に関連しているという結果も、相対的剥奪が所得の乏しさではなく生活資源の乏しさに着目した概念である

ことを反映したものといえる。

そのうえで、本研究によれば、相対的剥奪には女性ではなく、男性高齢者の方が該当しやすいという知見が新たに示された。さらに、死別経験は女性でのみ貧困および貧困と剥奪の重複に関連し、離別経験は男性では相対的剥奪、女性では相対的剥奪ではなく相対的貧困と関連するという相違がみられた。まず、死別経験に関しては、女性にとって高齢期における配偶者との死別は、年金制度上、世帯所得の低下につながること〔山田ら2011〕が示されており、本結果と一致するものである。なお、男性で逆の傾向が示されたことは、配偶者との死別による収入減少が生じにくいことを反映したものかもしれない。離別経験に関しては、女性にとって配偶者との離別はその後の貨幣的な貧困に結びつきやすいことが知られており〔内閣府男女共同参画会議2011b〕、本結果はそれらと矛盾しないものである。一方、現在の多くの男性高齢者にとって配偶者との離別は、収入面での不利にはつながらないが、たとえば、「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査〔内閣府2005〕」によれば、炊事・洗濯・掃除などの家事を自分がしている男性高齢者は約1割に過ぎない。その結果として、男性の間では、配偶者との離別が一般的な社会生活を営むための資源を獲得・維持するうえでの困難につながったものと考えられる。いずれにしても、本結果は、所得の乏しさと生活資源や様式の乏しさが重複する人々もいるが、相対的貧困と相対的剥奪が貧困の異なる側面を捉えており、両概念で把握可能な対象層に相違があることを示唆するものといえる。

一方、治療疾患の有無については、相対的貧困に対しても相対的剥奪に対しても有意な関連は認められなかった。これは、医療保険の充実などによる社会政策が、高齢期の疾病に伴う貧困状態へのリスクを軽減する機能を果たしていることを示唆するものである。しかし、貧困のみ該当者と比べて、剥奪のみ該当者および剥奪と貧困の重複者の方が情緒的および手段的サポートがないこと、抑うつ傾向にあることと強い関連があることも示されていた。本研究では、貧困のみと剥奪のみで

どちらの方が貧困状態としてより深刻であるかは明らかにできていないが、貧困層を物的・環境的な生活様式の指標から把握することにより、従来の貨幣指標に基づく把握よりも健康やソーシャル・サポートにおいてより不利な層を抽出できることを示唆する結果が得られたといえる。相対的剥奪指標の構成は複雑であり、必ずしも国内で広く普及した概念ではないが、本結果は多次元的な不利を抱えた貧困層を把握するうえでは相対的剥奪という概念が有益であることを示唆するものと考えられる。

加えて、本分析では、相対的剥奪のみ該当者と比べて、相対的剥奪と相対的貧困の重複者の方が、手段的サポートと情緒的サポートの乏しさ、および、抑うつ傾向と強く関連し、修学年数の短さと離別経験者や未婚者であること、現住居が持ち家でないといったライフコース上の社会経済的な不利とも密接に関連しているという結果が得られていた。とくに、男性高齢者の場合、未婚であると貧困と剥奪が重複した状態に至るリスクが約2.8倍も高くなっていた。既にさまざまな社会保障制度が整備されているが、これらの結果は、現行の制度では標準的なライフコースからの逸脱によって貧困状態に陥るリスクを緩衝しきれていないことを示唆するものといえる。相対的剥奪者の半数程度は長期的な貧困を経験している〔Whelan et al. 2003; 岩田ら2004〕ともいわれており、相対的貧困と相対的剥奪を重複した状態が過去からの蓄積によって形成されている要素が強いとすれば、その改善には「人生前半の社会保障〔広井2006〕」がより重要になるものと考えられる。

以上のように、本研究では、物的・環境的な生活様式指標で構成される相対的剥奪という概念に着目することにより、これまで数多く検討されてきた相対的貧困とは異なる貧困層を把握しうることが示唆された。相対的貧困が所得という簡便に把握でき比較可能性に優れた概念であるのに対し、相対的剥奪は複雑な指標構成であり、比較可能性にも限界がある。他方で、相対的剥奪は、社会生活における多次元的な資源に着目している点で、実際の生活水準に密着した概念であり、当該

社会における貧困者を適切に表している可能性がある。実際に、欧州連合では、貧困対策の政策目標として相対的貧困だけでなく相対的剥奪にも言及している〔European Commission 2011〕。日本においても従来の貨幣的な指標に基づく相対的貧困だけでなく、多次元的な生活様式の貧しさから高齢者の貧困を捉え直す必要があると考えられる。

さいごに、本分析の限界として以下の3点があげられる。第1に、実際の社会保障基準として使用するためには相対的剥奪指標の精緻化が必要である。本研究では、項目選定を一般市民に問う合意基準アプローチ〔Mack et al. 1986; Gordon et al. 2000; 阿部2006; Saunders 2008〕によって採用された項目を参考にしているが、本研究で使用した指標のみをもって日本社会で高齢者が必要とするものを網羅しているわけではない。このため、本研究で検討した剥奪状態の全てに公的扶助が必要であるとはいえない点には留意する必要がある。第2に、本研究で使用した調査は、貧困問題を主たる課題にした調査ではなかったため、資産に関する変数が含まれていない。高齢者は収入が少なくても資産額が大きい場合、理論的には相対的剥奪の把握に際して資産に関する項目も加える必要がある。しかし、そうした限界はあるものの、相対的剥奪へのリスクが高まる等価所得の閾値が見いだされた点は、相対的剥奪という概念が国内の貧困線を検討するアプローチとしても応用可能性があることを示唆するものと考えられる。第3に、本調査の回収率は66.3%となっており、この種の調査では決して低くはないが、より深刻な貧困者や剥奪者ほど調査から脱落している可能性がある。また、本結果は、全国の代表サンプルではないため、地域的な偏りが生じている可能性も否定できない。今後、他の調査データによっても再度検証される必要がある。

## 謝辞

本研究は、文部科学省科学研究費補助金(23243070・26285138)、厚生労働科学研究費補助金(H25-長寿-一般-003:研究代表 近藤克則)

の一環で行われた成果の一部である。本研究で使用したデータは、日本老年学の評価研究(the Japan Gerontological Evaluation Study, JAGES)プロジェクト調査として、文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成支援事業、厚生労働科学研究費補助金(H22-長寿-指定-008)、科学研究費補助金(22330172・22119506・22390400・22592327・22700694・23590786・23700819・23243070)、長寿科学振興財団長寿科学総合研究推進事業等の助成を得て実施されたものである。全ての関係者の皆様に記して深謝します。また、2名の匿名の査読者の先生方から大変丁寧かつ重要なお指摘を頂きました。この場を借りまして御礼申し上げます。

(平成25年7月投稿受理)

(平成26年3月採用決定)

## 引用文献

- 阿部彩(2006)「相対的剥奪の実態と分析:日本のマイクロデータを用いた実証研究」社会政策学会『社会政策における福祉と就労(社会政策学会誌, 第16号)』, 法律文化社, 251-275
- 阿部彩(2007)「日本における社会的排除の実態とその要因」『季刊社会保障研究』43(1):27-40
- Crosby, F.J. (1982). *Relative deprivation and working women*. Oxford University Press.
- Eames, M., Ben-Shlomo, Y., & Marmot, M.G. (1993) "Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England", *British Medical Journal*, 307 (6912), 1097-1102.
- 江口英一・川上昌子(1974)「大都市における低所得・不安定階層の量と形態および今後について」『季刊社会保障研究』9(4):18-32.
- European Commission (2011) *The social dimension of the Europe 2020 strategy; A report of the social protection committee*. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Förster, M.F. (1994) "Measurement of low incomes and poverty", *OECD labour market and social policy occasional papers*, No 14. doi:10.1787/112854878327.
- Golant, S., & La Greca, A. (1995) "The relative deprivation of U.S. elderly households as judged by their housing problems", *Journal of Gerontology*, 50B (1) : S13-S23.
- Gordon, D., Levitas, R., & Pantazis, C. et al. (2000) *Poverty, and social exclusion in Britain*. Rowntree Foundation.
- 浜田浩児(2006)「所得格差の固定性の計測」『季刊

- 家計経済研究』73:86-94.
- 平岡公一 (2002) 「相対的剥夺指標の開発と適応」『高齢期と社会的不平等』東京大学出版会, 153-173
- 広井良典 (2006) 『持続可能な福祉社会;もうひとつの日本の構想』筑摩書房
- 岩田正美・濱本知寿香 (2004) 「デフレ不況下の貧困の経験」樋口美雄・太田清・家計経済研究所『女性たちの平成不況』日本経済新聞社, 203-233.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 『生活保護に関する公的統計データ一覧』<http://www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seiho.asp> (2013年6月12日 最終確認)
- Kondo, N., Kawachi, I., & Hirai, H. et al. (2009) "Relative deprivation and incident functional disability among older Japanese women and men: prospective cohort study", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63 (6) : 461-467.
- Kosaka, K. (1986) "A model of relative deprivation", *Journal of Mathematical Sociology*, 12 (1) : 35-48.
- Krueger, A.B., Abraham, K.G., & Shapiro, C. (2012) *Economic report of the president, transmitted to the congress February 2012; together with the annual report of the council of economic advisors*. United States government printing office.
- Langford, I.H., & Bentham, G. (1996) "Regional variations in mortality rates in England and Wales: an analysis using multilevel modeling", *Social Science & Medicine*, 42 (6) : 897-908.
- Mack, J. & Lansley, S. (1985) *Poor Britain*. London: George Allen and Unwin.
- 松崎条太郎 (1986) 『老人福祉論;老後問題と生活実態の実証研究』光生館
- 内閣府 (2005) 『平成17年度高齢者の生活と意識;第6回国際比較調査結果』  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17\\_kiso/index2.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kiso/index2.html) (2013年6月12日最終確認)
- 内閣府男女共同参画会議 (2011a) 『基本問題・影響調査専門調査会女性と経済WG;第8回資料3』  
[http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/kihon/kihon\\_eikyou/jyosei/08/giji.html](http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/kihon/kihon_eikyou/jyosei/08/giji.html) (2013年6月12日最終確認)
- 内閣府男女共同参画会議 (2011b) 『基本問題・影響調査専門調査会女性と経済WG;第2回』  
[http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/kihon/kihon\\_eikyou/jyosei/02/giji.html](http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/kihon/kihon_eikyou/jyosei/02/giji.html) (2013年10月25日最終確認)
- 中谷友樹 (2011) 「地理統計に基づくがん死亡の社会的経済的格差の評価;市区町村別がん死亡と地理的剥夺指標との関連性」『統計数理』59 (2) : 239-265.
- OECD (2009) *Pensions at a glance 2009: retirement income systems in OECD countries*.
- 大竹文雄 (2005) 『日本の不平等;格差社会の幻想と未来』日本経済新聞社
- O'Reilly, D. (2002) "Standard indicators of deprivation; Do they disadvantage older people?", *Age and Ageing*, 31 (3) : 197-202.
- Sacker, A., Bartley, M., & Firth, D. et al. (2001) "Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioral pathways", *Social Science and Medicine*, 52 (5) : 763-781.
- Saunders, P. (2008) "Measuring well-being using non-monetary indicators; deprivation and social exclusion", *Family Matters*, 78: 8-17.
- Scase, R. (1974) "Relative deprivation: a comparison of English and Swedish manual workers", in Wedderburn, D., eds., *Poverty, inequality, and class structure*. Syndics of Cambridge University Press. 197-216.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986) "Geriatric Depression Scale (GDS) : Recent evidence and development of a shorter version", *Clinical Gerontologist*, 5: 165-173.
- 総務省統計局 (2009) 『平成21年全国消費実態調査』  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001034909&cycode=0> (2014年2月10日最終確認)
- Stouffer, S.A., Suchman, E.A., & Devinney, L.C. et al. (1949) *The American Soldier. Volume I.: Adjustment During Army Life*. Princeton University Press.
- Tougas, F., Lagace, M., & Sablonniere, R. et al. (2004) "A new approach to the link between identity and relative deprivation in the perspective of ageism and retirement", *International Journal of Aging and Human Development*, 59 (1) : 1-23.
- Townsend, P. (1979) . *Poverty in the United Kingdom; a survey of household resources and standards of living*. Penguin Books.
- Turley, R.N.L. (2002) "Is relative deprivation beneficial? the effects of richer and poorer neighbors on children's outcomes", *Journal of Community Psychology*, 30 (6) : 671-686.
- Runciman, W.G. (1966) *Relative deprivation and social justice: a study of attitudes to social inequality in twentieth century England*. Routledge & Kegan Paul.
- Walker, I., & Smith, H.J. (2002) *Relative deprivation: specification, development, and integration*. Cambridge University Press.
- Walters, K., Breeze, E., & Wilkinson, P. et al. (2004) "Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain", *American Journal of Public*

- Health*. 94 (10) : 1768-1774.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003) "Social determinants of health: The solid facts". WHO Regional Office for Europe.
- Whelan, C.T., Layte, R. & Maitre, B. (2003) "Persistent income poverty and deprivation in the European Union; an analysis of first three waves of the European Community Household Panel", *International Social Policy*, 32 (1) : 1-18.
- 山田篤裕・小林江里香・Liang, J. (2011) 「なぜ日本の単身高齢女性は貧困に陥りやすいのか」『貧困研究』7: 110-122.
- 山田壮史郎 (2013) 「ホームレス状態の解消と持続する排除;社会的包摂志向のホームレス対策にむけて」『日本福祉大学社会福祉論集』128: 51-65.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., & Rose, T.L., et al. (1983) "Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report", *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37-49.
- (さいとう・まさしげ 日本福祉大学准教授)
- (こんどう・かつのり 千葉大学予防医学センター教授)
- (こんどう・なおき 東京大学准教授)
- (おじま・としゆき 浜松医科大学教授)
- (すずき・かよ 愛知学院大学講師)
- (あべ・あや 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長)

## 医療・介護保険の平準保険料方式への移行

岩本 康志  
福井 唯嗣

### I 序論

将来の少子高齢化の進展により、医療・介護費用は経済規模以上に上昇し、現行制度の下では保険料と公費の負担率は上昇を続けて、将来の世代ほど重い生涯負担を負うことになる。この将来世代の負担を軽減するため、医療・介護保険を積立方式に移行する制度改革がこれまでの研究で議論されてきた。アメリカのメディケアについて、事前積立の導入を提唱したFeldstein (1999) が、わが国の制度では、医療保険で西村 (1997)、鈴木 (2000)、小黒 (2006)、およびFukui and Iwamoto (2007)、岩本・福井 (2007) 等の筆者の研究、鈴木 (2009) 等があり、介護保険で周・鈴木 (2000)、小黒・中軽米・高間 (2007)、筆者の研究等がある。筆者が開発した医療・介護保険財政モデルを用いた確率シミュレーションの結果(岩本・福井[2011, 2012a]) では、現在から保険料を高く設定し、約100年後に高齢期の給付費を自らの現役時の保険料で賄う積立方式への移行を図ることで、これから生まれてくる世代の生涯負担率は、積立方式へ移行する方が現状の均衡財政方式にとどまるよりもほぼ確実に低くなることが示されている。積立方式への移行は、世代間の負担格差を平準化することに役立つ。

完全積立方式での積立金は、医療保険でGDPの105%、介護保険で90%が必要となる。このような巨額の積立金の運用先が存在するのかが積立方式への移行の実現可能性への疑問として指摘さ

れている。そこで、本稿では医療・介護保険財政モデルの最新の改訂版(2012年10月版)を用い、約100年後の積立金を完全積立方式での水準の50%とする政策(本稿では部分積立方式と呼ぶ)、0とする政策(修正賦課方式と呼ぶ)を新たに考察する。さらに修正賦課方式については、平準化の終点年度を固定するケース(終点固定)と5年毎に終点年度を5年先に設定し直して平準化期間を固定するケース(終点スライド)の2種類の政策を考える。

現行の財政方式である賦課方式は毎年の積立金が0となる政策であり、均衡財政方式と呼ぶこともできる。修正賦課方式とは、約100年間の通算では均衡財政であるが、各年では収支が一致しなくても構わない。この期間の保険料を一定に保つとすると、将来の方が医療・介護の給付費が大きいのので、前半期では積立金ができ、後半期では積立金を取り崩して給付に充てることになる。つまり、給付費の増加に備えて事前に積み立てておく制度となっている。これは、部分積立方式や完全積立方式への移行と共通した性格をもつものであり、3つの方式を比較することで、保険料を平準化することで事前積立をする政策と積立金を将来にわたり保有する政策に必要な負担を区別することができる。

医療保険の完全積立方式への移行と修正賦課方式を比較した研究には鈴木 (2009) がある。本稿の分析では、まず鈴木 (2009) と同様に、医療保険料の平準化を図るためには保険料を2.7%ポイント程度大幅に引き上げねばならないことが示さ

れる。それに比べ、完全積立方式まで積立金を蓄積するのに必要な追加の保険料率は0.5%ポイント程度と小幅であることが示される。介護保険を分析対象としていることが本稿の新たな貢献であるが、介護保険料の上昇幅は修正賦課方式の下で1.8%ポイント程度と医療保険をやや下回る程度となり、現在の介護保険料水準は低いものの、将来の高齢化による費用増の影響は大きいことがわかる。

本稿の第2の新しい貢献は、制度改革が各世代の生涯負担に与える影響を見ていることにある。将来世代の生涯負担を捉えるためには、積立方式移行後の財政もシミュレーション対象とせねばならない。そこで、本稿では積立方式への移行を2110年度とし、2215年度までをシミュレーション期間としている。移行過程以降の保険料率は、3つの財政方式で大きく違う。完全積立方式への移行では保険料率は大きく低下するが、部分積立方式では移行過程より若干の低下、修正賦課方式(終点固定)では大きく上昇する<sup>1)</sup>。このため、将来世代(2040年頃生まれ以降)の生涯負担は大きく違ってくる。

本稿の構成は、以下の通りである。II節では、本稿で使用される医療・介護保険財政モデル(2012年10月版)の概要が解説される。大きな変更点としては、2012年1月公表の新しい将来推計人口を用いている。III節では、現行制度の下での医療・介護保険財政の将来推計がされる。新しい将来推計人口では将来にわたり高い高齢化率が持続し、財政負担も将来に大きくなる。現行制度の下での医療・介護保険料は前回版では2070年頃にピークを迎えたが、今回版ではそれ以降も上昇していく傾向になる。IV節では、完全積立方式、部分積立方式、修正賦課方式の3方式での財政シミュレーションをおこなう。V節では、本稿の結論が要約される。

## II モデルの設定

### 1 医療・介護保険財政モデルの性格

医療・介護保険財政モデルは両保険の長期的な

財政収支と世代ごとの将来の負担を推計するため、Fukui and Iwamoto (2007)、岩本・福井(2007)で開発された。本稿で使用するのはその最新版となる2012年10月版である。

この版での主要な変更点は以下の4点である。

(1)『平成22年国勢調査』(総務省)に基づく最新の将来推計人口である『日本の将来推計人口(平成24年1月推計)』を取り入れた。(2)2012年8月に公表された新しい労働力人口推計を織り込んだ。(3)医療・介護費用の2011年度の実績値が公表されたことから、シミュレーションの起点を2011年度とした。(4)医療・介護費用の伸びの想定は「社会保障に係る費用の将来推計」(2011年6月)をベースに新しい人口推計及び経済の見通しを踏まえ改定された最新の厚生労働省見通し(「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(2012年3月)」)に準拠した。

モデルでは2011年度の実績値を出発点とし、2110年度までの医療・介護費用と保険財政を推計する。また、各歳の人口、労働力率、賃金データも作成して、世代毎に将来の負担を求めている。これにより、現行制度の下で高齢化の進展による医療・介護保険給付費の増加をどの世代が負担することになるのかを解明する。また、制度改革による世代間の負担構造の変化を検討することができる。なお、保険料負担の制度間格差もわが国の医療保険制度が抱える大きな課題ではあるが、本稿の目的は負担の世代間格差を明らかにすることであるため、マクロベースの負担を推計している。

モデルの設定の詳細は岩本・福井(2012b)に譲り、以下では概略を説明する。

### 2 人口・就業者数の設定<sup>2)</sup>

将来の人口データは、2012年1月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した『将来推計人口』の年齢別人口(104歳までの各歳と105歳以上の区分)の出生中位・死亡中位を用いている。この推計は、2010年の『国勢調査』を基礎データとして、2060年までの推計をおこなうとともに、2110年までの参考推計を公表している。

2012年8月に厚生労働省職業安定局の雇用政策

研究会が、2030年までの労働力人口および就業者数の予測をおこなっている。同予測には「経済成長と労働参加が適切に進まないケース」と「経済成長と労働参加が適切に進むケース」の2通りのシナリオがあるが、ここでは後者のシナリオを用いる。

就業率を年齢別に設定するために、2010年の『国勢調査』から年齢別就業率を計算し、年齢階層別就業率から求められる就業者数が2011年度の実績値を再現するように、これを比例的に調整する方法をとった<sup>3)</sup>。2011年度は『労働力調査』の実績値を用い、年齢階層別就業率が公開されている2020、2030年度の年齢階層別就業者数をもとに2011年度以降の中間年は線形補間により就業率を設定した。2030年度以降の就業率は一定と仮定する。

就業者数そのものを生産関数での労働投入とみなすこともできるが、労働の効率性は年齢により異なると考えられるため、就業者数と労働投入の動きは若干違ってくる。そこで、労働の効率性は賃金水準に比例すると仮定し、2011年の『賃金構造基本調査』(厚生労働省)の年齢階層・性別の賃金についての公表集計表をもとに、各年齢の労働投入の効率単位を、1人当たり賃金と就業者数の積として求めた。さらに、その2011年度の集計値が同年度の就業者数と一致するように単位を調整した。

### 3 医療・介護費用の設定

医療・介護費用のそれぞれについて、以下のような手順で2011年度の年齢階層別の1人当たり費用を推計した。本稿では、直近の制度改革ビジョンを踏まえた政府の公式見通しを再現する方針とする。この点は介護費用についても同様である。本稿のモデルの枠組みで制度改革と公式見通しの妥当性を検証することも可能であり、岩本・福井(2007)で試みられている。

2011年度の医療費は、同年度の「最近の医療費の動向-MEDIAS」(厚生労働省保険局調査課)の保険適用医療費(確定ベース)である35兆4,824億円とする。2009年度の『医療保険に関する基礎

資料』の年齢階層別医療費を比例的に調整し、2011年度の保険適用医療費総額と一致するように2011年度の年齢階層別医療費を設定した。将来医療費の伸び率は「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(2012年3月)」に依拠して設定した<sup>4)</sup>。

推計された2025年度の1人当たり医療費と賃金の比の指数は2011年度に比べ1.076倍となった。2026年以降については、単価の伸び率と名目賃金成長率は等しい(指数は一定)と想定した。

介護給付費の将来予測は、医療給付費の推計とほぼ同様の手順による。2011年度の介護費用と保険給付費は、2011年度の介護保険特別会計経理状況での費用額と給付費とする。費用額には市町村がおこなう地域支援事業費(介護予防事業費・包括的支援事業費・任意事業費)も含まれている。費用額は8兆2,331億円、給付費は7兆6,364億円となった。

一方、年齢階層別1人当たり介護費用は、『介護給付費実態調査月報』(厚生労働省)の2011年4月審査分から2012年3月審査分の合計額を、総計が上記の2011年度推計値と一致するように比例的に調整して求めた。

将来の介護費用については、医療費と同様の方法で想定した。2025年度の1人当たり介護費用と賃金の比の指数は、2011年度に比べ1.175倍となる。医療費と同じく、2026年以降の指数は変化しないと想定した。

医療費の指数よりも介護費用の指数の方が大きく伸びている。これは、社会保障国民会議での将来推計を再現していた旧版とは逆の傾向になっている。社会保障・税一体改革では、入院医療・施設介護サービスから在宅サービスへの移行を意図しており、医療から介護へのサービス需要のシフトが見込まれると同時に、1人当たりの介護サービスの利用の増加も見込まれているからである。

確率ショックは、岩本・福井(2011, 2012a)と同様の定式化のもとで、データを更新して再推定したパラメータを用いている。用いたパラメータには、『国民医療費』で報告されている医療費増加率の要因分解のうち、人口増、価格変化、人

口の高齢化以外による医療費の確率的変動が反映されている。介護費用の確率的変動については、その想定に用いるべきデータが蓄積されていないため、医療費と同様の確率的変動をするものと想定している。パラメータの推定方法は岩本・福井(2012b)で説明されている。

また本稿では、岩本・福井(2012b)で説明された方法によって、給付費と財政調整にかかる主な公費負担を考慮に入れている。給付費に対する公費負担には、75歳以上の高齢者の医療費の50%、介護保険給付の50%、国民健康保険の給付費の50%、協会けんぽの給付費の16.4%分がある。また、財政調整にかかる公費負担には、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金と交付金の差額、介護納付金のうち、国民健康保険負担分の50%と協会けんぽ負担分の16.4%がある。推計ではこれらを反映して給付費の負担を保険料分と公費負担分とに按分している。

これらの公費負担は、その支出がされるときに租税であたかも調達されるものとしている。現状では公費負担の財源の相当部分は財政赤字で調達されていると考えられるが、将来の財政赤字の経路によって世代間の負担は大きく違うことになるので、将来の財政赤字の想定の恣意性によって、本稿の分析結果が左右されるおそれがある。結論に影響を与える恣意性を避けるため、財政赤字の将来推計は本稿の考察の対象外として、保険料の財源調達の政策代替案に関心をしぼり、公費負担の財源調達については、現実とは乖離しているものの、均衡財政を仮定した。

### III 政策シミュレーション

#### 1 シミュレーションの方法

医療・介護保険財政モデルを用いたシミュレーションの事例として、Fukui and Iwamoto (2007)、岩本・福井(2007)と同様に、積立型医療・介護保険が、現行の賦課方式のもたらす世代間の負担格差をどう変化させるのかに着目するシミュレーションをおこなう。鈴木(2000)のように生涯負担だけでなく生涯給付も合わせて推計し、受益と

負担のバランスを判断基準とすることで、将来の技術進歩によるサービスの向上や費用低下が将来世代にもたらす恩恵なども考慮するというアプローチもある。しかしながら、公的年金の場合には受益格差の問題も生じるが、医療・介護費用は疾病や障害を持った際に必要なサービスであるのでサービス消費が多いほど生涯効用が高いと考えるのは不適當だろう。したがって、そのサービス消費の世代間格差を議論することにあまり意味はないと判断し、費用負担の側面のみに関心をしぼる<sup>5)</sup>。本稿では、シミュレーションの初期値を決めるデータは2012年10月時点での最新のものとしている。

シミュレーションでは、社会保険料と公費負担に向けられる税は賃金所得(国民経済計算における雇業者報酬と混合所得の和)に課されるとする<sup>6)</sup>。単純化の仮定として、これらの所得はシミュレーション期間においてはGDP(および労働投入)と同率で成長するものとし、社会保険の運営にかかる事務費用は捨象する。

以下では、4つの政策シナリオを考える。第1は、現行制度の財政方式を想定したもので、毎年の給付費をその年の税と保険料で賄う均衡財政方式(賦課方式)である。他の3つは、将来の給付費に充てられる社会保険料を事前積立する方式となるが、詳細はIV節で説明する。

シミュレーションは2011年度を起点とし、『将来推計人口』が利用できる2110年度までを考えるが、2110年度生まれまでの生涯負担率を推計するため、シミュレーションは2215年度まで行っている<sup>7)</sup>。均衡財政の下では、負担は社会保険給付に等しいので、ここでの計算は同時に給付の所得に対する比率を計算することにもなっている。

#### 2 現行制度での負担率の推移<sup>8)</sup>

確率シミュレーションでは、医療費、介護費用、および長期金利と賃金成長率の差について、岩本・福井(2012b)で説明された方法に基づきそれぞれ10,000通りの確率的変動系列を生成した<sup>9)</sup>。

図1は、医療保険および介護保険の保険料率(雇業者報酬と混合所得の和の90%に対する保険料負

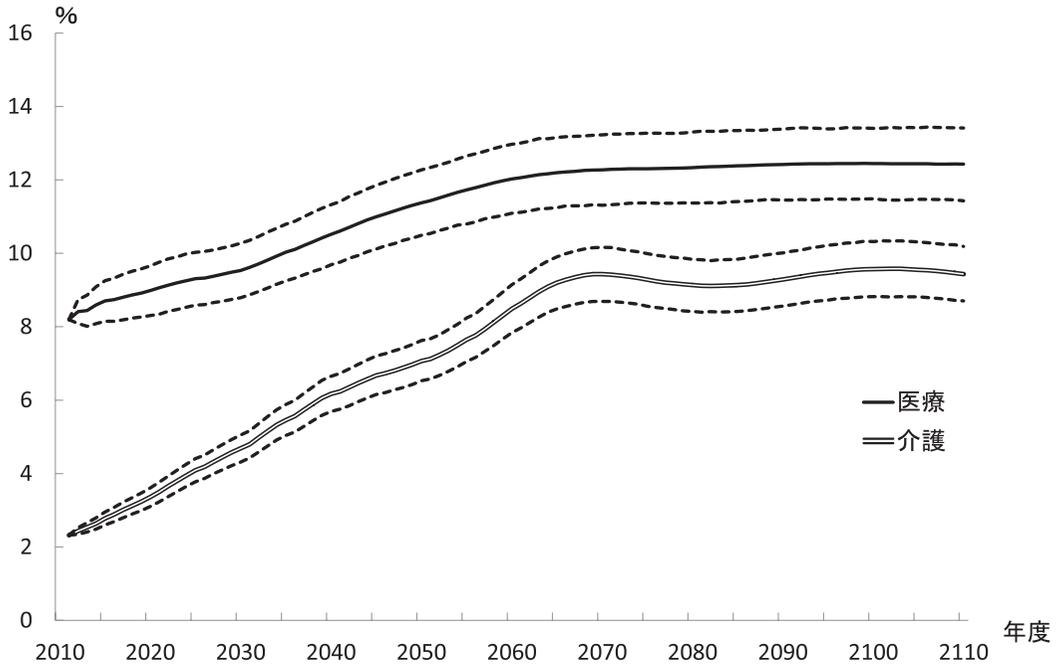


図1 保険料の推移

(注1) 数値は雇用者報酬と混合所得の和の90%に対する比率である。

(注2) 実線は予測値の平均値、破線は上位2.5%および下位2.5%の予測値を表す。

担の比率。以下同様<sup>10)</sup>。)の予測分布の推移を示したものである。実線は予測保険料率の平均値、破線は保険料率分布の上位2.5%点および下位2.5%点を表している。医療の平均保険料率は2011年度の8.20%（うち高齢者医療分は4.30%）から2099年度の12.45%まで上昇を続ける。介護の平均保険料率は、2011年度の2.32%から、2102年度の9.58%まで上昇を続ける。保険料率分布の幅を上位2.5%と下位2.5%の差で見ると、医療では2102年度に最大1.97%、介護では2103年度に最大1.52%となっている。このような将来の保険料上昇に備えるための一つの方策が、本稿で考察の対象としている保険料の事前積立である。

#### Ⅳ 事前積立方式の分析

##### 1 完全積立方式, 部分積立方式, 修正賦課方式 筆者によるこれまでの医療・介護保険財政モデ

ルでの政策シミュレーションでは、現行の財政方式である均衡財政方式と約95年間をかけて完全積立方式に移行する政策とを比較することをおこなってきた。

積立方式への移行については、膨大な積立金を有することになるのでそのような運用先がそもそも存在するのかという疑問が呈されていた。そこで、本稿では完全積立方式よりも少ない積立金をもつ部分積立方式を検討する。具体的には、2110年に完全積立方式の場合の半分の積立金を蓄積するように、それまでの期間に一定の保険料を課す政策を考える。経済と医療・介護費用の変化に対応して、一定の保険料は5年毎に見直すことにする。

もう一つの政策として、最終的には積立金をもたないが、それまでは一定の保険料を課す政策(修正賦課方式)を考える。現行の均衡財政方式では保険料は次第に上昇するが、修正賦課方式では保

保険料が一定となるため、当初は積立金が生じる。修正賦課方式として、平準化の終点を2110年に固定し続ける場合（終点固定）と、5年毎の保険料見直しの際に終点を5年先にずらして再計算し、平準化期間を一定に保つ場合（終点スライド）を考える。

本稿では、2005年度生まれを完全積立方式に移行する最初の世代とし、65歳以上への医療保険給付および40歳以上への介護保険給付の事前積立のため、2012年度から2110年度までの99年間に保険料の平準化をおこなうと想定している。平準化期間の保険料率の推計方法は次の通りである。まず、高齢者医療・介護のそれぞれについて、2005年生まれ世代の保険給付のうち公費負担を除いた部分を事前積立方式で運営するのに必要な保険料率を計算する。次に、その保険料率を2005年生まれ以降のすべての世代に適用したときに2110年度に蓄積される積立金総額を計算する。最後に、その額の積立金が2110年度に蓄積されるように、平準化期間を通して一定の保険料率を設定する。

部分積立方式の場合は、2110年度の目標積立金を完全積立方式の場合の50%として、修正賦課方式（終点固定）の場合は2110年度の目標積立金を0として、それぞれ平準化期間の保険料率を設定する。

シミュレーションでは給付費の伸びと積立金の運用利回りについての不確実性を考慮しているため、保険料率の逐次改定が必要となる。2017年度以降5年毎に、給付費の伸びと運用利回りの過去5年平均に基づいて2110年度の目標積立金を再計算し、保険料率を改定する。修正賦課方式（終点スライド）の場合には、完全移行する世代と平準化の終点を5年ずつ先にずらした上で目標積立金と保険料率の再計算を行う。

修正賦課方式（終点スライド）を除く3方式では、2111年度以降は、完全移行する世代と平準化の終点を5年ずつ先にずらして同様の計算をしている。例えば2111年度の改定では2010年度生まれが完全移行世代となり、2115年度が平準化の終点となる。修正賦課方式（終点スライド）では、平準化期間と同様の計算を行っている。例えば2111年度の改

定では2105年度生まれが完全移行世代となり、100年後の2210年度が平準化の終点となる。

完全積立方式、部分積立方式、2種類の修正賦課方式のいずれも長期的に保険料を一定とすることで初期に積立金を形成し、将来増加する給付費を支払うための「事前積立」をしている点では共通している。修正賦課方式と均衡財政を分けるのは、保険料を長期的に平準化する期間の違いである。現行制度では、3年から5年程度の期間で保険料の平準化を図る財政運営をしているが、高齢化の進展する期間の長さから見れば、短期で財政が均衡することで保険料を段階的に引き上げている形になる。

修正賦課方式（終点スライド）は、平準化の終点では積立金を持たないように設計されている点では修正賦課方式（終点固定）と同様であるが、平準化の終点が逐次将来にずれていくことで、結果として将来にわたって保険料平準化が続く。そのため、実際には常に積立金を保有し続けることになる。

「事前積立」、「平準保険料」は類似した部分ももつが、完全に同一ではない。本稿で考察する4政策には、それぞれの要素が違った形で含まれている。シミュレーションにより各政策の帰結を比較することで、今後の高齢化への対応にとって、どの政策が重要であるのかを検討することができる。

なお、本稿の推計では積立金の制度上の扱いについて具体的な想定はしていない。保険料のうち積立分を個人勘定で取り扱えば、いわゆる医療貯蓄勘定（医療貯蓄口座）の考え方に相当することになる<sup>11)</sup>。実際に事前積立を導入する際には、積立金の取り扱いについての検討が必要である。また、医療・介護給付は年金と違い現物給付であるため、将来の給付をちょうど賄うだけの積立金が確実に蓄積されるとは限らない点にも注意が必要である。これらの論点については、岩本・福井（2007）が詳細に論じている。

## 2 シミュレーションの結果

図2は、各政策による医療保険の積立金（対

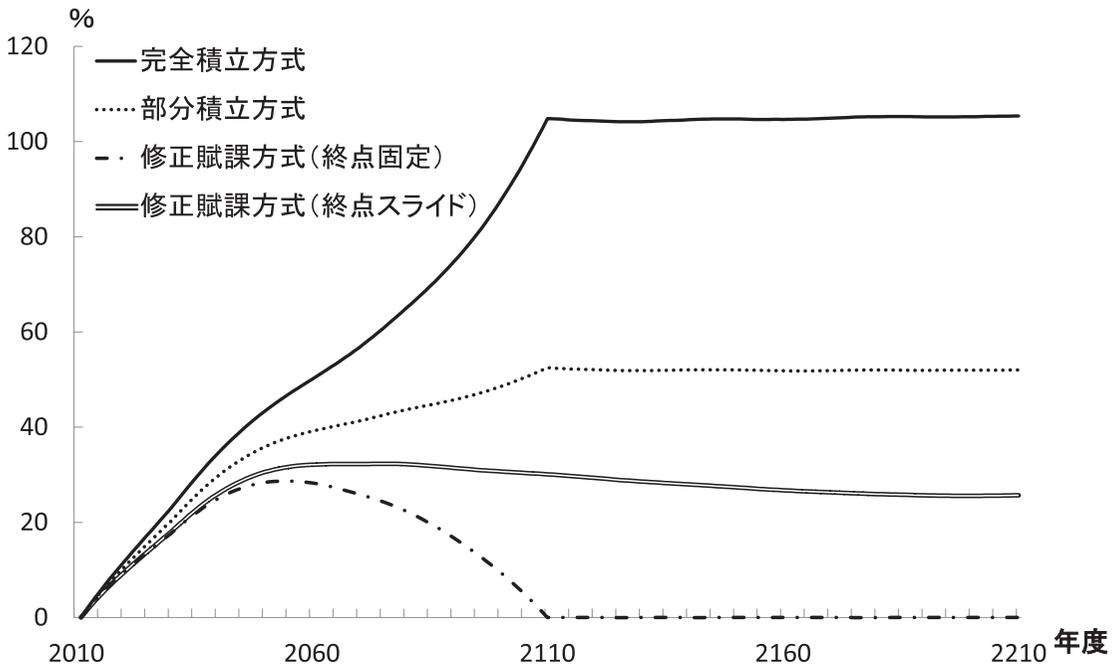


図2 医療保険積立金(対GDP比)の推移

GDP比) 予測分布の平均値を示している。完全積立方式では2110年度の目標値であるGDPの104.9%に向けて上昇を続ける。部分積立方式では2050年代頃までは完全積立方式をやや下回る程度で伸びるが、その後の伸びは緩やかになる。2110年度の目標値はGDPの52.5%であるが、2050年度には35.9%まで積立金が蓄積される。修正賦課方式(終点固定)での積立金のピークは、2054年度の28.7%、修正賦課方式(終点スライド)での積立金のピークは2074年度の32.3%である。修正賦課方式(終点スライド)では、2110年度以降も完全積立方式の4分の1程度の積立金を維持し続ける。

図3は、各政策による高齢者医療にかかる医療保険料率の予測分布の平均値を示している。修正賦課方式の場合は、初期に4.30%から7.06%まで2.76%ポイントの上昇となる。部分積立方式と完全積立方式ではそれぞれ初期に7.28%と7.51%まで保険料率が上がる。2110年度の積立金水準が高いほど平準化期間の保険料水準は高くなるが、修

正賦課方式との差によって積立分の保険料率上昇を見ると、部分積立方式で0.22%ポイント、完全積立方式では0.45%ポイントであり、平準化のための保険料上昇に比べてはるかに小さい。つまり、積立方式への移行での保険料引き上げ幅のほとんどはこの期間の保険料を平準化するためのものとなる。

修正賦課方式(終点スライド)の当初の保険料率は修正賦課方式(終点固定)と同じく7.06%であるが、改定の度に保険料率は上昇していく。2017年度に修正賦課方式(終点固定)での保険料率を上回り、その後2062年度には部分積立方式の保険料率を、2092年度には完全積立方式の保険料率を、それぞれ上回る。

2111年度以降の保険料率は積立金の保有水準により、大きく異なる。完全積立方式では保険料率は約3.4%と初期水準以上に低下する。部分積立方式では、保険料率は移行過程よりもやや低下し、6.4%程度で推移する。修正賦課方式(終点固定)では2111年度以降は改定年度の5年後の積立金を0

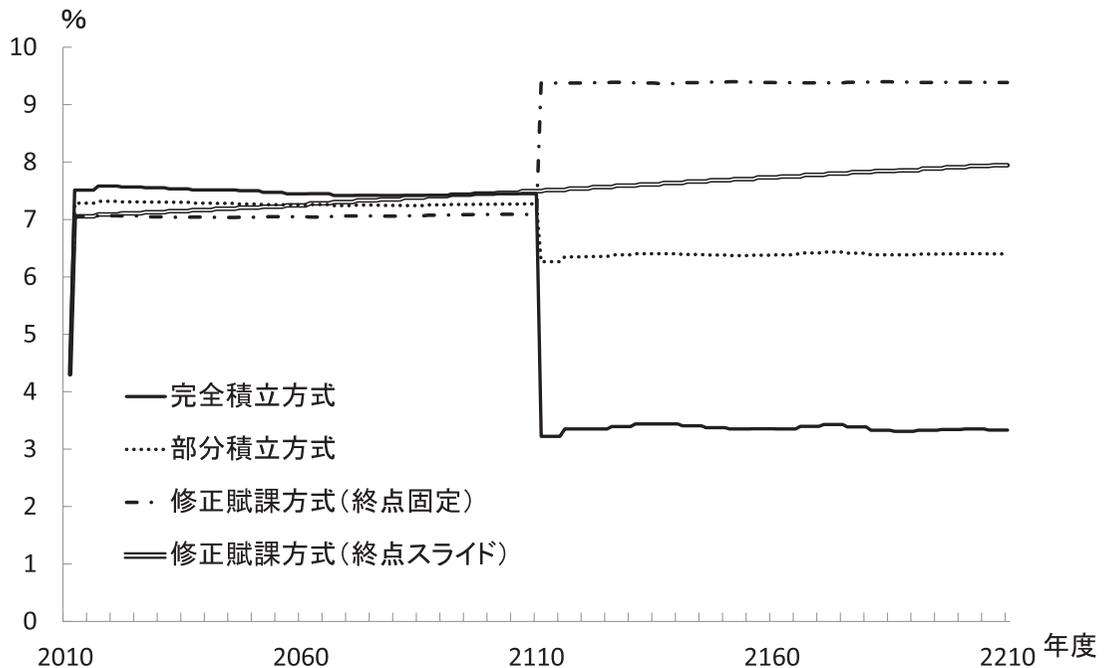


図3 医療保険料率（高齢者医療）の推移

(注) 数値は雇用者報酬と混合所得の和の90%に対する比率である。

にするように平準保険料率を設定するが、その水準は9.4%程度と約2.3%ポイント高くなる。修正賦課方式（終点スライド）は2110年度以降も95年先の積立金を0にすべく保険料平準化を行う。その間、保険料率は緩やかに上昇を続ける。

図4は、各政策による介護保険の積立金の予測分布の平均値を示している。定性的な動きは医療保険と似通っているが、完全積立方式と部分積立方式の伸び幅が低下するのが2060年代頃と約10年後ろにずれている。これは、介護費用が後期高齢者に集中することから、高齢化による費用上昇の影響が医療よりも後に来ることによる。部分積立方式では2060年代頃にはほぼ目標の積立金水準に達して、その後は微増になる。修正賦課方式（終点固定）のピークは2058年度、修正賦課方式（終点スライド）のピークは2063年度になる。また、2060年頃の積立金水準は医療保険よりも若干高くなり、介護費用が医療費に匹敵するほど伸びてくることがわかる。

図5は、各政策による介護保険料率の予測分布の平均値を示しており、医療保険料と定性的には同じ動きとなる。保険料率平準化のための初期の上昇が大きく、修正賦課方式で2.32%から4.12%へと1.8%ポイントの上昇となる。部分積立方式および完全積立方式へ移行するための積立金を蓄積するためには、それぞれ初期に4.32%、4.52%へと保険料率を引き上げる必要があるが、積立のための引き上げ分はそれぞれ0.2%ポイント、0.4%ポイントであり、平準化のための引き上げ分に比べればはるかに小さい。修正賦課方式（終点スライド）では改定の度に保険料率が徐々に高まっていき、2017年度には修正賦課方式（終点固定）の保険料率を、2052年度には部分積立方式の保険料率を、2077年度には完全積立方式の保険料率を、それぞれ上回る。

医療保険の場合と同様、2111年度以降の保険料率は政策により大きく異なる。完全積立方式では約1.5%と移行過程に比べ半分以下の水準まで低

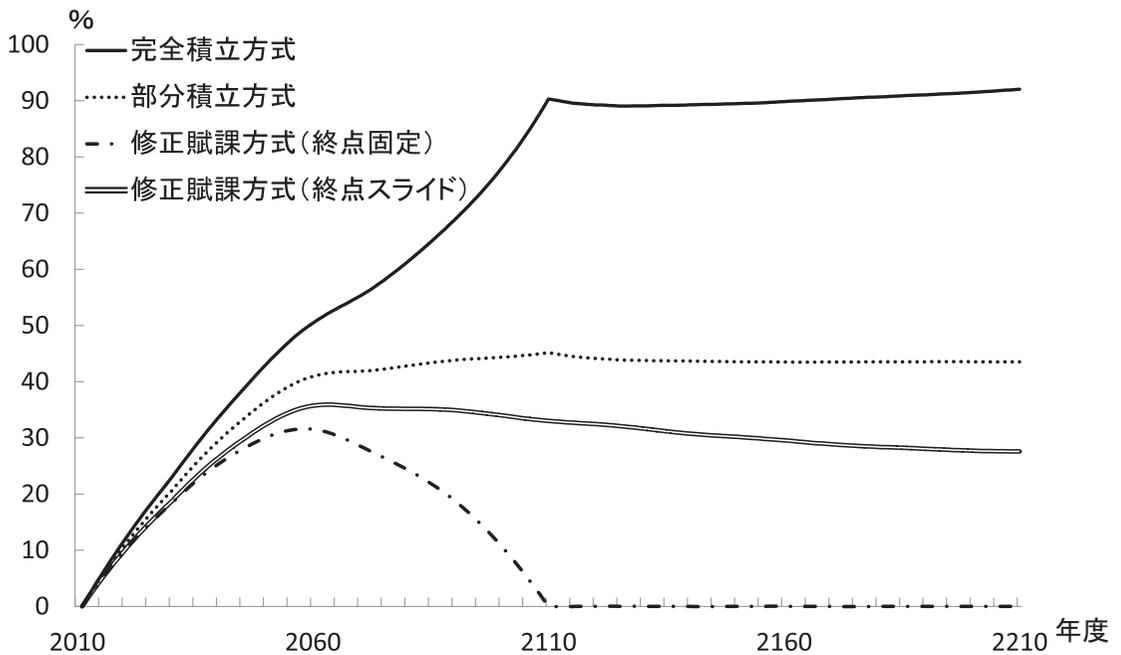


図4 介護保険積立金(対GDP比)の推移

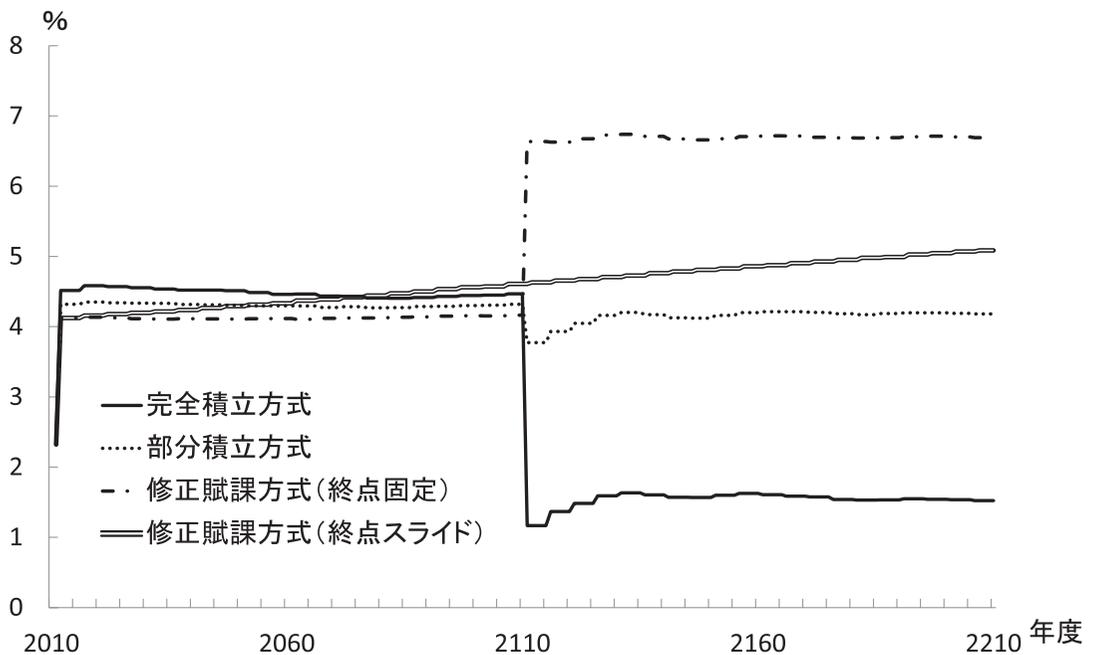


図5 介護保険料率の推移

(注) 数値は雇用者報酬と混合所得の和の90%に対する比率である。

下する。部分積立方式では4.1%程度と、移行過程とほぼ同程度の水準が続く。修正賦課方式（終点固定）では5年間の均衡財政方式になるため約6.7%と移行過程の1.5倍強まで上昇する。修正賦課方式（終点スライド）では保険料率の上昇が続く、2210年度には5.08%となる。

確率シミュレーションでの数値の散らばりを見るために、表1は、各政策による医療・介護保険の積立金（対GDP比）および保険料率の上位2.5%点、平均値、下位2.5%点について、最初の保険料見直し期である2017年度、中間期の2062年度の値を示している。

医療については、2062年度の積立金水準の95%区間は完全積立方式で15.4%ポイントの幅をもち、部分積立方式では9.9%ポイント、修正賦課方式（終点固定）では6.2%ポイント、修正賦課方式（終点スライド）では6.9%ポイントの幅をそれぞれもつ。2062年度の保険料率の95%区間の幅は、完全積立方式で4.4%ポイント、部分積立方式で3.1%ポイント、修正賦課方式（終点スライド）で2.4%ポイント、修正賦課方式（終点固定）

で2.1%ポイントとなる。積立金水準が高い方式ほど、ばらつきが大きくなることがわかる。

2110年度までの保険料率は、高い積立金を目指す方式ほど、また、将来ほど、そのばらつきが大きくなる。修正賦課方式の2方式を比較すると、2017年度での95%区間の幅はいずれも1.3%ポイントだが、2062年度には修正賦課方式（終点固定）が2.1%ポイント、修正賦課方式（終点スライド）が2.4%ポイントと開きが生じている。

介護については、2062年度の積立金水準の95%区間は完全積立方式で保険料率は14.2%ポイントの幅をもち、部分積立方式では9.7%ポイント、修正賦課方式（終点スライド）では7.2%ポイント、修正賦課方式（終点固定）では6.3%ポイントの幅をそれぞれもつ。2062年度の保険料率の95%区間の幅は、完全積立方式で4.4%ポイント、部分積立方式で3.2%ポイント、修正賦課方式（終点スライド）で2.3%ポイント、修正賦課方式（終点固定）で1.9%ポイントとなる。それぞれ数値は医療保険と同程度となっている。保険料の平準化を図る場合には、将来には医療保険と介護保険

表1 積立金と保険料率の比較

		医療		介護	
積立金（対GDP比）					
2017	完全積立方式	7.99	(7.39 - 8.65)	8.08	(7.72 - 8.53)
	部分積立方式	7.30	(6.73 - 7.89)	7.48	(7.19 - 7.81)
	修正賦課方式（終点固定）	6.61	(6.07 - 7.16)	6.88	(6.64 - 7.13)
	修正賦課方式（終点スライド）	6.62	(6.08 - 7.17)	6.89	(6.64 - 7.15)
2062	完全積立方式	51.3	(44.1 - 59.6)	51.5	(44.9 - 59.1)
	部分積立方式	39.6	(34.8 - 44.8)	41.4	(36.7 - 46.4)
	修正賦課方式（終点固定）	27.9	(24.9 - 31.1)	31.3	(28.2 - 34.5)
	修正賦課方式（終点スライド）	32.2	(28.8 - 35.7)	35.9	(32.4 - 39.6)
保険料率					
2017	完全積立方式	7.58	(6.60 - 8.93)	4.58	(3.66 - 5.87)
	部分積立方式	7.32	(6.51 - 8.30)	4.35	(3.58 - 5.27)
	修正賦課方式（終点固定）	7.07	(6.45 - 7.72)	4.13	(3.56 - 4.74)
	修正賦課方式（終点スライド）	7.09	(6.45 - 7.74)	4.16	(3.59 - 4.78)
2062	完全積立方式	7.45	(5.27 - 9.63)	4.46	(2.32 - 6.67)
	部分積立方式	7.26	(5.67 - 8.81)	4.29	(2.69 - 5.86)
	修正賦課方式（終点固定）	7.04	(5.94 - 8.05)	4.11	(3.07 - 5.01)
	修正賦課方式（終点スライド）	7.28	(6.04 - 8.39)	4.37	(3.16 - 5.42)

(注) 単位は%。保険料率は雇用者報酬および混合所得の和の90%に対する比率である。括弧なしの数値は平均値、括弧内の数値は上位下位2.5%点の範囲を示す。

の重要性がほぼ同程度となるということが出来る。

移行過程における保険料の引き上げはほぼ平準化のためのものであり、積立のための追加の保険料はごくわずかとなる。その理論的根拠については、次のような簡便化された数値計算で確認できる。

$t$ 年度末の積立金残高を $F_t$ 、 $t$ 年度の保険料を $P_t$ 、 $i$ を時間を通じて一定の名目利回りとする。1年度から $T$ 年度にかけて保険料を徴収して積立金を蓄積することを考える。初期時点の積立金残高を0とすれば、 $T$ 年度末の積立金残高は、

$$F_T = \sum_{t=1}^T (1+i)^{T-t} P_t \quad (1)$$

と表せる。

$T$ 年度末の目標積立金残高GDP比を $f$ とする。 $t$ 年度の名目GDPを $Y_t$ とし、名目GDP成長率は $g$ で一定であるとすると、

$$F_T = fY_T = f(1+g)^{T-1} Y_1 \quad (2)$$

が成り立つ。

積立のため、労働所得に比例的で、かつ移行過程を通じて一定の保険料率 $p$ を設定することを考える。労働分配率が $\theta$ で一定であるとすれば、 $t$ 年度の保険料は

$$P_t = p\theta Y_t = p\theta(1+g)^{t-1} Y_1 \quad (3)$$

と表せる。(1)式に(2)、(3)式を代入し整理すれば、

$$p = \frac{f}{\theta \sum_{t=1}^T \left( \frac{1+i}{1+g} \right)^{T-t}} \cong \frac{f}{\theta \sum_{t=1}^T (1+i-g)^{T-t}} = \frac{f(i-g)}{\theta \{(1+i-g)^T - 1\}} \quad (4)$$

を得る。ただし、 $(1+i)/(1+g) \cong 1+i-g$ としている。

本稿の想定では、長期金利と1人当たり賃金成

長率の差を1.3%としている。また、効率単位就業者数の2012年度から2110年度にかけての変化率は単純平均でマイナス1.2%である。積立金が主として国債で運用されるとすれば、長期金利と名目GDP成長率の差(=長期金利-賃金成長率-就業者数変化率)は2.5%となる。また、労働分配率については2010年度時点の53.7%で一定と設定している。

完全積立方式の下では、2012年度から2110年度までの99年間積立を行い( $T=99$ )、2110年度末の積立金対GDP比は医療で104.9%、介護で90.3%になる。

これらの値を(4)式に当てはめると、完全積立に必要な医療保険料率は0.46%、介護保険料率は0.40%となり、シミュレーションにおける積立のための追加の保険料率がほぼ再現できる。非常に長い期間をかけて積立金を蓄積しつつ複利運用することで、年当たりの保険料負担は非常に小さくなる事が分かる。

図6は、均衡財政方式を含む5方式での個人の医療・介護保険の生涯負担の平均値を生年別に示している。本稿のモデルでは各年の公費負担と保険料負担の所得比が計算されるので、各生年の個人ごとに所得と公費・保険料負担のシミュレーション開始時から生涯にわたる現在価値の比を求めている。1996年以降生まれは生涯にわたる負担が考慮されているが、それ以前に生まれた世代はシミュレーション開始時以前の所得と負担は考慮されていない。過去に保険料を負担していた世代では負担率が低くなるが、このこと自体は世代間の不公平を示すものではない。均衡財政方式では将来に生まれる世代ほど負担率が上昇する。2050年生まれ以降について生涯負担率はほぼ横ばいであるが、2082年生まれの世代が36.75%でピークとなる。

他の4方式では均衡財政方式に比べ、1990年頃生まれ以前の世代で負担率が上昇し、それ以降の世代で負担率が低下する。2040年頃までの世代の負担率は3方式で大きな違いはないが、それ以降では大きく異なる。完全積立方式では生涯負担率は低下していくが、部分積立方式ではほぼ横ばい、

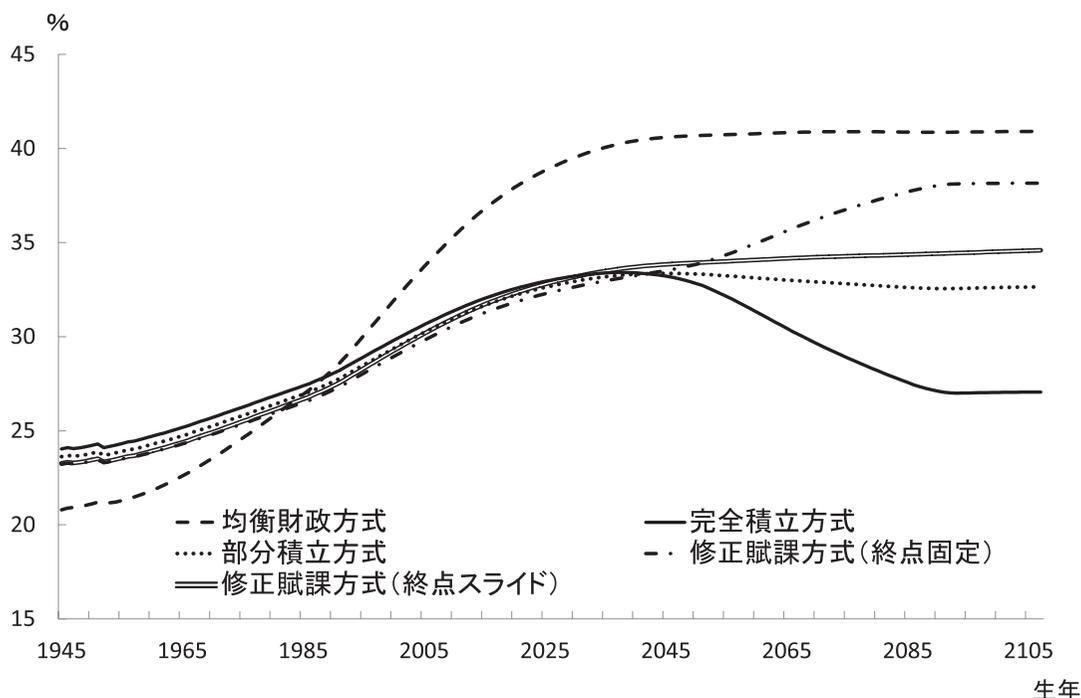


図6 生涯負担の推移

(注) 数値は各世代が生涯で負担する保険料・税負担の生涯所得に対する比率である。

修正賦課方式(終点固定)では生涯負担率は上昇していき、均衡財政方式の負担率水準に近づいていく。修正賦課方式(終点スライド)では部分積立方式よりやや高い水準で横ばいとなる。こうした差が出るのは、2110年度以降の保険料率が4方式で違い、それに直面する期間が長い将来世代の負担水準の差が大きくなるからである。

図7は、図6の一部を切り取り、生涯負担の逆転が起こる1970年生まれから1990年生まれの世代についてみている。均衡財政方式以外の4方式を比べると、2110年度により高い積立金を目指す方式ほど、当該世代の生涯負担率は高くなる。また、均衡財政方式と各4方式を比べると、ある世代を境に生涯負担の逆転が起こる。修正賦課方式(終点固定)では1982年生まれ以降、修正賦課方式(終点スライド)では1983年生まれ以降、部分積立方式では1986年生まれ以降、完全積立方式では1989年生まれ以降で、それぞれ均衡財政方式のもとよりも生涯負担が軽くなる。

### 3 公的年金改革への含意

本稿での医療・介護保険の政策シミュレーションがわが国の公的年金の財政方式に関する議論に対してどのような示唆をもつかを、ここで整理しておこう。

わが国の公的年金改革については、現行制度の給付の多くは将来の世代からの所得移転によって賄われる、事実上の賦課方式であるという認識に立って、積立方式への移行が唱えられることが多い(例えば八田・小口[1999])。しかし、2004年改正以前は実際の年金制度も積立方式への移行を意図しており、段階的に保険料を引き上げていく前提で財政見通しが作られていた。同時に、完全積立方式に移行するまで一定の保険料をとる「平準保険料」も計算されていた。改革提言の実質的な効果は、保険料を段階的に上げていく段階保険料方式から移行期間の保険料を一定にする平準保険料方式に転換することにある。

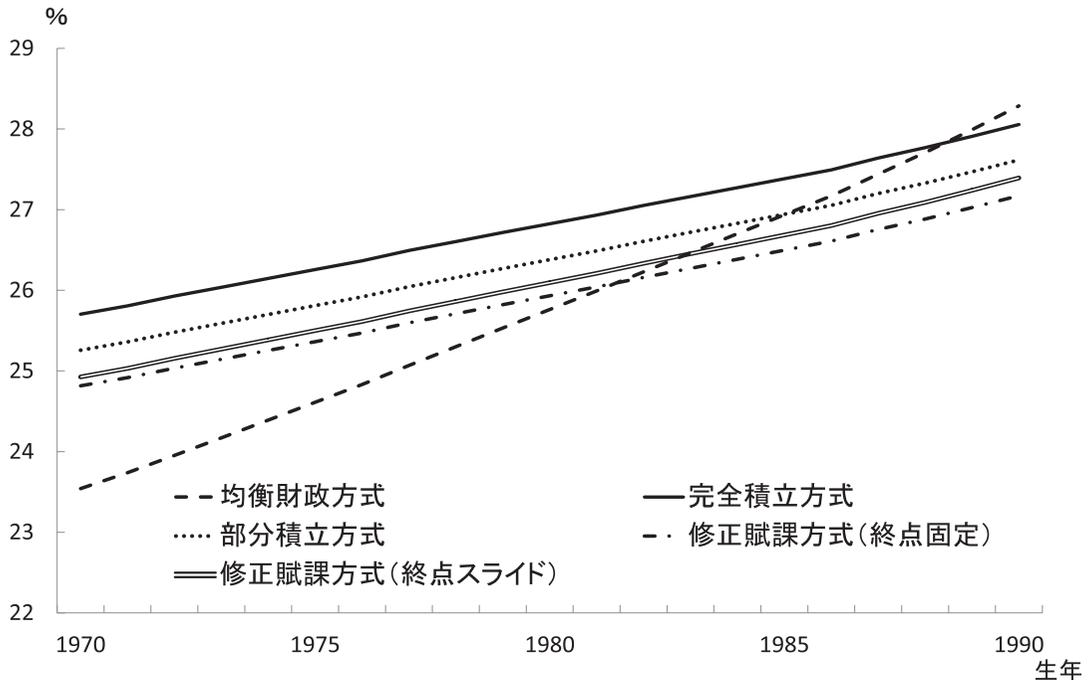


図7 生涯負担の推移 (1970-1990年生まれ)

(注) 数値は各世代が生涯で負担する保険料・税負担の生涯所得に対する比率である。

2004年改正で公的年金の財政方式は修正賦課方式に改革され、95年後には約1年間の給付に相当する積立金をもつ前提に変更された。段階保険料方式は維持されているが、長期的に積立金をもたないことになるため、保険料は若干低下する。完全積立方式と修正賦課方式とで保険料水準に若干の差が生じることは、本稿での分析と符合している。

人口構造が定常的な姿であれば、賦課方式のもとも一定の保険料、つまり平準保険料方式が実現されるだろう。しかし、これまでの先進国が経験したことの無い速度で高齢化が進行し続けるわが国の人口構成のもとでは、(長期間での均衡財政を目指し、その期間で保険料を平準化する)修正賦課方式でも将来の給付増に備えた保険料の引き上げが必要となり、事前積立の要素が非常に重要になってくる。本稿の分析が年金改革の議論に与える示唆は、賦課方式か積立方式かの選択よりも、段階保険料方式か平準保険料方式かの選択の

方が世代間の負担の構造に重要な意味をもつことである。

## V 結論

本稿では、医療・介護保険財政モデルの最新の改訂版(2012年10月版)を用い、将来に医療・介護保険の給付費の増加に備えて、事前に保険料を高め設定して積み立てておく制度の世代間負担に与える影響を考察した。約100年後に完全積立方式に移行する政策、積立金を完全積立方式での水準の50%とする政策(部分積立方式)、0とする政策(修正賦課方式)を比較した。

事前積立により医療保険料の平準化を図るためには、修正積立方式でも保険料を2.8%ポイント程度大幅に引き上げなければならない。それに比べ、完全積立方式まで積立金を積み立てるのに必要な追加の保険料率は0.5%ポイント程度と小幅であった。介護保険では、修正賦課方式のもとも

は、保険料の上昇幅は1.8%と医療保険をやや下回る程度となり、現在の介護保険料水準は低いものの、将来の高齢化による費用増の影響は大きいことがわかる。

世代別の生涯負担の動きを見ると、均衡財政方式では2040年頃生まれの世代まで負担が大きく上昇を続ける。他の3つの財政方式では2040年頃生まれの世代までの負担率に大きな違いはなく、均衡財政方式と比較して世代間の負担格差が縮小する。これは均衡財政方式と他の3方式との間で、移行過程での保険料に大きな差が生じるためである。2040年生まれ世代以降の生涯負担は3方式の間で大きく違っており、完全積立方式では生涯負担率は低下していくが、部分積立方式ではほぼ横ばい、修正賦課方式（終点固定）では生涯負担率は上昇していき、均衡財政方式の負担率水準に近づいていく。

完全積立方式への移行は、医療・介護保険を合わせて年間GDPの2倍の規模の積立金の蓄積が必要になり、それを運用できるのかという疑問が呈されている。また、均衡財政方式からの制度移行は将来世代の負担を現在世代が肩代わりするゼロ・サム型の改革であるため、実施の是非は政治的価値判断に委ねられる。さらに、制度移行が仮に実施されたとしても、将来にわたり制度移行をコミットするものではなく、その都度の政治的判断に左右されることは避けられない。しかしながら、半分の積立金をもつ制度や、最終的には積立金をもたない制度へ移行したとしても、将来世代の負担が低下する。長期にわたり保険料の平準化を図ることが、世代間の負担格差の縮小に重要な役割を果たすということが出来る。

## 謝 辞

本稿は、日本経済学会2013年度春季大会（富山大学、6月22、23日）における報告論文を加筆修正したものである。旧稿に対して討論者の小塩隆士氏をはじめとして有益なコメントを頂戴した。また、本誌の匿名査読者からは示唆に富む貴重なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。本稿の研究の一部は、科学研究費補助金・

基盤研究（B）24330098から助成を受けている。

（平成25年9月投稿受理）

（平成26年7月採用決定）

## 注

- 1) 修正賦課方式（終点スライド）は移行過程が永久に続くことを意味しており、当然ながら移行終了時点での保険料率の変動は起きない。
- 2) 前回版の2010年12月版までは、労働投入について就業者数ではなく労働力人口を用いていた。
- 3) 東日本大震災の影響により、2011年度の詳細な年齢階層別就業者数は岩手・宮城・福島を除外した全国値のものとなっている。3県を含む全国値である補完推計値が公表されているが、年齢階層は粗いものとなっている。そこで、補完推計値でまとめられている年齢階層内の就業者数が3県除く全国値と同じ比率で分布すると仮定して、詳細な年齢階層別就業者数を推計して、3県除く全国値と合計して、ここで用いた。
- 4) 本稿では、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」の基準ケースに準拠する方針で、医療費の単価の伸び率については「医療・介護に係る長期推計」において医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定を置いた伸び率を使用するケース（ケース①）の数値を用いた。また、経済前提については「経済財政の中長期試算」（2012年1月）の慎重シナリオに準拠している。将来のサービス提供体制については「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」の数値を再現する方針としたことから、それが採用する「医療・介護に係る長期推計」における改革シナリオ（パターン①）の数値に間接的に準拠していることになる。
- 5) 本項の分析と関連が深い鈴木（2009）も、同様の考え方にに基づき負担のみに絞った将来推計をおこなっている。
- 6) 雇用者報酬が雇用者への付加価値分配額であるのに対して、混合所得は個人企業への付加価値分配額であり、業主等の労働報酬の要素を含む。シミュレーションではこれらの和を労働への分配額とみなし、これらに保険料および公費負担のための税が課されると想定している。実際には、公費負担のための税財源は労働所得税に限られないため、本稿の推計は公費負担の課税ベースをやや狭く見積もっていることになる。
- 7) そのため、2110年以降の人口データを独自に推計した。
- 8) 本節は、2010年12月版を用いた福井・岩本（2011）の記述に沿う形で、今回版の結果を記述している。
- 9) アメリカ社会保障局（SSA）による年次レポートでは、Cheng and Baldwin（2004）に示された方

法に基づき人口やその他様々な要因の不確実性を考慮した上で老齢・遺族・障害保険(OASDI)に関する確率シミュレーションが実施されており、年次レポートが示す複数の将来シナリオがどの程度の確率分布の範囲内にあるかが検証されている。また、わが国についても鈴木(2009)が出生率と死亡率の不確実性も含めた医療保険財政の確率シミュレーションをおこなっている。なお、鈴木(2009)によれば、賦課方式の下での保険料率の不確実性の主要因は医療費変動と経済変動であり、人口変動分は非常に小さいと結論づけている。本稿の推計では将来人口の不確実性については取り扱っていないが、そのことが本稿の帰結を大きく左右するものではないと考えられる。勿論、出生、死亡、国際人口移動等、本稿で扱っている以外の不確実性も含めた確率シミュレーションも可能であり、それらが本稿の帰結に及ぼす影響については今後の検討課題としたい。

- 10) これは、Fukui and Iwamoto (2007) が、実際の保険料率に近い数値を再現するために、分母を所得ベースの90%としたことにしている。
- 11) 医療貯蓄勘定導入の是非をめぐっては、Eichner et al. (1996) や増原(2006) 等、年齢別の医療費分布を前提としたマイクロシミュレーションの応用による内外での研究蓄積がある。

#### 参考文献

- Cheng, Anthony W. and Robert E. Baldwin (2004), "A Stochastic Model of the Long-Range Financial Status of the OASDI Program," Actuarial Study No. 117, Social Security Administration.
- Eichner, M., M. McClellan, and D. Wise (1996), "Insurance or Self-insurance?: Variation, Persistence, and Individual Health Accounts," *NBER Working Paper* 5640.
- Feldstein, Martin (1999), "Prefunding Medicare," *American Economic Review Papers and Proceedings*, Vol. 89, No. 2, May, pp. 222-227.
- Fukui, Tadashi and Yasushi Iwamoto (2007) "Policy Options for Financing the Future Health and Long-term Care Costs in Japan," in Takatoshi Ito and Andrew Rose eds., *Fiscal Policy and Management in East Asia*, Chicago: University of Chicago Press.
- 八田達夫・小口登良(1999)『年金改革論—積立方式へ移行せよ』日本経済新聞社。
- 岩本康志・福井唯嗣(2007)「医療・介護保険への積立方式の導入」『フィナンシャル・レビュー』第87号, 44-73頁。
- ・———(2009)「医療・介護保険財政モデル(2009年9月版)について」
- ・———(2011)「医療・介護保険財政をどう安定させるか」鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護』日本経済新聞出版社, 45-71頁。
- ・———(2012a)「医療・介護保険の積立方式への移行に関する確率シミュレーション分析」『会計検査研究』第46号, 11-32頁。
- ・———(2012b)「医療・介護保険財政モデル(2012年10月版)について」
- 増原宏明(2006)「就業期累積医療費と医療貯蓄勘定—レセプトデータを用いたシミュレーション例」, 『フィナンシャル・レビュー』第80号, 94-116頁。
- 西村周三(1997)「長期積立型医療保険制度の可能性について」『医療経済研究』第4号, 13-34頁。
- 小黒一正(2006)「世代間格差改善のための医療保険制度モデル試案とその可能性:賦課方式と積立方式の補完的導入」『フィナンシャル・レビュー』第85号, 151-176頁。
- ・中軽米寛子・高間茂治(2007)「社会保障の「世代間格差」とその解決策としての『世代間の負担平準化』:介護保険における「積立勘定」の補完的導入を例に」財務省財務政策総合研究所ディスカッション・ペーパー 07A-05。
- 周燕飛・鈴木亘(2000)「介護保険債務と介護保険を通じた世代間所得移転」大阪大学社会経済研究所Discussion Paper No. 517。
- 鈴木亘(2000)「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」『日本経済研究』第40号, 88-104頁。
- (2009)「医療保険制度への積立方式導入と不確実性を考慮した評価」貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編『人口減少社会の社会保障制度改革の研究』中央経済社。
- (いわもと・やすし 東京大学大学院教授)  
(ふくい・ただし 京都産業大学教授)

## 2012（平成24）年度 社会保障費用 —概要と解説—

### 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト

#### はじめに

国立社会保障・人口問題研究所は2014（平成26）年11月11日に「平成24年度社会保障費用統計（旧「社会保障給付費」）」を公表した<sup>1)</sup>。本稿では第1部で2012（平成24）年度社会保障費用の概要を紹介し、解説を加える。第2部では2014年度に検討した「公的統計の整備に関する基本的な計画」への対応と、主な変更点について説明する。

#### 第1部 2012（平成24）年度社会保障費用の概要と解説

社会保障費用とは、社会保障給付費（ILO基準）と社会支出（OECD基準）の総称である。社会支出は、社会保障給付費と比べ、施設整備費など直接個人に帰着しない支出まで集計範囲に含む。また、社会保障給付費は1996年以降、ILO単一の基準による国際比較が不可能となっているのに対し、社会支出は定期的に更新・公表されており、国際比較の観点から重要な指標となっている。他方、社会支出では財源データを整備していないため（後掲注12参照）、社会保障の財源については社会保障給付費が利用できる。また、社会保障給付費は1950年以降、社会支出は1980年以降（ただし「積極的労働市場政策」のみ1990年以降）利用可能であるため日本の長期時系列推移をみるには社会保障給付費が適している。

第1部では、まずⅠで社会保障費用（社会支出、社会保障給付費）の総額、続くⅡで社会支出（政策分野別）、Ⅲで社会保障給付費（部門別）、Ⅳで

社会保障給付費（機能別）、Ⅴで社会保障財源、最後にⅥで東日本大震災関係の社会保障給付費の動向の順に結果の概要と増減要因を解説する。

#### Ⅰ 社会保障費用（社会支出、社会保障給付費）の総額—過去最高を更新

##### 1 社会支出

2012年度の社会支出の総額は112兆7,475億円、対前年度伸び率は0.6%（2011年度2.8%）、対国内総生産比は23.86%（2011年度23.65%）であった。

また、2012年度の国民1人当たりの社会支出は88万4,200円であり、1世帯当たりでは227万6,600円であった。

社会支出の総額および対国内総生産比は、1980年の集計開始以来いずれも過去最高であった。

##### 2 社会保障給付費

2012年度の社会保障給付費の総額は108兆5,568億円、対前年度伸び率は1.0%（2011年度2.7%）、対国内総生産比は22.97%（2011年度22.70%）であった。

また、2012年度の国民1人当たりの社会保障給付費は85万1,300円であり、1世帯当たりでは219万2,000円であった。

社会保障給付費の総額は1950年の集計開始以来最高額であり、対国内総生産比も1951年の集計開始以来最高値であった。

表1 社会保障費用の総額

社会保障費用	2011年度	2012年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
社会支出	1,120,201	1,127,475	7,274	0.6
社会保障給付費	1,075,061	1,085,568	10,507	1.0

注) 社会支出には、社会保障給付費に加えて、施設整備費等の個人に帰着しない支出も集計範囲に含む。詳しくは国立社会保障・人口問題研究所(2014a) 52-53頁参照。  
出所) 国立社会保障・人口問題研究所(2014a)。

表2 社会保障費用の対国内総生産比および対国民所得比

社会保障費用	2011年度	2012年度	対前年度増加分
	%	%	%ポイント
社会支出			
対国内総生産比	23.65	23.86	0.21
対国民所得比	32.09	32.11	0.02
社会保障給付費			
対国内総生産比	22.70	22.97	0.27
対国民所得比	30.80	30.92	0.12

資料) 国内総生産および国民所得は、内閣府「平成26年版国民経済計算年報」による。  
出所) 表1に同じ。

表3 1人(1世帯)当たり社会保障費用

社会保障費用	2011年度	2012年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	千円	千円	千円	%
社会支出				
1人当たり	876.5	884.2	7.7	0.9
1世帯当たり	2,263.9	2,276.6	12.7	0.6
社会保障給付費				
1人当たり	841.2	851.3	10.1	1.2
1世帯当たり	2,172.6	2,192.0	19.3	0.9

注) 1世帯当たり社会支出=平均世帯人員×1人当たり社会支出によって算出した。1世帯当たり社会保障給付費も同様の方法による。

資料) 人口は、総務省統計局「人口推計-平成24年10月1日現在」。

平均世帯人員数は、厚生労働省「平成24年国民生活基礎調査」による。

出所) 表1に同じ。

## II 社会支出(政策分野別)<sup>2)</sup> - 「高齢」と「保健」で約8割を占める、「積極的労働市場政策」の増加、「他の政策分野」の大幅減

2012年度の社会支出を政策分野別にみると、「高齢」が最も多く(47.6%)、次いで「保健」(32.7%)、「遺族」(6.0%)、「家族」(5.5%)、「障害、業務災害、傷病」(4.4%)、「他の政策分野」(1.2%)、「失業」(1.2%)、「積極的労働市場政策」(0.9%)、

「住宅」(0.5%)の順となっており、「高齢」と「保健」の2分野で総額の約8割(80.3%)を占めている。また、前年度に比べ「他の政策分野」の構成割合が大きく減少した。

2012年度の政策分野別社会支出を対前年度伸び率で見ると、「積極的労働市場政策」が10.4%と増加する一方で、「他の政策分野」が49.0%減少している。

「積極的労働市場政策」の増加の主な要因は、「雇用奨励金」が1,299億円減(29.8%減)であっ

表4 政策分野別社会支出

社会支出	2011年度	2012年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
合計	1,120,201 (100.0)	1,127,475 (100.0)	7,274	0.6
高齢	521,233 (46.5)	536,272 (47.6)	15,038	2.9
遺族	68,131 (6.1)	67,933 (6.0)	△198	△0.3
障害、業務災害、傷病	47,674 (4.3)	49,140 (4.4)	1,466	3.1
保健	362,931 (32.4)	368,735 (32.7)	5,804	1.6
家族	63,933 (5.7)	62,166 (5.5)	△1,767	△2.8
積極的労働市場政策	9,144 (0.8)	10,092 (0.9)	947	10.4
失業	14,048 (1.3)	13,317 (1.2)	△731	△5.2
住宅	5,470 (0.5)	5,735 (0.5)	265	4.9
他の政策分野	27,637 (2.5)	14,085 (1.2)	△13,552	△49.0

注) 1) ( ) 内は構成割合である。

2) 政策分野別の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所（2014a）52-53頁を参照。出所）表1に同じ。

たものの、「訓練」が1,042億円増（73.9%増）、「直接的な仕事創出」が1,360億円増（155.3%増）となったことによる<sup>3)</sup>。

「他の政策分野」が減少したのは、「その他の現金給付」の6,748億円減（87.4%減）、「社会的支援としての現物給付」の7,054億円減（98.4%減）による。いずれも2012年度において東日本大震災関連の支出が大幅に減ったためであり、例えば「その他の現金給付」に含まれる「所得補助（生活保護）以外の現金給付」については、東日本大震災復興・復興高齢者等雇用安定・促進費（緊急雇用創出事業）や被災者生活再建支援制度支援金など、また「社会的支援としての現物給付」については災害救助費等負担金などが、2012年度は計上されなかった、あるいは、大幅に減額されている。

### Ⅲ 社会保障給付費（部門別）－「介護対策」は増加したものの「福祉その他」が減少

2012年度の社会保障給付費を部門別にみると、「医療」が34兆6,230億円（31.9%）、「年金」が53兆9,861億円（49.7%）、「福祉その他」が19兆9,476億円（18.4%）であり、「福祉その他」の構成割合が下がった。

2012年度の部門別社会保障給付費を対前年度伸び率でみると、「医療」が1.6%、「年金」が1.7%であったが、「福祉その他」は2.1%減であった。ただし、「福祉その他」のうち、「介護対策」は6.4%の伸びとなっている。

部門別社会保障給付費の対前年度伸び率を時系列でみると、「医療」は2003年度の1.3%以来の低

い伸び、「年金」は過去最低の伸び率を示した2011年度よりは上昇したものの過去10年間では平均的な伸び(5番目に低い伸び)であった。一方、「福祉その他」は2003年度以来のマイナスの伸びとなった。

## 1 医療

2012年度の「医療」は全体としては1.6%の伸び(5,609億円増)を示した。「医療」の伸びが鈍化した<sup>4)</sup>要因としては、医療給付において①診療報酬がプラス改定であったものの小幅(+0.004%)に留まったこと、②受診延日数が減少傾向にあること、③1日当たり医療費の伸び率が前年度より低くなっていること、が要因として考えられる<sup>5)</sup>。

制度別にみると、「医療」の増加に最も寄与したのは、後期高齢者医療制度(3,933億円増)、次いで国民健康保険(1,327億円増)であった。後期高齢者医療制度の給付は、増加(対前年度比3.2%)となった。後期高齢者医療制度の被保険者1人当たり医療費は押さえられた(対前年度比0.1%)ものの、被保険者数が増加した(対前年度比2.9%)<sup>6)</sup>ため、給付額が増加したものと考えられる。他方、国民健康保険の給付は増加(対前年度比1.4%)となった。同制度の被保険者数は減少した(対前年度1.6%減)ものの、1人当たり医療

費が増加(対前年度比2.4%)したこと<sup>7)</sup>が要因と考えられる。同制度における1人当たりの医療費の伸びは、1人当たり給付額が大きい高齢者が被保険者全体に占める割合が大きくなったことが挙げられる<sup>8)</sup>。

## 2 年金

2012年度の「年金」については、年金額の改定は0.3%減であったが、次に示すように国民年金の給付総額が増加したことなどの影響により、全体として1.7%の増加(9,115億円増)となった。

制度別にみると国民年金の対前年度伸び率は4.0%(7,376億円増)、厚生年金基金等の対前年度伸び率は4.8%(1,010億円増)、厚生年金保険の対前年度伸び率は0.5%(1,123億円増)であった。

国民年金の給付総額の増加は受給者数の増加(4.1%増)が要因と考えられる。なお、2012年度中に満65歳に達したのは第一次ベビーブームの始まった1947年度の生まれの人であるが、2013年度以降も65歳以上人口の伸び率を若干超える受給者数の増加が予想され、それと同等の支給額の増加が予測される。厚生年金については、受給者数が昨年度と同等の伸びであった上に、2012年度は年金額が0.3%引き下げられたことや、女性の定額部分の支給開始年齢が63歳に引き上げられたこ

表5 部門別社会保障給付費

社会保障給付費	2011年度	2012年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,075,061 (100.0)	1,085,568 (100.0)	10,507	1.0
医療	340,621 (31.7)	346,230 (31.9)	5,609	1.6
年金	530,747 (49.4)	539,861 (49.7)	9,115	1.7
福祉その他	203,693 (18.9)	199,476 (18.4)	△4,217	△2.1
介護対策(再掲)	78,881 (7.3)	83,965 (7.7)	5,084	6.4

注) 1) ( ) 内は構成割合である。

2) 部門別の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所(2014a)27頁、50頁を参照。出所)表1に同じ。

となどにより老齢年金受給権者の平均年金月額が若干低下した<sup>9)</sup>ことから、給付の伸びも低かったものと考えられる。

### 3 福祉その他

2012年度の「福祉その他」については、介護保険を含む「介護対策」は増加したものの、社会福祉、児童手当、他の社会保障制度が減少したため、全体として4,217億円の減少となった。これは2003年度（対2002年度比0.4%減）以来のマイナスの伸びである。

「福祉その他」の減少の要因は、主として、東日本大震災等の影響による災害関係費用が減少したこと（災害救助費負担金の減額（4,831億円減）、被災者生活再建支援事業の減額（1,555億円減）など）による。

他方、「介護対策」の増加は、介護保険の給付が対前年度比伸び率6.4%となったことによる。これは、介護報酬の改定（+1.2%）、および受給者の増加（0.3%増）<sup>10)</sup>が要因と考えられる。

### IV 社会保障給付費（機能別）－災害関連費用の減少により「生活保護その他」が減少

2012年度の社会保障給付費を機能別にみると、「高齢」が全体の49.0%で最も大きく、次いで「保健医療」が30.4%であり、この2つで79.4%を占めている。これ以外では、「遺族」（6.2%）、「家族」（5.1%）、「障害」（3.4%）、「生活保護その他」（2.9%）、「失業」（1.5%）、「労働災害」（0.9%）、「住宅」（0.5%）の順となっており、2011年度と

表6 機能別社会保障給付費

社会保障給付費	2011年度	2012年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,075,061 (100.0)	1,085,568 (100.0)	10,507	1.0
高 齢	517,817 (48.2)	532,091 (49.0)	14,273	2.8
遺 族	68,021 (6.3)	67,822 (6.2)	△199	△0.3
障 害	35,287 (3.3)	37,257 (3.4)	1,970	5.6
労働災害	9,353 (0.9)	9,305 (0.9)	△48	△0.5
保健医療	324,624 (30.2)	330,546 (30.4)	5,922	1.8
家 族	57,232 (5.3)	55,001 (5.1)	△2,231	△3.9
失 業	17,777 (1.7)	16,348 (1.5)	△1,430	△8.0
住 宅	5,470 (0.5)	5,735 (0.5)	265	4.9
生活保護その他	39,478 (3.7)	31,462 (2.9)	△8,016	△20.3

注) 1) ( ) 内は構成割合である。

2) 機能別の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所（2014a）54～55頁を参照。出所）表1に同じ。

比較して「生活保護その他」の構成割合が下がった。

対前年度伸び率でみると、まず「生活保護その他」が大幅に減少した(20.3%減)ことが指摘できる。また、2010年度に大幅に増加し、2011年度も増加していた「家族」も減少した(3.9%減)。

「生活保護その他」の減少は、部門別社会保障給付費の「福祉その他」の減少と同じく(Ⅲ3)、主として、東日本大震災等の影響による災害関係費用が減少したことによる。「家族」の減少は、児童手当(子ども手当)が、2012年度は対前年度2,828億円減(対前年度比10.9%減)となったためである。児童手当(子ども手当)の減少は、2011年10月から児童手当の額の変更<sup>11)</sup>が満年度ベース化されたことが要因として挙げられる。

## V 社会保障財源—「資産収入」が大幅増、「国庫負担」、「その他」が減少

社会保障財源の概念は社会保障給付費と同様ILO基準に対応するもので、総額には、給付費に加えて、管理費および施設整備費などの財源も含まれる<sup>12)</sup>。

2012年度の社会保障財源の総額は127兆555億円であり、対前年度伸び率は9.9%となった。

大項目別社会保障財源の構成割合をみると、「社会保険料」が48.3%、「公費負担」が33.5%、「他の収入」が18.2%であった。

小項目別社会保障財源の構成割合をみると、「被保険者拠出」が最も多く(25.4%)、次いで、「国庫負担」(23.8%)、「事業主拠出」(23.0%)、「資産収入」(12.6%)、「他の公費負担」(9.7%)、「その他」(5.6%)の順となっており、「資産収入」の構成割合が大幅に高くなった。

小項目別社会保障財源の対前年度伸び率でみると、「資産収入」(337.9%増)が最も大きく、次いで「被保険者拠出」(3.7%増)、「他の公費負担」(2.7%増)、「事業主拠出」(0.5%増)であり、「その他」(15.8%減)および「国庫負担」(3.9%減)はマイナスとなった。

## 1 社会保険料

### (1) 被保険者拠出

「被保険者拠出」の増加(1兆1,542億円増)は、主として、厚生年金保険(3,425億円増)、介護保険(3,380億円増)、全国健康保険協会管掌健康保険(2,266億円増)、組管管掌健康保険(2,008億円増)における増加が要因であり、全体として対前年度3.7%の伸び率となった。

「被保険者拠出」の増加の要因について、制度別にみると、厚生年金保険については、被保険者数の若干の増加と保険料率の引上げ<sup>13)</sup>、介護保険については、第1号保険料の上昇および被保険者数の増加<sup>14)</sup>、全国健康保険協会管掌健康保険については、制度加入者の若干の増加と保険料率の引上げ<sup>15)</sup>、組管管掌健康保険については、制度加入者の下げ止まりと保険料率の引上げ<sup>16)</sup>が挙げられる。

### (2) 事業主拠出

「事業主拠出」は、厚生年金保険(3,425億円増)、全国健康保険協会管掌健康保険(2,291億円増)、組管管掌健康保険(2,092億円増)で増加した一方で、国家公務員共済(679億円減)、地方公務員等共済(2,090億円減)、雇用保険等(1,542億円減)で減少した結果として、1,534億円の増加、対前年度増加率0.5%の低い伸びとなった。厚生年金保険、全国健康保険協会管掌健康保険、組管管掌健康保険の保険料は労使折半であるため、「事業主拠出」の増加要因は、「被保険者拠出」の増加の要因と同じである。しかしながら、全体の伸び率では「事業主拠出」(0.5%増)と「被保険者拠出」(3.7%増)の差が生じており、これは各拠出に固有の要因による。この差の主な要因としては、

「被保険者拠出」は介護保険の第1号被保険者拠出(対前年度増加率23.9%)の大幅増が全体の伸びを押し上げた一方、「事業主拠出」については国家公務員共済および地方公務員等共済が精算分<sup>17)</sup>の関係で大幅に減少(679億円減、2,090億円減)した結果全体の伸びが鈍化したことが挙げられる。

## 2 公費負担

### (1) 国庫負担

「国庫負担」は、負担額ベースでは、後期高齢者医療制度（3,309億円増）、国民年金（3,340億円増）で増加しているものの、厚生年金保険（4,309億円減）、公衆衛生（4,084億円減）、児童手当（子ども手当）（3,670億円減）、社会福祉（3,501億円減）、雇用保険等（2,002億円減）の各制度で減少しており、総額は減少した（1兆2,410億円減）。

各制度における「国庫負担」の減少の要因は以下の通りである。厚生年金保険については、基礎年金制度において2010年度分の基礎年金拠出金の精算分が小さかったことによる<sup>18)</sup>。公衆衛生については、2011年度に計上されていた子宮頸がん等

ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金（基金化）の積み増しがなされていないこと（2011年度1,052億円）、地域医療再生臨時特例交付金（基金化）の積み増しがなされていないこと（2011年度2,100億円、震災分としてさらに720億円）などによる。児童手当（子ども手当）については、2011年度後半から児童手当の額が変更されたことに伴い国庫負担分も変更されたことによる<sup>19)</sup>。社会福祉については、主として、災害救助費等負担金の減額、災害弔慰金等負担金の減額など、東日本大震災にかかる経費が減額されたことによる。雇用保険等については、2011年度に東日本大震災復旧・復興高齢者等雇用安定・促進費として支出されていた緊急雇用創出事業臨時特例交付金が2012年度は廃

表7 項目別社会保障財源

社会保障財源	2011年度	2012年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	1,156,569	1,270,555	113,987	9.9
	(100.0)	(100.0)		
社会保険料	601,081	614,156	13,075	2.2
	(52.0)	(48.3)		
被保険者拠出	310,659	322,200	11,542	3.7
	(26.9)	(25.4)		
事業主拠出	290,422	291,956	1,534	0.5
	(25.1)	(23.0)		
公費負担	434,672	425,469	△9,203	△2.1
	(37.6)	(33.5)		
国庫負担	315,171	302,761	△12,410	△3.9
	(27.3)	(23.8)		
他の公費負担	119,501	122,707	3,206	2.7
	(10.3)	(9.7)		
他の収入	120,816	230,931	110,115	91.1
	(10.4)	(18.2)		
資産収入	36,529	159,968	123,439	337.9
	(3.2)	(12.6)		
その他	84,287	70,963	△13,325	△15.8
	(7.3)	(5.6)		

注) 1) ( ) 内は構成割合である。

2) 公費負担とは「国庫負担」と「他の公費負担」の合計である。また、「他の公費負担」とは地方自治体の負担を示す。但し、地方自治体の負担とは国の制度に基づいて地方自治体が負担しているものであり、地方自治体が独自に行っている事業に対する負担は公費負担医療費給付分および公立保育所運営費のみを含み、それ以外は含まない。

3) 「資産収入」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。

出所) 表1に同じ。

止されたことによる影響が大きい。

## (2) 他の公費負担<sup>20)</sup>

「他の公費負担」は、主として、国民健康保険(1,539億円増)、後期高齢者医療制度(1,058億円増)、児童手当(子ども手当)(818億円増)、介護保険(748億円増)で増加している。他方、地方公務員等共済(427億円減)、公衆衛生(431億円減)、他の社会保障制度(640億円減)で減少しているが、全体として、3,206億円の増加となっている。

国民健康保険の「他の公費負担」の増加は、都道府県調整交付金が給付費等の7%から9%に引き上げられたことによるものと考えられる。後期高齢者医療制度の「他の公費負担」の増加は、被保険者数の増加(対前年度比2.9%)、保険料率の引上げ<sup>21)</sup>による。介護保険における「他の公費負担」の増加は、第1号被保険者数の増加(対前年度比3.9%増)、1人当たり給付費の増加(対前年度比2.7%増)となったことにより、介護保険給付自体が増加したことが要因と考えられる。また、他の社会保障制度における「他の公費負担」の減少は、2011年度計上されていた被災者生活再建支援事業が計上されなかったことなどによるものと考えられる。

## 3 他の収入

### (1) 資産収入

「資産収入」の収益は、厚生年金保険(10兆4,707億円)、次いで厚生年金基金等(3兆2,025億円)、

国民年金(7,293億円)であり、それぞれ大きく増加したことが「資産収入」の増加につながっている。これは、運用環境の改善により積立金の運用実績が向上したことが要因と考えられる<sup>22)</sup>。

### (2) その他

「その他」が減少したのは、主として、厚生年金保険(1兆7,135億円減)で大きく減少したことによる。その要因は、運用収入の改善などに伴い、積立金からの受入れが大幅に縮小したことである。

## VI 東日本大震災関係の社会保障費用

社会保障費用の集計においては、2011年3月11日に発生した東日本大震災の影響により、増加ないし新設されたさまざまな分野にかかる費用のうち社会保障費用に該当するとして項目を含んでいる<sup>23)</sup>。東日本大震災関係の社会保障給付費として計上されたこれらの費用は、2011年度は約9,700億円であったが、2012年度は約700億円に減少した。その要因は、主として、災害救助費(災害救助費負担金4,831億円減(2011年度に東日本大震災復旧・復興災害救助等諸費として計上された分を含めると5,165億円減))、被災者生活再建支援制度(1,555億円減)、医療・介護保険の自己負担減免分(731億円減)などである。

表8 主な東日本大震災関係の社会保障費用

項目	政策分野別 社会支出	部門別 社会保障給付費	機能別 社会保障給付費	費用 (2012年度)	過去の費用(億円)			
					2011	2010	2009	2008
災害救助費	他の政策分野	福祉その他	生活保護 その他	17億円	5,181	390	8	6
災害弔慰金・災害障害見舞金				3億円	781	2	2	1
被災者生活再建支援制度				567億円	2,122	3	17	42
福島県健康管理基金				7億円	782	-	-	-
災害復旧費 (病院、社会福祉施設等)		×	×	49億円	996	0	0	3
緊急雇用創出事業(震災関係)				156億円	3,722	-	-	-
医療・介護保険の自己負担等減免	高齢/保健	医療/ 福祉その他	高齢/ 保健医療	141億円	872	-	-	-

出所) 国立社会保障・人口問題研究所作成。

## 第2部 2012（平成24）年度社会保障費用—「公的統計の整備に関する基本的な計画」への対応と変更点

第2部では、2014年度に検討した「公的統計の整備に関する基本的な計画」への対応と、主な変更点について説明する。

### I 「公的統計の整備に関する基本的な計画」への対応

(i) 「公的統計の整備に関する基本的な計画」で求められた具体的な対応

2014年3月に、2014年度から5年間の「公的統計の整備に関する基本的な計画（第II期公的統計基本計画）」（以下、「基本計画」と省略）が閣議決定されたことを受けて、基幹統計である社会保障費用統計も「基本計画」への対応が求められている。

社会保障費用統計は、「基本計画」のなかで、諸外国の統計との比較可能性を向上させる観点から、基幹統計化を行い、国民経済計算を含め、各種の国際基準に基づく統計との整合性の向上を図っている。」という一定の評価を受けたが、「少子高齢化が急速に進展している中、社会保障政策に係る国民の関心の高まりを背景に、提供する統計データの一層の充実が求められている。」として、以下3つの事項について具体的な対応が求められた（表9参照）。

第1点目は、公表時期の早期化である。社会保障費用統計の公表時期は、当該年度から2年遅れとなっている。この公表時期をできる限り早期化することが求められた。

第2点目は、ILO基準に基づいた制度間移転のクロス集計の充実である。医療、年金、介護について、制度間移転をより分かりやすく示す工夫が

求められた。

第3点目は、集計項目の細分化である。現集計表は、国際基準に沿った項目となっているが、より細分化して公表することが求められた。

(ii) 指摘事項への対応

第1点目の早期化に関しては、関係部局の協力を得て、2013年度に比べて公表を1ヶ月前倒しした。社会保障費用統計のうちOECD基準の「保健」は、厚生労働省「国民医療費」を使用している。そのため同統計の公表時期が、社会保障費用統計の公表時期を左右する<sup>24)</sup>。そこで今年度の対策として、社人研より関係部局に早期化への協力を強く働きかけた結果、国民医療費、そして社会保障費用統計も昨年より早い公表が可能となった。ただしこれは平年並みを最低限達成したに過ぎず、2015年度以降、関係部局の協力を得て、より一層の早期化を目指していく。

第2点目の制度間移転のクロス集計の充実に関しては、介護保険制度の保険料拠出の位置づけについて検討をした。

介護保険の第2号被保険者の保険料は、各医療保険者で一体徴収され、一旦、診療報酬支払基金（以下、支払基金）に繰入れされたのち、各市町村に納付される。現在、社会保障費用統計では、介護保険の第2号被保険者分の保険料拠出も各医療保険の収入として計上され、支払基金への繰入分は「他制度への移転」として各医療保険の支出に計上されている。また介護保険からみれば、第2号被保険者の保険料は、「他制度からの移転」として収入に計上され、保険料拠出としては第1号被保険者分しか計上されていない。

そのため社会保障費用統計の集計上、各医療保険では保険料拠出収入が介護保険の第2号被保険者分が加算されており、その分医療保険の保険料

表9 今後5年間に講ずる具体的施策

具体的な施策	実施時期
○ 社会保障費用統計の公表時期の早期化、ILO基準に基づいた制度間移転のクロス集計の充実及び集計項目の細分化に努める。	平成26年度から実施する。

出所) 総務省 (2014) より抜粋。

拠出収入より大きくなっている。一方、介護保険で計上されている保険料拠出額は第1号被保険者分のみのため、計上されていない第2号被保険者分が小さくなっている。加えて、第2号被保険者の保険料は労使折半となっているが、前述の通り、第2号被保険者分は各医療保険者の収入として集計されているため、介護保険の事業主負担分の計上がなくなってしまう。

これらは、各制度の設計上の財源構成－介護保険制度は公費負担、被保険者拠出、事業主拠出からなる－と一致していない<sup>25)</sup>。またこのことによつて、社会保障費用の各収入分類は、SNAの分類方法とも一致していない<sup>26)</sup>。社会保障費を集計するための国際基準(OECD基準・ILO基準)では、SNAの分類方法にも準ずることが求められている。

そこで、制度設計との整合性とSNAとの調和をはかるべく、第2号被保険者拠出を各医療保険者から介護保険へ付け替えることを検討した。しかしながら、次の2点の課題が明らかとなり、2012年度社会保障費用統計公表では、従前どおりの集計方法となっている。課題の一点目は、徴収した被保険者保険料と支払基金納付額が一致していないことである。そのため、第2号被保険者の保険料拠出を各医療保険から介護保険に付け替えても、実際の介護保険の収入額に一致しない。二点目は、各医療保険者が第2号被保険者の保険料拠出を運用して得た利益をどのように集計上取り扱うか、結論をみなかったことである。そのため、介護保険の第2号被保険者の保険料拠出の位置づけについては、2013年度版以降の課題となっている。

第3点目の集計項目の細分化については、OECD基準集計表をさらに細分化した表を参考としてホームページに掲載することとした。2013年度版以降、他の集計表についても細分化した公表を一層進めていく。

なお、上記課題の検討に際しては、統計委員会の委員である、一橋大学経済学部北村行伸教授および法政大学理工学部中村洋一教授にヒアリングを行い、「後期高齢者などについて各医療保険か

らの制度間移転が見えるようなクロス集計を行ってはどうか」などの指摘を受けた。頂いたご意見を踏まえて、来年度以降さらなる改善を図っていく。

## II 2012年度版の変更点

作成方法の通知の変更を伴わない、軽微な変更として、心身障害者扶養保険制度の集計方法の見直しを行い2005年度まで遡及した。心身障害者扶養保険制度は、障害者のいる保護者が自らの生存中に毎月一定の掛金を納めることで、保護者に死亡・重症障害があったとき、障害者に終身一定額の年金を支給する制度である。本制度には、国と地方から毎年補助金が出ており、また制度の位置づけも法律で規定されているため社会保障費用統計の集計範囲に該当する。2011年度版まで国から同制度への交付金を「社会福祉」の「国庫負担」および「その他支出」に計上していたが、2012年度版より「社会福祉」から独立させ、交付金ではなく実施主体における収支を国際基準に沿って適切に計上することとした。具体的には、ILO基準の「遺族」「障害」給付ならびに「国庫負担」「地方負担」の財源として計上<sup>27)</sup>、ならびにOECD基準の義務的私的支出として「遺族」「障害、業務災害、傷病」に追加した。

### おわりに

本稿では、第1部で「2012（平成24）年度社会保障費用統計」の結果の概要と増減要因を述べ、第2部では「公的統計の整備に関する基本的な計画」への対応と変更点について述べた。2013年度版以降の検討課題として残っているのは、「基本計画」で求められた具体的施策への対応に加えて、地方単独事業の取り扱いがある。

国立社会保障・人口問題研究所（2014c）でも述べているように、社会保障費用統計において、地方単独での社会保障事業を把握する必要がある。2012年度社会保障費用統計には、地方単独での社会保障事業費として公立保育所運営費、公費

負担医療が含まれている。税・社会保障一体改革における消費税引上げ分の国と地方の配分を巡って、社会保障関係の地方単独事業の負担がクローズアップされた。今後、消費税増税分がどれだけ社会保障に還元されたかを観察するためには、地方単独事業分も含めて分析することが肝要であろう。

「基本計画」で指摘された事項に関しては、2014年度に検討を開始した、早期化、集計の充実化、統計の利便性の向上について、継続的に検討を行い具体的な施策に移していく予定である。

## 謝 辞

社会保障費用統計の改善に向けて、ヒアリングにご協力頂いた、一橋大学経済学部北村行伸教授および法政大学理工学部中村洋一教授に記して感謝申し上げる。

## 注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所（2014a）参照。同内容は研究所ホームページに全文掲載してある。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（2014b））に解説を掲載した。
- 2) 公表資料では、日本の社会支出に加えて、各国の社会支出との国際比較を掲載している。本稿では、日本についてのみ取り上げ、国際比較については別稿（国立社会保障・人口問題研究所（2014b））において取り上げているので参照されたい。
- 3) 「雇用奨励金」には、雇用調整助成金、受給資格者創業支援助成金などの雇用安定等給付金（1,305億円減）および特定求職者雇用開発助成金などの雇用安定等給付金（198億円増）などが含まれる。「訓練」の増加には緊急人材育成・就職支援基金の積み増し（緊急人材育成・就職支援事業臨時特例交付金600億円）、「直接的な仕事創出」は緊急雇用創出事業臨時特例交付金の増額などが含まれる。
- 4) 過去5年の「医療」の対前年度伸び率については、2007年度は3.0%、2008年度は2.2%、2009年度は4.0%、2010年度は4.8%、2011年度は3.5%であった。
- 5) 厚生労働省保険局「平成24年度医療費の動向」
- 6) 厚生労働省保険局「平成24年度後期高齢者医療事業状況報告」
- 7) 厚生労働省保険局「平成24年度国民健康保険事業年報」
- 8) 国民健康保険の一般被保険者のうち65歳から74歳の高齢者の占める割合は、2008年度は28.9%、2009年度は29.5%、2010年度は29.3%、2011年度は30.0%、2012年度は31.6%と推移している（厚生労働省保険局「（各年度）国民健康保険事業年報」より算定）。
- 9) 厚生労働省年金局「平成24年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」。平均年金月額の下り理由については、社会保障審議会年金数理部会「平成24年度公的年金財政状況報告」p.61参照。
- 10) 厚生労働省老健局「平成24年度介護保険事業状況報告」
- 11) 児童手当（子ども手当）の支給額については、2011年9月までは子ども手当法により中学生まで一律に月額13,000円が支給されていたが、同年10月以降は、0～3歳未満の児童については月額15,000円、3歳以上小学校修了前の児童については第1、2子については月額10,000円、第3子以降は月額15,000円、中学生については月額10,000円となった。さらに、2012年6月以降は所得制限が導入された。例えば、被用者・非被用者ともに夫婦と子ども2人の世帯では、年収960万円以上の場合には、中学校修了までの子ども1人につき、5000円を支給することとなった。
- 12) 財源はILO基準のみであり、OECD基準社会支出に対応する財源の集計は存在しない。OECDでは別の統計（Revenue Statistics歳入統計）において、各国の税、社会保険料の国際比較データを整備している。ただし、Revenue Statisticsの税には、社会保障に加えて防衛費などへ充当する分も含み、社会保障に限った財源をみるデータとしては不相当である。将来、OECDが社会支出とRevenue Statisticsを一体化させる形で拡張される可能性があるが、多大な労力がかかるため実現は難しい状況にある（Adema et al. 2011）。一方、欧州諸国に限れば、ESSPROS統計において社会保障の財源データが整備されており、国際比較が可能である。しかし、日本は、ESSPROS統計を整備していないため、比較ができない。日本と諸外国の比較可能な財源データの整備が今後の課題であることは、国立社会保障・人口問題研究所（2011）でも指摘されているところである。
- 13) 厚生年金保険料率（2012年10月1日改定）は16.412%から16.766%へ0.354%増加した。2012年度の厚生年金保険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0.5%であった（厚生労働省年金局「平成24年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」）。
- 14) 介護保険の第1号保険料の全国平均基準額は、月額4,160円（2009年度～2011年度）から月額4,972円（2012年度～2014年度）に上昇した。また、2012年度の介護保険第1号被保険者の対前年度伸び率は3.9%であった（厚生労働省老健局「平成

- 24年度介護保険事業状況報告) ]
- 15) 全国健康保険協会管掌健康保険の全国平均保険料率(2012年3月改定)は40歳以上の介護保険第2号被保険者で、11.01%から11.55%へ0.54%増加した。2012年の全国健康保険協会管掌健康保険制度加入者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0.5%であった(厚生労働省保険局「平成24年度健康保険・船員保険事業報告」)、全国健康保険協会「平成24年度事業年報」)。
  - 16) 組管管掌健康保険の全国平均保険料率は40歳以上の介護保険第2号被保険者で、9.23%から9.62%へ0.39%増加した。(健康保険組合連合会「(各年度)健保組合予算早期集計結果の概要」)。また、組管管掌健康保険制度加入者については近年減少が続いていたが2012年度は増加に転じ、対前年度伸び率は0.1%であった。また、標準報酬月額の前年度伸び率は0.3%であった(厚生労働省保険局「平成24年度健康保険・船員保険事業報告」)。
  - 17) 国家公務員共済および地方公務員等共済の事業主負担分の減少については、追加費用(両制度からの給付のうち制度発足前の恩給公務員期間に係る部分に要する費用)が被用者年金一元化法案(廃案)の関係で平成22年度の精算分が本来水準に戻ったため、大きく減少したもの。(参考:社会保障審議会年金数理部会「平成24年度公的年金財政状況報告」P.22)。
  - 18) 2010年度より概算額算出に用いる国民年金納付率の変更(2009年度までの80%から2010年度は実態に即した62%へ変更)により、各制度の拠出金算定対象者割合が変化したことで、概算額は国民年金で減少し、被用者年金では増加した。その結果、2012年度以降は納付率の違いにかかる精算分が小さくなるため、対前年度で見ると、2012年度の決算ベースの基礎年金拠出金は被用者で減、国民年金で増となった(参考:社会保障審議会年金数理部会「平成24年度公的年金財政状況報告」p.21-22)。
  - 19) 2011年9月までは子ども手当法により中学生まで一律に13,000円が支給され、児童手当分のうちの3分の1と児童手当分を超える部分(小学校修了前児童1人につき3,000円、中学生につき全額)につき国庫負担であったものが、同年10月以降は、親が被用者の3歳未満の児童分(国庫負担45分の16)および親が公務員の児童(所属庁の負担)を除き、国庫負担は給付額の3分の2となった。
  - 20) 他の公費負担とは、国の制度に基づいて地方負担が負担しているものである。ただし地方自治体が独自に行っている事業に対する負担は、公立保育所運営費、公費負担医療費給付のみが含まれる。
  - 21) 全国平均の保険料額は、2011年度は月額5,249円であったが、2012年度は月額5,561円となっている。
  - 22) 厚生労働省「平成24年度年金積立金運用報告書」によると、2012年度における年金積立金全体の運用実績は、厚生年金の収益率が9.57%(前年度2.17%)、国民年金の収益率が9.52%(前年度2.15%)で、全体で9.56%(前年度2.17%)であった。
  - 23) 東日本大震災関係の社会保障費用の分類についての詳細は国立社会保障・人口問題研究所(2013)参照。
  - 24) 「国民医療費」は例年9-10月に公表されるが、昨年度は元データの提供遅れにより11月となった。そのため社会保障費用統計も例年の10-11月公表が12月へずれ込んだ。今年度は「国民医療費」は10月、社会保障費用統計は11月に公表した。
  - 25) ただし、社会保障全体の収入額をみれば、保険料拠出が全体に占める割合に齟齬は生じていない。
  - 26) SNAでは第1号・第2号被保険者の保険料の合計を介護保険の被保険者拠出としている。
  - 27) 心身障害者扶養保険制度は公表資料集計表1の「他の社会保障制度」の内数である(内訳は国立社会保障・人口問題研究所(2014a)のホームページ掲載の第24表参照)。同制度は、実施主体が同じ(独立行政法人福祉医療機構)社会福祉施設職員等退職手当共済制度と合算して、社会福祉施設職員等退職手当共済制度等として計上されている。

#### 参考文献

- Adema, W., Fron, P. and Ladaique, M. (2011) "Is the European Welfare States Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)," OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 124
- 国立社会保障・人口問題研究所(2011)『社会保障費統計に関する研究報告書』所内研究報告第41号 (<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf>)
- 国立社会保障・人口問題研究所(2014a)『平成24年度社会保障費用統計』 ([http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h24/fsss\\_h24.asp](http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h24/fsss_h24.asp))。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2014b)「社会保障費用統計の国際比較—OECD SOCX 2014ed.とILO World Social Security Report—」『海外社会保障研究』189号pp.67-80。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2014c)「2011(平成23)年度 社会保障費用—概要と解説」『季刊社会保障研究』49巻4号pp.434-445。
- 総務省(2014)「公的統計の整備に関する基本的な計画」([http://www.soumu.go.jp/main\\_](http://www.soumu.go.jp/main_)

content/000283567.pdf, 最終閲覧日：2014年11月18  
日)。

(かつまた・ゆきこ 情報調査分析部長)

(たけざわ・じゅんこ 企画部第3室長)

(わたなべ・くりこ 企画部研究員)

(おの・たいち 企画部長)

(くろだ・あしや 社会保障応用分析研究部研究員)

# 社会 保 障 法 判 例

川久保 寛

## 遺族補償年金の支給と憲法14条1項

大阪地方裁判所平成25年11月25日判決（平23（行ウ）178号，遺族補償年金等不支給決定処分取消請求事件），判例時報2216号122頁

### I 事実の概要

本件は，地方公務員であった妻の自殺が公務上の災害と認められたことから，その夫（原告）が，地方公務員災害補償法（以下，「地公災法」という）に基づいて，地方公務員災害補償基金大阪支部長（被告）に対して，遺族補償年金ならびに遺族特別支給金等の支給を求めたものの，いずれも不支給とされたため，その取消しを求めた事案である。

地公災法は，遺族補償年金の支給対象者について，いわゆる内縁関係を含む配偶者ならびに子，父母等であって，職員の収入によって生計を維持している者，と規定している（32条1項）。また，妻以外には要件を付しており，配偶者であっても夫と妻について異なった取扱いを規定している。すなわち，妻には年齢制限がないが，夫は60歳以上<sup>1)</sup>でなければ遺族補償年金が支給されない（32条1項ただし書き1号）。さらに，地公災法は，福祉事業である遺族特別支給金等についても，支給対象者を遺族補償年金ないし遺族補償一時金の受給権者としており，夫と妻で異なった取扱いを行っている（47条1項2号および業務規程29条の7以下）。

申請時に51歳であった原告は，例外として支給

を認められる障害者でもなかったため，被告から遺族補償年金ならびに遺族特別支給金等の不支給決定を受けた。そこで，原告は，32条1項ただし書き1号によって夫についてのみ年齢要件を付加していることが，憲法14条1項に違反すると主張して，本件訴訟を提起した。

### II 判旨 請求認容（不支給決定取消し）

#### 1 地公災法32条1項の成立過程

「…地公法においても，〔労基法，労災保険法，国家公務員災害補償法と〕同様に，遺族補償年金を職員の死亡によって扶養者を喪失した遺族で稼働能力を欠く者に支給するため，妻については，一般的には就労が困難であることが多いことなどを考慮して年齢要件又は障害要件（以下「年齢要件等」という。）を設けず，妻以外の遺族で高校卒業時より55歳未満の者については，他の公的年金との均衡を考慮し，年齢要件等を設けた同法32条1項が制定された。」

#### 2 違憲審査基準と遺族補償年金の法的性質

「憲法14条1項は，法の下での平等を定めており，この規定は，事柄の性質に応じた合理的な根拠に基づくものでない限り，法的な差別的取扱いを禁

止する趣旨のものである（最大判昭和39年5月27日〔地方公務員の待命処分をめぐる判決〕，最大判昭和48年4月4日〔尊属殺違憲判決〕。〕

「…地方公務員災害補償制度は…一種の損害賠償制度の性質を有しており，純然たる社会保障制度とは一線を画するものであることは否定できない。

ただ，同時に，地方公務員災害補償制度は，労災保険制度を踏まえて制定されたものであるが，それまでに社会保障立法の性質を有する健康保険法や厚生年金保険法及び労働者災害扶助責任法に個別に規定されていた業務災害保険制度が統合されたものである上，昭和40年の改正により遺族補償が年金化され，受給権者が死亡，婚姻するなどした場合にその受給権は消滅するものとされている一方で，これらの事情が生じない限り，死亡した職員の就労可能年数が経過した後も同年金の受給権を失わないものとされており，また，他の社会保障的性質を有する年金給付との間に調整規定が置かれていることなどに照らすと，上記遺族補償年金は，定額が支給される遺族補償一時金とは異なり，一般に独力で生計を維持することができる者，あるいは，死亡職員との間によるものとは別の生計維持関係を形成した者は，その生計維持関係をもって生活することを原則とし，そうでない者については，喪失した被扶養利益を補填する必要性を認めて支給するものとしたものであり，遺族補償年金制度には被告らが主張するように社会保障的性質をも有することは否定できない。

そのような性質を有する遺族補償年金制度につき具体的にどのような立法措置を講じるかの選択決定は，上記制度の性質を踏まえた立法府の合理的な裁量に委ねられており，本件区別が立法府に与えられた上記のような裁量権を考慮しても，そのような区別をすることに合理的な根拠が認められない場合には，当該区別は，合理的な理由のない差別として，憲法14条1項に違反するものと解するのが相当である。〕

### 3 具体的検討

#### (1) 年齢要件の合理性

「本件年齢要件を含む年齢要件は…社会保障的性質をも有する遺族補償年金の受給権者の範囲を定めるに当たり，立法当時の社会情勢や財政事情等を考慮して，職員の死亡により被扶養利益を喪失した遺族のうち，一般的に就労が困難であり，自活可能ではないと判断される者に遺族補償年金を支給するとの目的の下に，障害要件とともに，そのような者を類型化するための要件として設けられたものであると解されるところ，地公災法が遺族補償年金の受給権者にこのような要件を設けたこと自体は合理的なものといえる。」

「…妻については，年齢や障害の有無に関わらず典型的に生計自立の能力のない者として，年齢要件等を設けずに生計維持要件を有する者は遺族補償年金の受給権者としたことには，地公災法が立法された当時においては，一定の合理性があったといえる。…

以上によれば，本件区別は…立法当時の社会状況（女性が男性と同様に就業することが相当困難であるため専業主婦世帯が一般的な家庭モデルである状況）が大きく変動していない状況の下においては，差別的取扱いということができず，憲法14条1項に違反するということはできない。

しかし，上記立法の基礎となった社会状況は時代とともに変遷するものでもある上，本件区別の理由は性別という，憲法の定める個人の尊厳原理と直結する憲法14条1項後段に列挙されている事由によるものであって，憲法が両性の本質的平等を希求していることは明らかであるから，本件区別の合理性については，憲法に照らして不断に検討され，吟味されなければならないというべきである。」

#### (2) 比較の対象と現在の状況

「…今日では，専業主婦世帯が一般的な家庭モデルであるということではできず，共働き世帯が一般的な家庭モデルになっているというべきであるから，現在における本件区別の合憲性を判断するに当たっては，こうした一般的な家庭モデルの変

化にも着目する必要がある。…

よって、共働き世帯において本件年齢要件の適用が問題となるのは、どちらか一方が職員である夫婦双方の収入によって家計を維持していた場合か、死亡した職員の収入によって主として家計を維持していた場合である。」

「確かに、女性の社会進出が進んで共働き世帯が一般的な家庭モデルとなった今日においても、女性の方が、男性に比べて、依然として、賃金が低く、非正規雇用の割合が多いなど、雇用形態や獲得賃金等について不利な状況にあることは明らかであり…本件区別の前提となった立法事実の一部は依然継続していることが認められる。

しかしながら、そのような男女間の就業形態や収入の差については、あくまでも相対的なものであるし…母子家庭においても…84.5%が就業できていることをも考慮すると、本件区別のように、死亡した職員の遺族である55歳未満の配偶者において、妻を一般的に就労が困難である類型にあたるとして、男女という性別のみにより受給権の有無を分けることの合理的な根拠になるとは言い難い。

しかも、本件年齢要件の適用が問題となる一般的な家庭モデルである共働き世帯の場合、専業主婦世帯や専業主夫世帯とは異なり、遺族たる配偶者は、男女いずれであれ…現に就労して家計補助的な程度を超える収入を得ているものの、生計維持要件を充たしているということは、単独で通常的生活水準を維持できないか、生活水準を下げざるをえないような状態にあるのは共通であって、職員である配偶者が死亡した場合に単独で生計を維持できるような職に転職したり、就労形態を変更したりすることの困難さも、一般に女性の就業形態、獲得賃金等について、男性に比して恵まれていないことと同様の程度の差にすぎないというべきであるから、そのような差は、共働き世帯について、職員である夫が死亡した場合と職員である妻が死亡した場合とで生計維持要件を満たす配偶者において受給権の有無を分けるほどの異なる取扱いをすることの合理的根拠とはなり得ないというべきである。」

「…バブル経済崩壊後のグローバル経済により、企業が人件費削減も含めたりストラに追い込まれ、労働者の処遇を見直してきた結果、日本型雇用慣行が変容し、非正規の男性労働者の割合が増加してきたことに照らすと、配偶者のうち夫についてのみ本件年齢要件を課すことが合理的であるとはいい難く、前記〔平成23年度厚生労働白書、男女共同参画〕白書の中でも、『社会保障制度においても、男性が正規職員として安定的に就業しているという前提は、見直さざるを得なくなっている』との指摘がなされている。…

これに加えて…児童扶養手当法4条について、それまで母子家庭にしか支給されなかった児童扶養手当を、平成22年8月以降、父子家庭にも支給することとする改正がなされており、遺族補償年金制度と同種目的により制定された社会保障立法において女性のみを優遇する規定を改正し、男女の平等を図るように法改正が行われていることも、遺族補償年金制度制定時の立法事実が変遷したことにより、本件区別の合理性が失われるに至ったことを裏付けるというべきである。」

### (3) 結論

「以上のとおり、地公災法の立法当時、遺族補償年金の受給権者の範囲を画するに当たって採用された本件区別は…立法当時には、一定の合理性を有していたといえるものの…今日においては、配偶者の性別において受給権の有無を分けるような差別的取扱いとははや立法目的との間に合理的関連性を有しないというべきであり…夫についてのみ60歳以上（当分の間55歳以上）との本件年齢要件を定める地公災法32条1項ただし書及び同法附則7条の2第2項の規定は、憲法14条1項に違反する不合理な差別的取扱いとして違憲・無効であるといわざるをえない。

そうすると…遺族補償年金の不支給処分は、違法な処分であるから取り消すべきであり…遺族特別支給金〔等〕の各不支給処分も、いずれも違法なものとして取消しを免れない。」

### Ⅲ 検討

#### 1 はじめに

本判決は、遺族補償年金等の受給権について、夫と妻で異なる支給要件を規定する法の規定が憲法14条1項に違反すると判断された事案である<sup>2)</sup>。

周知のように、社会保障領域では、性別で異なる取扱いを行うことが比較的多い。それらは、立法時には、社会的背景や男女の就業形態の違いなどから異なる取扱いを行う合理的理由があり、正当性が認められていたと考えられる。しかし、近年こうした取扱いについて批判がなされるようになり、本判決も取り上げた児童扶養手当など、立法上、これまでの取扱いを変更する事例も見られる<sup>3)</sup>。また、裁判例においても、後述するように、労災における外ぼうの醜状障害について性別で異なる障害等級を定める取扱いが違憲とされた（この判決を受けて、障害等級表が変更された）。このような流れにおいて、本判決は、地裁判決であるものの、社会保障領域で存在する性別で異なる取扱いについて再考を促す重要な裁判例である。

本判決の特徴として、地公災法の遺族補償年金という社会保障的性質を有する（本判決もこのことを認める）給付が問題となっているにもかかわらず、朝日訴訟最高裁判決<sup>4)</sup>や堀木訴訟最高裁判決<sup>5)</sup>といった憲法25条をめぐる最高裁判例を引用・参照せず、憲法14条の問題として判断している点が挙げられる。また、本判決の採った枠組みは、いわゆる「事情の変更による違憲判断」であり、近年の違憲判決に見られる判断枠組みであるが、この点も特徴といえる<sup>6)</sup>。

以下では、まず平等権の判断枠組みについて簡単に確認し、社会保障領域における性別で異なる取扱いを検討する。合わせて、近年の違憲判決の枠組みとの関連について述べる。そして、労災における顔の傷をめぐる違憲判決について述べたのうち、本判決の特徴を明らかにする。最後に、本判決の意義と評価を試みる。

なお、本件では遺族特別支給金等についても争われているが、支給要件が遺族補償年金の要件と

同様であることから、以下では遺族補償年金に限定して検討する。

#### 2 平等権の判断枠組み

##### (1) 平等権の審査基準

憲法学では、平等権の機能および憲法14条1項の解釈について数多くの研究が積み重ねられてきた。とりわけ、憲法14条1項後段に列挙された事由が司法で争われる場合、いわゆる「厳格審査」基準ないし「厳格な合理性」基準を適用するのが妥当であるとされたり、不合理が推定され、正当化のためには強度の理由が必要となるだけでなく、その立証責任も公権力側が負うとされたりしている<sup>7)</sup>。その背景には、基準を厳しくすることによって司法が平等を実現することへの期待がある。一方、判例によると、憲法14条1項後段が問題となった場合でも、いわゆる「合理性の基準」によって審査を行っている。すなわち、より立法の裁量が認められやすい基準によって司法が審査することになり、結果として現状の追認になりがちである、といえる。判例の採る基準に対して、学説は総じて批判的である<sup>8)</sup>。さらに、近年の研究では、対立している判例および学説のいずれも実質的に機能していないと批判する論考もある<sup>9)</sup>。

本件では、夫と妻という性別のみを理由に、異なる支給要件を定めている地公災法の規定が問題となっている。つまり、憲法14条1項後段にいう「性別」が問題となっており、まずはその審査基準が問題になる。判旨2のように、本判決は「合理性の基準」によって審査を行っており、これまでの平等権をめぐる判例の枠組みに沿っているといえる<sup>10)</sup>。

とはいえ、平等権をめぐっていずれの基準を採るとしても、その区別を行う合理性の有無が結論を左右することになる。そして、社会保障法領域でその合理性が問われる場合、次にみるように、その合理性が認められる可能性は高いといえる。

##### (2) 社会保障領域における男女差とその合理性

社会保障領域は、性別で異なる取扱い、とりわけ一見すると女性を優遇する取扱い<sup>11)</sup>を行うこ

とが多い。たとえば、母子ないし母子世帯に対する一連の施策は、親の性別で区別し、根拠法の名称にも「母子」を用いている<sup>12)</sup>。また、かつて老齢年金の受給開始年齢に男女差が設けられており、その合理性に疑問が呈されることもあった<sup>13)</sup>。現在も、国民年金の第3号被保険者について、男女差別であるとの視点から論じられることがある<sup>14)</sup>。こうした状況について、「社会保障制度は男女差別の『宝庫』である」と「敢えて挑戦的に表現」する論考もある<sup>15)</sup>。憲法学からも、社会保障領域における男女差について疑問が呈されている<sup>16)</sup>。

しかしながら、社会保障領域で男女差別が問題とされることはあっても、あくまで理論上にとどまり、司法において憲法14条1項に違反し違憲であると判断されることは、3で検討する違憲判決まで存在しなかった<sup>17)</sup>。つまり、社会保障領域における性別での異なる取扱いには合理性があるとされてきたのである。その理由として、先に挙げた2つの最高裁判例によって、社会保障領域において広い立法裁量が認められていることが挙げられる<sup>18)</sup>。そのことは、一見すると男女差がある法令も、そうした取扱いを行う理由に、合理性があると認められやすいことを意味する<sup>19)</sup>。

その一方で、社会保障領域において広い立法裁量が認められているからといって、憲法14条1項が問題となった時に、そのまま妥当するわけではない。実際、堀木訴訟最高裁判決においても「憲法25条の規定の要請にこたえて制定された法令において、受給者の範囲、支給要件、支給金額等につきなんら合理的理由のない不当な差別的取扱をした」場合には違憲となるとされており<sup>20)</sup>、憲法14条1項の適用が問題となっていた。

また、本件で問題となった地公災法について、本判決は「一種の損害賠償制度の性質を有しており、純然たる社会保障制度とは一線を画するものであることは否定できない。」としている（Ⅱ判旨2参照）。そのように考えると、地公災法にもとづく遺族補償年金にかかる立法裁量は、純然たる社会保障領域における立法裁量よりも狭いことになる。そのことは、性別によって異なる取扱いを

行う遺族補償年金について、合理的理由が認められにくくなることにつながる。

これに加えて、合理的理由が認められにくくなる判断枠組みが近年の違憲判決に見られる、との指摘がある。

### (3) 近年の違憲判決と「事情変更」

それが平等権をめぐる近年の違憲判決における「事情変更」法理である<sup>21)</sup>。すなわち、裁判所が、①当該立法の“前提となる事実”について立法時と現在を比較し、②その事実に対する評価が異なるに至っており、③現在では合理的理由が認められないと評価することによって、違憲判断を導く判断枠組みである。近年の違憲判決の多くがこの判断枠組みに拠るとされており、その中には、平等権が問題となった国籍法違憲判決<sup>22)</sup>や在外邦人選挙権訴訟<sup>23)</sup>なども含まれる<sup>24)</sup>。この判断枠組みは、立法時の合憲性を認めることで“立法権の侵害”という批判を避けつつ、当該立法によって引き起こされる現状を変えようとするものであり、違憲判決による影響を考慮したものとされている<sup>25)</sup>。

社会保障領域でも、いわゆる学生無年金訴訟をめぐる議論において、この枠組みに類似した議論を論じるものがある<sup>26)</sup>。具体的には、国民年金法の改正によって国民年金制度の趣旨が変化したにもかかわらず、大学生の加入についての制度変更が遅すぎたとして、当時の任意加入制度の適用について平等権違反を問うものである<sup>27)</sup>。法改正およびその解釈が関係するため、憲法学における事情変更の判断枠組みとはやや異なるものの、立法時と訴訟で問題となった時点と比較する点で、共通しているといえよう。

本件の判断枠組みは、この「事情変更」を採用しており、家庭モデルの変化が“前提となる事実”にあたるとした（Ⅱ判旨3（1）参照）。すなわち、地公災法の立法当時は専業主婦世帯が多かったが、現在は共働き世帯が多いことを認定し、そのうえで（生計維持要件を充たす）補助的な働き方をする男性と女性の就職状況を比較して、依然として女性が厳しい状況にあることを認めつつも、現在は男性も厳しい状況にあることから、夫にの

み年齢要件を設けるほどの合理的根拠がない、としている。その限りで、本判決は、憲法25条をめぐる最高裁判決こそ引いてはいないものの、地公災法に損害賠償的性質を認めることおよび「事情変更」の法理によって前提事実の変化を認めることで、憲法14条1項に違反するという結論に至ったものといえる。

このように、本判決は遺族補償年金の法的性質と新たな判断枠組みによって違憲判決を導いたが、(Ⅱ判旨3(2)にいう)児童扶養手当法の改正に加えて、次に検討する性別による異なる取扱いについて違憲とした裁判例の影響もあったように思われる。

### 3 性別を理由にした違憲裁判例と本件の関係

その裁判例が労災保険における外ぼうの醜状障害をめぐる違憲判決である<sup>28)</sup>。この裁判例では、就業中の事故により顔に傷を負った労働者が、顔の傷について女性を優遇する形で男女差を設けている障害等級表を問題にした。

#### (1) 外ぼうの醜状障害の法的評価とその合理性

裁判所は「憲法14条1項は、法の下での平等を定めた規定であり、事柄の性質に即応した合理的な基準に基づくものでない限り、差別的な取扱いをすることを禁止する趣旨と解される。」としたうえで、厚生労働大臣の「裁量権を考慮してもなお当該差別的取扱いに合理的根拠が認められなかったり、合理的な程度を超えた差別的取扱いがされているなど、当該差別的取扱いが裁量判断の限界を超えている場合には、合理的理由のない差別として、同項〔憲法14条1項〕に違反するものと解される。」「障害補償給付を受ける権利の制約に関する厚生労働大臣の裁量は、表現行為や経済活動など人権への制約場面に比し、比較的広範であると解される。」とした。

そのうえで、国勢調査の結果により、醜状障害による嫌悪感や苦痛、就労機会の制約およびそれに伴う損失補てんの必要性について男性より女性の方が大きいという差異があることや、社会通念においても差異があることから「当該差別的取扱

いの策定理由に根拠がないとはいえない。」としつつ、差別的取扱いの程度を問題とした。すなわち、外ぼうの著しい醜状障害を負った被災労働者が、女性であれば第7級として傷害補償年金を受けられるのに対して、男性であれば第12級として傷害一時金の支給にとどまるという取扱いの差が大きく、それを「いささかでも合理的に説明できる根拠が見当たらない」とされた。

#### (2) 違憲判決と本件の関係

この裁判例は、合理的根拠があることを一応認めつつ、取扱いの“程度”を問題にした点で特色を有する。いかえると、性別で異なる取扱いを行うにあたって、合理的根拠が認められた点ではこれまでの社会保障領域における性別で異なる取扱いの法的評価と同様であるが、その一方で取扱いの“程度”を問題に違憲とした点で新しい裁判例である<sup>29)</sup>。また、厚生労働省が控訴せずに裁判例が確定しただけではなく、その後、障害等級表が見直され、女性の等級に合わせる形で男女差がなくなった<sup>30)</sup>。この裁判例に関する評釈を見る限り、理由づけおよび結論は受け入れられているようである<sup>31)</sup>。

また、この裁判例は、労災保険という社会保障領域を検討しているにもかかわらず、本判決と同様に、憲法25条にかかる最高裁判例を引用ないし参照していない。一方で「障害補償給付を受ける権利の制約に関する厚生労働大臣の裁量は、表現行為や経済活動など人権への制約場面に比し、比較的広範であると解される。」と判示しており、最高裁判例を“意識”しているように読める。地裁判決であることもあるのか、この判断枠組みについて詳細に検討する論考は存在しない<sup>32)</sup>。

この裁判例と比較すると、本判決は、男女差を違憲とした結論を同じくするものの、その理由づけが異なる。すなわち、本判決は、男女差を規定する根拠それ自体の正当性が、(かつて認められたが)いまや認められないとされた点で特色を有している<sup>33)</sup>。つまり、本判決の枠組みでは、たとえば女性にも年齢要件を定めることは許されるが、そのうえで男女で異なる年齢要件を定めるこ

とは許されないことになる<sup>34)</sup>。

#### 4 本判決の意義と評価

##### (1) 本判決の意義

このようにみても、本判決は、性別で異なった取扱いを行うことの目的それ自体を否定し、その主な理由として事情の変化を挙げた事例として意義を持つ。具体的には、社会保障領域において事情変更の法理が認められ、違憲と判断された事例といえる。また、本判決は、Ⅱ判旨3(1)において、憲法学において主張されてきた憲法14条1項後段事由の特殊性を認めており、性別で異なった取扱いを定める場合に慎重な判断を求めている<sup>35)</sup>。

そして、本判決は、一般的な世帯(家庭モデル)について、専業主婦世帯から共働き世帯へ変化したことを認定している。事実認定の部分ではあるが、世帯が関係する社会保障制度の再検討が求められる点で意義があるように思われる。関連して、本判決は、共働き世帯を一般化したうえで生計維持要件から、補助的な働き方をしていた夫と妻とを比較している。抽象的な女性の就業の難しさや賃金の低さを認めつつも、労働市場の状況から、これまで補助的な働き方をしていた夫にとっても働き方の変更が難しいとした点は、労働市場の変化を踏まえた判断といえよう。さらに、児童扶養手当法の改正を取り上げ、社会保障領域における男女平等の変化を認定している点で、本判決は特徴を持つ。

##### (2) 本判決の評価

このように考えると、先に述べた外ぼうの醜状障害をめぐる違憲判決と理由づけが異なるものの、本判決は、男女が置かれている現在の状況では、社会保障領域における性別で異なる取扱いについて、立法府も見直しを行うべきものとした、と評価できるのではないだろうか。少なくとも、男女差別を行う合理的根拠の正当性自体が否定された本判決によって、今後男女で異なった取扱いを行うに当たって、より正当性が求められるといえる<sup>36)</sup>。本件同様に、労災保険法における遺族補償年金の受給権者(16条の2)および厚生年金法

における遺族厚生年金の受給権者(59条)なども、いずれも夫と妻で異なる要件となっている<sup>37) 38)</sup>。これらはいずれも被保険者の遺族に対する給付であり、遺族年金の支給として同様に考えることができることから、本判決の枠組みによれば違憲であり、変更が求められる<sup>39)</sup>。

このように、本判決は、憲法学の観点からも社会保障法学の観点からも先駆的な裁判例であり、積極的に評価することができよう。しかしながら、憲法25条をめぐる最高裁判例を引用・参照していない点で、重大な問題が残っているように思われる。

確かに、憲法14条に違反すると判断する以上、本件規定が維持されることはない。しかし、問題となった「遺族補償年金制度には…社会保障の性質を有することは否定できない」以上、本判決には判例違反の可能性があるのではないだろうか。(Ⅱ判旨2で)判例で認められた立法裁量を意識しているようにも読めるうえ、本判決の事実認定を見る限りでは、これまでの判例枠組みに拠っても結論を導くことは可能であると思われる。

さらに、憲法14条1項の審査基準のあいまいさ、結論の不透明性はつとに指摘されているところであり<sup>40)</sup>、先駆的な本判決が変更される可能性がないではない。現に、本判決の直後に出された裁判例では、(かつて存在した)遺族基礎年金における母子家庭と父子家庭の取扱いの差異が問題となっているが、違憲とはされていない<sup>41)</sup>。

こうした問題はあるものの、性別による取扱いに着目し、社会保障領域における憲法14条1項の解釈を積極的行った本判決の試みそれ自体は評価されるべきであると考えられる。先に述べた疑問に加えて、本判決は控訴されているために結論が変わることも予想されるが、司法における判断をおいてもなお、立法には広い意味での立証責任が問われる可能性があると思われる<sup>42)</sup>。

#### 注

- 1) 附則により、当分の間「55歳以上」とされている(附則7条の2第2項)。
- 2) 本判決の評釈として、大林啓吾・ジュリスト1466号(2014年)19頁、紹介するものとして、下

- 川和男・賃社1609号42頁, 白川泰之・週刊社会保障2764～2767号63頁, 高井高人・判自377号100頁。また, 本判決を踏まえた論考として, 菊池(2014b), 常森(2014)。
- 3) 父子家庭に対する児童扶養手当の支給について, 時の法令1863号38頁。また, 橋爪(2005) 175頁参照。
  - 4) 最大判昭和42年5月24日(民集21巻5号1043頁)。
  - 5) 最大判昭和57年7月7日(民集36巻7号1235頁)。
  - 6) 櫻井(2011) 145頁。
  - 7) 芦部(2011) 133頁, 野中(2012) 286頁。
  - 8) 野中(2012) 290頁。
  - 9) 木村(2008)。
  - 10) これまでの判例枠組みについて, 木村(2008) 37頁。
  - 11) 社会保障領域における優遇が性別役割の固定を招いているとの批判がある。衣笠(2012)参照。
  - 12) とはいえ, 父子ないし父子家庭にも一部ではあるが給付する根拠法にもなっている(西村(2003) 472頁)。また, 今日はその拡大が求められているとされる(菊池(2014a) 501頁)。
  - 13) 衣笠(2012) 49頁。
  - 14) 衣笠(2012) 55頁, 浅倉(2001) 220頁参照。
  - 15) 森戸(2008) 227頁。
  - 16) 尾形(2011) 196頁。
  - 17) 近年まで, 社会保障領域における男女差別を理由にした違憲判決は存在しなかった。加藤智章ほか(2009) 147頁〔尾形健〕。
  - 18) 岩村(2001) 36頁, 西村(2003) 41頁, 堀(2004) 154頁, 菊池(2014a) 61頁参照。
  - 19) 尾形は, 社会保障領域が「他の法分野に比べ, 立法裁量が相対的に承認される傾向が強い」ことが判断枠組みにも影響を及ぼしている, と述べる(尾形(2006) 322頁)。
  - 20) 菊池(2014a) 61頁参照。
  - 21) これまでの議論を整理し機能を論じるものとして, 櫻井(2011), とりわけ146頁参照。
  - 22) 最大判平成20年6月4日(民集62巻6号1367頁)。
  - 23) 最大判平成17年9月14日(民集56巻7号2087頁)。
  - 24) 平等権をめぐる議論および国籍法違憲判決について, 常本(2012年), とりわけ100頁参照。
  - 25) 櫻井(2011) 157頁。
  - 26) 学生無年金訴訟について, 堀(2013) 438頁, 菊池(2014a) 147頁。また, 加藤(2009)も参照。
  - 27) 倉田(2009) 129頁。
  - 28) 京都地判平成22年5月27日(判時2093号72頁)。評釈として, 安西(2011), 卷(2010)など。
  - 29) 合理的根拠の有無ではなく差別的取扱いの程度が問題となった点で, 尊属殺違憲判決と同様である。卷(2010) 7頁参照。
  - 30) 裁判所自体はそこまで明確に求めなかったとされる(安西(2011) 7頁)。そのように変更した理由として, 専門検討会の報告書(外は障害に係る障害等級の見直しに関する専門検討会報告書)の影響があるとされる。
  - 31) “程度”が問われる場合, 評者によって意見が分かれる可能性がある。しかし, 管見の限り, これまでの差異が大きすぎるという点で一致している。
  - 32) 本判決の枠組みに照らせば, 労災保険が損害賠償的性質を有していることから憲法25条にかかる最高裁判例を引用・参照していなかったと考えられる。
  - 33) より詳細に比較する論考として, 常森(2014) 56頁参照。
  - 34) 先の裁判例では取扱いの「差を縮める」という選択肢が残っていた。前掲注(30)参照。
  - 35) 常森(2014) 56頁。
  - 36) “専業主婦であることが多い女性”というこれまでの前提の見直しが求められている, と言いかえられる。また, 菊池(2014b) 33頁参照。
  - 37) この他, 国家公務員災害補償法における遺族補償年金も同様である。
  - 38) 遺族厚生年金の受給要件について詳細に検討するものとして, 堀(2013) 515頁。
  - 39) 常森(2014) 62頁。
  - 40) 木村(2008) 44頁。
  - 41) 東京高裁平成25年10月2日判決, 東京地裁平成25年3月26日判決(LEX文献番号2511386)。
  - 42) 菊池(2014a) 33頁, 常森(2014) 62頁。
- 参考文献**
- 浅倉むつ子(2001)「社会保障とジェンダー」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第1巻 21世紀の社会保障法』法律文化社。
- 安西文雄(2011)「判評」630号2頁
- 芦部信喜(高橋和之補訂)(2011)『憲法 第5版』有斐閣。
- 岩村正彦(2001)『社会保障法I』弘文堂。
- 尾形健(2006)「憲法と社会保障法の交錯 憲法学からみた社会保障制度のあり方についての総論的検討」季刊社会保障研究41巻4号。
- (2011)『福祉国家と憲法構造』有斐閣。
- 加藤智章(2009)『もうひとつの年金 障害基礎年金の支給要件』新潟日報事業社。
- ほか(2009)『新版社会保障・社会福祉判例体系1』旬報社。
- 菊池馨実(2014a)『社会保障法』有斐閣。
- (2014b)「遺族年金の男女格差は解消を」週刊社会保障2766号。
- 木村草太(2008)『平等なき平等条項論 equal protection条項と憲法14条1項』東京大学出版会。
- 倉田聡(2009)『社会保険の構造分析 社会保障における「連帯」のかたち』北海道大学出版会。

- 衣笠葉子（2012）「女性と社会保険」日本社会保障法学会編『新・講座社会保障法第1巻 これからの医療と年金』法律文化社。
- 櫻井智章（2011）「事情の変更による違憲判断について」甲南法学51巻4号。
- 常本照樹（2012）「平等判例における違憲判断と救济方法の到達点」論究ジュリスト1号。
- 常森裕介（2014）「社会保障給付における男女差の検討 遺族補償給付違憲判決を契機として」賃社1612号。
- 西村健一郎（2003）『社会保障法』有斐閣。
- 野中俊彦など（2012）『憲法I 第5版』有斐閣。
- 橋爪幸代（2005）「ひとり親家庭に対する就労支援施策 児童扶養手当法と母子及び寡婦福祉法の改正を通して」季刊労働法211号。
- 卷美矢紀（2010）「労災補償における外ぼうの醜状障害に関する男女差別」法学教室365号。
- 堀勝洋（2004）『社会保障総論 第2版』東京大学出版会。
- （2013）『年金保険法 第3版』法律文化社。
- 森戸英幸（2008）「社会保障における男女差別」森戸英幸・水町勇一郎編著『差別禁止法の新展開 ダイヴァーシティの実現を目指して』日本評論社。（かわくぼ・ひろし 神奈川県立保健福祉大学講師）


 書 評

永野仁美著

『障害者の雇用と所得保障』

(信山社, 2013)

中 川 純

## I はじめに

北海道の田舎に住んでいると、東京の地下鉄の複雑さに閉口させられる。多くの路線が入り組んでおり、乗換がよくわからない。駅の構内が複雑で、上がったリ、下がったりを繰り返す、時折地底人に会えるかと思うほど深くもぐらされる。このような状況を評して、東京都の前知事、猪瀬直樹は、「東京の地下鉄は温泉旅館の建て増しのようで迷路になっている」と述べた。「建て増し」による「迷路」事案は、なにも東京の地下鉄に限ったことではない。障害者施策も同様である。ここ数年、国連障害者権利条約の批准のために、矢継ぎ早に法整備がおこなわれ、障害者施策は以前より格段に充実してきている。しかし、障害者施策を概観したときに気づくのは、東京の地下鉄と同じように、「建て増し」が繰り返されてきたことである。

障害者施策における「建て増し」とは、個別の施策がそれぞれ別のコンセプトによって企画・立案されており、整合的な組立てがなされていないこと、さらにはその結果として給付内容や対象に偏りが発生していることを意味する。1985年の年金制度改革によって障害基礎年金と障害厚生年金が創設されたが、整合的ではない制度設計がなされている部分がある。たとえば、障害基礎年金1級の個人には、介護料として、2級の年金支給額に25%が加算される一方で、障害厚生年金1級の個人には報酬に比例した年金額に対し25%が加算される。そうすると、障害厚生年金の1級の受給者は、障害基礎年金の1級分だけを受給している個人に対して、介護が質的に高く、量的に多いことが必要とされることとなるが、必ずしもそうとはいえない。さらに、2005年の自立支援法により、障害者の介護に必要な加算額は、障害等級にかかわらず、個別に算定

できるはずであるのに対し、障害年金においては、依然として一律25%の加算のみである。上記のような状況は、1985年の年金改正、2005年の障害者自立支援法の成立という「建て増し」に伴って発生した。誰を対象としてどのようなサービスを提供することによって何を指すのかという一貫したコンセプトなく、制度設計をおこなった結果として発生したものと考えられる。

障害者に対するそれぞれの施策が、一定の目的の下に適切に配置され、有機的に機能することが望ましいが、このような「建て増し」施策は、個別の施策が、果たすべき機能を発揮することを妨げている。本書は、このような現状に対し、障害者に対する諸施策を整理し、整合性を高めることで諸施策の機能を高めたフランスの障害者施策をモチーフとして、日本の矛盾を指摘し、今後の政策のあり方の方向性を示そうとしていると思われる。

## II 本書の構成および概要

本書は4つの章により構成されている。序章では、本書の問題関心について述べている。「本書では『障害者への所得保障』の在り方を検討するにあたって、①障害者雇用施策（就労機会の保障方法、障害者への賃金保障等）、②社会保障制度による所得保障、③障害の結果生じる特別な費用（＝福祉サービス（等）の利用に係る費用負担の在り方）について、調査・検討すること（本書7-8頁）」を目的としている。具体的には「未だ、十分に検討が尽くされているとはいえない」「雇用と所得保障、雇用と福祉、所得保障と福祉の間の役割分担、関係付け、相互の連携」、「有機的連携の必要性」（8頁）について検討するとしている。上記に基づき、第1章では「日本」とし、わが国の諸制度を

概観している。第2章の「フランス」では、フランスの障害者施策について、特に2005年以降の施策を中心に紹介している。第3章「総括」では、日仏の比較に基づき日本法への示唆を述べている。

本書の内容を概観する前に、本書が、日本とフランスの障害者施策を検討するための評価基準として考えているものを示しておきたい。明示はされていないが文中から、障害者のソーシャルインクルージョンが高められている状態として、①障害の程度に合わせて就労の場が確保されていること、②福祉的就労から一般就労への移行の機会があること、③就労の場に問わず、賃金などの就労所得と社会保障による所得によって一定の所得が確保されていること、④拠出を前提としない所得保障の仕組みがあること、⑤自己負担なく、必要な福祉サービスが受けられること、⑥これらの役割分担が明確になっており、有機的に連携していること、を想定していると考えられる。

第1章では、第1に就労所得を一定額保障する制度が整備されていないこと、第2に所得保障における就労所得と社会保障による所得の間の役割分担が明確ではなく、その原因が主に障害年金の目的の曖昧さにあること、第3に障害年金等級が就労能力と関連しておらず、障害ゆえに就労が困難であっても障害年金の支給がなされない状態が発生していること、第4に障害者自立支援法の給付に対する1割負担と障害等級1級の個人に対する25%の加算の関係性が不明であることを指摘している。

第2章では、まず障害者雇用施策について、フランスでは、障害者権利自立委員会による障害者の労働能力評価に基づき、通常の労働市場、適応企業・CDTD、労働支援機関・サービス(ESAT)の3層構造の就労の機会が用意されていることとしている。1つ目は、通常の労働市場における就労である。このような就労を可能にするために、「適切な措置(合理的配慮)」を含む差別禁止原則と雇用義務(率)制度が用意されている。雇用義務(率)制度においては、6%という高い雇用率が設定されており(ただし、保護セクターの発注や研修生の受け入れなども雇用率にカウントされるため、実際の雇用率は2.7%である)、雇用率が未達成、または障害者雇用実績のない企業は非常に高額な納付金を納めなければならないが、その納付金が障害者雇用を推進する財源となっている。2つ目は、適応企業・CDTDであり、通常の労働市場に比

して生産性の低減した障害労働者が就労する場となっている。通常の労働市場で就労する障害者、適応企業・CDTDで就労する障害者には労働法典が適用され、さらには医療保険や年金など労働者の地位に付随する利益も当然に享受できることとなっている。したがって、最低賃金を下回ることも、減額することも認められない(2005年法の改正による)。ただし、最低賃金保障のために、適応企業・CDTDに対して国から助成金が支給されることとなっている。3つ目は、労働支援機関・サービス(以下、ESAT)であり、上記のような企業では就労機会の得られない障害者が、保護された環境下で就労する場となっている。わが国の「福祉的就労」に対応するものとなっている。労働契約ではなく、労働支援契約を締結しており、労働衛生および産業医に関する他には労働法典の適用がない。適応企業・CDTDやESATで就労する障害労働者に、それらに在籍したまま、出向などにより一般労働市場へ移行できる移行促進策が採用されている。ESATで就労する障害者には、使用者が支払う報酬をあわせた保障報酬によって最低賃金(SMIC)の55%から110%が保障されることとなっている。後述のAAHをあわせた額によって生活が保障されることとなっている

つぎに所得保障について、拠出制の障害年金と無拠出制の成人障害者手当(以下、AAH)を中心として、AAHを補足する所得補足手当・自立生活加算などが用意されていることを述べている。所得保障については、疾病保険から支給される障害年金を基本とするが、支給要件を満たさない場合や他の給付が支給されない場合に、収入認定などにもとづき一定の要件を満たすときAAHが支給されることとなっている。AAHを受給する障害者の就労意欲を削ぐことがないように、収入認定に際し就労所得の一部を一定割合で控除することが2005年の改正によって導入されている。

障害に起因する特別な費用の保障について、福祉サービスの利用費や補装具の購入費用などのために、2005年の改正で障害補償給付(以下、PCH)が用意されていることを述べている。PCHは、人的支援、技術的支援、住宅・自動車の改修費支援・交通に係る超過費用、特別・例外的負担、動物による支援の5種類からなる。PCHは就労所得が高い個人に対しても自己負担率0%で必要なサービスを受けられることを可能にしている。この背景には、「すべての障害者は、その障害の原因にかかわらず、国民集合体の連帯に関

する権利を有する」とし、障害によって生じる特別な費用は国民連帯によってまかなうという反ベリユシュ判決法の考え方がある。2005年以前にはAAHの性格が、生活保障のための給付か、または障害に起因する特別な費用のための給付かの間で曖昧であったが、PCHの導入により、AAHは生活の基本的な部分を保障する給付として、PCHは障害に起因する特別な費用を保障するための給付として役割分担が明確化されている。

第3章では、日本とフランスを比較し、そして日本の障害者政策に対する示唆を導いている。障害者雇用政策に関しては、一般就労を助長するために、「合理的配慮」を活用すべきであるが、そのような措置のために法定雇用率を上げ、それによって生ずる納付金を活用すべきであるとしている。一定の就労をしつつ、生活に必要な所得を確保するために、賃金補てん制度などを取り入れるべきとしている。また、フランスの障害者権利自立委員会がおこなう労働能力評価を採用することにより、障害者の就業能力と就業の場とのミスマッチを解消すべきとしている。

社会保障による所得保障に関しては、障害基礎年金の支給目的を明確化すべきとしている。障害基礎年金の目的を「就労所得の喪失」に対する給付として、就労インセンティブに配慮しつつ生活に必要な所得を保障するために、就労所得に対して障害基礎年金の支給額に一定の制限を課すべきであるとしている。さらに、障害基礎年金制度においても支給制限を採用することに制度的矛盾はなく、さらには年金受給権のない障害者にはAAHに相当するような無拠出制の所得保障制度を採用することも考えるべきであるとしている。

障害者福祉サービスおよびその費用に関しては、PCHのように自己負担なく、必要なサービスを受けられるようにすべきであるとしている。自己負担なしで障害者福祉サービスを受給できるようにすれば、障害等級1級の個人に対する25%の加算や特別障害者手当が必要なくなり、その分の財源をサービスに補てんできるとしている。

### III 本書の意義および評価

本書の意義は、障害者施策を効率的に実施するには、諸施策の役割分担の明確化と有機的連携が必要であることを、それを実践しているフランス法の丁寧な分析

に基づき、あきらかにしている点である。そして、フランス法の知見から、日本の矛盾を指摘し、有効な示唆を導いている点である。複数の制度の整合性を取り入れた分析視角は、いまだ一部の若手研究者を中心に共有されているにすぎず、今後の障害者施策研究そして政策の方向性に大きな影響を与えられられる。さらに、この問題について、「障害者」概念の側からの検討でなく、障害者を生活者として、その「所得保障」という観点から再検討を試みている点も特徴的である。

本書において示された示唆について、3つの点を指摘しておきたい。第1の問題は、障害者の就業能力や意向と就労の場とのミスマッチの解消のためにおこなわれているフランスの障害者権利自立委員会の労働能力評価に類似する制度が、より適切な就労の場へ移行する可能性を高めうるかについてである。障害者をその就業能力や意欲に合わせて就労先を決定することは広くおこなわれている。しかし、そのような施策は、障害者の就労形態の階層化現象を生み出しており、むしろそれを硬直化させているともいえる。たとえば、オーストラリアでは、障害者の就労先は、一般就労、能力査定型賃金を伴う一般就労、保護雇用、授産施設(ADEs, Australian Disability Enterprises)に分けられる。この分岐点は、高校卒業時におこなわれる就業能力評価(Job Capacity Assessment)にある。この就業能力評価は、個人の就労能力を総合的に評価し、現在および将来の就労能力を査定し、適切なサービスに結びつけることを目的とするものであるが、同時に障害年金の受給資格要件となっている(生産性を査定し、賃金額を決定する能力評価(SWS)と異なる)。この能力評価においては、1週間あたり8時間以下の就労ができる障害者が授産施設での就労、8時間から15時間の就労が可能な障害者が能力査定型賃金を伴う一般企業での就労、15時間以上就労可能な障害者が一般企業での就労を目指す、またはおこなうかたちとなる。就業能力評価では、自らの進むべき進路に対する希望をあわせて考慮されており、ADEsのような福祉的就労での就労に納得している場合には、障害者雇用支援事業者による一般就労支援があっても、一般就労への移行があまり進んでいない。能力評価による就労の場所の決定は、適材適所への配置に貢献するものともいえるが、就労の間における流動性を高めるにはいたっていないようである。

第2の問題は、社会保障の所得保障に関して、AAHに類似する公的扶助を採用することについて、一般就労移行への意欲を高める効果を有するといえるかである。特に、公的扶助が医療扶助を伴う場合に問題となる。カナダのオンタリオ州では、社会保険方式の障害年金ではなく、公的扶助方式による障害年金を採用している(Ontario Disability Support Program, ODSP)が、就労所得の50%を収入認定しない等の就労インセンティブを組み込んでいるものの、一般就労への完全移行にはあまり貢献していない。その理由のひとつは、その公的扶助制度に一部の医療扶助(オンタリオ州の医療保険の適用を受けない、処方箋薬費、歯科治療費、補聴器代などについてODSPから支給される仕組みが採用されている)が組み込まれており、補助的な医療を必要とする障害者が、一般就労へ移行することによりその受給権を失うことを懸念するためである。つまり、公的扶助による所得保障制度から離れることが適正な医療を受ける権利を同時に失うことを意味するため、一般就労移行に対するディスインセンティブになっているといわれている。

第3の問題は、福祉サービス等の利用に関して、自己負担なくサービスを受給できるようにする場合、現在の枠組みではサービスの支給量が際限なく拡張してしまうのではないかとということである。障害者総合支援法においては市町村または相談支援事業者がケースマネジメントをおこなうこととなっているが、必要なサービスを超過してサービス支給決定をしている場合(サービス受給者の安心のため、いわゆる「お守り」と称される必要性を超えたサービス支給決定がなされている現状)があり、結果としてサービス供給量が右肩上がりの状況を生み出している。このような状況において自己負担なく福祉サービスを供給することになるとすれば、さらにサービス供給量が多くなること、いいかえれば市町村の財政負担が大きくなることが予想される。

これらの指摘は、本書の課題というよりも、世界各国に共通する障害者施策の今後の課題であり、むしろ本書は、その指摘の背後にある問題の解消に対して同じ方向を向いているものと考えられる。

(なかがわ・じゅん 北星学園大学教授)



藤村正之編

『シリーズ福祉社会学③ 協働性の福祉社会学：個人化社会の連帯』

(東京大学出版会, 2013年)

田 渕 六 郎

## I 本書の位置づけと構成

本書は、全4巻からなる『シリーズ福祉社会学』の1冊である。「刊行にあたって」によれば、同シリーズは「福祉社会学」の体系化を企図したわが国で初めての試みである。4巻を特徴付ける概念はそれぞれ「公共性」「闘争性」「協働性」「親密性」である。編者らによれば、これらは「主題と方法の接点」を示しており、「協働性」を扱う本書は「個人化が進む社会での連帯の可能性」を探究する巻として位置づけられる。本書が「共同性」ではなく「協働性」という表記を採用するのは、連帯の構築が期待される社会や団体の成員の同質性を前提とせず、「異質性を受容しつつ、共に参加・参画して協力的に携わっていく人々の関わり」(viii頁)に着目するためであると編者は述べている。

本書は12名の著者による12の章で構成されている。全体を概観する第1章を除いた11の章は3部に分けられ、テーマの関連性を踏まえて巧みに配置されている。第I部「個という生き方の社会的構成」は、「個人化」をめぐって、現代日本において「ひとりで生きていく」ということが福祉や社会保障との関連で持つ意味を、障害者運動、ホームレス、家族のシングル化について探究する。第II部「孤立と共生のはざまでは」、若者、外国人の子ども、過疎地域といった福祉の対象を、共生と孤立、あるいは包摂と排除という視点から論じる。第III部「連帯の方法」は、福祉の実現に向けた連帯あるいは協働の具体的な方法、形態として、見守りネットワーク、ボランティアとNPO、社会的企業、地域通貨、社会関係資本といった、実践やアイデアの可能性について検討している。

この要約が示す通り、本書全体を貫く独特の視点があるとはいえ、各章が扱うテーマや議論の水準は多様

であり、それぞれが独立した論文としての内容を備えている。以下本稿では、IIにて各章の内容を比較的詳しく紹介したうえで、本書全体に関連する課題を指摘することとしたい。

## II 各章の紹介

第1章「個人化・連帯・福祉」(藤村正之)は、この3つの概念の関連を明らかにしながら、本書全体の見取り図を提示する。まず「協働性」という概念は、社会関係の特性に照らし、目的達成ではなく関係じたいに志向した社会関係であること、福祉問題への対応が個別的ではなく集会的である(連帯を通じてなされる)ことによって特徴付けられるとする。こうした協働性の主体は伝統的には地域共同体であったが、現代は、福祉国家的な連帯(「公共性」として位置づけられる)を通じた問題解決の困難を穴埋めするかたちで、NPOなどの新たな主体が登場してきたとする。Uベックの「個人化」論は、福祉問題への対応における個人化と市場化が進むと捉えるが、著者は、個人化の進む現代社会において「連帯がその都度生産され」る可能性を探ることが協働性をめぐる福祉社会学の課題であるという、興味深い議論を展開する。

第2章「障害者の自立生活運動」(立岩真也)は、自立生活運動の歴史と課題を論じる。1970年代にわが国で起こった自立生活運動は、介助費用を政府から得ようとする運動と、当事者たちが「自立生活センター」を組織する取り組みが併行するかたちで展開した。障害者をめぐる制度と運動の変化を振り返りながら、個人としての障害者が自立して暮らすことをめぐって日本の自立生活運動が示してきた主張には独自の意義があったことが強調されている。

第3章「ホームレスと社会的排除」(仁平典宏)は、

社会的排除という観点からホームレスをめぐる歴史と政策を論じる。雇用の劣化が進む中で「日本型生活保障システム」に破綻が生じたことで、それまで労働の「例外領域」に置かれていた人々が雇用をめぐる新たなリスクに直面し、単身男性を中心とする「ホームレス」として析出されていくプロセスが描かれる。2000年代に進んだホームレスを対象とする政策や制度について、ワークフェアを柱とする福祉政策には限界があること、都市空間の管理化を背景とした福祉的介入はホームレスを不可視の存在として排除する効果を持つことが指摘され、「安全に生きられる空間／時間の保障」を目指す政策という提言が示される。

第4章「シングル化と社会変動」(山田昌弘)は、家族変動としての「シングル化」がいかなる問題であるかを福祉の視点から論じている。現代日本のシングル(配偶者やパートナーのいない者、として定義される)の増加には、長期にわたって非主体的にシングルとなる者が増えるという意味での量的増大と、別居する家族すら存在しないシングルが増えるという意味での孤立化の進展という二つの特徴があるとされる。シングルが家族に包摂されることを前提として設計されてきた戦後日本の社会保障・福祉制度は、もはや今日進展するシングル化には適応しない制度となっており、制度の根本的な再編成が必要であると指摘される。

第5章「若者問題と多元的な社会的包摂」(樋口明彦)は、日本の若者問題は、教育から社会保障までを横断する多元的な問題へと拡大し、かつ長期化してきたために、今日「若者に対する社会保障」という新しい政策枠組みが求められているとする。社会的排除／社会的包摂というアプローチは、イギリスのように普遍的所得保障制度が機能している国では有効であり得るが、日本ではその有効性は限定的であるという。「地域若者サポートステーション」を利用する若者のライフ・ヒストリー調査に基づき、若年無業者に対する施策が若者のニーズの多重性に十分対応できない場合があることが示される。政策面では、若者自身への所得保障制度の整備を通じた若者の社会サービスへのアクセス保障が提言される。

第6章「外国人の子どもと多文化共生」(宮島喬)は、グローバル化を背景にわが国においても重要な問題となってきた外国人の子どもの福祉をめぐる問題を扱う。外国人の子どもをめぐる対応では、教育を通じたものだけでなく、外国人家族の経済基盤と社会関係を

めぐる福祉的な対応が求められるが、教育、福祉、就労の部門が連携するような取り組みは進んでいないことが指摘される。「多文化共生」という課題に接近するためには、外国人が置かれた不平等の是正と、学校を含む日本社会の変化が求められると主張される。

第7章「過疎地域の二重の孤立」(高野和良)は、人口減少と高齢化の進む過疎地域の問題を扱う。「二重の孤立」とは、過疎地域の住民意識が都市からの疎外だけでなく、他の過疎地域からの疎外によっても特徴付けられることを指す。九州地方の過疎地域における調査結果の二時点比較を通じて、過疎地域における住民意識について、青壮年層が未来への展望を持ちにくい状況が強まっているという事実が明らかにされる。過疎地域の将来に向けて、地域住民の多様な社会的役割の維持につながるような活動の機会が必要であると論じられる。

第8章「地域の見守りネットワーク」(小林良二)は、高齢化と単身化の進展とともに社会問題として浮上した孤独死などの問題が深まる都市部において、地域で組織される見守りネットワークにどのような課題があるかを検討する。家族や友人とのつながりを十分に持たない単身者の増大によって見守りのニーズは拡大したが、プライバシー尊重などのため地域住民による見守り活動は困難を抱えやすい。地域自治の機能が低下するなかで地域住民による見守りを組織化していくためには、地域包括支援センターなどの公的機関が媒介する見守りネットワークの組織化が求められるという論点が提示されている。

第9章「福祉ボランティアとNPO」(安立清史)は、福祉をめぐる協働の主要な担い手として重要視されるボランティアとNPOを扱う。日本における高齢者ケアをめぐるボランティアやNPOの歴史的展開では、住民参加型の活動として生じたボランティアや介護系NPOは、その後の介護保険の制度化の過程で当初の特徴の変質を余儀なくされたことが指摘される。ボランティアやNPOが、福祉コミュニティの形成主体として政府と市場が対応できないニーズに対応する役割を果たすために、他の主体や部門との間に連携と協働が深まることへの期待が表明されている。

第10章「社会的企業のハイブリッド構造と社会的包摂」(藤井敦史)は、近年注目される社会的企業の、社会的包摂の担い手としての役割を検討する。社会的企業は、日本における受容の文脈では企業サイドに傾

斜した理解が強調されがちだが、社会的企業がコミュニティ・市場・政府の間に「ポジティブなシナジー」を生み出す組織であることを可能にするのは、その「ハイブリッド構造」であるとされる。しかしそうした構造は、市場や政府から制度的同型化の圧力を受けるために不安定になりがちであり、社会的企業が生み出す社会的価値を適切に評価するための独自の評価手法を開発していくことが求められると論じている。

第11章「地域通貨は連帯メディアとなりうるか」(杉岡直人)は、日本でも一時期ブームとなった地域通貨の取り組みについて、その歴史を概観するとともに、それが地域連帯の促進のためにどのような意義や限界を持つかを論じる。参加型の地域社会形成が求められる中で、地域通貨には大きな期待が寄せられてきたが、国内外の取り組みは成功してきたとは言いがたい。地域通貨がソーシャル・キャピタルを生み出すのではなく、住民が地域の一員としての自覚に基づく支えあいを展開することが地域通貨存立の条件であると主張される。

最後の12章「コミュニティと社会関係資本」(広井良典)は、11章の論点も引き継ぎ、本書全体に関わる大きな論点を扱っている。ソーシャル・キャピタル論を踏まえ、コミュニティには農村型と都市型とがあり、それぞれの原理は排他的ではなく相補的であるという議論が示される。個別的互酬性を基盤とする伝統的なコミュニティは、近代化の過程で政府(公)による再分配の仕組みと、市場(私)による交換の仕組みに代替されてきたが、今日、この三者(コミュニティ、市場、政府)は、新しいコミュニティにおける「コミュニティ経済」として「再融合」されることが求められていると主張される。

### Ⅲ 福祉社会学の課題

福祉社会学とは「福祉という対象に社会学の方法でアプローチするディシプリン」<sup>1)</sup>である。Ⅱの要約が示す通り、本書は、福祉社会における「協働性」をめぐって今日注目される現象や対象を扱っており、福祉社会学のテーマの広さ、視点の豊かさをうかがい知ることができる。シリーズ全体を通読すると更に強く印象づけられるが、その拡がりにはマイクロからマクロに至る多様な水準をカバーしていると同時に、随所に理論や実証に基づいた現状の批判的検討、政策的提言、今

後の研究課題などが提示されており、福祉諸問題に対する社会的な接近の持つ特徴を余すところなく伝えている。

こうした本書の貢献は間違いなく大きな評価に値するものである。だが同時に本書からは、「福祉社会学の課題」と考えられる幾つかの論点が見いだされることも事実である。以下、三点を指摘したい。

第一は、テーマや視点の拡がりに比べた理論構築の相対的な弱さ、という点である。福祉社会学の固有性は、福祉や社会政策に関連する現象に対して「社会的」な方法で接近することに求められる。そのためには、社会学に特徴的な理論(社会学者R.K.マートンの言う「中範囲の理論」を想定する)がどのようなものであり得るのかに対して自覚的な、理論構築を重視した研究戦略が求められる。紙幅のためでもあろうが、本書の各章は様々な視点やアイデアを提示しつつも、理論構築的な議論が不十分だと評者には感じられた。一例を挙げれば、協働性と公共性が福祉問題の集約的解決のためにどのような関係を取り結びうるのか、という論点は、連帯がいかんして生産されるかを問う本書に通底する論点であり、過疎集落の活性化、地域の見守りネットワークの組織化の取り組みなどに関わる。理論構築のためには、「どのような条件が満たされた場合に協働性の主体と公共性の主体間の連携は成功するのか」といった、メカニズムに関わる具体的な研究仮説を個々の対象について構築し、地域などを単位とした比較事例研究などを通じて仮説を検証、洗練していくことが求められる。それは本書ではなく、個々の福祉社会学的研究に課せられた宿題なのかもしれないが、福祉をめぐる有効な実践や政策を社会学が提言していくためにも、こうした研究戦略の追求は重要であるだろう。

第二は、第一の点にも関連するが、実証研究の方法における偏りという点である。福祉社会学が福祉を対象とする固有のディシプリンとして発展していくためには、理論と実証の相互往復が深められるなかで社会学独自の知見が蓄積される必要があるが、そのためには上述のような理論構築に志向した実証研究の深化も求められる。本書で引証される調査データや研究には質的なものが少なくないという印象を受ける。質的調査は記述や仮説構築のためには有意義であるが、量的調査や、量的・質的方法を混合した調査などを通じて研究仮説の妥当性が判断されることで、実証と理論の

往還は進展する。上述したような理論構築の取り組みにあわせて、福祉社会学独自の量的調査の可能性を検討していくことは有意義であろう。本書について言えば、たとえば「協働性」という概念を更に下位概念に細分化し、個人レベルや集団レベルの特性においてそうした概念を測定するといった試みは検討に値するのではないかと考えた。

第三は、無い物ねだりではあるが、本書を読み、福祉社会学が「政策志向」を持つディシプリンである以上、政策や制度の評価に関わる実証研究が更に展開される必要を感じた。本書でも多くの政策提言が示されているが、福祉や社会保障の問題をめぐる政策やプログラムがどのような条件においてどの程度有効でありうるのかといった、政策の効果を研究する試みもまた、福祉社会学には求められるだろう。

本書を含む「シリーズ」がわが国初めての試みであることが示す通り、福祉社会学は社会学のなかでも相対的に新しいディシプリンであるが、少子高齢化のトップランナーでもある日本から世界に向けて、社会保障や福祉の福祉社会学的研究が更なる発信をしていくことへの社会的期待は高まっている。上述したような論点が、今後の福祉社会学における研究において検討されていくことを通じて今後の研究がいつそう進展することを願うとともに、評者自身もそうした研究に寄与していきたいと考える。

#### 注

- 1) 武川正吾『政策志向の社会学』有斐閣、2012年、p.v。

(たぶち・ろくろう 上智大学教授)

## 『季刊社会保障研究』執筆要項

## 1.原稿の分量

原稿の分量は原則としてそれぞれ下記を上限とします。図表については各1つにつき200字に換算するものとします。

- (1) 論文:16,000字 (4) 判例研究:12,000字  
 (2) 研究ノート:16,000字 (5) 書評:6,000字  
 (3) 動向:12,000字

## 2.原稿の構成

## (1) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、「ⅠⅡⅢ」…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。

## (2) 注釈

注釈を付す箇所を上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入し、注釈文などは本文末尾に一括して記載してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

## (3) 参考文献

論文の末尾に参考文献を挙げて下さい。表記の方法は下記を参考にしてください。

天川 晃 (1986) 『変革の構想—道州制の文脈』大森 彌・佐藤誠三郎『日本の地方政府』東京大学出版会。

毛利健三 (1990) 『イギリス福祉国家の研究』東京大学出版会。

本澤巳代子 (1991) 「ドイツの家族機能と家族政策」『季刊社会保障研究』Vol.27 No.2。

Ashford, Douglas E. (1986) *The Emergence of the Welfare State*, Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. (1981) "Education and Social Entitlements in Europe and America", in P.Flora and

H.Heidenheimer eds., *The Development of Welfare State*, Transaction Books.

Majone, G. (1991) "Cross-National Sources of Regulatory Policy Making in Europe and the United States", *Journal of Public Policy*, Vol.11 Part 1.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

(例) United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010,  
<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

## 3.引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例) …〔西尾 (1990), p.45〕 …〔Derthick (1991), p.91〕

…〔平岡 (1990), pp.57-59〕 …〔McCurdy (1991), pp.310-311〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 西尾 (1990), p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 西尾勝 (1990) 『行政学の基礎概念』東京大学出版会、p.45。

## 4.表記

## (1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

## (2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

## 5.図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け(例参照)、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。

(例) <表1>受給者数の変化 <図1>社会保障支出の変化

## 6.原稿の提出方法など

## (1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。

原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

## (2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

## (3) 投稿論文の提出方法

投稿論文については、『季刊社会保障研究投稿規程』に従い、紙媒体に印字したものを郵送により提出してください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

## 季刊社会保障研究

第50巻 第4号 (2015年3月刊行) 特集:生活保護制度の法的課題—判例・裁判例の分析と2013年改正の意義

### バックナンバー

第50巻 第3号	(2014年12月刊行)	特集:住宅政策と地域包括ケア
第50巻 第2号	(2014年7月刊行)	特集:社会保障研究の過去・現在・未来
第49巻 第4号	(2014年3月刊行)	特集:人々の支えあいの実態と社会保障制度の役割 —「生活と支え合いに関する調査」に基づいた分析—
第49巻 第3号	(2013年12月刊行)	特集:震災後の社会保障
第49巻 第2号	(2013年9月刊行)	特集:年金制度の公私のあり方—企業年金のガバナンス問題—
第49巻 第1号	(2013年6月刊行)	特集:地域の多様性と社会保障の持続可能性(第17回厚生政策セミナー)
第48巻 第4号	(2013年3月刊行)	特集:少子高齢化の進展と社会保障財政 —モデル分析の応用—
第48巻 第3号	(2012年12月刊行)	特集:社会的サポート・ネットワークと社会保障
第48巻 第2号	(2012年9月刊行)	特集:ケアの質評価の動向と課題
第48巻 第1号	(2012年6月刊行)	特集:日英における貧困・社会的包摂政策:成功,失敗と希望
第47巻 第4号	(2012年3月刊行)	特集:地域包括ケア提供体制の現状と諸課題
第47巻 第3号	(2011年12月刊行)	特集:社会保障の50年—皆保険・皆年金の意義と課題—
第47巻 第2号	(2011年9月刊行)	特集:雇用と産業を生み出す社会保障
第47巻 第1号	(2011年6月刊行)	特集:第15回厚生政策セミナー 暮らしを支える社会保障の 構築—様々な格差に対応した新しい社会政策の方向—
第46巻 第4号	(2011年3月刊行)	特集:人々の暮らしと共助・自助・公助の実態 —「社会保障実態調査」を使った分析—
第46巻 第3号	(2010年12月刊行)	特集:医療・介護政策に関する実証的検証
第46巻 第2号	(2010年9月刊行)	特集:最低生活保障のあり方:データから見えてくるもの
第46巻 第1号	(2010年6月刊行)	特集:年金制度の経済分析 —不確実性やリスクを考慮した分析の展開—
第45巻 第4号	(2010年3月刊行)	特集:児童虐待の背景と新たな取り組み

## 季刊社会保障研究 投稿規程

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

---

 海外社会保障研究 No.189 目 次
 

---

**特 集:中国の社会保障**

- 特集の趣旨……………田 多 英 範  
 「適度」と「普惠」の視点からみる中国版皆年金体制のゆくえ……………于 洋  
 中国における「全民低保」の実現……………朱 珉  
 社会保障と介護福祉……………沈 潔  
 「市場」から「政府」へ  
 - 中国における「全民医療保障」政策の成果と課題 - ……李 蓮 花

**投稿 (論文)**

- 非線形回帰分析による世界各国の貧困の決定要因の解析……………田 辺 和 俊  
 鈴木 孝 弘

**動 向**

- 社会保障費用統計の国際比較  
 - OECD SOCX 2014 ed. と ILO World Social Security Report -  
 ……国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト

**書 評**

- 田多英範編著『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか』  
 (ミネルヴァ書房, 2014年) ……玉 井 金 五  
 天野 拓著『オバマの医療改革』(勁草書房, 2013年)……………山 岸 敬 和

**ブックレビュー**

- 加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』(法律文化社, 2013年)…黒 田 有志弥
-

**編集後記**

団塊の世代が後期高齢期に入る2025年に向け、日常生活圏域内での包括的なサービス提供を可能とする「地域包括ケア体制」の構築が、政策上の重要課題として注目されています。地域包括ケアでは、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることが目指されていますが、これまで社会保障ではあまり扱われてこなかった住宅問題が医療や介護を提供する生活の基盤として位置づけられたことは重要な変化です。本特集が住宅政策を見つめ直す一助となれば幸いです。

(Y.S)

**【お詫びと訂正】**

『季刊社会保障研究』vol.50.Summer2014.No.1・2創刊50周年記念号の「座談会Ⅱ社会保障研究へのアプローチ～学問間の対話」の中の112ページ左18行より左26行について、発言者である栃本一三郎上智大学総合人間科学部教授から、以下のようなご依頼がありました。所内で慎重に検討を加えた結果、発言者の意向を尊重し、取り消すことといたしました。なお、当該箇所を再度引用することはかえって不適当だと判断し、差し控させていただきます。

「当該箇所につきましては、著しく不適切かつ不正確で読者に誤解を与えるものであったので取り消させていただきます。事務局から校正の機会をいただいたにもかかわらず、入念な検討を行わなかったことを含め、深くお詫びいたします。」

**編集委員長**

森田 朗 (国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

岩井 紀子 (大阪商業大学教授)

大石亜希子 (千葉大学教授)

小塩 隆士 (一橋大学経済研究所教授)

笠木 映里 (九州大学准教授)

菅沼 隆 (立教大学教授)

田辺 国昭 (東京大学教授)

橋本 英樹 (東京大学教授)

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

宮田 智 (同研究所・政策研究調整官)

小野 太一 (同研究所・企画部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

金子 能宏 (同研究所・政策研究連携担当参与)

**編集幹事**

西村 幸満 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

白瀬由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

佐藤 格 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長)

菊池 潤 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第3室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

黒田有志弥 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

渡辺久里子 (同研究所・企画部研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 50, No. 3, Winter 2014 (通巻205号)

平成 26 年 12 月 25 日 発 行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2 丁目 2 番 3 号

日比谷国際ビル 6 階

電話 (03) 3595-2984

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

印 刷

株式会社 弘 文 社

千葉県市川市市川南 2 丁目 7 番 2 号

電話 (047) 324-5977

<http://www.kobunsysa.com>



# THE QUARTERLY OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (KIKAN SHAKAI HOSHO KENKYU)

---

Vol. 50

Winter 2014

No. 3

---

## Foreword

Housing Policy and the Integrated Community Care System .....HIROSHI TAKAHASHI 248

## Special Issue: Housing Policy and the Integrated Community Care System

- Evaluation of Housing Policy for the Elderly and an Integrated  
Community Care System ..... MASAYUKI NAKAGAWA 250
- Population Aging and Housing Policy in Urban Areas of Japan ... SHUZO NISHIMURA 263
- Problems and Points at Issue in Housing Securement Policy ... YASUYUKI SHIRAKAWA 273
- Considerations in Housing for the Elderly with Life Support Services  
in the Japanese Integrated Community-based Care System ..... YUKIKO INOUE 283
- Senior Housing Promotion Policy ..... TAIRA ARUGA 295

## Article

- Prevalence and Characteristics of Relative Deprivation among Older  
People: a JAGES cross-sectional study  
..... MASASHIGE SAITO, KATSUNORI KONDO, NAOKI KONDO, TOSHIYUKI OJIMA,  
KAYO SUZUKI and AYA ABE 309

## Research Notes

- Smoothing Health and Long-term Care Insurance Premiums  
..... YASUSHI IWAMOTO and TADASHI FUKUI 324

## Report and Statistics

- Financial Statistics on Social Security in Japan, Fiscal Year 2012  
..... National Institute of Population and Social Security Research  
Project Team for Financial Statistics on Social Security 339

## Report and Statistics

- Social Security Law Case .....HIROSHI KAWAKUBO 352

## Book Review

- Hitomi Nagano  
*Employment and Income Security of People with Disabilities ? a Basic Discussion  
Guided by French Law* ..... JUN NAKAGAWA 361
- Masayuki Fujimura  
*Welfare Sociology of Cooperation: Solidarity in Individual  
Sociology* ..... ROKURO TABUCHI 365

Edited by

National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO • JINKO MONDAI KENKYUSHO)