

# 季刊 社会保障研究

貸  
出  
用

Vol. 35

Autumn 1999

No. 2

## 研究の窓

望ましい医療制度のあり方 ..... 日野原 重 明 124

## 特集：医療制度改革の方向性

高齢化と国民健康保険・介護保険—財政の視点から—

..... 田 近 栄 治・油 井 雄 二 128

公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性 ..... 遠 藤 久 夫・駒 村 康 平 141

医療の標準化と医療保障 ..... 川 渕 孝 一 149

医療の質の評価—欧米の動向と保険者機能— ..... 池 田 俊 也 162

医療機能評価の現状と課題 ..... 中 野 夕 香 里 170

わが国の医療供給の現状と展望 ..... 尾 形 裕 也・泉 田 信 行 180

## 論 文

保育政策が出産の意思決定と就業に与える影響 ..... 滋 野 由 紀 子・大 日 康 史 192

在職高齢年金制度の所得再分配効果 ..... 浜 田 浩 児 208

## 動 向

社会保障法判例 ..... 嵩 さ や か 221

一家事介護週2回・1回2時間のホームヘルパー派遣を、  
身体介護を含む週3回・1回2時間のホームヘルパー派  
遣に変更した福祉事務所の決定が適法とされた事例—

## 書 評

漆 博雄編『医療経済学』 ..... 鶴 田 忠 彦 228

## 研究の窓

### 望ましい医療制度のあり方

日本は、ドイツの健康保険制度をモデルに、昭和36年(1961)には国民皆保険制度を採用して今日に至った。それ以来、日本のあらゆる層の国民にこれが適用され、今日に至っているが大別すると、政府管掌の健康保険と、民間企業に属する健康保険と、それらに属さない一般国民のための国民保険とがある。

日本国民は、すべて、いずれかの健康保険に加入し、一定の保険料を払っているのだから、国民は、若干の自己負担があるものの、すべてこの保険制度により、病気に罹った者は、その恩典に浴している。

その他に老人には昭和61年(1986)より老健法が適用され、諸種の検診も受けられる。以上のように国民はすべて貧富の差なく、すべての年代層が、必要時に医療機関に掛ることができて、それで全国民の健康が保障されているのである。

ところが、物価上昇と共に、全国民の医療費は年々増し、さらに人口も高齢化の傾向が日本では急速に進み、高齢者が医療機関に掛る頻度が増し、かつ人は高齢になるにつれて体の臓器のいくつかが同時に病むことから、日本人の総医療費は平成3年には29兆円に達するようになったのである。

急速な高齢化を頭に入れて計算すると、今からあと10年後、即ち、平成22年には国民総医療費は88兆円という莫大な額に達することが強く危惧されるのである。したがって、ここに日本の健康保険制度は、抜本的な改革をしないと、日本政府はその赤字累積のために、国家予算は収拾がつかなくなることは明白である。では、どのような方向に向かって改革がなされるべきかというテーマについて、本誌では、それぞれの立場の専門家から改革の行われるべき方向についての論議がなされることになったのである。

私は、その方向付けを考える基底にあるいくつかの大きな問題を以下に提示したいと思う。

まず、国民一人一人が、まず自分の健康は自分が守る努力をすべことを考えるべきだと思う。日本のように高等学校進学者が全人口の96.9%を占めている高学歴国家では、国民の一般教育の中にもっと、自分の健康は自分で守ることの重要性を説き、そのためのよき生活習慣の実践こそは、日本が直面するこの経済的危機を逃れる上での最重要なことであることを国民に自覚させることが大切である。

日本の環境衛生が非常によくなったことと、そのうえに少子化により、日本の乳児死亡率は世界では最低のランキングにはいっていることは、日本の医療財政上非常によいことである。しかし、日本の壮年期、または中年期にある者が、たとえ生まれつきの遺伝子による疾病発現の危険をもつ者でも、そしてそのような遺伝子をもたないものはことさらに、もし若い時からの生活習慣が適正であれば、壮年期または中年期に無駄な慢性疾患、つまり在来成人病と呼ばれてきた慢性疾患に、成人になってから罹るといふ頻度は激減するはずである。

特に中年期から始まる成人の慢性疾患——それを私たちは今日生活習慣病と呼んでいるが、——を予防し、または、それらの疾病を subclinical なレベルに抑えることができれば、そのための壮年期または中年期の慢性疾患の治療費は激減し、その節約された金額は高齢者により医療を提供するための資源として多いに活用できるのである。

日本が直面している健康保険制度の崩壊危機を救済する手段としては、この生活習慣病の予防、すなわち疾病の一次予防こそは、国民の間に、行動科学的効率的な習慣変容運動として展開されることが急務である。これによって将来の日本の財的破綻を防止することができるものと私は考えている。

このことについては、日本の各年代層での健康教育の方法論の大改革がなされなくてはならず、これには医学に行動科学的戦略を早期に備える必要があると思う。

さて、次に問題にすべきことは、疾病の診断や治療のために、日本の医療費が、ひどく無駄に使われてきたことを医師が反省することである。その上での抜本的な健康保険の改正が早急になされなくてはならない。

その内容は、次のものである。

1. 日本での病院入院日数をできるだけ短縮すること。

米国では、急性処置を要する疾患をもつ患者の平均在院日数は5日前後にまでに短縮されているのに、日本では平均在院日数は、その4倍を越える病院が絶対多数である。これには病院機構の改革と、医師の努力と、国民の了承により実現されるべき内容のものである。

なぜ入院期間が長過ぎるか。その原因の一つは、病院は看護要員数がアメリカの3分の1以下であること、日本の住宅環境が日本の文明の近代化のレベルに比して遙かに遅れていること、救急医療を扱う公的施設が少ないことなどである。

2. 日本の多数の病院の入院並びに外来患者は、また公私の外来診療所では、診療のための時間がいわゆる3分診療と外国から批判されるほど短すぎることで、その代わりに過剰な検査が繰り返され、同時に過剰な薬物が処方されていることなどが問題とされる。

もし日本に、プライマリ・ケア医学が医学校や卒後研修にもっと早く効果的にとりいれられておれば、日本での無駄な医療費は遙かに節約されたと思う。一方、日本の健康保険制度は十分な監査なしの出来高払いであったことも大いに影響してきた。

それに対して日本の進むべき方向は、すでに政府がその制度に向かって動き始めているように、適正な監査システムの下に、米国、カナダ、英国で行われているある程度の Managed care が行われる方向に向かうべきものと思う。

この医療費の適切な振り分けと、その合理的な治療方針の決定には、最近やっと日本に紹介されはじめた臨床疫学または Evidence Based Medicine (EBM) が大いに介入して臨床医の医療行

動の decision making を正しくする必要があると思う。

国民が治療を受ける疾患の少なくとも3分の2は、いわゆる Common disease と呼ばれるものであり、その診断の3分の2は問診で解決することができるという事実から、もっと問診と簡単なテストを中心とし、そうするためには今日の3分診療をどうすればなくすることができるか、それへの対策が早急にとられなければならないと思う。

今日、過剰な診療が日本に行われている理由は、新患に対する診察料が日本では余りに少なく、また誰が診ても同額であること、医師の収入は多くの患者を短時間で診るという数で稼ぐという悪い考え方が実地臨床の中に広がっているためである。

米国では、HMO (Health Maintenance Organization) と呼ばれる保険システムの急速な進出のために、今日マネージド・ケアが行われ、かつてのように出来高払いではなくなっていることが医療費の削減に大いに役立っている。しかし、これが米国におけるように行きすぎると、それはまた良心的な意味での国民の健康を守ることが制限されるという別の問題を生じるのである。そこで日本は前者の轍を見て、その制度の取り入れに考慮を要する。

日本の医療では、一般の診察がほとんどされず、検査が無責任に行われる(米国では網を無雑作に広げて魚を収獲するという意味で fishing expedite と呼ぶ)。そのための医療費の無駄と、薬剤の過剰処方とが合わさって日本の健康保険制度を危機に陥れているものと思う。

ドイツでは、薬剤の処方箋は1枚の処方箋に1剤しか書けず、国民は処方箋1枚に対して10マルクの自費を払うことが義務化されていると聞く。何枚もの処方箋を出す医師にかかる患者の払う自己負担が増すというシステムをとり、多剤処方が抑制される仕掛けが作られている。

日本では老人は複数の疾患を持ち、欧米のようなプライマリ・ケアのできる医師が少ないので、いきなりそれぞれの専門医に掛る傾向が強すぎ、1人で3~4科の専門医を受診することが数多い。しかもそれぞれの専門医の処方が次に診る専門医によく理解されていない。そこで、1人の老人が10数種類の薬を服用し、その薬害のために新たな病気が作られていることが決して少なくないのである。

3. 日本の保険制度では患者は何処にでも自由に出かけて診療を受けることができるという特権がことを悪い方向に向けている事実気づくべきである。

患者を診察する医師は、その患者の問題解決を自分が行える能力があるかということとまず考え、自分のできる範囲で行い難い者は、他の医療機関に回すという referral の訓練に欠けていることが問題である。一方、患者は医師の掲げる標榜科名を鵜呑みに信じ、適切な医師を探す訓練に欠く。

日本では、標榜科目は医師国家試験をパスして医師免許証を得た者は、自分の好む何科でも標榜できるという制度が悪用されている。日本では、医師国家試験にパスした者で、2年間の卒後



研修を受けない者は、医師国家試験にパスした者の2割ありと言われる。即ち、8000人が毎年医師の資格を得るとなると、1600人が卒後研修を受けず、我流で実地診療についているわけで、この事実は危険なことである。早く厚生省が目指す研修制度の義務化が法律化されなくてはならないと思う。

4. 日本の医療の交通整理をし、無駄な診療、検査、治療をなくするための専門医または認定医の資格が公示されるべきである。受診者が医師選びを適正に行えるために医師の専門の認定が公示できる制度が早くとられることが必要である。

認定医または専門医の学会認定医制協議会は、日本では1981年から発足しているが、この資格認定を公示することに対して日本医師会側は全面的に賛成していないことが問題である。

早く開業医のための資格として、プライマリ・ケア医としての資格認定を開業医にもとらせて、開業医の専門性を一般人に示すと共に、専門医の公示が早くなされることは、医師を選択する側の国民には非常に大切なことと考える。

以上、私は今日の日本医療制度を変革させる上での根本的諸問題を取り上げ、ご参考に供した次第である。

日野原 重 明

(ひのはら・しげあき 聖路加国際病院理事長)

## 高齢化と国民健康保険・介護保険

——財政の視点から——

田 近 栄 治  
油 井 雄 二

### I はじめに

2000年4月から、国民健康保険と同様に市町村を保険者とする介護保険制度が導入される。また、それに並行して医療保険制度・老人保健制度の抜本改革が唱えられている。本稿の目的は、介護保険・医療保険改革のあり方を考える手がかりとして、財政の視点から国民健康保険の実態と問題点を分析することである。

人口高齢化により増大する老人医療費は、わが国の医療保険制度を根幹から揺るがしている。1997年度の国民医療費は29兆円を上回り、30兆円の台に乗るのも目前になったが、被用者本人の自己負担割合の引き上げなどにより、全体の伸び率は1.7%と前年度の5.8%から大幅に抑制された。しかし老人医療費は、老人医療対象者の一部負担額の引き上げが実施されたにもかかわらず、受給対象者の増加によって前年度よりも4.2%増加し、国民医療費全体の3分の1を占めるまでになっている。

その結果、国民健康保険財政は、財源補填的な繰入などを除いた再差引収支でみて1994年度より赤字が続き、1997年度には20%近くが赤字団体となっている。さらに、老人保健制度へ多額の拠出を行っている健康保険組合の財政は、より深刻である。健保組合連合会の1999年度の収支見通しでは、老人保健制度への拠出金が保険料収入の4割を占め、収支も赤字額が3,900億円あまりと前年度に比べ3倍に増加すると予想されている<sup>1)</sup>。

老人医療費の増大に対しては、出来高払い制から定額制への移行、自己負担割合の引き上げ、薬価制度の改革など医療費そのものの増加を圧縮する仕組みの検討・改革が必要なのはいうまでもない。また、患者と医師との間の情報の非対称性による医師誘発需要や医療の過剰供給に対しては、医療情報の開示などを積極的に進める必要がある。しかし、高齢化により老人医療費が今後とも増加することが避けられないとすれば、その費用をどのように負担するか、医療保険財政の枠組みを根本から検討する必要がある。

そのためには、まず現行制度における費用負担がどのようになっているのか、またどのような問題が存在するのか、その実態を明らかにすることが必要である。しかし、とくに国民健康保険に対しては国庫補助制度や財政調整制度など幾重にも重なる財政援助が設けられ、その実態を不透明にしている。そこで本稿では、北海道、東京、神奈川県、長野、広島県の5都道県495市町村の平成9年度決算データを用いて、国民健康保険単独および国民健康保険と老人保健制度との連結収支における費用負担の実態を分析する。

得られた結論を要約すれば次の通りである。国民健康保険は、3,000を超える市町村を保険者として運営される以上、その財政力に格差が生じるのは避けがたい。そのため、財政危機が訪れる度に、制度維持のために新たな財政支援措置が追加されることが繰り返されることになった。その結果、国民健康保険を老人保健制度と統合してみれば、総費用に占める保険料の割合は3分の1程度にまで下がり、また保険者である市町村自身が国

民健康保険の財源不足のために投入している自前の財源も、ごくわずかである。しかも、こうした費用構造は、都市部よりも町から村へ行くにしたがって、顕著になる。

また市町村においても、度重なる財政支援措置の導入は、たとえ財政危機が生じてもまた新たな支援措置が追加されるという期待を生むことになる。このように国民健康保険を財政の視点から見れば、もっと大きな問題は、手厚い財政支援措置が、保険者に保険料収入の確保や医療サービスの効率化に対して積極的に取り組む努力を阻害し、保険者の責任を曖昧にするおそれがあるということである。この問題を解決するためには、被用者とは区別して、自営業者を対象とする保険制度を設けるという国民健康保険の原点から再検討する必要がある。

以下Ⅱでは、国民健康保険に対する財政支援制度の概要をまとめた後、Ⅲで、そうした幾重にも張り巡らされた支援制度により、国民健康保険の費用負担がどのようになっているか、その実態を探る。Ⅳでは、国民健康保険財政の分析が介護保険や医療保険制度の改革に対してどのような意味を持つかを考える。

## Ⅱ 国民健康保険財政の概要

国民健康保険財政を支援するため、さまざまな国の補助制度や医療保険間の財政調整制度が導入されてきた。こうした支援措置の多くは、80年代以降、国民健康保険の財政危機が叫ばれるたびに、いわば継ぎ接ぎ的に導入されてきた。また、補助制度の中には、国民健康保険財政への直接的な補助ばかりでなく、市町村の一般会計を通じての補助も多くある。こうしたことにより、財政支援措置が国民健康保険財政をどれだけ救済したのか、その実態はわかりにくくなっている。以下では、国庫補助制度と財政調整制度に分けて、それぞれの特徴を述べる。

### 1. 国庫補助制度

一般に国からの補助は、国庫支出金によるもの

と地方交付税によるものに分けられる。前者は使途が特定されているものであり、後者は地方の一般財源として提供される。国民健康保険に対する補助にも、この2つのタイプの補助がある。以下では、それぞれ代表的な補助を取り上げるが、わが国の補助制度の特徴として、きわめてきめ細かく制度設計がなされていることがあげられる。これは財政破綻に対しては国によるセイフティネットが常に張られているという安心感を市町村に与えるが、その反面において、医療保険の効率化に対する市町村の自主的な取り組みを阻害する危険も持っている。

#### (A) 国庫補助

国民健康保険では給付費の50%が国から補助されるといわれるが、療養給付費等の国庫負担と財政調整交付金がこれにあたる<sup>2)</sup>。また、1988年には低所得者の増加による国保財政の悪化に対応して、財政安定化のために市町村が行う一般会計から国民健康保険特別会計への繰入を補助するため保険基盤安定化制度が創設されている。以下では、これら主要な国庫補助制度を取り上げ、その特徴をみることにする。

まず、療養給付費負担金は定率国庫負担分と呼ばれるものであり、本人の一部負担金を除いた療養給付費と老人保健医療拠出金の合計額の40%を補助するものである<sup>3)</sup>。国民健康保険の老人保健制度拠出金に対しては国庫補助がなされるのに対し、健保組合のそれに対してはいつさいの補助がないことに注意する必要がある。

この定率国庫負担はどの市町村にも一律に支払われる。これに対して、財政調整交付金は市町村間の財政調整に充てるもので、財政力の弱い市町村に配分される。交付総額は、療養給付費から基準超過費用額を差し引いた額の10%と保険基盤安定繰入金金の4分の1の合計額であり、療養給付費等の定率国庫負担、後述の保険基盤安定繰入金金の補助と合わせると、療養給付費の50%が補助されることになる。

財政調整交付金は、交付金総額の80%を占める普通調整交付金と総額の残りの20%が充てられる特別調整交付金の2つに大別される。前者は

地方交付税の算定式と同様の、調整対象需要額と調整対象収入額(理論上の保険料)の差に応じて交付するものである。交付金の決定に当たっては、「保険料収入割合による減額」という補正がなされ、一般被保険者の保険料収納割合が低いと交付金が減額される仕組みとなっている。たとえば、被保険者数が5万人を超える場合、保険料収納割合が、92%を下回ると、この罰則規定が適用されることになっている。

一方、特別調整交付金の規定はさらに細かく、災害等による保険料の減免がある場合、流行病、結核・精神病、原爆被災者など特別の医療費や、医療費がとくに大きくなった場合、直営診療施設の運営費が多額になった場合など市町村の特殊事情に応じて支給される。このように特別調整交付金は、いかにも補助金らしく、その細かな使途まで国によって決められている。

保険基盤安定化制度は、市町村が低所得世帯の保険料を軽減し、それを一般会計から補填する場合に、一般会計から国民健康保険特別会計への繰入額の2分の1を国庫が、4分の1を県が、4分の1を市町村が負担するものである。低所得者の保険料軽減の補填は、1963年以降、上述の財政調整交付金で行ってきたが、1988年に2年間の暫定措置として新たな制度が設けられ、1990年度からは恒久化された。

なおこの補助は、市町村一般会計に対する補助であるため、国民健康保険の収入項目では国からの補助金としては表れないことに注意が必要である。また、国の財政難から1993~1998年度までは本則の定率補助を停止し、国庫補助総額が定額で抑えられた。その結果、市町村の負担が増加したが、この増加分については、後述する地財措置がとられ、市町村負担増加分を地方交付税の基準財政需要に算入し、交付税の交付団体にとっては実質的な影響がないようにされている。

#### (B) 地方財政措置

地方交付税の基準財政需要に算入することを通して、補助金を交付することを地方財政措置と呼ぶ。前述の国庫補助金等と比較すれば、地財措置の場合、交付税という一般財源として交付され、

使途は指定されていない。また、東京都はじめ地方交付税の不交付団体には、一切の補助が与えられないという点も大きく異なる。現在、こうした措置として、国民健康保険財政安定化支援事業(1997年度地財措置額2,150億円)、高額医療共同事業(400億円)、国民健康保険事務負担金(100億円)、出産育児一時金の一部補助(377億円)と前述の保険基盤安定制度の市町村負担増加分に係わる措置(381億円)等の措置がとられている。これら国民健康保険補助事業に対する地財措置(基準財政需要算定額)は、1996年度の総額4,500億円とされている<sup>4)</sup>。

以下では、規模のもっとも大きな国民健康保険財政安定化支援事業を取り上げる。この制度は1992年度にはじめて導入され、翌1993年度から制度化されたもので、市町村が国民健康保険財政を安定化し、また保険料を平準化するために、一般会計から国民健康保険特別会計に繰入れを行うとき、それを地方交付税の基準財政需要に加えるというものである。ただし、繰入額は(イ)被保険者の保険料負担能力が低いこと、(ロ)医療費の増加要因として病床が過剰なこと、(ハ)年齢構成が高齢化していることを考慮して、一定の算式に基づいて計算されることになっている。またその算式も一律ではなく、貧しい地域、高齢化の進んだ地域にはより手厚く計上できるよう制度設計がなされている。このように、財政調整交付金と同様、きわめてきめ細かく制度ができており、その反面、市町村の裁量の範囲を狭めているということもできる。

## 2. 財政調整制度

医療保険の財政調整制度には、老人保健制度、退職者医療制度、高額医療費共同事業などがあるが、以下では最も重要な老人保健制度と退職者医療制度を取り上げる。

#### (A) 老人保健制度

老人保健制度(医療事業)は、高齢化による老人医療費の増大の影響が国民健康保険に集中する制度的な仕組みを是正し、老人医療費を国民が公平に負担することを目的として、1983年に設け

られたものである。この制度の実施主体は市町村であり、その対象者は医療保険の加入者で、70歳以上の者および60歳以上70歳未満で寝たきり等の障害状態にあると認定された者である。ただし、この制度の対象者となっても、依然として各医療保険の加入者であることに変わりはなく、被用者・世帯主であればそれぞれの保険者に保険料を支払う。

老人保健の財政は、被保険者の一部負担金、公費(国と地方)、そして各医療保険からの拠出金でまかなわれる。公費と拠出金の分担比率は、一部負担金を除いた老人医療費の30%を公費により、また残りの70%を医療保険の各保険者が負担するとされ、また公費負担の内訳は、国が20%、都道府県、市町村が各5%である。ただし、1991年より老人保健施設療養費や介護の要素の強いものについては、公費の負担割合が50%(国が2分の1、都道府県、市町村が各4分の1)に引き上げられた。介護保険は、従来、老人保健事業の中で医療として提供されている介護サービスを医療から独立させ、引き受けるものであるが、その費用負担方式も引き継いでいる。

各保険者の拠出金の算定方法は、当初は、全保険制度の老人医療費を老人加入者による按分と老人医療費による按分の併用方式がとられたが1990年より加入者による按分方式に一本化された。現行の方式は、各保険者の老人医療給付費に調整係数を乗じて求められる。調整係数は、老人加入率の全国平均を各保険者の老人加入率で割ったものである。簡単に確かめられるように、この方式では、各医療保険の拠出額は、各保険者の老人加入率が全国平均に等しいと仮定したときの理論的な老人数を各保険者の1人当たり医療給付費に乗じたものに等しくなる。

したがって、高齢化の進む市町村の国民健康保険の老人拠出金は、相対的に軽減される一方、組合健保のように老人加入率が全国平均よりも低い場合には、その保険者は自分自身の老人医療費を上回って拠出することになる。これが現在の医療保険のもっとも大きな問題となっていることははじめに述べた。拠出額の計算の際に1人当たり給

付額を全国平均ではなく各保険者ごとの金額を用いることにより、保険者に医療費節約インセンティブを残しているが、加入者按分の影響はそれをはるかに凌駕している。

### (B) 退職者医療制度

老人保健制度発足の翌1984年には、退職者医療制度が創設された。この制度のねらいは、退職によって被用者保険から国民健康保険に移った高齢者の医療費を、老人保健制度の対象になるまでの間、現役時代に在籍していた被用者保険が負うと同時に、給付水準は被用者保険加入時の水準を維持するというものである。

被保険者は、国民健康保険一般保険者と同様に保険料を市町村に支払うが、給付は被用者保険並みである。退職者の医療給付の費用は、退職被保険者の一部負担金および保険料と被用者保険拠出金でまかなわれる<sup>9)</sup>。国民健康保険の退職者医療の療養給付費に対する国庫補助はない。また、被用者保険が社会保険診療報酬支払基金へ拠出する退職者給付拠出金に対する補助もない。

この制度の拠出金額は標準報酬総額に比例させ、より応能的な色彩が濃い。これは対象者が現役時代に被用者保険に加入していた者に限定されているので、退職後の医療費を実質的には元の被用者保険が面倒をみるということの意味している。つまり、退職者の保険給付が現役被用者の負担する保険料でまかなわれており、医療保険にライフサイクル的な要素が導入されている。国民健康保険の被保険者というのは形式的な所属を示しているにすぎない。

## III 国民健康保険財政の実態

前節では、国民健康保険の財政支援の仕組みを国庫負担、地方財政措置および制度間財政移転の観点から検討した。ここでは、そうしたさまざまな支援の結果、国民健康保険財政が保険料によってどれだけまかなわれ、また財政援助にどの程度依存しているのか、いわば国民健康保険がどれほど保険として機能しているかをみる。まず、国民健康保険全体を対象に費用負担の実態をみたのち、



5 都道県の市町村データを用いて、市町村別の差異を検討する。

1. 国民健康保険の費用負担

国民健康保険の医療費は、その加入者が医療サービスを受けたときに支払う自己負担、保険料、国庫負担、都道府県と(保険者である)市町村によってまかなわれる。国民健康保険財政には、さまざまな支援がなされているが、ここでは、国民健康保険がどれほど保険の機能を発揮しているのかを示す尺度として、国民健康保険の費用に対する一部自己負担と保険料の割合をとることとする。国民健康保険を保険としてみれば、国民健康保険の加入者にとっての負担とは、一部自己負担と保険料にほかならないから、その合計額の総費用に占める割合だけ国民健康保険が保険として機能し

たことになる。

国民健康保険の加入者は、一般の被保険者、上述した退職者医療保険の適用者、老人保健制度の適用者からなる。表1は、国民健康保険の各被保険者別の、また全体を統合したときの費用負担の状況を示している。まずIIの一般被保険者についてみると、4.79兆円の医療費に対して、自己負担と保険料は2.68兆円である。したがって、一般被保険者にとって国民健康保険の保険機能は55.9% (=2.68÷4.79)であったということになる。

同様に(被用者保険からの)退職被保険者について保険機能を求めれば、39.1%になる。退職被保険者については、国や地方からの財政支援はなく、一部自己負担と保険料とで不足する部分は、被用者保険からの拠出によってまかなっている。

表1 国民健康保険の費用負担(1997年度予算ベース)

I 市町村計：129,186 億円							
一部負担金 (14.0%)	保険料 (22.6%)	国庫負担 40,220 億円 (31.1%)		地方負担 9,423 億円 (7.3%)		被用者保険拠出金等 32,208 億円 (24.9%)	
18,144 億円	29,192 億円	国保助成費 27,122 億円 (21.0%)	公費 20% 13,098 億円 (10.1%)	市町村 5,327 億円 (4.1%)	都道府県 4,096 億円 (3.2%)	老健拠出金 22,382 億円 (17.3%)	退職者分 9,826 億円 (7.6%)
II 一般被保険者：47,928 億円							
一部負担金 (21.5%)	保険料 (34.4%)	国庫負担 18,271 億円 (38.1%)			地方負担 2,873 億円 (6.0%)		
10,285 億円	16,499 億円	定率 40% 13,904 億円 (29.0%)	調交 10% 3,892 億円 (8.1%)	基盤等 455 億円	高額 20 億円	市町村 2,052 億円 (4.3%)	都道府県 821 億円 (1.7%)
III 退職被保険者：16,141 億円							
一部負担金 2,473 億円 (15.3%)	保険料 3,842 億円 (23.8%)	被用者保険拠出金 9,348 億円 (57.9%)			特定健保組合分 478 億円 (3.0%)		
IV 老人：65,117 億円							
一部負担金 (8.3%)	保険料 (13.6%)	国庫負担 21,950 億円 (33.7%)			被用者保険 拠出金 (34.4%)	地方負担 6,549 億円 (10.1%)	
5,386 億円	8,851 億円	定率 40% 7,081 億円 (10.9%)	調交 10% 1,770 億円 (2.7%)	公費 20% 13,098 億円 (20.1%)	22,382 億円	市町村 3,275 億円 (5.0%)	都道府県 3,275 億円 (5.0%)

出所) 厚生省資料。

したがって、退職者自身にとっての保険機能は40%を下回るものの、被用者保険全体の保険の一部となっていると考えることができる。

老人保健制度対象者については、保険比率は21.9%にすぎない。国と地方の負担(43.8%)とともに、加入者按分率を通じた被用者保険の肩代わり(34.4%)が制度を支えている。国庫負担のうち「定率40%」と「調整交付金10%」は老人保健制度への拠出金に対する国民健康保険への国庫補助であり、老人保健制度自体に対する国庫補助は「公費20%」で示されていることに注意が必要である。また、老人保健制度対象者のなかには被用者保険からの退職者も含まれているが、現役の被用者から自営業者・農民等のOBへの財政調整が行われていることは確かである。

表1の上段は国民健康保険加入者全体について、国民健康保険と老人保健制度を連結した収支を示している。連結収支でみると、医療費総費用12.9兆円のうち一部負担と保険料の合計は4.7兆円、保険比率は36.6%でしかない。残りの8.2兆円が国・地方からの補助と被用者保険からの拠出でまかなっている。

このような費用構造の問題のひとつは、様々な財政支援によって保険者の責任が大きく軽減されていることである。退職被保険者の医療費総費用は被用者保険全体でまかなっているから、これにかかわる部分を除いて考えると、医療費総費用は11.3兆円になる。これに対して、被保険者の支払った一部負担(1.6兆円)と保険料(2.5兆円)でまかなえなかった額を保険不足額と呼べば、これは7.2兆円となる。この保険不足額のうち、保険者である市町村自身が埋めたのは5,327億円、率にして7.4%にすぎない。しかも、前節で述べたように、そのうちのほぼ2,000億円は国からの地方交付税の裏付けがあった<sup>6)</sup>。この分を差し引いて市町村が自前の税金から負担した額は3,300億円あまり、保険不足額の4.6%に過ぎない。

このように、様々な財政援助を通じて、国民健康保険の保険者である市町村の責任は大きく軽減されている。危惧されることは、その結果、市町村が保険料の徴収を徹底させたり、保険料を増大

させる努力を十分払ってこなかったのではないかとということである。また、国民健康保険財政が厳しくなるたびに国、地方の補助金、被用者からの財政支援が積み重ねられてきたという経験から、国民健康保険の保険者である市町村が、さらに保険財政がきびしくなれば財政支援として追加的な地方財政措置があるのではないかとといった期待をもつということも、十分考えられるのではないだろうか。もし、こうした保険者のモラルハザードによって医療保険に非効率性が生じているならば、財政負担のあり方を再検討しなければならない。

国民健康保険の保険者は全国3,000を超え、その規模、所得水準、あるいは高齢化率等さまざまであり、その財政負担の状況も大きく異なることが考えられる。そこで次に、個別市町村のデータを用いて、財政負担のあり方と保険者の責任との問題を検討する。

## 2. 市町村データによる分析

以下では北海道、東京都、神奈川県、長野県、広島県の5都道県495市町村の平成9年度決算データを対象に分析を行った<sup>7)</sup>。対象地域は、われわれが国保財政の現状についてヒアリングを行った地域を中心に選んだものだが、このうち北海道は1人当たりの医療費の高い地域として、また長野県は反対に低い地域として知られている。両者の中間的な地域として広島県を、また地方と都会との比較という観点から東京都(23区をのぞく)と神奈川県を取り上げた。したがってサンプルは無作為な抽出によるものではないことに注意しなければならないが、試行的に大まかな傾向を把握するための分析としては、十分であろう。

まずはじめに、国民健康保険の中の一般被保険者にかかわる部分を取り出し、その財源構成比を求めた。表2は表1のIIに対応するが、データ上、被保険者の一部負担額が不明であったため、費用負担全体の比率を求めることができなかった。

この表からは、保険料収入は全収入のおよそ3分の1であり、国費(国庫補助)は40~45%を占める。先の表1で一部負担金を除いて各構成比を計算し比較すると、全国の市町村の平均では保険

表2 国民健康保険の財源構成比

	保険料	公費	(単位：%)			サンプル 数
			国庫支出金	都道府県費	一般会計繰入	
市町村計	36.5	58.5	41.5	0.8	16.1	495
市	36.9	58.9	40.6	1.0	17.4	110
町	35.2	56.8	45.6	0.3	10.9	278
村	32.7	56.2	44.4	0.5	11.4	107

出所) 筆者推計。

料は43.8%、国庫支出金は48.5%、地方負担は7.6%となる。これに比べると、表2では保険料と国庫補助の比率が低く、一般会計繰入の比率がかなり高い。被保険者の自己負担が不明なので、先の保険比率を求めることはできないが、保険料のシェアの低さから、サンプルとして取り上げた市町村の保険機能が低いことは明らかである。ここで取り上げたサンプルの特性として注意する必要がある。

また、市町村別の平均値を見ると、保険料は市から町、村に行くにしたがって明瞭に低下している。一方、補助を見ると国庫支出金では都市よりも町村が高く、一般会計繰入は都市が高い。ただ、繰り返すように一般会計繰入のかなりの部分は地方交付税により地財措置されている。

表2は、市町村それぞれの財源構成比の平均値をあらわしたものであるが、多数の市町村では規模、高齢化率、あるいは所得水準等が異なり、それによって財源構成比も異なることが予想される。そこで図1によって、保険料収入について市町村それぞれの中での散らばりを見てみよう。図1は、まず、各市町村ごとに保険料収入の全収入に占めるシェアを求め、それを0～10%から60%以上までの10%刻みの6つの階層に分け、その分布(構成比)を示したものである。

これを見ると、市と町では保険料のシェアが30～40%のものが過半数もしくは半数近くを占めている。これに対し村では、保険料シェアがそれよりも低い20～30%のものがもっとも多いばかりでなく、シェアが20%以下の村が全体の20%近くも存在することがわかる。市および町ではこ

分布 (%)

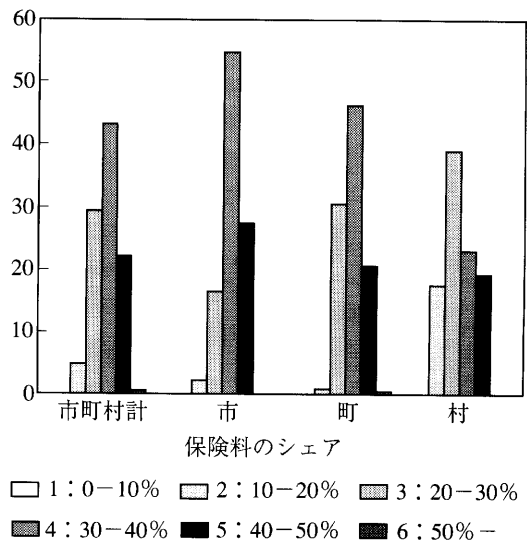


図1 財源に占める保険料のシェア：国民健康保険

の階層に属するものが非常に少ないのと対照的である。平均値をみただけでは、このような保険料収入のシェアが2割に満たない村が多く存在することはわからない。しかもこれらの村では、1村を除き国保財政は再差引収支、実質収支のいずれでも黒字である。このように保険料収入が低いにも拘わらず「健全な」保険財政を運営できるのは、前述の様々な財政支援措置がビルトインされているからである。

国保の加入者に対する財政援助の実態を見るためには、国民健康保険と老人保健制度を連結して分析しなければならない。すなわち、先の表1のIに対応する表を作成する必要がある。作成方法

表3 国保・老健連結収支の財源構成比

(単位：%)

	保険料	公費	被用者			サンプル 数	
			国庫支出金	都道府県費	一般会計繰入		
市町村計	22.0	47.5	32.8	3.3	11.3	27.7	495
市	22.3	47.5	32.2	3.4	11.9	27.8	110
町	20.7	47.1	35.2	3.1	8.8	27.6	278
村	19.7	47.5	35.2	3.1	9.3	26.2	107

出所) 筆者推計。

表4 一般会計繰入の内訳

(単位：%)

	一般会計繰入計	財源補填の ためのもの	財源補填以外の 目的のもの	老人保健制度に 対するもの
全市町村	11.3	4.8	3.4	3.1
市	11.9	5.5	3.3	3.1
町	8.8	2.0	3.6	3.2
村	9.3	1.7	4.5	3.2

出所) 筆者推計。

の詳細は別稿に譲り<sup>8)</sup>、以下では表3によって結果を検討する。

先に行ったのと同様に、表1で一部負担金を除いてみると、全国の市町村平均では、保険料のシェアは26.2%、国庫負担は36.2%、地方負担は8.5%、被用者保険拠出は29.0%となる。これに比べると、保険料と国庫負担が低く、地方負担とくに一般会計繰入が高いことが指摘される。これは、保険機能が低い分、市町村の自前の財源の投入が多いことを意味するのであろうか。さき手厚い財政支援による保険者のモラルハザードの危険を指摘したが、その可能性は否定されるのであろうか。

上の表4は、一般会計からの繰入を国保の財源補填のためのもの、法定による繰入など財源補填以外のためのもの、そして老人保健制度に対する繰入に分類したものである。市町村間で大きく異なるのは、国民健康保険の財源補填のための一般会計からの繰入である。これら2つの表からは、都市部では相対的に保険料収入のシェアが高いけれども、国民健康保険の赤字を抱え、それを補うために多くの繰入を行っている。それに対し、保

険料収入のシェアの低い町あるいは村では、赤字の比率はるかに小さく、財源補填のための繰入はほとんど行われていない、ということが示されている。補填以外の繰入は、地方単独の事業を除けば、基本的に法律で定められていることもあって、市町村間の差異は大きくない。全国平均値に比べ高いのは、高齢化や過疎化の影響が大きいと思われるが、ただし、こうした補填目的以外の繰入の多くは地財措置がなされており、自前の財源が投入されているのではないことが思い出される。

表3から、村の保険料収入のシェアは、平均して20%にも満たないことがわかるが、その分布はどのようになっているのであろうか。図1と同様にして、図2で国民健康保険と老人保健制度を統合した場合について、保険料のシェアの分布を示した。図1に比べ、全体にシェアが低下しているので、階層の刻みも小さくなっている。まず第1に注目されるのは、村については保険料シェアが10%未満のものが全体の5%以上あることである。さらに、シェアが15%以下のものは、市部では6.4%であるのに対し、町では23.9%、村に

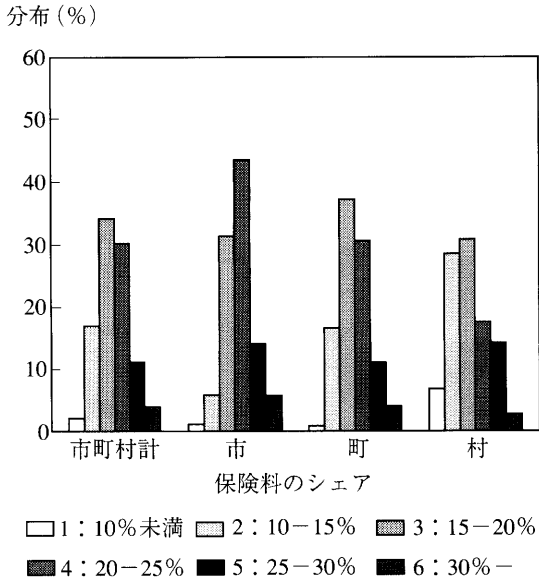


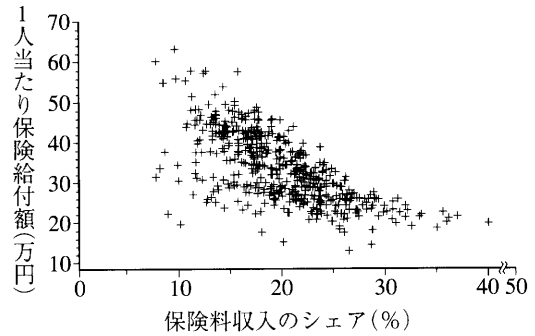
図2 財源に占める保険料シェア：国保・老健連結収支

至っては35.5%と3分の1を上回っている。町、村での保険料シェアの低さは驚くべき水準である<sup>9)</sup>。

以上、5都道県の市町村データを用いて、国民健康保険および国民健康保険と老人保健制度を統合した収支の財政構造を見てきた。市から、町、村へ行くほど保険料収入のシェアが低下し、国や被用者保険からの財政援助の割合が高まっている。一般会計からの繰入も、都市部では赤字補填のための繰入が多いが、町村部では地財措置される法定の繰入が多かった。保険料収入のシェアが（そしておそらく保険比率も）低いところほど、むしろ財政的には余裕があることが示唆される。

### 3. 財政支援と国民健康保険の効率化

こうした結果は、本節の始めに述べたように、さまざまな財政措置により国民健康保険の保険者である市町村の責任が大きく軽減されており、しかもそれが規模の小さい村あるいは町に行くほど顕著であることを示している。こうした財政援助が保険者の責に帰せない財政力の格差を是正する範囲にとどまっているのか、あるいは保険料の徴



出所) 筆者推計。

図3 国保・老健1人当たり保険給付額と保険料のシェア

収努力や医療費の削減の努力などを阻害し、医療保険の効率性を損なっているのかが大きな問題となる。この問題に答えるには、医師や病院などの医療の供給サイド、そして医療保険の保険者と被保険者の需要サイドの行動を定式化したモデル分析が必要となる。

しかし、それは本稿の範囲を超えるので、最後に、直感的な方法によって、財政支援の手厚さが医療費水準に及ぼしている効果を検討してみよう。まず図3は1人当たりの医療保険給付額と保険料収入のシェアとの関係をプロットしている。

図3からは、明らかに、保険料収入の低い市町村ほど1人当たりの保険給付額が高いという関係を読みとることができる。もちろんこのことから短絡的に、過疎化、高齢化によって保険料収入の低い市町村でも、手厚い財政援助により、とくに医療費削減努力を行わなくても高い医療費を維持できる、と解釈することはできないであろう。高齢化が進んだ市町村では当然、医療費水準が高くなるざるをえないし、また医療費の決定については、医師誘発需要など供給面での要因の重要性も指摘されている。

そこで、以下では、市町村の属性をコントロールした上で、1人当たり医療費保険給付額と保険料収入との関係を見てみよう。具体的には、市町村別に被説明変数を1人当たりの保険給付額、説明変数には保険料シェアの他に、1人当たりの保険料、また高齢化率、さらに保険の規模を考慮し



表5 国保・老健1人当たりの保険給付と保険料シェア

回帰式	対象	切片	保険料シェア (%)	1人当たり保険料(円)	高齢化率(%)	国保被保険者総数	R <sup>2</sup> /DW	サンプル数
(1)	市	347786 10.070**	-14946 -17.109**	3.9297 13.172**	2244.6 2.453*		0.8758 1.569	110
(2)	市	402516 14.431**	-16273 -21.568**	4.0156 13.229**		0.0275 0.762	0.8694 1.635	110
(3)	町	4000484 18.425**	-14934 -29.716**	3.5044 18.374**	-288.396 -0.679		0.6892 1.356	278
(4)	町	388826 30.976**	-15651 -33.525**	3.6182 19.433**		3.1282 3.557**	0.8437 1.501	278
(5)	村	242719 5.824**	-13794 -12.456**	4.5790 11.249**	1619.95 1.772		0.7286 1.797	107
(6)	村	309186 14.855**	-15834 -13.303**	4.5938 11.140**		8.0389 1.242	0.7245 1.731	107

注) 被説明変数は、国保被保険者1人当たりの国保(一般及び退職者)および老人保健の給付額である。回帰係数の下段はt値である。\*\*は1%水準、\*は5%水準で有意であることを示す。

出所) 筆者推計。

て被保険者数を加えて回帰分析を行った。1人当たりの保険料は地域の平均所得水準を反映していると考え、その代理変数として加えたものである。

結果は表5に示されている。いずれの場合でも、保険料シェアの係数はマイナスで有意である。また1人当たり保険料の係数はプラスで有意であり、所得水準の高い地域ほど医療費が高いことをうかがわせる。高齢化率や保険の規模(被保険者数)は有意でないケースが多い。また、ここには示していないが、各県の地域的特性をダミー変数で表し、それを加えて回帰を行った。この場合でも、保険料シェアの係数はマイナスで有意であった。

保険財政の負担の構造と医療費の水準、より広くいえば医療保険の効率性との関係は、医療保険のあり方を考えるとき、もっとも重要な問題の一つである。ここでの分析は、直感の範囲を出ないものであるが、先に述べた国民健康保険などに対する財政支援制度を踏まえると、手厚い財政支援が保険者の責任を軽減し、医療費削減努力を阻害している可能性は否定できないように思われる。

この問題を解決するには、国民健康保険に対する手厚い財政支援がなぜ必要とされるのかに戻って考える必要がある。IIで見たように、国民健康保険への財政支援は、高齢化、過疎化により財政破綻の危機が訪れる度に、パッチワークのように

追加を重ねてきた。それは、全国で3,000を越える市町村を保険者とする限り、やむを得ないことでもある。過疎化により被保険者が減少するとともに高齢化が進行し、市町村が保険者として機能することがもはや困難となっているにもかかわらず、国民健康保険を運営していくためには、幾重にも重なる財政支援が必要になる。その結果、みたように、保険者としての市町村の責任が曖昧になり、医療サービスの効率化の努力がおろそかになる。

さらに、この問題の解決を図るには、単に国民健康保険の財政規模を拡大するだけでなく、より根本から、果たして自営業者を対象として、被用者保険とは別個の国民健康保険を設けることが適切であるかを問う必要がある。国民皆保険成立当時には、一方には、農業従事者をはじめ自営業者が多く、都市化の進展していない状況があった。また他方では、終身雇用・年功序列の企業経営があり、企業を単位とする被用者保険を成立させる状況があった。しかし、産業構造は大きく転換し、自営業者のなかで農業従事者の比重は低下し、雇用の流動性も格段に高まっている。今や自営業者を被用者と独立させる必要性は、なくなったといわれてよいであろう。医療を公的保険によってまかなっていくのであれば、現在のように、国民健康

保険という特定の保険にのみ、国、地方および被用者から資金支援を続けることはやめ、所得・報酬の低い人々には保険料の免除や軽減を行い、一方、一定以上の所得・報酬をもつ人々には定率の負担を求め、業種ではなく、所得・報酬について分配上の配慮を払うべきである。

#### IV 介護保険・医療保険改革への含意

以上、国民健康保険財政の実態と問題点を明らかにしてきた。こうした財政の視点からの分析は、2000年4月から導入される介護保険や、それとともに実施されるはずであった医療保険制度の改革に対して、どのような含意をもつのであろうか。

介護保険制度は、国民健康保険と多くの共通点を持ち、それゆえ国民健康保険の抱える問題もまた引き継いでいると考えられる。介護保険は国民健康保険と同様、市町村が保険者となる。その財政は、介護保険給付額の半分を保険料でまかない、残りの半分かまり全体の4分の1を国が負担する。そして残りの4分の1を都道府県と市町村が均等に負担する。老人保健で介護的要素の強いものについては保険料2分の1、補助2分の1の仕組みが取られているが、介護保険はこれを踏襲している。地方の負担分については、地方交付税の基準財政需要に含まれ、全額、地財措置がなされる。

また、被保険者は、国民健康保険と異なり、65歳以上の第1号被保険者と40歳ないし65歳の第2号被保険者からなる。第1号被保険者の保険料は、その地域で提供されるサービスに合わせて市町村単位で徴収されるのに対し、第2号被保険者の保険料は各自が加入する医療保険の保険料に付加して徴収される。したがって市町村が徴収義務を負うのは、その地域に居住する第1号被保険者と国民健康保険に加入する第2号被保険者からの保険料である。被用者保険に加入する第2号被保険者の保険料は、全国でプールされた後、各市町村に配分されることになる。この配分は、老人保健制度の加入者按分率による按分を置き換えたものと考えられる。

このように介護保険では、地方の負担部分の全

額が地方財政措置されているため、要介護出現率が保険設定時の仮定を上回ったり、介護コストが急増したりといった保険リスクを、保険者である市町村が被らない仕組みが当初から作られているのである。このように介護保険の仕組みは国民健康保険と同一であり、むしろ地財措置の部分だけ保険者の負担が軽くなっている。

前節までの議論を踏まえてこのような介護保険を考えれば、その第一の問題は、市町村を保険者として運営することにある。介護保険を市町村単位として運営する理由として、介護サービスの地域性や従来の老人福祉・老人保健はじめ高齢者サービスが市町村に一元化されていることなどがあげられている。しかし、市町村単位の公的保険を運営することがいかに困難であるかは、国民健康保険で十分経験してきたところである。厚生省では介護保険の運営に当たって広域化を促進しているが、市町村間において提供する介護サービスの水準、高齢化率あるいは地域の経済力などに格差があるときには、要介護認定などの業務はともかく、介護サービスの提供や費用負担の広域化は利害の対立を生み出す。当初から、保険者は県単位あるいはそれをさらにいくつか統合した単位とし、運営主体を市町村とすべきであったと考えられる。

市町村単位の保険では、財政力の格差が当然問題になる。これに対しては、介護保険で国費の25%のうちの5%分を調整交付金として財政力格差の調整に充てるという国民健康保険に類似した仕組みを設けている。また都道府県単位で財政安定化基金を置き、給付費の増加や保険料の未納などによる保険財政の赤字を一時的に補填することになっている。

ところが、介護保険の導入が1年後に迫るにつれ、準備不足による延期凍結論や保険者である市町村の懸念を抑え、ともかくも制度を導入させるため、さまざまな国費の投入、財政援助策が打ち出されている。その一つの例として、65歳以上の第1号被保険者が負担する介護保険料が一定額(3,000円程度とされている)を上回る市町村に対して、保険料を軽減し、国が地方交付税でその財源を措置するという構想をあげることができる。

介護保険料の地域間格差については、もともと調整交付金を格差是正のために用いる予定であった。ところが保険料格差が、厚生省の当初の予想である3.3倍を大きく上回って4倍になるとの試算を受け、追加的に国費の投入を行うという構想が出されてきたものである。

介護保険の導入に当たっては、このほかにも種々の財政援助策が検討されている。家族介護への現金給付など、介護保険の理念に反するものまで、なりふり構わぬといった状況である。どれが実現するかは現段階では不明だが、こうした状況が進めば、介護保険も、保険者たる市町村への手厚い財政援助によって、財源に占める保険料が著しく低下し、保険としての機能を低下させ、効率的なサービス供給に対する保険者のインセンティブを阻害することになる。介護保険が国民健康保険と同じ轍を踏む危険は高い。

また介護保険の導入にあわせて改革される予定であった高齢者医療保険については、政治的状況もあって、現在、迷走状態にあるといえる。しかし選択肢は、被用者保険と国民健康保険の枠を残し、それぞれで高齢者と現役世代を一括して保険集団とする突き抜け方式と高齢者を現役世代の保険から切り離し独立した保険集団とする別建て方式の2つに集約されつつある。医療保険改革についてのわれわれの立場は、すでに前節で述べたように、自営業者を対象にした国民健康保険自体を見直すべきだというものである。こうした視点に立てば突き抜け方式には問題がある。ここでは、具体的な改革案を提示する用意はないが、突き抜け方式にせよ、別建て方式にせよ、高齢者医療保険の改革は、国民健康保険をはじめ現役世代の医療保険制度を含めた改革でなければならない。

## V おわりに

本稿では、財政の視点から国民健康保険の実態とその問題点について検討した。国民健康保険には、国や被用者保険から手厚い財政支援措置が幾重にも用意されている。その結果、総費用に占める保険料の割合は3分の1程度しかなく、また保

険者である市町村も自前の財源はごくわずかししか投入していない。しかもこうした費用構造は、市町村別にみると都市部よりも町、村へ行くにしたがって、より顕著に現れる。

こうした財政構造の背景には、3,000を超える市町村を保険者として運営される以上、各国民健康保険の財政力に格差が生じるのは避けがたく、財政破綻の危機が迫ると、制度維持のため新たな財政支援措置が追加されてきたという事情がある。市町村においても、こうした経験を繰り返すことにより、たとえ財政危機が生じても新たな支援措置が追加されることを期待して、効率的な保険財政の運営への取り組みがおろそかになる危険がある。その結果、国民健康保険では保険者の責任が軽減され、保険者の保険料収入を確保する努力や医療サービスの供給面で効率性を阻害している可能性がある。

この問題を解決するためには、国民健康保険の役割を根本から見直す必要がある。国民皆保険が成立した当時とは、わが国の産業構造、労働市場の状況は大きく変わっている。自営業者を対象に市町村を保険者とする地域保険としての国民健康保険の枠を見直すことによって、高齢者医療保険のさまざまな改革が可能となると思われる。

## 注

- 1) 日本経済新聞 1999年5月13日。
- 2) この補助の根拠として、社会保険の中にも含まれている「社会性」すなわち能力説的な判断に基づくものと考えられる。たとえば漆(1997)は「低所得者が多く加入する健康保険は、保険給付に比べ保険料収入が少ないために、保険財政は赤字とならざるを得ない。この赤字を国庫補助によって補填しているのである」と述べ、国民健康保険への国庫補助は国民健康保険加入者への所得再分配に他ならないとしている。国庫補助が再分配目的で行われているとしても、その水準が妥当であるか否かは、実態を見て判断する必要がある。
- 3) ただし、療養給付費から、後述の市町村一般会計から国民健康保険特別会計へ繰り入れられる保険基盤安定繰入金のうち、国が補助している部分(繰入金の2分の1)が差し引かれる。
- 4) 出所) 自治省資料。
- 5) 各被用者保険の拠出は、市町村の療養給付費

- のうち一部負担金及び保険料を除いた拠出対象額を各保険者の標準報酬総額のシェアで按分して求められる。
- 6) 1997年度の市町村に対する国民健康保険関連の地方財政措置は、保険基盤安定制度分が381億円、国保財政安定化支援分が1,250億円、その他出産育児補助などが377億円であり、合計2,008億円となっている。
- 7) 利用した基本データは、各市町村の国民健康保険特別会計と老人保健特別会計の平成9年度決算データである。ただし、各国保の退職被保険者と老人医療の保険給付費はこのデータベースに含まれていなかったため、『国民健康保険の実態』(国民健康保険中央会)の1人当たり給付額、被保険者数等を用いた。この部分については、計算作業を行った時点では平成8年度データまでしか利用できなかったため、1年のずれが生じており、老人医療費の国保分が、多少、過少推計になっている可能性がある。したがって、後述の補助金や被用者保険からの老人医療費交付金も過少になっている可能性があるが、それほど大きな差ではないと予想される。
- 8) 国保・老人保健制度の連結収支作成のために、まず、老人保健(医療事業)の収支の各項目から国保加入老人にかかわる分だけ抽出しなければならない。支出面では『国民健康保険の実態』から国保加入老人の医療費が得られるので、老人保健制度の医療費総額に占める国保老人医療費の比率を求め、支出の各項目をこの比率で按分する。収入面では、各補助金もこの比率によって按分し、国保老人に対応する分を求める。詳細は、油井・田近(1999)を参照されたい。
- 9) 広井(1997)は、こうした状況を「保健と福祉の混在」と呼んでいるが、市から町、村へ行くほどに福祉のウエイトが高まることを示している。

## 参考文献

- 岩本康志、竹下 智、別所 正(1997)「医療保険財政と公費負担」、大蔵省財政金融研究所『フィナンシャル・レビュー』第43号、1997年11月。
- 牛丸 聡(1994)「社会保障の資金の流れと財源確保」、社会保障研究所(1994)所収。
- 漆 博雄(1994)「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」、社会保障研究所(1994)所収。
- 厚生省保険局調査課編(1998)『国民健康保険事業年報』平成8年版。
- 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会(1997)「平成9年度市町村国保担当新任課長特別講座」資料。
- 厚生統計協会(1997)『厚生指標：国民衛生の動向』。
- (1997)『厚生指標：保険と年金の動向』。
- 国民健康保険連合会(1998)『国民健康保険の実態』平成9年度版。
- 自治省『地方財政白書』各年版。
- 地主重美(1994)「社会保障の財源政策」、社会保障研究所(1994)所収。
- 社会保障研究所(1994)『社会保障の財源政策』、東京大学出版会。
- 広井良典(1997)『医療保険改革の構想』、日本経済新聞社。
- 藤井良治(1994)「社会保険と財政調整」、社会保障研究所(1994)所収。
- 藤田 晴(1979)「医療保険の制度間格差と財政調整」、『季刊現代経済』第35号、1979年夏季号。
- 務台俊介(1997)「国民健康保険制度の課題」、湯浅利夫編『高齢化社会と地方財政』、ぎょうせい。
- 油井雄二・田近栄治(1999)「医療保険と市町村財政：国民健康保険と老人保健制度の連結収支表による実態の把握」、『成城大学経済学部 Working Paper』No. 8。

(たぢか・えいじ 一橋大学教授)

(ゆい・ゆうじ 成城大学教授)

## 公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性

遠藤 久夫  
駒村 康平

### I はじめに

#### 1 問題意識と目的

先進国においては一部の例外を除いて強制加入の公的医療保障が医療費支払いの大部分を占めていることが示すように、医療費の支払いにおいて公的医療保障のもつ役割はきわめて大きい<sup>1)</sup>。医療費支払いに公的な介入が行われる理由はいくつかあるが最大の理由は所得格差による医療アクセスの不平等を改善することである<sup>2)</sup>。傷病のリスクヘッジのみを目的とするのならば任意加入の民間保険でその機能は満たされるはずであるが、所得水準が低く医療需要が大きい高齢者の医療には公的な医療保障システムが不可欠であることは、医療システムを先進国中最も市場原理に委ねているアメリカですらメディケアが存在していることから明らかである。

しかし、わが国では急速な人口の高齢化を背景に老人医療費の増加が公的医療保険を通じて非高齢世代の負担を上昇させ、年金と同様に世代間の負担の不公平問題を生じさせている。このため老人医療は医療保険制度の抜本改革の重要なテーマの一つとなっている。そこでは非高齢者の負担の上昇をいかに抑制するかということが議論の中心を占めている。たしかに世代間の不公平を拡大させつづけることは公的医療保険制度の存続そのものを脅かす問題であることに疑う余地はない。しかし、世代間の負担の不公平を是正することは、その方法にも依存するが、何らかの形で「所得格差による医療アクセスの不平等を改善する」とい

う公的医療保険の第一義的な機能に影響を及ぼすと考えられる。したがって医療保険改革を合理的に行うためには公的医療保険の世代間負担に関する研究とともに公的医療保険がもつ医療アクセスの改善機能についても実証的な研究が必要である。最近、年金ほどではないものの医療保険についても世代間負担に関する研究が行われるようになってきている。しかし、公的医療保険が医療アクセスの不平等を改善する効果に関する実証的な研究は必ずしも十分に行われているとはいえない。このような問題意識の下、本研究では公的医療保険が高齢者の医療アクセスの不平等をどの程度改善しているのかを実証することを目的とする。

#### 2 分析内容

平成5年および昭和56年『所得再分配調査』を用いて以下の内容の分析を行った。

##### (1) 高齢者の所得と保険給付額の実態

高齢者の医療費負担のリスクが非高齢者との程度異なるのかを明らかにするため、年齢別に当初所得の平均値、標準偏差、ジニ係数および医療需要を代理する変数として保険給付額の平均値と標準偏差を算出した。

##### (2) 公的医療保険による医療アクセスの改善の実態

公的医療保険が所得格差による医療アクセスの改善にどの程度貢献しているのかを各年齢階層別に検討する。本稿では「公的医療保険の所得格差による医療アクセスの不平等の改善」と「公的医療保険による所得再分配」という概念の関係をつぎのように捉えている。保険は保険機能を通じて



保険事故が発生した人に対して保険事故の起きなかった人からの所得移転、すなわち保険的再分配が行われることによってリスクヘッジされる仕組みである。つまり保険におけるリスクヘッジの機能と所得再分配機能とは表裏の関係にある。本稿では所得水準の低い人が医療費負担のリスクを回避できる程度を所得格差による医療アクセスの改善効果ととらえることにし、これと表裏の関係にある所得再分配の視点から計測することにする。したがって医療アクセスの改善度を、一般に再分配係数と呼ばれる値、すなわち(当初所得のジニ係数-再分配後(=当初所得-保険料+保険給付)のジニ係数)/当初所得のジニ係数の値で示す。この値が大きいほど高所得者が低所得者の医療費を負担していることを表している。また、このような理由で「公的医療保険による医療アクセスの改善」と「公的医療保険の所得再分配効果」とは同義と考え、文脈においてふさわしいと思うものを適宜使用することにする。

### (3) 年齢階層別のアクセスの改善度とその理由

年齢階層別の改善度を計算することで、年齢という同一リスク階層内の所得格差による医療アクセスの不平等が公的医療保険によってどの程度改善されているのかを明らかにし、年齢階層間の改善度が異なる場合はその原因を検討する。

## II 公的医療保険による所得再分配の状況

### 1 保険料負担と保険給付の状況

#### (1) 当初所得と年金・恩給給付額

平成5年調査における初期所得の平均は、15-69歳が621万円(60-64歳が564万円、65-69歳が394万円)、70歳以上が326万円と高齢者ほど少なくなる。しかし、年金・恩給の純給付額(年金・恩給給付額-保険料)を加えると、15-59歳が645万円、60-69歳が588万円、70歳以上が475万円とこの傾向は緩和される。また当初所得の標準偏差は15-69歳が552であるのに対して70歳以上は572と高齢者階層の方が大きい。一方、当初所得のジニ係数は高齢者層ほど大きくな

り、高齢者層ほど不平等度が拡大していることが明確である(表1のA参照)。当初所得に年金・恩給の純給付額を加えたもののジニ係数は、15-69歳が0.3768、70歳以上が0.5482と、この傾向は緩和するものが高齢者層ほど所得の不平等が拡大している点にかわりはない。

#### (2) 保険給付額

平成5年調査における保険給付額の平均は、15-69歳が41万円、70歳以上が85万円と高齢者ほど高く、保険給付額の標準偏差も15-69歳が142、70歳以上が187と高齢者ほど大きいことが分かる。さらに、60歳代で3割以上、70歳以上でも2割以上の世帯が保険給付額がゼロ、すなわち医療を受けていない世帯である。これらを併せて考えると、高齢者層の医療需要のばらつきの大きいことがわかる。

以上をまとめると、高齢者層は非高齢者層と比較して、1) 医療需要のばらつきが大きい(保険給付額の標準偏差は、平成5年調査では15-69歳が142であるが70歳以上では187へ上昇、昭和56年調査では15-69歳が87であるが70歳以上では117へ上昇)、2) 所得の格差が大きい(当初所得のジニ係数は平成5年調査では、15-69歳が0.41であるが70歳以上では0.73へ上昇、昭和56年調査では、15-69歳が0.35であるが70歳以上では0.52へ上昇)、3) これらの傾向は平成5年調査の方が昭和56年調査より鮮明になってきている、ということから高齢者層内部の所得格差による医療アクセスの不平等を改善することの重要性が高まっていると考えられる。

### 2 公的医療保険による所得再分配の状況

#### (1) 保険料負担段階と保険給付段階の再分配効果

公的医療保険による所得再分配効果は、1) 保険料の負担の段階と、2) 保険的再分配機能を通じた保険給付の段階の二つの段階で生ずる。はじめに、この複合効果を見てみよう。平成5年調査の全サンプルにおける公的医療保険による所得格差の改善度は2.75%である(表1のD参照)。こ

表1 年齢階層別ジニ係数の改善度

## 平成5年調査

	全体		15-69歳		(60-64歳)		(65-69歳)		70歳-	
	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度
A	0.4513		0.4082		0.5196		0.6255		0.7335	
B	0.4553	-0.88%	0.4216	-0.96%	0.5257	-1.17%	0.6317	-0.99%	0.7376	-0.56%
C	0.4347	3.69%	0.3995	2.24%	0.4954	4.67%	0.5869	6.17%	0.6587	10.20%
D	0.4389	2.75%	0.4036	1.24%	0.5022	3.35%	0.5952	4.83%	0.6648	9.37%

A：当初所得，B：当初所得－保険料，C：当初所得＋保険給付，D：当初所得－保険料＋保険給付。

## 昭和56年調査

	全体		15-69歳		(60-64歳)		(65-69歳)		70歳-	
	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度	ジニ係数	改善度
A	0.3568		0.3472		0.4595		0.4688		0.5187	
B	0.3602	-0.95%	0.3506	-0.98%	0.4643	-1.04%	0.4726	-0.80%	0.5232	-0.18%
C	0.3519	0.13%	0.3438	0.98%	0.4458	2.98%	0.4530	3.37%	0.4935	4.86%
D	0.3551	0.47%	0.3470	0.06%	0.4500	2.07%	0.4564	2.68%	0.4971	4.16%

A：当初所得，B：当初所得－保険料，C：当初所得＋保険給付，D：当初所得－保険料＋保険給付。

これは税負担による改善度(=(当初所得のジニ係数－税引後所得のジニ係数)/当初所得のジニ係数)の3.2%とほぼ同水準である。

この再分配効果が保険料負担の段階と保険給付の段階のどちらで生じているのだろうか。表1は年齢階層別にみたジニ係数および改善度である<sup>3)</sup>。これによると平成5年調査全サンプルでは保険料負担による改善度は-0.88%とわずかであるが悪化しているのに対し、保険給付の段階での改善度は2.75%と所得格差が改善している。保険料負担の段階で所得格差を改善させるかどうかは保険料率の設定に依存するが、公的医療保険の保険料は所得に応じて徴収されるため、保険料負担の段階で所得再分配効果はほとんどないと考えられ、分析結果はそれを裏付けている。これが税による所得再分配効果と異なる点である。

一方、保険給付によって所得格差が改善するのは、保険給付額と所得との関係が負の相関もしくは無相関の場合である。保険給付額と所得との相関係数は、全サンプルでは平成5年調査が-0.020、昭和56年調査が-0.016と負の相関を

示すもののどちらも有意ではなく(5%有意水準)、保険給付と所得は無相関であることがわかる。

以上のことから、1) 公的医療保険の所得格差を改善する効果は保険料徴収段階ではなく保険給付段階で生じ、2) 保険給付による再分配効果は医療需要と所得との相関がないことから生じていると考えられる。

## (2) 年齢階層と改善度

次に年齢階層別に公的医療保険による所得格差の改善度を見てみよう。表1によれば、1) 高齢者ほど同年齢階層内の所得および再分配後の所得の格差がともに拡大している、2) 高齢者ほど公的医療保険による所得格差の改善度が大きくなる、3) 平成5年調査は昭和56年調査と比較して各年齢階層において所得格差は拡大しているものの公的医療保険による改善度は上昇している、という傾向が読み取れる。実際の改善度をみると、平成5年度は15-69歳で1.24%(60-64歳3.35%、65-69歳4.83%)、70歳以上で9.37%、昭和56年度は15-69歳で0.06%(60-64歳2.07%、65-69歳2.68%)、70歳以上で4.16%と高齢者ほど

所得格差の改善度が上昇しているのが明瞭である。

公的医療保険による所得再分配効果は主として所得水準が高く医療需要の小さい非高齢者層から所得水準が低く医療需要の高い高齢者層に対する世代間所得移転によるものだと考えられてきた。この世代間移転による所得再分配効果はサンプル全体の改善度に反映されていると考えられるが、この値は平成5年調査で2.75%、昭和56年調査で0.47%である。注目すべきは、年齢階層別に見ると平成5年調査、昭和56年調査ともに60歳以上の高齢者層ではこれをはるかに上回る改善度が認められることである。このことは、公的医療保険による世代間の所得移転は、所得格差の大きい高齢者層内部の医療アクセスの改善に対しても貢献している可能性があることを示唆している。

### III 高齢者層の不平等改善度が大きい理由

次に高齢者ほど公的医療保険によって医療アクセスの改善効果が大きくなる理由について以下の三つの仮説を立て、それぞれ検討する。

#### 1 医療需要と所得との相関関係の相違

全サンプルでは医療給付額と所得の間に有意な相関がないことはすでに示した。しかし、もし非高齢者層ではこの二つの間に正の相関があり、一方、高齢者層においてこの二つの間に負の相関もしくは無相関が認められれば、高齢者層のジニ係数の改善度は非高齢者層の改善度と比較して相対的に高まることになる。仮説の第一は、非高齢者層と高齢者層では医療需要と所得との相関関係が異なるために公的医療保険によるジニ係数の改善度に違いが生じた、というものである。平成5年調査において年齢階層別に当初所得と保険給付額との相関係数を求めると、15-59歳で-0.001、60-69歳で-0.009、70歳以上で0.038であるがいずれも有意でなかった(5%有意水準)。これより、この仮説は支持されなかった<sup>4)</sup>。

#### 2 高齢層の所得格差の拡大

高齢者は所得格差が大きいため公的医療保険に

よる再分配効果が大きく表れたというのが第二の仮説である。所得格差の違いが公的医療保険の再分配効果にどのように影響するのかを調べるために、つぎのような感度分析を行った。

- 1) 当初所得を各世帯で均等に定額変化(10万円, 40万円, 70万円)させる。
- 2) 当初所得が変化しても保険料および保険給付額は変化しないと仮定する。
- 3) 当初所得の変化によって変わる当初所得自身のジニ係数と所得変化後のジニ係数の改善度の関係を調べる。

具体的には、当初所得のジニ係数(式1)とジニ係数の改善度を示す(式2)において、 $t=10$ 万円, 40万円, 70万円と変化させ、式1の値と式2の値の関係を見ようというものである。

式1

$(Y_{i+t})$  のジニ係数

式2

$((Y_{i+t})$  のジニ係数  $- (Y_{i+t} - P_i + S_i)$  のジニ係数) /  $(Y_{i+t})$  のジニ係数

$Y_i$  :  $i$  世帯の当初所得,  $S_i$  :  $i$  世帯の保険給付,  $P_i$  :  $i$  世帯の保険料,  $t$  : 当初所得の定額変化分

平成5年調査データに基づいて計算した「15-69歳」「70歳-」における式1と式2の結果は以下の通りである。「15-69歳」において、初期所得を変化させない場合( $t=0$ )は当初所得のジニ係数は0.4082、その時の公的医療保険によるジニ係数の改善度は1.24%であるが、10万円増加させると当初所得のジニ係数0.4023、改善度が1.16%へと低下する。40万円増加させると当初所得のジニ係数0.3839、改善度が0.93%へと低下する。70万円増加させると当初所得のジニ係数0.3637、改善度が0.80%へと低下する(70歳以上の場合、 $t=0$ 円では0.7335, 9.37% :  $t=10$ 万円では0.7243, 9.09% :  $t=40$ 万円では0.6670, 7.15% :  $t=70$ 万円では0.6236, 6.39%)。

この感度分析の結果、当初所得の定額増加分を増やすと当初所得のジニ係数も改善度も低下することがわかる。これより、公的医療保険による所

得再分配効果は当初所得の格差が大きいほど強く表れることが示された。よって、高齢者層は非高齢者層より所得格差が大きい公的医療保険による所得再分配効果が大きいという仮説は支持された。

### 3 非高齢者層からの所得移転

つぎに高齢者層の高齢者層内部の改善度と非高齢者層から高齢者層に対する所得移転との関係を検討しよう。1) 保険料は所得に応じて課される、2) 高齢者は非高齢者より所得水準が低い、3) 高齢者は非高齢者より医療需要が大きい、という関係から公的医療保険は非高齢者層から高齢者層に対して一方向の所得移転を生じさせる。このことは世代間の医療費負担の公平性の視点から広く関心もたれており、先行研究も多い<sup>6)</sup>。しかし、世代間所得移転が高齢者層内部の医療アクセスの改善にどの程度影響しているかは明確に示されてこなかった。

そこで、非高齢者層からの所得移転は高齢者層内部の所得格差による医療アクセスの不平等を改善させるはたらきがある、という第三の仮説の検証を行う。直感的には非高齢者層から高齢者層への所得移転がある方が、公的医療保険による高齢者層内部の所得格差の改善効果は高まるように思われるが、必ずしもそうとはいえない。たとえば医療需要が高所得者に偏っている場合には非高齢者層からの所得移転によって保険給付額が増加すると所得格差は拡大することになる。また、高齢者の平均的な所得水準に対して保険給付額が格段に大きいような場合には、所得移転による保険給付額の増額は所得格差を拡大させることもありうる。世代間所得移転が高齢階層内の所得格差改善に及ぼす影響は、高齢者の所得水準と保険給付額の相対関係、所得と保険給付の相関関係などに依存するのであり、先験的には決められるものではない。

そこで本稿では仮説検証のため以下の試みを行った。

#### 1) 基本的な考え方

##### ① 高齢者層の保険給付の財源を当該世代が負

担した保険料のみとするケースを考える。すなわち高齢者層の保険給付の財源から税および非高齢者層が負担した保険料のうち高齢者への移転分を控除する。

② 高齢者層の医療費財源の不足分は各世帯の保険給付を一律に定率減少させることにより、当該世代内で保険料と給付をバランスさせる<sup>6)</sup>。

③ 上記の方法で保険給付額が減少した場合の再分配後のジニ係数と改善度を計算し、税および非高齢者層からの所得移転がある場合の改善度と比較する。前者の改善度より後者の改善度の方が高ければ仮説を支持することになる。

#### 2) 具体的な方法

① 各世代の保険料総額と実際の保険給付総額の比を求める。

$$\left(\frac{\sum Si - \sum Pi}{\sum Si}\right) = r^{7)} \quad Si : i \text{ 世帯の保険給付} \quad Pi : i \text{ 世帯の保険料}$$

② 同世代内の保険収入のみを財源とした場合の保険給付額を算出。

$$(1-r) \times Si$$

③ 世代内収支均等条件により保険給付が減額された時の再分配後のジニ係数を算出。

$$(Yi \text{ のジニ係数} - [Yi - Pi + (1-r) \times Si] \text{ のジニ係数}) / Yi \text{ のジニ係数}$$

$Yi : i \text{ 世帯の当初所得}$

#### 3) 計算結果

高齢者層に対する非高齢者層からの所得移転が高齢者層の所得再分配におよぼす影響を見てみよう。高齢者が当該世代の保険料のみを医療費財源とするように変更した場合、現実のケースと比較して、改善度は平成5年調査データでは、60-64歳は3.35%が1.57%へ、65-69歳は4.83%が1.42%へ、70歳以上は9.37%が1.51%へと顕著に低下する。すなわち、現行の医療保険制度の下では、高齢者層の医療費財源を高齢者層の保険料によってのみ賄い、不足分は医療給付額を定率で減少させると仮定した場合、高齢者層の同年齢層内部の医療アクセスの不平等は拡大することになる<sup>8)</sup>。

以上の検討から税負担および非高齢者層から高齢者層への所得移転は高齢者層内部の所得格差に起因する医療アクセスの不平等を改善させる機能をもっていると考えられる。

#### 4 年金からの保険料徴収と自己負担の引き上げ

3における考察では非高齢者層から高齢者層への所得移転を抑制することによって高齢者層の保険給付額が定率で減少するとして、その場合の所得再分配効果の変化に着目した。しかし、非高齢者層からの所得移転を抑制しても、高齢者層の費用負担を増やせば保険給付額を減らさなくてもよい。この費用負担の引き上げ方法として、1) 年金から定率で保険料を徴収する方法と<sup>9)</sup>、2) 自己負担を引き上げる方法を考え、これらが改善度に及ぼす影響を考察しよう。

年金から定率で保険料徴収をする場合は、次の理由で高齢者層内部の改善度を低下させると考えられる。公的年金は定額の基礎年金と被用者年金の報酬比例部分によって構成されているため、年金の支給は所得の不平等度を低下させる方向にはたらく。年金からの定率の保険料徴収は年金を定率で削減することに他ならないのであるから高齢世代内部の所得再分配効果を低下させることになる。したがって、所得再分配上の視点から保険料率に累進性を持たせるなどの設計上の工夫が必要となろう。一方、高齢者層の自己負担を引き上げる場合も、高齢世代内部の所得再分配効果を低下させる可能性が高い。それは、医療需要の価格弾力性は低所得者の方が高所得者より大きいと考えられるため、低所得者の受診抑制を通じて低所得者の保険給付額が減少する可能性がある<sup>10)</sup>。したがって、自己負担額の設定に際しても所得再分配上の配慮が必要であると考えられる。

### IV 分析結果と課題

#### 1 分析結果

これまでの分析結果を整理すると以下の通りである。

(1) 高齢者は非高齢者と比較して、1) 所得

水準は低いが所得格差は大きい、しかし年金を考慮するとこの傾向は緩和される、2) 保険給付額が多く、かつそのばらつきは大きい。

(2) 高齢者は非高齢者と比較して、公的医療保険による所得格差に起因する医療アクセスの不平等を改善する効果が大きい。これは1) 高齢者層の所得格差が大きいことと、2) 高齢者層の医療費財源に占める税と非高齢者層からの所得移転の比率が高いことによると考えられる。

(3) (1)と(2)の特徴は昭和56年調査より平成5年調査の方が明瞭である。これは昭和56年より平成5年の方が、1) 所得格差が拡大していることと、2) 高齢者層の保険財源に占める非高齢者層からの所得移転の比率が上昇していることによると考えられる。

(4) 高齢者の医療費財源として年金から定率で保険料を徴収した場合も、患者自己負担を増やした場合も高齢者層内部の所得再分配効果を低下させる可能性が高い。

高齢者は非高齢者より、高い医療費負担リスクを抱え、所得格差も大きいという状態にあり、しかも経年的にはその傾向は拡大している。本稿の分析から公的医療保険はこのような高齢者の所得格差による医療アクセスの不平等を改善する上で有効な制度であることが明らかになった。しかし、これを実現する上で非高齢者から高齢者への所得移転が不可避であり、高齢化の進展は世代間の負担の不公平の問題を生み出しているのも事実である。今後の高齢化の推移を考慮すれば非高齢者層の負担の増加を放置しておくことはできないものの、本稿の分析結果は世代間の負担の公平を保つことと高齢者の医療アクセスの公平性を確保することはトレードオフの関係にあることを示唆している。このことは老人医療を改革する視点として軽視すべきではないと思われる。

#### 2 本研究の課題

最後に、本研究におけるいくつかの問題点を整理する。

(1) 本研究では保険給付額を「医学的に必要な」医療需要という前提で議論しており、患者や



医師のモラルハザードを反映した「無駄」な医療が行われていないと考えているが、この現実的妥当性は十分な吟味が必要であることはいうまでもない。しかし、特定の医療が無駄か否かを評価することは困難な問題として知られている。これには多くの実際の臨床データをもとに医療効果を評価する evidence-based medicine の進展や多面的な国際比較を待たなければならない。本研究では課題の重要性は認識しつつも便宜上、保険給付の対象となる医療は医学的に必要なものであるという前提に立って議論している。

(2) 所得格差による医療アクセスの不平等を議論するには患者の自己負担に注目するアプローチもある。全国消費実態調査や家計調査から医療費の自己負担額を推計して、これを所得と比較する方法である。たとえば Wagstaff and Doorslaer (1992) がアメリカおよび欧州9カ国を対象に行った医療費支払いの平等に関する国際比較調査では、社会保険料、自己負担額、民間医療保険料などの世帯支出のジニ係数と所得のジニ係数から Kakwani 指標を作成し、医療関連支出の特性を比較している。公的医療保険のカヴァレッジが大きいわが国においても老人病院への入院などにはかなりの自己負担がある場合も多く、自己負担に着目してアクセスの平等を分析する必要性も高いと考えられる。しかし、自己負担分析に用いられる統計データには公的医療保険による保険給付に関連する情報は含まれていないため、公的医療保険によるアクセスの改善効果を見ることはできない。医療アクセスの平等を考える場合、純医療費支出である保険料+自己負担-保険給付と所得との関係を分析する必要があるが、所得再分配調査から得られる情報は所得、保険料、保険給付に関するものであり、家計調査、全国消費実態調査から得られる情報は所得、自己負担に関するものであり両者の統合が難しい。また所得再分配調査から自己負担部分を推計しようとしても、1) 高額療養費制度により自己負担額は保険給付額に(1-給付率)を乗じた額だとはいえないこと、2) 特定療養費制度による自己負担部分は所得再分配調査では補足不可能であること、などの理由で精

度の高い推計は難しい。医療保険改革の議論には自己負担増を視野に入れたものが多く、その意味でも医療費の自己負担と保険給付額を統合した分析の実施が望まれる。

本研究は、平成9年度厚生科学研究費補助金厚生行政科学研究事業「所得再分配の評価手法に関する研究(研究代表 石川経夫(東京大学経済学部教授))」に基づくものである。

#### 注

- 1) Wagstaff (1992) によれば OECD 諸国の中ではアメリカとスイスは国民医療費の過半が私的な支払いによって賄われている。
- 2) 公的医療保険と私的医療保険のメリット・デメリットに関しては遠藤(1998)を参照されたい。
- 3) ジニ係数の計算過程で所得-保険料が負になる場合はその値を0として計算した。
- 4) 所得と医療需要との関係は従来から医療経済学上の関心の一つである。しかし、この分析結果から「どの年齢の人も所得と医療需要とは無関係である」と結論づけるのは早計である。その理由は、所得再分配調査が個人単位ではなく世帯単位で集計されているからである。所得は世帯所得、保険給付額は世帯保険給付額、年齢は世帯主の年齢である。したがって、世帯主が若くても家族が多かったり家族に高齢者がいれば保険給付額が多いということがありうる。そこで、個人ベースで年齢によって所得と医療需要との相関関係に違いがあるのかどうか検討してみよう。世帯の家族構成の影響をできるだけ排除して、個人ベースの所得と医療需要との関係を観察するために、世帯単位の保険給付額を世帯単位の当初所得、世帯主年齢、家族人数、65歳以上の家族人数で説明した下記の医療需要関数を想定した。

$$P = \alpha + \beta_1 \cdot I + \beta_2 \cdot Y + \beta_3 \cdot F + \beta_4 \cdot O$$

P: 世帯単位の医療保険給付額, I: 世帯単位の当初所得, Y: 世帯主の年齢, F: 家族人数, O: 65歳以上の家族人数

平成5年調査データを基に世帯主年齢階層別にこの推計式のパラメータをOLSで推計した結果は次の通りである。

推計結果 ( ) 内はt値 \*5%有意 \*\*1%有意  
[ ] 内は自由度調整済決定係数

$$\begin{aligned} \text{(全体)} \quad P = & -19.9611 - 0.0096 \cdot I + 0.8262 \cdot Y \\ & (2.74)** \quad (3.10)** \quad (6.35)** \\ & + 7.2102 \cdot F + 16.4059 \cdot O \quad [0.027] \\ & (6.52)** \quad (5.65)** \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 (15-59 \text{ 歳}) \quad P &= -16.4049 - 0.01169 \cdot I + 0.8110 \cdot Y \\
 &\quad (2.19)^* \quad (3.36)^{**} \quad (4.80)^{**} \\
 &\quad + 5.6034 \cdot F + 37.2937 \cdot O \quad [0.032] \\
 &\quad (4.37)^{**} \quad (9.02)^{**} \\
 (60-69 \text{ 歳}) \quad P &= 404.9153 - 0.0096 \cdot I - 5.6609 \cdot Y \\
 &\quad (2.82)^{**} \quad (1.32) \quad (2.48)^* \\
 &\quad + 4.6824 \cdot F + 15.5599 \cdot O \quad [0.004] \\
 &\quad (1.65) \quad (1.75) \\
 (70 \text{ 歳-}) \quad P &= -101.0073 - 0.0041 \cdot I + 2.0560 \cdot Y \\
 &\quad (1.19) \quad (0.36) \quad (1.89) \\
 &\quad + 8.9144 \cdot F + 4.1775 \cdot O \quad [0.007] \\
 &\quad (2.24)^* \quad (0.36)
 \end{aligned}$$

どの年齢階層でも自由度調整済の決定係数の値は小さいものの、15-59歳では世帯所得(I)の係数の符号は有意に負であるが、60歳以上では保険給付額と世帯所得との関係が有意でないことがわかる。この非高齢者層に見られる所得の高い人ほど医療需要が少ないという傾向は、所得が高いため生活環境、労働環境が良好なので傷病の発生が低いという要因と傷病により所得が少ないという要因の複合効果ではないかと推測できる。

- 5) 一圓(1995)、勝又・木村(1999)など。
- 6) 保険財源の不足を保険給付の調整でバランスさせるには様々な方法が考えられるが、ここでは定率で保険給付額を減少させることとした最大の理由は保険給付額の減少が再分配後のジニ係数に及ぼす影響をできるだけ少なくするためである。また、保険給付額が減少する場合は患者自己負担が増えるケースが多いが、本研究では自己負担増の影響は考慮の対象外としている。その理由はつぎの二つである。1) 本研究の目的があくまでも公的医療保険による所得再分配効果に絞っていること。2) 分析結果から改善度が大きく悪化することが分かるが、自己負担増による患者の受療行動の変化を考慮すると低所得者の受療抑制がはたらき、この結果以上に改善度が悪化すると予想できる。これは同じ方向の変化であるため結論には影響しない。
- 7) 高齢者層の総保険給付額に占める当該階層が負担している保険料の比率は平成5年調査では60-64歳29%、65-69歳34%、70歳以上16%である。また昭和56年調査では60-64歳49%、65-69歳36%、70歳以上20%である。高齢層は

ど税や若い世代の保険料によってまかなわれている比率が高いことが明瞭である。また、平成5年と昭和56年との比較から、高齢層の医療費に対する税や非高齢層の負担の比率が上昇していることもわかる。

- 8) 高齢者層に対する外部からの所得移転がまったくなくなることを前提とするケースは非現実的であるため、より現実的な状況として、非高齢者層からの所得移転の抑制により保険給付額が定率で各年齢層共通に10%減少したという場合の改善度の変化を見てみよう。平成5年調査データに基づけば60-64歳で3.35%が3.31%へ、65-69歳で4.83%が4.46%へ、70歳以上で9.37%が8.83%へと改善度が低下する。
- 9) 平成5年所得再分配調査によれば、60-64歳、65-69歳、70歳以上の各年齢階層の保険給付額の10%を当該階層が負担するためには、それぞれ年金から6.6%、2.9%、5.3%の料率で保険料を徴収する必要がある。
- 10) たとえば、遠藤・駒村(1998a)の調査によれば、平成9年9月の健保本人の自己負担引上げに際し、受診を抑制した人は家計所得の少ない人ほど多かった。

#### 参考文献

- 一圓光彌(1995)「医療保障における世代間移転」『季刊・社会保障研究』Vol. 31 No. 2。
- 遠藤久夫(1998)「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』Vol. 8 No. 2。
- 遠藤久夫・駒村康平(1988a)「公的医療保険の自己負担増の影響に関する研究」『経済と社会保障に関する研究』(医療経済研究機構：平成10年3月)。
- (1998b)「公的医療保険と所得再分配」『所得再分配の評価手法に関する研究』平成9年度厚生科学研究費補助金 厚生行政科学研究事業。
- 勝又幸子・木村陽子(1999)「医療保険制度と所得再分配」『季刊・社会保障研究』Vol. 34 No. 4。
- Wagstaff, A. and E. Doorslaer(1992) "Equity in the finance of health care: Some international comparisons," *Journal of Health economics*, 11.  
(えんどう・ひさお 学習院大学教授)  
(こまむら・こうへい 駿河台大学助教授)

## 医療の標準化と医療保障

川 渕 孝 一

### はじめに

わが国の医療保障制度は、先進諸国の羨望の的になっている。というのも、わが国では、地域で加入する国民健康保険、職業団体の組合健康保険、あるいは政府管掌健康保険など、いくつかの保険形態のいずれかに国民のすべてが加入するという、いわゆる“国民皆保険制度”が採用されているからである。わが国の平均余命は、世界的に見ても最長寿のレベルにあり、2050年には、男性は79歳、女性は86歳にも達すると予測されている。

さらには、患者が診察・治療を必要とする際に、自由に医療機関を選べる、いわゆるフリーアクセスも確保されており、わが国の医療制度は、かなり利用しやすいものになっている。

しかし、わが国の医療保障制度に全く問題がないかと言えば、そうでもない。深刻な問題の一つに、人口の高齢化による老人医療費の増大化が挙げられる。実際、わが国では高齢者の医療ニーズが、これまで以上に増えてくるにしたがい、老人医療費も、人口の高齢化とともに増加の一途を辿っている。

他の先進諸国と同じように、わが国でも老人医療費の増加分の大半は、政府、および若年代代によって負担されている。わが国では1989年度(平成元年度)に高齢者に対する医療費(老人医療費)が、国民医療費全体の28.2%を占めたが、1995年度(平成7年度)には、老人医療費の割合は約33%に達している(国民医療費全体27兆円に対し、老人医療費は8.9兆円：平成9年版『厚生白書』より)。

また、わが国の病院の平均在院日数は、他の

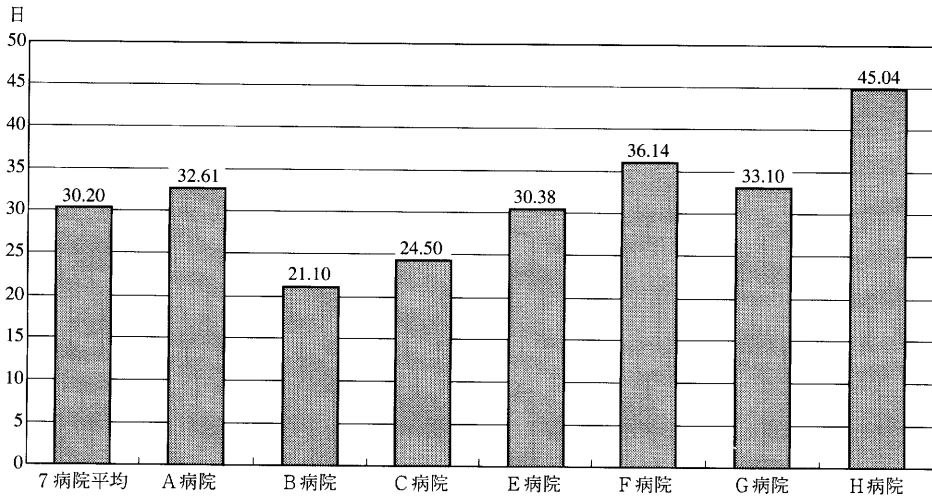
国々に比べてかなり長くなっており、70歳以上のほぼ50%が、平均3カ月以上の入院期間を要している。この背景には、わが国独自の文化や生活環境に根ざした事情がある。実際、家族を介護するに十分なスペースを割けるだけの住環境を有していないことが多いため、回復に至るまでの亜急性医療や介護は、病院において提供されている。

さらに、わが国の医療機関は、原則“出来高払い方式(a fee-for-service)”に基づいて経営が行われているため、実施される医療処置の件数を抑えたり、あるいは、ムダ使いを排除するというインセンティブ(経済的な誘因)が働く余地が非常に少ない。従来から、「提供した個々の医療サービスに対して一定の支払いを受けるという出来高払い方式は、一定の医療供給量を確保するうえで、多大な効果があった」と言われてきた。

つまり出来高払い制度は、医療費の高騰を抑えるという意図には沿わなかったが、患者の医療ニーズに 대응していくという点では、一定の効果をもたらしたわけである。

言い方を換えれば、医療行政側としては、出来高払い方式を利用することで個々の患者が必要とする医療資源を提供する点では成功したが、その一方で医療の標準化は野放しにしてきたのである。

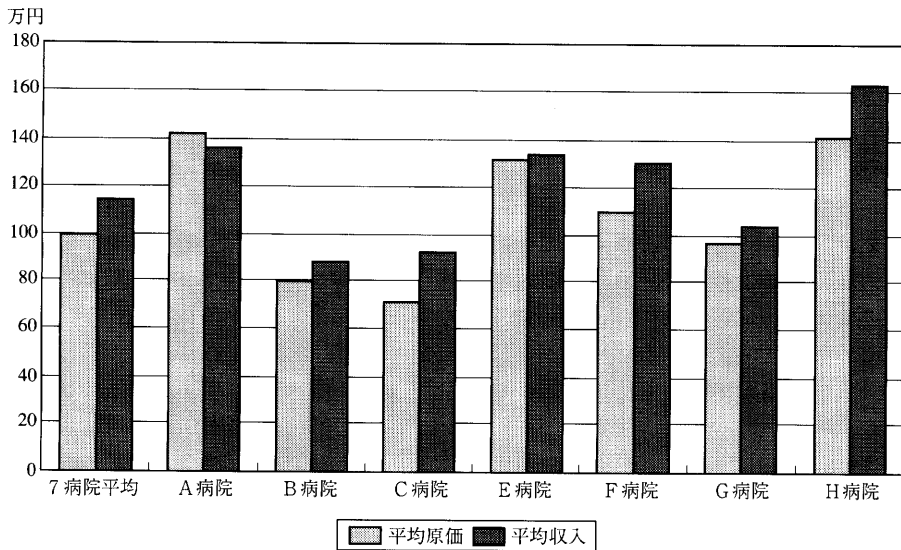
出来高払い方式の問題はよく指摘されているが、不思議なことにわが国では、診療報酬改定の際に、各医療機関ごとにコストを比較したり、あるいは取扱患者のデータを分析したりすることはなかった。図1は、わが国を代表する急性期病院において胃ガンで入院した患者の平均在院日数を比較したもののだが、一言で胃ガンと言っても、病院によって随分バラツキがあることがわかる。また、図2は、当該7病院の胃ガンの治療に要した平均医



	7病院平均	A病院	B病院	C病院	E病院	F病院	G病院	H病院
平均在院日数	30.20	32.61	21.10	24.50	30.38	36.14	33.10	45.04

出所) 筆者作成。

図1 「胃の悪性新生物」における平均在院日数



	7病院平均	A病院	B病院	C病院	E病院	F病院	G病院	H病院
サンプル数	317	44	21	151	13	14	20	54
平均原価	992,991	1,413,151	796,282	714,729	1,311,235	1,096,803	968,594	1,410,746
平均収入	1,141,678	1,356,069	878,234	921,684	1,336,766	1,306,251	1,032,830	1,635,286

出所) 筆者作成。

図2 「胃の悪性新生物」病院別平均原価及び平均収入

療費(平均収入)と平均原価との関係を見たものだが、これも病院によって随分バラツキがあるとともに、その収益率にも相当格差があることがわかる。問題は、こうした各病院のコスト・パフォーマンスを比較する試みが医療界に皆無に等しいということである。しかしこれをもってわが国の医療機関を責めるのはあまりにも早計すぎる。

というのは、病院のコストの格差を説明する指標の確立が遅れているからである。例えば、がん患者の重症度が高いほど、医療コストが高くなることは直感的に想像できるが、実際にがん患者の重症度を計測するとなると困難を極める。また、同程度のがん患者でも手術療法、放射線療法、化学療法を施したか否かによっても医療コストは異なってくる。さらに、同程度のがん患者を中小病院で治療する場合と、大学病院や臨床研修指定病院等の大病院で治療する場合とでは、医療機器の減価償却費や人件費などの固定費において相当バラツキがあることが予想される。

つまり、各病院間のコストの違いを証明するには病院特性の他に一定の科学的・客観的な尺度、いわゆるケースミックスの開発が求められるわけである。

そこで、本稿では、臨床医が納得するようなケースミックスをいかにすれば構築できるかについて述べた後、これを支払い方式に利用するときの留意点を指摘する。

## I 医療の標準化とケースミックス

### 1 求められるパフォーマンス基準の確立

現在、わが国の医療界では、診療報酬体系を出来高払いから包括払いへシフトすることが大きな争点になっているが、ポイントは医療の標準化を推し進める一方で、一定の医療の質を確保するために要するコストを保障する支払い方式が確立できるか否かである。具体的には、一定のパフォーマンス基準を設定して、これを達成した医療機関には報奨金を与えるが、これを達成できなかった医療機関には、自動的に経済的な制裁が加わるという支払い方式の確立が望まれる。

しかし、ここで問題になるのは、どうやって一定のパフォーマンス基準を確立するか、言い換えれば何をもって医療のパフォーマンスを測定する尺度とするかということである。一つの考え方として、①平均在院日数、②高度の手術件数、③患者の満足度などを総合的に評価してこれをパフォーマンス基準とする考え方がある。確かに、一理あるが、隔靴搔痒の感がある。むしろ、パフォーマンス基準としてはその策定が若干むずかしいかもしれないが、①患者の重症度、②投入コスト、③治療成果の3要素が加味されたものを目指すべきである。というのは、人々が医療機関に行くのは、病気を治して欲しいからであって、それは患者が重症であればあるほどその治療成果は期待できない。それを相対的にコストをかけないで一定の治療成果をあげたとすると、その医師・病院は当然経済的にも報われるべきだからである。

ここで留意すべきは次の3点である。まず第一は、患者の重症度(ケースミックス)をどうやって把握・測定するかである。患者の重症度を測定する手法としては、学会や医療評価機関等から様々なものが提案されているが、残念ながら、今の所、完璧なものはない。

例えば、患者重症度を疾病の進行度と感染・閉塞などの合併症の観点から患者を分類するという病期分類法はよく使用されているものである。この分類法では420の疾病それぞれを概ね4つの状態に分類している。4つの状態とは、①合併症無し、②単一の器官および臓器における疾病・障害、③複数の疾病・障害、④死亡の4つである。

しかし、同じ病期であっても重症度は疾病によって異なる。たとえば、がんの第2期と糖尿病の第2期の重症度は異なる。また、病期分類法は患者の医療資源の利用パターンを分類する目的で開発されたわけではないので、医療資源の消費量との対応関係ははっきりしていない。表1は、胆嚢炎の病期分類の例を示したものだが、一言で胆嚢炎と言っても、14のタイプに分類されることがわかる。しかし、こうした分類が可能になるのは、あくまでも退院サマリーにきちんと主病名および合併症・併存疾患が記入されており、なおかつこ

表1 胆嚢炎の病期分類の例

重症度	状態	ICD-9-CM コード
1.1	慢性(結石症)胆嚢炎	574.10 その他の胆嚢炎を伴う胆嚢結石 574.20 胆嚢炎の記載のない胆嚢結石 575.1 その他の胆嚢炎
2.1	総胆管結石症を伴う慢性(結石症)胆嚢炎	574.11 その他の胆嚢炎を伴う胆嚢結石 574.21 胆嚢炎の記載のない胆嚢結石 574.40 その他の胆嚢炎を伴う胆管結石 574.41 // 574.50 胆嚢炎の記載のない胆管結石 574.41 //
2.2	急性胆嚢炎	574.00 急性胆嚢炎を伴う胆嚢結石 575.01 急性胆嚢炎
2.3	総胆管結石症を伴う急性胆嚢炎	2.1+2.2または, 574.01 急性胆嚢炎を伴う胆嚢結石 574.30 急性胆嚢炎を伴う胆管結石 574.31 //
2.4	胆嚢膿症	該当コードなし
2.5	胆嚢壊死	該当コードなし
2.6	限局性の穿孔を伴う急性胆嚢炎	1.1-2.3+ 575.4 胆嚢の穿孔
3.1	胆石性腸閉塞	1.1-2.3+ 560.31 腸充塞
3.2	急性化膿性の胆管・胆道炎を伴う急性胆嚢炎	1.1-2.3+ 576.1 胆嚢炎
3.5	胆嚢のひどい穿孔(汎発性腹膜炎)	1.1-2.3+ 567.0 他に分類される感染症における腹膜炎 567.2 その他の化膿性腹膜炎 567.8 その他の腹膜炎 567.9 詳細不明(腹膜炎)
3.4	急性胆嚢炎および瘻炎	1.1-2.3+ 577.0 急性瘻炎
3.5	敗血症	1.1-3.4+ 038.0 れんさ球菌性敗血症 038.1 ぶどう球菌性敗血症 038.3 嫌気性菌性敗血症 038.40 その他のグラム陰性菌による敗血症 038.42 // 038.43 // 038.44 // 038.49 // 038.8 その他の明示された敗血症 038.9 詳細不明の敗血症
3.6	ショック	1.1-3.5+ 785.50 外傷の記載のないショック 785.51 // 785.59 //
4.0	死亡	

出所) 筆者作成。

表2 診療に関する標準的なコード体系の概要

	病名コードのみ		病名+手術・処置	
	ICD-9	ICD-10	ICD 9-CM	ICD 10-CM
正式名称	International Statistical Classification of Diseases 9th Revision	International Statistical Classification of Diseases and Related Health	International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification	International Classification of Diseases 10th Revision Clinical Modification
版権	WHO	WHO	NCHS/HCFA	NCHS/HCFA
使用料	無料	(無料)	無料	(無料)
コード数			約1万1千(病名)	
桁数	4桁(数字のみ)	5桁(アルファベット+数字)	病名5桁(数字のみ) 処置4桁(数字のみ)	5桁(アルファベット+数字)
用途	各種統計	各種統計	・メディケアのパートA(病院入院の報酬)	・ICD-9-CMの次世代版
概要	第9回 国際疾病, 傷害及び死因分類	第10回 国際疾病, 傷害及び死因分類	・病名部分はICD-9(4桁)を5桁に拡張 ・処置・手術部分はICPMの拡張 ・簡便かつ他の候補がないため各国で使用	・病名部分は, 昨年ドラフト版公開(現在意見集約中) ・手術・処置部分に関しては, CPT-5とICD10-PCSの2候補がある
基本分類軸(大分類)	疾病や損傷の発生頻度・重要性	基本的に部位別	ICD-9に準ずる	ICD-10に準ずる
使用国	世界各国	世界各国	アメリカ・ヨーロッパ	アメリカ
日本の病院での使用状況	◎:最も多くの病院で使われている。また, レセコンの機種も多く, 対応コードを持っている	○:病院の新築, システムの刷新の場合に選択されることが多い	△:一部の先進的な病院で, 手術・処置コード部分のみが使用されている	未使用
和訳	あり:厚生省	あり:厚生省	あり:Medis-DC	

—開発中—

	手術・処置コードのみ			
	ICPM	CPT-4	CPT-5	ICD 10-PCS
正式名称	International Statistical Classification of Procedures in Medicine	Current Procedural Terminology 4th Revision	Current Procedural Terminology 5th Revision	International Classification of Diseases 10th Revision Procedure Classification
版権	WHO	AMA	AMA	HCFA
使用料	(無料)	有料	有料	(無料)
コード数				
桁数	4桁(数字のみ)	5桁(数字のみ)	編纂中	7桁(数字&アルファベット)
用途	各種統計	・メディケアのパートB(医師の技術料)	・(メディケアのパートB)	・(メディケアのパートA)
概要	・ICD-9を補助するための手術・処置分類 ・統計用の大まかな仕様のため, あまり利用されていない	・医師の手技を詳細に区分 ・RBRVSに基づく医師の診療報酬請求に使用	・ICD 9-CMの手術・処置コード部分の次世代版としても使用できる仕様でAMAが開発中 ・2000年をメド ・ICD-10とのリンクを強力に推進(詳細不明)	・ICD 9-CMの手術・処置コード部分の次世代版としてHCFAがプロデュース ・1998年4月ドラフト完成
基本分類軸(大分類)	ICD-9に準ずる	専門分野別	—	ICD-10に準ずる
使用国	世界各国	アメリカ	アメリカ	アメリカ・(ドイツ)
日本の病院での使用状況	△:ごく一部の先進的な病院で使用	△:ごく一部の先進的な病院で使用	未使用	未使用
和訳	なし	なし	なし	なし

—開発中—

出所) 日医総研。

注) WHO:世界保健機関(World Health Organization)

NCHS:全米健康統計センター(National Center for Health Statistics)

HCFA:米国医療財政庁(The Health Care Financing Administration)

AMA:アメリカ医師会(American Medical Association)

RBRVS:医師診療報酬表(Resources Based Relative Value Scale)

れをベースに ICD-9-CM コード (表 2 参照) が付されている時である。コーディングがきちんとなされていないならば、こうした患者の重症度分類は到底不可能である。これは DRG においても然りである。そもそも DRG とは Diagnosis Related Group の略で、国際疾病分類 (ICD-9-CM) で 1 万以上ある病名コードを人件費、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計上意味のある 500 程度の病名グループに整理し、分類する方法をいう。15 年前、米国の HCFA は 65 歳以上の入院医療費の支払方式にこの DRG を利用したが、これができたのも、米国の病院にコーディングのインフラが整備されていたからである。

これに対して、わが国にはこうしたインフラは非常に貧弱である。したがって医療のパフォーマンスを測定すると言っても一筋縄ではいかないが、これを「後進性の優位」と受けとめて、コーディングのインフラ整備を可及的速やかに図っていく必要があるだろう。

なお、米国では、医師の技術料 (ドクターフィー) は、病院の医療費 (ホスピタルフィー) とは別枠で支払われていることはつとに有名だが、HCFA は医師の技術料をアメリカ医師会が開発した CPT-4 コードに基づいて支払っている (表 2 参照)。

いずれにせよ、コードは患者の重症度を把握・測定するのみならず、診療報酬体系の基礎にもなるものなので、この普及を図っていく必要がある。

第二の留意点は、投入コスト (原価) をいかに把握・測定するかである。

病院の原価は、その消費量および価格の算定基準を異にするにしたがって、「実際原価」と「標準原価」とに区分される。実際原価とは、実際に消費した医療サービスの量をもって計算した原価を言う。これに対して、標準原価とは、医療サービスの消費量を科学的・統計的調査に基づいて、能率の尺度となるように予定し、かつ、予定価格または正常価格をもって計算した原価をいう。この場合、能率の尺度としての標準とは、その標準が適用される機関における達成されるべき原価の目標を意味する。

さて、このうち、どちらが「真の原価」なのだろう。この点について大きな論争がある。

例えば今、民間病院の約 30%、公的病院の約 80% は単年度収支で赤字を計上していると言われるが、仮に、各医療機関が計上した医業費用を適正な原価とすれば、わが国の医療機関の約 40% が原価割れを起していることになる。

しかし、これはおかしい。その理由は、医療機関によって患者一人一日あたりの医業費用が随分異なるからである。もちろん、これは、取り扱っている患者の属性の違いによるところが大きいと考えるが、その一方で、経営の非効率から生まれる格差も確実に存する。つまり、医療資源のムダ使いによるロスも医業費用の中には含まれているのである。その証拠に同一銘柄の医薬品や診療材料の購買価格を調べると、医療機関によって随分バラツキが存する。また、職種別賃率 (従事者費土地あたりの単位コスト) を調べると年齢補正を行っても公的病院と民間病院とでは随分格差があることは周知の通りである。さらに、CT や MRI などの高額医療機器や手術室の稼働率を調べても一日につき 8 時間しか CT が稼働していない病院があるかと思えば、朝の 7 時半から夕方 19 時まで年中無休で手術室が稼働している病院もある。そこで真の原価として理想的には標準原価を採用すべきである。しかし、わが国では医療の標準化が進んでいないので、即刻標準原価を採用することは困難である。そこで短期的には適正原価として平均原価を採用しつつ、長期的に標準原価を採用する努力が求められる。

第三の留意点は、どうやって治療成果を把握・測定するかである。患者は疾患の完治を期待して入院するわけだが、いわゆる生活習慣病が増大する中で、完治が期待できない疾患も増えている。実際、1995 年の国民医療費でみると、悪性新生物 (がん) 1 兆 8,637 億円、脳血管疾患 1 兆 8,543 億円、高血圧性疾患 1 兆 6,359 億円、糖尿病 8,741 億円、虚血性心疾患 6,862 億円となっており、これらを合計すると、6 兆 9,000 億円以上に上っている。つまり、生活習慣病の国民医療費に占める割合が 25.6% に達しているのである。



したがって、治療成果の指標としては、当面は治療・軽快・寛解・転院・死亡といった転帰状況の他に、再入院率、術後の合併症、術後5年以上の生存率、再手術率といった指標が必要になるだろう。

## 2 ケースミックスの概念

いずれにしても、こうしたケースミックスという考え方が出てきた背景には、従来からのコスト分析の限界が挙げられる。伝統的には、病院間のコストの差異を説明する変数として、①教育病院か否か、②病床数、③地域格差、といった病院の特性が用いられてきた。

しかしながら、このような病院の特性だけでは、個々の病院のケースミックス(対象患者の違い)によるコストの差異を十分には説明しきれない。その理由は、どの病院も往々にして、自院のコストの高さをより複雑な患者を扱っていることに求める傾向があるからである。

医療界には、ケースミックスが複雑であればあるほど、コストも高くなるという合意はあったが、精緻なケースミックスの開発は遅れた。そこで、DRGの導入によって、個々の病院におけるケースミックスを定義したうえで、病院のコストのパラッキが説明されることになった。

ケースミックスという概念自体は、一見単純なもののように思える。しかし、病院管理者、臨床医、および行政担当者のそれぞれが、各自の背景と狙いをもとに、このケースミックスという概念に対して、異なった意味合いを付与してきた。

たとえば病院管理者にとって、“ケースミックス”という言葉は、①病気の重症度、②予後、③治療の難しさ、④介入の必要度、⑤医療資源に対する需要などを総合的に評価して、各病院のパフォーマンスを表す指標として使ってきた。

他方、臨床医が、ケースミックスという考え方をを用いる場合は、①自分の取り扱っている患者の病状が他の患者の病状よりどのくらい重症か、さらには②治療や予後に、どれだけの介入が必要かということを意図している。つまり、臨床医の視点からは、ケースミックスというのは、治療中の

患者の状態と、医療対応を行うにあたっての治療の難しさを指し示しているのである。

これに対して、行政担当者は、通常、ケースミックスという概念を、治療中の個々の患者に対してどれだけの医療資源が必要であるか、もっと言えばどれだけの医療コストがかかるかを意味する場合に用いている。

こうした三通りのケースミックスに関する考え方は、しばしば密接に関連しているとはいえ、個々の患者に対しては、異なる意味を持ちうる。たとえば、末期ガンの患者は確かに病状が重く、予後が悪いが、医療資源という点では初期のガンほどには必要としない。図3は、先に示した7病院のうち、5病院の胃ガンの症例の平均原価を病期別に調べたものだが、必ずしも病期が高いほど平均原価が増大しないことがわかる。しかし、同じ病期で病院間のコストのパラッキは大きく、これから病院のコストの差を証明するには病期以外の指標が必要なことがわかる。そのため、病期分類に代わるケースミックスの開発が世界中で行われているわけだが、先に述べたDRGもその一例である。

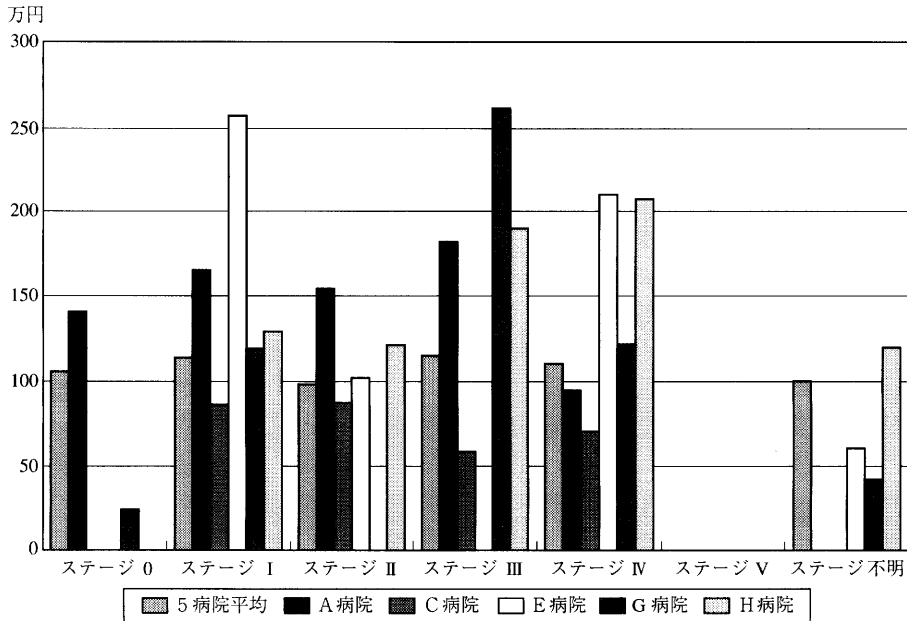
## 3 DRGはケースミックスの一つ

そもそもDRGは、1970年代後半に、アメリカのニュージャージー州で大規模に適用された。ニュージャージー州保健局は、退院患者別に、DRG分類に基づいて一定の金額を病院に支払う“包括払い方式(PPS=Prospective Payment System)”にDRGを用いた。

これを受けて米国議会は、1983年に、すべてのメディケア患者を対象に、DRGをベースとした包括支払い方式(いわゆるHCFA-DRG/PPS)を施行するよう、「社会保障法案」を改定した。

その後、新しいDRGシステムが開発された。たとえばAP-DRG(the All-Patient DRG)は、HCFA-DRGを拡大したものである。小児科やHIVのグルーピングに精緻化が見られる。

さらに、AP-DRGは、CC(Complications and Comorbidities:合併症および併存疾患)をより細かく分類している。具体的には、合併症及び併



出所) 筆者作成。

図3 「胃の悪性新生物」ステージ別平均原価

存疾患を重大なもの (Major) とそうでないもの (Minor) に分けることによって、医療従事者が、病気の重症度という概念を把握でき、患者のニーズを、より正確に選り分けることができるようになった。確かに HCFA-DRG も、CC を用いたが、より単純な “Yes/No” (有るか、無しか) というやり方であったので多くの批判を招いた。

そこで、AP-DRG に改良を加えて、“全患者を微細に分類した DRG” (All-Patient Refined DRG: APR-DRG) が開発された。ここで留意すべきは、APR-DRG は、AP-DRG よりも、さらに高度なやり方で CC の概念を精緻化したことである。具体的には、APR-DRG は、一次診断名に二次診断名が加えられ、各 DRG は重症度別に 4 段階に分かれている。

表 3 は、この 3 種類の DRG の構造的相違点を比較したものである。一言で DRG と言っても、その精緻化のいかんによって、多種多様な DRG が存在することがわかる。この他に、ヨーロッパ諸国 (ドイツ、フランス、イギリス、イタリア等) やアジア諸国 (韓国、台湾、シンガポール、

オーストラリア等) でも、その国固有の DRG の開発が進められており、まさに望ましいケースミックスの開発は世界共通の課題になっている。換言すれば医療の標準化を図る上で、ケースミックスの開発は急務と言える。

## II 医療の標準化と支払い方式

### 1 支払い単位の設定

一旦、精緻化されたケースミックスが完成すればそのケースミックスは次のような目的に使用することができる。

- ①医療資源の使用状況、および治療成果を、広範に測定することによって病院のパフォーマンスを比較する
- ②入院患者別死亡率の差を査定する
- ③各病院が、標準的治療計画であるクリティカル・パスウェイ (Critical Pathways) を設け、平均在院日数の短縮に努力する
- ④継続的に医療の質を改善するプログラムを確立する

表3 3種類のDRGの構造的な相違点

	HCFA-DRG 第14.0版	AP-DRG 第14.0版	APR-DRG 第12.0版
基本DRGの診断群分類数	338	NA	384
DRGの数	492	641	1530
多発性外傷のMDC	後に追加	有	有
HIV感染症のMDC	後に追加	有	有
新生児の体重のデータの有無	無	有	有
NACRI小児データの有無	無	一部有り	有
主要(最重症)CC	無	有	無
DRGの定義に死亡因子使用の有無	有	有	無
DRGの定義に在院日数使用の有無	無	新生児のみ有	無
CCリストの再評価の有無	無	一部有り	有
複数CCの認知の有無	無	無	有
CCのサブグループ数	2	3	4
CCのサブグループ構造の有無	無	無	有
死亡リスクのサブグループの有無	無	無	有
使用した基本DRG	—	HCFA-DRG	AP-DRG (新生児を除く)

出所) 筆者作成。

注) CCは合併症(Complication), 併存疾患(Comorbidity)の略。AP-DRGのNAは、AP-DRGに、Major CCカテゴリーがあることによりNot Available。

⑤患者の疾病分類に基づいて、次年度の予算を立てる

⑥患者別包括払い方式に利用する

ここで興味深いのは、元来DRGは、病院の運営の無駄を省いて生産性をあげるために開発されたマネジメント手法の一つだったということである。具体的には、患者に使ったマンパワー、薬剤や医療材料、入院日数、コストなどのデータをできるだけ多くの病院から集め、一定の疾患ごとに分析することでそれぞれの病院の改善点を明確にすることがDRG開発の主たる目的であった。換言すれば、DRGは一般産業界のQC活動と同じ目的で始まった研究プログラムの成果なのである。したがってこれを支払い方式に使うかどうかは政策判断を伴う。仮に支払い方式に使うとした場合、技術的には支払い単位をどうするかが一つの論点となる。

というのは、医療提供者に一定のインセンティブを付与する支払い単位として、個別のサービスごとに支払う方式(出来高払い制)から、人頭払い方式に至るまで、さまざまな方式が存在するからである。こうした支払い方式には、コストを抑

制するためのそれぞれ異なったインセンティブがある。概念的に比較してみると、これらの選択肢には、医療提供者に対するファイナンシャル・リスクが最小のものから、最大のものまであり、一つの“連続体”として位置付けられる(図4参照)。

個別サービスごとの支払い方式(いわゆる出来高払い)を用いる場合、医療サービスを提供する側は、提供したサービスごとに個々の支払いを受ける。この支払い方式によれば、より多く診療をすれば、より多くの支払いを受けることができるため、“処置件数や医薬品の消費量を抑制するというインセンティブ”は働かない。実際、わが国における現行の医療保険制度では、医療サービスの提供に伴う給付金額が、税金・保険料からなる医療費総額を超過する、というファイナンシャル・リスクが極めて大きい。このリスクは、医療提供者には、ごくわずかしかならわされていない。

それどころか、より多くの医療サービスを提供すればするほど、医療保険制度からさらに多くの支払金額が得られる仕組みとなっており、わが国の医療提供者は、入院患者個々に対して、入院日

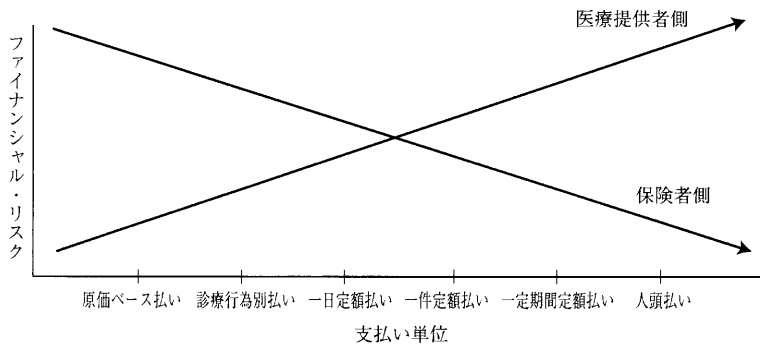


図4 支払い単位とファイナンシャル・リスクの概念図

数や、検査、および治療処置などの医療資源を十分に効率良く提供するというインセンティブ（動機づけ）を持ちにくくなっている。

これが、現在、わが国の医療保険制度で広く用いられている支払い方式の問題点である。

これに対して、定額払い方式の場合は出来高払い方式と全く逆のインセンティブが働く。具体的には、診療に使われなかった資金は、すべて医療提供者側の手元に残る。すなわち、コスト抑制のインセンティブが働くという点では、定額払い方式の方がすぐれていると言える。定額払い方式の色彩がより強くなると、医療機関は、出来高払い方式に比べて、患者への医療サービスを細かく検討してから提供するようになると予想される。

しかし、一言で定額払いと言っても、図4に示されるように多種多様な支払い方式が存在する。具体的には、保険者は、医療提供者に対し、患者の病状に応じて一日定額払い (Per Diem)、一件定額払い (Per Case)、一定期間定額払い (Episode) という形で支払うことも可能である。

仮にこうした定額払い方式を導入すると、より注意深く、医療資源を割り当てるといったインセンティブが、医療提供者側に与えられることになる。しかしながら、一日定額払いでは、入院日数を抑えようとするインセンティブは働かない。つまり同システムでは、一日あたりのコストを削減しようとする動機づけは生まれるが、総医療費を抑えようとするインセンティブは働かないのである。

これに対して、一件定額払い、および一定期間定額払いには、時間要素を一つの誘因として含ん

でいるため、医療サービス提供者が、コストを抑制しようとするインセンティブが働く。

特に、再入院のケースも含めて一定の治療期間しか支払わないという“エピソード”に基づく支払い方式は、全期間にわたって患者に対して予防措置を講じるというインセンティブを付与することになる。というのは、“エピソード”に当たる期間中に、当該患者に費やされなかった金額は、すべて医療提供者側の余剰になるからである。従ってエピソードによる支払い方式のもとでは、医療提供者は、“医療サービスの量をコントロールする”という誘因が強く働くことになる。

しかしながら今の所、エピソード方式は、あくまでも医療の標準化にのみ使われており、医療費を抑制するための手段ではないことに、留意する必要がある。

## 2 マネジド・ケアのもとでの人頭払い方式の功罪

支払い単位を決定することは、政策的な判断を伴うが、ファイナンシャル・リスクを医療提供者側に負わせるという点では、人頭払い方式が最も進んだ方法である。

事実、米国ではマネジド・ケアのもと人頭払い方式がますます普及しつつある。しかし、果たして人頭払い方式はわが国に導入可能な方式なのだろうか。ここでは、米国が人頭払い方式の経験から学んだ教訓について、触れることにする。

米国では人頭払い方式が導入されたことで医療機関の財務上のインセンティブが180度変化するとされる。というのは従来の出来高払い方式では

医療サービスの量が多ければ多いほど利益は多くなったが、人頭払い方式では加入者数の増加を回りつつ、その一方で徹底したコスト管理が求められるからである。その結果、医療サービスの提供をできるだけ抑える医療機関が増えている。これが、人頭払い方式の大きな効能であり、この利点が、保険会社がこぞって一般企業の社員に対し、人頭払い方式とマネジド・ケアを結びつけた保険商品を勧める大きな理由の一つである。実際、1995年に人頭払い方式を採用した医師は38%で、1994年の36%より若干増えていることが最近の“Medical Economic Continuing Survey”でわかった。

人頭払い方式を最も多く採用している診療科は小児科医(68%)で、次いで内科医(57%)、家庭医(54%)の順となっている。これに対して、最も少ないのは形成外科医で12%であった(Terry, 1996)。

総じて言うとHMOおよびPPOからの収入は1995年における医師の総収入の45%を占め、1994年の41%を若干上回った(Terry, 1996)。

しかしながら、人頭払い方式が将来的に医療機関の主要な支払い方式となるかどうか、アナリストの意見は大きく分かれる。というのは、プライマリーケア医師への人頭払い方式は、高リスク患者がマネジド・ケアからはじき出されるとして反対の声が大きいからである。いわゆる逆選択の問題である。

また、米国の保険会社は、提供された医療サービスに対し、支払い限度額を設けることが認められている。そのため、被保険者個人は通常、保険会社が決めた支払い限度額を超える部分を、自己負担しなければならない。

さらにマネジド・ケアにおいて、病院と専門医の利用を制限することも医療費の抑制に貢献しているとされる。狭義にみれば、この抑制策は、プライマリーケア医が、医療費適正化の“門番(Gate Keepers)”の役割を果たすことによって、達成されているといえる。

具体的には、マネジド・ケアにおいては、専門医、および病院サービスを利用するにあたり、保

険会社の事前許可が必要となる。つまり、マネジド・ケアのもとでは、患者個人は、どの医師にも自由にかかれるわけではない。

もちろん、各人は、一定のリストの中からプライマリーケア医を決めることができるが、わが国のようなフリーアクセスが確保されているわけではない。なお、米国では、プライマリーケア医が、患者を専門医に紹介することになっているので、その評価も専門医に対する紹介件数や、病院への入院件数、いわゆる利用度審査(Utilization Review)によって行われている。したがって、当然のことながら、専門医の紹介件数や病院への入院件数の少ない医師は高く評価されるわけで、これが、重症患者を敬遠するという現象を招いている。

現在、米国ではマネジド・ケアが拡大するにつれ、こうした弊害が社会問題化している。そのため、加入層の健康状態によって、人頭払い方式に一定の調整を加えるという必要性が生じてきている。まさに、これは、ケースミックスの概念に通じるものである。

しかしながら、人頭払い方式のレート調整方法の開発は、ほとんど進んでいない。

メディケアの関係機関の一つであるAAPCC(Average Adjusted per Capita Cost)が用いている方法では、メディケアの受益者にとって、1%から1.5%のあいだの保険料が、年間の調整医療コストであるとしている。しかし、この数値は低く、その結果として、逆選択を抑制するという点では、AAPCCはあまり効果的とは言えない。これは、人頭払い方式に基づくマネジド・ケアを、高齢者に拡大する場合の、致命的な欠陥と言える。

この問題の解決方法は、病気や症状が、時間とともに進行する様子を把握するとともに、その治療に要するコストを測定することである。これは先に述べた医療を一つの“エピソード”とする考え方である。

そこで、現在米国では、エピソードの定義に向けた大規模なプロジェクトが開始されている。2000年始めには、人頭払い方式のレート調査も可能とするエピソード・グループが試験的に利用

できる予定になっている。このエピソード・グループは、わが国においても将来的に、利用可能と考えられる。

しかしそれまでは、逆選択の問題があるため、わが国において人頭払いによるマネジド・ケアを一般的に導入するのは困難であると言わざるを得ない。

### III 結びにかえて

以上、医療の標準化に必要なケースミックスの開発とこれを支払い方式に使う時の留意点について述べてきたが、価格政策を通じて効率的に運営するというインセンティブを医療提供者に与えれば、医療費の適正化に効果があると考えられる。

たとえば、DRGを病院への支払い方式のベースとして導入すれば、わが国における現在の医療保険制度の財源配分構造を、より公平にするのみならず、早急に医療提供者が医療の標準化に努力する可能性が出てくる。さらにDRGに基づく支払い方式は、将来的に、エピソードに基づく支払い方式を導入する場合の基礎にもなりうるので、検討に値すると考える。

#### 参考文献

- 川淵孝一 (1997) 『DRG/PPSの全貌と問題点——日本版診断群別包括支払方式の開発は可能か——』薬業時報社。
- 川淵孝一 (1998) 『DRG/PPSの導入の条件と環境——求められる日本版診断群別包括支払方式のインフラ整備——』薬業時報社。
- (財)医療経済研究機構 (1998) 「米国における疾病分類の妥当性に関する研究」, 3-7, 23-30.
- 経済企画庁 (1998) 「物価構造政策委員会, 医療価格に関する作業委員会 中間報告書」, 68.
- Cbrewster, B. G. Karlin, L. A. Hyde, C. M. Jacob, R. C. Bradbury, and Y. M. Chae (1985) "MEDIDGRPs: A Clinically Based Approach to Classifying Hospital Patients at Admission," *Inquiry*, 22, 377-87.
- Goldsmith, Jeff C., and Michael J. Goran (1996) "Managed Care Mythology: Supply-Side Dreams Die Hard," *Healthcare Forum Journal*, 39 (6), 42-47.
- J. E. Conklin, J. E. Lieberman, C. A. Barnes, and D. Z. Louis (1984) "Disease Staging: Implications for Hospital Reimbursement and Management," *Health Care Financing Review*, supplement, 13-22.
- J. G. Christofferson, J. E. Conklin, and J. Gonella (1988) "The Impact of Severity of Illness on Hospital Costs," *DRG Monitor* 6, no. 1, 1-8.
- J. S. Hughes, J. Lichtenstein, L. Magno, and R. B. Fetter, "Improving DRGs: Use of Procedure Codes for Assisted Respiration to Adjust for Complexity of Illness", *Medical Care*, in press.
- Keegan, Arthur J. (1987) Saving Money throughout the Cost Accounting Installation Cycle, *Hospital Cost Accounting Advisor*, Vol. 2, No. 10.
- L. I. Iezzoni, M. A. Mokošowitz, and S. Asu, *The Ability of MEDISDISGRPs and Its Clinical Variables to Predict Cost and In-Hospital Death* (report to the Health care Financing Administration under agreement no. 18-C-98526/1-04, July 1988).
- M. D. Gonella, M. C. Hornbrook, and D. Z. Louis (1984) "Staging of Disease: A Case Mix Measurement," *Journal of the American Medical Association* 251, no. 5, 637-44.
- M. L. Garg, D. Z. Louis, W. A. Giliebe, C. S. Spirka, J. K. Skipper, and R. R. Parekh (1978) "Evaluating Inpatient Costs: The Staging Mechanism," *Medical Care* 16, no. 3, 191-201.
- McClellan M. (1997) Hospital reimbursement incentives: an empirical analysis, *Journal of Economics and Management Strategy* 6 (1), 91-128.
- S. D. Horn, P. D. Sharkey, and D. A. Bertram (1983) "Measuring Severity of Illness: Homogeneous Case Mix Groups," *Medical Care*, 21, no. 1, 14-30.
- S. D. Horn (1986) "Measuring Severity: How Sick Is Sick? How Well Is Well?" *Healthcare Financial Management*, October, 21-32.
- S. Mendenhall (1984) "DRGs Must Be Changed to Take Patient's Illness Severity into Account," *Modern Healthcare* 14, no. 15, 86-88.
- Stephenson, Randall C. (1985) "Cost Accounting Software Design," *Hospital Cost Accounting Advisor*, Vol. 1, No. 6, November.
- Terry, Ken (1996) "Medical Economic Continuing Survey: Managed Care Participation and Income Keep Rising," *Medical Economics*, October 14, 196-208.
- Toso, Mark (1984) Reader's Forum: The Value of a Cost Accounting System, *Hospital Cost Management and Accounting*, Vol. 1, No. 4, July.

W. W. Young (1984) "Incorporating Severity of Illness and Comorbidity in Case-Mix Measurement," *Health Care Financing Review*, supplement, 23-31.

(かわぶち・こういち 日本福祉大学教授)

# 医療の質の評価

## —欧米の動向と保険者機能—

池田俊也

### I 緒言

わが国における医療保険制度の抜本改革の必要性は誰しもが認めるところであり、今日までさまざまな議論が展開されてきた。こうした中で、医療の質の評価に関する関心が高まってきている。例えば、制度改革の一連の議論のベースとなっている「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針—」(与党医療保険制度改革協議会、平成9年8月29日)では、患者に対する情報公開の推進や保険者機能の強化といった、良質な医療サービスの確保のための様々な方策が示されている。また、自己負担率の引き上げに伴う患者自身の医療の質への関心の高まりや、診療報酬の包括性の拡大と共に粗診粗療の可能性が危惧されていることなどからも、医療保険制度改革の実施において医療の質の評価に関する検討が不可欠であると考えられる。

Donabedian<sup>1)</sup>は、医療の質の評価を「構造(structure)」、「過程(process)」、「成果(outcome)」の3つの要素に分類している。このうち「構造」による評価は、医療機関の設備や人員配置などを評価するものであり、主に医療監視の目的での利用がなされている。米国では、1951年に第三者評価機関(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO)による病院機能評価が活動を開始しており、専門医の資格審査や診療録管理の適切性まできめ細かく基準を設け、構造面の評価を中心にやってきた。わが国でも昭和60年頃より自己評

価に基づく病院機能評価の研究が行われていたが、平成7年に財団法人日本医療機能評価機構が設立され、主に構造面の評価を中心とした病院機能評価に着手している。「構造」による評価は医療サービスの質自体を直接的に保証するものではないことに留意する必要があるが、一定の質の医療を提供するための最低条件としての評価としては有用といえよう。

「過程」による評価は、診療手順の正しさを見るものであり、評価の材料となる診療記録の整備や標準的な診療指針の確立が必要とされる。また、一般に医療従事者や専門家でなければ評価は困難である。また、「成果」による評価は、患者の健康結果を直接的に測定することであり、米国では手術死亡率や院内感染死亡率といった「クオリティ・インディケーター」(「クリニカル・インディケーター」)による評価が一般化している。

本稿では、欧米における医療の質の評価に関する最近の動向として、診療ガイドラインとEBM、適切性研究、成果データの公表を取り上げ、概説する。次に、わが国の医療保険制度の枠組みの中で質評価を推進する方策につき、特に保険者による質評価の可能性と課題について私見を述べることとする。

### II 欧米における質評価の動向

#### 1. 診療ガイドラインとEBM

1990年の米国医師会の調査では診療ガイドラインの数は1,300を超えていたとされるが、これらの中には非公開の場で作成されその作成過程や



方法が明らかでないものも存在していた。しかし近年は、根拠に基づく診療 (Evidence-based Medicine, EBM) の重要性が認識されており<sup>2)</sup>、診療ガイドラインも包括的・網羅的な文献レビューやメタ解析等の統計手法を用いた「根拠に基づく」診療ガイドラインの作成の取り組みが諸外国で進展している。

米国では、1990年に創設された医療政策研究庁 (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR) において診療ガイドラインの作成や後述する成果研究が推進されてきた。診療ガイドラインは1996年までに19種類の疾患・病態について作成されたが、現在はガイドラインの作成は行っておらず、医療成果に関する科学的基礎ならびに医療の質を向上させるためのそれらの利用の推進を中心課題としている。1998年からは毎年数ヶ所の研究機関を Evidence-based practice center に指定し、文献レビューに基づく Evidence report の作成を委託している。

フランスでは、全国医療評価開発機構 (ANDEM) が中心となって診療ガイドラインの作成を行っている。まず、合意形成会議の方法論とガイドライン定式化を内容とする2冊の刊行物を発行し、415の学会ならびに20,000人の医師のもとへ送付した。その後2年間に、医療専門家、医学会、一般開業医が、系統的で公式化された方法で作業した専門家パネルにおいて、85種類の診療ガイドラインが作成された。

ANDEM はこれらの診療ガイドラインをもとに「医療指標 (Références Médicales Opposables, RMO)」を作成し、RMO に違反した医師には罰金が課される<sup>3)</sup>。罰金額は、60種類のRMOのうち242の小項目について、医療指数と財務指数、ならびに違反回数をもとに個別に定められており、1997年時点で1,562フランから11,250フランである。回数的に最も厳しいものは、非ステロイド性抗炎症薬の処方に関する指標で、2ヶ月中に3回の違反で罰金の対象となる。一方、最も緩いものは13回の違反のもので、血液検査、正常妊娠における3回以上の超音波検査、無症状の場合の複数回の甲状腺検査、中等度高血

表1 合併症のない軽度本態性高血圧症の成人 (妊婦以外) の管理に関する医療指標

- ①二次性高血圧を示す臨床的・生物学的徴候がなく、合併症のない成人の軽度高血圧症 (収縮期血圧が140-180 mmHg 拡張期血圧が90-105 mmHg) を扱う場合、放射線、超音波、内分泌、アイソトープ検査により初回の病因検索を行うのは適切でない。
- ②2カ月以上の間隔で少なくとも3回の診察により、合併症のない軽度高血圧症が存続していることを確認しない限り、降圧剤による治療を開始するのは適切でない。
- ③合併症のない軽度高血圧症患者に、利尿剤との組み合わせや、初期治療として国立医薬品局が認めている他の設定された組み合わせを除き、2種類以上の降圧剤を用いて治療を始めるのは適切でない。
- ④合併症のない軽度高血圧症患者に、高血圧の管理が満足な状態である際に、年1回以上の心電図検査を繰り返すのは適切でない。ただし新規の症状がある場合を除く。
- ⑤高血圧の管理が満足な状態であり、明らかな左心室肥大や関連する心異常が無い場合に、心エコーを行うのは適切でない。

圧患者の複数回の心電図検査、等である。RMOの例として、合併症のない軽度本態性高血圧症の成人 (妊婦以外) の管理に関するRMOを表1に示した。なお、ANDEMは最近ANAESに改組され、病院の認証作業も併せて担当することとなった。

わが国でも、行政当局はEBMに関心を示しており、本年3月の厚生省医療技術評価推進検討会の報告書では、EBMの普及・推進方策を提言するとともに、治療ガイドライン対象疾患の優先順位リストを公表した (表2)。今後、優先順位上位の疾患からガイドラインの作成が行われ、診療ならびに医療行政に生かされていくものと思われる。

## 2. 適切性研究

米国では、医師の診療パターンに説明不可能なばらつきの大いことが明らかにされて以来<sup>4)</sup>、医師自らも最善の治療方針を把握していないことが医療における根源的な問題と認識されるようになり、いわゆる「医療サービス研究 (Health services research)」が活発化する契機となった。大規模な医療サービス研究の例として、RAND研究所による医療の「適切性」に関する研究があり、冠動脈造影、頸動脈内膜切除術、内視鏡、冠動脈バイパス術、鼓膜チューブ留置術などの医療

表2 治療ガイドライン対象疾患の優先順位リスト  
(1~20位)

①	本態性高血圧症
②	糖尿病
③	喘息
④	急性心筋梗塞及びその他の虚血性心疾患
⑤	白内障
⑥	慢性関節リウマチ(脊髄除く)
⑦	脳梗塞
⑧	腰痛症
⑨	胃潰瘍
⑩	くも膜下出血及びその他の脳出血
⑪	アレルギー性鼻炎
⑫	アルコール依存症
⑬	肺結核
⑭	アトピー性皮膚炎
⑮	胃の悪性新生物
⑯	急性上気道感染(急性咽頭炎, 急性扁桃炎等除く)
⑰	慢性閉塞性肺疾患
⑱	急性咽頭炎及び急性扁桃炎
⑲	中耳炎
⑳	神経症

行為について、実際に行われた診療行為が本来は不適切な適応に対して行われた割合を報告している。例えば、1981年のメディケア受給者の全国代表サンプルにおいて、心血管造影の17%、頸動脈内膜切除の32%、上部消化管内視鏡の17%は、明らかに不適切な適応に対して行われていた<sup>5)</sup>。また、7つのHMOで行った別の調査では、子宮摘出術の10%~27%は不適切な適応であった<sup>6)</sup>。

1994年に報告された小児の滲出性中耳炎に対する鼓膜チューブ留置術の適切性研究は以下のごとくであった。

Kleinmanらの報告によると、鼓膜チューブ留置術の適切性評価基準は、5名の小児科医と4名の耳鼻咽喉科医によって作成された。まず、研究スタッフは、鼓膜チューブ留置術の便益とリスクに関する文献レビューを行い、9名の医師に郵送した。また、鼓膜留置術の適応となりうる病態として80のシナリオを定義し、これらについて、各医師に適切性について9段階評価を依頼した。9段階のうちの1は「高度に不適切」、9は「高度に適切」を示す。なお、「適切」とは、便益

(benefit) がリスク (risk) を上回ることを意味し、「不適切」とは、リスクが便益を上回ること、と定義された。

この後、9人の医師が集合して全員の評点を参考に意見交換を行い、その結果を踏まえて各人が再度80のシナリオについて、9段階の適切性評価を行った。この結果を統合し、各々のシナリオについて最終的な評価が決定された。最終評価は原則として9人の評価の中間値をもとに「適切」「不適切」「不確定」と判断されたが、意見の乖離が見られた場合には、「不確定」とされた。シナリオと最終評価の例を表1に示した。

患者データの収集に関しては、民間保険会社から手術の事前的審査の委託を受ける会社において、1990年1月1日から1991年7月31日の間に、16歳未満で鼓膜チューブ留置術に対する申請のあった事例6,429例が解析対象となった。まず、看護婦のインタビュアーが、耳鼻咽喉科医のオフィスならびに患者を耳鼻咽喉科に紹介した一般医のオフィスに電話をし、患者情報を収集し、上記基準にしたがって適切性を判断した。もし不適切と判断された場合には、医師の審査員が手術を提案した耳鼻咽喉科医と話し、臨床経過および例外的な状況につき追加的に把握を行った。

これらの事例を上記基準にしたがって評価した結果は、2,627例(41%)が適切、2,078例(32%)が不確定、1,724例(27%)が不適切であった。この結果は新聞やTVニュースなどのマスコミでも大きく報道され、物議をかもした。

なお、本評価基準は実際に民間保険会社の事前承認の審査のスクリーニングとして利用されており、上記サンプルの一部を詳細に分析した報告<sup>7)</sup>によると、上記基準により不適切と判定された症例であってもその約70%は審査医師の判断により最終的には手術が推奨されたとのことである。

適切性研究はコンセンサスに基づいた方法で評価基準を作成していることから、評価基準の妥当性に関しては批判の声もきかれる。しかしながら、「根拠に基づいた」評価基準の作成は必ずしも全ての領域において可能ではないため、過程評価におけるスクリーニングの目的としてはこうしたコ

ンセンサスに基づいた評価基準の利用は検討の価値があると考えられる。

### 3. 医療の質に関する情報公表

米国では医療提供者や一般住民に対する医療の質に関する情報公開が進んでいる。例えば前述のJCAHOでは、これまで認定・評価の結果を公表しない姿勢を取り続けていたが、1994年から各医療機関の報告書の一般公開を開始した。また、マネジドケア組織の認定機関であるNCQA (National Committee for Quality Assurance) には、各保険者が認定を受けたか否かについて1994年から一般公開している<sup>9)</sup>。

ニューヨーク州では、冠動脈バイパス術の標準化された臨床データを収集し、リスク調整死亡率を算出した。このデータを病院や外科医らに公表し、さらに質を向上する努力を促進するために利用した結果、州全体の死亡率が下がった<sup>9,10)</sup>。このプログラムは現在も継続中であり、経皮的冠血管形成術のリスク調整死亡率も算出している。冠動脈バイパス術を行っているニューイングランド地方北部の5病院も、同様に死亡率の低下を目的に質を改善する技術を継続的に用いている<sup>11)</sup>。

また、ペンシルバニア州では「医療の質に関する情報を公表する義務法」が制定され、1980年代後半より疾病毎の死亡率を公表しているなど、いくつかの州や地域でも病院のパフォーマンスについて、標準的なデータをまとめ、発表するようになってきている。

但し、こうした評価結果の患者や医療提供側が利用するに際しては、次のような問題点に留意する必要がある。第1に、患者の病態や重症度を考慮し正確に補正を行うことが重要であるが、この点は十分に解決されていない。第2に、患者側もさまざまな「成果」データの意味を十分に理解していないことがある。第3に、利用されている成果指標は玉石混交であり、粗悪なものも含まれている。第4に、ごく限られた成果指標を見るだけでは、医療システム全体の評価には必ずしもつながらないことがある。

実際、医師らは患者を紹介する際などにこれら

の公表データをほとんど考慮していないとの調査<sup>12)</sup>や、外科医が自分のランキングが下がるのを恐れて高リスク患者を避けようとする傾向にあるとの調査<sup>13)</sup>も報告されている。

医療における情報公開は基本的には有用と考えられるが、医療の質に関する情報の利用にあたってはこうした限界に十分留意する必要がある。

## III わが国における保険者の立場からの質評価の可能性

### 1. レセプト情報を用いた質評価の可能性と限界

わが国の現状の医療保険制度のもとでは、保険者が医療提供者の診療の実態を把握するためのデータソースとしては、医療機関から提出される診療報酬明細書(レセプト)にほぼ限られており、これをもとに、事後的審査(Retrospective Review)が行われている。

レセプトには、患者氏名、性別、年齢、医療機関名、病名とともに、保険請求しうる診療行為名がもれなく記載されている。従って、患者の属性と診療行為との関連を評価することにより、医療サービスの適切性ならびに質の評価が基本的には可能であり、保険者は医療の質の評価の目的でもレセプトデータの積極的活用を検討すべきであろう。

しかしながら、レセプトデータには以下のような弱点が存在する。

1) レセプトは1月単位で作成・提出されている関係上、1枚のレセプトからは、一医療機関で一患者に行われた1月分の診療内容しか把握することができない。複数の医療機関に重複受診している患者について複数の医療機関にまたがる評価や、複数月受診した患者について経時的な評価を行うには、レセプトの電算化が行われぬ限り相当困難である。

2) 病態については、「病名」しか記載されていないので、患者の重症度等の病態を把握することはほとんど不可能である。また、複数の記載病名のうち、どれが主病名であるか副次病名であるかわからないどころか、その病名が適切であるの

かどうかさえも確認できない。

3) 安価な薬剤についてはレセプトに薬剤名を記載する必要がないこと(いわゆる「205円ルール」)や、検査のマルメ(検査項目数によらず請求額が一定)等の包括化の部分については、医療機関における診療の実態が把握できない。今後、DRG/PPSの導入等、包括化の範囲がさらに拡大した際には、レセプト上で医療行為がほとんど把握できなくなるという事態も考えられる。

こうした理由により、レセプトを用いた質評価には自ずと限界がある。例えば、「過程」評価について考えてみよう。ある手術を行った場合に、それに付随して必要とされる検査が施行されたか否か、といった過程の評価は、(処置や検査が正しく請求されているとするならば)解析可能であるが、そもそもその手術が必要なものであったかどうかという、手術施行の適切性についての評価は基本的に不可能である。レセプトからは、患者の病態や検査値についての情報を得ることはできないからである。

「成果」評価についても限界がある。ある手術の結果として術後合併症が発生したならば、副次病名の記載や追加検査・処置の施行、入院期間の延長といった視点により、成果の評価もある程度可能となる。しかしながら、レセプトのみでは患者特性に関するデータが欠落しており、ハイリスク患者を特定することは困難であることから、合併症発生が患者側の要因で発生したのかあるいは医療提供側の問題によるものかの区別はできない。

このように、現状のレセプト情報のみでは得られる情報には限界があり、患者の「過程」「成果」を十分にとらえることができない。したがって、事後的審査をより充実させるためには、現状のレセプト情報のみでは不十分と考えられ、患者基本属性、入院中や外来通院における治療経過、検査結果等の情報を統合し、包括的な患者データベースを構築することが求められる。例えば、退院時病歴サマリー、オーダリングシステム(特に検査システム)、健診情報といった、大規模病院を中心に整備されつつある病院情報システムを活用し、レセプト情報とのリンケージを行うことを検討さ

れるべきである。

## 2. 新たな診療内容審査の導入の可能性

保険者が診療内容を審査し質の評価・確保を行う方法(Utilization Review)として、上記の事後的審査以外にも表3に示す方法が知られている。筆者は、これらの手法の中で事前的審査の導入が有用であるのではないかと考えている。従来の事後的審査に比べて事前的審査が優れると思われる点は以下の通りである。

(1) 事後的審査では、診療の適切性、すなわち本当にその診療行為が必要であったのか、という点について十分に評価することができない場合がある。たとえば、虫歯を一度削ってしまえば、治療が必要であったのかどうかの証拠は残らないので、適切性の判断を事後的に行うことは困難である。

(2) 事後的審査において診療内容が否認された場合には、医療提供側は経済的損失を被ることになる。一方、事前的審査においては、事前に診療の可否が判断されるので、医療提供側に不要な経済的リスクを与えることはない。

(3) 患者にとって利益のない(場合によっては危険な)治療が行われようとしている場合に、これを事前に回避することも可能となるので、医療の質の向上へも寄与することとなる。

米国において事前的審査を行う機関を対象とした調査結果によると、審査により当初否認される率は平均9.9%であり、また医師が説明文書を提出するように要求される率は平均60.1%にも上っている<sup>14)</sup>。

表3 Utilization Reviewの方法

Prospective Review (事前的審査)	入院前や、高額医療の施行前に、その必要性について審査を行う。
Case Management (症例管理)	患者個人のニーズに合った治療計画の策定を行う。
Concurrent Review (同時的審査)	入院している患者について入院の適切性を判断したり、治療中の患者について治療内容の適切性を評価する。
Discharge Planning (退院計画)	退院の時期や退院後のケア提供の方法についてアレンジを行う。

もちろん、すべての患者について事前的審査を行うことは、現実的とはいえないだろう。対象は、外科手術、放射線治療、抗癌剤治療といった高額医療を中心とし、根拠に基づく評価基準が作成可能な領域に限るべきだと考えられる。もちろん、緊急手術や救急症例等の至急の判断を要する症例には適さない。

こうした診療前審査は民間のマネジドケア組織のみならず、一部の州のメディケイドにおいても実施されており、わが国の公的医療保険において導入することも検討に値すると思われる。但し、わが国において事前的審査の導入を検討するにあたっては、明確な評価基準を公表し、医学的に納得のいくものにする必要があるのはもちろんのことである。また、例外的ケースにも個別に対応できるように、審査側に専門知識を有する医師を常駐させておく必要があるだろう。

### 3. 医師・医療機関の診療の質に関する情報

保険者が評価すべき医師や医療機関の質に関する情報は、レセプト情報のような会計情報のみでは不十分であり、例えば表4に示す項目なども重要と考えられる。但し、情報収集にあたっては( )内の条件整備を進める必要がある。これらの調査は、各保険者毎に独立して行うのではなく、支払基金などが代行し統合的に行うことが望ましいと考えられる。現状の制度の下では、保険者として医師や医療機関を選別し、加入者が受診可能な医療機関を限定することは困難であるが、保険

表4 医師・医療機関のプロファイリング

- 
- 学会認定医・専門医資格、研修歴  
(→認定医制度の改革)
  - 診療ガイドライン遵守率の調査  
(→適切な診療ガイドライン作成)
  - 患者に対する処方パターンや、手術施行率の調査  
(→患者病態の把握方法の開発)
  - 手術成功率等の治療アウトカムの調査  
(→重症度補正法の開発)
  - 患者の満足度調査  
(→満足度評価法の開発)
  - 疾病毎・患者毎のコスト把握  
(→簡便なコスト分析手法の開発)
- 

者が加入者にこれらの情報を提供し、受診の際の参考とさせることが可能であろう。

また、保険者による質評価の活動を補完するものとして、財団法人医療機能評価機構の活動を拡大し、過程・成果に関する評価指標の開発を進めると共に、評価結果を広く情報公開することや、厚生省統計情報部の機能をより充実させ、新たな健康指標や臨床指標の開発・調査を実施するとともに、厚生統計の詳細な解析を行い、患者や保険者にデータ提供を行うことなどについても、今後検討すべきであると思われる。

## IV おわりに

わが国でも、医療の質の評価に対する国民の期待は高まりつつあり、質の評価における先進国である米国の状況に関心が持たれている。米国の医療の質向上に対する試みは、必ずしも十分に成功しているわけではなく、例えば、最近 Institute of Medicine では、1996年2月から2年間にわたり「医療の質に関する全国円卓会議」を招集し、表5に挙げた理由により「国として医療の質を向上することに焦点をおくことが最も重要な課題である」との結論に達した<sup>15)</sup>。実際、米国のマネジドケアをめぐる昨今の悪評については、むしろわが国にとって反面教師といえよう<sup>16)</sup>。

しかしながら、医療の質のさらなる改善のためには、過程評価や成果評価をもとにしたマネジドケア手法を適切に利用することが有効と考えられ、その手法については米国から学ぶところも多い。例えば、質評価のための臨床指標(クリニカル・インディケーター)は、わが国でもそのまま利用可能なものがほとんどである。また、日本の医療保険制度によく似たフランスにおける質評価・向上の活動はきわめて参考になる。

質評価の主体として保険者が重要と考えられるが、保険者機能を十分に発揮するためには、医療機関から患者情報の収集を行って患者情報データベースを構築し、その情報をもとに医師・医療機関、あるいは加入者にフィードバックを行うことが必要とされる。これを実現させるには、当面は、

表5

- ①医療の質は厳密に定義できる。多くの場合、質を測定する尺度は、臨床医学で患者の治療における重要な決定を下すのに使われている多くの測定法と同等に正確である。これらの質の尺度は、ある特定の質の問題に関してその内容や重要度を調査する実証研究に広く使用されている。
- ②米国の医療は、最善に行われれば実に見事ですばらしいものである。しかし残念ながら最善に行われていない場合も少なくない。医療の質の問題は重要でかつ広範囲におよび、あらゆる医療提供体制や支払い制度のもとで起こるものである。米国は現在、これら質の問題による死亡や機能状態の低下、そして資源の無駄という多大な損害の重荷を背負っている。総体的にみると、これらの問題を解決するには緊急の行動を要する。
- ③いくつかの保険プランや病院、あるいは医療統合システム (integrated delivery system) は、質の向上に向けた努力を惜みず、ある患者集団における質の向上に成功していることが報告されている。しかしながら、大多数の機関は、質の向上に向けての効果的な努力をほとんど、あるいはまったくせず、システム全般の改革における障害となっている。首尾一貫して最高の質の医療を提供している保険プランや病院、あるいは医療システムを特定できるデータはなく、模範的な提供体制の明確なモデルは存在しない。
- ④以上の状況を総合すると、今後は医療サービスの提供体制のあり方と質の評価、向上する方法について再検討し、再構築していくための大きな努力が求められている。

現状のレセプトデータの電算処理を進め、保険者として統計解析を行うことから着手すべきであると思われる。また、将来的には、レセプトのフォーマット自体を変更して、従来の会計情報のみならず患者の状態像などの情報収集を併せて行うこと、さらに次のステップとして、諸外国で試みられている統一フォーマットによる電子カルテの導入や通信技術を用いた患者情報の一元管理等の可能性も検討すべきであろう。

## 注

- 1) Donabedian, A (1980) "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment," *Health Administration Press*.
- 2) Evidence-Based Medicine Working Group. (1992) "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine." *JAMA* Vol. 268 : 2420-2425.
- 3) Durand-Zaleski, I., Colin, C., Blum-Boisgard, C. (1997) "An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France." *BMJ* Vol. 315 : 943-946.
- 4) Wennberg, J., Gittelsohn, A. (1973) "Small area variations in health care delivery." *Science* Vol. 142 : 1102-1108.
- 5) Kleinman, L. C., Kosecoff, J., Park, P. E., et al. (1987) "Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? A study of three procedures." *JAMA* Vol. 253 : 2533-2537.
- 6) Bernstein, S. J., McGlynn, E. A., Siu, A. L., et al. (1993) "The HMO Quality of Care Consortium: the appropriateness of hysterectomy: a comparison of care in 7 health plans." *JAMA* Vol. 269 : 2398-2402.
- 7) Kleinman, L. C., Boyd, E. A., Heritage, J. C. (1997) "Adherence to prescribed explicit criteria during utilization review. An analysis of communications between attending and reviewing physicians." *JAMA* Vol. 278 : 497-501.
- 8) 川淵孝一 (1999) 「諸外国における医療の広告規制の現状」『社会保険旬報』Vol. 2020 : 13-19.
- 9) Hannan, E. L., Kilburn, H. Jr., Racz, M., et al. (1994) "Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York." *JAMA* Vol. 271 : 761-766.
- 10) Chassin, M. R., Hannan, E. L., DeBuono, B. A. (1996) "Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicity." *N Engl J Med* Vol. 334 : 394-398.
- 11) O'Connor, G. T., Plume, S. K., Omstead, E. M., et al., and the Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. (1996) "A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery." *JAMA* Vol. 275 : 841-846.
- 12) Schneider, E. C., Epstein, A. M. (1996) "Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists." *N Engl J Med* Vol. 335 : 251-256.
- 13) 「公表される手術成績に疑問」『Medical Tribune』1999年5月6日号, 21面。
- 14) Schlesinger, M., Gray, B. H., Perreora, K. M. (1997) "Medical professionalism under managed care: the pros and cons of utilization review." *Health Affairs* Vol. 16 No. 1 : 106-124.
- 15) Chassin, M. R., Galvin, R. W., and the National Roundtable on Health Care Quality. (1998) "The urgent need to improve health care quality." *JAMA* Vol. 280 : 1000-1005. (山田ゆかり・池田俊也訳 (1999) 「医療の質向上の緊急的な必要性」『JAMA 日本語版』No. 236 : 73-80)

16) 田村誠(1998)「マネージドケアと米国医療の変容, 2, マネージドケアの急成長に伴い噴き出

した問題」『病院』Vol. 57: 996-1001。  
(いけだ・しゅんや 慶応義塾大学専任講師)

## 医療機能評価の現状と課題

中野夕香里

### I 医療機能評価が必要とされる背景

医療を評価するという活動に対するニーズは、これまで医療提供者自体の内在的要因ニーズと社会的状況や制度的環境も含めた外在的ニーズとの両面から論じられてきた。内在的ニーズは、例えば、疾病構造の変化への対応や治療プロセスの複雑化・多様化への対応という医療提供の本質に迫るものである。各医療提供者の現状を把握し、将来にわたる改善活動を行う参考となる。これに対して外在的ニーズは、適切な医療が提供されることを主としてその受け手である消費者に示すものである。これは場合によっては、国としての社会保障制度の枠組みの中で、行政や保険者のニーズと捉えることもできる。

さらに、医療施設の機能分化が推進されたことと医療現場において情報整備が遅れている現状が評価への動機づけになったと思われる。機能分化については、地域において病院は何を成すべきかという包括的役割論にとどまらず、地域に存在する様々な病院がどのように役割を果たすべきかという役割の細分化の議論に発展し、制度的にも機能分化が進められている。一方、わが国には多数の医療施設が存在するが、その役割や機能は一樣ではなく、また、同じような役割をもつとされる複数の医療施設間においても実際の医療提供には差がある可能性があることは既に認識されることである。このような状態を表す情報は、医療提供者—消費者間のみならず、医療施設間、医療従事者間においても十分に共有されてこなかった。あるいは、情報の共有以前の問題として、どのような情報があれば、的確に医療の提供状況を表現

できるかといった合意も形成されてこなかったとも言える。病院の活動状況や医療提供状況を適切な形で表し、見えやすくするためのツールとしての評価活動が実現化した所以である。

医療機能評価においては、医療提供者がどのような役割を持っているかを評価するだけでなく、その役割を満たす適切な活動が行われているかを評価することが重要である。

### II 第三者評価組織のあり方

日本医療機能評価機構は、医療機関の活動を評価し、その問題点と改善の方向性を明らかにすることで、個々の医療機関の改善の取組みを支援するとともに、これらの活動を通じて、医療の受け手である地域住民に対して良質の医療提供を保証することを目的として設立された。その活動内容と対象とする医療サービスの特性を考えると、このような評価組織は表1に示すような性格を付帯することが期待される。これらのうち、中立性、学術性、公正性、透明性は、当該組織が社会に対して提供する医療機能情報の質の保証を図るために必須と考えられるが、公益性、普遍性については、設立主体や設立の趣意により各組織が選択することができるものである。ただし、例えば、組織が営利法人という形を選択した場合には、その運用において上述の性格を堅持するための内部システムのあることが必要である。

実際には、これらの性格を維持するために、例えば、役員構成に配慮したり、内部に不十分な機能を外部に求めたり、情報公開の手段やその内容に配慮したりということが通常は行われる。これらの点に関して、評価機構の特徴をまとめたもの



表1 第三者評価組織に期待される性格

中立性	特定の組織、団体から影響を受けないこと	○
学術性	学術的な視点からみて妥当性があり、その意味において権威性を維持できること	○
公正性 (組織的倫理性)	公正性、倫理性を維持するための内部牽制機構を有すること	○
透明性	公益に供すべき情報の開示を行えること	○
公益性	公共の利益を活動の目的としていること	△
普遍性	活動の対象がある一部分に特化していないこと	△

表2 第三者評価組織としての日本医療機能評価機構の特徴

設立趣意	病院機能評価を通じて医療機関の質の改善を支援するとともに、総体としての日本の医療水準の向上に寄与し、結果的に国民に対する良質の医療提供を保証する
組織形態・体制	設立趣意を適切に実現するための組織形態として、財団法人という形態によって設立する 役員を各方面から擁し偏向を防ぐ 意思決定機構として外部委員会組織を設置し、それらから成る管理機構と実務組織の間に相互牽制機能をおく 外部専門家機能として評価者、専門検討委員等を広範、多数確保するとともに、内部に研究部門を設け、外部専門家機能のマネージメントおよび当該領域における専門人材の育成を行う 活動を支える財源については、基本財産、事業を支援する賛助会費、事業委託元である医療機関からの契約料により確保し、その運営において独立性を担保する
評価内容設定	医療関係学会、医療関連団体、研究会による経験、知見および医療現場の実態等を十分に検討し、学術面における妥当性を担保する わが国の医療状況を広く反映するものとなるよう配慮する 病院の多様性を適切に考慮する
評価判定	広く、現場における実務経験者、医療専門職、他分野の学識経験者、受療者による審議の機会を設け、それぞれの立場の意見の反映に配慮する 予め設定した客観的基準に従って行うことを原則とし、結果の標準化を図る

が表2である。

### III 評価事業の概要

#### 1 評価事業の位置づけ

評価機構により現在事業化されているのは、病院という組織の機能を医療専門職である第三者が評価するという活動である。この活動を簡略に示したものが図1である。

医療機能とは、医療施設がその役割を果たす能力のことである。医療施設は、自院の役割を最適に発揮して患者に対応すべきであることはもちろんであるが、同時に、同一地域に存在する医療施設の総体として地域住民のニーズに最適に対応すべきである。そのような考え方で、地域のニーズ

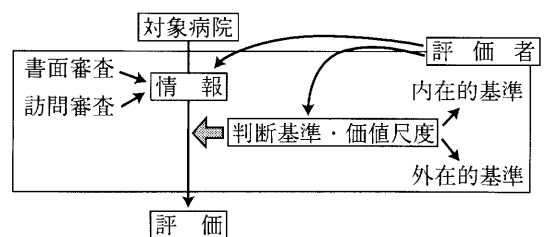


図1 第三者評価事業

の状況と地域の施設の状況に応じて、適切に割り当てられた役割が、その施設の医療機能を規定するものと考えられる。医療機能評価では、施設が役割を果たす能力を評価する。言い換えれば、①病院が標榜している役割を実現するのに必要な人的・物的資源の確保、体制の整備が行われている

かについて、②担っている役割とそこで行われている医療の実績との整合性について検討することである。この時、地域の周辺状況を勘案した場合に妥当と考えられる役割と、実際に病院に認識されているそれとの一致・不一致が大きな論点となるが、現時点で、この点について適切に評価することは容易ではないと考えられる。そこで、評価機構の病院機能評価事業では、病院が自ら認識する役割・機能に見合う構造条件と適切な医療提供システムを有しているか否か、また機能と実績との関係を確認しようとするものである。

医療機能を表す情報には、技術的側面、人間関係の側面、アメニティと、さらに、組織体の提供する医療を評価しようとするならば、そこで運用される種々のシステムに関するものがある。また、評価の要素の相対的重要度は評価の視点により異なる。例えば、個々の診療行為、看護行為の善し悪しを評価しようとする時と、個々の患者に提供された医療を評価しようとする時と、病院を組織体として評価しようとする時では評価の視点や重視すべき内容が異なる。評価事業では、病院組織において個々の医療行為がより適切に提供されるための、組織体制・システムや連絡・協力機能を評価の対象としており、必ずしも、ひとつひとつの行為の技術的側面や個々の患者に対する医療提供の適切性を直接評価することを行ってはいない。評価者の立場により、評価の内容や価値基準が異なることも指摘され、患者が評価する場合には、医療従事者の態度や患者への接し方、親切さ等の人間関係的な要素が重視され、医療従事者の場合には技術の高さや新しさといった技術的側面が重視されるという報告もされている。評価事業においては、病院における勤務経験を有する医療従事者による第三者評価方式が導入されている。現在の方法において、評価者が患者の立場をどの程度まで代弁できるのかといった点については、検討中である。

それでは、海外ではどのような医療評価活動が行われているのであろうか。各国の主な評価事業としては、表3のようなものがあげられる。国により位置づけや性格が異なるが、活動の全体の枠

組みは米国を参考としている例が多く、非営利の非政府組織により、ボランティアに審査を希望する病院の評価を行うものであり、専門家の視点から評価基準を設け、それへの適合度を判定するものである。一定水準以上であれば認定を行う。

情報公開は基本的には認定状態を示すにとどまる。事業の顧客が病院であり、病院が費用負担しているという観点から、その結果は病院に帰属すると考えるためである。しかし、社会的要請から情報の開示を進める動きはある。JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) では領域別の結果の概要を示すことを始めている。このことにより、評価事業者が住民のために活動していることを示すことができ、医療者にも質改善のインセンティブを与えられ、同時に公表する結果の内容を吟味し、誤解を与えないような方法を用いることが必要となる。結果の信頼性の保証も必須であり、JCAHO、CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) では具体的な取り組みがみられる。

国際的に共通の基準で評価しようとする試みはISO (International Organization for Standardization) に見られている。ISOは、輸出入取引に際して、国際的に規格の統一を図る目的で設立された。発端は、製品に必須となる部品等の規格化であったが、その後、製品そのものの品質システムの規格として制定されたのがISO 9000sである。ISO 9000sは、ISO 9000~9004から成る。実際の要求事項は9001~9003の3種類となる。ISOによる評価において、実際に求められるのは、要求項目にしたがって品質システムをつくり、それを文書化した「品質マニュアル」を作成することであり、さらに、品質を保証するために、顧客の要求を把握し、製品の設計、生産、検査の標準的手順を文書化することである。書類審査と実地審査とから成る外部審査により要求事項を満たすことが確認されると認定され、審査登録機関を通じて国際的に公表される。また、認定マークをパンフレットや名刺等に印刷することができる。ISOは組織の品質システムの評価であり個々の

表3 各国の評価組織

	U.S.A.	Canada	Australia	U.K.	Netherlands	Spain	Japan
主体	JCAHO	CCHSA	ACHSA	KFOA	CBO	政府	JCQHC
特徴	病院標準化運動から結果の一部を公表 保険制度との結び付き	JCAH から分離	USA に類似		改善活動支援を重視	州政府主導	
性格	民間	民間	民間	KFOA	民間	政府	民間
設立時期	1951 (JCAH)	1958	1973	1988	1979	1981	1995
理事会構成	医師会 病院協会 各種学会 歯科医師会 消費者	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 長期ケア施設協会	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 政府 (オブザーバー) 消費者	各種学会 看護協会 政府 (顧問) 消費者	医師会 病院協会 保険者 病院管理者協会	医師会	医師会 病院団体 医療専門職能団体 保険者 学識経験者 消費者代表, 等
認定対象	病院 (入院機能) 外来機能 長期ケア施設 在宅ケア 精神科施設, 等	病院 長期ケア施設 精神科施設 リハビリ施設	病院	病院	病院	病院	病院
評価者	常勤/非常勤	非常勤	ボランティア independent contract	ボランティア	independent contract		非常勤
評価方法	standard を用いた評価	standard を用いた評価	standard を用いた評価	standard を用いた評価 自己評価重視	改善支援		standard を用いた評価
認定状態 (認定期間)	完全 (3年) 条件付 (1年) 非認定	完全 (3年) 一部 (2年) 暫定 (1年) 非認定	完全認定 (3年) 条件付認定 (1年) consultative (非認定)	認定制度なし	認定制度なし	完全認定 (3年) 暫定認定 (1年) 非認定	認定 (5年) 留保
資金調達	評価料 教育・出版収入 その他	評価料 出版収入 資金運用利息 寄付 その他	評価料 教育・出版収入 その他				評価料 賛助会員会費 教育, 出版収入 基金運用収入
制度的メリット 普及状況	保険施設認定 病院で約 85%	新規認可が容易 病院で 70~80% 長期施設で約 30%	一部の基金で優遇 病院で約 25%		保険施設認定	保険施設認定, 他 病院で約 80%	約 3%
認定割合	完全および条件付 95%以上	完全および一部 約 90%			約 60%		初回認定 70~80%

製品の評価ではないため、製品につけることはできない。認定期間は3年間で、その後、再認定審査が必要である。ISO 9000 s による評価・認定活動は、ヨーロッパを中心とする国際的な標準化活動の一環としてとらえられる。医療への適用については関連の国際学会にて議題として取り上げられた経緯もある。ヨーロッパでは相互交流が盛んであり、他国でも同じ基準で認定を受けた医療機関で医療が受けられることが重要である。しかし、ISO 9000 s の評価は、医療機関の活動そのものの水準を定めるものではなく、品質を保証するための活動を評価するものである点で医療評価の面では感受性の弱さが指摘されている。そもそも、医療を国際的に標準化すべきかについては、医療自体は国際的に取引がなされるものではなく、それぞれの国の制度や習慣に応じた提供がなされているため、同一の水準でその活動を評価することは難しいという考えもある。

## 2 病院機能評価事業の枠組み

一連の評価は、審査の申込/契約→書面審査→訪問審査→報告書内容の検討→報告書および認定証の收受という流れでなされる。このうち実質的な評価にあたる部分は「書面審査」と「訪問審査」、「報告書内容の検討」である。

書面審査は、院長をはじめとする病院職員が自院の現況について回答したり、記入したりするものであり、契約後約1カ月をかけて行われる。書面審査の結果は訪問審査の基礎資料として活用される。

「書面審査調査票」は、「病院機能の現況調査票」と「自己評価調査票」から構成され、さらに

「病院機能の現況調査票」は、「施設基本票」「部門別調査票」「診療機能調査票」「経営調査票」から構成されている(表4)。

現況調査の4つの調査票では、病院の受審時の状況を把握することを目的としており、それぞれの質問に対して病院の現状に合うものを選んだり、該当する数値を記入することを求めている。これに対し「自己評価調査票」は、現況調査に現われるような病院の現状に対してよくできているか否かの価値判断を求めるものであり、病院の管理責任者が回答することになっている。その内容は、訪問審査で用いられる訪問審査調査票の内容と基本的に同じである。「自己評価調査票」により、病院管理者が自院についてどのように認識しているか、どのような点を問題と感じているかが把握できる。

書面審査の結果の一部は「書面審査サマリー」としてまとめられ、審査を担当する評価調査者と審査を受けた病院に提出される。評価調査者チームは、「書面審査サマリー」と記入された調査票原票に基づいて事前に検討を行い、病院の特徴と現状、審査の重点ポイントを明確にする。「書面審査サマリー」では、審査を受けた他の病院および全国の平均値との比較結果が報告されるので、病院側では自院の位置づけを知ることができる。書面審査はもともと訪問審査の基礎資料を得るために実施されるものであるが、調査票を完成させることに取り組むことにより、自院の状況がより具体的に整理されたかたちで把握でき、その時点で認識された問題点についてはすぐに検討・改善に取り組むことが可能である。また、調査票の内容は病院に横断的に関わるものであるため、調査

表4 「書面審査」の構成

現況調査票	①施設基本票	患者数・職員数・病床数・平均在院日数など
	②部門別調査票	薬剤部門・臨床検査部門など各部門対象 設備・機器整備状況、運営状況など
	③診療機能調査票	循環器・消化器など各診療領域対象 対応可能な診療機能とその実施状況
	④経営調査票	収益および費用の状況、診療科別収益状況など
自己評価調査票	自院の現状に対する管理者の認識・価値判断	

票への記入は自ずから病院の多くの部門による取り組みとなり、組織の活性化や志気の向上、意志疎通の改善につながったという報告もある。

続いて実施される訪問審査は、病院機能を客観的に評価・判定する手法の研修をうけ評価機構から委嘱された評価調査者（サーベイヤー）が、病院を訪問して「訪問審査調査票」として用意された所定の項目について審査するものである。複数のサーベイヤーがチームとなって審査を行う。

サーベイヤーは、職員との質疑応答、各種資料・記録の確認、院内の視察により、評価するために必要な情報を収集する。訪問審査終了後にサーベイヤー・チーム各自の評価結果を持ち寄って検討を加える。サーベイヤーの中の取りまとめ責任者が、検討結果を踏まえて作成した「審査結果報告書案」を評価機構に提出する。評価機構は審査結果報告書案を点検・確認し、機構内に設置された評価部会の審議にかける。評価部会での詳細な検討を経て、最終的には評価委員会において審査結果が承認されることになる。審査結果は「審

査結果報告書」としてまとめられ、審査を受けた病院に提出される。審査結果報告書には、各評価項目についての評価結果と評価コメントがまとめられている。

### 3 評価の内容～そのねらいと評価方法～

#### (1) 評価の対象領域

現在、一般病院と精神病院、長期療養病院を対象とした評価事業が実施されている。それぞれの機能に応じた評価内容が用意されている（表5）。評価内容の枠組みを示す評価の対象領域については、概ね各種別に共通のものとしたが、病院の特性に適切に対応するために、一般病院の評価においては6領域、精神病院および長期療養病院の評価においては、これに独自の1領域を加えた7領域としている（表6）。

「1. 病院の理念と組織的基盤」、 「2. 地域ニーズの反映」、 「5. 患者の満足と安心」は、職種、部門にかかわらず病院全体、各職種に関連する内容であり、サーベイヤー・チーム全員が参加して

表5 受審病院の種別

一般病院 A	地域に密着し、住民に身近な医療機関として、概ね二次機能までの医療に対応している比較的規模の小さい病院
一般病院 B	地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い、高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する病院
精神病院 A	精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が中規模、または小規模の病院
精神病院 B	精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織が一定規模以上で、多様な機能を有する病院
長期療養病院	療養型病床群等の長期にわたる療養機能を有する病院
複合病院	以上の機能をあわせもつ病院

表6 評価の対象領域

	一般病院種別 A・B	精神病院種別 A・B	長期療養病院
1	病院の理念と組織的基盤	病院の理念と組織的基盤	病院の理念と組織的基盤
2	地域ニーズの反映	地域ニーズの反映	地域ケアへの参加とサービスの継続性
3	診療の質の確保	診療の質の確保	診療の質の確保
4	看護の適切な提供	看護の適切な提供	ケアの適切な提供
5	患者の満足と安心	患者の満足と安心	患者の満足と安心
6	病院運営管理の合理性	病院運営管理の合理性	病院運営管理の合理性
7		精神科に特有の機能	リハビリテーションと QOL への配慮

評価がなされる。「1. 病院の理念と組織的基盤」においては、病院の基本方針、患者の権利の尊重、病院全体の管理体制、職員への教育・研修など、病院全体にかかわる事項について評価する。「2. 地域ニーズの反映」では、病院の地域における役割についての認識、他施設との連携体制、救急医療活動などについて評価する。「5. 患者の満足と安心」では、患者を尊重すること、プライバシーおよび利便性への配慮、サービスの改善の努力、患者の安全への配慮等などについての具体的な活動状況を評価する。特に第5領域の評価では、療養環境や職員の取り組み状況など、院内の視察の中で確認される内容も多い。

「3. 診療の質の確保」は、主に、医師の評価調査者により評価判定される領域であり、診療の質を確保するための基本的な活動、診療を支える各部門の機能、診療にかかわる安全管理などについて評価する。なお、平成11年度に向けての改定では、本領域で新たに、医師の人事管理、診療内容の評価、医師と病院の関係等に関する評価項目が新たに導入、あるいは強化されている。

「4. 看護の適切な提供」は、看護職の評価調査者が主に担当する。看護部門の組織の確立および運営、看護ケア提供の状況、看護ケアの質向上への努力、職員の能力開発などについて評価する。

「6. 病院運営管理の合理性」は、人事管理、財務管理、業務管理などの合理性および適切性などについて評価するものであり、主に、事務長相当の経験のある評価調査者が担当する。平成11年度からは、一部の種別で、経営管理活動の視点が強化され、経営改善活動に関する評価項目が追加された。

精神病院、長期療養病院では、上述の各領域において、それぞれの病院の機能上重要と思われる評価内容を適宜追加したり、内容変更を行ったりしている。また、さらに、精神病院の場合には、「7. 精神科に特有の機能」として、長期療養病院では、「7. リハビリテーションとQOLへの配慮」として、それぞれに特有で重要と考えられる機能について評価する内容を追加している。

## (2) 評価項目の構造と評価のしくみ

上述の各対象領域にその機能を表現する評価項目を大・中・小の3階層の樹状構造で設定した。この際、大項目は対象領域で評価する機能の基本的な枠組みを示すものである。各大項目の内容はより具体的な達成目標をあらわす中項目に分解され、この中項目について評価調査者が評点を行う。そのため、中項目は、病院において理解されやすく、具体的な改善活動に結びつく内容となるように配慮されている。また、病院において広く一般化した内容ばかりでなく、啓発を目的とした中項目設定も一部行われている。

各中項目を評価判定するために現場で確認すべき内容として、複数のチェック項目が小項目として設定されている。これらの小項目群は中項目で求められている内容を満たすために、病院で実施されている一般的・代表的な状況を項目化したものであり、後述する評価判定指針にしたがって評点される。

以上より、大項目は、中・小項目に比して、より抽象的・概念的であり、小項目はより客観的・具体的な内容となっている。評価項目数は、対象病院の機能を適切に評価するための設定を行った結果、評点の対象となる中項目の数においては、一般病院種別Aが約80項目であるのに対し、一般病院種別Bでは約130項目、精神病院種別では約90～130項目、長期療養種別では約90項目である。

評価にあたっては、当該病院の状況に対して、客観的に、また、統一的な価値基準によって評価判定が行われることが重要であり、評価判定の結果に評価調査者の個人特性などに因るバラツキが生ずることを可能な限り排除する必要がある。このために、各小項目への評価判定および小項目の判定結果から中項目の評価判定を行う考え方を整理し、これまでの経験なども踏まえて、各項目について「評価判定指針(スコアリング・ガイドライン)」を作成し、これに則って評価することとした。具体的には、設定された各々の中項目は、1～5の5段階で評点される。中項目を評価するために設定された小項目は、既に述べたように病院で実施されている一般的・平均的な状況をその

内容としており、多くの場合、所与の小項目群から中項目を評価することで問題ない。しかし、厳密にはすべての状況を網羅できる訳ではないので小項目群は中項目を評価するためのProxy(代替)となっていると言える。したがって、個々の病院の評価において評価判定を行う場合、中項目で求めている水準を満たすために当該病院が実施している事柄が小項目の内容と合致していない場合でも中項目の主旨を踏まえ適切に判定するという柔軟な能力が評価調査者に求められていることとなる。小項目はa・b・cの3段階で評価され、それらの結果を総体的に評価調査者が咀嚼し中項目の評点を与えることになる。

#### IV 現状分析

##### 1 評価結果にみる現状分析

これまでの評価結果から、相対的に問題として指摘されやすい内容を表7に示す。インフォームドコンセント・意見や要望の尊重やそれらに基づく改善活動等の患者の権利や立場を尊重する活動、診療情報の管理や図書機能の整備等の医師の再教育や適切な診療の基盤に関する事、病院の基本

表7 より積極的な取組みが期待される事項  
～病院機能評価事業の実績から～

組織運営	基本方針の明示
	計画的運営(事業計画/中・長期計画)
	合理的管理
診療の基盤の確保・再生産	診療情報の管理・活用
	図書室機能の整備
患者の管理・立場の尊重	基本方針における明示
	インフォームド・コンセント
	意見の尊重
患者の安全	手術室の管理
	医療事故への対応
	輸血用血液製剤の管理
患者サービス	療養環境整備
	サービス改善活動
	禁煙・分煙
その他	大規模災害時の対応体制の整備

方針の明確化・計画的事業運営・合理的な管理体制等の組織としての適切性、医療事故の防止と発生時の対応や手術室の清潔管理等に関わる患者の安全管理、患者サービス等が挙げられる。これらの項目は、大きく、病院の組織化への課題、構造的状況を補完するソフト面での工夫や努力に関する課題、診療機能の維持や再生産、向上に向けての積極的な取り組みへの課題、医療現場に導入された比較的新しい視点や考え方に対する積極的取り組みへの課題に整理される。

##### 2 有用性の議論

平成9年度受審病院に対するアンケート調査結果によれば、受審病院の約85%は受審の機会は有用であるとしており、また、定期的な受審の機会をもつことについても前向きな回答をしている。

受審の最終的な成果物は、「審査結果報告書」と「認定証」であると考えられるが、これ以外にも、準備から始まる受審の過程で、いくつかの前向きな効果が確認されている(表8)。そのひとつは、病院組織に対する効果である。具体的には、「受審」という目的を共有することによる一体感の増強、各部門・各職種の業務内容や苦勞の相互

表8 評価事業の有用性～受審病院の認識～

「報告書」「認定証」の活用	患者への情報提供
	職員確保
	学生実習の受入れ 地域・関係業種へのアピール
病院組織に対する効果	目的の共有⇒一体感の増強
	各部門・職種の相互理解
	全体的な組織力強化
個々の職員に対する効果	意識の向上
	目的意識や自信・自覚の醸成
	改善意欲の喚起
	組織への積極的参加
改善への動機づけ	活動の客観的把握
	業務の定型化・明文化
	停滞状態の一掃
	問題解決活動の促進

理解、受審したこと、あるいは、認定証を受受したことによる緊張感等により全体的に組織力強化の効果があつたとする病院が多い。

ふたつめには、個々の職員への効果である。受審の取り組みが、医療の質や患者サービスについて考える好機となり、それらに対する意識が向上する、目的意識や自信、自覚が芽生える、改善に対して意欲的になる、組織への積極的参加が促進される等の効果が確認されている。

最後は、実際の改善に向けての動機づけが挙げられる。病院からは、自院の活動を客観的に把握することができる、活動の再確認により業務の定型化・明文化が進む、停滞状態が一掃される、それまで実施されづらかった問題解決活動が促進される等の経験が寄せられている。

これらの効果は、審査受け入れの準備、第三者による訪問審査の受け入れ、審査結果報告書の收受といった受審の各段階を通じて確認されている。

その一方で、審査を経験した病院からは、受審効果を増すという観点から、評価事業へさらに期待する点、問題点の指摘もなされている。具体的には、例えば、問題点として指摘された内容に対する具体的な改善の方法論の提供、受審後の定期的なフォローアップ、受審病院全体のデータ分析等の有用と思われる情報の提供等である。改善の方法論の提供については、従来よりその必要性が強く認識されており、本年7月より「改善支援事業」として順次開始されている。受審後の定期的なフォローアップ、分析・集計情報の提供は、重要検討課題として位置づけられている。

評価事業のあり方について、特に評価方法については、評価内容が構造的なものに傾倒しており、実際の診療内容、治療成績に踏み込んでいないといった全体に関わる問題とあわせて、現行の内容に付加すべきものとして、医療資源を効率的に運用しているか、補助金等を適切に利用しているかが挙げられた。また、患者あるいは住民の視点の強化についても指摘された。結果の活用に関連しては、受審後の改善活動への金銭的補助制度、認定証発行病院への制度的メリット等、他制度へのはたらきかけを求めるものがみられた。改善支

援については、受審プロセス自体をより改善支援活動的性格の濃いものにすべきである、改善支援のための講習会、研修会を開催するのがよい等の指摘がなされている。

## V 評価事業の展望

評価事業の今後の発展を考える際の課題としては、組織そのもののあり方に関するもの、病院や地域等の社会との関係に関するもの、評価の対象や方法論に関するものがあるが、ここでは、方法論についての課題と現状での取り組み状況についてを取り上げる。

まず、現行の方法論を運用していく傍らで、そこに密接に関係するであろういくつかの検討課題がある。平成9年度より、評価機構では、以下にあげるようなテーマで検討を進めている。第一には、評価結果に表れる病院の活動状況と病院の経済状況・財政基盤との関連がある。具体的には、両者の間の関連、病院の特性による差異の有無、類似他事業における考え方を検討し、経営状態を評価の対象とすべきか、また、評価判定に際して経営状態を考慮するかの2点が検討課題となる。本検討結果については、評価機構主催のフォーラムや公表媒体を通じてその中間的検討経過が既に公表されているが、明確な関係が提示される段階にはなく、両者の関係やその要因をめぐる本課題の結論を導くためには、さらに詳細な検討が待たれるところである。

現在の評価項目にない視点を盛り込むという方向では、病院における医師組織のあり方、病院と個々の医師および医師組織との関係のあり方についてをとりまとめ、評価すべき内容を明確にすることも検討してきた。また、評価における患者の意見や視点の位置づけについては、患者による評価の方法論についての評価、事業化の是非等についても検討を重ねている。これらの検討の成果については、その一部が平成11年度に向けての評価項目の改定に反映されている。

さらに、評価事業の方法論的立脚点を、現在の医療の構造的側面(structure)から、プロセス



(process), 結果的側面 (outcome) へと拡充することへの要請も強く, その方法論についての実証的検討も急務である。これに関連して, “clinical path”, “clinical indicator” 等の手法が既に議論に上っているが, その実効性や活用方法等に関しては, 更なる具体的な検討を要する。これまで, 多くの研究者が議論, 検討してきた内容を踏まえ, 現場への適用を踏まえた方法論の開発を行っていききたい。また, これらの方法論の事業化を検討するに際しては, 従来を踏襲する“評価”というアプローチ以上に, 医療現場における“管理手法”, “改善促進ツール”としての適用や, これらを用いた個々の現場の活動を支援するシステムづくり等のアプローチを重視すべきであろうと考える。

評価を受けることにより, 各医療提供者の現状を把握し, 改善活動へ結び付けていくことが評価の大きな目的である。それと同時に, 第三者機関である評価機構の評価は, 医療を受ける人々による医療機関の選択に寄与するものになる可能性がある。病院において一定以上の質を有していることを示すことにより, 消費者選択の重要な要素となりうる。医療においては, その専門性から提供者と消費者の間で情報の非対称性があり, 消費者からは直接医療提供の質を評価することは困難である。そのため, 医療管理に関する専門家が評価を行った結果を医療機関の選択に用いることは有意義であると思われる。またわが国においては公的医療保険制度のもとで医療提供がなされているため, 保険者が医療機関の評価情報を利用して個別の医療機関との契約を行ったりすることも考えられる。特に国民健康保険制度においては保険者は自治体であるため, 自治体による評価結果の利用もひとつの手段となり得る。

評価機構は, 医療機能の評価事業, 改善支援事業を行う主体としての役割だけでなく, 関連する情報やデータの収集・発信センターとしての役割, 評価・改善の方法論を開発したり, ノウハウを蓄積する役割, 医療機能の評価や改善に関わる人材の育成等の役割も負うべきである。組織的な準備は未だ不十分ではあるが, まずは, 現在検討中の

いくつかの課題について一定の方向性が見出され, 事業に反映されることにより, 評価事業がより実質的で効果的なものとなることを期待したい。

## 参考文献

- Lluís Bohigas, et al. (1988) A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues, *Intel. J. Quality in Health Care*, 10 (1), 7-13.
- Avedis Donabedian (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. I The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press.
- N. O. Graham (1990) *Quality assurance in hospitals*, AN ASPEN.
- The Joint Commission (1997) *National Library of Healthcare Indicators™*, the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- E. Scrivens (1995) *Accreditation—protecting the professional or the consumer?*—, Open University Press.
- S. D. Shaw (1997) Accreditation and ISO: International convergence on health care standards. ISQua position paper—October 1996, *Intel. J. Quality in Health Care*, 9 (1), 11-13.
- Ingrid Sketris (1988) *Health Service Accreditation—An International Overview*, King's Fund Centre.
- 菅野由貴子 (1997) 「腹部外科領域における臨床評価指標 (Clinical Indicator) の研究開発」, 東京大学修士論文。
- 中野夕香里 (1993) 「病院医療の質の評価のための“Clinical Indicator”の探索」, 東京大学博士論文。
- (1996) 「医療を評価する試み (その1～その2)」, 『看護学雑誌』, 60 (4/5), 330-334 428-432。
- (1998) 『医を測る (医療サービスの品質管理とは何か)』, 第3章 I 「医療評価の方法論について」, 厚生科学研究所。
- 日本医療機能評価機構; 第1回医療機能評価研究フォーラム資料集, 平成10年1月。
- (1999) 第2回医療機能評価研究フォーラム資料集, 平成11年2月。
- (1999) 『これからの医療と病院機能評価』。
- (なかの・ゆかり  
(財)日本医療機能評価機構研究主幹)

## わが国の医療供給の現状と展望

尾形 裕也  
泉田 信行<sup>1)</sup>

### I はじめに

医療サービスの供給を経済学的に見れば、さまざまな財・サービスをインプットとして使用し、さまざまなアウトプットを産み出すという一般的な生産活動の一環としてとらえることができる。この場合、インプットとしては、資本、土地、労働といった第一次生産要素のほか医薬品、医療材料等の原材料、エネルギーなどが含まれる。一方、アウトプットは、言うまでもなく、それらの投入によって産み出される各種の医療サービスである。医療機関は、一定の医療技術（生産関数）のもとで、各種の生産要素を投入し、医療サービスというアウトプットを産出していると考えることができる<sup>2)</sup>。

ここでは、こうした医療サービスの供給を規定する基本的な生産要素である資本（医療施設・医療機器）及び労働（医師、看護婦等の医療スタッフ）投入のわが国における現状を整理するとともに、今後の課題、展望等について概観する。

### II 資本（医療施設・医療機器）

#### 1 医療施設

##### (1) 医療施設体系の現状及び課題（制度論）

日本の医療施設の体系については、基本的に医療法等の法令において規定されている。病院と診療所は、病床数 20 床以上（病院）、19 床以下（診療所）で区分され、開設に当たっての取り扱い等が異なっている<sup>3)</sup>。また、いわゆる中間施設とし

ての老人保健施設は、老人保健法において規定されている。

日本の医療施設の体系については、その機能分担と連携が十分でないことが問題点として指摘されてきている。特定機能病院と療養型病床群という、いわば両端の機能を担う病院については区分されているが、日本の病院の大部分を占めるその他の中間部分については何の区分もなかったというのが、これまでの実態であった<sup>4)</sup>。

こうした事態に対応するため、1997 年の医療法改正において、「地域医療支援病院」制度が導入された。地域医療支援病院は、「地域に必要な医療を確保する観点から、地域の医療機関が提供する医療への支援、救急医療の実施、地域の医療従事者の研修等を行う病院」として医療法上位置づけられたものであるとされている<sup>5)</sup>。

地域医療支援病院については、かかりつけ医への支援等を含め、日本の医療供給システムに欠けていた医療機関相互の機能分担と連携を促進する役割が期待されている。しかしながら、その承認要件（特に紹介率の基準）が厳しいことから、地域医療支援病院の承認を得た病院は現在までのところ極めて少数にとどまっており（1999 年 5 月末現在全国で 9 病院）、今後その拡大に向けた要件の再検討等が必要であろう。

また、1992 年のいわゆる第二次医療法改正において、医療提供の理念規定（第 1 条の 2）が整備された。そこでは、病院、診療所、老人保健施設といった医療提供施設に加え、「医療を受ける者の居宅等」という表現で、いわゆる在宅医療についても、医療法の視野に入れられてきた。この

ことは、伝統的に「ハコもの」法として、医療施設に対する規制を中心に据えてきた医療法の基本性格を勘案すれば、画期的なことであると言える。しかしながら、在宅医療に関しては、医療法ではこれ以上の規定はなく、たとえば、訪問看護については、指定老人訪問看護事業者についての規定が事業法としての性格を有する老人保健法において規定されているにすぎない<sup>6)</sup>。高齢化にともなう疾病構造の変化等により、在宅医療の重要性が増大していく中で、その(医療法上の)基本的な位置づけ等については、今後のひとつの課題であると言える。

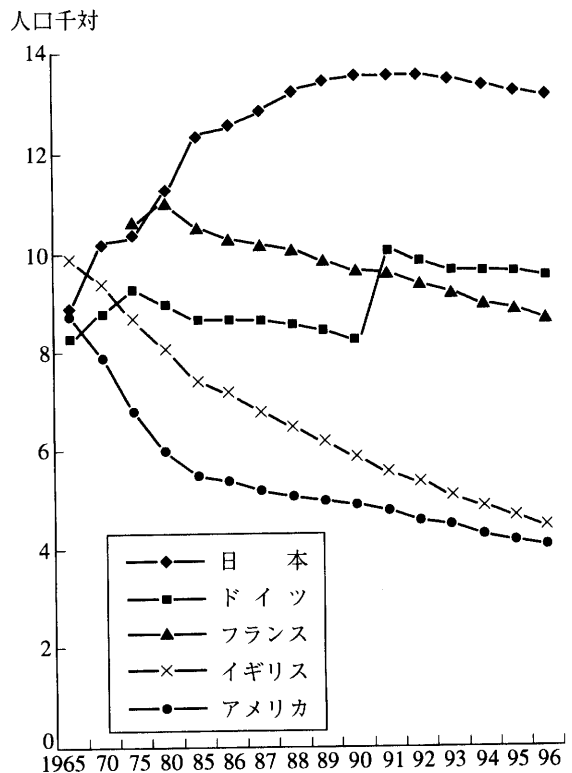
## (2) 医療施設の現状及び課題(実態論)

日本の医療施設の現状を数字で見ると、1997年現在、病院は総数で9,413、その9割弱を一般病院が占めている<sup>7)</sup>。また、一般診療所は89,292であり、その4分の3以上を無床診療所が占めている。さらに歯科診療所は60,579であるが、その大部分は無床である。病院は1990年(10,096施設)をピークに減少を続けており、1992年からは1万の大病を割り込んだ水準となっている。これに対し、無床の一般診療所及び歯科診療所は増加を続けている。

一方、病床については、病院病床は、1997年現在166万床であり、1992年(168万6千床)をピークに減少し続けており、医療計画による病床規制等の効果が出てきている。このうち、精神病床、伝染病床、結核病床を除いた一般病床は126万2千床となっており、全病床の約4分の3を占めている。表1に病床規模別の施設数を示したが、これを見ると、日本の病院の多くはいわゆる中小病院であることがわかる。(300床未満の病院は全体の83%、500床未満の病院は95%を占めている。)しかしながら、近年100床未満を中心とした中小規模の病院及び有床診療所の顕著な減少が見られる。300床以上の大規模病院の施設数は増加しないしは横ばい傾向にあること、また、前述の通り無床の診療所数は明らかな増加を続けていることから、全体としては、(大規模病院と無床のクリニックへの)一種の二極化の傾向が見てとれると言える<sup>8)</sup>。

表2に、開設主体別の医療機関数の推移を示した。これを見ると、第二次大戦後、日本の医療供給は、民間部門を中心に担われてきていることがわかる。(たとえば、1950年には、病院総数3,408のうち、医療法人、個人等の私的病院は、2,453で、72.0%を占めていた。これが1995年には、82.0%となっている。また、一般診療所及び歯科診療所の大部分は私的医療機関であるから、全体として日本の医療供給の大宗は、民間部門によって担われていると言える。)

次に、こうしたわが国の医療供給の状況を諸外国と比べてみよう。図1には病床数の推移に関する国際比較を示した。「病床」の内容、定義は国によって異なるため、単純な比較はできないが、少なくともOECDの統計で見える限り、1980年代以降、日本の人口当たりの病床数は、諸外国に比



厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査・病院報告」及びOECD, HEALTH DATA '98より作成。

図1 病床数の国際比較

表1 病床の規模別にみた施設数

(各年10月1日現在)

	施設数				対平成8年		構成割合(%)	
	平成6年 (’94)	平成7年 (’95)	平成8年 (’96)	平成9年 (’97)	増減数	増減率(%)	平成8年 (’96)	平成9年 (’97)
病院	9731	9606	9490	9413	△77	△0.8	100	100
20～29床	351	323	296	271	△25	△8.4	3.1	2.9
30～39床	580	544	528	509	△19	△3.6	5.6	5.4
40～49床	756	741	710	695	△15	△2.1	7.5	7.4
50～99床	2491	2478	2458	2438	△20	△0.8	25.9	25.9
100～149床	1574	1548	1541	1528	△13	△0.8	16.2	16.2
150～199床	1063	1075	1064	1086	22	2.1	11.2	11.5
200～299床	1325	1295	1278	1274	△4	△0.3	13.5	13.5
300～399床	733	743	750	749	△1	△0.1	7.9	8
400～499床	350	350	356	353	△3	△0.8	3.8	3.8
500～599床	198	202	200	205	5	2.5	2.1	2.2
600～699床	132	131	132	130	△2	△1.5	1.4	1.4
700～799床	68	67	70	69	△1	△1.4	0.7	0.7
800～899床	34	32	31	29	△2	△6.5	0.3	0.3
900床以上	76	77	76	77	1	1.3	0.8	0.8
(再掲)								
20～99床	4178	4086	3992	3913	△79	△2	42.1	41.6
100床以上	5553	5520	5498	5500	2	0	57.9	58.4
200床以上	2916	2897	2893	2886	△7	△0.2	30.5	30.7
300床以上	1591	1602	1615	1612	△3	△0.2	17	17.1
500床以上	508	509	509	510	1	0.2	5.4	5.4
一般診療所	85588	87069	87909	89292	1383	1.6		
有床	22082	21764	20452	19796	△656	△3.2	100	100
1～9床	9495	9290	8479	8123	△356	△4.2	41.5	41
10床以上	12587	12474	11973	11673	△300	△2.5	58.5	59

厚生省大臣官房統計情報部、「平成9年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」より引用。

べ、相当高い水準にあることが見てとれる。一方、図2には平均在院日数の国際比較を示した。これを見ると、1970年代以降一貫してわが国の平均在院日数は、諸外国に比べ、高水準にあることがわかる。

こうした病床数の多さと在院日数の長さということが、国際的に見たわが国の医療供給の大きな特徴のひとつであるが、容易にわかるように、両者は相互に密接に関連した事象である。単純化して言えば、他の条件を一定とすれば、在院日数が半減すれば、病床数は半分で足りるということになる。こうした長い在院日数の背景には、医療施

設の機能分化が不十分であること、長期ケア関連施設が慢性的に不足していること、在宅ケアが不十分であること等の供給サイドの要因に加え、国民の側も(施設間の利用者負担の不均衡の問題もあり)長期ケアを医療機関に求める傾向があったという需要サイドの要因があると考えられる。いわゆる社会的入院を含め、本来在宅や長期ケア施設で対応することが適当であると考えられる部分まで医療施設が引き受けてきたというのが、わが国の医療供給の実態であると言えよう。

次に、医療法における医療提供施設ではないが、在宅医療、在宅ケア供給において重要な役割を果

表2 医療施設数の推移

年次	病院				一般診療所	歯科診療所
	総数	国立	公的	私的		
明治 10 年	159	12	112	35		
15 年	625	(330)		296		
25 年	576	(198)		378		
30 年	624	3	156	465		
35 年	746	4	151	591		
40 年	807	5	101	691		
大正 15 年	3429	(1680)		1749		
昭和 5 年	3716	(1683)		2033		
10 年	4625	(1814)		2811	35772	18066
15 年	4732	(1647)		3085	36416	20290
20 年	645	(297)		348	6607	3660
25 年	3408	383	572	2453	43827	21380
30 年	5119	425	1337	3357	51349	24773
35 年	6094	452	1442	4200	59008	27020
40 年	7047	448	1466	5133	64524	28602
45 年	7974	444	1389	6141	68997	29911
50 年	8294	439	1366	6489	73114	32565
55 年	9055	453	1369	7233	77611	38834
60 年	9608	411	1369	7828	78927	45540
平成 2 年	10096	399	1371	8326	80852	52216
7 年	9606	388	1372	7846	87069	58407

カッコ内は公的病院の総数。

内務省「衛生局年報」、厚生省「衛生年報」、厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より作成。

たしているいわゆる「訪問看護ステーション」について概観する。「平成10年訪問看護統計調査」によれば、1998年現在活動中の訪問看護ステーションは全国で2,756事業所あり、前年に比べ34.6%増という高い増加率となっている。しかしながら、ステーションのない市区町村は全体の62.5%にのぼり、また、65歳以上人口10万対(常勤換算)ステーション従事者数については、都道府県間で3.6倍の格差があるなど、大きな地域格差が存在する。今後、介護保険法の施行にともない、訪問看護ステーションがさらに普及していく中で、こうした格差が縮小していくことが期待される。

### (3) 医療施設体系の展望

以上見てきたようなわが国の医療供給の現状を踏まえ、今後の医療施設体系のあり方について展望してみよう。

まず、病院と診療所の関係については、既に述べたとおり、わが国においては、両者の区分は単に病床数の多寡(20床以上か未満か)によっており、病診の機能の分化という発想は極めて弱いものとなっている。このことは、「医師が開設する診療所が大きくなって(日本特有の“有床診療所”という外国にはない形態を経て)病院となる」<sup>9)</sup>というわが国医療機関の独特の成長のパターンに対応しているものと考えられる。単純化して言えば、要するに「診療所が大きくなったものが病院」ということである。このことは、たとえば、本来入院機能が中心であるはずの病院において、「外来が入院と同じくらい大きな比重を占めており、外来の専門性も必ずしも高くなく、大学病院でも紹介なしで初めて訪れる患者の割合のほうが多い」<sup>10)</sup>といった結果をもたらしている。

一方、平均在院日数や紹介率等医療機関の機能

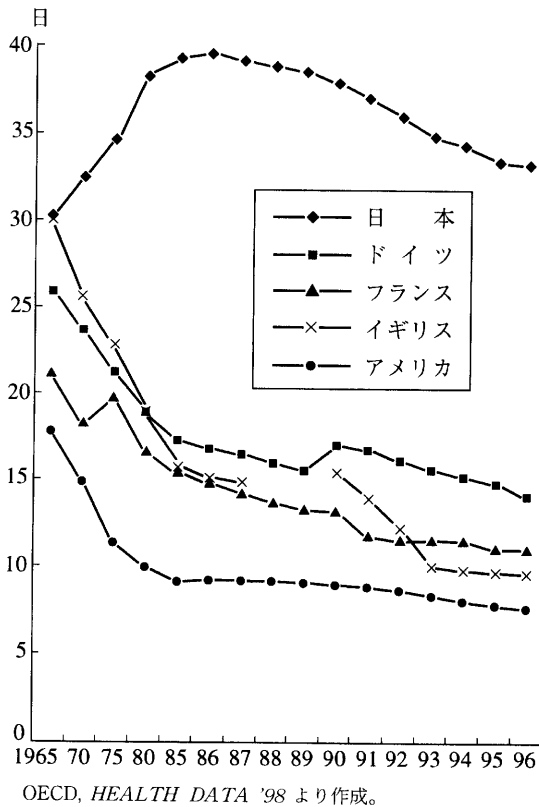


図2 平均在院日数の国際比較

を重視した最近の診療報酬改定の影響もあり、こうした状況は徐々に変化しつつある。中には、紹介率を高め、在院日数を短縮することによって、高い入院時医学管理料を取得し、「診療所的病院」からの脱皮を図るような事例も出てきている。1997年8月に打ち出された与党協及び厚生省の制度改革案においても、大病院は入院機能を重視し、中小病院及び診療所は外来のプライマリーケアを重視する方向を打ち出している<sup>11)</sup>。医療機関への事実上のフリーアクセスというわが国医療の基本的な特長とのバランスを図りつつ、病院・診療所の機能分担のあり方を、地域医療支援病院の普及拡大も含め、今後さらに具体的に検討していく必要があるだろう。

また、病院の機能分化・連携に関しては、いわゆる急性期医療と慢性期医療の区分の問題が中心的な課題である。既に述べたような諸外国と比べたわが国の医療供給の特徴である病床数の多さと

在院日数の長さという現象の背景には、こうした病院の機能の未分化、連携不足という問題があると考えられる。長期ケア施設の慢性的不足という状況の中で、患者のニーズに即した適切な医療サービスを提供していくためには、今後、急性期医療と慢性期医療を区分するとともに、在宅医療、在宅ケアを拡大する方向で、医療計画や人員配置基準、診療報酬のあり方等を見直していく必要があるだろう。

## 2 医療機器

### (1) 医療機器普及の現状と課題

医療機関は、さまざまな種類の機器を利用して、各種の医療サービスを生産している。「医療施設調査」においては、病院、診療所の各種ファイバースコープ、CT、MRI、骨塩量測定装置等さまざまな診療機器の保有状況が示されている。ここでは、それらのうち、特に現代の代表的な診療機器であるCTとMRIについて検討してみよう<sup>12)</sup>。

病院が保有する全身用X線CTの台数は、1996年には6,929台となっており、1981年(664台)と比べて10倍以上に増加している。保有病院数は6,310施設であるから、実に全病院(9,490)の約3分の2(66.5%)がCTを保有していることになる。また、核磁気共鳴診断装置(MRI)の台数は2,360台となっており、1987年(119台)と比べて約20倍に増加している。

こうした保有状況を諸外国と比較したのが表3である。これを見ると、CT、MRIともわが国は世界でも最高水準の保有状況にあることがわかる。

いわゆる高額医療機器については、病床規制のような量的規制が存在しない中で、病院間の競争意識もあり、急速に普及してきた。こうした状況については、患者のアクセスの容易さという大きなメリットがある一方で、過剰診療が行われている可能性も指摘されている<sup>13)</sup>。

### (2) 医療機器の今後の展望

以上のような医療機器の普及状況を踏まえ、わが国の今後の医療機器のあり方について展望してみよう<sup>14)</sup>。

上記のように、わが国の高度医療機器は、国際

表3 高度医療機器の普及状況の国際比較

(100万人あたり台数)

	1990		1993	
	CT	MRI	CT	MRI
日本	55.2	6.1	63.8	12.5
フランス	6.7	0.8	7.5	1.4
ドイツ	8	1.5	12.9	3.6
イギリス	4.3	1	6.3	2.3
アメリカ	26.2	8.1	26.9	13.1

OECD, HEALTH DATA '98 より作成。

的に見ても、最高水準の普及状況にある。これは、わが国が、技術進歩を比較的スムーズに取り入れやすいと言われる出来高払いを基本とする診療報酬体系をとってきたことのひとつの成果であると考えられる。

今後とも、こうした特長は生かしつつも、医療機器に関しては、あくまで患者の疾病や重傷の程度を基本として、適切かつ有効な利用が行われることが望まれる。そのためには、まず、医療技術に関する適切なテクノロジーアセスメントが実施されることが基本であろう。医療の成果指標 (outcome measures) については、なお克服すべき諸問題があるとされているが<sup>15)</sup>、こうした医療のアウトプットを重視し、それによって医学的介入の有効性についての評価を行うという考え方は、今後の医療政策の基本的な方向であると思われる。さらに、実際に実施されている各種の臨床検査については、その質の管理ということも重要な課題になってくる。診療報酬による評価における工夫も含め、検査の質を改善、向上する方向での対応が望まれる<sup>16)</sup>。

### III 労働 (医師・看護職員)

#### 1 医師の需給

##### (1) 医師の需給問題の経緯

医療サービスの供給において、中心的な役割を果たしているのは、医師・歯科医師である。ここでは、そのうち、医師の需給問題について考察する。

医師の養成は大学の医学部において行われている。医学部の定員数は、国によるコントロールを受けていることから、医師の養成数は全体として国の一定のコントロール下にあることになる。

医師数については、医療施設の従事者数が、1955年の8万6千人から1996年には23万人を越えるに至っている。そのうち、病院で医療に従事する者は3万4千人から14万8千人に、診療所で医療に従事する者は5万2千人から8万2千人に増加している<sup>17)</sup>。この間の医師数の増加は、病院で医療に従事する者の増加がその大宗 (73.6%) を占めていることがわかる。

医師の需給の問題は、当初は、医師の不足問題という形でとらえられていた。1969年の自民党の「国民医療対策大綱」においては、1985年までに人口10万対150人の医師を養成することが目標として打ち出された。あわせて、医師養成数の増加目標達成のため、いわゆる一県一医科大学構想が推進された。

こうした努力の結果、人口10万対150人という医師数の目標は1984年には達成されたが、同時に早くも医師の過剰が問題となってきた。厚生省は1984年に「将来の医師需給に関する検討委員会」を設置し、医師の需給について幅広い検討を行った。1986年の同委員会の意見書においては、昭和70年(1995年)を目途に医師の新規参入を10%削減する必要があることが打ち出された。この意見を踏まえて、医学部入学定員の削減が実施されたが、特に公立・私立大学の入学定員削減が進まず、1994年度までの削減率は全体として7.7%に留まっている。(1996年現在、人口10万対医師数は191人となっている。)

こうした状況を踏まえて、1993年に「医師需給の見直し等に関する検討委員会」が設置された。同委員会は1994年に意見書を公表したが、ここでは、マクロの供給医師数及び必要医師数について、3種類の仮定に基づく推計(上位・中位・下位)を行っている。このうち、中位推計によれば、1998年頃から供給医師数が必要医師数を上回り、2015年には約2万3千人、2025年には約2万6千人の医師が過剰となることが見込まれている。

同委員会意見書では、1986年に設定された医学部入学定員10%削減目標の達成を引き続き求めている。

このような医師数削減をめぐる議論の背景には、2つの問題が存在する。ひとつは、医師サイドから見た問題である。医師数の増加は、一般に医師1人当たりの患者数の減少を意味することから、医業収益が低下するとの懸念を医師に抱かせる。特に個人経営者である開業医にとっては、医師数の増加は経営的に好ましいことではない。

もうひとつは、いわゆる「医師誘発需要」の問題である。医師1人当たりの患者数が減少した場合、医師はより濃厚な診療を行うことによって医業収益を維持しようとする経済的なインセンティブに直面することになる。このため、医師数の増加は、こうした需要の誘発を通じて医療費を必要以上に増大させる可能性がある。

医師誘発需要論はひとつの仮説であり、欧米においては膨大な実証研究の蓄積があるが、いまだに確定的な結論は得られていない。日本での研究は、西村(1987)、山田(1990)、鈴木(1998)、泉田・中西・漆(1998)などがあるが、ここでも結論は確定していないように思われる。

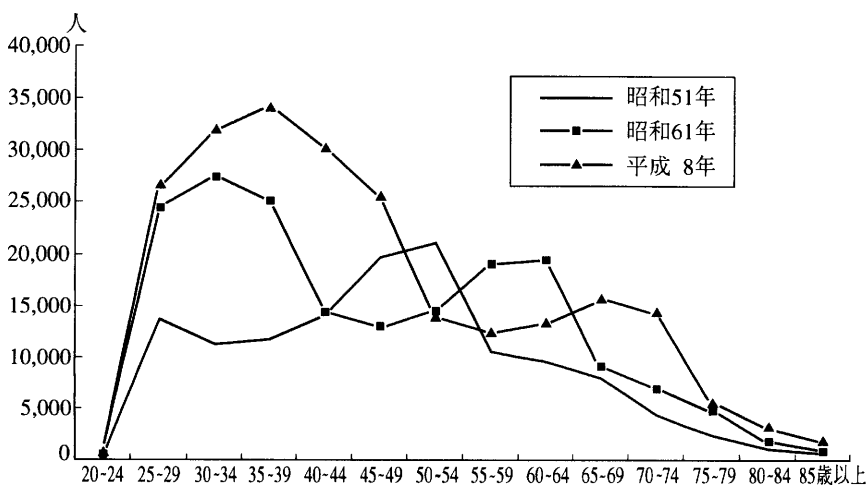
## (2) 医師需給をめぐるその他の問題

(1)では、医師数を中心に医師の需給問題を

考察してきたが、問題は、こうしたいわば量(総量)的な問題にとどまらない。医師の地域間や専門分野間の配分の問題、勤務医と開業医の配分の問題、さらには女性医師数の増大といった現象等も劣らず重要である<sup>18)</sup>。ここでは、そのうち、医師の年齢構成の問題を取り上げて分析する。

図3は、医療施設に従事する医師総数を年齢階級別に区分してその分布を示したものである。各折れ線グラフは、昭和51年、昭和61年、平成8年の10年ごとに作成されている。この図を見ると、昭和51年には50-54歳の医師が最も多く、かつ年齢階級別になだらかな分布となっていることがわかる。これが昭和61年になると、30-34歳の医師が最も多く、次いで60-64歳のところが多いという、分布の頂点が2つ存在する形になっている。この分布の形は、基本的に平成8年においても維持されており、35-39歳の医師が最も多く、次いで65-69歳の医師となっている。

次に、診療所を開設している医師について同様の分布を見たのが図4である。これを見ると、分布の頂点が昭和51年の50-54歳から、昭和61年には60-64歳に、さらに平成8年には65-69歳へと移っているのがわかる。また、平成8年にはもうひとつ45-49歳に小さな山ができていたのが見てとれる<sup>19)</sup>。



厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」各年版より作成。

図3 医療施設に従事する医師総数



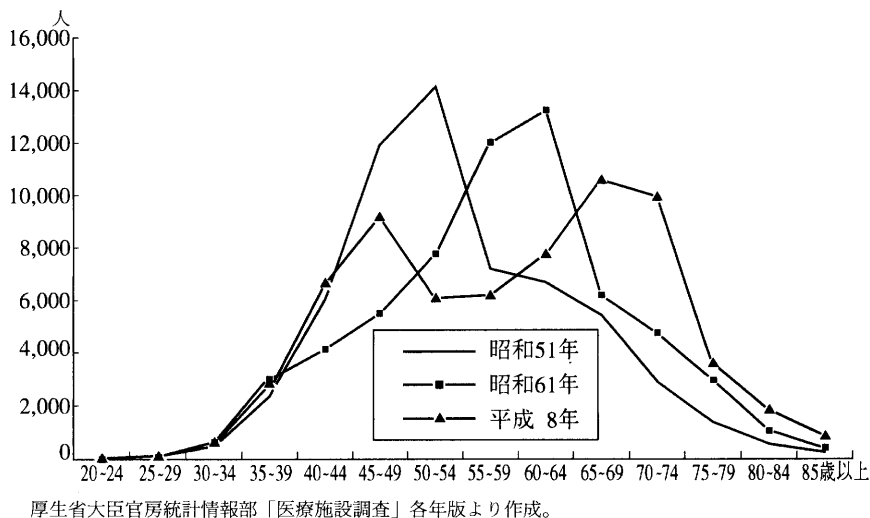


図4 診療所を開設している医師数

図3と図4を併せて見ると、図3の高年齢層の部分の「山」が、図4の診療所を開設する医師の高年齢層の部分で構成されていることがわかる。平成8年度の医師の平均年齢は医療施設に従事する医師総数では47.0歳であるのに対し、診療所の開設者又は法人の代表者だけを取り出してみると59.7歳となっている。医師の高齢化問題は特に診療所において深刻になってきている状況がわかる。

## 2 看護職員の需給<sup>20)</sup>

### (1) 「看護職員需給見通し」策定の経緯及び達成状況

看護職員の需給については、1989年に「看護職員需給見通し」が策定された。その後、いわゆるゴールドプランの策定等を踏まえ、1991年に見直しが行われ、新たに2000年までの10年間を対象期間とする見通しに衣替えをされ、現在に至っている。

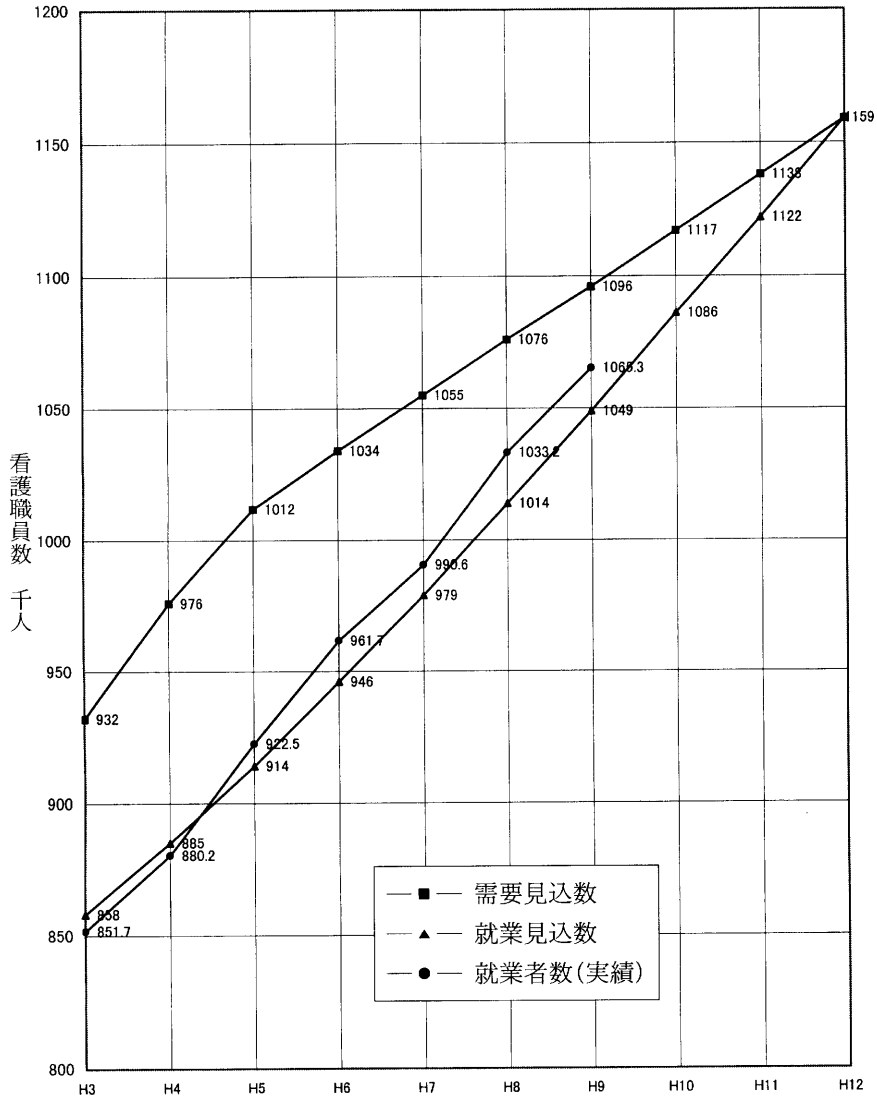
需給見通し策定当時の看護職員の需給をめぐる状況は、現在とはかなり異なったものであったことに留意する必要がある。医療計画による病床規制の導入に伴い、1987年から88年を中心いわゆる「駆け込み増床」と呼ばれる一時的な病床増加現象がおこった。その結果、病院の医療スタッ

フ、なかでも、最大の集団であり、病床数の増加が直接的に影響してくる看護職員に対する需要は大きく増加した。こうした需要増に供給が即応することは困難なことから、深刻な「看護婦不足」と呼ばれる状況がおこってきた。

こうして、看護職員の人材確保が大きな社会問題となり、1992年には、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」(いわゆる人材確保法)が成立し、施行されている。現在の「看護職員需給見通し」は、こうした大きな流れの中に位置づけて考える必要がある。

現行の「看護職員需給見通し」の達成状況を、図5に示した。この見通しにおける看護職員の需数及び供給数については、基本的に次のように設定されている。

まず、看護職員の需要については、病院及び診療所における需要がその大宗(9割前後)を占めるものと考えられている。なかでも病院の需要が決定的に重要(約7割前後)である。この病院における需要を推計するに当たっては、病床数と100床当たりの看護職員数についてそれぞれ推計を行っている。病床数については、基本的に各都道府県が地域の医療計画を踏まえて見通した病床数を積み上げた結果、目標年次である2000年には173万床程度(1990年の3.3%増)になるもの



小山 (1999) より引用・作成した。

図5 看護職員需給見通し (平成3年12月策定)

と推計している。また、100床当たりの看護職員数については、夜勤等種々の勤務条件の改善の結果、1990年の35.9人から2000年には48.2人に増加するものと見込んでいる。

一方、病院・診療所以外の分野における需要は、1990年において総就業者数の約6% (5万人) 程度であるのが、2000年には約12% (14万人) 程

度まで増加するものと見込んでいる。この中には、ゴールドプランに伴う需要増約5万人や在宅ケアの進展に伴う訪問看護職員の需要増約2万人が含まれている。以上の結果、看護職員の需要数は、2000年において約116万人に達するものと見込まれている。

次に、看護職員の供給については、基本的に、

年当初の就業者数に新卒就業者数及び再就業者数を加え、そこから退職等による減少数を差し引く形で見込んでいる。このうち、看護婦学校、養成所等の新卒就業者数については、現在の養成所の開設・整備に伴う入学状況や今後の新設予定等を踏まえて見込んでいる。また、再就業者数については、各都道府県のナースバンクによる再就業促進事業の見通しを基に、今後の事業の強化に伴う分を考慮して推計している。さらに、退職等による減少数については、過去の実績を踏まえるとともに、今後の就業環境の改善等を考慮して見込んでいる。

以上の結果、看護職員の供給数は、2000年において約116万人に達するものと見込まれ、この時点で全国的には看護職員のマクロの需給が一致することとなる。

図5を見ると、計画期間のうち最初の2年間で

除き、実績の就業者数が就業見込数、つまり上記の供給見込数を上回り続けている状況が見てとれる。平成8,9年には、実績が供給を2万人近く上回っており、このペースでいくと、目標年次である2000年より前の時点でマクロの需給バランスが一致することが予想される。ひところの「看護婦不足」から見れば、大きく様変わりしつつある状況にあるといえよう<sup>21)</sup>。

(2) 「看護職員需給見通し」の評価

現行の「看護職員需給見通し」は、全体としては、結果的に見ても、よくできた推計であると考えられる。図5は、わかりやすくするため、ことさら差分の縮尺が強調して示されているが、この需給曲線は実は100万人前後の水準のものであることに留意する必要がある。両曲線間の需給の不均衡は、最大値でも9.8万人、率にして1割に満たない水準(9.7%)である。この見通しは、も

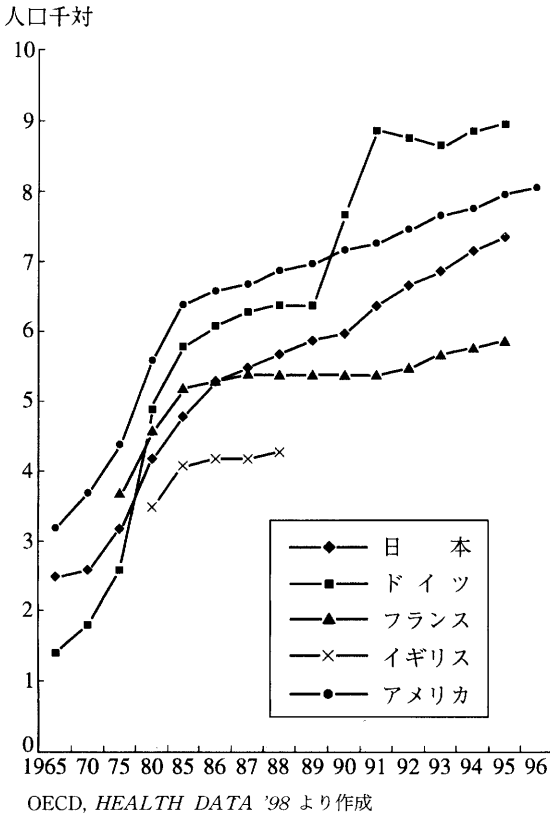


図6 看護職員数(人口千対)の国際比較

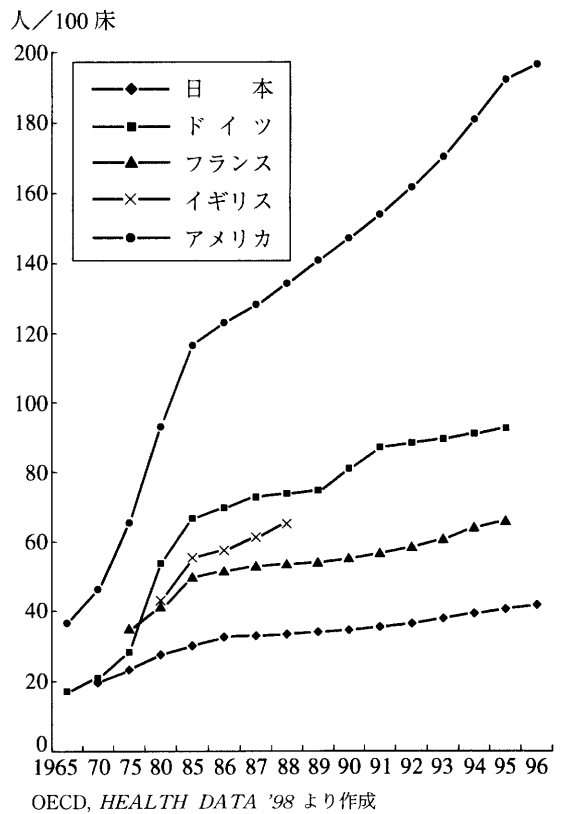


図7 100床あたり看護職員数の国際比較

とも、1割未満の需給のアンバランスを10年間かけて毎年少しずつ解消していくという、かなり高度な、「微調整」(fine tuning)ともいうべき調整計画なのである。そうした中で、少なくともこれまでのところ、概ね見通した需要曲線と供給曲線の間にある実際の就業者実績値がおさまっているという結果は、政府の見通しとしては、十分満足できるものであると言えよう。

こうした「好成績」となった最大の原因は、需給両面にわたって、その主要な係数の推計に都道府県の推計値の積み上げを使っているという点に求められる<sup>22)</sup>。地域の需給の実態をよりよく把握していると考えられる都道府県のデータを基礎として、これに国としての一定の政策判断を加味して全体をまとめ上げるという手法は現実的であり、手堅い推計方法であると言える。

しかしながら、こうした「積み上げ手法」には、従来の前提諸条件を大きく変えるような変動があった場合には、限界がある。現行の需給見通しの計画対象期間は、たまたま、あまり大きな制度的変更のない、相対的な安定期とも言うべき時期であった。しかしながら、2000年以降については、介護保険制度の施行を皮切りに、医療保険制度及び医療提供体制の両面にわたって大きな改革が行われる可能性がある。こうした変革期にあつては、保健医療サービス全体の需給の動向や保健医療政策の動向等を踏まえた需給見通しの策定が求められることになろう<sup>23)</sup>。

### (3) 看護職員数の国際比較

図6には、人口千対で比較したOECD主要各国の看護職員数の推移を示した。これを見ると、(もちろん看護職員の定義は国によって異なるので単純な比較はできないとはいえ)各国と比べて、わが国が特に看護職員が多かったり、少なかったりするという状況にはないように見える。

一方、図7には、病床100床当たりの看護職員数の推移を同じ国々について見たものを示している。これを見ると、図6とは異なって、各国(特に米国)と比べて場合のわが国における看護職員数の少なさは際立っている。人口当たりの看護職員数では各国と比べて一応遜色のない水準にある

のに対し、病床当たりの看護職員配置で見ると、かなり見劣りがする状況にあるわけである。

このことは、先の図1とあわせて考えた場合、わが国の病床数の相対的過剰、及びその結果としての病院におけるマンパワーの相対的に貧弱な配置という問題を示していると言える。経済学的に言えば、日本の医療サービスの生産は、諸外国に比べ、相対的に資本集約的(労働節約的)に行われている、ということになろう。看護職員の長期的な需給問題を考えるに当たっては、こうした全体的な「生産方式」の是非を含めた検討を行っていく必要がある<sup>24)</sup>。

### 注

- 1) 本稿はあくまで筆者たちの個人的な見解であり、筆者たちの所属する組織等の見解ではないことは言うまでもない。
- 2) 医療経済学におけるこうした考え方については、たとえば、Folland他(1997)第13章、濤(1998)第6章などを参照。
- 3) 病院は開設に当たって、都道府県知事等の許可を受けなければならないのに対し、診療所は、原則的に開設の届出で足りる(医療法第7条)。また、医療計画におけるいわゆる病床規制は、(療養型病床群を除き)病院病床についてのものである。
- 4) 厳密に言えば、100床以上の病院は一定の要件を満たせば「総合病院」を名乗ることができたが、機能的にはほとんど有名無実化しており、1997年の医療法改正において、地域医療支援病院の制度化とともに、名称独占としての総合病院制度は廃止された。
- 5) 「医療法の一部を改正する法律案提案理由説明」による。
- 6) 2000年4月から施行される介護保険法においては、「指定居宅サービス事業者」に関する諸規定がある。
- 7) 厚生省大臣官房統計情報部「平成9年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」による。本文の以下の病院施設等に関するデータも同様である。
- 8) この他、最近における顕著な事実として、介護保険法の施行をにらんだ療養型病床群の急増という現象がある。厚生省の「医療施設動態調査(概数)」によれば、1999年5月末現在、療養型病床群の病床数は14万1千床を超えている。療養型病床群を有する病院の大多数は300床未満の中小規模のものであり、全般的な二極分化傾向の中で、中間層が新たな展開を図ろうとし

ているものと見ることが出来る。療養型病床群の急増は、今後、介護保険と医療保険の適用について、むづかしい問題を惹起するおそれがある。

- 9) 広井 (1994) による。
- 10) 池上, キャンベル (1996) による。
- 11) これらの改革提案については, 大病院については, 入院機能重視というかなり具体的なイメージが示されているが, 中小病院については, 診療所と同じ扱いにしており, 十分イメージが描ききれていないくらいがあるように思われる。
- 12) 本文の以下の記述は, 物価構造政策委員会中間報告書 (1998) に基づく。
- 13) 上記報告書 P. 18. これに対し, 二木 (1995) は, 日米の MRI 導入・利用の比較研究により, わが国は, 医療費抑制と MRI の広範な普及とが「共存」する「日本モデル」とも呼ぶべき状況にある, としている。
- 14) 二木 (1995) は, わが国の MRI 普及の問題点として, ①少ない人員配置による超過労働, ②質の管理の欠如, ③汚職・収賄事件の発生, ④テクノロジーアセスメントや厳密な収支計算の欠如, といった点を挙げている。
- 15) 医療の成果指標の活用とその限界については, OECD (1999) 等を参照。
- 16) 西村 (1987) は, 1 回ごとの検査の質の評価がむづかしいことから, 次善の方法として, 専門医のいる診療施設にのみ高度医療機器の利用を認めることを提案している。
- 17) ここで, 「病院で医療に従事する者」とは, 「医師・歯科医師・薬剤師調査」における病院の開設者, 病院の勤務者及び医育機関付属の病院の勤務者を合計したものである。同様に, 「診療所で医療に従事する者」とは, 診療所の開設者及び診療所の勤務者の合計である。
- 18) 西村 (1987) は, 医師マンパワー問題のうち, 質的な側面を重視し, 特にプライマリケアと専門医療の医師の配分問題について, 日, 英, 米 3 国を比較した分析を展開している。
- 19) この比較的若い方の「山」については, おそらく最近における無床診療所の増加及びいわゆる診療所の「代替わり」を反映しているものと思われる。
- 20) 本節の記述は, 小山 (1999) 所収の尾形論文 (II 章) に基づく。なお, 「看護職員」とは, 看護婦 (士), 保健婦 (士), 助産婦及び准看護婦 (士) の合計を指す。
- 21) もちろん, 図 5 は, 全国的なマクロの看護職員需給状況を示しているにすぎず, このことは, ミクロの (たとえば, 中小病院や地域的な) 需給ギャップの存在を否定するものではないことは

言うまでもない。

- 22) 需要面については, 病床数は明らかな過大見積もりであるのに対し, 100 床当たり看護職員数については, かなり正確な予測となっている。また, 供給面については, 新卒の労働力供給については過大見積もり, 再就業者数から退職による減少を除いた分については, 過少見積もりとなっている。
- 23) 2000 年以降の需給見通しについては, 小山 (1999) が, 一定の前提の下に試算を行っている。
- 24) また, 医師の需給問題のところでも言及したように, こうした量的な問題だけでなく, 質的な問題も重要である。ここでは触れることができなかったが, その中には, 専門看護婦の問題や准看護婦の問題, さらに一般的な看護職員の高学歴化の問題等が含まれる。

#### 参考文献

- 池上直己, J. C. キャンベル (1996) 『日本の医療』中公新書。
- 泉田信行・中西悟志・漆 博雄 (1998) 「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」, 『季刊社会保障研究』33 巻 4 号, pp. 374-381。
- 漆 博雄編 (1998) 『医療経済学』, 東京大学出版会。
- 小山真理子 (1999) 『18 歳女子の進学に対する意識の急激な変化と看護・介護職員の安定的な確保に関する研究』(平成 10 年度厚生省政策科学推進研究事業研究報告書)。
- 診療報酬体系見直し作業委員会報告書 (1998)。
- 鈴木玲子 (1998) 「医療資源と受診・診療行動との関係」, 郡司篤晃編著『老人医療費の研究』第 6 章。
- 二木 立 (1995) 『日本の医療費/国際比較の視点から』, 医学書院。
- 西村周三 (1987) 『医療の経済分析』, 東洋経済新報社。
- 広井良典 (1994) 『医療の経済学』, 日本経済新聞社。
- 物価構造政策委員会・医療価格に関する作業委員会中間報告書 (1998)。
- 山田 武 (1990) 「高齢者歯科サービス市場の不均衡分析」, 『医療と社会』4 巻 1 号, pp. 114-138。
- Folland, Goodman, Stano (1997) *The Economics of Health and Health Care*, (2nd), Prentice Hall.
- OECD (1999) *A Caring World, The New Social Policy Agenda*, OECD, Paris.
- (おがた・ひろや 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)
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所研究員)

## 保育政策が出産の意思決定と就業に与える影響

滋野由紀子  
大日康史

### I はじめに

少子化高齢化社会への対応、特に労働力不足への対策として、女性、高齢者、外国人労働者の活用が指摘されている。中でも女性の就業率を一層高めることは、学歴で示される能力という点でも、健康状態という点でも男性労働者となんら遜色はないので、その最も有力視される候補であることに疑いがない。しかし、女性の就業は、少なくとも現在までにおいては出産、育児のために就業を中断し、子供の成長に伴い育児の役目が一応終了してから再び就業し出すといういわゆる M 字型就業パターンが典型的である。また、少なくとも男女雇用機会均等法施行以前はそうしたパターンを前提として男性とは異なる処遇を企業においてなされてきた。そうした状況に於いて、一層の女性の労働力化、あるいは就業を望むならば、それに適した環境整備、特に政策的に行える制度上の整備が不可欠となる。例えば就業を中断させないためには、育児休業制度の確立と内容の充実が重要であろう。また、広く就業促進という意味では、保育所をはじめとする児童福祉サービスの充実が必要であろう。前者の効果に関しては、既にいくつかの精緻な研究が行われその効果が確認されている(富田(1994)、樋口(1994)、滋野・大日(1998))。他方後者に関しては、先行研究は驚くほど少ない。その例外的な研究が医療経済研究機構(1996)と社会保障の経済分析研究会(1997 a)、永瀬(1997)である。

本稿では、そうした研究の流れを受けて、医療

経済研究機構(1996)、社会保障の経済分析研究会(1997 a)と同じ問題意識に立ちながら、社会保障の経済分析研究会(1997 a)と同様に国民生活基礎調査大調査年('86, '89, '92, '95年)の個票を用いながらもそこでの課題として残った sample selection を陽表的に考慮に入れながら、児童福祉政策(保育園サービス)の女性就業への影響を検討することを目的としている。

本稿は以下のように構成されている。IIでは内外の関連研究を整理する。IIIで推定モデルとデータについて説明し、仮説を提示する。IVでは得られた推定結果についてまとめている。そこでは、sample selection の除去によって保育サービスの充実は女性の就業を促進することが明らかになる。最後に残された研究課題についてまとめられている。

### II 関連研究

以下では、保育所サービスが乳幼児の保育者(多くの場合、女性であろう)の就業に与える影響について分析している先行研究の整理を行う。先に述べたように、わが国においてはこの分野での研究の蓄積は非常に乏しい。医療経済研究機構(1996)、社会保障の経済分析研究会(1997 a)、永瀬(1997)は例外的な研究である。

まず、医療経済研究機構(1996)では、女性が職業を辞める理由として最も多い「育児」「介護」に注目して、各施策の充実によりどの程度女性の離職を抑制することができるかを定量的に分析することを目的としている。女性の離職を抑制する

要因として福祉政策、民間サービス、企業の福利厚生、家庭環境、地域特性という5つの要因を挙げている。ここでの福祉政策とは、行政的に供給される、地域によって異なる保育の状況である。例えば、保育所数、保育所の質(延長保育(6時頃までの保育)、長時間保育(10時頃までの保育)、夜間保育、一時保育、休日保育、乳児・低年齢保育、送迎サービス)、保育相談サービス、病児保育施設、地域子供センター、乳幼児健康支援センターなどである<sup>1)</sup>。

実証分析は、都道府県別のクロスセクション分析とマクロでの時系列分析('78~'93)の2本立てで行われている。回帰分析は女性の就業率をロジット変換し、それを上述の変数に回帰させている。系列相関あるいは不均一分散、クロスセクション・バイアス、見せかけ上の相関等は一切考慮されておらず、その点の改善は今後必要になるであろう。結果的には、ほぼ保育施設の数量的あるいは質的な充実によって、女性の就業率が有意に上がるという結果を得ている。ただし、公立保育園での乳児保育実施率や長時間保育実施率といったいわばエンジェルプランの目玉となっている変数が有意に負であるという結果が出ている。他方、私立保育園での乳児保育実施率や延長保育実施率は有意に正である。同報告書では、これは、公・私立保育園での乳児保育が代替的な関係にあること、また長時間保育は全く実施していない都道府県がかなり多数に上ることを理由として挙げているが、その根拠は乏しく、今後より綿密な実証分析を通じて明らかにされなければならない。

他方、社会保障の経済分析研究会(1997a)は基本的な問題意識は医療経済研究機構(1996)と同じであるが、それらが都道府県別あるいはマクロのデータを用いた非常に粗い分析であるのに対して、社会保障の経済分析研究会(1997a)の分析は、国民生活基礎調査本調査('86, '89, '92)の個票を用いて個人の意思決定レベルに置き換えて、より根本的な家族の状況をコントロールすることによってより精緻な実証分析を行っている。その結果、保育園定員率で見た場合、その充実が女性の就業促進にならないという結論を得ている。

さらに、医療経済研究機構(1996)の結果は、都道府県の特異性を考慮に入れていないために起こる誤謬(クロスセクション・バイアス)であることが示されている。

しかし社会保障の経済分析研究会(1997a)にも問題は残されている。それは、分析の対象になる標本を6歳未満の子供のいる家計における同居世帯員に限定しているために、そもそもその標本に含まれている世帯に一定の特性が共有されている可能性がある。つまり通説的に、あるいは滋野・大日(1997)でも厳密に確認されているように、就業し所得の高い女性ほど結婚あるいは出産をしない傾向が強い。その場合、子供のいる世帯に対象を限定することは、相対的に就業しないであろうまたその所得が低いであろう女性のみを対象とすることになる。保育園が現在の措置制度においては、就業等によって保育を欠く児童に対して提供される福祉サービスであるので、そもそもこの標本に含まれる世帯は、6歳未満の子供がいても保育サービスを必要としない世帯の状況を見ていることになる。これが、社会保障の経済分析研究会(1997a)における保育サービスの充実が女性の就業促進にならないという結論を導いている可能性がある。

同じ問題意識に基づく研究には、他にも永瀬(1997)がある。そこでは、市町村別のクロスセクション・データを用い、0~2歳児保育入園率が既婚女性の労働供給に正に影響し、0歳児保育料が負に影響することが示されている。しかし、市町村レベルの保育サービスのデータを用いることで、より厳密な分析はされているが、そこでの結果も、医療経済研究機構(1996)と同様にクロスセクション・バイアスの可能性を否定することができない。また、保育園入園率は、分母が当該する年齢の子供の総人口となっており、保育サービスの指標という点で、先に指摘した社会保障の経済分析研究会(1997a)と同様の問題が残されている。

次に保育サービスに関する諸外国の研究についてみると、保育所が措置制度であるわが国とは異なり、保育所サービスに市場メカニズムが組み込

まれているため、保育サービスの価格が女性の労働供給に与える影響についての分析の蓄積が豊富である。例えば、アメリカでは保育サービスの単位時間当たり費用の上昇が既婚女性の労働供給を抑制することが Blau and Robins (1988), Ribar (1992) で示されている。その傾向は、子供のいる女性の中でも特に配偶者のいない女性に顕著であることを Michalopoulos, Robins and Garifinkel (1992) では確認されている。しかし、同じデータを使用しながらも保育サービスの費用が既婚女性の労働供給に与える影響は小さいという結果も出されている (David 1995)。また、カナダについても子供の育児コストが既婚女性の労働供給を抑制することが Cleveland, Gunderson, and Hyatt (1996), Powell (1997) によって明らかにされている。Powell (1997) ではさらに、育児コストは労働時間数に対しても負に働くことも示されている。他方、家計が直面する保育費用には、保育所サービスへの政府の補助金が密接に関わることに注目し、その補助金の多寡が子供を持つ女性の労働供給に与える影響について分析しているものに、スウェーデンのケースを取り上げた Gustafsson and Stafford (1992) とアメリカ、ケンタッキー州の補助金政策を扱った Berger and Black (1992) が挙げられる<sup>2)</sup>。

以上の先行研究とわが国の保育政策の特徴を踏まえた上で、本稿では児童福祉サービスの充実の度合いを保育園定員率、早朝保育実施率、夜間保育実施率、0歳児定員率、早期保育実施率(定義の詳細はIII. 2で述べる)で捉え、それらが保育者の就業に与える影響を検証する。ただしその際に、子供のいる世帯に限定した場合に生じる sample selection の問題を考慮に入れることが、本稿の特徴である。

### III 推定モデル、データ、仮説

#### 1. 推定モデル

ここでは、出産の意思決定(子供を産むか産まないか)<sup>3)</sup>と産んだ場合における保育者の就業選択といった2種類の異なった、しかし密接に関連

しているであろう意思決定を扱う。しかも、出産しなかった世帯においては、定義上子供がその世帯にいないので、保育者の就業選択という問題は生じない。その意味で bivariate probit モデルとも異なる。sample selection が生じているという意味では Heckman の2段階推定法あるいは Heckit に近い構造を持っている。ただ、Heckman の2段階推定法あるいは Heckit と異なるのは、これらが probit 推定とそこで sample selection が生じた上での線形推定という組み合わせであるのに対して、ここでの問題は sample selection が生じた上での probit 推定法という点である。このような場合の推定方法は、以下のように行う。

第1段階の意思決定(出産の意思決定)における確率的誤差項を  $\epsilon^f$ 、第2段階の意思決定(保育者の就業選択)における確率的誤差項を  $\epsilon^l$  とし、互いの相関係数が  $\rho$  である標準正規分布に従うとしよう。出産の意思決定は過去における選択であるのに対して、保育者の就業選択は現在の選択であるという時間的な構造から、Heckman の2段階推定法のように、第1段階は通常の probit 推定法で推定される<sup>4)</sup>。つまり、推定モデルは、

$$F_i^* = Z_i \alpha + \epsilon_i^f$$

$$F_i = \begin{cases} 1 & \text{if } F_i^* > 0 \\ 0 & \text{otherwise} \end{cases} \quad (1)$$

である。ただし、 $Z_i$  は第  $i$  主体の説明変数からなるベクトルで、その内容については後述する。 $\alpha$  は係数ベクトルである。他方、第2段階の推定モデルは、

$$I_i^* = X_i \beta + \epsilon_i^l$$

$$I_i = \begin{cases} 1 & \text{if } I_i^* > 0 \wedge F_i^* > 0 \\ 0 & \text{if } I_i^* \leq 0 \wedge F_i^* > 0 \\ \text{missing} & \text{otherwise} \end{cases} \quad (2)$$

である。 $X_i$  は後述する保育者の就業に関する説明変数ベクトル、 $\beta$  はその係数ベクトルである。

さて、第2段階では sample selection が生じていることを考慮に入れると、対数尤度関数は、 $\phi(\cdot)$  を標準正規分布の密度関数、 $\Phi(\cdot)$  をその累積分布関数として、



$$\begin{aligned} \log L = & \sum_0 \log \int_{-\infty}^{-X_i\beta} \Phi\left(\frac{\rho\varepsilon^i - Z_i\alpha}{1-\rho^2}\right) \phi(\varepsilon^i) d\varepsilon^i \\ & + \sum_1 \log \int_{-X_i\beta}^{\infty} \Phi\left(\frac{\rho\varepsilon^i - Z_i\alpha}{1-\rho^2}\right) \phi(\varepsilon^i) d\varepsilon^i \\ & - \sum \log \int_{-\infty}^{\infty} \Phi\left(\frac{\rho\varepsilon^i - Z_i\alpha}{1-\rho^2}\right) \phi(\varepsilon^i) d\varepsilon^i \end{aligned} \quad (3)$$

である。この最大化の一階条件は、

$$\begin{aligned} \frac{\partial \log L}{\partial \beta} = & \left( \sum_1 \int_{-\infty}^{\infty} \Phi\left(\frac{\rho\varepsilon^i - Z_i\alpha}{1-\rho^2}\right) \phi(-X_i\beta) \right. \\ & \left. - \sum_0 \int_{-\infty}^{-X_i\beta} \Phi\left(\frac{\rho\varepsilon^i - Z_i\alpha}{1-\rho^2}\right) \phi(-X_i\beta) \right) X_i = 0 \end{aligned} \quad (4)$$

である。これは一見複雑であるが、通常の一変数の probit 推定法における対数尤度最大化の一階条件に、出産の確率  $\Phi\left(\frac{-\rho X_i\beta - Z_i\alpha}{1-\rho^2}\right)$  という重みをつけたものに他ならない。これの二次微分を一次微係数の外積で評価した BFGS 法で改訂しながら、その収束値を推定値とする。また、推定値の分散は収束値における Hessian 行列から求める。なお、 $\rho$  は、 $[-1, 1]$  に定義域が制約されていること、また、目的関数の凹性を損なわないために、grid search を用いて探索する。

より詳しく個別の推定モデルを定式化している。まず第 1 段階の出産の意思決定は、出産しなければ  $F_{i,j,k,t} = 0$ 、出産すれば  $F_{i,j,k,t} = 1$  なる二値変数で表す。ここで、 $j$  は都道府県レベルの地域、 $k$  は都道府県内の任意抽出された地域、 $t$  は年、 $i$  は  $j, k, t$  における第  $i$  家計であることを示している。この時、出産を決定する家計の要因として、当該女性の年齢  $A_{i,j,k,t}$ 、配偶者の年齢  $A_{i,j,k,t}^H$ 、当該女性の 1 年前の就業の有無  $J_{i,j,k,t}$ 、配偶者の就業の有無  $J_{i,j,k,t}^H$ 、当該女性の労働所得  $L_{i,j,k,t}$ 、配偶者の労働所得  $L_{i,j,k,t}^H$ 、それ以外の家計の収入  $\check{Y}_{i,j,k,t}$ 、世帯の金融資産  $B_{i,j,k,t}$ 、実物資産 (持ち家の場合の量数)  $T_{i,j,k,t}$ 、当該女性の加入公的年金の種別ダミー  $P_{h,i,j,k,t}$  ( $h=1, 2, 3$ )、配

偶者の加入公的年金の種別ダミー  $P_{h,i,j,k,t}^H$  ( $h=1, 2, 3$ )、都道府県単位での福祉サービスの指標  $S_{j,t}$  を想定する。ただし、年金の種別は 1: 国民年金加入者、2: 厚生年金、共済組合加入者、3: 国民年金第 3 号加入者で、いずれも 0 の場合公的年金に未加入であることを意味している。

$$\begin{aligned} F_{i,j,k,t}^* = & \alpha_0 + \alpha_A A_{i,j,k,t} + \alpha_{A^H} A_{i,j,k,t}^H + \alpha_J J_{i,j,k,t} \\ & + \alpha_{J^H} J_{i,j,k,t}^H + \alpha_L \log L_{i,j,k,t} \\ & + \alpha_{L^H} \log L_{i,j,k,t}^H + \alpha_{\check{Y}} \log \check{Y}_{i,j,k,t} \\ & + \alpha_B B_{i,j,k,t} + \alpha_T T_{i,j,k,t} \\ & + \sum_{h=1}^3 \alpha_{p,h} P_{h,i,j,k,t} + \sum_{h=1}^3 \alpha_{p,h}^H P_{h,i,j,k,t}^H \\ & + \alpha_S S_{j,t} + \varepsilon_{i,j,k,t}^F \\ F_{i,j,k,t} = & \begin{cases} 1 & \text{if } F_{i,j,k,t}^* > 0 \\ 0 & \text{otherwise} \end{cases} \end{aligned} \quad (5)$$

本稿で検定すべき仮説は、地方自治体によって提供される福祉サービス (保育園の質と量)  $S_{j,t}$  が大きいほど、乳幼児を抱えている世帯の保育者の就業  $I_{i,j,k,t}$  が増加するというものである。

仮説を検定するために、福祉サービス以外にも、まず乳幼児の年齢  $A_{i,j,k,t}^E$ 、健康状態  $H_{i,j,k,t}^E$ 、保育者の年齢  $A_{i,j,k,t}$ 、健康状態  $H_{i,j,k,t}$ 、就業している場合には賃金  $W_{i,j,k,t}$ 、就業していない場合には直面している労働市場において得られるであろう賃金  $\check{W}_{i,j,k,t}$ 、保育者と同じタイプの人であるが要介護者および幼児を抱えていない世帯における就業確率  $\hat{I}_{j,k,t}$ 、保育者以外に就業可能な同居無業者の有無  $N_{i,j,k,t}$ 、65 歳以上の健康な老人の有無  $E_{i,j,k,t}$ 、15 歳以下の子供あるいは 65 歳以上の老人の人数  $F_{i,j,k,t}$ 、世帯の金融資産  $B_{i,j,k,t}$ 、実物資産 (持ち家の場合の量数)  $T_{i,j,k,t}$ 、保育者以外の家族の収入  $Y_{i,j,k,t}$ 、自営業世帯 (世帯に自営業者がいる場合に 1、いない場合に 0)  $Z_{i,j,k,t}$  を説明変数に加えてコントロールする。つまり、

$$\begin{aligned} I_{i,j,k,t}^* = & \beta_0 + \beta_A A_{i,j,k,t}^E + \beta_{H^E} H_{i,j,k,t}^E + \beta_H H_{i,j,k,t} \\ & + \beta_A A_{i,j,k,t} + \beta_W \log \check{W}_{i,j,k,t} \\ & + \beta_{\hat{I}} \hat{I}_{j,k,t} + \beta_N N_{i,j,k,t} + \beta_E E_{i,j,k,t} \\ & + \beta_F F_{i,j,k,t} + \beta_B B_{i,j,k,t} + \beta_T T_{i,j,k,t} \\ & + \beta_Y Y_{i,j,k,t} + \beta_Z Z_{i,j,k,t} + \beta_S S_{j,t} + \sum_{m=2}^{47} \beta_m \end{aligned}$$

$$I_{i,j,k,t} = \begin{cases} 1 & \text{if } I_{i,j,k,t}^* > 0 \\ 0 & \text{otherwise} \end{cases}$$

$$\text{where } \log \tilde{W}_{i,j,k,t} = \begin{cases} \log W_{i,j,k,t} & \text{if } I_{i,j,k,t} = 1 \\ \log \hat{W}_{i,j,k,t} & \text{otherwise} \end{cases} \quad (6)$$

である。ここで、都道府県あるいは年に関するダミー変数が推定式に含まれていることに留意しよう。都道府県に関するダミー変数は、都道府県における固定効果と呼ばれ、乳幼児や保育者、また世帯の状況、あるいは福祉サービスといった変数では捉えきれないその都道府県における状況をコントロールしている。例えば、近所づきあいのような慣習、あるいは  $S_{j,t}$  では捉えきれないようなきめ細かい児童福祉サービスが行われている(逆にそうした  $S_{j,t}$  のような福祉サービスが不要である)場合、保育者の就業を促進する効果を強く持つ。しかし、もし都道府県に関するダミー変数が含まれていなければ、そうした地域における  $S_{j,t}$  が低調であるので、福祉サービスは就業を抑制するという誤った結論を導く。これは、クロスセクション・バイアスとして知られ、クロスセクションの分析にはついて回る問題点である。本稿で使用するデータは次節で詳しく紹介するが、複数時点にまたがっているので、慣習や捉え切れていないきめ細かい福祉サービスといった分析者にとって観察不可能な変数を都道府県の固定効果として適切に処理することができる。年に関するダミーに関しても同様で、推定式の説明変数に含められている変数では捉えきれないが、全国的に保育者の就業に与える影響を捉えている。例えば、利子率、税制や医療、年金、( $S_{j,t}$  以外の全国的な)福祉の変更もこれに含まれるであろう。

さて、ここで問題になるのは福祉サービス  $S_{j,t}$  をいかに定義するかである。以下でデータについては詳しく述べるが、多くは6歳未満、あるいは特定の年齢の人口を分母とする定員率である。しかし、これは大きな問題を含んでいる。つまり、現行の措置制度の下では、保育園を潜在的に需要

している世帯は乳幼児を抱えている全ての世帯ではなく、就業可能な乳幼児の同居世帯員が全て就業しているか求職中であることが条件となる。もし、就業可能な乳幼児の同居世帯員の内、1人でも就業しておらず求職中でもなければ、そもそも保育園という福祉サービスを受けられない。したがって、ここで福祉サービスを表す変数  $S_{j,t}$  は定員を就業可能な乳幼児の同居世帯員が全て就業しているか求職中である世帯における乳幼児数で除したものである方が現実の制度のあり方を反映した定義である。しかしながらここで問題となるのは、就業可能な乳幼児の同居世帯員の就業の有無自身が(5)、(6)式で推定していることなので、就業可能な乳幼児の同居世帯員の就業の有無も(5)、(6)式と整合的な形で定義されなければならない。

そこで次のような方法で推定を行う。 $S_{j,t}$  以外の(5)、(6)式での説明変数のベクトルを  $X_{i,j,k,t}$ 、その係数ベクトルを  $\beta_X$  とする。第1段階での推定結果を  $\hat{\cdot}^{(1)}$  で表すと、そこでの都道府県別年別の推定された就業確率は、

$$\sum_k \sum_t \Phi(\hat{\beta}_X^{(1)} X_{i,j,k,t} + \hat{\beta}_S^{(1)} S_{j,t}) \quad (7)$$

で与えられる。ただし、 $\Phi(\cdot)$  は標準正規分布の累積分布関数である。これに都道府県別年別の乳幼児数 ( $C_{j,t}$ ) を掛けたもので  $S_{j,t}$  を除したものが第2段階の福祉サービスを表す変数とする。これを  $\hat{S}_{j,t}^{(1)}$  とすると、

$$\hat{S}_{j,t}^{(1)} = \frac{S_{j,t}}{C_{j,t} \sum_k \sum_t \Phi(\hat{\beta}_X^{(1)} X_{i,j,k,t} + \hat{\beta}_S^{(1)} S_{j,t})} \quad (8)$$

である。第2段階での推定は、

$$I_{i,j,k,t}^* = \beta_X X_{i,j,k,t} + \beta_S \hat{S}_{j,t}^{(1)} \quad (9)$$

となる。先ほどと同様に、第2段階での推定結果を  $\hat{\cdot}^{(2)}$  で表すと、そこでの都道府県別年別の推定された就業確率は、

$$\sum_k \sum_t \Phi(\hat{\beta}_X^{(2)} X_{i,j,k,t} + \hat{\beta}_S^{(2)} \hat{S}_{j,t}^{(1)}) \quad (10)$$

で与えられる。このようにして、第  $n-1$  段階での推定結果を  $\hat{\cdot}^{(n-1)}$  で表すと、 $n$  回目の推定式を、

$$I_{i,j,k,t}^* = \beta_X X_{i,j,k,t} + \beta_S \hat{S}_{j,t}^{(n-1)}$$

$$\hat{S}_{j,t}^{(n)} = \frac{S_{j,t}}{C_{j,t} \sum_k \sum_i \Phi(\hat{\beta}_X^{(n)} X_{i,j,k,t} + \hat{\beta}_S^{(n)} \hat{S}_{j,t}^{(n-1)})} \quad (11)$$

とする推定を繰り返す。そして、収束した推定値が求める推定値である<sup>5)</sup>。

(6)式での、女性に関する  $\hat{W}_{i,j,k,t}$  と  $\hat{I}_{j,k,t}$  は乳幼児や乳幼児を抱えていない世帯における年別  $t$ 、都道府県別  $j$  で

$$\begin{aligned} \log W_{i,k} &= \delta_0 + \delta_A^0 A_{i,k} + \sum_{m=1}^8 \delta_A^m D[A_{i,k} > 20 \\ &\quad + 5(m-1)](A_{i,k} - 20 - 5(m-1)) \\ &\quad + \sum_{m=2}^8 \delta_m \text{地区}_j^m + v_{i,k}^W \\ I_{i,k}^* &= \zeta_0 + \zeta_A^0 A_{i,k} + \sum_{m=1}^8 \zeta_A^m D[A_{i,k} > 20 \\ &\quad + 5(m-1)](A_{i,k} - 20 - 5(m-1)) \\ &\quad + \zeta_F F_{i,j,k,t} + \zeta_B B_{i,j,k,t} + \zeta_T T_{i,j,k,t} \\ &\quad + \zeta_H H_{i,j,k,t} + \zeta_Y Y_{i,j,k,t} + \zeta_Z Z'_{i,j,k,t} \\ &\quad + \sum_{m=2}^8 \zeta_m \text{地区}_j^m + v_{i,k}^I \\ I_{i,k} &= \begin{cases} 1 & \text{if } I_{i,k}^* > 0 \\ 0 & \text{otherwise} \end{cases} \\ \begin{bmatrix} v_{i,k}^W \\ v_{i,k}^I \end{bmatrix} &\sim N\left(\begin{bmatrix} 0 \\ 0 \end{bmatrix}, \begin{bmatrix} \sigma^2 & \rho\sigma \\ \rho\sigma & 1 \end{bmatrix}\right) \end{aligned} \quad (12)$$

なる推定式を Heckman (1976) の 2 段階推定法によって推定した推定結果に基づく推定値である。就業の有無における  $F_{i,j,k,t}$ ,  $B_{i,j,k,t}$ ,  $T_{i,j,k,t}$ ,  $Y_{i,j,k,t}$ ,  $H_{i,j,k,t}$  は前の定義と同じであるが、 $Z'_{i,j,k,t}$  は最多所得者が自営業者の場合 1, そうでない場合に 0 となる変数である。これらの変数は、就業の有無には大きな影響を与えているが、就業した場合に得られる賃金には影響しない変数で、就業の有無に関する probit 推定とそこで得られる賃金に関する線形推定とを識別するための条件である。なお、この推定式における地区は都道府県内で任意抽出された地域を指している。また、 $D[ ]$  は、 $[ ]$  内が真ならば 1, 偽ならば 0 となる関数である。つまり、 $\delta_A^0 A_{i,k} + \sum_{m=1}^8 \delta_A^m D[A_{i,k} > 20 + 5(m-1)](A_{i,k} - 20 - 5(m-1))$  はスプライン関数で、連続でありながら 5 歳刻みで勾配が変化する任意の関数を表現でき、特に女性の就業パターンとして知られている M 字型をも表現しう

る関数である。この推定式は定義上、188 本計算される。標本数は年、都道府県で異なるがおおよそ 100~1,200 である。

ここで注意しておかなければならないのは、推定式 (12) に用いられている標本と推定式 (6) で用いられている標本とは定義上重ならないという点である。また、推定式 (12) の推定値を推定式 (6) に代入しても、 $D[A_{i,k} > 20 + 5(m-1)](A_{i,k} - 20 - 5(m-1))$  ( $m=1, \dots, 8$ ) と地区ダミーが推定式 (6) に入っていないことに加えて、賃金の場合、保育者が就業している場合は実際に得ている賃金を用いていること、一般に  $E[v_{i,k}^W | I_{i,k}^* > 0] \neq 0$  でありこれは就業選択における説明変数の非線形関数であること、就業の有無の場合、 $Z'_{i,j,k,t}$  が推定式 (6) に入っていないこと、 $I_{i,k}^*$  は説明変数の線形関数であるが推定式 (6) では  $\hat{I}_{j,k,t}$  はそれを正規分布上で非線形変換を施したものであること、の理由により推定式 (6) の定式化は識別可能である。上記の理由の中でも特に、地区ダミーの存在が重要である。地区ダミーが (12) 式に含まれて、(6) 式に含まれないのは主に 1 つの地区における標本数の違いによる。典型的には (12) 式では 1 つの地区に数十個ほどあるのに対して、(6) 式においては 1 つである。したがって、(6) 式に地区ダミーを加えることはできない。

## 2. データ

本稿で使用するデータは主に 2 つの出典からなっている。まず、乳幼児を抱えている世帯及び世帯員に関する情報、つまり、乳幼児の年齢、健康状態、乳幼児の同居家族で保育者の年齢、健康状態、就業している場合には賃金、家族構成、家族の資産、住宅の状況、保育者以外の家族の収入は、国民生活基礎調査大調査年 ('86, '89, '92, '95 年) の個票によっている。また、保育者が就業していない場合には直面している労働市場において得られるであろう賃金、保育者と同じタイプの人であるが要介護者および幼児を抱えていない世帯における就業確率も先の変数群とは標本が異なるが、やはり国民生活基礎調査大調査年 ('86, '89,

'92, '95年)の個票によっている。残念ながら調査対象となった地区が、どこの市区町村に対応しているかは不明である。したがって、調査された地域がどこであるかについては、都道府県レベルまでしか分からない。また、国民生活基礎調査の地区は任意抽出であり、さらにその市区町村も特定化できないので、地区毎の国民生活基礎調査の異時点間の比較は不可能である。

第2の出典は、都道府県単位での児童福祉サービスの実態に関するもので、これには社会福祉行政業務報告('86, '89, '92, '95)での都道府県別の数値を用いる。しかし、実際の福祉サービスの供給者は都道府県ではなく、市区町村である。同じ都道府県に属していても、市区町村が異なればその福祉サービスの内容は大きく異なりうる。こうした市区町村における児童福祉サービスの状況は残念ながら社会福祉行政業務報告に含まれていない。したがって、都道府県別の平均値を用いざるをえない。

さらに本稿で用いることのできる公表された児童福祉サービスに関する情報は、保育園定員率(保育園定員/6歳未満人口)、年齢別在園児童数、開園・閉園時間別保育園数、保母数が継続的に利用できる。しかし、地域の福祉サービスを考えるに当たってこれらの変数で十分であるとはとうてい考えられない。特にこれらの変数は供給側あるいは利用実態の状況に終始しているので、需要側あるいは利用待機・制限の状況はなんら触れられていない。他方、社会福祉行政業務報告より細かい福祉サービスの情報を調査した事例もあるが、調査時点、継続性、調査対象の範囲等で難点がある。したがって、具体的には、「保育園定員率」、「早朝保育実施率」(保育園開園時間が午前7時以前の保育園施設数の割合を保育園定員率に乗じたもの)、「夜間保育実施率」(保育園閉園時間が午後7時以後の保育園施設数の割合を保育園定員率に乗じたもの)、「0歳児定員率」(0歳保育所在所児童数を0歳人口で除したもの)、「早期保育実施率」(月齢6カ月未満保育所在所児童数を6カ月未満人口で除したもの)をその地域における児童福祉サービスの状況を示す変数として用いる。

残念ながら前述したように国民生活基礎調査ではたとえ個票レベルにおりたとしても市区町村の区別ができない。したがって、本稿では地域の分類をより粗くして、都道府県単位での情報を利用するにとどまらざるをえない。ただし都道府県単位では、その地域の福祉サービスの変数としては粗すぎることは言うまでもない。例えば、大都市では福祉サービスが充実しており(乏しく)、逆に同じ都道府県内においても大都市から遠い地域では福祉サービスが乏しい(充実している)場合、大都市での状況が都道府県の平均値に大きく影響してしまうであろう。しかし、それが大都市から遠い地域での福祉サービスを全く反映していない。このように都道府県という地域における福祉サービスにとっては非常に広い範囲での変数でしか定義できないのは、その裏にあるであろう都道府県内でのミスマッチをとらえることはできない。

次節以降の分析では、目的に即して2つの異なる標本を用いる。まず、出産の意思決定に関しては、標本を既婚者で子供のいない女性と第1子が1歳未満である女性に限定する<sup>6)</sup>。このように、子供の年齢を1歳未満に限定するのは以下の理由による。分析の目的である出産の意思決定に関して重要なのは、意思決定時、つまり過去の状態である。しかし、分析に用いることのできる変数は基本的には現在のものに限定されている。その乖離が大きくなれば、現在の状態から出産の意思決定時の状態を推測することは、分析に不必要な誤差を持ち込むことになるし、また、分析の信頼性を著しく低下させる。それを避けるために、出産をした女性はこの1年以内に出産した方に限定することによって出産の意思決定時の状態の信頼性を最も高めることができる。この標本における記述統計量が表1にまとめられている。

こうした標本の取り方は出産するかしないかという意思決定に関しては適切なものであるが、次に保育者の就業選択を分析するにあたって、それは必ずしも第1子に限定されるべきではないことは言うまでもない。また、もし第1子出産と第2子以降の出産における意思決定が異ならないのであれば、特に第1子に限定する必要もない。そこ

表1 記述統計量

	平均	標準偏差	最小値	最大値
出産	.1682303	.3740879	0	1
年齢	34.85127	9.233002	22	50
夫の年齢	37.8326	10.17278	17	65
就業	.5012877	.5000213	0	1
夫の就業	.9430648	.2317295	0	1
労働所得	2.553099	2.606698	0	8.512984
夫の労働所得	5.585939	1.492344	0	9.30556
他の所得	1.194071	1.866564	0	7.464128
純金融資産	152.4657	856.6413	-2250	3250
固定資産税額	1.783606	2.543543	0	11.51293
加入年金種別				
第1号	.2060338	.4044737	0	1
第2号	.2845843	.4512369	0	1
第3号	.4612767	.4985212	0	1
夫の加入年金種別				
第1号	.201067	.4008164	0	1
第2号	.7464128	.4350841	0	1
第3号	.0107616	.1031831	0	1
保育園定員率	.1783201	.0783244	.0510703	.4822386
早朝保育実施率	.1200457	.0600912	.0300673	.3545313
夜間保育実施率	.0009226	.0015011	0	.0116783
0歳児定員率	.0119496	.0083671	.0018112	.0602715
早期保育実施率	.0114957	.0084991	.0011724	.0526018

注) 標本は既婚者で子供のいない女性と第1子が1歳未満である女性で、標本数は10,451である。加入年金種別は、第1号が国民年金、第2号が厚生年金、共済組合等国民年金以外の公的年金、第3号が国民年金第3号加入者であることを示している。加入年金種別ダミーの基準は公的年金未加入である。

で、厳密な出産の意思決定に関する分析とは別に、既婚者で子供のいない女性と第1子に限定せず6歳以下の子供を持つ女性を標本として、6歳以下の子供を持つ女性の意思決定を分析する。

次に、保育者の就業選択に関しては、乳幼児(6歳以下)を抱えている同居世帯に限定する。さらに、主たる保育者であろう女性の就業確率を議論にするので、男性および22歳以下あるいは60歳以上の標本は排除する。こうした選択によって標本数は28,200個となる。それらの記述統計量が表2にまとめられている。ただし、表2での福祉サービスを表す変数は、前節で説明したように推定された就業率で除する前のもの、つまり前節の定義における  $S_{j,t}$  である。

表2 記述統計量

	平均	標準偏差	最小値	最大値
就業の有無	.4347502	.495733	0	1
年齢	35.5112	8.492022	23	60
健康状態	.5378715	.4985725	0	1
就業率	.6744301	.2170649	0	1
賃金(対数値)	3.816821	1.980177	0	8.821437
他の所得(対数値)	5.599223	1.673455	.6931472	9.260463
純金融資産	64.42437	1280.359	-12249	13249
持ち家数	26.96085	25.98785	0	235.5
同居無業者	.3719683	.4833386	0	1
自営業世帯	.2195945	.4139793	0	1
扶養者数	2.164909	1.018162	1	13
健康な同居老人	.1523028	.3593206	0	1
未子年齢	3.102731	1.784679	0	6
6歳未満子供数	1.361883	.538142	1	4
子供の健康状態	.4330102	.4955008	0	1
保育園定員率	.1811984	.0779817	.0510703	.4822386
早期保育実施率	.1230002	.0597236	.0300673	.3545313
夜間保育実施率	.0012102	.0017639	0	.0116783
0歳児定員率	.0131266	.0094131	.0018112	.0602715
早期保育実施率	.0123201	.0093381	.0011724	.0526018

注) 標本は既婚者で子供のいない女性と6歳以下の子供を持つ女性で、標本数は28,200個である。「賃金」、「他の所得」、「純金融資産」の単位は1992年実質価格での万円。「健康状態」は自覚症状がある場合1、ない場合は0、「同居無業者」は15歳以上65歳未満の同居無業者がいる世帯は1、いない世帯は0、「扶養者数」は世帯における15歳以下あるいは65歳以上の同居者の人数。定義上、標本には必ず幼児が含まれるので、1以上である。「自営業世帯」は世帯に自営業者がいる場合1、そうでない場合0であるダミー変数である。「持ち家数」は持ち家に居住している場合はその数、そうでない場合は0なる変数である。「賃金」は、就業している場合にはその労働所得、就業していない場合には同じタイプの人と直面している労働市場において得られるであろう労働所得である。「就業率」は、同じタイプの人であるが要介護者および幼児を抱えていない世帯における就業確率である。「他の収入」は、その人の労働所得以外の世帯の収入である。「保育園定員率」は保育園定員数を6歳未満人口で除したものの、「年齢別定員率」は未子年齢における保育園在所児童数を当該年齢人口で除したものの、「早朝保育実施率」は保育園開園時間が午前7時以前の保育園施設数の割合を保育園定員率に乗じたもの、「夜間保育実施率」は保育園閉園時間が午後7時以後の保育園施設数の割合を保育園定員率に乗じたもの、「0歳児定員率」は0歳保育所在所児童数を0歳人口で除したものの、「早期保育実施率」は月齢6か月未満保育所在所児童数を6か月未満人口で除したものである。ここでの年齢別人口は6歳未満人口の  $\frac{1}{6}$ 、6か月未満人口は6歳未満人口の  $\frac{1}{12}$  である。ただし、このような福祉サービスの変数は本文II.1推定モデルでの  $S_{j,t}$  であり、推定された就業率で除したのではない。

### 3. 仮説

本稿での目的は冒頭でも述べているように、福祉サービスが充実することによって、保育者の就業が促進されるかどうかを検証することである。つまり、

$$H_0: \beta_s < 0$$

$$H_1: \beta_s \geq 0$$

となる。このとき、帰無仮説  $H_0$  が棄却されれば、福祉サービスの充実によって保育者の就業が促進されていると推論される。

福祉サービス以外の変数は、その効果を直接議論するというよりも、福祉サービスの就業に与える影響を純粋に捉えるために、様々な乳幼児、保育者、世帯が置かれている状況をコントロールする目的で推定式に加えられている。つまり、それらは本稿での直接の関心事ではない。とはいえ、それらは就業確率に強く影響すると考えられる。つまり、一般的に保育者が男性で、若く、健康な方が就業確率は高いと予想される。また就業率で代表されている労働需要も高い方が、さらに賃金も高い方が、就業確率は高くなると予想される。逆に、保育者の労働所得以外の所得が多いと、追加的な労働から得られる所得の限界効用が低下するので、就業を阻害するであろう。金融資産や持ち家量数で代理させた実物資産の就業確率への影響は、消費への富効果の弾力性が1より大きければ就業を促進するかもしれないが、逆にその弾力性が限定的であれば就業を抑制するであろう。同居無業者については、もし世帯に就業可能な無業者がいれば保育者が就業しなくとも労働収入を得る道が残されているので保育者の就業を抑制されるとも考えられるし、逆に、保育者1人の負担を分散することができると考えれば、保育者の就業を促進するかもしれない。これは保育者の定義にも関わる問題である。扶養人数も多い方が、収入が必要となるために保育者自身の就業を促進するであろう。また自営業世帯であれば一般に職住が接近しているので保育の程度をそれほど落とすことなく保育者が就業できる。つまり、自営業世帯においては就業が促進されるであろう。乳幼児に関しては、保育の必要性が高いほど、つまり幼い

ほど、病気であるほど、乳幼児の人数が多いほど保育者の就業は抑制されるであろう。

一方、出産に関する推定における仮説は、現行の賦課方式の色彩が強い公的年金制度が産出を抑制する影響を及ぼすというものである。家計が子供を持つ意義として大きく二点あげられる。第一は、親の純粋な愛情の対象として子供を産み育てることである。これは広く自然にみられるものである。この観点からの Becker and Barro (1988), Barro and Becker (1989) によって提唱された理論に従えば、賦課方式の年金制度は、子どもに将来追加的な負担を課せられるということの意味する。これは、子どもの生涯効用の低下となり、ひいては親の子どもを持つ効用が減少するため、結果として出生率の低下をもたらす(西村 1992 参照)。言い換えれば、親が子供の将来の負担を危惧すれば、産出を抑制するということである。第二は、親が老人となって、稼得能力が落ちたときに成人した子供に養ってもらおうという、家族内の扶養機能を期待するものである。これは我が国のみならず広く各国で伝統的にみられたものである。この観点では、賦課方式の公的年金制度の充実により、老後の扶養を依頼する自分の子供の必要性が薄れたと考えられる。結局、賦課方式の年金制度のもとでは、自分は子供を産まずに(自分の子供には負担をかけず)、他人が産んだ子供から年金を受給することが望ましいということが生じるだろう。

## IV 推定結果

表3に子供のいない女性と第1子が1歳未満の女性とを標本とした推定結果が、表4には子供のいない女性と6歳未満の子供のいる女性とを標本とした推定結果がまとめられている。結果的には、推定値の大きさや有意性に関してはかなりの食い違いがあるが、符号的にはかなり共通しているので、そうした標本の取り方による違いの影響は小さいと言えよう。両者に共通の特徴を簡単にまとめると、妻が第一号被保険者および第二号被保険者である場合には、公的年金未加入者に比べて、

表3 出産の意思決定(第1子1歳未満)

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.3835565	8.220	0.000	.0351533
年齢 <sup>2</sup>	-.007201	-9.425	0.000	-.0006606
夫の年齢	-.0099377	-2.712	0.007	-.0009197
就業	-.2871777	-1.515	0.130	-.0260901
夫の就業	.1319231	0.620	0.535	.0123497
労働所得	.0076351	0.210	0.834	.0005934
夫の労働所得	.0167777	0.452	0.651	.0012063
他の所得	.0286657	2.964	0.003	.0023881
純金融資産	-.0000253	-1.195	0.232	-1.99 e-06
固定資産税	-.0094933	-1.247	0.212	-.0000223
第1号	-.2684004	-2.979	0.003	-.0217959
第2号	-.4844559	-5.084	0.000	-.037838
第3号	.0446172	0.505	0.614	.0041078
夫第1号	.2046426	2.131	0.033	.0213765
夫第2号	.0332607	0.386	0.699	.0033506
夫第3号	.4948009	3.687	0.000	.0678526
保育園定員率	-.4371795	-0.257	0.797	-.0454626
早朝保育実施率	-.7819748	-0.456	0.648	-.0583507
夜間保育実施率	-26.85749	-1.394	0.163	-2.467087
0歳児定員率	-7.812049	-0.716	0.474	-.7758224
早期保育実施率	17.38395	1.691	0.091	1.61165
定数項	-5.388252	-7.683	0.000	

注) 標本は既婚者で子供のいない女性と第1子が1歳未満である女性で、標本数は10,451である。対数尤度は-3683.2451、疑似R<sup>2</sup>は0.2303である。

表4 出産の意思決定(6歳未満)

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.9190805	54.499	0.000	.3129702
年齢 <sup>2</sup>	-.0140325	-54.646	0.000	-.0047792
夫の年齢	-.0057167	-2.812	0.005	-.0019289
就業	.1588107	1.558	0.119	.0540219
夫の就業	-.5474497	-3.985	0.000	-.1553725
労働所得	-.1304	-6.235	0.000	-.0445947
夫の労働所得	.144829	6.182	0.000	.0488381
他の所得	.0167998	2.861	0.004	.0056056
純金融資産	-.0000545	-4.858	0.000	-.0000184
固定資産税	.0205374	4.212	0.000	.0071922
第1号	-.2446211	-4.238	0.000	-.0861946
第2号	-.2933531	-5.302	0.000	-.103958
第3号	-.022001	-0.407	0.684	-.0074429
夫第1号	.2403467	4.037	0.000	.0784298
夫第2号	-.0546386	-0.954	0.340	-.0185792
夫第3号	.4015845	3.910	0.000	.1191148
保育園定員率	-1.926981	-1.890	0.059	-.6555951
早朝保育実施率	-2.533326	-2.273	0.023	-.8618852
夜間保育実施率	-43.41819	-3.901	0.000	-14.77168
0歳児定員率	-.7676704	-0.141	0.888	-.2611759
早期保育実施率	5.688693	1.670	0.082	1.9354
定数項	-13.68638	-50.178	0.000	

注) 標本は既婚者で子供のいない女性と6歳未満の子供がいる女性で、標本数は69,287である。対数尤度は-21209.296、疑似R<sup>2</sup>は0.2962である。

出産確率は統計的に有意に低下する。第三号被保険者と公的年金未加入者との間では、出産確率に与える影響には統計的に有意な差はない。他方、夫が第一号被保険者および第三号被保険者である場合には、公的年金未加入者に対し出産確率は増加する。第二号被保険者の場合には、公的年金未加入者に比べて出産確率には統計的に有意な差はない。

この結果よりも、妻が第一号被保険者の場合については、我が国の公的年金制度が賦課方式の要素が強いことから、そのことが子供を産む確率を下げていると考えられる。第二号被保険者である場合についても、出産確率が低下するという結果が得られているが、マージナル効果をみると、第一号が-0.0218、第二号が-0.0378であり、第一号である場合よりも出産確率が低下する結果となっている。これは、一般的に厚生年金や共済組合よりも国民年金が賦課方式の要素が強いとい

うことに反する結果である。これは、第一号と第二号という年金制度による差ではなく、自営業主・家族従業者等と被用者という職業の違いによる育児の機会費用の差に起因している可能性があると考えられる<sup>7)</sup>。第三号被保険者については、保険料が免除されているため、賦課方式の年金に加入しているとは言えない。よって、結果が有意でないということは、仮説と整合的である。

他方、夫が第一号被保険者である場合、賦課方式の要素が強い年金に加入しているにもかかわらず出産確率が高まるという、仮説とは逆の結果である。しかし、そのマージナル効果は0.0214であり、妻が第一号被保険者の場合は妻と夫の年金の影響を併せた効果は-0.00419であるから、その場合には仮説の通り出産確率が低下する。夫が第二号被保険者である場合は、有意な結果が得られていないが、これは職業による影響であるかもしれない。職業による影響を取り除いた、純粋に

年金制度の差のみの影響を抽出することは、今後の課題としたい。

出産への児童福祉サービスの影響は、早期保育実施率のみが正で有意であり、他の変数は有意でない<sup>9)</sup>。また、6歳未満の児童を持つ女性に標本を拡大してみても、ほぼ同じである。早期保育実施率のみが出産行動に有意な影響を及ぼしているのは、それが乳児期における保育園入園の容易さを意味しているの、直感的である。

(6)式の前段階として必要な(12)式の推定結果は、'86, '89, '92に関しては社会保障の経済分析研究会(1997b), '95は経済と社会保障に関する研究会(1998a)の付表にまとめられている。推定は表5~10にまとめられている。表5は、児童福祉サービスの状態を表す変数として「保育園定員率」、「早朝保育実施率」、「夜間保育実施率」、「0歳児定員率」、「早期保育実施率」の5種類の変数全てを同時に推定式に加えた場合の推定結果をまとめている<sup>9)</sup>。また、表6~10は、その5種

表5 推定結果

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.0234622	12.147	0.000	.00756902
健康状態	.0192601	0.713	0.476	.00621342
就業率	.673747	5.506	0.000	.21735461
賃金(対数値)	1.158819	15.840	0.000	.37384154
他の所得(対数値)	-.2112856	-8.862	0.000	-.06816193
純金融資産	5.97 e-06	0.498	0.619	1.927 e-06
持ち家数	.0006705	1.722	0.085	.00021629
同居無業者	-1.053063	-20.794	0.000	-.33972409
自営業世帯	.2115692	5.374	0.000	.06825343
扶養者数	.0249431	1.489	0.136	.00804678
健康な同居老人	.1411578	3.240	0.001	.0455383
末子年齢	.0265421	2.663	0.008	.00856265
6歳未満子供数	-.1204154	-3.777	0.000	-.0388467
子供の健康状態	-.0500497	-1.705	0.088	-.01614631
保育園定員率	2.188309	6.168	0.000	.70596096
早朝保育実施率	-1.491044	-3.851	0.000	-.48101914
夜間保育実施率	-15.30983	-1.889	0.059	-4.939037
0歳児定員率	-6.212043	-1.917	0.055	-2.0040405
早期保育実施率	2.417348	0.737	0.461	.77985032
定数項	-4.922985	-11.917	0.000	
$\rho$	-.0017077	-3.15	0.053	

注) 対数尤度は-5452.251, 疑似R<sup>2</sup>は0.9219である。推定には、都道府県ダミーと年ダミーが加えられている。表2の注を参照。

類の変数を1つずつ個別に推定式に加えた場合の、推定結果をまとめている。これは、例えば児童福祉に熱心な地域ではこうした5種類の変数全てが高いことが予想される<sup>10)</sup>ので、そうした児童福祉サービスを示す変数間での多重共線性が生じる可能性に配慮している。

推定結果は5種類の福祉サービスの変数を同時に入れた表5においても、個別に入れた表6~10においても安定している。正で有意なのは年齢、就業率、賃金、実物資産(持ち家数)、自営業世帯ダミー、健康な同居老人、末子年齢、負で有意なのは他の世帯員の所得、同居無業者、6歳未満子供数である。保育者の健康状態が有意でないのは、自覚症状の有無で定義されているために、かなりの重症から、単に体調が悪いと回答した人まで、ひとまとめにされており、就業選択の際に問題となる健康状態とはかけ離れているためであると考えられる。同居無業者が負で有意であるということから、同居無業者の存在がその世帯の保育能力の高さを意味するのではなく、むしろ、その世帯の所得の限界効用が低い(経済的余力がある)ことを示していると判断される。他の有意で

表6 推定結果

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.0237366	12.310	0.000	.00765664
健康状態	.0200508	0.751	0.453	.00646774
就業率	.7560044	5.684	0.000	.24386219
賃金(対数値)	1.158016	15.795	0.000	.37353785
他の所得(対数値)	-.2068541	-9.149	0.000	-.06672435
純金融資産	4.59 e-06	0.381	0.704	1.480 e-06
持ち家数	.0006523	1.689	0.091	.00021041
同居無業者	-1.043625	-20.560	0.000	-.3366393
自営業世帯	.2032537	5.084	0.000	.06556298
扶養者数	.0260194	1.567	0.117	.008393
健康な同居老人	.1441685	3.322	0.001	.04650403
末子年齢	.0264375	2.657	0.008	.00852786
6歳未満子供数	-.1215876	-3.838	0.000	-.03922016
子供の健康状態	-.0472772	-1.611	0.107	-.01525008
保育園定員率	.6180706	2.425	0.015	.19936929
定数項	-4.312946	-11.444	0.000	
$\rho$	-.0017098	-3.16	0.052	

注) 対数尤度は-5478.0162, 疑似R<sup>2</sup>は0.9201である。推定には、都道府県ダミーと年ダミーが加えられている。表2の注を参照。



表7 推定結果

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.0234539	12.266	0.000	.00756497
健康状態	.0214141	0.801	0.423	.00690705
就業率	.7210642	5.522	0.000	.23257713
賃金(対数値)	1.154295	15.860	0.000	.37231445
他の所得(対数値)	-.207772	-9.178	0.000	-.06701624
純金融資産	4.87 e-06	0.405	0.686	1.572 e-06
持ち家量数	.0006457	1.683	0.092	.00020827
同居無業者	-1.041821	-20.484	0.000	-.33603626
自営業世帯	.2057539	5.156	0.000	.0663653
扶養者数	.0256163	1.537	0.124	.00826246
健康な同居老人	.1451966	3.363	0.001	.04683275
未子年齢	.0262425	2.641	0.008	.00846444
6歳未満子供数	-.1217582	-3.852	0.000	-.03927273
子供の健康状態	-.0465913	-1.583	0.113	-.01502789
早朝保育実施率	.4262381	1.214	0.225	.13748184
定数項	-3.95136	-12.435	0.000	
$\rho$	-.0017083	-3.15	0.052	

注) 対数尤度は-5484.3489, 疑似R<sup>2</sup>は0.9196である。推定には, 都道府県ダミーと年ダミーが加えられている。表2の注を参照。

表8 推定結果

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.0230502	12.086	0.000	.007435
健康状態	.0222031	0.828	0.408	.00716178
就業率	.6624744	5.514	0.000	.21368588
賃金(対数値)	1.150197	16.028	0.000	.37100426
他の所得(対数値)	-.2099018	-9.196	0.000	-.06770534
純金融資産	5.86 e-06	0.487	0.627	1.890 e-06
持ち家量数	.0006426	1.684	0.092	.00020726
同居無業者	-1.041674	-20.399	0.000	-.3359996
自営業世帯	.2110844	5.388	0.000	.06808678
扶養者数	.0246884	1.479	0.139	.00796342
健康な同居老人	.1437465	3.347	0.001	.04636646
未子年齢	.026046	2.618	0.009	.00840132
6歳未満子供数	-.1213136	-3.833	0.000	-.03913056
子供の健康状態	-.047058	-1.595	0.111	-.0151789
夜間保育実施率	-13.05704	-1.597	0.110	-4.2116438
定数項	-3.816995	-13.205	0.000	
$\rho$	-.0017235	-3.18	0.050	

注) 対数尤度は-5482.6041, 疑似R<sup>2</sup>は0.9198である。推定には, 都道府県ダミーと年ダミーが加えられている。表2の注を参照。

ある変数に関しては, 前節で提示した仮説と整合的である。

また, 出産の意思決定における sample selec-

表9 推定結果

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.0230628	12.197	0.000	.00743882
健康状態	.0227757	0.848	0.396	.00734622
就業率	.6653352	5.527	0.000	.21460144
賃金(対数値)	1.149699	15.989	0.000	.37083126
他の所得(対数値)	-.20999	-9.078	0.000	-.06773152
純金融資産	5.61 e-06	0.467	0.640	1.809 e-06
持ち家量数	.0006419	1.684	0.092	.00020704
同居無業者	-1.043115	-20.465	0.000	-.33645302
自営業世帯	.2102325	5.352	0.000	.06780972
扶養者数	.0245473	1.471	0.141	.00791765
健康な同居老人	.145957	3.389	0.001	.0470779
未子年齢	.0262809	2.644	0.008	.00847682
6歳未満子供数	-.1210897	-3.829	0.000	-.03905703
子供の健康状態	-.047028	-1.597	0.110	-.01516871
0歳児定員率	-1.069918	-0.932	0.351	-.34509803
定数項	-3.795475	-12.764	0.000	
$\rho$	-.0016898	-3.12	0.055	

注) 対数尤度は-5485.5331, 疑似R<sup>2</sup>は0.9196である。推定には, 都道府県ダミーと年ダミーが加えられている。表2の注を参照。

tionの程度を示している $\rho$ はいずれの場合でもほぼ同じ値で有意である。これは, sample selectionが重要であり, それを無視した推定は大きなバイアスを生じさせることを強く示唆している。

さて, 福祉サービスの係数は表5においては保育園定員率が正で有意, 早朝保育実施率, 夜間保育実施率, 0歳児定員率は負で有意, 早期保育実施率は正であるものの有意ではない。これはかなり大きな就業促進効果であると考えられる。他方, 早朝保育実施率, 0歳児定員率は負で有意であるが, 多重共線性を考慮した個別の推定では全て有意ではない。つまり, 表5での負で有意であるという結果は, 保育園定員率が同じであれば早朝, 夜間, 0歳児保育が就業を抑制的であることを意味しているに過ぎない。

その影響の大きさをマージナル効果で測ってみると, 保育園定員率が1%増加すると, 就業率は0.7%ポイント増加することを意味しており, 非常に強い影響力を持っている。ただし, この0.7%ポイントというのはあくまでも就業率で除したもの(11)式における $\hat{S}_{j,i}$ が1%増加した

表 10 推定結果

	推定値	t値	確率値	マージナル効果
年齢	.0231482	12.250	0.000	.00746652
健康状態	.0225216	0.841	0.401	.0072644
就業率	.6814796	5.591	0.000	.21981313
賃金(対数値)	1.15048	15.975	0.000	.3710905
他の所得(対数値)	-.2093233	-9.140	0.000	-.0675178
純金融資産	5.42 e-06	0.451	0.652	1.747 e-06
持ち家豊数	.0006412	1.681	0.093	.00020683
同居無業者	-1.042282	-20.440	0.000	-.33619086
自営業世帯	.2087462	5.310	0.000	.06733166
扶養者数	.0246986	1.482	0.138	.0079666
健康な同居老人	.1459804	3.383	0.001	.04708638
末子年齢	.0262773	2.643	0.008	.00847582
6歳未満子供数	-.1212267	-3.833	0.000	-.03910201
子供の健康状態	-.0468639	-1.594	0.111	-.01511607
早期保育実施率	-.5900551	-0.362	0.718	-.1903239
定数項	-3.819159	-12.711	0.000	
$\rho$	-.0017089	-3.15	0.052	

注) 対数尤度は-5486.9313, 疑似R<sup>2</sup>は0.9195である。推定には, 都道府県ダミーと年ダミーが加えられている。表2の注を参照。

場合の効果であり, 政策的な整備目標となる児童福祉サービスの供給量である, 就業率で除する前の  $S_{j,t}$  が1%増加した場合の効果を示しているのではない。 $S_{j,t}$  が1%増加した場合の効果は, それによって就業率が増加するので,  $\hat{S}_{j,t}$  は1%以下しか増加しない。その影響を表5の推定結果を用いて, 児童福祉政策の供給量以外を平均値で固定し, 児童福祉政策の供給量(就業率で除していないもの)が10%から100%(倍増)した場合の就業率の変化を示しているのが表11の第2列である。これによると, 倍増の場合, 0.1%では約5%ポイント増の48.77%にまで就業確率は増加する。弾力性になると0.05である。これが量的に大きな効果であるかどうかは議論が残るところである。第2列は, 保育園定員率(ただし, 就業率で除する前の政策的に整備される定員)のみが増加し, 保育園定員率以外の児童福祉政策は就業率で除したものを一定, つまり就業率の上昇に応じて同じペースで整備されるとする場合における就業率を100%(倍増)まで示している。こちらの方が効果は大きく, 倍増の場合約10%ポイント増の53.99%にまで就業確率は増加する。弾力

表 11 政策シミュレーション

	児童福祉政策	全て	保育園定員率のみ
現状		0.4345	0.4333
10%の増加		0.4397	0.4454
20%の増加		0.4450	0.4568
30%の増加		0.4502	0.4677
40%の増加		0.4556	0.4785
50%の増加		0.4609	0.4891
60%の増加		0.4663	0.4995
70%の増加		0.4717	0.5098
80%の増加		0.4770	0.5200
90%の増加		0.4824	0.5300
100%の増加		0.4877	0.5399

注) この表における「全て」欄は, 表5の推定値に基づいて, 全ての児童福祉政策(ただし, 就業率で除する前の政策的に整備される定員等)が増加した場合における就業率を100%(倍増)まで示している。また, 「保育園定員率のみ」欄は, 表6の推定値に基づいて, 保育園定員率(ただし, 就業率で除する前の政策的に整備される定員)が増加した場合における就業率を100%(倍増)まで示している。

性になると0.1である。これらの数値が整備にかかる費用と勘案して十分に大きい効果であるかどうかについては議論が残るであろう。

## V おわりに

本稿では, 児童福祉サービスがその同居女性の就業に与える影響を考察した。その結果, 保育所の充実には保育園定員率と定義すると就業促進的であるが, 早朝保育実施率, 夜間保育実施率, 0歳児定員率, 早期保育実施率は頑健な傾向を持たない。これを過去の研究との比較において評価してみると, 医療経済研究機構(1996)とは保育園定員率が就業促進的であることは同じであるが, 他の保育サービスの質的内容の就業促進効果は確認されなかった。また, 社会保障の経済分析研究会(1997a)との比較では, 基本的にはほぼ同じデータを用いながらも, 保育園定員率に関しては符号的に全く逆であるが, 共に有意な結果を得ている。これは社会保障の経済分析研究会(1997a)が出産によるsample selectionの影響を除去していなかったためによるものであると判断される。その意味で, 本稿は社会保障の経済分析研究会

(1997 a) よりも信頼性の高い研究であると言える<sup>1)</sup>。

本来ならば、都道府県レベルの福祉サービスではなく市区町村レベルでの福祉サービスの効果を分析、議論する方がより有効であることは明らかである。しかし、残念ながら国民生活基礎調査には個票においても市区町村の別はその記載がないのでこれを用いて分析することはできない。市区町村の別の記載と家族構成、そしてその就業状態を調べている調査ということになると国勢調査ということになるが、研究のために利用することはできない。今後は、国勢調査並の広範囲性と、それをはるかに凌ぐきめ細かい調査に基づく大規模な実証分析が望まれる。

#### 付 記

本稿は(財)医療経済研究機構の「経済と社会保障に関する研究」委員会(代表:本間正明大阪大学副学長)における研究成果の一環であり、『国民生活基礎調査』の個票使用は、同委員会における目的外使用(1998年8月18日、総務庁告示第128号)によるものである。同委員会のメンバーとの活発な議論が本稿を作成するのに非常に有益であったことを感謝する。言うまでもなく本稿は著者の個人的な意見であり、研究会全体としての意見ではない。最後に、松本和子さんから研究補助を頂いたことを感謝する。

(平成11年4月投稿受理)

#### 注

- 1) 民間サービスとは、家政婦、ベビーシッター、ベビーホテルなど純粋の民間企業によるサービスである。企業の福利厚生とは、勤務時間短縮制度、産休・育児休業制度、事業所内託児所、育児手当、妊産婦の健康管理措置等である。家庭環境とは、夫の家事・育児協力、親の育児協力、夫の労働時間、経済状況の相違である。地域特性とは価値観(男女役割分担意識)、同居率、産業構造などである。
- 2) その他にマクロデータを用いて、政府の補助金を受けている保育サービスを利用している子供の割合が低い国ほど女性の雇用就業率も低いことがJoshi and Davies (1992)では確認されている。また、保育サービスの供給サイドの分析

には、Goodman (1995)、Powell and Cosgrove (1992)がある。

- 3) 出産の意思決定に関しては原理的には未婚あるいは無配偶の女性に関しても同様に取り扱うべきであるが、そこには当然に結婚の意思決定というもう一段階の意思決定が加わる。しかし、少なくとも日本においては、そのような場合はごく希であること、また、未婚あるいは無配偶の女性と有配偶の女性では出産の意思決定のあり方にかなりの違いがあるであろうと予想されることから、本稿においては有配偶の女性に分析を集中させることにする。未婚あるいは無配偶の女性の出産行動あるいは結婚の意思決定は今後の課題とした。
- 4) これは必ずしも両者の意思決定が独立であることを意味しない。むしろ、出産の意思決定は、就業選択に影響を及ぼしうるが、逆はないという意味でのrecursiveな同時決定を持っている。
- 5) ここのような繰り返しの方法以外にも、都道府県単位での平均的な就業率で $S_{j,t}$ で除したものをを用いることが考えられる。しかし、平均的な就業率 $S_{j,t}$ は(2)式に攪乱項 $\varepsilon_{i,j,k,t}$ が加えられた、 $\sum_k \sum_i \Phi(\beta_x X_{i,j,k,t} + \beta_s S_{i,t} + \varepsilon_{i,j,k,t})$ に他ならない。これで $S_{j,t}$ で除したものを(6)式の推定に用いると、構造上(6)式の攪乱項と相関を持つ。これは、推定結果にバイアスをもたらし、正確に児童福祉サービスの影響を測ることはできないので、推定方法として適切ではない。
- 6) 子供を持たない女性を既婚者のみに限定するのは、そこにまた結婚という意思決定を介在させることになるので、それによるsample selection biasを生じさせる恐れがある。特に、経済と社会保障に関する研究会(1998b)は、結婚の意思決定が必ずしもランダムではなく、就業状態等に強く影響を受けているという結果を得ているので、このsample selection biasの可能性を強く示唆している。もしその影響が強ければ、本稿の推定方法は望ましいものではなく、明示的にまず結婚の意思決定によるbiasを考慮に入れた推定方法が必要である。
- 7) ただし、未加入者と第1号被保険者の差に関しては、職業の差ではなく公的年金に加入しているか否かの差であると考えられる。
- 8) ここで取り上げた5種類の児童福祉サービスを示す変数を全て推定式に加えると、変数間で多重共線性が生じる可能性があるため、これらの変数を個別に加えた推定も行った。児童福祉サービスの推定結果はそれぞれ、「保育園定員率」0.2572614 (0.246)、「早朝保育実施率」-0.2948409 (-0.254)、「夜間保育実施率」-19.15431 (-1.059)、「0歳児定員率」3.772349 (0.787)、「早期保育実施率」6.435631 (1.417)である(ただし、( )内はt値)。何れ

も出産に有意な影響を与えないという結果が示されている。

- 9) 就業率で補整していない児童福祉サービスの変数を用いた推定の結果は、「保育園定員率」 $-0.4068821$  ( $-0.247$ ), 「早朝保育実施率」 $-0.3107423$  ( $-0.207$ ), 「夜間保育実施率」 $-4.308718$  ( $-0.202$ ), 「0歳児定員率」 $8.617389$  ( $0.770$ ), 「早期保育実施率」 $-2.636413$  ( $-0.251$ )である(ただし, ( )内は $t$ 値)。これを表5に示している現実の制度を考慮し就業率で補正した変数を用いた結果と比較すると, 表5では「早期保育実施率」が有意であったのに対し, 児童福祉サービスは全て有意に影響しないという結果になる。
- 10) 5種類の児童福祉サービスを示す変数間の相関をみると, 「0歳児定員率」と「早期保育実施率」の相関が最も高く, その相関係数は $0.9588$ である。他方, 「保育園定員率」と「夜間保育実施率」の相関が最も低く, その相関係数は $0.3290$ である。
- 11) 実際本稿のデータを用いて社会保障の経済分析研究会(1997a)と同様の推定を行えば, 同様の結果を得ることが確認されている。

#### 参考文献

- Barro, Robert J. and Gary S. Becker (1989), "Fertility Choice in a Model of Economic Growth," *Econometrica*, Vol. 57, No. 2, 481-501.
- Becker, Gary S. and Robert J. Barro (1988), "A Reformulation of the Economic Theory of Fertility," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 103, Issue 1, 1-25.
- Berger, M. C. and D. A. Black (1992), "Child Care Subsidies Quality of Care, and the Labor Supply of Low-Income, Single Mothers," *Review of Economics and Statistics*, vol. 74, no. 4, pp. 635-642.
- Blau, D. M. and P. K. Robins (1988), "Child-Care Costs and Family Labor Supply," *Review of Economics and Statistics*, vol. 70, no. 3, pp. 374-381.
- Cleveland, G., M. Gunderson, and D. Hyatt (1996), "Child Care Costs and the Employment Decision of Women: Canadian Evidence," *Canadian Journal of Economics*, vol. 29, pp. 132-151.
- Goodman, W. (1995), "Boom in Day Care Industry the Result of Many Social Changes," *Monthly Labor Review*, pp. 3-12.
- Gustafsson, S. and F. Stafford (1992), "Child Care Subsidies and Labor Supply in Sweden," *Journal of Human Resources*, vol. 27, no. 1, pp. 204-230.
- Heckman, J. (1976), "The Common Structure of Statistical Models of Truncation, Sample Selection and Limited Dependent Variables," *Annals of Economics and Social Measurement*, vol. 5, pp. 475-492.
- Joshi, H. and H. Davies (1992), "Day Care in Europe and Mother's Forgone Earnings," *International Labour Review*, vol. 132, pp. 561-579.
- Michalopoulos, C., P. K. Robins and I. Garfinkel (1992), "A Structural Model of Labor Supply and Child Care Demand," *Journal of Human Resources*, vol. 27, no. 1, pp. 166-203.
- Powell, I. and J. Cosgrove (1992), "Quality and Cost in Early Childhood Education," *Journal of Human Resources*, vol. 27, no. 3, pp. 472-484.
- Powell, L. M. (1997), "The Impact of Child Cost on the Labor Supply of Married Mothers: Evidence from Canada," *Canadian Journal of Economics*, vol. 30, pp. 577-594.
- Ribar, D. C. (1992), "Child Care and the Labor Supply of Married Women," *Journal of Human Resources*, vol. 27, no. 1, pp. 134-165.
- (1995), "A Structural Model of Child Care and the Labor Supply of Married Women," *Journal of Labor Economics*, vol. 13, no. 3, pp. 558-597.
- 医療経済研究機構(1996), 「福祉充実の経済的効果に関する研究報告書」。
- 経済と社会保障に関する研究会(1998a), 「介護場所の選択と介護者の就業選択」, 『経済と社会保障に関する研究報告書別冊』, 医療経済研究機構。
- (1998b), 「企業における福利厚生女性の結婚へ与える影響」, 『経済と社会保障に関する研究報告書別冊』, 医療経済研究機構。
- 社会保障の経済分析研究会(1997a), 「児童福祉政策が女性の就業に与える影響」, 『高齢社会における社会保障の経済分析研究報告書』, (財)長寿社会開発センター委託事業。
- (1997b), 「新ゴールドプランによる労働創出効果に関する研究」, 『高齢社会における社会保障の経済分析研究報告書』, (財)長寿社会開発センター委託事業。
- 滋野由紀子・大日康史(1997), 「女性の結婚選択と就業選択に関する一考察」, 『家計経済研究』, no. 36, pp. 61-71。
- (1998), 「育児休業制度が女性の結婚と就業継続に及ぼす効果」, 『日本労働研究雑誌』, No. 9, pp. 39-49。
- 富田安信(1994), 「女性が働き続けることのできる職場環境—育児休業制度と労働時間制度の役割—」, 『大阪府立大学経済研究』, 第40巻1号。
- 永瀬伸子(1997), 「既婚女性の就業と保育政策」, 『労働市場研究会報告書』。

西村和雄 (1992), 「内生的出生率と動学モデル」,  
『季刊社会保障研究』第 28 卷第 3 号, pp. 246-251。  
樋口美雄 (1994), 「育児休業制度の実証分析」, 社  
会保障研究所編『現代家族と社会保障』, 第 9 章。

(しげの・ゆきこ 大阪市立大学助教授)  
(おおくさ・やすし 大阪大学助教授)

## 在職老齢年金制度の所得再分配効果

浜田 浩 児

### はじめに

被用者年金では、60歳から64歳の間は、被保険者として就業していない場合は満額の年金を支給し、被保険者として就業している場合は賃金（標準報酬）や年金の額に応じて減額（支給停止）された年金を支給することとなっている。この年金は、就業していない場合は退職老齢年金、就業している場合は在職老齢年金となるが、退職老齢年金は勤労収入のないことを支給条件としている。そこで、本稿では、退職老齢年金は、在職老齢年金において勤労収入が0の場合と位置づけ、在職老齢年金制度に含めて考えることとする。

この在職老齢年金制度は、一種の所得制限であるから、高齢者の労働供給のインセンティブを損なうことになる。すなわち、60歳から64歳の間では、早く退職して年金を受給したほうが、同じ保険料拠出で受給する生涯年金総額が多くなるため、在職老齢年金制度は早期退職を促進する効果をもつ。

しかし、退職年齢は、個人の選択だけで決まるのではなく、雇用環境や健康状態などの個人の選択によらない外的要因から受ける影響も大きい。労働省「高齢者就業の実態」（1996年調査）によれば、60～64歳の不就業者のうち男子の約3分の2、女子の約3分の1が就業を希望しており、さらに、就業希望にもかかわらず就業できない理由として雇用環境と健康状態がほとんどを占めている。

このため、高齢により勤労所得が得られなくな

った分を補填するという公的年金の役割からみて、在職老齢年金制度の所得再分配機能は必要である。在職老齢年金制度については、早期退職を促進するという効率面の短所だけでなく、雇用環境や健康状態などを要素とする就業可能度に応じて所得再分配を行うという公正面の長所を考慮すべきである。

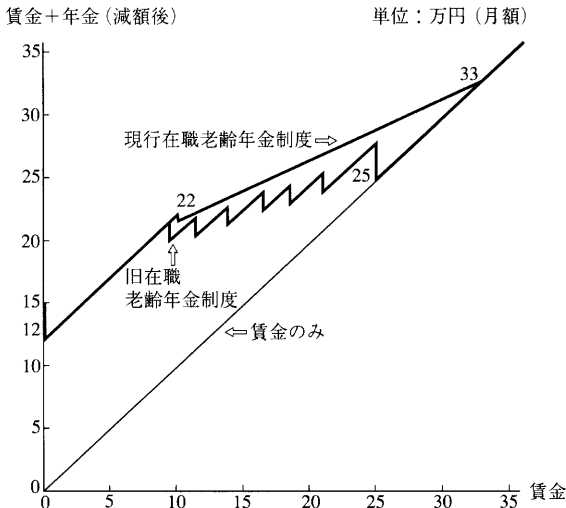
そこで、本稿では、被用者年金の大宗を占める厚生年金の在職老齢年金制度の所得再分配効果について考察する。以下、Ⅰで、現行の在職老齢年金制度および1995年度に現行制度になる前の旧在職老齢年金制度を単純にモデル化して、理論上の所得再分配効果を考え、両制度の比較を行う。Ⅱでは、それと関連づけて、現・旧在職老齢年金制度について実際の所得再分配効果を推計するとともに、両者を比較する。最後に、Ⅲで本稿の結論と課題を述べる。

### Ⅰ 現・旧在職老齢年金制度と所得分配

#### 1. 在職老齢年金制度の仕組み

現行の在職老齢年金制度は1995年4月から実施されており、その仕組みはつぎのとおりである（図1）。

- ①被保険者として就業すれば年金の2割を減額するが、賃金（標準報酬）月額と年金月額（2割減額後）の合計所得が22万円に達するまではそれ以上の年金減額はない。
- ②賃金月額と年金月額を合わせた所得が22万円を上回れば、超過分について賃金の半分の年金減額をさらに行う。



(注) 1995年度における60～64歳の平均年金月額(減額前)の推計値15万円(加給年金を除く)の場合についてのものである。

図1 在職老齢年金制度による年金減額の仕組み

③賃金月額が34万円を超えれば、その超過分だけ年金月額を減額する。

一方、現行制度になる前の旧在職老齢年金制度では、賃金月額に応じて表1のとおり減額率で年金が減額される仕組みになっていた(図1)。

したがって、基本的には、現行在職老齢年金制度は、賃金月額と年金月額を合わせた所得に応じて年金減額の大きさが決まる仕組みである(ただし、被保険者として就業すれば年金の2割を減額する点や賃金月額が34万円を超えればその超過分だけ年金月額を減額する点等、賃金のみに応じて年金減額の大きさが決まる場合も一部ある。)のに対し、旧在職老齢年金制度は、まず賃金月額に応じて年金減額率が決まり、この減額率を年金額に乗じることにより年金減額の大きさが決まる仕組みであるといえる。

よって、現・旧在職老齢年金制度は、単純化すれば次のようなモデルで表現できる。

すなわち、個人*i* (*i*=1~*n*)の賃金(標準報酬月額)を $w_i$ 、年金(減額前、月額)を $b_i$ 、年金減額前、現行在職老齢年金制度、旧在職老齢年金制度における賃金と年金を合わせた所得をそれぞれ $y_i$ 、 $y_{i1}$ 、 $y_{i0}$ とすると、

表1 旧在職老齢年金の減額率

賃金月額(円)	減額率
95,000未満	2割
95,000~114,000	3割
114,000~138,000	4割
138,000~165,000	5割
165,000~185,000	6割
185,000~210,000	7割
210,000~250,000	8割
250,000以上	全額

年金減額前；

$$y_i = w_i + b_i$$

現行在職老齢年金制度；

$$y_{i1} = y_i - r_1(y_i)$$

$$0 \leq r_1(y_i) \leq b_i,$$

$$y_j < y_k \text{ のとき } y_{j1} < y_{k1} \text{ (所得順位の保存),}$$

$$y_j < y_k \text{ のとき } r_1(y_j) / y_j < r_1(y_k) / y_k \text{ (所得に対して累進的)}$$

旧在職老齢年金制度；

$$y_{i0} = y_i - r_0(w_i) b_i$$

$$0 \leq r_0(w_i) \leq 1, r_0(0) = 0,$$

$$w_j < w_k \text{ のとき } r_0(w_j) / w_j < r_0(w_k) / w_k \text{ (賃金に対して累進的)}$$

と表せる。

現行制度では、前述のように、所得が一定水準より高くなると超過分について賃金の半分の年金減額が追加されるから、年金減額は所得に対して累進的とみなせる。旧制度でも、表1のとおり、年金減額率の伸びは賃金よりもおおむね大きいから、年金減額率は賃金に対して累進的とみなせる。

また、現行制度では、年金減額の大きさが所得に応じて決まり、かつ、所得が一定水準より高い場合に追加される年金減額措置は超過分のみについてなされるから、年金減額後の所得順位が年金減額前と逆転することはない。これに対し、旧制度では、年金減額の大きさが所得に連動しておらず、かつ、賃金が高くなるにつれて超過分ではなく年金額全体に高い減額率が適用されるから、所得順位が年金減額前と逆転するケースが生じる。たとえば、図1のように、減額前の年金が同じで賃金が増加する場合、年金減額前の所得が増加し

でも年金減額後の所得が減少するケースが生じる。

以上の議論は、年金減額の労働供給抑制効果を考慮しても同様である。この効果による所得の減少を  $z$ 、賃金率を  $v$ 、労働供給を  $L$ 、年金減額前の所得を  $y$  とすると、現行制度の限界的な年金減額は、

$$\frac{dr_1}{dL} = \frac{dr_1}{dy} \frac{dy}{dL} = \frac{dr_1}{dy} v$$

となるから、

$$z = vL(v) - vL\left(v - v \frac{dr_1}{dy}\right)$$

である。 $z/y$  を  $y$  で微分すると、

$$\begin{aligned} \frac{d(z/y)}{dy} = & v \left[ L' \left( v - v \frac{dr_1}{dy} \right) v \frac{dr_1}{dy} - \left\{ L(v) \right. \right. \\ & \left. \left. - L \left( v - v \frac{dr_1}{dy} \right) \right\} / y^2 \right. \\ & \left. + \left[ v^2 L' \left( v - v \frac{dr_1}{dy} \right) \left( \frac{d^2 r_1}{dy^2} y \right. \right. \right. \\ & \left. \left. - \frac{dr_1}{dy} \right) \right] / y^2 \end{aligned}$$

労働の限界不効用逓増により、 $L' > 0$ 、 $L'' < 0$  であるから、この第1項は正である。また、 $\frac{d^3 r_1}{dy^3} \equiv 0$  とみなせるから  $\frac{d^2 r_1}{dy^2} y \equiv \frac{dr_1}{dy}$  となり、第2項はごく小さい。よって、 $\frac{d(z/y)}{dy} > 0$  である。

したがって、現行制度の労働供給抑制効果による所得の減少は、所得に対して累進的となる。同様にして、旧制度の労働供給抑制効果による所得の減少は、同一の減額前年金額の下で賃金に対して累進的となる。このため、これらは、前述の両制度のモデルにおける減額の中に入れて考えることができる。

## 2. 在職老齢年金制度による不平等度の変化

以上の現・旧在職老齢年金制度のモデルの下で、両制度による不平等度の変化を考えるが、その不平等の尺度は、移転原理を満たし、かつ平均独立(相対的不平等回避度不変)であるものとする。このような尺度の下で、在職老齢年金制度による年金減額が所得に対して累進的であり、年金減額後の所得順位が減額前と逆転しなければ、所得分

布の不平等度は低下する<sup>1)</sup>。

在職老齢年金制度により年金減額前の当初所得  $y_i$  から所得が  $dy_i$  減少するとすると、現行制度においては、

$$\frac{dy_i}{y_i} = \frac{y_i - y_{i1}}{y_i} = \frac{r_1(y_i)}{y_i}$$

より、年金減額が当初所得に対して累進的であり、また、所得順位が年金減額前と逆転することもないから、所得分布の不平等度は低下する。

これに対し、旧制度では、年金減額の大きさが当初所得に連動していないので、所得構成が賃金か年金に偏り賃金か年金がかなり低い場合、当初所得が高くても年金減額が小さくなるケースが生じるため、所得分布の不平等度が低下するとは限らない<sup>2)</sup>。

## 3. 現・旧在職老齢年金制度の公平性の比較

### (1) 水平的公平

水平的公平の観点からは、当初所得が等しい者については、在職老齢年金制度による年金減額の大きさも同じであるべきである。

現行在職老齢年金制度においては、

$$y_j = y_k \text{ のとき } dy_j = r_1(y_j) = r_1(y_k) = dy_k$$

だから、当初所得が等しければ年金減額の大きさも同じである。

しかし、旧在職老齢年金制度においては、

$$y_j = y_k \text{ のとき } dy_j = r_0(w_j) b_j, \quad dy_k = r_0(w_k) b_k$$

より、所得構成が異なれば  $dy_j \neq dy_k$

だから、当初所得が同じでも年金減額の大きさは一般には異なる。

したがって、現行制度のほうが、水平的公平の点で望ましい。

また、高齢により勤労所得が得られなくなった分を補填するという公的年金の機能からは、賃金の減った分だけ年金が増加して両者を合わせた当初所得が変わらなければ同じ扱いをすべきであるから、在職老齢年金制度による年金減額も同じにすべきである。よって、公的年金の機能からみても、現行制度のほうが望ましい。

さらに、旧制度では、所得構成において賃金と



年金のバランスがとれているほうが、年金減額が大きくなるが、これは、勤労収入と年金の組み合わせにより老後生活をまかなうという在職老齢年金制度の機能からみて問題である。現行制度ではこのような問題はないから、在職老齢年金制度自体の機能からみても望ましい。

## (2) 垂直的公平

現・旧在職老齢年金制度の垂直的公平性の比較に当たっては、規模ではなく仕組みの違いによる差をみるため、受給権者全員の年金減額の総計が両制度で同じものとする。

不平等度を  $I$  とすると、現・旧在職老齢年金制度による不平等度の変化の差は、

$$dI_1 - dI_0 = - \sum_i \frac{dI}{dy_i} \{r_1(y_i) - r_0(w_i)b_i\}$$

となる。

ここで、年金減額の総計が両制度で同じことから、 $\sum_i \{r_1(y_i) - r_0(w_i)b_i\} = 0$  だから、

$$\frac{dI}{dy_j} < \frac{dI}{dy_k} \text{ のとき, } r_1(y_j) - r_0(w_j)b_j \leq r_1(y_k) - r_0(w_k)b_k \text{ に応じて } dI_1 \leq dI_0$$

また、 $I$  は移転原理を満たすから、

$$y_j < y_k \text{ のとき } y_k \text{ から } y_j \text{ へ所得移転 } dy \text{ を行うと } dI = \left( \frac{dI}{dy_j} - \frac{dI}{dy_k} \right) dy < 0 \quad \therefore \frac{dI}{dy_j} < \frac{dI}{dy_k}$$

$$\text{よって, } y_j < y_k \text{ であれば } \frac{dI}{dy_j} < \frac{dI}{dy_k}$$

以上より、

$$y_i < y_k \text{ のとき, } r_1(y_j) - r_0(w_j)b_j \leq r_1(y_k) - r_0(w_k)b_k \text{ に応じて } dI_1 \leq dI_0$$

となる。

個人  $k$  の所得構成が賃金か年金に偏り、個人  $j$  より当初所得が高くても賃金か年金がかなり低い場合、旧制度では、 $y_j < y_k$  のとき  $r_0(w_j)b_j > r_0(w_k)b_k$  となり、当初所得の低い者のほうが年金減額が大きくなる。これに対して、現行制度では、年金減額が大きさが当初所得に応じて決まるため、その場合でも  $r_1(y_j) < r_1(y_k)$  であり、当初所得の低い者は年金減額も小さい。したがって、

$$y_j < y_k \text{ のとき } r_1(y_j) - r_0(w_j)b_j < r_1(y_k)$$

$$- r_0(w_k)b_k \text{ となるから, } dI_1 < dI_0$$

すなわち、所得構成が賃金か年金に偏り、当初所得が高くても賃金か年金がかなり低い場合、現行在職老齢年金制度のほうが不平等度を低下させる。

さらに、個人  $j$  の所得構成が賃金か年金に偏っている場合、旧在職老齢年金制度では、 $r_0(w_j)b_j \ll r_0(w_k)b_k$  と、当初所得の低い者の年金減額が非常に小さくなるために、 $y_j < y_k$  でも  $y_{j0} > y_{k0}$  と所得順位の逆転が起きる。その程度が大きければ、所得分布の不平等度は、現行制度ほど低下しないか、逆に上昇する。

一方、賃金と年金が当初所得に比例し、現・旧在職老齢年金制度による年金減額の累進度が同じならば、

$y_j < y_k$  のとき、

$$\begin{aligned} \frac{r_0(w_k)b_k}{r_0(w_j)b_j} &= \frac{\{r_0(w_k)/w_k\}w_k b_k}{\{r_0(w_j)/w_j\}w_j b_j} \\ &= \frac{\{r_0(y_k)/y_k\}y_k^2}{\{r_0(y_j)/y_j\}y_j^2} \\ &= \frac{r_1(y_k)}{r_1(y_j)} \frac{y_k}{y_j} > \frac{r_1(y_k)}{r_1(y_j)} \end{aligned}$$

さらに、年金減額の総計が両制度で同じことから、

$$\begin{aligned} r_0(w_k)b_k - r_0(w_j)b_j &> r_1(y_k) - r_1(y_j) \\ \therefore r_1(y_j) - r_0(w_j)b_j &> r_1(y_k) - r_0(w_k)b_k \end{aligned}$$

よって、

$$y_j < y_k \text{ のとき } r_1(y_j) - r_0(w_j)b_j > r_1(y_k) - r_0(w_k)b_k \text{ となるから, } dI_1 > dI_0$$

すなわち、賃金と年金が当初所得に比例するような場合には、旧制度のほうが不平等度を低下させる。

したがって、現・旧在職老齢年金制度のどちらがより不平等度を低下させるかは、現実の所得分布において以上の2つの要素のどちらのほうが強いかにより、それは、賃金、年金と当初所得との相関にかかわる。すなわち、賃金、年金と当初所得との相関係数が、絶対値ではなく符号を含めてみて、大きければ旧制度のほうが不平等度を低下させ、小さければ現行制度のほうが不平等度を低下させる傾向がある。

### (3) 年金減額緩和の影響

上記(2)では、現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果について、規模ではなく仕組みの違いによる差をみるため、両制度による年金減額の総計が同じという条件で比較している。しかし、実際には、図1のように現行制度による年金減額は旧制度よりも緩和されたため、その点で、所得再分配効果は以下のとおり小さくなっている。

現行制度の年金減額は、その規模を明示すれば  $hr(y_i)$  と表され、 $h$  の低下は年金減額の緩和(減額規模の縮小)を示す。すると、 $y_j < y_k$  のとき、両者の年金減額後の所得の比率  $q$  は、

$$q = y_k \left\{ 1 - h \frac{r(y_k)}{y_k} \right\} / \left[ y_j \left\{ 1 - h \frac{r(y_j)}{y_j} \right\} \right]$$

となる。これを  $h$  で微分すると、

$$\frac{dq}{dh} = \left\{ \frac{r(y_j)}{y_j} - \frac{r(y_k)}{y_k} \right\} y_j y_k / \left[ y_j \left\{ 1 - h \frac{r(y_j)}{y_j} \right\} \right]^2$$

年金減額の累進性より  $\frac{r(y_j)}{y_j} < \frac{r(y_k)}{y_k}$  であるから、 $\frac{dq}{dh} < 0$  となる。したがって、年金減額の緩和によって、減額後の所得の格差は拡大し、所得再分配効果は小さくなる。

また、本節1.で述べたように、現行制度の労働供給抑制効果による所得の減少は所得に対して累進的であるから、同様の議論が当てはまり、この効果の点でも、年金減額の緩和によって所得再分配効果は小さくなる<sup>3)</sup>。

以上のように、旧制度と比べた現行制度の所得再分配効果の相対的な大きさは、本来より小さく出ることには留意する必要がある。

## II 現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果の推計

現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果の比較は、両制度の労働供給抑制効果を含めて行うことが望ましい。しかし、この効果の推計は難しく誤差が大きくなる危険もあり、また、本節1.(3)②で後述するように、両制度の効果にあま

り差はないと考えられるため、これを含めずに比較した。

また、在職老齢年金制度の所得再分配効果は、当然、個人所得分布についてみるべきであるが、そのような分布データが少数サンプルのものしか得られなかったため、賃金階層間の所得分布についても所得再分配効果を調べた。

### 1. 賃金階層間の所得分布でみた再分配効果

厚生年金の在職老齢年金制度に関しては、退職老齢年金、在職老齢年金の受給権者の賃金(標準報酬月額)、年金等の全数統計が社会保険庁「事業年報」にあるが、賃金階層別の集計値しか得られない。このため、「事業年報」に基づく在職老齢年金制度の所得再分配効果の推計は、賃金階層間の所得分布について行っている。

#### (1) 不平等の尺度

在職老齢年金制度の所得再分配効果を測るための不平等の尺度については、賃金階層間の所得分布に適用することから、ジニ係数のように所得順位をつけなければならない尺度は使えない。また、賃金階層という構成集団の間の不平等度を測るのであるから、構成集団間に分解可能な尺度が望ましい。

このように構成集団間に分解可能で、かつ、前節2.で述べた移転原理を満たし、平均独立な尺度  $I$  は、Shorrocks (1980) に示されているように、次の形で表される。

$$I = \frac{1}{n} \frac{1}{c(c-1)} \sum_i \left\{ \left( \frac{y_i}{\mu} \right)^c - 1 \right\}, \quad c \neq 0, 1$$

$$I = \frac{1}{n} \sum_i \frac{y_i}{\mu} \log \frac{y_i}{\mu}, \quad c = 1$$

$$I = -\frac{1}{n} \sum_i \log \frac{y_i}{\mu}, \quad c = 0$$

一般に用いられる尺度のうち、タイル尺度 ( $c=1$ ) と相対分散 ( $c=2$ ) がこれに属するため、この2つを不平等の尺度として用いることとする。

#### (2) 推計方法

社会保険庁「事業年報」では、現行在職老齢年

金制度となった1995年度からは、標準報酬月額  
の30等級別に減額（支給停止）前と減額後の年金  
月額が得られるので、賃金階層別の年金額はこれ  
による。賃金階層別の賃金については、標準報酬  
月額を用いるが、最高賃金階層では、標準報酬月  
額を超える者のほうが下回る者よりも多いため、  
労働省「賃金構造基本統計調査」の所定内給与の  
分布を用いて推計した<sup>4)</sup>。

一方、旧在職老齢年金制度下の1990年度から  
1994年度までについては、年金減額率（支給停止  
率）の区分別（2割から8割まで及び全額支給停  
止の8区分）だけで、しかも、減額前の年金月額  
しか得られない。このため、年金減額率の各区分  
ごとに対応する標準報酬等級をまとめて賃金階層  
とする。賃金階層別の賃金は、当該賃金階層に属  
する等級の標準報酬月額の平均とするが、最高賃  
金階層については、「賃金構造基本統計調査」の  
所定内給与の分布を用いて推計した。また、減額  
後の年金月額は、減額前の年金月額から加給年金  
額を除いたものに、対応する減額率を乗じて減額  
分を推計し、これを減額前の年金月額から控除す

ることにより求めた。加給年金額は、加給年金対  
象者数の年金受給権者数に占める比率等により推  
計した。

このように現・旧在職老齢年金制度で賃金階層  
の区分が異なることは、両制度による所得再分配  
効果の推計値に違いをもたらす。そこで、現行制  
度にかかる賃金階層を統合して旧制度と同じ賃金  
階層としたうえで、所得再分配効果の推計を行い、  
両制度を比較した。

また、現行在職老齢年金制度への変更に伴い、  
賃金階層別の当初所得分布が変化しているであろ  
う。このため、現行制度下の1995年度以降の当  
初所得の分布に対し、仮に旧制度を適用した場合  
の所得再分配効果も推計した。

### （3）推計結果

#### ①賃金、年金と当初所得との関係

賃金階層別の減額前の年金と当初所得の推計値  
は、表2のとおりであり、現行在職老齢年金制度  
となった1995年度以降も、旧制度下の1994年度  
以前も、賃金階層による推移は同様である。

表2 賃金階層別の年金と所得（減額前）

（単位：万円）

年度	年金、所得 （月額）	賃金月額階層									平均
		0	9.5 未満	9.5 }	11.4 }	13.8 }	16.5 }	18.5 }	21.0 }	25.0 以上	
90	年金（減額前）	14.7	17.2	12.4	12.1	14.6	13.4	14.3	15.2	15.3	14.7
	当初所得	14.7	25.8	22.8	24.7	29.7	30.9	33.8	38.2	54.2	17.6
91	年金（減額前）	14.7	17.6	13.5	12.2	14.5	13.5	14.2	15.2	15.7	14.7
	当初所得	14.7	26.2	23.9	24.8	29.6	31.0	33.7	38.2	54.8	17.8
92	年金（減額前）	14.7	18.1	14.3	12.3	14.4	13.6	14.2	15.2	15.9	14.7
	当初所得	14.7	26.7	24.7	24.9	29.5	31.1	33.7	38.2	54.4	17.9
93	年金（減額前）	14.7	18.0	14.7	12.4	14.1	13.5	14.0	15.0	16.1	14.7
	当初所得	14.7	26.6	25.1	25.0	29.2	31.0	33.5	38.0	54.8	17.8
94	年金（減額前）	15.3	18.6	15.7	13.0	14.5	13.9	14.5	15.5	16.8	15.3
	当初所得	15.3	27.2	26.1	25.6	29.6	31.4	34.0	38.5	55.9	18.2
95	年金（減額前）	16.1	17.6	14.8	12.0	13.0	13.0	13.7	14.5	18.0	15.9
	当初所得	16.1	26.8	25.3	24.7	28.2	30.5	33.3	37.5	57.3	22.6
96	年金（減額前）	16.1	17.0	14.9	12.4	13.1	13.2	14.0	14.6	18.0	15.9
	当初所得	16.1	26.2	25.4	25.0	28.2	30.7	33.6	37.6	57.9	23.0

注） 社会保険庁「事業年報」に基づいて推計。

賃金階層別の減額前の年金額は、退職者層より低賃金階層のほうが高いが、賃金階層が上がるにつれて低くなり退職者層を下回るようになる。しかし、その後、賃金階層の上昇とともに高くなり、再び退職者層を上回る。このように在職者の減額前年金額は賃金階層に対してU字型となっており、比較的低賃金階層では年金の低さを勤労所得で補う行動がうかがえ、高賃金階層では現役時代の賃金が高く年金も高い者が老後の雇用条件にも恵まれていることがうかがえる。

このように減額前の年金額は、賃金階層の上昇に対して逆に低くなることもあるため、賃金月額が9.5万円未満の階層と13.8万円から25万円までの階層との間など、減額前の年金額と当初所得とで大小が逆転している場合も少なくない。これは、旧制度よりも現行制度のほうが不平等度を低下させるように働く。一方、賃金については当初所得との間で大小が逆転することは少ないが、賃金階層ごとに当初所得を平均しているために賃金階層内の当初所得のばらつきが捨象されていることから、賃金階層別にみると賃金と当初所得との大小の逆転は少なくみえることに留意する必要がある。

## ②再分配効果

現行制度下と旧制度下について、年金減額前と年金減額後の所得分布の不平等度、及び両者の比較による再分配効果を、タイル尺度と相対分散でみると、表3のとおりである。

年金減額前後の不平等度の差を再分配効果とみなすと、現行制度の再分配効果のほうが大きいことになるが、これは、年金減額前の当初所得の不平等度が大きいことを反映している面がある。ちなみに、不平等度の差ではなく減少率を再分配効果とみなすと、旧制度のほうがやや大きいことになる。

現行制度が旧制度より当初所得の不平等度が大きい要因としては、まず、年金減額の緩和により受給権者の労働供給が増加したことが考えられる。しかし、賃金階層別の受給権者数の前年度からの増加をみると、表4のように、旧制度から現行制度に切りかわった1995年度でも、賃金月額9.5万円未満の階層の減少幅が1994年度以前より若干拡大した程度で、低賃金階層の縮小の動きはあまりみられない。したがって、年金減額緩和によって受給権者の労働供給が増加し、低賃金階層がより高い賃金階層に移ったという効果は小さいと考えられる。それよりも、もともと賃金の高い者が、年金減額緩和によって新たに受給権者に加わ

表3 現・旧在職年齢年金制度下の賃金階層間の所得再分配効果

制度	年度	タイル尺度				相対分散			
		減額前	減額後	差	減少率	減額前	減額後	差	減少率
旧	90	0.0623	0.0257	0.0366	0.5874	0.1589	0.0613	0.0976	0.6144
	91	0.0694	0.0290	0.0404	0.5824	0.1776	0.0694	0.1082	0.6092
	92	0.0707	0.0291	0.0416	0.5882	0.1805	0.0694	0.1111	0.6155
	93	0.0689	0.0283	0.0407	0.5901	0.1766	0.0676	0.1091	0.6175
	94	0.0628	0.0243	0.0386	0.6138	0.1616	0.0580	0.1036	0.6411
現行	95	0.1271	0.0633	0.0638	0.5018	0.3217	0.1524	0.1693	0.5263
	96	0.1335	0.0670	0.0666	0.4985	0.3347	0.1610	0.1737	0.5190
(在職者のみ) 旧	90	0.0268	0.0146	0.0122	0.4556	0.0593	0.0326	0.0267	0.4502
	91	0.0284	0.0160	0.0124	0.4360	0.0628	0.0357	0.0271	0.4309
	92	0.0274	0.0151	0.0123	0.4481	0.0604	0.0335	0.0268	0.4447
	93	0.0273	0.0152	0.0121	0.4430	0.0605	0.0339	0.0266	0.4399
	94	0.0269	0.0147	0.0122	0.4522	0.0599	0.0329	0.0269	0.4499
現行	95	0.0562	0.0368	0.0194	0.3451	0.1143	0.0750	0.0392	0.3434
	96	0.0585	0.0383	0.0203	0.3462	0.1149	0.0775	0.0374	0.3258

注) 社会保険庁「事業年報」に基づいて推計。

表4 賃金階層別の受給権者数の増加

(単位：万人)

年度	賃金月額階層 (単位：万円)									合計
	0	9.5 未満	9.5 }	11.4 }	13.8 }	16.5 }	18.5 }	21.0 }	25.0 以上	
91	6.0	-0.2	0.3	0.2	0.1	0.3	0.3	1.0	0.5	8.4
92	10.2	-0.2	0.3	0.3	0.1	0.3	0.3	0.7	0.3	12.3
93	8.7	-0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	0.0	9.7
94	11.2	-0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	11.6
95	13.2	-0.4	0.9	1.9	2.3	1.6	1.9	2.4	19.0	42.7

注) 社会保険庁「事業年報」に基づいて推計。

ったことの影響のほうが大きい。表4では、1995年度における賃金月額25万円以上の階層がそれまでよりも大幅に増加するとともに、受給権者数合計の増加も1994年度以前より大幅になっている。

したがって、当初所得の不平等度の相違の影響を避ける方策として、現行制度下の当初所得の分布に対して、仮に旧制度を適用した場合の不平等度の低下を推計し、現行制度と比較することが考えられる。このような比較を行ったのが、表5である。表5では、同じ当初所得分布について比較しているから、年金減額前と年金減額後の不平等度の差を再分配効果とみなして両制度を比較できる。なお、旧在職老齢年金制度下の1994年度以前と比較する必要はないので、標準報酬月額30等級を統合することはず、そのまま賃金階

層としている。

再分配効果は、全体では旧制度のほうがやや大きい。前者は、現行制度による年金減額が旧制度よりも緩和されたために、退職者と在職者の間の所得再分配効果が小さくなったことを反映している。後者は、現行制度では旧制度よりも、年金減額の大きさが当初所得に連動する程度が大きいことの影響であろう。

以上のように、現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果には、大きな相違はない。しかし、前節3.(3)で述べたように、現行制度による年金減額は旧制度よりも緩和されたため、この点では、所得再分配効果は小さくなっている。すなわち、現行制度は、高齢者の労働供給のインセンティブを損なう等の効率面への悪影響を減少させるように、年金減額の程度を緩和したにもかかわらず、旧制度と同様の所得再分配効果を保っている<sup>5)</sup>。ただし、年金減額の労働供給抑制効果を考慮すれば、現行制度の所得再分配効果は旧制度よりもやや小さくなると考えられるが、これも、現行制度の年金減額緩和によるところが大きい。したがって、年金減額の程度が同じであれば、すなわち、年金減額の規模ではなく仕組みとしては、現行在職老齢年金制度の所得再分配効果のほうが大きいといえる。これは、年金減額の大きさが当初所得に連動する程度が強まったことによるところが大きい。

表5 現・旧在職老齢年金制度の賃金階層間の所得再分配効果の比較

年度	制度	タイル尺度				相対分散			
		減額前	減額後	差	減少率	減額前	減額後	差	減少率
95	現行	0.1381	0.0744	0.0636	0.4610	0.3826	0.2047	0.1779	0.4649
	旧	0.1381	0.0695	0.0686	0.4969	0.3826	0.1969	0.1857	0.4854
96	現行	0.1450	0.0783	0.0667	0.4599	0.3970	0.2132	0.1838	0.4630
	旧	0.1450	0.0736	0.0714	0.4925	0.3970	0.2064	0.1906	0.4802
95	現行	0.0789	0.0635	0.0154	0.1957	0.1855	0.1573	0.0281	0.1517
	旧	0.0789	0.0704	0.0086	0.1084	0.1855	0.1794	0.0060	0.0325
96	現行	0.0817	0.0648	0.0169	0.2064	0.1859	0.1572	0.0287	0.1545
	旧	0.0817	0.0728	0.0089	0.1093	0.1859	0.1812	0.0047	0.0251

(在職者のみ)

注) 1. 社会保険庁「事業年報」に基づいて推計。

2. 旧在職老齢年金制度の数値は、95、96年度の当初所得の分布に対して仮に旧制度を適用した場合のものである。

## 2. 個人間所得分布でみた再分配効果

当初所得が高くても賃金か年金がかなり低い場合には、賃金、年金の一方が低い分、他方は所得以上に高くなるわけであるから、賃金と年金の大小の逆転の程度は、所得と賃金、年金との逆転の程度よりも大きい。この逆転の程度が大きければ、前節3.(2)で述べたように、旧在職老齢年金制度による不平等度低下の程度を弱める方向に働く。したがって、賃金階層間の所得分布については、個人間所得分布よりも、旧制度による不平等度の低下が小さくなるから、現行制度による不平等度の低下が相対的に大きくみえる。

そこで、郵政省郵政研究所「家計における金融資産選択に関する調査」の個票データに基づいて、個人間所得分布について現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果の推計を行う。この調査は、1988年から2年ごとに11月から12月にかけて実施され、調査時点前1年間の所得等を尋ねているため、現行制度となった直後の1996年と直前の旧制度下の1994年のデータが得られる。この点で、在職老齢年金制度の改定による所得再分配効果の変化をみるのにふさわしい。ただし、調査対象が、世帯主が20歳以上の世帯という全般的なものであるため、在職老齢年金制度の対象である60歳から64歳までの厚生年金受給権者が必要なデータがそろっているものを取り出すと、サンプル数は150程度であることに留意する必要がある。

### (1) 不平等の尺度

不平等の尺度としては、本節1.と同じくタイル尺度と相対分散を用いる。また、個人間所得分布では、賃金階層間の所得分布と違って、所得順位をつけなければならない尺度も使えるので、ジニ係数も用いる。

### (2) 推計方法

「家計における金融資産選択に関する調査」は、世帯主と配偶者について、年齢、職業、賃金、加入している公的年金制度の種類(厚生年金、共済

組合、国民年金)、受給している公的年金の種類、受給額を尋ねている。このため、在職老齢年金制度の対象である60歳から64歳までの厚生年金受給権者を取り出して、賃金、在職老齢年金制度による減額前及び減額後の年金、賃金と年金を合わせた所得等を推計し、在職老齢年金制度の所得再分配効果を求めることができる。

ただし、賃金については事業収益を含む収入の計数しか得られないが、無職の者は賃金を0とし、厚生年金の被保険者は収入の計数を賃金の額とみなしている。さらに、これは賞与を含む年収であるため、郵政省郵政研究所「貯蓄に関する日米比較調査」(1995年度)の個票から、年収と賞与を除く月収との回帰式を求め、この回帰式に「家計における金融資産選択に関する調査」の年収を当てはめて賃金月額を推計した。

また、年金については、実際に受給している額、すなわち在職老齢年金制度による減額後の計数しか得られない。このため、1996年については現行在職老齢年金制度、1994年については旧在職老齢年金制度にしたがって、賃金月額と減額後の年金月額から減額前の年金月額を推計した。

以上の賃金と年金の推計値を合わせた所得の分布について、現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果を推計し、両制度の比較を行った。

## (3) 推計結果

### ①賃金、年金と当初所得との関係

賃金、減額前の年金と当初所得との相関係数は、表6のとおり正であるが、賃金と当初所得との相関係数は、年金と当初所得との相関係数より小さい。したがって、大小が逆転し、旧制度よりも現行制度のほうが不平等度を低下させるように働くケースは、賃金と当初所得との間のほうが多いであろう。

なお、減額前の年金月額の平均は、1994年で14.5万円、1996年で17.0万円となっている。全数統計である社会保険庁「事業年報」に基づいて推計した平均が、1993年度末及び1994年度末で15万円程度、1995年度末及び1996年度末で16万円程度であることから、これらはほぼ妥当な値

表6 賃金、年金(減額前)と当初所得の相関係数

	賃金と 当初所得	年金(減額前)と 当初所得
94年(旧在職老齢年金制度)	0.69	0.85
96年(現行在職老齢年金制度)	0.71	0.81

注) 郵政省郵政研究所「家計における金融資産選択に関する調査」に基づいて推計。

といえる。一方、在職者の賃金月額平均は、1994年で15.1万円、1996年で15.9万円であり、「事業年報」に基づいて推計した平均が、1993年度末及び1994年度末で18万円程度、1995年度末及び1996年度末で25万円程度であることに比べるとかなり低く、本推計では高賃金の在職者が漏れている可能性が強い。また、その程度は、1996年のほうが大きい。このような賃金推計値の状況を反映して、当初所得の平均も、「事業年報」に基づいて推計した平均より小さくなっている。

## ②再分配効果

現行制度下の1996年と旧制度下の1994年について、年金減額前と年金減額後の所得分布の不平等度、及び両者の比較による再分配効果を、タイル尺度、相対分散とジニ係数でみると、表7のとおりである。

表7の不平等度には賃金階層内の不平等も含まれるため、タイル尺度と相対分散のどちらでみても、年金減額前、年金減額後とも、表3の賃金階層間の不平等度より大きい。また、①で述べたように、本表の推計では特に1996年について高賃金の在職者が漏れていると考えられることもあって、所得分布の不平等度は、表3と逆に、どの尺度でみても、年金減額前、年金減額後とも、現行在職老齢年金制度下のほうが小さいが、それほど大きな違いはない。したがって、表3とは異なり、現・旧在職老齢年金制度の比較に当たって年金減額前と減額後の不平等度の差を再分配効果とみなしても、その減少率を再分配効果とみなしても、大きな影響はない。

これらにより現・旧在職老齢年金制度の所得再分配効果をみると、両制度でほぼ同じになっている。しかし、前節3.(3)で述べたように、現行

表7 現・旧在職老齢年金制度下の所得再分配効果

不平等尺度	制度	年	減額前	減額後	差	減少率
タイル尺度	旧	94	0.2268	0.1681	0.0587	0.2589
	現行	96	0.2014	0.1444	0.0570	0.2829
相対分散	旧	94	0.4787	0.3022	0.1765	0.3688
	現行	96	0.4208	0.2584	0.1624	0.3859
ジニ計数	旧	94	0.3685	0.3160	0.0525	0.1425
	現行	96	0.3444	0.2886	0.0558	0.1620

注) 郵政省郵政研究所「家計における金融資産選択に関する調査」に基づいて推計。

制度では、年金減額が旧制度よりも緩和され、この点で所得再分配効果は小さくなっている。それにもかかわらず、両制度の所得再分配効果がほぼ同じであるから、本節1.と同様、年金減額の規模ではなく仕組みとしては、現行在職老齢年金制度の所得再分配効果のほうが大きいといえる。これは、年金減額の大きさが当初所得に連動する程度が強まったためであろう。

## III 結論と課題

### 1. 在職老齢年金制度の所得再分配機能の意義

老齢で勤労所得が得られなくなった後は公的年金が生活費の支柱となるが、人によって雇用環境や健康状態はさまざまであるから、就業可能年齢にはばらつきがあり、また、就業できる高齢者の中でも可能な労働強度は異なる。すなわち、誰もが同じ年齢でいっせいに完全退職するわけではなく、就業から退職への過渡期が存在する。したがって、公的年金の支給要件においてもこのような過渡期を考慮することが望ましく、在職老齢年金制度(60歳から64歳の間の被用者退職老齢年金を含む。)はこれに対応したものといえよう。

ただし、在職老齢年金制度は、一種の所得制限であるから、早く退職して年金を受給したほうが、同じ保険料拠出で受給する生涯年金総額が多くなるため、早期退職を促進する効果をもつ。このような効率面の短所だけを考えれば、在職老齢年金制度を廃止し、早期に年金を受給したい者には、年金数理的に適正な率で減額された年金を、就業状況にかかわらず支給するのがよい。高齢者の

就業が個人の選択だけの問題であるならば、これが望ましい。

しかし、高齢者の就業は、個人の選択だけでなく、雇用環境や健康状態などの個人の選択によらない外的要因に基づく就業可能度の要素も大きい。したがって、高齢により勤労所得が得られなくなった分を補填するという公的年金の役割からみて、在職老齢年金制度の所得再分配機能は必要であるから、この制度を廃止すべきではない<sup>6)</sup>。求められるのは、在職老齢年金制度の仕組みや規模(年金減額の程度)を適切なものにする事である。

現行在職老齢年金制度は、被保険者として就業すれば当初所得にかかわらず年金が2割減額される等の問題がまだ残っているものの、年金減額の大きさが当初所得に連動する程度が強く、高齢により勤労所得が得られなくなった分を補填するという公的年金の役割からみて、ほぼ適切な所得再分配の仕組みになっているといえよう。

したがって、今後の在職老齢年金制度の課題としては、その仕組みではなく、規模(年金減額の程度)が重要となろう。これについては、早期退職を促進するという効率面の短所だけでなく、雇用環境や健康状態などを要素とする就業可能度に応じて所得再分配を行うという公正面の長所を考慮し、両者の比較衡量により在職老齢年金制度の規模(年金減額の程度)を決定すべきである。

## 2. 年金支給開始年齢の引上げと在職老齢年金制度

在職老齢年金制度では、60歳から64歳の間を就業から退職への過渡期とみなしてこれに対応していると考えられる。しかし、この年齢層は就業可能な健康状態の者が多く、今後、雇用政策等により高齢者の雇用が確保されていけば、この年齢層に在職老齢年金制度を適用する必要は薄れるであろう。被用者年金において、定額部分の支給開始年齢が経過期間において60歳から65歳に引き上げられることになっており、さらに報酬比例部分についても支給開始年齢の引上げが検討されているのは、厳しい年金財政事情によることはもち

ろんであるが、こうした就業可能年齢上昇の見方に立っているものと思われる。

しかし、将来、通常65歳まで就業できるようになれば、65歳以降において、就業できる者とできない者のばらつきができ、就業から退職への過渡期が生じるであろう。すなわち、就業から退職への過渡期は、就業可能年齢の上昇に伴って消滅するのではなく、より高年齢のほうにシフトしていく。したがって、在職老齢年金制度も、将来、年金支給開始年齢の引上げに伴って廃止するのではなく、より高年齢を対象としたものに変更していくべきである。さらに、現状でも65歳以上の就業者が少なくないから、現時点で在職老齢年金制度の対象を65歳以上まで広げるべきである。

## 謝 辞

本稿の作成に当たり、貴重なコメントをいただいた中村彰宏郵政省郵政研究所研究官および2名の本誌匿名レフェリーに深く感謝したい。

(平成11年5月投稿受理)

## 注

- 1) 平均独立性の前提により、在職老齢年金制度で年金減額前よりも平均所得が減少しても不平等度への影響はない。すなわち、在職老齢年金制度により年金減額前の当初所得  $y_i$  から所得が  $dy_i$  減少するとすると、 $y_i$  の平均  $\mu$  も  $\frac{1}{n} \sum_i dy_i$  減少するが、平均独立性により各人の所得を比例的に変化させても不平等度は不変だから、全員の所得を  $\mu / \left( \mu - \frac{1}{n} \sum_i dy_i \right)$  倍して平均所得を年金減額前と同じにしても不平等度は変わらない。

したがって、年金減額後の不平等度は、当初所得の分布に対して各人間の所得移転を加えた分布の不平等度と同じである。

この所得移転は、

$$\begin{aligned} & (y_i - dy_i) \mu / \left( \mu - \frac{1}{n} \sum_i dy_i \right) - y_i \\ & = \left( -\mu dy_i + \frac{y_i}{n} \sum_i dy_i \right) / \left( \mu - \frac{1}{n} \sum_i dy_i \right) \end{aligned}$$

であるから、

$j$  を移転の受け手とすると、

$$-\mu dy_j + \frac{y_j}{n} \sum_i dy_i > 0 \text{ より、}$$



$$\frac{dy_j}{y_j} < \frac{1}{n\mu} \sum_i dy_i$$

$k$  を移転の出し手とすると、

$$-\mu dy_k + \frac{y_k}{n} \sum_i dy_i < 0 \text{ より、}$$

$$\frac{dy_k}{y_k} > \frac{1}{n\mu} \sum_i dy_i$$

$$\therefore \frac{dy_j}{y_j} < \frac{dy_k}{y_k}$$

ここで、在職老齢年金制度による年金減額が、当初所得に対して累進的であれば、

$$y_j < y_k \Rightarrow \frac{dy_j}{y_j} < \frac{dy_k}{y_k}$$

であるから、移転の受け手  $j$  より移転の出し手  $k$  のほうが当初所得が高い。したがって、年金減額後の所得分布の不平等度は、当初所得の分布に対して高所得者から低所得者への所得移転を加えた分布の不平等度と同じになる。このため、移転原理により、年金減額後の所得分布の不平等度は、所得順位が年金減額前と逆転することがなければ、年金減額前よりも小さい。

なお、相対的高所得者から相対的低所得者への、所得順位を逆転させない所得移転によって不平等度は低下するという移転原理は、受け入れやすい一般性のある価値判断であろう。一方、不平等度が所得の相対的分布のみにかかわり、その絶対水準、したがって平均所得には依存しないという平均独立性は、移転原理ほど一般性はない。たとえば、平均所得が低く社会全体が貧しい場合には乏しい総所得を均等に分配して飢餓に陥る者をなくすことがのぞましいというし、逆に、社会が豊かになるとともに平等化の要請が強まるという可能性もあろう。しかし、このような両方向の効果が相殺される面もあろうし、また、ジニ係数、変動係数(その2乗の相対分散)、タイル尺度、アトキンソン尺度等、一般に用いられている不平等の尺度は平均独立であることから、平均独立性を前提にしてもそれほど一般性を失わないであろうと思われる。

$$2) \frac{dy_i}{y_i} = \frac{y_i - y_{i0}}{y_i} = \frac{\{r_0(w_i)/w_i\} w_i b_i}{y_i}$$

$$\therefore \frac{dy_j}{y_j} / \frac{dy_k}{y_k} = \frac{\{r_0(w_j)/w_j\} w_j b_j y_k}{\{r_0(w_k)/w_k\} w_k b_k y_j}$$

ここで、旧制度による年金減額が賃金に対して累進的であるから、

$$w_j < w_k \text{ であれば、 } 0 < \frac{r_0(w_j)/w_j}{r_0(w_k)/w_k} < 1$$

また、

$$w_j b_j y_k - w_k b_k y_j$$

$$= w_j b_j (w_k + b_k) - w_k b_k (w_j + b_j)$$

$$= w_j w_k (b_j - b_k) + b_j b_k (w_j - w_k)$$

より、

$$w_j < w_k \text{ かつ } -\frac{(b_k - b_j)/b_j}{(w_k - w_j)/w_j} < \frac{b_k}{w_k} \text{ であれば、}$$

$$0 < \frac{w_j b_j y_k}{w_k b_k y_j} < 1$$

$\therefore y_j < y_k$  のとき、 $w_j < w_k$  かつ

$$-\frac{(b_k - b_j)/b_j}{(w_k - w_j)/w_j} < \frac{b_k}{w_k} \text{ であれば、 } \frac{dy_j}{y_j} < \frac{dy_k}{y_k}$$

となる。したがって、旧制度によって所得分布の不平等度は低下する(所得順位が年金減額前と逆転することはないものとする)。

すなわち、所得の高い者は賃金も高く、かつ、年金の賃金弾力性が年金の賃金に対する比率より小さければ、年金減額が所得に対して累進的となるから、所得分布の不平等度は低下する。

なお、所得の高い者が賃金も減額前の年金も高ければ、もちろんこれらの条件は満たされ年金減額が所得に対して累進的となるから、旧制度によって所得分布の不平等度は低下する。

3) 現行制度の労働供給抑制効果による所得の減少  $z$  については、

$$z = vL(v) - vL\left(v - hv \frac{dr}{dy}\right) \text{ となるから、 } z$$

は  $h, y$  の関数として  $z(h, y)$  と表される。すると、 $y_j < y_k$  のとき、両者の労働供給抑制効果を考慮した所得比率  $p$  は、

$$p = y_k \left\{ 1 - \frac{z(h, y_k)}{y_k} \right\} / \left[ y_j \left\{ 1 - \frac{z(h, y_j)}{y_j} \right\} \right]$$

となる。これを  $h$  で微分すると、

$$\frac{dp}{dh} = \left[ \left\{ 1 - \frac{z(h, y_k)}{y_k} \right\} L' \left( v - hv \frac{dr}{dy_j} \right) \frac{dr}{dy_j} / y_j \right. \\ \left. - \left\{ 1 - \frac{z(h, y_j)}{y_j} \right\} L' \left( v - hv \frac{dr}{dy_k} \right) \right. \\ \left. \times \frac{dr}{dy_k} / y_k \right] y_j y_k v^2 / \left[ y_j \left\{ 1 - \frac{z(h, y_j)}{y_j} \right\} \right]^2$$

ここで、 $z$  の累進性より、

$$1 - \frac{z(h, y_k)}{y_k} < 1 - \frac{z(h, y_j)}{y_j}$$

$r$  の累進性より、 $\frac{dr}{dy_j} < \frac{dr}{dy_k}$ 、労働の限界不効用増より  $L'' < 0$  だから、

$$L' \left( v - hv \frac{dr}{dy_j} \right) < L' \left( v - hv \frac{dr}{dy_k} \right)$$

$\frac{d^3 r}{dy^3} \cong 0$  とみなせることから、

$$\frac{d \left( \frac{dr}{dy} / y \right)}{dy} = \left( \frac{d^2 r}{dy^2} y - \frac{dr}{dy} \right) / y^2 \cong 0$$

となるため、 $\frac{dr}{dy_j} / y_j \cong \frac{dr}{dy_k} / y_k$

したがって、 $\frac{dp}{dh} < 0$  となるから、年金減額の

緩和による労働供給抑制効果の低下によって、所得格差は拡大し、所得再分配効果は小さくなる。

4) 在職老齢年金受給者は被用者として年金保険料を支払うが、この保険料については、それによる将来の年金額増加を控除した純負担額が、

年金額のスライド率(賃金上昇率)や利子率しだいで異なり、しかも負担とならない場合が多いため、考慮していない。

年金保険料については、被用者が支払うのと同額が使用者からも支払われ、両者の合計額に対応して将来の年金額が増加するため、通常、年金額増加分が被用者の支払う保険料を上回る(厚生省(1995) pp. 251-254)。ただし、被保険者期間がかなり長い被用者については、年金額の約半分に相当する定額部分の増加が頭打ちになるため、年金額増加分も半分になるが、公的年金が物価や賃金の上昇に対応できるメリットを考慮すれば、被用者の支払う保険料を上回る便益がある可能性が高い(浜田(1998)では、被用者と使用者の保険料の合計と年金とを比較して、そのような推計結果が得られているが、これは、年金と被用者の支払う保険料の倍とを比較したわけであるから、年金の半分と被用者の支払う保険料とを比較するのと同じことである)。

また、公的年金制度の影響だけをみるため、他の社会保険料・給付や税については考慮していない。

- 5) 現行在職老齢年金制度において、旧在職老齢年金制度における年金減額のラチェット(屈折点)がなくなり滑らかになったこと(図1)は、高齢者の労働供給への悪影響を減じたとはいえない。この改定は、ラチェットの高さを無限に低くする代わりにその数を無限に増やしたものであるから、ラチェットごとの影響の減少はラチェットの数の増加によって相殺される。
- 6) 所得再分配機能は累進税である所得税にもあるが、所得税は財産所得等も含めたすべての所得を対象とし、就業可能度に注目したものでは

ない。

#### 参考文献

- A. K. Sen 著, 杉山武彦訳(1977), 『不平等の経済理論』, 日本経済新聞社。
- 青木昌彦(1979)『分配理論』, 筑摩書房。
- 牛丸 聡(1996)『公的年金の財政方式』, 東洋経済新報社。
- 厚生省(1995)『年金と財政』, 法研。
- (1998)『年金白書(平成9年度版)』, 法研。
- 清家 篤(1993)『高齢化社会の労働市場』, 東洋経済新報社。
- 高山憲之「富と所得の分布」, 『経済学大辞典1』, 東洋経済新報社。
- 堀 勝洋(1997)『年金制度の再構築』, 東洋経済新報社。
- 郵政省郵政研究所(1995年度)『貯蓄に関する日米比較調査』。
- (1994年度, 1996年度)『家計における金融資産選択に関する調査』。
- 労働省(1996年度)『高年齢者就業の実態』, 大蔵省印刷局。
- 浜田浩児(1998)「インフレ・リスク, 高齢化と公的年金, 個人年金の機能」, チャールズ・ユウジ・ホリオカ, 浜田浩児編著『日米家計の貯蓄行動』, 日本評論社。
- A. F. Shorrocks(1980) "The Class of Additively Decomposable Inequality Measures," *Econometrica* Vol. 48, No. 3, pp. 613-625.
- Henri Theil(1967) *Economics and Information Theory*, North-Holland Publishing Company.
- (はまだ・こうじ 大阪大学教授)

## 社会 保 障 法 判 例

嵩 さ や か

家事介護週2回・1回2時間のホームヘルパー派遣を、  
身体介護を含む週3回・1回2時間のホームヘルパー派  
遣に変更した福祉事務所長の決定が適法とされた事例

大阪地方裁判所平成10年9月29日判決(平成8年(行ウ)第73号ホ  
ームヘルパー派遣決定処分取消等請求事件)『賃金と社会保障』1245  
号30頁

### I 事実の概要

1 原告Xは被告Y1(大阪市城東区福祉事務所  
所長)より、平成5年10月14日付けで、家事介  
護週2回・1回2時間のホームヘルパー派遣決定  
を受けていた。

2 Xと同居する長男Aは、介護の負担を訴え、  
平成5年から同6年にかけて身体介護の追加と派  
遣時間の拡大を数回にわたり申し入れた。これに  
対し、福祉事務所の担当者やコーディネーターは  
いずれも相談扱いとし、その場で口頭で拒否した。

3 平成7年11月21日、XはY1に対して、  
現在の派遣に加えて介護型ヘルパー週7回・1回  
3時間の派遣を求める旨の変更申請書を提出した。  
これを受けて、Y1は、大阪市城東区におけるホ  
ームヘルパーの派遣状況(X同様、全面介護を要  
し、家族と同居している高齢者の場合、待機世帯  
9件、派遣3件のうち1件が週3回・1回2時間、  
2件が週2回・1回2時間であった。)、ホームヘ  
ルパー6名増員の見込み、Xの日常生活動作、A  
の介護力等を総合的に勘案して、平成8年1月8

日に、介護サービスに身体介護を含め、週3回・  
1回2時間に派遣時間を拡大するホームヘルパー  
派遣変更決定(以下「本件変更決定」という。)を  
行った。

4 Xは本件変更決定を不服とし、Y1に対す  
る当該決定の取り消しと、被告Y2(大阪市)に  
対する損害賠償を求めて、本件訴えを提起した。

5 なおY2は、平成4年4月に、「大阪市ホ  
ームヘルプサービス事業運営要綱(以下「本件要  
綱」という。)」及びその事業細則である「大阪市  
ホームヘルプサービス事業事務処理要領(以下  
「本件要領」という。)」を制定していた。そこ  
には、申請手続きや派遣要否の決定、「ホームヘ  
ルパー派遣基準(以下「本件派遣基準」という。))  
を参考とした派遣回数決定等が定められていた。

### II 判 旨

1(1) 本件変更決定が、法律上、「週7回・1  
回3時間の派遣を求めるXの本件変更申請書の  
提出との関係で……原告からの申請を一部拒否す  
る内容の行政処分(申請に対する拒否処分)とし

ての性質を有するか否かについては、その根拠となる法令が個人に対して派遣を求める申請権を付与しているものと解し得るかどうかによって決すべきである。そして、本件変更決定の法律上の根拠は法（老人福祉法一筆者注。以下「法」という。）10条の4第1項1号と解されるから、まず、法が、国民に対し、法10条の4第1項1号の措置を採ることを求める申請権を与えているかどうかが問題になる。」

法10条の3、法10条の4第1項1号、法12条、法12条の2、法施行令1条の2、法施行規則1条の2の「各規定をみると、法は、……個人がホームヘルパー派遣の申請権を有すること、あるいは、これを前提とした申請の手続きや派遣の措置が認められなかった場合の不服申立てに関する規定はなく、右の申請権があることを窺わせるような規定もない。」

したがって、「本件変更決定を原告の申請を（一部）拒否するとの内容の行政処分と解することはできないというほかない。」

（2）「新たにホームヘルパーを派遣する旨の措置は、名宛人に対し、右措置の内容に従ったホームヘルパーの派遣を求める法律上の地位を付与する、名宛人に有利な行政処分と解するのが相当であり、派遣の措置の変更は、従来の措置の内容に比較して名宛人に不利益な部分は措置の一部解除としての不利益処分、名宛人に有利な部分は新たな利益処分として、いずれも、行政処分と解すべきことになる。ただし、利益処分に対しては、名宛人はその取消しを求める法律上の利益はないといわざるを得ない。」

本件変更決定は、Xにとって有利に変更する処分であるので、「Xにはその取消しを求める法律上の利益はない、といわざるを得ない。」

2 「ホームヘルパーの派遣の法律上の根拠となる法10条の4第1項や法施行令及び法施行規則の規定をみても、……法10条の4第1項所定の介護の要件及び介護の内容については、……具体的、明確な規定は見当たらない。また、……法10条の4第1項は「市町村は、必要に応じて、次の措置を採ることができる。」と規定されてい

るのみである。」

「ホームヘルパーの派遣の要否、回数や時間、それによる介護の内容の決定は、……専門技術的判断を要するとともに、その派遣には費用を要し、派遣されるホームヘルパーの人的資源にも制約があることから、当該市町村及び区域におけるホームヘルパー派遣の需要及びその将来の見通し、並びに実際に派遣されているホームヘルパーの数、回数及びその内容等の諸事情を把握し、それらの総合的判断としてされるものといわざるを得ない。また、……派遣の需要に対して派遣の供給余力が不足する場合には、……限られた財源、人的資源を派遣希望者にどのように割り振って配分するのかの問題にもなりうるのであって、このような判断は、その相当部分は、前記の諸事情を把握して対処する立場にある……Y1の裁量に委ねられているものというべきである。」

Aの介護負担は重かったが、ホームヘルパー以外の介護サービスによって介護負担を軽減する方法もあり、城東区のホームヘルパーの供給は恒常的に不足する状態であった。また、コーディネーターや福祉事務所の担当者に重要な事実の誤認は認められない。「本件派遣基準はあくまでも参考とされるものにすぎず、本件要綱及び本件要領においても、少なくとも本件派遣基準にしたがった派遣が確保されるものとされていたわけではない。」以上の諸事情を考慮すると、本件変更決定は、その裁量を逸脱したり、又は濫用したりしたものととして違法であるとはいえない。

### III 評 釈

#### 1 本判決の意義

（1）これまで、福祉サービスによるホームヘルパー派遣決定の違法性を争った事案としては、東京地判平成8年7月31日判例時報1593号41頁があるのみであった。ここでは、障害者の母親を介護していた原告が、右足を負傷したため介護にはあたれないとしてホームヘルパー派遣申請を行い、これに対してなされた不承認処分の取消しと損害賠償が争われた。上記判決は、原告の怪我

はすでに治癒し、母親の介護にあたるため、当該処分を取消しても再度ホームヘルパーが派遣される可能性はないとして訴えの利益を否定し、訴えを却下した。

本判決は、取消しの訴えの却下にあたり、上記判決では明示されなかったホームヘルパー派遣決定の法的性質について判断している点が注目される。つまり、本判決は、まず「申請権」の存在を否定して、本件派遣決定は拒否処分にはあたらないとする。そして、本件変更決定の法的性質を利益処分と捉えて、Xの法律上の利益(すなわち原告適格)を否定した。本判決によると、新たなホームヘルパー派遣・不派遣決定や派遣内容を追加する変更決定は、権利のないところに権利を新たに設定する決定、または権利のないことを単に明示する決定に過ぎず、取消しを求める法律上の利益が否定されることになる。したがって、原告適格が認められるのは、従前のホームヘルパー派遣を処分の名宛人にとって不利益に変更する決定に限られることになる(判旨で引用しなかった部分で、このことは明示されている)。このように本判決が、不利益変更決定以外の決定について、処分の名宛人の原告適格を否定し、取消訴訟による利益回復の道を閉ざした点は、今後の同様の訴えの提起に少なからず影響を及ぼすであろう。

(2) 判旨2は、派遣事業が需要を満たさない場合、ホームヘルパー派遣決定は限られた資源の配分の問題となり、その判断は広くY1の裁量に委ねられているとする。そして、本判決は、裁量権の逸脱濫用を、本件変更決定の前提となる重要な事実の誤認の有無という観点から審理する。他方で、本判決は、決定された派遣回数や時間の相当性に関しては判断を示さない。しかし、これは原告の主張が、本件変更決定が週7回・1回3時間に満たないこと、もしくは本件派遣基準を下回ることの違法性に絞られ、その回数や時間の相当性には触れなかったためとも考えられる。ただ少なくとも、本判決が、派遣の供給不足の場合に行政実務の裁量権行使を広く認めた点は、この問題に関する一つの先例としての意義を有するといえよう。

また、本判決は、判旨2で上記の「重要な事実」を明らかにしている点も注目される。具体的には、本判決は、Xの日常生活動作等の状況、Aの介護負担の程度、ホームヘルパー派遣以外の介護負担を軽減する方法の有無、ホームヘルパーの需給状況について、事実認定をもとに評価をする。そして、本判決は、これらの評価とコーディネーター等が認識していた事実を比較して、重要な事実の誤認を否定したと考えられる。したがって、本判決は、上記の事実が「重要な事実」を構成し、ホームヘルパー派遣決定における裁量権の逸脱濫用の判断基準になることを示したといえる。この点も、今後の訴訟の参考となろう。

(3) 以上の本判決の意義を踏まえ、本稿では、まず判旨1との関係で、本件変更決定の法的性質、とりわけ拒否処分性を基礎づける「申請権」の存否を検討する。その上で、Xに原告適格を認める余地がなかったのかを検討する。

判旨2では、資源上の制約、とりわけ供給不足による資源配分の必要性が行政庁の裁量を広く認める根拠となっているといえる。そこで次に、限られた資源を派遣希望者に配分する必要性から、Y1に広い裁量権を認めることができるのかを検討する。

## 2 本件変更決定の法的性質

(1) 判旨1(1)は、本件変更決定は、その根拠法令が「申請権」を付与するものではないため、当該決定は拒否処分にはあたらないとする。判旨にしたがえば、本件変更決定の取消訴訟が拒否処分の取消しの訴えとして捉えられるかは、「申請権」の有無によって決まることになる。そこで、まず本判決が示した「申請権」の内容を検討する必要がある。

判旨1(1)は、「週7回・1回3時間の派遣を求めるXの本件変更申請書の提出との関係で」本件変更決定が申請に対する拒否処分としての性質を有するの否かを判断している。そうすると、判旨1(1)は「申請権」の内容として、「具体的な一定量(本件の場合は週7回・1回3時間)の派遣を請求する権利」を想定していると考えられ

る。つまり、本判決のいう「申請権」は、上記の内容を持つ実体的権利を指している<sup>1)</sup>。

(2) 次いで本判決は、判旨1(1)で、法が上記の意味での「申請権」を付与しているか否かを判断する。これに際し本判決は、法10条の3や法10条の4第1項等の規定に加え、申請手続や不服申立てを定めた規定の有無をも検討している。更に、本判決は、判旨には引用しなかったが、生活保護法や介護保険法が「申請権」を認める根拠として、申請・審査の手続、書面による決定の通知、不服申立て等を定めた規定の存在を挙げる。このように、本判決は結論を導くについて、申請手続や不服申立て規定の有無を重視しているといえる。しかし、これは、手続の問題であって、本判決が当初検討対象として想定していた実体的権利としての「申請権」とは局面が異なる。

確かに、派遣の措置が認められなかった場合の不服申立てに関する定め存否は、実体的権利としての「申請権」の有無の判断の手掛かりとなる。しかし、不服申立て規定の存否は、実体的権利としての「申請権」の存否を当然に左右するわけではないと考えられる。やはり、派遣決定の根拠規定の解釈によって、実体的権利としての「申請権」の有無が判断されるべきであろう<sup>2)</sup>。

(3) そこで、本件変更決定の根拠規定である法10条の4等から、本判決のいう実体的権利としての「申請権」が認められるのかを検討する。

行政解釈は、法10条の4が挿入された1990年改正前の法11条の「義務づけ規定」について以下のように述べる。「本条による措置は、措置の実施機関に課された義務であって、……希望者からの請求権に基づくものではない。したがって、措置を受けることにより老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する「反射的利益」であると考えられる<sup>3)</sup>」。行政解釈は、「義務づけ規定」においてさえも請求権(つまり本件でいう「申請権」)を認めないから、「できる規定」である法10条の4においてはなおさら認めないと考えられる<sup>4)</sup>。

学説上も、行政解釈同様、「できる規定」は行

政庁に一定の給付を行う権限を与えただけであり、その給付を行うかどうか、どのように行うかについて行政庁に裁量が認められ、対象者はその給付について請求権を取得すると解釈すべきではない、とするものがある<sup>5)</sup>。

老人福祉法11条のような「義務づけ規定」は、一定の要件の下で行政庁に措置義務を課していることから、一定の要件を満たす者はこの義務づけられた措置を請求する権利を有するといえよう<sup>6)</sup>。これに対し、同法10条の4のような「できる規定」は、その文言の違いから、「義務づけ規定」とは別異に解釈すべきである。上記の学説がいうように、「できる規定」は「できる」と定められている以上、行政庁に措置権限を付与したものと解するほかないであろう。したがって、「できる規定」は個人に請求権、つまり本判決のいう実体的権利としての「申請権」を認めたものとは言えないことになる<sup>7)</sup>。そうすると、本件では、拒否処分性を基礎づける「申請権」が存在しないため、本件変更決定は拒否処分にはあたらないことになる。このように解すると、本判決が、判旨1(1)において、本件変更決定の拒否処分性を否定した結論は妥当であったといえる。

本件変更決定は、従前の週2回・1回2時間の派遣を週3回・1回2時間に変更するもので、介護内容も身体介護を付加するものとなっている。したがって、当該決定は従前の権利に新たな権利を付加する処分ということになり、判旨1(2)でいうように、本件変更決定の法的性質は利益処分に該当すると考えられる。

### 3 Xの原告適格の有無

(1) 判旨1(2)は、本件変更決定が利益処分であることから、直ちにXの原告適格を否定する。確かに、基本的には、利益処分の名宛人には、当該処分の取消しを求める法律上の利益は認められない<sup>8)</sup>。しかし、本件変更決定が利益処分であるとしても、なおXの原告適格を認める可能性はないのかをここで検討したい。

Xに原告適格が認められるには、Xが行政事件訴訟法9条にいう「当該処分……の取消しを

求めるにつき法律上の利益を有する者」であることが必要である。最判平成元年2月17日民集43巻2号56頁をはじめとする判例は、ここでいう「法律上の利益」を「法律上保護されている利益」と解しつつ、「法律」を当該処分の根拠規定だけでなく、それと目的を共通にする関連規定をも含める傾向にある。ここでも、判例と同じく、「法律上の利益」を「法律上保護されている利益」と捉え、「法律」の範囲を共通の目的を有する関連規定にも拡大して検討するのが妥当と考える<sup>9)</sup>。以下では、この立場を前提として、本件変更決定の取消しを求める「法律上の利益」の有無を検討する。

(2) 老人福祉法は、全体を通して、国や地方公共団体に老人の福祉増進の責務を課すものと捉えられる。しかし一方で、法1条が、「この法律は、……老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする」と定めていることからみて、老人福祉法は個々の老人への措置によって当該老人の福祉を増進することを目的としていると解される。また、法2条では、「老人は、……生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」という基本的理念が謳われ、これも個々の老人の生活を個別に保障する趣旨と考えられる。こうした規定から老人福祉法は、「福祉により健康で安定した生活を、個人的利益として個々の老人に対して保障する」という趣旨目的を有すると解するのが妥当であろう。

そして、法10条の3は、「六十五歳以上の者であって、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものが、……最も適切な処遇が受けられるように」と定めることからみて、上記の法の趣旨目的を具体化し、措置の実施によって可能な限り当該老人の処遇の向上を図ることを、行政庁に要請する趣旨であると解すべきである。

確かに、法10条の4は、2(3)で述べたように、行政庁に措置権限を付与し、措置決定における行政庁の裁量権の行使を認めるものといえる。しかし、上記の法1条、2条及び10条の3の趣

旨を踏まえると、法10条の4は、当該老人についての決定を行うにあたり、行政庁が、当該老人の処遇の向上にかなうように、裁量権を行使することを要求していると解される。換言すると、法10条の4は、当該老人に対する処遇の向上を阻害するような裁量権の行使を許容しないことになる。したがって、行政庁の瑕疵ある裁量権の行使により、図られるべき処遇の向上が阻害されていると考える措置決定及び不措置決定の名宛人は、瑕疵のない裁量権の行使による再度の判断を求めることができる应考虑すべきである。この再度の判断を求めるという意味で、(不)措置決定の名宛人は、「瑕疵のない裁量権行使を求める権利」を有するといえる<sup>10)</sup>。そして、この権利は、法の趣旨目的と根拠規定から導かれるものなので、「法律上保護されている利益」にあたる。そうすると、10条の4を根拠とする決定の名宛人は、この権利を「法律上の利益」として、取消訴訟の原告適格を有すると解することができる。

したがって、本件では、本件変更決定が利益処分であるとしても、上記の「法律上の利益」を根拠にして、Xの原告適格を認める余地は残されていたとするのが妥当であろう。ただ、このように原告適格が認められても、取消しの訴えの適法性に関しては、前掲東京地判平成8年7月31日のように、さらに狭義の訴えの利益の有無が問題となりうる。

#### 4 資源上の制約と行政裁量

(1) 判旨2では、供給不足の場合の派遣決定は、限られた資源の配分を必要とするため、諸事情を把握するY1の裁量に広く委ねられるとする。これについては、1で示したように、資源上の制約とそれによる限られた資源配分の必要性から、派遣決定における行政庁の裁量が広く認められることになるのかの問題となる。裏からいえば、資源上の制約があっても、限られた資源の配分という問題にはなり得ず、行政庁に一定の派遣決定が要請されることにはならないのかということである。

(2) まず、老人福祉法が、資源上の制約にも

かかわらず、行政庁に一定の派遣決定を要請するのかが問題となる。判旨2も指摘するように、老人福祉法上にはホームヘルパー派遣の要否や内容の決定に関する具体的な規定がなく、法10条の4第1項の規定も「できる規定」である。また、法10条の4が「義務づけ規定」ではなく「できる規定」となったのは、法10条の4挿入時の1990年には、市町村の実施体制が不十分であり、市町村に措置を義務づけるのは困難であると判断されたためである<sup>11)</sup>。これらのことを考慮すると、老人福祉法は、資源上の制約の存在を前提に、ホームヘルパー派遣を限られた資源の配分の問題として捉えて、配分の在り方についての行政庁の裁量権の行使を許容しているといえる。したがって、老人福祉法は、資源上の制約の存在にもかかわらず一定の要件を満たせば一定のホームヘルパー派遣決定を行政庁に要請する、という構造にはなっていないと考えるのが妥当である。

(3) もっとも、法律上、一定の派遣が要請されていなくても、行政内部で裁量基準を定めている場合には、それに沿った派遣決定が要請される。それは、一般的に行政庁は、資源上の制約が裁量基準から逸脱する決定の合理的理由とならない限り、裁量権の公平な行使の確保、平等取扱い原則、相手方の信頼保護といった観点から、裁量基準に従うことが要請されると解されるからである<sup>12)</sup>。そこで、本件において、裁量基準となり得る基準が存在するのかを検討する必要がある。本件では、派遣の要否や内容を定める本件派遣基準があるので、これが裁量基準として行政庁に拘束力を及ぼすものであるのかを検討する。

この点につき本判決は、本件派遣基準はあくまでも参考とされるにすぎず、そもそも目標水準を定めたにとどまると述べている。おそらく本判決は、本件派遣基準は裁量基準ではないと考えているのであろう。

裁量基準とは、行政機関の裁量行使が恣意にわたることを防止するために定められた、行政機関が拠るべき実体的・手続的基準と解される<sup>13)</sup>。したがって、ある基準が裁量基準であるためには、基準を定める行政機関が、処分を行う行政機関を

当該基準に従わせる趣旨で定めたものである必要がある。

判旨2も指摘するように、本件要領上では「本件派遣基準を参考にして」という文言が使われている。これを字義通り解釈すると、本件派遣基準に従って派遣決定をすることが要請されているとは考えにくい。また、本判決の認定によれば、本件派遣基準は、平成5年9月策定の大阪市高齢者保健福祉計画の目標水準と同一内容である。(本判決からは必ずしも明らかではないが)本件派遣基準が本件要綱・本件要領と同時に定められたものであるならば、その策定時は当該計画策定時以前の平成4年4月のはずである。当該計画は平成11年度を目標年次として目標水準を定めており、本件派遣基準策定時に、Y2がその目標水準と同一の当該基準に見合った資源の確保を前提としていたとは想像しがたい。そうすると、本件派遣基準設定当時、Y2が福祉事務所に、当該基準に従って派遣決定をすることを求めていたとは考えにくい。したがって、本件派遣基準を裁量基準というのは困難であり、行政庁は本件派遣基準に従った決定を要請されるとはいえないであろう。

(4) 以上のように考えると、老人福祉法上も、本件派遣基準との関係でも、資源上の制約の存在にもかかわらず一定の派遣が要請されることはなく、限られた資源の配分を通して派遣回数や時間を決定する裁量権が、行政庁に認められることになる。そして、本判決のいうように、こうした配分における判断は、諸事情を把握しうるY1の広い裁量に委ねられているといえる。しかし、いかに広い裁量でも、重大な事実の誤認に限らず、目的違反ないし動機違反、平等原則違反等の観点から、派遣回数や時間の相当性について裁量権の逸脱濫用を審理する余地はあると考えられる<sup>14)</sup>。本判決は、派遣回数や時間に関し、原告の主張する限りで、すなわち本件変更決定が週7回・1回3時間に満たないこと、もしくは本件派遣基準を下回ることの違法性については判断を示しているが、以上のような観点からの派遣回数や時間の相当性については判示していないことが指摘できよう。



## 注

- 1) 「申請権」の示す権利の内容については議論がある。この点に関しては、太田[2]354頁、小早川[1]220頁、227-228頁、318-319頁参照。
- 2) 倉田[12]108頁も同旨と解される。
- 3) 厚生省社会局老人福祉課編 [10] 79-80頁引用。
- 4) 「できる規定」の行政解釈については、河野[3]36頁や佐藤編[4]33頁参照。
- 5) 堀[5]228頁参照。さらに堀は、給付を行わないからといって、違法性を問われることはなく、不当の問題として判断される場合が多いであろう、とする。河野[3]37頁、104-105頁も、請求権は措置決定によってはじめて発生すると解する。
- 6) 堀[5]224頁、河野[3]38頁参照。
- 7) 判旨には引用しなかったが、本判決は要綱等の行政の内部規則を根拠に権利を認められるかという問題も検討する。この問題に関しては、肯定判決・否定判決ともに多くの裁判例がある。本判決は、大阪地判昭和53年5月26日行裁集29巻5号1052頁や東京地判昭和60年6月27日行裁集36巻6号1063頁といった否定判決に倣って、内部規則の法規範性を否定したものといえる。大阪高判昭和54年7月30日行裁集30巻7号1353頁をはじめとする肯定判決は、法令に明文の定めがなくても、要綱等も含んだ給付制度の総体について制度の趣旨目的を探り、権利を認める。学説上も、肯定説(前田[9]20頁参照。)と否定説(倉田[12]108頁参照。)とに分かれる。
- 8) 塩野[6]97頁も、授益的処分の名宛人には基本的には原告適格はないとする。
- 9) 塩野[6]96-106頁参照。
- 10) 河野[3]37頁も同じ結論をとる。なお、「瑕疵なき裁量行使を求める権利」に関する議論については、田村[11]195-222頁参照。

- 11) 老人福祉法の改正法案を審議する社会労働委員会議事録11号平成2年6月14日での岡光政府委員の発言で、このことは明示されている。
- 12) 塩野[7]87頁、前田[9]22頁。前掲東京地裁平成8年7月31日判決は、ホームヘルパー派遣申請不承認処分について、内部準則に基づく平等原則に照らして違法と判示した。
- 13) 芝池[8]88頁参照。
- 14) 塩野[7]110頁参照。

## 参考文献

- [1] 小早川光郎(1999)『行政法上』弘文堂。
- [2] 太田匡彦(1999)「権利・決定・対価」『法学協会雑誌』第116巻第3号。
- [3] 河野正輝(1991)『社会福祉の権利構造』有斐閣。
- [4] 佐藤 進編(1992)『改訂現代社会福祉法入門』法律文化社。
- [5] 堀 勝洋(1994)『社会保障法総論』東京大学出版会。
- [6] 塩野 宏(1994)『行政法II』(第二版)有斐閣。
- [7] ———(1994)『行政法I』(第二版)有斐閣。
- [8] 芝池義一(1998)『行政法総論講義』(第三版)有斐閣。
- [9] 前田雅子(1999)「介護保障請求権についての考察」『賃金と社会保障』1245号。
- [10] 厚生省社会局老人福祉課(1984)『老人福祉法の解説』中央法規。
- [11] 田村悦一(1967)『自由裁量とその限界』有斐閣。
- [12] 倉田 聡(1999)「老人福祉法に基づく在宅介護サービスの供給とその法的性格」『ジュリスト』1159号。

(だけ・さやか 東京大学助手)

漆 博雄編

## 『医療経済学』

(東京大学出版会, 1998年)

梶 田 忠 彦

I 本書は、待望久しい、日本語で書かれた最初の本格的な医療経済学の教科書である。国民医療費はすでに30兆円に達し、国民所得の7%を越えているのに、経済学における医療経済学への研究者などの資源配分は著しく遅れている。それは例えば、農業経済学などへの資源配分と比較すれば、よく理解できるだろう。この教科書の完成は、千里の道への一歩に過ぎないが、確実な一歩であることは間違いない。本書の最大の貢献は、そのような確実な一歩によって、おそらくは医療経済学を志そうとしている、急速に増えつつある後進の人々に正しい方向を示し、千里の道を確実にしたことだろう。同時にまた一般の読者に対して、医療サービスという急速に拡大する領域は、経済分析の手法からはどのように解明されるか、興味深い結果を伝えることに成功したことだろう。

本書の構成は、医療経済学というタイトルにふさわしく、ミクロ経済学的に医療サービスの需要、供給および市場について、高齢者医療から介護に至る広範な内容をカバーしており、その選択は妥当である。さらにマクロ的に日本の国民医療費や先進各国の医療制度についても詳細に解説しており、ミクロとマクロのバランスもよく取れている。さらに理論的な部分と実証的な部分とのバランスもよく、テクニカルな説明もつけられていて、教科書としての配慮がなされている。以下にそれを紹介しよう。

- 1章 日本の医療保険制度と国民医療費
- 2章 医療サービスの需要
- 3章 医師誘発需要
- 4章 医療保険
- 5章 病院の市場行動
- 6章 医療技術の進歩と伝播
- 7章 医療スタッフの労働市場
- 8章 医療サービス生産の計量分析

9章 医療サービスの経済的評価

10章 医療における競争と規制

11章 高齢者医療の経済分析

12章 介護保険

13章 医療システムの国際比較

このような広範な内容とそこで説明されている水準は、海外で出版されている標準的なテキストと遜色ないように思われる。例えば現在評者の手元にある、英語で書かれた以下のテキストなどと比較しても、それぞれ特徴はあるものの、ほぼ同等と考えられよう。

P. Zweifel and F. Breyer, *Health Economics*, Oxford University Press 1997.

T. E. Getzen, *Health Economics*, John Wiley & Sons, Inc. 1997.

S. Folland, A Goodman and M. Stano, *The Economics of Health and Health Care*, 2nd ed., Prentice Hall 1997.

これら3冊のテキストと比較すると、例えば製薬産業の産業組織的な分析が、このうち2冊にはあるのだが、ここでは紙数の制約からか含めてはいない程度の差異である。相違があるとすれば、医療制度はそれぞれの国によって異なり、また少子高齢化の進展をはじめ、各国の間で置かれた経済状態や人口構成などの外部環境によって、医療経済学が課題とする問題が異なるからである。

II 以下ではまず細部にわたるが、実際に評者がある大学の学部専門科目として、「健康経済学」の授業のテキストとして使用した経験から、いくつか感想を記述しよう。まず全体としては、そのようなテキストのための配慮が行き届いていることだろう。例えば、ミクロ経済学の初歩的な基礎理論が最小限ながらもまず解説され、次に医療サービスの需要や供給、さらには医師や看護婦など医療スタッフの需要や供給が、簡潔に

説明されるという次第である。ミクロ経済学の素養が十分ではない学部学生を対象とする場合には、このような配慮は教える側にはありがたいものである。

そのような観点からは、4章の病院の行動モデルで、利潤最大モデルではなく非営利などの行動モデルが説明されていて興味深いのが、7章の医療スタッフの需要では利潤最大モデルで説明されているので、4章でもまず競争的な企業モデルの説明から始めた方が良かったのではないだろうか。確かにそこでは、独占の利潤最大モデルが非営利企業モデルと対比されているが、それだけに競争的な企業行動のごく簡単な説明は必要だったろう。

なおこの点、つまり医療機関の行動について、4章で日本の一般診療所は経営者経営企業が適合している。そのような一般診療所の行動は、日本の他の産業の大半を占める、いわゆる小企業や零細企業の行動様式と実質的には同一であり、とくに診療所に固有ではないから、そのことも付言すべきだろう。なお日本の病院がどんな行動様式を取るのか、著者はこのモデルのどれが妥当すると考えるのか、やはり付言すべきだったろう。

それと関係するのだが、7章では日本の医師の供給が1970年代以降増加したのに、医師の所得が上昇した原因は、機械化による医師の限界生産力増加によるものと指摘している。そのような要素も無視はできないだろうが、老人医療費無料化政策などによる需要の急激な増加と、2年ごとにこの時期大幅に改訂された診療報酬の継続的な引き上げも、その原因ではなかったろうか。このような記述は読者にやや誤解を与える可能性がある。

4章では医療保険をその初歩的な水準から上級まで詳細に解説され、この領域では貴重な説明であるが、後半はやや複雑すぎて少なくとも学部学生にはもう一工夫が必要だろう。8章では医療サービス生産の計量分析が簡潔に展望され、トランスログ費用関数の簡潔な解説も含めてわかりやすい説明である。9章の医療の経済的評価では、さまざまな費用便益分析のテクニックを展望している。理論的に精緻化されていることはよく理解されるが、8章でも同様だがデータが決定的に不足しており、両者の乖離が気になる。

Ⅲ 本書は日本の医療問題を直接対象とするのではないが、冒頭に書いたように医療経済学は、やはりそれが書かれた国の医療制度や、さまざまな医療をめぐる

環境から独立したものではあり得ない。本書は日本の医療問題を念頭に置きながら、それに埋没することなく、一般的な医療経済学のテキストとしての水準を維持しようとする点で、微妙なバランスを取ろうと努力している。その点も評価されるべきだろう。テーマによっては日本の問題と直接向き合うことになるのもやむを得ないだろう。10章医療における競争と規制では、やはり日本の医療規制に大半が割られることになる。また11章高齢者医療の経済分析では、当然のことながら日本の高齢者医療問題が焦点となる。これら2章からは、日本の医療改革についての示唆に富む提言が伝わってくる。

ただし日本の医療政策を問題にする、これらいくつかの章に共通するが、戦後の厚生省の医療行政の多くは、現在でもそうであるが、日本医師会のきわめて強い影響を受けてきた。医師が強力な利益団体を形成するのは各国に共通であり、日本に固有ではない。しかし戦後日本の医療政策を論じるのに、日本医師会の影響力に全くふれないのは如何だろうか。とくに10章で広告規制や参入規制さらに診療報酬などを論じているが、そこで医師会がどんな主張をしてきたかに全く付言しないのは、惜しまれるところである。

例えば10章で取り上げたほとんど全ての項目で、日本医師会は強い影響力を与えてきた。そのような影響力には功罪がともにあったろうが、日本の医療サービスの資源配分の見地から、どのような影響を与えてきたのか、説明があつて然るべきだったろう。例えば広告規制、病床規制あるいは診療報酬などの規制は、日本医師会の意向を無視しては成立し得ない。というよりも日本医師会の主張を、かなりの程度反映してきたものだった。

広告規制でいえば、医療機関や医師の情報公開を大幅に制限しているが、その中には合理性に欠ける規制も少なくはない。こうした規制がなぜ存在しかつ存続しているのか、事情を知らない一般の読者は不審に思うだろう。そしてこのテキストを読んでもその解答は与えられない。患者や国民に必要な情報公開がなぜ禁止されているのか。認定医の制度はあるが、それが実効的な機能を持たないのは、広告規制によって患者に伝えられないからと説明する。そこで読者はなぜそのような規制が存在するのか疑問に思うだろう。病床規制については、それが参入規制として機能し、参入規制が存在する場合の経済分析を、ここでは病院を非営

利で利潤ゼロの条件で医療サービスの量と質を最大化する組織と想定して、かなり詳細に、その限りでは興味深い結果を得ている。

ただし現実に現在の病床規制が果たしている結果は、ここでの分析結果とはかなり異なっているようである。それは例えばかつての大型店舗規制法とよく似ている。新たな参入の可能性がないなら、既存の病院は地域独占的な利益を安心して享受できる。この病床規制に従わず、参入を強行すれば、厚生省は1998年の法改正によって、保険医療機関の指定などを行わないこととなった。現に各地でこの問題は法的な次元で、訴訟が起こっている。裁判の結果を注目したいが、もしこの規制が認められれば、その結果既存の効率の悪い病院はそのまま存続し、全体として効率的な医療を実現することは期待できない。このような既存の医療機関の既得権益を維持すべく、利益団体のつねとして、日本医師会はその背後で影響力を行使している。

IV 医療サービスの世界では、本書でも1章や10章などで詳細に指摘している、いくつかの性質のために、市場的な資源配分が市場の失敗をもたらすことは、読者にはわかりやすい。その限りでは一定の政府の規制の必要性は理解しやすい。しかし日本の医療サービスのようには、社会保険制度を基本にしながらも政府の介入が大きく、患者の自己負担や高齢者医療制度における“老健抛却”のような強制的な所得移転など、さらには診療報酬や薬価基準および病床規制などのように、余りに多くの規制が存在すると、こんどは政府の失敗が無視できなくなる。

日本の医療の現状で最大の問題は、高齢者医療に関わるもので、現在は高齢者医療費は国民医療費の約3分の1だが、2025年には7割近くに達する。そのような認識は本書の11章でもうかがわれるが、高齢者医療の効率とともに公平の問題をも考慮する必要がある。つまり高齢者医療の需要、供給および自己負担とその費用負担について、少なくともこれら2つの見地から現状を把握して、長期的な視野から適切な施策が望まれる。

しかしすでに老健抛却は組合健保などの社会保険料の3分の1を超え、ほとんど赤字の状態を招いている。にもかかわらず、老人医療費無料化政策以来の近視眼的ともいべき低い患者自己負担によって、高齢者の受療率は現役世代の4倍に達し、老若で自己負担

の差異のないドイツの約2倍などと比較して、おそらくは自然な加齢による有病率の高まりによる医療需要と比較して、はるかに高い受療率になっている。病院が老人達のサロン化して久しいのだが、それを改めようとする気運は現在のところ全くない。現在高齢者医療制度の改革で問題になっているのは、高齢者医療制度の診療報酬を定額制にするか否か、および患者自己負担を1割にするか否かなどである。この程度のささやかな改革では、高齢者医療費の抜本的な改革になる訳でもなく、いずれ数年でまた行き詰まることは必至である。にもかかわらずこの程度の改革ですら、日本医師会の合意を得るのは難しいのである。

なぜそのような事態になるのか。それは結局医療市場における政府の介入が過剰だからであり、日本医師会をはじめとする各種の利益団体が影響力を行使する余地が大きく、つまりレントシーキングがそれだけ大きくなる。その結果これらの利益団体の利益を些かでも損なう改革には、選挙でその支持を失うことを恐れる政治家達は逡巡してしまうからである。先述の高齢者医療制度の改革とは言えない程度の改革ですら、その実現が危ぶまれるのはこの理由からである。ほとんどの議員にとって、当面の選挙が全てであり、将来のことは二義的となる。政治の場に国家百年の大計を期待するのは、よほど優れた政治家が指導者でない限りは、無理というものだろうか。

そのような政治の恣意的な介入を排除するには、医療サービスの市場的な解決の領域を極力回復させることではないだろうか。筆者には現在の日本の医療改革の基本的なテーマは市場の復権であると思われる。もちろんそれは医療市場を全て市場的に解決せよというのではない。その点について、例えば診療報酬をDRGs/PPSにすることは、市場的な解決であっても必要であると、筆者には思える。問題は市場と政府のバランスであるが、筆者には現在の日本では市場の失敗よりも政府の失敗の方が深刻であると考えている。本書のようなテキストに、このような問題意識を求めるとは酷であろうか。

また正確なマクロ的統計を筆者は持っていないが、人口1万5千人で老人保健制度加入者2,200人のある地方の町の統計によれば、70歳以上の高齢者の平均医療費は約70万円であるが、年間医療費が200万円を超えた人は100名余りで、この人々で高齢者医療費の約4分の1を使い、しかもこの人々のおよそ半分は

その年のうちに死亡しているのである。このようなデータをあえてここで記すのは、医療の公平性を問題にしたいからである。高齢社会への進行とともに高齢者医療費は益々上昇していくのだが、この地方の小さな町でも典型的な事態が生じている。ここでの事例は、高齢者医療では効率性ととも公平性をも、考慮する必要を示唆している。

医療技術の進展は人の生死すらコントロールすることを可能にしている。ICUの費用便益分析などは喫緊の課題であり、その種の研究の積み重ねによって、はじめて末期医療のあり方や尊厳死についての国民的な合意形成が可能になるだろう。公平性の問題は、世代間の負担の公平だけでなく、受益の面での公平も考えられるべきである。このような公平性の観点を本書に求めることもやはり酷であろうか。

V 本書をこの世に残して編著者の漆 博雄氏は急逝された。漆氏は宿痾の腎臓病と闘い、はじめて評者がお目にかかった十数年前には、すでに透析をしておられた。しかしそのような体力的なハンディキャップを氏は決して口外されることはなく、次々に精力的な仕事を続けられてきた。著作を通じてしか彼を知らな

った人々は、急逝後にはじめてそのような氏の長い病気との闘いを知って驚いている。漆氏が医療経済学を志されたことと、氏の病気との間にどんな関係があるかは分からないが、自ら研究しかつ編集した本書を読む限り、恣意的な先入観を排した、一貫した強い意志を感じることができる。

漆氏の厳しい学問への姿勢と温かい人間性は、本書の刊行に象徴されるように、日本の医療経済学に欠かせない存在であった。40代半ばという、まさにこれから氏の学問は開花すべきだったのであり、氏の訃音を聞いたとき、大きな喪失感を感じざるを得なかった。本書に寄稿された若い医療経済学者は、氏の晩年のかなりの時間を共有する幸運を得た。この拙い書評でふれたように、医療市場には各種の規制が網の目のように張り巡らされ、そこにはレント・シーキングを目指す利益団体に格好の温床を提供している。そのような温床は経済学者をもいざなうようである。漆氏の毅然とした学問への姿勢を是非受け継いで頂きたいと念じる次第である。

(ときた・ただひこ 一橋大学教授)

**編集後記**

今回は医療制度改革特集としました。

本年度(1999年度)の国民医療費は、初めて30兆円を超えると見込まれています。国民所得の8%に達する医療費を国民全体でどのように負担していくのか、医療保険財政が悪化するなかで厳しい議論が続いています。また、医療を巡る議論では、医療費の金額的な大きさだけでなく、その内容やサービス提供を巡って様々な問題点が指摘されています。そこで本号では、医療費に関連する問題とともに、医療の質や機能評価の問題もとりあげました。医療制度改革を考える上で新しい視点を提供できれば幸甚です。

なお、本号より池永、小島が編集幹事に加わりました。よろしく願い申し上げます。

(大石)

**編集委員長**

塩野谷祐一(国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

井堀利宏(東京大学教授)

岩村正彦(東京大学教授)

岩本康志(京都大学助教授)

遠藤久夫(学習院大学教授)

貝塚啓明(中央大学教授)

城戸喜子(慶応義塾大学教授)

小林良二(東京都立大学教授)

佐野陽子(東京国際大学教授)

高木安雄(仙台白百合女子大学教授)

平岡公一(お茶の水女子大学助教授)

宮澤健一(社会保障制度審議会会長)

阿藤誠(国立社会保障・人口問題研究所副所長)

増田雅暢(同研究所・総合企画部長)

府川哲夫(同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

尾形裕也(同研究所・社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

池永敏康(同研究所・総合企画部第1室長)

福田素生(同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長)

大石亜希子(同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

金子能宏(同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

小島克久(同研究所・総合企画部主任研究官)

森田陽子(同研究所・総合企画部客員研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 35, No. 2, Autumn 1999 (通巻145号)

平成11年9月25日 発行

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0013 東京都千代田区霞が関1丁目2番3号

中央合同庁舎第5号館別館8階

電話 (03) 3595-2984

制作 (株)UTP制作センター