

# 社会 保障 研究

第8卷  
第4号  
2024年

---

妊娠と出産をめぐる制度, 技術, 社会

..... 田辺 国昭

---

特集：医療保険と妊娠・出産に係る  
社会保障給付

医療保険制度における妊娠・出産に係る費用負担の基本  
原理

..... 稲森 公嘉

出産費用の実態と価格形成に及ぼす要因の分析, 出産費用の透  
明化に向けた課題

..... 田倉 智之

出産費用の保険適用に向けた課題

..... 西沢 和彦

無痛分娩の提供体制構築の課題と費用負担のあり方

..... 海野 信也

不妊治療の保険適用—その影響と課題

..... 前田 恵理

---

# 社会保障研究 第8巻第4号 (2024年) 目次

## 巻頭言

妊娠と出産をめぐる制度, 技術, 社会 田辺 国昭 390

## 特集: 医療保険と妊娠・出産に係る社会保障給付

医療保険制度における妊娠・出産に係る費用負担の基本原則 稲森 公嘉 392  
出産費用の実態と価格形成に及ぼす要因の分析, 出産費用の透明化に向けた課題 田倉 智之 406  
出産費用の保険適用に向けた課題 西沢 和彦 428  
無痛分娩の提供体制構築の課題と費用負担のあり方 海野 信也 446  
不妊治療の保険適用—その影響と課題 前田 恵理 464

## 社会保障と法

(社会保障と法政策)

要保護世帯向けリバースモーゲージ制度と生活保護法における資産の「活用」 中益 陽子 479  
(社会保障判例研究)  
要保護世帯向けリバースモーゲージ制度活用の指導等とその違法性 中益 陽子 481

## 投稿

厚生年金と国民年金の財政統合における2つの要因の分析  
—厚生年金から国民年金への補填, および, 国庫負担の増加について— 比津 貴行 490  
コーホート出生率決定要因の再検討  
—都道府県パネルデータによる実証分析— 牧田 修治, 豊田 哲也, 奥嶋 政嗣, 水ノ上 智邦 505

## 情報

台湾の社会保障 (第4回) 台湾の年金制度について 小島 克久 524  
社会保障費用統計におけるEU基準社会保障財源表の公表開始について 竹沢 純子 528  
社会保障・人口問題基本調査「第7回全国家庭動向調査 (2022年)」について 菊池 潤 536  
『2022年 生活と支え合いに関する調査』について 黒田 有志弥 540

## 書評

前田正子・安藤道人 著『母の壁 子育てを追いつめる重荷の正体』(岩波書店, 2023年) 深井 太洋 543

## 新刊紹介

石川良子, 林恭子, 斎藤環 著  
『「ひきこもり」の30年を振り返る』(岩波ブックレットNo.1081) (岩波書店, 2023年) 鈴木 貴士 548

## 巻頭言

### 妊娠と出産をめぐる制度、技術、社会

妊娠と出産をめぐる状況が、ここ数年の間に急速に変わり、またこの変化はさらに続こうとしている。不妊治療が医療保険内に収載された。また、出産自体も保険給付内の対象とされようとしている。このような変化がなぜ生じたのか、さらに出産の保険給付への位置づけをめぐる制度的な課題は、一体どのようなものがあるのか。

変化を促したと思われる第1の要因は、少子化対策の政権のプライオリティーの変化である。少子化の進行は、既に進んでおり、合計特殊出生率の急激な変化は、1989年の1.57ショックというかたちで、危機感の表明につながった。これが育児環境の整備等の施策を促した。これが、菅政権、また岸田政権になって、妊娠と出産を軸とした政策へと展開することになる。不妊治療が保険に収載され、さらに出産一時金が増額される。さらには、2026年度を目途に出産自体（正常分娩）を医療保険の対象とすることについて検討を行うことが表明される。治療技術の利用によって子供を持つことを希望する方へ道を開く一方、出産費用の高騰によって子供を持つことを諦める層が多いことから、負担を軽減することによって出産へとつなげる対応が、この数年間に急速に進行したのである。

第2に、妊娠や出産にかかわる医療技術の進歩とそれに対する人々の対応があげられる。今日、出産のほとんどは、病院において行われている。それは、正常分娩が見込まれる場合でも、いざというときの対応において優れている病院という場が、選択される。

また、不妊治療においてもさまざまな技術が取り入れられ、一定の成果を望めるまでになっている。そうなると、標準化した治療として保険内に収載するという可能性が増える。子供を望む人々が、医療技術の補助を借りて出産に至るという道が大きく開けてきている。

第3に、妊娠と出産について、あくまでこれが個人の選択として、その自由度が拡大しながらも、少子化の進行というコンテキストの中で、その社会的な意義は、いつになく重要なものとなっている。

少子化対策の政治的なプライオリティーの高まりと医療技術の発展、さらには妊娠と出産をめぐる社会的な位置づけの変容という、3つの流れが交錯する中で、不妊治療と出産の制度的な位置づけを変え、これらの負担を軽減する方向での制度化を促したのである。

しかしながら、政治的にも、また医療技術的にも妊娠や出産をめぐる制度環境の前進が図られる

一方で、具体的な制度設計においては、まだなお詰めていかなければならない課題が山積みである。

第1に、出産自体を保険収載するとした場合に、どのような範囲を含めるのか、また、その単価に当たる点数を診療報酬においてどのように設定するのかを詰めていかなければならない。特に、出産費用に関しては、従来より自由診療として位置づけられてきたため、費用のコントロールがきかず、地域間の差異が大きく、また、病院毎にその徴収する費用も大きな違いがある。

第2に、医療保険の対象として考えられてきた疾病という範囲に、どのような論理で出産を含めることが正当化されるのかという問題もある。出産自体（正常分娩）は予見可能であり、リスクへのプールによる対応という保険原理に、どのように合致させることができるのか。

第3に、不妊治療に関しても同様に、どのような範囲を保険内に含めるのか、特に、技術革新の著しい分野だけに、これに随時、対応してゆくことが求められる。さらに、保険収載されない技術について、選定療養を認めるのか否か、その範囲はどのように考えるのか、という問題に答えていかなければならない。

第4に、保険収載というかたちで、価格コントロールを効かせることによって、高騰する出産費用を適切な水準にとどめ置くことができるのか、また、産科の経営を安定的なものにできるのか、さらには、保険収載に伴う自己負担分の支払いの影響がどのようなものになると考えられるのか、このような課題が残る。

第5に、そもそも出産の保険収載によって、出産の負担を軽減し、子供を持つことを望む人々が、これを可能にするという選択を行うことになるのか。

本特集号は、これらの問いかけを前提として、5つの論文を収める。稲森論文は、保険という枠組みにおける出産費用負担の問題を原理的に問い返す。続く田倉論文は、出産一時金の引き上げを裏付けた調査に基づき、出産費用に影響する要因を探求する。西沢論文では、出産が医療保険に収載された場合の負担構造の変化について論じる。海野論文では、出産の選択肢の多様化のひとつである無痛分娩について、その費用負担と提供体制についてまとめている。前田論文においては、不妊治療が保険適用となったことの影響と課題について明らかにする。

妊娠と出産のあり方は、それ自体は動物と同じ自然な事象でありながらも、人においては、社会的な認識、医療技術による可能性、さらには医療保険等の制度における位置づけによって大きく影響を被る。この数年における変化は、妊娠と出産をめぐる制度、技術、社会の交錯についての探求と考察を促すものである。本特集号の論文が、その一助になり、さらに今後の制度設計に寄与することを願っている。

田 辺 国 昭

(たなべ・くにあき 国立社会保障・人口問題研究所長)

## 医療保険制度における妊娠・出産に係る費用負担の基本原則

稲森 公嘉\*

## 抄 録

全世代型社会保障という理念の下、少子化対策の推進と子ども・子育て支援の拡充に向かう大きな流れの中で、妊娠・出産に係る社会保障制度は、従来の制度間の役割分担、これまでの給付と負担のあり方を見直す大きな転機を迎えている。妊娠・出産の支援の方法については、給付と負担の関係の明確性や財源の安定性を考慮すると、社会保障を基本とした上で、給付と負担の基本を外さない形で、妊産婦及び胎児・新生児の生命・身体の安全の確保を最優先とし、それを実現可能なものとする出産医療体制を構築・確保するとともに、出産に関する妊産婦の選択を可能な限り尊重し、かつ、妊産婦の費用負担をなるべく軽減する方向での改革が求められる。医療保険の枠組の中で傷病給付と出産給付とを区別し、正常分娩を出産に関する現物給付の対象として構成することで、出産給付が疾病概念の制約から脱し、給付の内容と負担の程度の両面において独自の発展をたどる可能性が示唆される。

キーワード：妊娠・出産、保険給付、選択権、負担軽減、支援金

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.392-405.

## I はじめに

妊娠・出産に関する社会保障制度は、いま、大きな変革の只中にある。近年の不妊治療の発展と利用者の増加は、それまで自由診療の枠組の中で行われてきた不妊治療の大部分を保険適用に至らしめた。また、出産費用が高額化する中で、出産育児一時金も大幅に引き上げられ、その財源として、後期高齢者医療制度からの出産育児支援金が新たに設けられることになった。そして、現在、出産そのものの保険適用、現物給付化に向けた議論が進められている。

こうした変化は、少子化対策と子ども・子育て支援の拡充という大きな流れの中で展開されているのだが、同時に、それまでの妊娠・出産に関する社会保障制度間の役割分担についての論理を揺るがす側面も有していることから、政策の実現可能性に加えて理論的な面での検討も必要であると考えられる。

本稿は、社会保障制度による妊娠・出産の保障、その給付と負担のあり方に関する基本的な考え方を改めて整理しようとするものである。

\* 京都大学法学研究科 教授

## II これまでの考え方

### 1 妊娠・出産の要保障性

妊娠・出産は人生の一大イベントであり、当事者である女性はもちろん、その配偶者や家族にとっても、それまでの生活を大きく変え得る出来事の一つである。まず、妊娠による体調変化は、人によって程度の差こそあれ、女性労働者の就業に影響を与え得る。特に、産前産後の一定期間は、女性労働者の就業が制限される（労基65条1項、2項）。そこで、これらの間の賃金に代わる所得を保障する必要性が生じる（就労不能による所得の減少・喪失に対する代替所得保障の必要性）。また、妊娠期間を安寧に過ごし、安全な出産に導くため、妊娠中の母子の健康状態の管理が求められる。そして、専門職による分娩の介助等により、褥婦及び新生児の生命・健康を守ることが必要となる（妊産婦及び新生児に対する保健医療サービスの提供及びその費用の補填の必要性）。

それゆえ、こうした妊娠・出産に伴う所得やサービス等の保障の必要性は古くから認識されており、社会的な対応がなされてきた。1952年に採択された国際労働機関（ILO）の102号条約（社会保障の最低基準に関する条約）では、第8部で母性給付について定め、「妊娠、分べん及びこれらの結果並びに国内の法令で定めるそれらに起因する勤労所得の停止」を給付事由として、被用者及びその配偶者に関して、分娩介助や産前産後の手当等の医療と定期金による代替所得の給付の保障を求めている（同条約46～52条）。

これらの2つの必要性——代替所得保障の必要性と、保健医療サービス保障の必要性——のうち、特に後者については、医学の発展により、その重要性はますます高まっていった。経済成長により全般的に生活環境が改善・向上する中、周産期医療の発展は、医学研究の進歩や医療技術の開発、社会保障制度の整備とも相まって、より安全

で確実な出産の実現を可能にし、周産期死亡率の大幅な低下をもたらすことになる。

このような妊娠・出産の要保障事由としての特徴は、傷病の場合とよく似ている。傷病の要保障性も、傷病による就労不能から生じる代替所得保障の必要性と、傷病の治療という保健医療サービスの提供とその費用の補填の必要性の2つからなり、医学の発展等により後者の重要性が一層高まっていくことになるからである。

### 2 制度間の役割分担

妊娠・出産による就業不能から生じる代替所得保障の必要性と、妊産婦及び胎児・新生児に対する保健医療サービス保障の必要性に対して、現行の社会保障制度及び公衆衛生制度は、次のような役割分担で対応している。

まず、妊娠・出産する女性労働者の所得保障に関しては、出産前後の一定期間について、賃金労働者の加入する被用者医療保険制度（民間労働者の健康保険及び公務員等の共済組合）から、出産手当金として休業期間中の所得保障給付が支給される<sup>1)</sup>。

次に、保健医療サービスに関しては、妊娠中と分娩の段階とが区別される。まず、妊娠中の妊婦及び胎児の健康管理については、一般の健康診断と同様、公的医療保険の対象とはされていない<sup>2)</sup>。その代わりに、母子保健法で母子健康診査（13条1項）として位置づけた上で、公費助成の方式による対応がなされている。すなわち、妊娠した女性は、居住する自治体に妊娠届を提出すると、母子手帳とともに妊婦健診の受診券の交付を受ける。一般に、妊娠中の妊婦健診については、妊娠23週までは4週間に1回、24週から35週前は2週間に1回、36週以降は1週間に1回の、合計14回程度の受診が推奨されている。国は検査項目やその時期、回数等について、望ましい基準を告示で示し、自治体に対し、妊婦等への周知・広報や医療機関との連携体制の構築等を促すとともに、地方交付税

<sup>1)</sup> 健康保険では、出産の日以前42日から出産の日後56日までの間の休業日について、標準報酬日額の3分の2が支給される（健保102条）。

<sup>2)</sup> 保険医療機関及び保険医療養担当規則20条1号ハ。

による地方財政措置を講じている<sup>3)</sup>。そして、この交付金をもとに各自治体が健診費用についてこれを委託した医療機関等に支払うことで妊婦の費用負担を軽減し、積極的な受診を促している。国の調査によれば、2022年現在、すべての自治体で14回以上の助成が行われている<sup>4)</sup>。

なお、妊娠中の体調不良の場合には、通常の疾病として、公的医療保険の現物給付（療養の給付または家族療養費<sup>5)</sup>）の対象となる。

次に、分娩に関しては、医師の手当を必要とする異常分娩（吸引分娩、帝王切開等）の場合には、同様に疾病として公的医療保険の現物給付の対象とされるが、正常分娩については、疾病の範囲外として療養の給付の対象とはされておらず<sup>6)</sup>、自由診療の枠組で行われている。

その代わり、出産の場合には、公的医療保険制度から金銭給付として、（家族）出産育児一時金が支給される。これは1994年の健保法改正により、それまで支給されてきた分娩費と育児手当金を統合して創設されたもので、当初は30万円であったが、出産費用の増加を後追いする形で引き上げられてきた<sup>7)</sup>。この間、2003年には産科医療補償制度が創設され、同制度に参加する産科機関での出産の場合にはその掛金相当額が上乗せされること

になった。また、その支払方法については、2006年10月1日に受取代理方式<sup>8)</sup>、次いで2009年10月1日に直接支払方式<sup>9)</sup>がそれぞれ導入され<sup>10)</sup>、被保険者と出産機関との合意により、これらの方式を選択することが可能になっている<sup>11)</sup>。原則はいったん被保険者側で出産費用の全額を支払い、出産後の請求により支払われた出産育児一時金で費用を補填する形になるが、受取代理または直接支払の方式を選んだ場合には、出産育児一時金は実際の出産費用の限度でまず出産機関に支払われるので、なお出産費用の不足分が残る場合には、被保険者はその差額分のみを出産機関に支払えばよいことになる。

なお、生活保護受給者の場合には、公的医療保険の適用除外であるので、生活保護の出産扶助として、分娩の介助等が原則は金銭給付、例外的に現物給付により支給される<sup>12)</sup>。

### 3 課題

もっとも、それぞれの制度の対応については、課題も指摘されている。

所得保障については、被用者保険が適用されない短時間労働者や国民健康保険加入の自営業者等<sup>13)</sup>には所得保障給付が存在していない。前者に

<sup>3)</sup> 「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」（平成27年3月31日厚生労働省告示226号）。厚生労働省リーフレット「妊婦健診を受けましょう（すこやかな妊娠と出産のために）」（<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken13/dl/02.pdf>（2023年12月25日最終確認））も参照。

<sup>4)</sup> 詳細は、「妊婦健康診査における費用負担等に関する妊婦への情報提供等の推進について（依頼）」（令和5年3月27日厚生労働省事務連絡）及び、野村総合研究所『令和4年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「妊婦健康診査に係る費用負担等の実態に関する調査」報告書』参照。

<sup>5)</sup> 健康保険等の被扶養者の場合には、傷病に対する治療等は家族療養費として支給されるが、事実上現物給付化されているので、ここでは現物給付として扱う。

<sup>6)</sup> 昭和17年1月28日社発82号。

<sup>7)</sup> 出産育児一時金の沿革については、稲森（2011）pp.42-45を参照。前身にあたる分娩費の支給額は、当初は法律で定められていたが、1980年に政令事項化され、変更がより容易になった。

<sup>8)</sup> 「出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について」（平成18年8月30日保発0830005号）。受取代理とは、被保険者が医療機関等を受取代理人として出産育児一時金を事前に申請し、医療機関等が被保険者等に対して請求する出産費用の額（当該請求額が出産育児一時金の支給額を上回るときは当該支給額）を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金を受け取ることをいう。

<sup>9)</sup> 「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度の取扱いについて」（平成21年5月29日保発0529006号）。

<sup>10)</sup> 直接支払方式の導入に伴い受取代理方式はいったん廃止されたが、小規模施設への配慮から、2011年4月より再び認められている。

<sup>11)</sup> 「『出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度』実施要綱」及び「『出産育児一時金等の受取代理制度』実施要綱」（平成23年1月31日保発0131第2号「出産育児一時金等の取得申請及び支払方法について」）。

<sup>12)</sup> 生保16条、35条。小山（1950）pp.459-460参照。

については、短時間労働者へのさらなる適用拡大による対応が求められる。

妊婦健診については、国の告示で示された検査項目の一部について助成を行っていない自治体が存在したり、出産予定日を超過した妊娠の場合の15回目以降の助成を行っていない自治体が多数存在したりするなどの課題が指摘されている<sup>14)</sup>。

出産については、自由診療であるがゆえに出産費用の地域間格差、施設間格差が生じている。特に、都市部では、出産費用の高額化により、出産育児一時金だけでは出産費用を賄えず、差額負担が大きくなっている。さらに、出産費用の内訳や根拠が必ずしも明確でない部分もある。このような経済的負担の大きさが出産をためらわせる要因の一つとなっているとされる。

また、法治主義の観点からは、出産育児一時金の支払方式のオプション、すなわち、受取代理方式と直接支払方式についての法的根拠が要綱で定められているにとどまることも問題である<sup>15)</sup>。ほかの「事実上の現物給付化」の場合と同様に、法律上に明文規定を置くべきである。

#### 4 小括

以上の通り、現行の社会保障制度は、女性労働者の所得保障については被用者保険加入者及び一部の国民健康保険組合の加入者の場合のみ出産手当金という形で給付を行う一方、保健医療サービスに関しては、妊娠・出産は疾病ではないとの大前提の下に制度間で役割分担をしている。すなわち、疾病の範囲に含まれる妊娠中の疾病及び異常分娩については、公的医療保険における現物給付の対象とし、正常分娩については、疾病ではないので、公的医療保険における現物給付の対象とはならないが、正常分娩・異常分娩ともに定額の金銭給付の対象とし、妊娠中の妊婦健診については母子保健法に定める母子健康診査としてその費用を公費で助成している。それぞれの給付の費用に

については、公的医療保険の給付は保険料（及び公費）で、妊婦健診の公費負担は租税で賄われている。

妊産婦側の費用負担については、公的医療保険の現物給付による場合には定率の自己負担分、出産費用の場合には出産育児一時金との差額分、妊婦健診については助成対象とならなかった部分が、妊産婦側の自己負担分となる。

### Ⅲ 妊娠・出産給付に関する基本的な考え方

#### 1 はじめに

妊娠・出産に関する医学及び医療技術の進歩は、妊娠・出産に関する社会保障給付のあり方自体にも見直しを迫っている。不妊治療は、もともと一部が保険適用とされていたが、2004年から特定不妊治療（体外受精・顕微授精）の公費助成が行われてきたところ、それらの保険適用についても2020年に議論が始められ、2022年4月に実現に至った。現在では、出産の保険適用（現物給付化）に向けた具体的な検討が始められている。その中では、無痛分娩のように、潜在的なニーズがあり、体制さえ整えば今後の普及が見込まれるサービスの扱いも問われている。

不妊治療、出産の保険適用、無痛分娩の各テーマについては個別の論考が予定されているので、ここでは保険適用に関する一般的な論点について若干の検討を加える。

#### 2 保険適用の基準

公的医療保険における保健医療サービスの現物給付、すなわち、療養の給付の対象については、法律上、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護が列挙されているが（健保63条1項1

<sup>13)</sup> 国民健康保険では、条例または規約で「その他の保険給付」として出産前後の休業時の所得保障給付を行うことができるが（国保58条2項）、一部の国民健康保険組合を除いて、そのような給付は行われていない。

<sup>14)</sup> 前掲注4)の文献参照。

<sup>15)</sup> 笠木ほか（2018）、p.222。



号～5号), その具体的な範囲に関しては, 診療・調剤に従事する保険医・保険薬剤師は「厚生労働省令で定めるところにより」診療・調剤に当たるべき旨を明示した規定(健保72条1項)を受けて定められた保険医療機関及び保険医療養担当規則等でも, 「患者の療養上妥当必要なものでなければならない」(2条2項)などと抽象的な規定を置くにとどまっている。

もっとも, 新たな治療法や医薬品等を保険適用とする手続及び基準は, 保険外併用療養費の対象となる評価療養に関連して定められている。すなわち, 新たな治療法等は, まず保険外併用療養費の対象となる評価療養として認められるか否かが問われ, 次いで, 評価療養として実施された治験結果等を踏まえて, 保険適用とすべきか否かが決定されるのだが, その際の手続及び基準である。

厚生労働省のウェブサイトで紹介されている先進医療制度のフローチャート(「先進医療実施の流れ」)では, 保険適用の基準に相当し得るものとして, 先進医療会議において, 技術的妥当性(有効性, 安全性, 技術的成熟度)及び社会的妥当性(倫理性, 普及性, 費用対効果)の評価や保険収載の必要性の検討等を行う旨が示されている<sup>16)</sup>。ただ, その法令上の根拠については弱いと言わざるを得ない。管見の限りでは, これらの基準となる要素が明示されている文書は, 「先進医療会議開催要綱」<sup>17)</sup>の中に, 「検討項目」として, 保険適用の適切性に関する事項(「当該医療技術(試験が終了し, 総括報告書が提出されたものに限る。)の普及性, 有効性, 効率性, 安全性, 技術的成熟度, 社会的妥当性等の観点から見た保険収載の適切性」)<sup>18)</sup>が示されているにとどまる<sup>19)</sup>。

医療的措置の技術的な側面に関して言えば, 不妊治療, 正常分娩, 無痛分娩のいずれも, すでに

国内外で長年の実績があり, 一定の標準的な処置, 治療法も確立していることから, 保険適用の基準を満たしていると考えられる。特定不妊治療の保険適用は評価療養の過程を飛ばして行われたが, 新たな治療法というわけではなく, 公費助成制度を通じて広く普及しているもので, 手続的な問題はないであろう。なお, 不妊治療のオプション的な処置については, 先進医療として保険外併用療養費制度の対象とするのが適切である。

### 3 現物給付化の適否

医療的措置が技術的な面で保険適用の基準を満たすときでも, 公的医療保険の現物給付の範囲に含めるとい判断がなされない場合がある。

正常分娩に関しては, 現行制度で金銭給付が選ばれた理由として, 従来の立法関係者は, ①非疾病性(疾病ではないので, 療養の給付の範囲外であり, 保険診療の対象とはならない)。②準備可能性(妊娠が判明した以上, 出産予定日という形で予めその生じる時期が予測可能であることから, 不意の出来事ではなく, 事前に出産に備えておくことが可能である)。③多様なニーズへの応答可能性(出産のあり方に関する関係者(妊婦)のニーズは多様であり, リスクに備えて医療機関でのより安全な出産を希望する者もいれば, 医療的介入を減らしたより自然な状態での出産を望む者もいることから, 出産を現物給付化することにより一定の標準的な分娩方法へと誘導・強制するよりも, 各自の判断に委ね, その費用の一定部分を金銭給付という形でカバーした方が, 各自の出産ニーズに適切に応じることができる)の3つを挙げて説明してきた<sup>20)</sup>。

もっとも, 準備可能性については, 出産費用の額は決して少なくはない金額なので, その全額を

<sup>16)</sup> 厚生労働省「保険外併用療養費制度について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000921208.pdf> (2023年12月25日最終確認))。

<sup>17)</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001023978.pdf> (2023年12月25日最終確認)。

<sup>18)</sup> 同要綱2 (1) ④エ(先進医療Aについて)及び⑤ウ(先進医療Bについて)。

<sup>19)</sup> ちなみに, 評価療養の対象とすることの適切性に関する事項については, 「当該医療技術の有効性, 安全性, 先進性, 効率性, 社会的妥当性, 将来の保険収載の必要性等の観点から見た保険給付との併用の適否」という記述がある。

<sup>20)</sup> 以上については, 稲森 (2011) pp.46-47を参照。

予め用意することは容易ではない。いったん全額を支払った上での償還払いという原則は現実的ではなく、保険給付でカバーされない自己負担分のみを支払う方式を基本とした方が良い。また、非疾病性についても、仮に出産が疾病ではないとしても、医療とは区別された出産という保険事故に対して現物給付を行うことは可能である。したがって、現物給付ではなく金銭給付が選択された主な理由は、出産ニーズの多様性への最適な対応であるという点にある。金銭給付であれば、それをどのような出産形態の費用に充当しようとも、それは給付を受け取った被保険者の自由である。

もっとも、正常分娩を自由診療とした上で定額の金銭給付を支給するという形式は、実際の出産費用が金銭給付の額を上回る場合には妊産婦側に差額負担を生じ、さらに出産費用の上昇が続いていけば、それだけ妊産婦側の経済的負担が増すことになる。それゆえ、出産費用の負担を軽減するべく、現物給付化が求められてきたのである。そうすると、保険適用により却って費用負担が増すことのないように留意する必要がある。正常分娩を傷病に対する医療とは区別して構成することで、正常分娩の定率自己負担を軽減・廃止したり、自己負担分を公費助成したりといった正常分娩独自の対応が可能になるだろう。

なお、出産直後の新生児に対する医療的処置については、従来は一連の正常分娩の過程の中で行われ、その費用は自由診療料金として包括的に妊産婦に対して請求されてきたが、正常分娩を保険適用にする場合には、母体に関する処置は産婦への給付、新生児に関する処置は新生児自身への給付であると考えべきである。

#### 4 選択肢の保障の必要性

不妊治療も無痛分娩も、実際には必ずしもすべての妊産婦が必要とするものでも、また、希望するものでもない。この点も、保険適用の適切性判断にかかわる一つの要素ではある。しかし、妊産婦の権利として、希望する者が利用できるよう、

妊産婦が選べる選択肢を保障しておくことが重要である。不妊治療は、もともと公費助成制度の下での長期間にわたる実施上の実績もあったので、不妊症を疾病と整理することで保険適用へと至った。無痛分娩は麻酔科医不足による安全な実施体制の確保が最大の課題であり、現状では実施率は(徐々に増加しつつあるとはいえ)まだ低い。また、メリットとデメリットがあるため、十分な情報提供の下で意思決定がなされる必要がある。それでも、欧米での実施率は非常に高く、日本でも潜在的なニーズは高いと思われるので、社会保障制度としてもこれに添えていく必要があるだろう。

## IV 負担に関する基本的な考え方<sup>21)</sup>

### 1 原則

保険制度においては、保険給付に必要な費用は保険料で賄うことが原則である。このことは一般に保険原理の一つである収支相等の法則として知られている。収支相等の原則とは、保険事業においては保険料収入の総体と保険給付支出の総体とが相等しくなければならないとするものである。収入が多ければ黒字で保険料を取りすぎ、支出が多ければ赤字で事業が成り立たないので、事業として成立するためには当然のことを述べているようであるが、同原則を厳格に理解する場合には、そこに2つのインプリケーションが含まれているように思われる。保険給付に必要な費用は専ら保険料で賄われるべきであるということ、保険料は専ら保険給付のために用いられるべきであるということである。

社会保険はその社会的な目的を実現する方法として保険のしくみを用いるので、社会保険の場合には、保険原理が貫徹せず一定の修正が加えられることがある。それは一般に、社会保険における保険原理の扶養原理または社会原理による修正と表現されている。

そして、収支相等の原則の修正については、一

<sup>21)</sup> 以下、IVの内容については、稲森(2023)も参照されたい。

般には、事業の収入面に着目し、保険料以外の公費等が保険給付の財源に投入され得ることをもって「収支相等の原則が成り立たない」と説明される。これは収支相等原則からの第一の「逸脱」である<sup>22)</sup>。社会保険では、目的実現のための法令の定めに基づく強制加入に起因する、保険集団間の被保険者の属性の構造的な偏りを是正する等のため、財政力の弱い保険制度または保険集団に対し、保険料を補う追加的な財源として公費等が投入されている。現行の公的医療保険制度についていえば、次の通りである。①被保険者の所得水準が相対的に高いと考えられる組合健保の場合には、給付費は医療保険料のみによる。②被保険者の所得水準が組合健保より低いと考えられる協会けんぽの場合には、保険料によるほか、給付費の16.4%が国庫補助による。③国民健康保険の場合には、健康保険よりもさらに被保険者の所得水準が低い場合が少なくないと考えられることから、保険料によるほか、給付費の半分を公費負担によっており、さらに低所得被保険者に対する保険料減免分の補填として市町村の一般会計からの繰り入れなどが存在するため、実質的な公費負担割合は50%を超えている。ここでは、国庫負担であれ国庫補助であれ、公的医療保険における公費負担は、国民皆保険体制の確立・維持という医療保障制度の全体目的の下、同体制を構成する各公的医療保険制度間、及び、同一制度内での各保険者間における被保険者属性の相違等、各保険者の努力によっては克服し得ない格差を是正する等の観点から専ら行われている、という点に留意しておきたい。

もっとも、このような財政力格差の是正は、公費の投入以外に、保険制度間または保険者間の財政調整という方法でも行われている。ここに収支相等原則からの第二の逸脱が見出される。それは、収支相等のうちの支出の側、すなわち保険料の用途についてである。すなわち、本来であれば、ある保険制度のある保険集団に属する被保険者が拠出した保険料は、当該保険集団における保

険給付支出の財源としてのみ用いられるべきところ、ほかの保険集団またはほかの保険制度における保険給付支出の財源としても用いられている、という意味での「逸脱」である。この種の財政調整は、社会保険の中でも特に医療保障分野において顕著である。項を改めて概観していこう。

## 2 逸脱

公的医療保険制度における保険者間または保険制度間の財政調整の例は、1982年の老人保健法により創設された①老人医療制度（老人医療対象者に係る医療等の給付を老人保健制度より行い、その費用を公費負担と各医療保険者からの老人医療費拠出金とで賄うしくみ。社会保険診療報酬支払基金（以下、「支払基金」という。）が各医療保険者から老人医療費拠出金を徴収し、老人医療事業を行う市町村に老人医療費交付金として交付する）を嚆矢とする。その後、1984年に創設された②退職者医療制度（被用者年金各法による老齢（退職）給付を受給する国民健康保険被保険者とその被扶養者（退職被保険者等）に係る医療費を、退職被保険者等の納付する国民健康保険料と被用者医療保険の保険者からの療養給付費等拠出金とで賄うしくみ。支払基金が各被用者医療保険者から療養給付費等拠出金を徴収し、国民健康保険の各保険者に療養給付費等交付金として交付する）、次いで、高齢者医療制度改革を受けて2005年に老人保健法を改正して制定された高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて導入された現在の③前期高齢者の医療に係る財政調整（65歳以上74歳以下の前期高齢者に係る医療費につき、前期高齢者が加入する被用者医療保険と国民健康保険の間で調整するしくみ。前期高齢者がこれらの保険者に同一割合で加入しているものと仮定して、支払基金は、加入割合が平均よりも低い保険者から前期高齢者納付金を徴収し、加入割合が平均よりも高い保険者に前期高齢者交付金として交付する）と新設された④後期高齢者医療制度（75歳以上の後期高齢者について独立の医療保険制度を創設し、

<sup>22)</sup> 収支相等を緩やかにとらえて、財源の如何にかかわらず全体としての収支が等しければ良いと考えるのであれば、公費等の投入があっても、その意味での「収支相等」は成立しているといえる。

その費用は公費負担と被保険者（後期高齢者）の保険料のほか、被用者医療保険及び国民健康保険（以下では「健保・国保等」という。）からの支援金で賄うとするもの。支払基金は、健保・国保等の保険者から後期高齢者支援金を徴収し、後期高齢者医療制度を所管する後期高齢者広域連合に後期高齢者交付金を交付する）へと続いていく<sup>23)</sup>。

これらの財政調整は、いずれも実質的には財政力のある保険者・保険制度から財政力の弱い保険者・保険制度への財政移転（①②③では被用者医療保険から国民健康保険への、④では健保・国保等から後期高齢者医療制度への財政移転）であり、したがって、移転元の被保険者が支払った医療保険料の一部が移転先の被保険者に係る保険給付の財源に充てられることを意味している。そのような「逸脱」が許される理由について、従来の学説等では、①については、受益者負担（対象となる高齢者は健保・国保等に加入しているが、その医療等の給付は市町村の行う保健事業からなされるので、各医療保険者は給付義務を免除される）、②については、負担の公平や被用者保険の現役とOBの連帯といった正当化理由が見出され得るのに対して、③④については、受益者負担は全く観念できず、ただ国保によって支えられている国民皆保険体制の崩壊を防ぐための国民連帯または社会連帯による正当化が可能であるとどまり、それが国庫負担の投入等ではなく積極的に財政調整によるべきであることを正当化する理由は見当たらない、といった指摘がなされてきた。

ところで、ここまで財政調整を「逸脱」と表現

してきたが、もちろん、これは上述のように収支相等原則を厳格にとらえた場合に導出される2つのインプリケーションを前提とした場合の議論であり、実際には、収支相等原則そのものを含め、そのような諸原則を直接的に定めた明文の法規範が存在するわけではない。医療保険各法では、保険料に関する規定は「費用の負担」の章に置かれているが、基本的には「当該保険事業に要する費用に充てるため、保険料を徴収する」と定めるのみで、「保険事業」の範囲にさえ含まれば、その用途は必ずしも「当該保険集団における保険給付」への充当に限られない、ともいえる。そもそも、憲法25条の生存権保障等に基礎を有する社会保障の目的を実現する方法の選択は、基本的には立法裁量に委ねられている。

とはいえ、保険事業の範囲も無限定ではあり得ない。例えば、医療保険各法の保険料に関する条文の中で、当該「保険事業」に続けて、「（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金<sup>24)</sup>……の納付に要する費用を含む。）」<sup>25)</sup>と明示的に付記されていることは、これらの財政調整が当然には当該保険事業の範囲に含まれるものではなく、法律の規定によって当該保険事業の範囲に含められたことを示している<sup>26)</sup>。逆にいえば、当該保険集団の保険給付に充当する以外の用途に用いる場合には、その旨を法律上明記する必要がある、ということでもある。

もっとも、従来の財政調整は、いずれも「医療」の給付に関する部分のみを対象とするもので、それは関係する保険制度間で共通して保険事故とさ

<sup>23)</sup> なお、同一保険制度内での保険者間の医療費共同負担制度としては、健康保険組合連合会の行う高額医療交付金事業などがある（健保附則2条）。

<sup>24)</sup> 介護保険の第2号被保険者に係る給付費については、介護保険の保険者である市町村等が介護保険料として賦課・徴収するのではなく、加入する公的医療保険（健保・国保等）から支払基金が介護給付費・地域支援事業支援納付金（介護納付金）として徴収する財源による。この介護納付金の財源として、健保・国保等の保険者は、被保険者から介護保険分を区別して医療保険料として賦課・徴収する。したがって、これは医療保険料の流用ではなく、介護保険料分の賦課・徴収を代行していると見ることができる。

<sup>25)</sup> 健保155条。なお、日雇特例被保険者を使用する事業主の設立する健康保険組合（日雇関係組合）については、日雇拠出金の納付も求められる（健保173条）。また、市町村の国民健康保険については、「財政安定化基金拠出金の納付に必要な費用その他の国民健康保険事業に要する費用」も明示されている（国保76条1項）。

<sup>26)</sup> 『健康保険法の解釈と運用（平成29年度版）』（2017年）法研、pp.1130-1131は、法律の制定・改正により保険者が「老人保健拠出金等……の納付義務が課されることになったことにともない、これらの拠出金の納付に要する費用も保険料をもって充当されることが明らかにされた」と述べている。

れている部分なのであった。

### 3 出産育児支援金

出産給付に関しては、2023年の法改正で、出産育児一時金の引き上げに伴う健保・国保等の負担増を軽減する目的で、全世代型社会保障の旗印の下、その給付に充当する新たな財源として、後期高齢者医療制度からの「出産育児支援金」が新たに創設されることになった。その経緯は以下の通りである。

2022年9月の第7回全世代型社会保障構築会議において、政府は、「医療・介護制度の改革」というテーマに関して、「子育て世代の支援のための出産育児一時金の大幅な増額と、その際、医療保険全体の中で支えあうことについて」を1つの論点として提示し、出産育児一時金の増額分の財源に後期高齢者医療制度からの支援を盛り込む案を明らかにした。その後、社会保障審議会医療保険部会に後期高齢者医療制度からの財政支援に関する具体案が提示され、審議会での検討を経て、最終的に医療保険法等の改正法案となり、2023年5月19日に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」として成立した<sup>27)</sup>。それによると、当初は対象額の7%を後期高齢者医療制度からの出産育児支援金によることとし、以後、現役世代と後期高齢者の一人当たり負担額の伸び率がそろうように負担割合を設定していく。もっとも、実際には健保・国保等からの後期高齢者支援金と相殺されるという。出産育児支援金に関する部分は2024年4月1日から施行される。

改正法の成立に先立ち、出産育児一時金の額は、政令改正により、2023年4月以降、42万円から50万円へと大幅に増額された。上述の通り、この増額に伴う健保・国保等の負担の増加をどのように賄うのか、という点が問題となった。本来であれば、社会保険の場合には給付と負担の関係が明確であると言われる通り、そのような給付を行う

健保・国保等の保険料を引き上げて対応すればよいのであるが、それでは現役世代の出産支援のために現役世代の負担をさらに増すことになるので、ほかの財源の可能性が模索されることになった。そこに、全世代で子育てを支援するという大義名分と呼応して、高齢世代にも負担をしてもらうという発想に繋がったのだと史料される。

いずれにせよ、この出産育児支援金という形式により、後期高齢者医療の被保険者の支払った保険料の一部が、健保・国保等における出産育児一時金の給付の財源として用いられることになる。健保・国保等と後期高齢者医療制度は、同じ国民皆保険体制を構成する公的医療保険制度ではあるが、被保険者の範囲を異にする別々の医療保険制度であるから、これは異なる制度間での一方的な財政移転である。しかし、これまでの財政調整の例とは大きく異なる点がある。それは、支援対象となる出産給付は、後期高齢者医療制度では行われていない（出産は後期高齢者医療制度の保険事故ではない。高齢医療47条）という点である。こうして出産育児支援金は、従来の財政調整が踏みとどまってきた「共通の保険事故に対する保険給付についての財政移転」という限界をあっさり踏み越えた。私見において、出産育児支援金が公的医療保険における財政調整の歴史において重大な一線を踏み越えたと評価する所以である。

もっとも、実際には、反対方向からの資金の流れ、すなわち、健保・国保等からの後期高齢者支援金と相殺されるということであるので、健保・国保等からの後期高齢者支援金として後期高齢者医療制度に移転される金額が減少するだけであろう。そうであれば、出産育児支援金を導入せずとも、最初から後期高齢者支援金の負担を減額だけしておけばよいようにも思われるのだが、高齢者も負担しているという姿勢を示すことが重要であったのだろうか。

立法関係資料によれば、政府は高齢者による負担の正当性に関して、全世代型社会保障の理念を

<sup>27)</sup> 改正内容については、例えば、厚生労働省保険局「医療保険制度改革について」第162回社会保障審議会医療保険部会（令和5・1・16）参考資料4（<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001037866.pdf>（2023年12月25日最終確認））などを参照。

強調するとともに、高齢者医療制度改革以前は、高齢者も健保・国保等に加入して保険料を払い、出産育児一時金の財源を負担していたことを挙げている。それが高齢者医療制度改革で後期高齢者医療制度に移行したことで、出産育児一時金の財源負担を免れることになった、というのである。しかし、これはそのような制度として立法者が設計したことの当然の結果であり、老人医療制度のように給付義務免除に係る受益者負担を観念する余地はないし、退職者医療制度のように「保険料から拠出すること」に社会的な納得性が得られるものでもない。政府のいう正当化理由は一種のレトリックであり、出産育児支援金は国民連帯または社会連帯といった抽象的な理念によってのみ正当化され得る負担であるというほかない。後期高齢者による出産費用の分担自体については正当性が認められるとしても、それは本来、保険料の中からではなく、保険料とは区別された租税的性格の負担金によって行われるべきである。

#### 4 こども・子育て支援金（仮称）

その点で、現在、「こども未来戦略」の議論の中で提案されている「こども・子育て支援金制度（仮称）」については、一定の評価ができる。これは、2023年6月の閣議決定「こども未来戦略方針」において、「こども・子育て支援加速化プラン」を支える安定的な財源の1つとして「企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み（「支援金制度（仮称）」）の構築」が掲げられたことを受けて考案されたもので、同年12月にこども家庭庁から示された案によれば、次のようなしくみである<sup>28)</sup>。

この財源が充当される可能性のある「こども・子育て支援加速化プラン」には、出産等の経済的負担の軽減のほか、児童手当の拡充やこども医療費助成など、さまざまなこども・子育て支援策のメニューが並んでいる。その費用の一部に充当される「こども・子育て支援金」は、医療保険のルートを通じて賦課・徴収される。各年度の支援納付

金総額は、こども家庭庁が予算編成過程で決定することとされ、まず、後期高齢者医療制度とその他の医療保険制度との間で、保険料負担割合に応じて按分される（出産育児支援金と同様）。次に、後者は加入者数に応じて被用者保険と国民健康保険との間で按分され（後期高齢者支援金と同様）、さらに被用者保険制度間では総報酬割に応じて按分される（後期高齢者支援金と同様）。

ポイントは、各被保険者が支払うこども・子育て支援金は、医療保険料と合わせて徴収されるが、医療保険料とは区別された別の負担金であるという点である。実現可能性の点を考慮すれば、保険料と同時に賦課・徴収される負担金という形式は、検討に値するものである（保険者の役割は徴収代行）。こども・子育て支援金は目的税的性格を有する負担金であり、その充当先に社会保険給付が含まれるとしても、両者の間に「給付と負担の牽連性」は存在しない。国民連帯の理念に基づく負担であれば、こちらの形式の方がより適しているといえよう。翻って考えてみるに、現行の健保・国保等の医療保険料も、後期高齢者支援金に充てられる部分は特定保険料率（健保等）または後期高齢者支援金等賦課額（国保）として明確に区分されており、当該部分の実質は純粋な保険料というよりは目的税的性格を有する負担金であると言えそうである。

後期高齢者医療制度からの——実質的には後期高齢者医療制度の被保険者である後期高齢者自身が負担する——出産育児支援金も、本来、このこども・子育て支援金のような形で構想されるべきであったのではないだろうか。

#### 5 小括

社会保険では、保険給付は保険料で賄い、保険料は保険給付のために用いるという原則に対し、保険給付の財源として保険料以外のものが充当されるという第一の逸脱と、保険料を保険給付以外のために用いるという第二の逸脱が見られる。前者の代表例が公費負担、後者の代表例が公的医療

<sup>28)</sup> 『週刊社会保障』法研、3248号、pp.38-43参照。

保険における財政調整である。本節では、以上のような収支相等原則とそのインプリケーションを補助線として、公的医療保険における制度間財政移転（財政調整）の展開を検討してきた。

社会保険の被保険者（及び被用者保険の場合には事業主）が負担する保険料は、当該社会保険制度の当該保険集団で行われる保険給付に充当するのが基本である。それ以外への充当の可能性としては、同一の社会保険制度内での財政調整（当該社会保険制度を構成する保険者間での財政調整）と、同種の複数の社会保険制度間での財政調整が考えられるところ、後者に関して、老人医療費拠出金には受益者負担的な要素があったものの、その後の財政調整では連帯的要素が強まって行った。それでも、これまでの財政調整は、少なくとも異なる制度間であっても同一の保険事故に対する保険給付を調整するものであったが、出産育児支援金はその限界を超え、拠出側の保険制度では保険事故とされていないリスクに関する給付についての財政移転を定めるに至った。しかし、こども・子育て支援金は、保険料とは区別される負担金として構想されている。

もっとも、第二の逸脱は公的医療保険の専売特許ではない。ほかの例としては、求職者支援制度における職業訓練受講給付金の支給を含む就職支援法事業の財源に雇用保険料が充当されている例がある<sup>29)</sup>。恒久的な制度の創設に当たり、本来は国が全額負担すべきところ、国の財政難に鑑み、緊急的な対応として労使負担を取り入れたものであるが、いまだ見直しは行われていない。また、より直近では、コロナ禍を受けた2022年の感染症法改正<sup>30)</sup>により、医療提供体制を守るための期間限定の措置として、流行初期の初動対応について都道府県と協定を締結した医療機関に対して一定の診療報酬収入を保障するしくみが導入された（流行初期医療確保措置）。具体的には、協定締結医療機関が新型インフルエンザ感染症等に係る発生等の公表日が属する月からの一定期間に、感染

症患者の入院病床の確保や発熱外来に係る対応等の措置を講じたとき、当該月の診療報酬額が感染症流行前の直近の同月における診療報酬額を下回った場合に、その差額を都道府県が支払うもので、その費用の2分の1は支払基金からの流行初期医療確保交付金で賄われ、そのために支払基金は各医療保険者から流行初期医療確保拠出金を徴収する。すなわち、実際に被保険者等に行われた医療の費用に充当する以外の目的のために医療保険料が用いられるのである。

このように、近年、社会保険において「保険制度」としての規律が緩んでいると思しき例が散見されるようになってきている。繰り返しになるが、確かに、社会保険制度は憲法の定める生存権保障を具体化するため立法によって創設されたものであるが、保険のしくみの利用はあくまでも社会保障の目的を実現する一つの方法としてであり、収支相等原則に立法を羈束する規範性があるわけではない。とはいえ、保険料の無節操な「流用」は、社会保険制度への信頼を損ないかねないので、一定の歯止めは必要であろうと思われる。私見では、同種の複数の社会保険制度間での財政調整は、同一の保険事故による給付間の調整に限定されるべきであり、当該社会保険制度が対象としていない保険事故に係る他制度の給付への充当は、保険料充当の正当性の限界を超えると考える。

他方で、第一の逸脱に関しては、給付財源の第一は保険料であるけれども、合理性と正当性が認められれば、保険料以外の財源を投入することも許容されると思われる。すでに見た被保険者の属性の偏りから生じる保険者間・保険制度間の財政力格差を是正するための公費の投入は、その一例である。だが、それ以外にも正当化事由はあり得よう。「妊娠・出産を全世代で支える」という理念は、いささか抽象的ではあるが、医療保険における妊娠・出産給付への全世代あるいは現役世代以外の世代が負担する負担金の投入を正当化し得るものであると考えられる。そして、そのような

<sup>29)</sup> 雇保64条。この問題については、稲森（2023）、pp.195-198参照。

<sup>30)</sup> 詳細については、『『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律』の公布及び一部施行について』（令和4年12月9日医政発1209第22号ほか）参照。

国民連帯的な負担金を社会保険の財源に投入したとしても、保険料負担のある限り、給付と負担の牽連性は失われず、保険的性格は失われない<sup>31)</sup>。

ただ、保険料以外の多様な財源が入ってくると、資金の流れが複雑化し、財政の透明性を損うおそれはある。資金分配者の恣意を排除するための手続的規律が求められよう。また、保険給付の財源を保険料以外のものに過度に頼ることは、それによって直ちに給付と負担の牽連性が失われるわけではないとしても、保険的性格に関して議論の余地を生じ得るところでもある<sup>32)</sup>。したがって、保険料以外の財源の投入には一定の節度が必要でもある<sup>33)</sup>。

## V おわりに

妊娠・出産を含め、こども・子育てを社会全体で、全世代で支えていこうとする理念自体は大いに評価されるべきものである。こうした全世代型社会保障の理念の下、こども・子育て支援の積極的な拡充が議論されている現在は、妊娠・出産への支援を強化するまたとない機会でもある。妊娠・出産支援の方法は多様であり得るが、給付と負担の関係の明確性や財源の安定性等を考慮すると、その基本は社会保険によるのが好ましいであろう。中でも、要保障性的内容が近似する傷病リスクをカバーする医療保険に準拠するか<sup>34)</sup>、その

中で出産給付も行うのが適切である。

そして、当該社会保険においては、給付と負担の基本を外さない形で、妊産婦及び胎児・新生児の生命・身体の安全の確保を最優先とし、それを実現可能なものとする出産医療体制を構築・確保するとともに、出産に関する妊産婦の選択を可能な限り尊重し、かつ、妊産婦の費用負担をなるべく軽減するような方向での改革が望まれる。

現行の健保・国保等では、「疾病・負傷・出産・死亡」を保険事故としているが（健保1条、国保2条等）、医療保険の枠組の中で、傷病に対する給付と出産に対する給付とを区別し、正常分娩を出産に関する現物給付の対象として構成することは、単に正常分娩の保険適用により出産に係る妊産婦の費用負担を軽減するにとどまらず、出産が「傷病」概念の制約から脱し、給付の内容と負担の程度の両面において今後さらなる独自の発展をたどる可能性をも示唆するものでもある。例えば、「出産」部門で妊娠中の健診費用や妊娠中の傷病の治療費用などをカバーしていく可能性や、その際の自己負担を軽減する可能性などである<sup>35)</sup>。正常分娩の現物給付化は、そのような展開可能性をはらんだ大きな一里塚であるともいえるだろう。

## 参考文献

- 稲森公嘉（2011）「医療保険と出産給付」、『週刊社会保障』、2612号、pp.42-47。  
———（2023）「社会保険料の使途に関する一考察

<sup>31)</sup> 旭川市国民健康保険条例事件において、一審判決（旭川地判平成10・4・21判時1641号29頁）は、「収入の約3分の2を公的資金でまかない、保険料収入は3分の1にすぎないのであるから、国民健康保険は保険というよりも社会保障政策の一環である公的サービスとしての性格が強く、その対価性は希薄である」としたが、最高裁判決（最大判平成13・3・1民集60巻2号587頁）は、「国民健康保険事業に要する経費の約3分の2は公的資金によって賄われているが、これによって、保険料と保険給付を受け得る地位とのけん連性が断ち切られるものではない」と明言した。

<sup>32)</sup> もっとも、フランスでは、公的医療保険の財源に多様な租税が投入されており、さらに被用者負担分の保険料が一般社会拠出金に置き換えられる租税代替化が進んでいるが、医療保険は社会保険制度として引き続き位置づけられている。租税代替化については、柴田（2012）、柴田（2017）参照。

<sup>33)</sup> 島崎（2020）p.275は、「医療費の財源を保険料とするか租税とするかは、どちらでもよいという問題ではない。社会保険の意義に関わる。……医療保険制度における公費投入は保険給付費の半分を限度とするという考え方は1つの節度として重要である」と述べる。

<sup>34)</sup> フランスのように医療保険とは区別された出産保険を構想することも一案である。ただし、強制被保険者の範囲について保険性の有無を考慮し始めると、例えば、年齢の上下限をどうするのか、妊娠・出産が不可能な状態にある人をどうするのか、子どもを持たないという選択をしている人をどうするのか（ただし、人の意思は変わり得る）等々の厄介な問題を生じるおそれがある。

<sup>35)</sup> フランスの出産保険制度について、原田（2009a）及び原田（2009b）参照。



- 後期高齢者医療制度からの財政支援の提案をめぐって——, 『法学論叢』, 192巻1~6号, pp.193-217。
- 笠木映里・嵩さやか・中野妙子・渡邊絹子 (2018) 『社会保障法』, 有斐閣。
- 小山進次郎 (1950) 『改訂増補 生活保護法の解釈と運用』, 中央社会福祉協議会。
- 柴田洋二郎 『フランス社会保障財源の『租税化』(fiscalisation) ——議論・帰結・展開——』 『海外社会保障研究』, 179号, pp.17-28。
- (2017) 『フランスの医療保険財源の租税化』, 『JRTレビュー』, 48号, pp.4-25ほか参照。
- 島崎謙治 (2020) 『日本の医療——制度と政策 増補改訂版』, 東京大学出版会。
- 原田啓一郎 (2009a) 「フランスにおける医療・出産保険と家族政策 (1) ——出産支援の理念とその具体策の変遷」, 駒澤法学8巻3号, pp.31-76。
- (2009b) 「フランスにおける医療・出産保険と家族政策 (2) ——出産支援の理念とその具体策の変遷」, 駒澤法学8巻4号, pp.31-76。

(いなもり・きみよし)

## **Basic Principles of Cost-Sharing for Pregnancy and Childbirth in the Public Health System**

INAMORI Kimiyoshi\*

### Abstract

In the context of the major trend towards the promotion of measures to combat the declining birthrate and the expansion of support for child rearing under the principle of a social security system for all generations, the social security system for pregnancy and childbirth has reached a major turning point where the traditional division of roles between the systems and the conventional way of providing benefits and burdens are being reviewed. Considering the clarity of the relationship between benefits and burdens and the stability of financial resources, the method of support for pregnancy and childbirth should be based on social insurance and, in a manner that does not deviate from the basics of benefits and burdens, place the highest priority on ensuring the life and physical safety of pregnant and nursing mothers, fetuses and newborn babies, while building and ensuring a maternity medical system that makes this feasible. Reforms are required to respect the choices of pregnant and nursing mothers regarding childbirth as much as possible and to reduce the burden of costs on pregnant and nursing mothers as much as possible. Distinguishing between sickness benefits and maternity benefits within the framework of medical insurance, and structuring normal childbirth as the subject of maternity-related benefits in kind, suggests that maternity benefits may break free from the constraints of the concept of sickness and develop independently in terms of both the content of the benefits and the level of burden.

Keywords : Pregnancy and Childbirth, Insurance Benefits, Right to Choose, Burden Reduction, Support Contribution

---

\* Professor, Kyoto University, Graduate School of Law

---

**特集：医療保険と妊娠・出産に係る社会保障給付**

---

## 出産費用の実態と価格形成に及ぼす要因の分析、 出産費用の透明化に向けた課題

田倉 智之\*

---

### 抄 録

我が国の出産費用は、2013年に平均42.1万円/件であったが、2020年には平均46.7万円/件に上昇している。約10年間の分析の結果によると、正常分娩の妊婦合計負担額については、年率1.2%以上で上昇( $p<0.05$ )している。この出産費用の上昇の原因の多くは、少子化によって説明ができる。すなわち、病院経営の観点では分娩数の減少に伴い、稼働率の低下とブランドなどの競争拡大、私的病院比率の上昇が進み、妊産婦の立場からは晩婚化による所得水準の上昇のみならず、女性1人当たりの出産回数の減少、分娩リスクの増加が進んでいる。出産にかかわる価格は、それらを背景に上昇するメカニズムが考えられる。実際、県民所得、分娩年齢、設備（施設）の密度とともに、出生数（少子化）は分娩価格に影響を与えることが明らかとなっている（多変量解析： $p<0.001$ ）。特に、国民の所得は、分娩価格との関連性が高い傾向にある。これらを背景に、分娩価格の高い地域（都道府県）は、流出率が上昇する傾向にある（相関分析： $p<0.01$ ）。その背景として、世帯年収の低い群は、費用関連の情報に対する関心が高いことが挙げられる。このような中、厚生労働省により出産費用の「見える化」の施策が進められている。この「見える化」は、妊産婦の満足度の向上や出産費用の適正化に資する政策の一環として、大きな役割に担う可能性もあると考えられる。

キーワード：出産費用、少子化、所得水準、分娩年齢、見える化

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.406-427.

---

### I 出産費用の実態と動向（大規模データの解析より）

出産費用にかかわる公的な仕組みとして、出産育児一時金がある。これは、公的医療保険の加入者が出産したときに、子ども1人当たり原則50万円（2023年4月に42万円から増額）が支給される。妊産婦は、実際にかかった出産費用から一時金を

差し引いた額を支払うことになる。出産費用については、帝王切開などの「異常分娩」を除き公的医療保険の枠外であり、「正常分娩」は分娩機関が自由に価格設定できる「自由診療」となっている。

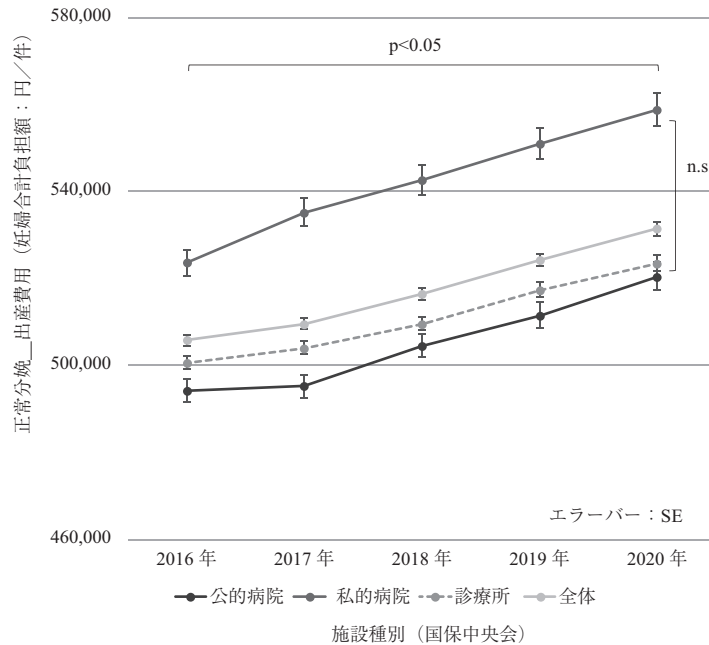
わが国の全施設の出産費用（出産育児一時金制度で室料等差額を除く）は、2013年に平均42.1万円/件であったが、2020年には平均46.7万円/件に上昇している〔田倉（2022）〕。消費者物価指数の変位が小さい過去の約10年間の分娩データ（約

---

\* 日本大学医学部社会医学系医療管理学分野 主任教授  
（東京大学大学院医学系研究科医療経済政策学講座 兼務）

480万件の直接支払制度の専用請求)の分析の結果によると，妊婦合計負担額については，正常分娩は年率1.2%以上で上昇 ( $p<0.05$ ) していること

が明らかとなっている(図1, 表1)。その費目の内訳を眺めると，特に「分娩料」と「その他」の費目の増加が顕著な傾向にある。異常分娩も含む全



出所：田倉 (2022)。

図1 出産費用の年次推移

表1 正常分娩の出産費用の年間平均増加率 (請求項目の内訳)

年間平均増加率 (5年間：2016年-2020年，国保中央会：正常分娩)

明細項目	全体	公的病院	私的病院	診療所
妊婦合計負担額	1.27%	1.32%	1.68%	1.14%
妊婦合計負担額 (a)~(c)控除後	1.25%	1.19%	1.47%	1.23%
入院料	0.63%	2.19%	0.18%	0.24%
(入院料1日単価)	1.30%	2.93%	0.67%	0.88%
室料差額 (a)	0.99%	3.42%	2.80%	-0.39%
分娩介助料				
分娩料	1.79%	0.88%	2.50%	1.72%
新生児管理保育料	-0.26%	-1.27%	0.06%	-0.28%
検査・薬剤料	1.70%	0.49%	1.35%	2.30%
処置・手当料	1.54%	0.52%	-0.87%	2.35%
産科医療補償制度 (b)	-0.20%	-0.21%	-0.42%	-0.19%
その他 (c)	2.48%	2.95%	5.88%	1.25%
一部負担金等				
(入院日数)	-0.64%	-0.66%	-0.48%	-0.62%

注：分娩介助料と一部負担金は異常分娩時の請求項目のため空欄となっている。

出所：田倉 (2022)。

体の出産費用は、「分娩料」と「分娩介助料」が20万円台と最も大きな割合を占めており、次いで「入院料」や「新生児管理保育料」が比較的大きな割合となっている（表2）。なお、施設種別では私的病院における増加割合が大きい状況にある。

出産費用の水準を施設種別に整理を行うと、公的病院は私的病院や診療所よりも平均出産費用が低い傾向にある。一方で、私的病院は出産費用の高額帯においてバラツキが大きく、出産費用の平均値を引き上げる要因の一つとも考えられる（図2）〔田倉（2022）〕。分娩種別に整理を行うと、異常分娩（公的医療保険の適用のため診断名がついた時点より移行：後述）は正常分娩よりも妊婦負担額合計の平均値は低い傾向にあるが、高額帯のバラツキはむしろ正常分娩より大きい傾向にある

（出産育児一時金明細の範囲）（図3）。出産費用を地域別に整理すると、東京都が最も高く60万円台、鳥取県や佐賀県が総じて低く40万円台となっている（妊婦合計負担額、図4）。なお、出産費用は西日本よりも東日本が総じて高い傾向にある（ $p=0.001$ ）（表3）。

分娩は一般に、一定の医学的な潜在リスクを抱えており、正常分娩から異常分娩に移行するケースが散見する。わが国においては、異常分娩になった場合に公的な医療保険の給付適用となる。そのため、出産育児一時金制度では、公的医療保険制度による診療報酬請求（現物給付）の部分が除外される。そのため、出産費用の全体像の把握や国民負担の観点による整理においては、正常分娩などを対象とする出産育児一時金制度と異常分

表2 出産費用の内訳（請求項目）と年次推移（正常分娩と異常分娩の全体）

2014年（全体）			2020年（全体）			2014-2020年
費目（円）	平均値	標準偏差	費目（円）	平均値	標準偏差	年平均増加率
入院料	78,878 ± 59,290		入院料	78,950 ± 72,465		0.015%
室料差額	20,770 ± 25,010		室料差額	24,161 ± 29,723		2.721%
分娩料	238,282 ± 72,975		分娩料	257,981 ± 87,115		1.378%
分娩介助料	215,009 ± 79,776		分娩介助料	243,116 ± 108,635		2.179%
新生児管理保育料	49,001 ± 26,678		新生児管理保育料	46,534 ± 30,425		-0.839%
検査薬剤料	9,796 ± 12,205		検査薬剤料	10,250 ± 15,372		0.773%
処置手当料	11,328 ± 19,760		処置手当料	11,735 ± 23,445		0.599%
その他	25,183 ± 34,642		その他	28,779 ± 41,594		2.380%
産科医療補償制度掛金	23,100 ± 7,013		産科医療補償制度掛金	16,050 ± 1,937		-5.086%
一部負担金等	32,278 ± 61,237		一部負担金等	41,440 ± 913		4.731%
妊婦合計負担額	477,517 ± 75,154		妊婦合計負担額	507,782 ± 94,401		1.056%

（注）分娩種別と分娩料・分娩介助料などに若干の不整合が散見していたが、妊婦合計負担額のサンプル対象として総合的に算定をしている

出所：田倉（2022）。

表3 出産費用の東日本と西日本の圏別の分析（所得水準が有意に影響）

指標	東日本	西日本	有意差 (p)
出産費用（正常分娩：円/件）	512,702	476,511	0.001
物価指標（消費者：全国100/2020年100）	99.28	98.62	0.423
所得指標（県民：年間千円）	3,079	2,711	0.004
施設指標（私的病院：%，対分娩数）	20.37	17.78	0.362

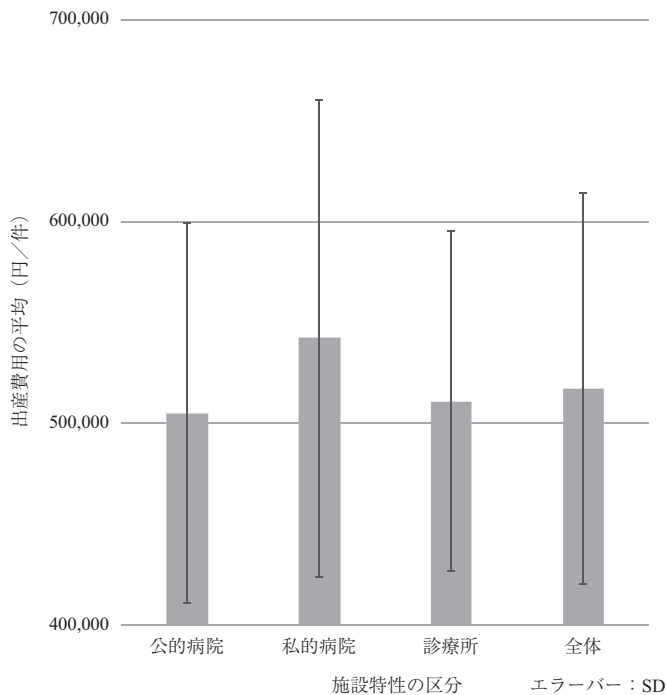
（補足1）地域圏分類は、便宜的に行政管理番号で2分割実施

（補足2）検定は、ウィルコクソン順位和検定（5%有意水準）

（補足3）データは5年分（2015年～2020年の範囲）の平均値（一部指標は1年のズレ発生）

（補足4）出産費用（妊婦合計負担額）は、国保中央会（正常分娩が対象）

出所：田倉（2022）。



注：(データ) 5年間平均 (2016年-2020年)，国保中央会。  
 (参考) エラーバーは平均値±標準偏差であり，バラツキを示している。  
 出所：田倉 (2022)。

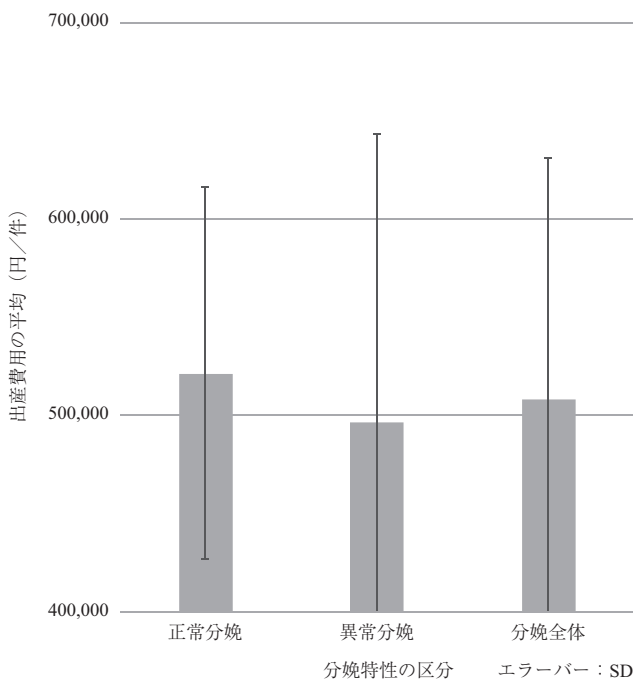
図2 施設種別による出産費用の整理

娩を対象とする公的医療保険制度の両者の請求額を合算した議論も望まれる。前述の約480万件の分娩データを対象に，被保険者の管理IDで両者を紐づけた合算の解析によると，分娩施設に価格設定の裁量のある「入院料」と「分娩介助料」は，医科レセプト請求額と負の相関関係 ( $rs = -0.63$ ,  $p < 0.01$ ) の傾向にある (図5, 図6)。

なお，異常分娩の種別には，母体QOL・育児に影響のある会陰 (陰門) 切開及び縫合術などの比較的軽度な症例から，帝王切開術や妊娠子宮摘出術 (ポロー手術) などの多くの医療資源を消費する症例の介入まで幅があり，さらに患者背景の層別化について検討も必要と考えられる。特に，稼働率を考慮して医科レセプト請求額と「入院料+分娩介助料」の関係を1日単価で整理 (図5) した場合，両者の相関関係は指数関数的な状況にあると想像されるが，異質性の集団の混在も想像され

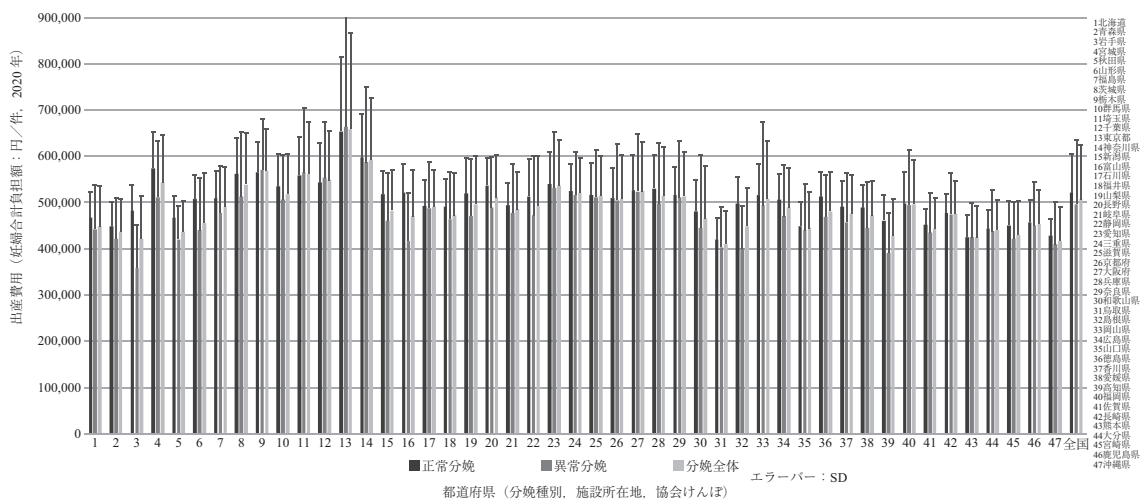
る。つまり，「入院料+分娩介助料」は，医科レセプト請求に対して，10~20万円/日・件の範囲に変曲点の存在が推察され，手技別 (層別化) の分析も必要と推察される。

このような中，現在のところ正常分娩は自由診療となっているが，これにかかわる費用が年々増えてきており，妊産婦の負担額 (持ち出し) が多くなっていると言われていた [朝日新聞デジタル (2022)]。厚生労働省によると，産科医療補償制度の掛け金や室料差額 (差額ベッド代) など任意のサービスを除いた出産費用 (正常分娩のみ) の平均は，2021年度に47.3万円で費用が抑えられている公的病院に限っても45.5万円となり，一時金の水準を上回り妊産婦の自己負担額が拡大していた。それが政策的な課題の一つに挙げられており，前述のとおり2023年に50万円へ一時金の増額がなされた。



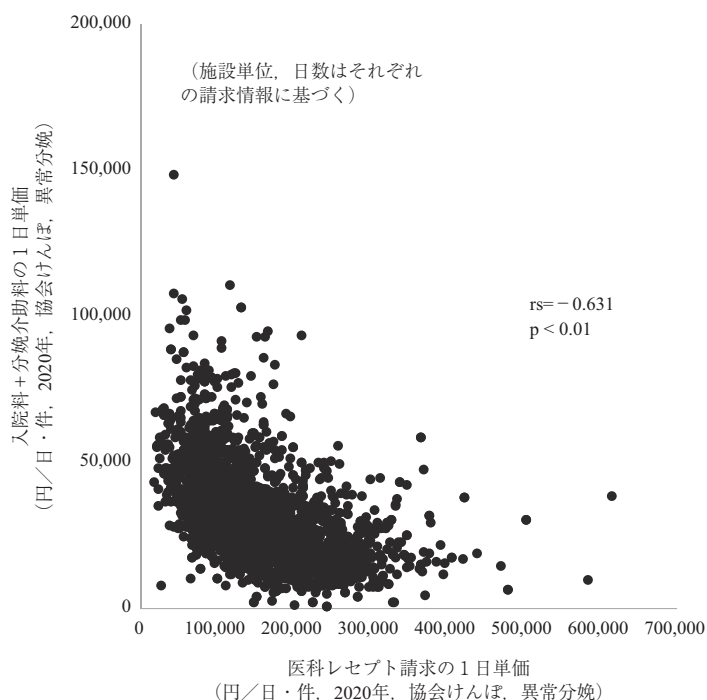
注：公的医療保険の適用のため診断名がついた時点で移行。  
 (データ) 年間平均 (2020年), 協会けんぽ。  
 サンプル数：延べ約210万件の一部。  
 出所：田倉 (2022)。

図3 分娩種別による出産費用の整理



出所：田倉 (2022)。

図4 出産費用の都道府県別の傾向 (分娩種別)



注：検定：スピアマン順位相関。

出所：田倉（2022）で用いたデータより，筆者作成。

図5 医科レセプト請求額と入院料+分娩介助料の関係を1日単価で整理（稼働率考慮）

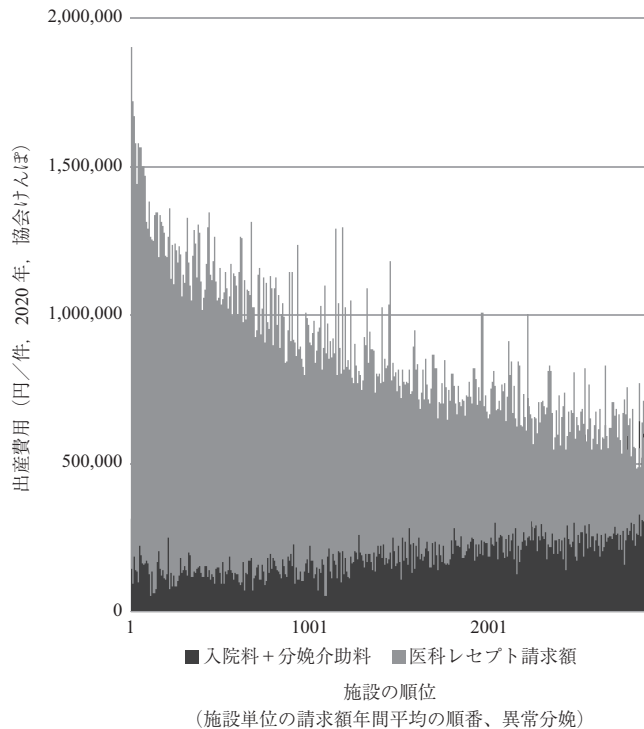
## II 出産費用の水準（価格形成）のメカニズム

出産費用の水準や構造（価格形成）に影響を及ぼす前述の主な要素は、少子高齢化の潮流によって、出産費用の水準を上昇させるように推移していると考えられる。すなわち、出産費用の上昇の原因の多くは、少子化によって説明ができると推察される。分娩減少に伴い、病院経営の観点では稼働率低下に伴う費用単価の上昇とブランドなどの競争拡大、私的病院比率の上昇が進むと考えられる。また、妊産婦の立場からは晩婚化による所得水準の上昇のみならず、女性1人当たりの出産回数の減少、分娩リスクの増加なども進んでいると理解される。以上を背景に、出産にかかわる価格上昇が進むメカニズムが考えられる（図7）〔Tomoyuki Takura (2022), 田倉 (2023a), pp.5-16〕。実際、出産費用が高額化している地域では、

出生率が下がる傾向にあることも判明している（図8）。以下に、それらの仮説の背景と機序、およびかかわる多変量解析などの結果（検証例）を解説する。

まず、少子化が進むことにより、日本全体の分娩数が減ることになる。その分娩数が減ると、固定費などの回収で請求単価を上げつつも、それぞれの施設間で「妊婦（需要）の取り合い」が起き、地域によっては競合の中で分娩施設の総数も減る。なお、競争によって淘汰されやすい分娩施設は、出産費用が高価格帯になる医療機関ではなく、むしろ比較的費用が低い医療機関であると推察される。高価格帯の分娩施設が選ばれて生き残りやすい背景としては、晩婚化などで出産年齢が高くなるのに伴い本人や配偶者の所得水準が上がり、支払能力が向上することが考えられる。つまり、妊婦側の支払い能力が高まると、高価格帯であってもサービスや地域の評判が良い分娩施設が





出所：田倉（2022）で用いたデータより，筆者作成。

図6 医療レセプト請求額と入院料+分娩介助料の構成を施設順位（全体請求額）で整理

選ばれ、多くの「妊婦（需要）」が集まる。結果として、ブランド力があり、知名度の高い医療機関が残っていくと理解される。厚生労働科学研究の調査〔田倉（2022）〕においても、実際の出産費用と所得の間に最も強い相関関係があった（後述）。

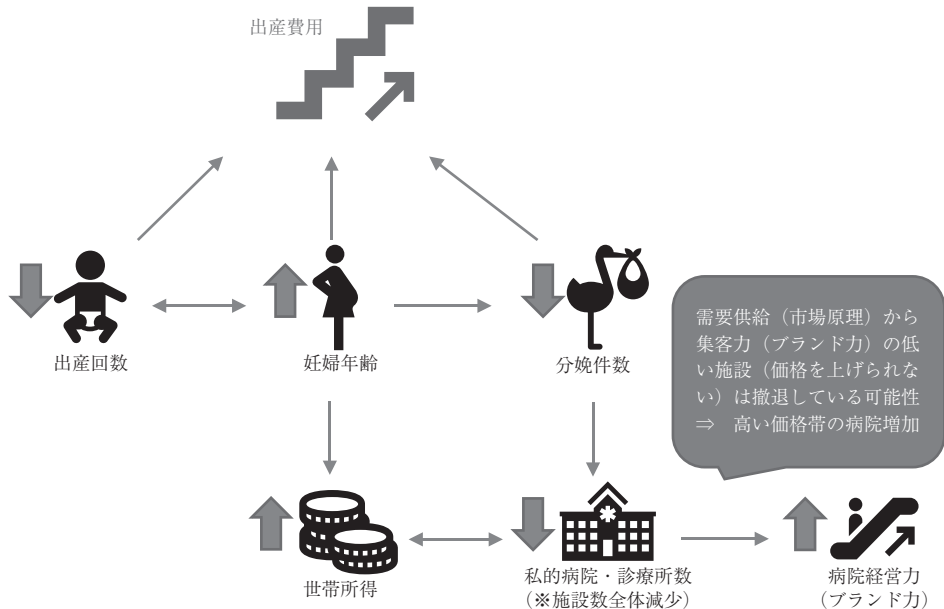
また、一般的には第1子の出産時の場合、妊産婦は、人生初のイベントとしてお金をかけても良いという支払許容度が高くなると想像される。第2子以降の出産費は、第1子の経験から必要なサービスを取捨選択できるようになり、比較的安く抑える傾向がある〔田倉（2022）、朝日新聞デジタル（2022）〕。そのため、子どもを産む人数が減っていくと、1人当たりの出産費を押し上げる効果があると考えられる。一方で、費用を低く抑えていた分娩施設においては、価格を上げられるほどの集客力がないことが多く、かといって出産自体は医学的にも安全対策が必須になるため、安易な「値下げ」も難しいと想像される。このため、もと

もと低価格で基本的（最低限）なサービスだけを提供しているような分娩施設は淘汰されやすいとも考えられる。結果として、“身近に価格が抑えられた分娩施設の選択肢が少なくなる地域も出てくる”ことが、政策面や臨床面（施設アクセス時間の増大も背景に）から課題として顕在化されてきていると想像される。

### Ⅲ 出産費用に影響を及ぼす各種要因の詳細

室料差額などを除いた場合においては、おおむね半数程度の出産が一時金の範囲内で費用を賄えているという傾向（図9）はあるものの、前節で解説した状況を背景に、出産費用が高く収益性が低下（一時金などとの兼合いで支払抑制が作用するものの提供費用が上昇するため）する分娩施設の割合が増えることで、全体としては出産費用の平均額を押し上げる潮流になっていると整理され

主要要因間の関係図（出産費用の上昇圧力：多変量解析等で見えてきた内容）



注：私的病院の割合の高い地域は、総じて正常分娩費が上昇する。また、もともと競争の無い地域（選択肢の少ない地域）は、競合がないため価格水準が変化せず、相対的に10年間程度で分娩費が据え置き（低い）状況になる。その背景として、本体サービス以外の付帯サービスに力を入れる必要性が小さい可能性もある。  
出所：朝日新聞デジタル（2022）、田倉（2023a）。

図7 出産費用が上昇するメカニズム（少子化の影響などを軸に）

表4 出産費用と関連因子の関係（内部系要因：その他因子，妊婦年齢と人口規模は有意な関係）

出産費用に影響を与える関連因子  
多変量解析（重回帰式）

項目	標準偏回帰係数	F値	p値	偏回帰係数の95%信頼区間		VIF
				下限値	上限値	
妊婦年齢	0.484	21.764	0.000	250	630	1.21
入院日数	-0.198	2.452	0.125	-36,047	4,548	1.79
地域_県（人口で2値化）	0.472	19.994	0.000	21,950	58,060	1.25
出産年次	0.105	0.829	0.368	-282	746	1.50
分娩区分（2値化）	-0.146	2.111	0.154	-160,831	26,190	1.13
定数項		0.664	0.420	-60,921,157	143,419,988	
モデル精度（分散分析）	p<0.01					

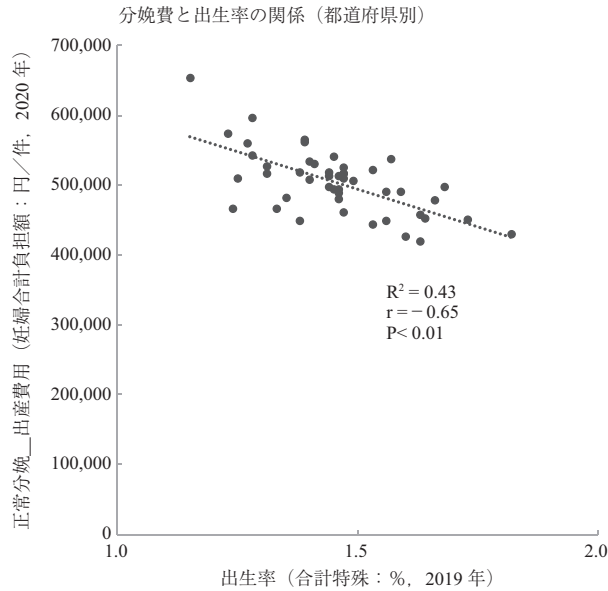
（補足）地域は、人口数の多い県を1、低い県を0にダミー化  
（補足）分娩種別は、異常分娩を1、正常分娩を0にダミー化

（出産費用のデータは協会けんぽ）

出所：田倉（2022）。

る。実際、前述の調査〔田倉（2022）〕においても、私的病院を中心とした地域のプライスリーダーなどの影響も受けながら、過去においてベースラインの価格水準の低い分娩施設の集団の価格上昇幅

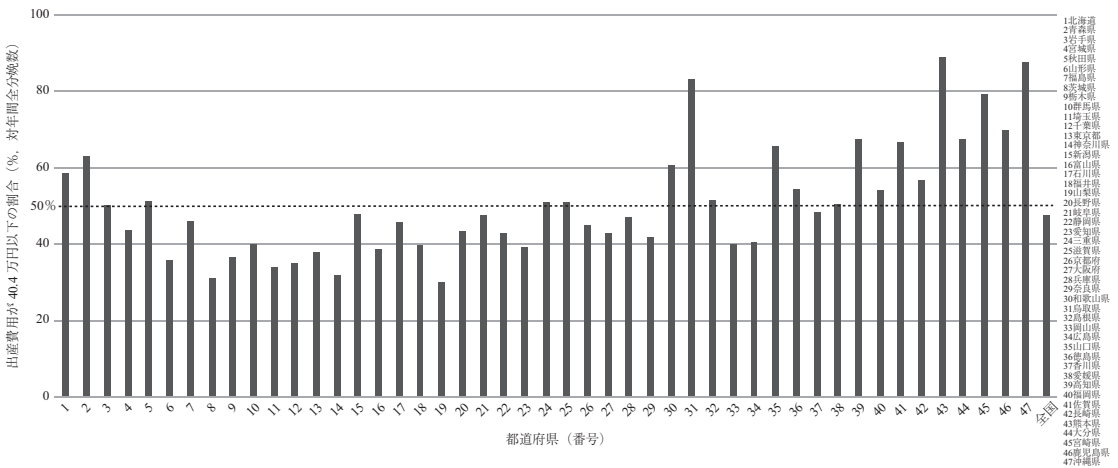
が大きい傾向も明らかとなっている（図10）。また、産科領域はほかの診療科と比べて医師や助産師などの人件費が占める割合が多く、東京などの医療従事者の所得水準が高い都市部などでは、施



注：(分娩費) 正常分娩，協会けんぽ，出産育児一時金（出産費用）に関する研究。  
 (出生率) 厚生労働省，都道府県別にみた年次別合計特殊出生率，令和3年度。  
 出所：朝日新聞デジタル（2022），田倉（2023a，2023b）。

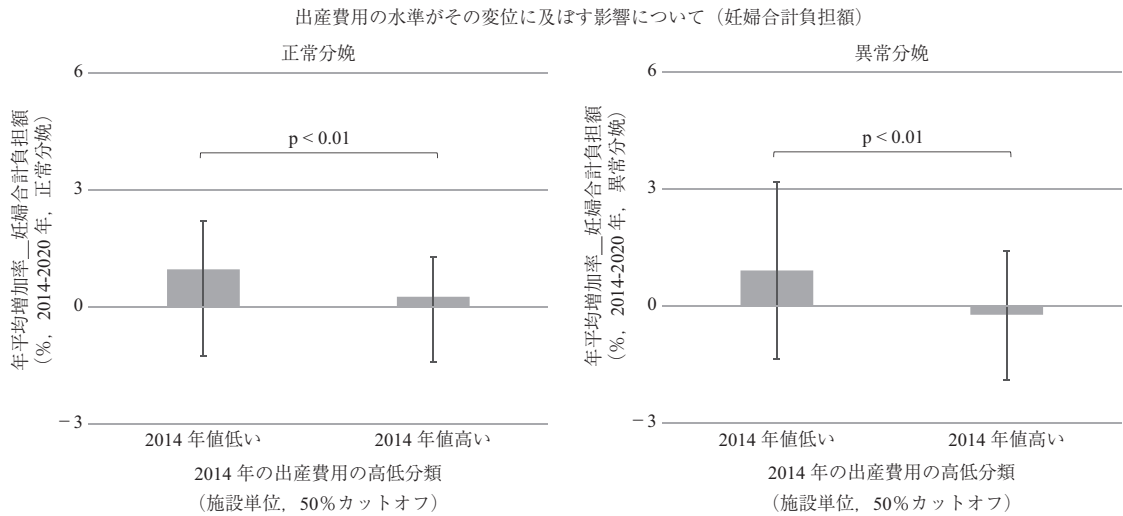
図8 出産費用と出生率の関係（少子化が出産費用を上昇させる）

分娩費（室料差額等を除く）を産育児一時金で賄える割合（都道府県別）



注：(補足1) データは，協会けんぽ（2020年）。  
 (補足2) 分娩タイプは，全てを対象。  
 (補足3) 在胎週数の短い死産も含む。  
 (補足4) 室料差額，産科医療補償制度掛金，その他の費目を除く出産費用の合計額。  
 出所：田倉（2022）で用いたデータより，筆者作成。

図9 2020年度における出産費用の水準と産育児一時金の関係（都道府県別に整理）



注：出産費用のデータは協会けんぽ。  
出所：田倉（2022）。

図10 出産費用の年間変位とベースラインの出産費用の関係

表5 出産費用と関連因子の関係（内部系要因：請求項目の因子，大部分の項目は有意な関係）

項目	標準偏回帰係数	F値	p値	偏回帰係数の95%信頼区間		VIF	
				下限値	上限値		
入院料	0.328	126.129	0.000	0.757	1.090	1.36	
室料差額	0.266	78.842	0.000	1.115	1.773	1.43	
分娩料	0.683	541.089	0.000	0.888	1.057	1.37	
新生児管理保育料	0.098	12.616	0.001	0.241	0.879	1.20	
検査薬剤料	0.047	1.688	0.201	-0.366	1.680	2.11	
処置手当料	0.095	9.645	0.004	0.296	1.400	1.48	
産科医療補償制度掛金	-0.051	3.340	0.075	-14.752	0.748	1.22	
その他	0.158	29.489	0.000	0.631	1.380	1.34	
定数項		7.588	0.009				
モデル精度（分散分析）		$p < 0.01$					

出所：田倉（2022）。

設運営のコストも高くなりやすい傾向が示唆されている（表3，4）。

そこでここからは，上記のメカニズムを裏付けるデータや多変量解析についてさらに補完する。

まず，出産費用（正常分娩）に影響を与える因子の分析として，内部系要因について多変量解析を行った分析を示す（表5）〔田倉（2022）〕。正常分娩の請求項目データについて重回帰分析を行った結果によると，出産費用の構成費目の多くは，

妊婦合計負担額を統計学的有意に説明する要因である。特に，前述と同様に「分娩料」と「入院料」の影響が大きい傾向にある。さらに，出産費用の構成費目以外で多変量解析を行った結果によると，妊婦年齢と地域の人口密度（都道府県単位）は，妊婦合計負担額を統計学的有意に説明するプラスの影響要因である（表6， $p < 0.01$ ）。一方，入院日数と異常分娩数は，マイナスに影響する傾向にある（単回帰分析や母平均検定では統計学的に

表6 出産費用に影響を与える因子の分析（内部系要因：妊婦年齢・地域特性）

出産費用に影響を与える関連因子

項目	標準偏回帰係数	F値	p値	偏回帰係数の95%信頼区間		VIF
				下限値	上限値	
妊婦年齢	0.484	21.764	0.000	250	630	1.21
入院日数	-0.198	2.452	0.125	-36,047	4,548	1.79
地域_県（人口で2値化）	0.472	19.994	0.000	21,950	58,060	1.25
出産年次	0.105	0.829	0.368	-282	746	1.50
分娩区分（2値化）	-0.146	2.111	0.154	-160,831	26,190	1.13
定数項		0.664	0.420	-60,921,157	143,419,988	
モデル精度（分散分析）	p<0.01					

（補足）地域は、人口数の多い県を1、低い県を0にダミー化

（補足）分娩種別は、異常分娩を1、正常分娩を0にダミー化

（出産費用のデータは協会けんぽ）

出所：田倉（2022）。

表7 出産費用と関連因子の関係（外部系要因：請求項目の因子、年間所得/妊婦年齢/出生数などが有意に関係）

Childbirth expenditures (normal childbirth, all: yen / case, FY2016)	Standard Variance Factor	F-value	p-value	VIF
Annual income per citizen of the prefecture (yen / year)	0.561	17.588	0.000 **	2.68
1-day hospitalization unit public price for all beds (overall: yen / day)	0.281	4.106	0.054	2.88
Mother age (years)	0.331	4.384	0.047 *	3.74
Total number of births (cases)	-0.628	7.011	0.014 *	8.42
Average number of births per hospital facility (number of deliveries: cases)	0.312	3.272	0.083	4.46
Maternal and fetal intensive care unit per birth population (MFICU: number of beds)	-0.257	5.162	0.032 *	1.91
Constant term		3.419	0.076	

Decentralized analysis of model: p&lt; 0.001

\*: p&lt;0.05, \*\*: p&lt;0.01

Note: MFICU, maternal-fetal intensive care unit.

出所：Tomoyuki Takura（2022）。

有意な傾向が報告されている〔田倉（2022）〕。

続いて、外部系要因について多変量解析を行った結果を示す。COVID-19蔓延前において、県民所得、分娩年齢、出生数、設備（施設）の密度が分娩価格に影響を与えることが明らかとなっている（表7）〔Tomoyuki Takura（2022）〕。特に、県民の所得（標準偏回帰係数：0.561, p<0.001）は分娩

価格との関連性が高い傾向にある。また、出生人口の潮流（少子化）は、出産費用と統計学的有意にマイナスの傾向にある（標準偏回帰係数：-0.628, p=0.014）。同様の解析結果として、個体固有効果（地域特性）に配慮したパネルデータ分析を限定的ながら実施した報告〔田倉（2022）〕もあるが、前述の多変量解析などと同様の傾向が認

表8 出産費用と関連因子の関係（外部系要因：パネルデータ解析，年間所得と私的病院数が有意に関係）

パネルデータ分析（固定効果モデル）による出産費用への外部系因子の影響の整理

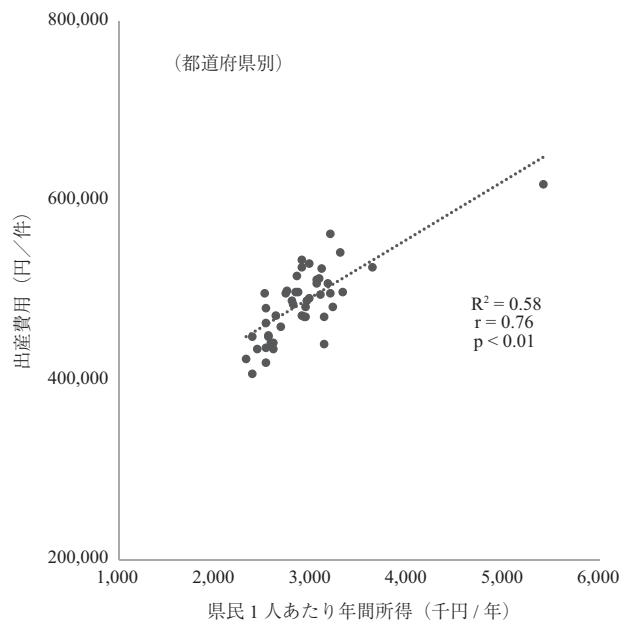
目的変数： 出産費用（妊婦合計負担額）

説明変数	標準偏回帰係数	z統計量	確率値（p）	95%信頼区間(偏回帰係数)	
消費者物価指数(全国100)	0.0002	0.0011	0.9991	-8,291.4609	8,300.9282
県民1人当り年間所得	0.9361	1.9900	0.0466	1.1767	154.7706
人口10万人当り出生数	-0.3224	-0.8630	0.3881	-46,707.0747	18,150.1762
私的病院の割合(分娩数)	0.3303	2.1743	0.0297	11,706.5631	225,826.9071

（※）パネルデータの設定が可能な主な指標のみ：2016年～2019年の4年間，都道府県単位，固定効果モデル

（出産費用のデータは国保中央会）

出所：田倉（2022）。



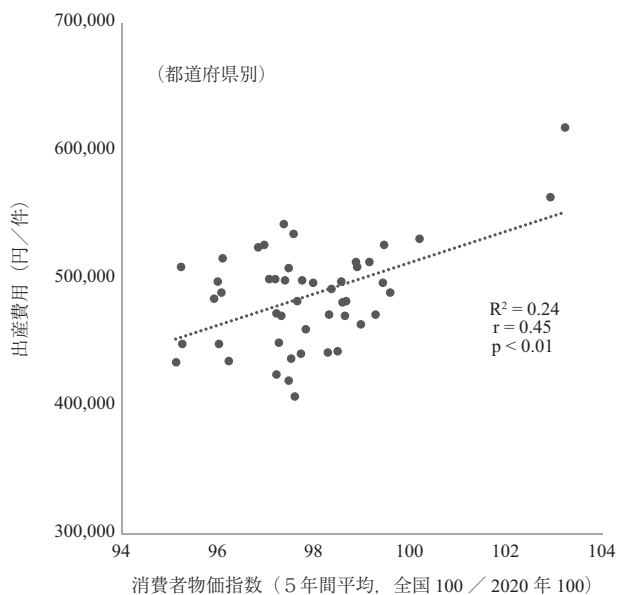
注：（データ）5年間平均（2016-2020年），協会けんぽ，正常分娩，都道府県単位。

出所：田倉（2022）。

図11 出産費用と所得水準

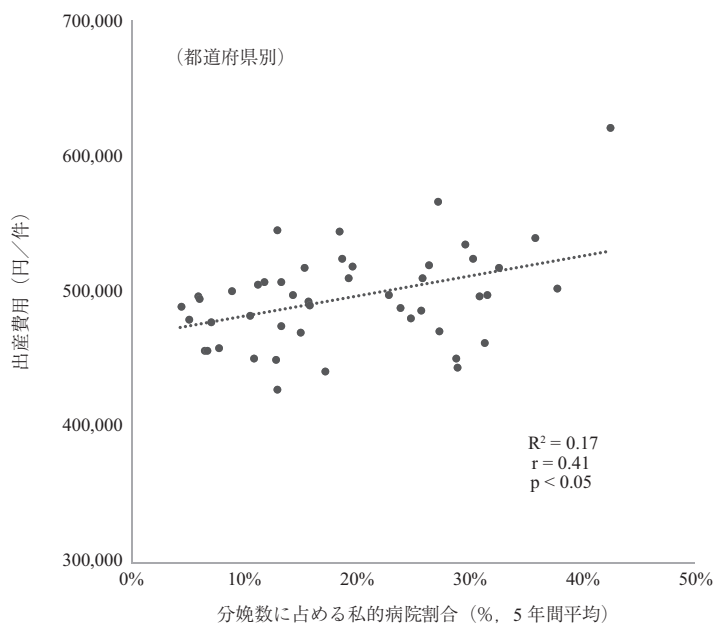
められた（なお所得指標の要因と私的病院の割合の影響が大きい）（表8）。その他，地域の所得水準，医療費水準，物価水準，私的病院の割合，妊婦年齢などについて，出産費用との相関図を併せて示すことにする（図11～15）。その多くは，出産費用の増加要因やその地域差の要因となっている。

以上のように，出産費用は，出生数のみならず地域特性と施設特性，および費目特性によって，その変動に幅があることが明らかとなっている（図16）〔田倉（2022）〕。この背景として，地域別に出生率のみならず，世帯所得の水準や私的病院の割合が多様であり，それらの要因が複雑に絡み合って出産費用に影響を及ぼしていることが理解



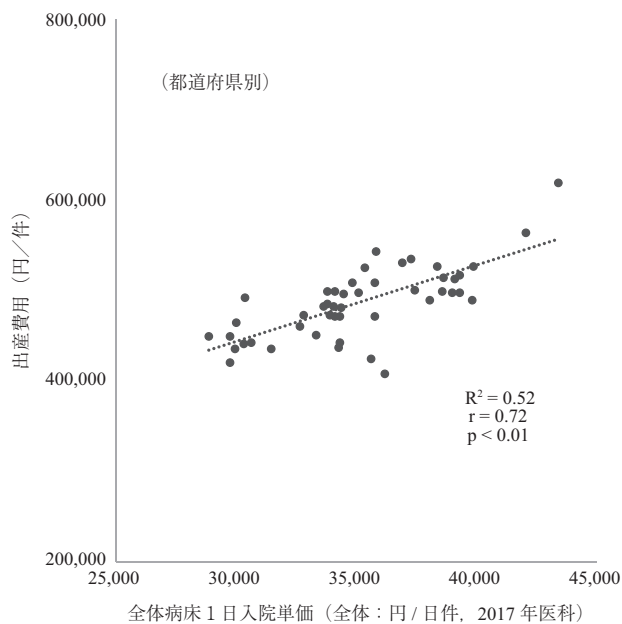
注：(データ) 5年間平均 (2016-2020年), 協会けんぽ, 正常分娩, 都道府県単位。  
 出所：田倉 (2022)。

図12 出産費用と物価指数



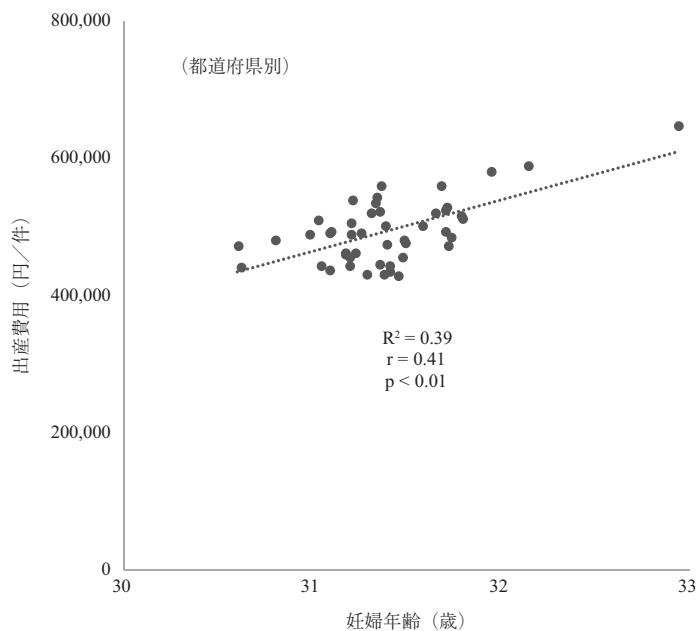
注：(データ) 5年間平均 (2016-2020年), 協会けんぽ, 正常分娩, 都道府県単位。  
 出所：田倉 (2022)。

図13 出産費用と私的病院数



注：(データ) 5年間平均 (2016-2020年)， 協会けんぽ， 正常分娩， 都道府県単位。  
 出所：田倉 (2022)。

図14 出産費用と1日入院単価 (公的医療保険における全体の許可病床)



注：本単回帰分析は，重回帰分析の一部 (2020年) を抜粋した結果である点に注意。  
 (データ) 年間平均 (2020年)， 協会けんぽ， 正常・異常分娩， 都道府県単位。  
 出所：田倉 (2022)。

図15 出産費用と妊産年齢



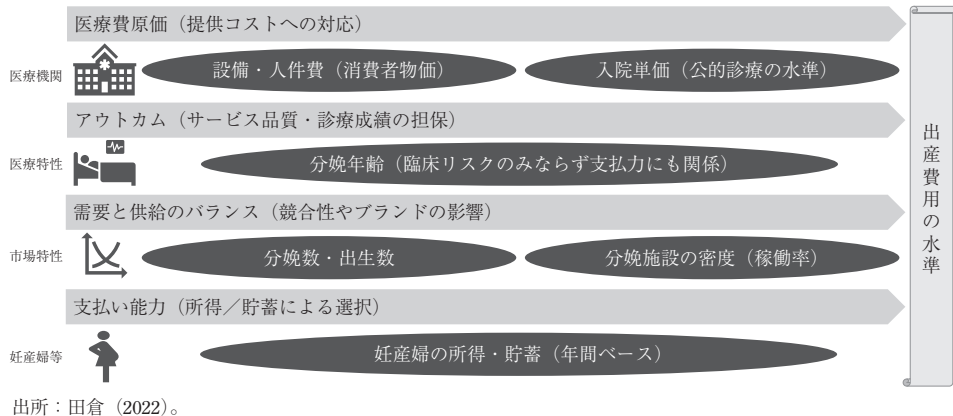


図16 出産費用に影響を及ぼす要因のまとめ (概念図)

できる。また、公的保険の医科入院の1日単価(入院の費用構造)も、影響を及ぼしていることが示唆されている。これらを背景として、少子化対策のはずの出産育児一時金制度が、少子化対策の成果が十分見えてこないために引き上げざるを得ない状況になっている可能性もあると想像される。そのため、少子化が出産費用上昇の根源的な要因と位置付けるならば、今後は、一時金引き上げや医療保険化の価格の検討と同時に、長期的には子どもの数が減っていく負の循環をたち切るような各種政策(女性の人生観などにも配慮した結婚や子育てにかかわるテーマ)を進めることも重要と考えられる。

#### Ⅳ 出産費用にかかわる課題(出産費用の透明化も含め)

出産費用と施設選択の関係について整理を行った報告(回答者数が総計12,211件,平均年齢:32.2±4.8歳)[田倉(2023b)]によると,自宅住所のある県と異なる県での出産(流出率:都道府県別)は,東京都が最も高く,次いで神奈川県,千葉県,埼玉県と首都圏が上位を占めている(表9)。東京からの流出先は,埼玉県が最も多く,次いで,神奈川県,千葉県である。一方で,神奈川県,千葉県,埼玉県からの流出先は,いずれも東京都が最も多い状況にある。その他の顕著な例として,佐

賀県では福岡県への流出が最も多い傾向にある。なお,京都府,大阪府,兵庫県では,3府県同士での流出が多くなっていたが,滋賀県や奈良県への流出も認められている。

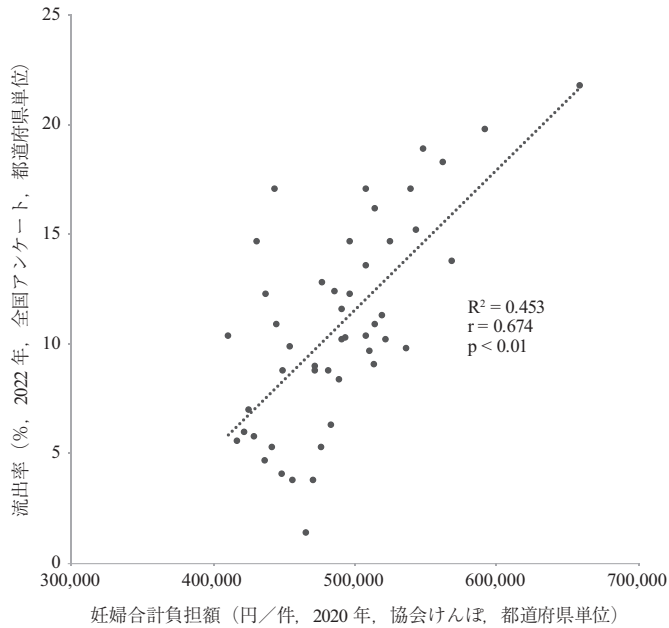
一方で,流入率は鳥取県で最も高く,近隣県からの流入が認められている。この背景として,出産費用の安さが影響している可能性が想像される。実際,出産費用の水準が高い東京都への流入率は,45位と低い位置づけにある。また,地理的に離れている沖縄県への流入は,全国のなかでも最も低い状況にある。これらの傾向をまとめると,分娩の価格水準の高い地域(都道府県)は,流出率が上昇する傾向にあると理解される(相関分析: $p<0.01$ ,図17)。その背景として,世帯年収の低い群は,費用関連の情報に対する関心が高いことが挙げられる(表10)。すなわち,妊産婦の経済力などの影響が想像されるが,里帰り出産なども含む各種条件を幅広く考慮した解釈がさらに望まれる。

前述の報告[田倉(2023b)]によると,妊産婦が施設選択時に望む主な情報項目は,施設機能,付帯サービスにかかわるものが総じて高い傾向にある(図18)。また,情報収集の対象と方法は,世帯年収によって情報収集の方法が異なっている(表11)。前述のとおり,施設選択肢と流出率,出産人数の多い圏域で都道府県間の流出が多くなっている。その背景として,妊産婦の世帯年収

表9 都道府県別の流出入割合

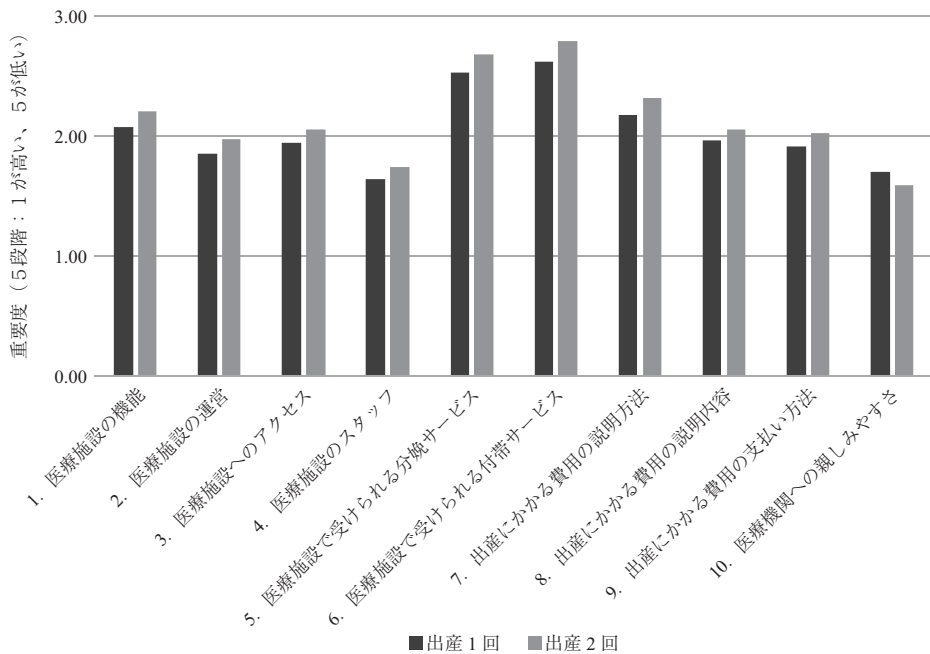
都道府県	居住者数	県外出産数	流出率 (%)	流入数	流入率 (%)
— 全国	10211	1392	13.6	-	-
13 東京都	1195	260	21.8	137	12.8
14 神奈川県	729	144	19.8	102	14.8
12 千葉県	482	91	18.9	94	19.4
11 埼玉県	569	104	18.3	127	21.5
41 佐賀県	76	13	17.1	16	20.3
26 京都府	199	34	17.1	69	29.5
8 茨城県	211	36	17.1	38	17.8
28 兵庫県	444	72	16.2	96	20.5
4 宮城県	178	27	15.2	40	20.9
27 大阪府	739	109	14.7	133	17.4
45 宮崎県	95	14	14.7	23	22.1
40 福岡県	469	69	14.7	84	17.4
9 栃木県	145	20	13.8	36	22.4
37 香川県	78	10	12.8	21	23.6
21 岐阜県	153	19	12.4	49	26.8
19 山梨県	65	8	12.3	14	19.7
5 秋田県	57	7	12.3	18	26.5
17 石川県	95	11	11.6	11	11.6
10 群馬県	141	16	11.3	36	22.4
35 山口県	101	11	10.9	24	21.1
25 滋賀県	129	14	10.9	19	14.2
31 鳥取県	48	5	10.4	21	32.8
33 岡山県	164	17	10.4	28	16
22 静岡県	271	28	10.3	49	16.8
7 福島県	137	14	10.2	34	21.7
24 三重県	137	14	10.2	28	18.5
46 鹿児島県	141	14	9.9	32	20.1
23 愛知県	673	66	9.8	110	15.3
20 長野県	155	15	9.7	27	16.2
29 奈良県	99	9	9.1	41	31.3
38 愛媛県	100	9	9	22	19.5
18 福井県	68	6	8.8	18	22.5
32 島根県	57	5	8.8	13	20
36 徳島県	57	5	8.8	10	16.1
34 広島県	237	20	8.4	55	20.2
43 熊本県	158	11	7	38	20.5
15 新潟県	158	10	6.3	41	21.7
3 岩手県	83	5	6	19	19.6
39 高知県	52	3	5.8	12	19.7
47 沖縄県	180	10	5.6	16	8.6
42 長崎県	114	6	5.3	34	23.9
44 大分県	95	5	5.3	24	21.1
2 青森県	85	4	4.7	18	18.2
1 北海道	363	15	4.1	54	13.4
6 山形県	78	3	3.8	19	20.2
16 富山県	79	3	3.8	20	20.8
30 和歌山県	72	1	1.4	18	20.2

出所：田倉（2023b）。



出所：田倉 (2023b)。

図17 出産費用の水準と流出率 (都道府県単位)



出所：田倉 (2023b)。

図18 出産歴と施設選択における重視する点

表10 出産施設選択時に重視する点と世帯年収

項目	世帯年収					P値（カイ二乗検定）
	全体	400万円以		600万円以		
		400万円未満	上600万円未満	上800万円未満	800万円以上	
1. 医療施設の機能	8789 (88.7)	2,360 (86.8)	2,507 (88.3)	1,973 (89.9)	1,949 (90.5)	0.001
2. 医療施設の運営	6996 (70.6)	1902 (70.0)	1979 (69.7)	1524 (69.5)	1591 (73.9)	0.001
3. 医療施設へのアクセス	8867 (89.5)	2358 (86.7)	2561 (90.2)	1987 (90.6)	1961 (91.1)	<0.001
4. 医療施設のスタッフ	8889 (89.7)	2379 (87.5)	2566 (90.4)	1990 (90.7)	1954 (90.8)	0.002
5. 医療施設で受けられる分娩サービス	8590 (86.7)	2307 (84.9)	2448 (86.2)	1918 (87.4)	1917 (89.0)	0.002
6. 医療施設で受けられる付帯サービス	7033 (71.0)	1933 (71.1)	2006 (70.7)	1525 (69.5)	1569 (72.9)	0.172
7. 出産にかかる費用の説明方法	7668 (77.4)	2198 (80.8)	2199 (77.5)	1671 (76.2)	1600 (74.3)	<0.001
8. 出産にかかる費用の説明内容	8112 (81.9)	2305 (84.8)	2322 (81.8)	1770 (80.7)	1715 (79.7)	<0.001
9. 出産にかかる費用の支払い方法	7911 (79.9)	2227 (81.9)	2281 (80.4)	1736 (79.1)	1667 (77.4)	0.001
10. 医療機関への親しみやすさ	8292 (83.7)	2300 (84.6)	2371 (83.5)	1854 (84.5)	1767 (82.1)	0.013

注：まあまあ重要>と回答した人数（割合％）  
出所：田倉（2023b）。

や地元の施設選択肢との関係も想像される。さらに、妊産婦属性と各種選択は、出産回数（経験）が増えると、情報収集の必要性がやや弱くなる傾向も認められる。情報の収集先と信頼性に関しては、情報の信頼性自体が最も重視される中、医療関係者がかかわる情報提供源の信頼性が高い傾向

にある。また、「友人や知人」「SNS等の口コミサイト」など、出産の情報の収集方法は多様化していることも報告されている（図19）〔田倉（2023b）〕。

以上のような動向のもと、第163回社会保障審議会医療保険部会（2023年2月24日）において、厚

表11 出産施設選択時の情報収集割合と世帯年収帯

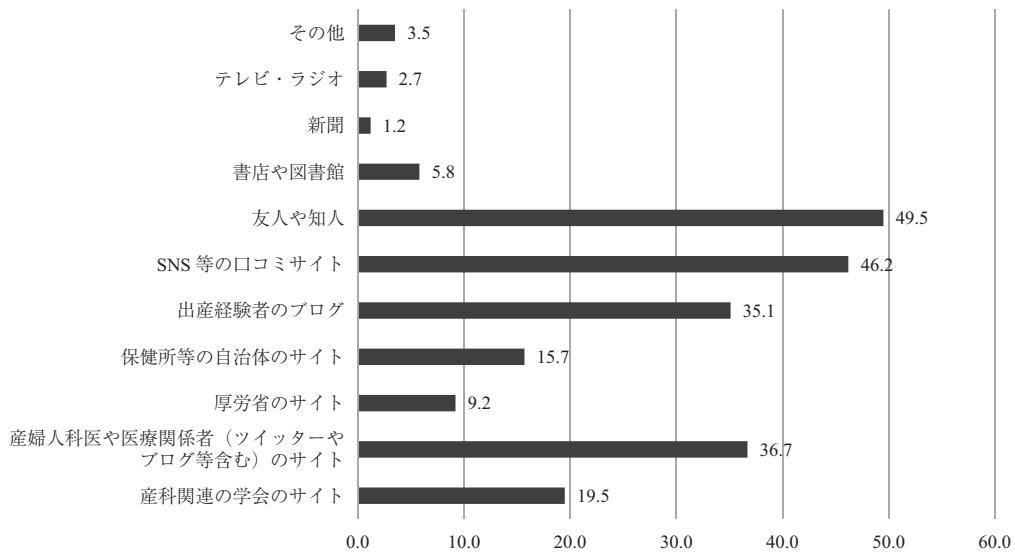
項目	全体	世帯年収			P値(カイ二乗検定)	
		400万円未満	400万円以 上600万円 未満	600万円以 上800万円 未満		800万円以上
1. 医療施設の機能	6464 (65.3)	1660 (61.1)	1850 (65.2)	1458 (66.5)	1496 (69.5)	<0.001
2. 医療施設の運営	3865 (39.0)	1083 (39.8)	1084 (38.2)	817 (37.2)	881 (40.9)	0.002
3. 医療施設へのアクセス	7015 (70.8)	1801 (66.2)	2015 (71.0)	1556 (70.9)	1643 (76.3)	<0.001
4. 医療施設のスタッフ	4830 (48.8)	1290 (47.4)	1365 (48.1)	1055 (48.1)	1120 (52.0)	0.013
5. 医療施設で受けられる分娩サービス	6897 (69.6)	1796 (66.1)	1942 (68.4)	1555 (70.9)	1604 (74.5)	<0.001
6. 医療施設で受けられる付帯サービス	5451 (55.0)	1443 (53.1)	1537 (54.1)	1218 (55.5)	1253 (58.2)	0.015
7. 出産にかかる費用の説明方法	4679 (47.2)	1422 (52.3)	1302 (45.9)	994 (45.3)	961 (44.6)	<0.001
8. 出産にかかる費用の説明内容	5135 (51.8)	1506 (55.4)	1476 (52.0)	1071 (48.8)	1082 (50.3)	<0.001
9. 出産にかかる費用の支払い方法	4887 (49.3)	1455 (53.5)	1380 (48.6)	1042 (47.5)	1010 (46.9)	<0.001

注：まあま情報収集した人数（割合％）  
出所：田倉（2023b）。

生労働省より出産費用の「見える化」について方向性と項目案が提示された〔社会保障審議会医療保険部会（2023）〕。その項目は、①医療機関等の特色、②室料差額や無痛分娩の取り扱い等のサービス内容、③医療機関等における分娩に要する費用、および室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法、④平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額の平均値に係る情報、であった。これを

踏まえて、厚生労働省の専用ホームページ（見える化）の議論も進んでいるが、課題として、①医療機関種別に配慮した項目の取り扱い、②費用項目の公表を任意とする施設の条件、③各都道府県の周産期医療体制の概要など、が挙げられていた。

出産費用の透明化に向けた施策でもあるこの見える化においては、今後、妊産婦や分娩の多様性



出所：田倉（2023b）。

図19 情報収集の方法（アクセス先）

などに配慮して、項目数（情報）を出来るだけ多くすることが望まれるが、利用における負担や理解、内容の精度や実態に対して、制約が生じることも想定される。この相反する内容については、「見える化」の主旨にそって実効性を優先しつつ、項目について一定の選択を行なうことが必要になると考えられる。特に、世帯年収の低い妊産婦の集団においては、「出産にかかる費用の説明方法」、「出産にかかる費用の説明内容」、「出産にかかる費用の支払い方法」などの情報提供のあり方の工夫が重要であることが、先の報告〔田倉（2023b）〕でも明らかになっている。

これらの情報活用にかかわる直接的または間接的な影響としては、出産費用（妊婦合計負担額）を起点とした各種の論点なども背景にしつつ、先に示したとおり、出産場所の流出や出生率の低下との関係などが挙げられる。公益性を有した関連制度の持続的な発展のためにも、これらの課題への取り組みは重要と推察される。現在、妊産婦への出産費用・サービス内容の提示は、各産科医療機関の裁量に任されているが、情報提示をより促し、基準を示すことで妊産婦の情報感度が高まり、産科医療機関がこれに応えることでより情報

提示が活発になることも予想される。さらに、産科医療機関にとっては、受診前の妊産婦に対して自機関のサービス内容などの情報を提示できる機会が増加することが期待される。

これらの結果により、妊産婦の産科医療機関に関する情報へのアクセス向上も想像される。妊産婦は、これまで以上に多くの産科医療機関を比較しながら、各々のニーズに合ったサービス内容や価格帯の産科医療機関を選択できるようになり、安心して出産を迎えられるようになると期待される。また、受診後の産科医療機関とのミスマッチによるトラブル防止にも繋がると推察される。すなわち、現在、整備が進む「見える化」は、出産費用の適正化のみならず、出産の価値を背景とした妊産婦の満足度の向上を指向した政策の一環として、大きな役割を担う可能性もあると考えられる。

参考文献

Tomoyuki Takura (2022) “Socio-Economic Considerations of Universal Health Coverage: Focus on the Concept of Health Care Value and Medical Treatment Price”, Health Insurance, London, Intech Open; 1-34, 2022 (Published: 13 May 2022, DOI: 10.5772/intechopen.

104798).

田倉智之 (2022) 「出産育児一時金 (出産費用) に関する研究」令和3年度厚生労働科学研究費補助金 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業) 『医学的適応による生殖機能維持の支援と普及に向けた総合的研究』分担研究報告書, 2022年3月31日。

———— (2023a) 「出産育児一時金, 出産の「見える化」, そして「正常分娩の保険適用」を読み解く」, 『助産師雑誌』, Vol.77, No.5, pp.5-16, 2023。

———— (2023b) 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「妊産婦のニーズに適合した産科医療機関の選択に必要な情報

の内容と提供方法の検討のための研究」総括研究報告書, 2023年3月31日。

朝日新聞デジタル (2022) 「増える出産費用, その理由は 東大研究者が出した結論」, 2022年8月31日, <https://www.asahi.com/articles/ASQ8S5QRQQ8RUTFL009.html> (2023年12月22日最終確認)。

社会保障審議会医療保険部会 (2023) 「第163回社会保障審議会医療保険部会 資料1」, 厚生労働省, 2023年5月24日, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001062681.pdf> (2023年12月22日最終確認)。

(たくら・ともゆき)

# **Analysis of Actual Childbirth Cost, Factors Influencing Price Formation, and Challenges to Transparency in Childbirth Cost**

TAKURA Tomoyuki\*

## Abstract

The average childbirth cost in Japan was 421,000 yen/ case in 2013, rising to an average of 467,000 yen/ case in 2020. According to the results of an analysis conducted over a period of approximately 10 years, the total burden paid by expectant mothers for normal delivery has been increasing at an annual rate of over 1.2% ( $p<0.05$ ). Much of this rise in childbirth cost can be explained by the declining birthrate. In other words, from the perspective of hospital management, the decline in the number of deliveries is accompanied by lower facility utilization rates, the promotion of brands and other competition, and an increase in the ratio of private hospitals. From the perspective of expectant mothers, not only are income levels rising as a result of later marriage, but in addition, the number of births per females is decreasing and the risks associated with childbirth are increasing. Against this background, it is possible that there is a mechanism by which costs related to childbirth will continue to rise. In fact, it has been shown that the number of births (declining birth rate), along with prefectural income, age at delivery, and density of facilities (equipment) affect childbirth cost (multivariate analysis:  $p<0.001$ ). In particular, national income tends to be highly associated with childbirth cost. In light of this, regions (prefectures) with high childbirth cost tend to have higher outflow rates (correlation analysis:  $p<0.01$ ). One reason for this is that lower annual household income groups tend to be more interested in cost-related information. In this context, the Ministry of Health, Labor, and Welfare has been promoting measures to “visualize” childbirth cost. This “visualization” may play a major role in the policy that contributes to improving the satisfaction of expectant mothers and optimizing the childbirth cost.

Keywords : Childbirth Cost, Declining Birthrate, Income Level, Age at Childbirth, Visualization

---

\* Chair and Professor, School of Medicine, Nihon University  
Project Professor, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo



## 出産費用の保険適用に向けた課題

西沢 和彦\*

## 抄 録

現在、出産費用は、医療保険から現物給付ではなく、出産育児一時金として一律50万円が現金給付されている。こうした形式には、高額となった場合、家計の持ち出しが多い、根拠が不明確であるなどの問題点が指摘されている。政府も、2026年度を目途に、保険適用すなわち現物給付に向け検討を進めるとしている。

本稿は、医療保険制度の観点から、出産費用が保険適用された場合の、特に家計の負担構造の変化とそれがもたらすインセンティブの変化を、試算を踏まえながら整理した。保険適用となると、高額療養費制度があることから、確かに出産費用が高額になった際の家計のメリットは大きい。一方、試算から明らかになるように、多くの家計において自己負担が定額負担となることから、費用抑制インセンティブが喪失あるいは大幅に後退する。本稿では、そうしたいわば副作用への対応策も試案として提示した。

キーワード：出産費用， 出産育児一時金， 医療保険， 高額療養費制度， 現物給付

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.428-445.

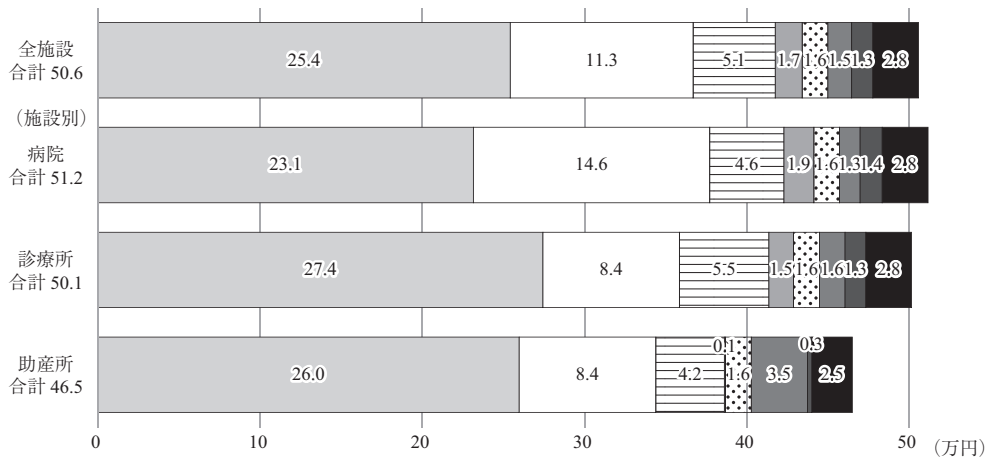
## I はじめに

現在、出産費用は、医療保険から現物給付ではなく出産育児一時金として一律50万円が現金給付されている。もっとも、こうした形式には、主に次のような問題が指摘される。A.出産費用は地域間・医療機関間の差が大きく、高額になった際、家計の持ち出しが大きい。B.金額の根拠が必ずしも明確ではない。C.出産育児一時金の引き上げに合わせ、価格引き上げが行われイタチごっことなっている可能性がある。

こうした問題克服に有効と考えられる方法の1つが、出産費用の保険適用である。Aについては、保険適用により、出産費用が高額になった場合であっても高額療養費制度などにより家計の負担が軽減される。BとCについては、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬の設定や保険者によるレセプトチェックによる価格の適正化などが期待できる。実際、2023年6月13日に公表された「こども未来戦略方針」には次のようにある。

「本年4月からの出産育児一時金の大幅な引上げ（42万円→50万円）及び低所得の妊婦に対する初

\* 株式会社日本総合研究所 理事



■分娩料 □入院料 ▨新生児管理保育料 ■室料差額 ▨産科医補償制度 ■処置・手当料 ■検査・薬剤料 ■その他  
 注：病院257,994件，診療所291,239件，助産所6,195件の平均値。

資料：国民健康保険中央会「正常分娩分の平均的な出産費用について（2016年度）」より著者作成。

図1 正常分娩の費用構成，全施設と施設別（2016年度）

回の産科受診料の費用助成を着実に実施するとともに、出産費用の見える化について来年度からの実施に向けた具体化を進める。その上でこれらの効果等の検証を行い、2026年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める」。なお、出産育児一時金は現在でも医療保険から給付されており、「保険適用の導入」とは現物給付への全部あるいは一部の切り換えと解釈するのが正確であろう。

本稿は、主に医療保険制度の観点から、正常分娩の出産費用（以下、単に出産費用）の保険適用に向けた課題を考察する。構成は次の通りである。続くⅡ章で、出産費用とそれに対する経済的支援の現状を整理する。Ⅲ章では、出産費用を保険適用とした場合、家計を中心に各主体にもたらされる経済的負担と行動の変化などを明らかにする。以上を受け、Ⅳ章では、保険適用に向けた課題を考察する。

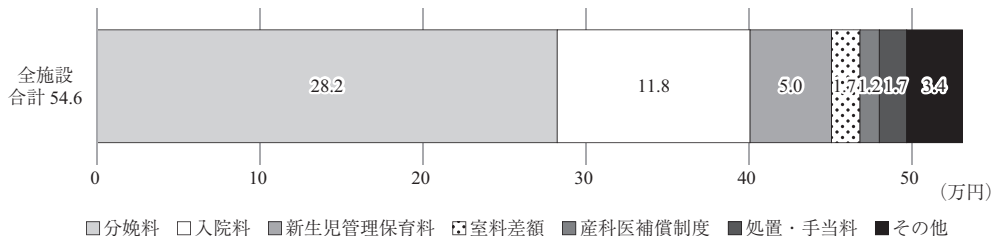
## Ⅱ 出産費用と経済的支援の現状

### 1 出産費用の概況

施設別に出産費用の構成が示されている国民健康保険中央会の2016年度（HPから入手可能な最新年度）の調査によれば、全施設における出産費用の平均は50.6万円である（図1）。うち分娩料が約半分の25.4万円、次いで入院料11.3万円、新生児管理保育料5.1万円、室料差額1.7万円、産科医補償制度の掛金1.6万円<sup>1)</sup>、処置・手当料1.5万円、検査・薬剤料1.3万円などとなっている。このうち、新生児管理保育料は、「自費で出生後の健康な新生児を収容し保育する」費用とされている（日本産婦人科学会編（2021））。

分娩料25.4万円は、保険給付される帝王切開手術の診療報酬より高額である。帝王切開の診療報酬は、緊急か選択かによって異なり、それぞれ22.2万円、20.14万円である（2016年度）。帝王切開手術は、複雑な場合には2万円が加算されるが、これを加味しても、正常分娩料は帝王切開手術を

<sup>1)</sup> 2022年1月1日以降は1.2万円。



資料：厚生労働省第167回社会保障審議会医療保険部会（2023年9月7日）資料2「出産費用の見える化等について」より著者作成。

図2 正常分娩の費用構成（2022年度）

上回っている。こうした傾向は顕著になっている。厚生労働省の「出産費用の実態把握に関する調査研究（2022年度）」では、出産費用の平均は54.6万円、うち分娩料は28.2万円であり、前掲の2016年度の25.4万円から2.8万円上昇している（図2）。他方、帝王切開の診療報酬は当時から据え置かれており、正常分娩の分娩料と帝王切開の診療報酬との差は拡大している。この点は、IV章1節で改めて議論する。

施設別のうち、病院と診療所の2施設について費用構成を比較すると（図1）、2つの差が目を引く。1つめは、分娩費について診療所が27.4万円と病院の23.1万円より4.3万円高いことである。2つめは、他方、入院料については病院が14.6万円と診療所の8.4万円より6.2万円高いことである。入院料は、平均在院日数と1日当たり入院料に分解できるが、平均在院日数は、病院7日、診療所6日と病院の方が診療所より1日長く（国民健康保険中央会の2016年度調査）、1日当たり入院料について計算すると、病院2.1万円、診療所1.4万円と病院の方が0.7万円高い。差の要因として1つ考えられるのは、いわゆるブランド産院が病院の平均値を押し上げている可能性である。

厚生労働省調査では、私的病院、公的病院、診療所の別に出産費用の合計額（室料差額、産科医療補償制度掛金、その他費目を除く）の推移が示されている（図3）。2022年度の出産費用の全施設の平均は48.2万円であり、診療所（助産所を含む）

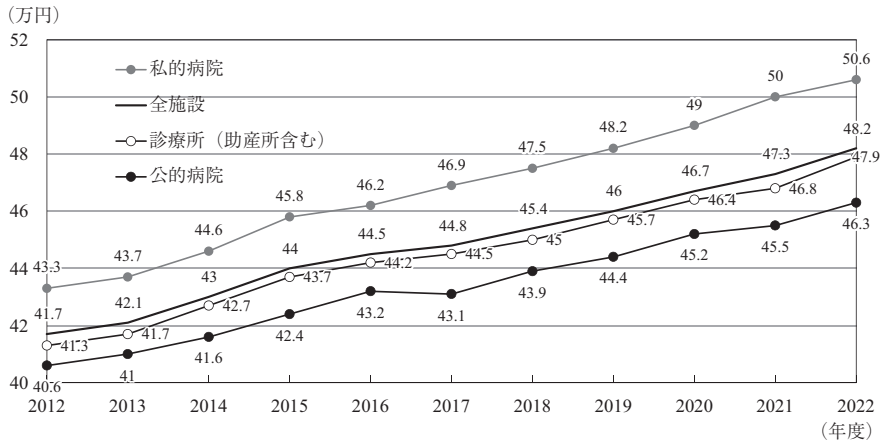
はそれをやや下回る47.9万円、私的病院は平均を2.4万円上回る50.6万円、公的病院は1.9万円下回る46.3万円となっている。公的病院における出産費用は相対的に低くなっており、こうした傾向は一貫している。

ただし、公的病院に関し、こうして表面に現れた、言い換えれば家計に請求された出産費用は必ずしも真の費用ではないことに留意が必要であろう。公的病院のうち853ある公立病院の年間収益は5兆2,070億円であり（2019年度）、うち11.9%の6,202億円は「他会計繰入金」すなわち地方自治体の一般会計からの補填に依存している<sup>2)</sup>。仮に他会計繰入金がなければ、その分を家計が負担していることになる。もちろん、他会計繰入金は産婦人科の収益補填に特定されたものではないが、産婦人科も全診療科の平均並みに補填を受けているとすれば、仮に他会計繰入金がなかった場合の公立病院における出産費用（＝公的病院の出産費用と仮定する）は46.3万円ではなく52.6万円であったことになる（＝46.3万円÷（100-11.9）%）。これは私的病院よりむしろ高い。

例えば、若者の減少と出生率の低下に伴い出生数が落ち込んでいる地方自治体において、公立病院が唯一の出産の受け皿となっており、固定費の削減には限界があることから出産1件当たりにかかる費用が高くなりつつ、そのすべてを住民に転嫁しきれていないケースなどが考えられる。

厚生労働省調査では、出産費用（室料差額、産

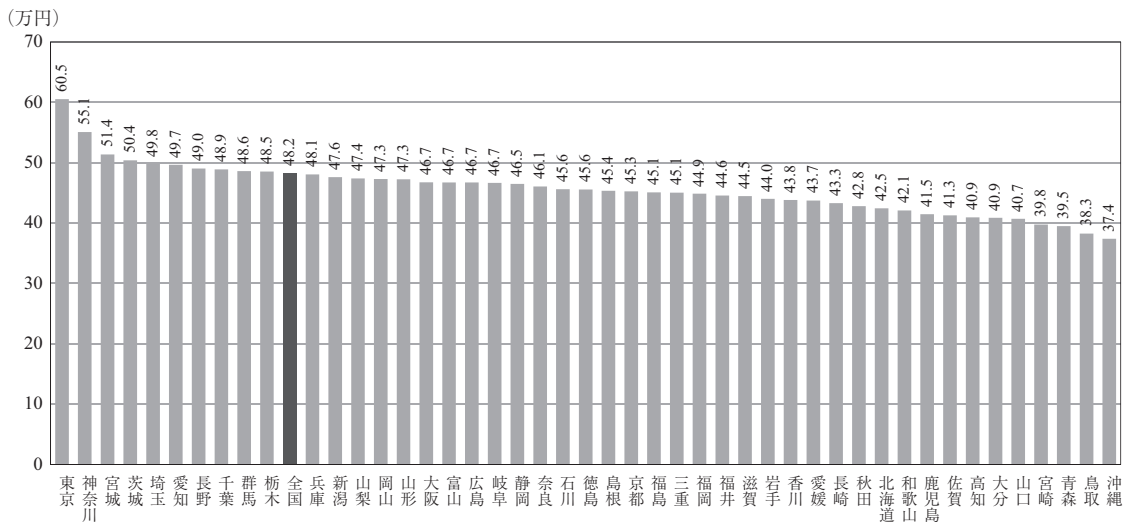
<sup>2)</sup> 総務省「2021年度（令和3年度）地方公営企業年鑑」第2章事業別状況、第3表損益収支の状況。2020年度以降は新型コロナ禍の影響を受け、国庫補助金も収益に計上され、収益構造が変化しているため、ここでは新型コロナ禍以前の2019年度の数値を引用している。



注：正常分娩のみ。合計408,498件、内訳は私的病院100,083件、診療所（助産所含む）226,625件、公的病院81,790件。

資料：厚生労働省第167回社会保障審議会医療保険部会（2023年9月7日）資料2「出産費用の見える化等について」より著者作成。

図3 出産費用の推移，全施設と施設別（室料差額，産科医療補償制度掛金，その他費目を除く）



注：正常分娩のみ。合計408,498件。

資料：厚生労働省第167回社会保障審議会医療保険部会（2023年9月7日）資料2「出産費用の見える化等について」より著者作成。

図4 出産費用（2022年度），都道府県別（室料差額，産科医療補償制度掛金，その他費目を除く）

科医療補償制度掛金，その他費目を除く）が都道府県別にも示されている（図4）。最も高い東京都は、全国平均48.2万円を12.3万円上回る60.5万円であり、2位の神奈川より5.4万円高く突出している。最も低いのは、全国平均を10.8万円下回る沖

縄の37.4万円である。

## 2 出産育児一時金および付加給付

では、こうした出産費用は医療保険制度のなかでどのように賄われているのであろうか。わが国

表1 医療保険財政（2021年度）

(億円)

制度	収入	収入の内訳				支出	支出の内訳						
		保険料	公費(税)	前期高齢者交付金	その他		給付	医療給付	その他現金給付等	うち出産育児一時金	後期高齢者支援金	前期高齢者納付金	その他
協会けんぽ ①	111,280	98,553	12,463	-	264	108,289	67,017	61,773	5,244	1,526	21,596	15,541	4,135
組合健保 ②	83,827	82,651	27	-	1,148	84,674	42,472	37,862	4,610	1,160	20,133	16,379	5,690
国家公務員共済	5,817	5,370	-	-	446	5,921	2,736	2,450	286	100	1,582	1,097	506
地方公務員共済	19,627	16,358	-	-	3,269	19,496	8,928	7,372	1,556	335	4,286	3,690	2,592
私学共済	2,790	2,771	17	-	2	2,815	1,597	1,350	246	62	703	463	52
船員保険 ④	359	313	29	-	17	309	202	174	28	3	71	29	7
国民健康保険(市町村と都道府県) ⑤	117,413	22,991	46,771	37,918	9,733	111,864	87,582	87,166	416	302	15,532	30	8,720
国民健康保険組合 ⑥	7,806	5,036	2,530	51	189	7,841	4,676	4,470	205	91	1,729	611	825
計	348,918	234,044	61,837	37,968	15,069	341,209	215,209	202,618	12,592	3,578	65,632	37,840	22,528

制度	収入	収入の内訳			支出	支出の内訳	
		保険料	公費(税)	後期高齢者交付金		その他	給付
後期高齢者医療制度	171,953	13,893	84,490	65,266	8,304	166,129	12,866

注：その他現金給付は、疾病手当金、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料。組合健保と共済の付加給付もここに含めており、「等」としている。

資料：2021年度分掲載の次の資料より著作作成。全国健康保険協会「事業報告書」、健康保険組合連合会「健康保険組合決算見込状況」、財務省「国家公務員共済組合事業統計年報」、総務省「度地方公務員共済組合等事業年報」、日本私立学校振興・共済事業団「決算報告書」、同「私学共済制度統計要覧」、厚生労働省「国民健康保険事業年報」、同「後期高齢者医療事業状況報告」、同「健康保険・船員保険事業年報」。

の医療保険は、年齢、就業状況、および、居住地によって加入する制度が異なっている。74歳以下は、就業状況や居住地によって加入する制度が異なり、75歳以上は就業状況にかかわらず居住する都道府県ごとの後期高齢者医療制度に加入する。74歳以下が加入する医療保険者は、表1の①～⑥にあるように大きく6つに分類可能である。①～④は被用者保険と総称される。以下、規模の小さい④と⑥は捨象するが、議論の大勢に影響はない。

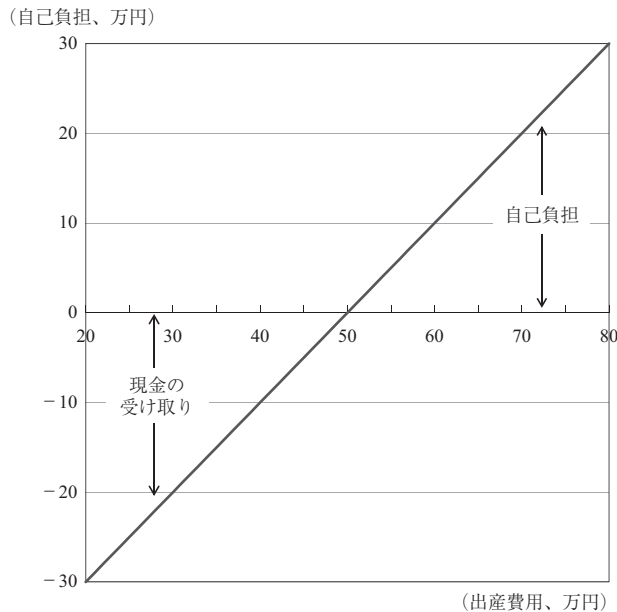
②の組合健保の給付を例にとると、まず、医療給付3兆7,862億円は、現物給付と療養費・高額療養費・移送費等の現金給付に分かれる。次に、療養費・高額療養費・移送費等とは別に現金給付4,610億円がある(表1では「その他現金給付等」と表記)。このなかに、出産費用に関する給付である出産育児一時金と付加給付が含まれている。

1つめの出産育児一時金は、①～⑥すべての制度に共通する。2021年度は、1人当たり42万円の

給付額のもと各医療保険制度の給付を集計すると3,578億円となる。これは①～⑥の給付計21兆5,209億円の1.7%である(表1)。出産育児一時金は法定給付であり、冒頭述べたように2023年4月から50万円に引き上げられているが、前掲の「出産費用の実態把握に関する調査研究(2022年度)」における出産費用の平均54.6万円をなお4.6万円下回っている。

2009年10月以降、それまでの償還払い、すなわち、医療機関の窓口で出産費用をいったん全額支払い、後に保険者から償還される方式に代わり直接支払制度が導入されている。医療機関から社会保険診療報酬支払基金あるいは国民健康保険団体連合会あて出産育児一時金の範囲内で出産費用の請求がなされ、出産費用が出産育児一時金を上回れば、本人は差額を窓口で支払う。出産費用が出産育児一時金を下回れば、差額が本人あて保険者から給付される(図5)。

2つめは、付加給付である。付加給付とは、③共



資料：著者作成。マイナスは現金の受け取り。

図5 出産育児一時金50万円給付後の自己負担

済組合および②組合健保の一部に独自の給付であり、そのなかに出産費を対象としたものがある。付加給付は、法定外給付に位置付けられる。例えば、国家公務員共済には省庁別に20の組合があるが、出産費を対象とした付加給付があり、19の組合においてその金額は4万円であることが確認できる<sup>3)</sup>。地方公務員共済も、地方職員、公立学校、警察、東京都職員、指定都市職員、市町村職員、都市職員などに大きく分かれているが、平均すれば出産費を対象とした付加給付は4万円程度とみられる<sup>4)</sup>。私学共済の給付額は5万円程度とみられる<sup>5)</sup>。組合健保は現在1,383組合あり<sup>6)</sup>、付加給付に関する一覧性のある統計は見当たらないが、WEB上で金額を公表している保険者もあり、そうした数字をいくつか拾ってみると1.5万円から20

万円までさまざまな金額が見られ、バラツキが大きいものと推察される。

他方、協会けんぽと国保には付加給付はなく、前述のように組合健保でもすべての保険者において出産費を対象とした付加給付がある訳ではない。1,383ある組合健保うち315組合は保険料率が10%超、すなわち協会けんぽを超えている<sup>7)</sup>。そうした組合では、付加給付がないとの話も聞かれる。

### 3 地方自治体独自の助成

こうした医療保険からの経済的支援に加え、地方自治体独自の施策も散見される。本稿では、東京都23区をサンプルとし、出産費用に対する区独自の助成制度の有無と内容を調べた。すると、4

<sup>3)</sup> 財務省「2021年度（令和3年度）国家公務員共済組合事業統計年報」統計表第2編短期給付 第16表附加給付組合別状況。

<sup>4)</sup> 総務省「2021年度（令和3年度）地方公務員共済組合等事業年報」統計表Ⅰ短期附加給付状況調。

<sup>5)</sup> 日本私立学校振興・共済事業団「2021年度（令和3年度）私学共済制度統計要覧」付加給付等・科目別分析より計算。

<sup>6)</sup> 健康保険組合連合会「2022年度（令和4年度）健康保険組合 決算見込状況」。

<sup>7)</sup> 健康保険組合連合会「2022年度（令和4年度）健康保険組合 決算見込状況」。

表2 高額療養費制度の自己負担上限額

適用区分			上限額 (円)			(参考)
	被用者保険	国保				
(ア)	標準報酬月額 83万円以上	旧ただし書き所得(年) 901万円超	A + (医療費 - B) × 1%	A	B	A ÷ 0.3
(イ)	53~79万円	600万円~901万円	A + (医療費 - B) × 1%	252,600	842,000	842,000
(ウ)	28~50万円	210万円~600万円	A + (医療費 - B) × 1%	167,400	558,000	558,000
(エ)	26万円以下	210万円以下	A	80,100	267,000	267,000
(オ)	住民税非課税者	住民税非課税者	A	57,600	-	192,000
			A	35,400	-	118,000

注：上限額は、世帯ごと、ひと月の金額。

資料：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆さまへ（2018年8月診療分から）」より著者作成。69歳以下を対象。

つの区において助成制度が設けられていた。最も手厚いのは港区であり、助成金算出上限額81万円（子ども1人の場合）、または、出産費用の実費のいずれか低い額から、出産育児一時金50万円（および、付加給付がある場合はそれも）を差し引いた全額が助成される<sup>8)</sup>。ちなみに、同区所在の愛育病院のHPには、正常分娩時の出産費用の最低価格が81.9万円である旨が掲載されている<sup>9)</sup>。港区在住者であれば、同病院での出産は、自己負担0.9万円ですむことになる。

このほか、渋谷区では、ハッピーマザー出産助成金の名のもと、1人の出産につき10万円が給付される。ただし、区民が加入している医療保険の保険者から付加給付が支給される場合は、その額を控除した金額となる<sup>10)</sup>。ほかにも、世田谷区では、出産児1人につき5万円が給付され<sup>11)</sup>、千代田区では、誕生準備手当として一妊娠につき一時金として4.5万円が給付される<sup>12)</sup>。

このような地方自治体独自の施策や2節で述べた付加給付の存在が、高額な出産費用の支払いを容易にしており、出産費用の押し上げにつながっている可能性があることに留意しておく必要がある。それは、人口減少地域において出産1件当

たりの真の費用が高くならざるを得ないのとはタイプの異なる価格押し上げ要因である。

### Ⅲ 保険適用が各主体にもたらす経済的影響

#### 1 家計の負担構造とインセンティブの変化

出産費用を保険適用とし、併せて、仮に現行の出産育児一時金を廃止した場合、家計には次のような3つの負担構造の変化が生じる。なお、ここではa.出産費用を構成する分娩料、入院料、新生児管理保育料などといったすべての費用を医療保険の適用とし、かつ、b.出産育児一時金を廃止するという仮定を置くが、その是非は重要な論点であり次章で議論する。

家計の負担構造の変化として第1に、出産費用が50万円以下でも、50万円超でも定率3割の自己負担となる。

第2に、ただし、ここが重要なポイントであるが、医療保険には高額療養費制度があるため、自己負担があらかじめ決められた上限額を超えた場合、超えた額が医療保険から給付される。よって、自己負担が青天井で増えることはない。上限額は、所得水準の高い方から（ア）～（オ）の5段

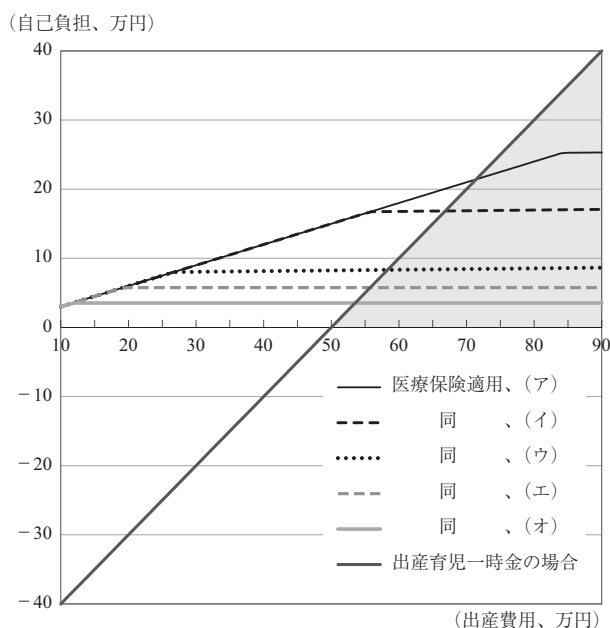
<sup>8)</sup> 港区。https://www.city.minato.tokyo.jp/kodomokyufu/kenko/ninshin/shussan/jose.html 2023年12月14日アクセス。

<sup>9)</sup> 愛育病院。https://aiiku.net/inpatient/charge.php 「分娩経過に異常がなく正常分娩でご出産され、産褥期間も母子ともに健康である場合、お母さん、赤ちゃん共に6日入院（一般室使用）で、819,000円～となります」2023年12月14日アクセス。

<sup>10)</sup> 渋谷区。https://www.city.shibuya.tokyo.jp/kodomo/ninshin/ninshin-teate/happy\_josei.html 2023年12月14日アクセス。

<sup>11)</sup> 世田谷区。https://www.city.setagaya.lg.jp/mokuji/kodomo/001/002/d00203064.html 2023年12月14日アクセス。

<sup>12)</sup> 千代田区。https://www.city.chiyoda.lg.jp/koho/kosodate/kosodate/ninshin/junbiteate.html 2023年12月14日アクセス。



注：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。  
資料：著者作成。

図6 医療保険適用とした場合の所得段階別自己負担

階で設定されており（表2）、所得の基準として被用者保険の場合「標準報酬月額」が、国保の場合「旧ただし書き所得」が用いられる。

適用区分（ア）～（ウ）の場合、上限額は次の式で計算される。

$$\text{上限額} = A + (\text{医療費} - B) \times 1\%$$

AとBは適用区分ごとに異なる金額が設定されている。AはBの3割であり、すなわち、医療費がBに到達するまでは3割負担、Bを超えると超過分については1%負担へ軽減される設計となっている。完全な頭打ちではない。

適用区分（エ）と（オ）の場合、上記式の第2項は免除され、上限額はそれぞれ5.76万円、3.54万円の完全な頭打ちになっている。

家計の負担構造の変化として第3に、出産費用が50万円未満で済んだとしても、現行の出産育児一時金と異なり、家計は現金を受け取ることはできない。

こうした3つの変化について数値例を用いながら考察を進めると、例えば、適用区分（ウ）の家

計の場合、出産費用26.7万円（=B）の自己負担はその3割の8.01万円（A）であり、以降、出産費用が上がっても、自己負担の増分は（出産費用－26.7万円）の1%のみとなる（図6）。仮に、出産費用が東京都平均をやや上回る70万円であった場合、（ウ）の家計の自己負担は、高額療養費制度があることにより8.44万円に抑えられる。出産育児一時金であれば、20万円もの自己負担となっていたところである。

この（ウ）の家計にとって、出産育児一時金と医療保険の適用の損益分岐点は出産費用59万円と計算される（1万円単位で計算した概算）。すなわち、出産費用が59万円を超えるのであれば、現行の出産育児一時金よりも出産費用を医療保険の適用とした方が、家計の経済的負担は軽くなる。それは、図6の「出産育児一時金の場合」を表す直線の右側アミ掛け部分となる。

ただし、このことは裏を返せば、出産費用が58万円以下であれば、出産費用の医療保険の適用に比べ、出産育児一時金の方が、（ウ）の家計にとっ



て経済的利益が大きいことを意味する。例えば、出産費用が40万円であったとすると、出産育児一時金であれば10万円の給付を受けられていたものが、医療保険の適用となるとむしろ8.14万円の自己負担が生じてしまうことになる。

(ウ)より所得の低い(エ)と(オ)の家計は、出産費用がそれぞれ19.2万円(A÷0.3)、11.8万円(A÷0.3)の時点で、自己負担は高額療養費制度の上限である5.76万円(A)、3.54万円(A)に早くも達する。こうした10万円台の出産費用は実際には存在しないであろうから、(エ)と(オ)の家計にとって、いかなる出産費用であろうとも、自己負担は定額ということになる。(エ)と(オ)にとって、出産育児一時金と医療保険の適用の損益分岐点は、それぞれ出産費用54万円、56万円と計算される。

他方、(ウ)より所得の高い(ア)と(イ)の家計の自己負担は、出産費用がそれぞれ84.2万円(B)、55.8万円(B)に達するまで3割負担であり、それ以降、それぞれ25.26万円(A)、16.74万円(A)に(出産費用-B)×1%の上乗せとなる。(ア)と(イ)の家計の損益分岐点はそれぞれ出産費用72万円、67万円と計算される。すなわち、(ア)と(イ)の家計にとって、こうした水準の出産費用となつてはじめて保険適用のメリットが生じることになる。

出産費用の保険適用は、このように家計の負担構造を変え、その変化が医療機関の選択やサービスの需要など家計の行動に影響を及ぼす。(ウ)の家計を例にとると、出産費用が26.7万円(A)を超えれば、いかに出産費用が高くなろうと、高額療養費制度が適用されるため、自己負担はほぼ横ばいとなり、出産費用を抑えるインセンティブは効きにくくなる。医療機関の選択が可能で環境にある家計であれば、あらかじめ提示された出産費用が高額であることをもって良質であることのシグナルととらえ、そうした医療機関を選択する可能性があるだろう。他方、現行の出産育児一時金であ

れば、(同様に医療機関の家計による選択が可能な環境であれば)出産費用を抑えるインセンティブが働きやすい。出産費用と出産育児一時金との差額がダイレクトに家計に跳ね返ってくるためである。(ウ)より所得の低い(エ)と(オ)の家計も同様である。

(ア)と(イ)の家計については、出産費用がそれぞれ84.2万円(B)、55.8万円(B)に達するまで高額療養費制度の上限額に到達しないことから、それまでの間は出産費用を抑えるインセンティブが一定程度働くと考えられる。

では、実際の出産世代(20歳から39歳とする)、は、適用区分(ア)～(オ)にどのように分布しているのだろうか。まず、①協会けんぽには出産世代の被保険者が861万人おり、標準報酬月額分布は、(エ)以下で全体の63.4%の546万人、(ウ)以下で全体の97.8%の842万人となっている(図7)。なお、(エ)と(オ)の明確な区分が難しいため、「(エ)、(オ)」とし(オ)を含めている。

次に、②組合健保は、出産世代の被保険者が674万人おり、協会けんぽに比べ所得水準は高くなるものの、それでも(エ)以下で全体の39.8%の268万人、(ウ)以下で全体の93.1%の627万人となっている(図7)。③共済組合も、組合健保とほぼ同様と考えて良いと思われる<sup>13)</sup>。要するに、被用者保険の出産世代はおおむね(ウ)以下にいる。

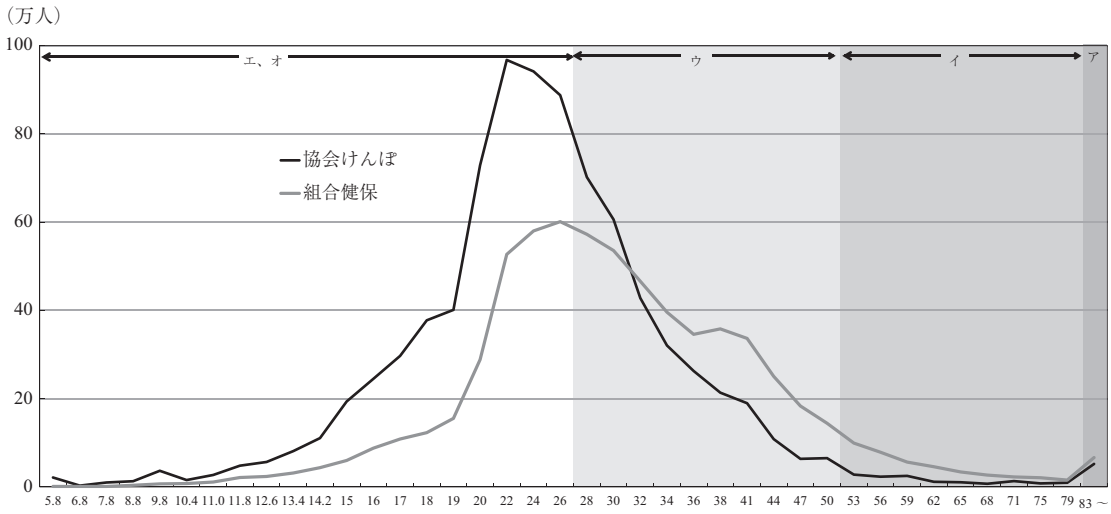
さらに、⑤国保の被保険者は、(エ)以下への集中が顕著である(図8)。本来であれば、「旧ただし書き所得」の分布を用いるべきであるが、統計の制約上それが困難であるため、厚生労働省「国民健康保険実態調査令和3年度」で公表されている「所得」の分布を用いることとする。すると、国保の出産世代332万人<sup>14)</sup>のうち86.7%の288万人が(エ)以下であり、99.1%の329万人が(ウ)以下である。

以上のような数値例と出産世代の所得分布を踏まえると、次の論点が指摘できる。

1つは、出産費用の保険適用によって生じる自

<sup>13)</sup> 令和2年度の被保険者1人当たり標準報酬月額は、協会けんぽ29万円、組合健保37.5万円、共済組合40.9万円である。厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料～2020年度(令和2年度)の医療費等の状況～」による。

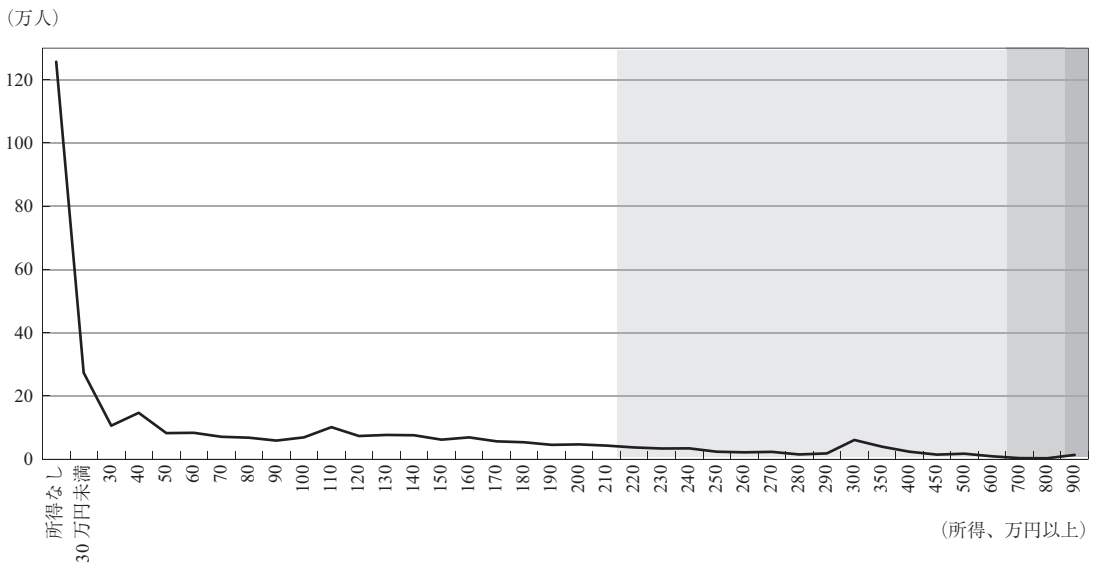
<sup>14)</sup> 所得不詳の34万人を除いた人数。



注：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。

資料：次の資料より著者作成。厚生労働省「健康保険・船員保険被保険者実態調査（2021年10月調査）」より著者作成。組合健保の被保険者数は推計。「健康保険・船員保険被保険者実態調査（2021年10月調査）」の年齢階級別サンプル数と健康保険組合「2022年度健康保険組合 決算見込状況」において公表されている令和3年度の被保険者数の合計人数から算出。

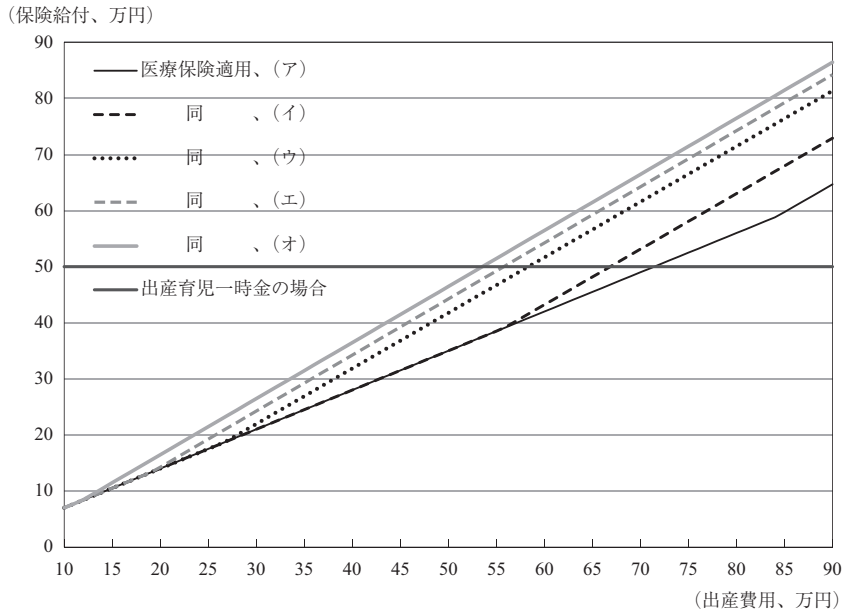
図7 協会けんぽと組合健保被保険者の20～39歳の標準報酬月額分布



注：ここに示されている「所得」から基礎控除43万円を控除した額が「旧ただし書き所得」となる。仮に、旧ただし書き所得を横軸とした場合、分布はその分左側にシフトする。

資料：厚生労働省「国民健康保険実態調査2021年度」第8表-1-1より著者作成。

図8 国民健康保険の20～39歳被保険者の所得分布



資料：著者作成。

図9 医療保険適用とした場合の保険給付

己負担に対する経済的支援の必要性の有無である。特に図6の出産育児一時金の直線の左側の出産費用において、それが論点となる。

2つめは、相対的に高い出産費用までをも保険給付する合理性である。

3つめは、自己負担がもつばら定額となることによるインセンティブの後退あるいは喪失である。それにより出産費用の膨張がもたらされる懸念がある。

4つめは、高額療養費制度の趣旨から外れる可能性である。わが国の医療保険制度は、3割の自己負担を原則とし、それにより受益者負担と費用抑制インセンティブを持たせつつ、ビッグリスク回避の仕組みとして高額療養費制度が存在していると考えられる。予期せぬ事態において稀に使うものである。すると、出産費用の保険適用によって、出産という意図した事態においてほぼ常に高額療養費制度が用いられるならば、制度本来の趣旨を踏み外している可能性がある。

## 2 保険財政の給付構造の変化とインセンティブの発生

出産費用を医療保険の適用とした場合、保険者には次の給付構造の変化が生じる。

第1に、出産費用に対し定率7割の保険給付および高額療養費制度の給付が生じる。出産費用の多寡にかかわらず、出産育児一時金として一律50万円の給付である現行制度と大きな違いである。

第2に、保険者の負担は、(ア)～(オ)の家計によって異なる(図9)。まず、(オ)の家計については、出産費用54万円までであれば、出産費用の医療保険適用の方が出産育児一時金に比べ、保険者の持ち出しは小さくなる。同様に、(エ)、(ウ)、(イ)、(ア)それぞれの家計について、そうした損益分岐点となる出産費用は56万円、59万円、67万円、72万円である。

こうした保険者の給付構造の変化により、保険者には出産費用抑制に向けたインセンティブが働くようになる。

### 3 医療機関

出産費用を医療保険の適用とした場合、医療機関には次の変化が生じる。

第1に、公定価格として診療報酬が設定され、出産を取り扱う都度、診療報酬請求書（レセプト）を作成し、審査支払機関に提出し支払いを受ける。

第2、妊婦からは、出産費用の3割から高額療養費制度から給付される分を差し引いた窓口負担の支払いを受ける。

## IV 医療保険適用に向けた課題

### 1 保険適用の範囲と水準の設定

これまでの議論から出産費用の保険適用に向けた課題がみえてくる。1つめは、出産費用を構成する分娩料、入院料、新生児管理保育料などのうち、いったいどこまでを保険給付の範囲に含めるのか、含めるとしても診療報酬をどのような水準に設定するのかである。

出産費用の主要な構成項目のうち、まず、分娩料を保険適用にするとしても、問題はその水準である。正常分娩の分娩料は、Ⅱ章1節で指摘した通り、出産費用の過半を占めているが、帝王切開の診療報酬よりも高く、差は拡大している。要因はさまざまであろうが、例えば、医療機関は、出産1件ごとの収支をプラスにする必然性はなく、正常分娩と異常分娩のトータルの出産で収支をプラスに持っていければよいはずである。すると、帝王切開は公定価格である診療報酬が抑えられているうえ<sup>15)</sup>、出産件数に占める割合が増えていることから労力がそちらに割かれ、それが医療機関の

収益を圧迫しているとするならばその分、自由価格である正常分娩の分娩料でカバーを図るといった医療機関の行動が考えられる。正常分娩の診療報酬の設定に際しては、こうした行動に関するエビデンスが集められ、それが踏まえられる必要があるだろう。

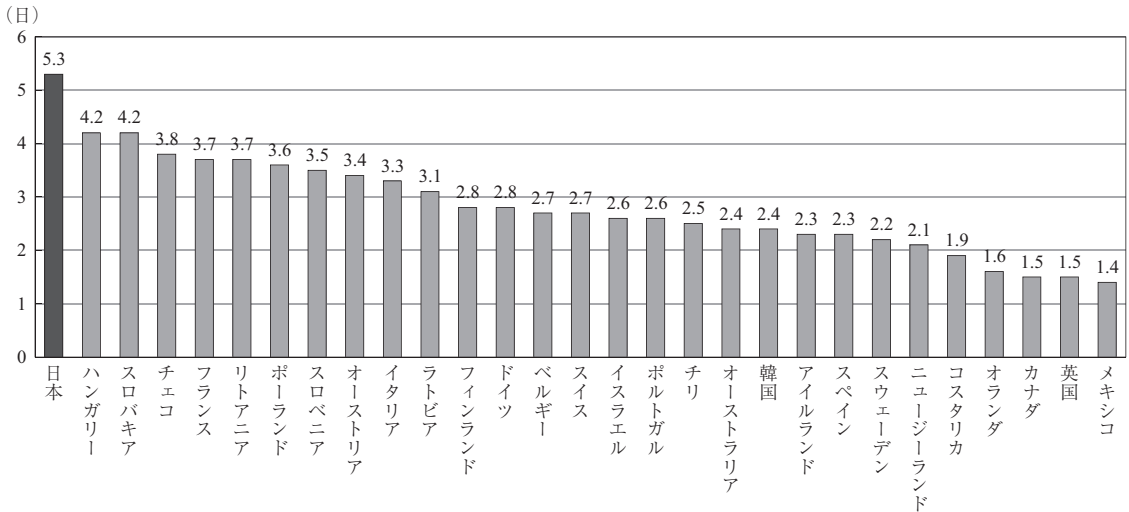
次に、入院料である。医療保険の適用とするとしても、適正な入院日数と一日当たり入院料の設定が必要である。日数について、厚生労働省「患者調査」（2020年9月）によれば、わが国の正常分娩の平均入院日数は5.3日である。これは、データの取得可能なOECD加盟28か国と比較しても際立って長い（図10）。

果たして5.3日が適正な入院日数なのであろうか。入院日数の長さには、わが国の医療提供体制や社会のあり方に起因する部分があれば、それが是正されたうえで日数が医療保険の適用範囲とされるべきである。例えば、医師の柴田綾子は、ウィメンズヘルスが産婦人科の専売特許であるというのは誤解であり、その多くはプライマリ・ケアの領域にあるという<sup>16)</sup>。そうしたプライマリ・ケアが妊産婦の自宅近隣に整備されていれば、自宅から遠距離にある産院から退院した後も、産後ケアの継続性を保つことが出来る。それは入院日数の短縮となる。あるいは、男性の育児休業取得が当たり前の社会となっていれば、退院後の家事を夫に任せて妻は休養をとることができ、それも入院日数の短縮につながる可能性がある<sup>17)</sup>。現行の入院日数を所与としたまま保険適用してしまえば、限られた財源の非効率な利用になるばかりか、望ましい医療提供体制および社会への変革を妨げることになりかねない。

<sup>15)</sup> 全国保険医団体連合会（2023）は、次のように帝王切開の診療報酬引き上げを求めている。「『2選択帝王切開』の点数は、2016年度改定において『複雑な場合』の加算（2,000点）が新設されたものの、本体点数が2014年改定時に大幅に引き下げられた水準のままであり、依然として経営体力の弱い診療所は帝王切開を敬遠せざるを得ず、結果として総合病院等の三次医療機関に患者の過度な集中を招く危険性が高まっている。既に産科医療の崩壊が加速している下で、産科医療機関の減少に一層拍車をかける帝王切開術の点数は引き上げるべきである」。

<sup>16)</sup> 柴田（2021）。「『ウィメンズヘルス＝産婦人科』という誤解が多くありますが、ウィメンズヘルスの多くはプライマリ・ケアの領域にあります」。

<sup>17)</sup> 川原ほか（2012）は、次のように入院期間に対する社会的要因の影響を指摘する。「褥婦の入院期間の設定は、（中略）核家族の増加や退院後に身近な支援者がいないための延長希望がある一方、上の子どもに対する心配や経済的事情から早期退院を希望する場合など、多様な社会的要因が入院期間の延長や短縮に影響していることが、当院の状況から推測できる」。



注：次の10か国は、OECD.Statからデータ取得出来ず。日本、コロンビア、デンマーク、エストニア、ギリシャ、アイスランド、ルクセンブルグ、ノルウェー、トルコ、米国。

資料：2020年。日本のデータは、厚生労働省「患者調査2020年（令和2年）」全国編 閲覧第90表（その1）単胎自然分娩の退院患者平均在院日数。日本以外の国は、OECD.Stat Healthcare Utilisation: Hospital average length of stay by diagnostic categories of Single spontaneous delivery（2023年10月16日データ取得）。

図10 単胎自然分娩（Single spontaneous delivery）平均入院日数、OECD加盟29か国比較

1日当たり入院料について、国民健康保険中央会の2016年度調査に基づけば、前掲のように病院2.1万円、診療所1.4万円であった。診療報酬における地域一般入院基本料が1万円強であるのと比べ高額である。これも、前述の正常分娩費のケースにおけるような自由価格であるがゆえの設定がなされている可能性がある。

さらに、新生児管理保育料である。新生児管理保育料について、少なくとも現在の水準をそのまま保険適用すべきか、次の点を踏まえると、議論の余地がある。第1に、新生児管理保育料の定義を思い起こせば、健康な新生児の収容と保育であり、医療ではなく保育サービスが想定されているに過ぎない。第2に、新生児は母親と同時に退院するのが一般的であると考え、恐らくわが国の新生児管理保育の日数はOECD加盟国と比較しても長くなっているものと推察される<sup>18)</sup>。

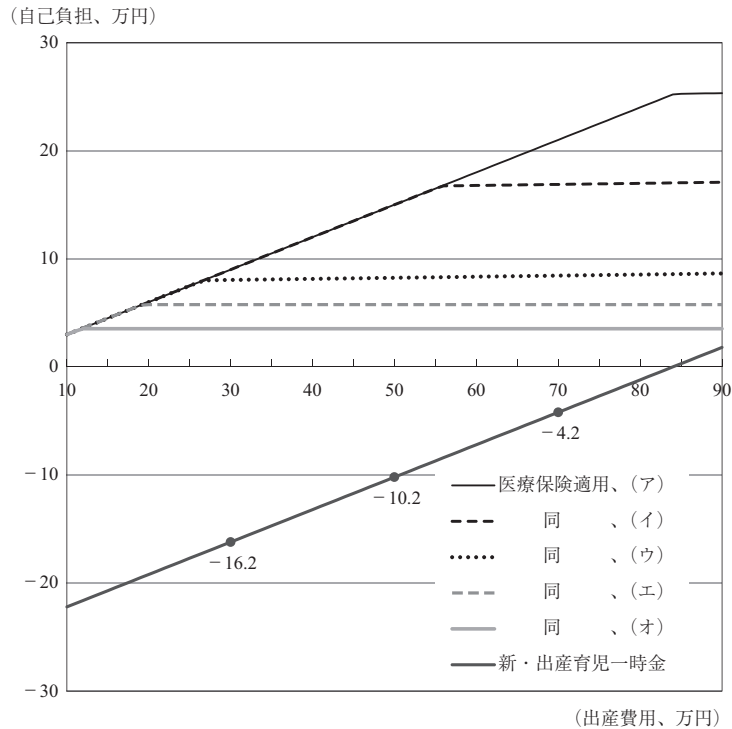
このように、出産費用のすべての要素について

現行の水準そのまま保険適用されるものではないと考えられる。

## 2 家計の負担構造とインセンティブの変化への対応

出産費用を保険適用すると、自己負担について定率3割の出番はほとんどなく、高額療養費制度の適用区分（ウ）の家計であっても、出産費用26.7万円で高額療養費制度の上限に達する。（エ）と（オ）は、出産費用がより低い段階で高額療養費制度の上限に達する。仮に、前節で述べたように、出産費用のすべての要素について現行水準がそのまま保険適用されるのではないとしても、分娩費と数日の入院費用だけですぐに30～40万円程度にはなろう。すなわち、（現実的にあり得る）自己負担の範囲における）自己負担は定額になる。その結果、出産費用が50万円を下回っても自己負担が生じ、かつ、費用抑制のインセンティブが効

<sup>18)</sup> 出産費用の構成項目のうち残るのは、疾病で入院していても保険給付対象外である室料差額を除き、産科医補償制度、処置・手当料、その他の3つである。



注1：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。図6の再掲。

注2：新・出産育児一時金のマイナスは給付、プラスは徴収。

資料：著者作成。

図11 新しい出産育児一時金（試案）

かない。こうしたⅢ章1節で整理した諸論点への対応が課題となる。

そこで、保険適用によって自己負担が生じ、それが定額になってしまうのであれば、出産育児一時金を廃止するのではなく存続させつつ、現行の定額給付から出産費用と反比例の給付体系へと設計を改める方法が考えられる<sup>19)</sup>。それにより、家計の負担を軽減させながらインセンティブを持たせることが出来る。例えば、次のよう計算式とする。

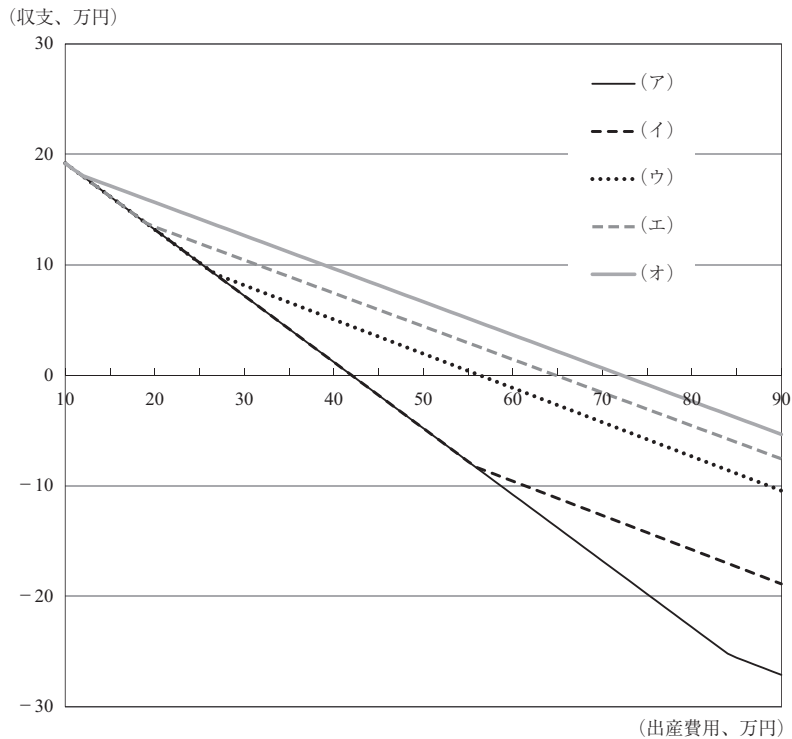
$$\text{新・出産育児一時金} = (84.2\text{万円} - \text{出産費用}) \times$$

0.3

84.2万円は高額療養費制度における適用区分(ア)のAであり暫定的にこのようにしている。0.3は医療保険における定率負担と同率であり、いわば医療保険における定率負担の機能を出産育児一時金に肩代わりさせている。

図11は、図6と同様、縦軸が自己負担であり、図上、新・出産育児一時金のマイナスは家計の受け取り、プラスは家計の持ち出しを表している。例えば、出産費用が50万円の場合、新・出産育児一時金の受け取りは10.2万円となる。家計のトータ

<sup>19)</sup> ほかの選択肢は、①出産費用を高額療養費制度の対象外とするか、②出産費用に専用的高額療養費制度を別途設けることである。例えば、(ウ)～(オ)については、高額療養費制度の自己負担の上限額を18万円(すなわち出産費用60万円)程度まで引き上げる。何れにしても、家計の負担が重くなるため、本文で提示するように、出産費用に反比例した出産育児一時金などで負担を相殺する必要があるかもしれない。すると、仕組みは複雑になってしまう。



注1：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。図6の再掲。

注2：新・出産育児一時金のマイナスは給付，プラスは徴収。

資料：著者作成。

図12 新しい出産育児一時金（試案）のもとにおける家計の収支

ルの収支を明確にするため、図11における医療保険の自己負担と新・出産育児一時金を合計したのが図12である。今度は縦軸は家計の収支である。すなわち、Y軸のゼロより上は家計の受け取り、下は負担である。これをみると、第1に、(ア)～(オ)とも費用抑制インセンティブが効く。第2に、(ア)と(イ)、(ウ)、(エ)、(オ)はそれぞれ出産費用が42万円、56万円、64万円、72万円になるまで収支はプラスであり、それを超えるとマイナスになる（1万円刻みで計算）。このように本節冒頭に掲げた論点にはおおむね対応できているものと思われる。ただし、難点は複雑なことである。もともと医療保険の自己負担は定率3割を原則としているが、それが高額療養費制度によってほぼ定額になってしまうので、それを新・出産育児一時金で再び定率に戻すという作業をここでは

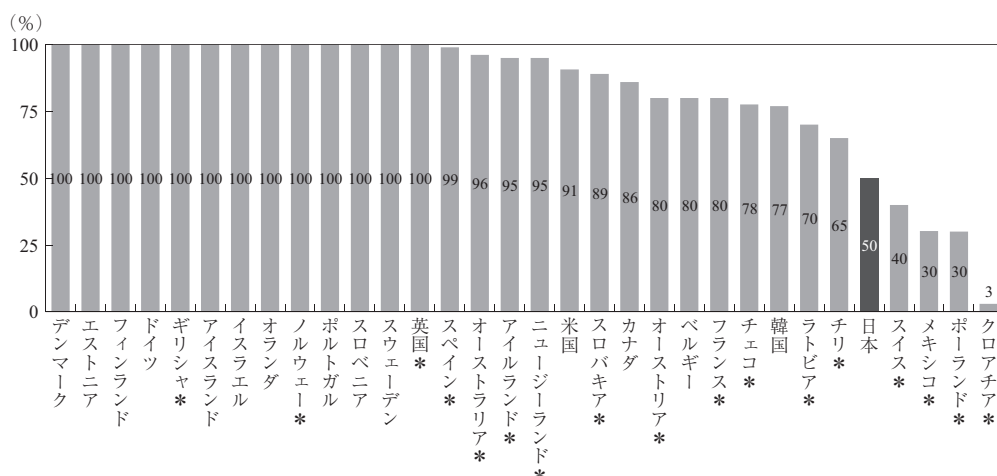
行っている。

こうした複雑さを回避するため、出産育児一時金は、現行通り一律の定額給付とし、その水準については10万円～20万円程度に引き下げる案も今後の議論における選択肢として挙がってくるものと思われる。こうした水準であれば、出産世代の大勢を占める(ウ)～(オ)の家計において自己負担は生じない。他方、費用抑制に関しては、家計にインセンティブはほぼないため、資源の浪費が懸念される。

### 3 医療保険に固有の課題も

出産費用の保険適用によって、医療保険に固有の課題が、出産費用においても共通するようになる。

1つめは、全国一律の診療報酬となることがも



資料：OECD ‘Health at a Glance 2023’ Figure 5.14. Proportion of primary care practices using electronic medical records, 厚生労働省「医療施設調査2020年（令和2年）医療施設（静態・動態）調査 確定数 全国編」より著者作成。2021年の値（\*のついている国は2016年）、日本は2020年の値。

図13 OECD加盟国，診療所における電子カルテ利用率

たらず影響である。全国一律であることは、地域や医療機関ごとの実態に合わないとしばしば指摘される。出産費用を保険適用とすることにより、特に産婦人科が主な標榜科である医療機関の場合、医療機関ごとに経営悪化と過剰収益という両極の事態発生が予想される。診療報酬が高く設定されれば経営悪化リスクは低下するが、他方、過剰収益も拡大するうえ、そもそも帝王切開手術の診療報酬が据え置かれていることから類推されるように、正常分娩についても高い単価の設定は期待しにくい。この問題に関する即効性のある策は見出し難いが、1つの手がかりとなるのがウィメンズヘルスは産婦人科の専売特許ではないという前掲の柴田（2021）の指摘である。地域医療においては、産婦人科に限らず単科の開業から総合診療へシフトしていく方向性が積極的に議論されるべきであろう。

2つめは、出産費用の保険適用は、中医協を通じた2年に1度の診療報酬決定プロセスに載ることによる透明化への期待が前提にあると考えられるが、主に2つの面においてそれが必ずしも保障さ

れていないことである。1つは、政治からの独立性である。2年に1度の年末の診療報酬改定のため、改定幅への政治介入が報じられる。もう1つは、客観的資料の不備である。例えば、診療報酬改定を前に中医協に提示される薬剤費比率（薬剤費/国民医療費）では、DPCをはじめとした包括払いに含まれる薬剤費が分子に含まれておらず、包括払いが普及するにつれ実態との乖離が拡大しているとみられる（西沢（2020））。こうした点は早急に是正される必要がある。

3つめは、レセプト・カルテ・健診など医療情報の整備と活用である。まず、整備である。約10.3万ある一般診療所のうち、カルテが電子化されているのは半分の約5.1万診療所に過ぎない<sup>20)</sup>。OECD加盟国の多くが軒並み100%を達成しているなか、わが国は著しく遅れをとっている（図13）。しかも、わが国において自施設のみでのデータ利用が大半であり、ほかの医療機関と連携しているのは0.4万診療所に過ぎない。連携は、患者の全体像を効率的に把握するうえで不可欠である。

<sup>20)</sup> 厚生労働省「医療施設調査2020年（令和2年）医療施設（静態・動態）調査 確定数 全国編」第163表，第164表。



次いで、活用である。例えば、医療保険の保険者は、レセプトと特定健診の電子化されたデータを既に保有しており、そこから個別の医療機関のパフォーマンスを把握し得る。それは、被保険者が医療機関を選択する際の重要な情報となるはずである。ところが、現在、そうした情報が保険者から被保険者向けに提供されている様子はない。そのため、被保険者はおもっぱらメディアやネットの情報、口コミなどに頼らざるを得ないのが実態と言える。こうした状況は早急に是正される必要がある。

4つめは、地方自治体独自の助成との整合性である。出産費用の保険適用時、出産育児一時金の設計や水準にもよるが、自己負担に対し、東京都23区のうちの4区の出産費用への助成や全地方自治体で実施されている子どもの医療費無償化のように地方自治体独自の助成がなされる可能性がある。子どもの医療費無償化は、大きく2つの問題がある。1つは、医療保険が定率負担を設けている意味がなくなり、患者側のコスト意識を失わせ、それが過剰受診を招き、資源の浪費につながる。もう1つは、低所得者のみならず高所得者にも恩恵がおよび、限られた財源の利用方法として効率的とは言えないことである。

## V おわりに

出産費用の保険適用には、利点がある一方、克服していくべき課題も多い。賛否も分かれている。今後、建設的な議論を進めるうえで、鍵となるものの1つは、子ども・子育て、財源確保、および、医療提供体制それぞれについてビジョンの共有であると考えられる。例えば、男性の育休取得が普及すれば入院期間短縮につながり得る。本稿では掘り下げなかったが、医療保険者から高齢者医療への財政支援の抑制やわが国の財政健全化の道筋が見えてくることが出産費用確保の大前提で

ある。そのように出産費用が確保されることに加え、医療提供体制に関するビジョンが明確になることで、医療機関側の先行きへの懸念も和らぐことが期待できる。

もう1つは、議論の基礎となる情報収集と共有である。例えば、前述のように公立病院における出産1件当たりの真の費用、あるいは、医療機関における正常分娩と異常分娩それぞれの収支などが明らかになればより適正な診療報酬の設定に近づくものと思われる。

## 参考文献

- 川原直子, 神谷摂子, 恵美須文枝 (2012) 「出産後の早期退院に関する実態」愛知県立大学看護学部紀要, Vol.18, pp.39-46, 2012。
- 草場鉄周 (2023) 「コロナ禍を経て見えてきた日本のプライマリ・ケアの課題」『日本総合研究所シンポジウム：プライマリ・ケアを核とした地域医療の再構築』JRIレビュー 2023, Vol.3, No.106。
- 柴田綾子 (2021) 「女性診療力をUPしよう」プライマリ・ケア実践誌, Vol.3, No.3 (9) <https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=36>
- 白川修二 (2016) 「医療保険財政と保険者機能」『日本総合研究所シンポジウム：国民主体の医療制度構築に向けて—医療保険制度のガバナンスを考える』JRIレビュー 2016, Vol.2, No.32。
- 西沢和彦 (2020) 『医療保険制度の再構築』慶応義塾大学出版会。
- (2022) 「出産育児一時金の引き上げを巡る論点」東京財団政策研究所 Review October 17, 2022。
- 成瀬道紀 (2022) 「プライマリ・ケアにおけるデータ整備・活用に向けて 家庭医登録制の導入と一体で推進を」JRIレビュー 2022, Vol.8, No.103。
- 社団法人日本産婦人科医会 (2010) 「少子社会における出産費用—その支援のあり方—」。
- 日本産婦人科学会編 (2021) 『産婦人科医のための社会保険ABC第6版』メディカルビュー社。
- 研究代表者可世木成明 (2008) 「我が国における分娩にかかる費用等の実態把握に関する研究」。
- 全国保険医団体連合会 (2023) 「2024年度診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求」。

(にしざわ・かずひこ)

## Issues Regarding Insurance Coverage of Childbirth Expenses

NISHIZAWA Kazuhiko\*

### Abstract

Currently, public health insurance does not provide in-kind benefits for childbirth expenses, but instead provides a flat 500,000 yen cash benefit as a childbirth lump sum (Syussan Ikuji Ichijikin). Problems with this format have been pointed out, such as the high costs, the large amount of household expenses being taken out, and the basis for the payments being unclear. The government also plans to move forward with consideration toward insurance coverage, or in-kind payment, with a target date of 2026.

From the perspective of the public health insurance system, this paper summarizes, based on trial calculations, the changes in the household financial burden structure and the resulting changes in incentives when childbirth expenses are covered by insurance. When it comes to insurance coverage, there is a system for high-cost medical expense benefit (Kogaku Ryoyohi Seido), so it is certainly a great benefit for household finances when childbirth costs become expensive. On the other hand, as is clear from the calculations, in many households co-payments become a fixed amount, so the incentive to control costs is lost or significantly reduced. In this paper, I have also proposed measures to deal with such side effects.

Keywords : Childbirth Expenses, Childbirth Lump Sum, Public Health Insurance, High-cost Medical Expense Benefit, Benefit In-kind

---

\* Counselor, Japan Research Institute, Limited

## 無痛分娩の提供体制構築の課題と費用負担のあり方

海野 信也\*

## 抄 録

無痛分娩の費用負担に関連する課題を理解する上で必要な、わが国の産科医療提供体制の現状及び無痛分娩に関する基本的な事項、近年のわが国における無痛分娩のニーズの高まり、無痛分娩の安全性確保の必要性について解説し、わが国の無痛分娩提供体制の整備上の課題と対策について検討した。次に、無痛分娩の費用負担のあり方について、検討の前提となるこれまでの経緯と費用負担の現状について説明した上で、妥当な無痛分娩費用についての検討を行い、保険給付とするかこれまで通り自費負担とするのが妥当か、という点についての論点を整理した。最後に、わが国における無痛分娩の費用負担のあり方について、筆者の試案を提示した。

キーワード：無痛分娩，安全対策，需要増加，費用負担，保険適用，保険外療養費制度

社会保障研究 2024, vol. 8, no. 4, pp. 446-463.

## I はじめに

経膈分娩の費用負担のあり方は、本稿執筆時点では検討中の段階にある。専門家の間には、出産育児一時金による現金給付という現行制度の維持を支持する意見もある中で、経膈分娩の一形態である無痛分娩の費用負担について検討するというのは、若干時期尚早なのかもしれない。

近年の無痛分娩を希望する妊産婦の急増状況を考慮すると、近い将来に、無痛分娩が経膈分娩の際のごく普通の選択肢になることも十分に考えられる。それにも関わらず、これまでのところ、無痛分娩の経費負担の軽減策に関する検討はほとんど行われていないのが現状である。今、この時点

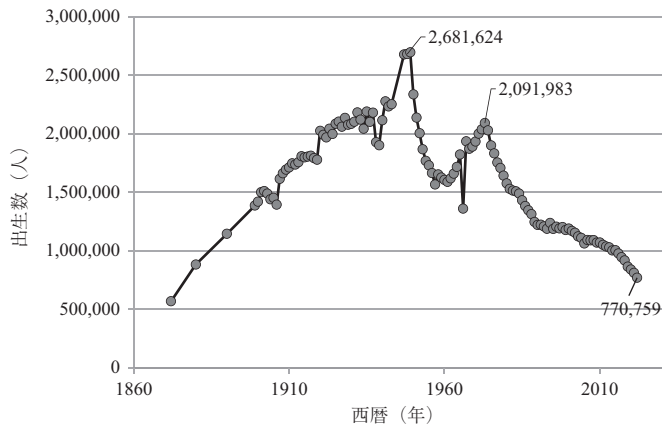
で、わが国の無痛分娩とその費用負担の現状と課題について、医療政策や社会保障の専門家の方々に最低限のご理解をいただいておりますことは非常に重要と考えられる。

本稿では、まず、無痛分娩の費用負担に関連する課題を理解する上で必要な、わが国の産科医療提供体制の現状及び無痛分娩に関する基本的な事項、近年のわが国における無痛分娩のニーズの高まり、無痛分娩の安全性確保の必要性について解説し、わが国の無痛分娩提供体制の整備上の課題と対策についての検討を行う。

次に、無痛分娩の費用負担の検討を行う。検討の前提となるこれまでの経緯と費用負担の現状について説明した上で、妥当な無痛分娩費用についての検討を行い、保険給付とするかこれまで通り

\* 北里大学名誉教授

独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院周産期母子医療センター顧問



出所：厚生労働省「人口動態統計」より。

図1 わが国の出生数の推移

自費負担とするのが妥当か、という点についての論点を整理する。

最後に、わが国における無痛分娩の費用負担のあり方について、筆者の試案を提示することにした。

## II わが国の無痛分娩について理解する上で必要な(社会的・歴史的)背景の説明

### 1 わが国の産科医療提供体制の現状

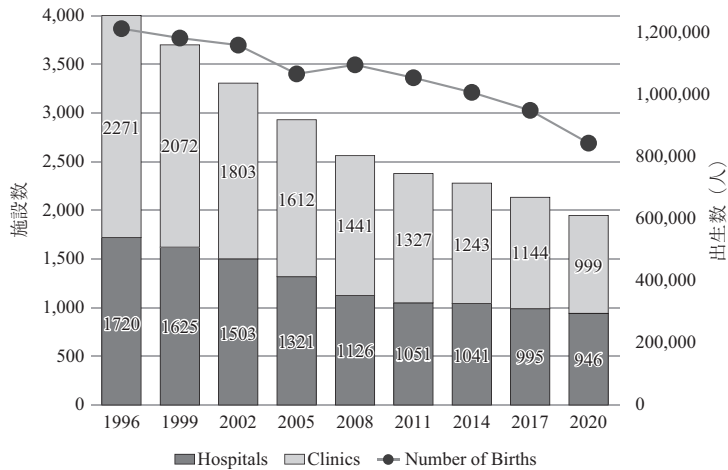
わが国の出生数は、1970年代の第2次ベビーブーム以降一貫した出生数の減少が続いており、近年はその減少速度が加速している。2022年の出生数は80万人を割る事態となっている(図1)。今世紀に入って合計特殊出生率は1.5に満たない低水準状態が持続していること、15歳から49歳の生殖年齢女性人口が減少し続けていることを考えると、今後、政府の強力な少子化対策<sup>1)</sup>が行われたとしても、当分の間わが国の産科医療におけるマーケットの縮小傾向が持続することは、確実な状況

である。

分娩取扱施設については、わが国では1970年頃までに大多数の分娩が医療機関で取り扱われるようになった。厚生労働省「医療施設(静態)調査」によると分娩取扱施設数は1996年には約4,000施設だったが2020年には2,000施設を切るころまで減少してきている(図2)。この間、病院と診療所が担当する割合はほぼ半々という状況が続いている(図3)<sup>2)</sup>。分娩取扱病院の中には、総合病院だけでなく、有床診療所が発展した数十床規模の産科中心の産科病院や産科と小児科に特化した母子病院が相当数含まれており、数多くの分娩を担当していることに留意する必要がある。また、以前は多数存在していた、主に低所得層対象の自治体立の産院はそのほとんどが役割を終えて、閉院するか総合病院に吸収される形となっており、少数の施設を残すのみとなっている。過去50年間、わが国の分娩の過半数は比較的小規模な産科中心の民間の医療機関によって担われていることになる。ほかの先進国では、出産場所は、時代の流れ

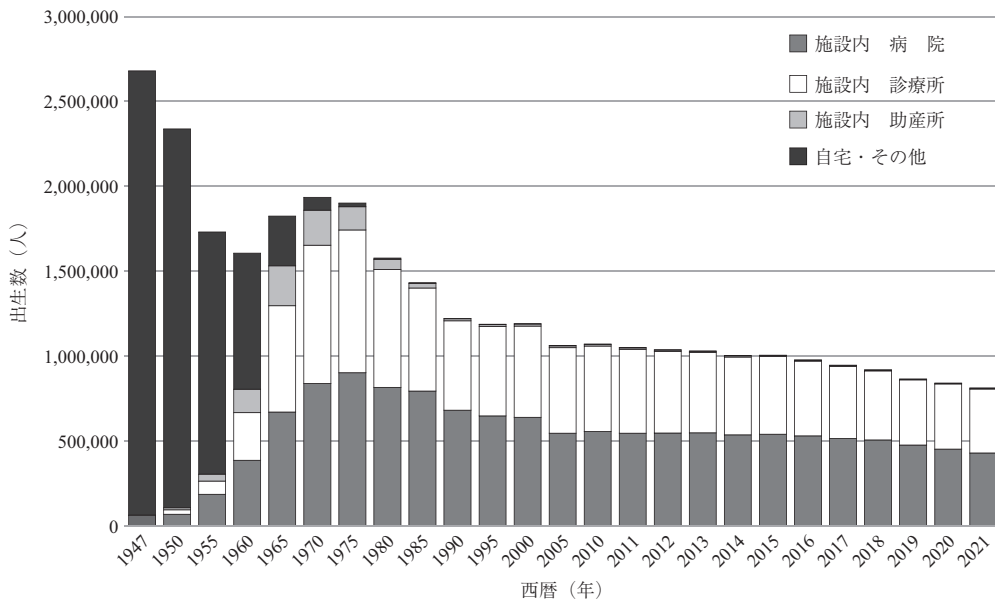
<sup>1)</sup> 政府は2023年5月の「こども未来戦略方針」において「少子化は、我が国が直面する、最大の危機である。」と述べ、「次元の異なる少子化対策として、①構造的賃上げ等と併せて経済的支援を充実させ、若い世代の所得を増やすこと、②社会全体の構造や意識を変えること、③全てのこども・子育て世帯をライフステージに応じて切れ目なく支援すること、の3つを基本理念として抜本的に政策を強化する。」としている。

<sup>2)</sup> 厚生労働省「人口動態統計」によると2021年のわが国の出生811,622件の出生場所別の内訳は、病院で429,744件(52.9%)、診療所で376,340件(46.4%)、助産所で4,277件(0.53%)、自宅で975件(0.12%)だった。



出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」より。

図2 わが国の分娩施設数の推移



出所：厚生労働省「人口動態統計」より。

図3 出生場所別出生数の推移

とともに自宅から小規模な産科施設、そして大規模施設へと移行してきており、現時点では年間数千件以上の大規模施設が大部分の分娩を担当している国が多い。わが国も1970年代頃まではそのような方向に進んでいたと考えられるが、その後

は、個々の分娩施設の規模という点では、大きな変化は見られていない。

分娩取扱施設としてはほかに助産所があるが、助産所及び開業助産師については、取扱数の減少が続いている。2000年代に入ってから、出生数

は1%未満となっている<sup>3)</sup>。このような、原則として医療介入を行わない施設での出産を選択する妊婦の減少は、時代の流れとともに、妊娠する世代の女性の出産に関する考え方に変化が生じていることの反映とも考えられる。その一方で出産後、乳房ケアや育児指導等、助産師のケアを希望する褥婦は非常に多い。また助産所もその体制づくりに大きな役割を果たしている宿泊制の産後ケアサービスの需要は著しく増加しつつある。いわゆる開業助産師は、その役割を終えたわけではなく、その役割を変化させながら産科医療の担い手として役割を果たし続けていると考えられる。

1980年代以降、いわゆる早産児、低出生体重児及び病的新生児に対する医療が劇的な進歩を遂げた。しかし、このような医療が提供できるのは当初は大学病院の一部や専門医療機関に限定されていた。小規模施設で多数の分娩が行われているわが国の分娩の現場の状況を考えると、地域で発生した、救急対応が必要な妊産褥婦及び新生児を、24時間体制で受け入れる高次周産期医療機関の整備が必要と考えられた。そこで、1996年に当時の厚生省は、周産期医療の均てん化を図ることを目的とした「周産期医療システム整備指針」を示し、全都道府県で総合及び地域周産期母子医療センターを指定し、24時間体制で患者受入要請に対応する体制の整備を開始した。関係者の努力により、2011年までに全都道府県で総合及び地域周産期母子医療センターの指定が行われ、各地域で母体搬送及び新生児搬送が円滑に行われるようになった。(2023年7月現在、総合周産期母子医療センターは112施設、地域周産期母子医療センターは296施設となっている。)現状ではわが国の地域周産期医療は、主に低リスク分娩を扱う医療機関(一般病院、診療所、助産所)、周産期に係る比較的高度な医療行為及び24時間体制での周産期救急

医療を担う地域周産期母子医療センター、周産期医療システムの中核として地域の周産期医療施設と連携し、リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療を担当する総合周産期母子医療センターの三層構造で運用されている<sup>4)</sup>。2006年から2008年にかけて頻発して社会問題となった、周産期救急患者の受入先決定困難事例<sup>5)</sup>は、このシステムの整備以降ほとんど発生しなくなっている。

## 2 無痛分娩とは何か

### (1) 産痛 (labor pain) [Pan PH, Booth JL (2020)] について

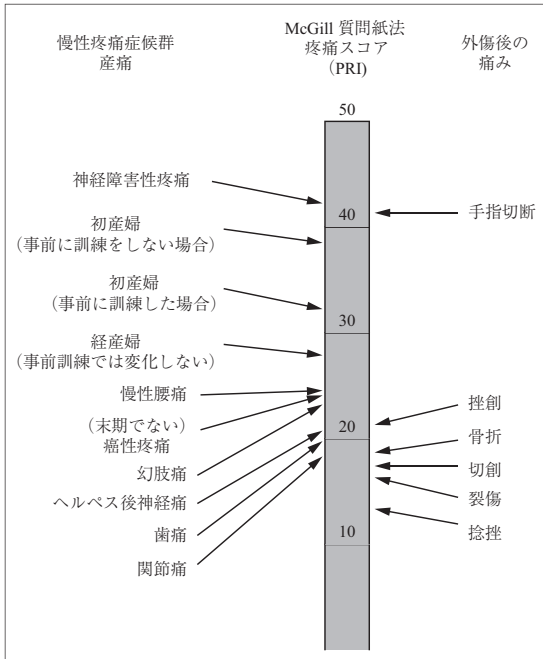
妊娠末期に子宮の収縮が増加し、10分に1回以上となった状態を陣痛発来と呼んでいる。周期的な子宮収縮である陣痛は次第に間隔が短くなり、収縮自体も強くなって疼痛を伴うようになる。これが産痛である。産痛と外傷及び慢性疼痛の程度を比較した研究(図4)では、産痛は、最も強い痛みと考えられている神経障害性疼痛や手指の切断時の痛みよりはやや弱い、通常の外傷の痛みよりも強い。生理的なものであるから軽微であるわけではない。また、産痛を予備知識なしに経験する初産婦は特に強い疼痛を感じる傾向がある。産痛は1回ではなく数分ごとに繰り返す、数時間以上続き、分娩の経過とともに劇痛を感じる割合が増加する(図5)。

疼痛を伴う子宮収縮の増加、増強によって、産婦にかかる身体的、心理的負荷は非常に大きい。陣痛は、原則として児の娩出に至るまで継続し次第に増強する。重要なのはこのような変化が本人の意思に関わらず「自然に」おきること、本人にはコントロールできないことである。このような変化に直面すると、産婦は強い不安感に襲われることになる。それは予備知識、経験に乏しい初産

<sup>3)</sup> 日本助産師会のサイトによると、同会に所属する助産所は770施設あり、このうち入院助産のみ行っているのが48施設、訪問助産のみ行っているのが39施設、両方を行っているのが80施設となっている。(https://jyosanshi.medigle.jp/jyosanshikai/search (2023年12月25日最終確認))

<sup>4)</sup> 小児・周産期医療については、厚生労働省ホームページ参照。(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000186912.html (2023年12月25日最終確認))

<sup>5)</sup> 2006年10月の奈良・町立大淀病院事件、2008年9月の東京都立墨東病院事件等。

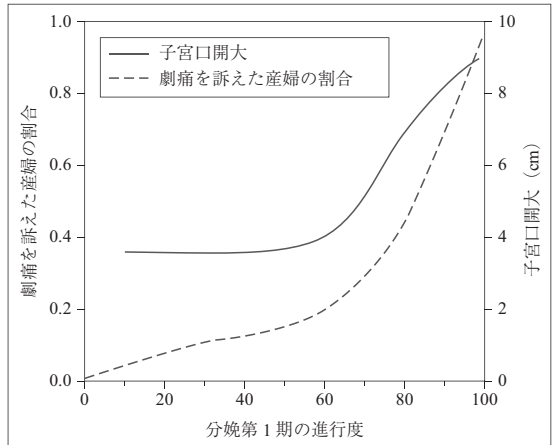


出所：Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). Pain. 1984 Aug; 19 (4):321-337. doi: 10.1016/0304-3959 (84) 90079-4. PMID: 6384895.より筆者作成。

図4 産痛とその他の疼痛の疼痛スコアの比較

婦でより著明である。分娩の経過中、産婦自身は分娩の進行の程度やそれが順調と言えるのかどうかという判断をすることができない。(そうした情報は、専門家による内診等の産科的診察、検査によってはじめて得られる。)ヒトという種は、このような母体の負担に対処するために、生活集団の中に出産を専門的に支援する役割の女性を持つように進化してきたと考えられている。こうした役割の女性は一般的にはbirth attendantあるいはドーラ等と呼ばれるが、わが国では、産婆、助産婦、助産師という専門の医療職として制度化されてきている<sup>6)</sup>。産婦の不安の主要原因の一つである産痛を軽減するため、さまざまな方策が考案され、実施されてきている。最も普遍的なのは、上記のbirth attendantによるケアだが、それ以外に有

<sup>6)</sup> 分娩時の助産師の最も重要な役割は、分娩経過中を通じて、産婦に寄り添い、必要な情報を産婦に適切に提供し、経過が順調であることを告げ、本人の不安を緩和し、支えることである。そして様々な理学的方法により産痛への対応方法を指導すること等の対応を分娩の間継続的に提供する。



出所：Hardy JD, Javert CT. STUDIES ON PAIN: MEASUREMENTS OF PAIN INTENSITY IN CHILDBIRTH. J Clin Invest. 1949 Jan; 28 (1):153-62. doi: 10.1172/JCI102044. PMID: 16695651; PMCID: PMC439587. より筆者作成。

図5 分娩第1期において劇痛を経験した産婦の割合と分娩の進行の関係

用性が示されているものとして、針灸療法、催眠療法、水中分娩等がある〔Smith A et al. (2021)〕。しかし、このような方策の効果は限定的で個人差も多い。現在では麻酔薬を用いる方法が最も有効と考えられ、無痛分娩として先進国を中心に広く行われている。

(2) 無痛分娩の歴史

世界最初の無痛分娩は、1847年エジンバラで吸入麻酔薬(クロロフォルム)を用いて行われた。世界最初の外科手術への麻酔がボストンで行われたわずか3か月後のことだった。当初は自然陣痛に対して薬物的な疼痛コントロールを行うことの是非について、専門家間でも論争が行われた。しかし、分娩の当事者である一般の産婦の産痛緩和の希望は強く、1853年にヴィクトリア女王の分娩に際してクロロフォルムが使用されたこと等を通じて社会の受容が進み、普及していった。

欧米ではその後、現在に至るまで、陣痛を含む

「痛み」はその原因に関わらず有害な反応であり、治療の対象ととらえるのが一般的である。分娩時の疼痛緩和については、「医学的な禁忌がなければ、妊婦自身の希望は、陣痛の緩和をおこなう十分な適応である」という共通の認識が存在している〔ACOG Practice Bulletin (2019)〕。20世紀の中葉まで、吸入麻酔薬（笑気、エチルエーテル、クロロフォルム等）を用いた疼痛緩和が広く行われていた<sup>7)</sup>。20世紀中葉からはより児への影響が少ない局所麻酔薬を用いた脊髄幹麻酔（硬膜外麻酔、脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔（CSEA）等）が経陰分娩時の除痛法として選択されるようになり、現在は標準的方法となっている<sup>8)</sup>。

わが国の無痛分娩の歴史は、欧米とは約100年のギャップがあり、1961年に現在の日本産科麻酔学会の前身である「無痛分娩研究会」が設立されて以降ということになる。それまでわが国では経陰分娩の産痛緩和のための麻酔薬投与は、ごく少数例に留まっており<sup>9)</sup>、むしろいわゆる「産みの苦しみ」を肯定的に受け入れる考え方が支配的だった。

1970年代には主として産婦人科医が実施する吸

入麻酔薬を中心とした無痛分娩が、日本でもかなり増加した。しかし、1980年代以降は、陣痛促進剤関連の有害事象が問題視され、無痛分娩を含む医療介入を避ける社会的風潮が生じ、ラマーズ法を初めとする呼吸法、理学療法を中心として分娩管理を行う「自然分娩」推進の考え方が主流になった。この時期、麻酔薬を用いた無痛分娩を取り扱う施設数が減少し、日本の女性にとっては無痛分娩を希望していても、実施施設を受診するのが難しい状況になっていった。比較的少数の希望者を対象として無痛分娩を継続していた施設では、脊髄幹麻酔に麻酔方法を転換する等の取組が行われていたが、無痛分娩の増加にはなかなかつながらなかった。

無痛分娩は、主に硬膜外麻酔等の脊髄幹麻酔<sup>10)</sup>が用いられる。硬膜外麻酔は、全身麻酔に比べると比較的侵襲の小さい確立した麻酔法である。頻度は低い（1万例に数例程度）ものの高位・全脊髄麻酔、局所麻酔中毒に起因する呼吸停止、けいれん、心停止等の重篤な合併症が発生することがあり、急変時の体制整備は実施施設にとって必須のものとなっている<sup>11) 12)</sup>。麻酔科医は麻酔中の急変

<sup>7)</sup> この時代、母体への吸入麻酔薬の投与による新生児の呼吸抑制等は認識されていたものの、その普及を妨げることにはならなかった。

<sup>8)</sup> 硬膜外麻酔は1920年代に開発され、1940年代以降無痛分娩に用いられるようになっていった。米国では1980年代には神経管麻酔の占める割合は9-22%だったが2016年には73%になっている〔Smith A et al. (2021)〕。

<sup>9)</sup> わが国第1例の無痛分娩は1916年順天堂医院で与謝野晶子に施されたとされている。

<sup>10)</sup> 脊髄幹麻酔neuraxial anesthesiaは、局所麻酔薬を脊髄神経の周辺に投与して行う区域麻酔であり、麻酔の効果が下半身、腹部、胸部等に限定されるように投与部位・投与量が調整される。全身麻酔とは異なり、それだけでは意識の消失を伴うことはない。脊髄は脳脊髄液中に存在し、くも膜と硬膜に包まれている。脊髄くも膜下麻酔（いわゆる脊椎麻酔）は、局所麻酔薬をくも膜下腔、脳脊髄液中に注入し、脊髄神経に直接作用させる。少量の麻酔薬で広い範囲で十分な麻酔効果が迅速に得られる。硬膜外麻酔では、比較的多い量の局所麻酔薬を硬膜の外側に注入する。麻酔薬は緩徐に浸潤し、注入部位に対応する脊髄神経の支配領域に局限した比較的mildな効果が期待できる。先端が硬膜外腔に位置するように細いチューブ（カテーテル）を挿入・留置することにより、反復及び持続的な薬剤投与ができる。この方法で長時間麻酔効果を持続させることも可能になる。無痛分娩では鎮痛が必要な時間の幅が大きいので、カテーテル留置による硬膜外麻酔を中心とした方法が選択されることが多い。

<sup>11)</sup> 高位・全脊髄麻酔：硬膜外麻酔の際に投与された多量の局所麻酔薬が脊髄くも膜下腔に入った場合に発生する。発生頻度は1,400分の1から16,200分の1で、稀な合併症だが、完全に予防することはできない。通常の脊髄くも膜下麻酔よりも高位まで麻酔効果が及び、興奮、徐脈・血圧の著明な低下、呼吸困難・呼吸停止、発語困難、意識喪失などの症状が認められる。直ちに気道を確保し、局所麻酔薬の効果が切れるまで呼吸循環管理を行うことで対応可能だが、対応が遅れると生命に関わる。

<sup>12)</sup> 局所麻酔薬中毒：局所麻酔薬が、過剰量血管内に流入した場合に発生する。皮下、硬膜外腔、くも膜下腔等投与部位を問わず局所麻酔薬投与時は血液の逆流がないか確認してから行うのが通常だが、完全には予防できず、頻度は500分の1から10,000分の1と言われている。発生した場合、舌・口唇のしびれ、金属様の味覚、多弁、呂律困難、興奮などの症状を示し、進行すると意識消失、呼吸停止、心停止を起こす。迅速な診断と呼吸循環管理、血中の局所麻酔薬を吸着させるための脂肪乳剤の投与が必要になる。



時対応に習熟しているの、安全面からは、無痛分娩は麻酔科医の管理下に実施されることが望ましいと考えられている。

2017年、産科診療所における無痛分娩に関連した医療事故報道が社会の関心を集めた。問題となったのは、硬膜外麻酔の重篤な合併症の一つの全脊髄麻酔だった。厚生労働省は、安全な無痛分娩の提供体制のために必要な方策について、関係学会・団体のコンセンサスを形成する目的で、特別研究班「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」を組織し、検討をおこなった。特別研究班では、2018年3月に「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」〔海野(2018)〕をとりまとめた。この提言の主旨に沿って、安全な無痛分娩提供体制の整備を推進することを目的とした、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会<sup>13)</sup>(JALA)(構成団体：日本医師会、日本産科婦人科学会、日本産科麻酔学会、日本産婦人科医会、日本麻酔科学会、後援団体：日本看護協会)が2018年7月に組織された。その後はJALAを中心に無痛分娩施設の安全対策のための体制整備が進められている。

### 3 わが国における無痛分娩のニーズの高まり

無痛分娩実施率は、2014年、2015年、2016年の3年間で、4.6%、5.5%、6.1%と増加傾向を示していた〔日本産婦人科医会(2017)〕が、国による医療施設調査では2020年9月の実施施設数は505施設(26%)、実施件数は6008件、実施率は8.6%となっている(表1)〔厚生労働省(2020)〕。この増加傾向はその後も継続している(図6)<sup>14)</sup>〔日本産婦人科医会(2023)〕。

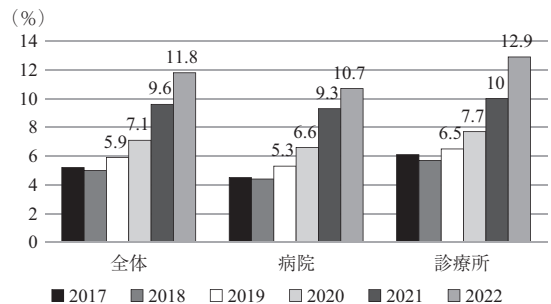
無痛分娩は欧米では以前から広く実施されていたが、わが国では2000年頃まで、比較的少数の産科医が手がけるのみで、自然分娩が主流となっていた。2000年代以降、海外の分娩関連情報が入手しやすくなったこと、欧米で無痛分娩の研修を受

表1 わが国の無痛分娩の実態

施設数	病院	診療所	全体
全分娩取扱施設数	946	999	1945
うち、帝王切開実施施設数	885	860	1745
帝王切開実施率	93.6%	86.1%	89.7%
うち、無痛経陰分娩実施施設数	234	271	505
無痛分娩実施率	24.7%	27.1%	26.0%
分娩件数	病院	診療所	全体
全分娩件数	38086	31847	69933
うち、帝王切開件数	10417	4671	15088
帝王切開率	27.4%	14.7%	21.6%
うち、無痛経陰分娩件数	3578	2430	6008
無痛分娩率	9.4%	7.6%	8.6%

2020年9月実績

出所：厚生労働省「令和2(2020)年医療施設(静態)調査」より。



出所：日本産婦人科医会「施設情報」調査

注：2022年(2023年報告)は京都・新潟が未集計。

図6 無痛分娩の実施状況 無痛分娩実施率

けた麻酔科医が帰国して大都市圏のいくつかの大規模病院で麻酔科医による無痛分娩を開始したこと、SNSを介した経験者による情報発信が進んだこと等により、それまで潜在していた無痛分娩への希望が表面化した。現時点での全国的な無痛分娩の加速度的拡大はこうした流れに沿っておきているものと考えられる。

このような無痛分娩の急速な需要の増加に対応して、無痛分娩取扱施設は増加しつつあるが、まだ全体の3分の1程度であり、地域差も大きい。取り扱っている施設でも実際に実施できる無痛分娩件数は限定されており、希望があっても断らざる

<sup>13)</sup> 筆者は、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会の総会議長を務めるとともに、一般社団法人日本産科麻酔学会の監事・前理事長である。

<sup>14)</sup> 日本産婦人科医会の最新の調査によると、無痛分娩実施率は2020年7.1%、2021年9.6%、2022年11.8%と増加し続けている〔日本産婦人科医会(2023)〕。

を得ない施設も多い。「異次元の少子化対策」が進められる中で、無痛分娩が希望する妊婦すべてに提供できる体制の整備が求められていると考えられる。

### Ⅲ わが国の無痛分娩提供体制を整備する上での課題と対策

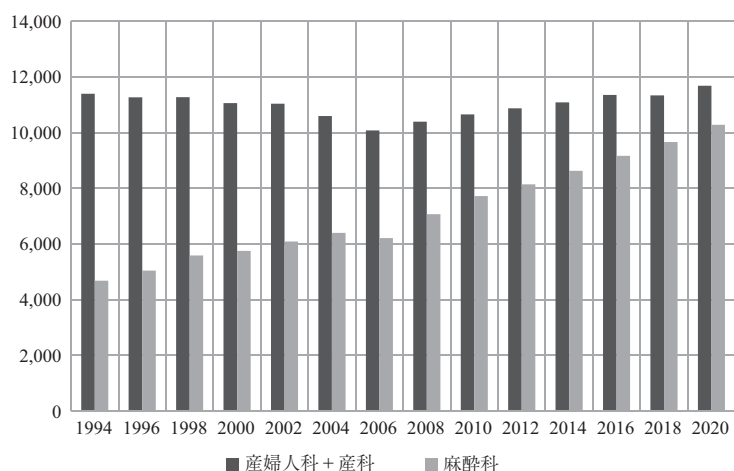
#### 1 無痛分娩の担い手に関する課題

前述したように、わが国の出生の約半数は産科診療所で実施されている（図3）。また産科中心の病院も各地で多数の分娩を取り扱っている。こうした施設では、麻酔科医は勤務していても少数であることが多い。欧米では無痛分娩は麻酔科医または麻酔看護師が担当していることが多いが、わが国では、特に小規模施設で無痛分娩を実施する場合は、産婦人科医が担当せざるを得ない状況にある。

わが国の麻酔科医数は急速に増加している（図7）が、まだまだ十分とは言えない。麻酔科医の主な勤務先は手術件数の多い大病院であり、診療所勤務の麻酔科医は5%程度と少数にとどまっている（図8）。麻酔科医が不足しているため、外科系の医師が麻酔を担当せざるを得ない病院は少なくない。このため病院としては、麻酔科医は手術部

内で、リスクが高く高度な麻酔技術が必要な手術の麻酔に携わることを期待する。手術件数の増加は病院経営上非常に大きな意味を持っており、麻酔科医には手術麻酔を中心に業務することが強く求められているのである。医療の高度化に伴い手術部以外にも麻酔・鎮静を必要とする手技・検査が病院内の複数部門で行われるようになっていく。医療安全を確保する上では、ICUにおける全身管理、手術部外（カテーテル室、内視鏡室、分娩部等）の麻酔・鎮静業務にも麻酔科医が関与することが望ましい。しかし、それが可能なレベルまで麻酔科医を確保できている病院は少ないのが現状である。

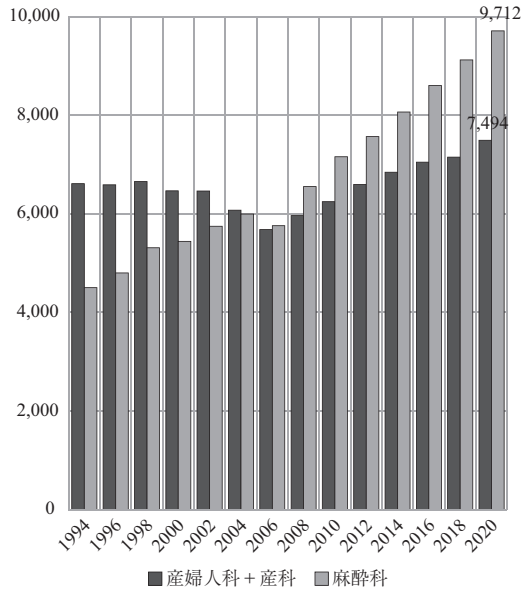
産婦人科医の大部分は、研修として数か月程度の期間、麻酔科に勤務し、手術麻酔を中心とした訓練を受けている。無痛分娩に必要な神経幹麻酔についても、基本的な技術は修得している。従って単独でも通常の無痛分娩を実施することは可能である。しかし、多くの産婦人科医にとっては経験できる麻酔症例数は限られており、その大部分は産婦人科領域のものということになる。稀に発生する合併症による重篤な状態への対応ということになると、外科系のあらゆる手術が行われる手術部で大部分の時間を過ごし、緊急対応が必要な病態を頻繁に経験する麻酔科医の対応能力には及



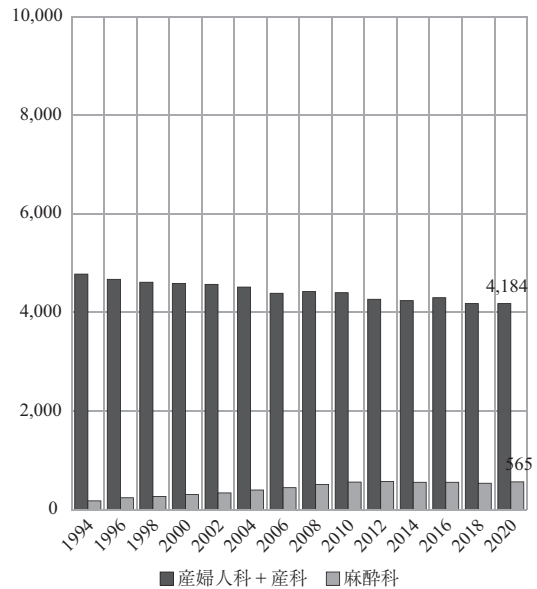
出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」より。

図7 三師調査による産婦人科医数及び麻酔科医数の変化

主たる勤務先が病院



主たる勤務先が診療所



出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」より。

図8 産婦人科と麻酔科（主たる診療科）の医師数の推移

ばないと言わざるを得ない。

助産師の養成課程には無痛分娩に関する項目はほとんど含まれていない。助産師を含む看護スタッフは、無痛分娩に関連した看護、ケアの経験は、無痛分娩の現場で学び修得しなければならない。

## 2 実施施設の課題

### (1) 大規模病院等

現状では手術部内の麻酔が麻酔科医の中心的な業務になっている。麻酔科医が分娩部で行われる無痛分娩に関与するためには、それが可能な体制を病院として整備する必要がある。分娩部への麻酔科医の関与を推進する上での課題は、第一に、分娩取扱数である。麻酔科医を分娩部に配置した場合、それにより手術室の麻酔件数が減少する可能性がある。それに見合う麻酔件数を分娩部で確保する必要がある。分娩室の麻酔業務が少ない場合は、麻酔科医は手術部と兼務せざるをえなくなる。

第二に、手術部と分娩部の位置関係である。手

術部が分娩部と空間的に直結している病院は少ない（ICUと直結している病院が多い）。分娩部への動線が短ければ、手術部にいる麻酔科医が無痛分娩に関与することが容易になる。

第三に、分娩部の機器整備である。有害事象の発生を適切に検知し、迅速に対応するために必要なモニター装置、麻酔器を含む麻酔・蘇生用機器、機材、薬品類を分娩部に整備する必要がある。これらの機器、機材は、通常分娩や無痛分娩では使用頻度は高くない。しかし、いつでも稼働できる状態に維持するとともに、スタッフが緊急時に躊躇なく使用する能力を有するよう訓練体制を整備する必要がある。

### (2) 産科診療所等

産科診療所等においても、重大な有害事象が発生した際に必要な医療機器、機材、薬品の整備は病院と同様に必須である。また、安全な無痛分娩の実施のため、麻酔科医の雇用を増やすことが望ましい。病院でも麻酔科医が充足していない現状では、非常勤雇用が現実的だが、その場合は無痛

分娩の対応枠は限定され、妊産婦のすべての希望に添うことは難しく、計画分娩を組み合わせる等の対応が必要になる。産科医が担当する場合は、追加的な麻酔科研修を含む安全性確保のための諸対応を進める必要がある。

### 3 対策

(1) 無痛分娩の担い手の確保策—長期的視点  
厚生労働省の医師確保対策における診療科ごとの医師の必要数試算では、現状の診療範囲を前提として、将来の患者数推定に基づいて医師養成の必要数を計算している。麻酔科のような、業務内容が今後大幅に拡大することが想定される診療科の場合は、必要数の検討の際に、担当すべき業務として手術対応だけでなく、手術室外の麻酔業務NORA (Non-Operating Room Anesthesia) (ICU業務、無痛分娩、それ以外の鎮静時の全身管理業務(いわゆるmonitored anesthesia care (MAC))などが含まれる)を追加する必要がある。そのような対応が行われないと、麻酔科医の不足状況は今後改善することが期待できないと考えられる。また、産科麻酔の特殊性を深く理解し、無痛分娩を実施するだけでなく、安全で質の高い無痛分娩を提供するために必要な人材の養成と診療体制の構築を指導し推進する能力を有する産科麻酔の専門家養成を進める必要がある。

米国では、麻酔看護師(Certified Registered Nurse Anesthetist)という資格が1930年代から存在し、医師の指導下で麻酔業務に従事している。2000年代以降業務拡大が行われ、医師の指導下でなくても麻酔業務が可能になった。これにより麻酔科医の十分な配置が難しい分娩数500件未満の小規模分娩施設での無痛分娩提供体制が確保されるようになった(1980年代にはこうした小規模施設で無痛分娩を提供できる施設は60%程度だった

が、2010年代には99%となっている)[Traynor AJ et al. (2016)]。わが国においても医師の働き方改革に関連して、医師の業務の看護職へのタスクシフトの可能性が検討されている。今後、さらに増大する多様な麻酔業務(無痛分娩はそのごく一部にすぎない)をすべて麻酔科医だけで担っていくのか、米国のような選択肢を検討するののかについては、より大きな立場で検討する必要があると考えられる。

産婦人科医は、現行の制度では初期研修医としての最初の2年の研修期間のうち1-2か月間麻酔科を研修している。この間気管挿管を含む基本的な麻酔手技を学ぶ。産婦人科医が通常の無痛分娩を自ら担当できるようになるためには、少なくともさらに数か月間の麻酔科研修が必要である。そして急変対応ができるようになるためには、さらに臨床経験を積むことが望ましい。わが国では、常勤の麻酔科医が勤務していない施設で無痛分娩を提供する際、担当する産婦人科医に求められる麻酔科研修の量と質について、専門学会等のコンセンサスは存在していない。今後、無痛分娩のニーズが急速に拡大する中で、早急な検討とそれに基づく研修体制の整備が必要である。その場合、国家資格である麻酔科標榜医申請が可能な程度の経験<sup>15)</sup>が一つの目安になるかもしれない。

### (2) 無痛分娩の提供体制の確保策—短期的視点

短期的な安全な無痛分娩提供体制の確保策については、2018年3月の「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」[海野(2018)]に沿って進められている<sup>16)</sup>。

取扱施設は、稀に発生する重篤な合併症を含むさまざまな有害事象に適切に対応可能な体制を整備する必要がある。その中には、医療機器・機

<sup>15)</sup> 麻酔科標榜医制度：医師は普通自分の専門の診療科を標榜するが、この標榜という制度は厚生省によって1960年に麻酔科標榜医として作られたのが最初だった。現在麻酔科標榜医は24,000名以上になっている。麻酔科専門医・指導医は全体で9,000名程度であり、日本麻酔科学会の会員数は15,000名程度なので、他の診療科を専門にしている医師も多数、麻酔科標榜医の資格を持っていることになる。麻酔科標榜医の資格を申請し、取得するためには、2年間以上の麻酔科での研修と全身麻酔300例以上の経験が必要である。この資格には更新制度がない等の課題はあるものの、国家資格として麻酔科の専門的訓練を積んでいることを証明するものとなっている。

材・薬剤の整備等のハード面の体制と、無痛分娩にかかわる医師、看護職等が共通の認識に基づいて安全に無痛分娩を実施するためのマニュアル等の整備とそれをういた実地のシミュレーション訓練等が含まれる。

また、人材確保として、無痛分娩にかかわる麻酔科医、産婦人科医、助産師、看護師等が、それぞれの立場で円滑に業務を進める必要がある。麻酔科医は、自ら無痛分娩を実施する立場、あるいは無痛分娩の実施している現場をマネージしたり助言したりする立場で無痛分娩にかかわる。無痛分娩に参画する麻酔科医を増やすことは、安全な提供体制の構築に資することになる。麻酔科医は無痛分娩で必要になる麻酔手技に関連する事項は熟知しているが、妊娠によって生じる妊産婦の生理的な変化や分娩の際の産科的な管理の詳細については知識を得る機会が限定されている。無痛分娩にかかわる専門学会である日本産科麻酔学会と日本周産期麻酔科学会は共同で、「周産期・産科麻酔教育ガイドライン」〔日本産科麻酔学会・日本周産期麻酔科学会(2023)〕を作成した。今後このガイドラインに沿って麻酔科医を対象とする「周産期・産科麻酔認定医」制度を発足させる予定になっている。

麻酔科医以外の分娩の現場にいる医療従事者(産婦人科医、助産師等)の多くは、通常は無痛分娩を実施し、管理、ケアすることはできるが、稀

に発生する重篤な合併症に対応する能力を身につける機会には恵まれていない。JALAでは、そのような症例が発生した場合、適切に対応するために必要な最低限の知識と技能を身につけるために必要な研修会の内容を示し、その一部を自ら開発し、WEB講習会等の形で提供している<sup>17)</sup>。

現時点では、理想的な体制で無痛分娩を実施できる施設は限られており、今後、各施設で体制整備を進める必要がある。体制の十分でない部分を抱えながら、無痛分娩の需要にこたえていくことになるため、その施設の実情と、現に実施している安全対策等について、妊産婦に適切に情報提供しながら、納得を得た上で進めていく必要がある。JALAでは、一般の方及び医療関係者向けの情報提供サイト(JALAサイト<sup>18)</sup>)を開設し、無痛分娩に関する情報提供を行うとともに、無痛分娩取扱施設のリスト<sup>19)</sup>を掲載し、各施設の無痛分娩に関する情報へのアクセスの改善を図っている。

#### Ⅳ 無痛分娩の費用負担に関する論点

##### 1 前提となる経緯

これまでわが国の出産については、医学的な異常のある分娩は保険給付の対象だが、医学的な異常のない正常経陰分娩は、病的なものではないので保険給付の対象外という切り分けになっている。従って正常経陰分娩自体は自費診療となり、

<sup>16)</sup> 「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」には以下のような事項が含まれている。この提言で提案されたワーキンググループは、後にJALAとして実現し、この組織を中心として、無痛分娩の安全対策が進められている。厚生労働省は、この提言に基づいて、『無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表』〔厚生労働省(2018)〕を作成した。この自主点検表は、厚生局や保健所による立入検査の際の資料として用いられている。

- ・安全な無痛分娩を提供するために必要な診療体制(ハード面・ソフト面)
- ・無痛分娩に係る医療スタッフの研修体制の整備(現在無痛分娩に従事している医療スタッフを対象とした研修体制・将来の無痛分娩を担当する人材の養成のための研修体制)
- ・無痛分娩の提供体制に関する情報公開の促進
- ・無痛分娩の安全性向上のためのインシデント・アクシデントの収集・分析・共有
- ・「無痛分娩に関するワーキンググループ(仮称)」の設置(上記のような諸施策の実現を目的とした、関係学会・団体による組織の設立)

<sup>17)</sup> JALA WEB講習会一覧(<https://www.jalasite.org/doc/eventlist/>(2023年12月25日最終確認))。

<sup>18)</sup> JALAサイト(一般の方向け)(<https://www.jalasite.org/>(2023年12月25日最終確認))、JALAサイト(医療関係者向け)(<https://www.jalasite.org/doc/>(2023年12月25日最終確認))。

<sup>19)</sup> JALA「情報公開に積極的に取り組んでいる無痛分娩取扱施設のリスト」(<https://www.jalasite.org/area/>(2023年12月25日最終確認))。

各分娩取扱施設の裁量で費用設定がなされてきた。出産費用への給付は、「出産育児一時金」として一律の現金給付となっている。一時金の支給額は、これまで全国の公的病院における平均的な出産費用の状況等を踏まえて改定が行われてきたが、産科医療危機が叫ばれた2009年に42万円に引き上げられた後、2023年4月に50万円に引き上げられるまで14年間にわたって事実上据え置かれていた。出産費用は、2013年の42万円から2020年の46万円以上に、年々上昇したため、実際の出産費用と、支給される出産育児一時金の間に金額上の乖離が拡大し続けていた〔田倉（2021）〕。

少子化の進行を背景として出産育児一時金の大幅引き上げの方針を決定した2022年12月の社会保障審議会医療保険部会の「議論の整理」では、分娩施設は、自施設の出産費用について情報公開するとともに、各施設の特色や提供されるサービスの内容の違いについても可視化すべきとされ、そのサービスの中には無痛分娩の取扱も含まれると記載された。

2023年6月の「こども未来戦略方針」では、2024年度からの「出産費用の見える化」の実施、2026年度を目途とする出産費用の保険適用の導入を含む出産への支援の強化の検討、無痛分娩を実施する医師の確保の推進等が記載された。また「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2023」では「ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組」の一つとして「出産等の経済的負担の軽減」が明記された。

厚生労働省では2024年4月より「分娩取扱施設情報提供ウェブサイト（仮称）」を開設し、そこで各施設の出産費用と提供されるサービスの内容についての情報提供を開始する予定で準備を進めて

いる。その中で無痛分娩については、実施の有無、実施方法、費用の公開方法等についての情報が提供されることになっている。

本稿執筆時点では、出産費用の2026年度の保険診療化が決定しているわけではない。医療従事者等からはその実現の困難さを指摘する声が多い<sup>20)</sup>。本格的検討は「出産費用の見える化」サイトが開設される2024年度以降となることが想定されている。

## 2 これまでの無痛分娩の費用負担

経陰分娩は「疾病又は負傷」ではないので、それに伴う産痛も保険診療の対象とはなり得ない。無痛分娩は、経陰分娩とともに行われる麻酔行為であり、すべて自費診療として行われてきた。その料金は、各実施医療機関が任意に設定してきた。

本稿執筆時点では、無痛分娩費用についての系統的な調査結果は示されていない。厚生労働省は2024年4月から、「出産費用の見える化」サイトをオープンさせる予定になっており、無痛分娩費用についてもこれまでより検索が容易になることが期待される。本稿では、筆者が知りうる範囲での無痛分娩費用の現状について述べることにしたい。産科施設において産科医が主に担当していた時期は、3万円から5万円程度（出産費用の10%程度）の施設が多かった。近年、特に新規参入施設で高めに設定する例が増え、全体としての相場が上昇傾向にある。10万円から15万円程度の施設が多く、20万円以上という施設もあり、その場合、出産費用の30%程度ということになる。分娩施設が無痛分娩提供体制を整備、維持するために、（常勤あるいは非常勤の）麻酔科医の追加的な雇用が必要な場合は大幅な経費増を覚悟しなければなら

<sup>20)</sup> 保険適用が導入されれば、正常分娩に係る費用は原則としてすべての分娩施設で統一されることになる。現状の出産費用の地域間、施設間の大きな違いを考慮すると、分娩施設の経営への影響なしに実現するのは難しく、本稿の執筆時点で具体策は示されていない。この改革によって分娩施設が減少したり、分娩施設の提供するサービスが悪化するようなことがあれば、本来の目的である少子化対策に逆行する結果になることも懸念される。また保険診療の基盤である療養担当規則第12条（<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=332M50000100015>（2023年12月25日最終確認））には、保険診療の対象は「診療の必要があると認められる疾病又は負傷」となっており、生理現象といわざるを得ない正常妊娠に適用する場合には、他の診療領域への影響の詳細な検討を行った上でこの規則の全面的な改正が必要になる。

表2 令和4年診療報酬点数表 第2章 特掲診療料 第11部麻酔 第1節 麻酔料（抜粋）

麻酔の種類		手術の内容		麻酔料			麻酔管理料	
				麻酔が困難な患者	それ以外	2時間を超えた場合30分ごとに追加	(I)麻酔科標榜医によるもの	(II)複数の麻酔科標榜医により安全管理体制が確保された医療機関で実施
L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	1	人工心肺を用いた心臓手術等	24900	18200	1800	1050	450
		2	坐位の脳脊髄手術等	16600	12100	1200		
		3	上記以外の心臓手術・脳脊髄手術等	12450	9050	900		
		4	腹腔鏡手術	9130	6610	660		
		5	その他の手術	8300	6000	600		
L002	硬膜外麻酔	1	頸・胸部	1500		750	250	150
		2	腰部	800	400			
		3	仙骨部	340	170			
L004		脊椎麻酔		850	128	250	150	
L001-2	静脈麻酔	1	短時間（10分以内）のもの	120		2時間を超えた場合+100		
		2	十分な体制で行われる長時間のもの	600				
		3	十分な体制で行われる長時間のもの（常勤の麻酔科医が専従で実施）	1100				

出所：社会保険研究所「医科診療報酬点数表 令和4年4月版」

ない。従って、無痛分娩費用の相場が上昇傾向にあることはやむを得ないと考えられる。しかし、医療機関で無痛分娩の料金改定を検討する際、経費増についても考慮はするが、(筆者の経験からは)むしろ、周辺の地域の医療機関の調査を行って、自施設と同等の規模で、提供している診療内容も近い施設の料金設定を参考にして、競争力を維持できる範囲で料金を決定することが多いと思われる。妊産婦側での無痛分娩需要が大きくなっている状況で、「安易な」料金の引き上げが行われやすい環境になっており、それが相場観を形成してしまっている可能性は高い。

### 3 妥当な無痛分娩費用に関する考察

(1) ほかの保険診療の手術における神経幹麻酔の点数設定とのバランス

表2に診療報酬点数表における麻酔料の部分の抜粋を示した。閉鎖循環式全身麻酔（いわゆる全身麻酔）と比較して、硬膜外麻酔、脊椎麻酔（脊

髄くも膜下麻酔）、静脈麻酔の麻酔料は非常に低く設定されている。硬膜外麻酔は全身麻酔の10分の1以下である。(病院の収益上は、麻酔科医は、分娩部ではなく手術部で勤務し、全身麻酔を多数例担当することが望ましいことになる。)

硬膜外麻酔の点数設定の特徴は、2時間以上の長時間にわたる場合の追加点数が高めに設定されていることである。無痛分娩は、その分娩によって幅は大きいものの小手術よりは長時間の麻酔となる。

全くの試算にすぎないが、表3に無痛分娩として硬膜外麻酔を8時間行った場合、正常経陰分娩の点数に追加されると思われる無痛分娩関連医療行為の点数を示した。「分娩監視装置」の算定は、現状では子宮収縮促進薬の投与中に認められている。母体の「呼吸心拍監視」は硬膜外麻酔では必須のモニターである。この試算で示された点数は、現状の自費診療設定の半額程度ということになる。(無痛分娩料が保険給付される場合には、

**表3** 現行の麻酔関連の診療報酬点数を無痛分娩に適用した場合のシミュレーション（無痛分娩として硬膜外麻酔を8時間実施した場合を仮定）

項目名	診療報酬点数
麻酔	
硬膜外麻酔（腰部）	800
2時間以上の実施部分（30分あたり400）	4800 (400×12)
麻酔管理料（I）（麻酔科標榜医が担当した場合）	250
小計	5600 or 5850
胎児管理：分娩監視装置（1時間30分以上）	
新たに無痛分娩を適応とした場合	850
母体管理：呼吸心拍監視（1日以内）	
新たに無痛分娩を適応とした場合	150
合計	6600 or 6850

恣意的な長時間算定を抑制する必要があるため、麻酔時間に左右されない包括的な点数設定が望ましいと思われる。）

手術部では、全身麻酔に必要な医療資源（機器、機材、人員等）が整備されており、麻酔料はその環境を前提とした点数設定になっていると考えられる。分娩部で無痛分娩を行う場合は、そのために必要な医療資源を追加的に確保する必要がある。さらに、可能であれば麻酔科医の配置あるいは無痛分娩チームの一員としての関与を促進する方向で制度設計がなされることが望ましい。従って、分娩部における無痛分娩の料金は、手術室の麻酔料よりは高めの設定とすることも考えられる。

## （2） 出産費用が保険診療になっているほかの国の状況

出産費用が保険診療になっている韓国、オーストラリア、カナダでは無痛分娩も保険給付の対象であり、その料金は日本の現状よりは低めに設定されている。

## 4 無痛分娩の費用負担に関する論点整理

### （1） 論点の整理

自費診療を是とする意見として、次のようなものがある。

- ・ 分娩は生理現象であり、産痛緩和を行う医学的必要性はない。

- ・ 無痛分娩の医学的適応がある症例は限られている。（現状では保険適応となっていないが、分娩時の急激な心負荷の変動、血圧の変動によって重篤な状態となる可能性が高い心臓疾患、脳血管疾患、産痛によって自身を制御することが困難になる精神疾患を合併した妊産婦、急激な血圧上昇を起しやすい妊娠高血圧症候群の妊産婦等は医学的適応があると考えられている。）
  - ・ 無痛分娩は希望のある産婦に実施される。経陰分娩すべてで実施されるわけではない。希望しない産婦との間で公平性に欠ける。
  - ・ 保険診療とした場合、希望者が急増する。現在の無痛分娩施設では対応しきれない。無痛分娩の取扱を増やすと安全性を担保できない。
- 一方で、保険診療を是とする意見は以下のようなものである。
- ・ 生理現象である経陰分娩を保険診療の対象とする以上、経陰分娩に必要な医療行為は保険診療の対象とすべき。
  - ・ 生理現象であっても、産痛は決して軽微なものではない。疼痛があれば、可能な範囲でそれを除去するのが医療の原則である。
  - ・ 海外では、産痛の緩和は、ほかの原因の疼痛に対するのと同様当然の医療行為であり、産婦が希望すればほかに医学的適応がなくても無痛分娩が実施され、保険適応になっている。
  - ・ 安全性確保の観点からは、自費診療では公的な介入は重大事故の発生に対する事後的な対応にとどまらざるを得ないが、保険診療であれば、実施を容認するための施設要件、実施者要件を設定することで、予防的な対応が可能になる。

保険診療の原則論は、わが国の医療提供体制全体の基盤の一つとなっている。正常経陰分娩を保険診療の対象とする場合は、療養担当規則の「疾



病又は負傷」という原則を、「疾病、負傷、出産又は新生児」等へと拡大する必要がある。それが実現できれば、産痛の緩和を保険適用とすることは可能と考えられる。

安全性確保という点では、保険診療になれば、有害事象の報告義務等を要件に含めることを通じて、実態把握を充実させることができる。

現時点では無痛分娩の実施率は全体の約12%程度、経膈分娩は80%程度なので経膈分娩に対しては15%程度である。無痛分娩需要の増加にともない取扱施設の側の対応能力もかなり急速に拡大してきているものの、分娩取扱施設のうち無痛分娩を実施しているのは30%程度であり、地域差も大きい。実施施設でも取扱可能な件数は限られている。この状況で保険適用し、負担軽減がなされれば、さらに増加すると想定される無痛分娩を希望する妊婦の中で、無痛分娩を受けることができない妊婦が発生することが十分に考えられる。

経膈分娩が保険診療化された場合、無痛分娩がこれまでどおりの自費診療のままであれば、混合診療になってしまうので、無痛分娩を保険外併用療養費（評価療養又は選定療養）<sup>21)</sup>の枠組みに組み込む必要が生じる。

## (2) 無痛分娩の費用負担に関する考察

無痛分娩は経膈分娩の際に追加的に実施される医療行為なので、その費用負担の検討に際しては、経膈分娩の費用負担のあり方もあわせて考慮する必要がある。表4に費用負担パターンを示した。わが国の費用負担パターンは現時点ではAに相当している。経膈分娩費用については自費負担だが、一定の出産育児一時金が現金支給される。無痛分娩費用については公的な補助はなく、全額自費負担となっている。現在国の検討の俎上に載っているのは、経膈分娩の保険適用、すなわちパターンB又はCへの移行の是非ということにな

表4 無痛分娩の費用負担のパターン

	費用負担	経膈分娩	
		自費	保険
無痛分娩	自費	A	B
	保険		C

る。

パターンAでは、負担されるべき費用が、医療機関によって自由に設定できる。地方では分娩施設が減少し施設の選択肢が限定されている地域が拡大している。無痛分娩を取り扱う施設は都市部でも限定されている。地方でも都市部でも分娩や無痛分娩の費用が医療機関中心に決まりやすい構造になっているのである。少子化対策として、出産に係る費用負担の軽減を公的な補助の拡大を通じて図る場合、分娩施設側が恣意的に費用設定可能な状態では、妥当な公的補助額を決定して制度化することは難しい。有効な公的補助を実現するためには、分娩費用にしても無痛分娩費用にしても、なんらかの方法による上限設定を行う必要がある。

経膈分娩中の無痛分娩の割合が高い国では、無痛分娩は特に問題なく保険適用となっている（パターンC）。わが国でも今後、無痛分娩の普及が進み、経膈分娩の半数以上程度で実施されるようになれば、その費用について公的な補助が行われることへの抵抗は小さくなると考えられる。

今後の制度整備のプロセスを考えると、ある期間、パターンBの時期を経た上でパターンCに移行することを想定するのが現実的であろう。パターンBで課題となるのは、自費診療である無痛

<sup>21)</sup> 保険外併用療養費制度：保険診療との併用が認められている療養の範囲は、厚生労働省によって将来の保険導入を目指している評価段階の療養である「評価療養」と保険導入を前提としない「選定療養」という二つの枠組みの中で厳密に定められている。経膈分娩が保険診療化し、無痛分娩はされない場合、無痛分娩はこの制度下で実施される可能性が高い。無痛分娩は、将来、無痛分娩提供体制の均てん化がなされれば保険適用の可能性は十分にあると考えられ、評価療養の対象ともなりうるかもしれない。

分娩を保険外療養費制度の枠組みに組み込む必要があること、それは可能だとしても、その場合、無痛分娩費用は分娩取扱施設側で自由に設定されるという点は変わりがないことである。パターンBにおいても全額が本人負担となる可能性がある無痛分娩費用の、過度の高額化を抑制する方策を検討する必要があると考えられる。上記のような考察に基づいて、以下のような試案を提案したい。

#### ① 試案1：段階的な保険診療への移行

出産費用負担の軽減策の一環として、無痛分娩の費用負担については、今後、経膈分娩の保険診療化、無痛分娩の提供体制の充実と平行して段階的に進めることにする。

- ・パターンAの段階
  - －無痛分娩を選択することによる費用負担増加を軽減することを目的とした補助金制度を導入する。
  - －補助額は、地域の実情に応じたものとする。
- ・パターンBの段階
  - －無痛分娩費用を保険外療養費制度の枠組み内に位置づける。
  - －無痛分娩費用の過度な高額設定を回避するための国、関係団体、学会等によるコンセンサス形成の機会を設ける。
  - －パターンAの無痛分娩費用の負担軽減のための補助金制度は継続する。
- ・パターンCの段階
  - －無痛分娩を保険適用とする。

#### ② 試案2：保険適用とする場合の考え方

- ・分娩の所要時間には個人差が大きいので、無痛分娩管理全体を包括して評価する（意図的な分娩時間の遷延等の対応を防ぐ効果も期待できる）。
- ・施設の安全性向上のための取組を評価する目的で、麻酔科医の関与の程度によって段階を設定する。
- ・経膈分娩の保険診療化の検討において、それ以前と比較して大きな収入の変化が生じると産科医療提供体制自体の継続が難しく

なる地域の発生が危惧されている。無痛分娩の点数設定においても、現行の収入と大きな差が生じないようにする配慮が必要である。

#### ③ 無痛分娩管理料（仮称）案

無痛を実施する施設で整備が必要な要件としては、厚生労働省の『無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表』〔厚生労働省（2018）〕の内容に準じたものとする。その上で、麻酔科医の関与の程度によって段階的評価とする（診療報酬点数は現状の無痛分娩費用の水準から想定した。あくまでも仮に設定したものである）。

- ・無痛分娩管理料Ⅰ 専従の麻酔科医が担当 15,000点程度
- ・無痛分娩管理料Ⅱ 麻酔科医中心のチーム医療体制 12,000点程度
- ・無痛分娩管理料Ⅲ その他 10,000点程度

## V おわりに

今後、わが国でも無痛分娩の実施率が高まっていくことはほぼ確実な情勢である。無痛分娩を選択する妊産婦の増加とともに、その費用負担の軽減を求める声が高まっていくことが考えられる。

本稿が、無痛分娩費用負担に対する公的な補助の方策を検討する際の、出発点となれば、大変幸いである。

#### 参考文献

- ACOG Practice Bulletin (2019) No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstetrics & Gynecology* 133 (3): pp.e208-e225, March 2019.
- Pan PH, Booth JL (2020) The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus. In *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, Sixth Ed.*, p.423, 2020.
- Smith A, Laflamme E, Komanecky C (2021) Pain Management in Labor. *Am Fam Physician*. 2021 Mar 15; 103 (6): pp.355-364. PMID: 33719377.
- Traynor AJ, Aragon M, Ghosh D, Choi RS, Dingmann C, Vu Tran Z, Bucklin BA (2016) Obstetric Anesthesia Workforce Survey: A 30-Year Update. *Anesth Analg*. 2016 Jun; 122 (6): pp.1939-46. doi: 10.1213/ANE.

000000000001204. PMID: 27088993.
- 海野信也 (2018)「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」(研究代表者 海野信也), <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204860.pdf> (2023年12月25日最終確認)。
- 厚生労働省 (2018)「無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表」, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204861.pdf> (2023年12月25日最終確認)。
- (2020)「令和2年医療施設(静態・動態)調査」第111表, 第172表, <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450021&tstat=000001030908&cycle=7&tclass1=000001165107&tclass2=000001165167&tclass3=000001165168&tclass4val=0> (2023年12月25日最終確認)。
- 田倉智之 (2021)「出産育児一時金(出産費用)に関する研究」令和3年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「医学的適応による生殖機能維持の支援と普及に向けた総合的研究」分担研究報告書, [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202107004A-buntan5.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202107004A-buntan5.pdf) (2023年12月25日最終確認)。
- 日本産科麻酔学会・日本周産期麻酔科学会 (2023)「周産期・産科麻酔教育ガイドライン」, 2023年6月, <https://www.jsoap.com/uploads/%E5%91%A8%E7%94%A3%E6%9C%9F%E7%94%A3%E7%A7%91%E9%BA%BB%E9%85%94%E6%95%99%E8%82%B2%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3.pdf> (2023年12月25日最終確認)。
- 日本産婦人科医会 (2017)「分娩に関する調査」, [https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/12/20171213\\_2ver.2.pdf](https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/12/20171213_2ver.2.pdf) (2023年12月25日最終確認)。
- (2023)「無痛分娩 産科施設の立場から～日本産婦人科医会施設情報からの解析～」第177回日本産婦人科医会記者懇談会, 2023年9月13日, 日本記者クラブ。

(うんの・のぶや)

## **Issues to Develop Provision and Payment System of Labor Analgesia in Japan**

UNNO Nobuya\*

### Abstract

In this paper, firstly, basic information on obstetric medical provision system and labor analgesia, and recent increased demands of pregnant women for labor analgesia in Japan are provided, which are necessary for understanding the issues related to the development of labor analgesia payment system when vaginal deliveries are covered by public medical insurance. Secondly, appropriate expenses and optimal system for labor analgesia are discussed. And finally, a tentative proposal for feasible process to introduce public insurance coverage in this field are presented.

Keywords : Labor Analgesia, Safety Measures, Increasing Demand, Payment, Insurance Coverage, Mixed Medical Care Service Expense

---

\* Professor Emeritus, Kitasato University  
Advisor, Center for Perinatal Medicine, Japan Community Health and Organization Sagamino Hospital

## 不妊治療の保険適用—その影響と課題

前田 恵理\*

## 抄 録

日本は世界でも不妊治療の利用率が高い国の一つである。2021年の生殖補助医療の総治療数は49万8千件、出生児数は6万9千人にのぼった。不妊治療は約40年間にわたって、主に自由診療として行われてきたが、体外受精や顕微授精等の生殖補助医療に対しては一部公費負担（特定不妊治療費助成事業）が実施され、生殖補助医療の普及や質の向上に一定の役割を果たしてきた。2022年度からは、標準的な不妊治療全体が広く保険適用されるようになったが、患者の経済的負担をさらに軽減したことに加え、不妊が疾患として社会に認められたという大きな節目としての意義がある。保険適用に伴い、難治性の不妊患者に対する治療の選択肢に制限が生じる等、いくつかの課題も明らかになっているが、不妊に悩む方々の負担を少しでも緩和し、より質の高い医療につなげられるよう、今後も時代に合わせた制度へ整備を続けていく必要がある。

キーワード：不妊症，保険適用，生殖補助医療

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.464-478.

## I はじめに

## 1 不妊症とは

妊娠を望む健康な男女が、避妊をしないで性交をしているにもかかわらず、一定期間妊娠しないものを不妊症といい、日本産科婦人科学会では、この「一定期間」について「1年というのが一般的である」と定義している。男女とも加齢により妊娠が起こりにくくなることは知られており、結婚年齢の上昇に伴って不妊のカップルが増えている。第16回出生動向基本調査〔国立社会保障・人口問題研究所（2021）〕によれば、不妊について心

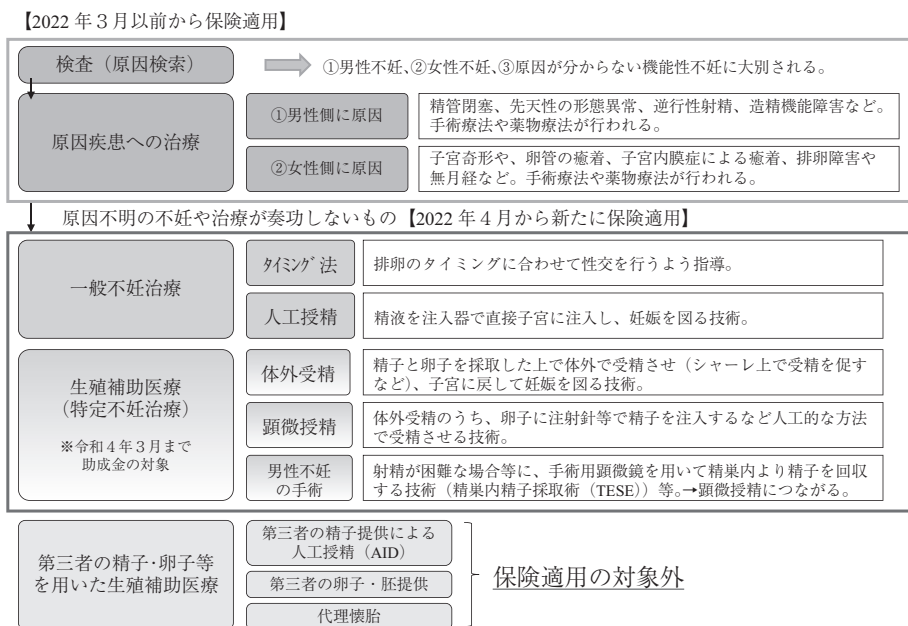
配したことがある夫婦の割合は、夫婦全体の39.2%（3組に1組以上）であり、実際に不妊の検査または治療経験がある夫婦の割合は22.7%（4.4組に1組）にのぼっている。

## 2 不妊治療とは

不妊治療の全体像は図1のとおりである〔厚生労働省（2023）〕。検査で不妊の原因が見つければ、原因を取り除くため、手術や薬剤による治療が行われる。特に原因が見つからない場合には、妊娠の可能性を高めるための治療が行われる。性交のタイミングを排卵に合わせる方法（タイミング法）や、人工授精<sup>1)</sup>、生殖補助医療<sup>2)</sup>などのさま

\* 北海道大学大学院医学研究院公衆衛生学教室 准教授

<sup>1)</sup> 注入器を用いて、精液を直接子宮腔に注入する治療。



出所：厚生労働省（2023）。

図1 不妊治療の全体像

ざまな治療方法がある。

わが国では従来から、不妊の原因検索のための検査と、その原因に対して有効性・安全性等が確立した手術療法および薬物療法については公的医療保険の対象としてきたが、明らかな不妊原因を認めない、いわゆる原因不明不妊に対しても行われる人工授精や生殖補助医療は保険適用の対象とされてこなかった。実際には、これらの治療法は、原因不明不妊を含む不妊症全般に対して、世界的にも既に有効性・安全性が確立しており [The Nobel Assembly at Karolinska Institutet (2010)], 広く実施されてきた。2022年度の不妊治療の保険適用では、人工授精や生殖補助医療を含む標準的な不妊治療について、保険適用されるようになったところである。

### 3 不妊治療の現状

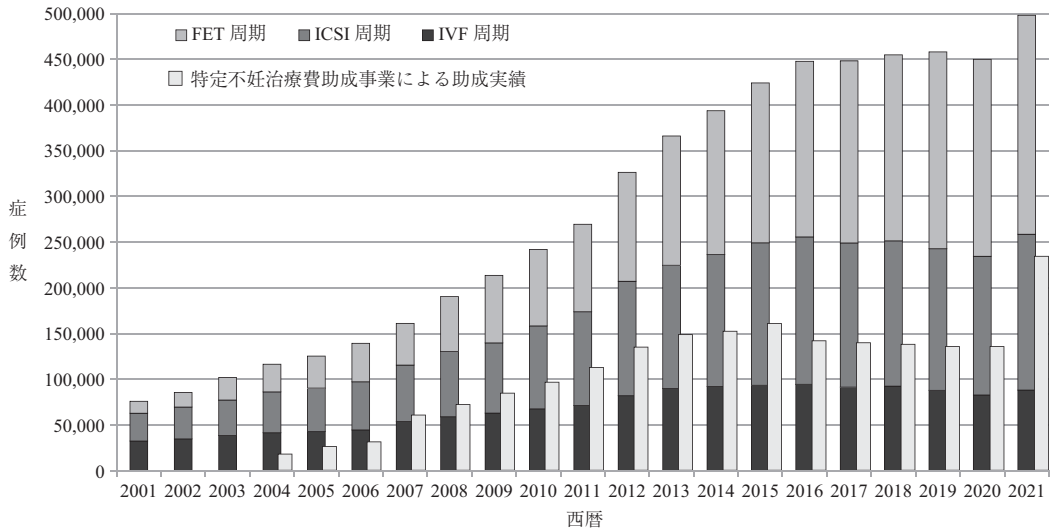
生殖補助医療は1978年に世界で初めて英国で成

功した技術であるが、わが国でも1983年10月に日本で最初の体外受精児が誕生して以降、新しい技術の安全性を検証し、治療成績を出生児の状態を含めて登録・報告していくため、1989年から日本産科婦人科学会は施術の記録を収集し、報告を行ってきた [齊藤 (2010), pp.739-745]。2007年以降は、国内のすべての生殖補助医療実施医療機関<sup>3)</sup>がインターネットを用いて、症例ごとに治療成績を登録している。後述のとおり、生殖補助医療の利用は特定不妊治療費助成事業の拡大とともに増加し、2021年の総治療周期数は49万8,140件、出生児数は6万9,797人にのぼった [日本産科婦人科学会 (2022)] (図2)。

不妊の検査や人工授精等の一般不妊治療については、広く一般の産婦人科や泌尿器科の医療機関でも行われ、登録制度が存在しないため、わが国の不妊治療の全体像は長らく不明であった。2022年度の保険適用によって初めて、レセプトデータ

<sup>2)</sup> 体外受精や顕微授精等のいわゆる高度不妊治療。本来生体内で行われる精子と卵子の受精を体外で行い受精卵(胚)を子宮内に移植する治療。

<sup>3)</sup> 日本産科婦人科学会による体外受精・胚移植に関する登録施設。



注：FET：凍結融解胚移植；ICSI：顕微授精；IVF：体外受精。  
出所：日本産科婦人科学会（2022）。

図2 わが国の生殖補助医療実施件数の推移

で不妊治療全体の実患者数が把握できるようになり、2022年度の実患者数は37万3,575人（一般不妊治療 10万3,129人、生殖補助医療 26万9,933人）であると報告された〔厚生労働省（2023）〕。2020年の国勢調査によれば、妻の年齢が25～44歳の夫婦数は783万組であり、2022年度1年間におよそ5%弱の夫婦が不妊治療を受けたことになる。

## II 特定不妊治療費助成事業

2022年度からの不妊治療の保険適用以前は、不妊治療の大部分が自由診療で行われてきたが、そのうち生殖補助医療については、2004年度に創設された特定不妊治療費助成事業により一部公費負担が行われてきた。はじめに、本助成事業の概要とその効果について述べる。

### 1 特定不妊治療費助成事業の創設

わが国の不妊治療支援は、少子化対策を推進力として進められてきた点が特徴的である。1983年以降、わが国の生殖補助医療の実施件数が年々増加していく中で、不妊治療を受ける患者の経済的負担の大きさが指摘されるようになったが、時を

同じくして2000年代に入ると合計特殊出生率は一層低下していった。2002年に厚生労働大臣が少子化対策の観点から不妊治療に対する経済的支援を行う可能性について言及するようになり〔仙波（2005），pp.85-92〕、厚生労働省による少子化社会に対する意見募集（パブリックコメント）では「少子化対策に必要と思われる施策の例」として、「保育所の整備」や「職場の環境改善」に続いて、「不妊治療に対する支援」が第3位に挙げられた〔厚生労働省（2002）〕。こうした背景のもと、2003年の少子化対策基本法（第13条2）にて「国及び地方公共団体は、不妊治療を望む者に対し良質かつ適切な保健医療サービスが提供されるよう、不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療に係る研究に対する助成等必要な施策を講ずるものとする」と不妊治療への支援が明記された。2004年度からは、治療費が高額な生殖補助医療を特定不妊治療と定めて費用の一部を助成することで、不妊に悩む人々の経済的負担の軽減を図るため、特定不妊治療費助成事業が創設された。

このように、当時は不妊を疾病として公的医療保険の対象に含めることは早々に断念され、少子化対策の文脈で生殖補助医療に対する助成事業が

表1 諸外国における生殖補助医療に対する経済的支援の状況

	ドイツ	フランス	イギリス	スペイン	スウェーデン	韓国
生殖補助医療 実施施設数	140	107	75	300	20	148
生殖補助医療 実施件数	約13万件	約9万件	約7万6千件	約15万件	約2万件	約10万件
公費負担割合	50~100% ※ 保険の種類や 州による	100%	100%	100% ※ 薬剤費は 保険適用外	100% 治療費は200SK, 薬剤費の年間上限 1800SKまでの 自己負担あり	45歳未満70% 45歳以上50% 一定所得以下の場合 は助成金により実質9割が 公費負担される
公費負担回数 の上限	3~4回※	4回まで 出生ごと回数 リセット	0~3回 ※	3回 ※	3回	新鮮胚移植9回 凍結融解胚移植7回 人工授精5回
公費負担治療 の年齢制限	女性:25~39 男性:25~49	女性: 43歳未満	女性: 42歳まで※	女性:18~40 男性:18~55	女性:18~39 男性:18~55	なし
独身女性 女性カップル	対象外※	対象	対象 ※	対象	対象	対象外
女性のBMI	—	—	※	35まで	35未満	—
子に関する 制限	—	—	※	現在の子ども数 1人まで	子どもなし 公費負担は 1子分のみ	—

※地域差あり

出所：前田（2023）より改変。

開始されたのだが、保険財政上の財源確保の困難さ、不妊症が患者の生命を脅かす疾患でないことに加えて、まだ不妊症に対する社会的認知が不十分であったこと〔石原（1998）〕も背景にあると考えられる。なお、現在、多くの国が生殖補助医療を公費負担しているが、公費負担の目的に「少子化対策」を掲げている国は少なく、イスラエルとアジア諸国（韓国、台湾、シンガポール）のみである〔前田（2023）、pp.392-399〕。多くの国の公費負担の目的は、不妊治療への公平なアクセスであり、既に子供のいる人は生殖補助医療を公費で受けることができない等（スウェーデンやデンマーク等）、限られた財源の中で「公平さ」を目指して優先順位が検討されている（表1）。

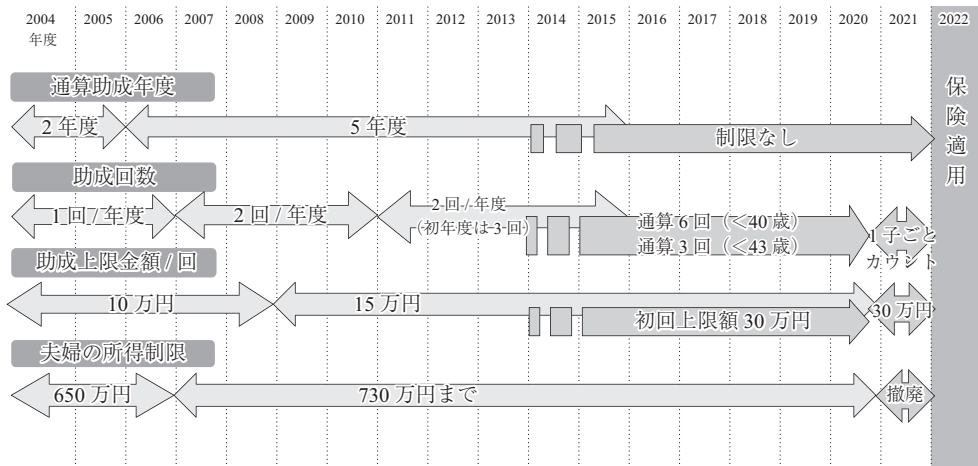
## 2 特定不妊治療費助成事業の変遷

特定不妊治療費助成事業は、都道府県・政令指定都市・中核市を実施主体として補助率1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）で実施されることとなった。2004年度の創設当初は1年度あたり給付額10万円、通算助成期間2年

間の小規模なものであり、支給実績も17,657件にとどまっていたが（図2）、比較的短期間の間に、助成年度、助成回数、1回あたりの助成上限金額の増加と所得制限の緩和が行われた（図3）。

2013年度までは、助成条件の拡大のみが行われてきたが、女性の年齢と生殖補助医療の成績には明確な関連があり、特に30代後半以降、生児出生率は低下する一方で、流産率が増加する。2013年に行われた「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」では、年齢と妊娠・出産のリスクについての普及啓発の推進と、特定不妊治療費支援事業のより安心・安全かつ適切な運営に向けて議論が行われ、海外では多くの国で生殖補助医療の公費負担に年齢制限（表1）が設けられていることも示された〔厚生労働省（2013）〕。治療成績のみならず、女性や子どもへの健康リスクも年齢とともに高まることも踏まえて、助成対象年齢は43歳未満とすることが提案されたほか、より早い段階で治療の機会を確保するため、そして分娩に至った女性の約90%が6回までの治療で出産に至っていること等を踏まえて、年間助成回





出所：厚生労働省（2023）より筆者作成。

図3 特定不妊治療費助成事業の変遷

数や通算助成期間については制限を設けずに、通算6回までの助成（40歳～42歳で治療を開始した場合は3回）とすることが提案された。同検討会報告書に基づく制度改正は、2014年度から段階的に導入され、2016年度に完全施行された。

その後、初回治療の助成上限金額の引き上げ、男性不妊治療への助成も開始され、2020年度補正予算からは不妊治療の保険適用化を見据えて、助成回数の数え方は1子あたりに変更、2回目以降の治療助成額も30万円へ引き上げられ、所得制限が撤廃された。その結果、2021年度の支給実績は前年度の13万5,480件から23万4,416件へと大幅に増加した（図2）。

### 3 特定不妊治療費助成事業の効果

特定不妊治療費助成事業は、生殖補助医療の普及および安全性や質の向上に貢献したと考えられている [呉他（2020），pp.49-104]。当該事業が日本の生殖補助医療にどのような影響を与えたか、いくつかの点から検討してみたい。

#### (1) 生殖補助医療の利用拡大

国別の生殖補助医療の利用率はその国の法規制、社会文化的要因やジェンダー平等とも関連するとされているが [Chambers & Fauser（2021），

pp.687-690]，国民が生殖補助医療費を支払えるか？に最も強く影響される [Chambers et al.（2014），pp.191-198]。さまざまな国で生殖補助医療の公費負担制度と利用率が連動することはよく知られており、カナダ・ケベック州では、2010年に生殖補助医療の公費負担を開始したところ治療件数は4～6倍に増加したが、2015年に公費負担制度が打ち切られるとともに治療件数は半減した [Bissonnette et al.（2019），pp.32-37]。わが国は、生殖補助医療の人口あたり治療回数が最も多い国の一つであるが、国際的に見れば安価な生殖補助医療費と特定不妊治療費助成事業によるさらなる自己負担の軽減が、生殖補助医療の普及に貢献してきたといえよう。

ただし、普及といえども、公平に利用が拡大するとは限らず、手厚い公費負担のあるデンマークでも、高学歴・高所得の女性ほど生殖補助医療を受ける確率が高く [Brautsch et al.（2023），pp.503-510]，ノルウェーでも過去30年間一貫して生殖補助医療による出生は社会経済的に恵まれた階層で多い [Goisis et al.（2020），pp.1441-1450]。筆者らは第15回出生動向基本調査（2015）の二次利用分析を行い、日本でも世帯年収が低い夫婦ほど、不妊に悩んでも検査や治療を受けた経験を持つ者が少ないことを明らかにした [Iba et al.（2021），

p.165]。公的医療保険と特定不妊治療費助成事業適用後に残る自己負担費用や受診に伴う機会費用、その他、さまざまな社会的要因が背景にあったと考えられる。後述の通り、保険適用によって標準的な不妊治療の経済的負担は一層軽減されたが、不妊に悩む人々の受診行動が、社会全体ではどのように変化したか評価していく必要がある。

## (2) 単一胚移植率の上昇

わが国でも、かつて、生殖補助医療の実施が本格化するにつれて、複数個の胚を移植することに伴う多胎妊娠が増加した。精子と卵子を受精させてできる胚を、多数移植すれば妊娠する確率は高まるが、多胎妊娠となる可能性も高まる。多胎妊娠では早産による未熟児の分娩の可能性が高まるほか、母児ともに周産期の合併症が増加する。日本産科婦人科学会は「生殖補助医療における多胎妊娠防止」に関する見解(2008年)を公表し、胚移植において「移植する胚の数を原則として単一とする」とした[日本産科婦人科学会(2023)]。その後、単一胚移植は速やかに国内で標準的な治療として定着し、2010年ころには世界トップレベルの単一胚移植率を達成したが、単一胚移植の普及にも特定不妊治療費助成事業が貢献したようである。特定不妊治療費助成事業の実施主体である都道府県等は、実施医療機関の指定基準として、「特定不妊治療の実施につき、高い技術の下に十分な理解と倫理観をもって対処できる医療機関であること。例えば、公益社団法人日本産科婦人科学会が定めた以下の会告等が参考となる。」と定めており、日本産科婦人科学会の見解を医療機関が遵守することを後押しした。これに加えて、治療費負担を軽減したこと自体も単一胚移植の推進につながったと考えられる。治療費が低ければ最少周期で妊娠率を最大化するインセンティブは弱まることから、自己負担額の少ない国・地域ほど単一胚移植率が高いことが知られる[Chambers et al.(2014), pp.191-198]。特定不妊治療費助成事業は、治療周期全体からみれば1/3~1/2を対象としたに過ぎないが、これを仕掛けとして生殖医療の質の向上を図り、世界に先駆けて単一胚移植率

を高めることができたことは興味深い。

## (3) 日本産科婦人科学会による生殖データベースの質の向上

生殖補助医療のモニタリングには、治療情報をもれなく正確に収集していくことが重要であるが、日本産科婦人科学会が管理する生殖データベースは、ほぼ100%の登録率、かつ妊娠後経過不明例の割合も3%未満と高質なデータベースとなっている。このデータベースの構築にも特定不妊治療費助成事業が活用された。都道府県等が定める特定不妊治療実施医療機関の指定基準には、「自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関しては、妊娠から出産に至る全ての経過の把握および公益社団法人日本産科婦人科学会に対する報告を行っていること。」とあり、分娩施設を持たない不妊治療専門クリニックも分娩までの経過に関する情報を収集して登録することが求められている。患者が特定不妊治療費助成事業を申請する際に必要な「受診等証明書」にも、当該データベース登録番号の記入欄が設けられた。このように特定不妊治療費助成事業と連携することで、質の高いデータベースの構築が後押しされ、自由診療下においても生殖補助医療の実施状況が正確に把握されてきた。

保険適用化後もこの方針は引き継がれ、生殖補助医療管理料の施設基準には、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること、日本産科婦人科学会のデータベースへの入力を適切に実施することが定められている。自由診療から保険診療へと大きな制度変更のなかでも継続して症例登録が行われたため、保険適用の効果についても今後正しく評価が行えることが期待できる。しかしながら、長期的な制度の安定性を考慮すると、将来的には生殖医療の公的管理運営機関を設立して施設認定や症例登録体制の整備を担うべきと要望されている[日本産科婦人科学会(2021)]。

## (4) 少子化対策

少子化対策の文脈で開始された特定不妊治療費

助成事業であるが、不妊治療への支援が少子化対策になるのかは、倫理的にも社会経済的にも議論のあるところである。かつてRAND研究所は、英国の合計特殊出生率1.64は生殖補助医療がなければ1.62に下がり、デンマーク並みの手厚い支援をすれば1.68へ上がると試算していたが [Grant et al. (2006)], 日本でも2019年の生殖補助医療による6万598出生を差し引けば、2020年の合計特殊出生率は1.33から1.24まで減少していたと見ることもできる(筆者試算)。同様に、少子化対策として不妊治療支援を協力に進めている韓国でも、実数として不妊治療から子供が生まれていることが支援拡大の根拠となっているという [前田他 (2022), pp.84-90]。1出生あたり数百万円の公費を投入しても、将来生まれた子が2~3年納税すれば回収できるため、将来への投資として価値があるとされるが [Connolly et al. (2009), pp.626-632]、筆者らが2010年に全国で実施された生殖補助医療件数と出生数から算出した1出生あたり生殖医療費では、女性の年齢が30代まででなら100~200万円、40代前半で500万円、40代後半となると5,000万円と算出されており [Maeda et al. (2014), pp.1338-1344]、一定の年齢以下での治療には十分な投資価値があるのかもしれない。一方で、不妊治療があることで、子どもを持つ時期が一層遅くなる可能性や、公費負担で「親になること」が強制される危険性、そして不妊治療にお金をかけるより、家族支援政策に予算を回すほうが、社会全体にとって有益との意見も大きい [前田 (2023), pp.392-399]。

#### 4 特定不妊治療費助成事業の制度改正の影響

特定不妊治療費助成事業は、厚生労働省の母子保健対策関係予算の中で実施される事業であり、制度改正は柔軟に行われてきた。保険適用条件にもなっている年齢制限を中心に制度改正の影響を考察する。

##### (1) 年齢制限

わが国の公的医療保険制度には、患者の背景要因による保険適用制限は存在しなかったが、前述2の通り、特定不妊治療費助成事業では2014年度

以降に段階的に、2016年度からは全面的に「初回治療開始時の女性の年齢が40歳未満の場合は通算6回まで、43歳未満では通算3回まで」の助成条件が導入された。治療効果の高い若年での重点的な治療推進を目指した当改正が、受療行動にどのような影響を与えたか、2012年~2018年の日本産科婦人科学会生殖データの件数推移について検討した [Yanagisawa-Sugita et al. (2022)]。全国の生殖補助医療の治療周期数は、年齢制限が完全実施された2016年も増加傾向だったが、2016年に年齢制限を完全実施しなかった2県(県単独事業として43歳以上の女性への助成事業を継続)と完全実施した45県を比較すると、45都道府県では30代の治療が増加し、40代の治療は増加が緩やかになる傾向があったのに対し、2県ではそのような傾向が見られなかった。年次別・年齢別・都道府県別の治療周期数について回帰分析を行うと、年齢制限の完全実施により、36歳以下の若い年齢層の治療周期は有意に増加し、40~45歳の治療周期数は有意に減少していた。特定不妊治療費助成事業の年齢制限は、若年での治療の推進に一定の効果があった可能性がある。

なお、日本では40代での治療が約4割(英国では約2割)と生殖補助医療を受ける女性の年齢が高い。背景としては、第一に若い年齢での子育てを選択しづらい日本社会全体の課題が挙げられるが、不妊患者の中には、年齢と妊孕性(生物学的な妊娠力)の関係について実は知らなかった、もっと早くに知っていれば、という声があることも指摘されていた [厚生労働省 (2013)]。2013年の「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」では、妊娠や不妊に関する知識の普及啓発や相談支援についても検討され、2015年3月の少子化社会対策大綱で「妊娠や出産に関する医学的・科学的に正しい知識の教育」が掲げられた。2018年告示の高等学校学習指導要領に基づき、現行の高等学校保健体育の教科書では、プレコンセプションケア(妊娠前からの健康管理)として、妊娠を望んだ場合には「喫煙や飲酒をやめること」や「葉酸を摂取するなど生活習慣に気を配ること」や「予防接種を受けること」、

また、「男女とも高齢になると妊娠の可能性が低下すること」等について掲載されている〔大修館書店(2022), p.92〕。学校教育等を通じて、生殖に関するヘルスリテラシーが向上し、子どもを持つか持たないか、持つとすればいつ持つのか、自らが選んで決定する「リプロダクティブヘルス&ライツ」の意識が若者に定着し、向上していくことを期待したい。

また、別の視点から、わが国の不妊治療年齢が高い理由として、第三者の配偶子<sup>4)</sup>を用いた生殖補助医療に関する法整備が進まず、治療が普及していないことも挙げられる(後述Ⅲ5(5))。英国では40代後半の女性では6割弱が、第三者から提供された卵子を用いた治療を選択している〔Human Fertilisation and Embryology Authority(2022)〕。自身の卵子を使用した生殖補助医療では43歳～50歳の女性における生児出生率は5%(移植胚あたり)と極めて低いが、提供卵子を用いれば30%(移植胚あたり)と、35歳未満の女性と同等の成績が得られるため、高齢で治療を繰り返す症例は減る可能性がある。国内で提供配偶子を用いた生殖補助医療を受けられる体制を整備していくことも、不妊に悩む方の選択肢を増やし負担を軽減するために重要である。

## (2) 所得制限の撤廃

2021年1月からは、不妊治療の保険適用化を見据えて、所得制限の撤廃、助成回数の数え方が1子あたりに変更、助成額は2回目以降も1回30万円へと拡充されたが、それに伴い2021年の助成件数は13万5,480件から23万4,416件へと約10万件増加し、生殖補助医療全体の実施件数全体も44万9,900件から49万8,140件へと約5万件増加した。日本産科婦人科学会の生殖データベースには所得データがないため、助成事業における所得制限の撤廃が与えた影響について定量的に評価することは難しいが、筆者らが2020年に実施したコンジョ

イント分析<sup>5)</sup>では、世帯年収が1,000万円以上の不妊患者では自己負担額が増加しても一貫して受療意思は高かったものの、助成金に所得制限があることで受療確率は25%減少した可能性が示唆されている〔Maeda et al.(2022), p.1093〕。助成金の所得制限により全額自己負担で生殖補助医療を受けざるを得なかった患者にとって、所得制限の撤廃は治療選択の大きな動機付けになったと思われる。

## Ⅲ 不妊治療の保険適用

### 1 保険適用前の全国の治療費

2018年に都道府県等を対象に受診等証明書に記載された領収金額の調査によれば〔小林・前田(2018), pp.9-17〕、医療機関の平均領収金額は、新鮮胚移植(体外受精)は約38万円、凍結胚移植(体外受精)は約51万円、融解胚移植<sup>6)</sup>は約16万円であった。一方で、各都道府県等に提出された領収金額は幅広く分布し、最大値の中央値は、新鮮胚移植(体外受精)は約60万円、凍結胚移植(体外受精)は約83万円、融解胚移植は約31万円であった。助成金(30万円)の範囲内で治療費の大半がカバーできる都道府県もある一方で、治療費のごく一部しか助成されない地域もある状況が明らかになった。生殖補助医療が広く一般的な治療として普及する中、自由診療として、治療単価には相当の幅がある状況が続いていたといえる。

### 2 保険適用の経緯

2020年5月29日に閣議決定された少子化社会対策大綱では、「不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療(体外受精、顕微授精)に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊

<sup>4)</sup> 精子または卵子。

<sup>5)</sup> 属性を少しずつ変えた仮想的な複数の財を被験者に提示して、その財を消費するか選択させ、選択データから消費者がどの属性を重視しているか分析する手法。

<sup>6)</sup> 凍結保存してある胚(受精卵)をとかして子宮内に移植する治療。

治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。」とされ、政府方針として不妊治療の保険適用が定められた。これは、2020年5月上旬に少子化社会対策大綱（案）に対する意見募集が行われた結果、約3,800件の意見のうち約1,700件もの不妊治療に関連した意見が寄せられ、原案にはなかった医療保険の適用拡大を検討する方針が追加されたことによる〔川田（2020）〕。

続いて、菅内閣の基本方針（2020年9月16日閣議決定）において、不妊治療への保険適用を実現することが明記され、全世代型社会保障改革の方針（2020年12月15日閣議決定）では「子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。」とし、2021年度中に詳細を決定し、2022年度当初から保険適用を実施するため、工程表に基づき、保険適用までの作業を進めることや、保険適用までの間に不妊治療の助成制度について所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図ることが示された。そして、2021年1月からの特定不妊治療費助成事業の大幅な拡充と2022年度当初からの保険適用が実施されるに至った。

このように急遽、政府から保険適用の方針と短期間での工程が示されたことから、厚生労働省は2020年度内に生殖補助医療実施施設<sup>3)</sup>や男性不妊治療を実施する泌尿器科、不妊治療当事者および一般人を対象とした実態調査を実施し（不妊治療の実態に関する調査研究）、日本生殖医学会は異例のスピードで不妊治療に関する医学的エビデンスの整理を行い、生殖医療ガイドラインを完成させた〔大須賀（2023）、pp.386-391〕。中央社会保険医療協議会（中医協）では、「不妊治療の実態に関する調査研究」、「生殖医療ガイドライン」および関係学会や患者の意見を踏まえて5回に渡る議論が行われ、2022年2月9日の中医協答申により、2022年4月から保険診療として行うことが決定さ

れた〔中田（2023）、pp.379-385〕。

### 3 保険適用された治療内容

今回の保険適用では原因不明の不妊や治療が奏功しない不妊も対象として、人工授精や生殖補助医療が対象とされた（図1）。第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療（第三者の精子提供による人工授精、第三者の卵子・胚提供、代理懐胎）については、「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、中医協での議論は時期尚早とされ、保険適用の対象外となっている〔中田（2023）、pp.379-385〕。

保険適用される医療技術の範囲としては、中医協において「医学的なエビデンスに基づいて有効性・安全性が確認できたものを速やかに保険適用し」、「エビデンスが十分でないものは先進医療等の枠組みを活用」する方針となったことから、前述の生殖医療ガイドラインにおいて推奨度A（実施を強く推奨）、B（実施を推奨）が原則保険適用される一方、自由診療下で既に普及しているものの推奨度C（実施を考慮）となった治療法は、保険適用外となった〔中田（2023）、pp.379-385〕。混合診療禁止の原則から、通常の生殖補助医療に推奨度Cの検査・治療を組み合わせただけの場合には通常治療も自費となってしまいが、このことにより患者に不利益が生じないように、先進医療の仕組みを用いた負担軽減が図られた。先進医療は安全性・有効性等を確保するための施設基準等を設定し、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入に向けた評価を行う制度である。ただし、先進医療とするには先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要である。こうした手続きを踏んで、令和5年11月時点では、不妊治療に係る技術については、13技術が認められている〔厚生労働省（2023）〕。年齢制限、回数制限、施設基準等については、特定不妊

治療費助成事業における取扱や生殖医療ガイドラインの記載事項を踏まえて検討され、特定不妊治療費助成事業の条件や基準が引き継がれている。

#### 4 保険適用の効果

菅内閣の基本方針からわずか1年半の間に保険適用が行われたが、さまざまな調査、寄稿、雑談等を通じて感じられるのは、医療者・患者双方の満足度は高く、保険適用の実施に向けて奔走した関係者に対して大きな感謝と称賛が送られていることである。今回の保険適用は、患者の経済的負担を軽減したことに加え、不妊が疾患として社会に認められたという大きな節目としての意義がある [大須賀 (2023), pp.386-391]。

日本産科婦人科学会が収集している生殖補助医療に関する治療成績は、2022年実施分については2024年8月に公表される予定であるため、生殖データベースに基づいて保険適用の効果を検討することはまだできないが、日本産科婦人科学会が学会理事や委員を対象に実施した意見聴取では、「保険診療への制度変更により不妊治療全体が良い方向に向かっているか」に関して、「強く思う」～「ある程度そう思う」と回答した施設が7割を超えたと報告されている [厚生労働省 (2023)]。その理由として大きく分けると、経済的負担の軽減（若い患者の受診の増加、生殖補助医療へ治療を進めやすくなった）に加えて、保険適用による患者の心理的抵抗感の減少、社会の理解促進（職場の理解が得られやすくなった、パートナーの意識の向上）等が挙げられた。当事者団体であるNPO法人Fineによるアンケート調査 [NPO法人Fine (2022)] でも同様に、保険適用になって「よかった」とする回答が全体の65%で、経済的負担の軽減、心理的負担の軽減、社会の理解の広がり等の結果が示された。採卵個数、受精卵・胚個数に応じた加算や投薬方法によって治療金額の総額は変動するが、採卵から凍結融解胚移植までの1周期の患者負担額は12～17万円程度、凍結融解胚移植周期では6～8万円程度であると報告されている [金谷・藤原 (2023), pp.597-601]。高額療養費制度を活用すれば、数万円程度で1周期の治療を受

けられることもある。

#### 5 保険適用後に残るさまざまな課題

もちろん、実際に保険診療が始まってみると明らかになる細かな不都合もある。具体的には、患者の状況によって、既定の診察回数や超音波検査が算定回数を超えてしまう、安全な検査・治療にあたって不可欠なクラミジア抗体測定検査が未記載である、精子の凍結保存が認められていない等、さまざまな疑問や問題点も見られ [竹島他 (2023), pp.581-584; 森本・森本 (2023), pp.585-588; 両角他 (2023), pp.589-595]。混合診療を回避するため、一部の検査・治療について医療機関がやむを得ず無償で提供するようなケースまであるという。令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見では、不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うこととされており、令和6年度改定ではこうした不都合の解消がなされることを期待したい。

これらの個別の治療における具体的な課題とは別に、不妊治療が長年自由診療で行われてきた領域であることに伴う課題や、不妊治療が他疾病と同様の標準的な治療となる中で対応していくべき課題等について、下記に取り上げる。

##### (1) 難治性患者に対する選択肢の制限と経済的負担の増加

NPO法人Fineによる患者アンケートでは [NPO法人Fine (2022)]、全額保険診療を受けられていた患者は47%、保険診療と先進医療の組み合わせが28%、全額自由診療が25%であった。2021年の生殖データベースでの登録周期数は採卵25万5,560周期、新鮮胚移植3万2,959周期、凍結・融解胚移植23万6,211周期であったが、2022年度の保険算定回数では、採卵術が20万2,577回、胚移植術（新鮮胚移植）が2万3,719回、胚移植術（凍結・融解胚移植）が18万7,486回であった。したがって、2021年と2022年の治療件数が同程度とすれば、治療の2～3割は自由診療で行われていると考えられる。自由診療で治療を受ける主な理由は、年齢制限のほか、保険適用外の治療を受けるためであり

[NPO法人Fine (2022)], 特に難治性の不妊患者からの追加的検査・治療の希望は強い。特に、推奨度Bではあったが、保険対象外となった着床前胚異数性検査 (PGT-A) については先進医療Bとして認められたが、先進医療として実施できる施設が限定されているため、PGT-Aを受けることを希望する反復流産の患者においては、一連の治療全体が全額自費となってしまう。保険適用前からの治療法を変えずに、患者に合わせたオプション検査・治療を追加して自由診療のみを実施するクリニックもあり、こうした治療も難治性の不妊患者を中心に一定のニーズがあると考えられる [熊澤 (2023), pp.495-500]。

不妊治療の保険適用後は、従来の特定不妊治療費助成事業は2022年度をもって終了したが、さまざまな自治体で先進医療部分、保険適用後の自己負担分、あるいは自由診療に対する助成事業が開始されている。保険適用がなされた後での各自治体でのさまざまな助成制度は、患者の経済的負担を軽減することにつながる一方、その妥当性については議論のあるところといえるだろう。

## (2) 年齢制限と回数制限

保険診療においても、特定不妊治療費助成事業における基準を踏襲する形で、年齢制限と回数制限が定められ、「胚移植術」について「患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。」とされ、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合は再び同様に算定されることとなった。生殖医療ガイドラインで示された医学的なエビデンスおよび生殖データベースから得られた最新統計を踏まえると妥当な基準と考えられるが、他疾患との整合性という面での議論は尽くされていない。年齢制限は治療終結の判断基準となるという評価もある一方で、一律に年齢上限を設けることへの反対意見も強く、令和6年度改定に向けた中医協での論点にもなっている [厚生労働省 (2023)]。

## (3) 治療の受けやすさに関する課題 (仕事との両立、地域偏在等)

NPO法人Fineによる患者アンケートでは [NPO法人Fine (2022)], 保険適用になって悪くなったと感じることとして、医療機関が混雑して待ち時間が増えた、待ち時間が増えて仕事との両立が難しくなった、といった意見が挙げられている。不妊治療と仕事との両立については、不妊治療を受けたことのある労働者のうち16%が退職、8%が雇用形態を変更したとされ [東京海上日動リスクコンサルティング株式会社 (2017)], 政府でも「不妊治療と仕事との両立」に取り組む企業を認定する「くるみんプラス」等制度の新設、中小企業事業主への助成金として「両立支援等助成金 (不妊治療両立支援コース)」の創設等、集中的に改善を図ってきたところである。不妊治療の保険適用で、社会の認知度・理解度も高まっているところであり、通院しやすい環境づくりを一層進めていく必要がある。

また、かねてより不妊治療施設や生殖医療専門医は大都市に集中しており、地方には少ない課題があったが、地域によっては一般不妊治療管理料の施設基準を満たす医療機関がなく、プライマリケアともいえる一般不妊治療を保険診療で実施できない問題も生じている [厚生労働省 (2023)]。生殖補助医療施設はさらに偏在しており、都道府県内の主要都市以外に居住する患者では片道だけで数時間を要する場合や、前泊が必要となる等、負担は極めて大きい [熊澤 (2023), pp.495-500]。通院負担をオンライン診療で軽減する取組も徐々に広がりを見せているが、地域差を少しでも緩和できるような環境整備が望まれる。

## (4) 医療機関に関する情報提供のあり方

令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見では、不妊治療の情報提供のあり方に関する早急な検討の必要性も示された。医療機関の情報開示は、2021年度から特定治療支援事業における実施医療機関の指定要件として進められ、指定医療機関の人員配置、治療内容や件数、安全管理体制等については都道府県等を通じて公開されてきたが、患

者の関心の高い治療成績（妊娠率や生児出生率）については任意項目であった。医療機関の治療成績の開示は、医療の質の向上や、患者の医療機関選択に有用であることに加え、医療機関に対する信頼や患者のエンパワメントにつながる可能性があるが、治療成績には治療技術だけでなく、患者の年齢や合併症等の個別的要因が大きく反映される。したがって、各施設の患者背景が異なる中で、治療成績を単純な数値で開示することは、医療機関側が予後不良な患者の診療を好まなくなる、治療登録が不正確になる、見かけの成績が高い施設に患者が集中する等の混乱等を招く可能性もある。

望ましい情報開示のあり方について検討するため、厚生労働科学研究「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」（研究代表者：前田恵理）では国内外の調査を踏まえて、医療者・患者・生命倫理・自治体・公衆衛生とさまざまな立場からの議論と検討を行った〔前田（2022）〕。既に医療機関別の治療成績開示を行っている米国、英国、スウェーデン等の関係者へのインタビュー調査から、いずれの国でも開示当初は大きな反対やメディアの過熱報道などが見られたが長い時間をかけて医療機関、患者、社会とも理解が進み、今やすべての関係者が治療成績開示を必要なこととして認識していることが明らかになった。成績開示に用いる治療情報は信頼性の高い方法（前向き登録<sup>7)</sup>・電子カルテとの自動連携・登録内容の監査制度等）で収集され、透明性が医療の質の向上につながっていた。日本国内の調査として、不妊治療患者と生殖補助医療実施施設へのアンケート調査も実施したが、8割以上の患者が治療成績の開示を必要と考えており、半数以上の生殖補助医療実施施設も開示に前向きであった。

したがって、わが国でも医療機関別の治療成績を開示する方向性で検討していくことが望ましく、そのためには、より質の高い症例登録制を構築することや、公的機関が助言・指導を行うこと、総合的見地から患者が医療機関選択を行えるよう

な情報提供の仕組みを整備することが必要である。令和6年度からは、現状の枠組みの中で、可能な限り有用な情報提供を行っていくため、全国の生殖補助医療実施医療機関<sup>9)</sup>の年齢階級別の治療実施回数等について、こども家庭庁のウェブサイトから、検索できるようになる予定である。不妊治療の合併症である卵巣過剰刺激症候群や多胎妊娠等の発生数についても、医療機関別に開示され、安全性に関するデータの充実が図られることになっている〔厚生労働省（2023）〕。

#### （5） 第三者の配偶子を用いた生殖補助医療

第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療については、前述の通り、中医協での議論は時期尚早とされ、保険適用の対象外となっている。2025年2月以降の通常国会で、超党派の議員連盟により「特定生殖補助医療に関する法律案（仮称）」が提出される予定であることから、今後、第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療の保険適用についても議論されていくことと考える。しかし、2023年11月時点の法案のたたき台を巡っては、生まれた子の出自を知る権利が十分に守られておらず、また、治療を受けられるのは法律婚の夫婦のみに限定されており、現在、当事者団体による署名活動や学会による要望書の提出等が行われているところである〔共同通信（2023）〕。

日本産科婦人科学会では、2001年1月の厚生労働省母子保健課長の通達「第三者が関わる生殖医療については、制度が整えられるまでは、AID（精子提供による人工授精）を除いて、実施を控えるように」を尊重し、国による法整備や制度整備を待機してきたことから、国内では第三者の配偶子を用いた生殖補助医療はほとんど実施されておらず、治療を必要とする夫婦やシングル女性、同性カップルは海外で治療を受けている。また、海外の精子バンクの利用や精子の個人間取引も水面下で行われている。子どもの権利を守り、国内で適切な生殖補助医療を提供できる体制を早期に整える必要がある。

<sup>7)</sup> 治療開始時点から症例を登録する方法。後向き登録（治療が終了してから登録する方法）と比較して、治療中止となった症例や不成功であった症例についても、もれなく登録される可能性が高まる。



なお、既に欧米諸国では、生殖補助医療はセクシュアリティや婚姻状態を問わず、必要とするすべての人のための治療として認められるようになっており、異性カップルと同様の基準を満たせば公費治療を受けられる国も増加している〔前田(2023), pp.392-399〕。2019年に東アジアで初めて同性婚を認めた台湾でも、法律婚の同性カップルやシングル女性も第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療が利用できるよう法改正に向けて動き始めていると聞く。多様な価値観が認められ、生殖補助医療の適用範囲も広がる時代を迎える中、何よりも治療を受ける者と将来の子どもの利益につながるような法整備がなされることに期待したい。

### Ⅲ 結語

およそ40年もの間、主に自由診療として行われてきた不妊治療は、菅内閣の基本方針から1年半の間に保険適用が実現した。患者の経済的負担を軽減したことに加え、不妊が疾患として社会に認められた節目として、大きな意義がある。保険適用に伴って、難治性の不妊患者に対する治療の選択肢に制限が生じる等の課題も明らかになっているが、不妊に悩む方々の負担を少しでも緩和し、より質の高い医療につなげられるよう、今後も時代に合わせた制度へと作り育てていく必要がある。

#### 倫理的配慮

本稿で使用したデータについては、引用元文献に示す通り、研究倫理上必要な手続きを経て解析が行われた。

#### 利益相反

本稿について申告すべき利益相反はない。本研究は、令和5年度子ども家庭科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」(研究代表者:前田恵理)の支援を受けて実施した。

#### 参考文献

- 石原理(1998)「生殖革命」ちくま新書。  
 NPO法人Fine, 「保険適用後の不妊治療に関するアンケート 2022」[https://j-fine.jp/prs/fineprs\\_hokentekiyougo\\_anketo-2022\\_release.pdf](https://j-fine.jp/prs/fineprs_hokentekiyougo_anketo-2022_release.pdf) (2023年12月25日最終確認)。  
 大須賀稜(2023)「不妊治療の保険適用への困難な道のりを乗り越えて」、『日本産科婦人科学会誌』, Vol.75, pp.386-391。  
 共同通信(2023)ドナー情報開示範囲拡大を 生殖医療法案巡り署名活動 <https://www.47news.jp/10138045.html> (2023年12月25日最終確認)。  
 厚生労働省(2002)「少子化社会に対する御意見の募集」の結果について, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/s0913-4b.html> (2023年12月25日最終確認)。  
 ———(2013)不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo\\_129053.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_129053.html) (2023年12月25日最終確認)。  
 ———(2023)「中央社会保険医療協議会 総会(第565回)」総-1 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001171707.pdf> (2023年12月25日最終確認)。  
 国立社会保障・人口問題研究所(2021)「第16回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)」[https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/doukou16\\_gaiyo.asp](https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/doukou16_gaiyo.asp) (2023年12月25日最終確認)。  
 金谷真由子・藤原敏博(2023)「助成金時代との違いと是非」、『産婦人科の実際』, Vol.72, pp.597-601。  
 川田篤志(2020)「不妊治療費の支援を拡充 パブコメが後押し、少子化対策大綱に追加」、『東京新聞』, 2020年5月30日。  
 熊澤由紀代(2023)「地方における生殖医療の保険適用状況と今後の課題」、『産婦人科の実際』, Vol.72(5), pp.495-500。  
 小林廉毅・前田恵理(2018)「全国115実施主体における「不妊に悩む方への特定治療支援事業」実施状況の調査」、『平成30年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)分担研究報告書「不妊に悩む方への特定治療支援事業」のあり方に関する医療政策的研究』, pp.9-17。  
 齊藤英和(2010)「ART登録システムとその登録データからわかるARTの現状」、『日本産科婦人科学会雑誌』, Vol.62, pp.739-745。  
 仙波由加里(2005)「特定不妊治療費助成事業の現状と課題」、『F-GENS』, Vol.1, pp.85-92。  
 大修館書店(2022)新高等保健体育, p.92。  
 東京海上日動リスクコンサルティング株式会社(2017)平成29年度厚生労働省 不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業 報告書。  
 中田勝己(2023)「令和4年度診療報酬改定における不妊治療への新たな保険適用について」、『日本産科婦

- 人科学会誌』, Vol.75, pp.379-385。
- 竹島和美, 山崎裕行, 加藤恵一 (2023) 「臨床現場で経験した具体的な課題 1」, 『産婦人科の実際』, Vol.72 (6), pp.581-584。
- 日本産科婦人科学会 (2021) 「生殖医療・生命倫理に関する公的管理運営機関の設置の提案」 [https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/20211213\\_rinri\\_teian.pdf](https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/20211213_rinri_teian.pdf) (2023年12月25日最終確認)。
- (2022) 「2021年体外受精・胚移植等の臨床実施成績」 [https://www.jsog.or.jp/activity/art/2021\\_JSOGART.pdf](https://www.jsog.or.jp/activity/art/2021_JSOGART.pdf) (2024年2月6日最終確認)
- (2023) 「倫理に関する見解一覧」 [https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content\\_id=3](https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content_id=3) (2023年12月25日最終確認)。
- 前田恵理, 石原理, 左勝則, 李廷秀, 小林廉毅 (2022) 「韓国における人工授精および生殖補助医療の公費負担状況—保険適用の背景と影響に関する訪問調査」, 『公衆衛生』, Vol.86, pp.84-90。
- 前田恵理 (2022) 『令和4年度厚生労働科学研究「不妊治療における情報提供の方策等の確立に向けた研究」(研究代表者: 前田恵理) 研究報告書』 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161836> (2023年12月25日最終確認)。
- (2023) 「諸外国における不妊治療の公費負担状況」, 『日本産科婦人科学会誌』, Vol.75, pp.392-399。
- 森本真晴・森本義晴 (2023) 「臨床現場で経験した具体的な課題 2」, 『産婦人科の実際』, Vol.72 (6), pp.585-588。
- 両角和人, 熊耳敦子, 矢口愛弓, 丹羽ことみ, 昇千穂美 (2023) 「臨床現場で経験した具体的な課題: 生殖医療の健康保険化に際して経験した困惑を感じた事例」, 『産婦人科の実際』, Vol.72 (6), pp.589-595。
- 呉嘉荅, 黄于玲, 河政玉, 陳韋宏, 黃昱翔 (2020) 「公平近用, 預防風險或增長人口? 助孕科技公費補助の日韓台比較」, 『台灣民主季刊』, Vol.17, pp.49-104。
- Bissonnette F, Phillips S, Sampalis J, Dahdouch EM, St-Michel P, Buckett W, Kadoch IJ, Mahutte N (2019). “Impact of government health coverage for ART: The results of a 5-year experience in Quebec.” *Reprod Biomed Soc Online*, 8, pp.32-37.
- Brautsch LAS, Voss I, Schmidt L, Vassard D (2023). “Social disparities in the use of ART treatment: a national register-based cross-sectional study among women in Denmark.” *Hum Reprod*, 38 (3), pp.503-510.
- Chambers GM, Fauser BCJM (2021). “Access to ART treatment and gender equality.” *Reprod Biomed Online*, 42, pp.687-690.
- Chambers GM, Hoang VP, Sullivan EA, Chapman MG, Ishihara O, Zegers-Hochschild F, Nygren KG, Adamson GD (2014). “The impact of consumer affordability on access to assisted reproductive technologies and embryo transfer practices: an international analysis.” *Fertil Steril*, 101, pp.191-198.
- Connolly M, Gallo F, Hoorens S, Ledger W (2009). “Assessing long-run economic benefits attributed to an IVF-conceived singleton based on projected lifetime net tax contributions in the UK.” *Hum Reprod*, 24 (3), pp.626-632.
- Gois A, Häberg SE, Hanevik HI, Magnus MC, Kravdal Ø (2020). “The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country.” *Hum Reprod*, 35 (6), pp.1441-1450.
- Grant J, Hoorens S, Gallo F, Cave J (2006). “Should ART be part of a population policy mix? A preliminary assessment of the demographic and economic impact of assisted reproductive technologies.” *Europe: RAND. Human Fertilisation and Embryology Authority* (2022) Trends in egg, sperm and embryo donation 2020 <https://www.hfea.gov.uk/about-us/publications/research-and-data/trends-in-egg-sperm-and-embryo-donation-2020/> (2023年12月25日最終確認)。
- Iba A, Maeda E, Jwa SC, Yanagisawa-Sugita A, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y (2021). “Household income and medical help-seeking for fertility problems among a representative population in Japan.” *Reprod Health*, 18 (1), p.165.
- Maeda E, Ishihara O, Saito H, Kuwahara A, Toyokawa S, Kobayashi Y (2014). “Age-specific cost and public funding of a live birth following assisted reproductive treatment in Japan.” *J Obstet Gynaecol Res*, 40 (5), pp.1338-1344.
- Maeda E, Jwa SC, Kumazawa Y, Saito K, Iba A, Yanagisawa-Sugita A, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Fukuda T, Ishihara O, Kobayashi Y (2022). “Out-of-pocket payment and patients’ treatment choice for assisted reproductive technology by household income: a conjoint analysis using an online social research panel in Japan.” *BMC Health Serv Res*, 22 (1), p.1093.
- The Nobel Assembly at Karolinska Institutet. Press Release 2010-10-04. The Nobel Assembly at Karolinska Institutet has today decided to award The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2010 to Robert G. Edwards for the development of in vitro fertilization. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2010/press-release/> (2023年12月25日最終確認)。
- Yanagisawa-Sugita A, Iba A, Maeda E, Jwa SC, Saito K, Kuwahara A, Saito H, Terada Y, Ishihara O, Kobayashi Y (2022). “Impact of age-limit policy change for assisted reproductive technology (ART) subsidy in Japan.” *Hum Reprod*, 37, Issue Supplement\_1, deac104.094.

## **Health Insurance Coverage of Infertility Treatment - Its Impact and Challenges**

MAEDA Eri\*

### Abstract

In 2021, the total number of assisted reproductive treatment (ART) cycles in Japan was approximately 498,000, resulting in 69,000 live births. Japan stands out as one of the countries with the highest use of ART. For about 40 years, infertility treatment was provided mainly as a private medical service. However, partial public funding was introduced for in vitro fertilisation (IVF) and intracytoplasmic sperm injection (ICSI) through the Specific Infertility Treatment Expense Subsidy Programme. This initiative made a significant contribution to improving the accessibility and quality of ART. In 2022, the government introduced health insurance coverage for standard fertility treatments. The inclusion of health insurance coverage is important not only to reduce the financial burden on patients, but also because society recognises infertility as a medical condition. Despite the positive aspects of insurance coverage, certain problems have arisen, such as limited treatment options for patients with intractable infertility. It is important to continue to refine the system to minimise the burden on infertility patients and improve the overall quality of fertility care.

Keywords : Infertility, Health Insurance Coverage, Assisted Reproductive Technology

---

\* Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Medicine, Hokkaido University

## 社会保障と法：社会保障と法政策

要保護世帯向けリバースモーゲージ制度と  
生活保護法における資産の「活用」

中益 陽子\*

要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度（いわゆるリバースモーゲージ制度）は、行政実務上2007年から生活保護法4条1項にいう資産の活用として位置づけられることとなったものである<sup>1)</sup>。同制度については、さまざまな借金や信用力の活用との関係で、生活保護法上の取扱いに関する整合性も問われる。すなわち、同法4条1項にいう資産および能力の活用として、要保護者に対してあらゆる借金方法や信用力の活用が求められてはいないところ<sup>2)</sup>、なぜ同制度が、自宅用の不動産との関係ではより優先すべき資産活用方法の1つと解されるのかである。

この点には資産や能力活用の全体を俯瞰する検討が必要といえようが、住宅、こと自宅用の不動産に関しては、これが内包するいくつかの社会的および経済的意義が影響するようには思われる。第1に、自ら居住する住まいは、社会的な生活を営むための最も重要な要素の1つであって、最低生活保障の観点からこれを位置づける必要性が指摘される。他方で第2に、住宅需要に対する所得弾力性が1より大きな値を示すことから、住宅は贅沢財または奢侈品とも解される。また第3に、断続的な住宅価格の上昇を背景として、評価益ある

いはキャピタル・ゲインの獲得を目的とする住宅取引が活発化する場合には、住宅は投資財ともなる<sup>3)</sup>。つまり、自宅用の不動産は、最低限度の生活の一要素たる性質とかような水準を超える生活の構成要素としての資産たる性質とをあわせもつ場合が多い。

要保護世帯向けリバースモーゲージ制度は、こうした自宅用の不動産の複合的な性質を、生活保護法の趣旨および目的に照らして生活保護の制度設計のなかにうまく落とし込みやすい方途の1つといえる。すなわち、住み慣れた自宅は、最低限度の生活および自立の観点から特別な資産であって、基本的には手放すことなくその居住の便益を得ることが同法の趣旨および目的にかなう。ただし、かかる便益を享受しつつ、単なる居住にとどまらない積極的活用を図れるときには、それが資産活用方法として優先される。要保護世帯向けリバースモーゲージ制度は、基本的にはこれらの要請のいずれにも応えることができるという意味で、自宅用不動産の単なる保有よりは最低限度の生活および自立にとってより効果的な活用方法の1つといえるように思われる。

もっとも、最低限度の生活および自立にとって

\* 亜細亜大学教授

<sup>1)</sup> 「生活福祉資金の貸付けについて」（平成21・7・28厚労省発社援0728第9号）による「生活福祉資金貸付制度要綱」第4の4の（2）、「生活福祉資金（要保護世帯向け不動産担保型生活資金）貸付制度の運営について」（平成21・7・28社援発0728第15号）、「生活保護法による保護の実施要領について」（昭和38・4・1社発第246号）第3の1の（1）・第3の2の（1）、「生活保護法による保護の実施要領の取扱いについて」（昭和38・4・1社保第34号第3問21、第10問12の2）。

<sup>2)</sup> 太田匡彦「通達にみる生活保護と『借金』（下）」法律時報94巻5号86頁以下。

<sup>3)</sup> 以上について、土橋康人「イギリス一居住保障と市場の奇妙な相互依存」国立社会保障・人口問題研究所編『国立社会保障・人口問題研究所研究叢書 日本の居住保障—定量分析と国際比較から考える』（慶應義塾大学出版会、2021年）105頁。

より効果的な活用さえしていればよいかは、同制度が投げかける問である。同制度は対象不動産価額の上限を設けておらず（「生活福祉資金貸付制度要綱」第4の4の（2）ア参照）、貸付限度額に達した後も生活保護を受けつつ（高額不動産であっても）当該不動産に居住し続けられるようにも見える<sup>4)</sup>。しかし、生活保護を受けながらかかる高額不動産に居住し続けるとすれば、これまでの実務において、被保護者の住宅保有に関して「住民意識」が基準となってきたこと<sup>5)</sup>と総合的であるかは判然としない（もっとも、こうした住民意識を、生活保護法から導かれる資産保有の許容の基準と解すべきかは別途問題となる）。ただし、かりにこのような事態が制度上適当でないとしても、本件制度の対象年齢が65歳以上となっており（「生活福祉資金貸付制度要綱」第4の4の（2）ウ参照）、貸付限度額に達した後の生活保護の期間が相対的に短期にとどまるとみられること、また特に高額不動産に関しては貸付限度額に達するまでの期間が相当に長くなることから、実際は上記が問題となるケースはそう多くはないだろう。したがって、同制度導入前よりも幅広い高齢者に居住継続の便益を提供するという同制度のメリット<sup>6)</sup>の前にあっては、上記のような不都合さはほとんど鑑みられていないものとみられる。

なお、同制度の課題として、契約終了時点で残される配偶者以外の同居遺族がいる場合には、同居人が住み慣れた住居を追われるおそれがあることが指摘されている<sup>7)</sup>。この点を考慮して、制度の利用を配偶者以外の同居人がいない世帯に限る考え方もありえようが、配偶者以外の同居人がいることによって同制度が利用できなくなることのデメリット、およびかかる処遇差がもたらす一人ないし夫婦からなる高齢被保護者の世帯との不均衡からみて、制度設計には困難が伴うだろう。いずれにせよ、配偶者以外の同居人がいる場合の同制度利用に対する被保護者の消極的姿勢に関しては、実務上より慎重な対応が求められよう（少なくとも生活保護の廃止よりは穏当な処分が検討されるべきだろう）。

最後に、日本の不動産価値（特に建物）の低さや少子高齢化による不動産の滞留からみて、日本の市場では、米英ほどリバースモーゲージの仕組みが成り立ちにくいように見える。よって、公的な仕組みとしての持続可能性をもたせるには、市場に普及する自然発生的なりリバースモーゲージの仕組みとは異なる相応の修正を要するといえよう<sup>8)</sup>。

（なかます・ようこ）

<sup>4)</sup> 角崎洋平・村上慎司「低所得世帯・要保護世帯向けリバースモーゲージの現状と問題点—都道府県社会福祉協議会への質問票による全国実態調査から—」社会福祉学57巻2号122頁。また、例えば、愛媛県社会福祉協議会HP「要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度のご案内」（<https://www.ehime-shakyo.or.jp/web/wp-content/uploads/2019/05/%E8%A6%81%E4%BF%9D%E8%AD%B7%E4%B8%96%E5%B8%AF%E5%90%91%E3%81%91%E4%B8%8D%E5%8B%95%E7%94%A3%E6%8B%85%E4%BF%9D%E5%9E%8B%E7%94%9F%E6%B4%BB%E8%B3%87%E9%87%91%E8%B2%B8%E4%BB%98%E5%88%B6%E5%BA%A6%E3%81%AE%E3%81%94%E6%A1%88%E5%86%85.pdf>、最終閲覧2023年9月1日）等を参照。

<sup>5)</sup> 社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門検討会」（第11回平成16年5月18日）資料2「不動産保有の考え方」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/05/s0518-4b6.html>、2023年9月1日最終閲覧）。目安額としては、当該実施機関における最上位級地の標準3人世帯の生活扶助基準額に同住宅扶助特別基準額を加えた額のおおむね10年分（約2000万円程度）とされる。

<sup>6)</sup> 同制度は、その導入前には生活保護の受給にあたり売却が求められた比較的高額の自宅用不動産を有する（しかし、それ以外に特段の資産のない）高齢者層（おそらくは都市部の生活困窮高齢者に多いとみられる）に、居住継続の便益を供与するというメリットがあるだろう。

<sup>7)</sup> 前掲注4・角崎・村上128頁。

<sup>8)</sup> 前掲注2・太田91頁、前掲注4・角崎・村上126頁。

## 社会保障と法：社会保障判例研究

## 要保護世帯向けリバースモーゲージ制度活用の指導等とその違法性

東京高裁令和3年8月25日判決（LLI/DB 判例秘書）  
生活保護停止決定処分等取消請求控訴事件

中益 陽子\*

## I 事実の概要

処分行政庁（さいたま市長から生活保護法の事務の一部を委任された者）は、生活保護法による保護を受けていたX（原告、控訴人）およびその夫である亡A（下記訴えの提起前に死亡。以下、Xと亡Aを併せて「Xら」ということがある）に対して、自宅として所有する2棟の建物（以下、2棟併せて「本件建物」という）およびその敷地（以下、「本件土地」といい、本件建物および本件土地を併せて「本件不動産」という）を担保に生活資金の貸付けを行う要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度（リバースモーゲージ制度。以下、「本件制度」という）の利用を同法27条1項にもとづき指導、指示したが、Xらがこれに応じなかったとして、保護を停止する処分（以下、「本件処分」という）をした。亡Aは、埼玉県知事に対し本件処分の取消しを求めて審査請求をしたものの、同知事がこれを棄却する裁決をしたため、Xがこれを不服として、処分行政庁の所属するY（被告、被控訴人、さいたま市）に対し本件処分の取消しを求める訴えを提起したが、原審（さいたま地判令和2・10・7判自483号76頁）はこれを棄却した。そこで、Xが請求の認容を求めて控訴した。

## II 判旨

控訴棄却。

1 「生活保護法27条1項は、…生活保護制度の機械的運用を避け、個々の被保護者の実情に即して実施機関が被保護者に対して働きかけることにより、被保護者の自立を助長し、生活保護法の目的を達成することを目的とする趣旨であると解される。そして、このような指示指導やそれに係る義務違反に対する生活保護の停止等は、被保護者又はその世帯の個別事情を考慮した上で、その自立を助長するために行われるものであることからすると、その必要性の有無の判断や具体的な内容の決定は、被保護者の生活の経過等を把握している保護の実施機関の合理的な裁量判断にゆだねられていると解される。」

2 (1) 「上記指導又は指示は、被保護者に対し不利益な内容を含む…ことに加え、生活保護法27条2項が、同指導又は指示は、被保護者の自由を尊重し、必要の最小限度にとどめなければならない旨定め、同条3項が、同条1項の規定は、被保護者の意に反して指導又は指示を強制し得るものと解釈してはならない旨定めていることに鑑みると、同指導又は指示が、保護の目的達成のために必要最小限のものといえない場合や、同指導又は指示が被保護者にとって客観的に実現が著しく困難なものである等の事情があり、被保護者の意に反して

\* 亜細亜大学教授

これを強制するものと認められる場合には、保護の実施機関の裁量の範囲を逸脱し又はこれを濫用したものとして違法となり、被保護者はその指導又は指示に従う義務を負わないというべきである。」

(2)「本件において、Yの職員がXらに対し、本件制度の利用手続を進めるよう指導又は指示をしたのは、『生活保護法による保護の実施要領について』昭和36年4月1日厚生省発社第123号各都道府県知事・各指定都市市長宛厚生事務次官通知(乙3)、「生活保護法による保護の実施要領について」昭和38年4月1日社発第246号各都道府県知事・各指定都市市長宛厚生省社会局長通知(乙4)及び「生活保護法による保護の実施要領の取扱いについて」昭和38年4月1日社保第34号各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛厚生省社会局保護課長通知(乙5)等の処理基準に沿ったものと解される。これらの処理基準は、要保護者が本件制度の利用が可能不動産を所有する場合について、本件制度を利用することで資産を活用することとし(乙4第3の1(1)、2(1))、本件制度の説明を受けその利用を勧奨されてもなお利用を拒む世帯に対して保護を廃止する(乙5第3問21)旨定める。これは、…生活保護法4条1項に基づくものと解される。」「そして、本件制度が被保護者の所有する不動産を担保に生活資金の貸付けを行うことによって当該不動産の担保的価値を被保護者の最低限度の生活の維持のために活用することができる制度であることからすると、上記処理基準は同項の趣旨に沿うものとして合理性があるということができる。また、本件制度を利用した場合、被保護者が当該不動産に引き続き居住できることや、貸付けを返済することで被保護者又はその親族が担保権を消滅させ、完全な所有権を回復できること、本件制度に係る貸付金だけでは最低限度の生活が維持できないような状況に至った場合には、改めて生活保護を受けることが考えられること等からすると、本件制度の利用を指導又は指示することは、最低限度の生活を維持するために必要最小限のものであるということができる。さらに、本件制度の利用に係る処分行政庁の指導又は

指示に従わなかった者に対する保護を停止しても、同人がその後、再考し、本件制度を利用した場合には保護を再開することができるので、保護の停止が不合理であるということとはできない。」

(3)「したがって、上記処理基準は合理性があるということができるから、本件制度の利用に関する指導又は指示が上記処理基準に沿うものである限り、これに従わないことを理由とする保護の変更、停止又は廃止は、保護の実施機関の裁量の範囲を逸脱又は濫用するものとはいえず、適法であると考えられる。」

3「Xは、本件制度の対象となる本件不動産を所有しており、Yの職員から、本件制度について繰り返し説明を受け、その利用を促され、さらに、口頭による指示及び文書による指示を受けたにもかかわらずこれに従わなかったのであるから、本件処分は、前記処理基準に沿ったものであり、保護の実施機関の裁量の範囲を逸脱又は濫用するものではなく、適法と考えられる。」「Yの職員は、Xに対し、本件制度の目的や概要が記載されていた…書面…を交付したこと、また…本件制度が生活保護法4条1項所定の補足性の原則によるものであることを平明に説明した上、Xらだけをターゲットとしているわけではなく、…本件制度の利用開始の後、仮に本件不動産の資産価値が大幅に上昇した場合には再評価を行う可能性もあることなどを説明したこと、さらに、…水道料金の減免額…等につき資料を作成してXらの自宅に郵送しており、…貸付契約の終了後も生活保護を受ける余地がある旨説明していたことが認められ、Xが…その内容を理解することが困難であったというべき事情は見出せない。また、…不動産鑑定士による鑑定評価を行うためには費用を要することに鑑みれば、…固定資産税評価額を基に本件制度を利用するよう指導・指示することが不合理であるとはいえない。…したがって、本件制度の利用に係る指導及び指示が、Xにとって、客観的に実現が著しく困難なものであるということとはできない。」「Xの主張するような体調不良や介護疲れといった事情があったとしても、…本件制度の利用の申込みをすることが著しく困難であったとはいえず…

ない。」「Xの義務違反による保護の停止等を避けるため…本件制度に関する指導又は指示が繰り返行われたからといって、直ちにその許される限度を超えた執拗なものということとはできない。…Yの職員は、…本件制度の利用開始の手続を実際に取りらせようとして高圧的な言動等に及んだ形跡はうかがわれない。したがって、Yの職員が、Xに対し本件制度の利用を強制したということとはできない。」「そうすると、本件処分は適法であり、Xの主張は採用することができない。」

### Ⅲ 評釈

判旨におおむね賛成。

#### 1 本判決の意義

本判決は、生活保護法27条1項にもとづき本件制度（要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度）の利用の指導または指示がなされたところ、被保護者がこれに従わなかったことを理由として行われた処分（本件では、同法62条3項にもとづく保護の停止）について、その違法性が争われ、これを否定したおそらく初めての高裁判決である。

同法27条1項の指導または指示に従う義務の違反を理由とする保護の変更、停止または廃止をめぐる裁判例にはいくつかのものがあるところ（(i) 預貯金の活用の指導および指示に関する保護変更処分の取消し等が争われた秋田地判平成5・4・23判時1459号48頁、(ii) 自動車の借用等を禁止する指導および指示に関する保護廃止処分の取消しが争われた福岡地判平成10・5・26判時1678号72頁、(iii) 稼働能力の活用等の指導および指示に関する保護停止および廃止処分の取消し等が争われた福岡地判平成21・3・17判タ1299号147頁およびその控訴審・福岡高判平成22・5・25賃社1524

号59頁、(iv) 稼働能力の活用および自動車の処分の指導および指示に関する保護廃止処分をめぐって国家賠償が争われた京都市判平成23・11・30判時2137号100頁、その控訴審・大阪高判平成24・11・9判自369号92頁、その上告審・最一小判平成26・10・23集民248号1頁およびその差戻控訴審・大阪高判平成27・7・17賃社1646号25頁、(v) 自宅の売却の指導または指示に関する保護停止処分の取消しが争われたさいたま地判平成27・10・28判時2304号31頁およびその控訴審・東京高判平成28・3・16賃社1662号62頁、(vi) 稼働能力の活用等の指導および指示に関する保護廃止処分をめぐって国家賠償が争われた津地判平成30・3・15判時2434号26頁およびその控訴審・名古屋高判平成30・10・11判時2434号23頁等）、本件制度の利用の指導または指示にかかわる裁判例は本判決およびその原審以外にないようである（そもそも本件制度に関する裁判例自体、管見の限りこれら以外にない）。一定の社会的注目を集めながらも、このとおり裁判例は僅少にとどまる本件制度に関する初の高裁判決である点に本判決の第一の意義がある。

また、本件制度に関する実務上の処理基準に対しては、学説等による批判があるものの<sup>1)</sup>、本判決は、原審に続きその合理性を肯定した。注目すべきその判断枠組みおよび理由づけにはいくつかの特徴がみられるところ、特に上記指導または指示を被保護者が拒否する場合の処分について保護の停止を念頭に置くようにみえる点は、実務に与える影響が少なからずあろう。

#### 2 本件処分にかかる違法性の判断枠組み

判旨1は、生活保護法27条1項の目的および趣旨を確認したうえで、同項で定める指導または指示およびそれにかかわる義務違反に対する生活保護の停止等（生活保護法62条3項）に関する実施機関

<sup>1)</sup> 加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子『社会保障法〔第8版〕』（有斐閣、2023年）378頁（前田雅子）、木下秀雄「『要保護世帯向け長期生活支援資金』（リバースモーゲージ制度）の問題点」賃社1443号6頁、笠木映里・嵩さやか・中野妙子・渡邊絹子『社会保障法』（有斐閣、2018年）466・467頁（嵩さやか）等。一方、かかる批判に懐疑的なものとして太田匡彦「通達にみる生活保護と『借金』（下）」法律時報94巻5号90頁以下、本件制度の利用を求める点について不合理とはいえないとするものに中野妙子・判批・ジュリスト1580号141頁。



の裁量について述べる。このうち指導または指示の裁量とその限界との関係では、判旨2(1)において、指導または指示が、①保護の目的達成のために必要最小限（なお、同法27条2項では、必要の「最少限度」だが、同判旨は「最小限度」ないし「最小限」とする）のものとはいえない場合と、②被保護者にとって客観的に著しく実現困難なものである等の事情があり、被保護者の意に反してこれを強制するものと認められる場合が列挙され、これらについては、保護の実施機関の裁量の範囲を逸脱またはこれを濫用したものとして指導等が違法となり、被保護者はかかる違法な指導等に従う義務を負わないとする。これらのうち、①は原審と同じだが、②が異なる。すなわち、原審は、②に関して客観的実現困難性のみを挙げていたが、本判決は、これを被保護者の意に反した強制性の要素とするように読める。一方、判旨2(2)および同(3)は、本件制度に関する行政実務の処理基準の合理性を検討しこれを肯定したうえで、こうした合理的処理基準に沿った指導または指示に従わないことを理由とする処分は、保護の実施機関の裁量の範囲を逸脱または濫用するものとはいえず適法との枠組みを提示する。

このうち、判旨1の同法27条1項の趣旨に関する評価、すなわち被保護者に対する実施機関の働きかけによって、その自立を助長し、同法の目的の達成をめざすものとみる点は妥当であろう。適切な資産活用により要保護状態を脱する者は、同法4条1項からみて本来保護を要しない。しかし、同項の要件を充たすかの判断は単純でないことから、被保護者のなかには理解不足等のために自立がかなわず保護下にとどまる者が含まれるとみられる。特に本件制度のように、従来になく、複雑で、なおかつ現在もそれほど利用されていない<sup>2)</sup>資産活用方法についてはそうであろう。したがっ

て、資産等の活用に関する適切な助言や情報提供等（またその一環として同法27条1項にいう指導や指示）がなされ<sup>3)</sup>、これによって潜在的には要保護状態になかった被保護者が生活困窮から脱し自立を図れることも被保護者の自立の助長であって、同法の目的にかなうといえるだろう。

また、被保護者の生活の経過等を把握する保護の実施機関が、同法27条1項にもとづく指導または指示、および、それにかかわる義務違反に対する生活保護の廃止等（同法62条1項・3項）について、その必要性や具体的内容の決定を合理的な裁量判断のもとに行うとの点も妥当であろう。このような合理的裁量を認めなければ、同指導および指示も、また生活保護の廃止等も、被保護者の生活や義務違反をめぐる諸事情に応じてこれらを行うことが困難と解されるからである。

### 3 指導および指示の違法性

#### (1) 違法性の判断基準

判旨2(1)は、生活保護法27条1項の指導または指示の違法性に関する判断基準として、上記のとおり、①必要最少（最小）性（の欠如）と②強制性の点を挙げる。この2つの基準は、①が同法27条1項およびこれを受けた同法62条1項の「必要」ならびに同法27条2項の「必要の最少限度」を、②が同条3項の文言を想起させる。一方、もともと原審の②に相当する部分で言及され、本判決において強制性の要素に変わったとみられる客観的実現困難性（その裏面としての実現可能性）は、同条2項の「自由を尊重」の要素として説明されてきたものである<sup>4)</sup>。つまり、原審が同条2項に関して述べられてきたものを準則としていたところを、判旨2(1)は同条3項にまで広げ、なおかつこれを同条2項と関連させて判断する。

一方、これまでの裁判例では、指導または指示

<sup>2)</sup> 本件制度の利用件数は、年間200件台にとどまる（全国社会福祉協議会『『これからの生活福祉資金貸付事業のあり方に関する検討委員会』報告書』（2019年）46頁）。

<sup>3)</sup> 「生活保護法による保護の実施要領について」昭和38・4・1社発第246号（本文後掲の「局長通知」）第11参照。

<sup>4)</sup> 同法27条2項にいう被保護者の自由の尊重とは、被保護者の具体的事情からみて、その者が人間として存在するうえにおいて必要とする人格を確保するに足る自由を維持しつつ、指導または指示に服従しうるのでなければならぬとの内容とされる（小山進次郎『改訂増補 生活保護法の解釈と運用』（中央社会福祉協議会、1951年）415頁）。

について、(Ⅰ) 必要(最少)性を検討するもの((v) 事件の各裁判例)、(Ⅱ) 必要(最少)性(および自由の尊重)と強制性を検討するもの((i) 事件の裁判例)、(Ⅲ) 必要最少(最小)性と客観的実現困難性を考慮するもの(本判決の原審)、(Ⅳ) 客観的実現不可能性ないしその著しい困難性を判断するもの((iv) 事件および(vi) 事件の各裁判例)等がある。つまり、本判決は、客観的実現困難性と強制性を結び付ける点で特徴があるものの、枠組みとしては(Ⅱ)と類似の基準を示したことになる。

本判決を含めて、裁判例の挙げる基準は一見統一的でないようにみえるが、同法27条2項および同条3項が同条1項の確認規定であって、同条2項および同条3項から導かれる基準が同条1項の「必要」性の判断に集約されるとすれば<sup>5)</sup>、実際の差はほとんどないと考えられる。そして、この「必要」は、同条2項において「必要の最少限度」と言い換えられたと解されることから、結局のところは、必要最少(最小)性を中心とした総合判断となろう。実際、被保護者にとって必要の最少限度というには、同人にとって客観的に実現が可能なこと(判旨2(1)のいう客観的実現困難性がないこと)が当然の前提となろうから、必要最少(最小)性の判断には客観的実現可能性の点が含まれよう<sup>6)</sup>。他方で、必要最少(最小)の指導または指示でも、被保護者の意に反して強制されることはありうると思われるもの(よって、非強制性は必要最少(最小)性に完全に吸収されないとの考え方もあろうが)、前記のとおり、同条3項が同条1項の確認規定であるならば、必要最少(最小)性はこの強制性の排除も内包することになるだろう。

他方で、必要最少(最小)性、客観的実現可能性および非強制性の各基準は、その文言上は違法性の基準としての厳格さに相当の差があるように

もみえる(特に、必要最少(最小)性よりは、客観的実現可能性を充たす方がかなり容易な印象も受ける)。しかし実際は、この差は、字面から受ける印象ほど大きくはないだろう。指導または指示の内容が補足性の原則にもとづく資産等の活用を求める内容である場合、同法4条1項に「その他あらゆるものを…活用する」とあるように、被保護者には資産活用等に対して大きな努力が求められる。このことに鑑みると、資産活用等に際してそうした大きな努力をなすよう被保護者に指導または指示することも、同法の趣旨からみて必要の最少限度のものであり許容される自由の制限と考えられるからである。つまり、必要最少(最小)性や自由の尊重の基準は、幅広い内容の指導または指示の違法性を導きわめて厳格な基準ではなく、客観的実現可能性の基準にその厳格さの点である程度は近接すると考えられよう。そして、自由の尊重は、非強制性に関する同法27条3項と類似の概念と考えられることから、必要最少(最小)性と非強制性の各概念もまた、違法性の基準としての厳格さが著しく異なるとは考えにくい。

以上のとおり、指導または指示の違法性に関する基準は、必要最少(最小)性の判断に帰着するようには思われる。この点、判旨2(1)は、必要最少(最小)性と強制性を並列させるものではあるが、同判旨を受けた判旨2(2)および同(3)ならびに同3の全体としては、必要最少(最小)性を総合的に検討するようみえること、上記のように素直な文言上は必要最少(最小)性と非強制性とを別概念と考えること(他方で、自由の尊重に関する客観的実現可能性と非強制性には近接性があること)、これまでの裁判例でも事案に応じて違法性の判断に必要な範囲で必要最少(最小)性を徴表する適当な基準が用いられてきたことから考えると、判旨2(1)は法の趣旨に沿って指導

<sup>5)</sup> 同法27条2項および同条3項の規定の趣旨は、同条1項の解釈上当然であるが、指導または指示の実施のいかんがもたらす影響が甚大にして複雑であるのに鑑み、特に入念に設けたものとされる(前掲注4・小山416頁)。

<sup>6)</sup> (iv) 事件の前掲大阪高判平成24・11・9は、指導または指示は、同法27条2項に従い必要の最少限度にとどめねばならないため、その内容は「少なくとも」被保護者にとって実現可能でなければならないとする。同事件を含め、客観的実現不可能性ないし実現困難性の基準によって判断された(Ⅳ)の各事件は、指導または指示の違法性の顕著さ(つまり、同基準にもとづき検討さえすれば、指導または指示の違法性を認定するのに足りた)があったようにも思われる。

または指示の違法性を判断するこれまでの裁判例とおおむね同様の基準をとったものであり首肯しうる。

(2) 必要最少(最小)性およびこれと競合する他の資産活用方法

一方、判旨2(3)において行政解釈上の処理基準の合理性が肯定された根拠として、判旨2(2)は下記を挙げる。

第1に、同判旨の引用する生活保護法の実施要領(昭和36・4・1厚生省発社第123号(以下、「次官通知」という)、昭和38・4・1社発第246号(以下、「局長通知」という)、昭和38・4・1社保第34号(以下、「課長通知」という)等)の処理基準(以下、単に「処理基準」ということがある)が、同法4条1項の補足性の原則にもとづくところ、本件制度が被保護者の最低限度の生活の維持のために活用できるものであって、これらの処理基準が同項の趣旨に沿うこと、第2に、本件制度にはさまざまな長所ないしそのデメリットを緩和しうる要素(被保護者が当該不動産に居住し続けられること、貸付けの返済により被保護者またはその親族が完全な所有権を回復できること、本件制度にかかる貸付金を受けてなお困窮に陥ったときには改めて生活保護を受けられること等)があることから、その利用を指導または指示することは最低限度の生活を維持するために必要最小限と評価されること、そして第3に、これらの指導または指示に従わなかった者に保護の停止の処分をしても、その短所は同人の再考および保護の再開によって補えるものであって、同処分が不合理とはいえないこと、である。

この判旨は、まず上記第1で、そもそも本件制度が同法4条1項の資産活用たりうるかを述べ、第2においてさらに同制度の長所等を指摘して、その利用を指導または指示することの必要最少(最小)性を導く構造となっている点が注目される。この構造からすると、とりわけ第2の列挙事由は、単に本件制度が資産活用方法たりうる論拠を改めて挙げたものではなく、他の資産活用方法(売却や単なる自宅の保有)に比べてより良い点(一部

は、これらに比べて不利益が多くないこと)を論証する趣旨から述べられたように読める。これはおそらくは、処理基準が競合する他の資産活用方法よりも本件制度を優先すべきとの内容となっていること(課長通知第3問21)を受けたものであろう。つまり、他の資産活用方法を選好する被保護者に対して本件制度の利用を指導または指示することが必要最少(最小)となるかを検討する趣旨と推測される。実際、必要最少(最小)というからには、競合する複数の資産活用方法のなかで被保護者にとってより適切と考えられる方法を指導または指示すべきとの内容を含むといえよう。

(3) 競合資産活用方法における優先順位

この点、生活保護法4条1項は、活用対象に関しきわめて広範な事物を想定する一方で(同項の「その他あらゆるもの」を参照)、活用方法には特に言及がない。このことからすると、要保護者や被保護者が、自身の所有する不動産をどのように生かすかは、それが最低限度の生活の維持に活用される以上は、その自己決定に委ねられると考えられなくもない。

しかしながら、これまでの行政解釈では、資産活用には原則として優先順位があると解されており、このことは一般に広く受け入れられているといえる。すなわち、「最低生活の内容としてその所有又は利用を容認するに適しない資産」は売却が原則(優先)であるが(次官通知第3)、被保護世帯の居住の用に供される不動産はここにいう「所有又は利用を容認するのに適し」たものと評価されたこととみえ、「処分価値が利用価値に比して著しく大きいと認められるもの」を除き、少なくともこれまでは保有が原則(優先)であったと解される(局長通知第3の1および2)。これは、こうした不動産の保有が最低限度の生活維持のために活用されるのが通常であり、かつ、処分よりも保有の方が生活維持および自立の助長に実効があがるのであって、保有を認めることが同法の目的の趣旨に沿うと評価されたためである((v)事件の前掲東京高判平成28・3・16等)。つまり、ここには、資産の性質に鑑み、法の目的に沿って生活維

持および自立にとってより効果の高い方法を優先するとの発想がみられる。

このとおり法の目的により合致した方法である以上は、かかる方法をとることが可能でこれを勧奨されて仕組み等を理解したにもかかわらず、劣位の資産活用方法に固執する者に一定のサンクションを加えることも不当とまではいえないように思われる<sup>7)</sup>。例えば、従来も、処分価値が利用価値に比して著しく大きいと認められる不動産に関して、売却せずに自宅として居住し続けた生活困窮者は、同法4条1項の要件を充たさないとして保護を受けられなかったものとみられる。この場合も、当該不動産を最低限度の生活維持のために活用しているとはいえるだろうから、こうした処遇が正当化されるのは、ひとえに生活維持および自立にとってより効果の高い方法を選択しなかった点にあらう。すなわち、同項にいう資産の「活用」とは、このようなより効果の高い方法を選択するとの含意もあると理解されてきたように思われる<sup>8)</sup>。

#### (4) 本件制度の優先性

この点、判旨2(2)の前記第1および第2で挙げられた本件制度の内容および長所は、売却によっては達成困難な点や自宅の本来の機能であるところの居住を超えた積極的活用に言及するものといえる。本件制度のかかる利点からすると、処理基

準が、本件制度の利用が可能な場合にその優先を定めることも首肯しうる。実際、同判旨が指摘するとおり、本件制度は、住み慣れた自宅に居住し続ける方途を広げた点において、売却に比べ高齢者にとって広くメリットがある。また、本件制度の活用によって達成される最低限度の生活の維持と自立は、基本的には不動産の単なる保有によっては達しえないレベル、すなわち、現に要保護状態を脱する水準に至る。

例えば、本件制度登場前には自宅の売却を迫られていた比較的高額の不動産を有する（しかし、それ以外にめぼしい資産のない）高齢者（特に都市部在住の生活困窮者に多いとみられる）にとっては、売却の労を強いられるうえに高齢ゆえに転居先探しには困難が伴いやすく、また売却金を消費して再び生活困窮に陥り慣れない土地や家屋で生活保護を受けるような事態も生じたところ、本件制度の利用によりこれを回避しうることは大きな利点である<sup>9)</sup>（自宅を保有したまま生活保護を受けられた、比較的安価な不動産を有する高齢者との均衡も確保される）。また、本件制度の登場前には当該不動産を保有したまま生活保護を受けていた者にとっても、自宅居住の便益を得つつ（生活保護制度ではなく）自身の資産の活用によって生活困窮から脱し自立を図る新たな方途を得たことは生活保護法の目的にかなう。さらに、本件制度の登場前から、保有が認められる不動産

<sup>7)</sup> なお、売却については、かりにこれが他の方法に比して劣位の資産活用方法と評価されたとしても、不動産の売却に固執し他のより優先的な資産活用方法を利用しなかったとしてサンクションが加えられることによる問題が少ない。サンクションが生活保護に関する不利益な処遇であるところ、一般的な不動産の売却価格とそれがもたらす効果からみて、少なくともその時点において、同人が生活保護の保護自体を望んでいないとみられるためである。

<sup>8)</sup> 本稿の評釈の範囲を超えるため論じないが、各種の借金や信用力の活用等を含めて考えたとき、実務の処理基準が「活用」に関していかなる優先順位をとり、またその整合性がとれているのかは、別途問題となるであろう（前掲注1・太田84頁以下ならびに同論文の含まれる連載の（上）および（中）（それぞれ法律時報94巻3号88頁以下および同94巻4号101頁以下）も参照）。

<sup>9)</sup> 本件制度の対象不動産の価額に上限はないようにみえる。ただし、これまでのところ自宅保有の可否に関しては、「地域の低所得者の持ち家状況などのほか、住民意識や世帯の事情等」を勘案することとされており（目安額としては、当該実施機関における最上位級地の標準3人世帯の生活扶助基準額に同住宅扶助特別基準額を加えた額のおおむね10年分（約2000万円程度）を目処。社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門検討会」（第11回平成16年5月18日）資料2「不動産保有の考え方」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/05/s0518-4b6.html>, 2023年9月1日最終閲覧）を参照）、かかる住民意識からみて許容されないと考えられる高額の不動産に居住し続けたまま生活保護を受けることは、本件制度のもと（具体的には貸付限度額に達した後）でも認められないとの考えもありうる。

であっても住み続けながらこれを積極活用できる場合には活用すべきことが受け入れられてきた点(例えば、処理基準における間貸し)も鑑みられるべきだろう<sup>10)</sup>。

一方、住み続けながらもそれにとどまらない積極的資産活用を図る方法としては、この間貸しもある。いずれも利用可能な場合において、間貸しと本件制度のどちらが優先されるかだが、基本的にはおおむね同等の資産活用方法といえるように思われる。なぜならば、間貸しも、本件制度と同様に住み慣れた自宅に居住し続けることができ、また生活保護を脱するような自立はかなわない可能性があるものの、賃貸のトータルでみれば相応の金銭を取得しうる方途といえるためである。ただし、間貸しは、近年きわめて少なくなっていることからみて<sup>11)</sup>、今となっては一般的でないかか方法に処理基準が触れずに、本件制度の優先を述べたとしても、不合理とまではいえないだろう。

#### (5) 保護の廃止および停止

判旨2(2)の指摘する第3の事情は、処理基準に対する指摘としては違和感がある。というのも、処理基準は、同判旨の検討する保護の停止ではなく、保護の廃止を原則とみるようにも読めるためである(課長通知第3問21および同第10問12の2を参照)。かりに処理基準が指導等の不服従に対する処分として保護の廃止を一律に想定するものであるならば、これには疑問が呈されるところであろう(前記(ii)および(iii)の各裁判例は、具体的事案と選択された処分との相当性を求め、とくに保護の廃止処分の違法性に関しては、その根拠となった指導または指示の内容の相当性・適切性、指導または指示違反に至る経緯、違反行為の内容や程度、違反の重大性・悪質性、将来にお

いて指導または指示事項が履行される可能性、保護の変更や停止を経ることなく直ちに保護を廃止する必要性・緊急性、保護廃止がもたらす被保護世帯の生活困窮の程度等を総合考慮すべきとする)。

この点は、おそらく判旨2(2)が、処理基準における保護の廃止と停止とを原則と例外の関係とは解さず、端的に状況に応じて選択される並列的な処分とみたためかと思われる。実際、処理基準における保護の停止の対象が相当に広範に及びうることからみて(「貸付の利用が終了した後は生活保護の適用となる可能性が高い世帯であることを踏まえ、当該貸付資金の利用者については、保護の廃止ではなく、保護の停止を行うこととしても差しつかえない」課長通知第10問12の2)、このような評価も不自然とはいえない。

他方で、前述のとおり、本件制度の利用を拒み、別の資産活用方法に固執する者も、最低限度の生活維持のために資産を活用している以上は生活保護法4条1項の要件を充たすのであって、同判旨の検討する保護の停止でさえ適当でないとの考え方もありうる<sup>12)</sup>。しかし、この点はすでに(3)で述べたように、同項にいう資産の「活用」が、最低生活の維持や自立にとってより効果の高い方法の採用を求めるものである点を受容されてきたことからすると、かかる方法をとらない者は同項の要件を充たさないといふべきであろう。そして、同要件を充たさないこのような被保護者が、個別事情に鑑みて必要最少(最小)限と認められる指導や指示を受けたにもかかわらずこれに従わない場合、同人に対して保護の廃止や停止の処分をしないとすれば、平等原則の観点から適当でないように思われる。

なお、本件がまさにそうであったように、本件制度の利用開始には一定の期間を要することか

<sup>10)</sup> 処理基準上は、部屋数に余裕がある場合には、単なる保有よりは、間貸しを優先させるように読める(「保有を認められるものであっても、当該世帯の人員、構成等から判断して部屋数に余裕があると認められる場合は、間貸しにより活用させること」局長通知第3の2の(1))。

<sup>11)</sup> 間貸しは、政府の統計調査等から削除される事態となっており(総務省HP「総務省統計局説明資料(審査メモで示された論点に対する回答)平成28年12月5日」9頁([https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000455289.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000455289.pdf), 2023年9月1日最終閲覧)), 保護の実務上もあまり活用されていないのではないかと推測される。

<sup>12)</sup> 前掲注1・嵩467頁は、本件制度優先に対するこの観点からの批判と思われる。

ら、当初は本件制度の利用を拒否していた高齢者が翻意しても、すぐには生活資金を得られないことがある。この点に鑑みれば、高齢者の翻意が見込めるときには、再申請を要し保護の再開までに時間のかかる保護の廃止ではなく、Yの対応のように保護の停止を用いてその翻意に応じて迅速に保護を再開できる方途をとるのが適切である場合が多いだろう。こうしたケースが少なくないとするれば、判旨2(2)が第3の点において、もっぱら保護の停止処分に言及しつつ処理基準の合理性を認めたことも首肯しうる。

以上によれば、判旨2(3)が処理基準を合理的と判断したことはおおむね賛同でき、またこのように合理的な基準に則ってなされた保護の変更、停止または廃止が裁量の範囲を逸脱または濫用するとはいえないとしたことも、その限りで妥当である。

#### 4 本件処分の妥当性

最後に、判旨3は、本件処分が処理基準に沿ってなされたことや、Xに対する指導または指示に関して客観的実現困難性および強制性がなかったことを指摘して、本件処分を適法とするが、基本的

には適切と思われる。また、同判旨では特段検討されなかったものの、認定事実におけるYの職員のXらに対する説明状況や長期にわたる指導等からみて、生活保護の停止処分が選択されたことも相当であろう<sup>13)</sup>。

なお、必要最少(最小)性というからには、最低生活の維持および自立助長の点からみて同等の、他の競合する資産活用方法をXの状況に鑑みて検討する必要がなかったかの懸念がないではない。というのも、Xが本件制度の利用に消極的な姿勢を示すところ、本件建物が2棟であり賃貸しやすい構造であったとみられるためである。しかしながら、間貸しがきわめて少なくなっている状況からみて(3(4)参照)、同敷地内の別棟に他者が居住することも現在では一般的でないと思われること、Xが65歳になる前から本件建物の間貸し等が検討された形跡が認定事実からはうかがえず、亡Aの介護状況等からみてもおそらくこれが難しかったのだらうと推測されること等を考慮すれば、判旨3の判断は妥当と思われる。

(なかます・ようこ)

<sup>13)</sup> 前掲注1判批・中野141頁。

## 投稿：論文

# 厚生年金と国民年金の財政統合における2つの要因の分析 ——厚生年金から国民年金への補填、および、国庫負担の増加について——

比津 貴行\*

## 抄 録

公的年金の給付水準は「マクロ経済スライド」を通して限られた財源の中で調整されることとなっている。そして、国民年金のマクロ経済スライドの停止年度の長期化による国民年金の給付水準の低下が指摘されている。

本稿では決定論的将来見通しと確率的将来見通しを用い、厚生年金と国民年金の財政統合（厚生年金から国民年金への補填、および、国庫負担の増加の2つの要因がある）によって給付水準がどれほど影響を受けるかを検証した。検証の結果、国庫負担の確保のみすることでも、2つの要因の両方を達成するのと近い効果が得られることが確認された。また、国庫負担の増加がなかったとしても、厚生年金から国民年金への補填をした場合、基礎年金の改善がもたらす効果は厚生年金の減額よりも大きいことが確認された。さらに、経済が低成長のまま続くという仮定の下で確率的将来見通しを行い、年金制度の持続には経済の回復が必要であることを改めて確認した。

キーワード：公的年金制度，年金積立金の統合，確率的将来見通し

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.490-504.

## I はじめに

国民年金法等の一部を改正する法律（2004年年金制度改正）において、将来の保険料水準を固定化したうえでその財源の範囲内で給付を行うこととし、給付水準を自動調整する仕組み（マクロ経済スライド）が導入された。マクロ経済スライドの導入当初は基礎年金・厚生年金ともに停止年度が2023年度であったが、2009年財政検証の結果を見てみると、基本ケースにおいて基礎年金・厚生年金の停止年度はそれぞれ2038年度、2019年度と

なっている。このような停止年度の相違について、厚生労働省年金局数理課（2009）において「報酬比例部分の所得代替率は、賃金が低下すればその分年金額も低下するため報酬によらず一定となるが、基礎年金については、賃金上昇率、物価上昇率ともにマイナスの場合に、物価を下回っては改定を行わないといったスライド特例措置があったことにより基礎年金部分の所得代替率が上昇し、（中略）、収入の減少の割に、支出があまり減らないことから財政状況が厳しくなり」と説明されている。スライド特例措置は2013～2015年度に解消されたものの、この停止年度の相違は継続し

\* 三菱UFJ信託銀行株式会社（本稿は筆者の所属する組織の見解を代表するものではなく、筆者個人の見解であり、本稿における誤りはすべて筆者に帰するものである。）

ており、2019年財政検証の結果をしてみると基礎年金・厚生年金の停止年度はケースⅢでそれぞれ2047年度、2025年度であり、ケースⅤでそれぞれ2058年度、2032年度となっている。

基礎年金におけるマクロ経済スライドの調整期間の長期化を受けて、社会保障審議会年金部会(2019)において、今後の年金制度改革の方向性の1つとして「年金制度の所得再分配機能の維持」が挙げられており、「被用者保険の適用拡大<sup>1)</sup>」、「保険料拠出期間の延長<sup>2)</sup>」を検討していくことが記載され、また、「報酬比例部分と基礎年金のバランスを確保して基礎年金の所得再分配機能を維持していくため、どのような方策が可能か、引き続き検討するべき」としている。報酬比例部分と基礎年金のバランス改善にかかる1つの解決策として、社会保障審議会年金数理部会(2020)では基礎年金拠出金の仕組みを見直し<sup>3)</sup>で基礎年金と厚生年金のマクロ経済スライドの停止年度を一致させる試算を行っており、稲垣(2022)にはこれについて「財政基盤の弱い国民年金を、厚生年金が支援するという方策で、これにより、基礎年金の水準低下を抑えるというものである。基礎年金の2分の1が国庫負担となっているので、追加の国庫負担との相乗効果により、基礎年金水準はかなりの改善が見込まれる。」と記載されている。

ただし、「厚生年金から国民年金への補填」と

「国庫負担の増加」の2つによって基礎年金の水準を改善するという事は、この解決策の実現の難しさと裏返しであると考えられる。1つ目については、厚生年金から国民年金への積立金の補填の是非等、種々の課題を解決しなければならないと想定される。2つ目については、国庫負担の財源の確保には多くの議論を要すると想定される。そこで本稿では、厚生労働省が公開している2019年財政検証のプログラム(以下、厚労省2019モデルと呼ぶ)に対して、「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」の2つを同時に達成する従来からの厚生年金と国民年金の財政統合の試算に加えて、2つのうち片方のみ実現した場合の試算を行うことで、厚生年金と国民年金の財政統合における要因分析を行うことを試みる。また、基礎年金の水準低下は足下の賃金上昇率・物価上昇率が低迷していることが主因とされているため、経済が低迷したまま将来続くという前提で試算することにも意義があると考えられるが、経済が低迷したままの前提で試算すると積立金が枯渇して賦課方式になる。これについては決定論的な手法による分析では検証しきれないところもあるため、確率的なシミュレーションを用いた検証を追加で実施することとする。

決定論的なシミュレーションの結果、「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」

<sup>1)</sup> 被用者保険の適用拡大によって基礎年金の水準が改善されることにつき、厚生労働省年金局数理課(2019a:p.465)において「適用拡大により短時間労働者等の第1号被保険者が厚生年金の適用を受けることに伴い、第1号被保険者数が減少することとなるが、これにより第1号被保険者1人当たりの国民年金の積立金が増加し、給付水準を下支えする積立金効果が大きくなった」と説明されている。本稿では、厚生年金と国民年金の財政統合以外については、国民年金と厚生年金の間での積立金移換に相当するものを極力排除して検証することを目的としているため、「被用者保険の適用拡大」は考慮から除外することとする。

<sup>2)</sup> 本稿では、厚生年金と国民年金の財政統合について特に分析することとするが、保険料拠出期間の延長は基礎年金の低額化に対する対策が主たる目的であると思われるので、保険料拠出期間の延長は取り扱わないこととする。なお、稲垣(2021)では基礎年金の底上げ措置として「年金生活者支援給付金」、「保険料拠出期間の延長」、「厚生年金と国民年金の財政統合」の3施策を比較している。低年金者割合を1%低下させるのに必要な国庫負担は「年金生活者支援給付金」は800億円程度、「厚生年金と国民年金の財政統合」は2,400億円程度であるのに対して、「保険料拠出期間の延長」は7,300億円程度であり、「保険料拠出期間の延長」は3施策の中では効果が弱いとしている。

<sup>3)</sup> 社会保障審議会年金数理部会(2020)では「基礎年金拠出金の仕組みの見直しについて具体的な前提をおいていないが、どのように見直したとしても、(中略)、マクロ経済スライドの調整期間を一致させた場合の給付と負担への影響は同じ」と説明している。稲垣(2022)には「具体的な方法は示されていないが、厚生年金と国民年金の財政統合と実質的に同じである」と記載されており、本稿では以後「基礎年金拠出金の仕組みの見直し」のことを「厚生年金と国民年金の財政統合」と呼ぶこととする。



の2つの要因のうち、後者だけでも所得代替率のかなりの改善が確認され、また前者だけでも厚生年金加入者にとって不利益のない給付改善が達成されることが確認された。また、悲観的なシナリオについて確率的なシミュレーションを実施したところ、「積立金が枯渇する確率」を通じて各モデルの違いを確認できた。「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」の2つが成立するモデルをもってしても、所得代替率（合計）が50.0%を下回る確率が40%以上もあり、積立金が枯渇する確率も30%近くとなる状況から、年金制度の持続には経済の発展が必要であることが改めて確認された。

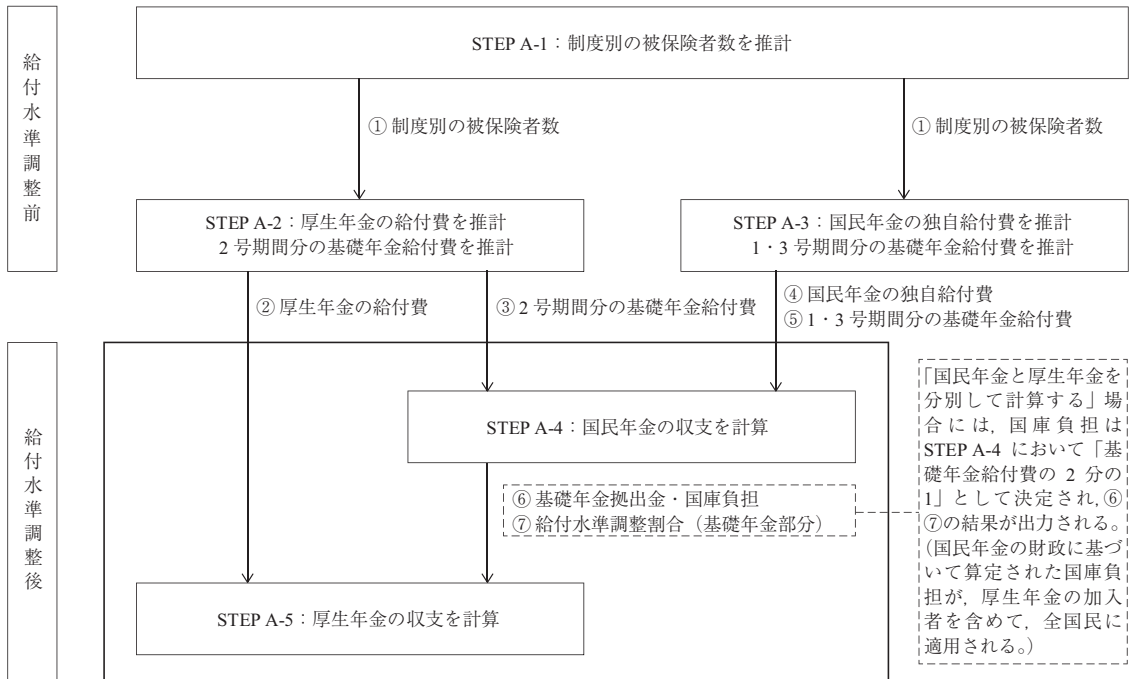
本稿の構成は以下のとおりである。Ⅱ章では先行研究を概観し、本稿の位置づけを確認する。Ⅲ章では本稿で用いるモデルについて述べ、Ⅳ章ではその分析結果を示す。Ⅴ章は本稿のまとめとする。

## Ⅱ 先行研究

基礎年金と厚生年金のマクロ経済スライドの調整停止を同時に行うことに着目した先行研究を概観すると、中嶋（2020）、福山（2020）、社会保障審議会年金数理部会（2020）、稲垣（2021）等がある。中嶋（2020）では「平均賃金の世帯」、「平均賃金の半分の収入の世帯」、「平均賃金の2倍の収入の世帯」のいずれにおいても、基礎年金と厚生年金の調整停止が同じであれば所得代替率が改善されることを確認した。福山（2020）では公平性の観点から国民年金と厚生年金を制度統合したうえで積立金を統合した試算を行い、国民年金第1号被保険者を厚生年金保険法において第1類被保険者と再定義し、第1類被保険者の年金額総額（基礎年金と所得比例年金の合算）が増えることを確認した。社会保障審議会年金数理部会（2020）では基礎年金と厚生年金におけるマクロ経済スライドの調整期間を一致させる方法で「国民年金40年加入」と「国民年金45年加入」の両ケースで試算を行い、いずれのケースにおいても所得代替率が改善されることを確認した。稲垣（2021）では基

礎年金の底上げ措置として年金生活者支援給付金、基礎年金の加入期間の延長、厚生年金と国民年金の財政統合を比較し、低年金者割合を1%低下させるために必要な国庫負担をそれぞれについて試算している。いずれの先行研究においても、「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」の2つが同時に達成されるという前提で試算している。ただし、この2つを達成するためには必要な議論・得べき合意事項は別々であり、実務上では分別して各々の要因のうち片方だけでも達成された場合の効果を検証することは重要な課題であると考えられる。そこで本稿は、この2つの要因を分別して検証することを試みる。

確率的手法を用いた先行研究を概観すると、稲垣・清水（2014）、比津（2020）、小黒（2021）、中嶋・北村（2022）がある。稲垣・清水（2014）では「実質的な積立金の標準偏差」「実質的な積立金のショートフォール確率」「実質的な積立金の下方部分積率」のいずれをリスクと見做すかにより、最適なポートフォリオが異なり得ることを確認した。比津（2020）では厚生労働省が公開している2014年財政検証のプログラムに対して変更を加えて確率モデルを導入し、経済が低成長のまま続くという前提の下では「賃金変動率に応じた年金額改定の徹底」は「マクロ経済スライドのキャリアオーバー」よりも年金制度の持続性を高めることを確認した。小黒（2021）では2019年財政検証の各ケースが前提とするTFP上昇率の実現確率を推計し、ケースⅠ・ケースⅡといった高成長のシナリオが実現する可能性は高くなく、ケースⅥのような低成長のシナリオが実現する可能性が高いことを確認した。中嶋・北村（2022）では厚生労働省2019モデルで利用された経済前提をベースにシミュレーションを行い、厚生年金の適用拡大と基礎年金の加入期間延長他を組み合わせることにより、所得代替率の上昇と下方リスクの拡大の軽減が可能であることを確認した。いずれの先行研究においても、確率的手法を用いることにより、下方リスクの算定のような多角的な観点から財政の検証を行うことができていると考えられる。本稿においても、確率的手法を用い、かつ、厚生年金



注：「厚生年金と国民年金の財政統合」を試算する際には、STEP A-4、A-5をまとめて、「財政統合後の収支を計算」を実施する。

(財政統合後の収支計算で基礎年金給付費が算定され、国庫負担は基礎年金給付費の2分の1として決定される。)

出所：厚生労働省年金局数理課（2019b）に記載の図に基づいて筆者作成。

図1 計算スキームのイメージ図

と国民年金の財政統合という観点も取り入れることとする。

なお、厚生労働省が公開しているプログラムを用いた先行研究は、蓮見・中田（2010）、山本（2010）、小平（2013）、吉田・木村（2016）、吉田・木村（2019）、木村（2020）、比津（2020）等があり、いずれにおいても国民年金と厚生年金は分別して計算を実施している。本稿はこれらの先行研究と同様に厚生労働省が公開しているモデルを用いることとしつつも、これらにない要素として厚生年金と国民年金の財政統合を取り入れることを試みるものである。

### Ⅲ モデル

本稿では厚生労働省2019モデル（現行の計算スキーム）、および、社会保障審議会年金数理部会（2020）と同様の手法を用いるが、これら既存の手

法では「国庫負担は基礎年金給付費の2分の1」として国庫負担を算出しており、国庫負担は基礎年金給付費の従属変数となっている。ここで、追加の計算として、国庫負担を基礎年金給付費とは切り離して固定させる計算も実施することとする。また、確率的手法を用いる際には比津（2020）と同様の手法を用いる。以下、既存モデルの概要、本稿で扱うモデル、および、確率的なシミュレーションの手法について説明する。

#### 1 既存モデルの概要

ここでは厚労省2019モデル（現行の計算スキーム）、および、社会保障審議会年金数理部会（2020）の手法（厚生年金と国民年金の財政統合のスキーム）について概説する。図1はフローの概要を示したものである。

厚生労働省2019モデル（現行の計算スキーム）は

- STEP A-1：制度別の被保険者数を推計

- ・ STEP A-2：厚生年金の給付費を推計，2号期間分の基礎年金給付費を推計
- ・ STEP A-3：国民年金の独自給付費を推計，1・3号期間分の基礎年金給付費を推計
- ・ STEP A-4：国民年金の収支を計算
- ・ STEP A-5：厚生年金の収支を計算

の5つのステップから成る。STEP A-1, A-2, A-3は給付水準調整前の「②厚生年金の給付費」「③2号期間分の基礎年金給付費」「④国民年金の独自給付費」「⑤1・3号期間分の基礎年金給付費」の4つを計算する。STEP A-4, A-5はこれら②③④⑤をインプットとしたうえで，国民年金と厚生年金のそれぞれの収支が均衡するようにマクロ経済スライドの停止年度を算定する。ここにおいて，まずはSTEP A-4として国民年金の収支が均衡するようにマクロ経済スライドの停止年度が求められ，「⑥基礎年金拠出金・国庫負担」「⑦給付水準調整割合（基礎年金部分）」が算定される。次にSTEP A-5として⑥⑦をインプットとしたうえで厚生年金の収支が均衡するようにマクロ経済スライドの停止年度が求められる。なお，厚労省2019モデルは関連するデータとともに厚生労働省のホームページで公開されており，詳細な計算内容は厚生労働省年金局数理課（2019a）にまとめられている。

社会保障審議会年金数理部会（2020）のスキームは，STEP A-1, A-2, A-3までは厚労省2019モデルの現行スキームと同一である。ただし，STEP A-4, A-5を実施する代わりに「財政統合後の収支を計算（STEP A-4とSTEP A-5を合わせたもの）」を実施し，財政均衡期間の終点（厚労省2019モデルでは2115年）において「前年度の積立金＝当年度支出－国庫負担」となるようにマクロ経済スライドの停止年度を算定する。

## 2 本稿で扱うモデル

前節で説明した厚労省2019モデル（現行の計算スキームであり，厚生年金の財政と国民年金の財政が分別されている）をモデルAと呼ぶこととする。また，前節の社会保障審議会年金数理部会

（2020）の手法（厚生年金と国民年金を財政統合したもの）をモデルBと呼ぶこととする。これらモデルA，モデルBはともに「国庫負担は基礎年金給付費の2分の1」として決定されるモデルである。これらモデルAとモデルBに加えて，後述のモデルCとモデルDで合計4つのモデルを本稿では扱うこととする。

財政統合の要因分析を行うため，前述のとおり，財政統合を「①厚生年金から国民年金への補填」，「②国庫負担の増加」の2つの要因に分解し，モデルAからモデルBへの移行における2つの要因を確認することとする。

まず「①厚生年金から国民年金への補填」については，以下のように変更することで，国庫負担の増加による効果を除いた試算を行う。

- ・ STEP C-1：モデルAを最初に計算し，STEP A-4の「⑥基礎年金拠出金・国庫負担」「⑦給付水準調整割合（基礎年金部分）」を算出し，モデルAで使用された国庫負担を得る。
- ・ STEP C-2：モデルBと同様の計算を実施する。ただし，モデルBで「財政統合後の収支を計算（STEP A-4とSTEP A-5を合わせたもの）」を実施する際には，STEP A-1, A-2, A-3で得られる給付水準調整前の「②厚生年金の給付費」「③2号期間分の基礎年金給付費」「④国民年金の独自給付費」「⑤1・3号期間分の基礎年金給付費」の4つに加えて，「STEP C-1で得られたモデルAの国庫負担」をインプットとし，「国庫負担は基礎年金給付費の2分の1」という計算を実施しないこととする。

これをモデルCと呼ぶこととする。基礎年金の給付費が増大している中で国庫負担が増加しないため，「国庫負担は基礎年金給付費の2分の1以下」となるモデルである。社会保障審議会年金数理部会（2020）では基礎年金の加入期間を40年から45年に延長する試算を行う際に，「延長期間に係る給付に2分の1国庫負担がある場合」と「延長期間に係る給付に国庫負担がなく，全て保険料財源で賄う場合」の2つについて扱っている。当該モデルCは，この「基礎年金を給付増額しても，国庫負

担は増額しない（国庫負担が、必ずしも基礎年金給付費の2分の1ではない）」という考え方を、厚生年金と国民年金の財政統合にかかる試算に応用したものである。

次に、モデルCが「厚生年金と国民年金の財政統合を行うものの、国庫負担を増額しない」というものであったので、財政統合における2つの要因のもう一方を確認するモデルとして、「厚生年金と国民年金の財政は分別されたままであるが、国庫負担を増額する」というモデルを考え、これをモデルDとする。モデルDは以下のとおりに計算を実施する。

- STEP D-1: モデルBを最初に計算し、「財政統合後の収支を計算」することで算定される国庫負担を得る。
- STEP D-2: モデルAと同様の計算を実施する。ただし、モデルAでSTEP A-4とSTEP A-5を実施する際には、STEP A-1, A-2, A-3で得られる給付水準調整前の「②厚生年金の給付費」「③2号期間分の基礎年金給付費」「④国民年金の独自給付費」「⑤1・3号期間分の基礎年金給付費」の4つに加えて、「STEP D-1で得られたモデルBの国庫負担」をインプットとし、「国庫負担は基礎年金給付費の2分の1」という計算を実施しないこととする。

このモデルDは、基礎年金給付費とは切り離し

て国庫負担を増加させるため、モデルCとは対照的に、「国庫負担は基礎年金給付費の2分の1以上」となるモデルである。解釈として、「厚生年金と国民年金の財政統合をするためには、合意を得ることは容易でない。ただし、合意を得るのに時間を要し、その間に国庫負担が逡減していくことを避けるべく、国庫負担の財源だけでも財政統合と同レベルまで確保するもの」と考えることができる。

### 3 確率的なシミュレーションの手法

本稿では、比津（2020）と同様に、物価上昇率、実質賃金上昇率（対物価）、実質GDP成長率（対物価）の3変数が互いに相関しつつ確率的に変動する3次元VARモデルを用いることとする<sup>4)</sup>。また、実質運用利回り（対物価）については1次元ARモデルを用いることとする。また、シミュレーションのアルゴリズムも比津（2020）と同様とし、M = 5,000回の計算を繰り返して10%分位点、30%分位点、…、90%分位点や、「積立0確率（財政均衡期間である2019年～2115年のどこかの年に積立金が枯渇し、完全な賦課方式に移行する確率）」をシミュレーションで求める。

なお、本稿における「積立0確率」を算定するにあたっては、何を以って積立金が枯渇したと見做すかについて留意を要する。「厚生年金と国民年金を財政統合のうえ、マクロ経済スライドの停止

<sup>4)</sup> 次数  $p$  の3次元VARモデルは以下のように表される。

$$\mathbf{y}_t = \boldsymbol{\mu} + \boldsymbol{\Phi}_1(\mathbf{y}_{t-1} - \boldsymbol{\mu}) + \boldsymbol{\Phi}_2(\mathbf{y}_{t-2} - \boldsymbol{\mu}) + \dots + \boldsymbol{\Phi}_p(\mathbf{y}_{t-p} - \boldsymbol{\mu}) + \boldsymbol{\varepsilon}_t$$

ただし

$$\mathbf{y}_t = \begin{pmatrix} y_{1,t} \\ y_{2,t} \\ y_{3,t} \end{pmatrix}, \boldsymbol{\mu} = \begin{pmatrix} \mu_1 \\ \mu_2 \\ \mu_3 \end{pmatrix}, \boldsymbol{\Phi}_k = \begin{pmatrix} \Phi_{k-11} & \Phi_{k-12} & \Phi_{k-13} \\ \Phi_{k-21} & \Phi_{k-22} & \Phi_{k-23} \\ \Phi_{k-31} & \Phi_{k-32} & \Phi_{k-33} \end{pmatrix} (k=1, \dots, p)$$

$$\boldsymbol{\varepsilon}_t \sim N \left( \begin{bmatrix} 0 \\ 0 \\ 0 \end{bmatrix}, \begin{bmatrix} \sigma_1^2 & \rho_{12}\sigma_1\sigma_2 & \rho_{13}\sigma_1\sigma_3 \\ \rho_{12}\sigma_1\sigma_2 & \sigma_2^2 & \rho_{23}\sigma_2\sigma_3 \\ \rho_{13}\sigma_1\sigma_3 & \rho_{23}\sigma_2\sigma_3 & \sigma_3^2 \end{bmatrix} \right)$$

ここで  $y_{1,t}$ ,  $y_{2,t}$ ,  $y_{3,t}$  はそれぞれ  $t$  期における変数1、変数2、変数3の値を表し、 $\mathbf{y}_t$  はその3つをまとめた3次元ベクトルである。 $\mu_1, \mu_2, \mu_3$  はそれぞれ変数1、変数2、変数3の平均を表し、 $\boldsymbol{\mu}$  はその3つをまとめた3次元ベクトルである。 $\boldsymbol{\Phi}_k (k=1, \dots, p)$  はラグ  $k$  の自己相関係数の3×3次元行列であり、 $\mathbf{y}_t$  とその  $k$  期前である  $\mathbf{y}_{t-k}$  の関係性を表している。また、VARモデルの定常性は、複素数  $z$  に関して

$$\det(\mathbf{I}_3 - \boldsymbol{\Phi}_1 z - \boldsymbol{\Phi}_2 z^2 - \dots - \boldsymbol{\Phi}_p z^p) = 0$$

のすべての根が絶対値で1より大きいときに成立することが知られている（ $\det$  は行列式を表し、 $\mathbf{I}_3$  は3次元単位行列を表す。）。

年度を求める」際には、合算した積立金が枯渇したか否かに基づいて積立0確率を算定する。これを「統合ベースの積立0確率」と呼ぶこととする。また、国民年金の積立金の状況を確認するために「国民年金の積立金が枯渇する」という場合の確率も算定することとする。これを「国民年金の積立0確率」と呼ぶこととする<sup>5)</sup>。

また、所得代替率（合計）が50%以上確保されているかを確認するために、シミュレーションで上側確率を算定する。例えば、M=5,000回のシミュレーションのうち2115年時点の所得代替率が60%以上である回数を求め、それをM=5,000で除したものを「上側60%確率」とする。また、例えば、2115年時点の所得代替率が55%以上（60%以上も含まれる）である回数をM=5,000で除したものを「上側55%確率」とする。

#### IV 分析結果

本稿では決定論的なシミュレーションと確率的なシミュレーションの両方を実施することとする。以下、VARモデル、ARモデルのパラメータの推定、決定論的なシミュレーションの結果、および、確率的なシミュレーションの結果の順に記載する。

##### 1 VARモデル、ARモデルのパラメータの推定

物価上昇率（変数1）、実質賃金上昇率（対物価）（変数2）、実質GDP成長率（対物価）（変数3）のVARモデルについては1993年～2018年の実績に基づいて、実質運用利回り（対物価）のARモデルについては2001年～2018年の実績<sup>6)</sup>に基づいて最尤法で推定した。VARモデルについては次数0と1、ARモデルについては次数0と1と2で推定し、

AICとBICによりVARモデルは次数1、ARモデルは次数0（1次元正規分布）が選択された。VARモデル（次数1）とARモデル（次数0）の推定結果は表1のとおりである。

物価上昇率、実質賃金上昇率（対物価）、実質運用利回り（対物価）の平均値はそれぞれ0.240、-0.014、3.064であり、物価上昇率、実質賃金上昇率（対物価）は2019年財政検証のいずれの前提よりも厳しいものとなっている。また、VARモデル（次数1）につき、複素数 $z$ に関する $\det(\mathbf{I}_3 - \Phi_1 z) = 0$ の解の絶対値はいずれも1より大きくなっているため定常性が成り立っており、確率的なシミュレーションを実施する際において最尤法で推計された平均、分散、相関係数を用いることに一定の合理性があると考えられる。

##### 2 決定論的なシミュレーションの結果

厚生労働省年金局数理課（2019a）ではケースI～ケースVIの6つのケースで財政検証を実施しているが、その中でもケースIIIとケースVは社会保障審議会年金数理部会（2020）で厚生年金と国民年金の財政統合の試算で使用されているので、本稿ではケースIIIとケースVを用いて決定論的なシミュレーションを実施する。また、保守的な前提として、前節で最尤法にて推定した経済前提についても決定論的なシミュレーションを実施する。計算結果は表2にまとめている。

いずれのモデルにおいても合計特殊出生率及び死亡率は中位とする。また、最尤法で推定したモデルについては、経済成長と労働参加が一定程度進むケースを前提とする。また、所得代替率が50%を下回る場合は、50%で給付水準調整を終了し、給付及び負担の在り方について検討を行うこととされているが、各シミュレーションにおいて

<sup>5)</sup>「厚生年金の積立金が国民年金の積立金よりも早く枯渇する」という可能性もゼロではないが、現時点の人員構成では極めて低確率であるため、本稿ではこのように記載する。

<sup>6)</sup>物価上昇率は厚生労働省年金局数理課（2019a）より引用しており、「総合」のものとなっている。実質賃金上昇率は2000年度までは厚生労働省年金局数理課（2019a）より平均標準報酬月額上昇率の実質を引用し、2001年度からは厚生労働省（2019）に記載の名目賃金上昇率（性・年齢構成の変動による影響を控除した名目標準報酬上昇率）に対して、物価上昇率（総合）に基づいて筆者にて実質ベースとして作成した。実質GDP成長率については内閣府「国民経済計算（GDP統計）」より引用した。実質運用利回り（対物価）は、厚生労働省（2019）に記載の名目運用利回りに対して物価上昇率（総合）に基づいて筆者にて実質ベースとして作成した。

表1 最尤法の推定結果

	物価 (変数1) 賃金 (変数2) GDP (変数3) (VARモデル)	運用利回り (ARモデル)		物価 (変数1) 賃金 (変数2) GDP (変数3) (VARモデル)	運用利回り (ARモデル)
$\mu_1$	0.240	3.064	$\sigma_1$	0.741	4.676
$\mu_2$	-0.014	-	$\sigma_2$	0.682	-
$\mu_3$	0.960	-	$\sigma_3$	1.573	-
$\phi_{1\_11}$	0.211	-	$\rho_{12}$	0.075	-
$\phi_{1\_12}$	-0.336	-	$\rho_{13}$	0.362	-
$\phi_{1\_13}$	0.269	-	$\rho_{23}$	0.470	-
$\phi_{1\_21}$	0.041	-	対数尤度	-100.102	-53.304
$\phi_{1\_22}$	0.748	-	AIC	236.205	110.609
$\phi_{1\_23}$	-0.197	-	BIC	258.850	112.390
$\phi_{1\_31}$	-0.753	-			
$\phi_{1\_32}$	0.470	-			
$\phi_{1\_33}$	-0.225	-			

表2 決定論的なシミュレーションの結果

ケース	モデルA 効果①：なし 効果②：なし	モデルB 効果①：あり 効果②：あり	モデルC 効果①：あり 効果②：なし	モデルD 効果①：なし 効果②：あり
ケースⅢ 物価上昇率 1.2% 実質賃金上昇率 1.1% 実質運用利回り 2.8%	50.7% (基礎：26.1%) (比例：24.6%) 基礎調整終了：2047年度 比例調整終了：2025年度	55.7% (基礎：33.0%) (比例：22.7%) 基礎調整終了：2032年度 比例調整終了：2032年度	53.3% (基礎：31.6%) (比例：21.7%) 基礎調整終了：2035年度 比例調整終了：2035年度	54.7% (基礎：30.6%) (比例：24.1%) 基礎調整終了：2037年度 比例調整終了：2027年度
ケースⅤ 物価上昇率 0.8% 実質賃金上昇率 0.8% 実質運用利回り 2.0%	44.5% (基礎：21.9%) (比例：22.6%) 基礎調整終了：2058年度 比例調整終了：2032年度	50.2% (基礎：29.8%) (比例：20.4%) 基礎調整終了：2038年度 比例調整終了：2038年度	47.5% (基礎：27.9%) (比例：19.6%) 基礎調整終了：2042年度 比例調整終了：2042年度	49.2% (基礎：27.2%) (比例：22.0%) 基礎調整終了：2044年度 比例調整終了：2034年度
最尤法の推定値 物価上昇率 0.240% 実質賃金上昇率 -0.014% 実質運用利回り 3.064%	34.1% (基礎：17.8%) (比例：16.2%) 基礎調整終了：- 比例調整終了：-	34.1% (基礎：17.8%) (比例：16.2%) 基礎調整終了：- 比例調整終了：-	34.1% (基礎：17.8%) (比例：16.2%) 基礎調整終了：- 比例調整終了：-	34.1% (基礎：17.8%) (比例：16.2%) 基礎調整終了：- 比例調整終了：-

注：【効果①】「厚生年金から国民年金への補填」を行ったことによる効果、【効果②】「国庫負担の増加」を行ったことによる効果。  
 1段目：所得代替率（合計）、2段目括弧：所得代替率（基礎）、3段目括弧：所得代替率（比例）（いずれも2115年時点）  
 4段目：基礎年金の調整終了年度、5段目：厚生年金の調整終了年度（賦課方式に移行したケースでは「-」と表示）  
 最尤法の推定値を用いたシミュレーションでは、モデルA～Dのいずれでも2115年までに積立金が枯渇するため、賦課方式にて所得代替率を算定している。なお、厚労省2019モデルにはコンピュータの計算環境に依存する変数設定が一部含まれていたため、本稿では当該設定を改良しており、そのために本稿のモデルAの計算結果は厚生労働省年金局数理課（2019a）の計算結果と若干異なっている。

は、財政のバランスが取れるまで機械的に給付水準調整を進めるものとしてシミュレーションを実施する。

なお、2019年財政検証のケースⅥ（出生中位、死亡中位、機械的に給付水準調整を進めた場合）においては2052年度に国民年金の積立金が枯渇して完全な賦課方式に移行しているが、そこにおい

ては「国民年金の積立金がなくなる2052年度において厚生年金は支出の約2.4年分の積立金を保有しているため、その分、保険料と国庫負担のみを財源とする完全な賦課方式とした場合の所得代替率より高い給付が可能である。」としつつも、厚生年金の積立金も同時に枯渇する前提で計算している（厚生労働省年金局数理課、2019b）。本稿のモ

デルA、モデルDにおいても同様の前提で計算している（後節の確率的なシミュレーションでも同様とする）。また、賦課方式に移行した場合において、「モデルB、モデルDは国庫負担が増額されているため、モデルA、モデルCよりも所得代替率が増額される」として所得代替率（合計）を算定することもできたが、賦課方式に移行される前に何らかの別の措置が取られるであろうことから、「モデルBとモデルDの賦課方式の給付水準は高い」という示し方も誤解を招くと考えたため、本稿では賦課方式に移行した時点で「国庫負担の増額」がない前提で所得代替率を計算している。

表2においてモデルDに注目すると、モデルDの所得代替率（合計）はモデルBに近い水準であり（ケースⅢでモデルB、モデルDそれぞれ55.7%、54.7%。ケースⅤで同50.2%、49.2%）、国庫負担を確保することが年金制度の給付水準を維持するうえで重要であると言える。また、モデルDはモデルAよりも所得代替率（比例）が低下している（ケースⅢでモデルA、モデルDそれぞれ24.6%、24.1%。ケースⅤで同22.6%、22.0%）。これは、国庫負担の増加によって基礎年金の財政状況が改善されたために基礎年金部分のマクロ経済スライドの停止年度が早まり、そのために厚生年金勘定から基礎年金勘定へ拠出する金額が増加した結果、厚生年金勘定の基礎年金拠出金（支出）の増加が厚生年金勘定への国庫負担（収入）の増加を上回ることとなったためである。

次に表2においてモデルCに注目すると、モデルCの所得代替率（比例）はモデルAよりも低下している（ケースⅢでモデルA、モデルCそれぞれ24.6%、21.7%。ケースⅤで同22.6%、19.6%）が、その低下を補うだけ所得代替率（基礎）が上昇しており（ケースⅢでモデルA、モデルCそれぞれ26.1%、31.6%、ケースⅤで同21.9%、27.9%）、結果的に所得代替率（合計）が上昇している（ケースⅢでモデルA、モデルCそれぞれ50.7%、53.3%、ケースⅤで同44.5%、47.5%）。これは、財政統合によって厚生年金部分に係るマクロ経済スライドの停止年度が長期化したことにより、早期の段階から給付額が減額されて積立金が上昇し、運用の

利回りを享受したことによる。このモデルCの所得代替率（合計）は、モデルDほどではないがモデルBに近い水準であり、国庫負担の増加がなかったとしても「厚生年金と国民年金の財政統合」によって厚生年金加入者に不利益があるわけではないと言える。

最尤法の推定値を用いたケースでは、モデルA～Dのいずれにおいても積立金が枯渇して賦課方式に移行しており、所得代替率（合計）が34.1%にまで落ち込んでいる。このように積立金が枯渇すると給付水準も低下するため、経済が低調なケースも検証することが重要であると考えられるため、確率的なシミュレーションを用いて追加で検証する。

### 3 確率的なシミュレーションの結果

AICとBICで選択されたVARモデル（次数1）とARモデル（次数0）で確率的なシミュレーションを実施する。各パラメータは最尤法で推定された推定結果を用いることとする。表3は所得代替率（合計）の上側分布、積立0確率、および、積立度合の推移をまとめたものであり、図2は積立度合の推移を表している。積立度合は10%分位点、30%分位点、…、90%分位点と20%刻みの分位点を示している。

表3の積立0確率を見てみると、モデルAでは国民年金の積立0確率が63.1%と非常に厳しくなっているが、これは最尤法で推定された経済前提（物価上昇率、実質賃金上昇率（対物価）、実質運用利回り（対物価）それぞれ0.240、-0.014、3.064等）を用いて保守的なシミュレーションを実施したためである。モデルB、モデルCの統合ベースの積立0確率はそれぞれ29.5%、38.1%であり、モデルAと同様に厳しい状況ではあるが、さらにモデルBとモデルCについては国民年金の積立0確率は95.6%であり、モデルAよりも悪化している。これは、モデルAでは各制度別にマクロ経済スライドの停止年度を算定しているが、モデルB、モデルCでは合算ベースでの算定によって停止年度が早まり、国民年金が単独で賄いきれる支出を超えるためである。モデルDでは国民年金の積立0

確率は46.6%であり、モデルA、モデルB、モデルCのいずれよりも改善されている。決定論的なシミュレーションであれば、モデルA～Dのいずれも「積立金が枯渇」という結果であり、各モデルの違いが不明瞭であったが、確率的なシミュレーションであれば、どの程度の確率で「積立金が枯渇」するのかを確認でき、各モデルの違いを確認できる。

表3のモデルBの所得代替率（合計）に着目すると、「所得代替率（合計）が50%以上の確率」が56.7%であり、所得代替率（合計）を50%確保できると一応は言えるが、「所得代替率（合計）が50%未満の確率」は43.3%（ $=100\% - 56.7\%$ ）であるため、モデルBであったとしても、年金制度の持続には今後の経済の発展が必要であると考えられる。次にモデルCとモデルDの所得代替率（合計）に着目すると、「所得代替率（合計）が50%以上の確率」ではモデルCは47.4%、モデルDは48.1%であるため、モデルDが優位であるが、「所得代替率（合計）が45%以上の確率」ではモデルCは57.6%、モデルDは53.3%、「所得代替率（合計）が40%以上の確率」はモデルCは61.1%、モデルDは53.4%であり、モデルCの方が優位になってくる。これはモデルCの統合ベースの積立0確率が38.1%、モデルDの国民年金の積立0確率が46.6%であるが、積立金が枯渇しないケースでは所得代替率（合計）は40%～50%に多く分布し、一方で積立金が枯渇して賦課方式に移行するケースでは所得代替率（合計）は32%～40%に多く分布するため、モデルCの方が積立0確率が小さい分だけ40%～50%における比重が高まっているためである。この積立0確率の差分は計算の前提の相違<sup>7)</sup>によるものではあるが、積立金の枯渇が所得代替率の分布に影響を与えることから、積立金の推移を確認することの重要性は高いと考える。

表3の積立度合の推移、および、図3のモデルA

を見てみると、国民年金における10%、30%、50%分位点においてはなだらかに積立度合が減少して積立度合が0になっているが、厚生年金の積立度合は急な崖となって積立度合が0となっている（脚注7のモデルD（およびモデルA）に記載の置き換えによる）。モデルDは基本的にモデルAと同様の傾向にあるが、国庫負担を増額した分だけ国民年金の財政状況が改善しており、結果として「国民年金の積立金が0になると同時に厚生年金の積立金を0と置き換える」と処理する確率が低下したことにより、モデルDの厚生年金における崖はモデルAよりも緩やかになっている。また、表3の「国民年金の積立0確率」でも確認したとおり、モデルDはモデルA、モデルB、モデルCのいずれよりも国民年金単体で見た場合の財政状況が改善している。

次に表3の積立度合の推移、および、図3のモデルBを見てみると、モデルA（およびモデルD）にあった厚生年金における10%、30%、50%分位点における崖がなくなっているが、これは厚生年金の財政が改善したわけではなく、脚注7に記載の計算の前提の相違による。モデルCは基本的にモデルBと同様の傾向にあるが、国庫負担がない分だけ、積立金が枯渇する確率が高くなっている。

以上、確認してきたとおり、保守的な経済前提を用いた場合、決定論的な手法であればモデルA～モデルDの違いを確認できなかったが、確率的なシミュレーションではその違いを確認できる。モデルBならば所得代替率（合計）が50%以上の確率が56.7%であるものの積立0確率も30%近くに達しており、モデルC、モデルDに至っては所得代替率（合計）が50%以上となる確率すら50%を下回る。以上から、年金制度の持続には今後の経済の発展が必要であることが改めて確認できたと考える。

<sup>7)</sup> モデルC（およびモデルB）では「国民年金の積立金が0になると同時に厚生年金の積立金を0と置き換える」という処理を実施せず「統合後の積立金が枯渇しない限りは積立金が枯渇していないものとして計算を続ける」という前提で計算している。一方、モデルD（およびモデルA）では「一方の積立金が残存していたとしても、その積立金は活用しない」という前提で計算しており、国民年金の積立金が0になると同時に厚生年金の積立金を0と置き換える処理を行っている。



表3 確率的なシミュレーションの結果（所得代替率（合計）の上側分布）

所得代替率（合計）	モデルA 効果①：なし 効果②：なし	モデルB 効果①：あり 効果②：あり	モデルC 効果①：あり 効果②：なし	モデルD 効果①：なし 効果②：あり
60%以上	7.2%	9.7%	8.4%	8.9%
55%以上	21.5%	35.0%	28.1%	30.3%
50%以上	32.1%	56.7%	47.4%	48.1%
45%以上	36.1%	66.4%	57.6%	53.3%
40%以上	36.9%	69.6%	61.1%	53.4%
35%以上	75.3%	87.8%	84.3%	81.3%
30%以上	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

注：【効果①】「厚生年金から国民年金への補填」を行ったことによる効果，【効果②】「国庫負担の増加」を行ったことによる効果。

## 積立0確率

所得代替率（合計）	モデルA	モデルB	モデルC	モデルD
国民年金	63.1%	95.6%	95.6%	46.6%
統合ベース		29.5%	38.1%	

注：「積立0確率」は「国民年金：国民年金の積立金が0となる確率」と「統合ベース：厚生年金と国民年金を財政統合した積立金が0となる確率」のそれぞれを算定。「統合ベース」の場合，国民年金・厚生年金のどちらか一方の積立金が0を下回ったとしても，合算した積立金が0以上であれば積立金が枯渇したとは見做さない。

## 20年ごとの積立度合の推移

年	分位点	モデルA		モデルB			モデルC			モデルD	
		国民年金	厚生年金	国民年金	厚生年金	合算	国民年金	厚生年金	合算	国民年金	厚生年金
2035	10%	2.41	3.78	2.41	3.78	3.69	2.41	3.78	3.69	2.41	3.77
	30%	2.92	4.49	2.92	4.50	4.40	2.92	4.50	4.40	2.93	4.48
	50%	3.33	4.99	3.32	5.02	4.91	3.32	5.03	4.92	3.33	5.00
	70%	3.78	5.56	3.75	5.59	5.47	3.75	5.61	5.49	3.77	5.57
	90%	4.42	6.36	4.38	6.39	6.25	4.38	6.40	6.27	4.40	6.37
2055	10%	-	-	0.07	1.72	1.62	0.07	1.70	1.60	-	-
	30%	1.18	3.30	1.14	3.48	3.32	1.11	3.50	3.34	1.19	3.02
	50%	2.06	4.37	1.89	4.69	4.50	1.86	4.84	4.64	2.13	4.37
	70%	3.06	5.40	2.66	5.59	5.39	2.55	5.77	5.55	3.07	5.44
	90%	4.04	6.64	3.67	6.70	6.49	3.58	6.86	6.63	3.99	6.65
2075	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30%	-	-	-	2.39	2.13	-	1.56	1.11	-	-
	50%	0.34	3.08	-	4.38	4.05	-	4.97	4.57	1.17	3.64
	70%	2.61	4.85	0.82	5.25	4.94	0.06	5.76	5.36	2.70	4.96
	90%	3.68	6.18	2.59	6.27	5.99	2.07	6.75	6.28	3.63	6.15
2095	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30%	-	-	-	1.72	1.07	-	-	-	-	-
	50%	-	-	-	3.73	3.12	-	4.32	3.53	0.88	2.80
	70%	2.07	3.61	-	4.26	3.74	-	5.00	4.13	2.17	3.76
	90%	2.85	4.59	0.31	4.94	4.44	-	5.85	4.80	2.82	4.57
2115	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30%	-	-	-	0.81	0.74	-	-	-	-	-
	50%	-	-	-	1.78	1.00	-	2.08	1.00	1.00	1.00
	70%	1.00	1.00	-	2.24	1.00	-	3.14	1.00	1.00	1.00
	90%	1.00	1.00	-	2.97	1.00	-	4.63	1.00	1.00	1.00

注：積立金が枯渇して賦課方式に移行したものについては「-」と記載している。

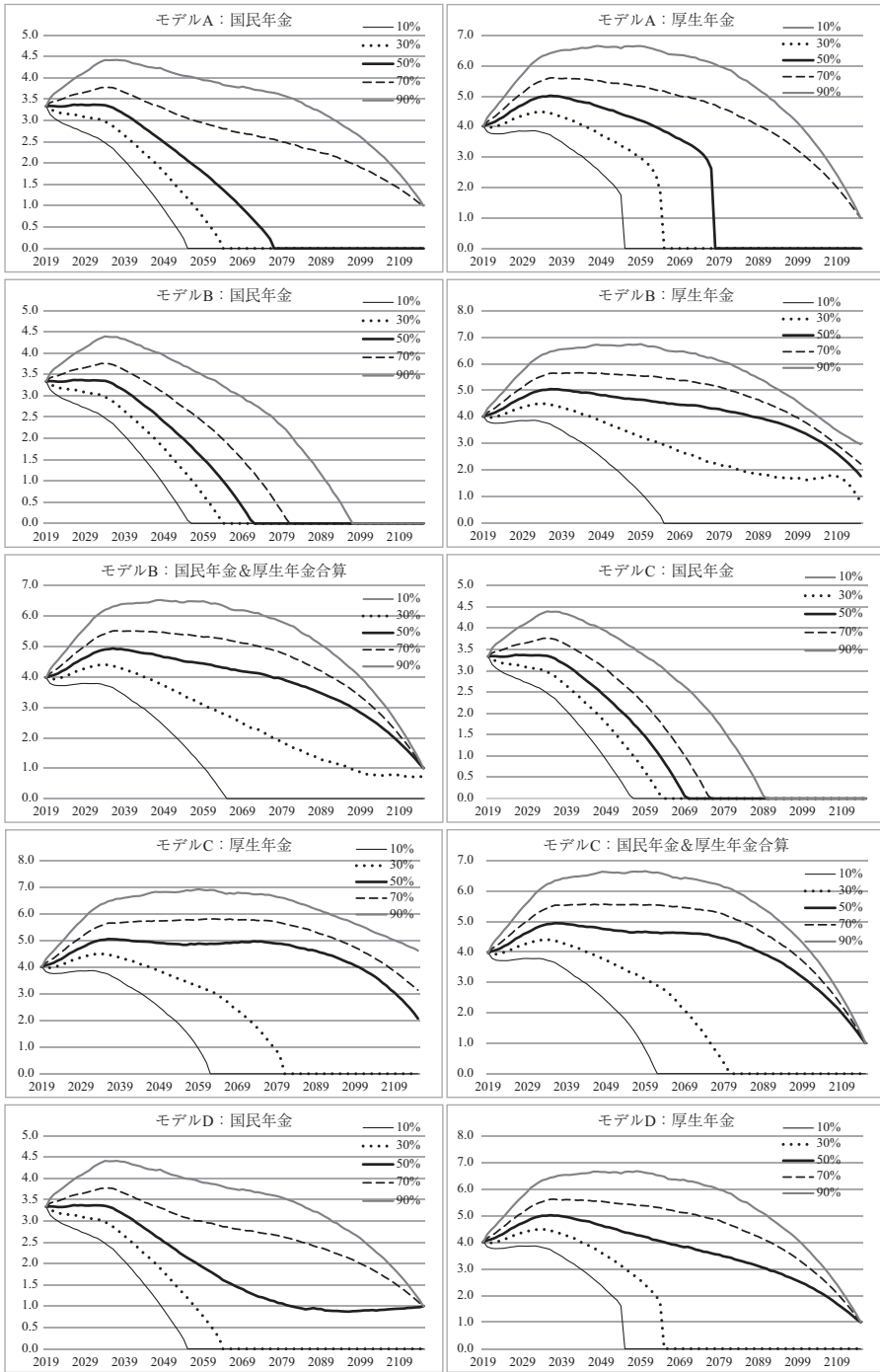


図2 積立度合の推移

## V まとめ

本稿では厚生年金と国民年金の財政統合について、2つの要因に分解したうえでの検証を試みた。決定論的なシミュレーションの結果、「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」の2つの要因のうち、後者だけでも所得代替率のかなりの改善が確認され、また前者だけでも厚生年金加入者にとって不利益のない給付改善が達成されることが確認された。また、悲観的なシナリオについて確率的なシミュレーションを実施したところ、「積立金が枯渇する確率」を通じて各モデルの違いを確認できた。「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」の2つが成立するモデルをもってしても、所得代替率（合計）が50.0%を下回る確率が40%以上もあり、積立金が枯渇する確率も30%近くとなる状況から、年金制度の持続には経済の発展が必要であることが改めて確認された。

本稿では「厚生年金から国民年金への補填」と「国庫負担の増加」を切り離して、どちらか片方のみが実現する分析であったが、実際にはこの2つの両方をそれぞれ部分的に実現のうえで両方の施策を実施するもの（例：一定程度のみ国庫負担を増加のうえで、一定程度まで厚生年金から国民年金へ積立金を補填する等）もあり得ると考える。これの検討については今後の課題としたい。

## 謝辞

本稿の作成においては牧本直樹教授から貴重なコメントを頂戴した。また、本誌の2名の匿名のレフェリーからは非常に有益なコメントをいただいた。記して感謝申し上げたい。なお、本稿は筆者の所属する組織の見解を代表するものではなく、筆者個人の見解であり、本稿における誤りはすべて筆者に帰するものである。

（令和5年3月投稿受理）

（令和5年12月採用決定）

## 参考文献

- Anthony W. Cheng, Michael L. Miller, Michael Morris, Jason P. Schultz, J. Patrick Skirvin, Danielle P. Walder, Robert E. Baldwin, Sharon K. Chu, Josiah M. Lynch, William M. Piet, Lesley B. Reece. (2004), "A Stochastic Model of the Long-Range Financial Status of the OASDI Program," Actuarial Study No.117, pp.1-92.
- 稲垣誠一 (2021)「基礎年金の底上げ方策の政策効果」, 小黒一正編『人口動態変化と財政・社会保障の制度設計 (法政大学比較経済研究所 研究シリーズ 35)』, 株式会社日本評論社, pp.165-185。
- (2022)「新型コロナウイルス後の年金財政と基礎年金の在り方」, 『日本年金学会誌』, 第41巻, pp.6-12。
- 稲垣誠一・清水時彦 (2014)「確率的公的年金財政モデルによる基本ポートフォリオの検討」, 『日本保険・年金リスク学会誌』, Vol.6, No.1, pp.1-19。
- 小黒一正 (2021)「セーフティネット機能としての年金の意義—2019年・財政検証とTFP上昇率の評価を巡って—」, 『社会保障研究』, Vol.5, No.4, pp.489-501。
- 小塩隆士 (2015)「マクロ経済スライドとその完全発動の意義と課題」, 『年金と経済』, Vol.34, No.1, pp.17-23。
- 木村 真 (2020)「マクロ経済スライドの現状と課題 (発動と終了の条件)」, 『社会保障研究』, Vol.4, No.4, pp.470-485。
- 桐原康栄 (2019)「2019年年金財政検証の概要と評価」, 『調査と情報—ISSUE BRIEF—』, No.1071 (2019.11.26), pp.1-10。
- 厚生労働省 (2019)「平成30年度 厚生年金保険法第79条の8第2項に基づくGPIFにかかる管理積立金の管理及び運用の状況についての評価の結果」。
- 厚生労働省年金局数理課 (2009)「平成21年財政検証結果レポート —「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し」(詳細版)—」。
- (2019a)「2019 (令和元) 年財政検証結果レポート —「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し」(詳細版)—」。
- (2019b)「2019 (令和元) 年財政検証結果レポート —「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し」(詳細版)—【参考別冊】」。
- 小平 裕 (2013)「平成21年 (2009) 年財政検証の概要と評価」, 『成城大学経済研究』, 第200号, pp.123-166。
- 社会保障審議会年金数理部会 (2020)「厚生労働省追加提出資料」。
- 社会保障審議会年金部会 (2019)「社会保障審議会年金部会における議論の整理」。
- 高山憲之 (2020)「公的年金制度の持続可能性と給付の十分性：2019年の年金財政検証をめぐって」, 『年金と経済』, Vol.38, No.4, pp.25-30。

- 中嶋邦夫 (2020) 「基礎年金の水準低下とその対応策」, 『社会保障研究』, Vol.4, No.4, pp.460-469。
- 中嶋邦夫・北村智紀 (2022) 「短期的な経済変動リスクを考慮した公的年金改正案の効果検証」, 『社会保障研究』, Vol.7, No.1, pp.80-94。
- 蓮見亮・中田大悟 (2010) 「少子高齢化, ライフサイクルと公的年金財政」, 『季刊社会保障研究』, Vol.46, No.3, pp.274-289。
- 比津貴行 (2020) 「確率的将来見通しによる公的年金制度における年金額改定ルールの考察」, 『社会保障研究』, Vol.5, No.3, pp.368-385。
- 福山圭一 (2020) 「国民年金の厚生年金への統合」, 『季刊 個人金融』, 2020 春, pp.51-61。
- 山本克也 (2010) 「厚労省財政検証プログラムを用いた公的年金改革案の提示」, 『季刊家計経済研究』, 第85号, pp.56-63。
- 山本 拓 (1988) 「経済の時系列分析」, 創文社。
- 吉原建二・畑 満 (2016) 「日本公的年金制度史～戦後七〇年・皆年金半世紀～」, 中央法規。
- 吉田周平・木村 真 (2016) 「公的年金財政検証における財政均衡方式の評価」, 『社会保障研究』, Vol.1, No.1, pp.192-208。
- (2019) 「財政検証の見通しと実績値との乖離の要因分析」, 『日本年金学会誌』, 第38巻, pp.86-91。

(ひず・たかゆき)

## **Two Components Analysis for The Consolidation of Japan's Social Security Pension Funds - Financial Assistance from EPI to NP and Securement of National Subsidy -**

HIZU Takayuki\*

### Abstract

In Japan, the benefit level of Social Security Pension Systems has been decided to be accommodated to the limited financial resources through the “Automatic Adjustment”. The last year of Automatic Adjustment for National Pension (NP) and that for Employees’ Pension Insurance (EPI) are calculated separately because the fund for NP and that for EPI are independent, and a lot of literatures have pointed out that the benefit level of NP is decreasing due to the longer period of Automatic Adjustment.

This study utilizes both deterministic projection and stochastic projection, and analyzes how much the benefit levels would be impacted by calculating the last year of “Automatic Adjustment” under the assumption that Japan’s government consolidates the fund for NP and that for EPI into one. Furthermore, this study divides the effect of the consolidation of the funds into two factors (the financial assistance from EPI to NP and the securement of the national subsidy) and evaluates each components. The result shows that the benefit level would be improved close to the level with realizing both of two factors even if we only achieve the securement of the national subsidy. Furthermore, the result shows that the members of EPI would enjoy the higher benefit from the increase of NP level even if EPI supports NP and there is no national subsidy increase. We have also reaffirmed that the economic recovery is mandatory for the future pension funds by reviewing stochastic projection under the low economic growth assumption.

Keywords : Japan’s Social Security Pension System, Consolidation of Pension Funds, Stochastic Projection

---

\* Mitsubishi UFJ Trust and Banking Corporation (This article does not represent the opinion of the organization which the author (Takayuki Hizu) belongs to, but this article represents the personal opinion of the author (Takayuki Hizu) and the author (Takayuki Hizu) is to blame for all the faults in this article.)

投稿：論文

## コホート出生率決定要因の再検討 ——都道府県パネルデータによる実証分析——

牧田 修治\*<sup>1</sup>, 豊田 哲也\*<sup>2</sup>, 奥嶋 政嗣\*<sup>2</sup>, 水ノ上 智邦\*<sup>3</sup>

### 抄 録

本研究では、コホート出生率の決定要因について、先行研究の変数の作成方法や推定方法を検討した上で、女性のライフステージにおける就業行動の影響が明らかになるように分析した。この結果、生涯未婚率、女性就業率、女性実質賃金率が影響を与えていることが明らかとなった。ただ、女性のライフステージで影響は異なり、25歳～29歳では女性就業は完結出生力に対してプラスに影響し、競合関係にあると考えられてきた女性の就業と出産が両立できる関係になっている。一方で、30歳～34歳では依然として両者の間は競合関係になっているとみられ、第2子以降の多子出産の困難性の可能性が考えられる。なお、本研究では推定に使用するデータの適切性を検討した上で推定した結果、先行研究とは異なる結果が得られた。

キーワード：完結出生力、生涯未婚率、女性就業率、女性賃金率、都道府県パネルデータ

社会保障研究 2024, vol. 8, no. 4, pp. 505-523.

### I はじめに

「人口動態統計」（厚生労働省）によると、わが国の合計特殊出生率は2005年に1.26まで低下した後は上昇に転じ、2015年には1.45まで回復した。しかし、翌年から再び低下し2021年には1.30となっている<sup>1)</sup>。

合計特殊出生率は再生産年齢である15歳から49歳の出生率を合計した指標であり、河野（2007）によると、出生率の水準を表す指標として最もよ

く用いられ、容易に計算され、出生力の一番新しい状況をいち早く表現できるというメリットがある。しかし、この指標は出生のタイミングという側面を捨象して計算されているために、このタイミングが変化しただけでも変動するというデメリットを持っている。すなわち、結婚・出産のタイミングが変化しただけで一生の出生数には変化はないという場合であっても、言わば見せかけの変動が生じてしまうことから、合計特殊出生率の変動だけをみて出生率の傾向を論ずるのは性急であると考えられる。

\*<sup>1</sup> 徳島県政策創造部 企画幹

\*<sup>2</sup> 徳島大学大学院社会産業理工学研究部 教授

\*<sup>3</sup> 就実大学経営学部 教授

<sup>1)</sup> 合計特殊出生率は、期間合計特殊出生率とコホート合計特殊出生率があるが、本研究では、特に断らない限り期間合計特殊出生率の意味で使用する。

一方で、同じ年に出生したコーホートについて計算されたコーホート合計特殊出生率（以下、単にコーホート出生率とする）では、時間経過に沿ってコーホートの出生率を順次計算して合計するために、このようなデメリットはない。したがって、廣嶋（1999, 2011）が指摘するように、合計特殊出生率の動きをみる場合、その背景にあるコーホート出生率がどう変化しているのかということが重要な論点になる。『合計特殊出生率について』（厚生労働省）で「①期間合計特殊出生率の年次推移（年齢階級別内訳）」と「②各世代（コーホート）別にみた母の年齢階級別出生率」を併せてみると、1982年～86年出生コーホートでは一つ前のコーホートの出生率を上回っている一方で、1987年～91年出生コーホートより若いコーホートでは、一つ前のコーホートの出生率を下回っている。合計特殊出生率の2005年以降の上昇とその後の低下は、1970年代から1980年代前半の出生コーホートの出生率の上昇とこれより若いコーホートの出生率の低下が反映されているとみることできる<sup>2)</sup>。ただし、コーホート出生率では若い世代の出生率が将来どのようになるのかということは不明であり、これを知るためにはコーホートが完結するまでの長い時間を待たなければならないというデメリットがある（河野（2007））。そこで、本研究ではコーホート出生率の変化の手がかりをつかむために、コーホート出生率の決定要因を解明したい。ただ、コーホート出生率の決定要因を分析した比較的最近の研究では、変数の作成方法や推定方法など、結論に至るプロセスで

検討の余地を残していると考えられる。このため、本研究ではまずこれらの点を検討する。

併せて、女性の就業と出産の関係についても焦点を当てる。両者の間には競合関係があると考えられてきたが、最近の実証分析結果によるとこの関係に変化がみられる<sup>3)</sup>。若い世代では、制度変更などによって就業環境が変化し、就業と結婚・出産の両立が可能となっている可能性があることから、2020年に実施された「国勢調査」（総務省）の結果を利用して、より若い世代のデータを加えて両者の関係を実証的に明らかにすることには意義があると思われる<sup>4)</sup>。

本研究の構成は以下の通りである。まず次節で先行研究を紹介する。出生率に関しては豊富な研究の蓄積があるが、ここでは主にコーホート出生率に関する比較的最近時の先行研究を紹介するとともに、結論に至るプロセスについて検討する。続く3節では推定式と推定に使用する変数について説明する。4節で推定結果を報告し、最後に結論を述べる。

## II 先行研究

コーホート出生率に関する最近の主な研究としては、集計データを利用して完結出生力を分析した堤（2011）、足立・中里（2017）のほか、マイクロデータを利用してコーホート別の有子確率を分析した是川（2019）がある<sup>5)</sup>。

堤（2011）は、完結出生力に対する未婚化、晩婚化、夫婦の出生力の影響を分析するために、完

<sup>2)</sup> 令和3年（2021）人口動態統計（確定数）の概況の参考資料「合計特殊出生率について」（[mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/dl/tfr.pdf](http://mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/dl/tfr.pdf)（2023年4月13日最終確認））を参照。

<sup>3)</sup> 伊達・清水谷（2004）のサーベイでは、わが国のほぼすべての実証結果で女性の就業によって出産が抑制されることが示されているとしていたが、相川ほか（2022）のサーベイでは、女性の就業率については、出生率にプラスの影響を及ぼすという結果とマイナスの影響を及ぼすという結果が混在しているとしている。

<sup>4)</sup> 1986年の男女雇用機会均等法の施行によって男女の雇用機会・待遇の均等推進に法的根拠が与えられ、1997年の同法改正によって努力義務であった募集・採用、配置・昇進における女性差別が禁止となった。また、1992年に育児休業法が制定されたことによって就業継続できる環境整備が促進され、1995年に介護休業も含めて育児・介護休業法に改正されるなど、女性の就業と子育ての両立のための環境整備がなされてきた（濱田（2015, 2018））。2020年実施の「国勢調査」（総務省）では、この時期に就職した世代を含む1981年～85年出生コーホートまでのデータが利用できる。本研究では、このコーホートまでを分析の対象としている。

<sup>5)</sup> 堤（2011）では「完結出生率」という用語を使用し、足立・中里（2017）は「完結出生力」という用語を使用している。本稿では「完結出生力」で統一することとする。

結出生力を生涯未婚率、平均結婚年齢、有配偶出生率の3つの要因に分解し、さらにこの3つの変数を女性賃金率などで説明するというモデル体系を想定し、1970年から1990年の間に20歳～24歳になる5つのコーホートを対象として都道府県別のクロスセクション回帰分析を行った。分析の結果、すべてのコーホートについて、生涯未婚率および平均結婚年齢が有意にマイナス、有配偶出生率は有意にプラスとなり予想通りの結果が得られたとしている。また、女性賃金率については平均結婚年齢を上昇させる要因となっていると報告しており、この経路で完結出生力を低下させる要因だと考えられる。

足立・中里（2017）でも都道府県別データを使用し、1985年から1995年の間に20歳～24歳となる3つのコーホートを対象に完結出生力の決定要因を分析している。コーホートごとのクロスセクション回帰分析、3つのコーホートを統合したプールド回帰分析、二元配置固定効果モデルによる分析を行った結果、すべての推定で有意な結果となった生涯未婚率と女性賃金率が完結出生力の決定要因だとしている。なお、女性就業率については、一部の推定で有意な結果とならなかったことから、完結出生力の決定要因とみなすことは留保している<sup>6)</sup>。

是川（2019）は、「出生動向基本調査」（国立社会保障・人口問題研究所）のマイクロデータを利用

して、40歳～49歳時点の女性の有子確率を分析した。分析では、女性の就業環境が制度変更によって大きく変化していることから、この変化に応じてコーホートを4つに区分し、40歳～49歳時点の子どもの有無と結婚決定時の就業状態の2つの変数を被説明変数としたbivariate probit modelによる分析を行った<sup>7)</sup>。分析の結果、入職時に男女雇用機会均等法が施行済みであった1964年～70年出生コーホートでは、結婚決定時に正規公務員や学歴が大卒の場合に競合関係がみられるものの、その他の就業状態や学歴では競合関係はみられないこと、また、より若い世代でも競合関係がみられないことを報告している<sup>8)</sup>。

堤（2011）と足立・中里（2017）では生涯未婚率と女性賃金率が完結出生力の決定要因であるという点でおおむね一致している。ただし、変数の作成方法や推定方法の点で検討の余地を残していると考えられる。

まず、変数の作成方法、具体的には完結出生力と女性就業率の作成方法について検討しよう。堤（2011）および足立・中里（2017）は、ともに「人口動態統計」（厚生労働省）から得られる出生数（確定数）を「国勢調査」（総務省）の女性人口（総人口）で除して出生率を算出している<sup>9)</sup>。しかし、「人口動態統計」の出生数（確定数）は、日本における日本人を対象としているため、出生率を算出する際には日本人女性人口を使用することが妥当

<sup>6)</sup> 足立・中里（2017）では、「女性就業率の係数の推定値は、3つのコーホートを統合して推定を行った場合には、多くの推定式において有意な正の値となる。ただし、35-39歳女性人口をウェイトとして利用した場合は、女性就業率の係数が有意に0と異なる点に留意が必要である。」(p.85)としている。

<sup>7)</sup> 是川（2019）では「出生動向基本調査」の第11回から第15回のマイクロデータを、男女雇用機会均等法成立前に入職、育児休業法成立以前に第1子の出産・育児期となった1947年～55年生コーホート、男女雇用機会均等法成立以前に入職、育児休業法成立前後に第1子の出産・育児期となる1955年～64年生コーホート、入職時には男女雇用機会均等法が施行済み、第1子の出産・育児期には育児休業法が施行済みと考えられる1964年～70年生コーホート、入職時に男女雇用機会均等法、育児休業法が施行済みの1970年～75年生コーホートの4つのコーホートに分けて分析している。

<sup>8)</sup> 是川（2019）によると、1970年～75年出生コーホートでは大卒者であることや結婚決定時に安定的な職業をしていることは、有意にマイナスの影響を与えなくなると同時に、一部では有意でないものの符号がプラスに転じる学歴や就業状態の変数もあること、さらに1970年～79年出生コーホートと分析対象を拡張させた場合では大学卒業率で有子確率を高める結果となったことを報告している。

<sup>9)</sup> 堤（2011）の完結出生力の作成方法の説明では「各5歳階級の女性の出生数を、各5歳階級の女性数で除した各5歳階級別出生率を累積し」と記されており、総人口を使用していると明記しているわけではない。ただ、例えば1961年～65年出生コーホートの完結出生力の平均は「1.7423」で、足立・中里（2017）の「1.742」と同じ値であった。なお、日本人女性を使用した同じ出生コーホートの完結出生力の平均は1.760である。



である<sup>10)</sup>。推定を行う場合には、このことが推定式の右辺にも影響する。左辺と右辺を整合させるために、例えば生涯未婚率など女性人口を使用する変数は日本人女性人口を使用することが適切である。また、足立・中里(2017)では35歳～39歳の女性人口でウェイト付けした推定を行っているが、このウェイトも日本人女性人口を用いることが適切であろう<sup>11)</sup>。

女性就業率について「国勢調査」(総務省)で20歳～24歳の推移をみると、1995年から前の調査年に比べて低下し始めている<sup>12)</sup>。これは、主に女性の進学率上昇によって20歳～24歳の年齢階級に占める学生の割合が上昇したためだと考えられることから、単純に就業者数を人口で除して就業率を算出すると過小になる<sup>13)</sup>。宇南山(2011)は、「国勢調査」(総務省)のデータを使って女性の労働力率を算出する際に、労働力人口に非労働力人口の「通学」を加える修正を行っている<sup>14)</sup>。就業率でもこのような修正が必要であろう。

次に推定方法について、堤(2011)ではクロスセクション分析、足立・中里(2017)では、これ

に加えてプールド回帰分析を行い、これらの推定結果に基づいて結論を導いている。しかし、山口(2016)が指摘するように、地域固有の要因を考慮しない推定では、これに起因する見せかけの相関が生じる可能性がある。したがって、推定にはパネルデータを用いた固定効果モデルを採用することが望ましいと考えられる<sup>15)</sup>。

女性の就業と出産との関係は、これまで競合関係にあると考えられてきた。例えば、大沢(1993)や松浦・滋野(1996)では、1960年から1990年にかけての時系列データを使用して、出生率に対して女性の就業率や賃金率が有意にマイナスの関係であることを実証的に示している<sup>16)</sup>。かつては25歳～29歳の年齢階級では結婚・出産のために離職することから、就業率は低下しM字のくぼみを形成していた。しかし、近年M字のくぼみが解消されつつある。「国勢調査」(総務省)を利用して、宇南山(2011)と同様の修正を行った上でコーホートの20歳～24歳から25歳～29歳の女性就業率の変化をみると、25歳～29歳の就業率と20歳～24歳の就業率との差が縮小していることがわかる

<sup>10)</sup>「人口動態調査」(厚生労働省)の「利用上の注意」には、確定数の集計客体は「日本における日本人」と記されている(mhlw.go.jp/toukei/list/81-1b.html#10(2023年4月12日最終確認))。なお、東北大学の報道資料『「2011年の出生率、本当は大部分の県で上昇または横ばい」-厚生労働省による合計特殊出生率の計算方法の問題点を改善-』(2012年6月12日)では、厚生労働省公表の都道府県別合計特殊出生率の計算方法について同様の指摘を行っている。指標作成や変数作成の際のデータの適否は意外と見過ごされている可能性がある。

<sup>11)</sup>女性の総人口と日本人人口の乖離は年を追って大きくなっている。例えば「国勢調査」(総務省)で、47都道府県の35歳～39歳の女性総人口と日本人女性の乖離率の平均は、2000年で1.526%、2010年で2.040%、2020年で4.631%である。なお、乖離率は(総人口-日本人人口)/日本人人口×100で計算した。

<sup>12)</sup>就業者数を総人口で除した女性就業率は、1985年が69.7%、1990年が72.2%、1995年が69.1%、2000年が62.2%と、1995年から、前の調査年に比べて低下している。なお、2020年は59.7%である。

<sup>13)</sup>「国勢調査」の労働力状態では、「通学のかたわら仕事」をしている者は就業者に分類され、「通学」している者は非労働力人口に分類される。「通学のかたわら仕事」と「通学」の合計が学生と考えられることから、女性について20歳～24歳の年齢階級で両者の合計を人口で除した比率を計算すると、1980年は12.8%、1990年は15.4%、2000年は21.8%、2010年は28.1%、2020年は27.2%と上昇傾向にある。また、「通学」を人口で除した比率も、1980年から10年ごとに2020年までの推移は、11.0%、12.4%、16.6%、19.9%、17.1%と上昇している。

<sup>14)</sup>なお、「通学」者は学校を卒業すれば全員が就業者になることを前提としていることには留意が必要である。

<sup>15)</sup>足立・中里(2017)では固定効果モデルによる推定を行っているが、検定でクラスター標準誤差を使用していない。標準誤差については分散不均一性と都道府県レベルでの系列相関を考慮したクラスター標準誤差を使用することが望ましい。クラスター標準誤差を使用しない場合は、使用した場合に比べてt値が大きくなり、統計的有意性が過大に評価される可能性がある(西山ほか(2019))。

<sup>16)</sup>大沢(1993)は1960年～1980年の時系列データを使用して、合計特殊出生率および母親の年齢階級別出生率に対して、女性賃金率と女性就業率の交差項の影響を二段階最小2乗法によって分析し、賃金上昇による女性就業率の上昇が出生率を抑制する方向に働いていることを実証的に明らかにした。松浦・滋野(1996)では、交差項とせず女性賃金率と就業率を分けて、1972年～1991年の時系列データを使用し三段階最小2乗法によって分析した結果、女性の就業と出産が代替的な関係となっていることを明らかにした。



出所：総務省統計局「国勢調査」。

図1 女性就業率の変化（同一コホートの25歳～29歳と20歳～24歳の差分）

(図1)。足立・中里(2017)では女性就業率について、各コホートの20歳～24歳、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳の4つの年齢階級の平均を採用していることから、M字型カーブの解消というライフステージにおける就業率の変化が完結出生力に与える影響を十分にとらえられていない可能性がある。本研究では、この平均女性就業率を各コホートの20歳～24歳、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳の年齢階級別女性就業率に変えることによって、ライフステージにおける女性の就業行動が完結出生力に与える影響を明らかにしたい。

なお、牧田・水ノ上(2021)によると、合計特殊出生率の高い県の特徴として子どもを3人以上出産する多子出産が多いことを指摘している。このことは、比較的早いタイミングでの結婚が完結出生力に対してプラスに影響することを示唆している。本研究では、堤(2011)、足立・中里(2017)が採用している平均結婚年齢と併せて結婚のタイミングが明確となる変数も検討する。

### III 推定式とデータ

#### 1 推定式

女性の就業と出産に関する分析ではButz・Wardモデルが代表的な実証モデルとして使用されてきた。Butz and Ward(1979)では、妻の賃金率の変化によって有配偶女性の雇用割合が変化すると想定されていることから、わが国でも大沢(1993)のように女性就業率と女性賃金率の交差項を説明変数とする先行研究もある。しかし、女性就業率の変化は、雇用制度の変更によって仕事と結婚・出産が両立しやすい就業環境になることなどによって生じることも考えられるため、松浦・滋野(1996)や足立・中里(2017)のように交差項とせず、女性就業率と女性賃金率とを分けて推定し、女性の社会進出と結婚・出産の機会費用の影響を分析したい。また、松浦・滋野(1996)が指摘するように、第1子の出産時期、第1子と第2子の出産間隔を何年にするかという出産のタイミングは女性の年齢と就業状況に影響されることから、女性就業率、女性賃金率は年齢階級別の変数とする。

推定方法は、都道府県別の疑似パネルデータを作成し、35歳～39歳の日本人女性人口によって

	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年
20歳～24歳 (上付添字) t-15 (下付添字)	1961年～ 65年 出生 コホート	1966年～ 70年 出生 コホート	1971年～ 75年 出生 コホート	1976年～ 80年 出生 コホート	1981年～ 85年 出生 コホート			
25歳～29歳 (上付添字) t-10 (下付添字)		1961年～ 65年 出生 コホート	1966年～ 70年 出生 コホート	1971年～ 75年 出生 コホート	1976年～ 80年 出生 コホート	1981年～ 85年 出生 コホート		
30歳～34歳 (上付添字) t-5 (下付添字)			1961年～ 65年 出生 コホート	1966年～ 70年 出生 コホート	1971年～ 75年 出生 コホート	1976年～ 80年 出生 コホート	1981年～ 85年 出生 コホート	
35歳～39歳 (上付添字) t (下付添字)				1961年～ 65年 出生 コホート	1966年～ 70年 出生 コホート	1971年～ 75年 出生 コホート	1976年～ 80年 出生 コホート	1981年～ 85年 出生 コホート

注：足立・中里 (2017) 図3 (72ページ) を参考にして作成した。

図2 ラグ付き変数の添字とコホートの出生年の対応

ウェイト付けした上で、二元配置固定効果モデルによって①式を推定する<sup>17)</sup>。なお、下付添字*i*は都道府県を表し*t*は年 (西暦) を表す。したがって、*i*=1,2,...,47である。後述するように、①式で用いる変数は「国勢調査」(総務省) を使用するために5年ごととなる。推定期間は、足立・中里 (2017) の推定結果と比較するために、まず、足立・中里 (2017) と同じ*t*=2000年, 2005年, 2010年の3期間で推定する。次いで2020年までデータを追加して*t*=2000年, 2005年, 2010年, 2015年, 2020年の5期間で推定する。

$$CFR_{it} = \alpha + \alpha_i + \beta_t + \gamma UNMAR_{it} + \eta MAR_{it} + \theta_1 EMP_{it-15}^{20-24} + \theta_2 EMP_{it-10}^{25-29} + \theta_3 EMP_{it-5}^{30-34} + \theta_4 EMP_{it}^{35-39} + \lambda_1 WAGE_{it-15}^{20-24} + \lambda_2 WAGE_{it-10}^{25-29} + \lambda_3 WAGE_{it-5}^{30-34} + \lambda_4 WAGE_{it}^{35-39} + \delta X_{it} + \varepsilon_{it} \quad \dots \dots \textcircled{1}$$

*CFR<sub>it</sub>* : *i*県の*t*年の完結出生力

*UNMAR<sub>it</sub>* : *i*県の*t*年の生涯未婚率

*MAR<sub>it</sub>* : *i*県の*t*年の平均結婚年齢ないしは結婚経験率変化比

*EMP<sub>it-15</sub><sup>20-24</sup>* : *i*県の*t*-15年の20歳～24歳の女性就業率

*EMP<sub>it-10</sub><sup>25-29</sup>* : *i*県の*t*-10年の25歳～29歳の女性就業率

*EMP<sub>it-5</sub><sup>30-34</sup>* : *i*県の*t*-5年の30歳～34歳の女性就業率

*EMP<sub>it</sub><sup>35-39</sup>* : *i*県の*t*年の35歳～39歳の女性就業率

*WAGE<sub>it-15</sub><sup>20-24</sup>* : *i*県の*t*-15年の20歳～24歳の女性実質

賃金率

*WAGE<sub>it-10</sub><sup>25-29</sup>* : *i*県の*t*-10年の25歳～29歳の女性実質賃金率

*WAGE<sub>it-5</sub><sup>30-34</sup>* : *i*県の*t*-5年の30歳～34歳の女性実質賃金率

*WAGE<sub>it</sub><sup>35-39</sup>* : *i*県の*t*年の35歳～39歳の女性実質賃金率

*X<sub>it</sub>* : *i*県の*t*年のコントロール変数

*a* : 定数項 , *α<sub>i</sub>* : 個別効果 , *β<sub>t</sub>* : 時点効果 , *ε<sub>it</sub>* : 誤差項

## 2 分析対象となるコホート

分析対象となるコホートは、1961年～65年出生コホート (1985年に20歳～24歳, 2000年に35歳～39歳となるコホート) から1981年～85年出生コホート (2005年に20歳～24歳, 2020年に35歳～39歳となるコホート) の5つのコホートである。

推定に使用する変数は各出生コホートの年齢階級別データを使って作成されるが、①式では下付添字*t*で表しているために、特にラグ付き変数について出生コホートの何歳が何年に当たるのかということが分かりにくい。そこで改めて、図2を使ってこの対応関係について説明しよう。

図2は、表側に①式のラグ付き変数の上付添字

<sup>17)</sup> 具体的には、35歳～39歳の日本人女性人口の平方根の逆数を使用してウェイト付けした。詳しくは鹿野 (2015) p.195を参照。

と下付添字、表頭に年（西暦）を配置し、それぞれのセルにはコーホートの出生年を記している<sup>18)</sup>。例えば、2000年は1961年～65年出生コーホートが35歳～39歳となる年であるので、図2では表頭の「2000年」と表側の「35歳～39歳（上付添字）、t（下付添字）」とが交差するセルに「1961年～65年出生コーホート」と記入することでこのことを示している。つまり、「出生コーホートの何歳が何年か」ということは、図2でみれば「1961年～65年出生コーホートの35歳～39歳は2000年（t）に当たる」となる。同様に各セルと表側、表頭との対応関係をみれば「1961年～65年出生コーホートの30歳～34歳は1995年（t-5）に当たる」、「1961年～65年出生コーホートの25歳～29歳は1990年（t-10）に当たる」、「1961年～65年出生コーホートの20歳～24歳は1985年（t-15）に当たる」とわかる。

ラグ付き変数の出生コーホートの年齢と年（西暦）の対応関係について女性就業率（EMP）を例に説明しよう。t=2000年の場合では、 $EMP_{it}^{20-24}$ は「i県の1985年の20歳～24歳の女性就業率」であり、図2を使ってコーホートの出生年に対応させると「i県の1961年～65年出生コーホートの20歳～24歳の女性就業率」ということになる。同様に、 $EMP_{it}^{25-29}$ は「i県の1990年の25歳～29歳の女性就業率」であり「i県の1961年～65年出生コーホートの25歳～29歳の女性就業率」に、 $EMP_{it}^{30-34}$ は「i県の1995年の30歳～34歳の女性就業率」で「i県の1961年～65年出生コーホートの30歳～34歳の女性就業率」に対応する。女性実質賃金率も同様である。

ラグ付きでない変数、すなわち完結出生力、生涯未婚率、平均結婚年齢、結婚経験率変化比の年（西暦）とコーホートの出生年の対応についても図2で説明すると、例えばt=2000年の場合には表側の「t」と表頭の「2000年」が交差するセル「1961年～65年出生コーホート」の変数という意味である。 $CFR_{it}$ を例にすると、i県のt=2000年のCFRは、i県の1961年～65年出生コーホートの完結出

生力という意味であり、i県のt=2005年はi県の1966年～70年出生コーホート、i県のt=2010年はi県の1971年～75年出生コーホート、i県のt=2015年は1976年～80年出生コーホート、i県のt=2020年はi県の1981年～85年出生コーホートの完結出生力の意味である。生涯未婚率、平均結婚年齢、結婚経験率変化比も同様である。

### 3 データと変数の作成方法

推定に使用する変数は、基本的には足立・中里（2017）で使用された変数と同じ変数とする。すなわち、被説明変数は完結出生力とし、説明変数として生涯未婚率、平均結婚年齢、女性就業率、女性実質賃金率のほか、コントロール変数として男女所得比、潜在的保育所定員率、DID人口比率、第一次産業就業者比率を採用する。このほか、女性の学歴および有効求人倍率もコントロール変数として採用する。有効求人倍率は、就業率が就業状態を表すほか地域の景気情勢を反映している面もあることから、これをコントロールするために加えることとした。また、平均結婚年齢の代わりに、20代と30代の結婚経験率変化の比をとった変数も採用する。20代という比較的早いタイミングで結婚することが、完結出生力にプラスに影響するかどうかを明らかにしたい。

主要な変数である完結出生力、生涯未婚率、平均結婚年齢、結婚経験率変化比、女性就業率、女性実質賃金率の作成方法とデータの出所について以下で説明する。なお、女性就業率と女性賃金率は20歳～24歳、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳の年齢階級別の変数である。このほかの変数については文末の（補論）で説明する。

#### 完結出生力（CFR）

完結出生力は、「人口動態統計」（厚生労働省）の1985年から2020年の5年ごとの母親の年齢階級別出生数と「国勢調査」（総務省）の1985年から2020年の年齢階級別日本人女性人口を使って作成する。具体的には、母親の年齢階級別出生数を年

<sup>18)</sup> 分析に使用する変数は、「国勢調査」（総務省）を使用するために、表頭の年（西暦）は5年刻みとなる。

年齢階級別日本人女性人口で除した値を5倍して年齢階級別出生率とし、各出生コーホートの20歳～24歳、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳の年齢階級別出生率を累積した値とする<sup>19)</sup>。なお、2015年と2020年の女性人口は不詳補完値を使用している<sup>20)</sup>。

### 生涯未婚率 (UNMAR)

生涯未婚率は、「国勢調査」(総務省)の2000年から2020年の未婚者数(日本人女性)と日本人女性人口を使って、35歳～39歳の未婚者数(日本人女性)を同じ35歳～39歳の日本人女性人口で除した未婚率とする<sup>21)</sup>。なお、2015年と2020年の女性人口は不詳補完値を使用している。生涯未婚率が上昇すれば完結出生力が低下すると考えられることから、予想される符号はマイナスである。

### 平均結婚年齢 (MAR)

平均結婚年齢は、「国勢調査」(総務省)の1980年から2020年の有配偶者数(日本人女性)と日本人女性人口を使って作成する。まず、有配偶者数(日本人女性)を日本人女性人口で除して、各出生コーホートの15歳～19歳、20歳～24歳、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳の5つの年齢階級の有配偶率を作成する。次いで、各出生コーホートで、一つ上の年齢階級との差分、例えば20歳～24歳の有配偶率と15歳～19歳の有配偶率との差分をとり、20、25、30、35のウェイトをそれぞれの差

分に掛けてこれを分子とする。分母は、各出生コーホートの35歳～39歳と15歳～19歳の有配偶率の差分とする。そして、この両者の比をとる。これが平均結婚年齢である<sup>22)</sup>。なお、2015年と2020年の女性人口は不詳補完値を使用している。平均結婚年齢の上昇は晩婚化が進むことを意味することから、予想される符号はマイナスである。

### 結婚経験率変化比 (MAR)

結婚経験率変化比は、「国勢調査」(総務省)の1980年から2020年までの配偶関係(日本人女性)と日本人女性人口を使用して、各出生コーホートの20代の結婚経験率の変化(差分)を30代の結婚経験率の変化(差分)で除す、すなわち「20代の結婚経験率変化/30代の結婚経験率変化」という比をとって作成する。20代の結婚経験率の変化は、25歳～29歳の結婚経験率と15歳～19歳の結婚経験率の差分をとる。また、30代の結婚経験率変化は35歳～39歳と25歳～29歳の結婚経験率の差分をとって作成する。結婚経験率は、有配偶者数、死別者数、離別者数の合計を日本人女性人口で除して求める。なお、2015年と2020年は不詳補完値を使用している。20代という早いタイミングでの結婚が多子出産を可能にすると考えられることから、結婚経験率変化比が上昇すれば完結出生力は上昇すると考えられる。したがって、予想される符号はプラスとなる。

<sup>19)</sup> 岡崎(1993)によると、完結出生力は子どもを生み終わったコーホートの最終的な出生率だと説明されている(p.46)。本研究では、このような一般的な完結出生力の定義と異なり、堤(2011)、足立・中里(2017)に倣って、20歳～24歳から35歳～39歳までの年齢階級別出生率の合計を完結出生力と定義している。

<sup>20)</sup> 「国勢調査」(総務省)では、調査票が回収されない場合、もしくは回収された調査票に未記入などの不備がある場合、集計表では当該項目が「不詳」と記録される。総務省統計局では2020年(令和2年)国勢調査の集計に当たり、主な項目の集計結果(原数値)に含まれる「不詳」をあん分等によって補完した「不詳補完値」を提供している。また、2015年国勢調査についても同様の方法による「不詳補完値」を提供している。本研究では、不詳補完値が公表されている項目については、この不詳補完値を使用する。「不詳補完値」の算出方法については「令和2年及び平成27年国勢調査に関する不詳補完結果(参考表)について」(総務省統計局)([stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka.html](http://stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka.html))を参照のこと。なお、出生率を算出する際に「不詳」は次のように影響する。例えば、20歳～24歳の出生率は、「人口動態統計」の母親の年齢が20歳～24歳の出生数を「国勢調査」の20歳～24歳の日本人女性人口で除して算出するが、不詳がある場合には(20歳～24歳の日本人女性人口+不詳者)となることから、不詳補完値を用いない場合には出生率が過大に算出することになる。

<sup>21)</sup> 一般には、生涯未婚率とは50歳時の未婚者割合と考えられるが(岡崎(1993) p.72)、ここでも堤(2011)、足立・中里(2017)に倣って35歳～39歳の未婚率を生生涯未婚率とする。

<sup>22)</sup> 平均結婚年齢の作成方法は堤(2011)、足立・中里(2017)と同様の方法である。

女性就業率（20歳～24歳，25歳～29歳，30歳～34歳，35歳～39歳，EMP）

女性就業率は，「国勢調査」（総務省）の1985年から2020年の日本人女性就業者数と非労働力人口の内訳項目である「進学」，日本人女性人口を使って20歳～24歳から35歳～39歳までの4つの年齢階級について作成する<sup>23)</sup>。具体的には，各年齢階級別に日本人女性就業者数に同じ年齢階級の非労働力人口の内訳項目である「進学」を加えて，これを日本人女性人口で除して作成する<sup>24)</sup>。予想される符号は先験的には定まらず，マイナスであれば女性の就業と出産との関係は競合的だと判断される。

女性実質賃金率（20歳～24歳，25歳～29歳，30歳～34歳，35歳～39歳，WAGE）

女性実質賃金率は，1985年から2020年の「賃金構造基本統計調査」（厚生労働省），「消費者物価指数」（総務省）を使って20歳～24歳から35歳～39歳までの4つの年齢階級について作成する。まず，「賃金構造基本統計調査」（厚生労働省）から得られる一般労働者（女性）の所定内給与額（企業規模計（10人以上，産業計）を所定内実労働時間数で除して女性賃金率を作成し，次いで消費者物価指数（持家の帰属家賃を除く総合）で実質化する。予想される符号は先験的には定まらず，プラスであれば女性実質賃金率の上昇による所得の増加の効果が出産の機会費用の増大による代替効果を上回ると解釈し，マイナスであれば，出産の機会費用の増大による代替効果が所得効果を上回ると解釈される。

#### 4 女性就業率，女性実質賃金率の記述統計

表1に主要変数の記述統計が示されている。ここでは，このうち，女性就業率，女性実質賃金率の記述統計を概観しておこう。

年齢階級別女性就業率は，一般に新卒の年齢となる20歳～24歳が最も高く，25歳～29歳，30歳～34歳で低下し，35歳～39歳で再び上昇する。1961年～65年出生コーホートの平均をみると，20歳～24歳で0.807と高く，その後25歳～29歳で0.606，30歳～34歳で0.547と低下し，35歳～39歳で0.625と上昇している。ただ，出生コーホート別にみると，出生コーホートが若くなるにつれて25歳～29歳以降の年齢階級では上昇している。最も若い1981年～85年出生コーホートでは25歳～29歳，30歳～34歳のくぼみがほぼ解消されている。最小値の県は出生コーホート別でも年齢階級でも異なるが，25歳～29歳，30歳～34歳では奈良県や兵庫県，大阪府，東京都といった都市部の地域となっている。最大値も出生コーホートや年齢階級で異なるが，山形県や島根県が多く，このほか表1には示されていないが，福井県や石川県など北陸地方で就業率が高い傾向がみられる。

年齢階級別女性実質賃金率は一般に年齢が上がるにつれて上昇する。出生コーホート別にみると，出生コーホートが若くなるにつれてすべての年齢階級で上昇しているが，特に20歳～24歳，25歳～29歳の年齢階級で上昇している。最大値はどの年齢階級でもほぼ東京都であり，どの出生コーホート，どの年齢階級でも千葉県，神奈川県や大阪府など都市部が上位に多い。一方で，最小値については出生コーホートにかかわらず20歳～24歳では沖縄県が最小値となっている。その他の年齢階級では，青森県が最小値となっている場合が多

<sup>23)</sup> 「国勢調査」（総務省）では，労働力状態について国籍別の不詳補完値は公表されていない。宇南山（2022）では，2000年から2020年までの「国勢調査」の調査年ごとに，年齢，婚姻状態，国籍，労働力状態という項目別の不詳割合をまとめて，一般に2010年から不詳割合が上昇していること，年齢や国籍が不詳である者は依然として無視できるが労働力状態不詳の割合が特に高く，2015年で年齢不詳が1.14%，国籍不詳が0.83%に対して労働力状態不詳が5.67%と5%を超えていることを報告している（2020年の労働力状態不詳割合は示されていない）。本研究での女性就業率は不詳補完値を使用していないために観測誤差が大きい可能性があることに留意が必要である。

<sup>24)</sup> なお，「国勢調査」（総務省）では，1995年までは国籍別の労働力状態のデータが公表されていない。このため，女性就業率は1995年までの就業率は外国人を含むデータで作成し，2000年以降に日本人女性のデータで作成した。

表1 主要変数の記述統計

		1961年～65年出生 コーホート (t=2000年)	1966年～70年出生 コーホート (t=2005年)	1971年～75年出生 コーホート (t=2010年)	1976年～80年出生 コーホート (t=2015年)	1981年～85年出生 コーホート (t=2020年)	
完結出生力	平均	1.760	1.563	1.455	1.470	1.501	
	標準偏差	0.146	0.131	0.118	0.118	0.128	
	最小値	1.255 (東京都)	1.127 (東京都)	1.081 (東京都)	1.144 (東京都)	1.173 (東京都)	
	最大値	2.033 (沖縄県)	1.809 (沖縄県)	1.743 (沖縄県)	1.814 (沖縄県)	1.878 (沖縄県)	
生涯未婚率	平均	0.124	0.174	0.214	0.240	0.248	
	標準偏差	0.026	0.023	0.024	0.026	0.025	
	最小値	0.078 (福井県)	0.124 (福井県)	0.166 (福井県)	0.200 (福井県)	0.209 (岐阜県)	
	最大値	0.224 (東京都)	0.243 (東京都)	0.289 (東京都)	0.333 (東京都)	0.335 (東京都)	
平均結婚年齢	平均	25.292	25.756	26.218	26.763	27.030	
	標準偏差	0.338	0.336	0.391	0.455	0.447	
	最小値	24.686 (沖縄県)	25.160 (青森県)	25.476 (青森県)	25.815 (福島県)	26.225 (岩手県)	
	最大値	26.405 (東京都)	26.966 (東京都)	27.551 (東京都)	28.239 (東京都)	28.378 (東京都)	
結婚経験率変化比	平均	2.453	1.933	1.620	1.323	1.201	
	標準偏差	0.368	0.215	0.187	0.199	0.180	
	最小値	1.492 (東京都)	1.238 (東京都)	1.034 (東京都)	0.770 (東京都)	0.701 (東京都)	
	最大値	3.289 (福井県)	2.247 (青森県)	2.034 (福島県)	1.829 (福島県)	1.606 (福島県)	
女性就業率	20歳～24歳 (t-15)	平均	0.807	0.844	0.831	0.818	0.797
		標準偏差	0.040	0.030	0.028	0.028	0.031
		最小値	0.665 (沖縄県)	0.731 (沖縄県)	0.712 (沖縄県)	0.700 (沖縄県)	0.676 (沖縄県)
		最大値	0.883 (山形県)	0.908 (山形県)	0.879 (山形県)	0.861 (石川県)	0.838 (福井県)
	25歳～29歳 (t-10)	平均	0.606	0.641	0.673	0.693	0.710
		標準偏差	0.061	0.044	0.036	0.034	0.034
		最小値	0.504 (和歌山県)	0.554 (和歌山県)	0.599 (和歌山県)	0.624 (沖縄県)	0.650 (大阪府)
		最大値	0.773 (山形県)	0.758 (山形県)	0.762 (山形県)	0.765 (山形県)	0.777 (鳥根県)
	30歳～34歳 (t-5)	平均	0.547	0.575	0.615	0.650	0.688
		標準偏差	0.075	0.062	0.055	0.052	0.055
		最小値	0.401 (奈良県)	0.451 (奈良県)	0.523 (大阪府)	0.561 (大阪府)	0.571 (東京都)
		最大値	0.720 (山形県)	0.717 (山形県)	0.731 (山形県)	0.753 (鳥根県)	0.792 (鳥根県)
	35歳～39歳 (t)	平均	0.625	0.637	0.657	0.701	0.711
		標準偏差	0.073	0.062	0.062	0.063	0.067
		最小値	0.472 (奈良県)	0.515 (奈良県)	0.531 (神奈川県)	0.552 (東京都)	0.558 (東京都)
		最大値	0.768 (山形県)	0.760 (山形県)	0.766 (鳥根県)	0.817 (鳥根県)	0.814 (鳥根県)
女性実質賃金率	20歳～24歳 (t-15)	平均	0.676	0.889	1.035	1.081	1.110
		標準偏差	0.070	0.086	0.082	0.080	0.087
		最小値	0.557 (青森県)	0.754 (沖縄県)	0.877 (沖縄県)	0.882 (沖縄県)	0.943 (沖縄県)
		最大値	0.848 (東京都)	1.087 (東京都)	1.224 (東京都)	1.268 (東京都)	1.345 (東京都)
	25歳～29歳 (t-10)	平均	1.024	1.176	1.224	1.255	1.291
		標準偏差	0.128	0.117	0.105	0.110	0.111
		最小値	0.797 (秋田県)	0.967 (青森県)	1.051 (青森県)	1.090 (青森県)	1.079 (青森県)
		最大値	1.332 (東京都)	1.450 (東京都)	1.462 (千葉県)	1.573 (東京都)	1.613 (東京都)
	30歳～34歳 (t-5)	平均	1.284	1.346	1.363	1.373	1.345
		標準偏差	0.161	0.158	0.135	0.143	0.139
		最小値	1.007 (青森県)	1.100 (青森県)	1.136 (青森県)	1.128 (青森県)	1.092 (岩手県)
		最大値	1.702 (東京都)	1.745 (東京都)	1.808 (東京都)	1.870 (東京都)	1.777 (東京都)
	35歳～39歳 (t)	平均	1.415	1.433	1.449	1.406	1.457
		標準偏差	0.193	0.166	0.154	0.150	0.137
		最小値	1.128 (秋田県)	1.140 (青森県)	1.150 (青森県)	1.199 (鳥取県)	1.283 (青森県)
		最大値	1.998 (東京都)	2.027 (東京都)	1.977 (東京都)	1.962 (東京都)	1.966 (東京都)

出所：厚生労働省「人口動態統計」「賃金構造基本調査」、総務省統計局「国勢調査」。

い。また、下位では出生コホートにかかわらず岩手県や鳥取県などが比較的多くみられる。

#### IV 推定結果

##### 1 3期間による推定結果

表2には推定期間が2000年、2005年、2010年の3期間の推定結果が示されている。推定(1)は足立・中里(2017)の推定結果を転載したものである<sup>25)</sup>。推定(2)は、推定(1)と同じ推定式であるが、女性の総人口を日本人女性人口に変えて変数を作成するとともに、ウェイトについても日本人女性人口を使用した推定結果である。推定(3)は、推定(2)の平均女性就業率と平均女性実質賃金率を年齢階級別に変え、コントロール変数として女性の学歴と有効求人倍率を加えた推定結果である。推定(4)は、推定(3)の平均結婚年齢を結婚経験率変化比に変えた推定結果である。

まず推定(2)をみると、推定(1)では有意となっていた生涯未婚率、平均結婚年齢が有意な結果ではなくなった一方で、平均女性就業率が1%水準で有意にプラスという結果となった。適切なデータを使用して推定し、クラスターを考慮した標準誤差によって有意性を判断した結果、完結出生力の決定要因として重要だとみられる変数の有意性が異なることとなった。このほか、男女所得比、第一次産業就業者比率の結果も推定(1)と異なっている。

推定(3)では、女性就業率が25歳～29歳で有意にプラス、女性実質賃金率が30歳～34歳で有意にマイナスとなり、その他の年齢階級では有意な結果とはならなかった。説明変数として平均値を採用した推定では不明であったが、変数を年齢階級別に変えたことによって、25歳～29歳の女性就業率、30歳～34歳の女性実質賃金率が完結出生力に影響することが明らかになった。

推定(4)では、結婚経験率変化比が1%有意水準で有意にプラスという結果となった。20代という比較的早いタイミングでの結婚が完結出生力を上昇させることを示している。

##### 2 5期間による推定結果と結果の解釈

表3には、表2の推定(3)、推定(4)の推定期間をt=2000年、2005年、2010年、2015年、2020年の5期間に拡張した推定結果が示されている。なお、参考として固定効果と時点効果を除いた推定結果として推定(7)、推定(8)が示されている<sup>26)</sup>。

推定(5)では、生涯未婚率が1%有意水準で有意にマイナス、25歳～29歳の女性就業率が5%有意水準で有意にプラス、30歳～34歳の女性実質賃金率が1%有意水準で有意にマイナスの結果となった。このほか、DID人口比率が5%有意水準で有意にマイナス、25歳～29歳時点の有効求人倍率が1%有意水準で有意にプラスとなった。

推定(6)では、生涯未婚率が1%有意水準で有意にマイナス、25歳～29歳の女性就業率が5%有意水準で有意にプラス、30歳～34歳では10%有意水準で有意にマイナスとなった。また、30歳～34歳の女性実質賃金率が5%有意水準で有意にマイナスという結果となった。

以上のように、推定(4)で有意にプラスであった結婚経験率変化比が有意でなくなった一方で、推定(5)、推定(6)ともに生涯未婚率が有意な結果となった。表1をみると、出生コホートが若くなるにつれて結婚経験率変化比は低下しており、最も若い出生コホートの平均は1.201となっている。また、最小値(東京都)は1976年～80年出生コホートから1.0を下回っており、都市部を中心に1.0を下回る地域も増えている状況で、30代という比較的遅いタイミングでの結婚が若い出生コホートで増え続けていると言える<sup>27)</sup>。金子(2004)は、結婚時期が遅くなれば、高

<sup>25)</sup> 足立・中里(2017)の表7「35～39歳女性人口による加重：あり」(10)(p.86)を転載している。

<sup>26)</sup> 推定(7)と推定(8)は、①式が固定効果、時点効果を外した推定でも決定係数が高いこと、また、固定効果、時点効果を含めない推定は、結論をミスリードする可能性があることを示している。

<sup>27)</sup> 結婚経験率変化比が1.0を下回っているのは、1976年～80年出生コホートでは東京都、奈良県、京都府、1981年～85年出生コホートでは、東京都、奈良県、京都府、大阪府、埼玉県、神奈川県である。



表2 推定結果 (3期間)

推定期間：t=2000年，2005年，2010年の3期間（1961年～65年出生コーホートから1971年～75年出生コーホート）  
被説明変数：完結出生力

(説明変数)	推定 (1)	推定 (2)	(説明変数)	推定 (3)	推定 (4)
生涯未婚率	-0.893 ** (0.348)	-1.065 (0.663)	生涯未婚率	-0.835 (0.657)	-0.381 (0.570)
平均結婚年齢	-0.038 * (0.022)	-0.040 (0.032)	平均結婚年齢	-0.056 (0.043)	
平均女性就業率	-0.136 (0.206)	0.877 *** (0.283)	結婚経験率変化比		0.079 *** (0.028)
平均女性実質賃金率	-0.419 ** (0.175)	-0.499 ** (0.220)	女性就業率 (20歳～24歳)	-0.097 (0.683)	0.137 (0.569)
男女所得比	-0.149 (0.161)	-0.394 ** (0.163)	(25歳～29歳)	0.655 * (0.349)	0.826 ** (0.350)
潜在的保育所定員率	-2.108 ** (0.829)	-2.152 ** (0.914)	(30歳～34歳)	-0.054 (0.323)	-0.351 (0.397)
DID人口比率	-1.514 *** (0.342)	-1.382 *** (0.410)	(35歳～39歳)	0.083 (0.342)	-0.102 (0.332)
第一次産業就業者比率	2.294 *** (0.458)	1.158 (1.060)	女性実質賃金率 (20歳～24歳)	-0.008 (0.237)	0.053 (0.224)
定数項	4.943 *** (0.748)	4.249 *** (0.860)	(25歳～29歳)	-0.172 (0.150)	-0.151 (0.142)
			(30歳～34歳)	-0.231 *** (0.075)	-0.233 *** (0.073)
			(35歳～39歳)	-0.094 (0.070)	-0.058 (0.058)
			男女所得比	-0.399 ** (0.154)	-0.363 ** (0.137)
			潜在的保育所定員率	-1.428 (0.854)	-0.602 (0.847)
			DID人口比率	-1.525 *** (0.412)	-1.300 *** (0.410)
			第一次産業就業者比率	1.051 (1.157)	1.484 (1.019)
			女性の学歴 短大卒	-0.420 (0.335)	-0.240 (0.309)
			大学・大学院卒	0.280 (0.776)	0.234 (0.683)
			有効求人倍率 (20歳～24歳)	0.020 * (0.001)	0.023 ** (0.010)
			(25歳～29歳)	0.015 (0.019)	0.000 (0.018)
			(30歳～34歳)	0.038 (0.032)	0.028 (0.028)
			(35歳～39歳)	0.004 (0.025)	0.001 (0.025)
			定数項	4.992 *** (1.132)	2.839 *** (0.884)
固定効果	yes	yes	固定効果	yes	yes
時点効果	yes	yes	時点効果	yes	yes
決定係数	0.993	0.9999	決定係数	0.9999	0.9999
観測数	141	141	観測数	141	141

- 注：1. 推定 (1) は、足立・中里 (2017) の表7に掲載されている推定結果 (10) を転載している。  
2. 推定 (1)、推定 (2) の平均女性就業率の分子は女性就業者数を使用しており、推定 (3)、推定 (4) の女性就業率の分子は女性就業者数と非労働力人口の内訳項目の「通学」の合計を使用している。  
3. 推定 (1) の決定係数は自由度調整済決定係数である。  
4. 表中の推定 (1) のカッコ内は標準誤差、推定 (2)～(4) のカッコ内はクラスター標準誤差である。  
5. 表中\*\*\*は1%有意水準で有意、\*\*は5%有意水準で有意、\*は10%有意水準で有意であることを示している。

表3 推定結果（5期間）

推定期間：t=2000年，2005年，2010年，2015年，2020年の5期間（1961年～65年出生コホートから1981年～85年出生コホート）

被説明変数：完結出生力

(説明変数)		推定 (5)	推定 (6)	推定 (7)	推定 (8)
				(参考)	(参考)
生涯未婚率		-2.846 *** (0.410)	-2.610 *** (0.363)	-3.652 *** (0.464)	-3.862 *** (0.494)
平均結婚年齢		0.016 (0.027)		0.062 ** (0.026)	
結婚経験率変化比			0.021 (0.023)		-0.101 *** (0.037)
女性就業率	(20歳～24歳)	-0.402 (0.423)	-0.282 (0.394)	-1.910 *** (0.569)	-1.852 *** (0.555)
	(25歳～29歳)	0.685 ** (0.314)	0.756 ** (0.323)	1.458 *** (0.443)	1.229 *** (0.430)
	(30歳～34歳)	-0.392 (0.300)	-0.514 * (0.290)	-0.051 (0.541)	0.163 (0.542)
	(35歳～39歳)	-0.027 (0.204)	-0.007 (0.219)	-0.634 (0.567)	-0.609 (0.533)
女性実質賃金率	(20歳～24歳)	-0.151 (0.097)	-0.150 (0.105)	-0.195 (0.149)	-0.206 (0.149)
	(25歳～29歳)	-0.090 (0.088)	-0.084 (0.086)	-0.048 (0.123)	-0.054 (0.121)
	(30歳～34歳)	-0.148 *** (0.053)	-0.140 ** (0.053)	-0.275 *** (0.098)	-0.238 ** (0.094)
	(35歳～39歳)	-0.095 (0.059)	-0.088 (0.057)	-0.208 *** (0.073)	-0.212 *** (0.072)
男女所得比		-0.148 (0.184)	-0.148 (0.170)	-0.704 *** (0.249)	-0.694 ** (0.261)
潜在的保育所定員率		-0.060 (0.433)	-0.069 (0.423)	0.228 (0.240)	0.227 (0.240)
× 調査方法変更 ダミー		5.988 (13.108)	8.716 (12.558)	-8.663 (13.324)	-13.729 (14.476)
DID人口比率		-0.527 ** (0.228)	-0.492 ** (0.238)	-0.066 (0.127)	-0.053 (0.122)
第一次産業就業者比率		0.704 (0.719)	1.028 (0.676)	-0.264 (0.554)	-0.351 (0.546)
女性の学歴	短大卒	-0.406 (0.190)	-0.334 (0.209)	0.326 (0.342)	0.278 (0.331)
	大学・大学院卒	-0.031 (0.280)	0.076 (0.280)	-0.099 (0.293)	0.019 (0.264)
有効求人倍率	(20歳～24歳)	-0.005 (0.015)	-0.006 (0.015)	0.042 * (0.023)	0.035 (0.024)
	(25歳～29歳)	0.034 *** (0.012)	0.030 ** (0.013)	0.035 * (0.020)	0.047 ** (0.023)
	(30歳～34歳)	0.017 (0.021)	0.024 (0.020)	-0.023 (0.025)	-0.019 (0.024)
	(35歳～39歳)	0.033 (0.023)	0.036 (0.023)	0.029 (0.028)	0.024 (0.030)
定数項		2.785 *** (0.814)	2.905 *** (0.542)	3.351 *** (0.737)	5.097 *** (0.724)
固定効果		yes	yes	no	no
時点効果		yes	yes	no	no
決定係数		0.9999	0.9999	0.9986	0.9986
観測数		235	235	235	235

注：1. 表中のカッコ内はクラスター標準誤差。

2. 表中\*\*\*は1%有意水準で有意，\*\*は5%有意水準で有意，\*は10%有意水準で有意であることを示している。

年齢での結婚確率の低さによって、そうでなければ生じたであろう結婚そのものの遺失が生じる可能性があり、この結婚の遺失が生涯未婚率を上昇させコーホート出生率を下げることになるだろう、と考察していた。本研究での推定結果は、このような考察を実証的に示したものと解釈できる。なお、推定(6)の係数を使用した場合、生涯未婚率の1%の上昇によって完結出生力は0.026低下する。

25歳～29歳の女性就業率が有意にプラスの結果となった。この年齢階級で就業と出産が両立する関係になっていると判断できる。女性就業率が上昇しM字のくぼみが解消されつつあるが、この上昇が産の抑制要因ではなく完結出生力を上昇させる要因になっている。是川(2019)では、1964年～70年出生コーホートの一部で競合関係がみられるものの、より若い世代で競合関係がみられないとしていた。本研究の結果はこの結果とおおむね整合的だと言えよう。なお、推定(6)の係数を使用した場合、25歳～29歳の女性就業率1%の上昇によって完結出生力は0.008上昇する。生涯未婚率の完結出生力に対する影響に比べればやや限定的だと考えられる。

一方で、30歳～34歳の女性実質賃金率が有意にマイナスとなった。また、推定(6)では女性実質賃金率に加えて女性就業率でも有意にマイナスである。出産の機会費用の増大が完結出生力に対してマイナスに影響しているとともに、この年齢階級での女性の就業が困難である可能性も示している。山崎(2020)は、2012年と2019年の女性就業率と正規雇用率の変化を比較して、30歳以上の上昇は非正規雇用が中心で、正規雇用率は20代後半でピークを迎えたのち低下を続ける「L字カーブ」という状況だと指摘している。このような状況にもかかわらず、守泉(2012)によると女性の非正規雇用者には仕事と家庭の両立支援の制度的保護が適用されていない。また、30歳～34歳が第2子以降の出生率が最も高くなる年齢であることを考

えると、この推定結果は、女性が就業と第2子以降の出産との間で依然として二者択一の選択に直面している可能性を示唆していると考えられる<sup>28)</sup>。

コントロール変数では、都市化の代理変数であるDID人口比率が有意にマイナスとなった。完結出生力が低い地域は東京都をはじめとした都市部に多いが、このような知見と整合的であろう。また、25歳～29歳の有効求人倍率が有意にプラスという結果となった。25歳～29歳の景気情勢が完結出生力に対して重要であり、好景気であれば完結出生力を上昇させる要因となっている。

有意な結果は得られなかったが、潜在的保育所定員率の推定結果について言及しておこう。出生率に対する保育所整備の効果について、Fukai(2017)は2000年、2005年、2010年の3期間の市区町村のパネルデータを分析してプラスの効果があるという結論を得ている。ただ、Fukai(2017)では25歳～39歳の年齢階級別出生率を分析対象としている点が本研究とは異なることに加え、有意にプラスの結果が得られたのは限定的な地域である。したがって、本研究のように都道府県全体の完結出生力を分析対象とした場合では、保育所整備のプラス効果は依然として確認できないと解釈できる。

## V 結論

本研究では、完結出生力に関する先行研究の変数の作成方法、推定方法を検討した上で、まず、先行研究の推定結果と比較するために、先行研究と同じ2000年、2005年、2010年の3期間で推定し、次に2015年、2020年を加えた5期間、47都道府県の疑似パネルデータによる二元配置固定効果モデルによって完結出生力の決定要因について分析した。分析の結果は次のようにまとめることができよう。

まず、先行研究と本研究との推定結果の比較によれば、推定に使用するデータの適切性を誤った

<sup>28)</sup> 「人口動態統計」(厚生労働省)で母親の年齢階級別で出生順位別出生率(47都道府県の平均)をみると、例えば、1981年～85年出生コーホートの第2子出生率の最も高い年齢階級は30歳～34歳であり、第3子以降出生率でも30歳～34歳が最も高い。

場合には、適切なデータに基づいた推定とは異なる推定結果となり、結論をミスリードする可能性がある。推定に使用する統計データの適切性の検討は意外に見過ごされる可能性があり、軽視すべきではないと思われる。

次に、本研究の推定によれば、完結出生力に対して生涯未婚率がマイナスに、25歳～29歳の女性就業率がプラスに、30歳～34歳の女性実質賃金率がマイナスに影響を与えていることが明らかになった。結婚のタイミングが遅れ生涯未婚率の上昇につながり、これが完結出生力を低下させる要因となっており影響も大きい。女性の就業と出産の関係については、ライフステージで異なる。25歳～29歳の女性の就業は、かつては、出産とは両立が難しいと考えられていたが、雇用制度の変更などを背景に、女性就業率の上昇が完結出生力を上昇させるという関係に変化している。一方で、30歳～34歳での就業は、機会費用の増大を通じて完結出生力を低下させる関係にある。これには、女性の雇用形態や第2子以降の出産タイミングも影響している可能性がある。

最後に、今後の課題について簡単に触れたい。本研究ではデータの制約から女性の就業を正規雇用者と非正規雇用者に分けて分析していない。しかし、女性の就業と出産の関係がライフステージで異なることの背景として女性就業の雇用形態の違いが考えられる。雇用形態別に改めて検証する必要がある。女性の就業と子育ての両立のための雇用制度の変更も影響している可能性がある。雇用形態と併せて制度変更の影響も分析する必要がある。また、第1子と第2子以降の出産に影響を与える要因も異なる可能性があることから、出生順位別出生率の決定要因を明らかにすることも重要であろう。

#### (補論) 変数の作成方法とデータ

本文で説明されていない男女所得比、潜在的保育所定員率、DID人口比率、第一次産業就業者比

率、女性の学歴、有効求人倍率について説明する。なお、表4に記述統計が示されている。

#### 男女所得比

男女所得比は、1985年から2020年の「賃金構造基本調査」(厚生労働省)から得られる5年ごとの男女別所定内給与額(企業規模計・産業計)を所得の代理変数として、コーホートごとに給与額の平均をそれぞれ求め、男性所得を女性所得で除して求める<sup>29)</sup>。

#### 潜在的保育所定員率

潜在的保育所定員率は、1985年から2020年の「社会福祉施設等調査報告」(厚生労働省)から得られる5年ごとの保育所定員数を、1985年から2020年の「国勢調査」(総務省)から得られる20歳～39歳の女性人口(総人口)で除して算出し、同一コーホートの20歳～24歳から35歳～39歳までの各年齢階級での潜在的保育所定員率を平均して算出される。例えば、1981年～85年生コーホートの場合は、2005年に20歳～24歳(2020年に35歳～39歳)であるから、まず、2005年の保育所定員数を2005年の20歳～39歳の女性人口で除して2005年の潜在的保育所定員率を算出する。2010年、2015年、2020年も同様の方法によって各年の潜在的保育所定員率を算出する。そして、2005年、2010年、2015年、2020年の潜在的保育所定員率の平均を求める。これが1981年～85年生コーホートの潜在的保育所定員率となる。なお、2015年と2020年の女性人口は不詳補完値を使用している。なお、「社会福祉施設等調査」は2009年および2012年に調査方法が変更されている。この調査方法の変更に対して、2010年、2015年、2020年を含むコーホートの潜在的保育所定員率の場合は1、それ以外は0のダミー変数を作成し、ダミー変数と潜在的保育所定員率の交差項も推定に使用する。

#### DID人口比率

<sup>29)</sup> 足立・中里(2017)では、本来は男性所得自体を利用することが望ましいが、男性所得と女性賃金率との間に高い相関関係があることから、小椋・ディークル(1992)に倣ってこの変数を採用したと説明している。本研究でもこれに倣って採用する。

表4 コントロール変数の記述統計

		1961年～65年 出生コーホート (t=2000年)	1966年～70年 出生コーホート (t=2005年)	1971年～75年 出生コーホート (t=2010年)	1976年～80年 出生コーホート (t=2015年)	1981年～85年 出生コーホート (t=2020年)		
男女所得比	平均	1.313	1.283	1.228	1.192	1.166		
	標準偏差	0.043	0.034	0.030	0.028	0.027		
	最小値	1.212	1.211	1.155	1.118	1.104		
	最大値	1.402	1.348	1.283	1.253	1.232		
潜在的保育所定員率	平均	0.145	0.149	0.153	0.171	0.199		
	標準偏差	0.051	0.052	0.052	0.056	0.058		
	最小値	0.054	0.055	0.060	0.075	0.102		
	最大値	0.271	0.268	0.265	0.290	0.324		
DID人口比率	平均	0.488	0.500	0.508	0.514	0.523		
	標準偏差	0.186	0.187	0.187	0.188	0.188		
	最小値	0.243	0.245	0.247	0.246	0.247		
	最大値	0.977	0.979	0.980	0.981	0.983		
第一次産業就業者比率	平均	0.099	0.084	0.073	0.065	0.060		
	標準偏差	0.050	0.043	0.038	0.035	0.033		
	最小値	0.005	0.005	0.004	0.004	0.004		
	最大値	0.193	0.165	0.144	0.132	0.125		
女性の学歴	短大卒	平均	0.281	0.303	0.326	0.312	0.299	
		標準偏差	0.043	0.041	0.041	0.030	0.029	
		最小値	0.176	0.208	0.240	0.246	0.252	
		最大値	0.371	0.393	0.415	0.378	0.382	
	大学・大学院卒	平均	0.103	0.124	0.146	0.202	0.257	
		標準偏差	0.036	0.036	0.038	0.055	0.074	
		最小値	0.051	0.072	0.093	0.123	0.151	
		最大値	0.213	0.243	0.274	0.381	0.488	
		有効求人倍率 20歳～24歳 (t-15)	平均	0.724	1.543	0.743	0.642	0.915
			標準偏差	0.339	0.570	0.248	0.188	0.283
			最小値	0.180	0.480	0.180	0.280	0.400
			最大値	1.410	2.620	1.210	1.100	1.670
25歳～29歳 (t-10)	平均	1.543	0.743	0.642	0.915	0.533		
	標準偏差	0.570	0.248	0.188	0.283	0.104		
	最小値	0.480	0.180	0.280	0.400	0.310		
	最大値	2.620	1.210	1.100	1.670	0.790		
30歳～34歳 (t-5)	平均	0.743	0.642	0.915	0.533	1.174		
	標準偏差	0.248	0.188	0.283	0.104	0.219		
	最小値	0.180	0.280	0.400	0.310	0.840		
	最大値	1.210	1.100	1.670	0.790	1.750		
35歳～39歳 (t)	平均	0.642	0.915	0.533	1.174	1.192		
	標準偏差	0.188	0.283	0.104	0.219	0.177		
	最小値	0.280	0.400	0.310	0.840	0.810		
	最大値	1.100	1.670	0.790	1.750	1.640		

出所：総務省統計局「国勢調査」、厚生労働省「賃金構造基本調査」「社会福祉施設等調査報告」「一般職業紹介状況」。

都市化の程度を表す指標として、各都道府県人口の集中地区（DID）人口比率を採用する。これは、1985年から2020年の「国勢調査」（総務省）から得られる各都道府県の人口集中地区人口を当該

都道府県の人口で除して算出した。推定に利用するDID人口比率は、各コーホートの女性が20歳～39歳までの期間に実施された「国勢調査」から得られる各時点のDID人口比率の平均とした。な

お、2015年と2020年の人口は不詳補完値を使用している。

### 第一次産業就業者比率

第一次産業就業者比率は地域の産業構造を表す変数として採用し、1985年から2020年の「国勢調査」(総務省)から得られた各都道府県の第一次産業就業者数を当該都道府県の就業者数で除した値であり、DID人口比率と同様の手続きによってコホートごとに計算した平均を使用した。

### 女性の学歴

1980年から2020年の「国勢調査」(総務省)を使って、最終学校の種類より、都道府県別の25歳～29歳の短大卒業者と大学・大学院卒業者を25歳～29歳の回答総数で除した比率をその出生コホートの学歴変数とした<sup>30)</sup>。例えば、1981年～85年生では2010年に25歳～29歳であるから、この2010年の「国勢調査」のデータを使用して算出する。なお、「国勢調査」の教育に関する調査が行われるのは10年に1度の調査で、西暦の下一桁が5年の「国勢調査」では調査が行われない。この場合は、前後の調査年の平均を用いた。例えば、1976年～80年生コホートは2005年に25歳～29歳であるから学歴データが存在しない。このため、2000年の25歳～29歳と2010年25歳～29歳の平均を用いる。

### 有効求人倍率

女性就業率は女性の就業状況を示す変数であるが、循環的な景気変動の影響を受ける可能性がある。地域の景気変動の影響をコントロールするために、1985年から2020年の「一般職業紹介状況」(厚生労働省)から得られる都道府県別有効求人倍率を使用する。具体的には、各コホートの20歳～24歳、25歳～29歳、30歳～34歳、35歳～39歳にその年齢階級に対応する年の有効求人倍率(年平均)を使用する。例えば、1961年～65年出生コホート(t=2000年)は1985年に20歳～24歳で

あるから、この20歳～24歳の女性就業率に含まれている景気変動をコントロールするために1985年の有効求人倍率を使用する。同出生コホートは1990年に25歳～29歳であるから1990年の有効求人倍率(年平均)を使用する。同様に1995年に30歳～34歳であるから1995年の、2000年に35歳～39歳であるから2000年の有効求人倍率(年平均)を使用する。

### 謝辞

本研究に対して、本誌2名の匿名レフェリー及び「とくしまEBPM評価会議(議長:浅子和美一橋大学名誉教授)」の各委員(浅子和美先生、伊藤修一郎先生、鹿野繁樹先生、小巻泰之先生、村澤康友先生、横山由紀子先生)から貴重なコメントを頂きました。記して謝意を表します。また、本研究は、総務省「統計データ利活用推進事業」の成果の一部であることを明記します。なお、本稿における見解はすべて著者に帰するものであり、著者が所属する組織の見解を表すものではない。

### 参考文献

- 相川哲也・酒田元洋・古矢一郎・角田リサ・長沼裕介・立石憲彰・新藤宏聡(2022)「少子化対策と出生率に関する研究のサーベイ—結婚支援や不妊治療など社会動向の変化と実証分析を中心とした研究の動向—」ESRI Research Note No.66, 内閣府経済社会総合研究所。
- 足立泰美・中里透(2017)「出生率の決定要因—都道府県別データによる分析」,『日本経済研究』, No.75, pp.63-91。
- 宇南山卓(2011)「結婚・出産と就業の両立可能性と保育所整備」,『日本経済研究』, No.65, pp.1-22。
- (2022)「国勢調査」,『日本労働研究雑誌』, No.741, pp.6-9。
- 大沢真知子(1993)『経済変化と女子労働 日米の比較研究』, 日本経済評論社。
- 岡崎陽一(1993)『人口分析ハンドブック』古今書院。
- 小椋正立・ディークル, ロバート(1992)「1970年以降の出生率の低下とその要因」,『日本経済研究』, No.22, pp.46-76。
- 金子隆一(2004)「少子化の人口学的メカニズム」,『人口学ライブラリー1 少子化の人口学』(大淵・高橋編著), 原書房, pp.15-36。
- 鹿野繁樹(2015)『新しい計量経済学』, 日本評論社。

<sup>30)</sup> 教育に関する質問については不詳が多いことから、人口を使用しないで回答総数を使用した。

- 河野 稔果 (2007) 『人口学への招待』, 中公新書。
- 是川 夕 (2019) 「有配偶女性の人的資本, 及び初期キャリアが出生力に及ぼす影響—女性就業と出生力の関係の再検討—」, 『人口問題研究』, 第75巻第1号, pp.1-25。
- 伊達雄高・清水谷論 (2004) 「日本の出生率低下の要因分析: 実証研究のサーベイと政策的含意の検討」 ESRI Discussion Paper Series No.94, 内閣府経済社会総合研究所。
- 堤 静子 (2011) 「少子化要因としての未婚化・晩婚化—都道府県コホートによる分析—」, 『季刊 社会保障研究』, Vol.47, No.2, 159-174。
- 西山慶彦・新谷元嗣・川口大司・奥井亮 (2019) 『計量経済学』, 有斐閣。
- 濱田桂一郎 (2015) 『働く女子の運命』, 文春新書。
- (2018) 『日本の労働法政策』, 独立行政法人労働政策研究・研修機構。
- 廣嶋清志 (1999) 「結婚と出生の社会人口学」, 『講座社会学2 家族』 (目黒・渡辺編), 東京大学出版会, pp.21-57。
- (2011) 「近年の出生率反転の分析: 結婚と産み方のどちらが変わったか」, ESTRELA, 203, 財団法人統計情報研究開発センター, pp.2-9。
- 牧田修治・水ノ上智邦 (2022) 「合計特殊出生率の上位県と下位県の特徴」『分析実践! EBPM推進事業報告書』徳島県政策創造部, pp.5-22。
- 松浦克己・滋野由紀子 (1996) 『女性の就業と富の配分』, 日本評論社。
- 守泉理恵 (2012) 「女性就業と子育て支援」, 『人口学ライブラリー10 少子化と若者の就業行動』 (小崎・牧野編著), 原書房, pp.75-102。
- 山口慎太郎 (2016) 「差の差法で検証する『保育所整備』の効果」『IWANAMI DATA SCIENCE』Vol.3, pp.112-128。
- 山崎史郎 (2020) 『人口戦略法案』, 日本経済新聞出版。
- Butz, William P. and Michael P. Ward (1979), “The Emergence of Countercyclical U.S. Fertility,” *American Economic Review*, Vol.69, No.3, pp.318-328.
- Fukai, Taiyo (2017), “Childcare Availability and Fertility: Evidence from Municipalities in Japan,” *Journal of The Japanese and International Economics*, 43, pp.1-18.

(まきた・しゅうじ)  
 (とよだ・てつや)  
 (おくしま・まさし)  
 (みずのうえ・ともくに)

## **Revisiting Determinants of Completed Cohort Fertility -An Empirical Study by means of Panel Data by Prefecture-**

MAKITA Shuuji<sup>\*1</sup>, TOYODA Tetsuya<sup>\*2</sup>,  
OKUSHIMA Masashi<sup>\*2</sup>, MIZUNOUE Tomokuni<sup>\*3</sup>

### Abstract

In this study, we analyzed the determinants of completed fertility by examining methods of formulating and estimating variables employed in previous research. Our analysis aimed to elucidate the impact of employment-related decisions across women's various life stages. The analysis revealed that the percentage of women who remained unmarried, the female employment rate, and female wages impacted completed fertility. However, the impact differed by life stage. Among women aged 25-29 years, female employment positively impacted completed fertility. This suggests the potential compatibility of female employment and childbearing, which have traditionally been considered to be incongruous. By contrast, the two still appear to be incongruous for women aged 30-34 years, suggesting possible difficulties in having multiple births after the second child. Furthermore, thorough examination indicated that the data used in the estimations may have been equivocated. Consequently, the conclusions may be misleading, which should not be taken lightly.

Keywords : Completed Cohort Fertility, The Percentage of Women who Remained Unmarried, The Female Employment Rate, Female Wages, Panel Data by Prefecture

---

<sup>\*1</sup> Managing Director of Planning, Policy Studies Department, Tokushima Prefecture

<sup>\*2</sup> Professor, Graduate School of Technology, Industrial and Social Sciences, Tokushima University

<sup>\*3</sup> Professor, Faculty of Business Administration, Shujitsu University



## 情報 (各国の動向)

## 台湾の社会保障 (第4回) 台湾の年金制度について

小島 克久\*

## I はじめに

本誌の「情報」では、2017年12月刊および2018年3月刊の号において、台湾の社会保障を3回(社会保障制度の概要、医療、介護)にわたって取り上げた<sup>1)</sup>。その後、ほかの制度を取り上げることなく今日に至っている。そこで、今回は台湾の社会保障の4回目として、年金制度を取り上げる。

## II 台湾の高齢期の所得保障制度の体系

台湾の高齢期の所得保障制度の体系は、台湾当局の資料をもとにすると図1のようになる。これを見ると、第0層は社会福祉制度からの給付であり(公的扶助である「社会救助」を除く)、中低収入老人生活手当などの制度が位置づけられている。これらは無拠出で、所得などの条件に該当する高齢者を対象とした手当である。その上の第1層が社会保険制度であり、今回取り上げる公的な年金制度はここに位置づけられる。具体的には、

職業等 階層	軍人	公務員・教職員		雇用者	農民	自営業者など
第3層 個人保障	個人民間保険、個人貯蓄、家族による支援					
第2層 退職金 制度	軍人・公務員・教職員 退職金制度 (DB/年金) (66.6万人)	国営事業 退職金 制度	私立学校教 職員退職金 制度 (DC) (4.7万人)	労働者退職金制度 (DC)(新/741.3万人) (DB)(旧/66.6万人)	農民退職 貯蓄 (DC) (9.1万人)	-
第1層 社会保険	軍人 保険 (DB) (20.5万人)	公教人員保険 (DB) (58.9万人)		劳工保険 (DB/年金) (1,043.0万人)	農民健康 保険 (95.9万人)	国民年金 保険 (DB/年金) (281.1万人)
第0層 社会福祉	退役軍人給付(2.9万人)、中低収入老人生活手当(19.6万人)、 老年基本保障年金(42.1万人)、原住民族給付(4.4万人)、老年農民福祉手当(54.7万人)					

注：DBは確定給付，DCは確定拠出の制度を指す。数値は第1層，第2層は加入者数，第ゼロ層は受給者数を示す。下線部は国民年金制度の一環としての給付。斜体字は農民健康保険からの給付。

出所：国家發展委員会webページ『老齡經濟安全』より「我國老年經濟安全制度概況」を翻訳・加筆の上で引用。

図1 台湾の高齢期の所得保障制度 (2022年末現在)

\* 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長

<sup>1)</sup> 詳細は本稿末尾の参考文献を参照。

軍人保険、公教人員保険、労工保険、農民健康保険、国民年金が該当する、その上の第2層は、（法律に基づく）退職金制度である。軍人、公務員や教職員、民間の雇用者等にそれぞれ該当する制度がある。第3層は個人保障とされる部分で、個人民間保険（個人年金）、貯蓄、家族による経済的支援があてはまる。

このように、台湾の年金制度は高齢期の所得保障の基礎として位置づけられている。また、国民年金の実施（2008年）により、制度的には皆年金

が達成されている。

### III 台湾の年金制度の概要

#### 1 年金制度の種類と被保険者

台湾の年金制度の概要は表1の通りである。まず、職業により加入する年金制度が異なる。現役の軍人は「軍人保険」、公務員や学校の教職員は「公教人員保険」、農会（農業団体）に加入する農民は「農民健康保険」に加入する。民間で雇用さ

表1 台湾の公的年金制度の現状

		軍人保険	公教人員保険	労工保険	農民健康保険	国民年金				
根拠法（施行）		軍人保険条例（1950年）	公教人員保険法（公務員1958年、私立学校教職員1970年）	労工保険条例（1950年）	農民健康保険条例（1985年）	国民年金法（2008年）				
被保険者		現役の軍人	・法で定める機関の有給職員・公私立学校の有給教職員	15歳以上65歳以下の雇用者など	農会会員である15歳以上の農民	25歳以上65歳未満でほかの社会保険に加入していない者				
給付項目		障害、退役、死亡、育休、家族葬祭	障害、老齢、死亡、遺族葬祭、育休、生育	生育、傷病、障害、老齢、死亡（労災以外）	生育、障害、葬祭	障害、老齢、葬祭、遺族、生育				
保険料率		法定 8～12% 9.94%（2017～）	法定 7～18% 10.16%（2023）	法定 7～13% 11%（2023）	法定 6～8% 2.55%（2023）	法定 6.5～12% 10%（2023）				
標準報酬		毎月の俸給	基本給および最高俸給超過加算給	26,400～45,800台湾元（約12.3万円～約21.3万円）	20,400台湾元（約9.5万円）	19,761台湾元（約9.2万円）				
保険料負担割合（%）	被保険者	35	35	雇用されている者	20	30 (156台湾元（約725円）)	低所得・重度障害者	0		
				職業組合加入者			60		所得一定額未満・軽度および中度障害者	30-45
				漁業組合会員					20	
	雇用主	-	32.5(私立学校教職員のみ)	雇用されている者	70	-	-			
政府	65	65(私立学校教職員は32.5)	雇用されている者	10	70	低所得・重度障害者	100			
			職業組合加入者	40		所得一定額未満・軽度および中度障害者	55-70			
			漁業組合会員	80		一般	40			
加入者数		20.5万人（2022）	58.9万人（2022）	1,043.0万人（2022）	95.9万人（2022）	281.1万人（2022）				
年金基金規模		149億台湾元（2016）	3,580億台湾元（2022）	7,534億台湾元（2022）	-	4,524億台湾元（2022）				
老齢年金支給開始年齢		一時金のみ：勤務5年で5ヶ月分、勤務6～10年で1年あたり1ヶ月分を加算など。最高45ヶ月分	年金：①65歳、②60歳、③55歳 ※一時金も選択可（55歳以上などの条件あり）	60歳（2008年の改正法施行10年後に1歳引き上げ。その後2年ごとに1歳引き上げ、65歳まで引き上げ）	老年農民福祉手当に代替：65歳以上で、台湾居住者で直近3年間で毎年183日以上居住、農民健康保険加入15年以上など	65歳				
同支給条件			①保険料支払期間15年以上、②同20年以上、③同30年以上	保険料支払期間が15年以上あること		65歳に達していること				
同算定基準			退職10年前の平均給与×保険加入年数×1.3%（上限）など	平均給与が最も高い時期の60ヶ月間の平均×保険加入年数×0.775%+3,000台湾元など	月額7,550台湾元	標準報酬×保険加入年数×0.65%+3,772台湾元など				
所管		国防部	銓敘部	労働部	内政部	衛生福利部				
管理機関		台銀生命保険軍人保険部	台湾銀行公教保険部	労工保険局	労工保険局	労工保険局				

注：国民年金の「所得一定額未満」と一人あたり世帯所得が最低生活費の2.5倍で平均消費支出の1.5倍未満の者を指す。給付のうち、「生育」は被保険者の出産給付、「葬祭」「遺族葬祭」は葬祭費用の給付を指す。

出所：国家發展委員会「各社会保険比較表」をもとに表の組み替えを行い、主要な制度構成要素を抜粋。ただし、保険料率は衛生福利部、労働部労工保険局、銓敘部、国防部webサイトで可能な範囲で最新の情報を記載。加入者数、軍人保険を除く年金基金規模は国家發展委員会「老年經濟安全圖表彙編」による。

れている者は「労工保険」、自営業者等は「国民年金」に加入し、両者が年金加入者の多くを占める。労工保険は、15歳以上65歳以下の雇用されている者（雇用する者がいない自営業者等を含む）が加入する。国民年金は、25歳以上65歳未満の自営業者などでほかの社会保険制度の対象とならない者が加入する。なお、「農民健康保険」は、もともとは医療保険を含む総合保険であったが、医療給付が全民健康保険に移行し、それ以外の給付が残ったものである。年金給付は老年農民福祉手当の支給に代替されている。本稿では、労工保険と国民年金を中心に論じる。

## 2 財源（保険料）

台湾の年金制度の財源は保険料である。労工保険の場合、被保険者の標準報酬月額（下限と上限あり）に11%（2023年）の保険料率を乗じた金額が保険料である。これを雇用されている者の場合、本人負担20%、雇用主負担70%、政府負担10%の割合で負担する。国民年金の保険料は、固定された標準報酬月額である保険金額（19,761台湾元（約9.2万円））に10%（2023年）の保険料率を乗じた金額が保険料であり、事実上の定額である。この保険料を、低所得者や重度障害者は全額政府負担、一般の人は本人負担60%、政府負担40%の割合で負担する。なお、公教人員保険では、基本給の10.16%（2023年）の保険料率を乗じた金額を、本人が35%、政府が65%の割合で負担する（公務員の場合）。

## 3 年金給付

年金給付について、労工保険と国民年金でその内容を見てみよう。労工保険では、老齢、障害、遺族の各年金と老齢一時金がある。国民年金でも、老齢、障害、遺族の各年金に加え、老齢基礎保障年金などの手当がある。老齢年金の受給資格は、労工保険では15年以上の加入で60歳以上の者（現在、2026年までに65歳への引き上げが実施中）。国民年金では65歳に達した者である。年金支給額は保険加入期間で賃金が最も高い60か月間の平均の平均賃金（国民年金は表1の同算定基準

の金額）に保険料納付期間、定められた率を乗じた金額で算定される。ただし、最低保障年金の仕組みがあり、労工保険、国民年金でそれぞれ月額3,000台湾元（約1.4万円）、3,772台湾元（約1.8万円）が保障される（2023年）。

障害年金は、労工保険、国民年金ともに被保険者に障害があり、就労ができないなどの条件にあてはまる場合に支給される。年金支給額は老齢年金と類似の方法で算定されるが、最低保障年金の水準が高く、労工保険、国民年金でそれぞれ月額4,000台湾元（約1.9万円）、5,065台湾元（約2.4万円）である（2023年）。遺族年金は、労工保険、国民年金ともに被保険者、年金受給者の遺族に支給される。遺族の範囲は、配偶者、子などである。最低保障年金の金額は老齢年金と同じである。

表1以外に、労工保険には老齢一時金もある。これは保険加入期間が15年未満の場合に支給され、平均賃金（保険をやめるまでの直近36か月間）の最大45か月分が支給される。なお、国民年金には老齢基礎保障年金、心身障害者基礎保障年金、原住民族年金があり、国民年金制度実施時（2008年）に、65歳以上、重度障害者、55歳以上の先住民族で、所得などの条件を満たす者が受給できる給付である。支給額は月額で老齢基礎保障年金、原住民族年金が3,772台湾元、心身障害者基礎保障年金が5,065台湾元である。

## IV 台湾の主な公的年金の状況

表2は、台湾の主な公的年金の状況をまとめた表である。まず年金加入者数は、2022年の労工保険が約1,043万人、公教人員保険が約58.9万人、国民年金は約281.1万人である。これらの合計は約1,383万人となり、台湾の15～64歳人口の84.5%に相当する。この比は、国民年金が実施された2年後の2010年には81.3%であったが、その後少しずつ上昇して現在に至る。

次に年金受給者数をみると、2022年で労工保険が約159.8万人、公教人員保険が約0.2万人（公教人員保険では一時金での受給が多いため人数が少ない）、国民年金が約133.5万人であり、これらの

表2 台湾の主な公的年金の状況

			2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2022年
人口	15～64歳	(千人)	17,050	17,304	17,348	17,292	17,107	16,811	16,360
	65歳以上	(千人)	2,488	2,600	2,809	3,106	3,434	3,787	4,086
年金加入者数	総数	(千人)	13,867	14,029	14,092	14,169	14,249	14,255	13,830
	(15～64歳人口比)	(%)	81.3%	81.1%	81.2%	81.9%	83.3%	84.8%	84.5%
	労工保険	(千人)	9,398	9,710	9,920	10,165	10,372	10,555	10,430
	公教人員保険	(千人)	598	594	587	579	589	594	589
	国民年金	(千人)	3,872	3,726	3,584	3,425	3,287	3,106	2,811
老齢年金受給者数	総数	(千人)	307	684	1,189	1,678	2,175	2,589	2,934
	(65歳以上人口比)	(%)	12.4%	26.3%	42.3%	54.0%	63.4%	68.4%	71.8%
	労工保険	(千人)	119	319	615	884	1,166	1,397	1,598
	公教人員保険	(千人)	-	-	3	2	2	2	2
	国民年金	(千人)	189	365	571	791	1,008	1,189	1,335
平均受給額 (受給者一人あたり・月額)	労工保険	(千台湾元)	10.55	11.17	14.28	15.12	16.27	16.85	17.64
	国民年金	(千台湾元)	2.51	3.05	3.28	3.52	3.64	3.74	3.75
(参考) 平均賃金 (月額)		(千台湾元)	44.65	46.11	47.83	49.27	52.41	54.16	57.73

注：軍人保険については、2016年と2022年の加入者数はそれぞれ、218千人、205千人である（その他のデータは未入手）。平均受給額は受給者数が少ない公教人員保険を除く。

出所：國家發展委員會「各社會保險比較表」(2017.03.01更新)、「老年經濟安全圖表彙編」、労働部労工保険局「労工保険統計年報」(2022年版、2011年版)、台湾銀行公教人員保險部「公務人員保險統計」(2022年版)、内政部統計(人口)、主計総処「111年薪資與生產力統計年報」(平均賃金)より作成。

合計は約293.4万人である。65歳以上人口の71.8%に相当する。この比は、2010年には12.4%であったが、その後は上昇して現在に至っている。受給者一人当たりの平均受給額（老齢年金、月額）を見ると、2022年の場合、労工保険が約1万7千台湾元（約8.2万円）、国民年金が約3,700台湾元（約1.7万円）である。

#### 参考文献

小島克久（2017）「台湾の社会保障（第1回）台湾の人口・経済の状況と社会保障制度の概要」『社会保障研究』第6巻2・3号、pp.412-415。

———（2017）「台湾の社会保障（第2回）台湾「全民健康保険」について」『社会保障研究』第6巻2・3号、pp.416-419。

———（2018）「台湾の社会保障（第3回）台湾の高齢者介護制度について」『社会保障研究』第6巻4号、pp.595-598。

増田雅暢・金貞任（編著）（2015）『アジアの社会保障』、法律文化社。

國家發展委員會老年經濟安全（高齢期所得保障）webサイト、[https://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=D7B9F1DAF6192D32](https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=D7B9F1DAF6192D32)（2023年11月24日最終確認）。

衛生福利部webサイト、<https://www.mohw.gov.tw>（2023年11月24日最終確認）。

労働部労工保険局webサイト、<https://www.bli.gov.tw>（2023年11月24日最終確認）。

台湾銀行公教人員保險部webサイト、<https://www.bot.com.tw/tw/policy-business/government-employees-insurance-service>（2023年11月24日最終確認）。

（こじま・かつひさ）

## 情報 (社会保障)

社会保障費用統計における  
EU基準社会保障財源表の公表開始について

竹沢 純子\*

## I はじめに

国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研という。）が作成する「社会保障費用統計」（以下、費用統計という。）では、OECD基準社会支出表、ILO基準社会保障給付費収支表に加えて、2023年度より新たにEU統計局のESSPROS基準（以下、EU基準という。）に準拠した社会保障財源表の公表を開始した<sup>1)</sup>。これにより、1990年代末以降、我が国と諸外国の社会保障財源の国際比較が不可能となっていたところ、四半世紀ぶりに再び比較が可能となった。

本稿では、EU基準社会保障財源のデータ利用者への情報提供を目的として、EU基準社会保障財源表の公表経緯（Ⅱ節）、EU基準の概要（Ⅲ節）、EU基準とOECD基準、ILO基準の関係（Ⅳ節）、EU基準と財務省「国民負担率」との関係（Ⅴ節）について解説する。

## II EU基準社会保障財源表の公表経緯

「社会保障費用統計」では、同統計が準拠する国

際基準のデータベースを出所として<sup>2)</sup>、我が国と主要先進国（ドイツ、フランス、イギリス、スウェーデン、アメリカ）の国際比較結果を掲載してきた。本節では、1990年代後半以降における各国際基準と費用統計の主な動きをまとめた表1に沿って、EU基準の公表経緯について説明する。

## 1 ILO新基準への移行とOECD基準の開発（第1期：1997～2010年度）

(1) ILO新基準への移行による国際比較可能性の後退

日本政府はILO社会保障費調査（Cost of Social Security, 以下ではCOSSという。）が1949年に開始されて以降、同調査の第19次1997年度調査まで社会保障制度の収支データをILOに提供してきた<sup>3)</sup>。COSSは1997年調査を最後に新たな社会保障調査（Social Security Inquiry, 以下ではSSIという。）へと移行し、SSIの調査マニュアルは2005年に公表され〔ILO (2005)〕、同調査に基づく世界社会保障報告書（World Social Security Report）とデータベース（World Social Protection Database, 以下ではWSPDBという。）が2010年に公開された<sup>4)</sup>。旧COSSでは全加盟国が同一の調査票に回答

\* 国立社会保障・人口問題研究所 企画部第三室長

<sup>1)</sup> EU基準社会保障財源のデータは、社人研が同基準マニュアルに準拠して独自に推計したものであり、EU統計局より正式に承認を受けたものではない。ただし、わが国のEU基準統計の作成にあたり不明な点は、OECD事務局がOECDのSocial Expenditure Databaseの作成にあたりEU統計局と協力関係にあることから、OECD事務局を窓口としてEU統計局へ照会を行うことにより、日本と欧州諸国の国際比較性を確保している。

<sup>2)</sup> これまでの国際比較において、ILO基準についてはCost of Social Security, OECD基準についてはSocial Expenditure Database, EU基準についてはESSPROS Databaseを出所として日本と諸外国の比較を掲載してきた。各データベースサイトのURLは文末参考に記載している。

<sup>3)</sup> 我が国におけるILO基準集計の歴史については勝又（2014）参照。

表1 EU基準公表に至るまでの経緯（1997～2023年度）

	年度	ILO基準	OECD基準	EU基準
旧社会保障給付費	1997	第19次基準調査(Cost of Social Security, 1997)を最後に更新停止		
	2004	ILO基準社会保障財源の国際比較の最終掲載(『平成14年度社会保障給付費』付録)	OECD基準社会支出の国際比較公表開始(『平成14年度社会保障給付費』付録)	
	2005	ILO新基準SSI(Social Security Inquiry)基準マニュアル公表		
	2010	ILOよりWorld Social Security Report刊行開始、SSI調査及び他の国際機関のデータに基づくWorld Social Securityデータベースを公表		
第2期	2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有識者検討会「社会保障費統計に関する研究会報告書」(2011年6月)</li> <li>・ 公的統計基本計画(第1期2009-)における社会保障給付費の基幹統計化検討の指摘を受けて、従来公表してきたILO基準、OECD基準表を基幹統計化する方針が示される</li> <li>・ ILO新基準による国際比較不可能が確定したことを受けて、将来的にEU基準により社会保障財源のデータを整備し、財源の国際比較を可能とすることが検討課題とされた。</li> </ul>		
	2012	OECD基準表、ILO基準表が基幹統計表として指定され公表開始(『平成22年度社会保障費用統計』)		
社会保障費用統計	2015～2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>●厚労科研「社会保障費をマクロ的に把握する方法の向上に関する研究」</li> <li>・ 2011年度の有識者検討会報告書の指摘を踏まえ、EU基準マニュアルの検討、EU統計局へのヒアリング等の準備を開始</li> </ul>		
	2018	「公的統計の整備に関する基本的な計画」(2018年3月6日閣議決定) ・2022年度末までにEU基準の公表開始が課題として指摘される		
	2019～2021	EU基準社会保障財源の試算		
	2022	過去3年度分(2018～2020年度)を参考統計としてHP掲載		
第3期	2023	『令和3年度社会保障費用統計』の一部としてEU基準の公表開始(2000～2021年度)		

出所：筆者作成。

し一律の基準による収支両面の比較が可能であったが、新SSIでは同調査票を通じて各国政府から入手するデータのほか、OECD、EUやIMFなどほかの国際機関と協定を結び補完的なデータを入手し、複数の国際基準によるデータを組み合わせることにより全世界の比較データベース(WSPDB)を構築する方法へと変わった。その結果、WSPDBにおける社会保障支出の比較は実額ペー

スの表示が回避され、対GDP比のパーセンテージの公表のみとなった。また社会保障財源はSSIの調査項目として存在するが非公表となった<sup>5)</sup>。このように、新基準への移行により、従来のCOSSを用いた収支両面の国際比較から大きく後退することが明らかになった。

<sup>4)</sup> ILOでは2003年から社会保障の適用拡大を最優先課題の一つとして活動し、社会的な保護の土台勧告(第202号、2012年)に至る一連の動きの中で、SSI調査は各国における社会保障の適用に関するデータをまとめる包括的ツールとして設計された。SSIは社会保障費用のほかに給付の水準や適用状況など幅広くデータを収集している。同調査はILO社会保障局が2010年以降3年ごとに刊行する190カ国以上の社会保障制度の適用状況等に関する「世界社会保障報告書」の基礎データと位置づけられている。

<sup>5)</sup> 財源データが非公表の理由は不明であるが、公表に耐えうる全世界の社会保障財源のデータの構築に限界があるためと推察される。

## (2) OECD基準社会支出の開発と国際比較における利用

COSSの終了により1997年度以降のデータが更新されず、新たなSSIへの移行途中にあったILO基準に代わり、2000年半ば以降の我が国において国際比較データの主流となったのはOECD基準である。OECDにおいて1990年代初頭から開発が進められてきた社会支出の初版が1996年に公表開始された。我が国では社人研が1996年度から集計を開始、1998年度からOECDにデータの提出を開始した。OECD基準による日本と諸外国の比較可能性が確立されたことを背景として、旧社会保障給付費の国際比較では2004年度結果から従来のILO基準に加えてOECD基準の掲載を開始し、翌年度からはOECD基準のみの公表に完全に切り替えた。OECD基準により支出面の国際比較が可能となったが、同基準は財源の基準がなく、国際比較が不可能な状況が続いていた。

## 2 基幹統計化とEU基準の検討開始（第2期：2011～2017年度）

2009年度から公的統計基本計画（第I期）が始まり、同計画において、旧社会保障給付費の基幹統計化の検討が指摘された。これを受けて、基幹統計化に向けて有識者の意見を聴取する場として2010-2011年度に社人研に「社会保障費統計に関する研究会」が設置された。同研究会報告書〔国立社会保障・人口問題研究所（2011）〕では、ILO基準表に加えて、国際比較が可能なOECD基準表を基幹統計化すべきこと、将来的に財源の国際比較が可能なEU基準表の公表が今後の検討課題とされた。

社会保障給付費は2012年に国の重要な統計である基幹統計に指定された。指定を機に社会保障費用統計に名称が変更され、ILO基準、OECD基準ともに基幹統計表の指定を受けた。「平成22年度社会保障費用統計」以降、公表資料の本編に従来の

ILO基準に加えてOECD基準が収録された<sup>6)</sup>。

## 3 公的統計基本計画におけるEU基準の指摘と公表（第3期：2018～2023年度）

2011年度の研究会報告書〔国立社会保障・人口問題研究所（2011）〕の指摘を踏まえ、厚労科研「社会保障費をマクロ的に把握する方法の向上に関する研究」（2015-2017年度）において、EU基準マニュアルの翻訳整備と定義に沿った作成方法の検討、EU統計局へのヒアリング等の準備を開始した。さらに、「公的統計の整備に関する基本的な計画」（第III期）において、2022年度末までに、EU基準に準拠した財源の統計の作成について、EU統計局及び関係府省の協力を得て検討し公表を開始することとされた。

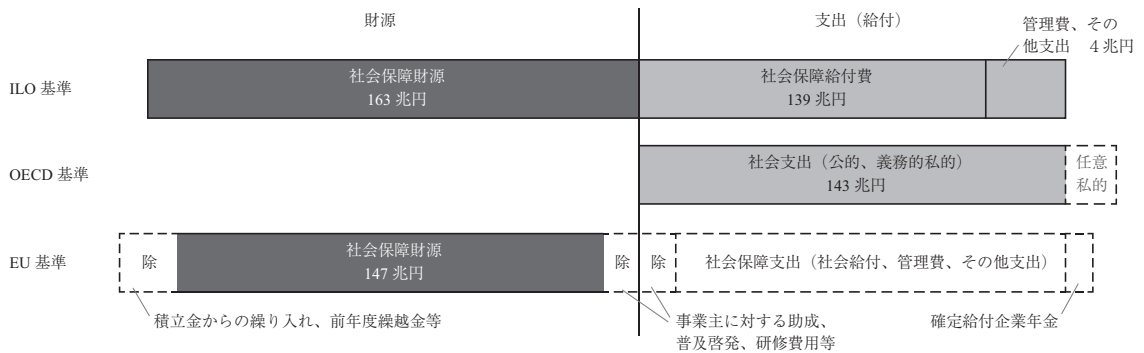
社人研では、厚労科研における検討を基に2019-2021年度の間EU基準社会保障財源の試算を行い、2022年度には過去3年度分（2018-2020年度）を参考統計としてホームページに掲載を開始した。さらに、2023年8月に公表した「令和3年度社会保障費用統計」からは2000年度以降についてEU基準社会保障財源表が本編として公表され、国際比較として欧州4カ国（ドイツ、フランス、スウェーデン、イギリス）との対GDP比社会保障財源比較図の掲載を開始した。

## III EU基準とは

EUROSTAT（欧州連合統計局）では1980年代より欧州総合社会保護統計（European system of integrated social protection statistics: ESSPROS、以下では「EU基準」という。）の開発に着手し、1990年代以降、ESSPROSマニュアル〔EUROSTAT、(2022)〕に沿って社会保障制度の収支統計を作成してきた。

2023年度時点の集計対象国は36カ国、EU加盟国（27カ国）のほかに、非加盟国（5カ国）、加盟

<sup>6)</sup> 旧社会保障給付費が基幹統計となった重要な根拠は、OECD基準表が基幹統計の要件のうち「国際条約又は国際機関が作成する計画において作成が求められている統計その他国際比較を行う上において特に重要な統計」（統計法（平成19年法律第53号）第2条第4項第3号）に該当することであったことから、OECD基準表は従来の付録からILO基準と同等の本編の位置づけとなった。



注：金額は令和3（2021）年度である。着色部分は集計対象，点線囲み部分は集計対象外である。  
 出所：『令和3年度社会保障費用統計』を基に筆者作成。

図1 社会保障費用統計の各基準における集計対象

候補国（4カ国）を含む。イギリスはEU脱退に伴い2019年度以降のデータの更新が停止している。

EU基準統計では，下記の社会保障制度の定義に該当する制度を対象としている。

下記に定義されるリスクやニーズによる経済的負担を，世帯または個人から取り除くための公的または民間機関からの全ての介入を含む。

- (1) 傷病・保健医療 (2) 障害 (3) 高齢
- (4) 遺族 (5) 家族・児童
- (6) 失業 (7) 住宅 (8) 社会的排除（他の分類に入らないもの）

EU基準の社会保障支出は，社会給付，管理費，その他の支出から構成され，このうち社会給付については，上記定義の8区分の機能別分類から成る。この分類はOECD基準社会支出政策分野別9分類と類似していることから，現在のところ，EU基準の支出面について集計公表はしていない<sup>7)</sup>。

図1は費用統計における各基準の集計対象であり，財源は濃色，支出（給付）は淡色で色づけしている。点線で囲まれた部分は集計対象外であり，EU基準については財源のみが集計対象であ

ることを示している。

#### IV EU基準とOECD基準，ILO基準の関係

本節では図1で示したEU基準とOECD基準，ILO基準の関係図を基に，集計対象・範囲の違い，集計区分の違いの二つの観点から説明する。

##### 1 集計対象・範囲の違い

(1) EU基準において集計から除外しているもの  
 社会保障財源（EU基準）では，「社会保障費用統計」の巻末参考資料2-1の制度における財源が集計されている<sup>8)</sup>。ただし，家計に直接的な利益をもたらさない以下の制度の財源については集計から除外している（図1参照）。

- ・雇用保険，雇用対策，他の社会保障制度（高齢・障害・求職者雇用支援機構実施事業）のうち，事業主に対する助成の一部
- ・公衆衛生，社会福祉のうち，普及啓発に関する費用，医療介護等従事者の研修費用の助成等
- 雇用保険制度のうち，事業主に対し休業手当等

<sup>7)</sup> EU基準の傷病，障害は，OECD基準の障害，業務災害，傷病に対応する。また，EU基準の失業には，OECD基準の失業と積極的労働市場政策が対応する。なお，EU基準の支出面の集計については，今後利用者のニーズを踏まえて検討することとしている。

<sup>8)</sup> 最新版は国立社会保障・人口問題研究所（2023a）巻末参考資料（<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R03/4/R03-2-sakusei.pdf>）として公表されている。



表2 EU基準, OECD基準の集計対象制度の違い(年金を中心とする主な例)

OECD基準	OECD Social Expenditure Database			
	社会保障費用統計・社会支出			任意私的
	公的	義務的私的	任意私的	
EU基準	集計対象			集計対象外
日本	国民年金 厚生年金保険 国家公務員共済 地方公務員共済 私学共済	厚生年金基金 国民年金基金 中小企業退職金共済 社会福祉施設職員等退職手当共済	確定給付企業年金	確定拠出年金(企業型) 確定拠出年金(個人型) 退職金
スウェーデン	所得比例年金 保証年金 プレミアム年金		協約年金	

注:日本の公的,義務的私的制度については主なものであり該当する全制度を記載したものではない。

出所:OECD Social Expenditure Database, EU ESSPROS Database,『令和3年度社会保障費用統計』を参考に筆者作成。

として従業員に帰着する費用の助成を行う雇用調整助成金等については集計対象であるが,従業員に帰着しない事業主に対する助成は集計対象外であり,その分の財源は推計により事業主拠出額から除外している。具体的には,雇用保険の事業主拠出額に,雇用保険の事業主保険料率のうち雇用保険二事業分の比率と,雇用保険二事業のうちEU基準集計対象費用の比率を乗じて,按分推計を行っている。また,高齢・障害・求職者雇用支援機構実施事業のうち障害者雇用納付金制度についても,障害者法定雇用率未達成の事業主が収めた納付金を財源として,各種助成金を事業主に支給するものであり,障害者である従業員に直接帰着するものではないため,集計対象外としている。

また,年金制度等における積立金からの繰り入れ,前年度繰越金など,制度内部における実質的

な収入の増減を伴わない移転についても除外している(図1参照)<sup>9)</sup>。

(2) EU基準のみ集計に含めているもの(表2)  
OECD基準は公的支出,義務的私的支出,任意私的支出<sup>10)</sup>の三層から成り,OECD SOCXデータベースには三層別に登録している。「社会保障費用統計」のOECD基準では,そのうち公的支出,義務的私的支出の合計を集計対象としている<sup>11)</sup>。一方,EU基準では公的支出,義務的私的支出に加えて,任意私的支出に計上される制度のうち確定給付企業年金制度を集計対象としている。EU基準では上記定義で民間機関からのすべての介入を含むとあるが,年金の場合,私的年金のすべてが対象という意味ではなく,後述のとおり,社会的連帯を目的として設立された基金等による制度に限定されている<sup>12)</sup>。

<sup>9)</sup> ILO基準においてはマニュアル上これらの移転が財源として計上される取扱いとなっている。一方,EU基準においてはマニュアル上,除外するルールとなっており,EU統計局にも確認済みである。

<sup>10)</sup> OECD SOCXデータベースに登録している任意私的支出は,退職金,確定給付企業年金給付,確定拠出年金(企業型),確定拠出年金(個人型),である。退職金は国税庁統計年報より退職所得支払金額を使用。退職金は必ずしも高齢者に限らない離職者に対する支払いであるが,その多くは引退する高齢者向けとみられ,SOCXマニュアルにおいて年金と同様の機能目的を持つ退職金を含めることとされているため計上している。

<sup>11)</sup> OECD社会支出の公的,義務的私的,任意私的の定義については,国立社会保障・人口問題研究所(2023a)巻末参考資料1主な用語の解説参照。SNAの政府諸機関分類のうち一般政府に該当する機関による支出は公的支出,一般政府以外の民間に該当する機関のうち制度の加入が義務的または奨励的なものについては義務的私的支出,任意加入のものは任意私的支出と位置づけている。巻末参考資料2-1の制度のうち義務的私的支出は厚生年金基金,石炭鉱業年金基金,国民年金基金,農業者年金基金,日本私立学校振興・共済事業団,国家公務員共済組合,地方公務員等共済組合,医薬品副作用被害救済制度,生物由来製品感染被害救済制度,中小企業退職者共済制度,社会福祉施設職員等退職共済制度,日本スポーツ振興センター災害救済給付,それ以外は公的支出である。

EU基準において、私的年金のうち、職域や労働組合を単位として、法律又は労使で合意した規約等に基づき基金が運用を行い、事業主が運用リスクを引き受ける場合、集計対象となる。我が国の制度において、確定給付企業年金は上記に該当するが、確定拠出年金（企業型及び個人型）は加入者が運用先を選択し、個人が運用リスクを引き受けるため、対象外と整理している。表2にOECD基準とEU基準における年金の集計対象の違いについて日本と一例としてスウェーデンを示している。

## 2 集計区分の違い（表3）

「社会保険料拠出」について、社会保障財源（ILO基準）では「被保険者拠出」と「事業主拠出」の2区分であるが、社会保障財源（EU基準）では「事業主拠出」の内訳として「現実事業主拠出」「帰属事業主拠出」<sup>13)</sup>、「被保険者拠出」の内訳として「被用者」「自営業者」「年金生活者その他」に分かれている<sup>14)</sup>。なお、EU基準の区分は、国民経済計算（SNA）との整合性を重視し、SNAに準じている。

また、社会保障財源（ILO基準）の「公費負担」と社会保障財源（EU基準）の「一般政府拠出」は、いずれも国・地方公共団体が負担する費用が計上されているが、各基準の内訳については、社会保障財源（ILO基準）においては財源の出所別（「国庫負担」「地方負担」）であるのに対し、社会保障財源（EU基準）においては財源の種類別（「目的税」「一般収入」となっている<sup>15)</sup>。「目的税」には例えばフランスの社会保障目的税である一般社会拠出金が該当する。我が国の消費税収入は、消費

表3 EU基準とILO基準における社会保障財源区分

社会保障財源（EU基準）	社会保障財源（ILO第18次基準）
社会保険料拠出	社会保険料
事業主拠出	被保険者拠出
現実事業主拠出	事業主拠出
帰属事業主拠出	
被保険者拠出	
被用者	
自営業者 注1	
年金生活者その他 注1	
一般政府拠出	公費負担
目的税 注2	国庫負担
一般収入 注2	他の公費負担
他の収入	資産収入
資産収入 注3	その他
その他 注3	

注1：「社会保障費用統計」として公表する表の項目は「自営業者・年金生活者その他」の計として表章している。  
 注2：「社会保障費用統計」として公表する表において「一般政府拠出」の内訳は掲載していない。諸外国についてはEU統計局ESSPROSデータベースより内訳を入手できる。  
 注3：「社会保障費用統計」として公表する表において「他の収入」の内訳は掲載していない。諸外国についてはEU統計局ESSPROSデータベースより内訳を入手できる。  
 出所：筆者作成。

税法において「地方交付税法に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする」とされているが、区分経理されないため、EU基準上の「目的税」ではなく「一般収入」と整理している。日本の目的税には、医薬品副作用被害救済制度など原因企業が費用負担する制度における拠出金が該当する。

<sup>12)</sup> EUROSTAT（2022）参照。

<sup>13)</sup> 「現実事業主拠出」とは、被用者の社会保障給付の受給権確保のため事業主が社会保障制度に支払うものである。「帰属事業主拠出」とは、基金や積立金を設けずに事業主が被用者等のために拠出するものである。「帰属事業主拠出」に該当する我が国の制度は、国家公務員災害補償制度、地方公務員等災害補償制度（地方公務員災害補償基金を除く）、旧公共企業体職員業務災害である。

<sup>14)</sup> 費用統計では、国民健康保険、介護保険（第1号被保険者分）、後期高齢者医療制度、国民年金（第1号被保険者分）、国民年金基金の保険料については、統計の制約により、「被保険者拠出」の3区分（「被用者」「自営業者」「年金生活者その他」）に分けられないため、「自営業者・年金生活者その他」に合算計上している。

<sup>15)</sup> EU基準においては、財源の種類別に加えて、SNAの分類にならったセクター別（中央政府、地方政府、社会保障基金、家計、企業、対家計非営利団体）の集計区分がある。費用統計ではセクター別の集計は実施していないが、各国のデータはESSPROSデータベースより入手できる。

表4 EU基準社会保障財源と国民負担率の違い

SNA部門	収入項目		社人研 「EU基準社会保障 財源」	財務省 「国民負担率」	財務省 「潜在的国民負担率」
一般政府（中央 政府、地方政 府、社会保障基 金）	租税負担	社会保障の財源	○	○	○
		社会保障以外（防衛、農業、 社会資本等）の財源	×	○	○
	財政赤字（公債金）	社会保障の財源	○	×	○
		社会保障以外（防衛、農業、 社会資本等）の財源	×	×	○
	社会保障負担（社会保険料 拠出）	事業主拠出、被保険者拠出	○	○	○
企業（金融、非 金融）	年金基金等に対する掛金等（例：日本の厚生年金基金、 確定給付企業年金、スウェーデンの協約年金）		○	×	×

出所：筆者作成。

## V EU基準社会保障財源と国民負担率の違い (表4)

財務省「国民負担率」は、内閣府「国民経済計算（SNA）」の一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金）の収入のうち租税と社会保険料について、国民所得（またはGDP）に占める割合（租税負担率+社会保障負担率）として算出されたものである。「潜在的国民負担率」は租税負担率+社会保障負担率+財政赤字として算出される。

表4はEU基準社会保障財源と財務省「国民負担率」の違いを整理している。第一に、EU基準社会保障財源のうち一般政府拠出は社会保障の財源に充てられる租税と財政赤字（公債金）を対象とするのに対し、「国民負担率」及び「潜在的国民負担率」では社会保障と社会保障以外の財源に充てられる租税と財政赤字（公債金）を対象としており範囲が広い。SNAでは一般政府の税収のうち社会保障分の内訳が得られず、社会保障以外の防衛や農業政策、道路等の社会資本整備などの財源も広く含まれる。

第二に、EU基準社会保障財源は「一般政府」部門の収入に含まれる租税と社会保険料に加えて

「企業」部門の金融機関の収入に含まれる年金基金等の掛金等を広く含むのに対して、「国民負担率」及び「潜在的国民負担率」では「一般政府」部門が受け取る租税と社会保険料収入に限定される。「企業」部門の金融機関に位置づけられるため、国民負担率には含まれない制度の例として、日本の厚生年金基金、確定給付企業年金、スウェーデンのプレミアム年金（Premium pension fund）、協約年金（Contractual pensions）の一部が挙げられる。

我が国では、社会保障の負担の国際比較に係る政策資料において、財務省の「国民負担率」が引用されてきたが、上述のとおり、租税負担には社会保障以外の財源を含むこと、また国によっては一般政府部門ではなく企業部門に位置づけられる制度が「国民負担率」に含まれていない結果として、社会保障負担（社会保険料負担）が少なく見える場合もあることに留意を要する。一例として、スウェーデンでは年金制度の財源の6割を占める協約年金のうち大部分が企業部門に位置づけられ「国民負担率」に含まれないため、国際比較において社会保障負担率が低く見えている<sup>16)</sup>。

一方で、EU基準の社会保障財源においては、「国民負担率」が対象とする一般政府に加えて社

<sup>16)</sup> スウェーデン統計局の提供資料（2020年）によると、同国のSNAにおける社会保険料・掛金の総額（対GDP比10.1%）のうち、一般政府部門に区分される対GDP比3.4%については国民負担率に含まれるが、企業（保険会社、非金融）部門に区分される対GDP比6.7%については国民負担率に含まれない。

会的連帯の要件を満たす企業部門に位置づけられる制度が集計対象に含まれるため、対象が広がっている(表4)。

EU諸国と日本の社会保障財源の国際比較を行う際には、上述の「国民負担率」とEU基準の範囲の違いに留意を要する。

## Ⅵ おわりに

本稿では、EU基準社会保障財源の公表経緯、作成方法、他基準や国民負担率との違いなど、利用する上で基礎となる情報を整理した。EU基準データ利用の際の参考となれば幸いである。

社会保障制度の財源調達のある方は、極めて重要な政策課題であり、国民の関心も高いトピックである。その政策議論や学術研究に資するよう、EU基準社会保障財源データのさらなる改善や分析を行っていくことが課題である。本稿では例示としてスウェーデンを取り上げたが、各国のSNAとEU基準のデータの相違の解明を進める中で、不明点を各国の統計局に照会したところ、スウェーデン統計局から迅速かつ丁寧な回答を頂けたために掲載したものである。今後、ほかの国についても情報収集が得られ次第、情報提供していく。

なお、本稿の内容は執筆時点(2024年1月)のものであり、今後、国際基準の変更等に伴い定義や集計範囲の見直しが行われる可能性がある。今後の変更については、毎年「社会保障費用統計」の公表後に解説を掲載する本誌動向欄、あるいは社会保障費用統計サイト上のFAQ(よくある質問)を通じて説明を行っていく予定であり、そちらを参照されたい。

## 参考文献

(邦文)

勝又幸子(2014)「社会保障の成り立ちと費用統計の歴史」, 西村周三監修, 国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障費用統計の理論と分析—事実に基づく政策論議のために—』慶應義塾大学出版会, 第1章。  
国立社会保障・人口問題研究所(2011)「社会保障費統計に関する研究会報告書」, 国立社会保障・人口問題研究所所内研究報告, 第41号, 2011年7月11日, (<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf>)

————— (2023a)「令和3年度社会保障費用統計」。

————— (2023b)「令和3年度社会保障費用統計—概要と解説」『社会保障研究』vol.8, no.3, pp.363-374。

竹沢純子(2023)「社会保障財源の国際比較—EU基準による比較」, 社会政策学会第147回大会(2023年10月7日)。

(英文)

EUROSTAT(2022) *European system of integrated social protection statistics ESSPROS — Manual and user guidelines — 2022 edition.*

International Labour Office (ILO) Social Security Department (2005) *Social Security Inquiry 2005 Manual.*

(参考) 本文で参照したデータベース

EU ESSPROS Database (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/database>)

ILO Cost of Social Security (<https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/statistical-knowledge-base/cost-of-social-security-1990-96/lang-en/index.htm>)

ILO World Social Protection Database (WSPDB) (<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=15>)

OECD Social Expenditure Database (<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm>)

(たけざわ・じゅんこ)

## 情報（所内研究報告（社会保障））

社会保障・人口問題基本調査  
「第7回全国家庭動向調査（2022年）」について

菊池 潤\*

## Ⅰ 全国家庭動向調査の目的と概要

国立社会保障・人口問題研究所では、5つの調査から構成される「社会保障・人口問題基本調査」の一環として、2022年7月に「第7回全国家庭動向調査」（特定一般統計）を実施した。全国家庭動向調査は、家事・育児をはじめとするわが国の家庭の諸機能を全国規模で把握しうる大標本調査として、旧厚生省人口問題研究所により1993年に第1回調査が実施された。当時の社会的な背景に目を向けると、急速に進む高齢化や少子化、核家族化・単独世帯の増加、あるいは女性の社会進出に伴う共働き世帯の増加などにより、わが国の家庭はその姿とともに機能もまた徐々に変化を示していた。

このような背景のもと、ほかの公的統計ではとらえることの出来ない出産・子育て、老親の扶養・介護をはじめとする家庭の諸機能の実態や変化要因を把握し、これにより潜在的行政ニーズの所在を明らかにし、厚生労働行政にかかわる各種行政施策のための基礎資料を提供することを目的として、本調査が実施された。本調査はこれまで5年ごとに調査を実施してきたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い実施スケジュールの見直しを行った結果、第7回調査を第6回調査（2018年実施）の4年後に実施することとなった。

## Ⅱ 第7回全国家庭動向調査の実施概要

第7回調査では、「令和2年国民生活基礎調査」のために全国から層化集落抽出法によって選定された5,530の国勢調査区の中から無作為に抽出した300調査区に居住する世帯を対象とした。回答者は結婚経験のある女性（複数いる場合は最も若い女性）とし、該当者がいない世帯については世帯主に回答を求めた。調査方法は配票自計方式で、2022年7月1日の事実について記入を求めた。

主な調査項目は、①家族の人口学的・社会経済的属性、②両親・子どもに関する事項、③出産・育児、扶養・介護に関する事項、④日常生活でのサポート資源に関する事項、⑤家事・育児に関する事項、⑥夫婦関係に関する事項、⑦子どもや家族に関する考え方（意識）に関する事項、および⑧資産の継承に関する事項となっている。

前回調査からの変更点として、上述した調査周期の変更に加えて、主に二つの変更を行った。第1に、これまで調査員による配布・回収を原則としていたが、今回調査より郵送回収を可能とするとともに、オンライン調査を導入した（回答方法・回収方法は被調査者の選択式）。この際、オンライン調査と郵送回収を先行して実施し、回答が得られない世帯を対象として調査員による訪問回収を行った。

第2に、調査対象の実質的拡大を行った。本調査では、第1回調査以来、主な調査対象を有配偶女

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第三室長

性としてきたが、多様化する世帯構造への対応が不可欠との判断の下、調査の連続性を維持しつつ、単身男性や単身未婚女性からも一部の調査項目について回答を求めることとし、調査対象の実質的拡大を図った。

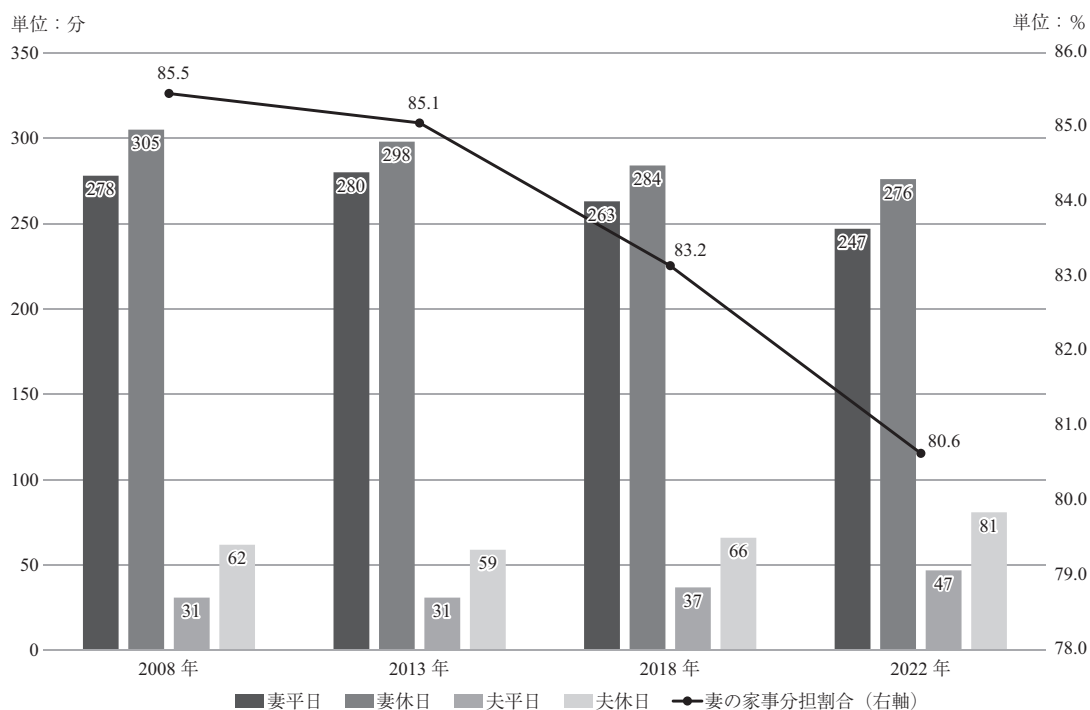
調査対象世帯16,470世帯に対し、調査票配布数は15,461票、回収調査票数は9,661票となり、調査対象世帯に対する回収率は58.7%となった（第6回調査回収率67.0%）。また、回収票のうち集計が困難な票を除いた有効回収票数は8,910票、有効回収率は54.1%となった（第6回調査有効回収率59.9%）。回答方法・回収方法の内訳は、調査員回収15.2%、郵送回収65.4%、オンライン回答19.4%となった。また、世帯種別有効票数は、有配偶女性票が5,518票、離死別女性票が1,457票、単身女性票（未婚）が547票、単身男性票が1,177票、その他が211票となった。

### Ⅲ 主な結果：夫婦の家事・育児

先述したとおり、本調査の調査項目は多岐にわたるが、以下では調査開始時以来の主たる調査項目である夫婦の家事・育児に関する結果について簡単に紹介する。なおいずれの結果も有配偶女性が回答した有配偶票を対象に集計した結果である。

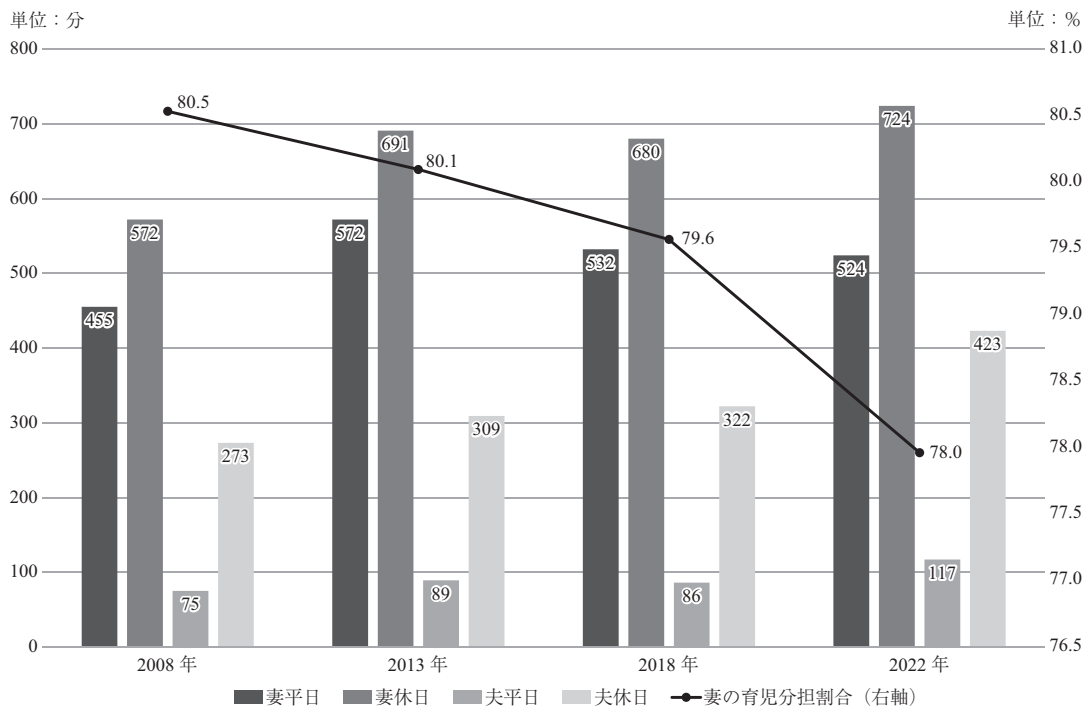
図1は2008年調査から2022年調査にかけての夫婦の家事時間、及び家事分担割合の推移を示している。妻の1日の平均家事時間は、平日247分、休日276分となり、前回調査より減少する一方で、夫の平均家事時間は平日47分、休日81分となり、前回調査より増加した。なお、妻の家事分担割合は年々低下しているものの、依然として80%を超える水準となっている。

図2は2008年調査から2022年調査にかけての夫



注：「妻の家事分担割合」は夫婦の家事総量を100%とした場合に、妻が行っている家事の割合。  
 出所：国立社会保障・人口問題研究所「第7回全国家庭動向調査 結果の概要」図2-1、図2-4より作成。

図1 夫婦の家事時間・家事分担割合の推移



注：「妻の育児分担割合」は夫婦の育児総量を100%とした場合に、妻が行っている育児の割合。

出所：国立社会保障・人口問題研究所「第7回全国家庭動向調査 結果の概要」図3-1、図3-5より作成。

図2 夫婦の育児時間・育児分担割合の推移

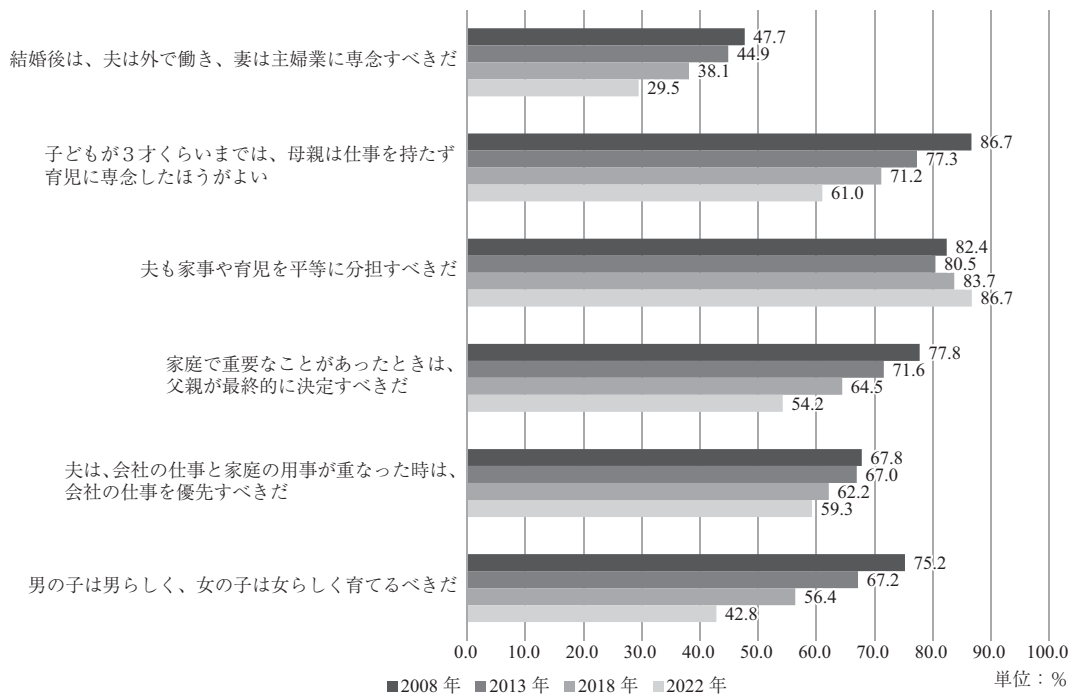
婦の育児時間、及び育児分担割合の推移を示している。妻と夫の1日の平均育児時間は、妻は平日524分、休日724分、夫は平日117分、休日423分となり、妻の平日を除き、前回調査より増加した。なお、妻の育児分担割合は低下しているものの、依然として70%を超える水準にある。

図3は、性別役割についての考え方に対する妻の賛成割合の推移を示した結果であり、ここでは「まったく賛成」と「どちらかといえば賛成」と回答した妻の割合を賛成割合としている。「結婚後は、夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべきだ」、「子どもが3才くらいまでは、母親は仕事を持たず育児に専念したほうがよい」、「家庭で重要なことがあったときには、父親が最終的に決定すべきだ」、「夫は、会社の仕事と家庭の用事が重なったときは、会社の仕事を優先すべきだ」、および「男の子は男らしく、女の子は女らしく育てるべきだ」のいずれにおいても、旧来的な考え方に対する

妻の賛成割合が年々低下していることが分かる。また、「夫も家事や育児を平等に分担すべきだ」への賛成割合は過去最高となっており、性別役割分担意識の希薄化、あるいは夫婦平等的な考えへの支持が拡大していることを示す結果となっている。

#### Ⅳ おわりに

本稿では、第7回全国家庭動向調査の実施概要および夫婦の家事・育児に関する結果について簡単に紹介した。そこでは、(少なくとも妻の中では)性別役割分担意識の希薄化、あるいは夫婦平等的な考えへの支持が拡大しているものの、依然として家事・育児の分担割合は妻に大きく偏っている実態が明らかとなった。なお、ここで紹介した結果はごく一部であり、より詳細な結果については、当研究所ホームページあるいは政府統計の



出所：国立社会保障・人口問題研究所「第7回全国家庭動向調査 結果の概要」図9-1より作成。

注：賛成割合は、「まったく賛成」あるいは「どちらかといえば賛成」と回答した妻の割合

図3 性別役割分担意識に対する妻の賛成割合の推移

総合窓口 (e-Stat) にて閲覧可能であるのでそちらを参照されたい。

最後に、本調査の留意点について指摘しておく。本調査は新型コロナウイルス感染症の蔓延後に実施されており、テレワークの普及や外出の自粛など、コロナ禍における生活習慣や行動様式の変化が本調査の結果に影響を与えている可能性がある。しかしながら、本調査からコロナ禍の影響を識別することは困難であり、今回調査で観察さ

れた結果が一時的なものであるかどうかは、次回調査以降の結果も踏まえて慎重に判断する必要がある。今後、以上の点も含めて、個票データを活用した二次利用分析を実施し、当研究所機関誌をはじめとする学術雑誌等で順次報告していく予定である。

(きくち・じゅん)



---

**情報（社会保障）**

---

## 『2022年 生活と支え合いに関する調査』について

黒田 有志弥\*

---

### I はじめに

2023（令和5）年8月22日、国立社会保障・人口問題研究所（以下「社人研」という。）は、2022（令和4）年7月に実施した「生活と支え合いに関する調査」（以下「2022年調査」という。）の「結果の概要」を公表した。また、2023（令和5）年11月2日に2022年調査の単純集計表及びクロス集計表を公表し、同年12月22日には調査資料等を含む「報告書」を公開している。本稿は、2022年調査の概要と調査結果の一部を紹介するものである。

### II 調査の概要

#### 1 調査の目的

社人研では、「社会保障・人口問題基本調査」として5種類の政府統計調査を基本的に各5年周期で実施しているが、その1つが「生活と支え合いに関する調査」である。「生活と支え合いに関する調査」は、2007（平成19）年に実施された「社会保障実態調査」（以下「2007年調査」という。）がその前身であるが、2012（平成24）年の調査時に調査名称が変更され、その後2017（平成29）年、2022（令和4）年に実施された（それぞれ「2012年調査」「2017年調査」という。）。したがって、2022年調査は2007年調査を含めると4回目の調査となる。

本調査の目的は、人々の生活、家族関係と社会経済状態の実態、社会保障給付などの公的な給付

と、社会的ネットワークなどの私的な支援が果たしている機能を精査し、年金、医療、介護などの社会保障制度の喫緊の課題のみならずその長期的なあり方、社会保障制度の利用と密接にかかわる個人の社会参加のあり方を検討するための基礎的資料を得ることである。この目的を達成するために、調査の企画段階において厚生労働省の関係部局と連携・調整した上で調査票の見直しを行うなど、その時々々の政策課題に資する調査となるよう調査設計を行っている。2022年調査の調査票においても既存の質問項目の削除や新規項目の追加がなされている（過去の調査を含め本調査の調査票は、社人研HPにおいて公表している）。

#### 2 調査の方法

2022年調査は、厚生労働省が実施する「令和4年国民生活基礎調査」で全国を対象に設定された調査地区（5,530地区）から無作為に選ばれた300の調査地区の世帯の世帯主および18歳以上の個人を対象として、2022（令和4）年7月1日現在の世帯の状況（世帯票）および個人の状況（個人票）について調査した。

世帯票の質問項目は、住宅の状況、家計支出の状況、困窮経験、公共料金等の未払い状況、貯蓄・負債の状況、同居者の状況等であり、個人票の質問項目は、健康状態、医療機関・健診受診にかかわる状況、公的年金の状況、介護経験、看取り経験、自己の終末期の準備状況、障害者手帳の保有の有無、働き方、その個人の属性、婚姻状況、暮

---

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第1室長

らし向き、所得、会話の状況、近所の人との関係、社会保障制度に関する考え方、受領サポートごとの頼れる人の有無、子ども・子育ての状況等である。

調査票は都道府県、政令指定都市、中核市、保健所設置市を通じて配布した。調査の回答方法は、紙に印刷された調査票に回答する方法に加えて、インターネットで回答する方法を導入した。インターネットでの回答は、政府の統計調査にインターネットを通じてオンラインで回答できるように開発された汎用システムである「政府統計オンライン調査総合窓口」で行うこととし、調査専用のID等を調査票に貼付した。紙に印刷された調査票については自計回答、密封回収方式であるが、回収方法についても調査員による回収に加え、郵送することによって回収する方法を導入した。

### 3 調査票回収状況等

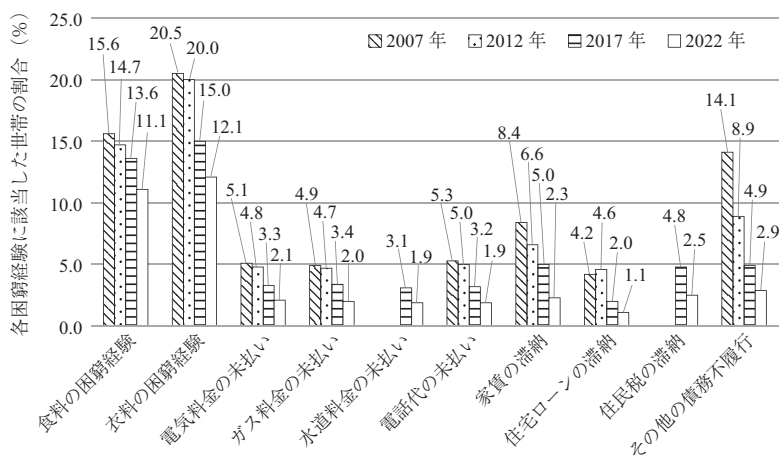
2022年調査の有効調査票数は、世帯票については、調査対象世帯数（調査客体数）16,719票に対して有効票数8,473票、有効回収率は50.7%（前回調査同63.5%）、個人票については、調査票配布数（調査客体数）27,233票に対して有効票数15,929票、有効回収率は58.5%であった（同75.0%）。前

回調査と比較して2022年調査においては回収率が低下しているが、これは新型コロナウイルス感染症の第7波（2022年7月1日～2022年9月30日）の直撃を受けたため、調査員の対面による調査票配布・回収業務に影響が出たことなどが要因の一つとして挙げられる。なお、前述のとおり2022年調査では従来の調査員による調査票回収に加え、郵送回収及びオンライン回答の方法を導入しているが、回収系統別の割合は参考文献に挙げた「結果の概要」または「報告書」を参照されたい。

### 4 調査結果—困窮経験

2022年調査の調査項目は多岐にわたるが、ここでは過去の調査と比較ができるものとして世帯が抱える生活上の困難についての集計結果を紹介する。

世帯票では、世帯の経済的な状況に関して、過去の1年の困窮経験と公共料金等の未払い・滞納経験についての質問を設けている。前者については、食料と衣料の困窮経験について、過去1年の間に、「お金が足りなくて、家族が必要とする食料が買えないことがありましたか」、「お金が足りなくて、家族が必要とする衣料が買えないことがありましたか」と尋ねている。2012年調査から嗜好品や高価な物品を含まないことの注記を付加した



出所：「結果の概要」図表Ⅱ-2、図表Ⅱ-3、図表Ⅱ-4の数値データ（社人研HPで公表）より作成。

図 各種の困窮経験に該当した世帯の割合

が、2007年調査から継続的に調査している設問である。

公共料金等の未払い・滞納経験については、電気、ガス、電話、家賃（賃貸住宅費）、住宅ローン、その他の債務の不履行については2007年調査から、水道、住民税については2017年調査から調査対象となっている。

これらの食料及び衣料の困窮経験、公共料金等の未払い・滞納状況の設問について該当する世帯の割合を算出して調査年次間比較を行った結果が図である<sup>12)</sup>。住宅ローンの滞納割合が2007年（4.2%）から2012年（4.6%）に上昇したことを除けば、各種の困窮を経験した世帯の割合は2007年から2022年にかけて低下してきたことがわかる。

### Ⅲ おわりに

2022年調査については、ほかの調査項目についても興味深い集計結果が得られている。詳細は参考文献を参照されたい。2022年調査を含む生活と

支え合いに関する調査の調査票情報の分析結果は、『社会保障研究』第34号（2024年12月刊行予定）の特集として取り上げられることとなっており、また弊所の研究プロジェクトにおいても外部の有識者の参画を得て調査票情報の分析を行う予定である。

#### 参考文献

- 「2022年社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査 結果の概要」[https://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2022/SSPL2022\\_gaiyo/SSPL2022\\_gaiyo.pdf](https://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2022/SSPL2022_gaiyo/SSPL2022_gaiyo.pdf)（2024年2月29日最終確認）。
- 「2022年社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査 報告書」[https://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2022/SSPL2022\\_houkokusho/SSPL2022\\_houkokusho.pdf](https://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2022/SSPL2022_houkokusho/SSPL2022_houkokusho.pdf)（2024年2月29日最終確認）。
- 黒田有志弥, 毛塚和宏, 河西奈緒, 佐々木織恵, 榊原賢二郎, 蓋若琰, 泉田信行（2024）『『生活と支え合いに関する調査』結果の概要について』『厚生指針』71巻2号, pp.30-37。

（くろだ・あしや）

<sup>1)</sup> 該当世帯の割合を計算する際において、食料・衣料の困窮経験については「よくあった」、「ときどきあった」、「まれにあった」とした世帯を、公共料金等の未払い・滞納については「あった」とした世帯を、それぞれ該当の世帯とした。また後者については、非該当とする世帯を合計世帯数から差し引いて未払い・滞納世帯の割合を算出している。

<sup>2)</sup> 図中の数値に関して、公共料金等の未払い・滞納に該当する世帯の割合の計算においてのみ無回答を分母に含めていない。2007年調査結果公表時からこのような算出方法となっているが、時系列比較可能性を担保するためにこの算出方法を後年の調査報告時も引き継いでいるためである。

## 書評

## 前田正子・安藤道人 著『母の壁 子育てを追いつめる重荷の正体』

(岩波書店, 2023年)

深井 太洋\*

2023年は少子高齢化社会において社会が子育てをどのように考えていくかや、まだ世界各国で観察される男女間の差が再認識され関心を集めた年ではないだろうか。国内では「こども家庭庁」が2023年4月に発足した。また、労働市場などにおける男女差について長年研究を続けてきたクラウディア・ゴールドイン氏がノーベル経済学賞を受賞したことは記憶に新しい。

このように社会において子どもや男女差に関連する関心が高まってきていることから、数々の良質な書籍が出てきた年でもあるのは必然かもしれない。クラウディア・ゴールドインの著作である“Career and Family”の記書『なぜ男女の賃金に格差があるのか—女性の生き方の経済学』(鹿田, 2023)、最新の実証分析の結果とともに男女間に残る格差を議論する『ジェンダー格差』(牧野, 2023)や、日本の女性に関する貴重なパネルデータの過去30年にわたる分析結果をまとめた『日本女性のライフコース—平成・令和期の「変化」と「不変」』(樋口・田中・中山, 2023)などが次々に出版された。その中で、ひととき異彩を放っているのが本評で紹介する前田氏と安藤氏の著作『母の壁—子育てを追いつめる重荷の正体』である。

本書は著者が日本の基礎自治体の協力のもと、認可保育園に申し込みをした人に行った調査をもとにしている。調査というと、年齢や所得といった定型化されたデータによる分析をイメージするかもしれないが、本書の特徴的な点は数百にも及ぶ調査回答者(主に母親)の「自由記述」を一つ一つ読み解いている点だ。そうした作業を通して著者らは、子育てをするにあたって母親が直面す

る「三つの壁」を見出した。詳しくは後述するが著者らは「三つの壁」として「保育の壁」、「家庭の壁」と「職場の壁」の分類を行っている。その上で、自由記述から得られた具体的なエピソードとともに、その壁がどのようなものなのかを紐解いていく。自由記述だからといって、無秩序にそれらが羅列されているわけではない。統計データを補足的に用いることで全体像を把握しつつ、2人の経済学の専門家によって複雑な制度がもたらす外部性、ゲーム的な構造やフリーライド問題など、理論的な考え方を念頭に母親たちのエピソードが整理されている。本書を手にとった人は、共感できる点が多くあるかもしれないし、自分が言語化できていなかった思いが言語化されスッキリとするかもしれない。政策担当者や研究者にとっては、統計データだけではわからない実態を知ることとなり、新たな視点を得ることもできる。詳しくは本書をぜひ手に取って読んでいただきたいが、本評では『母の壁』で整理された母親が直面する三つの壁が一体何か概要を見ていくとともに、本書の貢献について評者なりの考えを議論する。

## I 本書の概要

はじめに、本書がどのような本であるのか、著者らがなぜ執筆するに至ったかが記されている。本書は著者らが日本のある自治体において2017年に行った調査の結果をもとにしたものだ。対象は認可保育園の入所に申し込んだ人たちであり、元々は保育園に入所できたかどうかで、その後の

\* 筑波大学

母親の就労がどのような影響を受けるのかを検証する意図の調査だったようだ。しかしながら調査票の最後のページに自由記述欄を設けたところ、回答した1324世帯の実に半数の回答者が自由記述を埋めた。その回答にある母親の孤独や叫びといった生の声は到底見過ごすことができるものではなく、筆者たちは「この母親の声を世に出したいと思った」という。

第1章では「三つの壁」が何なのかを概観する。著者らはじめに統計データを参照しながら日本における子育て家庭の特徴として「男性が家事・育児を行う時間」が国際的に見ても少ないという点を指摘する。その上で、前述した調査の自由回答から類似する回答を整理しておくことで、データからもわかる母親の負担を著者らは保育・家庭・職場の「三つの壁」として分類することで見通しがよくなることに気がつく。それぞれの壁の詳細は第3章以降で説明がされているため、後ほど紹介する。

第2章ではまず本書の背景となった著者らが2017年に実施した調査から分かったことを整理している。調査の対象は「待機児童のいる都市部郊外の自治体」であり、2017年4月の認可保育園への入所に向けて応募した2203世帯が対象となり、そのうち1324世帯（60%）もの回答協力を得ている。調査の大きな特徴は、認可保育所への申し込み時点の状況がわかり、その後保育所が利用できているのかがわかる点である。このような調査は評者の知る限りにおいてはこれまでになかった。申し込みを行い、「入れた」人たちと「入れなかった」人たちの両方を比較できる点で非常に貴重なデータと言える。

調査の結果は、保育所の利用調整において優先順位の高い常勤として働いている人でさえも四人に一人が入所できなかったこと（保留）、保留をきっかけに思うように仕事が再開できない人やそもそも働いていないと入所ができないなど、保育所申し込みが明らかに就労継続の一つの分水嶺となっていることを明らかにしている。また、家事育児に関する調査も合わせて行っており、母親が常勤である場合に家事や育児を父親が行う傾向に

ある一方で、絶対的な水準ではやはり父親の負担が小さいことなどが分かった。

第3章では、はじめに現在の保育制度について概観した上で保育園への入所や利用を取り巻くさまざまな課題を指摘する（保育制度自体については、著者の1人である前田氏の『保育園問題』がより詳しい）。働きながら子育てすることを目指して、出産前から「保活」を始める人、4月からの保育園の利用に向けて育児休業を早く切り上げる人、非正規、パート、自営業や求職中の人が入り込むような正規・フルタイムを前提とした利用調整がもたらす弊害などが自由記述とともに整理されている。どれも制度の設計と深くかかわっており、「入れる」か「入れないか」の0と1で片付けることが到底できないほど複雑かつ多様な問題が指摘されている。それらが積み重なり立ち足らない状況を、筆者らは「保育の壁」として指摘する。さらに、時短勤務などの就労継続制度を取得すると優先度が下がるため、保育所の申し込みを考えるとフルタイムで働かざるを得ないなどの記述は、補完的な制度設計の重要性を示唆していて、統計だけを見てもなかなか気づかない指摘である。自由記述を通して表される「保活」に伴うさまざまな困難は、子育てに関する種々の制度同士の親和性に関する課題を浮き彫りにしている。

第4章では、まず国際比較を行った内閣府の調査を通して日本における男性の家事育児参加の課題を指摘する。日本の男性は7割もが「家庭生活を優先」したいと希望している一方で、現実には7割が「仕事を優先」をしている。何がこの背景となっているのだろうか。

母親からの自由記述を通して、著者らは家庭生活を営む上でのいくつかの問題を見出している。一つは配偶者である父親に対する記述である。家事や育児に関して父親が「手伝う」と言ったちょっとした言葉の選択からも滲み出る家事育児への態度に対する指摘が印象的だ。また、女性を中心に家事育児を行うことを想定した社会のあり方についても、「女性ができない時はマイナス評価だが、男性が育児や家事をするとプラス評価」という印象的な記述を取り上げている。さらに、

父親の長時間労働や単身赴任などが父親の家事育児参加の阻害要因であり、むしろ父親の子育て支援が必要という重要な指摘もあった。家庭によって事情はさまざまだが、母親に家事育児の負担が偏るこうした背景を著者らは「家庭の壁」として整理している。余談だが著者らの調査の行われた2017年のユーキャン新語・流行語大賞に「ワンオペ育児」がノミネートされており、こうした流行語は「家庭の壁」を象徴しているのだろう。

第5章でははじめに「労働力調査」や「国民生活基礎調査」を参照しながら近年の女性の就労状況についての事実を整理する。特徴的なのは「働いているか」で見ると就業率は70%を超えるほどに上昇し、M字カーブの谷は消えつつある一方で、働いている人の半分以上が非正規雇用という点だ。こうした現実にある実態についても、自由記述から明らかになっていく。子育てをしながらフルタイムで働き続けるために育児休業などの制度を利用したくても、上司や同僚からの理解の不足や職場の雰囲気から利用すること自体が難しい人がある。また、父親も母親も働き続けるには日中子どもの世話をする人が必要だが、「保育の壁」で見た通り希望通りに保育園を使えない場合や、保育園が開園されない週末に働くサービス従事者など、子育てと就労の両立が難しい場合もある。こうした職場を取り巻く種々の困難を「職場の壁」としている。

それぞれの点については、これまでも議論されることが多かった点だが、興味深い議論は時にそれぞれが相反する形で作用することだ。例えば女性が短時間勤務などの制度を利用しやすくなったとする。このとき、女性がそうした制度を取得すればするほど、就労調整をして家事育児を担当するのは女性という感覚が強化されてしまう。また、職場において女性を中心にそうした制度の利用がなされると、職場に残るのは男性であり父親の家事育児参画を一層阻害する要因ともなる。こうした議論は「職場の壁」だけを考えることが不十分であり、「職場の壁」と「家庭の壁」が密接にかかわり合っていることを示唆する。

第6章では、「母の壁」が2020年に始まるコロナ

禍でどのような影響を受けたのかを議論している。コロナ禍はShe-cession（女性不況）と指摘されるように特に女性、日本においては子どもを持つ女性の家事育児負担の増加をもたらした。では、それぞれの壁はどのような影響を受けたのか。

著者らは、2022年に休園やクラス閉鎖のあった13の保育園の利用者に対してさらに独自の調査を行うことで、コロナ禍の影響についても分析を行った。コロナ禍は、感染拡大による休園の影響などを通して、「仕事を休む」必要がでてくるなどの影響を利用者に与えたようだ。そしてその影響はやはり母親の方がより仕事を休むなど、父親と母親で影響の大きさが異なることを指摘する。また、仕事の休んでいる間の家事育児負担の増加や、子どもが感染した際の世話を頼める人が足りないなど、「家庭の壁」と関連する影響ももたらしめている。さらに子どもの感染や保育園の休園などにより仕事を休む場合には、職場や同僚に対する肩身の狭さなどが新たな「職場の壁」となった。こうした背景もあるのか、日本の母親はほかの国（仏・独・瑞典）の母親より、将来に対する希望を持っていないことを指摘している。

終章はここまで見てきた母親からの声に対する著者らの考えが、「子どもが生まれることを周囲の誰からも祝福される」社会を願う想いととも述べられ締めくくられている。

## II 本書の貢献

本書の貢献の一つは、母親が子育てをするにあたり直面している問題を「壁」という言葉で整理しなおした点にあると評者は考える。

女性の所得が第1子の出産を期に減少することは世界各国で観察され、近年では“child penalty”として広く知れ渡ることとなった。本書でも何度か“child penalty”という言葉が出てくるが、日本語では「子ども罰」（古村、2021）や「子育て罰」（末富・桜井、2021）といった表現がされる。経済学や社会学の文献をたどると、この言葉は評者の確認できた限りにおいては1990年代にはすでに登

場しており、“family gap”、“family penalty”などの言葉と併用されていたようだ(Waldfoegel, 1997; 1998, Phipps et al., 2001; Budig and England, 2001)。文献ではこの“child penalty”は年齢、学歴や経験年数などの要因を考慮してもなお残る、子どもを持つことによる母親の賃金や就労との負の関係を指している。評者はこの“child penalty”はそうした事実(ファクト)を提示するだけで、罰という解釈が与えられることに違和感を持っていた(近年“child penalty”という言葉が急速に広まる契機となった論文であるKleven et al., 2019も実は最初の脚注で必ずしも「罰」が与えられるような解釈はできないと指摘している)。その中で、「子ども罰」といった言葉が近年急速に広まっていったのは、人々の共感を得られたのと同時にその言葉の強さもあるだろう。

しかしながら、「壁」という言葉の方が「罰」という言葉より適切ではないかと本書を通して評者は考える。「罰」と「壁」は何が違うだろうか。Collins英英辞典第8版によると“penalty”という言葉は“A penalty is a punishment that someone is given for doing something which is against a law or rule”だそうだ。日本語訳で対応する「罰」も広辞苑第七版によると「罪またはあやまちのある者に対する懲らしめ」を意味する。「子育て罰」では子どもを持つことで罰せられるかのような状況になることを表現したかったと理解しているが、英語では実はほかにも意味がある。“The penalty that you pay for something you have done is something unpleasant that you experience as a result”である。こちらの意味が本来文献で指摘されている意図だと評者は考えている(リーダーズ英和辞典第3版にもpenaltyの和訳に「(ある行為・状態に伴う)不利」とある)。「壁」の意味はどうだろうか。広辞苑第七版によると、「障壁、障害物」、また明鏡国語辞典第三版によると「障害となり、突き破ることが難しいもの」である。なるほど、障壁はsomething unpleasantでありこちらの方が“penalty”という言葉が使われた意図に近いと感じる。事実を指摘するのに適切だと考えるし、何より「壁」には「乗り越える」や「破る」

のような言葉が続くこともあり、少しでも前向きになれる要素も含んでいる。「罰」という言葉が先行する中で、子どもを持つことによって母親の前に突如現れる数々のハードルを、「壁」として整理した点は大きな貢献だろう。

さらに、本書の最大の貢献は「壁」をただ「壁がある」と終わらせるのではなく、何が壁になっているのかを母親の言葉を丁寧に整理することで明らかにしている点ではないだろうか。母親の自由記述を記載して、子どもを持つと「こんなに辛い」とただ示しているだけならば、本書は評価できなかつただろう。終章で筆者らは「子どもを産んだら、その後の保育園や仕事(再就職も)、経済的なことも含めて、何がどうなるか、将来への不安感が湧いてくる」のが現状」と記している。「何が原因なのか、一体何がどうなるのか、よくわからない。それが本当の不安である。曖昧な不安とは、そういうものである」と若年労働問題を分析した玄田は指摘する(玄田, 2001)。「母の壁」もまさしく「曖昧な不安」ではないだろうか。著者らは、母親の自由記述を整理することでこの「壁」の背景にある要因を「保育」、「家庭」と「職場」に整理し、その上で何が原因となっているのかを明らかにしている。もちろんすべてを網羅しているわけではないが、子育ての中の「曖昧な不安」を少しずつ曖昧なものではなくしたことは、子育てをする親、政策や制度を形作る行政や研究者、誰にとっても重要な知見はずだ。

読者の中には本書では何が問題かはわかったが、どう解決すればいいかわからないという感想を抱くかもしれない。しかしながら、本書で出てきたような問題を解決するにはいくつか困難がある。例えば、保育園の入園の問題を考えてみる。いつでも入園ができるようになったとき、基礎自治体はそれなりの規模の受付を毎月行うことで増える業務に対応できるか、あるいは毎月新しい子どもが入ることに保育士は対応できるのかなど解決は一筋縄では行かない。保育料の高さについても母親からの声があったが、子ども1人を預かるのにすでに多額の公的資金が投入されている(例えば、山重, 2001など)ことを鑑みると、財源

をどうするかなど制度設計の見直しも含めて細かく検討する必要がある。実際に行政に携わった経験のある前田氏と、社会保障や財政を専門として研究を続けている安藤氏の両氏だからこそ、安易に解決策などの提案をしなかったのだろう。

平成から令和の現在までに、日本は三つの壁に関係する数々の取り組みをしてきた。1997年の児童福祉法改正では、保育がそれまでの行政からの「措置」から利用者との「契約」へと代わり、2000年の規制緩和により株式会社やNPO法人の参入規制が緩和されるなど、働きながら子育てをするための保育市場が整備されてきた。家庭や男女の価値観に目を移すと、1999年には男女共同参画社会基本法が施行され、男女平等の実現に向けた基本理念が示された。職場では勤労婦人福祉法が名前とともに改正され1986年施行の男女雇用機会均等法となり、1999年施行の改正同法では採用や昇進などにおいて男女差別することが禁止された。この間にも1992年には育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（育児介護休業法）が施行され、現在の育児休業制度の枠組みが作られたりしている。

このように、日本では本書で取り上げられた三つの壁を確かに認識し、約30年の間に数々の変化を遂げてきた。一方で、本書で取り上げられた母親の声を知ると、新たに作り上げてきたこれらの制度には未成熟な部分もあることを再認識する。こういった側面が未成熟なのか、評者は本書のような当事者の生の声を丁寧に掬い取ることによって初めてわかる部分も大きいことを学んだ。それと同時に、「自由記述」といった非構造化データを整理することがどれほど大変だったかは想像するに余りある。本書は日々を追われながらも調査に協力した人たち、そしてそこにあった無数の声を紡いだ著者たちによって、現代社会において母親たちおかれる数多の壁に囲まれた暗闇の中に一筋の光を

灯す一冊だ。

#### 参考文献

- クラウディア・ゴールディン著 鹿田昌美訳 (2023) 『なぜ男女の賃金に格差があるのか 女性の生き方の経済学』慶應義塾大学出版会。
- 玄田有史 (2001) 『仕事のなかの曖昧な不安 揺れる若年の現在』中央公論新社。
- 古村典洋 (2022) 「チャイルドベナルティとジェンダーギャップ」『仕事・働き方・賃金に関する研究会—一人ひとりが能力を発揮できる社会実現に向けて』報告書』財務総合政策研究所。
- 末富芳・桜井啓太 (2021) 『子育て罰 「親子に冷たい日本」を変えるには』光文社新書。
- 樋口美雄・田中慶子・中山真緒 編 (2023) 『日本女性のライフコース 平成・令和期の「変化」と不変』慶應義塾大学出版会。
- 前田正子 (2017) 『保育園問題 待機児童、保育士不足、建設反対運動』中央公論新社。
- 牧野百恵 (2023) 『ジェンダー格差 実証経済学は何を語るか』中央公論新社。
- 山重慎二 (2001) 「日本の保育所政策の現状と課題」『一橋論叢』第125巻、第6号。
- Budig, J. Michelle and Paula England. (2001) “The Wage Penalty for Motherhood.” *American Sociological Review*, Vol.66, No.2, pp.204-225.
- Kleven, Henrik, Camille Landais and Jakob Egholt S øgaard. (2019) “Children and Gender Inequality: Evidence from Denmark.” *American Economic Journal: Applied Economics*, Vol.11, No.4, pp.181-209.
- Phipps, Shelley, Peter Burton and Lynn Lethbridge. (2001) “In and out of the labour market: long-term income consequences of child-related interruptions to women’s paid work.” *Canadian Journal of Economics*, Vol.34, No.2, pp.411-429.
- Waldfogel, Jane. (1997) “The Effect of Children on Women’s Wages.” *American Sociological Review*, Vol.62, No.2, pp.209-217.
- Waldfogel, Jane. (1998) “Understanding the “Family Gap” in Pay for Women with Children.” *Journal of Economic Perspectives*, Vol.12, No.1, pp.137-156.

(ふかい・たいよう)



## 新刊紹介

石川良子, 林恭子, 斎藤環 著  
『「ひきこもり」の30年を振り返る』(岩波ブックレットNo.1081)  
岩波書店, 2023年

鈴木 貴士\*

本書において、ひきこもりは基本的にカギ括弧付の「ひきこもり」として表記されている。カギ括弧には「いわゆるひきこもり」や「ひきこもりなるもの」といったニュアンスが込められている。これは、著者の一人である石川の「ひきこもり」に対する「従来の捉え方や先入観を一旦保留し」(p.4) たいという理由による。

本書は、2022年12月に開催されたシンポジウム『「ひきこもり」の20年を振り返る—当事者・治療者・研究者の対話を通して—』の内容に加筆の上、書籍化されたものである。著者に名を連ねている石川良子は社会学・ライフストーリー研究の研究者、林恭子は「ひきこもり」の当事者、斎藤環は精神科医である。3名の「ひきこもり」に対する見方、とらえ方は必ずしも一致していない、というよりも対立する部分もみられる。

見方、とらえ方が一致していない部分について一点みていこう。「ひきこもり」の定義について、最も普及しているのは著者の一人である斎藤の「六カ月以上、自宅にひきこもって社会参加をしない状態が持続しており、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」(p.28) というものである。一方、冒頭でみたように石川は、斎藤が定義したような「ひきこもり」に関する従来のとらえ方と異なる見方をしている。石川は『「ひきこもり」は実存的な問題である』(p.28) ということを強調しており、「社会参加ではなくて、生きることを巡る葛藤に焦点を当てたい」(p.28) と述べている。

斎藤は精神科医であり、「精神疾患の診断では患者の内面を捨象し、誰が診断しても同じ診断結果に至る」(p.34) といった精神医療の発想に軸足がある。一方の石川は社会学・ライフストーリー研究の研究者であり、前述のように斎藤とは考えを異にしている。

紙面の都合から石川と斎藤の見方、とらえ方の違いを取り上げたが、当事者である林の見解についても両者とは完全に一致していない。見解の不一致がありつつも、本書からは、石川・林・斎藤の3名がざっくばらんに語り合っている様子、そして、根本的には同じ方向を向いている様子が伝わってくる。

本書の内容をみていく。第1章『「ひきこもり」の30年を振り返る』では、3名の異なる視点から「ひきこもり」の歴史が示される。

1節『「ひきこもり」史を振り返る』では、当事者として「ひきこもり」に35年以上関わり続けてきた林が「ひきこもり」史の概観を示している。一部を紹介すると、「ひきこもり」誕生以前として1980年代の不登校から紹介が始まる。その後、1990年代には「ひきこもり」という言葉が報道や書籍刊行等を通じて広まっていく。2000年代には重大事件が「ひきこもり」と結び付けられることで「ひきこもり」イメージの変遷が起こる。また、就労支援の動きが広がり、厚労省において「若者自立塾」事業が行われることとなる(その後廃止)。2010年代以降は、当事者の動きの再活発化、厚生労働省が「ひきこもり支援」のプラット

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部

フォームづくりを始めるなど、新たな動きもみられる。

また、本書巻末には「不登校・『ひきこもり』の年表」によって年表、出来事や関連書籍がまとめられており、史料価値が高い。

2節『『ひきこもり』の問題設定を捉えなおす』は、社会学の研究者である石川による内容である。「ひきこもり」がどのようにほかの社会問題と関連づけられてきたのか、林とは異なる視点で振り返った後、改めて「ひきこもり」の問題設定を見直すことで、石川が重視する「実存」の問題に切り込んでいる。

3節「精神医療からみた『ひきこもり』史」では、精神科医の斎藤の立場からみた内容となっている。斎藤の「ひきこもり」の定義の背景にある精神医療の立場については本稿冒頭で述べた通りである。本節では「外見的・普遍的に基準を決めて診断できるとする」(p.39)「普遍症候群」と「あるひとりの個人に一回きりしか現れない症状がたくさんあると」(p.39)する「個人症候群」に関する精神医学の話が紹介される。斎藤の「ひきこもり」の定義は「普遍症候群」的な発想から生まれているが、「個人症候群」との「ダブルスタンダード」を巡る斎藤の葛藤も語られている。

第1章に続く第2章『『ひきこもり』の捉えなおしと未来』では、シンポジウムの参加者からの質問を題材に3名が議論を繰り広げる章となっている。「ひきこもり」という看板が社会的な偏見やステイグマによって支援の邪魔になってしまう場合があるという議論と、一方で「ひきこもり」という言葉で救われた当事者もいるという議論が語られる中で、最終的には『『ひきこもり』という看板を見直したほうがいい』(p.82)という「ひきこもり」の未来に向けた話で締めくくられている。

このように、本書は立場の異なる3名の「ひきこもり」に対する見方・議論を通じて「ひきこもり」の歴史や理解を深められる良書である。

一方、「ひきこもり」に興味関心のある人々を対象にしたシンポジウムを元に本書が書かれたからか、コンパクトさ(約90p)と裏腹に、3名の議論を理解するには「ひきこもり」に関する前提知識を要する。例えば、本稿前半で述べたような「ひきこもり」の見方・とらえ方に対する石川・斎藤の見解の違いを理解するには本書だけでは難しいだろう。3名の議論を深く理解したい場合には、石川・林・斎藤の各著作(本稿末に3名の主な著作を示した)を読むとよいだろう。

本書で説明・議論された内容は「ひきこもり」に関して網羅された訳ではなく、あくまでも石川・林・斎藤らの議論であると考えべきである。特に、「ひきこもり」の家族・支援者等にとっては異なる考え方があるかもしれない。

しかし、「ひきこもり」が社会問題化して約30年が経つ中で、歴史も含めて取りまとめた本書の価値は高い。異なる立場の3名が議論の末にたどり着いたのは、『『ひきこもり』は『治療されるべき疾患』でも『解決されるべき問題』でもなく、目指すべきは『ひきこもることが問題視されない社会』であるということ』(p.88)という視点である。本書の目指すべきところが「ひきこもることが問題視されない社会」だとするのであれば、「ひきこもり」関係者ではなく、むしろ「ひきこもり」関係者ではない人にこそ本書は読まれるべきだろう。

#### 参考文献

- 石川良子『「ひきこもり」から考える—〈聴く〉から始める支援論』(ちくま新書), 2021。  
林 恭子『ひきこもりの真実—就労より自立より大切なこと』(ちくま新書), 2021。  
斎藤 環『改訂版 社会的ひきこもり』(PHP新書), 2020。

(すずき・たかし)

### 『社会保障研究』執筆要領

#### 1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

#### 2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- (1) 論文：20,000字                      (4) 社会保障判例研究：12,000字  
 (2) 動向・資料：12,000字              (5) 書評：6,000字  
 (3) 情報：3,000字

#### 3. 原稿の構成

##### 1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

##### 2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。

##### 3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

##### 4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

##### 5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム―「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について―一生活と支え合いに関する調査を用いて―」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

#### 4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) … [森田 (2014), p.45] … [Le Grand (2003), p.3]

… [森田 (2014), pp.45-46] … [Le Grand (2003), pp.3-4]

(例2) 著者が2人の場合

… [泉田・黒田 (2014), p.408] … [Finkelstein and McGarry (2006), p.938]

(例3) 著者が3人以上の場合

… [金子他 (2013), p.311] … [Poterba et al. (2014), p.159]

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田 (2014), p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗 (2014)『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版, p.45。

#### 5. 表記

##### 1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

##### 2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は      京極氏は→京極は

## 6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

## 7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

## 8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

## 9. 原稿の提出方法など

### 1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

### 2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

### 3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

## 『社会保障研究』投稿規程

- 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
- 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。  
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文  
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
  - 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
  - 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
  - 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
- 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。
- 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受付をしません。再投稿に当たるかどうかの判断は編集委員会が行います。
- 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。
- 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
- 原稿の送り先・連絡先  
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp  
郵送による提出：〒100-0011  
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階  
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係  
電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

**編集長**

田 辺 国 昭 (国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

尾 形 裕 也 (九州大学 名誉教授)

駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)

高 橋 紘 士 (東京通信大学 名誉教授)

酒 井 正 (法政大学 経済学部教授)

周 燕 飛 (日本女子大学 人間社会学部教授)

金 成 垣 (東京大学大学院 人文社会系研究科准教授)

林 玲 子 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)

坂 本 大 輔 (同研究所 政策研究調整官)

矢 野 正 枝 (同研究所 企画部長)

是 川 夕 (同研究所 国際関係部長)

小 島 克 久 (同研究所 情報調査分析部長)

西 村 幸 満 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)

泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)

横 山 真 紀 (同研究所 企画部研究員)

佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)

菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)

斉 藤 知 洋 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)

鈴 木 貴 士 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)

茂 木 洋 之 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)

黒 田 有志弥 (同研究所 社会保障応用分析研究部第1室長)

榊 原 堅二郎 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)

佐々木 織 恵 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

河 西 奈 緒 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

毛 塚 和 宏 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

---

**社会保障研究 Vol.8, No.4 (通巻第31号)**

---

令和6年3月25日 発行

**編 集**

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<https://www.ipss.go.jp>**印 刷**

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

---

# JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.8 No.4

2024

## Foreword

Institutions, Technology, and Society in Pregnancy and Childbirth  
..... TANABE Kuniaki 390

## Special Issue: Health Insurance and Social Security Benefits for Pregnancy and Childbirth

Basic Principles of Cost-Sharing for Pregnancy and Childbirth in the Public Health System  
..... INAMORI Kimiyoshi 392

Analysis of Actual Childbirth Cost, Factors Influencing Price Formation, and Challenges to  
Transparency in Childbirth Cost ..... TAKURA Tomoyuki 406

Issues Regarding Insurance Coverage of Childbirth Expenses  
..... NISHIZAWA Kazuhiko 428

Issues to Develop Provision and Payment System of Labor Analgesia in Japan  
..... UNNO Nobuya 446

Health Insurance Coverage of Infertility Treatment - Its Impact and Challenges  
..... MAEDA Eri 464

## Social Security and Law

Reverse Mortgage for Households Requiring Public Assistance and "Utilize" Assets in Public  
Assistance Act ..... NAKAMASU Yoko 479

Illegality of Guidance or Instruction to Public Assistance Recipient  
for Using Reverse Mortgage ..... NAKAMASU Yoko 481

## Articles

Two Components Analysis for the Consolidation of Japan's Social Security Pension Funds  
- Financial Assistance from EPI to NP and Securement of National Subsidy -  
..... HIZU Takayuki 490

Revisiting Determinants of Completed Cohort Fertility  
-An Empirical Study by means of Panel Data by Prefecture-  
..... MAKITA Shuuji, TOYODA Tetsuya,  
OKUSHIMA Masashi, MIZUNOUE Tomokuni 505

## Report and Statistics

Social Security in Taiwan (4)  
Taiwan Public Pension System ..... KOJIMA Katsuhisa 524

Background and Methodology for Estimating the Receipts of Social Security based on the EU  
ESSPROS Standards in the Financial Statistics of Social Security of Japan  
..... TAKEZAWA Junko 528

The 7th National Survey on Family in Japan ..... KIKUCHI Jun 536

The National Survey on Social Security and People's Life, 2022 ..... KURODA Ashiya 540

## Book Review

"The Barriers Mothers Face: The Reality of the Heavy Burdens of Childrearing."  
..... FUKAI Taiyou 543

ISHIKAWA Ryoko, HAYASHI Kyoko & SAITO Tamaki. (2023). *Looking back on 30 years of  
"Hikikomori"*. Tokyo, Japan: Iwanami Shoten. .... SUZUKI Takashi 548

Edited by  
National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)