

い八雲総合病院と比べると、およそ 10 万円も高い)。病院会計上は決して悪くはないが、人件費が高いのである。その訳は、前回も見たとおり、やはり経験年数の長い准看護師の給与水準である(これも、旧北檜山国保病院がこの地域でトップであった)。こうしてみると、やはり首を切れないために(公務員であるという制約)、結局病院を残さざるを得なかったというのが本音ではないだろうか^{xv}。

4.3 大規模合併後の公立病院の姿および公設民営化に成功した例 宮城県登米市の例

2005年4月1日 登米郡8町(迫町、登米町、南方町、東和町、中田町、豊里町、米山町、石越町)と本吉郡津山町が合併し、登米郡の郡名からとって登米(とめ)市となった。この市の問題点は、合併時に佐沼病院、登米病院、米谷病院、豊里病院、よねやま病院という5つの公立病院があったことである。合併したのだから、どこかに基幹病院を置いてあとは整理・統合するというのが合併のメリットである。実際、登米病院は2008年4月から無床診療所化)されている。

また、登米市の医師不足は深刻であり、医師の過重労働が生じていると聞く。この主たる原因はいわゆるコンビニ受診やモンスターペイシエントの存在であると聞いている。加えて医師自身の高齢化もあり医師不足を解消しなければ、現行の診療体制の維持さえ困難な状況に陥っている。そのため、市立5病院の医師を集め、短期的にでも診療体制を維持する必要があるとする。

図5 登米市の病院配置



出所) 筆者作成、番号は主要道路名

暫定の再編案の進行管理期間は2008年4月1日(再編暫定年次)から2010年4月1日(再編目標年次)までの2カ年で、再編暫定年次1年目には(2008年4月1日～)、佐沼病院:仮称登米市民病院として中核病院、登米病院:登米診療所(無床)、米谷病院:米谷分院、豊里病院:豊里分院、よねやま病院:よねやま分院とし、再編目標年次(2008年4月1日)には佐沼病院:仮称登米市民病院として中核病院、登米病院:登米診療所(無床)、米谷病院:分院または無床診療所、豊里病院:豊里分院、よねやま病院:分院または無床診療所とするというものである。病院管理者のO氏によれば、佐沼病院も縮小し、一般110床、療養90床程度の規模にしたいと考えているということであった。

O氏の戦略は明快である。実は、登米市の周辺地域には2～3次医療を十分にやっつけられる病院が多数ある。例えば市立栗原中央病院(一般病床250床、療養病床40床)、宮城県立循環器・呼吸器病センター(一般150床、結核50床)、大崎市民病院(一般病床452床うち救急救命センター30床、感染症病床6床、結核病床8床)、石巻赤十字病院(一般388床、感染4床)、石巻市立病院(一般病床206床)などがそれである。こうした病院に2～3次医療は任せ、登米市では1～1.5程度の医療と療養を提供できれば良いとO氏は考えているのである。もちろん、周辺地域の理解が必要であるが、それは得られそうな感触であるとのことであった。車で走ってみての感想であるが、登米市の道は非常にスムーズであり、約30～45分あれば周辺地域に行ける。45号線の脇に三陸道が延長されれば、豊里から石巻まで15分程度で行けるようになる。

三春町立三春町病院の例

一方、公立病院が事実上、“売れた”という例がある。福島県の三春町立三春病院である。福島県は、過疎化による医療圏内の人口の減少や、隣接する郡山市の民間医療機関の充実により利用者が流出し経営不振に陥ったことなどを理由に、県立三春病院を平成19年3月で廃止することを決定していた。しかし、三春町は

- 三春病院が田村地域に密着した医療を提供してきた役割を、いかに充実した機能の郡山市の民間医療機関であっても完全には代替できないこと
- 高齢化が進んでいる田村地域にあっては、三春病院の廃止が通院の負担増を含め高齢者の日常生活に支障を来すこと

などを理由に病院の存続を求め、結果、平成19年4月からの県から町への病院の移譲に合意することとなった。町立三春病院のベッド数は一般病院86床、入院基本料10対1で急性期的な役割を担っている。

三春町ではこの病院を公設民営方式により運営することを決め、平成19年4月の町立三春病院開設の実現に向け指定管理者を公募した。町立三春病院の建設に当たっては設計・施工一貫方式が取られ、これが従来の“設計と施工は別”という我が国の公共工事の

伝統と異なることから、日本建築家協会の会長声明が出る事態となったことは大きく報道された。コストの面から考えれば設計から施工が一貫した方が安価になりそうであるが、両者が分離すればチェック機能が働くという。しかし、仕事を分担していこうという建設業界の談合的体質が、そこにはあるような気がしてならない。

実際、この病院は総事業費が11億円以内（敷地面積約30,000㎡、延べ床面積約6,000㎡、屋外整備工事費用、既存構築物等解体費用、電波障害対策費用は含まないが実施設計費は含める）で建てられた。1床当たり、1279万円以下の計算^{xvi}である。これは設計と施工を一括して契約する方式（設計施工一括発注方式）の賜である。このやり方によりコスト縮減及び工期の短縮が図れたのである。

町立三春病院の指定管理者は（財）星総合病院^{xvii}の理事長が選出されている。では、何故、管理者になったのであろうか。それは、

- 地理的關係
- 診療上の關係

で整理できる。まず地理的關係であるが、三春町と星総合病院のある郡山市までは車で15～20分での距離である。郡山市には星総合病院の他にも財団法人湯浅報恩会（寿泉堂綜合病院 一般305床、寿泉堂香久山病院 療養型250床、寿泉堂松南病院 精神165床、老人性痴呆疾患治療棟50床、寿泉堂クリニック）や財団法人太田綜合病院（太田西ノ内病院 一般965床 精神科149床 結核14床、太田熱海病院518床、太田記念病院90床）といった大きな病院がいくつか存在する。このことは、三春町から見れば2～3次医療のことを考えずに済む（もちろん連携は必要である）ということの意味する。実際、頭や心臓の疾患では郡山に直ちに患者を搬送することが多いと聞いている。

一方、星総合病院から見れば、患者の囲い込みが可能というメリットがある。三春病院を利用する患者は症状が重くなったり、別の症状や別の部位に疾患が出たりした場合、三春病院から紹介を受けるであろう。その場合、診療科目が無ければ別だが、星総合病院を紹介する確率は高くなる。人口約18,600人（高齢化率24.17）の町であるが、三春町の位置する田村地域には他に病院も無く、三春町病院を出先機関として一定数の患者を獲得できることは大きい。

診療上の關係としては、とりわけ星総合病院にメリットがあるだろう。それは、三春病院を地域医療の実践の場として確保できるということである。これには星総合病院が地域医療を実践するということの他に、研修医の受け入れの際にも威力を発揮する。研修医はおおよそ選択する科目を決めて研修に臨むが、幅広く研修を受けたいという気持ちもある。その意味で、星総合病院ならば先端の医療にも触れることが可能となるし、また、地域医療の研修も受けられることになる。このような病院は他にもあって長野県の佐久綜合病院なども研修医にも人気がある。いずれの地も、新幹線を使えば1時間ちょっとで東京に着

くという地理的な条件もある。

いずれにしても、三春町はその地理的条件を最大限に利用して病院の存続を手に入れることが出来た。公設民営方式の上に、病院のランニングコスト等で町が財政負担を負わない契約になっていることも三春町の上手なところである。また旧職員を一人も引き受けずに済んだというところも大きいのではないか。旧県立三春病院も医業収益に占める職員給与と比率が57%という典型的な公立病院であったが、福島県が2006年7月28日に出した県立病院改革実行方策の第5で、県立病院改革に伴う職員処遇という項目があり、“これまでの専門的な知識や技術が活用される方向で、職員の処遇に努める”とした上で、

1. 人事異動：人事異動については、全庁的に行う。
2. 希望退職者の募集希：望退職者の募集を行うこととし、その際は退職勧奨制度を活用するとともに、移譲先病院等への再就職斡旋等も行う

を打ち出し、三春町は旧職員を引き受けないことを県と早々と約束したという。このスピード感は、現在は三春町の保健福祉課長の職にあるE氏の即断即決の賜と言っても良いだろう（設計施工一括発注方式もE氏のアイデアである）。このように条件に恵まれている地域も少しはあるはずである。公設民営方式の利点を最大限に生かしてもらいたい。

5 おわりに

公立病院の経営については「地方公営企業法」の財務規定のみが適用される“一部適用”と呼ばれる形態をとることが多いが、最近ではこれを“全部適用”として企業管理者を設置することがある。「地方公営企業法の全部適用」とは、地方公営企業法の全規定（事業管理者の任命、独自の職員採用、経営状況に応じた給与の決定、企業会計による財務処理など）の適用を受けることであり、基本的には、すべての公営企業が全部適用である。しかし、病院事業については、特別に財務（予算、決算、契約等）に関する規定のみを適用し、その他は自治法の規定を適用する経営形態を認めている。これを「地方公営企業法の一部適用」と言い、多くの自治体病院ではこの経営形態を選択している。

全部適用と一部適用には、大きな違いが二つある。一つ目は、「事業管理者」を設置することである。事業管理者は、経営に必要な「人・金・物」に関するすべての権限を掌理すると同時に、経営責任を負うことになる。よって、経営状況が悪い場合は、責任を取るため罷免される可能性がある。一般的に、経営責任を負う事業管理者を設置した場合の方が、採算性の確保につながると言われているが定かではない（このことは後述される）。一部適用の場合は、病院のトップである病院長に対して、「人・金・物」に関する権限が、ほとんど与えられていない（といっても、医師を捜してくるのは病院長の役割である）。権限の無い病院長に経営責任を負わせることは難しいだろう。

二つ目は、職員の給料額の決定方法である。一部適用の場合は、人事院勧告を基に条例

(議会)で決定するが、全部適用の場合は、経営状況等を考慮した上で、事業管理者と労働組合との交渉によって決定する。一般的に、経営状況が給料に反映することが、職員の経営参画意識の向上につながると言われている。このように、全部適用は、採算性と公共性を同時に確保するための有効な手段として、全国の自治体病院が導入又は導入に向け検討している状況である。

この全部適用(管理者を設定するか否か)に関して田口(2005)は、まずそもそもの立脚地点として、特にこの自治体病院の赤字体質に注目し、自治体病院において経営の効率性が損なわれている可能性があると考えた。自治体病院では、莫大な補助金の存在や競争の少なさ、もしくは規制などから、経営において非効率性が発生している可能性がある。この非効率性が発生しているかどうかを検証し、仮に非効率性が発生しているとした中で、その発生原因をつきとめることが出来れば、それはすなわち病院経営改善策や配置計画の再構築を行う際の非常に有用な指標となるだろうと考え、この非効率性の理論分析と実証分析を行った。実証分析の結果、「管理者ダミーに関して見てみると、有意水準 10%ながら正の符号で有意な結果が得られている。これは、管理者を置いていない病院において非効率性が高くなることを意味している」としている。

しかし、この全部適用が本当に経営の改善に資するかは疑わしい。例えば佐藤(2005)は、一部適用の自治体病院と現在すでに全部適用を選択している公立病院を比較し、それぞれの経営状態と法の適用状態との関連性について実証研究を行っている。そして佐藤(2005)は、

- (1) 全部適用病院は、経常的な黒字経営(経常利益、純利益)を実現しているとは言えない。
- (2) 法の適用形態と病院の立地条件との間には何らかの関連性がある。
- (3) 全部適用病院の固定収支率は、一部適用病院より大きい。
- (4) 全部適用病院の粗付加価値率は、一部適用病院より大きい。
- (5) 全部適用病院の職員給与費率は、一部適用病院より大きい。

ということを見出している。特に(1)は法の全部適用が必ずしも逼迫した自治体病院の経営状態を急回復させるものではないこと、(5)は人事面における管理者の権限が拡大したとしても、必ずしも人件費の抑制政策に繋がらないことを示している。

サンプル数の取り方等、二つの研究には違いがあるが、ここでは佐藤(2005)を支持したい。その一つの根拠は、小樽ジャーナルの2007年9月10日のインターネット版である。これによると小樽市は市立の二つの病院を整理統合し、新しい病院を建設する予定であった。小樽ジャーナルによれば、「6月の人事異動で、地方公営企業法の全部適用に向け担当主幹を新たに配置し、全適を推進する体制を整えていた。9月3日(月)には、山田厚副市長が、小樽市役所職員労働組合連絡協議会(市職労・小樽病職・全水道)に、全部適用につい

て提案し、本格的な動きに入っていた」という。しかし、総務省は、「最も採用する自治体が多い地方公営企業法の全部適用での病院経営は認めない」との方針を固めているという。総務省の公立病院改革懇談会の長隆座長は、「全部適用は、現在の法律で出来るが、全適は、改革をする振りだけで、予算や給料の決定権がないから、医者も来ないし、全適をした効果が認められない。実際の改革が出来ないので、総務省は、これからは全適を認めない。小樽市は、さっさと総務省に確認するべきだ」と小樽ジャーナル社に明言したという^{xviii}。

事実、後に出た公立病院改革ガイドラインでは、「地方公営企業法の全部適用については、現在財務規定等のみを適用している団体にとって比較的取り組み易い側面がある半面、逆に経営形態の見直しを契機とした民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであるとの指摘がある点について、特に留意すべきである」、「同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちに取り組むことが適当である」（ガイドライン 11 ページ）と、表現はやや軟らかくなったものの無為な全部適用を戒めるような記述がある。言い換えれば、人件費カットが出来なければ意味がないということである（もちろん、不採算地域や過疎地域にはある程度の配慮が必要であるが）^{xix}。

これまで見てきたように、公立病院の経営に関しては“甘い”としか言いようがない側面があるというのは事実である。さらに、国や地方もこれを甘やかす方向で会計処理を作り上げてきたという側面も否定できない。財政が厳しくなって公立病院に対する見方も変わって来たのではないか。今回見た三春町のような公立病院は民営化するなりして、町の財政を軽くすることが必要であろう。また、登米市のような大きな町でも地域間連携をしっかりと組めば、お互いの地域の財政負担を減らした上で、医療の質も担保できる。住民の側も、ある程度の我慢は必要である。その意味で言えば、せつな町ももう一工夫といったところではないか。旧北檜山病院の改修するところまでは良いが、何もこれを町で持っている必要はない。IMS等の民間病院に譲渡してしまえば良い（診療所を整備する方にお金をかけるという事に事業の方針を転換する必要があるのではないか）のではないか。気の毒なのは、中頓別町等のいわゆるへき地の公立病院である。これは、住民がいる限り（あまりに減ってしまえば診療所化もありうる）、国の責任で赤字を補填する必要があるし、また、医師の確保にも国がもっと関与すべきではないだろうか。

参考文献

- 小久保嘉巳(2003)「適正利益の策定と損益分岐点の算出」, 西田書店
- 佐藤清和(2005)「公立病院における経営状況の分析—地方公営企業法の全部適用の経営状況との関連性—」, 青森公立大学経営経済学研究 Vol. 10 No. 2 pp. 75-98
- 鈴木玲子(2004)「公立病院は必要か: 巨額の補助金は何のため」『JCER 研究員レポート』 No. 29, p1-3
- 炭谷貴博(2008)「田舎消防の実情 一問題点と課題—」パワーポイント資料, 南宗谷消防組合中頓別支署
- 田口健太(2005)「一般化費用関数を用いた公立病院の非効率性分析」一橋大学公共政策プログラム コンサルティング・プロジェクト
- 村上智彦(2008)「村上スキーム-地域医療再生の方程式-」, エイチエス出版
- 山本克也(2008a)「公立(自治体)病院の行方」, 「厚生サロン 2008年3月号」
- (2008b)「自治体病院の行方2」, 「厚生サロン 2008年4月号」

i 一次医療・軽度の症状の患者に対応する医療、二次医療・診療所などで扱えないような、病氣、入院、手術が必要な患者に対応する医療、三次医療機関・二次医療機関で対応できない、脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷等、重篤な患者に対応する医療という区分がある。

ii 代表的な例は合併前の瀬棚町が挙げられる。

iii 給水事業、電気事業、交通事業、ガス事業など地方公共団体が経営する企業を規定する法律。方自治を推進するための法律の一つである。なお、病院事業については地方公営企業法の財務規定等一部が当然に適用されるが(一部適用)、条例で定めるところにより地方公営企業法のすべての規定を適用(全部適用)することができる。

iv 自治体によってこの割合は若干変わる。

v <http://www.soumu.go.jp/gapei/sochi.html>

vi 安曇川町、新旭町、今津町、マキノ町、高島町、朽木村が合併し、高島市となっている。滋賀県西部の市である。

vii 不良債務比率は次のように算定される。不良債務比率=不良債務÷医療収益×100 不良債務比率が10%以上の場合、起債の許可が制限されることとなり、経営健全計画を作成する必要があるとされている。

viii 08年度決算から、自治体の一般会計に病院や下水道の特別会計を加えた連結実質赤字比率などで財政状況を判断する自治体財政健全化法が適用されることになっている。

ix 一方、町は公立高島病院の08年度決算の資金不足額を約1億円と見込んでおり、この分についても08年度一般会計からの繰出金1億円を増額補正して収支均衡を図ることにした。財源は町有地の売却などで約7000万円を捻出(ねんしゅつ)する見通しが立ったものの、残額を賄うために08年度下期の人件費削減に踏み切った。ことし10月から09年3月までの特別職の給与削減率は町長、副町長、教育長が現行よりもそれぞれ2%引き上げ、22%、17%、12%とする。一般職員はこれまで課長・主幹級の管理職のみだった給与削減を全職員約400人に拡大し、2%(主事級)から8%(課長級)のカットを実施する。平均年齢の45歳の行政職主査の場合、削減額は半年で約9万円となる。高島町の寒河江信町長は「公立高島病院は地域医療の中核であり、経営改善に向けて町職員が一丸となって取り組む。09-11年度も経営状況に応じて人件費の削減率を再考する」と話しているということである(山形新聞 2008年11月02日)。

x 地方公営企業の経常収支比率は、公営企業法が適用される企業の場合は、経常収益を経常費用で除して算出するが、100%以上が健全であるとされる。

xi 総務省のガイドラインでは中山間へき地・離島の医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、高度先進医療の提供等、公立病院の役割を多く挙げていたが、公立病院等広域化・連携構想(素案)では役割を「公立病院に、今求められるのは、身近なかかりつけ医機能から高度な急性期医療までの全てを担うのではなく、地域の他の医療機関と役割を分担して相互に連携すること」とかなり限定的にとらえている。逆にいえば、それだけ道が本気になっているとも言える。

xii 中頓別町ホームページ <http://www.town.nakatombetsu.hokkaido.jp>

^{xiii}現在は夕張医療センターを経営する、医療法人財団夕張希望の社の理事長であるM医師が瀬棚町の診療所を辞めた事件。医療に対する考え方の違いから町長と対立し、職を辞した。その後も活躍しておられるが、それもまた周知の通り。

^{xiv}ちなみに、瀬棚診療所とせたな町立国保病院の距離は約7km（10分）、大成診療所とせたな町立国保病院の距離は約30km（35分）である。

^{xv}首切りはないまでも賃下げは当然に予想されるので、自治労は公立病院改革ガイドラインに反対している。<http://www.iichiro.gr.jp/seimeij/071226.htm> 参照。

^{xvi}これがどれほど安いかというと、共同通信（2008.05.09）配信の記事で分かる。それによれば、公立病院の1病床当たりの平均建設費は約3,300万円と民間病院の2倍に上ることが、公立病院の建設コンサルタントを請け負う「自治体病院共済会」（東京）の調査で分かったという。共済会の調査では、1997年以降に建設された約100の公立病院ごとに、建設費を病床数で割って平均額を算出。一方、同時期に建てられ、建設費が公表されている約20の民間病院の平均額は約1,600万円だった。総務省の2007年の調査では、病棟など固定資産の取得額を長期にわたり費用に計上する減価償却費の医業収入に対する割合も、民間病院は4.6%だが公立は8.1%と高い。2005年に開設された高知医療センター（高知市、632床）のケースでは、建設費約233億円に対し毎年の減価償却費は約20億円で、2006年度の収支は約22億円の赤字だった。総務省は昨年策定した公立病院改革ガイドラインで、建設費を「民間病院並みの水準」とするよう指示している。自治体が病院建設などに充てるため発行する病院事業債にも本年度、対象施設の建設費に上限を設ける方針である。

^{xvii}財団法人星総合病院（星総合病院480床、星ヶ丘病院469床、三春町立三春病院86床）その他に老人保健施設オリオンや看護学校を備える。

^{xviii} http://webotaru.jp/2007/09/post_1921.php Web OTARU 2007/09/24 版

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「所得・資産・消費と社会保険料・税の關係に着目した

社会保障の給付と負担の在り方に関する研究税制と社会保障に関する研究」

分担研究報告書

「特定の状況にある世帯の経済状態と経済的支援の効果について」

研究分担者 小島 克久 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3室長

研究要旨

近年、我が国で所得格差に関する議論が盛んである。その中で格差の一方にある、「貧困」の問題にも注目が集まっている。特に、母子世帯等の「ひとり親世帯」の経済状態については多くの議論があり、その経済状態は必ずしも良いとはいうわけではない。しかし、母子世帯への各種の施策が行われており、こうした制度を利用すると、経済状態は相当に向上するものと考えられる。そうした問題意識の下、母子世帯の経済状態が、現物給付や税制優遇を含めた所得再分配政策により、どの程度改善されるかを、母子世帯のモデルを設定して試算した。その結果、現行の制度の活用でも、母子世帯の経済状態の改善（貧困率の低下）は相当に期待できることが明らかになった。

A. 研究目的

我が国では、「格差社会」といわれる中、格差の一方にある低所得の問題、つまり「貧困」の問題にも注目が集まっている。「貧困」の議論は、例えば、ワーキングプア等のさまざまな立場の人についてなされており、母子世帯等の「ひとり親世帯」についても議論が多い。母子世帯の貧困の程度を、「貧困率」（所得が可処分所得の中央値（貧困線）の50%を下回る水準にある者の割合）で見ると、我が国の場合、他の家族形態や年齢階級に比べて高いことに注目が集まったところである。「貧困線」を下回るか否かを判断するための所得は、

市場所得（就労や資産運用等による所得）や、可処分所得（市場所得に社会保障給付を加え、税や社会保険料を引いた所得）が用いられることが多い。ところが、この場合の社会保障給付は公的年金や児童手当等の現金給付に限られており、厚生労働省「所得再分配調査」でよく知られている「再分配所得」のように現物給付が含まれていない。社会保障給付には、現金給付と現物給付があるが、前者が家計を直接支援するものである一方で、後者は、特定のサービス（保育や医療等）の提供を通じて、経済的自立を実現させることで間接的に家計を支援している。

また、同じ目的の社会サービスでも、その給付の方式が国により異なることも多い。そのため、現金給付が制度的に多い国では、社会保障給付が「現金所得」として把握されやすくなり、現物給付が多い国では反対の結果となる。そのため、「貧困率」を見るときに、現物給付が多い国では、その分だけ社会保障の機能が評価されなくなる恐れがある。

このような問題意識の下、我が国の母子世帯の経済状態についてその現状を見るときに、母子世帯への経済的支援について、現金給付（税制などの支援を含む）だけでなく現物給付を視野に入れて、その経済状態の改善にどの程度貢献しているかについて検証する。具体的には、母子世帯の就労による所得の分布、子どもの数、就労の状態等を考慮しつつ、複数の母子世帯のモデルをつくり、児童手当、児童扶養手当等の現金による社会保障給付だけでなく、税制、社会保険料（特に保険料の減免）、保育、医療といった現物給付をそれぞれのモデルに適用する。これにより、母子世帯の経済状態、特に低所得者の割合が、各種施策によりどのように変化するかを検証する。そして、こうした世帯への対応のあり方について考察を行った。

B. 研究方法

本研究では、本研究で指定統計調査票使用申請を行い、承認を得て行った厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 16 年）の再集計結果

を引用・活用し、各種の社会保障及び税制に関する資料を活用して、母子世帯のモデルを構築して、税や社会保障による母子世帯の経済状態の改善（貧困率の変化）に関するシミュレーションを行い、必要な分析を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、本研究において国立社会保障・人口問題研究所が指定統計調査調査票使用承認申請を行い、その承認を得た範囲で行った上記個票データの再集計結果を引用・活用する形で行われた。今回の研究では引用・活用した個票データの集計結果とともに、税や社会保障制度の制度情報を用いて行った、モデル分析であるため、データの流出、毀損等の個人情報保護等における倫理面での問題は発生しなかった。

C. 研究結果

分析結果は以下のようになる。

- ① 母子世帯の所得水準は、2007 年の厚生労働省「国民生活基礎調査」で 236.7 万円であり、全世帯の 4 割程度の水準にとどまる。所得構成は稼働所得が中心であるが、年金以外の社会保障給付金も 11.7% を占めている。しかし、所得階層別の分布を見ると低所得層が多い。また、貯蓄についても、300 万円未満の階層が多い。
- ② 母子世帯への施策スタンスは、「母子及び寡婦福祉法」、「児童扶養手当法」等の

改正により、「児童扶養手当中心の支援」から「就業・自立に向けた総合的な支援」へ転換した。現在では、(1)子育てや生活支援策、(2)就労支援策、(3)養育費の確保策、(4)経済的支援策を総合的、計画的に展開しているところである。

- ③ 母子世帯の経済状態は必ずしも良好とは言えないが、税や現物給付を含めた社会保障の効果を市場所得ベースの貧困率を100とした指数で見ると、可処分所得、再分配所得でこれを大きく下回っている。これより、現物給付等を含めて考えると、現行の制度を活用した場合、母子世帯の経済状態の改善（貧困率の低下）には相当な効果がある。

D. 考察

我が国の母子世帯の経済状態は必ずしも良好とは言えないが、税制や現物給付を含めて、各種の制度を活用すると、現在の制度でも経済状態の改善は期待できる。経済協力開発機構の所得格差研究での「貧困率」は、現物給付を含めた所得での分析ではない。現物給付は、当然所得にはカウントできないが、各種のサービスを提供することで、健康の回復、仕事と家庭の両立等を実現させることで、就業の継続、ひいては経済的な自立につながるため、現物給付が貧困の解決に対応していないということではできない。

また、社会保障給付には、複数の方法（手

当の支給、現物サービスの提供）が考えられ、保育ひとつ見ても、公的な仕組みで保育サービスを提供するか、現金（またはバウチャー等）で支援するという方法も考えられる。そのため、同じ保育サービスでも、現金で支援する場合、「所得」に関する研究では、所得とカウントされ、国際比較では有利になる。我が国の場合、子ども関係の社会保障給付は、他の国と比べて現物や税制での支援が中心であり、「所得」に関する研究では、これがカウントされない分だけ、社会保障が持つ所得再分配効果や貧困の解消という機能が過少に評価される恐れがある。よって、こうした国際比較研究の結果を見るときは、所得に何が含まれるかに留意する必要がある。

こうした点を考慮しても、母子世帯の間では低所得の世帯が多く、その支援は重要な課題であると考えられる。その支援の方法として、現金給付を中心にするのが考えられるが、能力等の活用、自立の促進といった点から考えると、就業促進、家庭との両立支援等が重要ではないかと思われる。また、こうした施策の他、各種社会経済条件（賃金、労働条件等）を整えることも重要ではないかと思われる。

E. 結論

このように、母子世帯の経済状態は必ずしも良いという訳ではない一方で、各種の支援策も実施されており。特に、税制や現物給付

を含めてその効果を、貧困率の変化で見ると、
現行の制度の活用でも、母子世帯の経済状態
の改善(貧困率の低下)は相当に期待できる。
現金ベースの所得だけに着目した「貧困率」
を見るだけでは、我が国の社会保障制度の機
能の一部を見ているだけであることに留意す
ること、国際比較においても、どのような給
付が「所得」含まれるかにも留意する必要が
ある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

特定の状況にある世帯の経済状態と経済的支援の効果について¹

小島 克久

（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3室長）

1. はじめに

我が国では、「格差社会」といわれる中、格差の一方にある低所得の問題、つまり「貧困」の問題にも注目が集まっている。「貧困」の議論は、例えば、ワーキングプア等のさまざまな立場の人についてなされており、母子世帯等の「ひとり親世帯」についても議論が多い。母子世帯の貧困の程度を、「貧困率」（所得が可処分所得の中央値（貧困線）の50%を下回る水準にある者の割合）で見ると、我が国の場合、他の家族形態や年齢階級に比べて高いことに注目が集まったところである²。なお、我が国全体の貧困率は2003年の数値で14%台の水準にある³。

「貧困線」を下回るか否かを判断するための所得は、市場所得（就労や資産運用等による所得）や、可処分所得（市場所得に社会保障給付を加え、税や社会保険料を引いた所得）が用いられることが多い。ところが、この場合の社会保障給付は公的年金や児童手当等の現金給付に限られており、厚生労働省「所得再分配調査」でよく知られている「再分配所得」のように現物給付が含まれていない。社会保障給付の方法として、現金給付と現物給付があるが、前者は家計を直接支援するものであると感じることができる一方で、後者は、特定のサービス（保育や医療等）であると感じるのではないかと考えられる。しかし、現物給付も、健康の回復や、仕事と家庭の両立を通じて就労を支援することで、経済的な自立を可能にさせる。そうした意味では、間接的な家計への支援ということができる。

また、同じ目的の社会サービスでも、その給付の方式が国により異なることも多い。そのため、現金給付が制度的に多い国では、社会保障給付が「現金所得」として把握されやすくなり、現物給付が多い国では反対の結果となる。そのため、「貧困率」を見るときに、現物給付が多い国では、その分だけ社会保障の機能が評価されなくなる恐れがある。

このような問題意識の下、我が国の母子世帯の経済状態についてその現状を見るととも

¹ 本論文は、平成19～21年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）『所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究』において行われた、厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果を引用・活用し、各種資料を基に構築したモデル分析の結果である。この場を借りて、御協力いただいた関係者の方々に厚く御礼申し上げたい。

² 例えば、第166通常国会参議院予算委員会（2007年2月13日）で母子世帯の貧困率に関する質問が行われた。

³ OECD（2008）参照。

に、母子世帯への経済的支援について、現金給付（税制などの支援を含む）だけでなく現物給付を視野に入れて、その経済状態の改善にどの程度貢献しているかについて検証する。具体的には、母子世帯の就労による所得の分布、子どもの数、就労の状態等を考慮しつつ、複数の母子世帯のモデルをつくり、児童手当、児童扶養手当等の現金による社会保障給付だけでなく、税制、社会保険料（特に保険料の減免）、保育、医療といった現物給付をそれぞれのモデルに適用する。これにより、母子世帯の経済状態、特に低所得者の割合が、各種施策によりどのように変化するかを検証する。そして、こうした世帯への対応のあり方について考察を行う。

2. 母子世帯の経済状態

(1) 所得水準と分布

厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2007年の母子世帯数は71.7万世帯であり、全世帯の1.5%を占めている⁴。この母子世帯の平均所得は、236.7万円であり、全世帯平均（566.8万円）の41.2%の水準となっている。時系列で見ると、1995年調査の269.0万円から変動を持ちつつ推移しているが、1995年調査から約33万円減少している（全世帯は約98万円の減少）。世帯員一人当たり所得で見ても、2007年調査で87.6万円と全世帯の4割程度の水準であり、時系列で見ても変動を持ちながらの減少傾向となっている（全世帯についても同様である）。

母子世帯の所得構成を2007年調査の数値で見ると、稼働所得が最も多く78.5%を占めている。これは、全世帯（76.7%）と同じくらい水準であるが、児童のいる世帯（91.7%）よりも低くなっている。母子世帯の所得構成において特徴的なのは、「年金以外の社会保障給付金」の割合が高いことであり、11.7%を占めている（全世帯は0.6%、児童のいる世帯は0.7%）。その背景には後述する児童扶養手当等の給付があるものと考えられる。

母子世帯の所得階層別の分布を累積度数で見ると、所得が低い階層で累積度数が大きく上昇している。例えば、100万円以上200万円未満の階層の累積度数は40%台の後半であり、200万円以上300万円未満では70%台に達している。そして600万円以上の階層では99%を超えている。同じ累積度数による分布を全世帯で見ると、200万円以上300万円未満では30%程度であり、600万円以上700万円未満でも70%程度である。また、累積度数が100%近くに達するのは1000万円以上の階層である。なお、総務省統計局「就業構造基本調査」（2007年）で母子世帯の所得分布を見ると、その約57%が世帯所得200万円未満であり、400万円以上の世帯は約9%にとどまる⁵。このように、母子世帯には低所得層が

⁴ この調査でいう「母子世帯」とは、死別・離別・その他の理由（未婚の場合を含む）で、現に配偶者のいない65歳未満の女（配偶者が長期間生死不明の場合を含む）と20歳未満のその子（養子を含む）のみで構成している世帯をいう。この他に、他の親族と同居している者を含めると、「母子世帯」の数は2003年で約122.5万世帯となる（厚生労働省「全国母子家庭等調査」）。

⁵ 厚生労働省「全国母子世帯等調査」（2006年）から就労による収入に限って見ると、常用雇用者の世帯と臨時・パートの世帯で所得分布に大きな格差があり、就労所得が200万円未満の世帯の割合は、後者は前者の約2倍程度となる。

多いことが分かる(表1,図1)。

(2)貯蓄

所得が低くても、貯蓄等の資産が多ければ、経済的な問題をある程度解決することも可能である。ただ、資産格差は所得格差以上の大きいと考えられる。そこで、総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)から貯蓄階層別の母子世帯の分布で見てみよう。貯蓄額階層150万円未満の階層に、母子世帯の43.1%が分布している。貯蓄額150万円以上300万円未満の階層には16.9%が分布しており、合計すると6割程度になる。全世帯の分布と比較すると、貯蓄額150万円未満の世帯の割合は母子世帯の3分の1程度であり、貯蓄額150万円以上300万円未満の世帯についても、母子世帯の6割程度である。このように、貯蓄分布においても、母子世帯は経済的に不利な面がある(図2)。

3. 母子世帯に対する施策の状況

母子世帯への施策は、「母子及び寡婦福祉法」、「児童扶養手当法」等に基づいて実施されている。「就業・自立に向けた総合的な支援」が現在の政策のスタンスとなっており、(1)子育てや生活支援策、(2)就労支援策、(3)養育費の確保策、(4)経済的支援策を柱にして、総合的に自立支援策を展開している。

これら4つの柱のうち就業支援に特に力を入れており、個々の状況やニーズに応じた自立・就業支援を行うための母子家庭自立支援プログラム策定事業や、就業相談から就業支援講習会の実施、就業情報の提供等の一貫した就業支援サービスを提供する母子家庭等就業・自立支援センター事業が実施されている(2008年度で、母子家庭等就業・自立支援事業に718百万円、母子家庭自立支援プログラム策定事業に348百万円の予算が編成されている)。

この他に、子育て支援として、保育所への優先入所への配慮とともに、子育て短期支援(ショートステイ、トワイライトステイ)事業、母子家庭等日常生活支援事業等が実施されている。経済的支援として、児童扶養手当の支給の他、就職に必要な知識技能を修得するために必要な資金を無利子で貸し付ける等の母子寡婦福祉貸付金の貸し付けや養育費の確保に係る支援等も行われている⁶。そして、税制においても、所得税等の通常の控除とは別に、寡婦控除等も利用可能である(図3,表2)。

⁶ 厚生労働省「全国母子世帯等調査」(2006年)によると、養育費の取り決めをしている母子家庭は38.8%にとどまる。養育費を現在も受けている又は受けたことがある世帯の平均は月額で42,008円である。「母子及び寡婦福祉法」の改正(2002年)により、児童を監護しない親は養育費を支払うよう努めるべきこと等が規定され、「養育費に関するリーフレット」等の作成、母子家庭等就業・自立支援センターでの特別相談の他、「養育費相談支援センター」の創設(2007年度)等が行われている。

4. 税と社会保障（現物給付を含む）による経済状況改善効果

(1) 試算について

母子世帯に低所得層が多い中、さまざまな施策も実施されている。こうした施策は、所得保障、自立支援等さまざまな機能を有するが、母子世帯の経済状況の改善に相当程度貢献しているのではないかと考えられる。そこで以下では、現物給付を含む社会保障制度や税制による、母子世帯の経済状態が改善される程度について試算を行った。試算においては、母子世帯に関する各種設定（母親の年齢、子どもの数・年齢等）の他、現行の制度を活用することを仮定した。よって、現実の貧困率や所得再分配効果とは趣を異にするものであるが、我が国の母子世帯に対する政策のある種の効果を見ることを試みるものである。

(2) 試算のための設定

試算は、母子世帯の稼働所得の階級別に、税や社会保険料の負担、社会保障給付（現物と現金）がどの程度あるかを求める方法で行った。これらの負担や給付を加えたり、引いたりすることで、母子世帯の所得水準が再分配の前と後でどの程度変化したかが分かる。こうした計算の後で、あらかじめ設定した貧困線を下回るか否かを所得階層ごとに特定した（同じ稼働所得階級でも所得再分配前と後では、貧困線を上回るか否かが変わる）。その後、それぞれの所得階層別に母子世帯の分布を当てはめ、貧困線を下回る世帯の割合を、所得再分配前と後で算出した。

母子世帯の設定と給付や負担等の設定は以下の通りである。

① 母子世帯の設定

まず、母親の年齢は20歳以上とし、10歳階級ごとに25歳、35歳、45歳、55歳の4つを設定した。子どもの人数は1人から3人までとした。ただし、母親と子どもの年齢のバランスをとるために、母親が25歳の場合、子どもの年齢は2歳、5歳、8歳のいずれか（または全員）とした。同様に、35歳の場合は、5歳、10歳、14歳、45歳の場合は、10歳、14歳、17歳、55歳の場合は、14歳、17歳、18歳のいずれか（または全員）とした。

次に、母親の就業状態は、就業（正社員）、就業（自営・パート）、非就業の3つとした。厚生労働省「国民生活基礎調査」（2004年調査）の再集計結果を元に、これらの就業状態別に母子世帯の分布を就労所得階級50万円ごとに推定した（上限は400万円以上）。これを元に就労所得1万円ごとの割合を求めた。なお、母親が非就業の場合、0円に100%が分布する。

就労による所得の他に、財産所得等の所得も考えられる。これは上記の再集計結果を元に、就業（正社員）の場合は6.6万円、就業（自営・パート）の場合は7.0万円、非就業の場合は32.0万円を最低額とし、これと就労所得との合計（市場所得）に占める割合が一定の水準（就業（正社員）の場合は2.4%、就業（自営・パート）の場合は5.4%等）に達したときは、その割合で金額が増加するものとした。

② 税や保険料の負担

所得税、住民税は、2004年当時の仕組みで負担することとした（住民税は東京都の仕組

みを用いた)。これらの税の課税・非課税の区分、税額については、制度を自動的に当てはめることで試算した(例えば、勤務先が複数ある場合等は、確定申告が必要であるが、こうした手続きは全ての世帯が行っていると仮定した。ただし還付申請でよく知られている医療費控除であるが、厚生労働省「国民医療費」による医療費の平均から求められる自己負担額が10万円を下回ったため、この控除による還付は行わなかった)。また、生命保険料控除は、総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)から、母子世帯の生命保険料支出の勤め先収入に占める割合(6.6%)を元に算出して制度を適用した。

社会保険料(年金、医療)は、正社員は、厚生年金、健康保険(政府管掌)に加入し、自営・パートは国民年金、国民健康保険に加入するものとした。国民健康保険の保険料は、所得に基づいて算定する方式(例:埼玉県越谷市)を用い、保険料の減免も対象者全員に自動的に適用する(国民年金保険料の減免には、申請が必要な場合があるが、全員申請しているものと見なした)。なお、介護保険料については、母親の年齢が45歳、55歳のケースで賦課した。

③社会保障制度からの給付

現金給付として、児童手当、児童扶養手当が支給されるものとし、資格のある者には全員支給するものとした(ただし、児童扶養手当の減額も同様に適用)。現物給付は、保育と医療に限定し、保育については、6歳未満の子どもは保育所に入所しているものとし、保育費用および保育料は、国の標準的な保育単価と国の仕組みを用いて試算した。医療費は、厚生労働省「国民医療費」から平均的な医療費を用いた(相当の自己負担を支払う)。これは健康状態の仮定(母子世帯の何%が健康でないか、その場合の医療費はいくらかという設定)が困難であることと、疾病というリスクそのものは所得水準とは一義的な関係はないものと考えたためである(医療費の負担と所得との関係ではない)。

生活保護の適用であるが、2004年度の1級地・1を基準に最低生活費を試算し、就労所得1万円きざみで生活保護は適用できるか否かを検討した。ただし、全員に適用した場合、実際の保護率(2004年度の母子世帯の保護率は14.5%)を大きく上回ることも考えられるので、この保護率等を基準に合計調整を行った(より所得が低い階層で適用が多くなるようにした)。

④経済状態改善の測定

上記の仮定により、就労所得1万円ごとに、現物給付を含む再分配後の所得(再分配所得)が求められる。これらを、等価尺度を0.5とした世帯員数(世帯員数の平方根)で除して、等価尺度による所得を求めた。既に述べたように、あらかじめ設定した貧困率(所得が貧困線を下回る者の割合)を元に、市場所得と可処分所得、そして再分配所得のケースでこれを下回るか否かを決定した。上記の方法で求めた就労所得1万円ごとの母子世帯分布を元に、母子世帯の貧困率をこれら3つの所得について求めた。これらの水準の違いを比較することで、税や社会保障による母子世帯の経済状態の改善状況を見ることができるといえる。なお、貧困線は、厚生労働省「国民生活基礎調査」(2004年)の等価可処分所得中央値の

50%に相当する金額とした（130万円）。

(2)試算結果

母子世帯の経済状況が税や社会保障によりどの程度改善されるかを、市場所得ベースの貧困率を100とした指数で見ると、可処分所得では78.8、再分配所得では45.5となっており、所得再分配の仕組みを活用した場合、貧困率は大幅に低下する。母親が就業している世帯に限って見ると、この指数は、可処分所得で72.0、再分配所得で32.0となっており、改善の程度はいっそう大きくなっている。

母子世帯の母親の年齢別でこの指数を見ると、可処分所得では25歳で最も低く、45歳で最も高くなっている。しかし、その45歳でも正社員では80.3、自営・パートでは74.5となっており、相当な程度に貧困率は低下している。再分配所得では、25歳できわめて低く（正社員で11.0、自営・パートで7.3）、35歳でもかなり低い水準にある（正社員で26.9、自営・パートで25.1）。45歳と55歳ではある程度高くなる。それでも、最も高くなる45歳の自営・パートでも51.5となっている。

また、子どもの数別でも、子どもが2人で指数は低く、可処分所得では母親が正社員、自営・パートのいずれでも60台であり、再分配所得でも、正社員で31.0、自営・パートで29.9となっている。3人、4人では、可処分所得での指数は70～80台であるが、再分配所得ではおおむね30～40台であり、所得再分配が機能している。

こうした結果の背景であるが、若い母親ほど子供の年齢が低く、現金給付の他、保育等の現物給付が多くなることが考えられる。子どもの人数が増えると、10代の子供が増え、保育サービスの対象外になったり、医療費も少なくなったりすることがあるものと考えられる。このように、現物給付等を含めて考えると、現行の制度を十分活用しても、母子世帯の経済状態の改善（貧困率の低下）には相当な効果があることが分かる（図4、表3）。

5. まとめ

今回の分析の結論をまとめると以下の通りである。

- ① 母子世帯の所得水準は、2007年の厚生労働省「国民生活基礎調査」で236.7万円であり、全世帯の4割程度の水準にとどまる。所得構成は稼働所得が中心であるが、年金以外の社会保障給付金も11.7%を占めている。しかし、所得階層別の分布を見ると低所得層が多い。また、貯蓄についても、300万円未満の階層が多い。
- ② 母子世帯への施策スタンスは、「母子及び寡婦福祉法」、「児童扶養手当法」等の改正により、「児童扶養手当中心の支援」から「就業・自立に向けた総合的な支援」へ転換した。現在では、(1)子育てや生活支援策、(2)就労支援策、(3)養育費の確保策、(4)経済的支援策を総合的、計画的に展開しているところである。
- ③ 母子世帯の経済状態は必ずしも良好とは言えないが、税や現物給付を含めた社会保障の効果を市場所得ベースの貧困率を100とした指数で見ると、可処分所得、再分配所

得でこれを大きく下回っている。これより、現物給付等を含めて考えると、現行の制度を活用した場合、母子世帯の経済状態の改善（貧困率の低下）には相当な効果がある。

このように、母子世帯の経済状態は必ずしも良好とは言えないが、税制や現物給付を含めて、各種の制度を活用すると、現在の制度でも経済状態の改善は期待できる。経済協力開発機構の所得格差研究での「貧困率」は、現物給付を含めた所得での分析ではない。現物給付は、当然所得にはカウントできないが、各種のサービスを提供することで、健康の回復、仕事と家庭の両立等を実現させることで、就業の継続、ひいては経済的な自立につながるため、現物給付が貧困の解決に対応していないということではできない。

また、社会保障給付には、複数の方法（手当の支給、現物サービスの提供）が考えられ、保育ひとつ見ても、公的な仕組みで保育サービスを提供するか⁷、現金（またはバウチャー等）で支援するという方法も考えられる。そのため、同じ保育サービスでも、現金で支援する場合、「所得」に関する研究では、所得とカウントされ、国際比較では有利になる。我が国の場合、子ども関係の社会保障給付は、他の国と比べて現物や税制での支援が中心であり⁸、「所得」に関する研究では、これがカウントされない分だけ、社会保障が持つ所得再分配効果や貧困の解消という機能が過少に評価される恐れがある。よって、こうした国際比較研究の結果を見るときは、所得に何が含まれるかに留意する必要がある。

こうした点を考慮しても、母子世帯の間では低所得の世帯が多く、その支援は重要な課題であると考えられる。その支援の方法として、現金給付を中心にするのが考えられるが、能力等の活用、自立の促進といった点から考えると、就業促進、家庭との両立支援等が重要ではないかと思われる。また、こうした施策の他、各種社会経済条件（賃金、労働条件等）を整えることも重要ではないかと思われる。

⁷ ここでいう公的な仕組みとは、保育サービスの制度を公的なルールで定めることであり、実際のサービス提供方式に言及するものではない。

⁸ OECDによると、我が国の現物及び税制優遇を含めた家族政策への支出の対GDP比は、1.2%であるが、このうち約75%が現物給付及び税制優遇が占めている。これはOECD加盟国の中で3番目に高い(OECD Family Databaseによる)。

参考文献

- 1) OECD (2008), "Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries".
- 2) OECD (2004), "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the second half of the 1990s".
- 3) 厚生労働省 (2008 年), 「平成 20 年版厚生労働白書」, ぎょうせい.
- 4) 厚生労働省 (2008 年), 「平成 19 年度母子家庭の母の就業の支援に関する年次報告」.
- 5) 橘木俊詔 (1998 年), 『日本の経済格差』, 岩波書店.
- 6) OECD (1996), "Income Distribution in OECD Countries".
- 7) 経済企画庁経済研究所 (1998 年), 「日本の所得格差—国際比較の視点から—」(経済分析 政策研究視点シリーズ 11), 経済企画庁経済研究所.
- 8) 橘木俊詔 (2006 年), 『格差社会—何が問題なのか』, 岩波書店.