

社会保障を取り巻く状況と その制度の課題点

佐藤 晴彦

はじめに

- 1章 少子・高齢化による経済への影響
- 2章 社会保障を取り巻く状況と課題点
 - 1節 公的年金制度
 - 2節 医療保険制度
 - 3節 公的介護保険

はじめに

わが国はバブル崩壊以降、長期的な経済の低迷、デフレを経験してきた。そのことによって政府の税収は落ち込み、さらに財政収支と社会保障への負担が懸念されるようになった。財政再建や社会保障制度改革は多くの困難を抱えた喫緊の課題である。

その一方で、わが国は急速な少子・高齢化に直面している。わが国の出生率は、第2次ベビーブーム以降、減少の一途を辿り、2006年には過去最低ラインの1.26を記録した。少子化の進行は、その1年前の2005年に、ついに総人口の減少につながった。総人口に占める65歳以上人口は、今や20%を超え、今後もいっそうの高齢化が予想されている。総人口の減少、高齢者の増加は経済の成長にマイナスの影響を与えるだろう。また、高齢者の増加は社会保障負担の増加をもたらすだろう。

政府は、社会保障の給付やサービスの水準の見直しを行ったが、政府の財政赤字が拡大したため、国債や地方債を拡大させてきた。社会保障の見直しは必ずしも効を奏していない。

わが国の財政の健全化を図るために、時代の変化に即した抜本的改革はどのようなものにすべきなのだろうか。長期的視点に立った改革はどのような方向性を持つべきなのだろう

うか。

それらを見出すため、ここでは、経済社会の動向による、社会保障の負担構造の変化、社会保障の各制度の改革にまつわる論文をサーベイする。

なお、この共同研究は、平成国際大学2006年度大学院共同研究助成金(「少子・高齢社会に対応した経済社会制度改革の研究」共同研究プロジェクト)より支援を受けました。この場をお借りして謝意を申し上げます。

1章 少子・高齢化による経済への影響

少子化によって労働力人口は変化するだろう。その場合の経済への影響を見てみよう。

1-1 人口減少によるマクロ経済への影響

経済成長の予想は労働力人口の予想とどのような関係があるだろうか。

経済の供給側における GDP の上限は技術水準など他の条件を一定とすると、利用可能な資本ストックと労働力人口によって決定される。特に、労働力人口が経済成長率 (GDP の変化率) を大きく左右する。そのため、少子化により労働力人口が減少すると、経済成長率も低下する。労働力人口は、さまざまな経済社会的要因¹⁾で変動する。女性や高齢者の労働をさらに引き出すことができる社会になれば労働力人口は増加する。しかし、それには限界があり、少子化で総人口が減少すると、労働力人口は減少する(服部恒明(2004))。

わが国の合計特殊出生率は第2次ベビーブーム(1971~1974年)の2.14以降、減少の一途を辿っており、今後もこの傾向が続くことが危惧されている²⁾(内閣府(2005a, b), 佐藤, 他(2006))。

長期的には、生産年齢人口が減れば就業者数も減る。働く人が減れば、家計の所得が減少するため消費も減る。消費が減れば実質 GDP が減り、経済成長率が低下することになる(服部恒明(2004))。

少子・高齢化の加速がマクロ経済に与える影響を試算すると、少子化の加速は、供給サイドの制約となり、それが現れるのは足元の新生児数の変化が労働力人口に反映される2015年以降となる(長谷川, 他(2004))。

1-2 高齢化によるマクロ経済への影響

高齢化による、消費、貯蓄、経常収支からみた経済への影響をみてみよう。

【高齢化による貯蓄・消費・経常収支への影響】

高齢化は貯蓄率に直接の影響を及ぼす。現役時代に働いて貯蓄し、引退後には貯蓄を取り崩して生活するというライフサイクル仮説によれば、高齢化が進むと貯蓄を取り崩し、マイナスになる世帯の割合が多くなるため、社会全体の貯蓄率は低下する。

高齢化に伴う消費の増加と少子化による消費の減少では後者の方が大きくなる予想のため、少子・高齢化は経済成長率の押し下げ要因となろう。

貯蓄率の低下の影響は、経済成長率だけでなく経常収支の面に対しても大きい。経済全体の貯蓄から国内投資を差し引いたものが経常収支となるため、高齢化で貯蓄が低下すると、経常収支は赤字に転じる可能性がある（服部恒明（2004））。

1-3 社会保障給付・負担がマクロ経済に与える影響

社会保障の増減はマクロ経済にどのような影響を与えるのだろうか。短期と中長期に分けてみてみよう。

社会保障給付・負担の増加がマクロ経済に与える影響は、中期的には消費を中心に景気浮揚効果を持つものの、長い目では高齢者の労働参加など供給面に影響し、マクロ経済に抑制的に働く。

今度は、社会保障給付削減の観点から見ると、当初は経済に抑制的に働く。この効果は主として消費・住宅投資に由来し、とくに消費の減少については、年金の抑制が若年者に比べ、消費性向の高い高齢者の可処分所得を低下させる結果と理解される。中長期の期間で見ると、逆に経済は拡大する姿になっている。これは年金給付の縮小で高齢者の労働参加率が高まるとともに、企業による社会保障雇用負担の減少が設備投資を拡大させ、供給力を押し上げる結果生じることによる。

上記の需給両面への作用により、短期的には需要抑制、中長期的には供給拡大によって物価は低下傾向の推移を示す。

一般政府の財政収支（貯蓄投資差額）は名目所得の下落による税収減の影響を被るが、物価下落による政府支出の削減分等から、中長期的には改善する（長谷川、他（2004））。

1-4 産業構造への影響

少子・高齢化で人口構造が変化すると産業構造にはどのような影響を与えるのだろうか。それを消費、供給の順でみていこう。

産業構造への影響は、総人口だけでなく年齢別人口・人口構造の変化が大きく作用押し込めている。

食料品や繊維製品は、他の財と比べて、少子化による影響が大きく出る可能性が高い。また、少子化で子供の数が減るため教育費も減少する。1人当たりの教育費は増加するものの、出生率減少による影響の方が大きいためである。学習塾や大学・短期大学といった教育産業では、今後生徒の数が減り、深刻な影響が出始めるだろう。

他方、高齢化が進行すると、医療、介護サービス等の消費が増加する。さまざまな健康用品の需要も高まり、高齢社会をターゲットにした民間企業の財・サービスの生産が増えるだろう。このように少子・高齢化は、消費構造を変化させる。消費構造が変われば、財・サービスの生産、ひいては産業構造を変えていく。そして産業や企業の盛衰を大きく左右することになるだろう（服部恒明（2004））。

1-5 財政部門への影響

近年の財政収支の動向を左右するのはどのような要因が挙げられるのだろうか。また、高齢化は国民医療費、政府の財政収支にどのような影響を与えるのかをみてみよう。

現行の賦課方式のもとでの年金制度は、少子・高齢化で現役世代の割合が減少し退職世代の高齢者の割合が増加するため、年金財政の悪化は避けられない。医療分野でも高齢化で医療費が増大する傾向にある。国民の医療費は比率が異なるものの、雇用者、企業、政府など、現役世代の収入をもとにまかなわれているため、高齢化で医療費が急増すると、政府の医療費負担が増し財政収支は確実に悪化する（服部恒明（2004））。

財政部門では、年金や医療などに関わる社会保障部門の割合が増加しつつある。一般に財政部門では公共投資が大きいのが、社会保障は公共投資にほぼ匹敵する規模である。高齢化によって、公共投資の伸びは抑制されるのに対して、社会保障の規模は膨張している。そのため、今後の財政収支の動向を左右する最も大きな要因は、少子・高齢化に絡んだ社会保障部門の行方であり、将来の財政破綻を避けるためには、財政・社会保障制度の抜本的改革が急務である（服部恒明（2004））。

以上のサーベイから以下のことが言えよう。

経済成長の予想は、供給側においては労働力の動向が重要な要因となる。少子化が進展している現況において、総人口の動向、女性や高齢者の動向も大きく作用するが、総じて、労働力人口、ひいては就業者数が減少するため、GDPに悪影響を及ぼすことになる。

また、人口の高齢化が進めば消費は増加するかもしれないが、少子化による消費減少の方が大きい場合、総消費は低下するだろう。高齢化の貯蓄率低下の要因も含めると、高齢化は経済成長のマイナス要因となろう。

少子・高齢化による人口構造の変化は、産業構造を変化させるようになる。少子化によって、特に教育産業にはかなりの影響をもたらし、高齢化の進行によっては、数々の健康用品の需要を拡大させ、消費構造を変化させる。したがって、少子化を含めて産業構造をも変えていくだろう。

社会保障の給付・負担を減少させる場合、短期的なマクロ経済への影響は、消費を中心に景気を縮小させるが、中長期には高齢者の労働参加などによって、マクロ経済に景気拡大の影響をもたらすだろう。

政府の財政収支は、高齢化が進行し、国民の医療費が急増すると悪化する。政府の財政収支の動向を左右する最も大きな要因は、社会保障部門の動向となる。したがって、将来の財政破綻を避けるためには、社会保障制度の抜本的改革が焦眉の急である。

2章 社会保障を取り巻く状況と課題点

1節 公的年金制度

1-1 年金を取り巻く状況の変化と予測の誤算

経済社会が変化すると、年金財政についてはどのような影響を及ぼすことになるのだろうか。また、グローバル化や産業間での競争激化で、正規社員に比べ、非正社員が増加している。それによる影響はどうなってくるのだろうか。

【出生率・寿命の変化による影響】

経済社会の環境が変化すると、年金財政に及ぼす影響は大きな問題となる。特に、出生率の見通し、経済成長率の変化、金利水準の見直しが予想と違った場合、大きな影響を及ぼすことになる。予想が悪化した場合には、保険料収入が減少し給付水準は抑制されるのである。

例えば、年金財政悪化の要因には、好景気の持続性を誤算した結果、賃金スライド制の導入後もその傾向に沿った改正はなかった、という政策的な給付拡大要因が挙げられる。実際、バブルが崩壊した後、経済成長の大幅な減速と、出生率の持続的な低下・平均寿命の伸長など、経済社会環境が大きく変化したが、この動向に沿った改革が行われなかった。なお、1994年の年金制度改革は、ネット賃金スライド制など給付水準を引き下げる改革を行ったが、高齢化・少子化の進行、経済の低成長など、年金財政を取り巻く状況は一段と厳しくなっており、さらなる大幅な制度改革が必要となっていた（八代（1999））。

【100年プランの脆弱さ】

また、政府は、2004年度改革で100年安心プランを立てたが、足元から崩れかけている。それは、年金の財政収支の基礎にかかわる出生率の予測が崩れたからである。同時に、公的年金の積立金を約100年間で徐々に取り崩すことにしているが、出生率の予想が悪化し、5年ごとの年金財政の検証の際に公約を達成することが困難と判明したときにどうするかについて、何も考えていないことが問題点となっている（明里帷大（2005））。

【雇用形態の変化による影響】

近年、加入要件の雇用形態間の差が年金加入に影響を与えている。最近の国民年金への未加入者や年金空洞化の実態をみると、国際競争力が激化する中で、専門的な業務を外部の業者に委託したり、製造業では構内下請けしたりすることによって、正規社員が減少しており、労働市場の変化が年金制度に直接的な影響を及ぼすようになってきている。正社員が減少し非正社員が増加する傾向がみられ、非正社員ならびに雇用されない個人事業主が未加入に含まれるようになってきている。また、厚生年金についても加入していないことが問題になってきている（大沢（2005））。

1-2 公的年金制度の問題点

公的年金の財政は、近年の経済社会の動向によって不安定化してきている。豊かな高齢者が多くなっている今日、年金の支給開始年齢などによって制度を再考すべきかも知れない。また政策の目標として国民負担の指標のあり方について再検討すべきかもしれない。

【厚生年金の赤字化】

厚生年金財政の実態はすでに赤字に転落しており、しかもその赤字は長期にわたって継続する恐れがある。政府はその危機管理に本腰を入れて取り組むべきである（高山（2004））。

【年金収支の改善に向けて】

公的年金財政収支の改善のためには、年金給付の国庫負担比率を高めるような政策は、社会保険を含めた財政全体のベースでは収支の改善にはつながらない。国民負担（税負担と社会保障負担）と国債発行（財政赤字）の合計を国民所得に対する比率で表した「潜在的国民負担率」を、ひとつの政策目標値として用いる必要がある（八代（1999））。

【国税総額より多い社会保険料負担】

公的年金の保険料を含む社会保険料負担は、従来国税総額よりも少なかった。しかし、今では両者は逆転し、その逆転は当分の間続きそうである。国民負担という点から見ると税金だけに注目するのではなく、社会保険料について今後どうするのかを「負担の構造改革」の柱として議論する必要がある（高山（2004））。

【もう一つの空洞化】

年金の空洞化は国民年金だけではなく、厚生年金でも進行している。国民年金では保険料未納率が2002年で4割近くまで上昇してしまった。これに加えて、厚生年金の空洞化も目立ってきている。最近目立つことは、企業が人件費負担を圧縮するため、合法的な社会保険料逃れに奔走していることである。新規採用の抑制、中核労働者の厳選、パートタイマーへの切りかえ、請負契約者・派遣労働者の積極的利用、成果主義賃金への切りかえ、ボーナス支払い方法の変更や年俸制への移行、外人へのサービス業務委託などは由々しき問題である（高山（2004））。

【年金と就業率の関係】

少子・高齢化の中で、年金保険料を引き上げれば就業者の増加を抑制する半面、年金の支給開始年齢を引き上げれば、高齢者の就業が促進される（八代（1999））。

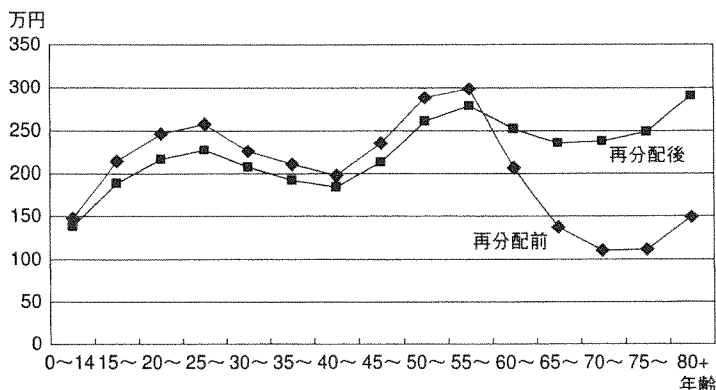
【富裕な高齢者への対応】

近年の高齢者は富裕になっている。公的年金は企業年金等、個人的な所得を持つ中間所得階層の高齢者層を中心に考え、低所得者層に対しては別の保障で対応すべきである。すなわち、現在の高齢者世帯モデルについては、高齢者世帯の所得水準が、平均的に全世帯平均とほぼ等しいことや、女性就業率が高まり、共働き世帯が主流を占めていることから、年金水準自体の引き下げが必要である（八代（1999））。

【再分配後所得の逆転現象】

図1を見てわかるように、政府の再分配政策（年金や医療等）による高齢者の所得水準は50歳未満の年齢階層より高くなっている。30～49歳層は再分配所得の出してとになって、自らの所得を減らしている一方、60歳以上の年齢階層は相対的に厚みのある所得水準を年

図1 再分配後所得の逆転現象



(出所) 高山憲之 (2004)『信頼と安心の年金改革』図1-6引用

金や医療給付を通じて享受している (高山 (2004))。

【不公平性と積立方式への復帰】

賦課方式の報酬比例年金の制度には、貧しい勤労者から豊かな高齢者への「逆進的」な所得再分配という不公平性が生じている。少子化の進行の中では、賦課方式を続ける限り、貧しい勤労者から豊かな高齢者へと著しい不公平性が生じるようである。この問題解決のためには、完全積立方式への移行が望ましい。経済審議会推計によれば、財政全体の世代別の純損益は、50歳以上プラスだが若年世代では負担が大きく、世代間給付と負担には著しい不均衡がある。

また、経済成長率の減速と金融自由化の下では、積立方式におけるインフレリスクは、金利上昇でカバーされやすくなる一方で、賦課方式での少子化のリスクの方が、深刻になっている。したがって、積立方式に復帰する必要がある (八代 (1999))。

【試算の重要性】

公的年金制度の一元化について、仮に制度の統合を行う際には、その前に移換金の試算を行うことが透明性や国民からの信頼性を確保する上で必要となる。統合の際、財政見通しの作成年と統合時が異なる場合には、死亡率・賃金上昇率・物価上昇率及び運輸利回り等の基礎率の変化が生じやすいことから、統合後の財政計算を改めて行うことが本筋であろう (畑 (2005))。

1-3 公的年金制度の改革案

公的年金の改革案をめぐる様々な議論が行われている。年金の維持可能性、空洞化問題、国庫による保障のあり方、家族単位とすべきか個人単位とすべきか等について、比較的新しい議論をみてみよう。

【消費目的税の導入】

未加入・未納者、免除者による年金の空洞化問題は、現行の社会保険方式ではなく、税（消費目的税）方式によって解決される。また、この方式で運営すれば、所得のない自営業の配偶者や20歳以上の学生への納入義務問題もすべて解消する（小塩（1998）、八代（1999）、小塩（1998）、村上（1998）、八田・小口（1999）、高山（2000）、佐藤（2001a））。

【拠出と給付の連結】

年金制度の維持可能性は若者の加入意欲を失わないかどうかにかかっている。スウェーデンやイタリア等では保険料拠出と年金給付を直接結び付けることで、この維持可能性の問題を打開しようとしている。“収めた保険料は必ずかえってくる”というキャッチフレーズで日本も対応すべきではなからうか（高山（2004））。

【状況にリンクしたシステム】

平均寿命が予想以上に伸びた場合、支給開始年齢をリンクした仕組みを設定しておくことが望ましい。また、年金の支給開始年齢や減額率を法的に決めるのではなく、年々の平均余命の変化に応じて、機械的に調整されることが必要である（佐藤（1998）、八代（1999）、佐藤（2001b））。

少子化の進行が継続するなら、賦課方式の下では、賃金上昇率から受給者・被保険者比率の増加率を差し引く“マイナス・スライド方式”で、退職世代も少子・高齢化のコストを負うことが必要となる。この減額率は、平均寿命で見た生涯年金受給額を一定に維持するよう、保険数理的に公平であることが必要である（佐藤（1998）、八代（1999））。

【国民年金の所得比例型への移行】

① 保険料

国民年金の保険料を所得比例型にすることは、制度発足前から重要な課題であった。しかし、クロヨン問題があって定額の保険料としてきたのである。

現行の定額保険料上限より高い保険料を複数設定することは、検討に値する。実現可能な場合、そのことによって国民年金の保険料は事実上所得比例型に近づくことになる（高山（2004））。

② 年金給付

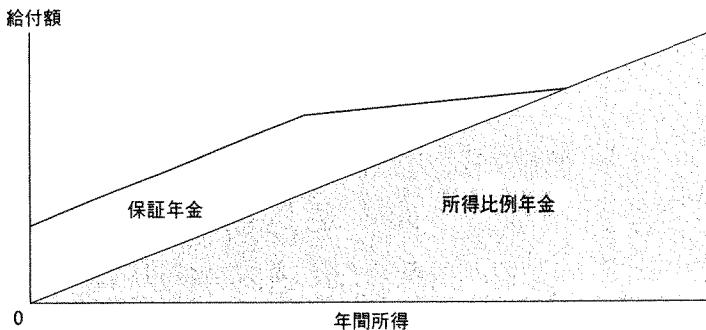
その所得比例型の保険料には所得比例型の給付を対応させる。国民年金の保険料を所得比例型に改めると、現行の基礎年金のうち保険料で財源調達している部分は所得比例の年金給付とした方がよい。

それと連動して、給与所得者についても基礎年金のうち保険料で賄っている部分を所得比例に改める必要がある。それは従来の二階部分と合体させることになる（高山（2004））。

【保証年金への移行】

基礎年金の国庫負担部分相当分の給付について、欧米では所得水準でみて「上に薄く下に厚い」年金給付を賄うために税金を投入している国が少なくない。日本もそのような動きに対応するなら、図2のように、税金負担部分については定額の基礎年金を最低保証型の年金給付に切りかえるべきである（高山（2004））。

図2 最低保証型の基礎年金



（出所） 高山憲之（2004）『信頼と安心の年金改革』図4-1引用

【クローバック制度の導入】

年金への税金投入は本来“高齢者への生活支援のため”である。貧しくない人にまで税金を投入することは本来の目的に反する。

そこで所得税を納付している年金受給者の場合を想定すると、いったん受給した年金のうち国庫負担相当分の給付の一部を翌年の所得税申告時に国へ税金として払い戻してもらうことを検討すべきではなかろうか（高山（2004））。

【世帯単位から個人単位への変換】

さらに、第3号被保険者を抱える被保険者は、二つの基礎年金を受給しており不公平である。専業主婦は相対的に高所得層に多いことから高所得者層を優遇していることになる。そのため世帯を単位とする年金制度には、大きな問題点がある。

また、世帯を単位とする年金制度は女性が正社員で働くことを不利にし、非正社員に押し込めるメカニズムを持っている。これらの問題点から、年金も個人単位化が必要である(八代(1999))。

以上のサーベイから以下のことが言えよう。

公的年金は、出生率・経済成長率・金利水準の見通しが異なると、その影響は大きく、予想が悪化した場合には、年金財政は大きな打撃を被るようになる。そのほか、正規社員が減少し、非正社員や雇用されない個人事業主、外部の委託業者、下請けなどが増加している。これらが要因となって、国民年金だけではなく厚生年金もすでに赤字に転落しているし、空洞化も進んでいる。

公的年金制度の改革案については、国民年金(基礎年金)の保険料を消費税にすることが上げられる。そうすれば、年金の空洞化問題、所得のない自営業の配偶者や20歳以上の学生への納入義務問題は解決される。

公的年金を含む社会保険料負担は国税総額よりも重くなっている。財政収支の改善のためには、国民負担(税負担と社会保障負担)と国債発行(財政赤字)の合計と国民所得の比率を表した指標を、目標値として用いることも必要である。

年金制度の維持可能性についての改革案は、保険料拠出と年金給付を直接結び付けるという案である。その際、平均寿命の伸びと支給開始年齢・減額率を自動的に調整することも考える必要がある。

被保険者について、国民年金の保険料ならびに給付は、所得比例型にすべきという案、給付の単位を個人とすべきとする案等が上げられている。基礎年金のうちの国庫負担による対応については、“上に薄く下に厚い”最低保証型の年金給付に切りかえるべきであるとする案が上げられている。

最後に、近年の高齢者は富裕になっていることや、「逆進的」な所得再分配等から、年金水準自体の引き下げも検討すべきだろう。

また、年金の支給開始年齢を引き上げれば、中長期的に高齢者の就業が促進される。

2 節 医療保険制度

2-1 医療を取り巻く環境の動向

近年、医療保険（社会保障全体をも含む）を取り巻く状況は、社会保障制度の各制度が成立した戦前とは違って、相当変わった。たとえば、近年の高齢者は豊かになっている。しかし、そのことが医療財政からみて、手放しで喜んでいいのかどうかについては別問題である。これらについてみてみよう。

【少子・高齢化】

高齢化の進行が拡大し出生率も減少した結果、2005年以降、死亡率が出生率を上回り、人口減少社会に転じた。さらに、総人口に占める65歳以上人口は20%を超え、今後もしっそうの高齢化が予想されている³⁾（厚生労働省2001 1章）。

【高齢者の収入増加と所得格差の拡大】

高齢者の中には豊かな生活を送る高齢者が多くなっている。高齢者の経済的な状況を、総務省統計局「全国消費実態調査」でみると、全世帯の年間収入の平均水準を100とした場合、世帯主が65歳以上の世帯人数あたりで見ると102.48になっており、平均的には高齢者は現役世代と大きな差がないことがわかる。他方、高齢者の所得には全世帯平均よりばらつきがある。ジニ係数も見ると全世帯では0.3188であるが、高齢者のみ世帯では0.3799となっている（厚生労働省2001 39～40頁）。

2-2 医療保険制度とその問題点

わが国の医療保険制度の機能について、例えば、国と民間の役割はうまく果たされているのだろうか。また、医療保険制度は複数存立しているが、少子・高齢化の影響はあるのだろうか。さらに、高齢者が増加している今日、老人医療費の傾向はどうなのだろうか、出来高払制度から生じる問題点はどうなっているのだろうか、等についてみていく。

【わが国の医療システムについて】

わが国の医療システムは、当初、その供給面を私的な開業医中心としたことが指摘されている。医療の財政面については、国家の管理が強いシステムとしながら、医療供給体制については民間中心のシステムにしたことである。過去においては、「開業医が経営する診療所が大きくなって病院となる」ケースが中心であった。政府は既存の開業医制度（医療の供給面）に手をつけないで保険制度を実施したため、医療供給＝開業医中心、医療財

政＝国家管理という、独特なわが国の制度が形成されたのである。

さらに、公的病院の拡張的整備については医師会の強硬な反対があり、全病床に占める国立病院等の病床の割合は戦後減少の一途を辿っている。そして、「供給＝私的中心」というわが国の医療の特徴がますます強化されたのである（広井（2000））。

【質が二の次の医療サービス】

わが国の医療サービスの供給は、「私」が中心で、中小病院、開業医がそれに当たる。

この体制では、医療費の配分や診療報酬について以下のような問題が生じている。① 病院の評価が小さい、② 「チーム医療」への評価という視点が弱い、③ 高次医療への評価が薄い、④ 医療の質の評価という視点が薄い等である。このシステムを極端な言葉で特徴付ければ、「量とアクセス」重視の医療政策、つまり、「質は二の次でよいから国民誰もが安い価格で医療サービスを受けられること」を目標としてきた政策である（広井（2000））。

【老人医療費の増加】

国民医療費は、人口の高齢化に起因した老人医療費の増加が主な原因となって、急激な増加傾向を示している⁴⁾。人口構成の高齢化が進む結果、国民医療費に占める老人医療費の割合は2000年には10.1%であったものが、2010年には44%、2020年には53%を占めるものと見込まれる。

公的年金制度改革と比較してみると、公的年金では給付削減をして収支改善に努力してきているのに対し、医療保険制度ではまだそのような調整ができていない⁵⁾（明里帷大（2005））。

【モラルハザードへの対応】

モラルハザードの問題について、以下の3点が挙げられている（八代（1999））。

- ① 保険が誘発する需要増加というモラルハザードの問題は、第三者となる保険者によって、医療費の大部分が負担されることから生じる需要側のインセンティブと、それに依存した供給側の行動変化との二つの要素がある。
- ② 老人保健制度では、自己負担額が、医療費の一定率ではなく定額であることから、受診抑制効果は小さい。さらに、時間コスト⁶⁾も著しく低いことから、医療保険が本来の医療保険事故に備えたものよりは、福祉サービスの要素が強まる。
- ③ 他方、供給者については、出来高払いのため、患者が負担できる限り、高質・高価格の医療サービスを選択するというインセンティブが働く。また、医療行為だけでなく、投薬・検査についても過大な需要が生じている。

【複雑に分立した制度による弊害】

わが国の医療保険制度は、被保険者の帰属集団ごとに保険者を選定しているために、多くの制度が分立して複雑になっている。

高度成長が終わってみると、当初想定していなかった産業構造となり、人口構造においては、少子・高齢化が進展して各医療保険制度の財政に大きな歪を生じさせるようになった。1983年に老人健康保険制度が開始したのは、老人医療費の急激な増加に伴い、市町村国保の財政赤字が累積して破綻しないように考え出された、制度間財政調整のひとつなのである（明里帷大（2005））。

人口構造や産業構造の変化によって、財政に歪が生ずる都度、制度ごとに保険料を引き上げたり、制度間財政調整を行ったり、あるいは、医療費そのものの上昇を診療報酬や薬価基準の改定によって抑えたりして、制度の綻びを繕うことに努めてきた。しかしながら、制度が抱える基本的な問題点を解決できないままである（明里帷大（2005））。

【複雑な制度から生まれるモラルハザード】

国民健康保険は、70歳以上を対象とした、別個の老人保健制度を設けることで対処し、その財源は、各被用者保険からの拠出金で賄われている。しかし、対象者によって医療保険制度が分立し、それらの保険者間で大幅な財源調整を行う方式は、その出し手と受け手との両面で、保険者による医療費の削減努力が損なわれがちとなっている。

また、国民健康保険は給付費の5割が国庫負担で賄われていることも医療費の削減努力を損なわせている（八代（1999））。

【医療保険制度の問題と財政悪化の関係】

① 財政的にみて、医療保険制度は維持可能性が疑問視されている。経済が好調である時代には、大企業の健保組合、ならびに政管健保の財政は安定していたが、1990年のバブル崩壊以降事態は一変した。政管健保は2002年まで赤字が続き、大企業の組合健保の中にも財政が破綻したところも出たのである。こうした財政悪化の背景には、老人医療費の増加による市町村国保の赤字問題があり、これに対応して政府健保や組合健保をして、老人健保法による制度間財政調整のための拠出金を負担せしめたことが、医療保険制度全体の財政悪化を招いたひとつの要因として指摘されている。

医療保険財政の困難を招いたもうひとつの原因は、直接的には高齢化社会における老人医療費の増大だが、「大数の法則」からいっても無理な全国の市町村を保険単位とする国民健康保険制度を普及してしまったことである。

その他、負担のシェアについても考えを直すべきである。増大する国民医療費の見通

しの下では、医療保険制度における費用負担構造—保険料約5割強、公的負担約3割強、保険外自己負担15%—に従ってシェアすることは、「大数の法則」からいって困難だと考えられる。これは、増大する将来医療費の総計と将来も負担され続ける保険料収入総計の差額を埋めるために、各制度は自らの責任準備を保有すべきであるという考え方によって示される（明里帷大（2005））。

- ② 準備金を含めた保険料負担の性格についても同様である。医療保険制度においては、政管健保の積立金や組合健保の準備積立金を求め、市町村国保においては、国保基金を設置することになっている。

老人保険制度では、医療保険制度の各医療保険運営の安定のために、社会保険診療報酬支払基金として各保険者から老人保健拠出金を徴収し、必要な場合には各保険者に交付金を交付する事業を行わせている。

介護保険においては市町村の介護保険財政の安定のため、都道府県に対し財政安定化基金の設置を義務付け、これに国、地方、市町村が3分の1ずつ拠出し、基金として財源不足の市町村に交付金を交付または貸付を行わせている。

しかし、わが国の医療保険制度においては、保険料負担は税負担の性格が強く、保険給付は保険料に対する対価というよりも、全体の保険収入財源を見て保険給付の配分を国の機関において勘案し、決定しているという趣が強い。すなわち、本来の保険数理的な責任準備金でないもので対応しているのである（明里帷大（2005））。

2-3 現制度に対する改革案

保険者機能は、（たとえば医療診療の監視などの面で）果たされているのだろうか、また、情報技術や医療の果たすべき分野は、福祉・介護分野にまたがって拡大しているが、規制による影響はないのだろうか、さらに医事法による情報公開に問題はないのだろうか、それら二つの改革案についてみてみよう。

2-3-1 医療サービスに対する改革案

【医療サービス供給の見直し】

医療の需要に対し、病床数の見直し、医師数の見直しを行い、医療サービス供給を充実させる必要がある（水野（2000））。

【医療体制の公的部分の拡大化】

わが国の医療システムは、医療財政については国家の管理が強く、医療供給については

民間中心のシステムになっている（上記2-2参照）。さらに、公的機関の拡張については医師会の反対があって、公的病院等の割合は減少の一途を辿っている。そのため、高次医療や研究開発、あるいは難病など不採算医療への対応といった面からも、公的に支援されるべき医療の部分はむしろ今後大幅に拡大されるべきである（広井（2000））。

【“成熟経済型医療構造”への転換】

医療体制は「量とアクセス」に重点を置いたシステムであり（上記2-2参照）、途上国型といってもよい。したがって、医療の供給については、医療の質、研究開発を含めた高次医療の充実、患者の権利、情報開示の推進、「選択と競争」原理の導入、安全性を含めた医療技術に関する政策の確立などに着目した「成熟経済型医療構造」への転換が求められている。

一方、財政面に関して、わが国の医療保険制度には「保険と税」という異なる財源が渾然一体の形で投入され、制度の趣旨をきわめて不明瞭なものにしている。したがって、「保険と税」の峻別を図り、医療保険をめぐるお金の流れ、ないし制度の趣旨を明確なものにしていくことが求められる（広井（2000））。

【出来高払い制度における改革案】

出来高払い制度の下では、以下のような改革が必要となる（八代（1999））。

- ① 医療サービスに対する過剰需要が発生するため、需給の不均衡を解消すること。
- ② 効率的な配分を進めるためには、医療サービスの需要面に大きな影響を及ぼしている医療保険と、規制中心の供給面の構造を同時に改革することが必要となる。すなわち、医療保険では、医療情報の基盤整備と保険者機能の強化、医療保険と老人保健制度との一元化、医療と介護との役割分担の適性化等を通じた、過剰な医療需要の抑制を図ることである。供給面では、病床規制や企業の参入禁止等の供給制限の撤廃による、市場競争の促進が必要である。

【軽度医療サービスの削減化】

軽度の医療サービス部分に対しては、保険給付を除外するか、あるいは保険の給付率を引き下げるべきである。また、室料や食事などの保険給付については除外すべきである。（水野（2000））。

【無駄のある検査とカードの導入】

検査について適切さに欠ける場合がある。例えば病院をA病院からB病院へと換える場合、A病院の検査結果はB病院では通用せず、最初からやり直すのである。これは大変な無駄であるとともに患者の負担も大きい。

この場合、カードを導入すれば簡単に解決する。例えば、一度検査を受けるその結果を自分のカードに保存し、自分が管理し一定期間（例えば半年）有効とするものである。その間は、2度検査できないとするものである（水野（2000））。

2-3-2 保険者機能の強化案

【医療提供体制の見直しと役割分担強化案】

医療提供体制の見直しとして、医療関係情報の充実、医療機関の機能分担と連帯が必要である（水野（2000））。

また、診療所からの紹介が無い場合の、病院受診の患者負担は強化されるべきである（水野（2000））。

【医療機関情報の公開】

適正な医療診療チェックのための病理解剖や監察医制度の整備が、わが国では遅れている。その整備は、医療機関の監視・評価システムのためだけではなく、医療サービスの質の向上のためにも必要なものである。

また、医師の経歴、治癒成績、手術件数等の医療情報が公開されなければ、病院間の健全な競争は望めない（八代（1999））。

【保険者のレセプト審査の充実】

1次審査を保険者ごとに行うことにすれば、審査機能自体に選択と競争の原理が持ち込める。他方、支払基金が、過誤の可能性ありとされた、レセプトの最終的な査定を行うことにすれば、役割分担の関係が築かれる（八代（1999））。

【保険者による医療機関の選別】

保険者が医療機関を選別する議論として、以下の2点が挙げられる（八代（1999））。

- ① 多くの被保険者をもつ保険者は、個々の医療機関と診療報酬自体の交渉も可能となり、現行の画一的な診療報酬体系を、医療サービスの質を反映した、より合理的なものに代えることもできる。こうした保険者による医療機関の評価は、急性病よりも高齢者を中心とした慢性病について、とくに有効なものとなる。
- ② 医療機関と比べて十分な情報をもたない患者に代わって、保険者自体がその評価に基づいて、不適切な診療やサービスを行っている医療機関との保険契約を解除する仕組みが設けられれば、医療サービスの効率化は進むだろう。

2-3-3 制度の規制緩和

【病院経営拡大の必然性】

医療サービスの質、ならびに情報技術の導入のためには、大規模な設備が必要となっている。また、今後の医療と福祉分野でも、治療とリハビリとの連結など、医療と福祉分野の連携による総合的なサービスの可能性が広がっている。

したがって、個人の財産に依存した医療経営方式では限界となっている。本来、病院の設備資金調達的手段として、銀行借入れはよいが社債や株式発行は認めないという、資金調達手段への規制には合理性はない（八代（1999））。

【病院規制の問題点】

病院の経営について企業の参入を認めるべきである。医療法人なら利潤追求行動をしないという保証はないし、また企業による病院経営を認めないことが、個々の地域における医療サービスの継続性を困難にしている。

医療法人を主体とする医療サービスの供給体制は、経営者の世代交代のなかですでに大きな制約に直面している。新規参入を規制することで、十分な競争メカニズムが働かず、給果として劣悪なサービスの医療機関が淘汰されないことが、医療サービスの質的低下を招く要因といえる（八代（1999））。

【医療保険サービス供給の規制緩和】

混合診療をもっと規制緩和すべきであるし、特定療養費を弾力化し拡充すべきである。また、高齢者の長期入院患者に対する給付を見直すべきである（水野（2000））。

【病床規制】

営利法人による医療サービス活動は原則的に禁止され、また医療法人でさえも病床規制の制約を受けている。

医療法の目的は、地域の実情に応じた適切な病床数を定め、地域住民への公平・公正な医療の提供を図ることや、価格メカニズムが働かず“供給が需要を生む”医療の特殊性に鑑み、医療費の抑制を図ることである。この医療計画に従わない場合には、医療保険医としての資格を都道府県知事が取り消す権利をもっている（八代（1999））。

【医療機関の情報機会】

現行の医療行政では広告を禁止し、医事法では医療機関の質を示す情報公開に厳しい制約を課している。

これらの場合、医療サービスでの評価ならびに市場メカニズム機能を困難なものとしている。こうした規制を撤廃し、適切な第三者評価方式を導入するとともに、事業者間の競

争によって医療・福祉サービスの質的向上を図り、利用者本位の体制に置き換えることが必要である（八代（1999））。

2-3-4 市場メカニズムの導入

医療サービスにおいて、市場メカニズムを導入した方が良い場合が少なからず存在する。そのケースを考えてみよう。軽症や慢性病患者の場合は、救急患者の場合と違い、市場原理が当てはまる⁷⁾。また、「社会的入院」の場合は緊急性が乏しい上、医療と福祉との境界が曖昧となっている。こうした場合には、医療サービスの消費は日常生活の一部となっており、市場原理が当てはまる。

【医療における平等性と効率性】

医療サービスが、全国一律が基本となっていることは特殊である。伝染病や急性病への対応など、公共性の高い医療サービスについては、一律を基本とする緊急性・平等性が最優先される。しかし、慢性病の場合や病室・食事などの「アメニティー」に関するものは、日常生活の延長としての性格が強く、各個人の生活水準に応じた消費格差を無視すべきではない。これらの場合、医療保険の範囲とするのではなく、個人間の支払能力の差を容認すべきである（八代（1999））。

【保険者間の競争促進と医療機関との統合】

現行の医療保険制度でも、民間の保険会社を選択する方式が考えられる。仮に、健保組合等の保険者が、現行の強制加入の仕組みのうえに、医療コストの増加分を保険料に転嫁するのみであれば、個人が保険者を選択する仕組みが保険者の行動を変えるためのインセンティブを生み出すことになる（八代（1999））。

以上のサーベイ要約してみよう。

医療を取り巻く環境として、少子・高齢化が進展し、人口減少社会に転じていることが大きく取り上げられている。また、豊かな暮らしを送る高齢者が多い中で、わが国の医療制度は、各保障制度に財政的歪を生じさせている。さらに、複雑な制度から、それによるモラルハザードが生じ、医療費の削減努力が失われている。

また、医療事故の発生率を考慮していない保険単位としていることも大きく、財政的に無理な保険制度となっている。これには老人保険制度や市町村単位の国民健康保険制度が挙げられる。

次に、国と民間の役割分担については、国の役割が不完全であると指摘された。医療の供給を民間に任せておきながら、国は財政だけを管理しているために、① 高次医療や研究開発など医療の質に対応しておらず、② 患者の権利や情報開示など患者の側の安全については不完全なのである。また国の保険者として、医療の監視・チェックは不完全なものとなっているし、保険者を複数化し個々の医療機関との交渉を改善すべき状況にある。

規制については、営利法人による医療サービス活動は禁止されていることが上げられ、そのため、地域の実情に応じた医療サービスの供給ができない状況にある。また、情報技術や医療の果たすべき分野は、福祉・介護分野にまたがって拡大しているが、規制により、医療サービスを拡大できずにいる。さらに医事法により情報公開に制約を課していることも問題として挙げられた。

3 節 公的介護保険

現行の介護保険制度は、2004年に成立したばかりで、既存の措置制度から適切な制度に移行したのかどうか、また、複雑な制度になっていないのかなどについて取り挙げる。

3-1 公的介護保険制度の課題点

3-1-1 介護保険制度の質の確立に向けて

高齢者の介護は長い間措置の時代が長く続いたが、近年（2000年4月）、介護保険制度が実施された。その時点まで、コスト意識、サービスの質に関してあまり論じられることはなかったが、介護保険制度が布かれた今日、国民すべてを対象とし多額の公的資金を必要としているため、合理性、効率性が求められ、個々の介護サービスには、質の評価・向上が求められている（下野、他（2003））。

【妥協の産物としての制度】

現行の介護保険制度は、既存の諸制度との妥協の産物として、複雑な仕組みになっている。

まず、第1号・第2号被保険者の区別は、受益者として高齢者だけをとるか、年齢不問とするかの妥協策に対応していること、2番目に給付額の5割という高率の国庫負担が設けられており、「半保険・半福祉」の体系であること、最後に、介護サービスの受給に当たり、要介護認定という独自の審査が設けられ、従来の公的福祉の体系との連続性の強い

社会保険制度といえること等である（八代（1999））。

【介護保険の対象範囲】

公的介護保険の対象を特定の年齢で区切ることの利点は、行政上の便宜としか考えられない（八代・伊藤1995）。

3-1-2 現行の公的介護保険制度の問題

介護保険では、ヘルパーなど供給側の人材はどの程度必要なのか、また、軽度の疾病では、どのような場合、モラルハザードは起こるのだろうか。

【介護マンパワー確保の問題】

介護保険サービスには多額の公的資金が投入され、それは多数の就業者が働く一大産業である。ホームヘルパーをはじめ、介護マンパワーの確保の問題は重要である（下野，他（2003））。

【モラルハザード】

介護保険の導入により「モラルハザード」が不可避的にもなう。介護保険による要介護需要が誘発される可能性は、とくに現金給付を伴う場合には高まる。その他、医療保険におけるような自己負担による歯止めは機能しないこと、等の問題点がある（八代（1999））。

3-2 公的介護保険設計をめぐる論点

介護サービス需要の発生に関する不確実性を防ぐためには、介護保険の対象となるリスク内容を明確にするとともに、保険の対象範囲としてどこまでをカバーするかという制度設計の議論も重要である。それに関連して、社会保険適用の必要性や制度間の整合性についても考えてみる。

3-2-1 介護保険適用について

社会保険を適用する目的をここでは考えてみよう。

【社会保険適用の必要性】

公的介護保険制度において、介護サービスを社会保険の体系に組み込むことの目的は、第1に、これまでの「措置」としての福祉サービス供給には問題点があるからである。すなわち、①介護サービスが公的部門によって一方的に定められ、利用者は自らの意思によ

ってサービスを選択できないこと、②サービス受給の要件としてミーンズ・テスト等、国民の権利を阻害しがちなことがあること、③租税を財源とする一般会計に依存しているため、予算上の制約が厳しいこと、等の制度的な限界がある為である。

第2に、本来は疾病の治療を目的とするはずの病院が、「社会的入院」という形で介護サービスを事実上引き受けてきたが、これは貴重な医療資源の浪費となるからである。さらに病院は生活の場としては住居条件の制約が大きく、利用者の生活環境が貧しいものとなるからである。

第3に、介護期間の長期化にともなって、家族の介護負担が加重なものとなるからであり、病院や介護施設と在宅介護との間では、介護される場所の違いによる公的サービスの格差が著しいこと等の問題があるからである（八代（1999））。

【社会保険制度間の整合性】

異なる社会保険制度間の整合性を図るために、同一の財政制度に統一化する必要性が、介護システムを社会保険方式で運用することの論拠となる。また、介護保険のカバーすべきリスクの観点から見ると、各種の社会保険の対象とするリスクの間には互いに代替性が存在する半面、国民生活上のさまざまなリスクが相互に排他的であることに注目して、社会保険制度間での総合調整円滑に行うことが、社会保険としての介護システムを位置づけることのひとつの利点としてあげられる（八代（1999））。

3-2-2 公的介護保険の財政的基盤に関する議論

公的介護保険の財政について、その保険方式（賦課方式・積み立て方式）のあり方、他の社会保険（公的年金・医療保険）との関係、さらに財政悪化の原因等について取り挙げる。

【他の社会保険制度との関連性】

公的介護保険をどのような形で設計するか⁸⁾は、公的年金・医療保険の既存の問題点にどう対処するかとも密接に関係している（八代（1999））。

【賦課方式又は積立方式の適用】

公的介護保険が年金保険と医療保険のいずれに近い形態となるべきかは、賦課方式で考えるか、または積立方式で考える保険財政の問題にも関連する。介護保険の給付額が人口に占める高齢者比率の高まりとともに増加し、その結果「世代間所得移転」の要素が大きいことに配慮すれば、高齢社会に備えた積立方式が適している。

しかし、他方では、要介護者となることは病気と同様な「事故」であり、医療保険のように保険料が掛け捨てとなる可能性も大きいことを考慮すれば、「世代内所得移転」の要素も大きく、賦課方式が適している面もある。

公的介護保険を積立方式と賦課方式のいずれで行うかは、公的年金制度のあり方とも密接な関係にある。仮に公的年金が完全積立方式で運営され、高齢化のピーク時の給付増大を賄い、将来の高齢者が増加する保険料を支払う能力を十分にもっているならば、医療保険や介護保険が賦課方式であっても支障は少ない。逆に、公的年金の将来の財政の健全性に問題があり、高齢者の医療や介護保険料が支払う能力が疑わしい場合には、次善の策として、介護保険など個別の社会保険ごとに積立方式が必要となる（八代（1999））。

【社会保険と目的税の比較】

介護サービスを充実させることについて、目的税で賄うべきなのか、あるいは社会保険方式にすべきなのかといった議論がある。たとえば、社会保険方式では、保険料の拠出が給付の基本的な要件となるため無年金者が発生する可能性があることや、自営業からの強制的な徴収が困難であるという技術的な問題点から見れば、税（目的税）方式の方が優れている（八代（1999））。

【介護度悪化防止の重要性】

介護保険発足以来、介護保険認定者数は、要支援、要介護1といった軽度の介護度を中心に急増している。また、要介護認定者数の増加に伴い、介護サービス利用者数、介護給付費も増加の一途を辿っている。このような状況ゆえに早くも財政的な問題となってきた。

介護保険制度見直しの1つは予防の強化である。介護保険認定者数は軽度を中心に増加しているが、これらの認定者数がより重度の介護度へ推移していくことによって、介護給付の増加に一層の拍車がかかるものと考えられる。自立支援から要介護度になることの抑制、あるいは、要介護度になった高齢者の介護度を如何に悪化させないかが、今後の介護保険財政を維持していくためには重要である（田近，他（2005））。

【整合的な保険システムでの財政収支均衡】

国民相互間で、自らかあるいはその家族が要介護者となった場合のリスクを再配分するという観点で、単年度の収支を均衡させるような水準の給付と保険料を同時に決定することが必要である。これは介護保険の構造をきわめて単純なものとし、また保険財政の安定的な運営に結びつく（八代（1999））。

3-2-3 介護保険の制度設計をめぐる議論

ここでは、介護保険における国と地方のあり方、国庫負担の程度などの制度の設計について考えてみよう。

【介護保険における国と地方との役割分担】

社会保険では、保険者が給付の実施（給付の主体）と保険財政の運営（財政主体）の二つの役割を果たしている。ここで、給付主体としては、地域に密着した市町村が望ましい半面、地域間には高齢化の程度に大きな格差が存在していることから、財政主体としては国を保険者として地位間での財源調整を行うことが望ましい。

ここで、地域間には家族の介護機能にも大きな差があり、それが介護サービスのニーズにも反映するとすれば、それにともなって介護サービスの水準や保険料負担が同一である必然性はない。このため介護保険の効率的な制度運営を行うためには、市町村を主体とする地域保険として位置づけることが考えられる（八代（1999））。

【国庫負担比率の議論】

国庫で負担する理由は、社会保険の受益者負担の支払ができない低所得層の保険料を、政府が代わって支払うという意味である。しかし、社会保険の被保険者数全体に占める免除者の比率はわずかにすぎず、この要因だけでは大幅な国庫負担比率を説明することは困難である（八代（1999））。

【被保険者の個人単位化】

公的介護保険の被保険者は20歳以上のすべての個人を単位とすることが望ましい。これは要介護者となることのリスクが、就業の有無を問わず個人を単位として発生することや、課税ベースを広げて一人当たりの保険料率を低めるうえでも望ましいためである（八代（1999））。

また、介護保険の保険料については、個人単位の所得比例が望ましい。その理由は第三号被保険者問題を解決するとともに、所得水準の高い層から低い層への垂直的再分配だけでなく、同一の所得水準でも扶養家族の少ない家族から多い家族への水平的な再分配の要素を含んでいるからである（八代（1999））。

【役割分担した介護マンパワー】

介護サービスは、施設・在宅を問わず、専門的な技能と補助的な労働との組み合わせであり、チームとして行動する場合には、全員が有資格者である必要は必ずしもない。そのような構成にすれば、他の分野からの働きのシフトを促すことができる（八代（1999））。

3-2-4 介護サービスの市場メカニズム導入

公的介護保険において、市場原理をどこまで取り入れることができるのだろうか。

【介護の供給主体の違いと市場原理の導入】

これまでの福祉制度の下での介護サービス費用は、医療サービスのケース以上に、市場メカニズムと対応しない面が大きかった。これは、① 公的福祉制度の下では、福祉サービスの需要者は、消費者である要介護者に代わって、公的部門が購入し、現物給付する仕組みであったこと、② 公的部門が自らサービス生産を行う場合には、その供給額は予算の総額に制約されること等の要因に基づく。

これに対して、介護サービスが企業によって供給される場合には、市場メカニズムが活用できる（八代（1999））。

【現行の制度と民営化】

介護サービスの民営化について以下の2点が挙げられる（八代（1999））。

- ① 介護サービスの供給のあり方として、家族や公的部門だけで行うことは困難であり、民間福祉サービスの産業としての発展が不可欠である。その場合、消費者主権とする現物給付主義が妥当である。それが働かない場合に、介護サービスは市場メカニズムを原則とし、公的な介入を例外的に行うべきである。
- ② 在宅介護についての現金給付は、妻を介護労働に縛りつけるという批判や、それが要介護者のために用いられない可能性等、家族の消費者主権が十分に機能していない場合もある。このため、購入先を公的・民間部門の提供する介護サービスに限定した「福祉切符（welfare voucher）」の形での支給が現実的である。

3-2-5 住宅介護支援の考え方

介護保険適用者の満足度は、相対的に施設よりは自宅の方が大きく、過ごしやすい。そこで、自宅での帰属賃金等について考えよう。

【帰属賃金の考慮】

要介護者の満足度は、一般的には住み慣れた自宅が最適となり、相対的には「安上がり」でもある。

厳密に在宅介護と施設介護とのコストを比較する場合には、現金ベース以外の要素、家族による介護サービスのコスト（帰属賃金）を考慮に入れることが必要となる。

また、女性の就業機会が拡大するとともに、家事や介護など家庭内でのサービス生産は、機会費用の概念で促えることがより合理的なものとなる（八代（1999））。

【住宅介護と施設介護の政策優先度】

最近の傾向として単身高齢者の比率が高まっている。後期高齢者比率が高まり、重度の要介護者の比率も今後高まると見込まれる。そのため、家族による介護サービスの機会費用が上がり高齢者比率が高まるほど、高齢者介護において施設介護の重要性はいつそう高まるだろう（八代（1999））。

以上のサーベイにより以下のことが言えよう。

介護保険は成立して間もないが次のような問題点が挙げられた。たとえば、第1・第2号被保険者の区別の理由、ならびに国庫の負担率の訳が曖昧であること、また、軽度の介護保険適用や現金給付を伴う場合には“モラルハザード”が生じやすいことである。また、介護保険サービスは急速に広がっており、介護保険の人材確保が間に合わなく、全員が有資格者である必要はないため、介護サービスの供給は、専門的な技能と補助的な労働との組み合わせで行うべきである。

介護保険制度導入の目的は、「措置」としての福祉サービス供給を改革し、ミーンズ・テストではなく、サービスを被保険者自ら選択可とするためである。また、“社会的入院”という浪費をなくし、家族を長期的介護の重荷から開放するためでもある。

介護保険に社会保険を適用する理由は、異なる社会保険制度間の整合性を図るために、同一の財政制度に統一化する必要性があるからである。加えて、社会保険を賦課方式にすべきか、積み立て方式にすべきかについては、公的年金・医療保険の既存の問題点（本文参照）にどう対処するかにかかっている。財源を（消費目的）税で賄うべきか、（社会）保険で賄うべきなのかについては、無年金者が発生する可能性がある場合、保険方式よりは税の方が優れているからだ、という。

介護保険の制度設計をめぐるはいくつかの議論が挙げられた。

介護保険における国と地方との役割分担については、給付主体としては、地域に密着した市町村が望ましい半面、財政主体としては国を保険者として地域間での財源調整を行うことが望ましい。

被保険者について、20歳以上のすべてを適用範囲とし、保険料は個人単位の所得比例とすべきである。

介護保険財政の維持については、要介護度になった高齢者の健康を回復させ、如何に悪

化させないかが重要である。

介護サービスの民営化について以下の2点が挙げられた。公的部門だけ、あるいは家族だけで、介護サービスを供給することは難しいため、民間の福祉サービスを産業として受け入れ発展させることが必要となる。また、一般的に介護適用者は施設より自宅の方が、満足が大きいため、自宅での帰属賃金を考慮すべきである、等である。

註

- 1) 景気変動や賃金動向、産業構造、定年制度、女性の職場環境などによる。
- 2) この原因には、女性の就業率が上昇する一方で出産・子育てには機会費用が生じること、女性就業と子育ての両立の困難性、晩婚化・未婚化などが挙げられている。
- 3) 高齢化の要因は、生活環境の改善、食生活・栄養状況の改善、医療技術の進歩によると考えられている（厚生労働省2001 1章）。
- 4) 一人当たりの医療費は75歳以上の年齢層が突出して高く65歳から69歳までの約2倍、70歳から75歳まで約3倍弱となっている。65歳以上、および75歳以上人口が総人口に占める割合は2000年で17.4、7.1%、2004年で19.0、8.2%、2010年には22.5、10.8%、2015年には26.0、12.5%、2025年には28.6、16.7%、2050年には35.7%、21.5%になるものと推計されている（明里帷大（2005））。
- 5) 明里帷大（2005）46頁の表から、国民医療費と公的年金の支出額合計の20年間の変化を比較すると、その増加程度に著しい不均衡があることが理解できる。
- 6) 勤労者の場合、労働時間を削って通院することは時間の機会費用（時間コスト）が大きいが、老人は退職者の場合、通院する時間は十分にあるため、時間の機会費用は小さい。
- 7) 八代（1999）は公的介入の論拠を以下のように挙げている。
医療サービスへの公的介入の根拠は、医療サービスの特殊性から発生しており、それは、第1に、医療は、人の生命・健康に直接かかわるものであり、消費者としての患者の自由な選択になじまないこと、また、専門家の医者と素人の患者との間には「情報の非対称性」が存在するため、対等な取引関係が成立しないという「市場の失敗」が生じることにある。第2に、医療サービスは、貧富の差にかかわらず、一律的に配分されなければならないという平等原則であり、この結果、患者は医療保険の適用対象となる医療サービスか、それとも自由診療かの二者択一の選択肢しかない。第3に、医療サービスの費用は、公的医療保険によって賄われ、その価格は国が一律に定めた公定の診療報酬体系によって規定されていることにもある。
- 8) 公的介護保険の具体的な財政問題を考える場合に、主要な争点としては、国庫負担の比率、運営主体と地域間の財源調整、保険料の基準、被保険者の単位、雇用主負担、等の問題がある（八代（1999））。

【参考文献】

- ・大沢真知子 (2005) 「雇用形態の多様化と年金制度の空洞化」『日本年金学会創立25周年』第25号, 71～82頁.
- ・小堀隆士 (1998) 『年金民営化の構想』日本経済新聞社.
- ・厚生労働省 (2001) 『厚生労働省平成13年度版』ぎょうせい.
- ・内閣府 (2005a) 『国民生活白書』国立印刷所.
- ・内閣府 (2005b) 『少子化社会白書』ぎょうせい.
- ・佐藤晴彦 (1998) 「公的年金財政に及ぼす高齢化等の影響と自動調整メカニズム導入の検討」『中央大学大学院研究年報』第27号, 1～14頁.
- ・佐藤晴彦 (2001a) 「産業連関分析による消費税収推計」『中央大学経済研究所年報』第31号, 263～328頁.
- ・佐藤晴彦 (2001b) 「公的年金 自動調整メカニズム方式導入の検討 I」『日本年金学会誌』第21号, 23～30頁.
- ・佐藤晴彦・妹尾渉・藤田至孝 (2006) 「EUの少子化対策, ならびにわが国の出生率と女性の就業・世帯所得との関係」『平成法政研究』第11巻第1号, 99～131頁.
- ・下野恵子・大日康史・大津廣子 (2003) 『介護サービスの経済分析』東洋経済新報社.
- ・高山憲之 (2000) 『年金の教室』PHP新書.
- ・高山憲之 (2004) 『信頼と安心の年金改革』東洋経済新報社.
- ・田近栄治・菊池潤 (2005) 「介護保険改革」『日本財政学会第62回大会報告要旨』第62回日本財政学会大会事務局.
- ・長谷川公一・堀雅博・鈴木智之 (2004) 「高齢化・社会保障負担とマクロ経済」『ESRI Discussion Paper Series No.121』内閣府経済社会総合研究所.
- ・八田達夫・小口登良 (1999) 『年金改革論 積み立て方式に移行せよ』日本経済新聞社.
- ・畑 満 (2005) 「公的年金一元化における数理面及び財政面から見た諸条件」『日本年金学会創立25周年』第25号, 7～15頁.
- ・服部恒明 (2004) 『日本経済 破綻か成長か—2025年へのシナリオ—』(株) ゆまに書房.
- ・広井良典 (2000) 『日本の社会保障』岩波書店.
- ・水野肇 (2000) 『医療・保険・福祉改革のヒント』中公新書.
- ・明里帷大 (2005) 『社会保障の財政改革』中央経済社.
- ・村上 (1998) 『年金制度の選択』東洋経済新報社.
- ・八代尚宏 (1999) 『少子・高齢化の経済学』東洋経済新報社.