

少子高齢化時代の社会保険制度の展望

安宅川佳之*

要 旨

民主党の「子ども手当の給付」等「所得移転政策に重点を置いた少子化対策」が功を奏しても、人口構成が若返りを開始するのは早くても30年後からであろう。

少子高齢化によって深刻化する社会保険財政問題を解決するために、社会保障制度は不断の改革を進める必要がある。また、異常ともいえる少子化現象を回避するためにも、年金・医療・介護の社会保障制度の在り方を見直す必要がある。

公的年金保険制度の財政安定化のためには、第1に、年金財政に対する直接的対策（給付の削減もしくは掛金の引上げ）が必要である。2004年改革時には想定できなかったデフレ現象によって、毎年上昇を続けている所得代替率を引き下げる措置などが必要である。

第2に、若年労働者の就業環境の改善や保険料支払支援によって、年金納付率を引き上げることは、将来の生活保護所帯の増加を抑制させる重要な施策である。

第3に、根本的解決手段は、適切な「少子化対策」の実行であることは言うまでもない。

民主党を中心とする新政権は、最低補償年金制度を導入、「基礎年金の全額税負担」を政策方針に掲げているが、社会保険制度と高齢者福祉政策としての生活保護制度の役割分担を明確にする必要がある。

医療保険制度の財政対策としては、現在実施されている医療費適正化の二本柱、高齢者の健康増進のための「生活習慣病対策」と、医療の効率化を目指す「平均在院日数の短縮」は引き続き重要な課題であろう。

長寿医療保険制度は「はしご受診」等のモラルハザード現象を防ぐことに加え、国民健康保険に集中する高齢者医療費負担を健康保険組合等が均等に負うことにある。その意義は十分に評価すべきだが、家族単位の負担原則復活に十分配慮する必要がある。

日本医師会主導で形成されてきた診療報酬体系の見直しによって、病院の勤務医と診療所の医師の間の労働条件や収入の格差が解消できれば、医療サービスの質の向上にも資するものと期待できる。しかし、医療の効率を高めるには、医療機関の経営マインドを高める必要があり、医療機関に非営利性を求め過ぎるべきではないだろう。

日本は世界一高齢化しているのに、社会保障費が比較的安価で済んでいるのは、「医療に対する公的関与の手厚さ」によることを肝に銘じるべきである。

介護保険財政は、労働力人口に占める後期高齢者の割合の増加（2005年13.8% 2030年33.6% 2055年51.9%）により急速にひっ迫するであろう。介護保険料引き上げに限度があるとすれば、介護報酬引き下げへの強い圧力が働きがちである。つまり、少子高齢化が介護保険制度の財政を通じて、介護事業の経営に影響を与え、介護労働者の労働条件に圧力をかける形となる。介護保険制

* 日本福祉大学通信教育部

度の財政対策としては、以下の4点が上げられる。

- 第1に、公正な基準による要介護度認定・施設入所判定の厳格化、
- 第2に、家族介護に現金給付を実施すること、
- 第3に、高度のサービス提供には高い報酬を求めること、
- 第4に、事業所の統合による経営力の向上を政策的に促進すること。

目次

(はじめに)

- 1. 深刻な問題 少子化と2040年以降の公的年金財政
 - (1) 年金財政方式の変遷
 - (2) 年金財政回復への取り組み
 - (3) その後の環境変化 出生率の緩やかな上昇とデフレによる財政悪化
 - (4) 年金財政の長期展望 勘定合って銭足らず
 - 2. 公的年金制度改革の視点
 - (1) 公的年金財政安定のための政策
 - (2) 基礎年金の税方式への転換について
 - (3) 年金課税の見直し (世代間対立の調整)
 - (4) 非正規労働者の年金
 - (5) 生活保護制度の見直し
 - 3. 少子高齢化と医療保険財政
 - (1) 少子化と医療費負担
 - (2) 医療費適正化の総合的推進
 - 4. 医療制度改革の視点
 - (1) 医療サービス市場の不完全性
 - (2) 医療サービス需給の経済理論
 - (3) 診療報酬決定方式における問題 出来高払い方式と包括払い方式
 - (4) 医療はコスト? 付加価値? 混合診療はか非か?
 - (5) 少子化と公的病院の経営改善
 - 5. 少子化と介護保険の財政問題
 - (1) 少子高齢化と介護保険財政の悪化
 - (2) 第4期介護報酬改定 介護認定の厳格化と介護保険料格差の縮小
 - 6. 介護保険制度改革の視点: 介護事業の競争激化と人材確保難
 - (1) 保険者としての市町村の機能と責任
 - (2) 家族の介護労働に対する評価
 - (3) 「若年障害者に対する介護給付」
 - (4) 利用者負担に差を設ける
 - (5) 介護事業者の事業統合・効率化努力と政府の支援
- (おわりに) 少子高齢化社会における高齢者の役割
(主要参考文献)

(キーワード) 少子化対策, 社会保障, 公的年金, 医療保険, 介護保険

(はじめに)

2009年の総選挙では、少子化対策「子ども手当の給付」をマニフェストの中心に掲げた民主党が大勝した。保育所の整備等の育児支援に重点を置いた少子化対策から、2006年の「新しい少子化対策」¹や2009年の「みんなの少子化対策」²が掲げた所得移転政策に重点が移行することとなり、少子化対策がようやく本格的な効果を発揮することが期待できる情勢となった。

しかし、少子化対策が社会保障財政に効果を及ぼし始めるのは、20年後からである。少子化対策が期待通り功を奏しても、社会保障給付を支える財政面に実質的效果が発揮されるのは、30年先の2040年前後からであると見なければならぬ。2030年代の社会保障財政の深刻さは今から十分予想できるところである。賦課方式による社会保険制度によって得た、先行世代の「老後の安心」は少子化現象をもたらし、ブーメランの如く、後続世代の「老後の不安」となって戻ってくるべく運命づけられている³。

本研究は少子化によって深刻化する社会保険財政問題を解決するために、社会保障制度を如何に改革すべきか、公的年金保険、医療保険制度、介護保険制度の順に論じる。

本論文では、第1に、少子高齢化が高齢者のための社会保障制度財政に与える深刻な影響を如何に回避するかという見地に加えて、第2に、異常ともいえる少子化現象を如何に回避するかという視点から、社会保障制度の在り方について分析を加えて見たい。主として高齢者のために構築された社会保障制度の仕組みや運営方法が、出生率にも影響を与えているという観点を忘れてはならないと考えるからである。

1. 深刻な問題 少子化と2040年以降の公的年金財政

少子化現象がこのまま続いた場合、2030年代後半には、公的年金財政は極めて深刻な状況に陥る。(合計特殊出生率を1.39と仮定した人口構成を前提とする)2004年の年金改革では年金積立金の取り崩しで、100年は大丈夫という見通しを立てている。しかし、過去の積立金を食い

-
- 1 2006年に閣議決定された「新しい少子化対策」(少子化担当大臣：猪口邦子)は、「少子化の背景にある社会意識」を問い直し、「家族の重要性の再認識」を促し、親が働いている・いないにかかわらず「全ての子育て家族を支援」するため、広く経済的支援を行うことを提言している。
 - 2 2009年6月『みんなの少子化対策』(副題～子育てへの投資が未来を支える。子育てセーフティネットの強化を!)は、小淵優子少子化担当相の下、『ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム』の最終報告として公表された。恋愛・結婚に遡って『少子化対策』のあるべき姿をまとめたものであり、2006年の「新しい少子化対策」を引き継ぎ、民主党のマニフェストに掲げた『子ども手当』創設にも通ずるものであった。
 - 3 少子化問題の基本問題については、拙論「世代間対立の時代の公共政策」『日本福祉大学経済論集』第35号、2007年8月参照。

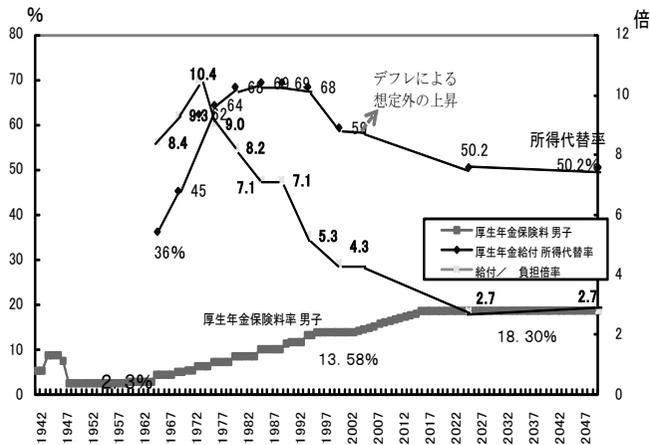


図 - 1 厚生年金の負担と給付
厚生労働省ホームページ (2004.5.3) より作成

つぶすということは、経済成長のための財源となる貯蓄が消費に向かうこととなり、日本経済の貯蓄率、成長力を低下させるものであり、必ずしも正しい選択とはいえない。

さらに、出生率は2005年に1.26まで低下した後、08年には1.37に回復しているが、深刻な不況による若年層の雇用環境の悪化は09年以降の出生率を再び低下させる懸念がある。物価の低迷が予想以上に続いているので、実質値で見た所得代替率は削減されるところか膨張に転じ、将来のための余裕を食潰している。「100年に一度の世界不況」による金融為替市場の動揺によって年金積立金の運用環境が悪化するなど、公的年金財政の見通しは2004年改革時の見込みよりさらに深刻になっている⁴。

(1) 年金財政方式の変遷

日本の厚生年金制度は純粋積立方式でスタートしたが、その後、給付充実を優先してきたため、次第に賦課方式に近づいて行ったが、諸外国に比べると経済環境が順調であったことや、積立方式財政への強いこだわりがあったため、保険料の積立額は現在でも OECD 諸国の中で、アメリカ (図 - 6 参照) と並んで、最も充実しているという事実も忘れてはなるまい。

戦後、日本の厚生年金の保険料率、所得代替率、給付 / 負担倍率 (所得代替率 / 保険料率) の推移は図 - 1 の通りである。

(2) 年金財政回復への取り組み

1990年代に入ると、バブルの崩壊と出生率の急速な低下によって年金財政が急速に悪化する

4 日本の公的年金の財政状況については、社会保障審議会年金部会 (2009年5月26日) に提出された『参考資料 - 平成21年財政検証関連 (1) 及び (2)』に基づく。

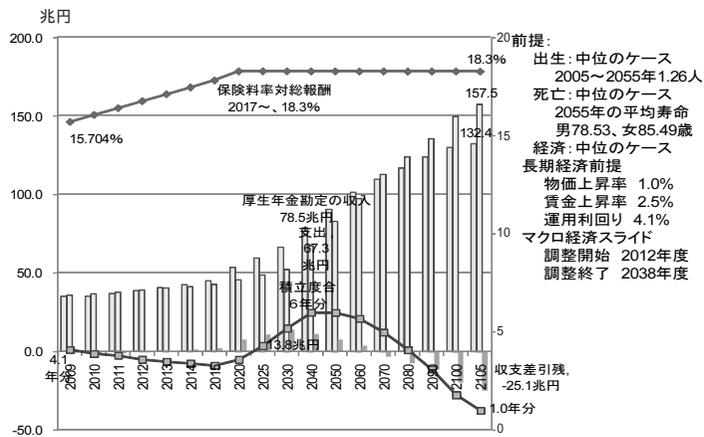


図 - 2 厚生年金制度の財政見通し

(出所) 社会保障審議会年金部会 (2009) (参考資料 - 平成 21 年財政検証関連 (1) 及び (2)) 2009.5.26 に基づき筆者作成。

ことが明らかになり、94年、99年の年金制度改革においては、給付年齢の引き上げを中心とする給付の削減に初めて取り組むとともに、保険料率の引き上げも行われた。

更に、小泉政権の時代、2004年に本格的な年金改革が実施された。「2004年年金改革」では、毎年一定比率ずつ保険料水準を引き上げることを決めた。厚生年金保険料は04年10月から毎年0.354%ずつ引き上げ、17年度以降18.30%で固定することを法定した。国民年金は05年4月から毎年280円ずつ引き上げ、17年度には16,900円(04年度価格)で固定する予定である。その後、財政に齟齬が生じた場合は、専ら給付水準を調整して対応することとなる。

この制度は、1999年のスウェーデンの年金改革の影響を多分に受けた改革であったが、スウェーデンとの最大の相違点は、モデル世帯(片働き世帯年収562万円レベル)の支給開始時点の所得代替率(支給開始時点の年金給付水準/退職時の所得水準)の「下限を50%に固定」した点である。その結果、将来の給付額に比べ保険料が不足することとなった。この不足分には積立金の取り崩しで対応することとしたため、2100年に向けて積立金が徐々に取り崩され、同年には公的年金積立金は年金給付1年分(現在は約5年分あり、主要先進国の中では最も豊かな資産準備を持っている)に減少することとなる。いわゆる「100年(だけ)安心の厚生年金制度」となったのである。

(3) その後の環境変化 出生率の緩やかな上昇とデフレによる財政悪化

国立社会保障人口問題研究所は、合計特殊出生率が2055年まで1.26(05年実績)で横這うことを前提に、厳しい新人口推計を発表し、08年財政計算ではこの人口推計に基づいて行われた。政府は、「少子化による財源の減少は、積立金運用利回りの上昇(3.2%から4.1%)でカバーできる」としてきた。幸い合計特殊出生率はその後、06年1.32、07年1.34、08年1.37に上昇しており、人口構造の面では状況がやや好転している。しかし、デフレが続いているので年金給

付額を予定通り削減できず⁵、株価の暴落によって財政状況は更に悪化している。取り敢えず年金給付をデフレに合わせて削減する措置をとることを急ぐべきである。

2004年改革時に、基礎年金の国庫負担割合を2分の1へ引き上げる方針を決定したが、「安定的な財政措置」つまり増税の決定が難航、2009年以降については財政余裕金によって対応したが、本格的な財源対策は先送りされている。年金財政負担を後継世代にさらに先送りしつつある状況である。

民主党を中心とする新政権は、最低補償年金制度を導入、「基礎年金の全額税負担」を政策方針に掲げているが、財源対策を如何にするか、過去の保険料納入実績を如何に評価するか、生活保護制度との役割分担をどう考えるか、の3点が重要な課題となる。

民主党のマニフェストによると、5年に一度の2015年改革を控え、2013年までに改正法が成立する見込みである。

(4) 年金財政の長期展望 勘定合って銭足らず

今後の少子高齢化によって、年金財政の悪化が見込まれているが、悪化の程度を積立方式、賦課方式の二つの財政方式に基づく年金保険料を比較することによって確認しよう。

1) 積立方式(収支計算)で見た場合のバランス

年金財政計算で一般に用いられる仮定「運用利回り＝賃金上昇率」を前提にすると、給付も積立金も共に賃金上昇率＝運用利回り(現価率)の同率で増加するので、保険料計算は以下のように単純化して概算することができる⁶。

被保険者の生存期間の老齢年金と配偶者の受け取る遺族年金を40年の支払保険料で賄うことになるので、

40年間の保険料支払額と国庫負担分によって、「男性の平均受給期間15年＋寡婦期間10年(＝男女の寿命差7年＋夫婦の年齢差3年)×遺族年金受給比率3/4)×年金給付額＝22.5年分の年金給付額」

を賄うこととなる。

5 2004年改革では年金給付を人口構造に合わせて調整するため、「マクロスライド」制を導入している。平均寿命の増加分(年率0.3%)と労働力人口の減少分(年率0.6%)を合わせて約0.9%を毎年給付削減する計画であった。ただし、名目年金給付は減らさず、賃金・物価スライド分から差し引くこととしていたため、最近のデフレによって賃金・物価が上がらず、年金給付額がもとのまま据え置かれ、所得代替率が年々上昇、2009年11月時点の所得代替率は64%前後に回復している。

6 社会保障国民会議や社会保障審議会の年金部会で示されている財政計算では、具体的運用利回りを仮定して計算している。GPIFの運用成果の分析では、「賃金上昇率＋ポートフォリオ運用による成果1.1%」の運用利回りを前提に財政計算が行われている。清水時彦(年金積立金管理運用独立行政法人調査室長)「年金積立金運用の基本的な考え方と基本ポートフォリオ」『年金と経済』Vol. 28, No. 1参照。

第1に、(基礎年金の2分の1を国庫負担とすると)保険料で賄う部分は厚生年金受給者の公的年金受給額の約3分の2相当となること、第2に、所得代替率を50%以上に維持する必要があることを前提に計算すると、

老齢年金支給部分に対応する積立方式の平準保険料率は、概算で、

$$50\% \times 2/3 \times 22.5/40 = 18.6\%$$

となる。ほかに障害年金給付、代行部分のインフレスライド部分の負担などがあるが、他方に高所得者や共稼ぎ世帯の所得代替率が50%を下回ることによる財政面の余裕がある。

従って18.3%という保険料率は積立方式の平準保険料率に近い水準であると見てよい。

積立方式は「一人の人の生涯を決算単位とする」財政計算方式であるから、少子化が進んで人口の年齢構成が変化しても保険料率に差は生じないが、長寿化が進むと年金が給付される期間が延びるので、受給年齢の引き上げ等の対策が必要になる。

将来の長寿化による受給年齢の引き上げを予定しておけば、収支計算上は大きく破綻することはないと言えよう。

2) 賦課方式(キャッシュフロー)で見た場合のバランス

一方、賦課方式の場合は高齢者の年金受給額を、現役世代の保険料で賄うシステムであり、少子高齢化すると年金保険料は上昇する。

国立社会保障人口問題研究所の推計によると、老年従属人口比率は、

$$2005 \text{ 年の } 30\% \text{ から、} 30 \text{ 年には } 50\% \text{、} 55 \text{ 年には } 79\%$$

に上昇する。年金保険加入者は20歳以上に限定されることを考慮し、これを年金受給者/年金保険加入者比率に換算すると、05年の33%(3人で1人の高齢者を支える)から、2030年には55%(約2人で1人の高齢者を支える)、55年には86%(約1.2人で1人の高齢者を支える)に上昇する見込みである。

基礎年金の2分の1を国庫負担とすると、保険料で負担する部分は夫婦二人分で、厚生年金受給額の約3分の2相当となるので、所得代替率を50%とすると、賦課方式保険料率は、

$$2005 \text{ 年は、} 50\% \times 2/3 \times 33.0\% = 11.0\%$$

$$2030 \text{ 年は、} 50\% \times 2/3 \times 55.5\% = 18.48\%$$

$$2055 \text{ 年は、} 50\% \times 2/3 \times 87.0\% = 29.00\%$$

となる。

現在の人口構成に基づく理論的な賦課方式保険料率は実際の保険料率より低いので、年金積立金は増加するトレンドにある。しかし、2030年前後には高齢化によって理論上の賦課方式保険料率が上昇して実際の保険料率を逆転し上回るので、積立金の積立率(積立金残高/年金給付額)が低下し始める。積立金絶対額は40年前後から減少し始める見込みであることは、厚生労働省の年金審議会における長期年金財政計算(2006年人口推計より楽観的な02年の人口推計による「平成16年度財政計算」)でも示されている。そして2100年には積立比率は年金財政の支出額の

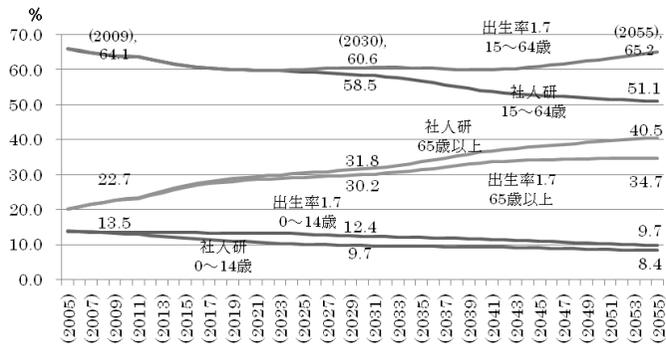


図 - 3 少子化対策効果と人口構成

国立社会保障・人口問題研究所 (2006) 「日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計)」
www.a-lab.co.jp/research/population/01.html に基づき筆者推計。

1 年分 (現在は 5 年分) 程度の金額にまで減少する (図 - 2 参照)。

2. 公的年金制度改革の視点

少子化対策が本格化しており、出生率もわずかながら上昇に転じている。民主党は衆院選のマニフェストの旗に「子ども手当 2 万 6 千円の支給」を掲げて勝利した。その効果は大いに期待されるところであり、急速な高齢化と人口減少を食い止めることは日本経済の活性化にとって大きな効果を持つはずである。2030 年の被保険者数と年金受給者数はほぼ確定しているが、その後の人口構成は今後の出生率の水準によって変わることも期待できる。少子化対策が成功すれば、年金財政の展望も明るくなる。ただ、団塊ジュニア世代が出産期に当たる時期は残り数年であり、ここ当分の状況が重要なカギを握ることになる。

仮に、政府の最終目標や、日独伊以外の主要先進諸国がクリアしている合計特殊出生率の水準 1.7 を、2009 年度以降、確保できるとしても、人口減少の流れが止まるわけではなく、高齢者人口比率も 55 年まで上昇を続ける。(図 - 3)

(1) 公的年金財政安定のための政策

年金財政の悪化を解決するための主な方策としては、年金財政に対する直接的対策 (給付の削減もしくは掛金の引上げ)、年金納付率の引き上げによる保険料増収策の実行があるが、これらはいずれも対症療法である。根本的解決手段は、適切な「少子化対策」の実行以外にない、と考えるべきであろう。

1) 年金財政面の直接的対策

第 1 に、年金制度全体の所得代替率を引き下げること。所得代替率は、所得階層別、共働き・片働き別に大きな差があり、所得代替率が低い (高所得・共働き) 家族のウェイトを高めること

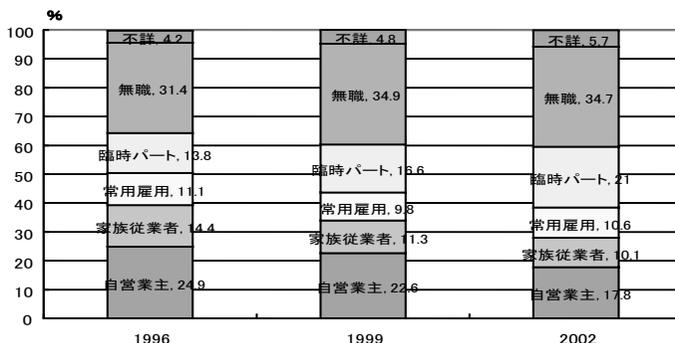


図 - 4 国民年金第 1 号被保険者の就業状況

資料：社会保険庁 平成 14 年国民年金被保険者実態調査

によって年金財政に余裕が生じる。

標準報酬額の上限の引き上げ等によって高所得者の年金を取り込むこと、経済成長によって平均的所得水準を上げること、

男女共同参画型社会の建設によって、所得代替率が低い共働き家庭の増大を図ることが、その対策となる。

の代替策として、専業主婦に対する国民年金保険料を別途徴収すべきだとの考えもあるが、「家族で支える」生活保障システム⁷の根幹を弱めることになり、少子化を促進する要因ともなるので、筆者は支持しない。

第 2 に、長寿化に対応して高齢者の就業率を引き上げることによって、受給開始年齢を上げるなどの方策が考えられる。医療・保健制度の充実による健康レベルの向上は国民の稼働期間の長期化という形で社会へ還元される必要がある。

保険料率引上げピッチの加速については、2004 年改革で導入され、実行中である。

2) 未納・未加入率の引き下げ 年金財政に対する信頼の回復

できるだけ積立金の取り崩しは避け、年金給付に対する国民の信頼を回復することによって、年金納付率を引き上げることが期待できる。年金受給率が上昇すれば、生活保護世帯が減少するので社会保障財政をトータルとして改善させることができる。

年金財政に対する信頼を回復するための政策としては、

所管官庁（厚生労働省日本年金機構）に対する信頼の回復、

年金制度の仕組みを正しく国民に知らせ、公的年金の価値を再認識させること

現在の 40 年という年金納入期間の上限を撤廃し、納入した掛け金に応じて給付が決まる

7 2004 年の年金改革において、配偶者に年金受給権を明確に付与するなど、家族単位の年金制度を志向していることは少子化問題を解決する上でも好ましい方向である。家事労働を無償労働と捉えるのではなくその経済価値を正当に認め、被用者年金制度における専業主婦の年金受給権を認めるべきであり、その措置は既に採られていると言える。

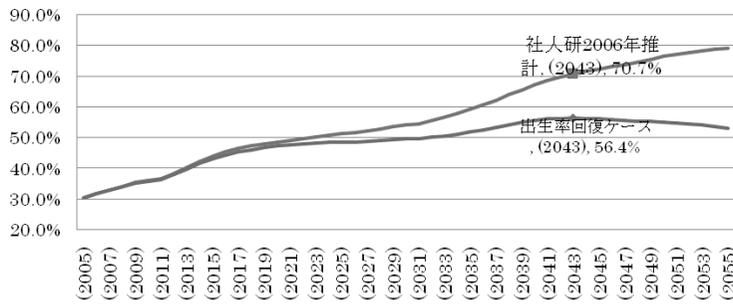


図 - 5 高年齢従属人口比率の推移

国立社会保障・人口問題研究所 (2006) 「日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計)」
www.a-lab.co.jp/research/population/01.html に基づき筆者推計。

という本来の社会保険方式年金制度の原則に戻すことによって、年金保険料納入を促進する。

などが考えられる。

しかし、年金納付率の低下の主たる原因を探ると、第一号被保険者の貧困問題にたどりつく。第一号被保険者の中に占める自営業者とその家内労働者のウェイトは低下しており、無業者、失業者、学生、非正規労働者、厚生年金未加入企業の従業員が支配的勢力となっている。長期に亘るデフレ経済とグローバル市場化等による労働市場の変化がもたらした貧困が、国民年金の未納率上昇の根本原因であることがわかる (図 - 4 参照)。

目標以上の経済成長を達成し、正規雇用を確保することによって貧困を解消させ年金保険料納付率を引き上げることが重要な課題である。少子化の重要な原因である子育ての阻害要因を排除し出生率を回復させるためにも、若年非正規労働者対策が重要である。

公的年金制度について、非正規労働者が加入し易い制度に改正し、事業者に対する年金加入の促進、年金加入年齢における入り口の年金教育が必要であろう。

3) 少子化対策

公的年金制度安定のために最も重要な施策は、「少子化傾向に歯止めをかけ、出生率の水準を健全レベル (1.75 が目標) に回復させる」ための少子化対策であろう。公的年金制度に限らず医療保険、介護保険制度のように賦課方式財政に基づく社会保険制度は、高齢世代を現役世代が支える制度である。従って保険料を支払い、保険制度を支える現役世代の人口が減少すると財政運営が苦しくなる。財政運営が苦しいということが国民に伝わると、ますます、未納・未加入者が増え、低年金無年金者が増える。

少子化問題を解決するためにも、「年金はもちろん、医療・介護保険を含む賦課方式社会保険制度は高齢者が現役世代によって支えられる制度である」ことを、国民全員が十分に理解することが必要である。この共通認識こそ少子化問題解決の第一歩である。

2006 年推計によると、高年齢従属人口比率は少なくとも 55 年までは上昇を続けるが、合計特殊

表 - 1 スウェーデンと我が国の公的年金制度の比較

スウェーデンの公的年金制度	日本の公的年金 (厚生年金を中心に)
みなし拠出建方式 + 拠出建年金 割引金利は名目賃金上昇率 積立金 少額 (9000 億円程度) (全職種一律) 保険料率 18.5%で固定する 給付 最低保障つき報酬比例 給付の自動調整 ・コーホート別, 死亡率を反映 ・実質成長率 1.6%を基準に高成長なら給付率を引き上げる	積立金を持つ賦課方式, 給付建年金 割引金利は名目運用利回り 3.25% (名目賃金上昇率 + 1.25%) 積立金 多額 (200 兆円) (職種別 3 本建 - 厚生, 共済, 国民) 保険料率 13.58%から 18.30 %まで 17 年かけ引き上げ 基礎年金 + 報酬比例年金 2 階建て 給付の自動調整 ・加入者一律に労働力人口の減少, 生存率の上昇を給付に反映. ・経済成長率によって給付率は変化しない.

(資料) 企業年金連合会 (2008) 『企業年金に関する基礎資料』による。

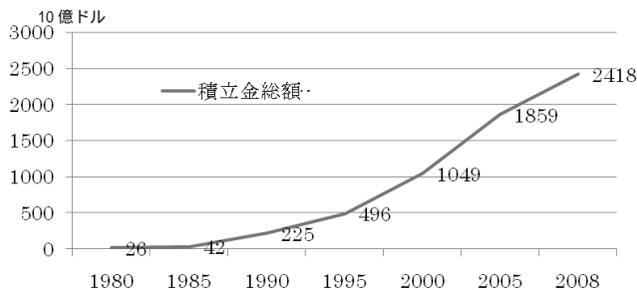


図 - 6 アメリカの公的年金積立金総額

(出所) 渡辺由美子「米国における公的年金の資産運用について」『年金と経済』Vol. 28, No. 1.

出生率が 10 年から 1.7 に回復したとすると, 2043 年にピークを着け, 「人口構成の若がり」が本格的に始まり, 年金財政も緩やかに好転する. 現在 30 ~ 40 歳代の年金給付基盤が安定化し, 20 歳代以下の若者達の年金負担が軽減される (図 - 5 参照).

(2) 基礎年金の税方式への転換について

麻生前総理は 2004 年改革に基づき, 将来の消費税引き上げを恒常的財源として, 09 年 4 月から国庫負担率を 2 分の 1 に引き上げることを決断した. しかし, 政権の座に就いた民主党のマニフェストでは, 今後 4 年間は消費税の引き上げを見送ることを明記している.

公的年金制度については, 基礎年金部分を完全税方式にし, 最低保障年金制度を導入することを提案している. 仮に, 基礎年金を税方式にしても, 従来の保険料納付実績を基に給付額が計算されるので, 完全な税方式に転換するまでには少なくとも 30 ~ 40 年の経過期間が必要である. 完全税方式の実施には高いハードルがある.

一方, 欧米の公的年金制度について見ると, 自助自律の考え方が強まっている. 税方式を採っていたスウェーデンが社会保険方式 (みなし拠出建て制度) に転換し, イギリスが国家負担をできるだけ縮小し, 自助を基本とする制度に転換している (表 - 1 参照).

表 - 2 諸外国の短時間労働者に対する年金適用

	加入と保険料支払義務	給付への反映
日本	年収 130 万円未満かつ週労働時間が常勤の 4 分の 3 未満の場合は保険料支払義務がない	第三号被保険者は期間に応じ基礎年金給付を受ける
フランス	収入を有するものは強制加入	年収約 15 万円で 1 加入四半期の保険期間を得る
アメリカ	収入を有するものは強制加入	年収約 9 万円以上の収入について給付額計算の基礎となる
イギリス	年収約 70 万円未満の被用者は強制加入でない	
ドイツ	年収約 45 万円未満かつ週労働時間 15 時間未満の場合は強制加入でない	

(出所) 西村淳 (2007) 「非正規雇用労働の年金加入をめぐる問題」『海外社会保険研究』Spring 2007 No. 158

アメリカの公的年金制度はペイロール・タックスという名の「徴税機関が集める社会保険料」を財源に構築されているが、レーガン改革以来、急速に公的年金積立金が増加している。さらに、401k 制度の充実などで自己責任による老後生活保障を拡充する方向にある。

(3) 年金課税の見直し (世代間対立の調整)

2004 年度年金改革では、140 万円の公的年金控除を給与所得控除程度 (45 万円) に縮小、65 歳以上に適用される老年者控除を廃止、年金受給世帯 (専業主婦世帯) は 365 万円 (夫 285 万円・妻 80 万円; 給与所得者の場合は 156.6 万円) まで非課税であったが、285 万円 (夫 205 万円・妻 80 万円) まで非課税とした。この改革によって所得水準が高い高齢者の税負担が増し、その増収分 2400 億円中、地方交付税分を除く 1600 億円を基礎年金の国庫負担増分に充当した。このような高齢者向けの社会保障給付の削減等は、世代間移転を縮小するので、「少子化対策」としての効果もある。

民主党は、高齢者の不満をくみ取り、公的年金控除の最低補償額を 140 万円に戻し、老年者控除 50 万円を復活させることをマニフェストに掲げている。一方、後続世代は現在の高齢者並みの高齢者生活保障の水準を維持することの難しさを感じ始めている。

(4) 非正規労働者の年金

非正規労働者に対する厚生年金の適用については、自民党は 2010 年度実施を目途に検討し、国会に提案したが廃案となった。民主党は国民年金を含む公的年金を統合することを主張、2009 年の衆院選のマニフェストでは月 7 万円の最低補償年金の創設を掲げている。

日本の場合、諸外国に比べて、非正規労働者に対する厚生年金適用の条件が厳しくなっているが、アメリカやフランスのように収入を有するものをすべて強制適用とすること、同時にオランダの例に倣い、正規労働者と非正規労働者の労働条件の格差を是正する方向で検討を進める必要がある。正規・非正規の労働条件の格差は、中高齢労働者と若年労働者間の世代間格差の様相

をも呈しており、少子化問題の重要な原因ともなっている。年金制度の改正を含めて、労働市場の本格的な見直しの必要性に迫られていると言えよう。

(5) 生活保護制度の見直し

1995年を底として、保護率は上昇（2008年11月1.25%）しているが、「生活保護制度」の運営には地域ごとに差がみられており、運営が正当に行われているか否かについて議論がある。給付されるべき生活保護給付が行われていないこと（漏給）に対する防止措置や、給付されるべきでない人に支給されているという問題（濫給）に対する防止措置が必要である。社会保障制度はあくまで自立支援を基本とし、生活保護は最後のセーフティネットであるという原則に立ち戻るべきである。

このような状況に対応し、2005年の地方分権を目指す三位一体改革で中央・地方が生活保護給付の適正化について合意している。即ち、

加算の見直し 本年度から子どもの年齢要件を18歳以下から15歳以下へ引下げ、3年かけて段階的に廃止する。

世帯就労促進費を新設する。就労している場合は月1万円、職業訓練等に参加している場合は5千円を支給する。対象は子供の年齢18歳以下世帯に限定する。

保護世帯向け長期生活支援資金について、公平性を貫徹すること。

社会福祉協議会に生活福祉資金を創設する。リバース・モーゲージを応用し、居住用不動産を保有する高齢世帯には、当該資産を担保に生活資金を貸与し、その間の生活保護を行わないこととする。

自立支援プログラムの着実な推進。2007年度から、全ての自治体で「就労支援」に関するプログラムが策定実施され、策定済みの自治体でも、更に複数の就労支援プログラムを整備する。孤立死や虐待への対応や見守りや声かけ活動を促進し、災害時要援護者支援を実施する。更に、民生委員、市町村社会福祉協議会、自治会、共同募金等の地域資源の有機的活用等「地域福祉の再構築」の検討が必要である。

生活保護受給者増加の原因には、家族崩壊による生活保障機能の不全による面が大きく、少子化問題と相通じるものがある。家族機能の回復に向けた政策が肝要である。

3. 少子高齢化と医療保険財政

(1) 少子化と医療費負担

高齢者の一人当たり医療費支出は現役世代の4倍前後に上るため、人口が高齢化するだけで、人口が増加しなくとも医療費支出が増大することになる。特に政策努力を行わない場合、厚生労働省の推計では、表-3の（括弧）内数値が示すように、医療給付費は2006年度の28.5兆円から、15年度までには約40%増加し40兆円に達し、25年度には倍増し56兆円に達する見込みで

表 - 3 社会保障給付費予測

摘 要	社会保障給付費 (兆円)				対国民所得費 (基準ケース)			
	2006 年度	2011 年度	2015 年度	2025 年度	2006 年度	2011 年度	2015 年度	2025 年度
合 計	89.8 (91.0)	105 (110)	116 (126)	14 (16)	23.9 (24.2)	24.2 (25.3)	25.3 (27.4)	26.1 (30.0)
年 金	47.4 (47.3)	54 (56)	59 (64)	65 (75)	12.6 (12.6)	12.5 (12.9)	12.8 (13.8)	12.0 (13.8)
医 療	27.5 (28.5)	32 (34)	37 (40)	48 (56)	7.3 (7.6)	7.5 (8.0)	8.0 (8.7)	8.8 (10.3)
福祉等	14.9 (15.2)	18 (20)	21 (23)	28 (32)	4.0 (4.1)	4.2 (4.5)	4.5 (4.9)	5.3 (5.8)
内介護	6.6 (6.9)	9 (10)	10 (12)	17 (20)	1.8 (1.8)	2.0 (2.3)	2.3 (2.7)	3.1 (3.7)

(注) () 内数値は人口構成の変化のみを考慮した数値。

(出所) 2008.11.4 社会保障国民会議最終報告 (参考資料) に基づき作成。

ある。このような将来の財政問題に対処し、小泉内閣の5年間に、医療保障給付の適正化に向けて政策構築が行われた。

厚生労働省はその効果を加味した医療費支出の見通しを示している。2015年度までには年度ベースで3兆円、25年度には8兆円の支出削減効果を見込み、対国民所得比では10.3%に達するところを、8.8%に押さえ込む計画であった。

(2) 医療費適正化の総合的推進

2006年度の医療制度改革の出発点では、経済財政諮問会議において医療費削減(適正化)をめぐる内閣府と厚生労働省の間に激しい議論が行われた。内閣府は医療費伸び率をGDPの伸びや人口高齢化に見合った数値に押さえ込むことを求めたが、厚生労働省の強い抵抗に合い実現しなかった。国家単位の「伸び率管理」は採用されなかったが、厚生労働省の管理下で、都道府県単位の計画と実践によって医療費の適正化努力が進められることとなった。ただ、都道府県単位の医療費圧縮政策と地方自治体の財政問題・平成の大合併が結び付いて、自治体病院の閉鎖の動きが出るなど、医療サービス体制に揺らぎが見られている。厚生労働省は一転、医師数の増加に舵を切り替えるなど、財政改革の方向に逆流する動きが目立ち始めている。

医療費適正化のスケジュールは次の通りである。

2008年4月には第一期医療費適正化計画が施行された。

2010年には第一期医療費適正化計画の中間評価が行われる。

2012年4月の診療報酬改定時には、都道府県独自の「特例診療報酬」を設定することが可能になり、中間評価の結果が診療報酬改定に反映される。

2013年4月には第二期医療費適正化計画が施行され、2013年度中に第一期五ヵ年計画終了後の総合評価が行われる予定となっている。

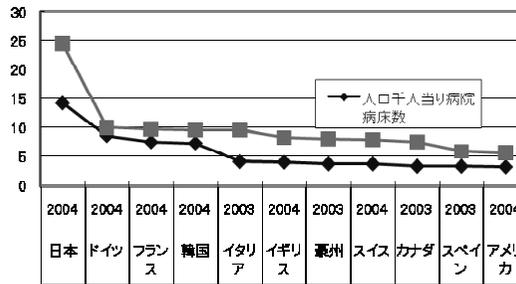


図 - 7 医療のパフォーマンス
(資料) OECD Health Date 2006 から作成

医療費適正化の二本柱 - 「生活習慣病対策」と「平均在院日数の短縮」

1) 生活習慣病の予防

2008年4月には生活習慣病予防に向けて、新しい健康増進計画がスタートした。

具体的には、予防検診の実施が義務付けられ、生活習慣病患者・予備軍減少の目標が設定され、検診・保健指導実施率に数値目標が設定されている。

2008年4月からは都道府県単位の新医療計画が施行され、疾患ごとの医療連携体制の構築、数値目標の設定等が行われた。受診率を高めることによって、2015年にはメタボリック・シンドローム該当者並びに予備軍を25%削減することを目指している。

2) 平均在院日数の短縮と医療費の抑制

日本の平均病院在院日数はG7諸国の中、最長であり、千人当たり病床数も最多である(図-7参照)。

アメリカには人口当たりで2倍のナーシングホームがあるが、日本の介護施設は欧米より少なくその代わりに医療機関が果たしている。療養病床からリタイアメント・ハウジングへの転換支援措置が準備され、医療重点の新しいタイプの老健施設も2008年4月から具体化された。

在院日数の全国平均値36日と都道府県の中で最も短い長野県の平均在院日数27日の差9日を、リハビリ日数の制限などによって、半分(4.5日)に減らすことを目指した。厚生労働省患者調査結果によると、2008年度の平均在院日数は35.6日と前回調査(2005年)比、1.9日短縮されている。

平均在院日数の短縮のために、政府は供給能力の削減策を打ち出している。すなわち、療養病床の削減である。日本の医療は福祉を内包しながら発展してきた。従って、欧米諸国に比べて病院ベッド数は際立って多く、療養病床は38万床に上っていた。

2012年3月末には療養病床を15万床に削減し、介護療養病床は廃止することを目指している。このように、介護療養病床廃止を急ぐ背景には、医療費の節減という現実の政策課題があるためである。少子高齢化による医療費の負担増という制約要因がある中で、急性期医療を立て直すには、医療必要度が低い長期療養患者のための病床を集約、再編する必要があることが最大の理由である。従来、医療計画に伴う政策誘導で急性期病院の平均在院日数をどんどん短縮してきたが、

表 - 4 医療市場の不完全性

標準的競争市場の条件	現実の医療サービス市場
<p>沢山の売手が利潤を最大化しようとしている。</p> <p>商品は同質。</p> <p>買手は十分情報を持っている。</p> <p>消費者は買手であり、消費するものが全費用を支払うこと</p>	<p>限られた数の病院。殆どの病院は非営利？ 医療保険制度の存在によって、利潤動機が働かず、コスト意識も薄い？ コストより質優先？</p> <p>医療サービスは品質の比較が困難。</p> <p>買手は不十分な情報しか持たない。患者は医師の判断に頼らざるを得ず、医者免許、業績査定を政府が行う。</p> <p>患者は費用の一部しか支払わず、公的・私的医療保険制度が殆ど支払う。</p>

(出所) スティグリッツ、ジョセフ E. 著、藪下史郎訳 (2003) 『公共経済学・上』より要約。

長期入院患者を受け入れる療養病床が増え、医療費削減が思うように進まなかった。

急性期病院の利益率 3% に対して、療養病床は 10% 近く、収益面の動機から、病院側が質の改善やサービス向上に真剣に取り組もうとしないという批判があり、医療費効率化問題がクローズアップされる中で、今回の措置が求められたのである。

最近の療養病床削減は各都道府県の医療計画に基づいて進められている。

4. 医療制度改革の視点

少子高齢化に備えて医療制度を改革するには、まず医療サービスの価格決定機構について明確な理解を持っていなければならない。価格決定機構の歪みを正すことによって医療のコストの削減が可能となるからである。

(1) 医療サービス市場の不完全性

スティグリッツが著書『公共経済学 (上)』で、医療サービス市場の不完全性を、表 - 4 のとおり示しているが、医療機関の多くが非営利であり⁸、利潤動機が働かずコスト意識が薄いこと、医療サービスについては品質の比較が困難であること、情報の非対称性が存在し、患者は医師の判断に従わざるを得ないこと、医療保険制度が代金の大半を支払い、患者は費用の一部しか支払わないことが、政府の介入が求められる根本的理由である。

このような市場原理を受け入れにくい業務に市場原理を適用した場合、深刻な市場の失敗が起こるのである。事実、先進国の中で最も医療を市場原理に委ねているアメリカにおいて、世界一高価な医療サービス市場が出来上がっている。

8 医療機関の営利性については議論が分かれるところである。小泉改革時の医療費削減の中でも医療法人立病院は収益性を確保しており、公立(自治体)病院の収益性が極端に悪化している。医療法人立病院は市場原理に対応可能であり、「公立病院の医療法人化」が病院経営の効率化に向けて効果が認められる方策なのではないだろうか。

「市場の失敗 1」：医療機関の収益動機と民間医療保険制度が持つ副作用：過剰診療

アメリカでは医療保険制度を民間に委ねているが、医療機関の収益動機（できるだけ多くの医療行為を行うことによって医療機関の利潤を追求する）と民間医療保険提供者の営業動機（医療保険会社は契約額を増やすため、より高額な医療費に対応する保険商品を生み出す）が結びついて、世界一高い医療サービス市場を生み出している。高額医療は医療訴訟を頻発させる事態を招き、更に質の追求が求められ、過剰診療に陥る事態ともなっている。その結果、高額医療の実質的負担者となった企業（GM など）はコスト競争上国際的に劣位に立つこととなった。この問題は長寿医療保険制度導入によって医療費負担が増える日本の大企業の経営負担にも共通する問題である。

ただ、高額な医療市場は医薬品メーカーを含む医療関連産業の繁栄をもたらし、世界の医療関連技術の発展に大きく貢献していることも忘れてはならない。

「市場の失敗 2」：市場に任せると十分な医療サービスが供給できない。

例えば、人口の少ない僻地では医療機関が十分な収益を上げることができないので、十分な医療サービスが提供できない。産科・小児科のように医者にとってリスク負担が重い診療科では、医師供給不足が深刻である。問題を市場原理で解決しようとする、極めて高い診療費が課されることになり、出産・子育ての制約要因となり、安心して生活できない地方のコミュニティは崩壊の道を辿ることとなる。

「市場の失敗 3」：外部性がある病気が存在する。

伝染病などは放置すると、他の人に感染するが、市場に任せたままでは十分な伝染病対策が取られない。公的な伝染病対策がないと保健政策上深刻な事態を招きかねない。市町村合併は地域の保健サービスを劣化させるケースが見られる。

「市場の失敗 4」：社会が不安定化する。

病人に対する手当が社会的に行われない社会では、国民の政府に対する信頼が薄れ、政府打倒の試みが起こるなど社会が不安定化する。幸い我が国では医療サービスの提供体制が整っているが、民主党への政権の移行の背景に、「後期高齢者医療制度」や「産科・小児科医の不足」など医療にまつわる不満が影響していると考えられる。

「市場の失敗 5」：市場は老人や貧窮者に十分な医療を提供できない。

老人は頻繁に医療行為を受ける必要がある反面、収入が限定されている。貧窮者は医療行為に対する対価を支払う財力に限界がある。このような認識に基づいて、市場原理の国アメリカでも老人のためのメディケア制度、貧窮者のためのメディケイド制度が設けられている。オバマの国民皆保険政策については相変わらず強い反対勢力が存在する。

(2) 医療サービス需給の経済理論

1) 「保険サービスがない医療市場」

図 - 8 に見るように、医療保険制度がない医療サービス市場では、需要曲線は『個人的需要』

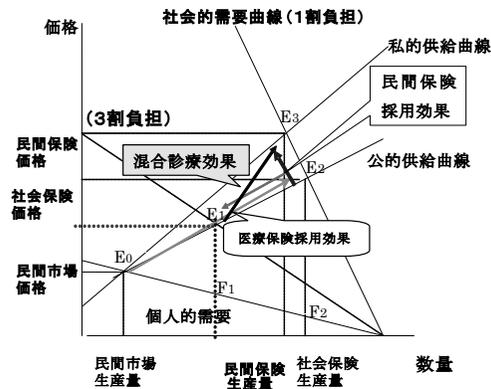


図 - 8 患者・利用者負担率変動の需要増減効果
(筆者作成)

曲線が示すように、個人が全額医療費を支払わねばならず、一部のお金持ちのみがサービスを受けることになる。多くの国民が医療サービスを受けられない状況となり、医療機関による医療サービスの供給が一般に行き渡らない。医療機関の側からみると、規模の利益を享受できず、高価格を要求する急勾配な供給曲線となる。需給均衡点は E_0 で示され、市場価格は一見安いですが、患者負担は高く、サービス量は極めて小さいものとなり、人々は十分な医療サービスを受けることができず、高い保健水準を確保できない。

保険制度を欠いていた第二次大戦直後の日本の姿はこの状況に近かったと言えよう⁹。

2) 「医療保険制度の医療サービス市場に与える影響」

これに対して医療保険制度が普及し、患者負担が1割となれば、需要曲線が右上に旋回、社会的需要曲線となるので、均衡点は E_2 に移動し、医療サービスの市場価格は社会保険価格で示されているような高水準なものとなる。しかし患者負担は1割であるから、実際に患者が負担する医療費（価格）は (F_2 で示される) 低水準となり、数量は（社会保険生産量で示される）巨大なものとなる。国民皆保険制度（1961年）が整備され、老人医療の無料化（1973年）が行われた武見時代¹⁰に、医療機関が急速に発展した事情はこの図によって理解することができる。小泉改革によって、医療の患者負担率は原則3割に引き上げられたので、需要曲線が左下方に旋回しており、新たな均衡点は E_1 の点となり、医療サービス価格は低下するが、患者負担は F_1 に上昇し、市場取引数量（受診の機会）は減少する。医療機関としては、医療保険制度から受け取る医

9 1948年キネマ旬報の優秀映画ランキングで第一位となった黒沢明監督の『酔いどれ天使』は正にこの時代の医療の現状を映像化している。

10 武見時代とは、武見太郎が1957年から81年まで25年の長期にわたり日本医師会の会長を務めた時期をいう。この間、武見会長は診療所医師の労働組合の委員長としての役割を果たしたとも揶揄されるが、国民皆保険制度が整い（1961年）、日本の医療供給体制が急速に整備・拡張されるとともに、福祉の医療化など現在の過剰病床の原因を作り出した時代でもあった。

療サービス価格（診療報酬率）は低下し、しかも受診者数が減少するのであるから、極めて苦しい経営状況となる。2004年度の患者負担率の引上げ（2割 3割へ）以降の医療機関の収益悪化のプロセスはこの図で説明することができる。

3) 医療サービスの過剰消費と公的介入の問題

先進国共通の悩みは医療費負担の重さにあり、その背景に医療サービスの過剰消費現象¹¹がある。

医療サービス過剰消費の最大の要因は医療保険制度の存在にある。現在世界の医療サービスの多くが公的医療保険制度を中心とする保険制度を通じて提供されている。「公的」医療保険が完備していないアメリカでも、入院費の91%と、医師の診療費の72%は「民間」保険会社と政府（メディケア・メディケイド）によって支払われている。保険制度によって患者が全ての医療費を支払う必要がなくなったことが、『医療サービスの過剰消費』というモラル・ハザード現象を発生させるのである。

更に、公私の医療保険制度が存在するため、病気による負担が患者だけでなく社会的に分散される。その結果、個人に医療費負担感がなくなり、健康に対して必要な注意を払わないという「モラル・ハザード」現象を発生している点にも留意する必要がある。

2008年度から始まった成人病検診は、この「モラル・ハザード」を抑制することを目的とするものである。

第2に、医療サービス市場には公的介入が行われていること、政府を含む非営利法人が大多数の医療機関を運営していることなどによって、市場原理が限定的にしか機能しないことが、医療費を高止まりさせていることもあるだろう。現に、最近の医療不況の中で、公的病院の業績悪化が目立っており、市場原理を強く意識している医療法人立病院の経営は比較的健全である。

しかし、医療はまさに人命に関わり、失敗すると訴訟による高額な補償を求められることもあって、医療機関はコストよりも質を重視しがちとなることや、新薬・新技術が出れば、お金の糸目を付けずに高価な医療を受ける人が多い。このような医療というサービスの特性を抜きに、医療サービス市場を分析することはできない。事実、世界で最も市場化したアメリカにおいて医療サービスが最も高価であることにその証拠がある。

長寿医療保険制度の創設と「世代間対立の緩和」

長寿医療保険は懸案であった「後期高齢者のための独立の制度」として創設された。

国立社会保障人口問題研究所の2006年人口推定によると、後期高齢者人口は2005年の1200

11 医療サービスを消費することが良くない事というわけではないが、医療サービスが公的保険制度を通じて供給されているとき、被保険者が競って保険サービスを受けようとする、保険財政がひっ迫し保険料率・患者負担率の引き上げ、もしくはサービス提供の抑制が必要となるのである。

表 - 5 診療報酬の推移 (変化率, %)

	1996	1997	1998	2000	2002	2004	2006	2008
診療報酬	3.40	1.70	1.50	1.90	- 1.30	0.00	- 1.36	0.38
薬価等	- 2.60	- 1.32	- 2.80	- 1.70	- 1.40	- 1.00	- 1.80	- 1.20
ネット	0.80	0.38	- 1.30	0.20	- 2.70	- 1.00	- 3.16	- 0.88
国民所得	2.60	0.80	- 2.50	1.1	- 0.7	0.1	3.0	3.5
消費者物価指数	0.40	2.00	0.20	- 0.50	- 0.8	- 1.0	0.2	1.0
賃金	1.40	1.00	- 0.50	0.50	- 2.1	- 3.6	1.0	1.5

(注) 経済数値は前々年と前年の変化率合計

万人から 2030 年には 2265 万人に約倍増した後、減少するが、労働人口に占める割合は、2005 年の 13.8%から 2030 年には 33.6%へ 2.5 倍増、さらに 2055 年には 51.9%に 4 倍増する見込みである。

長寿医療保険制度は「はしご受診」を防ぐことに加え、国民健康保険に集中する高齢者医療費負担（国や市町村が負担）を健康保険組合（大企業が主として負担）等が均等に負うことにある。従って、長寿医療保険制度を導入した結果、負担が最も重くなるのは、後期高齢者とともに、従来は比較的若い年齢層に属する現役従業員の医療を中心に負担していた「健康保険組合すなわち大企業」である。

1922 年の健康保険制度制定の目的は「労使対立の緩和」であったが、今回の制度改正によって、医療保険制度の重点が従業員福祉から世代間扶養の公正化、すなわち「世代間対立の緩和」に移ったことを意味していたと言えよう。

診療報酬の改定

医療政策の意図は診療報酬体系の変更によって推進される。

まず、2006 年 4 月の診療報酬改定はマイナス 3.16%と、02 年以来のマイナス改定となった。従来、診療報酬は日本医師会主導で決定されてきたが、小泉政権下の医療制度改革推進に当って、経済財政諮問会議がリーダーシップをとって大枠を決定するようになった。中央社会保険医療協議会（中医協）は技術的事項の決定のみを行うようになっていたが、07 年 3 月には中医協の構成が見直され、日本医師会などの団体推薦が廃止された。福田政権になって、一時的に日本医師会の発言力が回復したが、民主党政権の下では、中医協メンバーに日本医師会代表は入らなかった。

日本医師会主導で形成されてきた診療報酬体系の改定が、病院の勤務医と診療所の医師の間の労働条件と収入の格差をもたらした。診療報酬の見直しによって、より効率的な医療サービスの提供が可能であり、医療費抑制に大きな役割を果たす可能性がある。

2008 年 4 月の診療報酬改定幅は薬価引き下げにより - 0.88%のマイナス改定となった。改定の柱は、後期高齢者に相応しい診療報酬体系の構築であり、高齢者医療の効率化を志向する改革

が行われ、高齢者医療についても、従来の出来高方式から包括方式へ誘導する試みを始めた。しかし新政権では2011年国会提出に向けて、「新しい高齢者医療制度」の構築に向けて、検討中であり、後期高齢者医療制度の廃止、地域保険として一元的運用を行う、市町村国保などの負担増に十分配慮する、市町村国保の広域化など6つの原則を掲げている。09年11月に実施された民主党政権の下における事業仕分けでは、産科小児科とその他診療科の診療報酬の不均衡、診療医と病院勤務医の給与のアンバランスが指摘されている。

(3) 診療報酬決定方式における問題 出来高払い方式と包括払い方式

日本の診療報酬は、診療行為に比例して支払われる「出来高払い方式」に基づいていたが、出来高払い方式の場合、医師・病院の収益動機が働き、どうしても過剰診療に陥り勝ちであり医療保険制度の財政悪化の原因とみなされてきた。そこで、アメリカやドイツなどで導入されていた「包括払い方式」を日本でも遅ればせながら導入する流れにある。包括払い方式採用は診療行為が省略され、医療の質を低下させるのではないかという反対論もあるが、診療報酬を抑制するという見地から、救急病院について「包括払い方式」の診療報酬制度が導入されている。後期高齢者医療制度でも包括払い方式の導入を始めているが、選択制となっているため、今のところ高齢者の殆どが従来型の「出来高払い制度」を嗜好している。

(4) 医療はコスト？ 付加価値？ 混合診療是か非か？

かつて秦の始皇帝は不老長寿の薬を求めて、家来を世界中に旅をさせたという。人間は健康な高齢期を過ごすことによって人生を更に豊かなものにすることができる。医療の持つ「付加価値」は極めて大きい。

他方、アメリカのGMが医療保険料の負担によって国際競争力を失っていったことは良く知られるところであり、医療制度の効率性は国際企業競争にも大きな影響を与える。また日本の財政支出に占める医療費の占率は高齢化と共に急速に高まる方向にあり、財政効率化の観点からも医療政策におけるコスト削減努力は極めて重要である。少子高齢化する日本の現状では、現役世代にとっての医療費負担の増高が予想されるので、どうしても医療を「コスト」として捉えざるを得ない面がある。

1980年代半ば以降、医療費適正化に向けた努力が続けられてきたが、その結果、公的病院の収益悪化と閉鎖や医師不足問題が深刻となるなど、医療サービスの提供難が目立っている。コンドラチェフ長期波動の底入れの時期に当る昨今、社会思想はそろそろ反転の時期にあり、医療サービスの質と量の確保が重要な問題となりつつある。福田首相が主宰した「社会保障国民会議」(2007~08年)では一方的なコスト削減のための政策論を離れて医療の質の充実について議論が行われた。医療費の削減は今後とも重要な課題ではあるが、医療を単なるコストと見る時代から、医療を付加価値と見る時代への転換点に来ている可能性がある。

お金持ちにとって医療はコストではなく付加価値の時代となる可能性があり、その流れを決め

表 - 6 開設主体別収支状況比較 (%) 2007.6 (中央社会保険医療協議会調査)

	国立	公立	公的	社会保険 関係法人	その他	医療法人	個人
給与費	52.9	59.7	53.5	52.0	53.1	53.1	48.6
医薬品費	13.9	16.3	19.0	16.8	14.9	11.0	14.5
診療材料費等	10.2	12.9	10.5	9.7	11.8	8.9	7.0
経費	9.7	11.2	9.4	8.3	9.3	13.7	16.6
委託費	4.3	9.1	6.2	7.1	6.7	5.6	4.6
減価償却費	5.4	7.5	5.6	7.0	5.0	4.4	2.3
その他	3.2	0.6	1.2	0.6	0.9	0.8	0.7
医療費用計	99.7	117.4	105.5	101.5	101.8	97.5	94.3
入院収入	79.9	68.2	63.4	64.0	68.0	67.7	61.2
室料差額	1.1	1.0	1.8	1.2	1.6	1.2	0.8
外来収入	18.3	28.7	32.1	28.9	27.7	28.9	36.4
その他	0.7	2.1	2.8	5.9	2.7	2.2	1.6
医療収入計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
収支差額	0.3	- 17.4	- 5.5	- 1.5	- 1.8	2.5	5.6
(2005.6 調査)	(0.3)	(- 9.8)	(0.9)	(4.2)	(- 1.8)	(2.5)	(8.4)

(出所) 医療経営白書編集委員会「医療経営白書 2008 年度版」株式会社医療企画

るポイントは、混合診療認否に関する政策判断にある。

現在は混合診療が禁止されているので、一部でも自由診療を受けた場合、その医療行為に含まれる保険対象の診療行為も医療保険の対象から排除される。これは患者の選択権を奪っているようにみえるが、自由診療の膨張による医療コストの高騰を防ぐ上で極めて重要な役割を果たしている。混合診療が認められた場合、自由診療を利用する人が増え、医療保険制度でカバーされない医療サービスのウェイトが上昇するので、私的医療保険の利用率が上昇するであろう。結果、患者の医療費負担感は却って縮小し、需要曲線は再び右上に旋回し、診療行為における医療機関の価格支配力が高まるので、供給曲線は左上に旋回する。かくて、(図 - 8 における均衡点が E_1 から E_3 にシフトすることになり) 医療サービス価格は上昇し、医療サービスの量も大幅に増加する。

混合診療が導入されると、高度の医療サービスを受ける機会が広がり、医療関連業界の技術革新を刺激するというメリットがある反面、医療がコスト高となり、低所得層が医療サービス市場から締め出される危険性が強くなるのだ。

したがって、混合診療の解禁は避けるべきであり、保険診療中心の制度を守りつつ医療の高度化に対処すべきであろう。

市場原理主義に基づいて医療を実施しているアメリカ、スイス、中国では医療費高騰が問題化している。医療制度を「単なる市場」原理に委ねることは厳に避けるべきである。

(5) 少子化と公的病院の経営改善

診療報酬が引き下げられる中でも、民間病院（民間医療法人など）は人件費の抑制など経営努力によって黒字基調を維持しているところが多い。一方、自治体病院などの公的病院の収益悪化が目立ち、平成の大合併とNPM（新公共経営＝企業経営の考え方を公共機関の運営に導入）の普及によって、廃業する自治体病院が目立ち始めている。今後の少子高齢化時代を考えると、従来以上に医療機関の経営効率化が求められることは確実である。病院経営の意識改革が進みつつある。

最近の厚生労働省の動きをみると、出資額限度法人や社会医療法人制度の導入など、非営利性を重視する方に向かっているが、現実の病院経営をみると、公的病院が赤字、民間病院が黒字といった傾向が明確にみられる。公的病院の経営改善がまず必要であるが、現状から脱皮できない場合は、自治体自身が病院経営にNPMの思想と手法の採用を急ぐ必要がある。

5. 少子化と介護保険の財政問題

(1) 少子高齢化と介護保険財政の悪化

2000年の介護保険制度の創設以来、急速なスピードで高齢者介護サービスの市場化が進んでいる。介護保険制度発足以来、高齢化の進行によって第1号被保険者は7年間で15%（2488万人）増加したが、要介護認定者の方は102%（441万人）も増加している（表-7参照）。

予想以上の高齢化と要介護者の増加による財政悪化に対応し、2005年度介護保険制度改正によって思い切った介護保険財政再建策が打ち出された。その効果もあって、第4期の介護保険料は4160円に抑制することができている¹²。06年度の介護サービス給付を、当初見込みの6.9兆円から6.6兆円に削減する措置をとり、15年度には12兆円から10兆円へ給付の2割削減という思い切った計画目標達成を目指して介護保険制度の改正を断行したのである。

具体的には、「介護予防」の考え方を持ち込み、軽度の要介護者に対する給付を思い切って削減し、施設介護では「食費、住居費を個人負担」とした。介護用具の使用等についても基準を厳格化している。

このような介護給付の抑制に加えて、介護サービス需要の伸び以上のスピードで、サービス事業所が増加しており、一事業所あたりの介護報酬は減少過程に入っている。労働集約型のサービス産業であるため、事業所単位の収益が悪化すれば、事業体は利益・内部留保を確保するため、人件費の節減に活路を求めざるを得ない。結果として、介護人材の供給不足現象が続いている。

2004年から2007年に掛けて、介護施設の収益率も大きく悪化しており、介護老人福祉施設

12 2005年当時の厚生労働省は、人口の少子高齢化等によって、第1号被保険者が支払う介護保険料が第2期（2003～2005年）の3300円から第5期（2012～2014年）には6000円に2倍増すると予想していた。

表 - 7 介護保険の利用状況

	2000年4月	2007年4月	増加率
第1号被保険者数	2165万人	2488万人	15%
要介護認定者数	218万人	441万人	102%
在宅サービス利用者数	97万人	257万人	165%
施設サービス利用者数	52万人	82万人	58%
計	149万人	339万人	127%

(出所) ヘルスケア総合政策研究所(企画・制作)(2008)『介護経営白書』2008年度版, 株式会社日本医療企画より作成

表 - 8 介護事業経営概況調査結果(施設型)

単位: 円, %

		利用者一人、 一日当たり 収入	利用者一人、 1日当たり 支出	収入における 給与費割合	看護・介護 職員常勤換算 一人当たり 給与	看護・介護 職員 1人当たり 利用者数(人)	収支差率
介護老人 福祉施設	2004	11,195	10,048	58.0	307,971	2.3	10.2
	2007	11,536	11,027	60.7	312,904	2.0	4.4
	増減	3%	10%	2.7	2%	-0.3	-5.8
介護老人 保健施設	2004	12,615	11,275	50.4	292,029	2.3	10.6
	2007	12,730	12,186	53.1	315,562	2.2	4.3
	増減	1%	8%	2.7	8%	-0.1	-6.3
認知症対応型 共同生活介護	2004	11,550	10,549	57.3	209,852	1.4	8.7
	2007	11,983	11,053	59.4	233,904	1.3	7.7
	増減	4%	5%	2.1	11%	-0.1	-1.0

(注) 厚生労働省調査による。

表 - 9 事業所平均の利用人数, 収入の推移

	平均利用人数(人)		平均収入(万円)	
	2004.1	2007.1	2004.1	2007.1
訪問介護ステーション	54.3	44.9	260	199
デイサービス・ステーション	64.9	52.0	347	299
特定施設(有老ホーム)	40.5	37.7	755	658

(注) 厚生労働省調査による

(特養)は5.8%, 介護老人保健施設(老健)は6.3%, 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)も1.0%収支差率が低下している。

在宅介護事業についても, 訪問介護ステーションは23%, デイサービス・ステーションは14%, 特定施設(有料老人ホーム)は13%も, 平均月収が減少している。

そこで, 介護従事者の労働条件を改善するため, 2009年介護報酬改定では, 政府が財政支援して, 介護報酬の3%引き上げが実施された。この施策は従来から経営内容の良かった事業者には介護人材に対する確保にプラスに働いているが, 収支の苦しかったところは赤字補填がやっと

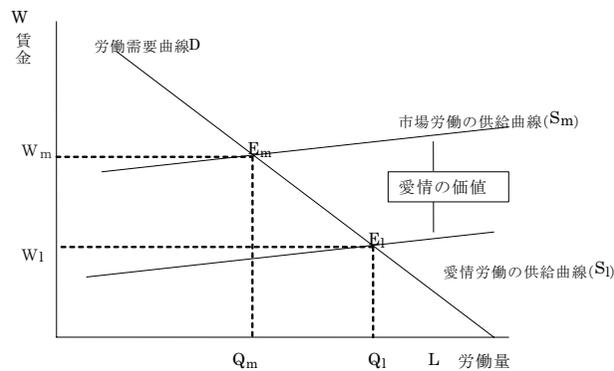


図 - 9 愛情労働の需要・供給曲線
(出所) 大塚なおみ (2008) による

であり、スタッフの賃金引上げにまで回っていないのが実情である。

介護事業の業績悪化の最も重要な要因は介護度認定の厳格化と、事業所数の増加による競争の激化によるものとみられる。

介護保険財政は改善したが、介護サービスを提供する事業者の収益性が大幅に悪化し、人件費の切り詰めが必要となり、コムスン事件による介護労働に対する社会的評価の低下もあって、貴重な介護人材の離職現象が起こったのである。

介護労働の賃金が恒常的に低水準に据え置かれているのは、もともと介護サービスは家族の愛情労働や、社会福祉の理念などに支えられたボランティア労働に支えられてきた経緯があるからだ。図 - 9 に示すように、愛情労働の賃金水準は愛情の経済価値分だけ市場賃金より安くなる。介護サービスを市場化する以上、高い愛情価値（高い理念）を維持するか、市場労働にふさわしい価格をつける必要がある。低賃金でも人材が集まるのは「福祉の理念」と言う支えがあるからである。次に求めるものは、介護保険財政の健全化と介護事業への参入に対するルール作りと「福祉の理念の回復」にあると考えられる。

高齢者が多数を占めるようになり、介護労働が一部の篤志家によって支えられる時代が終わったと考えるならば、介護労働の市場価値をもう一度見直す必要がある。

(2) 第 4 期介護報酬改定 介護認定の厳格化と介護保険料格差の縮小

第 4 期（2009～11 年度）の介護報酬は政策的判断によって前年比 3% 引き上げられたが、65 歳以上の第 1 号被保険者が支払う全国平均の介護保険料は第 3 期の 4,090 円から 1.7% 上昇の 4,160 円に止まっている。これは第 3 期までに留保されていた介護給付費準備金からの支出によって 300 円相当の支援があったことと、国からの 65 円相当の介護従事者臨時特例交付金が支給されたからである。これらの調整がなければ 10% 上昇し、4,525 円となっていたはずである。介護保険料上昇の主たる要因は高齢化現象によるものである。保険者（市町村）1628 のうち 902 の市町村が介護保険料を引き上げ、323 が据え置き、403 が保険料を引き下げた。

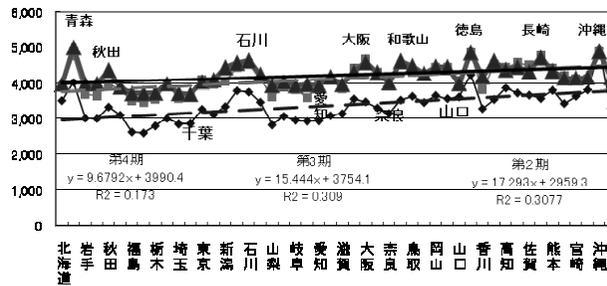


図 - 10 第4期・都道府県別介護保険料
厚生労働省発表データによる

介護保険は市町村単位の保険であるため、市町村の財政事情によって介護保険料が大きく異なる点に注目する必要がある。第4期の介護保険料が最も高いのは青森県十和田市の5,770円であり、最低は福島県檜枝岐村の2,265円であった。格差は2.5倍に達している。

高齢化率の格差などについては国庫負担による調整が行われているにも拘らず、第1号被保険者に掛る保険料は市町村ごとにこのように大きな格差を生じている。格差発生の原因は、保険者毎の規模の差、介護認定の厳格さと事業者・受給者のモラルの差、家族介護の能力格差、施設整備の差に加えて、所得格差による保険料免除者比率の差に基づくものとみられる。

第4期の介護保険料率を都道府県別に比較すると、中央から離れた地域の保険料が高い。最高の青森が月4,999円台であるのに対して、最低の千葉では3,696円であり、1.35倍（第3期は1.4倍）以上の格差がある。

全国で一番介護保険料が安い県千葉に次いで茨城・福島・埼玉・栃木の順であり、首都を取り巻く地域に位置している県の介護保険料が安い。他方、最も高い青森に続いて、沖縄、徳島、長崎、石川、愛媛と首都からの遠隔地の介護保険料率が高い。（図 - 10）

病院や施設の普及状況の違いもあるが、経済格差のほかに県民性や保険者側（市町村）の姿勢の違いも作用しているのではないかと推察される。介護保険料納付者の少ない貧しい地域や、社会保険制度のモラル・ハザードに侵されやすい都道府県では介護保険料が上昇しがちである。

首都からの距離が、経済格差・人口構成の差を通じて介護保険料率に影響を与えているのではないか。また、一般に西高東低の傾向が見取れるが、第二期、第三期、第四期と時間が経過するとともに、その傾向は弱まっている。介護保険料（Y）と北海道を1、沖縄を47とする都道府県コード（X）との相関関係を一次回帰式にすると、

$$\text{第二期は、 } Y = 17.293 X + 2959.3 \text{ (決定係数 } 0.307)$$

$$\text{第三期は、 } Y = 15.444 X + 3754.1 \text{ (決定係数 } 0.309)$$

$$\text{第四期は、 } Y = 9.679 X + 3990.4 \text{ (決定係数 } 0.173)$$

西高東低の傾向を示すXにかかる係数（第3期は15.444、第4期は9.679）、相関度の強さを示す決定係数（第3期0.309、第4期0.173）も共に第3期から第4期にかけて、大きく低下している。第3期に行われた介護度認定の適正化努力が効果を発揮したことによるものと考えら

れるが、地方自治に対する意識の高揚によって、地方財政改善に対する自治体、住民の意識が強まったことも影響しているのではないが。

介護保険料率の改定率を比較すると、今回は東京、大阪、名古屋、福岡などの「保険料率が高かった都府県が介護保険料率の引き下げに努力している」ことがわかる。

6. 介護保険制度改革の視点：介護事業の競争激化と人材確保難

介護保険財政の悪化の背景には少子高齢化現象がある。労働力人口に占める後期高齢者の割合は2005年の13.8%から30年には33.6%へ2.5倍増、さらに55年には51.9%に4倍増する。少子化対策が成功し、政府の目指す控え目な目標・合成特殊出生率1.7が達成されたとしても、後期高齢者の労働力人口に占める割合は30年には32.5%と僅かに下がるだけである。本格的に効果を発揮するのは2030年代以降で55年には40.7%に2割以上引き下げることができるが、05年時点の3倍と大幅に上昇するのである。

介護保険財政は少子高齢化が進むとともに悪化するので、介護保険料引き上げに限度があるとすれば、介護報酬引き下げへの強い圧力が働きがちである。つまり、少子高齢化が介護保険制度の財政を通じて、介護事業の経営に影響を与え、介護労働者の労働条件に圧力をかける形となることが予想される。

日本の介護保険制度はドイツの制度を学びつつ構築されたが、実は四つの基本的な違いがあり、その違いが、将来の介護保険制度の財政問題を考えるときに、重要なポイントとなるであろう。

第1に、ドイツは介護認定を完全に公務員が行っていること、

第2に、ドイツでは家族介護に現金給付が行われていること、

第3に、ドイツでは、介護保険の被保険者に20歳以上の成人がすべて入っていること、

第4に、最近ドイツでは高度のサービス提供には高い報酬を得ることができるように制度改正されたことである。

さらに、増え過ぎたかも知れない事業所の統合促進による経営力の向上も今後の重要なテーマとなるであろう。

(1) 保険者としての市町村の機能と責任

ドイツでは介護認定を公的機関が行っているのに対して、日本は公的機関を中心としつつも、民間事業者が介在していることである。その結果、介護認定に当って、民間介護事業者や民間医師等の営業動機あるいは「優しい心情」が介在するため、介護認定が甘くなりがちとなっている。第一次認定については、包括支援センターが実施することによって、認定がかなり厳格になったが、医師・業界人を交えた第二次認定の段階で認定が重度化する傾向が目立っていた。このような問題を解消するため、2009年4月に介護認定基準が厳格化された。要介護者への給付削減を迫るケースもあり、受給者や事業者の反発が伝えられている。

介護保険財政の運営に当る市町村は「保険者」としての機能を、責任をもって果たすことが求められている¹³。市町村がその責任を果たさないと、高齢者に対する公正な給付の提供は不可能になることはもちろん、介護保険財政を健全に保てなくなり、国家の財政自治体の財政が圧迫されることとなる。

1) 逆選択防止策やモラルハザード対策を自ら実行すること

国民皆保険の社会保険については、逆選択は原則的には発生しないはずであるが、保険料納付促進を行う必要がある。また介護保険制度を利用して不当な利益を追求する業者や受給者に対する監視機構を設け、チェックする必要がある。市民・県民の教育と適正な介護度認定を実施することが最も重要であろう。

2) 効率的、安定的な事業運営

保険財政が悪化した場合、市町村財政が悪化し、自治体の高齢者住民の保険料負担が上昇するということを十分に認識し、自治体自身が効率的で適正な自主的経営判断を下す必要がある。具体的には適正な介護認定を実施し、施設整備計画を適正化し、必要な保険料の引上げ・介護報酬引き下げ等も地域の特性に合わせて実施する必要がある。極端な膨張政策は介護保険財政を破綻させるからである。

市町村が保険者機能を十分果たすためには、都道府県のサポートに加えて、保険者に相応しい権限が付与されねばならない。都道府県から市町村に対する権限委譲としては、

- 介護サービス事業者指定に市町村の意見を反映すること、
- 施設サービス事業者との間に利用定数を個別に契約すること、
- 給付の範囲や支出の規模を保険者がコントロールすること、
- 介護報酬の決定権限を認めること、
- 必要な介護サービス確保のための協議機関を設置すること、
- 地域密着型介護サービス（近隣の高齢者巡回介護サービス、徒歩圏内でのデイサービスや宿泊介護、グループホーム）は市町村が一定範囲で自由に価格設定すべきであることが確認されている。

(2) 家族の介護労働に対する評価

家族介護に対して、ドイツには介護保険給付限度額の2分の1相当の現金給付があるが日本には無い。介護保険制度が始まって以来、家族介護から業者による介護サービスの購入に急速にシフト、市場経由の介護需要が急増し介護保険財政が一気に窮迫したのである。

このような現象を厚生経済学では、「現物による再分配制度の非効率性とモラルハザード」と呼び、現金給付に比べて、「現物で支払われる福祉プランは特定の消費を非効率に拡大する傾向がある」とされる。現物によってのみ給付が行われ、他に給付を得る手段がないとすれば、提供

13 介護保険料格差は縮小しており、市町村の保険者機能が発揮されつつあることは評価できる。

されるサービスに対してそれほど強いニーズを持たない人も、その給付を受けたくなくなるからである。

1) 家族介護に対する現金給付

家族介護が介護保険制度上、極度に冷遇されていることから、家族による高齢者介護による家族の絆を弱める要因となっており、少子化を促進する要因にもなっていると見られる。最近、頻発している高齢者虐待の背景にも、家族介護に対する経済評価がなされていないという制度上の歪みが介在しているのではないかと。優れた介護施設が建設され、安い価格で介護サービスが受けられる状況が整えば整うほど、在宅介護に追われる人々の精神的苦痛は高まるのではないだろうか。

2) 施設介護と在宅介護における給付のバランス

特別養護老人ホームなどに入居者の待ち行列が発生している。これは施設の数が不足しているからだとされているが、実は「公的介護施設の利用料がサービスの質に比して割安」だからであろう。施設に入ることによって世帯分離ができて、高齢者の介護利用負担が軽減されるといった事実も仄聞される。

一方、在宅介護サービスは家族介護者が存在しないと利用不可能であり、介護サービス利用料以外に家族労働が求められる。この家族労働は経済評価されていない。在宅サービスの受給者の経済負担とバランスをとるためにも、入居費などの条件を見直す必要がある。「家族介護分も含めた介護サービス」の給付内容に見合った負担を求める方向で利用料の引上げを行うか、入居条件の客観化・厳格化が求められる。施設介護のサービス価格を適正化することによって、在宅介護ビジネスの条件設定も容易になり、経営内容が改善するので介護人材の確保にも役立つであろう。

既に一部の市町村では家族介護に現金給付を行っているが、国家全体でも採用することによって、広く家族介護による人材確保を図ることができる。家族介護の負担によって稼働の道を絶たれている人々を経済的に救済する意味もある。家族の絆を取り戻すことが可能となるので、少子化を抑制する政策としても機能する筈である。

(3) 「若年障害者に対する介護給付」

ドイツでは20歳以上全員が介護保険制度の被保険者となり、障害全般に対する給付を受けているが、日本では64歳未満の人々に対する介護給付は高齢性の障害に限定して給付を行っている。障害者に対する給付は障害者自立支援法に基づく障害者福祉制度によって対応している。したがって、介護保険の被保険者（65歳以上の高齢者が第1号被保険者、40～64歳までの人々が第2号被保険者）は40歳以上に限定されている。

日本は年齢範囲が限定されている分、介護保険財政は苦しい訳であるが、2005年度の介護保険法改正に当たって、「介護保険制度の加入者の幅を広げる」ことが法案議決の付帯条項となった。その後、障害者福祉の介護保険制度との統合に向け、支援費制度を経て、現在の障害者自立支援

法が生まれた。「応益負担原則」に立つ高齢者に対する介護保険制度との統合については、障害者側に強い拒否反応がある。応能負担原則に立つ障害者自立支援法改正案は成立が見送られたが、障害者家族の多くは応益負担原則から応能負担原則への方向転換を強く求めている。当面は障害者福祉の介護保険制度への統合は難しい状況にある。

(4) 利用者負担に差を設ける

長期的に見ると、高齢化が進むことは目に見えており、高齢化に伴って介護サービス利用者負担の引き上げは避けられないであろう。財政面からの要請以外に、利用者負担率引上げの根拠として以下の2点を挙げることができる。

- 1) サービスの質向上が求められるが、サービスの質を確保するには「利用者の厳しい目」が肝要である。利用者負担率を引き上げることによってサービスの利用者と供給者間の緊張関係が高まり、質向上へのインセンティブが強まること。
- 2) 他方、既に十分、権利意識を持っている介護サービスの利用者も多く、サービス提供者に対して現実離れした要求を突きつける利用者も多い。介護保険による給付がどれだけ高価なものか利用者の認識を得るためにも、適切な経費負担を利用者に求めることに意味がある。利用者の方も、不当な要求は厳に慎まねばならない。また、質の高いサービスについては高い介護報酬を設定するなどの対応も必要である。

一定以上の所得がある高齢者には、医療保険並みの負担率「3割」に引上げることを検討すべきである。これは単に医療保険制度とのバランスを改善するという目的のためだけで行うわけではない。利用率を3割まで引上げた場合、図-8の需要曲線は左下へ旋回し、(3割負担)と表記した右下がりの曲線にシフトすることとなる。均衡点は E_2 から E_1 に移り、一時的に介護サービス需要が減少する。介護サービス需要が減ることによって、介護保険財政が改善するので、介護報酬引き上げの余裕が生まれるのである。一時的には事業経営の収益悪化要因となる時期を乗り越える必要があるので、制度改正は徐々に行う必要がある。

(5) 介護事業者の事業統合・効率化努力と政府の支援

介護事業者の収支状況の2004年1月から07年1月まで3年間の動きを見て注目されるのは、介護事業所の一事業所あたりの利用人数、事業収入が大幅に減少していることである。収益性の低い事業者が高い賃金を保証することができるはずはない。

介護従事者の給与を引き上げるには、介護事業経営の効率化が大前提となる。

第1に、規模の利益を追求するという観点から、隣接業界である医療事業などを含めて、事業者の経営統合・多角化を進める必要がある¹⁴。非営利法人の合併促進のための政府の誘導政策が必要である。

14 医療・福祉複合体経営の推進については二木立が予ねて提唱するところである。

経営効率化を進めるためには従業員教育などを通じた労働生産性の引き上げによる経営改革が必要になる。

新設事業所の認可についても従来以上に厳格な基準を設けて望む必要がある。

介護事業者不足の状況からスタートしたこともあり、介護事業については参入障壁が低く、介護事業者数が要介護者数を上回るスピードで増加しており、個々の事業者の収益状況が悪化している。実質的介護報酬削減に対して人件費削減で苦境を乗り切ろうとした事業者も多い。一般労働市場は需給が逼迫する中で、賃金引下げを目の前にして介護労働の将来展望が描けなくなったことから、大量の離職を招いたのである。介護事業所の生産性の引き上げを考えると、市場への自由な参入を認めるのではなく、個々の事業所の生産性の引き上げに重点を置くべき時期が来たのではないか。

(おわりに) 少子高齢化社会における高齢者の役割

戦後のベビーブームが日本の人口構成に大きなバイアスを作った。2010年代には団塊の世代が高齢期に入り現役を退く、35年以降には団塊ジュニアが高齢期に入るため、我が国では高齢化現象を避けることはできない。国立社会保障人口問題研究所の推計では、55年には高齢者人口比率が40%を越す見込みである。

幸い少子化対策もようやく軌道に乗り、民主党が子ども手当の創設をマニフェストに掲げて次期政権の座を勝ち取った。しかし少子化対策が効果を発揮し、さらに実際に国家の経済力として生かされるまでには20年余の期間が必要である。2010年度から政府の目標通り、合計特殊出生率が1.7に到達したとしても、労働力化するのは30年代に入ってからである。高齢従属人口比率が低下し、人口構造が若返りを開始するのは早くも43年に入ってからである。これから30年以上に亘って、高齢者が現役世代以上のスピードで増え続けるのである。

高齢者は高齢者自身を支えることはもとより少子高齢化社会を現役世代とともに支える役割を担うこととなる。

第一に、老後生活のための貯蓄準備と社会保障給付の効率化が求められるので、自ら老後生活のための準備を怠らない心構えが必要になる。

第二に、若さを保つこと。高齢化によって平均年齢が上昇するので、従来は若い世代が務めてきた仕事も可能な限り高齢者が肩代わりする必要がある。

第三に、再生産労働に就く。労働力不足に対処し共働き家族が増えるので、家事という重要な再生産労働を高齢者に依存することになる。従来は家庭の主婦が担ってきた介護・保育などの再生産労働が急速に市場化されつつあるが、人材確保に苦しむ業界も増えるものと見られ、高齢者が多様な労働市場へ参画する機会が増えることが予想される。

(主要参考文献)

- 安宅川佳之 (2007) 「世代間対立時代の公共政策」『経済論集』2007.8, 日本福祉大学
- 安宅川佳之 (2006) 『シルバーファイナンス』日本福祉大学
- 犬塚なおみ (2008) 『少子高齢化社会における労働力確保 - 女性労働者の能力活用』, 日本福祉大学所蔵
- 医療経営白書編集委員会 『医療経営白書 2008 年度版』, 株式会社医療企画
- OECD (2005) 『国際比較：仕事と家族生活の両立』明石書店
- OECD (2007) 編著, 阿萬哲也訳 『世界の医療制度改革』明石書店
- 大淵寛, 阿藤誠編著 (2005) 『少子化の政策学』原書房
- 加藤久和 (2001) 『人口経済学入門』日本評論社
- 川上武, 小坂富美子 (1992) 『戦後医療史序説』勁草書房
- 企業年金連合会 (2008) 『企業年金に関する基礎資料』企業年金連合会
- 社会保障審議会年金部会 (2009) (『参考資料 - 平成 21 年財政検証関連 (1) 及び (2)』2009.5.26
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2006) 「日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計)」
www.a-lab.co.jp/research/population/01.html
- 国立社会保障・人口問題研究所編 (2006) 『超少子高齢・人口減少社会の課題：日本のあるべき姿を問う』,
国立社会保障・人口問題研究所
- コトリコフ, ローレンス・J. 著, 香西泰訳 (1993) 『世代の経済学』日本経済新聞社
- 清水時彦 (2009) 「年金積立金運用の基本的な考え方と基本ポートフォリオ」『年金と経済』Vol. 28, No. 3
- 人口減少社会を考える委員会提言(2005) 『個人の生活視点から少子化問題を考える』経済同友会
- スティグリッツ, ジョセフ E. 著 藪下史郎訳(2003) 『公共経済学・上』東洋経済新報社
- 高山憲之他編著(1996) 『高齢化社会の貯蓄と遺産相続』日本評論社
- 内閣府 (2008) 『少子化社会白書』平成 20 年版, ぎょうせい
- 内閣府 (2008) 『社会保障国民会議・最終報告』(参考資料) 2008.11.4
- 二木立, 田中滋 (2007) 『医療制度改革の国際比較』勁草書房
- 西沢和彦 「『社会保障審議会年金部会における議論の中間整理』における低年金・低所得に対する年金給
付見直し案の論点」『年金と経済』Vol. 28, No. 3
- 西村淳 (2007) 「非正規雇用労働の年金加入をめぐる問題」『海外社会保険研究』Spring2007 No. 158
- ヘルスケア総合政策研究所 (企画・制作) (2008) 『介護経営白書』2008 年度版, 株式会社日本医療企画
- 藤森克彦 (2007) 「イギリスの年金制度」『年金と経済』Vol. 26, No. 4
- 宮島洋 「年金制度および制度改革の諸課題」『年金と経済』Vol. 28, No. 3
- 渡辺由美子 (2009) 「米国における公的年金の資産運用について」『年金と経済』Vol. 28, No. 1
- Becker, Gary S. Fertility and The Economy, *Journal of Population Economics*, Vol.5, 1992,.
- EUROSTAT, "Women and men reconciling work and family life", 2002,
- ILO Year Book of Labor Statistics, 2008
- OECD Health Data, 2006