

公的介護システムの望ましい方向性

- マクロ経済面からの政策提言 -

調査部 研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
 2. 公的介護システムの必要性
 - (1) 介護政策に対する政府の対応
 - (2) 公的介護システムの必要性
 - (3) 小括
 3. 介護費用負担システムの中立性とサステナビリティ
 - (1) 介護保険料の負担構造
 - (2) 厚生省の介護費用の見通しの問題点
 - (3) マクロ経済に対する中立性
 - (4) 最適な負担率の試算
 4. 望ましい公的介護システムの方向性に関する提言
 - (1) 介護費用負担範囲の拡大
 - (2) 税金（消費税）方式の採用
 - (3) 介護者の社会的地位の確保
- 補論
- (1) 職業別・年齢階級別の消費関数について
 - (2) Bergstrom and Blomquistのモデル
 - (3) 海外事例

要 約

1. 高齢化の進行や家族形態の変化等を背景に、高齢者介護問題を家庭内の問題としてではなく、社会的な問題として考える必要性が高まっている。すでに2000年度からの公的介護保険の導入が決まっているが、その具体的内容が明らかになるにつれて、そのサステナビリティのみならず、マクロ経済的にも負の影響が懸念される事態が生じている。本稿では、とりわけ介護負担の問題に着目しつつ、社会保障の負担構造としてあるべき姿を提言する。

2. 高齢者介護に対する従来の政府の対応は、家族介護優先（家計負担）の原則によって行われてきた。もっとも、90年代に入ると、介護問題に対する積極的取り組みがみられるようになり、現時点では2000年度の公的介護保険制度の実施に向けて、介護体制の整備が急ピッチで進められている。

公的介護システムが必要とされる背景には、老後不安の増大という中長期的な要因に加えて、短期的な要因も働いている。具体的には、家族の介護負担の増大、医療保険制度の財政危機、女性に偏重した介護負担、等の問題が危機的状況に迫っており、家族介護中心の現状は、家計経済的にも国民経済的にも放置できない状況に達している。

3. 公的介護システムが円滑に運営されるためには、マクロ経済に対する中立性とシステムとしてのサステナビリティが不可欠である。そこで、これらの条件を満たす介護費用の負担構造を検討するために、介護費用に関する厚生省見通しの甘さを指摘したうえで、介護費用の負担方法がマクロ的な消費に与える影響を考察するとともに、サステナビリティを評価する目的から要介護者を抱えない一般世帯にとって最適な負担率を試算した。

まず、の介護費用については、厚生省は2000年度時点で4.3兆円と見積もっているが、要介護者全員に介護サービスを提供する場合には、7.7兆円に達するという試算がある。

次に、のマクロ経済的な影響については、負担対象を40歳以上に限定するという賦課方式は、対象を39歳以下にまで拡大するケースに比べて、消費支出に与える負の影響を通じて、マクロ経済成長の阻害要因になる。

最後に、の最適な負担率については、4%という結果が得られた。この水準は、被保険者の範囲が勤労者全員に拡大されたときに初めて達成可能なレベルである。

4. 以上の分析をもとに、望ましい公的介護システムの方向性について、以下の3点を提言する。

介護費用負担範囲の拡大

費用の負担範囲を全世界帯に拡大することは、介護システムの趣旨のみならず経済政策の観点から

も必要である。公的介護システムが被保険者を40歳以上に限定する理由として、厚生省は同年代において本人や老身の介護ニーズが高いことを指摘しているが、世代間連帯、社会的扶助の観点からはこのような理由は正当化することは難しい。

税金（消費税）方式の採用

公的介護が保険方式で行われる場合、あまねく全国民が受益可能という普遍性が達成されない。一方、保険方式の方が優位とされる効率性等についても、供給可能サービスの大幅な不足に加え、同じく保険方式を採用する公的年金保険や医療保険制度の行き詰まり等を考えると、保険方式による円滑な機能には疑問符がつく。むしろ、年金・医療制度を合わせて包含的に見直すことが急務であり、その際、消費税を財源とする税金方式の採用を志向すべきである。

介護者の社会的地位の確保

介護者が就業を継続しやすい環境を整備することが急務であり、具体的には介護休業法の徹底や介護者の社会保障の充実、現金給付の導入等が必要となる。

1. はじめに

高齢化の進行や家族形態の変化等を背景に、高齢者介護を社会的に負担する必要性が高まっている。このような状況下、政府はこれまでの家族介護優先路線を見直し、介護費用を国民全体で負担する公的介護保険の2000年度からの導入を決めた。

ところが、公的介護保険の具体的内容が固まるにつれて、このシステムが介護者のみならず要介護者を抱えない一般世帯等に対しても配慮が欠けていることが徐々に明らかになってきた。具体的には、被保険者および給付対象の年齢制限、介護サービスの現物への限定、介護者に対する社会保障スキームの欠如等がそれに当たる。こうした問題点を抱えながら、現状の構想通りに介護保険が導入された場合、単に第3の社会保障システムといわれる公的介護保険の頓挫が懸念されるだけでなく、消費へのダメージ等マクロ経済にも多大な影響を与えることが危惧される。

そこで本稿では、これらのなかでも費用負担構造のあり方に着目し、負担額とマクロ経済的效果の関係分析に基づいて、マクロ経済的により中立性が高く、かつシステムとしてのサステナビリティが優れている介護費用の負担スキームを提言することとしたい。

本稿の具体的な構成は、以下の通りである。

まず、第1ステップでは、介護政策に対する政府の過去の対応を振り返るとともに、介護が社会化されなければならなくなった背景

を整理する(第2章)。

続く第2ステップでは、マクロ経済に対して中立的かつサステナブルな介護費用の負担構造のあり方について検討する。具体的には3つのパートで構成されており、まず第1パートでは現行の公的介護保険の保険料負担構造を概観した後で、厚生省による介護費用の見通しの甘さを指摘する。第2パートでは、職業別・年齢階級別の消費関数推計を通じて、(被保険者を40歳以上に限定する)介護費用の負担方法がマクロ的な消費にどのような影響を与えるかについて検討する。最後に第3パートでは、介護保険制度のシステムとしてのサステナビリティを評価する目的から、簡単なモデルを用いて勤労者にとっての最適な費用負担率を試算する(第3章)。

最後に第3ステップでは、わが国の公的介護システムにおける費用負担構造について、経済的中立性および制度としてのサステナビリティの観点から望ましいあり方について考察する(第4章)。

なお、補論(1)では職業別・年齢階級別の消費関数の推計、(2)では勤労者にとって最適な保険料負担率のモデル、(3)では海外における介護システムの比較検討を簡単にまとめた。

2. 公的介護システムの必要性

本章では、介護政策における政府の過去の対応を振り返るとともに、介護が社会的に行

われることの必然性について整理する。

(1) 介護政策に対する政府の対応

一般的に高齢者政策は、年金、医療、介護（福祉）の3本柱で構成されている。しかし、わが国の高齢者政策を振り返ると、年金や医療の充実に比べて介護の手薄さが際立っていた。すなわち、年金の分野では、国民皆年金の達成や給付額のスライド制等によって引退後の所得保障の充実に進んできた。また、医療の分野では、老人保健制度が創設され、相対的に所得の少ない高齢者の受診が可能になる等、健全な老後生活の保証と平均余命の延長に多大な貢献がみられた。ところが、介護の分野については、原則的には家族介護が優先される傾向が強く、公的介護サービスの利用は一部の高齢者に限られていた（注1）。

このように介護の分野のみに家族介護原則が適用されたのは、当時支配的であった「日本型社会福祉論」の「自助」重視の立場と適合していたことに加えて、第一次石油危機後の福祉政策の見直しのしわ寄せが、医療や年金と比べて福祉制度として確立していなかった介護分野に集中したためと考えられる（注2）。例えば、高度成長期がピークを迎える1973年には、年金については給付水準の大幅な引き上げ（いわゆる5万円年金）と物価スライド制の導入、医療については老人医療費の無料化が達成された一方で、介護について

はようやく特別養護老人ホームの整備が着手される段階にとどまっていた。さらに、その後の経済成長の大幅鈍化を背景に政府の高福祉政策が頓挫すると、介護分野における政府の対応は施設収容能力の拡大程度にとどめられ、在宅介護支援システムについてはほとんど手付かずの状態が続いた（注3）。

80年代に入っても、この家族介護優先の原則は臨調「行革」路線によって引き継がれた。社会保障・社会福祉支出の抑制・削減政策のもとで、寝たきりや痴呆症の高齢者の問題に対しては有効な施策が講じられない状況が続くことになった（注4）。

このような状況下、89年末にようやく介護問題が政策課題として本格的に取り上げられるようになった。具体的には、89年4月に導入された消費税に対する国民の反発等によって、同年7月の参議院選挙で自民党が大敗したのに対応して、同年12月に「消費税の見直しに関する基本方針」が策定された（注5）。このなかで、益税や逆進性の問題とならんで、消費税が高齢化社会に備えるとの名目で導入されながら、福祉に対する支出措置がなされなかったことへの批判に対して、「高齢化に対応した公共福祉サービスの充実」の一環としての「高齢者保健福祉推進10か年戦略」が提起された。これが同年末に政府が公表した「高齢者保健福祉推進10か年戦略」（いわゆるゴールドプラン）のベースとなっている。

その後、予想以上の急ピッチで展開した高

齢化に対する国民の関心の高まりや自民党単独政権の崩壊等を背景に、わが国の介護政策は急スピードで展開されることになった(注6)。具体的には、94年4月には「21世紀福祉ビジョン - 少子・高齢社会に向けて」(高齢社会福祉ビジョン懇談会)、同年9月には「社会保障将来像委員会第2次報告」(社会保障制度審議会)、さらに同年12月には「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(高齢者介護・自立支援システム研究会。以下、システム研究会報告)が矢継ぎ早に公表され、高齢者介護の社会的保障の必要性が唱えられるとともに、介護の公的保障を保険方式で実施することが提案された。なかでもシステム研究会報告は、新介護システムの基本理念として、予防とリハビリテーションの重視、高齢者自身による選択、在宅ケアの推進、利用者本位のサービス提供、社会連帯による支え合い、介護基盤の整備、重層的で効率的なシステムの7つを掲げており、2000年度に導入される公的介護保険のバックボーンとなっている(公的介護保険の概要については、飛田[1997]を参照のこと)。

これらを受けて現在では、「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直しについて」(新ゴールドプラン、94年12月)に基づいて介護サービスの供給体制の拡充が進められるとともに、厚生省内に設置された高齢者介護対策本部(97年12月に介護保険制度実施推進本部に改組)が中心となって、2000年度の公的介護保

険の実施に向けて体制整備が図られている。

- (注1) 例えばホームヘルパー(家庭奉仕員)の派遣に試してみると、76年の厚生省社会局通知「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」に添付された「老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱」では、ヘルパーの無料派遣の対象は「老衰、心身の障害傷病等の理由により臥床している等日常生活を営むのに支障があるおおむね65歳以上の低所得者であって、養護者の得られない場合」とされており、低所得で家族のなかに介護者がいない場合に限られていた。また、老人介護人派遣事業(71年創設、82年に老人家庭奉仕員制度に一元化)についても、「一時的に疾病等により日常生活を営むのに支障があるおおむね65歳以上の低所得者であって、介護を行う者が得られないもの」が派遣の対象とされていた。その後、派遣事業の有料化に伴って低所得要件ははずされたものの、家族介護要件については、表現を少し変えただけで残されている(里見[1998])。
- (注2) この時期に福祉社会構築が標榜された背景には、50年代後半から60年代にかけての経済成長至上主義の歪みが表面化したことが指摘される。1972年度の経済白書は、「経済規模の拡大に重点をおいた成長の時代から、今や日本経済は高福祉をきずきあげるための成長の時代を迎えている」として、経済成長の中身としてマイナスの福祉を伴わない成長が重要視されるべきと主張している。
- (注3) ちなみに、特別養護老人ホームの定員数は72年の2万183人から80年には8万385人と約4倍に拡大したのに対して、老人家庭奉仕員(ホームヘルパー)数は72年度の6,233人から80年度の9,709人と約1.6倍の増加にとどまっている。
- (注4) 政府の福祉政策軽視の例として、社会福祉施設措置費における国庫負担率の推移をみると、従来の10分の8から85年度には10分の7へ引き下げられた後、86～88年度の3年間は暫定的ながらも10分の5へとさらに引き下げられた。その後、89年度以降は10分の5で恒久化されている。
- (注5) もっとも、里見[1998]によると、これは貧困な福祉政策に対する国民の不満を酌みしたためではなく、90年2月に実施された総選挙に向けての政府与党・自民党の選挙対策の1つとされたためであった。
- (注6) これに加えて、消費税率引き上げのための環境整備のために、介護サービスの充実が進められているとの指摘もある。

(2) 公的介護システムの必要性

前述のシステム研究会報告は、公的な介護システムの確立が必要とされる理由として、介護問題がもはや国民的な課題であることを挙げている。すなわち、従来の家族制度が形骸化し、高齢化が急速に進展するもとの、介護問題は老後生活における最大の不安要因となっており、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるようなシステム」を早急に構築することが不可欠であるとしている。

もっとも、介護が社会化される必要性が高まっている背景には、介護に対する老後不安という中長期的な要因の他に、以下の切迫した要因が作用しているものと考えられる。

(1) 家族の介護負担の増大

第1は、家族の介護負担の増大である。

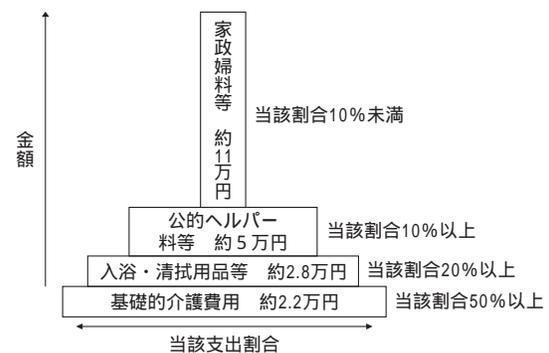
前述の通り、従来の介護政策は私的財源による在宅介護、すなわち家族介護を優先していた。このため、施設へ入所できる高齢者は限られていたことに加えて、在宅介護支援サービスについても十分な体制は整っておらず、介護者の金銭的および身体的な負担は過重なものとなっていた（注7）。

まず金銭面については、施設介護の費用が月平均4～6万円程度であるのに対し、在宅介護の場合は同8万円と約2倍の水準になっている（データは東京都生活文化局〔1998〕による）。また、岩田等〔1997〕の調査によると、在宅介護の基礎的費用は月2.2万円と

比較的 low 水準であるが、これは病院自己負担、衛生雑貨類およびおむつ・パット等要介護者の生存上必要不可欠な支出であり、介護者の負担を軽減する性質のものではない。そこで、介護負担を軽減する支出についてみると、入浴・清拭用品等が同2.8万円、公的ヘルパー料等が同5万円、家政婦料等が同11万円であり、これらを単純に合計すると月20万円にも達する（図表1）。もっとも、これらの支出は介護者全員が負担可能なものではなく、介護者の財政状態に応じて重層的に積み重なる構造となっており、すべてを負担する介護者の割合は10%未満に限られている。

このように、在宅介護の費用は施設に比べて高額であり、要介護者を抱える家族の家計に多大な影響を与えている。すなわち、前述の東京都生活文化局〔1998〕によると、介護費用の財源については厚生年金（50.5%）、国民年金（31.0%）に続いて預貯金の取り崩しが30.0%とかなりの高水準になっており、

（図表1）介護費用構成図



（資料）岩田等〔1997〕

（注）当該支出割合は、当該項目に支出したと回答した世帯の割合。

「家計を圧迫している」と感じる者の割合は64.6%にも達している。

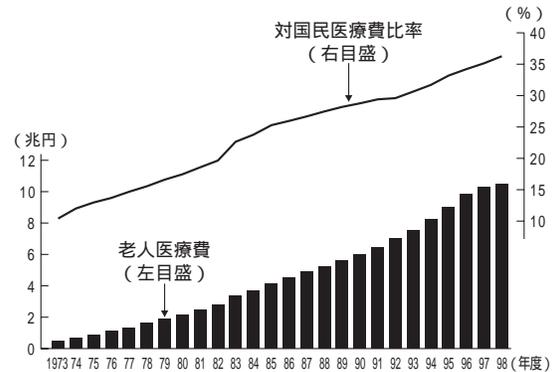
次に身体・精神面については、介護時間の長さが指摘できる。前述の岩田等[1997]の調査によると、在宅介護者の平均介護時間は1日平均約5時間25分で、このうちヘルパー等の介護時間は平均19分である。したがって、家族による介護時間は5時間6分となり、介護者は1日のうちの約5分の1を介護に費やさざるをえない状態となっている。さらに、介護の時間は要介護者の状態によって幅が大きく、最も重度な寝たきりのケースでは、平均6時間9分と一段と長くなっている。これらの場合は夜間に介護が必要なことも多く、介護者が身体的および精神的な苦痛を感じやすい環境となっている。

(D) 医療保険制度の財政危機

第2は、医療保険制度の財政危機である。すなわち、治療の必要がないにもかかわらず、受け入れ先がないために病院に収容されているという社会的入院が老人医療費を押し上げた結果、老人保健制度に対する拠出金負担が健康保険の財政を圧迫しているとの指摘がある。

そこで、老人医療費の動向をみると、70歳以上の者あるいは65歳以上で寝たきりの者を対象とする老人医療費は年々増加を続けており、98年度には10.4兆円と国民医療費全体の36%に達する見通しである(図表2)。このうち、入院の割合は約4割(96年度で43.5%)

(図表2) 老人医療費と対国民医療費比率の推移



(資料) 厚生省「老人医療事業年報(平成8年度)」等
(注) 1997年度は見込み値。98年度は予測値。

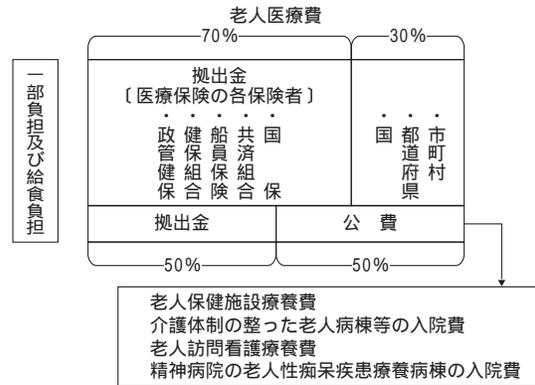
であり、入院患者の約半数以上を6カ月以上の長期入院患者が占めている(注8)。高齢者の入院患者に占める社会的入院の割合は明らかではないが、例えば「受け入れ条件が整えば退院可能」である者の割合は18.7%と約2割となっている。また、対象が一般病院であることに加えて、患者が高齢者に限定されていないため過小に評価される可能性が大きいものの、(社)日本看護協会の調査によると、3カ月以上の長期入院患者のうち、社会的入院による者は全体の16.3%、訪問看護があれば在宅療養が可能と思われる者は49.9%を占めている。

また、近年は社会的入院に加えて、老人保健施設を対象とする社会的入所の問題も指摘されている。すなわち、本来老人保健施設は、家庭復帰療養機能を持つ福祉施設であるにもかかわらず、退所後の経路をみると、家庭以外からの入所者の大半は社会福祉施設や医療機関へ退所しており、同施設が、受け入れ先

のない要介護高齢者の一時的な受け皿と化している可能性が大きい(図表3)。

このような老人医療費の増加によって、各健康保険者の拠出金負担が膨らんでいる。すなわち、老人保健制度の財源をみると、自己負担(診療費、薬剤費および食費等。診療費は1回500円で、1月につき5回目以降は無料)の割合は5.2%であり、残りの部分の7割(老人保健施設療養費等、介護の色合いの強い費用については5割)が国民健康保険や組合健康保険をはじめとする医療保険の各保険者からの拠出金によって賄われている(図表4)。この拠出金負担は老人医療費の増加に伴って拡大しており、保険者の経営が大きく圧迫されている。とりわけ深刻なのは、高

(図表4) 老人医療費の負担の状況



(資料) 厚生省「老人医療事業年報(平成8年度)」

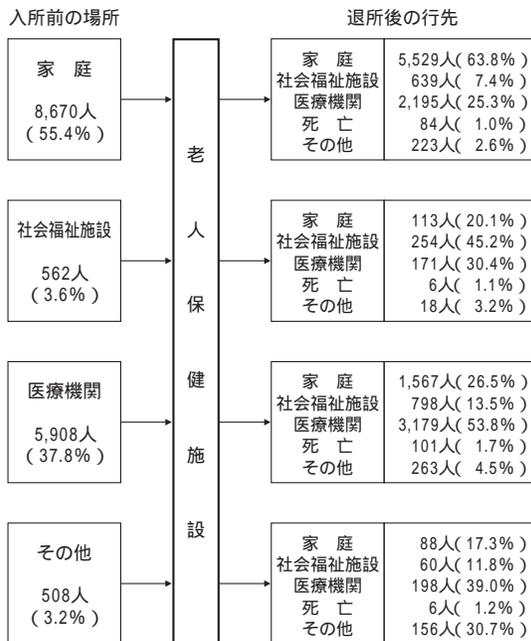
齢者の加入者数が相対的に多い国民健康保険(自営業者や農業従事者等によって構成)であり、96年度の単年度収支(速報値)は、この拠出金の急増(前年比8.6%増の1兆9,260億円で、支出全体の3割超を占める)によって前年から51億円赤字幅を拡大し、1,141億円の赤字となっている。

(II) 女性に偏重した介護負担

さらに、(I)の家族の介護負担の増大とも関連する問題として、介護負担の女性へのしわ寄せが指摘されている。

在宅介護の主な担い手が女性であることは、各種アンケート結果によって明らかにされている。例えば、高齢社会をよくする女性の会(以下、女性の会)[1998]では介護者のうち92.6%が、日本労働組合総連合会(以下、連合)[1995]では69.8%が女性であるとしている。さらに問題なのは、こうした介護負担の偏重が、介護者本人である女性の意志による部分は小さいとみられることである。なぜ

(図表3) 老人保健施設退所者の入退所の経路



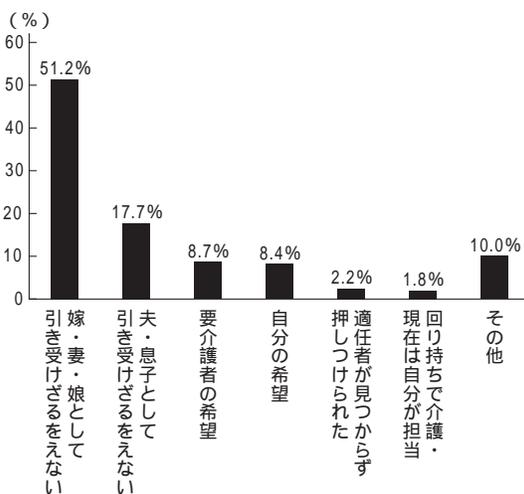
(資料) 厚生省「老人保健施設調査の概要(平成9年)」

なら、介護者となった理由をみると（連合 [1995]）、「嫁・妻・娘として引き受けざるを得ない」（51.2%）が「夫・息子として引き受けざるを得ない」（17.7%）や「要介護者の希望」（8.7%）を大幅に上回っており、嫁や妻であるがゆえに介護せざるをえない状況が浮き彫りになっているためである（図表5）。

このような介護負担の女性への偏重は、女性の生き方に与える影響が大きい。

まず、就業機会の制約を通じて専業主婦の地位に押しとどめる懸念が大きい。すなわち、現在要介護者を抱えている無職の介護者のうち、過去に就業経験のある者は約54%であるが、このうちの約4割が主な離職理由として介護を挙げている。また、仕事と介護を両立するとしても（約31%）、就業形態別にはパートが24.3%、自営業（農業を除く）が23.1%と比較的フレキシブルな形態が過半を

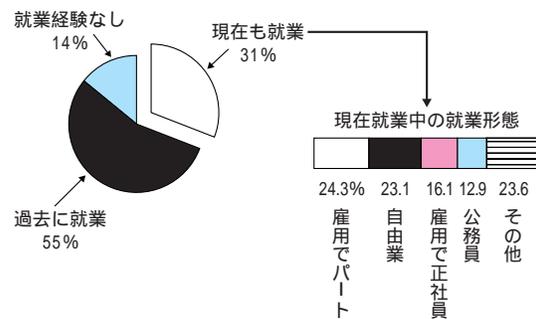
（図表5）主たる介護者になった理由



（資料）連合 [1995]

占めている一方で、正社員や公務員等勤務形態が比較的硬直的なものは約3割にとどまっており、介護が就業の自由度を大きく狭めている様子がうかがえる（図表6）。

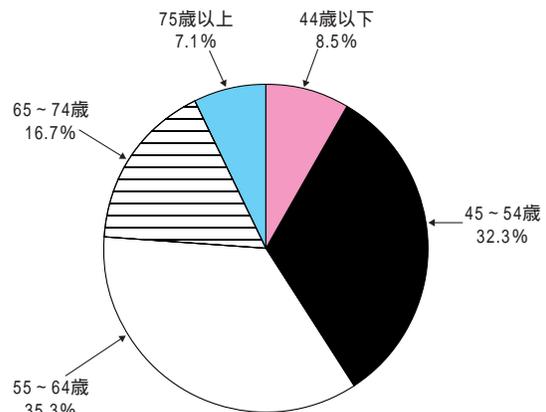
（図表6）介護者の就業経験と就業形態



（資料）女性の会 [1998]

なお、老老介護にみられるように介護者の大半は高齢者であるという意見もあるが、アンケート調査によるとそのような批判は当てはまらない。すなわち、女性の会 [1998] によると、実際に要介護者を介護している女性

（図表7）介護者（女性）の年齢構成



（資料）女性の会 [1998]

の年齢は55～64歳が35.3%、45～54歳が32.3%、44歳以下が8.5%となっており、54歳以下の現役世代が約4割を占めている(図表7)。

さらに、結婚に対する不安が膨張する結果、女性の独身志向を強めている可能性が指摘されている。すなわち、介護負担の深刻さが伝えられるなかで、介護対象人口の増加につながる結婚に二の足を踏むケースがみられる。

(注7) 施設に入所できるのは、寝たきりや痴呆等在宅での介護が困難な高齢者、あるいは病院・施設から在宅への過渡期としてリハビリ等の必要のある高齢者に限られていた。さらに、施設の収容能力は極めて低い水準であるため、高齢者が入所条件をクリアしている場合でも、1～2年程度の入所待ちは常態化している。ちなみに、94年における施設の定員率(定員数/65歳以上人口)は、特別養護老人ホームが1.2%、老人保健施設が0.6%にとどまっている。

(注8) 厚生省「平成5年患者調査の概況」によると、長期入院患者のうち70歳以上の患者の占める割合は、3カ月以上で48.8%(65歳以上は59.0%)、6カ月以上で56.2%(同57.5%)と約半分に達している。また、福祉施設と医療施設の中間的な存在である老人保健施設についてみても、3カ月以上の入所者が65.0%、6カ月以上が42.0%となっている。なお、老人保健施設の費用については、一部自己負担を除いた部分の半分が、各医療保険者からの拠出金によって賄われている。

(3) 小括

本章では、政府による本格的な高齢者介護政策の歴史の浅さを再認識するとともに、その結果もはや家族内ではカバーできない程度にまで介護問題が深刻化している状況を簡単に整理した。高齢者介護を社会的に行うべき要因として、従来の家族形態の崩壊や高齢化を背景とする老後不安の増大という中長期的

な問題に加えて、短期的な問題として以下の3点が指摘できる。

家族の介護負担の増大

医療保険制度の財政危機

女性に偏重した介護負担

これらの問題は、介護者の身体的・精神的疲労の増大を通じて要介護者への虐待を招く、真に治療を必要とする高齢者に対して治療の機会を制限する等、個々の家庭内の亀裂を深刻化することに加えて、能力のある女性が就業を断念して介護に専念する結果、わが国経済に対しても多大な損失を与える懸念が大きい。さらに、将来的に労働力不足が見込まれるもとの、今後増えつづける要介護者のケアのために貴重な人材が家庭内に回帰する傾向が強まる場合には、その影響はより深刻なものになると予想される。

以上の認識に基づいて、次章では公的介護システムが円滑に運営されるための負担構造について分析を行う。

3. 介護費用負担システムの中立性とサステイナビリティ

本章では、介護費用の負担構造を、マクロ経済に対する中立性とサステイナビリティの観点から検討する。具体的には、まず第1段階として、新たな社会保険料として課されることになる介護保険料の負担構造について概観した後で、そのベースとなっている厚生省の介護費用見通しの甘さについて指摘する。

続いて第2段階として、マクロ経済に対する中立性をみるために、介護費用の負担方法がマクロ消費に与える影響を検討する。具体的には、負担対象を40歳以上に限定しないことの経済的効果を評価する。最後に第3段階として、システムとしてのサステナビリティを測るために、Bergstrom and Blomquist [1994] のモデルにしたがって、第2号被保険者の範囲を勤労者全員に拡大した場合（すなわち、被保険者は65歳以上の全国民と64歳以下の勤労者）において、要介護者を抱えない一般世帯についての最適な負担率を試算する（注9）。なお、第2、第3段階における分析では、各自に課される負担の形態は保険料に限定されない。すなわち、税金として負担される場合においても、同じ結果が導かれる。

（注9）本来このモデルは、託児所（デイケア）に対する政府の補助率と税収の関係を分析したものである。すなわち、母親は専業主婦となって家庭の中で子供を育てるか、あるいは子供をデイケアに預けて働きに出るか、という選択に直面しており、勤労所得から税金とデイケア費用を差し引いた残額が、家に留まる留保価値を上回る場合にのみ働くというセッティングになっている。本稿では、このデイケア部分を公的介護サービスに置き換えて分析を行う。

(1) 介護保険料の負担構造

公的介護保険の保険者は市町村および特別区（以下、市町村）、被保険者は65歳以上の全国民（第1号被保険者）と40～64歳の健康保険加入者（第2号被保険者）である。

最初に、保険料の徴収システムについてみると、被保険者の種類によって異なっている。まず第1号被保険者については、市町村が徴収することになっている。もっとも、被保険者のほとんどが何らかの公的年金を受給しているため、被保険者の便宜と保険者の負担軽減等の観点から、公的年金から保険料を特別徴収する仕組みが設けられている。具体的には、市町村から依頼を受けた年金保険者である社会保険庁と各共済組合が、支払うべき年金から各自の介護保険料を天引きするシステムが設けられている。ただし、この対象は、老齢基礎年金の受給者で、かつ受給額が政令で定める基準額（月額3万円程度）以上の者となっており、基準額未満の老齢年金受給者や無年金者については、市町村が直接徴収する。なお、特別徴収対象者は第1号被保険者全体の約7割程度と見込まれている。

一方、第2号被保険者については、保険料は各健康保険の保険者が健康保険料と一緒に代理徴収することになっている。

次に、保険料については、全体の介護保険の給付費や各市町村における給付内容等が決まらないと決定されないため、正式な決定は介護保険が実施される直前の各市町村の3月議会（2000年）になる見通しである。ただし、厚生省は95年価格での保険料を参考資料として試算しており、1人当たり月額2,500円前後としている（2000年時点における介護費用の総額4.3兆円から自己負担部分1割を除く

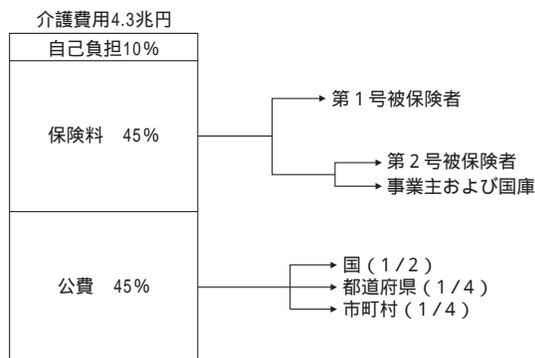
9割について、半分を公費によって賄うものとし、残り半分を40歳以上人口で均等に負担するという前提、図表8)。もっとも、実際に被保険者が負担する金額については、所得再分配の観点や事業主負担・国庫負担等により、個人によって大きく異なっている。

すなわち、まず第1号被保険者(65歳以上の高齢者)については、5段階の「所得段階別保険料」が採用される。また、国庫負担はなく、保険料は1人当たり月2,500円である。具体的に各段階の対象と保険料をみると、まず第1段階は、老齢福祉年金および生活保護受給中の者で、保険料は基準額の50%である。第2段階は、前年の所得について市町村が算定した市町村民税が、減免によらず課せられる者がいない世帯に属する者で、保険料は基準額の75%である。第3段階は、前年の所得について、市町村民税が減免によらず課せられない者で、基準額の保険料が適用される。第4段階は、地方税法第292条第1項第13号

に規定する金額(合計所得金額)が一定額未満の者で、保険料は基準額の125%である。最後に第5段階は、合計所得金額が一定額以上の者で、保険料は基準額の150%となる。なお、合計所得金額における一定額の具体値については、現状では決まっていない。

一方、第2号被保険者(40~64歳)については、各医療保険の保険者が徴収する。まず国民健康保険加入者については、国庫が半分負担することになっており、毎月の負担額は所得に関係なく月1,200円前後になる見通しである。一方、サラリーマンについては、事業主が半分負担することになっており(政府管掌保健の場合は国庫負担もあり)、所得に応じて保険料が設定される。ただし、年金や医療の場合と同様に、専業主婦の保険料は健康保険加入者本人(すなわちサラリーマン)が肩代わりすることになっているため、1人当たり負担額は国民健康保険に比べて大きくなっている。具体的には、大企業のサラリーマンの平均は月額1,700円前後、中小企業の平均は同1,300円前後となる見通しである。

(図表8) 介護費用の負担構造



(資料) 日本総合研究所作成

(2) 厚生省の介護費用の見通しの問題点

前述の通り、2000年時点における介護費用の総額は4.3兆円(95年度価格)と見積もられている。もっとも、これは政府による介護サービスの整備目標である新ゴールドプランが達成された場合に発生する費用額であるため、本来は国庫が負担すべき金額である。つ

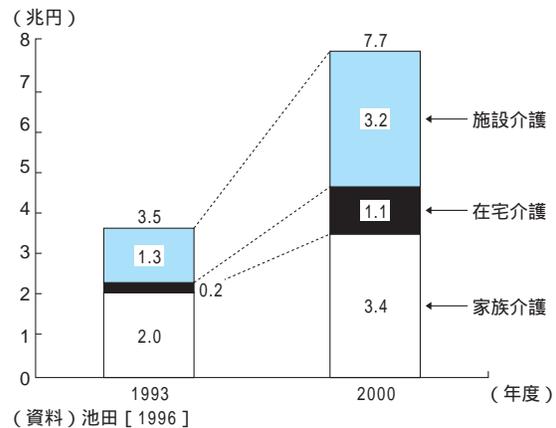
まり、公的介護保険の導入によって、本来は政府が負担すべき金額の一部が国民に回されることになる。具体的には、公的介護保険が導入された場合、2000年度の介護費用4.3兆円のうち利用者負担部分（約0.5兆円）を除いた残りの2分の1が保険料として徴収されるため、国民の直接的な負担は合計2.4兆円となる。一方、介護保険が導入されない場合（すなわち、現行制度が続いた場合）その大半は公費負担となるため、国民の直接的な負担は利用者負担部分にとどまる。したがって、両者の差額が新たな負担として国民に課されることになる（注10）。

さらに、この4.3兆円は2000年度において見込まれる介護需要を基に算出された値ではなく、要介護者全員に介護サービスを提供しようとする場合には、保険料の大幅な引き上げが必至となる。すなわち、池田[1996]によると、表面には現れない家族による介護費用は93年度では2兆円であり、介護費用総額（3.5兆円）の約6割を占めている（残りの1.5兆円の内訳は、在宅サービス0.2兆円、施設サービス1.3兆円）。さらに、新ゴールドプランが達成された場合でも、要介護者数の増加等によって家族介護費用は増大を続け、2000年度には3.4兆円に達すると見込まれる。この結果、2000年度の介護費用はトータルで7.7兆円（在宅1.1兆円、施設3.2兆円）となり、1人当たりの保険料は月4,400円と、現在想定されている金額の1.8倍となる（図表9）。

（注10）現行制度のもとでは、負担基準が各市町村によって異なるため、国全体の介護費用に対する利用者負担を算出することは困難である。もっとも、現行制度の利用者負担額を介護保険制度のそれと比べることにより、利用者の負担程度が小さいことが推察できる。

例えば特別養護老人ホームについてみると、現行ケースと公的介護保険のケースでは利用者負担額はほぼ同程度となっている。もっとも、現行制度では措置費の全額が公費で賄われているのに対して、介護保険制度では保険給付のうちの半分が40歳以上の被保険者からの保険料によって賄われており、公費による負担は残りの半分に収まっている。この結果、公的介護保険のケースの公費負担は現行制度のほぼ半分となっている。

（図表9）家族介護を含めた介護費用の推計



(3) マクロ経済に対する中立性

現在想定されている介護保険制度の被保険者の対象は、40歳以上に限定されている。このように偏った負担構造は、マクロ経済に対してどのような影響を与えるのであろうか。以下では、この問題について検討する。

(イ) 推計対象となる世帯

本節では、介護費用負担の影響を、年齢階

級別および職業の有無別にみるため、次の4タイプの世帯について消費関数の推計を試みる。第1は、費用を負担しないタイプであり、世帯主が39歳未満の勤労者世帯（以下、39歳未満世帯）を取り上げた。第2は、実際に費用を負担する現役世代タイプであり、世帯主が40～64歳の勤労者世帯（以下、40～64歳世帯）を採用した。第3は、費用を負担する高齢者のなかで勤労所得を得ているタイプであり、世帯主が65歳以上の勤労者世帯（以下、65歳以上世帯）とした。最後は、同じく費用を負担する高齢者ではあるが、所得を年金に依存するタイプであり、無職世帯を取り上げた。なお、年金世帯を無職世帯で代用したのは、世帯主が年金生活者である消費データが入手不可能なことに加えて、無職世帯の平均年齢が68.7歳と高齢であり、収入の大半を社会保障給付に頼っていることから、無職世帯を年金生活者とみなしても問題は少ないと考えたためである。

(ロ) 家計支出の動向

総務庁「家計調査（平成9年）」により、これら4タイプの世帯の支出動向を細かくみると、以下の通りである（図表10）。

まず、39歳以下世帯についてみると、消費支出の内訳では、住居に加えて余暇的色彩の強い交通・通信（自動車関係費）や教養・娯楽のウェイトが大きくなっており、同世帯の余暇志向の強さと、これらの項目に対して支出することができる家計の余裕をうかがうこ

（図表10）家計支出の内訳
（1997年）

	勤労者世帯			無職世帯
	～39歳	40～64歳	65歳～	
可処分所得(円)	434,580	531,642	416,148	228,408
消費性向(%)	68.9 (100.0)	72.9 (100.0)	76.0 (100.0)	111.5 (100.0)
食料	(22.3)	(22.3)	(23.0)	(25.2)
住居	(10.7)	(5.2)	(9.6)	(7.9)
光熱・水道	(6.0)	(5.8)	(6.3)	(7.2)
家具・家事用品	(3.6)	(3.5)	(3.8)	(4.0)
被服及び履物	(5.5)	(5.7)	(5.1)	(4.5)
保健医療	(3.7)	(2.6)	(4.0)	(4.7)
交通・通信	(14.0)	(10.9)	(9.0)	(8.0)
教育	(3.4)	(6.3)	(0.1)	(0.4)
教養・娯楽	(11.0)	(9.0)	(10.9)	(10.5)
その他	(19.8)	(28.8)	(28.1)	(27.6)
黒字率(%)	31.1 (100.0)	27.1 (100.0)	24.0 (100.0)	-11.5 (-100.0)
金融資産純増	(74.1)	(69.5)	(84.3)	(-124.7)
財産購入関連	(21.9)	(28.1)	(13.4)	(33.1)
繰越純増	(-0.8)	(-1.7)	(-1.1)	(-14.4)
その他	(4.8)	(4.2)	(3.4)	(6.0)

（資料）総務庁「家計調査年報」

（注1）財産購入関連は土地家屋借金純減と財産購入の合計。

（注2）消費性向の（ ）内は消費支出に対する割合、黒字率の（ ）内は黒字に対する割合。

とができる。一方、黒字の内訳については、金融資産純増が約4分の3を占めている。金融資産の中身を総務庁「貯蓄動向調査」で見ると、有価証券の割合が小さい一方で預貯金の割合が大きくなっており、資産運用において安定志向が強いことが分かる。なお、住居に対する支出割合が高いことについては、持ち家比率の低さが影響しているものと考えられる。

次に40～64歳世帯についてみると、消費支出の内訳については、その他と教育のウェイトが高くなっている。その他のなかでも仕送りの占める割合がもっとも大きく、同年齢層が大学生の子供をもつ世代に相当することを考えると、同世帯では教育関係の支出によって消費の自由度が狭められていることが推察

される。一方、黒字の内訳については、金融資産純増がもっとも大きいものの、家や土地の購入に関する財産購入関連が相対的に高くなっている。このようにみると、40～64歳世帯では、教育関連支出と住宅ローン返済の負担が大きいため、消費支出における余裕度が相対的に小さくなっていると推察される。

65歳以上の勤労者世帯について、まず消費支出の内訳をみると、交通・通信、教育費およびその他を除くと39歳未満世帯とほぼ同様の構成となっている。その他のなかではこづかいと交際費の占める割合が大きくなっていることから、39歳以下と同様に余暇を楽しむ一方で、自動車関係費や教育費等で浮いた分を社交費用にまわしているものと考えられる。一方、黒字の内訳では金融資産純増が高くなっている。もっとも、貯蓄残高の内訳では有価証券の割合が大きく、39歳以下と対照的にリスク選好的であることが分かる。

最後に、無職世帯は消費性向が100%を超えており、貯蓄を取り崩して生活していることが分かる。消費支出の内訳を勤労者世帯と比べると、食料、光熱・水道、保健医療等生活必需的な性格の支出のウェイトが大きくなっている。また、その他の割合も39歳世帯と比べると大きくなっているが、65歳以上世帯と比較すると絶対額が約2万円少ない(8.9万円に対して7万円)ことに加えて、通常は生活の余裕から生じるこづかいの占める割合が小さいことを考えると、その他の比率が高

くなっているのは、分子の金額が大きいためではなく、分母の消費支出自体が少額であるためと考えられる。

(Ⅷ) 世代別消費関数の推計

次に、C-CAPM(消費に基づく資本資産価格モデル)に基づいて、年齢階級別の勤労者世帯および無職世帯の消費関数を推計する。具体的な推計式は以下の(1)式の通りであり、GMM(一般化積率法)によって推計を行った(注11、12)。なお、この推計式の導出方法、各変数のノーターションおよび単位根検定は、補論(1)-(Ⅳ)～(Ⅷ)において記述されている。また、推計期間は66～97年の32年間であり、年次データで推計した。

$$E_t \left[(c_{t+1}/c_t) \cdot (1+r_{t+1}) \right] = 1 \quad (1)$$

$$0 < \beta < 1, \quad \gamma > 0$$

ただし、

β : 主観的割引率,

c_t : t期における実質消費支出,

γ : 相対的危険回避度,

r_t : t期における実質資産収益率,

$E_t[\cdot]$: 時点tにおいて利用可能な情報に基づく条件付き期待値演算子。

この(1)式の直観的な意味は、家計は生涯の期待効用の現在価値を最大化するように、各期の消費と資産の流列 $\{c_t, a_{t+1}\}$ を決定しており、その配分は 実質資産収益率、主観的割引率、相対的危険回避度、の3つの要因によって影響を受けるというものである。

このうち、 α は選好パラメーターと呼ばれ、家計の選好パターンを表す。なお、家計が最適な消費行動を行っている場合には、家計は各期の消費を平滑化することが知られている (Romer [1998] 注13)。

推計結果は図表11の通りであり、世帯主が40歳以上の世帯は、39歳以下に比べて将来の不安が大きい、40歳以上の勤労者世帯は消費の時間的変動をいとわないのに対し、39歳以下の勤労者世帯と無職世帯は危険回避的、すなわち消費の時間的変動をいと、の2点に要約される (推計結果の詳細とその解釈は補論(1) - (2)を参照)。

(2) 推計結果より得られるインプリケーション

この分析結果をもとに、マクロ消費への影響を検討すると、現行の費用負担方式は、マクロ的にみて消費に与えるダメージをより大きくする危険性が高い。

すなわち、世帯主が40歳以上の勤労者世帯は、39歳以下に比べて将来に対する不安が大

きいことに加えて、消費水準の時間的変動をいとわない。このため、費用の負担が新たに課された場合には、可処分所得の減少による生涯効用の低下を回避するために将来の備えを充実しようとする (すなわち貯蓄に励む) 結果、現在の消費水準が大きく落ち込む懸念が大きい。

また、無職世帯についても、将来不安が39歳以下世帯に比べると大きいことに加えて、そもそも貯蓄を取り崩して生活していることを考えると、費用負担による消費へのマイナスの影響は避けられないと考えられる。

一方、39歳以下の勤労者世帯は、将来に対する不安が相対的に小さいことに加えて、消費水準を時間を通じて一定に保とうとする傾向が強い。このため、仮に新たに介護費用の負担が課されたとしても、現在の消費水準をなるべく保とうとすることが期待される。教育関係支出や住宅ローン返済等の負担が比較的小さく、消費に対する自由度が高いことを考えても、この世帯の消費水準が大幅に落ち込む懸念は小さい。

このようにみると、保険料負担の対象を若年世帯にまで拡大し、40歳以上に課される負担額を軽減するとともに、39歳以下に対しても費用負担を求めた方が、消費支出全体に与える影響がより小さいという結論が得られる。

(図表11) 推計結果

			²	P値	自由度
39歳以下	1.022 (0.059)	6.529 (3.149)	1.987	0.575	3
40~64歳	0.904 (0.071)	0.297 (2.474)	2.401	0.493	3
65歳以上	0.885 (0.039)	0.218 (0.730)	3.054	0.383	3
無職	0.965 (0.024)	2.195 (0.644)	2.978	0.395	3

(注1) 推計値の下段 () 内は標準誤差。

(注2) 残差の条件付き分散不均一を考慮。

(注3) 自己相関項の数はすべて2。

(注4) 操作変数は、実質消費増加率および実質資産収益率とともに2。

(注11) 一般に、オイラー方程式 (異時点間の最適化問題を解いた結果得られる1階の条件) を推計する際には、GMM (一般化積率法) が用いられる。これは、

誤差項の構造に関して、正規性や均一性等の仮定を置く必要がないためである。

(注12) この消費関数は、次式で表されるように相対的危険回避度一定の効用関数を前提としている。

$$u(c_t) = (c_t^{1-\sigma} - 1) / (1-\sigma)$$

(注13) これは、効用関数の形状が凸型であることから理解可能である。すなわち、仮に将来の消費が現在に比べて多いことを家計が予測している場合、現在の消費の限界効用は将来に比べて大きくなる。したがって、家計は現在の消費を増やすことによって、生涯の期待効用を増やすことが可能となり、最終的には消費水準は平滑化されることになる。

(4) 最適な負担率の試算

第2章でみた通り、介護者の大半は女性であり、このうち約4割が54歳以下の現役世代に相当する。したがって、介護保険の実施によって介護者の負担が大幅に軽減されるようになると、これまで介護に専念していた女性が外に働きに出ることが見込まれる。本節では、このような女性の労働市場参入に伴う税収の増加を考慮し、公的介護保険の恩恵を受けない一般世帯にとって最低となる負担率を試算する。なお、繰り返しにはなるが、この分析において、負担の形態は保険料であるか税金であるかは、本質的な問題ではない。すなわち、所得のうち何%が公的介護システムのために徴収されるかが重要である。

(1) モデルの説明

このモデルでは、女性には要介護者を抱える者と抱えない者とがあり、彼女達の勤労所得 y は同一ではなく、密度関数 $f(y)$ のパレート分布 (Pareto distribution) に従っているものと仮定されている。要介護者を抱え

る女性は、要介護者1人当たり単位コスト b を支払って公的介護サービスを利用し、外に働きに出ることができる。もっとも、彼女達がそうするのは、公的介護サービスに対する実費を支払った後の勤労所得が、家に留まることの留保価値を上回るときのみである。したがって、彼女達が外で働く条件は、勤労所得にかかる税率(公的介護システム等の社会保障負担も含む)を τ 、介護サービスに対する政府の補助率を α とすると、 $y(1-\tau) - (b - \alpha y)$ で表される。

以上の前提のもとで、要介護者を抱えない世帯にとって最適な負担率(所得税率) τ^* をとすると、これは以下の(2)式を満たすことが必要である(詳しくは補論(2)参照)。なお、右肩の*は、最適な状態にあることを表す。

$$\tau^* = \frac{b + \alpha y^*}{y^* + \alpha y^* - 1} (1 + b) \quad (2)$$

ただし、

α : 政府からの補助率(要介護者1人当たり)

$$\tau^* = \tau(y^*) = y^* f(y^*) / G(y^*),$$

y : 女性の勤労所得,

なお、 $f(y)$ は勤労所得の密度関数,

$G(y)$ は所得が y 以上の女性の数で

$$G(y) = \int_y^\infty f(\cdot) d\cdot,$$

τ : 所得税率(負担率),

b : 家にとどまることの留保価値,

b : 公的介護サービスの単位費用 (要介護者 1 人当たり).

(D) 試算結果

前項の(2)式にわが国の状況をあてはめることによって、要介護者を抱えない世帯にとって最適な負担率を求めてみる。

まず、勤労所得にかかる所得税率 α (社会保障分を含む)は、所得税10%、住民税10%、消費税5%、各種社会保障負担約27% (企業負担分を含む)の計約52%であり、これに介護保険負担 $X\%$ が加わる結果、 $(X + 52)\%$ となる。次に、 α については、工業化された経済では1.9~2.1の間で比較的一定であることが既に知られているため (Clark [1951])、2で一定と仮定する。については、経済企画庁「無償労働の貨幣評価」より年303万円 (96年の生活データを基にした専業主婦の家事労働評価額)、一方要介護者1人当たり介護費用 b については、トータルの費用7.7兆円 (池田 [1996]) を要介護者数270万人で割ることにより、約285万円とした。最後に、介護サービスに対する公的補助率 β は0.9とする。すると、勤労所得にかかる所得税率は56%と算出され、介護保険に関する最適な負担 $X\%$ は4%という結論が導かれる。

これを、第1号被保険者の第3段階 (負担額が標準保険料と同額のケース) についてみると、まず2000年度の介護費用が7.7兆円の場合、負担率は約4.4%と算出される (注14)。最適水準を若干上回るものの、介護休業法の

徹底や介護者の休職中の社会保障の充実等によって介護者の就業が一段と促進される場合には、4%まで低下可能な範囲内である。

一方、2000年度における介護費用を厚生省の見通し通り4.3兆円とすると、税金や各種社会保障負担を含めたトータルの最適負担率は49%となり、要介護者を抱えない被保険者にとって最適な負担率はマイナス (3%) と試算される。このことは、要介護者を抱えない被保険者の拒否反応と捉えることができる。すなわち、総額4.3兆円規模のサービスでは介護者の就業を促進するには不十分であり、要介護者を抱えない被保険者の負担感のみが一段と高まることを意味している。このようにみると、厚生省の見通しをベースに公的介護体制が運営された場合、このシステムに対する国民の信頼が喪失する結果、早々にも抜本的な見直しを迫られる懸念が大きい。

以上の分析結果を踏まえると、介護者である女性の就業を促進するためには、介護需要のすべてを社会的にカバーすることが不可欠であり、その費用負担は、賦課対象を広げることによって広く浅く求めることが必要であるとの結論が得られる。

(注14) この計算方法は、以下の通り。

まず、賦課対象の拡大 (20歳以上の全国民を対象を拡大) によって、1人当たり負担額は月2,900円にまで低下することが見込まれる。一方、第1号被保険者の第3段階の年収は、夫婦2人のケースで約157万円と算出される。この結果、夫婦2人の負担額の年収に対する比率は約4.4%と計算される。

4. 望ましい公的介護システムの方向性に関する提言

本稿は、高齢者介護が社会的に行われることの必要性を認識したうえで、公的介護体制が国民の信頼を得て安定的に機能するためには、どのようなシステムが望ましいかを出発点としている。そして、費用負担構造、給付内容、介護者の社会保障等、施行を1年余後に控えた公的介護制度において懸念される問題のなかで費用負担構造を取り上げ、経済的中立性および制度としてのサステナビリティの観点から検討を進めてきた。

以上の分析をもとに、費用負担構造を中心に望ましい公的介護システムについて考察すると、以下の通りである。

(1) 介護費用負担範囲の拡大

第1は、介護費用負担の範囲を40歳以上に限定するのではなく、全世帯に拡大することが求められる。これは、介護システムの趣旨からも経済政策の観点からも正当化される。

まず、介護システムの趣旨からは、介護リスクを国民全体で共有することが求められる（注15）。すなわち、世代間連帯、社会的扶助の観念である。なお、対象を40歳以上とすることを決めた「介護保険制度案大綱と答申」（老人保健福祉審議会会長あて厚生大臣諮問、96年6月）では、その理由として中高年期においても老化に伴う介護ニーズがある、40歳以上になると一般に老親の介護が必要と

なり、介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まる、の2点を挙げているが、世代間連帯、社会的扶助の観点からは、自身の介護ニーズや老親の介護負担という理由はあまりにも近視眼的すぎるといわざるをえない。

一方、経済政策の観点からは、景気に対する影響を軽微にとどめることが期待される。すなわち、第3章で検討した通り、40歳以上の世帯は将来不安が大きく、新たな費用負担によって消費水準を引き下げる懸念が大きい。これに対して、39歳以下の世帯は将来に対する不安が小さいことに加えて、家計の余裕もみられることから、仮に新たな負担が課されたとしても、消費が受けるダメージは40歳以上に比べて小さいことが見込まれる。したがって、40歳以上の負担を軽減し、その分を39歳以下に回すことにより、マクロの消費の落ち込みを軽微にとどめることが期待される。

ちなみに、費用負担の範囲を20歳以上に拡大した場合、2000年度における1人当たりの負担額は月2,900円となり、40歳以上で負担する場合と比べて約6割の水準となる（介護費用の総額は7.7兆円と想定、図表12）。また、世論調査によると、介護保険の創設に対して39歳以下の約7割が賛成、保険料負担については約6割が20歳以上で負担すべきと答えており、介護の社会化について若年層の間でも暗黙の合意が存在しているように思われる。

（注15）介護保険法案第4条第2項では、「国民は、共同

連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする」とされている。

(図表12) 介護費用と負担額の関係

介護費用	7.7兆円	4.3兆円
1人当たり負担額 負担対象が 40歳以上	4,400円 (6.7%)	2,500円 (3.8%)
20歳以上	2,900円 (4.4%)	1,600円 (2.4%)
全国民	2,300円 (3.5%)	1,300円 (2.0%)

厚生省案

(資料) 日本総合研究所作成

(注1) 1人当たり負担額は、月額。

(注2) 1人当たり負担額の下段()内は、所得に対する比率。ただし、対象は世帯主が第1号被保険者の第3段階で、65歳以上の配偶者がいる世帯。

(2) 税金(消費税)方式の採用

第2は、介護システムの財政システムについて、保険方式から税金(消費税)方式への転換を検討する必要がある。

わが国において保険方式が採用された要因としては、税金を財源とする現行の措置・措置費制度に対する批判が大きいことに加えて、

要介護状態となるリスクを分かち合う(リスクの共同化)という公的介護システムの趣旨になじむ、保険料を負担する見返りとして受給の権利性を意識することができる(現行の措置・措置費制度では、利用者の権利性や選択性等が保障されていない)、他の高齢者政策である年金と医療と財源が同じ保険料であるため、これらとの連携強化を図ることができる(効率性)等が指摘されている。

確かに、自分や家族が要介護状態になるというリスクは、交通事故や火災のように事前に予測することが不可能であるため、介護費

用を私的に負担する場合には、介護は任意保険に適した分野であるといえる。もっとも、介護負担が国民的問題となっており、介護費用を社会的に負担することが必要な状況下で保険方式を採用する場合には、あまねく国民が受益可能という、社会保障の政策理念である普遍性が阻害されるのみならず、きちんと保険料を納めている納付者の利害が損なわれる懸念が大きい。

すなわち、将来のリスクが確実な年金においても自発的な未納者が約1割いることを考えると、介護保険の未納率がこれを上回るとは必至であり、未納者に対しては最重度の寝たきりになった場合においても公的介護サービスは給付されない。また、これら未納者の存在は、介護保険の財源不足やモラル・ハザードの発生等を通じて、保険料の大幅な上昇や生活保護関連支出の増大等、納付者の負担をさらに重くする可能性が大きい(注16)。

さらに、保険方式採用の要因である権利性や効率性についても、その正当性が疑問視される。すなわち、権利性については、税金方式についても納税の事実が存在しているため、保険方式は必ずしも優位というわけではなく、対等とみて差し支えない。なお、現行の措置・措置費制度で権利性が確立していないのは、制度に問題があるためではなく、サービス供給量が大幅に不足しているためであり、仮に現状で保険方式が適用された場合においても、権利性が確保される

保証はない(注17)。また 効率性についても、現在の医療(老人保健)・年金制度は純粹な保険方式ではなく、税金が組み込まれた複雑な仕組みになっていることに加えて、中高所得者の負担感の高まりや専業主婦の保険料等が問題となっており、税金方式の転換を含めて抜本的な見直しが検討されていることが指摘できる。

このようにみると、公的介護システムの費用負担構造が保険方式で行われた場合には、見直しの時期に当たる2005年度において年金・医療制度と同様の議論が起こることは必至であり、事態が深刻化する前に両制度をあわせて包含的に検討することが求められる。その際、年金・医療と同様に消費税を財源とすることも検討されるべきである。ただし、この場合には益税や逆進性が問題となるため、インボイス方式の導入によって消費税の漏れを遮断するとともに、相続税を強化してその増収分を社会保障費に充てること等が必要となる。

なお、介護費用の財源を消費税とする場合の負担率は、介護費用総額が7.7兆円のケースで3.5%である(図表12)。これを前章第4節で算出した最適負担率(4%)と比べると、許容可能な範囲内とみなすことができる。したがって、消費税を財源とする場合においても、システムとしてのサステナビリティは確保されるとの結論が得られる。

(注16) 保険料の引き上げについては、介護保険は新しい

制度であり積立金が存在しないため、保険料収入の不足はそのまま保険料の引き上げにつながる。さらに、新たな負担増を嫌って保険料の未納が一段と増加する場合には、未納率の上昇と保険料の引き上げという悪循環が続く懸念が大きい。

(注17) 措置・措置費制度への批判としては、手続きが煩雑である、措置権者である市町村によってサービス内容が決定されるため、利用者の自由な選択ができない、利用者の負担が利用者間によって大きく異なる等が指摘されている。もっとも、については、厚生省の費用徴収基準に問題があり、税金方式に起因するものではないとする意見もある。すなわち、武田[1994]によると、現在の費用徴収基準は、措置費全額徴収を原則とする「リンク制」を採用(なお、福祉各法では措置費について「徴収できる」と規定しており、全額徴収は地方財政法での原則(職員人件費を料金として転嫁することを禁止)に違反)しているため、本人のみならず扶養義務者からも徴収するという制度的問題点を含んでいると指摘している。

(3) 介護者の社会的地位の確保

第3は、介護休業法の徹底や介護者の社会保障の充実、現金給付の導入等により、介護者が就業を継続しやすい環境を整備するとともに、介護が社会的な仕事であるという認識を高めることが求められる。

わが国では、99年度から介護休業法が施行されることになっており、配偶者や両親が要介護状態になった場合には、雇用者は3カ月以内の範囲で介護休業を取得することが認められるようになる。もっとも、休業期間中の所得保障については規定されておらず、労使の話し合いによるものとされている。労働省「平成8年度女子雇用管理基本調査」によると、96年7月時点で介護休業を認めている企

業のうち、休業期間中の金銭支給を行っている割合は32.6%にとどまっている。さらに、毎月金銭支給をしている企業のうち、約半分は社会保険料負担分の所得保障にとどまっている。その後、雇用環境の厳しさが増していることを考えると、所得保障の内容が向上していることは期待薄であり、介護休業中の所得保障について、何等かの政策的な後押しが求められる。

また、介護者の社会保障についても、介護休業中の保険料を免除すること等によって、介護休業が就業者の将来の障害とならないよう配慮することが必要である。ちなみに、前述の労働省調査によると、介護休業中に社会保険料を企業が負担するケースは介護休業制度を持つ企業の約5%に過ぎず、それ以外のケースでは雇用者本人が自己負担（あるいは企業から支払われた金銭の流用）することになっている。

さらに、現金給付の導入についても、改めて導入の方向で検討することが求められる。公的介護保険の構想段階で現金給付が認められなかった要因としては、必ずしも適切な介護に結び付くとは限らない、家族介護が固定化する懸念がある、等が指摘されている。もっとも、介護が社会的な仕事であることを考えると、介護を職業としている者に対しては報酬が支払われ、職業としていない者に対しては支払われないという矛盾が生じることになる。さらに、公的な介護サービスが要介護

者にとってなじめない場合には、不快な思いをして介護給付を受けるか、あるいは一切給付を受けないかの極端な選択となり、特に痴呆等によって判断が困難な高齢者にとっては適切な選択は不可能に近い。多様な選択肢を提供するという意味においても、現金給付の導入が求められる。なお、現金給付では財政的に問題があるという反論には、ドイツのように現金給付の水準を現物給付の約半分程度に抑える等の方策が考えられる（海外の介護システムについては、補論(3)を参照）。

最後に、介護費用の負担システムとは直接的な関係はないが、介護サービスの質の向上とコスト削減を図る観点から、介護市場への民間事業者の参入を積極的に進めることが求められる。指定業者の特定化は、サービスの品質を保証する効果は期待できるものの、市場構造を非効率化する懸念が大きいことに加えて、官民癒着の温床となる危険性が高い。一方、民間事業者に対して門戸が広く開けられる場合には、非効率で劣悪なサービスを提供する業者は競争を通じて市場から淘汰されるため、価格の一段の低下と品質の一層の向上が期待される。

(98.10.23)

(E-mail : tobita@ird.jri.co.jp)

補論

(1) 職業別・年齢階級別の消費関数について

(1)C-CAPMによる消費関数の導出

家計は、限られた予算制約のもとで、生涯期待効用を最大にするように消費と資産の流列 $\{c_t, c_{t+1}\}$ を決定すると仮定する。ここで、生涯期待効用とは、現時点で与えられた情報を基にして将来得られるであろう効用の割引現在価値の和であり、 c_t は t 期における消費、 c_{t+1} は $t+1$ 期における期首時点の資産残高である。これを式に示すと、以下の通りである。

$$\max E_0 \left[\sum_{t=0}^{\infty} \beta^t u(c_t) \right] \quad (1-1)$$

$$\text{subject to } A_{t+1} + c_t = (1+r_t)A_t + y_t \quad (1-2)$$

なお、(1-2)式は家計が直面する予算制約であり、左辺は総支出を表している。一方、右辺については、 r_t は t 期における実質資産収益率、 y_t は t 期における勤労所得であり、総収入を表している。

ここで、ラグランジェ乗数 λ_t を用いて(1-2)式を(1-1)式に挿入することにより、以下のラグランジェ関数を設定する。

$$J = E_0 \left[\sum_{t=0}^{\infty} \beta^t \left\{ u(c_t) + \lambda_t \left[(1+r_t)A_t + y_t - A_{t+1} - c_t \right] \right\} \right] \quad (1-3)$$

(1-3)式を c_t と A_{t+1} について微分し、最大化のための1階の条件を求めると、

$$u'(c_t) - \lambda_t = 0 \quad (1-4)$$

$$-\lambda_t + E_t \left[\lambda_{t+1} (1+r_{t+1}) \right] = 0 \quad (1-5)$$

(1-4)式を(1-5)式に代入して整理すると

$$u'(c_t) = E_t \left[u'(c_{t+1}) (1+r_{t+1}) \right] \quad (1-6)$$

または

$$E_t \left[u'(c_{t+1}) / u'(c_t) (1+r_{t+1}) \right] = 1 \quad (1-7)$$

これが、消費者の効用最大化問題から得られる最適化条件としてのオイラー方程式である。この直観的意味は、家計が t 期の消費を1単位減らし、この分を1期間だけ貯蓄に回して翌期 ($t+1$ 期) にその収益分を消費する場合、家計が最適化行動を採っているもとでは、この消費経路変更による生涯効用水準への限界的効果はゼロである。この関係は、(1-7)式を変形すると明らかである。すなわち、

$$u'(c_t) = E_t \left[u'(c_{t+1}) (1+r_{t+1}) \right] \quad (1-8)$$

となり、左辺は t 期の消費における限界効用、一方右辺は $t+1$ 期の消費における限界効用である。

ここで、効用関数が相対的危険回避度一定であると仮定する。

$$u'(c_t) = (c_t^{-\gamma} - 1) / (-\gamma), \quad \gamma > 0 \quad (1-9)$$

これを(1-7)式に代入すると、推計に用いられたオイラー方程式が導出される。

$$E_t \left[\left(c_{t+1} / c_t \right)^{-\gamma} (1+r_{t+1}) \right] = 1 \quad (1-10)$$

(Ⅱ)各変数のノテーション

実質消費支出

実質消費支出としては、1人当たりのデータを採用した。具体的には、総務庁「家計調査」の消費支出を消費者物価指数(除く帰属家賃)によって実質化したものを、世帯人員で割ることによって1人当たりのデータを算出した。なお、40～64歳世帯の消費支出と世帯人員は、5歳階級別のデータを世帯数分布(抽出率調整)によって統合した。

実質資産収益率

実質資産収益率は、(財)日本証券経済研究所「株式投資収益率 97」の第一部市場収益率を消費者物価指数(同)によって実質化したものを採用した。

主観的割引率

主観的割引率は、効用パラメーターのひとつであり、将来の効用を現在価値に割り引くときに用いられる割引率のことである。この値が大きい(小さい)ほど、将来効用が現在時点で大きく(小さく)評価されることになるため、将来に対する不安感が小さい(大きい)ことになる(注18)。

相対的危険回避度

相対的危険回避度とは、消費水準の時間的変動に対する躊躇の程度を表すパラメーターであり、主観的割引率と並んで消費者の選好パターンを表すパラメーターである。この値が小さいほど家計は変動をいとわなくなるので、家計はリスク好意的となる(注19)。

(Ⅲ)単位根検定

上記の消費関数をGMM推計する前に、各変数が(弱)定常性を満たしているかチェックする必要がある(羽森[1997])。そこで、4世帯の実質消費支出の増加率と実質資産収益率の5変数について、拡張加重対称(WS)検定およびフィリップス=ペロン(PP)検定による単位根検定を行った。

検定結果をみると、実質消費支出については、いずれの変数も両検定において単位根を持つという帰無仮説は5%以下の有意水準で棄却される(図表13)。また、実質資産収益率についても、WS検定の場合は単位根を持つという仮定が棄却される有意水準は15%以下と高めになっているものの、PP検定については5%以下の水準となっている。以上を要すると、これら5変数については、いずれも単位根を持たない(弱)定常データである

(図表13) 単位根検定の結果

変数	WS検定		PP検定	
	ラグ次数	検定統計量	ラグ次数	検定統計量
実質消費支出 39歳以下	2	3.654** (0.130E-01)	2	34.067*** (0.359E-02)
40～64歳	2	3.442** (0.242E-01)	4	37.622*** (0.163E-02)
65歳以上	3	5.260*** (0.108E-03)	5	44.749*** (0.325E-03)
無職	2	3.316** (0.348E-01)	2	46.271*** (0.229E-03)
実質資産収益率	2	2.872 (0.120)	3	22.360** (0.438E-01)

(注1) 検定統計量の下端()内はP値。

(注2) ***は各変数が単位根を持つという帰無仮説が、1%の有意水準のもとで、一方、**は5%の有意水準のもとで棄却されることを示す。

(注3) 実質消費支出は、増加率。

とみなすことができる。

(二)推計結果(図表11)

まず39歳以下世帯については、主観的割引率が1.02、相対的危険回避度が6.53となり、各々1%以下、5%以下の水準で有意との結果となった。なお、主観的割引率は割引率に適用される条件($0 < < 1$)を満たしていないようにみえるが、t検定の結果、1から有意に離れていないことが検証されたため、上限値の1とみなすことができる。

次に40~64歳世帯については、主観的割引率が0.90と1%以下の有意水準で推計された。一方、相対的危険回避度は-0.30とマイナスであり、相対的危険回避度に適用される条件(> 0)を満たしていないようにみえるが、有意水準が非常に低い(すなわち、0から離れていないという有意水準が90%以上と高い)ので、ゼロとみなすことが可能である。

65歳以上世帯については、主観的割引率が0.88と1%以下水準で有意となった。相対的危険回避度は-0.22とマイナスだが、40~64歳世帯と同様に有意水準が低いので、ゼロとみなすことが可能である。

無職世帯については、相対的危険回避度が0.96、相対的危険回避度が2.20であり、各々1%以下、5%以下の水準で有意との結果になった。

最後に、モデルの当てはまりの良さを示すJテストに基づいたP値をみると、0.38~0.58の範囲に集まっており、通常必要とされ

る5%水準を上回っている(注20)。したがって、これら4式の当てはまりは良好との結論が得られる。

以上を要すると、以下の通りである。

まず、将来に対する不安を表す主観的割引率をみると、40~64歳世帯と65歳以上世帯が0.9前後であるのに対して、39歳以下世帯はほぼ1となっており、世帯主が40歳以上の世帯は39歳以下の世帯に比べて将来に対する不安が大きいとの結果が得られた。40~64歳世帯については、教育関連支出やローン返済負担等固定的な費用が家計を圧迫しているなかで、中高年サラリーマンに対するリスラの風当たりの強まりを反映しているものと考えられる。また65歳以上世帯については、現在は余裕のある生活を送っているものの、健康上の不安等が常にあり、仮に勤労収入が途絶えた場合には大幅な生活水準の悪化が余儀なくされるという不安を持っているためと考えられる。無職世帯は両者の中間に位置していることから、将来に対する不安は、39歳世帯に比べると大きいものの、40歳以上世帯に比べると小さいとの結果になった。

一方、消費水準の時間的变化に対する躊躇の程度(すなわちリスクに対する許容度)を表す相対的危険回避度をみると、40~64歳世帯と65歳以上世帯がほぼゼロと危険中立的であるのに対し、無職世帯はプラス2、39歳以下世帯はプラス6と危険回避的になっている。

65歳以上世帯が危険中立的であるのは、第1節の観察結果と整合的である。また、40～64歳以上については、住宅購入が大きく影響しているものと考えられる。すなわち、住宅や土地の価格変動は大きく、有価証券と同様に相対的にリスクの大きい資産であるため、資金配分においてリスク資産である住宅への傾斜を強めている消費行動が、この世帯がリスク中立的であるという結論を導いた可能性が高い。一方、39歳以下世帯がリスク回避的であることについては、預貯金等安全資産への配分を強めているという観測結果と整合的である。また無職世帯については、大切な収入源である資産保有に対して慎重化している態度（すなわち、リスク資産を保有する余裕が無いこと）を表しているものと思われる。

(注18) 主観的割引率を時間選好率（家計が今期を重視する程度）で表すと、

$$= 1 / (1 + \beta)$$

となる。このことから、家計が今期を重視する（ β が高い）ほど主観的割引率が小さくなり、将来効用の割引現在価値が小さくなるのが分かる。

(注19) 相対的危険回避度を経済学的にみると、限界効用の弾力性と定義され、具体的には次式によって与えられる。

$$= -c_t \times u''(c_t) / u'(c_t)$$

(注20) P値とは、帰無仮説を棄却するために用いられる有意水準の最低値と理解することができる。すなわち、この値が0.05を超えていれば、5%以下の有意水準で帰無仮説を棄却することができない（羽森 [1997]）。

(2) Bergstom and Blomquistのモデル

本節では、介護費用の最適負担率に関する

Bergstom and Blomquist [1994] モデルの応用例を簡単に説明する。すなわち、Bergstom and Blomquist [1994] では、託児所（デイケア）に対する政府の補助率と税収の関係について分析しているが、ここではデイケアを介護サービスに、子供を持つ母親を要介護者を抱える女性に置き換えている。

まず、要介護者を抱える女性は、家庭にとどまって要介護者の介護に専念するか、あるいは介護サービスに要介護者を任せて外に働きに出るかという選択に直面しており、勤労所得（ y ）から税金と介護サービス費用（ b ）を差し引いた残額が、家に留まる留保価値（ V ）を上回る場合にのみ働きに出る。すなわち、勤労所得にかかる比例税率（proportional tax rate）を t 、介護サービスに対する政府の補助率を α とすると、彼女達が働きに出る条件は $y > y(t - \alpha)$ となる。ただし、

$$y(t - \alpha) = (y - b) / (1 - t) \quad (2-1)$$

である。また、彼女達の勤労所得 y は個人によって異なっており、勤労所得 y は密度関数 $f(y)$ に従っていると仮定する。ここで、所得が y 以上の要介護者を抱える女性の数を $G(y)$ 、彼女達の総所得を $H(y)$ とすると、

$$G(y) = \int_y^{\infty} f(y) dy \quad (2-2)$$

$$H(y) = \int_y^{\infty} y f(y) dy \quad (2-3)$$

と表される。

次に、要介護者を抱える女性以外の人の課税所得は、税率 τ の関数 $E(\cdot)$ で表されると仮定する。したがって、税金は以下の式で表現できる。

$$R(\tau, \alpha) = E(y(\tau, \alpha)) + H(y(\tau, \alpha)) - G(y(\tau, \alpha)) \quad (2-4)$$

以上の仮定のもとで、税金に対する介護サービス補助率の効果について検討する。

まず、(2-4)式で表された税金を介護サービス補助率で微分すると、

$$R(\tau, \alpha) = -G(y(\tau, \alpha)) - G(y(\tau, \alpha)) \frac{dy(\tau, \alpha)}{d\alpha} + H(y(\tau, \alpha)) \frac{dy(\tau, \alpha)}{d\alpha} \quad (2-5)$$

となる。(2-5)式が税金に対する介護サービス補助率の効果であり、これは3つの部分から構成されている。まず、右辺第1項は、現在要介護者を介護サービスに任せているすべての家族に対して、補助率の引き上げに伴う補助金の増加額を支払うコストである。次に、右辺第2項と第3項は、介護サービスに要介護者を預ける女性数の増加を通じた効果であり、第2項は増加した家族数に補助金を支払うコスト、第3項は勤労する女性数の増加による正味の税金増である。

ここで、 $dy(\tau, \alpha) = -1/(1-\tau)((2-1)式より)$ 、 $G(y) = -f(y)$ および $H(y) = -yf(y)$ ((2-2)、(2-3)式より) を(2-5)式に代入して整理す

ると、

$$R(\tau, \alpha) = -G(y(\tau, \alpha)) + (y(\tau, \alpha) - \alpha)f(y(\tau, \alpha)) / (1-\tau) \quad (2-6)$$

と表現が簡略化される。

次に、介護サービスに要介護者を任せない納税者について考える。彼らは介護サービスを全く受けていないため、彼らの関心は介護サービス補助率ではなく、所得税率の水準にある。すなわち、所得税率を最低にする介護サービス補助率 α^* を好む。ここで $\tau = (\tau, R)$ 、 $y^* = y(\tau, \alpha^*)$ 、 $(y) = yf(y)/G(y)$ 、 $\tau^* = (\tau^*, y^*)$ とすると、(2-6)式より

$$R(\tau^*, \alpha^*) = G(y^*) \left[\frac{(\tau^* y^* - \alpha^*)}{(1-\tau^*) y^*} - 1 \right] \quad (2-7)$$

となる。したがって、 α^* について、補助金1単位当たりの税金を最少化するための1階の条件は

$$\frac{(\tau^* y^* - \alpha^*)}{(1-\tau^*) y^*} = 1 \quad (2-8)$$

と導かれる。ここで、(2-1)式より $y^* = (\alpha + b - \tau^*) / (1 - \tau^*)$ を(2-8)式に代入して整理すると、

$$\tau^* = \frac{\alpha + \tau^* - 1}{\alpha + \tau^* - 1} (\alpha + b) \quad (2-9)$$

となる。

一般的に、税率が最低になる最適な補助率は(2-9)式によって定義されるが、このようにインプリシットに求められるのは、 $\tau^* = (\tau^*(\tau^*, \alpha^*))$ が α^* に依存しているためである。

もっとも、勤労所得 y がパレート分布に従って分布している場合、 y は y から独立して一定の値をとり、Clark [1951]によると、その値は工業経済では1.9～2.1の間で安定的であることが主張されている。

(3) 海外事例

高齢者の介護問題は、人口の高齢化や核家族化が進展する先進諸国に共通する課題である。そこで本章では、公的介護システムとして保険方式を採用しているドイツ、税金方式を採用しているスウェーデン、民間保険に依存しているアメリカの状況について概観する(図表14)。

(イ) ドイツ

ドイツでは、健康保険(1883年)、労災保険(1884年)、年金保険(1889年)、失業保険(1927年)に次ぐ5番目の社会保障の柱として、94年に介護保険が創設された。実際に介

(図表14) 各国における公的介護システム

	日本	ドイツ	スウェーデン	アメリカ
責任者	市町村	介護金庫	コミュニティ	連邦政府(メディケア)、各州政府(メディケイド)
財源	保険料と税金	保険料	税金	税金
給付要件	要介護状態の認定	要介護状態の認定	----	医学的に認められた者(メディケア)あるいは生活困窮者(メディケイド)
給付内容	現物	現金および現物	現物	現物
その他	----	介護者の年金保険料を負担	介護休業中の所得保障あり(75%)	民間保険のシェア拡大

(資料) 日本総合研究所作成

護サービスが開始されたのは、在宅介護が95年4月、施設介護は96年7月からであり、本格的な開始からまだ間のないシステムである。もっとも、社会保障を保険料方式で行っているという共通点もあることから、わが国の公的介護保険はドイツの介護保険を手本にしているとの指摘もある。

ドイツの介護保険は、医療保険を拡張した形態で運営されている。すなわち、保険者は疾病金庫(医療保険の保険者)内に設置された介護金庫であり、被保険者は、自分が所属する医療保険に併設された介護保険に加入する義務を負っている。ちなみに、公的介護保険の加入者は人口の約9割、民間の保険者は約1割であり、無保険者は0.5%未満に過ぎない(注21)。また、疾病金庫と介護金庫の関係については、事務手続き等は共通して行われているものの、財政については完全に分離されている。

介護保険について、介護給付、保険料、給付状況を詳しくみると、以下の通りである。

まず、介護給付については、現物給付、現金給付、現物と現金の併用給付の3通りが認められており、現金給付の水準は現物給付の5割前後の水準である。給付額は要介護度に応じて3段階に分かれており、もっとも軽い介護等級1では現物給付月750マルク(約5.2万円)、現金給付同400マルク(約2.8万円)、次に重度な介護等級2では現物給付1,800マルク(約12.6万円)、現金給付800マルク

ク（約5.6万円）もっとも重度な介護等級3では現物給付2,800マルク（約19.5万円）、現金給付1,300マルク（約9万円）となっている（注22、23）。なお、介護等級3には特に過酷なケース（末期ガン等のケース）も認められており、現物給付で月3,750マルク（約26.2万円）が給付されることになっている。一方、施設介護に対する給付は、月2,800マルク（約19.5万円）までが保障されており、特に過酷な場合は例外的に月3,300マルク（約23万円）までが認められている。利用者負担はないが、サービスの需要が給付水準を上回った場合には、上回った部分について全額自己負担となる。

保険料については、賦課方式によって徴収され、保険料は95年1月からは1.0%、96年7月からは1.7%で、原則として労使折半である。また、すでに要介護者となっている者や年金受給者についても支払い義務があり、年金受給者の場合は保険料の半分の年金保険が負担することになっている。

給付状況については、96年6月までの時点で、延べ約320万人の申請件数があったのに対して、約9割の要介護審査が済んでいる。審査結果をみると、在宅では（95年12月までのデータ）介護等級1が31.4%、介護等級2が26.5%、介護等級3が12.5%、要介護に該当せずが29.6%であるのに対して、施設では介護等級1が20.0%、介護等級2が31.5%、介護等級3が24.2%、要介護に該当せずが

24.4%となっており、施設介護では重度な要介護者の割合が大きくなっている。

実際の需給状況を見ると、97年6月現在でほぼ想定どおりの164万人が受給しており、このうち在宅が126万人、施設が38万人となっている。在宅介護給付のうち、現物給付と現金給付の割合は95年で12対88（金額ベース）と圧倒的に現金給付の割合が高くなっており、事前の予想を上回る結果となったが、制度の普及に伴って現物給付の割合が徐々に高まっている。また、政府サイドでも、長期的にみれば、高齢化の進展に伴って介護者の高齢化が予想されるため、現物給付の割合が大きくなると予想している。

さらに、ドイツの介護保険では、わが国の公的介護保険制度には盛り込まれなかった配慮がなされている。すなわち、介護者に対する社会的な保障であり、介護のために就業を制限したり、離職せざるをえない介護者がいる状況を鑑み、要介護者を週14時間以上介護する介護者が、就労していない、あるいは週30時間しか就労していない場合には、介護者本人に代わって介護保険が年金保険料を負担することになっている。このため、介護者は保険料を支払うことなしに、年金の受給要件である保険年数を計算する際に、介護にかかわった期間を保険料納付期間として参入することが可能になる。

(D)スウェーデン

スウェーデンでは、わが国の市町村に相当

するコミューン（Kommun）が高齢者福祉における責任を負っており、医療・保健と明確な線引きが行われている。すなわち、「高齢者サービスの実施・責任主体のコミューンへの一元化」および「資源利用の効率化」を目的とする一連の改革（エーデル改革）が92年1月以降実施されるもとの、ナーシングホームや訪問医療等医療との関連が深い項目について、これまでの県に代わってコミューンが管轄することになった（注24）。

スウェーデンにおける高齢者サービスを概観すると、以下の通りである。

まず、財源については、コミューン税81%、国からの補助金2%、利用料8%、その他10%（93年）と、8割以上がコミューン税で賄われている。

次に、介護サービスについては、従来は老人ホーム等の施設サービスが中心であったが、財政上の問題や高齢者の自宅居住希望の高まり等を背景に、近年では在宅のウェイトが拡大している模様である。もっとも、同国の在宅は、次に述べる通り、わが国における家族介護中心とは大きく異なっている。

まず、在宅サービスについてみると、デイケア、ショートケア、給食サービス等従来のサービスに加えて、サービスハウスの提供も含まれている。ここで、サービスハウス（Servicehus）とは、あまりケアを必要としない高齢者に対して賃貸契約で提供されるアパートである。これはあくまでも「自宅」で

あるため、家具の持ち込みや夫婦での居住も可能である。

利用料はコミューンによって異なっており、例えばストックホルム市では所得に応じて徴収されている。もっとも、各サービスについては最高額が決められており、従来のサービスの最高額（93年）は全体を通じて月3,810クローネ（約5.4万円、注25）であった。ちなみに、税金、家賃、ホームヘルプ料を支払った後の最低留保月額、単身世帯で3,683クローネ（約5.3万円）、夫婦世帯で6,393クローネ（約9.1万円）であった。

一方、施設については、ナーシングホーム、グループホームおよび老人ホームがある。もっとも、このうちグループホームの一部と後述のモダン老人ホームの大半は在宅にカウントされている模様である。

まず、ナーシングホーム（Sjukhem）は、わが国の老人病院に相当し、介護度が高く医療を必要とする高齢者が入所の対象である。2～4人部屋が多いが、国からの補助によって個室化が進められている。

次に、グループホーム（Gruppboende）は、痴呆症高齢者等が6～8人程度で共同生活を送る施設であり、台所・食堂や居間は共有であるものの、居室は個室である。

最後に、老人ホーム（Alderdomshem）は、ケアが必要な高齢者のための施設であり、機能的にはわが国の特別養護老人ホームに近い。台所・食堂や集会所は共有であるが、グ

ループホームと同様に居室は個室である。また、最近では、トイレ・シャワー・ミニキッチン付きのモダン老人ホームが出現している。

施設サービスの利用料については、在宅同様にコミュニケーションによって異なっている。例えばストックホルム市では、ナーシングホーム、グループホームおよび老人ホームの3つについては、家賃は部屋の水準や人数（ナーシングホーム）等によって段階があり、個室の場合は月1,600～2,300クローネ（約2.3～3.3万円）、ダブルの場合は1,200～1,500クローネ（約1.7～2.1万円）、大部屋の場合は800クローネ（約1.1万円）程度となっている。これに加えて、食費2,190クローネ（約3.1万円）、ケア費用（所得によって異なり、最高額で）の3,810クローネ（約5.4万円）が別途必要となる。なお、税、家賃およびホームヘルプ料金を払った後の留保月額、在宅に比べて少ない1,493クローネ（約2.1万円）となっている。

さらに、上記の介護サービスに加えて、介護者に対する各種の手当制度もある。例えば、近親者介護手当は、近親者を介護する者に対する休業保障であり、医療保険の一部として給付されている。具体的には、要介護者1人につき、介護者各人合計で最高60日の全日休暇が認められており、その間収入の75%が支給される。一方、コミュニケーションによって給付されるものもあり、コミュニケーション介護手当では、在宅で介護を行う者に対して現金給付がなされている。

(H)アメリカ

アメリカにおける高齢者介護システムの最大の特徴は、公的部門の占める割合が約半分に留まる一方で、私的財源、すなわち自己負担による割合が約3分の1を占めることである。もっとも、介護費用は高額なことに加えて年々価格が上昇しているため、自己負担には限界があり、近年では民間保険会社による介護保険（long-term care insurance）が注目を集めている。そこで以下では、公的介護制度と民間介護保険について整理する。

アメリカにおける公的介護保障の基本は、メディケア（Medicare）とメディケイド（Medicaid）である。

まず、メディケアは連邦政府が運営する医療保険制度であり、65歳以上の高齢者と65歳未満の障害者が対象である。もっとも、メディケアは急性期医療に対する保障を本来の目的としているため、介護に対する保障内容は極めて限定的である。例えば、施設介護に対する給付はスキルド・ナーシング・ホーム（skilled nursing home、医学的管理のウェイトの高い中間施設で、介護専門施設ではない）への入所に限定されている。さらに利用者負担についても、20日間は全額保障されるが、続く80日間は1日当たり95.5ドル（約1万円、注26）入所後101日目以降は全額自己負担となっている。また、在宅介護に対する給付については、医師が医学上必要と認めた訪問看護やリハビリのみが対象であり、介護

のみを必要とする場合は対象外となる。

次に、メディケイドは各州政府が独自に運営する公的医療扶助プログラムであり、低所得等による生活困窮者を対象としている。この制度は生活困窮者に対する保障を目的としているため、給付を受けるためには各州で定められたミーンズ・テスト等の厳しい要件をクリアする必要がある。なお、メディケイドの介護に対する支出の大半はナーシング・ホーム（nursing home、施設介護の中心的存在）に対して支払われている。

一方、民間介護保険については、本格的な販売が85年頃と歴史が浅いこともあり、アメリカ全体の介護費用の財源ではわずか0.2%を占めるに過ぎない。もっとも、契約件数をみると、95年は435万件に達しており、87～95年の9年間の年平均の増加率は23%と高い伸び率を示している。

民間介護保険は、販売チャネル別に 個人および団体・協会契約（individual and group association）、雇用主を介する契約（employer-sponsored）、生命保険特約（long-term care as part of life insurance policy）の3つに分けることができる。

まず、個人および団体・協会契約については、前者は個人が直接（あるいは代理店を介して）保険会社と契約するもの、一方後者は雇用関係のない団体や協会が保険会社と提携し、その加入者に保険プランを提供するものである。このように契約形態は異なっている

が、両者の保険内容はほぼ同じである。これらは民間介護保険のなかで最も一般的なものであり、アメリカにおける民間介護保険の約8割がこれらいずれかの形態に属する。

次に、雇用主を介する契約は、企業が福利厚生の一貫として従業員に対して保険プランを提供するものである。従業員の加入は任意であり、保険料は原則として従業員が全額負担する。民間介護保険に占める割合は12%と大きくないものの、現役世代を対象としているため加入者の平均年齢が若く（平均43歳。ちなみに、個人および団体・協会契約は68歳、生命保険特約は44歳）、保険料が安価に抑えられる、本人以外にも配偶者や親までも被保険者に含めることができる、「医療保険の携行性と責任に関する法律」（Health Insurance Portability and Accountability Act：HIPAA）による節税上のメリットがある、等により、今後成長が見込まれる（注27）。

最後に、生命保険特約は、主契約である生命保険に介護給費特約を付加したものである。契約件数に占める割合は8%と最も低くなっている。

これらの民間介護保険のプランを概観すると、以下の通りである。

まず、保険給付日額は、40～300ドル（約0.4～3.1万円）の範囲で契約者が選択する方式が一般的であり、94年の平均は85ドル（約9,000円）であった。ナーシング・ホームの費用は1日平均120ドル（約1.2万円）程度で

あることを考えると、要介護状態になった場合の保障ニーズを概ね満たしているといえる。なお、在宅介護に対する給付は施設介護に比べて低く設定されることが多く、50%等の一定割合で設定されることが多い。

次に、給付対象は、施設と在宅の両方を対象とするものが多い。この他にも、家族介護者の休養のための短期介護やホスピス・ケア等を対象に含むものもある。

給付期間については、1～7年の間で契約者が選択するものが多く、94年の平均は5.1年であった。終身のケースや、給付期間を設定せず、急浮上現金額に達するまで支払うケースもある。

保険料は、保険内容やオプションの組み合わせ等によって異なるが、年間平均1,505ドル（約15.4万円）であった（94年）。ちなみに、同じ内容のプランであれば、年齢が若いほど保険料は安くなる仕組みになっている。

今後の民間介護保険について展望すると、HIPAAの成立によって、介護保険が医療保険と同様の税制上の取り扱いをなされることになった。このことは、医療同様介護に対しても、各自が自助努力で備えるべきであるという政府のスタンスを表すものといえる。このようにみると、アメリカにおいては民間介護保険の重要性が一層強まるものと判断される。

なお、アメリカでは介護休業制度が法律で規定されており、従業員50人以上の企業で働

く従業員は、重病の配偶者や親の世話をするために年間で最長12週間休暇を取得することが認められている。もっとも、休暇中の所得保障は規定されておらず、事業者は無給とすることもできる。

（注21）医療保険に加入していない者については、介護保険への加入義務はない。これは、こうした者を強制加入させ、保険料納付を監視することは、非効率な事務費用の増大につながると考えられているためである。

（注22）介護等級の定義は以下の通りである。

まず、介護等級1は、身体衛生、食事、日常動作において、1つまたはいくつかの分野において少なくとも2つ以上の行為について、少なくとも1日1回は援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする者。

介護等級2は、身体衛生、食事、日常動作において、少なくとも1日3回援助を必要とし、週に数回の家事援助を必要とする者。

介護等級3は、身体衛生、食事、日常動作において、毎日夜間を含めて24時間援助を必要とし、週に何回かの家事援助を必要とする者。

（注23）1マルク69.8円（1997年の期中平均値、IFS）で計算した。

（注24）これによりコミュニケーションの医療費負担は急増したが、各コミュニティは在宅ケアを充実するとともに、病院から在宅へのシフトを進めた。この結果、91年9月から92年3月の間の6カ月間で社会的入院患者数が半減したとの報告がある。

（注25）1クローネ14.3円（1993年の期中平均値、IFS）で計算した。

（注26）1ドル102.23円（1994年の期中平均値、IFS）で計算した。

（注27）「医療保険の携行性と責任に関する法律」(Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)は、企業が従業員のために支出した介護保険の保険料は、医療保険の場合と同様に損金に算入でき、非課税扱いできることを定めた法律である。

参考文献

- ・池田省三 [1995] 『介護保障システムと費用負担』(『自治労通信』第618号、全日本自治団体労働組合)
- ・池田省三 [1996] 『新しい介護保障制度と財源システム』(『自治総研』第207号、財団法人地方自治総合研究所)
- ・岩田正美・平野隆之・馬場康彦 [1997] 『在宅介護の費用問題』中央法規出版
- ・江利川毅 [1995] 『社会保障の課題と方向』(『週刊社会保障』No.1850)
- ・厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 [1996] 『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい
- ・高齢社会をよくする女性の会 [1998] 『女性の視点から家族介護についての実態調査』
- ・里見賢治 [1998] 『新介護保障システムと公費負担方式』(『公的介護保険に異議あり』、ミネルヴァ書房、所収)
- ・社会保障研究所編 [1995] 『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会
- ・(社)生活福祉研究機構編 [1996] 『スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践』中央法規出版
- ・武田宏 [1994] 『高齢者福祉政策と措置費制度』(『総合社会福祉研究』第7号)
- ・東京都生活文化局 [1998] 『高齢者の生活費用等実態調査』1998年10月2日
- ・飛田英子 [1997] 『生活者サイドからみた公的介護保険の問題点』(Japan Research Review Vol.7 No.8)
- ・(社)日本看護協会 [1997] 『一般病院の長期入院実態調査(速報)』1997年10月8日
- ・中村正敏・石黒知 [1998] 『米国における高齢介護保障制度の概要』(『週刊社会保障』No.1992、1993)
- ・日本労働組合総連合会 [1995] 『要介護者を抱える家族』についての実態調査報告書』
- ・羽森茂之 [1997] 『消費者行動と日本の資産市場』東洋経済新報社
- ・松本勝明 [1998] 『社会保障構造改革』信山社
- ・松原亘子 [1996] 『詳説育児・介護休業法』労務行政研究所
- ・Colin Clark [1951] 『The Conditions of Economic Progress (2nd ed.)』London:Macmillan
- ・David Romer [1996] 『Advanced-Macroeconomics』、堀雅博・岩成博夫・南條隆訳「上級マクロ経済学」日本評論社、1998年
- ・Ted Bergstrom and Soren Blomquist [1994] 『The Political Economy of Subsidized Day Care』University of Michigan and Uppsala University
- ・Victor R. Fuchs [1996] 『Child care, Education, Medical Care, and long-Term Care in America』National Bureau of Economic Research