

今、経済政策における戦略性を問い直す



慶応義塾大学総合政策学部教授 小澤太郎

はしがき 本稿は、平成21年8月20日開催の財政経済研究会における慶応義塾大学総合政策学部教授 小澤太郎氏の『今、経済政策における戦略性を問い直す』と題する講演内容を取りまとめたものである。

1. はじめに

①

1. はじめに

- 今、なぜ戦略論なのか？
 - 至るところに「戦略」という言葉
 - ○○戦略本部、××戦略会議、△△戦略委員会…
 - これ以上嘸し立てる必要があるのか?!
- そもそも、戦略(strategy)とは何か？
 - 戦術(tactics)と同じなのか、それとも異なるのか？

最近、○○戦略本部、××戦略会議、△△戦略委員会等、戦略という言葉が至るところで散見される。民主党への政権交代後、国家戦略局(室)という言葉も頻繁に目にする様になった。こうした状況下で、ビジネス・コンサルタント紛いにさらに輪を掛けて戦略論などと嘸し立てる必要などないではないか…といった声がどこ

からか聞こえてきそうだが、こうした忠告に対して、私はここで敢えて異を唱えたい。

そもそも戦略(strategy)とは何か。それは戦術(tactics)と同じなのか、それとも異なるのか。私の知る限り、多くの人々は戦略と戦術を区別なく使っているか、あるにしてもその区別は至って曖昧である。そこで先ずは、戦略と戦術を峻別している幾つかの事例に言及する事から始めよう。

2. 戦略と戦術の区別

意外に思われるかもしれないが、実はボードゲームの一種であるチェスにおいて、戦略と戦術に関する洗練された区別がなされてきた。戦前の名プレイヤーの一人である S.G. Tartakower は、「戦術とはすることがあるときに何をすべきか知ることであり、戦略とはすることがないときに何をすべきか知ることである」(カスパロフ [2007], p.65) と語ったという。ここで「することがあるとき」というのを方針が定まっている時と解釈するならば、「することがないとき」には先ずは方針を定める事から始める必要がある。この指し手の方針こそが、チェスの戦略そのものなのである。しかし、指し手の方針が定まっても、その方針を具体的に実現する効果的な手順が見付からなければゲームには勝てないであろう。この効果的な手順が

チェスの戦術なのである。そして、いくら戦術に長けていても、正しい戦略とは何かを知らないプレイヤーは、強い相手に対して十分な戦果を上げるには至らないというのがチェスの歴史であった。即ち、古今東西の優れたチェスプレイヤーとは、ゲーム中に良い戦略に従った効果的な戦術を見出せる人物という事になる。

②

2. 戦略と戦術の区別 (1/4)

- チェス (カスパロフ[2007])
 - 「戦術とはする事がある時に何をすべきかを知る事であり、戦略とはする事が無い時に何をすべきかを知る事である」 (S.G. Tartakower)
 - 戦略: 指し手の方針
 - 戦術: 具体的な効果の手順
 - 古今東西の優れたプレイヤー = ゲーム中に良い戦略に従った効果的な戦術を見出せる人物

8/20/09
財政経済研究会 (日本租税研究協会)
2

③

2. 戦略と戦術の区別 (2/4)

- 軍事問題 (防衛大学校・防衛研究会編[1999])
 - 戦略: 策略・計略
 - 方針的・包括的
 - 戦術: 実行方法
 - 実務的・具体的
 - 戦略と戦術は互いに支え合う関係
 - 有効な戦術無くしては、いくら優れた戦略も絵に描いた餅
 - 戦術を適切に用いた結果大きな戦果を獲得する為には、優れた戦略による方向付けが必要

8/20/09
財政経済研究会 (日本租税研究協会)
3

また、国家間の兵力削減交渉では、戦略核兵器、戦術核兵器、通常兵器と分けて議論されるのが常である。そこで軍事問題における定義をのぞいてみると、「戦略の本来的な意味である策略や計略を実行に移す場合、幾つかの行為・行動が行われるが、その実行方法が戦術である。戦略が方針的、包括的であるのに対して、戦術は目標を達成するための実務的、具体的な戦力

の運用方法といえる」(防衛大学校・防衛研究会編 [1999], p.141) とある。従って、戦略と戦術という言葉をはほとんど区別せずに用いるのは、軍事学的観点からも誤りである事が分かる。しかしチェスの例でも述べた通り、戦略と戦術は互いに支え合う関係にある事は間違いなく、有効な戦術無くしては、いくら優れた戦略も目の目を見ない事は明らかである。逆に、戦術を適切に用いた結果大きな成果を獲得する為には、優れた戦略による方向付けが必要なのである。

④

2. 戦略と戦術の区別 (3/4)

- 大規模災害リスクへの対応 (池上・鈴木[2009])
 - ex. 大地震や津波の発生、強毒性の新型インフルエンザの世界的大流行、大量破壊兵器を使用したテロの可能性...
 - 戦略: リスク総体への様々な対応の調整を図る長期的な計画 (リスクに優先順位を付す)
 - 各省庁 (官民) 間の情報共有・政策連携
 - ハード面とソフト面 (経験・情報・知識) の連携
 - 個別リスクへの対応を担当官庁がいかにかうまく行うかは、戦術レベルの話

8/20/09
財政経済研究会 (日本租税研究協会)
4

⑤

2. 戦略と戦術の区別 (4/4)

- 競争戦略論 (Porter[1998])
 - 戦略: 以下を構想する事
 - 競合他社とはいかに異なる活動に着手するのか?
 - 同じ活動に着手するにしても、いかに異なるやり方で進めていくのか?
 - かつての日本企業が得意としたTQM (総合的品質管理) に代表されるオペレーションの効率化は、真の意味での戦略とは区別 ⇒ 戦術レベルの問題

8/20/09
財政経済研究会 (日本租税研究協会)
5

さらに、大地震や津波の発生、強毒性の新型インフルエンザの世界的大流行、大量破壊兵器を使用したテロの可能性といった大規模災害リスクへの対応に関して、池上・鈴木 [2009] は、我が国における、①省庁縦割りの弊害とそれに

伴う情報共有・政策連携の不足，②独立に政策を評価する大型の機関の欠如に伴う，多角的な政策形成・評価システムの不足，③ハード面とソフト面（経験・情報・知識）の連携の不足を指摘している。そして，「無作為・個別対症療法的にこうしたリスクを取り扱うのではなく，事前に総合的な戦略を設け，それに沿ってリスクに優先順位を付け」る必要があると述べている。この場合の戦略とは，リスク総体への様々な対応のコーディネーションを図る長期的な計画の事を指しており，そうした計画に則った上で，個別の対応を担当官庁がいかにうまく行うかといった問題は，戦略ではなく戦術に関するものと言えよう。

そして，経営学の泰斗である M. ポーターは，競合他社とはいかに異なる活動に着手するのか，或いは同じ活動に着手するにしても，いかに異なるやり方で進めていくのかを構想する事が戦略の名に値すると述べている（Porter [1998]）。こうしたポーター流の競争戦略論的な見方からすると，かつての日本企業が得意とした TQM（総合的品質管理）に代表されるオペレーションの効率化は，真の意味での戦略とは区別される事になる。むしろ，互いに模倣するばかりで何ら有効な戦略を持たず，ただオペレーションの効率化という戦術レベルでのみ互いに勝負してきた，旧来型の日本企業像が浮かび上がってこよう。

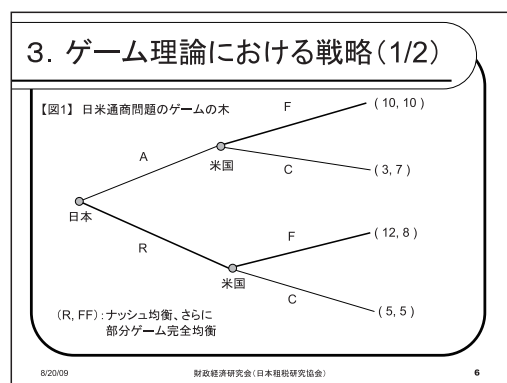
3. ゲーム理論における戦略

次に，プレイヤー間の戦略的相互依存関係を分析するゲーム理論においては，戦略は如何なる意味で用いられているのかここで改めて見てみよう¹。そこで展開型ゲームを用いて，状況を記述する事から始めよう。先ずゲームのプレイヤーは，日本政府と米国政府であるとする。

また日本政府の行動は，米国による日本の政治・経済システムの改革要求を，受け入れる（A）か拒絶する（R）かのどちらかとする。他方，米国政府は，自由貿易を維持する（F）か管理貿易に移行する（C）かのどちらかを選ぶものとする。さらにこのゲームでは将棋や囲碁の様に先手・後手が定まっているものとし，先手が日本で後手が米国とする。

スライド⑥にある【図1】において，先ず日本政府が A か R のどちらかを選択する。その選択結果に応じて2つある米国政府のノードの内，上のノードと下のノードのどちらかで，米国政府は F か C を選択する事になる訳だが，どちらのノード上で選択を行う事になるかは事前に確定している訳ではないので，すべてのノード上での選択が米国政府によって予め定められなければならない，この予定がこの場合の米国政府の戦略となる。即ち，米国政府の戦略は，（上のノード上での F，C 間の選択，下のノード上での F，C 間の選択）という形式で記述され，この場合，（F，F），（F，C），（C，F），（C，C）の4通りある。

⑥



日本政府の戦略と米国政府の戦略が定まると，右端の4つの結果の何れかが実現する。

¹ より包括的かつ詳細な議論は，小澤 [2008] を見よ。

一番上の結果は、日本政府が米国の要求を受け入れ、米国政府は自由貿易を維持するという米国にとって最善のシナリオが実現した状態であり、日米両政府共に利得は10とする。上から2番目の結果は、日本政府が米国の要求を受け入れたにも関わらず、米国政府が管理貿易に移行した状態であるので、日本政府の利得は3に激減し、米国政府の利得も自由貿易の原則を捨ててしまった事により7に減少するものとする。上から3番目の結果は、米国政府が自由貿易を維持したにも関わらず日本政府は米国の要求を受け入れなかった状態なので、我が意を通した日本政府の利得が12に増加するのに対して、米国政府の利得は8に減少するものとする。最後に一番下の結果は、日本政府が米国の要求を拒絶し、米国政府も管理貿易に移行する状態で、日本政府の利得は5と低く、米国政府の利得についても米国にとって最悪の5とする。

⑦

3. ゲーム理論における戦略(2/2)

- 日本政府(先手番)の戦略は、A, R どちらを選ぶかを定めた「行動計画」
- 米国政府(後手番)の戦略は、日本がAを選んだ場合とRを選んだ場合それぞれについて、FとCのどちらを選ぶのかを定めた「行動計画」
 - (F, F), (F, C), (C, F), (C, C)
- 行動計画を具体的に実現する手段の巧拙と関わる、戦術レベルの話は不問

8/20/09

財政経済研究会(日本租税研究協会)

7

この時、4つの結果の内の何れが実現するかを考えてみよう。まず上のノード上で、米国政府はFとCのどちらを選択するであろうか。米国政府がFを選べば米国政府の利得は10となり、Cを選べば利得は7となる。従って、米

国政府はFを選ぶとしよう。また下のノード上で米国政府がFを選ぶと利得は8となり、Cを選ぶと5となる事から、米国政府は下のノード上でもFを選ぶものとしよう。すると日本政府は、初めにAを選ぶと一番上の結果が実現し、自らの利得が10となり、Rを選ぶと上から3番目の結果が実現し、利得が12になると予想する事ができる。従って、日本政府はRを選び、上から3番目の結果が実現される。この状態は明らかにナッシュ均衡²であるばかりか、信憑性の無い脅しを一切含んでいない事から部分ゲーム完全均衡 (Selten [1975]) でもあり、日本政府が米国政府の要求を受け入れなかったにも関わらず、米国政府は自由貿易を維持せざるを得ない状況にある。

以上の分析で前提とされてきた様に、日本政府の戦略はA, Rのどちらを選ぶかを定めた行動計画の事であり、米国政府の戦略は、日本がAを選んだ場合とRを選んだ場合それぞれについて、FとCのどちらを選ぶのかを定めた行動計画の事であった。この時、選んだ行動計画をどの位うまく実現できるかについては、全く問題とされていない点に注意が必要である。即ち、前節で触れた戦略と戦術の区別を想起するならば、こうした行動計画を具体的に実現する手段の巧拙である戦術レベルの話は意識されていないのである。

4. 戦略的貿易政策

では経済政策の世界ではどうであろうか。特に近年の我が国で行われてきた諸々の経済政策は、上記の意味での戦略的な観点から押並べて評価されるものであったろうか。こうした問題意識に基づき、米国サブプライムローン問題の影響、原油・食料・飼料・原材料価格の高騰、

² 各プレイヤーが他のプレイヤーの戦略を前提とする限り、互いに最適な戦略を選び合っている状態を指す (Nash [1950])。

温室効果ガス削減に関する京都議定書約束期間開始、少子高齢化の進行等、様々な短期的、中・長期的難題に直面し、先行き不透明感を増す日本経済の今後の展望を示した上で、今日の我が国において優れた戦略に基づいた経済政策とは一体如何なるものであろうかとの問い掛けに答える事が、最終的に解決すべき課題となろう。

⑧

4. 戦略的貿易(通商)政策

- 規模の経済及び外部性の存在、技術進歩率の差を前提に、自国に有利な分業パターンの実現を図る政府介入(産業政策)の戦略性を議論
- かつて我が国において旧通産省が自国に有利な産業・貿易構造を実現すべく、国際競争力の点で将来有望な産業を優遇したとするシナリオ

8/20/09
財政経済研究会(日本戦略研究協会)
8

ところで、以前から「戦略的貿易(通商)政策」という言葉は、国際貿易論の世界で用いられてきた(柳川 [1998])。規模の経済、技術の外部性等に起因する経路依存性を前提として、自国に有利な分業パターンの実現を図る政府介入(産業政策)の戦略性とその弊害を意味する用語である。ここでは経済成長論のコンテキストで、簡略化された説明を試みてみよう³。例えば、Yを実質国民所得、Nを労働、Kを資本ストックとし、規模に関して収穫不変(正の一次同次)のマクロ生産関数 $Y = A \cdot F(N, K)$ [$A > 0$] を考えると、

$$(1) \quad \Delta Y/Y = \Delta A/A \text{ (技術進歩率)} + \theta \cdot (\Delta N/N) + (1 - \theta) (\Delta K/K) \quad [1 > \theta > 0]$$

が成り立つ。(1)より、経済成長率は技術進歩率に左右される事が分かるが、①技術進歩率は、技術(研究)開発に依存し、②さらに技術(研究)開発は、産業・貿易構造、並びに政府による産業技術政策に依存すると考えられる。

実際には上記の設定とは異なり、収穫逓増が働く場合が考えられ、またさらに技術の外部性の存在を加味するならば、かつて我が国において旧通産省が自国に有利な産業・貿易構造を実現すべく、国際競争力の点で将来有望な産業を優遇したとするシナリオは、より現実味を帯びてこよう。

5. 我が国の経済政策における戦略性の欠如

ところで、何も政策の戦略性を議論する対象を狭い意味での貿易(通商)政策に限る必要はないであろう。そこで我々は、広い意味で戦略的経済政策という言葉を用いる事にしたい。この言葉の意味を理解する為に、ここで戦略的でない経済政策の失敗例を想起すると、例えば住専問題が挙げられるであろう。十分な根拠もなく地価回復をあてにした結果、不良債権処理が遅れてしまい、住宅金融専門会社の損失が拡大したのが事の発端だが、「90年代後半になって主要銀行の不良債権が問題になっても、日本の当局は、預金者保護、貸し渋り対策という名目の下、銀行の破綻を避けるべく先送りを続けた」(星岳雄 [2008])との見解に、今となって異を唱える者は少ないのではないか。これは金融危機への場当たりの対応が日本経済の停滞をもたらした、戦略なき金融行政の典型例であろう。

要するに、ここで言う戦略的経済政策とは、場当たりのでもなければ、先送りでもなく、他の経済政策との整合性にも十分配慮し、民主主

³ 以下はあくまで便宜的な説明に過ぎず、より本格的な検討はKrugman [1988] において与えられている。

義的なプロセスを経て合意された社会的目標を達成すべく、経済メカニズムに関する正確な理解に基づき選択される経済政策の事を指しているに過ぎない。即ち、こうした言葉を敢えて使わなければならない程、我が国の経済政策は、戦略を欠いた（一貫性のない戦術的対応に終始した）彌縫策、或いは戦略はあるにしても誤った方向に導く愚策に満ち溢れてはいないかという事である。いずれにしても、同様の戦略的でない経済政策の例は枚挙に暇が無いであろう。

⑨

5. 我が国の経済政策における戦略性の欠如 (1/2)

- 様々な短期的、中・長期的難題に直面し、先行き不透明感を増す日本経済
 - 米国サブプライムローン問題の影響、原油・食料・飼料・原材料価格の高騰、温室効果ガス削減に関する京都議定書約東期間開始、少子高齢化の進行...
- 政策の戦略性を議論する対象を狭い意味での貿易（通商）政策に限る必要なし
- 戦略的経済政策
 - 場当たり的でもなければ、先送りでもなく、他の経済政策との整合性にも十分に配慮し、民主主義的なプロセスを経て合意された社会的目標を達成すべく、経済メカニズムに関する正確な理解に基づき選択される経済政策

8/20/09 財政経済研究会（日本租税研究協会） 9

⑩

5. 我が国の経済政策における戦略性の欠如 (2/2)

- 我が国の経済政策は、戦略を欠いた（一貫性のない戦術的対応に終始した）彌縫策、或いは戦略はあるにしても誤った方向に導く愚策に満ち溢れてはいないか!?
 - 住專問題：不良債権処理の先送り（星[2008]）
 - 地方分権：財政再建至上主義（神野[1998]）
 - 社会保障の3大改革：財源の辻褃合わせ（駒村[2007]）
 - ...

8/20/09 財政経済研究会（日本租税研究協会） 10

例えば、神野直彦教授（関西学院大学）はかねてから財政再建至上主義への批判を展開されており、「地方分権を『システム改革』の基本戦略」（神野 [1998], p.237）と位置付けてこられた。ここで改めて、その後の地方分権の成

り行きを前提にして、我が国の地方分権「戦略」なるものがそもそもあったのか、またあったにしてそれが妥当なものであったのかについて考察する事は有意義であろう。また駒村康平教授（慶應義塾大学）は、一連の、年金制度改革（04年）、介護保険制度改革（05年）、医療制度改革（06年）といった、いわゆる「3大改革」後の各制度間の整合性を問題視し、一連の改革は単なる財源の辻褃合わせに過ぎないとの厳しい見方を提示しておられる（駒村 [2007]）。社会保障の世界における戦略性の不在についての指摘である。

6. 政府の失敗としての戦略性の欠如

以前に私は、政府の失敗を以下の2つに分類した（小澤 [2003]）。第1のものは、意図しない失敗に属するものである。例えば、ある政府が景気判断を誤り、実際には経済が景気後退期に差し掛かっているにも関わらず、景気は過熱気味でインフレを懸念する必要があると間違った判断を下して、政府支出を切り詰め、増税を実施したらどうなるであろうか。当の政府が景気を安定化するのが自らの役目であると考えていても、実際には景気後退を助長し、かえって景気の振幅を拡大してしまう事になる。

また、かつての借地借家法における様に、借家人を保護する目的とは言え、闇雲に家賃の上限を規制する事は、結果的には社会全体で優良な借家の供給が不足するに至り、却って借家人の厚生を損なう場合もあろう。前者の例では、政府は決して景気を不安定化しようとして行動した訳ではないし、後者の例でも、政府は借家人の厚生を引き下げようと考えて行動している訳ではない。何れの場合も、政府が意図しない誤りを犯した事が問題を引き起こしている。

これに対して、政府の失敗の第2のものは、戦略的な操作に関わる意図的な政策上の誤りに起因するものである。言わば、確信犯としての政府である。例えば、選挙を控えた政府与党が

選挙の際の有権者の支持を増やす事を目的として、景気刺激策を打つべく、政府支出を拡大し、減税を実行したとする。その甲斐あって引き続き政権の座に就く事になったとして、政府与党は事後処理に乗り出す必要に迫られる。即ち、インフレ期待を沈静化する為に、今度は景気抑制策に切り替える事になる。そしてうまくインフレ期待を引き下げる事に成功した政府与党は、また次の選挙が近づくと、景気刺激策を打つべく…。この様な総需要管理政策の切り替えは、人為的な景気循環を引き起こす。この場合、政府は初めから景気変動の安定化を意図していないばかりか、むしろ積極的に景気循環を引き起こそうとさえしているのである（Nordhaus [1975]）。

⑪

6. 政府の失敗としての戦略性の欠如 (1/4)

- 意図しない政府の失敗
 - 景気判断の誤り
 - 旧借地借家法
 - 社会全体で優良な借家の供給が不足
- 意図した政府の失敗
 - ハーベイ・ロードの前提
 - 政治的景気循環 (Nordhaus[1975])
- 住専問題は上記どちらのタイプの失敗か？
 - どちらにしても「先送り」が説明できない
 - 旧大蔵省、日本銀行、宮沢喜一首相（当時）は、既に1992年時点で住専問題の存在を認識
 - 最終的に廣協救済を目的とした公的資金が投入されたが…

8/20/09 財政経済研究会（日本租税研究協会） 11

⑫

6. 政府の失敗としての戦略性の欠如 (2/4)

【表1】 タカハト・ゲームの利得表

	H	D
H	(v-c)/2	0
D	v	v/2

但し、v: 額の価値、c: 戦いの費用

8/20/09 財政経済研究会（日本租税研究協会） 12

⑬

6. 政府の失敗としての戦略性の欠如 (3/4)

- 進化ゲーム的分析 (奥野・河野[2007])
 - タカハト・ゲームのタカ戦略の組み合わせとしての先送り現象
 - 2つの非対称的な純粋戦略均衡
 - 関係依存的で不透明な事前調整型の社会的意思決定をもたらす伝統的な日本社会の慣行が、均衡選択に影響
 - 1つの対称的な混合戦略均衡
 - グローバル化や情報化の進展に伴い、旧来の日本社会の慣行を維持する事が困難
 - バブル崩壊後の90年代初頭には、比較的高い確率で先送り現象が発生する素地が整えられていた。

8/20/09 財政経済研究会（日本租税研究協会） 13

⑭

6. 政府の失敗としての戦略性の欠如 (4/4)

- 各プレイヤー間のゲームが行われる「場」としての政府
- ゲームの解としての（住専問題に対する戦略の不在という）政府の失敗
 - 90年代の比較的早い段階で住専問題の存在が政府により認識されていたにも関わらず、政府内部（旧大蔵省、農水省、日銀、官邸間）での利害調整に手間取り、図らずも不良債権処理の先送りがゲームの解としてもたらされた（奥野・河野[2007]）
- 政府が優れた戦略を打ち出せる様、我々は政府内部及び政治の場での意思決定を迅速に図れる「透明で公正な政治行政システム」を希求すべき
 - 幸いにして政府は戦略を持てない（意図しない政府の失敗）訳でも、持つつもりがない（意図した政府の失敗）訳でもない。

8/20/09 財政経済研究会（日本租税研究協会） 14

では、近年の我が国の経済政策における戦略性の欠如を政府の失敗と見立てた場合、上記の2分類のどちらに収まるのであろうか。そこで住専問題を例に採り、奥野・河野 [2007] に従って考察してみよう。

前節で、不良債権処理の先送りが政府の戦略の不在を端的に表していると述べたが、ではなぜ先送りが生じたのかが問題となる。第1の意図しない失敗仮説で説明しようとする、先送りは単に政府の無能ぶりを示す証拠という事になる。しかし、旧大蔵省、日本銀行、及び宮沢喜一首相（当時）は既に1992年時点で、住専問題の存在を認識していたという。比較的初期の段階でこれだけのプレイヤーが問題の所在を認識しておきながら、結果的に不良債権処理が先送りされたというのであれば、これを単なる政

府の無能さの証左として済ましたのでは説明にならないだろう。むしろ、背後にこうした結果をもたらした合理的なメカニズムが働いていると考えるべきではないのか。

では、第2の意図した失敗として説明が可能であろうか。確かに住専問題は最終的には公的資金の投入で解決が図られ、その真の目的は農協救済にあったとの見方が有力である事から、与党自民党の支持基盤の利益を優先する利己的政府像が浮かび上がってくる。しかし仮にこうした見方が正しいとしても、これだけではなぜ不良債権問題の「先送り」がなされたのかについて未だ説明した事にはなっていない。

奥野・河野 [2007] は、先送り現象をタカーハート・ゲーム (Maynard Smith & Price [1973], Maynard Smith [1982]) のタカ戦略の組み合わせとして捉え、進化ゲーム的な分析を行う事によって、先送り現象の発生の原因を推定している。タカーハート・ゲームの利得表では、2つの非対称的な純粋戦略均衡と1つの対称的な混合戦略均衡が存在するが、非対称的な純粋戦略均衡が実現される限り先送りは生じない。これは関係依存的で不透明な事前調整型の社会的意思決定をもたらす伝統的な日本社会の慣行が、均衡選択に影響を及ぼした結果であると解釈される。しかしグローバル化や情報化の進展に伴い、旧来の日本社会の慣行を維持する事が困難になった結果、対称的な混合戦略均衡が実現する蓋然性が一挙に高まったとされる。

こうして、比較的高い確率で先送り現象が発生する素地が、バブル崩壊後の90年代初頭には整えられていた事になる。その結果、上述の通り、90年代の比較的早い段階で住専問題の存在が政府により認識されていたにも関わらず、政

府部内（例えば、旧大蔵省、農水省、日銀、官邸間）での利害調整に手間取り、図らずも不良債権処理の先送りがゲームの解としてもたらされたというのである。

こうした先送り現象の合理的な説明は、政府の失敗に第3のタイプが存在する事を意味していると言えよう。どうして、住専問題に関して政府の戦略が不在であったのか。この問い掛けに対しては、意図しない政府の失敗の観点から、また意図した政府の失敗の観点からも答える事ができない。むしろ、各プレイヤー間のゲームが行われる「場」として政府を捉えた上で、その様なゲームの解として（住専問題に対する戦略の不在という）政府の失敗を位置付ける事がこの場合可能であるし、十分説得力を持つのだ。

以上の結果は非常に示唆的であり、幸いにして政府は戦略を持ってない訳でも、持つつもりがない訳でもない。政府が優れた戦略を打ち出せる様、我々は政府部内及び政治の場での意思決定を迅速に図れる「透明で公正な政治行政システム」を希求すべきなのである。

16

参考文献

- Kasparov, G. [2007], *How Life Imitates Chess: Making the Right Moves, from the Board to the Boardroom*, Bloomsbury USA (ガレル・カスパロフ著/近藤隆文訳 [2007]『決定力を鍛える: チェス世界王者に学ぶ生き方の秘訣』(NHK出版))
- Nordhaus, W.D. [1975], "The Political Business Cycle," *Review of Economic Studies*, Vol.42, pp.1969-90.
- Porter, M.E. [1998], *On Competition*, Harvard Business School Press (マイケル・E・ポーター著/竹内弘高訳 [1999], 『競争戦略論Ⅰ,Ⅱ』(ダイヤモンド社))
- 池上雅子・清水美香 [2009], 『借金屋・地産・子ロ、潜まる大規模災害リスク: 総合横断的な管理体制を』日本経済新聞『経済教室』欄, 2009年5月11日 朝刊。
- 奥野正寛・河野敏彦 [2007], 『システム転換と利害調整に基づく先送り』林文夫編『経済制度設計』勁草書房, pp.253-267.
- 野村慶平 [2007], 『社会保障改革真正面から』日本経済新聞『経済教室』欄, 2007年9月28日 朝刊。
- 神野直彦 [1998], 『システム改革の政治経済学』岩波書店。
- 防衛大学校・防衛研究会編 [1999], 『軍事学入門』(かや書房)。
- 星吉雄 [2008], 『金融危機脱出、過去に学ぶ』日本経済新聞『経済教室』欄, 2008年8月12日 朝刊。

8/20/09

財政経済研究会(日本租税研究協会)

15

【参考文献】

- Kasparov, G. [2007], *How Life Imitates Chess : Making the Right Moves, from the Board to the Boardroom*, Bloomsbury USA (ガルリ・カスパロフ著／近藤隆文訳 [2007], 『決断力を鍛える：チェス世界王者に学ぶ生き方の秘訣』NHK 出版).
- Krugman, P. [1987], "The Narrow Moving Band, the Dutch Disease, and the Competitive Consequences of Mrs. Thatcher : Notes of Trade in the Presence Dynamic Scale Economies," *Journal of Development Economics*, Vol.27, pp.41-55.
- Maynard Smith, J. & Price, G.R. [1973], "The Logic of Animal Conflict," *Nature*, Vol.246, pp.15-18.
- Maynard Smith, J. [1982], *Evolution and the Theory of Games*, Cambridge University Press (寺本英・梯正之訳『進化とゲーム理論』産業図書, 1985年).
- Nash, J.F. [1950], "Equilibrium Points in N-Person Games," *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, Vol.36, pp.48-49.
- Nordhaus, W.D. [1975], "The Political Business Cycle," *Review of Economic Studies*, Vol.42, pp.1969-90.
- Porter, M.E. [1998], *On Competition*, Harvard Business School Press (マイケル・E・ポーター著／竹内弘高訳 [1999], 『競争戦略論 I, II』ダイヤモンド社).
- Selten, R. [1975], "Reexamination of the Perfectness Concept for Equilibrium Points in Extensive Games," *International Journal of Game Theory*, Vol.4, pp.25-55.
- 池上雅子・清水美香 [2009], 「感染症・地震・テロ…高まる大規模災害リスク：総合横断的な管理体制を」日本経済新聞『経済教室』欄, 2009年5月11日 朝刊.
- 奥野正寛・河野敏鑑 [2007], 「システム転換と利害調整に基づく先送り」林文夫編『経済制度設計』勁草書房, pp.253-287.
- 小澤太郎 [2003], 「政策科学と公共選択論へのアプローチ」中村慎助・小澤太郎・グレーヴァ香子編『公共経済学の理論と実際』東洋経済新報社, pp.83-110.
- 小澤太郎 [2008], 「ゲーム理論リテラシー：社会問題を読み解き情報発信するための現代的素養」小澤太郎・グレーヴァ香子・中村慎助編『理論経済学の復権』慶應義塾大学出版会, pp.1-38.
- 駒村康平 [2007], 「社会保障改革真正面から」日本経済新聞『経済教室』欄, 2007年9月28日 朝刊.
- 神野直彦 [1998], 『システム改革の政治経済学』岩波書店.
- 防衛大学校・防衛研究会編 [1999], 『軍事学入門』かや書房.
- 星岳雄 [2008], 「金融危機脱出, 過去に学べ」日本経済新聞『経済教室』欄, 2008年8月12日 朝刊.
- 柳川範之 [1998], 『戦略的貿易政策：ゲーム理論の政策への応用』有斐閣.



少子化対策の経済学

——戦略的制度設計——

一橋大学大学院経済学研究科准教授 山重慎二

はしがき 本稿は、平成21年2月12日開催の会員懇談会における、一橋大学大学院経済学研究科准教授 山重慎二氏の『少子化対策の経済学——戦略的制度設計』と題する講演内容を取りまとめたものである。尚、当日の配付資料を、本文末尾にまとめて添付している。

.....

本日は少子化対策に関して、経済学的な観点からどのように評価し、これからの対応をどのように考えるかということについて、お話させていただきたいと思います。

今回は、新たな実証研究や理論研究の成果を紹介するというのではなく、少子化対策をめぐる一般的な問題を中心にお話させていただき、その上で、どのような対応が望ましいのかについて個人的な考えをお話するという形で進めさせていただきたいと思います。

本日の話の流れですが、最初に経済学的な観点から少子化問題についてどう考えるかということをお話させていただきます（第1節）。その上で、今後の子育て支援の望ましい在り方に関する私自身の仮説を提示させていただきます（第2節）。そして、その仮説に基づいて現状を概観し、問題があることを確認した上で（第3節）、これからの子育て支援策の中心になると考えられる保育サービス拡充策の在り方について議論してみたいと思います（第4節）。

最後に、子育て支援に関する国と地方の役割分担の在り方や財源確保の問題を中心に、具体的な改革のイメージについてお話しさせていただき、まとめとしたいと思っています（第5節）。

1. 理論的考察

まず、少子化問題と少子化対策に関して、経済学的にどうとらえられるかについて、簡単にお話させてください。

▶ 少子化対策の経済学的根拠

現在、日本では、出産・育児という一種の生産活動が、いわゆる「市場の失敗」の問題に直面し、非効率的にしか行われていないという状況があると思います。それゆえに、出産という個人の意思決定に政府が介入する「少子化対策」や「子育て支援」が、経済学的には正当化されると考えています。つまり、子育てに関する非効率性を緩和することが、「少子化対策」の目的であると考えればよいのではないかと考えています。

したがって、経済学的な観点からは、子供の数が増えるかどうかはそれほど重要ではなく、「市場の失敗」の問題が子供を産むという意思決定に歪み与える場合、それを緩和することが重要であり、それを少子化対策の目的と考えるべきではないかというのが、私の基本的な視点です。

ではどのような「市場の失敗」の問題があるかということですが、大きく分けて2つの問題があると考えています。まず第1に、現在の賦課方式の社会保障制度の下で、子供が外部性を持つという問題です。そして、第2に、情報の非対称性のゆえに、保育サービス市場が非効率になっているという問題です。

それぞれの問題について今から見ていきますが、このような「市場の失敗」の問題は、実は既存の政策および制度によって生み出されているという面もあり、ある意味で「政府の失敗」ともいえます。そのような「市場の失敗」そして「政府の失敗」の問題を改善することで、出生率の改善を図ることが経済学的な観点から見た望ましい少子化対策だと考えています。以下では2つの「市場の失敗」の問題についてそれぞれお話ししたいと思います。

▶ 子供たちが持つ外部性

まず公的な賦課方式年金あるいは社会保障制度の存在が、人々の出生行動に与える影響を理解することが重要です。賦課方式の社会保障制度としては年金が典型的なのですが、医療や介護についても若い世代が主に保険料を支払って、高齢者世代が主に使うというような構造がありますので、これらも含めて賦課方式の社会保障制度と呼ばせていただいています。社会的な世代間の助け合いの構造が存在していることが制度の特徴です。

このような世代間の助け合いの制度は、高齢者の生活保障に関する「市場の失敗」への対応という観点から、ある程度正当化できます。しかしながら、子供が支払う税や保険料で社会全体の高齢者の生活保障が行われるという構造のために、子供が外部性を持つという新たな「市場の失敗」の問題が生まれます。

子供を産むと、その便益は自分にだけに及ぶのではなく、税制や社会保障制度を通じてほかの人たちにも及ぶことになるというのが、現在の賦課方式社会保障制度の特徴です。言い換え

ると、他の人の子供にただ乗りができるということです。自分がお金をかけて子供を育てなくても、ほかの人がお金をかけて子供を育ててくれれば、その子供たちが納めてくれる保険料や税で自分の老後を賄えるという状況が生まれるということです。

このように、人々が他の人の子供にただ乗りできることで、非効率な少子化が進行する。このような議論が、経済学の分野では近年盛んに行われるようになってきました。

私は、このような問題を、政策の「副作用」と言っています。ある目的のために望ましいと考えられる政策が派生効果を持って、結果的に新しい問題を生み出してしまう。こういう「副作用」が賦課方式の社会保障制度にも存在しています。

現在の社会保障制度が少子化の一因となっているとの話をすると、「本当にそう思いますか？」との疑問が出されることが多いのですが、例えば日本で、公的年金が全く存在しない、さらには生活保護制度も全く存在しないと想像してみてください。おそらく能力や所得の高い人たちは、そのような状況でも自分だけで何とかなると考えると思いますが、そのように考えられる人たちは限られていると思います。

特に老後の生活を考えた時、全く公的年金や生活保護の仕組みがない場合、自らの蓄えだけで何とかなると自信を持って言える人たちはどれだけいるのでしょうか。やはり、結婚し、子供を持つことが老後の備えにもなると考え、結婚・出産の選択をする人は増えるのではないかと思います。言い換えると、社会保障制度の存在が、私たちの出生行動にやはり影響を与えていると考えられるわけです。

最近では、そのような主張を裏付ける国際的なデータを用いた実証研究なども出てきています。[スライド6]に簡単な概要が書いてありますが、OECD諸国のデータなどを見ると、社会保障において政府が大きな役割を果たす国ほど少子化が進行するというような実証結果が出て

います。

このような問題への望ましい対応としては、経済学的な観点からは、簡単にいえば外部性の問題ですから、その外部性をどのように内部化したらいいかという問題を考えればよいことになります。外部性を内部化する1つの手法として、出産・育児に対する補助金を与えるということが考えられます。児童手当というのは子供が持つ外部性を内部化する補助金なのだと考えることができます。

つまり、ほかの人が子供を育ててくれれば自分がただ乗りできるというのが、外部性の問題なのですが、ただ乗りができるということになると、人々は自分では子供を育てなくてもよいと思いはじめます。したがって、子育てにインセンティブを与えることでその外部性を内部化する。これが児童手当の位置付けだろうと考えられています。1つの解釈なのですが、そのようにも考えられるということです。

このような観点から言えば、子育て支援としては児童手当が望ましいということになりますが、これからお話するような日本の保育サービス市場の歪みの問題あるいは労働力不足の問題などを考えると、児童手当よりも保育サービス補助の方が望ましいということも理論的には考えられます。この点については後ほどお話しさせていただきます。

いずれにしても子育てを社会的に支援することで、賦課方式の社会保障制度が生み出す非効率性を改善しようというのが、「市場の失敗」の観点からの少子化対策の在り方と考えられます。

▶ 保育サービスの質に関する情報の問題

第2の「市場の失敗」の問題は、情報の非対称性の問題です。保育サービスというのは子供の命や健全な成長にかかわる重要なサービスなので、利用者にとってはサービスの質が極めて重要になってきます。ところが、保育サービス

の質というのは一般に外から見るのが難しいという特性を持っていて、質についてよく知りたいのだけれどもなかなかそれを見ることができないという状況があります。その結果、サービス提供者と需要者の間で情報の非対称性の問題が発生し、効率的なサービス利用が進まなくなります。

この情報の非対称性の問題も「市場の失敗」の問題の1つなのですが、これをいかに改善するかということが課題となります。いろいろな方法が考えられるのですが、伝統的に日本では、これを公的な保育サービスの提供、もう少し具体的に言うと、認可保育所の整備という形で、十分な財源を投入し質の高い保育サービスを極めて安価に提供するという対応策を取ってきました。そのような政策的対応は、情報の非対称性の緩和という観点からは、ある程度正当化できるのですが、次のような副作用も生み出しています。

まず認可保育所というのは安価で質が高いということで高い評価を得ているのですが、そのために何をやっているかというと、相当な補助金をつぎ込んでいるのです。具体的なデータは後で見いただきますが、多額の補助が必要なので、なかなか保育所を増やすことができないという問題が発生しているのです。

後に紹介するように、保育需要増大の一因として、3世代同居率の低下を指摘することができますが、多額の補助が必要であるがゆえに、需要の増大に対応した供給の増加を生み出せないという、一種のボトルネック状況に陥っていると考えられます。

また、そのように供給が制約されている中で、政府は保育サービスを低い利用料で提供しようとしてきましたので、多くの人々が保育所を利用したいと思うようになり、その結果として、超過需要が発生しています。一般に待機児童といわれる問題です。

これらが現在の認可保育所制度が生み出している2つの問題です。つまり、多額の補助が必

要であるがゆえになかなか供給を増やせないという問題。それから、人為的な低価格政策を取るがゆえに大量の待機児童を作り出すという問題です。いずれも市場メカニズムが働かない構造を作っているために発生している問題で、現在の政策的対応の深刻な構造的問題だと考えています。

日本では、この待機児童の存在を政策的指標とするということが多いのですが、経済学的な観点からは、これは非常に疑問の多いアプローチです。経済学の初学者でもわかることなのですが、待機児童の問題というのは、[スライド8]の図にあるように、基本的に認可保育所のサービスが固定的に供給されている一方、保育サービスへの需要は保育料に関して右下がりの関数となっているので、低い価格で保育サービスが提供されると、超過需要すなわち待機児童が発生するという問題です。

逆にいうと、この待機児童の問題というのは簡単に、明日にでも解決できる問題です。どうすればいいかというと、保育料を引き上げればいいだけなのです。一般的な認可保育所の保育料は、最大でも月6万円程度だと思いますが、これを20万円にすれば待機児童は一気になくなると思います。

さらに、待機児童を指標として政策を考えるというアプローチは非常に恣意的な操作を受けやすい政策目標になっているということです。特に、これまで日本では「待機児童ゼロ作戦」という言葉をよく使ってきました。待機児童の数で子育て支援の問題を見るという政策スタンスは、一定の正当化あるいは理解はできるのですが、論理的に考えると非常に問題が多いと考えています。

以上、政府が人々の子育て支援を行うことを正当化する2つの経済学的根拠について説明しながら、現在の日本における子育て支援政策の問題についても指摘してきました。そこで、次に考えたいのは、どのような子育て支援が望ましいのかという問題です。

2. 子育て支援拡大の必要性和方向性

このような経済学的考察を踏まえて、私自身は子育て支援のあるべき姿に関してどのような仮説を立てているのかについてお話しておきたいと思っています。

▶ 女性の労働参加と子育ての両立支援

[スライド9]の最初に書いてあるのですが、少子化対策として日本が目指すべき基本的方向性は、出生率と女性の労働参加の引き上げであると考えています。欧米の幾つかの国々では、就労と子育ての両立に関して一定の成功をおさめており、日本でも、やはりその両立を目標の1つとして、明確に掲げるべきだと考えています。そして、その目標を実現するために、日本でも、子育て支援策の大きな転換を図るべきだと考えています。

[スライド10]の図も、近年よく見る図ですが、横軸に女性の労働力参加率を、縦軸に合計特殊出生率をとっています。これらのデータをOECD諸国についてプロットしていったのがこの図です。日本は図の左下に位置します。つまり、女性の労働参加率はそれほど高くない中で、出生率は非常に低い水準にとどまっているということです。

この図は、OECD諸国に関しては、2つの変数の間に右上がりの関係が見られるということで注目されたのですが、よく見るとむしろばらばらという感じもします。したがって、統計的に「右上がりの関係」が存在すると言ってよいのか否かについて、私自身は議論するつもりはありません。むしろこの図で見たいのは、「出生率と女性の労働参加」がともに高い国々が存在しているという興味深い事実です。

一般に女性の教育水準が高まって労働力参加が進むと子育ての時間が減ってきますので、通常は合計特殊出生率で示される女性の出生力は下がってくると考えられます。そのような観点

からは、「出生率と女性の労働参加」がともに高い国々があるということが不思議なことで、この図を巡って行われるべき議論は、「右上がりの関係」が存在しているか否かではなく、「出生率と女性の労働参加の両立」が可能になっている国々があるのはなぜかということではないかと考えています。

その不思議さは、[スライド11]の図にも表れていると思います。まず左端の図は、1970年代には出生率と女性の労働力参加率の間に右下がりの傾向が見られたことを示しています。これも統計的に有意かどうかは別にして、右下がりの傾向があるように見えます。これが中央の図に見られるような80年代の関係を経て、近年、右上がりの傾向、より正確に言えば、図の右上に位置する国々が現れてきたことが示されています。

日本は、基本的にそれぞれの図の左側に位置していて、女性の労働力が低い水準に留まってきました。そして、全体として、労働力参加が低い水準にとどまっている国々では、出生率がどんどん落ちていくというパターンが存在することを図は示しています。

一方、現在、図の右上に位置する国々はそれほど多くはないのですが、女性の労働参加を高い水準に維持・推移させようと努力してきた国々では出生率も高い水準に留まる傾向が見られます。それは、出産もまた大事な経験として考えている女性の労働参加を促すためには、子育てと両立できるという環境を整えることが必要だったということが背景にあるのではないかと思います。

そのような国々に見られる1つの特徴は、やはり女性の労働参加と出産・育児が両立するための公的支出が一般に大きいということです。[スライド12]は、家族関係支出、これが基本的には子育て支援支出と考えていただいてもよいと思うのですが、それがヨーロッパの国々、特にスウェーデンやフランスでは、GDP比で見てかなりの割合に達していることを示していま

す。その一方で、日本は相対的に少ない額しか子育て支援に投資していません。このような政府による子育て支援の差が、先ほどの図におけるポジションの差として表れているのではないかと考えています。

このような観点からの例外はアメリカです。[スライド12]はアメリカの子育て支援の水準が相対的に低いことを示していますが、出生率および女性の労働参加については高い水準にあることを[スライド10]の図は示しています。一般に、アメリカにおける出生率の高さは、移民の割合の高さに起因すると考えられているように思いますが、実は白人の女性だけをみても出生率は1.8ぐらいあり、図中の右上に位置する国々と同じような出生率水準にあります。

なぜアメリカでは、少ない子育て支援にも関わらず、出生率および女性の労働参加が高いのかというと、1つは「市場の活用」だと考えています。例えば、アメリカでは、ベビーシッターという保育サービス市場が存在しているわけです。これを一般に市場と呼ぶかどうかは別にして、経済学的に考えるとこれは明らかに保育サービス市場です。

そのような市場で安価に利用できる保育サービスをうまく活用して子育てを行い、それを通じて何とか女性の労働参加と出生率を高い水準にとどめているというのがアメリカの工夫なのかなと感じています。

その一方で、そういう保育サービスというのは、あまり安心できるものではないということも実は指摘されています。言い換えると、保育サービスに関して、一定の安心を求めるのであれば、やはり公的関与が重要だという認識が多く、多くの国で持たれているように思います。特にヨーロッパ諸国では、公的な支出を通じて保育サービスの供給をすることが望ましいという認識が現状としてあるというのが私の実感です。

▶ 子育て支援の望ましいあり方

このような考察を踏まえて、今後の子育て支

援策の望ましい方向性について考えてみると、[スライド13]のようにまとめられるのではないかと思います。

まず、繰り返しになりますが、現在の日本経済が目指すべき方向性というのは、出生率と女性労働参加の引き上げではないかと考えます。特に日本では急速な高齢化が進展する中で、人口が減少していますので、今後、介護や医療などの社会保障の分野などでは労働力不足が懸念されています。この国内市場で、増え続ける高齢者の生活を支えるための労働力を確保するという観点から、出生率と女性労働参加の引き上げは望ましいと考えられるのです。

さらに、賦課方式の社会保障制度の維持が、かなり難しい状況に陥っています。今後、子供数が予想以上に減り続けると、問題がさらに深刻化することが指摘されていますので、子供数の急速な低下を食い止めることは重要です。また、女性の労働参加の増加は、この賦課方式社会保障制度の維持という観点からも意義があります。女性が労働参加することで、今まで家庭内生産ということで市場に現れなかった付加価値が経済の表舞台に出てくるからです。それは新たな課税ベースとなり、税収が増え、さらに保険料拠出も増えるので、社会保障制度を初めとする財政制度により効果をもたらすことが期待されます。つまり、財政の観点からも、出生率の上昇および女性労働の参加の引き上げは望ましい側面があると考えます。

では、そのような両立はどうすれば可能になるかという、先ほどアメリカの場合として指摘したように、1つは市場をうまく利用することだと思います。それからもう1つは、子育て支援のための公的支出を増加させることだと思います。特に子育てに関して一定の安心を求めるのであれば、やはり一定の公的支出が必要になってくるというのが基本的な認識です。

そして、出生率と女性労働参加の引き上げという観点からは、保育サービスを充実させて子育てと仕事の両立を可能にするというのが重要

ではないかと考えています。すでに指摘したように、保育サービスは、その質に関する情報の問題がありますので、公的介入によって保育サービス市場を拡大させることが正当化されます。

このような両立のお話をすると、たいてい誰かが、女性は専業主婦が一番いいのではないかとぼそっと言います。そうかもしれないと思うこともあります。一般化すべきではないだろうと思います。特に多くの女性が働きたいという希望を持っていますし、統計にも現れていますので、やはり従来の慣習に引きずられた発想ではなく、思い切った発想の転換が必要なのではないかと思っています。

では、児童手当は必要ないのかというと、必ずしもそうではないと考えています。特に子育てをしている若年世帯は、一般に低所得の状態ですね。その後給料をもらえるようになるのですけれども、出産・育児期というのは必ずしも給料が高いわけではなくて、むしろ低所得の時期に当たります。そこで、そのような子育て世帯が直面する流動性制約を念頭において、児童手当の充実を図ることは重要だと思います。

具体的には、子育て期の若年者は所得税を払っていないことも十分考えられるわけですから、扶養者控除のような税制上の所得控除方式ではなく、児童手当のように子供の数に応じて補助を与えるという方式が有効であろうと考えています。

3. 日本の少子化の現状と課題

次に、このようなあるべき姿に関する仮説に基づいて、どのような政策を実施したらよいのかという問題について具体的に考えていきたいと思います。そのために、まず日本における子育ての現状から見ていきたいと思います。

▶ 3世代同居の低下と少子化

実は、先ほど見ていただいた女性の労働参加

と出生率の間の右上がりの関係というのは、[スライド15]にもあるように、日本の都道府県レベルのデータの中にも見られます。この関係は統計的にも有意で、女性の労働参加率が高い都道府県では出生率も高いという状況が見られます。

なぜ労働参加が高い都道府県で出生率が高いのかというのが、ちょっと考えるとよくわからないのですが、色々と分析してみると、3世代同居という家族形態がキーワードとして浮かび上がってきます。

[スライド15]の図中の点の大きさは、各都道府県の15歳から45歳の女性の人口を表していますので、基本的には、大きな点は都市圏を含む都道府県、小さな点は地方の都道府県を示しています。女性の労働参加と出生率が高い図中の右上の領域にある都道府県で何が起きているかという、3世代同居の家族形態がいまだに残っているところが多いのです。同居を通じて、同居しているおじいちゃん・おばあちゃんに子供を見てもらうことで、女性が働きに行けるという環境があります。その結果、子供のいる女性も安心して働けるので、子供も安心して産むことができるというような状況があると考えられます。

それに対して都市圏では、そのような3世代同居を通じた両立環境がないわけではないのですが、限られてくるということで、女性が労働参加しようと思うと子供をあきらめなければいけないというような状況が起きていると考えられます。そのような環境の中で、極端に言えば、働くことをあきらめて子供を持つタイプと、働くことを選んで子供を持たないタイプに分かれてしまうと考えられます。

その結果、平均的な姿として、都市圏を含む都道府県では、低い出生率と低い女性の労働参加の低い水準が同時に見られると考えられます。少子化現象は日本全国で見られるのですが、その深刻さは都市部において大きいことを正しく認識しておくことが重要です。そして、都市人

口の大きさを考慮すると、少子化の問題を緩和するためには、都市部の問題に真剣に取り組む必要があるということが見えてくると思います。

都市部の問題というのは、いわゆる東京圏とか大阪圏とかだけではなく、実は札幌、仙台、福岡といった地方の中核都市でも観察されます。今後地方で中核都市に人が集まってくるということが予想されるわけですが、都市部で少子化にどのように対応していくかという問題は、実は大都市圏だけの話ではなく、地方の問題を考えるときにも重要になってくると考えられます。

▶ 少子化対策と地方分権

子育て環境に関して地域差があることをお話しましたが、政策的な対応を考える上では、地方分権の仕組みを活用することは基本的に良いと私は思っています。少子化対策を自治体が主体的に行っていくことが大事です。実際、地方では生き残りをかけて、子供のいる若年世帯を惹きつけるために、積極的に子育て支援を行う自治体が結構出てきています。

つまり、高齢化が進んでいる地域でどうやったら若い人に来てもらえるかと考えたら、一番簡単に、それほどコストなくできることが、子育て支援を充実させるということなのです。これが地方で子育て支援が比較的進み始めている理由の1つだと思います。

その一方で、都市部では豊かな財源があるものですから、若い人に来てもらわなければいけないとかいう状況にありません。つまり、都市部の自治体というのは積極的に子育て支援に取り組むインセンティブが小さく、これが深刻な少子化の状況を持続させる要因になっていると考えられます。

そういう意味では、少子化対策は、実は分権的にやってもらうだけではうまくいかないという面があり、分権的な対応だけでは必ずしも十分ではないという側面があると思います。この点については、後ほど「国の役割・地方の役

割」ということでお話ししたいと思います。

▶ 保育所を通じた子育て支援

さて、都市部の一番の問題は何かというと、先ほど来申し上げているように、労働参加と子育てが両立しにくい環境であるということです。地方では3世代同居を通じて、女性の労働参加も出生率も高いという傾向が見られたのですが、そのような環境が不足しているということが都市部の問題です。

ただ、3世代同居の割合というのは、日本全体で急速に低下しています。[スライド18]を見ていただきたいのですが、65歳以上の高齢者が子供と一緒に住んでいる割合を示す老人同居率が、日本では以前は80%ぐらいあったのですが、これが急速に低下して、現在は5割を下回っています。

実はほかの先進国についても同様の傾向があって、市場や政府があまり発達していなかった時代には、家族で助け合って何とか生き延びる仕組みを持っていたのですが、市場の発達や政府の拡大の中で、家族の重要性が低下し、それが同居率の低下を招いてきたと考えられます。そして、同じことが日本でも起こってきたと考えられます。

このように日本全国で実は同居率はかなり急速に低下してきており、その状況が女性の労働参加と出生率の関係にも現れています。[スライド19]の図の上部にある黒い点のデータが1980年時点における女性の労働参加率と合計特殊出生率の関係を示すデータです。一方、下部にある白抜きの点が、先ほど見ていただいた2005年のデータとなっています。日本全体として、右下の方に落ちてきている傾向を見ていただけたと思います。

この時系列的な傾向については、一目瞭然みたいところがあるので統計的にはきちんと分析していないのですが、この図からは次のようなストーリーを読み取ることができると思います。女性の社会進出の進展にともない、全体と

してデータは右の方に移動していくのですが、その中で何とか3世代同居を通じて、出生率が比較的高いところにとどまっている都道府県もある一方、そのような環境がない地域では、出生率が大きく下方に移動していくという傾向が生まれ、この図のような構造的変化が見られることになったと考えられます。

このような考察を踏まえると、労働参加と子育てが両立できる環境を整備していくことが、人口減少に伴う労働力不足の問題を回避しつつ、非効率的な少子化を抑制するための都市型の対策として極めて重要であると考えています。

では、具体的にどのような対策を行ったらいいかということですが、1つは3世代同居を増やせばいいではないかという考え方もありえると思います。つまり昔に戻りましょうということですね。ただ、これは恐らく難しいだろうと思います。時間があれば、それが難しいと考えられる理由についてもお話できればと思いますが、色々と考えていくと、昔に戻ることはやはり難しいだろうなと思います。

そうすると3世代同居に代わる保育サービスを提供する主体として、やはり保育所を整備していかざるを得ないというのが1つの方向性として出てくると思います。さらに、保育所だけに頼るのではなく、企業にも協力してもらい、特に子供が乳児の間は、親が家庭で子育てができるような育児休業制度をしっかりと浸透させていくことが重要になってくると考えています。さらに、企業レベルでは、働きながら子育てを継続的にできるように、短時間労働の仕組みをもっと整備してもらう必要があるだろうと考えています。

4. 保育サービス市場の育成

さて、特に大事だと申し上げた保育サービス市場の話について、多分これからの子育て支援策の最も重要なポイントになってくると思いますので、少し詳しくお話させてください。

▶ 子育ての現状

都市部における少子化の重要な要因が、同居形態の低下による両立基盤の衰退にあることを考えると、同居を通じた保育を代替する保育サービス市場の育成が、都市部における少子化対策の最重要課題というのが基本的な認識です。

日本では、これまで保育サービスの充実に取り組んできたのですが、実はそれほど大きな変化はないというのが現状だと考えています。保育所がこんなに整備されましたという図を見られたことがあるかもしれませんが、あれはちょっとずい図で、上のところだけ、つまり変化のところだけが棒グラフで表されていて、全体を見ると、ほんの少ししか変わっていないという状況です。

【スライド21】をご覧ください。日本では、現在、0歳児で保育所を利用している家庭というのは8%未満です。残り9割ぐらいの方々が家で育てています。それが、育児休業制度が取れるようになったからということであれば、政策的対応として評価できるのかもしれませんが、実は必ずしもそうではありません。

この点は、1歳児、2歳児という、育児休業が取れなくなった後の保育の状況に現れてきます。子供が1、2歳児になると、育児休業が終わり、共稼ぎの世帯では家庭での子育てができなくなってくるのですが、そのような状況で保育所を利用しているのは、日本ではまだほんの2～3割という状況です。3歳児以降になると幼稚園も利用できるようになり、保育サービスもかなり充実してきますので、最も深刻な問題は1～2歳児のところに見られると思っています。

現在、日本でも育児休業が取りやすくなり、0歳児の時には家庭で保育できるようになったのですが、子供が1歳児になって働き始めようとしたときに、保育所の定員が十分でないために、子供を保育所に預けられないという状況が実は起こっています。ですから、この1歳児・2歳児の保育所定員がもっと増えてこないと、

安心して育児休業も取れないという状況が存在しています。

実は、働きながら出産している人の話を聞くと、0歳児ならまだみんなが育児休業を取っているので保育所に入りやすいという話が広がっているようです。保育所の定員で言えば、1～2歳児の方が多いのですが、育児休暇取得後に生まれる潜在的な需要増加に見合うだけの定員が確保されていないので、1歳児からだともう保育所には絶対入れないみたいな話が広がっていて、どうも0歳児から預けるという行動パターンを皆さん取っているように東京では見えます。

保育所に関しては0歳児の定員が足りないとよく言われます。それはそのとおりなのですが、実はボトルネックになっているのが1～2歳児だということを考えて、1～2歳児の保育所受け入れ定員を充実させるとすることが非常に重要になってくると考えています。

このような日本の状況と対照的なケースとして紹介したいのが、【スライド22】に見られるスウェーデンのケースです。これも大変興味深い図なのですが、0歳児に関しては、ほとんど日本と同じです。というのも、図に説明があるように、0歳児に関してはスウェーデンの子供たちはほぼ100%家庭で育てられるのです。それは育児休業制度がしっかりしているので、利用したい人たちはきちんと利用できるという状況があるので、乳児期は子供を家庭で育てられるということです。

1歳児の途中まで実は育児休業制度を取れるので、そこまで取っている人たちがたくさんいるのですが、それ以降に関しては、90～95%ぐらいの人たちが保育所を利用して子育てを行っていることが示されています。これは2歳児に関しても同様です。

このようにスウェーデンでは、ほとんどの子供が就学前保育を利用することができるようになっています。なぜそれができるかというと、実は社会サービス法で、コミュニケーションには親が申

請したら3カ月から4カ月以内に保育の場を保障しなければいけないという義務項目があるからなのです。

サービスの確保はコミュニケーションすなわち地方自治体の役割ですが、それを義務として定めているのは国です。言い換えると子育て支援の仕組みは、国の主導で整備されているということです。経済学的に言っても、子育て支援の便益は日本全国におよびますので、実は国が全体で子育て支援の仕組みを整えることが望ましいと考えられます。スウェーデンでは、そのような仕組みの下で、1～2歳児を受け入れる保育サービスが充実しているからこそ安心して育児休暇を取れるし、それが終わったら、子供を預けて働き続けることができるのだと考えられます。

実はこのような状況を日本の政府も理解しており、具体的にそのような状況にしていかなければいけないという計画を立てています。[スライド23]が政府のプランを示したもので、「新待機児童ゼロ作戦」と呼ばれているものです。ここでも私が問題ありと指摘した「待機児童」という言葉が残っていますが、計画としては、0歳から2歳児の約65万人の利用者をほぼ倍増に近い100万人まで増やしていきましょうということで、保育キャパシティを2倍近く増やす計画が描かれています。

また3～5歳児も、幼稚園があるのですが、遅くまでは預かってくれないので、共稼ぎ世帯が子育てしながら安心して働けるような状況ではないわけです。ですからやはり3～5歳児の保育サービスもきちんと整備していかなければいけないと考えられています。

さらに、子供が小学生になっても、親が働いている間に、特に低学年の子供たちが1人で家にいるというのは心配なわけです。そこで学童保育というところに預けるのですが、そこもやはり増やしていかなければならないとされています。ここでは、明確なビジョンを持って保育サービスを拡充していかなければいけないという戦略が示されており、「新待機児童ゼロ作戦」

という名称はともかくとして、私はとてもよい方向性が示されていると思っています。

このようなビジョンを着実に実現して行くことが重要なのですが、これまでの日本での進捗状況を考えると、実施には様々な障害があるように思います。そこで、なぜ日本で、このような保育所サービスの充実が進んでこなかったのかという問題について考えてみたいと思います。基本的には私は現在の認可保育所制度が問題だと思っています。

▶ 日本の保育所の現状

ここでは、[スライド24] および [スライド25] にまとめたような認可保育所に関わる4つの問題点を指摘したいと思います。その前に、ご存知の方も多いと思いますが、現在の認可保育所の高コスト体質について、まずお話ししておきたいと思います。

[スライド26]は、千代田区の保育所運営に関わる保育費用について、千代田区のホームページで紹介されていた試算です。0歳児の保育にかかる運営費ですが、平成11年度で年間1人あたり約736万円、12年度については約678万円と試算されています。解説にも書かれているとおり、0歳児の保育には1人当たり年間700万円程度のコストがかかるという実態があるのです。

次に、[スライド27]で、台東区のケースを紹介したいと思います。この事例は、最近のケースということもあり、費用がかなり抑制されてきている状況がみられます。先ほどみた千代田区のケースでは700万円程度でしたが、台東区の公立の認可保育所では0歳児の保育費用は年間1人あたり546万円ぐらいに抑えられています。さらに、その費用は私立の認可保育所になると約411万円まで下がるが示されています。同程度の公民格差が存在することは、全国的なデータでも示されています。さらに台東区では指定管理者方式でも認可保育所の運営が行われていて、この場合にはさらに約355万

円にまで下がるということが示されています。

このような費用構造との関連で、次にお話ししたいのが認証保育所の仕組みです。認証保育所がこれからの保育サービス充実の切り札だと私は思っているのですが、[スライド27]の表が示すように、台東区では認証保育所には年間1人当たり148万円ぐらゐの補助を0歳児の保育のために出しています。それぐらゐの補助によって0歳児の保育を確保できるという状況が存在しています。

▶ 認証保育所制度の可能性

この認証保育所というのは東京都の特別な制度で、東京都が一定の基準を基に認証した保育所に対して補助を与え、保育サービスを拡大してもらいましょうということで始めた制度です。

認証保育所の仕組みについて理解いただくことは重要だと思いますので、資料の最後にある補足資料を見て下さい。認可保育所と認証保育所の比較をしているのですが、左側が認可保育所で、右側が認証保育所です。2つを比べて何が違うかというところ、安全性に関してはほぼ同じような仕組みとなっています。若干、例えば基準面積を3.3m²ではなくて2.5m²に緩和したりしているのですが、基本的にはそんなに変わりません。保育の開所時間も13時間以上でないと認めません、認証しませんということが明確にされています。

一番違うのが保育料です。認可保育所に関しては区市町村が集めるのに対して、認証保育所制度では、基本は幼稚園方式だと思っていただければいいのですが、認証保育所が徴収します。保育料も上限が定められていますが、認証保育所で自由に設定できます。

そして、保護者と保育所が直接契約を行う点も、これまでの認可保育所にはない仕組みです。補助は都と市区町村がそれぞれ出し合って、受入れ人数や子供の年齢に応じて1人幾らという形で認証保育所に支払います。

補助額のおおよその目安としては、0歳児で

ひと月12万円ぐらゐと覚えていただければいいと思います。その結果、年間の補助としては、先ほど台東区のケースで見て頂いたような額になるわけです。保育運営費の残りの部分は利用者に負担してもらうということになります。したがって、0歳児で言えば、60万円ぐらゐを親が負担して、トータルで200万円を少し超えるぐらゐで0歳児の保育をやっているというのが認証保育の状況になると思います。

逆にいうと、うまく工夫することで、それほど質を落とすことなく保育サービスを提供できる状況があるということだと思います。このような仕組みが可能であるにも拘らず、いまだに政府は、現在の中心的な仕組みである認可保育所を基本とすべきだというような視点を提示しています。

私の結論は、認可保育所方式ではなく、認証保育方式つまり直接契約で自治体なり国がサービス提供に補助を与えるという方式、これが一番いいのではないかというものであり、今後の保育サービスの拡充のための具体的な提案となってきます。

▶ 現在の認可保育所制度の問題

少し結論に急いではしましたが、認可保育所の話に戻って、現在の保育所制度の問題を指摘させて下さい。すでにお話ししたように、認可保育所、特に公設公営の認可保育所というのは、0歳児で言えば年間500万円程かかるのですが、[スライド27]は、受益者負担は平均で見ると20万円ぐらゐしかないことを示しています。このギャップを埋めるのが自治体からの補助金です。

現在の認可保育所の第1の問題は、このように保育料が低い水準に押さえられているということです。このような多額の補助金は、子育て支援という観点から考えるとよいのですが、あまりに多額の補助を与えるということは、認可保育所の拡充が遅れる一因になるとともに、公平性の観点からも問題の多い政策になると考え

ています。

例えば[スライド28]は、ある自治体の保育負担の構造を示しています。横軸が所得階層で、右側に行くほど高所得のグループになってきます。この図は、所得の高い世帯ほど、高い保育料を支払うという保育料負担の構造を示しています。3歳児未満と3歳児以上で保育料負担は異なっているのですが、保育料負担は世帯所得によっても異なってくるが示されています。

この図には、この市での一人当たりの年間保育運営費の水準も、3歳児未満と3歳児以上に分けて描かれています。この費用は所得階層によって異なりませんので、水平線で示されていますが、その水準と先ほど見て頂いた保育料負担の水準との差が補助金になるということです。

この図では、認可保育所利用者に占める各所得階層の世帯の割合も示されています。実際に、どんな人たちが保育所を利用しているかという、大きく2つに分かれます。年間所得200万円未満の低所得者層が17.4%で、1つの山を作っています。もう1つの山は年収700万円あるいは1,000万円以上の高所得者層です。

これは結局、認可保育所を利用するために実質的に求められる「保育に欠ける」という条件のゆえに、いわゆるダブルインカム、つまり比較的所得の高い共稼ぎ世帯が保育所利用者のひとつの大きなグループを構成しています。保育料は一定所得を超えると上限額で固定され、3歳児未満の場合70万円程度で変わりませんので、認可保育所制度の下では、そのような高所得層に対しても多額の補助が与えられていることを問題と考えています。もう少し高所得世帯の自己負担を引き上げることで、1人当りの補助額を減らし、利用者数を増加させることが望ましいと考えています。

現在の認可保育所の第2の問題として、保育所への内部補助方式のために、高コスト体質が温存されやすいという問題を指摘できると思います。公務員あるいは公務員に準じる賃金が、

年功序列の仕組みの中で保育士に支払われると、どうしても人件費が高くなっていきます。保育料は、自治体によって決定され、保護者は希望する保育所に入れるとは限りませんので、特に低い保育料の下で、待機児童が存在する状況では、認可保育所が質の向上や効率化に向けた取り組みを行うインセンティブはありません。

第3の問題点として、認可保育所として認可されるための基準が厳しいことが最近指摘されています。例えば、すでに見たように、基準面積などは認証保育所ですでに緩和されているのですが、認可保育所ではまだ認められていません。さらに、このような基準は、各地域の特性に応じて分権的に決められるようにすることもよいと思うのですが、反対論も多く、なかなか進まないようです。また、厳しい財政状況の下で、高コストと低利用料金の構造を持つ認可保育所を増やすことへの躊躇もあるようで、認可保育所の認可が進まないというケースもあるようです。

最後の第4の問題点として、認可保育所は誰でも利用できる場所ではなく、入所するためには子供が「保育に欠ける」状態にあることが実質的に求められるということを指摘できると思います。この要件は形式的には必要なくなっているとされますが、実際には、これから働きたいと思う女性がなかなか仕事を始められないといった問題、あるいは保育所に入所するために親と同居しないという選択を行う問題などが指摘されています。

▶ 望ましい保育所制度の在り方

このような問題を抱える現在の認可保育所の仕組みを、どのように変えていったらよいのかということですが、基本的には先ほどから申し上げているように、すべての保育所が安心して子供を預けられる場所となるよう監視・監督体制を作った上で、幼稚園と同様に利用者が保育所を自ら選び、補助は利用に対して直接与えられる仕組みとすることではないかと考えていま

す。このような保育所の仕組みを私は幼稚園方式と呼んでいます。

すでにお話したように、東京都の認証保育所方式がこの仕組みに最も近いものであり、最近のデータでは400を超えるぐらいの認証保育所が出てきています。実は、東京都内の各自治体もこの方式が比較的安価に保育サービスを拡充できる方式であるということを認識し、さらに拡大が進んでいる状況だと思います。私自身も、この方式を全国的に拡げていくこと望ましいのではないかと考えています。

幼稚園方式ということ言えば、幼保一元化を通じた保育サービスの拡充にも期待しています。現在の「認定こども園」では、保育の部分での認可保育所型の制約や補助の少なさが障害となり、幼稚園と保育所の一元化はなかなか進まない状況にあるようですが、さらに制度の見直しを図ることで、保護者が安心して預けられる保育サービスが拡充していくことを期待しています。

都市部では、保育サービスを提供するための土地を確保することが難しいという状況もあるようですので、今後、企業や大学との連携、あるいは小中学校の統廃合跡地の利用なども考えていく必要があると思います。その場合も、民間の力を生かして保育サービスをどんどん拡大していく仕組みを作っていくのが大事ではないかと考えています。

しかしながら、最初に申し上げたように、市場で提供される保育サービスというのは、情報の非対称性のために、本当に安心して利用できるのかという点で不安があることが、なかなか広がらなかった理由の1つだと思いますので、この点に関しては、行政の責任として、保育サービス提供者の監督体制を整備し、一定の質のサービスが継続的に提供される仕組みをきちんと整えることが、保育サービス市場の着実な拡大のために、とても大事だと考えています。この点では、現在の認証保育所制度に関しても、まだまだ改善の余地があるのではないかと考え

ています。

▶ 望ましい保育所充実策の進め方

すでに申し上げたように、私は「待機児童ゼロ作戦」という言葉はビジョンが見えにくいキャッチフレーズだと思います。やはり国全体としては、どのような形で、どの程度、保育サービスを増やすのかを明確にし、戦略的に保育所を整備していくことが大事だと思うのです。たとえば、「保育サービス倍增計画」というようなキャッチフレーズはどうでしょうか。

日本全体で、これからの保育サービス拡充の数値目標を明確にし、そのための財源確保の在り方についても真剣に検討することが重要だと思います。その際、もちろん地域ごとの状況に応じたサービス確保の計画を自治体に求めるのも大事ですし、学童保育も含めた保育サービスを視野に入れながら整備を進めていくこともポイントになってくるでしょう。

これもすでに指摘したことですが、1～2歳児の保育サービスを優先的に充実させるということもポイントだと思います。言い換えると、家庭外での保育ということになると多額の費用が必要される0歳児については、スウェーデンのように、育児休業制度を広く浸透させる仕組みづくりに取り組むことが、母親、子供、そして財政の観点からも、やはり一番望ましいのではないかということです。

もう1つ、戦略的な制度改革ということでは、認可保育所制度をどうするかという問題があります。この問題に関しては、ご存知の方も多いと思いますが、認可保育所にはバックに強力なグループが存在していることを認識しておくことが重要だと思います。つまり、保育士さんをはじめとして、認可保育所を利用している親、あるいは認可保育所の運営者などが、認可保育所という制度の強力なサポーターとなります。認可保育所の仕組みは歴史も長いことですので、なかなか改革は進まないと思います。

したがって、政治的にいえば、認可保育所と

いう仕組みは、少なくとも当面はそっとしておくというのが良いのではないかと思います。では、どうするかというと、認証保育所のような新しいタイプの安心できる保育サービスを拡充させることに力を注ぎ、結果的に認可保育所を利用できる人たちが少なくなる、つまりマイノリティになる状況を作ることが有用だと考えます。そうなれば、なぜ認可保育所の人たちだけこんなに補助金をもらっているのかという議論が起こる。その上で、最終的に、認証保育所方式に完全シフトしていくというのが私が考えている戦略的な道筋です。

急いで改革をしようとして認可保育所の抜本の見直しを試みるよりは、認証保育所方式の保育所をどんどん増やすことの方が、保育サービスの着実な充実という観点からも良いのではないかと考えています。

最後になりますが、子供と家族に関する政策を一元的に進めるということは、幼保一元化の問題を考えても、学童保育の問題を考えても重要なので、これもよくいわれることですが、子供および家族を支援する政策に関わる省庁を独立して作るといったことも真剣に考える必要があるのではないかと考えています。

5. 国の役割・地方の役割

最後に、国と地方の役割分担の在り方と子育て支援の財源確保の問題を中心に、具体的な改革のイメージについて少し議論させて頂き、まとめとさせて頂ければと思います。

▶ 望ましい役割分担の在り方

保育サービス市場の健全な育成に関しては、やはり自治体に権限と責任を与えて、地域の事情に応じた政策を進めてもらうことが基本的に望ましいと思います。スウェーデンの例についてお話ししましたが、実際に保育サービスを保障するのはコミューンつまり地方自治体のレベルなのです。

ただ、スウェーデンでも、その義務を制度的にコミューンに課すのは、中央政府ですので、本当の地方分権ではないと言われればその通りなのですが、政府が子育て支援を行う根拠にまで遡って考えれば、そのような国と地方の役割分担については、私は正当化できていると考えています。

特に、子供というのは、生まれた自治体にずっととどまるわけではなく、子育て支援の影響は日本全国に及ぶわけですから、やはり国の役割というものが必要になります。ただ、サービスを確保するという点に関してはやはり、サービスを受ける子供や親に近いところで頑張ってもらい、そういう仕組みがいいのではないかと考えています。

特に国の役割として、例えば子育て支援の制度設計とともに、児童手当や保育サービス補助などに関する財源措置をしっかりと行っていくことが必要だと思います。

▶ 子育て支援のための財源

子育て支援のための財源として一体幾らぐらい必要かということが気になりますが、例えば先ほど「保育サービス倍增計画」と私が勝手に呼んだプランにおける試算を見ると、あと2兆円ぐらいで拡充策は実施できますみたいなことが書かれています。

【スライド35】がその資料です。現在4兆3,300億円ぐらいというのが日本における子育て支援の支出額なのですが、このうち、保育所整備等を中心とする「I 親の就労と子供の育成の両立を支える支援」については、1兆800億円から2兆円あればできそうですと書かれています。ただ、私はとてもこんな額では収まらないと思っています。

というのは、この推計というのは実は問題が多いと考えられるからです。私もこの試算の根拠についてはきちんと把握できていないのですが、国が想定している公費負担は、【スライド23】の一番下に書かれている公費負担の想定、

すなわち0歳児に関しては月に約13万7千円、年間で言えば約165万円くらいということのようです。制度上はそれぐらいの補助でよいことになっているのですね。

ただ、先ほど見ていただいたように、実態としては、例えば千代田区では、認可保育所での0歳児の保育に対して700万円ほどの補助が行われていました。700万円はさすがに極端だと思いますが、江東区のケースでは指定管理者であっても300万円くらいは必要というデータが見られるのですから、政府の試算は、実際に必要な補助額の半額ぐらいしか見ていないように思われます。

したがって、現実的に考えると、このような公費負担の想定に基づく先ほどの推計というのはかなり過小になっているという印象です。認可保育所の拡充を前提とするのであれば、推計の1.5倍から2倍ぐらい、つまり3兆円から4兆円くらいは毎年必要ではないかと考えています。

ただ、先ほどから申し上げているような認証保育方式であれば、補助額は半分近くですむという印象ですので、ここで想定されている公費負担の中で、保育サービスを倍增させることは可能になってくるのではないかと印象を持っています。

それから財源に関しては、あまり強調されないのですが、両立支援を通じて女性の労働参加と子供数の減少の抑制が進めば、女性の就労からの税収増および増加した子供からの将来の税収増が見込めます。この点も考えれば、実質的な財源負担というのは長期的に考えるとそこまで大きくないかもしれないと考えています。

また、子育て支援のための財源確保の方式としては、その恩恵を受ける国民に広く負担を求める消費税がよいのではないかと考えています。さらに、私たちが子供に残す遺産には、私たちが社会保障制度を通して受給した資産が一部含まれると考えられますので、それを社会全体の次世代に還元するという意味で、相続税のよう

な税制を通じて子育て支援を行っていくという方式もあり得るのかなと思っています。

▶ 高齢者支援 v.s. 子育て支援

確かに、子育て支援を充実させるためには、それなりの公的負担の増加が必要ですが、少子高齢化・人口減少という形で現れている日本経済のバランスの悪さを回復するためには、必要な投資ではないかと考えています。

〔スライド36〕に見られるように、日本では、高齢者の数が増えているということもあって、高齢者向けの公的支出がかなりの勢いで増えています。しかし、児童・家族関係給付費というのは低い水準にとどまり続けています。

実はこの2つの変数の比率、つまり高齢者に対する社会支出を分母に、子供と家庭に対する社会支出を分子にとって比率を計算すると、日本は〔スライド37〕の図の左側に位置します。分母が非常に大きくて、分子が小さい国ですね。

これに対して、子供と家庭に対する社会支出も大きい図の右側に位置する国々を見てみると、そのような国々ではやはり出生率が高いという傾向が見られます。アメリカは再び例外的なケースになるのですが、全体としてこの2つの変数のバランスが出生率に影響を与えるという理論的な予想が、ある程度実際に成り立つことが示されています。

つまり高齢者が社会的に支援・扶養される国では、他の人の子供にただ乗りできるわけですから、それを内部化するような社会的な子育て支援もバランスよく行わないと、非効率的な少子化が進むことが強く示唆されている図ではないかと考えています。

日本でも、分母の「高齢者向けの公的支出」を維持するのであれば、やはり分子の「子育て支援のための公的支出」も増やしていくことで、図に見られるような右上がりの直線を少しずつ上って行くということが望ましいのではないかと考えています。

もちろん、政府だけではなく、企業にも子育て

での支援に協力してもらわないと就労と子育ての両立はできませんので、両立支援を企業にも求める必要があります。ただ、企業が子育て支援を行うためには、それなりのコストが必要なのですから、その点を考慮した政策的対応を行うことが重要だと思います。企業の社会的責任に期待するといったスタンスでは不十分です。

つまり、企業に責任や負担を求めるのではなく、企業が子育て支援という社会的目標のために協力してくれるような制度をきちんと整えないと、企業レベルでの取り組みが遅れ、実効性のある子育て支援のシステムの構築が困難になってくるということ認識しておくことは重要だと考えています。

例えば、すでに見たように、0歳児の子供の保育にはかなりお金がかかるのですから、0歳児の保育サービスを充実させるよりは、例えば0歳児の子供を持つ親が出来るだけ育児休業を取得できるように補助を充実させる方が、公的負担は最終的には小さくてすむと思います。そのような状況を作れば、0歳児向けの保育サービスを倍増させる必要はなくなります。全体のシステムをうまく構築することで、効率的な子育て支援の仕組みを整えることが重要だと考えています。

本日は、子育て支援に関する議論を、経済学的観点から包括的に整理することを試みましたので、急ぎ足になってしまいましたけれども、以上で報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

追記) 本稿は、平成21年2月12日に行われた報告を、当日頂いた質問およびコメントへの回答も一部報告の内容に織り込む形で再構成したものです。質問およびコメントをして下さった

参加者の方々にあらためて感謝いたします。なお、今回の報告の基礎となる研究の一部は、「税と社会保障の一体的改革——格差問題と国際化への対応」と題する科研プロジェクトの成果であり、下記の参考文献の中でも紹介いたしております。参考にして頂ければ幸いです。

《参考文献》

- 山重慎二（2001）「日本の保育所政策の現状と課題——経済学的分析——」『一橋論叢』第125号、第6号、69-86頁。
- 山重慎二（2002）「保育所充実政策の効果と費用」国立社会保障・人口問題研究所編『少子社会の子育て支援』（第11章）東京大学出版会。
- 山重慎二（2005）「税制と社会保障制度の一体的抜本改革～少子化と財政健全化の観点から～」『租税研究』8月号。
- 山重慎二（2006）「シンポジウム 少子化問題を考える－財政の役割？－：基調報告」日本財政学会（編）『少子化時代の政策形成：財政研究第2巻』有斐閣、3-19頁。
- 山重慎二（2006）「税制と社会保障制度の一体改革による格差問題への対応—均等化政策から潜在力支援型底上げ政策へ」貝塚啓明／財務省財務総合政策研究所〔編著〕『経済格差の研究—日本の分配構造を読み解く』（第9章）中央経済社。
- 山重慎二（2008）「地域社会の構造変化と政策的対応～活性化から調和社会の創造支援へ～」樋口美雄／財務省財務総合政策研究所『人口減少社会の家族と地域～ワークライフバランス社会の実現のために』（第12章）日本評論社。
- 山重慎二（2008）「少子高齢化・人口減少社会における財政負担—『投資としての子育て支援』の観点から」貝塚啓明〔編著〕／財務省財務総合政策研究所〔編著〕『人口減少社会の社会保障制度改革の研究』（第6章）中央経済社。

[スライド1]



[スライド2]



少子化対策の経済学

◎ 目次

1. 理論的考察
2. 子育て支援拡大の必要性和方向性
3. 日本の少子化の現状と課題
4. 保育サービス市場の育成
5. 国の役割・地方の役割
6. 求められる発想の転換

[スライド3]

1. 理論的考察

なぜ少子化対策は必要か

現在、日本では、出産・育児という生産活動が、市場の失敗の問題に直面し、非効率的にしか行われていない。それ故、政府が出産という個人や家族の意思決定に介入する「少子化対策」が正当化される。経済学的観点からは、そのような非効率性を緩和することが、「少子化対策」の目的とされるべきである。

[スライド4]



HITOTSUBASHI UNIVERSITY

出産をめぐる市場の失敗

- 現在の日本の財政・社会保障制度の下では、人々の出産行動に関して、以下の2つの深刻な市場の失敗の問題が存在し、非効率的な少子化が進行している。
 - 賦課方式社会保障制度の下で子供が持つ外部性
 - 情報の非対称性による子育てサービス市場の非効率性
- このような「市場の失敗」は、実は既存の政策・制度によって生み出されているという意味で「政府の失敗」の問題とも言える。
- そのような「政府の失敗」の問題を改善し、市場の失敗の問題を改善することで、出生率の改善を図ることが、経済学的な観点から望ましい少子化対策である。
- このような分析を行うモデルとして、現在、「内生的出生モデル (Endogenous Fertility Model)」が頻繁に用いられるようになってきており、数多くの興味深い成果が生み出されている (→研究会を立ち上げたい:後述)。

4



出産をめぐる市場の失敗:(1)外部性

- 公的な賦課方式社会保障制度は、市場の失敗への対応という観点から正当化できるが、子供が支払う税や保険料で、社会全体の高齢者の生活保障が行われるため、子供が外部性(公共財的性格)を持つという問題(副作用)が発生する。
- その結果、自らは子供を持たず、他人の子供にただ乗りして老後の生活を保障してもらう方がよいことになるため、非効率的な少子化が進行する(→Ehrlich and Kim (2007))。
- 賦課方式の財政・社会保障制度の下で、生まれるこのような外部性を内部化するために、出産・育児に対する補助を与える必要があるというのが、児童手当を正当化する経済学的根拠となっている(Groezen, *et. al* (2003))。
- しかしながら、日本では、保育サービス市場の歪みや労働力不足の問題を考えると、児童手当よりも、保育サービス補助が望ましいと考えられる(Apps-Rees (2004))。

5



出産をめぐる市場の失敗:(1)外部性

- Groezen, B. van, T. Leers, T., and A. C. Meijdam (2003) “Social Security and Endogenous Fertility: Pensions and Child Allowances as Siamese Twins,” *Journal of Public Economics* 2, 233-251: 内生人口モデルに基づいて、賦課方式年金制度の下では、年金給付(高齢者向け社会支出)と児童手当(子供・家族向け社会支出)の比率が出生率に影響を与えることを示し、最適な比率を導出。
- Apps, P. and R. Rees (2004) “Fertility, Taxation and Family Policy,” *Scandinavian Journal of Economics* 4, 745-763: 女性の労働供給を生内生化して、児童手当と育児サービス補助政策の比較を行い、後者が女性の労働供給を促し、税収を増加させ追加的な育児支援の財源を生み出すことで、出生率向上の効果が高いことを示す。
- Ehrlich, I. and J. Kim (2007) “Social Security and Demographic Trends: Theory and Evidence from the International Experience,” *Review of Economic Dynamics* 10(1), 55-77: 賦課方式年金が出生及び結婚に与えるマイナスの影響を、32年間にわたる57カ国のパネルデータを用いて検証し、特にOECD 諸国については、賦課方式年金のための拠出が、結婚および出生に対してマイナスの影響を持っていることを示す。

6



出産をめぐる市場の失敗:(2)情報の非対称性

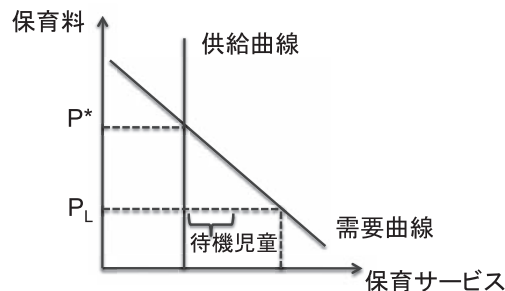
- 保育サービスは、子供の命や健全な成長に関わるサービスなので、利用者にとってはサービスの質が極めて重要である。
- しかしながら、保育サービスの質は、一般には観察できないため、情報の非対称性の問題が発生しやすい。
- そこで、政府は「認可保育所」の形で、高い質の保育サービスを、十分な財源を投入して、極めて安価に提供し始めた。
- それは、情報の非対称性という市場の失敗の問題を改善する点から正当化できるが、次のような問題(副作用)を生んだ。
 - 多額の補助が必要となるため、同居率の低下とともに、急増してきた保育サービス需要に応えられる供給の増加が出来ない状況が発生。
 - 平均費用を大幅に下回る低価格政策の故に、大量の待機児童(超過需要:待ち行列)が発生するとともに、「認可保育所」以外の保育サービス市場の発達が抑制された。

7



出産をめぐる市場の失敗:(2)情報の非対称性

- 日本では待機児童ゼロ作戦に代表されるように、待機児童をシグナルとする政策目標が設定されることが多いが、経済学的観点からは、それは疑問の多い政策目標。
- 待機児童の問題は、超過需要の問題であり、保育利用量を均衡水準にまで引き上げれば、すぐに解決する問題だから。



8

[スライド9]

2. 子育て支援拡大の必要性と方向性

労働参加と子育ての両立

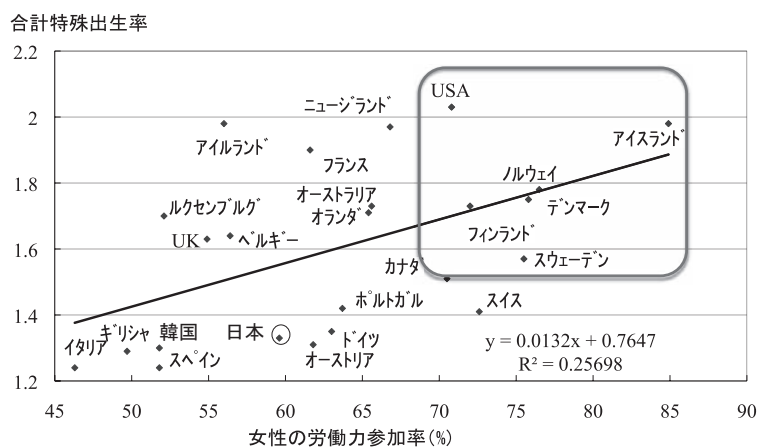
現在の日本経済が目指すべき方向性は、出生率と女性の労働参加の引き上げである。欧米のいくつかの国々では、すでにその両立に成功している。日本でも、その両立に向けた大転換を図るべきである。

[スライド10]



HITOTSUBASHI UNIVERSITY

女性の労働力参加と出生率(世界)



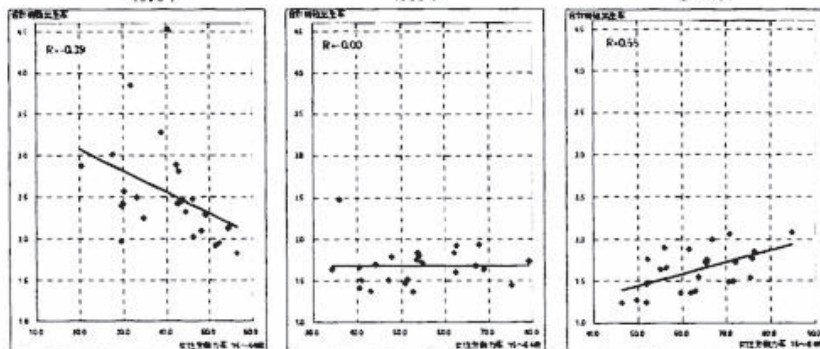
出所) 合計特殊出生率 (TFR) : UN Demographic Yearbook 2001 等 (2001 年データ)
女性の労働力参加: ILO Yearbook of Labour Statistics (2000 ~ 2001 データ; Ratio of Female Labor to Female)

10



女性の労働力参加と出生率(世界)

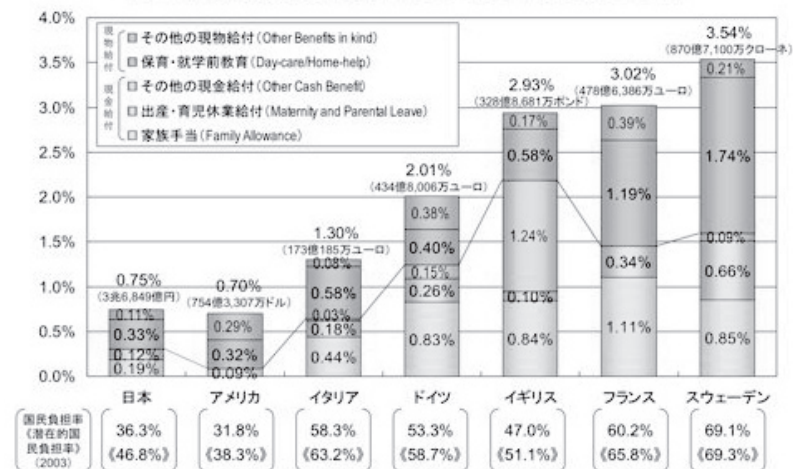
図表 1-2-2 合計特殊出生率と女性労働力率 (15~64 歳) : 1970, 85, 2000 年



資料) Recent Demographic Developments in Europe 2004, 日本: 人口動態統計, オーストラリア: Births No.3301, カナダ: Statistics Canada, 韓国: Annual report on the Vital Statistics, ニュージーランド: Demographic trends, U.S.: National Vital Statistics Report, ILD: Year Book of Labour Statistics より作成。
注) 女性労働力率: 国により一部、調査年および対象年齢が異なる。詳細は、参考Ⅱ「指標項目出典/定義一覧表」を参照。



各国の家族関係社会支出の対GDP比の比較(2003年)



(資料) OECD: Social Expenditure Database 2007 (日本のGDPについては内閣府経済社会総合研究所「国民経済計算(長期時系列)」による。 29

出所)「少子化対策に係る新たな制度体系の構築に向けた視点について」(持続可能な社会の構築(少子化・仕事と生活の調和)分科会)

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/kaisai/jizoku/dai06/siryou2.pdf> 12



子育て支援拡大の必要性和方向性

- 現在の日本経済が目指すべき方向性は、出生率と女性の労働参加の引き上げ。
 - 労働力不足
 - 賦課方式の社会保障制度の崩壊
- 「出生率と女性の労働参加の引き上げ」(子育てと労働参加の両立)は可能なのか？
 - 北欧やアメリカなどでは、実際に両立できている。
 - ただし、安心も求めるなら、一定の公的支出が必要。
- 子育て支援策としては、
 - 保育サービスの充実が最も重要
 - 若年低所得世帯を念頭においた児童手当も有用。
- 「女性は専業主婦が一番よいのではないか？」
 - 一部の夫婦には妥当するだろうが、一般化すべきでない。
 - 男性の低所得労働者が増加する中では望ましくもない。

13

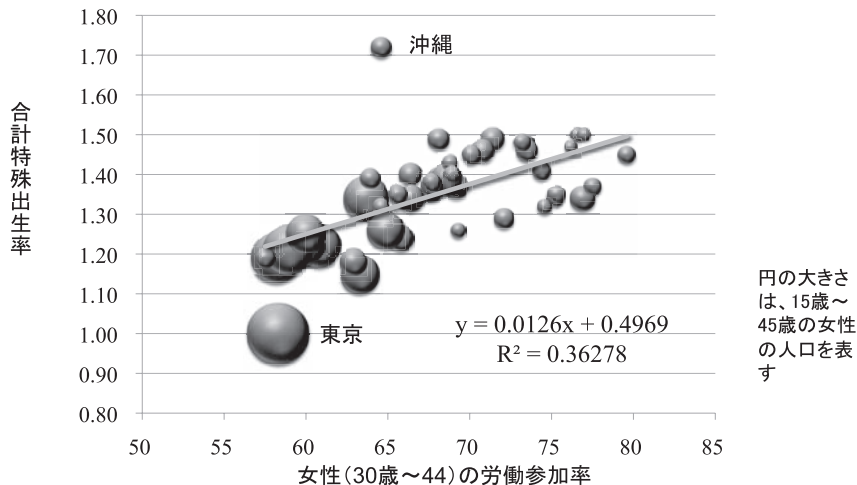


3. 日本の少子化の現状と課題

社会構造の変化と少子化

現在、日本全国で少子化現象が見られるが、その深刻さは都市部において大きい。これまで日本で子育てと女性の労働参加の両立を可能にしていた同居率の低下が、少子化の重要な要因であると考えられる。

女性の労働力参加と出生率(日本)



出所:国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集(2008)』

15

日本の少子化の現状と課題(1)

- 現在、日本全国で少子化現象が見られるが、その深刻さは都市部において大きい。
- 都市人口の大きさを考慮すると、少子化の問題を緩和するためには、都市部の問題を真剣に考える必要がある。
- 都市部での問題への対応は、地方の中核都市でも発生していると考えられるので、地方での居住圏のコンパクト化の方向性なども考慮すると、地方での少子化への対応にもつながる。
- 少子化への対応に関しては、「地方分権」は重要。
 - 地方では、生き残りをかけて、子供のいる若年世代を惹き付けるための取り組み(子育て支援)が見られる。
 - 都市部(地方の中核都市を含む)では豊かな財源を積極的に子育て支援に投入することが期待されるが、都市部の自治体が自主的に子育て支援に取り組むインセンティブは小さい。→現状の問題

16



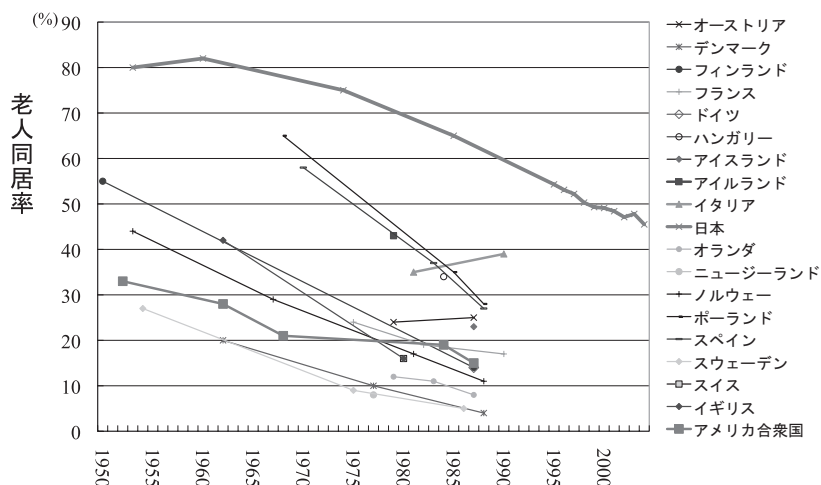
日本の少子化の現状と課題(2)

- 都市部での少子化の最大の理由は、労働参加と子育てが両立できない環境にある。
- 「3世代同居」という両立しやすい環境がある地方では、女性の労働参加も出生率も高い。
- しかしながら、3世代同居の割合は、日本でも急速に低下しており、地方においても、出生率は低下している。(→地方の中核都市での待機児童の多さ)
- 労働参加と子育てが両立できる環境整備が、人口減少に伴う労働力不足の問題を回避しつつ、非効率的な少子化を抑制するための(都市型)対策として有効。
 - 保育所の整備
 - 合理的な育児休業制度
 - 短時間労働の仕組みの整備

17



同居率の低下と少子化

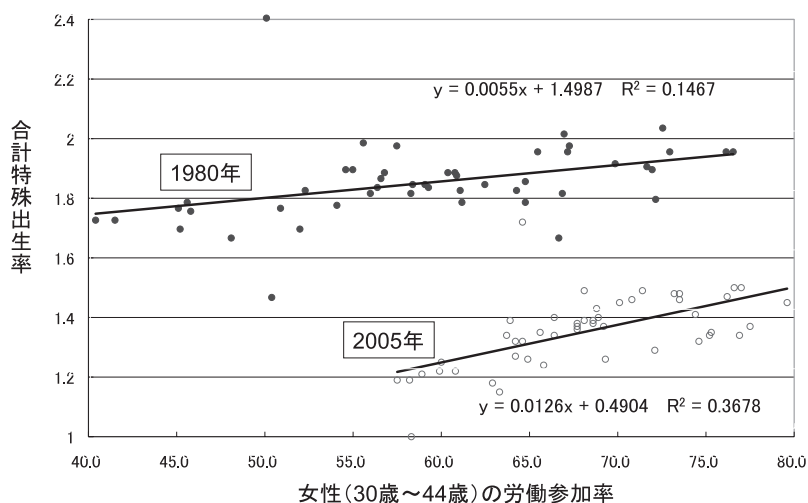


出所: 日本は国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集(2008)』それ以外は Sundström (1994)

18



女性の労働力参加と出生率(日本社会の変化)



出所: 国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集(2008)』

19

4. 保育サービス市場の育成

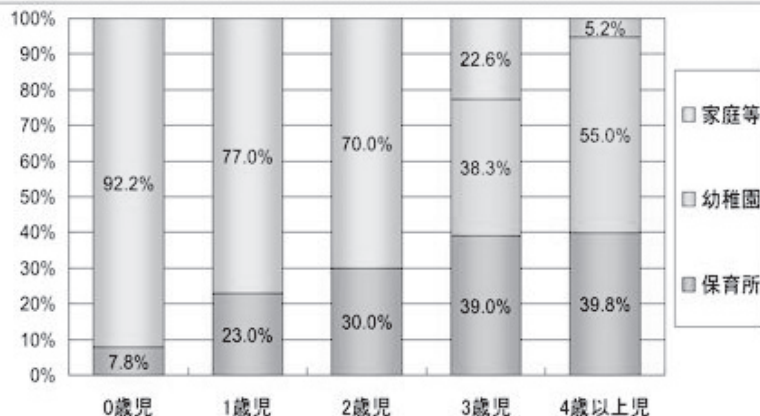
都市部における最重要課題

都市部における少子化の重要な要因が、同居率の低下による両立基盤の崩壊にあることを考えると、「同居を通じた保育」を代替する「保育サービス市場の育成」が、都市部における少子化対策の最重要課題である。

〔スライド21〕

就学前児童が育つ場所

- 3歳以上児は、かなりの部分(4歳以上児はほとんど)が保育所又は幼稚園に入所
- 一方、3歳未満児のうち保育所入所は2割にとどまり、8割の家庭に対する支援の必要性が伺われる。



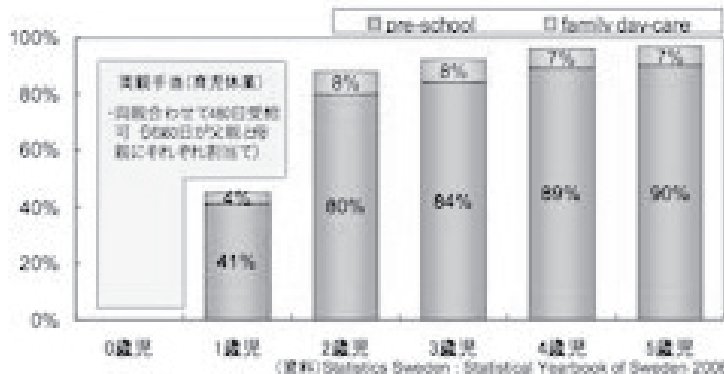
出典) 就学前児童数：平成18年人口推計年報【総務省統計局（平成18年10月1日現在）】
幼稚園就園児童数：学校基本調査（速報）【文部科学省（平成19年5月1日現在）】
保育所利用児童数：福祉行政報告例（概数）【厚生労働省（平成19年4月1日現在）】

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/kaisai/jizoku/dai06/siryou2.pdf>

21

〔スライド22〕

スウェーデンの乳幼児の保育



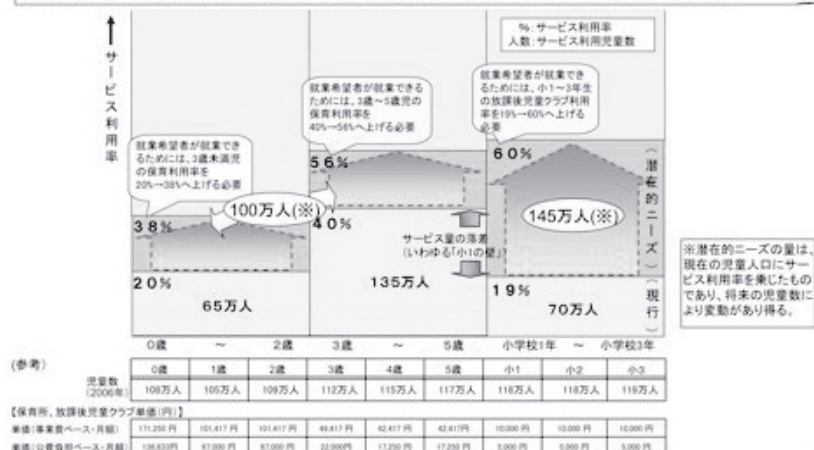
- ・両親合わせて480日間、休業前給与の80%の両親手当(最後の90日間については最低保障額)が支給
- ・その後はほとんどの子どもが就学前 保育(pre-school 又は family day-care)を利用(社会サービス法で、コミュニティには、申請後3~4か月以内に保育の場の保障が義務付け)

http://www8.cao.go.jp/shoushi/kaigi/ouen/kihon/k_4/pdf/s2-1-2.pdf (内閣府)

22

女性の就業希望を実現するために必要なサービス量 (新待機児童ゼロ作戦)

○ 現在働いていない幼い子どものいる母親の就業希望を実現するためには、相当量のサービス基盤が必要。
(「新待機児童ゼロ作戦」では、これらの就業希望を実現するための抜本的なサービス基盤の拡充の必要性を提示。)



<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/kaisai/jizoku/dai06/siryou2.pdf>

23

保育所整備の遅れの原因

- 認可保育所制度の問題①: 保育料の安さ
 - 公的支出が非常に大きい→整備を抑制→待機児童が減らない
 - 民間の保育サービスが育ちにくい
 - 高所得者に対し多額の補助が与えられるため非効率かつ不公平
- 認可保育所制度の問題②: 内部補助方式
 - 高コスト体質が温存されやすい
 - 認可された場合にだけ公的補助を受けられる(→認可を抑制する)
 - 無認可保育所は良くないというイメージが生まれやすい

24



保育所整備の遅れの原因

- 認可保育所制度の問題③:「認可基準」規制の厳しさ
 - 調理室の必置、屋外遊技場(満2歳以上児:3.3m/人以上)、保育室(満2歳以上児:1.98m/人以上)など
 - 60年ぶりの改正(地方への権限委譲)が行われる予定(?)
- 認可保育所制度の問題④:「保育に欠ける」という要件
 - 仕事を探すために保育所を利用することができない
 - 親が同居または近隣に住んでいると保育所を利用できない
 - 育児休業を取得した場合は、兄弟は保育所を出なければならない

25



千代田区の保育費用

● 0歳児にかかるコスト (千円)

区 分		11年度	12年度
総経費	a	292,636	336,248
うち人件費		270,238	303,616
保育料収入	b	10,336	11,491
園児数(人)	c	40	50
年間コスト(園児1人あたり)	a/c	7,362	6,781
受益者負担割合(%)	b/a	3.5%	3.4%

(注) 園児数は年間延べ園児数を平均園児数に換算し端数処理しているため、年間コストは表内の計算とは合致しません。

歳児別にコストを見てみると、0歳児保育には、一人当たり年間700万円程度のコストがかかります。保育士配置基準は、4、5歳児が、園児30人に1人であるのに対し、0歳児は園児3人に1人の基準になっていますので、単純に10倍の人件費コストがかかることになります。また、受益者負担割合に関しては、年齢が上がるごとに高くなりますが、0歳児は3%程度、3～5歳児で11%程度、平均では7%程度にとどまっています。



台東区の保育費用

保育サービス 年齢	認可保育所 (公設公営) (注1)	認可保育所 (私立) (注2)	認可保育所 (指定管理) (注3)	認証保育所 (注4)	家庭福祉員 (注5)
0歳児	5,460千円	4,110千円	3,551千円	1,482千円	1,154千円
1歳児	3,276千円	2,466千円	2,130千円	1,024千円	1,154千円
2歳児	2,730千円	2,055千円	1,775千円	1,024千円	1,154千円
3歳児	819千円	616千円	532千円	684千円	1,154千円
4,5歳児	546千円	411千円	—	639千円	—
受益者負担額 (平均)	205千円	166千円	257千円	600千円	247千円

(注1) 「平成17年度 決算による管内区立保育所(東上野乳児除く)の運営費等の状況」をもとに試算。なお、認可保育所の国庫負担額は児童の年齢区分は無いため、児童1人あたりの保育士の人数を基準として配賦計算を実施。

(注2) 「平成17年度 決算による区内私立保育所の運営費等の状況」をもとに試算。

(注3) 「平成17年度 決算による東上野乳児保育園の運営費等の状況」をもとに試算。

(注4) 保育料は認証保育所の利用方法により変動するため、平均的な保育料月額50,000円と仮定。

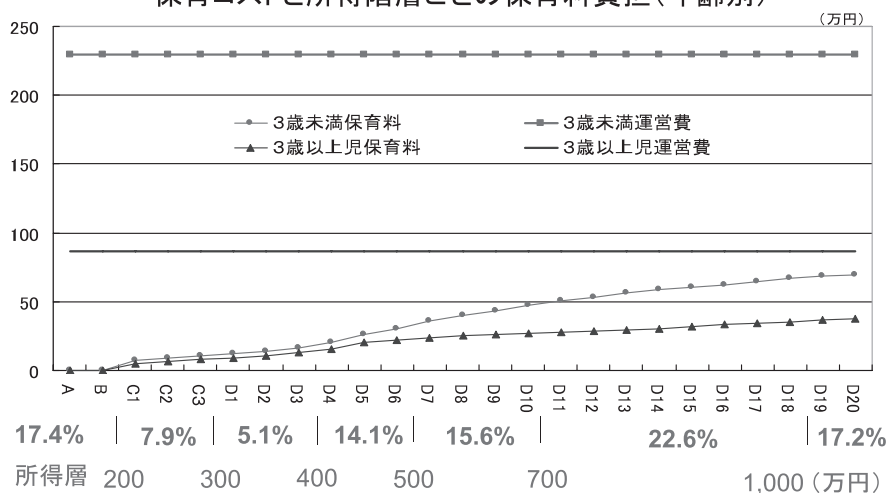
(注5) 平成16年度決算額を平均児童数で割ることにより算定。

<http://www.city.taito.tokyo.jp/index/download/041095;000001.pdf> (台東区HP) ²⁷



横浜市の保育費用

保育コストと所得階層ごとの保育料負担(年齢別)



出所)横浜市保育料等のあり方検討委員会「横浜市の保育料等のあり方に関する報告書」(平成16年)を基に作成 ²⁸



保育所制度の改革の方向性

- 認可保育所制度の抜本的な見直し
 - すべての保育所が安心して利用できるような監督体制への移行
 - 幼稚園と同様の利用者補助方式(認証保育所方式)への移行
 - 労働権と子供の人権を保証するために、「保育に欠ける」共稼ぎ世帯へは、(低所得者ほど)補助を受けられる仕組みとする。
 - 高齢者と同居していても補助額を減額しない。
- 都市部での保育所拡大のための土地確保
 - 幼保一元化のさらなる推進
 - 企業・大学等との連携(地域貢献)
 - 都市部での小中学校の統廃合跡地の有効利用
 - 資本整備のための公的支援は必要かもしれない
 - (園庭を必要としない)乳児と幼児を分けた保育所も考えるべき

29



保育所制度の改革の戦略(1)

- 「待機児童ゼロ作戦」から「保育サービス倍増計画」へ
 - 「待機児童ゼロ作戦」という名称ではビジョンが見えにくい。
 - 国全体としては保育サービスを倍増させることを一つの目標として明確にし、目標実現のための財源確保の合意を得るべき。
 - ただし地域ごとの状況に応じた整備計画を自治体に求める
 - 学童保育も含めた「保育サービス」
- 1、2歳児の保育サービスの充実を優先
 - 1、2歳児の保育サービスを急増させる一方、0歳児については育児休業制度の充実で対応すべき(スウェーデン方式)
 - 現在、1、2歳児の保育需要は大きいに関わらず、供給が十分でないために、0歳児から入所させたい人が増えている。

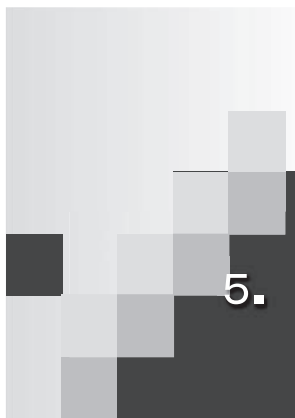
30



保育所制度の改革の戦略(2)

- 認可保育所制度改革は時間をかけて着実に
 - 既存の認可保育所については、強力なステーク・ホルダーが存在するため、慎重に改革を進める必要がある。
 - 保育サービスの監督体制の強化、直接補助方式の拡充により、健全な保育サービス市場の育成を急ぐことで、結果として認可保育所の役割が小さくなるような改革を進める。
- 子どもと家族に関する政策の一元的推進体制の整備
 - 子どもの保育と教育は切り離せない問題であり、幼保一元化や学校と学童保育の連携(放課後子どもクラブ)の推進など、子どもに関する一体的な制度設計と事業の推進が必要。
 - 子どもの保育と親の労働は切り離せない問題であり、育児休業制度、短時間労働制度、復帰支援などと保育所制度の問題など、子どもと家族に関する一体的な制度設計と事業の推進が必要。

31



5. 国の役割・地方の役割

地方分権の推進と制度改革

保育サービス市場の健全な育成の権限と責任を地方に与えることが、「都市部と地方それぞれの少子化対策」を効率的に実現するために望まれる。少子化対策の外部効果に着目するならば、国は児童手当や保育サービス利用者への直接補助の財源を確保し、配分することが望ましい。



基本的な考え方(1): 国と地方の役割

- 保育サービス市場の健全な育成(認可保育所制度の見直しを含む)に関しては、自治体に権限と責任を与え、地域の事情に応じた政策を進めてもらう。
 - スウェーデンの例: 社会サービス法で、コミューンには、申請後3～4か月以内に保育の場を保障することが義務付けられている。
- 国の役割は、子育て支援の「外部効果」を考慮した上での制度設計と財政措置
 - 児童手当等の支払い
 - 保育サービス利用者補助については、おそらく、現在の認可保育所への補助方式(基準額に対して、国1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4の割合で補助)あたりが妥当(?)
 - 認可保育所への補助は徐々に減らしていく

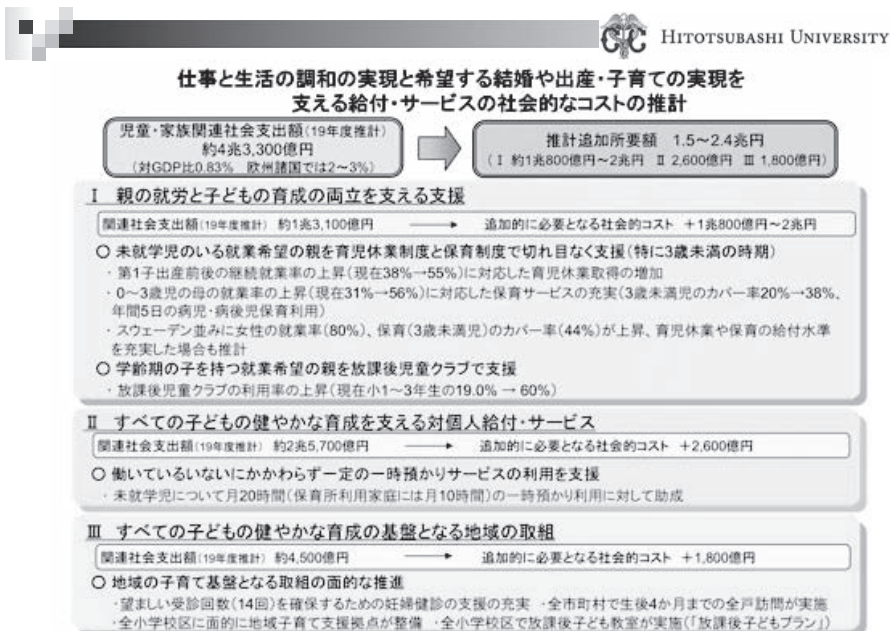
33



基本的な考え方(2): 子育て支援の財源

- 財源確保の規模
 - 「保育サービス倍増計画」: 2兆円程の追加投資(計4兆円程度)?
 - 雇用の増加と付随する税収増、将来の税収増などがリターン
- 財源確保の方式
 - 消費税や相続税などの引き上げ、あるいは公債発行
 - 女性の労働参加の上昇(→経済成長)による税収増
- 注意点
 - 厚生労働省による推計には疑問が多い。
 - 公費負担想定: 約165万円/年(0歳児)、約80万円/年(1歳児)
 - 江東区(指定管理者)の場合: 約300万円/年、約180万円/年(1歳児)
 - 出生率や労働参加に与える影響は限定的かもしれない。
 - 保育所利用の増加は、同居率の低下というかたちで相殺される可能性
 - 保育所利用の増加は、子育て世帯の余暇の上昇で相殺される可能性

34



http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0520-6c_0005.pdf(厚生労働省)

35

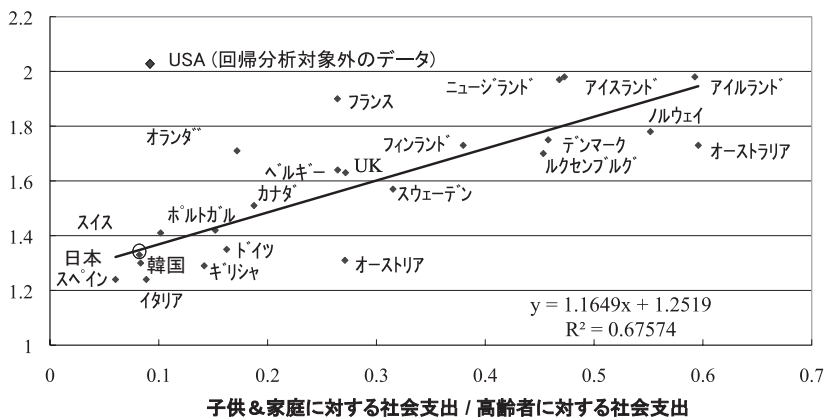


<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/kaisai/jizoku/dai06/siryou2.pdf>

36

育児に対する不十分な公的援助と少子化

合計特殊出生率(TFR)



6. 求められる発想の転換

ワーク・ライフ・バランスと企業の役割

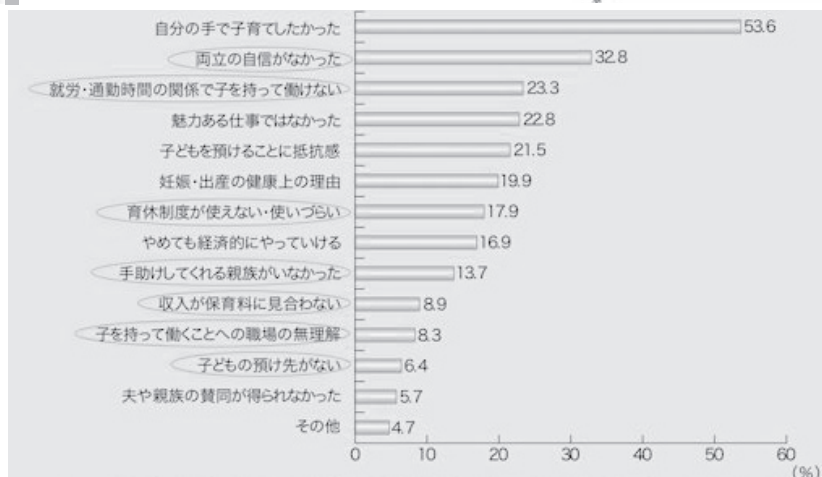
現在でも「両立は難しい」との理由で出産を機に仕事をやめる女性は少なくない。これからは、共稼ぎを前提として、労働環境を整備していくことが望まれる。そのような企業の取り組みが、株主にとって不利にならないように、国は育児休業制度の見直しや補助を行うことで、0歳児の保育サービスの必要性を低下させることが望まれる。



企業等における仕事と育児の両立

- 現在でも出産を機に仕事をやめる女性は少なくない。
 - シングル・ファーザーが、正社員として働きながら、子どもたちを健全に育てられる働き方を選ぶ環境があるかどうかを試金石。
 - 実質的に選びにくいという企業は、少子化に貢献する企業。
 - 社員が共稼ぎであることを前提に労働環境を整備して欲しい。
- 企業等に求められる取り組み
 - 短時間勤務を柔軟に選択できる制度の浸透と転勤の抑制
 - 育児休業の取得に対応できる労務管理技術の向上
- 政府に求められる企業支援
 - 原則として、0歳児の子どもを持つ親全員が育児休業制度を取得できるよう、企業の負担を軽減する施策
 - 育児休業取得者の代替要因確保のための補助金
 - 生産性に応じた処遇を認めるべき

39



(備考) 1. 独立行政法人労働政策研究・研修機構「育児休業制度に関する調査研究報告書」(2003年)により作成。
 2. 「出産前に仕事を辞めた理由は何ですか」という問いに対する回答の割合である(複数回答)。
 3. 回答者は、1992年4月2日から2001年4月1日までに第一子を出産した女性のうち、結婚後も仕事に就いていたが出産前に仕事を辞めた614人(東京都杉並区182人、東京都江戸川区219人、富山県富山市・高岡市213人)。

〔補足資料〕

補足資料：認可保育所と認証保育所の比較

とうきょう福祉ナビゲーション

http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/contents/tokushu/ninsyo/ninsyo_02.html

	認可保育所	認証保育所
定員・対象年齢	・認可保育所の定員は20人以上です。	・認証保育所A型は駅前に設置することを基本とし、大都市特有の多様なニーズに応えます。 (定員20人～120人、うち0歳～2歳を1/2以上) B型は、保育室制度からの移行を中心とし、小規模で家庭的な保育を目指します。(定員6人～29人、0歳～2歳)
0歳児保育	・0歳児枠がない保育所があります。	・0歳児保育を必ず実施していただくことにより、都民のニーズに応えます。
基準面積	・0歳児・1歳児の一人当たりの基準面積が3.3m ² 必要です。	・弾力基準として0歳児・1歳児の一人当たり基準面積を2.5m ² まで緩和します。
保育料	・区市町村が徴収します。	・認証保育所が徴収します。なお、料金は認証保育所で自由に設定できます。(上限あり)
申込方法	・区市町村に申込みます。	・利用について認証保育所と保護者の間で直接契約をしていただきます。
改修経費の補助	・株式会社を対象とする補助制度はありません。	・A型のうち駅の改札口から徒歩5分以内のものについて、改修経費を補助します。
開所時間	・11時間を基本としています。	・すべての保育所に13時間以上の開所を義務づけています。これにより、二重保育の解消につながります。
サービス内容の説明	・サービス内容についての説明義務は特に定めていません。	・各認証保育所で、契約時に保護者へ「重要事項説明書」を渡し、サービスの内容や施設の概要、事業者の概要などを説明することを義務づけます。
利用者・都民に対する周知	・認可保育所に対して設置認可書を交付していますが、掲示することを義務づけていません。	・各保育所で、利用定員や開所時間などサービス内容を明記した「認証書」と基準に適合しているという「適合証」を玄関付近など利用者の見やすい場所に掲示することを義務づけます。

出所) 国立市認証保育所運営費等補助金交付要綱

区分	補助対象経費	補助基準額
運営費 (月額)	認証保育所の運営に要する経費	毎月初日に在籍する国立市に住所を有する児童数に、(1)の年齢別定員別基本額と(2)の定員別加算額と(3)の保護者負担軽減加算額を加えた額を単価として乗じて得た金額とする。ただし、10月から翌年3月までは、上記単価に100円を加算する。
		(1) 年齢別定員別基本額
		定員 30人まで 31～60人 61人以上
		年齢
		0歳児 120,950円 102,000円 92,710円
		1～2歳児 82,500円 63,550円 54,260円
		3歳児 54,040円 35,090円 25,800円
		4歳以上児 50,200円 31,250円 21,960円
		(2) 定員別加算額
		定員 金額
		45人まで 3,480円
		46～60人 2,720円
		61人以上 1,810円
		(3) 保護者負担軽減加算額
		年齢 金額
		0～2歳児 10,000円
開設準備 経費	設計委託費 工事費	認証保育所A型を駅前(駅最寄りの改札口から徒歩で5分以内の範囲をいう。)に開設するために必要な改修経費。ただし、1か所当たり、改修経費に2分の1を乗じて得た額と30,000,000円とを比較して少ない方の額とする。

介護保険制度改革の行方

——社会保障グランドデザインからの切り口——



嘉悦大学経営経済学部専任講師 和泉徹彦

はしがき 本稿は、平成21年3月12日開催の財政経済基本問題研究会における、嘉悦大学経営経済学部専任講師 和泉徹彦氏の『介護保険制度改革の行方——社会保障グランドデザインからの切り口』と題する講演内容をとりまとめたものである。

はじめに

介護保険は2000年にサービスの提供が開始されてから、もう9年が経過した。3年おきに改革が行われて、第3期9年が終わり2009年の4月から第4期に入ってきた。これまでの改革に比べて第4期への改革はさほど大きな変更はない、マイナーバージョンアップくらいの印象がある。政局の混迷によって大きな変化を避けたとも見ることができる。将来的に介護保険制度をどのような姿にしていくのか、負担のあり方を含めた持続可能性をどのように担保するのかといったことは、3年おきの改革を繰り返してもたどり着くものではなく、将来のグランドデザイン無しには描けない。この場合のグランドデザインは介護保険制度単体で成立するものではなく社会保障制度全体を範囲にすることは言うまでもない。

本稿では、介護保険制度が現時点で直面している課題について制度の仕組みを交えて紹介する。そして改革という名の下に行われている施

策から抜け落ちているグランドデザインからの論点を指摘する。これは介護保険制度の持続可能性を見いだそうとするときに必要となる論点、つまり財政・社会参加・国際化といった領域を含んでいる。特に国際化については、海外労働力に介護マンパワーを頼ろうとする施策とこれだけ高齢化した先進国は日本以外にないという介護保障モデルの意義といった階層の異なる論点がある。

● 差し迫った課題

[介護サービスの範囲]

介護保険制度が始まる前からの日本の高齢者福祉の課題として、施設偏重・在宅軽視があった。介護が必要になった人たちは老人ホームに入所できるようにするのが福祉であるという理解が長らく続いてきた歴史がある。地方自治体が福祉の責任を果たすというのは、社会福祉法人に補助金を出して特別養護老人ホームを開設させることだと考えられてきた。

しかし、福祉施設を整備するには多額の費用がかかるし、対象となる要介護者が少ない時代には間に合っても、高齢化が進んで要介護者が増えてきた状況では全員を収容することは非現実的だというのが明らかになった。

公的介護保障が検討され始めた1980年代後半にはその認識があって、介護保険制度までの助走期間とも言える1990年代を通じた介護サービ

ス基盤整備ではホームヘルパーが重要な数値目標になった。ホームヘルパーの支援を得ながら住み慣れた地域社会の中で生きていくのが在宅福祉で、これからの介護を受ける人たちの生活なのだという転換が図られた。それでも施設偏重・在宅軽視はなかなか改まらなかった。それは経済的なインセンティブの面からも当然の理由があった。

第1期（2000～2002年）と第2期（2003～2005年）途中までの課題として、同じ程度の介護を必要とする人であれば施設に入った方が生活費が楽になるという給付体系になっていたことが挙げられる。なぜかといえば、食費も家賃も全部込みで保険から出る仕組みになっていたからだ。医療保険改革では、別に入院していなくても食事はするだろうから入院時の食費は自己負担という切り離しを行った。介護保険施設でも同様に家賃や食費に相当する部分はどこで生活してもかかる基本的な生活費用について自己負担にする改革を行った。

保険の給付から除外することによって保険の給付費用を抑制すると同時に、施設に入所したから在宅で生活するより楽なのではないというメッセージを含んだ改革だったと言える。給付費用の面で比較すると、施設入所者は介護保険利用者の4分の一程度なのに給付全体の半分近くを使っている。もちろん施設入所しているのは要介護度が重度の方々が多いものもあるが、平均的な費用は高くなっている。保険者である地方自治体にとっても、施設介護の比率が高ければ給付総額も大きくなり、結果的に65歳以上の第1号被保険者保険料を引き上げるよう迫られることになる。

[介護労働力確保]

2009年からの第4期への改革として、介護職に対する報酬を引き上げることが目標とした事業者への介護報酬の見直しが入ってきている。介護職に対する報酬の低さが定着率の妨げになっている、国家資格である介護福祉士有資格

者が介護職に就いていない、といった課題が明らかになっている。介護ニーズの伸びに応じた介護労働力が確保できなければ、何のための介護保険かと制度の根本的な意義に疑問が投げかけられることになってしまう。

介護職の報酬改善には、介護サービス事業者への介護報酬を高めてやれば結果的に介護職に対する分配が増えるだろうという見込みに基づいて施策が実施されている。しかし、増えた介護報酬を介護職へ分配しなさいという強制力は持っていない。現在、介護職があまりにも低報酬なため、どの事業者も人手不足でなかなか売り上げを伸ばせない状況がある。ある程度、報酬面での待遇改善を行わなければ人材確保もままならず、分配を増やさざるを得ないだろうと予測されている。ただし、経済不況で労働需給が緩んでいるために思惑通りに目標が達成されるかは未知数である。

介護労働力不足を海外のマンパワーを輸入して補おうとする動きが始まっている。第1陣はインドネシアの方で、研修を受けてから実際に介護施設に配属されている。介護職には介護福祉士のような国家資格はあっても業務独占ではない。つまり国家資格を持たなくてもホームヘルパー2級といった研修を受ければ従事することができるのが介護職の現状である。しかし、一般的に介護職は外国人に労働ビザを発給する職種になっておらず、インドネシアやフィリピンのように経済連携協定（EPA）を取り交わした国々との二国間取り決めに基づいて介護職としての受入を実施しているのみである。海外マンパワーの今後の活用ポリシーをどのように定めるかは後段で議論したい。

[介護サービスニーズの顕在化]

介護というのは家族が責任を持って面倒見らるもので他人様の手を煩わせるのはみっともないという意識が邪魔をしたのか、介護保険が始まったばかりの頃は実際に介護が必要な状態にあるにもかかわらず介護保険サービスを使わな

い人が多かった。介護保険次第に介護保険制度が理解され、周囲で利用する姿が認知されるようになってから、まずどのくらいのサービスが受けられるかを確かめるために要介護認定を受けてみようという人たちが増えてきた。2000年には要支援・要介護と認定された人が256万人だったのに対して、2008年9月末には462万人に達している（図表1）。

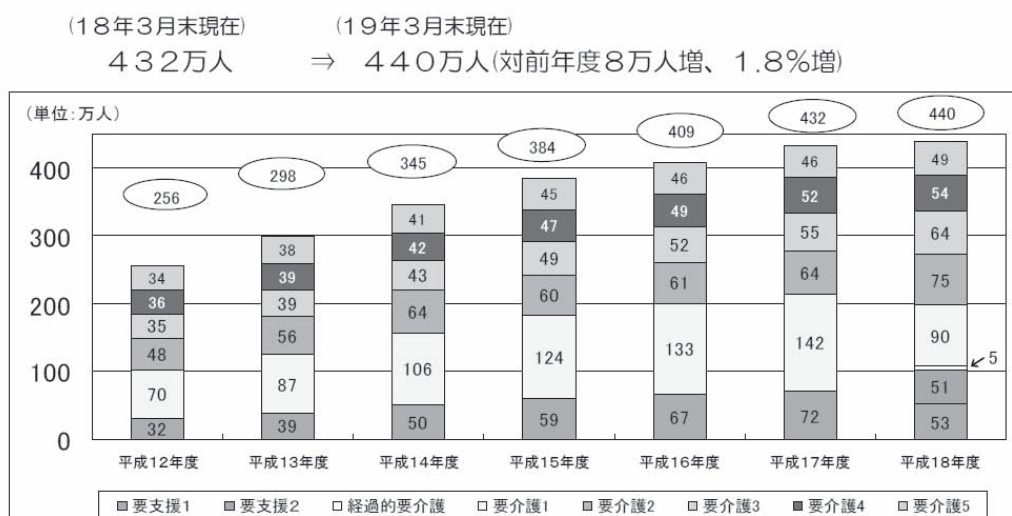
第2期以降に入ってからさらに介護保険サービスの利用者が増えてきており、要介護認定を受けるだけではなく、実際に使う人が増えてきた。2000年には180万人程度だった利用者数が2008年9月単月では377万人余りに増加している。つまり制度開始当初は要介護認定を受けた人々の7割しかサービスを利用しなかったのに対して、現在は8割以上がサービスを利用するようになってきている。制度が定着するに従って何となく様子もわかってきて、医療保険を使うのと同じような感覚で使えるものだと捉えられてきたのかもしれない。

第3期（2006～2008）への改革の目玉として、要支援と要介護の厳密な区分が設けられた。自分のために普通に使えるサービスだと思って使

い始めた人たちがこういう使い方もできると気づいてしまったことへの牽制の意味があった。もともと要支援にはリハビリなどで自分の持っている身体機能を生かして自立しましょうという意味が含まれている。しかし、第2期までは要支援であっても全部電動で起き上がらせてくれたりする機能を持った介護ベッドを購入・レンタルすることができた。結果的に自分の持っている能力を削いでしまい、要介護に移行してしまう、重度化するといったケースが増えた。これに対応するため、要支援1・2の区分では限定的なメニューを提供して、自立を促す方向に転換した。こういった改革は試行錯誤だった部分だったと考えられる。

補足すると、介護保険サービスを使うための要介護認定を受けた人数ベースでの把握だが、要介護認定者は約16%であり6人中1人の出現率である。75歳以上に限れば約21%、5人中1人となる。認知症の出現率は約7%、14人中1人の出現率となる。もちろん家族のみで介護する方もあるので実数はもっと多いが、一生の内で必ずお世話になるとまでは言えない程度のリスクである。

《図表1》 要介護認定者数の推移



● 財政の仕組み

介護保険サービスを利用したとき、自己負担は1割になっている。裏を返してみれば9割引のバーゲンプライスでサービスを利用できるとも言える。それでも年金をわずかしかもらえないのに介護保険の自己負担を出すのはとても重いという声もある。しかし、高齢者全体がそのような境遇にあるわけではなく、一般論としては介護保険の自己負担は安いという状況がある。介護保険発足にあたっては、制度の認知を高めなければならない、介護保険サービス市場を拡大しなければならない、といった事情からの1割自己負担だったかもしれないが、将来的には見直しを含めた改革が求められる部分である。介護保険から給付される9割の部分を保険料と税金で負担している仕組みが持続可能なのかを検証しなければならない。

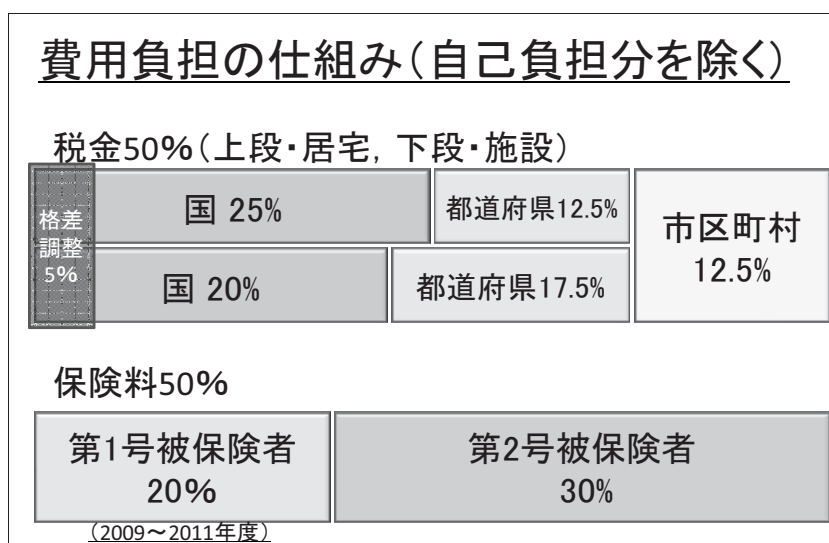
〔費用負担の仕組み〕

介護保険給付費は保険料と税金で半分ずつの財源になっている。税金部分に関しては、国と

都道府県と市区町村が一定割合で負担し、保険料部分に関しては、65歳以上の高齢者が全員入る第1号被保険者、そして40歳以上64歳までの方が入る第2号被保険者という分け方になっている。地域間格差についても配慮がなされていて、財政力が弱くて、さらに高齢者が多くて、なかなか費用負担に耐えられないという地方自治体に関しては、国が格差調整分5%部分を持っている。第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は高齢化によって見直されてきており、第4期は第1号被保険者が20%、第2号被保険者が30%という割合が定められている（図表2）。

介護保険は地方自治体が保険者の単位になっており、3年おきの介護保険事業計画の見直しが行われている。そこでは必ず保険料と給付の見通しを定めて、それに従って安定的な財政運営を行っていくように計画される。これは市区町村を保険者にした別の保険ということで国民健康保険の反省点、なかなか保険料をきちんと給付の額に合わせて引き上げられないという問題を踏まえたものである。住民負担を引き上げるような条例改正が思うようにできず、結果

《図表2》 介護保険給付費費用負担の仕組み



的に国保の赤字を税金で埋めるようなことが行われてきた経緯を繰り返さない仕組みが設定されている。

介護保険の場合には都道府県単位の財政安定化基金がある。見込みを上回って給付費が増えた、保険料収納不足が発生したといった場合に、一般財源から財政補てんする必要があるように市町村に対して資金の交付・貸付を行うという役割を担っている。その財源は国、都道府県、市区町村が3分の1ずつ拠出している。

財政安定化基金から貸付を受けた場合には、次の事業運営期間3年間で貸付分を返済できるように保険料を引き上げることが義務になっている。これが国保の教訓を得て、財政を自動的に安定化する仕組みである。高齢化が急に進んだわけでもないのに保険料が大きく引き上げられた地方自治体をみると、前の期に財政安定化基金から貸付を受けていたためだったケースは容易に見つけることができる。

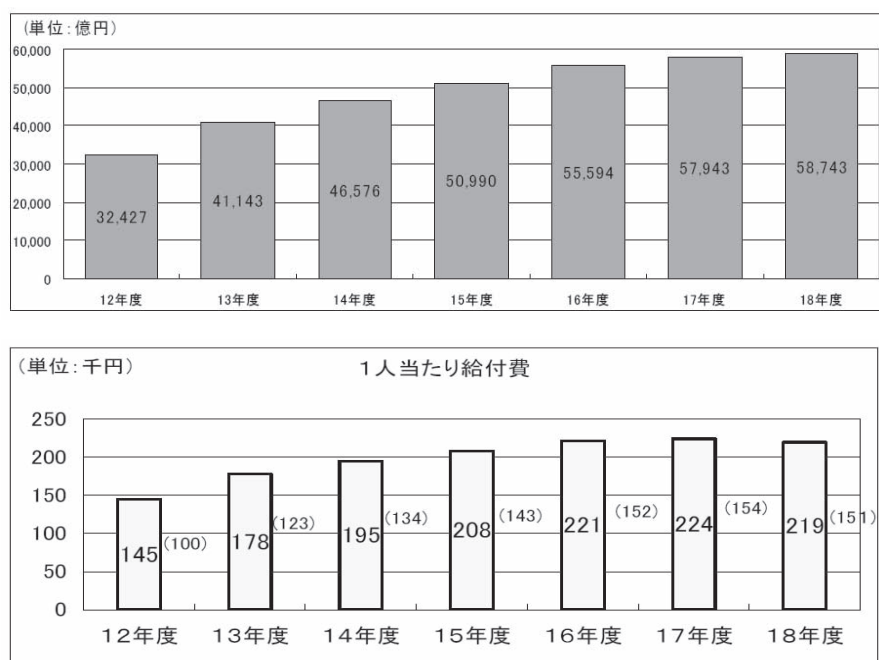
〔介護保険給付費の状況〕

介護保険の始まった平成12（2000）年度、3兆2,000億円という数字で始まったものが、平成18（2006）年度には5兆9,000億円に近い給付になっている。2倍までは達しないものの伸びてきている傾向がわかる。1人当たりの給付費をみると、平成17（2005）年度、平成18（2006）年度を比較すると、平成18年度の方が若干下がっている。これは軽度の方向へのセットメニューを提供する要支援1・2の比率が高まったことも影響している（図表3）。

● 介護サービスの量と質の確保

コムスンという会社は介護保険サービス事業者として全国展開をする、あまり多くはない大手の会社の1つだった。基本的には事業者の届け出は都道府県単位になっており、地域密着型サービスになると今度は市町村単位の届け出に

《図表3》 介護保険給付費の推移



平成18年度介護保険事業状況報告より

なっている。地元志向の小規模事業所が多く、なかなか全国チェーンで展開しようという事業者は多くない。

2007年6月にこのコムスの処分逃れの不正というものが発覚した。慢性的な人手不足が深刻化している介護サービス業界で、事業所届け出の際に水増しした内容を記載していたことに対して処分が実施されようとした。このときに処分対象の事業所が処分を受ける前に廃止届けを提出して受理されてしまったことで、処分逃れになってしまった。処分をもし受けたら、連座制で同じ会社の他の事業所も届け出を更新できなくなるというペナルティーがあった。既存顧客へのサービス継続を最優先に考えた結果、法の抜け穴を逃げ回ったと見ることもできる。

結果的にコムスグループとしては介護保険サービス事業を廃業して、他社へ事業譲渡することになったのが、コムス事件の経緯である。全国チェーンではなく、分割事業譲渡、都道府県単位で分割し事業譲渡が行われた。譲渡先のほとんどが民間企業で、介護保険サービスの事業者の中でも優遇が認められている社会福祉法人でこれを引き受けたというのは2カ所だけだった。社会福祉法人という仕組み自体は現在、介護の人材養成に役割を果たしているのだが、かつての特別養護老人ホームを増設しなければいけなかったという施設偏重の時代から抜け切れておらず、介護保険時代の自分たちの役割というのがうまく見つけられていないのではないかという疑念を抱かせた一件であった。

これを受けて、厚生労働省内に「介護事業運営の適正化に関する有識者会議」が設置され、半年以上にわたる議論の結果、4つのポイントを含む報告書が提出された。

1. 指導監督権の創設
2. 処分逃れ対策
3. きめ細やかな監督指導
4. 指定欠格事由の見直し

従来、都道府県或いは市町村には事業所に立

ち入って指導監督権する権限が無かった。あくまでも届け出を受け付けるのみだったので、事業内容を指導監督する権限を創設した。処分逃れ対策として、事業所を廃業する届けを提出するとすぐに受理される仕組みだったものを、一定期間の事前予告の仕組みに変えた。廃業届によって処分逃れができないように、あらかじめ猶予期間があって、それ以後に廃業を認めるという形の対策がなされた。

また、きめ細やかな監督指導について、都道府県・市町村が事業者の振る舞いについてよく見なさいといったことが盛り込まれている。

4番目の指定欠格事由の見直しは、不祥事を起こしたコムスという一事業者にのみ責を負わせることなく、監督官庁として厚生労働省のやり方がたかくなに過ぎたと指摘したと理解できる。コムスが結果的に問題を大きくした原因の1つは連座制にあった。1つの事業所が不正を行った場合に、それが更新拒否という形で全国すべての全事業所に波及してしまうという指定欠格の仕組みである。ただ、すべてを連座させて処分すれば済む話なのかと言えば、結果的に迷惑を被るのはサービスを利用していた人たちであり、その実態をよく見なさいという勧告がなされている。これは2008年5月の法改正の中で盛り込まれている。

● 社会保障グランドデザインにおける介護保険改革

介護保険制度単独での持続可能性を議論することにとどまらず、年金・医療・福祉の総合的な社会保障システムに関するグランドデザインから介護保険改革について議論することが、介護保険の意義を再認識することにつながると考える。年金・医療・福祉を統合的に提供するような生涯保障システムへの転換、つまり年金を単に生活費として考えるのか。それとも年金の中から介護費用や医療の費用というものも当然出て行くと考えたときに、その介護保険ないし医

療保険との整合性の取り方について議論が必要である。派生して財政・社会参加・国際化といった領域に広がった論点についても目を向けなければならない。

〔世代間格差を考える〕

生年別に世代がグループ化されるとき、介護保険給付と費用負担が各世代でどのように違うのか、給付倍率として比較してみる研究がある。田近・菊池（2004）「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」は、現在90歳近い1920年生まれの世代と50歳近い1960年生まれの世代では大きな世代間格差が生じていると指摘する。1920年生まれの世代は介護保険料をほとんど負担する期間が無かったのにサービス給付を受けているということで6.5倍の給付倍率である。一方、1960年生まれの給付倍率は2倍を切ってくる。現行制度を維持するような方針でいけば、この世代間格差にどのような合理的説明ができるのかと疑問が生じる。

小黑・中軽米・高間（2007）「社会保障の「世代間格差」とその解決策としての「世代間の負担平準化」－介護保険における「積立勘定」の補完的導入を例に－」は、世代間で生涯の純受益額（給付－負担）がどのように変化するかを検証することで、少子化が進んだ後世代には給付倍率が突き抜けてマイナスになる場合があることを指摘している。具体的には1970年代半ばからの世代が該当する。

世代間格差を是正しようとしても人口の多い世代が割を食うような方法しか残されていない。後世代へのつけ回しを止めようと思えば、どこかの世代が過去の世代が負担しなかった部分を背負う二重の負担が発生してしまう。世代間不公平を言い立てることは容易いのだが、備えようの無かった社会経済構造の変化が社会保障システムの新たなニーズを生み出してきた事実を踏まえれば、不毛な争いにも思われる。経済構造あるいは家族構造などの社会の質的变化について、過去の段階で準備しておけばよかったと

か、過去に生まれた人たちが直面している現実に対応した備えが無かったことを非難することは決して生産的ではない。過去に遡って積み立て直せというのも困難な話で、世代間会計の議論から完全な給付と負担の公平を目指すのは対立をあおるだけに終わることだろう。

鈴木・児玉・小滝（2008）「公的介護保険導入と老後不安感、予備的貯蓄」では、介護保険が老後生活の不安感をきちんと解消しているかについて家計の金融資産に関する個票データを元に分析している。その結果、不安感は解消していないし、予備的貯蓄減少が顕著なはずの高齢者世代がかえって貯蓄残高が増えたり、若年世代で貯蓄が減ったということが明らかにされている。つまり、高齢者全員にあるわけではない介護リスクを介護保険制度がカバーすることによって予備的貯蓄がいらなくなったはずなのに実行動には表れていないことが示されている。介護保険制度は老後生活の安心を与えていないという根本的な問題が提起されている。

〔障害者福祉との統合〕

障害者福祉サービスは制度変更が相次いでいる。2003年から自立支援サービス、2006年から障害者自立支援法が施行され、契約・選択の自由が導入された。自己負担1割の応益負担を導入することによって、体裁として介護保険との制度の形式が似てきた、ある意味似せたところがある。将来的に介護保険制度と障害者福祉を統合することを視野に入れた動きだった。さらに統合することで20歳以上40歳未満の世代を被保険者にするという目論見も含まれていた。

障害者自立支援法と介護保険が大きく違うのは、意味の異なる月額上限というものが設定されているところである。介護保険の場合には要介護度に応じた保険適用の上限であって、それを超えると自費で全額負担を意味する。一方、障害者自立支援法の場合には自己負担額の上限であり、それ以上では全額給付になる。1割自己負担についても応益負担は受け入れられない

と主張する障害当事者団体からの要求で軽減措置が適用され、ほとんど自己負担とはいえない程度まで軽減がなされている。2009年は障害者自立支援法の見直しの年になっており、与党プロジェクトチームの報告では自己負担撤廃・応能負担復活が書かれている。昔ながらの福祉サービス、同じメニューを選んでもある人は高い値段を請求されるし、ある人は無料で使える、そもそもメニューが書かれていなければ選べない、そのような世界が復活するのを誰が歓迎するのだろうか。

自己負担を導入したときには、就労支援・就労継続サービスを活用して社会参加し、働いて稼いで税金を払える障害者になりましょうというのが一つの目標だった。この3年間で障害年金の見直しなど、所得保障面での進展が無かったことが後戻りを許してしまった。理想と現実との乖離はあったにせよ、ノーマライゼーションの理念、つまり障害者であっても税金が払えるような社会参加ができることを目指していたのが遠のいてしまった。自己負担はあっても、それを越える所得保障があって、障害者福祉サービスを主体的に使っていく仕組みが望ましかったと考える。

第3期に入るときに『租税研究』に執筆した

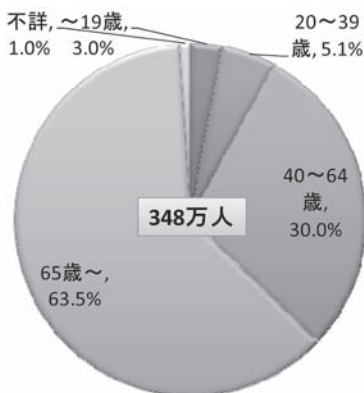
和泉徹彦「介護保険制度改革——財政抑制の見通し」（2005年9月号）では、障害者福祉と介護保険との統合を合理的かつ必然的な選択だと論評した。介護保険サービス事業のリソースは障害者福祉サービスへの転用が可能である場合が多く、2つの制度を統合して単一市場として事業者に競争してもらった方が規模の経済が働くと考えられる。

参考までに、図表4で身体障害児・者と知的障害児・者の年齢構成を示す。日本の身体障害者は殆どお年寄りで、40歳以上の第2号まで含めれば身体障害者の殆どが介護保険の被保険者世代にはまる。65歳以上で身体障害者手帳を持っている人は介護保険を優先することになる。一方、知的障害児・者の方に関しては年齢層がかなり若めになり、介護保険の対象とは大きく違っている。障害当事者の間でも意見や立場も違うところに関係してくる話である。次の国際化の視点を絡めて言えば、既に介護保険があるオランダやドイツでは障害者を同じ制度で扱っていて、日本のように別制度にはしていない。

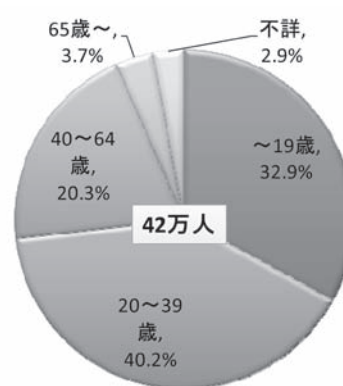
● 国際化の視点

先進国の例を見ると、低所得者の介護を公費

《図表4》 年齢階級別の身体障害児・者および知的障害児・者の割合



H18身体障害児・者実態調査



H17知的障害(児)者基礎調査

で負担をする、あるいは、施設の居住費や食費については自己負担にしている。要介護者を施設だけに片寄らないような工夫をしている。欧州では住宅を保障するのが前提になっている点が日本との大きな違いとして指摘される。特に低所得者・高齢者に関しては優先的に公営住宅が用意され、それを基盤として生活面での保障、介護・医療保障がなされていくのがグランドデザインとしての方向性だと考える。

差し迫った課題の中でも介護労働力確保の論点として紹介したが、経済連携協定（EPA）に基づく海外からの看護・介護労働者の受入れが始まっている。多国間の枠組みで農産物の開放をやってしまうと衝撃が大きすぎるため、農産物開放を見送る代わりとして看護・介護労働者というモノのかわりにヒトという取り決めになっている。

交渉自体はフィリピンが先行していたにもかかわらず、交渉が後から始まったインドネシアからの介護労働力受入れが先に実現している。ようやくフィリピンも交渉がまとまり、第1陣が来日した。次はマレーシア、タイと順番が控えている。特に輸出農産物を多く持つタイの場合にはよほど大きく受入枠が設定されなければ交渉はまとまらないのではないかとの見方もある。

海外の、特に東アジアのほかの国・地域を見たときに、韓国、台湾、そして香港などはかなり介護労働力を輸入している。日本はこれまで外国人労働者に対して門戸を閉じすぎていたため、本当に必要になったとき確保できない心配がある。

昨年来の円高進行によって日本で働くことのメリットが増した部分があり、海外労働力確保のタイミングとしては好都合と考えられる。東アジア諸国のうち、どこが労働力の供給源になるかを考えると、中国などはもうすぐ人口減少に転じるし、タイミングを逃すと結果的に海外に人材を求められない事態も想定される。

しかしながら、海外に介護労働力を頼るとい

うことだけに限らず、外国人労働者を受け入れるためにどのような移民ポリシーで臨むのかを決めることが先になる。日本でも安価な労働力扱いが問題化している外国人研修生制度をまねした韓国では、期間限定移民労働者として待遇を改善している。定住させないけれども労働許可期間の労働者としての権利は守る姿勢を打ち出している。

● 結びにかえて

社会保障の各制度というのは、財政方式、財源、リスク管理のグループが違うといったところがあって、別制度になっている。社会保障は国民一人一人に対して提供されているさまざまな安全・安心のシステムなのだと捉えたとき、これを1つの統合した形の生涯保障システムとして提供すべきだと考える。介護保険制度がありながら高齢期の介護リスクについて安心感を与えられないようでは、制度の意義が失われてしまう。

着手点として、まず福祉とくくられる中で、介護保険、障害者の自立支援サービス、保育サービスを統合していくような方向性がある。かつて年金から一部財源を持ってくる育児保険を創設して、保育サービスなどを運営していこうという議論もあった。福祉サービスすべてを1つのサービス体系にして提供する、ある程度自由市場的な原理、つまり準市場的な仕組みが望ましいと考える。効率性と公平性のいずれも追求していくことが、サービス給付を受ける人々と負担する人々との乖離を最小限に抑えることになる。

世代間格差の問題についても同様であり、完全な平等ではなくても応分の負担が実現することで対立の溝を埋めることは可能である。自分の世代がどの世代に対して過重な負荷をかけているのか、あるいはかけようとしているのかを自覚することが、落としどころとなる合意点を見いだす第一歩となるだろう。

(参考文献)

鈴木亘, 児玉直美, 小滝一彦 (2008) 「公的介護保険導入と老後不安感, 予備的貯蓄」 *Gakushuin Economic Papers*, Vol.45, No.2, July 2008

小黒一正, 中軽米寛子, 高間茂治 (2007) 「社会保障の『世代間格差』とその解決策としての『世代間の負担平準化』——介護保険における『積立勘定』の補完的導入を例に」

PRI Discussion Paper Series (No.07A-05)

和泉徹彦 (2005) 「介護保険制度改革——財政抑制の見通し」『租税研究』第671号, pp.96-105

田近栄治, 菊池潤 (2004) 「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」November-2004

日本の医療制度改革の方向性について

お茶の水女子大学大学院
人間文化創成科学研究科准教授

大森正博



はしがき 本稿は、平成21年5月14日開催の財政経済基本問題研究会におけるお茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科准教授大森正博氏の『日本の医療制度改革の方向性について』と題する講演内容を取りまとめたものである。

1. はじめに

近年、日本の医療制度を取り巻く環境は大きく変わりつつある。救急患者が受け入れ先の病院がなく、不幸な結果になったニュース、公立病院の経営危機が報じられ、地域における医師不足、医療過誤など新聞、テレビ等で報道されることが多くなっている。医療は我々の生活に密着しているだけに、医療制度に不安要素があることは、人々の生活の安心を脅かす。平均寿命の高さ、乳幼児死亡率の低さが、世界の中でもトップクラスを誇る様に、我が国の医療制度は優れた成果を出している一方で、様々な問題が取りざたされるようになってきているのは、戦後60年を経て、社会、経済が変化している中で、その変化に現在の制度が対応できなくなっているからに他ならない。現在、我が国の医療制度は、少子高齢化、医療技術の高度化など社会的経済的变化の中で矛盾が生じ始め、改革を必要としていると考えられる。様々な医療制度に関わる問題は、それぞれが単独で生じている

のではなく、医療制度が構造的に抱えている問題の発現であるように思われる。本稿の目的は、日本の医療制度の抱える問題点を構造的に解明し、その制度改革の方向性を考えることにある。

本稿の構成は以下の通りである。第2節では、日本の医療制度の問題点を経済理論を用いて構造的に解明する。第3節では、第2節での議論を踏まえ、日本の医療制度改革の方向性について考察を行う。第4節では、結語が述べられる。

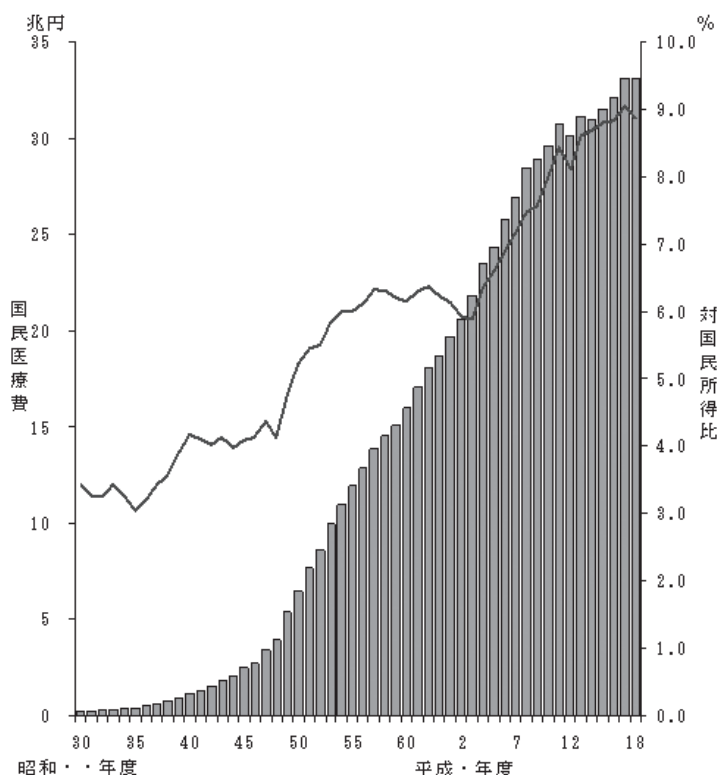
2. 日本の医療制度の問題点

(1) 医療費に関わる論点

日本の医療制度に関する問題で、継続して問題視されてきたのは、医療費に関わる問題である。まずは日本の医療費の水準がどうなっているかを、国民医療費のデータを使って、確認してみよう。

(図1)の折れ線グラフは、国民医療費の対国民所得比の年次推移を示している。多少の増減はあるが、傾向としては増加し続けている。国民医療費の対国民所得比を、一国の各種の財・サービスに使える所得に占める医療サービスの支出の割合と考えれば、(図1)の折れ線グラフは、日本の利用可能な資源の中で医療に回す割合が増加していることを意味している。少子高齢化、医療技術の発展など社会経済的变化が生じている中で人々の医療サービスに対す

(図1)



出典) 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成18年度国民医療費』

る選好が強まり、消費支出が増加することは自然なことであるが、それが、その他の財・サービスの消費・生産に回る資源を抑制しないかという心配がある。

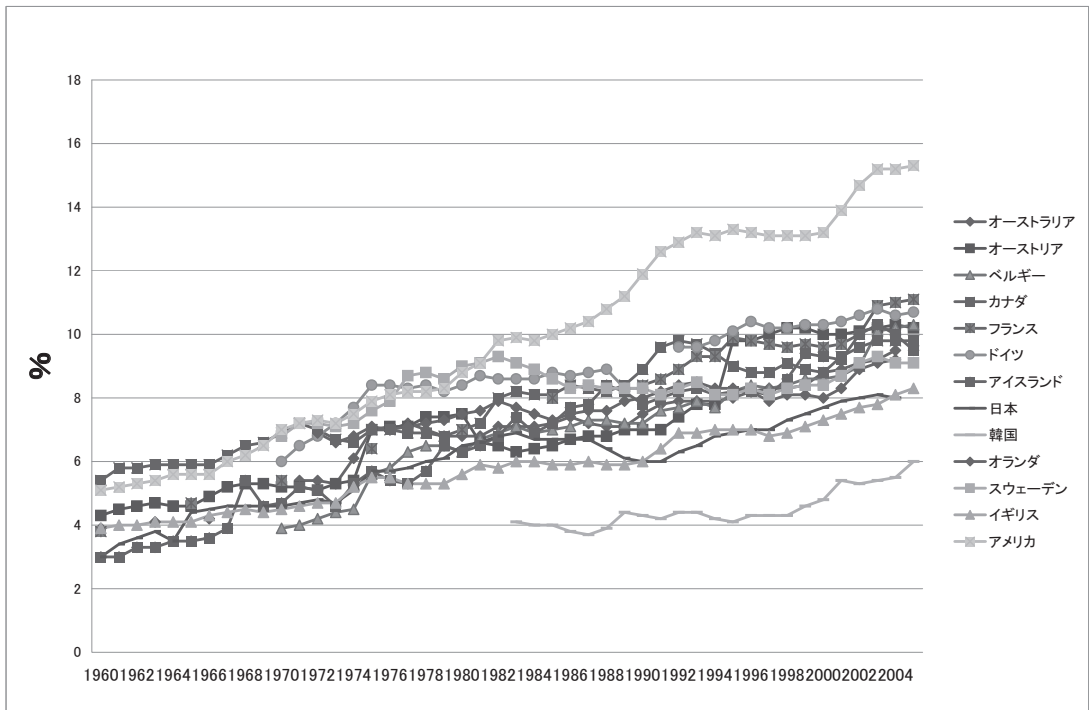
(図2)は、OECD Health Data2008を用いて、総医療費の対GDP比の年次推移をOECD加盟国のいくつかの国と比較したものである。(図1)と同様に日本の総医療費の対GDP比は、データの始まっている1960年から増加傾向にあることが分かる。そして、さらに興味深いことには、OECD加盟の諸国も日本と同様の傾向にあり、総医療費の対GDP比率は日本より諸外国の方が総じて高い。日本は、OECD加盟国30カ国の全てと比較可能な2004年において、総医療費の対GDP比が22位であり、総じて下位に位置している。

(図2)の観察から分かることは、日本では、

一国で使える資源の中で医療に配分される割合は、OECD加盟諸国の中では必ずしも高い水準にあるわけではないことである。ただし、問題は、その割合が増加傾向にあり、必ずしも安定する兆しを見せていないことである。これが個人の選好の結果であれば、それほど問題を深刻に考える必要はないかもしれないが、医療費には、後述するように、租税を財源とする国、地方公共団体からの補助金が投入されていることから、このまま増加し続けた場合に、費用を現在の財源調達の方法では賄えなくなる心配がある。

日本は公的医療保険制度を採用しているが、[表1]は、2006年度における財源の割合を示している。総額33兆1276億円の国民医療費の49%を保険料、14.4%を患者負担、36.6%を公費で賄っている。(厚生労働省大臣官房統計情報

(図2) 総医療費の対 GDP 比の年次推移



出典) OECD HEALTH DATA 2008

部『平成18年度国民医療費』)。日本は公的医療保険制度を採用しながらも、保険料では国民医療費の半分程度しか賄えず、保険制度が適用されているとは言い難い状況にある。

〔表1〕平成18年度国民医療費財源

	推計額(億円)	構成割合(%)
国民医療費	331,276	100
公費	121,274	36.6
国庫	81,895	24.7
地方	39,379	11.9
保険料	162,245	49
事業主	66,923	20.2
被保険者	95,322	28.8
その他	47,757	14.4
患者負担(再掲)	47,555	14.4

厚生労働省大臣官房統計情報部
『平成18年度国民医療費』

元々、保険は、事前的にリスク・シェアリング(Risk sharing)を行う仕組みであるが、事後的にリスクの相対的に低い者がリスクの高い者を助けるという形で、事後的な所得分配の仕組みを内蔵していることも確かである。それに加えて、日本の医療保険制度は保険料が所得に関連するようになっており、相対的に所得の高い者が所得の低い者よりも高い保険料を負担する形の所得再分配の仕組みを持っている。これら2つの要素を勘案して、総じて言えることは、若い世代から高齢者世代への所得分配が生じているということである。一国としては同じ負担でも、年齢等の社会経済的属性によって、その負担の大きさは異なっている。

(2) 効率性

医療制度を評価する時、医療費が効率的に利用されているかどうかという視点も重要である。

以下では、効率性に関わる論点を一つ一つ検討していく。

①消費者のモラルハザード

（公的）医療保険制度を採用している場合、消費者のモラルハザード（Moral Hazard）が起る可能性が常に存在する。

日本の公的医療保険の場合、患者は医療費を全額自己負担するわけではない。65歳未満の患者は一部負担率は3割であるが、その他、年齢、所得に応じて、一部負担率は削減される。このことは、2つの意味で患者サイドのモラルハザードを喚起する可能性がある。

第一に、公的医療保険の存在は、患者が医療サービスを受診しないで済むように健康に留意した生活をし、予防行動を行うインセンティブを弱める可能性がある。

第二に、日本の公的医療保険の一部負担は、本来かかっている費用よりも低廉な費用負担でサービスを受けられることを意味し、患者の過剰な医療サービスの需要を誘発する可能性がある¹。

② 医療提供者のモラルハザード

医療サービス提供者と患者の間には、医学的知識・情報に関する情報の非対称性があるために、医療サービス提供者にはモラルハザードの誘因がある。この点については、医師誘発需要（Physician-Induced Demand）（ないし供給者誘発需要（Supplier-Induced Demand））として、ブリティッシュコロンビア大学のEvansによって提唱され、スタンフォード大学のFuchsによって本格的な実証研究が始まり、その後、欧米を中心に数多の実証研究が行われてきた²。日本でもいくつかの実証研究が行われているが、欧米の研究も含めて、医師誘発需要が存在するという研究と存在は認められな

かったという研究が併存している状況であり、果たして医師誘発需要が存在しているかどうか結論は出ていない³。しかし、医療提供者と患者関係において、モラルハザードが発生する要因が、構造的に存在していることに留意する必要がある。

③ 医療・介護の分業の不完全性

医療サービスの需給に関する効率性を考える場合に、医療サービス供給者の中での分業・連携、医療と介護の分業・連携は重要な論点である。多くの財・サービスは、市場における消費者による選択、供給者同士の競争の中で分業が実現していく。

市場メカニズムの中で分業が行われるためには、消費者が適切な選択を行うことが必要条件であるが、医療においては、患者が選択に必要なだけの十分な医学的知識・医療情報を持つことが出来ないことによって生じる情報の不完全性、情報の非対称性が存在する。したがって、医療サービス市場において、市場メカニズムにより分業が促進されることは期待しにくい。

a. 医療の分業

医療の分業において、軽度の症状の診療、重度の症状の診療の分業は重要である。重度の症状の診療には高額な医療機器を使用することが多く、入院診療の場合、入院のための病床、病棟など固定設備を利用することになるが、軽症の場合の診療は診療所で行い、重症の場合の診療は病院で行うことが効率的である。身体の不調を覚えた時に、患者は病気の重症度、病名が分からないために、どの医療機関を訪問すればよいか分からないことから、重症の場合にも対応でき、より多くの種類の病気を診療できる病院を選択するインセンティブを持つ。日本では、患者が直接病院を受診することが制度的に妨げられていないために、病院での診療が不必要な患者が病院を訪問し、病院の資源を利用するこ

¹ 患者のモラルハザードについては、A.J.Culyer and J.P.Newhouse eds. (2000) ch8.を参照。

² 医師誘発需要については、A.J.Culyer and J.P.Newhouse eds. (2000) ch 9を参照。

³ 日本における医師誘発需要仮説の実証研究のサーベイについては、井伊、別所（2006）を参照。

とにより機会費用を生みだし、効率性を損なっている。その中には、軽症の患者が病院のサービスを受けることにより、重症の患者の病院における診療を遅らせ、診療時間を抑制するという費用も含まれる。

高度医療、救命救急医療についても、日本は問題を抱えている。病態の解明が継続的に行われており、治療方法が十分に確立されていない「政策医療」19分野をはじめとして、先端医療の研究、診療は、国立病院機構のナショナルセンターを中心に展開されている。高度医療は大学病院を含めた大規模病院においても行われているが、これらの高度医療センターは、最先端の医療の診療、研究、教育を行う必要があり、研究と診療のバランスをとる必要があるので、対象とする患者の病態、重症度を絞って診療を行う必要がある。しかし、医療費の伸びを抑制することが政策目標として標榜され、かつ国立病院、医療機関の組織の効率性が問われて法人化が進行している下で、医療制度における高度医療センターのあり方について、模索が行われているのが今日の状況である。

救命救急医療も様々な問題点がある。救急医療は、保健医療計画の中で、初期救急医療機関、二次救急医療機関、三次救急医療機関と分業する形で制度の整備、構築が行われている。救急の患者が出た場合には、在宅当番医制度、休日夜間救急センターにおける外来診療によって対応し、必要に応じて、二次救急医療機関、三次救急医療機関に紹介することになっている。二次救急医療機関は、入院治療を必要とするような重症の救急患者を扱い、三次救急医療機関は、二次救急医療機関で対処できないような重篤な患者に対応し、具体的には救命救急センターが担当することになっている。平成20年3月現在で救命救急センターは全国に208カ所存在して

いる（『国民衛生の動向 2008年版』P.170-172）。

救命救急医療における問題点の一つは、救命救急医の不足および配置の問題である。

救命救急における第二の問題は、救急医療に対する需要が、この10年間で50%も増大するなど著しい増加を示していることである。高齢化要因に加え、人々の救急医療に対する意識の変化がこの需要増加の中にあることを無視できない。例えば東京都では、2006年に救急車による搬送が687000件あるが、実際に搬送して救護したのが626543人、救急車が出動したが搬送しなかった例が66734ある。実際に搬送した場合でも、重症以上が7.8%、中等症が31.8%、軽症が60.3%であり、軽症の割合が高いことが特徴的である。救急車が搬送しなかった例では、症状改善による辞退が50.1%、誤報が11.8%、立ち去りが11.2%を占めており、救急車の出動が必ずしも必要なかったケースが少なからず見受けられる⁴。

救急医療を気軽に需要する傾向は、初期救急医療、二次救急医療において見られ、その結果、本来、二次救急医療で診られるべき患者の診療が遅れがちになるという弊害が出ている。さらに二次救急医療で対応しきれなかった患者が三次救急医療にまで来ることになり、三次救急医療が本来果たすべき高度救命救急の業務に支障がある場合が出てきている。

この問題の本質は、救命救急医の不足と同時に、患者が時間外の体調の不良について、情報不足の中で、救命救急を需要していることにもある。救急車の安易な利用は、患者の情報不足の面があると同時に、費用負担が低いことによるモラルハザードとの側面もあることは否定できない。

b. 医療と介護の連携

高齢者の疾患、例えば、脳血管疾患、転倒による骨折は、治療の後に長期療養、介護を必要とする事が多い⁵。病院で治療を受けた患者は、

⁴ 小濱啓次編著『救急医療改革』東京法令出版 2008年 P.26-41を参照。

⁵ 厚生労働省大臣官房統計情報部『国民生活基礎調査 平成16年』によると、要介護者の介護を必要になった主な原因を、多い順番に並べると、脳血管疾患（25.7%）、高齢による衰弱（16.3%）、骨折・転倒（10.8%）、認知症（10.7%）、関節疾患（リウマチ等）（10.6%）となる。

介護がより必要となった時には、医療よりも介護を中心とした療養に移行していくことが効率的である。介護を必要とする患者が、病院に入院していることは、病院の人的資源、物的資源を浪費しているばかりでなく、入院加療を必要とする他の患者の医療サービスの需要を抑制することになり、二重の意味で非効率的である。

医療から介護へのサービス移行にあたって、患者は、急性期病院、療養病床（医療保険型、介護保険型）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、在宅医療、在宅介護を選択して、移行していく。そのイメージは以下の通りである。

急性期病床 → 療養病床 → 介護老人保健施設

1) → 在宅医療（+）在宅介護

2) → 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

左から右に移行するにつれて、介護の要素が強くなっていくことになる。もしも市場メカニズムがうまく機能できる前提条件が備わっていれば、これらのサービス移行は、患者の選択によって効率的に行うことができる。なぜならばそれぞれのサービスに需給条件の下で価格がつき、患者は自らの身体状況とも相談して、サービスを選ぶことができるからである。しかし、医療・介護サービス市場では、市場メカニズムが機能する前提条件が満たされているとは言えない状況にある。

第一に、患者が自らの身体状況を診断できるだけの医学的知識・情報を持っていないこと、利用できるサービスの種類、提供場所、サービスの質について知らないなど情報の不完全性がある。したがって、患者は適切なサービスを選択することができない。

第二に、医療サービス、介護サービスの価格は市場メカニズムの中で決まってくるのではなく、社会保険診療報酬制度、薬価基準制度、介

護報酬制度という価格規制の下にある。しかも医療、介護共に保険制度が存在するために、価格が消費者の選択およびサービス供給者の意志決定に果たす役割は限定的である。このことは、患者のモラルハザードを生じさせる可能性がある。患者は、サービスの価格が規制価格で費用を100%反映していないこと、保険の存在もあって、多くの場合、市場価格より低い価格でサービスを購入することができる。例えば、施設への入院療養が必要な場合、病院におけるサービスの患者にとっての負担が介護施設におけるそれよりも低ければ、病院におけるサービスを選択できる。患者は、サービスの質、量が充実している方を選ぶことになり、それが、病院への医療を必ずしも必要としない患者が入院するという「社会的入院」を生じさせる要因になっている⁶。サービス供給者は、特に患者を退院させる制約がない場合及び患者を留めることが利点になる場合には、患者を退院させるインセンティブを持たない。

第三に、供給規制がある場合には、需要に合った供給が行われる保証はない。医療機関の保健医療計画による病床規制、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の設置基準など例に挙げることができる。このことは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）における待ち行列（ウェイトングリスト）の要因にもなっている。

④ 「医療の質（Quality of Care）」

サービスの効率性を考える上で、「医療の質」も重要な論点である⁷。「医療の質」は、病気の診断、治療の技術に関わることから、サービスを提供する医療関係者の患者に接する態度まで様々な側面を持っている。問題点が指摘されながら、なかなか無くならない医療過誤も「医療の質」に関わる問題である。患者の求める品質の医療サービスが提供されることが効率的であ

⁶ 病院には医師、看護師がおり、病気の時に診てもらえるという安心感があることは、患者の病院サービスの品質に影響を与えていると考えられる。

⁷ 医療の質については、米国医療の質委員会／医学研究所 著『医療の質』日本評論社2002年が参考になる。

るが、医療においては、それが確保される前提条件が満たされていない。医療サービスの品質に関する情報の非対称性が、医療サービス提供者と患者の間にあることが一因である。患者が医療サービスの質を評価できなければ、消費者の望む品質のサービスを提供するインセンティブをサービス供給者は持たない。

また、市場メカニズムが機能している場合、サービスの品質と価格は正の相関を持っていると考えられる。品質を上げれば費用も増加し、それを反映して、サービスの価格も上昇する。現実の医療制度において、価格規制が存在することを前提とすると、十分に競争が行われていれば、品質は規制価格によって規定されることになる。医療の質を問題にする場合、サービスの価格設定をどの様に考えるかは、不可欠の検討課題である。

⑤ 保険制度の問題

効率性に関わる論点として、保険制度に関する問題も看過できない。日本では、1961年に「社会保険」の形で国民皆保険が実現した。国民全てが、経済的属性、社会的属性による相違なく、医療サービスを受けられるようにし、憲法第25条で定められた最低生活保障に資する健康を国民に保障することが目的であった。しかし、今日、日本の公的医療保険制度は、急速にその制度的存立基盤を脅かされ始めている。1980年代に3Kの一つとして取りざたされた国民健康保険は、現在も保険給付費が保険料収入を大きく上回る状況が続いており、租税による公費の投入がなければ経営破綻してしまう状況が続いている（『国民健康保険事業年報2006年度』）。比較的財政状況の良かった組合健康保険でさえ、近年では急速に財政状況が悪化し、解散する健康保険組合も増加してきていることを考えると、保険者の財政赤字の原因を究明し、対策を講じる必要がある（『健康保険組合事業年報』）。

a. 「社会保険」の保険の原理との矛盾

日本の公的医療保険制度は、国民皆が持っている健康のリスクに対処する観点から保険を採用しているが、その実際の制度運用は保険の原理から離れている。

第一に保険は、リスクの高いグループについては高い保険料を科すことが原則であるが、実際の社会保険において、リスクと保険料は相関していない。公的医療保険の保険料は、給与・所得と相関しており、若年者よりリスクが相対的に高い高齢者は、所得は相対的に低いので、リスクと保険料が逆相関する傾向にあるのが日本の公的医療保険の現実である。

また、保険は「大数の法則」が働くことが必要であるが、日本の公的医療保険制度は、加入者数が「大数の法則」が働く程度に十分に多くない状況で保険者が林立しているのが現状であり、2008年4月現在で、健康保険組合が1541、市町村国保は1818存在している（『保健と年金の動向 2008年』P.48-49）。

よく知られているように日本の公的医療保険は、「社会保険」方式を採っている。「社会保険」とは、職業、居住地域など、被保険者が属している社会集団で保険に加入する方式を指す。日本の公的医療保険の特徴は、人々が、職業あるいは居住地域を通じて、いずれかの集団の構成員として、公的医療保険に強制加入させられることにある。保険は、リスクを持っていると認識している者が、自らの意志でリスク・シェアリングに参加することが原則であり、強制加入の要素はそれと矛盾している。

しかし、強制加入を正当化する理由として、2つのことが考えられる。第一に「逆選択（Adverse Selection）」を防止することである。保険者と被保険者の間には、被保険者の（健康に関する）リスク情報の非対称性があり、保険市場が成立しない可能性がある⁸。保険市場の逆選択を防ぐためにはいくつかの方法が考えられる。

⁸ 医療保険における逆選択の発生については、大森（2008）P.170-172に詳しい説明がある。

第一に、被保険者のリスク情報を保険者が把握できるようにすることにより、情報の非対称性の解消を試みる方法である。被保険者の健康診断を行うこと、被保険者に保険加入の際に健康情報に関する告知義務を課すこと等が考えられる。しかし、被保険者のリスク情報が明らかになれば、保険者は保険収支を考慮に入れて、被保険者のリスクと保険料を相関させることができるため、被保険者により保険料が差別化されることになる。

第二に、保険への未加入を許さないという強制加入の方法である。逆選択が発生する理由は、被保険者の中でリスクの低い者が、自分のリスクと比較して相対的に高い保険料を好まず、保険の集団から退出することにある。したがって、保険集団からの退出をできないようにすることで逆選択を阻止できる。

強制加入にする第二の根拠としては、同じ社会に暮らす者として、病気になった時に、皆が等しく低い負担の下で医療サービスを受けられるようにするべきであるという価値観を社会を構成する人々が共有している場合を挙げることができる。強制加入の社会保険は、国が家父長的に国民の健康を保持する方法を提案し、それが国民の支持を得ている状況と解釈することも出来る。逆選択を生じさせないための強制加入は、本来は低いリスクの者が高い保険料を払うことを強制するわけであるから、経済合理的には正当化されず、さらに何らかの根拠を必要とする。そこには、国が、国を構成する国民全ての健康を保持するための社会保険を提案し、それに対して、家父長的に国民に支持を求め、国民が支持するというイデオロギー的側面があると考えられる。

b. 保険制度運営組織の問題

保険制度は、制度運用に当たり、相当の管理費用（Administration Cost）がかかることが指摘されている。これは、公的保険でも民間保険でも同様であり、被保険者からの保険料の徴収、保険事案の処理、保険金の支払い、被保険

者の情報管理など多額の管理費用がかかる。公的保険の場合には、民間保険の場合と比較して、その制度的特性からさらに問題が発生する。

第一に、保険者のインセンティブに関する問題である。公的保険の保険者には利潤動機がないことから、必ずしも費用抑制のインセンティブが働かない。近年、公的年金保険、医療保険において保険料未納が問題になっているが、その一因はこの点にもあると考えられる。2005年3月現在において、国保加入者の7.7%が保険料未納である（『平成17年度国民年金被保険者実態調査』）。もっとも、強制加入によって、必ずしも経済合理的に納得していない状況で保険に加入している人々も対象にしていることから、民間保険に比べて保険料徴収が容易ではない可能性が高い。また、民間保険では正当化される保険料の取り立てを、例えば市町村という公的機関が行うことに対する社会の批判的風潮も、公的保険における保険料未納問題を悪化させている可能性があり、一概に保険者のインセンティブの欠如と攻めるのは酷かもしれない。

保険者の利潤動機の欠如は、被保険者に対するサービスの低下も招きやすい。民間保険では、保険者は被保険者から選択されなければ、経営の危機に陥るので、被保険者に対するサービスを良くして、被保険者を引きつけようと努力する。公的保険の保険者は、利潤動機が必ずしもないためにこのメカニズムが働かないばかりか、被保険者が、職業、居住地域など、その社会的属性から加入する保険の選択の余地なく保険に加入していることが問題を一層深刻化させる可能性がある。

第二に、公的医療保険の成立の歴史に起因する非効率性の問題である。日本の公的医療保険では、企業の福利厚生としての健康保険に始まり、居住地域によって加入する国民健康保険に至るまで、被保険者拡大のために、必ずしも経済合理的に被保険者の集団が組織されてこなかったために、小規模の保険が3000以上も分立している⁹。このことは、大数の法則が機能す

ることを阻害するばかりか、事務費用に関する規模の経済性（Economies of Scale）が働くことも抑制する。もっとも、制度が分立していても、保険者が利潤動機を持つか収支均衡のインセンティブを持っていれば、経営の統合を通じて、問題は解決の方向に向かった可能性もあり、この問題も、利潤、収支均衡など経営に関わる保険者のインセンティブに起因する問題であると考えることもできる。

⑥ 医療サービス供給者に関わる問題

a. 「医師不足」、 「看護師不足」

近年、産科、小児科、救命救急等の診療科で医師不足が取りざたされ、社会の大きな関心事となったことは記憶に新しい。また、都市から離れた遠隔地における医師不足は、古くから問題視されてきた。看護師に関しても、看護専門学校、看護大学等で看護師の免許を取りながら、看護の現場から離れていく看護師が多いことは長く認識されてきた⁹。医療技術の高度化が進み、医療サービスの品質が重視されてきている今日、看護師に対する需要は質、量共に増してきているが、特に、地方都市、都市から離れた遠隔地において、「看護師不足」により病棟を閉鎖しなければならない病院まで出てきているのが今日の状況である¹⁰。

「医師不足」を取り上げてみよう。「医師不足」とは文字通り、医師に対する需要が供給を上回っている状況を指している。市場メカニズムが機能する世界では、需要が供給を上回れば価格が上昇し、その結果、需要が低下し供給が増加するという形で需給一致する。それが医師のサービスにおいて起こらないのはなぜであろうか。

この場合の「価格」とは医師の給与を含めた

待遇を指しており、需給が逼迫すると医師の給与が上がり待遇も良くなることになるが、医師の給与、待遇の源泉となる社会保険診療報酬は規制されている。規制価格が需給状況を反映すればよいが、それが行われるメカニズムが備わっていなければ、必ずしも価格は需給を反映しない。

医師の供給サイドにも需給調整を阻害する要因がある。国が決める医科大学の入学定員と国家試験の合格率で医療サービス市場に供給される医師数は決まる¹²。医師の需給が逼迫して、仮に「価格」が上昇しても、供給がそれを反映して増加する保証はない。医師の需給のアンバランスを感知して、国が供給を調整する施策を講じる必要があるのである。

需給調整が行われないことは深刻な事態を生む可能性がある。医師には患者の要求があれば、診療しなければならぬという応召義務があるために、供給を需要に対応させるために、医師が労働時間を延長して対応することがあり得る。それは、長期的には医師の心身をむしばみ、さもなければ、その危機を察知した医師が供給不足の現場から去らざるを得なくなるという結末をもたらす可能性がある¹³。

事はもう少し複雑である。日本で現実に生じている医師不足は、小児科、産科、救命救急など専門科によって偏っているのが実情である。日本の医師は、免許を持っている限り、どの診療科でも診療することができるが、実際は、大学医学部において教育を受け、卒後に研修を受けている得意な専門の診療科を持っている。日本全体で、1年に8000人の医師が新たに供給されたとしても、それが、必ずしも供給の不足している診療科を専門とする医師である制度的な保証はないのである。同様のことは、診療する

⁹ 日本の公的医療保険制度の成立については、吉原、和田（2008）が詳しい。

¹⁰ 厚生労働省『看護職員需給見通しに関する検討会報告書』2005年。

¹¹ 看護師不足については、2006年の看護基準の変更の影響も無視できない。

¹² 入学定員が多くは卒業生数を規定するであろう。

¹³ 例えば、小松（2006）は、現代の医師が直面する問題を描いている。

地域についてもいうことができる。つまり、医師の供給が増加したとしても、医師の不足している地域における供給が増加する制度的保証はない。人口あたり医師数は、遠隔地よりは都市部の方が高いという傾向があるが、それを是正するメカニズムは、日本の医療制度に内在的には存在しない。

b-1. 医療機関の経営

日本の医療機関の経営は、主として社会保険診療報酬、薬価基準の傾向的切り下げによる収入の伸びの鈍化、医療技術の高度化、患者のサービスの品質に対する要求が厳しくなってきたことを反映した費用条件の変化もあって、日々厳しさを増してきている。

医療機関の経営の効率性については、古くからその内部組織に関する構造的な問題点が指摘されてきた。J.E.Harris による「2つの命令系統」の議論である。医療機関は、医師を始めとする専門職が診療サービスを提供しているという特徴がある。そのため、サービス提供は医師を始めとする医療関係者が主体となって診療方針、内容を決定するという医療関係者の命令系統を持ち、一方、診療に関わる事務的な事項については、事務部門が命令系統を持つことになる。両者の間でバーゲニングが生じ、必ずしも効率的な資源配分が医療機関の組織内で行われない場合がある¹⁴。

医療機関のガバナンス（Governance）については、さらに重要な論点がある。「非営利規制」である。日本のみならず世界の多くの国々では、医療機関に対して「非営利規制」がかけられている。日本では、医療法第7条5項において、「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず第1項の許可を与えないことができる。」とされており、営利を目的とする医療機関は開設できないことになっている。

営利を目的とすることの具体的な内容については、医療法第54条において、「医療法人は剰余金の配当をしてはならない。」という規定で具体化されている。株式会社における株主のような強い経営の意志決定者がいないこともあって、医療機関の目的は、上記の医療機関関係者の間のバーゲニングによって決まると考えられ、その行動の効率性については理論的には一概に評価できない状況にある¹⁵。

非営利規制は、医療機関の行動に別の形でも影響を与える。非営利を義務づけられることによって、株式会社の形態をとれないことから、資金調達の面で限界を持つことになる。医療技術の高度化により、新規に医療機器等の設備を導入する時、病棟等の建物を更新する時に必要な資金の額は増加傾向にあるが、銀行からの借り入れでは十分に対応できなくなっている。債券の発行についても、都道府県、市町村立病院など、公立病院は条件付きの発行であり、日本の病院総数の60%を占める医療法人病院は認められていない。現代の医療機関は、診断、治療技術に必要な医療機器に加えて、電子カルテのシステム、診療報酬の電子的請求のための機器など設備投資コストが大きくなってきている。そのための資金の調達手段と医療機関の組織のあり方、ガバナンスの間には密接な関係がある。医療機関に営利企業、端的には株式会社形態を認めるべきかどうか、1995年に行政改革委員会の規制緩和と小委員会で議論され始め、2001年に始まった総合規制改革会議を経て、今日の規制改革会議に至るまで審議の対象になっている。

b-2. 公立病院の財政危機

医療機関の経営について、今日的課題として外せないのが公立病院の財政危機である。2007年度に、日本の都道府県、市町村立を含めた公立病院の全事業体667団体の内、4分の3が赤字に陥っており、2008年に公立病院改革懇談会

¹⁴ J.E.Harris (1977) を参照。

¹⁵ 病院の行動については、Folland, Goodman and Stano (2007) Ch.13を参照。

の審議の下に作成された公立病院改革ガイドラインに基づいて、各公立病院は財政再建及び組織改革を行っている¹⁶。

公立病院が赤字経営に陥っている要因は様々である。公立病院は、地方自治体において住民のために病院サービスを提供するために設立されたという経緯があり、診療科の種類など提供しているサービス内容、立地が、必ずしも独立採算が可能でない場合がある。独立採算でやっていけるだけの十分な患者数が確保されていない遠隔地で診療を行わなければならない場合、診療科についても、住民の生命・健康を守るために不採算であっても備えなければならない場合がある。現在の公立病院は、地方公共団体が地方財政再建のプレッシャーを受ける中で、独立採算を強いられており、むしろ公立病院の存立の意義であるはずの不採算医療から撤退せざるを得ないという矛盾した状況に置かれていることに注意する必要がある。

また、公立病院は、その内部組織の非効率性について指摘されてきた。採算を度外視した病院の建物、設備の仕様、医療関係者、事務職員の待遇など問題点が指摘されている場合もあり、公立病院のガバナンスのあり方について、今後、検討、対処する必要がある。

(3) 公平性

医療は、我々が日常消費している財・サービスの中でもとりわけ公平性が重要な意味を持つサービスである。CD プレーヤー、テレビが購入できなくても、特に生活に支障はないが、病気の時に医療サービスを受けられないことは生命の危機をもたらす可能性があり、人々が置かれている社会的・経済的属性に関わらず、一定の消費をできる状況にすることが望ましいという価値判断は支持されるであろう。公平性は、人々が自分と社会を構成している他者の幸せについてどの様な価値判断を示しているかを表す

ものであり、その中身は多様である。

以下では、日本の医療制度の公平性に関わる論点を順番に取り上げる。

① 医療費の負担と給付の問題

既に触れたように、日本の公的医療保険制度は、その制度的枠組みから、若年世代から高齢世代への所得分配の仕組みを内包している。それに加えて、国民健康保険、協会けんぽ等において、保険者の赤字を国、都道府県の補助金で補填することも、実質的には若年者から高齢者への所得分配の側面を持っている。国民健康保険は高齢者の加入割合が高く、相対的に低い保険料収入に対し、医療サービスの消費が多いために医療支出が多く、赤字になる傾向がある。赤字を補填する租税は、相対的に所得が高い、現役世代が相対的に多く負担していることになるので、補助金による赤字補填は、若年者から高齢者への所得分配としての色彩が強くなる。

2008年4月より導入された後期高齢者医療制度には、後期高齢者医療制度支援金が導入されており、明確に若年者から高齢者への所得分配が行われている。

医療保険において、通常の保険のメカニズムの中で、若年者から高齢者への所得分配が生じることにはやむを得ないことではあるが、少子高齢化が進行している今日、保険のメカニズムを超えて、明示的に若年者から高齢者への所得分配が行われている状況を維持することは容易ではないと考えられる。

② 社会的属性による医療の負担と給付の差異の存在

日本では国民皆保険を実現しているが、同じ保険料負担、一部負担をしている国民皆が、必ずしも同じサービスを需要できているわけではない。国民の社会経済的属性により需要できる医療サービスの内容が異なっている。

¹⁶ 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会（2008）を参照。

先の大戦の後、公的医療保険制度が整備される過程の中で、職業、居住している地域など社会的属性により保険が分立し、当初は、加入している保険の種類により保険料負担、保険給付の内容に差異が生じていた。しかし、その後、給付と負担の均等化が図られてきた。

被保険者の年齢による負担と給付の差異については、①で触れたとおりである。

社会的属性による差異の中で、長らく問題であり続けているのは、遠隔地医療、過疎医療といった地域による差異に関する問題である。

遠隔地医療の特徴は、市場ベースで成立しないところで医療サービスの供給を行おうとすることにある。人々が、医療サービスに価値を見だしていれば、医療サービスが十分に提供されない場合には、医療サービスが提供されるところに移住していくというのが「足による投票（Voting by foot）」である。しかし、人々が、居住地域を決定するのは、医療サービスの利便性の善し悪しだけではないので、このメカニズムを過信することは適当ではない。その一方で、人々が居住している限り、憲法第25条の観点から、医療サービスを提供する義務が国に発生する。遠隔地医療の問題は、以下のように整理することができよう。

遠隔地において、都市部と同様の医療サービスを提供することは、現実的には困難な場合が多い。提供されるべき医療サービスの水準をどの様に設定するかが重要な論点になる。

第二に遠隔地医療には、不採算性の問題がつきまとうが、診療すれば不採算という状況を放置した状態では安定的な医療サービスの供給は覚束ないので、採算がとれる状況を如何に確保するかが重要な課題になる。

3. 日本の医療制度改革の方向性

第2節では、日本の医療制度が抱える問題点

について、検討してきた。日本の医療制度の抱える問題点は多岐にわたり、相互に関係しているので、医療制度の一部を改革しても、根本的な解決策にはならない。

(1) 公平性に関する考察

考えるべき問題の一つは、医療制度の効率性をどの様に実現するかである。この問題は、医療制度における公平性の問題と密接なつながりを持っている。効率性は、目的に対する評価の一つの基準として存在する。日本の医療制度の目的は、憲法第25条の最低生活保障が目安となるが、その意味する所は多様である。全ての国民にあまねく医療を行き渡らせるといっても、給付の水準およびそれに対応する負担の程度は相当なバリエーションがあり得る。司法における判断まで出てきている「混合診療」に関する議論はその一つの例である¹⁷。「混合診療」とは、公的医療保険のカバーするサービスと公的医療保険の範囲外の医療サービスを組み合わせて需要することを意味する。例えば、がん治療を公的医療保険でカバーするサービスによって行っている中で、保険外の抗がん剤を投与するのは、その一例である。混合診療が禁止されている場合、保険外の抗がん剤による診療のみならず公的医療保険の範囲内のサービスも保険が適用されず、患者は全額自己負担をしなければならない。

混合診療を認めるかどうかは、総合規制改革会議、規制改革会議においても大きな論争を呼んだが、混合診療を認めない政策当局の論拠の一つが、混合診療を認めることによって、所得等の経済的条件によって、保険外診療を受けられる患者とそうでない患者の間で格差が生まれる可能性があるという公平性に対する配慮であった。混合診療を認めないことが、公平性に資するかどうかは議論を待つところであろう。新しい医療技術が出現し、医療サービスの選択

¹⁷ 2007年11月に、東京地方裁判所において、「混合診療」に保険適用を認める判断が下された。

肢が増加し、国、地方の財政状況の悪化の中で公的医療保険の供給できるサービスの量に制約が出てきている今日、公的医療保険の実現すべき公平性について、国民的な合意が必要であるように思われる。

(2) 効率性を確保する政策立案のために考慮すべきこと

① 情報の不完全性、情報の非対称性への対処

医療制度の効率性の重要性については、論を待たない。医療に振り向けられる資源に限りがある限り、その効率的利用を図るべきであることはいうまでもない。医療制度における効率性を実現するための最大のキーポイントは、医療情報の不完全性にどの様に対処するかであろう。第2節で指摘したように、患者が、医学的知識・情報を十分に持っていないことによって、医療制度は様々な非効率性を帯びることになる。患者に情報を与える方策として、医療機関の情報開示、第三者評価、ピア・レビュー (peer review)、セカンド・オピニオン (Second opinion)、医療の標準化、患者に対する学校、生涯学習における医療・医学教育が挙げられる。

医療機関の情報開示は、医療機関が診療実績、診療成績について、情報を開示するものである。医師数、病床数、平均在院日数等の基本的な情報に加えて、疾病種類別の患者数、手術数、ガンの5年生存率等の情報を開示することが考えられる。

第三者評価は、医療サービスの供給者でも需要者でもない第三者が医療サービスの内容（価格、品質）を評価するものである。日本では、(財)日本医療機能評価機構による病院評価の例がある。

ピア・レビューは、同じ程度の医学的知識・情報を持っている医療関係者がサービスの評価を行うというものである。

セカンド・オピニオンとは、患者が医師の診療内容について、別の医師に妥当性を検証して

もらうものである。

医療の標準化とは、病気に対する診療方法について、最も費用対効果の高いものを実証的に明らかにし、その診療方法を普及させていく考え方を意味する。患者にとっては、どの医療機関にかかっても、同じ病気に対しては同じ診療方法が採られることを保証することになり、医療機関によって診療方法が異なることによって、戸惑うことが少なくなる。

患者に対する生涯学習、学校における教育は、現在取り組みが始まりつつある「食育」とどまらず、身体の仕組み、かかりやすい病気への対処方法、病気の予防等について、学校や学校卒業後の職場、地域において、教育を受ける機会を与えることを意味する。そのポイントは、患者の医療に関する知識を底上げすることにある。

しかし、この様に患者に対して医学的知識・医療情報を与える取り組みをしても、そこには自ずと限界がある。医師と同等の知識を患者が得るためには、医師と同様の教育を受ける必要があり、現実的ではない。医療に関する情報を患者に与える患者の代理人（エージェント、agent）が必要である。その候補としては、かかりつけの診療所の医師、保険者が挙げられる。後者は、国民皆保険の日本において、国民のすべてが保険に加入している所から出てくる選択肢である。

② 価格規制のあり方

医療制度の効率性を実現するためには、医療の価格の役割についても、再検討する必要がある。医療の価格は、社会保険診療報酬制度、薬価基準制度により規制が行われているが、この全国一律の規制価格が、医療関係者、医療機関の行動に影響を与え、結果として非効率性をもたらしている可能性がある。例えば、都市部と遠隔地では医師等の医療関係者の労働費用、医療材料の費用も異なると考えられるが、現在の社会保険診療報酬制度、薬価基準制度は、こうした事実を必ずしも考慮に入れていない。診療

科によって、赤字の出やすい診療科があること、地方の（公立）病院の赤字などに医療の価格のあり方が影響を与えている可能性は否定できない。医療における価格規制のあり方を再検討する必要があるように思われる。

③ 医療における分業の実現

医療制度の効率性を確保するためには分業が重要であることを第2節で指摘したが、その実現の方法についても検討する必要がある。市場経済では、価格が分業を促進することを指摘したが、患者が十分なサービス情報を保有しない医療サービス市場においては、分業の実現を価格だけに依存することは困難である。価格規制を政策手段として使う場合には、サービスに要する費用等、相当量の情報を必要とすることから、実行するために相当の費用がかかると考えられる¹⁸。

価格規制以外の分業促進の方策として、イギリス、オランダのようなGPシステム、数量規制の適用も考えられる。数量規制は、現在では、医師、看護師等の医療関係者の養成課程の定員、免許制による規制、医療計画の病床規制が代表的である。医師、看護師等の医療関係者の数量規制は、その養成に租税財源による公費が相当に投入されていることから、租税財源に限りがある限り、数量規制をせざるを得ないかもしれない¹⁹。しかし、数量規制をする中で、将来の医療需要を合理的に予想して必要な医師数を確保すること、その際、診療科毎の医師数の配分、地域ごとの医師数の配分に留意すること、医療需要の予想が外れた時の対策を行うことを望みたい。診療科毎の医師数の配分、地域ごとの医師数の配分は、医師の診療の自由にも関わることであり、慎重に行わなければならない。医師が職業人としての一生のライフサイクルの中で

合理的に選択した結果が、人々の医療需要に合致していることが望ましいことは言うまでもないが、その必然性は乏しい。

診療科については、大学医学部における教育の過程及び臨床研修の中である程度、専門科は決定すると考えられるので、この段階で、各年度の診療科の定員を需要予測に基づいて設定すべきである。

地域・場所については、働く地域・場所の選択肢を魅力的にするように関係者が努力することが大切である。それと同時に、医師のライフサイクルにおける職業教育及び職場を提供する組織を育成していくのも一つの方法である。長期的な視点にたって、医師を医学者、医療者として育て、職場も提供する組織として、大学の医局が存在したが、同様の役割を果たす大学の医局以外の組織を養成することも考えるべきである。ビジネス・パーソンが、自らの努力だけではなく、職場の同僚・上等等の環境から成長していくのと同様に、医師もライフサイクルの各段階における環境を提供されることにより成長していくと考えられる。医師もその様に考え、その組織に属することを選ぶような状況が生まれることが望ましい。臨床研修制度において、医師免許を取り立ての若い医師たちが、教育環境の良い地域の基幹的な病院を研修先として、好んで選択するようになっているといわれている。そうした地域の基幹的病院が中心となり、組織を作っていくのも一つの考え方であろう。

一般的に、価格規制が機能している場合には数量規制は必要ないと考えられる。日本を含め、世界の多くの国々で医療計画による数量規制が存在していることは、価格規制が十分に効いていないことを示唆しているように思われ、数量規制のみならず価格規制のあり方、両者の役割分担についての再検討が必要である。

¹⁸ この情報収集費用は、価格規制を現在のような診療行為別ではなく、包括払いにすることによって削減することが出来ると考えられる。

¹⁹ 医療関係者の養成にあたって、学びたい学生が学費を借りられるローン市場を設置して、補助金の投入を止めることも考えられるが、完全なローン市場のデザインが困難であることから、余り現実的ではないと思われる。

GP システムとは、患者が医療機関にかかる際に最初に GP (General Practitioner、一般医) にかかることを義務づけるシステムをいう。GP は、病気を総合的に診断し、診療所で診療を行える程度の病気は自ら診療し、それ以外の病気については専門医に紹介する役割を果たす。したがって患者は、救急の時以外は、専門医、病院における診療を受ける場合に GP の紹介状を必要とする。GP は、病院サービスに対するゲートキーパー (Gate Keeper、門番) の役割を果たしているといえる。GP システムは、診療所と病院の分業を制度的に行う仕組みであり、病院の軽医療受診者が未だに存在する日本においては、一考に値する。

医療における分業と同様に医療と介護の分業も重要な政策課題である。患者の自己負担等の経済的条件、サービス内容について、公的医療保険、公的介護保険の制度間での調整を行う必要があると同時に、医療から介護への紹介、橋渡しをするコーディネーターを設定し、医療サービス供給者、介護サービス供給者間の患者情報に関する意思疎通を制度的に図ることが肝心である。

④ 医療機関のガバナンスのあり方

医療制度の効率性を考える上で避けて通れないのが、医療機関のガバナンス (Governance) のあり方に関する考察である。医療法による医療機関の非営利規制の当否については、行政改革会議規制緩和小委員会、総合規制改革会議において、激論が交わされ、規制改革会議においても論点として継続されており、引き続き、検討すべき課題である。

重要な論点は、株式会社における重要なステークホルダーである株主の利益に対するプレッシャーが、医療機関のモラルハザードを生

み出すかどうかである。モラルハザードを抑えるようなコーポレート・ガバナンス、モニタリングの仕組みをうまく設計できるかどうか、医療機関に株式会社形態を導入できるかどうかを決める課題になると考えられる。同様に重要な論点は、国立、公立病院のように公的な補助金が投入されている医療機関と補助金なしで経営を行っている医療機関の役割分担の問題である。日本では、個人が資金を拠出、調達している色彩の強い医療法人と個人が設立経営する医療機関が数にして、病院では約70%、一般診療所に至っては約84%を占めている (2006年)。

入院サービスのシェアについては病床数で見た方が良いが、病院の病床数は、医療法人、個人で約55%を占めている (2006年)²⁰。日本の医療制度の中では、個人のリスクで資金を調達して、経営を行っている医療機関が重要な位置を占めていることが分かる。こうした私的色彩の強い医療機関と租税財源を補助金として投入されている国立病院、公立病院等との役割分担をどの様に考えるかは、重要な課題である²¹。

⑤ 医療保険制度のあり方

医療制度の効率性を考える上で、医療保険制度のあり方も検討する必要がある。第2節で触れたように、日本の公的医療保険制度は、個別には国民健康保険を中心に赤字を抱えており、組合管掌健康保険、協会けんぽ、各種共済でも医療保険財政の状況は苦しくなっている。その原因の一つとして、後期高齢者医療制度に対する支援金が挙げられることは第2節で触れた。

一方、公的医療保険制度全体で見ると、第2節で説明したように、国民医療費の約3分の1を租税財源で補填する状況にある。その中身は国民健康保険の赤字補填、後期高齢者医療制度への拠出金などであるが、そこで行われている

²⁰ 『平成18年 医療施設調査・病院報告』を参照。

²¹ 経済学的には、市場の失敗が生じて、私的主体が提供出来ない医療を国立、公立の医療機関が提供するのが一つの考え方である。

ことの共通の要素は、租税財源を通じた高齢者、低所得者への所得分配である。租税財源で公的医療の赤字を補填する財源構造が出来ていることは、二つの意味で非効率性を招来すると考えられる。

第一に、赤字が事後的に補填されることが分かっている場合には、保険者の赤字を削減するインセンティブが損なわれる可能性がある。いわゆるソフトバジェット (Soft Budget) の問題である。第二に、赤字を租税財源によって補填することは、公的医療保険制度の運営が、制度の枠外の国、地方の財政状況によって左右されることになる。現在、国も地方も財政赤字を抱え、赤字削減のプレッシャーを受けており、こうした国、地方公共団体の財政状況が公的医療保険の運営に影響を与える構図が出来ている。

公的医療保険の運営を安定的にし、効率性を確保するためには、保険者が自律的な保険財政運営を出来るようにする必要がある。そのための一つの方法は、公的医療保険の運営に保険の要素を増すことによって、医療保険の財源構造を、租税財源に頼らない、保険料を中心とするものにすることが考えられる。現在の賦課方式に近い財政運営方式から世代毎の積み立て方式に移行することが望ましい。この場合も、保険料の支払いが困難な人々が出てくるが、この様

に所得分配の必要性が出てきた場合には、租税財源を利用する様にすべきである。

4. おわりに

本稿では、日本の医療制度が抱える問題の構造を経済学の立場から解明することを試み、今後の医療制度改革の方向性について、議論を行った。医療制度は、人々の生活に密接に関わっていること、そして健康・生命に直接的に関わっていることから、人々の関心は高く、その社会的な重要性は高い。したがって、社会的、経済的変動に左右されない、人々が安心して経済生活、社会生活を送れる様な医療制度を設計する必要がある。医療制度は、患者、医療サービス供給者、保険者、さらには医療制度のルールを決める政府をも含めたプレーヤーが、それぞれの目的を持ち、お互いに利害関係を持ちながら運営されていることが特徴的であり、問題が生じた時に制度の中の一部の改革を行っても、根本的な解決には至らない場合が多い。本稿では、日本の医療制度における効率性、公平性を確保するために必要な整合的な制度改革の方向性について指摘を行った。本稿における示唆が、今後の日本の医療制度改革に少しでも資することを願ってやまない。

《参考文献》

井伊雅子, 別所俊一郎 2006年 「医療の基礎的実証分析と政策: サーベイ」『フィナンシャルレビュー』 pp.117 - 156
大森正博 2000年 「医療・介護サービスの資源配分メカニズム」 国立社会保障人口問題研究所編『医療・介護の産業分析』 pp.229 - 262 東京大学出版会
大森正博 2006年 「「医師供給政策」に関する考察」『人文科学研究』 第二巻 pp.279-295

大森正博 2006年 「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』 第677号 pp.153-167
大森正博 2006年 「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』 No.156号 pp.75 - 90
大森正博 2007年 「病・診連携の経済分析」『人文科学研究』 第3巻 pp.229-240
大森正博 2008年 『医療経済論』 岩波書店

- 岡崎勲，豊嶋英明，小林廉毅 編 2006年 『標準公衆衛生・社会医学』 医学書院
- 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会 2008年 『公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書』
- 小濱啓次編 2008年 『救急医療改革』 東京法令出版
- 貝塚啓明，財務総合政策研究所編 近刊 『持続可能な医療サービスと制度基盤に関する研究会報告書』
- 小松秀樹 2006年 『医療崩壊』 朝日新聞社
- 鈴木亘 2008年 「医療保険制度への積立方式導入と不確実性を考慮した評価」 貝塚啓明，財務総合政策研究所編 『人口減少時代の社会保障制度改革の研究』 中央経済社 所収
- 米国医療の質委員会／医学研究所 2002年 『医療の質』 日本評論社
- 宮島洋 1992年 『高齢化時代の社会経済学』 岩波書店
- 三輪芳朗 1979年 「医療問題」 阪本他編 『経済政策入門（2）各論』 所収 有斐閣
- 『国民衛生の動向 各年版』 厚生統計協会
- 『保険と年金の動向 各年版』 厚生統計協会
- 『国民の福祉の動向 各年版』 厚生統計協会
- 吉原健二，和田勝 2008年 『日本医療保険制度史』 東洋経済新報社
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 『平成18年度 国民医療費』 厚生統計協会
- 『第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書』 2005年
- J.Arrow 1963 "Uncertainty and the welfare economics of Medical Care," American Economic Review 53, pp.941-973.
- A.J.Culyer and J.P.Newhouse eds. 2000 Handbook of Health Economics. North-Holland
- Harris,Jeffrey E.,"The Internal Organization of Hospitals : Some Economic Implications," Bell Journal of Economics 8 (1977) : pp.467-482 1977