

### Ⅲ. 財政經濟研究会発表報告

# 日本における子育て支援のあり方



一橋大学大学院経済学研究科  
国際・公共政策大学院准教授

山重慎二

はしがき 本稿は平成23年9月15日開催の財政経済研究会における、一橋大学大学院経済学研究科国際・公共政策大学院准教授 山重慎二氏の『日本における子育て支援のあり方』と題する講演内容を取りまとめたものである。

尚、スライド1～14を本文末尾にまとめて掲載している。

.....

本日は報告の機会を与えていただき、ありがとうございます。今回の一体改革の政府案の中に見られる子育ての支援策の部分について私なりの考えをまとめましたので、ご報告させていただきます。今回の報告の最終的なゴールは、「日本における子育て支援のあり方」に関して、私なりの政策評価と政策提案を行うことですが、どういう根拠に基づいてそのような評価と提案を行うかが大事だと思いますので、5つに分けて考えてみました【スライド2】。

まず子育て支援の根拠が何か、そして、目標、手法、財源、役割分担それぞれについてどう考えたいのかについてお話を頂いた上で、最後に、私なりの政策評価と政策提案をお示ししたいと思います。

## 1. 子育て支援の根拠

子育て支援をなぜやるか、なぜそれが必要と

考えられるかということはきちんと考えておいた方がいいと思いますので、まず、それについて整理しました【スライド3】。子育てでするので、親の意思決定がどうなっているのか考えることが経済学的には非常に重要です。経済学の枠組みでは、予算制約の下での効用最大化の結果として、親の意思決定が行われているという考え方が自然だと思います。

どのような意思決定が行われているかということ、子どもを何人産むかというのが1つの意思決定です。それから、「子どもの質」という言葉でよく表現されますが、どれくらいの教育投資を子どもに行うかに関する意思決定も重要です。さらに、育児を主として誰が行うのかの意思決定も考慮する必要があります。世帯の中で、妻が行うのか、夫が行うのか、あるいは、祖父母にお願いするのか。さらに、日本では現在あまり見られませんが、乳母にお願いするという選択肢も昔は日本でありましたし、海外では現在でも広く活用されています。もちろん保育士にお願いすることも選択肢の1つですね。こういった意思決定を親は行っていると考えられます。

こういった意思決定に影響を与える要因には様々なものがありますが、その1つは政策です。そこで、出産・育児に関する親の意思決定に、どのような形で介入していくかが子育て支援のポイントになってきます。私自身は、政府が子育て支援を行うことについては、効率性の観点

および公平性の観点から正当化されるだろうと考えています【スライド4】。

まず、効率性の観点からは、出産・育児に関する親の意思決定が、社会的に見て非効率になっていると考えられることが政府介入の根拠として挙げられます。言い換えると、資源の有効活用という観点から、出産・育児に関しても、社会的に見て望ましい親の意思決定があると考えられるということです。

出生行動は、自然に任せるのがいいと考えられている場合もありますが、様々な政策が出生行動にすでに大きな影響を与えてしまっています。そのような状況では、社会的に見て望ましい子どもの数、子どもへの教育投資、養育者がいるということを国民の間で共有し、望ましい政策に関する政治的合意を得る努力を行うことが重要だと思います。

実際の政策提案に際しては、私たちの出産・育児に関して「歪み」が発生している現状があるということ、そして、それを改善することが子育て支援の意義であるということを広く理解してもらえるとよいのではないかと考えています。

では、どのような歪みがあるかという点、まず社会保障制度がもたらす歪みがあります。賦課方式の社会保障制度の下では、子どもが親の世代全体の面倒を見ることになりますので、子どもが外部性を持ちます。そこで、その外部性に付随する非効率性を内部化する政策をとらないと、出産に関する意思決定に歪みや非効率性が発生します。

ですから、社会保障制度の存在がもたらす非効率性を内部化するような政策が子育て支援策の1つと考えられています。具体的には、児童手当あるいは子ども手当が、賦課方式の社会保障制度の下で外部性を持つ子どもに対して補助金を与える「ビグー税・補助金」の性格を持つ政策と考えられます。児童手当あるいは子ども手当は、このような子どもの外部性の観点から正当化できると考えられています。

このような外部性は、子どもの教育にも付随するものですので、補助金を通じて教育費を引き下げようとする支援策もまた、育児に関する親の意思決定が、社会的にみて必ずしも望ましいものとなっていないという外部性の問題の観点から正当化されると思います。

さらに、市場における保育サービスが非効率的になっていると考えられることも、子育て支援の根拠となります。特に小さな子供たちは、自分がどのような保育サービスを受けているか、きちんとした情報を伝えることができませんので、一般に保育サービスは情報の非対称性の問題に直面していると考えられます。子どもがきちんと説明できれば、親は保育サービスの質についても情報を得られますが、子どもたちはよく分からない中で育てられるので、きちんとしたモニタリングが行われていない場合には情報の非対称性の問題が発生するのです。

直感的に言えば、子どもがちゃんと保育所で育てられているのかに関して親は不安を抱くので、サービスの過少利用につながるということです。この情報の非対称性という市場の失敗の問題もまた子育てに関わる問題として非常に重要で、この問題を緩和する政策も子育てに関連する非効率性を小さくするという意味で重要な政策になってきます。

最後に、出産期にある若年者世帯がしばしば直面する流動性制約の問題を挙げておきたいと思います。若年者世帯は、一般に、低所得・低資産の状態にあります。貧しいからではなくて、若いからという理由で低所得になっています。この場合、金融機関からの借入れに関しては、情報の非対称性の問題の故に、高い利子率を支払わなければならない場合が多く、一般に流動性制約に直面していると考えられます。

特に所得の低い若年者世帯に関しては、この流動性制約の問題が深刻で、お金がないから子育てに十分お金をかけられないという状況にあることが考えられます。そうであれば、それは流動性制約がもたらす非効率性であり、その結

果として、出生率が非効率的に低くなっていると考えられます。若年者世帯への児童手当は、このような非効率性を緩和することを緩和することを目的とすると同時に、子どもを持つ権利を保障するという公平性の観点からも正当化されると考えています。

さらに、低所得の若年者世帯では、育児環境があまりよくないという状況もあり、親がしっかり子どもを育てる環境を整えることで、子どもの権利を保障するという公平性の観点からも、低所得者世帯の育児環境を改善する子育て支援政策は正当化されるのではないかと思います。

## 2. 子育て支援の目標

さて、子育ての段階には、乳児、幼児、義務教育、中等教育、高等教育といった段階がありますが、それぞれの段階において色々な介入の仕方が考えられると思います。これまで、お話ししてきた子育て支援を正当化する幾つか根拠を踏まえた時に、そこから必然的に出てくる「子育て支援の目標」は、「社会的に見て望ましいと考えられる出産・育児の意思決定が行われるように社会的・政策的に支援すること」です。公平性の観点または効率性の観点のいずれかの観点から望ましいと考えられる子育て支援を行うことを目標とすべきです【スライド5】。

ただ、話はそんなに単純でもありません。子どもというのは色々な副次的効果・影響を社会・経済に与えますので、単に出産・育児に付随する非効率性を緩和することだけが、子育て支援政策の目標ではないという印象を持っています。

特に、今後予想される労働力不足の問題への対応という観点からも、子育て支援は良い影響を持つことが期待されているように思われます。日本では、海外から日本の労働市場に入ってくる人々を制限する厳しい仕組みがあります。移民を制限する政策は、どの国にもありますが、日本ではそれが特に厳しく、それが労働市場に

引き起こしている非効率性が大きいと考えられます。

具体的には、少子化で、労働市場でのプールが小さくなっている状況があるので、それを緩和することも子育て支援の中には目標として与えられているように思われます。将来、労働市場に参加する日本人の子供たちを増やすことも期待されていることの1つと思われませんが、それ以上に、子育て支援を通じて、現在、出産期にある女性が労働市場に留まることができるようにすることも、「子育て支援」に期待されている目標の一つであるように思われます。

さらに、賦課方式の社会保障制度を安定的に維持するためには、十分な数の子どもたちが必要であるということもあって、子育て支援には、現在の社会保障制度の維持という目標も与えられているように思います。

このように、「子育て支援」に与えられている目標は、子育てに関わる市場の失敗の問題を改善することという話だけではないと感じています。それはそれで仕方がないかもしれません。つまり社会・経済のシステム全体を効率的あるいは公平にするための政策を考えるときに、子育て支援策にもそういう目標が与えられるのは仕方がないことだし、ある意味で望ましいことかもしれません。

そこで、そのような主目標および副次的目標が与えられたとき、子育て支援策の策定においてどのようなことを具体的に目標としたらいいかという、次の2つが考えられると思います。第1に、市場の失敗を改善するような形で出生を促すことです。そして、第2に、出生と女性の労働参加を同時に促すこと。少なくとも、出生を促したときにそれが女性の労働参加を抑制しないことが目標になると思います。

もう少し具体的に言うと、すでにお話したように、市場の失敗は基本的に出産や育児が過少になる要因として働いていますので、それを緩和する形で非効率な少子化を改善することが第1の目標と考えられます。あらゆる要因を考慮

した時に出生率が本当に過少になっているかどうかは、本来は検証しなければいけない問題なのでしょうが、直観的には恐らく市場の失敗を改善する形で出生を促すことが大きな目標とされているのではないかと考えています。

第2の目標に関しては、出生を促した時に、少なくとも、それが女性や高齢者の労働参加を抑制することがあってはならず、むしろ労働参加が増えるようにすることが目標ではないかと考えています。他の先進国の事例の研究からは、保育所等の保育サービスをしっかり充実させることで、女性の労働参加と出生率が同時に向上する可能性が高いことが知られており、この目標が決して非現実的な目標でないことが示唆されています。

以下では、子育て支援政策には、このような2つの具体的な目標があるということを前提に、議論を進めていきたいと思います。

### 3. 子育て支援の手法

さて、具体的にどんな子育て支援の手法があるかということ、大きく分けると3つあると思っています【スライド6】。現金給付、現物給付、それから規制です。もちろん、もっと細かく分けていくと色々あるでしょう。

現金給付として一番分かりやすいのが「子ども手当」あるいは「児童手当」です。さらに、育児休業期間中の所得保障も一種の現金給付になります。もちろん、これは限定されたグループへの給付になっていますが、子ども手当にも色々な限定がありますので、現金給付としては類似の性格を持つものです。

一方、現物給付に関しては、代表的なものとして、保育所サービスの他、義務教育や高等教育の授業料の無償化などがあります。「現物給付」という表現を用いますが、これは特定目的の支出補助を含んだ支援策を指していると考えて下さい。

最後に「規制」ですが、例えば、労働と出

産・育児を両立させられる、つまりワーク・ライフ・バランス（WLB）を取りやすい労働環境を整備することを雇用者に義務付けるといった規制が行われています。他にも色々な規制があると思います。

このように、現金給付、現物給付、規制といったものが代表的な支援方法ですが、ここでポイントになってくるのは、それぞれの政策の対象に関してして、どのような制限を設けるかです。例えば、現金給付でも現物給付でも、所得制限を設けるのか設けないのかというのは重要です。この点は、実際、子ども手当の在り方に関する議論において重要なポイントの1つとして議論されました。それから、年齢制限をどこまでにするのか、何歳まで支援するか、子どもの数によって給付に差を付けて第2子、第3子で異なる扱いをするか、労働参加を条件に給付するのかといった点が、実際の制度設計においては重要になってきます。このような給付条件が、人々の行動を変えていくことになりますので、経済学的に考えても、この点を慎重に考えていくことが大事になってくると思います。

以上、3つの代表的な手法について考えてきました。以下では、実際にとられている政策のいくつかについて、すでに述べた「子育て支援の目標」との関連で、少し評価してみたいと思います【スライド7】。言うまでもなく、ここでの評価は、私が重要と考える「子育て支援の目標」から見たときの評価なので、個人的な意見が色濃く反映されたものとなります。他の政策目標を想定して評価するならば全く異なる評価となるでしょう。

まず、現物給付の1つである「保育所利用補助」について考えてみます。現状では労働参加している人が保育所利用補助を受けられるので、労働供給を促す効果があることがポイントかと思っています。これは先ほどの目標からいうと、出産と労働参加を両立させる意味で良い政策と考えられます。さらに、出生率増加の効果も、出産期にある世帯への補助が中心になりますので、



出産期を過ぎた世帯にも給付が行われる「子ども手当」と比べると効果が相対的に大きいと考えています。

さらに「子ども手当」は、基本的に労働に参加しているか否かにかかわらず給付が与えられるので、労働供給に対して負の所得効果を持ちます。つまり、それほど労働しなくても子育てができるようになるということです。労働供給を抑制する効果があることが、私が設定した政策目標の観点からは問題と考えています。

もちろん、経済学的な観点からは、所得効果は非効率性を引き起こしませんので、問題とすべきではないという議論も考えられます。しかし、繰り返し強調していますように、社会全体に色々な歪みがあってそれを部分的にでも改善することも政策目標の1つとして与えられている場合、その目標に近づけるかどうかで非効率性を考えていく必要があると思います。

確かに、効率的なのか非効率なのかは一般均衡モデルを作ってみないと何とも言えない問題です。しかしながら、そのようなモデルの複雑さを考えると、最後は直感的な議論しかできないとも感じます。そこで、効率性という言葉は用いないで、設定した目標と照らし合わせた時に、望ましいと考えられるか否かという観点から評価し、子ども手当には低い評価を与えています。

もちろん、「子ども手当」の目標は、景気刺激や子育て世帯の負担軽減であるという立場をとるなら評価は全く異なってくると思います。しかし、経済学的な観点からは、このような目標のために巨額の財政支出を投入することには疑問も多いので、今回は、経済学的な観点から重要と考える目標に基づいて、子ども手当の評価を試みています。

以上のように、私自身は、子ども手当と比べると、保育所利用補助は非常に効果的だと思っています。では、問題はないかというところ、おそらくフルタイムで子育てをしたい人つまり子育てに専念したい世帯への補助がないため、不公

平感が生まれるところが問題と言えるかもしれません。そして、その点が、保育所を拡充する政策についての政治的合意を得ることの難しさにもつながっていると感じます。

その点から言えば、子ども手当は保育所を利用しない世帯にも補助を与えるという点で評価できそうです。特に、社会保障制度を通じて子どもが外部性を持つという観点からは、全ての子育て世帯を支援することに意義があると思いますので、そのような観点からは評価できるものです。さらに、すでにお話した流動性制約という非効率性の問題を緩和する観点から子ども手当は優れているとも考えています。

ただ、そのような政策の結果として、労働参加が抑制されてしまうことが、私が想定する政策目標から見た時の子ども手当の問題です。流動性制約の緩和という観点から言えば、若年期世帯に対して育児支援ローンのようなものを低利長期で貸してあげるという政策も優れているように思われます。

それから、子ども手当と同じ現金給付の1つと考えられる育児休業中の所得保障制度ですが、これが実は、子ども手当とは違う効果があると考えています。同じ現金給付でも育児休業中の所得保障は、労働を条件に与えられる現金給付ですので、労働参加を促す効果があります。もちろん短期的に休業してしまうという局面を見れば労働力は減りますが、それが充実していることで女性の労働参加が進むことが考えられるので、高い評価を与えています。

さらに、それが、子ども手当とは異なり、出産期にある世帯への補助が中心となる点も評価しています。つまり、それは、基本的に0歳から1歳の途中までの子どもを育てる勤労者に対する補助ですから、限られた財源の中で出生率促進の効果が大きいと考えられるのです。保育所を利用している世帯、あるいはそれよりもっと出産期にある世帯への補助ですので、限られた財源で効果的に出産を促すことができるという点が評価できます。

以上見てきたように、現金給付や現物給付は、給付条件をどうするかで与えられた目標を達成できる手段になるかどうかが変わってくるということが論点の1つと思っています。

大きな結論としては、子ども手当のような現金給付については、流動性制約に直面している世帯への限定的な給付とする一方で、保育サービス補助や育児休業中の所得補助を中心的に行う方が、私が設定した子育て支援の目標からいえば効果的と考えられるということになると思います。

子育て支援の手法の問題の最後として、誰が子育てをするのがよいのかということについて考えてみたいと思います。親、祖父母、公営保育所、私立保育所、認定保育所と色々な子育ての主体がありますが、保育所の問題から考えてみます。

まず、以前にも見ていただいたことがありますが、子どもの年齢ごとに各種保育所での年間の運営費を推計した表を見ていただきたいと思っています【スライド8】。

一番左の「認可保育所（公設公営）」を見てください。「認可保育所（公設公営）」で0歳児を育てるのにどれくらいお金がかかっているかというと、年間550万円ぐらいかかっています。1歳児だと327万円、2歳児だと273万円と、保育所にかかる1人当たりの費用が少しずつ下がっていきます。

表を横に見ていくと主体ごとにこの費用が変わってくるのがわかります。例えば0歳児の子どもの保育には、私立だと約410万円、認可保育所は約355万円。東京都の制度である認定保育所では約148万円、家庭福祉員だと約115万円かかると推計されています。

最後の2つのケースについては、補助等もあるので、最初の3つと比較可能な数字となっているかについては疑問も残りますが、最初の3つのタイプの保育所における費用に関しては、かなり合理的な推計を行っており、非常に参考になる数字と思っています。

ここで、例えば、私立の認可保育所で0歳児を育てるのに年間400万円くらいお金がかかることを考えたとき、乳児を保育所で保育してもらうことが効率的なのかという疑問がわいてきます。むしろ、0歳児に関しては親が育てるほうが安上がりだし、母体にとっても良いと思いますので、効率的・効果的ではないかと感じます。ということで、私自身は0歳児に関しては積極的に育児休業を取ってもらうような施策を充実させて、可能な限り、保育士ではなく親が育てるというのが望ましいのではないかと考えています。

しかしながら、1歳児、2歳児になると、親ではなくて保育士が育てることも効率的になっていくのではないのでしょうか。もちろん、親が子育ての喜びを強く感じる場合には、その部分の喜びを便益として加算する必要がありますので、保育所の方が絶対効率的とは言えませんが、特に能力の高い女性がフルタイムで子育てに専念することで失われる機会費用の大きさを考えると、育児休業終了後は、日中は保育所で保育をしてもらうのが望ましい場合が多いのではないかとというのが、私の印象です。

## 4. 子育て支援の役割分担

次に「子育て支援の役割分担」ということで、どのような主体がどのような支援を行うことが望ましいかという問題について考えてみたいと思います【スライド9】。

まず、中央政府については、制度設計と財源調達の責任を担うべきだというのが私の考えです。というのは、子育て支援の効果は社会全体に便益を及ぼしますので、地方で限定的に取り組む話ではなくて、オールジャパンで財源をきちんと確保して支援していく仕組みを整えることが望ましいと考えるからです。これを地方政府に任せると、他の地方の努力にただ乗りしたいという誘因が生まれますので、子育て支援は過小になってしまうでしょう。

一方、その地方政府に関してはどのような役割がいいかという点、子育て支援政策が上手く機能するように、支援策の現場に近いところで監視や監督をきちんとやることではないかと思えます。特に、保育サービスが適切に供給されているかどうかを常時チェックすることは、情報の非対称性の問題を考慮すれば非常に重要です。サービス供給の現場に近い地方政府が、何らかの形で監視・監督ができる体制を、責任を持って整えることが有用だと考えます。

労働と子育ての両立という目標を考えると、企業も子育て支援を担う必要があると思います。まずは、ワーク・ライフ・バランスの取れる労働環境を整えてもらうことが重要です。その際、ポイントとなるのは、企業がワーク・ライフ・バランスの取れる労働環境を整備することに対して、国がきちんとした補助を与える仕組みを整えることです。

企業は、基本的には利潤追求が目的ですので、規制あるいは企業に社会的責任を求めるという形で実施を求めても、無理が出てきてきちんと行われなんでしょう。したがって、利潤追求とワーク・ライフ・バランスのとれる労働環境作りが整合的となるような政策を実施していく必要があります。これは国の重要な役割の一つだと思います。

さらに、企業には、質の高い育児サービスの提供といった形で、子育てを担ってもらうことも重要です。特に、営利企業のみならず、非営利組織も育児サービスの提供を積極的にやって欲しいと考えます。営利組織の利潤追求行動がサービスの質の低下を招く可能性があることは理論的にも指摘されています。そうだとすると、過少なサービス利用につながる可能性があるのです。やはり非営利組織が質を追求することを目標に経営することが社会的にもよい場合があることが知られています。

さらに、地域共同体や拡大家族にも子育て支援の役割を担ってもらうことが有用でしょう。特に、出産・育児に関しては、心理的な要素が

大きく、心から安心して子どもを生み育てられる環境があることが大切です。市場や政府といったフォーマルな主体だけでなく、家族や地域社会が子育てを暖かく見守り支援するといった環境作りが非常に重要ではないかと考えます。そのような環境が生まれるように、特に地方政府が間接的に家族や地域社会を支援していくことが大切だと考えています。

## 5. 子育て支援の財源

財源に関しては、基本的に子育て支援とは別に切り離すことができると思いますが、政治的な合意を得るという観点から、望ましい財源を考えることは有用です。私自身が、そのような観点から適切と考える主な財源としては、3つあります【スライド10】。

子育て支援に関しては、基本的には、その効果が社会全体に及びますから、広く薄く負担するという点、そしてメリットとの対応がある税目という点で「消費税」が望ましいと考えています。

次に、亡くなった方が次の世代に残していく財産に対する「相続税」も、子育て支援の財源として適切ではないかと考えています。というのも、現在の社会保障制度は、社会全体で高齢者を支えるという仕組みになっているのですから、高齢者が残すものは、次世代を育てるという目的のために社会全体に還元してもらっているのではないのでしょうか。

さらに私自身は、公債発行による財源調達も1つの適切な手段になるのではないかと考えています。人口の問題は、日本の長期にかかわる話ですので、今の子育て支援は将来的にもメリットがある投資と考えることができます。そうであるならば、建設国債のような考え方に基づいて、公債発行による子育て支援は正当化されると思います。もちろん現在世代がメリットを得る部分も大きいので、基本的には現在世代が負担するのがよいと思いますが、一部は公債



発行を使って財源調達してもいいと考えています。

逆に、ここで挙げなかった税として、例えば個人や法人に対する「所得税」があります。「所得税」は子育て支援のための財源として適切ではないのかと聞かれたら、おそらくそんなことはありませんと答えるでしょう。応能負担という観点からは、所得の高い人ほどたくさん財源負担をお願いするのがよいかもしれませんし、育児休業中の所得保障のように、高所得者ほど恩恵が大きいと考えられる子育て支援もあると思われます。したがって、応益負担の観点から、所得税あるいは所得に比例するような財源負担が望ましい場合もあると思います。

ただ、ここでの議論のポイントは、子育て支援を通じて期待される出生率や女性の労働参加の向上という便益は、一般に、将来世代も含めて社会全体に及ぶという認識です。所得税を支払わない人であっても支払うことになる消費税は、応益負担という観点から、子育て支援の財源として相応しいのではないかという議論です。さらに、消費水準が大きい人ほど負担も大きいという特性も考えると、応能負担の観点からも消費税は優れた特性を持っています。

なお、保育サービスの拡充は労働参加を促す効果があると思いますが、特に女性が労働参加できるようになるとその人たちがもたらす税収増が出てきます。この税収増の部分は、子育て支援の財源となりえます。これまで、子育て支援策の財源に関する議論の中で、あまり強調されてこなかったことなので、予算の推計の中などでも、もう少し考慮してもよい側面ではないかと考えています。

実は、以前、税収増がどの程度になるかを推計したことがありますが、保育所の充実にかかる費用をカバーするほどではないけれど、かなりの税収増が期待できるという結果でした。子育て支援の財源を考える上では、この税収増もきちんと考慮した方がよいのではないかと考えています。

## 6. 政策評価と政策提案

これまで、子育て支援の望ましい在り方について、5つの観点から理論的な考察を行ってきました。以下では、そのような考察を踏まえて、現在提案されている政策を評価し、良い評価を与えられない場合にはどんな代替的な提案をするのかについてまとめてみました【スライド11】。

まず、子ども手当を低所得者世帯に限定するという議論についてですが、理論的な観点からは正当化されると考えています。ただ、現在議論されている960万円程度という限度額は、流動性制約の観点から、必要以上に高いのではないのでしょうか。もっと従来の児童手当並みに低く限定的にしてもいいのではないかと考えています。

そして、そこで節約される財源を、保育サービスなどの現物給付の充実にあてる方が、子育て支援の効果は高いと考えています。保育サービスの充実を初めとする子育て支援策に関しては、2014年度には、例えば3歳児未満の保育所利用率を23%から2014年には35%にするシナリオが与えられています。そのような保育サービスの拡充のために必要な財源は0.7兆円程度と推計されています（【スライド13】を参照）。

一方、現在、子ども手当のためには、年間2.5兆円前後の財源が使われています。それを所得制限等で圧縮して、保育サービス等の現物給付の充実のために用いる方が、子育て支援としては効果が高いと考えています。つまり、現金給付重視から現物給付重視にシフトすべきとの提案です。

ただ、提案されている保育サービスの充実のために必要な追加費用は、実際には、政府の推計よりも大きいのではないかと考えています。先ほど見て頂いた保育所の推計費用に基づく、単純計算ですが、3歳児未満の保育サービスを平均的に12%上げるだけでも1兆円近く必要な

のではないかと考えられます。

0.7兆円という追加費用の推計は、国負担分の追加費用で、しかもぎりぎりまで費用を抑制できるとの楽観的な見込みで推計された値としては理解できるものですが、地方で必要となる財源や地方自治体での保護者による保育サービスの質に対する高い要求を考えると、本当に必要となる追加費用はもっと大きいと思います。

保育サービスの確保については、現在提案されているように、地方の責任としていいでしょう。もちろん、それは自ら保育サービスの拡充を行うということではなく、その地域で保育サービスがきちんと確保されているか否かを監視・監督し、必要に応じて支援することが地方政府の役割として考えられます。

そして、その財源については国が責任を持って調達すべきであるというのが私の考えです。さもないと財源難に苦しむ地方自治体が保育サービス拡充のための支援を行うことはできないと考えています。そのためには消費税等によって追加で財源調達を行う必要があると思います【スライド12】。

その社会保障充実のための財源として基本的には消費税が明示されていますので、この点については妥当と考えています。ただ、提示された目標に対して必要な財源の推計が小さすぎるという印象です。

それほどお金は必要ではないことをアピールしようとした推計結果のような気がしています。このような少ない財源では目標は達成できないと考えています。これは、たとえば2000年の介護保険の導入の際にも見られた厚生労働省関連の政策論議の常套手段という気がしています。「お金はそれほどかからない」と言ってやり始めたら「やはりお金がかかってしまいました」というのが今までずっと行われてきています。これが赤字拡大の一因にもなっています。

それから、幼保一元化による保育と教育の一体的環境整備は望ましい政策と考えています。ただし、保育サービスを充実させるのは望まし

いと考える一方で、0歳児の保育を充実させるのはあまりよくないと思っています。というのは、すでに紹介したように0歳児の保育にはお金がかかるので、効率的な子育てという観点からは0歳児に対しては、親が育児休業を取りやすい仕組みにして、保育所利用に関してはむしろ抑制した方がいいと考えています。

したがって、0歳児ではなく1～2歳児の保育サービスを充実させることが喫緊の課題と考えています。先ほど見て頂いた資料では、3歳児未満の保育所利用率を高めましようとしてありますが、この中には当然0歳児も含まれていると思います。0歳児あるいは1歳児の途中までの育児休業の対象となる年齢と2～3歳児とは区別して議論した方がいいと思っています。子どもの年齢に応じて効率的な子育ての状況を考え、その状況に誘導するような政策を行う発想が有用と考えています。

そのような発想の妥当性を示唆する資料を、最後に見て頂きたいと思います【スライド14】。少し古い資料で恐縮ですが、日本とスウェーデンの保育の状況について比較可能な2つの資料を見て下さい。

下の図が日本における保育の状況です。年齢ごとに子どもたちの保育状況を見たものです。0歳児に関しては7.8%が保育所で、残りが家庭等になっています。保育所での保育については、1歳児に関しては23%、2歳児に関しては30%という状況です。

上の図がスウェーデンの状況です。0歳児に関しては、基本的に親が育児休業を取って子育てをしている状況です。したがって、基本的には保育所で受け入れる必要がないので、0歳児に関しては保育所利用率は0%です。スウェーデンでは育児休業が基本的に1歳半までです。1歳児になると半分ぐらいが pre-school すなわち保育所で保育されることになります。2歳児になると保育所利用率は80%。日本の保育ママのような形をとる family day-care の8%も入れると90%近くの子供たちが家庭外で

の保育を受けることになります。つまり、育児休業が終わったらほぼすべて保育所で預かれる体制が整えられているというのがスウェーデンの保育の状況です。

なお、スウェーデンでは、日本の保育所と幼稚園の区別はなく、いわゆる幼保一元化が行われています。また、1歳～5歳の子どもの親が保育所の利用希望を申請する場合、地方自治体は通常3～4カ月のうちに保育所が利用できるようにする責務を担うこととされています。このような政府の責任の明確化が、保育サービスの急速な充実につながっていると考えています。

さて、ここで、日本に関して再度考えてみると、保育所利用率に関しては、まず、0歳児が7.8%となっているところは気になります。育児休業をきちんと取ってもらうことで、0歳児に関しては、逆に0%を目指したいところです。

一方、1歳児や2歳児に関しては、保育所利用率の低さが気になります。この年齢層の保育所での受入を爆発的に拡大させないと、育児休業が安心して取れないということが出てきます。育児休業が1歳の途中で終わったときに「どこに預けたらいいの？」という問題が当然出てきます。この年齢層の受け入れ状況が現状のようであれば、育児休業も安心して取れないし、そうであれば女性が継続的に安心して子どもを産みながら働くことができないということで、出産や労働参加の抑制が起こってしまいます。

したがって、今後は1歳児の育児休業が終わった後には確実に保育所で育てられるような環境を早急に整える必要があります。男女共同参画社会の実現を目指すのであれば、日本でも、スウェーデンのように1歳半～5歳児の保育所利用率が90%以上となることを想定して保育サービス市場の整備を進めることが大切だと思います。少しずつ増やすという政策では、賢い

政策的対応はできないと思っています。そういう意味では、子供たちをどこで育てるのがよいのかについて考え、それに基づいた政策をきちんと考えていくことが必要と思っています。

このように、保育政策は、教育政策と連携するのみならず、労働政策とも連携することが重要です。効率的な子育て支援政策を考える上では、育児休業制度が実効的に活用されるよう、雇用者の子育て支援の責任を明確にし、その責任を果たせるような補助制度をきちんと整える必要があると思います。

私自身は、次世代を担う子どもたちの育成を、保育・教育・労働という社会経済の循環の中で見直し、「社会全体で子育てをしていく」という新しい子育ての仕組みを着実かつ迅速に整備していくことが重要と考えています。そして、そのためにも、「待機児童をなくすように保育所を整備する」といった場当たりの政策ではなく、「高齢者を社会全体で支える」という社会保障の仕組みを維持するためには「子育ても社会全体で支える」仕組みが必要であるという認識を国民の間で共有し、明確なビジョンを持って、社会的な子育て支援のシステムをデザインしていくことが重要と考えています。

本日は、お話を聞いていただき、ありがとうございました。

**追記：**本稿は、平成23年9月15日に行われた報告を、当日いただ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の一部に基づいています。

スライド 1



# 日本における 子育て支援のあり方

～子育てと労働参加が両立  
できる社会を目指して～



一橋大学大学院経済学研究科  
& 国際・公共政策大学院  
山重慎二

スライド 2



## 目次



1. 子育て支援の根拠
2. 子育て支援の目標
3. 子育て支援の手法
4. 子育て支援の役割分担
5. 子育て支援の財源
6. 政策評価と政策提案





## + 子育て支援の根拠（1）

3

- 親の意思決定の内容（予算制約の下での効用最大化）
  - 子どもを何人産むか？（子どもの量）
  - 子どもへの教育投資をどれくらい行うか（子どもの質）
  - 育児を誰が行うか（自分、配偶者、祖父母、乳母、保育士 ...）
- 親の意思決定に影響を与える要因
  - 世帯の所得・選好・年齢
  - 子育て関連サービスの価格
  - 相互扶助のネットワーク
  - 労働環境
  - 子育て支援政策

## + 子育て支援の根拠（2）

4

- 出産・育児に関する親の意思決定が、社会的に見て非効率  
的となっていると考えられること【効率性の観点】
  - 社会保障制度がもたらす非効率性（外部性）
  - 子育てサービス市場の非効率性（情報の非対称性）
  - 若年低所得期における流動性制約
- 健全な子供を産み育てる権利（育児権？）が十分に保障さ  
れていないこと【公平性の観点】
  - 低所得世帯の育児環境

出産 ● 乳児 | 幼児 | 義務教育 | 中等教育 | 高等教育 ----->

## + 子育て支援の目標

5

- 目標：社会的に見て望ましいと考えられる子育てが行われるように、社会的・政策的に支援すること。
- 期待される副次的目標
  - 労働市場への参入規制（移民政策）に伴う非効率性の改善
  - 賦課方式の社会保障制度の安定性の改善
- 現時点での具体的な目標：
  - 「市場の失敗」を改善する形で出生を促すこと。
  - 出生と労働参加の両方を促すこと（少なくとも出生を促すことが労働参加を抑制させないように注意すること）。

## + 子育て支援の手法（1）

6

- 手法：
  - ① 現金給付
    - 例：児童手当、子ども手当、育児休業期間中の所得保障
  - ② 現物給付（特定補助を含む）
    - 例：保育所サービス、授業料の無償化
  - ③ 規制
    - 例：WBLを取りやすい労働環境の整備
- 給付条件を巡る議論のポイント
  - 所得制限を設けるか
  - 年齢制限をどこまでにするか
  - 子どもの数によって給付に差をつけるか
  - 労働参加を条件とするか

## + 子育て支援の手法（2）

7

### ■ 現物給付 v.s. 現金給付

|          | 保育所利用補助                                    | 子ども手当                                   | 育児休業中の補助                                   |
|----------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 労働供給への影響 | ○（労働供給を促す効果を持たせやすい）                        | ×（労働供給を抑制）                              | ○（長期的には労働供給を促す）                            |
| 出生率増加の効果 | ○（出産期にある世帯への補助が中心となるので、効果は相対的に大きい）         | ×（すでに出生の意志がない世帯にも給付されるので、効果は小さい）        | ○（出産期にある世帯への補助が中心となるので、効果は相対的に大きい）         |
| 意義○・問題点△ | △ フルタイムで子育てをしたい人への補助はないので、不公平と感じられるかもしれない。 | ○ 流動性制約に直面する若年世帯への給付は公平性・効率性の両面から意義がある。 | △ フルタイムで子育てをしたい人への補助はないので、不公平と感じられるかもしれない。 |

子ども手当のような現金給付は、流動性制約に直面している世帯への限定的な給付として、保育サービス補助（現物給付）や育児休業中の所得補助（現金給付）を中心に行う方が「効果的」

## + 子育て支援の手法（3）

8

### ■ 「効率的な子育て」という発想

- 誰が子育てをするか：① 親、② 祖父母、③ 公営保育所、④ 私立保育所、⑤ 認証保育所、...

➢ （おそらく）乳児期は①や②、幼児期は保育所（④や⑤）

- 「効率的な子育て」が行われるように適切な支援の手法を選ぶべき

| 年齢 \ 保育サービス    | 認可保育所<br>(公設公営)<br>(注1) | 認可保育所<br>(私立)<br>(注2) | 認可保育所<br>(指定管理)<br>(注3) | 認証保育所<br>(注4) | 家庭福祉員<br>(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<br>(平均) | 205千円                   | 166千円                 | 257千円                   | 600千円         | 247千円         |

## + 子育て支援の役割分担

9

### ■ 考えられる主な主体(望ましい役割)

- ① 中央政府(制度設計・財源調達)
  - ∴ 子育ての外部効果は日本全国に及ぶから
- ② 地方政府(保育サービス等の提供者の監視・監督)
  - ∴ 監視監督は、サービス供給の現場近くで行われる必要があるから
- ③ 企業(WLBのとれる労働環境の整備、育児サービス等の提供)
  - ∴ 子育てと労働が両立できるような働き方は労働の場で確保されるべきだから
- ④ 非営利組織(育児サービス等の提供)
  - ∴ 営利組織の利潤追求行動は、質の低下を招く可能性があるから
- ⑤ 地域共同体(地域での育児や教育の支援)
  - ∴ 家族あるいは法人では十分にカバーできない子育て支援があるから
- ⑥ 拡大家族【祖父・祖母・親戚】(家族の育児や教育の支援)
  - ∴ 親が十分な子育てを行えない状況があるから

## + 子育て支援の財源

10

- 財源の問題は、効率性の観点からは、基本的には支出とは切り離して考えることが可能（完全に切り離すことはできない）。
- しかしながら、政治的な合意を得るための公平性の観点からは、望ましい財源を考えることは有用
  - 消費税
  - 相続税
  - 公債発行

## + 政策評価と政策提案（1）

11

### 1. 支援の手法：

- ① 子ども手当を、低所得世帯に限定することは望ましいが、限度額約960万円は流動性制約の観点からは高すぎる。
- ② 現金給付重視から現物給付重視というシフトは望ましい。
- ③ 幼保一元化による保育・教育の一体的環境整備という意味で望ましい。
- ④ ただし、育児休業取得への補助は、現物給付と同様の効果を持つとともに、0歳児の保育（現物給付）の費用の高さを考えると、現物給付よりも効果的となる可能性が高い。

### 2. 役割分担：

- ① 財源については、全額国負担とすべき。地方政府や事業者が期待される役割を十分に果たせるように、十分な財源を確保すべき。
- ② 保育サービスの確保（≠提供）については、地方政府の責任とすべき。
- ③ 雇用者の「子育て支援」の責任を明確にし、その責任を果たせるような補助制度を整えるべき。

## + 政策評価と政策提案（2）

12

### 3. 財源：

- ① 社会保障の充実のための財源としては、基本的には消費税が明示されており、妥当。
- ② ただし、提示された目標に対して必要な財源の推計は小さすぎる印象。
  - それほどお金は必要でないということをアピールしようとしている気がするが、少ない財源では目標は達成できない！（財政赤字拡大の一因でもある）
  - 保育サービスの拡充を通じた労働参加の上昇による税収増も考慮すべき。

### 4. その他：

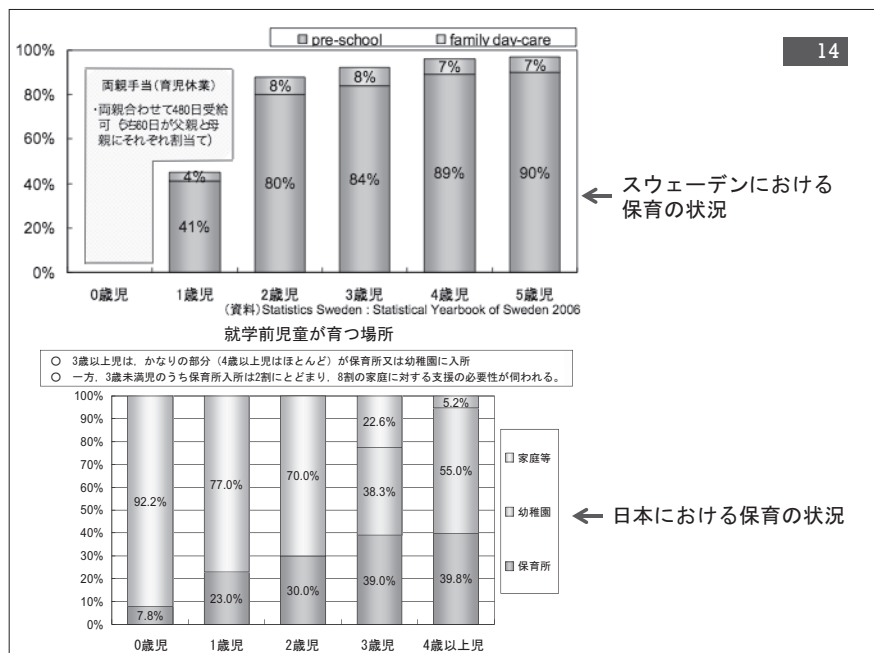
- ① 子どもの年齢に応じて、効率的な子育ての状況を考え、その状況に誘導するような政策を行うという発想が有用。
  - 0歳児ではなく、1、2歳児の保育サービスを充実させることが重要。



スライド13

| 社会保障改革の具体策、工程及び費用試算 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                       |                                                          |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 別紙2                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                       |                                                          |
|                     | A<br>(金額は公費(2015年))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B<br>(金額は公費(2015年))                                                                                                                                                                                                | C<br>工程                                                     | D<br>所要額(公費)<br>2015年                                 | E<br>所要額(公費)<br>2025年                                    |
| I<br>子ども・子育て        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 子ども・子育て新システムの制度実施等に伴う地域の実情に応じた保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定制の導入による保育等への多様な事業主体の参入促進 ☆<br/>質を確保するための基準と併せて質の改善を図る</li> <li>・ 幼稚園などの既存施設の有効活用や、小規模保育、家庭的保育などの多様な保育の推進</li> <li>・ 国及び地方における実施体制の一元化<br/>(「子ども家庭省(仮称)」の創設等)</li> </ul> | <p>新システム具体案を早期にとりまとめ</p> <p>↓</p> <p>税制抜本改革とともに、早急に法案提出</p> | <p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p> | <p>1兆円超程度</p> <p>※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討</p> |
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)</li> <li>・ 質の高い学校教育・保育の実現(幼保一体化の実現)</li> </ul> <p>→ 3歳未満児の保育の利用率<br/>2010年 23%→2014年 35%(2017年 44%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総合的な子育て支援(家庭や地域における養育の支援)の充実</li> <li>・ 放課後児童クラブの拡充<br/>→ 放課後児童クラブの利用児童数<br/>2010年 81万人→2014年 111万人</li> <li>・ 社会的養護の充実</li> </ul> <p>⇒</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 女性の就業率の向上 ☆</li> <li>○ 保育等の従業者の増加 ☆</li> </ul> <p>→ 女性(25～44歳)の就業率<br/>2009年 66% → 2020年 73%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 制度・財源・給付について包括的・一元的な制度を構築</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                    |                                                             | <p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p> | <p>1兆円超程度</p> <p>※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討</p> |
| 子ども子育て計             | <p>充実計(2015年)</p> <p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>重点化・効率化計(2015年)</p> <p>—</p>                                                                                                                                                                                    |                                                             | <p>0.7兆円程度</p> <p>※ 税制抜本改革以外の財源も含めて1兆円超程度の措置を今後検討</p> | <p>1兆円超程度</p> <p>※ 左記の措置に係る所要額については、新システムの検討において今後検討</p> |
| 「☆」成長戦略に特に関係が深い項目   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                       |                                                          |

スライド14



# 社会保障改革と教育財政の見直しの方向性



専修大学経済学部教授 中野英夫

はしがき 本稿は平成23年9月15日開催の財政経済研究会における、専修大学経済学部教授 中野英夫氏の『社会保障改革と教育財政の見直しの方向性』と題する講演内容を取りまとめたものである。

## 1. 子ども、教育分野における我が国の社会保障改革

今日の報告は、平成23年7月1日に閣議報告された「社会保障・税の一体改革成案」について、教育をテーマにお話しますが、このテーマで少し困ったのは、今回の社会保障・税の一体改革の工程表には、教育に関連する事柄が、あまり盛り込まれていないことです。従来、社会保障に関連して教育が議論されるのは、障害者支援や特別支援教育に限っての話であって、義務教育全体まで広がりません。教育と社会保障が重なる領域は、非常に限られているように思います。

ただ、わずかですが今回の社会保障改革でも教育に言及する議論も出てきたところです。厚生労働省のまとめた「社会保障制度改革の方向性と具体策」が5月に出されましたが、社会保障制度改革に取り組む際の留意点として、教育が取り上げられています。そこでは、日本は特に教育の分野の公的支出がGDP比で少なく、

次世代の育成のために効率的かつ効果的な教育支出の在り方を考えるべきとされています。

また、改革の方向性として、厚生労働省は、すべての子どもへの質の高い幼児教育・保育を保障し、子ども・子育てを社会全体で支援すること、貧困・格差の問題では、子どもの貧困連鎖を防止するために、養育・進路相談、地域での学習支援の必要性をあげています。

昨今の子どもの貧困の問題などから、我が国でも社会保障のなかでの教育の重要性が広く認識されるようになりました。しかしながら、子どもの貧困の連鎖の防止に教育がどう取り組むべきか、十分に議論が尽くされているとは言い難く、具体的な施策の検討も今回の改革の工程表には明記されていないのが現状です。

そこで、ここでは、質の高い幼児教育・保育を実現し、そして子どもの貧困の連鎖を断ち切るために何をすべきなのか、その手がかりとして、イギリスの最近の事例を紹介したいと思います。

イギリスは、子どもの貧困の問題に対して、教育と福祉が一体となって取り組んでいます。昨年5月には、政権交代が実現し、新しい政権による具体的な政策が打ち出されてきたところです。今回は、子どもの貧困の問題をどう対処すべきかについて、新旧の政権の社会保障改革、教育政策を比較しながら、この問題の解決方法を考えてみたいと思います。

## 2. イギリス労働党政権の福祉、教育改革

2010年5月に行われたイギリス下院の総選挙では、与党労働党が大敗し、保守党、自由民主党の連立政権であるキャメロン政権が誕生しました。政権発足直後から、それまでの労働党と一線を画する政策を展開しています。それぞれの政策はかなり対照的ですので、両者を比較しながら説明していきたいと思います。

両者の比較として取り上げるのは、子どもを持つ家庭、特に低所得者層の家庭への給付のあり方です。そして、もう1つが、就学前教育です。その2つを中心に話を進めていきます。

1997年から13年続いた労働党政権は、子どもの貧困の問題についてかなり政策的なプライオリティーを持っていました。公共サービス協定(PSA)では、子どもの貧困を、1999年の水準

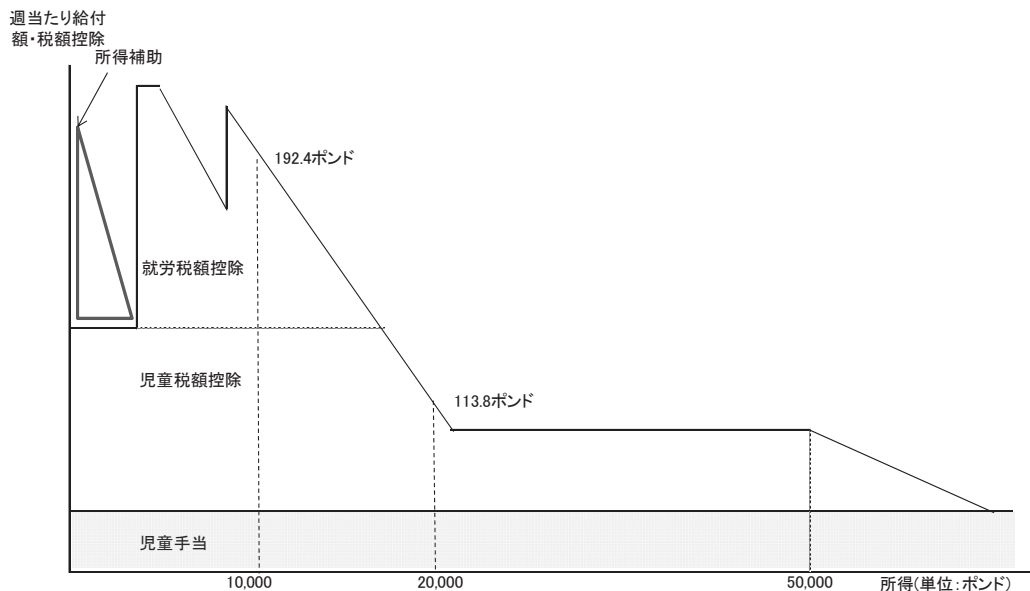
から2010年には半減させ、2020年には根絶することを目標としました。

子どもの貧困の問題の解決策として、労働党政権が重要視したのは、子どもを持つ世帯への手厚い給付、そして就学前教育の充実です。

図1は、イギリスの労働党政権における子どもを持つ世帯を対象とする各種給付や税制上の措置を見たものです。おおまかに言えば、就労税額控除、児童税額控除、児童手当の3層の構造になっています。まず所得制限のない児童手当があり、次に、所得に応じて現金給付を行う就労税額控除と児童税額控除があります。就労税額控除は、週16時間以上の就労者を対象としています。

就労税額控除の給付額は、年間1,920ポンドを基礎に、申請が一人親あるいはカップルの場合、また週当たりの就労時間が30時間を超える場合等に応じて加算措置を講じたうえで、所得に応じて給付額を調整します。児童税額控除は

図1 イギリスの所得補助と税額控除制度



注) 子ども2人を持つ単親世帯のケース。給付額は2010年4月時点の数字。

扶養する子どもがいる場合に受けられる税額控除であり、545ポンドの基礎額に、子ども一人当たり2,300ポンドを加算します。また障害のある子どもについては加算措置をしたうえで、所得に応じて調整します。

図1は、子どもが2人、30時間以上就労する単親世帯の例ですが、所得1万ポンドの世帯では、週当たりの税額控除額は158ポンド（年間8,277ポンド）、所得2万ポンドの世帯でも、週当たりの税額控除額は80.1ポンド（年間4,177ポンド）になります。これに児童手当が加わると、週当たりの給付額はそれぞれ192.4ポンド、113.8ポンドになります。これら税額控除制度は、低所得者層、とりわけ子どものいる低所得者層をターゲットにしており、それにより所得が相当底上げされていることが分かります。

### 〔就学前教育の充実〕

子どもの貧困問題への解決策のもう1つの柱が、就学前教育です。イギリスにおいて、子どもの学力は親の経済力を反映し、低所得層の家庭の子どもの学力は、中・高所得者層の家庭の子どもよりも低い傾向にあることが知られています。また子どもの学力形成において、幼少期の家庭環境や幼児教育、保育というものが、就学後の学力にも大きな影響を及ぼすとする研究もあり、子どもの貧困の連鎖を断ち切る方策として就学前教育の重要性が強調されています。

図2は、無料給食を受ける低所得層の家庭の子どもとそれ以外の家庭の子どもとの間の学力差を見たものです。両者には明らかな学力のギャップが存在し、かつそのギャップは、義務教育修了時のみならず、低年齢期でも確認できます。

2003年に出された政策提案書である「Every Child Matter」において、政府は5つの子どもの成果目標というものを定めました。それは、(1)健康であること、(2)安全であること、(3)楽しみかつ目標を達成すること、(4)前向きな活動に寄与すること、(5)経済的に幸せになることです。

この5番目の経済的に幸せになるという成果目標は、貧困に陥らないこと、子どもの貧困をなくすことに対応するものです。

子どもの成果目標を達成すべく、急がれたのが就学前教育の充実です。2006年児童ケア法が成立し、保育、幼児教育などの児童ケアは、これまでの要保護児童から一般の児童にその対象を拡大しました。また、3歳、4歳の子どもを対象に週15時間、38週分の幼児教育サービスが無料化され、地方自治体は、これに見合う児童ケアを確保することが義務化されました。

児童ケアサービスは、チャイルドマインダーと呼ばれる保育福祉員、その他ボランティアセクターなど、いろいろな事業者が児童ケア事業者として登録され、保育、幼児教育などの児童ケアを提供しています。

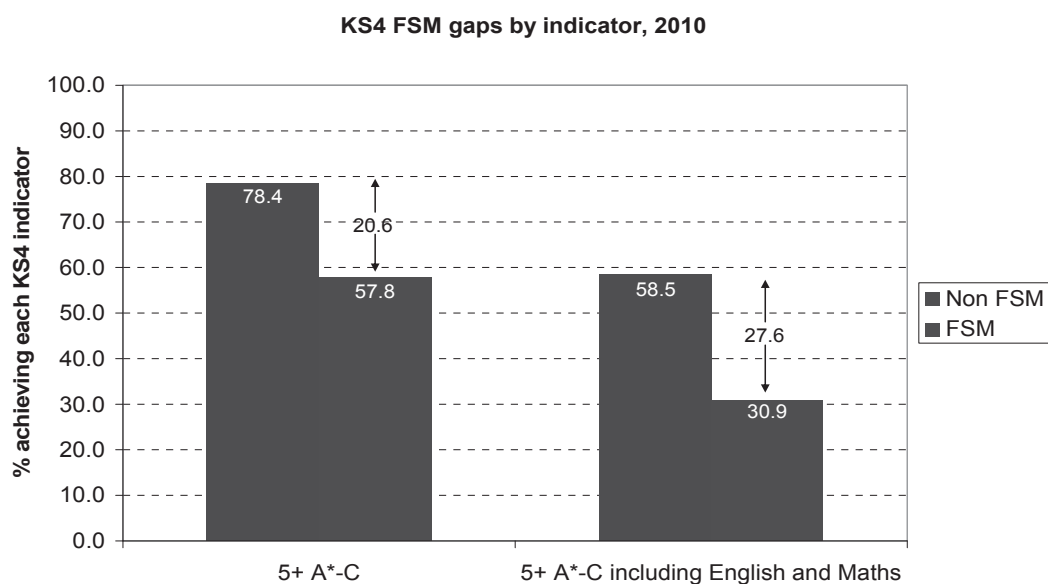
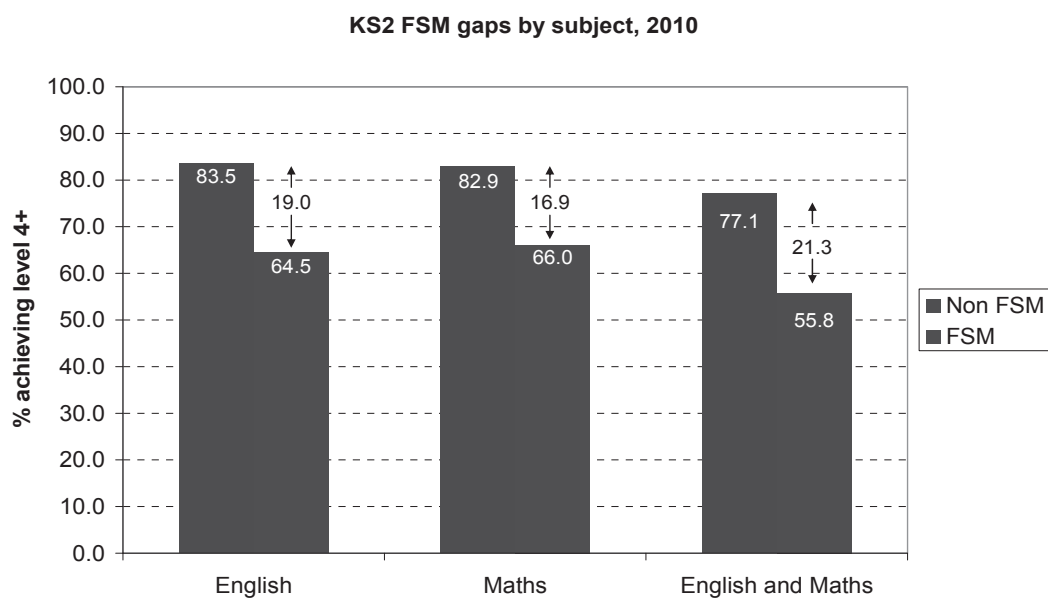
児童センターは、地方自治体が運営する新しい児童ケア施設です。保育、幼児教育のほかにジョブセンターと連携して、家庭支援、就労の相談も行います。当初は貧困地域に設置されましたが、2006年児童ケア法の成立以降、全国各地に児童センターが設置されました。現在、イングランドでは3,600余りあります。日本の社会保障制度・税の一体改革でも、子ども・子育て新システムとして、児童ケアを提供する施設の設置が検討されていますが、おそらく、この児童センターに近い性格のものと思われます。

就学前児童ケア事業者が提供するサービスで興味深いのは、就学前基礎段階基準（Early Years foundation Stage）という児童ケアのガイドラインがあることです。2006年児童ケア法により策定されたものですが、これがナショナルカリキュラムとして、児童ケアのガイドラインを定めたものです。

基準では、0歳から就学前の5歳までに到達すべき、4つの原理と69の達成目標が設定されており、保育と幼児教育を統合化した内容になっています。それぞれの達成目標を実現する様々なプログラムが、児童ケア事業者によって提供されています。

図2 無料給食を受ける子どもと受けない子どもとの学力差

(上段は10-11歳対象の全国試験、下段は15-16歳対象の義務教育修了資格試験)



出所 : Department of Education "Deprivation and the Pupil Premium"

この就学前基礎段階基準は、運用のガイドラインが非常に厳しく、児童ケア事業者は、OfSTED（Office for Standards in Education；教育基準監査院）に事業者として登録し、監査の対象にもなります。保育・幼児教育に、国が過度に関与しているのではないかと批判もありますが、小規模な事業者から保育学校まで、統一した基準により、保育、幼児教育に一定の質が保証されることには、大きな意味があると思います。

### 3. 保守党・自由民主党連立政権の福祉、教育改革

#### 〔子どもの貧困への対応〕

労働党政権が退陣する間際の2010年3月に、子ども貧困法が成立しました。子ども貧困法とは、2020年度までに達成すべき貧困度の目標値を定め、政府はこれを実現するために必要な措置を取らなければならないというのが子ども貧困法の内容です。

子ども貧困法では、貧困に関する4つの指標を作り、それぞれに目標が定められています。4つの指標は、(1)相対的貧困率、(2)低所得と物質的窮乏の複合貧困率、(3)絶対的貧困率、(4)継続的貧困率です。2008年度において相対的貧困の状態にある子どもの数は280万人、率にして22%です。これを2020年度末までに10%未満を目指します。同様に、低所得でかつ物質的な窮乏状態にある子どもは220万人、率にして17%の水準にある複合貧困率は5%未満を目標に、さらに絶対的貧困の状態にある子どもは160万人、率にして12%の水準にある絶対的貧困率は5%未満を目指します。継続的な低所得の指標については、その具体的な目標値を2015年までに明らかにすることを求めています。

子ども貧困法の成立直後に発足した連立政権も、子どもの貧困の問題を重要な課題とし、これに積極的に取り組む方針を示していますが、給付重視の労働党政権の政策には批判的です。

子ども貧困法では、法案成立後1年以内に、目標を達成するための具体的な戦略の公表が義務付けられていますが、新政権が打ち出した新しいアプローチは、労働党のそれとはかなり異なっています。その新しいアプローチの主なものは、給付や控除を統合するユニバーサルクレジット、そして低所得の家庭の子ども向けの教育予算を学校に直接配分するPupils Premiumです。

#### 〔児童税額控除、就労税額控除の見直し〕

ユニバーサルクレジットは、児童税額控除、就労税額控除など各種の給付を整理統合するものです。2011年2月に福祉改革法が議会に提出され、現在審議中で、成立すれば2013年から導入の見込みです。児童税額控除、就労税額控除などの給付は、非常に数が多く、また中身も複雑で分かりにくいという批判がありました。就労の変化によって給付の額も大きく変化するので、かえって就労意欲を阻害しているのではないかと批判もあります。

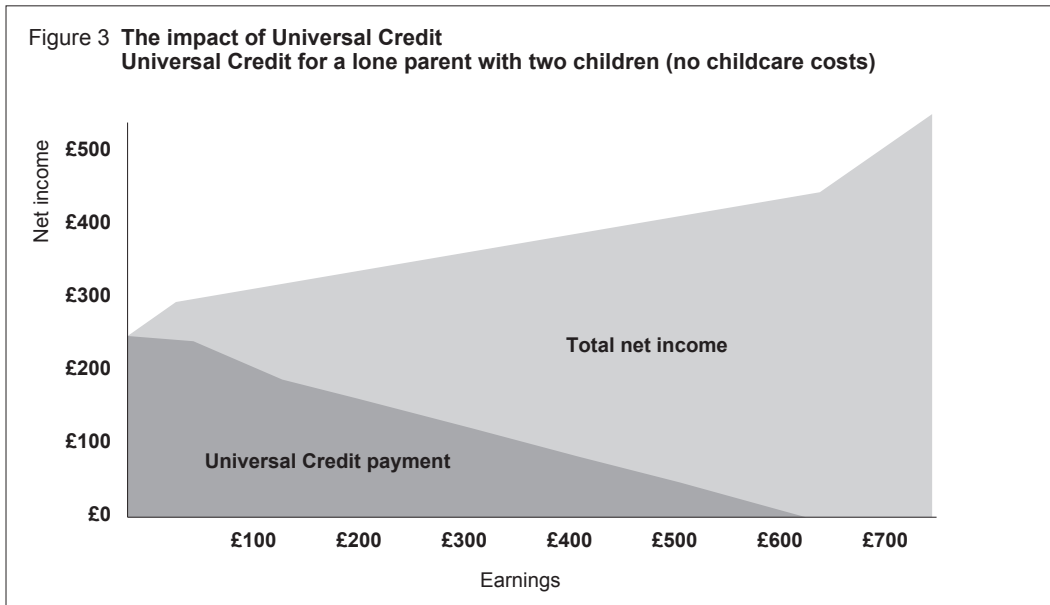
図1の税額控除の例で見たように、子どもの2人の単親世帯の例では、所得が1万ポンドから2万ポンドまで増えると、給付が4千ポンドも減少します。所得税や社会保険の支払い増を考慮すると、就労時間を増やしても、手取りでの所得額は、それほど増えないことが分かります。給付が手厚い分だけ、その減額幅も大きくなります。

就労が所得に反映されないという問題は、我が国の生活保護に相当する所得補助を受けている場合に、より顕著に表れます。仮に少し働いて収入を増やしても、その分だけ所得補助の給付が減るからです。住宅扶助、カウンスル税控除など、その他の給付の減額も勘案すると、就労時間が大幅に増えない限り実質的な所得は増えない可能性があります。したがって、就労のインセンティブが失われ、貧困から抜け出せない貧困の罠に陥る恐れがあります。

ユニバーサルクレジットは、こうした問題を



図3 Universal Credit のイメージ図



出所：Department of Work and Pension(2011) “Universal Credit:welfare that works”

回避するために、就労時間が増えても給付が大幅に減額されないよう構造になっています。多くの給付、控除制度を統合し、就労の変化に応じて緩やかに給付が減額します。

図3は、ユニバーサルクレジットの給付額とネットの所得を表したものです。給付額は最大週250ポンドからスタートし、受給者の所得が増えるにつれて、労働所得に給付額を加えたネットの所得がなだらかに増えていく構造を維持しながら、給付額は徐々に減減します。そのため、従来の低所得者層を主な対象とする税額控除とは異なり、ユニバーサルクレジットは、低所得者層から中所得者層まで広く給付の範囲を広げていることが分かります。

#### 〔就学前教育の展開〕

2010年10月、連立政権は、今後の歳出計画を示すスペンディングレビュー2010を公表しました。防衛費、警察費、地方への交付金など主要な歳出は軒並み削減される見込みです。所得制

限がなかった児童手当の支給も、年間所得が4万4千ポンド未満の世帯に制限しました。イングランドの教育予算は、年間実質で0.1%増を維持する見込みですが、子どもの数は増加するため、実質的な削減になっています。

就学前教育は、より低所得者層を対象に重点的に行う方向に見直すが進むようです。就学前基礎段階基準の69の達成目標も17へ削減するなど簡素化が検討されています。それに伴い、児童ケアの予算の削減が行われています。自治体で3,600あった児童センターはかなり閉鎖される見込みです。実際にロンドンにある基礎自治体のホームページには、児童センターの閉鎖を告げるアナウンスを見ることができます。

Pupil Premiumは、連立政権が打ち出した子どもの貧困問題解決のための重要な施策です。Pupil Premiumは、低所得層の家庭の子どもを対象とする特定補助金です。現在、学校予算は、学校特定負担金という国の補助金によって賄われています。地方自治体を通じて行われる

学校特定負担金の各学校への配分では、貧困地域や低所得家庭の子どもの数等を勘案して配分が決められていましたが、Pupil Premiumは、これとは別枠に、無料給食制度を利用する子どもの数に応じて、補助金を学校に事実上直接配分するというものです。補助金の額は、子ども1人当たり430ポンドです。用途は自由ですが、配分の対象となった子どもの学力向上に使用されなければならない、その使用状況を学校が公表する義務を負うような形に改められます。

Pupil Premium について興味深いのは、この補助金が一種の教育バウチャーの機能を持つことです。補助金は、低所得者の家庭の子どもの在籍数に応じて配分するので、こうした子どもが多く在籍する学校ほどより多くの教育予算を獲得します。追加的に獲得した予算は、教育補助員の採用など、教育の充実にあてることができるので、低所得層の家庭の子どもにより質の高い教育を提供することが可能になります。

Pupil Premium の補助金の活用状況は学校自身が公表し、またリーグテーブルの学校評価の一項目として評価の対象となるため、親の学校選択に影響を及ぼし、ひいては学校間の競争をもたらす可能性があります。Pupil Premium が子どもの貧困問題の解決策となるのか、その成否は今後も調査を待つ必要がありますが、従来の教育政策とは一線を画する政策として、興味を持たれるところです。

#### 4. イギリスの改革が日本の社会保障改革に示唆するもの

かなり駆け足でイギリスの福祉や教育の政策を見てきましたが、イギリスの労働党政権、そして保守党、自由民主党の連立政権による一連の施策は、社会保障と教育が非常に密接に関係していることが分かります。

平成22年国民生活基礎調査によると、2009年の我が国の子どもの貧困率は15.7%の水準にあり、OECD 諸国の中でも、非常に高い部類に入ります。決して放置できない問題であり、これを是正する何らかの手だてが急がれますが、今のところ具体的な施策は示されていません。

子どもの貧困の問題を解決するために教育の役割は重要です。就学前教育の充実と普遍化への改革、低所得層の家庭の子どもへの経済的な支援、そして学校教育予算での配慮は、検討すべきものと思われます。しかし、これまでの社会保障制度・税の一体改革の議論では、今のところ幼保一体の枠組み作りの話にとどまっており、イギリスで見た各政権の改革と比較すると対応は遅れがちです。教育と福祉を一緒に論じるべき課題はこれに限るものでもありません。我が国でも、こうした問題について今後社会保障改革の中でもしっかり議論していかなければいけないのではないのでしょうか。





# 日本の医療制度改革 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23年10月13日開催の財政経済研究会における、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について』と題する講演内容を取りまとめたものである。

## I. はじめに<sup>1</sup>

今日の財政赤字拡大及び経済成長の鈍化という経済情勢を受けて、国の財政のあり方が問われている。今後、経済成長の大幅な回復が期待できず、歳入の大きな伸びが期待できないこと、少子高齢化、国民の公共サービスに対する要求の移り変わりといった社会状況の変化の下で、歳出が拡大し、さらに今後、その拡大が予想されることから、歳入の増加策ないし歳出の抑制策を真剣に検討せざるを得ない状況になっている。前者については、いくつかの租税の増税が狙上に上がったが、中でも消費税の増税が政策的論議の中心になってきている。後者については、国の歳出の約三分の一と大きな比率を占め、少子高齢化の下で増加が予想される社会保障の効率化が一つの焦点となっている。こうした状況を反映して、2011年6月30日には、内閣府より「社会保障・税一体改革成案」が上梓

され、これをたたき台にして、政策的議論が行われつつある。

本稿では、社会保障支出の中で公的年金に次いで比重の高い医療に焦点を当てる。2009（平成21）年度の国民医療費は36兆67億円であり、前年度の34兆8,084億円に比べ1兆1,983億円、3.4%の増加となった。また、人口一人当たりの国民医療費は28万2,400円と、前年度の27万2,600円に比べ3.6%増加している。国民医療費の国民所得（NI）に対する比率は10.61%と前年度の9.89%より増加している。医療費の増加は、その財源のあり方について問題を提起し、かつ、医療制度の効率性、公平性も問われている。

「社会保障・税一体改革成案」の中では、医療制度改革について、国家の政策論議の狙上に上っているものはいくつかある。また、「社会保障・税一体改革成案」の成立からさかのぼること約半年前の2010（平成22）年12月20日には、高齢者医療制度改革会議による「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」がまとめられ、2008年4月に施行された後期高齢者医療制度（通称「長寿医療制度」）の改革案が提案されている。この最終とりまとめには、後期高齢者医療制度の改革案のみならず、医療保険制度全体に及ぶ改革案が盛り込ま

<sup>1</sup> 本稿は、文部科学研究費基盤研究(C)（課題番号19530268）の成果を利用して書かれた。

れていることが特徴である。

「社会保障・税一体改革成案」,「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」において、出されている課題、提案されている施策はいずれも重要であり、実現できれば、よりよい医療・介護制度が実現すると考えられるが、その実現に向けては、高いハードルが待ち受けている。しかし、増加する医療費の財源政策に手詰まり感があり、公的医療保険制度にもほころびが見え始めている今日、医療制度改革は必須の状況にある。

本稿では、日本の医療制度の抱える問題を概観し、経済理論の立場から制度改革のグランドデザインを描くことを目的とする。本稿の構成は以下の通りである。第Ⅱ節では、日本の医療制度の問題点を概観する。第Ⅲ節では、第Ⅱ節における議論を踏まえて、日本の医療制度改革の方向性について、理論的な検討を行い、政策的処方箋について提言を行う。第Ⅳ節では結語が述べられる。

## Ⅱ. 日本の医療制度の問題点

本節では、今日の日本の医療制度が抱えている問題点について理論的考察を行う。日本がどのような医療制度改革を行うべきかを考えるためには、日本の医療制度の持っている問題点について、理論的に考え、問題の本質を抽出する必要がある。

### (1) 医療費に関わる問題

2011年9月29日に公表された2009年（平成21年）度国民医療費は、36兆67億円であり、昨年度の34兆8,084億円に比べ1兆1,983億円の増加で、対前年度比34%の増加となっている。そ

して人口一人当たりの国民医療費は28万2,400円で、昨年度の27万2,600円に比べ、3.6%増加している。国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は7.60%であり、昨年度の7.07%より増加している<sup>2</sup>。

#### ① 医療費の水準に関する問題

国民医療費はたしかに増加してきているが、高齢化が進んでいる社会では、医療費が増加していくことはそれほど不思議なことではない。なぜならば、高齢者は病気になりやすく、医療機関にかかる割合が高くなり、高齢になると、医療など健康関連のサービスへの選好が強くなると考えられるからである。

また、諸外国と比べて、医療費の水準は高いという指摘もある。OECD Health Dataを利用して、OECD加盟国全てのデータのそろう2006年の総医療費の対GDP比を見てみると、日本はOECD34カ国中22位である<sup>3</sup>。

#### ② 医療の財源問題

医療費に関わる論点において、医療費の水準そのものよりもむしろそれを支える財源に関わる問題が最も重要である。図表1は、国民医療費の財源構成の年次推移を示している<sup>4</sup>。

2001年度において、国民医療費36兆670億円のうち、保険料でその48.6%、一部負担を中心とする「その他」で13.9%、公費で37.5%をまかなっていることが分かる。社会保険制度を採っているが、保険料では半分もまかなえず、三分の一以上を、租税を財源とする公費でまかなっているのが実情である。また財源の負担割合の年次推移を見てみると、保険料の割合が2000（平成12）年度の53.4%から徐々に下落し、2009（平成21）年度の48.6%まで下落しているのに対し、一部負担を中心とする「その他」は2000（平成12）年度から2003（平成15）年度ま

<sup>2</sup> 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成21年度国民医療費』を参照。

<sup>3</sup> OECD Health Data 2010。

<sup>4</sup> 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成21年度国民医療費』を参照。

(図表 1) 財源別国民医療費及び構成割合の年次推移

| 年 次    | 国 民<br>医 療 費 | 公 費         |        |        | 保 険 料   |        |         | そ の 他  |              |
|--------|--------------|-------------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|--------------|
|        |              | 総 数         | 国 庫    | 地 方    | 総 数     | 事業主    | 被保険者    | 総 数    | 患者負担<br>(再掲) |
|        |              | 推 計 額 (億円)  |        |        |         |        |         |        |              |
| 平成12年度 | 301 418      | 99 949      | 74 302 | 25 646 | 160 910 | 68 318 | 92 592  | 40 561 | 40 291       |
| 13     | 310 998      | 104 094     | 77 399 | 26 695 | 164 769 | 69 704 | 95 065  | 42 135 | 41 870       |
| 14     | 309 507      | 105 447     | 78 113 | 27 334 | 160 762 | 67 750 | 93 011  | 43 298 | 43 062       |
| 15     | 315 375      | 110 617     | 81 085 | 29 532 | 157 778 | 65 969 | 91 809  | 46 980 | 46 749       |
| 16     | 321 111      | 115 218     | 84 121 | 31 097 | 159 476 | 66 131 | 93 345  | 46 417 | 46 196       |
| 17     | 331 289      | 121 162     | 83 544 | 37 618 | 162 341 | 67 164 | 95 177  | 47 786 | 47 572       |
| 18     | 331 276      | 121 746     | 82 367 | 39 379 | 161 773 | 66 529 | 95 244  | 47 757 | 47 555       |
| 19     | 341 360      | 125 744     | 84 794 | 40 949 | 167 426 | 68 990 | 98 436  | 48 190 | 47 996       |
| 20     | 348 084      | 129 053     | 87 234 | 41 819 | 169 709 | 71 110 | 98 599  | 49 323 | 49 141       |
| 21     | 360 067      | 134 933     | 91 271 | 43 662 | 175 032 | 73 211 | 101 821 | 50 102 | 49 928       |
|        |              | 構 成 割 合 (%) |        |        |         |        |         |        |              |
| 平成12年度 | 100.0        | 33.2        | 24.7   | 8.5    | 53.4    | 22.7   | 30.7    | 13.5   | 13.4         |
| 13     | 100.0        | 33.5        | 24.9   | 8.6    | 53.0    | 22.4   | 30.6    | 13.5   | 13.5         |
| 14     | 100.0        | 34.1        | 25.2   | 8.8    | 51.9    | 21.9   | 30.1    | 14.0   | 13.9         |
| 15     | 100.0        | 35.1        | 25.7   | 9.4    | 50.0    | 20.9   | 29.1    | 14.9   | 14.8         |
| 16     | 100.0        | 35.9        | 26.2   | 9.7    | 49.7    | 20.6   | 29.1    | 14.5   | 14.4         |
| 17     | 100.0        | 36.6        | 25.2   | 11.4   | 49.0    | 20.3   | 28.7    | 14.4   | 14.4         |
| 18     | 100.0        | 36.8        | 24.9   | 11.9   | 48.8    | 20.1   | 28.8    | 14.4   | 14.4         |
| 19     | 100.0        | 36.8        | 24.8   | 12.0   | 49.0    | 20.2   | 28.8    | 14.1   | 14.1         |
| 20     | 100.0        | 37.1        | 25.1   | 12.0   | 48.8    | 20.4   | 28.3    | 14.2   | 14.1         |
| 21     | 100.0        | 37.5        | 25.3   | 12.1   | 48.6    | 20.3   | 28.3    | 13.9   | 13.9         |

注:1) 推計額は、単年度ごとの制度区分別医療費を各制度において財源負担すべき者に振り当てたものである。

2) 平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

3) その他の総数には原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付）を含む。

出典：『平成21年度国民医療費』



で、若干上昇し、その後低下傾向を示しているものの、14%前後と比較的安定している。それに対して、公費は2000（平成12）年度の33.2%から2009（平成21）年度の37.5%と増加傾向を示している。

国家財政、地方財政共に逼迫し、歳出削減が求められる中で、公費に頼る公的医療保険の財源状況は、制度の不安定をもたらす。公費に頼らなければならない最大の要因は国民健康保険、後期高齢者医療制度等への国庫支出、地方公共団体の支出である。2009年度の国民健康保険の財政状況は、保険給付費合計9兆518億1,500万円のうち、保険料で3兆5,224億3,500万円のみ賄えている。この歳入不足に対して、国庫支出金3兆5,201億1,700万円が投入されている<sup>5</sup>。また、後期高齢者医療制度は、75歳以上高齢者の一部負担金を除く医療費の5割を公費でまかなう制度設計になっている<sup>6</sup>。

これらの、国を中心とする公費の投入は、若年者から高齢者への所得分配を生じさせている。若年者と高齢者間の所得分配の仕組みは、公費の投入以外にも、後期高齢者医療制度の後期高齢者支援金に見られる。後期高齢者支援金は、現役世代の加入する公的医療保険が後期高齢者医療制度の医療費のうち、一部負担を除いた残りの約4割を負担するものである。今日、この後期高齢者支援金が、各保険者の財政を不安定にしている。

## (2) 効率性 (Efficiency) に関わる問題

医療制度は、国民、住民に対して、医療を提供するための仕組みである。そこでは、労働、資本といった生産要素が投入されているが、こうした資源が有限である以上、健康、治療成果等の成果に対して、資源が効率的に使われているかが問題になる。

### ① 医療サービス提供者、患者のモラルハザード (Moral Hazard)

医療サービスは、その品質、内容について理解するために医学的知識・情報を必要とするが、患者はそうした情報を十分に持っていない一方で、医師をはじめとした医療関係者は保有している。このことが医療サービス提供者のモラルハザード (Moral Hazard) を発生させる余地を残している。

具体的な現象としては、過剰医療、過剰投薬が発生する可能性がある。この現象は、医療経済学において、供給者誘発需要 (Supplier-Induced Demand) ないし医師誘発需要 (Physician-Induced demand) と呼ばれている。Evans (1974) により問題提起が行われ、その後、Fuchs (1978) に始まる数多の実証研究があるが、供給者誘発需要が、実証的に存在しているか否か、内外の研究いずれによっても未だ不確定である。

(公的) 医療保険制度の存在を前提にすると、患者の側にもモラルハザードが発生する余地がある。患者のモラルハザードは、二つの形で発生する。(公的) 医療保険の下では、医療費の負担は一部負担に軽減される。このことによって、患者は、全額負担の場合よりも多くの医療サービスを需要する可能性がある。また、(公的) 医療保険が存在することによって、病気になっても廉価に医療サービスが受けられることから、病気にならないように、日頃から健康に気を配る等の予防行動が弱められる可能性がある。

### ② 医療サービス・介護サービスの分業

医学的知識・情報が患者に欠けていることは、さらに、医療及び介護サービス生産の分業を阻害するという形で非効率性を生み出す可能性がある。一般的に、消費者が、財・サービスの内

<sup>5</sup> 『国民健康保険事業年報平成21年度』。

<sup>6</sup> 公費の負担内訳は、国：都道府県：市町村＝4：1：1である。



容、品質を理解できる場合、消費者の選択により、サービスの内容、品質に関する供給者サイドの分業が促進される。

宿泊サービスを例にとってみると、アメニティはあまり重視しないで宿泊できればよいと考えているビジネスパーソンは、ビジネスホテルに宿泊し、アメニティを重視するビジネスパーソンは、シティホテルに宿泊するであろう。それぞれの品質レベルでの消費者の需要に応じて、アメニティの品質のそれほど高くないビジネスホテルとアメニティの品質の高いシティホテルのサービス供給がなされ、ビジネスホテル市場、シティホテル市場において、それぞれ宿泊料金が形成される。

特に医療においては、患者が医療サービスの内容、品質について、十分に情報を持たないで受診するために、このメカニズムが働きにくい。

第一に、一次医療と二次医療の分業が生じないことが問題である。病気、怪我でも比較的軽度のものと重度のものがある。軽度のものは、診療所で受診し、重度のものは、高度な検査、入院の出来る病院で診療を受けることが効率的であるが、患者は、自らの病気、怪我の程度について十分に判断できないので、症状が軽度の者も病院に行く場合が出てくる。その結果、重症で、病院で診療を受けるべき人々が診療を待たなければならない時間的費用、病院の資源が有効利用されない等の機会費用が発生する。

第二に三次医療、中でも救命救急医療と一次医療、二次医療の分業にも問題が発生する。患者が診療所、病院の診療時間外に病気の症状が出た時に、医学的知識・情報が十分にないことから、救命救急医療を受診することがある。結果的には、必要のない場合に救命救急医療を受

診したことになり、本来、優先的に診療を受けるべき患者が待たされ、救命救急医、設備の効率的利用を損なうという非効率性を生み出す。

第三に患者が医学的知識・情報を十分に持たないことは、医療と介護の分業に関しても非効率性を生み出す。急性期の病気を治療した後、すぐに自宅に戻れず、療養をし、予後を見なければならぬ場合がある。特に高齢者が脳梗塞等の脳血管疾患にかかった場合、転倒等により骨折した場合に、療養し、さらには介護を受ける必要が出てくることが多い。

患者が、医学的知識・情報に加えて、介護に関する知識・情報も十分に持っていないことから、どのような症状になったらどの施設でサービスを受けるべきか、具体的にどこにどの様な施設等サービス利用可能性があるのか、が分からず、適切なサービスを選択することが出来ない<sup>7</sup>。

急性期の病気の後には、医師等の集中的なサービスを受けた後に、医師の診療サービスよりも看護、介護サービスを重点的に受けるようになり、その後、予後を診療所ないし在宅医療、訪問看護でみたり、日常生活に支障がある場合は在宅介護を受けたりすることになる。しかし、看護、介護を多く受ける状況になっても、病院の一般病床や療養病床にとどまる場合が多く見られる。いわゆる「社会的入院」である<sup>8</sup>。

### ③ 医療の質

効率性の問題を考える上で、医療の質に関わる論点を外すことはできない。医療サービスの品質に関する情報を患者は得にくいために、消費者の求める品質の医療サービスが提供されるメカニズムが働きにくい。例えば、果物のジュースでは、香りのみで良い人は、果汁5%未満の商品を選び、ビタミンの摂取など果汁そ

<sup>7</sup> また、施設の方が手厚いサービスを受けることが出来る場合、施設、在宅の一部負担の状況によって、在宅で対処できる場合でも施設を選ぶ可能性があるなど患者のインセンティブの問題もある。

<sup>8</sup> 「社会的入院」には、同時に、病院の外での患者の受け入れ態勢、具体的には介護施設、在宅医療、在宅看護の受け入れ態勢の問題もあることを付記しておきたい。

のものに関心を持つ人は果汁100%の商品を選び、果汁5%未満の商品、果汁100%の商品それぞれに別の価格がつくことと対照的である。

このことは、現行の社会保険診療報酬制度において、医療サービスの品質に応じた価格設定が必ずしもなされていないことにより、一層増幅される。また、医療の品質を考えるにあたって、安全性の問題がより前面にクローズアップされてくることは注意を要する。その理由の根源には、医療技術進歩がサービスの品質を向上させると同時に技術の不確実性も伴っていることと関連があると考えられる。

また、同じ医療の質といっても、それを構成する要素は多岐にわたる。例えば、入院サービスを例にとると、医師、看護師等の専門的な診療サービスから、ホテルサービスに近い宿泊サービスにあたるものまで存在し、前者の品質は患者には理解しにくいのに対して、後者のようなアメニティの品質については理解できると考えても差し支えない。

前者について、最も重要なものの一つは、専門職制度が持つ意味であろう。医師の場合、専門医制度は、多くの診療科で学会毎に認定の基準を持って運用されているが、例えば、「総合内科専門医」という専門医資格を持つ医師の医療サービスの品質が、持たない医師の提供するそれとどの様に異なるのかを患者が理解することは極めて困難である。

#### ④ 公的医療保険制度のあり方

医療制度の効率性を考える上で、公的医療保険制度のあり方は重要である。医療保険制度は、言うまでも無く、病気や怪我をするリスクに対処する制度である。誰もが多かれ少なかれ、病気になるリスクを持っており、それに対処する仕組みとして医療保険が存在する。保険はリスクを持つ者同士でリスクシェアリングをする仕組みであり、保険への加入は任意である。しか

し、私的な医療保険制度は、保険者が保険加入者のリスク情報を十分につかめない場合には逆選択（Adverse Selection）が生じる可能性があることから、その一つの解決策として対象となる被保険者全員の保険加入を強制するという国民皆保険の施策が浮上する<sup>9</sup>。国民皆保険は、医療制度をはじめとする社会保障制度が、憲法第25条の生存権に依拠していることから、国民全てにナショナルミニマム（National Minimum）を実現する必要があるという点に根拠を求めることもできる。

しかし、保険の任意性を放棄し、国民全員の強制加入という方式を採ったために、全員加入を実現するために、応能負担という公平性を考慮した保険料設定を行わざるを得ず、それを所得に関連させるという形にしたためにリスクに応じた保険料を設定するという保険の原則は崩れることになり、保険財政を不安定にすることになった。さらに先述したように、公平性に対する配慮は、後期高齢者支援金の拠出という形にも結実し、医療保険財政の一層の不安定化をもたらした。

また、公的医療保険制度の成立の歴史に起因して、職業等によって保険制度が分立し、多くの保険者が存在している。2008年4月の段階で健康保険組合が1,541、市町村国保が1,818存在しており、大数の法則が成立する程度の保険加入者を確保できない保険者が多く存在すると考えられる。

このように保険の仕組みから逸脱する要素を多分に持った日本の公的医療保険制度は、その運営においても問題を抱えることになった。第一に保険加入の任意性が損なわれているために、保険の未納問題に直面することになった。特にこの問題が顕著なのが国民健康保険である。

『平成17年国民年金被保険者実態調査』によれば、国保保険料未納者は、国保加入者の7.7%

<sup>9</sup> 医療保険における逆選択についての解説は、大森（2008）第4章を参照されたい。

(2005年)である。第二に、また、保険が分立していることによって、固定費用の性質を持つ管理費用に関して、規模の経済性が十分発揮されない可能性がある。

#### ⑤ 医療における価格規制

公的医療保険の財政と関連して、医療制度の効率性に影響を与える要因として、医療制度における価格規制を挙げる必要がある。日本の医療サービスの価格は、社会保険診療報酬制度、薬価基準制度により規制されている。価格規制は「市場の失敗」の発生する財・サービスについて行われるが、医療サービスの価格規制を行う根拠の一つは、情報の非対称性である。患者が医療サービスの品質、内容をよく分からない結果、価格が品質、費用を反映して設定されない可能性があるので、規制当局である国が、費用、品質の情報を知っているという前提で、医療サービスの価格の規制を行う。

日本の場合、個別の医療行為、検査、薬剤にそれぞれ価格を設定する方法を基本としているが、個別のサービス毎の費用、品質に関する情報を得ることは、そのサービスの種類の多さから、情報収集費用がかかり、容易ではない。また、医療サービスの価格が、中央社会保険医療協議会における合議によって決まることから、価格決定にバーゲニングの要素が入ってくると価格形成のあり方に影響を与えることになる。

個々のサービスがバーゲニングの対象になると、価格が費用を必ずしも反映しない状況が生まれかねない。例えば、血液検査などの検査サービスの価格を低下させる代わりに、初診料を上げるというようなサービス価格の決定が行われることもあり得る。サービス供給者が経済的インセンティブを持っている場合、個々のサービス価格に対応して、検査サービスの供給を減少させ、診察を多くする可能性もある。サービス価格がバーゲニングで決まると、価格体系に歪みが生じ、それに伴い、行動にも歪みが発生する可能性があるのである。

#### ⑥ 医療における数量規制

医療制度の効率性については、医療サービス提供者、医療機関に関わる問題もある。

近年「医師不足」、「看護師不足」が喧伝されているが、医師、看護師をはじめとする医療サービス提供者のサービス供給とサービス需要の間の不均衡が問題になる場合がある事を示している。例えば、地域における医療サービス提供者不足の問題は、以下のような構造になっている。

まず、都市への人口集中がある一方で、一定数の人々が地域に居住している。医療サービス提供者のサービス供給は、免許制度の存在によって、大学医学部等の資格養成機関の入学定員、国家試験の合格率の調節により、供給量が国の計画によって決まってくる側面を持っている。さらに、免許を取った医療サービス提供者のサービス提供の場所の選択が自由であり、需要に応じてサービス提供の場所を選択するメカニズムが内在されていない問題がある。結局、「医師不足」の背後には、需要に対する供給が絶対的に不足している場合と、供給は十分にあるが、その地理的配置に歪みがある場合がある。

地域における需給の不均衡と同様のことが、小児科、救命救急、産科など診療科毎の医師サービスの需給の不均衡として、顕在化している。

#### ⑦ 医療機関の組織・経営

医療制度の効率性は、医療機関の経営に関してもいうことができる。医療法により、日本の医療機関には非営利規制が適用されている。営利企業においては、利潤最大化、費用最小化という文脈ではあるが、コーポレート・ガバナンスの中で一定の経営の効率性が確保される。

株式会社は、株主が経営参加権を持っているので、経営者(取締役)は株主の意向に沿った経営、利潤最大化、費用最小化を行わざるをえない。しかし、非営利組織である医療機関は、組織の規律を決める強い権限を持つ者が不確定なため、一定の方向の行動をとるようにはなら

ない。

医療機関の組織については、医療機関の内部組織には二つの命令系統があることにより、その行動が両者のバーゲニングの中で決まってくることが、J.Harrisによって古くから指摘されていた<sup>10</sup>。二つの命令系統とは、診療部門の命令系統と事務部門の命令系統のことを指す。診療部門においては、患者のため、学術的・学問的関心のために、高度な医療を志向する傾向にある。その一方、事務部門は、経営のことを考え、費用を収入に見合ったレベルに抑えようとするので、医療技術のレベルをおさえがちになる。このように病院内で事務部門と診療部門、あるいは診療部門同士のバーゲニングが生じ、必ずしも効率的な資源配分が実現しないことをHarrisは指摘した。

医療制度の目的に合った行動をするために、どの様に医療機関を規律づけるかは、医療制度改革を行う上で重要な問題である。

また、すでに、医師、看護師等の医療サービス提供者の地域偏在について触れたが、医療機関の経営についても、地域医療に関わる問題がある。特に地方、遠隔地において病院サービスの主要な部分を担っている公立病院の財政状況が悪化している。2009年度には、公立病院の全事業体659団体のうち、約60%が赤字に陥っている。

赤字に陥る要因として、第一に、救命救急、小児科など遠隔地における「不採算医療」を提供していることが考えられる。地域によっては、公立病院が唯一の病院である場合もあり、不採算と分かっているにもかかわらず提供せざるを得ない場合がある。「不採算医療」は、医療経済において、使われる独特の言葉であるが、その発生要因については、(2)公平性に関わる問題の所で述べる。第二に、上記の非営利組織であることに伴う組織の非効率性に加えて、都道府県、市町村とい

う公的主体が経営を行うことに伴う非効率性が考えられる。

### (3) 公平性に関わる問題

医療は、人の健康、生命に関わるサービスであり、公平性が重要な意味を持ち、人々の公平性に対する要求は強い。しかし、一言で公平性といっても、様々な意味を含んでおり、何が「公平」な医療かを明確にする必要がある。

日本の医療について、以下に示すように公平性に関わるいくつかの論点がある。

#### ① 医療費の負担と給付の問題

医療の負担と給付の関係の中では二つの論点がある。

##### (a) 世代間分配

既に、医療保険財政のところで触れたように、国民健康保険の補助金等の補助金、後期高齢者支援金等によって、現役世代から高齢世代への所得分配が生じている。若者が高齢者を支えるという考え方は、伝統的な家族観とも合致しているが、少子高齢化が進んでいる状況では、維持することが難しいことは既に述べたとおりである。

##### (b) 高所得者から低所得者への所得分配

また、日本の公的医療保険で採用されている所得関連保険料は、高所得者から低所得者への所得分配を生じさせると共に、実質的には、現役世代から高齢世代への所得分配も生じさせている。所得関連保険料は、所得が高いほど保険料が高くなるが、健康リスクは所得が低い方が高い傾向にあり、したがって医療サービスの給付も所得が低い方が大きくなる傾向がある。

#### ② 社会的属性による医療の給付の差異の存在

患者の持っている様々な社会的属性の違いによって、受けられる医療サービスの内容が異なる場合がある。

<sup>10</sup> J.Harris (1977) を参照。



#### (a) 地域による差異……過疎(遠隔地)医療

都市部では、多くの医療機関が立地し、患者は十分な医療サービスを受けられるが、都市部から離れると、医療機関の立地が減少し、患者が十分な医療サービスを受けられなくなる場合がある。

その理由として、第一に、サービス供給者の採算がとれるだけの市場規模がないこと、第二に、医療サービスの価格が、何らかの理由により供給者が採算をとれる水準にないことが挙げられる。いわゆる「不採算医療」の結果である。前者は、特に遠隔地において深刻であるが、その地域に住民がいるからには、サービスの供給の必要があり、何らかの政策的措置が必要である。後者の場合は、医療サービスの価格を採算がとれるレベルにまで引き上げる必要がある。「不採算医療」は、地域的要因によって発生するばかりでなく、小児科、救命救急等の診療分野の要因によっても発生することに注意を要する。

#### (b) 社会的身分による差異

患者が被用者か非被用者かどうか、被用者の中でも患者がどのような企業に勤めているかどうか、といった社会的身分の差異によって加入できる保険が異なり、かつ保険の種類によって、サービス内容が異なることがある。

この点については、保険の種類によるサービス内容の差異を解消する取り組みが、長年政府によって行われてきているが、まだ、差異は残っている。特に75歳を境にして加入する保険が変わり、かつサービス内容が大きく異なる後期高齢者医療制度のあり方については、再検討の余地がある。

#### ③ 「混合診療」

「混合診療」とは、公的医療保険でカバーさ

れている保険診療と公的医療保険でカバーされていない診療を「混合」して受けることを意味する。日本では、「混合診療」を行った場合、公的医療保険でカバーされていて、保険診療を受けられるサービスについても、保険外診療の扱いになり、全てのサービスが公的医療保険でカバーされず、全額自己負担になる。この措置は、保険外の医療サービスに対する需要を抑制し、結果として、国民が皆、同じ内容の医療サービスを受ける状態が生じる確率を高めることに貢献する<sup>11)</sup>。しかし、その結果、がん患者などで保険内の医療サービスの中で治療方法が選択できなくなった患者が、保険外の抗がん剤を治療に使うことを難しくするなど、問題が発生している<sup>12)</sup>。

### Ⅲ. 日本の医療制度改革の方向性

第Ⅱ節では、日本の医療制度の抱える問題点について概観してきた。本節では、日本の医療制度が今後採るべき改革の方向性について論じる。

#### (1) 資源配分問題（効率性に関わる問題）を、どの様に解決するか。

限られた資源を有効に利用する、効率性を実現する施策を日本の医療制度は求められている。そのために採用すべき施策は以下の通りである。

##### ① 情報の非対称性を克服する政策……患者が適切な選択を行うことを可能にする

第Ⅰ節でも説明したように、医療サービスの需給において、非効率性をもたらす最も重要な要因の一つが、医療サービスの持つ情報の非対称性の性質である。

<sup>11)</sup> 全額保険外になっても、保険内のサービスと保険外のサービスを混合して受診する者もいる可能性がある。

<sup>12)</sup> ただし、公的医療保険でカバーされていない先端の医療サービスを、一部負担を低くして需要できる特定療養費制度の仕組みがあり、問題はそれほど大きくないという考え方もある。



対策としては、以下の五つの施策を講ずるべきである。

#### (a) 医療サービスの評価に関する情報の提供

医療サービスの内容、品質に関する情報を患者に理解できる形で提供する方法を採用するべきである。

##### 1) 第三者評価

第一に、医療サービス提供者と同等の医学的知識、情報を持った者による第三者評価を行う。その情報を患者に提供することで、患者が自らの判断で医療サービスを選択することが可能になる。日本では、(財)日本医療機能評価機構による病院の評価が実際に行われている。

ただし、第三者評価にも問題点がある。評価によって得られる情報が、患者が医療サービスを選択するのに必ずしも十分ではない可能性がある。例えば、(財)日本医療機能評価機構の病院評価は、病院の設備、運営体制等の評価であり、提供している医療サービスそのものに対する評価ではない。運営体制、設備がきちんとしていれば、良いサービスが提供されるという論理は間違っていないが、患者が自立的に医療サービスの選択をできるようになるためには、相当の情報が必要である。第三者評価の効果をより高めるためには、専門家による、より詳細な、客観的な評価基準の作成を行うことが重要である。

第三者評価の第二の問題点として、評価を行う「第三者」が客観的な評価を十分な努力の下に行うかどうかというインセンティブの問題がある。行った評価の客観性、情報の詳しさによって、「第三者」がより高い金銭的、社会的報酬を受ける様な仕組みを導入しないと「第三者」が評価に対して十分に努力しない可能性もある。あるいは、「第三者」の評価を評価する主体を置かなければならないという評価の連鎖が生じる可能性さえ残されている。

##### 2) 同僚評価 (“Peer Review”)

医療サービス供給者と同じ専門的知識を持つ

同業者がサービスの評価を行う手法である。典型的には、医師の行っている診療行為が、その医師とは中立的な他の医師ないし医師から成る委員会によって評価される。この方法は、第三者評価以上に同業者が中立的な立場を保てるかどうかという評価のインセンティブに関わる問題が顕著であり、この問題に適切に対処しない限り、評価が客観性に欠ける場合があることを注意するべきである。

##### 3) 「医療の標準化」の試み

患者が医療サービスに関する適切な情報を獲得するためには、医学的知識・情報の乏しい患者が、理解しやすい形で情報が提供されることが望ましい。

医療サービスは、患者の健康状態によって、様々なサービスが組み合わせられて提供されているものであり、同じ病気の治療でも治療方法は患者によって十人十色という側面もあるが、病気の種類によって、標準的な治療方法が確立されつつあるものも少なくない。病気の標準的な治療方法について、学会レベルで情報を収集し、最も良い治療方法を研究する動きがあり、「医療の標準化」と呼ばれている。

さらに、診療方法に関する費用—効果分析も取り入れて、費用効率の点からの情報も得られるようになり、患者がこれらの情報を下し、診療方法について選択をできるようになると望ましい。

##### 4) セカンド・オピニオン (Second Opinion) の推進

患者が、診療方法に関する情報を得る方法として、セカンド・オピニオンがある。セカンド・オピニオンとは、診療を受けている医師以外の医師に、自分が現在受けている（あるいはこれから受けようとする）診療に関する情報を得ることを指している。セカンド・オピニオンを推進することが望ましいが、セカンド・オピニオンが有効であるためには、セカンド・オピニオンを提供する医師と現在診療を受け持っている医師との関係が中立的である必要がある。

#### 5) 消費者に対する教育・情報提供

情報の非対称性を解決する方策として有効なのは、地道であり、時間はかかるが、消費者に対して、医学、健康に関する教育を提供することである。学校における保健体育の授業、食育の取り組みなどはこれに当たる。また、地方公共団体等で提供される生涯教育もその一環として考えられる。

#### (b) プライマリーケア医による情報の提供

体調の悪い時、病気の時に健康の相談をし、診療を受けることのできる、最初の医療サービスをプライマリーケア (Primary Care)、一次医療といい、それを担当する医師をプライマリーケア医と呼ぶ。

プライマリーケア医は、基本的に全ての診療科の診断を行う。プライマリーケア医の最も重要な役割は、患者に問診をして、患者の健康状態についての情報及び治療方法に関する情報を患者に与えることである。これによって、医療サービス提供者と患者の間の情報の非対称性を解消することができる。

プライマリーケア医の役割は、日本の医療制度の中では、一般診療所の医師が中心的に担うことが想定されるが、日本の様に200床未満の比較的規模の小さな病院が70%近くを占める現状においては、こうした病院がリストラクチャリングを行いながら、役割を担うことは十分に考えられる。その理由は、プライマリーケア医は、内科、外科など全ての診療科に関わる病気について、診療をすることが想定されるが、プライマリーケア医にも得意分野とそうではない分野があることが想定される。したがって、複数のプライマリーケア医で分担をして全ての診療科のプライマリーケアを担うことは効率的であると考えられる。

プライマリーケア医制度の考え方を取り入れ

たGPシステムを取り入れているイギリス、オランダにおいて、GPが集まって開業する「プライマリーケア・センター (Primary Care Centre)」の数が増加していることは、この状況を反映していると考えられる<sup>13</sup>。

#### (b') 専門医制度、専門職制度の整備

医療サービス提供者と患者の間の情報の非対称性を解消する上で、専門医制度の整備は有効である。プライマリーケア医を含めて、全ての診療科について、さらには、看護師等の医療関係者についても、専門性、診療能力・経験に応じた厳格な専門医制度、専門職制度を導入することにより、患者が安心して診療を受けることができるようになる。

#### (c) 保険者の役割……「保険者機能」

情報の非対称性を解消する上で、保険者の役割も注目に値する。保険者は、医療保険制度の下で患者と接触が多く、かつ医療サービス提供者とも費用償還に関わって、診療報酬明細のやりとりをするなど、医療サービスの内容に関する情報を得ることができる状況にある。これらの情報を用いて、保険者が、医療機関の評価を行い、医療サービスに関する情報を患者に提供することが可能である。

この考え方をさらに進めて、保険者を患者の代理人にする発想が、「規制された競争 (Regulated Competition)」, 「管理された競争 (Managed Competition)」である<sup>14</sup>。日本の医療制度にオランダのような「規制された競争」を導入するべきかどうかは、さらに吟味を要するが、検討する価値はある。

#### ② 分業を促進する政策

①では、患者と医療サービス提供者の間の情報の非対称性を解消する方策として、患者に医療サービスに関する情報を与える施策を示した。しかし、このことが、医療制度の効率性の実現

<sup>13</sup> オランダのプライマリーケアの状況については、Wilemijn Schafer et al. (2010) P.148を参照。

<sup>14</sup> 「規制された競争」については、大森 (2006) を参照。

を必ずしも保証するわけではなく、さらにいくつかの施策を検討する必要がある。

#### (a) 医療システムの分業の規制 … プライマリーケア医制度の整備

どのような産業においても、サービス生産の効率性を実現する上で「分業」は重要な要素である。医療サービスの場合、患者に提供する医療サービスが、患者の病気の態様によって、高度な医療技術、高度医療機器を必要とする場合と、問診と投薬程度で済む場合と分かれるのが特徴的であり、それに対応して、一次医療（Primary Care）、二次医療（Secondary Care）、三次医療（Tertiary Care）という分業の考え方がある。前述のプライマリーケア医は、この一次医療を担当する医師である。二次医療は、入院も含めた重度の病気に対応する医療サービスであり、主として病院がサービスを提供し、三次医療は、救命救急を含めた高度医療を指し、（高度な医療機器、専門医、専門の医療関係者を有している）病院が担当する。

現代の医療サービスは、特に二次医療、三次医療において、医療技術の高度化と共に検査、治療にあたり、高額な医療機器、入院医療では病床をはじめとする入院設備といった固定設備を必要とするので、これらの設備の効率的利用を図ることは、医療制度の効率性を図る上で重要である。一次医療の段階で、二次医療以後のサービスの不必要な利用を抑えることができれば、費用の高い二次医療以後の病院のサービスの効率的利用を図ることができる。日本の病院は8670（2010年）あるが、その内、70%程度が病床数200床未満の中小病院である<sup>15,16</sup>。

情報を患者に与えても、必ずしも分業は促進されない側面がある。その原因は、選択するサービスに関する情報をもらっても、患者は自

分の健康状態について、正確に理解できないので、適切な医療サービス提供者を選択することが困難であることにある。果たして、近くの診療所に行けば良いのか、遠方の大学病院に行けば良いのか、分からないということになる。

そこで、患者が健康上の問題を抱えた時に、最初に必ずプライマリーケア医を訪問し、その後の診療のやり方についての決定をする仕組みを制度化することが望ましい。つまり、プライマリーケア医が、患者の病状を判断し、軽ければプライマリーケア医自身が診療を行い、重ければ、病院に紹介して病院の医師に診療を依頼することを決める。プライマリーケア医は、いわば、患者の診療を行うと同時に、広く医療サービスの利用の案内人の役割を果たす事が期待される。

現在、特定療養費制度により、200床以上の病院で他医療機関からの紹介状がない場合、初診時特定療養費を初診料に加算して徴収できる制度がある。この制度により、患者が最初の医療機関として診療所を訪問するインセンティブは付与されるが、患者によっては、初診料加算を支払ってでも、直接、大病院を訪問する者も出てくることが予想される。初診料加算を負担できる患者は相対的に所得の高い患者が多いと考えられ、公平性の観点から問題である。

#### (b) 医療サービスの価格規制

制度の効率性を考える上で、価格の役割から目を背けるわけにはいかない。日本の医療制度では、社会保険診療報酬制度、薬価基準制度という形で中央社会保険医療協議会によって価格規制が行われている。医療サービスの持つ情報の非対称性の性質等により、市場による価格形成が困難であることから、価格規制が採用されている訳ではあるが、価格規制を行う上で問わ

<sup>15</sup> 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成22年医療施設（動態）調査・病院報告』

<sup>16</sup> 医療制度の違いはあるが、国土面積も人口も日本の7分の1程度のオランダの病院数が100程度である事を考えると、やはり日本の病院数は相当多いといわざるを得ない。

れるべきことは、医療サービスの価格にどのような役割を果たさせるべきかという政策的な判断である。

まず、できうる限り、市場で形成される価格と同等の役割を果たすことができるように試みるべきである。価格は消費者によるサービスの評価を反映し、生産者のサービスの費用、品質も反映しており、経済活動において、重要な役割を果たしている。価格規制を行う場合も、サービスの品質、費用を反映した価格設定を試みるべきである。

医療サービスの原価を構成する人件費、材料費、設備費などの労働費用、資本費用は地域によって、差異があると考えられ、全国一律の価格設定は望ましくない。この点については、現行の社会保険診療報酬制度、薬価基準制度に、地域加算（あるいは減算も）を設けることにより対応できると考える。

また、医療サービスは、個別の診療行為、検査だけで完結するわけではない。例えば、がんの治療は、レントゲン、CT、MRI等を利用した画像診断、血液検査、手術、予後の薬剤投与など複数の医療サービスがセットになって、行われている。他の医療サービスも同様であるので、病気、怪我の診療に必要なサービスをグループにして、そのサービスグループ毎に価格を設定する、包括払いにすることが考えられる。包括払いの方が、サービスの市場における価格形成を観察しやすく、規制当局が規制に必要な情報を得やすいと考えられる。

病院のサービスについては、DPC（Diagnosis Procedure Combination）という包括払い方式が採用されており、1334（2010年）の病院が採用している。

包括払い方式に移行すると共に、価格規制の方式として、医療機関の医療機器、病床などの固定的設備にかかる費用も明確にカバーする方

式を採用すべきである。例えば、平均費用価格規制が候補として挙げられる。

また、現在の価格規制は、サービス供給者、患者に対するインセンティブ規制として機能している側面もある。例えば、特定療養費制度による初診料加算は、患者が診療所を訪問しないで病院で直接受診することを抑制することを目的としていると考えられる。また、DPCは、病院が病気の治療を一定の費用内で効率的に行うインセンティブを持たせることを目的としている。価格規制のあり方を考える上でインセンティブメカニズムとしての側面も考慮に入れる必要がある。

### (c) 医療サービスの数量規制

現在、日本の医療制度において、供給サイドを中心にして数量規制が行われている。その主たるものは、保健医療計画による病床規制と医師、看護師、薬剤師をはじめとする医療関係者養成に関する数量規制である。理論的には、価格規制が機能していれば、数量規制は必要ない。もし数量規制に意味があるとする、それは価格規制が機能を果たしていない場合である。

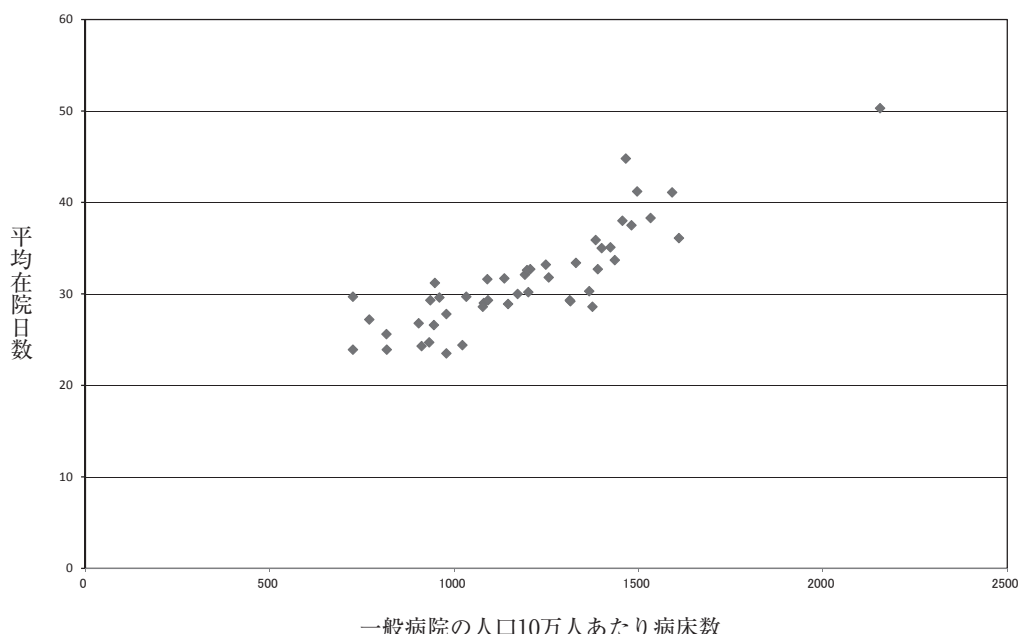
数量規制が、医療サービスの利用可能性を規制し、結果として「医療費抑制」に効いているという説がある。図表2は、横軸に一般病院の人口10万人あたり病床数、縦軸に平均在院日数をとっている<sup>17</sup>。

図表2を観察すると、人口あたり病床数と、平均在院日数の間に正の相関がありそうであるが、実際、相関係数は0.86と高い相関を示している。このことは、入院サービスの利用可能性が、入院サービスの利用を規定している可能性があることを示唆している。しかし、入院サービスの利用を効率的にするためには、プライマリケア医制度により、病院の利用を本当に必要とする人々に制限するという形で実現可能であり、病床規制の政策効果について、検証を

<sup>17</sup> 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成17年医療施設（静態）調査・病院報告』。



(図表2) 一般病院の人口あたり病床数と平均在院日数の相関 (2005年)



行う必要がある。

また、医療関係者の養成に関する数量規制の意味についても十分に検討する必要がある。医療関係者の養成校の定員管理により、未来の医療関係者の数が調節され、さらに国家試験の合格率によりその年の医療関係者の数が決まってくる。特に養成校の定員は、数年先のその医療関係者に対する需要の予測によって決まるわけであり、医療サービスに対する需要の将来予測が必要とされる。

今後、医療技術の高度化が進み、専門分化が一層促進されれば、同じ病気の診療であっても必要な医師の数が増加することになる。また、どのような専門分野の需要が増加していくのかという予想も必要である。小児科の医師を例にとると、少子化が進むことは、小児科の医師への需要を減少させるが、その一方で、小児科の中でもさらに専門分化が進むことは小児科医師への需要を増加させることになり、結局のところ、小児科の医師に対する需要が増加するか、減少す

るかは明確ではない。しかし、こうした状況下でも予想を行い、この分野を選択する医師を養成する必要性がある。

現在は、診療科の選択は、大学医学部の中での学生の診療科選択プロセスに委ねられているが、日本全体での各診療科医師数の需要予測に基づいて、各医科大学のその診療科を選択する学生数の合計を需要予測に一致させるような取り組みが必要である。

## (2) 公平性に関わる政策

医療は、人の健康、生命に直結するだけに、他の財・サービス以上に公平性が重要な意味を持つ。公平性は様々な意味を含んでおり、何が公平な医療か、を明確にして政策的な対処をする必要がある。以下では、公平性に関する施策について、論じることにする。

### ① 医療費の負担と給付の問題

#### (a) 世代間分配

現行の公的医療保険制度には、第Ⅱ節で述べ



たように、世代間分配の仕組みが内蔵されている。しかし、少子高齢化の進行を前提にすると、世代間分配の要素を小さくし、積立方式にできる限り移行するべきである。

#### (b) 高所得者から低所得者への所得分配

同じ世代内での高所得者から低所得者への所得分配は、結果的に、リスクの低い者からリスクの高い者へ所得分配が生じやすいという、保険の仕組みの中で生じる部分と所得比例保険料を採用していることによる部分がある。これらの所得分配については、保険加入者、つまり国民の公平に関する考え方に合致する様に行うべきである。

### ② 社会的属性による医療の給付の差異の存在

#### (a) 地域による差異……過疎（遠隔地）医療

差異の生じる第一の要因であるサービス供給者の採算がとれるだけの市場規模がないという問題点については、合併等の方法を用いて、病院をはじめ医療機関の集約を図り、平均費用の最も低くなる効率的な医療サービスの生産を行うようにするべきである。しかし、医療機関の集約を図った結果、患者から医療機関への距離が遠くなり、患者の医療機関へのアクセスが困難になることも考えられるので、医療機関の集約は、集約による便益と患者のアクセス費用のバランスによって考えるべきである。

差異の生じる第二の要因に対する政策的処方箋は、平均費用価格規制を基本にした価格規制を行うことである。その場合、費用条件が地域ごとに異なる可能性があるため、現行の社会保険診療報酬制度、薬価基準制度の中で地域加算を設ければよい。平均費用価格規制の問題点は、医療機関に費用節減のインセンティブが無くなることがある。これに対処するためには、規制

当局が医療機関の費用情報を密に獲得することに努めること、場合によっては、ヤード・スティック規制（Yard Stick Regulation）を行うことも念頭に置くべきである。

#### (b) 社会的身分による差異

社会的身分による差異は、次の(3)の保険制度・財源政策の所で述べるように現在の公的医療保険の保険者を統合することが効果的である。さらに、統合の結果、複数の保険者が生まれた場合は、人々が、職業、身分に関わりなく、保険を選択できるようにすることにより、問題は解消する。

後期高齢者医療制度については、次の(3)保険制度・財源政策の所で詳しく述べる。

### ③ 「混合診療」

「混合診療」の取扱い、訴訟が起こったり、TPP（Trans-Pacific Partnership）への日本の参加の可否に関する論点になるなど、重要な政策的課題である<sup>18</sup>。

医療は人の健康と生命に関わるものであり、全ての人が社会経済的状況の違いにかかわらず同じように医療サービスを需要できることは、一定の公平性の観点から支持できる。しかし、医療サービスの中には、個室のベッドでの診療のように、生命に決定的な影響を与えないようなアメニティに近いサービスもあり、この種のサービスについては、「混合診療」を認めても良いだろう。

ただ、抗がん剤など、それが使用できないか、診療とその結果に影響を与える可能性があるものについては、できうる限り、多くの人々が利用できるようにするべきである。したがって、治療に成果が出ることが証明されているサービスは公的医療保険でできるだけ広くカバーし、先端的医療については、現行の特定療養費制度を活用していくべきである。その

<sup>18</sup> 健康保険受給権確認請求事件東京地方裁判所判決 2007年（平成19年）11月7日判決、平成19（行コ）405 健康保険受給権確認請求控訴事件 平成21年09月29日 東京高等裁判所を参照。

ためにも、(1)① a.3) で述べたように、医療サービスの費用—効果を測定する努力を続け、どの診療が治療成果の出るサービスかという情報を広く人々の間で共有できるようにするべきである。

### (3) 保険制度・財源政策

日本の医療制度が抱える問題について、第Ⅱ節で見てきたが、喫緊の問題は、医療費をまかなうための財源政策をどの様にするかということである。財源政策を考えるためには、公的医療保険制度のあり方について、検討することが必須である。

以下では、公的医療保険制度の改革の方向性について議論しながら、財源政策に適宜触れていくことにする。

#### ① 現在の分立している保険制度を統合する

現在のように職業などの社会的属性によって制度が分立し、保険者が3,500近くあるような状況は、保険事務費用に関する規模の経済性も働かず、「大数の法則」も当てはまらない可能性が高い<sup>19</sup>。そこで、公的医療保険制度を、被用者保険については、協会けんぽを主たる母体にして、都道府県毎にできるだけ統合し、国民健康保険についても、都道府県毎を基本的な単位として統合することが考えられる<sup>20</sup>。

#### ② 保険料設定

保険料の設定の方法は、公的医療保険の保険者の性格を特徴付ける上で重要である。選択肢は二つある。

第一に、民間保険と同様にリスクに応じた保険料を設定する方法である。ただし、人々のリスクに応じた保険料設定にすると、リスクが高いが、所得の低い人々の保険料負担が生活に与

える影響が大きくなるという公平性に関わる問題が出てくるので、所得・資産状況を勘案して、公平性に配慮して保険料負担を軽減する方式を採用が必要になってくる。しかし、保険料を軽減する財源が必要となり、その場合、租税財源が有力候補になると考えられる。しかし、昨今の国の厳しい財政状況を考えると、租税財源を安定的に供給できるかどうか慎重な判断を必要とする。

第二に、現在も採用されている所得関連保険料である。所得の多少に応じて保険料を徴収することによって、リスクに対応した保険料の側面が無くなるという欠点はあるが、公平性に一定の配慮をすることが出来る。リスクに対応した保険料という側面を失うことは、保険給付と保険料との関連を弱めることになるので、保険料を設定する上で保険給付に十分な水準であるかを確認する必要がある。

#### ③ 公費について

日本の医療制度では、国民健康保険への財源補填など国庫補助金が活用され、後期高齢者医療制度には医療費のうち、一部負担を除いた部分の約2分の1を国、都道府県、市町村が4：1：1で負担するなど、多くの目的で公費が投入されている。

公費の投入は、その多くが、世代間支援、地域間の医療サービスへのアクセスの公平性確保など公平性に関わる政策について行われており、何重にも公平性について配慮している結果、何が何を支えているのか、分かりにくい状況になっている。

公平性について、どの点に配慮するのかを明確にし、それぞれについてどのような政策手段を用いるのかを明らかにし、分かりやすい形で公

<sup>19</sup> 2010年3月現在、健康保険の保険者数は3445（後期高齢者医療制度の保険者数47を除く）である。

<sup>20</sup> 必ずしも、都道府県毎に1つに統合する必要はないかもしれない。いくつかの健康保険組合の統合、いくつかの市町村の国民健康保険の統合により、各都道府県レベルでいくつかの保険者を形成する形もあり得る。保険者は、都道府県を越えて、合併し、全国の被保険者を対象とする保険者が形成されることも予想される。

平性を確保するべきである。

#### ④ リスク構造調整の採用 (Risk-adjusted payment)

上記の②において保険料設定に関する提案を行ったが、従来通りの所得関連保険料を採用した場合、保険者の保険料収入は、保険加入者が使うと予想される医療費と必ずしも一致しないと考えられる。それを調整する方法として、保険加入者のリスク属性に応じて、徴収した保険料を再分配する方法が考えられる。このリスク構造調整の採用により、保険者が自立的に保険を運営することが可能になり、保険者の、最初から損失を生み出すことが分かっている、補助金を受けることができることから保険運営で効率性をおろそかにするというモラルハザードを避けることが出来る。

#### ⑤ (世代内での) 積み立て方式に、できるだけ移行する

現行の公的医療保険の保険料は、世代間分配を多分に含んだ賦課方式に近い方式になっていると考えられる。しかし、少子高齢化が進む中で、この方式を維持することは困難であると考えられ、早い時期に積み立て方式に移行することが望ましい。完全積み立て方式にしないまでも、積み立ての要素を強くする努力が必要である。その場合、二重の負担が発生することは不可避であるが、そうした世代には、税額控除を他の世代よりも多く認めるなどの形で負担緩和措置を講ずることも考慮するべきである。

#### ⑥ 後期高齢者医療制度は廃止し、上記の二つの保険に突き抜け方式で統合

後期高齢者医療制度は、一部負担を除いた医療費の半分を公費、約4割を現役世代の加入する公的医療保険の支援金でまかなうという世代間連帯を大前提とした制度であり、その一方で、一部負担、高齢者の保険料を導入し、医療サービスの需要を自律的に調節する仕組みを持っており、一定の理論的根拠を持った制度である。しかし、75歳以上の高齢者のみ年齢で区分して別の保険制度に加入するという発想は、諸外国

でもあまり例を見ないと考えられ、高齢者の被差別感を助長する危険性がある。むしろ、①で提案した統合された保険に75歳以上の高齢者も加入し、所得関連保険料、リスク構造調整の仕組みの中で所得分配を行えばよい。

高齢者世代の医療サービスの需要の効率性を高めるためには、上述のように、プライマリーケア医制度を導入することで解決していけばよい。

#### ⑦ 一部負担の政策的役割

日本の公的医療保険制度では、原則3割負担が導入され、一部負担が一定の役割を果たしている。従来の医療保険制度改革の中で一部負担割合を増加させる改革が行われてきているが、医療サービスの需要を調節する役割は必ずしも果たしていない。それは、医療サービスの需要の価格弾力性が必ずしも高くないことが大きな理由である。効率的な医療需要の促進は、プライマリーケア医制度を活用して行うべきである。

本来、患者負担は、保険の対象になっている事象に関わらないサービスによるものに限定するべきである。例えば、差額ベッド代、治療に直接関わらない食事代、付加的なサービス等がそれに当たると考えられる。

#### (4) 「不採算医療」に対する政策

日本の医療制度の中では、「不採算医療」と呼ばれる分野が存在している。例えば、遠隔地医療、救命救急、小児科等の診療科における医療が代表的である。この問題に対する政策措置については、(2)②aで触れているが、重複を恐れず、改めて論じることしたい。

不採算医療の原因として考えられる一つの可能性は、規制価格が、費用をカバーできる程度に高くないことである。こうした場合、基本的には、診療報酬(価格規制)で対処するべきであり、平均費用価格規制等の価格規制で対処することが考えられる。地域によって費用条件が異なる場合は、その費用を反映した形で平均費用価格規制を行うことが肝要である。

不採算になるもう一つの原因として、サービスの生産の効率性が確保されていない可能性を排除できない。例えば、地域における高度医療を担っている病院が、高度医療機器等を導入しているが、患者の数が少なく規模の経済性を発揮できないでいる場合、組織に非効率性を抱えて生産を行っている場合等である。

前者の場合は、地域における高度医療を担う病院が、多すぎる場合もあり、複数の病院を統合して、規模の経済性を発揮できるようにすべきである。しかし、患者の地理的アクセスの問題等に配慮をする必要がある。

後者は、第Ⅱ節においても触れたが、医療機関の組織のあり方も含んだ問題である。医療機関の行動に目標を設定し、関係者がその目標に向かって努力するインセンティブを持つような組織になっていないことが本質的な問題である。株式会社は、株主の要求を軸に利潤を追求するという目的を必然的に背負い、組織の構成員に利潤最大化に資する行動をするように規律づけるが、医療機関の場合、患者との医学的知識・情報に関する情報の非対称性の下では、利潤追求は、過剰な医療サービス供給およびそれに伴う医療サービスの高価格、費用の節減に伴う医療サービスの品質の低下をもたらす可能性がある。この問題を解決する方法は、情報の非対称性を解消する政策(1)①aで提示した政策である。もしも、この政策が完全に機能すれば、株式会社の病院が医療サービスを提供することは可能である。しかし、もしも(1)①aで示した政策が完全に機能しない場合は、株式会社が医療サービスを提供することは適切ではない。

もしも、医療機関に関する非営利規制を継続する場合は、経営主体を問わず、医療機関の行動を規律づけるメカニズムの導入を考えるべきである。例えば、病院が地域の高度医療を担当する役割があるとすれば、住民の必要とする高度医療を提供しているかを監視し、経営に反映させる住民代表を理事会、評議会メンバー等、経営に影響を与えることができる地位につける

ことにより、病院の経営を規律づけることができる。さらに、経営を効率化し、費用を節減して、余剰が出た場合には、その余剰を高度医療の導入のための設備、医療関係者の研究費に充てる等効率的経営を行ったことに対する報酬が与えられるようなメカニズムを導入することも考えられる。

## (5) 医療と介護の連携

第Ⅱ節の(2)において医療サービスと介護サービスの分業の問題点について検討したが、以下のような政策を考えることが有効であろう。

### ① 医療保険と介護保険の役割分担を明確にする

医療保険のカバーするサービスを原則として、急性期医療に限定し、長期療養・介護(Long-term care)を介護保険でカバーするようにして、分業関係を明確にするべきである。療養病床は、医療保険の対象として、医療サービスを多く要する患者のリハビリテーションを行う場合などに限定し、医療サービスの利用が少なくなった患者は公的介護保険の対象になるようにする。これにより、病院の施設を医療サービスの提供に特化させることが出来る。

### ② 医療・介護のナビゲーターの設定

病院で医療サービスを受けていて、長期療養・介護サービス中心に移行する場合、サービス供給者を探す必要がある。医療機関が紹介を行う場合、患者とその家族が自ら探す場合等があるが、他にも選択肢はあり得る。

プライマリーケア医制度を導入していることを前提にすると、プライマリーケア医は、その有力な候補になる。プライマリーケア医は、患者が何か健康に問題を抱えた場合に最初に訪問する医療関係者であり、患者の健康状態をもっともよく知っている存在である。患者が病院を退院した後の予後を含めた医療サービスは、プライマリーケア医が提供することも考えると、プライマリーケア医が、介護をも含めて、患者の指南役になることは効率的である。その際、



プライマリーケア医に、介護サービス提供者の紹介に必要な情報を得られるようなデータベース等の整備も必要であろう。

医療と介護の分業において、公的介護保険のケアプランの作成を行うケアマネージャーも、医療と介護の仲介役の候補者である。プライマリーケア医とケアマネージャーの両者が連携してナビゲーターの役割を担うことも考えられるであろう。

## Ⅳ. 結 語

本稿では、日本の医療制度の問題点について検討し、政策的処方箋について検討した。日本

は1961年に国民皆保険を実現し、世界に誇れる公的医療保険制度を作り上げたが、少子高齢化、経済の低成長という社会的、経済的変動に対応できる医療制度の再構築を必要としている。世代間分配に過度に依存しない公的医療保険制度の構築、医療制度の需給面で効率性を確保するための施策を、公平性に配慮しながら、早急に実施することを今日求められている。医療という人々の公平性に対する要求の強い分野で人々の希望を実現しながら、本稿で提案した施策を実行していくことは長い道のりを要することは容易に想像されるが、一層の制度改革の努力を政府並びに国民の全てが行わなければならない局面にきている。

### 〈参考文献〉

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（2007年）、「病・診連携の経済分析」『人文科学研究』 第3巻 P.229-240  
大森正博（2008年）、『医療経済論』 岩波書店  
貝塚啓明，財務総合政策研究所編（2010年）『医療制度改革の研究』 中央経済社  
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』  
厚生労働省大臣官房統計情報部『医療施設調査・

病院報告』  
厚生労働省大臣官房統計情報部『平成21年度国民医療費』  
厚生労働省大臣官房統計情報部『国民健康保険事業年報平成21年度』  
Wilemijn Schafer et al. (2010), "The Netherlands-Healthsystem review". Nivel Harris, Jeffrey E., "The Internal Organization of Hospitals : Some Economic Implications," Bell Journal of Economics 8 (1977) : 467-482.  
A.J.Culyer and J.P.Newhouse eds. (2000), Handbook of Health Economics. North-Holland





# 介護支援・障害者自立支援改革の行方



嘉悦大学経営経済学部准教授 和泉徹彦

はしがき 本稿は、平成23年10月13日開催の財政経済研究会における、嘉悦大学経営経済学部准教授 和泉徹彦氏の『介護支援・障害者自立支援改革の行方』と題する講演内容を取りまとめたものである。

## ■ はじめに

2011年6月末にまとめられた「社会保障・税一体改革成案」では、増え続ける社会保障給付をまかなうため、一定の効率化を図りつつも、消費税率引き上げによる財源確保の方向性が示されている。社会保障分野で優先的に取り組み課題として、子ども・子育て支援が第1に挙げられ、医療・介護のサービス改革、年金改革、そして格差対策が続いている。本稿では介護支援分野を中心にとりあげ、関連する障害者自立支援改革の現状についても触れながら、一体改革工程表における論点とは何かを解説する。さらに、より望ましい方向性、つまりは経済学的に合理性があって一定の公平性が実現できる選択肢について示唆したい。

## ■ 介護保険制度改革のあらまし

サービスの提供が始まった2000年から11年が経過し、その間3年おきに改革が続けられているのが介護保険制度である。この11年間に介護

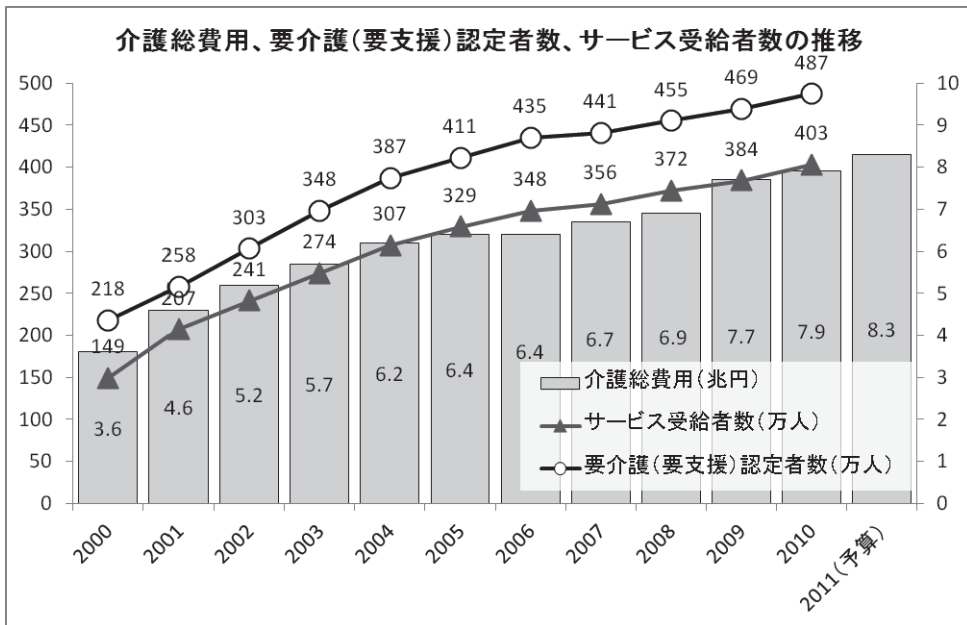
総費用は3.6兆円から7.9兆円と2.2倍になり、2011年度の見通しでは8.3兆円に達する見込みである。1割の自己負担を除いた半分を公費、そしてもう半分为65歳以上の第1号被保険者と40歳以上64歳までの第2号被保険者の保険料でまかなっている。

3年おきの改革では介護報酬の改定や保険料率の引き上げが話題になるが、一方で保険料と同じ割合で投入されている公費の部分については、国が2分の一、都道府県と市町村が4分の一ずつ負担しており、何らかの税収増無しにはやっていけない状況にきている。将来の税収増を見込んだ公債発行によって財源を先食いしているとも言える。社会保障・税一体改革の工程表においては、2015年、2025年が節目として目標設定に用いられている。介護総費用の伸びがこのまま続けば、発足時の3倍、4倍といった規模を想定しなければならない（図表1参照）。

2000年から最初の3年間では、介護サービスを利用するために最初の手続きとなる要介護認定を受ける人が218～303万人、そして実際に利用する人は149～241万人であった。措置制度から介護保険制度に換わっても、利用者の方でも慣れておらず、介護サービスを使うことに抵抗感を持つ人もいた。

2003年からの3年間は、だんだんと介護保険が普通のサービスである、生活を支援するためのサービスなのだという理解が進んできた時期である。それを受けて、要介護認定を受けた人

図表 1： 介護総費用、要介護（要支援）認定者数、サービス受給者数の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

数は急激に伸びていて、一方で給付費を抑制しようと家事援助などの介護報酬を減額改定することも行われた。

2006年以降では、要介護（要支援）認定を受ける人の伸びは落ち着いてきたが、絶対数としては、利用者数とともに伸び続けている。一方で、要介護認定を受けながら利用しない人々は2010年で84万人に達している。とりあえず要介護認定は受けたが、家族介護で乗り切る人もあれば、利用したい介護サービスが提供されていないといった理由もある。2006年から導入された、市町村単位の小規模な介護サービス⇔地域密着型サービスは、介護サービス事業者が少ない地域でのサービス確保の側面がある。

当初から介護保険を利用している人の中には、次第に要介護度が進んで要介護4や要介護5といった重い段階まで進行している人がいる。2006年、2009年の見直しでは、介護予防を重点的にとりあげ、サービス内容にも注文を付けた。リハビリすれば、改善あるいは現状維持できる程度の要

支援のお年寄りには、筋トレをさせたり、栄養指導を行ったり、といった具合である。手間はかかっても、ホームヘルパーが代行してしまうのではなく、本人が自分で実行することを手伝うようなサービス提供を求めたりもしている。要介護度を重くするのは簡単なことで、本人ができていなくても取り上げて代わりにやってあげる、至れり尽くせりのサービスを提供すれば良い。しかし、それでは本人の生活の質は保てないし、介護保険の意図にも反することになる。幸いにも絶対数では伸びている重介護の人々も、要介護認定者全体の中の割合では微減の状況となっている。

在宅での介護サービスを支えるホームヘルパーの人数は1990年代から急増し、2005年には約40万人が働いていた。その後、一度落ち込んでから2009年には持ち直している。福祉サービス従事者にありがちな、景気の良いときには薄給を嘆き、不景気のときには食いつぶれなと言われる現象であった。いざなぎ景気では人材が流出し、2008年金融危機後には戻ってきた

わけである。2009年の見直しで、職員の処遇改善目的で介護報酬加算の改定が行われたことも見逃すことはできない。

介護人材に関しては、インドネシア、フィリピンから経済連携協定（EPA）に絡んで来日している介護士見習いの外国人労働者の存在もある。TPP 交渉の進展次第では、二国間協定である EPA ではなく、包括的な外国人労働者受入れの方向性が生まれるかもしれない。特に日本の国家資格である看護師や介護福祉士を取得せずとも、出身国で医療福祉の専門職資格を得ていれば、相互認証によって労働ビザを発給することもあり得る。東アジアの高齢化は日本以上に加速している国や地域があり、日本が外国人労働者で介護人材を手当することをためらっていると、横からさらわれる事態に陥るだろう。

## ■ 地域包括ケアシステム

介護総費用が伸び続けているからといって、社会保障・税一体改革では削減しようなどとは言っていない。このままでは何倍にも膨れあがってしまう介護保険給付を、伸び方だけでも少し抑制できないか、といったことが工程表では取り上げられている。その代表が「地域包括ケアシステムの充実」である。

現在でも特別養護老人ホームこそ介護の最終目的地と考えている方がいる。介護保険制度以前の措置の時代は、特別養護老人ホームの待機リストにいる間、耐えしのぐために家族介護、あるいは予算で制約された自治体ホームヘルパーの派遣を時々受ける介護という意識が強かった。脳梗塞で救急病院に担ぎ込まれ、一命は取り留めたものの半身麻痺が残ったお年寄りが、バリアフルな自宅へ帰ることなど夢見ることさえなく、特別養護老人ホームの空きが出るのを待ちながら、療養病床や老人保健施設を転々とする、というのが典型的な姿であった。しかし、介護保険以降では「住んでいるところが在宅」という定義を持ち込んだ。

特別養護老人ホームに限らず、老人保健施設など、従来からあった介護施設でも、食費や光熱費といった日常的にどこで生活していたとしてもかかってくる生活費分に関しては、保険適用外の自己負担に改められていった。これは医療機関に入院していたとしても、同様の扱いになった。社会保障システム持続可能性を高めるためにも、過剰な給付はカットせざるを得ない。

在宅定義の転換は、住み慣れた地域で、住み慣れた自宅で、必要に応じて支援サービスを受けながら住み続けることが望ましいという考え方を持ち込んだ。そのために自宅に手すりをつけるなど、要介護者でも生活しやすくするバリアフリーを目的とした住宅改修も、介護保険のメニューに入れられた経緯がある。

工程表にのってきた地域包括ケアシステムの要点も、在宅での生活を維持できるよう支援することと、整備費用や運営費用が大きくなってしまいう介護施設へのニーズを減らそうという意図が含まれる。元々は保健・医療・介護の総合的な連携を意味している地域包括ケアシステムであるが、介護支援の文脈では、介護予防・重度化防止に重点が置かれている。

介護施設のユニット化という部分に関しては、昔ながらの特別養護老人ホームで6人部屋など相部屋では、これからの世代の人たちにはなかなかなじめないところもある。まず個室化した上で、さらに居住空間をある程度少人数単位に抑えるというような形の設計であったり、改修をしたりするようになってきた。それによって介護職員が入居者1人1人に目配りをして、個々の状態をきちんと把握できるようにするといった目的がある。これも重度化防止に関係すると言えよう。

介護人材のマンパワーの面でも、専門性の高い介護職員がどんどん出てきて欲しいということで、介護福祉士を重視するような動きがある。以前は医療職しかできなかった痰の吸引も、研修を受けることで介護職員ができるようになっていく。

看護の領域でも、高度な医療行為を認める特定看護師制度が実現に向けて動き出している。現場のニーズとして認められなければ、地域や在宅での生活継続が困難であった状況が、次第に打開されるようになってきている。

事例が少ないためにあまり顧みられないことがない内容としては、施設から在宅への移行を目指すという内容が、工程表の中に盛り込まれている。現状維持に止まらず、改善した上で在宅に戻ろうというのは理想的である。日本の住宅政策というのは社会福祉から抜けてしまっている部分で、施設から帰ることができる、在宅に戻れるバリアフリーな住宅というのは、ほとんど絶望的な状態である。どんな住宅を建てても良いのではなく、今後100年を見据えたバリアフリー設計を求めるような点から始めなければならない。

## ■ 介護費用負担の検討

介護費用負担上の話として、特に応能負担が強調されているのが目新しい。措置制度から介護保険制度に変わったときに、応能主義から応益主義にという形で、財布の中身をのぞき込んでから勘定書をなめるようなことは止めて、利用しただけ皆1割負担に変えた。その自己負担分に、所得に応じて2割負担を求めようかというのが1つの提案である。

それ以外に保険料部分に関しても、このまま給付費が増えていくと、65歳以上の第1号被保険者が負担する保険料も増えていくので、低所得者の軽減措置をしなければ、年金額の少ないような人たちは負担が難しくなる。ある程度所得に余裕のある大企業の人たちには、追加的に保険料を負担してもらったかどうか、というのが総報酬割の話である。工程表にある数字だけを見ると、軽減する部分と負担強化する部分との差し引きで、約300億円プラスになる程度の話であって、これで財源が確保できたという状況にはない。

## ■ 日本の障害者

障害者の人数というのは、障害別の制度ごとに調査が分かれているため、平成18年、17年、20年と、数字を寄せ集めてこないと全体像が見えなくなっている。身体障害者の方が366万人、知的障害児・者の方が55万人、精神障害者の方が323万人ほどいて、足し合わせると745万人となる。この数字は、手帳を持っている人たちであり、本人又は親が申請をしていない人は抜け落ちている（図表2参照）。

身体障害者の方の61%は65歳以上の方で、40歳以上の方を合わせると93%に上る。言い換えると、日本の身体障害者は先天性の方が少なく、93%までは40歳以上である。このうち、65歳以上の方は介護保険でカバーするので、障害者支援のカバーからは外れてくる部分である。特定疾患で介護保険の対応になる40歳以上の人たちに関しても、障害者支援の方よりも介護保険の方が優先適用になる。

一方、知的障害児・者の場合には、先天性であるため、20歳までの方で33%、そして40歳までの方で73%を占めており、年齢構成では大きな差異がある。2006年の見直しの際、介護保険の保険料を負担する被保険者の年齢下限を20歳まで広げようという議論があったときに、知的障害の当事者団体、親の団体の一部は賛成しなかったこともある。年齢の高い身体障害・精神障害の人たちは、障害者としての権利を主張し、障害者は独自の制度でやって、介護保険に混ぜるなという議論をした。知的障害児の親たちの中には、自分が亡くなったときに子どもの面倒を見てくれる公的制度は、介護保険のような大きな制度であった方がカバーされるだろうという考えを持っている人たちが一部あった。

## ■ 障害者支援の行方

障害者の支援制度というのは、2003年までの



図表 2： 日本の障害者数（推計）

|         |       | 総数            | 在宅者           | 施設入所者       |
|---------|-------|---------------|---------------|-------------|
| 身体障害児・者 | 18歳未満 | 9.8万人         | 9.3万人         | 0.5万人       |
|         | 18歳以上 | 356.4万人       | 348.3万人       | 8.1万人       |
|         | 合計    | 366.3万人 (29人) | 357.6万人 (28人) | 8.7万人 (1人)  |
| 知的障害児・者 | 18歳未満 | 12.5万人        | 11.7万人        | 0.8万人       |
|         | 18歳以上 | 41.0万人        | 29.0万人        | 12.0万人      |
|         | 年齢不詳  | 1.2万人         | 1.2万人         | 0.0万人       |
|         | 合計    | 54.7万人 (4人)   | 41.9万人 (3人)   | 12.8万人 (1人) |

|       |       | 総数            | 外来患者          | 入院患者        |
|-------|-------|---------------|---------------|-------------|
| 精神障害者 | 20歳未満 | 17.8万人        | 17.4万人        | 0.4万人       |
|       | 20歳以上 | 305.4万人       | 272.5万人       | 32.9万人      |
|       | 年齢不詳  | 0.6万人         | 0.5万人         | 0.1万人       |
|       | 合計    | 323.3万人 (25人) | 290.0万人 (23人) | 33.3万人 (3人) |

資料：「身体障害者」在宅者：厚生労働省「身体障害児・者実態調査」（平成18年）  
施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成18年）等  
「知的障害者」在宅者：厚生労働省「知的障害児（者）基礎調査」（平成17年）  
施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成17年）  
「精神障害者」外来患者：厚生労働省「患者調査」（平成20年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成  
入院患者：厚生労働省「患者調査」（平成20年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

出所：『平成23年厚生労働白書』より

法律では、身体障害、知的障害、精神保健、そして18歳未満を対象とする児童福祉法という、各障害別の法律によって成り立っていた。できた年代も違えば、背景も違っていたので、当事者運動、行政などの対応も含めて、それぞれ異なっていた。これらは2003年には支援費制度に一度統合されたが、初年度から国の予算がパンクしてしまい、自治体の超過負担になるという事件もあった。2006年に障害者自立支援法を作ったときには、天井知らずでも国庫負担をやるという約束をして改正にこぎ着けたという事情がある。

支援費制度も、また障害者自立支援法も、当初の目論みとしては、介護保険と同様に、応能主義から応益主義に転換し、サービスを使った分だけ1割自己負担する仕組みに持っていきかかったのだが、大反対に遭った。2006年、後期高齢者医療制度と併せて叩かれ、結果的に骨を抜かれて、最終的には「減免、減免」で、ほとんど自己負担なしで済むという制度になった。それをある意味追認したのが、2010年12月の障害者自立支援法改正である。法改正では、応能

負担原則が確認され、障害区分に発達障害を対象として加えることが明記された。障害者自立支援法絡みでは、障害当事者らから違憲訴訟が起こされて、その和解条件として民主党政権は「障害者総合福祉法」を作ると約束をしている。

障害者支援の仕組みにおいても応益主義を取り入れようとした理由には、将来的な介護保険制度との統合が視野に入れられていた。20歳から39歳までに被保険者を拡大すると、財源確保につながるからである。ただ、若年の被保険者の受益というのは限定的で、介護保険に加入し続ける過程では、自分の親、祖父母の世代の介護負担まで背負い込むことにつながる。

ただ現実的に見ると、介護保険の居宅介護サービス部分は、障害者のホームヘルパーの支援サービスと大きく変わらず、技術的にも同じ技術を持った人がサービスを提供できる。効率的にサービスを提供しようとしたときに、統合は1つの方向性であったが、あくまでも財源論だというように批判された。加えて、障害者の特性を社会参加の観点から、現行の介護保険では足りないという主張がなされた。そのため、



自立支援法を作ったときには、就労支援、社会参加に当たるサービスを付け加えた。

その後、2009年の介護保険制度改正のときも議論はされたが、この間の検証をしたときに、就労支援が進まなかった上に、障害年金の引き上げや所得保障の部分も進まなかったことが明らかになった。つまり、社会参加して働ける、納税できる障害者になれば、1割負担でも容易に負担できるでしょう、というのが最初の理屈であった。結果的に民主党政権は、違憲訴訟の和解によって、介護保険との統合を前提としないという覚え書きまで交わしている。このことから、将来的にも障害者支援と介護保険の統合は難しくなったと考えられる。

## ■ 障害者支援サービスと費用

障害者支援サービスに関する費用は、2010年度の実績ベースでは、月間給付費1千億円弱、年間で1兆円程度となっている。これは国庫負担があるサービスを集計したもので、国庫負担と地方負担が半々となっており、地方単独の上乗せ・横出しサービスについては含まれていない。介護総費用が年間約8兆円なのに較べても、規模は小さい。なお、障害者の自立支援医療は別集計で年間4千億円程度である。

サービスを利用する障害者と利用しない障害者がいるため、給付費の単純平均ではサービスの利用実態はよく分からない。筋ジストロフィーやALSのような難病指定されている疾患で、24時間介護が求められることがある。自立支援サービスや自治体の単独サービスでも、手が足りなければボランティアを募ったりする障害者もいる。一方、外出時にガイドヘルパーを月に数回利用できれば済む障害者もいる。自立支援サービスを利用している障害者の実数は約60万人である。

その人の生活実態であるとか、就労状況、そういったもので変わってくるという部分があって、サービスが必要かどうかというニーズの部

分と障害の程度というのは、必ずしも一致しない。重度障害の手帳を持っているからといってニーズが高いわけではない。

## ■ 障害者雇用の状況

障害者の雇用率は、2010年に1.68%で過去最高を記録した。大企業においては1.9%と法定雇用率を超えている。この中には、特例子会社という障害者だけを集めた子会社を作り、人事体系も給与体系も全く違う会社で軽作業をやらせて、グループ全体の雇用人数の中でクリアしたというケースがある。近年、障害者雇用率が高くなってきているのは、未達成企業名を公表するようなペナルティーが功を奏している部分があるだろう。

そして、福祉的就労と呼ばれる形態もある。知的障害者の方の場合には、ある程度福祉的な配慮があった軽作業、単純化されたような作業を用意しなければ、就労の場がないため、福祉的就労の場として作業所がある。しかしながら、そういう場があるばかりに、もっと能力の高い障害者であっても、一般的な雇用の方に移ることができない問題が発生している。

福祉的就労の底上げのため、国・都道府県の旗振りで、工賃倍増5カ年計が現在進行中である。成人した障害者が障害基礎年金、そして、工賃・賃金で何とか生活できるような報酬をもらえるような福祉的就労にしたいという期待がある。

中島隆信『障害者の経済学・増補改訂版』（東洋経済新報社）では、障害者を雇用している企業と取引をした場合、間接的に法定雇用率に算入するようなインセンティブを提案している。間接的な雇用を生み出すような取引をしている場合に加算できれば、福祉的就労の作業所が工賃の安さだけを売りにするのではなく、うちはこれだけ障害者がいるので、法定雇用率達成可能になりますよというような持ち掛け方ができるのではないか。こうした、企業の一般的

な取引の輪の中に加われるような仕組み作りは十分検討に値する。

## ■ 結びにかえて

介護保険と障害者支援との統合を避けたジレンマが幾つかある。特に、サービス事業者に話を聞くと、居宅介護サービスと障害者福祉サービスを兼ねている事業所がある。同じホームヘルパーが、高齢者のところにも障害者のところにも行けるような体制を作っているとのことである。両制度が統合されないことで、報酬請求など事務処理が、書式の違いも含めて負担になっており、統合されていれば1つで済んでいたといった話を聞く。

障害者支援では、応益負担から応能負担への時計の針の逆回しが起こってしまった。介護保険では以前の措置制度からの転換で、誰でもサービスを利用した額の1割を自己負担する応益負担になった。自立支援法では障害者の所得保障が十分に進まなかったことが悔やまれるが、納税者になれる障害者でさえも単なる受給者へと押しとどめる仕組みは残念でならない。

介護保険制度の見直しを行っていく中で、小手先の給付抑制策ではなく、介護サービス事業者が介護予防・重度化防止に積極的になれる経済的インセンティブを介護報酬体系に埋め込むべきだと考える。現状の介護報酬体系では、出来高ベースで給付は伸びていくため、何の歯止めもない。事業者は、サービスを要介護月額上限いっぱい提供できれば最大の報酬を得ることができる。提案としては、要介護度（要支援）を改善することができた場合の成功報酬的な設定、そして長期間にわたって同一要介護度を維持できた場合にも付加的な報酬が事業者に対して支払われることが考えられる。現状では要介護度を改善させたとしても、利用するサービスが減って介護報酬が減る恐れがあって、事業者には改善させる動機は生じない。

社会保障・税一体改革の工程表では、消費税による税収増を、伸びていく社会保障給付費に充てる方針が強く打ち出されている。世代間公平、世代内公平の観点でも、一方的な伸びを経済的インセンティブで抑制できる方向性が望ましい。そうしなければ、社会保障システム全体を維持し続けることは困難であるからだ。



# 社会保障・税一体改革で議論されている 2012年年金改革の評価



慶應義塾大学経済学部教授 駒村康平

はしがき 本稿は、平成23年11月10日開催の財政経済研究会における、慶應義塾大学経済学部教授 駒村康平氏の『社会保障・税一体改革で議論されている2012年年金改革の評価』と題する講演内容を取りまとめたものである。

社会保障・税一体改革は、社会保障制度の機能強化と機能維持が目標とされている。社会保障給費はすでに100兆円を超えているが、その半分は年金制度によって占められている。本論では、2011年後半から社会保障審議会年金部会で議論されている年金改革の内容を評価する。

## 1. 社会保障・税一体改革と年金制度

社会保障・税一体改革で提示された年金改革の議論が社会保障審議会年金部会で始まっており、ひと月に2～3回程度部会を開催するというハイペースで議論が進んでいる。1回の審議会で4テーマぐらい議論されており、社会保障税一体改革の成案に合わせて年金改革を進め、少なくとも予算関連部分については、2012年度の予算要求に反映させるために、年内に結論を得ようということになっている。

年金部会の最初の議論として年金の支給開始年齢の引き上げが具体的に議論されたかのような報道があるが、資料紹介だけで実質的な議論

はほとんどなかった。しかし、支給開始年齢の議論は、今後重要なテーマになることは間違いない。

## 2. 2段階年金改革の概要

社会保障税一体改革での成案で、年金はどういう構想になっているかという点、端的には、2段階の改革である。民主党が掲げた新年金制度というのは、一元化された所得比例年金と税財源による最低保障年金を組み合わせるというものであるが、その前提として、1) 歳入庁や社会保障・税番号などの導入を進め、2) 国民的議論を行って具体的な提案を行うということになっている。これが改革の2段階目、最終的なゴールである。その前に、1段階目として現行制度の持つ課題を解消するということになっている。第1段階は、2段階目の民主党案の方向に向いたリフォームを行おうという位置づけである。しかし、民主党の考えている新制度案というのが具体的に提案されないという状況で、議論が非常に迷走している。

つまり、民主党がマニフェストで掲げている年金改革案は平成25年の国会提出にすることになっているが、その詳細部分がまだ提示されていない。最終ゴールが提示されない状況で、1段階目の年金改革がスタートしたため、議論が発散する傾向がある。加えて、現在の改革が、最終ゴールを指向した改革という位置付けとい

うが与党の中では十分共有されていない状況である。

#### (1) 2段階目に向けた年金改革の3つの方向性

ただし、社会保障・税一体改革の成案では、2段階目の年金改革であるという意識は明示されている。それは以下のような改革の、3つの方向性である。

第1の方向性は、働き方やライフコースの選択に影響を与えない一元的な制度を目指すという点である。これは、1) 現在議論されている厚生年金のパート・短時間労働者への適用拡大、2) 共済年金と厚生年金の統合、いわゆる被用者年金の一元化である。さらに、国民年金3号問題も関わっている。

第2の方向性は、最低保障機能の強化である。ここは評価が分かれるので、丁寧に工夫をしないと難しい問題がある。一体改革の成案では、低所得者に対する年金を1万6,000円ぐらい上

乗せすることになっている。現在の基礎年金のみの受給者の平均額は5万4,000円程度であり、1万6,000円を上乗せすると民主党が最低保障年金として意識している7万円になる。そのためには6,000億円程度の財源が必要になるが、その財源は消費税の増税分となる。

第3の方向性は、財政の安定性で、高齢化に対応できるようにしようというものであり、具体的には特例水準の見直し、その後にデフレ期マクロ経済スライドの適用等が重要な課題になる。

こうした3つの改革の方向性は、90年代以降、先進諸国が行ってきた改革と同趣旨であり、正しい対応方針である（図1）。

#### (2) 年金改革の具体案イメージ

すでに説明したように、今回の年金改革の議論が迷走しているように見えるのは、民主党案が具体化していないからである。

図1：年金改革の3つの方向性

## 2段階目に向けた年金改革の 3つの方向性

**方向1：働き方・ライフコースの選択に影響を与えない一元的な制度**

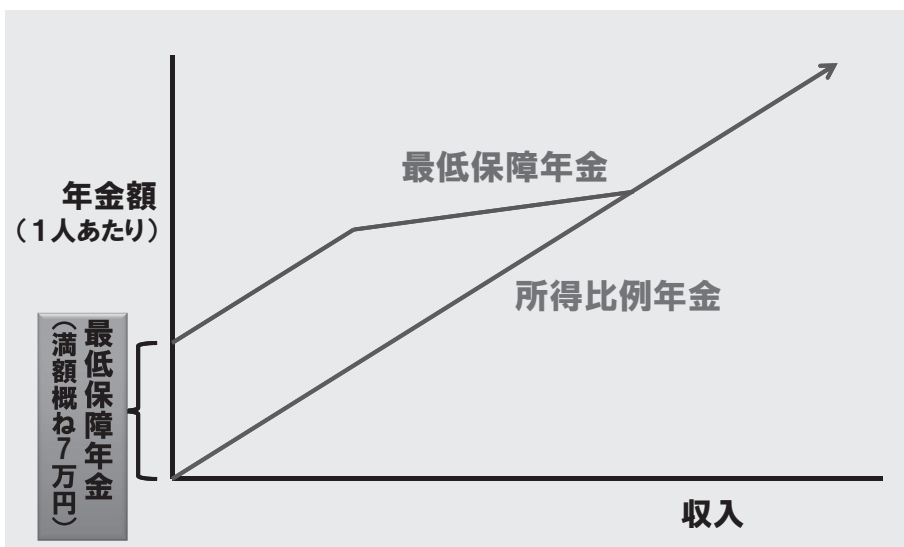
**方向2：最低保障機能を有し、高齢者の防貧・救済機能が強化された制度**

**方向3：国民から信頼され、財政的にも安定した制度**

（図：筆者作成）

図2：所得比例年金と最低保障年金の関係

## 年金改革の具体案イメージ



(図：筆者作成)

民主党案は、一部に誤解されているような基礎年金の全額税方式ではなく、所得比例年金を軸にして、上に最低保障年金を載せるというものである（図2）。問題は最低保障年金の大きさである。最低保障部分を台形で乗せてくるのか、三角形で乗せてくるか決まっていない。2011年5月に民主党は新年金制度構想のバージョンアップ版を発表している。

そこでは、三角形に近い台形もあると整理している。注目すべきは、所得比例年金と最低保障年金の線がどこで交わるのか、台形にする場合は、1回目の屈折はどこで起きるかといった、最低保障年金の面積を規定する具体的な数字である。

現役時代の平均所得が200万円のところで最低保障年金を打ち切るのか、400万円のところにするのか、600万円のところにするのか、数字を入れて議論しておかなければいけない。基礎年金のために確保している税財源は今のところ

10兆円しかないわけで、その範囲内で給付を行うということになると、最低保障年金は当然小さい三角形になる。

もう1つの課題は、何年で新制度に移行するのかという問題である。所得比例年金を現在給付建ての年金を拠出建てに変えるということだけであれば、計算式の変更であり、新しい財政負担は必要とされない。

こうした改革を行った例として、イタリアとスウェーデンがあるが、スウェーデンは17年、イタリアは40年かかっている。スウェーデンの場合は、遡及して計算しているので移行を短縮できた。そもそもスウェーデンは、未納者が存在しないので、単純に年金の計算式を変えればよかっただけであり、当時43歳の人からより若い人は今まで加入した時期の計算式を忘れてもらい、20歳代から新制度に入っているものと思ってもらうという方式である。43歳以上の世代については徐々に17年かけて切り替えていく



ことになった。

この方法については、日本でも厚生年金だけであれば比較的速く移行は可能である。しかし課題は、未納者が多い国民年金にある。例えば20年で移行すると、過去の未納分を半分しか評価しないことになるので、不公平になる。一方で、40年だと過去の未納期間は完全に評価ができるが、時間がかかりすぎる。

### 3. 現行制度の大型リフォームの議論

このように、最低保障年金の対象者と移行をどのように行うかという点で、与党内の議論が煮詰まっていなかったため、新制度への大改革の議論は先送りされ、まずは現制度の問題点を、新制度を意識しながら解消していくという議論の進め方になっている。以下、今回の年金改革のテーマとして、部会で議論している課題を紹介したい（図3）。

#### (1) 短時間労働者への適用拡大

先ほど指摘したように、短時間労働者への適用拡大は、ほとんどの国民を所得比例の厚生年金でカバーするための第一歩である。これと同時に、公務員共済と厚生年金を統合するという被用者年金の一元化を進めることにより、国民の9割までカバーできる所得比例年金が確立できる。年金制度が就業や労働需要に歪みをもたらさないという効果を期待している。

#### (2) 被用者年金の一元化

被用者年金の一元化については、現在の共済と厚生年金の保険料率の差は、公務員グループの賃金が高いからである。ひとり約15,000円の基礎年金拠出金は賃金が高い公務員グループにとっては、低い保険料率になる。問題は、増加する非正規公務員への厚生年金の適用拡大である。非正規労働者は、私学共済では条件を満たせば組合員になれるが、公務員共済では組合員

図3：2012年改革の主要課題

## 各論（2012年改革の具体的内容）

- ・ 年金分割
- ・ 短時間労働者への適用拡大
- ・ 高所得者の標準上限の撤廃
- ・ 被用者年金の一元化
- ・ 受給資格のための拠出期間の短縮
- ・ 最低保障機能の強化
- ・ 高所得者の給付抑制
- ・ 支給開始年齢

（図：筆者作成）

になれず、結局、厚生年金に加入することになる。適用拡大により、さらに低賃金の非正規公務員が厚生年金に加入することになると厚生年金内部での再分配の負担がさらに大きくなる。短時間労働者への適用拡大と同時に被用者年金の一元化を進める必要がある。

また、被用者年金の一元化の見込みは2004年財政再計算ではなく、共済の高齢化がより進むと予想されている2009年財政再計算を前提に行うべきであり、その場合の厚生年金と共有財産になる積立金部分は、より多くなるのではないかと思う。

被用者年金の一元化で障害になるのは公務員の職域年金部分の扱いであり、廃止と引き替えに公務員版企業年金を導入する必要がある。そこで民間退職金・企業年金と比較して議論することになっている。今後、公私年金の役割分担をどのように考えるかということを検討すべきであるが、公務員の退職給付を見ると、職域部分の比重が非常に低くて、退職金の比重がものすごく高い。公私年金の見直しの中で企業年金の税制上の優遇措置を誘導し、企業年金を充実させるというのが大きな流れであるが、公務員の退職給付のあり方も見直す必要がある。

### (3) 3号被保険者に対する年金分割

被用者年金の一元化との関連で、夫婦間の年金分割の議論がある。被用者の専業主婦の扱いとしては現在3号制度があるが、保険料を負担しないで受給しているという点で不公平であるという意見もある。この3号の問題は、健康保険でも同様な仕組みであるが、その保険料分は被用者全体で負担している状況である。

ここで、話が複雑になるのは、基礎年金拠出金の仕組みである。現在、月額約15,000円×(2号+3号)の費用が、厚生年金グループの負担になるが、これを総報酬比例で負担している。定額負担の国民年金1号被保険者と負担の形式が異なっており、基礎年金保険料に相当する保険料率は16%の厚生年金保険料のうちの

5%である。この部分が十分理解されていないため、表面的に国民年金1号被保険者と3号の負担額ベースの比較になる。

しかし、被用者グループに属する収入がない専業主婦が、所得比例負担の原則にしたがってゼロ負担になっていること自体は問題ないという見方もできる。基礎年金拠出金は応能負担である。たとえば、月収30万円の労働者の場合、基礎年金保険料分は1.5万円である。しかし、月収が60万円になると、基礎年金保険料分は3万円になる。

加えて、夫の所得の高い世帯に専業主婦が存在するというダグラス有沢の法則が存在する。したがって、高い夫の保険料から3号被保険者分を拠出しているという見方もできる。3号がらみで議論されている年金分割は、この世帯単位の負担を個人単位で変換して考えようというアプローチであり、個人単位「化」整理できる。潜在的に保険料を負担しているとみることにより、専業主婦にも3号分に加えて報酬比例・厚生年金分の受給権が発生し、夫の厚生年金の半分の受給権を有するという考え方である。

実際に負担が発生していないので、解決策にならないという意見は、上記のような基礎年金拠出金の仕組みをよく理解していない。年金分割は、所得比例年金と最低保障年金が導入されたときに重要になる。

新制度ができると、専業主婦はゼロ収入なので、ゼロ保険料で拠出ゼロ、すなわち所得比例年金はゼロになるため、最低保障年金は満額もらえるということになる。専業主婦は高所得者の妻に多く、その全額の最低保障年金が支払われることから、それらを防止するためには、年金分割を導入し、夫の半分の年金を保障することにより、専業主婦に全額の最低保障年金を給付しない仕組みとすることができる。

### (4) 免除制度の活用推進による段階的年金保険料としての位置づけ

所得比例年金では、一定所得以下については

ゼロ保険料となる。それまで厚生年金の適用拡大が行われることになるが、現在の免除制度を有効に活用すべきである。

現在、保険料免除は所得に応じて4段階になっており、実質的に所得比例保険料の仕組みに近づいている。しかし、免除の利用者は少ない。免除制度の捕捉率、本当は免除申請できる所得水準にもかかわらず免除申請していないケースが非常に多い。このように低所得者の免除に残るのは、農業や商店主などの典型的な自営業者だけになる。これらの典型自営業者は全加入者の10%ぐらいである。これらの典型自営業者に所得比例年金を適用するかどうかというのが最後の課題である。これには、歳入庁や社会保障・税番号などの導入が不可欠になる。

#### (5) 厚生年金の対象になる標準報酬の下限と上限の見直し

厚生年金の対象になる標準報酬は9万8,000円と60万円の間となっている。これまでの慣行では、平均標準報酬の2倍を上限するという事になっている。現在の平均の標準報酬が30万円であるので上限は60万円であり、60万円以上の保険料は頭打ちとなっている。所得比例年金になると下限を下げて上限を上げていくことになる。この標準報酬の上下の見直しの議論は、現行制度では、短時間労働者への厚生年金適用拡大に関わっている。

短時間労働者の場合、月収が9.8万円未満も少なくない。標準報酬が9.8万円のままだと、保険料率 $16\% \times 1/2$ （労使折半） $\times 9.8$ 万円＝7,840円が厚生年金保険料となり、低所得者ほど負担が大きくなる。したがって標準報酬の下限を下げて、応能負担を貫徹する仕組みが必要になる。さらに財政的にインパクトもある。先に説明したように、厚生年金保険料率の5%が基礎年金保険料分に相当している。短時間労働者の基礎年金負担分はきわめて低額になる。

一方で、高額所得者は基礎年金拠出金を通じて所得再分配に貢献をしている。基礎年金を通

じて、所得再分配を行っていることになるが、短時間労働者の加入によって、再分配機能がより大きくなる。高所得者により再分配に貢献させるためには、標準報酬の上限を高めることになる。

ここで議論になるのが、60万円以上の標準報酬を厚生年金の給付に反映させるかどうかという点である。高所得者の年金が増えるという批判もあるが、これは、先の基礎年金拠出金の仕組みをよく理解していない。高い報酬を年金に反映させても、報酬比例部分のみの反映ということであり、給付には部分的にしか反映されない。それでも確かに高所得者の年金が増えることにはなる。しかし、給付に反映させないと、かなり複雑な仕組みになる。高額年金を抑制するというのであれば、年金課税という方法もある。また、同時に基礎年金の税財源部分を高所得者については削減するという案が進んでいることも考慮すべきであろう。

また、標準報酬の上限を高めてそれを給付に反映させないということになると、民主党の目指している拠出建て年金の哲学に反するし、年金分割にも矛盾する。標準報酬の引き上げをし、保険料負担を求めるのであれば、同時に給付に反映させるべきであろう。

#### (6) 受給資格のための拠出期間の短縮

資格期間の短縮化は、現在の25年を短くし、10年にするということが検討されている。この場合、当然年金額も減額され、満額6万6,000円の4分の1の1万6,500円の年金ということになる。しかし、これでは低すぎることになり、何のための年金かという議論にもなり、加えて25年の目標がなくなると問題も発生する。すなわち今の納付状況は35歳を境に上がっていく傾向があり、25年がある種の「フレーム」になって、未納率がかろうじて食い止めているが、これが10年になったらもっと未納率が高くなってしまう危険もある。資格期間の短縮というのは、徴収強化とセットで進める必要がある。

### (7) 最低保障機能の強化と高額年金受給者の給付見直し

生活保護受給者の4割以上が高齢者によって占められている。生活保護になると医療扶助も含めて完全に公費負担になる。年金に加算し、生活保護に陥らせない方が公費の節約になる。しかし、未納者に事後的に補助するということは非常に不公平になる。あるいは、受給資格期間の短縮をセットで行えば、未納のインセンティブになる。受給対象者を低年金者ではなく、低所得者という形で限定すべきである。

現行の基礎年金の財税源で確保されている部分を高所得者には給付せず、一方で、低所得者に加算し、税財源を重点配分する。これを行うと究極的には、民主党のマニフェストの最低保障年金に接近する。税財源を低所得者に集中させることにより、最低保障年金に接近する。ただし、これを完成させるためには、所得捕捉が十分でないと自営業の高所得者が優遇されることになる。

### (8) 支給開始年齢について

支給開始年齢は、将来の課題である。先進国は67、68歳まで引き上げていく予定の国が増えている。先進国で最も寿命が長い日本で65歳を維持するのは難しい。これは、財政の安定性をチェックしながらの議論になるが、支給開始年齢の引き上げは時間のかかることなので、代替率50%割れが確定的になってからの引き上げでは手遅れになる。一方で、支給開始年齢と定年は連動している必要はある。厚生年金の支給開始年齢は、もともと55歳だったが、1954年に60歳が法定化され、徐々に引き上げられてきた。1970年代ぐらいまでは、定年55歳は普通で、実際の定年の引き上げにはかなり時間を要した。1994年の改革により65歳支給が法定化され、男性は2025年、女性は2030年によりやく完全65歳になる。戦後70年近くかけて10歳上げたのだから、あと二歳か三歳引き上げられないわけではない。

一方、支給開始年齢の引き上げペースを加速する意見もあるが、今のペースを上げるのはかなり難しい。労働と年金の接続に無理が出てしまう。67歳、68歳までのという支給開始年齢の引き上げは完全65歳支給になった先の課題である。すでに団塊の世代が逃げ切ってしまったので、いまさら支給開始年齢の引き上げ速度を速くしてももう手遅れである。一部に、若年雇用のしわ寄せの議論もあるが、最近の実証研究では確認されていない。現在の若年雇用機会の厳しさは、むしろ50歳代後半の人件費負担が背景にある。

図4は、出生年別の年金受給期間である。支給開始年齢と、その時点での余命で変化する。これからわかるように、団塊世代の受給期間は最も長い。他方、1955-70年生まれの支給開始年齢の引き上げが寿命の伸びを相殺して受給期間は短くなっている。それ以降の世代は、余命の推計が発表されていないため、点線で固定しているが、少しずつ余命は伸びる。もし支給開始年齢が変わらなければ寿命が延びている分だけ、若い世代の受給期間は伸びることになる。この世代の生涯保険料負担も大きいので、世代間の公平性を取り戻す機会になる。しかし、今後、若い世代を対象に支給開始年齢を上げると、その機会を奪うことになる。そこでは、世代間の公平をとるか、年金財政の安定性を確保するか議論になる。また65歳となると健康のばらつきが大きくなるので、支給開始年齢の引き上げは、低所得で寿命が短い人には不利になる。

## 4. 改革の障害

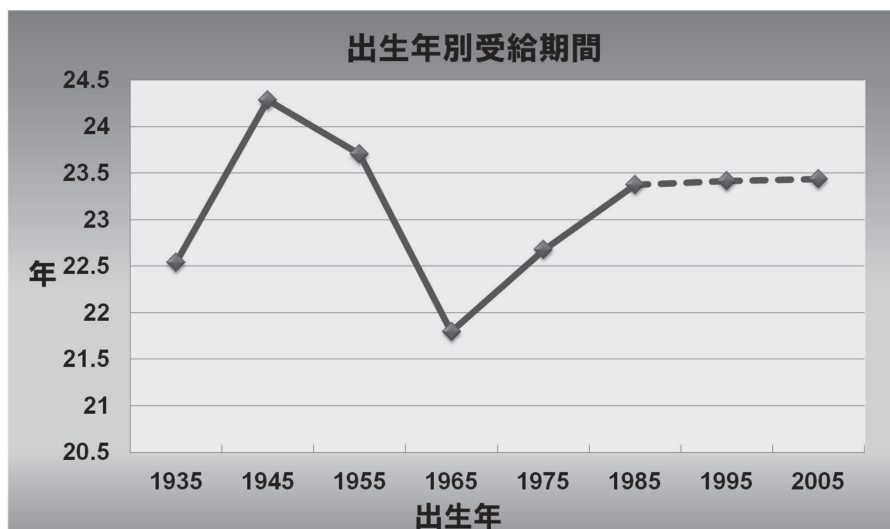
こうした内容の改革であるが、その意義や目標は十分に国民に伝わっていない。この原因はいくつかある。

- (1) 「100年安心年金」の説明が不十分である  
年金改革が始めると「100年安心」はどう



図4： 出生年齢別の受給期間

## 支給開始年齢と受給期間



(図：筆者作成)

なったのかという議論が出ている。100年安心というフレーズはかなり誤解されており、少なくとも政府の公的見解として提示されたことはない。「100年安心」というのは、100年間何もしなくても年金は安泰であるということを意味していない。

2004年年金改革のエッセンスは、1) マクロ経済スライドで年金の給付水準を、現在の水準より20から30%程度引き下げ、給付代替率は50%を下限にする、2) 厚生保険料率は2017年で18.3%に固定する、3) 100年後に1年分の積立金を準備金として用意する、4) これらの条件が成立するかどうかは、5年置きにチェックする、5) 5年以内に給付水準が50%を下回れば、年金制度の全面見直しを実施する、というものである。100年後の財政状況を見ながら5年に一度調整する。これらは財政検証を通じて行われる(図5)。

このうち、5) は問題である。5年以内に

50%を下回ってから大改革を行なうということで、短期間で大がかりな改革が必要になるが、高齢化が進んでいるため、可能な対策も限られる。例えば、支給開始年齢の見直しにはかなりの時間を要するため、早めに議論をした方がよいであろう。

### (2) 与党にとっての先送りの「誘惑」

与党にとっては、まず特例水準の見直しによる財政安定化がハードルになる。デフレ期に年金を下げないでおいた分が総額で5兆円程度、給付水準では2.5%ぐらい、年金額が実質高止まりしている。

次に2004年の年金改革では、マクロ経済スライドはインフレ期のみに行うと考えていた。デフレがこれだけ続くと想定していなかったのが、マクロ経済スライドがいつになっても始動せず、むしろ若い世代の実質賃金額が下がっているので、年金の代替率が上昇している。デフレ期で



も、マクロ経済スライドをやらないと財政は安定しない。ただし、「マクロ経済スライド」というわかりにくい名称であるため、国民にはあまり理解は進んでいない。「少子高齢化連動スライド」といったように、引き下げの意味がわかるような名称にすべきである。

しかし、特例水準の解消は政治的な負荷が大きく、加えて、消費税の増税も必要になっており、与党はこうした課題の先送りの誘惑に駆られることになる。

### (3) 年金の財政状況

年金財政の見通しについても不安や疑問の指摘もあるので、一応整理しておく。指摘されている課題は、1) 積立金の運用成績、2) 財政見通しの的確性などである。

まず、重要な点は、年金財政の債務は、図6でイメージするように、名目賃金上昇率によっ

て決まるという点である。名目賃金上昇率の伸びが低い場合、あるいは下がっている場合は、積立金の運用目標も下がることになる。1) の積立金運用の成績であるが、運用結果は変動するものであるが、リーマン・ショックの影響もあり、それほど高い利回りではないものの、名目賃金上昇率がマイナスであったことから、実質での目標利回りは確保できている。ただし、足下では積立金のキャッシュアウトが発生しているので安心はできない。

2) の財政見通しは、2009年に行われたが、経済前提において、高い賃金上昇率や名目利回りを見込んでいたことが非難されている。しかし、これは間違いであり、公的年金の債務は、名目賃金上昇率に連動しているため、これに比較してどの程度の実質的な利回りを確保できたかに注目すべきである。すでに述べたように、名目賃金が下がっている以上、年金債務も増加

図5：100年安心年金の内容

## 「100年安心年金」の説明訂正

「100年安心年金」ではなく、「100年後を見ながら現在の仕組みを5年に一度調整する方法」=100年展望運転方式

マクロ経済スライド(高齢化に連動して年金を下げる20%程度)

保険料率は18.3%(2017年)で将来固定する

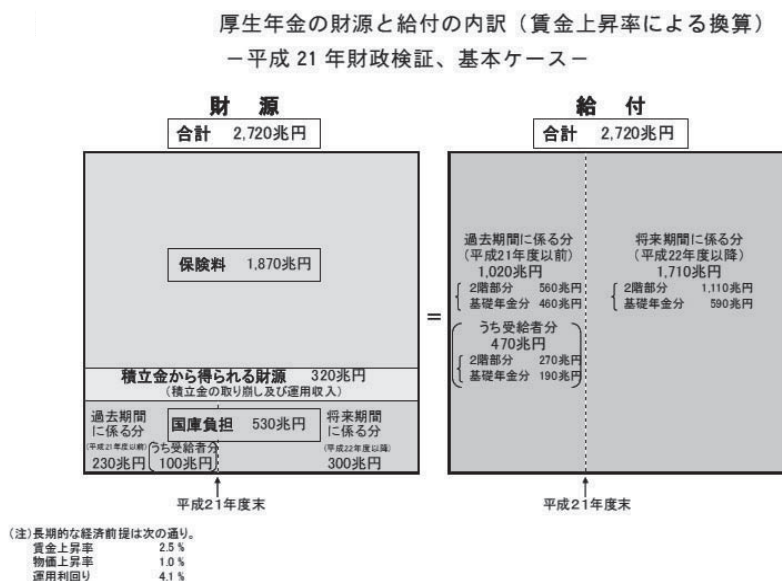
給付水準(=年金/現役世代平均手取り賃金)  
=50%を下限にする

100年後に1年分の積立金を準備金として保有する

5年おきにチェックする。5年以内に50%下回れば全面見直し

(図：筆者作成)

図6：現行年金制度の資産と債務



出典：厚生労働省（2009）「平成21年財政検証・財政再計算」

しておらず、その分だけ、目標利回りも下がっている。高い名目利回りはあくまでも想定であり、年金財政の安定性は実質価値で考えるべきである。

ただそうは言うものの、図7でみるように、デフレ期のマクロ経済スライドをやらなかったことなどからか、積立金の実質額が5%ぐらい予測値よりも悪化しているのは事実であり、この状況が続くのであれば、いずれ支給開始年齢の見直しに着手する必要がある。

## 5. 年金改革の課題

今回の年金改革は、政府与党が目指している最終的な姿、一元化された所得比例年金と最低保障年金の確立に向かう過程の改革と位置づけられている。しかしながら、最終的な姿が具体的に明示されていないため、研究者の評価も世論も混乱しているように思われる。

政府・与党は、早めに具体的な最終形を提示し、そこへ向かった改革ということを明示する必要がある。

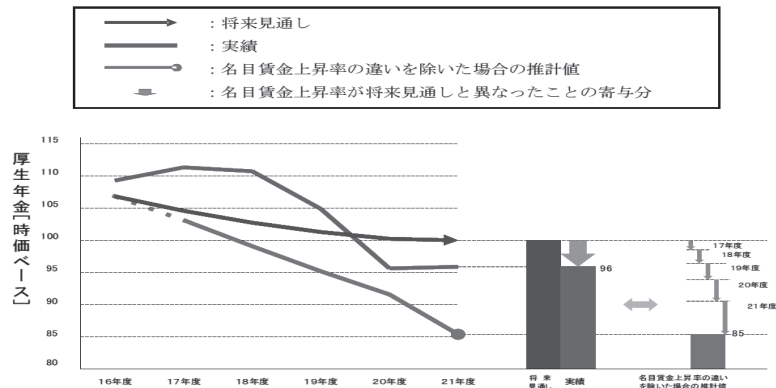
その過程は、1) 移行期間や最低保障年金の対象者に関する方針について与党内での合意形成、2) 具体的な財政見通し作成の作業、に分けられるが、後者については、新人口推計、所得分布調査、経済見通し、の3つの基礎データが必要になる。

また、歳入庁・社会保障・税番号が導入されても自営業者と被用者の間では、所得概念、所得捕捉の精度には差が残るであろう。一方で、先進国のほとんどの国で、被用者のみならず自営業者にも、一元化されているかどうかは別にしても所得比例年金が適用されていることも事実である。理想的な所得比例年金一元化、最低保障年金への壁は小さくないが、諸外国で行っているような様々な工夫を行い、なるべく所得比例の年金の対象者を増やしていく努力をすべ

図7： 厚生年金積立金の現状

平成 21 年度末積立金の実績と平成 16 年財政再計算における  
将来見通しとの乖離状況の時系列  
【将来見通しを基準(=100)にして表示】

平成 21 年度末における積立金の実績（時価ベース：緑色）は、平成 16 年度財政再計算における将来見通し（青色）を下回ったが、平成 17 年度から 21 年度までの間の名目賃金上昇率の違いを除いた場合の推計値（将来見通しで、その前提である名目賃金上昇率を実績に置き換えた場合の推計値：赤色）を上回っている。



出典：厚生労働省（2011）「平成21年公的年金財政状況報告」

きであろう。

他方、最低保障年金のポイントは、税財源を低所得者層に重点化することであり、低成長・財政状況の悪化が続くなかでは避けられないであろう。現行の全高齢者の基礎年金の半額を国

庫補助する仕組みからどのように低所得者に重点化するかというのは、今回の改革が最初の一步になるであろう。

以上のような、明確な方向性を持った改革が望まれる。