

町村ごとに対応がまちまちになったまま、障害者福祉が削られていく実態がある。
伊東弘泰[2002:p53]

表 11-4「年齢区分による身体障害児・者数」及び表 11-5「年齢区分による知的障害児・者数」を見ると、知的障害者の平均寿命は短く 40 歳以上の割合が小さいのに対して、身体障害者の 40 歳以上の割合は実に 93.7%に上っている。伊東氏が指摘するように、「障企 16 号」が厳密に守られているとするならば既に身体障害者の大半が介護保険優先で処遇されているべきなのである。しかしながら、支援費制度を経て改めて介護保険制度と障害者福祉の統合が議論されるということは、地方自治体において通達が厳密に周知されていない実情が考えられる。

〔表 11-4〕年齢区分による身体障害児・者数 (単位：千人)

	20 歳未満	20 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上	年齢不詳
	身体障害児・者	20 0.6%	163 5.0%	1044 32.1%	2004 61.6%

(資料) 厚生労働省「身体障害児・者実態調査 (平成 13 年)」

〔表 11-5〕年齢区分による知的障害児・者数 (単位：千人)

	20 歳未満	20 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 60 歳未満	60 歳以上	年齢不詳
	知的障害児・者	109 33.1%	131 39.8%	60 18.2%	15 4.6%

(資料) 厚生労働省「知的障害児 (者) 基礎調査 (平成 12 年)」

伊東氏は、障害者施策と介護保険は元来その目的が違う異質な制度であり、異質な 2 つの制度を分離して、障害者の自立と社会参加を完全に保障する制度を作るべきだと主張している。その意味で、介護保険との統合には反対の立場である。

伊東氏の論理を拡張して類推すると、身体障害者で 20 歳以上 40 歳未満である者の割合が 5%であるということは若年層を被保険者に取り込んだときに障害者になるリスクはわずかであるから介護保険財政の改善に寄与するであろうし、通達通りに障害者を高齢者扱いでお仕着せの介護保険サービスを使わせれば基盤整備の必要も無い、このような最悪の制度改革ケースがあり得るということになるだろう。

5. 統合慎重論

京極高宣・日本社会事業大学学長は、「新障害者プランと支援費制度」(『社会福祉研究』第 87 号, 鉄道弘済会, 2003.7 所収 pp.24-31) にて支援費制度と介護保険制度の統合について慎重な見解を明らかにしている。京極氏は社会保障審議会障害者部会長を務め、支援費制

度の立ち上げにも関わった経緯がある。

従来は都道府県・政令指定都市等が施策を展開してきた知的障害者福祉分野が象徴的であるが、措置制度から支援費制度に変わったことで市町村が主体的に障害者支援に取り組まなければならない状況が生まれたと、説明する。「支援費制度そのものは、措置制度からの最初の脱出口であり、きわめて画期的なものであるが永久的な制度では決してない。例えば障害者サービスの一部を介護保険の対象に組み入れることが将来はともかく、当面は現実的に不可能である。」pp.31 と述べて、拙速な統合には否定的である。

京極氏が示すのは、将来的な統合を視野に入れるのであれば障害者福祉サービスの基盤整備を支援費制度及び障害者基本計画の策定を通じて行うことが先であり、その後に統合の議論を行うべきだという慎重な姿勢である。

IV. 望ましい介護サービスのあり方

介護保険制度と障害者福祉の統合を巡っては、最も重要な観点はその人にとって必要な介護サービスが提供されるかどうかである。財政問題よりも、高齢者にも障害者にも望ましい制度改革にするためには、介護サービスのあり方に立ち入らなければならない。

1. ケアマネジメント

小澤温・東洋大学教授（当時、大阪市立大学助教授）は、「介護保険制度のケアマネジメントとの対比からみた特徴」『ケアマネジャー』第4巻7号、中央法規出版、2002.6 所収 pp62-64）にて支援費制度と介護保険制度におけるケアマネジメントの差違について指摘している。

ケアマネジメントの対象者、ケアマネジメントの方法、ケアマネジャーの要件の3点の対比が重要であるとしている。

ケアマネジメントの対象者は、介護保険では明確になっているのに対比して、障害者では「総合的な支援の必要な身体障害者、知的障害者、精神障害者」というように曖昧になっていることが指摘されている。その理由としては、社会参加を含めた幅広い支援が想定されているために要介護状態のみを要件にできないことが挙げられる。

ケアマネジメントの方法としては、いずれの場合にもインテーク（面接及び主訴の聞き出し）、アセスメント（利用者のニーズ把握）、ケアプラン作成、モニタリング、再アセスメントという過程を経ることが共通点である。障害者に特徴的なのは、障害者個人と環境との相互作用の分析に力点を置いた「ソーシャルワークモデル」によってアセスメントからケアプラン作成に至る点である。利用者ニーズの解決だけになりがちな介護保険では、利用者のエンパワメントを図るための支援目標が設定しにくい。

ケアマネジメントに従事するケアマネジャーについては、介護保険では介護支援専門員の資格に明確な職種指定がされている。一方で、障害者ケアマネジメントについては「障害分野に関する相談等の業務で相当程度の実務経験を有するか、または、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、作業療法士、理学療法士、保健師、看護師等の一定水準以上の専門知

識や技能を有する者（『障害者ケアガイドライン』（厚生労働省，2002））」とされ、明確な資格要件は定めていない。研修などで身につけることを重視している。

補足すれば、障害者ケアマネジメント推進事業にてケアマネジャーが養成されたにも関わらず、厚生労働省は支援費制度におけるケアマネジャーの資格要件とはしない姿勢を示している。

以上、小澤氏が示す障害者ケアマネジメントの特徴からすれば、支援費制度を介護保険のケアマネジメント方法に合わせてしまえば、障害者のケアマネジメントで培われてきた「ソーシャルワークモデル」が失われてしまうことが懸念される。なお、参考までに厚生労働省が支援費制度の問答集に用意しているものを紹介する。

問 障害者ケアマネジメント推進事業で養成したケアマネジャーの位置づけ如何。

回答 支援費支給制度においては、ケアマネジャーの制度的な位置づけはなされていない。

障害者ケアマネジメント体制整備推進事業で研修を受けた者については、市町村の支援費支給決定担当部局の職員であれば、支給決定においてケアマネジメントの考え方を活用していただくとともに、相談支援事業等を行う社会福祉法人等の職員であれば、研修等で得た知識を相談・指導に活用していただくことが考えられる。

支援費支給決定は公的なサービスの決定を判断するものであるから、支給決定に従事する職員については、障害者ケアマネジメント体制整備推進事業で行う研修とは別に、独自の研修の実施を検討している。

厚生労働省障害者支援費制度Q&A集

<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/syakai/sienhi/qa.html#29>

小澤氏は、「介護保険の見直しと障害者施策」（『月刊ノーマライゼーション』第23巻11号、日本障害者リハビリテーション協会，2003.11所収 pp.27-30）において、知的障害者に焦点をあてて統合問題を考える視点を提供している。

障害者福祉を考える上で重要と思われ、現在の介護保険制度で生じている問題は、在宅生活支援の理念と実態との大きな乖離、ケアマネジャーの在り方、個別的な判断とコンピュータ判定とのずれの3点に集約できるとする。

特に知的障害者福祉においては、10～30歳代が多く60歳以上は非常に少ないことが知られており、サービスの中心が要介護問題ではなく、社会参加・就労といった介護サービス以外のニーズの高さを意味している。知的障害者は自己決定や自己主張に関する教育や訓練の機会が著しく少なかったために、選択と契約から疎外されてきた存在でもあった。介護保険に統合されたとしても、知的障害者へのサービスは個別性や強く長時間の対応が必要となり、介護報酬での配慮が求められる。エンパワメント支援については、支援費制度が介護保険制度に統合されても、本質的には全く解消しない問題である。これは自己決定、サービス利用に向けての主体的な行動などの教育・訓練プログラム等を指す。

2. 介護技術の共通性

伊藤利之・横浜市リハビリテーションセンター医師は、「介護保険制度の見直しと障害者福祉」(『総合リハビリテーション』第31巻11号, 医学書院, 2003.11 所収 pp1027-1033)にて若年障害者の介護サービスに焦点をあてて高齢者介護との一元的運用の可能性について議論している。

最初に介護保険制度が実施されたことによる変化として, 高齢者・障害者ケアに関わる社会資源及び人材が増加したことを挙げている。地域・在宅ケアの容量が大きくなり, 施設ケアの在り方も「地域生活支援」の方向へ変化したとする。一方で, 医療保険が急性期ケアに重点シフトした結果として若年障害者のリハビリ段階が前倒しになっているにも関わらず, 早期の社会・職業リハビリテーションがニーズを充足できていないことが指摘される。

障害者ケアマネジメントについては, 障害の特性を理解して適切なケアができる人材に乏しく, 高齢者と対比して今後も需要は小さいことが予想される。現実には障害者を支援しているのは福祉・教育関係者であり, 介護保険の保健・医療専門職を基礎にしたケアマネジャーとは重ならない。応急的には介護保険のケアマネジャーに障害者ケアマネジメント研修を上乗せしたり, 現実には障害者を支援している人に研修を受けてもらってその範囲でケアマネジャーの資格を与えるなどの仕組みの検討が求められている。

技術的な問題に限れば, 現状の介護技術の水準においては障害者の介護を高齢者の介護と区別する理由はない。したがって, 障害者介護の問題は, ケアマネジャーが障害特性として重視すべき社会参加の視点に立ってサービスを組み立てられるか否かという点に絞られるが, ケアマネジャーに障害者ケアマネジメント研修を上乗せすれば解決可能な課題と思われる。

介護保険制度への障害者介護部分の統合については, 高齢者・障害者の共通的な介護サービスとそれ以外のサービスを区分する必要がある。障害の評価とリハビリテーションサービスを前置したうえで障害者固有のサービスを認定する新基準が必要である。

結論として, 伊藤氏は「介護」という部分だけを見れば障害者も高齢者も共通の技術で対応できるが, 障害者のケアマネジメントを実施できる人材不足が喫緊の課題であり, 障害者固有サービスの部分を切り離して基準を設けるべきだと主張している。

3. 共通サービスと独自サービス

坂本洋一・和洋女子大学教授は、「障害者介護の課題」(『月刊ノーモライゼーション』第23巻11号, 日本障害者リハビリテーション協会, 2003.11 所収 pp.18-22)にて高齢者介護と障害者介護の視点は自立支援という点で共通していると指摘し, 共通するサービス・障害者分野独自のサービスについて分析を行っている。

障害者福祉分野での自立支援は, 必要な介護を受けながら地域や施設で生活をしていくというようにごく当たり前に考えられている。高齢者についても介護保険の導入によって自立支援に向けた介護の在り方を考えるようになり, 身体介護中心から痴呆高齢者への対応まで介護の在り方が見直されてきている。つまり高齢者と障害者の介護は, 自立支援という点で共通しており, むしろ社会福祉制度における国民的な課題である介護は何かを問い直す必要があると述べている。この問題意識を持てば, 単に高齢者や障害者のみならず, 一部の児童

も含めたライフステージに応じた介護が必要となる。

介護保険のサービスに対応する障害者施策で共通するサービスを挙げれば、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、グループホーム、日常生活用具給付及び補装具給付である。介護保険独自のサービスを挙げれば、訪問入浴、訪問リハ、通所リハ、介護老健施設等がある。一方、障害者分野独自のサービスを見るとほとんどのサービスが高齢者向けのものとは異なっており、特に社会参加促進のサービスは独特のものとなっている。

単純に共通するサービスを統合することはできても、介護保険制度が国民の介護に対する保障を実現できるのかが問われてしまう。介護保険の見直しにあたっては、介護保険の課題とともに障害者分野の課題も解決する必要がある。

障害者介護は、生活スタイルを構築し維持することを目標に実施される。身体介護から生活援助まで幅広いサービスが求められると同時に、障害種別によってそのサービスが異なっている。特に知的障害者の見守りや確認といったサービスも介護保険に含まれるように検討されるべきである。加えてホームヘルプサービスの量も確保されるべきである。その人を取り巻く物理的・社会的環境や生活課題によって求められる介護サービスは異なるが、これは障害者に限ったものではなく高齢者も同様である。

坂本氏が議論しているのは、伊藤氏が指摘している介護技術の共通性の部分からさらに発展させた障害者独自固有のサービスとして実現しているところを高齢者へのサービスにも反映させるべきだということである。ケアマネジメント部分に特化している議論ではあるが、障害者・高齢者の区別にとらわれずに本質的な大枠の見直しをすべきだという点では多くの論者と共通するところである。

V. まとめ

- 介護保険財政の危機と障害者支援費制度の財源不足を包括的に解決するためには、制度の一元化が有効な手段であるとする基本認識がある。
- 市町村は財政問題を深刻に考えており、大多数が統合に賛成する立場である。
- 障害当事者団体と厚生労働省の話し合いは、双方が制度統合への理解を深めるには至らず、障害者の同意を取り付けるにはほど遠い状況となっている。
- 公約数的なサービスのみを統合対象とするのか、障害者福祉全体を統合するのか、論者によって意識が異なっている。加えて、障害者固有サービスを独立させるのかどうかも議論が分かれる。
- 包括的に高齢者と障害者に対する地域参加支援のためのパーソナルサービスを構築するという視点が介護保険制度改革には求められる。
- 障害者手帳の等級と要介護認定の結果とのばらつきに示されるように、障害者に必要なサービスと要介護高齢者に必要なサービスとは質的に異なっており、そこからは障害者施策は別制度とするべきだという反対論が導かれる。
- 障害者ケアマネジメントを適切に行える人材の不足と、社会参加と自立を支援するサービスが制度統合によって用意されるかが懸念される点である。

以上のように介護保険と障害者福祉の統合を巡る議論をまとめると、抜本的な改革とするならば吸収合併のように障害者施策のみを操作することを考えるのではなく、高齢者を対象とする介護保険のあり方自体を再検討するべきであり、2004年6月頃には方向性をまとめるという厚生労働省方針は極めて拙速に過ぎると言える。

たたき台を出して障害当事者との合意を取り付けること、介護支援のあり方を国民的議論にすること、そして地域格差も大きい障害者向けサービス・人材養成の基盤整備を早急に進めることが、制度統合の前提条件となると考えられる。

なお、介護保険制度と障害者福祉のそれぞれの財政問題が指摘されるなかで、具体的なシミュレーションをしている論文に行き当たらなかった。今後、社会保障制度審議会にこの制度改革の議論は場所を移すだろうが、どれほど財政問題が改善されるかについて具体的な試算とその評価について明らかにされなければならない。介護保険だけの問題ではなく、年金制度改革も含めた社会保障全体の問題として捉えるならば、若年層を被保険者に含める制度変更は世代間公正をさらにゆがめる可能性を有しているのである。

参考文献

- 毎日新聞社説 2004年1月26日朝刊
日本経済新聞社説 2004年3月8日朝刊
週刊社会保障 58(2268) [2004.1.26]法研
内閣府編『障害者白書 平成15年版』2003年6月
富田昌吾「障害者福祉は介護保険で??」(『季刊地域精神保健福祉情報・Review 2003 No.46』第12巻2号, 精神障害者社会復帰促進センター, 2003年8月所収 pp47-49)
佐藤久夫「介護保険の見直しと障害者施策」(『月刊ノーマライゼーション』第23巻11号, 日本障害者リハビリテーション協会, 2003年11月所収 pp.9-13)
地方分権研究会(慶應義塾大学 G-SEC 内) 障害者支援プロジェクトチーム「障害者福祉サービスと介護保険制度の一元化」2003年12月
峰島厚「社会福祉基礎構造改革と障害者福祉制度改革の課題」(『障害者問題研究』Vol.28 No.4, 全国障害者問題研究会, 2001年2月所収)
伊東弘泰「介護保険で後退した障害者福祉を問う！」(『月刊総合ケア』Vol.12 No.3, 医歯薬出版, 2002年3月所収 pp52-57)
京極高宣「新障害者プランと支援費制度」(『社会福祉研究』第87号, 鉄道弘済会, 2003年7月所収 pp.24-31)
小澤温「介護保険制度のケアマネジメントとの対比からみた特徴」(『ケアマネジャー』第4巻7号, 中央法規出版, 2002年6月所収 pp62-64)
小澤温「介護保険の見直しと障害者施策」(『月刊ノーマライゼーション』第23巻11号, 日本障害者リハビリテーション協会, 2003年11月所収 pp.27-30)
厚生労働省『障害者ケアガイドライン』2002年3月
伊藤利之「介護保険制度の見直しと障害者福祉」(『総合リハビリテーション』第31巻11号,

医学書院, 2003年11月所収 pp1027-1033)
坂本洋一「障害者介護の課題」(『月刊ノーマライゼーション』第23巻11号, 日本障害者リ
ハビリテーション協会, 2003年11月所収 pp.18-22)

第5章 社会保険の事業主負担の帰着に関する実証分析

共同研究者 駒村康平

研究協力者 山田篤裕

<要旨>

本論文は、社会保険料とりわけ健康保険・介護保険の事業主負担分が実質的にだれの負担になっていかるかについて実証的に分析することを目的とする。

社会保険の事業主負担が実質的に誰の負担に帰着しているかという問題は、従来から大きな政策的な含意のある問題であり、学問的にも不明確であった。

理論的には、この結論は、税の転嫁と帰着の問題と同様に、市場の完全性、労働需給の弾力性に依存することになる。しかし、税の議論をそのまま使うこともできない。税と社会保険料の違いは負担と給付の対応関係の明確さであり、この点も考慮に入れる必要がある。

本論文の目的は、健康保険の給付と負担の対応関係を考慮にいれたうえで、健康保険の事業主負担分の帰着がどのようになっているか、健康保険組合のクロスセクションとタイムシリーズデータに基づいて実証的に検証することを目的としている。

本論文は、1670の健康保険組合の1995年から2001年まで保険料率等に関するデータを使用し、以下の発見的事実を確認した。

- ① 健康保険の事業主負担の一部(50%)は、賃金抑制という形で労働者に負担が帰着している。
- ② 介護保険の事業主負担については、上記と同じ結論は確認できなかった。

I. 問題の背景

高齢化に伴い社会保障関連が上昇している。日本の社会保障制度は強制加入の社会保険が中心となっている。医療、年金、介護、雇用、労災といった強制加入の社会保険料は労使によって負担されている。

使用者、すなわち事業主の負担額は2002年度時点で28.3兆円に達し、GDPの5.5%となっている。事業主負担の上昇は、労働コストを引き上げたり、価格に転嫁されたり、雇用を減少させるので、法律上で定められた社会保険の事業主負担率を引き下げるべきであるという意見もある。

しかし、税の帰着 (incidence of tax) の問題として明かになっているように、社会保険料総額が変化しないのならば、雇用者と事業主の間の社会保険料の負担率が変わることは経済的には何ら効果ない。実質的に雇用者と事業主がどの程度の社会保険料を負担しているのか、すなわち帰着の程度は、労働需要と労働供給の価格弾力性に依存することになる。

ただし、この見方も、強制加入社会保険において、社会保険料が給付と結びついているを

考慮すると結果が異なる可能性がある。

社会保険料の事業主負担は、以下のように社会保険制度の見直しの際にきわめて重要なテーマになる¹。

1) 公的年金制度の対する世代会計アプローチに関連し、世代毎の保険料負担に事業主負担を考慮するかどうかという点である。今回の年金改革の政府推計でも明らかになったように、本人負担分を考慮するかいなかによって、過去世代、将来世代の年金制度の収益率に大きな違いが生まれる。²

2) 基礎年金の財政方式に関連し、基礎年金を消費税方式にした場合、事業主負担分をどのように考えるかによって、再分配上のインプリケーションが異なる。現在、厚生年金の保険料のうち4%程度が基礎年金保険料に相当する。基礎年金が税財源に変わった場合、事業主負担分2%と被用者本人負担分は2%、合計は厚生年金料率は4%低下する。

問題は事業主負担部分の2%である。この部分を事業主が事業主負担分は実質的に事業主の負担であるとい立場をとれば、労働者にとっては、2%の厚生年金保険料が下がってもそれ以上に、消費税がアップする。この影響は、個別世帯の消費性向に依存するものの、所得階層の下位から7割の労働者が実質的に増税となる。しかし、企業負担は実質的には労働者負担であるという立場をとれば、事業主が年金財源に充当する必要のなくなった2%分を賃金アップという形で労働者に返還することになり、ほとんどの労働者が税方式によって実質減税になるであろう³。

3) 自営業における社会保険料負担についても政策的な意味がある。自営業は、事業主負担がないため、被用者の倍の保険料を負担するという見方がある。この見方は、事業主負担分は労働者本人に帰着していないという見方に立つものである。もっとも自営業者は自身が投資家と被用者・労働者を兼ねているため、後転の有無に関係なく、被用者の二倍払うことは不合理ではない。しかし、Ⅱで見るように、被用者において、その事業主負担分の一部が消費者に前転されており、一方、自営業者が直面している財・サービス市場の条件によって、消費者に転嫁、すなわち前転できない場合、自営業者は自身が投資家であることを考慮しても不利な状況である可能性も高い。この問題をどのように考えるか、期待収入や職業選択、自営業を取り巻く財・サービス市場の状況を考慮して評価するテーマであろう。

1 事業主負担の歴史的、制度的な根拠や位置づけについては、有泉（1967）p1314 が詳しい。

2 国民経済計算において、事業主負担分については、労働分配にカウントされていることから、事業主負担は実質的に労働者の負担に帰着しているという指摘がある。たとえば大石（2001）参照。しかし、マクロ統計の処理上の事業主負担の取り扱いと実態経済における事業主負担の帰着は別の問題である。事業主負担部分の帰着問題は、実証経済学上の問題である。また、社会保険料事業主負担分の帰着の問題は、企業の人件費の国際比較などをする場合にも考慮する必要がある。

3 こうした税方式への変更が家計に与える影響については、駒村・渋谷・浦田（2000）を参照せよ。

4) 同様の議論は、非正規労働者にも成立する。現在、非正規労働者については、被用者保険の対象にならないように労働者側あるいは事業主側が就業調整を行っている可能性がある。2004年金改革では、このような社会保険適用対象になるか否かで、就業調整が行われるのは望ましくないという理由で、非正規労働者に社会保険を適用するという動きがあった。実際には、この適用は見送られ、5年後に再検討されることになった。

非正規労働者への社会保険適用が現実化すると、事業主負担が労働者に転嫁されているという見方に立てば、非正規労働者の賃金は、引き下げられることになる。つまり、非正規労働者の手取り賃金は本人負担分だけではなく、事業主負担分も含めて引き下げられることになる。しかし、事業主負担分が、労働者に後転されていない場合は、投資家が負担するか、前転（価格に転嫁）され、消費者が負担する可能性でてることになる。

後転となるか前転となるかは、労働市場と財・サービス市場の状況に依存するが、非正規労働者の交渉力が弱い場合には、後転という形で、事業主負担分は労働者に転嫁される。しかし、事業主負担発生によつての賃金カットも、最低賃金の壁に阻まれるため、それ以上の事業主負担は価格転嫁か投資家負担によつて吸収される。そして、この価格への転嫁が困難になったり、投資家への負担が困難になると、企業は社会保険料負担を回避するために、労働者の雇用形態をより一層極端な形態まで変化させる可能性もある⁴。

さて、労働者への後転がない場合を想定し、被扶養の非正規労働者に社会保険を適用していない場合を考えてみよう。この場合、被扶養者の非正規労働者の社会保険料を、本来それを負担すべき非正規労働者を雇用している企業（流通産業やサービス産業）がフリーライドし、その分を非正規労働者の扶養者を雇っている企業（製造業）の投資家と消費者が負担していることになる。適用拡大は、こうしたフリーライドを解消する役割を持つ。

以上、社会保険料の事業主負担の問題は、現在社会保険制度が直面している多くの問題と密接に関連している。

4 具体的には請負契約のような形で自営業者という形式にする働き方である。このような社会保険料逃れのための雇用形態の変更は日本に限定されたものではない。イタリアでは、連携的継続的協働労働(collaborazioni coordinate e continuative: 略称 CO. CO. CO.)という形で実質的には被用者である自営業者については、その社会保険料の2/3を注文主である企業が負担している。このようなイタリアの対応も一つの方法であろう。詳細は小島(2003)参照。しかし、このような方法をとっても、たとえば注文金額をあらかじめ保険料負担分だけ下げるといった方法によつて、労働者に社会保険料を転嫁することは可能になる。

複雑になるのは、労働者が国民年金3号被保険者や健康保険の被扶養配偶者である場合である。事業主負担が労働者に帰着するという後転の立場に立つと、3号被保険者や被扶養者の社会保険コストは、被用者間で共有されているため、事業主負担分も含めて保険料の一部負担という形で、独身、共働き世帯から専業主婦世帯への所得移転が発生していることになる。一方、労働者への後転がない場合は、3号被保険者制度や健康保険の被扶養者制度によつて、専業主婦世帯を雇用割合の高い企業の投資家や消費者がその費用を負担することになる。

II. 分析のフレームワーク

1) 社会保険料の帰着について

法律上、社会保険料の負担が事業者であっても、雇用者であっても、あるいは労使で折半負担しても、雇用と実質賃金になんら影響を与えないということはよく知られている。

図1で、社会保険料を負担する前の均衡点をAとする。

ここで、労働1時間あたりの賃金 W に対し、事業主が負担する健康保険保険料を $tf\%$ とする。この社会保険料 T の負担が、法令によって事業主が負担することに定められたとする。この場合、労働需要曲線は左側にシフトし、労働需要は減少する。新しい均衡点は、図1のBへ移る。

このインプリケーションは次のようにまとめることができる⁵。

①事業主負担がすべて実質的に労働者の負担に帰着する条件

- ・すべての生産要素の完全可分性と完全代替性、要素価格の完全な伸縮性と完全競争
- ・実質賃金に関する労働供給が完全に非弾力的であること。

この場合、労働の限界価値生産力は賃金と事業主保険料の合計に等しくなり、事業主負担保険料分はすべて労働者に帰着し（いわゆる後転と呼ばれる）、企業利潤、生産量に何ら影響を与えない

②事業主負担が実質的に企業の負担に帰着する条件

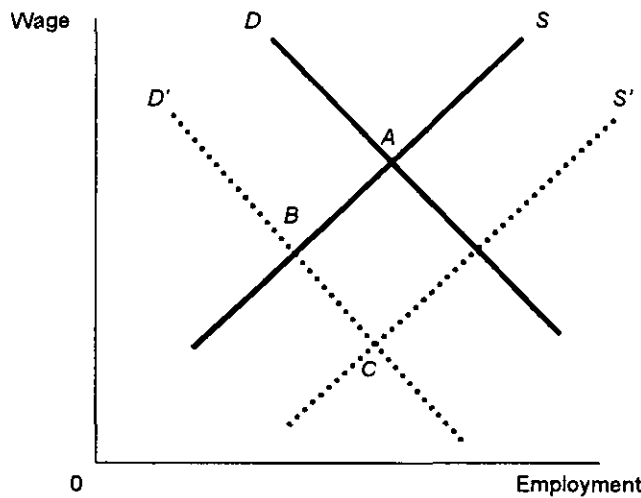
上記の①の2つの条件が満たされないと、たとえば、労働供給が、実質賃金に完全に弾力的ではない場合、生産量が変化し、事業主負担は企業負担となる。しかし、この事業主負担も投資家の負担という形で終わるわけではない。事業主負担の一部は、財・サービス市場において、消費者に転嫁、すなわち前転される可能性もある⁶。

5 地主(1969) 参照。

6 地主(1969) は以下のように指摘している。『労働組合の力が強くなり、労働供給量を自ら調整して保険料徴収後の実質賃金を保険料徴収前の実質賃金の水準に維持することができような場合には、これによって発生する失業と産出量の減少の結果、労働者階級全体の所得は減少し、しかもこの減少額は保険料徴収額よりも大きい。したがって、労使の保険料が全額被用者に帰着する』（『』は筆者という挿入）という主張はきわめて特異な課程に立脚しているといわなければならない。生産要素の完全代替性および完全可分性を課程し、さらに生産要素市場の完全競争性を課程してもそれだけでは労使双方の社会保険料が全額被用者に帰着する主張は成立しない。この主張が成立するためには、上の2つの仮定のほかに労働供給が実質賃金に関して完全に非弾力的であるというもう一つの仮定が必要である。ところがこの仮定がはずされ、生産要素市場に独占的要因が認められることになると、被用者全体帰着論は論拠を失ってしまうのである。」

地主は、労働組合の交渉によって後転が制限されると、価格の転嫁される前転の可能性を指摘している。さらに、生産市場の不完全競争下において、Kaldor(1943)は、前転が社会保険料の事業主負担以上発生していると指摘している。前転の程度は財・サービス市場の需給の価格弾力性に

図1 社会保険料の負担と帰着



2) 給付と負担の対応関係

Summers(1989)は、社会保険が給付と結びついている点に注目し、上記の基本的なフレームワークに給付を考慮した修正を加えた。健康保険料は、それに見合う給付を伴う。もし、雇用者が、社会保険による給付を金銭評価し、保険給付を実質上の賃金上昇と見なすと労働供給曲線は最大で $t f$ の分だけ右にシフトする。この場合、新しい均衡点は図1のCになる。

健康保険料が賃金に与える影響は、雇用者が健康保険料に対する評価に依存する。

III. 先行研究

Payroll Tax や社会保険料の帰着の問題を雇用との関係から扱った実証研究は、時系列データやクロスカントリー研究が中心であった。Holmlund(1983)はスウェーデンにおける給与税の50%は短期において賃金に転嫁しているとしている。Gruber, K., and A. B. Krueger (1991)は、米国における産業別の雇用者補償保険(Workers' Compensation Insurance)の保険料率のデータを使った分析を行っており、事業主負担の変化は、雇用者側(被保険者側)に賃金減少の形で転嫁されているとしている。さらに、Gruber(1997)は1980年代のチリの社会保険民営化に伴い、payroll tax は雇用者に転嫁されていると結論づけている。

Anderson and Meyer(2000)は、アメリカの失業保険の保険料の転嫁と帰着について分析を行っている。1985年より、各企業に適用される保険料率が、過去の保険給付実績によ

依存する。Musgraw and Carroll(1953)は事業主負担の2/3は前転、1/3は後転されていると仮定している。前転、後転の割合は、企業の直面している労働市場、財・サービス市場、資本市場の環境に依存している。

って異なるように設定された⁷。Anderson and Meyer は制度改革が行われた1984年から85年のデータを使って失業保険の帰着について分析を行い、失業保険料負担が労働者の賃金低下という形で転嫁されていることを確認している⁸。

このように、程度の差はあるが、社会保険の事業主負担のかなりの部分が労働者に転嫁しているとするのが多くの先行研究の結論である。

これに対し、Tachibanaki and Yokoyama (2001)は日本の産業別データより、事業主負担は雇用者に帰着していないとしている。

IV. 分析のための理論モデル

1) 医療保険制度と介護保険制度

本論文では、健康保険組合の保険料データを使って分析する。最初に日本の医療保険制度について簡単に説明する。

日本の公的医療保険は、①国民すべてが加入する皆保険であること、②加入すべき保険は、職業別に決まっている。非雇用者は市町村の提供する医療保険に加入し、大企業の雇用者は、企業単位に設置される健康保険組合の提供する医療保険に加入する。中小企業の雇用者は、政府が直接経営する政府管掌健康保険に加入する。

ここでは、本論文が扱う健康保険組合について述べる。健康保険組合は、雇用者本人とその家族に対して医療保険サービスを提供する。医療保険料は、雇用者本人とその家族の給付と老人保健拠出金を賄うように、計算される。各健康保険組合の保険料は、その加入者と家族の医療費によって異なる。保険料率は各組合の医療費は加入者の賃金の合計で割った率となる。労働者が支払う保険料は賃金×保険料率×本人負担割合となり、企業が支払う保険料は賃金×保険料率×企業負担割合となる。本人負担割合と企業の負担割合は医療保険保険料は、法律上は労使で半分ずつと負担することを原則としながら、労使の協議によって負担割合を変えることができる。

2000年より、介護保険が導入され、この費用は、40歳以上の被用者が医療保険に上

⁷ Experience rating と呼ぶ。解雇された従業員が失業給付を受ければ受けるほど、当該企業の負担する料率が高くなる。

⁸ 一方、Card and Levine (2000)は、デンマークの労働者と企業からなるパネルデータを使用し、全く逆のアプローチで分析を行っている。デンマークでは年金、医療といった社会保障の給付の財源を一般所得税に依存しているが、Card and Levine は、課税による手取り賃金の低下により労働供給曲線がシフトする点、家族構成や住所によって各労働者の限界税率が異なる点に着目した分析を行い、労働者が負担する所得税の一部が賃金引き上げという形で企業に転嫁されていることを確認している。このことは、社会保障などの費用が、名目上完全労働者負担という形になって実質的には、企業にも転嫁されることがあり、その程度は労働需給の弾力性に依存するということと整合的である。

乗せする保険料によって賄われる。

2) 理論式

Gruber(1997)の提示したモデルにしたがって分析を進める。

$$\text{labour demand: } L_d = f_d(W \times (1 + tf)),$$

$$\text{labour supply: } L_s = f_s(W \times (1 - a \times te) + q \times W \times tf),$$

ここで

W は賃金率である。

tf は事業主負担の健康保険料率

te は本人負担の健康保険料率

q は労働者が企業負担分をどの程度給付につながっていると評価しているかを示す係数で0から1の間をとる。

a は労働者が自ら負担するの健康保険料率をどの程度給付と関連づけて評価しているかを示す係数である。自ら負担する健康保険料を全く給付と関連づけず、税としてしか評価していない場合は1、あたかも私的保険料と同等にそれに見合う給付と関連づけてと評価している場合は0となる。

$$\frac{dW}{W} / dtf = \frac{\eta^s \times q - \eta^d}{\eta^d - \eta^s \times (1 - a \times te)}$$

ここで、 η は、労働需要・供給の弾力性を各々表すとする。

もし、供給曲線が垂直となってる場合、すなわち供給の弾力性が需要の弾力性に比較してきわめて小さい場合は、 -1 に接近する。

以下の4通りの組み合わせがある。

ケース1

$$q = 0, a = 0$$

事業主の負担した健康保険料の給付を評価せず、雇用者本人が負担している保険料に見合う給付があると本人が評価している場合。

ケース2

$$q = 0, a = 1$$

事業主の負担した健康保険料部分の給付を評価せず、雇用者本人が負担している保険料に見合う給付もないと評価している場合。

ケース3

$$q = 1, a = 0$$

事業主の負担した健康保険料部分の給付を評価して、雇用者本人が負担している保険料に見合う給付があると本人が評価している場合。

ケース4

$q=1$ 、 $a=1$

事業主の負担した健康保険料部分の給付を評価して、雇用者本人が負担している保険料に見合う給付もないと評価している場合。

健康保険がどれに該当するかを考えよう。通常、健康保険は、医療費の一部の補償を行うため、賃金比例での保険料と給付が見合うのかという疑問が生まれる。しかし、健康保険が購入するサービスは「確実性」である。所得の高い者ほど、病気になったときの所得の落ち込みは大きく、したがって、より高い「確実性」が必要になることを考えれば、所得が高いほど、より医療保険サービスを楽しんでいると考えられる。

実際に、健康保険には、傷病手当金がある。労働者が、病気やけがのために働くことができない場合、賃金の6割に相当する所得保障が行われるため、所得が高いほど高い給付を受給できる。この金額は2000年で、給付一件あたり、約19万円となっている。

さらに、健康保険は家族の医療費の補償を行う。一般的に、賃金の高い者ほど、扶養家族は多い傾向があり、健康保険組合は家族に対しても給付を出すのだから、より高いサービスを得ていると考えることができる。

したがって、労働者本人負担分については、労働者は保険料として評価しているであろう。また、保険料の費用の半分を負担している企業負担分も自らの保険サービスの給付の費用であると考えよう。

この場合、ケース3のように $=1$ 、 $=0$ となり、

$$\frac{dW}{dw} / dtf = -1.$$

となる。

q が大きくなるほどは、この値は大きくなる。

推計式は、次のようになる。

$$W = f(tf, X)$$

個別要素 X を調整したうえで、 tf の変化に対し W がどのように変化するか測定する。

さらに、日本の健康保険と介護保険の影響を分析するが、健康保険は医療保険サービスを受けることができるため、ケース3との状況であると想定され、一方、介護保険は介護保険サービスの対象者が65歳以上を基本としているため給付が期待されないためケース2の状況と想定される。

したがって、推計される変化に対する W の変化の影響が、健康保険（ケース3）より介護保険の方が、大きければ、上記の理論モデルが成立していると考えられる。

V. 実証分析

1) データ

本論文で使用するデータは、健康保険組合連合会が報告した「健康保険組合の現況」、「健

「健康保険組合事業年報」である。これらデータは、健康保険料率、事業主負担保険料率、標準報酬、雇用者数、介護保険料率、事業主負担介護保険料、平均年齢といった数値を含んでいる。本分析で使用した基本統計量については、参考資料を参照せよ。

上記データを1995年から2001年度まで集め、1670組合の7年分をクロスセクション、時系列データ化（パネル化）した。ただし、介護保険は2000年4月に導入されたため、データセットは1643組合、2年分となっている。

図2は健康保険の事業主保険料の分布を、図3は平均報酬の分布を示している。

図4は健康保険の対数をとった事業主保険料と平均報酬の相関を示している。

図5は介護保険の事業主保険料の分布を、図6は介護保険対象者の平均報酬の分布を示している。

図7は介護保険の対数をとった事業主保険料と平均報酬の相関を示している。

このデータを推計は、健康保険と介護保険をわけて行った。推計方法は、プールしたOLSモデル、ランダム効果モデル、固定効果モデルで行い、Breush-Pagan test Hausman testで最終的な推計結果の選択を行った。

図2 健康保険の事業主保険料の分布

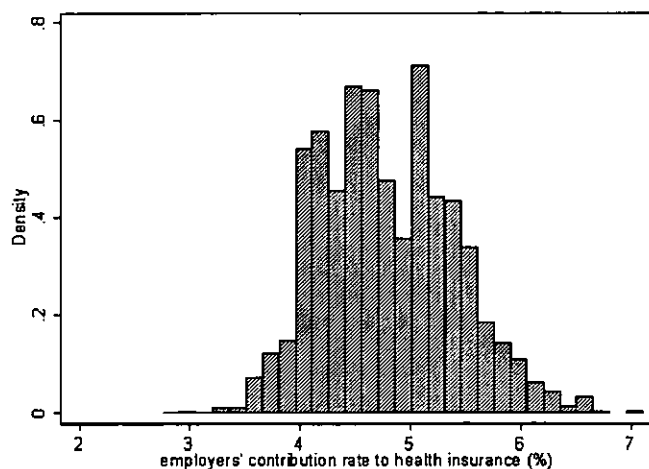


図3 平均報酬の分布

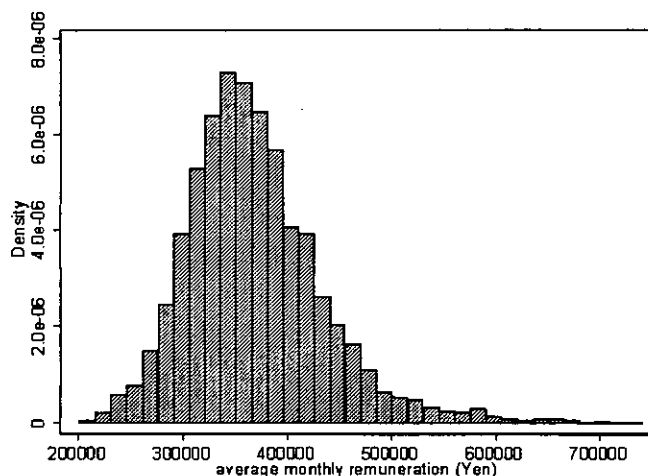


図4 健康保険の事業主保険料と平均報酬の相関

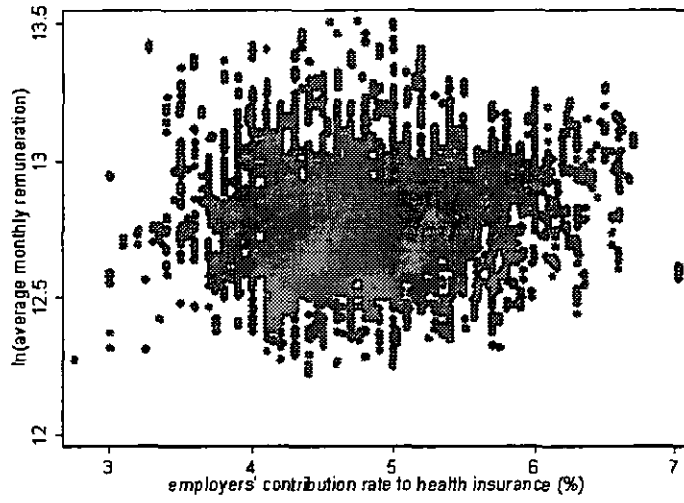


図5 介護保険の事業主負担の保険料の分布

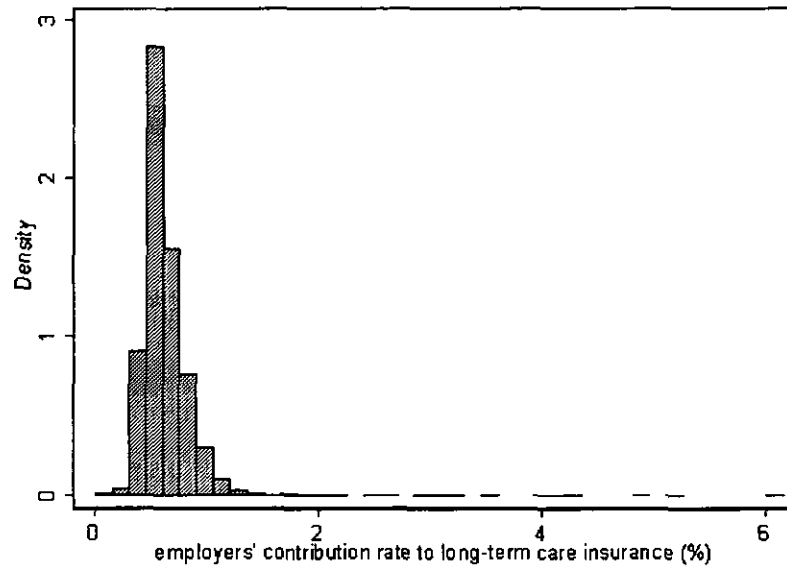


図6 介護保険被保険者の報酬の分布

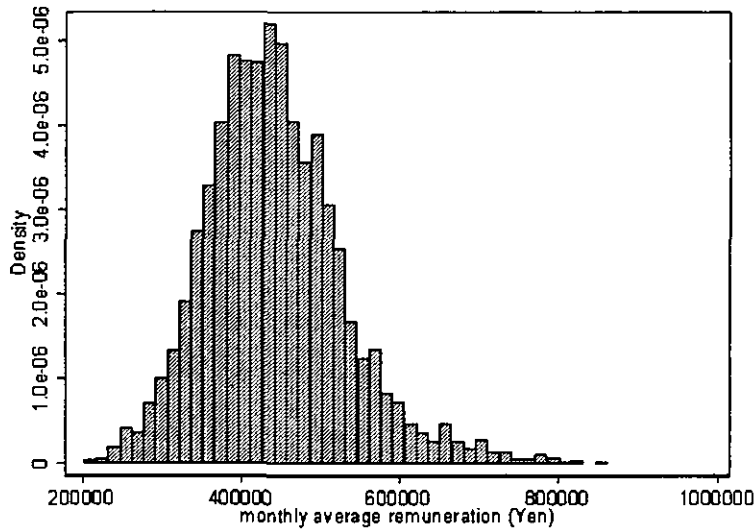
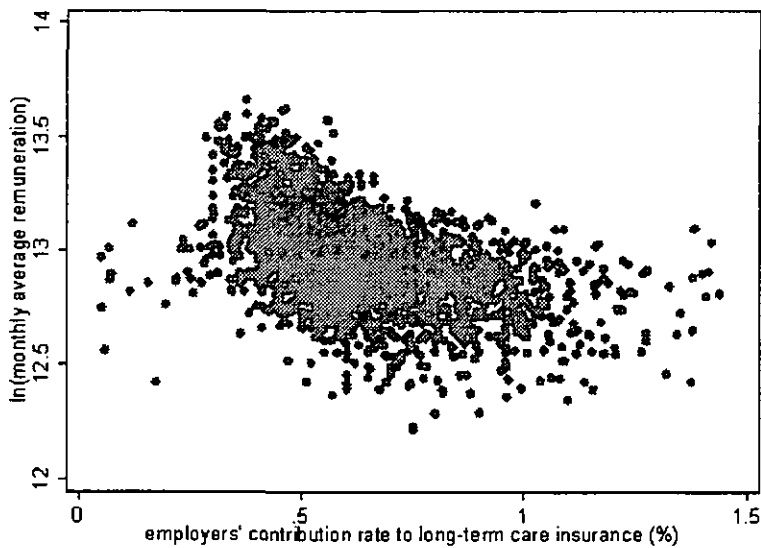


図7 介護保険の事業主保険料と平均報酬の相関



2) 健康保険料の推計

下記のような標準報酬に事業主保険料率が与える影響について推計する。

$$w_{it} = \alpha + x_{it}\beta + v_i + \varepsilon_{it}$$

ここで

w_{it} = i 健康保険組合の t 年の報酬額

x_{it} = i 健康組合、 t 年の被保険者の平均年齢、事業主負担、被保険者数

v_i = 各健康保険組合の特定できない要素

ε = 攪乱項 (平均値ゼロ、自己相関、 x 、 v との相関なし)

(1) プールOLS、(2) 変量効果モデル⁹、(3) 固定効果モデルの3種類の推計方法が選択可能である。固定効果モデルと変量効果モデルは推定方法が異なり、どちらで分析するかは、検定によって判断する。

3) 推計結果

表1は健康保険の推計結果である。Breush-Pagan test、Hausman test から変量効果モデルによる推計結果を採用する。健康保険料の事業主負担1%の上昇は、賃金0.5%程度の低下になることがわかる。

表2は介護保険の推計結果である。Breush-Pagan test、Hausman test から固定効果モデルによる推計結果を採用する。推計結果より、介護保険の事業主保険料率は有意に報酬に影響を与えていないことが確認できた。

VI. 政策的なインプリケーション

以上、健康保険の事業主負担と介護保険の事業主負担の帰着の問題を分析した。この結果、健康保険の事業主負担は賃金低下という形で労働者に帰着していることが確認できた。これまで Tachibanaki, T., and Y. Yokoyama (2001) は、事業主負担は労働者に帰着していないという分析を行っていたがこれとは異なる結果になった。Tachibanaki, T., and Y. Yokoyama (2001) は、医療、年金、雇用保険といった社会保険料すべてを対象にし、10産業分類の27年間のデータに基づいて分析しているが、本研究は、健康保険組合の個別でデータを使用した。データセットや事業主対象の違いが異なる結果になった原因であろう。一方、介護保険では、事業主負担が労働者に帰着しているという効果を確認できなかった。これは両方の保険の性格が異なる点に原因があると考えられる。健康保険は雇用者本人が給付との関連性が強いと認識しており、理論モデルで見たが1に近いと考えていれば、その分だけ労働供給曲線が右にシフトし、図1の均衡点Cとなって、賃金低下につながっている可能性である。一方、介護保険は、雇用者本人の受給にはつながらず、高齢者介護のための事実上の目的税に近いのが小さく労働供給曲線のシフトはほとんどなく図1のBにとどまり、賃金低下がほとんど観測できないことになった可能性が高い。

このように社会保険の事業主負担が、どの程度賃金低下という形で帰着するかは、労働供給曲線、需要曲線の弾力性ととともに、労働者が、事業主負担と給付の関連性をどのように評価しているかに依存する。高齢化とともに社会保険料が上昇し、見かけ上、法律上の事業主負担が上昇するが、その帰着は社会保険の性質によって異なる可能性を示唆している。

⁹ 変量効果モデルは定数項は観測されない確率変数であり、攪乱項の一部と仮定し、固定効果モデルは定数項を未知のパラメーターと考えている。

本研究では、社会保険の事業主負担分の帰着は、労働需要曲線、供給曲線の弾力性だけではなく、各社会保険の持つ給付と負担の対応関係にも依存することがわかった。

したがって、年金の世代間移転の議論におけるように、一概に事業主負担を実質的には労働者の負担と考えることは正しくない。

また社会保険制度において負担と給付の関係が密接であるほど、あるいは、そのような制度改革を行うと労働者は事業主負担によって手取り賃金の伸びが抑制されることを受け入れる余地が出てくることも示唆している。

参考文献

大石亜希子(2001)『年金と家計の経済分析』駒村康平・渋谷孝人・浦田房良著 東洋経済新報社、2000年(書評)『季刊社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所, 36巻4号(通巻151号), 2001/03, pp.577-580.

小島晴洋(2003)「イタリアの年金改革」連合総合生活開発研究所『欧米6カ国における年金制度改革の現状と課題』.

駒村康平・渋谷孝人・浦田房良著(2000)『年金と家計の経済分析』東洋経済新報社.

地主重美(1969)「社会保障は再分配に貢献したか」『社会保障と所得再分配』社会保障研究所.

David Card, Phillip B. Levine(2000), Extended benefits and the duration of UI spells: evidence from the New Jersey extended benefit program., Journal of Public Economics 78.

Gruber, J., and A. B. Krueger [1991] "The Incidence of Mandated Employer-provided Insurance: Lessons from Workers' Compensation Insurance," D. Bradford (edited), Tax Policy and the Economy, vol.5, National Bureau of Economic Research.

Gruber, J. [1997] "The Incidence of Payroll Taxation: Evidence from Chile," Journal of Labor Economics, vol.15, no.3, pt2:s72-101.

Filer, R., D. Hamermesh and A. Rees [1996] The Economics of Work and Pay, Harper Collins.

Kaldor, N (1943) ., The Beveridge Report: The Financial Report, Economic Journal.

Musgrave, R. and Carroll, J. J. et. al, Distribution of Tax payments by Income Groups, National Tax Payments by Income Groups, National Tax Journal, March 1953, P.23.

National Federation of Health Insurance Societies (Kenporen) [1997-2002]

Patric M. Anderson, Bruce D. Meyer(2000), The effects of the unemployment insurance payroll tax on wages, employment, claims and denials, Journal of Public Economics 78.

Present Status Report on Society-managed Health Insurances (Kenko Hoken Kumiai no Gensei). [2001-2002] Annual Report on Society-managed Health Insurance