

る。

企業は、後払い賃金契約から得られる利益がスポット・マーケット契約を上回る限りにおいて、つまり次式が正の値をとる限り、後払い賃金契約を採用し続けるだろう。

$$E(\pi_c - \pi_s) = q(h - W_2) - W_1 + W_s + m \quad (\geq 0). \quad (9)$$

企業の存続確率 q が変化することで長期契約を結ぶメリットがどのように変化するか見するために、(9) 式を q で偏微分する。

$$\frac{\partial E(\pi_c - \pi_s)}{\partial q} = h - W_2 - q \frac{\partial W_2}{\partial q}. \quad (10)$$

ここで、労働者が「働く」か「怠ける」かの意思決定において無差別であるとき、すなわち(3)式の等号条件が成り立っているとすると、

$$U(W_1 + W_2^*) - U(W_1) = \frac{1}{q} \left(\frac{s}{p} - l \right) \quad (11)$$

であるから、(11)式を q で微分することで $\partial W_2 / \partial q$ が求められる。

$$\begin{aligned} U'(W_1 + W_2^*) \cdot \frac{\partial W_2^*}{\partial q} &= -\frac{1}{q^2} \left(\frac{s}{p} - l \right) = -\frac{1}{q} \left\{ \frac{1}{q} \cdot \left(\frac{s}{p} - l \right) \right\} \\ &= -\frac{1}{q} \{ U(W_1 + W_2^*) - U(W_1) \}. \end{aligned} \quad (12)$$

(10)・(12)式より、

$$\frac{\partial E(\pi_c - \pi_s)}{\partial q} = h - W_2^* + \frac{U(W_1 + W_2^*) - U(W_1)}{U'(W_1 + W_2^*)} > 0 \quad (13)$$

(13)式は常に正の値をとることから³、企業の存続確率が下がれば（他の条件を一定として）企業にとって後払い賃金契約の魅力が薄れることを意味している。後払い賃金の相対的な大きさを決定付ける要因が何なのか知るためには、より直接的には(11)式を見ればいい。

(11)式より、企業が存続し続ける可能性が低ければ、後払い賃金額が多いことがわかる。企

³ 詳細は補論を参照。

業が将来まで存続していない可能性が高まると、労働者にとっては後払い賃金をもらえる可能性が低くなるので「割り引く」のである。また、怠業からの利得が大きいような場合に後払い賃金は大きくなり、怠業の見付かる確率が大きいとき、スティグマ効果が大きいとき、後払い賃金額は小さくなる。

(9) 式が負値を取らない限りにおいて、企業は後払い賃金契約を採用する。だが、後払い賃金を採用するメリットがスポット・マーケット契約より小さくなるようなことがあれば、企業は後払い賃金契約を放棄することになる。パートタイマー等の非正規雇用は典型的なスポット・マーケット契約の雇用形態であるとみなすことができる。この含意は、負債が高く倒産リスクに晒されている企業ほど、非正規雇用が多く、企業年金の提供も少ないという事実を見出した Hanka(1989)の実証結果と整合的である。それでは、市場環境の激化によって企業の存続確率に変化が生じたとき、企業が後払い賃金契約を放棄するタイミングはどうなるのか？ 次に、職種や産業によって後払い賃金契約のメリットは異なるのかどうか検討する。

・後払い賃金契約からスポット・マーケット契約に切り替わるタイミング

企業の存続確率が著しく低下すれば、企業にとって後払い賃金契約を維持し続けるメリットは少なくなり、ある時点でスポット・マーケット契約に切り換えなければならなくなる。だが職種や産業によって、この断念するタイミングが異なるということはないのか？ ある職種ではモニタリング・コストが著しくかかるために、たとえ企業の存続確率が下がったとしても後払い賃金による賃金契約を維持し続けるメリットが大きいものに対して、ある職種では後払い賃金契約をしたところで労働者の人的資本はあまり大きく増えないので（後払い賃金契約から）早急に非正規雇用のようなスポット・マーケット契約に切り換えた方が得策だということもあるかもしれない。

企業にとって2つの賃金戦略が無差別であるとき、(9)式は0となるので、

$$q^{**} \cdot (W_2(q^{**}) - h) = W_s - W_1 + m. \quad (14)$$

上式の両辺を m で微分すると、(15)式が得られる。

$$\frac{\partial q^{**}}{\partial m} \left\{ W_2(q^{**}) + q^{**} \cdot \frac{\partial W_2}{\partial q^{**}} - h \right\} = 1 \quad (15)$$

従って、

$$\frac{\partial q^{**}}{\partial m} = \frac{1}{W_2(q^{**}) + q^{**} \cdot \frac{\partial W_2}{\partial q^{**}} - h} < 0. \quad (16)$$

(16)式で、分母のなかのはじめの2項は既に分析したように負の値をとる。怠業を取り締まるのに必要となるモニタリング・コストが高ければ高いほど、後払い賃金契約からスポット・マーケット契約へ切り換える「閾値」は低いことを示している。つまり、モニタリング・コストが高ければ、企業は存続確率が下がっても後払い賃金契約を維持し続ける可能性が高い。

人的資本蓄積の程度の違い(h)が、存続確率が低下した際、後払い賃金契約からスポット・マーケット契約に切り換えるタイミングに違いをもたらすのかということに関しても同様に分析することができる。再び、(14)式を書き改め

$$q^{**} \cdot W_2(q^{**}) = q^{**} \cdot h + (W_s - W_1) + m. \quad (17)$$

(17)式の両辺を今度は h で微分すると、

$$\frac{\partial q^{**} W_2(q^{**})}{\partial h} = \frac{\partial q^{**}}{\partial h} \cdot \left\{ W_2(q^{**}) + q^{**} \cdot \frac{\partial W_2}{\partial q^{**}} \right\} = q^{**}, \quad (18)$$

$$\frac{\partial q^{**}}{\partial h} = \frac{q^{**}}{W_2(q^{**}) + q^{**} \cdot \frac{\partial W_2}{\partial q^{**}}} < 0. \quad (19)$$

後払い賃金契約を結ぶことで労働者の人的資本投資へのコミットが促され、生産量の増大が著しく大きくなるような職種では、後払い賃金契約からスポット・マーケット契約に切り換える閾値が低くなる。すなわち、そのような職種については、企業の存続確率が下がっても、後払い賃金契約を維持し続ける可能性が高い。

以上の考察を要約すると、

1) 労働者のモニタリングが困難であればあるほど、存続確率が下がっても企業は後払い賃金契約を維持し続ける可能性が高い、

2) 長期契約（後払い賃金契約）にすることで労働者の人的資本蓄積が大きければ大きいほど、存続確率が下がっても企業は後払い賃金契約を維持し続ける可能性が高い。

以上のような理論モデルによる分析の前提としているところが、日本企業が現実に行っている退職金制度と整合的であるか、最後に簡単に見てみることにする。

・ Curme-Kahn モデルに基づく日本企業の退職金制度の解釈

分析モデルの一つのエッセンスは、怠業が発覚した場合、後払い賃金が受け取れなくなるという点にあった。一般に退職一時金は[算定基礎給×支給率×退職事由による係数]という算定式によって計算される。このうち、まず「算定基礎給」には退職時の基本給が用いられる。基本給は勤続年数が長いほど高くなる傾向にあるから、退職一時金は勤続年数が長い労働者ほど大きくなる傾向にある。次に「支給率」も勤続年数が長いほど、高くなるよう設定されている。「退職事由による係数」は、定年退職や会社都合によって離職する場合に有利に設定されており、自己都合の場合には低くなるようになっている（今野・佐藤, 2001）。特に日本の制度においては懲戒解雇の際には退職金を不支給にすることが認められており、一端発生した受給権を使用者が没収できない米国の制度よりもインセンティブ理論に忠実な制度となっている（大竹, 2001）。

上のモデル分析によって、退職金制度を有するかどうかにかかわらず企業規模間で格差があるという事実も説明することが可能であろう。小規模の企業は一般に市場から退出してしまう可能性が高く、後払い賃金によって労働者を動機付けるには効率的でない。大企業は将来も長期にわたって存続する可能性が高く、後払い賃金が有効に機能する。

また、他の企業属性、たとえば産業によって退職金制度を有する企業の割合が異なるといった事実も上のモデルで説明が可能かもしれない。ある産業では、労働者をモニタリングしやすいのに対して、別の産業では労働者のモニタリングに著しいコストがかかる。一労働者の努力と生産量が密接にリンクし、それらが観察可能であるような業種については、退職金制度のような後払い賃金はインセンティブを与える仕組みとしてあまり有効ではないかもしれない。一方で、たとえばチームワークを基本とし、アウトプットが即座に測定できないような業種では、労働者が怠けているかどうか外からではわかりにくく、賃金を後払いにすることが労働者を努力させるインセンティブとして機能する。

モデルのもう一つの重要な帰結として、後払い賃金契約が効率的でない企業ではスポット・マーケット契約で代替するということがある。スポット・マーケット的な労働契約で

あると考えられるパートタイマーをはじめとする非正規雇用と退職金制度がトレードオフの関係にあることが予想される。実は、表 2 ではパートタイマー使用の有無やアウトソーシングの有無といった変数でもコントロールしている。しかし、予想に反して、パートタイマーなどを使用する企業ほど退職金制度を有する確率が有意に高いという結果になっている。

5. まとめに代えて

本稿では、退職金制度を「後払い賃金契約」として捉えることで、企業ごとに異なる退職金制度の厚薄を説明できるか試みた。退職金制度を「後払い賃金契約」というインセンティブ・スキームとして解釈する考え自体は旧くからあった。しかしながら、企業の存続確率という要素や人的資本蓄積の速度といった要素を組み込み、それらに変化することで退職金制度を含む企業の報酬戦略がどのように変わるのか検討したものは少なかったと思われる。本稿の分析は、概ね日本企業の退職金制度の現状とその趨勢に整合的なものであると考えるが、今後 より網羅的なマイクロ・データを用いるなどして実証的な検証が必要となろう。

6. 補論 (13)式の証明

$W_1 < c < W_1 + W_2^*$ となるような c について下記の式が成り立っている。

$$U'(c) = \frac{U(W_1 + W_2^*) - U(W_1)}{W_2^*} \Rightarrow W_2^* = \frac{U(W_1 + W_2^*) - U(W_1)}{U'(c)}.$$

$U(\cdot)$ は strictly concave なので、 $U'(W_1 + W_2^*) < U'(c)$ が成り立つ。よって、

$$\frac{U(W_1 + W_2^*) - U(W_1)}{U'(W_1 + W_2^*)} > W_2^*.$$

[参考文献]

Bernstein, D., 2002, "Fringe Benefits and Small Businesses: Evidence from the Federal Reserve Board Small Business Survey," *Applied Economics* 34: 2063-2067

Borjas, G., 2005, *Labor Economics Third Edition*, McGraw-Hill Irwin

Curme, M., and L., Kahn, 1990, "The Impact of the Threat of Bankruptcy on the Structure of Compensation," *Journal of Labor Economics* 8(4): pp.419-447

Dennis, W., 2001, "Wages, Health Insurance and Pension Plans: The Relationship Between Employee Compensation and Small Business Owner Income," *Small Business Economics* 15: 247-263.

Freeman, R., 1981, "The Effect of Unionism on Fringe Benefits," *Industrial and Labor Relations Review* 34(4): 489-509

Hanka, G., 1998, "Debt and the Terms of Employment," *Journal of Financial Economics* 48(3): 245-82

今野浩一郎・佐藤博樹, 2002, 『人事管理入門』日本経済新聞社

大竹文雄, 2001, 「退職金・企業年金のポータビリティ—経済学の見地から」『日本労働研究雑誌』No.489 pp.58-59

清家篤, 2003, 「ラジアー『定年はなぜあるのか?』」『日本労働研究雑誌』No. 513 pp.12-15

表1 産業・企業規模別 退職金制度の導入状況

(単位：%)

産業・企業規模	全企業	退職給付制度がある企業					退職給付制度がない
		計	退職一時金制度のみ	退職給付(年金)制度のみ	退職一時金と退職給付(年金)制度の併用		
調査産業計	100.0	86.7	(100.0)	(46.5)	(19.6)	(33.9)	13.3
(企業規模別)							
1,000人以上	100.0	97.1	(100.0)	(11.0)	(19.1)	(69.9)	2.9
100～999人	100.0	91.0	(100.0)	(31.6)	(22.9)	(45.5)	9.0
300～999人	100.0	95.7	(100.0)	(22.7)	(26.4)	(50.9)	4.3
100～299人	100.0	89.5	(100.0)	(34.7)	(21.6)	(43.7)	10.5
30～99人	100.0	84.7	(100.0)	(54.1)	(18.3)	(27.7)	15.3
(産業別)							
鉱業	100.0	82.3	(100.0)	(49.8)	(11.6)	(38.6)	17.7
建設業	100.0	92.3	(100.0)	(42.2)	(18.8)	(39.0)	7.7
製造業	100.0	91.4	(100.0)	(43.8)	(22.7)	(33.5)	8.6
食料品・たばこ製造業	100.0	91.8	(100.0)	(54.1)	(21.6)	(24.3)	8.2
繊維工業	100.0	85.3	(100.0)	(51.7)	(23.3)	(25.0)	14.7
衣服・その他の繊維製品製造業	100.0	72.2	(100.0)	(52.4)	(24.4)	(23.1)	27.8
木材・木製品製造業	100.0	94.7	(100.0)	(57.1)	(23.1)	(19.8)	5.3
家具・装備品製造業	100.0	84.8	(100.0)	(50.6)	(33.6)	(15.9)	15.2
パルプ・紙・紙加工品製造業	100.0	99.4	(100.0)	(50.6)	(16.5)	(32.8)	0.6
出版・印刷・同関連産業	100.0	97.6	(100.0)	(55.8)	(17.5)	(26.7)	2.4
化学工業	100.0	96.6	(100.0)	(28.3)	(20.6)	(51.1)	3.4
石油製品・石炭製品製造業	100.0	96.8	(100.0)	(24.5)	(18.5)	(56.9)	3.2
プラスチック製品製造業	100.0	95.1	(100.0)	(33.9)	(20.4)	(45.6)	4.9
ゴム製品製造業	100.0	89.8	(100.0)	(45.3)	(23.4)	(31.3)	10.2
なめし革・同製品・毛皮製造業	100.0	87.3	(100.0)	(47.2)	(32.5)	(20.4)	12.7
窯業・土石製品製造業	100.0	92.3	(100.0)	(46.2)	(24.4)	(29.3)	7.7
鉄鋼業	100.0	93.3	(100.0)	(35.9)	(14.3)	(49.7)	6.7
非鉄金属製造業	100.0	96.9	(100.0)	(35.8)	(19.1)	(45.1)	3.1
金属製品製造業	100.0	97.0	(100.0)	(53.0)	(19.8)	(27.2)	3.0
一般機械器具製造業	100.0	98.4	(100.0)	(32.8)	(20.6)	(46.6)	1.6
電気機械器具製造業	100.0	85.2	(100.0)	(33.7)	(30.6)	(35.7)	14.8
輸送用機械器具製造業	100.0	91.4	(100.0)	(35.3)	(26.5)	(38.2)	8.6
精密機械器具製造業	100.0	92.8	(100.0)	(44.1)	(17.0)	(38.9)	7.2
武器・その他の製造業	100.0	93.0	(100.0)	(41.0)	(27.4)	(31.6)	7.0
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	97.9	(100.0)	(22.1)	(15.3)	(62.6)	2.1
運輸・通信業	100.0	71.6	(100.0)	(49.8)	(19.0)	(31.2)	28.4
卸売・小売業, 飲食店	100.0	84.0	(100.0)	(45.8)	(18.6)	(35.6)	16.0
卸売業	100.0	89.5	(100.0)	(40.2)	(22.1)	(37.7)	10.5
小売業, 飲食店	100.0	78.3	(100.0)	(52.3)	(14.6)	(33.2)	21.7
金融・保険業	100.0	94.8	(100.0)	(30.6)	(21.5)	(47.9)	5.2
不動産業	100.0	94.2	(100.0)	(58.7)	(15.4)	(25.9)	5.8
サービス業	100.0	85.6	(100.0)	(53.7)	(16.1)	(30.3)	14.4
対事業所サービス	100.0	88.3	(100.0)	(49.4)	(13.6)	(37.0)	11.7
対個人サービス	100.0	81.7	(100.0)	(58.9)	(21.6)	(19.4)	18.3
社会的・公共的サービス	100.0	83.5	(100.0)	(66.0)	(4.8)	(29.1)	16.5

資料出所：厚生労働省「平成15年 就労条件総合調査」

表2. 企業が退職金制度を提供する要因に関するプロビット分析

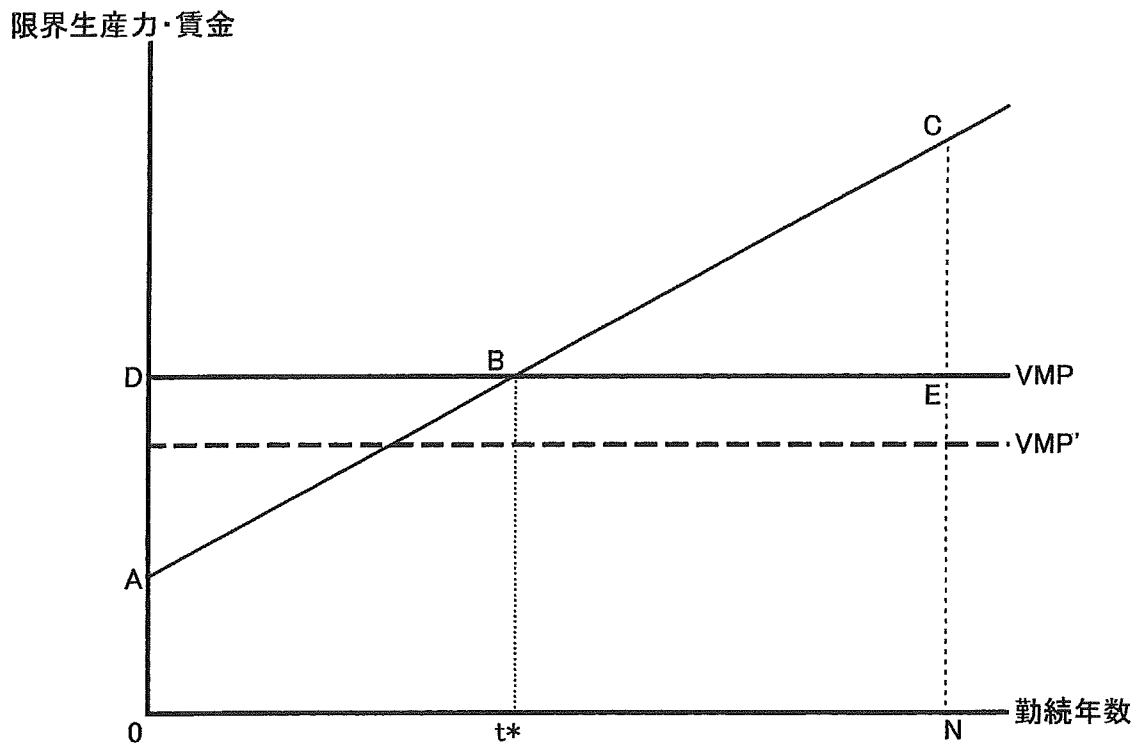
		(1)		(2)	
		被説明変数: なんらかの退職金制度がある		退職金制度があり、且つ勤続年数が受給資格要件になっている	
企業規模		Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
(レファレンス: 中[501~1000人])	小(~500人)	-0.457	0.136 ***	-0.544	0.129 ***
パートタイマー使用	大(1001人~)	0.073	0.129	0.008	0.116
アウトソーシング(業務請負・派遣社員等)使用		0.127	0.129	0.282	0.118 **
業種		0.596	0.130 ***	0.468	0.126 ***
(レファレンス: 製造業)	建設業	0.184	0.329	-0.065	0.267
	電気・ガス・熱供給・水道業	-0.411	0.538	-0.492	0.498
	情報通信業	-0.081	0.307	-0.158	0.263
	運輸業	-0.730	0.217 ***	-0.570	0.207 ***
	卸売・小売業	-0.088	0.171	-0.164	0.157
	金融・保険業	0.070	0.268	0.006	0.233
	不動産業	0.132	0.643	0.412	0.635
	飲食店、宿泊業	-0.273	0.500	-0.355	0.455
	医療・福祉	-0.732	0.186 ***	-0.590	0.178 ***
	教育、学習支援業	-1.571	0.279 ***	-1.623	0.302 ***
	複合サービス事業	-0.940	0.277 ***	-0.870	0.276 ***
	サービス業	-0.312	0.179 *	-0.336	0.166 **
	その他	-0.427	0.415	-0.054	0.411
定数項		0.523	0.173 ***	0.207	0.164
対数尤度		-378.47176			
サンプル数		778			

表3. 法定外福利厚生制度を実施する「目的」と得られた「効果」

	法定外福利を実施する「目的」として答えた企業の割合(%)	
	「目的」として答えた企業の割合(%)	「効果」として得られたと答えた企業の割合(%)
1 従業員の長期定着性の維持・向上	56.9	41.8
2 勤労モラルの維持・向上	48.7	36.6
3 職場での生産性の維持・向上	33.5	23.7
4 従業員の家庭生活安定	52.4	44.1
5 企業の社会的責任	40.0	30.1
6 労使関係の円滑化	42.0	35.7
7 会社に対する貢献へのインセンティブ	17.9	12.3
8 優秀な人材の中途採用	18.0	12.6
9 従業員の創造性の発揮・高揚	18.4	13.1
10 社会保障の補完	31.6	27.0
11 優秀な新卒従業員の採用	30.7	21.9
12 従業員の資産形成の支援	31.1	26.1
13 強い企業文化の形成	11.4	8.0
14 他社との横並びのため	12.9	9.3
15 その他	0.9	0.6
16 特定の目的・効果を認識していない	3.5	2.6

「福利厚生制度に関する調査」より集計。

図1 後払い賃金契約の仕組み



* Borjas(2005)p.460を参考にした。

民間介護保険の実現可能性に関する考察
—米国における民間介護保険に関する先行研究サーベイ—

菊池 潤

(国立社会保障・人口問題研究所)

1. はじめに

2000年の介護保険制度の導入以降、要介護認定者、サービス受給者、介護給付費は増加の一途をたどっている。介護保険料は、3年を1期とする事業運営期間ごとに決定されるが、65歳以上の被保険者である第1号被保険者が支払う保険料(以下、第1号保険料)は、2000年度から2002年度の第1期事業運営期間では月額2,900円であったのに対し、2003年度から2005年度の第2期事業運営期間には月額3,300円まで上昇している。さらに厚生労働省の試算によると、2006年4月以降の第3期事業運営期間における第1号保険料は4,300円にまで達するとされている(厚生労働省「介護保険制度における第1号保険料及び給付費の見直し—ごく粗い試算—」)。このような給付費の増加、第1号保険料の上昇を受けて、財政安定化基金の貸付保険者数は2004年度末で290にのぼっており、全保険者の12.9%にまで達している。

今後、持続可能な保険制度を維持していくためには、給付の見直し、あるいは利用者負担の見直しが避けられない。実際、介護保険法の改正によって、施設サービスにおける食費、居住費等のいわゆるホテルコストの徴収が2005年10月から実施されている。また、2006年4月からは、介護予防をより重視したサービス提供が開始される。さらに、医療保険制度改革との関連では、介護保険適用療養病床の廃止がうちだされ、今後6年間かけて現在13万床ある介護療養型医療施設を有料老人ホームや老人保健施設などへの転換していく方針が示されている。

このような公的介護保険の縮小にともなって、本人、あるいは家族による私的負担は相対的に高まることになる。この拡大する介護リスクへの一つの対策として、民間保険の活用が考えられる。すなわち、公的保険が必要最小限度の介護リスクを保障したうえで、公的保険で保障されない部分に関しては、民間介護保険によってカバーするという考え方である。

民間介護保険は他の先進諸国でも実際に販売が行われているが、中でも米国の民間介護保険に関してはこれまで多くの研究が行われてきた。米国においては、1980年代の前半から民間介護保険の販売が行われてきたが、加入者はいまだ少なく、民間介護保険から支給される給付額も介護費用全体のごくわずかにとどまっている。介護リスクは米国の高齢者が直面している保険でカバーされていない最大の財政リスクの一つであるにも関わらず、民間介護保険が普及しないことは、多くの研究者にとって不可解な現象として捉えられ、

その原因解明を目的とした多くの研究が行われてきた。

本稿では、米国における介護の実態、および民間介護保険の阻害要因について、先行研究を通じて明らかにし、わが国における公的介護保険と民間介護保険の役割分担について考察する。本稿の以下の構成は次の通りである。第2節では、Medicaid および、民間介護保険の現状を中心に、米国における介護政策の実態について述べる。続く第3節では、米国の民間介護保険に関する先行研究サーベイを通じて、民間介護保険の普及を阻害している要因について明らかにする。第4節は本稿のまとめであり、米国の経験から得られるわが国の介護政策に対する含意について述べる。

2. 米国における介護の現状

はじめに、米国における要介護高齢者の実態についてみる。Congressional Budget Office の報告書 (CBO (2004)) によると、65歳以上人口の19%、85歳以上人口の55%が要介護状態にあるとされている¹。これらの要介護高齢者に対する介護の担い手は、多くの場合、配偶者や子供などの親族である。1994年現在では、要介護高齢者の92%が何らかの形で家族介護に依存しており、このうち64%は家族介護のみに依存している。逆に、フォーマルな介護サービスを利用しているのは要介護高齢者の36%であり、このうち28%がフォーマルな介護サービスのみを利用している (CBO, 2004, table 1-1)。

CBO の推計によると、2004年の介護サービス費用は総額1,350億ドルとされており、要介護者1人あたりでみると約15,000ドルに相当する。このうち、最も財政的な負担が大きいのがナーシング・ホーム (以下、NH) である。表1は、1999年現在のNH入所者に関する指標をまとめたものである²。65歳以上のNH入所者は147万人となっており、65歳以上人口の4.3%に相当する。NHへの入所率は年齢とともに上昇し、85歳以上では18.3%にまで達することになる。NH入所者のADLの状況について見てみると、入所者の70%以上が3項目以上で他人の援助が必要な状態にある³。一日あたりの平均入所費用は115ドルであり、年間41,975ドルの費用がかかることになる。また、(NH入所者の) 平均入所日数は885日となっており、NH入所に伴う総費用は平均して101,775ドルにまで達する。

以上の数値は実際にNHへ入所した個人のものであるが、介護リスクという意味では、同時にNHに入所する確率が重要となる⁴。この点に関しては幾つかの研究が行われており、

¹ 要介護状態とは、基本的な身体機能を表す日常生活動作 (Activity of Daily Living, ADL) に含まれる各項目うち、1項目以上で介護が必要な状態と定義されている。また、ADLには、食事摂取、着衣、ベッド・椅子からの移動、室内での移動、入浴、排泄の6項目が含まれている。

² 数値は全て1999年のNational Nursing Home Surveyに基づいている。同調査は全米のNHを対象とした抽出調査であるが、表中の数値は全て抽出率で倍率補正した結果を表している。

³ National Nursing Home Surveyでは、入浴、食事摂取、ベッド・椅子からの移動、排泄、着衣の5つの生活動作が含まれている。

⁴ 本稿では、NHへの入所が必要となる状態に陥り、NH入所費用が発生することを介護リ

表1 NHの利用実態(1999年)

NH入所者数(人)	
65歳以上75歳未満	194,800
75歳以上85歳未満	517,600
85歳以上	757,100
合計	1,469,500
人口100人当たりNH入所者数	
65歳以上75歳未満	1.08
75歳以上85歳未満	4.30
85歳以上	18.25
合計	4.29
ADLの状況(%)	
必要なし	4.1
1項目	6.6
2項目	13.7
3項目	31.1
4項目	33.0
5項目	11.6
合計	100.0
ケアレベル	
skilled care	47.4
intermediate care	47.8
residential care	3.9
その他	0.9
合計	100.0
一日当たり入所費用(ドル/日)	115.1
入所時からの入所日数(%)	
3ヶ月未満	17.6
3ヶ月以上6ヶ月未満	10.0
6ヶ月以上1年未満	15.2
1年以上3年未満	30.4
3年以上5年未満	13.3
5年以上	13.6
合計	100.0
入所時からの平均入所日数(日)	884.7

出所) National Nursing Home Survey (1999)より筆者作成。

注1) 表中のADLの状況は、入浴、食事摂取、ベッドや椅子からの移動、排泄、着衣の5項目のうち何項目で介護・介助が必要かを表している。

注2) その他には、SSIなどのその他公的補助が含まれる。

ある研究では、65歳の個人が将来何らかの形でNHを利用する確率は43%であり、NH入所に伴う期待費用の割引現在価値は2005年価格で65,000ドルに達するとしている。また、NH入所費用の分散は非常に大きく、比較的集中した個人に高額な費用が発生することになるものと考えられている(Grabowski and Gruber, 2005)。このような介護リスクへの対応としては、Medicare、Medicaid、そして貯蓄あるいは民間保険といった私費での対応が行われている。

Medicareは高齢者を対象とした公的医療保険制度であるが、NHに対するMedicareからの給付は限定的なものとなっている。第1に、NHに対するMedicareからの給付は、3日以上入院後での利用に限定されており、給付対象もSkilled Nursing Facility (SNF)におけるサービスのみである。その際には、主治医によってSNFでのサービス提供が必要であることが示されなければならない。また、最初の20日間はMedicareが全額カバーするものの、21日目以降に関しては、一日あたり109.5ドルの自己負担が必要となる(2004年現在)。さらに、SNFに対するMedicareからの給付は最長100日となっている。このように、Medicareが給付対象としているのは基本的に急性疾患等による入院からの回復期医療であり、慢性疾患や老化を原因とする介護には対応していない。

スクと定義して議論を進める。

Medicaid は低所得者を対象とした医療扶助制度であり、ほぼ全ての NH 関連サービスを給付対象としている⁵。高齢者が Medicaid の受給資格を得る方法は次の 3 つに大別できる。第 1 に、Supplemental Security Income (SSI) の受給者には、同時に Medicaid の受給資格が付与される。SSI は所得・資産調査を伴う所得保障制度であり、65 歳以上の高齢者、障害者、および盲人の低所得者を対象としている⁶。所得基準に関しては、毎月の countable income が連邦政府の定める Federal Benefit Rate (FBR) 以下であることが求められており、2006 年現在の FBR は個人の場合月額 603 ドル、夫婦の場合月額 904 ドルとなっている。また、資産基準に関しては、住居や車などを除いた資産額が 2,000 ドル以下（夫婦の場合 3,000 ドル以下）であることが求められる。以上の条件を満たす場合には、FBR と countable income との差額が SSI 給付として支給される⁷。

以上の条件を満たした SSI 受給者には自動的に Medicaid の受給資格が付与される。これらの現物給付を考慮にいと、SSI 受給することとしないことが無差別となる所得水準では、非常に高い限界税率に直面していることになる。このような観点から、多くの州では所得基準に関して二つの特例が設けられている（Grabowski and Gruber, 2005）。

第 1 の特例は、medically needy program と呼ばれているプログラムである⁸。medically needy program は所得基準を満たさないものの医療支出が多額となる個人を対象とした制度である。同プログラムが採用されている地域では、Medicaid の受給資格を決定する際に、所得から医療支出を控除することが認められている。同プログラムの適用が最も多いのが NH へ入所している高齢者である。この場合、Medicaid にとって認められた一定額を除く全額が NH への入所費用に充てられ、不足分を Medicaid が支払うことになる。

第 2 の特例は、special income rule あるいは「300%ルール」と呼ばれるプログラムである⁹。同プログラムは介護が必要な個人に適用可能な制度であり、適用されるためには、Medicaid の NH 給付要件を満たす必要がある。同プログラムを採用する州では、適用所得水準を SSI 給付額の 300%（2006 年現在、月額 1,809 ドル）を上限として設定することができる。同プログラムを通じた受給資格者は、Medicaid の所得基準を上回る額を特別基金

⁵ Medicaid に関しては、Gruber (2000)、CBO (2004)、Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) のホームページ (<http://www.cms.hhs.gov>) などを参照。

⁶ SSI に関しては、Daly and Burkhauser (2003)、Social Security Administration のホームページ (<http://www.ssa.gov>) などを参照。

⁷ 労働所得がある個人に対しては、労働所得から一定額を控除した額の 50% が Countable income として加算される。したがって、SSI 受給者は 50% の限界税率に直面していることになる。

⁸ Medicaid の運営主体は州であるが、medically needy program を採用するかどうかは州によって決定される。2005 年現在では、34 の州とコロンビア特別区において同プログラムが採用されている。

⁹ medically needy program 同様、州のオプションであり、2002 年現在では、38 の州が採用している。

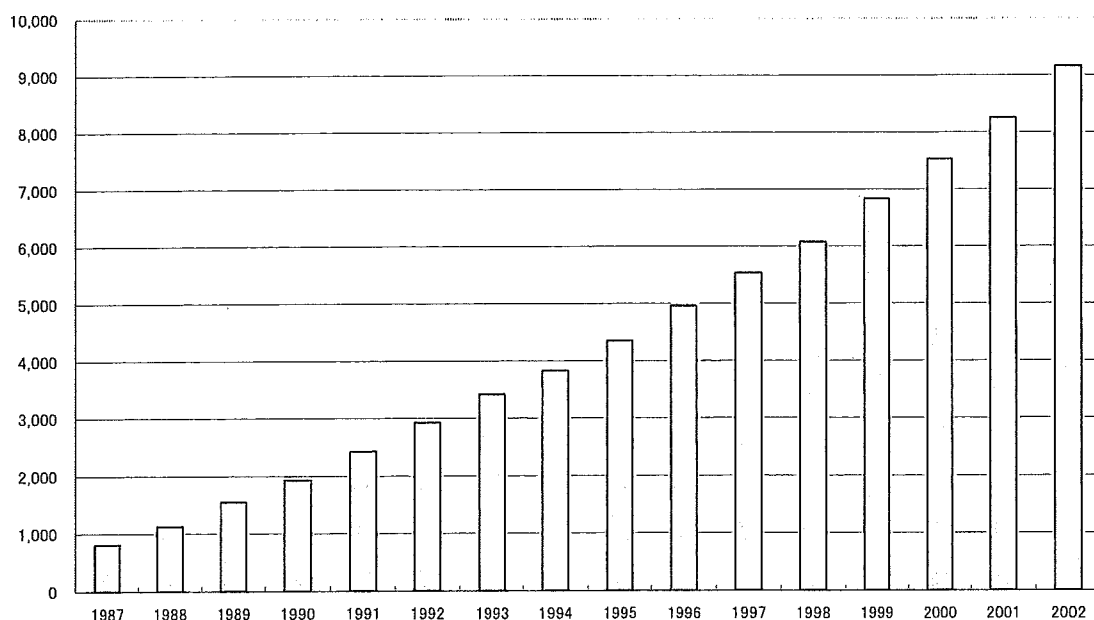
に移し、この特別基金は本人の医療費支払いにあてなければならない¹⁰。

以上の条件を満たした個人に対しては、Medicaid から NH の入所費用が給付されることになるが、当人が Medicare や民間保険に加入している場合には、それらの給付が行われた後に、Medicaid からの給付が行われる。すなわち、Medicaid はセカンダリー・ペイヤーとして位置づけられている。したがって、Medicaid からの給付に対して、追加的な保険を上乘せすることはできない。後述するように、Medicaid のこの特徴が民間介護保険への加入に対して大きな影響を与えていると指摘されている。

このように、米国には全高齢者を対象とした介護リスクに対する公的保険は存在せず、個人による対応が求められている。しかしながら個人による介護リスクへの対応も必ずしも十分とは言えない。CBO (2004)によると、2000年現在で、年収が50,000ドルを超える高齢者は7%にすぎない。また、高齢者のいる世帯の保有資産に関しても、1996年の調査では、約半数の世帯が100,000ドル未満となっている（価格は2000年価格で評価）。

米国における民間介護保険の実態については、Health Insurance Association of America（以下、HIAA）が2002年の新規契約者を対象とした調査を行っている¹¹。図1は米国における民間介護保険の契約者数を表している。1987年から2002年にかけて、契約者数は平均して18%以上の増加率となっており、2002年において契約者数は900万人以上となっている。民間介護保険の契約は個人単位での契約が中心となっているが、近年になって企

図1 累積契約数(1,000人)



¹⁰ 本文中で述べた以外の方法としては、Home and Community Based Services waiver program などがある。ただし、同プログラムは在宅サービスの促進を目的としたプログラムであり、NH の利用は対象外である。

¹¹ 現在の American's Health Insurance Plans (AHIP)。

表2 新規契約者の属性(1999年後半-2000年前半)

	個人契約	55歳以上	集団契約	30歳以上64歳未満
平均年齢	67	69	50	44
年齢(%)				
40歳未満	-	-	13%	34%
40歳以上45歳未満	-	-	12%	18%
45歳以上50歳未満	-	-	18%	16%
50歳以上55歳未満	-	-	24%	13%
55歳以上60歳未満	33%	40%	20%	10%
60歳以上65歳未満	33%	40%	10%	9%
65歳以上70歳未満	27%	16%		
70歳以上75歳未満	19%	15%	3%	-
75歳以上	21%	28%		
性別(%)				
男性	45%	44%	43%	49%
女性	55%	56%	57%	51%
結婚歴(%)				
未婚	4%	4%	16%	13%
既婚	70%	57%	66%	71%
離婚	6%	8%	15%	13%
死別	20%	33%	3%	3%
所得(%)				
\$20,000未満	9%			
\$20,000以上\$25,000未満	8%	46%	2%	22%
\$25,000以上\$35,000未満	19%	14%	5%	12%
\$35,000以上\$50,000未満	22%	13%	11%	17%
\$50,000以上\$75,000未満	42%	27%	26%	22%
\$75,000以上			56%	27%
流動資産(%)				
\$20,000未満	6%	60%	13%	N.A.
\$20,000以上\$30,000未満	5%	9%	4%	N.A.
\$30,000以上\$50,000未満	7%	10%	8%	N.A.
\$50,000以上\$75,000未満	5%	9%	7%	N.A.
\$75,000以上\$100,000未満	6%	6%	5%	N.A.
\$100,000以上\$200,000未満	71%	7%	18%	N.A.
\$200,000以上			45%	N.A.
最終学歴				
Less than high school	5%	27%	-	12%
high school graduate	21%	36%	6%	33%
post high school	27%	18%	21%	27%
college graduate	47%	18%	73%	28%

出所)HIAA(2000)

業単位での集団契約が増えている¹²。特に、近年での契約者数の大幅な増加は、企業単位での集団契約によるところが大きく、2002年の新規契約のうち32%が企業単位での集団契約となっている。

表2は1999年から2000年にかけての新規契約者の基本的な属性をまとめたものである。結果は契約形態別に示してある。先に述べたとおり、従来は個人契約が中心であり、購入層は引退世代に限られていた。しかしながら、企業を通じた集団契約によって少しずつ購入年齢階層は拡大している。表には各グループの比較対象として、55歳以上、および30歳以上64歳未満の全米平均が示してある。これより、集団契約によって、年齢層は拡大しているものの、いまだ高い年齢階層が中心であることが分かる。また、いずれの契約形態でも、介護保険契約者は高所得、高資産、そして教育歴が高い個人に集中していることが分かる。

表3は実際に販売されている民間介護保険の特徴についてまとめたものである。保険料は加入時の年齢、健康状態に依存して決まり、性別は考慮されていない。健康状態は2な

¹² 企業単位での集団契約の場合でも、多くの場合、企業による保険料補助は行われていない。

表3 民間介護保険パッケージ

	個人契約	集団契約
給付対象		
NH	14%	3%
NH・在宅ケア	77%	97%
在宅ケア	9%	-
給付期間(NH)		
1年・2年	17%	10%
3年	23%	
4年	14%	51%
5年	11%	
6年	5%	-
10年	-	39%
終身	30%	
平均給付期間(年)	5.5	6.3
1日あたり給付上限額(NH)		
\$30以下	1%	N.A.
\$31-\$59	5%	N.A.
\$60-\$89	17%	N.A.
\$90-\$119	43%	N.A.
\$120以上	34%	N.A.
平均1日あたり給付上限額(\$)	109	124
給付期間(Home care)		
1年	5%	6%
2年	14%	
3年	22%	
4年	13%	21%
5年	10%	
6年-9年	7%	21%
10年	-	52%
終身	30%	
平均給付期間(年)	5.4	7.6
1日あたり給付上限額(Home care)		
30以下	1%	N.A.
\$31-\$59	8%	N.A.
\$60-\$89	17%	N.A.
\$90-\$119	41%	N.A.
120以上	33%	N.A.
平均1日あたり給付上限額(\$)	106	79
免責期間		
なし	23%	5%
15 - 20日	3%	0%
30 - 60日	16%	39%
90 - 100日	55%	59%
100日以上	3%	0%
percent chosing inflation protection	41%	
simple	17%	-
compund	22%	40%
index to counsumer price index	2%	-
options		48%
保険料(年額)		
\$500	5%	N.A.
\$500 - \$1000	24%	N.A.
\$1000 - \$1500	26%	N.A.
\$1500 - \$2000	18%	N.A.
\$2000 - \$2500	9%	N.A.
\$2,500	18%	N.A.
平均保険料(ドル/年)	1,677	722
percent with Nonforfeiture	<1%	29%
return of premium		2%
shortend benefit		26%
other		1%
none		71%

出所)HIAA (2000, 2001)より筆者作成。

いし 3 つのカテゴリに分類されており、加入時にすでに給付要件を満たしている個人は加入できない。保険料は名目額で固定されており、特別な事由がないかぎり、加入者は契約時の保険料で再契約可能となっている。保険料は個人契約では平均 1677 ドル、集団契約では 722 ドルとなっている。

現在販売されている多くの保険が NH と在宅介護サービスの両方をカバーするものであり、個人契約の場合では 77%が、集団契約の場合では 97%がこのタイプに相当する¹³。多くの民間介護保険は 6 つ ADL 項目のうち 3 項目以上で介護が必要となることを給付要件としているが、その他にも様々な給付制限が設定されている。第 1 に多くの保険が給付要件を満たしてから実際の給付が行われるまでの免責期間を設定しており、いずれの契約形態でも半数以上が 90 日から 100 日の免責期間を設定している。第 2 に、一日あたりの給付上限額が設定されているケースが多く、一日あたり給付上限額の平均は 100 ドル強となっている。第 3 に、給付期間に関しては 10 年、あるいは終身の契約も多いものの、約 4 割は 3 年未満となっている。その他の要素としては、将来介護費用が上昇したときの対応の有無がある。介護保険は契約時から実際に給付が行われるまでの期間が比較的長期にわたる保険であり、物価や技術進歩の影響などで、介護費用が上昇する可能性がある。一方で、給付額の上限は名目額で設定されているために、給付額が目減りしていく可能性がある。このような問題に対して、給付上限額を一定の基準の下で改訂していくオプションが選択可能となっている。加入時の年齢が若いほど介護費用上昇のリスクは高いと考えられ、集団契約では 9 割近くがこのオプションを選択している。

このように、米国には介護リスクに対応した全国民を対象とした公的保険が存在しないだけでなく、民間保険によるリスク分散機能も限定的なものにとどまっている。表 4 は、表 1 で示した NH 利用の実態を、入所者の（調査時点での）主要財源別にみたものである。最も多いのは Medicaid であり、NH 入所者の 57%が Medicaid 受給者である。また、自己負担あるいは私的保険からの給付を受けているものが 25%であり、このうち民間保険の給付が主要財源である個人は 30%にすぎない。

先述したように、NH に対する Medicare からの給付は限定的であり、表 4 からは Medicaid 受給者と Medicare 受給者の利用の違いも分かる。提供サービスについてみると、Medicare 受給者の場合には skilled care が中心であるのに対して、Medicaid では intermediate care が skilled care を上回っている。また、一日あたり入所費用では、Medicare 受給者が Medicaid 受給者を上回り、逆に、平均入所日数では Medicaid 受給者のほうが長くなっている。特に Medicaid 受給者の 33%は 3 年以上、17%は 5 年以上の入所となっており、NH での生活が比較的長期にわたることが分かる。

また、NH の費用が原因となって Medicaid の受給資格を得るケースも少なくない。表 4 の最後には、NH 入所時の主要財源が示されている。これによると、調査時点において Medicaid 受給者である NH 入所者の 37%は入所時には Medicaid 受給者ではなく、自費、あるいは Medicare からの給付で入所費用を賄っていたことが分かる。

2004 年の介護費用の負担割合を見たものが表 5 である。家族介護を除いた場合には、Medicaid が 35%、Medicare が 25%、自己負担が 33%、民間介護保険が 4%となっている。

¹³ 企業単位での集団契約の場合、現在は在宅サービスのみを給付対象とする商品は販売されていない。

表4 NHの利用実態(1999年)

	調査時点での主要財源			
	私費	Medicare	Medicaid	その他
NH入所者数(人)				
65歳以上75歳未満	25,300	33,500	129,100	6,900
75歳以上85歳未満	118,900	82,100	301,600	15,000
85歳以上	225,800	111,800	404,600	14,800
合計	370,100	227,400	835,400	36,700
人口100人当たりNH入所者数				
65歳以上75歳未満	0.14	0.19	0.72	0.04
75歳以上85歳未満	0.99	0.68	2.50	0.12
85歳以上	5.44	2.70	9.75	0.36
合計	1.08	0.66	2.44	0.11
ADLの状況(%)				
必要なし	4.1	4.8	3.4	15.9
1項目	8.1	4.2	6.5	8.5
2項目	12.8	11.7	14.6	12.6
3項目	28.4	28.8	33.2	23.4
4項目	35.1	35.8	31.5	28.4
5項目	11.5	14.8	10.9	11.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0
ケアレベル				
skilled care	42.5	71.2	42.8	54.8
intermediate care	50.0	24.3	53.7	38.0
residential care	6.2	3.2	2.9	5.1
その他	1.3	1.2	0.5	2.1
合計	100.0	100.0	100.0	100.0
一日当たり入所費用(ドル/日)				
	113.8	167.2	104.6	107.1
入所時からの入所日数(%)				
3ヶ月未満	19.1	45.3	9.1	21.8
3ヶ月以上6ヶ月未満	10.8	10.6	9.4	10.4
6ヶ月以上1年未満	18.2	10.5	15.0	17.7
1年以上3年未満	30.9	19.3	33.5	23.6
3年以上5年未満	11.5	7.2	15.8	12.6
5年以上	9.5	7.1	17.1	13.8
合計	100.0	100.0	100.0	100.0
入所時からの平均入所日数(日)				
	734.6	516.5	1,050.6	905.2
入所時点における主要財源(%)				
私費	78.3	4.9	9.4	18.4
Medicare	19.0	85.1	25.5	14.1
Medicaid	1.6	7.8	62.9	6.4
その他	1.1	2.2	2.2	61.1
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

出所) National Nursing Home Survey (1999)より筆者作成。

注1) 表1に同じ。

注2) 主要財源の私費には、本人等による直接負担、民間保険からの給付が、その他にはSSIなどの公的補助が含ま

家族介護を市場価格で評価した場合には、家族介護の負担が介護費用の33%に相当するとされている(CBO, 2004)。特に、施設サービスに関しては、Medicaidが37%、自己負担が38%となっている。また、Medicaidから行われるNHへの支出は1992年から平均して年率5%で上昇しており、2004年には365億ドルまで達している。

他の先進諸国と同様に、米国においても今後高齢化が進展するものと予想されている。とくにベビーブーマー世代の引退が始まる2008年以降、全人口に占める65歳以上人口の割合は急激に上昇するものと予想されており、2000年の12.4%から2050年には21.5%まで上昇するものと予想されている。このうち介護サービスの利用が最も多いと考えられる85歳以上高齢者の比率は、2000年の1.5%から2050年の5.2%まで上昇するものとみられている。その他に、家族規模の縮小、女性の社会進出等によって、フォーマルな介護サービスに対する需要はますます大きくなるものと考えられる。このように、介護リスクに対していかに対応していくかと同時に、Medicaidを中心とする公的制度への財政圧力をいかに緩和していくかが今後の課題となっている。

表5 高齢者介護費用(2004年)

	単位:10億ドル		
	合計	施設ケア	在宅ケア
Medicaid	47.3	36.5	10.8
Medicare	33.6	15.9	17.7
民間保険	5.6	2.4	3.3
自己負担	4.4	35.7	8.3
その他	4.4	2	2.5
合計	134.9	92.4	42.5
	単位:%		
	合計	施設ケア	在宅ケア
Medicaid	35.1%	39.5%	25.4%
Medicare	24.9%	17.2%	41.6%
民間保険	4.2%	2.6%	7.8%
自己負担	32.6%	38.6%	19.5%
その他	3.3%	2.2%	5.9%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

出所)CBO(2004)

3. 米国の民間介護保険市場に関する先行研究

3.1 民間保険市場の阻害要因

前節で述べたとおり、米国の高齢者は要介護状態に陥り高額の経済的負担が発生するリスク(介護リスク)に直面している。このようなリスクは、事故発生時と非発生時との消費格差を大きくし、個人がリスク回避的であるならば、(少なくとも保険数理的に公平な)保険に加入することによって厚生を改善することが可能となる。また、個人が利他的な経済主体であり、配偶者や子供に対する遺産動機を持つときには、保険加入は遺産変動リスクを減少させ、保険加入の誘因はより強いものになると考えられる。しかしながら、米国における民間介護保険の加入率は比較的低い水準にとどまっている。この問題は、経済学者の間では一つのパズルとして見られ、多くの研究者によってその原因の追求が行われてきた。本節では民間介護保険普及の阻害要因に関するこれまでの研究を紹介する¹⁴。

民間介護保険普及を阻害する要因として、これまで様々な点が指摘されてきたが、これらの要因は供給サイドによるものと、需要サイドによるものとに大別できる。供給サイドの要因としては、分散不可能なリスク、情報の非対称性、不完全競争、取引費用の存在、そして時間非整合性などの問題が指摘されてきた。一方で、需要側の要因としては、低廉な代替財(Medicaid、家族介護)の存在、戦略的遺産動機、あるいは個人の限定合理性などの問題が指摘されてきた¹⁵。これらの要因の中で特に重要と考えられているのが、①分散不可能なリスク、②情報の非対称性、そして③Medicaidによるクラウディング・アウトの3点である。以下では、これら3点の問題を扱った研究について述べる¹⁶。

・分散不可能なリスク

¹⁴ 高齢者介護に対する問題に関しては、Norton(2000)が包括的なサーベイを行っている。

¹⁵ 個人の限定合理性とは、医療保険やMedicare、あるいはMedicaidによって介護費用が給付されるという誤った認識、あるいは近視眼的な個人の行動を指す。

¹⁶ 戦略的遺産動機に関しては、Bernheim, Shleifer and Summers(1985)、Pauly(1990)、Zweifel and Struwe(1996, 1998)などが理論分析を行っている。また、時間非整合性に関しては、Cochrane(1995)などが理論分析を行っており、Finkelsterin, McGarry, and Sufi(2005)は、民間介護保険が時間非整合的であることを示唆する結果を示している。