

婦と子供の世帯の割合が減少し、高齢者のみの世帯が増加する傾向が続いた。

1963年に国民皆年金が実現し、サラリーマンと公務員はそれぞれ厚生年金と共済組合に加入し、自営業者、農林水産漁業者、厚生年金が適用されない短時間労働者等は国民年金に加入することとなった。1970年代は、設立から間が無く多くの高齢者は被保険者期間が短かったため、給付水準の低い福祉年金を受給していた。また当時は物価スライドもなく、物価変動に対して給付の実質価値は不安定であった。しかし、3世代世帯が5割以上であったため、高齢者の生活保障は家族の扶養によってカバーされる場合が多かった。3世代世帯でない高齢者のうち低所得者については、1963年に制定された老人福祉法に基づいて設立・運営される老人ホームによる施設福祉サービスが提供された。

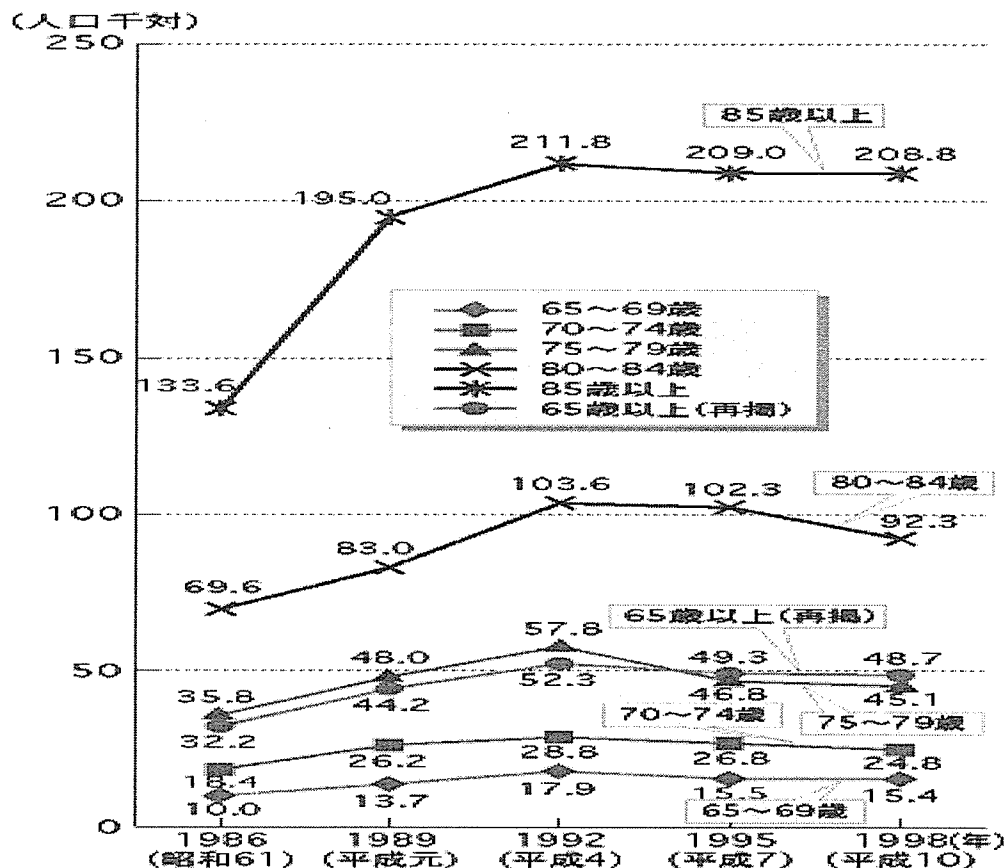
1973年の第1次石油危機によるインフレーションは、年金給付の物価スライド制が必要であることを国民全てに認識させた。この認識と高齢者の生活水準向上の必要性とがあいまって、年金給付の改訂に賃金スライド制が導入され、年金給付が現役世代の賃金上昇と比例的に増加するようになった。そのため、高齢者は、経済的理由で子世代と同居するインセンティブが減少し、また子世代も高齢者の病気や要介護状態などの契機がない限り同居しない傾向が生じ、1985年には3世代世帯の割合は5割未満となり、代わりに高齢者のみの世帯の割合が増加する結果となった。

高齢者介護の問題は、このような世帯構造の変化のもとで顕在化した。1985年以降、2000年に介護保険が始まる前の時期（1986年～1998年）において、在宅の要介護者率を年齢階層別に示したものが図1である。

図1に見られるように、世帯構造において増加し続けた65歳以上のみ世帯に該当する65歳以上の場合の要介護者率は、1986年の3%から、1992年以降、約5%の水準で推移するに至った。とくに85歳以上の在宅の高齢者について見ると、要介護者率は1992年以降20%以上で推移した。

図1 在宅の年齢階層別要介護者率の推移

図2-1-3 在宅の年齢階層別要介護者率の推移



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」
 (注) 1995年は兵庫県を除いたものである。

このような高齢者のみ世帯において、85歳以上の高齢者がいる場合にはその世帯の20%において要介護者がいて、高齢者のいる世帯のうち半数以上が高齢者のみ世帯であり、高齢者が高齢者を介護する深刻な状況が増加した。後述するように、高齢者の費用負担を軽減して健康増進を図るために老人保健制度が1984年に導入されていたため、こうした高齢者介護が在宅で困難な家族の増加は高齢者が入院を余儀なくされしかも入院期間が長期化するといういわゆる社会的入院を増加させた。その結果、老人医療費が増加し、おりしも1991年のバブル経済崩壊後の経済停滞の中で社会保障財政、ひいては医療保険財政を適正化するために老人医療費を抑制する必要性が生じたため、社会的入院を減らし、在宅における高齢者介護を、全ての人がライフサイクルにおいて直面しうるリスクととらえ、社会保険において対応するための努力が始められた。1995年の社会保障審議会によるドイツの介護保険制度視察などを経て、1998年に介護保険法が成立し、2000年4月から実施された。後に詳しく述べるように、日本の介護保険では、介護サービスを必要とする者が要介護認定を受け、その認定によって決められた要介護度に応じた量の介護サービスが給付される。要介護認定では、当時、痴呆などの評価が技術的に難しかったため改善する余地

があり、2000年から5年後に介護保険制度について見直しをすることが予定されていた。

3. 日本の高齢者福祉の展開

3. 1 施設サービスの提供による高齢者福祉—老人ホームの展開—

日本の高齢者福祉施策は、戦後初期には、一部の低所得者を対象として、生活保護法の養老施設(後の養護老人ホーム)などがあるくらいであった。高度経済成長期に入ると、高齢者を取り巻く環境が変化して独居老人などの福祉問題が発生し、高齢者福祉をいわゆる低所得者対策と切り離し、独立した制度とすることが求められるようになった。昭和38年(1963年)には老人福祉法が制定され、養護老人ホーム、特別養護老人ホームや老人家庭奉仕者(ホームヘルパー)の派遣などが規定された¹。

老人福祉法では、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホームの4種が老人ホームとして規定されている。前者3つが同法の定める老人福祉施設で、施設整備と運営に対して国庫補助がある。また前者2つが措置決定により入所する施設であるのに対して、経費老人ホームは運営主体との契約により入所する施設である。

養護老人ホームは、老人福祉法に規定(5条の3)のある老人福祉施設の一つであり、心身上または環境状及び経済上の理由により居宅で養護を受けることが困難な65歳以上の老人を入所させて養護することを目的とする施設である。この養護老人ホームは、生活保護法38条の養老施設から老人福祉法が1963年に制定された際に同法に引き継がれた低所得老人のための施設である。

養護老人ホームの設備及び運営の基準は、中央社会福祉審議会の意見を聴いて厚生大臣(設立当時、現在は厚生労働大臣)が定めることとされ、「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」(1966年厚生省令第19号、一般に「設備基準省令」と呼ばれる)が制定されている。養護老人ホームは生活保護法の養老施設から引き継がれたこともあり、その設備基準は低いものであったが、その後たびたび改善措置が講じられてきた²。

これに対して、特別養護老人ホームは、原則として65歳以上の者で、身体上、精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし居宅ではこれを受けることが困難な者を対象とする老人福祉施設である。これは、対象者が20人以上いる場合に設置することができ(養護老人ホーム等併設、山村等設置は対象者数10人以上でもよい)、介護サービスの共同利用という観点から、1居室入所定員は4人以下とされている。

経費老人ホームは、無料または定額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活に必要な便宜を供与することを目的とする施設である。対象者は、低所得層に属する60歳以上の者で、家庭環境等の理由により居宅での生活が困難な者である。設置・運営主

¹ ただし、当時は例えば特別養護老人ホームへの入所に際しても低所得者が優先されることが多かった。(『(平成17年版)厚生労働白書』ぎょうせい、2005第2章第1節を参照)

² 例えば1990年代には、居室の入所定員は「原則として2人以下とする」水準に達した。

体は地方公共団体または社会福祉法人である。

有料老人ホームは、常時 10 人以上を入所させ、給食その他の日常生活上必要な便宜を供与することを目的と施設で、老人福祉施設でないものである。設置主体に制限はなく、民間会社でも設置・運営できるが、設置後 1 ヶ月以内に各都道府県に届け出が義務づけられている。いわゆる有料老人ホーム、シルバーマンションなどと称する施設であるが、その実態は契約方法や終身介護の有無などの点で多様である。

老人福祉法は、このように高齢者が低所得であるかあるいは健康上の理由かによって、措置により養護老人ホームあるいは特別養護老人ホームに高齢者に生活の場を与え、日常生活上のサービスや介護サービスを提供する枠組みを構築したが、表 2 に見られるように、法制定の直後 1965 年ではこれらの施設数は少なかった。

しかし 1968 年に全国社会福祉協議会が「居宅ねたきり老人実態調査」を発表したことを契機に、寝たきり老人問題が社会問題になり、医療対策と介護問題が政策的な課題となった（北場(2005)）。このような状況のもとで、1970 年 11 月、中央社会福祉審議会が「社会福祉施設の緊急整備について」という報告を出し、これを受けて社会福祉施設緊急整備 5 ヶ年計画(1971 年)が策定された。1970 年から 1980 年にかけて特別養護老人ホーム数が 5 年ごとに倍増したように（表 2）、1970 年代は、特別養護老人ホームを中心に量的整備が図られ、施設に措置して介護サービスを提供することにより寝たきり老人を減少する方策が採られた。

表2 高齢者の福祉施設数と在所者数の推移

	施設数の推移							
	老人福祉施設	養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	軽費老人ホーム	老人福祉センター	通所事業所等 日帰り介護施設/ 通所介護事業所	短期入所生活介護事業所	老人介護支援センター
1965	795	702	27	36	30			
1970	1194	810	152	52	180			
1975	2155	934	539	121	561			
1980	3354	944	1031	206	1173			
1985	4610	944	1619	280	1767			
1990	6506	904	2260	295	2024	977		
1995	12904	900	3201	551	2214	3948	15	2028
2000	28643	902	4463	1444	2271	8037	4515	6964
2003	36475	959	5084	1842	2265	12498	5439	8388
	在所者数の推移(単位:人)							
	老人福祉施設	養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	軽費老人ホーム				
1965	54788	51107	1873	1808				
1970	75056	60453	11573	3030				
1975	117822	67848	43207	6767				
1980	157425	66395	79499	11531				
1985	201044	66452	118959	15633				
1990	241931	65036	160476	16419				
1995	307912	64263	218769	24465				
2000	416176	64026	296082	56068				
2003	476866	63833	341272	71761				

出所 『社会福祉施設等調査報告』(厚生労働省統計情報部) 各年版より筆者作成。

3. 2 在宅サービスの提供による高齢者福祉

1980年代になって、従来の施設ケアだけでなく、在宅ケアの展開として、通所介護(デイサービス)や短期入所生活介護(ショート・ステイ)が制度化されるようになってきた。その背景は、1980年代に入り、高度経済成長に伴う人々の生活構造やライフスタイルや価値観の変化、また社会福祉におけるコミュニティケアなどの新しい政策理念が登場し、制度的枠組みの再編について再検討が始まったからである。再検討の過程で重視されたのが、在宅福祉サービスの拡充であった。このような高齢者福祉の見直しを受けて、70年代末から80年代前半にかけて高齢者の短期保護事業(ショートステイ)、デイサービス事業などが国の補助事業として開始されたが、その補助率は施設サービスの場合よりも低く設定されていた。このように、1980年代は、在宅サービスが高齢者福祉の供給形態として認知され、事業が普及し始めた時期であったが、施設サービスを中心として高齢者福祉が実施されたことは、表2に見られるように1980年代も引き続き特別養護老人ホームが他の施設形態に比べてより多く増加したことに現れている。

高齢者福祉において、在宅サービスが施設サービスと対等なものとして位置づけられたのは、社会福祉関係八法が改正された1990年のことである。すなわち、1990年の社会福

社関係八法改正においては、在宅サービスに関する諸プログラムの法定化が行われ、法律の規定上からは施設サービス中心主義が払拭され、在宅サービスと施設サービスが対等となった（平岡(2005)）。

さらに、1989年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称、ゴールドプラン）が厚生・大蔵・自治3大臣の合意に基づく長期計画として発表された。これを実行するために、平成2年(1990年)には老人福祉法等福祉関係8法が改正され³、市町村及び都道府県に老人保健福祉計画が義務付けられた。また、大蔵大臣・自治大臣との合意に基づくプランであったため、量的拡大を実現するための財政的基盤も与えられることとなった。こうして1990年代にはいると、高齢者福祉は在宅サービスを中心に進められていくこととなる。実際、ゴールドプランでは、在宅サービスを大幅に量的拡大するために、ホームヘルパー数について実数では3.2倍、65歳人口千人当たりでは2.1倍の増加という目標値を設定し、デイサービス・センター、デイケア・センターの設置数はそれぞれ9.3倍、5倍の増加という目標を設定した。他方、特別養護老人ホームについては、平岡(2005)が指摘するように、まず65歳人口千人あたりの定員は11.3人という1989年の水準を維持するという目標設定がされたが、1994年にゴールドプランが改定された際に待機者数を考慮し、目標値が13.7人に引き上げられた。

1990年以降、高齢者福祉施策がより強力に展開されたが、既存制度の限界も明らかになってきた。とりわけ厳しい財政事情の下で核家族化の進展等による家族の介護機能が低下し、地域の福祉力が弱体化して、介護需要が急増してきた一方で、増大する高齢者介護は家族への重い負担となってきた。経済的理由や介護する家族の健康上の理由から、家族が高齢者の介護に耐えられない状況も次第に増え、結果的に、高齢者が入院を余儀なくされ、入院期間が長期化する問題が生じた。いわゆる高齢者の社会的入院の問題である⁴。この問題の要因には、高齢者の入院における本人の負担が軽いという経済的要因もある。介護保険導入の背景には、このような高齢者の医療制度上の要因もある。次ぎに、高齢者の医療制度の展開を述べ、高齢者福祉の展開を医療制度と介護保険と関係づけながら考察する。

4. 日本の医療制度と介護保険制度

4. 1 日本の医療制度

現在の日本の医療保険制度には、従業員5人以上の事業所の雇用者とその家族を対象とする組合健康保険と5人未満の事業所の雇用者とその家族を対象とする政府管掌健康保険、自営業者などを対象とする国民健康保険、及び国家公務員と地方公務員を対象と

³ 改正された八法とは、老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法であった。

⁴ 二木(1995)は、1980年代後半から1990年代半ばまで日本の入院期間の長期化を高齢者の社会的入院だけで説明するのは恣意的であり、精神障害者の入院期間が長いことも影響していることを指摘している。すなわち、社会的入院の解消は高齢者福祉の課題と同時に精神保健福祉の課題であることを指摘している。

する共済組合による医療保険がある。医療保険の加入者は保険料を納めるが、加入者本人とその家族は、医療費の一部負担をするだけで自分の選んだ医療機関で医療サービスを受けることができる。そして、65歳以上の介護を要する高齢者及び70歳以上の高齢者に対しては、健康保険組合、政府管掌健康保険組合及び国民健康保険が、それぞれ高齢者の加入者割合が低いほどより多く拠出することにより、70歳以上（介護を要する場合には65歳以上）の高齢者は保険料を納めることなく低額の自己負担で医療サービスを受けられる老人保健制度がある。なお、日本のサラリーマンや公務員の退職年齢は60歳であるため、60歳から70歳未満の間は、高齢者は国民健康保険に加入して保険料を払うが、健康保険組合と共済組合とが拠出して国民健康保険財政を補う退職者医療制度がある。

老人保健制度が導入された背景は、サラリーマンや公務員が退職した場合にはそれぞれ健康保険組合と共済組合の被保険者から国民健康保険の被保険者へ移るため、1人当たりの医療費が現役世代と比べて数倍高い高齢者の加入比率が国民健康保険では高くなり、結果的に保険料収入より医療支出が増加して、国民健康保険の財政が厳しくなったためである。他方、高齢者の福祉と医療政策の観点からは、高齢者が健康に暮らしていくことを国や地方自治体が、家族や地域社会とともに支えることが求められ、退職して収入が減り費用負担の能力が現役世代と比べて下がる高齢者に医療サービスを提供する枠組みが必要となった。そこで、1984年に、上述の老人保健制度が始まったのである。

4. 2 高齢者医療制度の課題と介護保険の導入

1980年代は安定成長時代からバブル経済に至る時期であり、この制度の導入当初は、一月一回の低額負担により何回でも高齢者は受診でき、また入院の際の自己負担も低額であった。しかし、バブル経済崩壊後、経済成長率の低下から政府の歳入が伸びず、財政赤字も増えた一方、景気回復まで増税を避ける方針が貫かれたため、年金・医療・老人福祉などの社会保障給付の伸びを抑制する必要性が高まった。しかし、高齢者の医療費については、老人保健制度により自己負担が低く抑えられていたため、外来での重複受診（1人の高齢者が多数回受診したり、同じ診療科目を複数の診療所・病院で受診したりすること）や入院の長期化が社会問題となった。

とくに、2節でふれたように、高齢者介護が在宅で困難な家族の増加は高齢者が入院を余儀なくされしかも入院期間が長期化するといういわゆる社会的入院を増加させた。その結果、老人医療費が増加し、おりしも1991年のバブル経済崩壊後の経済停滞の中で医療保険財政を適正化するために老人医療費を抑制する必要性が生じたため、1994年以降、社会的入院を減らし、在宅における高齢者介護を全ての人がライフサイクルにおいて直面するリスクととらえ、高齢者介護を社会保険の枠組みで対応する介護保険制度の準備が始められたのである。

1994年12月に、高齢者介護・自立支援システム研究会が介護保険の内容を具体的に検

討した結果を「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」として報告した。その後、老人保健福祉審議会が介護保険の内容が審議され、1996年4月に同審議会が「高齢者介護保険制度の創設について」を答申した。これを受けて、1997年に介護保険法が成立した。この法律に基づき、行政がサービス内容をすべて決めるという従来の福祉措置制度を改め、介護サービスを必要とする人は、申請により要介護認定を受けて必要に応じた介護サービスを本人とサービス提供者との契約により受けるという介護保険制度が誕生した。要介護認定の準備がその後進められ、2000年4月から介護保険サービスがスタートした。

介護保険では、40歳以上の国民すべてが介護保険料を納める代わりに、65歳以上になって介護を要する場合には、市町村に設置された介護の必要性を認定する委員会の評価に応じて、ホームヘルパーの派遣など具体的な介護サービスを受けることができる。介護保険の財源は保険料収入と国・都道府県からの補助金からなり、財源に占める保険料と補助金の割合は、介護保険料：50%、都道府県からの補助：25%、国からの補助：25%である。

保険料や介護の必要性の認定基準については国が全国一律に決めるが、保険料は市町村の介護サービス施設の整備状況とその地域の高齢化率によって異なる⁵。各市町村の介護保険の保険料の基準額は、また、国の基準に基づく認定の作業は市町村にある上記の委員会が行い、現物給付として介護サービスを提供する業務は、要介護者の選択を尊重して市町村が認める介護サービス業者のうち要介護者が選んだ業者が実施する。要介護認定を受けた利用者は、介護サービス費用の1割を負担する。ただし、利用者負担が高額にならないように負担の上限があり、上限を超える額については高額介護サービス費が保険者である市町村から支給される。

介護保険制度により、要介護認定を受ければ、利用者はいつでも介護サービスを受けられ、また施設ケアの事業者も従来のように行政と社会福祉法人に限らず、他の公益法人のみならず会社、協同組合、NPOなど多様な団体が指定さえ受けられれば参加できるようになった。こうして現在(平成16年4月)、(1)被保険者(保険加入者)が2457万人、(2)要介護認定者数387万人、(3)介護サービス利用者数307万人となり、介護保険スタート時(2000年4月)と比べて各々13%増、78%増、約2倍となっている。それによりサービス利用者も急増した。ただし、実際に介護保険が始まると、要支援や介護度1の者が急増(2000年から2004年へ120%増で全体の約5割)し、介護予防の必要性が認識され、またケアマネージメントなどの人材の質的強化が必要となり、2005年に介護保険法が改正され、平成18年4月から施行された。この改正により、要介護状態にならないように予防すること、地域包括支援センターを設けて地域により密着したサービスの提供を図ること、医療と介護の連携を強化することなどが介護保険の枠組みの中で取り組まれることとなった。

このような介護保険が導入された結果、図4が示すように、老人医療費は老人保健制度

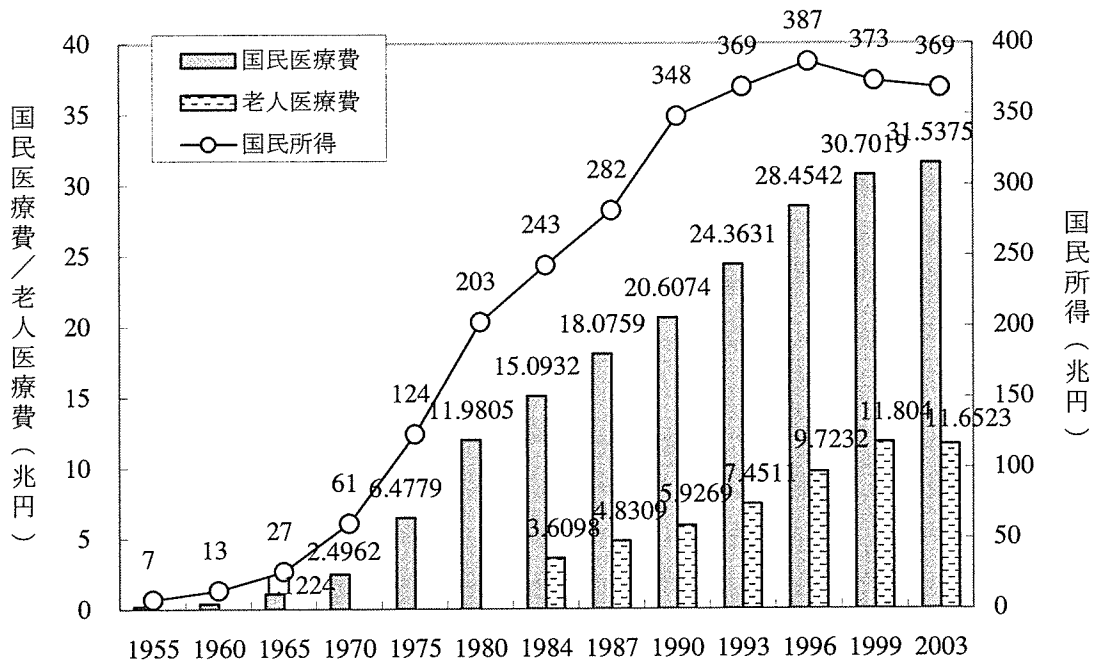
⁵ さらに、被保険者の介護保険料は、厚生省の定める保険料のガイドラインに沿って各市町村で設定される基準額に基づき、被保険者の所得に応じた保険料が計算される。

が導入された 1984 年以降 1999 年の 11 兆 8000 億円まで増加したが、2000 年以降は増加していない（2003 年でも 11 兆 7000 億円）。そして、1980 年代と 1990 年代を通じて伸び率の高かった国民医療費も、1999 年以後その伸びが緩やかになっている（国民医療費の国民所得に対する比率は、2003 年以降 8%台の水準で推移している）。ただし、国民健康保険と健康保険組合から老人保健制度への拠出金は高齢化のため増加し、医療保険財政を厳しくしているため、老人保健制度への拠出金額を減らして健保と国保の負担を軽くするために、老人保険制度では、高齢社会対策大綱の指針に従い 2002 年 10 月から、一般の高齢者は 1 割の自己負担とし、所得の多い高齢者の自己負担率は 2 割に引き上げられた。なお、健保の財政状態の改善を高齢者の負担増だけで対応するのは好ましくないため、2003 年 4 月には、勤労者を対象とする健康保険の自己負担が医療給付の 2 割から国民健康保険と同じ 3 割に引き上げられた。

なお、このように近年上昇してきた高齢者の自己負担を支える高齢者世帯の可処分所得については、以下の点に留意する必要があると考えられる。昨年度の分担研究において、地方自治体における水道事業の再編が進められていることを事例調査したことに見られるように、高熱水道費の割合が、都道府県別あるいは地方別に見て相違がある場合、高齢者の可処分所得には、以下のような多様な要因によりその格差がさらに大きくなる可能性がある。

- ・ 高齢者の生活費における高熱水道費のシェア。
- ・ 高齢者の可処分所得から医療・介護の自己負担分を除いた医療介護負担控除の生活費向け可処分所得
- ・ この生活費向け可処分所得から、高熱水道費あるいは水道費を引いた消費生活向け可処分所得

図4 国民所得、国民医療費、老人医療費の年次推移



出所 『経済要覧』（経済企画庁、内閣府）、『国民医療費』（厚生労働省）、『目で見える医療保険白書』（ぎょうせい）の各年版より作成。

5. 介護保険の経済効果と課題

日本の高齢者福祉は、以上の考察から三つの段階に分けることができる。まず、日本の高齢者福祉は、諸外国の高齢者福祉の歴史と同様に、低所得や健康上の理由で在宅での生活が困難な高齢者を、行政が必要性を認めた場合に措置して老人ホームに入居させて施設サービスを提供することから始まった。その後、社会福祉の理念において地域福祉・コミュニティケアの考え方が普及するにつれて在宅サービスの重要性が認識され、ゴールドプランによるホームヘルパーの量的拡大などの基盤整備を経て、高齢者の福祉が、施設サービスと在宅サービスが対等に提供される体制が整えられた。そして、高齢化がいつそう進んだ1990年代半ば以降、高齢者が要介護状態となった場合に福祉サービスが必要となることは、すべての国民がライフサイクルにおいて直面するリスクであるという考え方が一般に認められるようになり、社会保険として介護サービスを提供する介護保険が始まった。

介護保険がスタートして、要介護度の低い人の伸びが非常に大きく、就業者数の多い都市部に比べてそれが少ない地方の自治体の介護保険では、高齢化率の高く介護保険財政が悪化し、介護保険料の引き上げや国や県からの財政安定資金に頼ることを余儀なくされる場合が増えている。そのため、2005年の介護保険の見直しが必要となったことはたしかであるが、近年、高齢者の医療費の伸びが小さくなり、GDPに占める国民医療費の割合が横ばいとなっているなど、社会保障財政の面から見て好ましい効果も現れ始めている。

この節では、介護保険の経済効果を、まず上に述べたこととも関連する社会保障の費用と関連づけて推計する。具体的には、介護保険が導入されず社会的入院が続いたと仮定した場合に比べて介護保険はどのように社会保障の費用を軽減させたのかを推計する。次に、費用軽減の効果のみならず社会的便益も介護保険はもたらしていると考え、このような介護保険の経済効果を、介護保険が家族の介護を軽減させたことを通じてどのような便益を生じさせたのかを視点に推計する⁶。最後に、以上の推計によって経済効果をもつと考えられる介護保険制度であるが、介護保険財政の厳しい状況を概観し、介護保険改革の課題について述べる。

5. 1 介護保険による介護施設の社会的入院解消効果

社会サービスの中で、介護は医療と異なり、ケアサービスを通じて要介護高齢者の自立した生活を支援する機能(自立支援機能)をもつことはもちろん、家族介護者の介護負担を軽減する機能や社会的入院を解消する機能をもっている。この後の2つの機能が日本経済の中でどれくらいの経済効果をもたらすかはきわめて難しい測定困難な課題であるが、ここでは大胆な仮説をおいたシミュレーションにより、あえて推計してみたい。

まず現在、医療改革が推進されている中ではありえないことではあるが、仮に社会的入院が続いていたとし、現在の介護施設在り者数が仮に入院していたとする場合、入院費用と比べた介護施設の費用軽減効果について推計してみる。他方、介護施設を使わず在宅介護サービスを要介護者にも中程度から十度まで多様である実態を、家族構成を類型別に見て推計することにする。

なお介護施設の総額も便宜上だが、介護老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設の3種類を単純に合計した総額(A)を使っている。入院費用の推計には、「社会医療診療行為別調査」と「患者調査」とを組み合わせ、70歳以上の平均入院費用を複数のパターン(B・C・D)で産出した。すなわち(B)は通常の病院の医療費総額で、食事療養費プラス社会的入院医療(検査・投薬・その他)プラス入院費(いわば病院のホテルコスト)の合計、(C)は(B)から食事療養費を除いた金額、(D)は(C)からさらに社会的入院医療費を除いた金額である。(この点では二木立氏『日本の医療費』(医学書院, 1995)を参考にした。ここでの推計では、入院期間別、入院点数を年齢階級別に組み合わせ意図的に多くしたりまたは少なくしたりすることをあえて避けている。)

国民医療費については、既に公表されている2004年の数値を用いる。推計結果をまとめたものが表3である。

⁶ 以下の節の推計結果は、金子能宏が推計した結果に基づいて執筆されている京極高宣(2006)の5節を、執筆者の許可を得て引用活用している。

表3 介護保険による介護施設の費用軽減効果

(70歳以上平均入院費用がかかると仮定した場合と比べた1ヶ月当たり費用軽減額)
(在り者数合計、単位：億円)

	A	B	C	D	B-A	C-A	D-A
	介護施設費用(施設合計)(1ヶ月当たり)	食事療養＋社会的入院医療費＋入院費がかかると仮定した場合の費用(1ヶ月当たり)	社会的入院医療費＋入院費がかかると仮定した場合の費用(1ヶ月当たり)	入院費のみがかかると仮定した場合の費用(1ヶ月当たり)	食事療養＋社会的入院医療費＋入院費がかかると仮定した場合の費用軽減額(1ヶ月)	社会的入院医療費＋入院費がかかると仮定した場合の費用軽減額(1ヶ月)	入院費(入院点数)だけかかると仮定した場合の費用軽減額(1ヶ月)
2003年	2583	4350	3911	2806	1767	1328	223
2004年	2613	4070	3774	2893	1457	1161	280

出所 「介護給付費実態調査」(各年度版)、「平成14年患者調査」、

「社会医療診療行為別調査」(各年版)より国立社会保障・人口問題研究所 金子能宏 作成

注1)社会的入院医療費は(初診再診＋指導管理＋検査＋画像診断＋投薬＋注射＋リハビリ)の合計と想定し、それぞれの点数を合わせて算出した。

注2)入院費、社会的入院医療費、食事療養費は「社会医療診療行為別調査」老人医療・70歳以上の諸点数と「患者調査」の70歳以上入年齢階級別入院患者数から求めたウェイトを組み合わせて算出。

2004年で介護施設費用は総額で3兆1356億円(月額2613億円)であり、この時期までは一部食事代が含まれているので、(B)70歳以上平均入総費用(食事療養費を含む)は4兆8840億円(月額4070億円)、(C)同(食事療養費を含まない)は4兆5288億円(月額3774億円)、さらに(D)入院費のみ(社会的入院費及び食事療養費を含まない)は3兆4716億円(月額2893億円)となり、(A)と各々の差額(月額)は各々、1457億円、1161億円、280億円となる。これは、あくまで介護施設を利用している高齢者(70歳以上)が仮に入院し、1年間入院した費用よりも、介護施設の経費が割安であり、年額では各々、1兆7484億円、1兆3932億円、3360億円の負担軽減となることを示している。平成16年度国民医療費(過去3ヶ年平均伸び率1.53%での推計値)約32兆円の各々約5.46%、4.35%、1.05%となる⁷。

5. 2 介護保険の(介護者の収入機会拡大を通じた)居宅介護世帯の経済的便益

次に介護施設の場合と異なり、居宅介護に関しては、主として介護サービスが家族介護の軽減に与える経済効果に絞り検討する。これについても、計測を可能とするためいくつかの仮定を置くこととする。すなわち、第1に要介護高齢者には、単身も少なからずいて家族介護という前提が必ずしも想定できない場合もあり、第2に軽減された家族労働をど

⁷ 京極高宣(2006)の5節によれば、これらの結果のうち、「(C)のケースが最も現実的であると思われるが、いずれにしても客観的には、現時点で国民医療費のそれなりに大きな節約となっている」と評価されている。

う評価するかは、機会費用をめぐって様々な議論のあるところであるからである。本稿では、第1に関しては単身世帯をはずし、あくまで家族がいてその責任で対応した場合のあらゆる数値を求めることで、第2に関しては平均的パート賃金収入に換算してみることにする。ただし要介護3以下の場合、女性パート労働の賃金同額を用いるのに対して、要介護度4以上は、介護サービスがあっても平均的パート労働時間の半分しか働けないと想定してパート賃金収入の2分の1と仮定して推計する。

「平成12年介護サービス世帯調査」(2002)では、要介護度別、世帯構造別の割合が示す表(本稿では省略)が唯一あり、「平成16年介護保険事業状況報告」(2004)に示された居宅サービスの全受給者数から、単身世帯数を引き、それを家族構成類型別に、介護サービス提供により、介護者の家族の賃金収入の恩恵を得ることの可能な世帯別居宅サービス受給者数を得ることができる。

次に「平成16年賃金構造基本調査」(2004)により、原則的には配偶者または子(主として娘)のパートタイム賃金を計算して、各世帯類型別要介護別に、もし介護サービスが安易に得られて家族介護者の収入機会(パートタイム労働)の拡大を通じて得た便益が推計できる(表4)。

表4から、2004年度における介護保険による居宅介護世帯の経済的便益(家族介護者の収入機会拡大を通じた便益)の合計は、2兆1037億円と推計される。この額は平成16年度の居宅介護給付費(予算額)2兆7060億円の約8割(78%)に相当する。なお要介護別の居宅介護世帯(70歳以下も含む)介護者世帯の経済的便益をグラフにしたものが図5である。

以上のように推計した経済的便益は短期的なものであり、仮に2兆1037億円が居宅介護サービスを受ける世帯の消費支出にまわるとしたら、中期的に日本経済に及ぼすマクロ的な影響は乗数効果を通じて、 $2兆1037億円 \times 1 / (SNA \text{ ベース家計貯蓄率}) = 2兆1037億円 \times 1/0.063$ (「平成17年版国民経済白書」の数値)=約33兆4千億円にまで達する可能性がある。

表4 居宅介護（支援）サービス受給者の介護サービスによる介護者の収入機会の拡大を通じた便益の推計

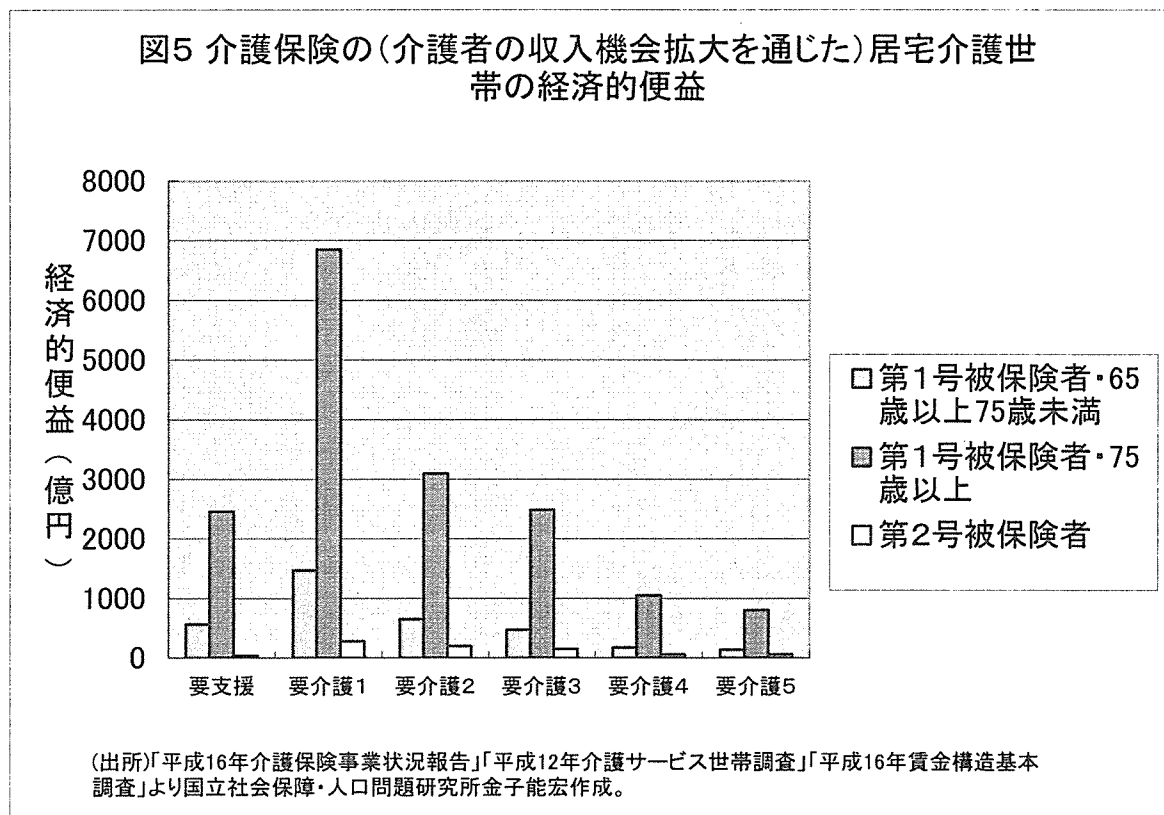
介護者の収入機会の拡大を通じた便益	区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	小計
夫婦のみ世帯	第1号被保険者・65歳以上75歳未満	109	306	145	109	36	22	727
	第1号被保険者・75歳以上	466	1405	679	562	212	122	3446
	第2号被保険者	8	61	46	36	13	10	175
夫婦のみ世帯除く核家族世帯	第1号被保険者・65歳以上75歳未満	62	177	80	48	38	41	446
	第1号被保険者・75歳以上	271	823	381	254	224	231	2184
	第2号被保険者	4	33	24	15	13	18	107
三世帯世帯	第1号被保険者・65歳以上75歳未満	226	605	184	197	63	50	1325
	第1号被保険者・75歳以上	986	2819	876	1029	370	283	6363
	第2号被保険者	15	114	55	61	21	21	289
その他の世帯	第1号被保険者・65歳以上75歳未満	170	387	245	123	42	29	995
	第1号被保険者・75歳以上	738	1803	1162	642	247	166	4758
	第2号被保険者	11	73	74	38	14	13	223
	小計	3066	8605	3951	3115	1295	1007	21037

出所 「平成16年 介護保険事業状況報告」「平成12年 介護サービス世帯調査」「平成16年 賃金構造基本調査」より
 国立社会保障・人口問題研究所 金子能宏 作成。

注)要介護度4以上は、介護サービスがあっても平均的パート労働時間の半分しか働けないため、パート賃金収入の1/2となると仮定。

単位:億円

図5 介護保険による（介護者の収入機会拡大を通じた）居宅介護世帯の経済的便益



参考文献

阿藤誠(2000)『現代人口学』(東洋経済新報社)

小笠原祐次・橋本泰子・浅野仁編著(1997)『高齢者福祉』(有斐閣)

金子能宏(2003)「高齢者医療に関する医療需要と医療のパフォーマンス計測に関する一考察」2003年度日本財政学会報告論文

京極高宣(2006)「社会保障と日本経済 (10),(11)」『週間 厚生福祉』(時事通信社)

北場勉(2005)「老人福祉」『日本社会保障資料IV(1980-2000)』国立社会保障・人口問題研究所 所内研究報告第13号

田近栄治・菊池潤(2003)「介護保険財政の展開－居宅介護給付費増大の要因」『季刊社会保障研究』第39巻第2号

田近栄治・菊池潤(2004)「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」『ファイナンシャルレビュー』通巻74号

二木立(1995)『日本の医療費－国際比較の視点から－』(医学書院)

浜口晴彦他編著(1996)『現代エイジング辞典』(早稲田大学出版部)

平岡公一(2005)「社会福祉と介護の制度改革と政策展開」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障制度改革』(東京大学出版会)第11章

厚生労働省監修(2005)『(平成17年版)厚生労働白書』ぎょうせい

障害者福祉の財政と経済的便益

—税財源による障害者福祉と関連施策の費用便益分析—

主任研究者 金子能宏 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 部長

研究要旨

社会保障財政における税財源は、従来から障害者の福祉予算においても活用されてきた。しかし、その税財源が障害者福祉及びこれと関連するバリアフリー施策とを通じて社会的便益をどのように生じさせているかを推計し、費用対効果を視点に考察することは、必ずしも十分になされてきていない。本研究では、障害者福祉の財政と社会的便益について、その理論的根拠の整理と推計により考察を加える。具体的には、まず「障害学」の最近の展開から障害者福祉に対する税財源の利用が認められる論拠について整理し、次に障害者福祉に関連する給付と障害年金を概観し、障害者福祉の財政の現状を明らかにする。そして、障害者福祉の社会的便益について、①措置制度から障害者自立支援に制度が変わる中で、ノーマリゼーションの理念のもと、施設から地域ケアに重点が変化したことによる施設費用低減効果を推計し、また②バリアフリー・ユニバーサルデザインの理念のもと、公共事業の一部として整備されてきた公共交通機関（とくに鉄道施設）のバリアフリー化の経済効果を、介護ヘルプ費用の軽減効果及び障害者雇用の促進に対する影響として検討する。

A 研究目的

社会保障財政における税財源が障害者福祉及びこれと関連するバリアフリー施策とを通じて社会的便益をどのように生じさせているかを推計し、費用対効果を視点に考察する。

B 研究方法

本研究では、障害者福祉の財政と社会的便益について、その理論的根拠の整理と推計により考察を加える。具体的には、まず「障害学」の最近の展開から障害者福祉に対する税財源の利用が認められる論拠について整理し、次に障害者福祉に関連する給付と障害年金を概観し、障害者福祉の財政の現状を明らかにする。そして、障害者福祉の社会的便益につ

いて、①措置制度から障害者自立支援に制度が変わる中で、ノーマリゼーションの理念のもと、施設から地域ケアに重点が変化したことによる施設費用低減効果を推計し、また②バリアフリー・ユニバーサルデザインの理念のもと、公共事業の一部として整備されてきた公共交通機関（とくに鉄道施設）のバリアフリー化の経済効果を、介護ヘルプ費用の軽減効果及び障害者雇用の促進に対する影響として検討する。

C 研究結果

近年、障害の意味については、身体障害、視覚障害、聴覚障害、知的障害、精神障害等の障害の種類別に捉えることから、障害の意

味を障害者の社会参加やこれに資するアフターマティブ・アクションと関連づけながらより根本的に把握する研究が展開している。その分野は、現在、「障害認識にまつわる一定のパラダイムを共有する研究群」として「障害学 (disability studies)」と呼ばれている。この分野における「社会モデル」と「ユニバーサリズム」に医学的知見とリスクに対する備えを加えて立論される「相互作用モデル」から、障害者福祉の公共性とこれに対する税財源の根拠が導かれる。

障害者福祉により障害者が地域で暮らすことの社会的便益は、次のように推計される。在宅の重度障害者を (1) 1 級ないし最重度、(2) 2 級ないし重度、(3) (1) と (2) の加重平均というように 3 分類し、これらのものが当該施設に全て入所していたと仮定し、施設入所の場合の費用総額を推計する。次ぎに、障害の等級別の障害者数を用いて当該施設 1 人あたりの費用 (月額) を算定する。これに対して、障害者が地域で暮らす場合には、在宅で受ける障害福祉サービスの経費は、平均的には一人当たり施設入所費用の $1/2$ ですむと想定して、その経費を算定した。これらの二つの算定値より、1 級と最重度の障害者が地域で暮らす社会的便益は、現在の障害福祉の経済的影響で 3 兆 4352 億円と巨額であり、さらに在宅の 2 級と重度も当該施設、病院にすべて入ったと仮定すると、6 兆 7188 億円という、ほぼ障害関係給付額 4 兆円を凌駕する便益を生んでいるという推計結果を得た。

次ぎに、9566 駅のうち、バリアフリー化した駅があることにより、こうした介護費用の軽減効果が一年間にどれだけになるかを推計したところ、エレベーターを設置することによる費用軽減効果は 1 年間当たり 16 兆 1350

億円にのぼり、移動円滑化基準を満たしていることによる費用軽減効果は 17 兆 2830 億円に達する結果が得られた。

D 考察

障害者福祉により障害者が地域で暮らすことの社会的便益の推計結果は、障害者の 50% の人が在宅でも施設ケアに相当する費用を要するという在宅費用を多めに見込み、仮に在宅ケアの費用を施設ケアの 2 分の 1 と想定しても、自立支援法による在宅施策により、重度の障害者が障害者福祉サービスを総合的に利用して地域で暮らすことが可能となれば、大きな財政節減の経済効果が生じることを示唆している。障害者福祉と関連して障害者の地域での生活を支えるバリアフリー化の社会的便益は大きいという推計結果を得たが、障害を持つ人が移動して、勤労や消費などを通じて日本経済に係わることは、マクロ経済の三面等価における分配面と需要面とで貢献することを意味しており、バリアフリー化の便益はここで示した介護費用軽減効果にとどまらない可能性がある。

E 結論

障害者福祉により障害者が地域で暮らすことの社会的便益は、障害関係給付額を凌駕する大きさと推計され、またそれらの波及効果は国民経済的に見ても重要なものであることが理解できる。障害者福祉を支える社会保障財政において、税財源の活用は近年の「障害学」(disability studies) の展開から見ても社会的便益の点から見ても根拠のあるものであり、社会保障の持続的発展のために適切な規模を維持していくべきであると考えられる。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 知的所有権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

障害者福祉の財政と経済的便益

—税財源による障害者福祉と関連施策の費用便益分析—

金子能宏

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 部長

はじめに

2006年12月13日の国連総会において、「全ての人に保障される人権が障害者にも等しく保障され、障害者の社会参加を進めるよう努める」ことを目的とする前文と本文50条、付属文書からなる「障害者の権利条約」と選択議定書が採択された。個別の条文には、移動や情報入手の場面で障害者が不利にならないよう環境を整備すること、障害児が教育を受ける機会を平等に持てるようにすること、雇用における差別を禁止することなどがあげられている。こうした目標が各国の障害者福祉施策において実現できるかどうかは、各国のこれまでの経緯や財政事情にも依存するため、こうした目標の実施を担保するために、条約には、締結国がそれぞれ国内に監視機関を設けるほか、国際的なモニタリング機関も設置することが規定されている。このような「障害者の権利条約」に対して、日本政府は条約と選択議定書の交渉に積極的に参加してきた経緯があり、また市民社会と障害者自身の貢献を評価する立場を示していることなどから、障害者福祉の推進は、国際的に見ても我が国の重要な課題となっている。

障害者福祉における障害者自身の社会参加がこれまで以上に求められるようになった今日、障害者福祉の枠組みも、変化してきた。2003年4月には障害者福祉サービスについて行政機関が行政処分として決定してきた措置制度を改め、障害者がサービスを選択し、サービスの利用者がサービスを提供する施設・事業者との対等な関係に立って契約に基づきサービスを利用する支援費制度が始まった。そして、2005年に「障害者自立支援法」が成立し、障害者に最も身近な市町村を中心に総合的な福祉サービスを提供する自立支援システムが構築されることとなった。

このような障害者福祉の対象となる障害者（児）数は、毎年統計が取られている訳ではなく、また障害の種類別に把握されているなどの点に留意する必要があるが、『平成17年版厚生労働白書』資料編⑨障害保健福祉によれば、表1の通りとなる。障害者数は656万人、うち年齢不詳を除くと18歳以上は約620万人、18歳未満は34万人である。在宅者は約590万人であり、施設在所有者数は66万人となっている。

表1 障害者（児）数（在宅と入所）

表1 障害者数

		総数	在宅者	施設入所者
身体障害者	18歳未満	9.0万人	8.2万人	0.8万人
	18歳以上	342.6万人	324.5万人	18.1万人
	合計	351.6万人(28人)	332.7万人(27人)	18.9万人(2人)
知的障害者	18歳未満	10.3万人	9.4万人	0.9万人
	18歳以上	34.2万人	22.1万人	12.1万人
	年齢不詳	1.4万人	1.4万人	0.0万人
	合計	45.9万人(4人)	32.9万人(3人)	13.0万人(1人)
精神障害者	20歳未満	14.2万人	13.9万人	0.3万人
	20歳以上	243.6万人	209.5万人	34.1万人
	年齢不詳	0.6万人	0.5万人	0.1万人
	合計	258.4万人(21人)	223.9万人(18人)	34.5万人(3人)

注1: ()内数字は、総人口1,000人あたりの人数(平成12年国勢調査人口による)。

注2: 精神障害者の数は、ICD-10の「V精神及び行動の障害」から精神遅滞を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数に対応しており、「患者調査」の外来患者を在宅者、入院患者を施設入所者とみなしている。

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13年)

施設入所者:厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成12年)

「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12年)

施設入所者:厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成12年)

「精神障害者」在宅者:厚生労働省「患者調査」(平成14年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

施設入所者:厚生労働省「患者調査」(平成14年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

これらの障害者が、市町村等の地域で、就労してあるいは障害者福祉サービスを利用して生活していくためには、就労の機会の保障や障害者の所得保障が必要である。障害者の所得保障については、国民年金の障害年金・障害基礎年金等がある。

これらの障害者福祉と障害年金の効果を、税制と社会保障と関連する財政学的考察を行う理由は、障害者福祉では、利用者負担はあるがこれも所得に応じて軽減措置があるなど、給付の財源は一般会計予算(税財源)の比重が高い。障害基礎年金においても国庫負担があり、また障害者の地域での自立支援や就労支援の環境整備ともなるバリアフリー施策についても社会資本整備として国からの財政支出がある。また、障害者の所得保障に関連して、障害者控除や障害者のもつ自動車の重量税の減免など租税支出(tax expenditures)がある。したがって、税制と社会保障の観点から、障害者福祉とこれに関連する諸施策を財政学的に検討し、その経済効果を示すことは、一般会計予算の比重の高い障害者福祉に税財源を投入する根拠を示すことになる。

本稿では、このような問題意識に従って、国際的に見ても重要な課題である障害者福祉の財政と経済効果について、財政学的な視点から考察を加える。本稿の構成は次の通りである。次の節では、「障害学」の最近の展開から障害者福祉に対する税財源の利用が認められる論拠について整理する。3節では、障害者の福祉に関連する給付と障害年金を概観し、障害者福祉の財政の現状を明らかにする。4節では、障害者福祉の経済効果について、費用便益分析の視点から分析する。具体的には、