は女子の場合である。

次は被保険者推計の第二のプロセスである被保険者（家族）の推計である。組合健保および政管健保の被保険者とその家族の関係については，上に述べた「被保険者実態調査報告」から，性別・年齢階層別のクロス表を得ることができる[19]。いま，被扶養者の年齢階層を k，被保険者の年齢階層を s とすれば，両者の関係(k, s) は各制度で被扶養者と被保険者の性別の組合せが 4 通り[20]あることになる。ここでは保険制度 h の平成１２年のデータから，年齢階層 s の男子被保険者数を分母に，扶養を受けている年齢階層 k の男子数を分子にした比率を計算し，扶養率 $d_{h.m.m}(k, s)$としている。言い換えれば $d_{h.m.m}(k, s)$は，男子被保険者(年齢階層 s) ひとりが平均して何人の男子(年齢階層 k)を扶養しているかを示している。同様に何人の女子(年齢階層k)を扶養しているかは $d_{h.f.m}(k, s)$として表される。具体的には図表 7 を参照のこと。

図表 7　被保険者（家族）の推計方法

	扶養者(男性)				(人)
		15－19歳	・・・	85+	合計
被扶養者(男性)	0－4歳	20			100
	5－9	30			150
	⋮				⋮
	100＋				2000

この場合、$d_{h.m.m}(1,3)$ = 30/150 = 0.2となる。

この数値例の場合，$d_{h.m.m}(1, 3)$ ＝ 30÷150 ＝ 0.2 となる。このようにして得られた制度毎の 4 つの扶養率に上述した将来の各年の被保険者推計を乗じることで，被扶養者数を性別・年齢別に推計することができる[21]。すなわち，t+1 年の年齢階層 k の男子被扶養者数を $dm_{h.i}(t+1)$ とすれば，それは

$$dm_{h.i}(t+1)=\sum d_{h.m.m}(k,s)\times mw_{h.i}(t+1)+\sum d_{h.m.f}(k,s)\times fw_{h.i}(t+1)$$

によって求められる。同じ年齢階層の女子扶養者の数 $df_{h.i}(t+1)$は

$$df_{h.i}(t+1)=\sum d_{h.f.m}(k,s)\times mw_{h.i}(t+1)+\sum d_{h.f.f}(k,s)\times fw_{h.i}(t+1)$$

によって求められる。なお，国民健康保険の被保険者については年齢階層別人口（男子の各歳人口であれば $mpop_i$，女子であれば $fpop_i$）から各健康保険の合計を差し引いた残差，すなわち，男子の国民健康保険被保険者は

19 共済については，小椋・入舩(1990)にならって組合健保と同様な構造をもつものと仮定している。
20 男性が女性，男性が男性，女性が女性，女性が男性を扶養する場合の４通り。
21 ここでも重要な仮定は，各年齢階層内の扶養率は一定となることである。

$$km_i = mpop_i - (\sum_{h=1}^{3} mw_{h.i} + \sum_{h=1}^{3} dm_{h.i})$$

女子の国民健康保険被保険者は

$$kf_i = fpop_i - (\sum_{h=1}^{3} fw_{h.i} + \sum_{h=1}^{3} df_{h.i})$$

を，2000 年度の国民年金被保険者の実績値を用いて調整係数を作成し，その調整係数を将来にも使用している[22]。このようにして推計された被保険者が，支給開始年齢に達した場合に受給者にかわる[23]。

3.2 財政収支計算部分

以上の被保険者と受給者の推定に基づいて財政収支を計算する。まず，厚生年金については

$$F_h \cdot r + C_h + T_{G,h} = B_h \quad (h=1,2)$$

となる。ただし，F_h；年金積立金，r；利子率，C_h；保険料収入，$T_{G,h}$；国庫負担，B_h；年金給付であり，さらにC_h，B_hは

$$C_h = \sum_{i=15}^{64} mw_{h.i} \times w_{h.i} \times p$$

$$B_h = \underbrace{\sum_{i=64}^{85+} mw_{h.i} \times avw_{h.i} \times 7.125/1000 \times avmonth_{h.i}}_{\text{報酬比例部分}}$$

$$+ \underbrace{BP(avmonth_{h.i}/480)}_{\text{基礎年金部分}}$$

なる関数である。ここで，$w_{h.i}$は健康保険 h 制度の i 歳の被保険者の平均標準報酬月額，p は保険料率，同様に $avw_{h.i}$ は年金者の既裁定時の平均標準報酬月額，BP は定額給付部分，$avmonth_{h.ih}$ は平均加入月数を表す[24]。一方，国民年金の財政収支は，

$$F_k \cdot r + C_k + T_{G,k} = B_k$$

である。ここで，

$$C_k = \sum_{i=15}^{64} (km_i + kf_i) \times c_k$$

---

22 ただし，調整係数によって各被保険者の和が人口を越える場合には，調整係数の値を調整した。

23 シミュレーション開始時期に既裁定者であったものに関しては，社会保険庁の「事業年報」より受給者数を入力し，死亡率を用いて脱退させている。

24平均標準報酬については，被保険者分は「被保険者実態調査報告」を使用している。給付乗率の 7.125 は，生まれ年によって異なる。既裁定者の平均標準報酬や平均加入月数は社会保険庁「事業年報」を用いている。新規裁定者分の平均加入月数は最新のデータをそのまま使用している。

$$B_k = \sum_{i=65}^{85+} (km_i + kf_i) \times b_k$$

であり，c_kは国民年金の保険料，b_kは国民年金の給付額を示す。年金財政で重要な基礎年金拠出金は厚生年金，国民年金，共済年金の被保険者数をもとに算出される。具体的には各基礎年金拠出金算定対象者に若干の調整を加えた比率である基礎年金拠出金按分率を用いて算出される。この基礎年金拠出金対象者を求める方法は，『厚生年金・国民年金数理レポート』の p152 に示されている方法を採用している。

3.3 適用拡大者数の推計

ここで，本稿の主題である短時間労働者の厚生年金保険適用拡大問題を考えるには，繰り返しになるが，１）短時間労働者でかつ第 1 号被保険者であった者が第 2 号被保険者に変わるケースと，２）短時間労働者でかつ第 3 号被保険者であった者が第 2 号被保険者に変わるケースの両方を考察する必要がある。1）のケースは，例えば厚生労働省の「労働力調査」を考慮に入れた場合，短時間労働者は大半が女性であり，女性に議論を限定しても財政的な影響を考察する上では十分と考えられるからである。２）のケースもまた，女性に限定して議論しても問題は少ないものと考えられる[25]。よって，本稿の分析の対象となるのは，kf_i＝国民健康保険被保険者＝第 1 号被保険者または $df_{h,i}$＝健康保険被保険者（家族）＝第 3 号被保険者で，短時間労働に従事するものである。このような被保険者をどのように推計していくかが本稿のシミュレーションのポイントである。

年金制度の改正によって拡大適用される被保険者を推定するには，年金制度の改正により短時間労働者がどのように労働供給行動を変化させるかについて考慮すべきであるが，本稿ではこれには立ち入らない。それは，これまで年金を含む社会保険制度への拠出を強制される所得の下限が 90 万円から 130 万円へ引き上げられたことはあるが，反対にこの水準が引き下げられたことはないからである[26]。また，労働需要に関しても事業主負担分を考慮して企業が雇用調整をする可能性も存在するが，これを考慮するにも想像の域をでない[27]。

そこで分析にあたっては，厚生労働省の「雇用と年金に関する研究会報告―多様な働き方に対応できる中立的な年金制度を目指して-」において提出された厚生労働省資料「厚生年金の適用を短時間労働者に拡大する場合の対象者数の推計」を参考にしている。この推計では，その他の経済的な関係は無視し，労働時間と年収のみから被保険者をクロス集計し

---

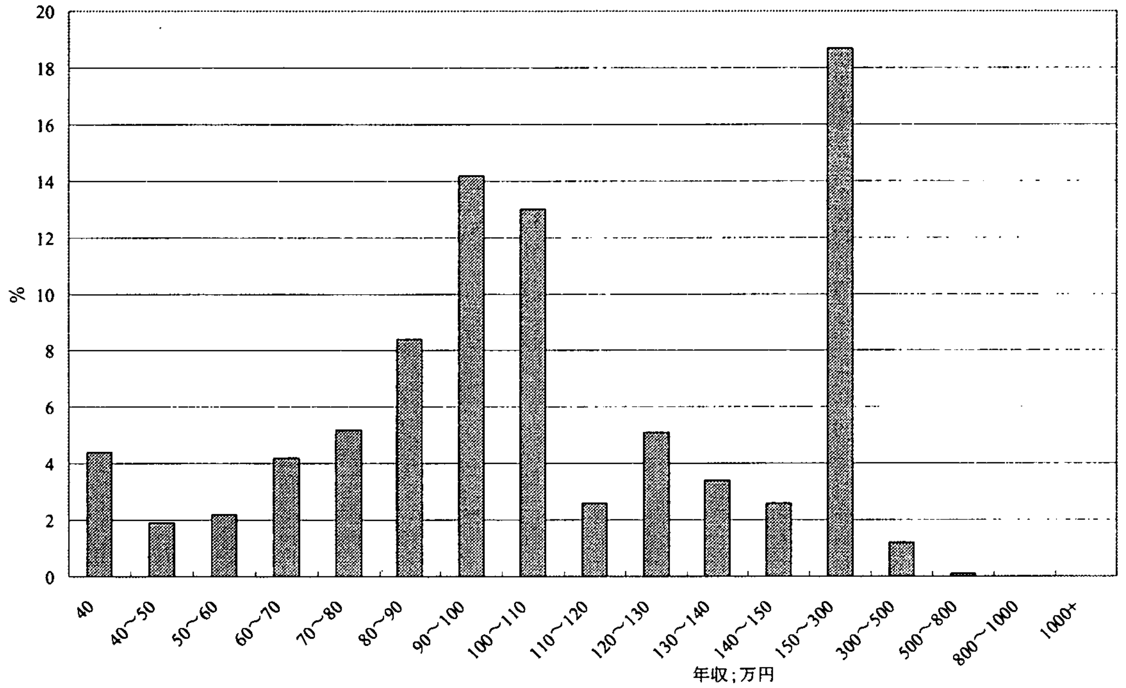
[25]例えば厚生労働省「公的年金被保険者実態調査」によれば，男性の第 3 号被保険者は平成 4 年，7 年，10 年でそれぞれ 9.4 万人，12.4 万人，8.8 万人であるが，女性は，1,193.2 万人，1,166.1 万人，1,148.9 万人である。

[26] 租税や社会保険料の賦課水準が労働供給を阻害するという結果を示した代表的な文献には安部・大竹(1995)があげられる。

[27]これに関する議論は http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/06/s0605-1i.html にある（アクセス日平成 15 年 4 月 12 日）。

た上で適用拡大される可能性のある被保険者数を推計している。具体的には，3 年に一度実施されている社会保険庁の「平成10年公的年金加入状況等調査」と「平成13年パートタイム労働者総合実態調査」から，20 時間以上分が 4，844 千人 × 62.9% = 305 万人で 20 時間未満かつ年収 65 万円以上分が 4，844 千人 × 18.8% = 91 万人 の合計で 396 万人となるとしている[28]。しかし，シミュレーションで用いている「健康保険被保険者実態調査」のデータでは被扶養者の労働時間や年収のデータは備えていない。加えて適用拡大されるとするこの 396 万人の被保険者種別で見た内訳に関する情報は全くない。

図表 8　パートタイマーの年収



資料）厚生労働省「パートタイム労働者総合実態調査報告」平成１３版より作成

そこで，本稿においてはもう少し簡便な方法をとる。具体的には，まず，適用拡大される短時間労働者数は，396 万人を平成 10 年の第 1 号被保険者数（1045 万人）と第 3 号被保険者数（1149 万人）の比率で按分し，この構成比は今後も変わらないものと仮定した。すなわち，396 / (1045 + 1149) = 0.18 が適用拡大される人数比で，この内訳は，0.476[29] が元々の第 1 号被保険者，0.524 が第 3 号被保険者であるものとし，この構造は将来にわたって一定としている。また，所得分布の構造は厚生労働省の「パートタイム労働者総合実態調査報告　平成１３年版」を一定[30]として利用し，所得水準自体は後述する経済的仮

[28] この算出根拠の URL は http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0224-5g.html である（アクセス日平成 15 年 4 月 12 日）。

[29] 1045 / (1045 + 1149) = 0.476 となる。

[30] 本来，所得分布の構造は年齢階級によって異なる。しかし，パート労働者の年齢階級毎の所得分布は

定の賃金上昇率に従わせている。ちなみに平成 13 年の女子パートの平均年収は 121.5 万円である。

4 シミュレーションのシナリオ

年金財政を考えた場合，厚生年金保険の適用拡大によって 1）短期的には保険料収入が上昇し，2）中・長期的には年金給付額が増加する。したがって，今回の改正案は，積立金に対して短期的にはプラスの力を，中・長期的にはマイナスの力を加えるものである。また，今回の改正案[31]では結果として 1 号被保険者が減り，2 号被保険者が増加するため，厚生年金からの基礎年金拠出金が大きくなることになる。そこで，本稿では 1）sim1 として 0.18 の比率で女性の第 1 号被保険者と第 3 号被保険者が第 2 号被保険者に変わる(その内訳は 0.476 と 0.524）というケース，2）sim2 として被保険者は sim1 と同様だが，報酬の水準をパートタイマーのそれではなく，フルタイムの労働者なみ，すなわち，第 2 号被保険者なみにしたケース，3) sim3 として，保険料賦課の際の標準報酬月額を 55,000 円まで引き下げたケースの 3 つの場合について積立金の推移のシミュレーションを行った。また，これはすべてのケースに共通することだが，移行先の制度で 15 年間以上拠出がない場合はもとの給付のまま，すなわち，基礎年金のみとした。

このような場合分けをしたのは以下の理由による。現行制度で国民年金の保険料（月額 13,300 円）を超える水準の保険料を 2 号被保険者が支払うためには（厚生年金保険の保険料率を 13.85％とする）年収 116 万円は必要ということになる[32]。これは労使折半の水準であるから，仮に被用者負担分のみで 13,300 円を超える保険料を課すとした場合，年収は倍の 232 万円を超える必要がある。実際，平成 13 年度の数字であるが第 2 号被保険者女子の平均標準報酬月額は 224,000 円[33]であり，12 ヶ月では 270 万円である（ボーナスを 3 ヵ月分として年収に直せば約 337 万円となる)。いわば，第 2 号被保険者なみの賃金をパートタイマーも得ることが出来れば，第 1 号被保険者との負担のバランスを取ることが出来る。この考え方に基づくのが sim2 である。一方，現行の標準報酬月額の下限が問題であるとの考え方に基づくのが sim3 である。現行の厚生年金保険の場合，平均標準報酬の下限は月額 98,000 円である。現行の厚生年金保険の加入に所得の制限（下限）はない。したがって，これが意味することは，例えば年収の月平均値が 80,000 円であった者も，90,000 円であった者も 98,000 円の報酬があったものとして年金額が算定される。いわば，”余分”の給付がもらえるのである。実際，平成 13 年の女子パートの平均年収は 121.5 万円であるが，100 万円以下の者が 41％を越えている（パートタイム労働者総合実態調査報告 平成

得られないので，図 3 に示したような所得構造が各年齢についても当てはまるものとし，かつ，その構造が将来にわたっても同一であると仮定した。パート賃金にも年功的な要素があるとすれば，年齢階級の低い方には過大，年齢階級の高い方には過小となる。

[31] 基礎年金の按分率については，牛丸他(1999)の第 4 章を参考にした。

[32] 13,300 × 12 = 159,600 であり，これが収入の 13.85％となるのは 115.23 万円であることによる。

[33] http://www.sia.go.jp/statis/gaikyo2001/ga04_1.htm

１３年版）という現実がある。また，改正案では年収 65 万円をひとつの基準としてパートタイマーの厚生年金適用拡大を考えていることから，65 万円 ÷ 12 = 約 54,200 円 となり，これを越える額として 55,000 円を標準報酬月額の下限として設定した。

5 結果と考察

シミュレーションの結果は図表 9 に示した。図中の MHLW は「方向性と論点」で示された厚生労働省の推計（保険料固定方式；短時間労働者適用無し）をプロットしたものである。まず，全体の印象としては，本稿のシミュレーションによる積立金は，すべて厚生労働省の推計を下回る結果となる。これは，2020 年以降，改正案による年金給付の上昇が起こること，そして運用利回りの設定が高いことにより少しの収支差が積立金の蓄積に拡大されて投影されることによる[34]。利回りの問題は無視するとして，改正案は将来の給付を引き上げることにより，積立金の蓄積にはマイナスの効果を持つことが示されたといえよう。一方，短時間労働者の賃金の効果は，sim2 の推移を見れば良い。sim2 は賃金を第 2 号被保険者なみとしたものだが，予想通りに sim1 と比べれば短期的には積立金の蓄積が進む。しかし，2020 年以降の給付の上昇効果により，積立金は sim1 を下回って推移する。一方，標準報酬月額の下限設定の効果であるが，このケースは収入の水準は sim1 と変わらないが，給付を減じることができる。それも，もともと第 2 号被保険者であった者のうち，低所得の者の”余分”な給付も減じることが出来るので，改正案による給付の上昇を部分的に相殺できるようである。

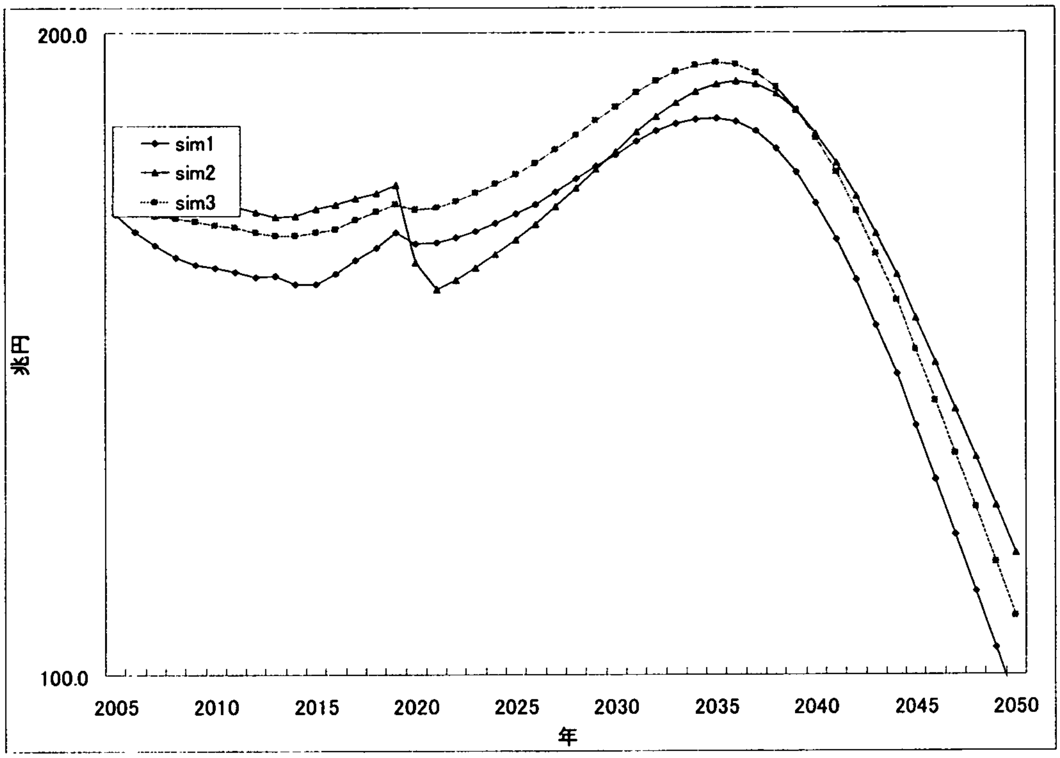
本稿においては，年金財政，とくに積立金の推移から短時間労働者の厚生年金加入問題を論じた。積立金のパスや保険料収入を基準とすればどの程度保険料を抑制することができるかという試算は今後の課題である。シミュレーションでわかったことは，年金制度の支え手を増やす手段であるパート労働の厚生年金適用は，必ずしも財政収支が好転するとは言えないということである。パートの厚生年金への適用は，むしろ，女性の年金権の確立，あるいは個人に立脚した年金制度への端緒と考えるべきなのかもしれない。その場合，次に問題となるのは給付水準である。例えばパート労働と密接な関係のある第 3 号被保険者を考えた場合，現在の厚生年金の給付水準は 65 歳以上の夫婦世帯で 23 万 8000 円（基礎年金 6 万 7000 円の 2 人分プラス報酬比例部分 10 万 4000 円）と説明されるが，これは平均的賃金で 40 年勤続した夫と終身専業主婦であった妻の世帯がモデルである。実際にはこのような世帯は大多数ではなくなりつつあるといわれる[35]。産業構造の変化・景気の後退に相まって夫婦の就労形態は多様化しており，例えば夫婦共働きで両方が平均賃金で 40 年勤続したケースでは，年金額は世帯合計で 30 万 1000 円となる。また現在，女性は平均 5 年以上の厚生年金加入期間を持っており，これは約 8000 円弱の報酬比例部分の年金を受ける

34 収支計算において，事務費の設定も重要であるが，本稿では 2000 年水準を維持するものとしていることも積立金の蓄積に影響を与えている可能性がある。

35 有森（2003）参照。

権利を保有していることになるため，この世帯では，現行のモデル金額は23万8000円と8000円を合計した24万6000円となる。従って，専業主婦世帯モデルによる給付基準額は，現状を鑑みた基準とするべき給付額を過小評価しており，本来ならば複数の世帯形態を示しながら複数のモデル年金額を説明することが望ましい。いずれにしても，給付水準と財政収支の双方を勘案しながら制度改革を行うことが必要である。

図表9　厚生年金積立金推移シミュレーション比較



注）筆者計算

本研究で行われた有識者ヒアリングの結果によると，公的年金の報酬比例部分は圧縮，あるいは所得によって給付乗率を低下させるというアイディアが浮上している（反対に，医療・介護にはもう少し費用をかけたほうが良いという意見とセットであったことは注目に値する）。本報告には間に合わなかったが，健康保険の費用推計プログラムも間もなく完成するので，来年度はそうした社会保障給付費を圧縮しない世界を描いていくことになるだろう。

参考文献

安部由起子・大竹文雄(1995)「税制・社会保障制度とパートタイム労働者の労働供給行動」，季刊社会保障研究 Vol.31 No.2, pp120-135, 国立社会保障・人口問題研究所

安藤哲吉(1971)「スライド制年金と財政方式」『共済新報』2月号-12月号，共済組合連盟

小椋正立・入船　剛(1990)「わが国の人口老齢化と各公的医療保険の収支について」，大蔵

省財政金融研究所「フィナンシャル・レビュー」August－1990, pp.1-27,
小椋正立・山本克也(1993)「公的年金保険のコストと負担のシミュレーション」, 日本経済研究, No.26, pp.7-33, 日本経済研究センター
牛丸聡 他(1999)「新たな基礎年金制度の構築に向けて」, 経済分析－政策研究の視点シリーズ 第13号, 経済企画庁
臼杵政治・北村智紀・中嶋邦夫(2003)「厚生年金財政の予測とリスクの分析－保険料固定モデルの議論を中心に－」, ニッセイ基礎研所報, Vol.29, ニッセイ基礎研究所
神谷隆之 (1997)「女性労働の多様化と課題— 税・社会保険制度における位置づけ」『フィナンシャル・レビュー』vol.44
川瀬晃弘・北浦義朗・木村真(2006)「年金制度の一元化に関するシミュレーション」, KISER Discussion Paper Series No.1
厚生労働省(2002) 「年金改革の骨格に関する方向性と論点」
佐藤格・山本克也(2001), 「社人研マクロモデルによる社会保障改革の計量分析」(共) 佐藤格『季刊　社会保障研究』 Vol.37 No.2 pp126-138 国立社会保障・人口問題研究所
清家 篤・山田篤裕(1998)「Pension Rich の条件」八田達夫・八代尚宏編『シリーズ：現代経済研究 16 社会保険改革』日本経済新聞社, pp.99 -127
(財) ２１世紀職業財団 (2002), 多様な就業形態のあり方に関する調査報告書
台豊 (2003)「被用者保険法における短時間労働者の取扱いについて－健康保険法, 厚生年金保険法および１９８０年厚生省内かんに関する一考察－ 」『季刊社会保障研究』vol. 38, No.4, pp.308 - 315
田近栄治・金子能宏・林文子(1996)『年金の経済分析－保険の視点』, 東洋経済新報社
古郡鞆子(1997)『非正規労働の経済分析』, 東洋経済新報社
八田達夫・小口登良(1999) 『年金改革論　積立方式へ移行せよ！』, 日本経済新聞社
山本克也 (1994), わが国の人口構造と報酬比例年金の関係, 日本年金学会学会誌 14 号
-------------・佐藤格・岡田壮一郎・齋藤真二(2002), 公的年金財政収支モデルの解説, Social Security Policy Evaluation Model Discussion Paper Series No.108, 国立社会保障・人口問題研究所
-----------・佐藤格・岡田壮一郎・齋藤真二(2002), 公的年金財政収支モデルの解説, Social Security Policy Evaluation Model Discussion Paper Series No.108, 国立社会保障・人口問題研究所
------------ (2003)「2004 年公的年金改革の５つの論点」,『週間　金融財政事情』第 54 巻第 13 号, 金融財政事情研究会
------------(2003)「財政収支から見た短時間労働者の厚生年金保険適用拡大の効果」『季刊社会保障研究』vol. 39, No.3, pp. 238 - 246
厚生統計協会,『保険と年金の動向』, 各年度版

厚生省年金局,『平成 11 年度版 年金白書 ―21 世紀の年金を「構築」する―』
厚生省金局監修,『厚生年金・国民年金数理レポート 1999 年財政再計算結果』
厚生省保険局,『健康保険被保険者実態調査報告』, 各年度版
社会保険庁,『事業年報』, 各年度版
労働省大臣官房政策調査部,『賃金構造基本調査』, 各年度版

補論 医療費の推計

本人（被保険者）および政管健保や組合健保、共済制度については被扶養者を差出する方法は、本稿図表 5 と同じである。平成 20 年 4 月より後期高齢者医療制度が始まるので、そのことを考慮し、老人医療費の取り扱いが従前制度とは異なっている。簡単に言えば、老人は 74 歳以上になるので、そのように医療費の枠組みが変更になっている。

付表 1

（億円）

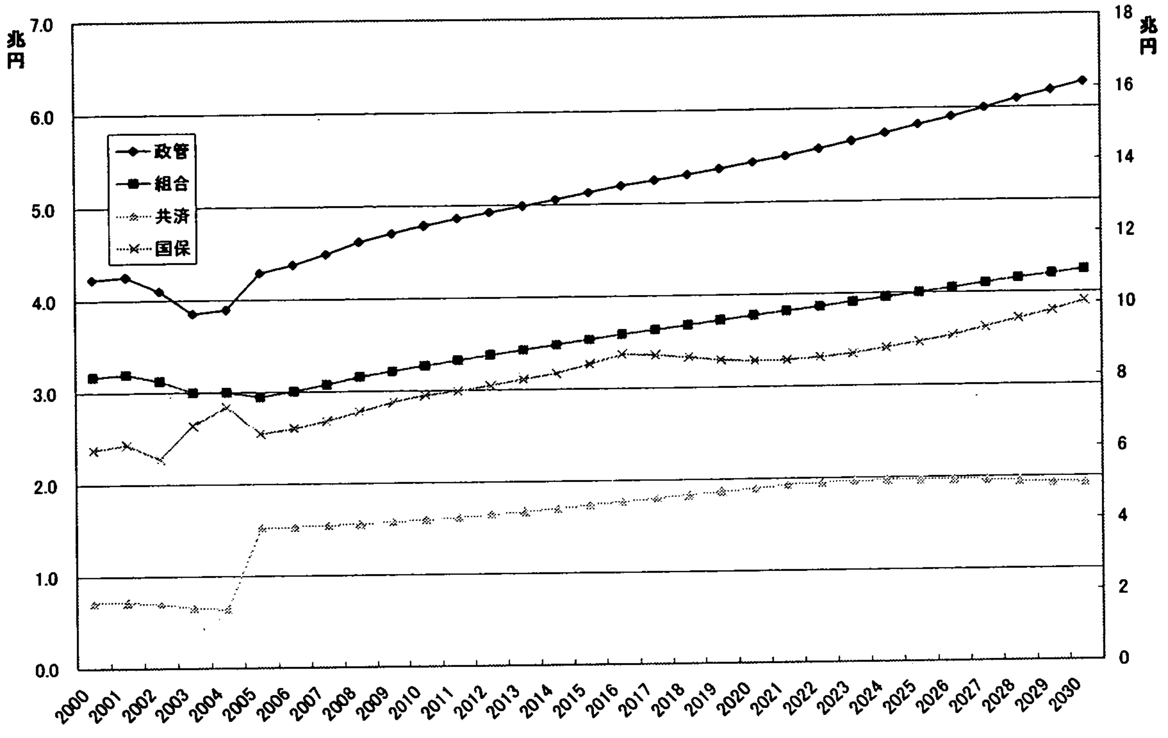
		2,000	2,005	2,010	2,015	2,020	2030
医療費(1)若年	08より老人75歳～	84,158	92,289	137,402	158,148	177,678	199,981
	従前制度のまま	84,158	150,901	170,075	185,315	192,473	221,758
医療費(2)老人	08より老人75歳～	87,057	144,164	90,853	124,169	165,450	273,772
	従前制度のまま	87,057	116,088	150,233	195,629	256,588	373,727
保険料(3)	08より老人75歳～	193,717	221,067	240,055	260,640	298,655	325,675
	従前制度のまま	193,717	197,975	212,512	228,177	255,426	275,325
拠出金(4)	08より老人75歳～	68,060	71,862	76,367	101,218	133,258	216,990
	従前制度のまま	68,060	70,036	105,071	133,593	172,331	268,774
(3)－(1)	08より老人75歳～	109,560	128,777	102,653	102,492	120,976	125,694
	従前制度のまま	109,560	47,074	42,436	42,861	62,953	53,567
(3)－(1)－(4)	08より老人75歳～	41,500	56,915	26,287	1,274	-12,282	-91,296
	従前制度のまま	41,500	-22,962	-62,635	-90,732	-109,378	-215,208

注）筆者計算

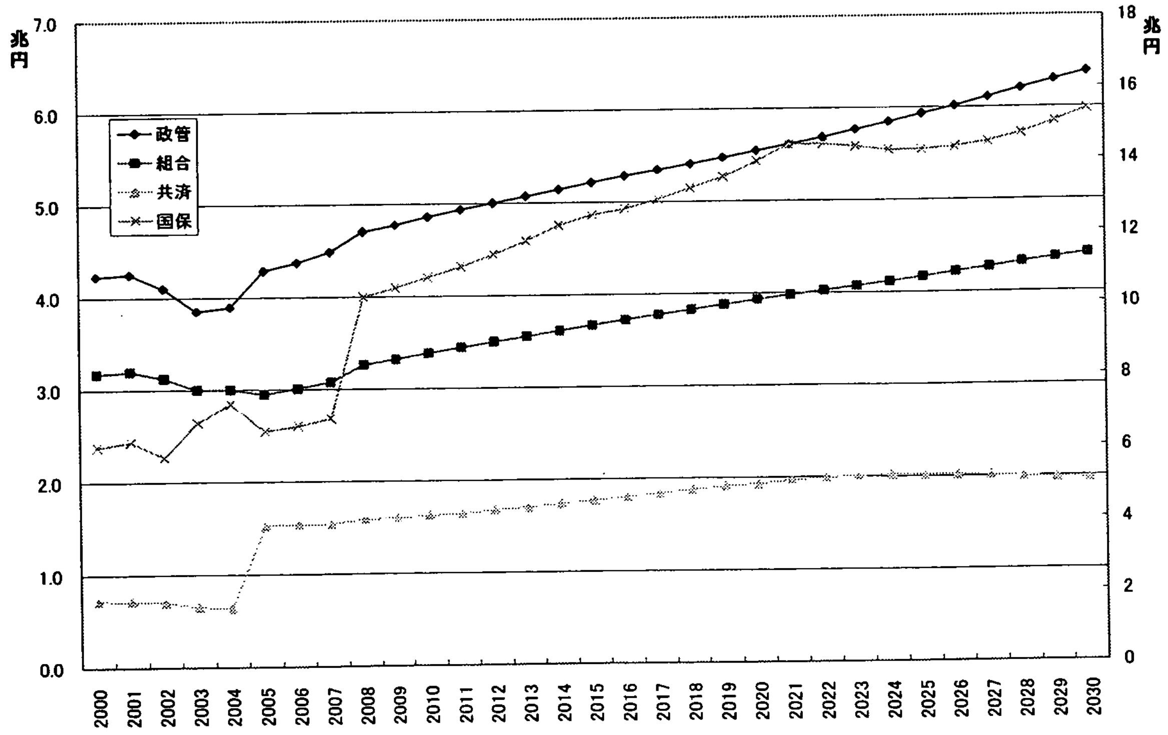
医療費、保険料、老人保健拠出金だけで会計が成立していると仮定する。健康保険制度は若年層だけの医療費を負担することは十分に可能である。表の（3）－（1）の行を見ると、そのことはよくわかる。特に、制度改正で結果として若年層の医療費が増えるが保

険料収入も増えるので、若年層の医療費負担には十分に耐えられる。さらに、老人医療費の負担に関しても、老人保健拠出金が圧縮される（たとえば、寿命の効果）ので、健康保険制度の負担は低下する。

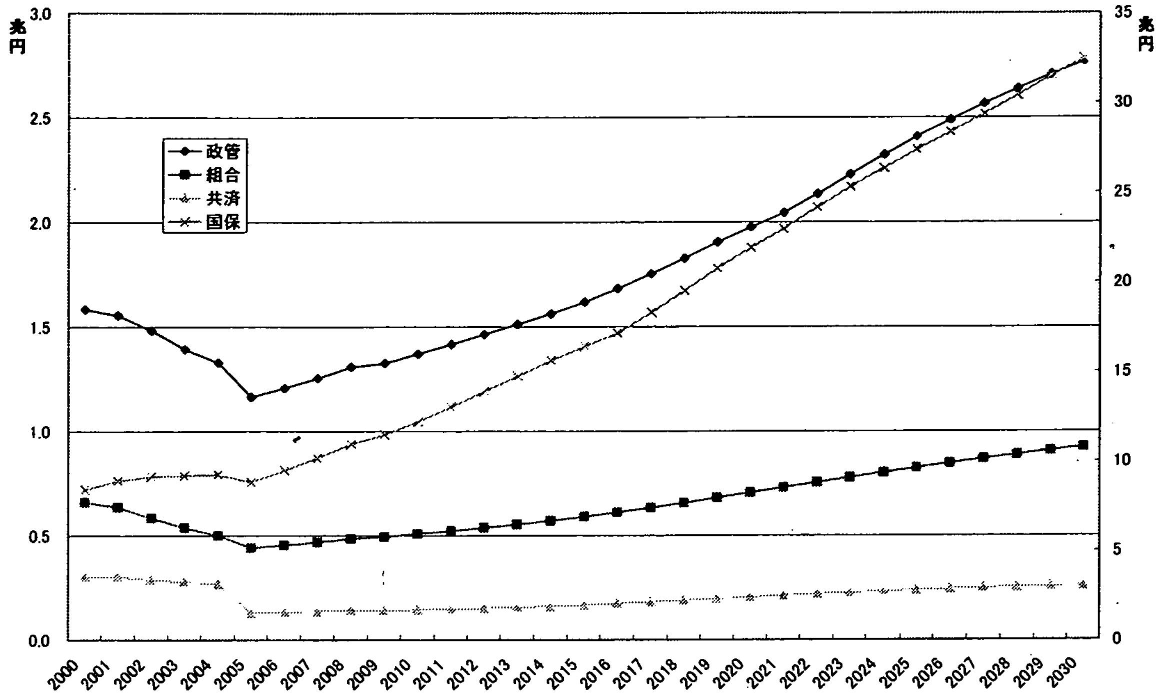
付表２　医療費の推計（本人+被扶養者, 従前制度）



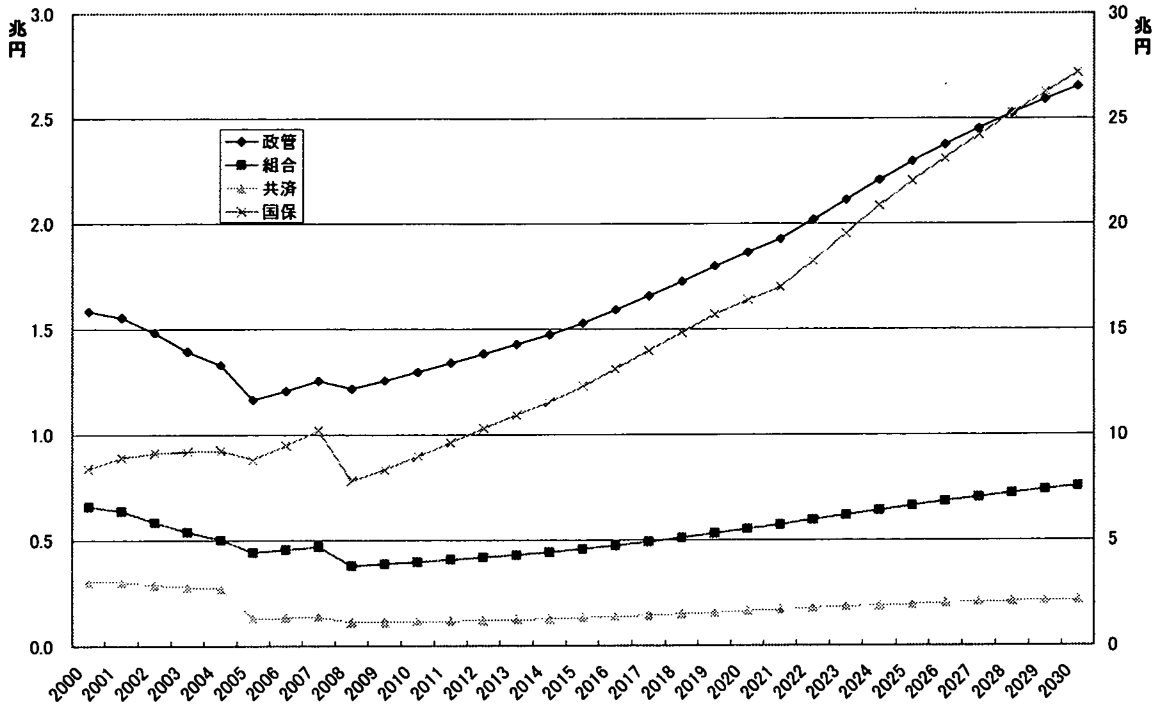
付表３　医療費の推計（本人+被扶養者，０８～老人７４歳）



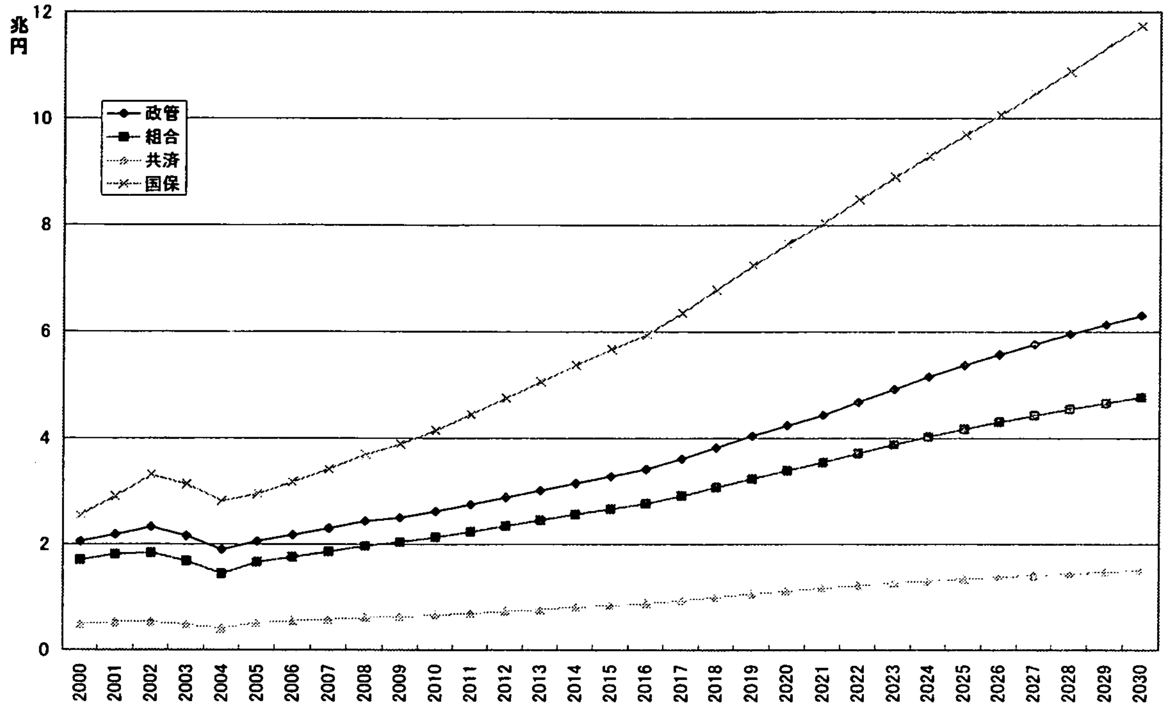
付表４　医療費の推計（老人，従前制度）



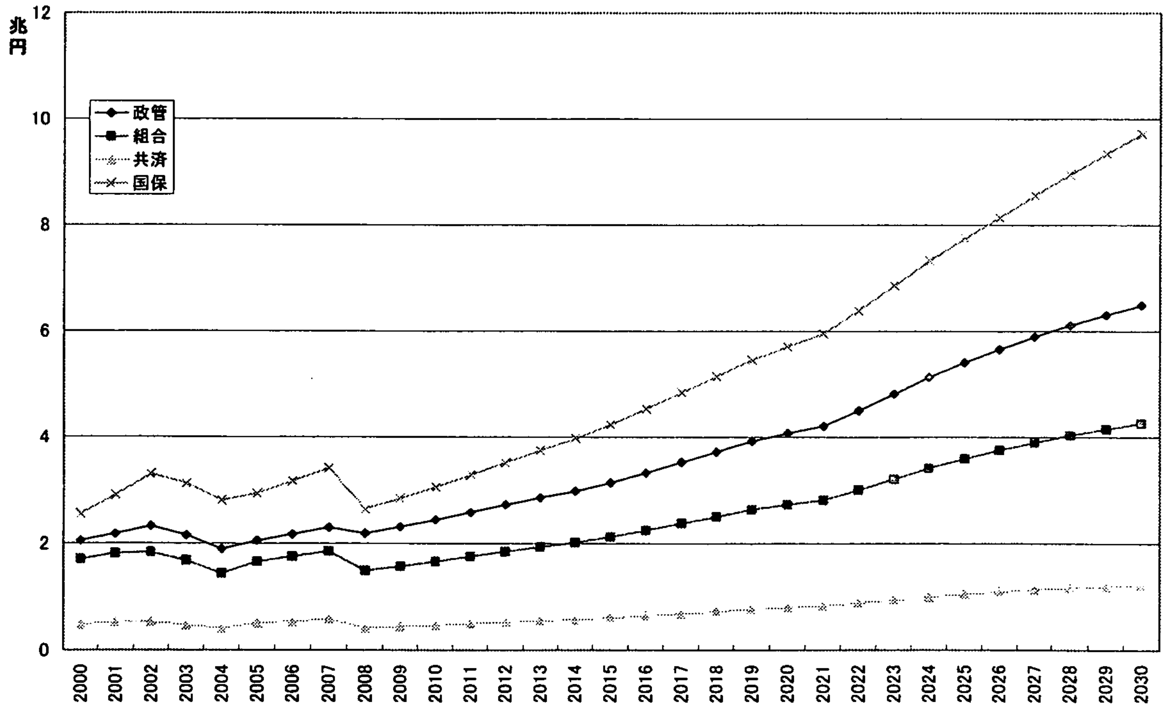
付表５　医療費の推計（老人，０８～老人７４歳）



付表６　老人拠出金の将来推計（従前制度）



付表７　老人拠出金の将来推計（０８～老人７４歳）



資料）

厚生労働省　「国民健康保険実態調査報告　平成１７年版」

厚生労働省　「健康保険被保険者実態調査　各年版」

財務省　「国家公務員共済組合事業統計年報　平成１７年版」

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

「社会保障の制度横断的な機能評価に関するシミュレーション分析」

分担研究報告書

「障害福祉サービス受給者数の長期推計」

分担研究者　菊池　潤（国立社会保障・人口問題研究所・企画部研究員）

研究要旨

介護保険制度と障害者施策との統合は介護保険制度創設時からの検討課題とされている。両制度の統合を検討する際には、サービス内容やリスクの類似性、あるいは、社会保険制度と社会福祉制度それぞれが果たすべき役割など、様々な視点からの検討が求められるが、同時に両者の統合が介護保険制度に与える影響についても明らかにしておく必要がある。本研究では以上の点を明らかにすることを目的として、障害福祉サービス受給者数の長期推計を行い、両者の統合が介護保険制度に与える影響についての予備的分析を行った。

本研究から得られた主な結果は以下の3点である。第1に、身体障害者、精神障害者の今後の動向は高齢化の影響を大きく受け、高齢者人口の増加が続くとされている2030年前後まで拡大する。第2に、障害福祉施策と介護保険制度の統合を行った場合、介護保険制度に与える影響の大きさから判断すると、精神障害者サービスのあり方が大きなポイントとなる。第3に、新規事業者の参入等により身体障害者の受給率が上昇した場合には、両制度の統合が介護保険制度に与える影響はより大きなものとなる。

今後、両制度の統合が介護保険制度の費用面に与える影響など、更なる検討が求められる。

A. 研究目的

介護保険制度と障害者施策との統合は介護保険制度創設時から検討課題とされてきた。両者の統合を検討する際には、サービス内容やリスクの類似性、あるいは、社会保険制度と社会福祉制度それぞれの果たすべき役割など、様々な視点からの検討が求められるが、同時に、両者の統合が介護保険制度に与える影響についても明らかにしておく必要がある。

以上の問題認識のもと、本研究では障害福祉サービス受給者数の長期推計を行い、両制度の統合が介護保険制度に与える影響について検することを目的としている。

B. 研究方法

厚生労働省「社会福祉施設等調査」、同「社会福祉行政報告例」などの公表されている全国集計データをもとに、障害福祉サービス受給者数

の長期推計モデルを構築した。さらに、同推計と既存の介護保険推計モデルを用いて、障害福祉施策と介護保険制度の統合が介護保険制度に与える影響について検討を行った。

C. 研究結果とD. 考察

本研究から得られた主な結果は以下の 3 点である。第 1 に、身体障害者、精神障害者の動向は高齢化の影響を大きく受け、高齢者人口の増加が続くとされている 2030 年前後まで拡大することが予想される。第 2 に、介護保険制度と障害福祉施策の統合を考える際、精神障害者の扱いが大きなポイントとなる。第 3 に、新規事業者の参入等により身体障害者のサービス受給率が上昇した際には、身体障害者の扱いが介護保険制度に与える影響はより大きなものとなる。

障害福祉施策と介護保険制度の統合が介護保険制度に与える影響は、統合後の制度下における給付範囲の設定にも依存することになるが、本研究の結果からは高齢化のピークとされる 2025 年前後で最大 1 割から 2 割受給者数を拡大させる可能性が示された。以上の結果は、出現率や受給率などの各種パラメーターを現在の水準で一定とした機械的計算に基づくものであるが、制度の統合によりこれらのパラメーターが変化する可能性は否定できない。特に財政面の不安解消を目的とした被保険者・受給者の拡大は、1 人当たりの負担が軽減されるために、サービス利用が一層拡大する可能性がある。したがって、制度統合以前に、給付範囲の精査、あるいは費用負担のあり方など、更なる検討が必要と考える。

E. 結論

本研究では受給者数の長期推計モデルをもとに、介護保険制度と障害福祉施策の統合について検討を行った結果、受給者ベースでみてもかなりの影響が生じることが明らかとなった。しかしながら、高齢者介護サービスと障害者サービスを比較した場合、後者の方がより多くの費用が必要とされると考えられ、費用面を考慮した場合には、両制度の統合が介護保険制度に与える影響はより大きなものとなることが予想される。したがって、費用面を含めた更なる検討が求められる。

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. 知的所有権の取得状況の出願・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

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「社会保障の制度横断的な機能評価に関するシミュレーション分析」

障害福祉サービス受給者数の長期推計

菊池　潤
国立社会保障・人口問題研究所　企画部研究員

1. はじめに

2003 年 4 月の支援費制度導入以降、わが国の障害福祉施策は大きく変化した。従来、障害者に対するサービスは、利用者からサービス内容までを行政が決定する措置制度の下で行われてきたが、支援費制度の下では、利用者自らがサービス提供者を選択し、両者の契約の下にサービス提供が行われることとなった。その後、支援費制度では対象外とされていた精神障害者も含むかたちで、身体・知的・精神の三障害共通の枠組みとして、障害者自立支援法が 2005 年に成立し、翌 2006 年 10 月より順次施行されている。

一方で、2000 年 4 月に発足した介護保険制度は制度発足 5 年目に当たる 2005 年に大きな制度改革が行われた。同制度改革に向けて、社会保障審議会介護保険部会において議論が積み重ねられたが、その際の重要な論点の一つが「被保険者・受給者の範囲」に関するものであり、介護保険制度と障害者福祉制度との統合であった。介護保険制度と障害者施策との統合は制度創設時からの検討課題となっていたが、支援費制度の導入以降急速に拡大する障害者サービスの財源補償という側面も否定できず、引き続き検討課題とされることとなった[1]。

両者の統合を検討する際には、サービス内容の類似性、リスクの類似性、あるいは、社会保険制度と社会福祉制度それぞれの果たす役割など、様々な視点からの検討が求められるが、介護保険制度自体の持続可能性が疑問視されていることを踏まえると、同時に両者の統合が介護保険制度に与える影響についても明らかにしておく必要がある。本稿では以上の問題意識の下、障害福祉サービス受給者数の長期推計を行い、障害福祉施策と介護保険制度との関係について検討を行った。

本稿から得られた主な結果は以下の 3 点である。第 1 に、身体障害者と精神障害者の動向は高齢化の影響を強く受け、高齢者人口の増加が続くとされている 2030 年前後まで拡大することになる。第 2 に、介護保険制度と障害福祉施策の統合を行った際の介護保険制度に与える影響度から判断すると、精神障害者の扱いが大きなポイントとなる。第 3 に、現時点では身体障害者のサービス受給率が低い水準にとどまっているが、今後、サービス

---

[1] わが国の高齢者介護と障害者施策との関係については峯村（2006)などを参照されたい。

事業者の参入等を通じて受給率が上昇した場合には、精神障害者と同様、介護保険制度に与える影響は大きくなる。今後、費用面の影響も含めて更なる検討が求められる。

本稿の構成は以下のとおり。次節では本稿の長期推計の基点となる 2005 年時点の障害者福祉制度について概観する。続く、第 3 節では推計方法について述べたうえで、その結果について述べる。第 4 節は本稿のまとめである。

2. 障害福祉サービスの体系（2005 年）

表1 支援費制度下のサービス体系

	身体障害者	知的障害者	障害児	精神障害者
支援費制度（居宅）	身体障害者居宅介護等事業 身体障害者デイサービス事業 身体障害者短期入所事業	知的障害者居宅介護等事業 知的障害者デイサービス事業 知的障害者短期入所事業 知的障害者地域生活援助事業	児童居宅介護等事業 児童デイサービス事業 児童短期入所事業	
支援費制度（施設）	身体障害者更生施設 　肢体不自由者更生施設 　視覚障害者更生施設 　聴覚・言語障害者更生施設 　内部障害者更生施設 身体障害者療護施設 身体障害者授産施設	知的障害者更生施設 知的障害者授産施設 知的障害者通勤寮 心身障害者福祉協会が設置する福祉施設		
支援費制度以外				居宅生活支援事業 　精神障害者居宅介護等事業 　精神障害者短期入所事業 　精神障害者地域生活援助事業
	身体障害者相談支援事業 身体障害者生活訓練等事業 手話通訳事業 身体障害者の更生相談に応じる事業 日常生活用具給付事業 補装具給付事業 更生医療	知的障害者相談支援事業 知的障害者の更生相談に応じる事業 日常生活用具給付事業	障害児相談支援事業 児童の福祉の増進について相談に応じる事業 日常生活用具給付事業 補装具給付事業 育成医療	入院医療 通院医療
	身体障害者福祉ホーム 身体障害者福祉工場 補装具製作施設 盲導犬訓練施設 視聴覚障害者情報提供施設	知的障害者小規模通所授産施設 知的障害者福祉ホーム 知的障害者福祉工場	知的障害児施設 　知的障害児通園施設 　自閉症児施設 　盲児施設 　ろうあ児施設 　難聴幼児通園施設 　肢体不自由児施設 　肢体不自由児通園施設 　肢体不自由児療護施設 　重症心身障害児施設 　情緒障害児短期治療施設 　児童自立支援施設	社会復帰施設 　精神障害者生活訓練施設 　精神障害者入所授産施設 　精神障害者通所授産施設 　精神障害者小規模授産施設 　精神障害者福祉ホーム 　精神障害者福祉工場 　地域生活支援センター

次節で述べるように、本稿では 2005 年度を基点とした障害福祉サービス受給者数の長期推計を行う。そこで、本節では 2005 年度時点の障害者サービスの体系について概観することにする。

2005 年時点のサービス体系をまとめたものが表 1 である。同表では障害の種類とサービスの種類の 2 つの基準でサービス体系を分類している。障害の種類については、身体障害者、知的障害者、障害児、および、精神障害者の 4 つに分類している。また、サービス種類については、支援費制度の対象サービスとそれ以外に分類した上で、前者に関してはさらに居宅と施設に分類している。

はじめに支援費制度の対象サービスについてみてみると、同制度の対象は身体障害者、知的障害者、障害児のみであり、精神障害者は対象外となる。支援費制度対象サービスは居宅と施設に大別されるが、そのうち居宅サービスは居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）、デイサービス、短期入所事業（ショートステイ）の 3 つが基本となっており、知的障害者の場合には、地域生活援助事業（グループホーム）が加わることになる。支援費制度では以上の居宅サービスの他に、身体障害者、知的障害者に対する施設サービスが対象とされている。各種障害児施設、身体・知的障害者に対する各種相談事業や日常生活用具給付、あるいは、障害者福祉ホームや障害者福祉工場などは支援費制度の対象外となっ

ている。

精神障害者に対するサービスとしては、入院・通院医療のほかに、居宅生活支援事業や社会復帰施設などがある。このうち、居宅生活支援事業については、支援費制度の居宅サービスと同様に、ホームヘルプサービス、ショートステイ、および、グループホームが含まれる。

以上、障害福祉サービスの体系について簡単に述べたが、次節以降で障害福祉サービス受給者数の長期推計を行う際には、①支援費制度対象居宅サービス、②支援費制度対象施設サービス、および、③精神障害者医療サービス、の3つを対象に長期推計を行うこととする。

3. 障害福祉サービス利用者数の長期推計

3.1 推計方法

前節で述べたとおり、本稿で対象とする障害福祉サービスは、①支援費制度対象居宅サービス、②支援費制度対象施設サービス、および、③精神障害者医療サービス、の3つである。以下、それぞれの受給者数の推計方法について述べる。

①支援費制度対象居宅サービス

支援費制度の下での居宅サービス受給者数は、厚生労働省「社会福祉施設等調査」より、サービス種類別の受給者数を得ることができる。しかしながら、同調査からは年齢階級別の受給者数を把握することはできない。そこで、本稿では、身体障害者手帳所持者、療育手帳所持者をそれぞれ身体障害者、知的障害者とみなし、各障害者の一定割合が居宅サービスを利用するものとして推計を行った。具体的には以下の方法により推計を行った。

まず、身体障害者手帳所持者については、厚生労働省「福祉行政報告例」より年齢2区分（18歳以上・18歳未満）別の身体障害者手帳交付台帳登載数が得られる。また、厚生労働省「身体障害児・者実態調査」より、年齢階級別・身体障害者数が得られる。本稿では、「福祉行政報告例」掲載の身体障害者手帳交付台帳搭載数の年齢構成が、「身体障害児・者実態調査」掲載の年齢構成と等しいものとして、年齢階級別の身体障害者手帳所持者数（身体障害者数）を算出した。以上の方法で算出された年齢階級別・身体障害者数を総人口で除すことによって、年齢階級別の身体障害者出現率とした（表2参照）。

表2　身体障害者出現率

	身体障害者数		身体障害者手帳交付台帳登載数（身体障害者数）		推計人口(c)	出現率
	推計値(a)	構成比	実数(b)	推計値		
18歳未満	80,900	100.0%	108,901	108,901		
0歳以上5歳未満	13,500	16.7%	-	18,173	5,578,087	0.326%
5歳以上10歳未満	23,100	28.6%	-	31,095	5,928,495	0.525%
10歳以上15歳未満	28,900	35.7%	-	38,903	6,014,652	0.647%
15歳以上18歳未満	15,400	19.0%	-	20,730	3,820,712	0.543%
18歳以上	3,222,000	100.0%	4,686,132	4,686,132		
18歳以上20歳未満	11,000	0.3%	-	15,999	2,747,668	0.582%
20歳以上30歳未満	70,000	2.2%	-	101,809	15,630,647	0.651%
30歳以上40歳未満	93,000	2.9%	-	135,261	18,490,638	0.732%
40歳以上50歳未満	213,000	6.6%	-	309,791	15,806,457	1.960%
50歳以上60歳未満	468,000	14.5%	-	680,667	19,051,663	3.573%
60歳以上65歳未満	363,000	11.3%	-	527,953	8,544,629	6.179%
65歳以上70歳未満	522,000	16.2%	-	759,206	7,432,610	10.215%
70歳以上	1,482,000	46.0%	-	2,155,446	18,239,395	11.818%

出所）
(a)「平成13年身体障害児・者実態調査」
(b)「平成17年度福祉行政報告例」
(c)「平成17年国勢調査」

知的障害者数についても、厚生労働省「福祉行政報告例」掲載の療育手帳交付台帳登載数を用いて同様の計算を行った。ただし、知的障害者数については、厚生労働省「知的障害児（者）基礎調査」より性別・年齢階級別の知的障害者数が得られるため、性別・年齢階級別の出現率を算出した（表3参照）。

表3　知的障害者出現率

	知的障害者数 推計値(a)			構成比			療育手帳交付台帳登載数 実数(b)	推計値		推計人口(c)		出現率	
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	男	女	男	女
18歳未満	116,900	75,500	41,400	100.0%	64.6%	35.4%	173,438	112,015	61,423				
0歳以上5歳未満	15,600	9,900	5,700	13.3%	8.5%	4.9%	-	14,688	8,457	2,854,502	2,723,585	0.51%	0.31%
5歳以上10歳未満	39,500	25,400	14,100	33.8%	21.7%	12.1%	-	37,685	20,919	3,036,503	2,891,992	1.24%	0.72%
10歳以上15歳未満	36,300	25,400	10,900	31.1%	21.7%	9.3%	-	37,685	16,172	3,080,678	2,933,974	1.22%	0.55%
15歳以上18歳未満	25,500	14,800	10,700	21.8%	12.7%	9.2%	-	21,958	15,875	1,960,694	1,860,018	1.12%	0.85%
18歳以上	289,100	165,800	123,300	100.0%	57.4%	42.6%	525,323	301,275	224,048				
18歳以上20歳未満	20,600	12,700	7,900	7.1%	4.4%	2.7%	-	23,077	14,355	1,412,736	1,334,932	1.63%	1.08%
20歳以上30歳未満	83,600	47,700	35,900	28.9%	16.5%	12.4%	-	86,676	65,234	7,953,373	7,677,274	1.09%	0.85%
30歳以上40歳未満	84,800	51,700	33,100	29.3%	17.9%	11.4%	-	93,944	60,146	9,336,052	9,154,586	1.01%	0.66%
40歳以上50歳未満	43,800	24,400	19,400	15.2%	8.4%	6.7%	-	44,337	35,252	7,932,970	7,873,487	0.56%	0.45%
50歳以上60歳未満	31,300	16,600	14,700	10.8%	5.7%	5.1%	-	30,164	26,711	9,460,609	9,591,054	0.32%	0.28%
60歳以上65歳未満	9,600	5,400	4,200	3.3%	1.9%	1.5%	-	9,812	7,632	4,154,529	4,390,100	0.24%	0.17%
65歳以上	15,400	7,300	8,100	5.3%	2.5%	2.8%	-	13,265	14,718	10,874,599	14,797,406	0.12%	0.10%

出所）
(a)「平成17年度知的障害児（者）基礎調査」
(b)「平成17年度福祉行政報告例」
(c)「平成17年国勢調査」

支援費制度下における居宅サービス受給者数は、先述したとおり、厚生労働省「社会福祉施設等調査」よりサービス別の受給者数が得られる。そこで、同調査掲載の受給者数と先に算出した身体障害者数、知的障害者数を用いて、サービス別・受給率を算出した。なお、障害児については、18歳未満の身体障害者数と知的障害者数の和を障害児として、サービス別の受給率を算出した（表4参照）。2006年度以降の受給者については以上の出現率、受給率を一定として機械的計算により算出した。なお、推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 - 平成 18 年 12 月推計 - 」（死亡中位・出生中位）を利用した。

表4　居宅サービス受給率

	身体障害者	知的障害者	障害児
障害者数	4,686,132	525,323	282,339
利用実人員数（人/月）(a)			
居宅介護等事業	57,953	29,129	18,526
デイサービス事業	28,605	15,396	27,105
短期入所事業	4,180	16,695	14,159
地域生活援助事業	-	17,677	-
受給率			
居宅介護等事業	1.2%	5.5%	6.6%
デイサービス事業	0.6%	2.9%	9.6%
短期入所事業	0.1%	3.2%	5.0%
地域生活援助事業	-	3.4%	-

出所）
(a)厚生労働省「平成17年社会福祉施設等調査」

②支援費制度対象施設サービス

支援費制度の対象となる施設受給者数については、厚生労働省「社会福祉施設等調査」より施設種別の年齢階級別・受給者数が得られる。以上の年齢階級別・受給者数、および、

先に算出した年齢階級別・障害者数を用いて、年齢階級別・受給率を算出した（表 5、表 6 参照)。2006 年度以降の受給者数については、居宅サービスと同様に機械的計算を行った。

表5 身体障害者施設受給率

	18歳未満	18歳以上20歳未満	20歳以上30歳未満	30歳以上40歳未満	40歳以上50歳未満	50歳以上60歳未満	60歳以上65歳未満	65歳以上
身体障害者数	108,901	15,999	101,809	135,261	309,791	680,667	527,953	2,914,652
在所者数(人)(a)								
肢体不自由者更生施設	1	150	474	468	622	1396	619	373
視覚障害者更生施設	1	20	197	238	223	306	83	69
聴覚・言語障害者更生施設	1	13	34	17	7	8	9	2
内部障害者更生施設	0	18	56	16	17	76	52	93
身体障害者療護施設	6	107	1338	2765	4582	8366	4757	4964
身体障害者授産施設	0	95	960	1750	2289	3244	1397	1103
身体障害者通所授産施設	5	277	1978	2160	1504	1410	503	423
合計	14	680	5,037	7,414	9,244	14,806	7,420	7,027
受給率	0.013%	4.250%	4.947%	5.481%	2.984%	2.175%	1.405%	0.241%

出所）
(a)厚生労働省「平成17年社会福祉施設等調査」

表6 知的障害者施設受給率

	18歳未満	18歳以上20歳未満	20歳以上30歳未満	30歳以上40歳未満	40歳以上50歳未満	50歳以上60歳未満	60歳以上65歳未満	65歳以上
知的障害者数	173,438	37,432	151,909	154,090	79,589	56,875	17,444	27,983
在所者数(人)(a)								
知的障害者更生施設(入所)	242	1,234	15,288	25712	19557	18954	6084	6,867
知的障害者更生施設(通所)	89	1,181	8,158	6070	1587	592	141	77
知的障害者授産施設(入所)	81	456	2,922	3209	2804	2795	763	478
知的障害者授産施設(通所)	124	2,908	20,411	16826	6915	3709	726	396
知的障害者通勤寮	20	323	1,096	582	406	276	43	15
合計	556	6,102	47,875	52,399	31,269	26,326	7,757	7,833
受給率	0.321%	16.301%	31.515%	34.005%	39.288%	46.287%	44.468%	27.992%

出所）
(a)厚生労働省「平成17年社会福祉施設等調査」

③精神障害者医療サービス

医療サービスを受給している精神障害者数については、厚生労働省「障害者白書」と同様の方法を用いて推計を行った。入院患者数については厚生労働省「患者調査」から年齢階級別・傷病小分類別・推計入院患者数が得られる。このうち「精神及び行動の障害」（精神遅滞を除く)、および、「神経系の疾患」に含まれる「アルツハイマー病」と「てんかん」に該当する入院患者を、入院治療を受けている精神障害者とした。外来患者数についても同調査から年齢階級別・傷病小分類別・推計外来患者数が得られるが、同調査の推計外来患者数は調査日に受診した外来患者数を表すため、調査時点で継続的に受診している外来患者数（総外来患者数）を以下のとおり算出した。

総外来患者数＝初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×（6/7）

以上の方法で算出した、性別・年齢階級別・入院患者数、外来患者数を総務省「国勢調査」より得られる性別・年齢階級別・総人口で除すことにより、性別・年齢階級別・出現率を算出した（表 7 参照)。2006 年度以降の入院患者数、外来患者数については以上の出現率を用いて機械的に算出した。