

表 1 就業状態別人口の将来見通し (万人)

年次	ベンチマークシナリオ					雇用情勢悪化シナリオ				
	総数	正社員	パート等	自営業主	非就業	総数	正社員	パート等	自営業主	非就業
2008	12,735	3,700	1,932	830	6,272	12,735	3,700	1,932	830	6,272
2009	12,716	3,689	1,911	837	6,279	12,716	3,623	1,830	838	6,425
2025	11,845	3,305	1,593	857	6,090	11,824	3,004	1,713	888	6,219
2050	9,371	2,326	1,120	693	5,232	9,285	1,888	1,361	785	5,251
2075	6,662	1,640	771	480	3,771	6,499	1,281	962	570	3,686
2100	4,689	1,164	544	338	2,644	4,459	883	662	392	2,521

(注) INAHSIM により、筆者推計。

### 3. シミュレーション結果

本稿では、2004 年のデータを初期値として、2001 年頃の個々人の行動が将来にわたって基本的に変化しないと想定して推計を行ったベンチマークシミュレーションと 2008 年から 2009 年にかけての派遣労働者など非正規労働者の雇止めや新卒採用者が低水準で継続するという雇用情勢悪化シナリオによるシミュレーション結果を比較することにより、昨今の雇用情勢の悪化がもたらす将来の家族構成や所得分布への影響を評価することを試みた。また、2004 年から 2008 年までは、ベンチマークシナリオを用いており、2008 年時点の状況は、現実の日本社会の状況とは必ずしも一致していないが、大きく乖離しているわけではないので、両シナリオのシミュレーション結果の差分は、雇用情勢悪化の影響の評価と考えられる。なお、雇用情勢悪化シナリオは予測値ではないので、この差分は、シナリオで想定した雇用情勢の変化が及ぼす将来の所得格差等への影響力を表していることに留意が必要である。

雇用情勢悪化シナリオでは、失業者が増加することから、低所得者層が増え、平均所得や中央値の低下だけでなく、所得格差を表すジニ係数が上昇することが考えられる。また、公的年金については、厚生年金の加入者が減少し、国民年金の第 1 号被保険者が増加することによって、将来的には年金水準の低下が起こることとなる。また、若年層の所得水準の低下により、親元から独立することができないパラサイト・シングルが増加したり、婚姻率が低下したりすることが考えられる。その結果、出生率が低下し、将来の高齢化率も上昇することとなる。さらには、一人暮らしの高齢者の増加も起こりうるであろう。以下、シミュレーション結果をベンチマークと比較することによって、これらの事象への定量的な影響について評価を試みる

### 3.1.所得分布の将来見通し

世帯の市場所得<sup>10</sup>について、平均所得、所得中央値及びジニ係数の将来見通しをみたものが表 2 である。2008 年から 2009 年にかけての雇用調整等の影響により、平均所得は 540.6 万円から 533.1 万円へと 7.5 万円（1.4%）の減、所得中央値は 439.3 万円から 433.0 万円へと 6.3 万円（1.4%）の減となっている。一方、ジニ係数は 0.428 から 0.432 へと 0.004 ポイントの上昇となっている。これが、雇用情勢悪化シナリオで想定した雇用調整の一時的な影響と考えることができる。

表 2 所得分布の将来見通し

年次	ベンチマークシナリオ			雇用情勢悪化シナリオ		
	平均所得	所得中央値	ジニ係数	平均所得	所得中央値	ジニ係数
2008	543.9	442.3	0.428	543.9	442.3	0.428
2009	540.6	439.3	0.428	533.1	433.0	0.432
2025	507.5	379.9	0.455	496.1	368.4	0.460
2050	464.4	315.1	0.486	443.5	297.3	0.492
2075	454.7	297.2	0.496	425.0	271.1	0.511
2100	456.6	298.0	0.496	423.3	268.5	0.515

(注) INAHSIM により筆者推計。平均所得と所得中央値の単位は万円である。

次に、所得格差への長期的な影響をみると、2025 年では 0.455 から 0.460 へと 0.005 ポイント、2050 年では 0.486 から 0.492 へと 0.006 ポイント、2075 年では 0.496 から 0.511 へと 0.015 ポイント、2100 年では 0.496 から 0.515 へと 0.019 ポイントとなっており、2050 年以降にその影響が大きくなっている。これは、新卒採用の減少は若年層の所得水準の低下をもたらすが、これらの若者がパラサイト・シングルとなって親元を離れなくなり、世帯所得のジニ係数でみた所得格差には影響が現れにくいからである。実際、後述するように、この影響は婚姻率や出生率の低下、パラサイト・シングル人口の増加となって表れることとなる。

この新卒採用の減少の影響は、数十年後になって初めてジニ係数の差として計測されることとなる。所得水準が低いためにパラサイト・シングルとなった者は、両親が死亡するまで親と同居を続け、その段階になって初めて一人暮らしの高齢者となる。さらに、これらの者は、国民年金の第 1 号被保険者であるが、満額の基礎年金が受給できるだけの保険料納付ができないケースも多いため、年金額がかなり低い水準になると見込まれるからである。

<sup>10</sup> ここでは、稼働所得と公的年金による所得のみを考慮している。財産所得や生活保護等の社会保障給付は含まれていない。また、施設に入所している者は、単独世帯として取り扱っている。一般的な統計では、施設世帯入所者が除外されて集計されているため、平均所得・所得中央値は、低く、ジニ係数は高い数値となっている。

### 3.2.年金加入種別別被保険者数の将来見通し

次に、この雇用情勢の悪化が、公的年金の被保険者の分布に与える影響をみたものが表 3 である。2009 年についてみると、第 1 号被保険者は 2281 万人から 2333 万人へと 52 万人の増、第 2 号被保険者は 3673 万人から 3607 万人へと 66 万人の減、第 3 号被保険者は 959 万人から 963 万人へと 4 万人の増となっている。これは、正社員の雇用調整により、第 2 号被保険者が減少し、第 1 号被保険者が増加することによるものである。なお、第 3 号被保険者の増加は、非正規労働者の雇止めなどにより、共働きであった第 1 号被保険者の収入が減少して 130 万円未満となり、第 3 号被保険者になることが影響しているものと考えられる。

表 3 年金加入種別別被保険者数の将来見通し（万人）

年次	ベンチマークシナリオ					雇用情勢悪化シナリオ				
	総数	第1号	第2号	第3号	非加入	総数	第1号	第2号	第3号	非加入
2008	12,735	2,329	3,686	978	5,742	12,735	2,329	3,686	978	5,742
2009	12,716	2,281	3,673	959	5,803	12,716	2,333	3,607	963	5,812
2025	11,845	1,986	3,251	805	5,803	11,824	2,302	2,951	778	5,794
2050	9,371	1,291	2,269	565	5,246	9,285	1,739	1,832	493	5,221
2075	6,662	913	1,601	397	3,750	6,499	1,197	1,249	337	3,716
2100	4,689	650	1,137	281	2,621	4,459	830	862	232	2,534

(注) INAHSIM により、筆者推計。

第 2 号被保険者の減少は、新卒採用減が続くことにより、その後も継続することとなる。2025 年では 3251 万人から 2951 万人へと 300 万人の減、2050 年では 2269 万人から 1832 万人へと 437 万人の減、2075 年では 1601 万人から 1249 万人へと 352 万人の減、2100 年では 1137 万人から 862 万人へと 275 万人の減となっている。一方、第 1 号被保険者はベンチマークと比べて増加することとなるが、雇用情勢の悪化が出生率の低下や生産年齢人口の減少をもたらすため、第 2 号被保険者の減少分よりも少ない人数の増加にとどまる。なお、第 3 号被保険者は当初一時的にベンチマークを上回るが、その後は第 2 号被保険者数が減少するため、長期的にはベンチマークを下回る水準で推移することとなる。

このように、第 2 号被保険者が減少し、第 1 号被保険者が増加することによって、将来は、基礎年金のみの高齢者が増加するだけでなく、国民年金の未納や免除による低年金者も増加することが見込まれることから、高齢者の所得水準の低下が起こることとなる。この現象の発生は数十年先のことであるが、先に述べたように、所得格差の大きな原因となるので留意が必要である。



### 3.3.出生率・婚姻率の将来見通し

若年層における正規労働者の減少は、婚姻率の低下をもたらし、出生率のさらなる低下につながることとなるが、その出生率・婚姻率の将来見通しをみたものが表4である。

表4 出生率・婚姻率の将来見通し

年次	ベンチマークシナリオ				雇用情勢悪化シナリオ			
	出生数	TFR	婚姻数	婚姻率	出生数	TFR	婚姻数	婚姻率
2008	105	1.26	80	6.3	105	1.26	80	6.3
2009	103	1.26	79	6.2	103	1.26	79	6.2
2025	78	1.33	63	5.4	76	1.28	62	5.2
2050	56	1.34	44	4.8	53	1.29	42	4.6
2075	41	1.35	32	4.9	37	1.30	30	4.5
2100	29	1.36	23	5.1	26	1.31	20	4.6

(注) INAHSIMにより、筆者推計。出生数と婚姻数の単位は千人、婚姻率の単位は人口1000対である。TFRは、合計特殊出生率。

この婚姻率は、人口1000人当たりの婚姻件数であるが、2025年には5.4から5.2へと0.2ポイント、2050年には4.8から4.6へと0.2ポイント、2075年には4.9から4.5へと0.4ポイント、2100年には5.1から4.6へと0.5ポイントそれぞれ低下することとなる。婚姻率の低下によって若年の有配偶率が低下するため、出生率も低下することとなる。一人の女性が一生のうちに産む子供の数の指標である合計特殊出生率は、2025年には1.33から1.28へと0.05ポイント、2050年には1.34から1.29へと0.05ポイント、2075年には1.35から1.30へと0.05ポイント、2100年には1.36から1.31へと0.05ポイントそれぞれ低下すると見込まれる。

この結果、将来の高齢化率は、雇用情勢悪化シナリオがベンチマークシナリオを上回ることとなり、たとえば、2050年では、ベンチマークシナリオの37.9%に対して、雇用情勢悪化シナリオでは38.3%とこれを0.4ポイント上回る結果となっている。

### 3.4.パラサイト・シングル人口の将来見通し

若年が親元を離れるきっかけは、結婚のほか就学や就職であり、婚姻率の低下や新卒採用の減少は、若年の離家が遅れたり、離家そのものが発生しなかったりする大きな原因となる。パラサイト・シングルは、学卒後もなお親と同居し、基礎的生活条件を親に依存している未婚者をいい、現時点でも社会問題になっているが、雇用情勢悪化シナリオでは、このパラサイト・シングルがさらに増加することが見込まれる。

表5は、25歳以上40歳未満のパラサイト・シングル人口の将来見通しをみたものである。ベンチマークシナリオと雇用情勢悪化シナリオを比較すると、2025年では590万人から628万人へと38万人の増、2050年では410万人から432万人へと22万人の増、2075

年では 296 万人から 305 万人へと 9 万人の増、2100 年ではいずれも 210 万人となっている。ただし、雇用情勢悪化シナリオでは若年人口そのものがベンチマークシナリオを下回っているため、パラサイト・シングル人口の比率をみるとさらに大きな上昇となっている。たとえば、2050 年では、25 歳以上 40 歳未満の人口がベンチマークシナリオでは 1306 万人、雇用情勢悪化シナリオでは 1283 万人と見込まれており、その比率は、それぞれ、31.4%、33.7%である。

表 5 パラサイト・シングル人口の将来見通し (万人)

年次	ベンチマークシナリオ				雇用情勢悪化シナリオ			
	総数	25-29	30-34	35-39	総数	25-29	30-34	35-39
2008	731	350	228	153	731	350	228	153
2009	729	355	215	159	732	356	216	160
2025	590	298	166	126	628	313	181	135
2050	410	198	123	89	432	203	131	99
2075	296	144	89	63	305	144	93	68
2100	210	103	63	44	210	100	64	46

(注) INAHSIM により、筆者推計。

### 3.5.家族形態別高齢者数の将来見通し

表 6 は、高齢者を同居家族の状況(家族形態)別に、一人暮らし、夫婦のみの世帯、子夫婦と同居、配偶者のいない子と同居、その他の世帯、施設入所者に区分してみたものであるが、いずれのシナリオにおいても、一人暮らし、配偶者のいない子と同居及び施設入所者の増加が目立っている

まず、施設入所者の増加は、65 歳以上の高齢者の中でもより高齢化が進行するからである。たとえば、ベンチマークシナリオでみると、2008 年の施設入所者は、高齢者 2774 万人のうち 146 万人(5.3%)であるが、2050 年には 3551 万人のうち 291 万人(8.2%)となり、その比率が 2.9 ポイント上昇すると見込まれる。なお、この施設入所者に関しては、両シナリオの間では大きな差は見られない。

表 6 家族形態別高齢者数の将来見通し (万人)

ベンチマークシナリオ							
年次	総数	単独	夫婦のみ	子夫婦	無配偶子	その他	施設世帯
2008	2,774	441	922	544	613	108	146
2009	2,849	463	952	533	636	113	152
2025	3,491	773	988	437	863	188	242
2050	3,551	962	921	336	746	295	291
2075	2,552	763	646	225	499	184	235
2100	1,772	534	447	158	348	121	165
雇用情勢悪化シナリオ							
年次	総数	単独	夫婦のみ	子夫婦	無配偶子	その他	施設世帯
2008	2,774	441	922	544	613	108	146
2009	2,849	463	952	533	636	113	152
2025	3,492	771	980	435	877	187	242
2050	3,552	952	886	326	804	294	291
2075	2,553	778	605	211	525	195	239
2100	1,733	539	405	146	355	124	165

(注) INAHSIM により、筆者推計。「単独」は一人暮らし、「夫婦のみ」は夫婦のみの世帯、「子夫婦」は子夫婦と同居、「無配偶子」は配偶者のいない子と同居、「施設世帯」は施設入所者である。

次に一人暮らしの高齢者をみると、ベンチマークシナリオでは、2008年の441万人(15.9%)から2050年には962万人(27.1%)、2100年には534万人(30.1%)とその比率が大きく上昇する。これを雇用情勢悪化シナリオと比較してみると、2050年まではベンチマークシナリオの方が一人暮らしの高齢者が多く、その後逆転することとなる。これは、雇用情勢悪化シナリオでは、パラサイト・シングルがより多くなると見込まれるが、このパラサイト・シングルは結婚や就職などによって親元を離れることがないため、結果として一人暮らしの高齢者が少なくなるのである。しかしながら、2050年以降は、このパラサイト・シングル自身が高齢者となり、その両親の死亡によって一人暮らしとなるため、雇用情勢悪化シナリオの方が一人暮らしの高齢者が多くなるわけである。

次に、配偶者のいない子と同居している高齢者をみてみよう。ベンチマークシナリオでは、2008年の613万人(22.1%)から2025年には863万人(24.7%)と増加するが、その後は出生率の低下による子供数の減少により、2050年には746万人(21.0%)、2100年には348万人(19.6%)とややその比率が低下する。雇用情勢悪化シナリオでは、親元を未婚のまま離れない者が増加するため、この配偶者のいない子と同居する高齢者はさらに多くなり、2025年には877万人(25.1%)、2050年には804万人(22.6%)、2100年には355万人(20.5%)と見込まれる。

これら三種類の家族形態が増加することに対して、かつて最も一般的であった子夫婦と同居する高齢者の減少は著しい。ベンチマークシナリオでみても、2008年の544万人



(19.6%) から、2025 年には 437 万人 (12.5%)、2050 年には 336 万人 (9.5%)、2100 年には 158 万人 (8.9%) と減少し、最も少ない家族形態になると見込まれる。雇用情勢悪化シナリオではこの家族形態はさらに少なくなり、2050 年では 326 万人 (9.2%)、2100 年では 146 万人 (8.4%) と見込まれる。

#### 4. おわりに

本稿では、昨今の景気後退が長期化・深刻化し、雇用情勢の悪化が継続するという想定のもと、わが国の将来の家族構成や所得格差にどのような影響を及ぼすかについて、マイクロ・シミュレーションモデル INAHSIM を用いて、定量的な分析を行った。具体的には、雇用情勢悪化シナリオでは、2008 年から 2009 年にかけて非正規雇用労働者の雇止めや正規職員の退職募集あるいは新卒採用の削減によって、ベンチマークシナリオと比べて、2009 年では正社員が 66 万人、パート等が 81 万人の減を見込み、その後も新卒採用の 20 ポイント減が続くものと想定して、2100 年までの超長期のシミュレーションを実施した。

この結果、当面の所得格差は若干の拡大にとどまるものの、雇用調整の影響が年金制度を通して将来の高齢者の年金水準に影響するため、数十年先の所得格差により大きな影響を及ぼすことが明らかになった。さらには、婚姻率や出生率の低下、パラサイト・シングル人口の増加、一人暮らしの高齢者の増加につながることも確認された。

このパラサイト・シングルの増加は、若年層の経済力の低下によるものであるが、その結果世帯分離が進まないために、当分の間は本来の所得格差が潜在化し、世帯所得のジニ係数では十分にこの所得格差の測定ができないことも明らかになった。また、この潜在的な所得格差は、パラサイト・シングルの両親の死によって初めて顕在化するが、それは数十年先のことである。この若年層の経済力の低下の影響が顕在化した段階ではすでに手遅れであり、今の段階で何らかの政策的な手段をとる必要があると考えられる。近年の婚姻率や出生率の低下は、その警告として捕らえるべきであろう。

マイクロ・シミュレーションモデルは、所得分布など、個々人のレベルでの将来推計を行う手法であり、100 年間という長期間にわたってシミュレーションを行うことによって、初めて潜在化している所得格差の顕在化の様子が観測できることになる。今回シミュレーションに用いた INAHSIM には、金融資産などストックの情報が含まれていないこと、税や社会保険料など含まれておらず、可処分所得の評価ができないことなど、国民の生活水準を評価する上では必ずしも十分ではない面もあるが、雇用情勢の悪化がもたらす家族構成・所得格差への影響の定量的な評価には、十分に活用できる可能性を持ったモデルであるといえよう。今後は、不足している情報の追加、遷移確率や初期値データのさらなる精査を行うことによって、ミクロレベルでの総合的な将来予測モデルを目指していくべきであろう。

## 参考文献

- 稲垣誠一 (2007), 『日本の将来社会・人口構造分析——マイクロ・シミュレーションモデル (INAHSIM) による推計』財団法人日本統計協会.
- 稲垣誠一・金子能宏 (2008), 「マイクロ・シミュレーションモデル (INAHSIM) による所得分布の将来推計」厚生労働科学研究費 (政策科学総合研究事業) 『所得・資産・消費と社会保障・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究: 平成19年度総括・分担報告書』, pp. 383 - 410.
- 厚生労働省 (2009), 「非正規労働者の雇止め等の状況について (2月報告: 速報)」 <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/02/h0227-5.html>> (アクセス日: 2009年3月18日).
- 厚生労働省 (2009), 「21世紀成年者縦断調査 (国民の生活に関する継続調査) 結果の概況」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/judan/seinen09/index.html> (アクセス日: 2009年3月18日).
- 内閣府 (2009), 「経済財政の中長期方針と10年展望比較試算」 (平成21年1月16日経済財政諮問会議提出) <<http://www.cao.go.jp/bunken-kaikaku/iinkai/kaisai/dai73/73shiryous3.pdf>> (アクセス日: 2009年3月18日).
- 日本経済団体連合会・日本労働組合総連合会 (2009), 「雇用安定・創出に向けた労使共同宣言」 <<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2009/004.html>> (アクセス日: 2009年3月18日).



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））

「所得・資産・消費と社会保険料・税の關係に着目した

社会保障の給付と負担の在り方に関する研究」

分担研究報告書

「我が国の介護保険制度の特徴と今後の制度財政運営の在り方についての研究

—公費と保険料による重層的負担の制度として—」

研究分担者 西山裕 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

#### 研究要旨

1990年代の欧州諸国では、長期的療養や介護支援が必要な高齢者の増加により、医療費急増や社会的入院、家庭の介護負担増等の問題が発生。そこで、在宅福祉を中心とし、医療サービスと連携した介護サービスを、高齢者のニーズや状況に応じて適切に供給する仕組みを作り上げる改革を実施。各国で導入された新たな制度は、導入当初はサービス供給体制の整備や財源の確保等の成果を挙げたが、その後、介護費用の増大や、施設入所者や長期療養入院者の増加に悩む。

我が国の介護保険制度は、①市町村を保険者とする社会保険方式で、介護サービス供給体制整備にも責任、②保険料財源は50%で、残りは公費負担、③給付を受けられる要介護者の範囲も給付水準も高い水準、④医療施設による給付がある、等の特徴がある。

高齢者介護を公費方式に戻すべきとの主張があるが、従来の市町村の財政状況に左右されていた制度に戻るおそれが強く、社会保険を重視してきた我が国では、被保険者の権利として利用できる社会保険方式が適切。

安定的な財政運営のため、実施主体をより広域化した地域を対象とする専門組織に変えるべきとの提案や給付の対象者の範囲や給付水準を縮小すべきとの意見もあるが、住民に身近な市町村を保険者とするのが適切であり、給付の対象範囲の縮小は高齢者自身や家族の負担増に繋がり、給付水準の引下げは施設志向を加速する可能性もあり、適切でない。

その意味で、先の介護保険制度改正で、介護予防の強化や地域密着型サービスの整備などの方向で制度見直しを行ったことは、基本的に正しい方向。

市町村という単位は、財政面の問題があるが、我が国では、多くの主体により重層的に負担される仕組みで財政の安定的運営を図り、広域連合等も広く活用。

予防重視の制度改正の効果が相当程度発揮されても、国全体としての介護給付費の増加は避けられない。2009年11月の社会保障国民会議最終報告書では、医療・介護費用について、改革

を行った上でも、2015年度には、現在に加え約4兆円の財源が必要と試算。

保険料負担については、保険料水準の大幅増や保険料負担割合の大幅な減少は困難で、被保険者範囲の拡大の検討は不可欠だが、障害者自立支援制度との関係等の問題もある。公費については、現在の国・都道府県・市町村の負担割合の見直しや、消費税財源の投入などの問題の検討が必要。

予防重視・在宅介護充実の施策及びその成果も併せ提示した上で、今後、介護保険制度が必要不可欠であることを粘り強く説明し、国民の理解を得ていくことが必要。

#### A. 研究目的

我が国の介護保険制度は、高齢者介護を支える仕組みとして、重要な役割を果たしてきたところであるが、高齢化の進行に伴い介護給付費が増加していく中で、財政運営に苦しんでいる。しかし、今後予想される超高齢社会に対応していくためには、介護保険制度が今後とも機能していくことは不可欠である。

そこで、我が国と同様、高齢化に対応して医療・福祉政策の改革により高齢者介護システムを作ってきた欧州諸国における改革とその動向と比較し、我が国の制度の特質を把握するとともに、それを踏まえ、今後の介護保険制度の制度財政運営の方向を考察する。

#### B. 研究方法

欧州諸国における1990年代以降の高齢者介護に関する改革及びその後の動向を整理し、その共通点及び特質を見ていくとともに、それとの比較により我が国の制度の特質を把握し、今後の介護保険制度の制度財政運営の方向についての考察に結びつける。

(倫理面への配慮)

特に必要なし

#### C. 研究結果

(1) 1990年代の欧州諸国では、長期的療養や介護支援が必要な高齢者の増加に、福祉サイドのサービス体制が対応できず、次のような問題が生じた。

○ 高齢者の療養介護に関して、医療費の急増や社会的入院問題。

○ 介護期間の長期化により、家庭の介護負担が問題となるとともに、増加する低所得高齢者の療養介護の費用が社会扶助にしわ寄せされ、財政面の圧力に。

○ 高齢者の療養介護における医療と介護の連携が悪く、非効率あるいは不適切なケアを実施。

そこで、在宅福祉を中心とし、医療サービスと連携のとれた介護サービスを、高齢者のニーズや状況に応じて適切に供給する仕組みを作り上げる改革が欧州各国で実施。

(2) 各国において改革により導入された新

たな制度は、各国のそれまでの医療・福祉制度や行財政制度の違いを反映した違いがある。

a 介護ケアの提供システム

英国やスウェーデンでは、福祉サービスの担い手であった基礎的自治体に、療養介護の権限と責任を集中し、高齢者の介護ニーズ判定及びケアプラン策定に責任を持たせることで、在宅介護に重点を置き、医療と介護が連携したサービス提供体制を整備。

フランスでは、従来から社会扶助や高齢者・障害者への手当支給等を実施してきた県が、要介護判定、ケアプラン策定、給付を行うこととされた。

ドイツでは、医療保険が疾病金庫を保険者としていたり、福祉サービスの担い手は民間福祉団体のため、介護保険の保険者は介護金庫（疾病金庫が運営）とされた。

b 制度の財源

英国及びスウェーデンでは、基礎的自治体が負担し、国がこれに助成。ドイツは、経常費用の財源は介護保険料、投資費用には公的助成。フランスは、財源は、県の一般財源を中心に、各年金金庫からの拠出金、一般社会拠出金等。

(3) 各国における改革は、導入当初は、次のような成果を上げることができた。

- ・ 高齢者のニーズに適切に応じたサービスの提供
- ・ 高齢者介護についての責任体制の明確化

- ・ 在宅サービスを中心としたサービス供給体制の整備

- ・ 介護サービス財源の確保

しかし、高齢化が更に進行していく中で、各国とも、介護費用の増大が避けられず、その抑制と財源確保に苦しんでいる。また、在宅介護中心の制度の導入にもかかわらず、在宅サービスの給付や供給体制が増大するニーズに対応しきれず、施設入所者や長期療養病院入院者の増加に繋がっている。

(4) 我が国の介護保険制度は、市町村でケアマネジメントを行い、介護サービス提供に民間事業者を活用する一方、制度運営・財源調達は社会保険方式を採用しているという、いわば英国とドイツの折衷の制度の建て方をしており、次のような特徴が認められる。

- ①市町村が保険者として財政運営を行うとともに、介護サービス供給体制の整備についても責任を負っている。
- ②社会保険方式といっても、財源としては保険料で賄われるのは50%であり、残りは公費負担。保険料は、40歳以上の者を被保険者とし、65歳以上の高齢世代と、40～64歳の現役世代がその人口比で負担し、公費負担も、国及び都道府県でその75%（全体の37.5%）を負担し、市町村の負担は公費負担の25%（全体の12.5%）。
- ③我が国の介護給付は、欧州諸国の制度と比較した場合、給付を受けられる要介護者の範囲についても、給付水準についても高い水準



の部類に属する。

我が国の制度では、医療施設による給付がある（介護療養型医療施設）。

#### D. 考察

(1) 介護保険制度については、公的責任でサービスの質を確保すべきとか、社会保険方式では画一的運営になり、個性の高い福祉ニーズに対応できないとして、公費方式に戻すべきとの主張がある。

欧州諸国でも、スウェーデンや英国では公費により高齢者介護が行われているが、スウェーデンにおける手厚い福祉サービスは高率の税負担とペアになっているものであり、中福祉・中負担の我が国では、従来の公費による措置制度の運用が市町村の財政状況に左右されていた状況に戻るようになるおそれが高い。

社会保障の中軸として社会保険を重視し、特に医療サービスが社会保険制度で実施されていた我が国では、高齢者介護については、資力調査による利用者の心理的な抵抗感もなく、被保険者の権利として利用できる社会保険方式が適切。

(2) 我が国の介護保険制度の特徴は、社会保険制度の財政運営という観点からは、給付費増加要因となる面がある。そのため、安定的な財政運営の観点からは、実施主体をより広域化した地域を対象とする専門組織に変えるべきであるという提案や、給付の対象者の

範囲や給付水準を見直して縮小すべきではないか、という意見もある。

しかし、より広域的な専門組織、例えば都道府県単位の組合のような組織を保険者とすることは、住民に身近な市町村から離れた運営となることから、社会保障審議会介護保険部会でも、多くの委員は、市町村を保険者とする現行制度を支持していた。

諸外国では市町村以外が実施主体となっている国があるが、それぞれの国における福祉サービスの供給体制の歴史が反映されている面がある。

そうした点からは、やはり、保険者としては市町村が適切であろう。しかし、審議会でも、地方公共団体側委員が、国や都道府県が重層的に支える立場から保険者を支えてもらう必要があると主張してきた財政面の問題は

ある。

次に、給付の対象者の範囲や給付水準を見直して縮小することは、高齢者自身や高齢者の家族の負担増に繋がる。

対象者範囲を中重度だけに限定することは、軽度者の対応は家族に依存することが前提となるが、今後、高齢化が急速に進行し、高齢者世帯の急速な増加が予想される我が国では、家族の介護力は低下し、施設入所者の増加や病院への社会的入院といった事態に逆戻りするおそれが高い。

また、給付水準の見直しについては、高額サービス費の限度額引き上げは、施設入所者

等の負担を重くし、施設入所者の低所得者化につながる。高額サービス費の限度額を維持すると、給付率を引き下げても施設利用者の自己負担は変わらず、在宅も含めて一律の給付率を引き下げはかえって施設志向を加速する可能性もあり、適切でない。

そうした意味で、先の介護保険制度改革において、給付の対象者の範囲や給付水準の見直しという方向でなく、介護予防マネジメントの強化により重度化を防止することや、地域を支える基盤として、身近な生活圏域における地域密着型サービスの整備などの方向で制度見直しを行ったことは、基本的には正しい方向であると考えられる。

ただ、この改正により、新たな給付や施設・活動が設けられたことによって制度が非常に複雑化したことは事実であり、制度改革後の介護保険制度の状況について、しっかりした検証は必要。

### (3) 介護保険の財政

市町村という単位は、財政面の安定という点では問題がある。

財政面の問題について、介護金庫を保険者とするドイツの公的介護保険では、全介護金庫が一つの財政単位になることで各介護金庫間の財政力の違いが調整されているが、我が国の介護保険は、財政単位はそれぞれの市町村であるが、高齢者自身の負担だけでなく、現役世代（40歳以上）による負担、国、都道府県及び市町村による公費負担といった、多

くの主体により、重層的に負担される仕組みを採用することにより、市町村における介護保険財政の安定的運営を図っている。

また、市町村の介護保険財政運営の安定化の仕組みとして、国負担分のうち5%は調整交付金とされ、「財政安定化基金」も設けられている。さらに、広域的な保険者運営の仕組みとして、広域連合や一部事務組合が広く活用されるなど、市町村の保険者単位としての小ささや財政力の格差については、それなりの対応がされている。しかし、こうした仕組みにもかかわらず、市町村側には、今後も高齢化の急速な進展が予想される中で、財政面の不安がぬぐえていないことも事実である。

### E. 結論

様々な仕組みにもかかわらず、また、前述の介護予防重視の制度改革の効果が相当程度発揮されても、今後の急速な高齢化が予想される中では、国全体としての介護給付費の増加は避けられない面がある。

平成20年11月に公表された、社会保障国民会議の最終報告書においては、医療・介護費用について、改革を行った上でも、2015年度には、現在に加え約4兆円（消費税率換算で1%強）の財源が必要になると試算されている。

昨年10月末、政府・与党において、介護従事者の処遇改善のための特別対策として、「平成21年度の介護報酬改定（プラス3、

0%)により介護従事者の処遇改善を図ることとしつつ、それに伴う介護保険料の急激な上昇の抑制等を行う」ことが決定されたが、これは、あくまで景気回復までの臨時的措置に過ぎず、今後における介護保険制度の「持続可能性」を確保していくためには、財源の問題は避けて通れない。

保険料負担については、保険料水準の大幅アップは厳しく、公費の負担割合を大幅に増加させることは社会保険方式を採用している現行制度の根幹にかかわることになるため、現在の被保険者の範囲(40歳以上)を拡大することを検討することにならざるを得ないが、障害者自立支援制度との関係の整理などの難しい問題もある。

一方、公費については、現在の国・都道府県・市町村の間の負担割合の見直しや、消費税財源の投入などの問題についての検討は必至。

こうした問題を検討する際には、予防重視・在宅介護充実の施策及びその成果も併せ提示し、それでも、今後の高齢社会において介護保険制度が必要不可欠であることを粘り強く説明し、その理解を得ていくことが必要。

#### 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研究事業（政策科学推進研究事業）

「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した

社会保障の給付と負担の在り方に関する研究」

## 我が国の介護保険制度の特徴と今後の制度財政運営の在り方について の研究—公費と保険料による重層的負担の制度として—

西山 裕

（国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官）

### 1 はじめに

我が国において介護保険制度がスタートしたのは2000年4月である。この制度は、従来、老人福祉と老人医療に分かれて別々に対応されていた高齢者の介護に関する制度を再編成し、利用しやすく公平で効率的な社会的支援システムを構築することを目指してつくられたものである。その後、給付費の急速な増大等の状況を踏まえ、2006年には、予防重視型システムの確立、施設給付の見直し及び新たなサービス体系の確立を内容とする制度改革が行われたが、今後も急速な高齢化の進行が予想される中で、2006年改革の成果を検証しながら、制度の在り方や財政運営などについて、引き続き検討が必要な状況である。

我が国において新しい高齢者介護システムの在り方が検討された1990年代は、ヨーロッパにおいても、多くの国で高齢化の進行に伴い高齢者介護が深刻な問題になってきた時期であり、各国において、様々な制度改革が実施されている。これらの各国における取組は、各国のそれまでの医療政策や福祉政策を踏まえて行われたものであるが、その背景や狙いなどについては共通の点も多い。特に、高齢者介護のニーズに対応するサービス提供を支える財政基盤をどのように確立していくかについては、各国とも、こうした1990年代の改革により一定の成果を挙げてはいるが、未だにケアシステムや財源について悩み続けている状況でもある。

そこで、以下においては、欧州各国において、1990年代から2000年代初めにおいて取り組まれた制度改革及びその後の動向について整理し、それらと比較した我が国の介護保険制度の特質について把握するとともに、それを踏まえ、わが国における介護保険制度の今後の制度の在り方や財政運営の方向を検討してみたい。

### 2 欧州各国における高齢者介護にかかる制度改革とその後の動向<sup>(注1)</sup>

#### (1) ドイツ

##### ① 介護保険制度導入の背景と狙い

高齢者介護についていち早く社会保険制度を導入し、日本の介護保険制度のモデルとし

て一般的に知られているドイツであるが、制度導入の背景と狙いについては、日本とはかなり違う点がある。

ドイツにおいても、高齢化の進行や、従来家庭で介護を担ってきた女性の社会進出により、専門的な介護サービスへの需要が増加していた。

介護サービスについては、非営利民間福祉団体や地方自治体の設置したソーシャルステーションによる在宅サービスや介護ホーム等があるが、その費用については、疾病金庫による重度者への限定的な在宅介護給付等以外は、高齢者自身が負担しなければならなかった。このため、特に介護ホームに入所した場合は、当初は費用を自己負担し、負担により資産が尽きると社会扶助（生活保護）から給付されるというのが一般的になっていた。これは、それまでの人生を就労により生活してきた高齢者にとって屈辱的であっただけでなく、社会扶助の負担者である地方自治体にとっても財政面で大きな問題になった。

そこで高齢者介護についての新しい制度が検討されたが、税財源による制度は、ドイツ統一直後で公的財政需要が高い中では介護への税財源が確保できず、民間保険では現在の高齢者などには対応できないといった問題があり、公的介護保険が導入されることになった。その際には、保険料の使用者負担増によるドイツ産業の国際競争力の低下が懸念されたため、使用者負担増の相殺のために休日が一日削減され、また、介護保険料率は法律により全国一律に定められ、その保険料率の下で得られる収入の範囲内で給付を行う考え方で整理された。

このようにして 1995 年に導入（入所サービスは 1996 年から実施）されたドイツの介護保険と日本の制度との間では、何点か大きな違いがある。

まず、第一に、給付の範囲が異なることである。「日本の介護保険は、介護サービスに必要な費用全体を基本的に介護保険がカバーし、1割が原則として利用者の自己負担になっている。これに対し、ドイツの介護保険は部分保険(Teilversicherung)という考え方に基いており、介護給付に必要な費用の全体を介護保険がカバーするわけではなく、年金などほかの収入とあわせて必要な費用が賄えるように、費用の一部を介護保険が保障するという考え方である。ドイツの介護保険には自己負担が設定されていないために、ときとして、自己負担のない 10 割給付と誤解されることもあるようだが、実際には利用者の自己負担は日本よりも大きい。」<sup>(注2)</sup>

第二に、被保険者及び保険者である。ドイツにおいては、被保険者について、日本のような年齢制限はない。このため、日本では対象となっていない障害者・児も対象となっている。

また、保険者については医療保険の保険者が保険者となっている。ドイツでは、医療保険は、疾病金庫を保険者とする公的医療保険と、民間保険会社を保険者とする民間医療保険があるが、この医療保険の保険者が、そのまま介護保険の保険者になる（公的介護保険では、介護金庫を設けることとされているが、この介護金庫の組織は、医療保険の保険者である疾病金庫の組織が兼ねている）。この点は、市町村が保険者となる日本とは異なる。



ドイツでは、要介護認定は、専門機関である「医療保険のメディカル・サービス」が行う。日本のようなケアマネジャーによるケアマネジメントは制度化されていなかったが、2008年の制度改正により導入されている。

第三に、在宅サービスについて、ドイツは、日本と異なり、現金給付を選択することができる。これには、「要介護者が誰からどのように介護を受けるのかを自ら選択できるようにすることにより要介護者の自己責任と自己決定を強化するという考え方がある」と言われているが、現金給付が介護保険制度以前から存在していたことから認められた面もあったという分析もある<sup>(注3)</sup>。

## ② 導入後の状況

介護保険制度の受給者は、導入当初の急激な増加により、1996年の154万7千人が2005年には195万2千人に増加している。内訳としては、在宅介護給付が受給者全体の7割を占めており、また、在宅給付の中で、介護手当（現金給付）と介護現物給付との割合は2005年時点で80対20と、介護手当の割合が圧倒的に高い。また、社会扶助については、受給者は、1999年には介護保険導入前の1994年の3分の1に減少し、介護扶助支出額についても、2002年は1994年の3分の1以下に減少している。

こうした状況を踏まえると、介護保険制度導入により、在宅で介護サービスや家族介護を受ける要介護者やその家族の経済負担軽減に役立ち、また社会扶助の財政負担を大幅に軽減したという点で、介護保険制度は、「所期の目的を相当程度達成したといえることができる。」<sup>(注4)</sup>

他方で、次のような問題点が指摘された。

ア 介護報酬の引き上げにもかかわらず給付上限額が固定されているため、介護保険の給付サービス量が低下し、要介護者や社会扶助の負担増をもたらしている。

イ 在宅から介護ホームへの移行が進む中で、制度の基本的理念である「在宅介護優先の原則」を守るには、在宅サービスの充実や家族介護への支援が必要。

ウ 要介護認定において認知症患者や知的障害者が低く認定されがちとの強い批判がある。

エ 介護保険財政は、給付費の伸びにより1999年から単年度赤字が続き、制度当初の黒字による積立金が減少し続けていた。

こうした問題を踏まえ、2008年には、給付上限額の段階的引き上げ、介護ホームにおける認知症ケアの改善、在宅要介護者を支援する「介護支援センター」の設置及び同センターの相談員によるケースマネジメントの導入、介護保険料率の引き上げ等を内容とする法改正が行われた。

## (2) 英国

### ① コミュニティケア改革の背景と狙い

第二次世界大戦後の英国においては、NHS(National Health Service)制度による無料サ



ービスが長期療養者のケアを担っていたが、1970年代には、「シーボーム改革」により、地方自治体に「社会サービス部」が設置され、地方自治体によるコミュニティケアへの取り組みが始まった。

79年に成立したサッチャー政権の下で、高齢者のNHS病院への長期入院が抑制され、自治体も財政支出削減のため施設・在宅ケアサービスの拡充が困難である中で、民間の老人ホームやナーシングホームの整備が進んだ。特に、低所得者の民間施設への入所に対して、補足給付制度（公的扶助）から、基礎的生活費に加えてケア費用等をカバーする「食事・宿所手当」が、その地域の慣行料金に基づいた額で支給されるようになると、民間ホームは急増していった。

こうして、NHS病院の効率化と民間活力の活用という狙いは実現したが、この低所得者の施設入所への助成においては、資力調査はあるものの、入所の必要性の審査はなく、また、この手当は全額国庫負担であったため、自治体の高齢者向けサービスは低下し、施設ケアの拡大を招くという問題も出てきた。

そこで、1988年のグリフィス報告を受けて、英国政府は、1991～93年にかけて、概ね次のような内容のコミュニティケア改革を実施した。

- 地方自治体は、保健当局や、利用者組織等と協議してコミュニティ・ケアサービスの供給計画を策定公表する。
- 地方自治体は、利用者のニーズアセスメントを行い、それに基づき、ケア計画を策定する。自治体はサービス事業者と委託契約を結んで委託費を払い、サービスが提供される。自治体は、利用者から費用徴収を行う。自治体は、事業者によるサービス提供状況をモニターする。（自ら費用を負担できる者は、事業者と直接契約することもできる。）
- 自治体のサービス購入部門と提供部門を分離する。（提供部門は民間サービスとの競争を余儀なくされる。）
- 従来の民間施設入所者への手当のうち、ケア費用等部分について、「特別移行補助金」として、国から自治体に配分する。この補助金については、85%以上を民間施設への支出にあてることが義務づけられた。

こうした改革の内容は、日本の介護保険や社会福祉基礎構造改革におけるサービス供給システムの構築に大いに参考になっている。

## ②改革後の動向

コミュニティ改革後の1990年代の状況を見ると、ホームヘルプサービス等については、利用者・利用世帯が減少する一方で、平均利用時間は増加しているという傾向が見られる。また、老人ホームやナーシングホームの入所者については、増加はしているものの、80年代のような急速な伸びは見られていない。こうしたことから、在宅サービスの量的拡大と、ニーズアセスメントの導入による施設入所拡大の抑制という、当初の意図をそれなりに実現できたのではないかと評価もある<sup>(注5)</sup>が、他方で、NHS病院において進められた早

期退院により地域に出てきた重度の高齢者等の介護に重点的な対応をしなければならなくなり、軽度の者はサービスを受けられなくなるとともに、在宅ケアの限度額の低さから結局は重度者は施設に入ることになる、といった、改革の意図とは違った事態がでてきているといった批判もある<sup>(注6)</sup>。

英国においては、他にも、大きな問題があった。英国では、社会サービスの費用は、全額自己負担が原則であり、負担できない場合には、公的扶助等の資力調査付きの給付を受ける。その際、自治体による施設入所者からの費用徴収は、収入だけでなく、その者の保有する資産も一定の方式で収入換算されるため、入所が長期に渡るような場合は、費用負担のために、持ち家を売却して負担分に充て、それ以降は公的扶助に頼らなければならない。それまで就労により生活してきた高齢者が、施設に長期入所すると、家売却等を迫られ、資産が尽きると公的扶助によらなければならない、という前述のドイツと同様の問題が、英国でも生じていた。

この問題について、ブレア政権は、①ナーシングホームの費用のうちナーシングケア(看護ケア)を全額公費(NHS予算)とすること、②施設入所後12週間は収入と自宅以外の資産に基づいて費用徴収され、12週間たつと、自宅を売却したくない者は、自宅に係る費用負担分の支払いを退所後まで遅らせる申請を行うことができることとした。

なお、ブレア政権においては、利用者が自治体から交付される資金により直接サービスの購入・管理を行う「ダイレクト・ペイメント」の高齢者への拡大、2000年のケア基準法施行による社会サービスの全国最低基準の設定及び社会ケア監査委員会の設置、「bed blockng」(医師が退院を許可したにもかかわらず、受け皿のない高齢者等がNHS病院に留まり、一般患者の入院待機につながっている現象。いわば「社会的入院」)解消のため、自治体の受け皿不備によりNHS病院からの退院が遅れた場合には、その期間の費用に対し、自治体がNHSに補償するという仕組みを導入している。

### (3) スウェーデン

#### ① エーデル改革の背景と狙い

スウェーデンにおいては、従来より、保健医療サービスは広域自治体であるランスティング(いわば県)、福祉サービスは基礎的自治体であるコミュニティ(いわば市町村)で実施されてきたが、高齢者介護のように、保健医療サービスと福祉サービスの連携が必要な分野においては、連携が悪く、そのため、入院治療が終了したにもかかわらず福祉サービス側の受け皿が不十分なために退院できないでいる社会的入院が増加し、急性期の患者のベッド不足や医療費の高騰につながっていた。

そこで、1992年に政府が実施したのが、「高齢者サービスの実施・責任主体のコミュニティへの一元化」と「資源利用の効率化」を目的とした「エーデル改革」である。

この改革の主な内容は、以下のとおりである。

○ランスティングが所管していた長期療養施設をナーシングホームとしてコミュニティ



に移管する。

- 老人ホーム、ナーシングホーム、サービスハウス（ケア付きアパート）、ループホームなどの高齢者福祉施設を社会サービス法上「サービス及び介護のついた住居」として位置づけ、そこにおける保健医療サービスの提供については、医師によるものをのぞき、コミューンが責任を持つ。さらに、ランスティングとコミューンが合意した場合、在宅高齢者への訪問看護もコミューンに移管できる。
- 病院医師がある患者について治療が終了したことをコミューンに通告しても、コミューンがその患者に適した居住の場を提供できず、通告から5日以上病院に留まる場合には、コミューンは病院に対してその後の期間の入院費用を支払う。
- この改革のために、ランスティングの看護師等の保健医療職員5万5千人以上病院に留まる場合には、コミューンは病院にその後の季刊の入院費用を支払う。
- この改革のために、ランスティングの看護師などの保健医療職員5万5千人がコミューンの職員になり、当初5年間は、国がグループホーム建設とナーシングホーム個室化のために補助金を出す。

この改革により、コミューンにおいて、ホームヘルプ事業やケア付き住宅の整備が推進された。

## ② 改革後の動向

改革実施後数年間は、NHS病院における社会的入院患者の割合が大幅に減少している。また、グループホームの急増やナーシングホームの個室化の進展などの成果もみられている。その意味で、改革については一定の成果が得られたと評価されている。

ただ、エーデル改革後のスウェーデンは、1990年代に戦後最悪とも言われる経済不況に直面し、他方で、後期高齢者の増加に伴う介護の必要の高い高齢者が増加していることから、財政面の制約が大きくなっている中で、各コミューンにおいては、ケアの必要度の高い高齢者に対して福祉サービスが集中的に提供される傾向が高まり、また、民間事業者にサービス提供を委託するコミューンも徐々に増えてきている。政府においても、1997年以降、各ランスティングやコミューンに対し追加財源を交付している。

## (4) フランス

### ①個別化自律手当（APA）の導入

1980年代のフランスにおいては、高齢者等への在宅サービスは、ホームヘルプサービスは、低所得者は自治体負担の社会扶助、それ以外の者は老齢保険金庫等による給付であり、在宅看護サービスは医療保険財源から給付された。また、施設サービスは、老人アパートや老人ホーム等の福祉系施設や保健医療系の長期療養施設などがあり、低所得者には社会扶助が、医療サービスには医療保険から給付がされていた。

こうした状況の下で、①医療と福祉の連携の悪さ、②一般障害者のための第三者補償手当（ACTP）が、年齢制限がないために実際上要介護者のための手当に変質、③要介護者のた