



RIETI Policy Discussion Paper Series 16-P-014

介護保険施行15年の経験と展望： 福祉回帰か、市場原理の徹底か

鈴木 亘
学習院大学



Research Institute of Economy, Trade & Industry, IAA

独立行政法人経済産業研究所

<http://www.rieti.go.jp/jp/>

介護保険施行15年の経験と展望：福祉回帰か、市場原理の徹底か¹

鈴木亘（学習院大学）

要 旨

日本の公的介護保険制度が2000年度に施行されてから、15年余りの月日が経過した。本稿はその15年の経験を経済学の観点から振り返り、その評価や課題について総括するとともに、今後の改革のあり方について提言した。

もともと2000年に介護保険制度が創設された主な理由は、それまで福祉行政の「措置制度」として、規制でがんじがらめであった介護サービス市場を民間開放し、介護サービスの供給量を一気に拡大することであった。その試みは当初成功し、過重な家族介護が次々に社会化されていった。しかし、その後の度重なる「非市場的」な財政抑制策により、制度の使い勝手は急速に悪化した。今後のさらなる抑制策実施は、介護保険を「措置へ先祖返り」させるものであり、制度創設時の努力・成果を無にしかねない。

この財政抑制の負のスパイラルから抜け出すにはどうすればよいのか。初心に返って市場原理を徹底させることこそが正しい解決策である。具体的には、介護版MSA(Medical Saving Account)導入による積立方式への移行、公費投入率の縮小による給付・負担バランスの確保、混合介護導入による価格の弾力化・自由化、(広義の施設も含む)施設介護分野における参入規制の撤廃、家族介護への現金給付の導入、保険運営の民営化などを行い、制度的に作られた市場の歪みを正すことが必要である。

キーワード：介護保険、財政の維持可能性、介護版MSA、混合介護、規制緩和

JEL classification: I1, I3, J1, L3

RIETI ポリシー・ディスカッション・ペーパーは、RIETI の研究に関連して作成され、政策をめぐる議論にタイムリーに貢献することを目的としています。論文に述べられている見解は執筆者個人の責任で発表するものであり、所属する組織及び(独)経済産業研究所としての見解を示すものではありません。

¹ 本稿は、独立行政法人経済産業研究所におけるプロジェクト「少子高齢化における家庭および家庭を取り巻く社会に関する経済分析」の成果の一部である。本稿の原案に対して、矢野誠所長、森川正之副所長、殷婷研究員（以上、独立行政法人経済産業研究所）及び小林慶一郎教授（慶応大学）、ならびに経済産業研究所ディスカッション・ペーパー検討会の参加者の方々から数多くの有益なコメントを頂いた。ここに記して、感謝の意を表したい。本稿をまとめるにあたっては、JSPS 科研費(課題番号:15H01950)の助成を受けた。

わが国の介護保険制度が 2000 年度に施行されてから、既に 15 年余りの月日が経過した。本稿はその 15 年間の経験を振り返り、介護保険制度の評価や諸課題について総括するとともに、今後の改革のあり方について、経済学の観点から提言を行った。

そもそも、介護保険制度が創設された主な理由の一つは、それまで福祉行政の「措置制度」として、規制でがんじがらめであった介護サービス市場を民間開放し、供給量を一気に拡大することであった。その試みは当初見事に成功し、過重な家族介護が次々と社会化されていった。

しかしながら、急増した介護保険給付費に対して、その後、急ブレーキをかけるような財政抑制的な改革が続いた。これまで 5 回の介護報酬改定、4 回の制度改正が行われているが、財政コントロールのために用いられてきた手段は主に、①介護報酬のマイナス改定、②(広義の介護施設を含む)施設介護への総量規制、③要支援者への利用制限、④行政による管理・監督・規制の強化等の「非市場的手段」であった。これらは、そもそも介護保険制度が目指してきた保険原理・市場原理の活用からかけ離れた政策手段であり、介護保険制度の使い勝手は急速に悪化した。今後もさらなる財政抑制策の実施が検討されているが、こうした動きは、介護保険を「福祉へ回帰」、「措置へ先祖返り」させるものであり、制度創設時の努力・成果を無にしかねない。

また、当初から、50%を超える公費投入、賦課方式に基づく短期保険という不適切な制度設計を行ったため、現在、介護保険財政の維持可能性が危ぶまれる状況となっている。さらに、施設介護の参入規制の維持、介護報酬による価格規制の実施、家族への現金給付を認めなかったこと等は、現在の介護サービス市場を制度的に歪めており、待機高齢者問題と無届施設の増大、介護労働力不足、要介護状態改善の動機付け不足、創意工夫や技術革新による生産性上昇が起きにくい、といった諸問題を引き起こしている。

以下、本稿の構成は次の通りである。第 1 章において、介護保険制度を評価するための経済学的な視座を設定する。第 2 章はその経済学の視座から、現行の介護保険の制度設計を批判的に論じる。第 3 章はこの 15 年間の介護保険の歩みを振り返り、政策評価と諸課題の総括を行う。第 4 章は、今後の介護保険の抜本改革のあり方について、経済学に基づく提言を行う。

1. 介護保険制度をみる経済学の視座

(1)介護保険導入の目的・意義

わが国の公的介護保険制度は、1997 年に介護保険法およびその関連 3 法が公布され、2000 年度から施行された。

既に 1994 年には、その具体的な制度設計を行うための「高齢者介護対策本部」および外部有識者を交えた「高齢者介護・自立支援システム研究会」が厚生省内に設置された。そこでまとめられた報告書(厚生省高齢者介護対策本部事務局(1995))をもとに、1995 年から 1996 年にかけて老人保健福祉審議会において、業界団体や経済界代表、保険者代表、自治体代表等の入った審議が行われたが、関係者間の調整は困難を極めたものであったと言われる。また、その後の法案提出、与党内の事前審査、法案審議においても、一筋縄にはいかない「生みの苦しみ」を経験したことが、当時の関係者たちによって伝えられている(岡光(2002)、増田(2003、2015)、大熊(2010)、介護保険制度史研究会(2016))。

こうした介護保険法設立前夜の議論を振り返ると、介護保険制度設立の目的とされていた政策目標は、概ね次の 6 点に集約できる。

- ① 介護問題は老後生活の最大の不安要因であり、介護保険制度を創設することにより、国民の不安感を解消する。
- ② しばしば「介護地獄」と呼ばれた過重な介護負担から家族介護者を開放し、介護サービスを社会化する。その副次的効果として、これまで主な家族介護の担い手であった女性たちが、労働などによって社会で活躍できるように促す。

- ③ 福祉における「措置制度」とは異なり、誰もが自らの意志で、サービスを「契約方式」に基づいて選択できるようにする。福祉のもとでは難しかった利用機会の公平化、利用者負担の公平化を図る。
- ④ 特に居宅介護分野において規制緩和を進め、多様な民間事業者の参入を促すことにより、介護サービスの供給量を拡大する。また、競争によりサービスの質的向上と効率化を図る。
- ⑤ 医療と福祉の縦割り制度（老人保健制度と老人福祉制度）を一元化し、特に施設介護分野において、介護を理由とする長期入院（いわゆる社会的入院）によって医療サービスが不適切に使われている状況を改善する。
- ⑥ 一般会計の税収によって厳しく制限を受ける福祉制度から、保険料を主な財源とする社会保険（特別会計）を新設することにより、増え続ける介護需要に対して安定的な財源を確保する。

したがって、経済学分野で行われた政策評価研究も、これらの政策目標の一つ一つに照らして、介護保険の施行前後のデータを比較し、その効果の有無を問うものが多い。

しかしながら、本来、政府の政策目標自体が経済学的に見て正しいとは限らない。政府やその関係者が唱える政策目標を鵜呑みにしてその検証を行うだけでは、経済学の研究姿勢としてやや問題がある。経済学の観点から見て、公的介護保険導入は正当化可能な施策のかどうか、その導入にはどのような経済学的意義があり、どのような政策目標を設定すべきなのか、まずはそれらの問題から問うべきである。

(2)経済学の観点から見た導入目的・意義

経済学の観点から見て、公的介護保険を導入する目的・意義は、「民間介護保険が成立しにくいという「市場の失敗」に対して、皆保険の強制加入制度を作ることによって対処し、国民の介護リスクが十分にカバーされるようにする」ということであろう。

介護保険法が成立する以前の状況を考えると、民間介護保険はほとんど存在していなかったと言える。要介護状態になり、例えば介護施設に10年間入所し、それを全額自己負担するとなると、少なくとも3千万円程度の費用が掛かることになる²。かなり大きな経済的リスクと言えるが、生命保険文化センター「老後生活のリスク認識に関する調査」（1998年8月～10月に実施）によれば、1998年の民間介護保険（介護保険および介護特約）の加入率はわずか5.6%にすぎなかった³。

民間介護保険が成立しにくい理由については、きちんとした実証研究が今後行われる必要があるが、第1の理由は、民間介護保険市場に「情報の非対称性」が存在し、強い「逆選択」が働くからだと考えられる（八田(1996、2008)）。

第2に、情報の非対称性という意味では、保険加入によるモラルハザードの問題も存在する。特に介護に関しては、要介護状態になったり、要介護度が進行することに対して、本人の努力が大きく影響する。ただ、このモラルハザードの問題については、後で議論するように、保険の設計次第である程度の対処が可能である。

第3に、「措置制度」とは本来、低所得・低資産・身寄りのない高齢者のための限定された福祉制度⁴であったにもかかわらず、政府がゴールドプラン(1989)、新ゴールドプラン

² 要介護度4で特別養護老人ホーム（多床室）に入所した場合として計算した。

³ ちなみに、同センター「生命保険に関する全国実態調査」は2000年から継続的にこの加入率を調査しているが、世帯主加入率は2000年5.0%、2003年12.9%、2006年12.9%と、意外にも公的介護保険が始まってからのの方が加入率が高まっている。

⁴ したがって、福祉事務所が申込者の所得と資産、家族の介護能力を調査したうえで、措置を行っていた。まさに、ミーンズテスト(means test)を行う典型的な福祉制度であったと言える。ただ、その後、対象者を「介護ニーズのある高齢者」に拡大した結果、福祉事務所の担当者の裁量の余地が増え、福祉事務所間で対象範囲にばらつきが出るといった問題が生じてきた。また、一般的に、福祉事務所には医療や介

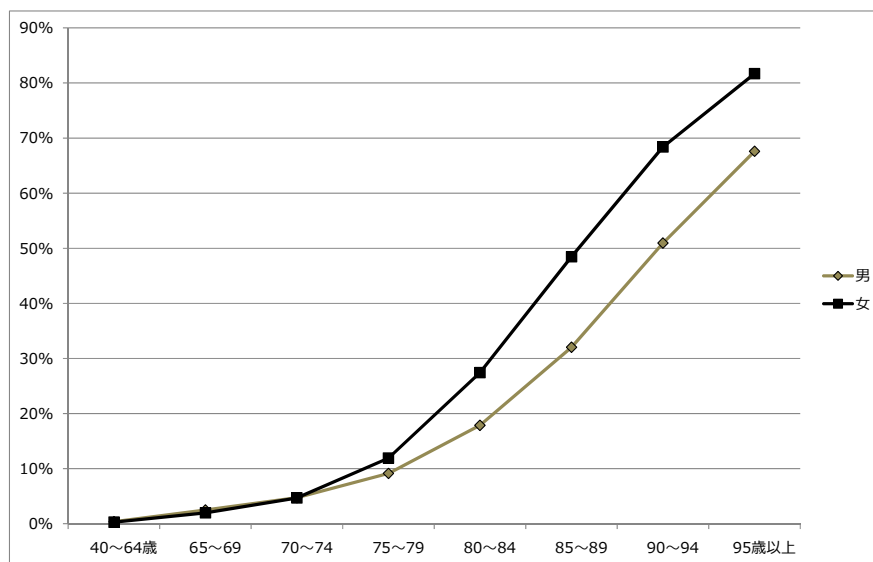
(1994)として大幅に供給拡大を図り、利用要件自体も徐々に緩和して行かざるを得なかった。これは、福祉制度への「ただ乗り」という意味でのモラルハザードが生じていたと解釈することができる。また、より深刻な問題は、社会的入院として医療保険に対するモラルハザードが広範に生じていたことである。このことが、民間介護保険を市場から締め出し（クラウドアウト）、さらに民間介護保険が成立しにくい状況を作り出していたと考えられる。

第4に、要介護状態に陥る確率は、一生涯を通じてみるとかなり高い。図1にみるように要介護認定率は年齢とともに急激に上昇するが、65歳時点での平均余命が男性19.46年、女性24.31年（平成27年簡易生命表）という現状では、平均余命まで生きた男性の3割程度、女性の6割程度が亡くなるまでの間に要介護認定を受けることになる。同じコホート内でのリスク分散が難しいから、民間介護保険の保険料はかなり高いものにならざるを得ない。この高い保険料率に、加入を躊躇する人々も多いものと思われる。

また、もし民間介護保険を「短期保険」として運営するのであれば、高齢者にはリスクに見合った「保険数理的にフェア(actuarially fair)」な保険料を設定せざるを得ない。図1からも明らかのように、要介護認定率は後期高齢者になって年齢とともに急上昇するから、保険料もそれに合わせて急上昇させざるを得ない。80歳代後半、90歳代以降の高齢者にとってこの高い保険料は、保険加入の大きなハードルとなるだろう。

実際問題として、平均的な高齢者の支払い能力を考えると、民間介護保険を「短期保険」として運営させることは困難であるから、若い頃から徐々に老後のための資金を積み立てて行き（積立方式）、年金のような「長期保険」として備える制度設計をする方が合理的である。しかしながら、人々の中には老後の備えを怠り、生活保護制度などの福祉制度にただ乗りしようとする者がいる。この福祉制度へのモラルハザードが容易に生じてしまうために、やはり民間介護保険は成立しにくいものと考えられる。

図1 年齢階級別要介護（要支援を含む）認定率（2014年）



注) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(2014年)および総務省「人口推計」により、経済産業省・経済産業政策局産業構造課計算。

さて、このように種々の理由から民間介護保険が成立しにくいため、医療保険や福祉制度へのモラルハザード以外の手段として、広範に用いられていたのが、家族介護(インフォーマルケア)という「不完全な市場」である。すなわち、要介護状態になった場合には、そ

護等の知識を持った専門家がないので、政治家が不透明な介入する場合があったと言われる（池上(2014)）。

の家族が介護サービスを提供する一方、その対価として遺産や生前贈与、三世同居による住宅サービスの提供を受けていたと考えられる。家族間では要介護リスクに関して情報の非対称性が小さいので、保険市場が成立し得ると考えられる(八田(2009))。また、アジア成長研究所のホリオカ主席研究員の一連の研究が明らかにしているように、日本人はアメリカ人に比べ、この「戦略動機」で遺産を残す人の割合が高かったことが知られている(Horioka et al(2000), Horioka(2002))。さらに、夫婦間の介護についてはリスクシェアリングとしての保険市場が成立していたとも解釈できる。

ただ、家族介護では介護サービスの供給量に限界があり、要介護状態が進むと家族だけでは必要量を賄えなくなる。その結果として、家族介護者への過重な負担が生じ、しばしば介護地獄と呼ばれる状況になり、その一部が介護虐待、介護自殺、介護心中などの悲惨な社会現象として現れたものと考えられる。これは、家族介護が、①量的にすべてのリスクをカバーしきれない、②情報の非対称性のために、他の家族間で介護サービスを取引することが困難なため、市場として不完全なものであったことを意味する。また、所得や資産が一定程度あっても、そもそも家族がいない高齢者にはこの市場を使う選択肢はない⁵。

したがって、このような種々の「市場の失敗」によって成立しにくい民間介護保険に代わって、政府が強制力を持って皆保険の公的介護保険を作り出す必要があったと考えられる。公的介護保険によって、国民の介護リスクを十分にカバーし、家族介護の社会化が可能ないように、介護サービスの供給量を量的に拡大させることが、その第一の政策目標と位置づけられよう⁶。

2. 介護保険制度の経済学的妥当性

次に、わが国の介護保険の仕組みについて、経済学の観点から制度設計の妥当性を検討してみよう。これまで、わが国の介護保険制度については、もともとの措置制度や老健制度との比較や、国際比較の観点から制度の妥当性が論じられることが多かった(増田(2014)、増田(2015)、Colombo et al.(2011)、OECD(2013, 2015)、Tamiya et al.(2011)、Campbell(2002)、Campbell et al.(2010))。しかし、元の制度に問題があったことは明らかであるし、他国の制度が常に優れたお手本であるとは限らないので、こうしたアプローチは必ずしも建設的であるとは言えない。そこで本稿は、経済学の観点から見て、そもそもどのような制度設計であるべきだったのかを考察し、その視点から現実の制度を比較するというアプローチをとることにする⁷。

まず、第1章で論じたように、公的介護保険導入の目的・意義を経済学の観点からみると、市場の失敗によって民間介護保険が成立していない状況を解決することに求められる。したがって、本来、市場の失敗がなければ市場が作り出している状況を近似する制度にすることが、経済学の制度設計の基本である。効率性の観点から、市場にできることは市場に任せる。政府が介入する場合にも、なるべく市場の歪みを産みだすことは避け、市場が作り出すべき状況に近づける。社会保険であろうと、民間保険であろうと、この原則は同じである。

⁵ 実は民間介護保険市場が成立しにくい状況は、諸外国でも同様である。その原因を巡り、特に米国において、これまで数多くの理論的研究、実証的研究が行われている(Norton(2000)、Brown and Finkelstein(2011)が詳細なサーベイを行っている)。それらの諸研究も、逆選択やモラルハザード、Medicare、Medicaidへのモラルハザードによるクラウドアウト、同じコホート間でのリスク分散が難しい点を主な原因として挙げている。上記以外の要因としては、運営費用(administrative cost)の高さ、行動経済学的な要因(短視眼性、将来に対する大きな割引率、将来の事態の予測の困難さ、主観的リスクの過小評価)、人口の長寿化が進むという分散不可能なマクロ的リスク(aggregate risk)があること、民間保険会社のソルベンシーに対する不安感などが指摘されている。

⁶ もちろん、その介護サービス市場の一部には、家族介護のインフォーマルケアが含まれている。すべての介護サービスを社会化することが政策目標ではない。

⁷ 以下の議論は、八田(1996)に負う部分が多い。介護保険が積立方式の長期保険で運営されるべきことや、再分配を持ち込むべきことではないこと、家族への現金給付を行うべきことなど、経済学の基本に基づく制度設計を既にこの時点で提言しており、未だに有用性である。

(1) 保険の運営主体

第1に「保険の運営主体」であるが、国や自治体といった公的機関である必要性はなく、民間の保険会社で良いと考えられる。一般に民間の方が創意工夫、技術革新に富み、効率性に優れていることを考えれば、むしろ民間の保険の方が望ましいとさえ言える。もちろん、逆選択の問題を解決するためには、政府が一定の介入を行う必要があるが、それは強制的な皆保険制度を制定するところまでで十分である。すなわち、自動車の自賠責保険のように、どこかの民間保険に必ず加入するように政府が強制すれば、逆選択の問題は解決できる。ただ、長期保険として設計するのであれば、保険料を支払い始めてから、実際に要介護状態になるまでの期間が離れているため、民間保険の持続性を担保する必要がある。すなわち、保険会社のソルベンシーに対する規制や、保険会社が倒産した際の再保険制度を政府がしっかりと構築する必要がある。

しかしながら、わが国の実際の介護保険制度は「地域保険」という発想に立っており、市町村などの自治体が保険者となっている。自治体が連合し、広域連合として大きな保険者を形成している例もあるが、中には小規模な保険者もあり、事務運営の効率性という意味でも、大数の法則が十分に働く規模になっているかという意味でも、やや疑問を感じざるを得ない。ちなみに、ドイツは医療保険者を介護保険者として活用する介護金庫方式をとっており、韓国も医療保険を活用したために、全国で一つの国民健康保険公団方式ととなっている。

表1 実際の介護保険制度と経済学的に合理的な制度の比較

	実際の介護保険制度	経済学の観点から合理的な制度
(1) 保険の運営主体	自治体及びその広域連合による地域保険	民間保険等による広域保険
(2) 保険の財政方式	賦課方式の短期保険	積立方式の長期保険
(3) 保険の対象年齢	40歳以上	(資産形成の準備期間が十分あれば) 何歳からでもよいが、例えば20歳以上
(4) 公費の投入割合	50% (実質的に50%超)	なし (あえて考えるなら低所得者のみ)
(3) 保険内の所得再分配	世代内、世代間ともあり	なし (あえて考えるなら低所得者のみ)
(6) 保険給付範囲	諸外国に比べて広く、一律	最低限の保険範囲を定めた上で、保険料・自己負担を組み合わせた複数の保険メニューを提示。
(7) 予防や要介護度改善へのインセンティブ	予防給付あり。要介護度改善へのインセンティブは検討中。ただし、事業者の側へのインセンティブのみ。	あり。その方法は保険によって様々な工夫の余地があり、事業者のみならず、利用者にもインセンティブを付与。
(8) 価格規制	あり	なし
(9) 参入規制	施設介護分野はあり	なし
(10) 家族への現金給付	なし	あり (ただし、家族介護者の保険料をその分低くして現金給付を行わないという方法もある)

注) 筆者作成

このわが国特有の地域保険方式は、八田(2015a,b)や鈴木(2015)が指摘しているように、実質的に高齢者の移住の障害となる制度であり、保険のポータビリティという観点からも問題がある⁸。むしろ、地域保険にすることにより、自治体がその地域の介護供給体制の整備に責任を持ったり、保険料を下げるための努力を行う（要介護認定を厳密化したり、予防事業の促進を行う）メリットもあるが、それは民間保険でも十分に実行可能である。むしろ、保険者が規制主体を兼ねることで生じる過剰な管理体制、事業者への過剰な事務負担の問題や、官僚主義によって使い勝手の悪い仕組みに陥るデメリットがある。

(2)保険の財政方式

第2に、「保険の財政方式」であるが、既に述べたように、「短期保険」として財政的に維持可能な制度設計を行うためには、保険数理的にフェアな保険料率を設定することが不可欠である。しかしながら、これでは後期高齢者の保険料が非常に高くなり、しかも年齢に伴って急速に引き上げなければならなくなる。

したがって、介護保険は「長期保険」として制度設計することが合理的である。高齢期に多額の介護支出が生じることは予めわかっているから、若い頃から資金を積み立てて行き、年金のように積立方式の「長期保険」としてリスクに備えるべきである。ただし、逆選択や福祉制度などへのモラルハザードを防ぐために、強制加入の制度にすべきことは言うまでもない。

しかしながら、わが国の実際の介護保険制度は、火災保険のように掛け捨ての「短期保険」として、40歳以上の比較的若い世代からも保険料を徴収して運営されている。保険料負担額は、第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳から65歳）で算出方法が異なるので一概には比較できないが⁹、2016年現在で、第1号被保険者保険料の全国平均は月額5514円、第2号被保険者の平均額は月額5352円であるから、ほぼ同水準と言える。

これは、40歳から64歳までの第2被保険者に要介護リスクがほとんど存在せず、制度的上も、例外的な特定疾病を除いて介護保険サービスを利用できないことを考えると、きわめて不公平（unfair）な仕組みと言わざるを得ない。①リスクのある加入者同士が保険を掛け合う、②リスクの高い加入者の方が保険料負担が重くなる（給付・反対給付均等の原則）という「保険の原則」から考えても、この年金数理的にフェアではない短期保険を正当化することは極めて困難である。

それではなぜ、わが国の介護保険制度はこのような不合理な仕組みとなっているのであろうか。これは要するに、政治的な理由から高齢者の保険料を低く設定せざるを得ず、そのために、高齢者の負担分を現役層に転嫁する「賦課方式」を選択したと解釈すべきであらう。しかし、わが国のように少子高齢化が急速かつ大規模に進む社会においては、この賦課方式は最も不向きな財政運営方式である。少子高齢化が進行する限り、保険料が持続的に上昇してゆくと、それが嫌なら、給付をカットし続けるしかない。また、賦課方式が生み出す世代間の所得再分配、世代間不公平も大きな問題である。一方、積立方式の長期保険は、要するに「自分のことは自分でやる」方式であるから、世代間の所得再分配は起きず、少子高齢化が進む中でも財政の持続性に問題が生じない。

⁸ 具体的には、高齢者が他の自治体に移住すると、その自治体の負担がかさんで保険料を引き上げなければならなくなる。このため、当該自治体が高齢者の流入を嫌がるという問題がある。介護施設等の場合には「住所地特例」という制度があり、移住先の自治体に負担をかけぬように、移住元の自治体が高齢者の介護費用を負担する制度も導入されているが（そして、近年はそれがサービス付き高齢者住宅にまで広がったが）、あくまで地域保険の例外的取り扱いであり、すべての高齢者や要介護者に適用される制度ではない。

⁹ 第1号被保険者は保険者ごとに保険料が異なり、現在、所得階層ごとに9段階の保険料額設定されている。第2号被保険者の保険料は、加入する医療保険が設定する保険料率を、所得（標準報酬）に乗じて算出される。

賦課方式の短期保険として介護保険制度が設計された理由としては、資金の積み立てを十分にしていない制度開始時の高齢者(initial old)にも保険が提供できるためとされている(例えば、1994年の社会保障制度審議会・第二次報告。介護保険制度史研究会(2016)を参照)。しかし、制度開始時の高齢者のみを特例扱いにして、若い世代から積立方式の長期保険で制度を運営することは十分に可能であるから(この点は、第4章で詳しく論じる)、これは何ら説明になっていない。

また、「介護保険は、「要介護者になるリスク」を社会全体でカバーするという点だけではなく、「要介護者を抱えるリスク」をカバーするという意味合いが実際には強い。したがって、介護保険は医療保険のように賦課方式的な財政方式で運営すべきだ、という考え方が成り立つ」とする見方もあるが(小塩(2013))、これも合理的な説明とは言い難い。

なぜなら、家族が「要介護者を抱えるリスク」は、親が既に死亡していたり、親が家族に介護サービスを頼る必要のない資産家であれば存在しない。また、戦略的遺産動機により、対価を取って要介護者を抱えているのであれば、それは家族介護者の側が負っているリスクではない。つまり、「要介護者を抱えるリスク」は、「要介護者になるリスク」ほど普遍的なものとは言えないから、それをもって強制的な皆保険を作る理由になるとは考えられない。

百歩譲って、「要介護者を抱えるリスク」を正当化できたとしても、賦課方式の財政運営を採用してしまえば、少子高齢化が急速に進むわが国のような状況下では、深刻な財政問題と世代間不公平が引き起こされる。現実問題として、そうした犠牲を払ってまで「要介護者を抱えるリスク」をカバーすべきなのか、しっかりした検討が行われるべきである。

(3)保険の対象年齢

第3に、上とも関係する「保険の対象年齢」であるが、積立方式の長期保険であれば、現在のように加入者を40歳からに限る必要はなく、もっと若く、例えば20歳から積み立てを始めてもよい。むしろ負担の平準化という意味では、なるべく長期間にわたって少しずつ保険料を徴収することが望ましい。

逆に、実際の介護保険制度がなぜ保険対象年齢を40歳からとしているのか、合理的な理由は見当たらない。「加齢に伴う心身状況の変化が現れはじめ、それに伴い要介護リスクが出てくる(その意味でプレ高齢者世代である)とともに、自分や配偶者の両親が要介護状態となる可能性が高まって家族としての介護負担リスクが現実化する」(堤(2010))という説明が行われることもあるが、これは全く説得力がない。いかにも後付けの理屈である。

既に述べたように、介護リスクがある者同士が掛け合う短期保険という建前に立つのであれば、明らかにこの説明は矛盾している。また、家族としての介護負担を軽減する「社会扶養論」を持ち出すことは、既に述べたように合理的とは言えない。百歩譲って仮にその論理を認めたとしても、20歳代、30歳代で家族介護をしている人もいるのであるから、なぜ40歳から線引きされるのかが理解不能である。

2005年改正に向けての改革論議では、障害者を介護保険に加入させることで、障害者保険としての性格を介護保険に持たせ、20歳以上へと保険対象年齢を引き下げることが検討された。しかし、賦課方式の短期保険という不適切な原則にこだわって、財政改善のために対象者を若い世代に広げようとする方向性は、全く本末転倒である。ますます市場的発想から離れ、傷口を広げてゆくようなものである。また、賦課方式の財政方式で運営されている限り、20歳まで保険対象年齢を引き下げたとしても、財政改善は一時であり、すぐに保険料が上昇して保険財政の維持可能性が再び危ぶまれることになる。堤(2010)が保険対象年齢の引き下げを「熱気球の砂袋」に例えている通り、これは一時しのぎの措置であり、財政問題の根本的解決にはならない。

(4)公費の投入割合

民間介護保険であろうと社会保険であろうと、保険の運営は保険料で賄われるべきである。そこに公費として税財源を投入することは、たとえ社会保険であっても正当化することはできない。なぜならば、公費を投入すれば、その分、保険料率が低いものになったり、自己負担率が低くなったりして価格の歪みが生じるからである（価格に「くさび」が打ち込まれる）。価格の歪みは、保険に対する過大な需要を産みだし、市場の効率性を損なうものである。端的に言えば、利用者の介護保険に対するコスト感覚が狂い、介護サービスを使いすぎるのである。

また、公費投入の財源は税収であるが、わが国のように税収がなかなか増やせない状況下では、その乏しい税収に保険制度自体が縛られることになってしまう。しかも、わが国の現状を考えると、財源の多くは借金に依存せざるを得ないが、これでは国の財政自体の持続可能性が危ぶまれることになる。このため、わが国がお手本にしたドイツの介護保険制度では、給付費全額が保険料負担で賄われており、社会保険の原則が固く守られている。

ただ、保険料や自己負担を支払えないほどの低所得者がいる場合には、彼らの負担を肩代わりするために公費投入を行うことが、かろうじて許容される場合がある。なぜならば、そのような低所得者からフェアな保険料や自己負担をとると、彼らが生活を維持できなくなって、結局、生活保護などの福祉制度を頼ることになってしまう。福祉制度は全額公費で賄われるから、その方が財政的には高くつく可能性がある¹⁰。このため、変則的ではあるが公費投入が許容される可能性があるのである。もちろん、その分、価格の歪みが生じることになるが、低所得者に限ったことなので、全体への影響は少ないと考えられる。こうした考えに立っているのが、韓国の介護保険制度である。低所得層の自己負担の50%、生活保護の自己負担の全額を国と自治体が負担するなどして、全体として介護保険財源の20%が国庫負担となっている(金(2014))。

これに対して、わが国の介護保険制度の財源は、貧富の差にあまり関係なく、自動的に50%もの公費投入率が保たれる制度となっており、まさに異常な公費投入率の高さと言える。2号被保険者のうち、国保加入者や共済加入者の負担の半分が公費負担であることや、生活保護受給者の介護扶助は生活保護費という公費が投入されていることを勘案すれば、実質的に50%を超える公費投入率である。しかも、後で述べるように低所得者への自己負担や保険料の減免という要素はわずかであり、中高所得の高齢者も、公費投入による低保険料や低自己負担を享受できている¹¹。この大規模な公費投入が生み出している価格歪みや、財政的な影響は甚大であると考えられる。

(5) 保険内の所得再分配

民間介護保険の場合には、そもそも保険の中で「事前的」に所得再分配を行うことは不可能である（保険なので、もちろん「事後的」には所得再分配がある）。再分配を受ける人はともかく、再分配のために損を被る人が保険を脱退してしまうからである。保険料は保険数理的にフェアに設定せざるを得ない。

社会保険の場合には、公権力によって強制的な所得再分配が可能である。例えば、保険料や自己負担を所得に応じて変えることができるが、それを行うと加入者個人個人にとって給付と負担のバランスが崩れるので、価格に歪みが生じ、過大な需要が生まれるなどの非効率の問題を引き起こす。

また、保険を通じて所得再分配を行うことは、再分配の手段としても非効率である。なぜならば、保険料は賃金や年金といったフローの所得に課されるが、高齢者の貧富を決め

¹⁰ 生活保護には「貧困の罨」が生じ、福祉に頼りきりになる傾向があるので、財政中立的ではなく、むしろ公費支出額は大きくなる可能性が高い。

¹¹ 財政的にも制度設計的にも問題の大きな公費投入率の高さであるが、後期高齢者医療保険制度や基礎年金制度も、公費投入率は所得にかかわらず50%となっており、わが国の社会保障行政でよく用いられる手法となった。

ているのはフローの所得よりもストックの資産である。フローの所得は低い、たくさん資産を持っているという高齢者は多いから、彼らの負担を少なくすることは所得再分配の観点からも問題が多い。低所得・低資産の弱者に対しては、事後的に税（例えば給付付き税額控除）や福祉（例えば生活保護）で再分配を行う方が望ましい。

その意味で、わが国の実際の介護保険制度は、他の社会保険に比べて、当初は応益原則をかなり意識した仕組みとなっており、評価すべきものであった。第2号保険料は医療保険と同じなので、保険料率として高所得者ほど負担が重い、第1号保険料はなるべく大きな差をつけないような仕組みとしていた。すなわち、設立当初は5段階（所得に応じて、第1段階：基準額×0.5、第二段階：基準額×0.75、第三段階：基準額、第四段階：基準額×1.25、第五段階：基準額×1.5）の簡素な保険料であった。しかし、第3章で述べるように、現在は、この原則も崩れて応能負担と変わらぬ多段階の保険料制度となってしまった。

同じ世代内のこうした所得再分配に加えて、世代間の所得再分配が行われていることはさらに大きな問題である。積立方式の長期保険ではなく、賦課方式の短期保険の財政運営をしているため、少子高齢化が急激に進む中では、若い世代ほど加入期間中に支払う保険料の金額が高まり、同じ給付を受けるための負担が世代によって異なるという不公平を生み出す。例えば、鈴木(2009)の試算によれば、1940年生まれの世代と2005年生まれの世代の受給格差は平均的に550万円にも及ぶ。さらに、50%を超える公費投入分も、実際に負担しているのは現役世代や、政府債務を支払う将来世代となるので、さらに世代間の不公平は深刻である。これももちろん、民間介護保険であれば起こりえない事態である。

(6)保険給付範囲

日本の介護保険制度は、ドイツや韓国の制度と比べて、保険の給付範囲が広いという特徴がある。すなわち、増田(2015)がまとめているように、①要支援者や要介護1のような軽度者も保険給付の対象としている¹²、②保険給付の金額水準が高い、③サービスの種類が豊富で要介護者のニーズに幅広く対応している、③自己負担率が10%と低い(ドイツは定額制、韓国は在宅15%・施設20%)という特徴がある。一言でいえば、わが国の介護保険は「寛大な制度」であると言えるが、半面、総費用が多額に上って保険料が高くなるなど、財政運営が厳しくなりがちである。

ただし、わが国の介護保険の給付範囲が諸外国に比べて広いからといって、それが直ちに問題だということではない。給付に応じたフェアな保険料をきちんと徴収できていれば、財政上は問題がない¹³。問題はむしろ、わが国の介護保険がフェアな保険料になっていないということである。

また、個人個人で最適な保険料と給付範囲の組み合わせがあるにもかかわらず、実際の制度が一律で画一的な保険メニューしか提供していないことにも問題がある。つまり、利用者によっては、例え保険料や自己負担が高くなっても軽度者のうちから介護サービスを使いたいという人がいるだろうし、逆に、保険料や自己負担をなるべく低く抑えて、重度者になってからの施設介護のみを求めるといった人もいるだろう。予防的な給付を望む者もいれば、望まない者もいる。民間介護保険であれば、保険の給付範囲と保険料、自己負担

¹² もっとも、第3章で述べるように、現在、要支援の訪問介護・通所介護は保険給付から切り離された。

¹³ もちろん、現在のように、50%を超える多額の公費を投入し、保険料も賦課方式で比較的若い世代から、高齢者世代への所得再分配を行っている制度において、これだけ給付範囲の広い保険を提供していることは、財政的には常識外の制度だと言えよう。このように財政規律は二の次で、軽度者にも寛大な給付を行う制度を作った理由について、池上(2014)は、介護保険開始前に福祉の措置制度でサービスを受けていた人々が、介護保険に移管後、適用外にならないように配慮したためと解釈している。すなわち、措置制度のもとでは、必ずしも要介護状態にある人々が特別養護老人ホームに入所していたり、ヘルパーの派遣を受けていたわけではなかったのである。

の組み合わせを複数提示して、その保険メニューの中から加入者が選ぶ制度になるはずである。一律メニューよりも、その方が厚生上、望ましいことは言うまでもない。

ただ、逆選択や福祉へのモラルハザードを防ぐという観点からは、どんなに保険料や自己負担が低くても、最低限カバーされなければならない保険範囲（保険の最低範囲）は政府によって設定されるべきである。保険の根本的な存在意義は、めったに起きないが多額の支出が必要となるという「大きなリスク(major risk)」に備えるということであるから(Feldstein and Gruber(1995))、それは重度の要介護状態になり、特に介護施設に入所して多額の金銭的負担をしなければならないリスクであろう。逆に、要支援や要介護度1のような軽度者の場合には、この必要最低限の保険範囲に入る必要は必ずしもなく、追加料金が必要なオプションメニューでも良いかもしれない。いずれにせよ、逆選択やモラルハザード、家族介護のカバー範囲などをしっかり調査した上で、「最低保障範囲」をどう設定すべきか、調査・研究が必要である。

(7)予防や要介護度改善へのインセンティブ

もう一つ、現実の介護保険制度に決定的に不足しているのは、予防によって要介護状態に陥らせない動機づけ(インセンティブ)を行うことや、要介護状態が改善することに対する動機付けである。民間介護保険であれば、加入者が要介護状態にならなかつたり、リハビリ等によって要介護度が改善すれば、それは給付費が減少して保険会社の利潤が増すことを意味する。したがって、まさに利潤動機によってそうした努力が行われるはずである。大規模なデータベースを作ってベストプラクティスが研究され、創意工夫・技術革新がどんどん行われることであろう。成果を上げるサービスや人材が評価され、成果の上げないサービスは淘汰される。介護分野だけではなく、ロボット工学やスポーツ医学などの成果を取り入れたイノベーションも促進されることであろう。

また、一定年齢に達しても要介護状態にならなかつたり、要介護度が改善した場合には保険料が低くなつたり、還付金が給付されるなど、要介護者本人に対する動機付けの工夫も当然行われるはずである。逆に、保険加入後のモラルハザードを防ぐために、軽度の要介護サービスの自己負担額を引き上げたり、一定額までの保険免責額(deductible)が設定されることも想像される。さらに、加入者に対するスポーツや体操プログラム、生活習慣のための管理プログラム参加、健康診断の受診を求めるなど、医療保険における疾病管理(disease management)のようなアウトソーシングが行われるかもしれない。

逆に言えば、わが国の実際の介護保険制度には、このようにモラルハザードに対応したり、健康状態を改善させるための創意工夫の余地がほとんどないことが問題である。むしろ要介護度が改善すると、介護事業者の方は介護報酬が減額するから、現在の制度は逆のインセンティブがついているとさえ言える。また、利用者にとっても、要介護度改善によって利用限度額が低くなつたり、サービスの選択肢が減つたり、施設介護が利用できなくなるというマイナスの要素が大きく、こちらも逆のインセンティブが働いている可能性がある。

例えば、入院によって寝たきりになった高齢者が老健施設に移る。在宅介護に戻るためのリハビリは長く険しい道のりである。そんなにつらいに努力するよりも、要介護度を上げて特別養護老人ホームに入る方がよいと思う老人がいても、現状では何ら不思議ではない。つらいリハビリを乗り越えて在宅に戻るためには、利用者と事業者の双方に対するそれ相当のインセンティブが必要となることは想像に難くない¹⁴。

¹⁴ 実は介護保険の設立前、医療保険福祉審議会・介護保険給付費部会においても、成功報酬を巡って激しい議論が行われた。しかし、最終的には、介護報酬上の評価にはなじまないという意見が大勢を占め、「要介護度改善は報酬上の評価で報いるのではなく、花束を贈呈すべき話」として見送られている(介護保険制度史研究会(2016))。その時に委員の一人が主張したと思われる内容が、岡本・田中(2000)に紹介されているが、「専門職の誇りは成功報酬云々とは違うものではないだろうか。金銭的利得しか頭にない、品位に欠けるエコノミック・アニマルを除き、多くの人間は利益以外のインセンティブでも十分に競争に立ち向かいうる。(中略)「要介護度が改善したら、改善した本人への花束贈呈」がおしゃれな解決ではな

不適切なサービスを提供して要介護度を上げている事業者を保険給付対象から外したり、成果を上げる事業者に経済的インセンティブを付与するといった「保険者機能の強化」も、民間介護保険であれば、当たり前のように行われるはずである¹⁵。

(8) 価格規制

民間介護保険であれば、市場で提供されている介護サービスに基づくことになるので、当然、政府による価格規制、参入規制は全く不要である。価格は自由であるから、①部分保険として、一定額までの保険が支払う方式となるか（ドイツの介護保険はこのように定額制である¹⁶）、②保険が事業者と価格を交渉した上で、その価格体系や包括払いに基づく定率支払いとなる（アメリカの医療保険において、HMO等で行われている）など、いろいろな方法が考えられる。いずれにせよ、市場メカニズムを通じた様々なメリットを享受できる。逆に言えば、現在の介護保険制度が「介護報酬」として、全国一律¹⁷の公定価格による価格規制を行っていることは、下記に挙げるような様々な問題を生じている。

第1に、介護サービスの質にかかわらず価格が一定であるため、質を改善するインセンティブが乏しく、競争メカニズムが働きにくい。努力すれば報われる仕組みになっていないために、イノベーションや創意工夫も生まれにくく、労働生産性が向上しにくい。

第2に、介護報酬改定の際、「介護事業経営実態調査」によって、利益が上がっている事業の介護報酬が下げられる決定が行われる傾向にある。「医療経済実態調査」を使った診療報酬改定でも同様の傾向にあるが、このような市場原理を無視した「モグラたたき」的な価格決定が政治過程の中で行われると、介護産業全体として経営努力を行うインセンティブが削れてしまう。

第3に、市場価格によって需給調整ができないため、介護施設、介護事業者の地域偏在や不足の問題が生じる。もちろん、介護報酬を用いてある程度の需給調整を行うこともできるが、3年に一度の頻度の改定では、まったく小回りが利かない。また、地域ごとに介護報酬をこまめに変えられない全国一律の仕組みでは、地域的な偏在・不足を解消することができない。

第4に、第3章で述べる介護労働力不足の問題は、介護報酬が引き起こしている問題であると言っても過言ではない。特に、全産業の人手不足が深刻化し、賃金が上昇している景気拡大期に介護報酬が固定されていれば、介護産業の賃金は他の産業に追いつくことができず、人手不足になることは自明である。逆に、介護サービスの価格が自由化されていれば、価格上昇によって賃金上昇を吸収できるために、労働力不足が起きることはない。

また、わが国の労働力人口が急減していく中、このままでは中長期的に、介護労働力が不足してゆくことは間違いない。価格が自由化されていれば、賃金が上昇しやすいから、それが動機付けとなって、介護ロボット、介護機器などの省力化投資が進む。日本はこう

かろうか」とのことである。こうした程度の甘い認識の人々が、専門的な制度設計の作業を行った事実には、筆者は改めて驚かざるを得ない。その後、10年以上経ってやっと、老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能加算(2012年)、訪問リハ・通所リハに対する「社会支援加算」(2015年)などに成功報酬的な発想が取り入れられてきたが、まことにささやかなものである。2014年になって、やっと社会保障審議会・介護給付費部分科会が介護事業者に対する成功報酬の議論を正面から取り上げ、現在、2018年度からの導入に向けて評価方法などの研究を進めている。しかし、利用者本人に対するインセンティブという発想は欠けているようである。

¹⁵ 実は現在、東京都品川区は、利用者の要介護度が1段階改善した介護施設に対し、一人分月2万円の成功報酬を支出している。

¹⁶ ドイツの介護報酬は自由価格ではなく、州ごとに異なる価格体系である。韓国については、日本と同様の全国一律の価格規制がある。

¹⁷ 正確に言えば、介護報酬点数は全国一律であるが、1単位の単価が都市部と地方で異なるように設定されている（地域区分）。2015年になってやっと地域区分と単価が若干改定された程度であり（しかも2年の経過措置あり）、需給状況を反映してスムーズに動く仕組みではない。

した分野に高い技術を持つが、残念ながら、規制価格の下では介護事業者に機械化のインセンティブが働かないので、こうした省力化投資も恐らくはあまり進まないだろう¹⁸。

第5に、介護保険財政のコントロール、給付抑制手段として介護報酬が使われる傾向にあるため、例えば、介護労働力不足の時期に、介護報酬を下げる(介護労働者の賃金が減少する)というような矛盾した政策がとられてしまう。

第6に、介護保険の導入当初は単純な仕組みだったが、現在は、様々な加算があるなど、診療報酬並みに複雑怪奇な仕組みへ変貌しており、ますます、利用者・事業者が理解困難な仕組みとなっている。

わが国の介護保険制度が、公定価格を採用した背景には、医療分野における診療報酬からのアナロジーや、診療報酬と同様に総額コントロールや政策誘導の手段として使いたいという行政的発想があったものと想像される。

確かに医療分野においては、医師と患者の間に「情報の非対称性」が存在していることから、「市場の失敗」を補う政策手段の一つとして、価格規制が正当化され得る可能性がある。しかしながら、介護分野に、医師と患者の関係のような「情報の非対称性」が本当に存在するだろうか。もちろん、どんな産業でも多少の情報の非対称性は存在するものだが、問題は家政婦サービスやベビーシッター、家庭教師など、自由価格で行われている他の在宅サービス産業よりも、介護産業の方が情報の非対称性が大きいかどうかである。例え大きいとしても、市場メカニズムを全く使わず、上に挙げた価格規制の数多くの弊害に甘んじなければならないほど、情報の非対称性による弊害が大きいのかどうか、きちんとした調査・研究を行い、よく比較考量されるべきであった。

さらに、認知症患者の数多くいる施設介護においては、利用者が質を評価できないという意味で、市場メカニズムが前提としている「消費者選択」ができないという見方がある。これも、情報の非対称性とはやや異なるが、広い意味で市場の失敗の一つかもしれない。しかしながら、すべての利用者が認知症だというわけではなく、価格と質を評価して選択できる利用者も決して少なくない¹⁹。また、認知症患者であっても、家族が代わりに判断したり、成年後継人等の権利擁護の仕組みを利用することが考えられる。さらに、民間介護保険であれば、介護施設が法外な価格を設定すれば、保険者がその事業者との契約を打ち切るなど、保険者機能を発揮して対抗することが可能であるし、十分にそうする動機がある。こうした様々な代替措置の可能性を考えずに、価格規制という弊害の多い仕組みを使い続けることが合理的かどうか、よく検討されなければならない。

(9)参入規制

¹⁸ 現在、北九州市において国家戦略特区を利用した介護ロボットの導入が行われている。また、種々のモデル事業でも、介護機器、介護ロボット、介護スーツなどの導入実験が行われている。しかしながら、厚生労働省がこうした技術を福祉用具貸与や特定福祉用具販売に含めようとせず、また、訪問介護や通所介護などの算定にもまったく反映しようとしな。したがって、導入のインセンティブが無いために、制度的にも技術革新が起きる余地は少ないのである。硬直的な介護報酬の仕組みこそが、日本の介護産業の「生産性」を低くしている原因と言える。

¹⁹ もちろん、消費者選択が適切に行われるためには、サービス内容や質に関する情報が公開されていなければならない。市場メカニズムでは競争によって自然に情報が公開され、その比較も例えば格付けなどの形でマーケットが提供する。しかし、価格規制、参入規制などの規制だらけの産業では、そのような効果が期待できない。このため、2005年の介護保険法改正によって「介護サービス情報公開制度」が導入され、事業者に対してサービスの質を押し量るために必要な情報(従業員の経験年数、利用者の退所状況、サービス実施記録の有無等)の公開を義務付けた。都道府県にも公開情報の調査が義務付けられ、1年に1回程度、公開情報の正しさがチェックされる。しかしながら、社会保障審議会介護保険部会において、都道府県の調査は事業者の負担が大きいという意見が出され、都道府県の調査義務が2012年から廃止されてしまった。ちなみに、この情報公開がなされていないことをもって「情報の非対称性」という言葉が用いられていることがあるが(例えば、高野(2015))、これは誤用であるし、適切な情報公開がなされる仕組みを作ればよいだけなので(市場メカニズムに任せるか、情報公開を義務化する)、価格規制が必要な根拠とはなりえない。

価格規制に加えて問題なのは、施設介護（3施設）分野の参入規制が介護保険開始後も続いていることである。すなわち、特別養護老人ホームは社会福祉法人と自治体、老人保健施設は医療法人と自治体、療養型病床群は医療法人というように、法人格による参入規制が行われている。また、3年に1度策定される都道府県の介護保険事業支援計画によって、一定の圏域の中で介護保険施設の種類ごとに「必要入所定員総数」が定められ、新規参入によってその総数を上回る場合には、施設の開設許可や保険給付対象の指定を拒否できるという「総量規制」が行われている²⁰。これは医療における医療計画と同様の仕組みである。

この参入規制とそれに付随する補助金、施設介護と居宅介護間の価格差が大きいことが一体となり、市場メカニズムでは起こりえない大きな歪みを介護分野にもたらしている。特に、特別養護老人ホームは、2005年の介護保険法改正でホテルコストや食事代を徴収するようになったものの、居宅介護分野の特定施設などに比べて、未だに利用者価格（入居金、入居一時金、管理費などを含む）がかなり低い。これは、施設介護が介護報酬上優遇されていることのほか、特別養護老人ホームを運営している社会福祉法人に対して、施設整備費という形で建物代等に対する多額の補助金が出ているためである。

このため、特別養護老人ホームに対する超過需要が生まれており、後述の厚生労働省が2014年に行った調査では、全国で52.4万人の待機高齢者(特養に入所の申し込みをしながら、入所できない高齢者)が発生している²¹。待機高齢者問題が生じる主な理由は、この施設介護分野の利用者価格が低く設定されていることにある。おそらくは、このような規制価格の歪み自体が、介護保険開始後も参入規制を廃止できなかった背景にもなっている。つまり、大幅な超過需要を解決するために、もし、特別養護老人ホームを大幅に増設することになれば、施設整備費や介護報酬が膨張して、ますます介護保険財政が悪化するからである。

しかし、この参入規制の存在は、3施設にレント（超過利潤）をもたらしていると考えられる。特別養護老人ホームの1ベッド当たりの建設費は、都市部では2千万円程度に上るなど、非常に高コスト体質であることが知られている(東京都(2009))。また、特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人の内部留保の総額は、2010年度末において約2兆円に上っていることが厚生労働省によって公表されている。しかも、社会福祉法人全体では、年間5千億円もの黒字が出ており(松山(2013))、上場民間企業を上回る約6%の利益率を上げている。こうしたレントの存在が、業界団体のレントシーキング活動を活発にしている要因と考えられる。

(10)家族への現金給付

家族介護に対する現金給付については、もし民間介護保険が保険運営をしているのであれば、次の2通りの対処があると思われる。一つは、家族介護者がいる場合には、その分、介護保険サービスを使わないのであるから、サービスの利用範囲が少ないメニューを提示して、保険料をその分、安くするという対処である。もちろん、この場合は、現金給付を行わない。家族介護の対価は、要介護者の遺産や住宅サービスの提供等で賄われていると考えるのである(もし、そうでなければ、家族介護者を前提としないメニューを選ぶはずである)。もう一つは、現金給付を行ったり、家族自体をヘルパーとして雇う形にして賃

²⁰ さらにその総量規制は、2005年の介護保険法改正により、居宅介護分野に分類される特定施設（有料老人ホームやケアハウスなどのこと）にも対象が広げられた。さらに、市町村が3年ごとに作る介護保険事業計画によって、地域密着型に分類されるグループホームなども総量規制を受けている。都道府県の介護保険事業支援計画も、市町村の介護保険事業計画に基本的に基づいているから、実質的には市町村の保険者が施設の参入を規制していると考えてよいだろう。

²¹ ただし、2015年に特別養護老人ホームの補足給付が厳格化されたことなどによって、特別養護老人ホーム入所者の自己負担額が増加したため、待機者数は今後、減少するとみられている。

金を支払うというやり方である。前者はドイツ(及び韓国の一部)で行われており、後者は韓国で行われている²²。

しかしながら、わが国の介護保険制度では、開始前夜の高齢者介護・自立支援システム研究会や老人保健福祉審議会等においては盛んな議論が行われたものの、結局、家族への現金給付を認めなかった。研究会や審議会の一部の委員から、現金給付を行うと女性による家族介護が固定されるという懸念が出されたことや、介護サービス事業者らが現金給付によって需要が縮小することを懸念したこと、設立当初の予算規模をできるだけ抑えたいと考える行政の意図などがその背景にあったものと考えられる。

家族の現金給付を認めなかったことにより、市場の歪みが生じていると考えられる。すなわち、家族介護の機会費用は全く補助を受けないが、介護保険サービスは9割の補助(保険給付)を受けるので、介護保険サービス利用に過大なインセンティブが生じ、事後的に考えれば過大な需要増につながったと思われる。

家族介護の現金給付は、一般的に介護保険サービスよりも安価(ドイツの場合、6割程度)に設定されるので、現在のように介護保険利用が進んだ段階においては、現金給付を認めた方が、トータルの介護費用が安く抑えられる可能性がある(ホリオカ(2008))。この点も、今後、厳密な調査・研究が待たれるところであるが、ドイツでは在宅介護受給者の約6割が安上がりな現金給付を選択しており、現金給付が介護保険の財政費用を節約していることはほぼ間違いないという見方もある(増田(2015))。

また、わが国において現金給付が認められていないことは、特に施設介護に対して過大な需要を発生させていると考えられる。なぜならば、居宅介護は家族介護の部分的代替であり、一定の家族介護を行うことが不可欠なサービスであるが、施設介護は家族介護を100%代替するからである(印南(2009))。現金給付がないことが、社会的入院に対しても影響を及ぼしている可能性がある。

3. 介護保険制度の15年間の歩み

(1) 介護サービス量、費用の拡大

さて、介護保険制度が2000年度に開始されて以降、この15年間のわが国の介護保険の歩みは、どのように評価ができるのであろうか。まず、介護サービスの需要・供給がどのように拡大してきたのかを見てみよう。

表2は介護保険サービスの需要側である対象者や利用者の人数の変化を見たものである。まず、65歳以上の第1号被保険者は2000年4月の2165万人から2015年4月の3308万人と、この15年間で1.53倍になっている。一方、要介護や要支援の認定者数は2.79倍(218万人から608万人)、サービス利用者数は3.43倍(149万人から511万人)と、高齢者数の増加をはるかに上回るスピードで伸びていることが分かる。

認定者数の中で特に増加ペースが大きいのは要支援や要介護1の軽度者であり、この15年間で3.26倍に増加した。また、利用者のうち増加ペースが特に大きいものは、居宅サービスである。施設サービス(3施設)の受給者が1.73倍にしか増えていない一方、居宅サービスは3.94倍にまで増えている。もちろん、この居宅サービスの中には、有料老人ホームやケアハウスなどの特定施設が含まれている²³。

これに対して、供給面である介護サービス事業者の変化をみたものが、表3である。サービス請求事業者数の統計は2001年4月からしかないので、それ以降の14年間の変化である。主な12種の介護サービスを取り上げているが、サービスの種類ごとに事業所の増加数にかなりのばらつきがあることが分かる。事業所数の増加が著しいサービスは、訪問

²² 韓国の介護保険では、山村・漁村などの僻地や、要介護者が精神障害や伝染病を持っている場合に、家族介護に対する特別現金給付が行われる。家族現金給付は、同居家族や別居家族がヘルパーの資格を持ち、家族の要介護者に対して介護を行った場合に支払われる(詳しくは、金(2014))。

²³ また、地域密着サービスとして2006年から分類されたものも、施設ではなく居宅サービスと位置づけられるべきものが多いので、それを含めるとさらに居宅サービスの受給者増加はさらに大きいと言える。

介護(2.29倍)、通所介護(デイサービス、4.86倍)、特定施設(11.77倍)、グループホーム(7.71倍)である。特定施設やグループホームは、特別養護老人ホームなどの3施設が総量規制や、財政難で伸び悩む中²⁴、その代替サービスとして特に2000年代初めに急速な増加を遂げた。

表2 対象者、利用者数

	2000年4月末	2015年4月末	倍率
(1)第1号被保険者数	2165万人	3308万人	1.53倍
(2)認定者数	218万人	608万人	2.79倍
うち軽要介護度(要支援～要介護1)	84万人	275万人	3.26倍
うち中要介護度(要介護2、3)	71万人	180万人	2.53倍
うち重要介護度(要介護4、5)	63万人	132万人	2.09倍
(3)サービス利用者数	149万人	511万人	3.43倍
うち居宅サービス	97万人	382万人	3.94倍
うち施設サービス	52万人	90万人	1.73倍
うち地域密着型サービス		39万人	

注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)

表3 主な介護サービスの事業所数

	2001年4月末	2015年4月末	倍率
(1)訪問介護	14,229	32,636	2.29倍
(2)訪問看護	8,824	9,367	1.06倍
(3)訪問リハビリ	1,981	3,681	1.86倍
(4)通所介護	9,726	42,386	4.36倍
(5)通所リハビリ	5,545	7,371	1.33倍
(6)ショートステイ(短期入所生活介護)	4,819	9,823	2.04倍
(7)医療型ショートステイ(短期入所療養介護)	3,379	3,808	1.13倍
(8)特定施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)	385	4,530	11.77倍
(9)グループホーム	1,658	12,776	7.71倍
(10)特別養護老人ホーム	4,740	7,340	1.55倍
(11)老健施設	2,826	4,130	1.46倍
(12)療養型病床群	3,193	1,434	0.45倍

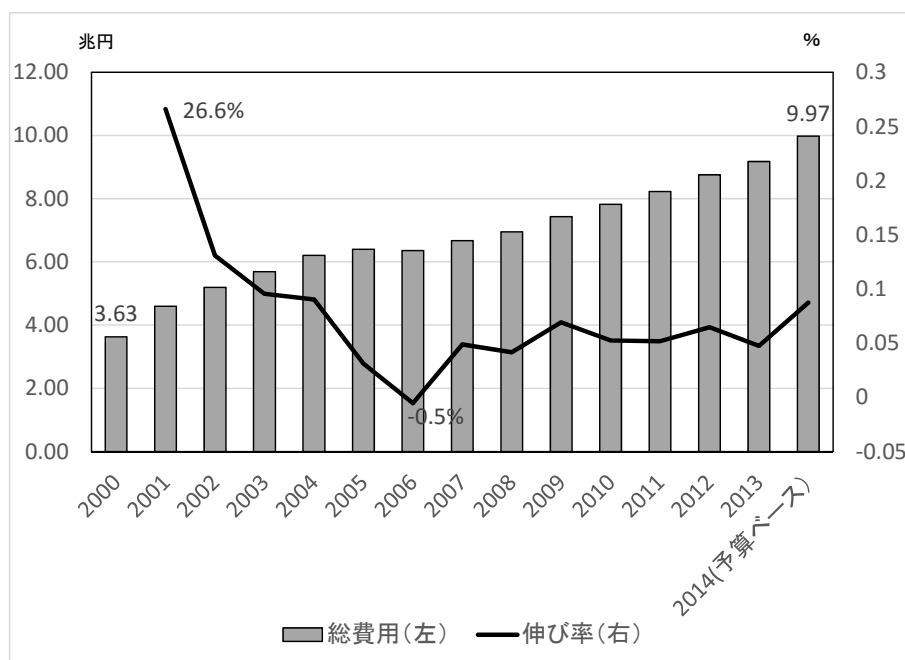
注) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年版)

²⁴ 特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人には、建物代の補助金(施設整備費)が自治体から支出されるが、各自治体とも財政難の折、なかなか補助金のねん出が難しくなっている。また、療養型病床群(介護療養型医療施設)については、さほど医療が必要ではない人々が入所しており、老健施設やケアハウスの利用に振り分けるべきだという考え方から、2012年3月で廃止されることとなっていたため、事業所数は減少している。ただ、老健施設への転換が計画通りに進まないことから、廃止は2018年3月まで延長されることとなった。

一方、訪問看護（1.06倍）、訪問リハビリ（1.86倍）、通所リハビリ（1.33倍）、医療型ショートステイ（2.04倍）といった自立支援のための介護サービスは、あまり伸びていないことが分かる。介護保険制度が高齢者の自立支援を謳った制度であること、これから地域包括ケアを進めて居宅での自立支援をますます進めようという中で、これはやや疑問を感じざるを得ない状況である。リハビリなどで居宅介護に復帰することを目指すための老健施設も、14年間で1.46倍と、特養（1.55倍）よりもむしろ少ない増加数にとどまっている。

次に、図2は、介護総費用がこの15年間でどのように推移したのかを見たものである。2000年度のスタート時点で3.63兆円であった事業規模は、2014年度（予算ベースの推計）には9.97兆円と2.79倍になった。毎年の伸び率をみると、制度開始直後の2年間には2ケタ台の高い伸び率を示したが、その後だんだんと伸び率が低くなり、2005年度から2006年度にかけての伸び率は-0.5%と初めてのマイナスとなった。これは、後述するように、2005年の制度改正の影響が大きかったものと考えられる。それ以降はほぼ毎年5%前後の伸び率に落ち着いている。

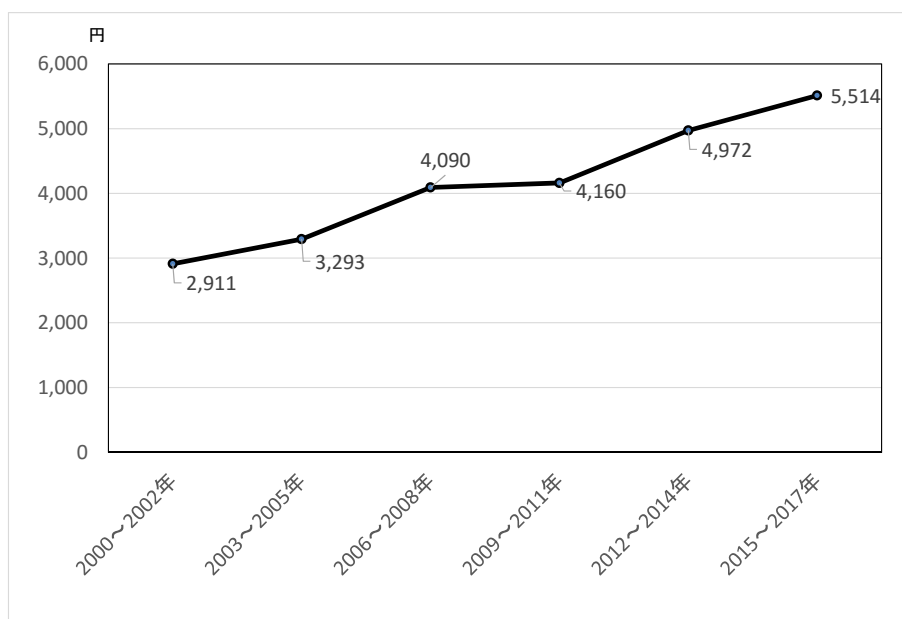
図2 介護総費用の推移



注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)。2014年は予算額から推計。

費用増は保険料引き上げに反映される。図3は第1号被保険者の月額保険料（全国平均）を見たものであるが、急速に上昇してきたことがわかる。介護保険料は3年に一度改定されることになっているが、開始当初の第1期（2000年から2002年）の月額2911円から、期近の第6期（2015～2017年）の月額5514円まで1.89倍となっている（第5期まででは1.71倍）。総費用ほど保険料の倍率が高まっていないのは、財政安定化基金の積立金取り崩しや、公費投入による低所得者の保険料軽減（2015年から）などが影響しているものと思われる。ただ、こうした財政措置は一過性の効果を持つにすぎないから、いずれ費用増と同じペースで保険料が増加してゆくことは避けられないだろう。

図3 第1号保険料の推移（全国平均）



注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)。

(2)介護保険導入の効果1：集計データによる分析

図2で見たものは、介護保険開始後の費用増加(≒市場拡大効果)であるが、介護保険の開始前にも措置制度として介護サービスは給付されていた。介護保険導入による市場拡大効果を厳密に評価するためには、開始前の財政規模から開始後の財政規模を差し引いて、ネットの効果を調べなければならない。そこで、国立社会保障・人口問題研究所が推計している「老人福祉サービス給付費」のベースで、介護保険導入前後の給付額の変化をみたものが図4である。

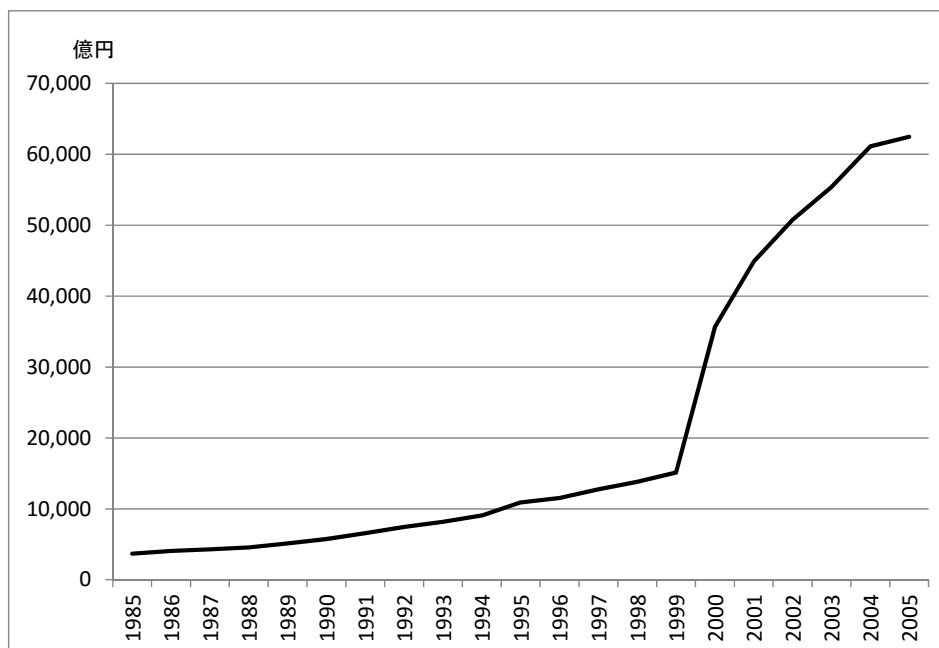
老人福祉サービス給付費とは、老人福祉費の扶助費等、地方自治体の一般会計から供給されてきた老人介護サービスにかかる経費である。利用者負担分は含まれていない。介護保険開始後は、介護保険の給付費だけではなく、在宅福祉サービス費等の地方自治体が独自に行っている事業が加えられているので、介護保険開始前後で比較可能な概念となっている。措置制度下において、地方独自に行っていた介護事業の中には、介護保険が開始されたことを機に廃止になったものもある(例えば、家族に対する現金給付制度など)。したがって、介護保険として増えた給付額だけではなく、廃止事業で減った給付額も考慮して差し引きの変化を見ることができる。

図4をみると、やはり、介護保険が開始されたことにより、措置制度時代に比べて格段に介護サービスの給付額が伸びたことがわかる。その分、介護の社会化が実現したと考えられる。措置時代においても、老人福祉サービス給付費は毎年10%程度の高い伸び率を続けていたが、1999年から2000年への変化は前年比136.3%増と、まさに爆発的な増加であった。ただ、その効果はだいたい2002年まで終息し、その後の伸び率自体は措置時代とあまり変わらない。

一方、措置時代に社会的入院として医療保険の分野で支出されていた介護費用は、介護保険の導入によってどう変化したのであろうか。図5はその変化を見たものである。まず、黒実線の老人保健(医療分)給付費の推移をみると、1999年から2000年にかけて下方にドリフトしたようである。ただし、老人保健制度は2002年10月から対象年齢の引き上げが開始されたために、その後の変化を追うことができない。そこで、定義は異なるが、1997年以降の65歳以上の国民医療費の推移を見たものが、灰色実線である。これも、1999年から2000年にかけて下方にドリフトした様子が見て取れる。つまり、医療保険給

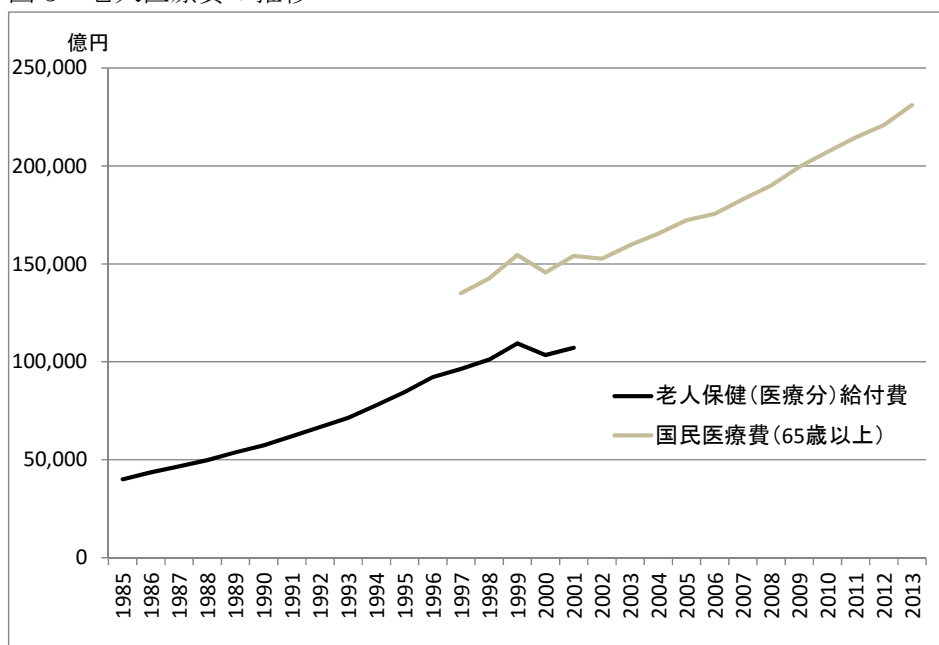
付費の下方ドリフト分を、老人保健から介護保険にシフトした給付額とみなすことができる。

図4 老人福祉サービス給付費の推移



注) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」(各年版)。老人福祉サービス給付費は、介護対策給付費と介護保険以外の在宅福祉サービス費等からなる。2006年度から定義が変更となっているために、2005年までとした。

図5 老人医療費の推移



注) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」(各年版)及び厚生労働省「国民医療費」(各年版)。老人保健(医療分)給付費は、2002年10月から老人保健制度の対象年齢が変更となったために2001年までとした。国民医療費は、1996年以前は、一般診療費と歯科医療費分しか年齢別の医療費が公表されていないために、1997年からとした。

表4は、図4と図3の効果を合わせて、1999年から2000年にかけて、老人福祉サービス給付費と老人保健(医療分)給付費がどのように変化したかを取り出したものである。老人福祉サービス給付費の変化額は2兆592億円、老人保健(医療分)給付費の変化額はマイナス5974億円であるから、両者の合計は1兆4618億円である。介護保険に切り替わった初年度のネットの給付拡大効果は、およそ1.5兆円であったことがわかる²⁵。これに利用者負担分の変化額を加えたものが、市場拡大効果である。

表4 介護保険開始前後の給付費

単位:億円			
	1999年	2000年	差し引き
老人福祉サービス給付費	15,106	35,698	20,592
老人保健(医療分)給付費	109,443	103,469	-5,974
合計	124,549	139,167	14,618

注) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」(各年版)。老人福祉サービス給付費は、介護対策給付費と介護保険以外の在宅福祉サービス費等からなる。

さて、介護保険導入の効果としては、市場拡大効果以外にも、様々な評価指標が考えられる。まず初めに、公表されている集計データから確認できる家族介護の介護時間に関する指標を2つ見たい。既に述べたように、介護地獄など、不完全な家族介護市場(インフォーマルケア市場)の限界が、「介護の社会化」の必要性を認識させ、介護保険導入の大きなきっかけとなった。経済学的にみても、介護保険導入によって家族介護の介護時間がどう変化したかをみることは、適切な評価指標と言える。

そこで、総務省が5年に一度調査している「社会生活基本調査」の介護者1人当たりの介護・看護時間の推移をみたものが、図6である。残念ながら、介護と看護の時間は区別できないが、介護者1人当たりの介護・看護時間は、介護保険開始前の57分(週当たり)から、開始後は50分と約12%減少している。ただ、介護保険開始前にも傾向として介護・看護時間は減っていたようであるので、介護保険導入の効果はもう少し小さいかもしれない。その後、2006年は49分と、2001年からほとんど変化していないが、2011年は40分と大きく減少している。2006年にあまり介護・看護時間が減少していなかったことは、後述の2005年改正の影響であることが想像される。

もっとも、介護保険導入効果の指標としてより適切なのは、単なる介護時間ではなく、介護地獄と呼ばれるような長時間介護がどのように変化したかである。もともと短い介護時間がさらに減ることは、相対的にあまり重要ではない。そこで、国民生活基礎調査が3年に1度の大調査年で調べている介護票から、同居の主な介護者における介護時間の構成割合をみたものが図7である。

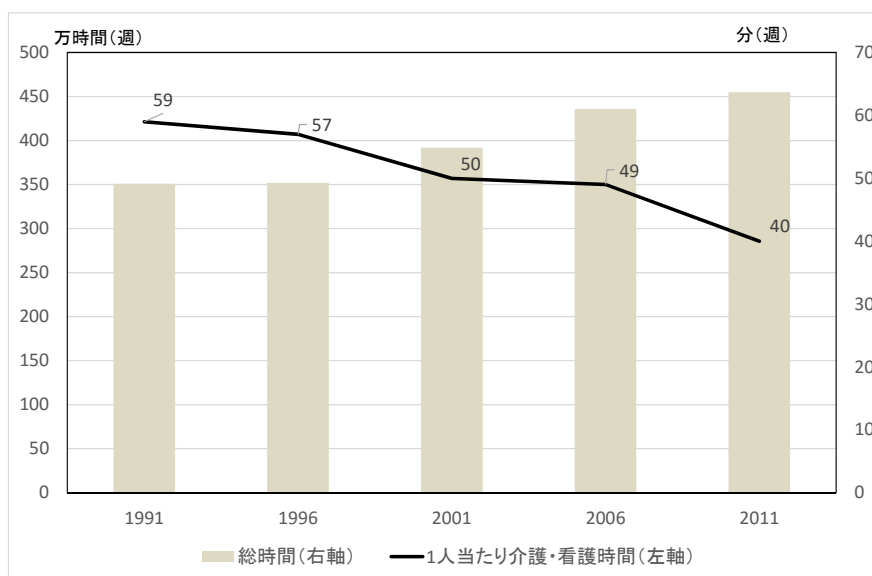
残念ながら、介護保険開始前後の比較を行うことはできないが、制度発足直後の2001年と2004年の変化からおよその効果が知ることができる。これをみると、ほとんど終日介護をしている主な介護者の割合は2001年の27.4%から2004年の21.6%と大きく減少しており、介護保険の効果が大きかったことが見て取れる。ただ、その後、この割合は再び増加しており、2013年には25.2%となっている。

おそらく、三世同居や二世同居の割合が減少して家族介護の支え手が少なくなってきたことを反映していると想像されるが、財政抑制政策の効果もあるのかもしれない。再

²⁵ もっとも、図5を子細に見ると、1998年から1999年にかけての医療費の伸び率が例年になく高く、一種の駆け込み効果が働いていたようにも見える。もし、介護保険が始まることを見越しての変化だとすれば、老人保健給付費の削減効果はもう少し小さく見込まなければならない。

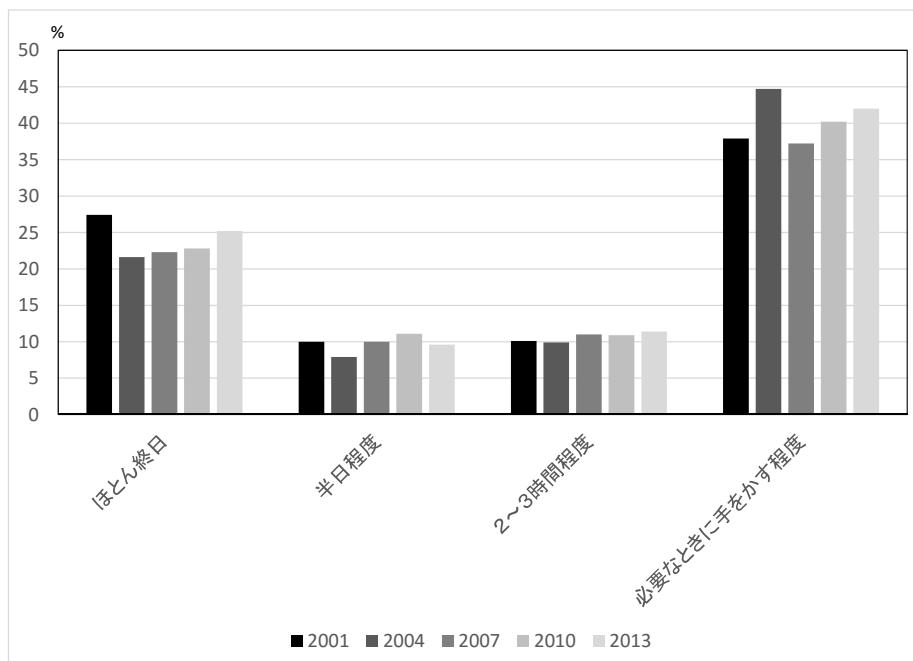
び長時間介護の比率が高まっていることは介護保険導入の意義を損なうものであり、実際に何が起きているのか、今後、詳細な分析を行う必要がある。

図6 介護者1人当たり介護・看護時間



注) 総務省「社会生活基本調査」(各年版)

図7 同居の主な介護者における介護時間の構成割合



注) 厚生労働省『国民生活基礎調査』(各年版、介護票のある大調査年のみ)

(3)介護保険導入の効果2：マイクロデータによる研究

経済学分野において、介護保険の導入効果の政策評価を行った調査・研究は、ある程度の蓄積があると言える。これらの多くは、集計データではなく、個票ベースのマイクロデータを用いた分析を行っており、より厳密で詳細な評価を行っている。評価の対象となる項目によって、①長時間介護の変化、②介護者の労働供給の変化、③介護負担感の変化、

④消費保険や予備的貯蓄の変化、⑤社会的入院の変化などに分類することができる。ただ、それぞれのテーマごとに行われている研究の結果は、総じてまちまちであり、今後のさらなる研究の進展が望まれる。

長時間介護の変化

過重な家族介護の負担軽減、介護サービスの社会化という政策目的に照らして、もっとも重要な評価指標の一つは、家族介護による介護時間の変化である。実は、この点を分析した研究は未だに多いとは言えない。

まず、介護保険開始前後の介護時間の変化について分析した最初の例は、筆者たちが分析を担当した内閣府(2002)である。調査会社のモニター・サンプルから要介護世帯を抽出し、独自に企画したアンケート調査(パネルデータ)を用いた分析を行っている。分析結果は、1999年に1日8時間以上の家族介護を行っていた世帯割合(21.7%)は、2001年に20.5%に下がったというものであるが、これはあまり大きな変化とは言えない。また、1999年に長時間介護であった人の約半数が、2001年にも介護時間を改善させていないことも報告している。

その分析をさらに深めた清水谷・野口(2005)においても、長時間介護があまり改善されていないという結論は同じであり、彼らは、その要因として低所得者の利用率が低いことや、家族介護が外部サービスと代替できていないこと、遺産動機が存在することなどをその理由として挙げている。ただ、このように制度発足直後の小規模データで政策評価を行うことには、やはり限界があったと言わざるを得ない。

その点、最近行われた管・梶谷(2014)は、大規模調査である「社会生活基礎調査」を用いて、1996年と2006年のデータを比較分析しており、先行研究の弱点をある程度克服している。結果は、女性の高学歴グループのみで介護時間の短縮効果が認められたというものであり、その他のグループ、特に男性では介護時間の短縮は認められていない。

一方、Tamiya et al.(2011)は、大規模調査である「国民生活基礎調査」を用いて、1998年と2004年のデータを比較している。結果は、介護保険導入後に家族介護者の平均的介護時間が1日当たり48.6分減少したというものであり、かなり大きな効果を報告している。ただし、介護サービス利用者をトリートメントグループ、それ以外をコントロールグループとするそのアプローチには、内生性の処理について問題がある。また、彼女たちの分析においても、低所得者では介護時間の減少効果が観察されていない。

このように、最も代表的な政策評価指標である長時間介護の変化についてさえ、先行研究間の結果は必ずしも一致しておらず、今後、さらなる研究が必要である。また、2005年改正を挟んで、長時間介護がどのようになったのか、先の図6、図7の集計データで示唆された動きを、マイクロデータからもきちんと把握し、詳細な分析を行うべきであろう。

介護者の労働供給の変化

介護者の介護時間が減少した場合、その一部は、介護者の労働時間増加に反映される可能性がある。したがって、介護者の労働供給が増えたかどうかという点も、注目すべき政策評価指標の一つと言える。実際、この労働供給というテーマについては、ある程度の研究蓄積が存在する。

まず、酒井・佐藤(2007)は、ニッセイ基礎研究所が1997年から2005年まで2年おきに実施していた「暮らしと生活設計に関する調査」という中高年パネルデータを用いて、差分の差(Difference in Difference: DID)法を使って介護者の労働供給を分析している。結果は、介護保険の導入が介護による就業抑制を緩和したとは言い難いというものであり、効果はあっても部分的なものにとどまっていると結論付けている。

一方、筆者らが行った研究(Shimizutani et al.(2008))では、先の内閣府調査と(社)日本経済研究センターが実施したその追跡パネル調査を用いて、やはりDID法を用いて分析を行っている。その結果は、介護保険導入直後の2001年には有意な効果が確認できな

いものの、2002年まで含めて評価すると、要介護世帯の女性就業確率が8%（週労働日数で16%）増加したというものである。また、先に触れたTamiya et al.(2011)は、やはり「国民生活基礎調査」の1998年と2004年のデータを比較し、介護保険導入によって高所得者の労働時間のみが増加したと報告している。

さらに、同じ国民生活基礎調査を3時点間(1998年、2004年、2010年)用いた分析であるSugawara and Nakamura(2014)は、配偶者の親と同居する女性に限った分析を行っている。結果は、介護保険導入時の効果は認められないものの、2004年から2010年にかけて、介護による就業抑制効果が減少したというものであった。このように、労働供給の変化という比較的解析しやすいテーマについても、先行研究間の結果は一致していない²⁶。

介護負担感の変化

家族介護時間や介護者の労働供給の変化に関する分析は、「時間」という定義しやすい客観的指標を見ているが、介護保険の導入効果としてより重要な指標は、介護者の介護負担感であるかもしれない。この点、岸田・谷垣(2007)、Suzuki et al.(2008)は、Zarit指標という国際的に用いられている介護負担感指標を明示的に分析している。Suzuki et al.(2008)が分析しているように、実は、介護負担感と介護時間の間に明確な関係は観察されていない。つまり、長時間介護がいくら改善していても、介護負担感は改善しない可能性があるのである。この二つの論文は、介護保険利用のミスマッチと介護負担感の関係を主に研究しているが、生活援助などの訪問介護サービスだけでなく、ショートステイやデイサービスについても、ミスマッチ（希望利用量と現在の利用量に乖離）が、介護負担感を上昇させていることなどを報告している。

介護保険開始前後の主な家族介護者の介護負担感の変化を分析した研究としては、杉澤ほか(2005)が挙げられる。具体的には、①身体的な愁訴数(腰が痛い、めまいがするなどの身体的な愁訴の項目数)、②精神的な負担感の情緒的消耗サブスケールを介護保険開始前の1996年、1998年と、介護保険導入後の2002年について比較分析しているが、両指標とも介護保険導入後にかえって負担感が高まったと結論付けている。また、先に触れたTamiya et al.(2011)は、介護負担感と関係がある指標として介護者の主観的健康観を、やはり国民生活基礎調査を使って分析している。彼女たちの結論は、介護保険の導入前後で、介護者の主観的健康観に有意な変化がみられないというものである。したがって、介護保険導入による介護負担感の軽減効果は、意外にも、先行研究からは明らかになっていない。

消費保険や予備的貯蓄の変化

第1章において論じてきたように、民間介護保険が成立しにくい状況を公的介護保険が改善したのであれば、よりダイレクトな評価指標は「介護保険導入によって、どの程度、介護リスクが軽減されたか」ということになるだろう。岩本・小原・齊藤(2001)は、介護保険が開始される前の1995年の国民生活基礎調査を用いて、家族が要介護状態になった場合の厚生上の損失額を、「消費保険」の概念から試算した重要な研究である。

Iwamoto et al.(2009)は、介護保険導入前後の損失額を比較するために、岩本・小原・齊藤(2001)と同じ手法を用いて、国民生活基礎調査の1998年と2001年の調査を分析した。その結果は、要介護者発生による世帯消費支出の低下額が、1998年よりも2001年の

²⁶ また、先行研究の多くは、介護保険導入が就業確率や就業時間に与えた影響を分析しているが、退職年齢に対する影響も重要である。この点、ごく最近行われたNiimi(2016)は、介護保険導入の効果ではないが、家族介護が退職予定年齢に与える影響を分析している。大阪大学社会経済研究所の「くらしの好みと満足度についてのアンケート」を用いて分析を行った結果、一般的な家族介護は退職予定年齢に有意な影響を与えないものの、主たる家族介護者の場合には退職予定年齢が引き下がるという結論を報告している。また、Niimi(2016)は、この時点までの内外の先行研究を非常に丹念にサーベイしており、資料的な価値も高い文献である。

方が小さくなっているというものであり、これは、介護保険導入の効果が一定程度存在していることを示すものである。

一方、消費を裏側から見ると貯蓄である。鈴木・児玉・小滝(2008)は、金融広報中央委員会による「貯蓄と消費に関する世論調査」のデータを用いて、予備的貯蓄や介護への不安感を介護保険導入前後で比較しているが、こちらはほとんど変化がなかったことを報告している。これらの消費や貯蓄からのアプローチも、まだまだ深めてゆく価値があるテーマと考えられる。

社会的入院の変化

介護保険導入が老人医療費に与えた影響については、図 5 から、一定程度の改善があったことが確認できる。しかしながら、社会的入院をきちんと定義した上で、その評価を行った諸研究によれば、その結論は様々である(畑農(2004)、花岡・鈴木(2007)、鈴木ほか(2013)、岸田(2016a))。例えば、畑農(2004)は、1999年度と2002年度の厚生労働省「患者調査」を使って社会的入院の大きさを推計しているが、介護保険開始前の1999年度において22.1万人と推計された社会的入院者数は、2002年度においても21.5万人と微減しているに過ぎないとしている。

また、花岡・鈴木(2007)は、富山県における1998年度から2002年度までの国保レセプトデータを用いて、入院患者の在院期間の分析を行っている。彼女らは、介護保険導入による介護型療養病床の増加が、比較的医療行為の少ない入院患者や長期入院の傾向がある患者の退院確率を引き上げたことを報告しているが、その医療費削減のインパクトは、2000年度で0.1%、2002年度で0.97%と非常に小さい。

一方、鈴木ほか(2013)は、2007年度の福井県の国保レセプトデータを用いて、府川(1995)と同じ手法を用いて社会的入院を定義し、府川(1995)が推計した1993年度の福井県調査と比較している。その結果は、1993年度の社会的入院の割合よりも、2007年度は約半分～2/3ほど割合が小さいというものであり、介護保険の導入が社会的入院の減少に寄与したのではないかと結論づけている。

最近、全国ベースの集計データを用いた社会的入院の時系列分析が岸田(2016a)により行われた。患者調査や社会診療行為別調査を用いて、介護保険適用の病床を含む社会的入院の規模を推計している。その結果は、1999年の144万人から2002年は158万人と社会的入院はむしろ増えたが、2005年には142万人、2008年102万人と次第に社会的入院数が減少したというものであった²⁷。

(4)介護総費用の要因分解

図 2 に見たように、介護の総費用は、制度開始直後に急速に伸びた後に、だんだんと伸び率が低くなり、2005年度から2006年度にかけてマイナスの伸び率となった。この変化に、どのような要因が影響しているのか、次の恒等式を用いて要因分解を試みる。

$$\text{介護総費用} = \text{第1号被保険者数} \times \text{認定率} \times \text{受給率} \times \text{一人当たり費用} \quad (1)$$

²⁷ そのほか、介護保険導入の政策評価を行っている研究としては、供給面の効率性や質の変化に着目した研究がある。介護保険導入の直接的目的は、居宅介護分野における民間への市場開放により、介護サービスの供給量を一気に増加させることにあった。しかし、その副次的効果としては、競争によってサービスの質や効率性を高めることが期待されていた。居宅介護分野におけるもっとも象徴的な訪問介護市場において、こうした観点から分析を行った研究が、佐竹・鈴木(2001)、鈴木(2002)、周・鈴木(2004)、Zhou and Suzuki(2006)、Shimizutani and Suzuki(2007)である。いずれも訪問介護業者に対して独自のアンケート調査を実施し、介護保険開始後に新規参入した訪問介護業者とそれ以前から存在している業者のサービスの質やコストを比較している。結果は、概ね、新規参入業者の方がサービスの質が高く、質を考慮した後のコストも低いというものである。グループホームについても、角谷(2016)がサービスの質に関する実証分析を行っている。

(ただし、認定率=認定者数/第1号被保険者数、受給率=受給者数/認定者数、一人当たり費用=介護総費用/受給者数)

両辺対数を取り、前期差をとると、左辺の介護総費用の前年変化率(対数前期差ベース)は、右辺のそれぞれの要因の前年変化率の足し算となる。まず、それぞれの要因ごとに、2000年を100とした指数の推移を見たものが、表5である。2014年度の指数をみると、この15年の間にもっとも増加した要因は認定率(181)であることがわかる。一人当たり費用の2014年度の指数は83と、むしろ2000年度よりも低くなっていることはやや驚きである。

表5 総費用とその要因項目の推移(2000年を100とした指数)

年度	総費用	1号被保険者数	認定率	受給率	一人当たり費用
2000	100	100	100	100	100
2001	127	104	114	117	91
2002	143	107	129	117	88
2003	157	111	144	115	85
2004	171	113	157	116	83
2005	176	116	162	117	80
2006	175	120	166	117	75
2007	184	124	163	118	77
2008	192	127	164	120	77
2009	205	131	164	120	80
2010	216	134	167	121	80
2011	227	134	173	122	80
2012	241	138	177	122	81
2013	253	143	181	122	80
2014(予算ベース)	275	148	181	123	83

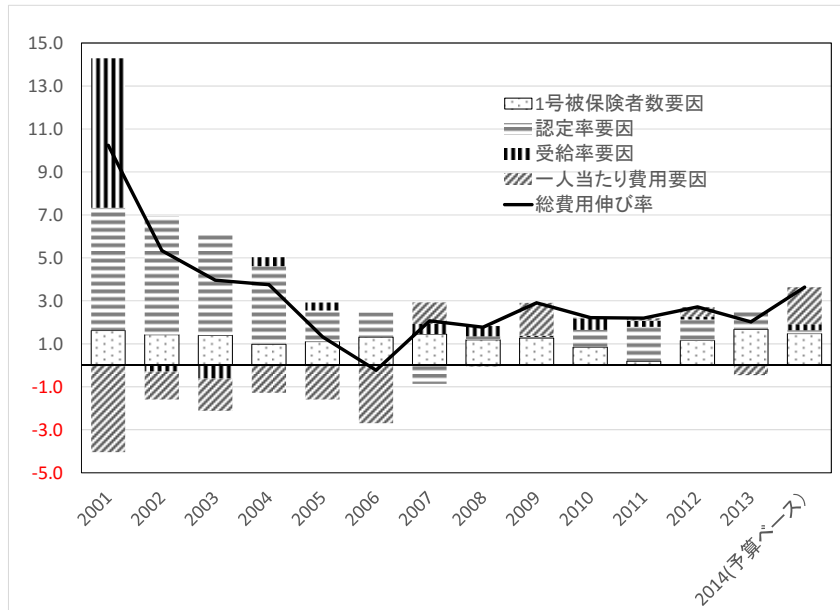
注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)より筆者試算。認定率は認定者/第1号日保険者数。受給率は、受給者/認定者。1人当たり費用は受給者1人当たりの介護総費用。

次に総費用の前年変化率(対数前期差を100倍して%表示)を、それぞれの要因に分解したものが図8である。ここからわかることは、第1に、制度発足当初(2000年から2001年)に、総費用の高い伸び率に寄与した要因は主に受給率と認定率であったことである。受給率要因が大きくプラスに寄与したのはこの時だけである。

第2に、認定率要因は2000年から2006年にかけてずっとプラスに寄与しているが、だんだんその寄与度は小さくなっている。2007年は寄与がマイナスに転じた。

第3に、2000年から2006年まで一人当たり費用はずっとマイナスに寄与している。2006年の総費用がマイナスに転じたもっとも大きな要因は、この一人当たり費用要因である。

図8 介護総費用の伸び率の要因分解



注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)より筆者試算。認定率は認定者/第1号日保険者数。受給率は、受給者/認定者。1人当たり費用は受給者1人当たりの介護総費用。総費用伸び率は対数前期差に100を乗じて計算している。

(5)2005年改正の影響

これらの動きは、この期間に行われた介護報酬改定(原則3年に1度)、介護保険法改正(原則5年に1度)からもある程度裏付けられる。表6の介護報酬の改定率をみると、2003年、2006年の改定と2回続けてのマイナス改定であった。また、表7の主な制度改正内容を見ると、2005年の改正(2006年から施行)では、種々の財政抑制策が打ち出されている。

第1に、要介護1を新設の要支援2と要介護1に振り分けた。要支援者(従来の要支援が要支援1、従来の要介護1の一部が要支援2となった)になった人には予防給付が行われ、要介護者の介護給付よりも利用制限があったり、実質的にサービスの選択肢が狭められたり、介護報酬が低いサービスに切り替えられ、利用限度額も低くなった。

例えば、介護予防と位置づけられた訪問介護(生活援助)では、ヘルパーが家事をすべて行うのではなく、基本的に要支援者が家事を行って、できないところをヘルパーが助けるという形をとる。自治体権限が増したことにより、例えば健常者の同居者がいる場合には、生活援助を中心とした訪問介護サービスの利用を許さないと指導する自治体もあった。

利用料も月当りの「定額制(包括払い)」となったことから、割高に感じる利用者が増えたこともあり、生活援助の利用は激減した。また、福祉用具貸与では介護給付に比べて保険適用される種類が少なくなった。さらに、要支援者は特別養護老人ホームや老人保健施設の入所ができなくなった。このため、要介護1から要支援2に振り分けられた人々は、一人当たりの利用額がかなり減少したのである。

第2に、施設介護分野については、食費と居住費の自己負担化が導入された(2005年10月施行)。これも自己負担額が高くなったという意味で、需要を抑制する効果があったと考えられる。ただし、もともと特別養護老人ホーム特養等は待機者が発生している状況なので、介護費全体への効果は限定的であったと想像される。

第3に、有料老人ホームやケアハウスなどの特定施設への総量規制が始まった。また、グループホームが地域密着型サービスに仕分けられ、市町村保険者がより直接的な総量規制を行うようになった。

表 6 介護報酬の改定率

年度	介護報酬改定率(%)	内訳
2003	-2.3	在宅+0.1%、施設-4.0%
2006	-2.4	在宅軽度-5%、在宅中重度+4%、施設-4%
2009	3.0	在宅+1.7%、施設+1.3%
2012	1.2	在宅+1.0%、施設+0.2%
2014	0.63	消費税引き上げに伴う対応
2015	-2.27	在宅-1.42%、施設-0.85%

注) 筆者作成

表 7 主な制度改正

年度	改革項目
2005年 (2006年施行、 一部2005年から)	<ul style="list-style-type: none"> ・軽度者への介護保険給付を予防給付に ・従来の要介護1を要支援2と要介護1へ再編 ・地域包括支援センターの創設と要支援者のケアマネジメントの受け持ち ・食費・居住費の自己負担化(ただし、補足給付による軽減措置導入) ・地域密着サービスの創設(グループホームなどの総量規制開始) ・特定施設の総量規制開始 ・保険料設定を5段階から6段階に
2008年	<ul style="list-style-type: none"> ・法令遵守のための管理体制強化 ・自治体による立入検査権創設
2011年 (2012年施行)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアを念頭に置いた介護保険事業計画の策定 ・24時間訪問介護サービスの創設 ・介護予防・日常生活支援総合事業の創設 ・療養型病床群の転換時期の延長(2012年3月→2018年3月) ・第1号保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の一部取り崩し
2014年 (2015年施行)	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援者の予防給付のうち、訪問介護と通所介護を切り離し(地域支援事業に) ・特別養護老人ホームの新規入所者を要介護3以上に ・低所得者の保険料負担軽減措置の拡充 ・高所得者の自己負担率引き上げ(1割→2割に) ・一定額の資産保有者を補足給付の対象外に ・すべての市町村への介護予防・日常生活支援総合事業の創設義務化 ・2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

注) 筆者作成

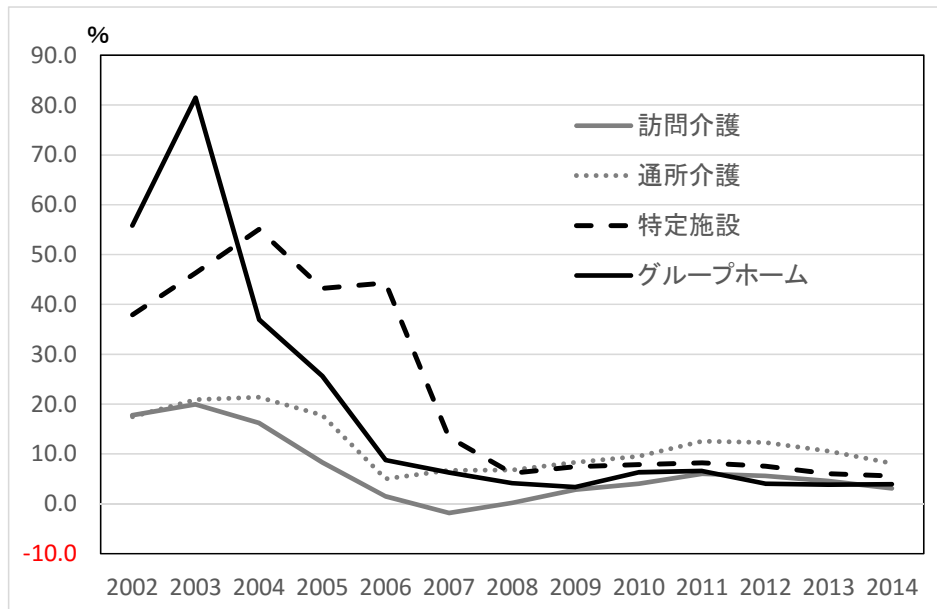
第4に、自治体が設立した地域包括支援センターが、要支援者のケアマネジメント及び予防給付を行うことにより、特に要支援に対する直接的な公的管理が行われるようになって

た。要支援者への介護保険給付の算定について厳しい目が注がれるようになったのである。

こうしたことが相まって、2006年の一人当たり費用は大きく減少し、しばらく回復しなかったのである(表5)。また、2007年に認定率が下がったことも、2005年改正の効果があったものと想像される。すなわち、2005年改正により、軽度者にとって要介護認定を受けられるインセンティブが弱まったことが、認定率低下に影響したものと想像される。

こうした一連の2005年改正による影響は、図9の主な介護サービスの事業所数の対前年伸び率の推移からも見て取れる。介護保険発足直後から、高い伸び率で増え続けてきた訪問介護、通所介護、特定施設、グループホームの事業所数は、2005年から2007年にかけて急激に伸び率が減少している。2007年の影響はいわゆるコムスン事件²⁸によって、自治体による事業者への法令遵守強化、指導が強化されたことによる効果もあったと思われる。このコムスン事件の余波を受けて、2008年にはさらに事業者に対する自治体の管理権限が強化された。

図9 主な介護サービスの事業所数の推移（対前年伸び率）



注) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年版)

(6)介護報酬改定、制度改正

さて、改めて、この15年間の主な制度改正を振り返ると(表7)、介護保険制度開始後2年ほどの間は介護の供給量が増え、家族介護の社会化が促進されたものの、その後の財政抑制策への切り替えによって、「福祉へ回帰」、「措置制度へ先祖返り」が進んだことがわかる。当初は、居宅介護市場を民間開放して、民間活力による市場拡大を目指したが、財政的な懸念を背景として、市場メカニズムとはおよそ対極にある直接規制・公的管理が採用され、種々の利用制限、給付抑制が図られてきた。

²⁸ 事業所数2081を数える業界最大大手の株式会社コムスンが、一部の訪問介護事業所で不正請求や人員基準違反が発覚し、厚生労働省は2007年6月、コムスンの全事業者の新規指定や指定更新を行わないように全都道府県に通知を行った。この一部の事業所の法令違反によって全事業所の退場を迫られるという「連座制」により、コムスは介護事業から撤退し(2009年に解散)、各事業所は都道府県単位で他の民間事業者に譲渡された。自治体によって適正サービスと判断する基準が異なり、指導内容も異なる中では、連座制が適用されるリスクが高まる。このため、特に全国展開をしている比較的大きな事業者の行政リスクは格段に高まったものと思われる。コムスン事件の是非はともかくとして、この連座制は、健全な市場育成にとって大きな障害となる過剰な規制であると考えられる。

2005年改正により始まった予防給付は、2014年改正では最終的に、介護保険給付から大部分が切り離されることになった。自治体による総量規制の強化、管理体制・立入検査権の強化、公的機関である地域包括支援センターによる業務範囲拡大・機能強化、自治体による地域支援事業の拡大は、市場原理に基づく民間活力の活用という流れに全く反するものである。

介護保険事業計画が次第に強化され、診療報酬のように介護報酬が様々な加算を作って複雑化して流れは、まるで「計画経済」のようである。実際、市町村に保険者を権限を任せて「地方分権化の試金石」とまで言われた介護保険であったが、実態は厚生労働省が決めた制度を、全国の自治体の介護保険課長を集めて解説し、規則に基づいた運用を全国津々浦々まで徹底させているに過ぎないと言える。計画経済の側面が強まれば強まるほど、必然的に中央集権的な仕組みになってゆく。

また、応益負担から応能負担への流れも、福祉への回帰とみることができる。すなわち、介護保険発足当初、5段階であった第1号保険料の設定も徐々に細分化・拡大化してゆき、2015年からは9段階に広がっている。負担限自治体によってはさらに細かく広い段階を設定しており、これはもはや事実上の応能負担と言ってもよいだろう。2015年からは最も低所得者層（第1段階）の保険料を公費によってさらに引き下げる措置が行われた。さらに、やはり2015年からは、自己負担率も上位20%程度の一定所得以上の場合に2割となっている。補足給付に対する資産調査も、まったく福祉的な手法である²⁹。

この間、自己負担増による給付抑制も徐々に進んできた。2005年改正の施設介護の食費・居住費の自己負担化、予防給付の定額制導入、2014年改正の補足給付の制限、高所得者に対する自己負担率引き上げなどある。2014年改正では、要支援者に対する予防給付のうち、訪問介護と通所介護が保険給付から切り離された。自治体が行う地域支援事業への移管ということになっているが、これは実質的に自己負担増となってゆくと思われる。また、介護報酬改定も既に3回もの大幅なマイナス改定が行われている。

これらの動きは、財政面からはやむを得ないことであるし、イコールフットィングやMajor riskへの備えを優先するという観点からは合理的であるが、措置制度時代のような福祉や医療へのモラルハザードが起きていないか、長時間介護のようにリスクがカバーされない状況が生まれていないかどうか、慎重にチェックしながら進めることが重要である。この点、2005年改正や2014年改正はかなり大きな改革がなされているので、思わぬ副作用が起きていないのかも含め、包括的な政策評価が行われるべきである。経済学の分野においても、2005年改正の効果について、研究が行われる必要がある。

(7)地域包括ケアシステムの現実性

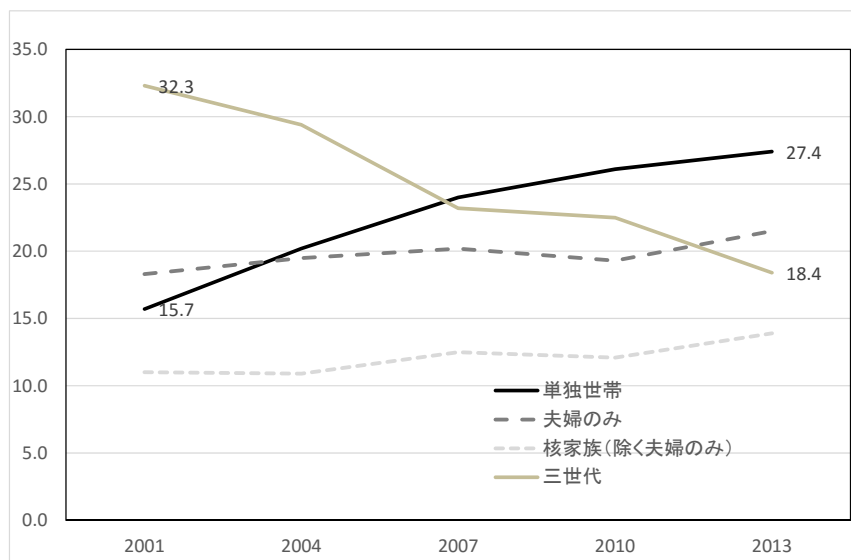
近年の改革でもう一つ懸念されることは、地域包括ケアシステムを構築して、「施設介護から居宅介護へ」という流れが明確になってきたことである。これは2014年に一連の「地域医療・介護総合確保推進法」が成立したことを受け、現在、介護だけではなく、医療供給体制の再編、地域医療計画の推進とともに大規模に進行中である。特に介護については、財政的な要請も背景となり、高コストの施設介護から低コストの居宅介護、家族介護を中心にしてゆくという流れとなりつつあるが、果たしてそれは現実的なのだろうか。

介護保険が開始されてからの15年の間にも、要介護者を取り巻く家族の状況はずいぶんと変化してきた。図10にみるように、介護保険発足直後(2001年)、要介護者のいる世帯の32.3%は三世帯同居の世帯であったが、期近の2013年にはその半分近い18.4%となっている。変わって増加しているのは、要介護者の単独世帯であり、2001年の15.7%か

²⁹ ただし、補足給付という形で低所得者への直接補助を行う手法自体は、経済学的に見て適切であると言える。もう一つの問題は、それが施設介護だけ行われていることであり、居宅介護分野でも特定施設やグループホームなどは実際に施設として機能しているのだから、こうした広義の施設にも同様の措置が行われるべきである。また、第1号保険料の低所得者（第1段階）への公費負担による負担軽減は、保険内の所得再分配よりは正しい手法であると評価可能である。

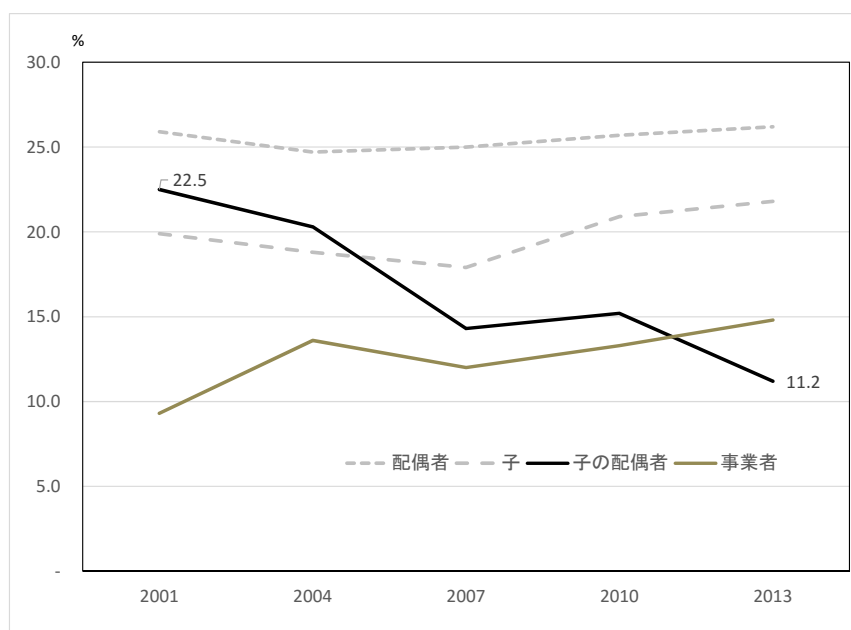
ら 2013 年は 27.4%と、およそ倍近く増加している。高齢者の夫婦のみという世帯も徐々に増加をしている。

図 10 要介護者のいる世帯の状況



注) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(各年版、介護票のある大調査年のみ)

図 11 主な介護者の続柄



注) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(各年版、介護票のある大調査年のみ)

表 8 主な介護者の年齢構成

	男		女	
	2001年	2013年	2001年	2013年
40歳未満	3.9	2.0	4.3	2.0
40～49	12.7	7.6	13.1	8.1
50～59	29.4	21.4	32.3	21.4
60～69	26.0	27.7	26.7	32.5
70～79	21.5	22.6	19.7	25.8
80歳以上	6.2	18.7	3.9	10.2

注) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(各年版)

また、図 11 にみるように、家族介護の担い手も大きく変わりつつある。介護保険発足直後、主な介護者の代表とされていたのは子の配偶者（いわゆる息子の嫁）であるが、その割合は 2001 年の 22.5% から 2013 年の 11.2% まで、なんと半減している。「息子の嫁が介護の担い手として犠牲になっている」という主張は、もはや昔話であると言ってよい。代わって増えている介護者は、子どもや配偶者である。配偶者の多くは老老介護という状況になっていると思われる。

実際、主な介護者の年齢構成をみても、2001 年に比べて 2013 年は大幅に年齢層が上がっていることが分かる。特に、2013 年の 80 歳以上の介護者は男女ともに、2001 年の 3 倍近くに増えている。地域包括ケアの整備によって居宅介護を進めようとしても、もはや要介護者を支える家族に、その余裕は急速に失われつつある。

また、三世同居が少なくなってきた背景には、人口の少子化とともに、介護保険の施行自体が別居化を進めた面もあるかもしれない。家族介護には不完全ながらも介護リスクに対する保険市場としての役割があったが、その対価は遺産や同居による住宅サービスの提供であったと考えられる。しかし、公的介護保険が整備されたことにより、家族が介護提供するという「暗黙の契約」が、だんだん解除されてきた可能性がある。同居・別居の選択には固定費用が生じ、一種の履歴効果（hysteresis）があるから、一度、別居を選んだ家族は簡単に同居に戻ることが難しい。子の配偶者も、もはや公的介護保険で義理の親の介護負担が行われることを前提として婚姻行動をとっているはずだから、この点からも元の家族介護に戻してゆくことは現実的ではない。

こうしたことを考えると、政策的に改めて家族介護に頼るつもりであるならば、少なくとも現金給付などの新たな措置が必要であろう。また、保険財政の面からみれば、家族介護は無料で提供される介護サービスということになるのかもしれないが、経済全体でみればその機会費用は決して小さくない。その機会費用を考慮してもなお、地域包括ケアを推進することが合理的なのかどうか、再度、検証する必要があるものと思われる³⁰。

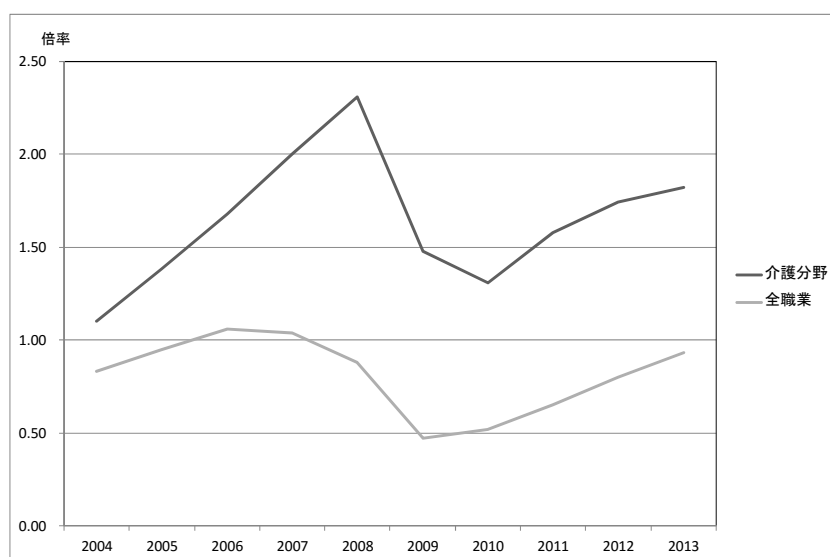
(8) 介護労働力不足

³⁰ 介護保険発足前の制度設計時には、厚生労働省内において介護に要する社会的コストが計算されていた（増田(2015)）。1990 年時点の数字として、在宅サービスのコスト 1 千億円、施設サービスのコスト 1 兆 5 千億円に対し、家族ケアのコストを 2 兆 1 千億円と試算していた。このことを考えると、いくら財政的なコストが低くても、地域包括ケアによって家族介護に再び頼ることは、大きな機会費用が発生することになる。地域包括ケアシステムの在り方を考えるためには、こうした機会費用の試算を再び行い、検討し直す必要がある。

この15年の間に、介護保険がかかえる課題としてますます顕著となってきたのは、①介護労働力不足、②施設介護の待機高齢者問題（待機老人問題）、③介護保険財政の維持可能性である。これらは今、まさに深刻な状況に陥っているが、今後もますます深刻化することが予想される。また、④高齢化の進行が終わり、高齢者人口も減少している地方と、これから急速に高齢者が増加する大都市との需給ミスマッチ(介護供給と需要のミスマッチ、地域偏在)の問題も、将来的に大きくなるだろう。

まず、現在、介護労働力不足の問題が再び深刻になっていると言われている。図12にみるように、近年、介護分野の有効求人倍率は、常に全職業を上回って推移しており、特に、2006～2008年ごろの景気拡大局面において、全職業とのかい離が深刻であった。最近もアベノミックスによる景気拡大によって、そのかい離が広がっている。最近行われた介護労働安定センターによる事業者調査(平成26年度介護労働実態調査)でも、職員の不足感を訴える事業所は、全体の57%(介護職員)、75%(訪問看護員)にも及んでいる。

図12 介護分野の有効求人倍率の推移



注) 厚生労働省「介護人材の確保について」より抜粋

介護労働力不足が生じる基本的な理由は、他産業に比較して介護産業が低賃金であり、しかもその賃金差が制度的に簡単に解消できないからである³¹。具体的には、介護労働者

³¹ 介護労働力不足問題については、経済学による研究が比較的蓄積されている分野である。具体的に、介護労働力不足の原因として、介護労働者の賃金の影響を分析した論文として、周(2009)、花岡(2009)、山田・石井(2009)、小檜山(2010)、鈴木(2010)、岸田・谷垣(2011)、鈴木(2011a)、鈴木(2011b)、佐野・石井(2011)等の研究がある。

しかしながら、山田・石井(2009)、小檜山(2010)、岸田・谷垣(2011)が分析しているのは、離職意向、転職意向であり、実際の離職・転職行動ではない。一方、花岡(2009)は実際の離職率を分析しているものの、それが介護以外の他産業への転職なのか、介護産業内の転職なのか、識別できていないという問題がある。介護労働者は介護産業内で転職するケースが多く、その場合には同じ介護産業に止まっているわけであるから、それが直ちに介護労働力不足に繋がるとは言えない。問題は、介護産業から他産業への転職行動である。

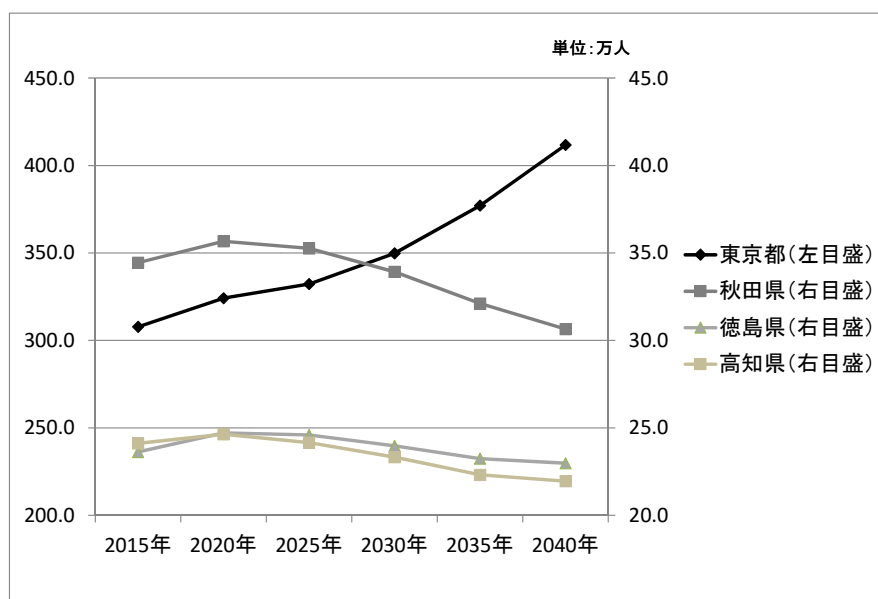
この点、岸田・谷垣(2011)は彼らが行った独自の調査を用いて、「介護労働市場からの退出を希望しているのか」という離職意思を明示的に扱った分析を行っている。結果は、介護産業内の相対賃金が下がると、「他の介護現場へ移りたい」と回答する確率が上昇するものの、介護産業とそれ以外の産業の外部相対賃金の変化は、離職意思に影響しなかったというものである。これに対して、鈴木(2011a,b)は、公益財団法人・家計経済研究所が2010年に実施したユニークな個票データを用い、介護産業から他産業への実際の転職行動を分析している。結果は、岸田・谷垣(2011)とは異なり、他産業の賃金増加は介護産業従事者の他産業への転職を増加させるというものであった。ただ、岸田(2016b)が論じているように、鈴木

の賃金は政府が決める介護報酬にほぼリンクしているが、3年に1度の報酬改定では労働市場の需給変化に追いつくことができず、労働市場ひっ迫期の賃金引き上げが遅れがちである。特に昨今は、アベノミクスによる景気回復によって急速に雇用改善が進み、介護以外の産業の名目賃金が上昇しており、介護産業の名目賃金とのかい離が広がっている。もともと介護産業は他産業に比べ低賃金³²であることが知られているが、その差がますます広がり、離職者増や参入減が続いているのである。このような状況下であるにもかかわらず、2015年の介護報酬は大幅なマイナス改定となってしまった。

ところで、医療分野でも診療報酬として政府が料金を決めているが、介護分野ほど深刻な労働力不足が生じていないのはなぜであろうか。その理由として、まず医療機関の人件費率が介護事業所に比べて低いことが挙げられる。介護施設の人件費比率は約6割、訪問系介護は約7割であるが、病院の人件費比率は5割程度であり、人件費以外での節約余地が大きい。また、日本の医療は原則「出来高払い制度」であるから、料金が下がっても量を増やしてカバーができる。

しかし、介護産業は時間当たりの料金が固定されており、いくら時間内のサービス量を増やしても収入増にならない。つまり、介護は一種の「包括払い制度」なのである。このように介護分野は裁量余地が小さいため、介護報酬引き下げが労働力不足に直結してしまう。

図 13 高齢者（65歳以上）人口の将来予測



注) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」

また、中長期的には介護労働力に対する需要が増す一方、日本の労働力人口が減少してゆくから、ますます介護労働力不足が深刻化すると考えられる。さらに、そのミスマッチの状況は、全国一律ではない。図13にみるように、都市圏は高齢者数が激増する一方、地方では早くも5年後に減少に転じる県がある。今後、都市圏、特に東京都で生じる介護労働力不足、介護施設不足は非常に深刻になる。他方、地方は今いる介護労働者、介護施設の一部が不要になってゆく。もちろん、地方の介護労働者の一部は若手を中心に都市圏に移住するだろうが、そのまま離職や廃業をしまいうケースも多いだろう。つまり、地

(2011b)において介護産業からの転職先になっているのは、主に医療・福祉分野であり、これは岸田・谷垣(2011)の結果と必ずしも矛盾するものではない。

³² 鈴木(2011b)は、年齢や勤続年数、学歴などをコントロールした上で、他産業と比較して介護産業が低賃金であることを厳密に実証している。

域間のミスマッチ拡大が、日本全体の介護労働力不足に拍車をかける可能性が高いと言える。

(9)待機高齢者問題と無届老人施設

厚生労働省が2014年に行った待機高齢者の調査では、全国で52.4万人の待機高齢者(特養に入所の申し込みをしながら、入所できない高齢者)が発生しており、これは2009年時点の42.1万人から約10万人以上も増えている。さらに前の2006年の調査では38.5万人であったから、趨勢的に事態が深刻化しているとみられる。

既に第2章で論じたように、施設介護に対する大量の待機高齢者問題も、参入規制と不適切な価格規制が相まって生み出されている典型的な超過需要(waiting list)問題ととらえられる。待機高齢者が52.4万人も発生しているということ自体、大きな社会問題であることは明らかであるが、こうした不適切な規制が生み出すもう一つの典型的問題は、一種の「ブラック・マーケット」の出現である。療養型病床群の将来的な廃止が決まり、特定施設やグループホームまで総量規制が実施され、地域包括ケアシステムの美名のもとに施設介護から居宅介護へ政策的誘導が図られる中、在宅で暮らせない大量の介護難民の受け皿となっているのが「無届老人施設」と「お泊りデイ」である。

無届老人施設は、無届老人ホーム、無届有料老人ホーム、無届介護ハウス、老人下宿、高齢者下宿など、様々な呼称がある。2009年に起きた「静養ホームたまゆら」の火災事故で知られるように、こうした施設は有料老人ホームの届け出を行っておらず、安全性や職員配置等に大きな問題を抱えている施設もある。たまゆらの事故直後、厚生労働省は無届の有料老人ホーム数の緊急調査を行い、全国で少なくとも579カ所存在していることを2009年3月に発表した。しかしながら、2014年10月に行った調査では1017カ所とむしろ増えており、2016年4月の調査ではさらに1650カ所となっており、行政の監督が行き届かないこうした施設が明らかに増加している。1650カ所という数は届け出ている有料老人ホームの15.5%に当たる。おそらくは、この数でもまだ氷山の一角ではないかと思われる³³。

また、お泊りデイとは、通所介護(デイサービス)施設が昼間の利用者を低額の料金を宿泊させるもので、そもそも宿泊用の施設ではないため、安全性や夜間の職員配置等に問題を抱えている施設が多いものと考えられる。しかし、最近の介護難民の増加とともに急速に広がっており、毎日2.5万人ほどの高齢者が利用しているとみられている(増田(2015))。厚生労働省は2015年からお泊りデイに届け出制を導入し、ガイドラインを設けて自治体による指導に乗り出すことになっている。

(10)財政の持続可能性

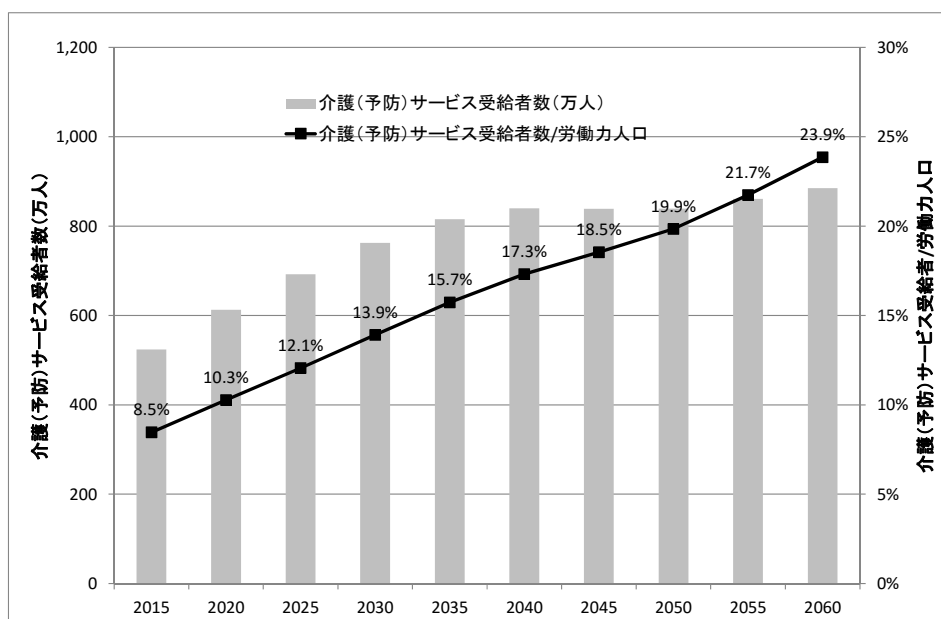
実質的に賦課方式で運営されている現在の介護保険制度は、急速に進む少子高齢化の中では、財政的に維持困難となることは初めから明らかであった。厚生労働省は2025年の介護総費用を19.8兆円(同省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」)、第1号保険料を月額8165円(同省「第6期計画期間・平成37年度等における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について」と見込んでおり、介護総費用は現在の約2倍、保険料は1.6倍強となる。まさに、財政の持続可能性が危ぶまれる事態であるが、問題は、2025年はわが国の高齢化のピークでも何でもなく、それ以降もさらに少子高齢化が進むことが予想されていることである。財政の維持可能性を考えるのであれば、さらに先の状況を想定して、それに備えるための対策を考えなければならない。

経済産業省政策局産業構造課が行った最新の調査(経済産業省(2016))では、厚生労働省予測にはない2060年までの予測が行われている。その概要が、図14~16に示されている。2025年以降もさらに介護サービス受給者数、介護給付費、介護保険料が増加してゆることが想定される。小手先の給付抑制、利用制限、自己負担増などで対処可能な問題では

³³ 無届老人ホームの詳しい状況や問題点は、鈴木(2010)、長岡(2015)、濱田(2015)が詳しい。

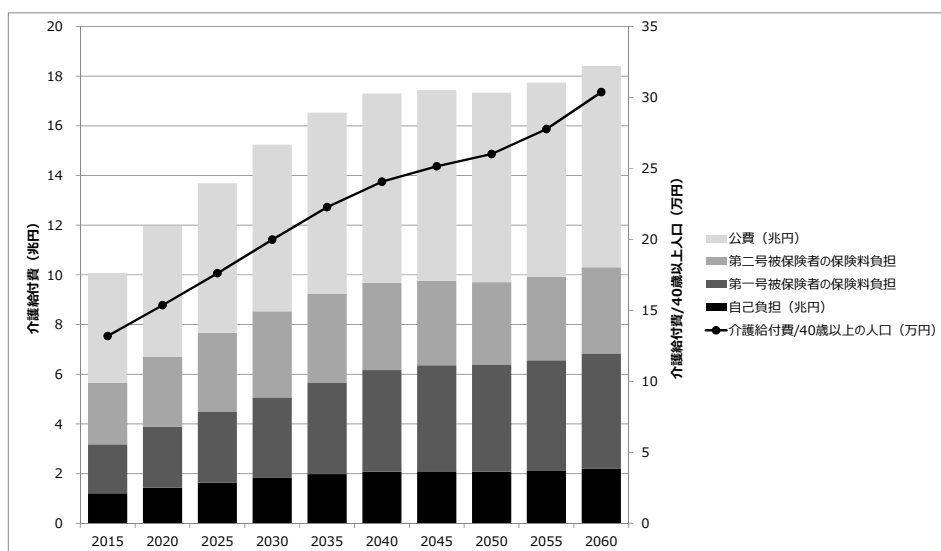
ないことは明らかである。介護保険の財政問題についても抜本的な改革が求められている。

図 14 介護サービス受給者数の推計



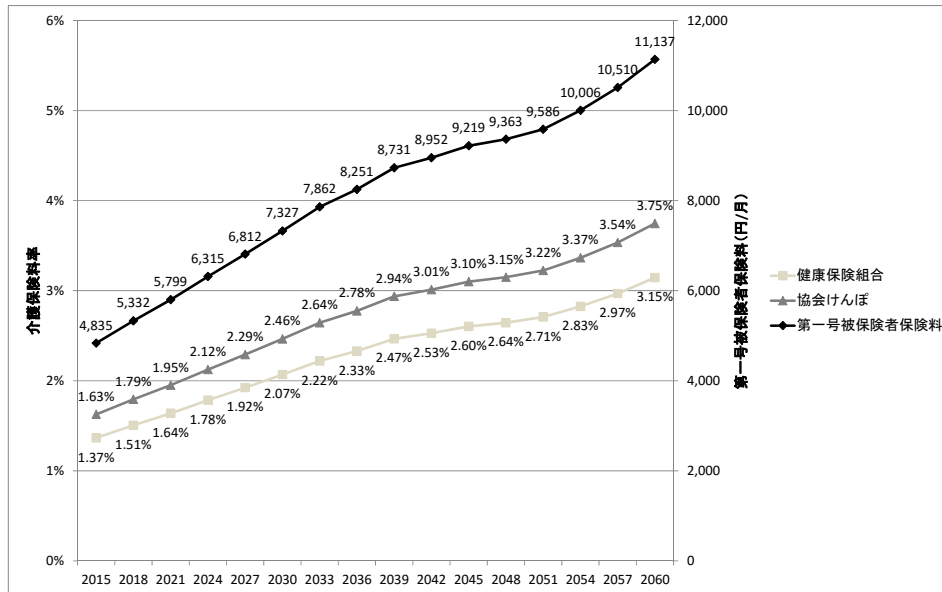
注) 経済産業省・経済産業政策局産業構造課試算。

図 15 介護給付費の将来推計



注) 経済産業省・経済産業政策局産業構造課試算。

図 16 保険料負担の将来推計



注) 経済産業省・経済産業政策局産業構造課試算。

4. 介護保険改革の方向性

わが国の公的介護保険制度は、その発足から既に 15 年が経過した。介護保険が 2000 年にスタートする前は、福祉行政の措置制度や医療保険の老健制度、家族介護（インフォーマルケア）等が高齢者の介護リスクをある程度カバーしていたが、介護サービスの絶対量が不足し、様々な社会問題を引き起こされていた。経済学の観点から見ると、これは民間介護保険に逆選択や、福祉制度等へのただ乗りという意味でのモラルハザードが生じ、市場が十分に成立していなかったことに問題の根源がある。したがって、公的介護保険制度導入の意義・目的は、政府がこの「市場の失敗」を補い、十分な保険を提供し、介護サービス市場を形成することにあつたと言える。その際、市場の失敗がなければ市場が作り出している状況を近似する制度にすることが、効率性の観点から望ましい。

現実にも、わが国の介護保険制度は、「保険原理」、「市場原理」の考え方を取り入れ、従来の社会保険制度とは一線を画す新しい制度設計が行われた。すなわち、居宅介護分野は民間事業者に参加を自由化し、応益負担原則に近い保険料や自己負担額を設定し、各自治体の保険者が、ある程度の裁量権を持って保険運営できる制度としたのである。そして、たしかに居宅介護分野を中心に介護サービスの供給量は急拡大し、利用者も大幅に増加した。この成果は、制度設計や調整業務に尽力した設立時の厚生労働省の官僚たち、そして審議会などで活躍した有識者、政治家や事業者等、数多くの関係者の並々ならぬ努力の賜物であったと言えよう。

しかしながら、法案準備・成立過程における合意形成・利害調整の難しさもあり、合理性を欠いた仕組みも、残念ながら随所に残ってしまった。例えば、経済学の立場からは、保険料を長期にわたって強制的に積み立ててゆく「積立方式」の制度にすることが合理的であるが、実際には、賦課方式に基づく短期保険として設計された。また、保険原理からは到底許容しがたい、5 割を超える多額の公費投入が行われている。

このような仕組みでは、少子高齢化が急速に進むわが国においては、財政的にすぐに行き詰まることがはじめから明らかである。また、他の社会保険制度同様、不合理な世代間所得再分配（世代間不公平）が発生してしまっている。さらに、施設介護分野に残した参入規制、介護報酬による価格規制、家族への現金給付を認めなかったこと等は、せっかく広がった介護サービス市場を歪めてしまっている。そして、この市場の歪みこそが、待機高齢者問題と無届施設の増大、介護労働力不足、要介護状態改善のインセンティブが無い

(むしろ、状態悪化にインセンティブが付いている)といった諸問題を引き起こしている原因である。

そして、2000年から2002年にかけての急拡大期を過ぎてからは、「財政抑制をいかに図るか」ということが、介護保険改革の最大のテーマになったと言える。これまでの5回の介護報酬改定のうち、実に3回が大幅なマイナス改定となった。2005年改正では要支援者に対する実質的な給付抑制(予防給付)が始まり、2014年改正からは要支援者に対する主要な介護サービスが、事実上、介護保険から切り離された。また、2005年改正からは、3施設だけではなく居宅介護分野に分類されている有料老人ホーム等にも総量規制が行われるようになり、市町村による直接的な管理・監督・規制が次第に強まってきた。

こうした負担引き上げや給付範囲カットの不满を和らげる目的もあり、保険内における所得再分配の仕組みもますます広がっている。これらは、「福祉への回帰」、「措置への先祖返り」と呼ぶべき状況であり、保険原理・市場原理を生かすという当初の制度設計からは、次第にかけ離れたものになりつつある。地方分権という精神も忘れ去られ、厚生労働省による中央集権的な計画経済化もますます進んでいる。

また、現在までに第1号保険料は約2倍の水準に引き上げられてきたが、これからはますます引き上げて行かなければならないことは明らかである。今後、第2号保険料への総報酬割導入、40歳から20歳への保険対象年齢引き下げ、全利用者の自己負担2割化(さらに、高所得者の3割化)、要介護1や2の保険給付対象外化、介護報酬のさらなる引き下げといった改革が順次検討されてゆくものと思われるが、これらは、いかにも付け焼刃の財政抑制策である。問題は、わが国の少子高齢化が2025年どころか、少なくとも2060年ごろまで進み続けることが予想されており、改革に終わりが見えないことである。今後ますます進む少子高齢化に対して、このような近視眼的、場当たりの対応を繰り返しては、到底、太刀打ちできないし、副作用も大きい。

さらに、介護報酬の引き下げや介護保険事業計画に基づく直接規制、公的関与の強化といった手法を使い続けては、せつかく民間の創意工夫で拡大した介護サービス市場を「角を矯めて牛を殺す」ことになりかねない。政府は、現在の制度が根本的に維持不可能であることを早く認めて、将来を見据えた抜本的な改革に着手すべきである。

(1)介護版MSAを活用した積立方式への移行

それでは、将来を見据えた抜本的な改革とはどのようなものか。まず、一番に手を付けるべき改革は、財政方式を少子高齢化の下でも維持可能な制度に切り替えることである。そのためには、5割を超える異常な公費投入率を是正し、財政方式も、現在の賦課方式の短期保険から積立方式の長期保険に移行しなければならない。これは、介護保険制度創設以来の大制度改革であり、発想の大転換が必要である。しかしながら、この改革を行わない限り、今後も財政状況はますます悪化し、財政抑制の負のスパイラルからは抜け出せない。

「積立方式による長期保険」の制度設計としては、個人勘定を考えるものや、国や自治体の介護保険会計に積立勘定を作るもの、(定義上、積立方式となる)介護保険の民営化案など、様々なやり方が考えられる³⁴。ここでは、鈴木(2009)が唱えている医療・介護用の貯蓄口座(Medical Saving Account: MSA)導入による積立方式移行のアイデアを、介護保険用に限定し、より詳細な提案を行いたい。この介護版MSAの導入が、現行制度との親和性が高く、わかりやすくもあり、もっとも現実的な改革手法であると考えられる。

³⁴ 介護保険について積立方式で運営すべきと論じた文献は、筆者の知る限り八田(1996)が最初のものである。その後、周・鈴木(2000)、田近・菊池(2004)、Fukui and Iwamoto(2006)、岩本・福井(2007)、小黒ほか(2007)、鈴木(2009)等によって、具体的な制度設計とその財政シミュレーションが示されてきた。その多くは、現在の公的な介護保険に積立勘定を作るという仕組みを想定している。また、介護保険が賦課方式で運営されていることにより、巨額の介護保険純債務が発生していることは、既に赤井・鈴木(2000)によって介護保険発足直後から試算されており、鈴木(2009)による推計では、2008年時点において、230兆円の介護保険純債務が発生していることが報告されている。

まず、介護版 MSA とは、シンガポール等で行われている医療貯蓄口座(MSA)³⁵の介護版であり、老後に発生する介護保険料や介護保険の自己負担、介護施設の入居金などを支払う目的で、若いころから積み立ててゆく個人勘定の貯蓄口座である。その使途が老後の介護支出に限定される代わりに、非課税の優遇措置を設ける。既に述べたように、老後の介護支出のための蓄えを怠り、福祉制度などへのモラルハザードが起きないように、国が強制的に貯蓄を行わせる制度とするが、その運営主体自体は必ずしも国や自治体が行う必要はなく、民間でもよい。

シンガポールの MSA と同様、介護版 MSA の残高が一定額を超えた場合には、年金として引き出せたり、非課税で家族に相続できる制度とする。これにより、なるべく健康を維持し、MSA の残高を減らさないようにするインセンティブが働くことになる。また、MSA を所有する高齢者の家族にとっても、MSA の残高を減らさないように、高齢者の健康に気遣うインセンティブが生まれる。

さて、介護版 MSA によって老後の介護資金が十分に蓄えられているのであれば、加入する介護保険の保険料率は年金数理的にフェアなものに設定してよい。図 1 で見たように、要介護認定率は年齢に伴って急速に高まるのであるから、保険料も高齢になるほど高く設定されるべきである。逆に言えば、高齢者の支払い能力を気遣って、莫大な公費投入や現役層への負担転嫁を行う現行の賦課方式は、全く不要となる。

これにより、高齢者のリスクや受益に見合ったフェアな保険料を徴収できるから、介護保険財政は将来も維持可能なものになる。つまり、「介護版 MSA と年金数理的にフェアな保険料率の介護保険の組み合わせ」は、まさしく積立方式の長期保険そのものなのである。現在の若者世代は、まだまだ要介護状態の老後を迎えるまで、十分に長い準備期間があるのだから、今から介護版 MSA を整備して、このような積立方式の制度に移行してもらうことにする。

一方、問題は、現在の高齢者や高齢者に近い世代であり、今から介護版 MSA の積み立てを始める時間的余裕はない。しかしながら、もともと 2000 年に介護保険制度が始まる前、現在の高齢者世代は、介護に備えて多額の「予備的貯蓄」を行っていたことが知られている。その一部は、家族介護を利用するための対価として、戦略的遺産動機に基づいて蓄えていたと思われるが、公的介護保険が始まったことにより、その分は急に不要となったはずである。また、現在も老後に対する不安感から、高齢者世代の多くが予備的貯蓄を保有していることが種々の調査から明らかとなっている³⁶。是非、その積極的活用を考えるべきである。

具体的には、現在の高齢者に対しても、それぞれ個人勘定の介護版 MSA を創設して、介護用に蓄えていた自身の貯蓄の一部を拠出してもらうことにする。その代わりに、政府も公費（税財源）から、高齢者の介護版 MSA 口座に補助金を入金することにする。政府からの補助金は、資産が少ない高齢者ほど手厚く、資産を多く保有する高齢者ほど少なくする。なぜ現在の高齢者だけを特別扱いするのかとの批判が出るかもしれないが、現行の介護保険制度でも彼らに対する税の大盤振る舞いが行われているから、同じことである。介護版 MSA では、現在の高齢者がいなくなれば、その時点で公費投入を止めることができ、介護保険財政を健全化できる³⁷。

³⁵ シンガポールの MSA については、川淵(2002)が詳細な紹介を行っている。なお、本節で紹介する介護版 MSA については、既に鈴木(2016)が簡単な提案を行っており、本節はそれをさらに詳しく解説したものである。

³⁶ 平成 25 年度版の「高齢社会白書」(内閣府)によれば、団塊の世代の今後の貯蓄目的は、「病気や介護が必要になったときなど、万が一の場合に備えるため」が最も多く、実に 53.9%にも及んでいる。

³⁷ また、やや技術的になるが、この補助金制度のもう一つのポイントは「その全額をすぐにキャッシュで用意する必要はない」ということである。高齢者が介護版 MSA から使う介護支出は毎年限られているから、政府が現在の高齢者の介護版 MSA に入金する補助金を、今すぐ税金や国債発行で全額調達しておく必要はない。介護版 MSA の残高はあくまで名目上の金額であり、政府の補助金分は、政府に対する請求

現在の高齢者にとっても、この介護版 MSA の残高は全て自分のものと認識される。例えばその口座に入っている残高のほとんどが政府からの補助金であったとしても、一度受け取ったものは自分の財産であるから、行動経済学的にはそれを失うことに大きな痛みを感じる。つまり、なるべく介護版 MSA を使うまいとして健康状態を保つインセンティブが働くことは、若者たちの場合と同様であろう。

また、現在の若者たちが積み立ててゆく介護版 MSA についても、保険料も支払えぬような低所得者に対しては、公費による補助金を口座に入金するようにすれば、若者たちの不満も、一定程度はやわらぐだろう³⁸。

(2)運営は民間保険会社に

このように、介護版 MSA 導入によって、介護保険料を年金数理的にフェアに設定できるようになるのであれば、事前的な所得再分配がなくなるから、介護保険の運営を民間保険会社に任せることが可能となる。政府が行うべきことは、Initial old である現在の高齢者分の補助金の債務処理と、低所得者への公費投入の財源確保ぐらいであり、介護保険の運営業務は、プロである民間保険会社に任せる方がむしろ効率的である。

民間保険会社は、政府が定める「最低限のメニュー」は守った上で、保険料や自己負担、給付範囲などで様々な選択肢を用意してよい。予防給付を含むならばそれだけ保険料が高くなるだろうし、要介護 3 以上を対象を限る代わりに自己負担を低くするメニュー等も考える。それぞれの加入者のニーズにあった保険を設計することで、効率化やイノベーションが期待できる。加入者も自分に合った保険を選ぶことで効用を高めることができる。

また、保険数理的にフェアな保険料とは、必ずしも図 1 の年齢別の要介護認定率に完全にリンクする保険料を意味しない。前期高齢者の中の保険料を高く設定し、継続を条件に後期高齢者になって保険料を低く設定するような制度設計も考えられる。その場合、民間介護保険が運営するならば、前期高齢者のうちの保険料設定を工夫し、加入者の健康状態が維持されるようなインセンティブを付けることが考えられる。例えば、毎年の健康診断・身体測定結果をチェックし、後期高齢者になってからの要介護リスクが低いと判定された加入者に、保険料の値引きを提示するのである。また、加入者が要介護状態になってしまっても、要介護度の改善を促すインセンティブを設計することは、民間保険会社の得意とするところであろう。アメリカの医療保険における疾病管理(disease management)のように、成功報酬で状態を改善させるようなアウトソーシングも行われるかもしれない。

ただ、もし、いきなり民間保険会社が運営することに国民が不安を感じるのであれば、過渡的に、現在の自治体単位の地域保険と民間保険会社の保険とを、加入者が選択する方式を採用することも考えられる。おそらくは、時間の経過とともに自治体の保険者は競争によって淘汰されることになるだろう。また、自治体の保険者が、その運営を民間保険会社に委託することにしてもよいだろう。いわば「公設民営方式」である。民間保険会社に

権のある空口座で当座は間に合う。足りなくなれば、初めてその時に国債を発行すればよい。その国債も、若者たちの介護版 MSA の積立金の運用先に充てれば、容易に資金調達することができる。

結局、この現在の高齢者に対する政府補助金は、現在の高齢者たちに対する 1 回限りの大盤振る舞いであり、実は現在の賦課方式の介護保険が、どんぶり勘定の中で行っていることを明示化するだけである。この大盤振る舞いのツケは、政府内に債務処理の特別勘定を設け、税金で少しずつ返済してゆくことが勧められる。鈴木 (2009, 2012) が提案しているように、各世代が将来にわたって少しずつ支払う特別所得税を充てることが望ましいだろう。また、現在の高齢者が亡くなった際に、もし遺産があるのであれば、その一定額をこの債務処理の特別勘定に支払ってもらうことも一案である (特別相続税)。もともと現在の高齢者は、戦略的遺産動機によって家族介護の対価として遺産を持っていたのだから、家族の代わりに公的介護保険に遺産を支払うと考えれば合理的である。あるいは、本来、支払うべきであった保険料積み立て分の死亡時一括清算と考えてもよい。

³⁸ 介護 MSA の残高が足りなければ、いずれその加入者は福祉にただ乗りする可能性が高い。このモラルハザードを考えれば、保険料も支払えない低所得者に対しては、政府が公費使って、介護 MSA の一部を拠出することが正当化され得る。シンガポールの MSA にも同様の制度がある。

運営を任せる自治体が増えれば増えるほど、介護保険の広域化・大規模化が達成され、保険運営の安定化や、高齢者が地域間を移住する際の保険のポータビリティが確保されることになる。

(3) 価格自由化と混合介護

次に、市場メカニズムを機能させるために、介護サービス価格についても自由化を行うべきである。アメリカの HMO のように民間保険会社が包括払いで価格を決め、サービス事業者と交渉の上で契約する形も考えられるし、ドイツのように保険者はただ定額払いを行うだけという形もあり得るだろう。これらは、多数の保険メニューの中から加入者が自分に合ったものを選べばよい。家族への現金給付も原則、保険に含むべきであるが、これについてもいろいろなメニューがあつてよい。既に述べたように、例えば、家族介護が行われることを前提に、保険料や自己負担を割り引くメニューを考えることができる。その場合には、家族への現金給付は行われませんが、現在の制度のように価格を歪めて、外部サービスの利用に過度なインセンティブが付くようなことにはなり得ない。

しかし、もし、こうしたドラスティックな価格自由化に国民が不安を感じるのであれば、はじめは介護報酬の弾力化からスタートしておいて、徐々に価格を自由化してゆくという選択肢もある。その場合には、八代(2016)や鈴木(2009、2015)が以前から提案している「混合介護」を過渡的に用いることが考えられる³⁹。

「混合介護」とは、介護給付費としては「介護報酬単価」に対する 9 割を給付するが、実際の「介護サービスの価格」自体は、自由に事業者が決めても良いとする制度である。つまり、サービスの質水準や市場実勢に応じて変化する介護サービスの価格と、財政上の都合も勘案して決まる介護報酬単価が同一では無く、乖離するという制度である。

具体的な例で説明しよう。訪問介護の身体介護の場合、1 時間当たりの介護報酬単価は現在、およそ 4000 円である。事業者は、そのサービスの質やヘルパーの能力に応じて、自由に価格を付けられることになるので、例えば介護報酬単価よりも 500 円多い、4500 円という価格をつけるとしよう。この場合、介護保険から給付される費用は、介護報酬単価の 9 割である 3600 円（4000 円×0.9）のみであるから、残りの 900 円（4500 円－3600 円）が、要介護者の自己負担額となる。

自己負担と保険を組み合わせるので、医療保険における「混合診療」（全額自己負担となる保険外診療と、一部自己負担で済む保険診療を組み合わせる診療のこと）と同様、このようなやり方を「混合介護」と呼んでいる⁴⁰。このやり方であれば、価格自由化によって介護サービスの価格が例えいくら高くなろうと、財政的な負担はある範囲内に収めることができるし、市場メカニズムの良さを損なわずに済む。市場メカニズムの様々なメリットは既に第 2 章で詳しく論じた通りであるが、混合介護は、現在大きな問題となっている介護労働力不足問題の解決に特に有効である。

先ほどの訪問介護の例では、介護ヘルパーの時給は最大 500 円もアップ可能である。一方、介護保険からの給付費は今までと変わらず、公費も一切増えない。このように価格面の弾力化を行えば、努力次第で賃金アップが可能となることから、質の高い労働力が介護産業に踏み留まる大きな動機づけとなる。むしろ、努力してもしなくても同じ料金という

³⁹ 混合介護における法的問題を解説している文献として、筆者も委員として携わった公正取引委員会(2016)がある。保険内サービスの料金については、国が定める公定価格(介護報酬)となっており、居宅サービスのうち医療系サービス等一部の介護サービスを除いて、公定価格を下回る価格を設定することが認められている。そして、現行制度下では、公定価格を上回る価格を設定することはできないとされている<介護保険法第 41 条及び厚生省老人保健福祉局企画課長通知「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取り扱いについて」平成 12 年 3 月 1 日老企第 39 号>。

⁴⁰ これに対して、厚生労働省は利用限度額を超えるサービスを全額自己負担で利用することを「混合介護」と呼んでいるようであるが、これは本稿の定義は異なる。ここで提案しているのは、価格の弾力化という意味での「混合介護」である。

現行制度の方が、悪平等で不健全な仕組と言える。もちろん、利用者選ばれなければ料金アップは維持できないから、利用者の不利益にはならない。

混合介護を使えば、利用規制のような直接的な（暴力的な）手段を用いる必要もない。例えば、あるサービスの一定以上の利用を政策的に抑制したいのであれば、介護保険からの給付率を下げ対応すれば良いからである。こうすると、要介護者が直面する自己負担率が高まるので、需要は自発的に抑制される。しかしながら、どうしても利用したいという人は、自己負担を多く払って利用が出来るから、利用規制とは異なり、サービスを利用するという選択肢自体は残ることになる。

また、こうした自由価格部分は需給状況や利用ニーズの変化の先行的シグナルと見なすことが出来る。この自由価格部分を統計的に把握しておくことによって、3年に一度の介護報酬改定にも、需給状況や、ある程度の利用ニーズの変化を反映させることが可能となる⁴¹。

ところで、価格を自由化すると介護サービス価格が急上昇するという批判があるが、これは、3つの意味で非現実的な意見である。第1に、公的な給付額に利用限度額があることから、これが価格の重石（アンカー）となる。第2に、事業者間に価格競争のメカニズムが働くので、質を伴わない価格引き上げはむやみには出来ない。端的に言えば、不合理な高価格を付ける事業者は競争により市場から淘汰される。第3に、医療分野とは異なり、介護保険分野は情報の非対称性は深刻ではないので、情報の非対称性を利用した誘発需要もおおきくいと考えられる。また、既に述べたように、質を判断できない認知症を抱えた高齢者たちのためには、権利擁護の仕組みを整備して対処すればよい。

さらに、価格規制を行わないのであれば、施設介護への参入規制（総量規制と法人種の規制）は全く不要となる。特別養護老人ホームを経営する社会福祉法人への優遇税制や、施設整備費も取りやめるべきである。同様のサービスを提供する法人種間で税金や補助金が異なることは、競争政策上、大きな問題であり、施設間のイコールフットィングを徹底化すべきである。

(4)地域間需給ミスマッチの解消とリスクアジャストメント

第3章でふれたように、中長期的観点からは地域間の需給ミスマッチの解消が大きな課題である。しかし、これも基本的には市場メカニズムに解決を委ねるべきである。価格を自由化すれば、介護サービスの不足する地域の価格、その派生需要である介護労働者の賃金が上昇し、介護事業者や介護労働者がサービス不足地域に移動してくることになる。混合介護を導入しても、このような市場による需給調整が期待できる。

しかし、もし、政府がどうしても価格規制を維持したいのであれば（あるいは、過渡的に一定期間、価格規制を必要とするのであれば）、地域間の需給ミスマッチを解消するために、別の手段を講じなければならない。その場合、おそらく、厚生労働省が地域医療計画で行っているような供給サイドの誘導策がとられるものと思われる。しかし、今まさにそれがうまく機能していないように、供給サイドだけでは十分な需給調整を図ることは困難である。需要サイドにも働きかけ、需要面からの調整を同時に図るべきである。

具体的には、都市部にいる高齢者に地方への移住を促すことが考えられる。特に地方出身者が多く、人口も多い「団塊の世代」が元気なうちが一大チャンスであり、里帰りを自ら希望する人々に元気なうちに地方移住してもらおうのである。地方への人口流入が進むほか、彼らの医療・介護需要によって、地方の若者の雇用が将来にわたって維持できる。八

⁴¹ 実は、原則自由なはずの保険外の介護サービスに対しても、現在、厚生労働省は実質的な価格規制を行っている。保険外サービスの料金については、介護サービス事業者が自由に設定できることになっているが、保険内サービスと同一内容の保険外サービスを提供する場合、保険内サービスと保険外サービスの料金の間に不合理な差額が生じないようにしなければならない旨が省令で定められているのである。＜「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第37号、第20条第2項）＞。これは明らかに過剰な規制である。この保険外サービス価格も、完全自由化されれば、市場需給のシグナルとみなして活用ができる。

田(2015a,b)や鈴木(2015)が論じているように、これは極めて現実的かつ有効な地方創生策でもある。地価の高い都市部で介護施設の整備を行うより、地方の方がはるかに安上がりで財政的にも節約可能である。本来、介護産業は地価や賃金の安い地方に比較優位がある産業なのである。

唯一のネックは、現行の介護保険制度の「地域保険」の考え方が、高齢者の移住を妨げている点である。具体的に、都市の高齢者が地方に移ると地方の介護保険料が上がってしまうので、地方の保険者が移住者を嫌がる。しかし、移住元の都市部が費用負担を行う「住所地特例」をもっと拡大できれば、この障害がある程度取り除かれる。65歳以上の第1号被保険者すべてに住所地特例を認めれば、事実上、ポータブルな介護保険になる。実は、図13に示した徳島県、高知県、秋田県は、安倍政権が進める「地方創生特区」として、実際に住所地特例の規制緩和による移住促進を国家戦略特区に提案している。しかしながら、厚生労働省が地域保険の考えに頑として固執し、残念ながら、提案実現はとん挫してしまっている。

そこで、地域保険を維持しつつ、地域間需給ミスマッチを解決する方法として、適切な「リスクアジャストメント」を行うことが考えられる。岩本(1996)や八田(2015b)が医療保険において提案しているように、年齢別のモデル給付額(年齢別の全国平均の費用)が、財政調整によって確実に保険者に支払われるようになれば、自治体は高齢者の流入を拒む必要がなくなる。もちろん、自治体が給付サービスを他地域よりも充実させれば、その分だけ、その自治体の保険料は高くなるが、「保険者の責めに帰せない要素」(加入者の年齢や所得等)は保険料高には反映されない。実は、こうした財政調整は現在も、財源の5%を充てている調整交付金として行われているが、十分とはいいがたい。調整交付金の代わりに、もっと精密なリスクアジャストメントを行うことで、高齢者の移住先の自治体が損をしないようにすることが重要である。

そして、八田(2015b)が詳しく論じているように、こうしたリスクアジャストメントの財政調整制度自体(八田(2015b)は“モデル給付額”国庫負担制度と呼んでいる)が、実は供給サイドの地域偏在を是正するメカニズムを持っているのである。例えば、介護施設が過剰に存在する地域では、モデル給付額以上の支出が行われて保険料が高くなるから、それを嫌う保険者自身が過剰な施設数を是正しようと努力する。つまり、需要サイドの圧力で供給サイドの地域偏在が是正されるのである。

もちろん、以上の議論は現行の価格規制と自治体による地域保険を前提としたものである。民間保険会社が介護保険を運営するように改革を行うのであれば、自動的に広域化が達成されるので地域保険による高齢者移住の障害はなくなる。さらに、価格自由化こそが地域間需給ミスマッチ解消の正攻法であることは言うまでもない。

<参考文献>

- 赤井伸郎・鈴木亘(2000)「年金・医療・介護保険債務を考慮した政府のバランスシートと世代間損益計算書」『エコノミクス』第3号、pp.102-117
- 池上直己(2014)『医療・介護問題を読み解く』日本経済新聞社
- 岩本康志(1996)「試案・医療保険制度一元化」『日本経済研究』第33号、pp.119-144
- 岩本康志・福井唯嗣(2007)「医療・介護保険への積立方式の導入」『フィナンシャル・レビュー』第87号、pp.44-73
- 印南一路(2009)『「社会的入院」の研究－高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社
- 大熊由紀子(2010)『物語介護保険』岩波書店
- 岡光序治(2002)『官僚転落－厚生官僚の栄光と挫折』廣濟堂出版
- 岡本祐三・田中滋(2000)『福祉が変われば経済が変わる－介護保険制度の正しい考え方』東洋経済新報社
- 小黒一正・中軽米寛子・高間 茂治(2007)「社会保障の「世代間格差」とその解決策としての「世代間の負担平準化」－介護保険における「積立勘定」の補完的導入を例に」財務総研ディスカッション・ペーパー07A-05
- 小塩隆士(2013)『社会保障の経済学(第4版)』日本評論社
- 介護保険制度史研究会(2016)『介護保険制度史－基本構想から法施行まで』社会保険研究所
- 角谷快彦(2016)『介護市場の経済学－ヒューマン・サービス市場とは何か』名古屋大学出版会
- 川渕孝一(2002)『医療改革－痛みを感じない制度設計を』東洋経済新報社
- 菅万理・梶谷真也(2014)「介護保険は家族介護者の介護時間を減少させたのか？－社会生活基本調査匿名データを用いた検証－」『経済研究』Vol.65(4)、pp.345-361
- 岸田研作・谷垣静子(2007)「在宅サービス 何が足りないのか？－家族介護者の介護負担感の分析－」『医療経済研究』Vol.19(1)、pp.21-35.
- 岸田研作・谷垣静子(2011)「介護職員が働き続けるには何が必要か？」『日本経済研究』第69号、pp.1-23
- 岸田研作(2016a)「全国レベルの社会的入院の時系列的推移」『医療経済研究』近刊
- 岸田研作(2016b)「介護の経済学と医療経済学会の魅力」『医療経済学会10年記念誌』医療経済学会
- 金貞任(2008)「韓国の介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障(第2版)』法律文化社
- 経済産業省(2016)『将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会報告書』経済産業政策局産業構造課
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局(1995)『新たな高齢者介護システムの構築を目指して－高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい
- 公正取引委員会(2016)『介護分野に関する調査報告書』
http://www.iftc.go.jp/houdou/pressrelease/h28/sep/160905_1.files/03.pdf
- 小檜山希(2010)「介護職の仕事の満足度と離職意向－介護福祉士資格とサービス類型に注目して－」『季刊社会保障研究』45(4)、pp.444-457
- 酒井正・佐藤一磨(2007)「介護が高齢者の就業・退職決定に及ぼす影響」『日本経済研究』第56号、pp.1-25
- 佐野洋史・石井加代子(2011)「介護事業所の勤務条件に対する潜在的有資格者の選好」『季刊家計経済研究』No.90、pp.43-55
- 清水谷諭・野口晴子(2005)「長時間介護はなぜ解消しないのか？－要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証－」『経済分析』175号、pp.1-32
- 周燕飛・鈴木亘(2000)「介護保険債務と介護保険を通じた世代間所得移転」大阪大学社会経済研究所 Discussion Paper No. 517

- 周燕飛・鈴木亘(2004)「訪問介護市場における市場集中度と効率性、質の関係」『日本経済研究』第49号、pp.109-123
- 周燕飛(2009)「介護施設における介護職員不足問題の経済分析」『医療と社会』19(2)、pp.151-168
- 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子(2005)『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から—』三和書籍
- 鈴木亘・児玉直美・小滝一彦(2008)「介護保険導入と老後不安感、予備的貯蓄」『経済論集(学習院大学)』45巻2号、pp.103-125
- 鈴木亘(2009)『だまされないための年金・医療・介護入門—社会保障改革の正しい見方・考え方』東洋経済新報社
- 鈴木亘(2010a)『社会保障の「不都合な真実」～子育て・医療・年金を経済学で考える』日本経済新聞出版社。
- 鈴木亘(2010b)「パートタイム介護労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』45(4)、pp. 417-443
- 鈴木亘(2011a)「介護産業から他産業への転職行動の経済分析」『季刊家計経済研究』No.90、pp. 30-42
- 鈴木亘(2011b)「介護産業が成長産業となるための条件」鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護』日本経済新聞出版社
- 鈴木亘(2012)『年金問題は解決できる～積立方式移行による抜本改革』日本経済新聞出版社
- 鈴木亘・湯田道生・岩本康志・両角良子(2013)「高齢者医療における社会的入院の規模—福井県国保レセプトデータによる医療費からの推計」『医療経済研究』第24巻第2号、pp.108-127
- 鈴木亘(2015)「社会保障改革の視点(上)「混合介護」で労働力確保を 特養の統治改革急げ 高齢者の地方移住を促進」日本経済新聞 2015年4月6日朝刊『経済教室』
- 鈴木亘(2016)「社会保障予算の論点(中) 介護、積み立て方式移行を」日本経済新聞 2016年11月1日朝刊『経済教室』
- 高野龍昭(2015)『これならわかる<スッキリ図解>介護保険(第2版)』翔泳社
- 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」『フィナンシャル・レビュー』、第74号、pp.147-163
- 堤修三(2010)『介護保険の意味論』中央法規
- 東京都(2009)『少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」の実現に向けて(少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」実現プロジェクト報告書)』
- 内閣府(2002)『介護サービス市場の一層の効率化のために—「介護サービス価格に関する研究会」報告書』内閣府国民生活局物価政策課
- 長岡美代(2015)『介護ビジネスの罫』講談社
- 八田達夫(1996)「公的な介護保険が必要となる理由」岡本祐三・八田達夫・一圓光彌・木村陽子『福祉は投資である』日本評論社
- 八田達夫(2008)『ミクロ経済学Ⅰ：市場の失敗と政府の失敗への対策』東洋経済新報社
- 八田達夫(2009)『ミクロ経済学Ⅱ：効率化と格差是正』東洋経済新報社
- 八田達夫(2015a)「地方創生策を問う(下) 移住の障壁撤廃こそ先決」日本経済新聞 2015年2月6日朝刊『経済教室』
- 八田達夫(2015b)「「国保のモデル給付額」国庫負担制度」による地方創生」『医療経済研究』Vol.27(2)、pp.71-84
- 畑農鋭矢(2004)「社会的入院の定量的把握と費用推計」『医療経済研究』Vol.15、pp.23-35
- 花岡智恵・鈴木亘(2007)「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』Vol.19(2)、pp.111-127
- 花岡智恵(2009)「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障研究』45(3)、pp. 269-286

- 濱田孝一(2015)『高齢者住宅があぶないー介護の現場でいま何が起きているのか』花伝社
- 府川哲夫(1995)「老人医療における社会的入院についての統計的アプローチ」『医療経済研究』Vol.2、pp.47-54
- ホリオカ、チャールズ・ユウジ (2008)「介護保険 現金給付導入を」日本経済新聞 3月13日朝刊「経済教室」欄
- 松山幸弘(2011)「黒字ため込む社会福祉法人：復興事業への抛出 議論を」日本経済新聞 7月7日朝刊「経済教室」欄
- 増田雅暢(2003)『介護保険見直しの争点ー政策過程からみえる今後の課題』法律文化社
- 増田雅暢(2015)『介護保険の検証：奇跡の考察と今後の課題』法律文化社
- 八代尚宏(2016)『シルバー民主主義ー高齢者優遇をどう克服するか』中央公論新社
- 山田篤裕・石井加代子(2009)「介護労働者の賃金決定要因と離職意向ー他産業・他職種からみた介護労働者の特徴ー」『季刊社会保障研究』45(3)、pp.229-248
- Brown, Jeffrey and Amy Finkelstein(2007) “Insuring Long-Term Care in the United States,” *Journal of Economic Perspective* Vol.25(4), pp.119-142
- Colombo, Francesca., Ana Llana-nozal and Tjadens Mercir(2011) *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing
- Campbell, John(2002), “How Policies Differ: Long-Term-Care Insurance in Japan and Germany.” In *Ageing and Social Policy – A German-Japanese Comparison*, ed. By Harald Conrad and Ralph Lutzeler. Munich: Iudicium, pp.157-187
- Campbell, John, Naoki Ikegami and M.J. Martin(2010), “Lessons from Public Long-Term Care Insurance in German and Japan,” *Health Affairs* 39(1), pp.87-95
- Feldstein, Martin and Jonathan Gruber “A Major Risk Approach to Health Insurance Reform”, in *Tax Policy and the Economy*, Volume 9, ed. By James Poterba
- Fukui, Tadashi and Yasushi Iwamoto(2006) “Policy Options for Financing the Future Health and Long-term Care Costs in Japan,” in *Fiscal Policy and Management in East Asia* ed. by Takatoshi Ito and Andrew Rose University of Chicago Press.
- Horioka, Charles Yuji(2002) “Are the Japanese Selfish, Altruistic, or Dynastic?” *Japanese Economic Review* 53(1), pp.26-54
- Horioka, Charles Yuji., Hideki Fujisaki., Wako Watanabe and Takatsugu Kouno(2000) “Are Americans More Altruistic than the Japanese? A U.S.-Japan Comparison of Saving and Bequest Motives,” *International Economic Journal* 14(1), pp.1-31
- Niimi, Yoko(2016) “Does Providing Informal Elderly Care Hasten Retirement? Evidence from Japan” presented in Asian Development Bank Institute and Asian Growth Research Institute Workshop on Aging in Asia
- Norton, Edward(2000) “Long-Term Care” in *Handbook of health economics I B* ed.by A.J. Culyer and J.P. Newhouse North Holland, pp.955-994
- Shimizutani, Satoshi., Wataru Suzuki and Haruko Noguchi (2008) “The Socialization of At-home Elderly Care and Female Labor Market Participation: Micro-level Evidence from Japan”, *Japan and the World Economy* Volume 20, Issue 1, pp.82-96
- Sugawara, Shinya and Jiro Nakamura(2014) “Can formal elderly care stimulate female labor supply? The Japanese experience,” *Journal of the Japanese and International Economies* 34, pp. 98-115
- Suzuki, Wataru., Seiritsu Ogura and Nobuyuki Izumida(2008), “Burden of Family Care-Givers and the Rationing in the Long Term Care Insurance Benefits of Japan,” *Singapore Economic Review* Vol. 53, No. 1, pp.121-144

- Tamiya, N. Noguchi, H., Nishi, A., Reish, M.R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I. and Campbell, J.C. (2011) "Population Ageing and Wellbeing: Lessons from Japan's Long-term Care Insurance Policy," *Lancet*, Vol. 378, No. 9797, pp. 1183-1192
- Zhou, Yanfei and Wataru Suzuki (2006), "Market Concentration, Efficiency and Quality in the Japanese Home Help Industry," in *Health Care Issues in the United States and Japan* ed. by David A. Wise and Naohiro Yashiro The University of Chicago Press