

【基調講演 3】

介護保険と日本経済 ——準市場・社会市場の考え方を踏まえて——

京 極 高 宣



2005年4月から国立社会保障・人口問題研究所の所長をつとめております京極高宣です。当研究所所長へ就任する前は、厚生労働省立の日本社会事業大学の教員を、学長10年間も含め約30年やっておりまし

て、日本の介護保険制度の基本構想の立案とよりよい実施にむけての審議にも参加してきました。そこで、本日の厚生政策セミナーのテーマである「新しい社会保障の考え方を求めて」について、ルグラン教授がイギリスの医療制度を題材に、シェラー博士がOECDの医療・介護を題材に各々お話しされたので、私は日本の介護保険について「介護保険と日本経済」という題名でお話しさせていただきます。

私の話の柱は五つです。第1の柱は日本の高齢化と介護サービスの現状について、第2の柱は私なりの社会市場（social market）の概念について、第3の柱は日本の介護保険について、第4の柱は介護サービスと日本経済の関係について、第5の柱はまとめです。

第1の柱は日本の高齢化と介護サービスの現状についてです。まず資料3-1をご覧ください。日本は2005年以降、75歳以上の人口比率で国際的に群を抜いた水準になりました。しかし資料3-2を見るように、日本はOECD基準の社会支出（社会保障給付費その他）あるいは国民負担率（（税＋社会保障負担）÷GDP）が、アメリカに次いで低くなっています。もちろん2000年の介護保険導入以来、資料3-3のように、日本は高齢者政策

における介護サービス支出の比率が他国と比べ急激に高くなっています。

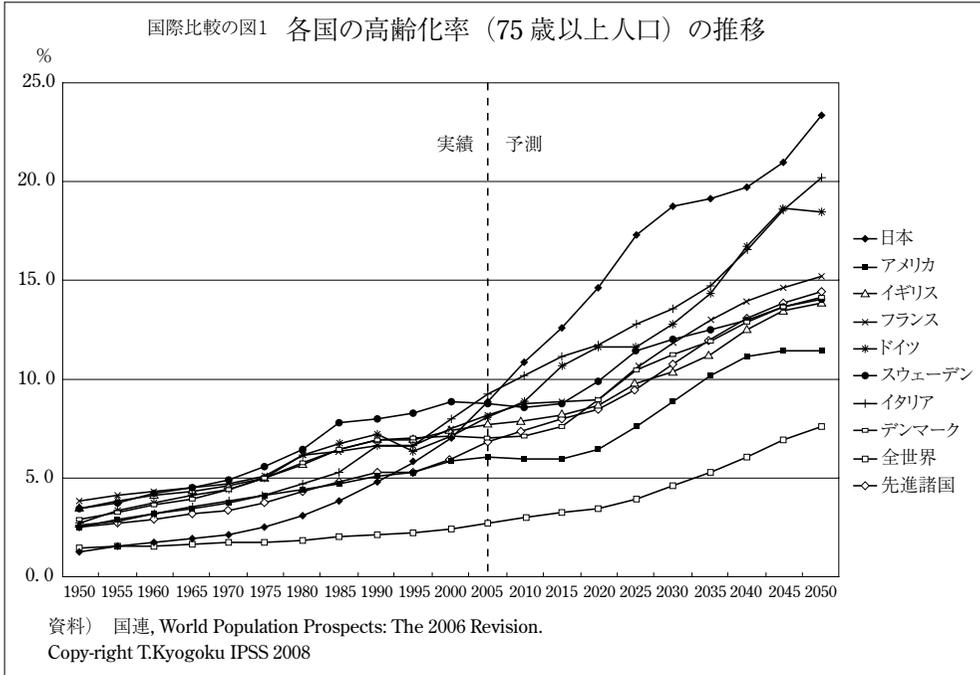
第2の柱は社会市場です。この概念は、1960年代後半にイギリスのR. テイトマスがマネタリストのM. フリードマンらに対抗して提唱したものです。その後はN. ギルバートの福祉資本主義論で発展させられています。社会市場は経済市場と比べて三つの特徴を持っています。

第1は、低所得者の存在など需要は必ずしも貨幣的裏づけがないこと。第2は、供給は必ずしも利潤を目的としていないこと。第3は、需給（DS）関係の調整は価格メカニズムではなく、ニーズ充足の原則で行なわれること、となります。これはルグラン教授らの言う準市場（quasi-market）よりやや広い概念ですので、より広義の準市場と基本的にほぼ同義といつてよいかと思えます。

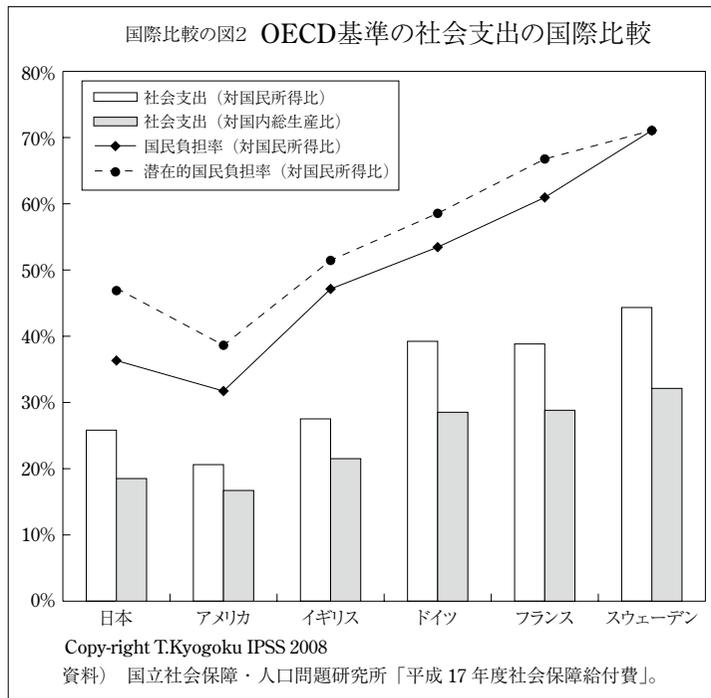
資料3-4にみるように、私見では社会保障は社会市場の中心的存在ですが、現在では経済市場とも重なり合った領域（広義の準市場）となっています。いうまでもなく社会市場も経済市場も市場の一種です。各々の交換（社会的交換ないし経済的交換）が一定量、反復的に、一定の規則性で行なわれれば、各々社会市場ないし経済市場になります。

既に述べたように、「社会市場」には歴史的系譜があり、イギリスのテイトマスからアメリカのギルバートへと発展してきましたが、やや実証分析に乏しいことなどから、今やルグラン教授の「準市場」に取って代わられています。しかし後にふれるように、今後両者の新たな統合を図る必要があります。現在における社会市場と経済市場

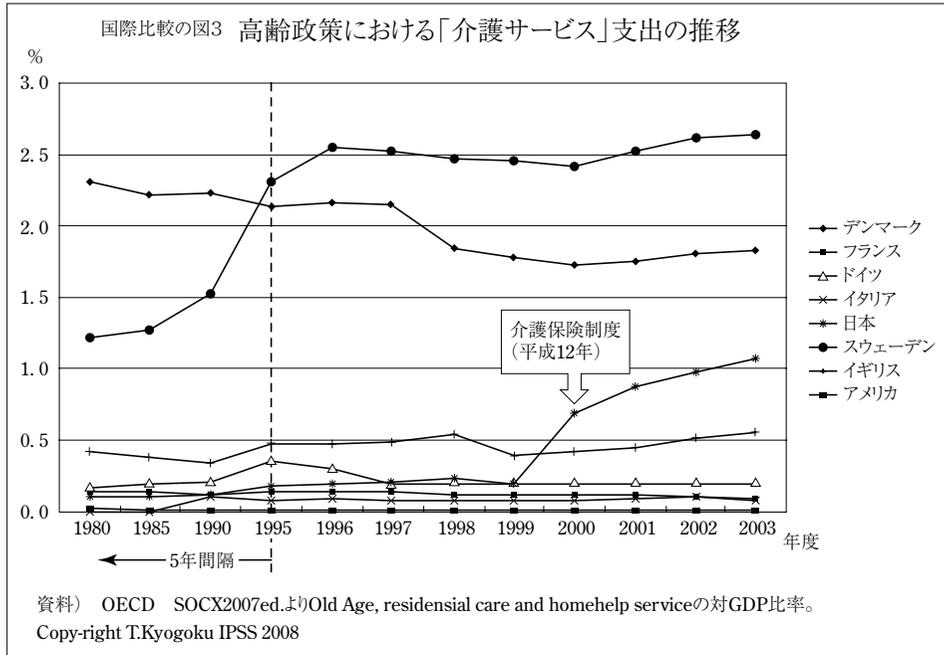
資料3-1



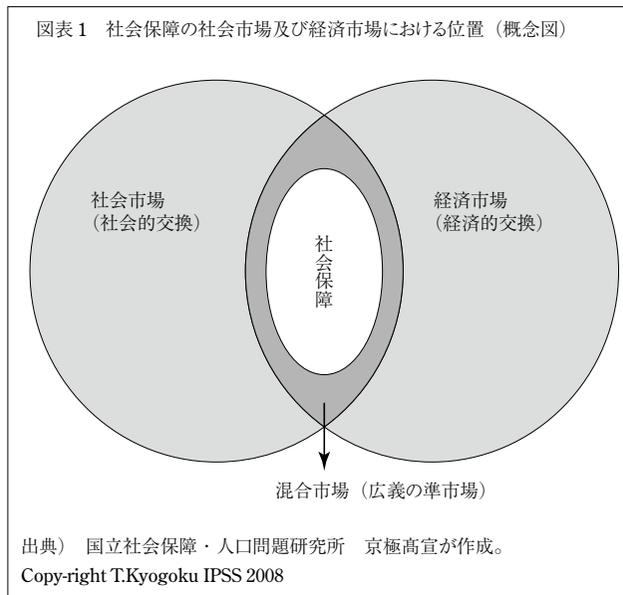
資料3-2



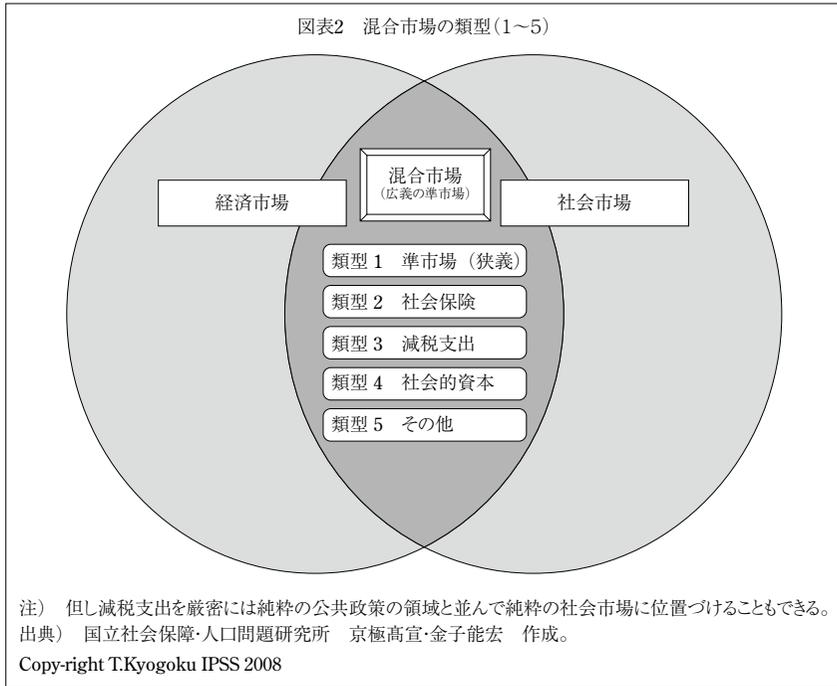
資料 3-3



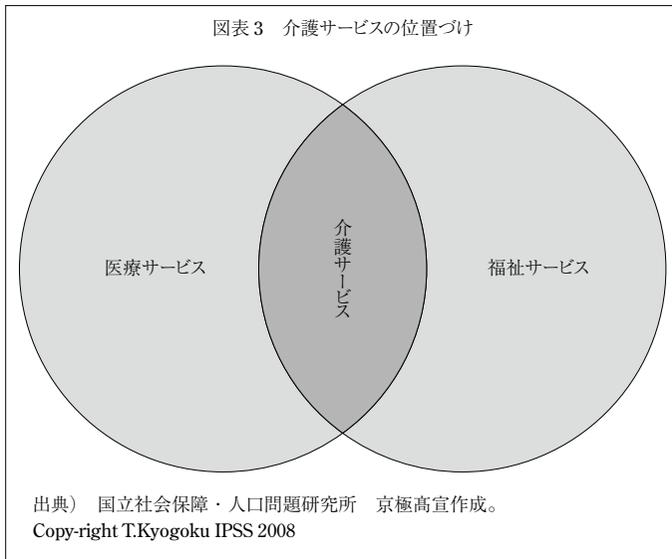
資料 3-4



資料 3-5



資料 3-6



の重複化は、資料3-5のように、類型1の狭義の準市場だけでなく、類型2の社会保険、類型3の減税支出、類型4の社会的資本その他に拡大して

います。広義の準市場というべき混合市場は、類型1から類型5までのスペクトル構造をなしているのです。こうした新たな社会市場（ないし混合

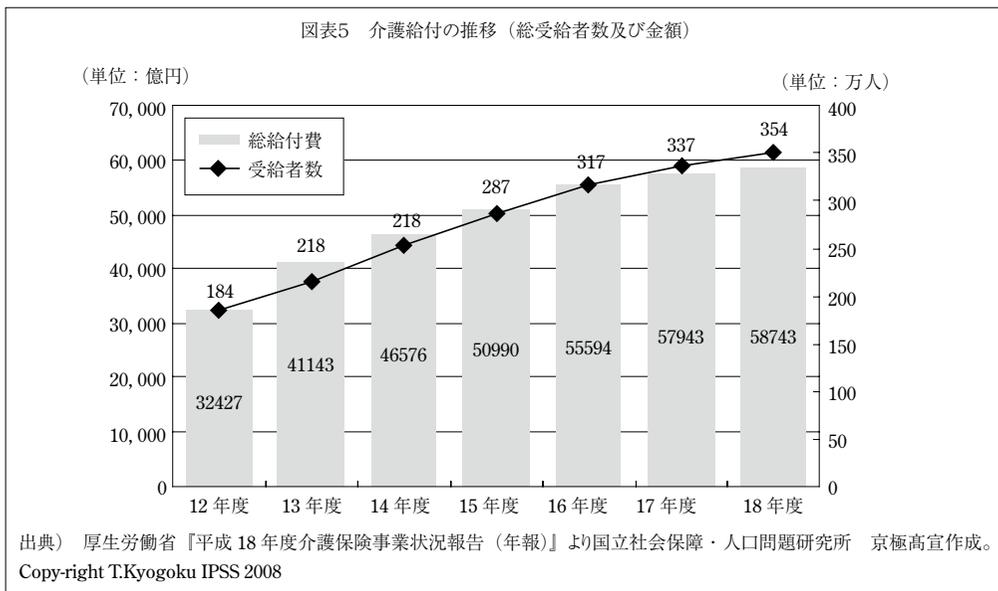
資料 3-7

図表 4 日本における社会保障体系（マトリクス概念図）

領域	手段	社会扶助（social assistance）		社会保険（social insurance）
		公的扶助（public assistance）	その他（other public services）	
所得保障（income maintenance）		生活保護（生活扶助等）	授産施設	老齢年金 雇用保険 労災保険 障害年金
医療保障（medical care）		生活保護（医療扶助） 公衆衛生	公的医療	健康保険 労災保険
福祉介護（health and personal social service）		生活保護（介護扶助）	福祉サービス	介護保険（long-term care insurance）

注） 斜線部分は介護保険の派生を強調するためにおかれている。なおアンダーラインは介護保険がらみ。
 出典） 国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成。
 Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

資料 3-8

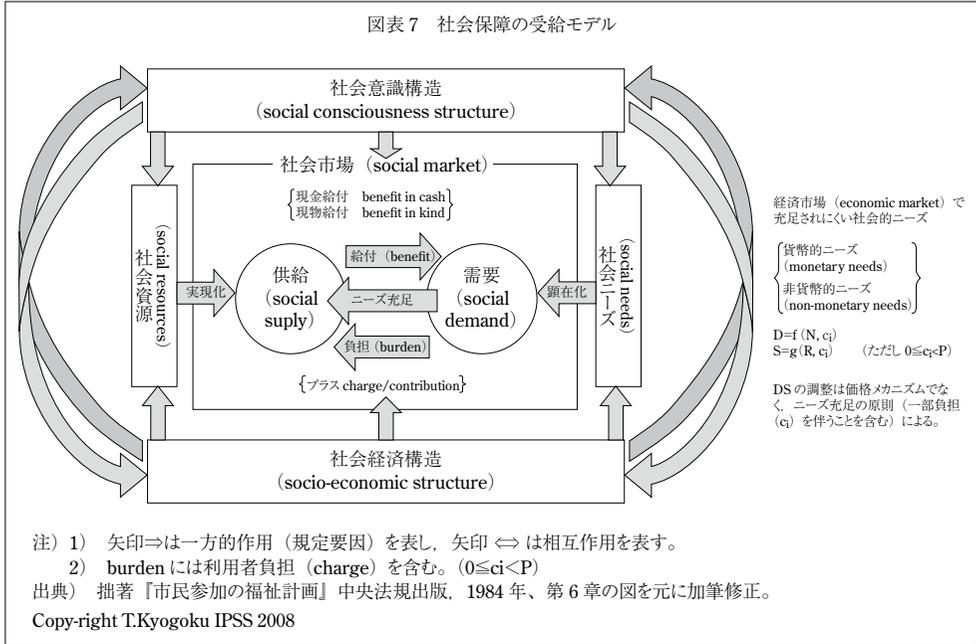


市場) の概念をふまえて、我が国の介護保険について次に検討する必要があります。

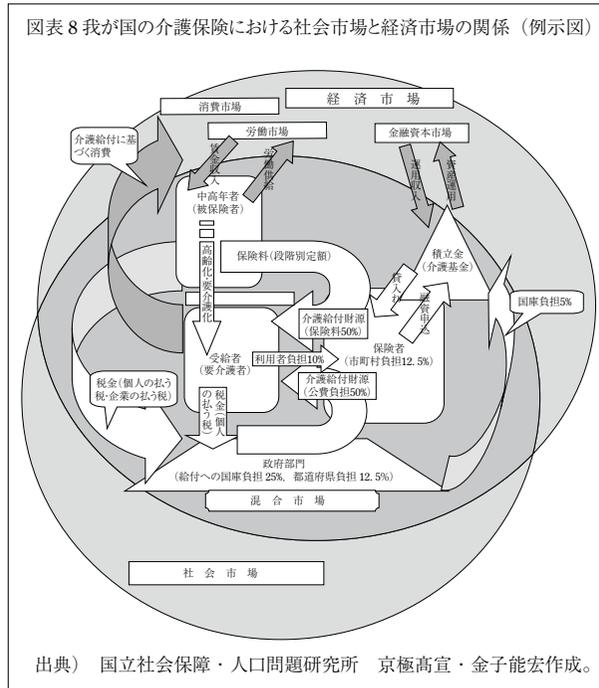
第 3 の柱として、日本の介護保険における介護サービスはどのように位置づけられるのか、が課題となります。我が国においては 2000 年の介護保険法の施行より、第 1 に資料 3-6 のように介護サービスが従来の医療サービスと福祉サービスの中間領域として位置づけられ、第 2 に、資料 3-7

に見るように、狭義の準市場（類型 1）から社会保険（類型 2）へと編成替えされました。その結果、介護給付の推移は資料 3-8 のように、総受給者数および金額の両面で急速な増大を見せています。近年における先進諸国の社会保障の新たな展開の特徴のうち、社会保障給付を受ける人々にとってより効率的で、身近かつ選択可能な方向として、地方分権化と民営化の二つが顕著ですが、我

資料 3-9

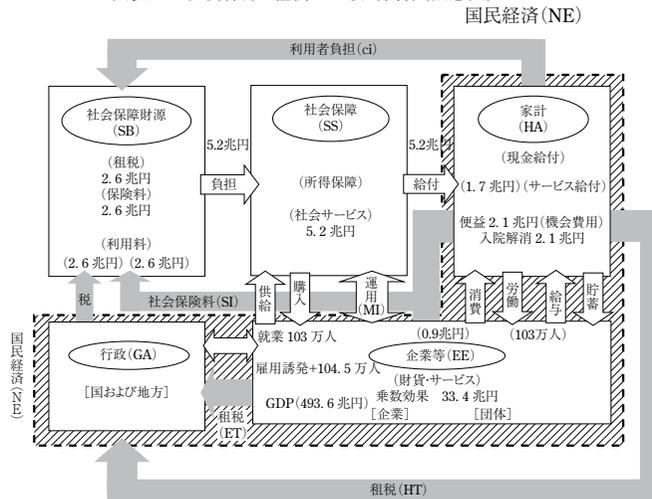


資料 3-10



資料 3-11

図表10 社会保障と経済の一般的関係(概念図)



Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

- 注) 1) 国および地方の経済活動は企業等 (EE) に含まれ、また国家公務員および地方公務員の納税、社会保険料等は家計の内に区分している。
 2) 企業等の財貨・サービスには資金運用 (MI) など金融等が含まれる。
 3) 発展途上国においては社会保障財源に ODE 資金などが含まれる。
 4) 数字は出典第 8 章の介護保険 (2003 年度) のものを指す。
 出典) 京極高宣 (2007) 『社会保障と日本経済』慶應義塾大学出版会, 59 頁の図 3-1 を一部修正。

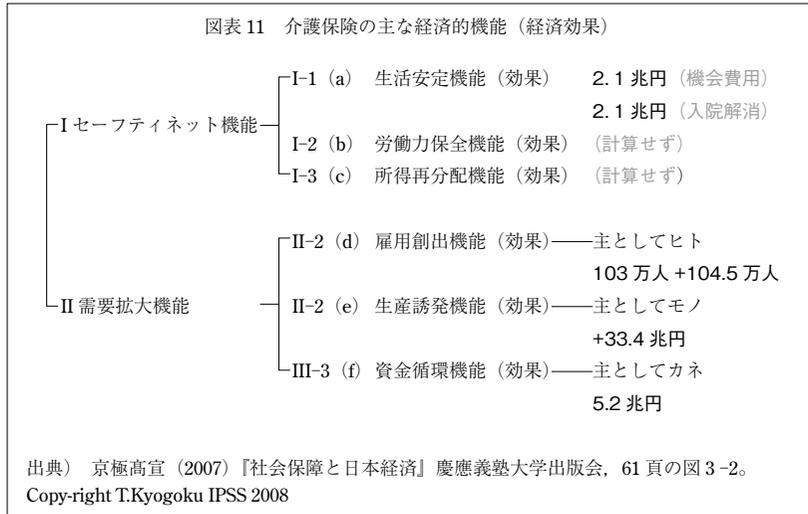
が国の介護保険はこの方向での典型例となっています。後者の民営化においては、訪問系サービスの訪問介護の第 1 位は営利企業 (48.9%)、第 2 位は社会福祉法人 (30.8%) となっています。社会福祉法人は日本に特有の民間公益法人です。なお、その他で営利法人がトップの座を占めているものは、「認知症対応型共同生活介護」(47.3%) 「特定施設入所者生活介護」(76.1%) 「福祉用具貸与」(87.1%) となっています。いずれにしても我が国の介護保険においてサービス提供の事業者は多様化されていますが、サービスの質は主として都道府県によって管理され、その上での品質競争が盛んになっています。

さて潜在的介護ニーズは供給体制との対応で介護需要に転化し、「社会市場」で提供される介護サービスを受け入れます。その様子は、資料 3-9 のようになります。また介護保険と市場との関係については、一方では社会市場との関係で、①世

代的な社会的交換と②政府部門からの移転という社会的交換が行われ、他方で経済市場との関係で、(1) 介護給付が経済市場に存在する事業者から提供され、事業者は貨幣を受取るという形で、また (2) 介護保険が消費市場、労働市場、金融資本市場の三つの経済市場と交差することで、経済的交換が行なわれます。その全体図を表すと、資料 3-10 のように、壮大な社会経済的諸交換の絡み合いの様相が明らかとなります。

ここで第 4 の柱である介護サービスと日本経済の関係について述べてみたいと思います。結論を先取りすれば、社会保障の拡大は必ずしもちまたで叫ばれているような国民経済の成長の妨げとはなっていません。まず社会保障と経済との一般的関係については、資料 3-11 のようになります。介護保険を含む社会保障は社会保障財源から負担を受け、家計に給付するという形を取っており、その間、財貨・サービスを購入したり、資産運用

資料 3-12



したりします。また家計からは労働力が提供され、消費・貯蓄が行われるなどします。さらに社会保障財源には、企業等の事業主から租税および保険料（企業負担分）が、家計からは租税および保険料（家計負担分）が送付されます。ここでは単純化を図るため、介護保険の1割負担などといった利用料（charge）図示されています。この概念図に基づく、年度額5.2兆円の介護サービスをめぐって様々な経済効果が発生していることが明らかとなります（資料3-12）。

ここで社会保障の主な経済効果を介護保険を例にまとめてみます。すなわち、介護保険のために女子労働などが妨げられない機会費用が2.1兆円、社会的入院を防ぐ効果が2.1兆円で、生活安定機能は合計で4.2兆円となります。また労働力保全効果や所得再分配効果もいくらか存在しますが、医療や年金と比べると小さいので捨象しています。さらに、雇用創出効果では、現在の103万人の介護部門の就業に加えて、産業連関効果から来る雇用創出が104.5万人あり、生産誘発効果も33.4兆円あります。資金循環効果も年金に比べれば小さいものの、最小限介護サービス部門の5.2兆円分はあります。資料3-13は介護部門の産業連関効果を詳しくみたものです。きわめて抽

象的、観念的に表現すれば、社会保障（例えば介護保険）により生ずる混合市場は資料3-14のように経済市場を社会市場分（1+a）倍大きくしているように思われます。

最後に第5の柱として、まとめに入ります。21世紀に入り、我が国の介護保険が問題提起した方向性の意義はまことに大きいと考えます。例えば、少なくとも7点の意義をアトランダムですが指摘できます。①利用者の選択権の重視、②個人単位化、③市町村主義、④民営化の徹底、⑤社会保障と税方式の統合、⑥要介護認定の科学技術化、⑦ケアマネジメントの重視です。これらは、いわば21世紀型の社会保障システムとして介護保険が切り開いた新たな地平であるといえます。

ここで追加的に、利用者の負担（利用料charge）の社会経済的意味について説明します。負担がゼロ、あるいは小さいほど良く、給付は大きいほど良いという低所得者のみに配慮した旧来の社会保障的考え方は、ルグラン教授の指摘¹⁾のとおり新たな社会保障の発展にとっては必ずしもプラスになりません。むしろ利用者全体あるいは国民にとってはマイナスとなることも考えられます。この問題に十分に理論的に言及するには、もはや時間的ゆとりはありませんが、社会市場にお

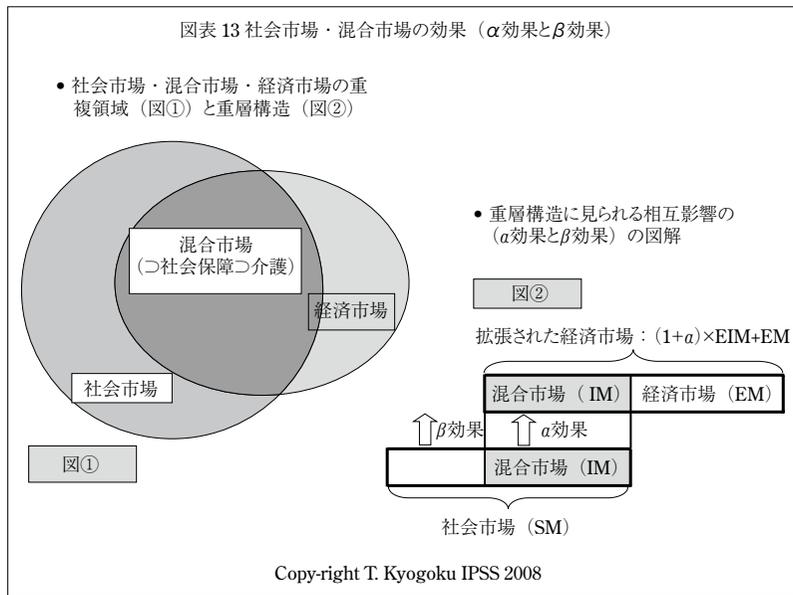
資料 3-13

図表 12 介護部門の産業連関効果の主要係数 (2000 年 56 部門)

	①内部乗数と外部乗数			②逆行列係数 (生産誘発係 数) (列和)	③雇用誘発係 数 (人/100 万円)	④所得 = 消費の追加波及を 含む生産誘発係数 (列和)	
	内部乗数	外部乗数	総効果			追加係数	拡大総波及係数
介護 (居宅)	1.167	1.061	1.235	1.418	0.248	2.743	4.233
介護 (施設)	1.162	1.084	1.254	1.485	0.154	2.711	4.249
全産業平均	1.477	1.061	1.563	1.791	0.095	2.409	4.067
(医療 (単純平均)) (注2)	(1.260)	(1.142)	(1.416)	(1.754)	(0.111)	(2.686)	(4.478)
(公共事業)	(1.067)	(1.067)	(1.528)	(1.874)	(0.099)	(2.364)	(4.090)
	内部乗数×外部乗数=総効果 (各産業グループごとの効果)			(産業グループ による効果)	逆行列係数× 雇用係数	[逆行列] ^(注1) ×[追加波及 逆行列表]=[拡大逆行列]	

注) 1) [④所得 = 消費の追加波及を含む生産誘発係数] は、(家計現実消費 / 総所得ベース) である。
 2) 医療は国公立、公益法人等、医療法人等の 3 部門を筆者が便宜上単純平均した数値。
 出典) 医療経済研究機構 (2004) 『医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書』の 10 頁。
 (ただし、各数値の小数点以下 3 桁まで引用者が省略)
 Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

資料 3-14



ける利用者負担 (charge) は経済市場におけるコスト (cost) に対する対価としてのプライス (price) とは厳密に区別されなければならないという点は指摘しておきます。その上で、利用者負担の諸機能を単に①財源調達的手段として捉えるのではなく、かつて K. ジャッジが述べたよう

に、くわえて②需要抑制 (厳密には需要コントロール)、③濫給防止、④シンボル効果 (権利性の拡大等) の諸機能を重視しなければなりません。さらに⑤公費投入への国民的合意形成 (いわば呼び水効果) の機能を付け加えたいと思います。社会保障において低所得者層への配慮をしなくて良

いということでは決してありませんが、我が国の経験でも介護保険法の場合はもちろん、その後の障害者自立支援法の場合でも明らかなように、低所得者への応能負担の配慮をキチンと行った上での「応益負担」の一部導入（1割負担）という利用者負担の在り方は公費投入に大きな影響（いわば呼び水効果）を与えます。結果的には介護でも障害福祉でも利用者の原則1割負担によって公費は飛躍的に増大し、大幅に充実が図られました。

利用者は急増しなお、我が国の介護保険に関しては、近い将来解決しなくてはならない諸問題が存在します。第1に障害者施策への介護保険の適用という介護保険の普遍化の課題、第2に介護人材不足に対する積極的対応、第3に予防給付の段階的縮小、第4に在宅医療と在宅介護の連携、第5に要介護認定の改善とケアマネジメントの改良などです。

なお最後になりますが、近い将来、シェーラー博士の国際比較研究などを積極的に取り入れる形で、ルグラン教授の準市場論と私の社会市場論との融合化が実現することを強く希望していることを申し上げ、むすびとさせていただきます。

注

- 1) 「もしサービスが公費によって提供され、無料だとしたら、サービスの需要をこのように抑制するインセンティブが存在しない。むしろ利用者は、サービスを濫用するようになるだろう。(中略)この“超過”需要を充足するために利用される資源は、他の目的に使用していただくと多く多くの社会的便益を別のところにもたらしたはずのものである。こうして当該のサービスが過大に供給されることになる。その上、無料のサービスの場合には、利用者が自分のニーズの充足にとってより効率的、もしくはより適切なサービス供給者を探し求めるインセンティブが弱くなってしまふ。利用者は、費用を負担しないのだから、最も経済的な供給者を探さなければならない理由がないわけである。その上、ただでサービスを受けられることで、サービス供給者に対して、あまり批判的でなくなり、要求も弱くなってしまふ。そのために、非効率的、あるいは不適切な供給者が、存在し続けることになり、別のより良い方法で使うことができたはずの資源が浪費される。」(『ジュリアン・ルグラン(2008)『公共政策と人間—社会保障制度の準市場改革』郡司篤晃監訳、聖学院大学出版会、Julian Le Grand(2003) Motivation, Agency and Public Policy: Knight & Knaves, Pawns & Queens. Oxford University Press. 翻訳121~122頁])

(きょうごく・たかのぶ 国立社会保障・人口問題研究所所長)