



第13回厚生政策セミナー

2008年8月22日

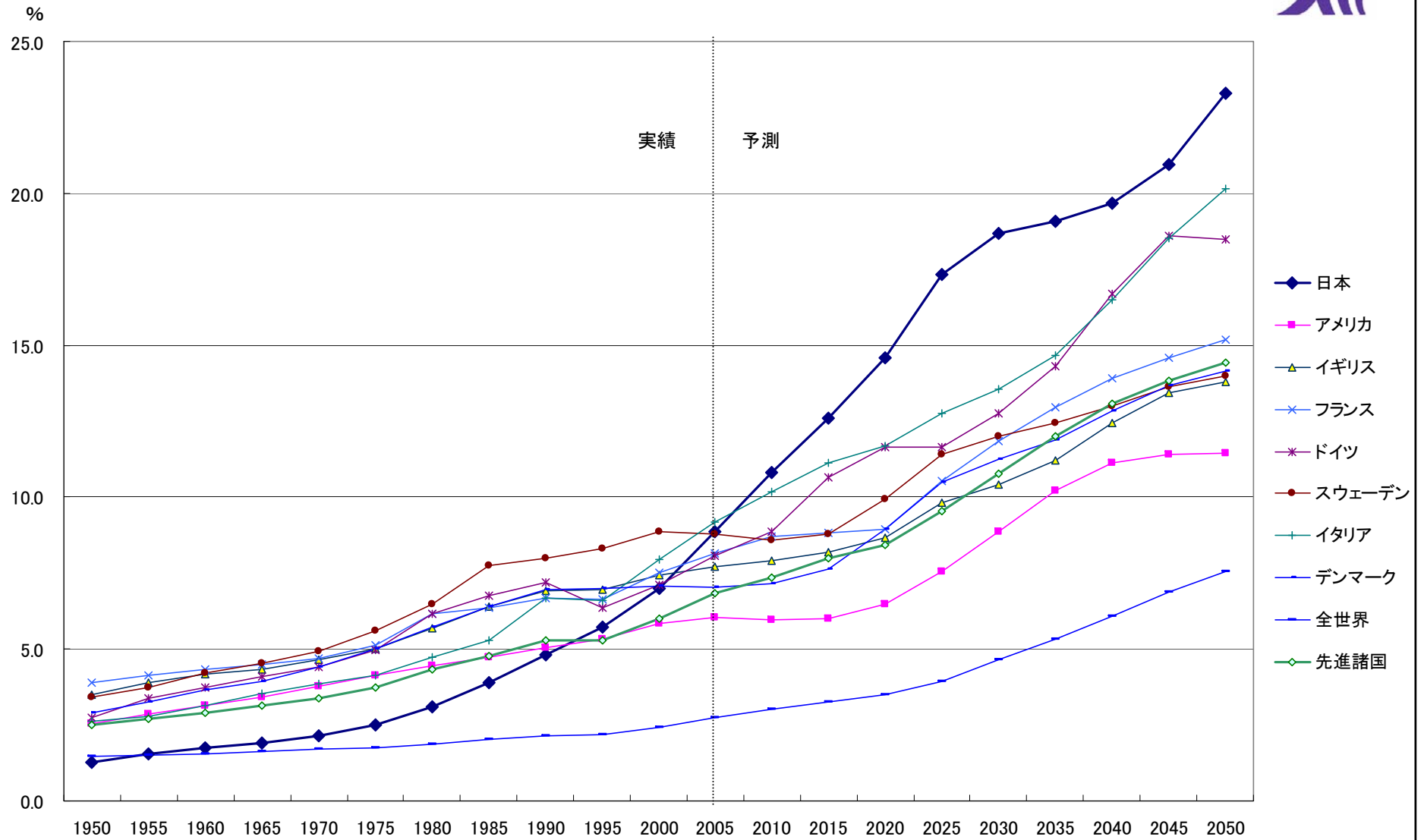
介護保険と日本経済

—準市場・社会市場の考え方を踏まえて—

京極高宣
国立社会保障・人口問題研究所長

Takanobu Kyogoku, Dr.
Director General
National Institute of Population and Social Security Research

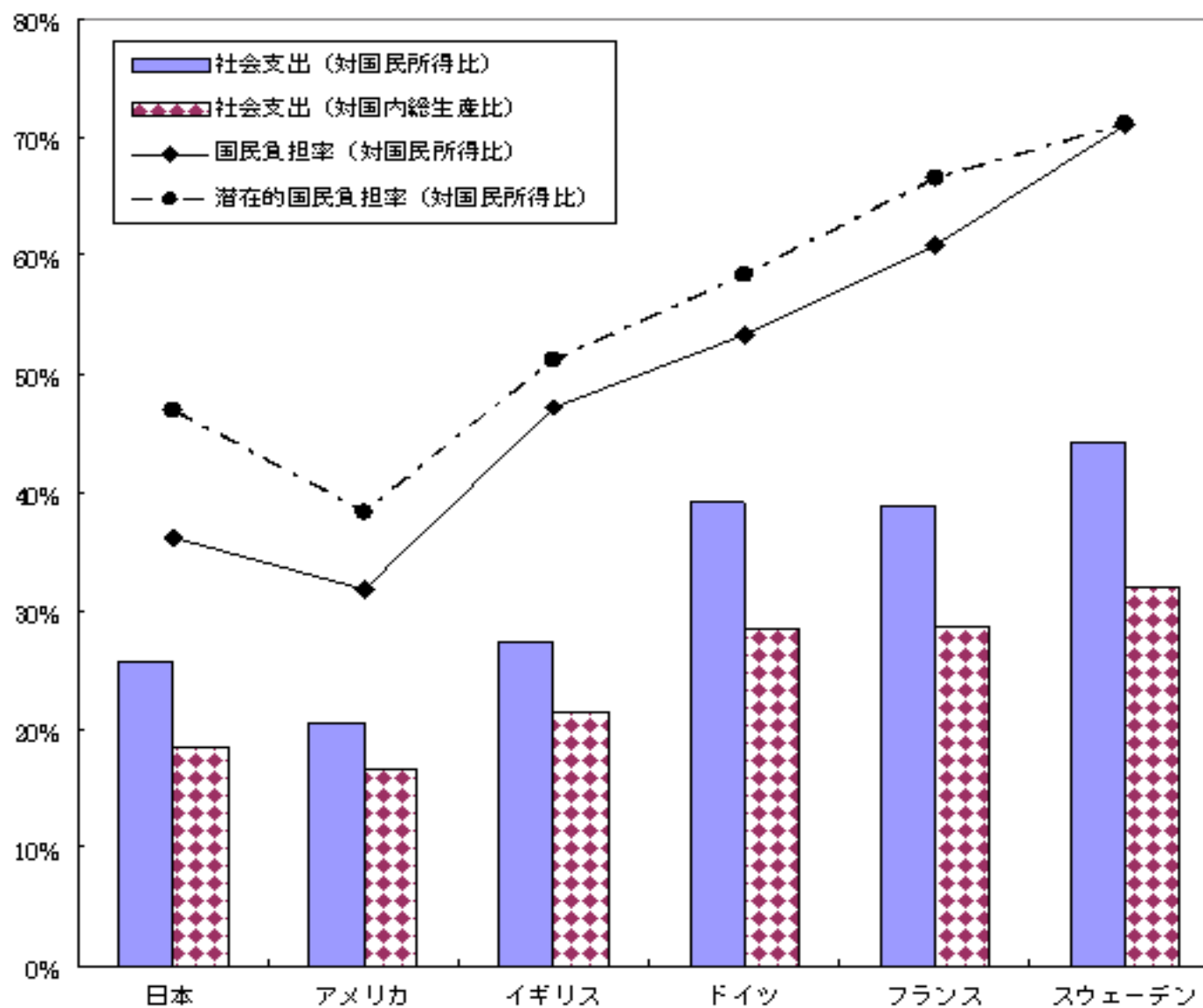
国際比較の図1 各国の高齢化率(75歳以上人口)の推移



資料: 国連, World Population Prospects: The 2006 Revision

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

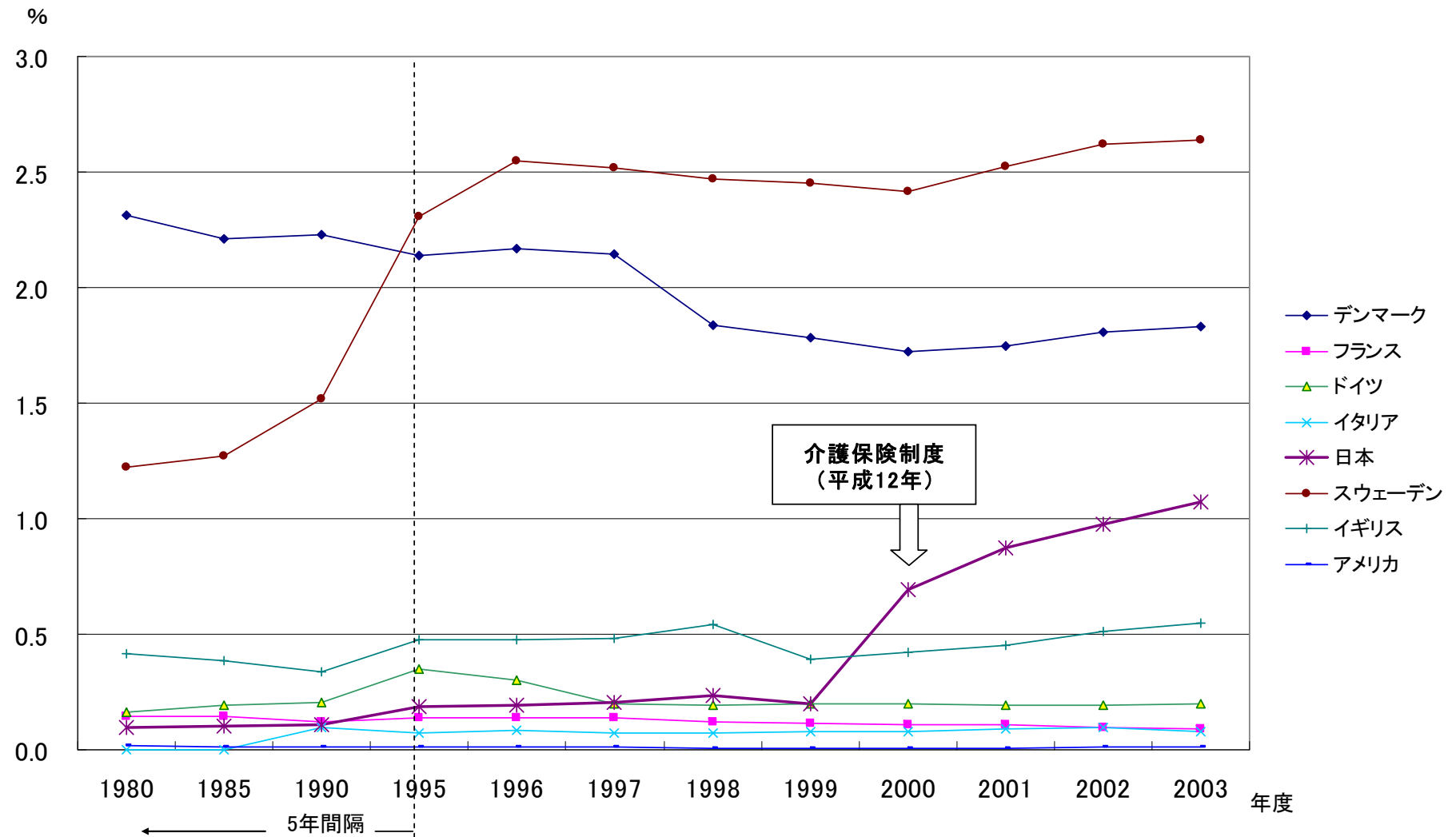
国際比較の図2 OECD基準の社会支出の国際比較



Copyright © Kyogoku IPSS 2008

資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成17年度社会保障給付費」

国際比較の図3 高齢政策における「介護サービス」支出の推移



資料: OECD SOCX2007edよりOld Age, residential care and homehelp serviceの対GDP比率

Copy-right T.Kyogoku IPSS 2008

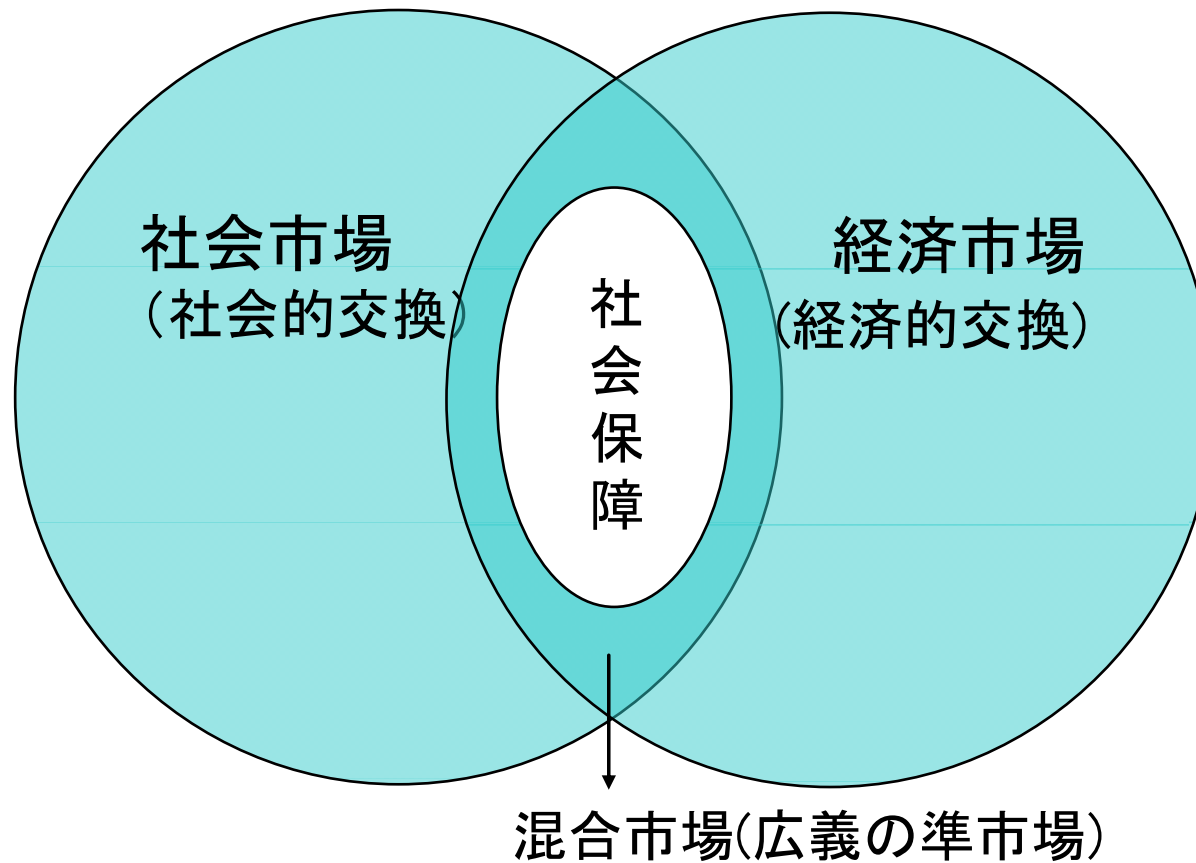
社会市場・混合市場・経済市場



- 経済市場(economic market)と比べた場合の社会市場(social market) の特徴
 - ①需要は必ずしも貨幣的裏づけがないこと(低所得者の存在など)
 - ②供給は必ずしも利潤を目的としていない
 - ③需給関係の調整は価格メカニズムではなく、ニーズ充足の原則により社会的責任で行なわれる
- 混合市場(incorporated market): 社会市場と経済市場の重複領域(狭義の準市場(quasi-marketを含む))を示す概念→広義の準市場とほぼ同義



図表1 社会保障の社会市場及び経済市場における位置
(概念図)



(出典)国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣が作成

(参考)図表1の補論 交換(exchange)と市場(market)の区別



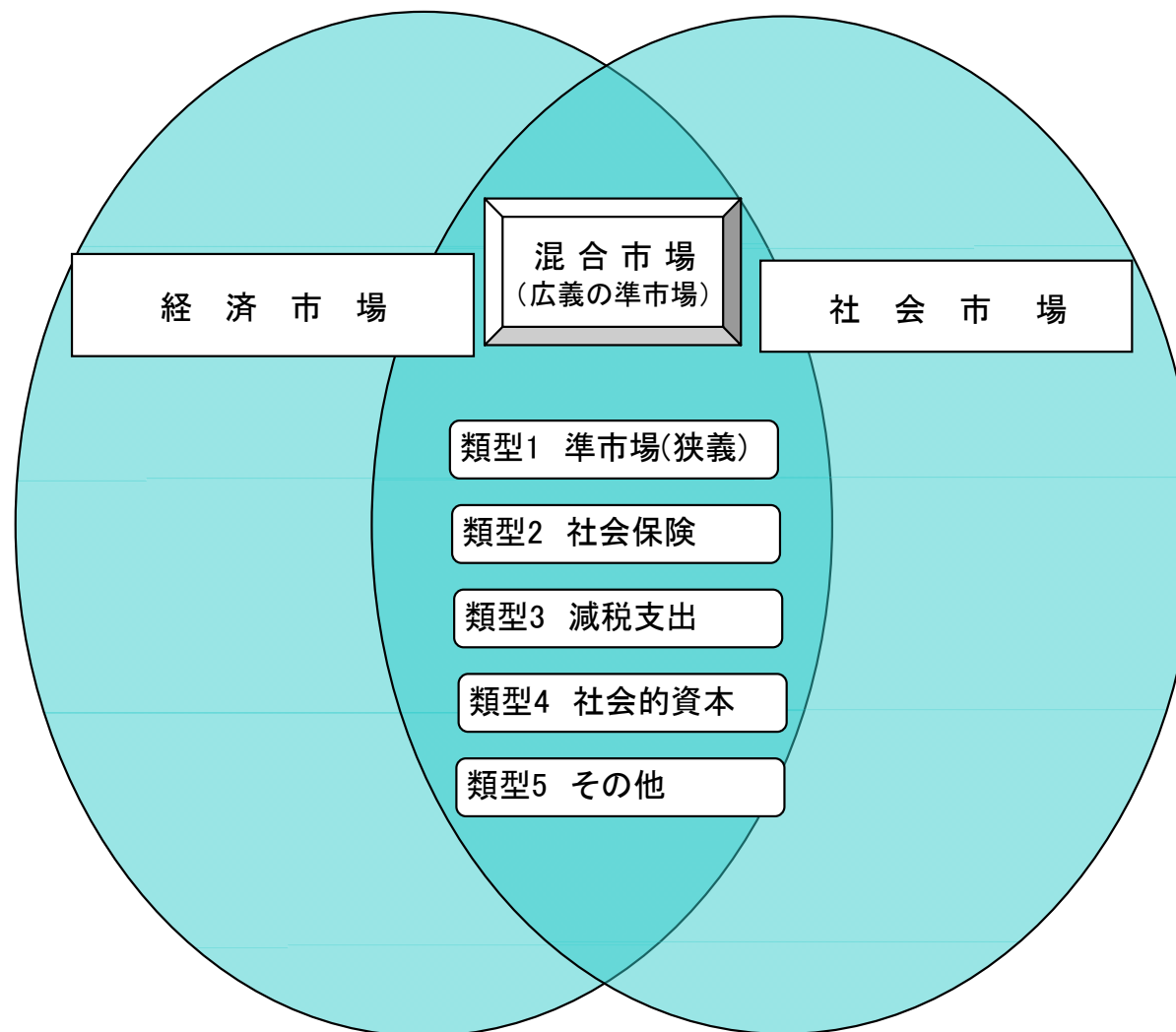
- 交換(exchange)
- 特徴
 - * 対等性
 - * 明示性(顕在的)
 - * 一過性
- 経済的交換
(by A.Smith 他)
- 社会的交換
(by J.Colman)
- 市場(market)
- 交換と比べた場合の市場の特徴
 - (1)一定量の大きさ(あるいは回数
の多さ)
 - (2)反復性ないし継続性
 - (3)一定の規則性
- (1)(2)(3)の三つ条件があつてこそ、
商品と貨幣、公約と投票、社会給
付と社会需要(ニーズ充足)といっ
た対応関係が生まれ、それをめ
ぐっての競争が生じる。

社会市場論の展開



- 端緒：1960～70年代：イギリスのR. ティトマスがマネタリストの負の所得税(negative income tax)に反論して、献血(社会市場)の売血(経済市場)への優位性などを比喻として、経済市場に対比して提言
- 1980年代：アメリカのN. ギルバートはティトマスの社会市場概念と経済市場との重複関係を福祉資本主義(welfare capitalism)の特徴と捉えた。
- 1990年代以降：準市場論の台頭と発展＝イギリスのJ. ルグラン教授らの提唱する準市場(quasi-market)の精緻な議論の展開
- 京極理論の特徴：社会市場と経済市場の交差領域(重複領域)を混合市場(incorporated market)と見て、その中に狭義の準市場を位置づける点に新しい特徴がある。R. ティトマス+N. ギルバートの社会市場論とJ. ルグランの準市場論の融合化を図る。

図表2 混合市場の類型(1～5)

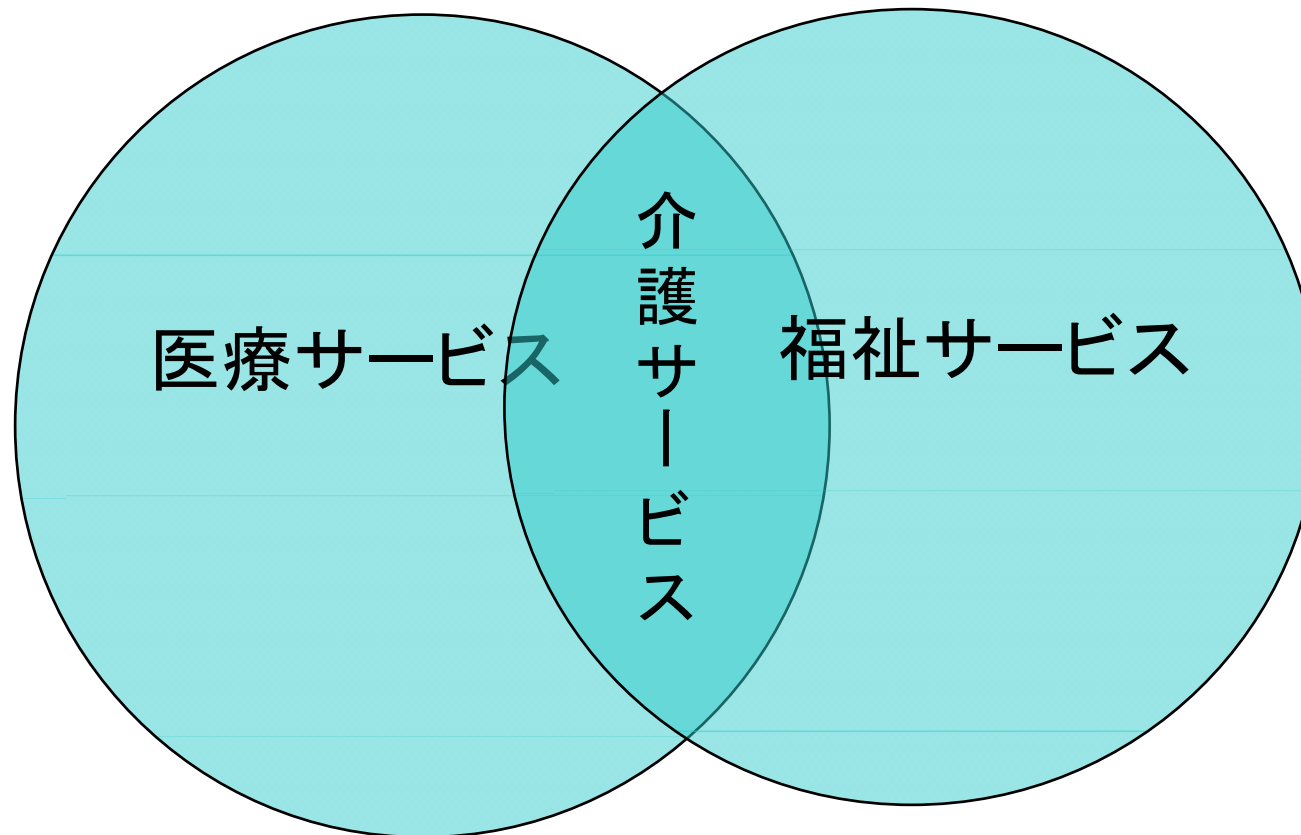


社会保障における介護サービス



- 在宅介護を事例として述べれば、従来、在宅介護サービスの大半は福祉サービスとして、市町村のホームヘルプ事業として提供されてきた。ただし、一部だが訪問看護などは医療サービスとしても展開されてきたことから、介護サービス分野は、“医療サービスと福祉サービスのいわば中間領域”として位置づけられる(図表3)。
- 介護保険法(1997年)は単に介護サービスの財政支援システム(社会保険＋税、各々50%負担)であるばかりでなく、医療と福祉の連携システムとなり、これらの分断をなくした。これは、社会保障の諸分野のうち、主として福祉サービス分野に介護保険という“新たな社会保険方式”が導入されたことを表している(図表4)。

図表3 介護サービスの位置づけ



(出典)国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

図表4 日本における社会保障体系(マトリクス概念図)



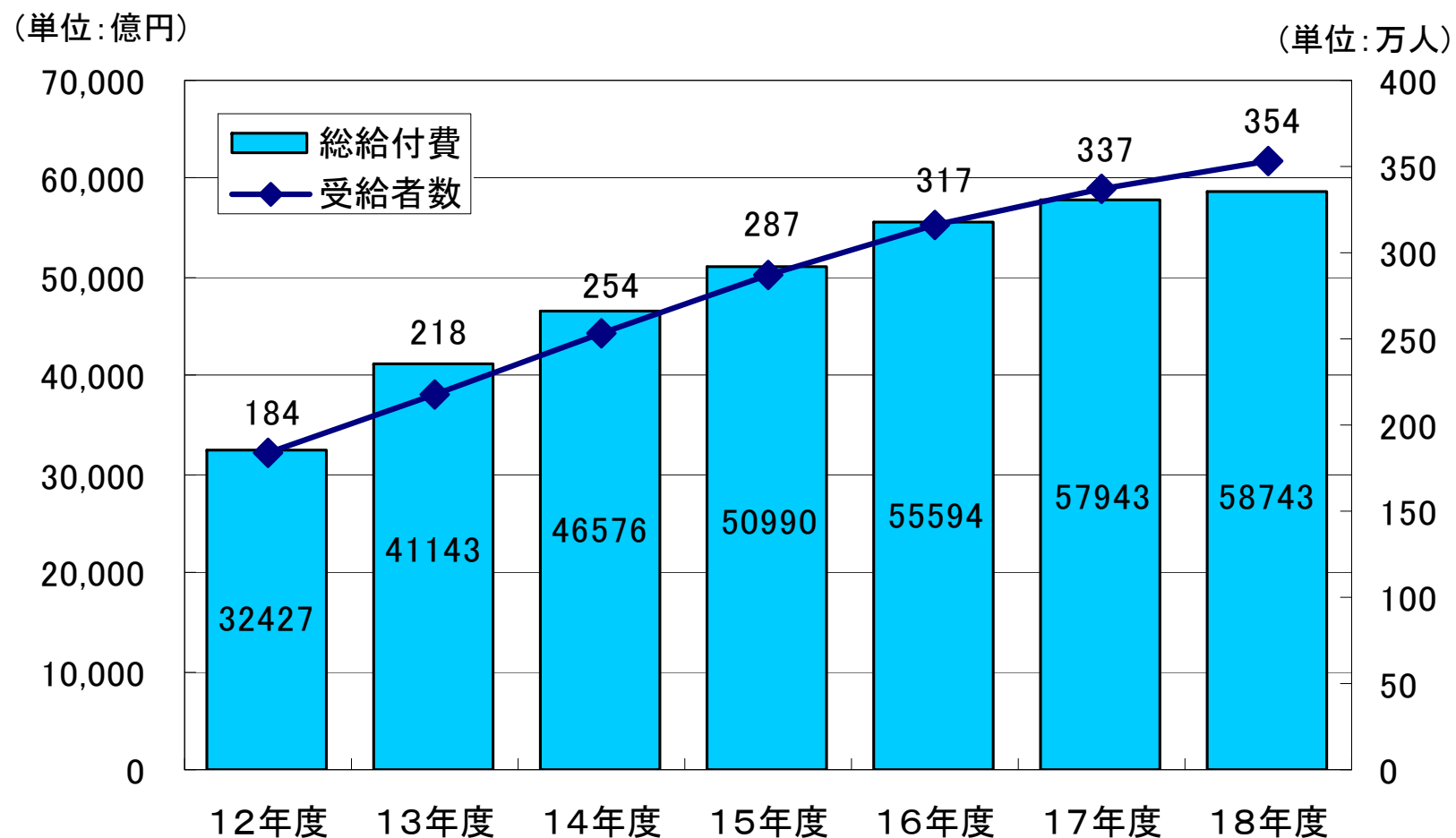
	社会扶助(social assistance)		社会保険 (social insurance)
	公的扶助 (public assistance)	その他 (other public services)	
所得保障 (income maintenance)	生活保護(<u>生活扶助</u> 等)	授産施設	老齢年金 雇用保険 労災保険 障害年金
医療保障 (medical care)	生活保護(医療扶助) 公衆衛生	公的医療	健康保険 労災保険
福祉介護 (health and personal social service)	生活保護(<u>介護扶助</u>)	福祉サービス	介護保険 (long-term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

(出典)国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

(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。



図表5 介護給付の推移(総受給者数及び金額)



出典:厚生労働省『平成18年度介護保険事業状況報告(年報)』より国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣作成

介護保険による介護サービスの担い手とその相互関係



- (公的責任)→地方分権化

例:介護ニーズの判定は従来のように行政窓口ではなく、その一次的判定は市町村の介護認定審査会で、その二次判定は公私のかアマネージャー(介護支援専門員)によって行なわれることとなった。

- (経営主体)→民営化

例:介護サービスの提供は、これまでのように行政の委託先の社会福祉法人等で必ずしもなくてよくなり、都道府県知事が認める指定事業者か市町村長が認める基準該当事業者かのいずれかにより、事業者の選定は利用者の選択の自由によることとされ、事業者主体の多様化が図られ、介護サービスの民営化が一層促進されることになった(図表6)。

→「措置から契約へ」(事業者間の品質競争は一段に進展したといわれる)



図表6 開設主体別事業者数(営利法人の実績を含む)

平成16年10月1日現在

平成16年10月1日現在

		事業所数 (対平成12年(100)増減指数)	上位3位(構成割合(%))		
			1位	2位	3位
居宅サービス事業所					
	(訪問系)				
	訪問介護	17274 (175.7)	営利法人(会社) (48.9)	社会福祉法人 (30.8)	医療法人 (8.5)
	訪問入浴介護	2406 (106.6)	社会福祉法人 (62.0)	営利法人(会社) (30.5)	医療法人 (2.8)
	訪問介護ステーション	5224 (110.4)	医療法人 (48.0)	社団・財団法人 (15.9)	営利法人(会社) (13.0)
	(通所系)				
	通所介護	14725 (183.2)	社会福祉法人 (55.1)	営利法人(会社) (25.3)	医療法人 (8.3)
	通所リハビリテーション	5869 (119.5)	医療法人 (74.2)	社会福祉法人 (8.8)	地方公共団体 (3.4)
	(その他)				
	短期入所生活介護	5657 (125.3)	社会福祉法人 (90.6)	地方公共団体 (5.4)	営利法人(会社) (1.7)
	短期入所療養介護	5821 (125.2)	医療法人 (75.0)	社会福祉法人 (8.9)	地方公共団体 (5.2)
	認知症対応型共同生活介護	5449 (807.3)	営利法人(会社) (47.3)	社会福祉法人 (24.5)	医療法人 (20.6)
	特定施設入所者生活介護	904 (—)	営利法人(会社) (76.1)	社会福祉法人 (17.5)	社団・財団法人 (2.0)
福祉用具貸与	5391 (200.8)	営利法人(会社) (87.1)	社会福祉法人 (4.7)	協同組合 (3.5)	
居宅介護支援		24331 (141.7)	社会福祉法人 (33.1)	営利法人(会社) (29.1)	医療法人 (22.4)
介護保険施設					
	介護老人福祉施設	5291 (118.6)	社会福祉法人 (89.5)	地方公共団体 (20.2)	社会福祉協議会 (0.2)
	介護老人保健施設	3131 (117.4)	医療法人 (73.4)	社会福祉法人 (15.9)	地方公共団体 (4.9)
	介護療養型医療施設	3717 (96.2)	医療法人 (75.9)	地方公共団体 (5.2)	日本赤十字他 (1.3)

(出典)厚生労働省大臣官房統計情報部「平成16年介護サービス施設・事業所調査」70、71頁を元に京極高宣が作成

(注1)訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援については経営主体である。

(注2)その他の事業所は上位3位より除いている。また、地方公共団体には地方事務組合等が含まれる。

(注3)アンダーラインは営利法人の占める位置を示す。

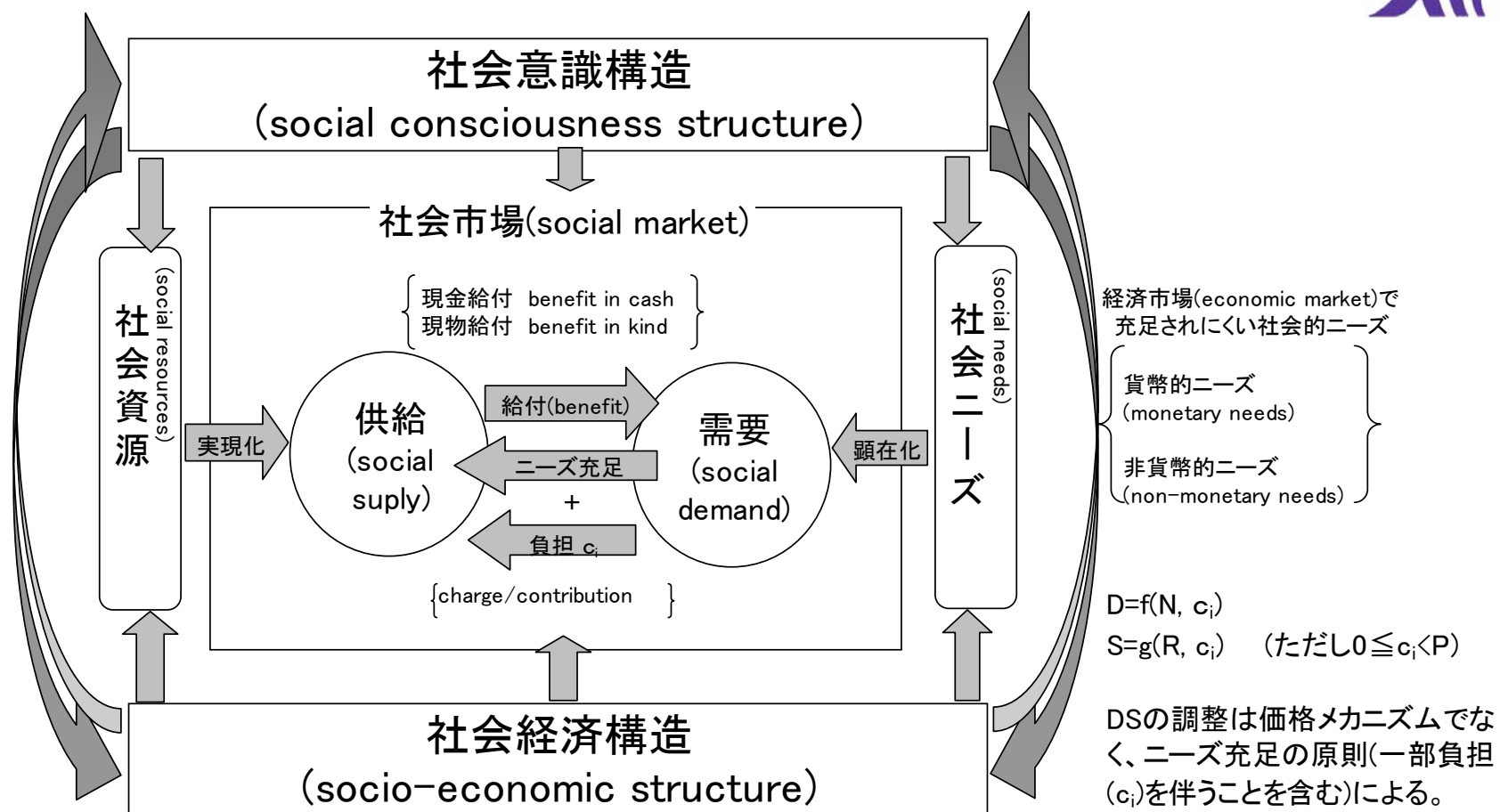
介護保険における社会需要と社会供給の関係



- 介護ニーズ(N_c)は、介護サービス(care service)の供給体制(S_c)との対応で介護需要(D_c)に転嫁する。
→潜在的 N の顕在化した(D_c)として、($D_c=f(N_c)$, $D_c<N$)
(c はケア(care)を示す添え字)
- こうした介護需要が現実の行政需要となり、それを充足する介護サービス(S_c)が、介護サービス資源(R_c)による供給体制(財政事情等)によって実現化され、社会市場で供給される。→潜在的資源の実現化された供給(S_c)として、($S_c=f(R_c)$, $S_c<R$)
- 介護保険では利用者の介護ニーズに対応した D は抑制されることが少ないので、介護人材不足や介護事業者の地域偏在などで介護サービス資源 R が不足すると、その結果 $S_c=f(R_c)$ も不足し、介護需要が充足できなくなることがありえる。
→ $N>D_c>S_c$



図表7 社会保障の受給モデル



(出典)拙著『市民参加の福祉計画』中央法規出版、1984年、第6章の図を元に加筆修正

(注)矢印 $\Rightarrow$ は一方的作用(規定要因)を表し、矢印 $\Leftrightarrow$ は相互作用を表す。

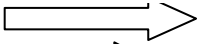
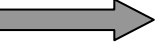
混合市場における介護保険の位置づけ



- 介護保険も保険者(市町村)が被保険者(40歳以上の中高年者)から保険料を徴収し、市民の社会連帯で保険財政を運営し、将来に要介護者になった場合に給付を受けるという形での社会的交換が行なわれている。
- そこに政府部門(国及び都道府県)から補助金(国25%、都道府県12.5%、その後の割合は一部修正)が支出され、これも広義の社会市場の一部を形成している。
- そして、介護給付は経済市場に存在する介護事業者から提供され、反対に貨幣を受け取るという意味で経済的交換が行なわれることになる。
- 介護保険と経済市場との関係は、消費市場、労働市場、金融資本市場の三つの経済市場部門から成り立っている。



図表9 我が国の介護保険における社会市場と 経済市場の関係(例示図) (つづき)

注1) 白い矢印  は社会的交換を表す。
 注2) 濃い矢印  は経済的交換を表す。
 注3) 介護保険における社会的交換には次の三つの側面がある。

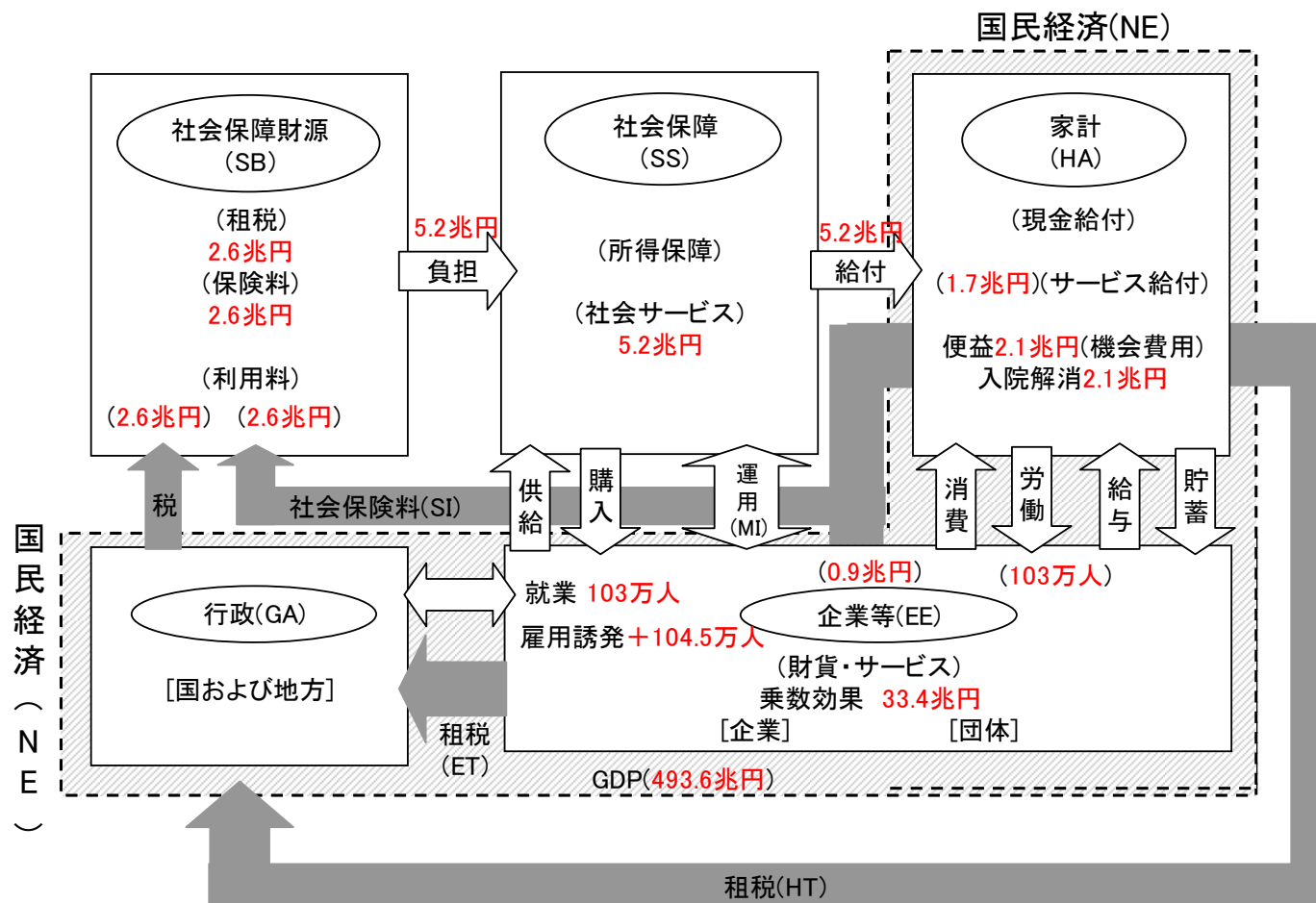
社会的交換① 世代ごとのライフサイクルにおける交換 (ただし、社会保険であるためリスクによる排除なし))			
世代ごと	t-1期	被保険者期間 拠出	保険料
	t期	要介護期間 給付	介護給付 (利用者負担)
社会的交換② 世代間の再分配的交換			
世代間	t期	拠出	中年世代の所得税・消費税
	同じ期間		高齢世代(要介護)の所得税・消費税
	t期	給付	高齢世代の介護給付
社会的交換③ 世代内の再分配的交換			
世代内	t期	拠出	高所得者の所得税等
	同じ期間		
	t期	給付	低所得者の介護給付

注4) 本図は介護給付が現物給付のみからなる日本の介護保険制度を前提としている。

出典: 国立社会保障・人口問題研究所 京極高宣・金子能宏 作成



図表10 社会保障と経済の一般的関係(概念図)



(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

(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。

(注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。

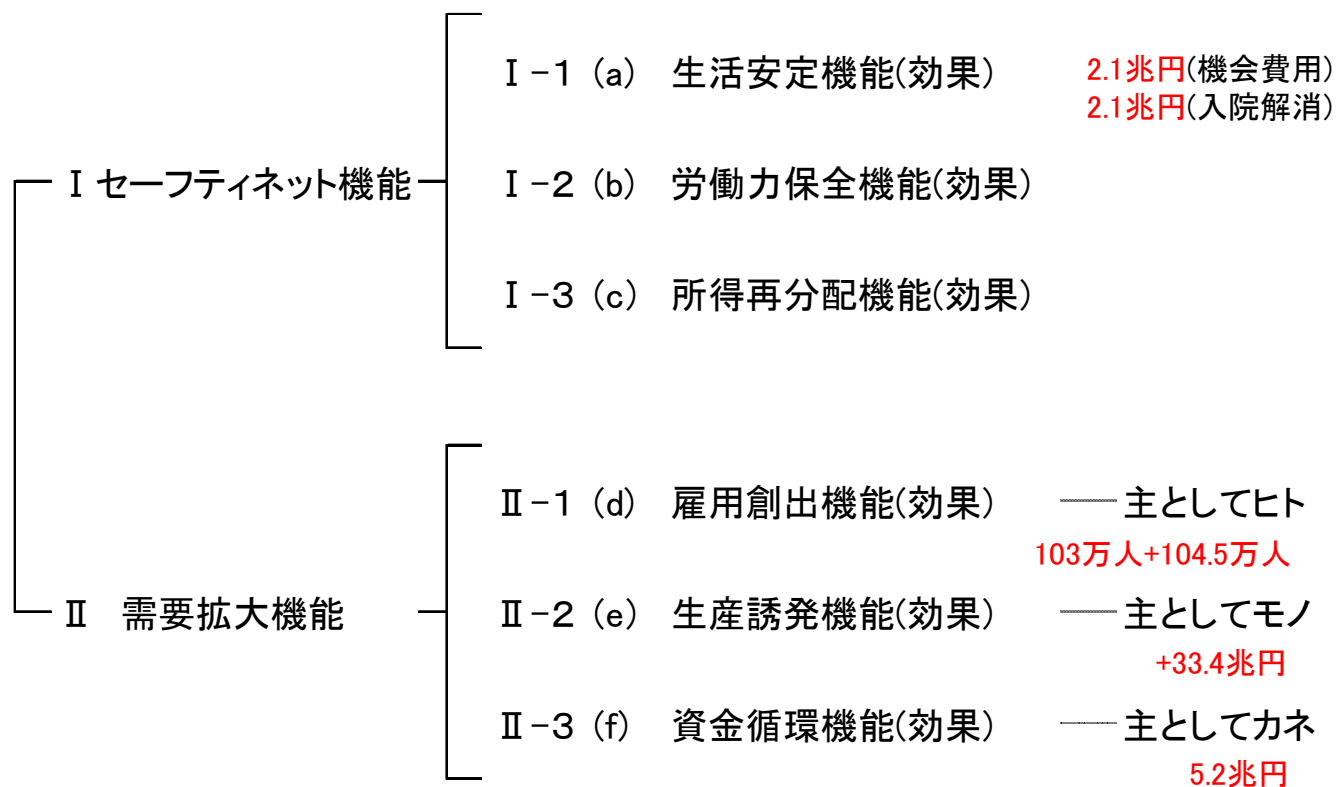
(注3)発展途上国においては社会保障財源にODE資金などが含まれる。

(注4)社会保障では利用料は相対的に金額が小さいため、この図表では矢印が省略されている。

(注5)数字は出典第8章の介護保険(2003年度)のものを指す。



図表11 社会保障の主な経済的機能(経済効果)



(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、61頁の図3-2



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] ×[追加波及逆行列表] =[拡大逆行列] (注1)	

(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)

(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。

(注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。

介護サービスが国民経済に与える影響①

給付と負担の関係から



- 社会保障は負担と給付からなるが、国民経済との関係では、次の三つの基本的な関係がある。
- 第一に社会保障財源として税と社会保険料があり、それが社会保障の負担となるという関係にある。
- 第二に、社会保障は所得保障であろうと、社会サービスであろうと、国民経済から財貨、サービスと労働力を購入し、それを家計に社会給付として支給する。
- 第三に家計は消費市場で財貨、サービスを購入すると同時に労働市場へ労働を提供し、給与を得るなどという関係になっている。

介護サービスが国民経済に与える影響② 経済的機能(経済効果)

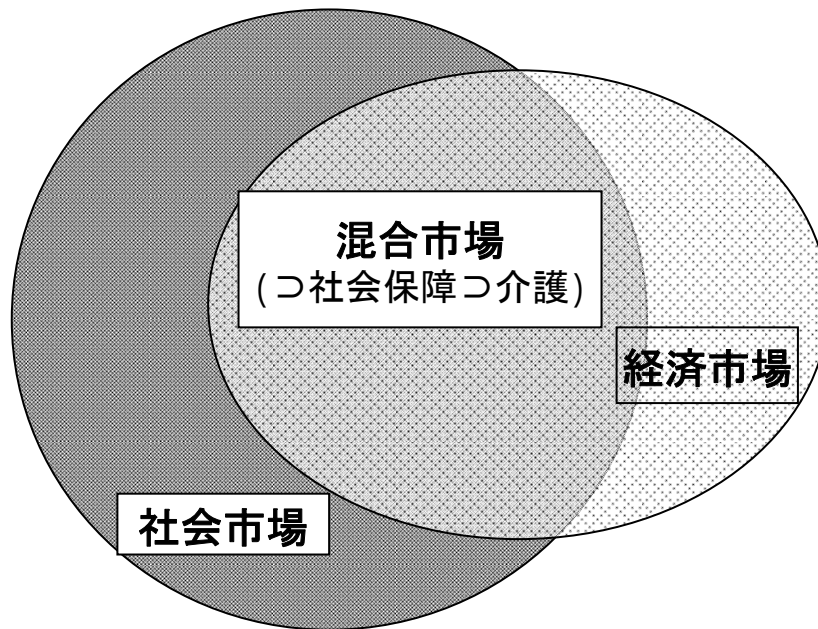


- 介護サービス部門は、医療部門などと並んで労働力、材料、用具等からなる特殊なサービス生産部門なので、財貨・サービスの購入を通じて、いわゆる産業連関効果(W. W レオンチェフ)が生じ、生産誘発機能や雇用創出機能などで国民経済に大きな影響を与えている。
- 介護保険を含む社会保障には、給付を通じての国民経済への内需拡大などのプラスの影響を持っている。
- (図表11が示す経済的機能は主要なもので、外部経済効果その他の波及的な社会経済的機能も多数存在する。)

図表13 社会市場・混合市場の効果 (α 効果と β 効果)



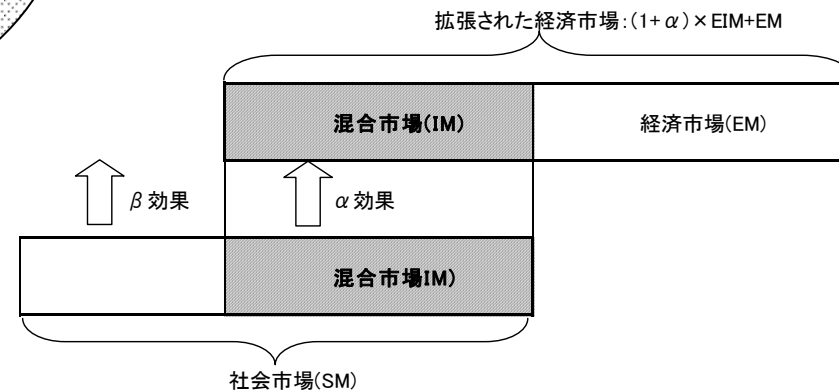
- 社会市場・混合市場・経済市場の重複領域(図①)と重層構造(図②)



図①

- 重層構造に見られる相互影響の(α 効果と β 効果)の図解

図②



むすび(まとめと今後の課題)

政策課題①



- 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
 - (1)利用者の選択権の重視（利用者負担と公費負担のバランス）
←「準市場」・「社会市場」の制度への反映
 - (2)世帯単位から個人単位へ
 - (3)地方分権的な市町村主義
 - (4)事業主体の多様化(民営化の徹底)
 - (5)社会保険と税方式の融合
 - (6)要介護認定の科学技術化
 - (7)ケアマネジメントの重視など。
- それらのどれをとっても、21世紀型の社会保障のあるべき姿を示しているのではなかろうか。

利用者負担の特徴と役割



- 利用者負担の意味: 財貨・サービスの利用に対する社会の一員として意思表示を表す負担
- 利用者負担と費用(コスト)との関係: 利用者負担は費用(コスト)の対価(価格 プライス)ではなく、費用は利用者負担と政府からの補助金や寄付金等による費用補填などによりカバーされる。
- 利用者負担の方式: 利用者1人1人の額が異なってもよい。制度的には、応能負担、定率負担、定額負担など多様なものがある。
- 最適な利用者負担の求め方・配分(charging)は、社会市場の理論からみても今後の課題

利用者負担(c_i)の諸機能



- ①財源調達
- ②需要抑制
- ③濫給防止(フリーライダー排除)
- ④シンボル効果(スティグマ除去)
- ⑤利用者主権の実現
- ⑥障害者施策への公費投入の国民的合意形成

(注)①～④は、K. Judge, Rationing Social Services, 1978参照。⑤と⑥は筆者の指摘による。

むすび(まとめと今後の課題)

政策課題②—当面の課題—



- 介護保険の普遍化:介護サービスと障害者へのサービスとの関係の検討と望ましい方向への制度改革
 - 介護サービス人材の育成確保と働くインセンティブの実現
 - 介護予防と予防給付の関係整理
 - 在宅医療と在宅介護の連携
 - 要介護認定とケアマネジメントの改良
-
- 以上の課題を踏まえつつも、
介護保険が切り開いた地平に新たな体系的な21世紀型社会保障システムが将来に構築されるに違いないと私は確信している。

むすびのむすび



- 私の社会市場の理論は、さしあたり社会保障(特に介護サービス)を俎上にのせているが、必ずしもそれに限定されない。
- 私の理論は、ルグラン教授らの準市場論と同様に、教育、住宅、労働政策にも適用可能であり、特に21世紀に相応しい社会保障政策と労働政策の統合化された新しい社会政策の構築にはそれなりに有効な分析手段と学際的な社会科学的研究(特に経済学と社会学と政治学とのコラボレーション)の進展を与えてくれると希求している。
- 将来的には、ルグラン教授らの準市場論と私の社会市場論(混合市場の概念・機能など)とが融合し、一体化して発展していくことを希望している。