

思う。私のコメントはこれで終わりにさせていただきます。(拍手)

【レポート】

介護システムの構築とその方法

慶応義塾大学教授 清 家 篤

今日は社会保障研究所の創立 30 周年のシンポジウムで報告する機会を与えていただき、ありがとうございます。この研究所の非常に学際的で、また大学を超えた研究機会を提供しているという貴重な役割、あるいはその固有の研究者として、非常に優秀な研究者を抱えられているということに対して、私はこの研究所の活動をかねがね尊敬しておりますので、そのような研究所の創立記念シンポジウムにお招きいただき、報告の機会を与えられたことは、非常に光栄に思っております。

私自身も 1980 年代のはじめごろから、この研究所の研究会に参加させていただいたり、あるいは『季刊・社会保障研究』に論文を掲載させていただいたりしておりますが、ただ私は専門が労働経済学で社会保障研究所との関係も、公的年金と労働供給の研究会とか、雇用関連のものでした。どうして介護システムの問題に、あの男が出てきたのかと思われる方も多いのではないかと思います。去年伏見部長のほうからお電話をいただいて、この問題について報告せよといわれて、私も最初ちょっと何かの間違いじゃないかと思ったのですが、どうしてもやれということで、先ほどのお話でいえば、選択の余地のない措置のようなことで、伏見部長に措置されたという感じです。

しかし、お引き受けした以上は、あまりやったことのない話だから大目に見てくれというのはフェアでないと思うので、私なりにこの問題をどういうふうに理解しているかということをお話しして、あとで篠塚さんにコメントをいただくという形で、理解を深めていきたいと思う。

今日の私の話は、介護というリスクにわれわれ

がどのように備えるべきなのかということについての、考え方の整理をするということである。そのポイントは大きく分けると 2 つあるかと思う。ひとつは介護というリスクに対する費用をどのように確保するかということである。もうひとつは、介護というリスクに対して、その介護を提供してくれる労働サービスをどのように確保するかということである。この 2 つが介護という事態になった場合のリスクに備えるということを考える場合に、ポイントになる。

そこで、今日の報告ではまず最初に、人が長生きするということによって、いろんなリスクが生じてくるが、そのなかで介護のリスクというのはどのような特徴をもっているのかということ、簡単に整理させていただきたい。そのあとでその費用の負担の問題とサービスの確保の問題についての私の考え方を申し上げたい。

まず最初にさまざまな長寿リスクというもののなかで、介護のリスクがいったいどういう特徴をもっているのかということである。長寿がリスクかという、反対じゃないか、小さいころから飢えだとか、病気だとか、事故だとか、戦争だとか、いろんなリスクをかいくぐってきたから、みんな長生きするようになったのではないかといわれるかもしれない。それはたしかにそのとおりである。ただ一方では、個人の人生設計というものを考えたときに、とくに予想以上に長生きするということが、さまざまなリスクをもたらしということがある。

もちろんそれぞれ個々人の事情によって、そのリスクの在り方というのは違うが、大きく分ける

と3つぐらいあるのではないかと思います。

ひとつは雇用のリスクということである。昔は定年年齢が55歳であったかもしれないが、それと同じように、寿命も短かったので、定年になったあとの雇用のリスク、すなわち定年になったあと、仕事があるかどうかという雇用のリスクは、あまり大きくなかった。あるいは平均寿命がまだまだ短かった時代というのは、就業者の大多数が定年のない自営業で働いていた時代には、年をとったら仕事があるかどうかというようなリスクについてはあまり考える必要はなかったわけである。それが就業者の大半がサラリーマンといわれる雇用者になってきて、また定年の年齢が60歳になってきても、それから20年近く生きることになってきた。とくに定年になってなおしばらくはまだまだ仕事をして、自己実現を図りたいという人も多いわけで、そういうときに本当にちゃんとした雇用機会があるかどうかという不安がリスクとして存在するようになるわけである。

もちろん、死ぬまで働いて生活するということは、普通あまりないわけで、どこかで引退する。そうすると退職後の所得保障ということが、もうひとつの大きな心配事として出てくる。例えば65歳まで働くとしても、その後15年ぐらいの所得をどのように確保していくのかという、所得のリスクというのが出てくる。

そして3つ目に今日の話題の介護のリスク、すなわちもっともと長生きすると、さらに年をとればとるほど、自分が寝たきりの状態になったり、あるいは生活上さまざまなサポートを必要とするような状況に陥るかもしれない。そのときにちゃんとしたサービスを受けることができるかどうかという、介護のリスクというのが3つ目にあるのだろうと思う。

以上のリスクのうち雇用のリスクについては、私は長期的には人口構造の変化そのものが、労働市場に影響を与えて、問題の解決につながっていくのだろうと思う。例えば、厚生省の人口問題研究所の推計によると、20歳代の人口、すなわち20歳から29歳の人口というのは、来年1996年に1,924万人でピークになって、その後20年間で

700万人ぐらい減る。西暦2015年にはその人口が1,252万人にまで減るとのことなので、若い20代の人口が20年間で3分の2に減るわけだ。日本の企業はまだまだ働く意思も能力もある高齢者だとか、あるいは働く能力がありながらも家庭に入っておられる女性だとか、こういった労働力をもっと職場に引きつけて活用しなければいけないということになる。もちろんそのためには賃金制度、あるいは処遇制度、雇用制度全般の変革が必要であるが、私は長期的には労働市場の自律的な調整機能によって、高齢者の雇用のリスクというのは次第に小さなものになってくる。基本的には市場の力によって、あるいはこれを助長することによって、そのリスクは小さくすることができると思う。

しかし所得保障のリスク、あるいは医療、介護のリスクというのについては、それほど楽観的な市場の追い風が吹いているわけではない。しかもそういうリスクをもつ高齢者の数が増えてくるわけであるから、そのリスクは社会全体で大きくなっていく。

所得のリスク、医療、介護のリスクというのは基本的には、これはどんなリスクについても共通のことだが、そういった事象が発生するかどうかの不確実性に依拠するわけである。例えば所得のリスクというのは何によって発生するかというと、寿命が不確定であるということで発生する。自分が65歳で死ぬということがわかっていれば、65歳の誕生日に銀行預金がちょうどゼロになるように貯金をしておいて、そこから貯金を引き出して生活をすればいい。もちろんインフレにどう備えるかという問題はあるが、基本的には寿命が確定していれば、それはリスクではない。

ところが自分は65歳で死ぬと思っていても、間違えて1年余分に生きることがあると、いまいったような貯蓄だけでは対応できない。そこで、思いがけぬ長寿に備えるという形で保険が必要になってくる。したがって厚生年金というのが、厚生年金貯金ではなくて、厚生年金保険という保険制度をとっているのは、そのように寿命が不確定であるということが、その理由であるわけであ

る。

医療、介護についてもまったく同じことがいえる。自分は生涯にわたってどういう病気をして、そのためにはどういうコストが必要かということがあらかじめわかっているならば、これは貯金でいい。あるいは自分が死ぬまでにどういう介護を受けるかということが、あらかじめはっきりわかっているならば、これもリスクではないが、自分がどんな病気になるかわからない。あるいは自分は元気なままポックリ死ぬかもしれない、あるいは自分はとんでもない長い期間介護を必要とする状況のあとに寿命を終わるのかもしれない。そういうことがわからないために、そこにリスクが発生してくるわけである。そしてそれに備えるための保険制度というものが必要になってくる。

ところで、所得のリスク、あるいは疾病のリスク、介護を必要とするようになるリスクというのは、いまいったように、将来にそういう事象が発生するかどうか不確定であるという、共通点をもっているわけだが、ここで所得のリスクの問題と、医療、介護のリスクの問題でひとつ大きく違うのではないかと思われるところがある。

というのは、所得のリスクについては、その所得が保険制度によって、すなわち公的年金保険、あるいは私的な生命保険の個人年金でもいいが、所得さえ保障されれば、それでだいたい問題は解決する。その所得をどのように使うかというのは、まったく個人にまかされているわけで、流動性の非常に高いキャッシュを使って、自分の生活に必要なサービスなり、物を購入すればいいということになる。

ところが医療、介護の問題は、その医療や介護に要する費用が保険で支払われるだけでは十分ではない。それに伴って、医療や介護のサービスが適切に提供されなければいけない。医療保険とか介護保険というのは、そういう意味では、その用途が限られた保険制度になっている。したがって、仮に医療保険が完備していても、あるいは介護保険がこれから完備されても、良好な医療サービスが存在しないとか、あるいは良好な介護サービスが存在しなければ、それは絵に描いた餅になって

しまう。そういう、いわばコストを賄うための保険と、そのサービスの存在というものがペアになってはじめて保障されるという、そういう種類のものだろうと思う。

そういう意味では、医療と介護というのはかなり似ている。実際非常に似ているから、現状においては医療保険において、かなりの介護のサービスが賄われているわけである。しかし、この医療と介護も分ける必要があると考えられる。

というのは、医療というのは何らかの疾病を、医療行為によって治癒せしめるという、治療するという行為である。介護というのは、たしかに病気によっていろんな障害が起きることはあるかもしれないが、その状態を治癒するというよりは、要介護状態の続くなかで、個人に生活をさせていくという形、元の状態に戻すというようなものではない。そういう意味では、治療がすむとか、患者が死んでしまうということで、そのサービスが一応完結する医療サービスと、介護というのはサービスの内容がかなり違う。また医療の場合には医療技術というものが、そのサービスの質を決定的に決めるわけだが、介護の場合にはどれだけ気持ちよく介護されるかという、アメニティの部分がかなり介護の質を規定する。したがって、医療にしても、介護にしても、高度化していく、より付加価値の高いものにしていくというときに、その方向性が医療の場合には医療技術を高度化するという形で進んでいくのに対して、介護の場合には、もっともっと気持ちよく、あるいは介護される側の都合に合わせて介護されることができるといって、付加価値が高まっていくという側面がある。このためこの2つを一緒に同じ保険システムの下で、あるいは同じサービス供給システムの下で取り扱うというのは、必ずしも好ましくない。介護の問題はやはり、介護に固有の保険制度、あるいは介護に固有のサービスの提供制度によって、解決されるべきリスクではないかと考えられるわけである。

このとき介護問題には、いくつかさらに、医療と比べた場合に違いがあるのではないかと思われる。ひとつは、サービスを受ける場所である。も

もちろん医療の場合も、在宅医療ということがあるわけだが、基本的には病院、すなわちホスピタル、あるいはクリニックという、医療施設においてそのサービスが提供される。もうひとつ大きな医療の特徴は、その医療サービスは、もっぱら医師、看護婦という、プロフェッショナルによって提供されるということである。

これに対して介護の場合には、その場所は老人ホームといった施設において提供される場合もあるが、かなりの部分がおそらく、在宅医療に比べて、もっと多くの比率で在宅介護の形で行われるということがある。またそのサービスを提供する主体としても、もちろんこれからあとで述べるように専門的なプロフェッショナルによる介護サービスの普及ということが望まれるが、これまでは家族というような、いわば家内労働によって賄われる部分も少なくなかった。このあたりも医療との比較において、介護がもっている特徴ではないか。

そのような特徴をもっている、介護リスクに対する対処の在り方のなかで、まず第一のポイントは、先ほどいったように費用をどのように負担するかということである。先ほど年金の話と一緒にいったように、貯蓄によってこの費用負担をするというのは合理的ではない。というのは自分がどのような介護を受ける羽目になるのか、要するに自分はどの期間、あるいはどの程度の介護が必要になるのかというのは、まったく不確実であるからである。

例えば、平成元年の国民生活実態調査によると、何らかの形で生活に支障があるという人の比率は、65歳以上で見ると1,000人のうち257人で、4人に1人ぐらいいる。85歳以上になると、1,000人のうち308人で、3割ぐらいになる。これはかなり高いともいえるが、しかしみんなが生活に支障をもっているというわけではない。

この生活に支障というのは、例えばどこかに出歩くとか、あるいは活発な活動をすることが難しいというものも含まれているので、さらにもうちょっと厳密に、日常生活に介添えを必要とするような障害があるという人の比率を見ると、65歳以

上では1,000人のうち74人、7%ぐらいである。85歳以上では1,000人のうち140人と、14%ぐらいということなので、これも決して無視できる比率ではないが、みんながみんなそれに備えておかないといけないというものでもない。

あるいは国民生活基礎調査等のデータによると、要介護の発生率というのは、65歳から69歳では1%ぐらいで、だんだんこれが上がってくるわけだが、85歳以上でも20.5%ということで、これも無視できるリスクではないが、しかしみんなが必ず貯金でそれに備えておかなければいけないというものではない。もしこれに十分備えるような貯金をしておこうとすれば、かなりの人にとってはそれは、無駄な貯金になるということである。

また発生率の確率だけではなくて、それがどの程度のものであるかということについては、さらにいっそう不確実なわけであって、これに対して完全に貯蓄によって備えるということは不可能である。

もうひとつ、貯蓄との関係でいうと、年金で、この介護のリスクに備えようという考え方もあるかもしれない。年金の額を充実して、介護のサービスに必要な費用も、その年金が支払うことができるようなレベルに年金の給付水準を上げる。あるいは年金のなかから貯金もしてもらうという考え方もあるわけである。しかしこれをやると年金の給付額自体をものすごく高くしなければいけない。それから先ほどいったように、そもそも不確実なものに対して対処するわけだから、どれだけあれば十分だということがはっきりしない。

年金というのは先ほどいったように、65歳から支給するとすると、万が一長生きしてしまったら、そのときに所得に困るでしょうからという、長寿のリスクに備えているわけだが、そういった長寿のリスクと、年をとったときに介護を必要とするようになる確率というのは、当然違うわけだから、長寿のリスクと、介護のリスクというのを、同じひとつの保険で賄うというのは、やはり無理がある。

逆にいえば、もし介護の心配について別途、保険制度をつくる、あるいは保険の仕組みで対処す

ることができるようになれば、現在の年金の給付水準は、もっと引き下げても、いまと同じ生活水準が維持できるかもしれない。要するに、介護についての備えという部分が、年金の部分からそれほど大幅に取られないですむようになれば、例えば年金のうち、現に貯金をしている人がずいぶんいるが、そういうようなものをそれほどしなくてもすむようになるかもしれない。

もうひとつの考え方として、保険というアイデアの前に、政府の一般会計からこれを支出をしてはどうかという考え方が当然ある。これに対しては先ほどの議論にもあったように、当然そういう形にすれば、その介護が必要な人を行政が認定して、措置するというような形に必ずなる。介護されるほうの人がサービスを選択するということがなかなか難しくなる。またそもそもいまいったように、さまざまな長寿のリスクのなかですでに長生きをしたときの所得のリスクとか、あるいは医療のリスクについては年金保険、医療保険という保険制度で賄っているわけだから、介護についてだけは保険ではなくて一般会計の下でこれを行うというのは整合性を欠く。ここはやはり何らかの形の保険制度が必要になるということだと思う。

ただし、保険制度といってもすぐに公的保険である必要はもちろんない。私的保険で互いに介護のリスクをカバーしあうということは、十分に考えられる。ただしこの場合には当然、年金などの話でも必ず出てくるが、いわゆる逆選択の問題が出てくる。要するに長生きしそうな人ほど、年金保険に入りやすくなる。あるいは自分の御先祖に介護を必要とした人が多いというような、自分の介護リスクの高そうな人ほど、そういった介護保険に入りやすくなるという問題である。そうすると私的保険では、保険料が著しく高くなってしまいうという問題がある。

そこで公的保険が必要だという議論が出てくるわけだが、必ずしも直ちにそうはいえない部分もある。逆選択を避ける意味では公的保険がどうしても必要なわけではなくて、民間の保険でもいいから、とにかく保険に入ることを義務づけるという形にするということが必要なのだ。そのひとつ

のオプションとして、公的な強制保険というものがあるということだろうと思う。

ただしこの保険については、そのリスクをどういうふうに数理計算するのかということについての、科学的な研究が必要なだろうと思う。例えば介護のリスクと、医療のリスクとどちらが高いか、あるいはその出費の程度まで含めた場合に、その関係がどうなるのかというようなことについては、例えば医学の分野とか、保険学の分野とか、そういった観点からの科学的な検討が必要だと思う。

いずれにしても、何らかの形の保険制度でこの費用を賄う必要がある。それは、ある程度まで何らかの形の強制保険でないと困る。もちろんプラスアルファの部分については、たとえば保険料が高くても個人でやっていただくというのがいい。これは年金もそうである。しかし一定量必要なサービスを賄う、いわばミニマムの基準のサービスを賄うだけの費用は強制保険で賄うようにする^{注1)}。

次に介護サービスをどのように確保するかである。これについては従来から家族によるサービスというものがかなり行われていて、そのための家庭の崩壊の悲劇みたいなものが、いろんなところで伝えられていたりしているわけである。この家族によるサービスというのは、物理的に限界がある。

歴史人口学者の研究によると、だいたい家庭で介護が可能であったというのは、昔の多産多死の時代から現在の少産少子の時代へ移行する間の、多産少死の時代に生まれた人たち、昭和のはじめごろから、戦後しばらくのころに生まれた人たちに限られる。要するに子供がたくさん生まれて、その全員がかなりの程度まで生き残るという世代が、親を順番に面倒を見るということが可能であったのであって、例えば1人っ子のカップルが自分たちの親4人の介護をするということは、物理的にも不可能なわけである^{注2)}。

その意味で家族によるサービスが可能であったというのは、日本の歴史人口構造のなかのごく一部の一時期において可能だったわけである。もちろん歴史的には、そんなに長く患って、何年も介護を必要とするというようなことにならなかった

から、それはそう必要なかったわけである。その意味では家族によるサービスというのは、もともと特殊な状況の下においてのみ成立した、特異な現象であって、これははっきりと限界があると考えるべきだと思う。

また、現在家族によるサービスの多くは、例えば介護を要する高齢者の娘だとか、あるいは息子の配偶者という人たちによって行われているのだろうと思う。先ほどいったように、人口学的にも困難になってくると同時に、これからのとくに高齢化社会において、女性にもっと活躍してもらう、もちろん高齢者のうち元気な人たちもそうだが、元気で働く意思のある人にはもっと活躍してもらう必要がある。

念のためにいうと、そういうふうになるとすぐに、高齢者をみんな総動員するという発想が出てくるわけだが、これはおかしいわけで、もう十分に働いた高齢者がもう引退したいというときに、その引退のオプションが与えられているということは、文明国の最低条件だから、それはもちろんいけないことである。しかし幸いなことにまだ日本では、働くということで自己実現を図りたいという高齢者が多いわけだから、こういう人たちにもっともっと働いてもらう。そういう人たちが能力を発揮できる機会をもっと広げていく。また長期的には女性がプロフェッショナルな能力を発揮して、それぞれに適した仕事をする。そういう形で娘や嫁が介護労働に張りつくのではなくて、その人の生産性がいちばん高く発揮できる仕事をしてもらって、そして高い賃金を受け取ってもらい、そのなかから介護に必要な費用も負担してもらうというのが、経済的には正しい選択なわけである^{注3)}。

そこで介護についてはむしろ、そういうアマチュアの家族がやるのではなくて、プロの専門家がやる。それが生産性の観点からいっても、また質の高いサービスを受けることができるという観点からいっても、必要なわけである。

それでは、本当にそういうプロの介護サービスをやってくれる人が出てくるかという疑問が湧いてくる。私はもちろん無条件にではないが、基本

的にはそれは可能なのではないかと思う。

ひとつは、これは当たり前のことだが、経済学の教科書的にいえば、1人当たりの所得が上昇してくれば、日本人の1人当たり所得は、いまドルで計って世界でいちばん高いレベルになってきているが、人々の消費のウエイトは物からサービスに移ってくる。これがこれまでの経験法則である。しかも、そのサービス化のなかで、所得が上昇してくればより高度な、付加価値の高いサービスに対する需要のウエイトが高まってくる。年をとったら気持ちよく、楽に楽しく生活できるようなサービスを受けたいというような種類のサービスは、その典型であるから、その意味では日本経済がきちっと成長して、1人当たりの国民所得が高くなる限り、市場において国民の需要がそういうところにシフトしていく。逆にいうとそういうものに高い金を払ってもいいという消費者がもっともって出てくるはずである。

経済学者のなかには、これからの内需主導の経済のなかでこういうビジネスがむしろ企業の非常に大きなターゲットになってくるべきだといっている人も多い。そういう形で、高度な介護サービスについての需要が増えてくれば、当然企業にとってはビジネスチャンスになるので、いまはまだ参入していないような企業も、このビジネスに参入するようになる。しかも、高齢者の数自体が増えてくるので、その意味でもビジネスチャンスが増える。

また、そういう企業の参入に伴って、介護の機械とか、あるいは情報通信機器を使った介護サービスの高度化が進む。要するに介護サービスの生産性が上がるということが期待できる。生産性が上がればどんな産業でもそうだが、そこで働く人たちの賃金が上昇するから、そういったビジネスに対する労働の供給というのが増えてくる。

生産性が上昇するということは、ほかのビジネスにおいてもそうだが、要するに機械にできることは機械にやってもらう、そのかわり人間は人間にしかできないような付加価値の高い高度なサービスを提供する、そういうプロフェッショナルな仕事に特化していくということになる。そうなん

てくれば介護サービスの労働条件は向上する、また職業としての威信が向上するということで、労働供給も増えてくるということが期待できる。

この介護労働と似た問題で、看護婦のことがしばしば議論される。私も数年前にある研究会で、看護婦不足が問題になったところに、その問題を若干調査したことがあるけれども、結論は看護婦が不足しているとはいえなかった。実態は病院の経営者とか、国もそうだが、そういう看護婦を雇う立場の雇い主が、いままでどおりの安い賃金では看護婦が雇えなくなったという不満を述べているにすぎないというべきである。もし本当に看護婦が市場において不足しているのであれば、すみやかに看護婦の賃金が高騰するわけだが、それほど顕著な看護婦の賃金の高騰というのは見られない。価格の高騰が見られないのに不足というのは、市場経済の下では不思議なわけで、その意味では看護婦不足というのはおかしい現象だったわけである。

したがって介護労働力がもし不足するということがあるとするれば、それは必要なサービスに対して、正当な対価が払われない場合であるが、そういう高度なサービスに対して、お金を払いたくないという人は、もちろんそういうサービスを受ける資格はないということになる。そういうサービスに対してお金は払いたくないけれども、サービスだけは受けたいというような経済主体というの

は、個人であっても、国であっても、市場経済の下ではあり得ないわけだから、そういうサービスが本当に必要であるのであれば、保険制度なりで、それに相応な出費を行う。それが行われる限り、必要なサービスは必ず提供されるのではないかと考えている。

ちょっと時間をオーバーしてしまったが、私の報告はこれで終わらせていただきます。どうもありがとうございます。(拍手)

注 1) 政府は 1994 年末に高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書を公表し、そのなかで公的介護保険の必要性を提起している。もちろん、これも公的年金などの場合と同様、基本的なニーズを満たす範囲に限定されるべきであろう。より高度な、アメニティの高い介護を受けたいというような人は、民間保険でプラスアルファの給付を受けられるようにすればよい。

注 2) 落合恵美子『21 世紀家族へ』(有斐閣選書, 1994 年)は成人した兄弟の多い家族というのは、昔の多産多死社会から最近の少産少死社会への移行期に生まれた、昭和初期からベビーブーマーまでの特殊現象であるにとらえ、多くの子供で親の面倒を見るというようなことはもともと無理であることを示している。

注 3) このような観点から福祉のあり方を論じた最近の論文として滝上宗次郎「経済改革と福祉ビジョン」(『ESP』No.264, 1994 年 4 月)が論点をわかりやすく整理しているので、詳しくはこれを参照されたい。

コメント

ただいまの清家先生のご報告は、経済学者の立場から介護の問題を、財源調達との関係で論じたものである。今日のシンポジウムの参加者と討論者はどちらかというと、社会保障専門家よりも経済学のほうが多く少し偏りすぎたかなという感じがする。私自身も労働経済学なので、私のコメ

お茶の水女子大学教授 篠塚英子

ントも経済学に偏りすぎるかなと反省している。できるだけ視点を変えようかとは思っているが、以下 15 分のなかでコメントしたいと思う。

まず報告の内容は、非常に簡潔で明快な論旨になっている。基本的には介護費用の考え方を整理するということであって、介護に関するリスクの