# 介護保険制度の見直しに関する一考察
## ―在宅介護の充実と経済成長の牽引の両立に向けて―

調査部　副主任研究員　飛田　英子

目　　次

1．はじめに

2．介護保険制度の現状と課題
(1) 社会保障制度における介護保険制度の位置付け
(2) 介護保険制度のサービス体系
(3) 利用状況
(4) 直面する課題

3．施設志向が根強い要因
(1) 利用者負担の格差
(2) 在宅サービスの需給ミスマッチ

4．介護保険先進国ドイツの事情
(1) 厳しい要介護認定基準
(2) 低い給付水準
(3) 厳しい施設入所基準と公平な利用者負担
(4) 現金給付

5．利用者負担の施設・在宅間格差是正による財政効果
(1) 前提と推計の基本的考え方
(2) 推計プロセス
(3) 推計結果

6．おわりに

## 要　約

1．経済・社会環境の変化のもとでわが国社会保障制度の持続可能性が揺らぐなか、制度の在り方を根本から見直す必要性が高まっている。このうち介護については、在宅介護の充実と今後の経済成長を支える成長産業としての役割、の２点が重要な論点。

2．在宅介護の充実は、制度創設当初から指摘。これまでも政府は量質両面から在宅サービスの充実に取り組んできたが、施設不足の深刻化が続く一方で在宅サービスの利用はあまり進んでいない状況。この背景には、利用者の根強い施設志向の存在が指摘。一方、介護を経済の牽引役にするためには、無駄を排除して給付内容の高付加価値化を進めると同時に、上乗せや外出しと呼ばれる給付対象外サービスへの需要喚起を通じて、介護費用の増加が経済成長に寄与する仕組みを確立する必要。

3．そこで、利用者の根強い施設志向の要因の一つである利用者負担の施設・在宅間格差に着目し、格差が是正された場合の財政効果を試算。①施設の利用者負担を２割に引き上げ、②低所得者のホテルコスト軽減を目的とする補足給付は廃止、という二つの前提の場合、2015年度で約7,000億円、2030年度で約１兆円と給付費の８％程度が抑制。仮に、この分を在宅利用者に配分すれば約15％、要介護度３以上の重度者に限定する場合には３割近い給付の上乗せが可能に。つまり、利用者負担の格差是正を講じることにより、介護保険制度の長年の課題である施設から在宅へのシフトが進むと同時に、メニューの多様化や専門スキルの向上等、在宅市場の活性化に向けた環境が整備、ひいては成長産業としての介護の役割強化が期待。

4．なお、介護保険制度先進国であるドイツでは、利用者の施設志向に歯止めをかける仕組みがビルトイン。具体的には、①給付水準がわが国の半分程度であるため、施設入所者はわが国の倍の20万円程度を自己負担する必要。さらに、②現物のみでなく現金給付も可能であり、家族が介護に積極的に参加する環境が整備。

5．以上を踏まえ、在宅介護の充実と経済成長の牽引の両立に向けた論点を整理すると、まず①施設利用者の自己負担の引き上げと補足給付の廃止により、施設・在宅間の利用者負担を公平化。②これによる給付費の抑制分は在宅利用者への給付限度額の引き上げ、経営が厳しい訪問系サービスの報酬引き上げ等に回し、在宅サービスの魅力度を引き上げ。さらに、③ドイツとの比較から、軽度者に対するサービス提供の見直しや現金給付の導入、等が指摘。

## １．はじめに

経済・社会環境の変化のもとでわが国社会保障制度の持続可能性が揺らぐなか、制度の在り方を根本から見直す必要性が高まっている。2012年８月に可決された社会保障・税一体改革関連法では１年以内に見直しの基本方針を示すとされており、今年度は社会保障制度にとって真の抜本改革を断行できるか否かのターニング・ポイントともいえよう。

なかでも介護分野は、制度創設当初から指摘されてきた在宅介護の充実の実現が求められると同時に、今後のわが国経済を牽引する成長産業としての役割も期待されている。

まず、在宅介護については、施設に比べて相対的にコストが低い。このため、高齢化に伴って今後も要介護者数の増加が不可避ななか、給付費を抑制しつつ介護保険制度の機能強化を進めるためには、施設よりも在宅サービスの利用を促進する必要がある。また、要介護者本人にとっても、家族や隣人とのコミュニケーション、プライバシーの尊重等、住み慣れた地域や自宅で生活を続けることへのニーズは強い。しかし、在宅で介護サービスを受ける場合、夜間や深夜の対応が手薄にならざるを得ないうえ、家族の負担感も大きい。さらに、施設と同程度のサービスを受けようとする場合には、保険からの支給限度額を大きく上回る結果、高額の自己負担を支払うことになる。このため、介護施設の待機者が40万人を超える等、利用者や家族の間では施設への入所を希望する傾向が相変わらず強く、施設から在宅へのシフトが順調に進んでいるとは言い難い状況にある。

一方、経済の牽引役としての期待については、今後も介護市場は確実な成長が見込まれている。もっとも、現行制度のもとでは市場の拡大がそのまま経済にプラスに働くとは限らない。これは、わが国の介護保険制度が必要な介護サービスをすべてカバーすることを前提に設計されていることによる。サービスの利用拡大は、保険給付費の増加を通じて保険料や税の形で最終的には家計の負担増に直結する結果、介護サービス以外の消費需要にマイナスに働くためである。このようにみると、介護産業が経済成長に寄与するためには、無駄や不必要なサービスを排除して給付内容の高付加価値化を進めると同時に、メニューの多様化・柔軟化を通じて給付制限を上回る利用（上乗せ）や給付対象外のサービスへの需要（外出し）を掘り起こすことが求められる。これらの取り組みは事業採算性の改善や専門スキルの向上を通じて、労働市場としての魅力を高めることにも資するであろう。

本稿では、利用者の根強い施設志向の要因の一つである利用者負担の施設・在宅間格差に着目し、格差が是正された場合の財政効果を試算する。給付費の浮いた部分を在宅利用者の支給限度額の引き上げに回せば、在宅利用者はより多くのサービスを利用することができるようになる。利用者負担の公平化のみならず、要介護者が在宅で生活できる限界ラインの引き上げ、在宅サービス市場の拡大、ひいては経済の活性化が期待されるわけである。さらに、わが国が制度構築の際にお手本にしたドイツの介護保険制度と比較することにより、わが国の制度の持続可能性を高めるために必要な視点を考察する。

本稿の構成は次の通りである。２．では、介護保険制度の現状と課題を整理し、課題の解決には利用者の根強い施設志向の是正が不可欠なことを確認する。３．では、施設志向の背景には利用者負担の施設・在宅間の大きな格差があることを指摘する。続く４．では、わが国がお手本としたドイツの介護保険制度の特徴を、わが国と比較する形で整理する。５．では、利用者負担の施設・在宅間格差が是正された場合の経済効果を試算する。最後に６．では、施設から在宅へのシフトを進め、介護保険制度の持

続可能性を高めると同時に、介護産業の成長が経済活性化に資するための政策提言を行う。

## ２．介護保険制度の現状と課題

本論に入る前に、介護保険制度の現状と課題を整理しておきたい。

### (1) 社会保障制度における介護保険制度の位置付け

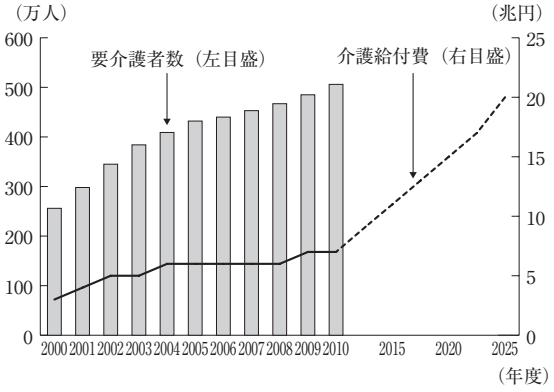
介護保険制度は、年金、医療に次ぐ第三の社会保障制度として2000年度に創設された。この背景には、それまでの措置制度のもとでの老人福祉制度が制度疲労を起こしていたことがある。措置制度の時代、利用者は市町村に必要と認められたサービスしか受けることができず、提供機関も市町村によって決められていた。また、利用に際しては所得調査を受ける必要があり、本人や扶養義務者に支払い能力がある場合には重い負担が課せられた。加えて、提供機関は基本的に市町村自身、あるいは市町村から委託を受けた事業者であったため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的との批判があった。このため、措置制度のもとでは介護サービスの利用が進まず、医療が必要でないにもかかわらず病院に長期入院する社会的入院や、自宅で適切なケアを受けることのできない、いわゆる寝たきり老人が社会問題になった。

こうしたなか、「措置から契約へ」という理念のもと、介護保険制度が創設された。介護が必要になった者は、保険料を支払う代わりに介護サービスを利用する権利を得ることになり、必要なサービスや提供機関も利用者自身が選択できるようになったわけである。

その後、介護保険制度は確実に定着してきた。介護保険制度の利用者数は2001年度の287万人から2011年度には517万人に増え（注１）、それに伴って給付費も2001年度の4.1兆円から2010年度には7.3兆円とほぼ倍増した（注２）。厚生労働省によると、介護給付費は今後もハイペースで増え続け、2012年度の8.4兆円から2025年度には19.8兆円に達する見通しである（注３、図表１）。給付費の年平均増加率をみると、2001～2010年度が6.6%、2012～2025年度が6.8%であるから、今まで以上に早いスピードで増え続けるわけである。この結果、当然社会保障給付費に占める割合も拡大し、2012年度の7.7%から2025年度には13.3%になる。

これまで介護保険制度は、制度の定着を目指して必要なサービス量の確保が最優先課題であった。しかし、年金や医療をはじめ他の保険料負担が増加し、また厳しい財政事情が続くなか、今後は介護保険制度も効率化の必要性が不可避になってくるといえよう。

（図表１）要介護者数と介護給付費の推移




（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」
（注）介護給付費の2015年度以降は厚生労働省の推計による。

### (2) 介護保険制度のサービス体系

次に、介護保険制度の仕組みとサービス内容をみることにする。

まず、介護サービスを受けるには、市町村から

要介護認定を受ける必要がある。要介護認定には、要支援１～２、要介護１～５の計７段階があり、介護が必要な時間の長さ（注４）によってランクが決定される。介護サービスを受けることができるのは「要介護」の認定を受けた者であり、「要支援」認定者には状態の維持や改善を目指す介護予防サービスが提供される。

次に、介護サービスの具体的内容を整理する。介護サービスには大きく在宅（注５）と施設の２種類がある（図表２）。在宅サービスには、訪問介護や訪問看護等の訪問系サービス、デイサービスやデイケア等の通所系サービス等、利用者が自宅に暮らしながら受けるサービスに加えて、特定施設に入居する者の日常生活を支える居住系サービスも含まれる。ここで、特定施設とは、介護保険法で定められた施設のことで、認知症高齢者が少人数で共同生活を送るグループホームや、バリアフリー構造を有し高齢者を支援するサービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅等がある。

（図表２）介護保険給付のサービス体系

| 在宅サービス | 施設サービス |
|---|---|
| ・訪問系（ホームヘルプ、訪問看護、等）<br>・通所系（デイサービス、デイケア、等）<br>・短期入所系（ショートステイ、等）<br>・居住系（特定施設入居者生活介護）<br>・住環境の改善（福祉用具貸与、等）<br>・地域密着型（定期巡回・随時対応型、地域密着型特定施設入居者生活介護、等） | ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）<br>・介護老人保健施設<br>・介護療養型医療施設 |

（資料）日本総合研究所作成

一方、施設サービスは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下特養）、老人保健施設および介護療養型医療施設のいずれかに入所して受けるサービスである。生活や身体にかかわる介護の他、栄養管理や機能訓練等、生活全般にわたって介護が提供される。

在宅、施設とも、利用者は費用の１割を自己負担として支払い、残り９割は介護保険でカバーされる。費用の計算方法を具体的にみると、まず在宅については、各サービスに全国共通の報酬が点数表示で設定され、利用したサービスの総点数に単価（地域を考慮して１点当たり10～10.72円）を乗じて算出される。ただし、在宅サービスを利用する場合、支給限度額が要介護度に応じて設定されており、総点数が限度を超える時には、利用者は限度内の費用の１割に加えて、超過（上乗せ）部分の全額を支払うことになる。医療保険制度では禁止されている混合診療が介護では認められているわけである。

一方、施設については、施設の種類や介護体制、入所者の要介護状態、入居条件（個室か多床室か）等によって点数が設定されており、それに単価を乗じて費用が計算される。利用者は費用の１割と、食費および居住費を支払うことになる。例えば、要介護５の者が個室を利用する場合、介護費用は月30万円程度、食費・居住費は月10万円程度なので、利用者の負担は３万円と10万円の合計の月13万円程度になる。

なお、食費・居住費については、低所得者に対する軽減措置がある。所得に応じて負担限度額が決められており、政府が定めた基準負担額（食費1,380円/日、居住費（ユニット型個室）1,970円/日）と負担限度額との差額が「補足給付」として介護保険から支給される。

### (3) 利用状況

介護サービスの利用状況を在宅と施設についてみると、在宅が2001年度の200万人から2011年度には404万人（予防を含む）と倍増しているのに対して、施設は88万人から114万人へ1.3倍の増加にとどまっている。この理由として、次の２点が挙げられる。

一つは、在宅サービスのメニューの多様化による需要拡大である。具体的には、2006年度には「地域密着型サービス」、2012年度には「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が導入された。

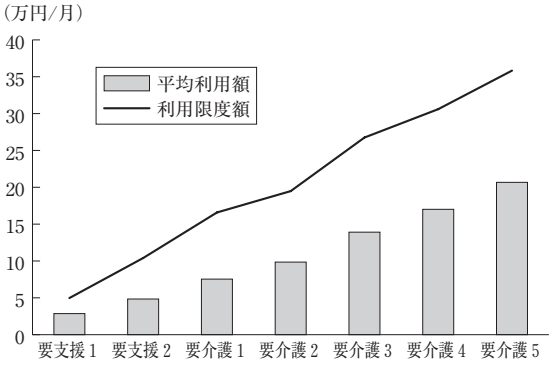
地域密着型サービスとは、市町村が提供する在宅サービスのことで、事業者の指定・監督も市町村によって行われる。原則、介護サービス事業者の指定・監督は都道府県の権限であるが、地域の特性を活かしたサービスを提供するという観点から導入された。日常生活圏域ごとに必要な提供量を設定することにより計画的な体制整備が可能になる、一般に小規模なので利用者のニーズが反映されやすい、等のメリットが指摘されている。

一方、定期巡回・随時対応型訪問介護看護とは、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携して提供されるサービスをいう。これまでの訪問介護は日中一定時間の滞在が中心であり、夜間や深夜には割増料金が必要であった。また、看護が必要な場合には、別途訪問看護を依頼する必要があった。そこで、１日に複数回、定期的に訪問し、その都度必要なサービスを提供する他、緊急時には昼夜を問わず対応を行う定期巡回・随時対応型サービスが創設された。そこでは、同一事業者が訪問介護と訪問看護の双方を提供する、あるいは訪問看護ステーションと連携することにより、看護と介護とが密接に連携したサービスが可能になっている。

もう一つの理由は、施設の供給量を制限する「参酌標準」の存在である。施設サービスは、その整備に多額のコストがかかるうえ、運営に際しても一人当たり平均利用額が在宅に比べて多く、財政や保険料負担への影響が大きい。このため、介護３施設と特定施設の利用者数を要介護２～５の高齢者数の37％以下にするという規制があった。これが参酌標準である。この規制は2012年度に廃止されたが、厳しい財政制約が今後も続くことを考えると、施設の供給量を大きく増やすことは極めて難しいと言えよう。

このように在宅の利用者数は施設に比べて大きく伸びているが、利用状況を見る限り、積極的に在宅サービスが享受されているとは判断しがたい。その根拠は、サービス利用率の低さにある。すなわち、要介護度別に一人当たり平均利用額を支給限度額と比較すると、実際の利用率は５～６割にとどまっている（図表３）。一方、特養への入所待機者数は2009年で在宅利用者の15％に相当する42.1万人に達しており、利用者には根強い施設志向があることが示唆される。このようにみると、在宅の利用が進んでいない背景には、施設に入所できないので仕方なく在宅を利用せざるを得ない事情があるものと推察される。

（図表３）在宅サービスの利用限度額と実際の平均利用額




（資料）日本総合研究所作成
（注）平均利用額は2010年４月の金額。

(4) 直面する課題

これまで介護保険制度は、制度の定着を急ぐためにサービス量の確保が最優先事項であった。今後についても、高齢化が進むもとで医療と日常生活の橋渡し的な機能を果たす介護体制の整備や、それを担う介護人材の育成は必要である。しかし、厳しい財政事情のもとで今までと同じペースで給付費が増え

続けることを許容できる余地は極めて小さい。このようにみると、今後は給付の効率化と重点化の両立をどう図るかが重要となる。

まず、給付の効率化については、在宅介護の充実を通じた「施設から在宅へ」の促進、現役並みの所得を有する者の自己負担の引き上げ、等が検討されてきた。一方、給付の重点化については、在宅メニューの充実や医療との連携強化が指摘されている。両者に共通するキーワードは「施設から在宅へ」である。もっとも、これまでのように施設の供給を絞ることにより、やむを得ず在宅を選ばざるを得ない状況が続く場合、在宅利用者の不公平感は強まる一方であり、かえって施設志向が強まる可能性が大きい。さらに、今後を展望しても、単身高齢者数の増加や介護者の高齢化等により家族の支えが期待できないケースが増えると予想されるなか、施設でも在宅でも受け入れ先がない、いわゆる介護難民が大量発生する懸念が大きい。このようにみると、施設から在宅へのシフトを実現するには、利用者の根強い施設志向を是正する視点が不可欠と言えよう。

そこで、次章では、施設志向が根強い要因を掘り下げることとする。

（注１）年間実受給者数。年度内の各サービス提供月の介護予防サービスまたは介護サービス受給者について名寄せを行ったものであり、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。
（注２）同年３月から翌年２月分。
（注３）「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」2012年３月。
（注４）具体的には、直接生活介助、間接生活介助、BPSD関連行為（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略。認知症の問題行動や周辺状態のこと）、機能訓練関連行為および医療関連行為の５分野について介護が必要な時間と、認知症加算の合計を基に決定される。
（注５）介護保険法上は「居宅サービス」と呼ばれる。もっとも、「居宅」という言葉は一般的に使われないことを鑑み、本稿では自宅ではないが特定施設に暮らす場合も含めて在宅サービスとしている。

## ３．施設志向が根強い要因

### (1) 利用者負担の格差

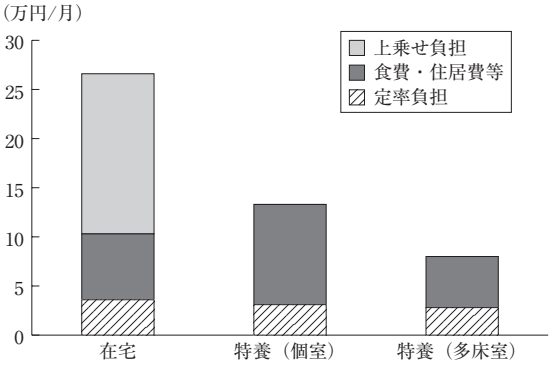
一つは、利用者負担の施設・在宅間格差である。

前述の通り、施設の利用者負担は、施設の種類や介護体制、要介護状態等により異なる。また、在宅についても、利用者の負担は受けるサービスの内容や回数によって変わってくる。そこで、生活全般にわたって全面的に介助を必要とする要介護度５の者が、施設に入所する場合と、施設と同程度のサービスを在宅で受ける場合の負担を試算してみた。試算の前提は次の通りである。

まず、施設については個室と多床室の二つのケースを求めた。食費と居住費については、国の基準負担額を支払うとし、補足給付は受けないものとする。一方、在宅については、基本的に家族による支援はないものとする。具体的には、１日２回の身体介護（うち１回は夜間）と生活介護、週２回のデイサービス、週１回の訪問看護、年６日のショートステイ等を利用すると仮定する（注６）。また、食費と居住費については、65歳以上の単身世帯の平均支出額を利用した（総務省「家計調査報告」）。

結果は図表４の通りである。施設の利用者負担が多床室で月8.0万円、個室で月13.3万円であるのに対し、在宅の場合は月26.6万円と施設の２～３倍の負担が必要になる。この主因は上乗せ負担である。すなわち、施設と同程度のサービスを在宅で受ける場合、介護にかかわる費用の総額は52.1万円と要介護５の支給限度額35.8万円を上回り、超過分の16.3万円は全額が自己負担になる。このため、保険範囲内

（図表４）在宅および施設（特養）の利用者負担
（要介護度５のケース）




（資料）日本総合研究所作成
（注）食費・居住費の利用者負担は第４段階。

の自己負担分3.6万円と上乗せ負担、食費と居住費の合計額26.6万円が必要になるわけである。

(2) 在宅サービスの需給ミスマッチ

第２は、在宅サービスの需給ミスマッチである。この要因としては、以下が挙げられる。

一つ目は、種別によって供給量が不足しているサービスの存在である。例えば、家族介護者を支援するものとして期待されているショートステイは、特養での実施が中心であるため、地域によってはベッド数自体が不足しているとの指摘がある（注７）。また、常時定期利用の予約でいっぱいになり、家族の病気など緊急時のニーズに対応できていないという問題もある。加えて、空床情報が入手しにくい、入所日数や日時の調整が難しい、医療ニーズの高い利用者の受け入れ体制が整備されていない、等も課題とされている。

もうひとつは、画一的なサービス内容である。例えば、日中要介護者を預かるデイサービスでは、事業者によって預かりの時間帯は異なるものの、９時間未満が基本である。このため、夜間や休日の利用等、利用者のニーズにあったサービスが提供されていないとの指摘がある。

加えて、ケアマネジメントの問題が挙げられる。一般に、要介護者がどのサービスをどれだけ受けるかは、要介護者の個別事情や地域特性等を総合的に踏まえたうえで、ケアマネージャーが決定する。しかし、一人当たり担当件数が多い、ケアマネージャーの研修体制が質量ともに不十分である等、適切なケアマネジメントが難しい状況にある（注８）。

さらに、そもそも在宅利用者の支給限度額が適切かという点についても再検討が必要である。重度者でも支給限度額の５～６割しか利用されていない背景には、利用回数を増やすと支給限度額を上回る結果、利用を恣意的に抑制せざるを得ない事情がある。例えば、デイサービスの場合、その利用は基本的に曜日単位で決められている。このため、週２日までは支給限度内で利用できるが、週３日にすると限度を超えてしまう場合、利用者は週２日の通所で対応せざるを得ない。

（注６）その他、週２回の訪問入浴介護、週１回の訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、等。
（注７）全国平均では14%の空床が生じているものの、東京都や鹿児島県等、利用率が100%を超えている都道府県もある。
（注８）特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会［2010］。

## ４．介護保険先進国ドイツの事情

前章では、利用者の根強い施設志向の背景には施設の利用者負担の割安感や、在宅サービスの使い勝手の悪さがあることを指摘した。では、わが国が介護保険制度を構築するに際してお手本としたドイツの事情はどうか。

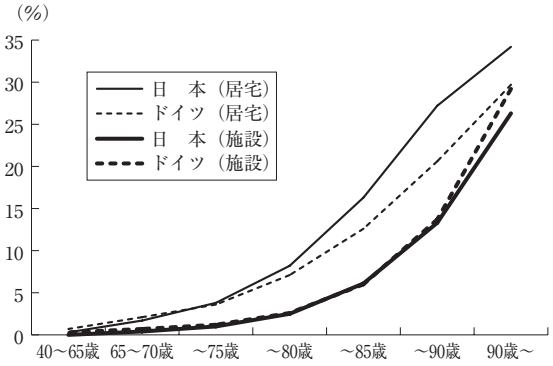
本章ではドイツの介護保険制度の特徴をわが国との比較を通して整理する。

(1) 厳しい要介護認定基準

第１は、要介護認定基準の厳しさである。ドイツの要介護認定は基本的に３段階であり、最も軽度な要介護Ⅰの場合、必要な介護時間は１日最低90分、うち基礎介護（具体的には、身体の手入れ、栄養摂取および移動）45分以上である。これは、わが国の要介護３に相当する。このため、生活介護のみを必要とする者や、介護予防の段階にある者は給付の対象外となる。

図表５は年齢階級別にみた介護サービス利用者の割合をわが国とドイツで比較したものである。これをみると、施設サービスの利用率は日独で大きな違いはないが、在宅ではドイツがわが国を下回っており、ドイツの受給要件の厳しさを看取できる（注９）。

（図表５）年齢階級別介護サービス利用率の日独比較（含む予防サービス）



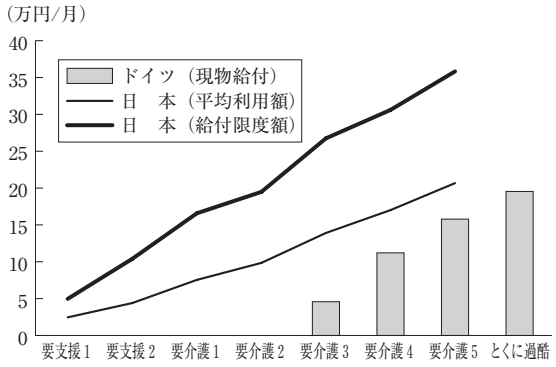

（資料）厚生労働省、BMG等より日本総合研究所作成
（注１）介護サービス利用率は、人口に占める介護サービス受給者の比率。
（注２）ドイツの分母は公的医療保険加入者（介護保険加入者のほぼ100%をカバー）。

(2) 低い給付水準

第２は、給付水準の低さである。ドイツでは、わが国の在宅サービス利用時と同様に、要介護度に応じて利用限度額が設定されている。この限度額は在宅と施設で異なっており、在宅は月450～1,550ユーロ（ただし、要介護度Ⅲのうち極めて多くの介護が必要な特別のケースは月1,918ユーロ）、施設は月1,023ユーロ～1,550ユーロ（ただし、最も過酷なケースは月1,918ユーロ）である。利用額がこの範囲内であれば自己負担はないが、上回る場合は超過部分全額が自己負担となる。

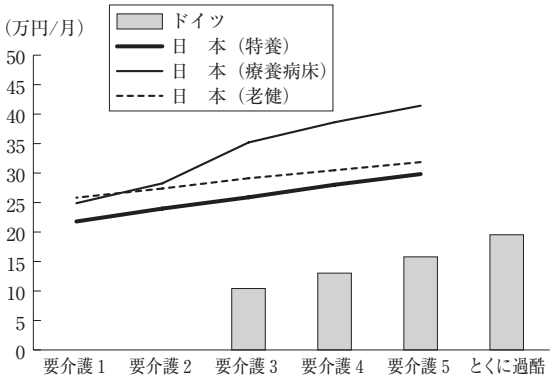
図表６と図表７は、利用限度額を在宅と施設に分けて日独で比較したものである（ただし、わが国の

（図表６）在宅給付水準の日独比較




（資料）池田［2009］をもとに日本総合研究所作成
（注１）日本は2010年４月の金額。
（注２）ドイツは2012年１月～８月の平均値（１ユーロ＝101.87円で換算）。
（注３）日独の要介護度の判定基準は異なることに留意（必要介護時間等をもとに調整）。

（図表７）施設給付水準の日独比較




（資料）池田［2009］をもとに日本総合研究所作成
（注１）日本は2010年４月の金額。
（注２）ドイツは2012年１月～８月の平均値（１ユーロ＝101.87円で換算）。
（注３）日独の要介護度の判定基準は異なることに留意（必要介護時間等をもとに調整）。

施設の利用限度額は平均利用額を用いている。これは、利用限度額が施設の介護体制や利用者の状態等によって異なるためである)。便宜上、必要な介護量を基準にドイツの要介護度をわが国に合わせており、ドイツの要介護Ⅰ～Ⅲをわが国の３～５としている。円換算に用いた為替レートは１ユーロ101.87円（2012年１～８月の平均値）である。

これによると、まず在宅では、ドイツの利用限度額はわが国の半分にとどまっており、わが国で実際に支払われている平均利用額とほぼ同じ水準である。一方、施設では、ドイツの限度額はわが国の平均利用額の半分のレベルである。

ちなみに、ドイツの介護サービスの価格はわが国のような公定価格ではなく、保険者と事業者の直接交渉により決定される。しかし、だからといって低価格で供給されているわけではない。例えば、施設の入所費用は食費、居住費を併せて30万～40万円である。保険から支給される限度額はその半分にも満たないため、入所者は約20万円程度を負担する必要がある。年金や個人資産で支払うことができない場合は、社会扶助でカバーされることになる。

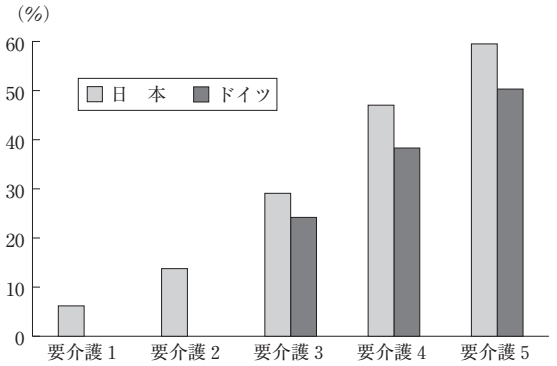
(3) 厳しい施設入所基準と公平な利用者負担

第３は、施設入所の厳しさと利用者負担の公平さである。

まず、施設入所の状況についてみる。図表８は利用者に占める施設入所者のシェアを要介護度別に日独で比較したものである。わが国では介護保険制度創設前からの入所者がいることもあり、要介護度１や２の軽度者も入所している。これに対して、ドイツでは、そもそも重度者に給付対象を限定しているため、わが国の要介護度３以上に相当する者のみが入所している。加えて、施設に入所する者の割合も、ドイツの方がわが国に比べて小さい。

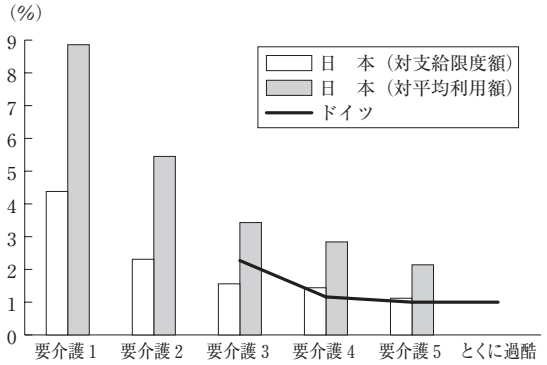
次に、利用者の負担が施設と在宅でどの程度異なるかについてみたものが図表９である。ここでは、施設に対する在宅の給付水準を要介護度別に日独で示している。棒グラフがわが国であり、支給限度額を分子にしたものと、実際の平均利用額を分子にしたものの２本ある。これによると、わが国では要介

（図表８）利用者に占める施設受給者のシェアの日独比較




（資料）日本総合研究所作成
（注１）要介護度別利用者数に占める施設サービス受給者のシェア。
（注２）日本、ドイツとも2008年12月。

（図表９）給付水準（利用額）の居宅・施設間格差の日独比較




（資料）日本総合研究所作成
（注１）居宅利用者の支給限度額（平均利用額）に対する施設入所者の平均利用額の割合。
（注２）日本は2010年、ドイツは2012年。
（注３）日本は特養のケース。

護度が軽いほど格差が大きく、最重度の要介護度５の場合でも平均利用額の２倍の給付を施設利用者が受給している。一方、ドイツでは、最も軽度な要介護Ⅰ（図中では要介護度３）でも２倍の格差にとどまっており、重度者については施設・在宅間の格差はみられない。

(4) 現金給付

さらに、ドイツでは「介護手当」と称する現金給付も行われている。給付対象は在宅サービス利用者のみであり、現物給付の場合の半分程度（要介護度により月235～700ユーロ）の現金を現物の代わりに受け取ることができる。

ちなみに、現物と現金を組み合わせた組み合わせ給付も可能である。この場合、例えば現物給付を利用限度額の25%、現金給付を同75%受けると言った具合になる。

以上、ドイツ介護保険制度の特徴を整理してきた。ドイツでもわが国と同様に、利用者や家族の施設志向は強い模様である。しかし、重度でないと入所できないうえ、入所する場合には家族の負担は減るものの、代わりに高額のコストを負担する必要が生じる。さらに、現金給付を認めることで、家族の介護への積極的な参加が促進されている。このようにみると、ドイツでは施設から在宅へのシフトを促す仕組みが制度としてビルトインされているといえよう。

（注９）ドイツで受給要件が厳しく、また後述の通り給付水準が低いのは、わが国の介護保険制度が必要なサービスすべてを保障する「完全保険（Vollversicherung）」であるのに対し、独では部分的に保障する「部分保険（Teilversicherung）」であることによる。社会法典第11編第４条第２項では、「介護保険の給付は、在宅介護の場合には家族等による介護を補完し、入所介護の場合には介護のために必要な費用負担を軽減する」と規定されている（松本［2008］）。

## ５．利用者負担の施設・在宅間格差是正による財政効果

３．では、利用者の根強い施設志向の背景には負担の施設・在宅間格差があることを指摘した。そこで本章では、利用者負担の格差が是正された場合の経済効果を推計する。

(1) 前提と推計の基本的考え方

まず、推計の前提は二つである。

第１に、施設サービスの自己負担を現行の１割から２割に引き上げる。これにより施設と在宅間の利用者負担の格差を是正する。

第２に、低所得者に対する補足給付を廃止する。補足給付は食費や居住費にかかる、いわゆるホテルコストの負担軽減が目的であり、所得段階によって３段階の軽減がなされているが、要介護状態になるリスクを保障するという介護保険制度の本来の趣旨には沿わない。生活扶助として生活保護制度でカバーされるべきである。

次に、推計の基本的な考え方は以下の通りである。

まず、施設利用の自己負担が増え、かつホテルコストが満額徴収されることにより、負担増を嫌う利用者は自ら在宅サービスを選択するようになる。施設の利用者数がどの程度減少するかは施設サービス

需要の価格弾力性に依存する。価格弾力性の推計についてはいくつかの先行研究があり、例えば、吉野［2007］は厚生労働省「介護給付費実態調査」等のデータを使って軽度者、重度者の別に施設需要の価格弾力性を推計している。これによると、軽度者は▲0.299、重度者は▲0.014であり、重度者の場合は健康状態や在宅環境等の問題により自己負担が増えても在宅に戻れないケースが多い事情をうかがうことができる。本稿では吉野［2007］の推計値を用いることにする。

次に、利用者数の減少と給付率の引き下げにより、施設給付費が減少する。この減少分を利用者負担の格差是正による財政効果とみなす。なお、ここでは補足給付の廃止によって浮く給付費の減少分は考慮しない。これは、その分は全額が生活保護制度に転嫁されるためであり、本来ならば生活保護制度に財源移譲されるべきと考えたためである。

(2) 推計プロセス

推計プロセスは、以下の２段階で構成する（作業はすべて要介護度別、施設種類別に行う）。

まず、年齢階級別にみた施設入所者数の割合（対人口比）が今後も変わらないとの前提のもと、将来の施設入所者数を推計する。これを軽度と重度に分け、各々に自己負担の増加率と価格弾力性を乗じて、施設から在宅にシフトする人数を算出する。ここで、自己負担にはホテルコストも含まれるため、所得段階によって自己負担の増加率は異なることになる。そこで、入所者の所得分布が現在と変わらないとの仮定を置き、各段階別に自己負担の増加率を求めている。

次に、施設の利用者数の減少と給付率の引き下げによる給付費の減少額を求める。前者については、在宅シフト数に一人当たり平均給付費（2007年度価格）を乗じて計算する。後者については、施設サービス費用の推計値（入所者数×一人当たり平均給付費）の１割相当分とする。

(3) 推計結果

推計結果は図表10の通りである。

まず、施設の利用者数は2015年度で17.8千人、2030年度で27.6千人減少する。これは、介護３施設の入所者総数の1.5%に相当する。

次に、施設給付費は2015年度で約5,500億円、2030年度で約10,700億円減少する。介護給付費全体に対する割合は8%程度にとどまるが、仮にこれを在宅利用者の支給限度額の引き上げに回せば、一人当たり平均で15%程度の引き上げが可能になる。さらに、支給額の引き上げを要介護３以上の重度者に限定する場合には、25～29%と３割近い引き上げが可能になる。図表４で示した通り、要介護５の在宅利用者が施設入所の場合と同程度の介護サービスを利用する時

（図表10）推計結果

| | 2010年度 | 2015年度 | 2020年度 | 2025年度 | 2030年度 |
|---|---|---|---|---|---|
| 在宅シフト者数（千人） | 14.4 | 17.8 | 21.4 | 24.6 | 27.6 |
| 給付抑制額（億円） | 5,453 | 6,792 | 8,197 | 9,511 | 10,705 |
| 対給付費総額（%）<br>（うち在宅計、%）<br><うち重度在宅計、%> | 7.8<br>（14.6）<br><25.9> | 7.9<br>（15.0）<br><26.5> | 8.1<br>（15.5）<br><27.3> | 8.2<br>（16.0）<br><28.0> | 8.3<br>（16.4）<br><28.6> |

（資料）日本総合研究所作成
（注１）給付抑制額は2007年度価格。
（注２）対給付費総額には、要支援者に対する給付費は含まれない。
（注３）重度は要介護度３以上。

の上乗せ負担は約16万円である。仮に支給限度額が約10万円（現在の支給限度額35.8万円× 3 割）増えるとすると、上乗せ部分を全額カバーできないとしても、経済的な負担の大幅な軽減が実現されることになる。

## ６．おわりに

本稿では、在宅介護の充実を進めると同時に介護産業が経済成長に寄与するようになるためには、利用者の根強い施設志向の要因である施設・在宅間の利用者負担の格差を是正し、浮いた給付費を在宅市場の活性化に投入すべきとの問題意識から、負担の格差が是正された場合の経済効果や、わが国の介護保険制度のお手本となったドイツの特徴を考察してきた。以上を踏まえ、介護保険制度の持続可能性の回復、さらには経済牽引役としての介護産業の在り方を整理すると、以下の通りである。

第１は、施設利用者の自己負担の２割への引き上げである（注10）。施設利用者は月10万円程度で24時間体制の介護サービスを受けているのに対して、在宅利用者はサービスの使い勝手の悪さ等により満足なサービスを受けることができないでいる。加えて、施設並みのサービスを受けようとする場合には、施設利用者の２～３倍の自己負担が必要になる。家族が介護のために仕事をセーブしていることによる機会費用を考慮すると、その格差はさらに拡大する。このようにみると、現行の利用者負担は公平性の観点から問題があるといえよう。

第２は、在宅利用者の支給限度額の見直しである。具体的には、施設の自己負担引き上げによって浮いた給付費を在宅利用者、とくに重度者に重点的に配分する。重度者の保険利用枠の拡大により、これまで限度額との関係であきらめていたサービスの利用が促進されるうえ、休日・夜間のデイサービスや、幼児の代わりに要介護者を個人が一時的に預かる、いわゆる介護ママのような新たなサービスを保険対象に含めることも可能になる。さらに、通所系に比べて経営状態が厳しいといわれる訪問系サービスの報酬を引き上げる余地が生じる。これは、介護職員の給与水準の引き上げ、ひいては慢性的な人手不足といわれる介護人材の確保につながる。介護市場の成長促進が期待されるわけである。

上記二つの実現により、施設サービスの利用者は真に24時間の介護が必要な重度者に絞られる一方、在宅での生活が可能な者については自発的な形で在宅へのシフトが進むことが期待される。さらに、介護保険制度の持続可能性を高めるためには、ドイツの介護保険制度からのインプリケーションを併せて検討することが求められよう。具体的には、わが国の要介護認定基準が相対的に寛容であることを踏まえ、①要支援者への予防サービスは医療保険の枠内で行われる健康指導に統合する、②軽度の要介護者に提供される生活支援サービスは配食や清掃等、専門の外部業者へのアウトソーシングに切り替える、等が挙げられる。この他、補足給付の廃止（生活保護制度からの支給に切り替え）、現金給付の導入、等も検討課題として指摘される。

最後に、介護保険制度はすでに第３の社会保障制度として定着したといえる。これまでは、制度の普及を進める観点から、コストより必要なサービス体制の確保が優先されてきた。今後は、コストと質のバランスをどう保つかが重要な課題になるであろう。本稿の提案に対しては、介護給付費の一部を利用者、医療保険制度および生活保護制度に転嫁するものとして反論も予想される。しかし、利用者負担の

公平性を考えると施設利用者の負担は軽いといわざるを得ず、また生活支援サービスや補足給付が介護保険制度の趣旨にかなっているとは必ずしもいいがたい。加えて、医療と介護の連携の必要性が求められるなか、従来の健康指導の枠内で介護予防サービスを提供した方がむしろ合理的であるとの考え方も可能である。介護保険制度の今後の方針は社会保障制度改革国民会議で現在検討中である。同会議に対しては既成概念にとらわれることなく、総合的な観点から建設的な議論が行われることを期待したい。

（注10）この場合、経済的に２割負担に耐えられない入所者の存在が問題になるが、これについては現行の高額医療・高額介護合算制度のもとで対応されるべきである。また、入所者のなかには自宅ではなく特定施設に移る者もいるであろう。この場合、入居費用を抑えたサービス付き高齢者向け住宅の供給増が新たな課題となる。

（2013. 1. 22）

参考文献

［１］池田省三［2009］. 規制改革会議介護TF提出資料、2009年５月29日
［２］小椰治宣［2010］.「ドイツ介護改革のゆくえ」週刊社会保障、No.2573
［３］国立大学法人京都大学［2008］.「世帯構造の変化が私的介護に及ぼす影響等に関する研究報告書」
［４］田中謙一［2008］.「ドイツの2008年介護改革」週刊社会保障、No.2509－No.2514
［５］特定非営利法人東京都介護支援専門員研究協議会［2010］.「介護保険制度改正に向けた提言」
［６］内閣府国民生活局物価政策課［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―」
［７］内閣府政策統括官室［2006］「在宅介護の現状と介護保険制度の見直しに関する調査」政策効果分析レポートNo.21
［８］松本勝明［2008］.「ドイツにおける介護者の確保育成策」一橋大学経済研究所
［９］吉野功一［2007］.「高齢者医療と介護」東京大学公共政策大学院