

介護費用の適正化に向けた課題 —保険者データの分析を踏まえて—

調査部 副主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. 介護保険制度の概要と導入の背景、および問題点
 - (1) 概 要
 - (2) 導入の背景
 - (3) 新たな課題と問題点
 - (4) 小 括
3. データ分析
 - (1) モデルの定式化とデータ
 - (2) 推計結果
4. 介護費用の適正化に向けた視点
 - (1) 要介護度のバラつきの検証
 - (2) 要介護度に応じたきめ細かな政策対応
 - (3) 総量規制に代わる規制の再検討
 - (4) 生活援助の必要性の是非
5. おわりに

要 約

1. 社会保障費の抑制が重要な政策課題となるなか、医療と介護の分野ではコスト抑制に向けた様々な取り組みが展開されている。医療では、患者自己負担が段階的に引き上げられたことに加えて、2008年度からは「医療費適正化」のもとで過剰なコストの削減が進められている。ここで「適正化」とは、平均入院日数など医療費に影響を与える指標の都道府県間や保険者間の格差に着目し、医療費抑制の方向にそれらを収束させることでコスト全体の押し下げを図る手法のことである。他方、介護では、現在のところ自己負担の引き上げが主な対策であり、「適正化」への取り組みが本格化するまでには至っていない。しかし、今後は介護でも適正化に向けた取り組みが必須であり、まずはその方針や内容、手法を議論していく必要がある。

そこで、本稿は介護費用の適正化に取り組む際に必要な視点を考察する。具体的には、保険者ごとの一人当たり介護費用を決定する要因を定量的に分析し、適正化の指標として何が適切か、適正化を進めるに当たって注意すべき点は何か、についてのインプリケーションを引き出す。

2. 一人当たり介護費用の推計に使用した説明変数は、①年齢、②所得、③要介護度の他、世帯特性を表すものとして④持家、⑤同居の他、供給サイドの要因として⑥介護施設定員数と⑦病床数、の計七つである。データは保険者レベルを2005年度と2010年度の2年分についてパネル化したものである。なお、軽度・重度別にも同様の推計を行ったが、その際にはデータの制約上2010年度1年分のクロス・セクション・データを使用している。

3. 推計の結果、適正化に向けた取り組みが介護にも適用でき、保険者間の差に着目すべき指標として要介護度認定率や施設定員数、持家割合や同居割合などがあることが分かった。今後、実際に取り組みを進めていくうえで必要な視点を考察すると、以下の通りである。

第1に、要介護度の構造が保険者間で異なることの正当性や妥当性を精査する必要がある。例えば、要介護度の構造を決定する要素の一つである要介護認定率についてみると、その差が、①判定の際に生じる人為的・恣意的な要因、②地域特性や世帯特性を反映した要因、③保険者による予防への取り組みが奏功した結果、などによるものかを定量的・定性的に検証し、非効率な保険者に改善を促す一方で、効率的な保険者の取り組みを全国的に広めるなどの対策が求められる。

第2に、費用の適正化に用いる指標は、要介護の程度や地域の事情に応じて柔軟に選別する必要がある。本稿では、データの制約もあり、世帯特性を表す変数として持家と同居のみを採用したが、保険者は地域住民に関する様々なデータを保有している。こうしたデータを活用することで要介護認定や介護費用に影響を与える要因を識別することができれば、それは費用の適正化に向けた取り組みを後押しすることになる。

第3に、「総量規制」の再導入を、規制内容の見直しと併せて検討する必要がある。総量規制とは、介護施設などの定員数に上限を設ける規制である。4万～5万人に及ぶ特別養護老人ホーム待機者の存在などを背景に2012年度に廃止されたが、これを境に介護施設の定員数が増えていることを考えると、今後施設サービスの供給増を主因に介護費用が大きく上振れする懸念がある。

第4に、要介護1と2の軽度者のサービス利用の中心は生活援助であることを踏まえると、生活援

助を介護サービスに含めることの是非を再検討する必要がある。介護保険制度の本来の趣旨からすれば、生活援助は身体介護に比べて重要度や必要度、優先度ともに低いとの見方が成り立つ。厳しい財政事情や生活援助を利用できない要介護者との公平性、費用対効果など様々な観点から評価して生活援助の給付は一般的な意味で「適正」か、今一度検討することが求められる。

1. はじめに

極めて深刻な財政状況を背景に、社会保障費の抑制がこれまで以上に重要な政策課題になっている。なかでも医療と介護の分野は、今後費用の大きな増加が見込まれるうえ、将来の給付費がすでに裁定されている年金と違って費用をコントロールできる余地が残されていることから、コストの抑制に向けた様々な対策が展開されている。

医療については、介護よりも踏み込んだ抑制手法がとられている。患者自己負担が段階的に引き上げられてきたことに加えて、2008年度からは「医療費適正化」のもとで過剰なコストの削減に向けた取り組みが行われている。具体的には、医療費増の要因として病床数の多さや糖尿病など生活習慣病患者の増加が指摘されることを踏まえ、病床数については平均入院日数の都道府県格差（注1）、生活習慣病については健康診断受診率の保険者間格差に着目し、平均入院日数は最低水準、検診受診率は最高水準に収束させることを通じ、医療コスト全体の押し下げが図られている。これを政府は「適正化」と呼んでいる。さらに、今後はジェネリック使用割合やがん検診受診率などについても同様の手法が適用される見通しである。

なお、一人にかける医療費の真の「適正水準」を実際に示すことはもちろん困難である。これは、年齢や性別といった客観的な要因の他、体質や遺伝、生活習慣など、個人に特有な様々な要因が影響するためである。政府の「適正化」とは、医療費に影響を及ぼす諸指標の都道府県間や保険者間の格差に着目し、医療費抑制の方向にそれらを誘導するという便宜的な、あるいは、狭義の意味で用いられている。

他方、介護については、現在のところ利用者の自己負担引き上げによる費用の抑制が中心であり、医療で取り組まれている「適正化」対策までは至っていない。しかし、今後は経済財政諮問会議でも示されている通り、保険者である市町村による給付費適正化に向けた取り組みが始まる見通しであり（注2）、まずはその方針や内容、手法を議論していく必要がある。

そこで、本稿では、介護費用の適正化に取り組む際に必要な視点を考察する（注3）。具体的には、医療費適正化のアナロジーとして「介護費適正化」を考え、一人当たり介護費用に影響する各種要因を定量的に分析することにより、適正化の指標として何が適切か、適正化を進める際に注意すべきはどのような点か、などについてのインプリケーションを引き出す。

本稿の構成は、次の通りである。まず、第2章では、介護保険制度の概要と創設された背景、問題点を整理する。続く第3章では、保険者ごとの一人当たり介護費用の要因分析を行う。具体的には、推計モデルとデータの説明を行った後、推計結果を記述する。第4章では、前章の推計結果を踏まえたうえで、介護費用の適正化に際して必要な視点を考察する。最後に、第5章は結語である。

（注1）病床数についてはすでに都道府県医療計画のもとで量的規制が採られている。病床数や1件当たり入院医療費と平均入院日数の間には強い相関があることから、平均入院日数が適正化の指標として採用されたと考えられる。

（注2）「要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差について、高齢化の程度、介護予防活動の状況、サービスの利用動向や事業所の状況等を含めて分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行う」（「経済財政運営と改革の基本方針2015～経済再生なくして財政健全化なし～」2015年6月30日）。

（注3）医療費と介護費を同時に適正化した場合、医療でも介護でも受け入れられない医療・介護難民の発生が懸念されるとの指摘もあろう。これを回避するためには、地域間や保険者間の格差が、地理的要因や高齢化など地域や保険者の責に負えない要因によるものか、あるいはサービスの過剰利用や保険料の未納など責に負える要因によるものかを識別する必要がある。そのうえで、前者については財政調整を通じて前提条件の公平化を図る一方で、後者については地域や保険者に責任を問うことによ

り、効率化に向けた自主的な取り組みを促す必要がある。

2. 介護保険制度の概要と導入の背景、および問題点

本章では、介護保険制度の概要と導入された背景、新たな課題と問題点を整理する。

(1) 概 要

まず、保険者は市町村および東京都の23それぞれの区である。広域連合を構成する市町村もあり、保険者数は2014年2月末時点で1,579である。保険者は、被保険者の資格認定や65歳以上保険料の徴収、保険給付の審査・支払いの他、介護サービス利用希望者が介護を必要とする状態か否かを判定する要介護認定にかかわる事務を担う。一方、被保険者は40歳以上の国民で、65歳以上の第1号と40～64歳の第2号に分かれる。このうち介護サービスを受給できるのは原則第1号であるが、脳血管疾患や末期がんなど、加齢に伴う疾患により要介護状態になった第2号も受給が可能である。

なお、被保険者が介護サービスを利用するには要介護認定を受ける必要があり、身体の状態に応じて要支援1～2、要介護1～5の7段階に分類される（図表1）。段階ごとに保険給付の上限が決められており、認定者はその範囲内で自己負担を支払ってサービスを利用する（注4）。自己負担は従来一律1割であったが、2015年8月以降、一定以上所得者（注5）については2割に引き上げられている。

（図表1）要支援および要介護1～5の身体状況

要支援	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態
要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要となる状態
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態
要介護3	要介護2の状態と比較して、日常生活動作および手段的日常生活動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態
要介護4	要介護3の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態
要介護5	要介護4の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態

（資料）厚生労働省「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」

次に、介護サービスの内容をみると、自宅に住みながら利用する「居宅サービス」と、介護施設に入所して受ける「施設サービス」の大きく2種類がある。居宅サービスには、身体介護や生活援助などの訪問系、デイサービスなどの通所系、福祉用具の貸与や自宅改修、要支援者に対する予防サービスなどが含まれる。また、介護施設には、リハビリや医療サービス提供の有無などに応じて特別養護老人ホーム（特養）、老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（療養病床）の3種類があり、これらは介護保険3施設と総称される。

最後に、保険財政の仕組みをみると、支出は保険給付、すなわち要支援者や要介護者のサービス利用によって発生した介護費用から、利用者の自己負担を除いた部分である。一方、収入は支出に見合う額が公費と保険料で折半される。

一つ目の公費は、国、都道府県および市町村の負担で構成され、その割合は居宅と施設で異なる。具体的には、居宅は国25%、都道府県と市町村が各12.5%、施設は国20%、都道府県17.5%、市町村12.5%である（図表2）。なお、国負担の5%部分は、「調整交付金」として第1号被保険者の年齢構成や所得水準を勘案して各保険者に配分される。

もう一つの保険料は、頭数に応じて第1号と第2号の間で3年を一区切りとして按分される。2015～2017年度の負担率は、給付費の各々22%と28%である。

第2号の保険料は、加入する公的医療保険の保険者が代理徴収する。具体的には、介護給付費全体の28%に相当する負担額が第2号被保険者の加入者数に応じて各医療保険者に割り当てられた後、各医療保険者は40～64歳の被保険者から医療保険料に上乗せして徴収する。このため、第2号の一人当たり保険料負担は、居住する地域ではなく、加入する医療保険者によって異なる。

これに対して、第1号の保険料は加入する介護保険者が直接徴収する。第1号被保険者は加入する介護保険者の給付費の22%を負担することになるので、介護給付費、すなわち介護費用が高い地域ほど第1号被保険者の保険料も高くなる。なお、一人当たりの保険料は、給付費の22%を第1号被保険者数で除して算出される（これを「基準額」という）。但し、所得水準による軽減・加重措置があり、実際の負担は基準額の0.5～1.5倍の原則6段階に分けられる。

(2) 導入の背景

介護保険は2000年度に創設された、社会保障のなかでも比較的新しい制度である。当時、すでに高齢化に伴う年金、医療などの社会保障費の将来的な増加が大きな政策課題の一つであったにもかかわらず、同制度があえて導入された背景としては、大きく以下の3点が指摘される。

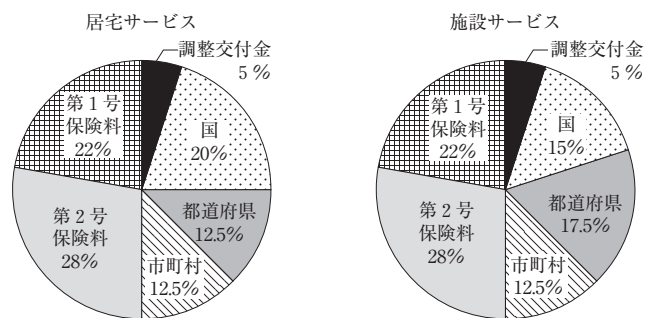
第1は、公的医療保険制度の財政危機である。

1990年代以降経済成長が鈍化するなか、医療費は従来通りのペースで増え続けていたため、医療保険財政は大幅な悪化に転じた。医療費の抑制が求められるもと、切り札として注目されたのが、治療の必要性が低いにもかかわらず長期入院する、いわゆる「社会的入院」の解消である。

社会的入院が生じる要因として、病床稼働率を維持したい病院サイドの事情もあるが、高齢や障害などにより自立困難な高齢者が安心して生活できる場所が大幅に不足しているという需要サイドの問題も指摘された。そこで、治療ではなく介護が必要な高齢者の受け皿を整備すると同時に、自活が困難な高齢者の在宅生活を支える環境を整備することにより社会的入院を解消し、ひいては医療保険財政の健全化が目指されたわけである。

第2は、措置制度の限界である。

（図表2）介護給付費の負担構造



（資料）厚生労働省ホームページより日本総合研究所作成

（注1）調整交付金は国の負担。

（注2）第1号保険料と第2号保険料の負担割合は2015～2017年度（頭数割）。

介護保険制度の導入以前、介護は高齢者福祉として措置制度のもとで実施されていた。これは、年金や医療と違い、「介護は家族の責任」という意識が根強かったためである。本来家族がすべき介護を政府が代わって行うのであるから、実施主体（市町村）によるサービス内容や提供業者の決定、所得調査の実施と負担能力に応じた利用料の徴収などは、ある意味当然だったといえよう。

もっとも、核家族化や晩婚・未婚化、生活レベルの向上など社会・経済環境が大きく変化するなか、措置制度の限界が指摘されるようになった。例えば、①市町村によるサービス内容の決定は利用者の権利を侵害することになる、②市町村や委託業者による独占的なサービス提供では質の維持・改善が期待しにくい、③中高所得者にとって利用料が過度に重い、などである。そこで、措置制度から保険制度に移すことにより、利用者の権利性、競争原理の導入を通じた質の改善、負担構造の公平化などが期待された。

第3は、労働力人口の減少である。

少子化に伴って労働力人口の減少が見込まれるなか、女性と高齢者の活用に注目が集まっている。とくに女性については、出産・子育て層が仕事の中断を余儀なくされる、いわゆる「M字カーブ」の問題が従来から指摘されていたが、これに加え、介護・看護を理由とする女性の離職・転職者が年8万～9万人（男性を合わせると8万～10万人）いたことから、「介護の社会化」を通じてこれらの離職に歯止めをかけることが目指された。

(3) 新たな課題と問題点

介護保険は、2000年度の創設から15年が経過し制度の普及・定着が進みつつあるものの、構造的に見直す必要性が高まっている。その理由は、主に以下の3点である。

第1は、コスト抑制圧力の強まりである。

介護費用は2000年度の3.6兆円から2013年度には8.9兆円に増加し、さらに2025年度には20兆円を超えると見通されている。もっとも、高齢化が今後一段と進むもとの、介護費用が2025年度には20兆円前後になることは以前から予想されていた。では、なぜここに来てコスト抑制の圧力が強まっているのだろうか。

結論を先取りすると、政府の債務残高が膨らみ続けるもとの、これまで聖域とされてきた社会保障給付費の抑制が待たなしの状況にあるためである。これまでも政府は1990年代半ば以降、医療制度や年金制度の改正を繰り返しており、介護についても制度改正の度に給付抑制に向けた対策を講じてきた。具体的には、介護施設入所者に対する居住費・食費の原則自己負担化（2005年10月）、一定以上所得者の自己負担の引き上げ（2015年8月）など利用者負担を実質的に引き上げるとともに、24時間定期巡回型サービスの導入（2012年4月）、特養入所者を要介護度3以上に限定する（2015年4月）、などを通じて相対的に高コストの施設から在宅へのシフトを進めてきた。

2020年度までに基礎的財政収支をプラスにするという政府目標のもと、今後コスト抑制に向けた取り組みの強化は必至であるが、自己負担の引き上げと施設から在宅へのシフトをはじめとする従来路線の延長のみでは効果に限界がある。このようにみると、医療において「医療費適正化」として入院日数や検診受診率の地域間・保険者間格差に着目した費用の抑制が進められているように、介護についても同

じアイデアを取り入れてコストを抑制する意義はあると思われる。

具体的には、まず、介護費用に影響を与える諸要因を洗い出し、保険者の責に問えるものか否かで峻別する。次に、責に問える要因を地域間・保険者間で比較し、格差の原因を明らかにすると同時に、コスト増に働く要因については最低レベル、コスト抑制が期待される要因については最高レベルに収束させる対策を講じることにより、コストそのものが増えにくい構造に体質改善していく。こういった取り組みが不可欠といえよう。

第2は、第1号保険料の大きな地域格差である。

介護保険の保険料は、3年ごとに改定されるルールとなっている。2015～2017年度の第1号保険料は月額平均5,514円であるが、地域別には鹿児島県三島村の2,800円から奈良県天川村の8,686円まで3倍超の開きがある。

第1号被保険者の保険料は各地域の介護給付費を反映しており、保険料の高い地域では他より大きな受益を享受していることを考えると、保険料に格差があること自体は当然といえる。しかし、保険財政が地域で完結しておらず、給付費の約半分を国と第2号被保険者といった地域と関係ない第三者に依存している現状を考慮すれば、保険料が高い、すなわち介護費用が大きい地域の保険者は、低い保険者に比べて手厚い財政支援を受けていることになり、公平性の点で問題があるといえよう。

ちなみに、受給者一人当たり介護費用（月額）を保険者別にみると、最低の9.6万円（東京都小笠原村）と最高の27.6万円（同御蔵島村）

で3倍近い開きがある。要介護程度の違いによる影響を排除するため、要介護度別の変動係数を求めると、要介護3以上の0.07～0.08に対し、要支援と要介護2以下は0.1超と、要介護度が軽いほど保険者間のバラつきが大きい（図表3）。これは、要介護度が低いほど利用に幅がある、

（図表3）保険者別一人当たり介護費用（2013年度）

（千円/月）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	変動係数
合計	158.4	12.4	96.3	275.5	0.079
要支援1	30.3	3.8	0.0	72.0	0.124
要支援2	51.1	6.5	0.0	139.9	0.128
要介護1	105.2	13.3	0.0	163.3	0.127
要介護2	143.1	15.9	0.0	232.4	0.111
要介護3	203.6	15.7	87.0	314.0	0.077
要介護4	245.5	17.3	0.0	405.8	0.071
要介護5	280.8	20.8	0.0	379.8	0.074

（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告」より日本総合研究所作成

すなわちサービスを利用しなくても生活を維持できる余地が大きいことを示唆している可能性がある。

第3は、介護保険制度の目的そのものが必ずしも達成されていないことである。

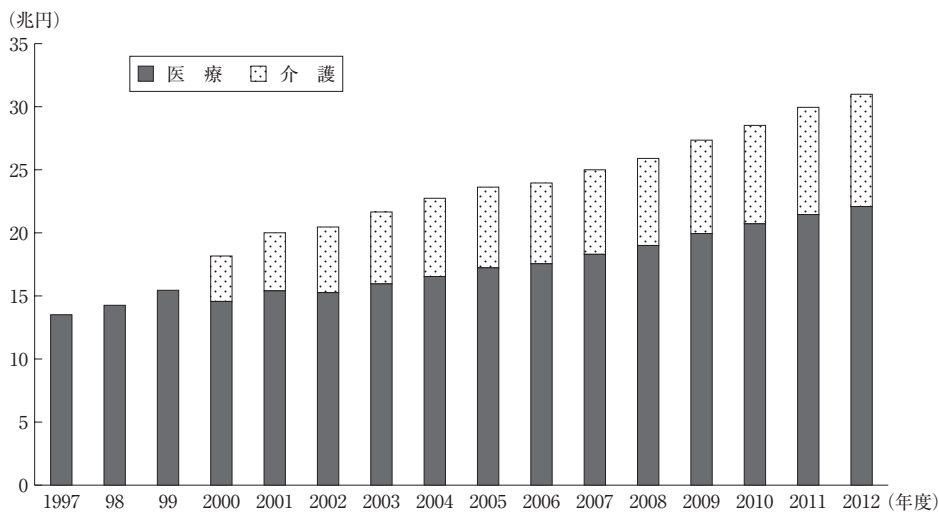
前節で述べた通り、この制度は、①医療費の抑制、②権利性の確立、③介護の社会化、を趣旨として創設された。このうち②については、介護サービスの利用が順調に増えていることから、かなりの程度実現していると評価できよう。もっとも、①と③については効果をほとんど確認することができない。

まず、医療費の抑制についてみると、厚生労働省によると、2000年度の国民医療費は、介護保険の導入がなければ前年度の30.7兆円から1.1兆円増の31.8兆円、介護保険を導入することで同1.6兆円減の29.1兆円になると見込まれていた。すなわち、2.7兆円（=1.1+1.6）の医療費抑制効果が期待されていた。ところが、実際には2000年度の国民医療費は30.1兆円と前年度比0.6兆円の減少であった。医療費抑制効果は1.7兆円（=1.1+0.6）にとどまったわけであり、社会的入院の是正・解消は想定通りには実現しなかったと判断される。

その後も、65歳以上国民医療費の推移を見ると、2002年度に患者自己負担の引き上げにより減少した以外、過去とほぼ同じトレンドで増加を続けている。さらに介護費用を加えると、65歳以上の医療・介護にかかわる費用はむしろ増えているといえよう（図表4）。

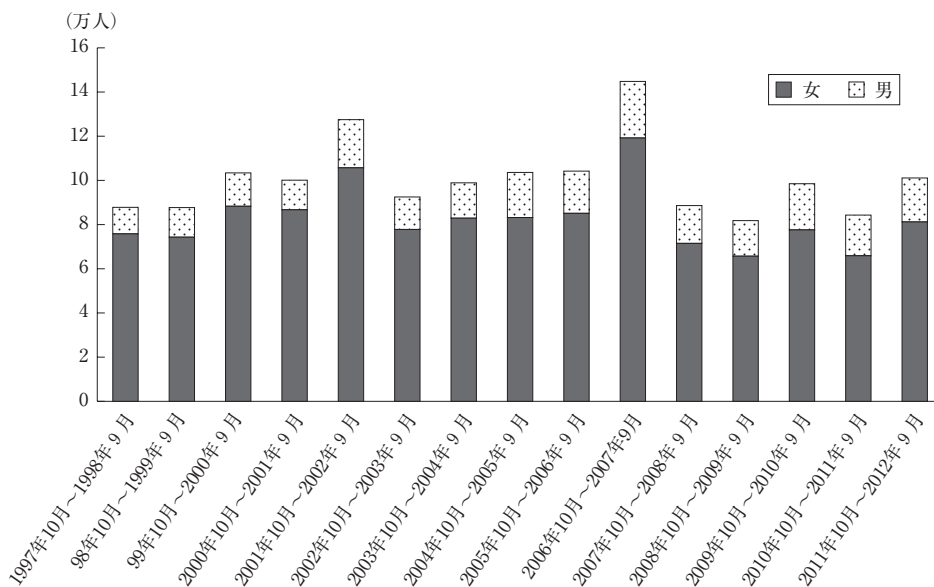
次に、介護の社会化についてみると、介護・看護を理由とした離職・転職者数は2000年度以降も引き続き8万～10万人存在している（図表5）。高齢化に伴って介護を必要とする高齢者が増えていることを考えると介護保険の効果が全くないとは判断できないものの、介護の社会化というには不十分との感否めない。

（図表4）65歳以上国民医療費と介護費用の推移



（資料）厚生労働省「国民医療費」、「介護保険事業状況報告」

（図表5）介護・看護を理由とした離職・転職者数の推移



（資料）総務省統計局「就業構造基本調査」

(4) 小 括

創設当初は供給体制の整備が最優先課題であった介護保険制度は、15年を経て、現在はコストの抑制が最重要課題の一つとなっている。政府はこれまで主に自己負担の引き上げを通じて給付費の抑制を進めてきたが、この効果が一時的かつ限定的なことは医療の経験から明らかである。

今後さらに高齢化が進むもと、介護ニーズの増大は不可避である。しかし、仮に現在の介護サービスに過剰あるいは無駄な部分がある場合、これを放置したままでは将来のコストは必要以上に膨張し、結果的に余計な負担を国民に背負わせることになる。こうした事態を回避するためにも、介護にも医療でいう「適正化」の概念を導入して不適正な部分があるか否かを検証し、ある場合にはその部分を解消することにより、コスト全体をスリム化していくという取り組みが必要となろう。

そこで、次章では介護費適正化に向けた有効な取り組み施策へのインプリケーションを得るために、介護費用に影響を与える要因を分析することにする。

(注4) 限度額を超えてサービスを利用する場合、超過分は全額自己負担になる。

(注5) 単身280万円、夫婦359万円。

3. データ分析

本章では、保険者データを用いて一人当たり介護費用の決定要因分析を行う。医療での「適正化」に則って、費用に影響を与える要因を識別すると同時に、その保険者間の格差が妥当なものか、見直しの必要性はないかを検討するためである。

(1) モデルの定式化とデータ

保険者ごとの一人当たり介護費用は、一体どのような要因で決定されるのであろうか。それを分析するためのモデルを定式化する。モデルの被説明変数は、保険者ごとの第1号被保険者の受給者一人当たり介護費用である(注6、厚生労働省「介護保険事業状況報告」)。ここで、要支援者に対する予防サービスは、介護費用全体の5.9%と規模も小さく、かつ、2015年度以降、市町村が独自基準に基づいて実施する地域支援事業に移管されていくことを考慮し、対象外とした。また、前章でみた通り、保険者間のバラつきが要介護度の程度で異なることを踏まえて、要介護1～2の軽度と要介護3～5の重度に分けた分析も行うこととした(注7)。

一方、説明変数は、需要サイドと供給サイドの双方から採用した。年齢、所得水準、家族介護の有無など需要サイドの要因のみならず、医療において病床数が医療費増を生む、いわゆる「供給者誘発需要」が介護においても存在する可能性などを考え、供給サイドの要因も加えた。

まず、需要サイドは、①年齢要因、②所得要因、③要介護度要因の他、受給世帯の特徴を表すものとして、④持家要因と⑤同居要因、の計五つとした。

①年齢要因は、第1号被保険者に占める75歳以上の割合である。年齢が高いほど介護ニーズは大きくなると考えられるため、プラスの符号が想定される。

②所得要因は、第1号保険料が所得段階別に基準額の0.5倍、0.75倍、1倍、1.25倍、1.5倍に分かれて

いることから、基準額（1倍）を負担している人数に対する各段階の負担者数の割合を採用し、0.5倍を「所得1」、0.75倍を「所得2」、1.25倍を「所得3」、1.5倍を「所得4」とした（注8）。介護サービスを利用するほど利用者の自己負担も増えることを考えると、低所得の層では介護サービスの利用が手控えられるためマイナス、経済的余裕のある高所得の層ではそうした手控えもなくプラスの符号が見込まれる。

③要介護度要因は、受給者の要介護度のバラつきであり、要介護3を基準にした各要介護度の受給者数の割合である。重度ほど給付限度額が高いことから、軽度でマイナス、重度でプラスが期待される。

④持家要因は、65歳以上がいる世帯数のうち持家に居住する世帯数の割合である。持家の方が所得や資産の面で余裕があると考えられるので、想定される符号はプラスである。

⑤同居要因は、同じく65歳以上がいる世帯数のうち夫婦のみと単独を除く世帯数の割合である。同居の場合、同居する家族のサポートが期待できるので、プラスの符号が見込まれる。なお、データ・ソースは、①～③が厚生労働省「介護保険事業状況報告」、④と⑤は総務省統計局「国勢調査」である。

次に、供給サイドの要因としては、二つの誘発需要を考える。一つは、介護サービス供給者が介護需要を生むタイプであり、説明変数は⑥施設定員数（第1号被保険者当たり）である。具体的には、介護保険3施設、すなわち特養と老健の定員数、および、療養病床数の合計である（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）。誘発需要が生じていれば符号はプラスになる。なお、施設定員数には後述の通り総数に一定の規制（「総量規制」）がかけられていたが、2012年度に廃止されている。

もう一つは、医療機関が社会的入院という形で介護需要を誘発するタイプであり、説明変数は⑦病床数（第1号被保険者当たり）である。具体的には、病院と診療所の病床数の合計とする（厚生労働省「医療施設調査」）。入院と介護サービスの間に代替的な関係が成立している、すなわち社会的入院が施設入所や居宅サービスの利用で解消可能な場合には、マイナスの符号が想定される。一方、医療機関が介護サービスの有無とは関係なく新規に介護需要を掘り起こしている場合にはプラスの符号が期待される。

（図表6）基本統計量

	観察値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
一人当たり介護費用	(千円)	3148	182.77	62.23	77.27	3539.56
うち軽度(要介護1～2)	(千円)	1574	123.17	52.72	57.82	2149.27
うち重度(要介護3～5)	(千円)	1574	237.95	119.32	169.58	4929.85
75歳以上割合	(分率)	3148	0.50795	0.06830	0.29449	0.74537
持家	(分率)	3148	0.89856	0.08053	0.42132	1.42707
同居	(分率)	3148	0.52524	0.12884	0.05882	0.86916
要介護度1(対要介護3)	(倍)	3148	1.91258	0.84350	0	10
同 2	(倍)	3148	1.20681	0.29902	0	7
同 4	(倍)	3148	0.98346	0.26890	0	6
同 5	(倍)	3148	0.92189	0.33585	0	9
所得1(注1)	(倍)	3148	0.35575	0.46533	0	7.64706
同 2	(倍)	3148	0.76767	0.64884	0.08654	8.52174
同 3	(倍)	3148	0.49127	0.26251	0	2.5
同 4	(倍)	3148	0.31735	0.27454	0.03420	3.09434
施設定員数(第1号被保険者当たり)	(人)	3148	0.03444	0.23629	0.00000	0.34590
病床数(同上)	(床)	3148	0.05092	0.04678	0	0.74552

(資料) 日本総合研究所作成

(注1) 所得1～4は、保険料レベルが基準額の各々0.5倍、0.75倍、1.25倍、1.5倍の被保険者数の基準額負担者に対する割合。

(注2) 軽度・重度別の一人当たり介護費用は2010年度のみ。

なお、本来であれば居宅サービスについても事業所数などを説明変数に加えるべきであるが、保険者別の事業所数に関するデータが入手できなかったため（注9）、本稿では説明変数から外すことにした。

データは2005年度と2010年度の2年分の保険者データをパネル化したものである（注10）。市町村合併や広域連合の再編を考慮して両年度のデータが連続するようにしたが、一部の保険者については限界があったため、これらについては特別な取り扱いを講じている（注11）。各変数の基本統計量は（図表6）の通りである。なお、推計に際して、一人当たり介護費用、施設定員数および病床数については自然対数値を採用した。

(2) 推計結果

A. 推計結果・総計

軽度と重度を合わせた一人当たり介護費用の推計結果は（図表7）の通りである（注12）。

まず、需要サイドでは、③要介護度要因はすべて有意である。要介護度要因は、軽度でマイナス、重度でプラスと、符号条件を満たしているうえ、係数の絶対値も要介護3から離れるほど大きく、想定通りの結果といえる。

②所得要因は、基準額の1.25倍を負担する所得3のみが符号マイナスで有意である。所得が少し高い層のみ、被保険者数が増えるほど介護費用が減る。その外の所得層は、介護費用が減るとも増えるとも言えない（有意でない）。

この解釈については、有意性が確認されなかった所得層から考えることにする。まず、保険料軽減の対象である低所得者については、自己負担が一定額を超えた場合に超過分が返還される「高額介護サービス費」の存在を考えると理解が可能になる（図表8）。すなわち、仮に支給限度額いっぱいまで介護サービスを利用したとしても、所得1と所得2の負担は要介護度に関係なく月15,000円で済む。このため、これらの層では予算制約とは関係なくサービスが利用されている可能性がある。

一方、最も高所得の所得4で有意性が確認されなかったのは、全額自費で支払う場合に比べて自己負担が1割で済むからといって、サービスが必要以上に利用されないことを示唆しているといえよう。

最後に、所得3で有意にマイナスなのは、限界的な意味で介護保険に係る経済負担が大きいことが理由の一つとして考えられる。この層は、介護サービスを追加的に増やすと、それがより懐に響きやすい層であると推測される。介護サービスを支給限度額まで利用した場合の自己負担と保険料負担の合計額を見ると、所得1と所得2、所得3と所得4の差は1,250円であるのに対し、所得2と所得3の差は、基準額の層が間にあることもあり、4,200～23,600円と格段に大きくなっている。所得3は納税が免除さ

（図表7）推計結果—総計—

	推計値	t 値	p 値
75歳以上割合	0.1694900	0.19	0.846
持家	▲0.1863480	▲21.00	0.833
同居	0.0678052	0.62	0.533
要介護度 1	▲0.0535519	▲14.42	0.000
要介護度 2	▲0.0374774	▲4.19	0.000
要介護度 4	0.0415655	3.98	0.000
要介護度 5	0.0764026	8.02	0.000
所得 1	▲0.0054646	▲0.42	0.676
所得 2	0.0143240	1.43	0.152
所得 3	▲0.0323145	▲2.80	0.005
所得 4	▲0.0138609	▲1.49	0.136
施設定員数	0.0270392	3.59	0.000
病床数	▲0.0062713	▲0.80	0.422
定数項	5.2949740	47.15	0.000
Number of obs	2721		
sigma_u	0.07371277		
sigma_e	0.05511562		
rho	0.64140916		
R-sq: within	0.2510		
: between	0.0955		
: overall	0.1283		
F 値	2.80 (Prob>F = 0.0000)		

（資料）日本総合研究所作成

(図表 8) 要介護度別にみた介護保険料と自己負担の合計額

(円/月)

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
合 計	所得 1	17,500				
	所得 2	18,750				
	<基準額>	21,692	24,616	31,931	35,806	41,065
	所得 3	22,942	25,866	33,181	37,056	42,315
	所得 4	24,192	27,116	34,431	38,306	43,565
自己負担	所得 1	15,000				
	所得 2	15,000				
	<基準額>	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
	所得 3	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
	所得 4	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
保 険 料	所得 1	2,500				
	所得 2	3,750				
	<基準額>	5,000				
	所得 3	6,250				
	所得 4	7,500				

(資料) 日本総合研究所作成

(注 1) 支給上限は2014年 4 月以降の額 (消費増税による改定後)。

(注 2) 介護保険料の基準額は月 5 千円と想定。

(注 3) 基準額と所得 4、5 の自己負担の上限は月37,200円 (個人、世帯とも)。

れる所得 1、2 と違って課税対象であることを考えると、所得面での余裕に比べて介護保険にかかわる経済的な負担が相対的に大きいのかかもしれない。

①年齢、④持家、⑤同居の各要因は有意でない。①年齢については、その影響が要介護度要因に吸収されている可能性がある。

一方、供給サイドでは、⑥施設定員数が有意にプラスである。少なくとも施設サービスについては誘発需要効果が確認されたといえよう (ちなみに、居宅サービス事業者を説明変数に含めた先行研究では、居宅についても誘発需要の存在が報告されている。田近・油井 [2004]、山内 [2004]、湯田 [2006])。また、⑦病床数については有意性を確認できなかった。これは入院と介護サービスの間には何の関係もないことを意味しており、介護保険が社会的入院解消の切り札としては不十分だったことを示しているといえよう。

B. 推計結果・軽度

次に、要介護 1～2 (軽度) と 3～5 (重度) に分けて推計した。説明変数は軽度と重度に分けないケースと同じであるが、2005年度の要介護度別施設入所者数が入手できなかったため、2010年度のクロス・セクション・データで推計を行った。

重度と軽度を合わせた一人当たり介護費用の推計結果と異なる点を中心にみると、要介護 1～2 の軽度について、まず、②所得要因は、基準額の 1.25 倍の保険料を負担する所得 3 のみがプラスに有意である (図表 9)。これは、自己負担と保険

(図表 9) 推計結果—軽度—

	推計値	t 値	p 値
75歳以上割合	0.0487409	▲0.79	0.430
持 家	0.0988700	2.07	0.039
同 居	▲0.0241777	▲0.56	0.577
要介護度 1	0.0455953	5.65	0.000
要介護度 2	▲0.0487357	▲3.59	0.000
要介護度 4	0.0170260	1.05	0.294
要介護度 5	▲0.0376713	▲2.95	0.003
所得 1	0.0064616	0.64	0.525
所得 2	▲0.0281047	▲1.34	0.179
所得 3	0.0487806	3.23	0.001
所得 4	0.0028045	0.29	0.768
施設定員数	0.0232793	3.83	0.000
病床数	0.0036943	1.20	0.232
定数項	4.8360110	81.31	0.000
Number of obs	1341		
Adj R-sq	0.0489		
Root MSE	0.09577		

(資料) 日本総合研究所作成

料を合わせた負担の所得2と3の間の開きが軽度では小さい（図表8）ことを反映していると考えられる。

次に、③要介護度要因は、要介護1でプラス、2と5でマイナスに有意である。要介護5については、最重度の要介護者に予算が優先的に配分されていると考えることができる。また、要介護1については、主な利用が生活援助であることを踏まえると（図表10）、要介護認定が相場よりかなり低い負担で家事サービスを利用できるチャンスと受け取られている可能性がある。すなわち、要介護1の認定が、生活援助に対する新規需要を掘り

起こしている面は否定できない。要介護2については、要介護1と同様に主な利用は生活援助であり、身体介護の利用は要介護1とほぼ同じ水準にとどまっていることを考えると、要介護1から2に悪化したからといって身体介護に対するニーズはさほど強まらないとみることができる。

④持家要因は、5%水準でプラスに有意である。貸家と違って家賃負担がないので、その分を介護サービスに回す金銭的余裕があることを示している可能性がある。あるいは、軽度者は基本的に居宅サービスを主に利用していることを考えると、訪問介護の受け入れや住宅の補修など、持家の方が環境的にサービスを利用しやすいことを示唆しているのかもしれない。

C. 推計結果・重度

一方、要介護3以上の重度についてみると、以下の通りである（図表11）。

まず、②所得要因は、基準額の0.75倍の所得2で、5%水準であるものの有意にプラスである。軽度を合わせたパネル分析ではマイナスだったことを考えると、2005年度と2010年度の間に、この所得層にとって行動変容を促すような制度の見直しや環境の変化があったとも考えられよう。

③要介護度要因は、軽度と同様に要介護1と5でプラス、2でマイナスに有意であることに加えて、要介護4でもマイナスに有意である。要介護4と5では利用するサービス内容がほぼ同じことを考えると、要介護5にサービス供給が優先されている可能性がある。

⑤同居要因は有意にマイナスである。これは、夫婦のみや単独の高齢者世帯では、家族のサポートが

（図表10）居宅介護サービスの利用状況（2012年度）

（回）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
身体介護のみ					
20分未満	0.02	0.05	0.18	0.34	0.49
20～30分未満	0.52	1.05	2.86	5.67	9.04
30～1時間未満	0.38	0.53	0.71	1.14	2.58
1時間以上	0.07	0.11	0.12	0.16	0.50
身体介護+生活援助					
20～45分未満	0.46	0.64	1.07	1.43	1.78
45～70分未満	0.34	0.49	0.59	0.64	0.70
70分以上	0.12	0.18	0.20	0.19	0.20
生活援助のみ					
20～45分未満	0.48	0.52	0.45	0.27	0.12
45分以上	1.81	1.79	1.38	0.79	0.35

（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査」より日本総合研究所作成
（注）居宅サービス利用者の平均利用回数。

（図表11）推計結果—重度—

	推計値	t 値	p 値
75歳以上割合	▲0.0135124	▲0.38	0.702
持家	0.0013605	0.05	0.960
同居	▲0.1126046	▲4.54	0.000
要介護度1	0.0288321	6.25	0.000
要介護度2	▲0.0394974	▲5.09	0.000
要介護度4	▲0.0043420	2.96	0.003
要介護度5	0.0216291	2.96	0.003
所得1	▲0.0105524	▲1.82	0.069
所得2	0.0245625	2.06	0.040
所得3	0.0038177	0.44	0.659
所得4	▲0.0077673	▲1.43	0.153
施設定員数	0.0292630	8.41	0.000
病床数	0.0052033	2.95	0.003
定数項	5.6324870	165.57	0.000
Number of obs		1341	
Adj R-sq		0.1973	
Root MSE		0.05478	

（資料）日本総合研究所作成

期待できないため、重度の要介護状態になった場合に在宅での生活を維持することが困難なことを示唆しているといえよう。

最後に、⑦病床数が⑥施設定員数とともにプラスで有意である。これは、重度者にとって社会的入院と介護サービスが代替的な関係ではないことを示唆する。重度者の受け皿不足を背景に、医療機関と介護施設の双方が誘発需要を喚起している結果、社会的入院の解消が進むどころか新たな社会的入院を生んでいる可能性を示している。

(注6) 第2号被保険者の受給は、加齢に伴う疾患により要介護状態になった場合に限定されており、第1号被保険者とは事情が異なると考えられる。そのため、本稿では対象を第1号被保険者に限定している。

(注7) 後述の通り、分析の対象は2005年度と2010年度の2年である。もっとも、2005年度の要介護度別施設入所者のデータは入手不可だったため、軽度・重度別の推計は対象を2010年度に限定している。

(注8) 2005年度の所得段階は五つで、このうち基準額の負担は第3段階である。その後、2006年度に所得段階が六つに細分化され、2010年度は第4段階が基準額を負担している。

(注9) 2012年9月以前は、居宅サービスの介護事業者の情報は福祉医療機構によって保険者ごとに公開されていたが、「独立行政法人の事務・事業の見直しの基本方針」を機に廃止された。

(注10) 2000年度は制度創設初年ということもあり、分析対象から外した。

(注11) 具体的には、以下の五つである。

- 1) 山梨県上九一色村…2006年3月に分割され、二つの別の保険者に編入された。このため、2005年度のデータから排除した。
- 2) 福岡県介護保険広域連合…2005年度に同広域連合に所属した二丈町と志摩町は前原市とともに糸島市に(2010年1月)、山田市、稲築町、碓井町および嘉穂町は嘉麻市に(2006年3月)、瀬高町、高田町および山川町はみやま市に(2007年1月)、各々再編された(前川市は2005年度は個別の保険者)。その後、これら3市は広域連合から独立し、2010年度では各々個別の保険者となっている。2005年度時点の二丈町などの保険者データは入手できないので、2010年度についてもこれらの市町村を広域連合に含めることにした。
- 3) 長崎県の西彼杵広域連合…2007年に解散し、西海市、長与市および時津市は独立、琴海市は長崎市に編入された。そこで、2005年度は長崎市と西彼杵広域連合を合計、2010年度は西海市、長与市および時津市と長崎市を合計することで、連続性を確保した。
- 4) 福島県の6市町村(広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町および新地町)で2010年度のデータに欠損値があった。このため、パネル・データから排除した。
- 5) 東京都の青ヶ島は2010年度の要介護度3の受給者がゼロであった。要介護度要因の変数を作れなかったため、分析から排除した。

(注12) 一般に、パネル・データの分析には、プーリング法、変量効果、固定効果の3種類がある。プーリング法と固定効果でF検定、変量効果と固定効果でハウスマン検定を行った結果、いずれも1%未満の有意水準で固定効果が支持された。このため、本稿では固定効果で推計を行った。

4. 介護費用の適正化に向けた視点

前章の分析を踏まえると、医療費適正化のアイデアや手法が介護についても適用可能であるといえよう。その際、医療における平均入院日数、検診受診率のような指標に相当するのは、要介護度認定率や施設定員数、持家割合や同居割合などである。

そこで今後、介護費用の適正化を進めていくに当たって、介護保険の特徴、とりわけ要介護認定など医療と異なる点も踏まえたうえで、ここでの分析の含意を記せば、以下の4点となる。

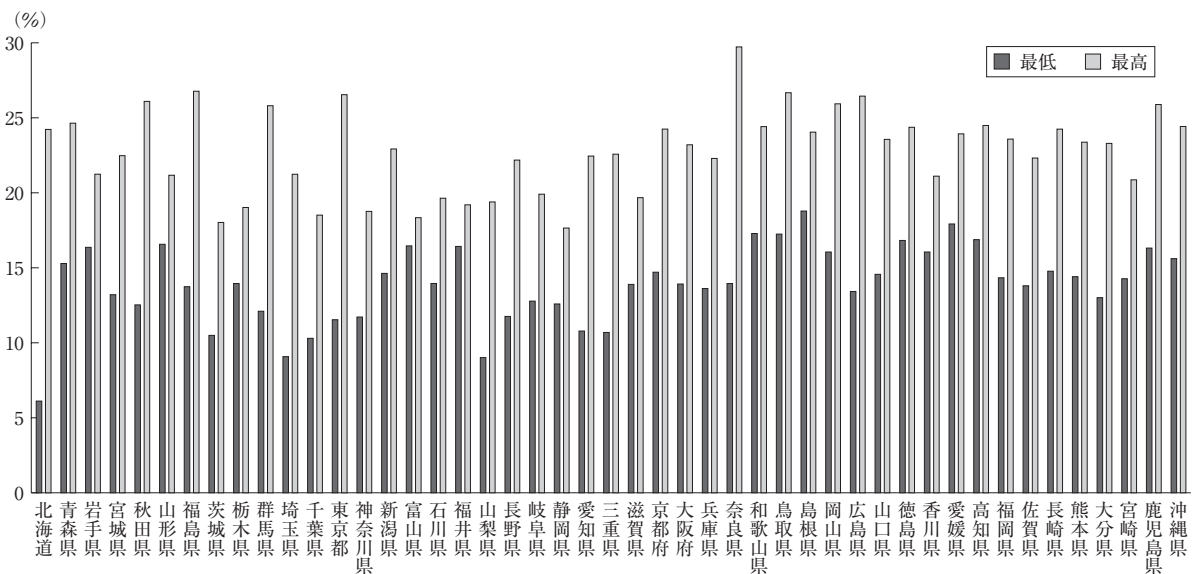
(1) 要介護度のバラツキの検証

第1に、保険者ごとの要介護度の分布が一人当たり介護費用の格差に大きく関係していることを考えると、要介護度の構造が保険者間で異なることの正当性や妥当性を精査する必要がある。

一人当たり介護費用は、①第1号被保険者の何%が要支援・要介護と認定されるかという要介護認定率、②認定者のうち何%が実際にサービスを利用するかという利用率、③給付限度額の何%が利用者によって消費されるかという給付消費率、の三つの要素に分解される。そこで、要介護認定率を例に、バラつきの検証、さらに適正化に向けた取り組みを具体的に考察すると、次の通りである。

まずはデータの確認である。要介護認定率は都道府県別でも、最低の埼玉県13.9%と最高の長崎県22.2%で1.6倍の開きがある（2013年度）。保険者別では、最低の北海道音威子府村6.1%と最高の奈良県十津川村29.7%と4倍超の差がある（同）。同一都道府県内においても、富山県では1.1倍の格差にとどまる一方、北海道では4倍の開きがある（同、図表12）。

（図表12）要介護認定率の保険者間格差（2013年度）



（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告」より日本総合研究所作成

次に、こうした数値から垣間見える要介護認定率のバラつきの検証である。要介護認定は、全国一律の基準に基づいて保険者である市町村が実施する。具体的には、コンピューターによる1次判定と、介護認定審査会（保健医療福祉の学識経験者で構成）による2次判定の2段階で行われる。建前上は自治体の裁量は働かないことになっている。

もっとも、実際には、人為的・恣意的な要因により認定率に差が生じているとの指摘がある。これは、コンピューター判定といえども、それは調査員によって記入された訪問調査に基づいて行われるためである。また、各市町村の財政制約が要介護認定の厳格性に影響している可能性も否定できない。

こうした事情を考慮して、バラつきを検証する際には、これらの差が人為的・恣意的な要因により生じているのか、世帯特性や地域特性などその他の要因の影響を受けているのか、保険者による予防への取り組みの効果を反映しているのか（注13）、あるいは被保険者の要介護状態のみを評価した結果として生じているのか、定量的・定性的に検証する必要がある。

続いて、適正化に向けたプロセスの検討である。バラつきの検証結果を踏まえて、明らかに保険者に

責のある乖離についてはその原因を究明し、認定率が不適切に高いと判断された保険者が自ら改善に努めるような環境を整備する必要がある。一方、認定率が低い保険者については、過度の引き締めが行われていないか調査すると同時に、要介護認定率の改善や歯止め成功している当該地域の取り組みを全国で紹介することが求められる。

こうした手法を要介護認定率だけでなく利用率や給付消費率にも適用し、PDCAサイクルを通じてより効果的なプロセスを構築・展開することにより、全国レベルでのコストの適正化を進めていくという視点が求められるといえよう。

(2) 要介護度に応じたきめ細かな政策対応

第2に、要介護度の軽重で介護費用に影響する要因が異なることを踏まえると、費用の適正化に用いる指標は、要介護の程度や地域の事情に応じて柔軟に選別される必要がある。医療では、例えば平均入院日数の都道府県格差について疾病構造の違いなどが考慮されることはないが、介護の場合、介護の必要度が要介護度という形でグルーピングされているので、より細かな対応が可能になるわけである。

具体的には、まず軽度では、持家要因が費用の増加に働くことが確認された。これは、持家の場合は家賃負担がないので、貸家に比べて金銭面で余裕があることを反映しているのかもしれない。あるいは、軽度の主な利用は家事援助であることを踏まえると、持家の方が環境的に利用しやすいためかもしれない。

一方、重度では、同居要因が費用の抑制に働いている。これは、同居の場合は家族のサポートがあるので、夫婦のみや単独の場合に比べてサービスの利用頻度、すなわち利用額が少なくて済むためと思われる。

これらの持家か否か、同居か否かはプライベートな要因なので、保険者である市町村が介入できるものではない。もっとも、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が市町村と都道府県の主導のもとで今後進められるなか、疑似的な環境を整備することは可能である。例えば、既存の民家や空き家を活用したサービス付き高齢者向け住宅（注14）の提供は、生活サポートを必要とする高齢者が低い家賃負担で安心して居住できる環境の整備につながる（注15）。

本稿では、データの制約もあり、持家要因と同居要因のみを高齢者世帯の特性を表す変数として採用した。これに対して保険者は、地域の高齢者に関する様々なデータを保有している。こうしたデータを活用することで要介護認定や介護費用に影響を与える要因を識別することができれば、それは費用の適正化に向けた取り組みを後押しすることになる。さらに、保険者同士でデータの共有や比較が行われるようになれば、より重要で有益な情報が得られることが期待される（当然ながら、個人情報保護の徹底的な保護が大前提となる）。

(3) 総量規制に代わる規制の再検討

第3に、介護施設の誘発需要効果が確認されたことを考えると、2012年度に廃止された「総量規制」の再導入を、規制内容の見直しと併せて検討する必要がある。

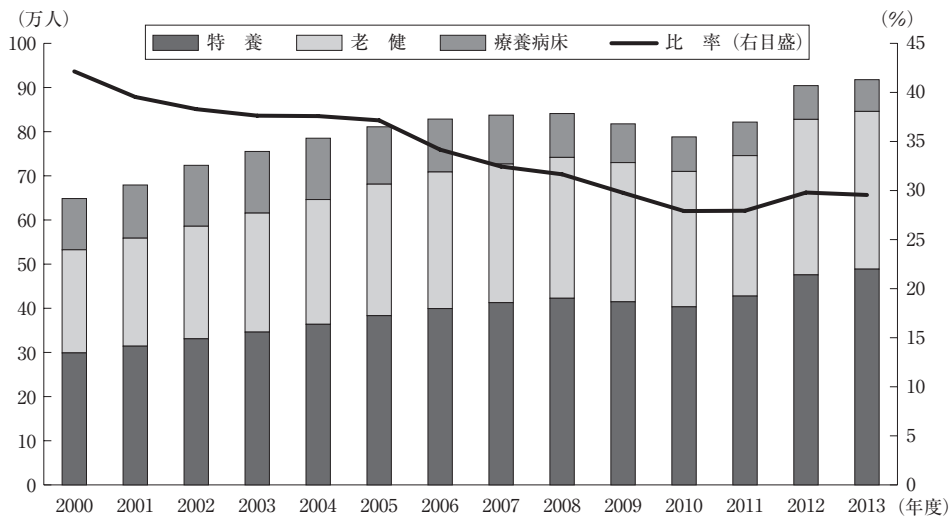
総量規制とは、介護保険3施設やグループホーム、特定施設などの施設・居住系サービスの利用者数

に上限を設けた規制である。具体的には、これらの利用者数を要介護2～5認定者数の37%以下とする「参酌標準」が満たされない場合、都道府県知事と市町村長は新規に申請する事業者の指定などを拒否できた（注16）。

そもそも総量規制は、居宅に比べて高コストな施設サービスの供給量を制限することで介護費用全体を抑制するために導入された。4万～5万人に及ぶ特養待機者の存在や、すでに施設を開設している事業者の既得権益の温存などに対する批判もあり廃止に至ったが、都道府県の独自判断で引き続き総量規制を採用しているところも多く、この規制の廃止によって供給増の方向に向かう影響は小さいとみられていた。

もっとも、実際に特養、老健および療養病床の介護保険3施設の定員数の推移を見ると、2012年度に前年度比+8.3万人と大幅に増えている（図表13）。特養の新規開設の抑制と療養病床の再編（注17）が進むも2009年度以降は減少傾向にあったが、特養の供給が足元で増えていることに加えて、療養病床の閉鎖が滞っているためである。これは、深刻な特養不足に対する緊急避難的な対応かもしれないが、そうではなく、今後も特養の新規供給が進み、療養病床の廃止が見送られて新たな制度として存続する場合には、施設サービスの供給増を主因に介護費用が予想を上回って増加する可能性は否定できない。

（図表13）介護3施設の定員数の推移



（資料）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」等より日本総合研究所作成
 （注）比率は、介護3施設定員数に対する要介護2～5認定者の比率。

総量規制のように、要介護認定者の一定割合という全国一律の基準には、地域の独自事情が反映されないといった問題があるものの、費用抑制という側面だけでなく、施設・在宅間の公平性の確保（注18）という観点からも何らかの規制は必要と考える。

（4）生活援助の必要性の是非

第4に、本稿では直接分析の対象に含めることはできなかったが、生活援助を介護サービスに含めることの是非を再検討する必要がある。要介護1と2の軽度者にとってサービス利用の中心は調理や掃除、

洗濯などの生活援助であり、要介護1から2に要介護状態が悪化しても身体介護に対するニーズはさほど増えないことが前章の推計結果で確認された。軽度の介護で日常生活を送ることのできる要介護1と2にとっては、身体介護サービスの必要性は高くなく、むしろ調理や掃除などの生活援助に利用価値があるのかもしれない。

介護保険制度の本来の趣旨から考えると、これらの生活援助は身体介護に比べて重要度や必要度、優先度ともに低いとの見方も成り立つ。同居家族がいないなど、生活援助の利用に厳しい条件があるのはその証左といえよう。仮に生活援助を維持する代償として身体介護、とくに重度者に回す財源が制約されることになれば、本末転倒である。生活援助は、身体介護に比べて、サービスの専門性や民間サービスに切り替えた場合の追加コストが低く、またNPOやボランティアによるサービス提供もすでに普及していることを考えると、あえて税や第2号保険料を投入してまでサービスの提供を続ける必要があるのであろうか。厳しい財政事情や生活援助を利用できない要介護者との公平性、費用対効果など様々な観点から評価して生活援助の給付は一般的な意味で「適正」か、今一度検討することが求められる。

(注13) 例えば、埼玉県和光市では、ルーレットやトランプなどを楽しめる「アミューズメント・カジノ」を導入して認知症予防や閉じこもり予防に取り組んだ結果、要介護認定率の引き下げに成功したとの報告がある（厚生労働省「政策レポート（介護予防）」、2009年7月）。

(注14) サービス付き高齢者向け住宅とは、安否確認や健康相談などのサービス提供、バリアフリー構造など、一定の条件を満たした高齢者専用の賃貸住宅である。2011年10月に制度が創設された。

(注15) 家賃負担の在り方については、公平性の観点から別途検討が必要である。すなわち、所得は少ないが高額の資産を有する者については、軽減措置を適用するのではなく、リバース・モーゲージの活用や預貯金の担保化などを通じて応分の負担を求めなければならない。

(注16) 参酌標準は2010年10月に廃止された。

(注17) 介護型療養病床は2017年度末までに、老健や一般病床への転換などで廃止される予定である。しかし、2014年11月6日開催の社会保障審議会介護給付費分科会では、廃止を見直し、代わりに「療養機能強化型」介護型療養病床を創設する意見が提出された。ちなみに、新たな療養病床に認定される条件は、①重篤な身体疾患や障害を有する認知症高齢者が一定割合以上、②一定の医療処置を受けている人数が一定割合以上、③ターミナルケアを受けている患者が一定割合以上、④生活機能を維持改善するリハビリテーションを実施、⑤地域に貢献する活動を行っていること、である。

(注18) 例えば、要介護5の者が施設入所の場合と同じ内容のサービスを受けようとする場合、給付範囲内では賄えず、上乗せ部分を合わせて施設入所者の2～3倍の自己負担を支払う必要がある（飛田 [2013]）。

5. おわりに

最後に、本稿では医療で用いられる「適正化」の概念を介護に適用する際に必要な視点を考察した。ここでの提言は、介護保険制度が創設された趣旨の一つでもある利用者の権利性に抵触するとの批判もあるであろう。しかし、財源の半分を第2号被保険者と国に頼っていることを踏まえると、同制度は純粋な保険制度とは言えず、供給量の管理や受給要件の厳格化といった措置的要素が一定部分盛り込まれてしかるべきと考える。同制度の持続可能性を高めるためにも、政府に対して制度の抜本改革の断行を求めると同時に、国民、とくに高齢者に対しては、介護資源は無限でないという意識改革を期待したい。

(2015. 9. 24)

参考資料

- [1] 安藤道人 [2008].「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析—保険者データを用いた分析—」季刊・社会保障研究、Vol.44、No.1、pp.94-109
- [2] 田近栄治・油井雄二 [2004].「介護保険：4年間の経験で何がわかったか」フィナンシャルレビュー、August-2004、pp.78-104
- [3] 田近栄治・油井雄二・菊池潤 [2005].「介護保険における都道府県の役割：青森県のケース・スタディ」健康保険、10月号、pp.52-56、11月号、pp.60-67
- [4] 飛田英子 [2013].「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—」JRIレビュー、Vol.4、No.5、pp.40-53
- [5] 山内康弘 [2004].「訪問介護費と事業者密度」医療と社会、Vol.14、No.2、pp.103-118
- [6] 湯田道生 [2006].「介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響」Vol.40、No.4、pp.373-386