

<訪問入浴介護>

月単位	実際		希望	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
0日	2,295	84.56	2,042	75.24
1日	28	1.03	32	1.18
2日	33	1.22	48	1.77
3日	22	0.81	35	1.29
4日	147	5.42	164	6.04
5日	33	1.22	37	1.36
6日	11	0.41	21	0.77
7日	4	0.15	16	0.59
8日	60	2.21	119	4.38
9日	7	0.26	9	0.33
10日	29	1.07	68	2.51
11日				
12日	13	0.48	28	1.03
13日	3	0.11	1	0.04
14日	3	0.11	3	0.11
15日	9	0.33	36	1.33
16日	3	0.11	5	0.18
17日				
18日	1	0.04	1	0.04
19日	2	0.07	1	0.04
20日			22	0.81
21日	3	0.11	1	0.04
22日			2	0.07
23日			1	0.04
24日			2	0.07
25日			2	0.07
26日	1	0.04	1	0.04
27日				
28日			2	0.07
29日				
30日	1	0.04	2	0.07
31日	6	0.22	13	0.48
Total	2,714	100	2,714	100

<訪問看護>

月単位	実際		希望	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
0日	2,240	82.54	1,969	72.55
1日	73	2.69	100	3.68
2日	64	2.36	87	3.21
3日	18	0.66	34	1.25
4日	135	4.97	190	7
5日	23	0.85	34	1.25
6日	8	0.29	18	0.66
7日	2	0.07	11	0.41
8日	54	1.99	89	3.28
9日	9	0.33	8	0.29
10日	22	0.81	51	1.88
11日	2	0.07	2	0.07
12日	21	0.77	16	0.59
13日	2	0.07	2	0.07
14日	2	0.07	7	0.26
15日	8	0.29	25	0.92
16日	4	0.15	7	0.26
17日	1	0.04	2	0.07
18日				
19日			1	0.04
20日	7	0.26	14	0.52
21日	1	0.04	2	0.07
22日	1	0.04	1	0.04
23日	1	0.04		
24日	1	0.04	5	0.18
25日	1	0.04	6	0.22
26日	1	0.04	1	0.04
27日	3	0.11	1	0.04
28日			5	0.18
29日				
30日	4	0.15	6	0.22
31日	6	0.22	20	0.74
Total	2,714	100	2,714	100

<訪問・通所リハビリ>

月単位	実際		希望	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
0日	2,011	74.1	1,668	61.46
1日	76	2.8	70	2.58
2日	53	1.95	62	2.28
3日	26	0.96	32	1.18
4日	199	7.33	295	10.87
5日	29	1.07	47	1.73
6日	16	0.59	21	0.77
7日	10	0.37	19	0.7
8日	126	4.64	167	6.15
9日	11	0.41	14	0.52
10日	38	1.4	90	3.32
11日	1	0.04		
12日	51	1.88	70	2.58
13日	4	0.15	4	0.15
14日	4	0.15	10	0.37
15日	13	0.48	29	1.07
16日	5	0.18	9	0.33
17日	1	0.04	1	0.04
18日	2	0.07	4	0.15
19日	1	0.04	3	0.11
20日	18	0.66	35	1.29
21日	3	0.11	3	0.11
22日	5	0.18	6	0.22
23日				
24日	2	0.07	4	0.15
25日	5	0.18	10	0.37
26日			2	0.07
27日				
28日	1	0.04	5	0.18
29日				
30日	1	0.04	5	0.18
31日	2	0.07	29	1.07
Total	2,714	100	2,714	100

<デイサービス>

月単位	実際		希望	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
0日	1,519	55.97	1,198	44.14
1日	40	1.47	45	1.66
2日	43	1.58	62	2.28
3日	28	1.03	39	1.44
4日	254	9.36	275	10.13
5日	40	1.47	54	1.99
6日	17	0.63	22	0.81
7日	6	0.22	14	0.52
8日	275	10.13	249	9.17
9日	36	1.33	36	1.33
10日	68	2.51	113	4.16
11日	4	0.15	1	0.04
12日	165	6.08	183	6.74
13日	20	0.74	16	0.59
14日	9	0.33	20	0.74
15日	23	0.85	62	2.28
16日	34	1.25	58	2.14
17日	6	0.22	8	0.29
18日	12	0.44	7	0.26
19日	2	0.07		
20日	43	1.58	83	3.06
21日	5	0.18	7	0.26
22日	9	0.33	12	0.44
23日	2	0.07	1	0.04
24日	14	0.52	14	0.52
25日	21	0.77	27	0.99
26日	4	0.15	8	0.29
27日			3	0.11
28日	5	0.18	12	0.44
29日				
30日	5	0.18	14	0.52
31日以上	5	0.18	71	2.62
Total	2,714	100	2,714	100

<ショートステイ>

半年単位	実際		希望	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
0日	2,126	78.33	1,597	58.84
1日	50	1.84	50	1.84
2日	50	1.84	60	2.21
3日	44	1.62	60	2.21
4日	23	0.85	25	0.92
5日	30	1.11	43	1.58
6日	28	1.03	123	4.53
7日	28	1.03	61	2.25
8日	10	0.37	12	0.44
9日	6	0.22	6	0.22
10日	47	1.73	136	5.01
11日	2	0.07	2	0.07
12日	20	0.74	58	2.14
13日	1	0.04	1	0.04
14日	11	0.41	29	1.07
15日	16	0.59	27	0.99
16日			5	0.18
17日			1	0.04
18日	21	0.77	27	0.99
19日	1	0.04		
20日	27	0.99	62	2.28
21日	4	0.15	3	0.11
22日				
23日	1	0.04		
24日	17	0.63	20	0.74
25日	7	0.26	9	0.33
26日	1	0.04	1	0.04
27日	1	0.04	1	0.04
28日	8	0.29	13	0.48
29日				
30日	18	0.66	44	1.62
31日以上	116	4.27	238	8.77
Total	2,714	100	2,714	100

Q16 現在ご利用の介護サービスの質及び量について、それぞれあてはまるものを1つずつお答えください。

(回答は横の行ごとに1つずつ)

	訪問介護		訪問入浴		訪問看護	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
非常に満足	71	8.56	62	14.8	56	11.81
満足	300	36.19	179	42.72	166	35.02
普通	352	42.46	136	32.46	208	43.88
不満	73	8.81	31	7.4	32	6.75
非常に不満	33	3.98	11	2.63	12	2.53
Total	829	100	419	100	474	100

	訪問・通所リハ		デイサービス		ショートステイ	
	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)	サンプル	割合(%)
非常に満足	55	7.82	151	12.64	70	11.9
満足	237	33.71	490	41	195	33.16
普通	313	44.52	437	36.57	212	36.05
不満	76	10.81	91	7.62	89	15.14
非常に不満	22	3.13	26	2.18	22	3.74
Total	703	100	1,195	100	588	100

(5) 介護者の属性

Q27 あなたの性別は。

(回答は1つ)

	サンプル	割合(%)
男性	1,243	45.8
女性	1,471	54.2
Total	2,714	100

Q28 あなたの年齢は。

(回答は1つ)

	サンプル	割合(%)
20未満	19	0.7
20-24	144	5.31
25-29	286	10.54
30-34	431	15.88
35-39	391	14.41
40-44	442	16.29
45-49	319	11.75
50-54	311	11.46
55-59	223	8.22
60-64	92	3.39
65-69	38	1.4
70-74	12	0.44
75-79	5	0.18
80以上	1	0.04
Total	2,714	100

Q29 あなたの最終学歴は。

(回答は1つ)

	サンプル	割合(%)
中学校(旧制小・高等小)卒業	69	2.54
高校(旧制中・旧制高女)卒業	927	34.16
短大・高専卒業	572	21.08
大学・大学院(旧制高)卒業	961	35.41
在学中	57	2.1
その他	76	2.8
答えたくない	52	1.92
Total	2,714	100

Q30 あなたは現在、就労をしていますか。あてはまるものを1つお答えください。

(回答は1つ)

	サンプル	割合(%)
無職(専業主婦)である	612	22.55
定年退職後無職である	60	2.21
正社員として働いている	861	31.72
契約社員として働いている	164	6.04
パート・アルバイトとして働いてい	419	15.44
自営業・農業をしている	416	15.33
家庭内で就労(内職など)をして	93	3.43
いる		
その他	89	3.28

Q31 あなたと同居しているご家族はあなたを含めて何名ですか。

(回答は1つ) ※ご自分を含めた人数をお答えください。

サンプル数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
2714	3.103169	1.511367	1	10

Q33 あなたの世帯が住んでいる家屋は、次のどれにあてはまりますか。

(回答は1つ)

	サンプル	割合(%)
一戸建ての持家	2,104	77.52
一戸建ての借家	102	3.76
集合住宅(マンション・アパート)の 持家	270	9.95
集合住宅の借家	204	7.52
その他	34	1.25
Total	2,714	100

Q34 ご家族全体の年間収入（税込み）は、およそいくらぐらいですか。あてはまるものをお答えください。

（回答は1つ）

	サンプル	割合(%)
200万円未満	143	5.27
200～300万円未満	251	9.25
300～400万円未満	304	11.2
400～600万円未満	541	19.93
600～800万円未満	425	15.66
800～1000万円未満	322	11.86
1000～1200万円未満	202	7.44
1200～2000万円未満	151	5.56
2000万円以上	42	1.55
わからない/答えたくない	333	12.27
Total	2,714	100

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「生活習慣と健康、医療消費に関するミクロ計量分析」
（分担）研究報告書

日本の介護保険制度の評価：サーベイ
Long-Term Care Insurance of Japan:
What Has It Changed?

分担研究者 鈴木 亘 東京学芸大学教育学部
主任研究者 小椋正立 法政大学経済学部、法政大学エイジング総合研究所
研究協力者 周 燕飛 （独）労働政策研究・研修機構

研究要旨

本稿は、2000年から開始された介護保険制度のこれまでの状況をまとめ、海外の制度と比較した上で、これまで日本で行われてきた調査・研究の成果のサーベイを行い、今後の介護保険制度のあり方、課題、研究の展望を行った。

施設介護への待ち行列の発生や、定着した介護保険の財政規模をどのように適切化するかという問題を含みつつも、日本の介護保険制度はおおむね、利用量は増加しており、マクロベースで見ると、介護の社会化が進んでいるとみることができる。しかしながら、ミクロ的なレベルでは、①本当に介護者の負担感が減ったのかどうか、②社会的入院が減少したのかどうか、③介護者が労働市場などの社会に出られるようになったのか、④介護地獄と呼ばれた長時間介護者の状況が改善したのか、⑤要介護者のQOLや状況は改善したのかどうか、といった諸点で課題も挙がってきている。供給側の面については、介護保険は福祉・医療分野にとってはじめて営利法人が参入するという日本では大きな実験が行われたわけであり、どのようなパフォーマンスとなったのか大いに注目されたが、現在のところおおむね良好なパフォーマンスのようである。しかしながら、公平性や地域差の拡大といった課題も挙がってきている。財政的な側面としては、この急速に拡大する介護保険制度が維持可能なものであるのかといった点が今後の最重要課題である。

A.研究目的

2000年から開始された日本の介護保険制度は、早くも5年目を迎えている。昨年は3年に一度の制度見直し、本年は介護報酬単価の改定も行われ、同制度の同化・定着が着実に進んでいる。海外では、オランダ、ドイツ、ニュージーランドといった介護保険制度の先

駆者達の経験や研究成果が蓄積され、これから介護保険制度を成立させる韓国などの参考になっている。わが国の経験も後に続くアジア諸国のために、これまでの成果や課題をまとめ、また、これまで行われてきた様々な研究成果の蓄積を海外に知らせてゆく必要があると思われる。そこで、本稿は、そのような

問題意識の下、Long-Term Care Insurance (LTCI) of Japan: What Has It Changed? として、5th International Health Economics Association, Barcelona において発表された原稿を、日本語に訳し、大幅に加筆修正したものである。英語の原稿は、本文の後ろに添付されている。

B.研究方法

公式統計によるまとめ。これまでの研究・調査のサーベイ。その他、簡単な財政モデルを用いた介護保険財政の将来予測を行っている。

C.研究結果

施設介護への待ち行列の発生や、定着した介護保険の財政規模をどのように適切化するかという問題を含みつつも、日本の介護保険制度はおおむね、利用量は増加しており、マクロベースでみると、介護の社会化が進んでいるとみることができる。しかしながら、ミクロ的なレベルでは、①本当に介護者の負担感が減ったのかどうか、②社会的入院が減少したのかどうか、③介護者が労働市場などの社会に出られるようになったのか、④介護地獄と呼ばれた長時間介護者の状況が改善したのか、⑤要介護者の QOL や状況は改善したのかどうか、といった諸点で課題も挙がってきている。

D.考察

介護保険では福祉・医療分野にとってはじめて営利法人が参入するという日本では大きな実験が行われたわけであり、どのようなパフォーマンスとなったのか大いに注目されたが、現在のところおおむね良好なパフォーマ

ンスのようである。

E.結論

今後、わが国の介護保険制度に内在する最も大きな課題は、財政の維持可能性であろう。介護保険の財政予測については、過去のデータは過渡期の期間を拾っているために、前提の置き方によって、大きく将来像が変化してしまう。したがって、まず、この将来予測の手法を確立し、議論の前提となるコンセンサスフォアキャストを行う必要がある。現在、介護病床の廃止・削減、介護保険の保険料徴収年齢の引き下げ、低要介護度の対象者の給付削減などが政策アジェンダにあがっている。それらの動向を見極めながらも、財政方式として積立部分を導入するといった対応も選択肢として考えられる。

F.研究発表

Long-Term Care Insurance (LTCI) of Japan: What Has It Changed? 5th International Health Economics Association, Barcelona

Long-Term Care Insurance of Japan: How it has changed the way we take care of the elderly? Geneva Association Information Newsletter, Vol.13, pp.5-8

G.知的所有権の取得状況

特になし

資料 鈴木 亘 (東京学芸大学)

小椋 正立 (法政大学経済学部)

周 燕飛 (労働政策研究・研修機構)

「日本の介護保険制度の評価：サーベイ」

Long-Term Care Insurance of Japan: What Has It Changed?

日本の介護保険制度の評価：サーベイ

鈴木亘・小椋正立・周燕飛

1. はじめに

2000年から開始された日本の介護保険制度は、早くも5年目を迎えている。日本で、介護保険が導入された背景には、急速に進む高齢化と要介護者の増加に、既存の公費による介護福祉が量的にも質的にも耐え切れなくなってきたことがあった。よく知られているように、日本の高齢化は急速に進展しており、1970年に65歳以上の高齢者が全人口に占める高齢化率は7.1%程度に過ぎなかったが、24年後の1994年にはその2倍の14.1%、2005年現在では19.6%に達している¹。また、厚生労働省国立社会保障・人口問題研究所の中位推計によれば、今後の高齢化率も2025年に28.7%、2050年に35.7%というペースで進む。これに伴い、介護が必要な寝たきり老人、痴呆性老人、虚弱高齢者は、1993年で約200万人存在していたものが、2000年には約280万人と増加しており、厚生労働省の予測によれば、この数は2025年には520万人になるという急速なペースである。

こうした介護サービス需要の増加に対して、介護保険設立前の全額公費の介護福祉システムである「措置制度」は、利用対象者は、ほぼ低所得者で身寄りが無いといった事情のある高齢者に限定されており、施設やヘルパー事業の供給数も予算の制限のためにキャパティシーが小さかったこともあり、通常のを要介護者を抱える世帯は社会的な手助け無しで、家族介護をせざるを得ない状況であった。

このため、家族介護はしばしば「介護地獄」と呼ばれる長時間介護者が目立つようになってきた。内閣府（2003）によれば1999年において主な介護者が1日8時間以上介護している要介護世帯が21.7%、12時間以上が10%となっていた。これに対して、介護する側も、84%が女性、約半数は60歳以上の高齢者であり、負担感が大きく共倒れが社会問題化した²。また、なかには、介護の疲れから世話の放棄、暴言、暴力などの虐待事件も急増し、連合総研「介護サービス実態調査」では、介護者の2人に1人が介護される高齢者に何らかの虐待を加えたことが報告されるにいたった。

さらに、低所得者以外で、家族介護を十分に得ることができない高齢者などは、行き場がなく、やむなく重度の疾患もないのに長期入院をする「社会的入院」患者となるケースも増加してきた。厚生労働省が行った平成11年の『患者調査』によれば、社会的入院と目される患者数は27万5000人、これにかかる医療費は2兆円と推定されている。

こうした介護サービス供給の不足を補うために、保険料を支払えば、誰もが1割の自己負担率で介護サービスを受けられるという介護保険制度がスタートしたのである³。介護保

¹ 総務庁統計局「国勢調査」および「推計人口」。

² (社) 呆け老人をかかえる家族の会「介護保険に関するアンケート調査」2004年4月。

³ 制度の詳細は補論を参照されたい。

険制度でもっとも、ドラスティックに変化したのは在宅介護市場である。介護保険が導入されるまでは、在宅介護サービス市場は地方自治体が認可した社会福祉法人という福祉目的の特殊な非営利法人と公的業者にしか開放されていなかったが、株式会社を含む営利法人やNPOなどすべての業者が参入できるようになった。また、介護報酬単価と呼ばれる政府が決める公定サービス価格は、固定価格の元で業者の採算レートよりも高い水準に設定されたため、需要拡大の期待も伴って、多くの新規業者が参入することになったのである。

表1は、各サービス種別の業者数の推移であるが、介護保険開始当初から比較しても、在宅介護分野で軒並み高い増加率となっていることがわかる。また、表2にみるように、介護産業に雇用されているヘルパーなどの従業員数にしても、やはり同様に在宅介護分野で増加が著しい。

表1 サービス事業者数の推移（サービス種類別）

サービス名		2000年5月末	2004年5月末	増加率
在宅	訪問介護（ホームヘルプサービス）	12,650	21,112	66.9%
	訪問入浴介護	2,624	2,936	11.9%
	訪問看護	41,044	65,446	59.5%
	訪問リハビリテーション	29,421	52,251	77.6%
	通所介護（デイサービス）	7,740	14,256	84.2%
	通所リハビリテーション（デイケア）	5,224	5,982	14.5%
	福祉用具貸与	3,653	7,985	118.6%
	短期入所生活介護（ショートステイ）	4,607	5,695	23.6%
	短期入所療養介護（ショートステイ）	6,214	6,815	9.7%
	居宅療養管理指導	93,367	145,447	55.8%
	痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）	535	5,003	835.1%
	特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス等）	257	832	223.7%
	居宅介護支援	21,545	27,698	28.6%
	施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	4,416	5,226
介護老人保健施設（老人保健施設）		2,532	3,100	22.4%
介護療養型医療施設（療養型病床）		3,782	3,877	2.5%

（出所）WAM-NETデータベース

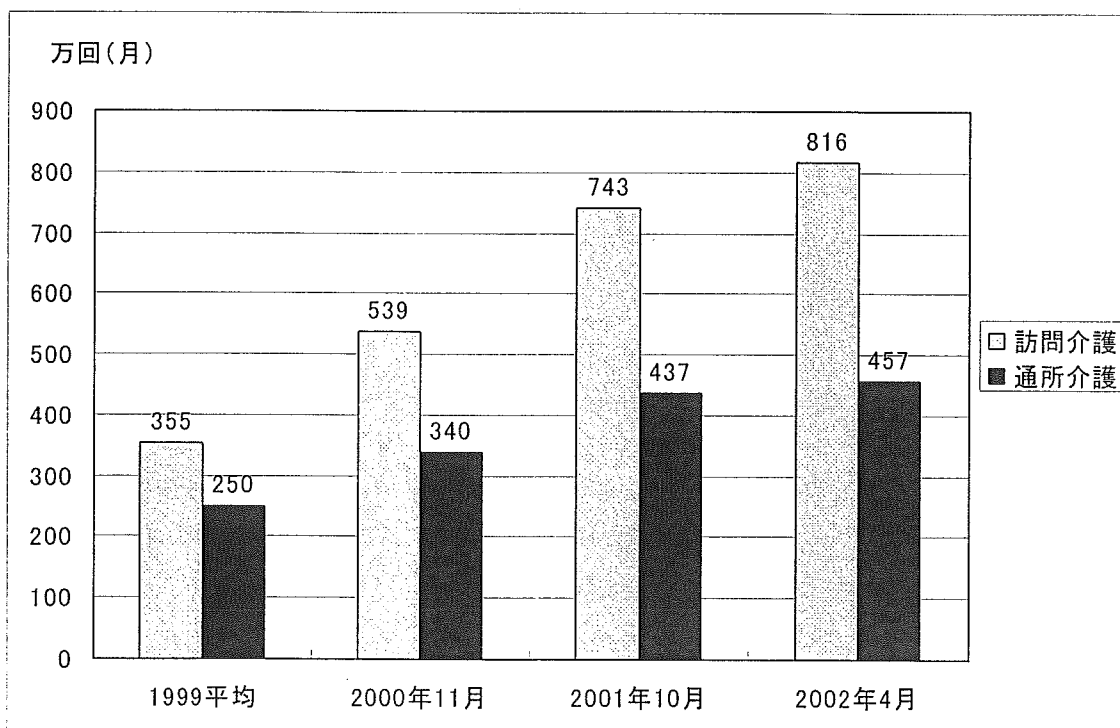
こうした供給増および1割自己負担という低価格の元で顕現化した需要によって、在宅介護サービスの利用量も急激に拡大した。図1は、介護保険開始前と開始後の比較ができるほぼ唯一の統計である「サービスの利用回数」の推移であるが、介護保険開始前の1999年に訪問介護で355万回、通所介護で250万回であった利用回数は、2004年で倍以上の増加を遂げている。また、人数ベースでも、介護サービスを受けるための資格を得た「認定者数」および実際に介護サービスを利用している「サービス受給者数」ともに、高齢化のスピードを上回る勢いで、急増してきた（表3）。さらに、利用者の利用額自体も上昇しており、介護保険給付費全体で見ると、制度発足時の3.24兆円から、2004年度は5.73兆円と急増している。

表2 介護サービス施設・事業所の常勤換算従事者数 (各年の10月1日時数値、人)

		2000年	2001年	2002年	2003年	増加率(00-03)
在宅サービス	訪問介護	76,973	104,019	118,178	151,499	96.8%
	訪問入浴介護	9,426	10,890	10,836	11,535	22.4%
	訪問看護ステーション	22,302	21,534	23,027	24,289	8.9%
	通所介護	70,949	83,092	101,350	122,709	73.0%
	通所リハビリテーション(介護老人保健施設)		21,964	23,089	26,217	
	通所リハビリテーション(医療施設)	98,796	22,172	22,598	22,915	14.0%
	短期入所生活介護		51,629	60,484	63,492	
	痴呆対応型共同生活介護	4,375	9,566	18,616	35,907	720.7%
	福祉用具貸与	8,800	11,984	14,559	17,005	93.2%
	居宅介護支援事業所	32,884	39,991	48,872	51,234	55.8%
施設サービス	介護老人福祉施設	168,257	174,875	188,423	202,764	20.5%
	介護老人保健施設	137,059	148,753	140,912	151,759	10.7%
	介護療養型医療施設	93,736	96,872	110,770	114,050	21.7%
合計		723,557	797,341	881,714	995,375	37.6%

(出所)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(各年)

図1 在宅介護分野の利用回数の推移



注) 厚生労働省資料より。

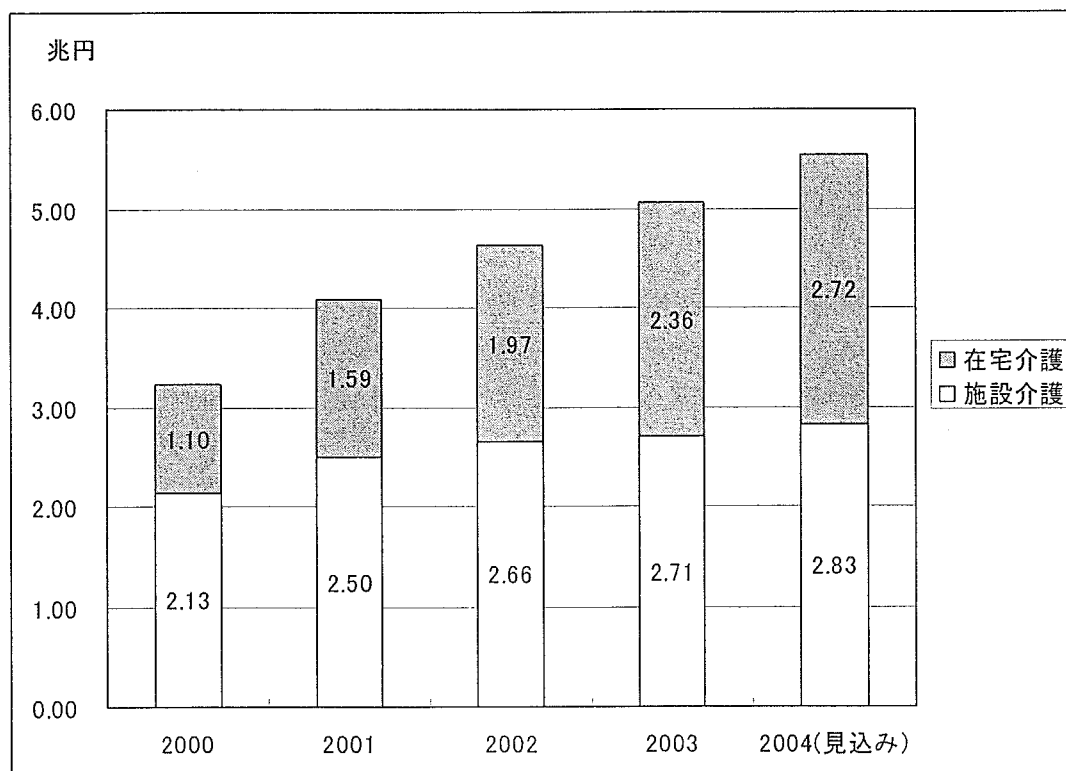
表3 介護認定者、サービス受給者数の推移

	単位:千人、下段伸び率				
	2000	2001	2002	2003	2004(見込み)
要介護認定者数	2,562	2,983	3,445	3,839	4,162
		16.4%	15.5%	11.4%	8.4%
サービス受給者数	1,687	2,175	2,540	2,868	3,156
		28.9%	16.7%	12.9%	10.0%
うち居宅サービス受給者数	1,134	1,520	1,840	2,136	2,393
		34.1%	21.0%	16.1%	12.0%
うち施設介護サービス受給者数	554	655	700	732	763
		18.3%	6.8%	4.6%	4.2%
(参考)65歳以上人口	22,422	23,168	23,934	24,494	25,229
		3.3%	3.3%	2.3%	3.0%

注) 2004年見込みは2004年2月までの支給額を元に1.2倍(12ヶ月)して求めた。

しかしながら、在宅介護分野と施設介護分野に分けてみると、その増加率に著しい違いがある。たとえば、図2は、介護保険給付費の在宅・施設別の推移であるが、介護給付費の伸びの大部分は、実は在宅介護分野で起きたものであり、施設介護分野の伸びは低いことがわかる。

図2 介護保険給付費の在宅・施設別推移



この原因は、介護保険開始時に、在宅介護分野については参入規制を撤廃したものの、施設介護分野に限っては参入規制を撤廃せずに、社会福祉法人、医療法人、自治体以外の参入を認めていないことにある。このため、介護保険開始後に顕現化した需要増に対して、表1、2にあるようにわずかなキャパティシーの増加しか見られず、圧倒的な超過需要が生じ、待ち行列が発生しているのである（田近・油井(2001a,b)）。その数は、鈴木（2004）がまとめたものによれば30万から40万人程度であり⁴、特別養護老人ホームの平均待機年数は5.1から6.8年程度⁵という計算になる。このため、田近・菊池（2003）が指摘するように、在宅介護分野で施設介護の代替性が高いグループホームやケアハウスなどの擬似的な施設介護分野が急激に利用を伸ばしており、給付費についてみると、こうした擬似施設介護が入っている「その他単品サービス分野」の伸び率が著しい。また、表1、2の供給ベースを見ると、軒並み200から800%以上という桁違いの伸びとなっている。

表4 利用サービス別の給付額の伸び率

	単位:兆円、下段伸び率				
	2000	2001	2002	2003	2004
訪問通所サービス	0.83	1.18 41.1%	1.43 21.9%	1.67 16.5%	1.89 13.1%
短期入所サービス	0.09	0.17 76.5%	0.21 24.0%	0.23 11.9%	0.26 10.8%
その他の単品サービス	0.14	0.21 47.0%	0.28 32.8%	0.40 44.2%	0.52 29.2%
福祉用具・住宅改修	0.02	0.04 81.9%	0.05 25.0%	0.05 7.3%	0.05 -2.2%
施設介護サービス	2.13	2.50 17.3%	2.66 6.5%	2.71 1.9%	2.83 4.3%

注) 2004年見込みは2004年2月までの支給額を元に1.2倍(12ヶ月)して求めた。

次に、表5は要介護度別の給付費、表6は要介護度別の人数の推移を見たものである。日本の介護保険制度では、要介護者をその障害の程度によって要支援から要介護1～5に分けている。介護保険開始直後は、むしろ高い要介護度で高い伸び率となっていたが、近年は要支援や要介護1といった軽度の介護度の伸びが高くなってきている。これは表6にみるように、主に人数の変化が影響を反映しており、軽度の要介護度の認定者数・利用者数が増加していると考えられる。現在、介護保険制度は当初の計画通り、5年に一度の見直し時期に入っており、急速に拡大する財政規模を維持可能なものにするために、軽要介護

⁴ 複数申し込みを名寄せしたベース。ただし、申請者の中には、いま直ちに施設介護が必要なのではなく、待機期間を見越して申請しているものがあるため、実際の深刻さはこの数字よりもましなものと思われる。

⁵ 川越（2003）によれば特別養護老人ホームの2年間の持続率は67.7%である（移転した理由のほとんどは死亡で27.6%を占める）。2005年4月時点で、特養入所者は36.2万人いるので、1年あたりの新規入所が5.8万人として上記の計算となる。

者への給付削減や施設介護の自己負担増が検討されているが、今後、高齢化によって拡大する財政規模をどの点で落ち着けさせるのかという点も大きな政策課題となってきている。

表5 要介護度別保険給付額の推移

	単位:兆円、下段伸び率				
	2000	2001	2002	2003	2004(見込み)
要支援	0.10	0.11	0.12	0.15	0.18
		8.2%	18.3%	23.9%	18.6%
要介護1	0.50	0.63	0.74	0.85	0.97
		24.8%	18.7%	13.6%	14.4%
要介護2	0.53	0.70	0.81	0.82	0.81
		32.1%	14.9%	0.7%	-0.8%
要介護3	0.60	0.74	0.82	0.89	1.01
		22.7%	11.3%	9.2%	12.6%
要介護4	0.80	0.96	1.05	1.14	1.26
		20.5%	9.0%	9.2%	10.1%
要介護5	0.69	0.96	1.08	1.21	1.32
		38.5%	13.3%	12.1%	8.7%

注) 2004年見込みは2004年2月までの支給額を元に1.2倍(12ヶ月)して求めた。

表6 要介護度別人数の推移

	単位:千人、下段伸び率				
	2000	2001	2002	2003	2004(見込み)
要支援	321.50	389.87	498.99	584.09	670.15
		21.3%	28.0%	17.1%	14.7%
要介護1	701.49	874.72	1056.27	1198.09	1329.18
		24.7%	20.8%	13.4%	10.9%
要介護2	483.80	562.94	635.83	567.31	608.51
		16.4%	12.9%	-10.8%	7.3%
要介護3	354.83	388.65	425.71	465.67	517.98
		9.5%	9.5%	9.4%	11.2%
要介護4	363.28	389.08	419.29	456.85	491.44
		7.1%	7.8%	9.0%	7.6%
要介護5	336.70	377.43	409.09	432.09	464.32
		12.1%	8.4%	5.6%	7.5%

注) 2004年見込みは2004年2月までの支給額を元に1.2倍(12ヶ月)して求めた。

さて、以上のようにしてみると、施設介護への待ち行列の発生や、定着した介護保険の財政規模をどのように適切化するかという問題を含みつつも、日本の介護保険制度はおおむね、利用量は増加しており、マクロベースで見ると、介護の社会化が進んでいるとみることができる。しかしながら、ミクロ的なレベルでは、①本当に介護者の負担感が減ったのかどうか、②介護者が労働市場などの社会に出られるようになったのか、③介護地獄と呼ばれた長時間介護者の状況が改善したのか、④要介護者のQOLや状況は改善したのかどうか、といった諸点で課題も挙がってきている。供給側の面については、介護保険は

福祉・医療分野にとってはじめて営利法人が参入するという日本では大きな実験が行われたわけであり、どのようなパフォーマンスとなったのか大いに注目されたが、現在のところおおむね良好なパフォーマンスのようである。しかしながら、公平性や地域差の拡大といった課題も上がってきている。財政的な側面としては、この急速に拡大する介護保険制度が維持可能なものであるのかといった点が今後の最重要課題である。そこで、本稿は、需要面、供給面、財政面の3点について、これまで日本で行われてきた評価研究のサーベイを行いながら、介護保険開始4年間の経験と課題をまとめてゆくことにしたい。

2. 需要面の変化と課題

2.1 家族介護者の負担感の変化

前節ではマクロ的な利用量の変化を見たが、それではミクロ的にみて実際の介護者の負担感はどのように変化したのであろうか。

まず、家族介護者に対するアンケート調査を見てみると、介護地獄といわれるような長時間介護の状況は、それほど改善していないとするものがある。例えば、内閣府「介護サービス価格に関する研究会」（2002）の調査（N=1005）によると、主な介護者が1日8時間以上介護を行っている世帯の割合は1999年の21.7%から2001年の20.5%と殆ど減っていなかった。また、平均介護時間も1日5.4時間から5.2時間へと0.2時間しか減少していない。また、こうした状況は、三鷹市で行った介護保険実施前と実施後の実態調査（N=9045）である杉澤他（2005）でも確認されている。杉澤他（2005）は、主介護者（家族）の介護の程度について、1998年と2002年に実施したアンケート調査を比較しているが、「かかりきりではないが毎日お世話をしている」世帯が58.0%から49.5%へ減少している一方、より深刻な主介護者が「毎日かかりきりでお世話をしている」世帯が25.0%から24.2%と殆ど変わっていないことを指摘している。また、彼らは、要介護者を痴呆と身体障害の程度で類型化を行い、ホームヘルプサービスの利用率やその変化をみているが、身体障害が軽度で痴呆の程度が中度・重度である「動ける痴呆」では、ホームヘルパーの利用率は6%に過ぎず、9割以上が家族介護であり、加えて、介護保険設立後かえって利用率が減少していたことが示されており、興味深い。

介護者の「負担感」についても改善に否定的な調査が多い。たとえば、連合総研が2001年に行った「介護サービス実態調査」（N=773）では、介護保険導入前後の身体的な負担の変化について尋ねているが、「増えた」、「変わらない」、「減った」と答えた家族介護者の割合はそれぞれ12.3%、63.3%と22.1%となっている。介護保険制度が実施されて間もない時期ではあるが、介護保険の導入後に身体的な負担が減ったと感じた人は、全体の2割程度に過ぎないことは注目に値する⁶。また、「要介護者に対し憎みを感じることもあるか」という

⁶ ただし、調査する時点では要介護者の身体状況が1年前（制度発足当時）より悪化しているだろうし、介護家族の疲れももっと溜まっているだろうから、「身体的な負担感が減った」と答える人の割合がかなり低いのは、それも原因かもしれない。

質問に対して、「いつも感じている」または「時々感じている」と答えた人は全体の 35.4% であり、介護保険導入前の 1994 年の調査結果と殆ど変わっていない。また、杉澤他 (2005) では、社会福祉分野で用いられている介護者のバーンアウト症状を測定するために作られたスケールによって、主介護者の負担感を比較しているが、介護保険導入前後ですべての指標が有意な変化がないか、むしろ悪化していることが示されている。もっとも、医療経済研究機構 (2001) が市町村を通じて行った意識アンケートでは、「介護の疲れが緩和されたか」、「介護の負担感が減ったか」という質問に対して、過半数が肯定的な回答を寄せており、介護負担感の評価はまだ十分なコンセンサスが得られていないようである。また、市町村が実施してきた利用者満足度調査では概して高い満足度が得られている点も指摘しておかなければならない。いずれにせよ、アンケートの設計として、直接的に負担感を聞くことや、実施主体である自治体が行うアンケートでは戦略的なバイアスやさまざまなバイアスが混在すると考えられることから、課題の多い分野である。

しかしながら、そうはいっても、利用実績が順調に伸びているのにも関わらず、各種の調査で、家族介護者の負担感が減らないという結果がでるのはなぜなのであろうか。桑原他(2002)の実証分析によると、家族介護者の負担感に有意な影響を与えているのは「介護者の健康状態」(健康状態の悪い人ほど負担感が重い)、「介護者の自由な時間」(自由な時間が多い人ほど負担感が軽い) および「家族数」といった要因である。この三つの要因の中に、介護保険制度の導入によって大きく変わるだろうと期待されているのは「介護者の自由な時間」であった。しかしながら、介護保険導入後も家族介護者の自由な時間がそれほど増えていないのは現状である(上田 2004)。その原因は、機密性の低い日本の住宅では、介護サービスを受ける時にも家族は家を留守できないことが多いからである。一方、日中に要介護高齢者を預かってくれる介護施設(たとえば訪問介護、ショートステイ)もあるが、利用料金が割高であるのと施設数が不足しているのといった理由で利用できないケースも多いとの報告がある(桑原他 2002)。

一方、連合総合調査で家族介護者が最も充実してほしいサービスについて尋ねた結果は、精神面のサポートが全体の 35.8% (カウンセリング事業 17.2%、リフレッシュ事業 13.8%、交流会事業 4.8%) を占める。杉澤他 (2005) は、介護に関して相談できる人がむしろ介護保険導入後減っていることが、家族の負担感が変わらない原因と分析している。

こうした長時間介護の持続や負担感の改善がなされない背景の一つは、日本の介護サービスが在宅中心であり、介護が社会化されても、自宅の介護になるとなかなか開放されないという面があるのかもしれない。

2.2 要介護度・要介護者の状態の変化

介護保険導入によるアウトカムとしては、介護者の負担と共に、要介護者の状況の変化が考えられるが、現状では殆ど研究は存在しない。数少ない例外は、井伊・大日 (2001) である。彼らは、介護保険制度に介護予防や要介護度改善へのインセンティブが存在せず、

むしろ要介護状態を悪化させる方が給付費が増えるという負のインセンティブが存在するため、介護保険導入によってむしろ要介護状態が悪化するとの仮説を設定し、介護保険前後を含む要介護者のアンケート調査を分析した。その結果、介護保険後に要介護悪化確率が有意に増加していることを見出し、モラルハザード仮説を指示している。

また、川越（2003）は、島根県の要介護世帯のパネルデータを作成して、2000年10月の要介護世帯の要介護度や痴呆のランクがその後どのように変化をしたのかを追跡した。例えば表7は、2000年時点の要介護度別の要介護者が2002年時点でどのように要介護度が移ったかを示している。時が進むにつれて要介護度は悪化してゆくさまがわかるが、現状維持も多く、改善も見られないわけではない。川越（2003）は、2000年時点の要介護状態をコントロールした上で、所在地別にその後の要介護度がどう変化したのかを調べている。その結果のうち、2000年時点で要介護2であった人のその後の推移をみたものが図3であるが、在宅介護よりも特養、老健、療養型病床群で悪化が著しく改善者が少なく、また在宅よりも、ケアハウス・グループホームなどの在宅分野の擬似施設で改善が著しい。この傾向は、他の要介護度でもほぼ同様の結果となっているほか、寝たきりや痴呆のランク別の推移でも同様の結果が確認されている。施設の場合、佐竹・鈴木（2001）が調査したように、要介護別の採算レートと実際の介護報酬との乖離が要介護度が低いほど大きく採算が合わず、逆に要介護度が高いと利益が大きい（図4）⁷。こうした要介護度別の介護報酬単価が要介護度悪化のインセンティブとなり、要介護度を悪化させている可能性も否定できない。また、入所している側にとっても、要介護度が改善した場合に施設を退所しなければならぬ場合があり、せっきく長期間の待機の末に得た入所の資格を簡単に手放したくないという動機が働いている可能性もある。

⁷ 図4の採算レートはアンケート調査で調べたものであるため、すべて高めバイアスがかかっており、したがってすべての要介護度で赤字がでるようになっているが、要介護度が高いほど採算レートにコストが近くなっていることがわかる。