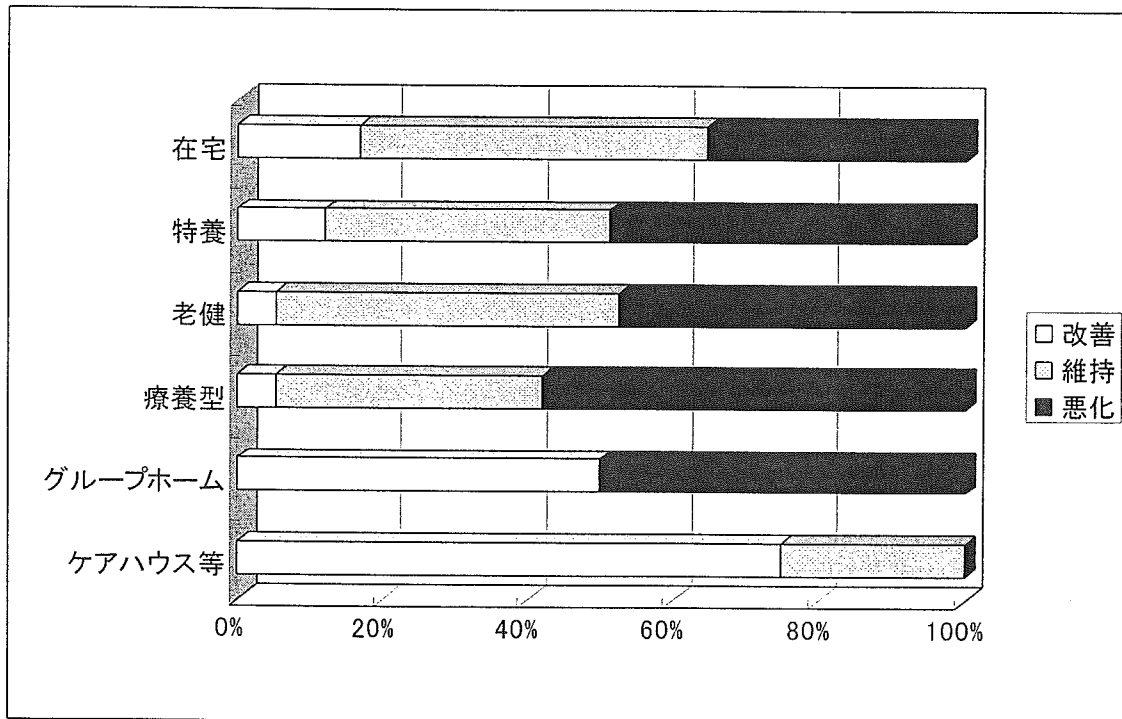


表 7 要介護度状況の変化（割合、％）

		2002年の要介護度							合計
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡・退所	
2000年の要介護度	要支援	32.4	34.8	8.4	2.9	1.7	1.1	18.7	100.0
	要介護1	5.9	39.8	18.5	8.4	5.5	2.4	19.5	100.0
	要介護2	0.5	11.6	31.8	17.9	10.2	4.1	23.9	100.0
	要介護3	0.3	2.6	9.8	27.8	22.9	10.3	26.4	100.0
	要介護4	0.1	0.7	1.4	7.1	29.9	25.66	35.3	100.0
	要介護5	0	0.1	0.2	0.8	5.2	20.2	43.5	100.0
	合計	5.6	16.7	12.8	10.9	12.1	14.6	27.3	100.0

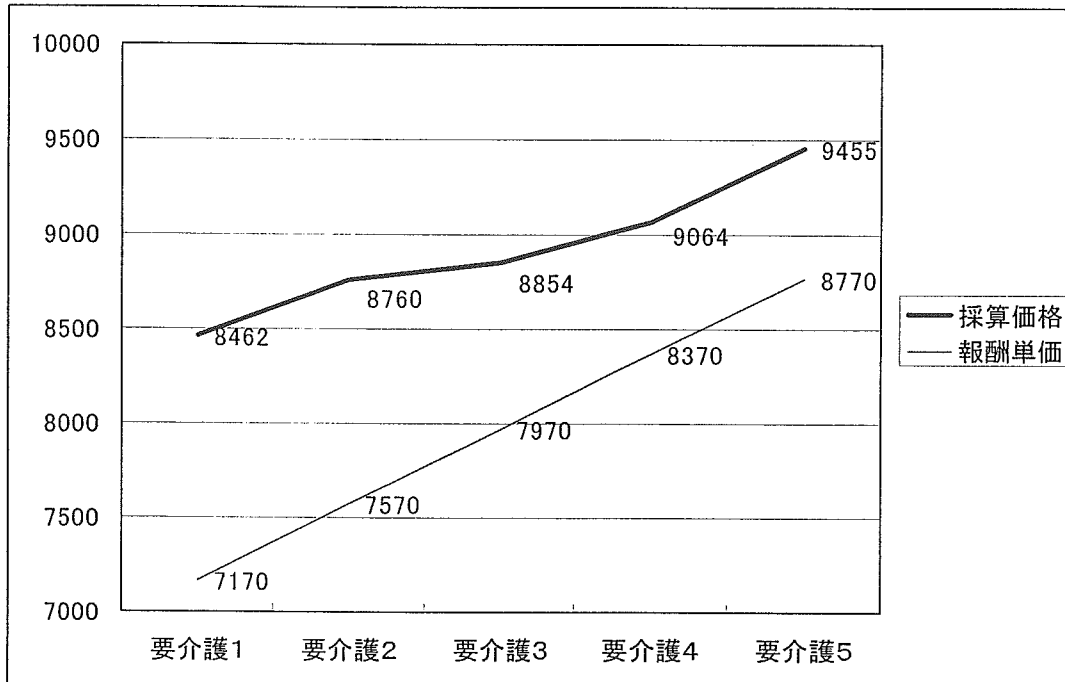
注) 川越（2003）より。

図 3 所在別要介護度の変化（2000年時点で要介護2のケース）



注) 川越（2003）より。

図4 特養ホームの要介護度別採算価格と介護報酬単価



注) 佐竹・鈴木(2001)より。採算レートはアンケート調査による。

2.3 介護者の就労についての変化

介護保険制度が家族介護者にもたらすもう一つの変化は、就労への可能性が広がったと
のことである。つまり、これまでに介護に縛り付けられていた世帯員が介護サービスの充
実によって新規の労働供給に転じる可能性が出てきたのである。こうした可能性について
は、介護制度が導入される前から盛んに分析が行われてきた。

公的介護サービスと世帯員の就業との関係についていち早く検証したのは、大守他(1998)、
大日(1997a)、大日(1999)、岩本(2000)、八代他(1997)、永瀬(2000)などである。介護保
険の導入による就業促進効果を推定するためには、その裏返しとして、これまで介護のた
めに就業を断念していた者がどれだけいたのかということを検証する方法が主にとられて
きた。例えば、八代他(1997)では、60%未満の既婚女性の就業率は要介護者がいる場合に
9.9%ポイント低下するという結果を得ている。大守他(1998)は、「国民生活基礎調査」の個
票データを用いて、介護による就業低下効果を推計して、新ゴールドプラン⁸による新規労
働者創出を22.1万人と推定している。また、岩本(2000)は高齢者の健康状態や調査前年の
就業有無などの要因を考慮した上、要介護者1名の発生につき、介護者の0.1名が就業を断

⁸ 新ゴールドプランとは、注目される介護保険制度の導入や新介護システムの運用の基盤と
なる保健福祉サービス供給体制を整備していくために1995年から開始した福祉計画である。
1999年までに特別養護老人ホーム29万人分、老健施設28万人分の他、在宅福祉としてホ
ームヘルパー17万人分、ショートステイ6万人分、デイサービス/デイケア1.7万箇所とい
った具体的な数値目標を掲げていた。

念するとの推計結果を得ている。つまり、介護保険制度の導入により、在宅要介護者数の約1割にあたる家族介護者が新規労働者(約10万人)となる計算である。一方、大日(1997a、1999)は、介護者のみを分析対象にし、居住地域で提供される介護サービス水準が介護者の就業率に与える影響を推定している。その結果、訪問介護の充実が就業に負の影響、日帰り介護、短期入所サービスの充実が介護者の就業に正の影響を与えるという結果を得ている。その推計結果に基づく大日(1997a)のシミュレーションでは、新ゴールドプランが100%達成される場合、介護者の就業率が20%以上上昇し、約20万人の新規労働参加が生まれると推計される。

しかしながら、上記のいずれの研究も、介護保険制度が導入された前のデータを用いた将来予測であり、介護保険制度導入後に実際どのくらいの家族介護者が新たに労働参加したかについては検証が殆どなされていない。一方、介護保険導入後の状況を分析した内閣府「介護サービス価格研究会」(2002)の調査によると、単に介護者の就業割合の変化をみた場合、就業割合は、介護保険導入後かえって減少していた。具体的には、1999年には仕事をしていない人のうち、5%程度は2001年にパート・アルバイトとして就業していたが、9割以上の人は無業のままである。また、同報告書では、Difference in Difference Modelを用いて、保険導入後の就業確率の変化を統計的に検証したところ、やはり介護保険の導入が介護者の就業確率を有意に高めたという結果が得られなかった。また、その後、同じデータを2003年度まで加えて分析した清水谷・鈴木・野口(2004)では、同じ分析手法により、介護保険設立から3年目にしてようやく労働供給増の効果があるとの結果を得たが、その効果は非常にわずかなものにとどまっている。さらに、杉原他(2005)による三鷹市の調査においても、介護者の就労率は介護保険導入前後で殆ど変化が無いことが確認されている。この背景には、「老老介護」と言われるように、介護者の多くが既に高齢者になりつつあり、既に労働市場に出現することが難しいことがあげられる。ホームヘルプサービスの充足量も、介護者が労働市場に出るほど十分ではない可能性もある。

2.4 公平性の問題

在宅介護サービス市場の設計にかかわる基本情報である価格弾力性や所得弾力性の計測については、介護保険導入前から、国民生活基礎調査やConjoint Analysisと呼ばれる仮想的な質問を用いた研究が大日(1997b)や大日・鈴木(2000)によって行われてきたが、介護保険導入後の計測例としては、大日(2002a,2002b)、南部・菅原(2004)などが挙げられる。まず、所得弾力性については大日(2002a)が岐阜県で行った要介護世帯アンケートを元に、要介護度別に推計を行っているが、世帯所得が正で有意であり、その弾力性がいずれも1を超えることが報告されている。また、要介護度が高いほど所得弾力性が高いという常識にやや反する結果が得られている。彼は、その結果から介護保険は奢侈財であると結論付けており、公的保険という位置づけから、低所得者に対する不公平が生じていることを指摘している。また、大日(2002b)においても、価格弾力性の計測結果から価格弾

力性が負に有意であり、弾力性も要介護度 2 以上では-1 以下となっていることから、やはり介護保険制度は奢侈財であると結論付けている。もっとも、同様の手法をとる南部・菅原（2004）では、価格弾力性は-0.3 程度であり、より多くの研究蓄積が必要である⁹。

さて、大日（2002a）等の所得弾力性の計測結果は、介護保険における公平性の問題を喚起するものであった。この点を、国民生活基礎調査によってより深く分析した山田（2004）においても、居宅介護サービスにおいては高所得者層ほどニード以上にサービスを受けている状況が確認されている。また、社会福祉の分野でも、杉澤（2005）も介護利用状況の所得別 χ^2 乗検定から同様の問題を指摘しており、公平性をめぐる問題が新たな政策論議となってきた。

3. 供給面の変化と課題

3.1 介護業者のサービスの質、効率化

既に触れたように、在宅介護市場において営利業者をはじめとする多種多様な法人に参入が許された。これは、供給量を増やすことが一義的な目的であったが、同時に競争原理の導入によってサービスの質の競争や、効率化が図られるという政策的な意図があった。しかしながら、日本ではこれまで医療・福祉分野に営利法人が参入することは全く認められてこなかったため、福祉関係者の間には営利法人は機会主義的な行動をとるとの否定的な見解が多かった。また、効率性の達成についても、例えば、南部（2000）は、介護報酬単価が固定されていることから、価格競争が働かず、したがって新規参入をした業者もレントシーキング等の競争を行うとの見方を行っていた。

介護保険導入後、もっとも新規参入業者が多かった訪問介護市場において、その評価を行っているのは鈴木らによる一連の研究（佐竹・鈴木（2001）、鈴木（2002a）、鈴木（2003）、周・鈴木（2003）、清水谷・鈴木（2002））や、下野他（2003）等が存在している。鈴木らの一連の研究は、日本銀行や内閣府において実施した介護保険業者への大規模なアンケート調査に基づいて、サービスの質やサービスの質をコントロールした上での効率性を計測している。その結果をまとめると、①様々なサービスの質の指標を営利・非営利業者間で比較すると、両者の差異はほとんど無いが¹⁰、公的業者は質が明確に低い、②事業者密度の高い（市場競争の激しい）地域ほど訪問介護サービスの質が高い、③サービスの質をコントロールしたコストは、介護保険導入後参入した新規業者が低く効率的である、となる。これらの結果からみると、訪問介護市場の分野において、当初の政策目標はおおむね良好な状況にあるとの評価が可能であろう。

3.2 介護施設利用の効率化

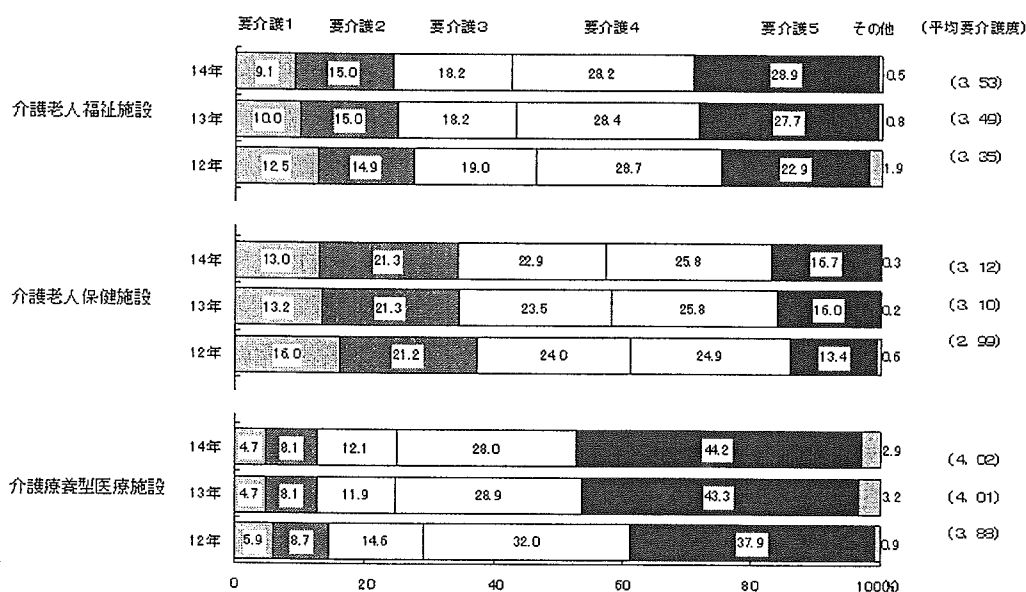
従来措置制度では、特に施設介護において、本当に介護が必要な人が利用できないと

⁹ 直接の関係は無いが清水谷・野口（2002）は施設介護の価格弾力性を求めている。

¹⁰ この点は、下野他（2003）においても、確認されている。

いう問題があった。例えば、杉原他（1996）による栃木県内すべての公的介護施設の高齢入所者を対象とする調査では、「療養型病床」入院者の 37.9%、「老人保健施設」入所者の 28.5%、そして「特別養護老人ホーム」入所者の 22.9%が殆ど介助を必要としていないということが明らかにされていた。また、同様の点は小椋・大石（1995）でも確認されている。これに対して、図 5 は介護保険開始後の施設入所者の要介護度別分布をみたものである。時の推移とともに要介護状態が悪化してゆくことや、2.2 で触れたモラルハザードの問題もあり、一概には言えないが、要介護度の分布は明らかに、要介護 4 や 5 などの重いもの为中心となってきており、これが新規入所者の動向を反映しているのであれば、資源配分が効率化してきているといえよう。また、現在の待機者についても、現在は原則先着順で入所するような制度になっているが、自治体の中には要介護度の高い順番に優先順位を付け替えるところが出てきており、全国でもそのような優先順位が検討されているところである。

図 5 施設介護入所者の要介護度別分布の変化



注) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」各年版

3.3 社会的入院の変化

社会的入院の解消についてはどのような変化があったのであろうか。厚生労働省「制度別概算医療費」によれば、老健の医療費の前年同期比は 1998 年度 6.1%、1999 年度 8.4% と増加してきたものが、介護保険導入後 2000 年度に -6.8% と減少したものの、2001 年度には 5.5% とほぼ同水準に戻っており、介護保険制度の導入による老人医療費の抑制効果は一時的であったようである¹¹。今仮に 2000 年度に老健医療費が 1998 年度や 1999 年度並に

¹¹ 2002 年に老健制度の年齢や自己負担率が変更になったため、その後は単純な比較はでき

増加していたとして 2000 年度の老人医療費との差額を取ると、約 1.5～1.8 兆円であり、厚生労働省の予測よりは少なかったものの、ある一定の効果があつたと評価できる。厚生労働省の予測よりも少なかった理由として、そもそも厚生労働省の予測が過大であったとする見方がある（畑農(2004)）。例えば、二木（1995）による介護保険開始前の社会的入院の試算結果は 1 兆円弱というものであり、府川(1995)によるレセプトデータを使った計測でも、70 歳以上人口の 3.0～6.5%が社会的入院者、費用は老人医療費のおよそ 14%という結果であるから、ほぼ 1 兆円弱にあたる。最近、河口(2004)は、栃木県大田原市の協力を得て、医療保険と介護保険のレセプトデータを分析した結果、介護保険開始後、長期入院者の多くは退院後には介護保険にスムーズに移行したものの、新たな長期入院者が医療保険側で毎年発生しており、量的にあまり変化がないことを発見している。これは、医療機関にとって社会的入院が非常に大きな収益となっていることが根本的な原因であり、施設待機者の受け皿となり続けており、退院した患者についても、実は同一の法人が経営している医療機関と介護保険機関との間で、一種のキャッチボールがなされている場合が多い¹²。医療機関に対するインセンティブを変化させない限りは根本的な解決は難しい。

3.4 地域差と誘発需要の存在

介護保険の保険者は市町村であり、市町村による独自の給付（横だし、縦だし）や供給面の充実などは 1 号保険料の引上げで対処することになっていることから、市町村間で最大 3 倍程度の保険料の格差が存在している（上村（2003））。これらは主に地域の供給面の差異を反映しているので、供給面の地域格差という新たな問題が起きていることになる。このため、地域間の給付費の差異も大きく、厚生労働省（2003）によれば、介護事業者密度の高い地域ほど、介護費用が高いという傾向が見られる。このことから、厚生労働省（2003）が指摘した「介護事業者により利用者の掘り起こし需要が起きているのか」という点について、医師誘発需要と同様のアプローチからの検証も行われている。最初に介護保険市場による医師誘発需要の検証を行ったのは、山内（2005）であり、都道府県別パネルデータを用いた検証を行った結果、医師誘発需要の存在を確認している。しかしながら、医師誘発需要同様に、この問題は利用者のアクセスコストの問題も含んでおり、アクセスコストを識別しなければならない。その後、こうした識別性の対処を行った湯田（2005）においては、医師誘発需要は殆どのサービスで検証されず、福祉用具貸与や通所介護においてわずかな大きさの誘発需要が存在する程度に過ぎない。こうした結果からも、おおむね介護保険における在宅介護分野の競争がうまく進んでいることが確認できる。

ない。

¹² 入院は 3 ヶ月を超えると診療報酬が減減され、6 ヶ月を超えると入院継続ができないために、いったん介護施設に移して、一定期間経過後、また再入院となることが多いといわれている。

5. 財政面の変化と課題

最後に、介護保険財政の将来像について、予測を行うことにしよう。既に冒頭で触れたように、日本の高齢化は急速に進んでおり、そのピークである 2050 年までは介護や医療、年金財政は悪化の一途をたどる。介護財政の将来推計については、既に介護保険が始まる前から、小椋・宮川(1996)、八代他(1997)等により既に先駆的な分析が行われてきたが、介護保険開始後については、厚生労働省が 2 年に一度行っている「社会保障費の給付と負担の見通し」以外には、周・鈴木(2000)、鈴木(2002b)、田近・菊池(2004)、清水谷・野口(2004)、鈴木・菊池(2005)が行っているに過ぎない。このうち、周・鈴木(2000)、田近・菊池(2004)、菊池・鈴木(2005)は、介護給付費及び保険料の将来予測と共に、介護保険が生み出す世代間不公平に着目してその大きさを計測している。介護保険は 3 年に一度収支を均衡させるような保険料を再設定するように決められており、高齢化の進展と共に保険料が急速に上昇してゆくため、まだ保険料が低いうちに納めた世代、あるいは保険料を全く納めなかった初期世代と、その後の世代で世代間の不公平が生じる。周・鈴木(2000)は、その問題を一步進めて、介護保険制度を直ちに積立方式にするように提案し、移行過程の財政問題を定量的に分析している。しかし、これらの分析は介護保険開始後間もない間の分析であり、制度が定着していない状況で定常的な状況を想像しなければならないため、将来推計の信頼度が低いという問題があった。その中で、鈴木(2002)は個票データを用いた Duration の分析から、制度定着後の諸前提を科学的に予想し、それを元に介護費の将来推計をしようとした珍しい分析である。この手法は、鈴木から推計プログラムを譲り受けた清水谷・野口(2004)が翌年のデータを加えて再推計を行い、現在も新しいデータが追加されるたびに内閣府の予測として更新結果を発表している。

さて、医療費の場合にも高齢化による財政の将来予測は、厚生労働省や他の政府機関、研究者によるものなどによるもの等がたくさん存在しているが、その予測手法は基本的に定型化されている。まず、医療統計から年齢階層別の 1 人当たり医療給付費を計算する。1 人当たり医療給付費は、さらに疾病確率と患者当たり医療費や、入院・外来別にブレイクダウンすることもある。そして、それぞれの変数の過去のトレンドを将来の伸び率として想定し、将来の一人当たり医療給付費の系列を得る。さらに、人口予測による年齢階層別人口を乗じて総計をとり、総額の医療費給付費予測とし、医療給付費に見合う保険料を計算するという手順をたどる。また、日本の場合、人口予測は国立社会保障人口問題研究所による予測値が、年金をはじめとする社会保障政策の立案に用いられているため、日本で行われる殆どの予測値がこの人口予測を用いている。

介護の場合にも、基本的に同様の手法をとることが考えられる。つまり、年齢階層別の 1 人当たり介護給付費の将来推計値を計算し、人口予測を乗じて介護給付費の総額とする。1 人当たり介護給付費はさらに、(1)認定率(認定者/65 歳以上人口)×(2)利用率(利用者/認定者)×(3)利用者一人当たり給付費の 3 パートの基礎変数に分けることができるので、プ

レクダウンして見ることにする。また、(2)、(3)については、居宅と施設で大きく異なるために、両者を分けることにする。

さて、表 8 は 2000 年から直近の 2004 年までの基礎変数の動きを見たものである。5 年分のデータが存在するとはいえ、ここから今後の安定したトレンドを想定することは非常に難しい。しかしながら、表 8 の各変数を前年比の伸び率ベースに直すと、(1)認定率や(2)利用率については当初のうち高かった高い伸び率が徐々に収束傾向にあるように見える。

表 8 予測の前提数値の推移と将来の想定

	2000	2001	2002	2003	2004(見込み)	2005(想定)	2006(想定)	2007(想定)	2008以降(想定)
(1)認定率(認定者/65歳以上人口)	0.116	0.130	0.146	0.158	0.168	0.177	0.182	0.185	0.185
(2)利用率(利用者/認定者)	0.659	0.729	0.737	0.747	0.758	0.769	0.779	0.783	0.783
うち居宅利用率(居宅利用者/認定者)	0.443	0.510	0.534	0.556	0.575	0.589	0.599	0.603	0.603
うち施設利用率(施設利用者/認定者)	0.216	0.220	0.203	0.191	0.183	0.180	0.180	0.180	0.180
(3)1人当たり給付費(万円、2000年価格)	191.4	190.0	185.3	180.0	179.2				
うち居宅1人当たり給付費	96.6	105.9	108.9	112.5	115.9	119.4	123.0	126.7	130.5
うち施設1人当たり給付費	385.3	385.1	386.3	377.2	378.1	378.1	378.1	378.1	378.1

つづき (伸び率ベース)

	01/00	02/01	03/02	04/03	05/04(想定)	06/05(想定)	07/06(想定)	08/07(想定)
(1)認定率(認定者/65歳以上人口)	12.2%	11.8%	8.3%	6.6%	4.9%	3.3%	1.6%	0.0%
(2)利用率(利用者/認定者)	10.7%	1.1%	1.4%	1.5%				
うち居宅利用率(居宅利用者/認定者)	15.2%	4.8%	4.2%	3.3%	2.5%	1.6%	0.7%	0.0%
うち施設利用率(施設利用者/認定者)	1.6%	-7.5%	-6.1%	-3.9%	-1.7%	0.0%	0.0%	0.0%
(3)1人当たり給付費(万円)	-0.7%	-2.5%	-2.8%	-0.4%				
うち居宅1人当たり給付費	9.6%	2.8%	3.3%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%
うち施設1人当たり給付費	0.0%	0.3%	-2.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

そこで、表 8 の想定として表しているように、伸び率のトレンドがそのまま収束してゆくと想定することにした。一方、一人当たりの給付費については伸び率ベースでみると、居宅については最近ではほぼ 3%の伸び、施設については伸び率 0%で落ち着いている¹³。そこで今後もこの傾向が変わらないと想定することにする。このような想定を行った予測をベンチマークとしてケース 1 とする。もうひとつは、比較対象として、2004 年の各基礎変

¹³ 施設 1 人当たり給付費の 02-03 年の変化率がマイナスなのは介護報酬単価の影響と見られる。

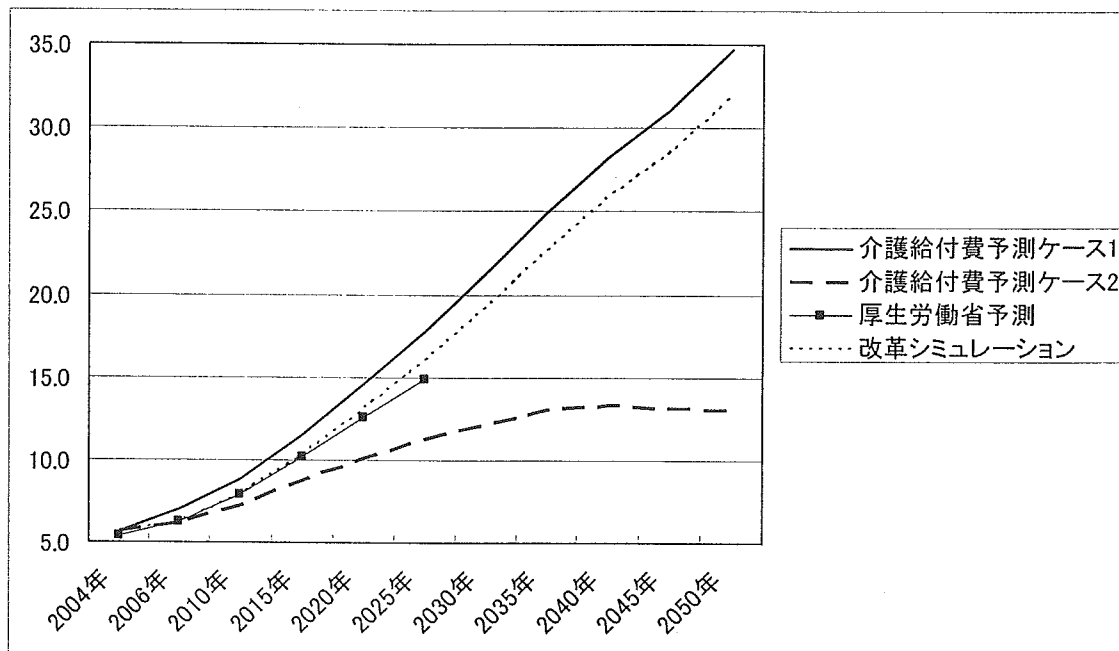
数が将来もずっと変わらないとする想定（つまり、すべての基礎変数で将来の伸び率は0%）の予測を行い、ケース2と呼ぶことにする。さて、実際の推計では、各年齢別×要介護度別にデータが入手可能なので¹⁴、(1)認定率、(2)利用率、(3)利用者一人当たり給付費はすべて在宅・施設別に5歳階級年齢×要介護度別に作成しているが、全体として表8の想定どおりになるように計算をしている。

図6、表8は介護給付費の予測をまとめたものであるが、ケース1の給付費は急速に上昇し、2010年に8.9兆円、2025年に15.8兆円、2050年には34.7兆円に達する。これは、国民所得比でみると、1.6%に過ぎない介護給付費が最終的に国民所得比で7.4%に達することになる。一方、今後すべての基礎変数が伸び率0と想定した極端なケース2であっても、2010年に7.2兆円、2025年に11.2兆円、2050年には13.1兆円に達し、2050年の国民所得比は2.8%に達する。図中に厚生労働省予測とあるのは、平成16年5月に厚生労働省が行った予測値であるが、だいたい中間的なケースとなっていることがわかる。さらに、表8のケース1の内訳にみるように、在宅・施設別にみると今後まっぴら上昇が予想されるのは在宅介護分野である。

また、図7は、1号被保険者の保険料額を予測したものである。現在、月額3300円である保険料はケース1において、2010年に5100円、2025年に9700円、2050年には21000円に達する。ケース2でも、2010年に4200円、2025年に6100円、2050年には8000円に達する。また、ここでも厚生労働省予測は中間的な予測となっている。

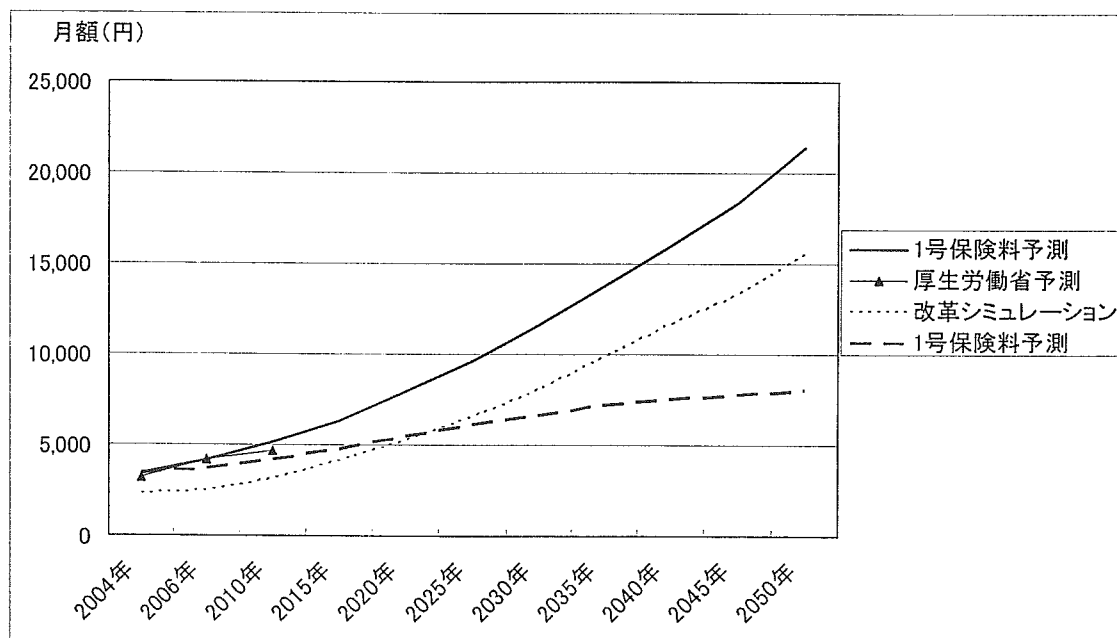
¹⁴ 厚生労働省介護給付費実態調査月報、介護給付費実態調査月報、介護保険事業状況報告を用いる。

図6 介護保険給付費の将来推計



注) すべて2000年価格で表示している。

図7 1号保険料の将来推計



注) すべて2000年価格で表示している。

表8 予測結果のまとめ

	2004年	2010年	2015年	2025年	2050年
ケース1介護給付費(兆円)	5.7	8.9	11.6	17.8	34.7
対国民所得比	1.6%	2.4%	3.0%	4.4%	7.4%
うち在宅分(兆円)	2.8	4.8	6.7	11.3	27.1
うち施設分(兆円)	2.9	4.0	4.9	6.4	7.6
ケース2介護給付費(兆円)	5.7	7.2	8.7	11.2	13.1
対国民所得比	1.6%	2.0%	2.3%	2.8%	2.8%
改革シミュレーション(兆円)	5.7	7.9	10.3	16.0	31.9
ケース1の1号保険料予測(月額、円)	3,444	5,165	6,324	9,680	21,353
ケース2の1号保険料予測(月額、円)	3,444	4,213	4,758	6,113	8,043
改革シミュレーション(月額、円)	2,288	3,147	4,126	6,559	15,514
認定者数(千人)	4,162	5,779	6,842	8,637	9,803
施設入所者数(千人)	763	1,069	1,297	1,701	2,016
在宅利用者数(千人)	2,393	3,484	4,125	5,207	5,910

注) 価格はすべて2000年価格ベース。

国民所得の伸び率は厚生労働省によるもので年率1から0.6%を想定。

次に、現在検討されている改革案の財政的な効果について簡単な試算を行ってみよう。介護保険制度は5年に一度見直しを行うことが法律で定められているが、現在、最初の5年間を経ていくつかの改革案が議論されている。既に、改革法案として、現在国会の審議を行っているものは、①施設介護のホテルコストの徴収、②要支援者の予防給付の削減といったものである。また、今回の法案には盛り込まれなかったものの、将来的には③保険料徴収年齢の20才への引き下げも行われる可能性が高い。そこで、近い将来の改革という意味で、①ホテルコストについては1人5万円のホテルコストの全額を徴収、②要支援の給付を完全にカット、③徴収年齢の20歳までの引き下げ、が2006年から行われるとしてケース1に基づいて試算を行う¹⁵。その結果が、図6,7、表8の改革シミュレーションである。2050年時点で約3兆円、保険料額にして月額5500円程度がコストダウンになるが、それでも2025年には6500円、2050年には15000円の保険料額となることがわかる。

参考文献

- 井伊雅子・大日康史(2001)「第10章 高齢者介護における予防行動」井伊雅子・大日康史 著『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社
- 岩本康志(2000)「要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化」『季刊社会保障研究』Vol.36(No.3),321-337
- 医療経済研究機構(2001)『介護保険による効果の評価手法に関する研究』
- 上田照子(2004)「介護保険制度下における在宅要介護高齢者の家族の介護負担」『流通科学 大学論集—人間・社会・自然編』第16巻第3号、175-180
- 上村淳三(2003)「介護保険料の実証分析：保険料算定方式は有効か」八代尚宏・日本経済

¹⁵ 実際には、ここまでドラスティックな数字になるかどうかは現在のところ分からない。

- 研究センター編「社会保障改革の経済学」東洋経済新報社(6章),pp.119-134
- 大日康史(1997a)「新ゴールド・プランによる労働創出効果に関する研究」『医療と社会』Vol.7(No.2),99-119
- 大日康史(1997b)「在宅介護者の選択に関する意思決定—ホームヘルプサービスに対する需要分析—」『医療経済研究』Vol.4,pp.71-88
- 大日康史(1999)「介護場所の選択と介護者の就業選択」『医療と社会』pp.101-120
- 大日康史(2002a)「介護保険による実際の介護需要の分析：世帯構造別の推定」『季刊社会保障研究』38(1),pp.67-73
- 大日康史(2002b)「介護保険における介護サービス需要の価格弾力性の推定」『季刊社会保障研究』38(3),pp.239-244
- 大日康史・鈴木亘(2000)「介護保険の市場分析」『季刊社会保障研究』36(3),pp.338-352
- 小椋正立・大石亜希子(1995)「高齢者のための長期ケアの供給者に関する規制とインセンティブの実証研究」『医療と社会』Vol2.No.2
- 小椋正立・宮川知之(1996)「わが国の高齢者における介護必要度の推計について」『医療と社会』Vol2.No.2
- 大守隆・田坂治・宇野裕・一瀬智弘(1998)『介護の経済学』東洋経済新報社
- 河口洋行(2004)「介護改革への視点(下)」— 財政悪化、地域で対応を」日本経済新聞 2004年11月30日朝刊・経済教室
- 川越雅弘(2003)「介護サービスの有効性評価に関する調査研究—第一報：ケアマネジメントの現状と今後のあり方」日医総研報告書
- 菊池潤・鈴木亘(2005)「介護保険財政の評価」(社)日本経済研究センター『社会保障改革の政策評価研究報告書「社会保障財政の全体像と改革の方向」』第4章
- 桑原裕一他(2002)「要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因：福岡県京築地区における介護保険制度発足前後の比較」『保健医療科学』51(3)、154-167
- 厚生省(1997)『厚生白書(平成9年度)』
- 厚生省(1998)『厚生白書(平成10年度)』
- 厚生省介護保険制度施行準備室(1999)『介護保険Q&A』
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局(1994)『新たな高齢者介護システムの構築を目指して—高齢者介護・自立支援システム研究会報告書—』ぎょうせい
- 厚生労働省(2003)『平成15年度厚生労働白書』
- 坂田期雄(2002)『介護保険—自治体最前線の対応』、ぎょうせい
- 佐竹秀典・鈴木亘(2001)「日本の介護サービス市場の実態～事業者アンケートに基づく考察～」『エコノミクス』(東洋経済新報社)6号,pp.180-195
- 清水谷諭・野口晴子(2002)「介護サービス施設からの退所決定要因と価格弾力性」ESRI Discussion Paper Series No.24
- 清水谷諭・野口晴子(2004)『介護・保育サービス市場の経済分析』東洋経済新報社

- 清水谷諭・鈴木亘・野口晴子(2004)「公的介護保険導入は女性労働供給をどの程度刺激したか?—マイクロデータによる検証—」ESRI Discussion Paper Series No.93
- 清水谷諭・鈴木亘(2002)「営利業者参入で訪問介護市場は効率的になったか?」ESRI Discussion Paper Series No.18
- 下野恵子・大日康史・大津廣子(2003)『介護サービスの経済分析』東洋経済新報社
- 周燕飛・鈴木亘(2000)「介護保険純債務と介護保険を通じた世代間所得移転」ISER Discussion Paper Series (大阪大学社会経済研究所) No.518
- 周燕飛・鈴木亘(2003)「訪問介護市場における市場集中度と効率性、サービスの質」『日本経済研究』No.49 pp.173-187
- 神野直彦・金子勝(2002)『住民による介護・医療のセーフティーネット』
- 鈴木亘(2002a)「非営利訪問介護業者は有利か?」『季刊社会保障研究』(国立社会保障・人口問題研究所) 第38巻1号,pp.74-88
- 鈴木亘(2002b)「介護サービス需要増加の要因分析—介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計に向けて—」『日本労働研究雑誌』(日本労働研究機構) No.502
- 鈴木亘(2003)「公的介護保険で訪問介護市場はどう変わったか」八代尚宏・日本経済研究センター編「社会保障改革の経済学」東洋経済新報社(7章),pp.135-148
- 鈴木亘(2004)「介護分野の規制改革—特別養護老人ホームへの株式会社参入全面解禁に伴う市場拡大効果」八代尚宏・日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略—規制改革で産業活性化を』日本経済新聞社、第13章所収論文
- 鈴木亘・小滝一彦・児玉直美(2004)「公的介護保険導入と老後不安感、予備的貯蓄」『家計の金融資産に関する世論調査の個票データを用いた研究会報告書I』金融広報中央委員会, pp 177-199
- 田近栄治・菊池潤(2003)「介護保険財政の展開—居宅給付費増大の要因—」『季刊社会保障研究』第39巻、第2号、pp.174-188
- 田近栄治・菊池潤(2004)「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」『フィナンシャル・レビュー』第5号(通巻第74号)
- 杉原素子・谷口敬道・三井速雄(1996)「特別養護老人ホーム・老人保健施設・特例許可老人病院・療養型病床群における高齢者の日常生活機能の比較と施設機能」『医療経済研究』Vol.3,131-140
- 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子編著(2005)『介護保険制度の評価』三和書籍
- 畑農鋭矢(2004)「社会的入院の定量的把握と費用推計」『医療経済研究』第15号
- 樋口恵子(1997)『介護が変われば老後も変わる』ミネルヴァ書房
- 府川哲夫(1995)「老人医療における社会的入院の大きさについての統計的アプローチ」『医療経済研究』Vol.2,47-53
- 二木立(1995)『日本の医療費 国際比較の視点から』医学書院
- 内閣府(2002)「介護サービス価格に関する研究会」報告書

- 南部鶴彦(2000)「第3章 介護サービス産業への公的介護保険導入の経済的帰結」『医療・介護の産業分析』東京大学出版会
- 南部鶴彦・菅原琢磨(2004)「介護サービス需要における自己負担率の効果：給付管理レセプトによる実証分析」『医療と社会』(医療科学研究所)Vol.14 No.1
- 永瀬伸子(2000)「家族ケア・女性の就業と公的介護保険」『季刊社会保障研究』36(2),pp.187-199
- 連合総合生活開発研究所(2001)「検証：介護保険制度1年—連合総研『介護サービス実態調査』から見えてきたもの—」
- 山田篤裕(2004)「居宅介護サービスの公平性—『国民生活基礎調査(平成13年)』介護票に基づく分析—」『季刊社会保障研究』Vol.40 No.3,pp.224-235
- 山内康弘(2005)「訪問介護給付は適正か？—供給者誘発需要仮説アプローチによる検証—」『医療と社会』Vol.4, No.2
- 八代尚宏他(1997)「高齢化の経済分析」、『経済分析』,No.151
- 山井和則・斉藤弥生(2005)『介護保険のすべて』(第2版)東洋経済新報社
- 田近栄治・油井雄二(2001a)「介護保険導入一年で何が起きたか—北海道東部三市町村のケース—(上)」『健康保険』第55巻10号, pp.40-47
- 田近栄治・油井雄二(2001b)「介護保険導入一年で何が起きたか—北海道東部三市町村のケース—(下)」『健康保険』第55巻11号, pp.60-70
- 湯田道生(2005)「介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響」『季刊社会保障研究』Vol.40(No.4),373-386
- Schulz R., et al. (1999) Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study, Journal of American Medical Association 28:2215-9.

補論 日本の介護保険制度

日本の介護保険制度は大まかにいうと、40歳以上の全住民から介護保険料を徴収し、原則65歳以上で要介護状態になった場合に、介護保険サービスを1割の自己負担で受給できるという制度である。保険の運営者は、基本的に各市町村¹⁶である。

介護保険の給付費は、2004年度現在で5.73兆円であるが、実はその財源の半分は公費により賄われており、保険方式と税方式を混合した「保険制度」であるという特徴がある。保険料の徴収ベースは、65歳以上を第1号被保険者、40-64歳を第2号被保険者として負担が分けられており、前者は年金給付額からの天引き、後者は医療保険と合算して徴収が行われている。それぞれの負担する額は、マクロ的には、1号被保険者と2号被保険者の人口割合（約1:2）に応じて給付費のそれぞれ17%と33%（合わせて50%）を負担することになっている。第1号被保険者の保険料負担は、現在、平均的には月当たり3,300円であるが、住んでいる自治体、そして本人の所得によって大きく異なる。自治体ごとに決められている保険料基準額を元に、収入によって5段階の保険料（最大基準額の1.5倍、最小基準額の0.5）が徴収される。保険料基準額も、自治体の運営状況によって地域差がある。一方、第2号被保険者の保険料負担は、現在、賃金収入の約1.0%の保険料率が課されている。公費部分については、国が20%、都道府県と市町村が12.5%ずつ負担し、残りの5%は調整交付金¹⁷によって賄う。

介護保険で介護サービスを受けられるのは、基本的には65歳以上で、介護が必要と認定された要介護者である¹⁸。要介護者は、まず、保険者に申請を行う。すると、市町村職員や後述するケアマネージャーが派遣され、79項目の調査表について日常生活動作にかかる時間や状況の調査を行い、機械的にコンピューターによる要介護度の判定を行う（1次判定）。ただ、コンピューターによる判定では、認知症などについての負担状況が勘案しにくいいため、医師による意見書も判断材料とされた後、保険者に設置された介護審査会において最終判断（2次判定）が行われて、申請者に通知される。

表1 要介護認定の流れ

	名前	具体的な内容
準備	STEP 1 申請	本人や家族のほか、在宅支援事業者などが申請書類を市町村の窓口へ提出
	STEP 2 訪問調査	市町村職員や介護支援専門員（ケアマネージャー）が訪問し、79項目の調査票について聞き取り
	STEP 3 コンピューター判定	訪問調査の結果をコンピューターを使って判定（第1次判定）
	STEP 4 介護認定審査会	介護の必要度合いについてのかかりつけ医師の意見書と1次判定の結果に基づいて第2次判定を行う
	STEP 5 認定通知	介護認定審査会で決定された要介護度が本人に通知される（申請から30日以内）
実施	STEP 6 介護サービス計画作成	ケアマネージャーが本人や家族の希望を聞きながら、サービス計画を作成する
	STEP 7 サービスの利用	サービス計画に基づいて、在宅サービスを利用したり、施設へ入所したりする。

通知される要介護認定の区分は非該当（自立）・要支援・要介護（1-5）に分けられる。要

¹⁶ 広域連合という市町村の連合体で運営しているところもある。

¹⁷ 調整交付金とは、地域による高齢者の保険料の差を是正するためのものである。

¹⁸ 40-64歳の人でも、「加齢」に伴う疾病（初老期の痴呆、脳血管疾患、パーキンソン病等15種類の疾病）をかかった場合に限り、公的介護保険サービスを利用できる。

介護度によって、利用可能なサービスの上限額が設定されており、表2のように「要支援」と要介護5の間には約6倍の差がある。

その後、介護サービス計画（ケアプラン）という介護サービス利用のスケジュール表を作成しなければならないが、これは通常、本人や家族ではなく、市町村から配布される一覧表の中から選ばれたケアマネージャーが行う¹⁹。ケアマネージャーは、要介護者の状況に合わせてケアプランを作成し、利用業者の選定から発注までを実施する²⁰。

表2 在宅サービスの支給限度額と利用者負担額（月額）

	心身の状態	利用限度額	利用者負担額	在宅サービスの利用	施設サービスの利用
自立	身の周りのことが自分でできる			×	×
要支援	部屋の掃除など手伝いが必要	¥61,500	¥6,150	○	×
要介護1	浴槽の出入りに一部介助が必要	¥165,800	¥16,580	○	○
要介護2	何かにつかまれば歩ける	¥194,800	¥19,480	○	○
要介護3	歩けない、入浴に介助が必要	¥267,500	¥26,750	○	○
要介護4	身の周りの世話に介助が必要	¥306,000	¥30,600	○	○
要介護5	意思の伝達が困難、生活全般に介助が必要	¥358,300	¥35,830	○	○

（出所）山井・斎藤(2005) P.47

利用できるサービスの種類は、在宅サービスと施設サービスの2つに分かれる。在宅サービスは、訪問介護（ホームヘルプサービス）、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、福祉用具貸与、短期入所生活介護（ショートステイ）、短期入所療養介護（ショートステイ）、居宅療養管理指導のほか、擬似的な施設介護である痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）、特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス等）が存在する。施設介護は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設（療養型病床）の3種類の施設が存在しており、後者ほど医療的なケアが実施される施設となっている。各サービスは時間当たりの利用料が、「介護報酬単価」として固定価格で設定されており、その1割を利用者が自己負担をし、残りの9割を保険者が支払う。

日本の介護保険は、ドイツ（独）やオランダ（蘭）の制度に比較的に近いものだと言われているが、独・蘭の制度と比較してみると（表3）、いくつかの特徴があることが分かる。第一に、独・蘭では、被保険者の対象となるのは全住民であり、若年・障害者もサービスの受給対象となる。一方、日本では、被保険者は40歳以上の住民で、サービスの受給対象は原則として65歳以上の高齢者のみである。第二に、ドイツでは3段階の要介護度しか設

¹⁹ もちろん、利用者本人や家族がケアプランを作成してもよい。ケアプランの作成には、1割の自己負担はかからない。

²⁰ ただし、ケアマネージャーの多くは特定の事業者には雇われているため、事業者の意向や都合に合わせたケアプランが作成され、要介護者にふさわしい利用計画には必ずしもなっていないケースがあるといわれている（坂田2002、神野・金子2002）。

定されておらず、日本の要支援や要介護1程度の認定ではサービスを受けられない。その意味では、日本の介護保険はドイツよりも「範囲が広い」といえる。第三に、独・蘭では、サービスや施設入所といった現物支給のほか、家族介護者に対して一定額の現金給付も行われているが、日本では原則として現金給付を行っていない²¹。

表3 日本、ドイツ、オランダの介護保険制度の比較

	ドイツ	オランダ	日本
制度名	Pflegeversicherung	Algemene Wet/Bijzonder	介護保険制度
保険者	介護金庫	国	市町村
財源	保険料	保険料+自己負担	保険料+公費+自己負担
被保険者	ほぼ全住民	全住民	・40～60歳(第2号) ・65歳～(第1号)
若年・障害者 段階別要介護度	受給対象とする あり(3段階)	受給対象とする なし	受給対象としない あり(6段階)
現金給付	あり	あり	なし

(参考資料)厚生労働省第12回社会保障審議会介護保険部会 資料2「諸外国における介護保障制度の比較」(2)

さて、本稿の構成は次の通りである。第2節では、介護保険制度成立当初の背景とその政策目標を振り返り、現状の評価の座標軸を設定する。第3節では主に需要面・利用者の側面の変化とその評価をまとめる。また、そのアウトカムとして介護者の負担感や要介護者の状況などについても触れる。第4節は供給面の変化とその政策評価である。5節でその他の論点をまとめた後、6節では財政面の評価を行う。7節は、まとめであり、今後の課題などについても議論する。

²¹ 約6割の市区町村は独自の介護慰労金制度を設けており、給付額は月5・6万円のものから3・4千円程度のもので様々である。

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

Wataru Suzuki
Seiritsu Ogura
Yanfei Zhou

1. Introduction

The long-term care insurance (LTCI) of Japan was introduced in year 2000. As is well-known, many features of Japanese LTCI have been taken from those of Germany and Netherlands, but there are some important differences from them (Table 1). First of all, in the German system or the Dutch system, everyone is insured, and no one is excluded from its benefits, including the young and the handicapped. In contrast, the Japanese system covers only those at or above age 40, and, only those at or above age 65, in principle, are entitled for its benefits. For the handicapped, Japan has a separate welfare program financed by the general tax-revenue. Secondly, in Germany, there are only three grades of Care levels, and those “support required” or those with grade 1 in our system would not be entitled for benefits. In this sense, the Japanese system is more generous than the German system. Thirdly, in Germany or Netherlands, in addition to at-home care benefits and institutional care benefits, cash benefits are paid to family care-givers. Cash payments have been excluded from the home-care menu in Japanese LTCI.

This insurance, in just four years after its introduction, has changed significantly how we take care of the elderly not only at home, but also in institutions as well. The first stage of the new insurance has been a solid success: all available indices of LTC market outputs have literally doubled. At the least, a substantial portion of the family burden has been replaced by LTCI benefits, and the LTC institutions are admitting high care level individuals. This success in the first stage, however, immediately creates a far more difficult problem for the second stage: namely, how can we control the costs and make the system sustainable in the long-run?

The insurance program is scheduled for periodical review once every five years, and, at this moment, the administration’s LTCI reform bill is in the final stage before becoming a law. The bill adds preventive care services to its at-home care menu, and starts charging housing and food costs to the individuals in LTC institutions. The preventive care services are introduced to prevent the deterioration of the disabilities, and the new out-of-pocket costs for institutional care are introduced to reduce the huge

excess demand for the service. Additional changes in its financing mechanism are in the wings in FY 2006 as well: the inclusion of 20 to 39 years old, who are currently excluded from the insurance, and integration of LTCI with the cash-stripped welfare system for the handicapped are these examples.

<<Insert Table 1>>

In this paper, we try to examine our experiences in the last five years and . We will start our review by showing how the LTCI has changed the care service market. First, it has stimulated the output, particularly in the market for at-home care services. Coupled with the new competition policy, the LTC succeeded in expanding the output at spectacular rates in a short period of time. Second, it has improved the efficiency in many corners of the market: even in institutional care market which grew only moderately, the suppliers are now admitting individuals with greater Care levels, rather than the other way around. Third, there is a limited, but solid, evidence that the LTCI is relieving at least a part of the burden off the overworked family care-givers.

The success of LTCI in the last four years, however, presents a new set of challenges for its future. The benefits are growing too fast. The waiting-line for institutional care is getting longer. There are some signs of moral-hazards in the system. The financing mechanism is still very shaky. The regional imbalance may be expanding. These are the problems that need to be solved to make LTCI sustainable for the future.

The construction of the rest of this paper is as follows: in 2, we explain the general background that led to the introduction of LTCI, and the basic structures of Japanese LTCI. In 3, we examine the various changes in the LTC market following the introduction of LTCI. In 4. we examine the changes in the cared individuals and their family following the introduction of LTCI. In 5. we examine the sustainability question of LTCI.

2 Characteristics of Japanese LTCI

2.1 General Backgrounds

For the last three decades, Japan has been going through a very rapid aging process in its population: in 1970, the proportion of 65 years old or older in its total population accounted for 7.1%, in 2004, it reached 14.1%, and in 2005, it is estimated to be 19.6%²². Furthermore, according to the mid-range fertility scenario of the official population projection, the proportion will reach 28.7% in 2025, and 35.7% in 2050. As our population ages, the number of individuals who need long-term care has been increasing at least at the same rate, if not faster: in 1993, the number of bed-ridden, frail or senile individuals was estimated to be around 2.0 million, but, in 2000, it was 2.8 million, and, according to the Ministry of Health, Labor and Welfare, in 2025, it will reach 5.2 million.

Until the late 1990's, prior to the introduction of LTCI, it was primarily the families that provided LTC to their aged members when they needed it. Families, however, had often found it impossible to meet the responsibility. First of all, the care often involved intolerably long hours of physically demanding works. For instance, according to a 2003 survey conducted by the Cabinet Office, in 1999, the proportions of families whose primary care-giver put in more than 8 hours (12 hours) accounted for 21.7% (10%), of such families. Secondly, the overwhelming majority of principal family care-givers were women, and, many of them were too old for any physically demanding work. For instance, according to the same survey, 84% of the care-givers were female, and about half of them were 60 years old or older. Thirdly, the care usually lasted many months and sometimes many years.

This situation had often resulted in so-called "KAIGO-JIGOKU" (Long-term Care Hell) for such families: the spouse, who had been healthier once, soon began suffering from various ailments caused by the demanding works, and very often, both ended up needing formal care in public nursing homes. In three-generation families, things were not much better either. The responsibility to care for the husband's parents is typically left to the wife, but the overworked and depressed care-giver often started using abusive languages to them, or physically abusing them. In fact, in a well-known private survey²³ on the informal long-term care, more than half of the family care-providers reported that they had engaged in some acts of abuses toward the one they had been caring.

²² National Census and Population Projection of Japan (Ministry of Internal Affairs).

²³ Research Institute of Alliance of Labor Union, "Survey of Long-Term Care"