

いないこともうなずける。

両国の制度における要介護者の範囲の違いについては、このような理解ができるところであるが、さらに、日本の制度が、要介護者に留まらず、「要介護状態となるおそれがある状態にある」者としての要支援者まで対象としたことについてはどのように考えたらいいのだろうか。

この点については、制度創設当時の解説書において「介護保険制度の導入により、従来老人福祉制度におけるホームヘルプサービス等を受けていた人たちの中には、それまで受けていたサービスを利用できなくなるのではないかといった不安を聞くことが多くありますが、そういうことはありません。老人福祉制度では虚弱状態の高齢者から福祉サービスの利用が可能ですが、要介護等の段階で最も軽度な要介護状態は、老人福祉制度における虚弱状態の概念に類似したものです。すなわち、食事や排泄、衣服の着脱等基本的な日常生活動作については概ね自立をしているけれども、生活管理能力の低下等のために、時々食事の準備や掃除等の生活上の支援を要する状態です。したがって、介護保健制度においても、一般的には要支援者として引き続きサービスの利用が可能であると考えられます。」^{注3)}とあるように、経緯としては、従来の老人福祉制度におけるサービス受給者の範囲との継続性を保つために講じられた措置ということであろうと考えられる。

しかし、制度として、これを考えた場合には、「要介護状態」になるおそれがある者に対して、要介護状態になることを「予防」するための給付であるということになる。介護保険法において、要支援者に対して行われる給付に対して、制定当初から「予防給付」（平成18年改正前の介護保険法第18条第2号）と法律上定義されていたことは、それを表している。つまり、我が国の介護保険制度は、創設当初から、要介護者でない一定の者にも「予防」措置を給付として行う制度であった、ということである。

このように我が国の制度を考えると、公費により実施するという選択肢もあった「予防」を給付としたということは、我が国の介護保険制度において高率の公費負担を導入した理由の一つと位置付けることが可能ではないかと思われる。もちろん、予防給付を行うことと公費負担があることが論理必然的に繋がるわけではない。例えば、ドイツの医療保険においては、健康診断等の疾病予防が給付に取り入れられているが、ドイツの医療保険には、原則として国庫負担はされていない。また、我が国の介護保険では、予防給付だけについて公費負担がされているわけでもない。しかし、給付の対象となる要介護者の範囲が軽度者まで含めて広く設定され、さらには要介護状態に至っていない要支援者まで支給対象者としていることは、従来、医療保険において、健康診断等は保険事故ではないからとして「予防給付」を認めてこなかった我が国においては画期的なことである。

これは、急速な高齢化が進行している中で、そこまで広く支給対象者とし、介護給付を行わなければ、高齢者介護問題にはしっかりした対応はできないという日本政府の政策判断によるものである。しかし、そのために給付費も大きなものとなり、それを全て保険料で賄うのは困難という判断から高率の公費負担が導入された、ということではないかと考えられる。

このように考えてくると、我が国の制度の特徴としての上記②と③はリンクしたものとして理解することが適切なのではないかと思われる。そして、このように考えると、平成18年改正についての評価も、後述するように変わってくると思われる。

(3) 医療施設による給付のある介護制度

もう一つ、我が国の介護保険制度の特徴としての、④の医療施設による給付があることである。「介護療養型医療施設」という、医療施設であるとともに介護保険施設であり、そこで行われるサービスについては医療サービスも含め介護保険から給付する、そうした施設の

存在は、「介護保険の中に医療を含めるべきだ」という日本医師会側の制度発足時の要求の結果である」^{注4)}との評価もあり、経緯としてはそうした面もあったと思われるが、制度としては、施設において介護と医療を併せて給付することが必要な要介護者がいることを制度的に認めている、ということになる。後述する医療制度改革の一環として実施された「療養病床の見直し」は、この位置付けに変更を加えようとするものであった、と位置付けることができる。

以下、上記の視点を踏まえ、平成 18 年度の制度の大幅見直し、平成 19 年度の改正、そして医療制度改革の一環として実施された改正等、一連の介護保険制度の改正について、改めて評価することとする。

3 介護保険の制度改正とその評価

介護保険制度の平成 18 年度制度改正は、①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し（平成 17 年 10 月から実施）、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤負担の在り方・制度運営の見直し、の 5 点から構成されている。

(1) 予防重視型システムへの転換

①概要

- 軽度者（要支援、要介護 1）の要介護認定者及び受給者が急速に増加し、給付費増加の要因となっている一方で、軽度者への給付が要介護状態の改善に必ずしも役立たず、むしろ悪化するケースもあることから、軽度者の中で、改善の可能性が高い者については、予防効果の高いサービスだけを受けてもらう仕組みにすることにより、今後増大が見込まれる認知症等の重度の者への対応に重点的に資源を投入できるようにするとともに、軽度者の重度化をできるだけ防止していこうとしたものである。
- 具体的には、要介護認定の区分を見直し、従来の、要支援及び要介護度 1～5 の 6 段階から、要介護度 1 を要支援 2 と要介護 1 にわけた 7 段階とした。
その上で、改善可能性の高い者は、「要支援 2」として支給限度額を下げ、従来の要支援者（要支援 1）も含め、受けられるサービスの種類や回数を介護予防効果を考慮して従来より限定し、サービス事業所がサービスの提供によって市町村から受ける介護報酬は定額化した（給付としての「介護予防サービス」）。
- さらに、要介護・要支援になるおそれが強い高齢者（特定高齢者）を対象として、介護予防事業（転倒予防、筋力トレーニング、栄養相談教室等）を行う「地域支援事業」を実施した。

②批判

軽度者の増加という問題は、要介護者の範囲が広い我が国の制度特有の問題である。日本に先駆けて介護保険を導入したドイツにおいても、受給者数は増加しているが、日本ほどではない。例えば、我が国の制度実施後 5 年間の受給者数は、2000（平成 12）年の 184 万人から 2005（平成 17）年の 337 万人へと約 1.8 倍に増加しているのに対し、ドイツでは、前年の在宅給付実施に続き施設入所給付が実施された 1996 年の受給者が 155 万人、2001 年が 182 万人と約 1.2 倍に過ぎない^{注5)}。これは、前述のように、ドイツの介護保険の要介護者の範囲が、我が国では要介護 3～4 程度以上の者に限定されていることによるものである。

このような我が国の要介護者の範囲の広さと、平成 18 年度改正が、その範囲を維持したままでいわば給付面の制限により対応したことについては、「厚生省は 2000 年の発足時にサービス利用の枠を広げ過ぎてしまったのではないか、介護度が軽度の者を

中心に「家事代行型」のサービスまで認めてしまい、数年後、給付費が膨らむと、急に利用を制限する施策を打ち出してしまった、国民の側からすれば、そのギャップに戸惑っているのではないか^{注6)}という意見もある。

確かに、現場担当者の意見を聞くと、従来家事援助を受けていた要介護度1の者で、平成18年度改正によって要支援2に認定されたため、従来受けていた介護サービスを受けられなくなった高齢者には、いくら制度の趣旨を説明しても理解してもらえない、という声が多い。

さらに、鈴木(2009)のように、サービスの利用制限は経済学的には非効率的であり、最も望ましくない政策手段である、介護保険給付費を抑制したい場合は、介護給付費としては介護報酬単価に対する9割を給付するが、実際の介護サービスの価格自体は自由に事業者が決めてもよいとする「混合方式」を導入すれば、市場メカニズムによる効率的需給調整が実現するとする意見もある^{注7)}。

また、平成18年度改正において、要介護・要支援になるおそれが強い高齢者(特定高齢者)を対象として、介護予防事業を行う「地域支援事業」を実施したことについて、『『することができる』事業であれば、それは市町村の住民・すなわち被保険者の判断に拠ることになるから、被保険者自治の観点から特に問題とするには及ばない。医療保険において検診等が保健福祉事業として行われていることと同断である。しかし、『するものとする』事業の場合はどうか。保険料を、被保険者個人に対する給付費ではなく、市町村の事業費に充てることについては、保険料の本来予定されている用途を超えるのではないか^{注8)}とか、「介護保険創設に当たって繰り返し強調されてきた目的の一つは、高齢者福祉を措置から保険にすることであった。その観点から、改正された介護保険を見ると、一部であれ再び措置を保険の中に組み入れることになる。予想される現場の混乱を超えて、介護を保険によって運営することとした制度の本来の目的から大きく逸脱することになる^{注9)}』といった、「保険」の観点から批判する意見も少なくない。

③評価

2(2)で触れたような我が国の介護保険制度の特徴を踏まえると、平成18年改正における要支援者の範囲と給付内容の見直しは、従来から制度の中に存在していた、「予防」の側面を充実強化し、軽度者への給付を予防給付に特化することにより、軽度者にかかる費用急増の抑制と重度化の防止を進めようとしたもの、と理解することができる。

また、給付財源により、「給付」ではなく「事業」として、要介護・要支援となるおそれが強い者への介護予防事業等や、地域における包括的・継続的なマネジメントとしての包括的支援事業等を実施する「地域支援事業」を行うこととしたことについても、もともと予防措置を重視していた我が国の介護保険が、より効果的な施策を展開するため、個別給付としての予防からシステムとしての予防にまで対応を拡充していったもの、言い換えれば、予防給付の創設により従来我が国の医療保険制度において考えられていた「社会保険」の概念を拡張してきた介護保険が、さらに予防システムとしての施策展開を行う上で、被保険者の権利である予防「給付」とまでは至らない「事業」についても、制度の目的を達成するためには必要なものは、予防給付を補完する事業として制度でカバーするところまで拡充していったものと考えることができる。

その意味で、「保険料の本来予定されている用途を超えるのではないか」とか「一部であれ再び措置を保険の中に組み入れることになり」、「介護を保険によって運営することとした制度の本来の目的から大きく逸脱することになる」と言った批判は、「保険」

という点を厳格に考えれば確かにそうした見方もあるだろうが、上記のような我が国の介護保険の特徴と目的を踏まえれば、また、社会保険が、もともと、民間保険のシステムを参考としながら、社会保障の仕組みとして作られてきたものであり、その国や時代のニーズに応じて多様なバリエーションを持ちうる柔軟性を持った仕組みであることを踏まえると、従来の「保険」概念にとらわれた、いささか狭い考え方ではないかと思える。地域支援事業は、施策として予防給付と同じ体系に属する事業であり、年金事務費に保険料を充当するといった場合とは異なる。

ただ、介護予防の充実が、介護給付費増加の抑制になるかという点については、今回の給付制限をしたこと以外は、少なくとも即効はない。最近、医療においては、検診等の予防の推進は、短期的にはむしろ医療費を増加させると言われており、介護についても同様の問題がありうる。しかし、これらの活動が高齢者の生活の質の向上に役立つことは間違いなく、息の長い活動が必要と考えられる。

なお、「混合方式」の提案については、高齢者にとっての介護が、食品や衣料品等のように代替がきく（これが高いから別のものを買う）ものでないことを無視した議論ではないかと思われる。事業者が自由な価格を設定できるのであれば、当然、ニーズの高いサービスについては価格が上がるのが予想され、その結果、要介護の高齢者にとっては、高収入や資産のある者以外は、介護保険からの給付を受けることができず、不自由な生活を送らざるを得ないことになる。介護保険が介護報酬という公的価格を決めているのは、まさにそうした事態を招かないようにするためである。

(2) 施設給付の見直し

この点については、「年金給付との機能の調整や、施設志向の一因となっている在宅と施設との『利用者負担の不均衡』是正の観点から、」¹⁰⁾、施設サービス・短期入所サービスの居住費・食費を保険給付の対象外とする取扱いをした、ということが本来の趣旨であるにもかかわらず、平成17年度の厚生労働省予算額の抑制という国の予算編成の目的のため、半年前倒しで実施されたことから、短期的な財政対策として実施された施策のような印象を与えてしまったことが不幸なことであった。

介護施設の入居に伴う居住費用と食費については、欧米諸国を見ても、利用者負担が原則であり、低所得者について公的扶助制度が費用を負担するだけである国も多い¹¹⁾。

日本の場合、措置制度時代からの経緯で施設入所者の経費負担が軽い時代が続いたことと、ユニットケア化した施設における入所者負担が従来タイプの施設より増加したことと実施時期が重なったことから、負担増の印象が強いものと思われるが、市町村民税非課税等の低所得者については、特定入所者介護サービス費の支給により食費・居住費負担の限度額が設定されていることも併せれば、決して国際的に劣ったものではないと思われる。

施設の問題は、むしろ、特別養護老人ホーム（介護福祉施設）の整備がニーズに追い付いていないことであろう。巷間報道される施設待機者数には、必ずしも緊急に入所野必要はないがとりあえず申込みをしておこうという者も含まれることから、それをそのまま鵜呑みにすることはできないが、少なくとも、現在の整備数を相当数上回る入所ニーズがあることは明らかである。だからといって、大規模な入所施設を設置することは、近年の福祉施策の方向に明らかに反することは誰の目にも明らかである。スウェーデンが、社会サービス法において、「施設」概念を法律から排除し、従来の施設についても高齢者の「住まい」にふさわしいものに改善していったことは、日本においても目指すべき施策の方向であり、既存の住宅やアパート等もできるだけ活用しながら、着実に「高

齢者の住まい」を整備していくことが必要である。

(3) 新たなサービス体系の確立

①地域密着型サービスの創設

「住み慣れた地域で、地域の特性に応じて多様で柔軟なサービス」を提供できる新たなサービス体系として創設された「地域密着型サービス」については、予防給付とは異なり、我が国の介護保険の、「市町村が保険者として財政運営を行うとともに、介護サービス供給体制の整備についても責任を負っている」という特徴を活かした仕組みとすることができる。

すなわち、小規模多機能型居宅介護事業に見られるような、通いを中心に、要介護者の様態や要望に応じて、随時、訪問や泊まりを組み合わせるサービスを提供するという柔軟な対応ができるという点や、保険者である市町村自身が事業者の指定権限を持つことにより、介護保険事業計画においてニーズや財政状況に応じた必要整備量を定め、それに従って整備を進めることができるという点である。

ただ、今回地域密着型サービスとして位置づけられたグループホーム等が、原則として当該市町村住民以外利用できなくなることで、介護保険財政の厳しい市町村が指定権限を利用してグループホーム等の新設を抑制する等の対応をすれば、いわゆる地域格差が大きくなるのではないかとのおそれがある。また、あまりにも地域に密着し過ぎてプライバシーが守られないとして利用を敬遠する人もないではない。

この地域格差については、市町村が、サービスの整備やサービス利用費用を負担する仕組みをとっている国ではどこでもあることであり、福祉先進国と言われているスウェーデン等でも、日本からの視察団がよく行く都市部と、農村地域等とでは、福祉サービスにもかなりの格差がある。ある意味では、そうした地域格差は、何を優先するかについて住民自身の選択によるものであるともいえ、一概に否定すべきではないのではないかと、本当に必要なのであれば、住民自身が、市町村当局に対し優先的に財源を振り向けて整備すべき旨を要求し、実現していくべきなのではないかと、言うこともできる。

そうは言ってもあまり大きな格差は好ましくないため、住民の意向をよく確認することや、国・都道府県の指導により、一定水準を確保することは必要であろう。

地域密着型サービスについては、制度創設の趣旨は評価する声が多いが、他方で事業者数が思うように増えていないことへの批判が強い。例えば、認知症高齢者向けに在宅介護の拠点として期待されている「小規模多機能型居宅介護事業」については、多様なサービスに対応できるベテランスタッフが必須であるにもかかわらず、介護報酬上の手当が不十分で経営が苦しいとの声があり、厚生労働省「介護給付費実態調査」を見ると、創設約1年後の平成19年4月の介護報酬請求分では607か所しかなかったが、その後、増加がみられるようになり、平成21年4月の介護報酬請求分では、1936か所に上っている。

これに対し、未だに増加の兆しが見えないのは「夜間対応型訪問看護」で、平成21年4月請求分では86か所と、1年前の平成20年4月請求分の92か所からむしろ減少している。この事業については、当初の厚生労働省の想定でも、利用者300人程度、人口30万人規模という都市部が想定されており、もともと事業対象地域が限定されている上、事業を開始しても利用が低調だという話もある。夜間の緊急時のニーズ自体については決して小さくないはずであるが、なぜこのような状況になっているのか、事業の在り方の再検討が必要ではないかと思われる。

②居住系サービスの充実

前述したように、地域における高齢者の多様な「住まい」を整備していくという観点からは、居住系サービスである「特定施設」の対象を拡大したことは適切である。

特に都市部等においては、新規施設の建設は困難であり、既存の住宅や施設を活用しながら（中学校の空き校舎を活用して施設を整備する自治体等もある^{注12)}）、重度の者、軽度ではあるが住まいが必要な者、それぞれについて、居宅サービスと連携した、高齢者の住まいを整備していくことが必要だろう。

③地域包括ケア体制の整備

介護予防活動の展開のカギを握る存在として創設された「地域包括支援センター」については、改正実施当初は、要支援者のケアプラン作りに追われていたが、その時期がようやく過ぎ、介護予防活動に本格的に取り組み始めている。

支援センターの担当者に話を聞いてみても、従来の在宅介護支援センターでは比較的狭い区域において在宅介護を直接的に支えていたのが、地域包括支援センターでは、より広い地域におけるケアマネージャー等の関係者を支えるネットワーク作りとバックアップに重点を置いた活動の展開という、従来十分でなかった分野、行政と現場との間に立って連携をとっていく役割に取り組んでいる様子が見えてくる。市町村担当者が欧米諸国のような福祉分野の専門家ではない日本の市町村においては、こうした、地域の全体をまとめていく役割が弱い点は否めないところがあり、今後の地道な取り組みが期待されることである。

④中重度者の支援強化、医療と介護の連携・機能分担

この点に関しては、厚生労働省から打ち出された「療養病床の再編成」の問題がある。

これは、医療制度改革の中で行われた見直しであるが、厚生労働省は、この療養病床において依然として「社会的入院」が存在するとして、それを解消して、他の医療が必要な患者に提供できるようにとの発想から、次のような計画を発表した。

ア 療養病床（平成18年時点で約35万床）のうち、介護型（12万床）を2011（平成23）年度末までに廃止し、新たに医療機能を強化した介護保健施設（介護療養型老人保健施設）を整備。従来、介護療養型医療施設に入院していた要介護者については、その状況に応じ、特別養護老人ホーム、従来型の老人保健施設、そして介護療養型老人保健施設に移る。

イ 医療型療養病床についても、23万床から15万床に削減する。

このうち、医療型療養病床の削減については、都道府県を通じた必要病床数の実態を調査した結果、削減できないことが判明し、撤回されたが、介護療養型医療施設については、医療改革の一部として実施され、法律上、平成23年度末までに廃止が規定された。そして、その後、総選挙のマニフェストで「当面、療養病床削減計画を凍結し、必要な病床数を確保する。」と明記した民主党中心の連立政権の誕生により、療養病床の再編成は凍結されている。

この療養病床の再編成は、前述の我が国の介護保険制度の特徴から見ると、介護保険施設であり医療施設でもある「介護療養型医療施設」を廃止することにより、介護保険から介護と医療を併せて提供してきた要介護者について、手厚い医療が必要な者は医療施設である療養施設で医療サービスを提供し、主として介護の必要性が高い者は老人保健施設等の介護保険施設で介護サービス及び若干の医療サービスを提供する、という介護と医療の分離を行うことを意図していたものと考えられる。

しかし、現政権における方針変更の以前にも、各都道府県においては、この見直しの方針をどのように実践していくか、つまり、現に医療と介護両方必要な高齢者が少なからず

存在し、そうした方々を介護療養型医療施設の廃止後においてどのように円滑に他の施設に移し適切に処遇していくかについて苦勞しており、また、現場においても様々な反対の声があったことを考えると、この再編成については、少なくともその進め方において無理があったと言わざるを得ないのではないだろうか。

医療と介護の機能分担と連携という問題については、改善の必要性がある事は確かであるが、高齢者自身に大きなしわ寄せがいかないようにするためには、こうした強権的な方法によるのではなく、徐々に誘導していくしかないのではないだろうか。

(4) サービスの質の確保・向上

①介護サービス情報の公表

介護保険の事業者・施設に関する情報については、各都道府県に介護サービス情報の公表センターが設けられ、各事業者・施設は、必要な情報をこのセンターに登録することが義務付けられた。

このこと自体は利用者への適切な情報を公開する仕組みとして評価できるものではある。ただ、この制度の他にも、福祉医療機構の運営するWAMNETにおいて、事業者・施設の入力による事業者情報提供の仕組みがあったり、厚生労働省の統計情報部により、毎年、介護事業者・施設を対象とした「介護サービス施設・事業所調査」が行われ、そのデータが公表されている。しかも、介護サービス情報センターの場合は、情報内容の確認調査のために、事業所等は調査期間に1事業当たり5万円の手数料支払いが必要になる。

様々なところから情報が提供されることは、多々益々弁ずでよいことではないかという考え方もあろうが、多忙な事業所・施設にとっては、情報提供の必要性は理解するとしても、統一的な対応（どこか1か所に報告すれば足りる）を求めたいであろうし、行政の無駄を排除する観点からも、介護事業についての報告の統一化が望まれる。

②事業者規制の見直し

この点については、いわゆる「コムスン事件」とそれを契機とした平成20年の介護保険法改正が、大きなインパクトを与えた。

2007（平成19）年、全国で200以上の介護事業所を有する「コムスン」の複数の事業所において、虚偽の記載のされた申請書により都道府県知事の事業所指定を受けていたことが発覚し、これが組織的に行われていたと認められたため、コムスンの全事業所につき指定取り消し及び指定の更新が拒否された。

この事件を行政が調査している中で、コムスン本部に立ち入り調査ができないことや、コムスンの処分逃れ（問題となった事業所の廃止届を出したために、指定の取り消しができない）が問題になった。他方、介護保険法で、複数の介護事業所を経営する法人で1つの事業所で不正があった場合、その法人の全事業所が指定取り消しになる旨規定されていること（連座制）が、コムスンのケースは仕方ないとしても、制度として、硬直的すぎると指摘された。

そこで、2008（平成20）年の介護保険法改正により、ア 法人本部にも立ち入り調査ができること、イ 事業所廃止届は1カ月以上前に提出することとして処分逃れできないようにしたこと、ウ 複数事業所経営法人の事業所における不正行為でも、組織的関与がない場合はその事業所だけの指定取り消しとすること、とされた。

事業者への規制は、厳し過ぎると事業者の円滑な事業運営を阻害し、また、新規の事業者の参入を阻害してサービス供給力を低下させることになるし、他方で、緩和し過ぎると、法の抜け穴をくぐって不当な利益を上げようとする業者を排除できない、という微妙なバランスをとった仕組みと運営が必要であり、その意味で試行錯誤が避

けられない面がある。

事業者の事業執行について適切なチェックはもちろん必要ではあるが、前述の情報公表・報告徴収の場合のように、事業者に過剰な負担をかけることのないようにしないと、本末転倒なことになりかねないことには注意する必要があると思われる。

(5) 負担の在り方・制度運営の見直し

この点については、平成18年度改正の内容としての、第1号被保険者の保険料について、その設定方法において、従来の第二段階を分けて、負担能力の低い者の保険料負担の軽減を図ったことや、コンビニ等でも保険料納付を可能にしたことは、きめ細かい対応として適切であるし、また、介護給付費の費用負担に関し、介護保険施設等に係る給付費の国と都道府県との負担割合を見直したことは、いわゆる「三位一体の改革」における一連の国庫補助負担金の見直しの一環として実施されたものであり、介護保険制度独自の問題ではない。

4 おわりに

ここまで考察してきたように、平成18年改正以降の我が国の介護保険制度の改正は、療養病床の見直し以外は、我が国の制度の特徴を踏まえ、それをより発揮できるような形で制度を改正していったものと評価することができるとされる。

今後の介護保険制度の運営については、こうした方向を踏まえ、逐次修正を加えながら、制度の長期的に安定的な運営ができるようにしていくことが重要と思われるが、その際には、以下の点に留意することが必要と思われる。

(1) 平成18年改正で導入された予防重視型システムは、前述のように、我が国の介護保険が制度創設時から持っていた、「予防」を給付として取り入れ、軽度のうちから介護サービスを提供していくという方向を更に強化することにより対応していこうというものと評価できるものであり、方向としては正しい方向と考えられるが、予防の強化が給付費増加の抑制という成果につながるまではかなりの時間がかかるものと思われ、それまでの間は、一定の負担増に耐えることが必要になる。

また、介護に従事する人材を今後とも確保していくためにも、また、若者の雇用の場を確保していくためにも、現在の低い報酬の改善に努めることが必要である。

しかし、少なくとも当面の経済不況の中では、保険料負担の強化は困難であろう。

そのためには、少なくとも当面の間は、国の財政負担を強化することにより対応していくことが必要であり、経済の回復状況を見ながら保険料引き上げのタイミングを図っていくことが必要になると考える。今後、しばらくの間は、さらに高齢化が進む我が国において、現在の広い支給対象者と高い給付水準を守るために、多くの税収を介護に用いることについて国民の理解を得ることが必要である。

(2) 高齢者にとって、介護と同時に医療の確保は非常に重要である。高齢者介護施設において、医療と介護の両方を提供する施設の必要性が否定できないのと同様、在宅においても、介護サービスと医療サービスが連携して提供されなければ、高齢者の地域生活の推進は望めない。介護保険制度の創設により、在宅介護サービスについては、かなりの量的整備ができた今、必要なのは、介護と連携した在宅医療体制の整備であるが、これがまだまだ不十分であるという実情がある。国においても、2006（平成18）年に、一定の要件に該当する診療所を、24時間体制で往診等を実施する「在宅療養支援診療所」として、診療報酬上の処遇も行い在宅医療体制の整備を進めてきているが、まだまだその数は少ない。

イギリスでも、在宅介護の推進を目指したコミュニティ改革が、NHS病院から早期退院しても在宅サービスが対応できずナーシングホーム等への入所になるだけという、「ケアの悪

循環」になりがちなことが指摘され、それに対応するため、ブレア政権で「インターミディエイト・ケア」（病院から在宅までのスムーズな移行を可能にし、万世紀またターミナル期にある患者を病院治療に依存することなく治療し、長期の入院・入所を予防するケア）の普及を目指して、保健当局と自治体の連携による取組が行われ、成果を挙げているところもあるが、地域によるばらつきが大きいという¹³⁾。

高齢者が要介護状態になっても地域生活が続けられるようになるためには、地域における病院と診療所との連携、医療と介護の連携が推進されていくことが必要である。

注

- 1) 増田(1998)p.76
- 2) 岡崎(2000)p.33
- 3) 増田(1998)p.46
- 4) 田近・菊池(2006)p.169
- 5) 松本(2007)p.52
- 6) 結城(2008)p.193
- 7) 鈴木(2008)p.218-219
- 8) 堤(2007)p.189
- 9) 田近・菊池(2006)p.184
- 10) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成 16 年 7 月 30 日）p.37
- 11) 社会保障審議会介護保険部会第 17 回（平成 15 年 12 月 22 日）参考資料 3 「諸外国における介護施設入所者等の利用者負担の比較」
- 12) 平成 22 年 2 月 9 日付け日本経済新聞 30 面「終のすみかはどこに—中—」
- 13) 長澤(2009)p.57

参考文献

- 厚生省介護保険制度施行準備室監修 増田雅暢著(1998)「わかりやすい介護保険法」有斐閣
リブレ
- 岡崎仁史(2000)「ドイツ介護保険と地域福祉の実際」中央法規
- 藤本健太郎(2008)「第 3 章 ドイツの介護保障」『世界の介護保障』法律文化社
- 田近英治・菊池潤(2006)「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改善効果の検討」『ファイナンシャル・レビュー』march-2006 財務省財務総合政策研究所
- 松本勝明(2007)「ドイツ社会保障論Ⅲ 介護保険」信山社
- 鈴木亘(2008)「だまされないための年金・医療・介護入門 社会保障改革の正しい見方・考え方」東洋経済新報社
- 堤修三(2007)「社会保障改革の立法政策的批判」社会保険研究所
- 長澤紀美子(2009)「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革—高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択—」『海外社会保障研究』Vol.169 国立社会保障・人口問題研究所

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した

社会保障の給付と負担の在り方に関する研究税制と社会保障に関する研究」

分担研究報告書

要介護高齢者の収入階級別の家計の状態に関する分析

分担研究者 小島 克久 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第3室長

研究要旨：我が国は「高齢社会」の域に達している中、要介護高齢者の増加も見通されている。要介護高齢者のいる世帯にとって、現物給付としてのケアサービスを利用することが重要である。その一方で、公的な制度でカバーされない介護に係る費用負担が発生したり、介護のために家族が就労をあきらめる等により所得が低下したりする。そのため、低所得世帯にとって、高齢者の介護費用の負担は、非常に大きなものになっていると考えられる。

このような問題意識の下、本論文では、高齢者等の要介護認定者のいる世帯の家計の状況について分析した。その結果、要介護認定者がいる世帯では、消費支出は増加するが、その程度は年間収入が高い階層で大きいこと、支出の増加は、保健医療サービスや介護サービスで見られる他、食料等の支出項目でも見られることも多い。そして、介護サービス等の費用負担は、低所得者で特に重くなっていること等を明らかにし、こうした介護サービス以外の負担の支援のあり方を検討することの重要性も明らかにした。

A. 研究目的

我が国は「高齢社会」の域に達している中、要介護高齢者の増加も見通されており、経済協力開発機構（OECD）の見通しでも、我が国を含む OECD 加盟国では、要介護高齢者が大幅に増加する。OECD 加盟国では、要介護高齢者を支援するためのさまざまなケアシステムが実施されているところである。要介護高齢者のいる世帯にとって、現物給付としてのケアサービスを利用することが重要である。その一方で、公的な制度でカバーされない介護

に係る費用負担が発生したり、介護のために家族が就労をあきらめる等により所得が低下したりする。そのため、低所得世帯にとって、高齢者の介護費用の負担は、非常に大きなものになっていると考えられる。

このような問題意識の下、本論文では、高齢者等の要介護認定者のいる世帯の家計の状況について分析した。

要介護高齢者がいることによる消費支出の増加だけでなく、保健医療、介護サービスの費用、食料等の一般的な家計の項目別の支出

がどの程度増加するかを世帯の年間収入階級別に行った。そして、介護保険や医療保険の負担や税制による支援の効果を推計した。これにより、社会政策上の支援がどの程度機能しているかを示すことで、今後の施策の方向性についても考察した。

B. 研究方法

本研究では、総務省統計局「全国消費実態調査」（2004年調査）の公表データ（「要介護認定者のいる世帯」の家計の状況等）の他、厚生労働省「介護保険事業状況報告」等から、2004年度の施設サービス、居宅サービスの利用者負担額（要介護度別）を利用するなど、公表統計を用いて、要介護高齢者がいる世帯における、年間収入階級を変数をとする関数で消費支出額等を推計した。

（倫理上への配慮）

本研究は、総務省統計局や厚生労働省等から一般に公表されている統計を利用した研究であるため、データの流出、毀損等の個人情報保護等における倫理面での問題は発生しなかった。

C. 研究結果

分析結果は以下のとおりである。

- ① 要介護認定者がいる世帯では、消費支出は増加するが、その程度は年間収入が高い階層で大きい。また、施設入所者のい

る世帯で、その増加の程度は大きい。

- ② 支出の増加は、保健医療サービスや介護サービスで見られる他、食料等の支出項目でも見られることも多い。居宅サービスを受けている場合、保健医療や介護サービスに分類されないが、介護に必要なさまざまな費用が計上されること、施設入所者の場合、施設にいる家族への仕送り、その他に経費がかかっていること等が考えられる。
- ③ こうした費用の負担は、特に低所得者で重くなっており、負担の逆進性が存在する。税制等の負担軽減効果が存在するが、税制については高所得層で効果が大きく、一部自己負担の軽減効果は低所得層である程度存在する（要介護度による差が大きい）。

D. 考察

要介護高齢者のいる世帯では、その他の世帯よりも生活に必要な費用が多くかかることが分かる。このことは、「要介護者がいる世帯」で必要な生計費は収入に関係なく増加することを示すとともに、「要介護者のいる世帯」の貧困や格差の問題を議論する場合に、基礎的な知見を示してくる。OECDでの議論でも「要介護者」がいることを考慮した等価尺度（所得格差や貧困の分析で1人当たり所得を求めるときに使う尺度）の必要性が提言されており、要介護者のいる世帯の経済状況を

的確に分析する手法の開発の重要性を示している。

次に、介護にかかる費用は、保健医療や介護サービスに分類できる費用に限定できるわけではない。厚生労働省「国民生活基礎調査」(2007年)によると、居宅サービスの費用を高齢者本人の所得から負担している場合が多い(73.8%)。しかし、高齢者の所得格差も大きいことも事実であり、居宅で介護を受けるためにかかるさまざまな費用を高齢者自身の所得ですべて負担できない場合もあるものと考えられる。

要介護高齢者の増加に伴い、地域で利用可能なさまざまな種類のケアを充実させることがまずは必要である。その一方で、こうしたサービス利用やそれに付随して発生する費用に対する支援も重要であろう。現行の制度では、ここで試算した介護保険の一部自己負担の上限(後期高齢者医療制度と合算)の他、税制による支援もある。ただ、高所得層に手厚い面があるため、制度の恩恵が薄い人々への対応も重要であろう。また、家族が介護する場合、家族が就労できない場合もあり、こうしたインフォーマルケアの機会費用も相当なものであると考えられる。こうした負担を補助する仕組みの検討も重要ではないかと考えられる。

E. 結論

要介護認定者がいる世帯では、消費支出は増

加するが、その程度は年間収入が高い階層で大きいこと、支出の増加は、保健医療サービスや介護サービスで見られる他、食料等の支出項目でも見られることも多い。そして、介護サービス等の費用負担は、低所得者で特に重くなっていること等を明らかにし、こうした介護サービス以外の負担の支援のあり方を検討することの重要性も明らかにした。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

「要介護高齢者の費用負担の動向に関する考察」日本人口学会第61回大会
(2009年6月、関西大学)

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

要介護高齢者の収入階級別の家計の状況に関する分析¹

小島 克久

国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第 3 室長

はじめに

我が国は「高齢社会」の域に達して久しいところであり、高齢化率も 2005 年の 20.1%から、2055 年には 40.5%となる見通しである。高齢者には多様な姿があり、健康状態等が良好な高齢者いる一方で、要介護高齢者も増加しており、経済協力開発機構（OECD）の見通しでも、我が国を含む OECD 加盟国では、要介護高齢者が大幅に増加する²。

これに対して、OECD 加盟国では要介護高齢者を支援するためのさまざまなケアシステムがあり、各種のケアサービスが提供されているところである³。要介護高齢者のいる世帯にとって、現物給付としてのケアサービスを利用することが重要である。その一方で、公的な制度でカバーされない介護に係る費用負担が発生したり、介護のために家族が就労をあきらめる等により所得が低下したりする。その結果、要介護高齢者のいる世帯の経済状態が余裕のない状態になることも重要な課題である。2009 年 3 月に OECD で行われた会議での報告によると、EU の個票データから、高齢者等の要介護者（障害者）のいる世帯に必要な生計費を推計したところ、要介護者（障害者）一人がいることでこれが 1.33 倍に増加する。この生計費の上昇を配慮して要介護者のいる世帯の貧困率を求めると、これを考慮しない場合よりも貧困率は大幅に上昇する⁴。このことは、低所得世帯にとって、高齢者の介護費用の負担は、非常に大きなものになっていると考えられる。

このような問題意識の下、本論文では、高齢者等の要介護認定者のいる世帯の家計の状況について分析する。具体的には、高齢者を中心とする介護保険の要介護認定者がいる世帯で消費支出はどの程度増加するのかを推計し、家計の構造についても、食料等の項目別の消費構造とともに、保健医療、介護サービスといった介護に直接関係のある費用についても推計する。これらを世帯の所得階級別に見ていくことで、こうした費用の増加の影響が所得階級のどの部分で大きいのかを明らかにし、高齢者の介護に伴う世帯変動を考察する上での背景となる知見を示す。そして、介護保険や医療保険の負担や税制による支援の効果を推計して、社会政策上の支援がどの程度機能しているかを示すことで、今後の施策の方向性についても考察する。

1. 使用データと推計方法

(1) 使用データ

¹ 本論文は、本研究事業での研究活動を元にした報告である、日本人口学会第 61 回大会「要介護高齢者の費用負担の動向に関する考察」（2009 年 6 月、関西大学）に加筆・修正したものである。御助言等をいただいた方々に厚く御礼を申し上げたい。

² 詳細は厚生省「平成 12 年版厚生白書」、内閣府「平成 14 年版高齢社会白書」、OECD(2007)を参照。

³ 詳細は OECD(2005)、小島 (2007)、小島 (2009) を参照。

⁴ OECD で 2009 年 3 月に行われた専門家会合（Monitoring the effects of financial crisis on vulnerable groups of society）での報告による。

総務省統計局「全国消費実態調査」（2004年調査）の公表データを使用した（以下、全消）。この調査では、「要介護認定者のいる世帯」の家計の状況（ただし2人以上の世帯）について、世帯年間収入階級別のデータが得られる⁵。このデータをもとに、「要介護認定者のいる世帯」の①消費支出および②消費支出の構成（介護サービス、保健医療サービスへの支出を含む）を推計する。また、介護サービス支出推計のためのデータとして、厚生労働省「介護保険事業状況報告」から、2004年度の施設サービス、居宅サービスの利用者負担額（要介護度別）を利用した。これにより、要介護度別の介護サービスへの支出額の推計の基礎データが得られる。なお、全消のサンプル数は2004年調査で全世帯（2人以上の世帯）ベースでは約5.3万世帯であるが、「要介護認定者のいる世帯」は約3千世帯と前者に比べて少ない。そのため、消費支出等について、公表値をそのまま用いずに、年間収入階級を変数をとする関数で消費支出額を推計する等の処理を行った。具体的な推計方法は次の通りである。

(2)推計方法

①データの調整（年間収入金額階級と介護サービスの支出金額の調整）

まず、全消では、年間収入階級の区分が「全世帯」と「要介護認定者のいる世帯」で異なる。ここでは、両者の「家計収支」の状況のデータから、世帯数や消費支出の金額や構成を、後者の年間収入階級に合わせる調整を行った。調整には「全世帯」の抽出率調整済みの世帯分布のデータを用いたウエイト付き平均を求める形で行った。そしてこれらのデータをもとに、「要介護認定者のいない世帯」の家計の状況も推計した。これより、「全世帯」、「要介護認定者のいる世帯」、「要介護認定者のいない世帯」の所得階層別の家計の状況を直接比較することができる。

介護サービス（介護保険による介護サービスへの支出）の支出データは、「全世帯」の「品目別」のデータから得られる。これを用いて所得階層別の支出を推計した。当該支出のあった世帯は全世帯ベースで2.7%であり、「要介護認定者のいる世帯」の割合の5.7%を下回っている。そのため、この支出があった世帯はすべて「要介護認定者のいる世帯」であるとみなし、「全世帯」ベースでの介護サービスへの支出金額をその支出のあった世帯の割合で除した金額を年間収入階層別に求めた。介護サービスへの支出があった世帯の平均金額（公表値）とこの推計値（年間収入階級の総数）との比を求め、これを年間収入階級別の推計値に乗じて介護サービス支出の金額を調整した。また、「要介護認定者のいる世帯」でも介護サービスを利用していない世帯があると考え、「介護サービスへの支出のあった世帯」と「要介護認定者のいる世帯」の割合をウエイトにして金額の調整を行った。また、「要介護認定者のいない世帯」では介護サービスへの支出は0円であると仮定した（図1）。

②要介護認定者の有無別に見た家計の推計

上記のデータを用いて、「要介護認定者のいる世帯」と「要介護認定者のいない世帯」の年間収入階級別に、年間収入階級を変数をとする指数関数で消費支出を推計した。推計は、食料、住居等の支出項目別でも同様に行なった。そして、支出項目別の金額の合計と消費支出、保健医療とその内訳の合計との間で合計調整を行った（調整は、消費支出、保健医療支出を基準とする）。

次に、「要介護認定者のいる世帯」について、「居宅サービスを利用している世帯」と「施設入所者がいる世帯」のデータが（年間収入階級の総数ベースの数値で）利用できる。そこで、「要介護認定者のいる世帯」を基準にして、両者の支出金額の比が求められる。これを用いて、

⁵ 1人当たりのデータを利用することも可能であったが、公表データが世帯所得階級別になっているため、1人当たり所得等が必ずしも同じような水準にない世帯等が含まれていることが考えられる。そのため、経済状態の違いを反映した分析が難しくなるため、ここでは世帯あたりのデータをそのまま用いた。

両者の家計支出の状況を推計した。ただし、介護サービスは、厚生労働省「介護保険事業状況報告」から、居宅、施設サービスの負担額の比をとり、別に推計した。また、「介護保険事業状況報告」の要介護度別の居宅、施設利用者の自己負担額の数値を用いて、要介護度別の介護サービスへの支出も年間収入階級別に推計した。

これらの推計により、要介護認定者がいる世帯では消費支出がどの程度増えるのか、支出の内容はどのように変化するかが分かる。あわせて、保健医療サービスや介護サービスの支出の状況、特に年間収入階級別の状況を明らかにすることができる（図1）。

③税制や社会保険制度による支援効果の推計

介護サービスや保健医療サービス（医療費）については、その負担が重くなりすぎないようにするために、一部自己負担の限度額や所得税等における控除が認められている。また、要介護高齢者がいる世帯では、（特別）障害者控除が認められる他、扶養控除でも控除額の加算がある。こうした制度によって、要介護認定者のいる世帯における消費支出の増加の影響を緩和させていることも考えられる。そこで、世帯の年間収入階級別に、現在（2009年）の税制をもとに所得税及び住民税の試算を行い、（特別）障害者控除、扶養控除の加算、医療費控除の効果を推計した。また、介護サービスと保健医療サービスの自己負担の上限の効果も試算した。これは現在の後期高齢者医療制度で介護保険と合算した一部自己負担の上限値を適用した⁶（図1）。

2. 推計結果

(1)消費支出

「要介護認定者のいる世帯」の消費支出（月額）は、世帯の年間収入階級が200万円未満の世帯で約18万円である。この金額は年間収入階級があがるにつれて上昇し、200～500万円未満の世帯では20万円台、500～800万円未満では30万円台、800～1250万円未満では40万円台となり、1250万円以上の世帯では50万円を超える。「要介護認定者世帯」を「施設入所中の家族がいる世帯」、「居宅サービスを受けている家族がいる世帯」に分けて見ても同様の傾向が見られ、特に前者で金額が高くなっている。

これらを「要介護認定者のいない世帯」の消費支出の比較をそれぞれの年間収入階級で行うと次のようになる。「要介護認定者のいる世帯」では、金額では1.5～9.5万円、「要介護認定者のいない世帯」の消費支出に対する割合でおよそ9～18%が多くなる。「施設入所中の家族がいる世帯」ではそれぞれ2.8～13.6万円、およそ16～27%、「居宅サービスを受けている家族がいる世帯」ではそれぞれ1.3～8.5万円、およそ7～17%、消費支出が多くなっている。支出の増加は「施設入所中の家族がいる世帯」で大きい、どの種類の世帯でも年間収入が高い階層で支出の増加が大きくなっている。

上記の消費支出を年額に換算して、年間収入に対する割合を見ると、低所得層ほど割合が高くなっている。「要介護認定者のいる世帯」では、300万円未満でこれが100%を超えている（支出が収入を超える状態）。300万円以上ではこの割合は100%を下回るが、600～800万円ではおよそ70%である。50%を下回るのは1000万円以上である。「施設入所中の家族がいる世帯」、「居宅サービスを受けている家族がいる世帯」で見ても同様の傾向が見られるが、前者で水準が高くなっている。

このように、要介護者がいる世帯では、そうでない世帯よりも消費支出が増加し、特に高所得層で増加が大きく、施設に入所している家族がいる世帯でこの傾向が顕著である。ただし、

⁶ この試算では、上限値は住民税が非課税となる世帯に限定される形で適用された。試算によっては、適用される世帯の範囲が変わることも考えられる。

低所得層では支出が収入を上回る状態になっている程度が大きい（表 1、図 2）。

(2)消費支出が増加した支出項目

要介護認定者が世帯にいることで消費支出が増加するが、どのような項目で支出が増加するのだろうか。図 3 は「要介護認定者のいる世帯」における消費支出の増加（「要介護認定者がいない世帯を基準」）を支出項目別に積み上げたものである（支出が減っている項目はマイナスの値をとる）。これを見ると、保健医療、介護サービスで支出が増加している他、食料、光熱・水道、家事・家具用品、被服及び履物等の多くの項目で支出が増加している。その一方で、教育、教養娯楽の支出が減っており、住居、交通・通信は低所得層で支出が減っている。

支出の増加は高所得層で大きい、その程度は支出項目により異なる。食料、光熱・水道等では高所得層ほどその増加が大きい、保健医療、介護サービス、諸雑費等では高所得層で支出の増加が大きい、その程度は上の項目ほどではない。特に、介護サービスでは、世帯年間収入 200 万円未満と 1250～1500 万円未満との格差は約 1.1 倍にとどまっている（その他の項目は 1.9～8.9 倍）。また、住居、交通・通信は低所得層でマイナスである分、高所得層での増加が大きい。

こうした傾向は、「施設入所中の家族がいる世帯」、「居宅サービスを受けている家族がいる世帯」でも同様に見られる。ただし前者では、介護サービス、保健医療の支出が多くなる一方で、仕送り等の支出も多くなる。後者でも介護サービス、保健医療の支出がある程度増加するが、諸雑費、光熱・水道、被服及び履物等の支出が多くなっていることが目立っている。

このように、消費支出の増加の構造を見ると、保健医療、介護サービスはどの所得階層でもある程度の水準で支出が増加する。また、食料等の項目で支出が増加しているものも多く、これは高所得層で顕著である。ただし、低所得層で支出が減少している項目があるなど、収入階層による支出の変化の違いも見られる（図 3,3a,3b）。

(3)保健医療・介護サービスの負担の状況

要介護認定者のいる世帯では消費支出が増加するが、特に重要なのは、保健医療や介護サービスへの支出であろう。これらのサービスへの支出は収入階層間であまり大きく変わらない。そのため、低所得層にとってこれらの費用の負担は非常に大きいと考えられる。そこで、これらの負担の状況を世帯の年間収入階級別に見てみよう。

保健医療・介護サービス支出（年額換算）の年間収入に対する割合は、「要介護認定者のいる世帯」では、世帯の年間収入 200 万円未満ではおよそ 11%である。年間収入階級が上がるにつれてこの割合は低下するが、500～600 万円未満でもおよそ 5%であり、600 万円以上の階級では、1.5～3%となる。これに対して、「要介護認定者のいない世帯」では、この割合は低く、最も高い 200 万円未満でも 3.7%であり、600 万円以上では 0.5～1.3%にとどまる。これは、「要介護認定者のいる世帯」の 3 分の 1 程度の水準であり、要介護認定者がいることで保健医療や介護費用の負担が大きく増加することが分かる。

この割合は、施設、居宅サービスのいずれかを利用するかで大きく変わってくる。「施設入所中の家族がいる世帯」では、保健医療・介護サービスへの支出は年間収入 200 万円未満で 18.4%を占め、500 万円未満の階級でも 10%を超える。5%程度になるのは 800～1000 万円未満の階級であり、1000 万円以上の階級でも年間収入の 2.3～3.9%占める。この水準は、「要介護認定者のいない世帯」の 4～5 倍程度であり、施設入所が世帯にとって大きな負担であることが分かる。

一方、「居宅サービスを受けている家族がいる世帯」では、年間収入の 10%を超える負担をする年間収入階級は存在しない。しかし、200 万円未満では 8.4%、200～300 万円未満では 6.9%の金額を支出している。300～800 万円未満の階級では収入の 3～5%を支出しており、800 万

円以上ではこれが1.2~2.4%となる。この水準は、「要介護認定者のいない世帯」の2倍程度の負担であり、年間収入に対する支出が少ないという訳ではない。

また、この状況を要介護度別に試算すると、要介護度が重いほど負担が重く、年間収入階級が高いほど軽くなる。たとえば、年間収入200万円未満の場合、要介護5では、居宅の場合では年間収入の11%の負担であるが、施設介護の場合これが19%にまで上昇する。施設入所の場合、低所得層には大きな負担となっており、要介護1でも16%となる。その一方で、1500万円以上の階級では、施設介護の場合でも2%程度の負担であり、要介護度によって大きく変わるわけではない。このような要介護度別の簡単な試算でも負担の大きさに格差が出てくるのが分かる⁷。

このように、利用している介護サービスの種類により負担の大きさが異なっているが、「要介護認定者がいる世帯」では、保健医療・介護サービスへの支出割合が高くなり、特に低所得層では大きな負担になっていることが分かる。また、この世帯では、食料等の消費支出も増えていることと合わせると、家計における負担が大きくなっている様相をうかがい知ることができる(図4.5)。

3. 保健医療・介護サービスの負担の逆進性と税制等による負担軽減効果

(1) 保健医療・介護サービスの負担の逆進性

保健医療のサービスの負担(一部自己負担)は逆進的であるといわれる。今回の推計でも、保健医療、介護サービスの低所得層と高所得層の格差は1.1倍程度であり、年間収入階級による支出格差は大きくない。そこで、こうした支出への逆進性を確かめるため、年間収入階級の収入金額や支出を元にしてジニ係数やカクワニ指数を求めた⁸。

「要介護認定者のいる世帯」では、年間収入のジニ係数は0.339となり、「要介護認定者のいない世帯」の0.324よりも若干高い。集中度係数を保健医療サービスで見ると、前者は0.085、後者は0.066であり、水準に違いがあるものの、ジニ係数と比べると0に近く、負担は収入にあまり関係ない形で行われている。介護サービスの集中度係数は、前者の世帯のみで0.013であり、収入と関係のない形での負担の度合いが大きくなっている。

これらを元に求めたカクワニ指数を見ると、「要介護認定者のいる世帯」では、保健医療サービスで-0.254、介護サービスで-0.326であり、保健医療や介護サービスの負担が逆進的であることが分かる。なお、「要介護認定者のいない世帯」でも、保健医療サービスのカクワニ指数は-0.258となる(表2)。

(2) 税制等による負担軽減効果

医療費や介護費用の負担は、社会保険制度の下で一定の割合の費用を支払う形で行う。しかし、その負担が無限に増えるわけではない。たとえば、所得税や住民税では一定以上の医療費

⁷ 試算にあたっては、厚生労働省「介護保険事業状況報告」の自己要介護度別の施設、居宅サービスの本人負担のデータを用いて、上記の推計結果に当てはめて試算した。保健医療サービスについては、要介護度に関係なく推計結果をそのまま用いた。要介護1で施設入所はあまり現実的ではないのではと考えられるが、上記資料からデータが利用できること、要介護度別の負担がどのように変わるかの状況を明確にするために敢えてここでは結果をまとめた。

⁸ カクワニ指数とは、もともとは税の累進度等に関する指標として開発されたものである。しかし、医療費自己負担の累進性等を図る指標としても活用されている。具体的には、所得格差指標のジニ係数と医療支出の集中度係数を求め、後者から前者を引くことでカクワニ指数が求められる。カクワニ指数は正負の両方の値をとるが、負の値をとるときは、医療費の自己負担が低所得層にとって相対的に重く、つまり負担が逆進的である。一方、正の値をとるときは、高所得層ほど医療費を負担していることになり、累進的であるといえる。なお、詳細はKakwani(1977)、医療経済研究機構(2001)を参照。

等は所得控除の対象となり、税負担が軽減されることを通じて医療費負担の緩和につながる。また、医療保険では高額療養費の制度がある他、後期高齢者医療制度では、介護保険と合算した負担の上限が定められている。こうした制度も医療費の負担を抑える効果があると考えられる。すでに述べた推計方法で試算したこれらの制度がどの程度保健医療・介護サービスの費用を軽減しているかの効果（税や一部自己負担の軽減された金額の保健医療・介護サービス支出に対する割合、施設入所の世帯）は次のとおりである。

税制による効果は、収入が高い階級で大きく、400～800万円未満では20～40%程度であるが、800～1250万円未満では60～80%程度になり、1500万円以上では100%近くに達している。その一方で、300～400万円未満では10%程度となる。300万円未満では、課税そのものが行われないため、税制による効果は0%となる。医療費の一部自己負担の上限の効果は、収入が低い階層で現れている。要介護度による違いがあるものの、200万円未満では1～13%程度の効果が見られ、200～300万円未満では10～18%の負担軽減効果が見られる。300万円以上では0%となる⁹。

このように、税制による効果は中所得層以上で現れ、高所得層では保健医療や介護サービス支出をほぼまかなうだけの効果がある。その一方で低所得層には税制に効果は見られないが、一部自己負担の上限の効果がある程度存在する。そのような中、両者の恩恵をあまり受けない階層も存在する（図6）。

4. 結論と考察

まず、今回の分析から、以下のことが明らかになった。

- ① 要介護認定者がいる世帯では、消費支出は増加するが、その程度は年間収入が高い階層で大きい。また、施設入所者のいる世帯で、その増加の程度は大きい。
- ② 支出の増加は、保健医療サービスや介護サービスで見られる他、食料等の支出項目でも見られることが多い。居宅サービスを受けている場合、保健医療や介護サービスに分類されないが、介護に必要なさまざまな費用が計上されること、施設入所者の場合、施設にいる家族への仕送り、その他に経費がかかっていること等が考えられる。
- ③ こうした費用の負担は、特に低所得者で重くなっており、負担の逆進性が存在する。税制等の負担軽減効果が存在するが、税制については高所得層で効果が大きく、一部自己負担の軽減効果は低所得層である程度存在する（要介護度による差が大きい）。

このように、要介護高齢者のいる世帯では、その他の世帯よりも生活に必要な費用が多くかかることが分かる。このことは、「要介護者がいる世帯」で必要な生計費は収入に関係なく増加することを示すとともに、「要介護者のいる世帯」の貧困や格差の問題を議論する場合に、基礎的な知見を示してくる。本論文のはじめに紹介したOECDでの議論でも「要介護者」がいることを考慮した等価尺度（所得格差や貧困の分析で1人当たり所得を求めるときに使う尺度）の必要性が提言されており、要介護者のいる世帯の経済状況を的確に分析する手法の開発の重要性を示している。

次に、介護にかかる費用は、保健医療や介護サービスに分類できる費用に限定できるわけではない。厚生労働省「国民生活基礎調査」（2007年）によると、居宅サービスの費用を高年齢者本人の所得から負担している場合が多い（73.8%）。しかし、高齢者の所得格差も大きいことも事実であり、居宅で介護を受けるためにさまざまな費用がかかる。こうした費用を高年齢者自身

⁹ 300万円以上では0%になったのは、試算に用いた保健医療、介護サービスの値が、一部自己負担の上限に達しなかったためである。

の所得ですべて負担できない場合もあるものと考えられる。

要介護高齢者の増加に伴い、地域で利用可能なさまざまな種類のケアを充実させることがまずは必要である。その一方で、こうしたサービス利用やそれに付随して発生する費用に対する支援も重要であろう。現行の制度では、ここで試算した介護保険の一部自己負担の上限（後期高齢者医療制度と合算）の他、税制による支援もある。ただ、高所得層に手厚い面があるため、制度の恩恵が薄い人々への対応も重要であろう。また、家族が介護する場合、家族が就労できない場合もあり、こうしたインフォーマルケアの機会費用も相当なものであると考えられる。こうした負担を補助する仕組みの検討も重要ではないかと考えられる。

参考文献

- 1) 厚生省（2000年）,『平成12年版厚生白書』,ぎょうせい.
- 2) 小島克久（2007年）,「要介護高齢者の現状と将来動向—OECD諸国との比較を含めて—」我が国における高齢化と新しい高齢社会対策大綱,『社会事業研究所年報』第43号,日本社会事業大学社会事業研究所.
- 3) 内閣府（2002年）,『平成14年版高齢社会白書』,財務省印刷局.
- 4) OECD(2007), "Trends in Severe Disability Among Elderly People Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", OECD Health Working Papers, No. 26.
- 5) 医療経済研究機構（2001年）,『医療費自己負担の分析—支出比率とカクワニ指数の国際比較と時系列分析—』,医療経済研究機構・社会保険福祉協会.
- 6) Kakwani, N. C. (1977), "Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison", *Economic Journal*, vol87, March, pp.71-80.
- 7) 遠藤久夫・篠崎武久（2003年）,「患者自己負担と医療アクセスの公平性—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—」,『季刊社会保障研究』,第39巻第2号, pp. 144-154.
- 8) OECD(2005), "Long-Term Care for Older People"
- 9) 小島克久（2009年）,「OECD加盟国におけるケアシステムの実情等に関する分析」,『持続可能な地域ケアの在り方に関する総合的研究』平成20年度報告書,国立社会保障・人口問題研究所.

【図表編】

図1 推計の手順

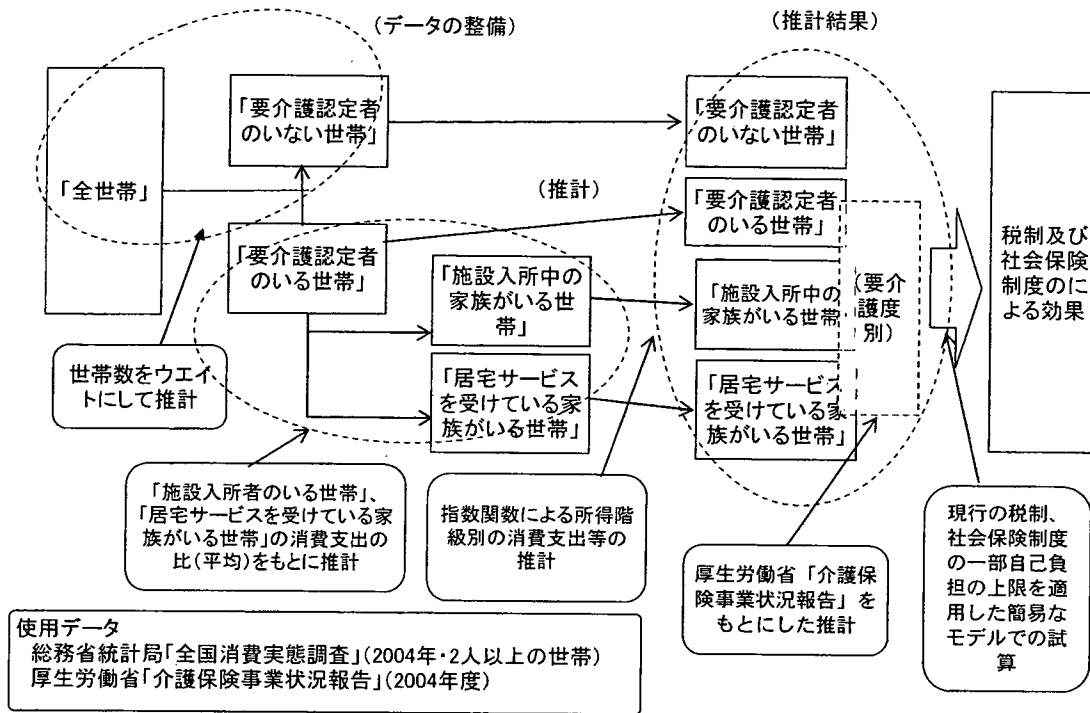


表1 要介護認定者のいる世帯における消費支出(年間収入階級別・2004年)

		年間収入階級									
		200万 円未満	200～ 300万 円未満	300～ 400万 円未満	400～ 500万 円未満	500～ 600万 円未満	600～ 800万 円未満	800～ 1000万 円未満	1000～ 1250万 円未満	1250～ 1500万 円未満	1500万 円以上
消費支出	要介護認定者のいる世帯	187,553	213,420	242,854	276,348	314,461	357,831	407,182	463,339	527,242	599,958
	施設入所中の家族がいる	200,332	227,961	259,401	295,177	335,888	382,212	434,926	494,910	563,167	640,838
	居宅サービスを受けている 家族がいる	184,301	209,720	238,644	271,557	309,009	351,627	400,123	455,307	518,101	589,557
対年間 収入比	要介護認定者のいない世帯	171,792	193,656	218,303	246,086	277,406	312,712	352,511	397,376	447,950	504,962
	要介護認定者のいる世帯	122.7%	107.3%	93.8%	82.1%	71.8%	62.8%	54.9%	48.0%	42.0%	36.7%
	施設入所中の家族がいる	126.3%	110.5%	96.6%	84.5%	73.9%	64.6%	56.5%	49.4%	43.2%	37.8%
	居宅サービスを受けている 家族がいる	121.9%	106.6%	93.2%	81.5%	71.3%	62.4%	54.5%	47.7%	41.7%	36.5%
	要介護認定者のいない世帯	115.1%	99.2%	85.6%	73.8%	63.6%	54.9%	47.3%	40.8%	35.2%	30.3%

資料: 総務省統計局「全国消費実態調査」(2004年)等をもとにした推計結果