

介護保険制度の展望¹

関西大学 林宏昭研究会

井出清貴 近藤麻衣子 清水功子
末次加奈 土居延匡 野田有紗 藤本康伸

2007年12月

¹本稿は、2007年12月1日、2日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2007」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、林教授（関西大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

今日、急速な少子高齢化が進むなかで、介護保険制度は要介護者のみならず国民に必要とされている制度であり、将来、より重要視されると考えられる。しかし昨今介護保険制度のもとで高齢者介護における問題が深刻化しているのもまた事実である。こうした中で今、介護保険制度のあり方が問われている。

まずここで介護保険制度の仕組みについて少し触れておきたい。介護保険制度とは前制度である老人福祉制度にかわる社会保険方式により、給付（サービスの質と量）と負担（保険料、利用料）の関係を明確にし、国民の理解を得ながら支えていこうとするものである。介護保険の財源としては、負担割合は介護報酬の1割相当を、利用者残りの9割を保険料と公費（国25%+都道府県12.5%+市町村12.5%）で折半している。このうち保険料については65歳以上の第1号被保険者の保険料負担は、所得段階別定額保険料で支払い、40歳以上～65歳未満の医療保険加入者の第2号被保険者の保険料負担は、医療保険料に上乗せして、介護保険を徴収している。給付費用は2000年度から2005年度で3兆2427億円から5兆7947億円に2兆5516億円増額しており、厚生労働省の2005年度予想の5.5兆円より多く、2010年の6.9兆円も増額すると考えられる。介護保険で受けられるサービスについては、要介護認定と要支援認定を受けた場合介護サービスが給付され、サービスには居宅サービス（12種類）と施設サービス（3種類）があり、その他関連サービスが受けられる。さらに2006年には軽度者の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは重度化しないよう「介護予防」のシステムの確立を目指し介護保険法の改正が行われた。この改正により「新予防給付」という、15種類のサービスが提供される。しかし介護保険制度施行から改正までの流れの中で大多数の人は支給額の4割程しか介護サービスを利用していないのが実情である。現行の枠内で十分なサービスを受けているというよりも、年金収入のみで貯金を取り崩しながら生活する高齢者には経済的な理由で介護サービスを控えている要介護者のほうが多いのではないかと考えられる。

次に我々は現在の訪問介護の実状を知るためS市の事業所の協力による事業所の従事者及び利用者アンケート調査を行った。また現行制度の問題点を探るため、S市役所の協力によるヒアリング調査を行った。

そして我々は介護市場開放に伴う事業者参入の問題に目を向けた。介護保険制度スタート当初、国は前制度である老人福祉制度における問題点であった競争原理が働かないことによる画一的なサービスの解決策として民間の介護事業者の参入を強く促した。その後事業者による過剰なサービス提供が行われる供給者誘発需要、架空の勤務実態報告、不正請求、架空名指定など、多くの問題が次々発覚した。これらの問題の背景には国の定める介護報酬が低すぎる点、介護報酬の対象となるサービスに利用者が需要するサービスが細かく規定されていないという点が挙げられる。利潤を追求しない非営利法人やボランティアでもない民間事業者にとってこれらは大きな問題である。さらに2006年の介護保険制度改革で制度において、介護報酬はさらに低い水準に引き下げられるなど事業者になお一層厳しい情勢となった。制度改正は、今までの要支援の項目が要支援1と要支援2の二項目に区分されるようになり、それまで要支援で受けていたサービスの利用回数が減るなど利用者にも悪い影響をもたらした。こうした背景により、利益を上げることが非常に困難になった民間介護保険事業

者は、赤字経営に陥るか、不正に手を染めざるをえない状況に立たされた。また、事業者は利益を上げることができなければ、利用者へのサービスを向上させることは困難であり、赤字経営が利用者にも悪影響を及ぼすこととなる。

このような厳しい状況の中で、赤字経営により介護保険事業から手を引かざるをえない事業者や、不正の発覚による行政からの厳しい処分を受けた事業者などが撤退、または一部を撤退・統合・移譲させる事態となっている。特に昨今世間から注目を浴びたコムスの撤退については採算の取りにくい地方に事業所を展開させたり、深夜帯の介護を行うなど、独自のサービスを担っていたため、コムスから他の事業者に移譲する全事業所でこれらのサービスの低下が起こる懸念があると考えられる。

こうしたことを受けてより介護事業の運営をしやすい環境を整えることにより介護サービスの向上へとつなげていきたいと考えた。我々は政策を行うべき市区町村を絞るため、我々は全国の市区町村を対象に調査を行った。まず、全国保険者別第1号保険料基準額及び第1号被保険者一人あたり給付額から、全国保険者別第1号被保険者一人当たり保険料に占める一人あたり給付額割合(以下、給付額割合)を算出し、各市区町村の人口と関連付けることで人口規模と給付額割合の2つの値の関係を考察した。さらに、この相関関係に影響を与える要因となる全国保険者別総給付額・全国保険者別第1号保険料基準額・全国保険者別介護保険サービス受給者人口・全国保険者別第1号被保険者人口を調査し、上記の4要因が給付額割合に与える影響を分析した。また、どの要因がその市区町村に影響を与えているかによって、その地域の特性を割り出した。分析の結果、全国保険者別総保険額に占める全国保険者別総給付額が全国保険者別第1号被保険者一人当たり保険料に占める一人あたり給付額割合に与える影響は大きいと考えられる。この結果を受け我々が行うべき政策は人口規模が小さく、かつ給付割合が平均値からの乖離が大きい市区町村を政策提言の対象とし、対象市区町村の全国保険者別総保険額に占める全国保険者別総給付額を変化させ、給付額割合を調整する政策である。

これらの分析結果から我々は、市区町村ごとに任せた介護保険制度の運営では全市区町村で一定のサービスを提供することは困難であり、地方の人口規模が小さい市区町村において特にその傾向が顕著に現れていることから、税財源を増やし介護保険交付金を創設することを提言する。これは消費税を現行の5%から6%に増税することで、増税分1%を目的税として介護保険交付金に充てることとする。国は市区町村に介護保険交付金の交付を行う。この交付は全国一律ではなく、我々のもとめた給付額割合の平均値から上下双方向に分散している地域のみを対象とする。この平均値より高い市区町村、または低い市区町村に属する市区町村に対して重点的に交付を行う。また、この範囲の中での給付額割合の平均との乖離度などによって、交付額を決定する。つまり、人口規模が小さく給付額割合の平均値より低い市区町村の給付額割合を交付金により押し上げて平均に近づけ、人口規模が小さく給付額割合の平均値より高い市区町村の給付額割合を交付金により押し下げて平均に近づけることで、不釣り合いな負担と給付を是正することを目的としている。しかし、平均値から乖離した市区町村全てが非効率な運営を行っているわけではないため、交付対象とする市区町村の背景を十分に調査し、その後交付を決定する必要があると我々は考える。具体的に背景とは、第1号被保険者人口、介護保険サービス受給者人口、後期高齢者人口、居住者の所得階層などである。また交付を受けた人口規模が小さく給付額割合の平均値より低い市区町村は、具体的に保険料を下げるか介護サービス事業所を増やすことで給付額割合を向上させ、平均値に近づける。また、人口規模が小さく給付額割合の平均値より高い市区町村は介護保険財政が厳しいということが考えられるので、交付金により保険料総額を底上げすることで給付額割合を押し下げ、平均値に近づける。

目次

はじめに

第1章 介護保険制度

- 第1節 制度説明
- 第2節 介護保険法改正
- 第3節 現状調査
 - i. アンケート調査
 - ii. ヒアリング調査

第2章 問題意識

- 第1節 介護市場開放に伴う事業者参入の問題点
- 第2節 コムスン問題

第3章 分析

- 第1節 分析説明
- 第2節 分析結果

第4章 政策提言

- 第1節 財源確保
- 第2節 政策提言

参考文献・データ出典

はじめに

今日、急速に高齢化と少子化が進むなかで、高齢者のみの世帯が増加し、これまで家庭で介護の役割を担ってきた女性の就業率の増加など、介護は家族だけでは支えきれない現状にある。そこで深刻化する介護問題を社会全体で支えようとするしくみが介護保険制度である。介護保険サービスの整備の遅れや家族介護の根強さが残っており、結果家族の介護のために就業の機会を失ったり、退職したりするケースは少なくない。また家族介護による精神的、金銭的負担の大きさから高齢者虐待や無理心中といった事件も起きているのも事実である。介護保険制度を整えることはこうした問題の解決に繋がるだろう。介護保険制度は要介護者のみならず国民に必要とされている制度であり、将来、より重要視されると考えられる。しかしながら、現在の介護保険制度はいくつかの問題を抱えており、その見直しを図ることが重要であると考えられる。

第1章 介護保険制度

第1節 制度説明

介護保険制度は社会保険方式により、給付（サービスの質と量）と負担（保険料、利用料）の関係を明確にし、国民の理解を得ながら支えていこうとするものである。このため介護が発生する可能性の高い40歳以上の国民は、介護保険法により、介護保険に強制加入することになっている。尚、本来は20歳以上で支え合う制度にする予定であったが、保険料の未納が多数発生する可能性があり、年齢が引き上げられた。

介護保険の財源としては、負担割合は介護報酬の1割相当を、利用者残りの9割を保険料と公費(国25%+都道府県12.5%+市町村12.5%)で折半する。

65歳以上の第1号被保険者の保険料負担は、所得段階別定額保険料(低所得者の負担軽減)で支払い、徴収方法としては年額18万円未満の人は個別に納付書によって納付(普通徴収)し、年額18万円以上の人は年金から天引き(特別徴収)される。40歳以上～65歳未満の医療保険加入者の第2号被保険者の保険料負担は、医療保険料に上乘せして、介護保険を徴収する。健康保険に加入している場合は保険料の半額は事業者が負担し、国民健康保険に加入している自営業者の場合半額は国庫負担し、徴収方法は医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括納付する。

給付費用は2000年度から2005年度で3兆2427億円から5兆7947億円に2兆5516億円増額しており、厚生労働省の2005年度予想の5.5兆円より多く、2010年の6.9兆円も増額すると考えられる。一人当たりの給付費も2000年度から2003年度で1.5倍に増額している。より介護費用が高額になる75歳以上の人口が増えたためと考えられる。2002年度までは1号被保険者の場合、全国平均で月2911円だったが、2003年から2005年度では3293円と増額している。

介護保険で受けられるサービスは、要介護認定と要支援認定を受けた場合介護サービスが給付され、サービスには居宅サービス(12種類)と施設サービス(3種類)があり、その他関連サービスが受けられる。居宅サービスでは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知量対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与などがある。次に施設サービスでは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設に入所して受けるサービスなどがある。

要介護者(要介護度①～⑤)は要介護状態にある65歳以上の者または、要介護状態にある40歳以上65歳未満の者で、介護状態の原因である身体上または神経上の障害が特別疾病によって生じた者が対象に入る。次に要支援者は要介護状態となるおそれのある状態にある65歳以上か、40歳以上65歳未満で、特別疾病による障害をもつ者が対象となる。

第1号被保険者で受給権者は、寝たきり、認知症などで介護を必要とする状態(要介護状態)、介護を要する状態の軽減・悪化防止のための支援が必要な状態(要支援状態)における人。

第 2 号被保険者では初老期における認知症、脳血管障害など、老化に伴う病気(特定疾病)によって要介護、要支援状態になった人が受けることができる。

介護保険導入前の措置制度のころと異なり、介護保険が導入されたことにより、受けるサービスの選択肢も広まり、これまでの措置制度の対象にならなかったサービスを受けられるようになったことなど改善点は少なくない。介護保険が導入された当初は、措置制度の時と同じサービスを受けようとする、自己負担が膨大となり負担に耐えられない高齢者が出てくるのではないかと懸念があったが、介護保険の枠を超え自己負担でサービスを受ける人は介護保険を受ける人の全体の 1%にも満たない。むしろ大多数の人は支給額の 4 割程しか介護サービスを利用していないのが実情である。現行の枠内で十分なサービスを受けているというよりも、年金収入のみで貯金を取り崩しながら生活する高齢者には、医療費の負担に加え、毎月の保険料に加えて一割の自己負担は予想外に重く、経済的な理由で介護サービスを控えている要介護者のほうが多いのではないかと考えられる。

また、社会保険としてわが国の介護保険制度それ自体は、従来の措置制度や税による介護サービス供給に比較して、その意義と機能は十分に優れている。しかし、先に述べたように、現行の介護保険制度にはいくつかの問題点を残したままであり、この制度を安定的に維持するためには、なお多くの解決されるべき課題がある。

第2節 介護保険法改正

介護保険法は、制度施行後 5 年後を目途として制度全般を見直すことを規定しており、これに基づき社会保障審議会に介護保険部会を設置し 2003 年 5 月から 2004 年 12 月まで議論を重ねた。その結果を踏まえて 2005 年 2 月、介護保険法等の一部を改正する法律案が閣議決定され、衆議院・参議院における審議を経て同年 2005 年 2 月介護保険等の 6 月に制定された。制度改正の背景として、介護保険制度は 2000 年のスタート以来、在宅サービスを中心にサービス利用が急速に拡大するなど老後の安心を支えるなどして定着してきたが、それと共に介護保険の総費用は、年 10%を超える伸びで推移している。現行制度のままでは、保険料水準の大幅な上昇が見込まれ、制度の持続性が課題になっている。

さらに、2015 年には、ベビーブーム世代が高齢期に到達し、2025 年には後期高齢期を向かえ、わが国の高齢化はピークを迎える。また認知症や一人暮らしの高齢者も増加すると見込まれており、こうした新たな課題への対応も必要となる。

制度スタート後、要介護認定を受ける高齢者は急速に増加し、2004 年末に 400 万人を越え制度施行から約 5 年でほぼ倍増した。認定者の半数を占める軽度者(要支援・要介護 1)が大幅に増加している。軽度者は転倒・骨折・関節疾患などにより徐々に生活機能が低下していく「廃用症候群(生活不活発病)」の状態にあるのが特徴で、適切なサービス利用により状態の維持・改善が期待される。今回の改革では、軽度者の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは重度化しないよう「介護予防」のシステムの確立を目指している。また改正後、6 段階の認定区分のうち、要支援と要介護 1 の一部が要支援 1・要支援 2 と要介護 1～5 という 7 区分に変わった。ポイントは、新たに設けられた要支援 1・2 がこの区分に認定された人には「新予防給付」という、15 種類のサービスが提供される。例えば、「訪問介護(家にホームヘルパーを派遣してもらって日常生活上の介護を受ける)サービス」を受けたいと思った場合、要支援 1・2 と認定された人には従来の「訪問介護サービス」の給付はなされず、代わりに「介護予防訪問介護」というサービスが提供される。介護予防通所リハビリテーションにおいては、新たなサービスメニューである運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上が選択的サービスとして提供されるとともに、報酬の月単位の定額化が行われるとともに、利用ケースの適正化を測っている。

- 約()時間
- ⑤労働の時間帯
約(:)~(:)頃
- ⑥週何回程仕事をされていますか?
()回
- ⑦1日に何人の人を掛け持ちしていますか?
()人
- ⑧月いくらお給料をもらっていますか?
()円
- ⑨2006年の改正に伴って変わったと感じることは何ですか?
- ⑩現在の仕事について満足していますか?
1. 大変満足している 2. まあまあ満足している
3. 別になんとも思わない 4. あまり満足していない
5. 全く満足していない
- ⑪「あまり満足していない」「全く満足していない」人に○を付けた人はなぜ、満足していないのか答えて下さい。

訪問介護利用者アンケート

このアンケートは家族の方の代理回答でもけっこうです。

- (1) 年齢を教えてください。
1. 65歳未満 2. 65歳~70歳未満 3. 70歳代 4. 80歳代 5. 90歳代
6. 100歳以上
- (2) 性別を教えてください。
1. 男性 2. 女性
- (3) 介護保険での介護度を教えてください。
1. 要支援(1・2) 2. 要介護1 3. 要介護2 4. 要介護3
5. 要介護4 6. 要介護5
- (4) 訪問介護の利用状況を教えてください。
[]
- (5) 訪問介護以外の介護サービスを受けていますか?
1. 受けていない 2. デイサービス(通所介護)
3. デイケア(通所リハビリテーション)
4. ショートステイサービス(短期入所サービス)
5. 福祉用具の貸与・購入費の支給 6. 住宅改修費
7. 訪問看護・リハビリ 8. 訪問入浴
9. その他
- (6) 介護保険と民間有料サービスの利用状況について教えてください。
1. 介護保険の範囲内 2. 介護保険をオーバーした
3. 介護保険以外の民間サービスを使った。
- (7) 月いくらくらいの介護費をお支払いですか?
()円
- (8) 2006年の介護保険改正で利用状況は変わりましたか?
1. 利用が増えた 2. 利用が減った 3. 変化なし

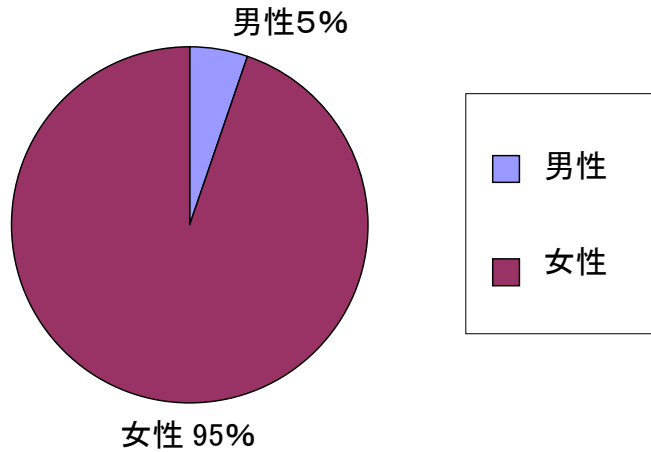
訪問介護従事者についてのアンケート

回答数 114 人

(1)プロフィールについてお答えください。

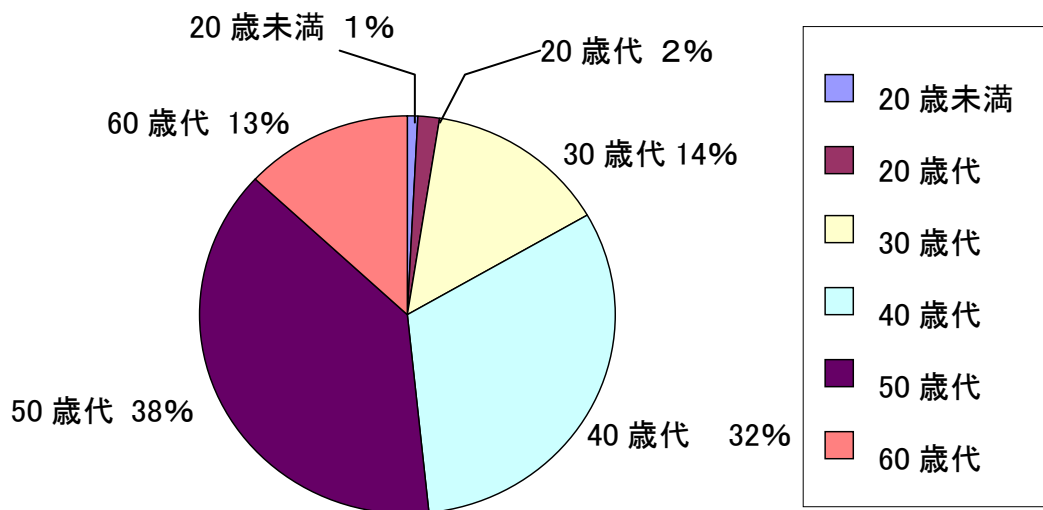
①性別

従事者の性別



②年齢

従事者の年齢



(2)

①雇用形態

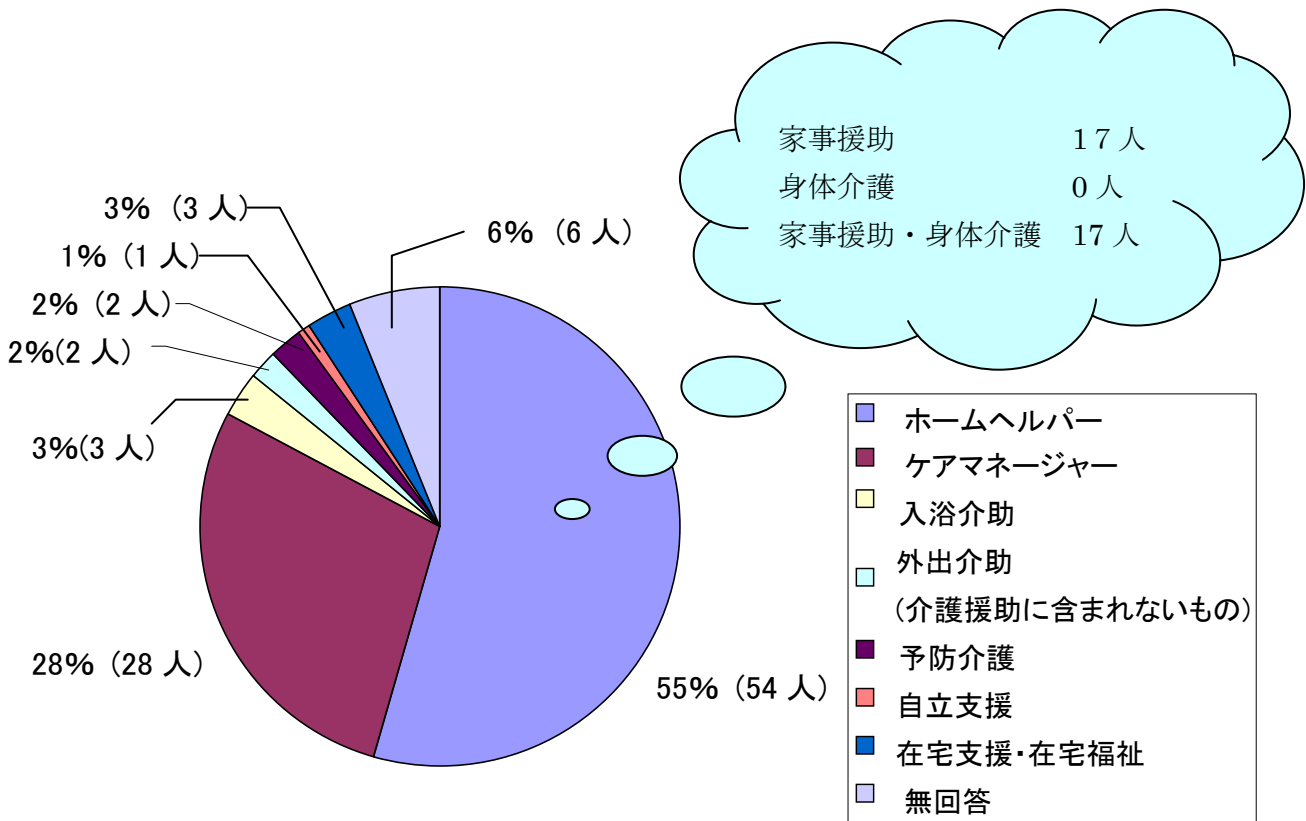
正社員	15人	非常勤・パート	73人	不明	2人
常勤	22人	契約社員	2人		

②訪問介護に携わる上で、あなたの持っている資格を教えてください。※複数回答

ケアマネジャー	6人	社会福祉士	6人
ホームヘルパー2級	81人	ガイドヘルパー	1人
ホームヘルパー1級	12人	その他	7人
介護福祉士	44人		

③仕事内容 ※複数回答

仕事内容

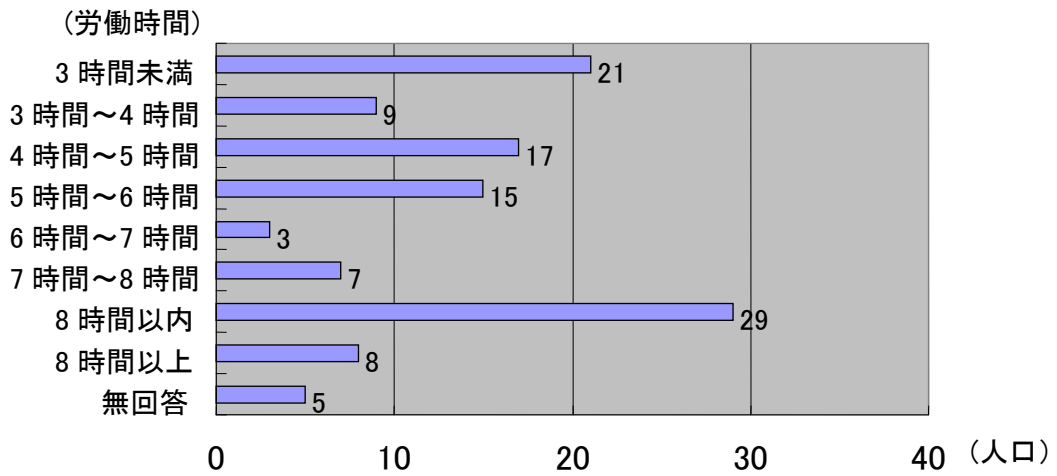


④1日あたりの労働時間帯

午前	5人	1日	45人	無回答	4人
午後	4人	決まっていない	56人		

⑤労働の時間帯

従事者の1日辺りの労働時間



⑥週何回程仕事をされていますか？

1回	7人	6%	5回	48人	41%
2回	4人	4%	6回	20人	18%
3回	13人	11%	毎日	2人	2%
4回	17人	15%	無回答	3人	3%

⑦1日に何人の人を掛け持ちしていますか？

1日の担当人数		1日の担当人数	
1人	8人	6人	0人
2人	22人	7人	1人
3人	18人	8人	1人
4人	29人	無回答	7人
5人	27人		

⑧月いくらお給料をもらっていますか？

2万円未満	5人	10万～12万	9人	20万～22万	4人
2万～4万	9人	12万～14万	7人	22万～24万	2人
4万～6万	14人	14万～16万	1人	24万以上	15人
6万～8万	13人	16万～18万	11人	無回答	2人
8万～10万	14人	18万～20万	8人		

⑨2006年の改正に伴って変わったと感じることは何ですか？

- ・ 時間などの短縮で利用者や従事者にとって厳しくなった
- ・ 介護予防サービスによりサービス制限された
- ・ 予防の導入により従事者・利用者とも理解に苦しむ
- ・ 利用者がわがままになった
- ・ 時間を短縮したが要求される内容が同じで負担に十分な介護サービスができないケースが出てきた

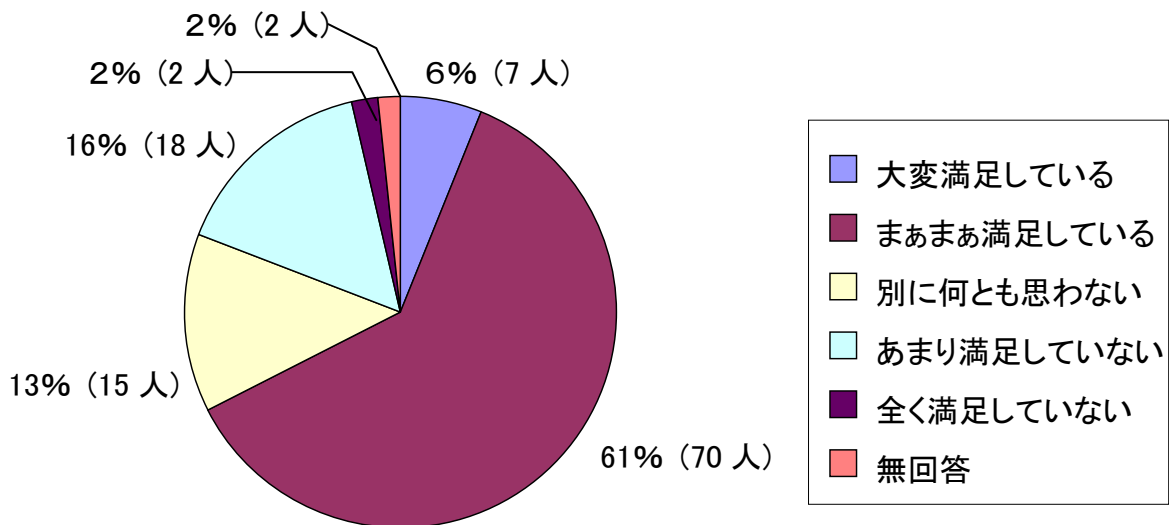
- ・ ヘルパーとして働く人が減った
- ・ 利用者がサービスの必要性に疑問を持つ
- ・ 要介護だった人が要支援になる人が多く、十分なサービスが受けられない
- ・ 時間短縮のため収入が減る
- ・ 赤字で経営している事業者や利用者にはシワよせがくる

《これらに対して改正に伴って良かった点》

- ・ 不必要なサービスが整理できた
- ・ 少しずつ改正されて良い
- ・ 支援層に幅ができて各症状に対して予防の幅が広がって良い

⑩現在の仕事について満足していますか？

従事者の仕事への満足度



⑪「あまり満足していない」「全く満足していない」人に○を付けた人はなぜ、満足していないのか答えて下さい。

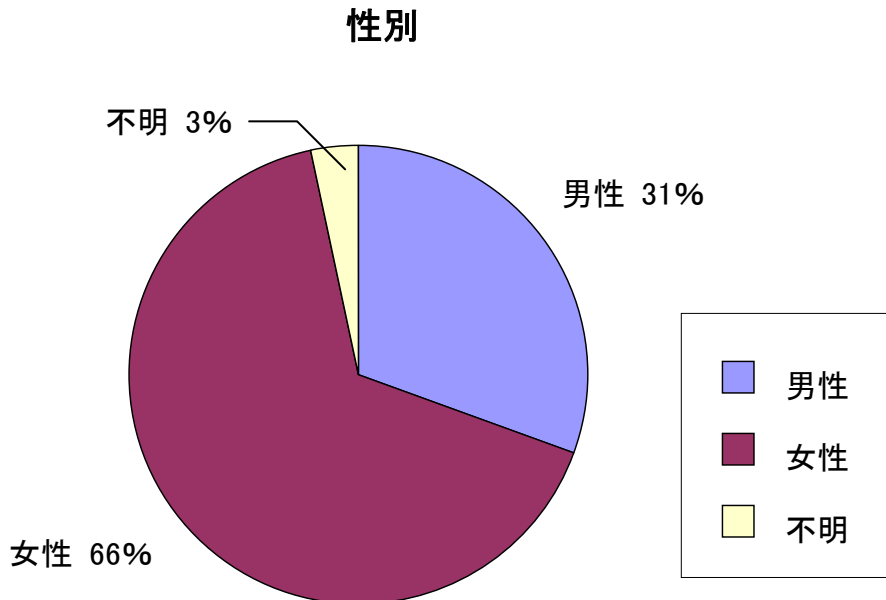
- ・ 介護報酬が少ないから、事業所が大変な思いをしている。
- ・ 理不尽なところを言う利用者がある
- ・ 時間に追われ思うようにできない。
- ・ 仕事と自分の葛藤。
- ・ ヘルパーの負担が大きい。
- ・ 保障が少ない。
- ・ 仕事が少ない。

訪問介護利用者アンケート

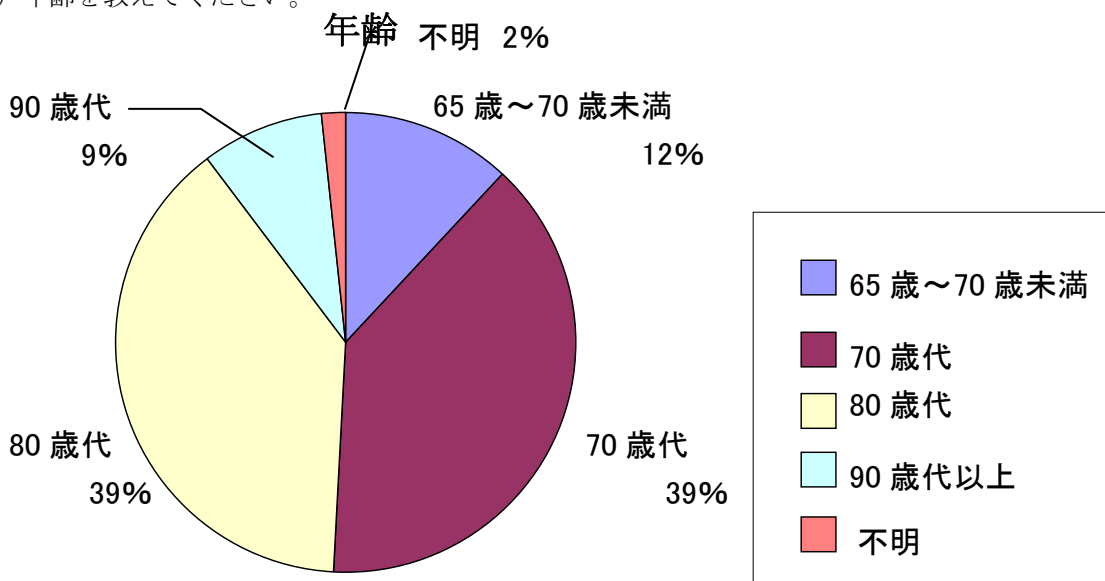
回答数59人

このアンケートは家族の方の代理回答でもけっこうです。

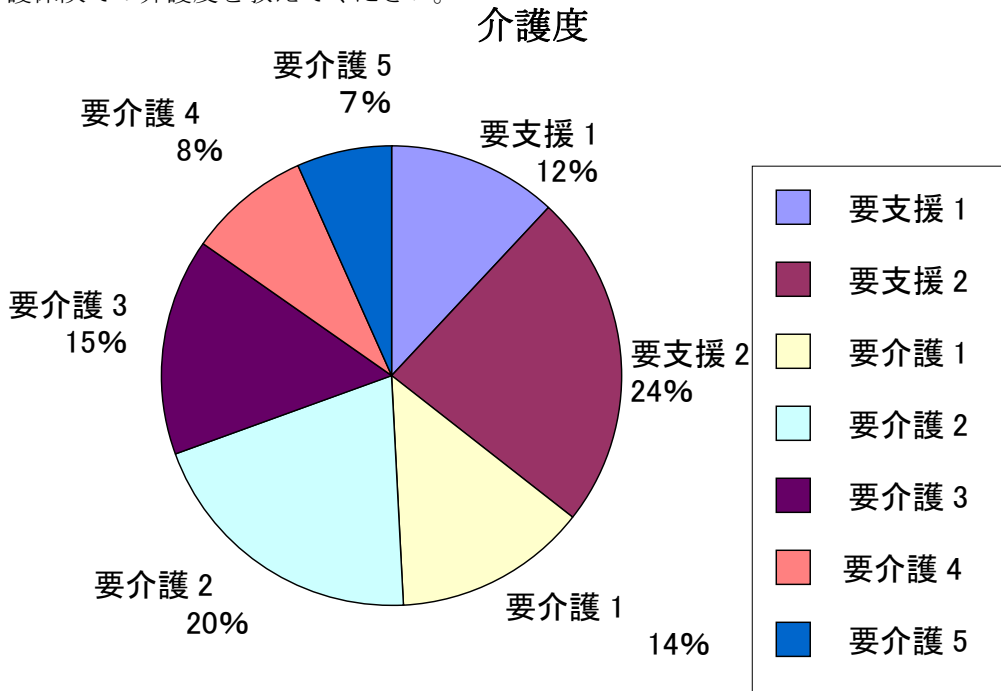
(1) 性別を教えてください。



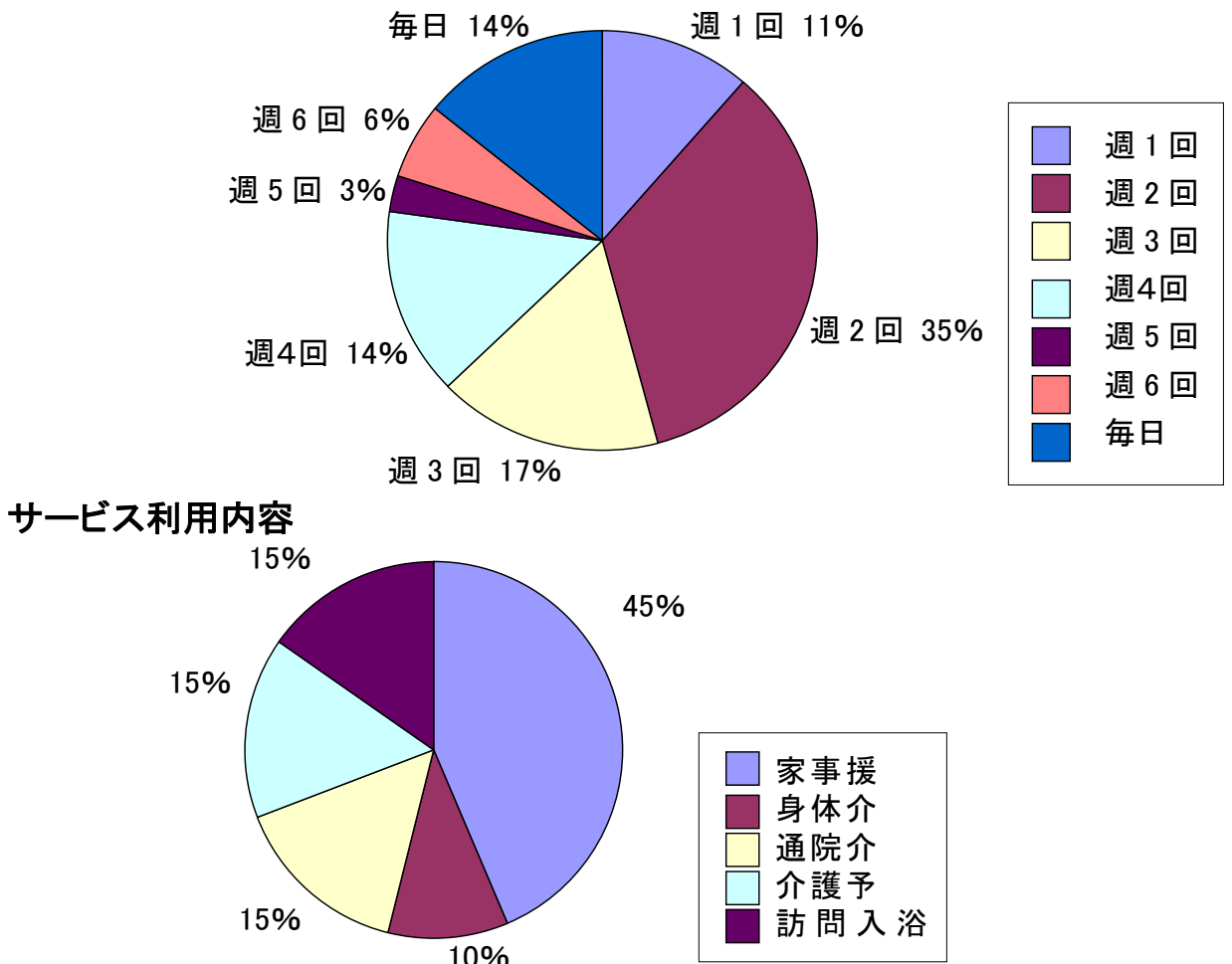
(2) 年齢を教えてください。



(3) 介護保険での介護度を教えてください。



(4) 訪問介護の利用状況を教えてください。



(5) 訪問介護以外の介護サービスを受けていますか? ※複数回答

受けていない	1人	デイサービス(通所介護)	16人
デイケア(通所リハビリテーション)	7人	ショートステイサービス(短期入所サービス)	4人
福祉用具の貸与・購入費の支給	24人	住宅改修費	6人
訪問看護・リハビリ	7人	訪問入浴	8人
その他	5人	無回答	10人

(6) 介護保険と民間有料サービスの利用状況について教えてください。

介護保険の範囲内	49人
介護保険をオーバーした	4人
介護保険以外の民間サービスを使った	4人
無回答	2人

(7) 月いくらかの介護費をお支払いですか?

0円	3人	9001~15000円	9人
1000円以内	1人	15001~30000円	6人
1001~3000円	18人	30001~45000円	1人
3001~5000円	9人	45001~60000円	1人
5001~7000円	1人	60000円以上	2人
7001~9000円	4人	無回答	4人

(8) 2006年の介護保険改正で利用状況は変わりましたか?

利用が増えた	7人
利用が減った	14人
変化なし	34人
無回答	4人

(9) 介護サービスを全額自己負担で受けたことはありますか?

ある	2人	内自己負担回数 3回
ない	49人	
無回答	8人	

(10) 今後介護サービスをどのように使いたいと考えますか?

介護保険内で	53人
民間サービスを含め大いに活用したい	4人
利用したくない	0人
無回答	2人

(11) 介護保険外のサービス利用はありますか？どんなサービスを受けていますか？

- ・ 公民館のクラブ活動、コンサート、市民講義
- ・ 衣類の整理、長時間の買い物、庭の手入れ

アンケート調査集計結果

介護保険サービス受給者についてのアンケート調査結果は、介護保険の額をオーバーして受ける者が少なく、自己負担で介護を受ける者がほとんどおらず、2006年の介護保険の改正の影響で利用の変化が少なかったこと、また今後の利用について介護保険のサービス内で考えている人が多いなど、運営が難しい訪問介護でこのような結果を得られたことから S市の介護保険は充実しているものと考ええる。

次に介護保険事業従事者についてのアンケート調査結果は、訪問介護に従事する者の割合の中で正社員の割合は全体の13%程であり、多くの者が非正規の従事者にも関わらず、従事者の仕事への満足度は満足している者が7割弱になり、介護に従事している者はS市の様な中規模の都市では介護に従事する者の確保は大きな問題ではないと考える。

ii ヒアリング調査

我々はさらに詳しく介護保険の実態を調査するために、S市役所にヒアリング調査を行った。このヒアリング調査は、あらかじめFAXで趣旨説明・質問項目を伝え、後日訪問し介護保険担当の方から説明を受ける形でご協力いただいた。また、S市役所をヒアリング調査の対象とした根拠は、アンケート調査の対象をS市に決定した根拠と同様である。質問項目は以下の通りである。

質問項目

- ・ 利用者のサービス需要に対する事業者数、人員
- ・ 高齢者人口の実数と割合の推移
- ・ 要介護認定者数（介護度別の割合）の推移
- ・ 介護保険サービス受給者数の推移
- ・ 介護保険サービス種類別利用状況
- ・ 介護保険財政の財源構成

ヒアリング調査の結果、S市は我々が考える以上に介護保険事業が充実していることがわかった。具体的に、S市は事業所一箇所あたりの受給者数が3人以下となっており、S市をサービス提供の地域とする事業所の所在割合が高くなっている。つまりS市は介護サービス提供機関の整備が進んでおり、受給者の事業者選択の幅が広がっているため市場原理が働き、受給者の満足を得やすいサービス提供がなされているものと考えられる。また、従事者にとってもサービス受給者の満足度を身にしみて感じることで、それがやりがいとなり、従事者の満足度の向上に繋がっていると考えられる。

以上、アンケート調査とヒアリング調査の結果から、S市程度の中規模の都市では、介護保険制度は利用者・従事者ともに比較的満足できる状態にあると考える。

第2章 問題意識

第1節 介護市場開放に伴う事業者参入の問題点

介護保険法が2000年4月から施行され、介護保険制度は急速に世の中に普及していった。その前制度である老人福祉制度は措置制度であったがこの介護保険制度は契約制度となり、利用者が自由にサービスの種類や事業者を選択できるようになった。老人福祉制度の措置制度では市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であったため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的になりがちであった。それを解決するため、また、利用者に一定のサービス量を確保するため、国は介護保険制度をスタートさせた。当初、国は民間の介護事業者の参入を強く促した。訪問介護事業者数が増える一方で、ケアマネージャーと事業者の癒着によって過剰なサービス提供が行われる供給者誘発需要、勤務実態のない職員の名前を使った架空の勤務実態報告、介護報酬対象でないサービスを報酬対象であるサービスと偽って請求する不正請求、事業所としての指定を受けるための常勤人員定員を満たすために人員数を水増しする架空名指定など、多くの問題が次々発覚した。

こういった問題が起こるのには様々な背景が存在する。まず、国の定める介護報酬が低すぎるといふ点。介護報酬が低いということにより、赤字経営を避けるために民間事業者は介護職員の賃金を低く設定せざるを得なくなってしまう。低く設定された賃金と低い賃金に見合わない過酷な労働では介護職に就こうとする人は少なく、慢性的な人員不足に陥る。また、介護報酬が低いということ自体が不正請求を生んでいるという実態もある。人員不足によって事業所指定を受けられないために、人員不足の事業所は架空名指定による水増しを行う。事業所指定は受けたものの人員不足の実状は変わらず、事業所は架空の勤務実態報告を行う。このように介護報酬が低いことにより事業者は不正を行い、不正がさらに不正を招くような状況となっている。次に、介護報酬の対象となるサービスに利用者が需要するサービスが細かく規定されていないという点である。利益を求めするために利用者に過剰な供給をすることは完全なる不正ではあるが、しかしながら、介護の現場において利用者から、介護報酬対象外の様々なサービスを要望されることは多々ある。これに応える現場のヘルパーの働きに対する報酬は定められておらず、もちろんのことではあるが、これを介護報酬対象のサービスに置き換えて請求すれば虚偽申請となってしまうのである。利潤を追求しない非営利法人やボランティアでもない民間事業者にとってこの部分は大きな問題である。さらに2006年の介護保険制度改革で制度の見直しが行われ、介護報酬はさらに低い水準に引き下げられるなど事業者になお一層厳しい情勢となった。制度改正は、今までの要支援の項目が要支援1と要支援2の二項目に区分されるようになり、それまで要支援で受けていたサービスの利用回数が減るなど利用者にも悪い影響をもたらした。こうした背景により、利益を上げることが非常に困難になった民間介護保険事業者は、赤字経営に陥るか、不正に手を染めざるをえない状況に立たされた。また、事業者は利益を上げることができなければ、利用者へのサービスを向上させることは困難であり、赤字経営が利用者にも悪影響を及ぼすこととなる。

このような厳しい状況の中で、赤字経営により介護保険事業から手を引かざるをえない事業者や、不正の発覚による行政からの厳しい処分を受けた事業者などが撤退、または一部を撤退・統合・移譲させる事態となっている。具体的な事例としては、記憶に新しいコムスンの問題がある。

第2節 コムスン問題

コムスンはかつて介護事業最大手であり、介護事業全事業所数の約一割を占める 2081 カ所(2007年5月末)の事業所を全国に展開し、訪問介護顧客数は 67440 名(2007年5月末)にもものぼった。しかし、不正が発覚し厚生労働省から介護サービス事業所の新規及び更新指定不許可処分を受け、その期間である 2008 年度から 2011 年 12 月までの期間に事業所認可が切れる 7 割以上の事業所が順次廃止される見込みとなったが、コムスはグループ内の譲渡によって処分の実効性を失効させようとした。厚生労働省はこれに対し認めない見解をコムスンに告げ、コムスは介護事業全般を他の事業者に移譲し、介護事業から撤退することを決定した。コムスは、採算の取りにくい地方に事業所を展開させたり、深夜帯の介護を行うなど、独自のサービスを担っていたため、コムスンから他の事業者に移譲する全事業所でこれらのサービスの低下が起こる懸念があると考えられる。

我々はこういった問題が起きた際に、最も重大な影響を受けるであろう地方の小規模な保険者の介護保険制度運営の現状を調査・分析することで、より良い介護保険制度運営を提言しようとする。この分析を行う上での方向性としては、地域間の格差の是正よりも第一号被保険者の負担と給付の不均衡の是正を目的としている。

第3章 分析

第1節 分析説明

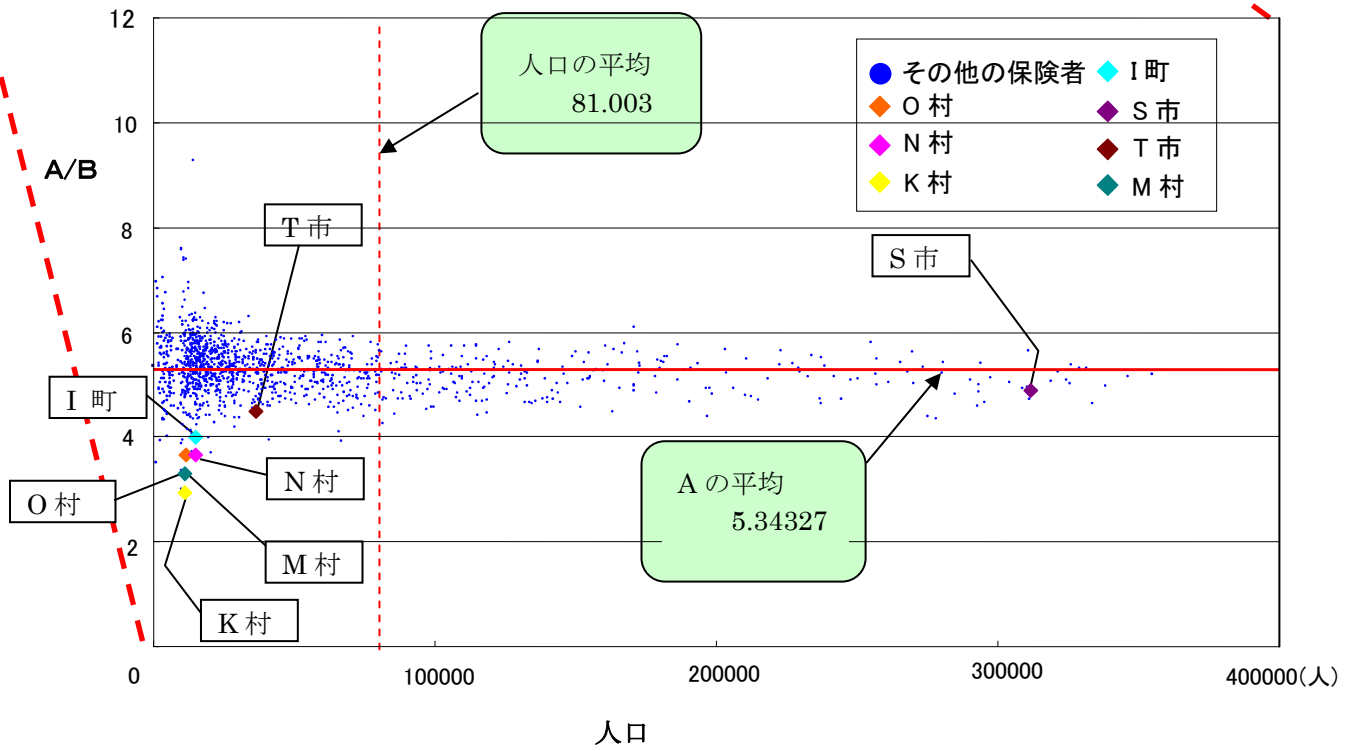
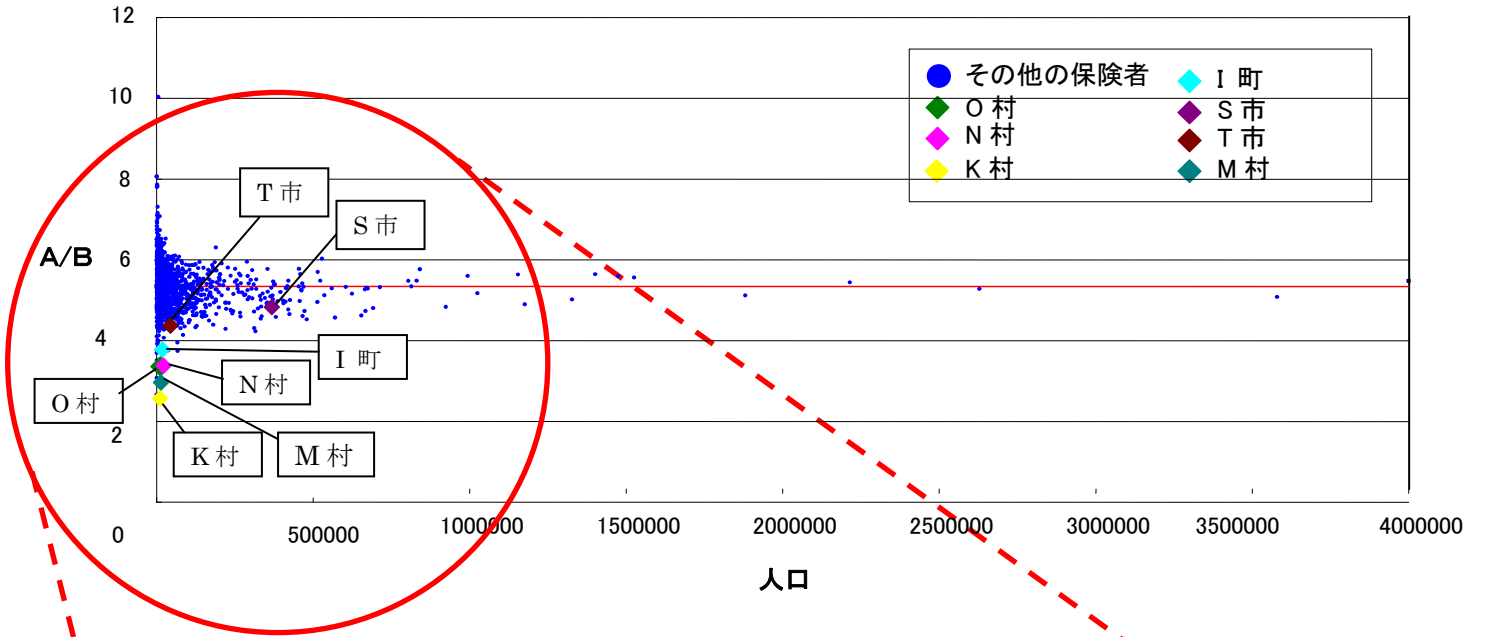
以上の問題点をふまえ、政策を行うべき保険者を絞るため、我々は全国の保険者（1385市区町村）を対象に調査を行った。市町村合併による年度間、資料間の市区町村数のすり合わせのため、資料間で一致しないサンプルは除外した。まず、全国保険者別第1号保険料基準額及び第1号被保険者一人あたり給付額から、全国保険者別第1号被保険者一人当たり保険料に占める一人あたり給付額割合（以下、給付額割合）を算出し、各市区町村の人口と関連付けることで人口規模と給付額割合の2つの値の関係を考察した。さらに、この相関関係に影響を与える要因となる全国保険者別総給付額・全国保険者別第1号保険料基準額・全国保険者別介護保険サービス受給者人口・全国保険者別第1号被保険者人口を調査し、上記の4要因が給付額割合に与える影響を分析した。また、どの要因がその保険者の介護保険財政に影響を与えているかによって、その地域の特性を割り出した。

第2節 分析結果

上記の通り我々は、全国保険者別第1号保険料基準額及び第1号被保険者一人あたり給付額から、全国保険者別第1号被保険者一人当たり保険料に占める一人あたり給付額割合を算出し、各市区町村の人口と関連付けることで人口規模と給付額割合の関係を考察した。

まず、下記のグラフは給付額割合と各市区町村の人口規模の2つの値の関係を示したものである。横軸に各市区町村の人口をとり、縦軸には給付額割合をとった。また、縦軸の平均値と横軸の平均値から4箇所を範囲分けをした。それぞれ人口規模は小さいが給付額割合が高い保険者を（ア）、人口規模が大きく給付額割合も大きい保険者を（イ）、人口規模が小さく給付額割合も小さい保険者を（ウ）、人口規模は大きいですが給付額割合が低い保険者を（エ）に分類した。ここからさらに分析を進めるため、4箇所のうちの（ウ）の範囲から北海道、東北、関東、中部、中国・四国、九州・沖縄の6地域それぞれ1つの保険者を抽出し、それぞれの詳細について調査した。それぞれの地域の抽出対象は、その地域内で最も給付額割合が小さい保険者とした。北海道の抽出対象は○村、東北の抽出対象はN村、関東の抽出対象はK村、中部の抽出対象はI町、中国・四国の抽出対象はT市、九州・沖縄の抽出対象はM村である。なお、関東の抽出対象であるK村は全国で最も給付額割合が低い保険者である。

グラフ 3-1 (A/Bと人口)



まず、縦軸の給付額割合を式にすると以下のように表せる。

$$\frac{A}{B} = \frac{a/\alpha}{b/\beta} = \frac{a}{b} \cdot \frac{\beta}{\alpha}$$

- ・全国保険者別第1号被保険者一人当たり保険料に占める一人当たり給付額割合： $\frac{A}{B}$
- ・全国保険者別第1号被保険者一人あたり給付額：A
- ・全国保険者別第1号保険料基準額：B
- ・全国保険者別総給付額：a
- ・全国保険者別総保険料：b
- ・全国保険者別介護保険サービス受給者人口： α
- ・全国保険者別第一号被保険者人口： β

$\frac{A}{B}$ は、a、b、 α 、 β の4要因によって決定される。

まず、aが小さいことは給付額割合が低くなる要因である。逆にaが大きいことは給付額割合が高くなる要因である。次にbが小さいことは給付額割合が高くなる要因である。逆にbが大きいことは給付額割合が低くなる要因である。同様に、 α が小さいことは給付額割合が高くなる要因である。逆に α が大きいことは給付額割合が低くなる要因である。次に β が小さいことは給付額割合が小さくなる要因である。逆に β が大きいことは給付額割合が大きくなる要因である。なお、 $\frac{A}{B}$ の平均値は 5.343278 である。

$\frac{a}{b}$ や $\frac{\beta}{\alpha}$ は、各保険者の性質を示していると思われる。また、 $\frac{a}{b}$ の平均値は 0.683605、 $\frac{\beta}{\alpha}$ の平均値は 8.204758 である。

$\frac{a}{b}$ の値が大きければ、その保険者の介護保険財政は切迫していると考えられる。値が小さければ、その保険者の介護保険財政は余裕があると考えられる。しかし、この数値は、次に説明する $\frac{\beta}{\alpha}$ の値の影響を強く受けていることを考慮しなければならない。

$\frac{\beta}{\alpha}$ の値が大きければ、その市区町村の被保険者の多くは健康で介護サービス受給がそれほど必要ではないということが読み取れる。値が小さければ、その市区町村の被保険者の多くは介護サービス受給が非常に重要であるということが読み取れる。

ここで先に述べた6地域ごとに抽出した保険者と特徴的な保険者の分析を行う。

まず○村は、 $\frac{A}{B}$ の値が 3.516429 と平均を大きく下回っている。それは $\frac{\beta}{\alpha}$ の値が 10.23077

と大きいことが要因であると考えられる。 α の値が小さいため a の値が押し下げられ、 $\frac{A}{B}$ の値が小さくなったと考えられる。その他の要因としては、○村は人口規模が明らかに小さいため介護保険事業者が新規に事業所を開設しづらく、被保険者の介護サービス利用が制限されているという可能性である。よってこれらを是正するため、何らかの政策を行うべきである。

次に N 村であるが、 $\frac{A}{B}$ の値は 3.497027、 $\frac{a}{b}$ の値は 0.320998、 $\frac{\beta}{\alpha}$ の値は 10.89423 であり、前述の O 村とほぼ同値であるため、地域特性も必要とする政策も同様であると考えがちである。しかし N 村は、A の値が非常に小さく全国の保険者中、下位から 2 番目という低い値である。この A 値が小さい理由として考えられることは、 α の値が小さいという点である。 α の値が小さいことにより a 値は小さくなり、結果として A の値の低さにつながる。人口規模は O 村と比較して 5 倍以上であるため、この α の値の小ささは、N 村の高齢者が健康的であることを示していると考えられる。よって N 村では、 $\frac{A}{B}$ の値は小さいが、その根本的な要因が健康的な高齢者が多いというプラスの要因であるため、政策により $\frac{A}{B}$ の値を押し上げる必要性は無いものと考えられる。

K 村は $\frac{A}{B}$ の値が、全保険者で最も低い 2.665352 である。K 村において $\frac{A}{B}$ に影響を与える要因となるものは、 $\frac{a}{b}$ である。K 村は $\frac{a}{b}$ の値も 0.283548 と、同様に低いため $\frac{A}{B}$ に与える影響も大きいものとする。よって $\frac{a}{b}$ をあげる政策が必要である。

I 町は $\frac{\beta}{\alpha}$ の値が 11.02649 と大きい。また、 $\frac{A}{B}$ の値は 3.893636、 $\frac{a}{b}$ の値は 0.353117 である。人口規模も各数値も N 村の値と類似している。しかしこの誤差に市町村の性質が隠れている。N 村は高齢者人口の約半数が 75 歳以上の後期高齢者であるが、I 町は高齢者人口の約三分の二が後期高齢者人口である。そのため、 $\frac{A}{B} \cdot \frac{\beta}{\alpha} \cdot \frac{a}{b}$ すべてにおいて I 町のほうが大きい値である。I 町では、現在は健康で介護保険サービスを受給していない後期高齢者の割合が非常に多いが、これから先、介護保険サービスの受給を開始したときに、給付額が予測以上に増加する恐れがあるため、経過を注意深く監視する必要がある。

T 市は、 $\frac{\beta}{\alpha}$ の値が 8.327697 でほぼ平均値であるにもかかわらず、 $\frac{A}{B}$ が 4.486698 と小さい。それは、保険料のわりに給付額が小さいことが考えられる。よって、給付と負担の不均衡を是正するために、 $\frac{a}{b}$ をあげる何らかの政策を行うべきである。

最後に M 村は人口の約三分の一が高齢者人口であるが、特に α の値が小さい。この M 村も、N 村や I 町のように健康な高齢者の割合が非常に高いといえる。しかし、 $\frac{a}{b}$ の値が小さいということは受益と負担の観点からみると、必要以上に保険料を払っているとも考えられる。よって、 $\frac{a}{b}$ をあげて $\frac{A}{B}$ をあげる政策が必要である。

さらに、 $\frac{\beta}{\alpha}$ と $\frac{a}{b}$ の値において非常に特徴的な保険者として U 村と G 村について説明する。

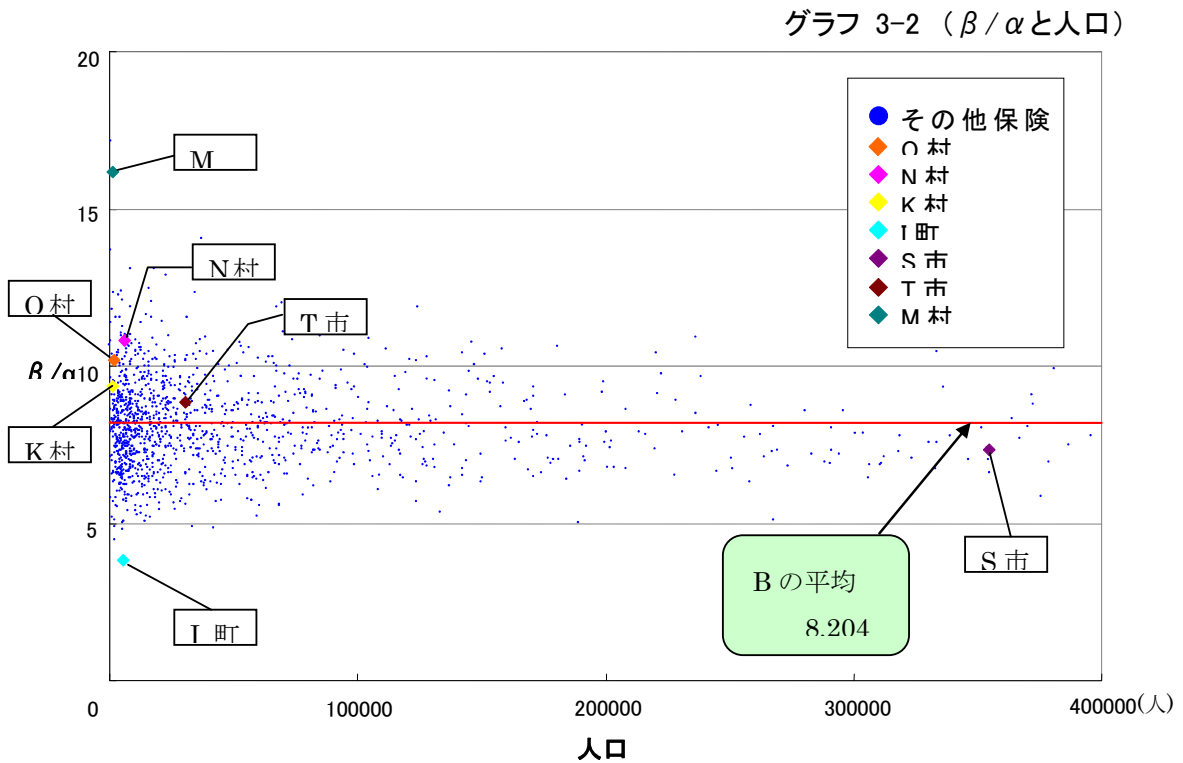
まず U 村は、 $\frac{A}{B}$ の値が 6.918542 であり、高い傾向にある。また $\frac{a}{b}$ の値が全保険者のうち最大で、1.546091 であった。逆に、 $\frac{\beta}{\alpha}$ の値は 4.47486 で全保険者のうち最小であった。

よって、U村は α が非常に多く、aが介護保険財政を切迫しているため給付額割合、つまり $\frac{A}{B}$ が大きくても、必ずしも優れた介護保険制度運営をしているとはいえないということがわかる。

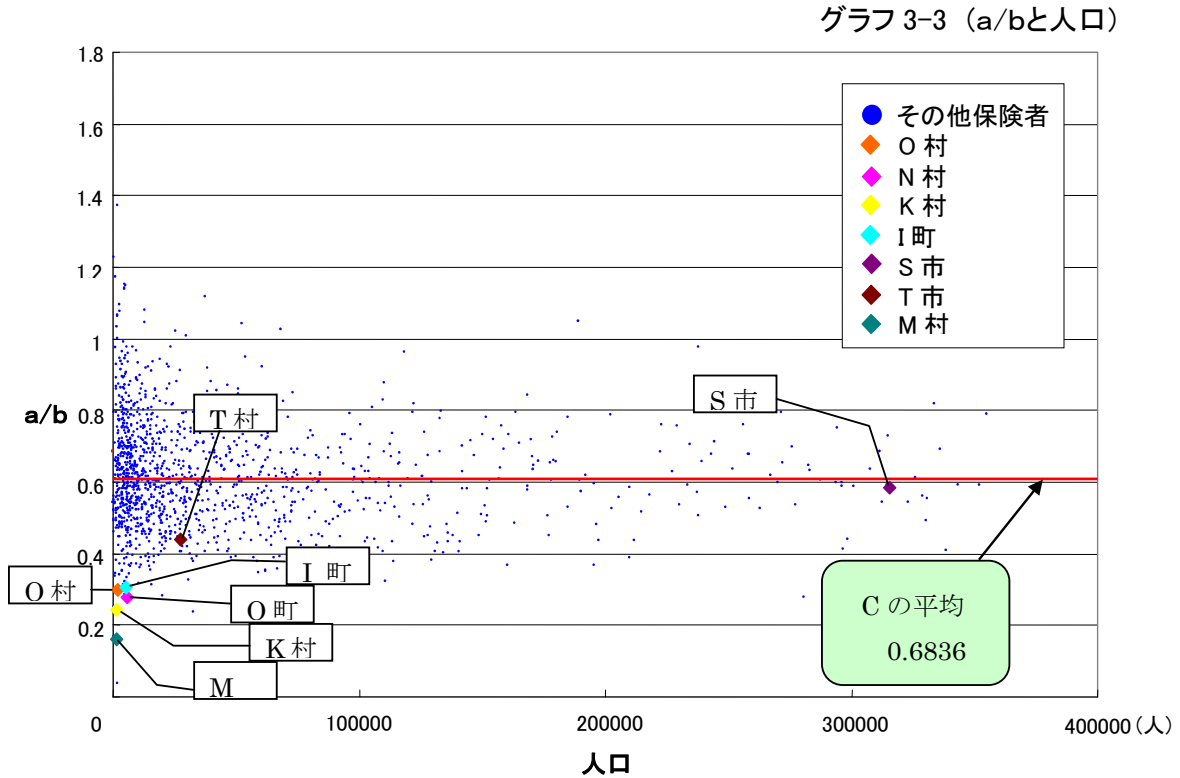
次にG村はU村とは逆に、 $\frac{\beta}{\alpha}$ の値が全保険者のうち最大で132、 $\frac{a}{b}$ の値は全保険者のうち最小で0.04173であった。G村は β の値の大きさの割りに、 α の大きさが極端に小さいため $\frac{\beta}{\alpha}$ 、 $\frac{a}{b}$ ともにこのような値となっている。これらの値からG村は、高齢者がとても元気な村で介護保険サービスをほとんど必要としない、とすることができる。しかしこれは、G村特有の高齢者人口構造であることから、政策によってG村のような介護保険制度運営を行うことは不可能である。

以上6地域と2つの特徴的な保険者それぞれを詳しく分析することで、必要となる政策の概要が浮かび上がってきた。以下ではさらに $\frac{\beta}{\alpha}$ の値と各市区町村の人口規模との関係、 $\frac{a}{b}$ の値と各市区町村の人口規模との関係についてグラフを作成し、比較することで分析を行った。

下記のグラフ3-2は $\frac{\beta}{\alpha}$ の値と各市区町村の人口規模の2つの値の関係を示したものである。横軸に各市区町村の人口をとり、縦軸に $\frac{\beta}{\alpha}$ をとった。



また、下記のグラフ3-3は $\frac{a}{b}$ の値と各市区町村の人口規模の2つの値の関係を示したものである。横軸に各市区町村の人口をとり、縦軸に $\frac{a}{b}$ をとった。

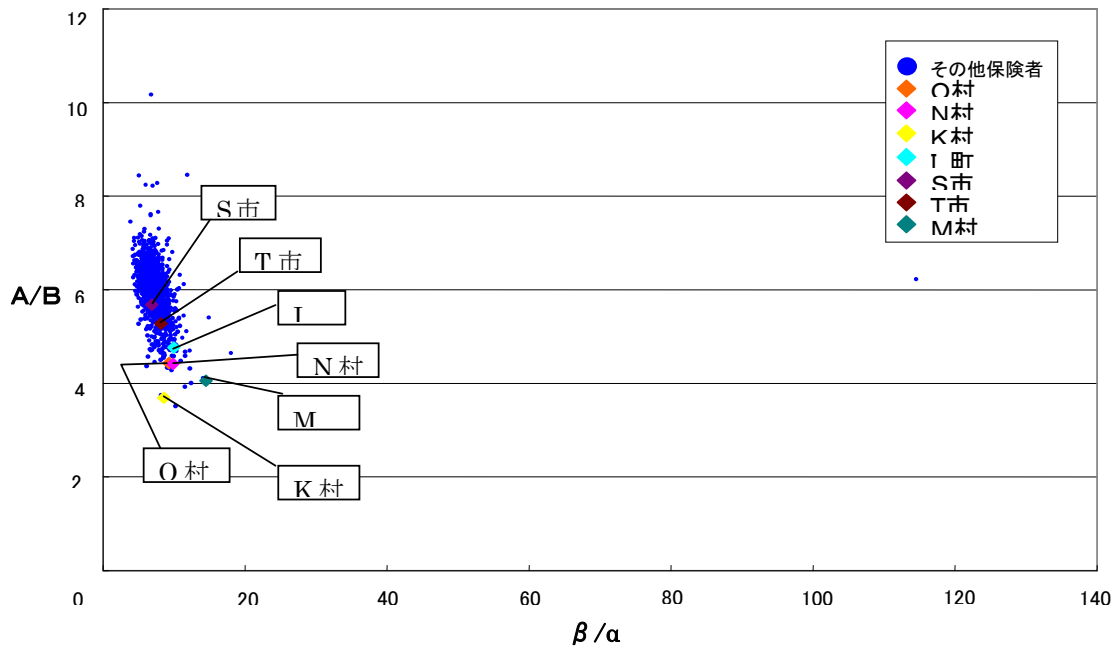


以上3つのグラフから共通して言えることは、人口規模と各数値に相関は見られないが、規模の大きい市区町村ほど平均値に近い水準であり、分散が小さいということである。我々がヒアリング調査を行ったS市も、給付額割合は4.948489であるため、平均値5.034327に近い水準である。また、第I章第3節で述べたとおり、ヒアリングの結果S市は介護保険が充実していることが分かったため、給付額割合の平均値と近似している各市区町村は介護保険が充実しているものと考えられる。また、前述したように(ウ)範囲内の地域ごとに抽出した保険者の分析で、給付額割合に影響を与える要因は異なるが、何かしらの政策が必要であることが分かった。よって我々は人口規模が小さく、かつ平均値からの乖離が大きい保険者を政策の主な対象とする。

次に $\frac{A}{B}$ と $\frac{\beta}{\alpha}$ の相関、 $\frac{A}{B}$ と $\frac{a}{b}$ の相関を考察するため、それぞれのグラフを作成した。

$\frac{A}{B}$ と $\frac{\beta}{\alpha}$ の相関を表すグラフは、横軸に $\frac{\beta}{\alpha}$ をとり縦軸に $\frac{A}{B}$ をとった。

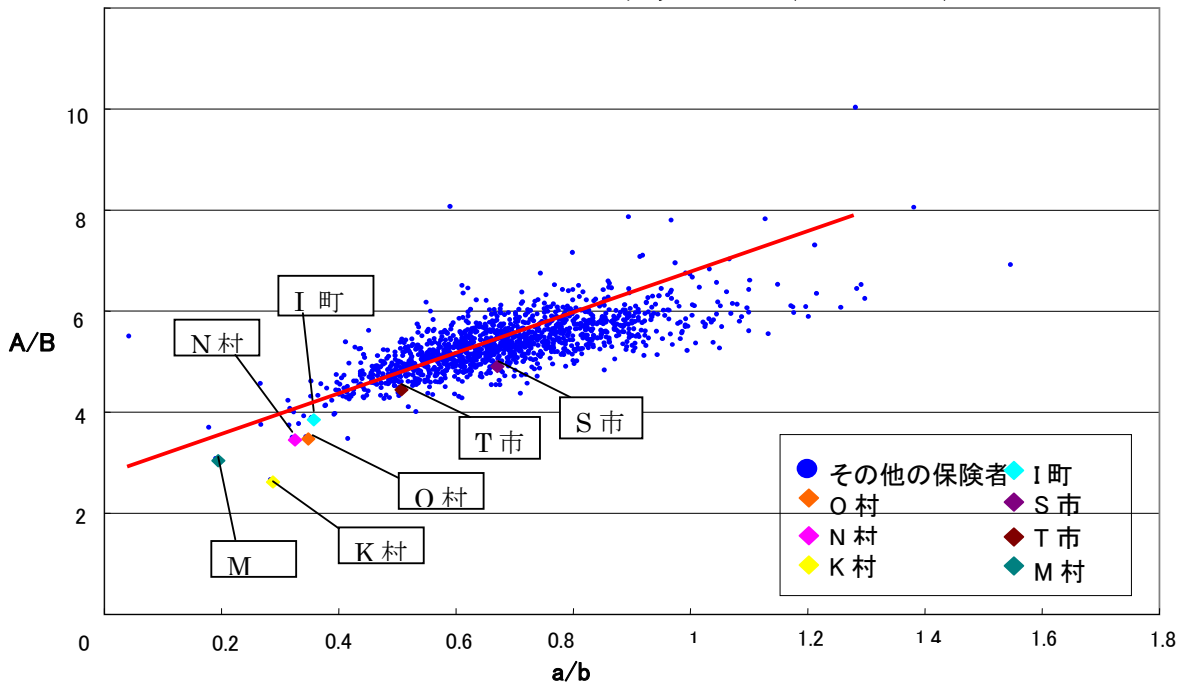
グラフ 3-4(A/Bと β/α)



グラフ 3-4からは2つの数値に相関関係が見られないことから、 $\frac{\beta}{\alpha}$ が $\frac{A}{B}$ に与える影響は少ないものと考えられる。

$\frac{A}{B}$ と $\frac{a}{b}$ の相関を表すグラフは、横軸に $\frac{a}{b}$ をとり縦軸に $\frac{A}{B}$ をとった。

グラフ 3-5 (A/Bとa/b)



グラフ 3-5 からは 2 つの数値に相関関係が見られるので、 $\frac{a}{b}$ が $\frac{A}{B}$ へ与える影響は大きいと考えられる。つまり我々が行うべき政策は $\frac{a}{b}$ を変化させ、給付額割合を調整する政策である。

以上から我々が政策を行うべき対象と、行うべき政策の内容が決定した。詳細については次章の政策提言において説明する。

第4章 政策提言

第1節 財源確保

分析結果から我々は、介護保険制度を市区町村ごとの運営に任せ、全保険者で一定のサービス提供をすることは困難であり、特に地方の人口規模の小さな保険者においてその傾向が顕著に現れていることから、税財源を増やし介護保険交付金を創設することを提言する。

これは消費税を現行の5%から6%に増税することで、増税分1%を目的税とし介護保険交付金に充てることとする。消費税1%増税による税収増大分は金額にして2兆5千億円が見込まれるが、経済的な考慮分を差し引いてもおおよそ2兆円が新たな財源となる見込みである。

第2節 政策提言

第Ⅲ章 第1節で説明したように介護保険交付金を創設し、国は保険者に交付を行う。この交付は全国一律ではなく、我々のもつめた給付額割合の平均値から上下双方向に分散している地域のみを対象とする。この平均値より高い保険者、または低い保険者、つまり上記のグラフの(ア)、(ウ)に属する保険者に対して重点的に交付を行う。また、この範囲の中での給付額割合の平均との乖離度などによって、交付額を決定する。つまり、(ウ)に属する保険者の給付額割合を交付金により押し上げて平均に近づけ、(ア)に属する保険者の給付額割合を交付金により押し下げて平均に近づけることで、不釣り合いな負担と給付を是正することを目的としている。しかし、6つの地域ごとに抽出した保険者の分析と2つの特徴的な保険者の分析より、平均値から乖離した保険者全てが非効率な運営を行っているわけではないことがわかったため、交付対象とする保険者の背景を十分に調査し、その後に交付を決定する必要があると我々は考える。具体的に背景とは、第一号被保険者人口、介護保険サービス受給者人口、後期高齢者人口、居住者の所得階層、サービス受給者の要介護度別割合などである。

交付を受けた(ウ)に属する保険者は、具体的に保険料を下げるか介護サービス事業所を増やすことで給付額割合を向上させ、平均値に近づける。また、(ア)に属する保険者は介護保険財政が切迫しているということが考えられるので、交付金により保険料総額を底上げすることで給付額割合を押し下げ、平均値に近づける。

参考文献・データ出典

《参考文献》

- ・堀 勝洋 (1997) 『第5章 社会保険方式と社会扶助方式』
『現代社会保障・社会福祉の基本問題』 ミネルヴァ書房
- ・小塩 隆士 (1998) 『公的介護保険制度の経済学』
- ・田近 栄治 (1997) 『介護保険とモラル・ハザード』 一橋論叢
- ・袖井 孝子 (2005) 『これでわかる介護保険制度 Q&A』 ミズ総合企画

《データ出典》

- ・厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/>
全国保険者別第一号保険料基準額及び第一号被保険者一人当たり基準額(2003～2005)
介護保険事業状況報告(2006年6月)
- ・総務省HP <http://www.soumu.go.jp/>
統計局基礎データ 人口・世帯(2005)
- ・内閣府 白書