

介護費用の将来推計と現行制度の 課題¹

関西学院大学 上村ゼミ

田口実奈 井上由梨 河合拓海 小西健太

長藤水季 難波龍仁 藤本知恵 本多俊久 藪内拓也

2015年11月

¹ 本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2014」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、上村教授(関西学院大学)をはじめ、多くの方々から有益且つ熱烈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いうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

現在、そして将来の日本の社会保障を考える際に、介護給付費問題は決して無視できない問題となりつつある。財政的に持続可能な介護保険制度の構築により、要介護状態になっても安心できる日本社会の実現を、私たちは研究を通して考える。

現在の介護保険制度以前には、処置制度が大きな役割をになっており、利用者が行政に申し込むことで介護サービスが決められていた。高齢化の進行にともなう要介護者の増加と介護機能の低下を受け、2000年4月に現在の介護保険制度が創設された。処置制度は現在でも一部の施設に対して扱われている。導入された介護保険制度だが、時間の経過と制度を取り巻く様々な要因の変化により、現行制度での限界と歪みがあらわになってきた。

少子高齢化が著しく進行している日本における社会保障費の増加や、それを支える労働者の負担について、将来の高齢者数や介護給付費などの観点から分析し、現実的かつ理想的な政策提言を行うのが、本稿の意義である。

次に、介護保険制度の歴史と現行制度について述べる。介護保険制度は、2000年から始まり、3年に一度の頻度で改正されている。現在の日本は、上記に記したように、介護保険制度が始まった時点よりも、少子高齢化が大きく進んでいる。3年に一度の改正を観察することで、日本の情勢の変化も明らかになる。介護保険費用を比べてみても、利用者負担の増加が目立っている。このことから、どのような手段で財源確保を実施するのが問題視されよう。以上の問題点を明らかにし、本稿での政策提言につなげる。また、財源構成にも焦点を当て、都道府県ごとの利用者負担計算に役立てる。

また、先行研究に加えて、現に介護保険制度を行っている国に焦点を当てた。そこで、現在の韓国における介護保険制度の現状と実態について調査を行った。韓国の現在の介護保険制度には、現在の日本に足りない部分や、私たちの政策提言に通ずるところがある。

そして、先行研究及び本稿の位置づけでは、私たちが問題視している社会保障費の増加やそれを支える労働者の負担について考えるにあたって、将来の高齢者数や介護給付費などに焦点を当てている先行研究を3つ本稿で取り上げている。

それが田近栄治・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』と大野太郎(2014)「介護費用の構造と将来推計」と高橋恭(2015)「全国各地の医療・介護の余力を評価する」である。これらの内容も踏まえ、本稿と照らし合わせ、本稿の位置づけを示す。田近・菊池の先行研究では、都道府県別の1人あたり介護給付費をサービス別で求めている。本稿ではそれをより細かくするために介護度別による分析も加えた。

分析として、2008年から2013年までの介護保険受給者数、高齢者数、介護費用をもとに将来の介護費用を算出する。まず、2008年から2013年までの各年の高齢者数に対する受給者数を求め、それを受給率と呼ぶ。この受給率の変化量を元に、2040年までの受給率を線形予測する。次に、2008年から2013年までの各年の1人あたりにかかる介護費用を求め、それを1人あたり介護費用と呼ぶ。受給率と同様に、2040年までの1人あたり介護費用を線形予測する。受給率と1人あたり介護費用および、高齢者数を用いて2015年から2040年までの介護費用を推計する。総介護費用は2040年には約21兆8000億円かかることがわかる。

次に、介護度別(要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)、サービス別(居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス)ごとに求めた1人あたり介護費用を、都道府県別(47都道府県)すべてのデータを出し、それを高い県から低い県まで並べランキングする。

さらに、そのデータを用いて、サービス別に実際の費用、最低にあわせた額、費用抑制額を算出する。最低にあわせた額とは、もっとも少ない介護費用の県であり、その県の水準を全国で適応すると大きな費用削減になるという趣旨の試算である。

これからますます増加していくであろう高齢者や介護給付費の問題であるが、これら分析結果をふまえ、今後の日本の介護保険制度への政策提言を行うのが本稿の目的である。この政策提言が、最終的に私たちが将来安心して暮らせる、つまり財政的に持続可能な介護保険制度の構築により、要介護状態になっても安心して暮らせる日本社会の実現という私たちのビジョンにつなげていけたらと思う。

目次

要約	2
目次	4
第1章 介護保険制度と問題意識	
第1節(1. 1)介護保険制度の移り変わり	5
第2節(1. 2)現在の介護保険制度	7
第3節(1. 3)韓国における介護保険制度の現状	8
第2章 先行研究および本稿の位置づけ	10
第3章 都道府県別介護費用の推計	
第1節(1. 1)用語の定義と計算手順	14
第2節(1. 2)総介護費用の将来推計	15
第3節(1. 3)サービス別の費用の推移	16
第4節(1. 4)都道府県別1人あたり介護費用	18
第5節(1. 5)サービス別費用抑制額	23
第6節(1. 6)高所得者の介護サービス負担率	24
第7節(1. 7)保険料納付年齢引き下げ	25
第4章 介護保険制度への政策提言	
第1節(1. 1)1人当たりの費用を低い県の水準に引き上げる	27
第2節(1. 2)高所得者の介護サービス負担率を上昇させる	27
第3節(1. 3)介護保険納付年齢の引き下げ	28
先行論文・参考文献・データ出典	30

第1章 介護保険制度と問題意識

現在、そして将来の日本の社会保障を考える際に、介護給付費問題は決して無視できない問題となりつつある。財政的に持続可能な介護保険制度の構築により、要介護状態になっても安心できる日本社会の実現を本稿では検討する。そのために、まずは介護保険制度の導入時点からの歴史をたどり、問題意識につないでゆく。そして、現在の保険制度を述べ、過去からの歴史によってどのような制度改革を行ってきたのかを述べる。さらに、実際本論文で目指す制度に近い韓国の制度を述べる。

第1節 介護保険制度の移り変わり

1. 措置制度から介護保険制度へ（2000年）

2000年4月から介護保険制度が始まったが、それ以前は措置制度が介護サービスの大きな役割をになっていた。措置制度は老人福祉制度の一環として行われており、利用者が行政に申し込むことで、介護施設の入所や訪問介護サービスが決められた。

措置制度は現在でも児童養護施設や養護老人ホームなどに導入されている。しかし、不況や少子高齢化により、行政の自由度が大きい措置制度に限界が来たため、それに代わる制度として介護保険制度が誕生した。その結果、利用者が実際に施設でサービスを行う人々と直接契約し、サービスを受けることができるようになり、利用者の自由度が増え、画一的な行政のサービスから利用者の実態に適したサービスの選択が可能となった。

これに対し厚生労働省は、介護保険制度導入は家族介護中心のシステムから、介護を社会全体で支える仕組みへの転換であるとした。しかし、2000年当時の介護保険の給付水準では、重度の障害をもつ高齢者が在宅で家族介護に頼らず生きていくことが困難であることや、家族介護に頼ったシステムでは措置制度と変わらないなどの問題が生じた。

2. 介護保険制度の改正（2006年）

2000年に介護保険制度が施行されてからも、軽度である要支援・要介護1と認定された人々の増加や、在宅と施設の利用負担の差、介護保険と年金の重複給付などが問題となり、2006年に介護保険制度が改正された。

改正のポイントは、①予防重視型システムの確立、②施設給付の見直し、③新たなサービス形態の確立、④サービスの質の向上、⑤負担のあり方・制度運営の見直し、⑥介護サービス基盤整備のあり方を見直し、以上の6つである。

予防重視型システムの確立では、なるべく要介護状態にならないように、そして要介護状態となった場合でも、さらなる身体能力の低下を防げるようにと、健全な高齢者も含めた「介護予防」を重視した仕組みが取り入れられた。

施設給付の見直しと新たなサービス形態の確立においては、地域包括支援センターが実施主体となった介護予防ケアマネジメントや、介護予防サービスの設立、身近な地域における新たなサービス体系として、市町村が行う地域密着型サービスが新たに創設された。

地域包括支援センターが職員に社会福祉士やケアマネージャーなどの有資格者を充てることで、介護サービスの質の確保・向上を図った。一方で、保険料負担のあり方や制度運

営の見直しが行われ、施設の居住費用と食費の自己負担化、第1号被保険者の保険料の増加、介護報酬単価の引き下げなどが行われた。

なお、2000年から2006年の状況の変化として、保険料を払う「被保険者」の数が給付を受ける「認定者」の数を下回っている。そのため、当時の改正は介護医療費の削減、保険料の上昇、低所得者への配慮が焦点となっていた。

3. 介護保険制度の改正(2009年)

2009年の介護保険制度の改正では、被保険者の保険料の改定はなく、主に介護サービスを提供する事業者を支払われる介護報酬が引き上げられた。これにより利用者は介護サービスを受けたときに支払う自己負担額が上がった。また、当時の介護報酬の引き上げ幅はサービスの内容によって異なるため、自己負担部分が増加することもあった。さらに、支給限度額が満たされている、あるいは限度額を超えて自己負担をしている場合は、その分を負担することになる。したがって、同じ金額で以前と同じサービスが受けることができなくなり、負担を増やさないためにサービスを削るなどの問題が生じた。

4 介護保険制度の改正(2012年)

2012年の改正では2009年と同様に、事業者に対する改定が行われた。当時の改正のポイントは、①複合型サービスの創設、②24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、③介護療養病床の廃止期限の猶予、④介護人材の確保などが挙げられる。

複合型サービスの創設により、以前では看護と介護が別々の事業所から利用者に対して提供されていたが、小規模多機能型居宅介護と訪問介護を組み合わせ、複合型事業所を設置することにより、柔軟なサービスが提供できるようになった。

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスとは、重度者を始めとした要介護高齢者の住宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に、またはそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスのことである。

介護療養病床とは、一般病床とは異なり、治療を目的とするのではなく、急性期以後の「療養」を目的とするものである。しかし、実態は社会的入院と同じようなものであり、財政を圧迫していたので廃止する方向が決まった。労働人材の確保では、教育によってたん吸引などの医療サービスも行えることができるようにするなど、介護事業者の法順守を徹底するような政策を行った。

5 現在の介護保険制度(2015年)

今回の制度改正の大きなポイントは3つである。①要支援1および2の対象者について介護保険本体の給付(予防給付)から、訪問介護と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業を再編成するという。②個別のサービスでは、通所介護の機能の改革、特に定員10人以下の小規模型については、地域密着型サービスへ移行させ、今後新たな事業所開設については保険者の管理下に置くということ。③特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護3以上にし、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能を重点化することである。その他注目される点として、2015年8月から一定所得以上の人の自己負担割合が1割から2割に引き上げられることが挙げられる。

今回の改正は、医療・介護を一体化する改革に向けた制度改革の第一歩として、「医療から介護へ」、「施設から在宅へ」という方向を踏まえた改革である。また、社会保障の考え方としての「自助・互助・共助・公助」を踏まえているため、厚生労働省が目指す「地域

包括ケアシステム」の完成に向けた第一歩の位置づけでもあると思われる。自分でできることは自分で行うことを原則に、公的サービスに頼る前に、地域の互助の推進、その上で共助、それでも対応できない場合には公助という考え方により、要支援サービスの本体給付からの除外や利用者負担の変更等が行われた。

しかし、財源不足や介護士不足、介護施設不足、要介護高齢者の増加、サービスの不正利用や給付と負担の不均衡など様々な問題が取り上げられている。財源不足に対しては、保険料の引き上げや不正利用の防止、保険対象年齢の見直しなどを行う必要がある。受給者が要介護高齢者、いわゆる後期高齢者や老人単独世帯が増加しているため、財源を調達できなくなっている。介護予防に重点をおき、介護報酬を見直すなどの改善が必要である。介護士不足の問題に対しても同様、介護報酬の見直しや賃金の上昇が求められる。介護施設の不足に対しては、在宅介護のシステムの改善が必要であり、介護施設を急激に増加させても、将来高齢者が減った時に問題となるおそれもあるので、慎重に政策を行う必要がある。

給付と負担の関係が不均衡であることは制度にも問題がある。後期高齢者制度や介護保険制度は、特定の層を隔離し、そこに租税を投入するという手法が採用されているため、負担者と給付を受ける人の区分を明確にし、不均衡な状態となっている。医療と介護などの現物給付を主体としたサービスを統合し、段階的に租税を財源とするように切り替えるべきであり、財源の確保の徹底のためにも、未納者の厳罰化や、所得別に保険料を引き上げるなどといったことも求められる。

今後の改正に対して政府は、それぞれ問題の対策として保険料の引き上げや保険対象年齢の見直し、介護士の賃金の上昇、在宅介護システムの改善などの政策を考慮する必要があると考えられる。

第2節 現在の介護保険制度

1. 介護保険制度

介護保険制度は市区町村（保険者）が運営している。40歳以上になると、被保険者として介護保険に加入し、65歳以上になると、市区町村（保険者）が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、いつでもサービスを受けることができる制度である。

要介護認定とは、介護レベルによって段階別に区別され、申請することによって認定される。介護度は、1度「軽度」、2度「中度」、3度「重度」、4度「最重度」、5度「過度」の5段階に分けられている。また、「要介護状態になるおそれのある」場合は、要支援とされ、要介護状態にならないように予防的な措置がとられる。要支援は二段階である。これに認定された人を認定者と呼び、認定者のなかで実際にサービスを受けている人を受給者と呼ぶ。

また、40歳から64歳までの人は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護サービスを受けることができる。介護保険料を毎月支払うこととなっており、この保険料は、介護保険サービスを運営していくための必要な財源となる。

現在、日本は大きな財政難に見舞われており、この制度の財源確保がカギとなっている。

2. 財源

介護保険制度の介護費用総額は、（公費＋保険料＋利用者負担）でまかなわれている。公費とは「国＋都道府県＋市町村」の財政構成である。保険料とは国民が負担する総額（現

行 40 歳以上) である。自己負担とは、介護保険のサービスを利用した場合に支払うものである (現行制度では 1 割)。

介護保険の財政構成は、公費 50%、保険料 50% の構成となっており、国は 25%、都道府県は 12.5%、市町村は 12.5% である。このことから、都道府県や市町村ごとに大きな負担の差が生まれることが分かる。

高齢者が多い地方と、若者が多い地方ではひとり当たりの負担率が変わってくる。しかし、受給できるサービス内容は同じであることから、負担率の差は不公平を生んでいる。

保険料負担の内訳は、第 2 号被保険料 29%、第 1 号被保険料 21% である。少子高齢化が原因となって引き起こされる財政難は、目に見えて迫っている。そのため、第 2 章の先行研究で示されるように、財政確保のためには、第 1 号被保険料の引き上げが大きなポイントとなってきた。

しかし、実際に保険料の推移を基準額の全国平均で見ると、第 1 号保険料は第一期である 2000 年の 2911 円から第五期の平成 26 年では 4972 円と約 1.7 倍にも膨れ上がっている。また、第 2 号保険料 (事業主負担分、公費分も含む) も、第 1 期の 2000 年度の 2075 円から、第五期の平成 25 年は 4966 円 (概算) と、2.4 倍にも膨れあがっている (厚生労働省 HP 2015. 8. 7)。

以上のことから、現状は、第 1 号保険者は、年金暮らしの人が多く、これ以上の引き上げは難しいと考えられる。さらに、介護保険料が高額になってきているため、保険料を払うことができない人々が存在するのも現状である。

第3節 韓国における介護保険制度の現状

現在の韓国における介護保険制度の現状と実態について述べたい。韓国の現在の介護保険制度には、現在の日本に足りない部分や、本稿の政策提言に通ずるところがあるからである。

介護保険制度 (韓国での名称は「老人長期療養保険」) が施行されるまでの韓国では、「先家庭保護、後社会福祉」という儒教思想に基づく考え方があり、高齢者を家族が自宅で介護するという考え方が一般的であった。しかしながら韓国においても、家族による高齢者介護の限界が垣間見えてきた。その背景として、韓国における高齢化の進行による、高齢者介護の急激な需要増加が挙げられる。これらの理由から、韓国は本格的に国の政策として高齢者介護を進めてきたのである。

韓国の介護保険制度は、2001 年 8 月 15 日に金大中大統領が導入を発表し、2007 年に法案が国会を通過、2008 年 7 月に事業が開始された。介護保険は、その制度が施行されてから 7 年ほどしか経っておらず、その歴史は日本よりも浅いと言える。

次に負担面である。韓国における介護保険制度は日本と比較して、保険料を若者から広く徴収する制度であると言える。韓国の介護保険制度において介護保険料の負担義務は、健康保険の保険料を負担している全ての国民とされており、その分 1 人の負担する介護保険料は少なく抑えられている。

また公費負担については、韓国は介護保険収入額の 20% を国が負担するよう法律で定められている。日本の公費負担が 50% 以上であることと比較すると、韓国の公費負担比率は非常に低い比率で抑えられている。

給付について韓国は、65 歳以上の高齢者、もしくは老人性疾患を持つ 64 歳以下の国民がその対象者とされている。給付を受けるためには日本と同じく要介護認定をされる必要があり、さらにそのためには申請が必要である。申請を受けると国民健康保険団体が訪問調

査を行い、等級（日本でいう要介護度）の判断を行う。等級は1等級、2等級、3等級に分かれており、1等級が日本の要介護4，5。2等級が要介護3。3等級が要介護1，2に相当する。なお、日本の要支援1，2に相当する等級は韓国には存在しない。

供給面では、日本と比較して韓国は参入規制が緩いと言える。韓国は介護保険指定者として市郡区長から指定を受ければ、営利法人、学校法人、宗教法人などの法人であっても介護施設を開設できる。日本の場合は参入規制がある上に、介護施設数に総量規制がかけられている。逆に韓国は需要に見合った施設数を確保するために、国が計画的な施設数増に努めている。

供給面において日本と比べ優秀な韓国だが、その分需要面に問題を抱えている。要介護認定が厳しいという問題である。また、施設サービスの自己負担率を高めるなどの需要制限も存在しており、介護受給者数を極力削減しようという方針である。両国とも公費負担を減らそうという努力を行っているが、日本は供給面から、韓国は需要面から制限をかけることで介護給付費削減に尽力していると言える。我々日本の介護保険制度がこの韓国の介護保険制度から学ぶことのできる部分は、若年層からの保険料の徴収であろう。日本の介護保険制度が40歳以上の国民から保険料を徴収するのに対し、韓国は国民健康保険料を支払っている20歳以上の国民から保険料も徴収している。若年層から広く保険料を徴収することは、より多くの財源が確保でき、なおかつ無理のない財源の確保手段であると言える。

日本の社会保障費確保の問題は、由々しき事態であるが、だからと言ってサービスの質を下げ、その分費用を安く抑えるといった政策は不完全であると考え。第4章で詳しく述べるが、我々国民のニーズに沿った現実的な政策を考えた際に、韓国における若年層からの保険料徴収政策は、日本の見習うべき姿であると言えよう。

第2章 先行研究および本稿の位置づけ

本章では、本稿の問題意識に関連する先行研究を紹介し、本稿の位置づけを明確にする。

1. 田近・菊池 (2003)

まず、田近・菊池 (2003) では、今後の介護保険財政の展開について考察することを目的としている。田近・菊池 (2003) の指摘によれば、介護保険の導入によって介護需要が顕在化し、介護保険における要介護高齢者数は時間の経過とともに増加している。近年では施設サービスに対する需要は供給を上回り、施設待機者が現れたという。

そして、これら「満たされない施設需要」の一部は、その代替としての居宅サービスへと向かったとされている。その結果、近年増加する介護給付費の中でも居宅給付費を一層押し上げることとなった。これは今後の介護保険の展開を考える上で、最も重要な動きであると考えられる。「満たされない施設需要」が発生しているということは、民間企業の施設サービス市場への参入の条件がすでに整っているということを示していると考えられる。

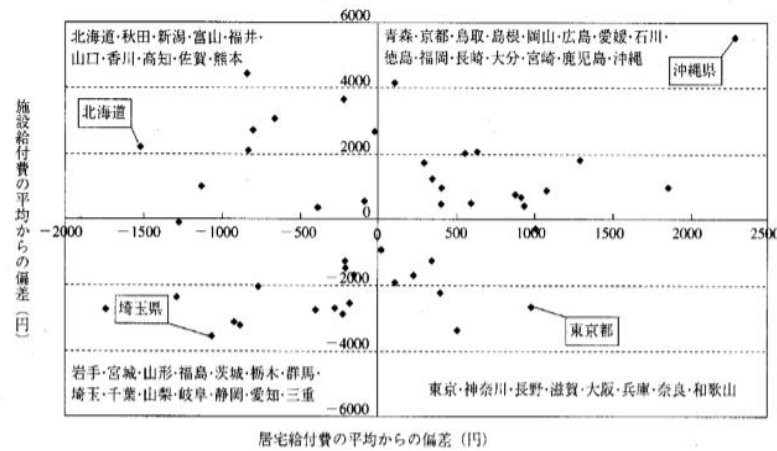
居宅サービスが急増する中で、田近・菊池 (2003) が注目しているのが、「その他単品サービス」である。「その他単品サービス」に含まれるものとしては、居宅療養管理指導、認知対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援サービスの4つである。いわゆるグループホームは認知対応型共同生活介護に、また有料老人ホームは特定施設入所者生活介護に分類される。

これら4つのサービスは介護保険では居宅サービスに分類されているが、サービスの内容としては施設サービスに類似したものになるのである。

田近・菊池 (2003) によれば、このようなサービスが増えている原因は、介護保険施設の不足である。つまり、「満たされない施設需要」が、これらのサービスに向かっていると考えることができる。近い将来には、民間企業の参入によって、不足している公的施設を民間施設が補完していくものと予想されている。現に、都市部を中心にこれらのサービスの利用が急速に進んでいることから、今後拡大していくものと思われる。また、介護給付費の決定要因についても田近・菊池 (2003) は言及している。

田近・菊池 (2003) の分析では、介護給付費には地域差が発生している。介護保険給付費の都道府県集計データによると、65歳以上人口1人あたり介護給付費に関してかなりのバラツキが発生していることが分かり、最も低い埼玉県が11955円であるのに対し、最も高い沖縄県では2倍強の24393円となっている。さらに田近・菊池 (2003) では介護給付費の地域差を居宅サービス・施設サービス別にみており、図に示している。それが以下の図である。

(図1) 65歳以上人口当たり保険給付費の平均からの偏差



横軸に居宅給付費の全国平均からの偏差を、縦軸に施設給付費の全国平均からの偏差をとったものである。このように施設給付費と居宅給付費で地域を分けると、目に見えて分かり易い。介護給付費の高い地域は施設給付費の高い地域に集中していることも分かり、医療費と同様に、いわゆる「西高東低」の現象が生じているのである。「西高東低」の原因として、①後期高齢者比率に依存すると考えられる出現率の違い、②介護保険施設の定員数や介護サービス事業者の違い、③予防的活動による出現率の増加、④ケアマネージャーの影響が考えられる。

本稿の研究は田近・菊池(2003)の研究からさらにおしすすめ、介護度別(要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)・サービス別(居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス)ごとに求めた1人あたり介護費用を都道府県別で推計し、ランキング化している。都道府県での1人あたり介護給付費をサービス別に加え、介護度別も求め細分化しているところが本稿での違いの1つと言えよう。それは第3章で詳しく説明する。

また、田近・菊池(2003)では介護給付費の中でも施設給付費と居宅給付費のそれぞれの決定要因もあり、施設給付費の決定要因としては施設の定員率が、居宅給付費の決定要因としては要介護高齢者の増加・施設定員率の低下が関係していることがわかると述べている。

そして、田近・菊池(2003)では、財政安定化基金の借り入れ団体が2001年度に入って急増しているということや、介護給付費が異常に高い沖縄県では75%の保険者が財政安定化基金の借り入れを行っているという事実についても触れている。また、今後ますます介護に対する需要が増えていき、介護給付費が増加していくであろう日本では第1号被保険者の保険料は引き上げざるを得ないということを示し、高齢者の医療と介護が分けられている現在の仕組みの是非にまで戻った抜本的な改革が不可避であると締めくくっている。

2. 大野(2014)

続いて大野(2014)を取り上げる。大野(2014)は、介護保険における費用と受給者の構造をとらえるとともに、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成24年1月推計)を用いてそれらの将来推計を上田・堀内・筒井(2011)の推計方法を参考にしている。推計上の主な特徴として介護給付・予防給付の費用額については要介護度別、サービス種別、年齢階層別の金額のデータが利用可能という利点がある。

推計手順は、(1)認定者割合の計算、(2)施設サービス受給者割合の計算、(3)居宅等介護サービス受給者割合の計算、(4)1人あたり費用額の計算、(5)介護費用の将来推計、(6)介護総費用・介護給付費の将来推計で算出している。

大野(2014)が算出した結果として、介護受給者の将来推計は2060年には2010年度の約2倍に達する。そして、今後の高齢者人口に関する特徴は、年齢階層が高いほど人口の伸びが大きいという点が挙げられている。同じように要介護度別から見てみると要介護度が高いほど受給者数の伸びが大きいとされる。サービス種別から見ると全ての種類のサービスで受給者が増加しており、特に施設サービスの伸びが大きいという結果がでてい

る。続いて、大野(2014)は介護費用の将来推計を確認している。1人あたりの費用の伸びを考慮しない場合で見ると、介護費用は、受給者の伸びよりも大きく増加すると述べられている。また1人あたりの費用の伸びを考慮する場合もさらに大きくなる。

考察を大きくまとめると、大野(2014)は高い要介護度や施設サービスの利用は1人あたり費用額が大きく、年齢階層が高まるほど受給者の割合が上昇すると分析している。そのため、高齢者人口の上昇は認定者の増加のみならず、要介護度の高い受給者や施設サービス利用者が相対的に大きく増加する。したがって、介護総費用の伸びは受給者数の伸びよりも大きくなると推測される。また、大野(2014)は2020年をピークに40歳以上人口は減少に転じるため、将来的には第1号保険料の伸びが介護総費用や給付費の伸びよりも大きくなるという結果を示し、この考察から、現在の介護保険制度は、逆進的な介護保険料の負担構造の改革の必要性を論じている。

3. 日本創成会議 高橋(2015)

日本創成会議より高橋(2015)では、昨今、東京圏は、今後医療ならびに介護が厳しくなる一方、地方では医療も介護も余力があり、ある程度利便性の整った地域も多いと述べられている。

しかしこれまで、地域ごとの医療や介護について、将来の需要も見込みながら、その提供能力を評価したものはなかったといわれている。今回は「1人あたりの急性期医療密度」と「介護ベッド準備率」という新しい指標を用いて、各地域の医療・介護の提供能力の余力を評価している。

地域別分析は、全国を344の地域に分けた二次医療圏を使用し、「大都市型」＝人口が100万人以上または人口密度が2000人/平方キロメートル以上、「地方都市型」＝人口が20万人以上または人口10-20万人かつ人口密度200人/平方キロメートル以上、「過疎地域型」＝その他、の3つに分けて行われている。二次医療圏というのは地域ごとに入院ベッドがどれだけ必要かを考慮し、厚生労働省医療法に基づいて定めたものである。

指標としては、「1人あたりの急性期医療密度」と「介護ベッド準備率」を各7レベルの段階で評価されている。レベルが上になるほど医療・介護に余力があるという見方をしている。

この研究では、東京圏からの移住を想定するものとされているから、高齢になってからの生活の利便性を考えると「大都市(札幌、仙台、広島、北九州、福岡)」や「三大都市圏以外の地方型二次医療圏に属する地方都市」が候補となると推測されている。

その上で、高橋(2015)は医療余力レベルが6~7、かつ介護余力レベルが4~7の都市を、医療・介護から見て移住の受け入れ余力のある地域と考察している。一般に医療施設の新たな建設は難しいが、介護施設は医療施設よりは建設が容易であるとされている。これを考慮し、医療余力レベルが6~7、かつ介護余力レベルが3の地方都市を、準地域としている。

算出方法は「介護ベッド準備率」を取り上げている。「2015年介護ベッド準備率」とは、現在の各地域の介護施設の余力を示す指標であるとされる。2015年の75歳1000人に対する介護ベッド数の全国平均81床を基準に、各地域の75歳1000人に対する介護ベッド数との差の比率を求めたものであるとされる。「2040年介護ベッド準備率」は、各地域の75歳以上人口を2040年の将来推計人口に置き換えて算出したものであり、高齢者数の増加に対し、2015年全国平均水準の介護ベッド数との乖離を測定がなされている。2040年に向けてどの程度の介護ベッドを準備しなければならないか、あるいは余裕があるのかを示されている。

2015年度の介護ベッド準備率を見ると大都市では北九州が候補地として1番適しているが、2040年度の介護準備率を計算すると大きく不足すると推計されている。

田近・菊池(2003)、大野(2014)の研究では、保険料を高めることが最良な解決策であると述べられているが、日本の現状は変化している。高橋(2015)では本稿とはアプローチは違うが、地域を細分化し、各地域の準備率格差を調査する点では類似する点が見られた

以下、本稿の第3章の分析では、上記2つ先行研究と同様に、将来の介護費用を計算し、それを踏まえたうえで、第1号保険者や第2号保険者の負担を軽減する抜本的な解決策を第4章で政策提言する。

本稿は、各年齢階層別、要介護度別、サービス種別のデータの分析方法等を考慮し、都道府県別のデータを引用し分析を行うという点で、より具体的かつ新規性のあるものであるといえる。

第3章 都道府県別介護費用の推計

第1節 用語の定義と計算手順

本節では、介護保険財源の確保について政策提言するにあたり、将来の介護費用を推計する必要がある。本稿では、2008年から2013年までの介護保険受給者数、高齢者数、介護費用をもとに将来の介護費用を算出する。推計にあたり、まず用語の定義を行う。

介護保険受給者数とは、厚生労働省『介護保険事業状況報告（年報）』より用いた、介護保険の第1号被保険者の介護度別（要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5）、サービス別（居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス）に掲載されている受給者数を指し、本稿では都道府県別の受給者数のデータを用いる。ただし、このデータは月報をそのまま合計しているため重複が発生している。この重複を防ぐため、受給者数の年報を月数の12で割り、平均化したものを年間の受給者数として用いる。（ただし、以下で介護費用を推計する際は、再び12を乗じる。）

介護費用とは、厚生労働省『介護保険事業状況報告（年報）』より用いた、介護保険の第1号被保険者にかかる費用額を指す。第2号被保険者にかかる費用は費用総額に対し非常に小さいため、無視する。本稿では介護度別、サービス別、都道府県別のデータを用いる。

高齢者数とは、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』の都道府県別65歳以上人口を指し、当該データをそのまま用いる。

計算するにあたり、まず、2008年から2013年までの各年の介護度別、サービス別、都道府県別の受給者数をその年の高齢者数で除し、高齢者数に対する受給者数を求める（以下、これを受給率と呼ぶ）。この受給率の変化量を元に、2040年までの受給率を線形予測する。次に、2008年から2013年までの各年の介護度別、サービス別、都道府県別の介護費用をその年の受給者数で除し、受給者1人あたりにかかる介護費用を求める（以下、これを1人あたり介護費用と呼ぶ）。受給率と同様に、2040年までの1人あたり介護費用を線形予測する。

そして、都道府県ごとに、受給率と1人あたり介護費用、および高齢者数を対応する年ごとに乗じ、さらに12を乗じて、2015年から2040年までの5年ごとの介護費用を推計する。すべての都道府県の介護費用推計を集計したものを、総介護費用とよび、全国における介護費用とする。

以上を式に表すと、

$$\text{受給率} = \text{受給者数} / 12 / \text{高齢者数}$$

$$1 \text{人あたり介護費用} = \text{介護費用} / \text{受給者数}$$

$$\text{介護費用（推計）} = \text{受給率} \times 1 \text{人あたり介護費用} \times \text{高齢者数} \times 12$$

となる。

ただし、推計結果をより現実的なものとするため、

① 1人あたり介護費用は、介護度ごとに、2008～2013年のすべての都道府県のデータのうち、最も低い数値を下限として用いる。（都道府県によっては2008年から2013年の間に著しく低下しており、それを2040年まで伸ばすとゼロを大きく下回ってしまうため。）

②施設サービスは受給率、1人あたり介護費用、総介護費用すべて2013年のデータで固定する。(今後、施設が数多く新設されるとは考えにくく、施設の増加がない限り施設サービス受給者は増加しないため。)

受給率は、マイナスになる場合に限り、マイナスになる直前の年のデータを固定し、使用する。という3つの条件を設けた。

第2節 総介護費用の将来推計

総介護費用の将来推計を表したものが、以下のとおり(表1)である。

施設サービスは条件設定により総介護費用が2013年で固定されているため、省略する。

(表1) 総介護費用(全国) 単位：百万円

		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
居宅サービス	要支援1	121,526	129,507	138,936	145,902	153,825	166,935	201,475	249,196	290,595	333,681	382,818	443,302
	要支援2	255,118	267,502	273,613	288,115	310,706	331,564	385,584	456,922	514,926	574,841	643,878	731,610
	要介護1	522,047	586,442	650,185	698,731	767,876	838,181	1,066,748	1,469,379	1,872,818	2,313,247	2,816,327	3,425,859
	要介護2	689,413	748,415	813,987	884,073	959,856	1,018,947	1,264,719	1,672,589	2,065,975	2,491,599	2,977,917	3,570,260
	要介護3	698,885	746,972	756,187	784,631	841,169	889,962	1,008,097	1,163,839	1,272,453	1,372,659	1,478,721	1,609,531
	要介護4	528,226	579,185	625,806	661,180	714,451	759,216	917,543	1,184,603	1,434,188	1,701,290	2,004,811	2,374,022
	要介護5	385,126	432,801	503,409	552,140	598,071	622,309	808,125	1,127,483	1,445,362	1,794,797	2,197,728	2,688,372
	合計	3,200,547	3,490,815	3,762,114	4,014,768	4,345,452	4,627,115	5,653,734	7,330,268	8,910,324	10,606,487	12,540,256	14,898,100
地域密着型サービス	要支援1	665	936	1,141	1,343	1,704	1,964	2,851	4,682	6,597	8,643	10,860	13,440
	要支援2	4,248	4,712	4,816	5,189	6,262	6,877	8,029	10,758	13,802	16,883	20,042	23,653
	要介護1	95,410	102,284	110,034	120,362	129,898	140,270	173,896	212,115	243,935	281,394	323,061	372,105
	要介護2	138,119	149,880	161,686	177,792	199,537	212,357	270,641	352,533	425,967	499,116	577,633	671,681
	要介護3	171,084	186,087	193,634	211,632	240,582	253,952	319,528	419,555	515,289	615,543	726,410	860,355
	要介護4	104,419	120,180	132,318	150,304	177,008	193,557	259,249	381,244	507,077	642,149	792,003	970,784
	要介護5	44,192	59,786	81,622	102,503	125,951	142,470	218,504	379,119	557,984	758,850	988,607	1,265,159
	合計	558,137	623,866	685,251	759,126	880,943	951,447	1,249,131	1,739,919	2,213,630	2,701,820	3,231,108	3,856,863
施設サービス	要介護3	597,754	615,858	584,204	574,890	590,805	607,989	607,989	607,989	607,989	607,989	607,989	607,989
	要介護4	845,331	879,034	888,636	895,626	932,614	962,503	962,503	962,503	962,503	962,503	962,503	962,503
	要介護5	925,595	977,709	1,019,084	1,046,100	1,055,986	1,045,415	1,045,415	1,045,415	1,045,415	1,045,415	1,045,415	1,045,415
	合計	2,769,443	2,876,125	2,913,772	2,957,645	3,024,789	3,078,574	3,078,574	3,078,574	3,078,574	3,078,574	3,078,574	3,078,574
総計	6,528,126	6,990,807	7,361,137	7,741,539	8,251,184	8,657,136	9,981,438	12,148,761	14,202,527	16,386,881	18,849,938	21,833,537	

総介護費用は2040年には約21兆8000億円かかることがわかる。内訳を見てみると、居宅サービスの総介護費用は、2008年から2040年の32年間で約4.7倍にも膨れ上がっている。同じように地域密着型サービスは約6.9倍、施設サービスは1.1倍と膨れ上がっている。

総介護費用背景は、高齢化の深刻化が考えられる。施設サービスにあまり費用増大が見られなかったのは、施設の数はいずれも増えないので、収容人数も変動がすくないからである。また、施設に入りたいのに、入れない、いわゆる待機者は高齢化によってますます増えている。この待機者が、居宅サービス、地域密着型サービスへと流れていっているため、このような総介護費用の結果がみられたと推測する。

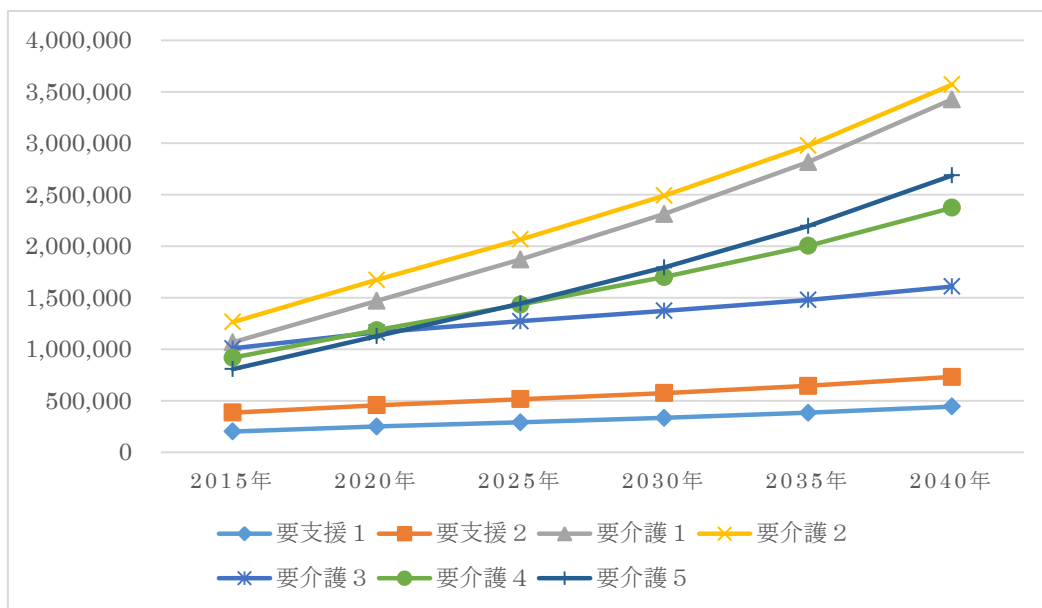
総介護費用は、居宅サービスの要介護2が最も高く、約3兆5700億円になる。

全て介護費用は、年々増え続け、増大している。このことにより、介護費用は大きな社会問題になっていることは明らかである。そして、大きく私たちの生活に関わってくるものであり、また財政問題は、ますます深刻化していくと予想される。

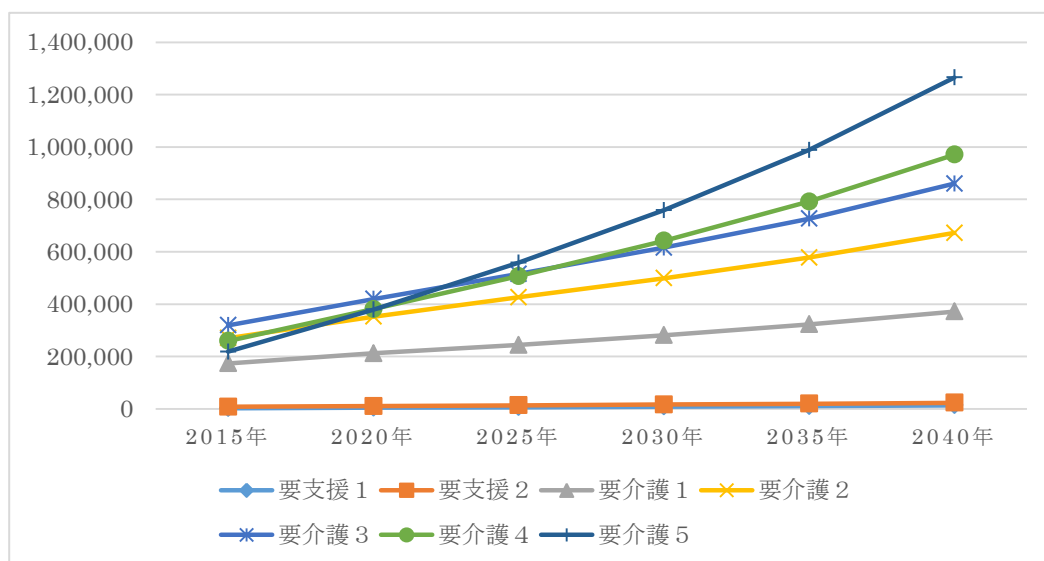
第3節 サービス別の費用の推移

2015年から2040年までの居宅サービス費用、地域密着型サービス費用、施設サービス費用の推移をグラフ化したものが以下の通りである。

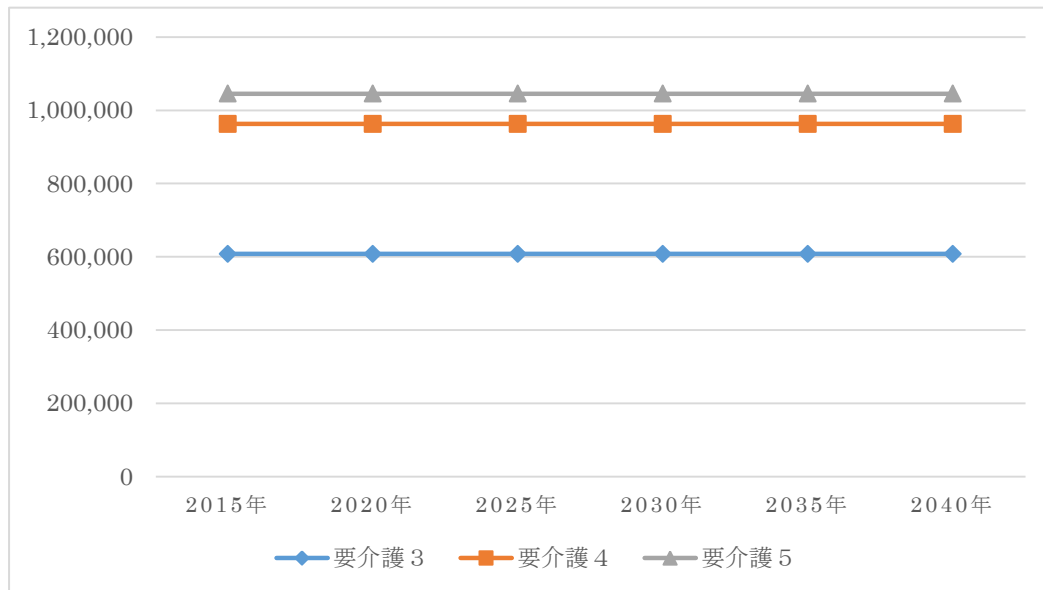
(図2) 居宅サービス費用の推移 (単位: 百万円)



(図3) 地域密着型サービス費用の推移 (単位: 百万円)



(図4) 施設サービス費用の推移 (単位: 百万円)



居宅サービスは、要介護2の値が最も大きい。要介護2までの介護度が、居宅サービスで介護を行うのに、最適な介護度であると考察される。また、居宅サービスは、今年度(2015年)に改正された制度により、要介護3以上でなければ、施設にはいることができないことから、今後の伸びが興味深くなる。

要介護1、要介護3、要介護4、要介護5は、全体的に右肩上がりに増加する。費用の推移は大きい順に要介護1、要介護5、要介護4、要介護3である。要介護3は小さい動きではあるが右肩上がりに逡増している。要支援1、要支援2はグラフ下部でほぼ横ばいに伸びている。

地域密着型サービスは、2040年時点で要介護5の総介護費用が最も大きく、右肩上がりに大きく増加する。要介護2、要介護3、要介護4も同様にほぼ規則的に右肩上がりに逡増する。要介護1は要介護2、要介護3、要介護4の下で小さい動きではあるが右肩上がりに逡増する。要支援1、要支援2についてはほぼゼロに近い状態で一直線上に伸びている。

施設サービスについては総介護費用が高い順に要介護5、要介護4、要介護3となっていて要介護5、要介護4、要介護3ともにグラフ下部でほぼ横ばいで伸びている。また、要介護3以下の介護度は、制度改正により、今後の伸びがないために省略する。

第4節 都道府県別1人あたり介護費用

本節では、2040年におけるすべての都道府県の介護度別（要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5）、サービス別（居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス）1人あたり介護費用を推計したものを、高い県から低い県まで並べランキング形式で表示する。

(表2) 居宅サービスの1人あたり介護費用ランキング

順位	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
1	神奈川県	43.54	兵庫県	72.28	栃木県	162.18	佐賀県	213.79	秋田県	386.93	秋田県	431.82	宮崎県	490.09
2	埼玉県	42.49	東京都	67.85	沖縄県	159.98	宮崎県	205.50	宮崎県	310.94	宮崎県	390.62	秋田県	473.06
3	東京都	42.29	奈良県	67.42	三重県	159.47	大分県	205.39	佐賀県	310.10	青森県	338.20	青森県	440.54
4	宮城県	37.50	石川県	64.55	宮城県	159.34	沖縄県	201.38	三重県	295.23	愛知県	336.37	沖縄県	440.17
5	兵庫県	37.09	愛媛県	62.70	愛知県	157.22	愛知県	196.97	大阪府	294.45	大分県	334.43	大分県	431.06
6	千葉県	36.94	沖縄県	61.37	岩手県	154.90	東京都	196.53	愛知県	293.90	大阪府	327.40	愛知県	418.78
7	大阪府	36.46	愛知県	61.09	静岡県	152.90	石川県	195.37	大分県	292.45	香川県	317.01	大阪府	411.87
8	愛媛県	35.96	山形県	59.48	埼玉県	152.40	静岡県	194.55	東京都	291.82	東京都	315.29	宮城県	387.22
9	静岡県	35.40	埼玉県	59.43	宮崎県	151.40	三重県	191.79	神奈川県	287.52	沖縄県	305.38	岩手県	386.93
10	群馬県	35.06	群馬県	57.89	秋田県	149.75	長野県	191.43	香川県	284.17	宮城県	305.32	和歌山県	386.83
11	鳥取県	34.28	栃木県	57.84	佐賀県	149.39	秋田県	189.60	沖縄県	277.73	三重県	303.94	香川県	379.68
12	奈良県	34.27	福井県	57.51	岡山県	148.12	宮城県	188.60	和歌山県	275.83	山口県	299.93	三重県	377.84
13	北海道	33.93	宮城県	57.44	茨城県	147.67	栃木県	188.26	山口県	273.64	和歌山県	295.39	山口県	373.81
14	福島県	33.24	大阪府	57.12	東京都	146.92	岩手県	187.89	群馬県	271.71	栃木県	295.31	群馬県	372.30
15	沖縄県	33.24	神奈川県	56.75	愛媛県	146.33	山口県	187.48	静岡県	271.66	岩手県	292.25	東京都	363.66
16	長崎県	32.95	千葉県	56.12	長野県	146.29	兵庫県	185.49	青森県	269.13	長野県	289.50	岐阜県	361.24
17	福岡県	32.90	静岡県	56.06	石川県	146.01	山形県	183.28	長野県	266.29	群馬県	283.87	島根県	359.53
18	栃木県	32.32	岩手県	55.92	香川県	144.28	埼玉県	182.54	岩手県	261.41	静岡県	283.26	茨城県	356.87
19	茨城県	31.98	大分県	54.58	兵庫県	143.38	群馬県	181.52	宮城県	260.63	神奈川県	283.16	長野県	354.96
20	広島県	31.93	茨城県	54.50	島根県	143.32	長崎県	178.14	茨城県	259.98	茨城県	280.90	熊本県	343.42
21	山口県	31.59	広島県	53.85	長崎県	141.60	青森県	177.00	山梨県	259.67	千葉県	273.73	徳島県	343.21
22	愛知県	31.47	鳥取県	53.18	滋賀県	141.47	鳥取県	176.78	石川県	256.84	福岡県	273.00	神奈川県	341.57
23	和歌山県	31.39	福島県	52.52	神奈川県	141.38	香川県	176.61	千葉県	255.88	新潟県	272.89	奈良県	336.27
24	秋田県	30.80	新潟県	51.56	鳥取県	141.35	神奈川県	175.70	栃木県	253.43	山梨県	270.28	栃木県	335.50
25	石川県	30.75	福岡県	51.46	山口県	140.41	岐阜県	175.43	埼玉県	253.26	佐賀県	267.71	千葉県	334.17
26	大分県	30.68	長野県	51.21	広島県	140.33	奈良県	174.79	兵庫県	251.49	熊本県	263.32	静岡県	333.69
27	滋賀県	30.40	島根県	50.37	大分県	137.16	茨城県	174.54	滋賀県	246.75	埼玉県	263.15	福井県	332.66
28	島根県	30.16	京都府	48.82	群馬県	136.96	和歌山県	174.44	奈良県	244.71	兵庫県	262.18	鳥取県	328.31
29	岩手県	30.09	北海道	48.76	和歌山県	135.72	大阪府	174.37	岐阜県	243.28	富山県	259.78	山梨県	321.15
30	熊本県	29.96	香川県	48.06	岐阜県	135.15	広島県	172.90	新潟県	242.68	島根県	257.79	滋賀県	319.29
31	山梨県	29.22	岡山県	48.03	山形県	133.80	滋賀県	171.64	福岡県	240.53	鳥取県	255.01	山形県	314.53
32	三重県	29.12	徳島県	47.67	大阪府	133.69	岡山県	170.37	北海道	237.73	岐阜県	254.70	鹿児島県	314.22
33	山形県	28.79	熊本県	47.52	北海道	133.24	愛媛県	169.96	愛媛県	237.07	北海道	254.43	富山県	312.08
34	岡山県	28.62	長崎県	47.39	鹿児島県	132.70	新潟県	167.69	長崎県	233.19	石川県	251.52	佐賀県	309.30
35	岐阜県	28.54	岐阜県	46.73	福島県	132.23	福岡県	166.56	富山県	232.55	奈良県	251.29	兵庫県	308.23
36	徳島県	28.10	青森県	46.63	青森県	132.02	福島県	165.09	福井県	231.47	滋賀県	250.07	福島県	304.74
37	長野県	28.08	滋賀県	46.63	富山県	130.38	島根県	164.97	山形県	231.34	山形県	246.99	石川県	303.34
38	宮崎県	27.26	富山県	46.62	千葉県	127.48	山梨県	162.99	広島県	228.79	徳島県	243.33	埼玉県	302.05
39	香川県	27.25	山梨県	45.37	新潟県	126.49	北海道	162.77	福島県	227.36	鹿児島県	242.05	新潟県	298.90
40	鹿児島県	27.16	佐賀県	44.38	山梨県	120.90	熊本県	161.53	熊本県	223.59	愛媛県	236.68	福岡県	275.35
41	福井県	27.04	三重県	44.24	熊本県	120.88	富山県	156.29	岡山県	221.75	福井県	236.17	北海道	273.92
42	佐賀県	26.98	鹿児島県	44.02	福井県	120.58	千葉県	154.36	島根県	219.48	福島県	235.08	京都府	271.54
43	新潟県	26.98	秋田県	43.24	奈良県	120.12	鹿児島県	152.04	鳥取県	215.39	京都府	230.12	広島県	269.86
44	青森県	26.98	山口県	41.92	福岡県	118.30	高知県	146.74	鹿児島県	208.73	高知県	226.66	愛媛県	267.37
45	京都府	26.98	和歌山県	41.65	徳島県	111.53	徳島県	144.20	徳島県	207.07	広島県	219.05	岡山県	262.16
46	高知県	26.98	高知県	41.65	京都府	104.20	福井県	143.22	高知県	203.24	岡山県	209.15	高知県	245.77
47	富山県	26.98	宮崎県	41.65	高知県	99.21	京都府	142.39	京都府	199.29	長崎県	202.46	長崎県	177.03

(表3) 地域密着型サービスの1人あたり介護費用ランキング

順位	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5							
1	東京都	115.77	東京都	237.14	長野県	302.28	新潟県	349.39	新潟県	474.77	新潟県	520.12	新潟県	677.28
2	福島県	106.12	岩手県	199.01	東京都	213.68	長野県	346.89	長野県	433.02	栃木県	481.46	福島県	596.64
3	徳島県	94.01	新潟県	165.64	静岡県	200.14	栃木県	306.21	滋賀県	414.07	長野県	479.52	山形県	585.76
4	長野県	92.42	香川県	146.70	宮城県	191.17	宮城県	296.82	栃木県	379.73	山形県	471.29	山梨県	585.07
5	新潟県	90.07	沖縄県	127.87	青森県	189.93	東京都	283.59	宮城県	376.90	岩手県	467.91	宮城県	576.58
6	神奈川県	83.01	愛媛県	127.54	山梨県	186.74	岩手県	280.29	静岡県	374.58	福島県	454.09	長野県	575.23
7	栃木県	82.77	栃木県	119.13	滋賀県	183.41	静岡県	278.09	島根県	373.23	静岡県	446.84	静岡県	573.96
8	鳥取県	80.91	京都府	114.17	沖縄県	181.69	沖縄県	269.88	福島県	366.17	島根県	433.78	愛知県	543.14
9	滋賀県	80.85	長崎県	110.28	新潟県	178.24	滋賀県	268.93	沖縄県	356.66	宮城県	433.37	山口県	539.15
10	宮城県	80.59	埼玉県	88.25	和歌山県	175.61	和歌山県	262.27	山口県	355.80	山口県	427.19	栃木県	525.57
11	和歌山県	79.64	山梨県	84.01	茨城県	172.81	福島県	256.01	東京都	355.61	石川県	425.93	大阪府	505.49
12	茨城県	78.81	鳥取県	84.01	栃木県	172.06	福島県	240.91	福井県	353.96	愛知県	415.36	滋賀県	503.20
13	鹿児島県	78.28	熊本県	84.01	千葉県	140.50	埼玉県	239.34	岩手県	351.48	沖縄県	412.34	広島県	494.86
14	群馬県	76.22	和歌山県	84.01	佐賀県	139.95	鳥取県	235.18	奈良県	350.75	大分県	401.88	沖縄県	486.37
15	愛知県	75.72	大阪府	84.01	香川県	139.42	愛知県	232.42	広島県	347.50	福井県	401.81	島根県	485.28
16	長崎県	74.11	滋賀県	84.01	三重県	139.42	山梨県	230.70	福岡県	346.48	三重県	399.10	埼玉県	480.17
17	静岡県	73.28	富山県	84.01	福岡県	139.42	三重県	226.21	愛知県	342.68	奈良県	398.88	兵庫県	464.55
18	京都府	73.17	長野県	84.01	埼玉県	139.42	茨城県	226.09	山形県	341.39	広島県	397.15	岩手県	453.03
19	沖縄県	73.11	福井県	84.01	福井県	139.42	島根県	224.35	埼玉県	339.68	鳥取県	390.54	和歌山県	446.80
20	福岡県	72.57	神奈川県	84.01	鳥取県	139.42	山口県	223.40	鳥取県	334.67	兵庫県	388.53	大分県	442.83
21	北海道	71.15	千葉県	84.01	秋田県	139.42	福岡県	222.12	佐賀県	329.98	大阪府	388.51	秋田県	439.36
22	三重県	71.06	島根県	84.01	山口県	139.42	広島県	219.10	千葉県	325.88	滋賀県	385.10	千葉県	439.35
23	岩手県	70.35	山口県	84.01	愛知県	139.42	徳島県	218.80	熊本県	321.61	和歌山県	378.59	東京都	437.42
24	熊本県	69.94	福島県	84.01	岡山県	139.42	千葉県	215.50	三重県	320.06	埼玉県	376.52	福井県	433.70
25	香川県	69.37	広島県	84.01	岐阜県	139.42	岡山県	212.74	大分県	315.87	岐阜県	376.47	奈良県	428.29
26	大阪府	69.13	佐賀県	84.01	岩手県	139.42	佐賀県	207.75	和歌山県	315.67	千葉県	376.03	青森県	423.90
27	青森県	69.12	兵庫県	84.01	島根県	139.42	山形県	206.52	秋田県	315.20	東京都	359.11	石川県	421.23
28	山梨県	69.02	鹿児島県	84.01	高知県	139.42	兵庫県	205.53	山梨県	311.60	福岡県	351.79	熊本県	416.03
29	奈良県	68.15	北海道	84.01	山形県	139.42	福井県	205.13	大阪府	311.52	岡山県	350.83	岡山県	415.70
30	佐賀県	64.00	茨城県	84.01	福島県	139.42	秋田県	203.44	兵庫県	310.04	群馬県	346.74	福岡県	413.91
31	島根県	63.04	高知県	84.01	大阪府	139.42	香川県	199.47	茨城県	305.98	北海道	345.85	群馬県	413.46
32	山形県	62.05	三重県	84.01	広島県	139.42	岐阜県	195.75	石川県	301.88	秋田県	345.23	香川県	409.28
33	大分県	60.71	山形県	84.01	愛媛県	139.42	奈良県	192.91	青森県	301.38	佐賀県	339.11	佐賀県	408.94
34	福井県	60.69	青森県	84.01	鹿児島県	139.42	大分県	190.14	群馬県	300.33	愛媛県	337.60	鳥取県	408.18
35	岡山県	59.84	静岡県	84.01	奈良県	139.42	鹿児島県	187.04	岡山県	299.32	茨城県	336.47	北海道	405.76
36	石川県	55.85	岡山県	84.01	兵庫県	139.42	大阪府	186.93	徳島県	294.87	山梨県	335.03	茨城県	400.37
37	高知県	55.62	奈良県	84.01	北海道	139.42	愛媛県	173.63	鹿児島県	293.05	徳島県	333.93	高知県	397.17
38	山口県	55.56	福岡県	84.01	神奈川県	139.42	高知県	173.31	北海道	292.98	熊本県	332.41	岐阜県	393.98
39	岐阜県	53.95	大分県	84.01	群馬県	139.42	北海道	172.02	高知県	289.71	鹿児島県	331.56	三重県	388.97
40	広島県	52.56	秋田県	84.01	徳島県	139.42	熊本県	166.74	岐阜県	287.60	京都府	325.85	鹿児島県	371.05
41	埼玉県	51.54	群馬県	84.01	熊本県	139.42	群馬県	161.00	愛媛県	278.80	青森県	319.63	愛媛県	367.07
42	千葉県	50.91	宮城県	84.01	京都府	139.42	石川県	161.00	京都府	275.11	高知県	316.04	徳島県	353.11
43	宮崎県	48.57	宮崎県	84.01	石川県	139.42	京都府	161.00	香川県	273.69	神奈川県	301.64	神奈川県	348.84
44	愛媛県	45.36	愛知県	84.01	富山県	139.42	長崎県	161.00	富山県	264.04	富山県	287.34	京都府	343.30
45	秋田県	44.70	岐阜県	84.01	大分県	139.42	宮崎県	161.00	神奈川県	260.10	長崎県	278.76	長崎県	311.13
46	富山県	39.09	石川県	84.01	宮崎県	139.42	富山県	161.00	長崎県	255.59	香川県	271.29	宮崎県	248.78
47	兵庫県	36.17	徳島県	84.01	長崎県	139.42	神奈川県	161.00	宮崎県	219.13	宮崎県	269.49	富山県	190.95

(表4) 施設サービスの1人あたり介護費用ランキング

順位	要介護3		要介護4		要介護5	
1	東京都	284.14	東京都	306.98	高知県	340.40
2	大阪府	281.39	高知県	304.88	富山県	335.00
3	神奈川県	281.09	徳島県	303.56	東京都	334.68
4	鳥取県	277.19	富山県	302.93	北海道	334.52
5	山口県	275.47	山口県	302.91	福岡県	327.15
6	宮城県	275.28	大阪府	301.95	佐賀県	326.97
7	青森県	275.28	福岡県	300.48	徳島県	325.91
8	富山県	274.70	熊本県	299.85	広島県	325.65
9	兵庫県	274.57	神奈川県	299.84	山口県	325.19
10	愛知県	274.26	静岡県	298.33	熊本県	325.13
11	高知県	274.24	北海道	298.30	大阪府	324.42
12	徳島県	274.17	広島県	297.69	京都府	323.12
13	熊本県	273.78	鳥取県	296.40	兵庫県	323.06
14	新潟県	273.61	愛知県	296.38	神奈川県	322.39
15	福岡県	273.59	兵庫県	296.23	静岡県	321.83
16	栃木県	273.52	奈良県	295.28	奈良県	319.96
17	福井県	273.28	石川県	295.27	石川県	319.86
18	千葉県	272.95	佐賀県	294.54	鳥取県	317.39
19	静岡県	272.75	青森県	293.75	滋賀県	317.19
20	埼玉県	272.42	京都府	293.75	愛知県	317.16
21	佐賀県	272.36	千葉県	292.90	島根県	316.77
22	広島県	272.11	福井県	292.64	埼玉県	316.56
23	三重県	271.90	埼玉県	292.43	福井県	314.28
24	北海道	271.75	滋賀県	292.29	香川県	314.03
25	奈良県	271.42	島根県	292.05	三重県	313.77
26	岩手県	271.34	長崎県	291.52	宮崎県	313.21
27	島根県	271.21	香川県	291.12	新潟県	312.93
28	福島県	271.02	新潟県	291.06	千葉県	312.85
29	京都府	270.43	群馬県	290.77	長野県	312.54
30	石川県	270.43	宮城県	290.69	長崎県	312.07
31	長崎県	270.24	愛媛県	289.59	群馬県	311.80
32	秋田県	270.23	沖縄県	289.43	愛媛県	311.55
33	大分県	270.03	福島県	289.07	栃木県	310.57
34	群馬県	269.88	三重県	288.93	鹿児島県	309.93
35	愛媛県	269.83	長野県	288.57	青森県	309.28
36	鹿児島県	269.77	栃木県	288.55	宮城県	308.55
37	沖縄県	269.77	大分県	288.46	岡山県	308.01
38	滋賀県	269.60	宮崎県	287.56	和歌山県	307.85
39	香川県	269.22	岡山県	287.32	大分県	307.49
40	宮崎県	268.87	鹿児島県	287.30	岩手県	307.43
41	岡山県	268.04	岩手県	287.29	沖縄県	306.65
42	長野県	267.71	秋田県	286.13	茨城県	306.55
43	茨城県	266.79	茨城県	285.11	福島県	305.44
44	山梨県	266.23	山梨県	284.37	秋田県	304.72
45	山形県	265.59	山形県	283.82	山梨県	304.03
46	和歌山県	264.15	和歌山県	283.64	岐阜県	303.11
47	岐阜県	263.22	岐阜県	282.14	山形県	300.46

表2は、居宅サービスの1人あたり介護費用ランキングである。居宅サービスの要支援1での1人あたり介護費用が最も高い県は神奈川県、最も低い県は富山県である。要支援2では兵庫県が最も高く、宮崎県が最も低い。兵庫県は宮崎県の2倍以上の値であると推計できたが、注意点①より、下限を設定したため、下位4県を固定する。

要介護1では栃木県が最も高く、高知県が最も低い。要介護2では佐賀県が最も高く、京都府が最も低い。要介護3では秋田県が最も高く、京都府が最も低い。要介護3は1人あたり介護費用の額が大きくなっていて秋田県は京都府のおよそ2倍に当たる額である。要介護4では要介護3で最も1人あたり介護費用が高い秋田県が再び最も費用の高い県となっている。最も低い県は長崎県である。介護の度合いが非常に高い要介護5では宮崎県の1人あたり介護費用が最も高く、長崎県が最も低い。

全体的に1人あたり介護費用をみると、介護度が上がるにつれて、費用が増大していることがわかる。介護度が低い、要支援1、要支援2は、各都道府県費用にばらつきが少ない。しかし、介護度が高い、要介護4では約2倍、要介護5では約2.8倍とばらつきが大きくなっている。

次に表3は、地域密着サービスの1人あたり介護費用ランキングである。

上記と同じように見ると、要支援1での1人あたり介護費用が最も高い県は東京都、最も低い県は兵庫県である。要支援2でも結果は、1人あたり介護費用の高い県は要支援1と同じ結果で東京都、低い県は徳島県であった。このことから、東京都のような都心は、要支援の介護費用が高いことが分かる。

要介護1の1人あたりの介護費用が高い県は長野県であり、最も低い県は長崎県。要介護2の1人あたりの介護費用の高い県は新潟県、また低い県は神奈川県であった。

そして、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5、ともに1人あたり介護費用の高い県は新潟県であり、低い県は要介護2が神奈川県、要介護3と要介護4が宮崎県、要介護5は富山県であった。

介護費用額は介護度が上がるに連れて大きくなっている。しかし、都道府県別に見てみると、介護度が上がっても、新潟県の順位は変動がなかった。このことは、どの介護度でも最下位であり、高価な介護費用は新潟県であるということがわかる。

地域密着型サービスは、最大介護度である、要介護5を見てみると、新潟県と富山県の差は約3.5倍であり、都道府県ごとに大きな差が生まれている。

さらに、居宅サービスと比べると地域密着型サービスは1人あたり費用が大きい。そのため、今後、地域密着型サービスのほうが大きく伸びると予想されるので、社会保障費用がますます伸びると見込まれている。また、都道府県ごとのばらつきが大きい居宅サービスに比べるとあまりばらつきが少ない。

次に表4は、施設サービスの1人あたり介護費用ランキングである。

施設サービスは、2015年度の介護保険の改正によって要介護3以上でないと新たに施設サービスに入居できないことを考慮し、要介護3以上のランキングについて考察する。(しかし、2015年以前の入居は退居されないことから、実際は要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、の入居者は存在しているものとする。)

要介護3の1人あたり介護費用の高い県は東京都であり、最も低い県は岐阜県である。要介護4の1人あたり介護費用の高い県も要介護3と同じく東京都であり、最も低い県は要介護3と同じく岐阜県である。要介護5の1人あたり介護費用の高い県は高知県であり、最も低い県は、山形県であった。介護費用を比べてみると、要介護度が最も高い要介護5の1人あたり介護費用は最も高い高知県と最も低い岐阜県とでは、居宅サービス、地域密着型サービスと比べると大きな差は見られなかったが、このランキングの様に、都道府県別に差があることが分かる。

表2、表3、表4のランキングで、色の付いている県の意味として、第1節で述べていた①1人あたり介護費用は、介護度ごとに、2008～2013年のすべての都道府県のデータのうち、最も低い数値を下限として用いる。（都道府県によっては2008年から2013年の間に著しく低下しており、それを2040年まで伸ばすとゼロを大きく下回ってしまうため。）
 ②施設サービスは受給率、1人あたり介護費用、総介護費用すべて2013年のデータで固定する。（今後、施設が数多く新設されるとは考えにくく、施設の増加がない限り施設サービス受給者は増加しないため。）
 ③受給率は、マイナスになる場合に限り、マイナスになる直前の年のデータを固定し、使用する。という3つの条件を設けていたことにより固定された県の値に色がついている。

第5節 サービス別費用抑制額

本節では、本章第4節で示した1人あたり介護費用の都道府県別ランキングをもとに、サービス別・介護度別に最下位であった都道府県における1人あたり介護費用が、すべての都道府県で実現された場合の費用抑制額を分析する。（表5）および（表6）は、サービス別に実際の介護費用、1人あたり介護費用を最も低い都道府県で統一した場合の介護費用、そして費用抑制額を記したものである。実際の費用とは、2040年の総介護費用推計のことである。費用抑制額とは、実際の費用から1人あたり介護費用を最も低い県で統一した場合の費用を減算したものである。

施設サービスは、施設自体が今後増えることはあまりないと考えられる。それに加えて、介護費用を2013年で固定したため、都道府県別に差があまり見られなかった。そのため施設サービスは考慮しないものとする。

（表5） 居宅サービスの費用抑制額（単位：百万円）

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2040年の 介護費用推計(A)	443,302	731,610	3,425,859	3,570,260	1,609,531	2,374,022	2,688,372
1人あたり介護 費用を最も低い 県で統一した場 合の介護費用推 計(B)	338,969	536,978	2,429,537	2,864,931	1,215,880	1,677,418	1,366,876
費用抑制額 (A-B)	104,334	194,632	996,322	705,329	393,652	696,604	1,321,495

(表6) 地域密着型サービスの費用抑制額 (単位: 百万円)

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2040年の介護費用推計(A)	13,440	23,653	372,105	671,681	860,355	970,784	1,265,159
1人あたり介護費用を最も低い県で統一した場合の介護費用推計(B)	7,225	20,583	335,104	493,299	578,711	694,488	537,621
費用抑制額(A-B)	6,215	3,071	37,001	178,383	281,644	276,296	727,539

費用抑制額は(表5)および(表6)に示したとおりである。費用抑制額の合計は、約5兆9225億1600万円となり、介護費用を大きく削減できる。

内訳を見てみると、居宅サービスの抑制額は、合計約4兆4123億6800万円。地域密着型サービスは、合計約1兆5101億4900万円となる。このことから、現在、居宅サービスにおいて、都道府県ごとにおおきなばらつきがあることがわかる。このばらつきを最低の介護費用額である都道府県に合わせることによって、なくすことができるのである。この額が、介護費用を抑えるうえで、実際に実現可能な額だといえる。

現在、日本は深刻な財政難に陥っており、費用削減が大きな課題となっている。

第6節 高所得者の介護サービス負担率

次に、本稿は高所得者の介護サービス負担率に注目してみた。

医療制度では「複数世帯の年収が520万円(単身者の場合383万円)未満の場合、被扶養者が後期高齢者医療制度の被保険者になることによって単身者の基準(年収383万円以上)に該当する被保険者について、世帯に他の70歳以上75歳未満の被扶養者がいない場合に、被扶養者であった人の収入を合算した年収が520万円未満の場合」を高所得者と定義しており、条件を満たす被保険者には負担が増える。

本稿では、平均所得金額が500万円以上である世帯を高所得者世帯と定義し、分析をおこなった。第1号被保険者(65歳以上)の世帯のうち、高所得者世帯は約12%である。(厚生労働省『国民生活基礎調査』より算出。)この数字を用いて、現在介護保険を受給している高齢者のうち12%の負担を1割から2割あるいは3割負担に上げることによって介護給付費を減らすことができる。以下は、その計算手順である。

2013年度の総介護費用は約8.6兆円であり、そのうちの約7.9兆円が第1号被保険者分にあたる。サービスを受給する第1号被保険者のうち12%が富裕層であると仮定したとき、富裕層にかかる介護費用は9717億8588万円となる。このうち1割が自己負担分であるため、富裕層の自己負担額は971億7858万円である。ここで、富裕層の自己負担額を3割に

増額する。富裕層の自己負担分は 2915 億 3576 万円となり、1943 億 5717 万円の給付費削減効果が得られる。

第7節 保険料納付年齢引き下げ

本章第2節で述べたとおり、2040年には介護費用が約21兆円を超える。財源確保は現在よりもさらに難しくなると考えられる。現状では、介護給付費の50%を、被保険者から徴収した保険料でまかなっており、うち第1号保険料が21%、第2号保険料が29%である。2040年においてもこの割合が適用されると仮定した場合、第1号保険料は4兆892億1178万7381円、第2号保険料は5兆6470億675万4002円となる。

これらの保険料を1人あたりに換算すると、第1号被保険者が月額8810円、第2号被保険者が月額14157円の保険料を納めることになる。第五期の保険料の平均は、第1号被保険者が月額4972円、第2号被保険者が月額4966円(概算)であるため、2040年には、第1号被保険者は現在のおよそ1.7倍、第2号被保険者は約3倍の保険料を支払う必要がある。

特に、年金により生計を立てている高齢者にとっては高額な保険料は相当な重荷になる。また、公費負担の金額も大きく増加するため、財源確保は非常に困難になる。

そこで、本節では被保険者の年齢引き下げを考察する。具体的には20～39歳の国民を新たに第2号被保険者に加え、介護保険料納付を課す。これにより、第1号、第2号被保険者の負担を軽減し、さらに公費負担を軽減させることも可能である。

まず、1人あたり保険料の負担の軽減に重点を置いて考える。現状と同じ割合を適用する場合、第1号保険料は変化しないが、第2号保険料は1人あたり5432円減少し、負担を分散させることが可能である(ケース1)。ただし、前述したとおり、高齢者にとって現状の倍の保険料を課すことは高齢者の生活の圧迫につながる。そこで、第1号保険料を第五期の4972円で固定した場合を考える(ケース2)。このとき、第2号保険料は月額11478円となる。

次に、公費負担の軽減に重点を置く。保険料負担を60%に増やし、その内訳は第1号保険料が21%(第五期の割合を適用)、第2号保険料が残りの39%とする。このとき、第1号保険料は変化しないが、第2号保険料は2423円減少し、さらに公費負担も1兆9472億4370万8277円削減できる(ケース3)。

さらに、ケース2とケース3の利点を生かし、第1号保険料を第五期の4972円で固定し、第2号保険料を政策実施前の14157円未満に抑えるという条件の下で、公費負担をいくらまで削減できるか計算すると、1兆7337億6350万685円(介護給付費の約8.9%)という結果が得られた。(ケース4)

(表7) 2040年における1人あたり保険料(単位:円)

ケース	政策実施前
保険料負担 および 公費負担の割合	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号保険料 21% ・第2号保険料 29% ・公費負担 50%
第1号保険料	8,810
第2号保険料	14,157
公費負担抑制額	0

ケース	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4
保険料負担 および 公費負担の割合	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号保険料 21% ・第2号保険料 29% ・公費負担 50% 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号保険料 1人あたり 4972円 ・第2号保険料 保険料負担のうち 第1号保険料を差し引いた額 ・公費負担 50% 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号保険料 21% ・第2号保険料 39% ・公費負担 40% 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号保険料 1人あたり 4972円 ・第2号保険料 1人あたり 14157円未満 ・公費負担 41.1%~50%
第1号保険料	8,810	4,972	8,810	4,972
第2号保険料	8,725	11,478	11,734	11,478~14,157
公費負担抑制額	0	0	1,947,243,708,277	0~1,733,763,500,685

つまり、ケース4の場合、第1号保険者には第五期と同様に月額4972円を保険料として徴収し、さらに保険料負担分を全体の50%から58.9%の間に定めることで、1人あたりの保険料負担を分散し、さらに公費負担分も削減することが可能であるといえる。本稿では、このケース4が最も合理的な財源確保の手段だと考える。

第4章 介護保険制度への政策提言

前章の分析データを活かし、現在の介護制度に必要な介護制度の改正を以下3点提案する。

1. 1人あたりの費用を低い県の水準に引き下げる
2. 高所得者の介護サービス負担率を上昇させる
3. 介護保険納付年齢の引き下げ

この上記三点を以下で1節2節3節とし、詳しく提案する。

第1節 1人当たりの費用を低い県の水準に引き下げる

本稿文の分析では、1人あたりの介護費用の全国ランキングを算出した。なぜこのような都道府県ごとに費用の差が出るのか明確な理由はわからない。地方自治体の節税努力や、比較的健康的な介護保険受給者が多いことなどが考えられる。

仮にこのような1人あたりの費用が最も低い都道府県に、その他の都道府県が倹約など行い費用を削減したとしよう。最も費用が低い県は岐阜県であり、その1人あたりの費用を固定し、全都道府県で受給者数を掛け算する。すると、分析結果から全国の費用を5,922,516万円、つまり約500億円も削減することができる。社会保障関係費の内訳である介護費用の3%を削減することができる。

そして、低い都道府県に他の都道府県が給付費を引き下げる方法として当論文では下記の方法を取り入れた。下記の2つ(第2節、第3節)の提言は単に給付費を低い県に合わせる程度の削減にとどまらず、介護保険制度の費用拡大の脱出の糸口になる規模で、費用を削減することができるであろう。

第2節 高所得者の介護サービス負担率を上昇させる

2000年に介護保険制度が創設されて以来、介護費用の自己負担額は1割である。一方、医療制度の下では高齢者の所得に応じて医療費負担が1～3割となる。これに習い、介護制度でもこのやり方を踏襲すべきである。

介護制度でもこの高齢者の所得に応じた自己負担率増加を採用したとすると、分析の第6節で計算したとおり、1943億5717万円の給付費削減効果が得られるのである。

よって、本稿では、高所得者への自己負担額増加は、年々膨れ上がっていく介護給付額を少しでも軽減する手立てのひとつであると考えられる。

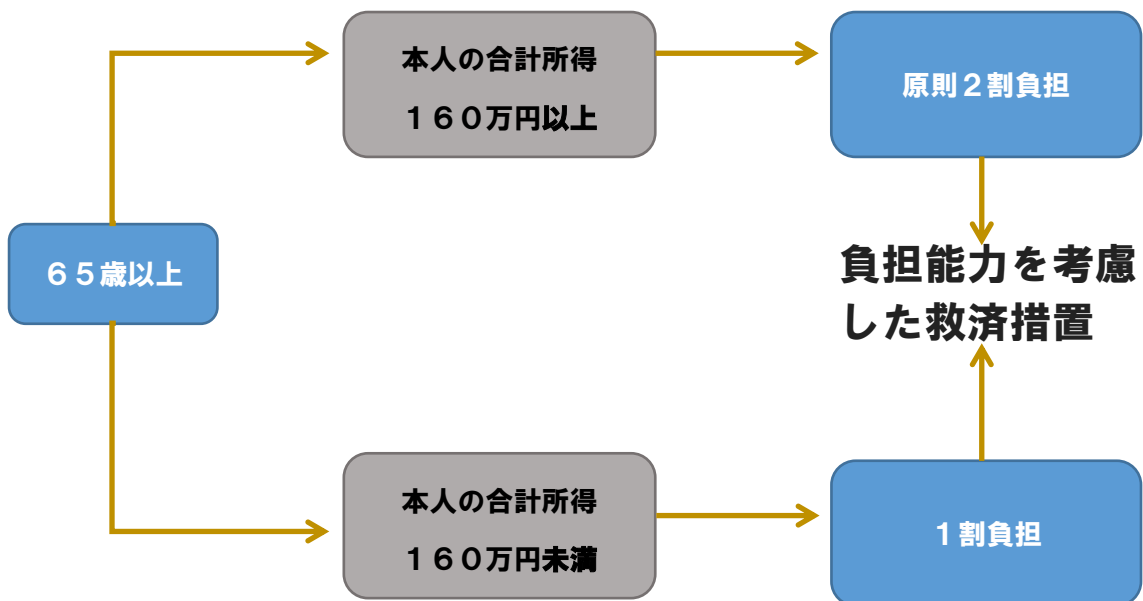
また、この考えを考慮しつつ、政府の案を基にすると、利用者の急増に対応する具体策として第1号被保険者（65歳以上）のうち、収入から控除などを引いた所得が160万円以上なら原則2割負担にする。負担能力を考慮して自己負担を1割にとどめる救済措置をとり、推測すると65歳以上の5人に1人が2割負担に当てはまる。

介護保険で最も介護の必要性が高い「要介護5」の場合、1割負担での平均的負担額は月2万1000円。これが2倍になれば4万2000円とかなり重くなってしまふ。介護保険では所得などによって負担額の上限を定めた高額介護サービス費という仕組みを作るなどして、上限額を超えた分は払い戻す。これにより、一定以上のサービス費用は自己負担しなくてよくなる。

例えば所得区分が最も高い人向けの「一般」に該当する人の上限額は月3万7200円とする。自己負担が現在1割負担で、要介護5の平均の2万1000円なら上限額の範囲内なので払い戻しはない。自己負担2割に該当して4万2000円となれば、上限額を超える4800円は払い戻されるしくみである。

このように医療保険制度を見習い、高所得高齢者の負担率を上昇させ、低所得者には優しく、高所得者にも上限を定める制度を実施することにより、今後の後期高齢化社会に対応する道筋ができるのではないか。（日本経済新聞引用）

（図5）65歳以上で一定以上の所得があると2割負担



第3節 介護保険納付年齢の引き下げ

要介護者や給付サービスの増加により介護費用が年々上昇していくことは本稿で幾度となく述べてきた。介護給付費不足は介護保険納付年齢を引き下げ、被保険者数を拡大することにより解決することができる。実際の給付費および保険料負担抑制額は第3章の第7節に示したとおりである。

端的に言えば、被保険者の拡大案は見込み違いによって生じた財源不足を穴埋めするための策である。しかしながら、若年世代にとって若いうちから介護保険料を支払うことには違和感があるだろう。制度の実現も困難である。

そこで、本稿では、具体策として終身保険を提案する。介護保険の財政方式を事実上の単年度会計（≡ 賦課方式）から、複数年度会計（≡ 積立方式）による運営に切り替える。これによって、負担と給付の関係が明確となり、制度に対する信頼も生まれてこよう。介護保険は長生きをすればするほど世話になる可能性が高い保険であるため、将来自分たちが要介護の状態になった場合に備えて、今のうちに保険料を支払っておくことは必要かつ合理的なことである。

「自分に戻ってくる＝損をしない」という認識が共有できれば、若年世代の保険料負担への反発も軽減され、保険対象年齢の引き下げが正当化されるのではないだろうか。

最後に、これからの日本は将来ますます少子高齢化社会が進んでいくと言われている。この中で総介護費用の増加は避けられない。日本の介護制度はこういった社会情勢の中、これに応じた変化をせざるを得ない局面を迎えている。我々世代ではまだまだ考えづらいことなのかも知れないが、いずれは避けられない問題であり、国民ひとりひとりの支えが不可欠なのである。以上で様々な分析を通じ、介護費用を抑える政策提言を述べてきたが、いずれも国民の理解と力が必要である。

現在の介護保険制度を根本から見つめ直し、日本の状況に応じた介護保険制度を実施していくことが、高齢者がより安心して暮らせる社会を実現する方法であろう。

先行研究・参考文献・データ出典

- 井手英策(2013)『日本財政 転換の指針』岩波書店。
伊藤周平(2000)『検証 介護保険』青木書店。
埋橋孝文(2011)「福祉政策の国際動向と日本の選択」法律文化社。
大野太郎(2014)「介護費用の構造と将来推計」
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
高橋泰(2015)「全国各地の医療・介護の余力を評価する」日本創成会議
長谷憲明(2006)『よくわかる！新しい介護保険のしくみ』瀬谷出版。
結城康博(2011)『日本の介護システム政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書

データ出典：

- 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」
厚生労働省「国民生活基礎調査」
国立社会保障・人口問題研究所(平成24年1月推計)「日本の将来推計人口」
総務省「国政調査」
総務省「人口推計」