

介護保険の持続可能な提供に 関する政策提言¹

運営体制に起因する問題の解消を目的とした
政策提言・検証分析

慶應義塾大学 土居丈朗研究会 介護分科会

加藤璃子

小山慧

鄭載勲

田中朝子

村瀬綾香

2016年 11月

¹ 本稿は、2016年12月10日、11日に開催されるISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2016」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、土居丈朗教授（慶應義塾大学）をはじめ、多くの方々から熱心かつ有益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言うまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

本稿の目的は、持続可能な介護保険制度のあるべき姿を提示するところにある。

第1章では、介護保険制度を取り巻く現状について3つの観点から分析した。まず、我が国の介護保険制度の概要について述べ、現行の介護保険制度が抱えている問題の1つである介護保険料の地域格差の理由及びその改善策となりうる運営主体の広域化の正当性を数式で示した。次に、高齢化及び人口減少による介護保険財政の破綻可能性について述べた。最後に、我が国の医療保険制度の概要について述べた後、それを踏まえ、医療と介護の連携の必要性及び今日の課題について論じた。

第2章では、現行の介護保険制度に関して抱いた問題意識を抱いた点について論じた。具体的には、介護保険料の地域格差に関する問題、人口減少による地方の介護保険財政の破綻可能性に関する問題、医療と介護の連携が不十分である問題について論じた。

第3章では、介護保険料の地域格差に関する先行研究を考察したうえで、本稿における新規性を論じた。

第4章では、将来的な人口減少による介護保険制度の破綻可能性について分析を行った。分析の結果、将来高齢化が進展する市町村では介護保険料が高騰し、介護保険財政難に陥ることが分かり、介護保険体制の変革必要性が浮き彫りになった。また、大数の法則の観点から、今後の介護保険運営に脅威となりうるリスクについて論じた。

第5章では、介護保険制度の運営主体の広域化にあたり、最適な運営主体を決定した。その根拠としては、医療と介護の連携が不十分である原因を医療保険制度と介護保険制度の運営主体の違いによるものとし、広域化の範囲を都道府県に決定した。さらに、他の運営主体が適切でない理由について論じた。

第6章では、介護保険運営主体広域化した際の介護保険料のシミュレーション分析を行った。その結果、現行のまま市町村運営を続けた場合、2040年には介護保険料が高騰し、

且つ、保険料の地域格差がさらに拡大することが確認された。一方で、都道府県が介護保険の運営主体となった場合、上記の2つの問題が改善されることが確認された。

第7章では、現状の介護保険制度の下生じる地域格差の中でも介護給付費に着目し、サービスごとの給付費の地域格差とその要因の分析を行うために重回帰分析を行った。その結果、居宅サービスと地域密着型サービスの介護給付費は介護施設の定員率の上昇に伴う誘発需要によって増大し、また居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービスはいずれも要介護認定率によって給付費が増大し、地域差が生じていることが示唆された。

第8章では、第1章から第7章までを踏まえて、介護保険制度の運営主体を市町村から都道府県に移行することを提言し、第2章で述べた3つの問題に対する改善効果を明示した。次に、政策の実現可能性を高める目的から、「新・支給限度額」の導入を提言した。最後に介護給付費の地域差を生じさせる誘発需要と要介護認定率について、前者は施設サービス・地域密着型サービスと施設サービスの業務の分化、後者は都道府県ごとに要介護認定率の基準を統一、客観化するという政策をとることにより、給付費の地域差は縮小し給付総額の増加も抑えることが出来る。

目次

はじめに

第1章 現状分析

- 第1節 我が国の介護保険制度の概要
- 第2節 保険料の地域格差
- 第3節 人口減少
- 第4節 我が国の医療制度の概要
- 第5節 医療と介護の連携

第2章 問題意識

第3章 先行研究

- 第1節 介護保険料の地域差に関する先行研究
- 第2節 本稿の貢献

第4章 広域化の必要性

- 第1節 市町村人口の将来推計
- 第2節 問題意識
- 第3節 2025年における市町村年齢割合に基づく分析
- 第4節 大数の法則

第5章 運営主体の決定

- 第1節 医療と介護の連携
- 第2節 他の運営主体の検討
 - 第1項 国が運営主体になった場合
 - 第2項 複数の都道府県又は市町村が共同で運営主体となった場合

第6章 広域化のシミュレーション分析

- 第1節 分析の目的
- 第2節 分析の概要
- 第3節 分析の方法
 - 第1項 自然体ケース
 - 第2項 広域化ケース

第4節 分析の結果

第1項 自然体ケース

第2項 広域化ケース

第5節 分析の考察

第1項 分析の考察

第2項 2014年度

第3項 2040年度

第4項 結論

第7章 介護給付費の地域格差の要因分析

第1節 最適な介護保険制度の構築に向けた政策提言

第1項 分析の方針

第2項 検証仮説データ選択

第2節 政策実現に向けた補足的な具体策提言

第1項 変数の出典

第2項 分析の方法

第3節 分析の結果

第4節 分析の考察

第8章 政策提言

第1節 最適な介護保険制度の構築に向けた政策提言

第2節 政策実現に向けた補足的な具体策提言

第3節 要介護認定の客観化とサービスの分化

第4節 政策シミュレーション

第1項 シミュレーションの手法

第2項 回帰式とデータの変換

第5節 シミュレーションの結果

第1項 推計結果

第2項 新制度の導入による効果

参考文献・データ出典

はじめに

我が国では、晩婚化や未婚化による出生率の低下、医療技術の発達による平均寿命の伸びなど、様々な理由により少子高齢化が急速に進展している。厚生労働省²によれば、我が国の総人口は2005年をピークに減少を続ける反面、高齢化が進み、2023年には65歳以上人口が総人口の約30%に、2050年には40%に達するとされる。

今後さらなる高齢化社会を迎えることが予想される中、介護保険制度の重要性も同時に高まっている。厚生労働省³によると、要介護・要支援認定を受ける人々の割合は、40～64歳で0.4%、65～69歳で3.0%、70～74歳で6.4%だが、75～79歳は14.0%、80～84歳は29.9%となっている。要介護・要支援認定者は加齢とともに増加することから、介護保険の需要は高齢化の進行と比例して高まることがわかる。

介護保険の需要が高まり、その重要性も増す反面、介護保険制度が抱える問題点も浮き彫りになってきた。要介護認定や要支援認定を行う基準は各市町村で異なるため、要介護認定率と要支援認定率の地域間格差が生じている。また、介護保険料や、介護給付費、介護サービス給付に関しても、同様の理由で地域格差が生じている。高齢化の進行により介護保険制度の重要性が増し、介護保険制度を利用する国民も大幅に増加することが予想される中、居住地区の違い故に受ける介護サービスや、支払う介護保険料に格差があることに対し、甚だ疑問を感じる。

本稿では、今後さらなる高齢社会に突入することが予想される我が国において、現行の介護保険制度が有する複数の問題に焦点をあて、より最適で、より平等な介護保険制度の存在可能性について検討していきたい。

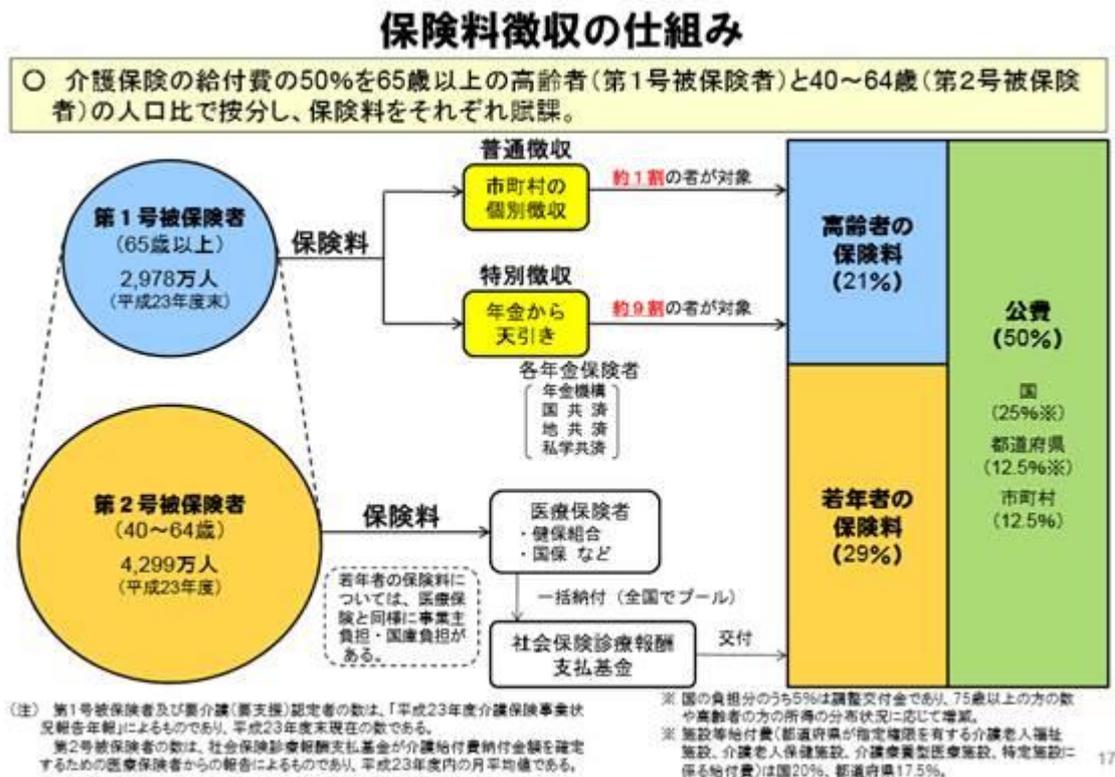
² 厚生労働省 (2012) 「日本の将来推計人口」

³ 厚生労働省 (2016) 「介護給付費実態調査月報 (平成27年度7月審査分)」

第1章 現状分析

第1節 我が国の介護保険制度の概要

介護保険財政は単年度方式であり、利用者負担を除き、その年度に必要と見込まれる総費用の半分を税金、半分を保険料で賄っている。保険料はさらに第1号保険料と第2号保険料に分けられる⁴。第1号保険料は65歳以上の第1号被保険者から徴収された保険料、第2号保険料は40歳から64歳未満の第2号被保険者から徴収された保険料を指す。全体の保険料を構成している第1号保険料と第2号保険料の比率は調査期間の人口比率などにより多少異なるが、保険料全体の総費用を占める割合（50%）は法律で定まっている。介護保険財政の仕組みについて可視化し明瞭化するため、図表1を以下に示す。



図表1 保険料徴収の仕組み

厚生労働省 (2013年) 「介護保険制度の仕組み」

⁴土居丈朗 (2002) 「入門公共経済学」

保険料の内、第2号保険料は第2号被保険者から健康保険料などに上乗せした形で、給料などの標準報酬に比例して徴収される。一方、第1号被保険者の1人当たり平均保険料は、介護サービスの総費用を高齢者数で割ることで求まる。式では以下の通りである。

$$1 \text{号被保険者} 1 \text{人当たり平均保険料} = \frac{\text{介護サービスの総費用}}{\text{高齢者数(65歳以上)}}$$

第2節 保険料の地域格差

第1号保険料は、地域ごとに総費用を保険者数で割った上で、市町村民税の課税状況等に応じて保険料額を定めているものの、第2号保険料と異なり、給料などの標準報酬に比例する形で保険料は徴収していない。そこで、本稿で注目したいのは、第1号保険料を定義づける介護サービスの総費用と高齢者数が、保険者である市町村ごとに異なる点である。

例えば、分子の「介護サービスの総費用」は要支援・要介護認定率における地域格差と関連があると推測出来る。要支援・要介護認定率が共に全国一律であれば、各地域が任意でサービス水準を決めることができないため、分子に与える影響はそれほど大きくないはずである。しかし前節でも述べたように、現状では要支援認定率および要介護認定率には地域格差が存在し、第1号被保険料水準に影響を与えていると言える。

さらに問題を複雑化するのは分母の「高齢者数」である。高齢者が多いことは介護サービスの需要増加、すなわち分子の「介護サービスの総費用」増加を意味するため、高齢者の増加が第1号被保険者1人当たり平均保険料の低下を促すとは限らない。

保険料基準高額保険者		保険料基準低額保険者	
保険者名（都道府県名）		保険者名（都道府県名）	
十和田市（青森県）	5,770円	檜枝岐村（福島県）	2,265円
江迎町（長崎県）	5,750円	七宗町（岐阜県）	2,265円
与那国町（沖縄県）	5,720円	山添村（奈良県）	2,300円
利島村（東京都）	5,700円	中島村（福島県）	2,432円
時津町（長崎県）	5,696円	広野町（福島県）	2,453円

図表2 第4期（平成21～23年）における保険料基準額高額保険者と定額保険者の比較

厚生労働省（2009年）を参考に作成

保険料基準高額保険者		保険料基準低額保険者	
保険者名（都道府県名）		保険者名（都道府県名）	
関川村（新潟県）	6,680円	奥尻町（北海道）	2,800円
隠岐広域連合（島根県）	6,550円	津別超（北海道）	2,800円
上越市（新潟県）	6,525円	三島村（鹿児島県）	2,800円
野上村（群馬県）	6,500円	檜枝岐村（福島県）	2,880円
嘉麻市（福岡県）	6,500円	中札内村（北海道）	2,900円

図表3 第5期（平成24～26年）における保険料基準額高額保険者と定額保険者の比較

厚生労働省（2012年）を参考に作成

保険料基準高額保険者		保険料基準低額保険者	
保険者名（都道府県名）		保険者名（都道府県名）	
天川村（奈良県）	8,686円	三島村（鹿児島県）	2,800円
飯舘村（福島県）	8,003円	音威子府村（北海道）	3,000円
黒滝村（奈良県）	7,800円	中札内村（北海道）	3,100円
美咲町（岡山県）	7,800円	檜枝岐村（福島県）	3,340円
双葉町（福島県）	7,528円	興部町（北海道）	3,500円

図表4 第6期（平成27～29）における保険料基準額高額保険者と定額保険者の比較

厚生労働省（2015年）を参考に作成

図表2から図表4にある通り、厚生労働省⁵によると、第4期における保険料基準額高額保険者と定額保険者間の保険料の格差は約2.5倍、第5期における格差は約2.3倍、第6期における格差は約3.1倍である。加えて、第5期において保険料の格差の縮小傾向が観察されたが、第6期に再び拡大したため、現行制度のままでは今後も保険料の地域格差を是正する事は難しい。保険料の地域格差を解消できるような方法を模索する必要がある。

実際、地域格差は介護保険に限らずどのような社会や制度にも存在する。人口や年齢構成比など、各地域それぞれの特性を無視したまま無理やり格差の是正を行うと、逆差別の問題を始めとする様々な副作用が生じる恐れもある。介護保険料の地域格差に関しても同様のことが言える。しかし、格差是正により生じる可能性のある負の影響以上に、現行の制度の

⁵ 厚生労働省「社会保障の正確な理解についての1つのケーススタディ」

下において生じている格差の方が深刻である。

従って本稿では、介護保険の運営主体を広域化することを提言する。広域化によって地域格差を縮められることは以下のように証明可能である。

証明

複数の地域の保険制度を統合するモデルを考える。制度運営の主体を広域化することで保険料の地域格差が縮まることを証明するには、広域化後の保険料が、広域化前の保険料の最小値よりも大きく、最大値より小さいことを示せば良い。証明は帰納法を用いる⁶。

保険料を F とする。

総費用を C 、人口を P とすると、 $F = \frac{C}{P}$ と表せる。

F 、 C 、 P はそれぞれ *Fee*、*Cost*、*Population* の頭文字である。

i) 地域数が 2 の場合 ($n \in (1,2)$ の場合)

$$F_1 = \frac{C_1}{P_1}, \quad F_2 = \frac{C_2}{P_2}, \quad F_{1+2} = \frac{C_1+C_2}{P_1+P_2} \text{ である。}$$

$$F_1 = \frac{C_1}{P_1} \leq \frac{C_2}{P_2} = F_2 \text{ とする。} \dots \dots \dots \text{ ①}$$

$$F_{1+2} - F_1 = \frac{C_1+C_2}{P_1+P_2} - \frac{C_1}{P_1} = \frac{C_1P_1+C_2P_1-C_1P_1-C_1P_2}{P_1^2+P_1P_2} = \frac{C_2P_1-C_1P_2}{P_1^2+P_1P_2} \text{ である。}$$

ここで、①より、 $C_1P_2 \leq C_2P_1$ であるため、 $\frac{C_2P_1-C_1P_2}{P_1^2+P_1P_2} \geq 0$ である。

$$\therefore F_1 = \frac{C_1}{P_1} \leq \frac{C_1+C_2}{P_1+P_2} = F_{1+2} \text{ である。} \dots \dots \dots \text{ ②}$$

$$F_{1+2} - F_2 = \frac{C_1+C_2}{P_1+P_2} - \frac{C_2}{P_2} = \frac{C_1P_2+C_2P_1-C_2P_1-C_2P_2}{P_1P_2+P_2^2} = \frac{C_1P_2-C_2P_1}{P_1P_2+P_2^2} \text{ である。}$$

ここで、①より、 $C_1P_2 \leq C_2P_1$ であるため、 $\frac{C_1P_2-C_2P_1}{P_1P_2+P_2^2} \leq 0$ である。

$$\therefore F_{1+2} = \frac{C_1+C_2}{P_1+P_2} \leq \frac{C_2}{P_2} = F_2 \text{ である。} \dots \dots \dots \text{ ③}$$

⁶ 地域数が 2 の場合、広域化後の保険料が広域化前の低い保険料と高い保険料の間の値になるのは直感的にすぐわかるが、地域数が大きくなってきたとき、広域化後の保険料が広域化前の一番低い保険料と一番高い保険料の間の値になるかどうかは証明をしない限り明白にわからないため、帰納法による証明を行った

②と③より、 $F_1 \leq F_{1+2} \leq F_2$ である。

ii) 地域数が k の場合 ($n \in (1, 2, \dots, k)$ の場合)

$$F_1 = \frac{C_1}{P_1}, F_2 = \frac{C_2}{P_2}, \dots, F_k = \frac{C_k}{P_k}, F_{\sum_{n=1}^k n} = \frac{\sum_{n=1}^k C_n}{\sum_{n=1}^k P_n} \text{である。}$$

$$F_i \leq F_j \quad \forall i, j \in (1, 2, \dots, k) \text{ s.t. } i \leq j \text{ とする。}$$

$$F_1 \leq F_{\sum_{n=1}^k n} \leq F_k \text{ と仮定する。}$$

$$F_{\sum_{n=1}^k n} \geq F_1 \text{ より、} F_{\sum_{n=1}^k n} - F_1 = \frac{\sum_{n=1}^k (C_n P_1 - C_1 P_n)}{P_1(P_1 + \dots + P_k)} \geq 0 \text{ である。} \dots \textcircled{4}$$

$$F_{\sum_{n=1}^k n} \leq F_k \text{ より、} F_{\sum_{n=1}^k n} - F_k = \frac{\sum_{n=1}^k (C_n P_k - C_k P_n)}{P_1(P_1 + \dots + P_k)} \leq 0 \text{ である。} \dots \textcircled{5}$$

iii) 地域数が $k+1$ の場合 ($n \in (1, 2, \dots, k+1)$ の場合)

$$F_1 = \frac{C_1}{P_1}, F_2 = \frac{C_2}{P_2}, \dots, F_{k+1} = \frac{C_{k+1}}{P_{k+1}}, F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} = \frac{\sum_{n=1}^{k+1} C_n}{\sum_{n=1}^{k+1} P_n} \text{である。}$$

$$F_l \leq F_m \quad \forall l, m \in (1, 2, \dots, k+1) \text{ s.t. } l \leq m \text{ とする。} \dots \textcircled{6}$$

$$\begin{aligned} F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} - F_1 &= \frac{\sum_{n=1}^{k+1} C_n}{\sum_{n=1}^{k+1} P_n} - \frac{C_1}{P_1} = \frac{P_1(C_1 + \dots + C_{k+1}) - C_1(P_1 + \dots + P_{k+1})}{P_1(P_1 + \dots + P_{k+1})} \\ &= \frac{C_1 P_1 + C_2 P_1 + \dots + C_{k+1} P_1 - C_1 P_1 - C_1 P_2 - \dots - C_1 P_{k+1}}{P_1(P_1 + \dots + P_{k+1})} \\ &= \frac{\sum_{n=2}^{k+1} (C_n P_1 - C_1 P_n)}{P_1(P_1 + \dots + P_{k+1})} \\ &= \frac{\sum_{n=2}^k (C_n P_1 - C_1 P_n) + (C_{k+1} P_1 - C_1 P_{k+1})}{P_1(P_1 + \dots + P_{k+1})} \end{aligned}$$

である。ここで、④より、

$$\sum_{n=1}^k (C_n P_1 - C_1 P_n) \geq 0 \text{ である。}$$

また、i) での証明と⑥より、 $(C_{k+1} P_1 - C_1 P_{k+1}) \geq 0$ である。

$$\therefore F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} - F_1 \geq 0 \text{ である。}$$

$$\therefore F_{\sum_{n=1}^k n} \geq F_1 \text{ である。} \dots \textcircled{7}$$

$$\begin{aligned}
 F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} - F_{k+1} &= \frac{\sum_{n=1}^{k+1} C_n}{\sum_{n=1}^{k+1} P_n} - \frac{C_{k+1}}{P_{k+1}} \\
 &= \frac{P_{k+1}(C_1 + \dots + C_{k+1}) - C_{k+1}(P_1 + \dots + P_{k+1})}{P_{k+1}(P_1 + \dots + P_{k+1})} \\
 &= \frac{C_1 P_{k+1} + C_2 P_{k+1} + \dots + C_{k+1} P_{k+1} - C_{k+1} P_1 - C_{k+1} P_2 - \dots - C_{k+1} P_{k+1}}{P_{k+1}(P_1 + \dots + P_{k+1})} \\
 &= \frac{\sum_{n=1}^k (C_n P_{k+1} - C_{k+1} P_n) + (C_{k+1} P_{k+1} - C_{k+1} P_{k+1})}{P_1(P_1 + \dots + P_k)}
 \end{aligned}$$

である。ここで、⑤より、

$$\sum_{n=1}^k (C_n P_{k+1} - C_{k+1} P_n) \leq 0 \text{ である。}$$

また、i) での証明と⑥より、 $(C_k P_{k+1} - C_{k+1} P_k) \leq 0$ である。

$$\therefore F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} - F_{k+1} \leq 0 \text{ である。}$$

$$\therefore F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} \leq F_{k+1} \text{ である。} \dots \dots \dots \text{⑧}$$

⑦と⑧より、 $F_1 \leq F_{\sum_{n=1}^{k+1} n} \leq F_{k+1}$ である。

Q. E. D.

以上のように、介護保険の運営主体を広域化することで介護保険料の地域格差が縮まる
ことが証明出来た。

次に介護保険で提供されるサービスの質における地域格差について分析を行う。サービ
スの質の地域差分析は、「質」というものが客観的な数値で図ることが難しい性質から、
保険料と比較して分析が困難である。本稿では1つの方法論的な考え方として、

$$\text{介護保険におけるサービスの質} = \frac{\text{介護保険におけるサービスの量 (給付)}}{\text{サービス提供時間}}$$

と定義することにする。客観的な数値で表せる2つの要素を用いると、介護保険料と同様
に、介護保険の運営主体を広域化することで地域格差が縮まることを論理的に証明するこ
とが可能になる。証明は、 $F = \frac{P}{C}$ を $Q = \frac{S}{T}$ (Q, S, T はそれぞれ *Quality, Service, Time* の

頭文字) に置き換え、保険料の分析と同じ方法で行う。証明過程を簡略に表すと以下のようである。

証明

複数の地域の保険制度を統合するモデルを考える。制度運営の主体を広域化することで保険の質における地域格差が縮まることを証明するには、広域化後の保険の質が広域化前の保険の質の最小値より大きく、最大値より小さいことを示せば良い。証明は帰納法を用いる。

保険の質を Q とする。

サービスの量を S 、サービス提供時間を T とすると、 $Q = \frac{S}{T}$ と表せる。

i) 地域数が 2 の場合 ($n \in (1,2)$ の場合)

$$Q_1 = \frac{S_1}{T_1}, \quad Q_2 = \frac{S_2}{T_2}, \quad Q_{1+2} = \frac{S_1+S_2}{T_1+T_2} \text{ である。}$$

$$Q_1 = \frac{S_1}{T_1} \leq \frac{S_2}{T_2} = Q_2 \text{ とする。}$$

$$Q_1 \leq Q_{1+2} \leq Q_2 \text{ である。}$$

ii) 地域数が k の場合 ($n \in (1,2, \dots, k)$ の場合)

$$Q_1 = \frac{S_1}{T_1}, \quad Q_2 = \frac{S_2}{T_2}, \quad \dots, \quad Q_k = \frac{S_k}{T_k}, \quad Q_{\sum_{n=1}^k n} = \frac{\sum_{n=1}^k S_n}{\sum_{n=1}^k T_n} \text{ である。}$$

$$Q_i \leq Q_j \quad \forall i, j \in (1, 2, \dots, k) \text{ s.t. } i \leq j \text{ とする。}$$

$$Q_1 \leq Q_{\sum_{n=1}^k n} \leq Q_k \text{ と仮定する。}$$

iii) 地域数が $k+1$ の場合 ($n \in (1,2, \dots, k+1)$ の場合)

$$Q_1 = \frac{S_1}{T_1}, \quad Q_2 = \frac{S_2}{T_2}, \quad \dots, \quad Q_{k+1} = \frac{S_{k+1}}{T_{k+1}}, \quad Q_{\sum_{n=1}^{k+1} n} = \frac{\sum_{n=1}^{k+1} S_n}{\sum_{n=1}^{k+1} T_n} \text{ である。}$$

$$Q_l \leq Q_m \quad \forall l, m \in (1, 2, \dots, k+1) \text{ s.t. } l \leq m \text{ とする。}$$

$$Q_1 \leq Q_{\sum_{n=1}^{k+1} n} \leq Q_{k+1} \text{ である。}$$

Q. E. D.

以上のように、介護保険の運営主体を広域化することによって保険料水準や保険サービスの質における地域格差が縮まることが示せたが、広域化した場合、どの運営主体が最適であるかに関しては第5章で検討する。

第3節 人口減少

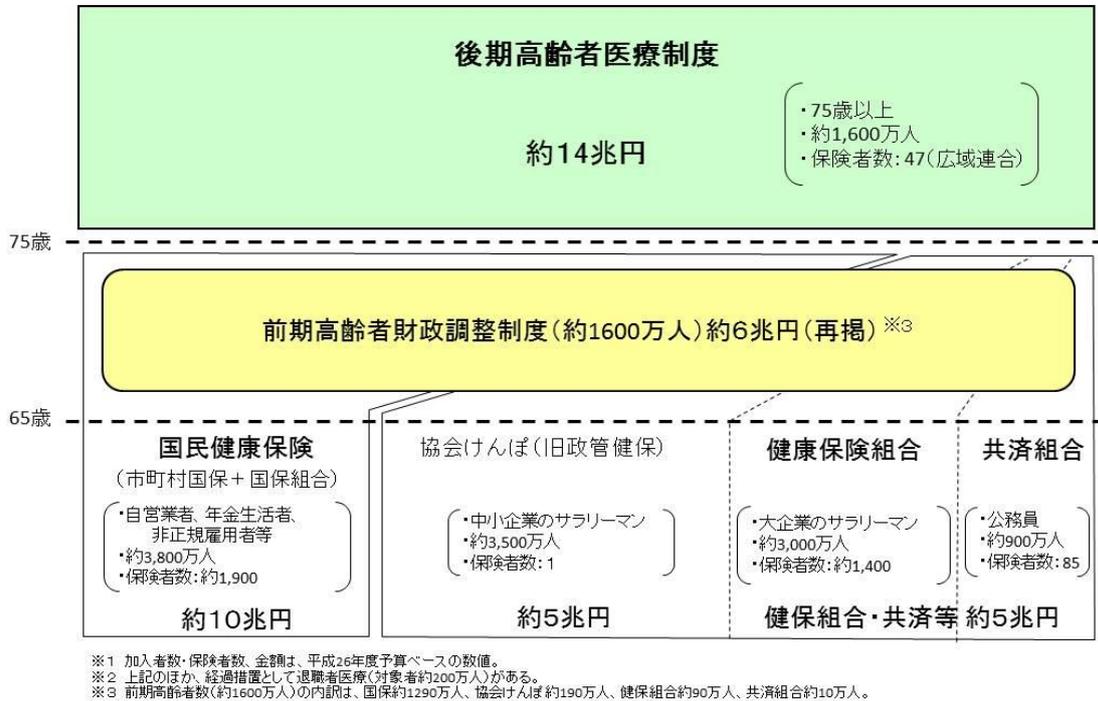
本節では第4章で論ずる広域化の必要性を考察するために、まず我が国における人口減少の現状について述べる。現在日本は少子化が進んでおり今後も加速するが、少子高齢化は介護保険財政の安定性に問題を引き起こす。人口が5千人未満の自治体が、2005年時点では12.6%であるのに対し、2035年には20.4%に増加すると予測されている。また、65歳以上人口割合が40%以上の自治体は2005年時点の2.8%に対し、2035年には、41.7%にまで著しく増加すると予測されている⁷。上記の2つの現象が同時に起こる地域では、介護費の増加と保険料を納付する労働人口の減少が生じ、保険財政が保たれなくなる。

第4節 我が国の医療制度の概要

本節では、第5章で論ずる医療と介護の連携を考察するために、まず我が国の医療制度の概要を述べる。我が国の医療制度は国民皆保険制度である。図表5のように、医療制度は年齢や職業形態によって加入する保険が異なる点が特徴的である。尚、本稿においてはそれぞれの医療制度の詳細は重要でないため触れない。本稿で注目したのは医療制度の運営主体である。

⁷ 国立社会保障、人口問題研究所（2008）

【医療保険制度の体系】

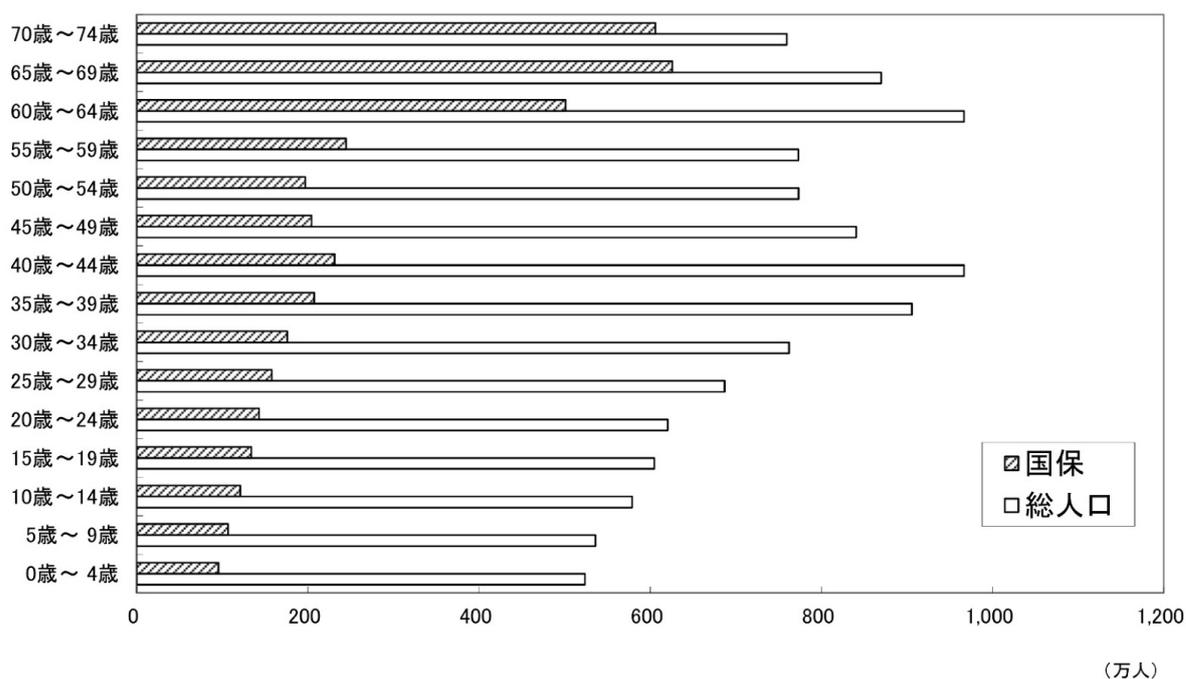


図表5 医療保険制度の体系

厚生労働省 (2015年) 「我が国の医療保険について」

図表5の通り、75歳未満の国民は、職業形態によって国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合の4つのうちいずれかに加入することが定められている。そのうち最も多くの被保険者を抱えているのが、国民健康保険である。

医療と介護の連携の観点から医療保健制度を考える時に、考察の対象者となるのは主に65歳以上の高齢者である。図表5で示される通り、年金生活者は国民健康保険に割り当てられているため、我々の考察の対象者である65歳以上の被保険者が最も多く加入している医療保険が国民健康保険であると考えた。実際に、65歳以上の高齢者のうち4分の3以上が国民健康保険に加入していることが図表6から分かる。65歳～69歳総人口の71.9%、70歳～74歳総人口の79.8%が国民健康保険に加入している。



図表6 国保被保険者の年齢分布
厚生労働省保健局（2013年）「平成25年度国民健康保険実態調査報告」

よって本稿では、医療と介護の連携という観点からの考察に関し、75歳未満の医療保険制度のうち国民健康保険のみを取り扱う。この国民健康保険の保険者は市区町村であるが、平成28年1月の厚生労働省の発表⁸によると、平成30年度から都道府県が国民健康保険運営の中心的役割を果たすことになった。国保改革の目的は、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化させることであり、厚生労働省は、国保改革を通じ、都道府県が都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進する⁹。国保改革の詳細は図表7に示す。

⁸ 厚生労働省（2016）「国民健康保険の見直しについて」

⁹ 厚生労働省（2016）「国民健康保険の見直しについて」

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
1、財政運営	財政運営の責任主体	国保事業納付金を都道府県に納付
2、資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	地域住民と身近な関係の中、資格を管理
3、保険事業	市町村に対し、必要な助言・支援	被保険者の特性に応じたきめ細かい保険事業を実施

図表 7 改革後の都道府県と市町村のそれぞれの役割
厚生労働省（2016年）「国民健康保険の見直し」を参考に筆者作成

一方、75歳以上の国民が加入しているのが後期高齢者医療制度である。これは保険者が都道府県であり、都道府県が後期高齢者医療制度の運営主体となっている。以上をまとめると、65歳～74歳総人口のうち75.6%の高齢者が加入している国民健康保険は2018年から都道府県が運営主体となり、75歳以上総人口のほぼ全てが加入している後期高齢者医療制度は現在都道府県が運営主体である。

第5節 医療と介護の連携

本節では、第5章で論ずる医療と介護の連携について、その概要と課題を述べる。医療と介護の連携は、政府が地域包括ケアシステムの構築を掲げ¹⁰、推進を促してきた医療と介護の改革の具体的な施策である。実際、3年ごとに改正される介護保険法においては、

¹⁰ 「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現」を厚生労働省は提起している。

その第1回、第3回、第4回の改正内容より医療と介護の連携が国を挙げて推進されていることが伺える。

介護保険法施行 (2000年)	
第1回介護保険法改正 (2005年) 「医療と介護の連携」	地域包括ケアの考えに基づき、医療センターと地域包括支援センターが連携し、医療から介護への切れ目ないサービスを提供する。
第3回介護保険法改正 (2011年) 「医療と介護の連携の強化」	重度や単身の要介護者等に対応できるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスを創設。また、予防給付と生活支援サービスの総合的な取り組みである「介護予防・常生活支援総合事業」を、地域支援事業の一環として、市町村の判断で実施可能とする。
第4回介護保険法改正 (2014年) 「新たな基金の創設と医療・ 介護の連携強化」	都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置。医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定。

図表8 介護保険法改正の概要

厚生労働省(2015年)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」を参考に筆者作成

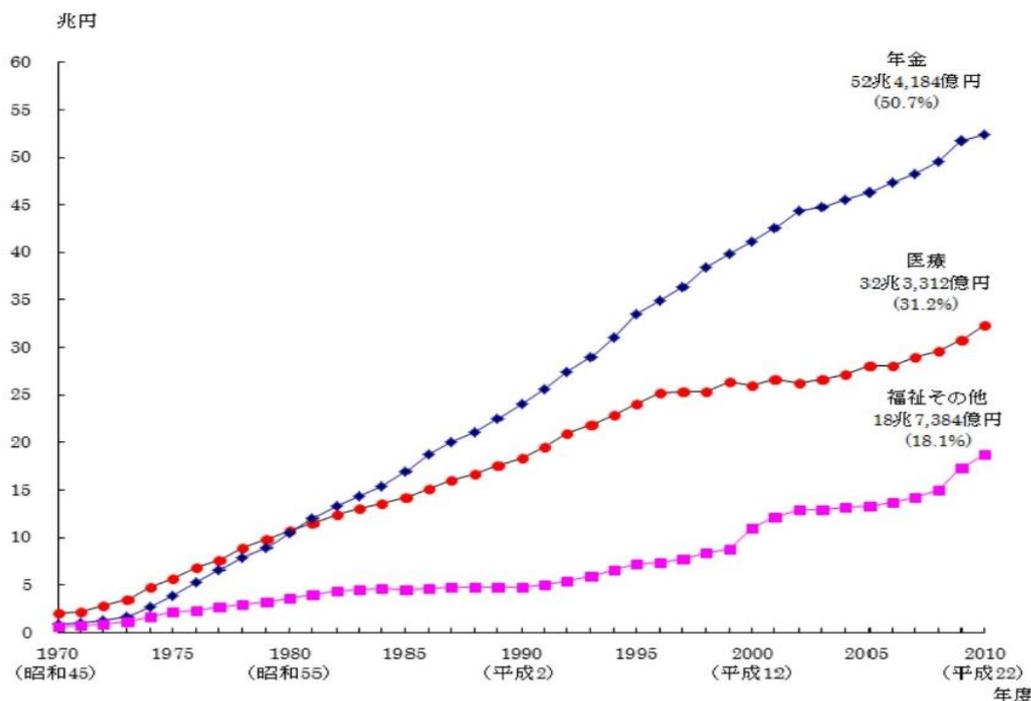
まず2005年の第一回介護保険法改正では、初めて医療と介護との連携が盛り込まれ、地域包括ケア体制の整備が始まった。また、2011年の第3回介護保険法改正では、医療と介護の連携を強化していく旨が記されており、地域包括ケアの推進が図られた。その結果、2012年には地域包括支援センターが全国で4,300か所にも及び、各自治体では地域包括ケアシステム構築へ向けた取組が行われた。新潟県長岡市では、施設でも自宅でもない新たな在宅介護として、多様な生活スタイルやニーズに対応するためのサービス提供体制を官民協働で整備するなどして小地域完結型のサポートセンターを創設し、小地域での医療・介護の一体的な提供を可能にするための取組が行われた。また千葉県柏市では、行政が中心となって、医療・看護・介護の関係団体が議論するために会議を実施し、関係作り

やルール作りを進めるなどして、高齢化が進行する将来においても住民が住み慣れた地域で暮らせることを推進するための取り組みが行われた。2014年の第4回介護保険法改正においては、医療と介護の連携を強化していくために新たな基金を創設することが示された。疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な医療・介護の提供を行うことが必要であることは自明である。厚生労働省においても、関係機関が連携し多職種協働により医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進している。

この政策の背景として、日本の財政健全化は喫緊の問題となっているということが挙げられる。財政健全化には増税か歳出削減かという2つの大きな選択肢がある。日本政府は2014年4月から消費税率を5%から8%に増税し、今後さらに10%に引き上げることを検討しているものの、少子化による人口減少¹¹によって税収入は減少すると考えられ、安定した税収入は今後見込めないと予測される。したがって増税だけでなく歳出削減も視野に入れなければ財政の健全化は見込めない。そこで日本の歳出割合に目を向けてみると、2016年では社会保障費が一般会計歳出の33.1%を占め、内訳の最も多い割合となっている¹²。

¹¹ 内閣府「高齢社会白書（全体版）」（平成26年度）」によると、2048年には人口が1億人を割ると推定されている www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html

¹² 財務省「一般会計予算の概要」（平成28年度）
https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/002.htm



図表9 社会保障費の内訳の推移

国立社会保障・人口問題研究所（2013年）「社会保障費用統計」

図表9より、社会保障費の中でも医療費の高騰が明らかである。現行制度のまま推移すると考えると、2025年には社会保障費のうち医療費が占める割合は約36%となり、全体として見ると社会保障費は1.36倍、医療費は1.54倍に増加する見込みである¹³。医療費の増加は日本の財政状況を逼迫する原因となるため、医療における費用の削減が必須であり、それを可能にするための施策が医療と介護の連携である。

医療費の高騰をもたらす要因は、単に高齢化ではなく、高齢化に付随する問題である入院の長期化である¹⁴。日本はOECD加盟国の中で入院偏重という実態がある。日本の平均在

¹³ 「社会保障に係る費用の将来推計について」（2012年3月）

www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/

¹⁴ 経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会報告書」（2015年3月）によると、65歳以上の高齢者は入院が長期化する傾向にある

www.meti.go.jp/press/2014/03/20150318001/20150318001.html

院日数は OECD 加盟国 34 カ国のうち最長で、OECD 平均が 8 日なのに対して、日本は 18 日と 2 倍以上となっている¹⁵。日本は患者が治療を終えて症状は回復しているにも関わらず、退院せずに入院し続けるといういわゆる社会的入院が多い。社会的入院をしていると考えられている人は高齢者患者の一般病床の 38.1%、療養病床の 51%という推計も出ている¹⁶。この社会的入院によって本当に入院をすべき患者が入院できない事態を引き起こし、また入院が必要ない人々が医療処置を受けることで国の医療費は高騰する。

そのため、今後は入所・入院定員枠を縮小し、且つ入所・入所期間の圧縮を図る必要がある。また、そのようにして医療から介護へ患者の移行を図ることで財政が健全化することが考えられ、高齢化によって社会保障費がさらに増加していく財政難の状況を乗り越えるためには、この医療と介護の連携が必須である。

医療から介護へ患者の移行を図ることで、これまでの制度下では入所・入院をすることが可能であった高齢者が入所・入院定員枠から漏れ、在宅での生活の継続を強いられることが懸念される。このような変化の中で、これら的高齢者が在宅で暮らしていくための仕組みとして「地域包括ケア」が構想されている。地域包括ケアの考え方とは、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続するため、高齢者のニーズや状況の変化に応じて切れ目なく必要なサービスが提供される体制を整備することである。これまでの 24 時間ケアが受けられる入所施設内での内部完結型ケアから、自宅等を中心に高齢者の暮らしを地域で支えていく地域完結型ケアに移行することが大きな狙いのひとつだ。このように、高齢者が病院を退院した後、スムーズに在宅介護へ移行することが出来るよう、医療と介護が上手く連携する必要がある。

しかし、医療と介護の連携進行していないのが現状である。その医療と介護の連携の度合

¹⁵ OECD 「図表で見る医療」 (2013 年版)

¹⁶ 良質な高齢者医療&ケアの実現に関する研究

www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa19_03.pdf

いを示す指標として一般的に用いられるのは、自宅での死亡率である。医療と介護の連携が進んでいるとされるオランダは病院死の割合が 35.5%であり、多くの高齢者は自宅死または施設・集合住宅死である¹⁷。一方、日本では病院死の割合は約 8 割と極端に多く、医療と介護の連携が不十分であると言える。

¹⁷ オランダではプライマリケアによる訪問診察やビュートゾルフと呼ばれる組織による訪問介護の充実によって医療と介護の連携を達成しているため、自宅で最期を迎える人が多いと考えられる

第2章 問題意識

現状分析を踏まえ、本稿は以下の3点に関して問題意識を抱いた。

第一に、現行の介護保険制度の下では、第1号被保険者の介護保険料において地域格差が生じている。2015年から2017年における保険料基準額が最高の保険者と保険料基準額が最低の保険者の間の保険料の格差は約3.1倍にも及ぶ¹⁸。個々の被保険者に、自らが住む地域の保険料水準の決定権は存在せず、居住地域によって被保険者間で不平等が生じる可能性があるという点で、保険料の地域格差は極力是正すべきであると考えられる。

第二に、将来的に地方の人口減少が続く中、市町村単位の運営では介護保険の財政を支えることが困難になるという点がある。第1章第3節より、今後総人口が減少し、高齢者の比率が高まっていくことが予想される。人口の減少は保険加入者の減少を意味し、保険加入者の減少は多数の法則より保険財政を不安定にさせる。少子高齢化社会の進行は、保険者である市町村の介護保険財政を圧迫する可能性が十分に考えられるため、今後も持続的に介護保険財政を支えることが可能となる枠組みが必要である。

第三に、医療と介護は密接な関係にあり、今後は両者のより強固な連携が求められていく点である。第1章第3節より、高齢化による財政難を逃れるためには医療と介護の連携の進展が求められ、政府も施策を打ち出している。しかし、第1章第4節の通り、医療と介護の連携は進んでいないのが現状であり、今後これを促進させるためにも、現時点で医療と介護が連携する際の障害となり得るような問題に取り組むことは必須である。

¹⁸厚生労働省（2015）「社会保障の正確な理解についての1つのケーススタディ」

第3章 先行研究

第1節 介護保険料の地域差に関する先行研究

本節では、第7章第1節第2項において行う検証仮説とデータ選択に関する先行研究を取り上げる。地域差を解消するための検証仮説とデータ選択に関する先行研究としては、「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析」（安藤、2008）が挙げられる。この研究では、高齢者一人当たりの介護サービス給付水準の決定要因を全国の保険者データを用いた回帰分析によって明らかにすることを目指している。この中で、介護サービス給付水準及び介護保険料に影響を与える変数の決定方法に関して言及している。詳しくは、この研究は説明変数として認定率、居宅サービスの利用率、居宅サービスの一人当たり給付水準、施設利用率、施設サービスの一人当たり給付水準を用いている。

第2節 本稿の貢献

以上の先行研究を踏まえ、本稿の貢献に関して述べる。

本稿では、介護保険の運営主体を都道府県単位に広域化することで介護保険の持続可能性を保つことを提言する。安藤（2008）等で介護保険制度の持続不可能性が指摘されているものの、具体的な対策を分析した先行研究はなく、この点において本稿の新規性がある。

第4章 広域化の必要性

第1節 市町村人口の将来推計

第1章の現状分析でも述べた通り、従来の制度のままでは高齢化により介護保険財政難を引き起こす。本章では本稿の導入として、介護給付費の観点から全市町村の中でも特に財政難に陥ると予測した「75歳以上割合が2割以上」の市町村に着目する。これらの市町村において2025年時点の保険料を推計することで、介護保険体制の変革の必要性について証明する。

第2節 分析対象の選定根拠

本節ではなぜ分析の対象を「後期高齢者割合が2割以上の市町村」としたのかについて整理する。

介護保険制度財政に直接的に影響を及ぼすのは第一号保険者数と第二号保険者の人数バランスや、保険加入者内高齢者割合ではない。これは介護保険制度が年金制度のように、ある一定の年齢に達すれば自動的に給付を受けられる制度ではないことに起因する。第一号保険者数の増加に伴い、増加分を支える第二号保険者を追加的に要するのでも、前期高齢者割合の上昇が必ずしも介護保険財政に悪影響を及ぼすのでもない。

介護保険制度の重要な特異性として、要介護認定を受けた第一号保険者がサービスを受給することで初めて保険金の需給が発生することが挙げられる。従って、介護保険財政を左右するのは保険金を受領する人、換言すると、要介護認定を受けサービスを利用している加入者がどれほど存在するのかである。そして、サービス利用者数に大きく影響を及ぼすのは「保険加入者の75歳以上割合」である。

現在の要介護認定率は、前期高齢者¹⁹の 3.0%に対し、後期高齢者²⁰は 7.6 倍の 23.0%である。加えて、要介護認定者数も前期高齢者の 47 万 3 千人に対し、後期高齢者は 7.4 倍の 348 万 9 千人である。これより、後期高齢者は要介護認定率が高いだけでなく認定者数も前期高齢者と比較して多い事が示された。その為、75 歳以上人口割合の増加は保険給付額増加に直結し、制度運営難を引き起こすのである。

最後に、何故後期高齢者割合の分析対象の基準を 2 割と定めたのかについて整理する。世界保健機構や国連は、高齢化比率が 7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、21%（約 2 割）を超えた社会を「超高齢社会」と定義している。この「超高齢社会」の概念を援用し、65～74 歳以上に介護給付費を要する 75 歳以上人口だけで 2 割を超す超・「超高齢社会」である市町村を本章の分析対象と定めた。

以上の論拠から、次節より将来人口推計を元に 2025 年において「後期高齢者割合が 2 割以上」の市町村について介護保険料の推計を行う。

第 3 節 2025年における市町村年齢割合に基づく分析

初めに、論を進めるにあたりこの節では「後期高齢者割合が 2 割を超す市町村」を「超・超高齢市町村」と定義付ける。なお本節の分析は全て国立社会保障人口問題研究所が平成 25 年に行った人口推計²¹のデータに基づくとする。

2025 年時点で「超・超高齢市町村」は 1,020 個、従って全市町村 1,683 個の 61%を占める。これら 1,020 の「超・超高齢市町村」の 2025 年における介護保険給付額について本節では分析を行う。手順を整理する。

- ① 2025 年時点で「後期高齢者割合が 2 割以上の市町村」を選択。

¹⁹ 65～74 歳の高齢者を指す

²⁰ 75 歳以上の高齢者を指す

²¹ 国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計（平成 25 年 3 月推計）』より

- ② ①で選択したそれぞれの市町村について 40～64 歳人口（第二号保険者数）、65～74 歳人口（前期高齢者数）、75 歳以上人口（後期高齢者数）の 3 年齢階層別に人口をデータより抽出。結果は

第二号保険者数=9,288,479 人

前期高齢者数=4,346,176 人

後期高齢者数=6,765,852 人

を得た。

- ③ 平成 25 年のデータ²²より、各年齢階層別に $\frac{\text{各年齢階層内サービス受給者人数}}{\text{各年齢階層人口}}$ を算出、結果は

- ・ 第二号保険者のサービス受給者割合

： 要介護度 1=0.00025、要介護度 2=0.000365、要介護度 3=0.000237、

要介護度 4=0.000188、要介護度 5=0.000196

- ・ 前期高齢者のサービス受給者割合

： 要介護度 1=0.0057、要介護度 2=0.0067、要介護度 3=0.0046、

要介護度 4=0.0038、要介護度 5=0.0034

- ・ 後期高齢者のサービス受給者割合

： 要介護度 1 =0.0479、要介護度 2=0.04879、要介護度 3=0.0388、

要介護度 4=0.0360、要介護度 5=0.02955

を得た。

- ④ 各年齢階層別にサービス受給者割合と各年齢階層人口を掛け合わせ、年齢階層別の要介護度別サービス受給者数を計算。結果は

- ・ 第二号保険者のサービス受給者数

： 要介護度 1 =2,322 人、要介護度 2=3,390 人、要介護度 3=2,201 人、

要介護度 4=1,746 人、要介護度 5=1,820 人

²² 政府統計の総合窓口「介護給付費実態調査 2013 年度 5 月推計 e03」より

- ・前期高齢者のサービス受給者数

：要介護度 1=935,000 人、要介護度 2=109,000 人、要介護度 3=75,200 人、
要介護度 4=61,500 人、要介護度 5=54,800 人

- ・後期高齢者のサービス受給者数

：要介護度 1=748,100 人、要介護度 2=761,200 人、要介護度 3=605,500 人、
要介護度 4=561,400 人、要介護度 5=461,000 人

を得た。

⑤ ④で得た年齢階層別データを、要介護度別に合計する。結果は

- ・要介護度 1 のサービス受給者総数：1,685,422 人
- ・要介護度 2 のサービス受給者総数：873,590 人
- ・要介護度 3 のサービス受給者総数：682,901 人
- ・要介護度 4 のサービス受給者総数：624,646 人
- ・要介護度 5 のサービス受給者総数：517,620 人

を得た。

⑥ 平成 25 年のデータ²³より $\frac{\text{要介護度別介護給付費総額}}{\text{要介護度別総人口}}$ を計算し、各要介護度別一人当たり介護

給付費を算出する。結果は

- ・要介護度 1 一人当たり介護給付費：111,389 円
- ・要介護度 2 一人当たり介護給付費：148,495 円
- ・要介護度 3 一人当たり介護給付費：214,284 円
- ・要介護度 4 一人当たり介護給付費：255,978 円
- ・要介護度 5 一人当たり介護給付費：292,324 円

を得た。

²³政府統計の総合窓口「介護給付費実態調査 2013 年度 5 月推計 4」より

⑦ 各要介護度別に⑤で得た要介護度別サービス受給者数と⑥で得た要介護度別一人当たり給付費を掛け合わせ、各要介護度別介護給付費を算出。結果は

- ・ 要介護度 1 介護給付費総額：187,737,471,158 円
- ・ 要介護度 2 介護給付費総額：129,723,747,050 円
- ・ 要介護度 3 介護給付費総額：146,334,757,884 円
- ・ 要介護度 4 介護給付費総額：159,895,633,788 円
- ・ 要介護度 5 介護給付費総額：151,312,748,880 円

を得た。

⑧ ⑦で得た各要介護度別給付費を合計し、介護給付費の総額を算出。結果は 775,004,358,760 円を得た。

⑨ 介護給付費の総額 775,004,358,760 円 ÷ 第一号保険者数 4,372,700 人より一人当たり給付額を算出。結果は 177,237 円となる。

2015 年の一人当たり介護給付費²⁴は 157,800 円であるため、本節の推計より 2025 年において年額 19,437 円の増額が示唆された。現状の市町村制の結果 2025 年に介護給付費の増加により介護保険財政が圧迫されるため、市町村運営はふさわしくない。

第 4 節 大数の法則

前節では、現行制度のままでは高齢化により介護保険給付額の増加が起きることを示した。この節では高齢化に加えて今後の介護保険運営に脅威となり得るリスクについて論ずる：それは人口減少である。厚生労働省の推計によると、2025 年までに人口が一万人以下となる市町村は全体の 3 割に上り、深刻な人口減少が生じる。ここでは保険の仕組みの基本とも言える「大数の法則」の観点から、将来予想される人口減少がなぜ保険運営にとってリスクとなるのかについて示す。

²⁴ 厚生労働省「平成 26 年度介護給付費実態調査の概況 2 章」より

「大数の法則」とは、個人にとっては偶発的に発生するリスクであっても、事象を大量に観察する事でリスク発生の確率を予測出来ると言う法則である。このリスクは損害保険であれば何らかの損害が発生する事、生命保険であれば死亡・事故・怪我、そして介護保険では要介護認定されサービスを受給する事を指す。

大数の法則は保険時業者の基礎であり、即ち保険が成り立つには大量の加入者が必要であることを意味する。大数の法則が働くに十分な保険加入者が得られた場合、誰が要介護認定されサービスを受けるのかを予測出来なくとも、全体における件数や金額を推計する事が可能となる。従って保険支払額が予測でき、保険料を割り出す事が可能となる。

保険加入者数が多いほど大数の法則が機能するため、人口が少ない市町村での介護保険ではリスクをより正確に予測する事が困難となる。保険が成り立つためのベースとなっているこの法則の成立が脅かされる様な小規模市町村が存在しながら、制度の広域化を進めない事は制度の運営難の可能性を知らず野放しにする事と同意である。

従って第二節と第三節より、今後市町村運営を続けることは将来の介護保険財政面において最適な判断ではない。日本が抱える高齢化や人口減少といった問題と連動し、介護保険運営も変化する必要がある。

第5章 運営主体の決定

第1節 医療と介護の連携

結論から述べると、本稿では介護保険制度の最適な運営主体は都道府県であると考えた。その理由として我々が着目したのが「医療と介護の連携」の観点である。第1章第4項で述べた通り、日本では医療と介護の連携の必要性が叫ばれているにも関わらず、それが進んでいないのが現状である。そして第1章で示した通り、医療保険制度は都道府県が運営主体、介護保険制度は市区町村が運営主体となっている。

今日、この両者の運営主体の差異が医療と介護の連携を阻んでいると考えられている。平成28年3月25日 第56回 社会保障審議会介護保険部会の資料によると、「これまで医療行政に関する取り組みは、主に都道府県(保健所)が担ってきたことから、事業のノウハウや地域の医師会との連携が乏しい市町村が多いため、在宅医療・介護連携推進事業が進んでいない」ことや、入退院時の医療と介護の連携について「広域的な医療を担っている病院等での入退院の場合、複数の市町村にまたがる連携を考慮する必要がある、単独の市町村による取組では困難となっている」などの問題が挙げられている。よって、医療保険と介護保険の運営主体を一致させることで、医療と介護の連携が図りやすくなる。また、運営主体を都道府県に統一することで、医療と介護の連携が進んでいない問題に対する責任主体が明確化されるというメリットもある。したがって我々は都道府県が運営主体として最適であると考えます。

第2節 他の運営主体の検討

第1項 国が運営主体となった場合

はじめに、国が介護保険の運営主体となった場合を考える。保険制度においては大数の法則とモラルハザードの兼ね合いが重要である。国が主体となって介護保険を運営し、保険料

を全国で統一した場合、モラルハザードが生じて無駄な給付が行われる可能性が高い。つまり、一個人への給付が保険料に与える影響が限りなく小さいため、手当が必要ではない軽度の場合においても介護処置を受ける高齢者が多くなるのだ。よって、必要ではない手厚いサービス給付が行われ、必要以上に給付額が高騰した結果、介護保険料が高くなり且つ介護財政の悪化をもたらす。我が国の医療保険制度の一つであった政府管掌健康保険（現在、協会けんぽ）は、かつて国が運営主体となり全国一律の保険料率で全国一律の運営を行っていたが、前述した理由などにより平成21年9月から都道府県ごとの保険料率となったという事例もある。よって、国運営での広域化は適切ではない。

第2項 複数の都道府県又は市町村が運営主体となった場合

次に、複数の都道府県を1つの単位とした広域連合や、複数の市区町村を1つの単位とした2次医療圏が介護保険の運営主体になった場合を考える。この場合、2つの問題点が挙げられる。①責任の所在が不明確になりやすい点、②迅速な意思決定を行うことが難しい点である。これらは介護保険制度に関わらず、あらゆる地方政治の問題において、複数の自治体が共同で運営するデメリットとして指摘されている²⁵。

①は介護保険制度において何か問題が起きた時、その責任主体が不在であるということだ。これは複数の都道府県の中から1人の主任者を決めれば解決出来るように感じられるが、現在の地方制度では広域行政の長は住民から直接選ばれておらず、間接選挙の形態をとっている。よって広域行政の長が地方政治に関してガバナンスを取れる保証がなく、主任者を決めたとしても、その質を担保することが出来ない。②はある構成市町村が求めることを広域行政として政策決定するには、他の全構成市町村の賛成が必要であることによる。広域行政において意思決定を行うことは極めてハードルが高く、時間を要する。広域

²⁵ 愛媛県庁/広域行政の現状と課題には、「構成市町村間での連絡調整に時間や労力を要するため、迅速・的確な意思決定を行うことが難しいなどの課題がある」との記述がある。また、青森県庁/広域行政の現状と課題には、運営面での課題として「責任の所在が不明確になりやすい。迅速・的確な意思決定を行うことが難しい」との記述がある

行政には、以上のように民主的統制的観点から見た時に弱点がある事が分かる。よって、広域連合は適切ではない。

第6章 広域化のシミュレーション分析

第1節 分析の目的

第5章では、介護保険制度の運営主体を医療と介護の連携の観点から都道府県に決定した。一方で、運営主体を都道府県にすることで介護保険制度に与える実際の効果について明らかにすることが次の課題となる。そこで本章では、介護保険制度の運営主体を市町村から都道府県に広域化することで介護保険制度にどのような影響が及ぶかを明確にするため、市町村が現行制度のまま運営を続けた場合と、都道府県が運営主体となった場合を比較して分析する。運営主体の変更が介護保険制度にどのような影響を及ぼすかを分析するにあたり、数値として明瞭かつケースに応じて比較が容易に可能となるよう、運営主体の変更により、第一号被保険者の介護保険料にどのような影響が及ぶかを検討する。

第2節 分析の概要

はじめに、現行制度を維持すると第一号被保険者の保険料が2040年時点でいくらに変化するかを検討する。本稿ではこれを「自然体ケース」と呼ぶ。次に、現行制度から都道府県に広域化した際に第一号被保険者の保険料が2040年時点でいくらに変化するかを分析する。本稿ではこれを「広域化ケース」と呼ぶ。最後に、以上2つのケースを比較し、運営主体が変化すると介護保険料はどのように変化するかを考察することで、介護保険財政を効率化するという面において都道府県は真に最適な運営主体かを検討する。

第3節 分析の方法

第1項 自然体ケース

まず自然体ケースとして、現行の介護保険制度のまま特別な改善や改革を行わず介護給

付を行うと、2014年時点と比較した際に2040年度の第一号被保険者の一人当たり保険料²⁶がどのように変化するかを計算する。

2014年度と2040年度の第一号被保険者の一人当たり保険料を導出するにあたり、はじめに2014年度と2040年度の第一号被保険者の総給付月額を算出する。第一号被保険者の総給付月額は、男女別・年齢階級（65歳以上75歳未満と、75歳以上）別・サービス別総給付月額の合計として示した。ただし、男女別・年齢階級別・サービス別総給付月額は次のように算出した。

男女別・年齢階級別・サービス別総給付月額²⁷

= (男女別かつ年齢階級別の人口²⁸) × (男女別かつ年齢階級別要介護認定率²⁹) × (要介護者のうちのサービス別利用者の割合³⁰) × (サービス別利用者1人当たりの給付額³¹)

また、各指標を保険者別に収集するにあたり、複数の市町村が合併した広域連合が保険者の役割を果たしている場合が見受けられた。これら広域連合はデータが存在しないことに加え、市町村運営を都道府県運営に移行させた際に変化を考察するという本稿の目的にそぐわないため、本稿の分析においては広域連合を除いた第一号被保険者の総給付月額を求めることとする。

こうして導出される2014年度と2040年度の第一号被保険者の総給付月額を用いて、保

²⁶ データの制約上、本稿では2014年と2040年の第一号被保険者の一人当たり保険料について分析を行う。

²⁷ 本稿では、2014年から2040年にかけて年齢構成や人口構造が変化することを踏まえてその値を予測できるよう、男女別年齢階級別に、(人口) × (要介護認定率) × (要介護者のうちのサービス利用者割合) × (サービス利用者1人当たりの給付額)の積の形で介護給付費が計算できるように分解し、定義した。また、男女別・年齢階級別に分けてデータを収集したのは人口と要介護認定率までであり、それ以外の値は男女・年齢階級で共通の値を用いている。

²⁸ 男女別かつ年齢階級別人口は、国立社会保障・人口問題研究所(2013)「日本の地域別将来推計人口」のデータを用いた。ただし、男女別かつ年齢階級別人口は2010年より5年ごとのデータのみ公表されていたため、本稿では2015年度の数値を用いた。また、福島県に関してのみ、2015年度と2040年度の男女別かつ年齢階級別人口が公表されていないため、福島県を除いたデータを使用する。

²⁹ 要介護認定率は、厚生労働省(2014)「平成26年度介護保険事業状況報告」にある2014年度の男女別かつ年齢階級別の要介護・要支援認定者数を用い、要介護認定率=要介護・要支援認定者数÷第一号被保険者数として定義し、算出した。

³⁰ 要介護者のうちサービス利用者の割合は、厚生労働省(2014)「地域包括ケア見える化システム」から、居住系サービス利用者数、在宅サービス利用者数、介護老人福祉施設入所者数、介護老人保健施設入所者数、介護療養型医療施設入所者数を取得し、これらを分子に、要介護・要支援認定者数を分母に用いて算出した。介護サービスの内訳を以上5つとしたのは、介護サービスは居住系サービス、在宅サービス、施設サービスの主要3サービスに分けることが可能であり、特に施設サービスは他のサービスと比較して給付額が大きいため、さらに介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設といったサービスに分類して検討を行った。

³¹ サービス別利用者1人当たりの給付額は先に同様厚生労働省HP「地域包括ケア見える化システム」を用いた。

険者別に 2014 年の総給付月額に対する 2040 年度の総給付月額の比率を求める。

次に、2014 年度の第一号被保険者の一人当たり保険料と 2040 年度の一人当たり第一号被保険者保険料を導出する。2014 年度の第一号被保険者の一人当たり保険料を求めるにあたっては、第一号被保険者の保険料収入合計³²を 2015 年度の 65 歳以上人口³³で除した。

2040 年度の第一号被保険者の一人当たり保険料を導出するに際して、介護保険給付費と介護保険料の関係を確認したい。第 1 章第 1 節で示した通り、現行制度において介護保険料収入合計は、介護給付費に基づいた財源負担割合によって定まるため、介護保険料収入合計は介護保険総給付額の大きさに応じて定まる。すなわち、介護保険総給付額の上昇に付随して介護保険料収入合計も高くなる。ここで、2014 年度の第一号被保険者の総給付月額と 2040 年度の第一号被保険者の総給付月額より、2014 年度の総給付月額に対する 2040 年度の総給付月額の比率が求まる。介護保険料の収入合計が介護給付総額の相似拡大的または相似縮小的に求まるのであれば、2040 年度の第一号被保険者の保険料収入合計は 2014 年度の第一号被保険者の保険料収入合計に、2014 年度の総給付月額に対する 2040 年度の総給付月額の比率を掛けた値となる。こうして求まる値を、2040 年度の 65 歳以上人口で割ることで 2040 年度の第一号被保険者の一人当たり保険料が求まる。

さらに、より正確な 2040 年度の第一号被保険者の一人当たり保険料を算出するため、第一号被保険者の保険料と第二号被保険者の保険料との按分比が、人口動態の結果変わるという効果を含めて検討を進めることとする。第一号保険料と第二号保険料は、40 歳以上 65 歳未満人口と、65 歳以上人口との人口比率に基づき設定されている³⁴。したがって、第一号保険料の構成比は、全国値での $(65 \text{ 歳以上人口}) \div (40 \text{ 歳以上人口})$ となる。今後高齢化が進む中で、65 歳以上人口が急速に増加し、この構成比が上昇することが予想される³⁵。そ

³²厚生労働省(2014)「平成 26 年度 介護保険事業状況報告」

³³男女別かつ年齢階級別人口は、国立社会保障・人口問題研究所(2013)「日本の地域別将来推計人口」のデータを用いた。ただし、男女別かつ年齢階級別人口は 2010 年より 5 年ごとのデータのみ公表されていたため、本稿では 2015 年度の数値を用いた。また、福島県に関してのみ、2015 年度と 2040 年度の男女別かつ年齢階級別人口が公表されていなかったため、福島県を除いたデータを使用する。

³⁴厚生労働省「介護費用と保険料の推移」

³⁵内閣府(2016)「平成 28 年版高齢社会白書」

ここで、この人口動態による按配比の変化を考慮して推計を行うために、2040年度の第一号被保険者の一人当たり保険料（これをPとおく）に対して、以下のような操作を行う。

$$P \times (2040 \text{ 年度の } 65 \text{ 歳以上人口} \div 40 \text{ 歳以上人口}^{36}) \div (2014 \text{ 年度の } 65 \text{ 歳以上人口} \div 40 \text{ 歳以上人口}^{37})$$

こうして2040年度の第一号被保険者の一人当たり調整済み保険料が求まる。

2014年度の40歳以上総人口は75,826,000人、65歳以上総人口33,000,000人³⁸より2014年の65歳以上人口÷40歳以上人口は0.435206921である。2040年度の40歳以上総人口は71,918,200人、65歳以上総人口38,678,102人³⁹より2040年度の65歳以上人口÷40歳以上人口は0.537806869である。したがって、2040年度の65歳以上人口÷40歳以上人口) ÷ (2014年度の65歳以上人口÷40歳以上人口) は1.235749809である。以上、本項で導出した第一号被保険者の給付総額と一人当たり調整済み保険料の推定結果を図表10に示す⁴⁰。

単位：円	2014年度 第1号被保険者 給付総月額	2040年度 第1号被保険者 給付総月額	2014年度 第1号被保険者1人当たり 月額保険料	2040年度 第1号被保険者1人当たり 月額保険料
北海道 札幌市	8,141,080,265	13,367,114,037	3,994	5,901
北海道 函館市	1,813,634,591	1,826,484,008	4,592	6,548
北海道 小樽市	1,138,353,317	996,055,751	4,845	6,990
北海道 旭川市	2,183,213,993	2,677,292,295	4,863	7,321
北海道 室蘭市	194,793,825	173,640,063	3,519	5,047
北海道 釧路市	1,098,277,212	1,228,166,909	3,947	5,832
北海道 帯広市	658,851,865	925,432,491	4,375	6,425
北海道 北見市	803,278,154	1,007,442,106	4,500	6,587
北海道 夕張市	137,170,680	71,715,583	4,019	5,403
北海道 岩見沢市	294,991,797	325,105,316	4,035	5,934
(略)				
沖縄県 与那国市	7,919,148	9,391,553	4,331	5,526

図表10 市町村別・年度別第一号被保険者の給付総額と一人当たり月額保険料

³⁶2040年の40歳以上総人口と65歳以上総人口は、国立社会保障・人口問題研究所(2013)「将来推計人口」より引用した。

³⁷2014年の40歳以上総人口と64歳以上総人口は、総務省統計局(2014)「人口推計」より引用した。

³⁸2014年の40歳以上総人口と64歳以上総人口は、総務省統計局(2014)「人口推計」より引用した。

³⁹2040年の40歳以上総人口と65歳以上総人口は、国立社会保障・人口問題研究所(2013)「日本の地域別将来推計人口」より引用した。

⁴⁰小数点以下は四捨五入で切り捨てて表示する。

筆者作成

第2項 広域化ケース

続いて、広域化ケースにおいて、市町村運営体制から都道府県運営体制に移行して介護給付を行うと、2014年時点と比較した際に2040年度の第一号被保険者の一人当たり保険料がどのように変化するかを算出する。

前項の自然体ケースと同様に、2014年度と2040年度の第一号被保険者の一人当たり保険料を導出するにあたり、はじめに2014年度と2040年度の第一号被保険者の総給付月額を算出する。2014年度と2040年度の第一号被保険者の総給付月額は、自然体ケースで求めた市町村別第一号被保険者の総給付月額の各都道府県別合計を、都道府県の65歳以上人口で割ることで算出した。また、都道府県ごとに2014年度の第一号被保険者の総給付月額に対する2040年度の第一号被保険者の総給付月額の比率を求めた。

次に、都道府県ごとに第一号被保険者の保険料収入合計⁴¹を導き、2015年度の都道府県別65歳以上人口⁴²で除した。また前項と同様に、2040年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計は、2014年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計に、2014年度の総給付月額に対する2040年度の総給付月額の比率を掛けて求めた。次に、2040年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計を2040年度の都道府県別65歳以上人口で割ることで2040年度の一人当たり第一号被保険者の保険料を求めた。さらに、 $(2040 \text{ 年度の } 65 \text{ 歳以上人口} \div 40 \text{ 歳以上人口}) \div (2014 \text{ 年度の } 65 \text{ 歳以上人口} \div 40 \text{ 歳以上人口}) = 1.235749809$ を2040年の第一号被保険者の一人当たり保険料に掛けることで人口動態による按配比の変化を考慮した第一号被保険者の一人当たり調整済み保険料の推計を行った。

以上、本項で導出した第一号被保険者の給付総額と一人当たり調整済み月額保険料の推

⁴¹厚生労働省(2014)「平成26年度介護保険事業状況報告」

⁴²国立社会保障・人口問題研究所(2013)「日本の地域別将来推計人口」

定結果を図表 1 1 に示す⁴³。

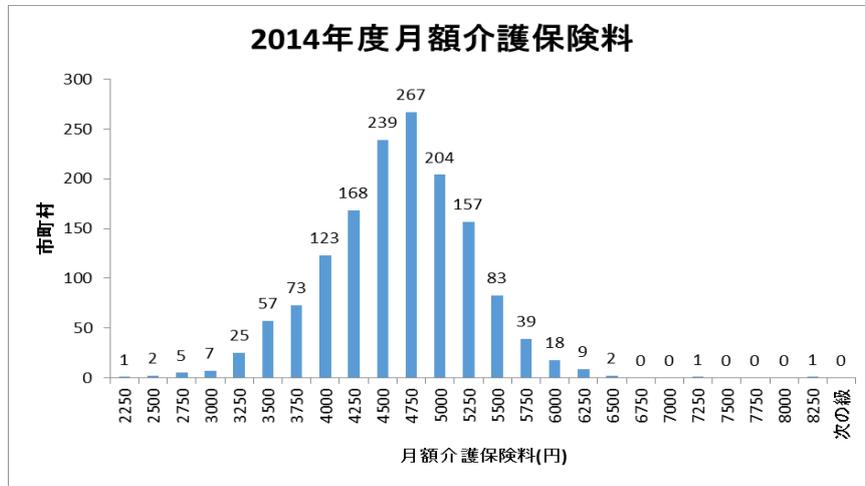
単位：円	2014 年度 第 1 号被保険者 給付総月額	2040 年度 第 1 号被保険者 給付総月額	2014 年度 第 1 号被保険者 1 人当たり 月額保険料	2040 年度 第 1 号被保険者 1 人当たり 月額保険料
北海道	22,970,804,329	29,945,635,728	4,084	5,889
青森県	10,008,378,739	11,463,072,073	4,906	7,033
岩手県	6,224,608,865	7,071,479,553	4,573	4,973
宮城県	10,629,157,953	14,006,834,650	4,355	5,881
秋田県	7,155,354,615	7,454,131,656	4,772	5,264
山形県	7,238,768,111	7,587,457,362	4,598	6,247
茨城県	8,521,909,464	11,499,757,575	4,831	6,469
栃木県	6,245,119,399	8,388,330,615	4,213	5,978
群馬県	7,665,408,040	11,579,381,402	4,678	7,957
埼玉県	14,127,244,129	20,977,519,521	4,369	6,146
(略)				
沖縄県	6,335,742,957	10,205,067,526	5,286	5,067

図表 1 1 都道府県別・年度別第一号被保険者の給付総額と一人当たり月額保険料
筆者作成

第 4 節 分析の結果

⁴³小数点以下は四捨五入で切り捨てて表示する。

第1項 自然体ケース



図表1 2 2014年度第一号被保険者の月額保険料ごとの市町村数
筆者作成

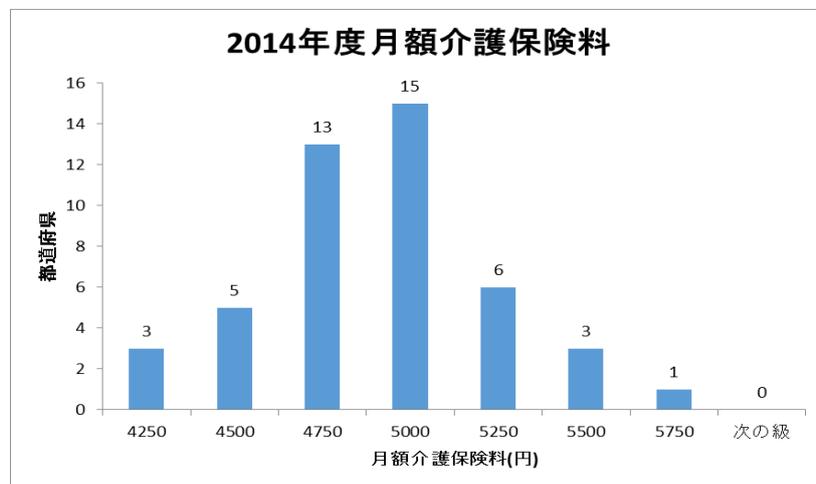
図表1 2は、ヒストグラムを用いて、2014年度の自然体ケースにはいくつの市町村がいくらの第一号被保険者の一人当たり月額保険料を徴収しているかを図示したものである。図表1 2より、月額保険料が4,500円から4,750円の間である市町村が267と最も多い。また、平均値は4508.551、中央値は4539.174、最小値は2228.733、最大値は8179.572、最大値と最小値の差は5950.839、変動係数は0.139808である。



図表 1 3 は、ヒストグラムを用いて、2040 年度の自然体ケースにはいくつの市町村がいくらの第一号被保険者の一人当たり月額保険料を徴収しているかを図示したものである。

図表 4 より、月額保険料が 6,750 円から 7,000 円の間である市町村が 174 と最も多い。また、平均値は 6445.368、中央値は 6491.295、最小値は 2704.595、最大値は 13745.57、最大値と最小値の差は 11040.98、変動係数は 0.152377 である。

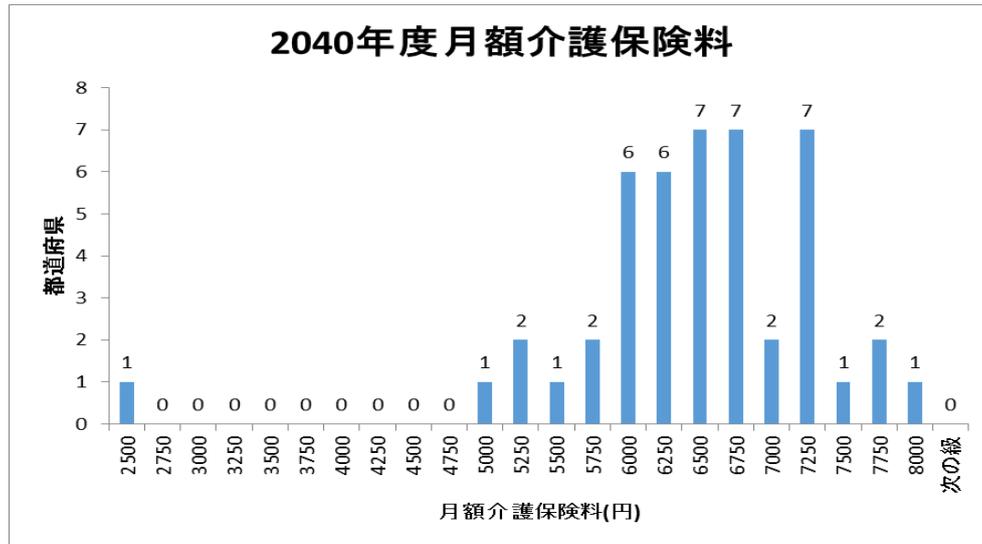
第 2 項 広域化ケース



図表 1 4 2014 年度第一号被保険者の月額保険料ごとの都道府県数
筆者作成

図表 1 4 は、ヒストグラムを用いて、2014 年度の広域化ケースにはいくつの都道府県がいくらの第一号被保険者の一人当たり月額保険料を徴収しているかを図示したものである。

図表 1 4 より、月額保険料が 4,750 円から 5,000 円の間である都道府県が 15 と最も多い。また、平均値は 4788.788、中央値は 4762.928、最小値は 4084.274、最大値は 5652.959、最大値と最小値の差は 1568.685、変動係数は 0.067962 である。



図表 1 5 2040 年度第一号被保険者の月額保険料ごとの都道府県数
筆者作成

図表 1 5 は、ヒストグラムを用いて、2040 年度広域化ケースにはいくつの都道府県がいくらの第一号被保険者の一人当たり月額保険料を徴収しているかを図示したものである。図表 6 より、月額保険料が 5,750 円から 7,250 円の間には 35 都道府県が集中して分布している。また、平均値は 6328.781、中央値は 6402.369、最小値は 2428.45、最大値は 7956.802、最大値と最小値の差は 1568.685、変動係数は 0.140469 である。

図表 1 2 から図表 1 5 の平均値、中央値、最小値、最大値、最大値と最小値の差、変動係数を明瞭化するために図表 1 6 にまとめる。

	平均値	中央値	最小値	最大値	最大値-最小値	変動係数
自然体ケース(2014)	4508.551	4539.174	2228.733	8179.572	5950.839	0.139808
自然体ケース(2040)	6445.368	6491.295	2704.595	13745.57	11040.98	0.152377
広域化ケース(2014)	4788.788	4762.928	4084.274	5652.959	1568.685	0.067962
広域化ケース(2040)	6328.781	6402.369	2428.450	7956.802	5528.353	0.140469

図表 1 6 各分析対象ケースにおける基本統計量
— 第一号被保険者 1 人当たり月額保険料 —
筆者作成

第5節 分析の考察

第1章第2節で記した通り、現状の介護保険制度では介護保険料における地域格差が深刻化している。以下では図表3から図表6の分析結果を用いて、2014年度と2040年度で場合分けを行い、自然体ケースと広域化ケースを比較すると、介護保険料の地域格差や、広域化による被保険者の保険料負担がどのように変化するかを検討する。

第1項 2014年度

図表12より、自然体ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料の最大値は8179.572円、最小値は2228.733円であり、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体と最少の自治体の保険料格差は5950.839円であった。すなわち、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体の保険料は、最少の自治体の保険料の約3.67倍に上る結果となった。

一方、図表14より、広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料の最大値は5652.959円、最小値は4084.274円であり、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体と最少の自治体の保険料格差は1568.685円であった。すなわち、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体の保険料は、最少の自治体の保険料の約1.38倍となった。

両ケースにおいて、保険料の地域間格差がどれほど広がっているかを比較すると、自然体ケースは保険料の最大値が最小値の3.67倍となったのに対し、広域化ケースでは保険料の最大値が最小値の1.38倍に留まった。

また、図表16より、両ケースの変動係数を比較すると、自然体ケースは0.139808となったのに対し、広域化ケースは0.067962となった。広域化ケースの方が自然体ケースと比べて小さい値を有していることから、広域化ケースにおける各都道府県の保険料は、自然体

ケースにおける各市町村の保険料に比べ、相対的に散らばりが小さくなっている。

以上、第一号被保険者の一人当たり月額保険料の最大値と最小値の格差と、変動係数の観点より、2014 年度においては、現行介護保険制度を持続させ制度運営主体を市町村とする自然体ケースよりも、制度運営主体を市町村から都道府県に移行させた広域化ケースの方が介護保険料の地域間格差を縮小させることができると結論付けた。

加えて、図表 1 2 より、自然体ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料が 5,750 円以上の市町村は 31 個あるのに対して、図表 5 より、広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料が 5,750 円以上の市町村は 1 個に減少した。また、図表 3 より、自然体ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料が 6,000 円以上の市町村は 13 個あるのに対して、図表 1 4 より、広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料が 6,000 円以上の市町村は存在しなかった。したがって、運営主体を都道府県に広域化することは、2014 年度において介護保険料の地域間格差を縮小させることができるだけでなく、他の自治体よりも比較的高い保険料を課される自治体の数が減少することが明らかとなった。

第 2 項 2040 年度

図表 1 3 より、自然体ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料の最大値は 13745. 円、最小値は 2704. 595 円であり、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体と最少の自治体の保険料格差は 11040. 98 円であった。すなわち、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体の保険料は、最少の自治体の保険料の約 5. 08 倍に上る結果となった。

一方、図表 1 5 より、広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料の最大値は 7956. 802 円、最小値は 2428. 45 円であり、第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体と最少の自治体の保険料格差は 5528. 353 円であった。すなわち、第一号被

保険者の一人当たり月額保険料が最大の自治体の保険料は、最少の自治体の保険料の約 3.27 倍となった。

両ケースにおいて、保険料の地域間格差がどれほどの広がっているかを比較すると、自然体ケースは保険料の最大値が最小値の 5.08 倍となったのに対し、広域化ケースでは保険料の最大値が最小値の 3.27 倍に留まった。

また、図表 1 6 より両ケースの変動係数を比較すると、自然体ケースは 0.152377 となったのに対し、広域化ケースは 0.140469 となった。広域化ケースの方が自然体ケースと比べ小さい値を有していることから、広域化ケースの各都道府県の保険料は自然体ケースの各市町村の保険料に比べ相対的に散らばりが小さくなっている。

ここで、広域化ケースにおいて第一号被保険者の一人当たり月額保険料が最小値 2428.45 円である佐賀県について考察を行いたい。図表 6 より、2040 年度の広域化ケースにおいて、佐賀県は他の都道府県に比べ保険料が著しく小さい値となっている。佐賀県の次に保険料が少ない自治体は、岩手県の 4973.323 円であり、図表 1 6 より、2040 年度の広域化ケースの中央値が 6402.369 円であることから、佐賀県が他の自治体と比べ異常に小さい値の保険料となっていることは自明である。そこで以下では、本稿の分析において佐賀県のみ著しく小さい保険料が算出された原因について考察する。

第 6 章第 3 節で示した通り、2040 年度の第一号被保険者の一人当たり月額保険料は、2014 年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計に 2014 年度の総給付月額に対する 2040 年度の総給付月額の比率を掛け、2040 年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計を求め、保険料収入合計を 2040 年度の都道府県別 65 歳以上人口で割り、さらに $(2040 \text{ 年度の } 65 \text{ 歳以上人口} \div 40 \text{ 歳以上人口}) \div (2014 \text{ 年度の } 65 \text{ 歳以上人口} \div 40 \text{ 歳以上人口}) = 1.235749809$ を掛けることで導出した。本稿では、佐賀県のみ著しく小さい保険料が算出された原因を考察するために、2040 年度の第一号被保険者の一人当たり月額保険料の定義を構成する指標の整合性に関して検討を行う。

佐賀県内の介護保険者は佐賀中部広域連合、鳥栖地区広域市町村圏組合、杵藤地区広域市町村圏組合、唐津市、伊万里市、玄海町、有田町の7つである⁴⁴。佐賀中部広域連合は佐賀市、多久市、小城市、神埼市、吉野ヶ里町の広域連合であり、鳥栖地区広域市町村圏組合は鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町の広域連合、杵藤地区広域市町村圏組合は武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町の広域連合である。佐賀県の広域連合全体には8市8町が所属しており、市町村単位の保険者が4市であることを考慮すると、県内での広域連合の規模の大きさがわかる。

	特別徴収（円）	普通徴収（円）	保険料収納額（円）
唐津市	1,792,527	201,511	1,994,039
伊万里市	917,181	90,804	1,008,076
玄海超	67,116	6,654	73,770
有田町	389,106	36,012	425,118
杵藤地区広域市町村圏組合	2,410,961	234,615	2,645,576
鳥栖地区広域市町村圏組合	1,512,435	160,260	1,672,695
佐賀中部広域連合	4,975,076	525,988	5,501,064
全市町村・広域連合	12,064,403	1,255,934	13,320,337

図表 1 7 佐賀県の 2014 年度保険料収納額内訳

厚生労働省(2014)「平成 26 年度 介護保険事業状況報告」を参考に作成

図表 1 7 は、特別徴収と普通徴収⁴⁵を合計した、佐賀県の 2014 年度第一号被保険者の保険料総収入を示している。図表 1 7 より、佐賀県の保険料収納額は、杵藤地区広域市町村圏組合が 2,645,576 円、鳥栖地区広域市町村圏組合が 1,672,695 円、佐賀中部広域連合が 5,501,064 円となっている。これら 3 つの広域連合の保険料収納額の合計は 9,819,335 円となり、佐賀県内の全市町村・広域連合の保険料収納額の約 73%を占めている。よって佐賀県内においては、保険者の役割の中で広域連合の割合は大きく、広域連合が指標に与える影響力は大きい。

⁴⁴佐賀県庁(2016)「平成 28 年度佐賀県認知症介護実践研修のお知らせ県内介護保険者一覧」

⁴⁵ 東大阪市役所(2014)「介護保険料の特別徴収と普通徴収」

介護保険料の収め方には特別徴収と普通徴収があり、特別徴収は、老齢年金、遺族年金、障害年金の年額 18 万円以上受給者、普通徴収は、年金を受給していない人、年金の受給額が年額 18 万円未満の人を対象とする。

佐賀県内の介護保険者の大半は広域連合が占めているにもかかわらず、本稿では第6章第3節で記した通り、広域連合を除いて分析を行った。そのため、2040年度の第一号被保険者の一人当たり月額保険料の定義を構成する、2014年度の総給付月額、2040年度の総給付月額、2040年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計、2040年度の都道府県別65歳以上人口の数値は、本来の広域連合を含んだ際の値よりも小さいものとして計算されていたことになる。

今、佐賀県の月額保険料のみが他の都道府県と比べて著しく小さい値をとっており、広域連合を含めた本来の佐賀県の財政ならば、保険料は全と都道府県の中央値である6402.369円に近い値をとるはずである。つまり佐賀県の保険料は2428.45円よりも高いはずである。ここで、2014年度の総給付月額と2040年度の総給付月額が本稿の計算過程の中で減少・増加しても、それらの比率はほぼ一定であるため、考慮する必要はないとする。すると、本来ならば佐賀県の2040年度の保険料は本稿で算出した数値よりも大きいはずであると考えられるので、2040年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計の増加分は、2040年度の都道府県別65歳以上人口の増加分よりも大きいと考えられる。したがって、本稿の分析で扱った2040年度の都道府県別第一号被保険者の保険料収入合計の値は本来の数値よりも小さく、整合性がないため、本稿において広域化連合を除いて算出した佐賀県の広域化ケースにおける第一号被保険者一人当たり月額保険料は正当性のない値であったと考えられる。

そこで、佐賀県を除いて、再び2040年度の広域化ケースを検討したい。すると、広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料の最大値は7956.802円、最小値は4973.323円、平均値は6415.455円、中央値は6434.725円、月額保険料が最大の自治体と最少の自治体の保険料格差は2983.479円であった。すなわち、月額保険料最大の自治体の保険料は、最少の自治体の保険料の約1.599倍となった。また、変動係数は0.105125713となった。

佐賀県を除いた場合の広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料と、

自然体ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料を比較すると、自然体ケースは保険料の最大値が最小値の 5.08 倍となったのに対し、広域化ケースでは保険料の最大値が最小値の 1.599 倍に留まった。また、図表 1 6 より両ケースの変動係数は、自然体ケースが 0.152377 となったのに対し、広域化ケースは 0.105125713 となった。広域化ケースの方が自然体ケースと比べ小さい値を有していることから、広域化ケースの各都道府県の保険料は自然体ケースの各市町村の保険料に比べ相対的に散らばりが小さくなっている。

すなわち、佐賀県の第一号被保険者一人当たり月額保険料を整合性のない数値として考え除外し、残りの都道府県で第一号被保険者一人当たり月額保険料に関して推計を行うと、佐賀県を含めて推計を行ったときよりも保険料の地域間格差に大幅な改善が見られた。

したがって、第一号被保険者一人当たり月額保険料の最大値と最小値の格差と、変動係数の観点から、2040 年度においても 2014 年度と同様に、現行介護保険制度を持続させ制度運営主体を市町村とする自然体ケースよりも、制度運営主体を市町村から都道府県に移行させた広域化ケースの方が介護保険料の地域間格差を縮小させることができると結論付ける。

また、図表 1 3 より、自然体ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料が 8,000 円以上の市町村は 76 個あるのに対して、図表 1 5 より、広域化ケースにおける第一号被保険者の一人当たり月額保険料が 8,000 円以上の市町村は存在せず、保険料が最大の都道府県は 7956.802 円であった。これより、運営主体を都道府県に広域化することは、2040 年度において介護保険料の地域間格差を縮小させることができるだけでなく、他の自治体よりも比較的高い保険料を課される自治体の数が減少することが明らかとなった。

第 4 項 結論

2014 年度の場合と 2040 年度の場合を併せると、都道府県は介護保険制度の運営主体として、前章の医療と介護の観点のみならず介護保険料の観点からも最適であると結論付けることが可能である。

第7章 介護給付費の地域格差の要因分析

第1節 介護給付費に与える影響の要因分析

第1項 分析の方針

前章までで介護保険の主体を市町村から都道府県へと広域化することによって介護保険制度そのものの持続可能性を増すだけでなく、医療と介護の連携が促進され、地域間格差も是正されるということが示された。前章では介護保険料に焦点を当てたシミュレーションを行ったが、本章では介護給付費に着目し、介護給付費における地域格差がどのような要因で生じているのかを明らかにするために、市町村別の被保険者1人あたり給付費を居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス⁴⁶の3つの給付費に分け、それぞれを被説明変数とし、それらの受給額に影響を与えると考えられる要因について重回帰分析を行う。

第2項 検証仮説とデータ選択

以上のような重回帰分析を行う上で被保険者1人あたり給付費に影響を与える要因を考える。⁴⁷今回は安藤(2008)を参考にした上でいくつかの変数を考え、それらの変数が給付費に影響を与えているという仮説を立てた。そしてこれらの変数を使った重回帰分析を行って実際に給付費に影響を与えているか否かを考える。

<被説明変数>

○被保険者1人あたり給付費

被説明変数には2014年度における被保険者1人あたり給付費を使う。

<説明変数>

⁴⁶ 地域密着型サービスとは介護が必要な人が自分の暮らしている地域で介護サービスが受けられるように市町村が指定した事業者が提供するサービスのこと。夜間の訪問介護や認知症の人向けの通所サービスなどがこれに当てはまる。

⁴⁷ 介護給付費は被保険者の介護サービス利用料金に応じて支給されるため、介護費用を増加させる要因は介護給付費を増加させると考えた。

○所得段階

この変数は介護保険料の負担額を決める所得階層を表すもので2014年度末のデータを用いた。今回は所得段階1～5段階の比較的低所得階層の指標を用いた。所得が低いほど介護に割く金額も減ることから、介護サービスに対する需要も減少するものだと考えた。しかし安藤(2008)によると、所得階層ごとに自己負担額の上限は決まっており、生活保護を受けている世帯の方が公的サービスへのアクセスが容易であるということも考えられるために、給付費に与える影響を想定することは難しいとされる。

○要支援・要介護認定率

この変数は2014年度における各市町村の第1号被保険者に対する要支援・要介護の認定者数の割合を示したもので、今回は市町村ごとに認定率を要支援と要介護1～4の計5段階に分けて変数を作成した。要支援・要介護認定を受けることによって介護保険による給付を受けることができるため、要支援・要介護認定を受けやすい。つまり要支援・要介護認定率が高いほど介護サービスへの需要は増え、それに伴う給付費も増加すると考えられるために、この2つの間には正の関係があると予想される。

○後期高齢者割合

これは2014年度の各市町村の人口に占める75歳以上の後期高齢者の割合を表した変数である。75歳以上の後期高齢者の方が介護サービスへの需要が高いと考えられるために、給付費を増大させるため回帰式中の符号は正になると予想される。

○高齢独居・夫婦世帯割合

これは2013年3月における65歳以上の高齢者がいる世帯のうち高齢者が一人で暮らしている世帯、夫婦で暮らしている世帯の割合を市町村ごとに出した変数である。高齢独居・高齢夫婦世帯の割合が多いほど家族による介護があまり行われていないことが多いために介護サービスに対する需要が高まると考えられる。よって高齢独居・夫婦世帯と給付費の間には正の関係があると予想される。

○人口密度

2013年の各市町村の人口密度も変数に加えた。人口密度が高い地域においては介護施設を建てることは困難なため人口密度は施設サービス給付費に対して負の影響を与えると考えられる。逆に居宅サービスや地域密着型サービスへの需要は高まるため回帰式の符号は正になると予想される。

○第一次産業比率、第二次産業比率

2010年度の市町村ごとの第一次産業就業者と第二次産業就業者比率を変数に加えた。第一次、第二次産業の就業者の比率が高い地域は人口密度が低い地域であると考えられるので、先ほどの人口密度と給付費の関係性の仮説よりこの2つの変数と施設サービス給付費との関係は正、その反動で居宅・地域密着型給付費との関係は負になると予想される。

○人口100人あたりの施設定員率

これは2014年の介護老人福祉施設、介護老人保健施設の定員数と介護療養型医療施設の病床数の人口100人あたりに占める割合を示す変数である。介護施設については、近隣の市町村施設がある場合、越境して介護施設に入る場合があるから、同じ都道府県に属する施設に入所する可能性がある。そのため同じ都道府県に属する市町村には同じ値を用いた。施設定員率が高い場合、施設サービスに対する需要が上がるために、施設サービス給付費と施設定員率には正の関係があり、それに伴い居宅・地域密着型サービス給付費の間には負の関係があると予想される。

○老人福祉・介護事業の民営事業所数、従業員数

2012年の老人福祉・介護事業の事業所数と従業員数を示したものだ。事業所数や従業員数といった供給が増えることでサービス利用者のアクセスも容易になるため、介護給付費を増加させると考えられる。よって回帰式における符号は正になると予想される。

○要介護者1人あたり利用率

この変数は2014年度における居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービスの受

給者と要介護者の比率を市町村ごとに示したものである。利用率が上がるほどサービス費用は増加、それに比例して介護給付費も増大するために、居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービスの要介護者1人あたり利用率はそれぞれの1人あたり給付費を増加させる。よって係数の符号は正になると予想される。

第2節 変数の出典と分析の方法

第1項 変数の出典

前節で説明した被説明変数、説明変数は以下よりデータを集め、作成した。

データ	出典
被保険者1人あたり給付費	厚生労働省「介護保険事業報告」より算出
所得段階	厚生労働省「介護保険事業報告」より算出
要支援・要介護認定率	厚生労働省「介護保険事業報告」より算出
後期高齢者割合	厚生労働省「介護保険事業報告」より算出
高齢独居・夫婦世帯数	総務省統計局「平成22年国勢調査」
人口密度	「日経 NEEDS」より算出
第1次、第2次産業比率	総務省統計局「平成22年国勢調査」より算出
人口100人当たり施設定員率	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より算出
老人福祉・介護事業の民営事業所数	「平成24年経済センサス」
老人福祉・介護事業の従業員数	「平成24年経済センサス」
要介護者1人当たり施設サービス利用率	厚生労働省「介護保険事業報告」より算出

図表18 変数の出典

筆者作成

第2項 分析の方法

ここでは被保険者1人あたり給付費に影響を与える要因を分析するためのモデルについて説明する。第7章第1節で示したように、被説明変数には居宅サービスと施設サービスと地域密着型サービス、それぞれの被保険者1人あたりの給付費をおき、20個の説明変数によって分析を行った。ここでYを被説明変数、Xを説明変数、 α を定数項、 ε を誤差項

とする。また説明変数に関して $X_1 \sim X_5$ を所得段階 1～5、 X_6 を要支援認定率、 $X_7 \sim X_{10}$ を要支援認定率 1～4、 X_{11} を後期高齢者割合、 X_{12} を高齢独居世帯割合、 X_{13} を高齢夫婦世帯割合、 X_{14} を人口密度、 X_{15} を第一次産業比率、 X_{16} を第二次産業比率、 X_{17} を人口 100 人当たりの施設定員率、 X_{18} を老人福祉・介護事業の民営事業所数、 X_{19} を老人福祉・介護事業の民営事業所の従業員数、 X_{20} を要介護者 1 人あたりの各サービスの利用率とおく。以上の変数を用いると、今回の分析におけるモデル式は以下のようにあらわされる。

$$Y_i = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} X_{12} + \beta_{13} X_{13} + \beta_{14} X_{14} + \beta_{15} X_{15} + \beta_{16} X_{16} + \beta_{17} X_{17} + \beta_{18} X_{18} + \beta_{19} X_{19} + \beta_{20} X_{20} + \varepsilon \quad (i=1 \sim 46)$$

第 3 節 分析の結果

上で述べたモデル式を用いて重回帰分析を行った推定結果は図表 1 9～図表 2 1 の通りである。推計方法としては説明変数の数が多いため、AIC 基準に基づいて変数選択を行った。また基本統計量に関しては図表 2 2 のようになった。

説明変数	係数	t 値
所得段階 1 割合	-101,200	-2.093
所得段階 2 割合	21,110	-1.545
要支援認定率	307,400	8.867
要介護 1 認定率	360,800	5.953
要介護 2 認定率	327,900	3.7
要介護 3 認定率	935,200	7.783
要介護 4 認定率	1,312,000	11.75
後期高齢者割合	51,070	2.232
高齢独居世帯割合 (%)	679.8	2.363
高齢夫婦世帯割合 (%)	-1,271	-4.327
人口密度	1.423	5.562
第 1 次産業比率	-10,380	-1.763
施設定員率(人口 100 人当たり)	4,559	3.492
1 人当たり居宅サービス利用率	18,170	31.717
定数項	-150,400	
決定係数	0.6107	
自由度調整済決定係数	0.6071	

図表 1 9 居宅サービスの分析結果

筆者作成

施設サービス

説明変数	係数	t 値
所得段階 3 割合	76,908.9	6.183
要介護 1 認定率	685,122.3	10.066
要介護 2 認定率	360,294.5	3.54
要介護 3 認定率	982,660.4	7.28
要介護 4 認定率	956,220.2	7.747
第一次産業比率	12,836.5	2.119
施設定員率(人口 100 人当たり)	7,686.7	6.059
1 人当たり居宅サービス利用率	22842.7	32.799
定数項	-60,334.2	-15.342
決定係数	0.6419	
自由度調整済決定係数	0.64	

図表 2 0 施設サービスの分析結果

筆者作成

地域密着型サービス

説明変数	係数	t 値
所得段階 2 割合	24,261.2	3.353
要支援認定率	40,653.4	1.967
要介護 1 認定率	132,518.1	3.653
要介護 2 認定率	312,071.8	7.187
要介護 4 認定率	193,693.3	3.027
高齢独居世帯割合(%)	-277.7	-2.708
第 1 次産業比率	12,287.4	3.637
第 2 次産業比率	8,622.9	1.972
施設定員率(人口 100 人当たり)	2,129.6	2.91
1 人当たり居宅サービス利用率	23,223.3	49.267
定数項	-23,762.6	-10.165
決定係数	0.6702	
自由度調整済決定係数	0.668	

図表 2 1 地域密着型サービスの分析結果

筆者作成

	平均	標準誤差	標準偏差	最小	最大	合計	標本数
所得段階1割合	0.018472981	0.000387646	0.015212	0	0.133455	28.44839079	1540
所得段階2割合	0.165337042	0.001548095	0.060752	0.029319372	0.539823	254.6190447	1540
所得段階3割合	0.15060345	0.001334791	0.052381	0.033333333	0.406926	231.9293124	1540
所得段階4割合	0.310321387	0.001814889	0.071221	0.033333333	0.539077	477.8949359	1540
所得段階5割合	0.242130645	0.001074295	0.042158	0.02244582	0.501323	372.8811931	1540
要支援認定率	0.044780176	0.000401977	0.015775	0	0.147619	68.96147176	1540
要介護1認定率	0.034758932	0.000224168	0.008797	0	0.084507	53.52875569	1540
要介護2認定率	0.03135472	0.000188907	0.007413	0.006006006	0.075862	48.28626884	1540
要介護3認定率	0.024799825	0.000155052	0.006085	0	0.066667	38.19172984	1540
要介護4認定率	0.023185879	0.00014422	0.00566	0	0.05618	35.70625343	1540
後期高齢者割合	0.892996073	0.000845951	0.033198	0.770949721	1	1375.213953	1540
高齢独居世帯の割合(%)	10.4738961	0.107619261	4.223285	2.8	29.2	16129.8	1540
高齢夫婦世帯の割合(%)	10.45616883	0.089742313	3.521743	0.8	27.7	16102.5	1540
人口密度	1095.197416	62.97625717	2471.367	1.5	19363.82	1686604.02	1540
第一次産業比率	0.112186845	0.002685624	0.105391	0.000163239	0.755517	172.7677407	1540
第二次産業比率	0.257659031	0.0020588	0.080793	0.01450677	0.502516	396.7949083	1540
施設定員率(人口100人当たり)	1.885149016	0.011953059	0.469072	0.977507424	2.89862	2903.129484	1540
老人福祉・介護事業の民営事業所数	188.3480519	55.35260252	2172.193	0	32505	290056	1540
老人福祉・介護事業の従業員数	1107.230267	72.58146738	2841.822	0	60592	1697384	1533
一人当たり居宅介護利用率	7.468920296	0.025705525	1.008758	0	10.27805	11502.13726	1540
一人当たり地域密着型利用率	1.061245195	0.016070877	0.630667	0	7.111111	1634.317601	1540
一人当たり施設サービス利用率	2.483983331	0.021412275	0.840278	0	15.25	3825.334329	1540
一人当たり給付費	#NUM!	1187.295952	46592.86	80376.89474	452880.9	402573514.4	1540
一人当たり居宅介護給付	125530.8481	749.807997	29424.59	0	259437	193317506	1540
一人当たり地域密着型給付	30302.59953	494.1384734	19391.39	0	169718.1	46666003.28	1540
一人当たり施設介護給付	105577.9254	901.0566762	35360.02	24762.81593	439282.5	162590005.1	1540

図表 2 2 基本統計量

筆者作成

第4節 分析の考察

前項で行った分析の結果について考察する。まずは居宅サービスに対する給付費から見ていく。我々の立てた仮説では、居宅サービスの給付費は要支援・要介護認定、後期高齢者割合、高齢独居・夫婦世帯、人口密度、民営事業所数・従業員数、利用率と正の相関関係を持つ一方で、所得段階、定員率、第一次・第二次産業比率とは負の相関関係にあると仮説を立てた。分析の結果、要支援・要介護認定率、人口密度、利用率が正の相関関係となった一方で、介護保険施設の定員率とも正の相関関係にあるという結果となった。これは介護施設の定員が増えることによって居宅サービス事業者が需要の掘り起こしをするために過度なサービス提供を行う誘発需要が存在することが考えられる。また給付費を増大させるとされた変数のうち、要介護認定率は特に大きな影響を与えており、地域格差の拡大の大きな原因となっていると考えられる。

施設サービスに関しては、要介護認定率、施設定員率、一人当たり施設サービス利用率が給付費を増大させる原因となっているという結果になったが、これは我々の立てた仮説の通りの結果となった。

地域密着型サービスは要介護認定率や地域密着型サービスの利用率と正の相関関係を持っていて、また定員率に関しても t 値が 2.91 という数値であり、居宅サービスと同様誘発需要が生じている可能性が示唆された。

以上より、居宅サービスや地域密着型サービスは施設定員率の上昇による誘発需要で給付費の地域差が拡大し、また3つのサービスはいずれも要介護認定率の影響を受けていることが判明した。

第8章 政策提言

第1節 最適な介護保険制度の構築に向けた政策提言

我々は政策提言の柱として「介護保険制度の市町村から都道府県単位運営への移行」を提言する。

第1～7章では現在の市町村運営により介護保険が抱えている問題を示した。

- ①人口減少に伴い保健加入者数が減少し「大数の法則」が十分な機能が見込めない
- ②医療と介護の連携を阻害
- ③サービスや保険料、給付費の地域格差の発生

加えていずれの問題も以下の通り、我々の分析から都道府県単位へと制度を移行する事によって解消出来ると示された。

- ①都道府県単位へと制度を移行する事で運営主体の規模が大きくなり、より多数の保険加入者を見込める。多数の保険加入者を得る事でより安定した保険運営が可能となる。
- ②国民健康保険や後期高齢者医療制度といった医療保険と同一の運営主体へ移行することで、医療と介護の連携が促進される。
- ③介護保険の運営主体を広域化することにより、第1号被保険者が払う介護保険料の地域格差が縮小する。
- ④都道府県が要介護認定の基準を客観化し、サービスの分化を行うことで介護保険給付費の地域差を縮小させ、将来的な介護保険の支出増大を抑制できる。

以上より、現状の介護保険制度をより最適な形で運営する為には運営主体を市町村単位から都道府県単位へと移行するべきである。

第2節 政策実現に向けた補足的な具体策提言

上記の「介護保険制度の都道府県単位運営への移行」に加え、介護保険制度の健全な財政

状態を保ちながらより良いサービスの提供を実現するために、我々は補填として「支給限度額」の設定を提言する。

まず初めに、参考とした「区分支給限度基準額」とはサービス受給者の介護給付費が高額で基準額を超過した場合は保険の対象外となり、全額自己負担になるという仕組みである。現行の「区分支給限度基準額」は平成 25 年介護給付費実態調査⁴⁸によると全体の 2.9%の受給者のみが適応されているものであり、適応されている人は短期的に集中して多量のサービスを必要とした人のみである。この「区分支給基準限度額」をより有効活用し、「区分支給基準限度額」をベースとした「新・支給限度額」を設ける事により、都道府県運営により良くも悪くも平準化された制度がより多様なニーズに対応出来るものとなる。

介護保険を都道府県単位での運営へと移行すれば、市町村運営時と比較してサービスの平準化が望める。その一方、現在の一部地域のように高い保険料を支払う代わりに高い質・多量のサービスを受ける事に満足している高齢者が存在する可能性も否定出来ない。「高い保険料・多量のサービス」を望む人に少量のサービスしか提供出来ない事、もしくは「低い保険料・必要最低限のサービス」を望む人に高額な保険料を要求する事はいずれも望ましくない。この様に介護サービス受給者のニーズのバランスを考えた結果、①計量分析に基づいて「新・支給限度額」を決定すること ②支給限度額の 1.2～1.5 倍の金額を超過したものは全額自己負担、という制度を盛り込む事が都道府県運営の欠点を補うに最適だと考えた。

①「新・支給限度額」の設定方法だが、第 3 章で行った計量分析に基づいて設定する。特に有意であると考えられる説明変数を調節する事で、被説明変数である保険料の基準額を得る。

②設定した金額はあくまで理想的な支給額であるため、少しでも超過した場合全額自己負担となってしまっては柔軟性に欠ける。これより、「新・支給限度額」の 1.2～1.5 倍の金額を超過した場合、受給者に私費で負担してもらう事とする。

⁴⁸ 厚生労働省「区分支給限度基準額について」より

以上の通り「新・支給限度額」を導入する事で、財政的・サービスの多様性的側面において我々が提案する都道府県運営をより良い制度にする事が出来る。

都道府県	1人当たり給付額	都道府県	1人当たり給付額	都道府県	1人当たり給付額
北海道	188,725	福井県	283,920	広島県	262,217
青森県	263,794	山梨県	198,198	山口県	254,712
岩手県	275,887	長野県	203,521	徳島県	260,483
宮城県	212,636	岐阜県	213,563	香川県	250,449
秋田県	258,044	静岡県	225,326	愛媛県	287,633
山形県	275,955	愛知県	192,884	高知県	250,539
茨城県	190,383	三重県	218,194	福岡県	219,765
栃木県	242,786	滋賀県	240,504	佐賀県	306,223
群馬県	227,063	京都府	232,112	長崎県	249,303
埼玉県	185,409	大阪府	218,446	熊本県	248,505
千葉県	195,327	兵庫県	217,326	大分県	224,214
東京都	212,022	奈良県	206,691	宮崎県	218,536
奈良県	204,475	和歌山県	230,021	鹿児島県	219,685
新潟県	233,112	鳥取県	295,973	沖縄県	277,467
富山県	298,029	島根県	313,739		
石川県	261,065	岡山県	259,328		

図表 2 3 都道府県別「新・支給限度額」(単位:円)

筆者作成

第3節 要介護認定の客観化とサービスの分化

第6章までで、介護保険の主体を市町村から都道府県に移すことで介護保険の持続性を高めるだけでなく地域間格差を是正することにつながると結論付けられた。また第7章の分析の結果、介護施設の定員率が増えても誘発需要によって本来減るはずの居宅サービス・地域密着型サービスへの需要が増えて給付費を増大させていること、要介護認定率が3つのサービスの給付額を増やしているということが考えられ、地域格差を拡大させているということが分かった。主体を都道府県に移し、より効率的に地域格差を小さくしてい

くためにはこれら2つの要因に対して働きかけるような政策が必要となってくる。

具体的な政策として考えられるのは、運営主体を市町村から都道府県に移行させた際に、① 施設サービスと居宅・地域密着型サービスの業務内容を分化し、② 地域によって差があった要介護認定率を客観化してばらつきをなくす。これらの政策によって介護給付費の地域格差を縮小するだけでなく、高齢化が進むことで今後増大が懸念される介護保険全体の支出額の抑制することが可能である。

以下このような政策を実際に行った際にどれだけの効果があるのかを第7章の分析で得られた回帰式を用いて検証していきたい。

第4節 政策シミュレーション

第1項 シミュレーションの手法

まず第7章において居宅介護、施設サービス、地域密着型サービスの3つのサービス体系ごとに分析を行った。分析に用いたモデル式は以下の通りである。

$$Y_i = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} X_{12} + \beta_{13} X_{13} + \beta_{14} X_{14} + \beta_{15} X_{15} + \beta_{16} X_{16} + \beta_{17} X_{17} + \beta_{18} X_{18} + \beta_{19} X_{19} + \beta_{20} X_{20} + \varepsilon \quad (i=1 \sim 46)$$

介護保険の新制度では施設サービスと居宅・地域密着型サービスの業務が完全に分化されるために、介護施設の定員率が居宅サービスと地域密着型サービスの給付費に与える影響を取り除くことができる。また要介護認定率を都道府県内で同じ値になるように基準を客観化する。これらのことを上の回帰式に当てはめると、居宅サービスと地域密着型サービスの給付費の回帰式において施設定員率を表す X_{17} の係数 β_{17} をゼロとして施設定員率の影響を除外、さらに要介護1～4認定率を表す $X_7 \sim X_{10}$ を都道府県ごとに同じ値で統一する。

以上のことを踏まえて新制度におけるサービスごとの1人あたり給付費を求め、2040年

の65歳以上人口を掛け合わせることで2040年の介護保険給付総額を求める。⁴⁹それを現行制度における2040年の介護給付費総額と比較することで地域格差を縮小すると同時に介護保険全体の支出額の増大を抑えることが出来ることを示す。

第2項 回帰式とデータの変換

第7章の分析の結果、居宅介護サービス・施設サービス・地域密着型サービスの1人あたり給付費を求める回帰式が得られた。以下がその結果である。

・居宅介護

$$Y = -1.504e+05 - 1.012e+05 * X_1 + 2.111e+04 * X_2 + 3.074e+05 * X_6 + 3.608e+05 * X_7 \\ + 3.279e+05 * X_8 + 9.352e+05 * X_9 + 1.312e+06 * X_{10} + 5.107e+04 * X_{11} + 6.798e+02 * X_{12} \\ - 1.271e+03 * X_{13} + 1.423 * X_{14} - 1.038e+04 * X_{15} + 4.559e+03 * X_{17} + 1.817e+04 * X_{20}$$

・施設サービス :

$$Y = -60334.2 + 76908.9X_3 + 685122.3X_7 + 360294.5X_8 + 9982660.4X_9 + 956220.2X_{10} \\ + 12836.5X_{15} + 7686.7X_{17} + 22842.7X_{20}$$

・地域密着型サービス :

$$Y = -23762.6 + 24261.2X_2 + 40653.4X_6 + 132518.1X_7 + 312071.8X_8 + 193693.3X_{10} - 277.7X_{12} \\ - 12287.4X_{15} + 8622.9X_{16} + 2129.6X_{17} + 23223.3X_{20}$$

これらの回帰式に前項の内容を当てはめ、要介護認定率の値を都道府県ごとに統一し、回帰式は以下のように変換した。これら3本の回帰式をもとに新制度下における2040年のサービスごとの給付総額を求めた。

・居宅介護

$$Y = -1.504e+05 - 1.012e+05 * X_1 + 2.111e+04 * X_2 + 3.074e+05 * X_6 + 3.608e+05 * X_7$$

⁴⁹ 2040年の65歳以上人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）よりとったが、福島県のデータがなかったために今回は除外した。

$$+3.279e+05*X_8+9.352e+05*X_9 +1.312e+06*X_{10}+5.107e+04*X_{11}+6.798e+02*X_{12}$$

$$-1.271e+03*X_{13}+1.423*X_{14}-1.038e+04*X_{15}+0*X_{17}+1.817e+04*X_{20}$$

・施設サービス :

$$Y=-60334.2+76908.9X_3+685122.3X_7+360294.5X_8+9982660.4X_9+956220.2X_{10}$$

$$+12836.5X_{15}+0*X_{17}+22842.7X_{20}$$

・地域密着型サービス :

$$Y=-23762.6+24261.2X_2+40653.4X_6+132518.1X_7+312071.8X_8+193693.3X_{10}-277.7X_{12}$$

$$-12287.4X_{15}+8622.9X_{16}+0*X_{17}+23223.3X_{20}$$

第5節 シミュレーションの結果

第1項 推計結果

求められた給付費の推計と基本統計量は以下のようになった⁵⁰。

⁵⁰ 1.0E+10(円)は100億円

都道府県	現行制度での2040給付総額推計	新制度での2040年給付総額推計
北海道	4.441E+11	3.145E+11
青森県	1.700E+11	1.021E+11
岩手県	1.049E+11	7.960E+10
宮城県	2.077E+11	1.520E+11
秋田県	1.105E+11	6.141E+10
山形県	1.125E+11	9.066E+10
茨城県	1.705E+11	1.679E+11
栃木県	1.244E+11	1.436E+11
群馬県	1.717E+11	1.354E+11
埼玉県	3.111E+11	3.878E+11
千葉県	3.516E+11	3.822E+11
東京都	1.148E+12	8.744E+11
神奈川県	6.618E+11	5.968E+11
新潟県	2.344E+11	1.617E+11
富山県	8.601E+10	7.270E+10
石川県	9.970E+10	9.166E+10
福井県	6.679E+10	5.725E+10
山梨県	7.972E+10	5.126E+10
長野県	1.705E+11	1.127E+11
岐阜県	1.387E+11	1.147E+11
静岡県	2.467E+11	2.531E+11
愛知県	4.552E+11	4.100E+11
三重県	1.566E+11	9.667E+10
滋賀県	1.395E+11	1.032E+11
京都府	2.877E+11	1.878E+11
大阪府	1.121E+12	5.657E+11
兵庫県	5.026E+11	3.700E+11
奈良県	1.077E+11	8.622E+10
和歌山県	1.648E+11	6.599E+10
鳥取県	6.463E+10	4.761E+10
島根県	6.179E+10	4.747E+10
岡山県	2.071E+11	1.453E+11
広島県	3.001E+11	2.267E+11
山口県	1.243E+11	1.043E+11
徳島県	9.359E+10	5.679E+10
香川県	1.191E+11	7.346E+10
愛媛県	1.819E+11	1.196E+11
高知県	5.997E+10	5.426E+10
福岡県	4.135E+11	2.960E+11
佐賀県	3.053E+10	2.808E+10
長崎県	1.610E+11	9.162E+10
熊本県	2.212E+11	1.326E+11
大分県	1.277E+11	7.861E+10
宮崎県	1.172E+11	7.290E+10
鹿児島県	1.724E+11	1.084E+11
沖縄県	1.513E+11	8.200E+10
全都道府県合計	1.075E+13	8.054E+12

図表 2 4 給付費総額(単位：円)

筆者作成

新制度での2040給付総額		現行制度での2040給付総額	
平均	1.75E+11	平均	2.34E+11
標準誤差	2.52E+10	標準誤差	3.45E+10
中央値（メジアン）	1.06E+11	中央値（メジアン）	1.63E+11
標準偏差	1.71E+11	標準偏差	2.34E+11
分散	2.91E+22	分散	5.47E+22
最小	2.81E+10	最小	3.05E+10
最大	8.74E+11	最大	1.15E+12
合計	8.05E+12	合計	1.08E+13
標本数	46	標本数	4.60E+01

図表 2 5 給付費総額推計の基本統計量
筆者作成

第 2 項 新制度の導入による効果

前項で述べたシミュレーションの結果から、現行制度の 2040 年度給付総額は全都道府県合計で約 10 兆 750 億円にのぼるのに対し、新制度の導入によって給付総額を約 8 兆 540 億円まで抑えることができる。また図表 2 5 より標準偏差が小さくなっていることがいえる。よって、地域間の格差が縮まっていることが示された。

以上のことより、これまで地域によって基準があいまいであった要介護認定について、基準を明確化し、また介護施設の定員率が上昇することに伴って生じる誘発需要をなくすために施設サービスと居宅・地域密着型サービスの業務の分化を都道府県が推し進めることで地域間での給付費の格差が縮小され、高齢化によって心配される介護給付費の増大、すなわち介護保険の支出額の増大を最小限に抑え、介護保険の持続可能性を高めることが可能である。

おわりに

本稿は介護保険の運営主体を市町村から都道府県に移すことによって医療と介護の連携を促進し、介護保険における地域格差を是正し、そして介護保険の持続可能性を高めるような新たな介護保険の制度を示すことを目的とした。

そのためにまずは介護保険制度の破綻可能性について検討しその結果、多くの市町村で高齢化が進んでいる中で、介護の需要の高まりとともに介護給付の増大が見込まれ、今の市町村運営では介護保険料が大幅に高騰し、介護保険制度そのものの破綻が生じる可能性が高いことが分かった。次に、市町村から広域化を行う際にどのような運営主体が望ましいかについて検討を行った。国が主体となった場合にはモラルハザードの観点や政府管掌健康保険などの前例から望ましくなく、複数の都道府県や市町村が広域連合を形成して運営主体となった場合、責任の所在の不明確さや意思決定に俊敏さが欠けることから望ましくない。そのため医療と介護の連携の観点から見て都道府県が介護保険の主体となることが望ましいという結論に至った。

そして市町村運営と都道府県運営の2040年における介護保険料の推計を行い、現行の市町村運営のままでは介護保険料が高騰し、地域間格差が拡大する一方で、都道府県運営に移行するとそれらの問題が解決されることが示された。また介護給付費にも着目し、どのような要因で給付費に地域差が生じているのかをサービスごとに分析し、その結果、介護施設の定員率の上昇が居宅・地域密着型サービスの誘発需要を引き起こしていること、要介護認定率がすべてのサービスの給付費における地域格差に影響を与えていることが示唆された。

以上のような分析・考察を踏まえ、介護保険制度の主体を市町村から都道府県に移行することによって、①多数の保険加入者を得ることによって安定した運営が可能になること、②医療と介護の連携が促進されること、③介護保険料の地域格差が縮小されること、④要介護認定の基準を客観化、サービスの分化で介護保険給付費の地域差を縮小と将来の介護保険

の支出増大を抑制できることが示された。そしてこの政策の具体的な内容として、「新・支給限度額」を導入することによりサービスの平準化を果たし、また要介護認定の基準の客観化、介護サービスの機能の分化を行うことによって、2040年までに介護保険の支出が約2兆円抑制され、地域差が縮小されることも政策シミュレーションによって示された。

今後高齢化が進行し、介護に対する需要が高まる一方で、人口減少によって保険料収入は減少していく中で、介護保険制度を維持するためには本稿で提言した介護保険の運営主体の移行が急務となる。本稿が今後の介護保険制度改正の議論において有益なものとなることを願ってやまない。

参考文献及びデータ出典

○参考文献

- ・土居丈朗(2002)「入門公共経済学」日本評論社
- ・土居丈朗(2000)「財政読本」東洋経済新報社
- ・長沼健一郎(1999)「介護保険料の地域格差」
(http://www.nli-research.co.jp/files/topics/35274_ext_18_0.pdf?site=nli)
(2016年9月12日閲覧)
- ・秋山裕(2009)「Rによる計量経済学」オーム社
- ・安藤(2008)「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析」
- ・小林(2012)「介護保険制度における要介護認定率の地域性」
- ・露久保(2010)「介護保険制度の地域格差問題」
- ・田近、油井(2006)「介護保険における都道府県の役割」
- ・加治屋ら(2004)「都道府県別社会関連統計指標を用いた介護保険サービス利用選択要因に関する研究」
- ・宣(2012)「介護サービス供給の地域間格差に関する考察」
- ・OECD(2013)「図表で見る医療」
- ・厚生労働省老健局総務課(2013)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf)
- ・厚生労働省(2009)「第4期の介護保険料について」
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/04/h0423-1.html>)
- ・厚生労働省(2012)「第5期の計画期間における介護保険の第1号保険料について」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000026sdd.html>)
- ・厚生労働省(2015)「第6期計画期間・平成37年度等における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000083954.html>)
(以上4つは2016年9月12日閲覧)
- ・厚生労働省(2012)「都道府県ごとに見た介護の地域差」
(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/wg_dail/siryou4-3.pdf)
- ・厚生労働省(2014)「平成26年度介護保険事業状況報告」
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/14/index.html>)
- ・厚生労働省(2014)「地域包括ケア見える化システム」
(<https://mieruka.mhlw.go.jp/>)
(以上3つは2016年9月20日閲覧)

- ・厚生労働省 (2016) 「介護費用と保険料の推移」
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>) (2016年11月5日閲覧)
- ・厚生労働省(2015) 「介護サービス施設・事業所調査」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>)
(2016年11月6日閲覧)
- ・厚生労働省 (2016) 「第56回社会保障審議会介護保険部会資料」
- ・厚生労働省 (2015) 「我が国の医療保険について」
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuoken/iryuuoken01/index.html)
(2016年11月8日閲覧)
- ・厚生労働省 (2012) 「社会保障に係る費用の将来推計について」
(www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/)
- ・厚生労働省保険局 (2013) 「平成25年度 国民健康保険実態調査報告」
(www.komei.or.jp/km/otsu-sato-hiroshi/files/2013/07/h25)
- ・厚生労働省保険局 (2016) 「国民健康保険の見直しについて」
(www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-08-02p.pdf)
(以上3つは2016年11月10日閲覧)
- ・厚生労働省 (2013) 「地域包括ケアシステム」
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- ・厚生労働省 (2015) 「介護保険制度の概要」
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html)
(以上2つは2016年11月4日閲覧)
- ・厚生労働省 (2012) 「社会保障の正確な理解についての1つのケーススタディ」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000053851.html>)
(2016年11月1日閲覧)
- ・厚生労働省 (2013年) 「介護保険制度の仕組み」
(http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_02.html)
(2016年11月1日閲覧)
- ・厚生労働省 (2015年) 「我が国の医療保険について」
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuoken/iryuuoken01/)
(2016年11月9日閲覧)
- ・厚生労働省 (2015年) 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」
- ・厚生労働省保健局 (2013年) 「平成25年度国民健康保険実態調査報告」

- ・内閣府 (2016) 「平成 28 年版高齢社会白書」
(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html)
(2016 年 11 月 9 日閲覧)
- ・内閣府 (2014) 「高齢社会白書 (全体版)」
(www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html)
- ・総務省統計局(2012) 「平成 24 年経済センサス」
(<http://www.stat.go.jp/data/e-census/2012/>)
- ・財務省 (2016) 「一般会計予算の概要」
(https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/002.htm)
- ・経済産業省 (2015) 「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会報告書」
(www.meti.go.jp/press/2014/03/20150318001/20150318001.html)
- ・国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 「社会保障費用統計」
(www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h23/fsss_h23.asp)
- ・健康保険組合連合会 (2009) 「良質な高齢者医療&ケアの実現に関する研究」
(www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa19_03.pdf)
(以上6つは2016年10月30日閲覧)
- ・青森県庁 (2004) 「広域行政の現状と課題」
(www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/soumu/shichoson/files/)
(2016 年 11 月 8 日閲覧)
- ・愛媛県庁 (2013) 「広域行政の現状と課題」
(www.pref.ehime.jp/h10800/gappei/youkou/cht2/cp2-1-1.html)
(2016 年 11 月 8 日閲覧)
- ・佐賀県庁 (2016) 「平成 28 年度佐賀県認知症介護実践研修のお知らせ 佐賀県内介護保険者一覧」
(<http://www.pref.saga.lg.jp/kiji0031262/index.html>) (2016 年 11 月 9 日閲覧)
- ・東大阪市役所 (2014) 「介護保険料の特別徴収と普通徴収」
(<http://www.city.higashiosaka.lg.jp/0000004595.html>) (2016 年 11 月 9 日閲覧)

○データ出典

- ・国立社会保障・人口問題研究所(2013) 「日本の地域別将来推計人口」
(<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp>)
(2016 年 10 月 15 日閲覧)
- ・厚生労働省(2014) 「平成 26 年度 介護保険事業状況報告」
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/14/index.html>)
(2016 年 10 月 15 日閲覧)

- ・総務省統計局 (2014) 「人口推計」
(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html>) (2016年10月15日閲覧)
- ・日経 NEEDS (2013) 「地域総合経済」
(<http://www.nikkei.co.jp/needs/contents/>)
- ・厚生労働省 (2015) 「介護サービス施設・事業所調査」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>)
- ・厚生労働省 (2016) 「国民健康保険の見直しについて」
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-08-02p.pdf>)
(2016年11月10日閲覧)
- ・内閣府 「平成28年版高齢社会白書」
(<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>)
- ・政府統計の総合窓口 「介護給付費実態調査 2013年5月推計」
(https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030425) (以上3つの閲覧日は2016/11/3)