

市町村介護保険分析の標準化

—第1号保険料、サービス利用状況と将来財政の分析—

田 近 栄 治

菊 池 潤

1. はじめに

2000年に介護保険制度が発足して10年が経過した。制度発足以降、制度普及期の影響もあって要介護認定者は急速に拡大し、介護サービスの利用も居宅サービスを中心に拡大する結果となった（田近・菊池、2003）。このような状況を受けて、早くも制度の持続可能性を疑問視する指摘が多くなされることとなり、2005年10月、2006年4月には大幅な制度改正が行われることとなった。同制度改正では、施設給付の見直しが行われるとともに、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスの創設、地域包括ケア体制の整備など、総じて在宅重視の方向が示されることとなった。

しかしながら医療・介護など現物給付を基本とする制度を考える際には、全国的視野からの検討と同時に、各地域の実情に応じた制度運営のあり方を考えていく必要がある。例えば、一口に在宅重視といっても、人口密度の高い都市部とそれ以外の地域では、費用対効果の面で大きく異なることが予想され、全国一律に在宅重視を目指すことが適切かどうかは別途検討する必要がある。また、世帯構造の相違など各地域の特性に応じて、住民が望む制度のあり方は異なるかもしれない。仮にある市町村が施設整備の拡大を保険料の引き上げと引き換えに望むとするならば、それはその地域の選択として認められるべきだろう。

各地域の制度運営について考える際に重要となるのが、保険者である市町村が策定する介護保険事業計画（以下、事業計画）である。介護保険制度では3年を1期とする事業運営期間の下で制度運営が行われており、事業計画についても3年に一度見直される。近年様々な政策分野においてPDCAサイクル構築の重要

性が指摘されているが、保険者レベルでの制度運営についてもその例外ではない。地域に応じた制度運営を実現していくためには、事業計画がどのようなプロセスを経て決定されていくかが重要であり、市町村には現状分析に基づいた課題の抽出 (Check)、課題克服のための改善策の提案 (Act) を行い、次期事業計画の策定 (Plan) へとつなげていくことが求められている。

このように事業計画策定のプロセスにおいても、保険者としての市町村の役割は非常に重要となるが、小規模市町村などでは事業計画策定に十分な人員を割くことができない保険者もある。このような保険者にとっては、一種の標準化された分析手法が必要とされていると思われる。そこで、本稿では、サービス利用の現状分析とそれに基づいた財政試算を事業計画策定の際に必要とされる標準的分析と位置づけ、これら二つの分析方法について提示することとする。このうちサービス利用の現状分析としては、費用構造、サービス構造二つの側面からの分析方法を提示する。財政試算の方法としては、現状分析に基づいた介護保険財政の将来推計と財政シミュレーションの方法について述べる。本稿の構成は以下の通りである。

はじめに第2節において介護保険制度における費用負担構造について整理した上で、65歳以上の第1号被保険者が負担する保険料（以下、第1号保険料）を考える際に、調整交付金割合と被保険者一人当たり介護費用の二つの要素が重要となる点を指摘する。続く第3節では、介護サービス利用の現状分析の方法として、被保険者一人当たり介護費用の要素分解の方法を示す。第4節では、次期事業計画を策定する際の重要な要素となる第1号保険料を検討する際の分析手法を提示する。第5節では、以上の分析手法を適用した神奈川県開成町の事例について簡単に紹介し、最後に、現在の事業計画策定プロセスに対する改善策について検討する。

2. 介護保険財政の仕組み—費用負担構造を中心に—

介護保険に係る費用は、利用者負担、公費、および保険料で負担することになるが、保険者である市町村にとって制度運営上の最大の関心事は、65歳以上の被保険者が負担する第1号保険料の水準であろう¹⁾。第4期事業運営期間（2009

年度から2011年度)においては、全国平均で介護給付費の2割を第1号保険料で賄うこととされており、平均保険料は月額4,160円となっている。第1号保険料は最も低い福島県檜枝岐村の2,265円から、最も高い青森県十和田市の5,770円まで分布しており、地域によって大きく異なる。本節では、介護費用の負担構造について述べた上で、第1号保険料の地域差を考える際に①被保険者一人当たり介護費用と②調整交付金比率の二つの要素が重要となることを指摘する。

介護費用は原則1割を利用者自身が負担し、残りの9割部分である介護給付費を公費と保険料で賄うことになる²⁾。このうち公費負担については国が介護給付費の25%を、都道府県と市町村が12.5%ずつ負担しており、介護給付費の5割を公費が負担することになる³⁾。国庫負担のうち5%部分は調整交付金と呼ばれ、保険者間の財政力格差を調整する目的で配分されており、実際の調整交付金の負担割合は保険者によって異なる。この点については後で改めて議論することにする。

公費負担を除いた残りの5割は被保険者が拠出する保険料負担となる。介護保険の被保険者は、65歳以上の高齢者(第1号被保険者)と40歳以上65歳未満の医療保険加入者(第2号被保険者)からなるが、両者の負担割合は人数比で決定されている。第4期事業運営期間では、介護給付費の3割を第2号被保険者が負担することとなる。ただし、第2号被保険者が負担する保険料と第2号被保険者自身が居住する地域の介護給付費とは直接リンクしていない点には注意する必要がある。すなわち、第2号被保険者全体の拠出総額が全国の介護給付費の一定割合として決定され、この拠出総額を各医療保険者が、加入する第2号被保険者の数に応じて、負担する仕組みとなっている。

- 1) 以下で述べるとおり、介護保険制度では介護給付費の一定割合が公費や第2号被保険者の保険料によって事後的に負担される仕組みとなっており、保険者にとつての財政リスクは第1号被保険者の保険料のみとなる。詳細は田近・油井(2004)を参照。
- 2) 一月の利用者負担合計額が一定額を超えた場合、あるいは医療と介護の利用者負担合計額が一定額を超えた場合には、高額介護サービス費、あるいは高額医療介護サービス費として利用者負担の一部が還付される。また、介護施設や特定施設を利用する低所得者に対しては、居住費・食費に対する補足給付が行われる。介護給付費にはこれらの給付も含まれるが、単純化のために以下では捨象して考える。
- 3) 2006年度以降、介護施設と特定施設に係る給付費については、国20%、都道府県17.5%、市町村12.5%となっている。

以上を前提として、第1号保険料がどのように決定されているか示す。ここで、介護給付費に占める第2号被保険者の負担割合を a （第4期では0.3）、調整交付金の割合を β （全国平均で0.05）とすると、第1号被保険者の支払う保険料の総額は、給付費から調整交付金を除いた公費負担（給付費 \times 0.45）、第2号被保険者の負担額（給付費 $\times a$ ）、および調整交付金交付額（給付費 $\times \beta$ ）を控除した額となる⁴⁾。すなわち、

$$\text{第1号保険料（総額）} = \text{介護給付費} (1 - 0.45 - a - \beta)$$

となる。さらに、簡単化のために介護給付費を介護費用の9割とし、第1号被保険者一人当たりの費用負担額（保険料）で表すと、

$$\begin{aligned} \text{第1号保険料} &= (\text{介護費用} / \text{第1号被保険者数}) \times 0.9 \times (1 - 0.45 - a - \beta) \\ &= \text{被保険者一人当たり介護費用} \times 0.9 \times (1 - 0.45 - a - \beta) \cdots (1) \end{aligned}$$

となる⁵⁾。右辺の被保険者一人当たり介護費用は、当該地域における被保険者一人当たり費用であり、サービス利用が拡大すれば第1号保険料は上昇し、（部分的ではあるが）給付と負担がリンクした財政構造となっている。先述したとおり、調整交付金負担割合は市町村によって異なるため、それによって、第1号被保険者の負担割合も異なる。したがって、当該地域における被保険者一人当たり費用が低いほど、調整交付金割合が高いほど、第1号保険料を低く抑えることが可能となっている。

被保険者一人当たり費用の決定要因については次節で触れることとして、以下

-
- 4) その他、第1号被保険者が負担する費用として、審査支払手数料、市町村特別給付費、財政安定化基金拠出金、保険福祉事業費、財政安定化基金償還金などがある。また、2006年4月の制度改正により地域支援事業が創設されたが、同事業の費用の一部についても第1号保険料で負担することとなる。本稿では簡単化のためにこれらの費用を捨象して考える。なお、地域支援事業費については各市町村が政令で定める額の範囲内で行うこととされており、介護保険給付費の3%以内が目安とされている。
 - 5) 第1式は平均的な保険料水準を表わしており、実際の保険料負担は所得段階に応じた定額保険料となっている。

では調整交付金の仕組みについて簡単に述べる。調整交付金は普通調整交付金と特別調整交付金とからなるが、その中心は普通調整交付金である⁶⁾。普通調整交付金は市町村間の財政力格差の解消を目的として交付され、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合（後期高齢者比率）が高い市町村、あるいは低所得者が多い（高所得者が少ない）市町村に対して重点的に配分される仕組みとなっている。具体的には以下の計算式に基づいて交付額が決定される⁷⁾。

$$\begin{aligned} & \text{(普通) 調整交付金割合} (\beta) \\ & = \text{調整交付金割合 (全国)} + \text{第1号被保険者負担割合 (全国)} \times (1 - \text{補正係数}) \\ & = 0.05 + (0.5 - a) \times (1 - \gamma) \cdots (2) \end{aligned}$$

ここで γ は二つの補正係数（後期高齢者加入割合補正係数・所得段階別加入割合補正係数）の積となっている。このうち後期高齢者加入割合補正係数は、当該地域における第1号被保険者の年齢構成が全国平均に等しい時に1となり、後期高齢者比率が高い地域では1を下回る。同様に、所得段階別加入割合補正係数は、当該地域における第1号被保険者の所得段階別・構成比が全国平均と等しい時に1となり、低所得者比率が高い地域では1を下回る⁸⁾。したがって、いずれの指標で見ても全国平均と一致している地域では $\gamma = 1$ となり、調整交付金割合が全国平均の5%となる。一方で、全国平均に比べて後期高齢者・低所得者が多い地域では $\gamma < 1$ となり、調整交付金割合が5%を上回り、その分第1号保険料負担割合が低下することとなる。

6) 特別調整交付金は、災害その他特別の事情がある市町村に対し、厚生労働省令で定めるところにより交付される。

7) 「介護保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」第2条。正確には、調整基準標準給付費額に普通調整交付金交付割合と調整率を乗じたものが、普通調整交付金交付額となる。このうち調整基準標準給付費額は介護給付費から市町村特別給付費を除いた額となり、介護給付費とはほぼ等しい。また、調整率は調整交付金総額を介護給付費の5%とするための調整係数である。

8) 後期高齢者加入割合補正係数、所得段階別加入割合補正係数の算定式については、厚生労働省令「介護保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」別表第1、別表第2をそれぞれ参照のこと。

3. 介護サービス利用の現状分析—被保険者一人当たり介護費用の要素分解—

前節では、第1号保険料水準を規定する要素として、被保険者一人当たり介護費用と調整交付金割合の2点について指摘した。調整交付金割合が制度的に決定されるのに対して、被保険者一人当たり介護費用は当該地域における介護サービスの利用状況によって決定されることとなる。保険者である市町村には、介護サービス利用の現状分析に基づき、第1号被保険者の保険料水準の根拠を明確にすることが、被保険者である住民に対する説明責任という意味でも求められている。

高齢者が実際に介護サービスを利用するまでには、要介護認定、利用サービスの選択、さらにはサービス利用量の決定と幾つかの段階を経ることとなる。介護サービス利用の現状分析を行う際にも、それぞれの段階ごとに検討することが有益である。本節では、被保険者一人当たり介護費用を3つの要素に分解して検討することを提案し、さらに利用サービスの構造を検討する際の方法について述べる。

具体的な分解方法について述べる前に、以下で提案する分析方法の長所を2点指摘したい。第1に、本稿で提案する分解方法は全て公表データから計算可能である。具体的には厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」掲載データを用いて、全国平均や都道府県平均との比較はもちろんのこと、周辺自治体との比較検討が可能となっている。第2に、以下で提示する方法で分解した各要素は、次節で述べる財政推計で用いるパラメーターにほぼ対応した形となっている。したがって、現状分析の結果をパラメーターとして財政推計モデルに直接投入することにより、現在のサービス利用状況を反映した財政試算が可能となる。これは次期事業運営期間の第1号保険料を検討する際の基準ケースになると考えられる。

被保険者一人当たり費用は次のように分解される。まず、介護サービスは、居宅サービス、地域密着型サービス、および施設サービスの3つに大別されることから、被保険者一人当たり費用をこれら3つの要素に分解する。次に、各サービスの費用を、認定率（第1号被保険者に占める要介護認定者の割合）、受給率（要介護認定者に占める各サービスの利用者割合）、および受給者一人当たり費用（各

サービスの一人当たり利用額)の3つの要素に分解する。以上の分解を行った結果、被保険者一人当たり費用は以下のように表わすことができる。

被保険者一人当たり費用

$$\begin{aligned}
 &= \left(\frac{\text{介護費用}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \\
 &= \left(\frac{\text{居宅費用}}{\text{第1号被保険者数}} \right) + \left(\frac{\text{地域密着費用}}{\text{第1号被保険者数}} \right) + \left(\frac{\text{施設費用}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \\
 &= \left(\frac{\text{要介護認定者数}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \times \left(\frac{\text{居宅受給者数}}{\text{要介護認定者数}} \right) \times \left(\frac{\text{居宅費用}}{\text{居宅受給者数}} \right) \\
 &+ \left(\frac{\text{要介護認定者数}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \times \left(\frac{\text{地域密着受給者数}}{\text{要介護認定者数}} \right) \times \left(\frac{\text{地域密着費用}}{\text{地域密着受給者数}} \right) \\
 &+ \left(\frac{\text{要介護認定者数}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \times \left(\frac{\text{施設受給者数}}{\text{要介護認定者数}} \right) \times \left(\frac{\text{施設費用}}{\text{施設受給者数}} \right) \\
 &\dots (3)
 \end{aligned}$$

うえに述べたように、介護サービスは、居宅サービス、地域密着型サービス、および施設サービスの3つに大別されたうえ、それぞれのサービスごとに、さらに3つの要素への分解を行っている。その第1項は、第1号被保険者に対する要介護認定者の割合であり、認定率と呼んだものである。認定率は男性に比べて女性で高く、年齢とともに上昇する傾向があることが知られている⁹⁾。2000年の介護保険制度発足以降、認定率は制度普及期の影響もあって、年々上昇していたが、近年では比較的安定して推移しており、2010年3月現在では16.8%となっている。ただし、高齢化の進展とともに年齢構成が高くなることにより、長期的には認定

9) 2010年3月現在では、65歳以上75歳未満の認定率が4.3%であるのに対し、75歳以上の認定率は29.4%となっている(厚生労働省「介護保険事業状況報告」より)。また、2010年4月現在の認定率を男女で比較すると、男性11.4%、女性20.4%となっている(厚生労働省「介護給付費実態調査」、総務省「人口推計」より)。

率は上昇していくことが予想される。

地域差の観点からみると、要支援1・2や要介護1などの軽度の要介護度において、認定率の地域差が大きくなっており、高齢者全体で見た認定率の変動要因の多くは、軽度要介護度の認定率の差に起因するとされている（安藤（2008））。介護保険制度では要介護認定において要支援・要介護と認定されて初めて保険給付を受けることが可能となるために、認定率の水準と介護費用は密接に関係することとなる¹⁰⁾。

第2項は、受給率、すなわち認定者に対するサービス受給者の割合であり、第3項は受給者一人当たり介護費用である。受給率は、軽度の要介護度では居宅中心となるが、要介護度が重度化するにつれて居宅受給率が低下し、施設受給率が上昇する傾向にある。地域密着サービスの中心は認知症対応型共同生活介護（グループホーム）であるが、同サービスの受給率は要介護3で最も高くなっている¹¹⁾。要介護度が重度化するにしたがって施設・居住系サービスに対するニーズが拡大するものの、介護三施設の利用は要介護4以上の重度認定者中心となっており、施設へ入所できない要介護認定者を中心に居住系サービスの利用が高くなっていると考えられる¹²⁾。受給者一人当たり費用に関しては、居宅サービスが最も低く、施設サービスが最も高くなる。地域差の観点からは、施設受給率が高い地域では居宅受給率が低くなる傾向があるが、施設受給率と被保険者一人当たり介護費用との間には、認定率に見られるような明確な相関関係は見られない¹³⁾。

さて、以上の分解方法では、3種類のサービス分類のもとに被保険者一人当たり介護費用の分解を行った。しかしながら、同種のサービスであっても、具体的

10) 2008年度の保険者データ（1,646保険者）を用いて両者の関係を見てみると、認定率と被保険者一人当たり介護費用の相関係数は0.8となっており、両者の相関は極めて高い。

11) 2008年度現在の要介護度別・サービス別受給率は以下の通り。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
居宅	70.3%	69.8%	56.5%	42.5%	29.7%
地域密着	5.2%	6.7%	8.8%	6.6%	3.3%
施設	5.1%	12.5%	26.5%	43.1%	49.9%

12) 同様の傾向は特定施設入居者生活介護（有料老人ホームなど）でも見られ、要介護3の受給率が2.0%であるのに対して、要介護5の受給率は1.2%となっている（2008年度）。

13) 2008年度の保険者データでは、施設受給率と居宅受給率の相関係数が-0.5、施設受給率と被保険者一人当たり介護費用の相関係数が0.2となっている。

なサービス内容によって、受給者一人当たり費用は異なってくる可能性がある。例えば、同じ施設サービスであっても、介護老人福祉施設の比率が高いほど受給者一人当たり費用は低く、介護療養型医療施設の比率が高いほど受給者一人当たり費用は高くなる。また、今後の制度運営を考える際には、3つのサービス区分に基づいた現状分析のみならず、具体的にどのサービスが不足しているのかといった検討が必要となるだろう。訪問介護や通所介護など、より細かなサービス区分の下での利用サービスの構造を検討する際には、以下の分解が可能である。

被保険者一人当たりサービス別費用

$$\begin{aligned}
 &= \left(\frac{\text{サービス別介護費用}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \\
 &= \left(\frac{\text{要介護認定者数}}{\text{第1号被保険者数}} \right) \times \left(\frac{\text{サービス別レセプト件数}}{\text{要介護認定者数}} \right) \times \left(\frac{\text{サービス別費用}}{\text{サービス別レセプト件数}} \right) \\
 &\dots (4)
 \end{aligned}$$

第3式との違いは、第2項（分子）、第3項（分母）において、受給者数ではなくレセプト件数を用いている点である。これはサービス区分別・受給者数が公表データから得られないためであり、ここでは受給者数の代理変数としてレセプト件数を利用している¹⁴⁾。以上の分解方法を用いることによって、第3式のサービス別・受給率と同様の指標を得ることができ、より細かなサービス区分の下で利用サービスの構造を検討することが可能となる。

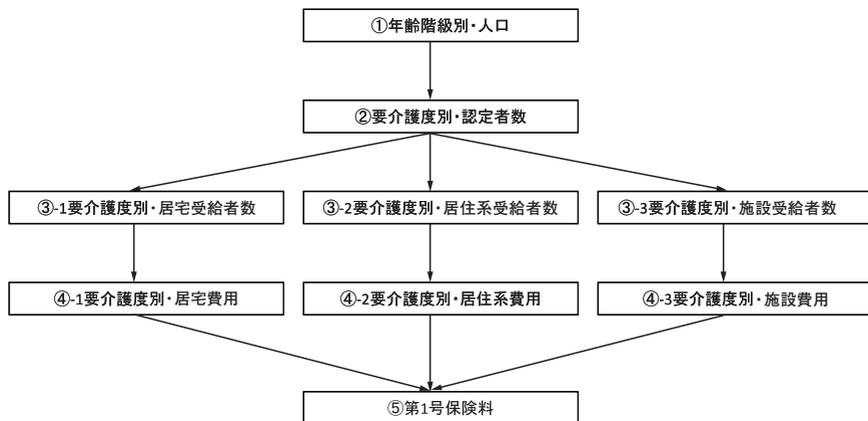
4. 介護保険の財政計算とシミュレーション—第1号保険料の推計—

前節では、当該地域における介護サービス利用の現状を把握するための標準的手法について提示した。PDCAサイクルの実行という観点からも、保険者である

14) 介護レセプトは、個人×提供年月×サービス種類×提供事業者単位で1件発生する。したがって、同一個人が同一月に同一サービスを複数の事業者で受給しない限り、サービス別レセプト件数とサービス別受給者数は一致することになる。

市町村は、現状分析に基づいて当該地域における制度運営上の課題を把握し、次期事業計画へとつなげていくことが望ましい。また、次期計画を策定する際には、被保険者である住民の視点を取り入れることも重要である。このためには、市町村は住民に対して給付と負担をセットとした選択肢を提示し、住民の意向を反映した計画策定を行うべきである。本節では、保険者が給付水準と負担の関係を検討する際の標準的分析手法として、可能な限り簡便な形で介護保険財政と第1号保険料の推計手法を提示することとする。

図1 第1号保険料の推計手順



以下で述べる第1号保険料の推計方法は、田近・菊池（2003）や田近・菊池（2004）で示した全国推計と同様の手法を用いており、図1に示した手順で推計作業が行われる。推計の基礎となる第1号被保険者数（図中①）については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』から性別・年齢5歳階級別の市町村別人口が得られる（以下、社人研推計人口）。社人研推計人口は5年に一度行われる国勢調査に合わせて改定されることになるが、現在最新の推計は2005年の国勢調査人口を起点とした推計（2008年12月推計）となって

おり、2035年まで5年ごとの推計人口が利用可能となっている¹⁵⁾。

図中②の要介護認定者数は推計人口に要介護度別・認定率を乗じることによって算出される。前節で指摘した通り、認定率は性別や年齢によって異なるため、性別・年齢階級別の認定率を利用することにより、高齢化の進展による年齢構成の変化など、人口構成の変化を反映した推計が可能となる。なお、公表されている市町村データからは、前期高齢者、後期高齢者それぞれについて、要介護度別・認定率の実績値を算出することができる。

図中③-1から③-3のサービス別・要介護度別・受給者数は、図中②の要介護度別・認定者数にサービス別・受給率を乗じることによって算出される。受給者数を計算する際のサービス区分は、前節で提示した第3式とは異なり、居宅サービス、居住系サービス、および施設サービスの3区分としている。ここで居住系サービスは居宅サービスの一部（特定施設入居者生活介護）と地域密着型サービスの一部（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設）となっており、居宅サービスは施設・居住系サービス以外のサービスとなっている。居住系サービスはサービスの性格として施設サービスに近く、特に施設供給が少ない地域では居住系サービスがどの程度利用されるかが今後の制度運営を考える上で重要なポイントとなることから、上記3つのサービス区分を採用している。

居住系サービスと居宅サービスの受給率については、以下の方法で公表データから実績値を算出することが可能となる。居住系サービスは複数サービスを同時に利用することは稀と考えられるため、前節で触れた認定者一人当たり件数を該当サービスについて足し合わせることにより、受給率の実績値が計算できる。一方で、施設・居住系以外のサービス受給者（居宅サービス受給者）については、基本的に居宅介護支援（ケアプラン作成）を利用することになるため、居宅介護支援の認定者一人当たり件数でほぼ実績値を代用できると考えられる。

15) 社人研推計人口は国勢調査を基準としているため、「調査時に調査の地域に常住している者」を対象としている。一方で、第1号被保険者は当該地域の住民であることを要件としているため、転入・転出届を行わずに子の家で同居を始めた場合など、両者の間でずれが生じる可能性があり、この点は留意する必要がある。

図中④-1から④-3のサービス別・介護費用は、サービス別・要介護度別・受給者数にサービス別・要介護度別・受給者一人当たり費用を乗じることによって算出され、各サービスを足し合わせることにより介護費用総額の推計値が、さらに介護費用総額を図中①の第1号被保険者数で除すことにより被保険者一人当たり費用の推計値がそれぞれ算出できることとなる。図中⑤の第1号保険料と被保険者一人当たり費用との関係については第2節で述べた通りであるが、第2号被保険者比率については国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」を用いることにより、将来の第2号被保険者比率が得られる。また、調整交付金比率については、(少なくとも短期的には)大きく変動しないと考えると、実績値を用いて算出することが考えられる。

5. 標準的分析手法の適用事例—神奈川県開成町のケース—

本節では、神奈川県開成町を事例として、介護保険の現状分析と財政試算の検討結果について簡単に紹介する¹⁶⁾。結果について紹介する前に、開成町の特徴について簡単に述べる。神奈川県開成町は人口が約15,000人であり、高齢化率は18.6% (全国平均20.1%)、後期高齢化率は43.3% (同45.2%)であり、いずれの指標で見ても、比較的年齢構成が若い町となっている¹⁷⁾。町内の医療提供体制は、病院1、一般診療所15となっており、病院の病床は全て療養病床となっている¹⁸⁾。療養病床は人口10万人当たり2,050床と全国平均の269床を大幅に上回っており、開成町の特徴となっている。なお、町内に一般病床を有する医療機関は存在しないが、比較的多くの医療機関が集積する小田原市の近隣に位置するため、医療サービスへのアクセスは比較的良好な地域と考えられる。介護施設については、特別養護老人ホームはないものの、老人保健施設が1つあり、上で述べた病院が介護療養型医療施設の指定を受けている¹⁹⁾。65歳以上人口10万人当たりの定員

16) 検討結果の詳細については、筆者よりPDFファイルにて提供可能である。

17) 総務省「国勢調査」(2005年)より。

18) 厚生労働省「医療施設調査」(2007年)より。人口10万人当たり病床数は、総務省「国勢調査」(2005年)の数字を用いて算出。

19) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2007年)より。65歳以上人口10万人当たり定員数(病床数)は、総務省「国勢調査」(2005年)の数字を用いて算出。

数(病床数)では、老人保健施設3,563(全国平均1,223)、介護療養型医療施設8,229(全国平均431)と全国平均を大幅に上回っている。

開成町では、第4期事業運営期間の第1号保険料が月額3,500円となっており、全国平均の月額4,160円を下回る水準となっている。第2節で指摘したとおり、第1号保険料の水準を考える際に調整交付金割合と被保険者一人当たり介護費用の二つが重要となるが、同町では所得階層が相対的に高く調整交付金は不交付となっている。一方で、被保険者一人当たり介護費用は全国平均の7割程度にとどまっており、このことが同町の第1号保険料を低い水準に留めている主因と判断できる。

サービス利用の面では、認定率が低いことと施設受給率が低いことの2点が同町の大きな特徴となっていた。このうち認定率については、要支援1から要介護2までの軽度の要介護度を中心に、全国平均を大幅に下回っており、全体でみた認定率は全国平均の6割程度の水準にとどまっていた。施設受給率についてもほぼ全ての要介護度で全国平均を下回っており、要介護4以上の重度の要介護度でも全国平均の8割程度の受給率となっていた。

以上の結果を踏まえて、第4節で述べた推計方法により、2035年度までの第1号保険料の試算を行った。現在の利用状況を投影した基本ケースでは、2010年度から2035年度にかけて第1号保険料が91.3%上昇する結果が示された。次に上で指摘した同町の二つの特徴である、認定率、受給率について、これらのパラメーターが上昇した場合を想定した試算を行った。認定率が全国平均並みに上昇した場合には、2035年度の第1号保険料が基本ケースに比して14.4%上昇、受給率が全国平均と同程度となった場合には、2035年度の第1号保険料が基本ケースに対して7.6%上昇することが示された。さらに、開成町では施設受給率が低いことから、代替財としての性格を持つ居住系サービスの利用が拡大する可能性がある。この点を考慮して居住系サービスの受給率が全国平均の3倍にまで上昇するケースについても試算を行ったが、この場合でも2035年度の第1号保険料は基本ケースの17.6%増といった結果になった。以上の結果より、開成町では認定率の上昇や居住系サービスを中心とする受給率の上昇が第1号保険料の上昇へとつながる可能性はあるものの、同町が直面している最大のリスクは高齢化の影響で

あると考えられる。

6. 結語：介護保険事業計画への適用

近年、様々な政策分野においてPDCAサイクル確立の重要性が指摘されている。PDCAサイクルとは、plan（計画）、do（実行）、check（点検・評価）、act（処置・改善）というプロセスを通じて、継続的な業務の改善を実現するという考えであり、各保険者レベルにおける介護保険制度運営を考える際にもPDCAサイクルを明示的に考慮した制度運営が望まれる。この際、保険者である市町村には、現状分析を踏まえて制度運営上の課題を抽出し、これらの課題解決のための改善策を検討した上で、次期事業計画を策定していくことが求められている。以上の問題認識の下、本稿ではサービス利用の現状分析とそれに基づいた財政試算とを事業計画策定の際に必要なとされる標準的分析として位置づけ、具体的な分析方法を提示した。

はじめに、介護保険制度における費用負担構造について整理した上で、調整交付金割合と被保険者一人当たり介護費用の二つの要素が第1号保険料の水準を考える際に重要となる点を指摘した。次に、介護サービス利用の現状分析の方法として被保険者一人当たり介護費用の要素分解の方法を示し、次期事業運営期間における第1号保険料を検討する際の分析手法を提示した。最後に、以上の分析手法を適用した神奈川県開成町の事例について簡単に紹介した。

現在、介護保険制度は3年を1期とする事業運営期間の下で制度運営が行われており、介護保険事業計画についても3年に一度見直しが行われている。多くの市町村では、介護保険事業計画の策定にあたって、サービス利用状況の検討やアンケート調査を通じた住民意向の抽出などが行われており、これらの検討を踏まえて次期事業運営期間における第1号保険料が提示されている。しかしながら、次期事業運営期間における保険料水準決定の根拠は必ずしも明確でないなど、事業計画策定のプロセスにおいて改善すべき点があると思われる。最後にこの点について述べる。

第1に、多くの市町村では現状分析を行うにあたって当該地域におけるサービス利用の水準を示すのみであるが、他地域との比較の視点を取り込むべきと考え

る。被保険者である住民が自分たちの地域におけるサービス水準がどの程度なのか、あるいはなぜ当該地域の保険料水準は高いのか、といった点を理解するためにも、比較は不可欠と思われる。そのためには比較可能な形で現状分析を行う必要があり、全国公表データによる比較が可能な本稿で提示した分析方法は有益であると思われる。

第2に、財政推計を行う際には、現在の利用状況を反映した推計を基準として、複数の仮定（シナリオ）に基づいた推計を実施すべきと考える。現在多くの市町村では、厚生労働省から配布される計算用ファイルに基づいて財政試算を行っているが、そこでは特定の仮定に基づいた推計結果が一つ示されるのみである。介護保険事業計画では次期事業運営期間における保険料を決定する必要があるため、最終的に1本の推計式に基づいて保険料が決定されるのは当然のことである。しかしながら、もともと1本の推計しか行っていないのか、あるいは複数の推計を検討した結果の1本であるのかでは大きく意味が異なる。

介護保険事業計画は当該地域における今後の介護保険運営の基本方針を示すものであるが、そこには被保険者である住民の意向が反映される必要がある。市場で供給される民間保険であれば、加入・脱退という行動により消費者の意向が顕在化することになるが、介護保険制度は強制加入、かつ保険者選択が認められておらず、住民が望む制度運営を実現するためには、住民の意向を反映させるプロセスをシステム内に組み込む必要がある。その方法としては、次期事業計画を策定する際に、保険者である市町村が給付と負担をセットとした複数のプランを提示し、提示されたプランの中から住民の意向に基づいて次期事業計画を策定するというプロセスが組み込まれるべきと思われる。その際、基準ケースとなる現状投影シナリオは住民が他のプランを理解する助けとなるだろう。このような作業を繰り返し行うことにより、保険者レベルで見た制度運営の改善へとつながることが期待される。

謝辞

本論文の執筆にあたり、神奈川県開成町からは、露木順一町長をはじめとして、同町職員の方々から多くの協力と有益なコメントを頂いた。また植木貴之氏には、

(58) 一橋経済学 第4巻 第1号 2011年1月

開成町個票データの集計作業等でご協力頂いた。記して謝意を表したい。

当然のことながら、本稿に残された誤りは全て筆者らに帰すべきものである。

[参考文献]

安藤道人 (2008) 「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析—保険者データを用いた分析—」『季刊社会保障研究』44 (1)、94-109頁。

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』39 (2)、174-188頁。

田近栄治・菊池 潤 (2004) 「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」『フィナンシャル・レビュー』74、147-163頁。

田近栄治・油井雄二 (2004) 「介護保険：4年間の経験で何がわかったか」『フィナンシャル・レビュー』72、78-104頁。