

介護保険の何が問題か

—制度創設過程と要介護状態改善効果の検討—

田近 栄治*¹

菊池 潤*²

要 約

介護保険制度は2000年4月の制度導入から約6年が経過したが、その間、制度の定着が進む一方、その利用も急激に拡大している。それにともない、財政の持続可能性や社会的入院の解消など、介護保険の当初の目的がどれほど達成されたのかという点に関して懸念が生じている。こうした介護保険の拡大と将来の不安を前にして、本論文の目的は介護保険の根本的な問題として次の二つを取り上げ、その背景の検討を行うことである。

第1の問題は、介護保険の拡大を招いた主たる原因は、保険者が被保険者の制度利用の管理を徹底してこなかったこと、および医療保険と介護保険の分担があいまいなままであったことである。これらの問題は制度創設当初から予想された問題であったにも関わらず、どのような政策的判断がなされたのかを制度創設過程に立ち返って検証した。

保険者の問題に関しては、制度創設時に、保険者機能を発揮させるとはどのようなことか、またそうした体制をどのようにして作っていったらいいかという視点を踏まえ、保険者探しに奔走したことを指摘した。その結果、市町村に保険者を押し付ける形で制度が発足したが、介護保険発足後は、利用急拡大の結果、さまざまな仕組みで重層的に支えるとした財政も厳しい状態に直面している。つぎに、医療と介護の役割分担に関しては、介護保険の創設時に、社会的入院の解消を最重要課題の一つに掲げながら、介護における医療提供の範囲に関する議論が日本医師会など医療供給サイドの強い要求の下、政治の場での決着に委ねられたことによって、介護保険が医療における社会的入院の受け皿となったことを指摘した。

第2の問題は、介護保険制度の一つの目的とされている、要介護高齢者の状態の維持・改善に対して、制度自体が、あるいは介護サービスの利用がどの程度貢献してきたかである。この問題に関しては、東京都杉並区の個票データを用いて分析を行った。

分析の結果、介護保険制度導入以降、要介護状態の遷移確率が悪化していることを指摘した。また、介護サービスの利用は要介護状態の維持・改善には効果を持っていなかったことを指摘した。これらの結論が導かれた一つの理由として、要介護高齢者やその家族、あるいは事業者によるモラルハザード的な誘因が影響している可能性があることを指摘した。

介護保険改革に向けてさまざまな検討が必要となるが、ここでは、以上の分析を踏まえ、今後の課題として4点指摘した。第1点目は保険者機能を発揮できる組織の創設である。

* 1 一橋大学国際・公共政策大学院長

* 2 国立社会保障・人口問題研究所客員研究員

その際、保険者は現在よりも広域化すると同時に、地方自治体など行政単位から独立した専門性を持った事業体とすることが必要であることを指摘した。第2に、高齢者の健康増進と要介護状態になった場合の介護サービス給付とを適切に区分し、保険者と地方自治体との役割分担や関係を明確にすることが必要であることを指摘した。第3点目は、社会保障分野での分権化である。保険者や地域により多くの選択権を与え、自立した保険者を創り出していくことが重要である。最後に、障害者施策との関係について、支援費制度の財政救済の面からの議論ではなく、障害者施策全体を視野において検討すべきであることを指摘した。

I. はじめに

介護保険法は1997年12月に国会を通過し、その後の準備期間を経て2000年4月に実施に移された。当初保険に見合ったサービスが提供されるのかという心配もあり、65歳以上の第1号被保険者からの保険料の徴収開始時期は半年延期され、2004年10月からは半額、2001年10月から全額徴収とされた。しかし、その後制度の定着は進んでいるとみていいであろう。2004年で、65歳以上の高齢者のほぼ16%が介護保険の要介護者の認定を受け、介護保険からなんらかの給付を受けている人の割合も13%に達している。

一方、介護保険法の附則に定められた施行後5年を目途とした見直しが行われ、2006年4月から改正法案が実施されることになった。ただし、介護施設における利用者負担（居住費と食費）の引上げは、2005年10月から施行されている。介護保険は、3年を1期としているが、2005年度はちょうど第2期が終了する年度であり、2006年4月からは第3期が始まる。保険料率の改定と同時に、新しい介護保険制度が実施に移されることになる。

介護保険施行後、現在まで2期6年間はほぼ経過したが、この間の最大の特徴は、要介護認定者と受給者、および総費用がきわめて大きく増加したことである。制度発足時である2000年4月と2004年10月の2時点の間を比較すると、第1号被保険者数が14.4%増加したのに対して、

要介護認定者数は85.1%、介護サービス受給者数は116.2%増加した。認定者では、とくに要支援と要介護度1の人数の増加率が大きく、100%を超えている。また、受給者のなかでは、居宅サービスの受給者数の伸びが著しく、ほぼ150%の増加率となっている（施設サービス受給者数増加率は、48%）。

一方、2000年度4兆円弱で始まった総費用は、毎年10%を超えて増大し、2005年度（予算）では、6.8兆円が見込まれている。そうしたなかで、施設で吸収できなかった需要は居宅サービスへの需要となり（田近・菊池、2003）、居宅サービス費は施設費を超えようとしている。一方、こうした事情を背景として、居宅サービスのなかでもグループホーム、有料老人ホームなどの「居住系サービス」の需要がとくに増大している。また、要支援や要介護度1から2の軽度要介護者の利用の増大は、今後、介護保険の総費用をさらに増大させる要因の一つとなっている（田近・油井・菊池、2005）。

こうした介護保険の拡大を前にして、本論文の目的は介護保険の根本的な問題として次の二つを取り上げ、その背景の検討を行うことである。第1の問題は、介護保険の拡大を招いた主たる原因は、保険者が被保険者の制度利用の管理を徹底してこなかったこと、および医療保険と介護保険の分担があいまいなままであったこ

とである。第2の問題は、介護保険制度の一つの目的とされている、要介護高齢者の状態の維持・改善に対して、制度自体が、あるいは介護サービスの利用がどの程度貢献してきたかである。

第1の問題をさらに説明すると、介護保険の保険者は市町村であるが、市町村は第1号被保険者から保険料を徴収する一方、サービス供給の管理者として、その住民である被保険者に満足の行くサービスの提供を図っている。しかし、多くの市町村において介護保険は、施設サービスにせよ、居宅サービスにせよ、地方の公共投資予算が先細りしているなかで、その住民に重要な雇用機会を与えている。そうした機会を生み出している介護施設経営者やサービス提供事業者に対して、保険者である市町村が厳格な制度の執行を求めることは困難である。また、市町村の介護保険課の職員が介護保険の給付明細書などを頼りにサービス内容の適否、施設や居宅事業者の評価を行うことも、限られた人的資源から不可能である。保険料徴収と給付支払いの管理で手一杯で、保険者として本来求められる給付の質と金額のチェックまで行うことはできないであろう。その結果、保険者である市町村の財政管理が徹底しないことが原因の一つとなって、介護保険の著しい拡大が生じている。この点は、同じく市町村が保険者となっている国民健康保険の管理実態から、予想されていたことであったが、なぜ介護保険においても市町村を保険者としたのか。また、市町村に保険者を引き受けさせるためにどのような交渉がなされたのか。

介護保険の導入の目的の一つとして、いわゆる社会的入院を減らすことがあった。介護施設が行政の措置によって福祉として提供されていたので、受給者は低所得の要件を満たさない場合、負担は一挙に上がって、病院に入った方が自己負担ははるかに低くなっていた（吉原・和田，1999，469ページ）。これが高齢者医療の増大の一因となっていたが、その対策の一つとして、医療と介護の役割を分離することが介護保

険の目的の一つとされた。しかし、老人保健給付費を見ると、介護保険導入直前の1999年度では11兆275億円であるのに対して、導入後の2000年度では、10兆2399億円と減少したが、その後2001年度には、10兆7641億円と増加し、その後も減少の様子を見せていない。一方で、社会的入院の一部は、介護保険にも設けられた療養型病床などによって、介護保険にしわ寄せされている。

本論文では、介護保険実施後その急激な拡大の原因となった、保険者の選定および介護保険における医療と介護の役割分担に関して、どのような政策的判断がなされたのかを制度創設過程にもどって検証する。いわば、拡大する介護保険の原因を制度発足の審議の過程でなぜ食い止めることできなかつたかを見つめなおす。

第2の問題に関しては、東京都杉並区の個票データを用いて、二つの視点から分析を行う。第1の視点は、介護保険導入前後の比較であり、いわば介護保険制度の導入そのものが、高齢者の状態変化に与えた影響について検証する。第2の視点は、介護保険導入以降の効果であり、介護サービスの利用が要介護高齢者の状態変化に対してどのような効果を与えてきたか検証する。第2の視点に関しては、田近・菊池(2005)において、要支援から要介護2の軽度要介護者を対象として、本稿と同じデータを利用した分析を行った。本稿との違いは次の2点である。第1に、田近・菊池(2005)では軽度要介護高齢者を対象として、要介護度別に分析を行ったが、本稿では、要支援から要介護5までの高齢者をプールして、一括した分析を行う。第2に、田近・菊池(2005)では状態変化の程度に関して捨象したプロビット・モデルによる分析を行ったが、本稿では状態変化の程度を考慮した順序プロビット・モデルによる分析を行う。

以下第Ⅱ節では、介護保険拡大の背景を制度創設過程から検討する。第Ⅲ節では、介護保険導入が高齢者の状態変化のパターンに与えた影響について検証し、居宅サービスを受けている要介護者の状態改善効果についての推計結果を

示す。第Ⅳ節は介護保険の拡大と状態改善効果 方について述べる。
に関する検討結果を要約し、今後の改革のあり

Ⅱ．介護保険の制度創設過程 —拡大の要因はなぜ食い止められなかったか—

Ⅱ－１．介護保険創設までの審議の過程

ここでは、介護保険創設にいたる審議の過程をたどる。この過程については、増山（1998）、増田（2001）や吉原・和田（1999）などですぐれた検討が行われているが、以下では、市町村が保険者と選定される過程、および医療と介護の役割分担に焦点をあてて検討を進める。

1988年12月に消費税が国会を通過し、89年4月から施行されるが、それと並行して1990年12月から「高齢者保健福祉推進10ヵ年計画」（ゴールドプラン）が開始された。この計画は、高齢者の保健福祉サービスの基盤整備のための施策の具体的目標を掲げ、その推進を図った。これによって、ホームヘルプサービスなどの在宅福祉施策や特別養護老人ホーム、老人保健施設等の施設の整備がなされていった。

ゴールドプランがハード面での高齢化施策であるとすれば、ソフト面の施策の検討も開始された。以下では、時間を追って、その審議過程を審議会や研究会などの報告書を通じて検討する。

「高齢社会福祉ビジョン懇談会報告（「21世紀福祉ビジョン」）」、1994年3月

「少子・高齢化社会に向けて」のサブタイトルのつけられた本報告書は、細川内閣の大内啓伍厚生大臣に提出された。そのねらいは、下記のような「21世紀に向けた介護システムの構築」をめざすものであった。

『「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」を構築していく必要がある。その際、介護問題は、福祉のみならず、医療、年金などの社会保障の各分野にまたがる問題であることから、介護に着

目した社会保障全般にわたる再点検を行い、施設でも住宅でも高齢者の状態やニーズに応じて必要なサービスが等しく受けられるような介護システムを構築していくことが必要である。

その際、基本的視点として、以下のような点が重要であると考えられる。

- ① 医療・福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステム。
- ② 高齢者本人の意志に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム
- ③ 多様なサービスを提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム
- ④ 増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム
- ⑤ 施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるようなシステム』

以上から明らかのようにこの段階では、介護システムを保険とするのか、税財源による高齢者福祉のための措置とするのかは、明確にされていない。また、「唐突な提案であった国民福祉税構想（1994年2月、筆者挿入）があっただけに、国民福祉税のための資料づくりのような印象を残すことになった」（野呂昭彦、自民党衆院厚生委員会理事、『週間社会保障』、No.1787, 1994.4.25, 9ページ）面もあったようである。

「高齢者介護対策本部」の厚生省内設置、1994年4月。

この「21世紀福祉ビジョン」報告書後、ただちに厚生省内に「高齢者介護対策本部」が設置

された。この組織は、事務次官を本部長とし、副本部長に官房長ほか関連局の局長、本部員には関連の課長などを配備し、省内横断的なものであった（増田，2001）。同本部のもとで早速、新ゴールドプランの策定、および新介護システムの総合的検討が開始された。

新ゴールドプランは1994年12月に策定され、1995年から開始された。新しいプランでは、各自治体で作成された老人保健福祉計画を踏まえ、目標の上積み（ホームヘルパー、ショートステイ、訪問看護ステーション、特別養護老人ホームの目標提供数の上積み）が図られた。一方、新介護システムについては、1994年6月に学識経験者・専門家10人からなる「高齢者介護システム研究会」の設置を決定した。

社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第二次報告，1994年9月

介護保険に関する審議の場ではなかったが、介護システムを介護保険に方向付けたのは、社会保障制度審議会のこの報告書であった。今から考えれば、この審議会報告は、社会保障の将来像構想を御旗に立てて、介護保険の創設を目指したものであったと言える。

そのねらいは、隅谷美喜男会長の次の談話に示されている。「21世紀を踏まえての社会保障の将来像構想ということから、具体的な制度改革に立ち入って議論をすることではなく、社会保障の体系を念頭に置いて取り組んだものである。ただ、…多少具体的なことにもふれた。例えば、これまで具体的な形では提起されてこなかった公的介護保険の問題等である。老人介護保険問題は社会保障の体系として取り上げる必要があり、それには介護保険の形がいいだろうといったスタイルでまとめている」（『週間社会保障』，No.1806，1994.9.19）。

婉曲な言い回しであるが、老人介護システムは介護保険でという明確なメッセージである。以下、この報告書がなぜ介護保険が望ましいとしたか、介護保険創設に関わる報告書の主要部分を抜粋する。

『3. 21世紀へ向けて社会保障制度等の見直し (3)介護保障の確立

老後の要介護状態への不安を解消するため、公的な介護保障制度を確立していくことが必要であり、安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、当面の基盤整備は一般会計に依存するにしても、将来的には、財源を主として社会保険料に依存した介護保険制度を設ける必要がある。長寿社会にあってはすべての人が期間とはともかく相当程度の確率で介護の必要な状態になり得ることから保険のシステムに馴染むと考えられる。

公的介護保険制度の導入により、権利であるという意識で利用者が介護サービスを受給できるようになること、ニーズの増大に質的・量的に対応していくことに国民の合意が得られやすくなること、制度の広い適用により利用者がサービスを選択でき、供給者間の競争が強まることからサービスの量的・質的向上が図れること、施策間の利用者負担の不均衡の是正やサービス間の連携強化が図れること、要介護リスクが高くても負担を増やすことなく必要に応じて給付が行えること、強制加入によるすべての人の要介護リスクをカバーできること、賦課方式とすれば要介護にすでになっている人にも給付でき、インフレリスクにも対応できるなどメリットがある。』

要するに、措置ではなく利用者の権利として受給できること、保険料を通じて広く財源を調達することが可能なこと、その他、供給者間の競争、施策の総合性、賦課方式による相互扶助などの理由をあげ、高齢者介護保障を社会保険の一つとすることのメリットを一方的と思えるほど強く主張している。

この答申は、その後1995年7月、「社会保障体系の再構築（勧告）～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」として、33年ぶりに勧告という形をとって村上富市首相に提出された。

高齢者介護・自立支援システム研究会報告書、
「新たな高齢者介護システムの構築を目指し

て」、1994年12月

厚生省は、高齢者介護対策本部の設置に続いて、上述の通り介護に関する基本的な事項を検討するための学識経験者・専門家10人からなる高齢者介護システム研究会を設置した。研究会は、1994年7月1日に初会合を開き、同年12月5日に報告書をまとめ、13日の高齢者対策本部に報告している。厚生省は、介護保険法を1996年の国会に上程することを視野におき、研究会の報告を急いだ。

報告書のねらいについて、研究会の座長を務めた大森彌は次のように語っている。「介護に関しては、対象者である高齢者のニーズに合わせなければならず、これまで福祉であれ医療であれ対応せざるをえないということで相乗りになってしまった。そこで財政問題等も含めて制度間の不整合が明確になった。調整・再統合に向かう前に、そこにはやはり理念が必要である。行政措置で行ってきた福祉から支援を伴う契約に、高齢者の選択や権利、尊厳を発揮できるシステム設計が不可欠となった。」(『週刊社会保障』, No.1821, 1995.1.2-9)

この談話に示されているように、これまで医療や福祉でバラバラに扱ってきた高齢者介護をより包括的に扱うこと、および受給者である高齢者の権利の擁護がこれからの介護の目指すものであるとされている。以下、報告書のポイントを抜粋する。

『新介護システムの基本的な考え方

1. 「高齢者の自立支援」を基本理念に既存制度を再編成し、新介護システムを創設。
2. 新介護システムの主なポイントは、①高齢者自身による選択、②介護サービスの一元化、③ケアマネジメントの確立、④社会保険方式の導入]

であるとし、既存制度の再編成を取り上げた部分では、福祉、医療などの介護に関わる制度を再編し、新介護システムを創設するとしている。そして、

『<現行制度における問題点>

- ① 福祉(措置)=利用者がサービスを選択

できない。利用にあたって心理的な抵抗感。

- ② 医療=介護の相当部分をカバーしているが、ケアのあり方や生活面の配慮で限界。
- ③ 年金=年金が介護への不安から貯蓄に回り、有効に活用されていないという指摘。
- ④ 制度間の不整合=同じような高齢者が、特養、老健施設、病院といった機能や利用者負担が異なる施設に入所。また、各サービスが縦割り、相互の連携が十分でない。]

と具体的な指摘を行っている。

制度創設過程を通じて本論文が検討を行いたい、保険者と医療・介護の関係については、次のように述べている。まず、保険者については、「①市町村とする考え方、②より規模の大きな主体とする考え方、③各主体が機能分担する考え方がある。さらに、医療保険や年金保険の保険者の役割の検討も必要。いずれにせよ、各主体が重層的に支えていくことが期待される」とされ、この段階では保険者の選定は、市町村に絞り込まれていなかったことがわかる。ただ、各主体が重層的に支えあうことはこの時点から保険者選定の前提とされていた。

介護保険における医療と介護の役割については、予防とリハビリテーションの重視という部分に「高齢者の自立支援のためには、まず予防を重視し、寝たきり防止に努めることが重要。また、介護が必要となった時に、適切なリハビリテーションを提供する体制整備が必要」と述べ、自立支援のための介護サービスの必要性を明記している。

そのほか、その後介護保険の創設に向かって議論が交わされる家族介護と被保険者と受給者の範囲については、次のように記している。家族介護に対する評価については、「家族による介護に対しては、外部サービス利用との公平性を考慮し、現金支給を検討すべき。ただし、適切な介護の確保という問題や家族介護の固定化の懸念もあるため、慎重な検討が必要。」

被保険者と受給者については、「65歳以上の高齢者を被保険者・受給者とするのが基本。現

役世代も、世代間連帯の観点から被保険者に位置付けることを検討。高齢者以外の障害者については、総合的な施策の推進が望まれるが、介護サービスのみを取り出して社会保険とすることは慎重な検討が必要」として、被保険者と受給者を65歳以上に限定することを基本としている。また、高齢者以外の障害者の介護については、さまざまな施策の体系の上に立つことを念頭に、介護保険の適用に関しては、明確に慎重な態度をとっている。この点は、介護保険施行後5年を目処とした改正を目指して、2003年5月から審議を重ねた社会保障審議会・介護保険部会において、精神障害を含むすべてのゼロ歳からの障害者を介護保険の被保険者とし、受給対象者とするべきであるという厚労省の強固な姿勢と大きな違いである。

老人保健福祉審議会

中間報告、「今後の検討における主な論点」,1995年7月

第2次報告、「新たな高齢者介護制度について」,1996年1月

最終報告、「高齢者介護制度の創設について—審議会の概要・国民の議論を深めるために」,1996年4月

老人保健福祉審議会は、「保健・医療・福祉全体を視野に入れた総合的なサービス体系のあり方」を検討することを目的として、従来の中央社会福祉審議会老人専門分科会、老人保健審議会、公衆衛生審議会老人保健部会の三老人関係審議会を統合して発足した。この統合により、厚生省は審議の効率化を図り、介護保険の制度化を急いだ。老人保健福祉審議会は、1994年10月に発足し、同12月に上述した「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書を受け、1995年2月から高齢者介護問題の議論を正式に開始した。

老人保健福祉審議会は、介護保険に関わるさまざまな利益団体の意見の集約を行うことになるが、その過程で中間報告、第2次報告、最終報告と相違する意見の幅を次第に狭めていく。

しかし、後述のように、審議会で了解された最終報告で議論が終わるのではなく、むしろそれがその後の議論の出発点となり、本稿の検討事項である、保険者の選定および医療・介護の役割分担でも、本格的に妥協点が探られていくことになる。それがどれほど、その後の介護保険の運用にとって致命的なものとなるか、それを見極めることが本稿の課題である。

まず中間報告では、論点の整理がなされている。今後の検討における主な論点として具体的にあげられたものは下記のとおりである。

- ① 新たな高齢者介護システムにおいてカバーすべき介護サービスの範囲・水準及びサービス体系の在り方を具体的にどう考えるべきか。
- ② 介護サービスの利用方法、要介護の認定方法や介護支援体制については、高齢者や家族の実情・態様に応じて柔軟に対応できる仕組みとする必要があるが、具体的にどのようなものが考えられるか。
- ③ 家族が介護を行う場合の評価をどう考えるべきか。例えば、一定の条件の下に現金を支給することとすべきかどうか。
- ④ 新たな高齢者介護システムの対象とするサービス分野と、他の制度、特に現行福祉制度や医療保険制度の対象とするサービス分野との役割分担をどう考えるべきか。

この④の医療と介護の役割分担について、厚生省では、「医療分野、福祉分野のなかから、介護部分を抜き出して、新たに『高齢者介護制度』として組み立てようとするものであって、現行の老人保健制度を手直しするような方向ではない」(『週間社会保障』, No. 1849, 1995. 7. 31)と考えていたようである。実際、その後介護保険の国会通過を間近に控えた頃、厚生省の高齢者介護対策本部事務局長であった江利川毅は次のように語っている(1997)。「既存の医療制度や老人福祉制度の不整合、不公平、非効率を解消するため、介護を医療保険から切り離すこと

により、医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度の改革を実施する前提条件の整備につながる。】

このように厚生省サイドでは、介護保険の創設は、医療から福祉への軸足の移動であり、その際高齢者医療を介護保険に含めることは、社会的入院の解消の目的から、そもそもありえなかった。しかし、介護保険における医療のあり方に関しては、老人保健福祉審議会での議論開始早々、日本医師会は介護保険における医療の重要性を主張して譲らなかった。坪井栄孝（日本医師会・副会長）は、この点に関して次のように語っている。「日本医師会が想定する保険制度では、現在、医療がやむを得ず負担している介護部分が、医療保険から独立した介護保険によって負担されることにより、医療の負担は軽減されると考えており、介護保険制度が医療保険制度のなかから財源を出すような考え方はなく、介護を主体にした新しいファンドができると考えたほうがよい。おそらくこの点が今後の論議において大きな争点になってくると思われる。」（『週刊社会保障』、No. 1837, 1995.5.1-8）

これからうかがえるのは、医師会としては、介護保険ができれば新しい「ファンド」ができるのだから、そこでも医療給付を行えばいい。もっと直裁に表現すれば、社会的入院をしている高齢者を介護保険に引き受けさせたり、介護保険で高齢者医療を幅広く行うことなどを考えていたと思われる。

論点整理の後、老人保健福祉審議会は第2次報告を取りまとめた。「新たな高齢者介護制度について」と題されたこの報告書は、委員間の意見調整の困難さを率直に反映し、合意形成ができなかった項目として、急性期医療の取扱いや家族介護に対する現金給付の是非などをあげている。具体的には、下記の通りである。『医療的管理、口腔管理、薬剤管理指導サービス等の取扱い

- 日常生活において適切な医学的管理が必要とされる要介護高齢者については、

かかりつけ医師による医学的な管理サービスを介護給付の対象とすることが考えられる。その具体的な内容については、急性期医療や投薬・検査などを含んだサービスとするのか、あるいは急性期医療等は従来どおり医療保険から給付するのかといった点を更に検討する必要がある。

家族介護について

- 家族介護に対する現金支給については、積極的な意見と消極的な意見があり、現段階においては、結論を得るに至っていない。さらに今後の広範な国民的議論が期待される場所である。』

このように介護保険における高齢者医療の提供について、介護保険を「新しいファンド」として見ている日本医師会が一步も譲らない様子がうかがえる。また、家族介護手当てについては、厚生省内部でも意見の集約ができていなかったのではないと思われる。

介護保険の国会提出が急がれるなかで、老人保健福祉審議会は最終報告を1996年4月に提出する。「高齢者介護制度の創設について—審議会の概要・国民の議論を深めるために」と題された報告書で、医療と介護、および保険者の選定などに関してどのように意見が集約されたのかを以下検討する。

まず、介護給付の対象者として、「介護給付は、加齢に伴う障害や痴呆症状等により介護が必要な状況にある高齢者として、虚弱老人も寝たきり予防等の観点から必要なサービスを提供することが考えられる」として、虚弱老人が明示的に給付対象者に含まれた。それまで自立支援が介護保険のキーワードの一つとなっており、それを明記したとも考えられるが、いずれにせよ、日本医師会が満足する内容とはなっておらず、今後も日本医師会の要求は続く。

保険者の選定については、下記のように、意見集約が行えなかったことを記している。

- 保険者の機能には、給付主体（サービスの給付決定）と財政主体（介護保険料

の設定・徴収・管理)の両面があり、給付主体については市町村とする意見が多数である。

- 一方、財政主体については、給付主体と財政主体の一致が望ましいことなどから市町村とする方式、保険財政の安定性などから国とする方式などの意見があった。

保険者機能の両面である給付と財政を分けることは、望ましくないが、さりとてその両方を引き受けてくれる主体をどこに求めるのか。背後に保険者の候補となった市町村のきわめて強い反対の姿がうかがえる。

一方、被保険者及び受給者については、

- 高齢者介護問題が最大の問題となっていることから、65歳以上の高齢者を被保険者とし、保険料負担を求めることが適当である。この場合、高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることなどから、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、若年者にも負担を求めることが考えられる。

- 若年世代の要介護者については、公費による障害者福祉施策で対応するが、初老期痴呆などのような処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適当なケースについては、特例的に介護保険から給付すべきとの意見が有力であった。

- こうした考え方に対し、介護サービスの必要性は年齢を問わないことや負担についての若年者の理解を得る観点から、若年者の介護サービスも社会保険化し、被保険者を20歳以上あるいは40歳以上とする意見もある。また、年金と同様に長期保険的な制度とし、若年者も被保険者とした上で、受給権の発生を65歳以上とする意見もあった。

として、第1号、第2号被保険者の考え方に意見が集約されつつあることを示唆している。身体障害者を大部分とする「若年世代の要介護者については、公費による障害者福祉施策で対応

する」として、ここでも明確に介護保険の適用範囲外としている。20歳以上の保険とする主張もあったことを盛り込んでいるが、ゼロ歳からの介護保険給付を望ましいとする意見の痕跡はまったく見当たらない。なお、家族介護の現金給付については、対立意見の併記のままである。

厚生省、介護保険制度試案、老人保健福祉審議会に提出、1996年5月

介護保険の国会提出を急ぐ厚生省は、老人保健福祉審議会の最終報告直後、介護保険制度試案を老人保健福祉審議会に提出する。老人保健福祉審議会で埋め切れなかった意見の幅をなんとか調整しようとしたものであるが、この試案から介護保険成立に向けて本音の議論が交わされることになる。

まず保険者の選定について、試案は、

- (1) 保険者、市町村及び特別区とする。
- (2) 保健運営の安定性、効率性を確保するため、保険運営の広域化、財政調整などの支援措置を講じる。

として、市町村と明記した。同時に、市町村に保険者を引き受けさせるべく下記の説明を行った。すなわち、介護保険の給付費が予定より増大した場合や保険料が未納となった場合について、財政安定化方策を講じ、市町村の一般会計繰り入れに依存しないようにするとし、以下の具体的な方策を示した。

1. 若年保険料及び公費は、精算交付とする。
⇒ これにより、総給付費の80%強は確実に交付される。

2. 高齢者保険料額は、中期的(3年程度)な見通しに基づき設定する。

- ⇒ 介護保険内に積立金(仮称)を設け、直ちに赤字が生じないようにする。

被保険者については、ほぼ意見集約はできていたが、第1号および第2号被保険者の考え方が提示されている。

『給付や負担面の違いを踏まえ、被保険者は、65歳以上の者(第1種被保険者)と40~64

歳の者（第2種被保険者）に区分する。

- ① 介護保険においては、要介護リスクの高まる65歳以上の高齢者が基本となる。40～64歳の者は、自らが要介護となるリスクが低く、しかも、老化に伴う介護のケースに限定される。
- ② 負担の面では、高齢者は中心的な受給者であることから、その居住する地域で受けた介護サービスの水準に応じて保険料を負担することが考えられる。これに対し、40～64歳の者は、社会的扶養の観点から費用を負担する要素もあることから、全国共通のルールによって費用を負担する仕組みとする。』

また、家族介護に対する現金支給も、これまでの議論に終止符を打つかのように、原則として当面行わないとした。

厚生省、介護保険制度大綱、老人保健福祉審議会に諮問、1996年6月

試案は、1995年5月15日に提出されたが、その後の意見を踏まえて何点か重要な修正がなされ、同5月30日に介護保険制度試案修正案を老人保健福祉審議会に提出し、同6月6日に修正案とはほぼ同一の「介護保険制度大綱」を同審議会に諮問した。主たる修正は、いずれも本論文が制度創設に遡って検討している医療と介護の役割分担と保険者の選定であった。

第1の修正は、医療と介護の関係について、介護保険における医療の側面を明記したことである。具体的には、介護保険制度の基本的考え方のなかに、次の部分が全文加筆された。「介護保険は、医療と福祉に関わる各主体が、それぞれの機能を発揮しつつ、重層的に支え合う制度とする。給付は、住民に最も身近な行政主体である市町村が国や都道府県の協力を得ながら実施する。一方、安定的かつ効率的な制度運営を確保するため、市町村、国、都道府県、医療保険者などが、それぞれの役割に応じ費用を分担する仕組みとする。」

また、医療と介護の具体的関連では、「療養型病床等については施行後一定の経過期間内において、確実な転換を図るものとする」とし、介護保険における医療の位置づけの強化を図っている。

第2の修正は、保険者に選定された市町村への支援を明記したことである。「事業主体（保険者）は、市町村及び特別区とし、国、都道府県、市町村及び医療保険者が、それぞれの役割に応じて重層的に支え合う制度とする」とした上、具体的な支援方策として次の提案を行っている。『市町村における保険運営を支援するため、保険料基準の設定、財政調整、介護サービス提供機関の調整などを共同で行う「介護保険者連合会（仮称）」を都道府県ごとに設置するものとする。給付費が見通しと異なって変動した場合や、保険者努力に期待できない保険料の未納等による保険財政の不安定性について、その対策の全てを保険者の努力に負わせることのないよう、介護保険者連合において必要な財政支援を行う仕組みを導入する。国、都道府県、市町村は、介護保険者連合会が行う財政支援事業に対して共同して支援を行う。』

こうした修正を行った後、1996年6月6日に「介護保険制度大綱」を老人保健福祉審議会に諮問した。同審議会は6月10日に大綱を了承し、介護保険創設を認めた。審議会では了承された案であったが、日本医師会も市町村会も到底この意見集約を了承できる状態ではなかった。大綱には、「要介護高齢者においては、介護サービスにあわせて、医療サービスも必要である。介護と医療の連携について十分配慮し、医療保険の適切な適用が図られるべきである」という意見があったことが記されている。日本医師会の大綱に対する不満の意を表したものである。一方、長い議論の末、保険者と指名された市町村は、「財政安定化措置について、大綱の諮問内容は、安定的な運営が図れる制度として受け止めることは困難として一層の検討を求めた（『週間社会保障』、No.1892、1996.6.17）。』

介護保険法要綱案に係る修正事項に関する与党合意

与党(自由民主党, 社会民主党, 新党さきがけ)介護保険制度創設に関するワーキングチーム, 1996年9月

このように意見の対立が続くなかで, 介護保険法案の国会提出は, 当初の1996年6月の予定を繰り延ばさざるを得なくなった。また, 意見調整の場は審議会から, 政治の舞台へと移っていった。介護保険への国民の支持のもとに, 与党も本腰を上げて対処せざるを得ない状況になっていたといつてよいであろう。

まず, 保険者を引き受けることを反対している市町村に対して, 以下の支援を明記した。

市町村に対する財政安定支援の強化

- 国は, 介護保険事務の経費のうち, 新規増となる事務である要介護認定に係る経費の2分の1相当額を, 法律に基づき市町村に交付する。
- 財政安定化基金を法律に基づく基金として, 都道府県に置くこととするとともに, 基金造成費に対する市町村一般会計出捐金を解消し, 国・都道府県・第1号保険料で3分の1ずつ負担する構成とする。

支援のより具体的内容は, 下記の通りである。

- ① 市町村が実際に徴収する保険料は第1号被保険者のみ。第1号被保険者の保険料徴収のほとんどは特別徴収, 年金からの天引き。
- ② 財政安定化基金によって, 高齢者保険料の未納分や給付費増大による調整を行う。すなわち, 基金は貸付を行う。
- ③ 調整交付金によって後期高齢者, 低所得高齢者による負担の調整を行う。
- ④ 要介護認定に係る経費の2分の1相当額を, 国は法律に基づき市町村に交付する。
- ⑤ 要介護認定事務は広域的な実施や都道府県への委託ができるようにする, などである。

このように市町村に保険者を引き受けさせるために, 最大限の支援を与えることになった。国民健康保険の二の舞はいやだという市町村の強固な態度を和らげるために, 財政的にみてもスタッフリーな形にしたというのが, 政治決着だったと言ってよいであろう。

次に, 介護保険における医療の位置づけについては, 下記の調停がなされた。

医療との連携・整合性の確保

- 医療と介護の連携・整合性を確保する観点から, 法律の目的規定に「医療」が含まれるものであることを明確にする。
- 老人保健施設, 療養型病床群については, 介護保険法上も医療提供者としての性格が明確となるような名称に改める。
- 療養型病床群の介護保険法上の取扱いについては, 長期の療養にふさわしいサービスの提供を基本としつつ, 医療現場において支障が生じることがないように, 運営基準等において必要な配慮を行う。
- 一般病院や有床診療所の療養型病床群への転換促進などの高齢者の介護と医療体系の合理化・効率化(いわゆる社会的入院の解消等)に関する総合的かつ具体的な方策を明らかにし, 速やかに実施に移す。

このうち第1の調停は, 介護保険法のまさに総則のなかに「医療」という二文字を挿入することで決着した(この点については, 増山(1998)が日本医師会の担当者とのインタビューを踏まえて, より詳細に説明している)。その結果, 総則は次のようになった。「第一条, この法律は, 加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり, 入浴, 排せつ, 食事等の介護, 機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療(下線, 筆者挿入)を要する者等について, これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう, 必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため, …介護保険を設け, …

国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

このように総則部分に医療の必要性を書き込むことで、もっとも上位の規定として介護保険に医療給付が位置づけられることとなった。また、療養型病床については、「長期の療養にふさわしいサービスの提供を基本としつつ、医療現場において支障が生じることがないように、運営基準等において必要な配慮を行う」とされたが、それでは社会的入院の解消を制度創設のもっとも重要な課題としていた介護保険の理念はどこにいったのだという、ぬぐいきれない疑問が残されることになった。こうした、政治的決着を経て、介護保険法案は1996年11月に国会に提出され、翌97年12月に成立し、2000年4月から施行に移された。

なお、最後に介護保険と関連した制度改正について簡単に述べる。すでに述べたように、1990年から「高齢者保健福祉推進10ヵ年計画」（ゴールドプラン）が開始された。この年には、老人福祉法の改正（福祉8法改正）が行われ、特別養護老人ホーム等への入居決定事務を市町村に移譲し、市町村において在宅・施設を通じたサービスの総合的供給ができるようにするとともに、市町村・都道府県において老人保健福祉計画を作成することとされた。このように高齢化を前に、自治体の役割強化が図られていった。

一方、老人保健制度の給付の拡充もなされた。1991年には、①老人訪問看護制度の創設による在宅における医療・介護体制の充実、②介護的色彩の強い医療費に係る公費負担割合の引上げ（30%から50%に）、③高齢者の一部負担の改正とその物価スライド制が導入された。これらは、その後介護保険の設計に大きな影響を与えることになる。また、すでに述べたが、1995年からは新ゴールドプランが開始され、居宅および施設整備水準の目標の上積みがなされた。介護保険の創設と並行してこうしたハードとソフト両面で基盤整備がなされてきた。

II-2. 介護保険の拡大要因はなぜ食い止められなかったか

施行後6年を経て、介護保険が急速に拡大した要因として本稿では、要介護認定や受給の適正化に関して責任を持つべき保険者の機能が喪失していること、および医療保険と介護保険の役割分担が明確にされてこなかったことに着目した。この視点にたつて、制度創設の過程でなぜこの二つの介護保険拡大要因を抑えることができなかったか検討を行った。ここでは、検討結果を要約しつつ、保険者と医療・介護の分担に関する現在の状況について述べる。

社会保障制度審議会の報告を引き金として、介護は保険によって運営することが望ましいとされたものの、保険者として果たさなくてはならない機能とはなにか、また、そうした機能を果たせる保険者をどのようにして作り上げていくかに関して、いっさい議論がなされなかった。延々となされた議論は、誰を保険者に据えるかであり、終始保険者探しに埋没した。その白羽の矢が立ったのが、市町村であるが、国民健康保険財政の困難から望んで保険者とはなろうとはしない。そこで、厚生省はあらゆる支援を動員して市町村の説得にあたった。またこの過程で、国民健康保険の経験から市町村に保険者として給付の適正化を行う余力はないことは明らかだったが、この点についてもいっさい顧みられなかった。

そうしたなか、最終的には、保険者としての市町村の責務は、第1号被保険者から保険料を徴収することとされ、それもそのほとんどは、年金からの特別徴収（天引き）によって自動的に行えるという仕組みを作った。そのほか、受給者の本人負担を除く介護費用（給付額）は、公費が50%、全国の第2号被保険者が33%（第2期から32%）を負担し、第1号被保険者の保険料は残りの17%（第2期からは18%）を埋めればよいこととされた。さらに、国の負担の一部は調整交付金として、後期高齢者の比率が高かったり、低所得者の割合が高い市町村に重点的に配分されることとした。その上、財政安定

化基金を設け、財政の厳しい保険者には貸付を行うことを可能とした。

こうして市町村は保険者となることを受入れるが、結果は当初から予想されたとおり、要介護認定者や受給者数、および利用額の著しい増加であった。保険者といっても、押し付けられたものであり、もし引き受けなければ介護保険が成立しなかったであろうという認識が市町村にはあったと思われる。その上、制度ができたところで、要介護認定や給付の適正化を掲げて、高齢者に嫌われるような、きびしいことを言える状況ではない。よく指摘されるように介護サービスは、検査や治療などをともなう医療と違って、受給による苦痛がともなうわけではない。満足を増すサービスである。そのほか、施設や居宅事業者のサービスの掘り起こしもあった。こうした要因が重なって、介護保険は計画をはるかに超えて拡大した。

しかし、皮肉なことに、市町村にとって財政的なリスクは取り除いたはずであったが、予想を超えた利用の増大は、第1号被保険者の保険料に跳ね返ってきている。全国平均でみて、第1期2911円であった保険料は、第2期には3293円となり、5000円を超える市町村も出始めている。その結果、財政安定化基金貸付を受けている保険者は、全国平均で12.9%に達している。青森県ではこの比率は41.7%、福岡県では42.3%となっており、多くの市町村が厳しい財政事情となっている県も出現している（数字は、2004年度）。第3期を迎え、保険料率のさらにいっそうの引上げが必要となり、財政の持続が困難となる市町村が現れる可能性もある。

介護保険における医療の役割について、介護保険の創設過程の検討で明らかとなったことは、厚生省は、医療分野、福祉分野のなかから、介護部分を抜き出して、新たに『高齢者介護制度』を創設しようとしたのに対して、介護保険は新しいファンドであり、そこで医療を行うべきだとする日本医師会の二つの相容れない見解があったということである。二つの見解は、政治の場で調停されることになり、その結果、介護保

険の総則に医療の必要性が謳われたことをみた。社会的入院の解消という目的から、はるかに遠い調停結果となった。

興味深いことは、介護保険の発足からほぼ6年経って、改正法に基づいて第3期の施行が開始されようとしている現在、介護保険における医療の役割について、本来制度創設の過程で行われるべき議論が始まっていることである。厚労省は、社会保障審議会介護給付費分科会の「平成18年度介護診療改訂に関する審議報告」(2005年12月13日)のなかで、療養病床について、抜本的な見直しを行っている。

介護保険3施設と医療保険適用療養病床を比較し、介護療養型医療施設の退所者の平均在院・在所日数が、574.4日にも達し、医療保険適用療養病床の349.7日を大きく上回っていることを指摘している。また、受給者一人当たり費用額でみて、介護療養型医療施設は43.4万円で、医療保険適用療養病床の49万会円よりも少ないものの、介護保険対象施設である特別養護老人ホームの31.6万円、老人保健施設の32.5万円より大きい。また、介護療養型医療施設と医療保険適用療養病床の入院患者に大きな違いはなく、容態の急変の可能性の低い患者が60%を超え、医療提供の頻度もほとんど必要なし、あるいは週1回程度の患者が全体の80%近くとなっている。

これはまさに、社会的入院が解消されていないことを物語っているが、介護保険のなかに医療を含めるべきだという日本医師会側の制度発足時の要求の結果である。それに対し、制度発足後6年を経過した現在になって、厚労省は療養型病床について再検討を行い、『介護療養型医療施設については、療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。…なお、当分科会としては、医療保険との機能分担を含めた療養病床全体の在り方について、

厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことを強く要請する』としている。

介護保険の創設時に戻り、医療と介護の分担を見てきたわれわれにとってはまさに、時計の針が10年戻ったというのが実感である。本来この議論をするべきであったが、それが医療供給サイドの圧力で政治的に妥協を迫られ、社会的入院が今日に至るまで続いたということである。

厚生労働省は、さらに畳みかけるように、「療養病床の将来像について」（医療構造改革推進本部、2005年12月21日）という構想を発表している。そこでは、「療養病床（医療型24万床、介護型14万床）について、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療保険・介護保険両面にわたって一体的に見直し、平成24年度までに体系的な再編を進める。このため、以下の基本的な考え方にに基づき、今後、広く議論を行いつつ、将来的な方向について検討する」としている。そして、「療養病床については、医療必要度の高い患者を対象とする施設としての位置付け及び人員体制の在り方について検討する。」とし、「①介護保険、平成24年度以降は療養型病床の体系的再編に沿って介護報酬上の評価について廃止する。②医療保険、平成24年度以降は診療報酬上は療養病床の体系的再編に沿って適切に評価する」としている。さらに、この再編にともない、「介護保険における対応」として、「現行の療養病床のほかに、将来的に

特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス）や老人保健施設等への転換を念頭に置いた経過的類型を、一定の期限内で新たに設け、介護報酬上の評価を行う」としている。

介護保険の創設時になすべき議論が今なされているのである。療養病床について厚労省の描くこの将来像について、さっそく医療供給サイドの反論が始まっている。日本医師会のニュースでは、『野中博常任理事は、「療養病床の再編に当たっては、利用者に及ぼす影響等の調査、ならびに“人間の尊厳”に基づく適切な議論が必要である」と強調。その実施を厚労省に要望した。また、社会的入院の問題に関しては、利用者本人の病態等にとどまらず、家族等も含めた“地域・社会”という大きな枠のなかで議論し、解決すべきであると指摘した。（日医ニュース、1065号、2006年1月20日）』と伝えている。また、四病院団体協議会および日本療養病床協会は、厚労大臣宛に意見書を提出し、「介護保険法改正を要する介護保険制度そのものの改定であり、社会保障審議会介護保険部会で審議されなければならない。このような拙速な制度改定ではなく、十分な審議を行う必要がある」と社会的入院の解消を目指した厚労省の案に釘をさしている（2006年1月19日）。いつか来た道、いつか聞いた曲がよみがえってきているのである。

Ⅲ. 介護保険の状態改善効果

前節では、介護保険の拡大を招いた主たる原因となった、保険者の選定、および介護保険における医療と介護の役割分担に関して、制度創設時の審議過程を振り返って検証した。本節では、そのような過程を経て導入された介護保険制度が、制度の一つの目的とされている要介護高齢者の状態の維持・改善に対して、実際どれだけ機能してきたかを検証する。

以下では、本節で利用する東京都杉並区のデータについて述べたうえで、まず、介護保険制度の導入により、高齢者の状態がどのように変化したかを検証する。つづいて、2000年10月時点で居宅で生活を送る要介護高齢者を対象として、居宅サービスの状態維持・改善効果について検証を行う。

Ⅲ-1. データ¹⁾

はじめに、本節で利用するデータについて述べる。以下で利用するデータは東京都杉並区の個票データであり、第1号被保険者データ、要介護認定者データ、介護給付費明細書データの3つのデータセットからなる。各データセットの内容は次のとおりである。

第1号被保険者データは、2000年4月1日から2003年10月31日までに、東京都杉並区の第1号被保険者資格を取得したすべての個人を対象としており、対象被保険者数は107,531人である。主な変数としては、個人ID番号、生年月日、性別、資格取得年月日、資格喪失年月日、資格喪失理由、保険料段階が含まれる。

要介護認定者データは、2000年から2003年までの各年4月、10月末現在のすべての要介護認定者を対象としており、対象要介護認定者数は延べ92,721人である。主な変数は、個人ID、対象年月、要介護度²⁾、「障害老人の日常生活自立度」(以下、寝たきり度³⁾)、および、「認知症老人の日常生活自立度」(以下、認知症老人自立度⁴⁾)が含まれる。

介護給付費明細書は、医療保険の診療報酬明細書(レセプト)に相当し、本稿では2000年から2003年の各年4月、10月サービス利用分を対象としている。主な変数としては、個人ID、

サービス利用年月、サービス種類コード⁵⁾、事業者コード、給付単位数、単位数単価が含まれ、サンプル数は、個人ID×対象年月×提供事業者×サービス種類単位で916,455レコードとなっている。

これら3つのデータセットを個人ID番号と対象年月をもとに接続し、分析用データセットを作成した。

Ⅲ-2. 介護保険導入による状態改善効果

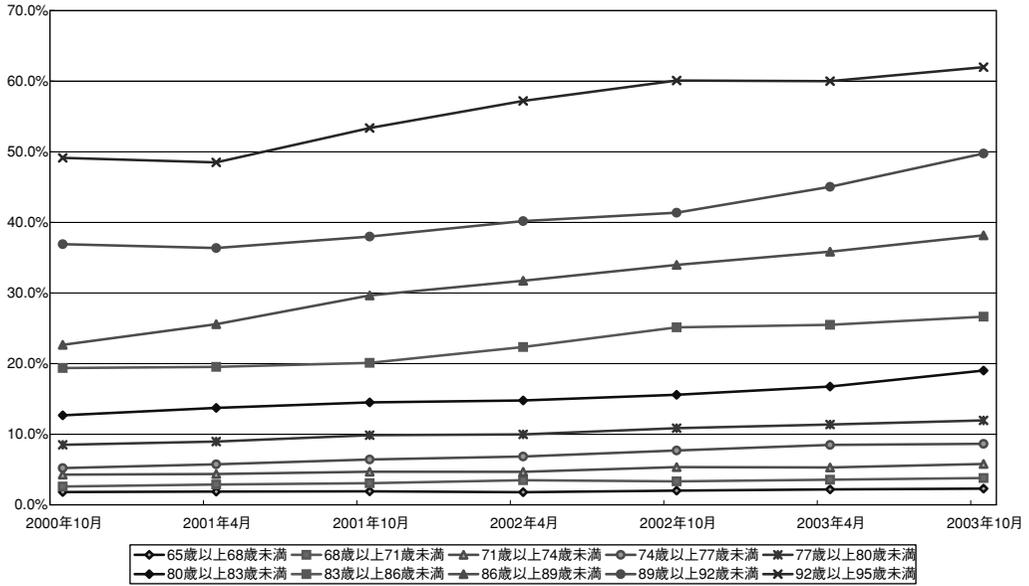
ここでは、介護保険制度の導入によって、制度の導入前後で、高齢者の状態変化のパターンがどのように変化したかについて検証する。分析に先立って、制度導入以降の認定状況についてみる。図1、図2は第1号被保険者に占める要介護認定者の割合(以下、認定率)の推移を年齢階級別に示したものである。図1は男性の認定率を、図2は女性の認定率をそれぞれ表している。

男性、女性いずれにおいても、全ての年齢階級で、認定率は上昇し続けている。認定率の上昇は年齢階級が高いほど顕著であり、86歳以上の男性、83歳以上の女性では、認定率の上昇幅が10ポイントを上回っている。また、男女の認定率を比較すると、74歳未満では大きな差は見られないものの、74歳以上では女性の認定率が

-
- 1) 東京都杉並区からのデータ提供にあたっては、個人情報保護の観点から、東京都杉並区と一橋大学との間で「介護サービス質改善のための調査・研究に関する協定書」を締結し、同協定に基づいて、必要となる措置を講じた。とくに、個人ID番号の取り扱いに関しては、東京都杉並区が被保険者番号から個人ID番号へ無作為に変換したうえでデータを提供することによって、個人ID番号から個人を特定化できないような措置を講じた。また、情報が第三者に流出することが無いよう、データの管理・使用に関しては細心の注意を払った。
 - 2) 要介護度は二次判定結果であり、「要支援」から「要介護5」までの6段階の順序変数である。
 - 3) 寝たきり度は、「正常」から「ランクC2」までの9段階からなる順序変数である。このうち、「ランクB1」以上がいわゆる「寝たきり」の状態に該当する(厚生労働省「認定調査票記入の手引き」より)。
 - 4) 認知症老人自立度は、「正常」から「ランクM」までの8段階からなる順序変数である。このうち、「ランクⅢ」以上が介護を必要な状態とされている(厚生労働省「認定調査票記入の手引き」より)。
 - 5) サービス種類は、介護給付費明細書に記載される全6桁のサービスコードのうち上2桁に対応するものである。具体的には、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護(老健)、短期入所療養介護(病院等)、居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、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に分類される。

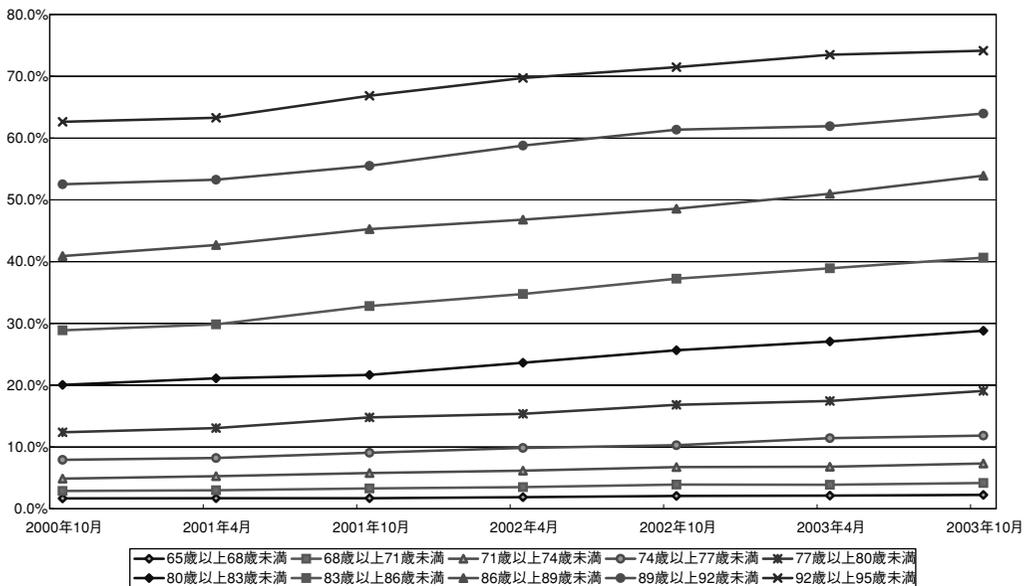
介護保険の何が問題か

図1 認定率の推移（男性）



出所) 筆者計算。

図2 認定率の推移（女性）



出所) 筆者計算。

男性を上回る。83歳以上では両者の認定率の間には10ポイント以上の開きが生じている（2003年10月）。これは配偶者との死別によって独居になるリスクが女性の方が高いことが原因と考えられる。

このように男性、女性、いずれの年齢階級でみても、認定率は制度導入時より上昇し続けており、いずれの属性でも要介護度が「悪化」していることになる。このような要介護度の悪化は、制度の導入をきっかけとして、状態推移のパターンが変化した結果と考えることもできる。すなわち、ある時点で観察される要介護度の分布は、ある状態推移の確率（遷移確率）に従った結果であると考え、ある時点で観察される状態分布の違いは、それらを生み出す遷移確率が変化した結果と考えることができる。このように考えると、図1、図2に見られる要介護度の悪化は、遷移確率がより悪い状態へ推移する確率が上昇した結果と考えることができる。図1、2でみたのは3年間の変化であるが、遷移確率の変化の影響は一生涯にわたることになる。そこで以下では、一生涯の要介護度の分布を推計することによって、その影響の定量的な把握を試みる。

まずは、推計方法について述べる。個人の状態として、「自立」、「要支援」、「要介護1」から「要介護5」、「死亡」の8つの状態を考える⁶⁾。個人は、いずれかの初期状態から、一定期間後には8つの状態のいずれかに推移していくことになる。初期状態と一定期間後の状態の組み合わせは $8 \times 8 = 64$ 通りであり、それぞれの経路に確率を設定する。以下ではこれを遷移確率と呼ぶ。遷移確率には2000年10月から2003年10月

の実際の状態推移の比率を用いた⁷⁾。また、遷移確率は性別・年齢階級別に設定し、年齢階級は「65歳以上68歳未満」から「92歳以上95歳未満」の10年齢階級とした⁸⁾。なお、推計は2000年10月の65歳以上68歳未満の構成割合を初期値として行った。

結果を図3、図4に示した。図3は男性の、図4は女性の年齢階級別・被保険者数（構成割合）をそれぞれ示している。また、それぞれの図には、2000年10月現在の各年齢階級別・被保険者数（構成割合）が重ねて示してある。状態の遷移確率は、介護保険制度の導入によって生まれたものではなく、制度の導入は遷移確率を顕在化させたに過ぎない。以下では、2000年10月現在の状態分布は、制度導入以前の遷移確率にしたがった結果とみなす。

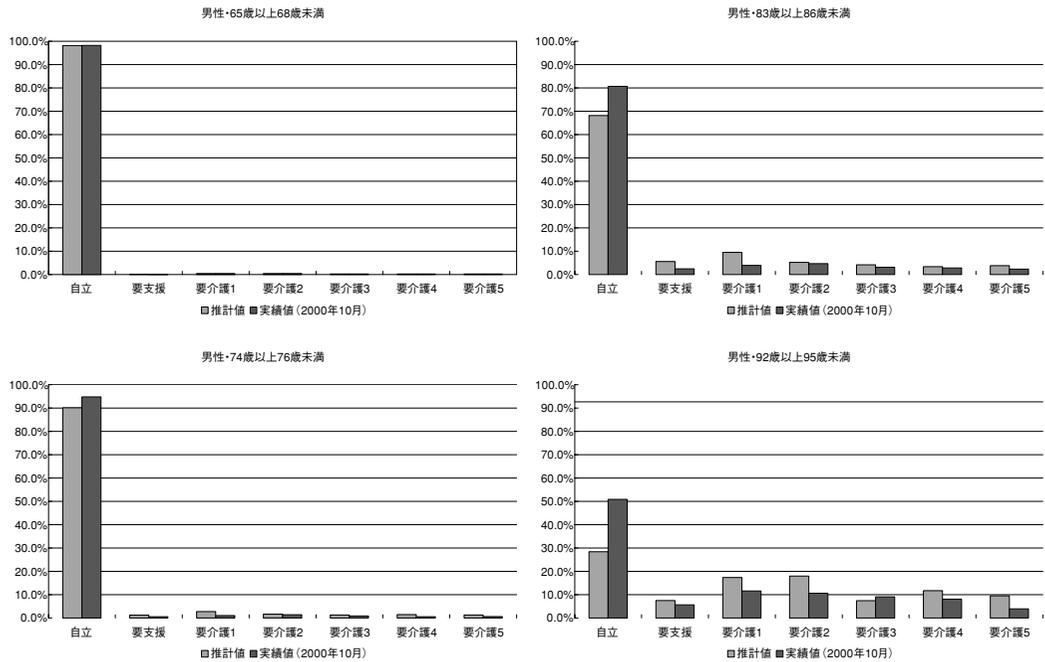
まずは男性の結果について述べる（図3参照）。65歳以上68歳未満では、実績値と推計値は定義的に等しくなる。つぎに74歳以上77歳未満の自立に着目すると、推計値は実績値を下回り、要支援、要介護1では推計値が実績値を上回っている。両者の自立比率の差に着目すると、83歳以上86歳未満では12.4ポイント（推計値68.2%、実績値80.6%）、92歳以上95歳未満では22.5ポイント（推計値28.4%、実績値50.9%）となり、年齢とともに両者の差は拡大する。この結果、92歳以上95歳未満の要介護5では推計値が実績値を5.5ポイント上回ることになる（推計値9.5%、実績値4.0%）。

女性についても男性と同様の傾向が見られるが、実績値と推計値の差はより顕著となる（図4参照）。先ほどと同様に自立比率に着目すると、74歳以上77歳未満では6.1ポイント（推計

-
- 6) 本稿では、第1号被保険者資格を有する個人で、要介護認定情報が存在しない個人を「自立」と見なしている。したがって、この中には何らかの理由で要介護認定を受けていないために、自立と見なされる個人も含まれている可能性がある。
- 7) 認定者データは2000年4月から利用可能であるが、制度発足直後で認定率が過小に評価されている可能性があるため、利用しなかった。
- 8) ここでの遷移確率は3年間の変化を捉えたものであるため、年齢階級に関しても同様に3歳刻みとした。遷移確率をより短い期間で設定することも可能であるが、それぞれの属性に含まれるサンプル数を最大にするという観点から3年間の遷移確率を用いた。

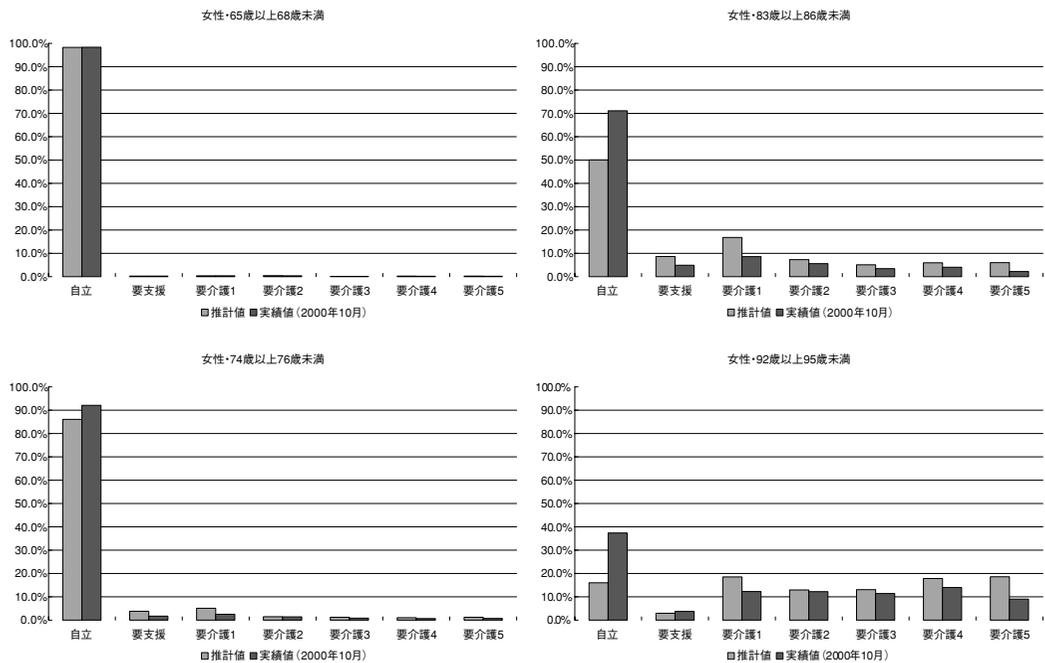
介護保険の何が問題か

図3 年齢階級別・状態別・被保険者数の実績値と推計値との比較（男性）



出所) 筆者計算。

図4 年齢階級別・状態別・被保険者数の実績値と推計値との比較（女性）



出所) 筆者計算。

値86.0%，実績値92.1%），92歳以上95歳未満では21.4ポイント（推計値16.0%，実績値37.4%）まで拡大する。また，92歳以上95歳未満の要介護5では，推計値が実績値を9.0ポイント上回ることになる（推計値18.6%，実績値9.0%）。

このように，男性，女性いずれにおいても，推計値の状態分布は実績値に比べてより重度に偏ったものとなっている。実績値を制度導入以前の遷移確率を反映した結果と考えるならば，介護保険制度の導入は状態の遷移確率を悪化させたと考えることができる。以下では，このような結果が得られた理由について検討する。

はじめに指摘されるべき点として，推計で用いた遷移確率自体に制度導入時の影響が含まれている可能性は否定できない。要介護認定は，介護保険制度がスタートとする半年前から認定申請の受付が行われているが，2000年10月時点においても，要介護認定が十分行き届いていなかった可能性がある。この場合には，制度導入時の認定率が低くなるため，遷移確率は重度化にバイアスのかかったものとなる。しかしながら，図1，図2で示したように，性別・年齢階級別の認定率は2003年10月まで継続的に上昇しており，遷移確率の悪化には他の要因が関与しているものと思われる。

第2の理由として，要介護認定の認定審査の問題が考えられる。データから実際に観察されるのは制度上の要介護度であり，真の要介護度ではない。したがって，要介護認定には認定エラーが含まれると考えられる。認定エラーは，真の要介護度よりも高く認定されるケースと，真の要介護度よりも低く認定されるケースに分けられ，（認定精度が変わらなければ）両者はトレードオフの関係にある。要介護認定では，認定調査票に基づいた機械的な判定（1次判定）が行われたあと，認定審査会で最終的な要介護度（2次判定）が決定されるが，2次判定で修

正が行われる場合には，多くの場合，より重度の要介護度への修正が行われている⁹⁾。このことを考えると，要介護認定では，真の要介護度よりも低く認定されるケースを極力少なくすることを重視していると思われる。このような状況下では，要介護度の重度化に対しては認定が緩いものとなり，このことが（制度上の）要介護度をより悪化させやすくなっていると考えられる。

第3に，現在の介護保険制度のもとでは，本人・家族が要介護認定を受ける誘因が高く，そのことが「状態悪化」を引き起こす可能性がある。要介護度の上昇が本人，家族に与える効果としては，次の3つが考えられる。第1に，要介護度の上昇は，介護サービスの報酬単価の上昇へとつながり，同水準のサービスを利用する場合でも，利用者一部負担が上昇することになる。第2に，介護保険制度では要介護度別に利用上限額が決まっているため，要介護度の上昇によってサービス利用の選択肢が拡大することになる。第3に，施設待機者が発生している状況下で，要介護度が実質的に施設入所基準として用いられていることを考慮すると，要介護度の上昇は施設入所の可能性を高めることになる。

新規申請の場合には第1の効果が無いため，要介護認定は完全なオプションである。また，すでに要介護認定を受けている個人でも，第2，第3の効果が上回っていれば，そのことが区分変更申請を受ける誘因を高めている可能性がある。とくに重度の要介護高齢者に関してはその可能性が高い。このような，介護保険制度が，被保険者，家族の認定申請行動に与える影響が，先の認定エラーと相まって，遷移確率を悪化させている可能性がある。

以上の行動は，事業者が後押ししている可能性もある。事業者にとっては，サービス利用者の要介護度の上昇は収入の増加へとつながるため，認定申請を積極的に働きかける，あるいは

9) 1次判定結果と2次判定結果との比較に関しては，社会保障審議会・介護保険部会第4回資料「要介護認定の状況について」の中で，2002年度，2003年4月の結果が公表されている。

認定申請自体を代行する誘因が強いと考えられる。また、認定調査の委託を行っている地域では、これらの事業者の誘因が調査結果を重度に歪めている可能性もある¹⁰⁾。

Ⅲ-3. 介護サービス利用による状態改善効果 Ⅲ-3-1. 推計方法

ここでは、1年間の要介護状態の遷移確率の推計を行うと同時に、介護サービスの利用が遷移確率に与える影響を検証する。健康状態の推移を分析した研究としては、Contyannis, Jones and Rice (2004) がある。Contyannis, Jones and Rice (2004) では、健康状態を表す指標として、自分自身で評価した健康状態、主観的健康指標 (self-assessed health indicator) を用いて、8時点からなるパネルデータを利用した分析を行っている。ここで定義される主観的健康指標は、4段階からなる順序変数であり、個人の主観的健康指標は (当該個人がサンプルに含まれている限り) 4つのカテゴリーの間を推移することとなる。本稿の分析対象である要介護状態の推移も彼らの分析と同じ構造を持っている。以下では、Contyannis, Jones and Rice (2004) と同様に、変量効果順序プロビット・モデル (random effect ordered probit model) を用いて、要介護状態の遷移確率の推計を行う。具体的な推計モデルは、次のとおりである。

個人 i の時点 t における状態を y_{it}^* とし、次の第(1)式によって確率的に決定されるものとする。

$$\begin{aligned} y_{it}^* &= d_{i,t-1}\alpha + x_{i,t-1}\beta_1 + w_{i,t-1}\beta_2 + e_{it} \\ &= d_{i,t-1}\alpha + z_{i,t-1}\beta + u_i + v_{it} \end{aligned} \quad (1)$$

ただし、 $z_{i,t-1} = [x_{i,t-1}, w_{i,t-1}]$ 、 $\beta' = [\beta_1', \beta_2']$ 、 $e_{it} = u_i + v_{it}$ である。 $d_{i,t-1}$ は個人 i の時点 $t-1$ における状態を表すダミー変数ベクトルであり、前年10月末現在の要介護度を表している。 $x_{i,t-1}$ は個人 i の時点 $t-1$ における個人属性ベクトルであり、性別、年齢、寝たきり度、認知症老人自立度、保険料段階の5つの変数が含まれる¹¹⁾。 $w_{i,t-1}$ は個人 i の時点 $t-1$ におけるサービス種類別の利用者ダミーベクトルであり、各利用者ダミーは前年10月中のサービス利用者を1、そうでない場合を0と定義されている。 e_{it} は誤差項であり、 v_{it} と u_i の2つに分解されるものとする。このうち u_i は、個人 i に特定の時間を通じて一定な効果であり、平均0、分散 σ_u^2 の正規分布に従うものとする。また、 v_{it} は標準正規分布に従うものとし、 v_{it} と v_{is} 、 v_{it} と u_i は独立とする。また、 v_{it} と u_i は $z_{i,t-1}$ と独立とする。このとき、

$$\text{Var}[u_i + v_{it}] = 1 + \sigma_u^2$$

であり、

$$\text{Corr}[u_i + v_{it}, u_i + v_{is}] = \frac{\sigma_u^2}{1 + \sigma_u^2} = \rho$$

となる。

y_{it}^* は、実際には観察不可能な潜在変数 (latent variable) であり、実際に観察できるのは自立から死亡までのカテゴリー別の状態、 y_{it} である。 y_{it} は1から8までの整数値をとり、1から順番に、自立、要支援、要介護1から要介護5、死亡の8つの状態を表すものとする¹²⁾。 y_{it} は、第(1)式、および、次の第(2)式によって決定されるものとする。

10) 現行制度のもとでは、指定居宅介護支援事業者や介護保険施設が認定申請を代行することが可能となっている。また、保険者である市町村は、これらの事業者に認定調査を委託することが可能となっている。認定申請に関しては、2003年9月1日から5日の全ての認定申請のうち、78.9%が代行申請である。また、認定調査に関しては、新規申請の46%、更新申請の59%が委託となっている (厚生労働省「介護保険制度改革の全体像—持続可能な介護保険制度の構築—」より)。

11) $t=1, 2, 3$ であり、それぞれ、2001年10月、2002年10月、2003年10月を表す。

12) 後述するように、以下の分析では、個人の状態に死亡を含むケースと、死亡を除くケースの二つのケースを考える。後者の場合には、 y_{it} は1から7までの整数値をとり、第(2)式では6つ閾値が設定される。

$$y_{it} = \begin{cases} 0 & \text{if } y_{it}^* \leq \mu_1 \\ 1 & \text{if } \mu_1 < y_{it}^* \leq \mu_2 \\ 2 & \text{if } \mu_2 < y_{it}^* \leq \mu_3 \\ \vdots & \\ 7 & \text{if } \mu_7 < y_{it}^* \end{cases} \quad (2)$$

このとき、 $(d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i)$ 所与のもとでの、 y_{it} の条件付密度関数を $f_{it}(y_{it} | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i)$ とすると、

$$\begin{aligned} f_{it}(y_{it} = 0 | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i) &= \Phi(\mu_1 - d_{i,t-1} \\ &\quad \alpha - z_{i,t-1}\beta - u_i) \\ f_{it}(y_{it} = 1 | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i) &= \Phi(\mu_2 - d_{i,t-1} \\ &\quad \alpha - z_{i,t-1}\beta - u_i) - \Phi(\mu_1 - d_{i,t-1}\alpha - z_{i,t-1}\beta - u_i) \\ f_{it}(y_{it} = 2 | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i) &= \Phi(\mu_3 - d_{i,t-1}\alpha \\ &\quad - z_{i,t-1}\beta - u_i) - \Phi(\mu_2 - d_{i,t-1}\alpha - z_{i,t-1}\beta - u_i) \\ &\quad \vdots \\ f_{it}(y_{it} = 7 | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i) &= 1 - \Phi(\mu_7 - \\ &\quad d_{i,t-1} - z_{i,t-1}\beta - u_i) \end{aligned}$$

となる。ただし、 $\Phi(\cdot)$ は標準正規分布の累積分布関数である。また、 (d_{i0}, z_i, u_i) 所与のもとでの、 (y_1, y_2, y_3) の条件付密度関数は、

$$f_i(y_1, y_2, y_3 | d_{i0}, z_i, u_i) = \prod_i f_{it}(y_{it} | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i)$$

となる。また、 (d_{i0}, z_i) 所与のもとでの、 u_i の条件付密度関数を $h_i(u_i | d_{i0}, z_i)$ とすると、 (d_{i0}, z_i) 所与のもとでの、 (y_1, y_2, y_3) の条件付密度関数は、

$$f_i(y_1, y_2, y_3 | d_{i0}, z_i) = \int \prod_i f_{it}(y_{it} | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i) h_i(u_i | d_{i0}, z_i) ds_i$$

となり、対数尤度は

$$L = \sum_i \ln \int \prod_i f_{it}(y_{it} | d_{i,t-1}, z_{i,t-1}, u_i) h_i(u_i | d_{i0}, z_i) ds_i$$

となる¹³⁾。以下では、 u_i は (d_{i0}, z_i) と独立、すなわち $h_i(u_i | d_{i0}, z_i)$ を正規分布と仮定して分析を行った¹⁴⁾。なお $\rho = 0$ のときには、以上のモデルは通常の順序プロビット・モデルと等しくなる。

以下の分析では、2000年10月末現在の全ての在宅認定者6,980人のうち、欠損値を含む58サンプルを除いた6,922人を対象とした。分析対象を在宅認定者に限定したのは、施設サービスが包括的なサービスであり、利用データからはサービスの詳細が把握できないためである。また、本データはアンバランスド・パネルであり、以下の4つの理由でサンプルから脱落することになる。

第1に、本稿の分析対象は在宅認定者であるため、施設に入所した個人は入所時点以降のサンプルから除外した。なお、ここでいう施設サービスとは、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の他に、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護も含めたものである。第2に、資格喪失者に関しては、資格喪失時以降のサンプルから除外した。第3の理由は、自立状態への移行である。これは自立状態の個人の属性が欠損値となるためであり、自立状態になった時点のサンプルには含めるが、それ以降のサンプルからは除外した。第4の理由は死亡であり、死亡に関しては二通りの扱いをした。一つめは、死亡を一つの状態として扱うケースである（以下、死亡を含むケース）。このときには、自立状態へ推移した個人と同様に、初めて死亡と見なされた時点ではサンプルに含まれるが、それ以降サンプルから脱落することになる。二つ目は死亡した段階で

13) $z_i = (z_{i0}, z_{i1}, z_{i2})$

14) 第(1)式、第(2)式によって規定されるモデルは動学モデルであり、初期値を確率変数として扱うか非確率変数として扱うか、また非確率変数として扱ったときに初期値と誤差項との相関をどう扱うかという問題（初期条件問題）が発生する。本稿は全数調査であるため、初期値を非確率変数として扱った。

表1 記述統計

変数名	死亡を含むケース (n=14,958)				死亡を含まないケース (n=12,850)			
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値
状態ダミー								
自立	0.028	0.164	0	1	0.032	0.177	0	1
要支援	0.102	0.302	0	1	0.118	0.323	0	1
要介護1	0.276	0.447	0	1	0.322	0.467	0	1
要介護2	0.158	0.365	0	1	0.184	0.387	0	1
要介護3	0.096	0.295	0	1	0.112	0.315	0	1
要介護4	0.101	0.301	0	1	0.117	0.322	0	1
要介護5	0.098	0.298	0	1	0.115	0.318	0	1
死亡	0.141	0.348	0	1	0.000	0.000	0	0
前年状態ダミー								
要支援	0.155	0.362	0	1	0.171	0.376	0	1
要介護1	0.319	0.466	0	1	0.343	0.475	0	1
要介護2	0.198	0.399	0	1	0.202	0.402	0	1
要介護3	0.113	0.317	0	1	0.106	0.308	0	1
要介護4	0.112	0.315	0	1	0.099	0.298	0	1
要介護5	0.103	0.304	0	1	0.079	0.270	0	1
時点ダミー								
2001年ダミー	0.427	0.495	0	1	0.421	0.494	0	1
2002年ダミー	0.317	0.465	0	1	0.319	0.466	0	1
2003年ダミー	0.256	0.437	0	1	0.260	0.439	0	1
個人属性								
女性ダミー	0.715	0.451	0	1	0.737	0.440	0	1
年齢	82.66	7.79	65	107	82.22	7.69	65	106
寝たきり度	4.899	1.999	1	9	4.695	1.903	1	9
認知症老人自立度	2.526	1.871	1	8	2.378	1.775	1	8
保険料段階	2.911	1.111	1	5	2.896	1.102	1	5
サービス利用ダミー								
訪問介護	0.621	0.485	0	1	0.636	0.481	0	1
訪問入浴	0.124	0.329	0	1	0.110	0.313	0	1
訪問看護	0.153	0.360	0	1	0.140	0.347	0	1
訪問リハ	0.007	0.086	0	1	0.008	0.087	0	1
通所介護	0.265	0.441	0	1	0.280	0.449	0	1
通所リハ	0.051	0.221	0	1	0.054	0.227	0	1
福祉用具貸与	0.313	0.464	0	1	0.304	0.460	0	1
短期入所	0.057	0.232	0	1	0.054	0.226	0	1
短期入所(老健)	0.010	0.098	0	1	0.009	0.095	0	1
短期入所(病院等)	0.002	0.041	0	1	0.002	0.040	0	1
居宅療養管理指導	0.171	0.376	0	1	0.162	0.368	0	1

出所) 筆者計算

サンプルから除外するケースである(以下、死亡を除くケース)。前者の場合には全ての状態変化を把握できるものの、死亡と要介護状態を同じ次元で捉えることが適切かどうかという問題が残る。一方で、後者の場合には、結果として死亡したサンプルを分析から除外することに

なるため、サンプルの代表性に問題が生じることになる。以下では、それぞれのサンプルを用いて分析を行った。分析に用いたデータの記述統計を表1に示す¹⁵⁾。

III-3-2. 推計結果

推計結果を表2に示した。表2には、死亡を

介護保険の何が問題か

表 2 推計結果

	順序プロビット 死亡を含む		変量効果順序プロビット 死亡を含む		順序プロビット 死亡を除く		変量効果順序プロビット 死亡を除く	
	推計値	標準誤差	推計値	標準誤差	推計値	標準誤差	推計値	標準誤差
前年要介護度ダミー								
要介護 1	0.699	0.029***	0.692	0.032***	0.768	0.031***	0.765	0.032***
要介護 2	1.336	0.036***	1.329	0.039***	1.581	0.039***	1.577	0.041***
要介護 3	1.717	0.045***	1.712	0.047***	2.078	0.050***	2.073	0.051***
要介護 4	1.922	0.052***	1.918	0.055***	2.651	0.060***	2.647	0.062***
要介護 5	2.082	0.063***	2.075	0.067***	3.602	0.079***	3.597	0.080***
時点ダミー								
2002年ダミー	0.017	0.020	0.030	0.025	0.090	0.023***	0.089	0.023***
2003年ダミー	0.015	0.022	0.042	0.036	0.136	0.024***	0.137	0.024***
個人属性								
女性ダミー	-0.302	0.021***	-0.328	0.036***	-0.126	0.023***	-0.131	0.025***
年齢	0.016	0.001***	0.017	0.002***	0.006	0.001***	0.006	0.001***
寝たきり度	0.090	0.008***	0.095	0.010***	0.070	0.009***	0.073	0.010***
認知症自立度	0.071	0.006***	0.074	0.007***	0.100	0.007***	0.103	0.008***
保険料段階	-0.008	0.008	-0.008	0.009	0.015	0.009	0.016	0.010
利用者ダミー								
訪問介護	0.097	0.019***	0.098	0.020***	0.298	0.021***	0.306	0.023***
訪問入浴	0.107	0.030***	0.124	0.037***	0.454	0.037***	0.474	0.042***
訪問看護	0.115	0.027***	0.127	0.032***	0.261	0.032***	0.272	0.034***
訪問リハ	-0.031	0.100	-0.029	0.106	0.052	0.115	0.056	0.119
通所介護	0.044	0.021*	0.047	0.023*	0.248	0.023***	0.259	0.025***
通所リハ	0.021	0.039	0.025	0.043	0.228	0.043***	0.237	0.045***
福祉用具貸与	0.130	0.020***	0.139	0.023***	0.227	0.022***	0.235	0.024***
短期入所	0.129	0.038***	0.137	0.041***	0.254	0.045***	0.260	0.046***
短期入所 (老健)	0.140	0.089	0.138	0.094	0.311	0.108**	0.318	0.111**
短期入所 (病院等)	0.269	0.209	0.262	0.223	0.716	0.256**	0.724	0.263**
居宅療養管理指導	0.076	0.025**	0.085	0.029***	0.191	0.030***	0.200	0.031***
閾値パラメーター								
mu 1	0.359	0.104	0.398	0.119	0.115	0.116	0.116	0.121
mu 2	1.260	0.103	1.331	0.134	1.048	0.116	1.065	0.121***
mu 3	2.576	0.105	2.693	0.166	2.555	0.118	2.599	0.127***
mu 4	3.238	0.105	3.377	0.185	3.450	0.119	3.509	0.132***
mu 5	3.648	0.106	3.802	0.197	4.117	0.120	4.188	0.136***
mu 6	4.094	0.106	4.263	0.211	5.096	0.121	5.183	0.143***
mu 7	4.544	0.107	4.729	0.225	-	-	-	-
rho	-	-	0.069	0.073	-	-	0.035	0.027
サンプル数	14958		14958		12850		12850	
疑似決定係数	0.164				0.274			
対数尤度	-24243.548		-24243.016		-16637.201		-16636.348	

出所) 筆者計算

注) ***は0.1%, **は1%, *は5%水準でそれぞれ有意であることを示す。

含めたサンプルと死亡を除いたサンプルのそれぞれに、順序プロビット・モデルと変量効果順序プロビット・モデルを適用した結果を示した。いずれの推計モデルにおいても、閾値パラメーターを除く全ての係数を0とする帰無仮説は0.1%水準で棄却される(尤度比検定)。また、

15) 施設入所や死亡による脱落確率は要介護状態が悪いほど高いと考えられ、いわゆる脱落によるバイアス (attrition bias) が発生する可能性がある。Verbeek and Nijman (1996) と同様の脱落バイアスの検定を行ったところ、本データでも脱落バイアスの存在を示唆する結果となった。Wooldridge (2003) は、脱落確率を考慮した Inverse Probability Weighted Estimator が一定の条件のもとで、一致推定量となることを示している。本データでも IPWE の推計を行ったが、推計値には大きな変化は見られなかった。したがって、脱落バイアスの影響は小さいものと考えられる。

順序プロビット・モデルと変量効果順序プロビット・モデルの結果を用いて、 $\rho=0$ を帰無仮説とする尤度比検定を行ったところ、いずれのサンプルにおいても、帰無仮説は棄却されない結果となった（有意水準5%）。したがって、以下では順序プロビット・モデルの結果について述べる。

モデル全体の適合度についてみると、死亡を含めたケースでは擬似決定係数が0.16であるのに対し、死亡を除いたケースでは擬似決定係数が0.27となり、後者の方がモデル全体の適合度が高いことが分かる¹⁶⁾。このことは、死亡という状態が必ずしも要介護状態と同じ次元で捉えられる状態では無いことを示唆している。ただし、死亡したサンプルを分析から除くということは、（死亡しないという意味で）より健康な個人のみを分析対象とすることになり、サンプルの代表性に問題が残ることになる。このように、それぞれのサンプルには一長一短があり、以下では二つのサンプルの結果について述べる。

つぎに、各説明変数の符号について見てみる。前年要介護度ダミーはいずれも有意であり、予想されるとおり要介護度が高くなるほど推計値の値も大きくなっている（前年要支援を基準）。

時点ダミーに関しては、死亡を含めたケースでは有意とならないものの、死亡を除いたケースではプラスに有意となっている。先に述べたように、本稿の分析では2000年10月の在宅認定者を対象としており、時点ダミーには二つの効果があると考えられる。一つは時間の経過による要介護状態の悪化を捉えた効果である。全体

としてみれば、要介護度は時間とともに悪化していくと考えられ、2002年ダミー、2003年ダミーいずれもプラスとなり、後者が前者を上回ると考えられる。もう一つの効果は脱落、特に死亡による脱落の影響である。2002年のサンプルは2001年に死亡していないことが前提となっており、その意味で2002年のサンプルは2001年に比べてより健康な集団であると考えられる。同じことは2002年と2003年のサンプルについてもいえる。この場合、2002年ダミー、2003年ダミーいずれもマイナスとなり、後者が前者を絶対値で上回ると考えられる¹⁷⁾。死亡を含めたケースで時点ダミーが有意とならなかった理由は、二つの効果が相殺された結果と考えられる。一方、死亡を除いたケースでは二つめの効果は小さいと考えられ、時点ダミーは主に第1の効果捉えたものと考えられる。

個人属性に関しては、いずれのサンプルを用いた場合でも、同様の結果が得られた。有意となった変数は、女性ダミー、年齢、寝たきり度、認知症老人自立度の4変数であり、女性ダミーに関しては符号がマイナス、他の3変数に関してはプラスという結果が得られた。また、保険料段階に関しては、いずれのサンプルを用いた場合でも、有意な結果は得られなかった。

以上の有意な結果が得られた変数の限界効果を表3に示した¹⁸⁾。女性ダミーについてみると、死亡を含めたケースでは、女性の状態悪化確率は男性に比べて11ポイントから12ポイント低いことが分かる。一つの原因は平均余命の違いであり、死亡を除いたケースでは4.5から

16) 擬似決定係数 (pseudo R^2) は $1 - (L/L_0)$ として計算。ただし、 L_0 は閾値パラメーターのみを用いて推計を行ったときの対数尤度である。

17) 本文中には示していないが、前年要介護度別の死亡率を時点別に比べると、いずれの要介護度でも、2001年データの死亡率が最も高く、2003年データが最も低い。

18) 限界効果は説明変数の限界的な変化が1年後の遷移確率に与える影響を表している。具体的には、説明変数が連続変数であるときには

$$\frac{\partial f(y_i | d_{t-1}, z_{t-1})}{\partial z_k}$$

説明変数がダミー変数であるときには

$$f(y_i | d_{t-1}, z_{t-1} |_{z_k=1}) - f(y_i | d_{t-1}, z_{t-1} |_{z_k=0})$$

として計算しており、いずれも前年要介護度別の標本平均で評価した値である。

介護保険の何が問題か

表3 限界効果

変数名	前年要介護度	死亡を含むケース		死亡を除いたケース	
		維持・改善	悪化	維持・改善	悪化
2002年ダミー	要支援	—	—	-0.0359	0.0359
	要介護1	—	—	-0.0321	0.0321
	要介護2	—	—	-0.0341	0.0341
	要介護3	—	—	-0.0348	0.0348
	要介護4	—	—	-0.0328	0.0328
	要介護5	—	—	0.0000	—
2003年ダミー	要支援	—	—	-0.0541	0.0541
	要介護1	—	—	-0.0489	0.0489
	要介護2	—	—	-0.0517	0.0517
	要介護3	—	—	-0.0528	0.0528
	要介護4	—	—	-0.0499	0.0499
	要介護5	—	—	0.0000	—
女性ダミー	要支援	0.1142	-0.1142	0.0501	-0.0501
	要介護1	0.1184	-0.1184	0.0454	-0.0454
	要介護2	0.1198	-0.1198	0.0477	-0.0477
	要介護3	0.1188	-0.1188	0.0487	-0.0487
	要介護4	0.1192	-0.1192	0.0460	-0.0460
	要介護5	0.1197	-0.1197	0.0000	—
年齢	要支援	-0.0061	0.0061	-0.0022	0.0022
	要介護1	-0.0061	0.0061	-0.0020	0.0020
	要介護2	-0.0062	0.0062	-0.0021	0.0021
	要介護3	-0.0062	0.0062	-0.0021	0.0021
	要介護4	-0.0062	0.0062	-0.0020	0.0020
	要介護5	-0.0062	0.0062	0.0000	—
寝たきり度	要支援	-0.0350	0.0350	-0.0280	0.0280
	要介護1	-0.0349	0.0349	-0.0249	0.0249
	要介護2	-0.0358	0.0358	-0.0264	0.0264
	要介護3	-0.0357	0.0357	-0.0270	0.0270
	要介護4	-0.0358	0.0358	-0.0254	0.0254
	要介護5	-0.0358	0.0358	0.0000	—
認知症老人自立度	要支援	-0.0275	0.0275	-0.0399	0.0399
	要介護1	-0.0274	0.0274	-0.0355	0.0355
	要介護2	-0.0281	0.0281	-0.0377	0.0377
	要介護3	-0.0281	0.0281	-0.0386	0.0386
	要介護4	-0.0281	0.0281	-0.0363	0.0363
	要介護5	-0.0282	0.0282	0.0000	—

出所) 筆者計算

注) 限界効果は、前年幼年介護度別の標本平均で評価。表中では各状態に対する限界効果を「維持・改善」「悪化」に二つに分けて集計した結果を表している。

5.0ポイントまで低下する。また、男性と女性では介護が必要となった原因が異なり、そのことが両者の遷移確率の違いとして表れているとも考えられる¹⁹⁾。

年齢についてみると、年齢1歳の上昇によって、死亡を含むケースでは0.6ポイント、死亡を含まないケースでは0.2ポイント悪化確率を押し上げる。同様に、寝たきり度の1段階の上昇によって、死亡を含むケースでは3.5から3.6ポイント、死亡を含まないケースでは2.5から2.8ポイントそれぞれ悪化確率を上昇させることとなる。年齢や寝たきり度の限界効果は死亡による影響が大きく、死亡を除いたケースでは限界効果が（絶対値で見て）大きく低下する。

一方で、認知症老人自立度の1段階の上昇は、死亡を含むケースでは2.7から2.8ポイント悪化確率を上昇させるのに対して、死亡を含まないケースでは3.5から4.0ポイント悪化確率を押し上げることになる。これは、認知症老人自立度の場合には、死亡率よりも要介護度との相関が強いと考えられる。

最後にサービス利用者ダミーの符号についてみる。死亡を含めたケースでは、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与、短期入所、居宅療養管理指導がプラスで有意となった。また、死亡を除いたケースでは、訪問リハを除く全てのサービスがプラスに有意となった。

このように、本稿の分析からは、介護サービス利用が遷移確率の改善に対して有意にマイナスとならないだけでなく、むしろ悪化させるという結論が得られた。福祉用具貸与などの一部のサービスに関しては、比較的軽度の段階での車椅子の利用によって、自らの体を動かすことが減り、結果として身体機能が低下したと考え

ることができる。しかしながら、本稿で得られた結果はほぼ全てのサービスにおいてであり、これらのサービスを利用することによって、状態が悪化するとは考えにくい。以下では、分析上の課題とともに、本稿の結果が意味することについて考える。

分析上の課題としては、個人属性の制御が不十分であることが挙げられる。先に述べたとおり、本稿で利用した個人属性は、前年要介護度、年齢、性別、寝たきり度、認知症老人自立度、そして保険料段階の6変数のみである。以上の6変数以外にも、医学的情報、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作（IADL）に関する情報、家族構成に関する情報、学歴や所得・資産などの社会経済変数などが大きな影響を与えると考えられる²⁰⁾。仮に、要介護状態が重度であるほどサービスを利用する傾向にあると考えると、サービス利用者ダミーが捉えているのは、本稿で用いた個人属性では把握できない重篤度であり、より重度な個人ほど悪化確率が高いことを意味している可能性がある。本稿の分析結果をより頑健なものとするためには、より詳細かつ広範な個人属性による制御が欠かせない。

家族介護の影響も考えられる。先に述べたとおり、本稿の利用データには家族構成に関する情報が含まれていない。大日（2000）では、世帯内の無業者の存在は介護サービス需要を有意に減少させることが指摘されている。また、遠藤・吉田（2001）は、子供との同居世帯比率が高い地域ほど訪問介護サービスに対する需要が少ないことを指摘されている。このように、一般的には、家族による介護が可能である場合には、そうでないときに比べて、介護需要は小さいと考えられる。逆に言うと、介護サービスを利用していない個人の多くは家族介護が利用可

19) 2001年の「国民生活基礎調査」（厚生労働省）によると、介護が必要となった原因は、男性では、脳卒中（42.9%）、衰弱（11.5%）、パーキンソン病（7.2%）、認知症（6.2%）、転倒・骨折（5.7%）であるのに対し、女性では脳卒中（20.2%）、衰弱（18.3%）、転倒・骨折（14.8%）、認知症（13.0%）、関節疾患（12.8%）となっており、大きく異なる。

20) IADLの重要性に関しては島内ほか（2004）が、社会経済変数の重要性に関しては近藤（2005）がそれぞれ指摘している。

能な個人である可能性がある。このとき、利用者ダミーは、家族介護に対する相対的な評価という要素をも持つことになる。また、家族介護が利用可能な場合でも、要介護者の状態が重度化し、家族による対応が不可能なときに初めてフォーマルなサービスを利用するとも考えられる。この場合には先ほどと同様に、サービスを利用すること自体が重度であることを意味している可能性がある。

最後に、認定申請に関するモラルハザード的な行動が考えられる。前節で述べたとおり、要介護度の上昇は利用者にとってサービス価格の上昇と同時に、サービス選択肢の拡大を意味する。後者の影響が大きいときには、より積極的に要介護認定を受けようとするインセンティブ

が発生すると考えられる。一方で事業者にとっては要介護度の上昇は収入の増加となる。サービス利用者と未利用者との比較では、前者はすでに利用の意向を表明している主体であり、その意味で利用サービスの選択肢を拡大したいという意向が強い可能性がある。このような誘因を背景として、利用者ダミーがプラスとなっている可能性も考えられる。また、このような行動が影響を及ぼすのは（制度上の）要介護度に対してのみであり、医学的な結果である死亡には影響を与えないと考えられる。その意味では、本稿の分析で、死亡を除いたケースで利用者ダミーの有意水準が上昇することとも整合的である。

IV. むすび—改革の課題—

介護保険の二つの根本的な問題を取り上げ、検討を行った。第1の問題は、介護保険施行後急激に拡大した認定者や受給者数、および総費用の背後にある制度的問題である。具体的には保険者の選定と介護保険における医療のあり方が問題であり、保険者選定では、市町村が保険者となったが、保険の厳格な適用・管理が行われていないこと、介護と医療の関係では、介護保険における医療の取扱いが不明のまま、社会的入院の解消が進まなかったことである。ともに制度創設の時から予想された問題であったが、保険者機能をどのようにして発揮することができるとい議論を踏まえ、保険者探しに奔走し、市町村に保険者を押し付けた結果、介護保険が急拡大した。また、社会的入院の解消を目的に掲げながら、日本医師会など医療供給サイドの要求に屈することによって、介護保険が医療における社会的入院の受け皿となったことを指摘した。

第2の問題は、介護保険による要介護状態改善効果である。はじめに、介護保険制度の導入

前後で、要介護状態の遷移確率がどのように変化したかについて、東京都杉並区の個票データを用いて検証した。分析の結果、介護保険の導入によって遷移確率が悪化していることを示唆する結果が得られた。つづいて、同じ個票データを用いて、居宅で生活を送る要介護高齢者を対象に、介護サービスの持つ状態改善効果について検証した。分析には多くの課題も存在するが、本稿の分析結果からは、介護サービス利用は要介護度の改善にはつなげていないことを示す結果となった。また、これらの結果が導かれた一つの理由として、個人や事業者がより高い要介護認定を望む誘因が影響を与えている可能性があることを指摘した。

以上の検討を踏まえて、介護保険改革の課題について述べる。改革に当たってもっとも重要なことは、保険者としてその機能を発揮して、制度の適正な運用を自律的に目指す組織を作り出すことである。この点、市町村にそうした機能を期待することは不可能である。すでに述べたように、市町村は地元のサービス供給者と密

接に結びついているため、制度の利用を厳格に管理することができない。行政主体として地域の活性化、雇用促進を目指しつつ、保険の適正な執行を行うことは、いわば相反した利益を追求することになる。一方、保険財政は重層的に支え合う構造となっているので、相反する利益の選択において、市町村のウエイトは保険者として制度を適正に執行することから、地元経済の利用促進に傾くことになる。また、人的資源の面からも、市町村の介護保険課に保険者としての役割を期待することは難しい。

介護保険施行後6年が経過しようとしているが、重層的に支えてきたはずの市町村の介護保険財政は厳しさを増している。保険の利用促進が進んでいるためであるが、そうしたなか、40歳からとされている被保険者の範囲を20歳に引き下げることで問題を解決しようとするのではなく、保険者による給付の適正化などを通じて負担に見合った最善のサービスを図っていくべきである。

現在、医療保険では国民健康保険や政府管掌健康保険の県レベルなどへの集約化が検討されている。そうした検討の一環として、介護保険の保険者も市町村から、より広域化した地域を対象とする専門組織に編成替えるべきである。この場合、保険者を県などの行政単位とするのではなく、独立した事業体とし、保険の適正な執行ができる環境を整えるべきである。

第2の改革は、保険者と地方自治体（とくに住民行政に関わる市町村）との関係を明確にすることである。第1の改革によって、介護保険の運営は専門の独立した保険者に委ねられることになるが、そのとき保険者と地方自治体の関係が重要となる。両者が役割を分担することで、地域の介護を充実していくべきである。

この点、2006年度から計画されている介護保険の改正は、新たな混乱を生む可能性がある。すなわち、この改正は、「予防重視システムへの転換」を掲げ、要介護認定から外れているが虚弱な高齢者などには、市町村の地域支援事業によって介護予防サービスなどを行い、一方、

要介護認定された高齢者を二つに分け、状態改善の見込まれる軽度の人には新予防給付、そうでない人には介護給付を行うとされている。新予防給付は、地域支援事業といっしょに、「地域包括支援センター」が管理することされている。

この改正の結果、保険者である市町村は、介護認定されていない高齢者にも「保険活動」の一環として、さまざまなサービスを提供することが必要とされる。介護保険創設に当たって繰り返し強調されてきた目的の一つは、高齢者福祉を措置から保険にすることであった。その観点から、改正された介護保険を見ると、一部であれ再び措置を保険のなかに組み入れることになる。予想される現場の混乱を超えて、介護を保険によって運営することにした制度の本来の目的から大きく逸脱することになる。こうした問題もじつは、市町村を保険者としていないことと密接にかかわっている。市町村の担うべきとされている、保険者とサービス供給主体の二つの役割は、峻別されるべきである。

多くの論点が残されているが、さらに2点指摘したい。第1の論点は、介護保険全体の制度設計や運用と関わるが、厚労省が保険者を選定し、その財政支援の仕組みを決め、同時に報酬体系の決定を通じて介護のあり方を誘導している仕組み自身、再考が必要となっていることである。厚労省が決めた制度を、全国の自治体の介護保険課長を集めて解説して、規則に基づいた運用を全国津々浦々まで徹底している現在の仕組みは、あまりにも中央集権的過ぎる。上述した、広域地域を対象とした、独立した保険者に介護保険の執行を行わせることで、自治体とのさまざまな協力や連携が生じる。介護報酬体系ももっと包括的にして、保険者や地域の選択の範囲を広げるべきではないのか。この論文で指摘してきたように、行き過ぎた中央集権的管理と支援は、市町村の保険者としての自覚と責任意識を希薄にしてきた。この点を含めて、介護を含めた社会保障の分野で分権化が必要である。

さらに加えたい論点は、障害者の扱いである。今回の介護保険の改正で厚労省が論点としたのは、被保険者・受給者の範囲であった。被保険者の範囲を広げることの適否については、すでに述べた。受給者の範囲では、若年要介護者の扱いが問題となる。具体的には、障害者に介護保険を適用するかどうかであるが、介護保険の改正にあたって、厚労省は制度の普遍化を理由に、障害者への給付を介護保険行うことを強く主張した。

本論文では、制度創設過程においてこの問題がどのように議論されていたかをたどったが、「高齢者以外の障害者については、総合的な施策の推進が望まれるが、介護サービスのみを取り出して社会保険とすることは慎重な検討が必要」(高齢者介護・自立支援システム研究会報告書)、あるいは、「若年世代の要介護者については、公費による障害者福祉施策で対応する」

(老人保健福祉審議会、最終報告)とされ、若年障害者を介護保険の被保険者とするのはどの答申や報告書でも提言されていない。

しかし、介護保険施行後である2003年に、障害者福祉を障害者の権利を強化した支援費制度に代えることによって障害者福祉費は急増した。その負担の支払いをどうするかが、引き金の一つとなって、介護保険の受給者の範囲を広げ、そのなかに障害者を入れることが論点となった。検討事項としては、介護保険創設時からあったことは確かであるが、問題は明らかに支援費という新しい障害者福祉制度の導入によって引き起こされたものである。こうした背景を考えると、障害者施策と介護保険の関係を支援費制度の財政救済の面から取り上げるのではなく、障害者施策全体を視野において検討するべきである。それは、高齢者介護・自立支援システム研究会報告書でまさに指摘していることである。

参 考 文 献

- 江利川毅 (1997), 「高齢者介護の現状と課題」, 『週刊社会保障』, No.1950, pp.110-113.
- 遠藤秀紀・吉田あつし (2001), 「家族の同居・別居選択と訪問介護サービス需要」『季刊社会保障研究』, 第37巻第3号, pp.281-296.
- 大日康史 (2000), 「介護保険の市場分析」『季刊社会保障研究』, 第36巻第3号, pp.338-352.
- 近藤克則, (2005), 『健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか』, 医学書院.
- 島内 節・田中 博・田近栄治・油井雄二・森田久美子・Lena Sahlqvist・Jaauko Konttuai・佐々木明子・北園明江・奥富幸至・織原美佐子 (2004), 「在宅ケア軽度要支援高齢者の日常生活行動の自立度向上に有効なケアプランの国際比較」平成15年度文部科学研究補助金(基盤研究B1海外)成果報告書.
- 田近栄治・油井雄二 (2001), 「介護保険導入一年で何が起きたか—北海道東部3市町村のケース—」健康保険組合連合会『健康保険』10月号, 11月号.
- 田近栄治・油井雄二 (2002), 「介護保険導入何が起きたか—武蔵野市、国分寺市、横浜市、甲府市のケース—」一橋大学経済研究所PIEディスカッションペーパー 第132号.
- 田近栄治・菊池潤 (2003), 「介護保険財政の展開—居宅介護給付増大の要因」『季刊社会保障研究』第39巻第2号, pp.174-88.
- 田近栄治・油井雄二 (2003a), 「介護保険の現状と改革」(国立社会保障・人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』東京大学出版会, pp. 297-317.
- 田近栄治・油井雄二 (2003b), 「沖縄からみた介護保険の課題」『健康保険』9月号.
- 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』, 通巻72号, pp.78-104.
- 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』, 通巻第74号, pp.147-

- 163.
- 田近栄治・油井雄二・菊池潤 (2005a), 「介護保険制度の持続可能性—国と県レベルの分析—」, 『社会保障制度改革—日本と諸外国の選択』, 国立社会保障・人口問題研究所編, 第10章所収, pp.263–286.
- 田近栄治・油井雄二・菊池潤 (2005b), 「介護保険における都道府県の役割—青森県のケース・スタディ」『健康保険』10月号, 11月号.
- 田近栄治・菊池潤 (2005) 「介護保険による要介護度の維持・改善効果—個票データを用いた分析—」『季刊社会保障研究』, 第41第3号, pp.248–262.
- 増田雅暢 (2001) 「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題—官僚組織における政策形成過程の事例—」『季刊社会保障研究』, 第37第1号, pp.44–58.
- 増山幹高 (1998), 「介護保険の政治学—政策理念の対立と収斂」, 『日本公共政策学会年報』所収, <http://wwwsoc.nii.ac.jp/ppsj/pdf/journal/pdf1998/Masuyama.pdf>
- 吉原健二・和田勝 (1999), 『日本医療保険制度史』, 東洋経済新報社.
- Contoyannis, P., A. M. Jones and N. Race, (2004), “The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey,” *Journal of Applied Econometrics*, vol.19, pp. 473–504.
- Verbeek, M. and T. Nijman, (1996), “Incomplete Panels and Selection Bias,” Ch. 18 in L. Matyas and P. Sevestre, eds. *The Econometrics of Panel Data: A Handbook of the Theory with Application* (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht).
- Wooldridge, J. M., (2000), *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data* (MIT press, Cambridge).
- Wooldridge, J. M., (2002), “General Probability Weighted Estimation for General Missing Data Problem.,” mimeo.
- Wooldridge, J. M., (2003), “Simple Solutions to the Initial Condition Problem in Dynamic, Non-linear Panel Data Models with Unobserved Heterogeneity.,” mimeo.