

公的介護保険の導入による介護費用への影響

丸 山 桂

I 分析視点

高齢化社会の到来とともに、介護問題が大きな社会的関心を集めて久しい。その状況は、少子化による影響も加わり、かなり深刻な様相を呈している。国民の老後の介護不安は高まる一方で、長期的な視野にたった行政的対応が求められている。かつて、「日本型福祉社会」と呼ばれ、介護責任を家族に委ねてきたわが国の介護政策も、女性の社会進出や若年労働力の不足など社会状況が変化し、家族介護の限界性が示されたことで、公的責任を拡大する方向で変わりつつある。

しかしながら、高齢者の増加につれて、高齢者の介護に要する費用は膨張の一途をたどり、この財源調達方法は、今後の介護政策の方向性を決める最重要課題として依然残されたままである。この解決策の1つとして、近年注目を集めているのが、介護リスクを社会連帯による社会保険でみるという公的介護保険の創設であり、財源をその保険料収入に求めるというものである。政府の方針は、1997年導入にほぼ固まりつつあり、現在、各審議会でも本格的な検討が進められ、次第にその骨格が明らかになってきている。

公的介護保険の導入には、多くの検討すべき点があり、慎重な議論を要することはいうまでもない。だが、その役割は、単なる財源調達法だけにとどまらず、医療、保健、福祉といった既存の介護システム全体の整合化、効率化が実現された上での、介護費用の節減効果も期待されていることは否定できない。また、公的介護保険が社会保険

方式をとる以上、給付と負担の公平性の確保は、必須課題の1つとなる。

そこで、本研究では、このような視点から、公的介護保険が導入された場合に、既存の介護施策の費用負担にいかなる見直しが必要であるのか、そして社会全体の介護費用や国民の費用負担に及ぼす影響を検討することにより、公的介護保険の政策効果を分析することとした。社会的な介護費用の推計あるいは公的介護保険の所要額を試算した先行研究は、宇野(1994)、城戸(1989)、沢村(1988)など数多いが、本研究の特色は、両者を組み合わせて分析を行った点にある。もとより、具体的な制度設計が定まらない時点での試算は、時期尚早との感否めないが、明確にその効果を認識することも検討対象と考え、本研究を行った。

以下では、3つの点について、検討する。

第1に、公的介護保険における保険料負担、公費負担、利用者負担といった費用負担方法はどのような方法が望ましいか。第2に、政策動向によって、公的介護保険の所要額および保険料負担額は、どの程度左右されるのか。最後に、公的介護保険の導入によって、医療保険制度や措置費などの社会福祉施設に要した介護費用には、いかなる影響が現れるのか。また、国民の介護費用負担は、どのように変化するのか。

本稿の構成は、以下のようになっている。II節で、公的介護保険の制度設計および他制度の費用分担の方法について述べ、III節で、試算方法を述べ、IV節で、試算結果を考察し、V節で、結びとする。

II 公的介護保険の給付と負担のあり方

本節では、現行の介護施策の問題点を指摘し、その結果をふまえ、公的介護保険の制度の根幹にかかわる、保険料負担、給付内容、公費負担の3点を中心に検討を行う。また、公的介護保険を導入した場合、既存の介護施策における費用負担をどのように調整すべきかも併せて検討を行うこととする。

1. 現行の介護施策の問題点

まず、現行の介護施策のうち、介護費用負担の軽減を意図した施策について、問題点を整理しよう。その方策は、1つには税制を通じた控除、あるいは障害年金の支給といった一種の介護手当の支給であり、もう1つは老人福祉サービスや財を購入する場合に、利用料を所得階層に応じて減額するという、利用料の軽減である。

前者の問題点は、要介護者のニーズの大きさと給付額が必ずしも合致しないことがあげられる。まず、税制では、例えば障害のある老人を扶養している場合には、老人扶養控除に所得税では10万円、住民税では7万円をさらに上乗せした同居老親等特別控除という所得控除を認めている。こうした控除の意図は、障害者を扶養する場合には、そうでない者を扶養する場合より経済的負担が大きく、担税力が小さいとし、その分を控除額の上乗せで税額の軽減で対処するというものである。だが、税制の所得控除制度特有の問題として、限界税率が高い高所得層が、より控除の恩恵にあずかれるという点があげられる。都村(1992)によれば、老人や障害者を扶養している者は、相対的に低所得層が多く(p.220)、税制を通じた一種の介護手当の支給は、ニーズと給付額が合致していないというミスマッチの問題だけでなく、公平性の観点からも疑問視せざるをえない。公的介護保険を導入する際には、こうした控除の見直しも併せて行う必要があろう。

公的年金制度では、65歳前に障害が発生した場合には、障害年金の支給を行っている。1級障害の

場合(介護を要する重度の障害)には、障害基礎年金と障害厚生年金が受給できる。しかし、障害年金は、就労期における障害のリスクを意図したものであり、一度老齢年金を受給してしまうと、その後障害者になっても、障害年金を受給することができないという問題点がある。介護のリスクの発現率は、老齢年金受給後、特に高齢になるほど、高くなること、そして一律老齢年金の25%増しという算定方法では、自営業者などの国民年金のみの受給者や低所得者には、十分な金額を支給することはできないことを考えると、障害年金は老後の介護費用の保障としては、不十分であるといわねばならない。

もう1つの介護サービスの利用料軽減策としては、老人保健制度を通じての医療費の自己負担額の軽減や老人保健施設や各社会福祉施設の利用費用の軽減などがあげられる。しかし、現行制度における介護施策は縦割りで、相互の連携が十分はかられていないために、同じような要介護老人であっても、介護を受ける居所によって、費用負担額が大きく異なるということは、よく知られた事実である。例えば、自宅で介護を受ける場合、原則として介護費用は全額自己負担であるが、特別養護老人ホームは、その所得に応じて費用徴収がされるため月額0~24万円、老人保健施設ならば、月額6万円程度、老人病院であれば、食費を含めて約4万円ということになる¹⁾。こうした費用負担額の不均衡は、所得に応じて費用徴収をする社会福祉施設には、低所得者が集中し、病院には特に治療を必要としない長期入院者、いわゆる「社会的入院」者の増加を招くなどの問題を生みだしており、介護保険の創設の際にはケア施設の整合化は必須課題であるといえる。

2. 公的介護保険における費用負担のあり方

以上の問題をふまえ、本項では、公的介護保険の費用負担方法を、保険料負担、給付、公費負担の3点を中心に、検討を行う。

(1) 保険料負担

ここでは、保険料負担の問題のうち、徴収方法といった技術的な問題ではなく、その負担者の範

困について、検討を行うこととする。保険料負担者の範囲を議論する際の争点は、高齢者やいわゆるサラリーマンの専業主婦である第3号被保険者にも負担を求めるかどうかということになる。前者については、高齢者層と若年層との公平性の確保や昨今の年金水準の充実によって豊かな高齢者が増加していることを考えると、保険料徴収は可能かつ妥当と思われる。現行の老人保健制度でも、70歳未満の国民健康保険加入者からは保険料徴収を行っており、大きな問題はなかろう。ただし、高齢者の所得格差は若年層に比べて著しく大きいいため、低所得者には、保険料免除などの措置が必要であり、また保険料徴収の年齢に上限を設けるなどの検討が必要となる。

後者については、パート労働者から保険料徴収をする方向で考えるべきであろう。いわゆるパート労働者がある一定の金額を超えて働くとかえって世帯の手取り収入が減少するという「逆転現象」は、深刻な社会問題となっており、こうしたパート労働者から保険料負担を求めないということが、労働供給の抑制効果をもち、かつ低所得者や他の働く女性との公平性を損なっているという指摘がしばしばなされている。こうした問題は、公的介護保険だけでなく、社会保険制度全体で見直しをすべき問題であるが、仮に公的介護保険でパート労働者から保険料徴収を行わないとすれば、「逆転現象」が一層深刻化することは明らかである。

保険料徴収には、様々な配慮が必要となるが、できるだけ広い範囲で負担者を設定すべきと考える。

(2) 給付方法

① 給付対象者

公的介護保険の給付対象者を議論する際、第1に高齢者のみに限定するか、年齢による区切りを設けるのか、第2に対象者を要介護者本人に限定するか、介護者についても給付を行うのかの検討が必要となる。第1に、給付対象者の年齢の問題であるが、これは公的介護保険の保険者の設定にもよるが、仮に老人保健制度と一体的に給付を行うのであれば、おのずと給付対象者は高齢者に限定されよう。また、年齢制限を設けない場合に

は、高齢者に限定した場合以上の保険料収入を必要とし、若年層の負担に対し、別途の配慮が必要となる。障害者に対する給付は、教育や社会訓練などと一体的に供給される必要があり、介護だけを取り出して社会保険化するより、公費による手当あるいは福祉の一層の充実で対応すべきであろう。

介護者に対する給付の是非は、その身体的、精神的負担を評価する、あるいは介護を理由に就労を中断した場合の機会費用の補填という意味でも、なんらかの援助を行うことが必要と思われる。しかし、介護者に対する介護手当の支給には、モラルハザードや特定の人物への介護のおしつけにつながるという恐れもあり、慎重な検討が必要である。現時点では、育児休業中と同様に、介護休業中の所得保障や社会保険料の免除などの方策で、介護者への手当の支給を行うことが、適切ではないかと思われる²⁾。

② 給付方法

要介護者に対する給付方法をめぐっては、現物と現金のどちらが適切かという論点がある。これについては、奥野・吉川(1992)が理論的な検討を行っているが、効率性、モラルハザード、利便性を考慮すると、原則として現物給付の方式をとるが、現物給付または両者の組み合わせ受給も認めることが最善の方法と思われる。なによりも要介護者すべての介護ニーズを把握し、現物給付または現金給付のみの給付には限界があり、要介護者の選択の幅はできるだけ広く保つ方がよいからである。また、わが国の介護施設、介護サービスは地域差が著しく、現状では現物給付を受けようにも、対応するサービスが十分ないため、現金給付を選択せざるをえない地域の住人も少なからず存在すると予測されるためである³⁾。

施設入所者への給付は、在宅以上に各施設によって、取り扱いが異なるため、複雑にならざるをえないだろう。まず、全額自己負担が原則の有料老人ホームの入所者については、基本的に現金給付をすることで問題はなかろう。それ以外のいわゆる公費で運営されている特別養護老人ホームをはじめとする社会福祉施設の入所者へは、公的介

護保険の給付と、公費、自己負担でいかに介護費用を分担するかの見直しが必要となる。現行制度では、自己負担額を所得に応じて徴収しているので、低所得者の場合には、費用徴収を行わない仕組みになっている。しかし、在宅の要介護者との公平性を考えると、少なくとも食費や生活費は自己負担すべきであろう。その額として、高齢者が負担可能かつ、老人保健施設の1ヵ月あたりの自己負担額の平均6万円程度が妥当と思われる。が、現在の入所者の大半が低所得者であり、彼らへの別途配慮が必要であること、そして現行の所得に応じた徴収方法を残すのか、扶養義務者からの徴収の是非など、利用者負担そのものを大幅に見直すことが必要となる。また、公的介護保険が導入されたとしても、公的責任を残すという意味で、なんらかの公費負担は、残すことが必要と思われる。

病院や老人保健施設のような、医療施設の入所者への給付は、堀(1994)が指摘するように、当面は医療保険制度のなかで、給付を行うべきと考える。いわゆる「社会的入院」の大きな理由が、他の施設に比べ、自己負担が軽減されていることがあげられている。これにさらに給付を行うことになれば、「社会的入院」者を在宅あるいは施設へ移行させるインセンティブに乏しくなると考えるからである。

(3) 保険料と公費負担

最後に、公的介護保険に公費負担をいれるべきか否かを検討する。現在、老人医療の費用は患者の一部負担を除き、原則として国が20%、都道府県が5%、市町村が5%を負担し、残りの70%が医療保険の各保険者の拠出金で賄われている。ただし、老人保健施設療養費等介護的要素が大きい費用については、国が12分の4、都道府県が12分の1、市町村が12分の1で公費負担が2分の1、残りの2分の1が拠出金で賄われている。公的介護保健が老人保健制度を基盤にするならば、公費負担を入れることは可能である。

また財源を保険料収入と税収で賄うことで、互いの功罪を補えるという利点もある。

以上、本節では公的介護保険における費用負担

のあり方について、検討してきた。次節では、この考え方に基づいた場合の公的介護保険の介護費用に及ぼす影響の試算方法について、述べることにする。

III 計算の方法

本節では、公的介護保険の所要額、保険料負担額、他の介護施策への影響、国民の介護費用負担への影響を、政策選択や要介護老人の動向別に試算することを目的としている。

計算の手順の概略は、次のようになる。まず、基礎データとなる要介護老人数、介護費用、公的介護保険の給付額を設定する。次に、これらのデータを基に、要介護老人の想定ケース別に、公的介護保険の所要額、保険料負担額、既存制度への影響、国民の介護費用負担の順に試算し、公的介護保険の諸影響を検討することとする。

1. 基礎データの設定方法

(1) 要介護老人数

公的介護保険の所要額は、政策選択の効果、すなわち要介護老人の障害の程度や介護を受ける居所の選択動向によって変化しうる。本研究は、昨年見直しが行われた高齢者保健福祉推進十か年戦略(以下、新ゴールドプラン)の達成率⁴⁾に着目し、その最終目標値の2000年を試算の年次に設定した。そのため、ここで求める居所別、障害の程度別の要介護老人数も、新ゴールドプランの達成率に依存することになる。

要介護老人の動向は、介護費用の推計を行った宇野(1994)の用いた3ケースに1ケースを加えた、特徴的な4ケース(トレンド型、新ゴールドプランA型、新ゴールドプランB型、在宅移行型)を想定し、障害の程度を3段階(重度、中度、軽度)に分類した。各ケースを次のように定義する。

トレンド型とは、新ゴールドプランが達成されず、2000年においても介護サービスの水準が現在と同程度にとどまり、したがって公的サービスの守備範囲が現在と変わらない場合を想定したものである。具体的には、老人人口の伸びに比例して

公的福祉サービスが整備されるものと仮定した。

新ゴールドプラン A 型と B 型は、2000 年における公的福祉サービスの整備水準を新ゴールドプランの最終目標値と同一と仮定したものである。前者は、要介護老人総数はトレンド型と同じであるが、施設入所者が新ゴールドプランの最終目標値と同一になると仮定したケースである。トレンド型より、大幅に施設入所者が増加するのが特徴である。後者は、「寝たきりゼロ作戦」が功を奏し、在宅の重度要介護者の 3 割が中度の障害にふり替わると仮定したケースである。

在宅移行型とは、在宅福祉サービスが整備された結果、施設入所者や病院の長期入院者が大幅に在宅に移行した場合を想定したケースである。すなわち、病院の長期入院者の 2 分の 1 と、老人保健施設と各社会福祉施設の中度と軽度の要介護者の半数が、障害の程度は変わらずに、在宅に移行したとするものである。

これらの定義に基づき、1992 年時の要介護老人の動向のデータを基に、2000 年における要介護老人の動向別の推計結果が表 1 となる⁵⁾。詳細な計算手続きについては、拙稿 (1995) で述べてあるため、割愛する。

(2) 公的介護保険の給付金額の設定

次に、試算の前提条件となる公的介護保険の給付範囲や給付金額の設定を行う。

公的介護保険の給付対象者は、老人保健施設と病院の入院者を除く先に求めた要介護老人すべてとした。この要介護老人のうち、軽度の障害の者には健康老人に限りなく近い者が相当程度存在するはずだが、この数を正確に把握するのが困難なため、このような方法をとった。そのため、給付対象者は広めに設定してある。

各要介護老人への給付金額は、ドイツの公的介護保険の障害の程度別の給付金額をそのまま日本円に換算し、現物給付、現金給付とも各ランクの最高金額を支給するものとした (1 マルク=65 円換算)。なお、給付内容は、原則として現物給付とし、在宅の 1 年以上の長期寝たきり者には、在宅代替サービスを、有料老人ホームの要介護者には現金給付を行うものとした⁶⁾。

前節の議論に基づいて、現行の居所別・障害の程度別の介護費用と、公的介護保険を導入した場合の給付額、自己負担額、公費負担額 (措置費、運営費) をまとめたのが、表 2 である。以上が、試算の基礎データとなる。

2. 計算方法

要介護老人の動向と公的介護保険の給付金額が設定できると、公的介護保険の所要額、保険料負担額、他制度の介護費用への影響、国民の介護費用負担額の順に試算を行う。以下、順をおって要点のみを説明することとする。

表 1 のある居所と障害の程度 (i) の要介護老人の人数を N_i 、1 ヶ月あたりの給付金額を M_i とすると、年間の給付金額の合計額 C_i は、

$$C_i = N_i \times M_i \times 12$$

と表せる。これをすべての居所と障害の程度別に推計し、その合計額を公的介護保険の所要額とみなす。

保険料負担額は、公的介護保険の所要額を被保険者の範囲別の人数で除して求める。本研究では、被保険者数のデータを、便宜上 1994 年度の公的年金保険の財政再計算における、2000 年の国民年金保険の被保険者の分類に求めた。すなわち、現行の社会保険の被保険者の中心となっている、(1)第 1 号、第 2 号被保険者のみで負担する場合、(2)さらに第 3 号被保険者も負担、(3)さらに老齢年金受給者も負担、さらに(3)の受給者のうち現行の老人保健制度と同様に、70 歳以上の老人は保険料負担を要しないとした場合の 4 種類を設定した。

他の介護費用額への影響としては、大別して 3 種について求めた。1 つは、社会福祉施設入所者に費やされた措置費・運営費およびその自己負担額、病院の長期入院者および老人保健施設入所者に費やされた医療費とその自己負担額である。2 つめは、公的介護保険が導入されることで、問題の多い各種老人優遇税制の控除額の上乗せ額を廃止した場合の税の増収額 (税控除効果)⁷⁾、最後に在宅介護の自己負担額の変化額を求めた。

国民の介護費用負担額には、上記の介護費用だけでなく、在宅福祉事業費、施設整備費も対象に

表1 居所別・障害の程度別の要介護老人数

(単位:人)

年次	レベル	65歳以上人口	要介護老人数	在宅	老人保健施設	福祉施設				有料老人ホーム	病院(65歳以上長期入院者)	老人病院	精神病院
						軽費老人ホームA型	ケアハウス	介護老人ホーム	特別養護老人ホーム				
1992年	合計	16,230,000	1,866,012	1,184,485	52,749	254,556	1,521	62,668	175,967	8,522	365,700	285,311	25,085
	重度		804,970	289,000	23,451	125,447		6,141	119,306	1,372	365,700	285,311	25,085
	中度		125,803	70,136	25,190	27,000		3,948	23,052	3,477			
	軽度		935,239	825,349	4,108	102,109	1,521	52,578	33,610	3,673			
トレンド型(2000年)	合計	21,699,000	2,659,185	1,748,006	70,324	340,333	2,034	83,785	235,262	11,392	488,929	381,452	33,538
	重度		1,189,535	499,699	31,353	167,719		8,211	159,508	1,834	488,929	381,452	33,538
	中度		205,798	131,374	33,678	36,098		5,278	30,819	4,648			
	軽度		1,263,852	1,116,933	5,492	136,517	2,034	70,296	44,935	4,910			
新ゴールドプランA型(2000年)	合計	21,699,000	2,659,185	1,501,809	280,000	488,185	100,000	83,785	290,000	23,491	365,700	285,311	25,085
	重度		1,189,535	490,740	124,482	204,831		8,211	196,620	3,782	365,700	285,311	25,085
	中度		205,798	19,233	133,712	43,268		5,278	37,990	9,584			
	軽度		1,263,852	991,836	21,806	240,086	100,000	70,296	55,390	10,125			
新ゴールドプランB型(2000年)	合計	21,699,000	2,659,185	1,501,809	280,000	488,185	100,000	83,785	290,000	23,491	365,700	285,311	25,085
	重度		1,042,313	343,518	124,482	204,831		8,211	196,620	3,782	365,700	285,311	25,085
	中度		353,019	166,455	133,712	43,268		5,278	37,990	9,584			
	軽度		1,263,853	991,836	21,806	240,086	100,000	70,296	55,390	10,125			
在宅移行型(2000年)	合計	21,699,000	2,659,185	1,904,095	202,241	346,508	50,000	45,998	243,310	23,491	182,850	142,656	12,543
	重度		1,042,313	526,368	124,482	204,831		8,211	196,620	3,782	182,850	142,656	12,543
	中度		353,019	254,945	66,856	21,634		2,639	18,995	9,584			
	軽度		1,263,853	1,122,782	10,903	120,043	50,000	35,148	27,695	10,125			

注:・65歳以上人口は、人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成4年9月推計)」の単位推計結果である。

- ・在宅の要介護老人数は、厚生省「国民生活基礎調査(平成4年版)と大塚俊男・柄澤昭秀・松下正明・河口豊(1991)「老人性痴呆疾患対策、疫学と専門病棟整理に関する研究——疫学班」老人性痴呆疾患対策：長府科学研究費「痴呆疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究」(平成2年度報告書)より、推計。
- ・病院の長期入院者とは、入院期間6ヵ月以上の患者を指す。厚生省「患者調査」(平成2年)より推計。ただし、一般病院は過大に、老人病院は過小推計になっている。
- ・その他、厚生省「社会福祉施設等調査報告」(平成5年)、同「老人保健施設等調査報告」より推計。
- ・軽費老人ホームB型の入所者は、自営ができる程度の健康状態であるとし、要介護老人には相当しないとみなした。

表2 現行制度における介護費用および公的介護保険給付内容の想定(1ヵ月あたり費用, 1994年価格)

(単位: 円)

居所	現行制度		公的介護保険導入後			
	1人1ヵ月あたりの介護費用(A)	自己負担額(B)	給付金額(C)	自己負担額(D)	措置費(A)-(C)-(D)	運営費(A)-(C)-(D)
在宅	重度	213,202	合計 213,202	182,000	31,202	
	介護費用 36,511					
	機会費用 176,691					
	中度	160,377	合計 160,377	117,000	43,377	
	介護費用 29,114					
	機会費用 131,262					
	軽度	80,188	合計 80,188	49,000	31,188	
	介護費用 14,557					
	機会費用 65,631					
有料老人ホーム	施設により異なる	全額自己負担	重度 84,500 中度 52,000 軽度 26,000			
特別養護老人ホーム	合計(措置費) 286,320 生活費 64,420 事務費 221,900	所得に応じて (平均 33,600円)	182,000	64,420	39,900	
養護老人ホーム	合計(措置費) 173,430 生活費 50,930 事務費 122,500	所得に応じて (平均 17,900円)	117,000	50,930	5,500	
軽費老人ホーム(A型)	合計(運営費) 162,930 生活費 50,930 事務費 112,000	合計 60,930～ 生活費 50,930 事務費 10,000～ (平均 60,930円)	49,000	59,330		54,600
軽費老人ホーム(ケアハウス)	合計(運営費) 120,340 生活費 43,240 事務費 68,700 管理費 8,400	合計 61,820～ 生活費 43,420 事務費 10,000～ 管理費 8,400 (平均 61,820円)	49,000	51,820		19,520
老人保健施設	入所者基本施設療養費 264,800	利用料 (約 60,000円)				
特例許可老人病院	入院医療診療報酬 332,340	合計 112,328 一部負担金 21,000 食費 18,000 保険外負担 68,162 差額ベッド 5,165				
精神病院	入院医療診療報酬 251,130	合計 124,278 一部負担金 21,000 食費 18,000 保険外負担 80,112 差額ベッド 5,165				
一般病院	入院医療診療報酬 569,790	合計 124,278 一部負担金 21,000 食費 18,000 保険外負担 80,112 差額ベッド 5,165				

注: ・在宅介護費用は, (財) 長寿社会開発センター(1993)『高齢者在宅介護費用の研究』より障害の程度別の介護費用および機会費用をそれぞれ消費者物価指数で調整した数値である。

・特別養護老人ホーム, 養護老人ホームの自己負担額は, 厚生省『社会福祉行政業務報告』, 厚生省『社会福祉施設調査報告』からの平均推定値である。

・軽費老人ホームの自己負担額は, 年金受給者平均受給額に相当する事務費を負担するものと仮定した。

・医療施設の保険外負担は, 二本立(1992)『90年代の医療と診療報酬』勁草書房所収の平均値を消費者物価指数で調整した。

・医療施設の差額ベッド料は, 中医協『1989年医療経済実態調査』より推計した。

・社会福祉施設の介護費用(A)は, 特甲地定員50人ベースの数値である。各自治体の上乗せ給付や痴呆性老人加算や病弱者介護加算等は, 省略した。

加えた⁸⁾。この合計額を2000年における20歳以上の人口で除して、1人あたりの介護費用負担額を求めた。いずれの金額も1994年の実質価格で表示してある。

IV 計算の結果と考察

前述の計算方法に基づいて、公的介護保険を導入した場合の影響の試算を行った。それでは、以下、考察を始めよう。

1. 公的介護保険の所要額

表3は、要介護老人の動向ケース別に、2000年における公的介護保険の所要額をその給付対象者の居所別に掲載している。

表3の最下部にある公的介護保険の所要額の合計額をみると、在宅介護中心の在宅移行型が最も高額に、施設中心型でかつ重度の要介護者の少ない新ゴールドプランB型が最も低額になっている。各ケースの所要額の大小は、表1の公的介護保険の医療施設入所者を除く給付対象者の人数の大小にほぼ一致している。ところが、給付対象者1人あたりの平均給付金額で比較すると、トレンド型126万円、新ゴールドプランA型128万円、新ゴールドプランB型122万円、在宅移行型129万円という差がみられ、給付対象者数以外にも、所要額を左右する要因があると思われる。以下、各内訳ごとに検討を行おう。

まず、表3の一番上の在宅の所要額をみると、各ケースとも在宅の要介護者が最も多いため、突出した額となっている。しかし、同じ施設中心型である新ゴールドプランA型とB型の在宅の所

要額を比較すると、1317億円の差が現れる。この2ケースは、在宅の要介護老人数は同じであるが、後者は、前者より重度の要介護者の割合が少ないという違いがある。つまり、給付対象者のうち重度の障害者の占める割合が減少することで、高額な給付対象者数が少なくなり、結果として在宅の要介護者全体に要する給付額も節減されるのである。リハビリや予防に努め、要介護老人の自立を促すことは、要介護者本人だけでなく、社会全体にとっても、介護費用を節減できるというメリットをもたらすといえる。

また、在宅の所要額を比較する場合、在宅代替介護に要する費用も考慮しなければならない。他の居所の重介護老人に比べ、在宅の場合は、在宅代替介護の額が給付金額に上乗せされることになる。そのため、要介護者数が同じであっても、施設中心型より在宅中心型の方が、公的介護保険の所要額はより高額となるのである。

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム入所者への給付金額も、ほぼ給付対象人数の大小に従っている。しかし、1人あたり給付金額の平均値をとると、トレンド型と新ゴールドプランA、B型では、20万円近い差が生まれる。この理由は、施設間の要介護老人の障害の分布が変化したことによる。新ゴールドプラン型では、トレンド型に比べ、比較的障害の軽いケアハウスの入所者が急増したのに対し、特別養護老人ホーム、養護老人ホームなどの入所者は横ばいで、施設中心型の新ゴールドプラン型は軽度の要介護老人、つまり給付金額が低い層が大半を占めたため、施設入所者への給付額がそれほど多額にならなかったのである。その結果、合計額で比較して

表3 公的介護保険の所要額 (2000年)

(単位: 100万円)

給付対象者の居所	トレンド型	新ゴールドプランA型	新ゴールドプランB型	在宅移行型
在宅	1,999,848	1,748,115	1,616,441	2,238,664
(うち 在宅代替介護)	67,300	66,136	46,295	70,938
特別養護老人ホーム	513,812	633,360	633,360	531,389
養護老人ホーム	117,634	117,634	117,634	64,581
軽費老人ホーム	12,516	67,267	67,267	33,634
有料老人ホーム	6,292	12,974	12,974	12,974
合計	2,650,103	2,579,351	2,447,676	2,881,243

表4 公的介護保険の1人あたり保険料負担額(2000年:1994年価格)

	トレンド型	新ゴールド プランA型	新ゴールド プランB型	在宅移行型
(A)公的介護保険所要額(100万円)	2,650,103	2,579,351	2,444,676	2,881,243
〈被保険者数〉(万人)				
(イ)第1号被保険者+第2号被保険者数	5,891	5,891	5,891	5,891
(ロ)第3号被保険者数	1,295	1,295	1,295	1,295
(ハ)負担可能高齢者数(老齢年金受給者数/2)	1,045	1,045	1,045	1,045
(ニ)うち70歳未満老齢年金受給者数	682	682	682	682
(ホ)全世代で負担するとした場合のベース(イ+ロ+ハ)	8,231	8,231	8,231	8,231
〈1人1ヵ月あたり保険料負担額〉(円)				
(1)第1号・第2号被保険者のみで負担(A)/(イ)	1,874	1,824	1,729	2,038
(2)さらに第3号被保険者も負担(A)/(イ+ロ)	1,537	1,496	1,417	1,671
(3)さらに老齢年金受給者も負担(A)/(ホ)	1,342	1,306	1,238	1,459
老齢年金受給者を70歳未満にした場合(A)/(イ+ロ+ニ)	1,403	1,366	1,295	1,526

注:被保険者数は、1994年度の財政再計算結果のうち、2000年における国民年金の被保険者数の予測による。

70歳未満老齢年金受給者数=負担可能高齢者数×(65~69歳人口/65歳以上人口)。

人口数は、人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成4年9月推計)」の中位推計結果を用いた。

も、施設中心型は最も低額に抑さえられることになっている。

以上のことから、公的介護保険の所要額に影響を与えるのは、給付対象者の人数の大小だけでなく、居所や障害の程度の動向も含まれるということがわかった。つまり、重介護老人の割合が高いほど、特に他の居所に比べ、給付額が高額な在宅の重介護老人の占める割合が高いほど、公的介護保険の所要額をおし上げる傾向があるということが明らかになった。

2. 公的介護保険の保険料負担額

次に、先に求めた公的介護保険の所要額から、公費負担2分の1をいれた場合の、保険料負担者の範囲設定別に、1人1ヵ月あたりの保険料負担額を試算した結果が、表4となる。

表4をみると、要介護老人の動向にかかわらず、おおむね1人1ヵ月平均2000円前後の保険料負担となることがわかる。給与所得者の月収を1ヵ月30万円と仮定すると、月額2000円の保険料負担は、給与額の0.6%の保険料率に相当する。

保険料負担者の範囲設定による保険料負担額の違いをみると、最大月額500円程度の差がある。保険料率に換算すると、わずか0.1%程度の差にすぎないが、要介護者の増加による将来の保険料

率の上昇と世代間の公平を考慮すると、できるだけ広い層で負担をすることが適切と思われる。

3. 公的介護保険導入による介護費用負担への影響

次に、公的介護保険導入による影響を、既存制度の介護費用や社会全体の介護費用額の変化額から検討を行うこととする。

(1) 既存制度の介護費用の変化

表5は、要介護老人の動向別に、上から、公的介護保険所要額、在宅福祉事業費、施設整備費、措置費・運営費、施設入所自己負担額、医療費(自己負担額を除く)、老人保健施設および入院自己負担額、税控除効果、実質国民負担額、国民1人1ヵ月あたり負担額を掲載している。

()内の数値は、公的介護保険を導入しなかった場合と比較した、各費目の増減を表している。ただし、医療費(f)と老人保健施設および入院自己負担額(g)は、表2に示した公的介護保険の制度設計で、医療施設の入所者を給付対象外としたため、介護保険の影響を直接受けるわけではない。そこで、両費目の()内の数値は、トレンド型を基準とした費用の増減を表すこととした。在宅福祉事業費、施設整備費については、公的介護保険の導入の有無にかかわらず、公費でなされる所与

表5 公的介護保険導入による介護費用負担への影響

(単位: 100 万円)

費目	トレンド型	新ゴールドプランA型	新ゴールドプランB型	在宅移行型
公的介護保険所要額 (a)	2,650,103	2,579,351	2,444,676	2,881,243
在宅福祉事業費 (b)	153,139	284,789	284,789	284,789
施設整備費 (c)	125,183	181,386	181,386	181,386
措置費・運営費 (d)	131,264 (-892,007)	177,241 (-1,158,979)	177,241 (-1,158,979)	135,962 (-882,023)
施設入所自己負担額 (e)	248,044 (+119,605)	347,824 (+128,186)	347,824 (+128,186)	252,419 (+102,079)
医療費 (f)	2,948,619 —	2,763,940 (-184,679)	2,763,940 (-184,679)	1,534,939 (-1,413,680)
老人保健施設および入院自己負担額 (g)	232,659 —	337,640 (+104,982)	337,640 (+104,982)	213,634 (-19,025)
税控除効果 (h)	334,465 (+334,465)	334,465 (+334,465)	334,465 (+334,465)	334,465 (+334,465)
実質国民負担額	6,823,476	7,006,636	6,871,961	5,818,836
国民1人1ヵ月あたり負担額 (円)	6,908	7,094	6,957	5,891

注1: 実質国民負担額 = (a) + (b) + (c) + (d) + (e) + (f) + (g) + (h)

注2: () 内の数値は、医療費(f)と老人保健施設および入院自己負担額(g)は、トレンド型を基準とした増減額を、その他の費目については、公的介護保険が導入されなかった場合と比較した増減額を表している。

のものとして説明を割愛した。以下、各介護費用の変化について検討を進めよう。

① 措置費・運営費

措置費・運営費(d)をみると、いずれのケースでも、()内の数値がマイナスであり、公的介護保険を導入したことによって、費用が減少している。特に、施設入所者中心の新ゴールドプランA型、B型について際だっている。この理由は、措置費や運営費の一部が、公的介護保険の給付と、施設入所者の自己負担の強化によって肩代わりされたためである。そのため、公的介護保険を導入しなかった場合と比較すると、約15%程度の費用となり、極端に公費が縮小される。とはいっても、公的介護保険の所要額の半額を、公費負担で賄うとなれば、単純計算でも、措置費・運営費の軽減額以上の新たな公費負担が必要となり、費用負担面からみても、公的責任が軽減されるというわけではないことが分かる。

② 施設入所自己負担額

次に、施設入所自己負担額(e)を見ると、いずれのケースも費用負担が増加している。これは、徴

収方法を現行の措置制度における所得比例ではなく、定額の負担という前提条件にしたため、平均値だけで比較すると、定額負担の方が高額になってしまったためである。しかし、現行の施設入所者に占める低所得者の割合が高いことを考えれば、必ずしも、自己負担の強化とは言いきれない。しかし、低所得者の負担を免除あるいは軽減する等の措置が必要であることはいうまでもない。

③ 医療費

医療費(f)をみると、在宅移行型が特に低額に抑えられていることが目につく。在宅移行型は、他ケースに比べ病院の長期入院者がかなり少ないためであり、トレンド型と比較すると約1兆4000億円の医療費が節減されたことになる。仮に今、両ケースの医療費の差額1兆4000億円を、20歳以上の国民に還元したとすると(公費負担は無視する)、単純計算で、医療保険料を約1人1ヵ月あたり1800円程度も引き下げることが可能となる。これは、勤労者の平均月給を30万円と仮定すれば、約0.6%の保険料の引き下げに相当する。

また、トレンド型と新ゴールドプランA型を比

較すると、医療施設入所者は、後者の方が約8万人多いにもかかわらず、医療費は低額となっている。この理由は、両ケースの病院と老人保健施設入所者の比率の違い、トレンド型は病院の長期入院者の比重が高く、新ゴールドプランA型は老人保健施設の比重が高いという違いによる。表2にあるように、要介護老人1人あたりの介護費用は、老人保健施設より病院の方がかなり高額になる。そのため、病院入院者が多いトレンド型は、新ゴールドプランA型より多少人数が減少しても、なお高額の医療費を必要とするのである。

ただし、医療費については、高齢者は慢性疾患を患っている者が多く、入院に限らず、外来患者が増加すれば、長期入院者の減少による医療費の節減効果は薄れてしまうかもしれない。しかし、それを考慮してもなおいわゆる社会的入院者の減少が、医療保険料率の上昇幅を抑制する効果があることは、間違いないといえよう。

④ 老人保健施設および入院自己負担額

表5をみると、老人保健施設および入院自己負担額(g)は、先にみた医療費とは若干異なる。施設中心の新ゴールドプランA型とB型の自己負担額は、トレンド型より強化され、在宅移行型で若干負担が軽減されるという結果になった。在宅移行型の自己負担額が軽減されたのは、医療施設入所者そのものが、大きく減少したためである。反対に、新ゴールドプランA型とB型の自己負担額の増加は、トレンド型より医療施設入所者そのものが増加しただけでなく、法定自己負担額が低額な病院の長期入院者から、自己負担が病院より高額な老人保健施設の入所者が相対的に増加した形になったためである。

⑤ 税控除効果

税控除効果(h)は、数種の老人優遇税制について、若年層と同じに設定した場合の税収の増額を表す。これらの控除の対象者は、ある程度限定された層であるが、約3345億円の増税となっている。この増収分については、単なる増税に終わらないように、介護施策の費用に用いる、あるいは消費税の税率引き上げ幅を小さくするなどの方策が必要となる。

(2) 実質国民負担額と国民1人1ヵ月あたり負担額

以上、各費目について検討を行ってきたが、ここで表5の在宅介護自己負担額を除く各費目を合計すると、国民の金銭的な介護費用負担額を求められる。そして、この実質国民負担額を、表4の全世代で負担するとした場合の人数8231万人で等しく負担すると仮定した額が、国民1人1ヵ月あたり負担額となる。

表5の最下段の国民1人1ヵ月あたり負担額を比較すると、新ゴールドプランA型が最も高く、ついで新ゴールドプランB型、トレンド型、在宅移行型の順で低額になっていく。とはいっても、先の3ケースの負担額の差は、月額200円もなく、定義の設定いかんで、数値の大小は入れ替わる可能性は十分ある。ここでは、むしろ在宅移行型の負担額に着目したい。他の3ケースに比べ、在宅移行型の負担は1000円以上も低額である。表3でみたように、在宅移行型は、公的介護保険の所要額が最も高く、そのため、国民の保険料負担額が最も高いケースであった。しかし、介護施策全体でみると、要介護老人が大量に在宅に移行した分、他の介護施策の費用が軽減され、そして介護費用の高い病院の長期入院者が、相対的に費用の低い施設や在宅に移行したことにより、介護費用全体の効率化がはかられ、結果的に在宅移行型の介護費用負担が、最も低額となったのである。ここから、在宅中心型の介護政策は、公的介護保険の保険料負担は増加するものの、制度全体を通じた介護費用負担は最も低額になるということができよう。

また、定義が異なるため、単純比較には注意が必要であるが、()内の数値を差し引きすると、いずれのケースもマイナスの数値となり、公的介護保険によって、あたかも介護費用が軽減されるかの印象を受けるが、その額も公的介護保険所要額を相殺するほどには及ばない。公的介護保険の所要額の大半が、在宅の要介護者に支給され、これまで無償であった在宅介護費用を金銭的に評価し、この部分を保険料負担で賄うわけであるから、国民の介護にかかわる負担がある程度増加するこ

とは、やむをえないことである。それでも、介護システムを整合化し、社会全体の介護費用の効率化を達成することで、こうした負担を和らげる効果はかなり期待できると言えよう。

V 結 論

以上、公的介護保険の費用負担のあり方を概観し、その所要額や保険料負担額、導入による諸効果について、試算を行ってきた。その結果、以下の点が明らかになった。

第1に、公的介護保険の制度設計は、保険料負担者は、高齢者やいわゆるパート労働者を含む広い範囲に求め、給付方法は、原則現物給付とし、現金給付も選択できる道を残すのがよいであろう。現行の社会福祉入所者の介護費用は、公的介護保険の給付と自己負担額、そして公的責任を残すという意味でも、公費負担もいれるのが、適切である。

第2に、公的介護保険の所要額および保険料負担額は、給付対象者数に比例して高くなるが、給付額の多い在宅の要介護者や重度の要介護老人が占める割合が高いほど、その額は多額になる傾向がある。

第3に、公的介護保険による介護費用への影響は、要介護老人の動向に大きく左右される。社会的な介護費用の効率化には、介護システム全体の整合化、例えば社会的入院者の減少などの条件が必須であり、リハビリや在宅介護の充実に努めることが最終的な国民の介護費用負担を最も軽減させることが明らかになった。

公的介護保険の制度設計には、さまざまな配慮が求められる。特に、本研究の前提条件である給付金額をはじめとする制度設計には、多くの問題点が残されている。医療施設が介護施設に転換していく可能性や入所者の実態の把握、社会福祉入所者にかかる介護費用を公費、利用者負担、介護保険給付でどのようにシェアしていくべきかは、低所得者への対応や施設運営の方法とも併せて、熟慮しなければならない。今後の課題である。

公的介護保険の導入は、介護リスクを社会的に

シェアし、特に在宅介護の負担を和らげる方法の1つとして、十分意義があると思われる。しかし、公的介護保険の導入が、すべての介護問題を解消するわけではない。介護マンパワーをいかに確保するか、財政調整をどうするかなど、さまざまな課題が残されている。そして、「保険あって介護なし」という状況にならないよう、民間も含めた介護施設・サービスの一層の充実や各制度の連携など、介護システム全体の整備が必要条件であり、そうした条件が整った上で、公的介護保険はより大きな効力を発揮するといえよう。

* 本研究は、「高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業」研究会の筆者執筆分に若干の修正を加えたものである。

注

- 1) 入院の自己負担額としては、実際にはこのほかに、お世話料や差額ベッドなどの名目で、かなりの負担が求められる。ただし、病院間でかなりばらつきがあるのが現状である(二木, 1992)。
- 2) 1995年6月に成立したいわゆる介護休業法では、休業中の所得保障については、「保険料を免除することは他の被保険者や事業主などの負担増につながりコンセンサスの形成が必要、また年金・保険財政への影響など財源面での検討が必要などの理由から先送りされた」(『社会保険旬報』1995年6月21日, p. 21)。
- 3) ドイツの公的介護保険でも、在宅で介護されている要介護者は、現物給付と現金給付または両者の組み合わせ受給が認められている。現金給付に関しては、「要介護者が介護手当でその範囲にふさわしい介護者による基礎的介護と家事援助を適切な方法で自ら確保していること」が条件とされ、また現金給付が現物給付の金額より低額に設定されている点など、モラルハザードの防止を考慮し、現物給付を選択するインセンティブが働くよう制度設計されている。この点は、大いに参考にすべきであろう。
- 4) 新ゴールドプランの最終整備目標値のうち、施設に関する数値目標は、特別養護老人ホーム 29万床、老人保健施設 28万床、ケアハウス 10万人分などである。
- 5) 厚生省「要介護高齢者の将来推計」によると、2000年の寝たきり老人数、要介護の痴呆性老人、虚弱老人数の合計は280万人と推計されている(『厚生白書 平成7年版』, p. 258)。本研究の推計結果は、この数値より過小推計になっている。
- 6) ドイツの公的介護保険における障害の程度は、3ランクにさらにガンなどの末期患者を対象とす

る合計4ランクが設定されているが、本研究では、対象者数を把握するのが困難なため、最高ランクは計算対象からはずした。医療保険とのバランスを考慮し、利用者負担を費用の1割として、給付を行うという素案もあるが(『厚生福祉』1995年6月14日)、利用金額が把握できないため、このような方法をとった。

- 7) 老年者控除、特別障害者控除、老人配偶者控除、老人扶養控除、同居老親等扶養控除、同居特別障害者扶養控除について、国税庁『税務統計から見た民間給与の実態』、『税務統計から見た申告所得税の実態』より、所得税、住民税の控除効果を試算した。このほかに、介護を意図した控除として、おむつにかかる費用等の医療費控除があるが、適用者数が統計から把握できず、対象から除いた。これらは、厳密には、介護費用を意図していないものも含まれている。
- 8) 両費用は、公的介護保険ではなく、公費で賄われるものと仮定した。在宅福祉事業費は、1994年度のホームヘルパー、デイサービス、ショートステイのゴールドプランの整備目標値と支出額の予算ベースの数値を基に、2000年の同整備目標値から、各サービスの支出額を求めた。この伸び率が、在宅福祉事業費合計の伸び率と一致すると仮定して、2000年時の事業費を推計した。施設整備費は、1994年と2000年の施設入所者数の比を、1994年予算にかけて2000年の数値を求めた。ストックコストは、含まれない。なお、これらのサービス量は、実際には新ゴールドプランの目標値以上の水準が必要となろうが、この不足分の供給主体については、本論ではふれなかった。

参考文献

- 宇野 裕 (1994)「老人介護の社会的費用」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』、東京大学出版会
奥野正寛・吉川 洋 (1992)「高齢化政策の理論的基

- 礎」金森久雄・島田晴雄・伊部英男編『高齢化社会の経済政策』、東京大学出版会
城戸喜子 (1989)「高齢者介護の各種費用と家族介護者への介護手当」『総合社会保障』1989年10月
経済企画庁総合計画局編 (1987)『高齢者の実態と21世紀福祉社会の展望——福祉分野における民間活力の導入』、社会保険研究所
健康保険組合連合会社会保障研究室 (1994)『ドイツ介護保険法 概要・法文』
沢村幸生 (1988)「介護費用をどう調達するか」『厚生福祉』1988年6月29日
全国社会福祉協議会・社会福祉研究情報センター (1989)『介護費用のあり方——その社会的負担を考える』、中央法規出版
都村敦子 (1992)「税制および社会保障制度における家族の取り扱い——家族の変容・労働の変容への対応」金森久雄・島田晴雄・伊部英男編『高齢化社会の経済政策』、東京大学出版会
二木 立 (1992)『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房
堀 勝洋 (1994)「介護費用の財源政策」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』、東京大学出版会
丸山 桂 (1995)「公的介護保険の所要額とその経済的效果について」『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書II』、(財)長寿社会開発センター
村上雅子 (1993)「介護保障と財源調達」隅谷三喜男・日野原重明・三浦文夫・京極高宣・堀勝洋編著『長寿社会総合講座2 長寿社会の社会保障』、第一法規出版
山崎泰彦 (1991)「高齢社会と介護保障政策——社会保障システム主体の総合的政策の提案」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 4
(財)長寿社会開発センター (1993)『高齢者在宅介護費用の研究』
(まるやま・かつら 社会保障研究所研究員)