

公的介護保険制度の運用と保険者財政： 市町村レベルデータによる検証*

清水谷 諭**
(一橋大学経済研究所助教授)

稲倉 典子***
(筑波大学大学院システム情報工学研究科博士課程)

1. はじめに

日本で公的介護保険が導入されてから、6年以上が経過した。その間に、介護保険を通じた介護サービスの利用は順調に増加した。2004年度には6.2兆円に達し、約4兆円だった導入初年度（2000年度）の1.5倍以上にも上った。こうした量的拡大傾向は、急速な高齢化の進展に伴って今後も持続し、厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し—平成16年5月推計—」では、介護給付費は2025年には19兆円（国民所得費の約3.5パーセント）にも膨張すると見込まれている。

こうした介護サービス利用の急速な量的拡大の下で、公的介護保険制度は、不断の見直しを迫られている。2003年度には、初めて介護報酬単価が改訂され、給付サービス内容も改善された。2005年度には、導入後始めて大幅な制度見直しが行われた。具体的には、2005年10月からはいわゆるホテルコスト（食費、居住費）は保険の対象から外れ、利用者負担となった。2006年度からは、特に増大する在宅介護サービスの抑制策として介護予防給付が導入された。このほか今回の改革論議では、急増する介護給付費の財源を調達するため、被保険者の年齢を現在の40歳から引き下げる案も検討された。

しかし、こうした公的介護保険利用の急速な量的拡大と財政的視点からの対応策という視点に比べて、意外に見過ごされているのは地域間の格差拡大という視点である。日本の公的介護保険制度の大枠は国によって統一的に決められている部分が多い中で、同時に分権化されている（Mitchell, Piggott and Shimizutani (2004, 2006), Shimizutani (2006)）。具体的には、被保険者や保険者の年齢対象、要介護認定手続きや要介護度の区分、自己負担割合とその上限、保険の対象となる介護サービスの内容と種類、介護サービスの価格（「介護報酬単価」と1点あたり相当額）は国によって統一的に決められている。これらの点で公的介護保険制度は集権的である。

同時に、保険者は国でなく各市町村（あるいはその広域連合）であり、介護保険料は保険者ごとに異な

* 謝辞：本稿を作成するに当たり、有益なコメントをいただいた川口大司氏、土居丈朗氏、湯田道生氏、資料の作成のご協力いただいた野口富子氏に感謝申し上げます。ここで示される見解は著者個人のもので、著者の属するいかなる機関のものではない。

** 1967年生まれ。1990年東京大学法学部卒業。2002年ミシガン大学大学院修了（Ph. D in Economics）。1990年経済企画庁入庁。2004年から現職。主な著書に『介護・保育サービス市場の経済分析—マイクロデータによる実態解明と政策提言』（東洋経済新報社、2004年）、『期待と不確実性の経済学—デフレ経済のマイクロ実証分析』（日本経済新聞社、2005年）。

*** 1977年生まれ。1999年筑波大学第3学群社会工学類卒業。1999年株式会社光通信入社（同年退社）。2002年筑波大学大学院修了（経済学修士）。2002年から筑波大学大学院博士課程所属。

っている。2003年度から2005年度までの第2期の第1号保険料(第1号被保険者1人当たり)は月額3,293円(全国加重平均)で、第1期(2000年度から2002年度)に比べると13.1%上昇した。その上、第1期も第2期も介護保険料が1,500円から2,000円の保険者がある中で、4,000円以上だった保険者は1ヶ所にすぎなかった第1期に比べて、第2期では5,500円から6,000円の保険者もみられるようになっている(清水谷・野口(2004))。更に、2006年4月からの第3期の保険料は、月額4,090円(被保険者一人当たり平均)で、第2期から約24%上昇している。また、保険料の最高額は、沖縄県与那国町の月額6,100円で、最低額の岐阜県七宗町(2,200円)の2.8倍にものぼっている。

ここで重要なのは、分権化されている側面によって、本来集権的に全国統一で決められているはずの要介護認定や介護サービスの利用まで、実際には保険者によってかなり異なる運用をされているのではないかという点である。本来制度が意図しているのは、被保険者の状況によって要介護認定や介護サービスの利用が決まり、保険者の状況によって大きく有利不利にならないことであろう。しかし介護サービスの利用を決定する要因の中には、高齢者人口やその構成、所得水準、家族構成員をはじめとするインフォーマルケアの利用可能性、フォーマルな介護サービスの供給体制の充実度合いといった多くの要因が複雑に絡んでおり、それらの地域間での違いもかなり大きい。こうした状況を踏まえて、公的介護保険の財源の全体の4分の1を占める国の負担分のうち、一部(全体の5%)は「調整交付金」として、後期高齢者(75歳以上)のシェアや所得水準など市町村の財政状況に応じて配分されている。

しかし現実には、それだけで介護保険制度の統一的な運用を図るのは難しい。そのため、調整交付金のほかに「財政安定化基金」が設けられている。これは「見込みを上回る給付費増や保険料収納不足により、市町村の介護保険特別会計に赤字が出ることとなった場合に、一般財源から財政補填をする必要のないよう、市町村に対して資金の交付・貸付を行うもの」(厚生労働省(2004))で、各都道府県に設置されている。原資は国、都道府県、市町村(保険者)が3分の1ずつを負担し、3年ごと(事業運営期間最終年度)に、原則として財政不足額のうち保険料収納不足額の2分の1を交付するとともに、毎年保険料収納不足及び給付費増による財政不足額の全額(交付があるときは交付額を除いた額)を貸し付ける。厚生労働省によると、第1期の全保険者数に占める貸付保険者の割合は、2000年度末には2.7%であったのが、2001年度末には、13.8%に増加し、2002年度末には25.7%にまで上昇している¹⁾。つまり、2002年度末時点ですでに保険者全体の4分の1が財政不足に陥っているということになる。また、第2期の財政安定化基金貸付割合は、2003年度を初年度として、2003年度末、2004年度末時点でそれぞれ6.2%、12.9%と再び上昇している²⁾。

このように財政不足に陥った場合、保険者は介護保険料の引き上げで対応する。財政安定化基金から貸付を受けた場合、その返済額は介護保険料に上乗せされる。厚生労働省は特例として返済による保険料上昇が大きくなる場合には、返済期間を原則3年から、6年ないし9年に延長することを認めている(田近他(2005))が、現実には、財源不足分を介護保険料の引き上げだけで対応するのは難しい。前述のように、介護保険料の地域間格差はかなり拡大しており、介護保険料が既に相対的に高い水準にある保険者が、さらに不足分をそのまま上乗せするのはかなりの困難を伴う。

公的介護保険制度は、市町村の一般会計から財政的穴埋めを排除している(菊池他(2005))。そのため保険者には、財源面だけで対応するのではなく、介護給付自体を抑える意図が働くのが自然であ

¹⁾ 厚生労働省「都道府県別財政安定化基金貸付・交付の状況」による。

²⁾ 2003年度末時点の数値については、WAM NET「第13回社会保障審議会介護保険部会資料」、2004年度末時点については、厚生労働省「財政安定化基金貸付状況(平成16年度)」による。

る。その結果、本来全国一律のはずの要介護認定や介護サービスの利用が、保険者の財政状況によって左右されている可能性がある。第2節で詳しく説明するように、要介護認定手続きは、介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準は被保険者が不利にならないように、全国一律に客観的に定められている（清水谷・野口（2004）、厚生労働省高齢者介護研究会（2003））。しかし実際には財政状況の苦しい保険者では、要介護認定が他の市町村に比べて厳しくなり、同じ健康状態の被保険者であっても認定されるかどうかは、現実には保険者によって異なる場合があるとされる。また要介護認定を受けた後、実際にどの種類のサービスをどの頻度でうけるかどうかは、ケアマネージャーが主治医などと相談しながら作成するケアプランに依存する。ここでも実際に受けるサービスの内容は、健康状態や家族関係といった被保険者の状況だけでなく、保険者の財政状況によっても、異なってくる余地がある。

本稿は、日本の公的介護保険制度の一大特徴である「集権的かつ分権的」なアプローチの下で、要介護認定や介護サービスの利用が、保険者の事情、特にその財政状況によってどの程度影響されているのかを検証することで、世界的にもユニークな制度の持続可能性を検討する材料を提供することを目的とする。こうした「集権的かつ分権的」なアプローチの限界については、すでに都道府県レベルのデータを用いた Mitchell, Piggott and Shimizutani（2004, 2006）でも検討されたが、日本全体の市町村レベルデータを用いて、保険者の財政が公的介護保険の運用に与える影響を直接検証したものは少ない³⁾。保険者は市町村とその広域連合なので、公的介護保険の運用と保険者財政の関係を検証しようとするれば、都道府県レベルよりも、市町村レベルのデータを用いる必要がある。本稿では、市町村レベルのデータを用いて、保険者財政の違いが被保険者に占める要介護認定者の割合（認定率）、認定者に占める利用者の割合（利用率）や利用者数、一人当たり介護サービス支給額にどのような効果を与えているかを定量的に検証する。

本稿の構成は以下の通りである。第2節では、本稿の分析に関連する範囲で、公的介護保険制度の概要、特に要介護認定と介護サービス利用手続きについて簡潔に説明する。第3節では、実証分析に用いるデータを説明する。第4節では、簡単な回帰分析によって保険者の財政状況が認定率、利用率、利用者数、一人当たり支給額に与える影響を検証する。第5節では、実証結果をまとめるとともに、「分権的かつ集権的」な制度がもたらす地域間格差の拡大への政策対応を議論する。

2. 要介護認定と介護サービスの利用手続き

公的介護保険制度では、被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳から64歳）から成り立っている。このうち、介護保険を通じた介護サービスの利用が認められるのは原則65歳以上である。注意が必要なのは、健康状態が悪化し、要介護状態あるいは要支援状態になったからと自分で判断してただちに保険を利用できないという点である。

介護保険を通じた介護サービスを利用しようとするれば、「要介護認定」を受けなければならない。まず保険者である市町村に認定を申請し、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で要介護状態ないし要支援状態であるかどうかを判断される（厚生労働省高齢者介護研究会（2003））。介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者より構成され、高齢者の心身の状況調査（基本調査（79項目）と特記事項）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定の結果（一次判定）と主治医の意見書等に基づき、介護認定審査会が申請後30日以内に審査判定を行う（厚生労働省高齢者介護研究会（2003））。その結果、要支援状態あるいは要介護状態であると認定されれば、要介護度・要支援の区分（介護の必要性の度合い）につ

³⁾ いくつかの県をとりあげたものとして、例えば田近他（2005）がある。

いても決められる。介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準は全国一律に客観的に定められている。審査員を決めるのは各保険者であり、市町村の職員は除外されているが、前述のように保険者によって認定の厳しさが異なる可能性も否定できない。

要介護認定は6カ月おきに行われる。いったん要介護認定を受ければ、次に実際にどのようなサービスを利用するかどうかを決めることになる。この場合も、認定された被保険者が自分で自由にサービスの内容や頻度を決められるわけではない。介護サービスの利用は、ケアマネージャーが主治医などと相談しながら作成するケアプランに依存する。前述のように、ここでも実際に受けるサービスの内容は、健康状態や家族関係といった被保険者の状況だけでなく、保険者の状況によっても、異なってくる余地がある⁴⁾。

3. 市町村レベルのデータ

本稿で用いるデータは、市町村レベルの介護保険関連のデータ、財政関連の変数、さらに市町村の特性をコントロールする変数の3つに分けられる。

第1に、市町村レベルの介護保険関連データは、「厚生労働省統計表データベースシステム」に掲載されている「介護保険事業状況報告」の中の保険者別データを利用した⁵⁾。具体的には、それぞれの保険者の第1号被保険者数、要介護認定者数(要支援も含む)、介護サービス受給者数(居宅介護(支援)サービス受給者数と施設介護サービス受給者数の合計⁶⁾)、保険給付(支給額)の指標から、以下の3つの変数を作成した。

A: 認定率 \equiv 要介護(要支援も含む)認定者数 / 第1号被保険者数

B1: 利用率 \equiv (居宅介護サービス受給者数+施設介護サービス受給者数) / 認定者数

B2: 利用者数増加率

C: 一人当たり支給額 \equiv 介護保険支給額 / (居宅介護サービス受給者数+施設介護サービス受給者数)

第2に、保険者の財政状況を表す指標としては、それぞれの保険者が属する都道府県の中で、財政安定化基金からの貸付を受けている保険者の割合(以下、「財政安定化基金貸付割合」という)を用いた。本来それぞれの保険者が財政安定化基金から貸付を受けたかどうかをデータとして用いるべきだが、全国レベルではその情報は公開されていない。

さらに、介護保険では市町村の一般財源からの穴埋めは認められていないが、財政状況がかなり悪化している保険者も多く、そのため一般財源からの穴埋めという事態が今後起こりうる可能性がある。もし市町村がそうした予測を持てば、本来無関係なはずの一般財源の状況も介護保険制度の運用に影響を与える。その可能性を探るため、市町村の一般財源を示す指標として、総務省が公表している「市町村別決算状況調」中の経常収支比率を用いた⁷⁾。経常収支比率は、経常経費に充当する一般財源の額を経常一般財源で割ったもので、この値が低ければ、施策の財政的な自由度が高く、逆に高ければ自由度が低いことを意味する⁸⁾。なお次節での推定に当たっては、被説明変数との同時性を考慮する必要がある。介護保険

⁴⁾ なお本稿では議論を公的介護保険制度に限るが、市町村によっては公的介護保険を補完するために、配食サービスや軽い日常生活支援(買い物、布団干し、草取りなど)など市町村の実情に応じたサービスを介護保険外の事業として提供している。「上乗せ・横だし」といわれるもので、利用に当たって国の定める基準以上に有利な条件で保険の対象としたり、保険の対象でないサービスを保険の対象とする(清水谷・野口(2004))。

⁵⁾ 厚生労働省ホームページ URL : <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/>

⁶⁾ 居宅サービスと施設サービスの両方を受給しているケースについては二重計算になるが、データの制約上やむをえない。

⁷⁾ 総務省ホームページ「地方財政の状況」(URL : <http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei.html>)。ただし、2002年度以前のデータについては、ホームページ上では公表されていない。なお、財政指標として経常収支比率を用いる点については、土居丈朗氏からご示唆をいただいた。記して感謝したい。

⁸⁾ なお、紙幅の関係上省略するが、以下の分析で経常収支比率の代わりに財政力指数など他の財政指標を用いても、結果は大きく変わらなかった。

の利用が進んだから財政状況が悪化したという逆の因果関係も考えられるため、財政関連の変数はラグ変数を用いた。

第3に、市町村の財政状況以外にも、認定率、利用率、利用者数、一人当たりの支給額に影響を与える以下の変数を説明変数として用いた。まず、介護サービスの供給面の違いをコントロールするために、介護サービスを生み出す生産コストと介護施設サービス等の供給体制を示す変数を用いた。介護サービスは労働集約的な側面が強く、地域による賃金の違いが生産コストに大きく影響する。そのため、基本的に1点=10円で換算される介護報酬単価も、賃金の高い地域では1点あたり10円を超える換算レートが適用される。具体的には、特別区、特甲区、甲区、乙区、その他の5つの地域に分けられており、それぞれの保険者が属する地域を示すダミー変数を作成した。また、介護施設サービス等の供給体制をとらえる指標としては、毎年10月時点で調査される厚生労働省「介護サービス・施設事業所調査」で得られる65歳以上の人口10万人に対する介護保険施設の定員数（病床数）と、同じく厚生労働省「医療施設調査」で得られる人口10万人に対する病床数（病院と一般診療所の合計から、療養病床を有する病院・一般診療所を除く）を用いた。これらの供給体制に関するデータは市町村レベルでは得られないので、都道府県レベルのデータを用いた。

さらに、地域の特性を考慮するために、高齢化をとらえる指標として、全人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化比率）と、都市化をとらえる人口密度を用いた⁹⁾。いうまでもなく、高齢化が進んだ地域ほど、介護サービスへの需要は大きくなる¹⁰⁾。また都市部とそれ以外では、家族構成やそれともなっていくインフォーマルケアの利用可能性も異なってくる可能性がある。核家族が多いとされる都市部では、介護保険を通じた介護サービスへの需要が都市部以外に比べて高いことが予想される。最後に、地域の所得水準を考慮するために、平成12年の「国勢調査」に基づいた産業別就業人口比率を用いた。

なお、データの基本単位は保険者である。保険者の多くは市町村だが、中にはいくつかの市町村が集まって広域連合を形成している場合がある。その場合には、同じ広域連合に所属する市町村では認定率や介護サービスの利用が同じであると仮定した。また、都道府県による特性を調整するため、都道府県ダミーを説明変数に含めた。

表1は、上で説明した変数の基本統計量を示したものである。上段には、2001年度と2002年度をプールした統計量を、下段には、2003年度と2004年度をプールした統計量を示している。両者を比較した場合、認定率、利用率、利用者数、一人当たり支給額のいずれも上昇していることがわかる。まず認定率は平均13.2%から15.2%に上昇している。利用率は平均75.9%から77.9%に上昇し、利用者数（1年間の累積利用者数）も2万3000人弱から3万1000人強に増加している。また、一人当たり支給額は179万円から180万円に若干増加している。

⁹⁾ これらの市町村別データは、朝日新聞社が発行している「民力」を用いた。

¹⁰⁾ ここではデータの制約上65歳以上人口比率を用いているが、同じ高齢者でも、介護サービス需要の多い後期高齢者（75歳以上）の比率が市町村レベルで入手可能であれば、本来それも含めるべきであろう。

表1 基本統計量

	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値	サンプル数
2001年度-2002年度						
介護保険認定率 (%)	13.21	12.85	2.94	5.69	29.27	4941
介護保険利用率 (%)	75.86	75.92	7.15	6.40	99.68	4930
介護保険サービス利用者数	22794.58	4431.50	66271.47	59.00	625547.00	4930
一人当たり支給額 (千円)	1790.11	1835.10	1046.79	0.00	28110.39	4930
経常収支比率 (%)	82.27	82.30	7.00	38.90	129.00	4920
65歳以上人口比率 (%)	22.88	22.60	6.82	7.40	50.10	4890
人口密度 (人/1km ²)	842.94	225.75	1930.22	1.30	18898.40	4890
介護施設定員数/65歳以上人口10万人	3149.45	3153.00	721.33	2018.00	5188.00	4930
病床数/10万人	1376.92	1329.50	327.70	835.03	2038.20	4930
一単位の賃金*						
特別区	0.01	0	0.10	0	1	4930
特甲区	0.02	0	0.15	0	1	4930
甲区	0.01	0	0.07	0	1	4930
乙区	0.03	0	0.17	0	1	4930
その他	0.93	1	0.25	0	1	4930
産業別就業人口比率*						
第一次産業	13.68	11.20	11.02	0	77.20	4910
第二次産業	31.80	31.90	8.92	0	60.70	4910
第三次産業	54.44	53.40	11.16	0	92.60	4910
広域連合ダミー	0.13	0	0.34	0	1	4930
2003年度-2004年度						
介護保険認定率 (%)	15.22	14.94	2.94	7.89	30.24	4947
介護保険利用率 (%)	77.86	77.84	6.33	6.58	99.90	4942
介護保険サービス利用者数	31004.04	6030.50	83592.53	49.00	849219.00	4942
一人当たり支給額 (千円)	1800.25	1782.77	305.34	920.09	18345.51	4942
経常収支比率 (%)	86.15	86.30	7.04	42.60	142.50	4915
65歳以上人口比率 (%)	24.16	23.80	6.99	8.10	52.30	4902
人口密度 (人/1km ²)	845.17	223.40	1946.14	1.30	19053.20	4902
介護施設定員数/65歳以上人口10万人	3278.58	3287.00	632.35	2231.00	5107.00	4942
病床数/10万人	1294.31	1281.27	303.34	743.25	1867.67	4942
広域連合ダミー	0.16	0	0.37	0	1	4942

* 一単位の賃金、産業別人口比率は、すべての年で同じデータを用いている。

次に、財政安定化基金貸付割合は、前述のように2002年度末には25.7%に達している。また財政状況を示す経常収支比率は、82.3%から86.2%へと増加しており、2001年度から2004年度の間に保険者の財政状況は平均的にみて悪化していることがわかる。また、その他の変数についてみると、65歳以上人口比率は20%強で若干上昇している。1平方キロメートルあたりの人口密度は約840人、65歳以上人口10万人当たりの介護施設定員数(病床数)は約3,100床から3,300床程度に増加した一方、人口10万人に占める一般病院の病床数はそれぞれ、1,400床弱から1,300床弱に減少している。

4. 認定率、利用率、利用者数、一人当たり支給額の決定要因

本節では、認定率、利用率、利用者数、一人当たり支給額が、保険者の財政状況によってどの程度影響を受けるかを検証するために、4つの変数を、以下のように回帰する。

$$\Delta Y_{i,j} = \alpha + \beta \Delta X_j + \gamma Z_j + \varepsilon_{i,j}$$

ここで、 ΔY_i は被説明変数で i ＝認定率、利用率、利用者数、一人当たり支給額、 j はそれぞれの保険者を示す。 α は定数項、 X_j は都道府県別の財政安定化基金貸付割合及びそれぞれの保険者の経常収支比率である（ ΔX_j はその変化）。 Z_j は前節で説明したコントロール変数、最後は誤差項である。

推定方法は保険者の人口規模を加味した加重最小二乗法である。公的介護保険導入から数年しか経過しておらず、制度の成熟に従って、被説明変数に採用されている介護保険関連の変数や財政状況には上昇トレンドがあるので、前年との変化を用いた。推定に当たっては、時間の経過による係数の変化を見るために、2001－2002年度の変化を用いた推定と2003－2004年度の変化を用いた推定の2つを別々に行った。

また、市町村の合併などにより、分析期間途中で市町村の名称に変更のあった市町村については、サンプルから除いて推定を行った。もちろん、財政状況が悪化した市町村ほど、市町村合併に参加するという傾向があるとすれば、そうした本当に財政事情の悪い市町村を除いているという点で、推定は財政状況の影響にバイアスを生じさせている可能性がある¹¹⁾。

さらに前述のように、財政変数の同時性バイアスを避けるため、1年ラグを用いた。ただし、財政安定化基金貸付割合の係数は、被説明変数が2001－2002年度の変化の場合は2000－2001年度末の変化、2003－2004年度の変化の場合は、2001－2002年度末の変化を用いた¹²⁾。

推定結果は、表2から表4に示されている。ここでは、主に財政状況を示す変数の結果に注目する。

まず表2は認定率を被説明変数とした場合の推定結果である。まず表2-1によると、財政安定化基金貸付割合の係数は2001－2002年度において、すでにマイナスで統計的にも有意である。つまり、財政安定化基金の貸付を受けるほど財政が悪化した保険者では、そうでない保険者に比べて要介護認定が厳しくなっている。興味深いのは、2003－2004年度の場合は、この係数のマイナス幅が大きくなっているという点である。これは財政状況によって要介護認定にばらつきが生じやすくなる傾向が強まっていることを示している。さらに表2-2の経常収支比率の係数を見ても、2001－2002年度の場合は、統計的にも有意ではないが、2003－2004年度の場合は、マイナスで有意になっている。これは本来無関係なはずの市町村の一般財源の状況が、要介護認定に影響を及ぼすようになってきていることを示している¹³⁾。

¹¹⁾ 介護保険の広域連合や事務組合に属さない市町村数は、2,813（2001年度）、2,800（2002年度）、2,665（2003年度）、2,197（2004年度）と減少傾向にある。途中で広域連合に加わった市町村はここでは除いていない。

¹²⁾ 被説明変数が2003年－2004年度の場合に、財政安定化基金貸付割合については、2002年－2003年の割合の変化幅を用いるべきだが、財政安定化基金は3年を一単位として運営されているため、2002年度と2003年度のデータには連続性がない。従ってここでは2001年－2002年度末の変化幅を説明変数として用いた。

¹³⁾ 高齢者の割合が多い市町村では、介護需要が増加すると、同時に一般財源の財政が悪化するといった影響があるので、両者が相関している可能性は否定できない。財政安定化基金貸付割合は都道府県データなので直接相関を検証できないが、認定率の場合だけ、経常収支比率だけが有意になっていることから、こうした相関関係だけを捉えているのではないと考えられる。

表 2-1 認定率の決定要因(財政安定化基金貸付割合)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△財政安定化基金貸付割合	-0.0094	0.0022 **	-0.0117	0.0023 **
65歳以上人口比率	0.0261	0.0060 **	0.0039	0.0084
人口密度	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
介護報酬の単価				
特甲区	-0.1055	0.1581	-0.3834	0.2234
甲区	0.1113	0.1983	-0.0370	0.2253
乙区	-0.1665	0.1881	-0.3486	0.2748
その他	-0.2179	0.2092	-0.3887	0.3149
産業別就業人口比率				
第一次産業	-0.0146	0.0031 **	-0.0024	0.0029
第三次産業	0.0052	0.0022 *	0.0012	0.0025
切片	0.9124	0.3774 *	1.0663	0.5684
	サンプル数= 2443 R ² = 0.4073		サンプル数= 2445 R ² = 0.1877	

注) 1) **, * はそれぞれ、1%、5%の有意水準で係数=0という帰無仮説が棄却されることを示す。
 2) 市町村人口でウェイト付けて推定を行った。
 3) 介護報酬の単価については、特別区をレファレンスとした。
 4) 紙面の都合上掲載していないが、各都道府県の特質を考慮するために、47個の都道府県ダミーも説明変数として用いた。

表 2-2 認定率の決定要因(経常収支比率)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△経常収支比率	0.0035	0.0068	-0.0151	0.0076 *
65歳以上人口比率	0.0259	0.0060 **	0.0043	0.0083
人口密度	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
介護報酬の単価				
特甲区	-0.1118	0.1592	-0.3755	0.2210
甲区	0.1070	0.1991	-0.0242	0.2234
乙区	-0.1718	0.1889	-0.3281	0.2705
その他	-0.2226	0.2096	-0.3911	0.3130
産業別就業人口比率				
第一次産業	-0.0146	0.0031 **	-0.0029	0.0028
第三次産業	0.0053	0.0022 *	0.0009	0.0024
切片	0.8451	0.3804 *	0.9277	0.5723
	サンプル数= 2441 R ² = 0.4075		サンプル数= 2445 R ² = 0.192	

注) 表2-1 に同じ。

次に、利用率、利用者数を被説明変数とした場合の結果が表 3 に示されている。表 3-1 によると、財政状況は利用率には影響を及ぼさず、むしろ 2003-2004 年度にかけて、財政安定化基金貸付割合が高いほど、利用率が高いという結果になっている。一見これは矛盾しているようにみえるが、前述のように利用率は認定者数に占める利用者数と定義されるため、財政状況が悪化した保険者では認定者数が低くなることで、利用率はむしろ高くなる傾向にあるからであろう。そこで、利用率でなく利用者数の増加率を被説明変数として推定を行ったのが、表 3-3 である。これによると、認定率で得た結果と同じ傾向が観察される。つまり、2001-2002 年度ですでに、財政状況が悪化した保険者では利用者数の増加率が低く、

その傾向は2003-2004年度にかけて更に強まっている。なお、表3-2及び表3-4に示すように、経常収支比率を用いた場合には、その係数は統計的に有意にならなかった。

表3-1 利用率の決定要因(財政安定化基金貸付割合)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△財政安定化基金貸付割合	0.030	0.025	0.0463	0.0162 **
65歳以上人口比率	0.003	0.028	0.0029	0.0165
人口密度	0.000	0.000	0.0000	0.0000
介護報酬の単価				
特甲区	-0.945	0.804	0.2425	0.4659
甲区	-1.748	0.999	-0.2673	0.6739
乙区	-2.680	0.997 **	-0.8672	0.6104
その他	-2.386	0.986 *	-0.6761	0.6125
産業別就業人口比率				
第一次産業	0.020	0.016	-0.0087	0.0127
第三次産業	0.006	0.012	-0.0030	0.0093
施設介護の定員数	0.000	0.001	-0.0001	0.0006
病床数	-0.001	0.002	-0.0010	0.0012
切片	3.920	1.780 *	3.8239	1.6794 *
サンプル数= 2013		サンプル数= 2197		
$R^2 = 0.1809$		$R^2 = 0.1623$		

- 注) 1) **, * はそれぞれ、1%、5%の有意水準で係数=0という帰無仮説が棄却されることを示す。
 2) 市町村人口でウェイト付けして推定を行った。
 3) 介護報酬の単価については、特別区をレファレンスとした。
 4) 紙面の都合上掲載していないが、各都道府県の特質を考慮するために、47個の都道府県ダミーも説明変数として用いた。
 5) 被説明変数の上下5%のデータは、推定の際に取り除いた。

表3-2 利用率の決定要因(経常収支比率)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△経常収支比率	-0.0425	0.0334	0.028	0.026
65歳以上人口比率	0.0060	0.0281	0.002	0.017
人口密度	-0.0001	0.0001	0.000	0.000
介護報酬の単価				
特甲区	-0.8643	0.8147	0.234	0.465
甲区	-1.6889	1.0007	-0.285	0.669
乙区	-2.6040	0.9877 **	-0.899	0.604
その他	-2.3253	0.9811 *	-0.664	0.611
産業別就業人口比率				
第一次産業	0.0196	0.0159	-0.008	0.013
第三次産業	0.0061	0.0123	-0.002	0.009
施設介護の定員数	0.0009	0.0003 **	-0.001	0.001
病床数	-0.0023	0.0007 **	0.000	0.001
切片	2.8557	1.6525	4.848	1.768 **
サンプル数= 2013		サンプル数= 2197		
$R^2 = 0.1825$		$R^2 = 0.1633$		

注) 表3-1 に同じ。

表3-3 利用者数の決定要因(財政安定化基金貸付割合)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△財政安定化基金貸付割合	-0.0638	0.0262 *	-0.1187	0.0322 **
65歳以上人口比率	-0.1017	0.0319 **	-0.1202	0.0280 **
人口密度	-0.0001	0.0001	0.0001	0.0001 *
介護報酬の単価				
特甲区	-1.9628	0.9435 *	1.4580	0.6170 *
甲区	-0.8028	1.2873	2.5025	1.0179 *
乙区	-2.2779	1.1502 *	1.5395	0.7861
その他	-3.9381	1.1519 **	1.9821	0.8931 *
産業別就業人口比率				
第一次産業	-0.1202	0.0215 **	-0.0940	0.0225 **
第三次産業	0.0083	0.0156	0.0283	0.0148
施設介護の定員数	-0.0001	0.0008	0.0020	0.0014
病床数	-0.0023	0.0019	-0.0055	0.0033
切片	25.5499	2.6668 **	11.9693	2.4191 **
	サンプル数= 2233 R ² = 0.4311		サンプル数= 2202 R ² = 0.4048	

注) 1) **, * はそれぞれ、1%、5%の有意水準で係数=0という帰無仮説が棄却されることを示す。
 2) 市町村人口でウェイト付けして推定を行った。
 3) 介護報酬の単価については、特別区をレファレンスとした。
 4) 紙面の都合上掲載していないが、各都道府県の特質を考慮するために、47個の都道府県ダミーも説明変数として用いた。
 5) 被説明変数の上下1%のデータは、推定の際に取り除いた。

表3-4 利用者数の決定要因(経常収支比率)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△経常収支比率	0.0323	0.0532	-0.0478	0.0419
65歳以上人口比率	-0.1033	0.0322 **	-0.1195	0.0280 **
人口密度	-0.0001	0.0001	0.0001	0.0001 *
介護報酬の単価				
特甲区	-2.0254	0.9478 *	1.4802	0.6175 *
甲区	-0.8468	1.2900	2.5420	1.0183 *
乙区	-2.3278	1.1539 *	1.6068	0.7834 *
その他	-3.9790	1.1515 **	1.9810	0.8885 *
産業別就業人口比率				
第一次産業	-0.1199	0.0216 **	-0.0942	0.0225 **
第三次産業	0.0085	0.0155	0.0283	0.0148
施設介護の定員数	-0.0025	0.0004 **	0.0016	0.0014
病床数	0.0016	0.0013	-0.0051	0.0032
切片	27.6652	2.7811 **	10.9973	2.4912 **
	サンプル数= 2232 R ² = 0.4312		サンプル数= 2201 R ² = 0.406	

注) 表3-3 に同じ。

表4-1 一人当たり支給額の決定要因(財政安定化基金貸付割合)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△財政安定化基金貸付割合	0.0066	0.0363	0.0232	0.0148
65歳以上人口比率	0.0185	0.0309	-0.0011	0.0206
人口密度	0.0000	0.0001	-0.0001	0.0001 *
介護報酬の単価				
特甲区	1.3265	1.1744	-0.5721	0.5305
甲区	1.6391	1.2711	-1.5491	0.7637 *
乙区	2.7576	1.2704 *	-0.5442	0.6938
その他	2.8025	1.1895 *	-0.9428	0.6779
産業別就業人口比率				
第一次産業	0.0770	0.0227 **	0.0364	0.0159 *
第三次産業	-0.0263	0.0176	-0.0203	0.0116
施設介護の定員数	-0.0011	0.0014	0.0001	0.0005
病床数	-0.0025	0.0019	-0.0035	0.0011 **
切片	2.6559	3.0541	4.9656	1.6926 **
	サンプル数= 1971		サンプル数= 2394	
	R ² = 0.2765		R ² = 0.2208	

注) 表3-1 に同じ。

表4-2 一人当たり支給額の決定要因(経常収支比率)

	2001-2002年度		2003-2004年度	
	係数推定値	標準偏差	係数推定値	標準偏差
△経常収支比率	0.0275	0.0546	-0.0361	0.0293
65歳以上人口比率	0.0160	0.0306	-0.0002	0.0205
人口密度	0.0000	0.0001	-0.0001	0.0001 **
介護報酬の単価				
特甲区	1.2797	1.1993	-0.5563	0.5276
甲区	1.6083	1.2756	-1.5223	0.7616 **
乙区	2.7136	1.2731 *	-0.4966	0.6897
その他	2.7679	1.1935 *	-0.9519	0.6762
産業別就業人口比率				
第一次産業	0.0776	0.0227 **	0.0354	0.0159 **
第三次産業	-0.0262	0.0176	-0.0210	0.0116
施設介護の定員数	-0.0009	0.0004 *	-0.0002	0.0004
病床数	-0.0030	0.0013 *	-0.0028	0.0011 **
切片	2.5094	2.6290	5.4977	1.8033 **
	サンプル数= 1969		サンプル数= 2394	
	R ² = 0.2766		R ² = 0.2217	

注) 表3-3 に同じ。

最後に、一人当たり支給額を被説明変数とした場合の結果が表4である。これによると、財政安定化基金貸付割合も経常収支比率も、一人当たり支給額には有意な影響を与えないことがわかる。

以上の実証結果をまとめると、(1)介護保険を通じた介護サービスの利用の前提となる要介護認定率は、2001-2002年度ですでに財政状況の悪い保険者では有意に低く、その傾向は2003-2004年度に更に強まっていること、また、本来無関係なはずの市町村の一般財源の状況が2003-2004年度には認定率に有意な影響を与えるようになってきていること、(2)利用率には財政状況は有意な影響を与えないが、認定率と同様、利用者数の増加率は、2001-2002年度で財政状況の悪い保険者では有意に低く、その傾向は

2003—2004 年度に更に強まっていること、(3)財政状況は一人当たり支給額には有意な影響を与えていないこと、がわかった。

5. 分析結果のまとめと今後の課題

本稿は、日本の公的介護保険制度の一大特徴である「集権的かつ分権的」なアプローチの下で、本来全国統一で運用されるはずの要介護認定や介護サービスの利用が、保険者の事情、特にその財政状況によってどの程度影響されているのかを市町村レベルデータを用いて定量的に検証した。その結果、公的介護保険制度の導入から時間が経過するにつれて、保険者の財政状況が認定率や利用率の変化に影響を与えるようになり、財政状況の悪化している保険者は要介護認定を厳しくしたり、利用者数を抑制していることがわかった。

要介護認定は、介護保険を通じた介護サービスの利用のいわば「入り口」であり、財政状況の厳しい保険者は、そうでない保険者に比べて、要介護認定を厳しくすることで、介護サービスの利用の増大を抑制しようとするが見て取れる。これは全国で統一に運用されるはずの要介護認定が、被保険者の状況だけでなく、保険者の財政状況によっても影響されることを示している。また、本稿の分析結果によると、一人当たりの支給額については、今までのところは財政状況によって左右されないということになるが、今後保険財政が更に厳しくなる中で、保険者の財政状況の相違が、実際の利用にも影響を及ぼしてくる可能性があるだろう。

以上の分析結果は、日本の公的介護保険制度の根幹にもかかわってくる課題を如実に示している。被保険者の介護保険の利用が、保険者の財政状況によって大きな影響を受けないようにするためには、地域差を解消するためのより強力な手段を導入するという方向性と、むしろ全国統一の運用よりも地域に応じた介護保険の運用を模索するという方向性があるだろう。どちらがよりよい方向性であるかは更に精査が必要であるが、本稿が示したのは、介護保険導入後数年の間に、すでに保険者の財政状況による地域差が無視できない形で現れているという点である。もちろん、本稿の推定結果については、さらに市町村レベルの詳細なデータが入手可能になることで、更に精査を重ねる必要がある。その上で、現在の「集権的かつ分権的」アプローチの持続可能性と改革の方向性について、今後データに基づいた科学的な議論が不可欠になることは間違いない。

(引用文献)

- Mitchell, Olivia S., Piggott, John and Shimizutani, Satoshi (2004). "Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges," *NBER working paper series*, no.10882.
- Mitchell, Olivia S., Piggott, John and Shimizutani, Satoshi (2006). "Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges," *Benefits Quarterly*, 1st Quarter, pp. 7-18.
- Shimizutani, Satoshi (2006). "Japan's Long-term Care Insurance Program: An Overview," *Swiss Journal of Economics and Statistics*, forthcoming.
- 朝日新聞社「民力 CD-ROM 2004」
- 菊池潤・田近栄治・油井雄二(2005)「介護保険の現状と持続可能性」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差 現状と課題』東洋経済新報社。
- 厚生労働省(2004)「財政安定化基金の基本的仕組みについて」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0309-6n.html>

厚生労働省「都道府県別財政安定化基金貸付・交付の状況」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0309-6o.html>

厚生労働省「財政安定化基金貸付状況（平成16年度）」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/05/tp0523-1.html>

厚生労働省 統計表データベースシステム「介護保険事業状況報告」

<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/>

厚生労働省「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」（各年版）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/old/k-eisei.html>

厚生労働省「介護サービス・施設事業所調査結果の概況」（各年版）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/old/k-roujin.html>

厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し—平成16年5月推計—」

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/05/h0514-3.html>

厚生労働省高齢者介護研究会（2003）『2015年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>

清水谷論・野口晴子（2004）『介護・保育サービス市場の経済分析—マイクロデータによる実態解明と政策提言』東洋経済新報社。

田近栄治・油井雄二・菊池潤（2005）「介護保険制度の持続可能性—国と県レベルの分析」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障制度改革—日本と諸外国の選択』東京大学出版会。

総務省「地方財政の状況」<http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei.html>

総務省「市町村別決算状況調」（各年版）

WAM NET 「第13回社会保障審議会介護保険部会資料」

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/vAdmPBigcategory10/49256FE9001B533F49256E980022C0A7?OpenDocument>

