

青森公立大学大学院博士後期課程 博士論文

介護保険制度改革による介護サービス市場の 変容に関する実証分析

青森公立大学経営経済学研究科博士後期課程

91702012 楠山 大暁

学位論文要旨

介護保険制度改正による介護サービス市場の変容に関する実証分析

青森公立大学大学院経営経済学研究科博士後期課程

91702012 楠山 大暁

1 研究の目的

2000 年に社会保険方式を活用した介護サービス市場が確立されたことによって、介護サービスの供給量は増加した。その結果、広く社会に潜在していた公的な介護サービスに対する需要が、市場に参入した多くの介護サービス事業者によって満たされるようになった。しかしながら、介護保険制度創設からほどなくして、要介護者の急増や介護保険財政の逼迫により、制度の持続可能性が危ぶまれるようになるとともに、要介護度の認定が保険者によってばらついたり、一部悪質な介護サービス事業者により介護報酬が不正に請求されたりするなど、制度の運用に関わる問題も噴出するようになった。

このような事態を受け国は、現在に至る 20 年足らずの間に幾多の制度改正を実施するとともに、介護サービス給付の適正化を推し進めていくことになる。制度改正および給付の適正化は、いずれも制度の持続可能性を高めるために行われた。したがって、これらの制度改正の結果、介護サービス市場にどのような変容がもたらされたかを慎重に見極める必要がある。さらに、2020 年 3 月に世界保健機関(WHO)によってパンデミックと特徴づけられた新型コロナウイルスという外生的な要因が、介護サービス市場に暗い影を落としている。

本研究の目的は、介護保険制度の 20 年の歴史を振り返りつつ、その時々に行われた制度改正や、コロナ禍という外生的な要因が、介護サービス市場にいかなる変容をもたらしたかを分析することにある。本研究によれば、制度改正などの結果、最終的に要介護者や家族介護者の負担軽減という介護保険本来の目的を達成する方向に働いているかどうかを検証されることになる。

2 本論の構成と要旨

本論は、序章に続き、介護保険制度の歴史について議論した第1章、介護サービス市場の変容に関する実証分析である第2章から第6章、そして終章で構成される。

2.1 序章

序章では本研究の背景と目的を述べ、そのうえで本論の構成と意義について概説する。

2.2 第1章 介護サービス市場の特徴と介護保険制度改革の歴史

介護サービス市場の特徴は、公的な社会保険制度を活用した準市場というところに求められる。これは、国がひとたび制度の持続可能性の危機を認識すると、即座に介護サービス市場に介入することを意味している。そして、介護サービス市場への介入は介護保険制度改革という形になってあらわれる。

2000年度からスタートした介護保険制度は、2005年度改正(2006年度実施)、2008年度改正(2009年度実施)、2011年度改正(2012年度実施)、2014年度改正(2015年度実施)の4つの大きな改正を経験している。

これらの改正に共通する考え方は、次の2点に集約される。第1が、要介護の程度が重度化することを予防するというものである。第2が、要介護の程度が軽い者に対するサービスの簡素化である。たしかに、重度化の予防が成功するならば、要介護の程度が軽い者に対するサービスの簡素化も可能だと思われる。しかしながら、重度化予防の名のもとに要介護の程度が軽い者を介護サービス市場から切り捨てるようなことがあってはならない。

家族介護者、特に女性の家族介護者の介護時間の推移を確認すると、これらの改革を経ても減少傾向は続いており、現時点では、制度改革によって、要介護者や家族介護者の負担が顕著に増大しているとはいえない。

2.3 第2章 介護給付適正化事業と要介護認定

介護保険は介護を広く社会全体で担うという介護の社会化を目指して創設された。しかしながら、要介護者と介護費用の急増を受けて、介護給付の拡大を抑制するよう

な法改正が数次にわたり実行されてきた。この流れをさらに強めていると思われる事業が、「介護給付適正化事業」(以下、「適正化事業」という)である。適正化事業は、2004年度から2007年度にかけて実施された「介護給付適正化推進運動」(以下、「推進運動」という)をふまえ、2008年度より実施されている事業である。事業の目的は、要介護者に適切なサービスを適切に行き渡らせることによって、必要以上のサービス給付を抑え、介護保険制度の持続可能性を高めることにあるといつてよい。しかしながら、この適正化事業によって、要介護認定が厳しくなり、結果的にサービス給付が過度に抑制されている疑いもまた払拭することはできない。

本章の目的は、推進運動および適正化事業の内容を明らかにするとともに、事業の実施によって平均的な要介護度が引き下げられているかどうかを、「介護保険事業状況報告」のデータを都道府県別のパネルデータの形式に整理して、固定効果モデルで推定した。推定の結果、適正化事業において、保険者支援の役割を担わされている都道府県の支出金は、平均要介護度を引き下げる効果を有し、地域において実際に要介護認定を行う市町村の支出金は平均要介護度を押し上げる効果をもたらしていることが確認された。特に、適正化事業においては、都道府県が果たす役割が大きいことが明らかになった。

本章の貢献は、適正化事業が少なくとも要介護認定に関しては必ずしも介護の社会化に逆行するものではないことを明らかにしたところに求められる。

2.4 第3章 地域支援事業による介護サービス給付費の節減効果

介護保険制度における地域支援事業は、要支援状態または要介護状態になる前からの介護予防を目指しており、さらに、要介護状態となった場合においても、可能な限り住み慣れた地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的としている。この地域支援事業は、2006年の制度創設以降、2度の改正を経ている。直近の2014年度改正(2015年度から実施)は、要支援者に対する介護予防給付サービスの一部を地域支援事業の中の介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という)に移行し、さらに、より介護予防を重視する方向性を打ち出すなど、大規模なものとなった。また、あわせて、保険者の裁量の範囲も格段に拡大することになった。

本章の目的は、地域支援事業が介護予防を実現し、介護サービス給付費を抑制して

いるかどうかを、「介護保険事業状況報告」の保険者別のパネルデータを用いて、固定効果モデルで推定することにある。推定の結果は次のとおりである。地域支援事業への支出が増加すると、介護サービス給付費が抑制されるという結果となった。また、地域固有の事情が推定結果に大きな影響を及ぼすことも確認された。本章の貢献は、この推定結果によって、地域支援事業の実施に際して、地域固有の事情を考慮することがいかに重要であるかの証左を提供したことに求められる。

2.5 第4章 介護予防・日常生活支援総合事業の早期実施要因

2014年度改正を経て、総合事業は、制度改正後の2015年度、2016年度、2017年度は移行期間とされたが、2017年度中には全ての保険者において実施されることとなった。総合事業の実施に際しては、予防重視の名のもとに、要支援者といった軽度者が介護サービスから切り離されることが最も懸念されている。

本章の目的は、総合事業の早期実施要因を、「介護保険事業状況報告」の保険者別のデータを用いてプロビットモデルに基づいて推定し、要支援者をめぐる介護環境にどのような変化が生じたのかを浮き彫りにすることにある。

2014年改正は、要支援者に対するサービスを総合事業に移管することが大きな目的の1つである。要支援者数が多い保険者は、早期移行に踏み切ることによって、介護費用の節減効果を見込むことができる。本章での推定の結果、要支援・要介護者数に占める要支援者数の割合が高いと、早期実施の確率が高まったという結論が得られた。したがって、制度改正の結果、介護環境の変化を余儀なくされる要支援者が多くいたことになる。これが軽度者の切り離しにつながらないか、注意が必要である。

2.6 第5章 女性家族介護者の介護時間

総務省が5年おきに実施している「社会生活基本調査」によれば、女性の介護に関する行動者時間は減少傾向にある。具体的には、当調査の全国平均かつ週全体の平均で1日あたりの行動者時間をみると、1996年の164分から2016年の122分に減少していることが確認できる。介護保険制度が導入されたのが2000年度であったことから、この減少の要因を、介護サービスの拡充に求めることができそうである。

本章の目的は、「社会生活基本調査」の都道府県別に集計されたデータをパネルデータとして整理して、都道府県ごとの介護サービス市場に供給され、需要される居宅サ

ービスが、女性の介護行動者の介護に係る行動者平均時間を減少させているかどうかを、同時方程式モデルを用いて推定することにある。推定の結果、居宅サービスの利用増加、もしくは居宅サービスに対する自己負担額の増加が女性の介護時間の減少をもたらしていることが確認された。

2.7 第6章 コロナ禍における緊急事態宣言と介護サービス市場

新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、日本では、2020年4月7日に7都府県を対象に緊急事態宣言が発出され、その後、4月16日には対象地域が全国に拡大されることになった。また、このとき、13都道府県が特定警戒都道府県とされた。緊急事態宣言そのものには介護サービスを抑制する意図はなかったものの、宣言の発出を契機として、介護サービス事業者がサービス供給を抑制した可能性が考えられる。

本章の目的は、特定警戒都道府県を処置群、その他の県を対照群として、緊急事態宣言が介護サービス市場におよぼした影響をDD推定の手法を用いて実証分析することにある。本章の推定結果によれば、2020年3月から4月にかけてのコロナ禍によって、いずれの地域においても、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービス水準の落ち込みが確認された。さらに、特定警戒都道府県では、その他の県よりも一層の萎縮が確認されたため、緊急事態宣言や特定警戒都道府県の指定が通所・短期入所系サービスにブレーキをかけたと結論づけられる。一方で、訪問系サービスについては、緊急事態宣言の影響は確認できなかった。

2.8 終章

本研究では、介護給付適正化事業と2014年度改正の効果を実証分析し、そのうえで、女性家族介護者の負担軽減が継続しているかを確認した。さらに、コロナ禍という外生的なショックが介護サービス市場におよぼした影響を実証分析した。

適正化事業等は主に介護サービスの供給サイドに行動変容を促す事業であった。分析の結果、適正化事業等を実施したからといって、過度に要介護認定が厳格になるといったことは確認されず、要介護者や家族介護者の負担軽減を妨げるようなことにはなっていなかった。したがって、適正化事業等は本来の趣旨に則って実施されているといえる。2014年度改正では、要介護度の重度化予防を重視するようになり、さらに要支援者に対するサービスが総合事業等に移管されるようになった。予防重視の姿勢

は介護サービスの需要サイドの行動変容を促す一方で、総合事業等の再編は供給サイドに大きな行動変容を迫ったものであった。分析の結果、重度化予防の効果が出ていることは確認されたものの、要支援者を多く抱える保険者は総合事業等への早期移行に踏み切ったことが判明した。したがって、要支援者が介護サービス市場から切り捨てられることがないように、留意すべきである。しかしながら、このような制度改正を経てもなお、女性家族介護者の介護時間の減少傾向は継続しており、その減少傾向は介護サービスの利用に裏付けられているといえた。

以上の分析結果から、次のことが主張できる。要介護度の程度が軽い者に対するサービスを簡素化するときは、重度化の予防もあわせて実施しなければならない。そして、重度化した場合には、必要な介護サービスを適切に受けられるような体制を確保しておくことが必要不可欠である。平時より介護サービスの十分な供給体制を維持しておくことは、今般のコロナ禍のような外生的なショックに見舞われたときに、介護崩壊のような事態に陥るリスクを軽減するだろう。

Empirical Analysis of the Changes in the Long-term Care Industry

Following Long-term Care Insurance Reform

The Graduate School of Management and Economics, Aomori Public University

91702012 Hiroaki Kusuyama

1 Purpose of Research

In the year 2000, the establishment of the long-term care industry that could be funded by the national health insurance led to an increase in availability of long-term care services. As a result, the latent demand for these services that was hidden in society came to the surface, leading to many businesses entering the market to meet this need. However, what soon became apparent was that the system itself was not sustainable due to the rapidly increasing number of people requiring long-term care combined with the financial strain placed on the long-term care insurance system, putting it into jeopardy. Furthermore, several other issues came to light, including the difference in criteria between insurers in determining the level of care needed by a patient, as well as several providers taking advantage of the system to overcharge for their services to get more money.

Faced with these issues, the national government revised the healthcare law numerous times over the course of the past twenty years in order to regulate the cost of

long-term care services. The reforms and the regulation were implemented with the goal of ensuring the sustainability of the system. Therefore, it is necessary to take a closer look at how these changes have affected the industry. Furthermore, in March of the year 2020, the World Health Organization (WHO) officially declared the novel coronavirus SARS-Cov-2 (Covid-19) outbreak a global pandemic. The outbreak itself had an exogenous effect on the long-term care industry, casting dark clouds on its future.

The purpose of this research is to look back at the past twenty-year history of long-term care insurance reform and analyze the effects each reform had on the industry, while at the same time also considering the exogenic effects of Covid-19, and understand how these different factors transformed the landscape of the industry. The ultimate purpose of this study will be to determine whether the reforms and regulations have had a definite impact on lessening the burden placed on patients needing long-term care services as well as their family members who are tasked with such activities.

2 Structure of this Study

This study consists of an introduction, followed by Chapter 1, which explains the history of long-term care insurance, Chapters 2-6, which conduct empirical analyses of the changes on the long-term care industry, and is ended by a conclusion.

2.1 Introduction

This introduction describes the background and purpose of this research, and explains the structure and significance of this paper.

2.2 Chapter 1: Characteristics of the Long-term Care Industry and the History of Healthcare Reform

One characteristic of the long-term care industry is that it is a quasi-market covered by the national health insurance system. This quasi-market status can be said, because, at one point, the national government recognized that the system was unsustainable, resulting in an immediate intervention. This intervention in the long-term care industry led to the reforms in the long-term care insurance system.

Since the inception of the long-term care insurance system in the fiscal year (FY) 2000, there have been four major reforms in FY 2005 (effective from FY 2006), in FY 2008 (effective from FY 2009), in FY 2011 (effective from FY 2012), and in FY 2014 (effective from FY 2015).

Each of these reforms had two common goals in mind. The first goal was to prevent people requiring long-term care from progressing to stages of more intensive care. The second was to simplify the services given to people who required lower levels of long-term care. The idea behind this goal was that if it were possible to successfully prevent

people from progressing to needing higher levels of care, then it would be possible to simplify the services given to people at the lower levels of required care. However, it is important that these actions conducted in the name of simplifying the system do not cut off access to long-term care for people who require lower levels of care.

If we look into the amount of time spent by family members providing long-term care, especially female members of the family, we can see that it has been trending downwards. At this point in time, it is possible to conclude that due to the reforms, the burden put on people requiring care and the family members providing this type of care has not been significantly increasing.

2.3 Chapter 2: Regulation of Long-term Care Benefits and Qualification for Long-term Care

Long-term care insurance was established with the idea of socializing long-term care so that it would be supported by the greater society. However, due to the rapid increase in the number of people requiring long-term care, as well as the burgeoning cost of paying for it, there were successive law reforms in an attempt to rein in the expansion of long-term care benefits. One of the projects that reinforced this trend was the “Regulation of Long-term Care Benefits” project (*Kaigo Kyuufu Tekiseika Jigyō*, hereinafter “regulation project”). The regulation project was initially implemented starting from FY

2008 based on the results from a previous project, the “Regulation of Long-term Care Benefits Promotion Movement” (*Kaigo Kyuufu Tekiseika Suishin Undou*, hereinafter “promotion movement”), which ran from FY 2004 to FY 2007. The goal of the project was to improve the sustainability of the long-term care insurance system by ensuring that the people needing long-term care would have appropriate access to these services, while also reducing excessive benefit payouts for the services provided. However, due to this regulation project, qualifying for long-term care became more difficult, and it is not possible to deny the criticism that the payouts were excessively regulated.

The purpose of this chapter is to clarify the contents of the promotion movement and the regulation project, as well as verify whether the average level of required care has been reduced after implementing the new system. The basis for this judgement will come from looking at the “Long-term Care Insurance System Status Report” (*Kaigo Hoken Jigyō Joukyō Houkoku*), converting it into panel data at a prefectural level, and then analyzing the data via a fixed effects model. Based on the analysis, the regulation has had the effect of reducing the average level of required care through expenditure at the prefectural level, whose role is to provide support to insurers. At the regional level, the expenditure of municipalities, whose role is to actually determine qualification for long-term care, has led to the increase in the average level of required care. It is apparent that the regulation project is most affected by the role of the prefectural entities.

This chapter shows that, at the very least, the regulation project does not necessarily run counter to socialization in terms of determining qualification for long-term care.

2.4 Chapter 3: Cost Saving Effects on Long-term Care Benefits from the Regional Support System

The regional support system of long-term care insurance was established to promote activities that would help prevent people from progressing to a state where they would require long-term care or assisted living. Furthermore, even if long-term care became a necessity, the system was designed to help promote independence by assisting patients in a way so that they can continue their livelihoods in a familiar environment. The regional support system has been reformed twice since its establishment in the year 2006. The most recent reform in FY 2014 (effective from FY 2015) transferred administration of some of the programs targeted towards prevention of requiring assisted living from the regional support system to the “Comprehensive Livelihood Support System” (*Nichijou Seikatsu Shien Sougou Jigyuu*, hereinafter “comprehensive system”), and increased the focus on prevention care on a larger scale. Furthermore, the discretionary power given to insurers was also greatly expanded.

This chapter focuses on determining whether the focus of the regional support system on prevention care was successful in keeping the costs of long-term care under control.

The basis of the judgement comes from looking at the data from the “Long-term Care Insurance Status Report” (*Kaigo Hoken Jigyō Joukyō Houkoku*), converting it to panel data at the insurer level, and applying a fixed effects model. The following results were found. As the expenditure in regional support systems increases, the cost of long-term care services comes under more control. Furthermore, region-specific circumstances have a great effect on the analysis results. The main takeaway of this chapter is that based on these results, it is imperative to take into consideration region-specific circumstances when planning for how to implement regional support systems.

2.5 Chapter 4: Causes for Early Establishment of Prevention Care and Comprehensive Livelihood Support Systems

After the FY 2014 reforms, FY 2015, FY 2016, and FY 2017 were designated as transition period years for implementing the comprehensive system. However, all insurers made the transition in FY 2017. The biggest concern from moving to the new comprehensive system was that in the name of focusing on prevention, people requiring assistance or other low levels of care would be cut off from the system.

This chapter explores the effects of the early adoption of the comprehensive system using data from the “Long-term Care Insurance Status Report” on an insurer level and analyzing it through a probit model to see what transformations would come to light for

people requiring assistance and other low levels of care in this new long-term care environment.

One of the major goals of the year 2014 reforms was to transition administration of services for people requiring assistance and other low levels of care to the comprehensive system. Insurers with a large number of people requiring assistance and other low levels of care can expect to save on long-term care costs by deciding an early transition. This chapter shows that if the ratio of the number of people requiring assistance in the number of people requiring assistance and people requiring long-term care is high, then it became more likely for insurers to transition to the new system early. Therefore, a lot of people requiring assistance were forced to change the nursing care environment after system revision, leading to the possibility of insurers cutting low level care patients from the system.

2.6 Chapter 5: Care Hours Spent by Female Family Members

Every five years, the Ministry of Internal Affairs and Communications (MIC) conducts the “Survey on Time Use and Leisure Activities” (*Shakai Seikatsu Kihon Chousa*). According to the data, the time spent by women on long-term care activities has been trending downwards. More specifically, looking at the national average of how much time per day in a week is spent on such activities shows that this number was 164 minutes

in the year 1996, but decreased to 122 minutes in the year 2016. The long-term care insurance system was introduced in FY 2000, so it may be safe to say that one of the contributing factors to this decrease is the increased availability of long-term care services.

This chapter's goal is to analyze the survey data as an aggregate at the prefectural level, convert it to panel data and see whether the supply and demand for outpatient long-term care services at the prefectural level have contributed to reducing the average number of hours that women spend on long-term care activities using a simultaneous equations model. The results suggest that an increase in use of outpatient services, or an increase in the deductible for outpatient services leads to a decrease in the time spent by women in long-term care activities.

2.7 Chapter 6: Effects of the State of Emergency on the Long-term Care Industry due to Covid-19

In Japan on April 7, 2020, seven prefectures were put under a state of emergency in order to prevent the spread of Covid-19. Soon after on April 16, the state of emergency was expanded to include the whole country. Furthermore, 13 prefectures were designated as special alert prefectures. Although the state of emergency did not intend to restrict the activities of long-term care services, the providers themselves may have limited their offerings using the state of emergency as a trigger.

This chapter sets out to show that if the special alert prefectures are treated as the experimental group and the other areas as the control group, then it is possible to perform a DD analysis of the effects of the state of emergency on long-term care services. According to the results, from March to April of the year 2020, all regions' offering of outpatient day care services and short-term care center services was at lower levels than normal. Furthermore, the special alert prefectures exhibited a greater contraction in the market compared to the non-special alert areas, thereby suggesting that the state of emergency and designation of special alert areas led to the decrease in outpatient day care and short-term services. In contrast, home-visit based services appeared to have been unaffected by the state of emergency.

2.8 Conclusion

This study has conducted an empirical analysis of the regulation of long-term care and the effects of the FY 2014 reforms, and has also shown that the burden on female family members giving long-term care continues to be reduced. Furthermore, this research also empirically analyzed the effects of the Covid-19 exogenous factor on the long-term care industry.

The regulation project has mainly affected the supply side of long-term care services. The results of the analysis suggest the regulation project has not necessarily made the

criteria for qualifying for long-term care stricter, nor has it prevented the burden on people needing care or family members giving care from being reduced. Therefore, it can be said that the regulation project has achieved the goals it set out to reach. The FY 2014 reforms shifted the focus of the system to placing more prominence on prevention care and prevention of people requiring care from progressing to needing higher levels of care. The administration of services for people requiring assistance and lower levels of care was transferred to the comprehensive system. This focus on prevention care affected the demand side of long-term care, but the reorganization into the comprehensive system also spurred changes on the supply side. According to the analysis, although the effectiveness of prevention care was shown, it was also apparent that insurers with a large number of people requiring assistance were made an early transition to the comprehensive system. Therefore, special attention is needed in order for people not to get cut off from the long-term care industry. However, as a result of these reforms, the number of hours that female family members spend on long-term care activities continues to decrease, which can be attributed to the greater availability and use of long-term care services.

From the above, the following can be said. When simplifying the services offered to people requiring lower levels of care, it is also important to implement measures to prevent people from progressing to higher levels of care. Furthermore, if people do progress to the higher levels, it becomes imperative that these services are readily

accessible. Measures implemented in order to secure sufficient supply of long-term care services help reduce the risk of the long-term industry collapsing, as well as help cope with exogenic factors such as the current Covid-19 pandemic.

学位請求論文

介護保険制度改正による介護サービス市場の変容に関する実証分析

目次

序章

- 1 研究の背景と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
- 2 本論の構成と意義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

第1章 介護サービス市場の特徴と介護保険制度改革の歴史

- 1 介護サービス市場の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
- 2 介護保険制度改革の歴史・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

第2章 介護給付適正化事業と要介護認定

- 1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
- 2 介護給付適正化事業とは何か・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
- 3 先行研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
- 4 データおよびモデル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
- 5 推定結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
- 6 おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

第3章 地域支援事業による介護サービス給付費の節減効果

- 1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38
- 2 地域支援事業とは何か・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
- 3 先行研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
- 4 データ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・47
- 5 モデル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51
- 6 推定結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・52
- 7 おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・54

第4章 介護予防・日常生活支援総合事業の早期実施要因

- 1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・56
- 2 先行研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・58
- 3 データ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59
- 4 モデル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・61

5 推定結果	62
6 おわりに	65

第5章 女性家族介護者の介護時間

1 はじめに	67
2 介護の社会化は進展しているか	68
3 先行研究	71
4 データ	74
5 モデル	79
6 推定結果	81
7 おわりに	84

第6章 コロナ禍における緊急事態宣言と介護サービス市場

1 はじめに	86
2 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言について	87
3 先行研究	90
4 データおよびモデル	92
5 推定結果	98
6 おわりに	104

終章	105
----	-----

謝辞	109
----	-----

参考文献	110
------	-----

序章

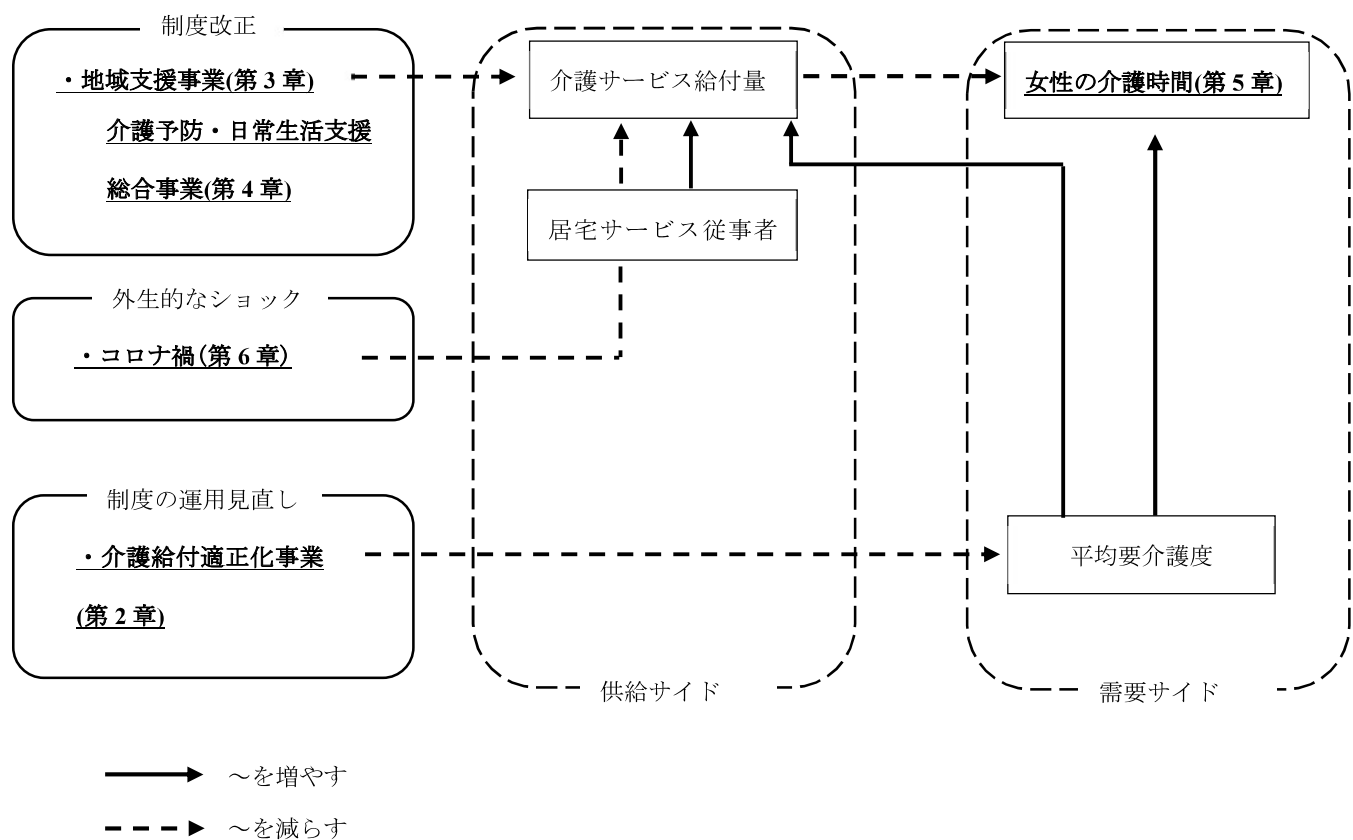
1 研究の背景と目的

2000 年に介護保険制度が創設されたことによって、社会保険方式を活用した介護サービス市場が確立された。介護サービス市場創設の目的は、介護サービスの供給量を増加させ、潜在していた公的な介護サービスに対する需要に応えることによって、要介護者や家族介護者の負担を軽減するところにあった。しかしながら、介護保険制度創設からほどなくして、要介護者の急増や介護保険財政の逼迫により、制度の持続可能性が危ぶまれるようになった。また、要介護度の認定が保険者によってばらついたり、一部悪質な介護サービス事業者により介護報酬が不正に請求されたりするなど、制度の運用に関わる問題も噴出するようになった。

このような事態を受け国は、現在に至る 20 年足らずの間に幾多の制度改正を実施するとともに、介護サービス給付の適正化を推し進めていくことになる。制度改正および給付の適正化は、いずれも制度の持続可能性を高めるために行われた。したがって、これらの制度改正の結果、介護サービス市場にどのような変容がもたらされたかを慎重に見極める必要がある。さらに、2020 年 3 月に世界保健機関(WHO)によってパンデミックと特徴づけられた新型コロナウイルスという外生的な要因が、介護サービス市場に暗い影を落としている。

本研究の目的は、介護保険制度の 20 年の歴史を振り返りつつ、その時々に行われた制度改正や、コロナ禍という外生的な要因が、介護サービス市場にいかなる変容をもたらしたかを分析するところにある。先行研究は、介護保険制度の複雑性のため、様々な制度改正や給付の適正化が結局のところ要介護者や家族介護者の負担とどのような関係を持つのか、そのつながりを必ずしも明らかにしてこなかった。しかしながら本研究によれば、介護サービス市場に係る需要サイドと供給サイドを明示的に分析の枠組みに取り入れることによって、制度改正や給付の適正化の影響の経路を明らかにすることができる。つまり、制度改正などの効果が、介護サービス市場の需要サイドと供給サイドのそれぞれの経路をたどって、最終的に要介護者や家族介護者の負担軽減という介護保険当初の目的を達成する方向に働いているかどうかを検証されることになる。

2 本論の構成と意義



図序-1 本研究の全体像

(出所：筆者作成)

本論は、序章に引き続き、第1章「介護サービス市場の特徴と介護保険制度改革の歴史」、第2章「介護給付適正化事業と要介護認定」、第3章「地域支援事業による介護サービス給付費の節減効果」、第4章「介護予防・日常生活支援総合事業の早期実施要因」、第5章「女性家族介護者の介護時間」、第6章「コロナ禍における緊急事態宣言と介護サービス市場」、そして終章で構成される。

第1章では、介護サービス市場の特徴について議論した後、介護保険制度改革の歴史を振り返ることによって、本研究の第2章以降の分析が、制度改革の歴史や介護サービス市場のどの部分に位置づけられるかといった点に関して、見通しを与えることにする。

第2章では、制度改正と並行して実施された「介護給付適正化推進運動」とそれに続く「介護給付適正化事業」(以下、「適正化事業等」という)を取りあげ、これらの政策効果を実証分析することを試みる。適正化事業等は、必要なサービスを真に必要とする者に適切に給付することを目的としており、過剰なサービス給付の抑制を目指していることから、保険者をはじめとする供給サイドに影響をおよぼす政策といえよう。この事業の目的のひとつが、保険者によって要介護認定のばらつきが生じるのを抑えることである。しかしながら、適正化事業等によって、過度に要介護認定が厳格になっている可能性も否定できない。第2章では、適正化事業に対する国、都道府県、保険者の役割分担に着目して、供給サイドを構成する3者が適正化事業を実施することによって、要介護認定がどのように変容したかを実証分析する。推定の結果、適正化事業において、保険者支援の役割を担わされている都道府県の支出金は、平均要介護度を引き下げる効果を有し、地域において実際に要介護認定を行う市町村の支出金は平均要介護度を押し上げる効果をもたらしていることが確認された。特に、適正化事業等においては、都道府県が果たす役割が大きいことが明らかになった。第2章の貢献は、適正化事業が少なくとも、要介護認定に関しては、必ずしも介護の社会化に逆行するものではないことを明らかにしたところに求められる。

第3章では、介護保険制度にとって画期となった2006年度の「地域支援事業」の創設を取りあげ、その効果を実証分析する。地域支援事業では、要介護度の重度化予防に大きく舵を切っていることから、需要サイドの行動変容を促す側面があるものと考えられる。第3章の目的は、地域支援事業が介護予防を実現し、介護サービス給付費を抑制しているかどうかを検証することにある。推定の結果、地域支援事業への支出が増加すると、介護サービス給付費が抑制されることが確認された。また、地域固有の事情が推定結果に大きな影響を及ぼすことも確認された。第3章の貢献は、この推定結果によって、地域支援事業の実施に際して、地域固有の事情を考慮することがいかに重要であるかの証左を提供したことに求められる。

第4章では、2015年度に地域支援事業の枠組みの中で実施されることになった、「介護予防・日常生活支援総合事業」(以下、「総合事業」という)創設の効果を実証分析する。総合事業では、それまで介護保険制度の枠組みの中で行っていた要支援者に対する介護サービスを、保険者が総合事業の枠組みの中でその裁量の範囲内で実施することとされた。したがって、介護サービス市場の供給サイドを構成する保険者に大

きな行動の変容を迫ったことになる。総合事業の実施に際しては、移行期間が設けられ、移行準備が整った保険者から順次、総合事業を実施することとされた。その結果、いち早く総合事業を開始した保険者と、そうではなかった保険者に対応が分かれることとなった。第4章の目的は、総合事業の早期実施要因を探ることによって、要支援者をめぐる介護環境にどのような変化が生じたのかを浮き彫りにすることにある。推定の結果、要支援・要介護者数に占める要支援者数の割合が高いと、早期実施の確率が高まったという結論が得られた。したがって、要支援者を多く抱える保険者は介護費用の節減効果を見込んで、早期移行に踏み切ったといえる。これが軽度者の切り離しにつながらないか、注意が必要である。

第5章では、「社会生活基本調査」の都道府県別に集計されたデータをパネルデータとして整理して、都道府県ごとの介護サービス市場に供給され、需要される居宅サービスが、女性の介護行動者の介護に係る行動者平均時間を減少させているかどうかを推定する。本研究で集計データを利用した推定を行ったのは、介護サービス市場に供給される介護サービスは、介護サービスの需要量と女性の介護時間の双方に影響をおよぼしているという内生性の影響をコントロールするためである。推定には同時方程式モデルを用いる。操作変数を用いた同時方程式モデルに基づくため、内生性にもある程度対処できているといえる。推定の結果、居宅サービスの利用増加、もしくは居宅サービスに対する自己負担額の増加が女性の介護時間の減少をもたらしていることが確認された。したがって、第2章から第4章で議論した制度改正および適正化事業等を経てもなお、介護の負担が顕著に増加しているといったような現象は確認されなかったことになる。

第6章では、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて発出された2020年3月の緊急事態宣言が介護サービス市場におよぼした影響を明らかにする。このとき、特に感染拡大が深刻な13都道府県が特定警戒都道府県に指定された。第6章の目的は、特定警戒都道府県を処置群、その他の県を対照群として、緊急事態宣言が介護サービス市場におよぼした影響をDD推定の手法を用いて実証分析することにある。第6章の推定結果によれば、2020年3月から4月にかけてのコロナ禍によって、いずれの地域においても、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービス水準の落ち込みが確認された。さらに、特定警戒都道府県では、その他の県よりも一層の萎縮が確認されたため、緊急事態宣言や特定警戒都道府県の指定が通所・短期入所系サービスにブレーキ

をかけた結論づけられる。一方で、訪問系サービスについては、緊急事態宣言の影響は確認できなかった。緊急事態宣言の影響は、供給サイドと需要サイド双方の経路をたどり、介護サービス市場、とりわけ通所・短期入所系サービスの萎縮となってあらわれたと考えられる。

図序-1 は、本研究の実証分析から得られた複数の結果の一部をフローチャートとしてまとめたものである。矢印の始点の制度改正もしくは変数が、矢印の終点の変数にどのような影響をおよぼしているかを示している。なお、統計的に有意に 0 と異なった結果のみを示している。

第1章 介護サービス市場の特徴と介護保険制度改革の歴史

1 介護サービス市場の特徴

介護サービス市場の特徴は、公的な社会保険制度を活用した準市場というところに求められる。準市場とは、「サービス内容、価格、サービス利用について政府の介入が強く行われている市場」(駒村他,2015)をさす。

介護サービスには、実際にサービスを消費するまではその質の程度を判断することができないという情報の非対称性が存在する。したがって、消費者は質の低いサービスを供給する介護サービス事業者を選別することができず、「市場の失敗」が生じてしまう。

さらに、介護サービス市場の特徴を挙げるとするならば、市町村といった地方政府が保険者となり、40歳以上のすべての人々を被保険者とする強制的な皆保険の枠組みのもとで運営されているところだろう。これは、被保険者が将来的に要介護状態に陥るリスクに関して情報の非対称性が存在するために民間の保険が成立せず、やはり「市場の失敗」が発生してしまうことによる。

以上のような理由により、介護サービス市場は、完全に民間に開放された市場ではなく、国が強制力を発揮できる準市場のもとで運営されることになった。これは、国がひとたび制度の持続可能性の危機を認識すると、即座に介護サービス市場に介入することを意味している。そして、介護サービス市場への介入は介護保険制度改革という形になってあらわれる。したがって、介護サービス市場の分析においては、制度改革が市場や市場関係者におよぼす影響を明らかにすることが重要になる。そこで、次節では、介護保険制度の持続可能性が危ぶまれる中で実施されてきた、主要な制度改革の歴史を振り返ることにする。

2 介護保険制度改革の歴史

2.1 介護保険制度創設前夜

前節で確認したように、現在では介護サービスは介護保険制度を活用した準市場で供給されている。介護保険制度が創設される2000年以前は、必要な介護サービスは、社

会福祉制度と老人保健制度という 2 つの制度とインフォーマルな家族介護によって賄われていた。これらのうち、社会福祉制度は市町村が措置権者となり、必要が認められた者に対して特別養護老人ホームに入所させる決定を下していた。利用者の負担額は応能負担であり、1999 年度では無料から月額 24 万円までであった(棕野・田中,2021)。しかしながら、措置制度ということでサービス供給量は限られたものとなり、入所できない者が多数存在した。このような介護サービスに対する超過需要は、老人保健制度によるサービス給付と家族介護によって代替されていたと考えられる。介護保険制度導入の要因の 1 つともなったいわゆる社会的入院の問題は、老人保健制度の枠組みの中で生じていた。老人保健制度では、利用者が老人病院を選択して入院することが可能であった。棕野・田中(2021)によれば、同程度の心身の状況にある高齢者が老人病院に入院した場合と特別養護老人ホームに入所した場合を比較すると、病院で発生する費用は特別養護老人ホームより高いにも関わらず、中程度以上の所得がある場合は、自己負担額は病院の方が低くなった。その結果、社会的入院が引き起こされ、本来必要ではなかった医療資源が消費されることになったのである。

このような社会的入院を解消し、さらには家族介護の負担を軽減するために社会保険方式を活用した介護サービス市場が創設されることになった。介護サービス市場が準市場である経済学的な理由は前節で議論したとおりである。介護サービスの利用者側からみると社会保険方式には、受益と負担の関係性が明確になり、介護保険料と介護保険サービスの利用に際して支払う自己負担額、さらには家族介護者の機会費用などを考慮に入れて最適なサービス利用量を決定できるというメリットがある。

2.2 介護給付適正化推進運動と介護給付適正化事業

介護保険制度は 2000 年度からスタートしたが、図 1-1 が示すとおり、2005 年度までの認定率の上昇に伴い、要支援者数、要介護者数ともに増加することとなった。2000 年度末時点で要支援者、要介護者あわせて約 288 万人だったのが、2005 年度末時点で約 503 万人まで増加したのである(図 1-2、図 1-3)。また、図 1-4 には、介護保険特別会計経理状況の歳出合計の推移を示している。介護保険がスタートしてから介護に係る総費用は右肩あがり増加していることがうかがえる。特に制度がスタートした直後の 2000 年から 2001 年にかけての伸びが著しい。このような事態を受け、国は、2004 年度より介護給付適正化推進運動、2008 年度より介護給付適正化事業(以下、「適正化事業等」)

を実施することになる。適正化事業等は、要支援者、要介護者が急増する中で、必要なサービスを真に必要とする者に適切に給付することによって、過剰なサービス給付を抑制することを目指している。したがって、保険者をはじめとする供給サイドに行動変容を促す政策といえよう。この事業の目的のひとつが、保険者によって要介護認定のばらつきが生じるのを抑えることである。適正化事業等は供給サイドの行動変容を通じて介護サービスの需要量をコントロールしようとする試みである。

図 1-5 には、平均要介護度の推移を示している。2000 年以降、平均要介護度は急激に下降したものの 2005 年で下げ止まり、2006 年から 2011 年くらいまで横ばいが続き、2012 年以降、再び緩やかな下降傾向にある。適正化事業等によって要介護認定のばらつきを抑えたことで、平均要介護度が比較的低水準で安定したとも解釈できる。しかしながら、適正化事業等によって、過度に要介護認定が厳格になっている可能性も否定できない。第 2 章では主にこの点について実証分析する。なお、介護給付適正化事業は、表 1-1 で示しているとおり、現在では介護保険事業計画期間と時期をあわせて実施されている。

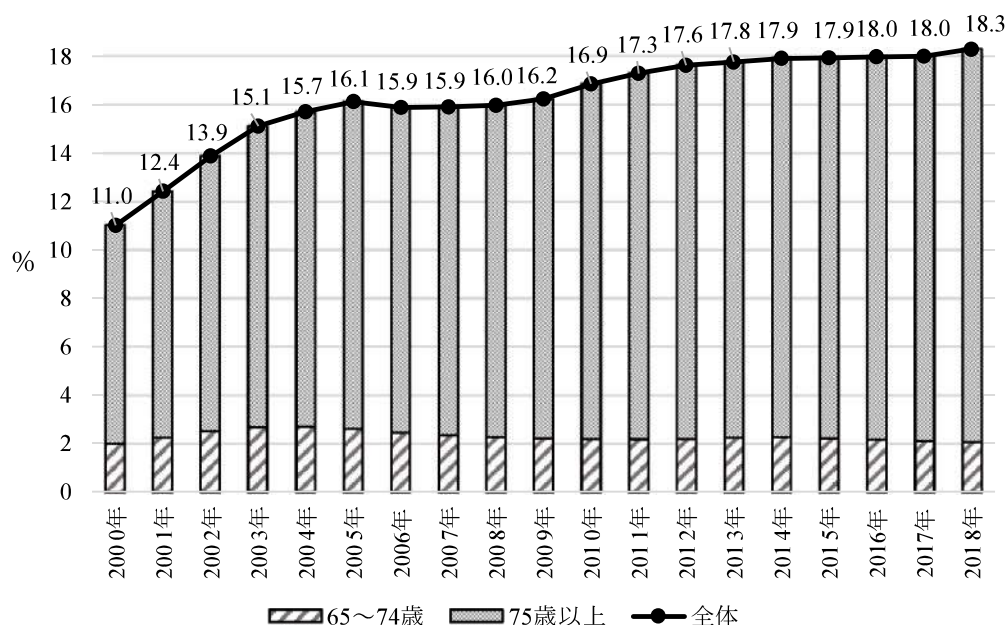


図 1-1 年齢別認定率の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

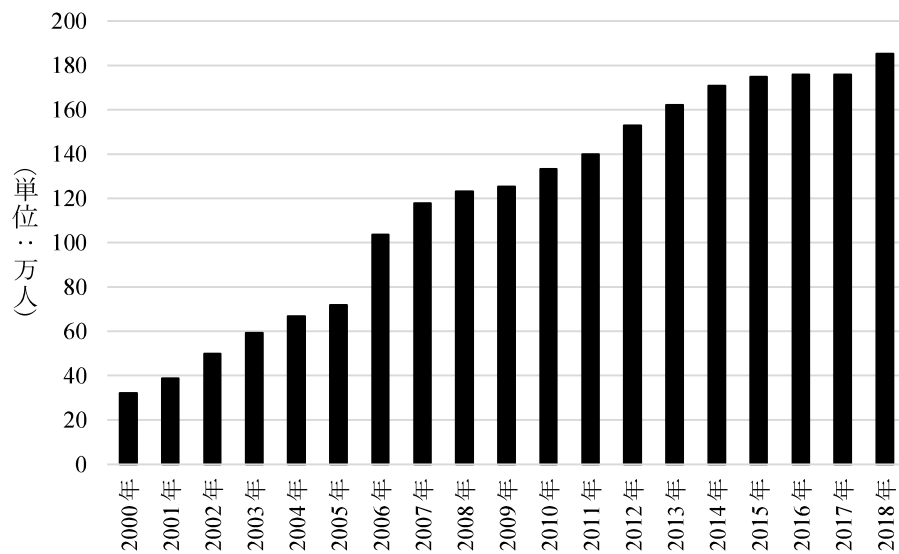


図 1-2 要支援者数の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」)

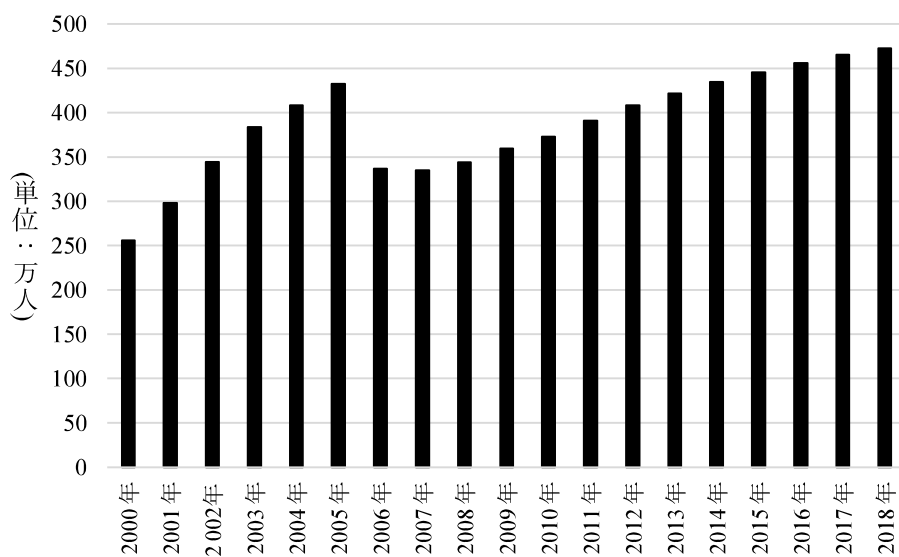


図 1-3 要介護者数の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

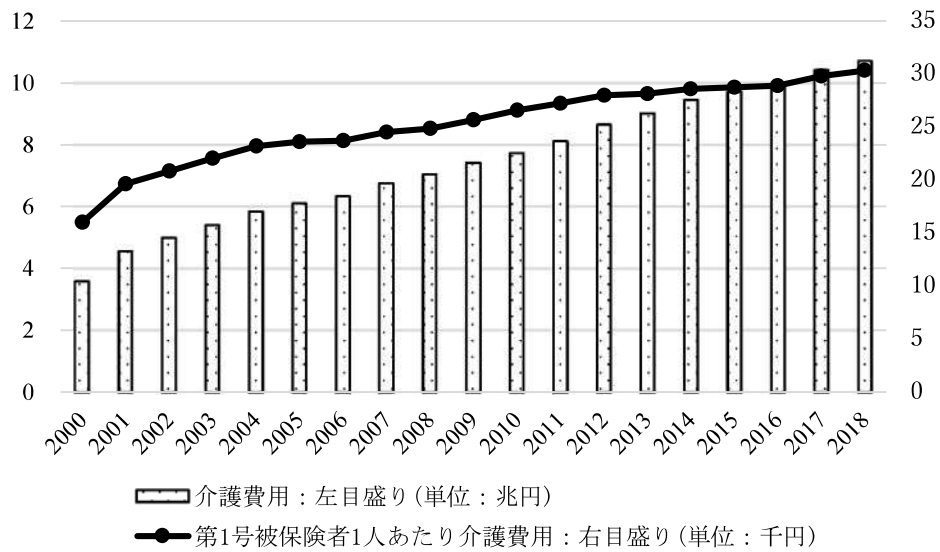


図 1-4 総介護費用及び第1号被保険者1人あたり介護費用

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

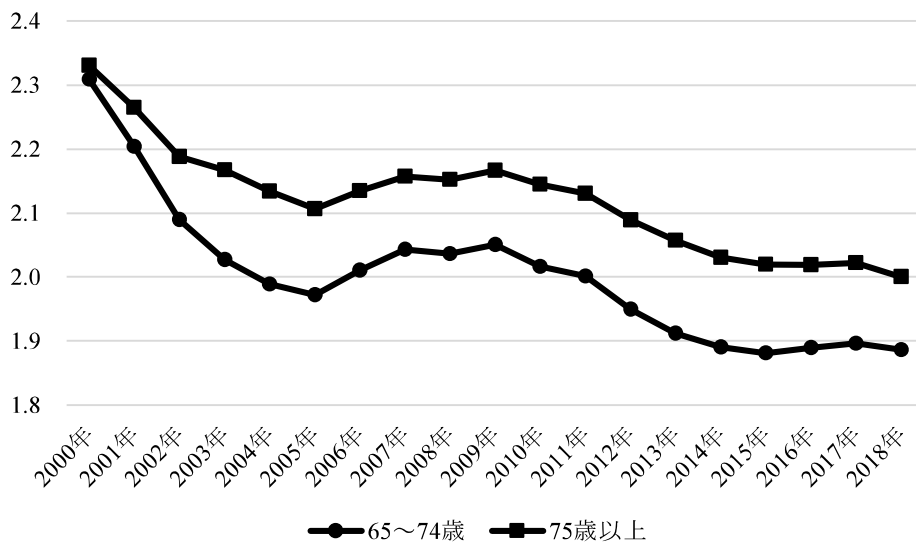


図 1-5 年齢別平均要介護度(全国)の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

表 1-1 介護保険の制度改正等をめぐる動き

年度	介護保険事業計画期間	介護給付適正化計画期間	介護保険制度をめぐる動き
2000 2001 2002	第 1 期事業計画期間		
2003 2004 2005	第 2 期事業計画期間	介護給付適正化推進運動	
2006 2007 2008	第 3 期事業計画期間	第 1 期計画期間 2008～2010 年度	コムスン事件 <2005 年度改正(2006 年度実施)> 地域支援事業、地域包括支援センター、地域密着型サービス創設・介護保険 3 施設の利用者から居住費、食費を徴収
2009 2010 2011	第 4 期事業計画期間	第 2 期計画期間	<2008 年度改正(2009 年度実施)> 介護サービス事業者の本部等への立入検査権の創設 要介護認定の見直し
2012 2013 2014	第 5 期事業計画期間	2011～2014 年度	<2011 年度改正(2012 年度実施)> 地域包括ケアシステムの基盤強化 介護予防・日常生活支援総合事業創設(地域支援事業)
2015 2016 2017	第 6 期事業計画期間	第 3 期計画期間 (第 6 期事業計画期間と同じ)	<2014 年度改正(2015 年度実施)> 特養への新規入所者の重点化、介護予防給付の介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)への移行
2018 2019 2020	第 7 期事業計画期間	第 4 期計画期間 (第 7 期事業計画期間と同じ)	<2017 年度改正(2018 年度実施)> 介護医療院の創設 介護療養型医療施設の有効期限を 6 年延長

(出所：筆者作成)

2.3 2005 年度改正

制度開始直後から要介護者数が急増する流れを受けて、国は最初の大きな改正となる 2005 年度改正(2006 年度実施)に踏み切った。2005 年度改正(2006 年度実施)の結果、介護保険サービスが、要支援 1、2 の軽度者を対象とする「介護予防給付」と、要介護度 1～5 を対象とする「介護給付」に分かれることになった。このとき、2005 年度以前の要支援者が要支援 1 とされ、2005 年度以前の要介護度 1 の多くが要支援 2 とされて、介護予防給付に移行させられた。図 1-2、図 1-3 をみると、2005 年から 2006 年にかけて、要支援者数が大幅に増加する一方で、要介護者数が大幅に減少している。また、図 1-6、図 1-7 からわかるように、要支援、要介護者 1 人あたりのサービス給付単位数も 2005 年から 2006 年に大きく変化しており、制度改正による現場の混乱がうかがえる。これらの現象は、この時の改正がいかにドラスティックだったかを示している。

さらに、このとき、要支援、要介護になるおそれのある高齢者の介護予防のために地域支援事業が創設されることになり、地域支援事業をマネジメントする機関として地域包括支援センターもあわせて開設された。この改正以降、軽度者への介護サービスの簡素化、重度化予防の流れが加速していくことになる。

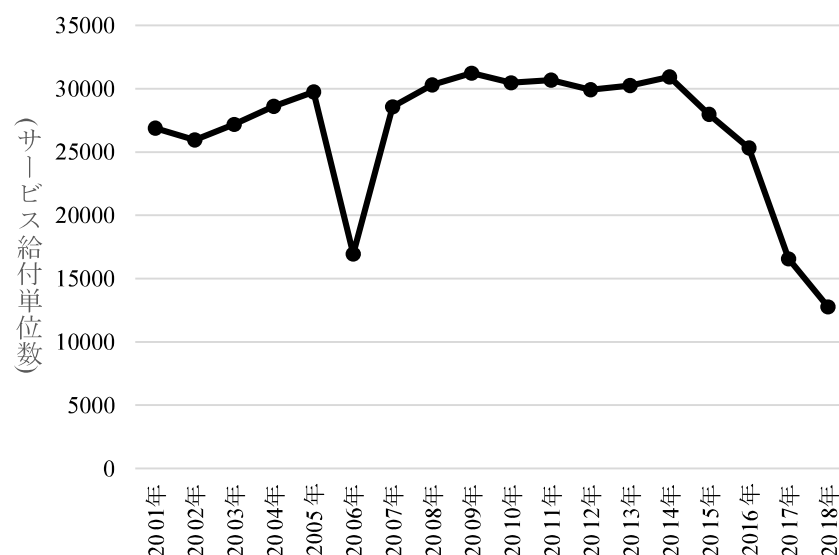


図 1-6 要支援者 1 人あたり介護サービス給付単位数

(出所：厚生労働省「介護給付等実態統計」より作成)

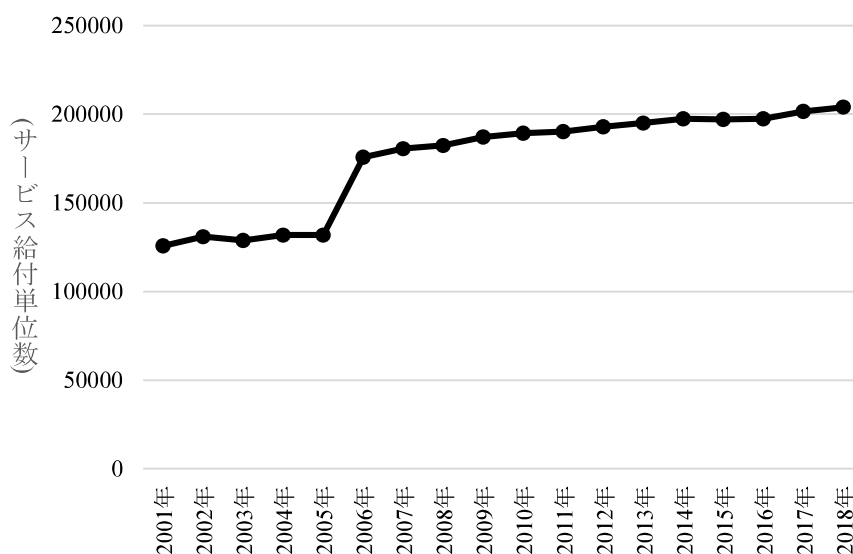


図 1-7 要介護者 1 人あたり介護サービス給付単位数

(出所：厚生労働省「介護給付等実態統計」より作成)

2.4 コムスン事件と 2008 年度改正

2005 年度改正と適正化事業等によって、サービス利用の拡大にブレーキがかけられた。さらに、2008 年度改正(2009 年度実施)では、供給サイドを構成する介護サービス事業者に対する改革も行われた。この改正を後押ししたのが、いわゆる「コムスン事件」である。コムスン事件が世間の耳目を集めるようになったのは、介護保険制度がスタートして約 7 年が経過した 2007 年 6 月頃からである。この事件は、訪問介護事業を全国的に展開していた株式会社コムスンが、介護報酬を不正請求し、また、事業所運営にあたっては、勤務実績のない人間をあたかも稼働していたかのように見せかけていたものである。このような悪質な介護サービス事業者を市場から退出させるために国は、2008 年度改正において、介護事業運営の適正化と事業者規制強化を目的として、事業者の本部等への立入検査権を創設した。これによって、事業者の本部への調査の結果、組織的な不正行為があると判明した場合には、国、都道府県、市町村が事業者に対して是正勧告、命令ができるようになった。なお、コムスン事件と 2008 年度改正の詳細については、第 2 章で議論している。

2.5 2011 年度改正

以上に議論してきたとおり、介護保険制度創設以降の制度改正は、重度化を予防し、サービスの利用を抑制することを目的として行われてきた。このような流れは 2011 年度改正(2012 年度実施)でも引き継がれた。この改正では、地域支援事業の中に、新たに介護予防・日常生活支援総合事業が創設された。介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)は、この時は実施が各保険者に委ねられており、2012 年度は 1580 保険者のうち、27 保険者で実施された。総合事業では、要支援者等を対象とし、事業の実施方法や内容については保険者の裁量を大きく認め、多様な地域資源を活用しながら、介護予防及び日常生活支援サービスを切れ目無く総合的に実施することとされた。具体的には、ケアマネジメント(市町村・地域包括支援センター)、予防サービス(訪問型・通所型)、生活支援サービス(栄養改善を目的とした配食、自立支援を目的とした定期的な安否確認・緊急時対応等)を実施することになった。

2.6 2014 年度改正

2014 年度改正(2015 年度実施)では、地域包括ケアシステムの定義が以下のように、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第 2 条に明記されるようになった。

「地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態もしくは要支援状態となることの予防又は要介護状態もしくは要支援状態の軽減もしくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」

以上のように、2014 年度改正(2015 年度実施)では、地域包括ケアシステムの位置づけが明確になるとともに、2011 年度改正(2012 年度実施)で新たに創設された総合事業が大きく改編されることになった。介護保険が提供する要支援者向けの介護予防サービスのうち、訪問介護サービスと通所介護サービスが、総合事業に移管されることになったのである。その影響は顕著で、図 1-6 をみると、2015 年以降の要支援者のサービス利用量の落ち込みが一目瞭然である。この改正では、要支援者といった軽度者が介護保険制

度から切り離されることが懸念されている。また、総合事業は、介護保険制度の枠組みを離れて保険者の裁量のもとで実施されることになるので、総合事業に積極的に取り組む保険者とそうでない保険者の間で、地域間格差が生じることも懸念される。そこで本研究では主に 2014 年度改正(2015 年度実施)に注目し、その効果を実証分析することを試みる。第 3 章では、予防重視をうたわれた地域支援事業が本来の目的を実現しているかを検証する。第 4 章では、総合事業を実施するに際して、移行期間が設けられていることに着目して、いち早く総合事業に移行できた保険者と移行できなかった保険者を比較して、早期移行の要因を探ることによって、要支援者をめぐる介護環境にどのような変化が生じているかを明らかにする。

2.7 女性の介護時間について

以上のような制度改革を経てもなお、家族介護者の負担軽減は実現されているのだろうか。その評価基準の 1 つが、家族介護者の介護時間であろう。当然、介護時間の短縮は家族介護者の負担軽減を意味する。介護時間を捉えた統計調査が、総務省が 5 年おきに実施している「社会生活基本調査」である。

表 1-2 に女性および男性の介護時間、行動者率の推移を示している。ここでは、「社会生活基本調査」のデータのうち、介護労働を行った 15 歳以上の女性および男性の介護時間を利用している。これは週全体をとおして平均して 1 日あたりの介護時間を算出したものである。行動者率も、同じく 15 歳以上の女性および男性の調査対象者に対する介護労働を行った者の人数の割合で示されている。なお、「社会生活基本調査」では、調査項目が「介護・看護」となっており、介護と看護の区別ができないが、本章ではこれを介護とみなしている。

表 1-2 によれば、全国平均でみた場合、女性の介護時間は 1996 年の 164 分から 2016 年の 122 分に減少している。女性に関していえば、介護保険制度がスタートしてから、全体的な傾向として介護負担が軽減されているといえよう。

また、行動者率に関しては、多少の増減はあるものの、1996 年から 2016 年にかけて上昇傾向にある。これは、要介護状態に陥る高齢者の増加に伴い、介護を行う時間の長短は別として、介護に関わる人が増えていることが背景にあるものと思われる。

次に男性の介護時間、行動者率を確認する。表 1-2 によれば、男性の介護時間は約 130 分前後で横ばいである。行動者率は、微増の傾向はあるものの、常に女性の 3 分の 1 ほ

どである。人口減少、少子高齢化の進行により、今後は男性介護者の問題も大きくなるであろう。しかしながら、介護保険制度開始後、女性の介護時間は一貫して減少傾向にあること、そして、その一方で、女性の行動者率は上昇傾向にあることから、介護保険のサービス利用と女性の介護時間の因果関係を明らかにしておくことには一定の意義を見出すことができよう。第5章では、主にこの点について実証分析する。

表 1-2 女性・男性の介護労働の行動者時間・行動者率の推移(全国・週全体)

(単位：分、%)

	1996 年		2001 年		2006 年		2011 年		2016 年	
	時間	行動者率	時間	行動者率	時間	行動者率	時間	行動者率	時間	行動者率
女性	164	3.1	136	3.7	134	3.6	124	3.9	122	4.6
男性	151	0.8	123	1.1	132	1.3	123	1.3	126	1.6

(出所：総務省「社会生活基本調査」より作成)

2.8 コロナ禍と介護サービス市場

2.1 から 2.7 で、制度創設前夜から 2014 年度改正に至るまでの介護保険制度の歴史を振り返ってきた。それは、要介護者および家族介護者の負担軽減と制度の持続可能性の両立に苦闘する歴史でもあった。両立への試みは今後も継続されるだろうが、そのような努力に対して暗い影を落としているのが 2020 年初頭からのコロナ禍である。コロナ禍は介護サービス市場にとっては外生的なショックであり、介護サービス市場の需要サイド、供給サイド双方に大きな行動変容を促すものとなっている。2020 年 3 月から 4 月の、いわゆるコロナウィルス感染拡大第 1 波において、介護サービス給付量の減少が確認されており、介護崩壊の事態に陥ることが懸念されている。

第2章 介護給付適正化事業と要介護認定

1 はじめに

介護保険は介護を広く社会全体で担うという介護の社会化を目指して施行された。しかしながら、要介護者と介護費用の急増を受けて、介護給付の拡大を抑制するような法改正が数次にわたり実行されてきた。この流れをさらに強めていると思われる事業が、「介護給付適正化事業」(以下、「適正化事業」という)である。適正化事業は、2004年度から2007年度にかけて実施された「介護給付適正化推進運動」(以下、「推進運動」という)をふまえ、2008年度より実施されている事業である。事業の目的は、要介護者に適切なサービスを適切に行き渡らせることによって、必要以上のサービス給付を抑え、介護保険制度の持続可能性を高めることにあるといえる。しかしながら、この適正化事業によって、要介護認定が厳しくなり、結果的に過度にサービス給付が抑制されている疑いもまた払拭することはできない。

本章の目的は、推進運動および適正化事業の内容を明らかにするとともに、事業の実施によって平均的な要介護度が引き下げられているかどうかを明らかにするところにある。本章に関係する先行研究として清水谷・稲倉(2006)を挙げることができる。これによれば、市町村レベルの財政状況が悪化すると要介護認定率が引き下げられるという結果が得られている。つまり、政策的な思惑によって、要介護認定率や要介護度が左右される可能性があるということになる。しかしながら、清水谷・稲倉(2006)の分析対象となった期間は介護保険制度スタート直後の時期であり、適正化事業やその後の法改正の影響は当然、織り込まれてはいない。

適正化事業は、国、都道府県および保険者である市町村がそれぞれの役割を与えられている。そこで本章では、都道府県ごとの平均要介護度を、国、都道府県、市町村の適正化事業への支出金に回帰することによって、適正化事業の影響を明らかにした。

推定の結果、適正化事業において、保険者支援の役割を担わされている都道府県の支出金は、平均要介護度を引き下げる効果を有し、地域において実際に要介護認定を行う市町村の支出金は平均要介護度を押し上げる効果をもたらしていることが確認された。特に、適正化事業においては、都道府県が果たす役割が大きいことが明らかに

なった。

本章の貢献は、適正化事業が少なくとも、要介護認定に関しては、必ずしも介護の社会化に逆行するものではなく、事業の性質上、国、都道府県、市町村が担っているそれぞれの役割には違いがあり、その役割の違いによって、要介護認定に与える影響に差があることを明らかにしたところに求められる。

本章の構成は以下のとおりである。つづく 2 節では、推進運動および適正化事業の内容を明らかにするとともに、適正化事業の議論に影響を与えたと思われる「コムスン事件」を振り返ることとする。3 節では関連する先行研究について議論する。4 節では本章の分析に利用するデータおよびモデルについて説明する。5 節で推定結果を確認し、6 節は本章のまとめにあてられる。

2 介護給付適正化事業とは何か

2.1 介護費用の推移

図 2-1 には、介護保険特別会計経理状況の歳出合計の推移を示している。また、歳出合計を第 1 号被保険者数で除した第 1 号被保険者 1 人あたりの介護費用の推移もあわせて示している。介護保険がスタートしてから介護に係る総費用は右肩あがりが増加していることがうかがえる。特に制度がスタートした直後の 2000 年から 2001 年にかけての伸びが著しい。しかしながら、第 1 号被保険者 1 人あたりの介護費用でみた場合、金額の上昇が低く抑えられている。そこで第 1 号被保険者 1 人あたり介護費用の伸び率を確認してみると、図 2-2 によれば、2005 年以降、伸び率は 3%前後で推移しており、年によっては 1%未満となっている。全体的な介護費用は増加しているものの、潜在的な介護サービスの需要者層である第 1 号被保険者 1 人あたりの介護費用の伸びが低く抑えられているということは、要介護者が受ける介護サービスが、時間の経過とともに必ずしも充実してきているわけではないことを示唆している。2005 年以降の伸びが低く抑えられている要因として考えられることは、下野(2019)も指摘しているとおり、2004 年度より開始された推進運動と、それに続く 2008 年度からの適正化事業である。介護給付の適正化とは、厚生労働省老健局の資料によれば、「㊦ 介護給付を必要とする受給者を適切に認定した上で、㊧ 受給者が真に必要なサービスを、㊨ 事業者がルールに従って適正に提供するよう促す」(厚生労働省,2007a)ことであ

る。そこで、以下では推進運動および適正化事業の詳細について確認するとともに、当事業の影響について議論する。

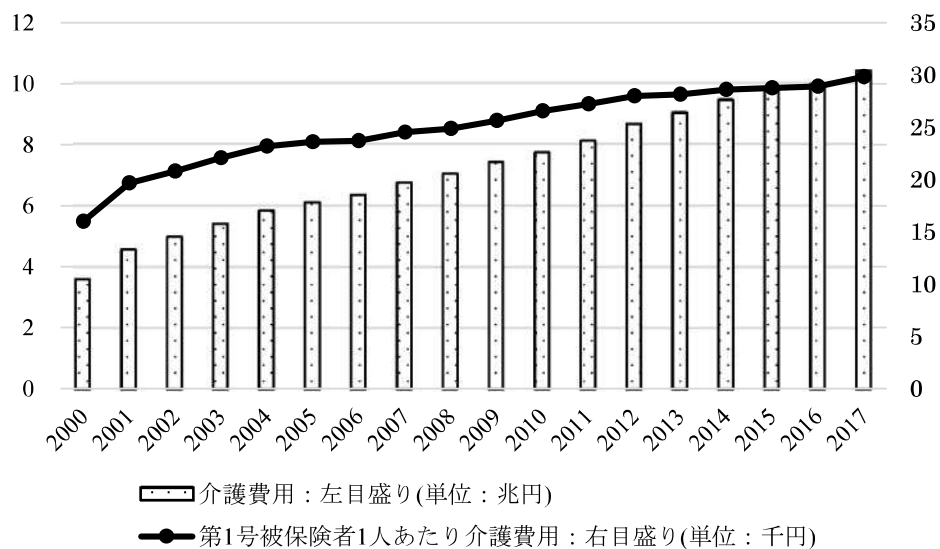


図 2-1 総介護費用及び第 1 号被保険者 1 人あたり介護費用

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

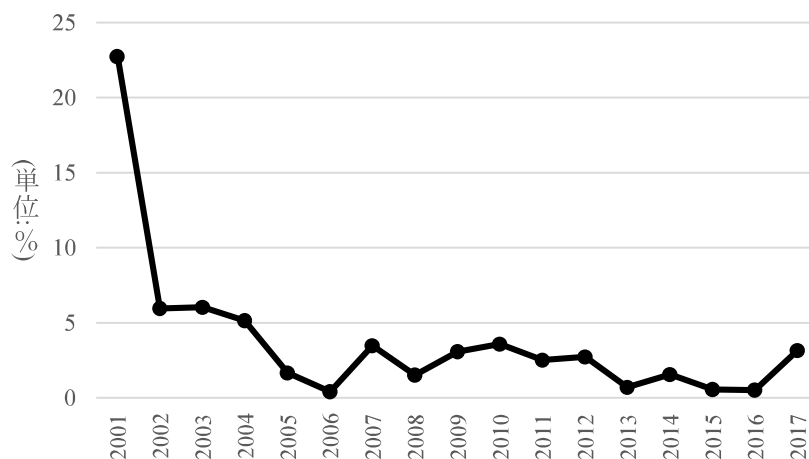


図 2-2 第 1 号被保険者 1 人あたり介護費用の伸び率

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

2.2 介護給付適正化推進運動とは

表 2-1 介護保険の制度改正等をめぐる動き

年度	介護保険事業計画期間	介護給付適正化計画期間	介護保険制度をめぐる動き
2000 2001 2002	第 1 期事業計画期間		
2003 2004 2005	第 2 期事業計画期間	介護給付適正化推進運動	
2006 2007 2008	第 3 期事業計画期間	第 1 期計画期間	コムスン事件 <2005 年度改正(2006 年度実施)> 地域支援事業、地域包括支援センター、地域密着型サービス創設・介護保険 3 施設の利用者から居住費、食費を徴収
2009 2010 2011	第 4 期事業計画期間	2008～2010 年度 第 2 期計画期間	<2008 年度改正(2009 年度実施)> 介護サービス事業者の本部等への立入検査権の創設 要介護認定の見直し
2012 2013 2014	第 5 期事業計画期間	2011～2014 年度	<2011 年度改正(2012 年度実施)> 地域包括ケアシステムの基盤強化 介護予防・日常生活支援総合事業創設(地域支援事業)
2015 2016 2017	第 6 期事業計画期間	第 3 期計画期間 (第 6 期事業計画期間と同じ)	<2014 年度改正(2015 年度実施)> 特養への新規入所者の重点化、介護予防給付の介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)への移行
2018 2019 2020	第 7 期事業計画期間	第 4 期計画期間 (第 7 期事業計画期間と同じ)	<2017 年度改正(2018 年度実施)> 介護医療院の創設 介護療養型医療施設の有効期限を 6 年延長

(出所：筆者作成)

表 2-1 に示しているとおり、2004 年度より推進運動が実施され、その成果をふまえ、2008 年度より適正化事業が実施されている。適正化事業は第 3 期計画期間から介護保険事業計画の第 6 期と期間をあわせて実施されるようになっている。2019 年度現在、介護保険事業計画は第 7 期を迎えており、適正化事業は第 4 期となっている。

適正化事業に先立って実施された推進運動は、厚生労働省(2004)によれば、次のような趣旨で実施された。

「介護保険制度は老後を支える基礎的な社会システムとして定着したが、介護サービスが真に所期の成果をあげているかとの観点、不適正、不正な介護サービスはないかとの観点から改善の余地があるものと考えている」

「介護給付の適正化は喫緊の課題である。しかし、これは機械的に給付を削減することではない。常に、提供された介護サービスが要介護者の自立支援に繋がるものとなっているか否かという視点から、介護給付の適正化を考える必要がある」

以上の趣旨をふまえ、厚生労働省は都道府県および保険者に対して、国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムを利用して医療情報等との突合によって不正な介護報酬請求をチェックするよう求めている。運動の目標の目安として、厚生労働省(2004)は、「介護給付については依然として 10%程度の高い伸びが続いている。本運動による給付適正化の重点的な取組により、介護給付費の 1%程度の抑制を運動の目標の目安として取り組んでいただきたい」としていた。図 2-2 でも確認したとおり、2005 年度以降の介護給付費の伸び率の抑制は、推進運動の効果が大きかったものと思われる。

また、厚生労働省(2004)では、全国の適正化事業の取り組み事例を取り上げている。その中で、鹿児島県の取り組みとして、「提出されたケアプランによる利用者の要介護度とサービスの利用状況等の分析結果から、① 訪問介護の利用回数が多くなるにつれて要介護度が悪化する傾向があること、② 福祉用具貸与の利用が要介護度を悪化させること、などが調査結果としてまとめられている」と紹介している。あわせて、福祉用具貸与の利用率と要介護度の悪化率との相関関係を表した散布図も示されてい

る。しかしながら、これらの分析結果は、因果関係を取り違えている可能性がある。すなわち、サービスを利用したから要介護度が悪化したのではなく、要介護度が悪化したからサービスの利用を増加させたという可能性もあるはずである。介護サービス事業所による不正、不適切な介護報酬請求を是正することは、介護保険制度の透明性を高めるためにも必要不可欠であるが、上記のような目標達成のために、必要な介護サービスが抑制されるようなことがあってはならない。介護サービス抑制を根拠づけるために各種データを用いる場合は因果関係を慎重に見極める必要があるだろう。

2.3 介護給付適正化事業とは

推進運動をふまえ、2008年度から適正化事業がスタートすることになる。適正化事業は基本的には推進運動を引き継いでいるが、改めて、要介護認定の適正化、ケアマネジメント等の適切化、事業者のサービス提供体制及び介護報酬請求の適正化が、事業の「3つの要(かなめ)」として強調されることとなった。また、このとき、国、都道府県、保険者の役割分担も次のとおり明確化されている(厚生労働省,2007a)。

「㊦ 国においては、情報収集及び情報提供、制度やシステムの改善・見直し、予算上の支援等の積極的な支援を行う。

㊧ 都道府県においては、指導・監査体制の充実など、指定権者として必要な取組を推進するとともに、保険者が実施する事業の支援等を的確に実施する。

㊨ 保険者においては、地域の実情に応じて適正化事業の推進を図る」

特に、都道府県の役割については、保険者に対して情報提供や助言を行い、適正化事業の未実施保険者に対して、都道府県の担当職員を派遣し、国保連介護給付適正化システムの操作方法や分析方法等を指導することとされた。また、「介護給付適正化計画」の策定も義務づけられた。計画の策定に際しては、当該都道府県内の事業の実施状況や問題点を記述するとともに、具体的な目標や保険者に対する支援策も掲げるよう求められることになった。したがって、仮に、適正化事業に消極的な保険者がいた場合、そのような保険者に対して支援や指導を行うことによって適正化事業の着実な実施を促進する役割を都道府県は担わされることになったのである。

また、上述のとおり、適正化事業のスタートに際しては、要介護認定の適正化も改

めて強調されることになった。厚生労働省(2007b)¹では、要介護認定の際の課題をいくつか指摘している。特に、要介護認定において、1次判定で非該当区分とされた者に対して、2次判定において重度に変更された者の率が高いことを問題視しており、このようなばらつきをなくすためのマニュアルを作成し、さらに、各都道府県・市町村等からの要請に基づき、認定適正化専門員を派遣することとしている。なお、認定適正化専門員は市町村の現状を確認した後、介護認定審査会の運営現場において技術的助言を行うこととされている。

厚生労働省(2007b)では、1次判定非該当者の重度変更率が高い理由として、「非該当だと申請者がサービスを受けられないのではとの懸念から1次判定が非該当な例に機械的に重度変更しているのでは」なかと指摘している。このような議論の流れを受けて、要介護認定方法が一部見直され、2009年度より実施されることとなった。なお、要介護認定方法の見直しは表2-1に示しているとおり、2008年度法改正に盛り込まれた。見直しの趣旨は、厚生労働省(2009)において、「最新の介護の手間を反映させること、できるだけ認定結果のバラツキを是正すること目的として、要介護認定の見直しが行われ」と説明されている。このような法改正は、適正化事業促進の流れに沿ったものだと考えられる。

では、推進運動および適正化運動を受けて、実際の認定率や、要介護度はどのように推移したのだろうか。図2-3には認定率(全国)²の推移、図2-4には平均要介護度(全国)³の推移を示している。

2000年度から2005年度にかけて、認定率が急上昇しているのがみてとれる。しかしながら、翌年度には認定率は減少し、その後2009年度までは、ほぼ横ばいの状態が続いている。この時期は推進運動が実施されており、さらに、表2-1にも示しているとおり、介護保険法の最初の大改正である2005年度改正を経た改正介護保険法の運用

¹ 厚生労働省(2007a)、厚生労働省(2007b)および厚生労働省(2007c)はいずれも、2007年6月29日に実施された介護給付適正化担当者会議において配布された資料で、厚生労働省のホームページ上に一般公開されている。

² 認定率とは、第1号被保険者に占める要介護者の割合を指す。

³ 厚生労働省(2007c)に平均要介護度の算出式が示されている。算出式は以下のとおり

$$\text{である。平均要介護度} = 0.375 \times \frac{\text{要支援認定者の総数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}} + \frac{\sum_{i=1}^n i \times \text{要介護度}i\text{の認定者数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}}$$

が開始された時期でもある。2005 年度の主な改正点は軽度者の状態の改善につながるよう、予防給付を創設し、介護予防などのために地域支援事業を創設したことである。急増する介護費用を抑制するため、予防重視に舵をきったといえよう。この法改正と適正化事業が相まって認定率の伸びが抑えられたと思われる。平均要介護度は、介護保険スタート直後が最も高く、その後、2005 年度まで減少し続け、2006 年度から 2009 年度まで若干の上昇、もしくは横ばい状態が続いた。2010 年度以降、再び減少している。平均要介護度が 2005 年度でいったん下げ止まっている原因ははっきりとは分らないが、図 2-3 で確認したとおり、認定率の上昇が 2005 年度以降抑えられたことにより、保険者において、要介護者一人ひとりの要介護度が多少上昇しても財政的に許容できたのかもしれない。また、2010 年度から再び減少傾向に転じた要因は、適正化事業と、2008 年度法改正により要介護認定方法が一部見直されたことに求められる。

いずれにせよ、介護保険制度がスタートしてから 2005 年まで制度の浸透ともに介護費用および認定率は急上昇したものの、2006 年を境に制度利用の拡大にブレーキがかかっている。制度利用拡大へのブレーキに対して法改正と推進運動、適正化事業が影響を及ぼしていることは間違いないと思われる。

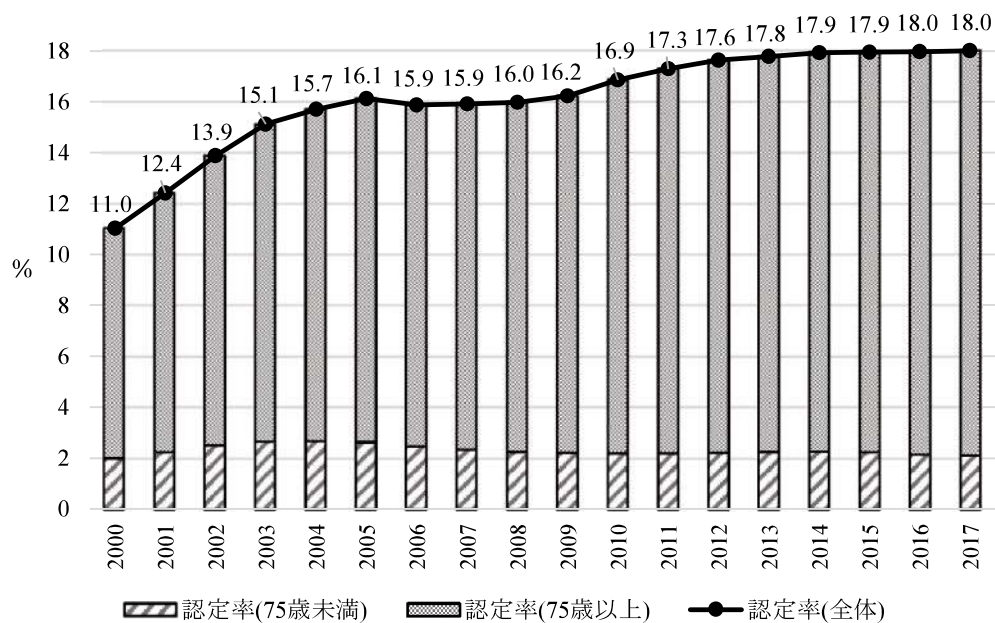


図 2-3 年齢別認定率(全国)の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

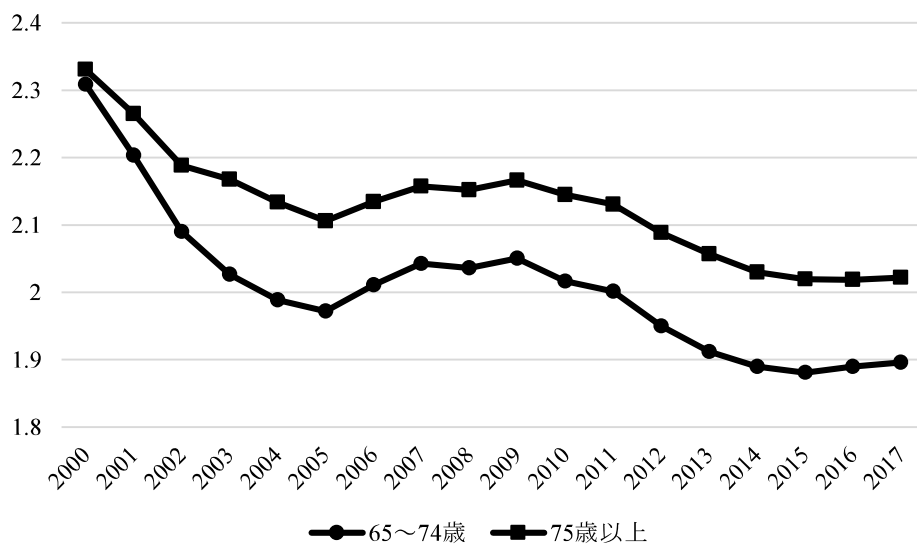


図 2-4 年齢別平均要介護度(全国)の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

2.4 コムスン事件が与えた影響

2.2 および 2.3 において、推進運動および適正化事業によって、制度利用拡大にブレーキがかかった様子を確認したが、この流れをさらに強めたものとして、いわゆる「コムスン事件」を挙げることができる。コムスン事件が世間の耳目を集めるようになったのは、介護保険制度がスタートして約 7 年が経過した 2007 年 6 月頃からである⁴。この事件は、訪問介護事業を全国的に展開していた株式会社コムスンが、介護報酬を不正請求し、また、事業所運営にあたっては、勤務実績のない人間をあたかも稼働していたかのように見せかけていたものである。2007 年 6 月 6 日に、厚生労働省老健局総務課長、計画課長、振興課長および老人保健課長の連名で、都道府県等の介護保険主管部長あてに発出された公文書「株式会社コムスンの不正行為への対応等について」に、コムスン事件の概要と、当該不正事案に対する対応策が記されている。これによれば、コムスン関連の青森県と兵庫県の介護サービス事業所が、「居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者」に該当するとされた。この結果、コムスンは介護サービス事業者としての指定が取り消されることとなった。文書ではさらに、関係する都道府県知事と市町村長に対して、指定取消の事業所を利用していた要介護者が、引き続き他の事業所で介護サービスを利用できるよう努めることを求めている。

コムスンのような悪質な事業者に対する規制の論点が厚生労働省(2007d)にまとめられている。介護保険制度がスタートした 2000 年度当初は、事業所ごとの指定取消しかできず、悪質な事業者を排除するための規制が十分ではなかった。2005 年度法改正では、「悪質な事業者を排除するため、一事業所の指定取消が他の事業所の指定・更新の拒否につながる仕組みの導入、指定の欠格自由の追加、指定更新制の導入等事業者規制の見直し」(厚生労働省,2007d)が行われた。しかしながら、有識者会議において、「企業統治の中心である事業者の本部等に立入調査・報告徴収をすることができず、必要な命令等を行うことができなかった」と指摘された。

有識者会議におけるこのような指摘を受けて、2008 年度法改正が実施された。表 2-1 に示しているとおり、2008 年度法改正は、介護事業運営の適正化と事業者規制強化

⁴ 注 1 でも触れたとおり、介護給付適正化担当者会議は 2007 年 6 月 29 日に実施されており、コムスン事件が発生していた時期と重なる。介護給付適正化の議論にコムスン事件が影響を及ぼしていた可能性は高いと思われる。

のための改正であり、介護サービス事業者の本部等への立入検査権が創設された。これによって、事業者の本部への調査の結果、組織的な不正行為があると判明した場合には、国、都道府県、市町村が事業者に対して是正勧告、命令ができるようになった。

介護保険制度の透明性を高めるために事業者を規制し、監査体制を強化することは必要不可欠である。しかしながら、過度の規制によって必要なサービス給付が抑制されるようなことがあってはならないだろう。

2.5 適正化事業の財源

推進運動および適正化事業と、適正化事業の促進に影響を与えたと思われるコムスン事件の概要を確認してきた。また、表 2-1 からもうかがえるように、適正化事業等は法改正の動きとリンクされてきた。過去の法改正はおおむね予防重視、給付抑制の方向性を持っていると評価できるだろう。したがって、法改正によって作られた予防重視、給付抑制の流れを、適正化事業でより確固としたものとしているといえる。

では、このような性質を持つ適正化事業の財源はどうなっているのだろうか。適正化事業は地域支援事業に含まれている。地域支援事業は 2005 年度法改正で創設された。事業の目的は、高齢者が要介護状態または要支援状態になることを予防すること、または、要介護状態等の軽減もしくは悪化を防止すること、そして、地域における高齢者の自立した日常生活を支援するところにある。

地域支援事業は 2019 年度現在、介護予防・日常生活支援総合事業、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業、その他の事業で構成されている。適正化事業はこれらのうち、任意事業に含まれている⁵。なお、適正化事業の実施主体は保険者である。

表 2-2 には、第 7 期事業計画期間における包括的支援事業および任意事業の財源構成を示している。第 2 号被保険者の保険料が投入されていないところに特徴がある。保険者は、介護保険特別会計において介護保険事業および地域支援事業の歳入・歳出を管理

⁵ なお、保険者である市町村は任意事業として、① 適正化事業の他に、② 介護方法の指導等、家族介護者の支援のための事業、③ その他介護保険事業を安定化させるための事業、および高齢者の地域における自立した日常生活の支援のための事業を行うことができる。

している。なお、市町村の 19.5%分は一般会計からの繰入金である。

表 2-2 のとおり、包括的支援事業・任意事業の国、都道府県、市町村の負担割合は事業計画期間ごとに定められている。しかしながら、介護保険法第 122 条の 3 第 1 項において、国は、「介護給付等に要する費用の適正化に関する取組を支援するため、政令で定めるところにより、市町村に対し、予算の範囲内において、交付金を交付する」ことができる⁶とされている。さらに第 2 項において、「都道府県による第 120 条の 2 第 1 項の規定による支援及び同条第 2 項の規定による事業に係る取組を支援するため、政令で定めるところにより、都道府県に対し、予算の範囲内において、交付金を交付する」ことができる⁶とされている。なお、第 120 条の 2 第 2 項の規定による事業とは適正化事業等をさす。したがって、都道府県および保険者は必要に応じて、法律で定められた負担割合を超えた交付金を受け取り、適正化事業等に支出することが可能となる。つまり、各年度の適正化事業等への支出割合は、必ずしも一定となるわけではない。さらに、会計検査院が 2015 年度に実施した会計検査で明らかにしたところによれば、一部の保険者(市町村)は、法定負担割合を超える一般会計からの繰入れを行っていた(会計検査院,2016)。すなわち、支出割合には各都道府県、各保険者の独自の政策判断が反映されることになる。

2.3 でも確認したとおり、適正化事業の実施にあたっては、国、都道府県、市町村(保険者)の役割分担が明確であった。大まかに、国は事業促進のための環境整備、都道府県は保険者の指導・監督、市町村は事業の実施に分けることができる⁶。したがって、それぞれの支出金は役割分担によってその効果が異なってくることが予想される。特に都道府県の支出金は、都道府県が与えられた保険者の指導・監督という役割から、要介護度の上昇にブレーキをかける可能性が考えられる。

⁶ 2019 年 10 月 25 日、筆者は、青森県健康福祉部高齢福祉保健課高齢者支援・介護保険グループを訪問し、青森県の介護保険事業の特徴等について話を聞いた。担当者によれば、適正化事業について、青森県では主に市町村に専門家を派遣して、ケアプランについてのアドバイスを行い、要介護者に必要なサービスが適切に行き渡るように促しているという。適正化事業によって要介護認定が過度に厳しくなっていないかとの問いに対しては、そのようなことはない⁶と否定したうえで、そのような疑いを持たれないためにも適正化事業の結果をどのように伝えていくべきかが今後の重要な課題になると、率直に答えていただいた。

表 2-2 包括的支援事業および任意事業の費用負担構造(第 7 期事業計画)

	国	都道府県	市町村	第 1 号保険料
包括的支援事業				
任意事業	39.0%	19.5%	19.5%	22.0%

(出所：厚生労働省(2019)より作成)

3 先行研究

適正化事業は要介護度の決定に影響を与える可能性がある。本章の課題は適正化事業が要介護度の決定にどのような影響を与えるかを探ることにある。本節では関連する先行研究について議論する。

清水谷・稲倉(2006)は、市町村レベルのデータを用いて、保険者の財政状況が要介護認定率やサービスの利用に及ぼす影響を実証分析している。清水谷・稲倉(2006)では、保険者財政の状況を表すデータとして、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し付けを受けている保険者の割合と、それぞれの保険者の経常収支比率を利用している。推定は、保険者ごとの認定率を財政安定化基金貸付割合と経常収支比率にそれぞれ回帰することによって行われている。なお、財政安定化基金貸付割合と経常収支比率のデータは、2001 年度から 2002 年度までの差分と、2003 年度から 2004 年度までの差分が用いられている。したがって、回帰式は 4 本ということになる。推定結果によれば、財政安定化基金貸付割合が増加すると認定率は、2001～2002 年度、2003～2004 年度いずれも有意に 0 と異なりマイナスであった。また、経常収支比率に関しては、2001～2002 年度は有意な結果とはなっておらず、また係数もプラスだった。しかしながら、2003～2004 年度については統計的に有意に 0 と異なりマイナスだった。したがって、おおむね、保険者の財政状況の悪化が要介護認定率の下落を促していることが確認されている。

要介護状態にある要介護者が介護サービスを利用することによって要介護度の悪化が防止されたり、改善されたりといった効果があるのだろうか。この点を実証分析した先行研究として、田近・菊池(2005)がある。田近・菊池(2005)では、東京都杉並区の

個票データを利用して、要介護者の状態をコントロールしつつ、2000年10月から2001年10月、2001年10月から2002年10月、2002年10月から2003年10月の3時点に分けて、それぞれの期間において介護サービスを利用すると要介護状態が改善するかどうかを、プロビットモデルを用いて推定している。推定の結果、ほとんどすべての介護サービスについて、サービス利用が要介護状態の悪化確率を下げる効果は見出せなかったと結論を下している。図2-4からも分かるとおり、この期間は平均要介護度が下落している。介護サービス利用者の要介護状態が改善しない一方で、平均要介護度が下落しているということは、新規の要介護認定が低く抑えられていた可能性が考えられる。そして、その背景には清水谷・稲倉(2006)が指摘したような財政的な要因が横たわっているものと思われる。

清水谷・稲倉(2006)および田近・菊池(2005)はいずれも介護保険制度がスタートした当初の期間を分析の対象としているため、当然のことながら適正化事業が要介護度認定におよぼしている影響は考慮されてはいない。また、数次におよぶ法改正を経た結果、要介護者や要介護度の性質も変容している可能性が考えられる。そこで本章では、適正化事業が開始された2008年以降を対象として、適正化事業が、都道府県ごとの平均要介護度におよぼしている効果を分析することとする。

4 データおよびモデル

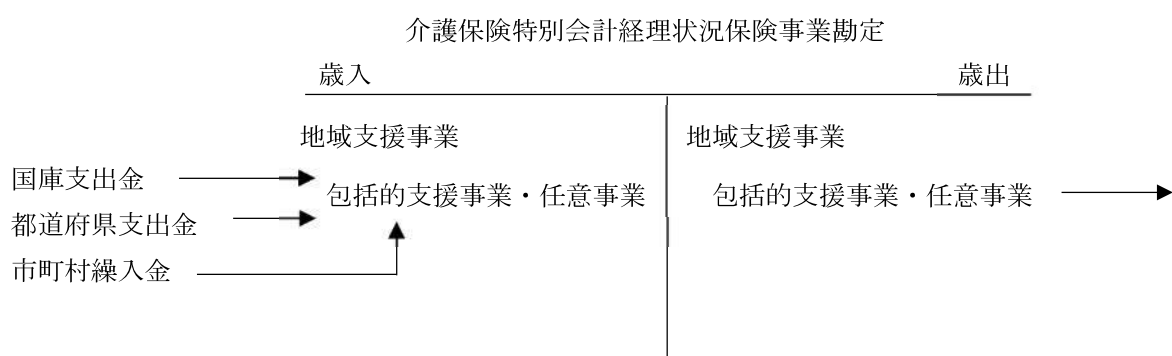


図2-5 介護給付適正化事業に係る資金の流れ

(出所：筆者作成)

本節では、本章の推定に利用するデータおよびモデルについて議論する。本章で検証すべき仮説は、適正化事業が実施されることによって、平均要介護度が低く抑えられるのではないかというものである。そこで、推定に利用するデータはすべて、適正化事業が実施されることとなった 2008 年度から 2016 年度までの 9 時点を都道府県別のパネルデータの形で整理した。したがって、サンプル数は 423 ということになる。

被説明変数は平均要介護度である。平均要介護度の計算は、注 3 で確認したとおり、厚生労働省(2007c)の算出式に基づいて行っている。なお、計算にあたって用いたデータは「介護保険事業状況報告」から得ている。

2.3 で議論したとおり、適正化事業に際しては、国、県、市町村(保険者)で役割が異なる。そこで、これらの異なる役割の効果を明らかにすべく、国、県、市町村の適正化事業への支出金をそれぞれ説明変数として用いる。具体的には、各年度の「介護保険特別会計経理状況保険事業勘定」の歳入側の、地域支援事業(包括的支援事業・任意事業)に対する、国庫支出金、都道府県支出金、市町村からの繰入金を当該都道府県の第 1 号被保険者数で割って、第 1 号被保険者 1 人あたりの、国庫支出金、都道府県支出金、市町村繰入金を求めた。なお、適正化事業は、任意事業に含まれるので、適正化事業の効果を取り出すためには、包括的支援事業・任意事業の合計額から任意事業の金額のみを取り出さなくてはならない。しかしながら、データの制約上、分離は不可能である。また、包括的支援事業には、包括的・継続的なケアマネジメント支援、介護予防体制の整備促進など、適正化事業と密接な関係を持つ事業が含まれるので、適正化事業は、包括的支援事業と相まって効果を発揮する⁷。したがって、本章の分析では、包括的支援事業・任意事業の両者が適正化事業を促進していると考ええる。

包括的支援事業・任意事業に関する資金の流れを図 2-5 に示してある。介護保険特別会計経理状況保険事業勘定は、保険者(市町村)ごとに管理されているが、本章の分析にあたっては、これを都道府県ごとに集約する。したがって、国庫支出金、都道府県支出金、市町村繰入金はそれぞれ、当該都道府県内の全保険者の合計の金額をデータとして

⁷ 適正化事業の主要 5 事業は、① 要介護認定の適正化、② ケアプランの点検、③ 住宅改修等の点検、④ 医療情報との突合・縦覧点検、⑤ 介護給付費通知であり、包括的支援事業と密接な関連性を持つものと考えられる。

利用する。なお、2.5 でも確認しており、包括的支援事業・任意事業に対する支出割合は事業計画期間ごとに定められているものの、その支出割合を基本として、各都道府県や各保険者は必要に応じて上乗せして支出することが認められている。

さらに、コントロール変数として、都道府県の経常収支比率を追加する。また、時間が経過する効果を吸収するために、タイムトレンドも説明変数に追加する。具体的には、2008 年度から 2016 年度までの、年度をデータとして利用する。なお、主たる説明変数は都道府県支出金とする。都道府県は適正化事業において、保険者を指導する役割を与えられており、適正化事業を強化する立場にあるからである。被説明変数である平均要介護度と都道府県支出金の関係を図 2-6 に示してある。図からも見てとれるように、両者には負の相関関係がある。各種データの記述統計は表 2-5 に示しているとおりである。

以上をふまえ、本章の分析期間における都道府県支出金、市町村繰入金、国庫支出金、経常収支比率の相関行列を示すと表 2-6 のようになる。なお、カッコ内の数値は VIF 値である。VIF 値が 10 を超えると多重共線性が疑われるが、表 2-6 の値が示しているとおりで、本章の分析期間における適正化事業等への支出金データは必ずしも多重共線性に陥っていない。これは、先に確認したように、都道府県や市町村が個別に国より定められた負担割合を超える交付金を受け取り適正化事業等へ支出しているためだと思われる。本来であれば、適正化事業等の負担割合は、都道府県と市町村で同じであるが、表 2-5 の記述統計を確認しても、両者の間に相当の隔たりがあるように思われる。しかしながら、都道府県支出金と国庫支出金の相関係数は 0.945 であり VIF 値も 9.471 であるので、多重共線性を否定することも難しい。さらに都道府県支出金と経常収支比率の間には弱いながらも負の相関関係が認められる。

次にモデルについて説明する。なお、すべてのデータを対数変換して推定に用いる。まず、プールされた 9 時点のデータをそのまま OLS によって推定する。OLS による推定は、都道府県支出金への単回帰による推定、市町村繰入金およびタイムトレンドを追加した推定、さらにすべての説明変数を追加した重回帰による推定を実施する。

さらに、固定効果モデルに基づく推定も実施する。固定効果モデルによる推定を行えば、都道府県ごとの時間で変化しない固有の事情をコントロールすることができる。固定効果モデルによる推定も OLS による推定と同様、3 つの推定を実施する。

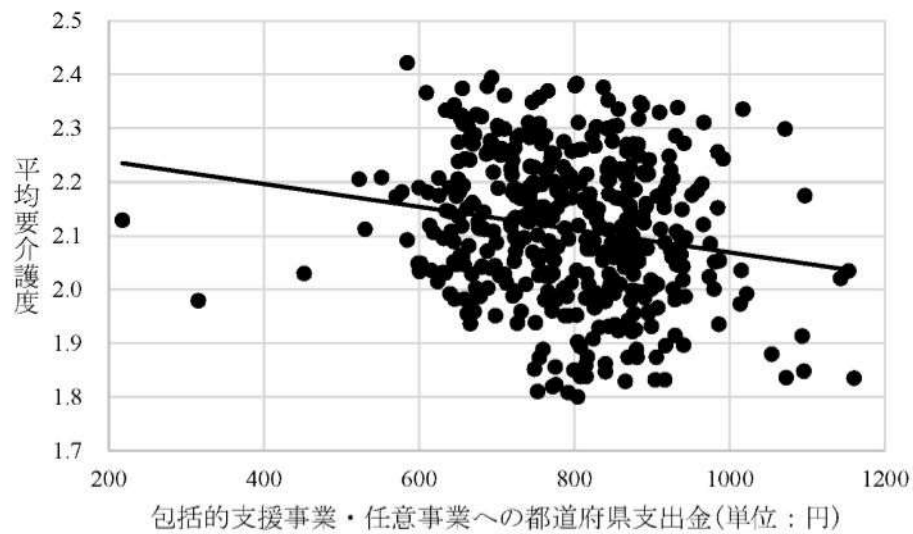


図 2-6 平均要介護度と第 1 号被保険者 1 人あたり都道府県支出金の関係

(出所：筆者作成)

表 2-5 記述統計(サンプルサイズ：423)

	平均	最小値	最大値	標準偏差
平均要介護度	2.11	1.79	2.42	0.13
都道府県支出金(円)	791.88	217.71	1160.50	117.71
市町村繰入金(円)	838.65	252.89	1359.20	144.91
国庫支出金(円)	1592.90	523.92	2307.60	219.79
経常収支比率(%)	93.93	79.60	102.50	3.03

(出所：筆者作成)

表 2-6 相関係数と VIF 値

	都道府県支出金	市町村繰入金	国庫支出金	経常収支比率
都道府県支出金	1			
市町村繰入金	0.733(2.163)	1		
国庫支出金	0.945(9.471)	0.700(1.965)	1	
経常収支比率	-0.156(1.025)	-0.189(1.037)	-0.158(1.025)	1

(カッコ内の数値は VIF 値で、相関係数の値を使って求めたものである)

(出所：筆者作成)

5 推定結果

推定結果は表 2-7 に示しているとおりである。(1)、(3)、(5)が OLS による推定結果で、(2)、(4)、(6)が固定効果モデルに基づく推定結果である。いずれの推定結果によっても、都道府県支出金は平均要介護度に対して、1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスの影響をもたらしている。適正化事業における都道府県の役割は保険者の指導・支援であった。この指導・支援は、平均要介護度のばらつきを抑えることが目的であったが、ばらつきを抑える効果は平均要介護度を引き下げる方向に働いていることになる。推定の(3)、(4)は、単回帰の(1)、(2)に市町村繰入金とタイムトレンドを説明変数として追加したものである。市町村繰入金の係数は 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりプラスとなり、タイムトレンドの係数は 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスとなった。市町村繰入金のプラスの効果と都道府県支出金のマイナスの効果を合わせると、適正化事業は必ずしも要介護認定を過度に厳格化しているとはいえない。タイムトレンドの係数がマイナスなのは、タイムトレンドの効果の中に、法改正など、適正化事業以外の要因が含まれているためだと思われる。このようにコントロール変数を追加した結果、都道府県支出金の独自の効果をより明確に取り出せるようになり、その係数の絶対値は(1)、(2)よりも大きくなったと考えられる。

他の要因をすべてコントロールした(5)、(6)では、都道府県支出金の平均要介護度を引き下げる効果はさらに大きくなる。この原因として考えられるのは、経常収支比率の係数が 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスの結果となったことである。

(3)、(4)のモデルでは経常収支比率が欠落変数となり、結果として都道府県支出金のマイナスの効果を過小評価していたことになる。また、国庫支出金に関しては、統計的に有意な結果は得られなかった。これは表 2-6 でも確認したとおり、国庫支出金と都道府県支出金の間に高い相関関係があるためだと思われる。

なお、都道府県の経常収支比率の係数は 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスだったということは、都道府県の財政状況の悪化は平均要介護度を引き下げる効果をもたらしてしまうことを意味している。この結果は、市町村レベルの財政状況の悪化が要介護認定率を引き下げるという清水谷・稲倉(2006)の推定結果とも整合的であろう。現在のところ介護保険の保険者は市町村が担っているが、仮に今後、保険者が都道府県に広域化されるようなことになった場合、都道府県レベルの財政状況が要介護認定に、より直接的な影響をおよぼすようになるだろう。

以上の結果をまとめると次のとおりとなる。平均要介護度に対する都道府県支出金のマイナス効果、市町村繰入金のプラス効果を合わせると適正化事業は必ずしも、要介護認定を過度に厳格化しているわけではないと考えられる。なお、他の法改正の影響は、時間の経過とともに平均要介護度を引き下げる方向に働いているといえる。したがって、各説明変数の効果を総合的に考えると、包括的支援事業を含めた適正化事業は必ずしも平均要介護度を過度に引き下げているわけではないといえる。しかしながら、適切な介護サービスが適切に要介護者に行き渡ることによって、本来の適正化事業の趣旨に沿うように、今後も事業が実施されなければならないのはいうまでもない。

表 2-7 推定結果

被説明変数：ln(平均要介護度)						
説明変数	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ln(都道府県支出金)	-0.066*** (0.021)	-0.068*** (0.023)	-0.169*** (0.025)	-0.172*** (0.028)	-0.217*** (0.068)	-0.238*** (0.073)
ln(市町村繰入金)			0.135*** (0.024)	0.136*** (0.026)	0.128*** (0.025)	0.133*** (0.027)
ln(国庫支出金)					0.054 (0.073)	0.070 (0.078)
ln(経常収支比率)					-0.256*** (0.075)	-0.272*** (0.075)
タイムトレンド			-0.008*** (0.001)	-0.008*** (0.001)	-0.008*** (0.001)	-0.008*** (0.001)
都道府県効果	N	Y	N	Y	N	Y
\bar{R}^2	0.025	0.028	0.193	0.200	0.207	0.220
サンプルサイズ	423	423	423	423	423	423
都道府県数	47	47	47	47	47	47
観測期間	9	9	9	9	9	9

(括弧内は標準誤差、頑健な標準誤差を採用。*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

6 おわりに

本章の目的は、推進運動および適正化事業の内容を確認するとともに、適正化事業が要介護度の認定におよぼしている影響を明らかにすることであった。適正化事業では、国、都道府県、市町村の役割分担が明確である。特に、都道府県は、国の意向をふまえ、保険者である市町村を支援、監督するという役割を与えられており、適正化事業の推進の中心的役割を担う立場にある。本章の推定結果は、この都道府県の役割を実証するものとなった。すなわち、市町村繰入金は平均要介護度に対してプラスの

影響をもたらした一方で、都道府県支出金は平均要介護度に対してマイナスの影響をおよぼしていることが確認された。これらの影響を総合的に考えると、適正化事業は必ずしも過度に平均要介護度を引き下げているとはいえない。しかしながら、都道府県の財政状況をあらわす経常収支比率の係数がマイナスであったことから、財政状況の悪化によって平均要介護度が過度に引き下げられることもあり得る。財政状況が悪化しているからといって、適正化事業を隠れ蓑にして、過度に要介護認定を厳格化するようなことがあってはならない。

最後に本章の推定の問題点について触れておく。推定に際しては、地域支援事業における包括的支援事業・任意事業に対する支出金データを、一体的に適正化事業に資するものとしてそのまま利用した。より正確に適正化事業の効果を捉えるためには、包括的支援事業・任意事業のデータから、適正化事業を分離することが必要となるだろう。

第3章 地域支援事業による介護サービス給付費の節減効果

1 はじめに

介護保険をめぐる政策において、地域包括ケアシステムの構築およびその充実が急務となっている。地域包括ケアシステムは、介護保険の保険者である市町村や都道府県が地域の実情にあわせて主体的に構築することが重要である。介護保険制度における地域支援事業は、その地域包括ケアシステムの重要な一翼を担うものとして位置づけることができる。地域支援事業は、要支援状態または要介護状態になる前からの介護予防を目指しており、さらに、要介護状態となった場合においても、可能な限り住み慣れた地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的としている。この地域支援事業は、2006年の制度創設以降、2度の改正を経ている。直近の2014年度改正(2015年度から実施)は、要支援者に対する介護予防給付サービスの一部を地域支援事業に移行し、さらに、より介護予防を重視する方向性を打ち出すなど、大規模なものとなった。また、あわせて、保険者の裁量の範囲も格段に拡大することになった。では、この新しい地域支援事業は、その目的を果たしているのだろうか。

本章の目的は、地域支援事業が介護予防を実現し、介護サービス給付費を抑制しているかどうかを検証することにある。具体的には、2014年度改正の前後を挟む、2014年、2015年、2016年の3時点に亘る保険者別のパネルデータを使用し、固定効果モデルに基づいて仮説を検証した。

本章の分析に関連する先行研究によれば、地域支援事業を実施すると、居宅サービスの利用が促される。したがって、費用負担が大きな施設サービスから比較的費用負担が小さい居宅サービスへ需要が移れば、その分、介護サービス給付費が抑制される可能性がある。しかしながら、先行研究ではそこまでは明らかになっていなかった。また、大規模な改正となった2014年度改正(2015年度から実施)の影響も考慮されていない。

そこで、先行研究をふまえて推定を実施したところ、次のような結論が得られた。すなわち、地域支援事業への支出が増加すると、介護サービス給付費が抑制されるという結果となった。また、地域固有の事情が推定結果に大きな影響を及ぼすことも確認

された。本章の貢献は、この推定結果によって、地域支援事業の実施に際して、地域固有の事情を考慮することがいかに重要であるかの証左を提供したことに求められる。しかしながら、課題もまた残された。地域支援事業の実施は、保険者からみると、新たな事業を実施することであり、新たな事業実施による負担増加を嫌って、既存の介護サービスの給付を抑制したという経路が存在することも考えられる。この場合、要介護度重度化予防の効果というよりはむしろ、財政的な要因で介護サービス給付費が抑制されたことになる。本章の分析では、介護サービス給付費の抑制が介護予防の結果によるものなのか、財政的な要因によるものなのか、完全に明らかにすることはできなかった。

本章の構成は次のとおりである。つづく2節では地域支援事業の制度的な変遷を確認する。3節で関連する先行研究を検討する。4節では本章の分析に利用するデータについて、また、5節では推定方法について議論する。6節で推定結果を示し、7節はまとめにあてられる。

2 地域支援事業とは何か

2000年4月の介護保険制度創設以降、3年あるいは6年ごとに、介護保険制度は大きな改正が行われてきた。そのうちの 하나가 2006年の地域支援事業の創設である。2006年6月9日付の各都道府県知事宛の厚生労働省老健局長通知によれば、地域支援事業の目的は次のとおりである。すなわち、地域支援事業は、「介護予防事業、包括的支援事業及びその他の地域支援事業を行うことにより、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援すること」を目的とする。その後、地域支援事業は、2011年度(2012年度から実施)および2014年度(2015年度から実施)の、2度の大きな改正を経ている。本節では地域支援事業の変遷を概観するが、特に、本章の分析の焦点である2014年度改正(2015年度から実施)を中心に議論する。

2.1 2006年度から2011年度まで

表3-1は、地域支援事業に係る事業内容の変遷を示したものである。前述のとお

り、地域支援事業は 2006 年度からスタートしている。この時、地域支援事業創設の他にも、介護保険において大きな制度改革が行われている。この時の制度改革のポイントは、予防重視型システムの確立を目指して、地域包括支援センターが創設されたことである。地域支援事業開始当初の事業内容は、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業である。このうち、包括的支援事業は、総合的な相談支援、包括的・継続的なケアマネジメント支援、介護予防体制の整備促進等を実施する。介護保険法第 115 条の 46 によれば、地域包括支援センターは、地域において包括的支援事業を実施する中核的機関として位置づけられた。

表 3-1 地域支援事業の変遷

2006 年度	2011 年度改正(2012 年度実施)	2014 年度改正(2015 年度実施)
	介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業 ┌ 介護予防・生活支援サービス事業 └ 一般介護予防事業
介護予防事業	介護予防事業	介護予防事業
包括的支援事業	包括的支援事業	包括的支援事業
任意事業	任意事業	任意事業

(出所：筆者作成)

なお、介護保険は 3 年間で 1 期とする運営期間を単位として運営されているが、これに合わせて厚生労働大臣が示す基本指針に沿って、市町村は介護保険事業計画を策定する(介護保険法第 117 条)。この事業計画の中で、各市町村は、各年度の介護サービスの給付の見込みとともに、地域支援事業の見込みも定めなくてはならない。

2.2 2011 年度改正(2012 年度から実施)

地域支援事業は 2011 年度に最初の改正を経ている。この時、地域支援事業の中に、新たに介護予防・日常生活支援総合事業が創設された。介護予防・日常生活支援総合事業は、この時は実施が各保険者に委ねられており、2012 年度は 1580 保険者のうち、27

保険者で実施された。

厚生労働省社会保障審議会(2016)によれば、介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援者等を対象とし、「事業の実施方法及び内容について自治体の裁量を大きく設定し、多様なマンパワーや社会資源を活用できる仕組みであり、介護予防及び日常生活支援サービスを切れ目無く総合的に実施することができる」とされた。具体的には、ケアマネジメント(市町村・地域包括支援センター)、予防サービス(訪問型・通所型)、生活支援サービス(栄養改善を目的とした配食、自立支援を目的とした定期的な安否確認・緊急時対応等)を実施することになった。

なお、表 3-2 には事業に係る費用負担の割合を示している。地域支援事業のうち、包括的支援事業および任意事業に関しては、第 2 号被保険者の負担分はない。つまり、2011 年度以前では包括的支援事業に含まれるケアマネジメントに関する事業については包括的支援事業の一部として、第 2 号被保険者の保険料による負担はなかった。しかしながら、介護予防・日常生活支援総合事業を 2012 年度から実施すると、その保険者にあっては、ケアマネジメントに関する事業に対しても、介護予防・日常生活支援総合事業と同様、第 2 号被保険者の保険料が投入され、その分、国、都道府県、市町村の公費負担割合が軽くなった。

表 3-2 地域支援事業の費用負担構造

	国	都道府県	市町村	第 1 号保険料	第 2 号保険料
総合事業	25.0%	12.5%	12.5%	22.0%	28.0%
包括的支援事業	39.0%	19.5%	19.5%	22.0%	—
任意事業					

※ 「総合事業」とは「介護予防・日常生活支援総合事業」をさす。

※ 費用負担割合は第 6 期介護保険事業計画時のもの。

(出所：筆者作成)

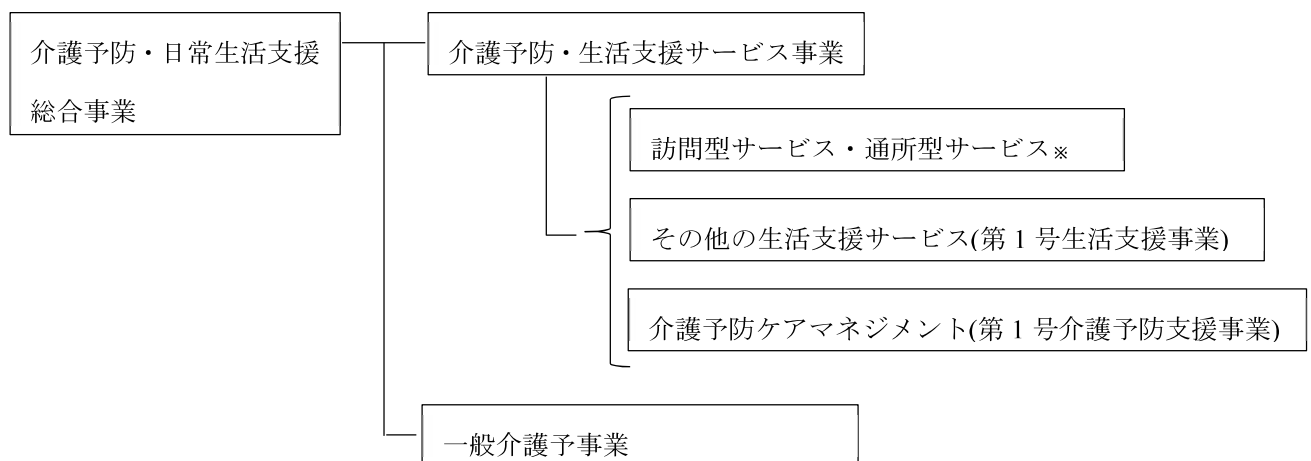
2.3 2014 年度改正(2015 年度から実施)

さらに介護保険法は 2014 年度に大きく改正された。この 2014 年度改正では、介護保

険制度の持続可能性の観点から、特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護度 3 以上の要介護者に限るなどの重点化を行う一方で、要介護度の重度化予防に資するよう、地域包括ケアシステムの基盤強化が図られた。

これにあわせて地域支援事業の中の、介護予防・日常生活支援総合事業の内容も大きく変更されることとなった。この新しい介護予防・日常生活支援総合事業の体系は図 3-1 のとおりである。

従前、介護予防給付として、要支援者に給付されていた介護予防訪問介護、介護予防通所介護が、それぞれ、訪問型サービス、通所型サービスを行う介護予防・生活支援サービス事業として、介護予防・日常生活支援総合事業に統合された。また、介護予防・生活支援サービス事業では、その他の生活支援サービス(第 1 号生活支援事業)、介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業)も実施することとなった。



(※ 訪問型サービス・通所型サービスは介護予防給付より移行)

図 3-1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の体系

(出所：筆者作成)

訪問型サービス、通所型サービスについては、財源構成は変わらないものの、2014 年度以前は国が一律にサービス内容を定める保険給付の枠組みで行っていたところ、2015 年度以降は、市町村に権限が委譲され地域支援事業の枠組みの中で行われる。したがっ

てサービスの利用者は、第1号被保険者であれば、国の基準である要支援認定を受けなくても、チェックリストの判定による各市町村の判断によって、訪問型サービス、通所型サービスを利用できるようになる。当該改正によって、サービスの対象者は拡大したといえるだろう。



図3-2 要支援者の居宅サービス平均利用率の推移(全国)

(出所：厚生労働省「介護給付費等実態調査」より作成)

図3-2は、要支援者に係る介護予防給付の居宅サービスの、支給基準限度額に対する平均給付単位数の割合を、平均利用率として全国ベースで示したものである。要支援1に関しては概ね47%で推移していたところ、2016年、2017年と平均利用率が急激に減少している。要支援2についても同様に、40%程度で推移していたところ、2016年、2017年に減少している。この急減は、前述のとおり、要支援者に対する介護予防訪問介護、介護予防通所介護が、介護予防・生活支援サービス事業に移行したことが影響しているものと思われる⁸。

さらに、新しい介護予防・日常生活支援総合事業では、第1号被保険者の全てと、その支援のための活動にかかわる人を対象として、一般介護予防事業を実施する。したがって、新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、対象者を拡大し、より予防に大きく舵を切ったといえよう。

⁸ なお、2014年度改正(2015年度から実施)時に、要支援者を対象とした介護予防給付に残されたサービスは、訪問看護、リハビリ、福祉用具(車椅子、杖など)である。

2.2 でも確認したように、「事業の実施方法及び内容について自治体の裁量」が大きく設定されている。さらに、2014 年度改正(2015 年度から実施)によって、事業の対象者は拡大した。つまり、市町村の裁量および権限は、2014 年度以前に比べ、格段に広がったといえる。この点について、結城(2015)は、「権限が市町村に委譲されたことで、頑張る市町村とそうでない地域とで『地域間格差』が生じる危険性がある」と指摘している。なお、新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、2015 年度および 2016 年度に関しては移行期間で、準備の整った市町村のみ実施し、2017 年度からすべての市町村で実施することになっている。表 3-3 には、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況を示している。これによれば、新しい事業を実施している保険者は 2016 年度においても全体の半分に満たない。早期の移行が可能となった理由は様々に考えられ早期実施の要因については、第 4 章で詳細を議論する。

表 3-3 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況

	2014 年度	2015 年度	2016 年度
介護予防・生活支援サービス事業	0	222	603
一般介護予防事業	0	237	493

※ 数字は、介護保険の全保険者 1579 のうち、総合事業を実施している保険者の数を示している。

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

2.4 2015 年度以降、何が起きているか

2.3 で確認したとおり、2014 年度改正(2015 年度から実施)によって、新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、その対象者を拡大し、より予防に大きく舵を切ったといえる。したがって、新たな介護予防・日常生活支援総合事業を含む地域支援事業に積極的に取り組んだ保険者においては、要支援者や要介護者の重度化を予防することによって、介護サービス給付費を抑制することも充分可能になっていくと思われる。

この 2014 年度改正(2015 年度から実施)の地域支援事業が、当該地域における介護サービス給付費にいかなる影響を及ぼしているかを明らかにすることが本章の目的であ

る。これまでの議論により、地域支援事業への支出を増加させると、介護サービス給付費が抑制されるという仮説を考えることができる。

しかしながら、この仮説を検証するにあたり、以下に関して注意を要する。保険者からみると、新しい地域支援事業を実施するということは、追加的な財政負担を担うということの意味する。したがって、新たな地域支援事業を実施する一方で、既存の介護サービスの保険給付を抑制する可能性も否定できない。このような経路が存在する場合、地域支援事業による予防の効果というよりはむしろ、財政的な要因によって介護サービス給付費が抑制されることになってしまう。この点について、2.1 で言及したとおり、各市町村は、当該事業計画期間における、介護サービスの見込み量と地域支援事業の見込み量を策定する。策定に際しては、厚生労働大臣が示す基本指針にしたがうことが原則である。この見込み量に基づいて、介護サービスと地域支援事業の予算がそれぞれ独立に確保される。そして、その財源の割合も、表 3-2 のとおりあらかじめ定められている。また、実際の事業への支出にあたっては、第 1 号被保険者の利用実績に基づく。したがって、ひとたび予算が確定、確保されてしまうと、それぞれの予算から、介護サービスや地域支援事業への支出が実施されていくことから、地域支援事業への支出による財政負担の増加を嫌って、市町村が介護サービスの給付費を抑制するといったような可能性は低いと思われる。しかしながら、事業計画策定の際に、抑制的にサービス量を見込む可能性も考えられることから、このような経路を完全に否定することもまた、困難である。6 節で分析の結果を示すが、結果の解釈に際しては、以上の可能性も念頭におく必要があるだろう。

3 先行研究

地域支援事業の効果はどのように測られるべきだろうか。2 節でも議論したとおり、地域支援事業が創設された大きな目的の 1 つは、被保険者が要介護、要支援状態になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合でもその重度化を防ぐことにあった。この目的が達成されているならば、その結果として、介護サービス給付費の抑制などにつながる可能性が十分に考えられる。したがって、地域支援事業の効果を測るためには、① 当該事業を実施することによって要介護状態の重度化等が予防されているか、② 要介護状態の重度化防止の結果、それが介護サービスの需要にどのような

影響を与えているかの2点を検証しなければならないだろう。そこで本節では、以上の2点に関する先行研究を検討する。

3.1 地域支援事業は要介護状態の重度化を防止するか

地域支援事業の一環として行われた機能訓練等は、要介護度の重度化予防に資するのだろうか。この観点で行われた先行研究はいくつか存在する。

例えば、金子他(2009)は、新潟市在住の第1号被保険者のうち、特定高齢者(主として要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる65歳以上の者)の選定に用いるチェックリストに該当する55名を対象にして、口腔衛生指導や口腔機能向上訓練を3ヶ月3回に亘って実施している。この結果、訓練実施前と比較して、高齢者の摂食・嚥下機能をはじめとした口腔機能が、統計学的に有意に改善されたと報告している。

また、伊藤他(2010)においても、特定高齢者45名に対して3ヶ月間に亘って週1回の頻度で、講義・ストレッチ・筋力トレーニング・全身運動を実施している。伊藤他(2010)では、転倒経験の有無によって対象者を転倒群と非転倒群に分けて、それぞれのグループの訓練前後の状態の比較を行っている。その結果、運動機能については、両グループで状態の改善が有意にみられたが、主観的な心身の健康については、非転倒群では有意な改善が確認された一方、転倒群では有意差が認められなかった。伊藤他(2010)は、「転倒経験のある高齢者に対する介護予防事業では、運動機能に対する介入だけでなく、精神面を意識した介入が必要である」と結論づけている。いずれの先行研究も、地域支援事業が特定高齢者の要介護度重度化防止に一定の効果を有していることを示唆している。

3.2 地域支援事業が介護サービス需要行動に与える影響

3.1で検証したような重度化予防に資する地域支援事業が、介護サービスの需要行動にどのような影響を与えているのだろうか。この点を明らかにした先行研究として、久保寺(2013)を挙げることができる。久保寺(2013)では、保険者別のクロスセクションデータを利用した回帰分析を行っている。具体的には、以下のとおりである。まず、2008年度の介護サービスの種類ごとの、のべ受給者数を要介護認定者数で除したものの対数値を介護サービスの利用量と定めて、この値を被説明変数としている。次に、説明変数

の1つとして、地域支援事業交付金の介護予防事業分を第1号被保険者数で除したものの対数値を、高齢者1人あたりの介護予防と定めている。分析の結果、高齢者1人あたりの介護予防が増加すると、統計的に有意に居宅サービスの利用量が増加した。また、統計的に有意ではなかったものの、介護予防が増加すると施設サービスの利用量は減少する結果となった。したがって、地域支援事業による介護予防が積極的に実施されている地域においては、施設サービスよりも居宅サービスへの需要が促されていることが明らかになった。通常、居宅サービスよりも施設サービスのほうが、多額の費用がかかることから、居宅サービスの需要が促されているということは、中長期的には介護サービス給付費が抑制されている可能性がある。しかしながら、久保寺(2013)は1年度限りのクロスセクションデータによる分析であることから、この点について明らかにすることはできていない。

3.3 本章で明らかにすべきことは何か

以上の検討をふまえると、地域支援事業のうち、介護予防に関する事業を実施すれば、要介護度の重度化防止につながり、その結果として居宅サービスの需要が促されるという経路が存在すると思われる。しかしながら、3.2でも指摘したとおり、居宅サービスの需要が促された結果、施設サービスの利用を抑制して、最終的に介護サービス給付費を抑制することにつながっているのかについては明らかになっていない。また、2.3で言及した地域支援事業に係る2014年度改正(2015年度から実施)の影響を含めた分析も行うべきであろう。そこで本章では、2014年度改正の影響も考慮すべく、保険者別のパネルデータを利用して、地域支援事業が、居宅サービスと施設サービスの双方を含めた介護サービス給付費の合計にどのような効果を及ぼしているのかを明らかにする。特に、地域支援事業の中でも、2014年度改正で大きな変更を受けた新しい介護予防・日常生活支援総合事業が、介護サービス給付費に与える影響を分析することを目的とする。

4 データ

4.1 データの出所および記述統計

本章の目的は、地域支援事業、とりわけ新しい介護予防・日常生活支援総合事業が介護サービス給付費を抑制しているかどうかを明らかにすることにある。2節でも議論し

たとおり、介護予防・日常生活支援総合事業は 2014 年度改正(2015 年度から実施)によって大きな制度変更を受けている。そこで本章では、この制度変更の影響を捉えるべく、制度変更前の 2014 年、制度変更後の 2015 年、そして現時点で入手可能な最新のデータである 2016 年のデータを利用する。この 3 時点のデータを 1579 の保険者ごとにパネルデータの形で整理した。

まず、本章の分析では、被説明変数を「介護サービス給付費」と定めている。このデータは、厚生労働省の「介護保険事業状況報告」における「保険者別介護保険特別会計経理状況保険事業勘定」(以下、「特別会計」)の歳出側の「介護サービス等諸費」から得ている。この金額を当該保険者における第 1 号被保険者数で除して、第 1 号被保険者 1 人あたりの介護サービス給付費を被説明変数として定めている⁹。なお、第 1 号被保険者数は同じく「介護保険事業状況報告」から得た年度末時点での人数である。

次に、主たる説明変数である介護予防・日常生活支援総合事業費は、特別会計の歳出側、「介護予防・生活支援サービス事業費」と「一般介護予防事業費」を合算したものを第 1 号被保険者数で除して得た。本章の分析ではこれを「総合事業」と定めている。また、従たる説明変数として、その他の地域支援事業である、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の合算した費用を特別会計から得て、第 1 号被保険者 1 人あたりの金額を算出した。本章ではこれを「予防・包括・任意」と定めている。

また、本章では地域固有の事情をコントロールするために、説明変数に各保険者における「平均要介護度」と「後期高齢者率」を追加している。このうち、平均要介護度は厚生労働省「介護保険事業状況報告」に基づき、以下の式で算出している。なお、この式は厚生労働省社会保障審議会(2014)に倣っている。

$$\text{平均要介護度} = 0.375 \times \frac{\text{要支援認定者の総数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}} + \frac{\sum_{i=1}^n i \times \text{要介護度}i\text{の認定者数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}}$$

次に、「後期高齢者率」は第 1 号被保険者数に対する 75 歳以上の第 1 号被保険者数の割合で定義している。データは「介護保険事業状況報告」から得ており、当該年度末時

⁹ なお、この金額は、あくまで要介護者に係る介護サービス給付費であり、要支援者に係る介護予防サービス等諸費は含まれていない。

点での人数を使用している。

以上のデータに係る記述統計は表 3-4 のとおりである。表中、介護サービス給付費、総合事業、予防・包括・任意はいずれも、千円単位である。また、総合事業については、2017 年度までは移行期間で、当該事業の実施は保険者に委ねられていることから、未実施の保険者のデータは 0 となることを反映して、最小値が 0 となっている。また、予防・包括・任意についても、未実施の保険者が存在することから、最小値が 0 となっている。

表 3-4 記述統計(サンプルサイズ : 4737)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
介護サービス給付費	267.380	49.979	87.454	554.250
総合事業	0.966	2.603	0	40.493
予防・包括・任意	6.758	5.028	0	157.402
平均要介護度	2.123	0.209	1.237	3.500
後期高齢者率	0.517	0.061	0.310	0.747

(出所：筆者作成)

4.2 データの推移と散布図

図 3-3 には、全国ベースでみた、第 1 号被保険者 1 人あたりの介護サービス給付費の推移を示している。この図によれば、制度改正をはさむ 2014 年から 2016 年にかけて、介護サービス給付費が上昇していることがみてとれる。さらに、図 3-4 および図 3-5 には、介護サービス給付費と平均要介護度、介護サービス給付費と後期高齢者率の関係を、保険者ごとの散布図にしてそれぞれ示している。なお、これらの散布図は、1579 保険者に係る 3 時点分、すなわち、4737 のデータを、全てプロットしたものである。

図 3-4 および図 3-5 から、地域における平均要介護度や後期高齢者率が高いと、介護サービス給付費もまた高いという関係が明確にみてとれる。したがって、全国ベースで確かめられる介護サービス給付費の上昇はこれらの要因によるところが大きいものと

考えられる。本章の分析の目的である地域支援事業の効果を測るためには、これらの地域固有の事情をコントロールしなければならないであろう。そこで、次節では以上の議論をふまえた推定方法を提示する。

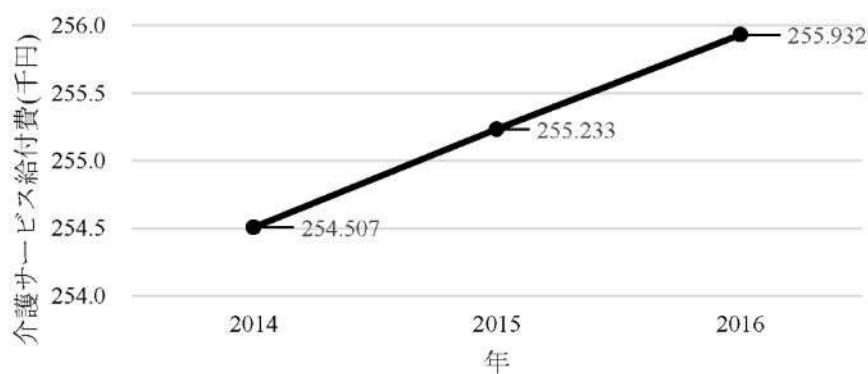


図 3-3 第 1 号被保険者 1 人あたり介護サービス給付費(全国)の推移

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

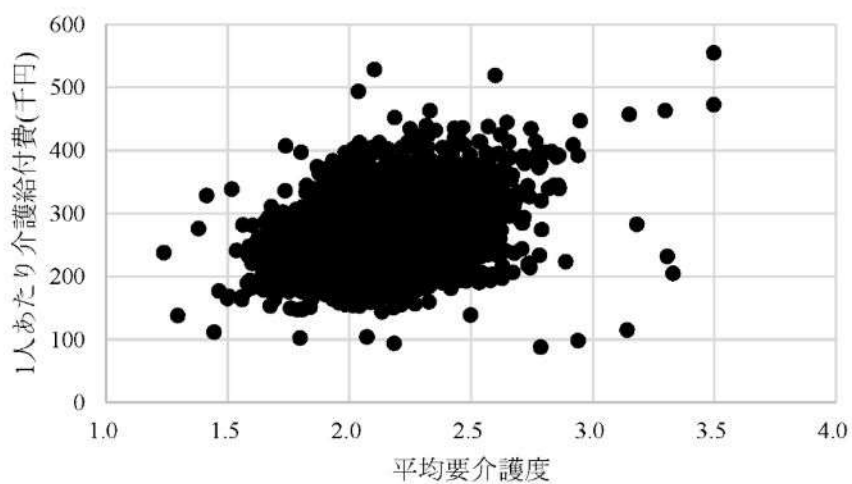


図 3-4 介護サービス給付費と平均要介護度の関係(保険者別)

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

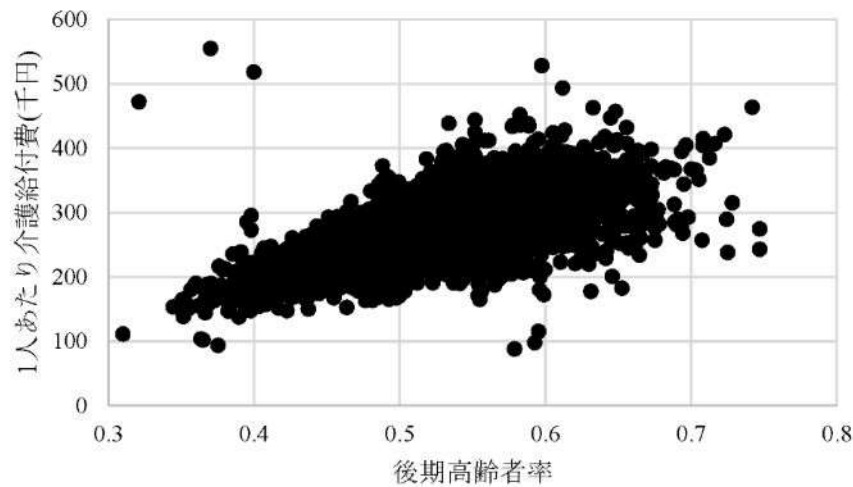


図 3-5 介護サービス給付費と後期高齢者率の関係(保険者別)

(出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より作成)

5 モデル

本節では、本章の分析において利用する推定方法について検討する。4 節で整理したデータによれば、介護サービス給付費の上昇は、平均要介護度の上昇や後期高齢者率の上昇といった要因に左右されることが予想される。したがって、これらの要因をコントロールすることで、地域支援事業の効果を取り出すことを考えなくてはならない。しかしながら、これら 2 つの要因は時間を通じて変化する地域の事情である。これらをコントロールしてもなお、時間を通じて変化しない地域固有の事情が存在することは充分考えられる。

時間を通じて変化しない地域固有の事情として考えられることは、例えば、当該地域が他の地域と比較して、介護サービスを利用せずに家族介護によって必要な介護需要を満たそうとする文化を有しており、結果として介護サービス給付費が抑制されているなどといったことである。この場合、介護サービス給付費が抑制される結果が、地域支援事業の実施に何らかの影響を及ぼすであろう。また、当該地域が健康に対する高い意識を有している地域であり、重度化予防に積極的に取り組んでいるならば、地域のそのような文化はやはり、地域支援事業への支出と何らかの相関を有している

であろう。いずれにせよ、これらのような場合、時間を通じて変化しない地域固有の事情が説明変数と相関するといった内生性の問題が生じることになる。そこでさらに、このような時間を通じて変化しない地域固有の事情をコントロールするために、固定効果モデルに基づいて地域支援事業の効果を推定することとする。固定効果モデルに基づけば、時間一定の地域固有の事情は消去されるので、内生性の問題にもある程度対処することができる¹⁰。

以上の議論をふまえ、具体的に、被説明変数である介護サービス給付費を、説明変数である総合事業、予防・包括・任意、平均要介護度および後期高齢者率に回帰する。先に議論したとおり、固定効果モデルに基づいた推定なので、時間で変化しない地域固有の事情は消去されて推定結果に影響を与えない。

さらに、本章の分析では、比較検討が可能となるように、平均要介護度と後期高齢者率を説明変数から落とした固定効果モデルと、時間一定の地域固有の事情を考慮しない推定方法である OLS に基づいた推定を実施する。

6 推定結果

5 節で特定化したモデルに基づいて推定した結果は表 3-5 のとおりである¹¹。固定効果モデル⑥は、5 節で議論した説明変数をすべて用いたモデルの推定結果である。総合事業の係数は 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスとなった。同じく、予防・包括・任意についても係数は 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスとなった。このモデルでは、時間を通じて変化する地域固有の事情として平均要介護度と後期高齢者率をコントロール変数として説明変数に加えている。推定結果はいずれも 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりプラスとなった。したがって、介護サービス給付費を押し上げる大きな要因である地域の平均要介護度や後期高齢者率が仮に一定であ

¹⁰ パネルデータを利用した他の推定方法に変量効果モデルがあるが、変量効果モデルは時間を通じて一定の効果が説明変数と相関しないことを前提とする。変量効果モデルは、固定効果モデルとは違って、時間一定の効果を消去しないので、時間一定の効果を明らかにできるメリットがあるが、本文でも議論したとおり、時間一定の変数が説明変数と独立であることを想定するのは難しいと思われる。

¹¹ なお、推定に際しては、あわせてハウスマン検定も実施している。ハウスマン検定の結果、有意水準 1%で、固定効果モデルが採択された。

るとするならば、新しい介護予防・日常生活支援総合事業やその他の地域支援事業を実施することにより、第1号被保険者1人あたりの介護サービス給付費は抑制されるといえるだろう。なお、注9において言及したとおり、この介護サービス給付費には介護予防給付費が含まれていない。したがって、推定結果から、地域支援事業を実施することによって重度化予防の効果がある程度発揮されて、その結果、介護サービス給付費が抑制されている可能性が存在することは充分考えられる。

また、固定効果モデル⑥では、平均要介護度および後期高齢者率をモデルから落として推定している。結果は、予防・包括・任意については、係数の値は依然として1%水準で統計的に有意に0と異なりマイナスだった。その一方、総合事業については、係数の値は仮説どおりマイナスであったものの、その絶対値は固定効果モデル⑥に比べて小さく、また、統計的に有意ではなくなった。この結果は、4.2でも議論したとおり、平均要介護度や後期高齢者率が介護サービス給付費を押し上げる効果が強いいため、これらの変数をコントロールしないと、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の効果を取り出すことが困難になってしまうことによるものと思われる。

さらに、本章の分析ではOLSによる推定も実施した。5節で議論したとおり、固定効果モデルによる推定とOLSによる推定の違いは、時間一定の地域固有の事情を消去しているか、していないかに求めることができる。OLSによる推定の場合は、この時間一定の地域固有の事情を消去していないため、内生性の影響を受けていることが考えられる。その結果、予防・包括・任意については、統計的に有意に0と異ならない結果となってしまった。また、総合事業の係数の値も、1%水準で統計的に有意にマイナスとなったが、その絶対値は固定効果モデル⑥に比べて大きくなった。これは時間一定の地域固有の事情を考慮しないために、係数の値に欠落変数バイアスが含まれてしまうことによるものと思われる。

以上の推定結果により、地域支援事業の実施は、事業の目的どおり、要支援状態、要介護状態の悪化防止につながり、結果として介護サービス給付費の抑制につながっている可能性が示唆された。また、時間で変化する変数であれ、時間で一定の変数であれ、地域固有の事情が、介護サービス給付費に及ぼす影響が大きいことも確認された。したがって、地域支援事業の実施に際しては、これらの要因に十分に注意を払いつつ地域の実情に合わせて、拡大された市町村の裁量を有効に活用していく必要があるだろう。

本節の最後に1点、注意を述べる。推定結果から、地域支援事業の実施によって介護サービス給付費が抑制されていることは確認されたものの、2.4でも議論したとおり、財政的な要因から地域支援事業の実施によって、保険者が介護サービス給付費を抑制している可能性も残されている。この点を明らかにするためには、保険者財政とサービスの給付をつなぐメカニズムに焦点をあてた別の分析が必要になると思われる。

表 3-5 推定結果

被説明変数 1人あたり介護サービス給付費(介護予防給付費は除く)			
説明変数	固定効果モデル①	固定効果モデル②	OLS
総合事業	-0.280*** (0.063)	-0.025 (0.067)	-0.640*** (0.194)
予防・包括・任意	-0.183*** (0.049)	-0.171*** (0.053)	-0.013 (0.105)
平均要介護度	38.375*** (2.365)		53.956*** (2.383)
後期高齢者率	2.388*** (0.133)		5.158*** (0.087)
定数項	63.779*** (8.814)	268.563*** (0.399)	-113.569*** (5.966)
サンプルサイズ	4737	4737	4737
\bar{R}^2	0.150	0.003	0.521

(括弧内は標準誤差、*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

7 おわりに

本章の目的は、地域支援事業の実施が介護サービス給付費にいかなる影響を及ぼす

のかを明らかにするところにあった。本章の分析では、保険者ごとの 2014 年、2015 年及び 2016 年の 3 時点パネルデータを用いて固定効果モデルに基づいて仮説を検証した。推定の結果、地域支援事業を実施することによって、介護サービス給付費が抑制されることが確認された。また、地域支援事業の効果には、地域固有の事情が大きな影響を及ぼしている可能性が存在することも示唆された。したがって、保険者は、拡大された裁量を生かして、地域の実情に合わせた事業を展開すべきである。また、本章の推定によれば、地域支援事業へ 1,000 円の投入をしたとしても、介護サービス給付費の抑制は 280 円にとどまるという結果になった。しかしながら、より長期的にみれば、要介護者の QOL(生活の質)の改善、家族の負担軽減につながる可能性は十分に考えられるので、引き続き重度化予防の努力は継続すべきだろう。

本章では、地域支援事業の実施と介護保険サービス給付の抑制をつなぐ要因として、事業実施による重度化予防を想定した。しかしながら、重度化予防はあくまで仮説の 1 つであり、財政的な要因が存在する可能性を否定することはできなかった。今後、すべての保険者が地域支援事業に移行する 2017 年度以降のデータの蓄積を待てば、事業実施と介護保険サービス給付費抑制をつなぐものが、重度化予防の効果に基づくものなのか、財政的な要因によるものなのか、より明確に検証することが可能になるとと思われる。

第4章 介護予防・日常生活支援総合事業の早期実施要因

1 はじめに

2000年からスタートした介護保険制度は現在に至るまで幾多の改正を経てきた。なかでも2014年改正では、要支援者に対する訪問介護サービス、通所介護サービスが介護保険制度のサービスから、保険者が裁量で実施する地域支援事業の中のサービスに移管されるなど、要支援者への影響が大きなものとなった。要支援者に対する訪問介護・通所介護サービスは、移管後、地域支援事業の中の介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)において実施されることとなった。総合事業は、制度改正後の2015年度、2016年度、2017年度は移行期間とされたが、厚生労働省(2017)によれば、総合事業は2017年度中には全ての保険者において実施されることとなった。なお、移行期間内の2016年度末までに総合事業を実施できたのは、1579の保険者のうち603である¹²。総合事業の実施に際しては、予防重視の名のもとに、要支援者といった軽度者が介護サービスから切り離されることが最も懸念されている。

本章の目的は、総合事業の早期実施要因を探ることによって、要支援者をめぐる介護環境にどのような変化が生じたのかを浮き彫りにすることにある。いち早く制度改正に踏み切った保険者とそうでなかった保険者の移行期間中のデータを利用すれば、2014年改正に伴う介護環境の変化をより明確に取り出すことができるだろう。2014年改正は要支援者にとって、画期的ともいえるべき改正であったことから、本改正の効果を定量的に分析することは、要介護度1・2の介護保険からの切り離しも議論される今(下野,2019)、介護保険事業の今後のあり方を考える上で重要な意義を有しているものと思われる。

本章に関連する先行研究として、林・永田(2017)を挙げることができる。林・永田(2017)は、地域に介護、福祉に係る社会資源が豊富に存在することを早期実施の要因として確認している。その一方で、林・永田(2017)では、地方自治体の財政状況を要因として確認することはできなかったと結論づけている。この点についてポイントとなるのは地方自治体の財政状況と、保険者の介護保険特別会計の区別であり、以下のような仮説を考

¹² 3節でも議論するとおり、本章では、2016年度の保険者別の介護保険特別会計経理状況保険事業勘定の歳出側で、「介護予防・生活支援サービス事業費」に支出がある場合をもって総合事業を早期に実施したものとみなす。

えることができる。2014 年改正は、要支援者に対するサービスを総合事業に移管することが大きな目的の 1 つである。総合事業の枠組みの中で訪問介護サービス、通所介護サービスを実施した方が、サービス単価が安くなるので、保険者にしてみれば、要支援者が多ければ多いほど、総合事業の実施により、介護保険特別会計上の費用の節減効果が大きくなると見込める。したがって、要支援者を多く抱え込む保険者が総合事業の早期実施に踏み切ることが予想される。つまり、保険者は、地方自治体の財政状況ではなく、総合事業を実施して要支援者を移管することによって得られるであろう、介護保険特別会計上の将来的な節減効果を測りながら意思決定していることになる。そこで重要になってくるのが、保険者には要支援者の数をコントロールする余地があるかどうかである。この点に関して、清水谷・稲倉(2006)は、保険者は地方自治体の財政状況を考慮して認定率をコントロールしていることを確認している。したがって、地方自治体の財政状況は、総合事業の早期実施にとって間接的な要因の 1 つに過ぎないといえる。すなわち、保険者は、地方自治体の財政状況を考慮しつつ、要支援者の認定をコントロールし、介護保険特別会計上の介護費用の節減効果を見込んだという経路を考えることができる。さらに、節減効果を大きく見込むことができる保険者ほど総合事業への移行を急いだということも予想できる。

そこで本章では、このような仮説を検証すべく、線形確率モデルとプロビットモデルに基づいて早期実施の要因を探った。2016 年度末までに総合事業を実施できた保険者に早期実施ダミー1 を付し、そうでない保険者には 0 を付し、この 2 項変数を、制度改正前の 2014 年度末時点の要支援者・要介護者数に占める要支援者数の割合に回帰した。あわせて認定や財政に関する他の変数もコントロール変数として追加した。推定の結果、要支援者数の割合が高くなるほど、早期実施の確率が高まったという結論が得られた。したがって、2014 年度の制度改正によって、多くの要支援者が介護保険サービスから切り離され、介護環境の変化を強いられたことになる。このような制度改正の流れが軽度者の切り離しにつながらないか、注意が必要である。なお、早期実施と要支援者数の双方に働きかけ、見かけ上の相関関係を引き起こす要因を全てコントロールできたわけではない。

本章の構成は以下のとおりである。つづく 2 節で関連する先行研究を検討する。3 節で本章の推定に利用するデータについて、4 節で推定に利用するモデルについて議論する。5 節で推定結果を示し、6 節はまとめにあてられる。

2 先行研究

2.1 先行研究

本章に関連する先行研究として、林・永田(2017)を挙げることができる。林・永田(2017)では、北海道の保険者を対象として、総合事業の早期実施の要因を探っている。具体的には、市町村の人口密度、高齢化率、財務状況、生活支援整備事業の有無、介護や福祉の社会資源の有無を変数として、早期実施との関連を分析している。分析の結果、生活支援整備事業である生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置、介護・福祉関係のNPO法人が要因として確認されたと結論づけている。久保・倉田(2014)は、総合事業の秀逸な取り組み事例として、長崎県佐々町と山梨県北杜市を取り上げ、どちらの保険者においてもボランティア等の社会資源が豊富に存在していることを指摘している。したがって、総合事業は、保険者の裁量が広く認められ、かつ事業の対象者も要支援・要介護認定を受けた者以外にも拡大されることから、林・永田(2017)や久保・倉田(2014)が指摘しているとおり、制度改正以前から、介護に係る社会資源が地域に豊富に存在していたことが早期実施の重要な1つの要因となり得たのだろう。しかしながら、このような視点に基づく分析だけでは、総合事業の実施に伴って、要支援者といった軽度者が介護保険制度の枠組みから切り捨てられるのではないかとといった懸念を十分に検証することはできない。

この点に関連する議論として、林・永田(2017)は、特に、地方自治体の財政力指数や経常収支比率と早期実施の関連について分析している。具体的には、早期実施予定の群と早期実施予定のない群に区分し、両群の有意差検定を試みている。推定の結果、いずれの変数についても有意差は確認できなかったとしている(林・永田,2017)。したがって、保険者が地方自治体の財政状況を考慮して、総合事業の早期実施を決定するといった経路を認めることは困難であろう。では、地方自治体の財政状況は総合事業の早期実施に全く影響を及ぼしていないのだろうか。保険者ごとの第1号被保険者数に占める要支援・要介護認定者数を表す認定率について、清水谷・稲倉(2006)は、財政安定化基金貸付を受けるほど財政状況が悪化している保険者、もしくは関係する地方自治体の経常収支比率が高くなっている保険者においては、認定率が低く抑えられていることを確認している。つまり、保険者は関係する地方自治体の財政状況に基づき、ある程度、認定率

をコントロールできるということである。2014 年改正によって、要支援者に対するサービスを総合事業へ移管した場合、サービス単価が安くなるので、保険者からみると、介護保険特別会計上の支出を抑えることができる。したがって、要支援者を多く抱える保険者は、要支援者数をコントロールすることによって、介護保険特別会計上における将来的な介護費用の節減効果を多く見込めると予想しそうである。その結果、要支援者の多い保険者は早期実施に踏み切ることになると考えられる。

2.2 本章で明らかにすべき課題は何か

2.1 で議論してきたとおり、要支援者数の多い保険者は、要介護認定のコントロール可能性を考慮して、総合事業の早期実施に踏み切ることが考えられる。しかしながら、この点を考慮したうえでの早期実施の要因の分析はなされてはいないようである。そこで、本章では、早期実施の要因を認定に関するものと、財政状況に関するものに求めることとする。なお、財政状況に関するものとして、地方自治体の一般会計から介護保険特別会計へ繰り入れられるものと、介護保険特別会計上にのみ計上されるものの2種類がある。早期実施の要因を明らかにすることができれば、要支援者をめぐる介護環境の変化を評価できるものと思われる。

なお、先行研究では地域を限定した分析が多かったため、本章では全保険者を分析の対象とする。

3 データ

本章の推定に利用するデータの出所は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」である。利用した年度は、主に制度改正前の2014年度と移行期間内の2016年度である。以下では、本章の推定に利用する変数の定義について述べる。なお、以下の変数をすべて保険者ごとに算出しており、サンプルサイズは1579となっている。

本章の推定において、被説明変数とするのは「早期実施ダミー」である。これは、2016年度の保険者別の介護保険特別会計経理状況保険事業勘定の歳出側で、「介護予防・生活支援サービス事業費」に支出がある場合1、支出がない場合0をとるダミー変数として定義する。なお、この定義に照らした場合、全保険者1579のうち、2016年度の時点で総合事業を実施している保険者は603である。

次に、認定に関する説明変数について説明する。認定に関する説明変数は、「要支援者率」、「認定率」、「平均要介護度」、「75 歳以上の率」の 4 つである。「要支援者率」は、制度改正前の 2014 年度末時点の要支援者・要介護認定者数に占める要支援者数の率である。「認定率」は、2016 年度末時点の第 1 号被保険者数に占める要支援・要介護認定者数の割合である。「平均要介護度」は、2016 年度末時点の要支援者を考慮しない要介護者のみの平均要介護度である。以下の式のように、各要介護度の人数で加重平均をとっている。

$$\frac{1 \times \text{要介護度 1 の人数} + \dots + 5 \times \text{要介護度 5 の人数}}{\text{要介護者数}}$$

「75 歳以上の率」は、2016 年度末時点の第 1 号被保険者数に占める 75 歳以上の者の割合である。

次に、保険者財政に関わる説明変数を定義する。「改正前予防費」は、保険者の介護保険特別会計の歳出側に計上される支出で、制度改正前の 2014 年度における地域支援事業の介護予防事業費を要支援・要介護認定者数で割ったものである。つまり、要支援・要介護認定者 1 人あたりの介護予防事業費であり、単位は 10 万円としている。この事業は保険者の事業であり、費用も保険者が支出している。「一般会計繰入金」は、2016 年度の地方自治体から保険者の介護保険特別会計への一般会計繰入金を要支援・要介護認定者数で割ったものである。要支援・要介護認定者 1 人あたりの一般会計繰入金であり、単位は同じく 10 万円としている。「保険料」は 2016 年度の保険料収入を、2016 年度末時点の第 1 号被保険者数で割ったものであり、単位は 10 万円である。「保険料」は保険者が徴収するので、介護保険特別会計の歳入側に計上される。

表 4-1 には、本章の推定に用いる変数の記述統計量を示している。なお、保険料収入が 0 円の保険者は、福島県富岡町、大熊町、浪江町の 3 つの町である。

これらの説明変数のうち、要支援者率、認定率、平均要介護度、75 歳以上の率は介護保険の認定に関する要因であり、改正前予防費、一般会計繰入金、保険料は介護保険財政に関する要因ということになる。

表 4-2 には、説明変数間の相関行列を示している。

表 4-1 記述統計量（サンプルサイズ：1579）

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
早期実施ダミー	0.381	0.486	0.000	1.000
要支援者率	0.248	0.067	0.000	0.476
認定率	0.177	0.029	0.069	0.314
平均要介護度	2.032	0.247	1.000	3.500
75 歳以上の率	0.520	0.056	0.321	0.728
改正前予防費	0.110	0.114	0.000	2.330
一般会計繰入金	2.003	0.298	0.000	4.598
保険料	0.612	0.089	0.000	0.927

(出所：筆者作成)

表 4-2 説明変数間の相関行列

	要支援者率	認定率	平均要介護度	75 歳以上の率	改正前予防費	一般会計繰入金	保険料
要支援者率	1	0.241	-0.753	-0.062	-0.214	-0.489	-0.140
認定率		1	-0.185	0.613	-0.079	-0.226	0.103
平均要介護度			1	0.208	0.202	0.584	0.084
75 歳以上の率				1	0.129	0.158	-0.135
改正前予防費					1	0.064	-0.034
一般会計繰入金						1	0.155
保険料							1

(出所：筆者作成)

4 モデル

本章の目的は、総合事業の早期実施要因を探ることによって、要支援者をめぐる介護環境の変化を探ることにあつた。この目的を果たすために、本章では、3 節で定義した早期実施ダミーを認定に関する説明変数と財政状況に関する説明変数に回帰す

る。

まず、最初に早期実施ダミーをこれらの説明変数に重回帰する。これは OLS の手法を用いた線形確率モデルと呼ばれる。本章では、あわせてプロビットモデルによる推定も実施する。なぜならプロビットモデルでは、線形確率モデルが持つ、被説明変数が 1 をとる確率が 0 と 1 の間に収まらないという欠点を是正するからである。さらに、線形確率モデルによる推定結果とプロビットモデルによる推定結果に大きな差異が認められない場合、モデルの信頼性がある程度担保されるからである。

本章では、早期実施ダミーを 3 節で定義した説明変数に重回帰する。2 節で議論したとおり、地方自治体の財政状況は、早期実施に対して間接的な影響を及ぼしていることが考えられることから、財政的な要因を操作変数とする 2 段階最小二乗法を用いることも考えられるが、本章では採用しない。なぜなら、確かに、財政的な要因は認定に関する変数に影響を与えていると思われるが、同時に早期実施にもある程度影響を及ぼしていることも予想されるため、操作変数としてふさわしくないからである。本章での分析のように、認定に関する要因に、財政に関する要因を追加することで、財政に関する要因を一定とした上で認定に関する要因が早期実施に及ぼす効果を測ることができる。

5 推定結果

推定結果は表 4-3 に示しているとおりである。線形確率モデルとプロビットモデルで推定結果に大きな違いは認められない。推定結果の信頼性はある程度確保されているものと考えられる。

5.1 認定に関する要因

要支援者率の係数は 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりプラスだった。したがって、2014 年度末時点の要支援者率が高い保険者が総合事業へ移行したことになる。要支援者率が高い保険者ほど、将来的な介護費用の節減効果を見込んだ結果だと考えられる。

平均要介護度の係数値は、統計的に有意に 0 と異なりプラスであった。これは、要支援者を考慮しない要介護者のみの平均要介護度が高い保険者ほど、移行を急いだと解釈できる。つまり、平均要介護度が高いと、それだけ介護サービス給付費が大きくなる可

能性が生じるため、要支援者を切り離すことによって、介護保険財政の逼迫への対応を急いだ可能性があるということである。

また、第1号被保険者に占める75歳以上の率の係数値も、10%水準で統計的に有意に0と異なりプラスとなった。つまり、75歳以上の率が高まってくると、それだけ介護保険を利用する要介護者が増加する可能性も高まるので、保険者はいち早く要支援者を切り離す意思決定をしたと考えられる。

その一方で、認定率の係数は1%水準で統計的に有意に0と異なりマイナスであった。表4-2に示しているとおり、認定率と要支援者率の間には正の相関がある。その一方で認定率と平均要介護度の間には負の相関がある。したがって、認定率の高い保険者は平均要介護度が低くなる傾向があるため、介護費用の節減のための早期移行の必要性をあまり感じなかったと考えられる。

以上の議論をまとめると、2014年改正は要支援者を総合事業へ移管することを目的としているので、要支援者率が高い保険者は将来的な介護費用の節減効果を見込み、いち早く早期移行へ踏み切ったと結論づけられる。さらに、要介護度が高い重度者を比較的多く抱える保険者や、75歳以上の第1号被保険者を多く抱える保険者は、要支援者の切り離しを急いだ可能性も示唆された。

5.2 財政に関する要因

次に財政に関する要因を確認する。改正前予防費の係数は5%水準で統計的に有意に0と異なりマイナスとなった。したがって、改正前の地域支援事業の枠組みの中で積極的に予防事業を展開していた保険者は、早期移行の必要性をあまり感じていなかったといえる。第3章において議論したとおり、予防事業が行われると、ある程度介護費用の節減効果が見込めるからである。

一般会計繰入金の係数は1%水準で統計的に有意に0と異なりマイナスとなった。介護保険事業を維持するために、一般会計からの繰入金をより多く受け入れた保険者も早期移行する必要性を感じなかったといえる。つまり、第2章2.5でも確認したとおり、法定負担割合を超える一般会計からの繰入れを含めた繰入れをより多く行った結果、介護費用の節減を急ぐ必要性が低下していた可能性を示していると思われる。

保険料の係数はプラスであったものの、統計的に有意に0と異ならなかった。保険料の係数がプラスであったということは、第1号被保険者1人あたりの保険料が他の保険

者に比べて相対的に高い保険者は、総合事業への移行が容易だったということである。しかしながら、統計的には0と異ならない結果となっているので、保険者は、保険料を動かして制度改正等に対応することは不可能であったと思われる。

以上の議論をまとめると、次のようになる。改正前の予防事業を積極的に実施していた保険者や、地方自治体の一般会計から多くの繰入金を受け入れている保険者はあまり早期移行の必要性を感じなかった。なお、林・永田(2017)において、自治体の財政力指数や経常収支比率が早期実施の要因としては認められなかったことについては、以下の要因が考えられる。保険者は自治体財政の状況を考慮して意思決定しているというよりは、介護保険特別会計上の支出削減効果を見込んで意思決定している可能性が強いからである。つまり、保険者は地方自治体本体の財政状況に基づいてではなく、介護保険特別会計の枠組みの中で意思決定している可能性が高いということである。これは、改正前の事業を行っていたかどうかや一般会計からの繰入金の多寡が、早期実施に有意に影響を及ぼしていたことから示唆されている。

表 4-3 推定結果

	線形確率(OLS)		プロビット(ML)		
	係数	標準誤差	係数	標準誤差	限界効果
要支援者率	1.658***	0.277	4.905***	0.825	1.861
認定率	-2.934***	0.616	-8.442***	1.925	-3.202
平均要介護度	0.679***	0.088	1.935***	0.258	0.734
75歳以上の率	0.591*	0.335	1.716*	0.981	0.651
改正前予防費	-0.246**	0.118	-0.826**	0.397	-0.313
一般会計繰入金	-0.170***	0.056	-0.466***	0.160	-0.177
保険料	0.241	0.150	0.766	0.476	0.290
定数項	-0.977***	0.244	-4.307***	0.722	
\bar{R}^2 /疑似 R^2	0.059		0.050		
サンプルサイズ	1579		1579		

(頑健な標準誤差を採用。*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

5.3 残された課題

以上より、保険者に総合事業への早期移行を決断させた主な要因は、要支援者率の高さに求めることができる。したがって要支援者本位の考えではなく、介護費用の節減効果を見込んでの意思決定がなされた可能性が高いといえる。本章の推定に際しては、認定率、75 歳以上の率、保険者財政に係る変数をコントロール変数として追加することによって、内生性に対処した。しかしながら、当然のことながら、見かけ上の相関関係を生じさせるすべての要因に対処できているわけではない。

今後のさらなる研究の方向性としては、2014 年改正が軽度者に及ぼした影響を別の角度から検証することが考えられる。2014 年改正を経た後も、要支援者に対するリハビリ、福祉用具といったサービスは介護保険事業に残されている。しかしながら、2014 年改正を経た結果、本来ならば要支援認定された軽度者が認定されなくなった場合、従前ならば受けられたこれらのサービスを受けられなくなることを意味している。これらのサービスを受けられなくなったために、かえって重度化してしまう事態が発生するならば、それは予防重視という総合事業の趣旨に反することになり、本末転倒である。2014 年改正がこのような事態を引き起こしていないか検証する必要があるだろう。

6 おわりに

本章の目的は、総合事業の早期実施要因を探ることによって、要支援者をめぐる介護環境にどのような変化が生じたのかを浮き彫りにすることにあつた。本章では、このような目的を果たすため、線形確率モデルとプロビットモデルを用いて、早期実施を表すダミー変数を、要支援者率をはじめとするさまざまな要因に回帰した。

推定の結果、2014 年改正の制度が施行される前の 2014 年度時点の要支援者率が高かった保険者は総合事業への早期実施に踏み切ったとの結論を下すことができる。また、地域の平均要介護度が高い保険者ほど移行を急いだ傾向も確認されたことから、2014 年改正によって、要支援者をはじめとする軽度者を介護保険事業から分離して、重度者に重点化していくという方向性が明確になった。さらに、改正前の予防事業に積極的に取り組んでいたり、地方自治体の一般会計からの繰入金が多かったりした保険者は、早期移行に踏み切らなかった傾向を確認できた。このような保険者は介護費用節減の必要性をあまり感じていなかったことが考えられる。なお、推定に際しては、内生性を考慮し

てコントロール変数を追加したが、すべての要因をコントロールできたわけではなく今後の課題となった。

以上の推定結果から、今後は、要支援者の介護保険事業からの切り離しが、介護保険財政の逼迫を回避するための「切り捨て」とならないよう注視していく必要があるだろう。5.3 でも議論したとおり、制度改革への対応を急ぐあまり、軽度者をめぐる様々な副作用が生じる可能性が考えられる。しかしながら、総合事業を含む地域支援事業は保険者の裁量が大幅に認められている事業でもある。したがって、保険者は本章が示唆する意思決定のメカニズムを自覚することによって、副作用への効果的な対策も打ち出すことができるはずである。そして、保険者は本来の総合事業の目的である、高齢者が要介護状態になることを予防し、要介護状態の悪化を防止すると共に、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域において安心して暮らせることを目指すべきである。

第5章 女性家族介護者の介護時間

1 はじめに

総務省が5年おきに実施している「社会生活基本調査」によれば、女性の介護に関する行動者時間は減少傾向にある。具体的には、当調査の全国平均かつ週全体の平均で1日あたりの行動者時間をみると、1996年の164分から2016年の122分に減少していることが確認できる。介護保険制度が導入されたのが2000年度であったことから、この減少の要因を、介護サービスの拡充に求めることができるだろうか。

従来の先行研究によれば、介護保険制度開始後、女性の介護時間が減少していることが確認されているものの、介護サービスの供給サイドの要因を十分にコントロールできていないために、内生性を除去できていない可能性が疑われる。Tamiya et al.(2011)や菅・梶谷(2014)などの分析では、個票データを用いて、介護保険制度の導入前後で介護時間がどう変化したかを推定するというDID推定の手法が利用されている。推定結果は、おおむね、高学歴、高所得者の女性介護者の介護時間が有意に減少していることで一致している。しかしながら、これらの分析は、主に介護サービスの需要サイドに介護時間減少の要因を求めている。確かに個票データを用いれば、介護労働を行った女性介護者の属性を詳細に把握することが可能であるが、介護サービス市場における供給態勢の変化が捉えられているとはいえず、さらなる分析を要するところである。また、黒田(2014)においても、制度導入後の介護時間の減少が確認されているものの、世帯員以外による介護に関する支援の回数が増加するとかえって介護時間が増加するという推定結果となっており、ここでは要介護者の要介護度といった要因を十分にコントロールできていないことによる内生性が疑われる。

また、DID推定に多く利用されてきた「社会生活基本調査」の個票データであるが、これらのデータは繰り返しクロスセクションなので、同一の人物を追いかけたデータではない。したがって、供給された介護サービスをどのくらい利用したかというサービス利用量変化の要因を捉えてはいない。供給サイドの要因を大規模に推定に反映させるためには、現状では集計データを利用するしかない。

そこで、本章では、「社会生活基本調査」の都道府県別に集計されたデータをパネルデータとして整理して、都道府県ごとの介護サービス市場に供給され、需要される居宅

サービスが、女性の介護行動者の介護に係る行動者平均時間を減少させているかどうかを推定する。本章で集計データを利用した推定を行ったのは、介護サービス市場に供給される介護サービスは、介護サービスの需要量と女性の介護時間の双方に影響をおよぼしているという内生性の影響をコントロールするためである。推定には同時方程式モデルを用いた。本章の貢献は、介護時間の減少をもたらしている要因を介護サービス市場におけるサービスの利用量に求めることによって、介護サービスの利用と介護時間の間をつなぐ因果関係の一端を明らかにしたことに求められる。また、操作変数を用いた同時方程式モデルに基づくため、内生性にもある程度対処できているといえる。本章における推定の結果、居宅サービスの利用増加、もしくは居宅サービスに対する自己負担額の増加が女性の介護時間の減少をもたらしていることが確認された。

本章の構成は以下のとおりである。つづく 2 節では、介護保険制度が開始された 2000 年以降、介護の社会化が進展しているかどうか、各種データを用いて検証する。3 節では関連する先行研究について議論する。4 節では本章の推定に用いられるデータについて説明する。5 節でモデルを提示し、6 節で推定結果について議論する。7 節はまとめにあてられる。

2 介護の社会化は進展しているか

2.1 介護時間および行動者率の推移

介護保険制度は介護の社会化を促しているのだろうか。その評価基準の 1 つが、家族介護者の介護時間であろう。当然、介護時間の短縮は家族介護者の負担軽減を意味する。介護時間を捉えた統計調査が、総務省が 5 年おきに実施している「社会生活基本調査」¹³である。

この調査を利用して、介護時間および介護の行動者率の推移を確認してみよう。表 5-

¹³ 「社会生活基本調査」では、調査対象を層化 2 段抽出法によって選定している。すなわち、第 1 次抽出単位として、国勢調査の調査区から約 7,500 の調査区が選ばれる。次に第 2 次抽出として、等確率系統抽出により、各調査区から 12 世帯が抽出されるので、結局、約 9 万世帯が選ばれる。この 9 万世帯の 10 歳以上の世帯構成員が調査の対象となる。調査結果は、10 歳以上の世帯構成員で、実際に介護を行った者の平均時間として示される。また、調査の対象者は、5 年ごとに新たに選定し直されるため、「社会生活基本調査」は反復クロスセクションデータといえることができる (Unayama, 2018)。

1 に女性および男性の介護時間、行動者率の推移を示している。本章では、「社会生活基本調査」のデータのうち、介護労働を行った 15 歳以上の女性および男性の介護時間を利用している。これは週全体をとおして平均して 1 日あたりの介護時間を算出したものである。行動者率も、同じく 15 歳以上の女性および男性の調査対象者に対する介護労働を行った者の人数の割合で示されている。なお、「社会生活基本調査」では、調査項目が「介護・看護」となっており、介護と看護の区別ができないが、本章ではこれを介護とみなしている。

表 1 によれば、全国平均でみた場合、女性の介護時間は 1996 年の 164 分から 2016 年の 122 分に減少している。女性に関していえば、介護保険制度がスタートしてから、全体的な傾向として介護負担が軽減されているといえよう。ただし、上述のとおり、このデータはあくまで平均データであり、長時間の介護負担を強いられている家族介護者の介護時間の推移を知ることができない点に注意を要する¹⁴。

また、行動者率に関しては、多少の増減はあるものの、1996 年から 2016 年にかけて上昇傾向にある。これは、要介護状態に陥る高齢者の増加に伴い、介護を行う時間の長短は別として、介護に関わる人が増えていることが背景にあるものと思われる。

次に男性の介護時間、行動者率を確認する。表 5-1 によれば、男性の介護時間は約 130 分前後で横ばいである。行動者率は、微増の傾向はあるものの、常に女性の 3 分の 1 ほどである。人口減少、少子高齢化の進行により、今後は男性介護者の問題も大きくなるであろう。しかしながら、介護保険制度開始後、女性の介護時間は一貫して減少傾向にあること、そして、その一方で、女性の行動者率は上昇傾向にあることから、介護保険のサービス利用と女性の介護時間の因果関係を明らかにしておくことには一定の意義を見出すことができよう。

¹⁴ この点について、厚生労働省が実施する「国民生活基礎調査」の介護票は、同居の主な介護者の介護時間を「ほとんど終日」、「半日程度」、「2～3 時間程度」、「必要なときに手をかす程度」等に区分し、要介護度別に同居の主な介護者数をこれらの区分に当てはめて集計している。2016 年に実施された「国民生活基礎調査」では、同居の主な介護者約 5 万 8 千人を先に述べた介護時間に応じて分類している。そのうち、「必要なときに手をかす程度」が最も多い 44.4%である一方で、「ほとんど終日」と答えている者がその次に多い 22.1%となっている。「半日程度」までを含めると 33%にのぼる。

表 5-1 女性・男性の介護労働の行動者時間・行動者率の推移(全国・週全体)

(単位：分、%)

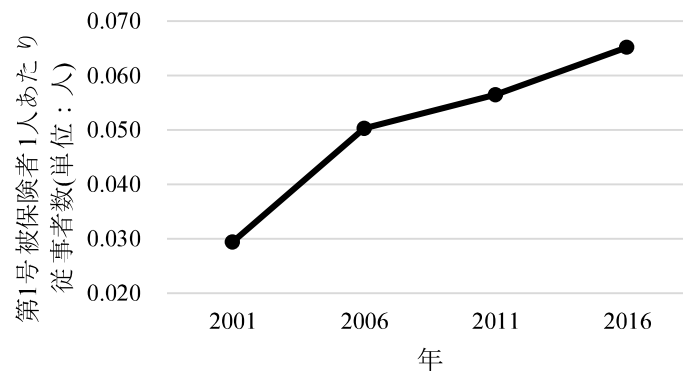
	1996 年		2001 年		2006 年		2011 年		2016 年	
	時間	行動者率	時間	行動者率	時間	行動者率	時間	行動者率	時間	行動者率
女性	164	3.1	136	3.7	134	3.6	124	3.9	122	4.6
男性	151	0.8	123	1.1	132	1.3	123	1.3	126	1.6

(出所：総務省「社会生活基本調査」より作成)

2.2 介護サービスの供給要因の変化

次に介護サービスの供給要因の推移について確認しておく。介護サービスの供給体制を考える上で重要な要因として考えられるのが、介護サービスに従事する者の数である。なぜなら、介護サービスは比較的、労働集約的な産業だからである。特に、家族介護者の負担軽減を考えた場合、居宅サービスへの従事者数の増減が重要となってくるであろう。図 5-1 には全国ベースでみた第 1 号被保険者 1 人あたりの居宅サービス従事者数の推移を示している。「介護サービス施設・事業所調査」によれば、居宅サービス従事者数は、介護保険制度がスタートした直後の 2001 年には約 68 万人だったところ、2016 年には約 224 万人まで増加している。ただし、これらの人数は、居宅サービスを構成する様々なサービスに従事するのべ人数の合計なので、実人数はこれらの数字よりも少ないと考えられる。

以上にみてきたとおり、介護保険によるサービスの供給がはじまってから、女性の介護時間は概ね減少傾向にある。また、サービスの供給体制も制度の浸透とともに拡大してきているといえよう。しかしながら、両者のデータを個々に追いかけるだけでは、介護保険制度が介護の社会化を促しているかどうかを明らかにすることはできない。本章で明らかにすべきは、介護サービスの利用が女性家族介護者の負担軽減につながっているかという点である。そこで、次節で関連する先行研究について議論する。



(出所：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「介護保険事業状況報告」より作成)

図 5-1 第 1 号被保険者 1 人あたり居宅サービス従事者数の推移

3 先行研究

3.1 先行研究の概要

本節では本章に関連する先行研究を検討する。表 5-2 には、介護保険と家族介護者の負担の関係について議論した主要な先行研究を示している。

制度開始直後に行われた研究として、清水谷・野口(2003)を挙げることができる。清水谷・野口(2003)では、長時間介護が解消されない原因を、介護サービスの自己負担分の回避、介護サービスと家族介護の代替不可能性、遺産動機に求めている。

また、Tamiya et al.(2011)と菅・梶谷(2014)では、2000 年の介護保険制度制定を一種の社会実験とみなして、その前後で、トリートメントグループとコントロールグループそれぞれの介護時間の変化を比較する DID 推定を行っている。

Tamiya et al. (2011)は、「国民生活基礎調査」のデータを用いて、介護保険導入前の 1998 年と 2004 年のデータを比較している。推定に際しては、介護サービスの利用者をトリートメントグループ、非利用者をコントロールグループとしている。その結果、介護サービスが平均的介護時間を 1 日あたり 0.81 時間(48.6 分)減少させ、その他の活動を 0.67 時間(40.2 分)増加させたと結論づけている。しかしながら、低所得者では介護時間に対

する減少効果は認められていない。

菅・梶谷(2014)においても、「社会生活基本調査」の1996年、2006年のデータを用いてDID推定を実施している。菅・梶谷(2014)では、介護保険第1号被保険者となる65歳以上の家族を介護する者をトリートメントグループ、介護保険第1号被保険者とはならない64歳以下の家族を介護する者をコントロールグループとしている。菅・梶谷(2014)では、介護時間を決定する要因として女性介護者の学歴、介護者の配偶者の有無、年齢といった、家族介護者の属性を選択している。分析の結果、女性のうち、短大・高専以上の高学歴グループで、介護保険導入の介護時間への負の効果が報告されている。Tamiya et al.(2011)および菅・梶谷(2014)の結果から、学歴が高くなく、低所得の女性介護者には介護サービスに対する自己負担額の制約が存在し、結果として介護時間が増加してしまうことが考えられる。

黒田(2014)では、「社会生活基本調査」の2001年、2011年のデータを用いて、Oaxaca=Blinder分解を実施して、2001年と2011年の介護時間の差をもたらす要因を探っている。黒田(2014)によれば、30-50歳代の介護をしている女性正社員で、世帯員以外の介護の助けがあれば介護時間が減少するとしている。しかしながら、支援の回数が増加すると、逆に介護時間も増加してしまうという結果となっている。したがって、黒田(2014)は、介護保険の導入による効果は一部では認められるものの、介護サービスが介護時間の軽減につながっているかどうかは必ずしも明確ではないとしている。この点について、黒田(2014)では、要介護度の重度さをコントロールするため、要介護者に占める要支援者の割合を説明変数としてモデルに追加している。しかしながら、介護時間に大きな影響を及ぼすのは、要支援者のような軽度の要介護度の変化ではなく、より重度の要介護者の要介護度の変化であろう。なぜなら、要介護度が上昇すれば、それだけ介護時間も増大することが考えられるからである。したがって、黒田(2014)の推定では、要介護度の変化が充分コントロールされておらず、サービスの利用と介護時間の因果関係を捉えきれていない可能性がある。

また、直接、家族介護者の介護時間の決定要因を探ったものではないが、居宅サービスの利用が家族介護者の負担軽減につながっているかどうかを検証した研究として菊池(2012)がある。菊池(2012)では、同居の家族介護者が存在することによって介護サービスの利用量がどう変化するかを、福島県三春町の個票データを用いたプロビット推定で検証している。推定結果によれば、同居の家族介護者や配偶者が存在すると、

訪問系サービスの利用が抑制されるものの、要介護度が上昇すると、同居家族や配偶者が存在する方がサービスの利用が高くなることが報告されている。また、通所系サービスでは、同居の家族介護者及び配偶者が存在すると、当該サービスの利用が促進されるという結果が得られており、当該サービスが家族介護者のレスパイト・ケアとして機能している可能性が示唆されている。以上から菊池(2012)は、㊦ 家族による介護労働は、要介護者の介護度が軽度の間は代替機能を有するが、重度になると、むしろ利用を拡大させる、㊧ 通所系サービスは家族介護を一時的に代替するため、同居の家族介護者が存在する場合、当該サービスの利用を拡大させるとの結論を下している。

表 5-2 介護サービスと家族介護者による介護時間の関係を検証した主要な先行研究

論文	データ	対象年	推定方法	主な結論
清水谷・野口 (2003)	高齢者の介護利用 状況に関するアン ケート調査 (個票データ)	2001 年、2002 年	プロビットモデル	長時間介護に及ぶ要因は、介護サー ビスの自己負担分の回避、家族介護 との代替不可能性、遺産動機と結論
Tamiya et al. (2011)	国民生活基礎調査 (個票データ)	1998 年、2004 年	DID モデル、トー ビットモデル	介護サービスが平均的介護時間を減 少させていると結論
菊池(2012)	福島県三春町の個 票データ	2001 年から 2007 年まで	プロビットモデル	要介護度が軽度の間は、介護サービ スが介護負担を軽減すると結論
菅・梶谷(2014)	社会生活基本調査 (個票データ)	1996 年、2006 年	DID モデル、トー ビットモデル	介護サービスが高学歴女性の介護時 間を有意に減少と結論させていると 結論
黒田(2014)	社会生活基本調査 (個票データ)	2001 年、2006 年、 2011 年	Oaxaca=Blinder 分 解	介護時間減少の要因の一部を介護サ ービスとするものの、特定化はでき ないと結論

(出所：筆者作成)

3.2 本章で明らかにすべき課題は何か

以上で検討してきたように、先行研究によれば、概ね介護保険制度が開始されたことによって、特に女性の介護時間が顕著に低下してきたと結論づけることができよう。しかしながら、黒田(2014)が指摘しているとおり、介護サービスの利用が介護時間の低下を促しているかどうか、なお、不明な点も多い。また、先行研究では、介護時間の決定要因を、介護者の性別、学歴、所得、といった介護者の属性に求めるものが多かった。これらは介護サービスを需要する側の要因である。したがって、介護サービスの供給体制の拡充に裏付けられたサービス利用の増加が介護時間に及ぼす影響については、必ずしも明らかになっているとはいえない。また、先行研究において多く利用されてきた「社会生活基本調査」は、繰り返しクロスセクションのデータなので、個票データといえども、同一の人物を追いかけたデータではない。したがって、DID 分析による推定を実施したとしても、供給された介護サービスの利用量の変化といった要因を捉えることは不可能である。つまり、供給サイドの要因が介護時間と需要サイドの双方に影響をおよぼしているという内生性の影響をコントロールできていない可能性が考えられる。

そこで本章では、先行研究では十分に捉えられていなかった供給サイドの要因をモデルに組み込んで、女性の介護時間の決定要因を探ることとする。特に、供給サイドのみに影響を与える外生的な要因を利用することによって内生性に対処する。本章の推定で重要となってくるのは、介護サービス市場における供給サイドの要因である。この要因は介護サービス市場へのサービス供給量となってアウトプットされてくる。したがって、これらの要因は集計データという形で把握されることになる。このような介護サービスの供給量の変化を捉えるためには、現状では集計データを利用するしかない。先行研究では、個票データを利用した推定が多かったが、個票データにしても結局は同一の人物を継続して追いかけているわけではない。したがって、集計データを利用したからといって、従来の先行研究に比べて著しく推定精度が下がるということはないであろう。

4 データ

被説明変数の女性の介護時間は「社会生活基本調査」から得ている。15 歳以上の女性の行動者時間を利用した。「社会生活基本調査」は 2001 年、2006 年、2011 年、2016 年の 4 期間に亘って実施されているので、その他の変数は全てこれらの時点に接続するデ

ータを整理した。

以下では、女性の介護時間を決定する要因に関わる説明変数について議論するが、この要因を介護保険の居宅サービス市場の需要サイドと供給サイドにわけて整理することとする。

需要サイドにおける主たる説明変数の要支援・要介護者1人当たり居宅サービス給付量は、「介護保険事業状況報告」から得ている。当該年度の累積給付単位を、同じく当該年度末時点の要支援・要介護者数で除して、要支援・要介護者1人当たり居宅サービス給付量を求めた。なお、介護保険はサービスごとに給付単位数を定めており、この給付単位に1単位の単価を乗じて介護報酬が算定される。累積給付単位は、当該年度末時点における当該年度に利用された給付単位の合計を指し、どれくらいの介護サービスが利用されたかの量的な目安となる。

また、需要サイドのその他の説明変数として、以下の5つの変数を用意する。まず、都道府県別の平均要介護度である。ここでいう平均要介護度は、次のとおり計算している。

$$\text{平均要介護度} = 0.375 \times \frac{\text{要支援認定者の総数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}} + \frac{\sum_{i=1}^n i \times \text{要介護度}i\text{の認定者数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}}$$

ただし、要支援者に関して、要支援者のシェアに、0.375 を乗じているのは、厚生労働省(2014)の資料に倣っている¹⁵。平均要介護度は、供給側が介護サービス市場を取り巻く環境を考慮する際の要因として考えられる変数である。平均要介護度を説明変数として利用するのは、3.1 でも指摘したとおり、黒田(2014)では、必ずしも要介護度のコントロールが充分ではなかったからである。平均要介護度を説明変数として追加することで、要介護度が一定のまま、居宅サービスの利用量を増加させたときの介護時

¹⁵ 厚生労働省社会保障審議会『平成27年度介護報酬改定にむけて(特定施設入居者生活介護等について)』の資料に平均要介護度算出の考え方が記されている。それによれば、要支援者については、「利用者数に0.375を乗じて平均要介護度を算出」している。しかしながら、0.375という数字の根拠については特段言及されていない。

間の変化を捉えることができる。

次に、要支援・要介護認定率を利用する。これは「介護保険事業状況報告」から得た当該年度末時点における第1号被保険者に関する要支援・要介護者数を同じく当該年度末時点における第1号被保険者数で除したデータである。

さらに、世帯主の収入および世帯主の配偶者の収入を想定した。女性家族介護者の介護時間の決定要因として、女性、男性を問わない家族介護者の機会費用が考えられるからである。データは「家計調査」から得ている。なお、本章の分析で想定している女性家族介護者は、必ずしも世帯主の配偶者に限っているわけではない。さらに、世帯主が男性、世帯主の配偶者が女性という図式が必ずしも成立するわけでもない。しかしながら、世帯主と世帯主の配偶者はそれぞれ、自己の収入を機会費用としてとらえ、介護労働にどれだけ時間を割くかを決定し、その結果として、女性の介護時間も変化することが考えられる。したがって、機会費用の目安となる世帯主および世帯主の配偶者の収入も需要側の要因としてモデルに含めることにする。

需要側の最後の要因として都道府県ごとの第1号被保険者数に対する介護3施設の在り者数を想定する。ここでいう介護3施設は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を指す。介護保険法上、施設サービスとして整理されるサービスを提供している施設のことである。データは「介護サービス施設・事業所調査」から得ている。

供給側の要因として考えられるのは、生産要素としての労働である¹⁶。ここで労働投入として用意したのは、居宅サービスに従事する者のうち、介護福祉士の有資格者であり、かつ常勤として勤務する者の人数である。ここで労働投入量を常勤の有資格者に限ったのは、次のような理由による。居宅サービスへの労働投入は需要サイドの影響を受けることも当然、考えられるが、需要サイドの影響により敏感に反応するのは、非常勤のサービス従事者であり、事業所にとってより固定的に投入量を決定するのは有資格かつ常勤の従事者であるからである。つまり、有資格かつ常勤の従事者はより外生的といえることができる。有資格かつ常勤の従事者数は「介護サービス施設・事業所調査」から

¹⁶ 介護サービスの生産要素は労働と資本である。居宅サービスに関する資本投入を表す変数として、居宅サービスの事業所数などが考えられる。しかしながら、居宅サービスに関しては、施設サービス以上に労働集約的であるし、事業所数は従業員数と正の相関が予想される。したがって、推定には資本投入に関する変数を含めていない。

得ている。なお、有資格かつ常勤の従事者数は、居宅サービス従事者数と地域密着型サービス従事者数の合計としている。この合計した従事者数を第1号被保険者数で除している。

モデルの詳細は次節で検討するが、供給側の要因は操作変数として用いられる。さらに、操作変数として介護3施設の定員数を利用する。需要側の要因として想定した介護3施設の在所要者数は、当然のことながら3施設の定員の制約を受けており、内生的であることが考えられるからである。データは「介護サービス施設・事業所調査」から得て、第1号被保険者1人あたりの介護3施設の定員数を計算した。

表5-3で各データの記述統計量を示している。また、図5-2および図5-3において、女性の介護時間と主たる説明変数についての散布図を示している。いずれの説明変数も、女性の介護時間と負の相関関係を見出すことができる。では、これらの説明変数と女性の介護時間との間にどのような因果関係が存在するのだろうか。次節で、因果関係を明らかにするためのモデルについて議論する。

表 5-3 記述統計(サンプルサイズ：188)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
女性の介護時間(分)	129.62	21.41	92.00	201.00
居宅サービス給付量(百単位)	789.17	197.33	399.07	1231.43
居宅サービス自己負担額(百円)	743.66	215.25	264.99	1744.75
認定率	0.16	0.03	0.09	0.22
平均要介護度	2.16	0.16	1.76	2.52
世帯主の配偶者の収入(百円)	589.20	219.97	177.84	1288.30
世帯主の収入(百円)	4224.70	502.54	2768.00	5384.50
介護福祉士(常勤)(人)	0.005	0.003	0.001	0.013
3施設の在所要者数(人)	0.029	0.006	0.018	0.048
3施設の定員数(人)	0.031	0.006	0.019	0.050

(出所：筆者作成)

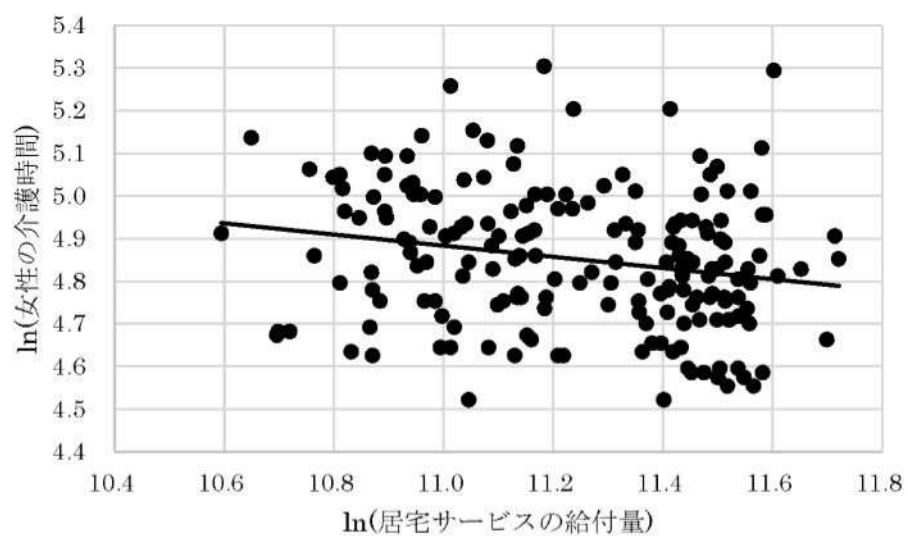


図 5-2 居宅サービスの給付量と女性の介護時間の関係

(出所：筆者作成)

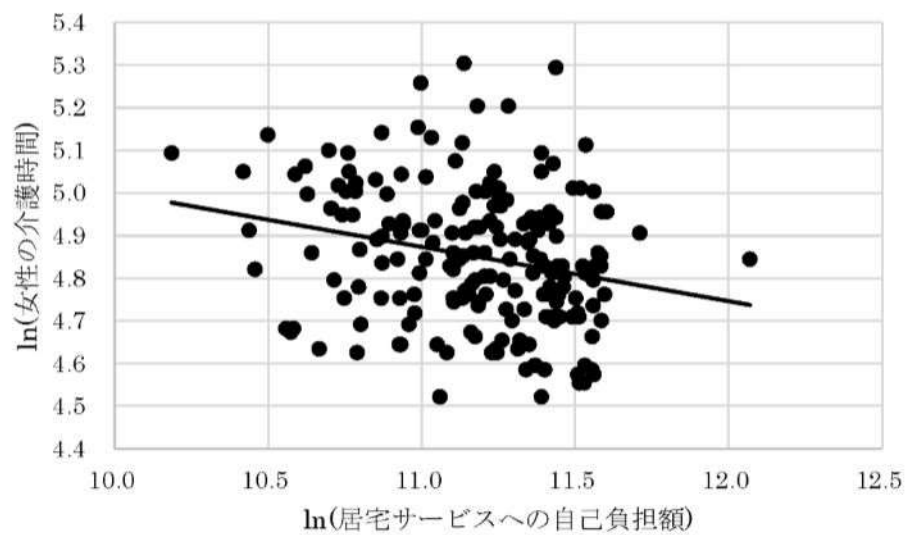


図 5-3 居宅サービスへの自己負担額と女性の介護時間の関係

(出所：筆者作成)

5 モデル

本章では、都道府県別パネルデータを利用して、介護サービスのうち、居宅サービスの給付が女性の介護時間を減少させているかを検証する。居宅サービスの給付量は、供給要因と需要要因の双方によって決定される。そこで本章では、この点をふまえ、供給要因と需要要因の双方を考慮することができる同時方程式モデルを用いて仮説を検証することとする。

女性の介護時間とサービスの利用量との間には内生性が存在することが考えられる。固定効果モデルで推定すれば、時間を通じて変化しない要因による内生性に対処することができる。時間不変の要因として、例えば、老親の介護は女性がすべきといったような地域の文化的背景などが考えられる。この場合、女性の介護時間が多く、サービス利用量は少なくなるだろう。一方、2SLS に基づけば、時間を通じて変化する要因による内生性に対処することができる。本章では、主に、居宅サービスの供給サイドの要因によってそれらをコントロールすることになる。さらに、本章では固定効果操作変数法に基づく推定も実施する。固定効果モデルと操作変数法を組み合わせることによって時間不変の要因と時間可変の要因双方の内生性に対処することができるからである。

なお、注 13 でも議論したとおり、女性の介護時間に関しては、繰り返しのクロスセクションデータである。しかしながら、女性の平均介護時間のデータと、その他の集計データを都道府県単位に 2001 年から 2016 年までの 4 時点に亘って整理することによって、これらのデータが当該都道府県における介護サービス市場の属性と見なしうるようになる。したがって、本章において整理されたデータは、都道府県別パネルデータとして、上述のモデルに基づく推定が可能となる。

要支援・要介護者 1 人当たり居宅サービス給付量を内生変数として、供給曲線をシフトさせることで需要側の女性の介護時間を説明することを試みる。また、居宅サービス給付量と関連して、居宅サービスに対する自己負担額も主たる説明変数とした。つまり、自己負担額を増加させると、介護時間が減少するかどうかを検証する。なお、サービスの利用量と自己負担額の間には高い相関関係が予想されるので、それぞれ、別のモデルとして推定する。推定式は以下のとおりである。

(5.1.1)は、居宅サービス給付量を被説明変数とし、供給サイドの要因を説明変数とした推定式である。労働投入量を第 1 号被保険者 1 人あたりの介護福祉士の有資格かつ常

勤の居宅サービス従事者数としている。さらに操作変数として第1号被保険者1人あたりの3施設の定員数を追加している。さらに、需要サイドの3施設の在所要者数は内生的であるので、在所要者数を決定する操作変数として3施設の定員数も供給サイドの推定式に追加する。なお、自己負担額を被説明変数とした場合も(5.2.1)に示しているとおり、同様に推定する。

(5.1.2)は、需要サイドに関する推定式で、女性の介護時間を被説明変数としている。本章における仮説の検証は、専ら需要サイドの推定式を評価することで行われる。主たる説明変数を居宅サービス給付量とする。このサービス給付量は、第1段階の供給サイドで推定された理論値となる。従たる説明変数は、認定率、平均要介護度、世帯主の配偶者の収入、世帯主の収入、3施設の在所要者数である。(5.2.2)は、主たる説明変数を居宅サービスの自己負担額とした場合である。

推定に際しては、すべての変数の自然対数をとっている。供給サイド、需要サイドの双方を考慮した同時方程式モデルは、2SLSの手法で推定される。本章のモデルの場合、供給サイドの推定が1stステージということになる。さらに本章では、比較検討のため、需要サイドのみの推定を固定効果モデルで実施する。固定効果モデルの場合、主たる説明変数の値は理論値ではなく観測値そのものである。

・供給サイド

$$\ln\left(\frac{\text{要支援・要介護者1人あたり}}{\text{居宅サービス給付量}}\right) = \alpha_0 + \alpha_1 \ln(\text{介護福祉士数(常勤)}) \\ + \alpha_2 \ln(3 \text{ 施設の定員数}) + z(\text{その他の外生変数}) \quad (5.1.1)$$

$$\ln\left(\frac{\text{要支援・要介護者1人あたり}}{\text{居宅サービスの自己負担額}}\right) = \alpha_0 + \alpha_1 \ln(\text{介護福祉士数(常勤)}) \\ + \alpha_2 \ln(3 \text{ 施設の定員数}) + z(\text{その他の外生変数}) \quad (5.2.1)$$

・需要サイド

$$\ln(\text{女性の介護時間}) = \beta_0 + \beta_1 \ln(\text{要支援・要介護者1人あたり居宅サービス給付量}) \\ + \beta_2 \ln(\text{要支援・要介護認定率}) + \beta_3 \ln(\text{平均要介護度}) + \beta_4 \ln(\text{世帯主の配偶者の収入}) \\ + \beta_5 \ln(\text{世帯主の収入}) + \beta_6 \ln(3 \text{ 施設の在所要者数}) \quad (5.1.2)$$

$$\begin{aligned} \ln(\text{女性の介護時間}) = & \beta_0 + \beta_1 \ln(\text{要支援・要介護者 1 人あたり自己負担額}) \\ & + \beta_2 \ln(\text{要支援・要介護認定率}) + \beta_3 \ln(\text{平均要介護度}) + \beta_4 \ln(\text{世帯主の配偶者の収入}) \\ & + \beta_5 \ln(\text{世帯主の収入}) + \beta_6 \ln(3 \text{ 施設の在居者数}) \quad (5.2.2) \end{aligned}$$

6 推定結果

推定結果は以下のとおりである。表 5-4 は、女性の介護時間を被説明変数とした需要サイドの推定結果であり、表 5-5 は、1st ステージ、供給サイドの推定結果である。

表 5-4 の推定結果より、すべてのモデルにおいて、居宅サービスの給付量の係数が 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスだった。居宅サービスに対する自己負担額の推定結果も同様である。したがって、認定率、平均要介護度、世帯主の配偶者の収入、世帯主の収入、3 施設の在居者数といった、居宅サービスの需要サイドにおいて女性の介護時間に影響を与える他の要因が仮に一定とするならば、居宅サービスの利用の増加や居宅サービスに対する自己負担額の増加が、おおむね介護時間を減少させることが確認された。

Tamiya et al.(2011)では、低所得者では介護時間の減少は観察されていなかった。逆にいえば、高所得で介護サービスに対して十分に支出できるのであれば、介護時間を減少させられるということである。

表 5-4 の需要サイドにおいては、認定率に関して、1%水準で統計的に有意に 0 と異なりプラスとなった。需要サイドにおける認定率の係数のプラスは、要介護度の認定と女性家族介護者による介護のスタートがセットになっていることを示唆している。つまり、介護保険制度がスタートして約 20 年が経過して、制度が社会に浸透したことにより、要介護度の認定が、介護生活がスタートする前提条件として人々に意識されていることを表しているものと思われる。

平均要介護度に関しては、有意水準にばらつきはあるものの、いずれも係数がプラスとなっている。居宅サービスの利用が一定であるならば、要介護度の上昇は介護時間の増加につながる。供給サイドのプラスは、ひとたび要介護認定されると、その後の要介護度上昇は、サービス給付量の増加を促すことを意味している。

また、表 5-4 の需要サイドにおける世帯主の配偶者の収入については、必ずしも統計的に有意とはいえなかったが、すべてのモデルでマイナスとなった。世帯主の配偶者の有償労働の収入が増加することは、時間あたりの機会費用が増加していることを意味するので、無償労働である介護時間が減少することになる。なお、世帯主の収入に関しては、統計的に有意ではなく、またモデルによって符号が異なる推定結果となった。したがって、世帯主の収入と女性の介護時間の間には因果関係を認めることはできなかった。

なお、4 節でも指摘したとおり、必ずしも男性が世帯主で、女性が世帯主の配偶者であるわけではない。したがって、少なくとも 2000 年から 2016 年に至るまで、世帯主の配偶者の収入の方が、世帯主の収入よりも、無償介護労働に関する機会費用としてより敏感に反応する推定結果となったのは、性別を問わず、世帯主の配偶者の収入の方が、無償介護労働の機会費用として認識されやすく、結果として女性の介護時間に統計的に有意に影響を及ぼしていることを示唆しているものと思われる。

最後に、3 施設の在居者数については、各モデルで有意水準がばらつく結果となったが、すべてのモデルでマイナスとなった。固定効果モデルで有意な結果が出なかったのは、操作変数を利用していないことによる内生性の影響を受けていることが考えられる。

表 5-4 推定結果

被説明変数 ln(女性の介護時間)						
説明変数	固定効果①	固定効果②	2SLS①	2SLS②	固定効果 2SLS①	固定効果 2SLS②
ln(給付量)	-0.295*** (0.080)		-0.498*** (0.123)		-0.538*** (0.143)	
ln(自己負担額)		-0.240*** (0.061)		-0.411*** (0.109)		-0.463*** (0.123)
ln(認定率)	0.497*** (0.162)	0.488*** (0.152)	0.587*** (0.187)	0.553*** (0.186)	0.786*** (0.211)	0.806*** (0.217)
ln(平均要介護度)	0.754** (0.309)	0.808*** (0.300)	0.646** (0.306)	0.695** (0.314)	0.980*** (0.310)	1.113*** (0.328)
ln(世帯主の配偶者の収入)	-0.076** (0.033)	-0.078** (0.034)	-0.014 (0.034)	-0.015 (0.035)	-0.041 (0.045)	-0.040 (0.045)
ln(世帯主の収入)	0.037 (0.128)	0.110 (0.128)	-0.169 (0.132)	-0.077 (0.133)	-0.057 (0.149)	0.072 (0.141)
ln(3 施設の在所要者数)	-0.073 (0.088)	-0.045 (0.074)	-0.271** (0.119)	-0.224* (0.118)	-0.285** (0.143)	-0.257* (0.137)
定数項	8.411*** (1.241)	7.210*** (1.088)	11.570*** (1.756)	9.869*** (1.494)	11.306*** (2.011)	9.382*** (1.611)
サンプルサイズ	188	188	188	188	188	188
\bar{R}^2	0.156	0.177	0.047	0.054	0.143	0.160

(括弧内は不均一分散に頑健な標準誤差、*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

表 5-5 1st ステージの推定結果(OLS)

被説明変数	ln(給付量)		ln(自己負担額)		ln(3 施設の在所要者数)	
説明変数	係数	標準誤差	係数	標準誤差	係数	標準誤差
ln(介護福祉士(常勤))	0.333***	(0.015)	0.361***	(0.023)		
ln(3 施設の定員数)					1.021***	(0.005)
定数項	13.066***	(0.081)	13.144***	(0.124)	0.019	(0.018)
サンプルサイズ	188		188		188	
\bar{R}^2	0.746		0.639		0.996	

(不均一分散に頑健な標準誤差を採用、*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

7 おわりに

介護保険制度の導入・浸透が介護の社会化を促しているのかといった点に関して、本章では女性の介護時間の決定要因を、同時方程式モデルに基づいて分析してきた。本章の推定結果によれば、居宅サービスの利用量増加もしくは居宅サービスに対する自己負担額の増加が介護時間の減少につながる可能性が示唆された。したがって、サービスの供給体制の拡充に裏付けられたサービス利用量の増加は、介護の社会化を促しているといえるだろう。

本章では「社会生活基本調査」から被説明変数である介護時間のデータを得ている。また、その他の説明変数も都道府県ごとのデータを用いている。本章の分析では、都道府県ごとの介護サービス市場の動向と女性の介護時間の関係を捉えることができるというメリットがある。その一方で、家族介護者 1 人ひとりの行動の変化を追ったパネルデータを用いているわけではなく、そのための限界も存在する。もともと、短時間の介護時間がさらに減少したところで、介護の社会化が進展したとはいえないだろう。長時間の介護が減少してこそその介護の社会化である。しかしながら、本章の分析では、上述の分析上の限界のため、そこまで明らかにすることはできなかった。1 日の生活時間の大部分を介護に費やしている家族介護者も一定数存在することからも分かるように、介

護時間は家族介護者 1 人ひとりの個別の事情によって大きく変動する。介護の社会化が達成されているかどうかの検証においては、こういった家族介護者個人の事情を可能な限りきめ細かく捉えた分析も必要不可欠である。さらに今後は、多様化する家族のありようにあわせたサービスも改めて検討する必要があるだろう。

第6章 コロナ禍における緊急事態宣言と介護サービス市場

1 はじめに

新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、日本では、2020年4月7日に7都府県を対象に緊急事態宣言が発出され、その後、4月16日には対象地域が全国に拡大されることになった。また、このとき、13都道府県が特定警戒都道府県とされた。緊急事態宣言そのものには介護サービスを抑制する意図はなかったものの、宣言の発出を契機として、介護サービス事業者がサービス供給を抑制した可能性が考えられる。黒田(2020)によれば、緊急事態宣言前後の2020年3月から4月にかけて、医療、福祉サービス従事者の男性の月間平均労働時間は4.8時間減少しており、労働集約的な介護サービスもその供給量が減少したことが考えられる。特に、2020年3月から4月という緊急事態宣言前後の短期間を考えた場合、長期的に生活の拠点として施設を利用する施設サービスよりも、居宅サービスの方が大きな影響を受けたと思われる。とりわけ、居宅サービスの中でも、いわゆる3密の状態に陥りやすい通所・短期入所系サービスの水準が大きく落ち込んだ可能性がある。この点に関連した議論として、井上他(2013)は、通所・短期入所系サービスは、訪問系サービスよりも自宅と事業所とのアクセシビリティ(接近性)が求められていると指摘している。したがって、緊急事態宣言の発出などにより、現在利用している通所・短期入所系サービス事業所がサービスを停止してしまうと、代替りの事業所を新たに見つけることは困難になると予想される。また、利用できなくなった通所・短期入所系サービスを、アクセシビリティがそれほど要求されない訪問系サービスに代替するといったことも起こるだろう。このような現象は特定警戒都道府県で顕著に発生した可能性が考えられる。つまり、特定警戒都道府県における介護サービスに関わる事業者、利用者は宣言の発出により、事態をより深刻に受け止め、行動を変化させた可能性があるということである。したがって、特定警戒都道府県の介護サービス市場に対して何らかの政策介入が行われたとみなすことができる。

そこで本稿の目的を次のとおりとする。特定警戒都道府県を処置群、その他の県を対照群として、緊急事態宣言が介護サービス市場におよぼした影響をDD推定の手法を用いて実証分析する。具体的には、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービ

スの要支援・要介護者1人あたりのサービス利用回数やサービス給付費を被説明変数として、緊急事態宣言前後のサービス水準の落ち込みを推定する。また、比較検討を可能とするため、訪問系サービスのサービス利用回数やサービス給付費を被説明変数とした式も推定する。

本章の推定結果によれば、2020年3月から4月にかけてのコロナ禍によって、いずれの地域においても、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービス水準の落ち込みが確認された。さらに、特定警戒都道府県では、その他の県よりも一層の萎縮が確認されたため、緊急事態宣言や特定警戒都道府県の指定が通所・短期入所系サービスにブレーキをかけたと結論づけられる。一方で、訪問系サービスについては、緊急事態宣言の影響は確認できなかった。

緊急事態宣言の影響は、供給サイドと需要サイド双方の経路をたどり、介護サービス市場、とりわけ通所・短期入所系サービスの萎縮となってあらわれたと考えられるが、供給サイドと需要サイドのいずれの影響がより大きかったかは今回の推定では明らかにできなかった。また、モデルの中に需要サイドと供給サイドの要因が混在しているため、必ずしも内生性を十分にコントロールできていない可能性も考えられる。しかしながら、いずれにせよ、要支援・要介護者や家族介護者の負担が増加していることは間違いないだろう。したがって、今後、コロナ禍において、社会経済活動に働きかける何らかの政策を実施する場合、その政策が特に介護サービスの供給体制に及ぼす影響を注意深く考慮する必要があるだろう。本稿の推定結果は、たとえその政策が介護サービスの供給を制限することを意図していなかったとしても、結果的にサービス供給を阻害する可能性があることを示唆している。

本章の構成は以下のとおりである。つづく2節で緊急事態宣言の法的根拠と緊急事態宣言が有する政策的な性質を議論する。3節では先行研究を確認する。4節で本稿の分析に用いるデータとモデルについて議論する。5節で推定結果を示す。6節はまとめにあてられる。

2 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言について

本節では、2020年3月以降、緊急事態宣言が発出されるまでの経緯を示すことによって、緊急事態宣言が有する政策の性質について議論する。

新型コロナウイルスの世界的な感染拡大を受けて、WHO が「新型コロナウイルスはパンデミックと特徴づけられると評価できる」(WHO,2020)との声明を出したのは3月11日のことである。日本においても感染拡大を受けて、改正新型インフルエンザ等対策特別措置法(以下、「改正特措法」という)が3月14日に施行されることになった。改正特措法は、2012年に施行された新型インフルエンザ等対策特別措置法(以下、「旧特措法」という)を改正したものである。旧特措法はもともと、東南アジアなどを中心に発生した高病原性鳥インフルエンザ(H5N1)のウィルスが人から人へ効率よく感染する能力を獲得し、病原性の高い新型インフルエンザが発生することが懸念され、各種対策の法的根拠の明確化など法的整備の必要性に迫られたことから制定された(厚生労働省,2012)。

改正特措法では新型インフルエンザ等に新型コロナウイルスが追加されることになった。また、旧特措法に基づいてすでに策定されている新型インフルエンザ等に関する政府行動計画、都道府県行動計画、市町村行動計画および業務計画などは、新型コロナウイルス感染症に関する事項として定められているものとみなされるようになった。

本章の目的は、コロナ禍における緊急事態宣言が介護サービス市場に与える影響について分析することにあるが、この緊急事態宣言の根拠は、改正特措法第32条に求められる。第32条は次のように定めている。新型コロナウイルスを含む新型インフルエンザ等が、「国内で発生し、その全国的かつ急速なまん延により国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼし、又はそのおそれがあるものとして政令で定める要件に該当する事態」が発生した場合、「新型インフルエンザ等緊急事態が発生した旨」を国会に報告するなどされており、これをいわゆる緊急事態宣言と定めている。なお、緊急事態宣言の事項として示さなければならないのは、実施期間、実施区域、緊急事態の概要である。

旧特措法第6条に基づき策定された「政府行動計画」には、新型インフルエンザ等対策の実施に当たっては、「基本的人権を尊重すること」と明記されている。また、「不要不急の外出の自粛要請、学校、興行場等の使用等制限等の要請等」、国民の権利と自由に制限を加える場合は「必要最小限」のものとする旨も明記されている。

ところで、特措法第24条第9項によれば、緊急事態宣言が発出される前の時点においても、都道府県知事は対策の実施に必要な協力を要請できる。緊急事態宣言が発出

されたのちは、特措法第 45 条以下が根拠となり、協力の要請、そして、協力にしたがわない場合、指示を行うことができるとされている。したがって、緊急事態宣言発出後の方が、いくぶん強い制限を社会経済活動にかけることができるものの、いわゆるロックダウンのような強制力を伴うものではないといえよう。なお、対策特別措置法第 76 条、第 77 条の場合のみ、特措法違反の行為に対して刑事罰が科される。具体的には必要な物資を確保するための都道府県知事からの命令に違反し、隠匿したり搬出したりした場合、6 ヶ月以下の懲役や 30 万円以下の罰金に処される。したがって、外出自粛要請を拒否したり、施設閉鎖指示にしたがわなかったりした場合でも刑事罰が科されるということはない。

以上にみてきたように、緊急事態宣言そのものには、社会経済活動にブレーキをかける大きな権限を認めることはできない。さらに、介護サービス市場に関していえば、政府が 3 月 28 日付で発出した「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」(以下、「基本的対処方針」という)において、「高齢者、障害者など特に支援が必要な方々の居住や支援に関するすべての関係者（生活支援関係事業者）の事業継続を要請する」として、介護サービス事業は、「緊急事態宣言時に事業の継続が求められる事業者」として分類されている。しかしながら、緊急事態宣言の効果は、むしろ心理的なところに求められるだろう。すなわち、緊急事態宣言が発出されたことによって、対象地域の人々は事態の深刻さを認識し、各種経済活動を自粛するといったことが考えられる。特に、4 月 7 日の最初の緊急事態宣言の対象となった、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、福岡県の 7 都府県と、その後追加された北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府の特定警戒都道府県では、他の地域よりも、経済活動に加わったブレーキが強度であったことが予想される。

なお、緊急事態宣言は、その後、4 月 16 日には、その対象が全国に拡大されている。人々の行動により大きなインパクトを与えたのは 13 都道府県が特定警戒都道府県に指定されたことによって、13 都道府県とそれ以外の県が明確に区分されたことであろう。そこで、本稿の分析では、特定警戒都道府県の指定によって、13 都道府県の介護サービス市場に対して、政策的な介入がなされたと想定して、これら 13 都道府県を処置群とし、その他の県を対照群として分析を行うこととする。

表 6-1 4 月 7 日緊急事態宣言発出までの経緯

月 日	主な出来事
3 月 11 日	・ WHO が新型コロナウイルスをパンデミックと評価
3 月 14 日	・ 改正新型インフルエンザ等対策特別措置法施行
3 月 26 日	・ 特措法第 15 条第 1 項に基づく政府対策本部を設置
3 月 28 日	・ 特措法第 15 条第 1 項に基づく「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を決定
4 月 7 日	・ 特措法第 32 条第 1 項に基づく緊急事態宣言を発出 ・ 「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策 ～国民の命と生活を守り抜き、経済再生へ～」を閣議決定

(出所：筆者作成)

3 先行研究

緊急事態宣言の発出によって、介護サービス市場にはどのような影響が生じたと考えられるだろうか。本節では、関連する先行研究を検討する。

2 節でも確認したように、緊急事態宣言下においても、介護サービスは継続すべき事業として分類されている¹⁷。しかしながら、たとえば、東京都板橋区の通所サービスの事業所は、4 月 7 日の緊急事態宣言を受けて、翌 8 日より通所サービスの受け入れを停止する決定を下している(NHK,2020)。このように、緊急事態宣言によって、対象地域の介護サービス事業者は事態の深刻化を認識し、休業か、休業に至らないまでも介護サービスの供給にブレーキをかけた可能性が考えられる。労働集約的な介護サービスの供給量は、サービス従事者の労働時間に比例して決定される。介護サービス従事者の労働時間は、緊急事態宣言の前後でどのように変化したのだろうか。この点について、黒田(2020)は、「労働力調査」のデータを用いて業種別の男性労働者(15～64 歳)の月間平均労働時間の変化を示している。これによれば、全業種平均の月間労働時

¹⁷ 医療・介護サービス従事者などは、いわゆるエッセンシャル・ワーカーと呼ばれる(黒田,2020)。

間は、2020年3月から4月にかけて、8.5時間減少しており、医療、福祉サービス従事者の労働時間は4.8時間減少している。したがって、介護サービスに関する労働時間も減少していることが考えられ、その分、介護サービスの供給が縮小したものと思われる。

では、数ある介護サービスのうち、具体的にどのサービスが最も影響を受けたのだろうか。介護サービスは大きく、施設サービスと居宅サービスに分けることができる。施設サービスは、長期的な契約に基づいて要介護者が生活の拠点として施設を利用するサービスなので、緊急事態宣言によって直ちにサービスの供給が大きな制限を受けることは考えにくい。一方の居宅サービスは、さらに訪問系サービスと通所・短期入所系サービスに分けることができる。このうち、訪問系サービスはヘルパーが利用者の自宅を訪れるものなので、いわゆる3密を回避できることから、比較的サービスを維持しやすいだろう。この点、通所・短期入所系サービスは、3密に陥りやすく、クラスター(感染者集団)の発生源にもなり得るので、緊急事態宣言が発出されれば、事業者は宣言発出を契機として、サービスの供給を縮小させる可能性が高いだろう。利用者側からみると、現在利用している通所・短期入所系サービス事業所が受け入れを停止すると、代替りの事業所を見つけることは非常に困難になると予想される。この点に関連する先行研究として井上他(2013)を挙げることができる。

井上他(2013)は、A市に在住する要支援高齢者の自宅を起点として、訪問系サービス事業所と通所・短期入所系サービス事業所の、それぞれとの平均距離の違いを測定している。これによれば、A市では、要支援高齢者宅を起点とした場合、訪問系サービス事業所と通所・短期入所系サービス事業所、それぞれとの平均距離は、訪問系サービス事業所の方が有意に710m遠かったとしている。これは、通所・短期入所系サービスは事業所の車で地域を巡回して送迎することが一般的であるので、訪問系サービスよりもアクセシビリティ(接近性)が重要視されているためである(井上,2013)。通所・短期入所系サービスの方が、地域的な制約が強いといえる。したがって、緊急事態宣言の発出などによって通所・短期入所系サービスの供給がストップした場合、利用者側は代替りの事業所を見つけることが困難になる。通所・短期入所系サービスは自宅に近接する事業所から提供されなければならないからである。一方、訪問系サービスについては、アクセシビリティがそれほど要求されないため、通所・短期入所系サービスを訪問系サービスで代替するといったことが生じる可能性が考えられる。ところ

で、例えば事前にケアプランで定められた通所サービスを訪問サービスに変更するといった場合には、要介護者、家族、サービス事業所などの関係者によるサービス担当者会議を開催し、その上でのケアプランの変更が必要となる。この点について、厚生労働省老健局が2020年4月10日付で各都道府県介護保険担当主管部あてに発出した事務連絡によると、通所・短期入所系サービス事業所が、新型コロナウイルス感染症対策としてサービス内容を変更する場合は、「事前に利用者の同意を得た場合には、サービス担当者会議の実施は不要として差し支えない」(厚生労働省,2020)とし、また、居宅サービス計画(ケアプラン)に係るサービス内容の記載の変更についても、「サービス提供後に行っても差し支えない」(厚生労働省,2020)としている。したがって、本稿の分析期間のような短期間においても、ある程度弾力的なサービスの供給および需要が可能になっていたと思われる。

以上にみてきたように、緊急事態宣言の発出は、供給サイドおよび需要サイドの双方に影響をおよぼしたことが考えられるが、特に、通所・短期入所系サービスに対する影響が大きかった可能性が高い。そこで本稿では主に、緊急事態宣言の発出によって通所・短期入所系サービスがどのような影響を受けたかを定量的に分析することとする。

4 データおよびモデル

4.1 介護保険事業状況報告(月報)暫定版について

本章の分析において、主に利用するデータは、厚生労働省の「介護保険事業報告(月報)暫定版」から得ている。介護保険事業状況報告は、介護保険事業の実施状況を把握することを目的として集計され、公表されている。集計事項には、保険者ごとの第1号被保険者数、要介護(要支援)認定者数、介護サービス給付費などがある。保険者のデータを都道府県がとりまとめ、厚生労働省に報告しており、年報と月報の2種類がある。これらのうち、本章の分析に利用するのは月報の暫定版である。介護保険事業状況報告は、介護保険に関する統計の中でも、最も速報性の高い統計データだといえる。

月報データのうち、第1号被保険者数や要介護認定者数などは、当月末時点のデータが記載されている。その一方で、介護サービス給付費などは、2ヶ月前のものが記

載されている。例えば、2020年5月の月報には、3月サービス給付分、4月支出決定分のデータが記載されている。本稿執筆時点で入手可能なのは、2020年6月の月報までである。したがって、介護サービス給付費に関しては、2020年4月サービス給付分、5月支出決定分までである。

なお、本章の分析に利用したデータは暫定版であるので、今後、データが変更される可能性もある。

4.2 データ

本章の推定に利用するデータの記述統計量は表2のとおりである。本章の目的は、2020年4月7日に発出された緊急事態宣言の前後で、都道府県ごとの介護サービス市場にどのような影響が生じたかをDD推定の手法を用いて推定することである。したがって、データは緊急事態宣言をはさむ2020年3月末時点のものと、2020年4月末時点のものの2時点を利用する。処置群は4月7日の緊急事態宣言の対象地域である埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、福岡県の7都府県と、その後追加された北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府の特定警戒都道府県であり、対照群はその他の県である。本稿では、緊急事態宣言によって13都道府県の介護サービス市場に介入が行われたと想定する。本稿では、特に、緊急事態宣言が居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービスの利用回数および給付費に与えた影響を推定する。なぜなら、施設サービスは、コロナ禍においてもサービスが安定的に給付されることが考えられるのに対して、居宅サービスはより敏感にコロナ禍の影響を受けることが予想されるからである。さらに、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービスは、利用者がいわゆる3密に陥る可能性が高い一方、訪問系サービスは比較的、コロナ禍においてもサービス供給が容易であると思われるからである。

「地域ダミー」は13都道府県ならば1、そうでなければ0をとるダミー変数である。「宣言ダミー」は2020年4月ならば1、2020年3月ならば0をとるダミー変数である。「地域×宣言」は、これらのダミー変数の交差項である。

被説明変数である通所・短期入所系サービスの利用量を示す「通所・短期入所回数」および「通所・短期入所給付費」は「介護保険事業状況報告(月報)暫定版」の居宅サービスの項目から得ている。これらの値を各都道府県の要支援・要介護者数で除して、要支援・要介護者1人あたりの回数およびサービス給付費としており、「通所・

短期入所給付費」は千円単位である。

通所・短期入所系サービスとの代替関係を測るために、訪問系サービスの利用量の目安となる「訪問回数」と「訪問給付費」をコントロール変数として追加する。これらも「介護保険事業状況報告(月報)暫定版」の居宅サービスの項目から得ている。これらの値も各都道府県の要支援・要介護者数で除して、要支援・要介護者1人あたりの回数およびサービス給付費としており、「訪問給付費」は千円単位である。

「平均要介護度」は、「介護保険事業状況報告(月報)暫定版」のデータを用いて、厚生労働省(2007c)で示されている、

$$\text{平均要介護度} = 0.375 \times \frac{\text{要支援認定者の総数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}} + \frac{\sum_{i=1}^n i \times \text{要介護度}i\text{の認定者数}}{\text{要支援・要介護認定者数の総数}}$$

の式を用いて都道府県ごとに算出した。

「新規感染者に占める70歳以上の率」は各都道府県において公表されている情報を利用した。3月および4月のそれぞれ1ヶ月の間の新規感染者数と、新規感染者のうち70歳以上の感染者数の数値を用いてデータを作成した。

なお、本章の分析に利用するデータの作成はすべて、要支援者も考慮している。要支援者に対するサービスの大部分は2015年度の制度改正によって、保険者ごとに実施される地域支援事業に移管されているが、一部、介護保険本体に残されているサービスもあり、これらのサービスも推定に含めているからである。

表 6-2 記述統計量

	非対象地域(68)		対象地域(26)	
	mean	std.dev.	mean	std.dev.
地域×宣言	0.0000	0.0000	0.5000	0.5000
地域ダミー	0.0000	0.0000	1.0000	0.0000
宣言ダミー	0.5000	0.5000	0.5000	0.5000
通所・短期入所回数(回数)	3.6205	0.7867	2.6382	0.6574
通所短期入所給付費(千円)	29.487	6.1997	21.967	5.3602
訪問回数(回数)	3.8802	1.4069	4.8387	1.4685
訪問給付費(千円)	13.013	4.1270	17.654	5.0268
平均要介護度	2.0633	0.1269	1.9656	0.0992
新規感染者数に占める 70 歳以上の率	0.1179	0.1473	0.1847	0.1102

(括弧内はサンプルサイズを示す)

(出所：筆者作成)

4.3 モデル

本章では、コロナ禍における緊急事態宣言が介護サービス市場に与えた影響を DD 推定の手法を用いて計算する。本稿における分析の場合、緊急事態宣言発出の背景にはコロナ禍という外生的な要因があるため、都道府県で区分されたいずれの介護サービス市場も、宣言前後で共通の影響にさらされていたと考えられる。したがって、仮に緊急事態宣言という政策介入がなければ、対象地域(処置群)と非対象地域(対照群)の結果の変化は共通していたという、DD 推定において重要な共通トレンドの仮定は満たされていると考えられる。つまり、コロナ禍という共通の外生的な影響のもとで、緊急事態宣言の対象となった地域と対象とならなかった地域に区分されたことになる。DD 推定を用いれば、緊急事態宣言の効果を測ることができるだろう。さらに、共通トレンドの仮定が成立しやすいように、コントロール変数を追加する。以下では、具体的なモデルに言及する。

3 節でも議論したとおり、緊急事態宣言によって、通所・短期入所系サービスが最も影響を受けたと考えられる。そこで、まず、特定警戒都道府県である 13 都道府県を処置群とし、その他の県を対照群とする。次に、通所・短期入所回数の対数をとったもの、通所・短期入所給付費の対数をとったものを被説明変数として、地域ダミー、宣言ダミー、地域ダミーと宣言ダミーの交差項それぞれに回帰する。

本章の推定に用いる式は以下のとおりである。

$$\ln y = \beta_0 + \beta_1 \times \text{地域ダミー} + \beta_2 \times \text{宣言ダミー} + \beta_3 \times (\text{地域} \cdot \text{宣言}) + u$$

被説明変数として用いるのは、 $\ln(\text{通所・短期入所回数})$ 、 $\ln(\text{通所・短期入所給付費})$ である。さらに、コントロール変数として、4.2 で言及した変数を追加することとする。

これらのコントロール変数のうち、平均要介護度および新規感染者数に占める 70 歳以上の率は需要サイドの要因であるといえる。

ここで新規感染者数に占める 70 歳以上の率をコントロール変数として追加した理由は次の 3 点による。第 1 が 70 歳以上の年齢層が主に介護サービスを利用する要支援・要介護者の層と一致するからである。第 2 が、高齢者層が新型コロナウイルスに感染すると、重症化するリスクが高いとされているからである。第 3 が当該変数を追加することによって、70 歳以上にとっての感染リスクの地域差をコントロールすることができるからである。DD 推定の前提条件として、処置群がランダムに選択されていることが要求されるが、この変数を追加することによって、この条件が満たされる可能性が高まると考えられる。以上 3 点の理由により、この変数をモデルに追加すれば、70 歳以上の感染リスクの高まりをコントロールした上での緊急事態宣言の効果を推定することができる。

以上の需要サイドの要因をコントロールすることによって、介護サービス市場に対して、緊急事態宣言がどのような影響を及ぼしたか、より明確になるものと考えられる。

さらに、通所・短期入所系サービスと訪問系サービスの代替関係を測るために、説明変数として訪問回数の自然対数をとったものと訪問給付費の自然対数をとったものを追加する。

なお、3 節でも議論したとおり、施設サービスは比較的長期的なサービスであり、緊急事態宣言の前後 2 ヶ月間という短期では代替が生じているとは考えにくいので、

本章の分析では考慮していない。

なお、比較検討を可能とするため、上述の $\ln(\text{訪問回数})$ と $\ln(\text{訪問給付費})$ を被説明変数としたモデルも推定することとする。

図 6-1、図 6-2 にはそれぞれ、対象地域(特定警戒都道府県)、非対象地域(その他の県)の通所・短期入所サービス利用回数の対数の平均値およびサービス給付費の対数の平均値の推移を示している。モデルにしたがえば、宣言前の対象地域と非対象地域の利用回数の平均値の差が β_1 になる。図 6-1 からは、対象地域のサービス利用回数の方が、非対象地域のそれよりも低いことがみてとれる。また、 β_2 は非対象地域において、宣言前後でどれだけサービス利用回数の平均値が変化したかを示している。図によれば変化分はマイナスである。さらに β_3 は対象地域の宣言前後の平均値の変化が非対象地域の宣言前後の変化に比べてどれだけ差があるかを示すことになるので、これが DD 推定量ということになる。サービス給付費の対数の平均値の推移を示した図 6-2 についても同様の解釈ができる。

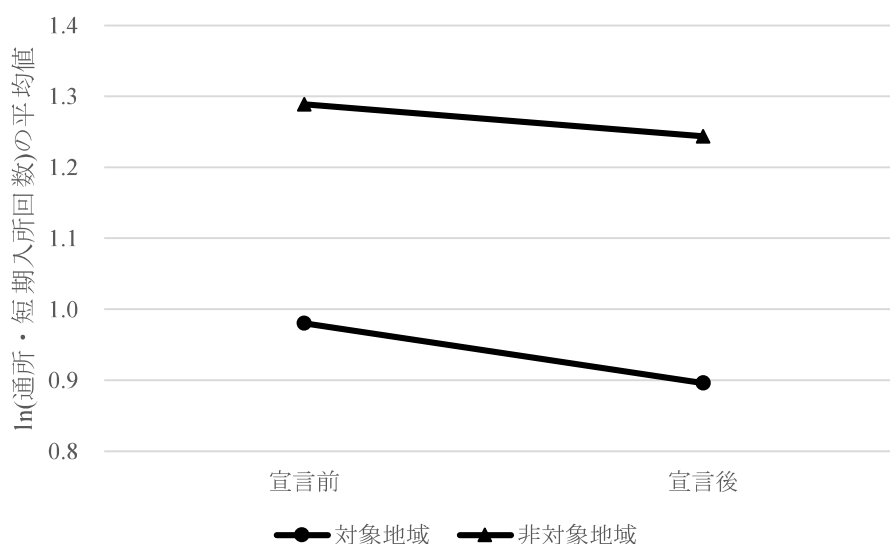


図 6-1 緊急事態宣言前後の通所・短期入所系サービス利用回数の推移

(出所：筆者作成)

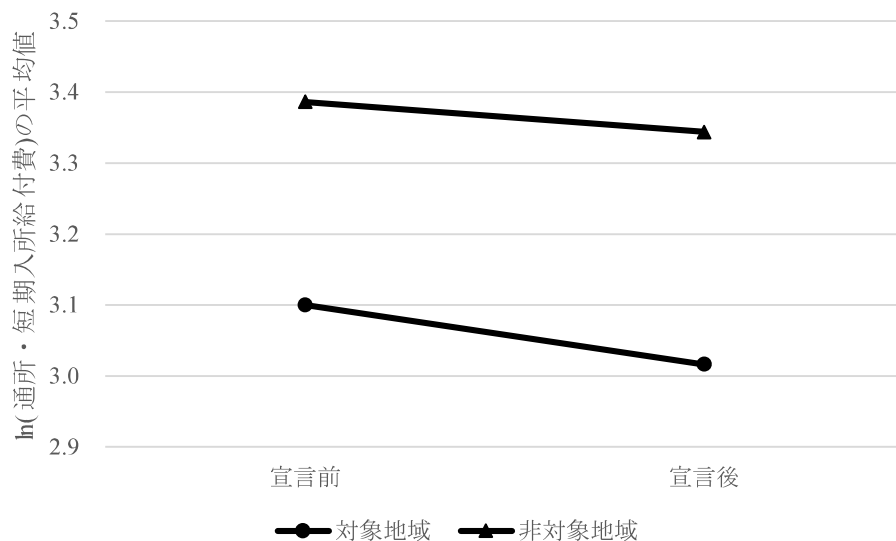


図 6-2 緊急事態宣言前後の通所・短期入所系サービス給付費の推移

(出所：筆者作成)

5 推定結果

通所・短期入所系サービスを被説明変数とした推定結果は、表 6-3 に示しておりである。被説明変数が $\ln(\text{通所・短期入所回数})$ の推定結果は(1)、(2)に、被説明変数が $\ln(\text{通所・短期入所給付費})$ の推定結果は(3)、(4)に示している。このうち、(1)、(3)はダミー変数のみ、(2)、(4)はコントロール変数を追加したものである。

DD 推定量である地域×宣言の係数は、どのモデルでも 1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスであった。値はどのモデルにおいても -0.04 程度である。したがって、対象地域(特定警戒都道府県)では、非対象地域(その他の県)よりも 4%程度、要支援・要介護者 1 人あたりのサービス給付費が低く抑えられたと評価できる。また、コントロール変数を追加しても値が大きくは変化していないということは、モデルの不偏性や一貫性はある程度保たれていることを意味している。

次に、地域ダミーを確認すると、(4)を除き、1%水準で統計的に有意に 0 と異なりマイナスであった。つまり、対象地域はもともと、非対象地域よりも要支援・要介護者 1 人あたりのサービス利用回数やサービス給付費が低かったことを意味している。

2020 年 3 月の時点で、対象地域では、非対象地域よりも介護サービス市場が縮小して

いた可能性がある。

宣言ダミーについても、すべてのモデルで、1%水準で統計的に有意に0と異なりマイナスであった。つまり、2020年3月から4月にかけてのコロナ禍によって、対象地域においても、非対象地域においても、サービスの利用や給付が等しく抑制されたことを意味している。

ところで、緊急事態宣言は、介護サービス市場の供給サイドと需要サイドの双方に働きかけたものといえる。基本的対処方針によれば、緊急事態宣言は、いわゆるロックダウンのような強制力はなく、あくまでも様々な経済活動に対して自粛を要請するものである。しかしながら、同じく基本的対処方針によれば、介護サービス事業所は「緊急事態宣言時に事業の継続が求められる事業者」として分類されている。したがって、緊急事態宣言は、政策として介護サービス供給の制限を目指すものではないが、宣言の発出によって対象地域の人々がより深刻に事態を捉え介護サービスの供給が萎縮した可能性が考えられる。地域×宣言のマイナス係数は以上のような経路を示唆しているものと思われる。

しかしながら、当然、緊急事態宣言は需要サイドにも影響を及ぼすことが考えられる。需要サイドの経路としては、宣言の発出により事態を深刻に捉えた利用者が、要支援・要介護者への感染の懸念からフォーマルな通所・短期入所系サービスの利用を抑制したことが考えられる。つまり、要介護度等に基づいて決定される本来であれば必要な介護サービスを家族介護や訪問系サービスで代替していることになる。(3)、(4)において、需要サイドの要因である平均要介護度をコントロールしても地域×宣言の係数値が、(1)、(2)に比べて有意水準が悪化せずにマイナスだった。これは、需要サイドに関わる要介護者や家族介護者の、このような心理的な要因の存在を示唆しているものと思われる。また、平均要介護度と並んで、需要サイドの要因である新規感染者に占める70歳以上の率の係数は、いずれもマイナスだったが、統計的に有意に0と異ならなかった。介護サービスの主な利用者である70歳以上の感染者が増加してくれば、通所・短期入所系サービスの利用が減少することは充分考えられるものの、2020年3月および4月の時点では、その影響は限定的であったと思われる。介護サービスを利用する高齢者層と一致する70歳以上の率をコントロールしてもなお、地域×宣言が有意にマイナスだったのは、やはり、緊急事態宣言そのものが、対象地域の要支援・要介護者に介護サービスの利用を思いとどませた可能性を示唆している。

$\ln(\text{訪問回数})$ や、 $\ln(\text{訪問給付費})$ の係数は有意水準にばらつきはあるものの、統計的に有意に 0 と異なりマイナスだった。つまり、訪問系サービスの利用を増加させることができた要支援・要介護者は通所・短期入所系サービスの利用を減少させた。したがって、3 節で議論したとおり、3 月から 4 月にかけての短期間においても、厚生労働省が意図したような弾力的なサービスの供給および需要がある程度可能となっていたことが確認された。しかしながら、その係数値はいずれも 1 を下回っていることから、訪問系サービスの利用を増加させたほどには通所・短期入所系サービスを減少させることができなかったことになる。介護保険事業は幾多の制度改正を経て、重度化の予防を重視するようになっている。特に、通所・短期入所系サービスを利用すれば、通所先で効果が明確なリハビリテーション機器を活用することによって、現状の要介護度を維持・改善することができる。また、井上他(2013)も指摘しているとおり、訪問系サービスは利用者の住む地域コミュニティとは乖離がある一方で、通所・短期入所系サービスでは、通所先の事業所で地域の利用者と交流を図れるなどの機能も有している。したがって、通所・短期入所系サービスの利用者にとっては、利用できなくなった通所・短期入所系サービスを単に訪問系サービスに置き換えれば済む問題ではないといえるだろう。

なお、 $\ln(\text{訪問回数})$ および $\ln(\text{訪問給付費})$ を被説明変数としたモデルの推定結果を表 4 に示している。推定結果から、訪問系サービスに関しては、特定警戒都道府県指定の影響をあまり受けていないことが確認された。3 節でも議論したとおり、訪問系サービスはヘルパーが利用者の自宅を訪れるものなので、いわゆる 3 密を回避できることから、比較的サービスを維持しやすいからだと思われる。井上他(2013)でも指摘されているとおり、訪問系サービスはアクセシビリティが要求されず、通所・短期入所系サービスほどには地域性にとらわれずに事業所を選択することができる。したがって、仮に緊急事態宣言によって、現在利用している訪問系サービス事業所を利用できなくなっても、比較的容易に代替りの事業所を見つけることができた可能性が考えられる。

以上の議論から、次のような結論を下すことができる。まず、2020 年 3 月から 4 月にかけてのコロナ禍によって、いずれの地域においても、介護サービス市場は萎縮した。特に、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービスが受けた影響が大きかった。さらに、緊急事態宣言の対象地域では、非対象地域よりも一層の萎縮が確認され

た。緊急事態宣言の影響は、供給サイドと需要サイド双方の経路をたどり、介護サービス市場の萎縮となってあらわれたと考えられるが、供給サイドと需要サイドのいずれの影響がより大きかったかは今回の推定では明らかにできなかった。また、モデルの中に需要サイドと供給サイドの要因が混在しているため、必ずしも内生性を十分にコントロールできていない可能性も考えられる。しかしながら、いずれにせよ、要支援・要介護者や家族介護者の負担が増加していることは間違いないだろう。したがって、今後、コロナ禍において、社会経済活動に働きかける何らかの政策を実施する場合、その政策が特に介護サービスの供給体制に及ぼす影響を注意深く考慮する必要があるだろう。本稿の推定結果は、たとえその政策が介護サービスの供給を制限することを意図していなかったとしても、結果的にサービス供給を阻害する可能性があることを示唆しているといえる。

表 6-3 推定結果①

被説明変数	ln(通所・短期入所回数)		ln(通所・短期入所給付費)	
	(1)	(2)	(3)	(4)
地域×宣言	-0.0392*** (0.0119)	-0.0416*** (0.0113)	-0.0418*** (0.0119)	-0.0456*** (0.0108)
地域ダミー	-0.3084*** (0.0811)	-0.1900*** (0.0693)	-0.2858*** (0.0808)	-0.1335** (0.0630)
宣言ダミー	-0.0451*** (0.0038)	-0.0490*** (0.0065)	-0.0422*** (0.0036)	-0.0453*** (0.0060)
ln(訪問回数)		-0.1690* (0.0957)		
ln(訪問給付費)				-0.2165*** (0.0996)
平均要介護度		0.7692*** (0.2714)		0.8178*** (0.2612)
新規感染者に占める 70 歳以上の率		-0.0301 (0.1516)		-0.0450 (0.1377)
定数項	1.2887*** (0.0344)	-0.0729 (0.6147)	3.3859*** (0.0334)	2.2520*** (0.6558)
\bar{R}^2	0.3070	0.4582	0.2869	0.4834
F 検定統計量	75.8632	36.8189	72.3901	35.6544
サンプルサイズ	94	94	94	94

(括弧内は標準誤差、頑健な標準誤差を採用。*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

表 6-4 推定結果②

被説明変数	ln(訪問回数)	ln(訪問給付費)
地域×宣言	-0.0060 (0.0243)	-0.0169 (0.0215)
地域ダミー	0.1075 (0.1199)	0.1947* (0.1037)
宣言ダミー	-0.0498** (0.0235)	-0.0412** (0.0195)
ln(通所・短期入所 回数)	-0.4201 (0.2666)	
ln(通所・短期入所 給付費)		-0.4781* (0.2709)
平均要介護度	0.2392 (0.4981)	0.3302 (0.4671)
新規感染者に占める 70 歳以上の率	0.2670 (0.3009)	0.1646 (0.2638)
定数項	1.3334 (0.8656)	3.4526*** (0.7944)
\bar{R}^2	0.1297	0.2449
F 検定統計量	2.2923	3.1678
サンプルサイズ	94	94

(括弧内は標準誤差、頑健な標準誤差を採用。*** : $p < 0.01$ 、** : $p < 0.05$ 、* : $p < 0.1$)

(出所：筆者作成)

6 おわりに

本章の目的は、コロナ禍における 2020 年 4 月 7 日の緊急事態宣言が介護サービス市場に与えた影響について議論することにあった。本稿の推定結果によれば、3 月から 4 月にかけてのコロナ禍によって、13 都道府県とそれ以外の県双方において、介護サービスのうち、通所・短期入所系サービスの給付回数や給付費の落ち込みが観察された。さらに、その落ち込みは 13 都道府県の方がより大きかったことが分かった。つまり、緊急事態宣言にともなって特定警戒都道府県に指定された対象地域では、非対象地域よりも一層の介護サービス市場の萎縮が確認されたということになる。したがって、緊急事態宣言そのものは介護サービス市場に制限をかけるような政策ではなかったにも関わらず、介護サービスの事業者や利用者に事態を重く受け止めさせ、結果として市場を萎縮させる効果をもたらしてしまったと結論づけることができる。

本章では、2020 年 3 月から 4 月にかけてのコロナ禍の短期的な影響を DD 推定の手法を用いて分析してきた。しかしながら、利用できるデータの制約により、モデルの中に供給サイドと需要サイドの要因が混在することとなり、内生性を十分に除去できていない可能性も考えられる。今後は、より詳細なデータの蓄積を待って、推定精度を上げることが求められるだろう。

終章

本研究の目的は、2014 年度の制度改正、制度運用の見直し(介護給付適正化事業)、コロナ禍という外生的なショックが、介護サービス市場の需要サイド、供給サイドのさまざまな経路を辿りながら、最終的に、女性家族介護者の負担軽減とどのような関係性を有しているかを明らかにするところにあった。つまり、ばらばらに論じられることの多い個別の制度改正などの効果を、最終的に女性家族介護者の介護時間で測ることを意図したといえる。本研究では、このような問題意識のもと、介護給付適正化事業と 2014 年度改正の効果を実証分析し、そのうえで、女性家族介護者の負担軽減が継続しているかを確認した。さらに、コロナ禍という外生的なショックが介護サービス市場におよぼした影響を実証分析した。分析の結果、介護給付適正化事業、2014 年度改正を経てもなお、女性家族介護者の介護時間の減少傾向は続いていた。しかしながら、コロナ禍によって介護サービス水準の落ち込みも確認されていることから、今後も負担軽減が継続するか注意が必要である。以下で、各章の分析結果を振り返り、本研究の結論を述べる。

第 1 章では、介護サービス市場の特徴を分析するとともに、介護保健制度改革の歴史を振り返った。介護サービス市場は準市場であるため、制度の持続可能性が危ぶまれると、政府は何らかの対策を講じる必要に迫られる。具体的にどのような制度改正がなされたかは第 1 章で議論したとおりであるが、制度改正の方向性はおおむね、要介護度の程度が軽い高齢者に対するサービスの簡素化と予防重視であった。したがって、このような方向性を持つ制度改正が介護サービス市場に対していかなる変容をもたらすか、その帰結を注意深く見守る必要がある。

まず第 2 章において適正化事業等の内容を確認し、事業効果の実証分析を試みた。適正化事業等とは、機械的な介護サービスの削減を目指すものではなく、提供される介護サービスが真に要支援・要介護者の自立につながるかという視点に基づいて、要介護認定からサービスの給付まで、介護保険制度の運用全般を見直すというものであった。適正化事業等の推進に際しては、介護サービスの供給サイドを構成する国、都道府県、保険者にそれぞれの役割が与えられていた。このように、適正化事業等は主に介護サービスの供給サイドに行動変容を促す事業だといえる。供給サイドを構成する 3 者のうち都道府県には保険者を指揮監督する役割が与えられていた。特に当該都

道府県内の保険者間において、要介護認定にばらつきが生じることを抑制する役割が期待されていた。しかしながら、事業目的を達成しようとするあまり、要介護認定が過度に厳格化するようなことがあってはならない。このような視点のもと第2章では、都道府県ごとの平均要介護度を被説明変数とし、国、都道府県、保険者それぞれの適正化事業等への支出金を説明変数として、データを都道府県パネルの形式に整理して固定効果モデルで推定を行った。推定の結果は、都道府県の支出金は平均要介護度を引き下げる一方で、保険者の支出金は平均要介護度を押し上げていた。総合的に考えると、適正化事業等は必ずしも過度に要介護度認定を厳格にしているわけではないとの結論が得られる。

適正化事業等は適切な制度運用を目指すものなので、制度改革と直接的な関係があるわけではない。しかしながら、適正化事業等には制度改革を後押しするような効果があるものと思われる。実際、2014年度改正が反映された介護保険制度のもとでスタートした介護保険の第6期事業計画期間(2015年度～2017年度)からは、適正化事業等の計画期間と介護保険の事業計画期間が一致するように定められている。そこで第3章および第4章ではこの2014年度改正をとりあげ、当該改正が介護サービス市場におよぼす影響を実証分析した。2014年度改正では、2006年度改正時に創設された地域支援事業が大きく再編されることになった。重度化の予防重視は2006年度改正より謳われていたものだが、その方向性はさらに強まった。また、要支援者に対するサービスが介護予防・日常生活支援総合事業に移管されるようになった。予防重視の姿勢は介護サービスの需要サイドの行動変容を促し、結果的に介護サービスの給付を節減する一方で、総合事業の再編は供給サイドに大きな行動変容を迫ったものであった。

第3章では、地域支援事業が本来の目的である重度化予防を実現し、その結果、介護サービス給付費が節減されているかどうかを実証分析した。2014年度改正をはさむ、2014年度、2015年度、2016年度の3年度の保険者別のデータをパネルデータの形に整理して、要介護者に対する介護サービス給付費を被説明変数、予防事業等に対する支出金を説明変数として固定効果モデルで実証分析を行った。分析の結果、ある程度の節減効果が確認された。2014年度改正で地域支援事業における予防事業が充実したことによって、サービス給付が有意に節減されたといえるが、係数の絶対値は1を超えておらず、効果は経済的に大きいとはいえない。しかしながら、重度化予防は要介護者の生活の質にも関わってくるものなので、予防事業は引き続き充実されるべ

きであろう。

第4章では、2014年度改正における総合事業の再編には移行期間が設けられていたところに着目した。移行期間内の総合事業早期実施要因を探ることによって、要支援者をめぐる介護環境にどのような変化が生じたのかを明らかにした。移行期間内に早期実施できた保険者に1を、そうでなかった保険者に0を付し、この2項変数を被説明変数として、2014年度末時点の要支援・要介護者数に占める要支援者数の割合に回帰した。推定は線形確率モデルとプロビットモデルに基づいて行った。推定の結果、要支援者率が高いと、早期実施の確率が高まったという結論が得られた。つまり、保険者は総合事業の実施によって、要支援者に対するサービスを総合事業に移管することによって、介護費用の節減効果を得ようとしたと考えられる。これが軽度者の切り離しにつながらないか、注意が必要である。

以上にみてきたように、本研究では主に適正化事業等と2014年度改正が介護サービス市場におよぼした影響について分析してきた。問題はこのような改正を経てもなお、家族介護者の負担軽減が継続しているかどうかである。

第5章では「社会生活基本調査」の都道府県別に集計されたデータをパネルデータとして2001年から2016年までの4時点に亘って整理して、都道府県ごとの介護サービス市場に供給され、需要される居宅サービスが、女性の介護行動者の介護に係る行動者平均時間を減少させているかどうかを推定した。第5章で集計データを利用した推定を行ったのは、介護サービス市場に供給される介護サービスは、介護サービスの需要量と女性の介護時間の双方に影響をおよぼしているという内生性の影響をコントロールするためである。推定には同時方程式モデルを用いた。第5章では介護時間の減少をもたらしている要因を介護サービス市場におけるサービスの利用量に求めることによって、介護サービスの利用と介護時間の間をつなぐ因果関係の一端を明らかにした。また、操作変数を用いた同時方程式モデルに基づくため、内生性にもある程度対処できているといえる。推定の結果、居宅サービスの利用増加、もしくは居宅サービスに対する自己負担額の増加が女性の介護時間の減少をもたらしていることが確認された。したがって、第2章から第4章までで議論した適正化事業等や制度改正を経てもなお、女性家族介護者の介護時間の減少傾向は継続しており、その減少傾向は介護サービスの利用に裏付けられていると結論づけられる。

本研究では介護保険サービス市場に変容を迫るものとして、主に適正化事業等と制

度改正をとりあげ、それらの影響を分析することに主眼をおいてきた。適正化事業等や制度改正は、進行する少子高齢化や逼迫する介護財政など、我が国の介護サービス市場に構造的に内在する要因によってその実施を迫られたといえる。したがって、適正化事業等や制度改正は介護サービス市場に変容を促す内生的な要因と考えることができる。一方で、まったくの外生的な要因が介護サービス市場にショックを与える場合もある。2020年初頭よりはじまったコロナ禍は、外生的な要因の最たるものといえよう。第6章では、2020年4月に発出されたコロナ禍における緊急事態宣言が介護サービス市場におよぼした影響について実証分析した。第6章ではDD推定の手法を用いて緊急事態宣言の前後で、特定警戒都道府県に指定された地域とそうではない地域の間で、介護サービスの利用量に差が生じたかどうかを推定した。推定の結果、2020年3月から4月にかけてのコロナ禍によって、いずれの地域においても、居宅サービスのうち、通所・短期入所系サービス水準の落ち込みが確認された。さらに、特定警戒都道府県では、その他の県よりも一層の萎縮が確認されたため、緊急事態宣言や特定警戒都道府県の指定が通所・短期入所系サービスにブレーキをかけたと結論づけられる。一方で、訪問系サービスについては、緊急事態宣言の影響は確認できなかった。

以上の第2章から第6章の分析結果から、少なくとも、要介護度1以上の要介護者が居宅サービスを利用することを抑制するような制度改正は望ましくないとの主張ができるだろう。なぜならば、第5章の分析結果から女性家族介護者の介護時間の減少は、介護保険制度創設以降現在に至るまでの居宅サービスの拡充に裏打ちされていたし、その間に実施された第2章から第4章の制度改正等は、要介護度1以上の要介護者が居宅サービスを利用することを制限するものではなかったからである。

要介護度の程度が軽い者に対するサービスを簡素化するときは、重度化の予防もあわせて実施しなければならない。そして、重度化した場合には、必要な介護サービス、特に居宅サービスを適切に受けられるような体制を確保しておくことが必要不可欠である。平時より介護サービスの十分な供給体制を維持しておくことは、今般のコロナ禍のような外生的なショックに見舞われたときに、介護崩壊のような事態に陥るリスクを軽減するだろう。

謝辞

本研究の遂行には大変多くの方にお世話になりました。ここに深く感謝の意を表します。

本研究は、青森公立大学大学院経営経済学研究科博士後期課程において、主査の木立力教授、副査の森統教授、大矢奈美教授の指導の下で行ったものです。主査、副査の先生方には丁寧なご指導ご鞭撻を賜り、心から感謝申し上げます。また、富岡淳准教授(明星大学)、小寺俊樹准教授の両先生からも本研究に対し様々なご指導を賜りました。さらに、学内の研究報告会では、研究科長の藤井一弘教授、河野秀孝教授をはじめとする多くの先生方から有益なコメントを頂戴しました。ここに記して謝意を表します。さらにヒアリングにご協力いただいた青森県健康福祉部高齢福祉保健課高齢者支援・介護保険グループに感謝申し上げます。最後に、教務に関する様々な連絡・手続きを行っていただいた青森公立大学事務局の一町田学主査に感謝申し上げます。

なお、本稿に残された誤謬はすべて筆者の責めに帰すべきものです。

参考文献

- 伊藤裕介・菅沼一男・芹田透・榊原僚子・知念紗嘉・丸山仁司(2010)「介護予防事業の運動介入が運動機能及び健康関連 QOL に及ぼす影響について—転倒経験の有無による検討—」『理学療法科学』第 25 巻第 5 号、pp.779-784。
- 井上高博・竹末加奈・増田容子・山口善子(2013)「A 市在住の要支援高齢者宅と訪問系サービス事業所・通所系サービス事業所との距離分析」活水論文集看護学部編、pp.33-39。
- 会計検査院 (2016)「会計検査院法第 30 条の 3 の規定に基づく報告書 介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果について」
- 金子正幸・葭原明弘・伊藤加代子・高野尚子・藤山友紀・宮崎秀夫(2009)「地域在住高齢者に対する口腔機能向上事業の有効性」『口腔衛生会誌』第 59 号、pp.26-33。
- 菅万里・梶谷真也(2014)「公的介護保険は家族介護者の介護時間を減少させたのか?—社会生活基本調査匿名データを用いた検証—」、『経済研究』、第 65 巻、4 号、pp.345-361。
- 菊池潤(2012)「介護サービスは家族による介護を代替するか」、井堀利宏・金子能宏・野口晴子編、『新たなリスクと社会保障 生涯を通じた支援策の構築』、東京大学出版会、pp.211-230。
- 久保英樹・倉田康路(2014)「介護保険制度における介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況と課題」『西九州大学健康福祉学部紀要』第 44 巻、pp.67-72。
- 久保寺重行(2013)「介護サービス需要行動に関する実証分析—今後の介護保険制度改革に向けて—」『社会福祉学』第 54 巻第 2 号、pp.70-82。
- 黒田祥子(2014)「中間の年齢層の働き方—労働時間と介護時間の動向を中心に」、『日本労働研究雑誌』、No.653、pp.59-74。
- 黒田祥子(2020)「新型コロナウイルスと労働時間の二極化—エッセンシャル・ワーカーの過重労働と日本の働き方改革」小林慶一郎・森川正之編著(2020)『コロナ危機の経済学 提言と分析』日本経済新聞出版、pp.271-284。
- 駒村康平・山田篤裕・四方理人・田中聡一郎・丸山桂(2015)『社会政策 福祉と労働の経済学』有斐閣アルマ
- 厚生労働省(2004)「介護保険第 2 期の折り返し 介護給付適正化推進運動 ~全保険者

が第一歩を踏み出そう~」

厚生労働省(2007a)『介護給付適正化計画』について」

厚生労働省(2007b)「要介護認定の適正化」

厚生労働省(2007c)「要介護認定の適正化に関する評価指標(都道府県別参考資料)」

厚生労働省(2007d)「介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書」

厚生労働省(2009)「要介護認定方法の見直し(平成 21 年 10 月)に係るパンフレット」

厚生労働省(2012)「新型インフルエンザ対策に関する行政の対応について」

厚生労働省(2017)「総合事業等の実施保険者数の推移（平成 29 年 8 月 1 日現在）」

厚生労働省(2019)「介護保険制度をめぐる状況について」

厚生労働省(2020)「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第 8 報)」

厚生労働省社会保障審議会(2014)「平成 27 年度介護報酬改定にむけて(特定施設入居者生活介護等について)」

厚生労働省社会保障審議会(2016)「地域支援事業の推進(参考資料)」

清水谷諭・稲倉典子(2006)「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」『会計検査研究』第 34 号、pp.83-95。

清水谷諭・野口晴子(2003)「長時間介護はなぜ解消しないのか？ー要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証ー」、『ESRI Discussion Paper Series』、No.70、pp.1-22。

下野恵子(2019)『介護保険解体の危機 誰もが安心できる超高齢社会のために』法政大学出版局

田近栄治・菊池潤(2005)「介護保険による要介護状態の維持・改善効果ー個票データを用いた分析ー」『季刊社会保障研究』第 41 号、pp.248-262。

林美枝子・永田志津子(2017)「北海道の全保険者における生活支援総合事業の早期取り組み予定の有無とその関連要因」『日本医療大学紀要』第 3 巻、pp.47-55。

棕野美智子・田中耕太郎(2021)『はじめての社会保障』有斐閣アルマ

結城康博(2015)『在宅介護ー「自分で選ぶ」視点から』岩波新書

NHK(2020)「7 都府県で 249 の介護事業所が自主休業 介護崩壊の懸念も」

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200413/k10012384981000.html>(アクセス日 2020 年 10 月 4 日)

- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reish, M.R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I. and CampbelJ.C.(2011) “Population Ageing and Wellbeing: Lessons from Japan’s Long-term Care Insurance Policy、” *Lancet*, Vol.378、 No.9797、 pp.48-57.
- Unayama, T. (2018)、 *Introduction to Japanese Household Surveys*、 Springer.
- World Health Organization (WHO) (2020) *Coronavirus disease 2019(COVID-19) Situation Report-51*.