

予防給付の実効性が鍵を握る介護保険財政

～ 給付費抑制は要介護認定率の低下如何～

予算委員会調査室 渡邊 啓輝

1. はじめに

平成 12 年度に始まった介護保険制度は、発足から 6 年半が経過した。この間、人口の高齢化や介護サービスの需要増大などを背景に、介護給付費は増加の一途を辿っている。平成 12 年度の給付費 3.6 兆円が、16 年度には 5.6 兆円へと 4 年間で 1.5 倍以上の規模に膨れ上がった。17 年度の介護保険制度改正では、介護保険財政の逼迫を背景に、軽度の要介護認定者が寝たきりとなることを防止するために筋力トレーニング・栄養改善指導・口腔ケアなどを通じた介護予防等の施策が導入され、給付費膨張の抑制措置が採られた。しかし、当該予防効果が十分に発現しなければ、給付費抑制は期待できず、制度の持続可能性への懸念が高まることになる。

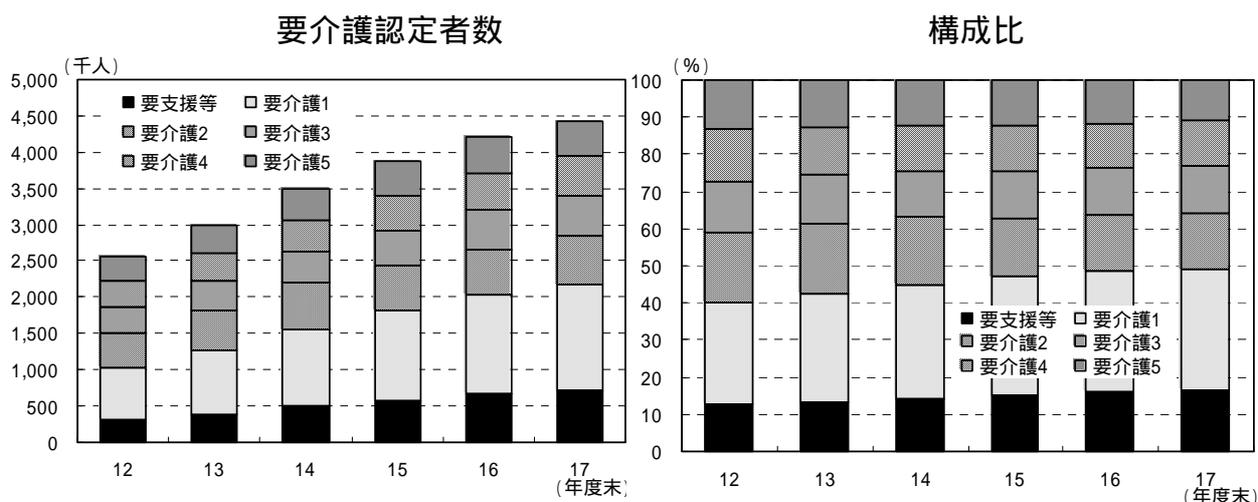
本稿では、厚生労働省の「介護保険事業状況報告」や「介護給付費実態調査報告」などに基づき、第 2 節から第 4 節において給付費増加の要因となる要介護認定者数・介護サービス受給者数・単価の動向など、介護保険を取り巻く現状を考察する。その後、第 5 節では厚生労働省の介護給付費等の見通しを概観するとともに、足元までの動向を踏まえて将来の試算を行い、各種前提の変化を想定したシミュレーションを通じて給付費の抑制効果を検証する。

2. 軽度を中心に増加を続ける要介護認定者数

介護給付費増大の要因には、高齢人口の増加を背景とした要介護認定者数の増加がある。要介護認定者数は、制度創設初年度の平成 12 年度末には 256 万人であったが、14 年度末には 350 万人、17 年度末には 444 万人に達した¹（図表 1 参照）。とりわけ、要介護 1 以下の軽度認定者数の増加が顕著である。12 年度末の軽度認定者数は 102 万人（総数に占める割合 39.9%）であったのに対して、17 年度末には 218 万人（同 49.2%）へと 2 倍以上も増大し、構成比も上昇している。また、要介護 2 以上の重度認定者数も、軽度ほど急速な増加ではないものの、12 年度末の 154 万人から 17 年度末には 225 万人へと約 1.5 倍の規

¹ 本稿では、便宜上、各年 3 月審査分を年度末値とする。なお、要介護認定者とは審査月の前月中に受給者台帳に登録されている者を指す点に注意が必要である。

図表1 要介護度別の認定者数の推移



(資料) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」等より作成

(注) 各年3月審査分。

模に達した。

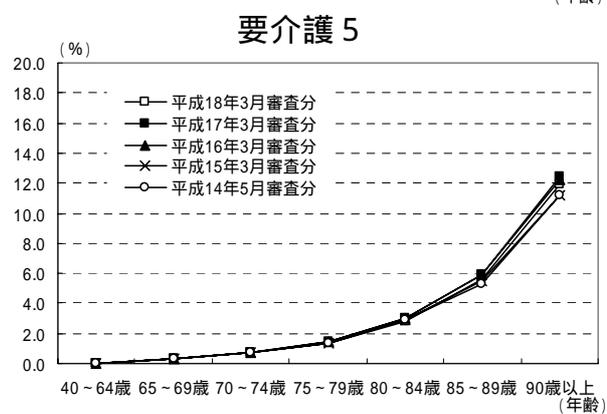
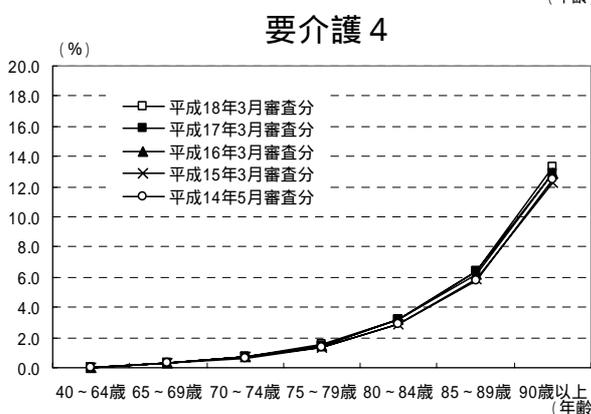
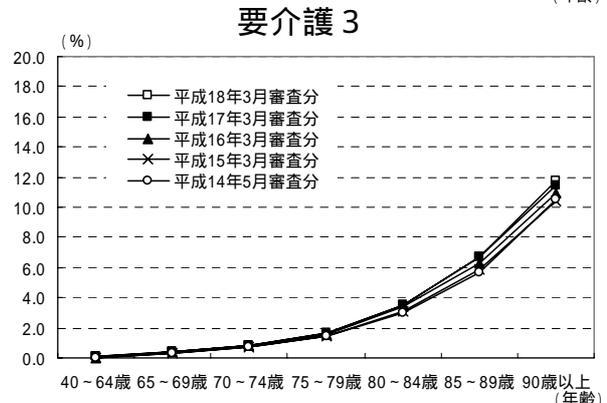
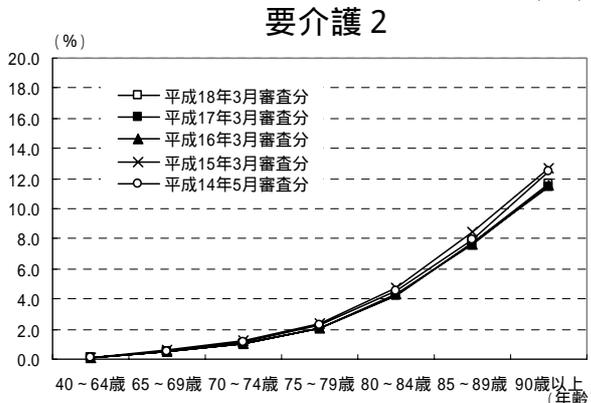
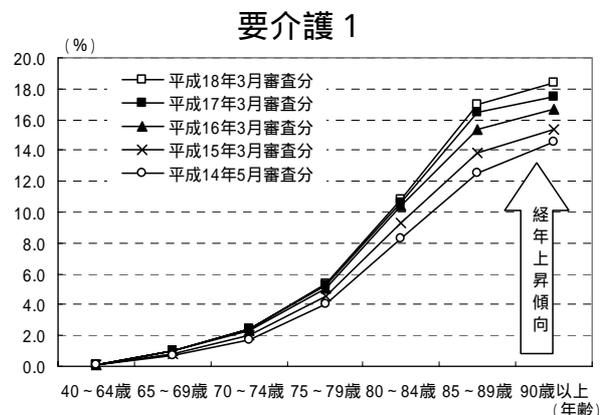
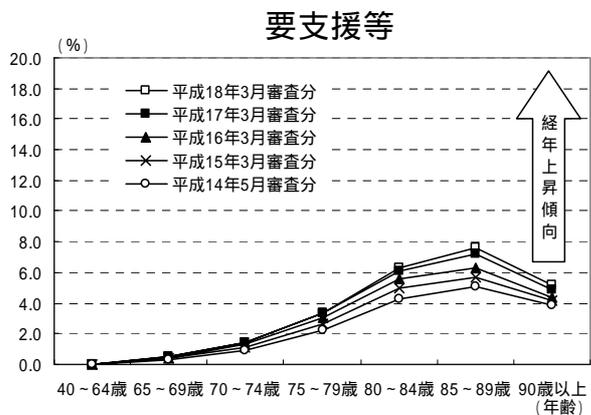
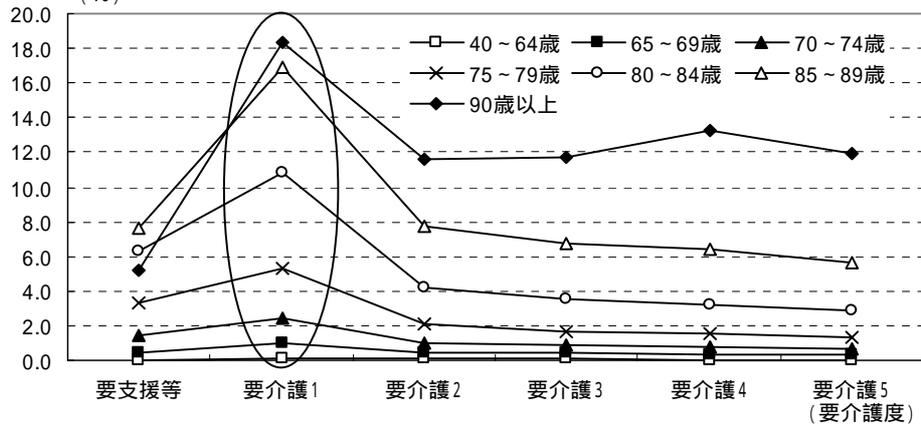
次に、要介護認定率(認定者数/人口)について、平成18年3月時点における特徴とこれまでの経年的特徴を見てみよう。

まず、18年3月審査分の年齢階級別・要介護度別の認定率を見ると、加齢に伴い認定率全般が上昇する傾向と、認定者数が最も多い要介護1の階層で認定率が高い水準にあり、年齢階級が上がるほど要介護1の認定率が突出している(要介護1以外の階層との差が拡大)ことが分かる(図表2-参照)。要介護1と要介護2の認定率を比較すると、74歳以下の年齢階級では1%ポイント前後の差に止まる一方、80~84歳では6.6%ポイント、85~89歳では9.1%ポイントと拡大している。加齢に伴い、認定者の多くが部分的介護を要する要介護1と判断される(要介護1に吸収される)確率が高まる傾向にある。

また、認定率の変化を経年的に見ると、軽度認定率(要介護1以下)と重度認定率(要介護2以上)との相違が明確に現れる(図表2-以下参照)。軽度認定率は概ねすべての年齢階級において4年間一貫して上昇傾向にある一方、重度認定率にはほとんど変化が見られない。軽度認定の階層においては、高齢人口の増加スピードを上回る認定者数の増加が続いているのである。また、年齢階級が高齢にシフトするにつれて、認定率の上昇幅が拡大しており、特に85~89歳の年齢階級における上昇幅が最も大きい²。高齢者ほど認定率の「水準」が高いことはもちろん、「変化の方向」も大きい傾向が伺える。

² この点に関して、要支援等の認定率は90歳以上が85~89歳を下回る。90歳以上では心身の状態の悪化が急速であるため、最軽度の要支援等に止まることが少ない点などが考えられる。

図表2 高齢層を中心に軽度が上昇する要介護認定率
年齢階級別・要介護度別の認定率（18年3月審査分）
（%）



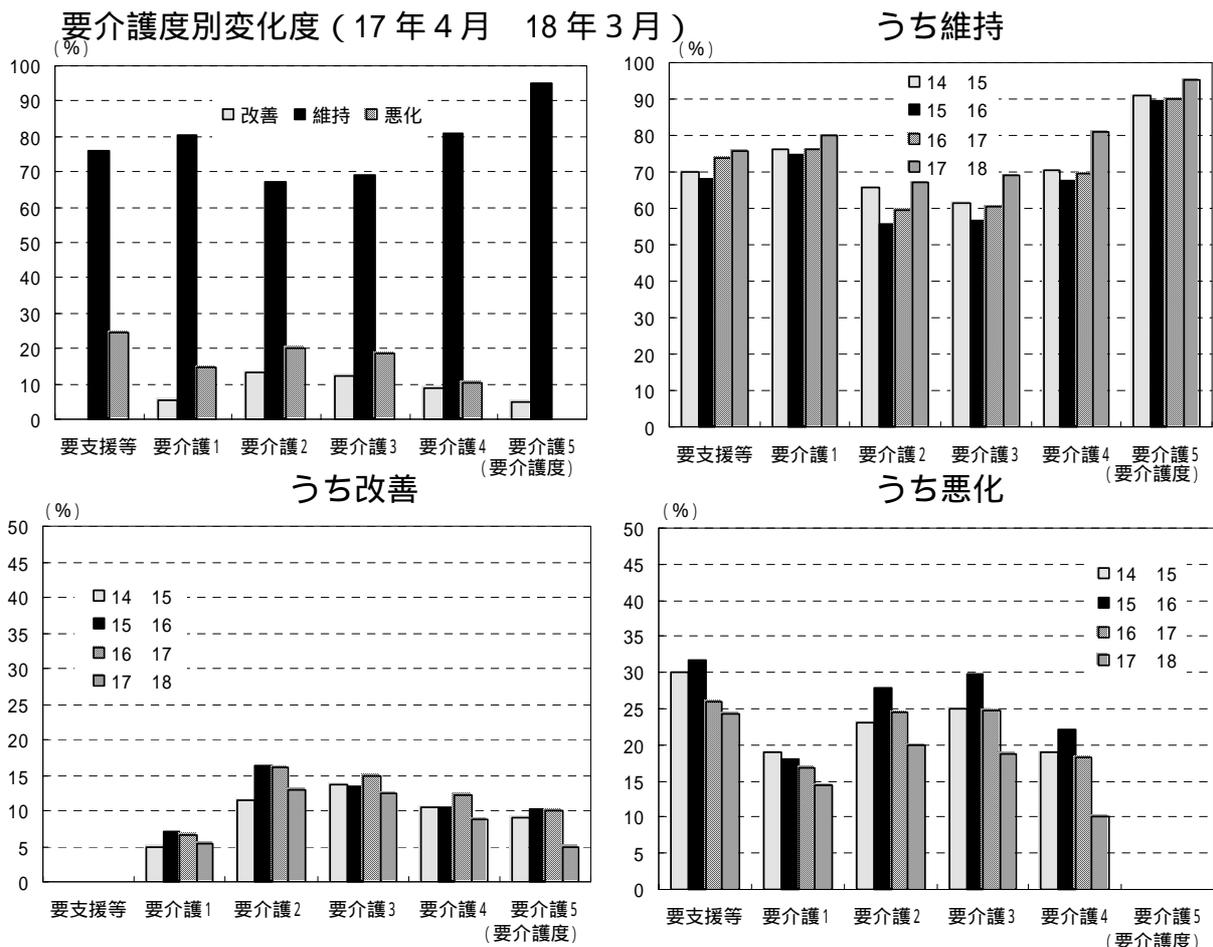
（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査報告」より作成

（注）各年3月審査分。ただし14年のみ5月審査分。認定率 = 認定者数 / 人口。

要介護度の変化を別の視点から見てみよう。平成17年度の年間継続受給者を対象に、1年間での要介護度の変動を「改善」・「維持」・「悪化」の3段階で示したものが図表3- である。3分類のうち「維持」が全ての階層で大宗を占めるとともに、「悪化」した者が「改善」した者を上回る傾向が分かる。加齢に伴う体力の低下等の要因から、要介護状態に一度陥るとその状態から改善するのは困難であり、現状を維持できず悪化に向かう者が多いことが示されている。また、図表3- 以下の経年変化によると、近年「悪化」が減少する一方、足元では「改善」も減少している点に着目しなければならない。

17年改正で導入された新予防給付は、要介護度の悪化を防止すると同時に、改善者数の増加を狙った施策である(ただし、18年4月からの導入であるため現時点で効果の発現を統計上捕捉できない)。「悪化」の減少トレンドを継続させるとともに、17年度で大幅に減少した「改善」を増加にシフトさせることが、給付費抑制には必須であり、新予防給付の効果の発現が鍵を握ることになる。

図表3 年間継続受給者の要介護変化度に見る悪化の継続



(資料) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告」より作成

(注) は17年4月から18年3月までの年間継続受給者を対象に、変化率を算出したもの。

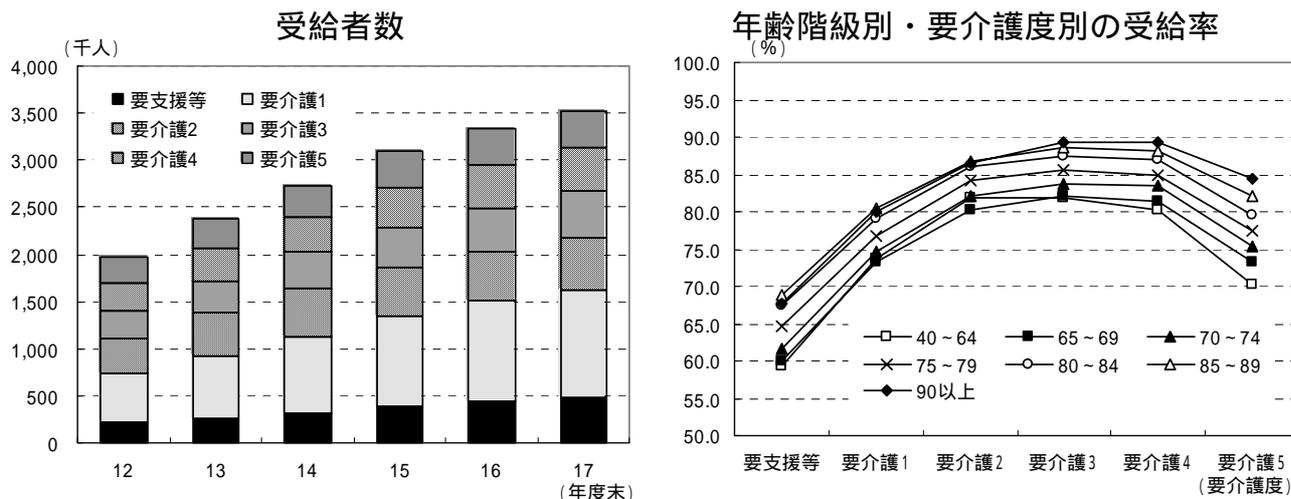
～ は各年の年間継続受給者を対象に、当年4月から翌年3月への変化率を算出したもの。

3. 上昇する居宅受給率と低下する施設受給率

要介護認定者数の増嵩に伴い受給者数も増加が続いている。受給者数は、平成13年5月審査分では197万人であったが、15年度末には300万人を超え、17年度末には352万人にまで達した（図表4 - 参照）。また、認定者数と同様に、軽度受給者数の増加が顕著であり、総数に占める割合も13年5月審査分の37.0%から17年度末には45.8%まで上昇している。

18年3月審査分の年齢階級別・要介護度別の受給率（受給者数 / 認定者数）を見ると、年齢階級が高齢にシフトするにつれて受給率が上昇する傾向にあり、この点でも前述の認定率と同様の傾向にある（図表4 - 参照）。ただし、認定率のように要介護1のみが突出する傾向はなく、緩やかな逆U字型の軌道を描く。介護サービスを受給する際、一般的には要介護度が高位になるほど受給の切迫性が高まるために、受給率が上昇するものと考えられるが、最重度の要介護5では、すべての年齢階級において、逆に低下している。

図表4 要介護度別の受給状況



（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告」等より作成

（注） については、各年3月審査分。ただし、12年度末値は13年5月審査分で代用。

については、18年3月審査分。受給率 = 受給者数 / 認定者数。

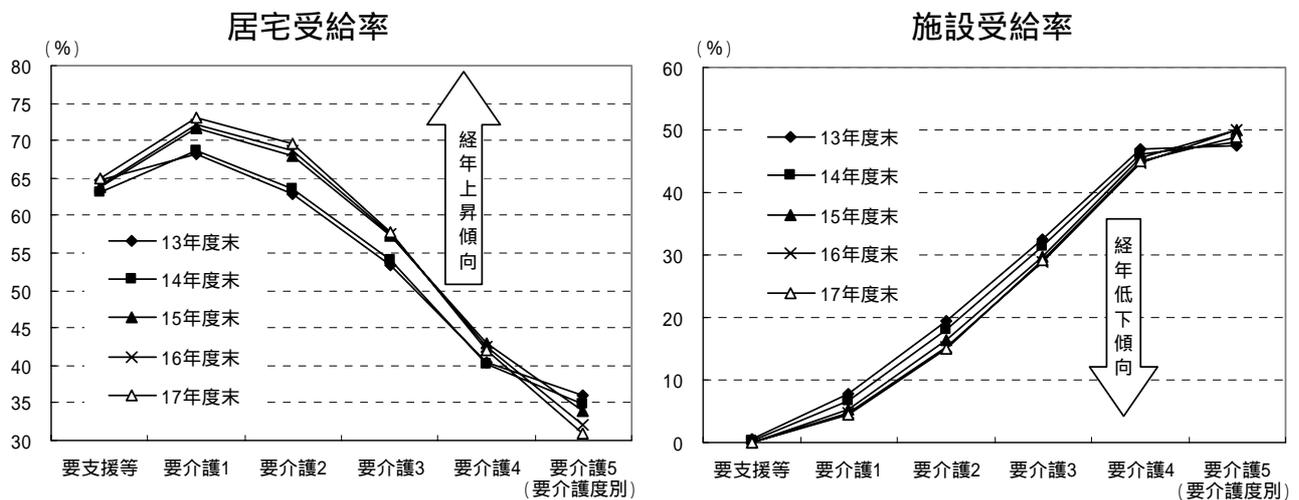
次に、受給者を居宅・施設サービス別に分類した受給率の推移を見てみると、両者の相違が鮮明である（図表5参照）。まず、同一時点では、居宅分は要介護度が高位になるにつれて受給率が低下するのに対して、施設分は逆に上昇する。これは、重度の受給者ほど居宅サービスでは介護ニーズが適合せず、選好が施設サービスへとシフトするためである。

一方、平成13年度末から17年度末までの経年変化では、居宅分が上昇傾向

にあるのに対して、施設分は低下傾向にある。急速に増加する軽度受給者の需要を居宅分が満たしているのである。その結果、居宅分の上昇と施設分の低下が相殺し、受給者全体を対象としたマクロの受給率は約80%と、ほぼ横ばいで推移している³。

さらに、居宅・施設別の受給率から、前述の要介護5の受給率が要介護4よりも低位にある背景が見てとれる。居宅分の経年変化は要介護4以下では上昇しているが、要介護5のみが大幅に低下しており、他の階層の動向と整合的ではない。14年度末の要介護4と要介護5の居宅受給率の乖離幅は5%ポイント程度であったが、17年度末には10%ポイント以上に拡大している。低下分のうち一定程度は施設分に吸収されているものの、疾病の併発等に伴う医療給付への変更等の要因から、要介護5全体では受給率が低位にあったと推察される⁴。

図表5 居宅・施設別の受給率の推移



(資料) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告」等より作成

(注) 各年3月審査分。ただし13年度末のみ5月審査分。受給率 = 受給者数 / 認定者数。

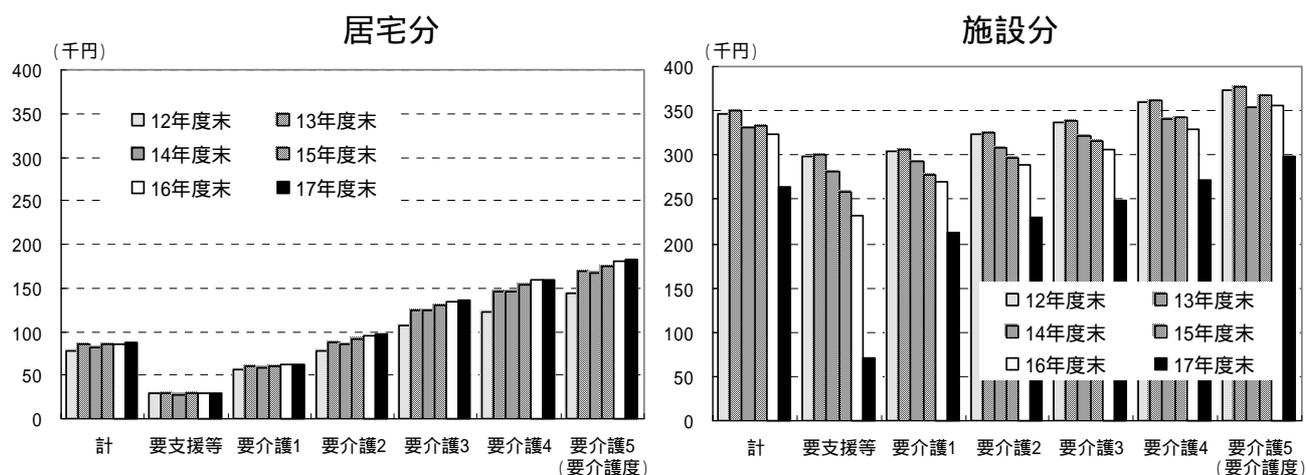
4. 増額する居宅単価と支給限度額で膨らむ費用構成

給付費の増加には、認定者数や受給者数といった人数要因だけではなく、1人当たり費用(単価)の増加が寄与している点も見逃せない。今後、新予防給付の効果が発現せず認定者数の増加が継続する場合、給付費抑制には単価の調整が不可避となる。そこで本節では、単価と介護費用の動向を概観する。

³ マクロの受給率は、13年度末が79.7%であり、直近時点まで大きな変化はない。ただし、居宅・施設別の内訳は異なる。居宅分は13年度末で57.1%であるのに対して、17年度末では60.8%まで上昇している。一方、施設分はこの間22.3%から18.3%まで低下している。

⁴ ここでは、介護療養型医療施設への入居ができなかった場合等が考えられる。

図表6 居宅・施設別、要介護度別の1人当たり費用(月額)の推移



(資料) 厚生労働省「介護給付費実態調査報告」等より作成

(注) 各年3月審査分。ただし、14年以前は統計上の制約により5月審査分。

なお、18年の施設分は17年10月以降のホテルコスト自己負担化の影響等により減少。

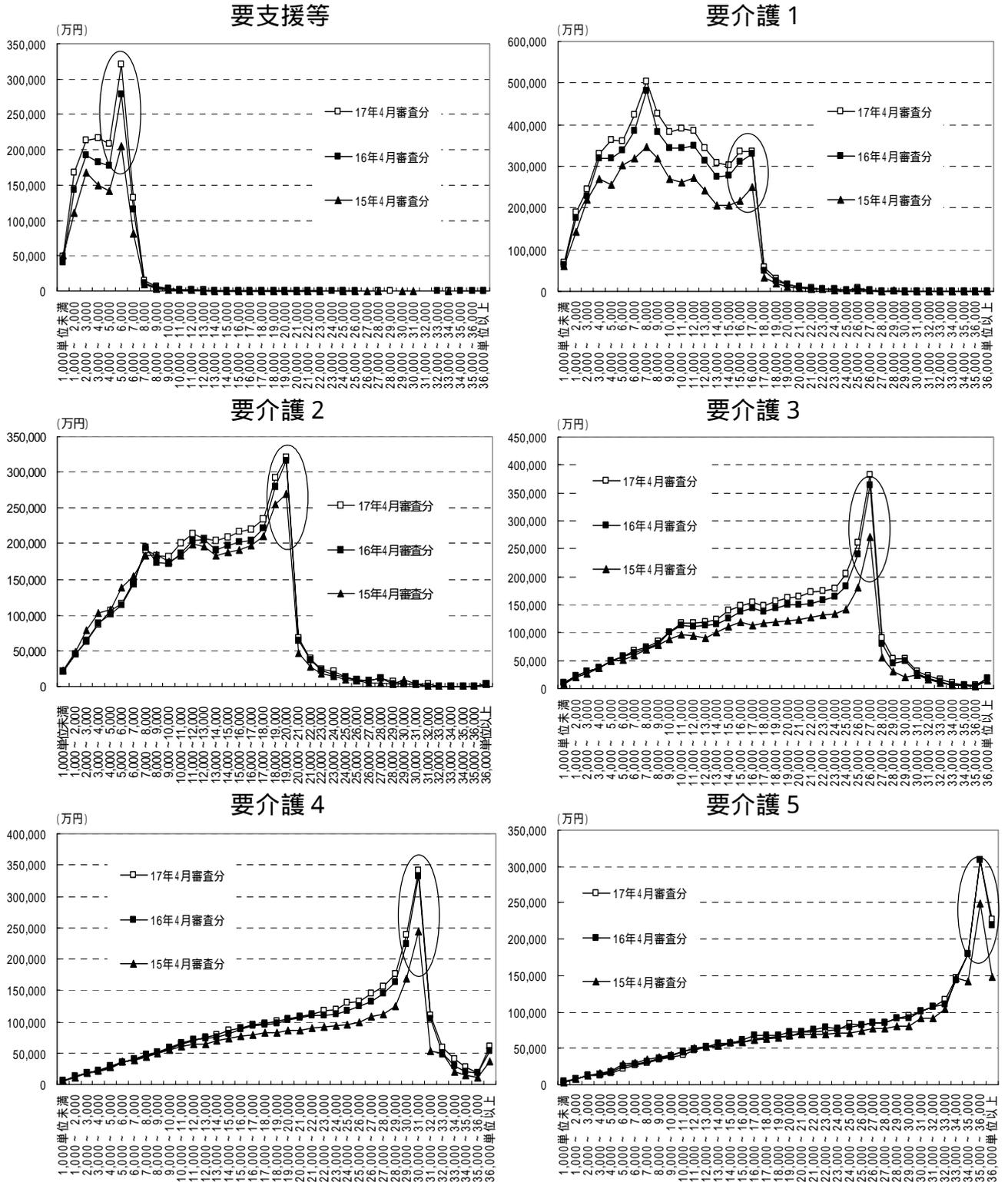
居宅分と施設分の単価の推移を見ると、両者ともに要介護度別では高位にシフトするにつれて高額となる点、「水準」で比較すると施設分の方が上回る点、「変化の方向」で比較すると居宅分が増加傾向にあるのに対して施設分は減少傾向にある点が特徴として挙げられる(図表6参照)。なお、施設の18年3月審査分(17年度末)については、17年10月から施設入居者向けのホテルコスト自己負担化の影響から、前年と比べて単価が大きく減少している。加えて、介護報酬の改定(17年10月と18年4月の改定分合計で2.4%引下げ)も単価の動きに相当程度影響を与えていると言えよう⁵。

以上の点から、居宅分と施設分の単価の乖離幅は、13年5月審査分(全階層平均乖離幅)の26.9万円から18年3月(同)17.9万円へと縮小傾向にある。給付費の総額抑制には、第1次的には居宅・施設分ともに単価を引き下げる施策が有効であるが、その一方で、単価水準が相対的に低い居宅分の単価切上げを通じて施設から居宅へと介護サービス供給を誘引し、居宅に需要を吸収させることも考えられよう。

さらに、給付費抑制には、単価水準の変動だけではなく、居宅サービスの支給限度基準額の変更という選択肢も考えられる。支給限度基準額とは、要介護度に応じて保険給付される額の上限額であり、具体的には単位数が定められている(要支援:6,150単位、要介護1:16,580単位、要介護2:19,480単位、

⁵ 介護報酬の改定は15年4月にも行われ、全体としては2.3%引き下げられた(居宅分平均0.1%引上げ、施設分平均4.0%引下げ)。

図表7 給付単位別・要介護度別に見た費用の構成（居宅分）



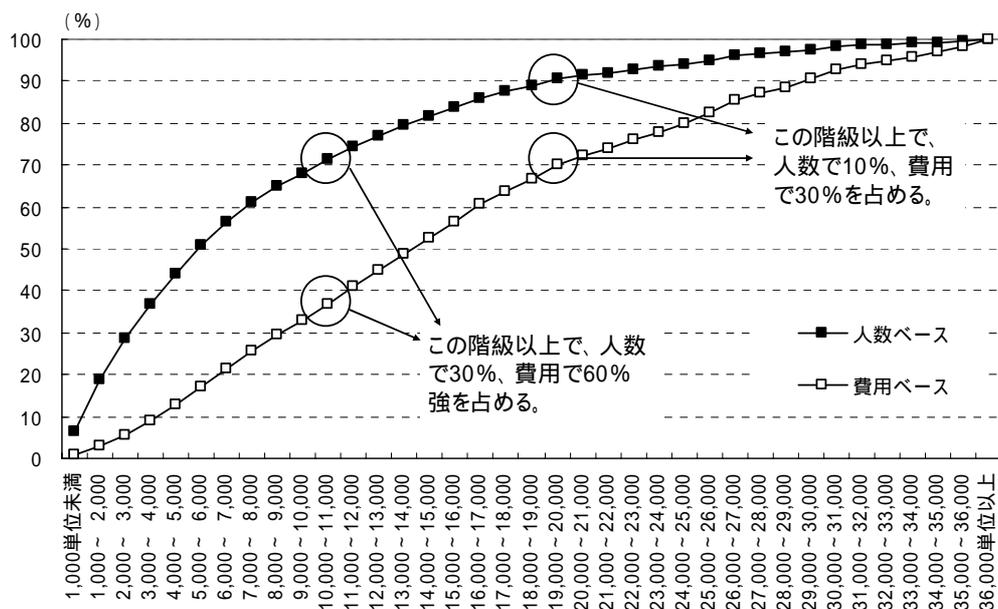
（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査報告」等より作成

（注）各年4月審査分。給付単位別の受給者数に単位数と点数（1点＝10円、実際には地域ごとに10円～10.72円まで幅があるがここでは10円で代理）を掛け合わせることで費用を機械的に算出した。その際、各単位階級の中央値（最小・最大階級はそれぞれ1,000と36,000を採用）を単位数の代理変数として用いている。ゆえに、それぞれが過大・過小バイアスを持つ点に注意が必要である。また、各種想定から結果は幅を持って見る必要がある。

要介護3：26,750単位、要介護4：30,600単位、要介護5：35,830単位）。受給者数や単位数のデータを用いて給付単位別・要介護度別に費用を機械的に試算すると、概ねどの階層においても支給限度基準額の単位階級に費用が集中する傾向、つまり給付上限額で受給者数が増加する傾向が顕著である（図表7参照）。このように支給限度基準額で支給額が大きく膨らむ一方で限度額を超えると極端に減少する要因として、需要サイドにおける限度額まで最大限サービスを利用しようとする受給性向があると考えられる。供給サイドにおける介護サービスの効率化や新予防給付の効果発現等を通じて、限度額の引下げを講じることは給付費（需要）抑制の有力な手段となろう。ただし、要介護度が高位の階層では、限度額を超える受給者も相当程度存在することが見てとれる。重度受給者の場合には当該限度額ではサービス量が十分ではない状況下にあることが推察される。したがって、限度額の引下げを講じる際には、低所得者層へ十分に配慮しつつ、対象を軽度受給者に限定し重度受給者へ限られた財源を集中させる措置が求められる。

この点に関して、軽度から重度受給者への資源配分を考える際に、現状の費用の分布状況を確認する必要がある。図表7の試算値を用いて給付単位別に人数と費用を累積度数分布（居宅分、17年4月審査分）で示したものが図表8である。これによれば、「10,000～11,000単位」以上の階級で総受給者数のうちの約30%、総費用のうち約63%、同じく「19,000～20,000単位」以上の階級

図表8 給付単位別人数・費用の累積度数分布（居宅分）



（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査報告」等より作成

（注）17年4月審査分。図表7の注と同じ。

で総受給者数のうちの約 10%、総費用のうち約 30%を占める結果となった⁶。仮に軽度受給者にのみ限度額の引下げを講じる場合には、図表 8 における費用ベースの傾きが変化し、軽度の単位階級で下方シフトすることになる。すなわち、軽度者から重度者へ費用が移転する。また、図表 5 や図表 6 で確認したように施設から居宅受給者へのシフトが起きた場合にも、居宅において重度受給者が相対的に増加するため、軽度者の単位階級で傾きが変化し、同様の費用移転が想定される。今後は、これら費用の偏在度に対する評価や適正水準の在り方について検討した上で、資源配分の重点化を考える必要がある。

5. 厚生労働省試算との比較（給付費、公費負担）

5-1 試算の前提

前節まで見てきたように、これまでの介護給付費増加の背景として、要介護認定率の上昇、受給率の変化、単価の上昇等が挙げられる。将来の給付費の見通しも、これらの変数の想定如何で相当程度変動すると考えられる。

本節では、厚生労働省の「社会保障の給付と負担の見通し(平成 18 年 5 月)」、
「介護保険制度における第 1 号保険料及び給付費の見通し - ごく粗い試算 -
(平成 16 年 10 月)」における給付費等の見通しを概観するとともに、上記の各種前提を踏まえ、ケース別(要介護認定率の改善・悪化、単価伸び率の上昇幅抑制、自己負担割合引上げ)に試算を行い、改革の効果を比較することにした⁷。

厚生労働省の平成 18 年 5 月推計によれば、介護給付費は 2004 年度決算ベースの 5.6 兆円から、2006 年度に 6.6 兆円、2011 年度に 9.0 兆円、2015 年度に

⁶ 医療給付における同様の機械的試算では、件数ベース上位 1%で医療費の 30%弱を占める構造になる。単純な比較はできないものの、介護給付(居宅分)は医療給付と比べると費用の偏在が相当程度小さいと考えられる。詳細は、拙稿「点数階級別アプローチから見る医療費の構造」『経済・金融・財政月例資料 No.350』予算委員会調査室を参照されたい。

⁷ 本試算における考え方は、以下のとおりである。

$$\frac{B}{P} = \left(\frac{N}{P}\right) \times \left(\frac{J}{N}\right) \times \left(\frac{B}{J}\right) \quad B: \text{給付費}, P: \text{人口}, N: \text{認定者数}, J: \text{受給者数}$$

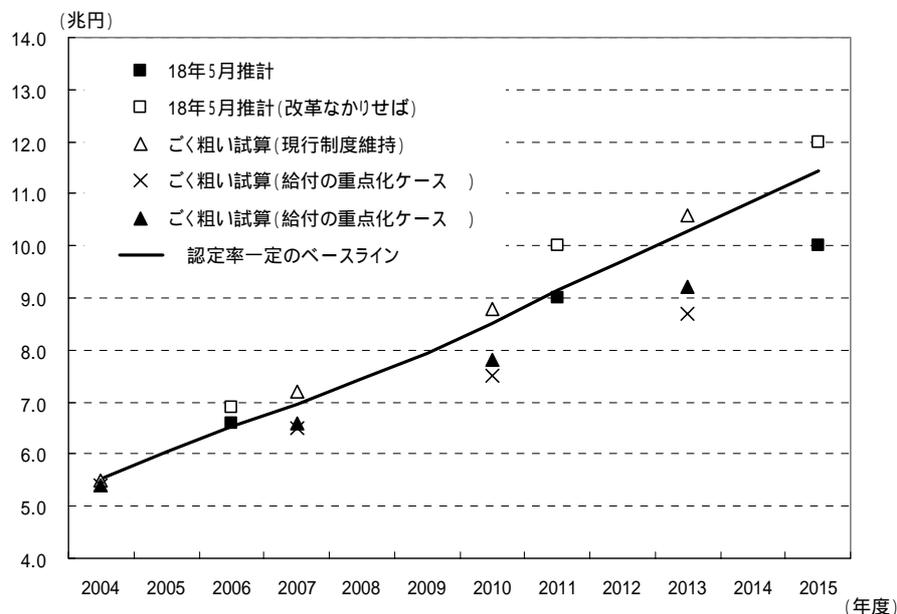
給付費は、要介護認定率(認定者数/人口)、受給率(受給者数/認定者数)、受給者 1 人当たり費用(給付費/受給者数)の 3 つの基礎変数に分解でき、これに人口を乗じることで求められると想定する。なお、上式の左辺は 1 人当たり給付費、右辺第 1 項は認定率、第 2 項は受給率、第 3 項は受給者 1 人当たり費用(単価)となる。

ここでは、第 4 節までの各種前提の動向を踏まえ、年齢階級別・男女別・要介護度別・居宅施設別に細分化し給付費等を算出する手法を採る。また、物価上昇率や人口動態は、上述の厚生労働省の平成 18 年 5 月推計の前提に従い、条件を極力揃える点に留意されたい(詳細は補論 1 参照)。

は 10.0 兆円に達する見込みである（図表 9 参照）。さらに、18 年 5 月推計では改革が行われなかったケースも試算されており、この場合には、2006 年度に 6.9 兆円、2011 年度に 10.0 兆円、2015 年度には 12.0 兆円に達し、改革の有無により 2015 年度時点で 2.0 兆円もの乖離が生じる。また、同様に厚生労働省のごく粗い試算（16 年 10 月推計）においても、2012～2014 年度平均（以下、期間中央の 2013 年度と見做す）で改革の有無により、最大 1.9 兆円の乖離がある。改革の有無による乖離は、前述のように介護予防への重点化、ホテルコストの見直し、介護報酬の改定等の制度変更要因を織り込むか否かによって生じる。

一方、本試算では、厚生労働省見通しと比較するために、認定率一定のベースライン（改革がないケース）を想定してみる。ここでは、（ ）要介護認定率は 2005 年度末値で以後一定、（ ）居宅受給率は過去のトレンドに鑑み 2007 年度まで上昇、施設分は 2005 年度末値で以後一定、（ ）居宅分単価（実質）は年率 2.0% 上昇、施設分は以後一定、（ ）既制度改革のうちホテルコストの自己負担化と地域支援事業を反映という前提である（詳細は補論 1 参照）。以後のシミュレーションにおいては、認定率一定のベースラインを基本としつつ、前提の変化を織り込むこととする。なお、各種前提から結果は幅を持って見る必要がある。

図表 9 介護給付費の試算の比較（厚労省推計と ベースライン）



（資料）厚生労働省「社会保障給付と負担の見通し - 18 年 5 月推計 - 」、「介護保険制度における第 1 号保険料及び給付費の見通し - ごく粗い試算 - 」等により作成

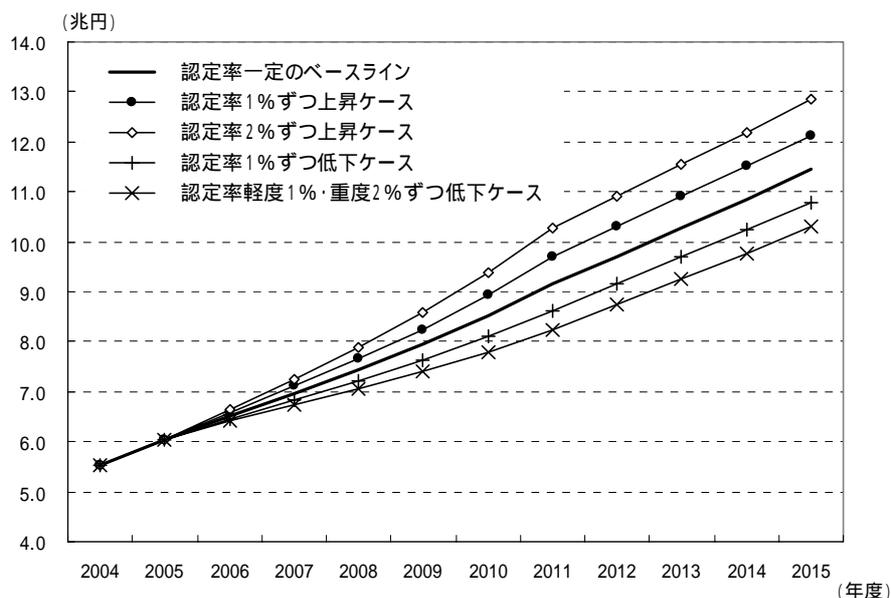
（注）試算値の 2004 年度は決算ベース、2005 年度は予算ベース。厚生労働省の「ごく粗い試算」は、3 年間の期間平均値を期間中央にプロット。「ごく粗い試算」における「重点化ケース」は介護予防対策が相当程度進んだケース、「重点化ケース」は同対策がある程度進んだケース。各種想定から結果は幅を持って見る必要がある。

ベースラインの結果は、2011年度で9.1兆円、2015年度で11.4兆円となり、厚生労働省の18年5月推計における改革ケースと改革のないケースの中間に位置し、ごく粗い試算（16年10月推計）の現行制度維持ケースと概ね同一のトレンドとなった（図表9参照）。医療制度改革における療養病床数の削減に伴う介護保険施設の需要増等の制度変更を考慮していない点や、認定率一定という機械的な前提が相当程度下方バイアスをもたらしていると考えられる。

5-2 給付費の見通し（認定率変化ケース）

次に、認定率一定のベースラインを基に、介護予防が効果を発現せず2006年度以降も認定率が上昇するケースを想定してみよう。認定率が年度当たり1%上昇するケースと、同2%上昇ケースを示したのが図表10である⁸。1%上昇ケースでは、2011年度で9.7兆円、2015年度で12.1兆円となり、18年5月推計における改革のないケースとほぼ同水準となる⁹（図表9参照）。さらに、ケースよりも厳しい条件を置いた2%上昇ケースでは、2011年度で

図表10 介護給付費の試算の比較（認定率の改善・悪化ケース）



（資料）（注）ともに図表9と同じ

⁸ ただし、40～64歳の年齢階級の認定率は、これまで安定的にゼロ近傍で推移していることから、今後も上昇はないものと考えられるために、以後一定と想定する。なお、1%上昇とは1ポイントずつ上昇の意味ではない。

⁹ 人数ベースで調整した場合には、認定率1%上昇ケースが厚生労働省18年5月推計における改革のないケースとほぼ同水準にある。この点に関して、厚生労働省推計の詳細な前提は明らかにされていないものの、ごく粗い試算（16年10月）では、要介護認定率の上昇は2011年度まで継続し、以後一定と想定していると推察される。よって、2012年度以降は給付費の増加が若干鈍化すると見込まれる。

10.3兆円、2015年度で12.9兆円にまで達することになる。以上の点から、介護予防に実効性がなく認定率の上昇が継続する場合には、給付費の増加基調を抑制できず、厚生労働省見通しを上回り、制度の見直しが求められることになる。

一方、介護予防の効果が発現し認定率低下が継続すると、どの程度給付費の抑制が可能となるのだろうか。認定率が年度当たり軽度・重度ともに1%低下ケース、同軽度につき1%・重度2%低下の2ケースを考えてみよう。なお、ケースで重度認定率の低下率を大きく設定したのは、軽度受給者向けの新予防給付の効果が発現すれば軽度から重度への移行（悪化）が抑制される点に鑑み、予防効果の軽重の差をつけるためである。

結果としては、軽度・重度ともに1%低下ケースでは、2015年度で10.8兆円となり、ベースラインよりも0.6兆円抑制可能である（図表10参照）。また、重度認定率が更に低下するケースでは、2015年度で10.3兆円まで抑制される。なお、ケースは厚生労働省のごく粗い試算（16年10月）における重点化ケースが想定する水準と、ほぼ軌を一にしている¹⁰（図表9参照）。仮に他の前提条件が同一であれば、認定率低下の想定もほぼ同程度と推察されよう。介護予防は給付費抑制に不可欠であり、その実効性如何によって抑制幅が決まるのである。

5-3 給付費の見通し（単価の変化ケース）

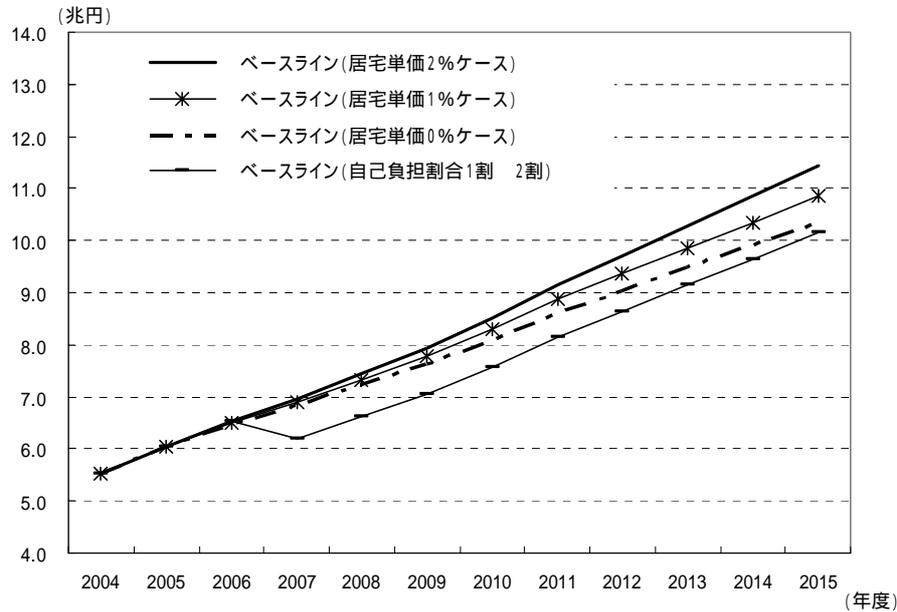
しかし、介護予防の効果が発現せず人数ベースでの抑制が図れない場合も考えられる。その際には、1人当たり費用の上昇抑制による調整が必要となる。単価の伸び率の抑制は、受給者数の増加による給付費増加を一定程度相殺する効果を持つ。なお、制度本来の仕組みとしては、原則として3年に1回のペースで介護報酬を改定するものの、本試算では便宜上3年おきの改定を想定せず、居宅分は一定の伸び率で推移すると機械的に考えることにする。

ベースラインでは、過去の推移等を勘案し居宅分について年2%の単価上昇率（実質）を前提としている。これに対して、居宅分の単価上昇率を抑制した場合の給付費抑制効果を示したのが図表11である。ベースラインを基に、

居宅分の上昇率を0%（一定）としたケースでは、2011年度に8.6兆円、2015年度に10.3兆円に達し、2015年度時点でベースラインよりも1.1兆円抑制

¹⁰ ケースよりも更に介護予防効果が発現した場合として、同軽度につき1%・重度3%低下ケースを想定すると、2015年度で9.8兆円まで抑制され、厚生労働省のごく粗い試算（16年10月）における重点化ケースが想定する水準と、ほぼ軌を一にする。

図表 11 介護給付費の試算の比較
 (単価の上昇幅抑制と自己負担割合引上げによる改善ケース)



(資料) 図表9と同じ

(注) 図表9と同じ。なお、自己負担割合の引上げ(1割→2割)は、2007年度から開始されるとの想定であり、受診抑制効果を含まない機械的な試算。また、各種想定から結果は幅を持って見る必要がある。

されることになる。このケースでは、前述の 認定率が軽度につき1%・重度2%低下ケースとほぼ同様の軌道を辿ることから、これらは同等の給付抑制効果を持ち代替し得る関係にあることが分かる¹¹。

このように、介護予防の効果が現れず認定率が低下しない場合でも、単価の調整を通じた給付費抑制が可能である。

5-4 給付費の見通し(自己負担割合2割ケース)

17年の介護保険制度改正における議論の中で、自己負担割合を現行の1割から2割へ引き上げることが検討されていた。結論としては、自己負担割合の引上げは17年改正では見送られたものの、今後給付費の増加を抑制できず制度の持続可能性が懸念されることになれば、歳出・歳入一体改革の一環として本格的に再検討される可能性がある。

¹¹ なお、本稿での単価上昇率や認定率低下の想定規模は、あくまで一例に過ぎない。別途、各種組み合わせが考えられるものの、ここでは代替例の1つとして示した。

そこで、ベースラインを基に、2007年度から一律2割負担に引き上げられるケースを想定してみよう。ベースラインと比較すると、2割負担ケースでは2007年度で0.8兆円、2015年度で1.2兆円の給付費を削減できることになる（図表11参照）。ただし、ここでは自己負担割合引上げに伴う介護サービスの受診抑制効果を全く想定していないため、実際には試算値以上に給付費が減る可能性がある点に注意する必要がある。

加えて、2割負担ケースは、厚生労働省のごく粗い試算（平成16年10月）における重点化ケースとほぼ同一の軌道上にある（図表9参照）。これは、前述の認定率が軽度につき1%・重度2%低下ケースとも同水準であることから、自己負担割合の引上げは当該認定率低下と同等の給付抑制効果を有するとも言えよう。今後、自己負担割合の引上げは、介護予防の効果が発現せず給付費の増大が継続する場合に再検討されることが見込まれるが、その際には低所得者への配慮等に十分に留意しつつ進めていかなければならない問題である。

5-5 公費負担の見通し（認定率の変化、単価の変化、自己負担2割ケース）

以上のような給付費の増大は、公費負担の増加に直結する。これまで見てきた給付費の将来試算に基づくと、公費負担はどの程度の規模に達するのであるうか。

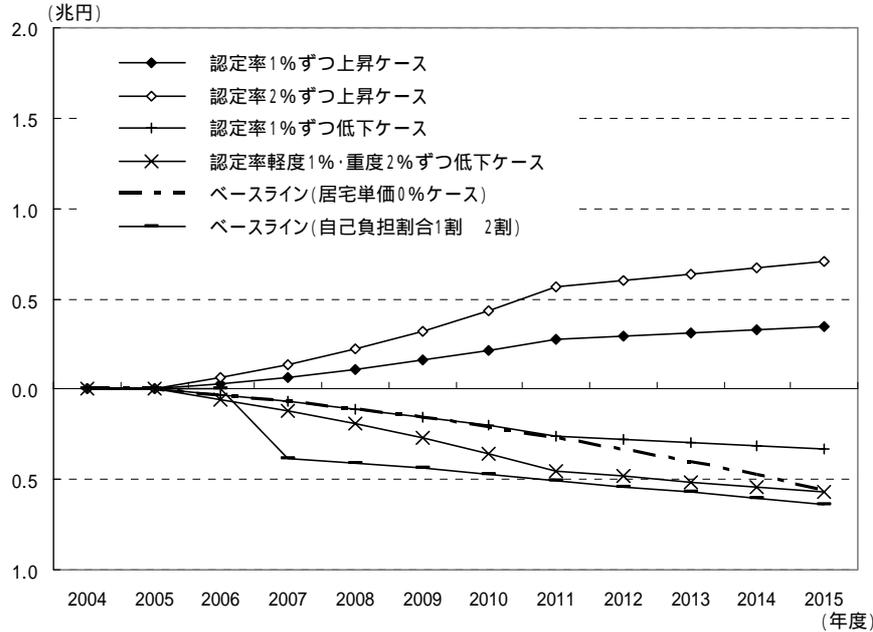
介護保険制度では、基本的に給付費を保険料収入と公費負担で折半する財源構成となっている。ただし、実際には、保険料収入が過小であるため、公費負担が50%を超える形でファイナンスされているものの、本稿では、給付費の50%を公費負担で毎年度ファイナンスする想定の下で考えることとする¹²。図表12は、ベースラインからの公費負担額の乖離幅を示している。2015年度時点でのベースラインとの乖離幅は、認定率1%上昇ケースでは0.3兆円、認定率2%上昇ケースでは0.7兆円まで拡大する。一方、認定率が年度当たり軽度・重度ともに1%低下ケースでは0.3兆円、同軽度につき1%・重度2%低下ケースでは0.6兆円の公費削減効果が見込まれることになる¹³。

さらに、自己負担2割ケースでは、2007年度から導入されると想定した場合、当該年度で0.4兆円の公費削減が期待できる。原則として、公費負担は国

¹² 1号保険料の場合、改定は3年に1度となっている。ゆえに、給付費の増加が想定を超えると保険料収入が過小となる場合があり、財政安定化基金（積立金）からの取崩し等の措置が採られる場合がある。本試算では、積立金の取崩しを想定していない点に注意が必要である。また、2号納付金と公費負担について後年度精算制度を想定していない。

¹³ ケースよりも更に介護予防効果が発現した場合として、同軽度につき1%・重度3%低下ケースでは、0.8兆円の公費削減効果が見込まれる。

図表 12 介護に係る公費負担の試算の比較（ ベースラインからの乖離幅）



(資料) 図表 11 と同じ

(注) 図表 11 と同じ。なお、公費負担額は、各年度の給付費の 50% と設定。

と地方で折半する関係にあることから、この場合には国庫負担ベースで 0.2 兆円の削減が可能となる。来年度予算のシーリングで課している社会保障関係費の増加幅抑制を考える上で、自己負担割合の引上げは一つの選択肢となり得るものの、高齢者の大幅な負担増につながることから、極めて慎重に検討しなければならない問題である。

6. 介護予防が給付費抑制の鍵を握る

以上のように、現在の介護保険制度は、老年人口の増加を背景とした介護給付費の増勢が継続しており、今後も更なる増加が見込まれている。第 2 節～第 4 節で確認した要介護認定率、受給率、一人あたり費用の動向を踏まえ、将来の給付費を試算すると、第一次的には介護予防の効果発現による認定率の低下が給付費抑制に不可欠であることが分かる。各種前提から結果は幅を持って見る必要があるものの、本試算では、一定の条件下で認定率低下による給付費抑制効果が見られ、かつ、認定率の低下幅により抑制効果に差異が生じることが確認された。また、介護予防を講じたにもかかわらず、認定率の上昇に歯止めが掛からない場合においても、単価の抑制や各種制度変更などの二次的手段により代替できる可能性があることを示した。

このような給付費の抑制は、税財源を原資とする公費負担や社会保険料負担

を軽減する。しかし、給付費の増大が予想を上回れば、更なる負担増が不可避となる（1号保険料の試算は補論2・3を参照されたい）。給付費抑制策の核となる新予防給付は18年4月に導入され、まだ半年程度しか経過していないため、現時点で効果の検証を行うことはできない。介護保険制度の持続可能性を高めるためには、介護予防の実効性を確保することが肝要であり、今後の効果の発現を慎重にフォローしていく必要がある。

【補論1】試算の前提について

給付費の試算に係る基本的な考え方は、次式のとおりである。

$$B/P = (N/P) \times (J/N) \times (B/J)$$

B ：給付費、 P ：人口、 N ：認定者数、 J ：受給者数

なお、左辺は1人当たり給付費、右辺第1項は認定率、第2項は受給率、第3項は受給者1人当たり費用（単価）となる。年齢階級別・男女別・要介護度別に分類した認定率から認定者数を求め、さらに居宅・施設別受給率を掛け合わせることで受給者数を算出し、これと居宅・施設別の1人当たり費用を用いてマクロの給付費を計算した。

既制度改革の影響については、ホテルコストは施設受給者数に月額2.5万円（全階層平均値）を乗ずることで求めた（ベースラインで、17年度：約1,300億円、18年度以降期間平均：約3,100億円）。要支援・要介護状態に陥るおそれのある者を対象に転倒骨折予防教室などを行う地域支援事業に係る給付費は、「介護保険制度における第1号保険料及び給付費の見通し - ごく粗い試算 - （平成16年10月）」における前提と平仄を合わせ、給付費の3%分と想定した。なお、17年度制度改革により、要介護度の区分変更が行われ給付対象が分離されたが、当該変更は反映させず、現行の区分で将来も推移するとの前提を置いた。

公費負担については、本文で述べたように給付費の50%を常時ファイナンスするとの機械的な想定を置いており、当該前提の下で保険料負担（補論2・3参照）も求めている。すなわち、給付費と財源（公費＋保険料）が毎年度収支均衡する前提となる。以上のような、各種前提から結果は幅を持って見る必要がある。

また、本稿で取り扱った12パターンの試算の前提は、本稿最終頁掲載の図表15のとおりである。

【補論 2】 1号保険料の試算（認定率、単価の変化、自己負担2割ケース）

本論で触れなかった論点として、65歳以上の被保険者を対象とした1号保険料の動向が挙げられる。ここでは、1号保険料の推移を確認するとともに、本論での前提に基づき1号保険料の試算を行いたい。

介護保険制度の財源は、公費負担と保険料収入が折半する仕組みである。このうち、保険料収入については、40～64歳を対象とした2号被保険者と65歳以上を対象とした1号被保険者によって負担され、両者の負担割合は被保険者数の比率によって決定される。過去の推移を見ると、1号被保険者と2号被保険者の負担割合は、給付費のうちそれぞれ18%と32%（合計で50%、残り50%は公費負担）という構成であった。2006年度からは、高齢人口の増加により、給付費のうちそれぞれ19%と31%という負担割合となっている。本試算では、公費負担と保険料収入の財源構成が50%ずつから制度変更がないものと仮定し、将来の人口推計から算出される1号・2号被保険者の人数比の推移に沿い、収支を均衡させる前提の下で機械的に1号保険料を試算する。その際、給付費の増加に合わせて保険料負担も変化するが、3年に1度の保険料改定という制度の趣旨に則り、毎年度の保険料負担額の3年間の期間平均値を当該期間の保険料と見做す前提を置く。また、実際には市町村ごとに保険料水準が異なるが、ここでは全国平均値と見做すとともに、所得段階に応じた保険料額の設定を考慮せずに、すべての1号被保険者を一律とした1人当たり保険料を試算する。

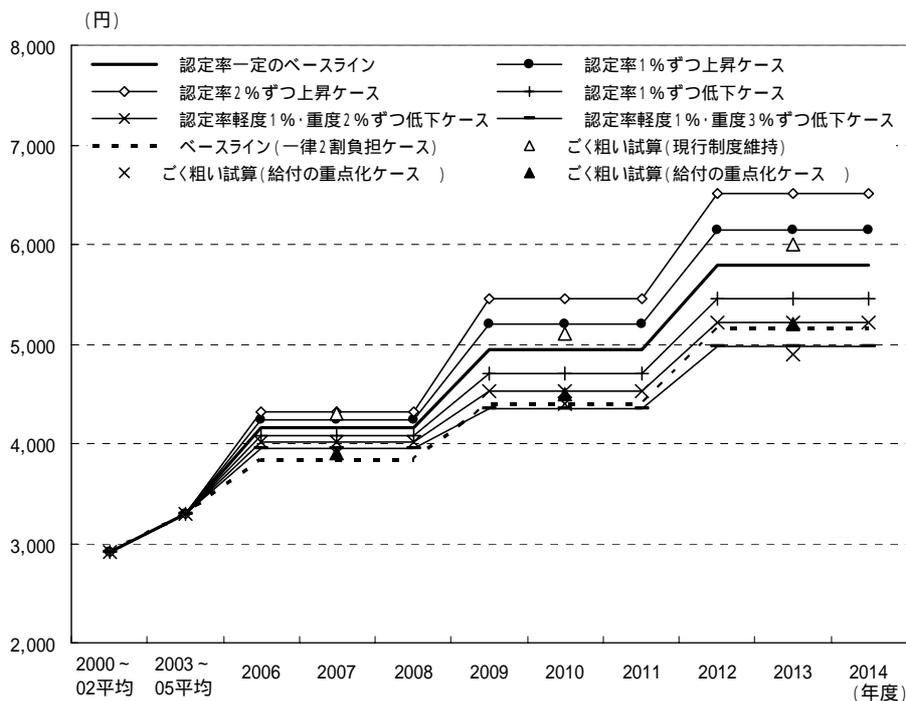
2000～2002年度平均の1号保険料（月額）は2,911円であった。しかし、この間の想定を超える給付費増大を背景に、2003～2005年度には3,293円まで上昇し、2006年度には4,090円に達した（図表13参照）。厚生労働省のごく粗い試算（平成16年10月）によれば、改革のないケースで2006～2008年度は平均4,300円、2009～2011年度には5,100円、2012～2014年度には6,000円に達する見通しである。一方、ごく粗い試算（平成16年10月）の重点化ケース

では、改革の効果を反映した結果、2012～2014年度でそれぞれ4,900円と5,200円まで減額されている。

本試算においては、認定率が上昇するケースで、2012～2014年度に6,000円を上回る見込みである。介護予防が効果を発現しなければ、厚生労働省見通しよりも保険料負担は過重となる可能性がある。一方、認定率が低下するケースでは、ごく粗い試算（平成16年10月）の重点化ケースとほぼ同水準まで保険料の増額を抑制することが可能である。

今後は、給付費増加の抑制により保険料負担を軽減することが、介護保険制度の持続可能性を高める上で必要不可欠と考えられる。

図表 13 第1号保険料月額試算の比較（改善・悪化ケース）



（資料）図表 11 と同じ。

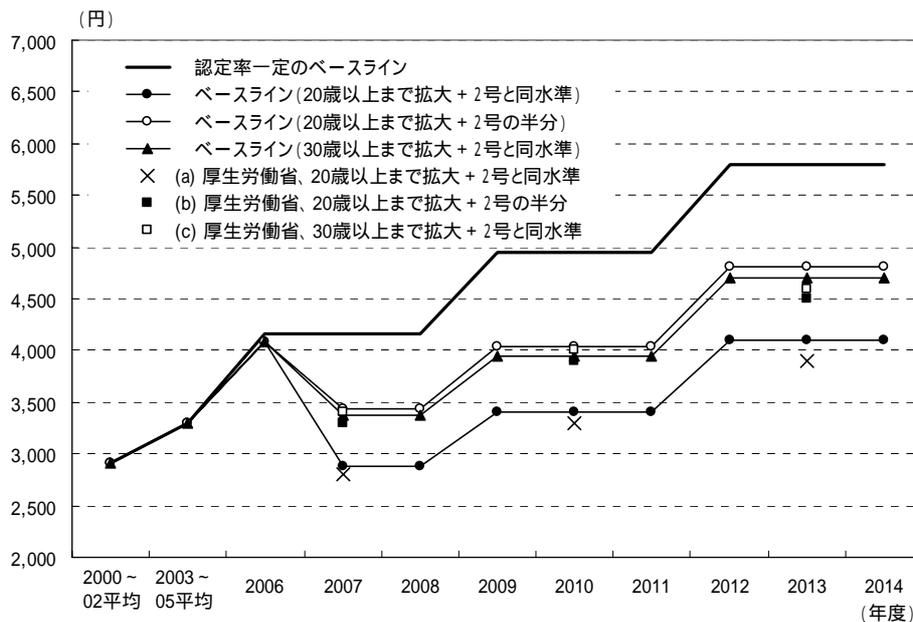
（注）図表 11 と同じ。3年に1度の改定を考慮し、3年間の期間平均値をプロットしている。

【補論 3】1号保険料の見通し（被保険者拡大ケース）

介護保険制度改革における保険料負担の議論の中で、2号被保険者の範囲拡大という論点を避けては通れない。増加の一途を辿る給付費を現行制度下の被保険者だけでファイナンスできなければ、被保険者の範囲を拡大し、より幅広い年齢階層から保険料を徴収することも検討せざるを得ない。

厚生労働省の「『被保険者・受給者』の拡大に関する意見（平成 16 年 12 月）」では、2号被保険者の年齢対象を拡大した場合における1号保険料が試算されており、年齢対象と保険料水準に関して複数のケースが想定されている。まず、(a)被保険者の範囲を20歳以上まで拡大し保険料水準を2号被保険者と同水準とするケースが、最も若年層の負担が過重となるシナリオとなるが、この場合には、2006～2008年度は平均2,800円、2009～2011年度には3,300円、2012～2014年度には3,900円まで保険料負担が抑制される見通しである（図表 14 参照）。一方、(b)被保険者の範囲を20歳以上まで拡大し保険料水準を2号被保険者の半分とするケースと、(c)被保険者の範囲を30歳以上まで拡大し保険料水準を2号被保険者と同水準とするケースでは、2012～2014年度にそれぞれ4,500円、4,600円となり、(a)ケースと比べて保険料負担の低下幅が縮小する。

図表 14 第 1 号保険料月額額の試算の比較（2 号被保険者の拡大ケース）



（資料）厚生労働省「介護保険制度における第 1 号保険料及び給付費の見通し - ごく粗い試算 - 」、「『被保険者・受給者』の拡大に関する意見（16 年 12 月）」等により作成

（注）図表 11 と同様。ただし、2007 年度から制度改正があると想定したために、2007～2008 年度については 2 年分の平均値を用いている。また、被保険者の範囲拡大に伴い、障害者向け給付費が介護保険に振り替わることも考えられるが、ここでは想定しない。

本試算においても、上記 3 ケースと同様の前提で 1 号保険料を求める。ただし、2007 年度から制度改正があると想定したために、2007～2008 年度については 2 年分の平均値を用いている。また、被保険者の範囲拡大に伴い、障害者向け給付費が介護保険に振り替わることも考えられるが、本試算では給付サイドの拡大を想定せず、負担サイドでの調整のみを対象とする点に注意が必要である。本試算と厚生労働省見通しの上記 3 ケースとは、将来の給付費の予測値が異なることから若干の誤差が生じるものの、概ね一致しており、良好な結果が得られた（図表 14 参照）。

たしかに、被保険者の範囲の拡大は、現在の 1 号被保険者の保険料負担を軽減する効果を持つ。しかし、前述のように、若年層の障害者給付が介護保険に振り向けられないという前提に基づいている。仮に障害者給付が介護保険に組み込まれることとなれば、保険料水準は試算値よりも相当程度上昇することになる。今後、給付費の増大に歯止めが掛からなければ、被保険者の範囲の拡大という選択肢も現実味を帯びることになるだろう。しかし、その際には、若年層における受益と負担の対応関係や、社会保障における世代間格差の拡大という論点にも十分に配慮しつつ検討することが求められる。

（内線 3126）

図表 15 試算の各種前提（ケース ～ ）

	認定率1% 以上のベースライン	認定率1% 未満の上昇ケース	認定率2% 未満の上昇ケース	認定率1% 未満の低下ケース	認定率2% 未満の低下ケース	認定率軽度1%・ 重度3%未満の低下 ケース	ベースライン (居宅単価 0%ケース)	ベースライン (居宅単価 1%ケース)	ベースライン (一律2割 負担ケース)	ベースライン (20歳以上 まで拡大+2 号と同水準)	ベースライン (20歳以上 まで拡大+2 号の半分)	ベースライン (30歳以上 まで拡大+2 号と同水準)
要介護認定率 (要介護度別・ 年齢階級別・ 男女別)	2006年3月審査分の水準で 以後一定。	2006年3月審査分の水準から 毎年度1%未満 の上昇。ただし、 64歳以下は一定。	2006年3月審査分の水準から 毎年度2%未満 の上昇。ただし、 64歳以下は一定。	2006年3月審査分の水準から 毎年度1%未満 の低下。ただし、 64歳以下は一定。	2006年3月審査分の水準から 毎年度軽度1% 以下・重度1% 以上・重度2% 未満の低下。た だし、64歳以下 は一定。	2006年3月審査分の水準から 毎年度軽度1% 以下・重度1% 以上・重度2% 未満の低下。た だし、64歳以下 は一定。	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様
受給率 (要介護度別・ 年齢階級別・ 男女別・居宅 施設別)	居宅分は 2007年度まで 上昇、以後一 定。施設分は 2006年3月審 査分の水準で 以後一定。	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様
単価(実質) (居宅施設別)	居宅分は毎 年度2%上 昇。施設分は 0% (一定)。	と同様	と同様	と同様	と同様	と同様	居宅・施設分 ともに0% (一 定)。	居宅分は毎 年度1%上 昇。施設分は 0% (一定)。	と同様	と同様	と同様	と同様
その他	-	-	-	-	-	-	-	-	2007年度から 自己負担割 合を一律2割 引上げ、受診 抑制効果は 盛り込んでい ない。	2007年度から 被保険者の範 囲を拡大、20 ～39歳の被 保険者は2号 被保険者と同 水準。ただし、 支援費の増加 は想定しな い。	2007年度から 被保険者の範 囲を拡大、30 ～39歳の被 保険者は2号 被保険者と同 水準。ただし、 支援費の増加 は想定しな い。	2007年度から 被保険者の範 囲を拡大、30 ～39歳の被 保険者は2号 被保険者と同 水準。ただし、 支援費の増加 は想定しな い。
経済前提等	物価上昇率・内閣府「改革と展望 - 2005年度改定 参考試算」の基本ケース。人口：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」における中位推計。既制度改革・ホテルコストの自己負担化、地域支援事業の影響は織り込んでいない。ただし、要介護度の区分変更は行っていない。											