

BBLセミナー プレゼンテーション資料

2017年1月11日

「介護保険施行15年の経験と展望：
福祉回帰か、保険原理の徹底か」

鈴木 亘

2017年1月11日
RIETI BBLセミナー

介護保険施行15年の経験と展望： 福祉回帰か、保険原理の徹底か

学習院大学 経済学部
鈴木 亘

今日の流れ

- 同名のタイトルで、昨年12月にRIETI-PDPの公表（16-P-014）。

<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/pdp/16p014.pdf>

- 介護保険開始後の15年余りの経験、現状、課題を振り返る。
- 当初の成功と、その後の非市場的・財政抑制的改革（光と影）。
- 最大の課題は、財政の維持可能性。当初の制度設計にそもそも問題がある。
- その解決の為に、介護版MSAの導入を提案する。

介護保険制度の導入目的

- 介護保険開始前の状況・・・①福祉の措置制度(Means test付きの救貧制度)の急拡大、②医療保険(老健制度)における社会的入院増加、③家族介護への過重な負担(介護地獄、介護自殺、介護心中)の社会問題化。
- 基本的には、「介護の社会化」によって、これらの問題を解消させることが制度導入目的。
- 苦しい一般会計に縛られぬ保険方式で、介護サービス市場を拡大する。市場原理を取り入れ、民間活力を生かして供給の大幅拡大。

- 経済学の観点から、導入目的を再解釈。
- 制度開始前の問題は、逆選択、モラルハザード等により民間介護保険が成立しにくいこと。家族介護も一種の保険や市場（戦略的遺産動機、リスクシェアリング）であった（家族間に情報の非対称性無し）が、量的に不足。そのために、種々の社会問題が引き起こされていたと解釈できる。
- 政府が強制的な皆保険を作り、市場の失敗を是正。十分な介護リスク範囲のカバー、介護サービス市場を形成する。
- なるべく、市場の失敗がなかった場合に、市場が作り出している状況に近似すべき。現実の介護保険もかなり進歩的な考えで作られた。

介護保険導入の評価

対象者、利用者の推移

	2000年4月末	2015年4月末	倍率
(1)第1号被保険者数	2165万人	3308万人	1.53倍
(2)認定者数	218万人	608万人	2.79倍
うち軽要介護度(要支援～要介護1)	84万人	275万人	3.26倍
うち中要介護度(要介護2、3)	71万人	180万人	2.53倍
うち重要介護度(要介護4、5)	63万人	132万人	2.09倍
(3)サービス利用者数	149万人	511万人	3.43倍
うち居宅サービス	97万人	382万人	3.94倍
うち施設サービス	52万人	90万人	1.73倍
うち地域密着型サービス		39万人	

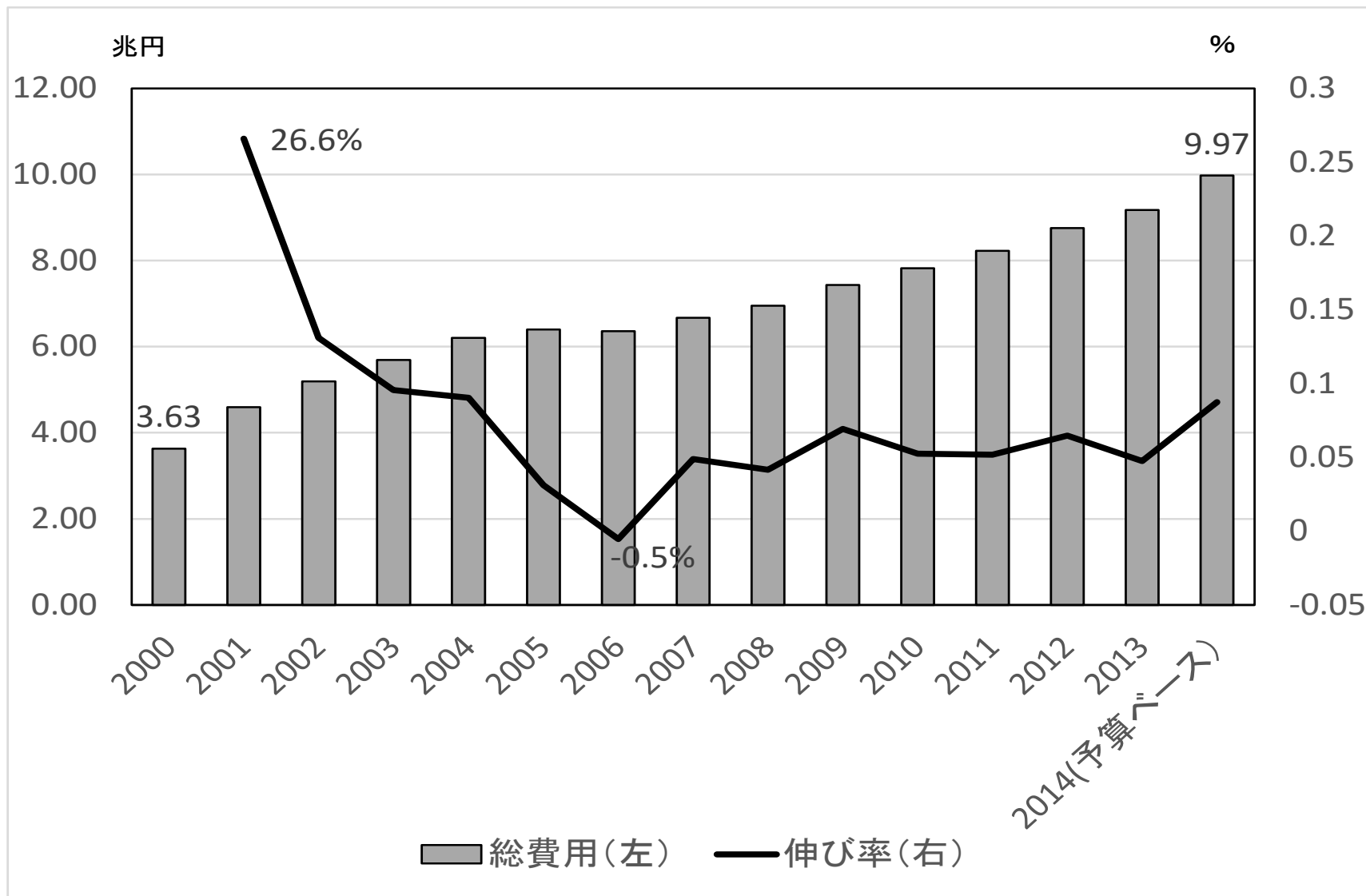
注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)

介護事業所数の推移

	2001年4月末	2015年4月末	倍率
(1)訪問介護	14,229	32,636	2.29倍
(2)訪問看護	8,824	9,367	1.06倍
(3)訪問リハビリ	1,981	3,681	1.86倍
(4)通所介護	9,726	42,386	4.36倍
(5)通所リハビリ	5,545	7,371	1.33倍
(6)ショートステイ(短期入所生活介護)	4,819	9,823	2.04倍
(7)医療型ショートステイ(短期入所療養介護)	3,379	3,808	1.13倍
(8)特定施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)	385	4,530	11.77倍
(9)グループホーム	1,658	12,776	7.71倍
(10)特別養護老人ホーム	4,740	7,340	1.55倍
(11)老健施設	2,826	4,130	1.46倍
(12)療養型病床群	3,193	1,434	0.45倍

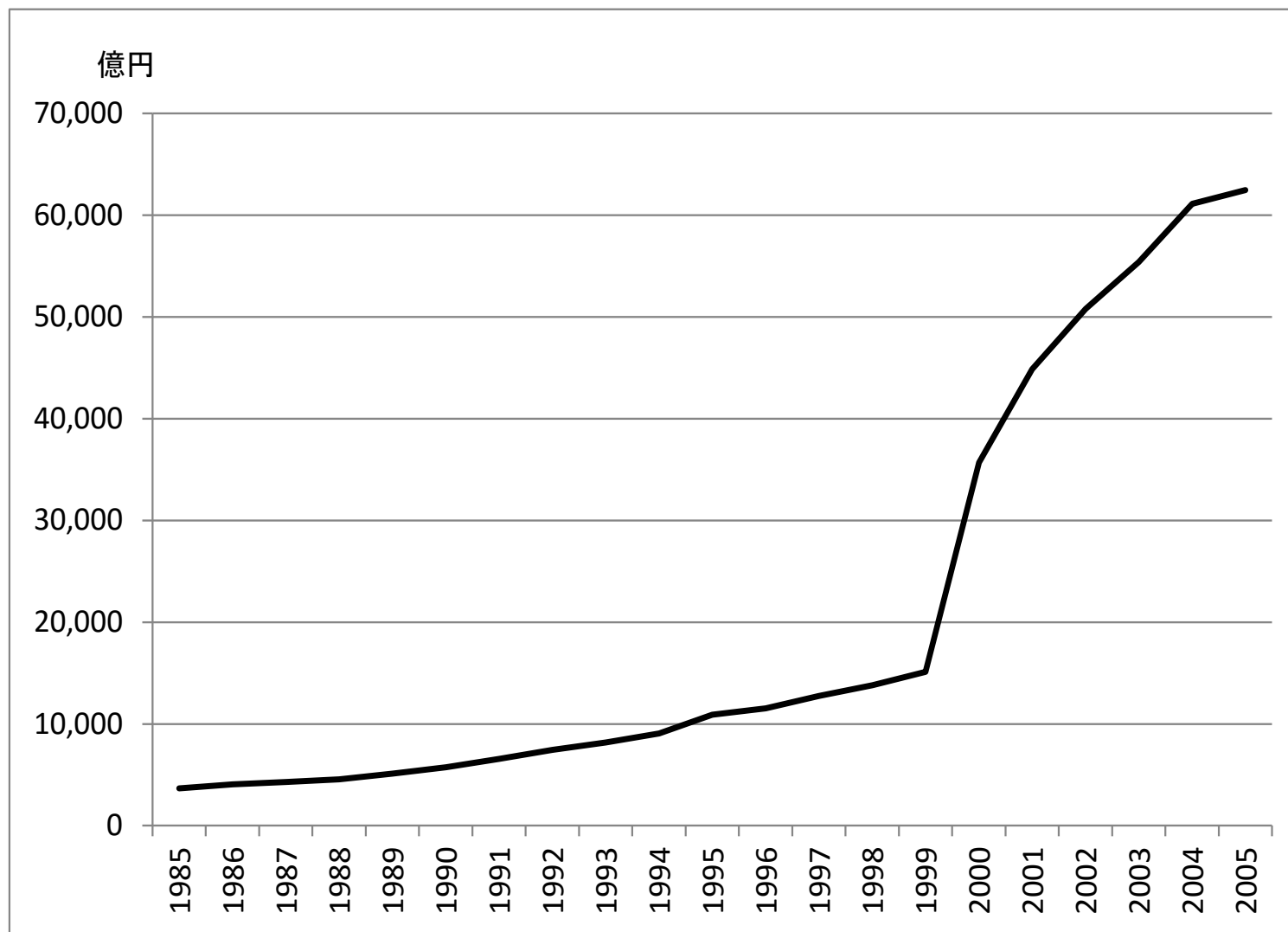
注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)

介護総費用の推移



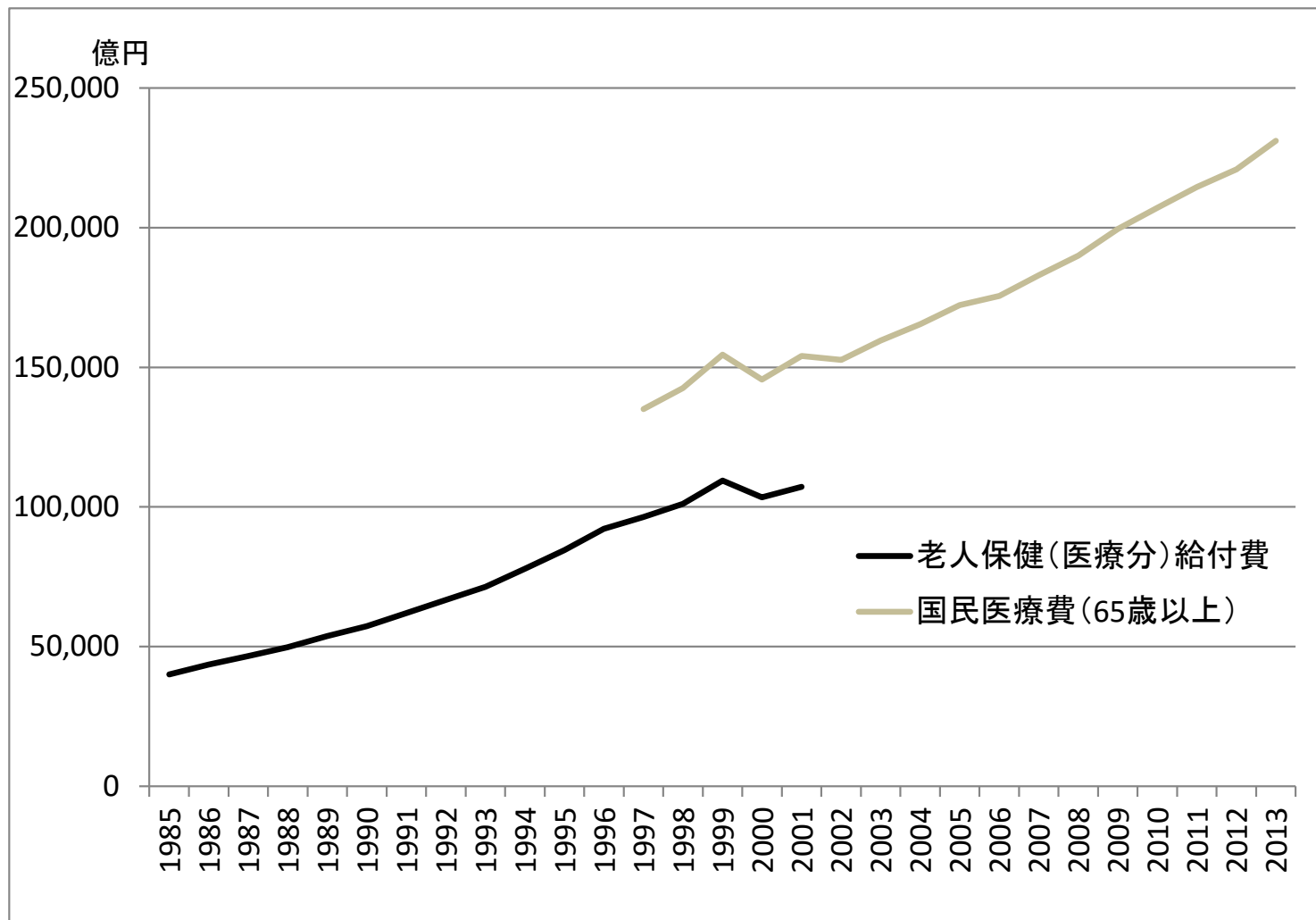
注) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(各年版)。2014年は予算額から推計。

老人福祉サービス給付費の推移



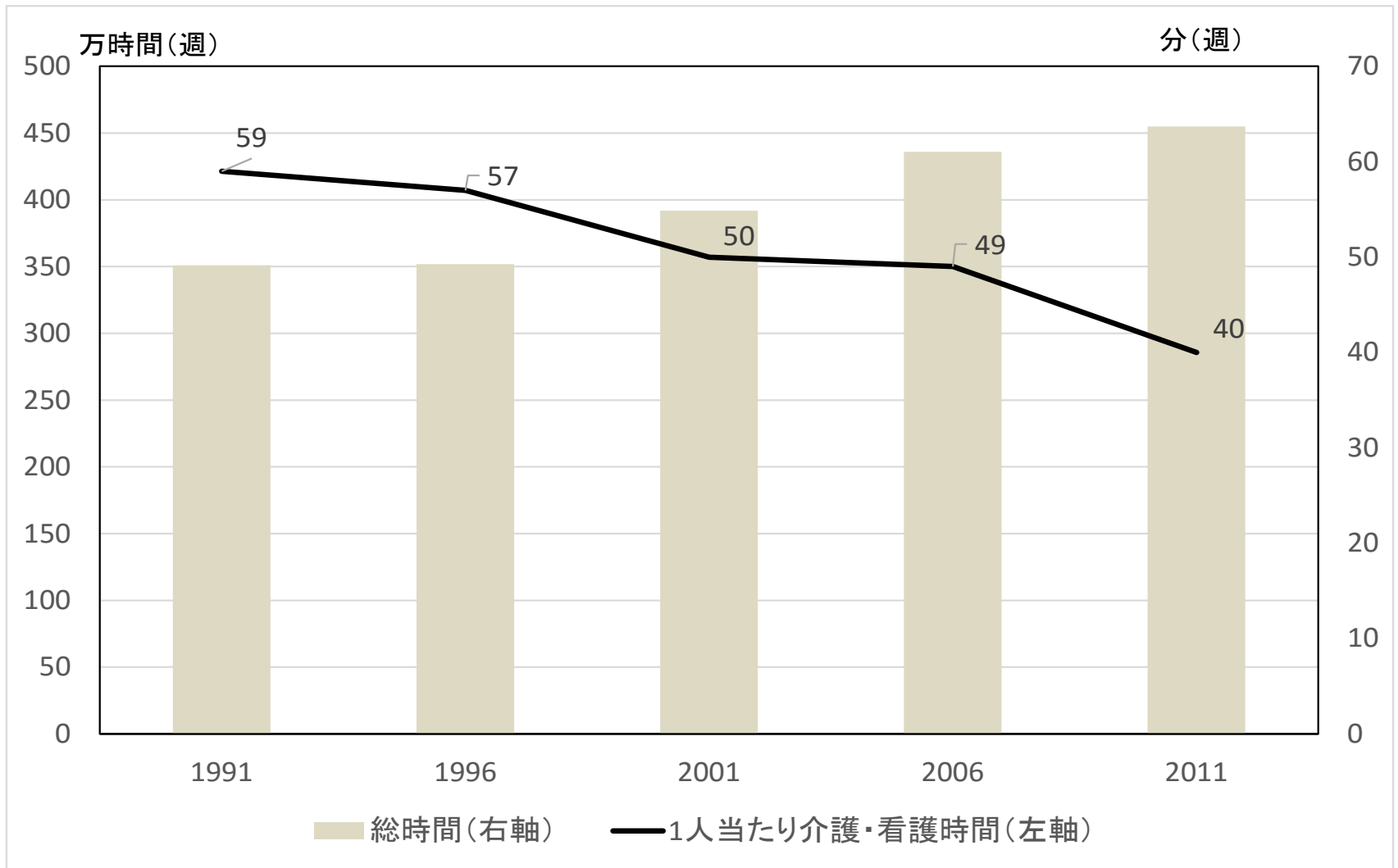
注) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」(各年版)。

老人医療費の推移



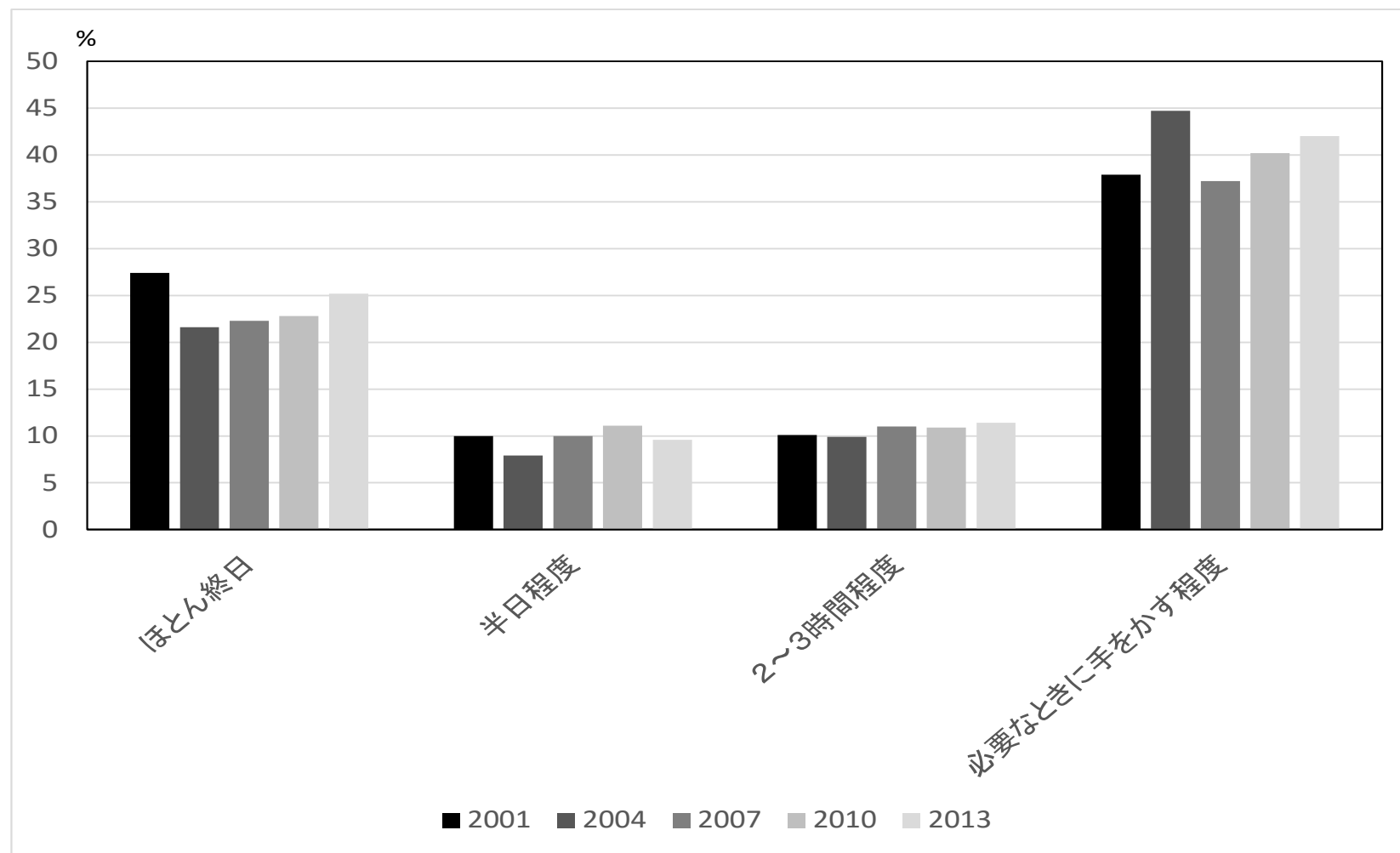
注) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」(各年版) 及び厚生労働省「国民医療費」(各年版)。

介護者1人当たり介護・看護時間



注) 総務省「社会生活基本調査」(各年版)

同居の主な介護者における介護時間の構成割合



注) 厚生労働省『国民生活基礎調査』（各年版、介護票のある大調査年のみ） 11

財政引き締め策への急転換

介護報酬の改定率推移

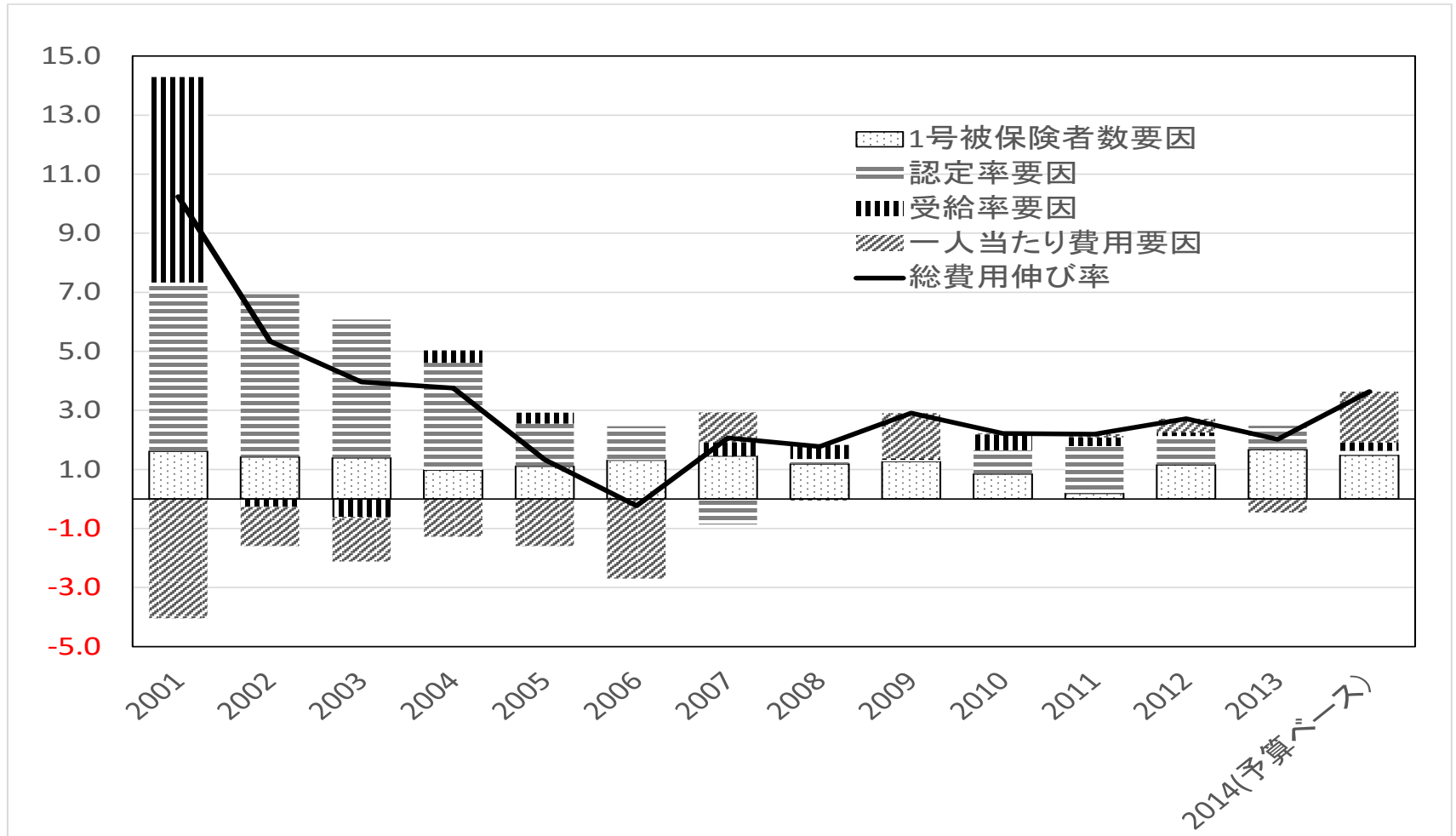
年度	介護報酬改定率(%)	内訳
2003	-2.3	在宅+0.1%、施設-4.0%
2006	-2.4	在宅軽度-5%、在宅中重度+4%、施設-4%
2009	3.0	在宅+1.7%、施設+1.3%
2012	1.2	在宅+1.0%、施設+0.2%
2014	0.63	消費税引き上げに伴う対応
2015	-2.27	在宅-1.42%、施設-0.85%

主な制度改正

年度	改革項目
2005年 (2006年施行、 一部2005年から)	<ul style="list-style-type: none">・軽度者への介護保険給付を予防給付に・従来の要介護1を要支援2と要介護1へ再編・地域包括支援センターの創設と要支援者のケアマネジメントの受け持ち・食費・居住費の自己負担化(ただし、補足給付による軽減措置導入)・地域密着サービスの創設(グループホームなどの総量規制開始)・特定施設の総量規制開始・保険料設定を5段階から6段階に
2008年	<ul style="list-style-type: none">・法令遵守のための管理体制強化・自治体による立入検査権創設

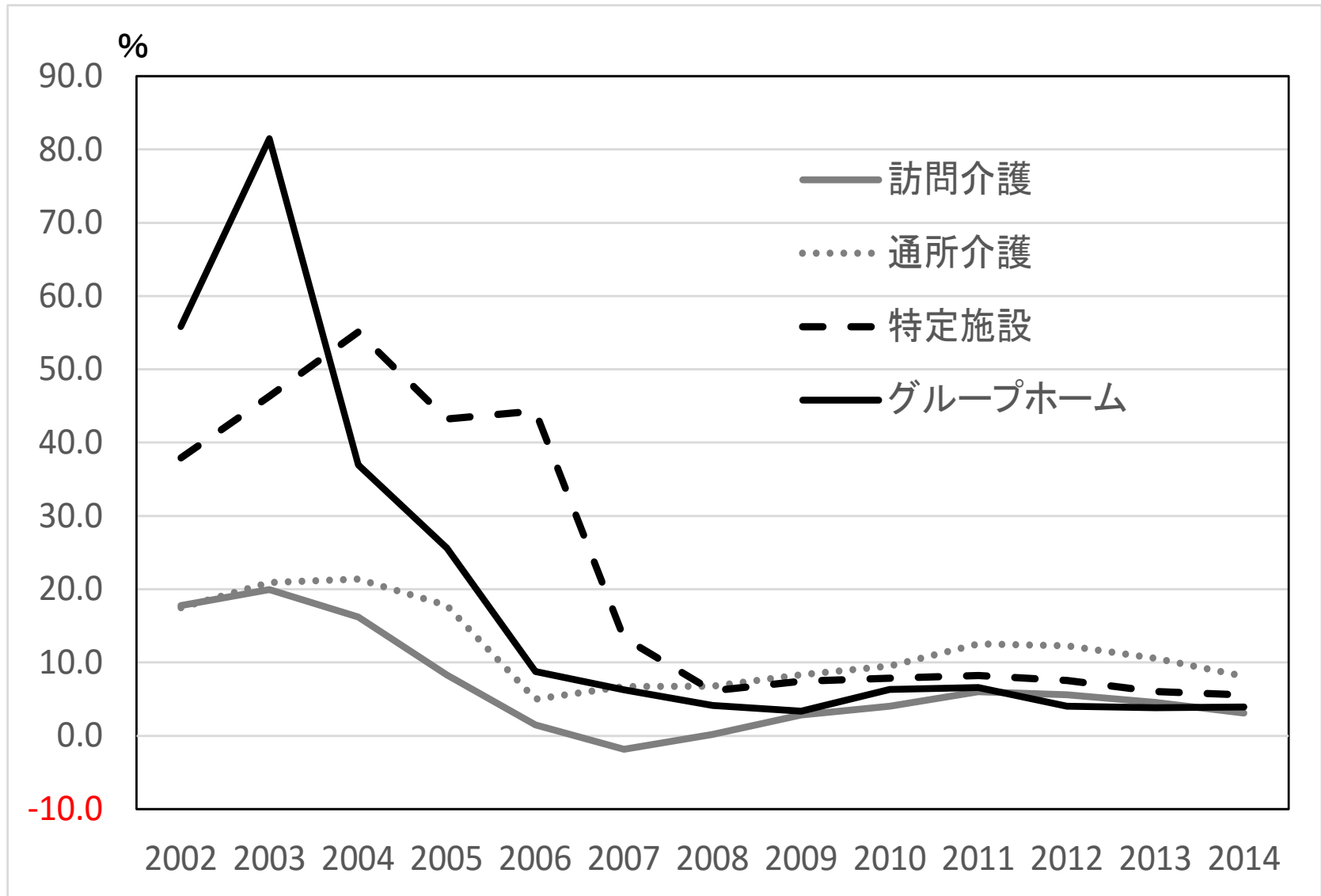
<p>2011年 (2012年施行)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアを念頭に置いた介護保険事業計画の策定 ・24時間訪問介護サービスの創設 ・介護予防・日常生活支援総合事業の創設 ・療養型病床群の転換時期の延長(2012年3月→2018年3月) ・第1号保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の一部取り崩し
<p>2014年 (2015年施行)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援者の予防給付のうち、訪問介護と通所介護を切り離し(地域支援事業に) ・特別養護老人ホームの新規入所者を要介護3以上に ・低所得者の保険料負担軽減措置の拡充 ・高所得者の自己負担率引き上げ(1割→2割に) ・一定額の資産保有者を補足給付の対象外に ・すべての市町村への介護予防・日常生活支援総合事業の創設義務化 ・2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

介護総費用の伸び率の要因分解



認定率は認定者/第1号日保険者数。受給率は、受給者/認定者。1人当たり費用は受給者1人当たりの介護総費用。

主な介護サービスの事業所数の推移 (対前年伸び率)

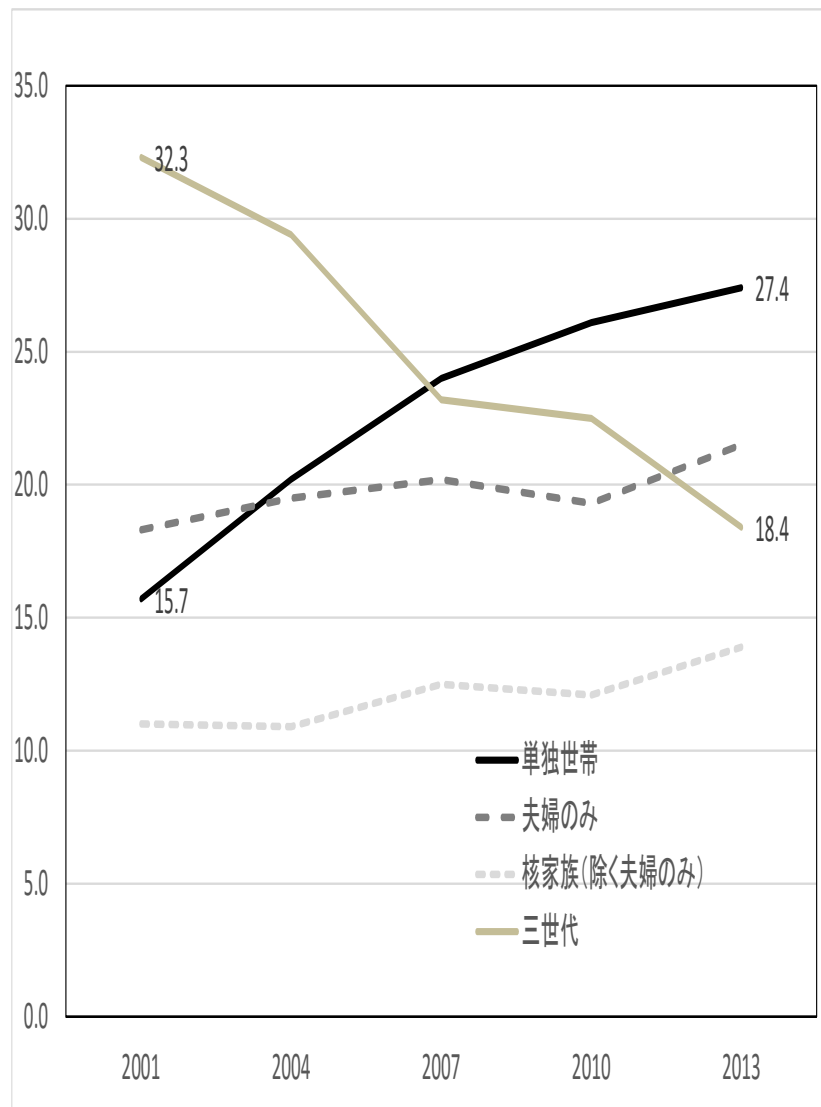


これまでの改革の総括

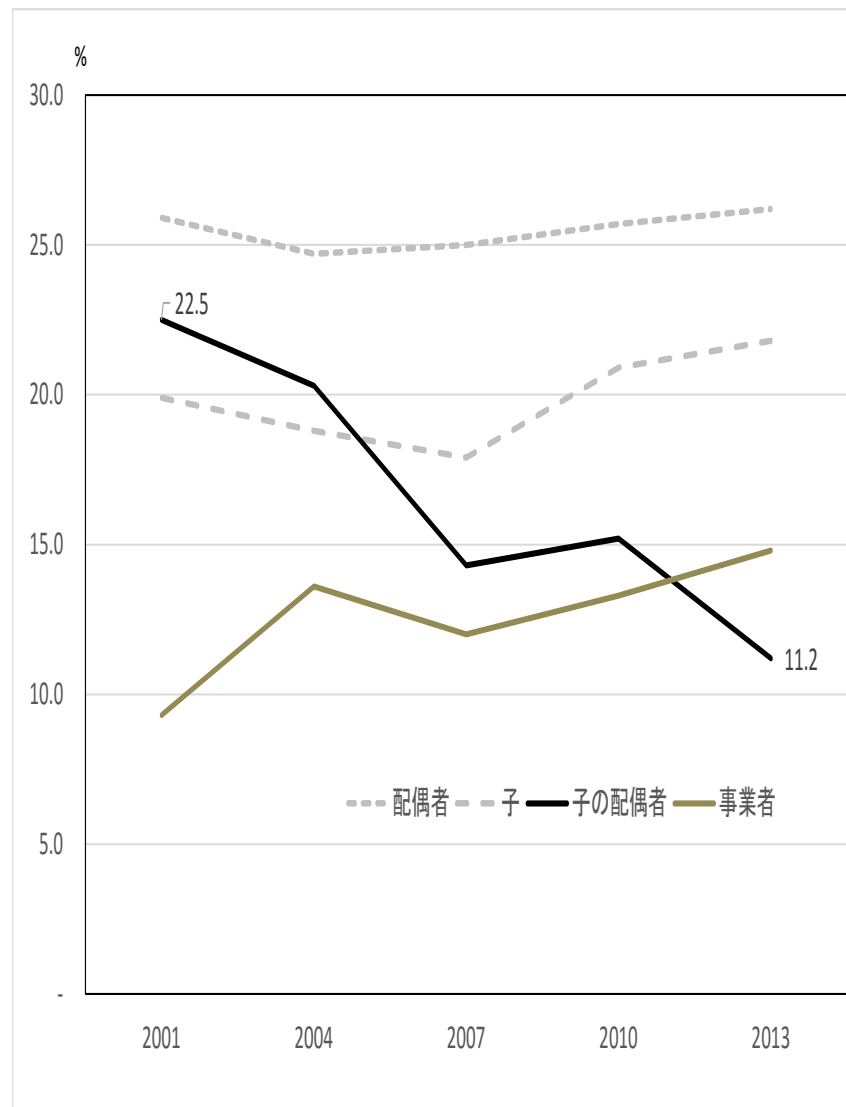
- 改革手法として非市場的手段が中心（介護報酬引き下げ、総量規制の拡大、給付範囲の縮小、自治体による管理・規制権限強化、介護報酬の診療報酬化、事業計画の強化、中央集権化、応益負担から応能負担へ）。
- これらは、「福祉回帰」、「措置への先祖返り」と呼ぶべきである。地方分権とも逆行。
- 当初の意図、成果を失わせて行っている。
- 現在生じている諸問題も非市場的手段と財政抑制に起因しているものが多い。

- 介護労働力不足(→価格規制が問題の根源で景気拡大時の賃金引き上げができない、介護報酬引き下げが拍車をかける)
- 施設の高齢待機者(→価格規制と参入規制が根源、特定施設への総量規制が拍車)
- 無届施設、お泊りデイの広がり(→施設が不足していることの出口として、一種のブラックマーケットが使われている)
- 労働生産性が低いまま伸びない(価格規制、規制強化で相違の余地が無くなる、努力するインセンティブが無い)
- 地域包括支援(施設から在宅へ、費用軽減)も、現実的な方向性とは言いがたい。

要介護者がいる世帯



主な介護者の続柄



主な介護者の年齢構成

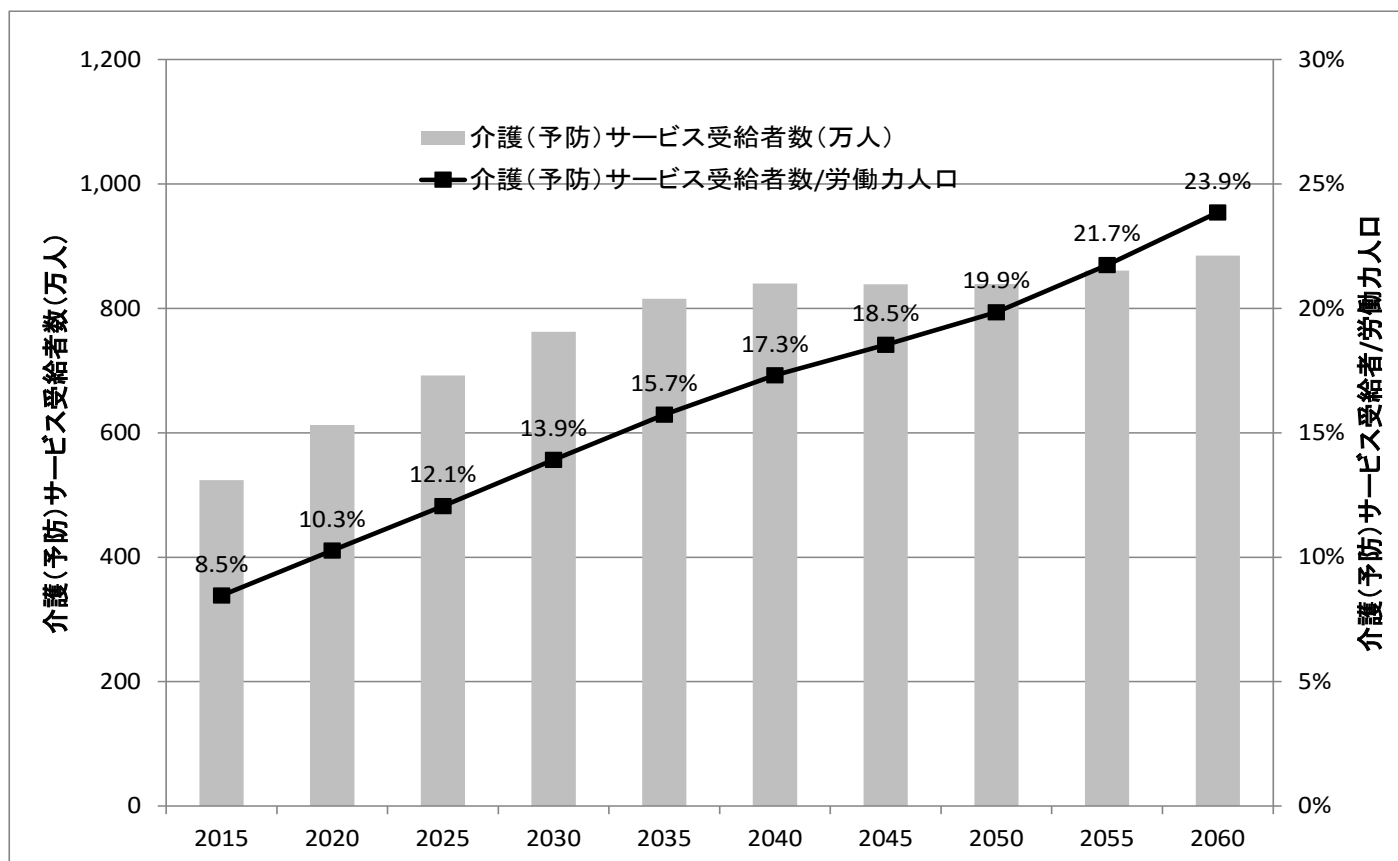
%

	男		女	
	2001年	2013年	2001年	2013年
40歳未満	3.9	2.0	4.3	2.0
40 ～ 49	12.7	7.6	13.1	8.1
50 ～ 59	29.4	21.4	32.3	21.4
60 ～ 69	26.0	27.7	26.7	32.5
70 ～ 79	21.5	22.6	19.7	25.8
80歳以上	6.2	18.7	3.9	10.2

注) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(各年版)

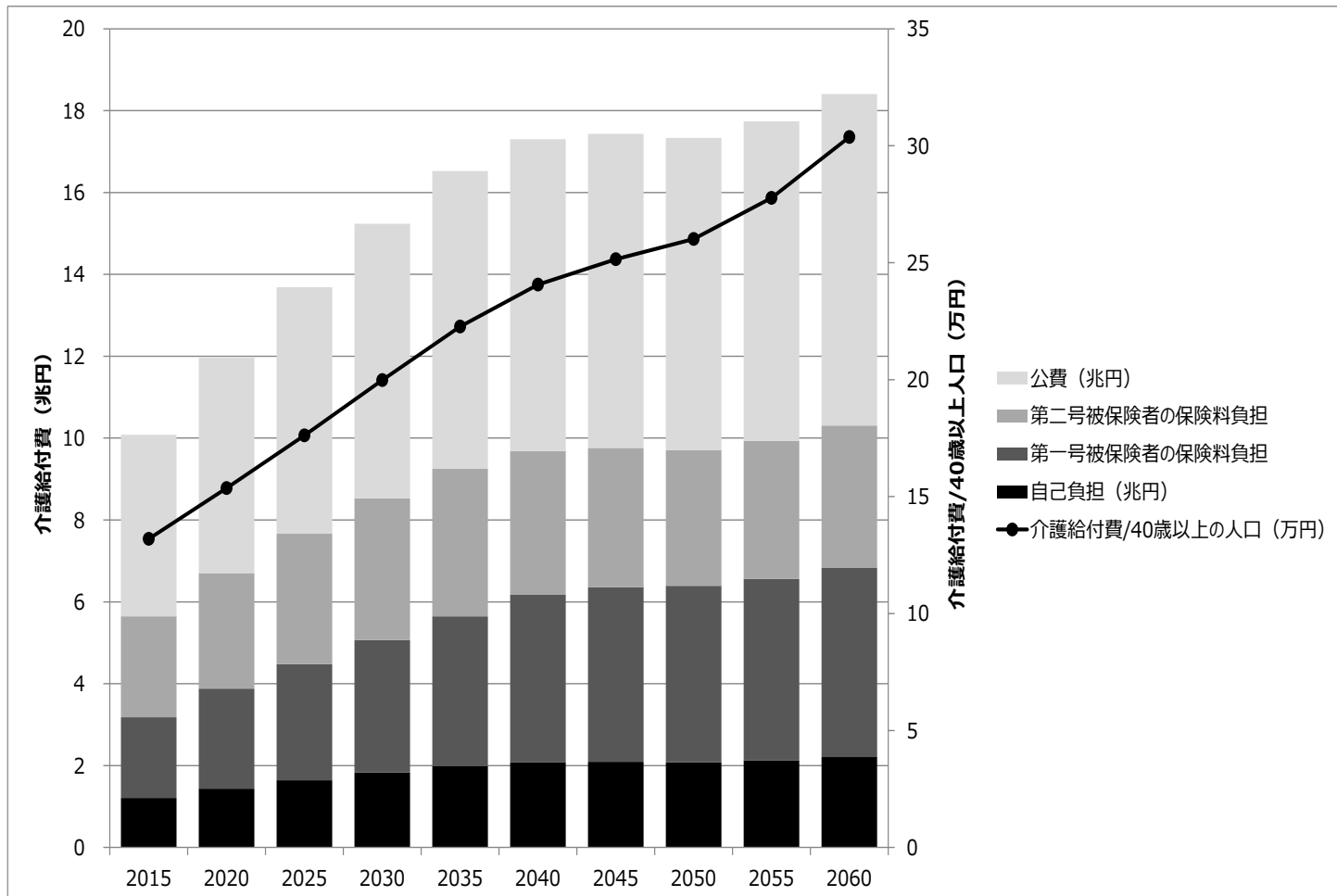
さらに深刻化する財政状況

介護サービス受給者数の将来推計



注) 経済産業省・経済産業政策局産業構造課試算。

介護給付費の将来推計

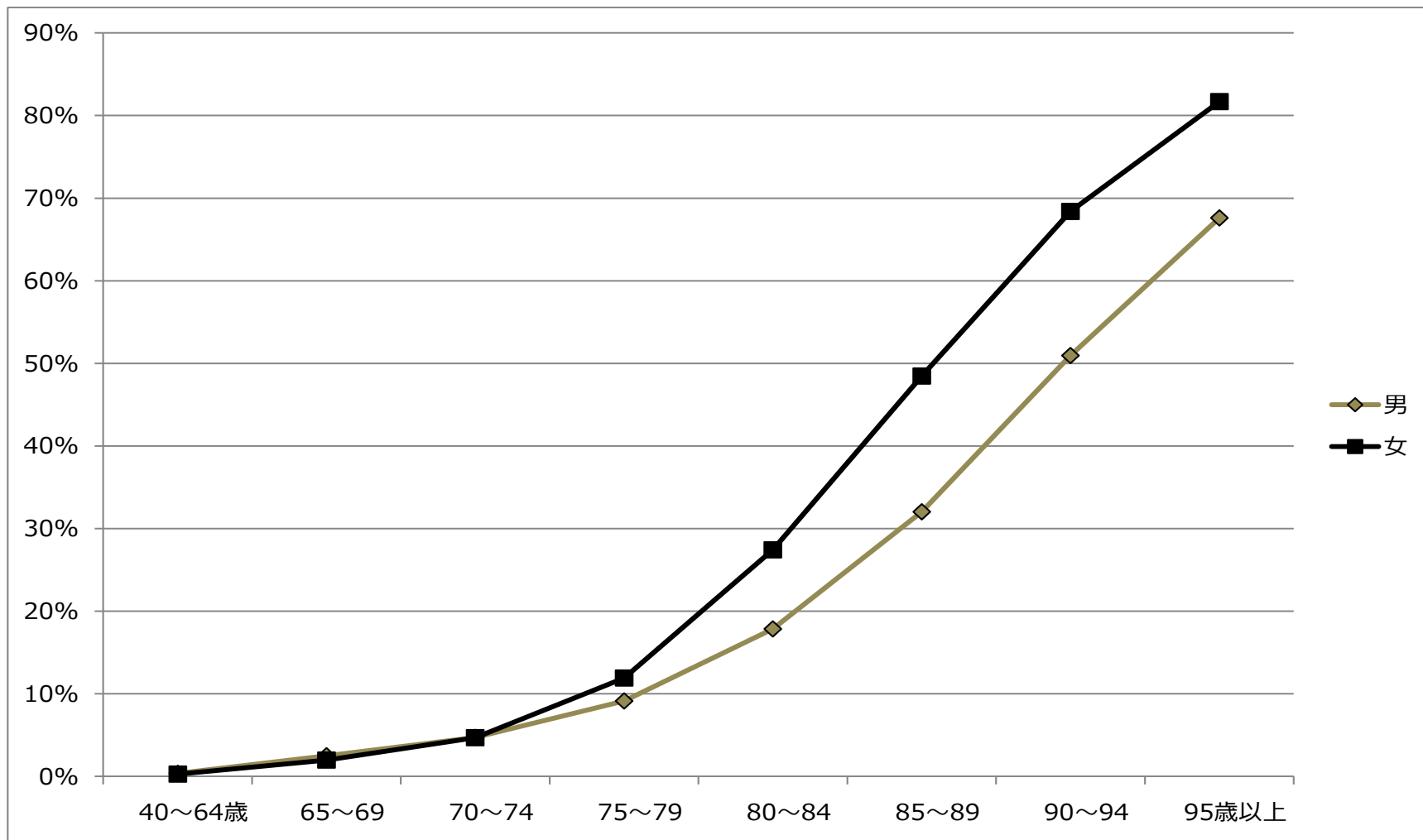


注) 経済産業省・経済産業政策局産業構造課試算。

抜本的改革の方向性

- 最大の問題は、財政の維持可能性。改革に終わりが無い。対症療法的な措置（総報酬割導入、自己負担引き上げ、対象年齢引き下げ、軽要介護度外しなど）では、根本的には解決できず。今後も、ますます措置への先祖返りが進む。
- そもそも、現在の介護保険は保険原理から逸脱した保険料の設定になっており、それが、財政の維持困難なものにしている。
- 40-64歳の保険料（2016年）は月額全国平均5352円、65歳以上は5514円とほぼ同額。

年齢階級別要介護（要支援を含む）認定率（2014年）



注) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(2014年)および総務省「人口推計」により、経済産業省・経済産業政策局産業構造課計算。

- 「賦課方式の短期保険」で制度設計するのであれば、リスクに応じた保険料を設定すべき。
- 年齢が高ければ高くなるほど、保険料が引き上がらなければならない。それが保険数理的にフェア(actuarially fair)な保険。
- また、費用の半分を公費(税金)投入で賄っていることも、保険原理から逸脱。
- 両者相まって、実質的な「賦課方式」となっている。少子高齢化が進む中で、財政が維持困難になることははじめから明らか。
- 本来であれば、年金の様に「積立方式の長期保険」で制度設計すべきであった。

- ただ、政治的に高齢者への負担を求めることが難しかったことも確か（措置時代との連続性、高齢者の反対）。このため、税と掛け捨て保険で現役世代に負担をつけ回す方式に。
- しかし、15年もあるのだから、徐々に制度設計を変えてゆくべきであった。
- 現在の制度との親和性を考えると、個人勘定の介護版MSA(Medical Saving Account)を導入することが進められる。MSAによる強制貯蓄（逆選択、生活保護へのモラルハザードを防ぐため）と、保険数理的にフェアな介護保険の組み合わせである。
- MSAはシンガポールの様に非課税にする。

- 1) まず、現在の若者たちは労使折半でMSAに将来の介護支出用の貯蓄を蓄えてゆく(保険料、自己負担)。
- 2) 現在の高齢者、もうすぐ高齢者になる者も、実は介護用の予備的貯蓄を蓄えているものが多い。それをMSAに拠出してもらおう。
- 3) そのほかに、国が一定額をMSAに公費から補助する(貯蓄が備えられなかった分として、インシャルオールドに対する一回限りの大判ぶるまい。5割の公費投入に対応)。補助は資産額に応じて多寡をつける。
- 4) 公費投入分は将来的にゼロにできる。ただ、低所得の若者への補助はあっても良い(シンガポールにもそのような制度がある)。

- 5) MSAは貯蓄額を減らさないようにするために、なるべく健康を保とうとするインセンティブがある。
- シンガポールの様に、使わなかった分を家族に非課税で相続できたり、年金として一部分を使えるようにすればさらにインセンティブがつく。家族も本人の健康を気遣う。
- この制度ができれば、保険運営の民営化、個人に合わせた保険メニューの柔軟化、要介護度改善へのインセンティブ付け、介護産業の自由化(価格規制、参入規制の撤廃)、家族介護への現金給付などの市場の歪み是正に向けた次のステップが踏める。

＜参考＞経済学的に合理的な制度

	経済学の観点から合理的な制度	実際の介護保険制度
(1)保険の運営主体	民間保険による広域保険	自治体及びその広域連合による地域保険
(2)保険の財政方式	長期保険の積立方式	短期保険の賦課方式
(3)保険の対象年齢	何歳からでもよいが、例えば20歳以上	40歳以上
(4)公費の投入割合	なし(あえて考えるなら低所得者のみ)	50%(実質的に50%超)
(3)保険内の所得再分配	なし(あえて考えるなら低所得者のみ)	世代内、世代間ともあり

	経済学の観点から合理的な制度	実際の介護保険制度
(6)保険給付範囲	最低限の保険範囲を定めた上で、保険料・自己負担と合わせた複数の保険メニューを提示。	諸外国に比べて広く、一律
(7)予防や要介護度改善へのインセンティブ	あり。その方法は保険によって様々な工夫の余地があり、事業者のみならず、利用者にもインセンティブを付与。	予防給付あり。要介護度改善へのインセンティブは検討中。ただし、事業者の側へのインセンティブのみ。
(8)価格規制	なし	あり
(9)参入規制	なし	施設介護分野はあり
(10)家族への現金給付	あり(ただし、家族介護者の保険料をその分低くして現金給付を行わないという方法もある)	なし