

〈総説〉

日本の介護給付パフォーマンスに関する国際的・相対的評価に関する研究
—OECD 国際比較データの分析から—

森川美絵 [1], 筒井孝子 [2]

[1] 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

[2] 国立保健医療科学院統括研究官

Performance of the Japanese long-term care benefit: An International
comparison based on OECD health data

Mie MORIKAWA[1], Takako TSUTSUI[2]

[1]National Institute of Public Health, Department of Health and Welfare Services

[2]National Institute of Public Health, Research Director

抄録

目的: 本稿では、今後の日本の高齢者介護保障の在り方を検討するために、これまでほとんど言及されてこなかった介護保険制度の導入から一定期間を経た時点、すなわち、2006年時（改正介護保険法の施行期）での日本の介護供給のパフォーマンスを、OECD 諸国との国際比較のなかで相対化し、とくに財源のあり方と介護支出規模との関係、施設介護・在宅介護のサービス提供について、その特徴を明らかにすることを目的とした。

方法: 統計データベース OECD Health Data 2009, June09 から、OECD に加盟していた 24 カ国の総介護支出と、施設介護と在宅介護の支出規模及びサービス利用に関連する変数を抽出して、分析した。

結果: 日本は、徴収する税・社会保険料拠出の全体規模が相対的に低い中で、介護の支出規模をかなり高めてきたことを明らかにした。介護の支出規模は、人口 5 千万以上の大国のなかでは最高レベルを示していた。さらに、日本は、在宅介護では、利用者の対象範囲は広いものの、提供されるサービス量が低い一方で、施設サービスは、利用者のアクセスが悪く、高コスト体質であることが示された。

結論: 日本は、社会保険制度の仕組みを通じて介護費用を一定程度まで確保することに成功したが、施設と在宅の支出やサービス実態を分析した結果からは、必ずしも効率的な運営がなされておらず、多くの問題があることが示唆された。

今後、日本では人口の高齢化に伴う増大する介護のニーズに見合った介護支出を公的に確保していく上では、いかに合理的な供給の仕組みをつくるかが問われており、より高いサービスのパフォーマンスが求められる。

本研究における知見は、限定的ではあるが、介護給付のパフォーマンスについて、在宅サービス及び施設サービスの供給や、その費用を用いて複眼的に分析した、初めての国際比較の結果であり、今後の新たな介護保障の在り方を検討するための基礎資料としての価値があると考えられる。

キーワード：介護，日本，OECD データ，国際比較

Abstract

Objectives: To examine the actual system of long-term care (LTC) in Japan. In doing so, we based our research on an

連絡先：森川美絵

〒 351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

2-3-6, Minami, Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6143

Fax: 048-458-6715

E-mail: m.morikawa@niph.go.jp

[平成 23 年 4 月 20 日受理]

international comparison with OECD countries to investigate the little known performance of the LTC benefit since the 2006 reform of the long-term system. More precisely, this research aims to reveal the relationship between LTC expenses and the way funding is actually secured, as well as the characteristics regarding the provision of both institutional and in-home care.

Method: Using the statistical OECD Health Data of 2009, June edition, we isolated variables and conducted analysis regarding the quantitative use of LTC services, the total LTC expenses, and the scale of the expenses for both institutional and in-home care in the 24 OECD member countries.

Results: Although Japan's ratio of both general tax revenue and contributions from social insurance premiums to GDP is relatively low compared to other OECD countries, the LTC expenses increased significantly in the last decade. Considering only large countries with a population greater than 50 million, Japan currently has the highest ratio of LTC expenses to GDP. In addition, although in-home care is certainly provided to a large range of users, the quantity of services available to the users is poor. Meanwhile, access to institutional care is fairly limited, but this type of care shows a high level of expenses.

Conclusion: Results indicate that Japan did succeed in securing public financial resources for LTC to a certain level by virtue of the social insurance system, but the analysis regarding the actual state of service provision and expenses for in-home and institutional care suggests that issues, such as a lack of efficiency in terms of the management of the system, remain.

The capability of the state to cover the expenses of LTC needs, which are increasing along with the elderly population, depends on the implementation of a rational system that provides the necessary services. It seems justified to expect higher performance in the provision of LTC services.

The statistical analysis in this research is certainly limited, but allows for the first time, using OECD statistical data, an international performance comparison of LTC systems through the double perspective of cost and service provision of in-home care and institutional care. This research can be used as a valuable primary source to decide the future shape of the LTC insurance system.

Keywords: long-term care, Japan, OECD data, international comparison

I. はじめに

介護という必要をどのように位置付け、どのような介護保障の制度を構築していくのかは、日本をはじめとする先進諸国の社会保障の共通の大きな課題である。日本においては、2000年の介護保険制度の施行を契機に、介護への給付規模の拡大が図られてきたが、こうした展開に対する評価は様々であり、給付の規模、在宅・施設のサービスのバランスについて、時として、アンビバレントな見方が交錯している。日本の介護給付の水準が、相対的に高いのか低いのかという点に関する統一的な見解は存在しない。例えば、今後の地域での包括的なケアシステムについて検討した「地域包括ケア研究会」では、介護保険の給付費が、制度開始（2000年）の約3.2兆円から10年で約7兆円を超えたことをふまえ、「給付費を大幅に増やして介護サービスを拡充できたことは、社会保険方式による介護保険制度を導入した成果として、あらためて高く評価すべき」としている[1]。他方で、介護の供給を、公的部門のみならず多元的な供給部門（公的部門、市場、コミュニティ/ボランティア部門、家族）のバランス関係から捉える議論^{注1)}においては、「在宅福祉の推進という介護保険の戦略は、『ケアの社会化』という最終目標とは矛盾したもの」として、「実際には「家族主義」を温存している」と評価し、介護給付の水準がかなり低いということ示唆している

[2]。しかし、国際比較の文脈において、日本はケア重視国家（caring state）への不可避的な移行を進めているとの指摘もある[3]。

これらの介護給付をめぐる異なる評価は、介護保険制度の実証的検討から発せられているものの、日本の現状を諸外国との比較可能な実証データを用いて相対化する視点は薄い。それは、行政の政策設計の位相においても、政策研究の位相においても、同様である。

政策設計の位相として、社会保障国民会議の報告書は、「総理が主宰する官邸レベルの会議において、具体的な政策の方向性」を明確に指摘している点で、特筆すべきものといえる[4]。社会保障国民会議の中間報告および、同会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉）中間とりまとめ）では、介護に関する改革の視点として、「サービスを提供する体制・システム」と「サービスにかかる費用」をあげ、医療・介護サービスの提供体制の課題として、質量ともに十分とは言えず給付費水準も国際的に見てもかならずしも高くないこと、サービス提供体制の非効率性の問題を指摘し、介護サービスについては絶対量の不足、特に在宅サービスや居住系サービスなど地域生活を支えるサービス基盤の脆弱性を指摘している[5-6]。国民会議事務局を努めた香取によれば、国民会議では、今後の介護サービスの具体的内容として、欧米先進諸国の実状も参考にし、国際的に見ても遜色ないレベルの医療・介護サービスを質・

量の両面で確保するものとして、シミュレーションを行なったとする [4]。しかし、報告書では、日本の介護サービス体制、費用・財源確保のあり方について、必ずしも、十分な実証的な国際比較データが示されていない。報告を裏づける統計資料として付された「社会保障国民会議中間報告 参考資料」では、介護の国際比較データは、資料 11「社会保障給付の部門別の国際的な比較 (対国民所得比) (2003 年時点)」のみである。この資料では、介護を含む「その他の給付」の給付規模は、「米国を上回るが、欧米諸国をかなり下回る規模」と整理されている。しかし、資料の図内の数値として、「その他の給付」のうち「介護」の給付比をみると、日本 1.49%、アメリカ 0.01%、イギリス 0.7%、ドイツ 0.27%、フランス 0.12%、スウェーデン 3.66%となっており、スウェーデンには遠く及ばないが、ドイツやフランスの数倍になっており、資料のまとめの文言とは異なる内容が含まれている。

他方で、日本を含めた介護制度の国際比較に関する研究では、各国の介護保障制度を個別に理解し、制度設計を横断的に把握する知見が積み重ねられてきているが [7]、介護給付に関する、公的給付の規模、サービスへのアクセスの程度や施設介護・在宅介護のバランスといった提供体制に関する内容について、統計データの比較分析を行っていないものは、多くない。

介護の給付規模やサービス利用に関する実証的な国際比較データは、主に、OECD が毎年各国から収集するヘルスデータにもとづき、いくつか報告書を出しており、示唆的である。日本の介護保障の相対的位置を、これらの統計データを活用して把握している先行研究も、いくつか見受けられる [8-10]。

例えば、斉藤 [8] は、介護保険制度が「脱家族化」の機能を果たしているか、改正介護保険をとりまく課題を分析する前段として日本の介護保障が国際比較のなかでどのレベルに位置しているのか、介護費用支出の対 GDP 比や介護サービスの利用率などのデータに基づき確認し、日本の介護支出の特徴を「支出の少ない国」と位置付けている。しかし、利用データは、OECD に掲載されている 2000 年時点の各国実績 [9] であり、「介護保険制度の導入後」の実績は反映されていない。また、河野 [10] は、福祉多元主義アプローチを分析枠組みに用い、介護保険導入後の制度改革の変容過程を供給システム、財政システム、規制調整システムの複数の局面から分析し、5つの制度改革の新たなアプローチを明らかにしている。その際、供給システムに関しては、1995 年から 2000 年の長期介護支出費用の推移が、「OECD 諸国との比較の上でも、近年の日本の長期介護サービス費増加率は例外的に高く、とりわけ在宅介護の増加は著しい」としている [10]。また、介護保険導入期については、居宅介護や施設介護への公的支出 (対 GDP 比) や介護サービス (在宅・施設) の利用者比率 (対 65 歳以上人口) を OECD ヘルスデータから算出した先行研究の結果を引用し、OECD 諸国との比較において、サービス受給者の比率に関する日本の水準は、「韓国を除けば最低

レベルにあり、施設入所比率は上位国と比較すると 1/2 以下、居宅サービス受給者比率は 1/3~1/4 の水準にとどまっていた」「施設・居宅サービスのサービスミックスについて日本では、居宅介護の比率が施設サービスと比べて高く、(中略) 施設サービスの残余性は際立っていた」と指摘している [10]。

こうした先行研究では、OECD の介護に関する統計データにもとづいた国際比較のなかで日本の介護供給の相対的位置を析出しているものの、データは介護保険制度の開始直後のものが中心である。日本における介護保険導入後の介護給付のパフォーマンスと介護保険改正という展開を相対的に評価する上では、少なくとも、改正介護保険法の施行される 2006 年あたりのデータを用いた検討が必要であろう。

本稿は、国際的視野からの日本の介護制度の位置付けや今後の政策展開の方向性を示唆しうる知見を提出することを目的に、介護保険制度の導入から一定期間を経た時点 (改正介護保険法の施行期) での日本の介護供給のパフォーマンスを、OECD 諸国との国際比較のなかで相対化し、その特徴を明らかにする。

なお、本稿では、社会保障国民会議が示した現状把握および改革の基本的視点に即して、財源、給付規模、サービスの提供体制とくに介護施設と在宅サービスの整備 (特にアクセス) に関する分析に限定する。EU や OECD の介護費用に関する推計においても、人口構造といったサービス需要側の要因のみならず、公私の役割分担、介護の件数費、在宅介護と施設介護のバランスといったサービス供給側の要因が視野にいれられている [11-12]。また、介護保障の公正性にはアクセスという視点が重要とされている [13-14]。したがって、限定的な分析ではあるが、財源のあり方と介護支出規模との関係、施設介護・在宅介護のサービス提供について、網羅的に、統計データを用いた国際比較を行うことで、日本の介護給付パフォーマンスを相対化することは、今後の政策の方向性を考える場合に不可欠な情報を提供する重要な作業と言えよう。

なお、介護の供給を検討するにあたり、親族介護者による無償の介護をはじめとするインフォーマルケアの供給に関する国際比較や日本の特質・課題の析出も、介護制度の展開を検討する上で無視できず [13]、こうした分析との統合が今後の課題となろう。

II. 方法

対象は、OECD 加盟の 24 カ国^{注 2)}である。用いる主なデータは、OECD の 2009 年 6 月版の健康に関する統計データベース OECD Health Data 2009, June09 [16] から入手した、介護 (long-term care) に関するもの、および、人口構成等に関するものである。

このデータベースから、(1) 介護支出規模の傾向、(2) 施設介護と在宅介護のバランス (支出面、サービスアクセス面)、(3) 支出規模とサービス利用 (アクセス) との

バランス関係に関する変数を抽出し、2006年時のデータを作成し、エクセルデータおよび統計ソフト SPSS(14.0J)による図表化を行なった。

各分析の指標や、指標作成にあたり利用した変数の説明は、以下の通りである。なお、全ての分析に共通する変数データの取扱として、2006年データが利用できない場合、直近2年以内のデータ（年次のより近いもの）を代用した^{注3)}。

1. 介護支出規模の傾向

介護費用の指標として、本稿では、介護給付費の対GDP比を取り上げた。データベース上の変数リストは‘Total long-term care expenditure’を利用した。日本の政府統計資料では、介護を含む社会保障の費用規模をあらゆる国際比較の指標として、「国民負担率（狭義の国民所得を分母、租税負担と社会保険料負担を分子とする）」が用いられることが多い。上述の社会保障国民会議の社会保障給付の国際比較データも、この指標を用いている。しかし、国民負担率という指標を国際比較で使用する問題や給付費の対国内総生産（GDP）比を指標とする方が望ましい点の指摘があること [17]、OECDによる国際比較でも対GDP比が用いられていることから、本稿でも介護給付費の対GDP比を指標とする^{注4)}。

なお、比較分析にあたり、いくつかの勘案事項を含めた比較データを作成した。勘案事項は多々あるだろうが、本稿では、社会保障国民会議が提示している財源確保を含めた介護費用のあり方という観点をふまえ、「国が調達する財源（一般租税収入及び社会保障拠出）の規模」と「介護に資する財源のタイプ（税か社会保険料か）」をとりあげた。さらに、行政の運営効率は、運営規模とは切り離せないことから、その参考指標となる人口規模も勘案事項とした。これらのデータは、OECD[9,18]、増田 [7]、松本 [19] 等により補足した。

ア。「国が調達する財源（一般租税収入及び社会保障拠出）の規模」の相違。国別の介護支出規模は、その国が調達する再分配のための財源の規模の範囲内で、他支出とのバランスのなかで、決定されるものと思われる。従って、再分配の原資規模の大きさを無視して、介護支出の規模の相対的な大小を判断することは難しい。

イ。介護に資する財源タイプの相違。公的ケアの財源のタイプは、大きく、一般税か、社会保険料かに分かれる。各国は、これらのどちらか、ないし、両者の組み合わせにより介護財源を確保している [7,9]。財源タイプが大きく異なっている場合の比較は、慎重に行う必要があるが、以下のような大雑把な仮説は成り立つのではないかと。まず、一般税を財源とする国や地方自治体の公費負担（税タイプ）の場合、低い租税率の場合には、税財源の介護支出レベルも低くなる。逆に、高い租税率であれば、高レベルの介護支出が可能となる。次に、社会保険料を財源とする（社会保険タイプ）は、税運営と分離した社会保険の財政運営となることから、本来の意味からは、保険料の拠出規模に応じた支出レベルが基本となる。しかし、税との混合型の場

合は、支出の大きさと保険料の拠出規模とがマッチしない状況もありうる。

ウ。人口規模の相違。OECD 諸国の人口規模には、大きな差異があり、人口規模は、行政運営の効率性や給付の手厚さとも密接に関連することから、1000万人以下の小国での公的制度の運営方法と大国でのそれは異なることに留意する必要がある。

2. 施設介護と在宅介護のバランス（支出面、サービス利用面）

施設介護と在宅介護のバランスを支出面およびサービス利用面からみた。支出面は、施設介護、在宅介護の給付費の規模の指標として、対GDP比を用いた^{注5)}。また、サービス利用面は、サービスへのアクセスが人々にどの程度開かれているかの指標として、65歳以上人口に占めるサービス利用者数の割合を用いた^{注6)}。

なお、OECD Health Data 2009, June [16] の変数定義に関する各国の説明をみると、「施設介護」と「在宅介護」の区分は、OECDの標準化した変数定義はあるものの、各国間でいくらか相違のあることも示唆される。

例えば、日本の定義をみると、「施設介護」に該当するのは、介護保険でカバーされている介護老人福祉施設および介護老人保健施設とされ、介護療養型医療施設は、「施設介護」の定義から除外されている。したがって、2009年版のデータでは、介護療養病床の費用は、OECD Health Dataの日本の施設介護費から除外されている^{注7)}。また、いわゆる「居住系サービス」は、在宅介護に含められている。これに対し、フィンランドでは、施設介護の利用者数は、「居住サービスユニットに24時間対応の援助が必要な利用者として登録されている人の数（居住サービスユニットには、昼夜、スタッフが勤務している）」としている。日本の「在宅介護」に関する支出・利用者数の一部は、他の国では「施設介護」の支出・利用者数に含まれる場合があると考えられる。

このように、厳密な比較をしようとするれば、データに関する一定の制約があることは否めないが、可能な限り標準化したOECDの変数定義に即した各国データを活用することは、各国の傾向、相対的な位置の概況を大きく捉えるためには必要かつ意義があると思われる。

3. 支出規模とサービス利用（アクセス）とのバランス関係

上記の(1)(2)で分析したデータを組み合わせ、施設介護、在宅介護それぞれについて、利用率と支出規模の組み合わせに関する各国のタイプを析出し、日本の特徴を相対的に把握することを試みた。

Ⅲ. 結果

1. 介護支出規模の傾向

介護支出規模の全体規模をみている（表1）。一般租税収入（含む社会保障拠出）の対GDP比40%以上の高位国

は全てヨーロッパ諸国で、しかも1000万人以下の北欧諸国が中心である(これを北欧グループと呼ぶ)。これらは、概ね東京都と同じ人口規模での行政運営、コストを考慮して介護保障がなされているものと説明できる。例外は、フランスであるが、同国においては介護に特化した保障ではなく、障害や生活保護が連携した制度となっている。

介護支出規模の大きな国(GDP1.5%以上)も、北欧グループに集中しており、介護の財源は全て一般税となっている。一般租税収入(含む社会保障拠出)の対GDP比35~40%の中高位国は、北欧グループ以外のヨーロッパ諸国中心である。

次に、人口規模5000万人以上のいわゆる大国(イギリス、ドイツ)型では、財源形態は異なるが介護支出の対GDP比は1.4%前後と日本と近似している。

一般租税収入(含む社会保障拠出)の対GDP比25~30%の低位国で人口規模が大きいのは、日本、アメリカ合衆国、韓国などであるが、これらの国の介護に係る財源は、一般税と社会保険料の組み合わせが多いのが特徴である。この中で、日本における、一般租税収入(含む社会保障拠出)の対GDP比は、OECDでは低位である。しかし、介護支出の対GDP比1.5%は、人口規模5000万人以上の国ではフランスと並び最上位の部類に位置している。

表1 人口規模、一般租税収入(含む社会保障拠出)の規模と介護支出・給付の傾向(2006年)

国	人口(千人)	高齢化率(65歳以上人口の比率)	一般租税収入(含む社会保障拠出)の規模(対GDP比%)	介護支出の規模(対GDP比%)	公的介護給付の財源	給付形態
Sweden	9081	17.3	49.1	3.5	一般税	現物
Denmark	5435	15.3	49.1	2.1	一般税	現物
Belgium	10542	17.2	44.5	1.6	一般税	現物
France	61353	16.4	44.2	1.5	一般税	現物・現金
Norway	4661	14.7	43.9	2.2	一般税	現物
Finland	5267	16.3	43.5	2.1	一般税	現物+バウチャー(家事)
Austria	8282	16.7	41.7	1.3	一般税	現金
Netherlands	16346	14.4	39.3	2.2	社会保険料	現物・現金(在宅)
United Kingdom	60587	16.0	37.1	1.4	一般税	現物・現金
Hungary	10071	15.9	37.1	0.5	社会保険料 & 一般税	現物・現金
Czech Republic	10251	14.2	36.9	0.3	一般税	
New Zealand	4185	12.2	36.7	1.2	一般税	現物
Spain	44068	16.7	36.6	0.7	一般税	現物
Luxembourg	469	14.1	35.9	1.4	社会保険料	現物・現金
Portugal	10586	17.3	35.7	0.2		
Germany	82368	19.7	35.6	1.4	社会保険料	現物・現金
Poland	38132	13.4	33.5	0.4	一般税	現物・現金
Canada	32649	13.2	33.3	1.4	一般税	現物
Australia	20701	13.0	30.6	1.0	一般税	現物・現金
Slovak Republic	5391	11.8	29.8	0.2	社会保険料 & 一般税	
Switzerland	7484	16.1	29.6	2.0	社会保険料 & 一般税	現物・現金
United States	298755	12.5	28.0	1.0	社会保険料 & 一般税	現物
Japan	127770	20.8	27.9	1.5	社会保険料 & 一般税	現物
Korea	48297	9.5	26.8	0.2		現物・現金

(出典) 人口規模: OECD HEALTH DATA 2009, June 09
 介護支出対GDP比: OECD HEALTH DATA 2009, June 09 (UKは2000年時点)
 一般租税収入(含む社会保障拠出)の対GDP比(2006年): OECD (2008) Revenue Statistics 1965-2007
 財源・給付形態: OECD(2005), Table 1.1. および松本(2009)

2. 施設介護と在宅介護のバランス(支出面, サービス利用・アクセス面)

(1) 支出面

上述のように、介護支出全体の規模が大きいのは、北欧グループを中心とした人口規模の小さい国であり、人口規模の大きな国のなかでは、日本の支出は、むしろ大きい。しかし、施設介護と在宅介護の支出規模のバランスはかなり不均衡である。日本は同程度の人口および支出規模の国であるフランス、ドイツと比較すると、施設介護の支出規模は、両国の1.5倍と高い一方で、在宅介護の支出規模は、両国の2分の1と低くなっている(図1)。

(2) サービス利用面・アクセス面

65歳以上人口に占める施設介護および在宅介護の利用者割合(%)をみてみよう(図2)。日本は、高齢者に占める施設介護の利用者割合が、3.0%と大国の中でも低く、北欧グループやヨーロッパ諸国と比較しても低い状況が示された。しかし、在宅介護の利用割合は高く、大国の中では、例えば、ドイツが6.6%であるのに対し、日本は9.8%と最も高いことが示された。

ただし、在宅介護の利用率の高さは、より多くの人にサービスのアクセスが開かれていることを意味するが、介護を必要とする要介護度が比較的高い人が必ずしも十分な介護を利用できていることは意味しない。広く薄いケア(家事援助等)が多くの高齢者に利用されている実態も示唆される。

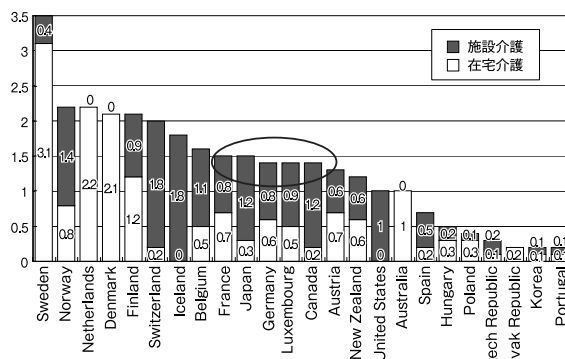


図1 介護支出(在宅・施設別)対GDP%:2006年
出典:OECD(2009)

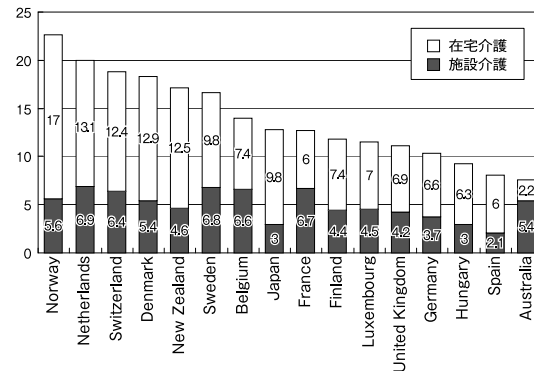


図2 65歳以上人口における介護利用者の割合(在宅・施設別,%)
出典:OECD(2009)

3. 支出規模とサービス利用(アクセス)とのバランス関係

(1) 在宅介護の支出規模別の利用率

OECD データを基に、在宅介護の支出規模別に 65 歳以上の人口の利用率を検討した結果、以下の特徴的な 3 グループが示された(図 3)。タイプ①は、利用率は高いが、支出規模が小さい国である。日本はここに属するが、スイス、ニュージーランド、ノルウェイ等、小国が多い。これらの国においては給付の対象者が幅広く設定されているが、一人当たりのサービス提供量が多くない、または、サービスコストをかなり低く抑えている可能性がある。

タイプ②は、在宅での介護を受ける割合が低く(給付が限定的)、支出規模が低位~中位の国であり、ここにはフィンランドやフランス、ドイツ等が属している。これらの国は、サービスの給付対象を限定した上で、認定された人には必要な手厚い資源投下を可能としているか、または、在宅サービスにおける個別サービスの効率が低い可能性がある。

タイプ③は、利用者が多く支出も大きい国である。ここに属するのは、スウェーデン、オランダ、デンマークなどであり、これらは伝統的に手厚い資源投下を幅広い対象に行ってきた国である。これらの国においても、もちろん個別サービスの効率が低い可能性がある。

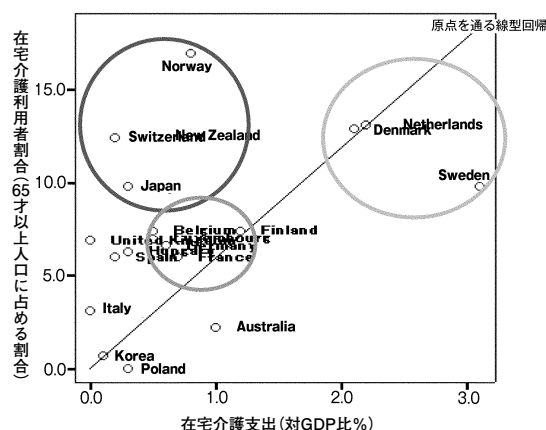


図3 支出規模と利用アクセスとのバランス(在宅介護)

(2) 施設介護の支出規模別の利用率

既に、日本の施設の利用率が低いことは述べたが、施設介護の支出規模別に 65 歳以上の人口の利用率を検討したところ、以下の 5 つのタイプが示された。ただし、日本だけは、同じ傾向をもった国がないため、単独である(図 4)。

タイプ①は、利用率が高く、支出規模も高い国でノルウェイや、アイスランド、スイスといった小国である。タイプ②は、利用率は高いが、支出規模は低い国でスウェーデンやフランスがこれに属する。タイプ③は、利用率は、中位で、支出規模も中位の国でフィンランドや、ドイツ、ルクセンブルグ等である。

タイプ④は、利用率も支出規模も低い国でポーランド、韓国、スペインといった国である。

最後に、利用率は低く、支出規模が高い国として、日本があげられる。重度層にターゲットを絞った集中的ケア資源投下をしている可能性もあるが、ターゲットが絞りきれない中で、非効率なケア分配をしている可能性もある。

なお、日本の施設介護の効率性が悪いと考えられる資料として、介護施設の個室・多床室の割合に関する国際比較データを示しておく(表 2)。日本は 4 人部屋中心で、ひと部屋あたりの入居者数(平均)も 3 人に近い(2002 年)。しかし、ヨーロッパ諸国では、入居者数は 2 人以下が主流(オランダ除)となっている。こういった多床室の割合の多さからは、日本は、施設におけるプライバシーの確保という質的な側面からみれば、施設介護の質は必ずしも高いとはいえない。

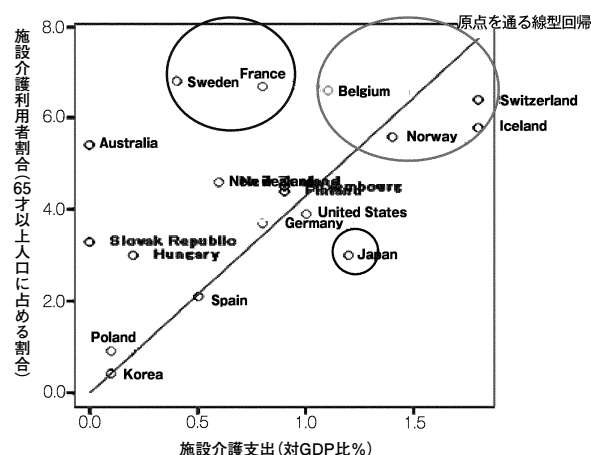


図4 支出規模と利用アクセスとのバランス(施設介護)

表2 施設介護の質指標(介護施設の平均入居者数、個室・多床室の入居者割合)

国	年	部屋当り平均入居者数	個室				
			個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人以上
Australia	2000	1.5人	61	17	4	14	4
Germany	2001	1.4人	47	49	3		1
Japan	2002	2.8人	10	13	4	70	3
Korea	2004	2.9人	-	-	-	-	-
Netherlands	2000	2.0人	22	35	4	33	6
Norway	2002	1.1人	80	20			0
Sweden	2003	-		97			-
United Kingdom	2003	-	84				16

出典:OECD(2005)

IV. 考察

介護の公正な分配に関する議論では、マクロな介護財政の責任は主に政府が担うが、税や社会保険料を通じた国民の費用負担の原理はある程度明確であっても、そのなかでどの程度が介護に割り当てられているのかは、しばしば不明確であるとの指摘がある[14]。本稿では、両者を同時に

検討しながら、日本のマクロな介護費用の特徴を明らかにしている。すなわち、日本は、一般租税収入（含む社会保障拠出）の対 GDP 比は、OECD では低位であるが、介護支出の対 GDP 比は、人口規模 5000 万人以上の大国ではフランスと並び最上位の部類に位置していた。人口要因とりわけ高齢人口の割合が、長期介護の費用増加に大きな影響を及ぼすことが指摘されており [11]、日本の 2006 年の 65 歳以上人口の割合は、OECD 諸国のなかで最も高いことを考慮すれば、日本の介護支出は急速な高齢化により不可避免的に押し上げられている側面がある。

他方で、こうした高齢化による介護費用増大の圧力のなかで、日本の徴収する税・社会保険料拠出の全体規模が、OECD 諸国のなかで低位であることには注意が必要である。すなわち、全体の税・社会保険料拠出の規模が低位であるにもかかわらず、その中で介護への支出規模を高めてきた点こそが、国際的にみれば国の特徴といえる。これを実現できた背景には、社会保険制度の仕組みを通じて、介護費用を一定程度まで確保することに成功していることがあげられよう。しかし、こうした介護費用の支出は、全体の税・社会保険料の徴収規模や、さらに、税収と歳出のギャップ（財政赤字）を巨額の国債でまかなっているという日本の財政の特徴を加味すれば、相当に無理のある支出であることも、示唆される。

全体の税収入が低下傾向にあるなかで、今後、税・社会保険料拠出の全体の規模を低位にしながら、また、介護保険料の増加を抑制しながら、一般税により介護支出の増加を図ろうとすれば、他の税財源費目とのより激しい競争にさらされ、かつ、再分配の公平性に関する正当性がより問われることになり、より合理的、説得的な論拠が必要とされよう。増大する介護のニーズに見合った介護支出を公的に確保していく上で、いかに合理的な供給の仕組みをつくるかが、まさに問われている。

そうした観点から、日本の在宅介護および施設介護の供給のバランスを国際的にみると、その供給構造の課題が端的に示されていると思われる。すなわち、日本の在宅介護は、2006 年の時点では、利用者が多い割に支出がかなり低く抑えられていると解釈すべき状況となっている。それは、アクセスの容易さという点ではある程度評価されるものだが、資源の効率的な活用という点からは問題が大きいともいえる。また、軽度の人を広く対象に含めた「薄い」サービス提供の浸透は、サービス内容に応じて支払われる介護報酬の単価の低位性の浸透につながり、ひいては、介護報酬により賄われる介護サービス従事者の人件費を抑制する圧力を強めるというサービス供給構造になっている可能性も示唆される。

先行研究では、日本の在宅介護の給付の認定の範囲や給付水準は、大国のなかでは制度設計上はかなり寛大な仕組みであることが指摘されている [20-22] (表 3) ^{注 8)}。他方で、本研究の結果からは、「一人当たりの実際の給付水準が、国際的に寛大である」ことは、必ずしも示唆されなかった。給付の制度設計と実際のサービス利用や費用との関連につ

表 3 介護の給付範囲(日本, ドイツ, フランス)

	日本	ドイツ	フランス
プログラム	公的介護保険	公的介護保険	①自立手当 (APA) ②社会扶助
財源 (税, 保険料)	保険料 50%, 一般税 50%	保険料	一般税
認定区分数	7 段階	3 段階 (日本の要介護 1-2 は除く)	4 段階
認定区分別の給付上限 (ドイツ, フランスは在宅ケアの場合)	要介護 5: 358,300yen (3,257EURO)** 要介護 4: 306,000yen (2,781EURO) 要介護 3: 267,500yen (2,431EURO) 要介護 2: 194,800yen (1,770EURO) 要介護 1: 165,800yen (1,507EURO) 要支援 2: 104,000yen (945EURO) 要支援 1: 49,700yen (451EURO)	(最重度: 1,918EUR) GIR1: 1,202EUR 要介護 III: 1,470EUR 要介護 II: 980EUR	GIR2: 1,031EUR GIR3: 773EUR GIR4: 515EUR

* 認定区分については、ドイツは 2008 年 4 月 (在宅)、フランスは 2007 年 12 月 (在宅)、日本は 2008 年時点。
** 1EUR は、110yen として計算 (2010 年 4 月時点)。出典) Tsutsui (2009) 出展: Tsutsui (2009)

いては、本稿の射程を超えるが、注意深い検討が必要になるろう。

また、施設介護においても日本の施設における介護は、厳格にスクリーニングされた対象者に質の高いケアを重点的に投入するという構造にはなっていないことが示唆されている。むしろ、質の面では多床室という大きな課題を抱えており、一人当たりの介護支出が他国と比較しても格段に高くなるという、施設の高コスト体質が特徴として示された。

日本では、介護施設の入所希望者が多く存在していると言われ [23]、これらの国民の希望への対応として、社会保障審議会介護保険部会等において、居室面積の狭小化の議論がすすめられている [24]。しかし、現行の施設サービスの高コスト体質を維持したままで、施設介護の供給を拡大すれば、日本の介護支出は、費用対効果の面で、さらに多くの問題を抱えることになるだろう。

なお、先述したように、日本の「施設介護」データに該当するのは、介護保険でカバーされている介護老人福祉施設および介護老人保健施設であり ^{注 9)}、日本の「居住系サービス」に該当するものは、他国では施設ケアに含められている可能性もある。他国の施設ケアの利用率や単位あたりのコストが比較的低いのは、こうした、「施設」ではない住まいを、どのように供給システムのなかで効果的・効率的なサービスとして位置付け、データに計上しているかにもよるため、慎重な議論が必要である。

日本でも、こうした、「施設」に替わる多様な形態として、近年、政府から積極的に推進されてきているのが、地域包括ケアシステムである。これは、施設ではなく、在宅もし

くは在宅に近い環境で医療・介護などの各種サービスおよびインフォーマルサービスを含むサービスまでを複合的に組み合わせ、利用者に最適なサービスを継続的に提供するシステムとされている [1]。保健・医療・福祉・介護領域における「Integrated care (ケアの統合化)」は、国際的な潮流でもあり、地域包括ケアシステムも、その潮流に則るものといえる。

今後、わが国において、介護の質を向上させながら、効率性もよい供給システムを構築しようとするれば、単なる施設介護の拡大ではなく、これに対するオルタナティブとして、地域包括ケア体制に基づくケア提供方法を提示していくことが求められる。

V. おわりに

介護支出の国際比較からは、徴収する税・社会保険料拠出の全体規模を抑制する中で、介護への支出規模を高めるという日本のトレンドを、再考せざるをえない時期を迎えていることが、明らかとなった。

日本は、徴収する税・社会保険料拠出の全体規模が相対的に低い中で、ここ 10 年間にわたり介護の支出規模をかなり高めてきたことが明らかにされた。介護の支出規模は、人口 5 千万以上の大国のなかでは最高レベルを示していた。さらに、諸外国と比較し、我が国は、在宅介護における広く薄い給付構造、施設ケアの限定的アクセスと高コスト傾向など、施設介護と在宅介護のバランスの悪さが顕著であった。

重度の要介護者への集中的な資源投下をも視野にいれた、効率的な地域包括ケアシステムの構築にむけた課題は多い。既存の在宅介護・施設介護の供給構造を、単に量的に拡大するだけでは、その達成が困難であることは、日本の介護供給構造の国際的位置からも明らかであろう。

今後、日本では人口の高齢化に伴う増大する介護のニーズに見合った介護支出を公的に確保していく上では、いかに合理的な供給の仕組みをつくるかが問われており、より高いサービスのパフォーマンスが求められる。本研究における知見は、限定的な分析ではあるが、介護給付のパフォーマンスについて、在宅サービス及び施設サービスの供給や、その費用を用いて複眼的に分析した、初めての国際比較の結果であり、今後の新たな介護保障の在り方を検討するための基礎資料としての価値があると考えられる。

本研究の限界として、データの厳密な比較可能性に関する課題 [25] の検証や、日本の特徴を踏まえた今後の望ましい供給バランスの提示を行っていない点、あげられる。また、現金給付の有無や特定の現金給付モデルが、在宅介護・施設介護の利用や費用に及ぼす影響についての分析考察も、扱っていない。国際的には、公的介護保障としての現金給付は、かなりの国で導入されている。日本においては、その導入がモラルハザードの発生や在宅介護費用の上昇に帰結するか、政治的関心も高い。他方で、これらに関する実証的知見は少なく、今後の課題であろう^{注10)}。

備考

本稿は、2010 年度科学研究費補助金 (若手(B)) 「高齢者の当事者主権と介護者の権利・ケアの質保障を両立させる介護提供体制の研究」 (研究代表 森川美絵 課題番号 21730484) の研究成果の一部である。

注

- 1) 最近の介護に関する国際比較では、福祉レジーム論を援用した「ケア・ダイヤモンド」という共通の分析枠組みが用いられてもいる [26]。
- 2) Australia, Austria, Belgium, Canada, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Japan, Korea, Luxembourg, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Slovak Republic, Spain, Switzerland, Sweden, United Kingdom, United State.
- 3) 2 年以内のデータが代用できない場合、作成するデータ上の数値は空欄とした。また、これらを含む各国データを図化する際には、図から除外、ないし、数値ゼロとして図内に掲載している。
- 4) 我が国で用いている国民負担率の分母は、「狭義」の国民所得、すなわち、一国の居住者が 1 年間に得た所得の総額で、国民総生産から間接税を控除し、補助金を加えた額が用いられている。宇野 [17] によれば、分子に含まれる間接税が分母から除外されることで、例えば消費税が多いスウェーデンなどでは、数字が非常に高くなってしまふなど、国際比較の指標としては不適切であり、社会保障という主に国内で使われるための費用を比較する上では、分母を国内総生産 (GDP) とする方が適当である。
- 5) 日本については、介護保険給付の費用がデータに反映されている。施設整備の費用などは含まれていない。
- 6) 利用した統計データベース上の変数カテゴリは、以下の通りである。
施設介護の支出: <Total expenditure on long-term nursing in-patient care>
在宅介護の支出: <Total expenditure on long-term nursing care at home> 及び <Total expenditure on social services of long-term care> の合計
施設介護の利用者: <Long-term care recipients in institutions(other than hospitals)>
在宅介護の利用者: <Long-term care recipients at home>
- 7) なお、OECD Health Data 2010 の変数定義では、日本の施設介護の定義には、上記 2 つに加え「介護療養型医療施設」も含まれた。
- 8) 日本の給付額の上限は、ドイツ、フランスと比較すると比較的手厚く、要介護 3 の上限額 267,500 円 (2,431EUR) は、どの国の最重度の給付額より高い。また、要介護 2 の上限額 194,800 円 (1,770EUR) は、

フランスの最重度の給付額より高く、ドイツの最重度クラスとⅢ（重度）クラスの間である。要介護Ⅰの165,800円（1,507EUR）もフランスのすべての介護クラスよりも高い。また、他国で介護給付の対象としていない要支援Ⅱや要支援Ⅰの層にも給付が設定されている。

- 9) 2009年版 OECD Health Data の「施設介護」の定義から外れた介護療養型医療施設での介護は、介護報酬面では他施設以上に高水準になりやすいことから、これを施設介護費に含めれば、施設介護の高コスト傾向はさらに際立つ可能性がある。2010年版データでは、介護療養型医療施設での介護も施設介護の定義に含められており、2010年版データでの検証も、今後は必要となろう。
- 10) 現金給付という形態が、施設介護への入所が想定される層の要介護者が在宅介護を選択する可能性を高めるのであれば、結果として、在宅介護のサービス利用や費用の比率が高まることも考えられる。しかし、現金給付のモデル・範囲・水準は各国で多様であり、現金給付形態の「有無」と在宅介護の利用・費用構造との関連を、可能性として指摘することは、現段階では難しい。現金給付がモラルハザードを引き起こし、在宅介護の費用を増加させる可能性については、実証的な検証は極めてわずかである。Van den Berg and Hassink は、オランダの公的介護制度の現金給付を題材に、限られたサンプルデータを用いた検証により、事後的モラルハザードの存在を指摘している [27]。

参考文献

- [1] 地域包括ケア研究会. 厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書」平成21年度. 2010. p.7.
- [2] 落合恵美子. ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ— 趣旨. 海外社会保障研究. 2010;(170):2-3.
- [3] Anttonen A, Sipilä J. Comparative approaches to social care: diversity in care production models. In: Pfau-Effinger B, Geissler B, editors. Care and social integration on European societies. Bristol: The Policy press;2005. p.115-34.
- [4] 香取照幸. 医療・介護サービスの改革の展望と費用シミュレーション. 病院. 2009;68(7):546-51.
- [5] 社会保障国民会議. 社会保障国民会議中間報告. 2008.
- [6] 社会保障国民会議. 社会保障国民会議中間報告参考資料. 2008.
- [7] 増田雅暢. 世界の介護保障. 京都: 法律文化社; 2008.
- [8] 斉藤弥生. 改正介護保険法と日本の介護保障—国際比較の視点で考える—. 自治総研. 2006;32(11):30-54.
- [9] OECD. Long-term care for Older People. Paris;OECD:2005.
- [10] 河野真. 高齢者ケアミックスの変容過程—介護保険導入以降の制度改革の分析を中心に—. 社会政策. 2010;2(1):93-106.
- [11] OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Papers. 2006;(No.477). <http://www.oecd.org/eco> (Accessed 24 Feb 2011).
- [12] Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). The impact of aging on public expenditure; projections for the EU Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). European Economy. Special Report 2006;(n°1).
- [13] 松本勝明. ヨーロッパの介護政策: ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析. 東京: ミネルヴァ書房; 2011.
- [14] Österle A. Equity choices and long-term care policies in Europe: Allocating resources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom. Aldershot; Ashgate;2001.
- [15] 三富紀敬. 介護保障の国際比較研究における基本問題. 静岡大学経済研究. 2010;14(4):1-36.
- [16] OECD. Health Statistics 2009, June. Paris;OECD;2009.
- [17] 宇野裕. 社会保障の財源と費用. 武川正吾ほか執筆. 「社会福祉学習双書」編集委員会, 編. 社会保障論. 社会福祉学習双書第6巻. 東京: 全国社会福祉協議会; 2009.
- [18] OECD. Revenue Statistics 1965-2007. Paris;OECD;2008. http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_34533_1942460_1_1_1_1,00.html Table 0.1
- [19] 松本勝明. 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成20年度総括・分担報告書. 2009.
- [20] Tsutsui T, Matsushige T, Otaga M, and Morikawa M. Another step towards decentralized power: changes in long-term care from 'care by family' to 'care by community' via 'care by society'. paper presented at ISA annual meeting. 2010.
- [21] Tsutsui T. Definition of "care needs certification" and method of assessment. In: Tripartite Symposium on Long-Term Care among France, Germany and Japan; Feb 3rd-4th,2009; Tokyo.
- [22] 池田省三. 「贅沢」な介護保険とサービスの「貧困」. 日本精神科病院協会雑誌. 2007;26(9):839-44.
- [23] 厚生労働省. 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 2009. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003byd.html>
- [24] 厚生労働省. 第28回社会保障審議会介護保険部会資料. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000000ikoc.html>

- [25] Anttonen A, Sipilä J. European social care services: is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*. 1996;6(2):87-100.
- [26] 落合恵美子, 阿部彩, 埋橋孝文, 田宮遊子, 四方理人. 日本におけるケア・ダイヤモンドの再編成: 介護保険は「家族主義」を変えたか. *海外社会保障研究*. 2010;(170):4-19.
- [27] Van den Berg B, Hassink WHJ. Moral hazard and cash benefits in long-term home care. Discussion Paper. March 2005;(No.1532). Bonn: The Institute for the Study of Labor (IZA). <http://ftp.iza.org/dp1532.pdf> (Accessed 6 April 2011)