

介護サービス需給の不均衡改善の ために¹

ソーシャル・キャピタルを用いた介護予防政策

創価大学 大坪弘教研究会 医療介護分科会

木原浩一 山本彩夏 高嶋和代

阿部実音 柳沢裕

2014年11月

¹ 本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ 日本政策学生介護「政策フォーラム 2014」のために、作成したものである。本稿の作成にあたって、金明中様（ニッセイ基礎研究所）、白井邦彦様（青山大学）、大坪弘教准教授（創価大学）をはじめ、多くの方から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

我々の研究では、「高齢者が介護サービスを必要とせず、自立して生きていくことのできる社会」を目指す。その社会の実現のため、ソーシャル・キャピタルの概念を用いて高齢者の介護需要抑制政策を行う。一般的に、ソーシャル・キャピタルとは社会や地域における人々の信頼関係や結び付きを表す概念であり、本稿では地域の NPO と高齢者を繋ぎ、高齢者にボランティア活動への参加を促す政策提言を行い、需要の抑制を目指す。

近年、我が国では高齢化の進行に伴い、介護サービス需要の増加が著しい。これにより、介護市場では、介護サービス供給に対し、介護サービス需要が上回り、介護サービス需給の不均衡が起こっている。実際に、全国の半数以上の事業所は介護職員の不足を感じている、ということが 2013 年の介護労働実態調査によって明らかになっており、介護サービス需要の増加に伴い、介護職員 1 人当たりの負担が大きくなっていると考えられる。この介護サービス需要の増加は、団塊の世代が、要介護状態に陥りやすい後期高齢者になる 2025 年に向けて、さらに加速していくと予測されることから今後、介護サービス需給の不均衡は拡大していくと考えられ、介護サービス需要の抑制が急務であるとする。以上のことを問題意識として本稿を展開していく。

第 1 章では、問題意識に関わる現状分析として、介護保険制度の概要や介護に関連した近年の政府の動向について述べる。また、現在介護サービス需要が増大している状況を定量的に示し、将来推計をもとに、介護サービス需給の不均衡が今後さらに深刻化していくことを明らかにする。

第 2 章では、介護サービス需給の不均衡という問題意識に対し、需要抑制政策を行うという我々の着眼点について明確にする。その後、我々の研究と関連の強い先行研究をいくつか挙げる。先行研究からは、①一部の地域で、ソーシャル・キャピタルが高齢者に良い影響を与えること、②橋渡し型ソーシャル・キャピタルと高齢者の健康に強い相関関係があるということが分かった。次に、ソーシャル・キャピタルの概念について述べ、「全国的に、橋渡し型ソーシャル・キャピタルが豊かな地域ほど、高齢者の健康に良い影響を与えるのではないか」という仮説を導出する。

第 3 章では、先行研究を踏まえ、橋渡し型ソーシャル・キャピタルが高齢者の健康に効果があるかを検証するため、全都道府県データを用いて重回帰分析を行った。このとき、説明変数間に多重共線性が生じている可能性があるため、VIF により確認し、AIC 基準を用い変数選択をして、モデルを導出した。分析した結果、高齢者がボランティア活動に参加することが介護給付費を減少させるということが分かり、介護サービス需要を抑制できるということが分かった。

第 4 章では、分析の結果から、高齢者の健康促進を目指し、ボランティア活動への参加促進政策を提言する。その背景として、高齢者にボランティア活動に関する情報が適切に伝達されておらず、参加意欲があるにも関わらず参加できていない現状が挙げられる。このことから、全国の各保険者（地方行政）に NPO コーディネーターを設置し、高齢者と地域の NPO を繋げる仕組みを作る。NPO コーディネーターが積極的に NPO 及び高齢者と繋がりを持つことで、NPO、行政、高齢者の三者間での連携が整い、高齢者のボランティア活動参加促進に貢献する。そして、政策提言の独自性と利点、留意点を述べる。政策効果としては、65 歳以上のボランティア行動者率が 1%増加すると合計約 4 億 6 千万円介護給付費が減少すると分かった。つまり、介護サービス利用量が減少することで、介護サービス需給の不均衡は改善に向かい、最終的に我々のビジョンを達成することになる。

第 5 章では、本稿の内容を振り返りこの論文を終える。

キーワード： 介護サービス需要抑制、ソーシャル・キャピタル、NPO コーディネーター

目次

はじめに

第1章 現状分析

- 第1節 介護保険制度の概要
- 第2節 政府の動向
- 第3節 介護サービス需要の状況
- 第4節 介護職員需給の将来推計
- 第5節 本章のまとめ

第2章 先行研究・仮説導出

- 第1節 問題意識に対する本稿の着眼点
- 第2節 本稿におけるソーシャル・キャピタル
- 第3節 先行研究
- 第4節 仮説の導出
- 第5節 本稿の貢献

第3章 実証分析

- 第1節 データと記述統計
- 第2節 検証方法
- 第3節 結果と考察

第4章 政策提言

- 第1節 導入
- 第2節 政策主体
- 第3節 各主体の役割
- 第4節 広報方法
- 第5節 独自性
- 第6節 利点と留意点
- 第7節 政策の効果

第5章 まとめ

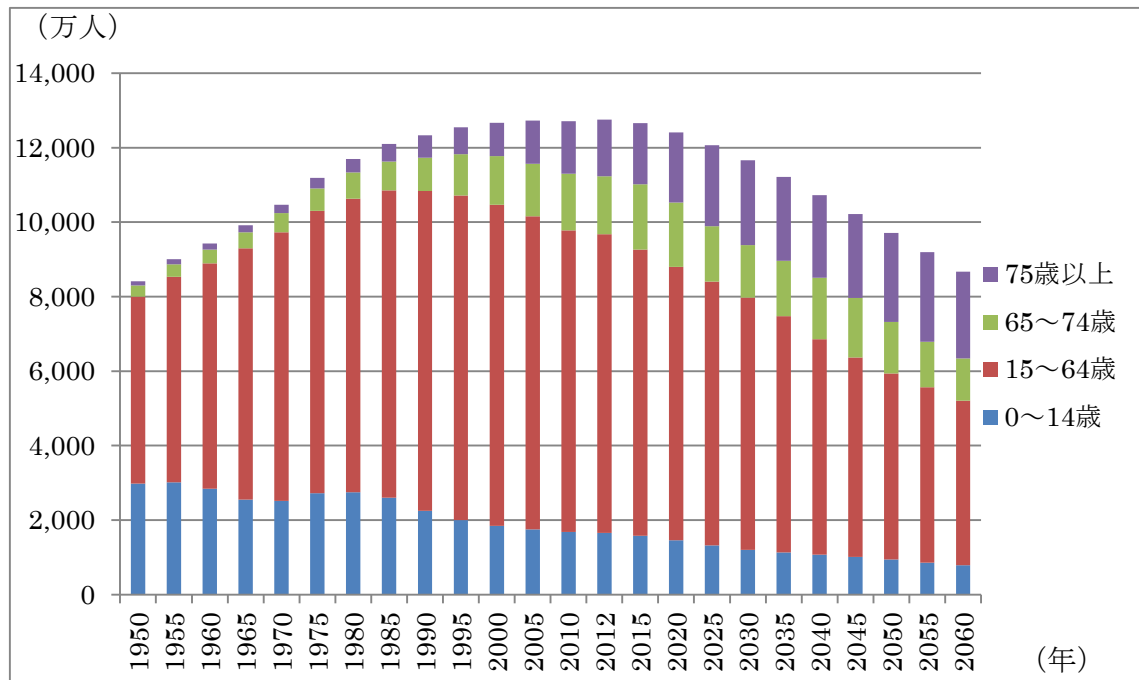
補論

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

2013 年時点の日本において、65 歳以上の高齢者数は 3186 万人と過去最高となり、総人口の 4 分の 1 が高齢者となった。この数は増加の一途を辿り、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年には 3657 万人となり、全人口の約 3 分の 1 が高齢者となる。このことから、超高齢社会が到来するのも遠い話ではないということが言える。図表 1 は 1950 年から 2060 年の年齢別人口の推移と将来推計を示している。図表 1 から、総人口における 65 歳以上の高齢者の割合が今後増え続けると予想されていることが見て取れる。

図表 1：高齢化の推移と将来推計



【出典】内閣府（2013）「平成 25 年版高齢社会白書（全体版）」より筆者作成

このような高齢化社会の中で、介護サービス需要は増加し、さらに将来そのスピードは加速すると考えられている。一方、労働力人口の減少や介護職員の劣悪な労働環境が起因し、十分な介護職員の供給は見込めない。本稿では、この需要が供給を上回る、介護サービス需給の不均衡に問題意識を持つ。その理由として、2 点挙げられる。

1 点目に、介護職員の業務や精神的負担が増加していることである。介護労働安定センターの「介護労働実態調査」（2013）によって、全国半数以上の事業所は介護職員数の不足を感じているということが明らかになっており、介護職員 1 人当たりの負担感が大きくなっていると考えられる。

2 点目に、介護サービス供給が不足することにより、介護サービスを必要とする高齢者に十分なサービスが行き届かない状況が生まれてしまう可能性があることである。

以上のことから、介護サービス需給の不均衡を改善するために政策を行うことは急務であると考えられる。上記の問題意識に基づいて、本稿では、ソーシャル・キャピタルの概念を用いて、高齢者のボランティア活動への参加を促進し、高齢者が介護サービスを必要とせず自立して生きていくことのできる社会を目指す。

第1章 介護を取り巻く現状

第1節 介護保険制度の概要

まず、介護保険制度の概要について述べる。介護保険制度は、介護サービスを必要とする高齢者を社会保険の仕組みによって社会全体で支えるために、2000年4月に施行された制度である。この介護保険制度が施行されるまでは、介護措置制度と称される「老人保険制度」と「老人福祉制度」という2種類の制度が存在していたが、それらを統合し、介護サービスを国民により浸透させようと改正したものが介護保険制度である。

保険者は全国の各市区町村であり、保険料を徴収し、制度を運営管理する役割を担っている。被保険者は、40才以上の日本国内に住所を所有する人で、介護保険の加入者となって保険料を負担し、介護が必要となったときには施設サービス²や、在宅サービス³、通所サービス⁴などを利用することができる。さらに、被保険者は65歳以上の第一号被保険者と40歳から64歳までの第二次被保険者の2種類に区分され、前者は市区町村の個別徴収、または年金からの天引きによって保険料を支払い、後者は介護サービスを今利用する、しないに関わらず、保険料を支払うことが義務付けられている。また、65歳以上の高齢者が介護サービスを利用したい場合、市区町村に申請し、要介護認定⁵を受ける必要がある。認定を受けると、介護支援専門員⁶がその結果に応じて介護サービス計画を作成し、サービスを利用することが可能となる。区分支給限度基準額は、要介護度別に設定されており、限度基準額内であれば利用者は1割負担でサービスを受けることができるが、それを超えた場合の超過分は利用者の全額負担となる。

介護給付費⁷の財源に関しては、国・都道府県・市区町村の公費と被保険者の介護保険料で賄われ、その比率は50%ずつである。また、公費の内訳は、国の負担は25%、都道府県、市区町村の負担は12.5%である。一方、介護保険料の内訳は、第一号被保険者が19%、第二号被保険者が31%となる。

介護保険制度下では、事業所が利用者に介護サービスを提供したときに、その対価として事業所に支払われる報酬を介護報酬といい、サービスの1つ1つに対する単価が、全国一律で細かく、全国一律で決められている。しかし、物価や人件費の地域ごとの違いを考慮するため、介護報酬は「円」ではなく、「単位」として表されており、1単位に対する価格が地域によって異なる。

²施設サービスは、介護老人福祉施設などが挙げられ、施設へ高齢者が入居し介護を受けるという形態をとる。

³在宅サービスでは、介護職員が要介護者の自宅へ訪問するという訪問介護を通し、リハビリテーションや入浴、洗濯といった生活において困難なことの手伝いをする。

⁴利用者が通所介護の施設に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供する。

⁵介護を必要とする人の状態をランク化したもので、それにより、サービス内容や利用限度が異なる。

⁶ケアマネジメントを行なう専門職のこと。居宅介護支援事業所（ケアマネジメント事業所）や介護保険施設などに所属し、介護や支援を必要とする者が適切なサービスを受けられるよう、要介護認定の代行・訪問調査、介護サービス計画（ケアプラン）の作成からサービス実施状況の把握、費用や利用者負担分の給付管理などを一括して行なう。

⁷1年間の介護保険給付費の総額のこと。居宅介護サービス費・施設介護サービス費などの介護給付にかかる費用、および居宅支援サービス費等の予防給付に要する金額の合計で、半分を保険料、残り半分为公費で賄っている。

第2節 政府の動向

介護保険制度の定着と共に、介護保険総費用⁸は急速に増加している。2000年の制度創設時には3.2兆円であった介護保険総費用が、2012年には8.2兆円と、約2.3倍に増加している。このような財政悪化を背景に、近年では、介護保険の利用を抑制する方向に政策転換している。その主な政策として挙げられるのが介護予防事業⁹の普及である。

介護予防事業とは、要介護状態でない被保険者に対し、心身の機能や生活機能の低下の予防、悪化の防止の働きかけ、また介護が必要な状態になることを防ぎ、遅らせるための事業であり、2006年より各保険者での実施が義務付けられている。この事業は、一次予防事業と二次予防事業に区別される。前者はポピュレーションアプローチと呼ばれ、被保険者全般を対象として、講演会などの介護予防普及啓発事業や、ボランティア育成などの地域介護予防支援事業が行われている。一方で、後者はハイリスクアプローチと呼ばれ、生活機能等の低下がすでに見られる、要介護状態となる恐れのある被保険者を対象とし、運動機能の向上を目的としたプログラム等を行う通所型介護予防事業が存在する。その他にも、通所が困難であることや、閉じこもりやうつ、認知機能の低下が懸念される被保険者への対応として、訪問型介護予防事業などを実施している。しかし、二次予防事業に関しては、対象者の容態が数年で変わりやすく長期的な対応が取りにくい、また対象者を把握するのが困難である等の問題に直面している。このような理由から、厚生労働省は、今後一次、二次と対象者を分けることなく、全被保険者に介護予防を促進していく考えであることを示している。

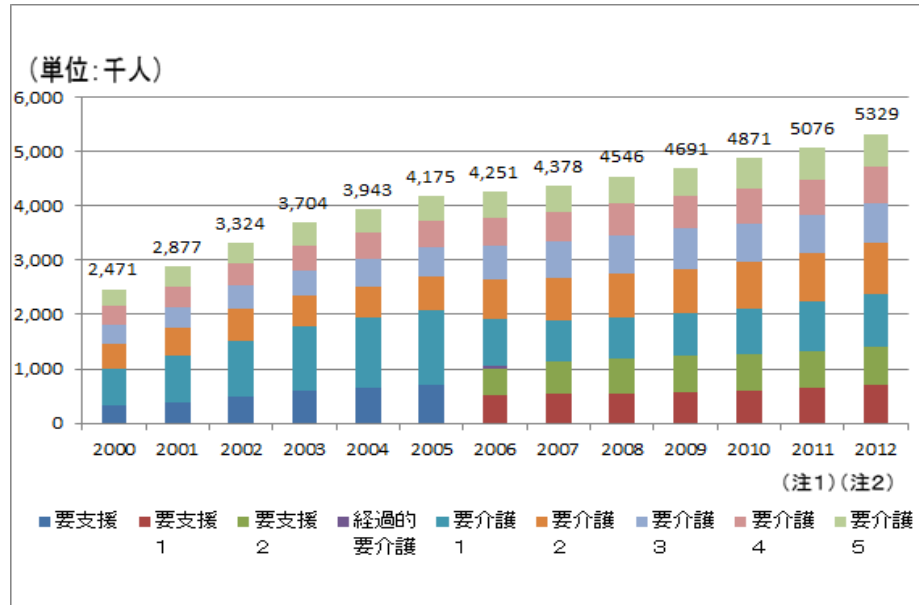
⁸公費、保険料の総和。

⁹介護保険法第115条の45の規定により、各市区町村に実施が義務付けられている。

第3節 介護サービス需要の状況

第1項 介護サービス需要の増加

図表 2：要介護度別認定者数の推移



【出典】厚生労働省（2012）「平成 24 年介護保険事業状況報告（年報）」より筆者作成

注 1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注 2) 楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

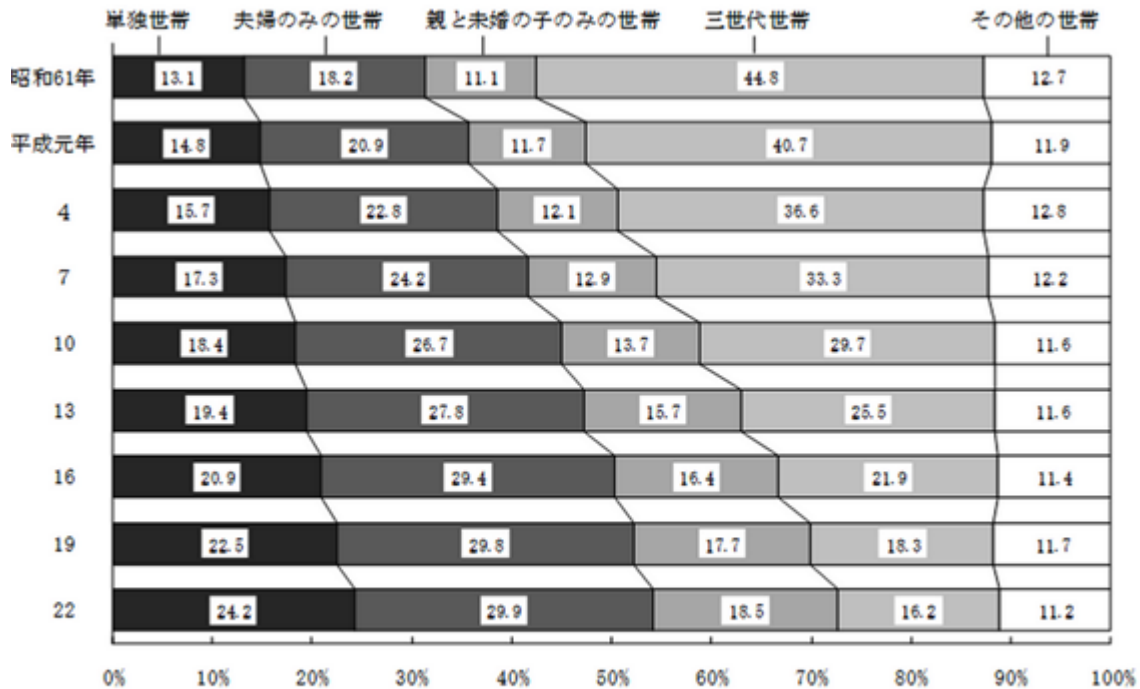
図表 2 では、2000 年から 2012 年までの要介護認定者数を、要支援・要介護度別に示している。この図表より、2000 年から 2012 年の期間で、要介護認定者数が 250 万人から 530 万人へと 2 倍以上に急増していることが分かる。内閣府の「平成 24 年版高齢社会白書（全体版）」（2012）では、65～74 歳と 75 歳以上の被保険者について、それぞれ要支援、要介護認定者の割合を比較している。65～74 歳で要支援認定を受けた人、要介護認定を受けた人がそれぞれ全高齢者人口の 1.2%、3.0%である。一方、75 歳以上では要支援認定を受けた人は 7.5%、要介護認定を受けた人は 21.9%となっており、75 歳以上になると要介護認定者の割合が大きく上昇することが分かる。問題意識の部分で述べたように、団塊の世代が後期高齢者に突入する 2025 年には、後期高齢者が 2180 万人に達し、現時点よりも約 1.5 倍増加すると推計されている。以上のことから、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者に突入し、介護サービス需要の増大に拍車をかけることが予想されている。この介護サービス需要を増大させる要因の 1 つに高齢化が挙げられるが、その他に高齢者を取り巻く様々な環境の変化も介護サービス需要を高めている要因であると考えられる。その環境の変化について、2 点の要因について取り上げ、次項以降で説明をする。

第2項 高齢者の単独世帯の増加

近年、核家族化が進んだため、高齢者の単独世帯が増加傾向にある。図表 3 の厚生労働省が発表した「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」（2010）は、1986 年から 2010 年までの世帯構造別に見た 65 歳以上の高齢者がいる世帯割合の年次推移を表している。図表 3 が示すように、全高齢者世帯に占める単独世帯の割合、夫婦のみの世帯の割合は、共に 25 年間で約 10%増加し

ている。また、三世帯世帯に目を向けると、全体に占める割合は同期間に約 30%減少している。この調査から、日本では核家族化が進行し、高齢者の単独世帯または夫婦のみの世帯が増加していることが明らかである。このような状況下では、高齢者は家族介護¹⁰を受けることが困難となり、介護の外部化を強める志向が高まる。

図表 3：世帯構成別にみた高齢者のいる世帯の構成割合の年次推移



注：1）平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。

2）「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

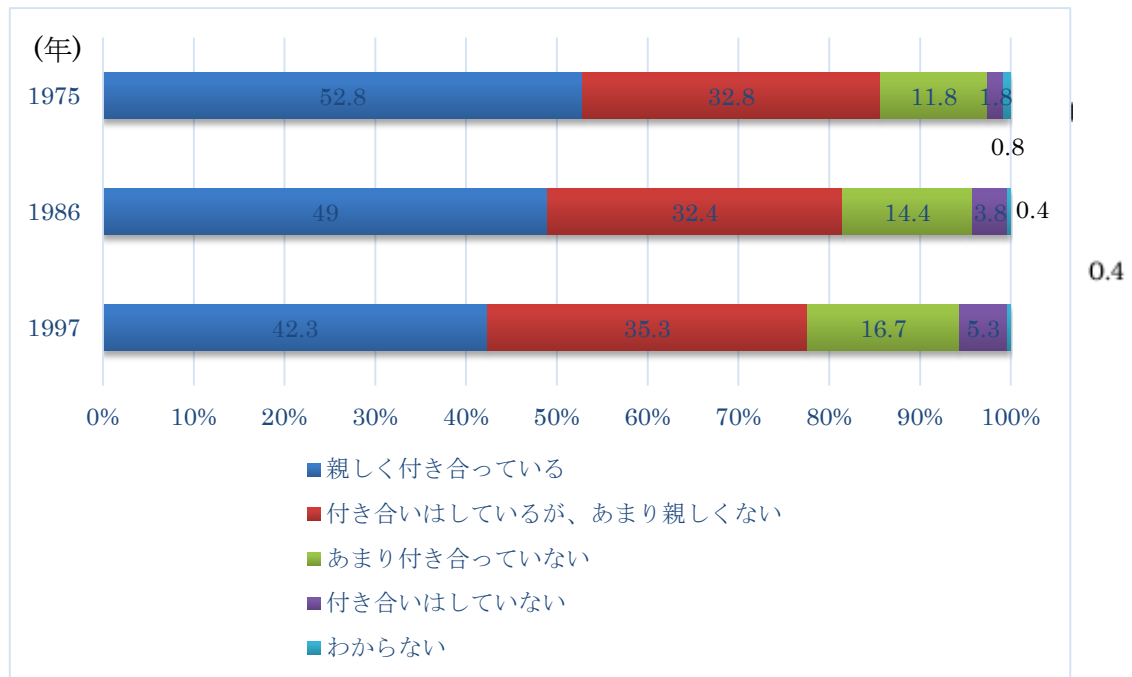
【出典】厚生労働省（2010）「平成22年国民生活基礎調査の概況」

第3項 地域コミュニティの希薄化

近年、経済・社会環境や人々の意識の変化に伴い、地域の繋がりが希薄化したと言われている。内閣府の「国民生活度調査」（2007）は、自分が住んでいる地域における繋がりが10年前と比べてどのように変化したかを尋ねた。その結果、「変わっていない」と回答した人の割合が46.5%と最も多かったが、「弱くなっている」、「やや弱くなっている」は合わせて30.9%に上った。一方、「強くなっている」は1.7%、「やや強くなっている」は5.3%と、「強くなっている」と回答した人は7.0%と少数であった。つまり、人々は近年、地域の繋がりが希薄化していると感じている、ということが分かる。

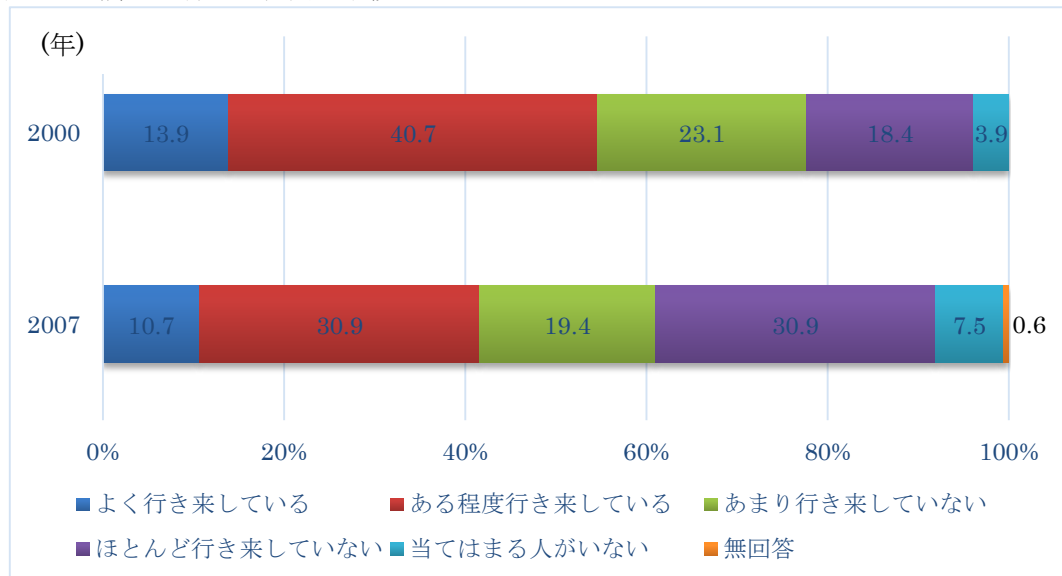
¹⁰寝たきりや認知症、身体の不自由な高齢者を家族で介護することを言う。

図表 4：近所付き合いの程度の推移



【出典】内閣府（1975, 86, 97）「社会意識に関する世論調査」より筆者作成

図表 5：近所付き合いの程度の推移



【出典】内閣府（2000, 2007）「国民生活選好度調査」より筆者作成

次に、地域における人々の付き合いの程度について述べる。図表 4 の内閣府の「社会意識に関する世論調査」では、近所付き合いをどの程度行っているかを尋ねた。その結果は、「親しく付き合っている」と回答した人は、1975 年では全体の 52.8% と半数を超えていたが、1997 年には 42.3% に下落している。一方、「あまりつき合っていない」と回答した人の割合が同時期に 11.8% から 16.7% に高まるなど、近隣関係の希薄化が見て取れる。また、図表 5 の内閣府の「国民生活選好度調査」において、隣近所の人とどのくらい行き来しているか尋ねたところ、「よく行き来している」あるいは「ある程度行き来している」と回答した人の割合が、2000 年には 54.6% と半数を超えていたが、2007 年には 41.6% に落ち込んでいる。そして、「ほとんど

行き来していない」あるいは「あてはまる人がいない」と回答した人の割合は、同時期に 22.3%から 38.4%に増加している。この 2つの調査では、共に近隣住民との付き合いに関する質問を使用しているが、それぞれの質問内容は微妙に異なるため、単純に比較できないことに留意する必要があるが、それぞれにおいて近隣関係の希薄化が確認できる。

このように、地域における人と人との繋がりが薄れることで、近隣住民との交流が少なくなる。こうした状況が続くと高齢者の外出頻度は次第に減少し、高齢者の活動範囲が家の中のみへと次第に狭小することで、廃用症候群¹¹となり、歩行能力、ADL¹²、IADL¹³、認知機能の低下を招くと考えられる。やがて、高齢者は閉じこもり、寝たきりになり、要介護状態になる可能性が高くなる。以上のことから、コミュニティの希薄化は、高齢者の外出機会を阻害し、高齢者を要介護状態にし得る一因である。

第4節 介護職員需給の将来推計

まず、将来に必要とされる介護職員数について推計している先行研究を紹介する。介護サービスに関するデータの多くは個票データであり、分析の際、データの入手が困難であると考えた。そこで、本研究において、介護サービスの担い手である介護職員数を用いて、介護サービス需給を定量化した。「社会保障改革に関する集中検討会議資料」（2011）において、現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合（現状投影シナリオ）、医療・介護サービスのあるべき姿を踏まえサービス利用状況や単価等を変化させた場合（改革シナリオ）の 2つの方法で、将来の介護職員の需要量、つまり将来必要とされる介護職員数を推計している。2025 年に必要とされる介護職員数を推計した場合、現状投影シナリオでは 213 万人～224 万人、改革シナリオでは、232 万人～244 万人必要と推計された。2012 年時点で介護職員は 149 万人存在しており、この推計で導かれた介護職員数を実現するためには、現状投影シナリオでは 1年で約 6 万人、改革シナリオでは約 7 万人介護職員数が増加する必要がある。

これまで多くの論文によって将来の介護職員の必要数の推計はなされているが、実際の介護職員数について推計している論文は数少ない。唯一、三菱総合研究所（2013）が推測年を 2017 年に設定し、①現在より離職率が下がり、前職が介護職の割合が現在より上がる場合、②離職率が産業平均離職率まで下がり、前職が介護職の割合が現在より上がる場合、③離職率、前職が介護の割合共に現状維持の場合、の 3つのシナリオに基づき将来の介護職員数を推計している。本稿では、三菱総合研究所（2013）と同様の方法を用いて、推計年を 2025 年まで延長し、実際に介護職員数を推計した。結果によると、2025 年の時点で介護職員供給は、シナリオ①では 284 万人、シナリオ②では 224 万人、シナリオ③では 162 万人である。また、土居研（2013）では、④2012 年以降の入職者数・離職者数が過去 5 年間のデータ平均値のまま推移する場合と、⑤採用者数と離職者数が景気変動（実質 GDP）の影響を受ける場合の 2つのシナリオに基づき、将来の介護職員数を推計している。その結果、シナリオ④では 176 万人、シナリオ⑤では 200 万人まで介護職員数が増加すると予測されている。

以上のことから、三菱総合研究所のシナリオ①では 2025 年の介護職員必要数を上回る介護職員数が供給されるという結果になったが、いずれにせよ昨今の少子高齢化から起因する労働力人口の減少を考慮すると、2025 年に介護職員の供給が需要に追い付かないのは明らかである。

¹¹長期の安静状態が続くことによって起こる、様々な心身の機能低下のこと。

¹²日常生活動作。日常生活を営む上で、普通におこなっている行為、行動のこと。具体的には、食事や排泄、整容、移動、入浴等の基本的な行動を指す。

¹³手段的日常生活動作。日常生活を送る上で必要な動作のうち、ADL より複雑で高次な動作を指す。例えば、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理や服薬管理、外出して乗り物に乗ること等で、最近は、趣味のための活動も含むと考えられている。

第5節 本章のまとめ

以上の現状分析から、本章において以下のようなことが明らかとなった。

(1)近年、政府は財政悪化を背景に、介護保険の利用を抑制する政策として介護予防事業に取り組み始めた。現行の介護保険制度下では、健康な高齢者を対象にした一次予防、要介護リスクをもつ特定高齢者を対象とした二次予防を実施している。しかし、現行の介護予防事業が持つ課題を解決するために、今後政府は一次二次と分け隔てなく介護予防を推進していくことを表明している。

(2)介護保険制度が施行されてから現在まで、要介護・要支援認定者数は2倍以上に増加している。その最大の要因は、高齢化による急速な高齢者数の増加である。また、家族形態の変化やコミュニティの希薄化などの高齢者を取り巻く環境の変化も介護サービス需要を増大させる要因であると言える。

(3)本稿では、介護サービス需給の不均衡を問題意識に掲げている。それを定量化するために、2025年に推計年を設定し、将来の介護職員の需要数また供給数を推計した。シナリオによって推計結果に差異はあるものの、今後介護職員の供給が需要に追い付かないことが明らかである。

第2章 先行研究・仮説導出

第1節 問題意識に対する本稿の着眼点

前章では、介護サービス需給の不均衡について述べた。この問題に関連する研究論文はすでにいくつか発表されているが、これらの多くは介護需給の不均衡を改善するために、介護職員の賃金は正や職場環境整備等を行う、介護サービスの供給者である介護職員への政策を掲げている。しかし、本稿では、その様な供給側の増加を目指すのではなく、需要抑制の観点から政策提言を行う。それは、需給の不均衡に対して、供給側へのアプローチが困難であると考えためである。

理由として第一に、現在の介護報酬制度である。先述したような介護職員への政策を行うのは、現在のあまりにも低い介護報酬制度下では困難であると考えられる。第二に、供給者誘発需要仮説が懸念される点である。これは、供給の増加を行うことにより、追加的な需要が生み出される可能性がある、という仮説である。山内（2004）は、訪問介護市場において、競争度が高まると、サービス利用が誘発され、訪問介護費用が増大する可能性があるとの統計的な検証を通し指摘しており、介護職員においても供給者誘発需要仮説が充分懸念される。これらのことから、供給促進政策を以て介護サービスの需給不均衡の改善を図ることは困難であると考えられる。

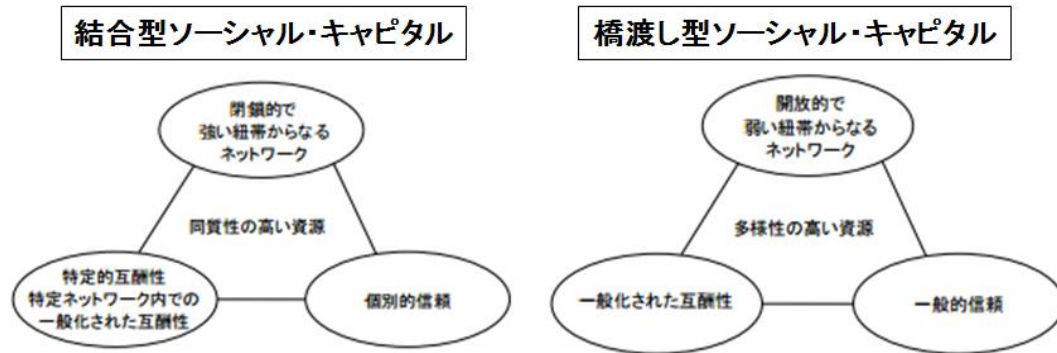
したがって、本稿では、介護サービス需給の不均衡という問題意識に対して、供給増加ではなく、需要抑制の観点から政策提言を行う。中でも、介護予防に着目したい。介護需要抑制政策と言っても一概には言えない。例えば、高齢者の自己負担額を引き上げることによって、介護サービス需要の抑制は可能かもしれない。しかし、それでは高齢者の金銭的負担が増加し、介護サービスが必要であるにも関わらず利用できない高齢者が増加することが懸念される。しかし、介護予防であれば、高齢者の健康な状態を保つ、または要介護状態の重度化を防ぐことが期待でき、介護サービス需要を抑制することができると考える。そして、本稿ではその介護予防に、ソーシャル・キャピタルの概念を用いて、高齢者の健康寿命を延ばすことにより介護サービス需要を抑制し、需給の不均衡の改善を目指す。次節以降では、このソーシャル・キャピタルの概念について説明し、高齢者の健康に関する先行研究を整理したうえで、仮説を導き、本稿の貢献について述べていく。

第2節 本稿におけるソーシャル・キャピタル

近年、地域づくりの一環として住民の健康向上に取り組む場合、地域の人々のネットワークを強化し、住民の互助的機能を高めていくことが有効であると言われており、その仕組みを概念化したものとしてソーシャル・キャピタルが注目されている。ソーシャル・キャピタルは主に、政治学、社会学や社会疫学などの分野で取り入れられてきた。

一般的なソーシャル・キャピタルの概念は、社会・地域における人々の信頼関係や結び付きのことであるが、その概念については様々な議論が行われており、世界銀行や OECD など独自に定義している。中でも代表的なものは Putnam が述べたものであり、『人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴』と定義している。さらに Putnam は、ソーシャル・キャピタルは、結合型と橋渡し型の2つのタイプに分けられるとしている。

図表 6：ソーシャル・キャピタルの分類



【出典】武村（2013）「ソーシャル・キャピタルの今日的意義と都市政策への応用可能性」

図表 6 は、ソーシャル・キャピタルのタイプを結合型と橋渡し型に分けて、それぞれの特徴についてまとめたものである。結合型のソーシャル・キャピタルとは、組織の内部における人と人との同質な結び付きであり、組織内での信頼や協力、結束によって生まれるものである。例えば、家族内や民族グループ内といった、血縁や地縁的な繋がりのあるメンバー間の関係を指す。これに対し、橋渡し型というのは、異なる組織間における人や組織の結び付きである。例えば、民族グループを越えた、民族グループ同士の関係や、知人、友人の友人などとの繋がりのことである。

本稿では、ソーシャル・キャピタルの中でも、橋渡し型ソーシャル・キャピタルを用いることにする。その理由として、先行研究によって橋渡し型が支持されていること、また一般的には、結束型のソーシャル・キャピタルは強い絆や結束として特徴付けられ、内部指向的であると考えられるため、この性格が強すぎると、排他的なつながりができてしまうことが懸念されるためである。例として「村八分」が挙げられる。この特徴により、ソーシャル・キャピタルがかえってコミュニティの対立を招く要因となることもある。これに対して、橋渡し型ソーシャル・キャピタルはより横断的な繋がりとして特徴付けられ、社会の潤滑油とも言うべき役割を果たすとされる。また斉藤（2008）も、結合型は閉鎖的で排他性が強い団体の性質であって、「ソーシャル・キャピタル」の蓄積には、橋渡し型が好ましいとしている。

第3節 先行研究

ソーシャル・キャピタルの研究は様々な分野で進められてきたが、高齢者の健康にも関連があるとして介護の分野においても研究は進められてきた。

カワチら（2013）は、介護予防関連指標¹⁴とソーシャル・キャピタル指標¹⁵との間の関連性について、全国 12 道県 25 保険者 31 自治体に居住する要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者を対象に分析を行った。分析結果によると、介護予防関連指標の一部とソーシャル・キャピタル指標の一部の間に有意な相関関係が見られた。要介護認定率に関しては、社会的サポート指標との間で有意な相関が多く見られた一方、要介護認定のリスクに関しては、残歯数 20 本未満・転倒経験あり・GDS（高齢者うつ尺度）平均点・水平的組織への参加頻度との間に有意な相関が見られ、さらに低栄養・垂直的組織への参加頻度との間にも相関が確認された。参加頻度別に見ると、月 1～2 回以上で最も多くの有意な相関関係にあった。

¹⁴要介護認定率・要介護リスクから成る。

¹⁵社会的サポート・社会参加・社会的ネットワークから成る。

また、伊藤・近藤（2013）は、要支援・要介護認定率とソーシャル・キャピタルを表す指標として地域組織への参加割合との関連を分析している。JAGES プロジェクト¹⁶に参加した 24 介護保険者を対象に、被説明変数を要介護認定率とし、独居高齢者割合や高齢者有業率などの地域要因を同時投入し、前期高齢者¹⁷と後期高齢者別に重回帰分析を行った。分析の結果、要介護認定率と地域参加割合には多くのモデルで負の（ $\beta=-0.42\sim-1.05$ ）、一部で正の（ $\beta=0.53\sim 0.58$ ）関連が見られた。後期よりも前期高齢者、垂直的よりも水平的な組織、呼応頻度よりも中・低頻度の参加割合でより強い関連を示した。

以上の先行研究を踏まえ、以下のことが分かった。

- 1 ソーシャル・キャピタルが高齢者に良い影響を与える。
- 2 とりわけ橋渡し型ソーシャル・キャピタルと高齢者の健康に強い相関関係がある。

第4節 仮説の導出

2 節ではソーシャル・キャピタルの一般的な概要や分類について詳しく述べた。次に 3 節では本稿と関連のある先行研究をまとめ、「一部の地域で、橋渡し型ソーシャル・キャピタルが介護予防に有効である」ことが分かった。これらより、以下の仮説を導出する。

仮説：「全国的に、橋渡し型ソーシャル・キャピタルが豊かな地域ほど、高齢者の健康に良い影響を与えるのではないか」

次章では、この仮説の実証分析を行う。

第5節 本稿の貢献

本稿の貢献は 3 点ある。

(1) 介護サービス需給の不均衡という問題意識に対し、供給側ではなく需要側にアプローチした点である。介護サービスの需要抑制政策を行っている先行研究は少なく、本稿は研究例の 1 つとして貢献できるであろう。

(2) ソーシャル・キャピタルという比較的新しい概念を介護の分野に取り入れた点である。

(3) 分析において全都道府県のデータを使用した点である。先行研究では、一部地域のデータを用いてソーシャル・キャピタルと高齢者の健康の関連性について分析しており、普遍性に欠けていることが考えられる。そこで本稿では、ソーシャル・キャピタルが健康に良い影響を与えるという仮説が一部地域のみではなく、全国的に言えることであるかを明らかにするため、全都道府県のデータを使用することとする。

¹⁶ Japan Gerontological Evaluation Study の略。

¹⁷ 65 歳以上、75 歳未満の高齢者のこと。

第3章 実証分析

第1節 データと記述統計

本章では、ソーシャル・キャピタルが地域で醸成されていくことで、実際に高齢者の介護サービスに対する需要が抑制できるか、すなわち高齢者の健康状態に良い影響があるか都道府県データを用いて実証分析をする。今回は先行研究として、渡辺（2008）を参考にした。渡辺は、都道府県別に見た要介護認定割合、介護保険料の地域較差と保健師配置状況、及び高齢者有業割合との関連を明確にし、地域較差を低減化させる施策における保健師活動の意義と役割を明確にすることを研究目的としている。分析には共分散構造モデルを用い、被説明変数を要介護認定率と介護保険料、説明変数を経済要因、施設要因、マンパワー要因に分類し、分析している。その結果、人口当たりでみた市町村と都道府県で採用されている保健師数が多い県では、高齢者、有業割合が高まり、結果的に要介護認定割合や介護保険料を低下させている可能性が示唆された。

そこで本稿では、渡辺（2008）の変数選択を参考に、被説明変数を介護認定率と介護給付費（一ヶ月当たり）、経済要因の説明変数を県民所得と高齢者有業率、施設要因を介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養福祉施設、またマンパワー要因をそれに対応する従事者とした。そこに地域要因としてソーシャル・キャピタルに関する変数を加えて分析を行うことが、本分析の独自性である。しかしながら、ソーシャル・キャピタルの定義は様々で、変数選択が難しいため、本稿では前章で述べたソーシャル・キャピタルの定義に従って、地域要因である橋渡し型ソーシャル・キャピタルの代理変数を、山内・伊吹（2005）を参考にし、65 歳以上ボランティア行動者率と 1 万人あたり認証 NPO 法人数とした。今回、分析に使用した 47 都道府県別介護状況のデータは、2011 年厚生労働省の報告を用いた。

図表 7：使用した変数の記述統計

指標	最小値	最大値	平均値	標準偏差
要介護認定率	14.02	22.59	18.48	2.03
一人あたりの介護給付費	178200	212400	190447	7788.89
県民所得	2018	4373	2682	376.54
高齢者有業割合	15.09	27.46	21.18	2.31
介護老人福祉施設	34	390	126.7	82.27
介護老人保健施設	29	173	75.17	42.5
介護療養型医療施設	6	96	36.4	23.56
介護老人福祉施設従事者	1879	22075	5961	7.56
介護老人保健施設従事者	1331	10250	4072	4404.68
介護療養型医療施設従事者	144	4277	1248	2607.18
65 歳以上ボランティア行動者率	6.2	30.1	20.92	4.6
1 万人あたり認証 NPO 法人数	8.443	26.22	12.61	3.26

第2節 検証方法

本分析では、要介護認定率、介護給付費を被説明変数とし、上記の変数を説明変数としてそれぞれ重回帰分析を行う。しかしながら、重回帰分析の場合、説明変数を複数投入することで多重共線性の問題が発生する可能性があることが懸念される。そこで本分析では、VIF によって上記の変数内に多重共線性があるかを確認し、変数の中に $VIF > 10$ となる変数が存在していた場合、本分析では AIC 基準を用いて変数選択を行った。AIC が小さい値であるほど良いモデルである。AIC によって、選択されたモデルは次節で述べる。

第3節 結果と考察

図表 8：分析結果（被説明変数：介護給付費）

	係数	標準誤差	t 値	p 値
定数項	206976.84	4494.829	46.048	2e-16 ***
介護老人福祉施設数	-300.143	84.729	-3.542	0.00101**
介護老人保健施設数	89.175	62.659	1.423	0.16225
介護老人福祉施設従事者	3.43	1.327	2.586	0.01338 *
介護療養型医療施設従事者	4.705	1.335	3.525	0.00106**
65 歳以上ボランティア行動者率	-551.546	186.706	-2.954	0.00517**

**：有意水準 0.01 *：有意水準 0.05

$$\hat{Y}_i = 206976.84 - 300.143X_{1i} + 89.175X_{2i} + 3.43X_{3i} + 4.705X_{4i} - 551.546X_{5i}$$

分析結果から、被説明変数が要介護認定率だった場合、今回期待していたような健康効果を得ることはできなかった。しかしながら、被説明変数が介護給付費であった場合、1 万人あたり認証 NPO 法人数に関しては期待された分析結果は得られなかったが、65 歳以上ボランティア行動者率に関して統計的有意性が見られた。具体的には本分析を通し、65 歳以上のボランティア行動者率が 1%増加すると、介護給付費が約 551 円減少することが明らかとなった。

今回 1 万人あたり認証 NPO 数が有意にならなかった理由として、都道府県別の認証 NPO 法人数を見ると、東京都が突出していることが原因の可能性もある。東京都は人口が多いことから、都道府県人口で除してみたが、それだけでは東京都の突出は消滅してないと考えられる。これは、全国的に活動する NPO の本部オフィスが東京に集中していることが考えられる。また懸念点として、AIC 基準により、説明力の向上に貢献されないとして除外された変数の中には、残った変数との間の相関が強いために、本来被説明変数と関係性があるにも関わらず除外された可能性も考えられる。

以上の分析結果から、ボランティア活動への参加は高齢者 1 人当たりの介護給付費を下げる効果があることが明らかになった。そして、「全国的に、橋渡し型ソーシャル・キャピタルが豊かな地域ほど、高齢者の健康に良い影響を与えるのではないか」という仮説を実証することができた。

第4章 政策提言

第1節 導入

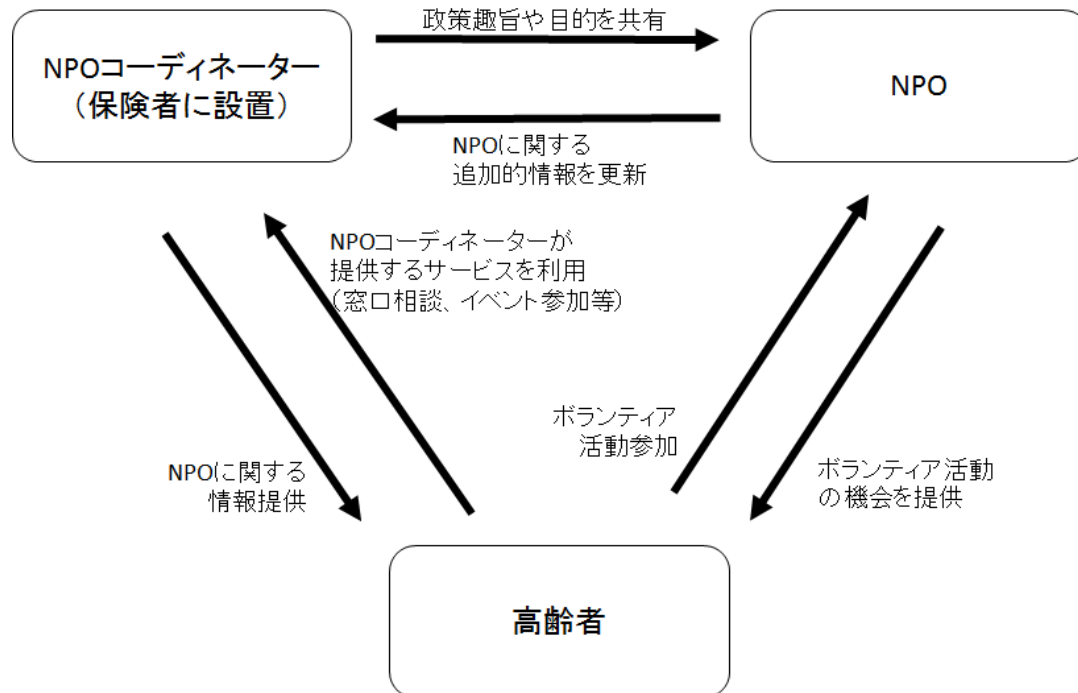
本稿では、「高齢者が自身の力で健康な状態を保ち、介護サービスを必要とせず、自立して生きていくことのできる社会を目指す」というビジョンのもと、介護サービス需給の不均衡を問題意識とし、ソーシャル・キャピタルの概念を用いた需要抑制政策を行う。また、第3章の実証分析より、ソーシャル・キャピタルの代理変数であるボランティア活動が高齢者の健康促進に効果があることが示された。

そこで本政策では、各保険者に NPO コーディネーターを設置し、高齢者のボランティア活動参加促進を目指す。NPO コーディネーターを設置することで、高齢者、NPO、保険者の連携を強化し、高齢者が NPO に関する情報を得やすいシステムを作り、ボランティア活動に参加しやすい環境の整備を目指す。これら一連の財源は、地域支援事業交付金で賄う。

内閣府の「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（2013）によると、アンケートに回答した高齢者の内、72.5%が地域参加したいということが分かる。また、内閣府の「平成 22 年国民生活選好度調査」（2010）によれば、ボランティア活動への参加を促進するための環境整備に必要なものとして、アンケート回答者全体の 6 割以上が「団体の情報を得やすくすること」、また 5 割が「団体が信頼できるかどうかの目安（認証など）」と回答した（複数回答可）。これら 2 種類のアンケート調査から、ボランティア活動への参加意欲がある高齢者が多数存在すること、また参加意欲のある高齢者に対して、ボランティア活動を促進するために NPO に関する情報不足を解消する必要があることが明らかである。

第2節 政策主体

図表 9：高齢者、NPO、行政の 3 主体の連携を強化する体制



【出典】筆者作成

第 1 項 政策主体：NPO

はじめに、政策主体について説明する。まず、NPO は内閣府によって認証されている、特定非営利活動法人のみを対象とする。上記の内閣府「国民生活選好度調査」（2010）が示しているように、ボランティア活動への参加を促すための環境整備に必要なものとして、全体の 5 割が「団体が信頼できるかどうかの目安（認証など）」と回答している。この結果から、人々は NPO が認証を受けているかどうかを軸に NPO 団体の信頼性を評価し、ボランティア活動への参加・不参加を決定している可能性が高いと言える。したがって、この政策提言において認証 NPO を取り上げることで、高齢者のボランティア活動参加をより効果的に推進することができると思う。

第 2 項 政策主体：NPO コーディネーター（行政）

次に、NPO コーディネーターは各保険者に設置される。前述したように、現行の介護保険制度下では介護予防事業が義務化され、各保険者は講演会などの介護予防普及啓発事業や、ボランティア推進などの地域介護予防支援事業を実施している。そこで本政策では、介護予防事業に従事している職員が、NPO コーディネーターの担い手となる。既に各保険者に存在する部署を活用することで、第三者機関を新設するよりも、市区町村側の業務負担が軽減でき、費用も削減できる。また、各保険者に NPO コーディネーターを設置する理由は、NPO が行政機関への認証手続きをする際に、各 NPO の基本的な情報を既に保持しているため、新たに参加団体を募る手間が省けることである。

第3節 各主体の役割

図表 9 が示している枠組みにおける政策主体と政策対象の役割について述べる。

第 1 項 NPO コーディネーター（行政）

まず、NPO コーディネーターと NPO との間における役割について説明する。NPO コーディネーターは、NPO に関する追加的な情報を定期的に更新し、それを高齢者への NPO に関する情報提供に活用する。行政機関は NPO 認証時に、NPO に関する基本的な情報を把握しているが、その情報だけでは不十分である。したがって、追加的な情報、具体的には、開所時間、休日・休館日、活動内容、活動スケジュール、会費や、ボランティア、インターン等の募集、一般の人が参加できるプログラムなどを把握する必要がある。

次に、NPO コーディネーターの高齢者に対する役割について述べる。NPO の情報をもとに、高齢者のニーズを汲み取りそれに合う NPO を紹介する。以下、これをマッチング事業と呼ぶ。マッチング事業は、窓口相談とマッチング会を開催することで行う。マッチング会に関して、福井県の実例を参考にした。マッチング会場では、NPO コーディネーターはマッチング会の運営を担う。会場内に各 NPO の活動内容を紹介するブースを設置し、そのブースにおいて、高齢者を対象に活動内容を紹介し、活動への参加を呼びかける。参加者は様々な活動の内容を知り、興味のある NPO に対し参加の申し込みをすることができる。

第 2 項 NPO

NPO は NPO コーディネーター、つまり行政との間における政策趣旨や目的を共有することも重要である。これは NPO と NPO コーディネーターの両主体者においても言えることだが、例えば高齢者に対してボランティア活動を促進することで介護予防を推進していくこと、またそれを通じ地域コミュニティを活性化させていくことなど、こうした共通認識を持つことは連携上不可欠なものであろう。また、先述した通り、NPO が NPO コーディネーターに最新の情報を提供することも重要である。高齢者に対しては、ボランティア活動の機会を提供する。

第 3 項 高齢者

高齢者は NPO コーディネーターが提供している窓口・電話相談やマッチング会を利用することで、NPO に関する情報を得る。そして、NPO コーディネーターを通じて紹介された NPO でのボランティア活動に参加する。

第4節 広報方法

第1項 全高齢者に対する広報活動

NPO コーディネーターの認知度を高めるために、以下のような広報活動を行う。

1 点目に、WEB サイトを活用した広報活動である。現在、NPO 内閣府のホームページには、全国の NPO 法人のデータが管理されており、検索機能が付いている。そこで、新たに各保険者のホームページに内閣府 NPO ホームページのリンクを貼り、ホームページへのアクセス性を高め、高齢者が NPO に関する情報を得やすい環境を整備する。ホームページを活用することで窓口・電話相談と違い、高齢者は場所や時間に関係なく NPO の情報を得ることができる。総務省の「平成 24 年度通信利用動向調査」（2012）によれば、高齢者のインターネット普及率は 60 代で 60%、70 代で 50%を超えており、WEB サイトを活用した広報活動により、多くの高齢者へ情報が伝達できると考える。2 点目に、高齢者が比較的多数集まる集会等を活用した広報活動である。高齢者が集まる機会に NPO コーディネーターが趣くことで、コーディネーターの存在を認知してもらい、その活用を促進する。高齢者が集まる機会としては、シルバーパスの更新会や健康診断などが挙げられる。

第2項 定年退職者に対する広報活動

ここまでは全高齢者に対する広報活動について言及したが、本項では定年退職者に対する広報活動について説明する。ここでは、アメリカの事例を参考とした。アメリカでは早くから連邦政府により高齢者によるボランティア・プログラムの振興が進められ、中でも 1971 年に創設された、退職者を対象としたプログラムの振興が推進されている。これは、企業において退職を間近に控えた高齢者にボランティア活動の重要性を知ってもらうことを目的としている。

このプログラムを担うセンターは提携企業の元従業員が退職後 3 ヶ月を迎えるところにボランティア募集の広報を行う。この退職 3 ヶ月後というのは、重要な意味があるという。川口（2002）では、日本でも社員に退職前教育を行う企業があるように、米国の企業でも同様のプログラムが実施されているが、退職前の従業員は比較的金銭、健康面に関心が高く、また退職後の生活状況はよくわからないという感想を持っていることが多いとしている。また現役時代の多忙さからやりたいことが充分出来ていないという思いが強く、「退職後の生活ではやるべきことがたくさんある」と考える傾向にあるという。しかし「実際はそうではない」と実感する人が増え出すのが、ちょうど退職三ヶ月後だと言われている。そこで実際に退職ボランティア・プログラム・センターでは、職員が企業に足を運び、地域ボランティア活動の重要性について広報している。

このアメリカの事例より、退職 3 ヶ月後の広報活動が大事であるということが分かった。そこで、定年退職を迎え年金を受給し始める高齢者を対象に、NPO コーディネーターの認知向上に向けた広報活動を行う。現在では、高齢者が定年を迎え年金を受給し始める際に必要な手続きは、高齢者が年金請求書を日本年金機構に送付することによって成立する。しかし、本政策では年金を受給するために、NPO コーディネーターが開催する講習会への参加を提案する。このようにして、講習を受けに来る高齢者に対し、ボランティア活動の重要性また NPO コーディネーターの存在を認知してもらうことが目的である。ここで NPO コーディネーターの存在が認知されれば、より多くの高齢者にボランティア活動への参加促進ができると考える。

第5節 独自性

1 点目は、全高齢者を対象としてボランティア活動を促進している点である。現行の介護予防事業において、一般高齢者（要介護リスクのない健康な高齢者）に焦点を当て、ボランティア活動を促進している。一方、本政策は一般高齢者と特定高齢者を分け隔てなく、ボランティア活動参加を推進している。

2 点目は、NPO コーディネーターを設置し、行政、NPO、高齢者、3 主体の連携が図りやすい仕組みを整備した点である。

第6節 利点と留意点

第1項 利点

現在、マッチング事業を行う中間支援組織は存在するものの、主な業務は、NPO の設立や運営支援であるため、現行のマッチング事業が実際に行われていない、または非効率であるという課題が考えられる。そこで、我々の提言する NPO コーディネーターは、高齢者のニーズを汲み取り、それに合う NPO を紹介するというマッチング事業を重要視する。

第2項 留意点

本稿の限界として考えられるのはまず健康格差である。アンケート調査でも示したが、元来地域参加意欲がある者は、72.5%であり、残りの高齢者についてはあまり考慮していない。つまり、今回の政策提言を通し、ボランティア活動の参加を促進できる対象者が参加意欲のある高齢者に限られ、健康格差が広がる可能性がある。しかしながら、本稿では広報活動によって元々ボランティアへの参加意欲がない高齢者へも社会貢献意欲を与え、ボランティア参加へ繋げることが出来るのではないかと考える。

次に、地域間格差が挙げられる。この地域間格差とは、地域によって存在する認証 NPO 法人数にばらつきがあり、高齢者の受け皿である認証 NPO 法人数に違いがあることである。NPO 数が少ない市区町村、例えば僻地において、ソーシャル・キャピタルの醸成の限界があると考えられる。

第7節 政策の効果

第3章第4節の計量分析の結果から、AIC 基準によって選択されたモデルでは 65 歳以上のボランティア行動者率が 1%増加すると、1 人当たりの介護給付費が約 551 円減少することが明らかとなった。

ここで本政策の NPO コーディネーターの設置によって全国で 65 歳以上ボランティア行動者率が 1%上昇すると仮定する。政策を通して減少した介護給付費 Σ は、各都道府県の 65 歳以上ボランティア行動者率 Σ 、各都道府県の高齢者人口 Σ とすると、次のように表すことができる。

$$\text{Exp} = 0.01 * 551 * 12 * \sum_{i=1}^{47} (XiYi)$$

(i = 北海道、青森 ...、沖縄/サンプルサイズ 47)

各都道府県によって 65 歳以上ボランティア行動者率の 1%のウェイトが異なるため、上式のようにまず各都道府県の 65 歳以上ボランティア行動者率から、それぞれの行動者人数を計算した。次に計算された行動者数 $\times 0.01$ をし、各都道府県において、65 歳以上ボランティア行動者率が 1%上昇した時増加する、行動者人数を計算した。さらに、計算された行動者人数に、今回計量分析によって明らかになった 1 人当たりの介護給付費の減少額である 551 円をかけ、その合計値が 1 ヶ月当たりであるため 12 倍することで、年間の介護給付費減少額を算出した。

その結果、65 歳以上のボランティア行動者率が 1%増加すると介護給付費が約 4 億 6 千万円減少すると分かった。2012 年度の介護保険事業状況報告によると、介護給付費は 8 兆 1283 億円と前年度から 6.5%増え、初めて 8 兆円を超えた。今回の計算では便宜上 65 歳以上のボランティア行動者率が 1%増加すると仮定したため、上記の期待効果は比較的小さくなっているが、行動者率がさらに上昇することでより大きな期待が見込められる。

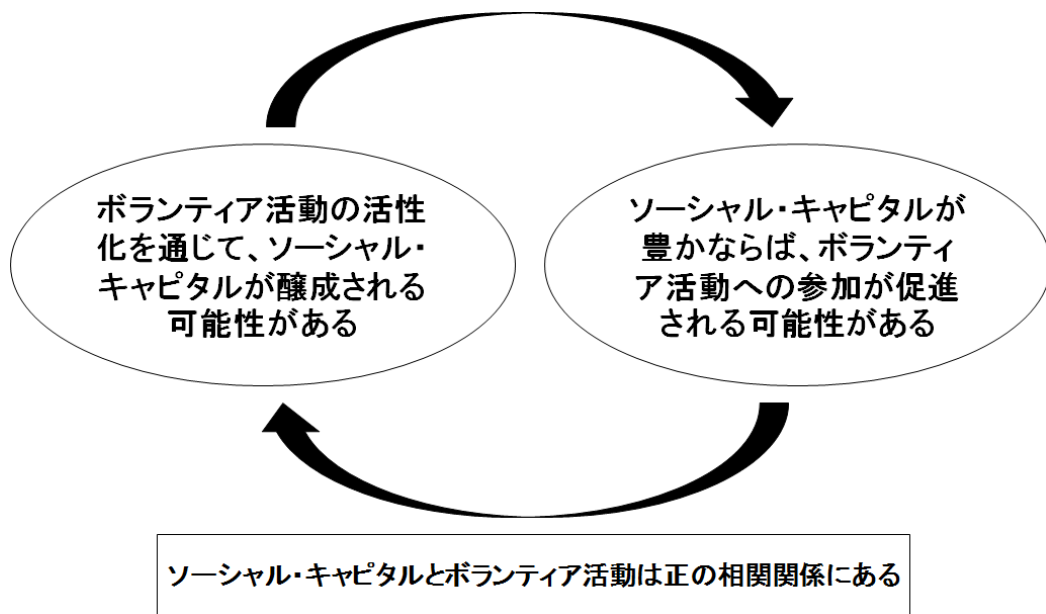
本稿の政策を行うことにより、需要の抑制ができると考える。高齢者のボランティア参加率が上昇することで、介護給付費が減少する。これは、介護サービス利用量が減少することで、介護職員需要が減少していることを意味する。したがって、介護サービス需給の不均衡は改善に向かい、我々のビジョンである「高齢者が介護サービスを必要とせず、自立して生きていくことのできる社会」を達成することができる。

第5章 まとめ

本稿では、「高齢者が介護サービスを必要とせず自立して生きていくことのできる社会」をビジョンとして掲げた。そして、介護サービス需給の不均衡に対して問題意識を抱き、その改善のために、主な介護サービス利用者である高齢者に対しソーシャル・キャピタルを用いた健康政策を提言した。

政策としては、各保険者に NPO コーディネーターを設置し、高齢者が NPO でのボランティア活動に参加しやすい環境を整備することを目指した。我々は本稿の政策を通し、今後、全国的に各地域でソーシャル・キャピタルの醸成が進み、コミュニティの希薄化が解消され、地域における人々の繋がりが活性化することを目的としている。また、NPO コーディネーターを各保険者に設置することで、今まで高齢者へ行き届いていなかった NPO に関する情報の不足を解消し、ボランティア活動への参加を促進することができると予想している。図表 10 は、内閣府が、ソーシャル・キャピタルとボランティア活動の関係性を表したものであり、今回の政策を通して、ソーシャル・キャピタルが醸成され、高齢者のボランティア活動の参加はますます促進され则认为る。

図表 10：ソーシャル・キャピタルとボランティア活動の関係性



【出典】ソーシャル・キャピタル政策展開研究会（2008）「わが国のソーシャル・キャピタル政策展開に向けて」より筆者作成

また、本政策において、短期的な政策効果は期待できないが、長期的な視点において、介護サービス需要が減少し、問題意識として掲げた介護サービス需給の不均衡が改善されるであろう。その結果として、高齢者が自発的に健康な状態を保ち、自立して生きていくことのできる社会が実現するであろう。

補論 支給限度額引き下げによる介護サービス 需要抑制政策

本稿では、本論で述べた政策提言に加え、区分支給限度基準額の引き下げについても考えた。区分支給限度基準額とは、各要介護度別に設定された、介護保険から給付される上限額¹⁸のことである。本政策では、訪問介護における要支援、要介護 1、2 における区分支給限度基準額の引き下げを行い、高齢者の介護サービス利用負担を引き上げることで、介護サービス需要の抑制を行う。

高齢者への介護サービスに対する負担引き上げ政策は、現在政府が進める介護保健改革の中にも含まれている。それによると、所得水準上位 20%の利用者の負担を、現行の 1 割から 2 割へ改定することを決め、実際に 2015 年 8 月から実施されることが決議された。しかしながら、この政策下では、所得水準という基準のみで介護サービス利用者の負担増加を行うことになるため、介護サービスが、要介護者の症状（要介護度）によって需要度が異なるということを考慮しきれていないのである。つまり、所得という基準のみで負担感を一律に上げることになるため、要介護者の症状によってその負担感が大きく異なってくるのである。

次に本稿で要支援、要介護 1、2 に規定されている区分支給限度基準額の引き上げを行い、介護サービス需要を抑制する理由を 2 点述べる。

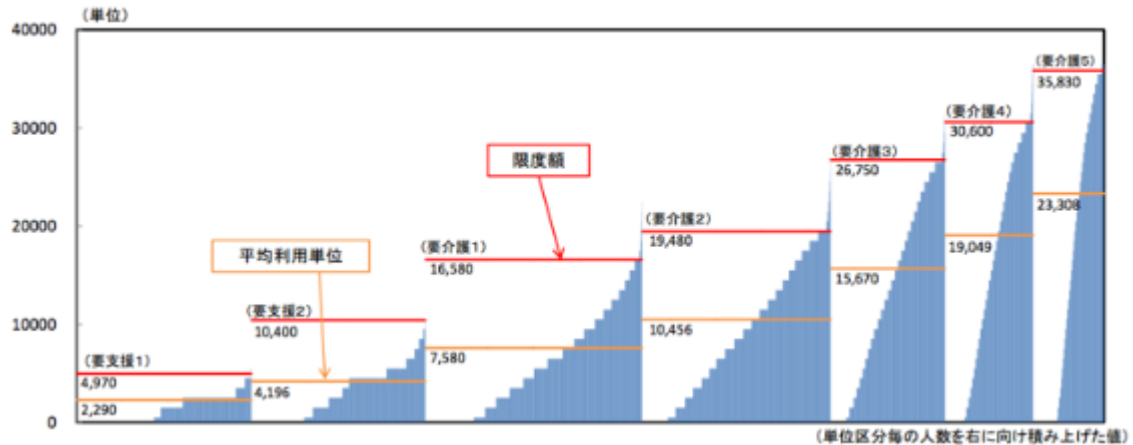
1 点目に、各要介護度において、区分支給限度基準額に対して利用率がそれほど高くない、ということである。具体的に言うと、各要介護度別の区分支給限度額に対する利用率はそれぞれ、要支援 1 (46.%)、要支援 2 (40.3%)、要介護 1 (45.7%)、要介護 2 (53.7%)、要介護 3 (58.6%)、要介護 4 (62.3%)、要介護 5 (65.1%) である。最も利用率が高いのが要介護 5 (65.1%) であり、要介護 2 以下は比較的低いと言える。

2 点目に、同じ要介護度内で利用単位数に分散があることである。図表 11 は、要介護度別のサービス給付単位数の分布である。縦軸はサービス給付の単位数、横軸は単位区分ごとの人数を右に積み上げた値である。この図が示すように、要支援、要介護 1、2 は図が横に広がっており、これは同じ要介護度内で利用単位数に分散があることを意味する。一方、要介護 3 以上においては、要支援、要介護 1、2 に比べ、比較的に広がり小さく、同じ要介護度内においてサービス利用単位の分散が小さいことがわかる。

以上の 2 点から、要介護 2 以下においては区分支給限度基準額が必要以上に高く設定されている可能性があるということが示唆される。

¹⁸本稿では、計算が行いやすいように、支給限度額を 1 単位=10 円をとして計算し、図表 11 では、支給限度額を単位に換算して表記した。

図表 11：サービス給付単位数の分布状況



【出典】厚生労働省（2014）「区分支給限度基準額について」

また、遠藤・山田（2007）は、所得と介護サービス利用の関係について論じており、高所得者ほど介護サービスに対する必需性が低いと述べている。さらに、内閣府は「2008 年報告」で、要介護度が低い（要介護度 2 以下）グループでは、訪問介護の生活援助中心サービスにおける需要の価格弾力性は特に高く、1 より大きいと述べている。このため、区分支給限度基準額と同時に介護サービス利用費も上げられることにより、需要が調整され、より自立支援型に近い他の代替的なサービスにシフトする可能性を示唆している。

したがって、本稿では訪問介護における要支援、要介護 1、2 において区分支給限度基準額を段階的に引き下げ、所得が高いことにより、介護サービスを過剰に需要していると予想されるサービス利用者の需要を抑制することを目指す。

今回使用するデータは、1000 単位ごとの利用者数に関するデータであるため、政策によって引き下げる各区分給限度基準額は 1000 単位おきとし、4 つのケースに分けて区分支給限度基準額の引き下げのシミュレーションを行う。1000 単位ごとに区分支給限度基準額が引き下げられ、サービス利用者が引き下げ以前とサービス利用を同じ水準で維持するために、区分支給限度基準額を超えてサービスを利用する場合、引き下げ以前の 1 割負担から、全割負担に利用者負担が変化するため、限界的に 900 単位（9000 円）支払わなければならない。つまり、サービス利用者の予算制約が政策前後で変動しないと仮定すれば、区分支給限度基準額が 1000 単位引き下げられると、サービス利用者は 900 単位分の利用料を減らすことになる。しかしながら、サービス利用者の全てが政策前後で予算制約が変動しない、とは断言できないため、予算制約を維持する利用者割合、つまり単位を減少させる利用者の割合を 90%、80%、70%、60%、と 4 つとケースを分けてシミュレーションした。

そして、今回の政策を通し、需要抑制したことで減少した介護サービス利用料を、介護職員数に換算（政策効果）¹⁹し、どれだけの介護職員需要が抑制できるかを計算した。

¹⁹本稿では、1 人の介護職員が 4.37 人の介護サービス利用者介護サービスが提供できるとした。

【算出式】

$$A=B \times C \times 900$$

A: 利用単位レベルにいた利用者が減らした利用単位数

B: 利用単位レベルにおける利用者数

C: 単位を減少させる利用者の割合

- ① すべての利用単位レベルにおいて A を計算する。
- ② そして要支援 1,2、要介護 1,2 において A を合計する (=D)
- ③ D を各要介護度の平均利用額で割り、需要抑制をすることができた高齢者の人数を計算 (=E)
- ④ E を 1 人あたりの介護職員が介護サービスを提供できる人数、4.37 人で割る
→ この政策で抑制できる介護職員の数を出す

図表 12：予算制約を維持する利用者割合を 90%、80%、70%、60%と仮定した場合の利用単位数

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2
支給限度額	4970	10400	16580	19480
ケース 1	4000	9000	15000	18000
ケース 2	4000	8000	14000	17000
ケース 3	4000	7000	13000	16000
ケース 4	4000	6000	12000	15000

【出典】筆者作成

単位（サービス単位）

図表 13：ケース別の政策効果

	政策効果 90%	政策効果 80%	政策効果 70%	政策効果 60%
ケース 1	81480	72427	63373	54320
ケース 2	108538	96478	84419	72359
ケース 3	138038	122701	107363	92025
ケース 4	178160	158364	138569	118773

【出典】筆者作成

単位（人）

以上の結果、ケース 4 の支給限度額引き下げを行い、かつ 90%の利用者が介護サービス利用料を減らした場合、最大で 178,160 人の介護職員の需要を抑制出来ることが分かった。

先行研究・参考文献・データ出典

<<参照>>

- ・イチロー・カワチ (2013) 『ソーシャル・キャピタルと健康政策：地域で活用するために』日本評論社
- ・稲葉陽二 (2011) 『ソーシャル・キャピタルのフロンティア』 ミネルヴァ書房
- ・遠藤久夫、山田篤裕 (2007) 『介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究』
- ・近藤克則 (2007) 『検証「健康格差社会」-介護予防に向けた社会疫学的大規模調査-』医学書院
- ・笹谷晴美 (2009) 『介護予防-日本と北欧の戦略-』 光生館
- ・野口晴子 (2002) 『医療サービスの需要の経済分析』 日本経済新聞社
- ・宮田重樹 (2012) 『「寝たきりに」になる人、ならない人』 ベストセラーズ
- ・安村誠司 (2006) 『地域ですすめる閉じこもり予防・支援』 中央法規出版社
- ・齋藤克子 (2008) 『ソーシャル・キャピタル論の一考察～子育て支援現場への活用を目指して～』
- ・山内康弘 (2004) 『訪問介護費と事業者密度』
- ・山内・伊吹 (2005) 『日本のソーシャル・キャピタル』
- ・とやま経済月報 (2004) 「所得分布の変化を計る指標-ローレンツ曲線とジニ係数を用いた比較-」
<http://www.pref.toyama.jp/sections/1015/ecm/back/2005jun/shihyo/>
- ・ソーシャル・キャピタル政策展開研究所 (2008) 「わが国のソーシャル・キャピタル政策展開に向けて」
http://www.osipp.osaka-u.ac.jp/npocenter/scarchive/sc/file/004/document4_1.pdf
- ・泉田信行 (2008) 「介護サービス利用に対する所得の影響」
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18714903.pdf>
- ・大日康史 (2002) 「公的介護保険による実際の介護需要の分析」
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/DATA/pdf/16131007.pdf>
- ・介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究 (2007)
<http://www.ihep.jp/publications/study/search.php?dl=86...>
- ・介護労働安定センター (2012) 「介護労働実態調査結果について」
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h24_roudou_genjyou.pdf
- ・公益財団法人モラロジー研究所 (2007)
<http://rc.moralogy.jp/?p=732>
- ・厚生労働省「介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ae5j-att/2r9852000002aej7.pdf>
- ・介護労働安定センター (2012) 「介護労働実態調査結果について」
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h24_roudou_genjyou.pdf
- ・斉藤雅茂、他 (2011) 「保険料段階による在宅介護サービス費用の経時変化」
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19613908.pdf>
- ・社会福祉法人大阪ボランティア協会 (2002) 「市民活動情報誌『月刊ボランティア』」
<http://www.osakavol.org/getuvol/mvi2002/mvi3812.html>
- ・消費者庁「介護サービス需要に対する介護者・家族側の決定要因」
<http://www.caa.go.jp/seikatsu/2002/0807kaigo/c-13.pdf>
- ・武村勝寛 (2013) 「ソーシャル・キャピタルの今日的意義と都市政策への応用可能性」
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000037804_1.pdf#search=%E5%B9%B3%E6%88%9023%E5%B9%B4+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%81%B7%E5%93%A1+%E5%A2%97%E5%8A%A0%E7%8E%87
- ・内閣府 NPO HP (2002) 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」
https://www.npo-homepage.go.jp/pdf/report_h14_sc/1.pdf
- ・内閣府 (2006) 「政策効果分析レポート 21—在宅介護の現状と介護保険制度の見直しに関する調査」
<http://www5.cao.go.jp/keizai3/seisakukoka.html>

<<データ>>

・e-Stat (2011) 「介護保険施設数-定員(病床数)-9月末日の状況(在所者数-利用率-平均要介護度)-常勤換算従事者数, 都道府県-指定都市・中核市(再掲)別」

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001104770&requestSender=dsearch

・e-Stat (2011) 「男女, ふだんの就業状態, 年齢, ボランティア活動の種類別行動者数及び行動者率-全国*, 都道府県, 14 地域, 10 大都市圏・10 大都市圏以外, 都市階級」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001039120&cycode=0>

・e-Stat (2011) 「<都道府県別>要介護(要支援)認定者数」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001111784>

・厚生労働省(2014) 「介護給付費単位数等サービスコード表」

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoven/jiritsushien/dl/h2604_04.pdf

・厚生労働省(2014) 「介護給付費分科会(第103会)資料1 区分支給限度基準額について」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049257.pdf

・厚生労働省(2012) 「介護保険事業状況報告(年報)」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/12/>

・厚生労働省(2008) 「介護予防とは」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/dl/yobou.pdf>

・厚生労働省(2013) 「居宅サービス給付受給者数・給付単位数, 居宅サービス給付単位数段階・要介護(要支援)状態区分別」

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001120536&requestSender=dsearch

・厚生労働省(2013) 「居宅サービスの状況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/12/dl/04.pdf>

・厚生労働省(2014) 「区分支給限度額について」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049257.pdf

厚生労働省(2013) 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf

・厚生労働省(2010) 「国民生活基礎調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>

・厚生労働省(2012) 「男女, 年齢, 従業上の地位・雇用形態, 起業の有無別有業者数-全国, 都道府県」

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&classID=000001048379&cycleCode=0&requestSender=search

・厚生労働省(2010) 「地域介護予防活動支援事業(保険者別)」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/02/tp0222-1.html>

・厚生労働省(2012) 「都道府県別にみた受給者1人当たり費用額」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/11/dl/03.pdf>

・厚生労働省(2010) 「要介護(要支援)認定者数」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m10/1010.html>

・厚生労働省 HP (2013) 「介護の状況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf>

・総務省(2010) 「住民基本台帳年齢別人口」

http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01gyosei02_01000001.html

・内閣府(2011) 「1人当たり県民所得」

http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data_list/kenmin/files/contents/main_h23.html

・内閣府(2012) 「高齢社会白書(全体版)」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/>

・内閣府(2007) 「国民生活選考度調査」

<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/senkoudo/senkoudo.html>

- ・内閣府(2007)「国民生活白書」

http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/01_honpen/index.html

- ・内閣府 NPO HP (2014)「特定非営利活動法人の認証者数」

https://www.npo-homepage.go.jp/portalsite/syokatsutyobetsu_ninshou.html