

持続可能な介護保険制度へ¹

過当競争下における
居宅介護支援事業者が
引き起こす誘発需要

慶應義塾大学 辻幸民研究会 社会保障分科会

大池 弘一 金安 弘明 滝口 敦 田前 甫

2008年12月

¹本稿は、2008年12月20日、21日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2008」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、辻幸民教授（慶應義塾大学）、跡田直澄氏（元慶應義塾大学教授）、野田頭彦氏（慶應義塾大学大学院商学研究科後期博士課程）をはじめ、多くの方々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

現在日本の財政は公債金収入が歳入の 3 割を占めており、年々長期債務が増加していくという極めて危険な状態である。その歳出の中でもおよそ 4 分の 1 を占める社会保障関係費、その中でも介護保険制度に焦点を当てる。というのも少子高齢化が進み、今後ますます介護保険費用支出の拡大が予想されるからだ。その際に、我々将来世代がツケを払わなければならないような持続不可能な制度であってはならない。そこで我々は制度の問題点を指摘し、今後も機能するような制度を実現するために政策提言を行うものとする。

平成 12 年の介護保険制度開始時と比べ、平成 20 年度予算では介護保険関係の給付費がほぼ 2 倍に増加しており、その原因はもちろん制度が浸透してきたということもあるが、要支援や要介護 1・2 の認定者数の増加であると考えた。それと同時に居宅介護支援事業者も増加しており、業者間での競争が勃発している。居宅介護支援事業への参入は極めて容易であり、多数の事業者が勃興乱発している。平成 20 年度介護事業経営実態調査では平成 17 年度のものと比較して、施設一人当たりの利用者が減少しており、事業者の赤字の幅が拡大している。その埋め合わせのためにケアマネージャーに対し、事業者が収入を最大化するための不当なケアプランの作成や過剰に要介護・要支援の認定をするように命じている可能性は否定できない。またケアマネージャーの労働環境もきわめて劣悪なものであり、自ら事業者の利益を増やすようなケアプランを作成することで給料を増やそうとするインセンティブがあるとも考えられる。

我々は「供給者誘発需要仮説」が居宅介護の市場においても当てはまるのではないかと考えた。医療と介護は、需要者と供給者間での情報・知識の非対称性がある点が類似している。また供給者側が供給量の決定に深く関与するために、ケアマネージャーと事業所の数が認定者一人当たりの居宅介護費用を増加させていると予測を立てた。

そこで我々は消費者の需要関数をベースとし、2000 年から 2006 年度都道府県別パネルデータ分析を行った。その結果「認定者一人当たり居宅介護支援事業者数」が「認定者一人当たりの居宅介護費用」を増加させることを確認した。

認定者一人当たりの居宅介護費用が増加すると、行政側の支出の増大につながるのは自明のことである。つまり、「認定者一人当たり居宅介護支援事業者数」を減少させれば行政側の支出も減らすことが出来る。そこで、ケアマネジメントの介護報酬の引き上げを行い、ケアマネージャー一人が担当する認定者の数を減らしても現状以上の収入が確保できるようにする。担当する認定者の数を減らすことで、一人一人と向き合う時間を増やすことができ、適切で無駄のないケアサービスを提供できるのではないだろうか。

さらに踏み込んで、介護報酬の決定方法を変更することも提言した。過当競争にある居宅介護支援事業者を「質」という切り口で評価できるようにする第三者の格付け機関の設置を提言する。利用希望者が比較・検討をしやすくなり、「質」の低い事業者が自然淘汰されていくことを狙っている。また、介護報酬と関連づけることにより「質」の高いサービスを供給しようとするインセンティブを発生させ、それが介護福祉のレベルアップにつながり、長期的に見て国民全体の利益になると確信している。

目次

はじめに

第1章 現状分析

- 第1節 (1. 1) 介護保険制度とは
 - 第1項 (1. 1. 1) 介護保険制度の財源と保険料
 - 第2項 (1. 1. 2) 介護保険総費用の増加
 - 第3項 (1. 1. 3) 介護認定者数の増加
- 第2節 (1. 2) 居宅介護の現状
 - 第1項 (1. 2. 1) ケアマネージャーについて
 - 第2項 (1. 2. 2) 居宅介護支援事業者の苦しい経営
 - 第3項 (1. 2. 3) ケアマネージャー、その苛酷な労働環境
- 第3節 (1. 3) まとめ

第2章 先行研究

第3章 実証分析

- 第1節 (3. 1) 仮定
- 第2節 (3. 2) モデルの作成
- 第3節 (3. 3) 変数の定義とその説明
- 第4節 (3. 4) 分析の結果と解説

第4章 政策提言

参考文献・データ出典

はじめに

今、日本の財政は危険な状態にある。2008 年度予算では、一般会計の歳入における公債金収入¹は 25 兆 3480 億円、歳入総額 83 兆 613 億円に対する比率である公債依存度は 30.5% になる見込みだ。ここ数年で大きく改善されたが、未だ、一般歳出の 1/4 以上が公債発行によって賄われている。さらに、国債残高も増え続け、2008 年度末には普通国債残高は 553 兆円、その他の国や地方自治体の長期債務残高を合わせると 778 兆円になると予想されている。日本の GDP が 500 兆円程である事を考えると、対 GDP 比 147.6 パーセントという非常に巨大な額である。この危機的状況を受け、政府としては 2011 年をめぐりにプライマリーバランス²の正常化を目指している。

しかし、同時に、日本は少子高齢化も急速に進行している。合計特殊出生率³は 1947 年には 4.54 であったが、2007 年には 1.34 まで低下した。(図表①) また、65 歳以上人口は 1930 年には総人口の 4.8% であったが、2000 年には総人口比の 17.3% にまで増加し、2030 年には総人口の 30% を占めることが予想されている。(図表②)

また、2005 年に初めて人口減少が観測された。このまま人口減少が進めば、一人当たりの生産性を向上させない限り、GDP も減少していくはずだ。早いうちに財政改革に手を付けなければ、公債残高の GDP 比は増え続けていく事になる。そして最終的に、国の借金は何らかの形で我々、国民に返ってくる。

行政の歳出で大きな部分を占めているのが社会保障関係費である。2008 年度予算では 21 兆 7842 億円であり (図表③)、前年度から 6400 億円近くも増加している。そして、高齢者関係の年金・医療・介護分野が高齢化によって増大していく事が予想されている。(図表④)。

社会保障の中で、私たちが注目したいのは介護保険である。介護保険は 2000 年に開始された新しい制度であり、高齢化社会において、人々が安心して生きていくために重要かつ、必要不可欠な制度である。

現行の介護保険制度はその費用の 45% を行政側が担っている。厚生労働省発表の「介護給付費用のごく粗い試算」によると、介護予防等を組み込んで費用削減を図ったとしても、3 年毎に 1 兆円ほどの費用増加が見込まれている。麻生政権は増税を先延ばしにしようとしているが、国、地方ともに財政的余裕があるわけではなく、現行の介護保険制度では、高齢化社会の更なる進展により、この介護保険費用の増加が財政を次第に圧迫していく事になるだろう。

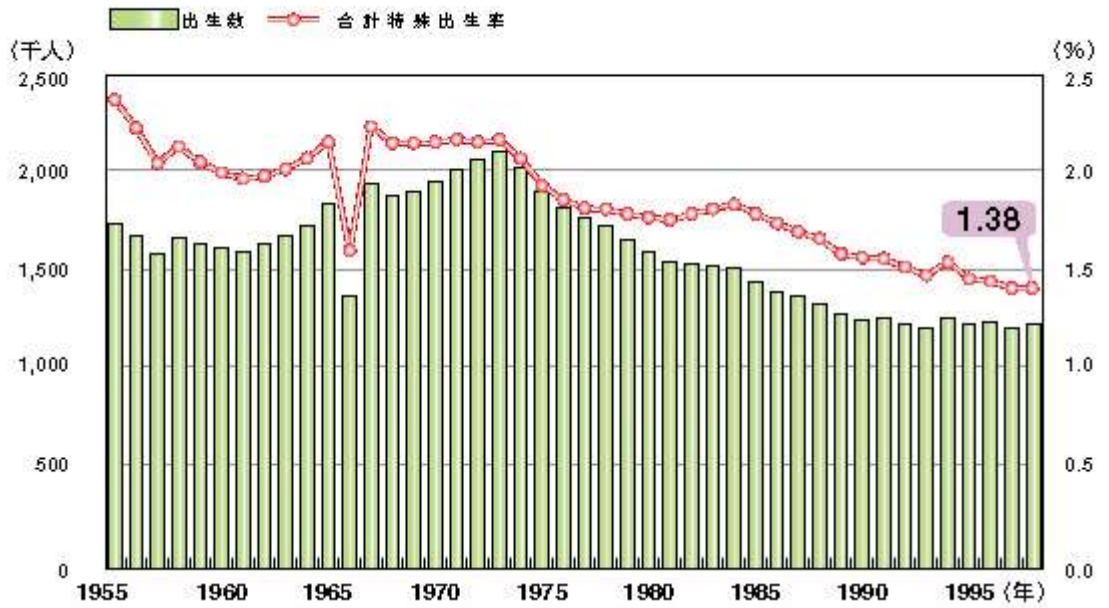
私たちが安心して将来を任せられる制度であるためには、第一に、介護保険制度に運用可能な形で持続してもらわなければならない。そこで、本稿では介護保険費用について、供給者誘発需要仮説を元に計量分析を行う。

¹ 公共事業費などをまかなうために発行される「建設公債」と、歳入の不足を埋めるために発行される「特別公債」いわゆる「赤字公債」による収入。すべてが、将来返さなければならない借金。

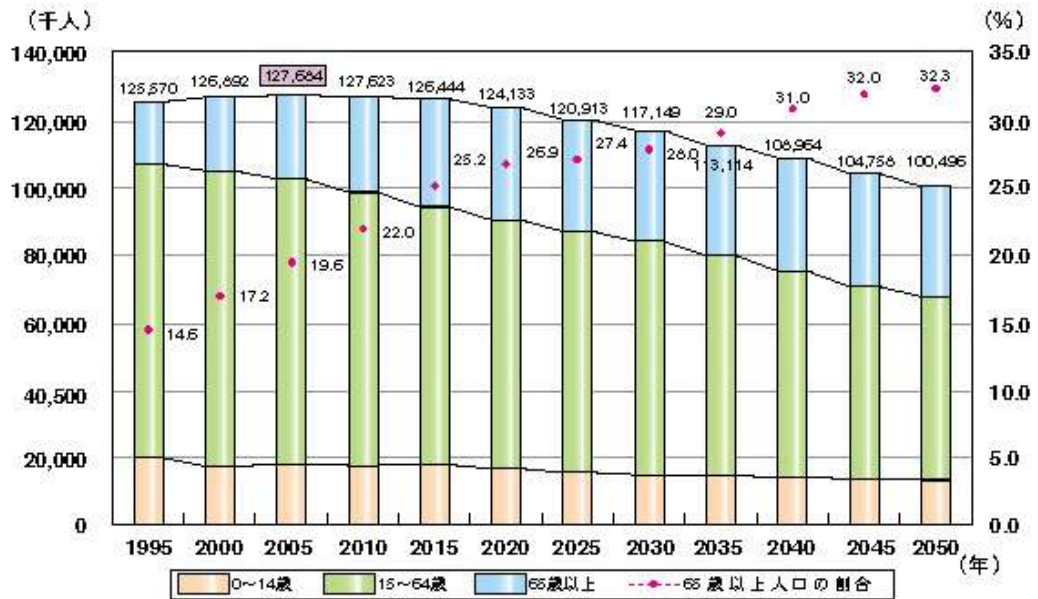
² 国や地方自治体などの基礎的な財政収支のこと。一般会計において、歳入総額から国債発行収入を差し引いた金額と、歳出総額から国債費を差し引いた金額のバランスをいう。

³ 1 人の女性が一生の間に出産する子どもの平均人数を推定する値。

図表① 我が国の出生数と合計特殊出生率

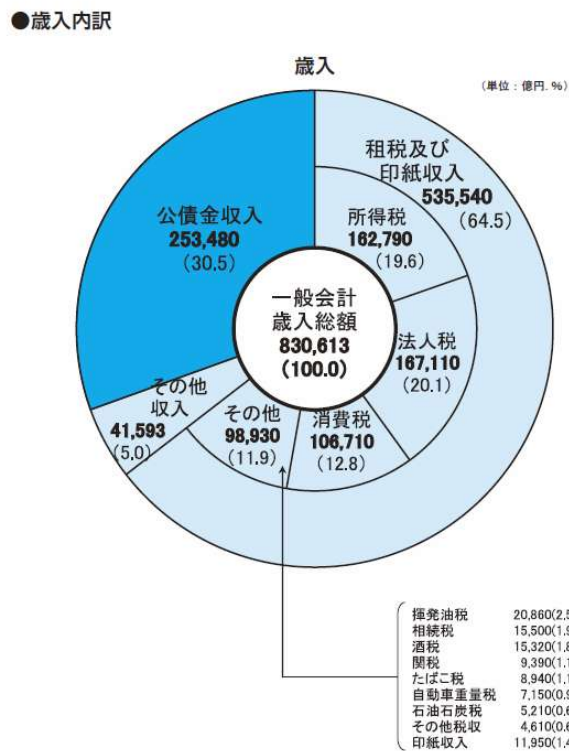
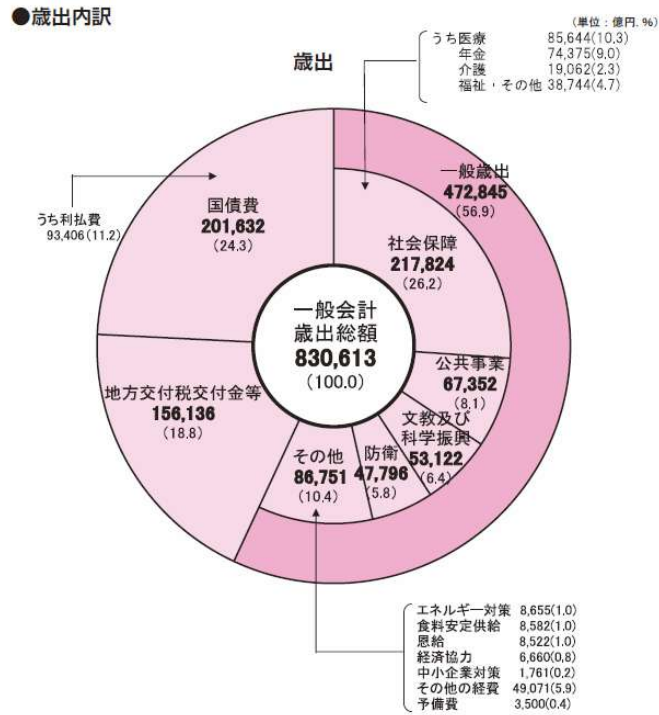


図表② 日本の将来推計人口



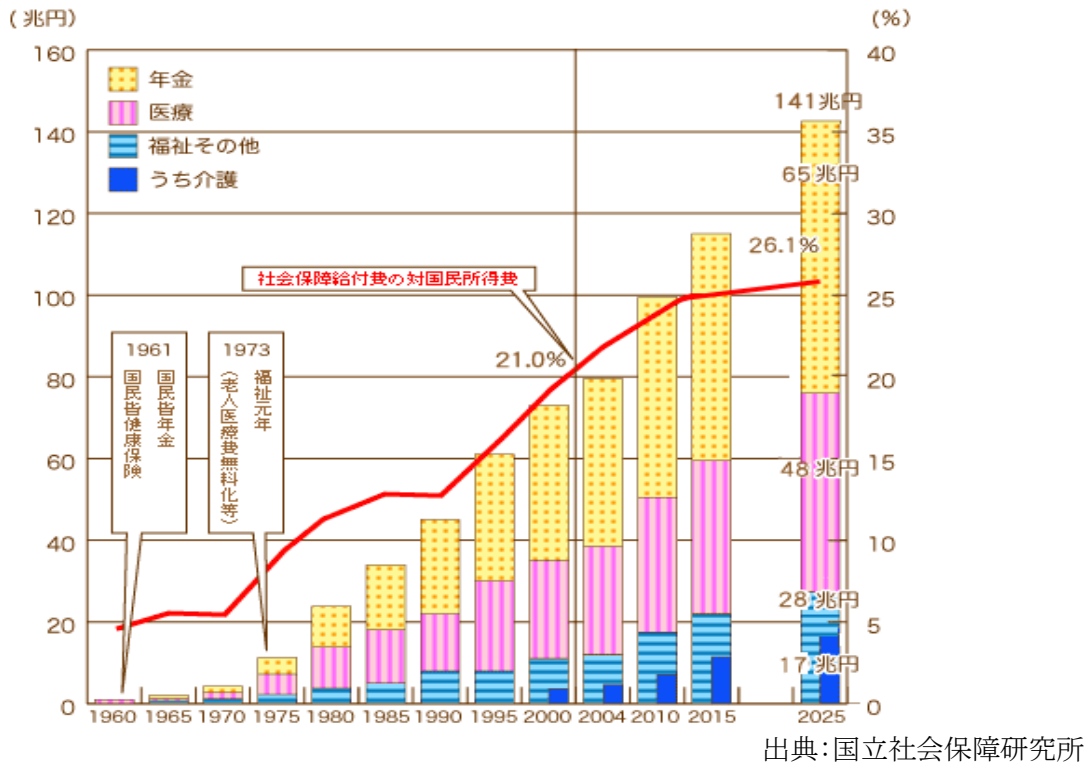
出展：国立社会保障人口問題研究所

(図表③) 平成 20 年度予算内訳



出典：財務省「日本の財政を考える」

(図表④) 社会保障給付費の推移



第1章 現状分析

第1節 介護保険制度とは

介護保険制度とは社会の高齢化に対応し 2000 年（平成 12 年）度から施行された社会保険制度である。要介護状態にある人が介護サービスを利用する際、その費用を被保険者から徴収するだけでなく、国・都道府県・市町村もそれを負担するものである。介護保険制度成立の背景として、日本は、世界に類を見ないスピードで高齢化が進んでいる。21 世紀の半ばには、3 人に 1 人が 65 歳以上のお年寄りという時代になり「元気で長生き」というのが理想であるが、現実には、寝たきりや痴呆などで介護を必要とするお年寄りはこれからも増えてくるのである。現在すでに寝たきりの 2 人に 1 人が、3 年以上寝たきりの生活を送っており、介護の長期化が目立ってきているのに加えて、老老介護という言葉が示すように、介護をする人の 5 割以上が 60 歳以上の高齢者である。

また、介護の負担は、思っている以上にその家族に重くのしかかっている。長く続く介護から、介護をしている相手に対して憎しみが生まれたり、虐待があったりなど、精神的な疲労から悲惨な事件に結びつくことさえあるのである。介護の問題は、もはや誰もが避けて通れないものとして、国民一人ひとりが考えなくてはいけないことになってきたのです。老いて介護が必要になったときに、安心して介護を受けられる、そして介護をする人の負担を少しでも軽くしようといったニーズから生まれたのが、介護保険制度である。高齢化社会において、介護の社会化を進めるために必要な制度として制定された。

ここで、介護認定までの流れをみる。まず介護保険制度を利用するには、介護や日常生活に支援が必要な状態であることなどについて認定を受けることが必要である。要介護認定を受けるためには、住んでいる市町村の窓口申請が必要で、原則として 30 日以内に結果が通達され、その後訪問調査やコンピュータによる判定などによって心身の状態などを調査し、被介護者がどのくらいの介護が必要か審査する。これらを経て、介護認定審査会¹を開き介護や日常生活に支援が必要な状態かどうか、どのくらいの介護を必要とするかが決められる。（表 5）

被保険者の種類は、第 1 号被保険者と第 2 号被保険者に分けられる。第 1 号被保険者は 65 歳以上の方が該当し、その中でも要介護・要支援・非該当²の 3 種類に分けられる。

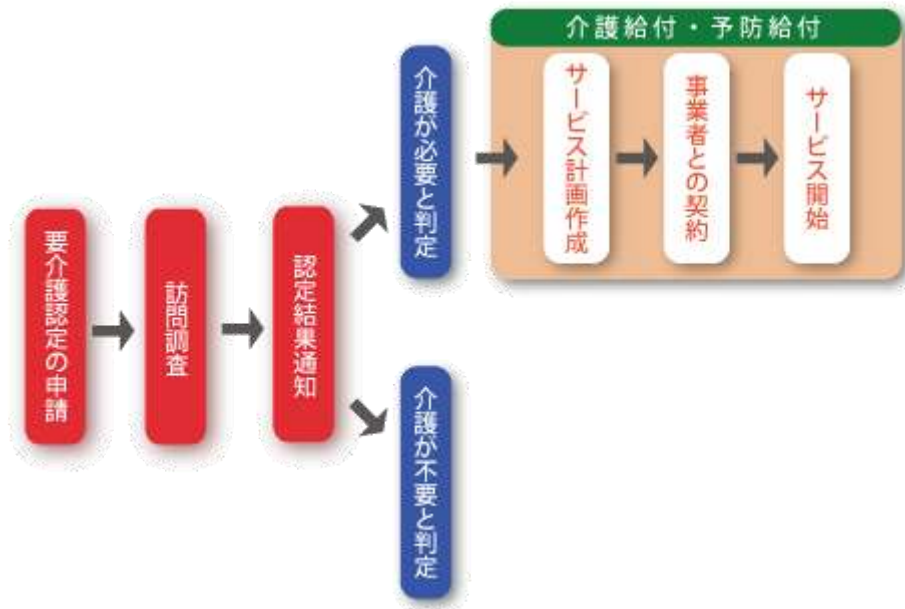
介護認定の基準の目安介護認定には大まかな基準の目安が決められていて（表 6）、介護認定審査会によって要介護度数が決定されている。

¹ 介護認定審査会は通常、保健医療・福祉に関する専門員 5 人程度で構成されている。

² 要介護は介護給付が行われ、要支援は予防給付が提供される。非該当は特定高齢者として介護予防プログラムが提供され、年一回の健診等などによって定期的なチェックが行われる。第 2 号被保険者は、40 歳から 65 歳未満の人の中で特定 16 疾病に起因する介護状態になった場合に要介護認定が受けられる。

支給限度額については、要介護度数によって1ヶ月の支給限界額が設定されている（表7）。支給限度額以上を利用した場合は全て自己負担になるが、それ以内の範囲では非介護者の負担率は1割となっている。

(表5)
介護サービス開始までの流れ



(WAM-NET「介護早わかりガイド」より筆者作成)

(表6) 要介護度数とその目安

| 要介護度数 | 認定の目安 |
|-------|---|
| 要支援1 | 生活機能の一部に若干の低下が認められ、介護予防サービスを提供すれば改善が見込まれる。 |
| 要支援2 | 生活機能の一部に低下が認められ、介護予防サービスを提供すれば改善が見込まれる |
| 要介護1 | 身の回りの世話に見守りや手助けが必要。立ち上がり・歩行等で支えが必要。 |
| 要介護2 | 身の回りの世話全般に見守りや手助けが必要。立ち上がり・歩行等で支えが必要。排せつや食事で見守りや手助けが必要。 |
| 要介護3 | 身の回りの世話や立ち上がりが一人ではできない。排せつ等で全般的な介助が必要。 |
| 要介護4 | 日常生活を営む機能がかなり低下しており、全般的な介助が必要な場合が多い。問題行動や理解低下もあり立ち上がりや歩行などがほとんどできない |
| 要介護5 | 日常生活を営む機能が著しく低下しており、全般的な介助が必要。多くの問題行動や全般的な理解低下もあり意思の疎通が困難。 |

厚生労働省「介護給付費実態調査」

(表7) 要介護度数と支給限度額

| 要介護度数 | 支給限度額 |
|-------|---------------------|
| 要支援 1 | 4970 単位 (約 5 万) |
| 要支援 2 | 10400 単位 (約 11 万) |
| 要介護 1 | 16580 単位 (約 17 万) |
| 要介護 2 | 19,480 単位 (約 20 万円) |
| 要介護 3 | 26,750 単位 (約 27 万円) |
| 要介護 4 | 30,600 単位 (約 31 万円) |
| 要介護 5 | 35,830 単位 (約 37 万円) |

厚生労働省「介護給付費実態調査」

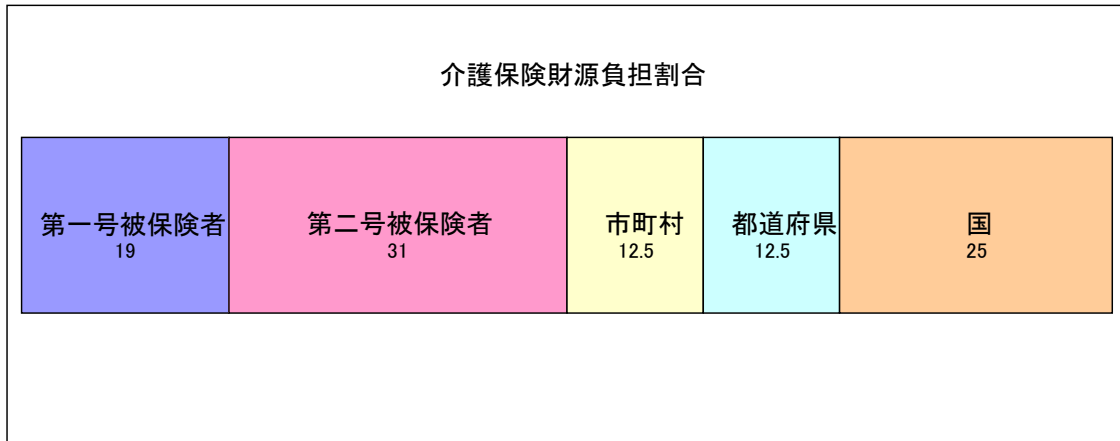
第1項 介護保険制度の財源と保険料

介護保険制度の財源は税金と保険料によって賄われているが、平成 20 年度現在、その割合はちょうど半々となっている。行政側の詳細な負担割合を見ていくと、国が 25%、都道府県が 12.5%、市町村が 12.5%となっている。同じく、被保険者側の負担割合は第一号被保険者が 19%、第二号被保険者が 31%となっており、本来サービスを受ける主体となる第一号被保険者の財源負担割合はおおよそ 5 分の 1 である。(表 8)

保険料徴収の方法であるが、第一号被保険者は原則として年金から天引きされ、社会保険庁などを通じて市町村に納付されている。また、第二号被保険者は加入している医療保険と併せて徴収され、各保険者の支給状況に応じて配分される全国プール方式が採用されている。

両者とも天引きを基本としているために、保険料の支払いから逃れることが難しいともいえる。その結果、収納率は平成 18 年度全国平均で 98.2%と極めて高率を保っている。

(表 8) 平成 18-20 年度介護保険財源負担割合



(筆者作成)

では、保険料はどのようにして決まっているのか。65歳以上の第一号被保険者の方々が納める介護保険料は、市町村が3年ごとに介護保険事業計画を策定し、それぞれの地域における3年間の保険給付費の見込みにもとづき、具体的な額を定めている。つまり、介護保険の保険給付費が増えると、保険料として被保険者に跳ね返ってくる。

下の(表9)にもあるが、保険給付費の膨らんだ現在では開始当時より約40%増となっていることがわかる。また、来年の平成21年度が介護保険料の見直し時期であり、全国平均で150~200円程度引き上げる見通しであると報道されている。本来なら月300円程度の上昇が必要ではあるが、急激な上昇を避けるために政府が10月末に発表した追加経済対策で保険料の一部を肩代わりすることを表明しており、3年間にわたって徐々に保険料が上昇していくことになった。

(表9) 1号保険料の推移

○ 1号保険料〔加重平均〕

1号保険料は第1期(H12~14)から第3期(H18~20)で約40%増



出展：厚生労働省
「安心と希望の介護ビジョンについて：第一回配付資料」

第2項 介護保険総費用の増加

ここで、介護保険総費用の増加について見ていく。後にも触れるが要支援・要介護認定者の増加に伴い、総費用は年々増加している。平成20年度予算では、開始当初(平成12年度)の実績額の2倍近くの額が計上されている。(表10)

(表10) 介護保険総費用の伸び

○ 総費用の伸び

介護保険の総費用は、年々増加



出展：厚生労働省
「安心と希望の介護ビジョンについて：第一回配付資料」

第3項 介護認定者数の増加

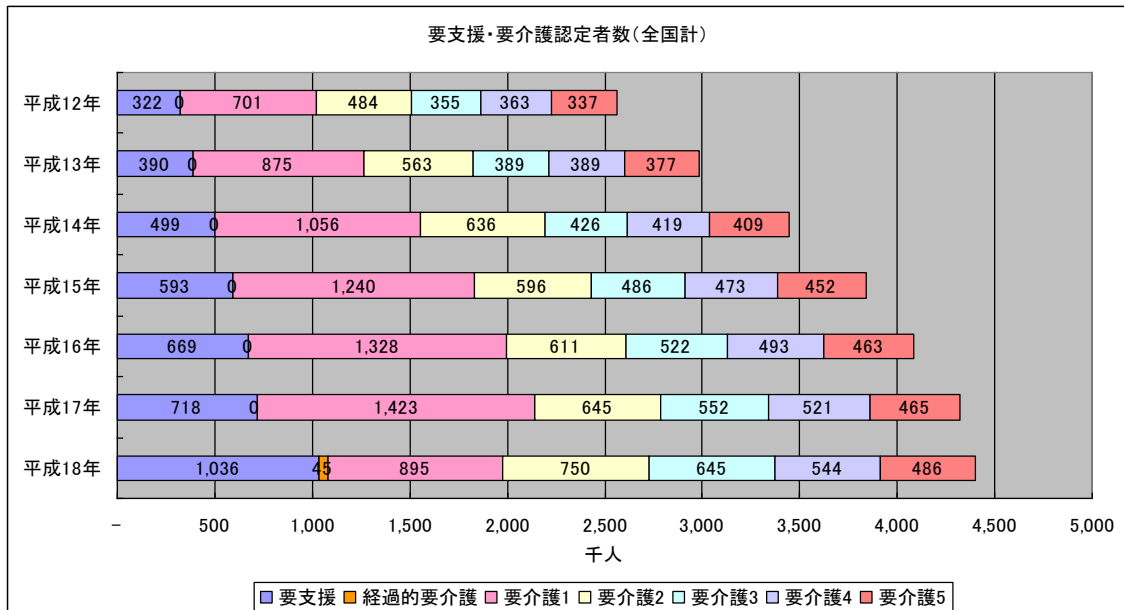
次に介護者認定数の変化についてみていく。(表11) からみてもわかるように、制度の浸透に従って介護認定者が増加しているのが分かる。平成12年4月から平成18年3月の7年間でおよそ2倍の218万人から432万人である。ただし、高齢化が進んでいる社会においてこの数字は決して奇異なものではない。

さらに要支援・要介護者の割合をみていく(表12)。ここで注目したいのは要介護3・4・5の割合は年々下がり、逆に要支援・要介護1・2の割合は年々増加しているということである。平成18年度には認定基準の見直しがあり、要介護1が減少している。要支援や要介護2に振り分けられたとも推測できるが、依然として比較的軽度の認定者が増加していることに違いはない。

その原因としては、高齢者に対して介護認定を容易にしていること、また政府による介護の重点化・効率化¹という方針の下、重度の認定を極力せず、介護予防の方面に力を入れるようになったのである。それにともない、在宅介護の割合が施設介護の割合に比べて急激に上昇している(表13)。これは、要支援・要介護1・2などの比較的症状の軽い高齢者は在宅介護で介護が出来るため、施設に入らず在宅で介護を受けるためだ。(表14)。

以上より、高齢化社会に伴って、表13のように増加し続けている介護費用は、要支援・要介護1・2に認定された高齢者の急激な増加によるものであるとわかる。

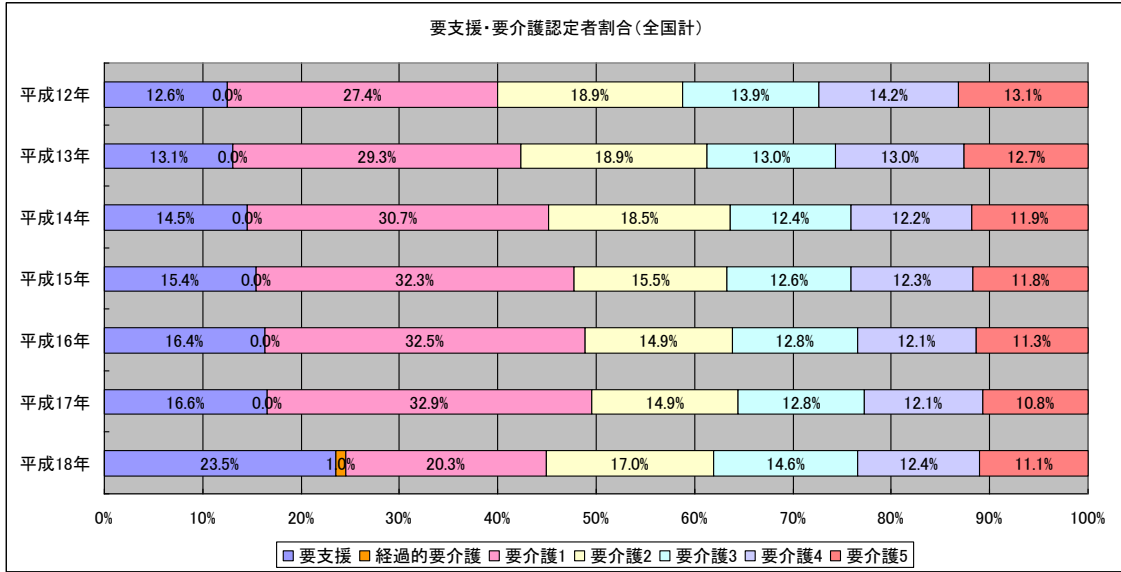
(表11) 要支援・要介護認定者数(全国計)



厚生労働省「介護保険事業報告」より筆者作成

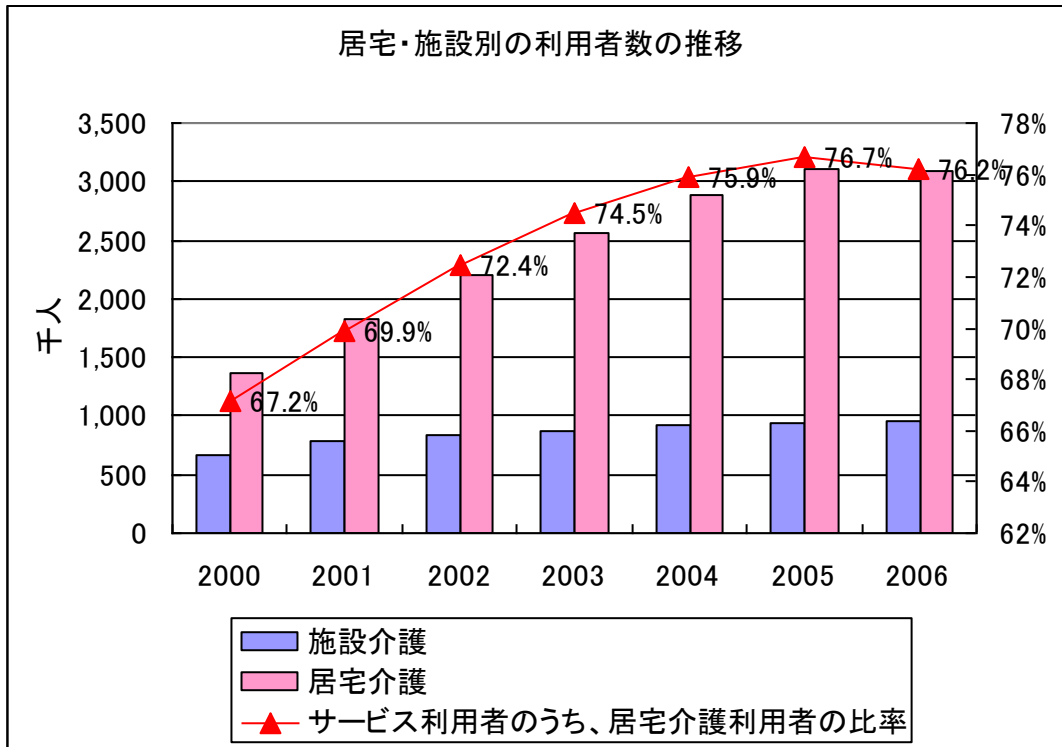
¹ 介護の効率化・重点化とは、資金の効率化・重点化を図る観点から「介護予防サービス(新予防給付)」と「地域支援事業」という2つの新しいサービスが創設された。どちらも高齢者が介護をうけなくても済むように体力・健康を維持することが目的となっている。

(表 1 2) 要支援・要介護認定者割合 (全国計)



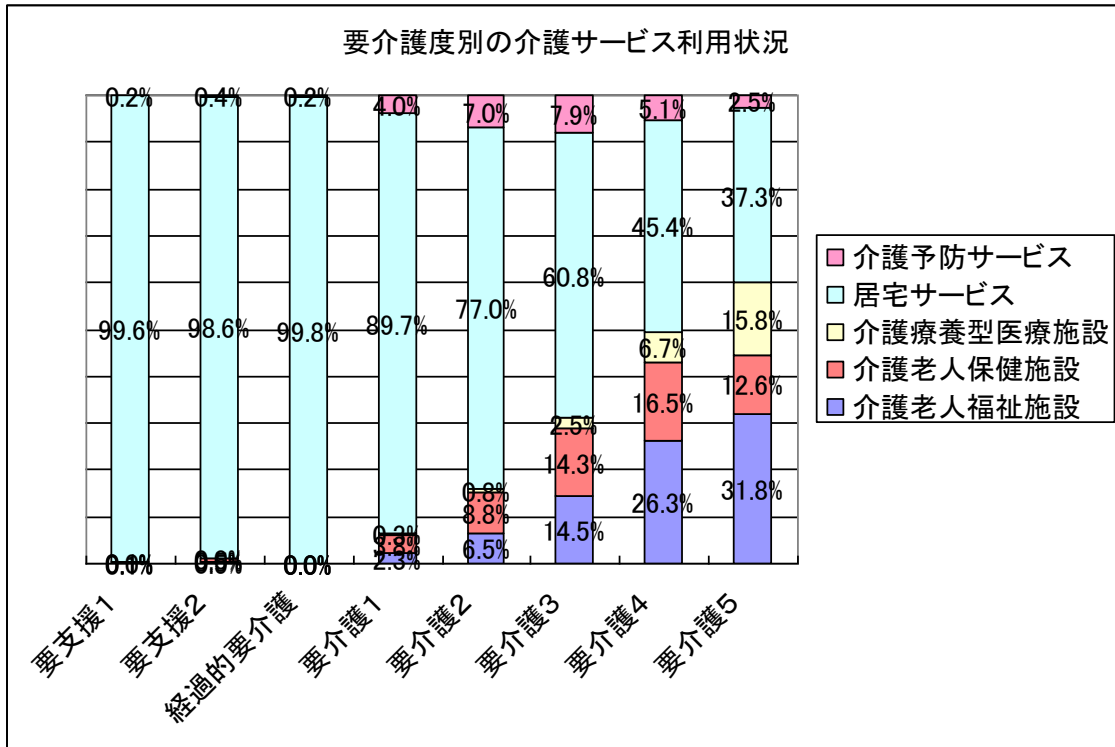
厚生労働省「介護保険事業報告」より筆者作成

(表 1 3) 居宅・施設別の利用者数の推移



厚生労働省「介護保険事業報告」より筆者作成

(表 1 4) 要介護度別の介護サービス利用状況



厚生労働省「平成 18 年度介護事業状況報告」より筆者作成

第2節 居宅介護の現状

現行の制度において、居宅介護サービスは一般的に介護福祉士がサービス受給者の家庭に赴きサービスを提供するもののみではなく、デイサービスやショートステイなど、利用者自らが施設に行き介護を受けるという形態も含まれている。また、車椅子や特殊ベッドのレンタル料、福祉用具の購入、自宅をより安全で快適にするための改修費の一部も居宅介護サービスの一種として介護保険の適用対象になる。

また、居宅介護サービスの対象者は要介護の認定者のみではあるが、要支援の認定者には介護予防サービスとして同様のサービスが提供されている。

平成 18 年 4 月 1 日から介護保険法の改正に伴い地域包括センターが創設された。役割として、地域住民の心身の健康維持や生活の安定、保健・福祉・医療の向上、財産管理、虐待防止など様々な課題に対して、地域における総合的なマネジメントを担い、課題解決に向けた取り組みを実施していくことである。基本的機能として「総合的な相談窓口機能」として地域の高齢者の実態把握や虐待への対応など権利擁護、「介護予防マネジメント」として要支援者のケアプランや新予防給付の予防プラン作成、「包括的・継続的なマネジメント」として介護サービス以外の様々な生活支援といったものである。

第1項 ケアマネージャーについて

では、なぜ要支援・要介護者1・2の割合が増加し、介護費用が増加しているのでしょうか？そこでわれわれは、居宅介護を主に行うケアマネージャー¹に注目した。

ケアマネージャーの主な仕事として、要介護者等（利用者）の依頼を受け、その人の健康状態や家族状況や希望などを把握し、利用者の立場にたって最も適切なサービスを組み合わせた計画ケアプラン）を作成し、サービスの調整を行い、そのサービスが適切に受けられるように管理するといった重要な役割を担っている。主な業務としては、要介護者の課題分析とサービスとニーズの把握、介護サービス担当者会議の運営、介護サービス計画（ケアプラン）の作成²、ケアプランの継続的な管理と再評価、介護支援サービスの記録利用者にかわってサービスを提供してくれる事業者や施設を探し契約条件を確認するなどして、実際にケアプランを実行できるようにする事もある。

しかし、ケアマネージャーの現状は、介護保険の指定業者が介護報酬を不正に受け取り、保険者である市町村に加算金を含めて返金を求められるケースが存在し、介護サービスの提供が必ずしも利用者の自立支援に繋がっていない、つまり、本来のケアマネージャーの役割が出来ていない。

では上記のようにケアマネージャーの本来の役割が出来ていない原因は2つ考えられる。

1点目は、ケアマネージャーが介護保険施設や住宅介護支援事業所に所属しているため事業者の意向や都合に合わせたケアプランを作成している可能性があるということである。官庁は、公正・中立をケアマネージャーに求めているが、現実では出来ていない。なぜなら、ケアマネージャーに給料や報酬を支払っているのは、官庁や行政で無く、属している法人であるためである。また、質の悪いケアマネージャーが存在しているのも事実である。利用者の理解も得ずに事業者と介護サービス契約を行う、あるいは利用者の心身機能の向上を考えずに利用者の希望だけ優先させ介護度合を悪化させる。さらには、ケアマネージャーの本来の仕事せず保険請求だけ行ったケアマネージャーも実在³しているのである。

2点目について、介護サービス利用者がサービスに対する十分な知識を持っていないために、介護提供者との間に知識量で乖離が生じ、ケアプランが不適切であっても把握できない可能性があるということにある。従って、介護者が被介護者に会社の利益を考え、必要以上のサービスを提供しても、被介護者はそのサービスが適切であると思い、また介護費用も規定の範囲内であるならば1割負担であるため、過剰なサービスでも利用してしまうのである。

以上のような2つの原因から、ケアマネージャーが利益中心のケアプランを作成し必要以上の介護サービスを提供することで、介護サービスを掘り起こし介護費用を増加させているのだと考えられる。そこで、我々はケアマネージャーの存在が、介護費用増加の原因になっているのではないかと考えた。

¹ 別名、介護支援専門員という。介護保険法で、「要介護者及び要支援者に対して、その心身の状況や置かれている環境等に応じて、適切な保健医療サービス、福祉サービスが被保険者の選択に基づき公的かつ効果的に提供されるように配慮する」と規定されている介護サービスの専門家であり、県の行う試験に合格し、かつ県の実施する実務研修を修了した人のこと。

² 2006年介護保険法改定により基本的に要介護者のみのケアプランを作成し、要支援者は地域包括センターが作成する

³ 2007年、東京都は介護報酬を不正請求していたとしてコムスンに約二億三六〇〇万円、クリスタル介護センターに約四億八九〇〇万円、ダスキンゼロケアに約九六〇〇万円の返還を求めた。

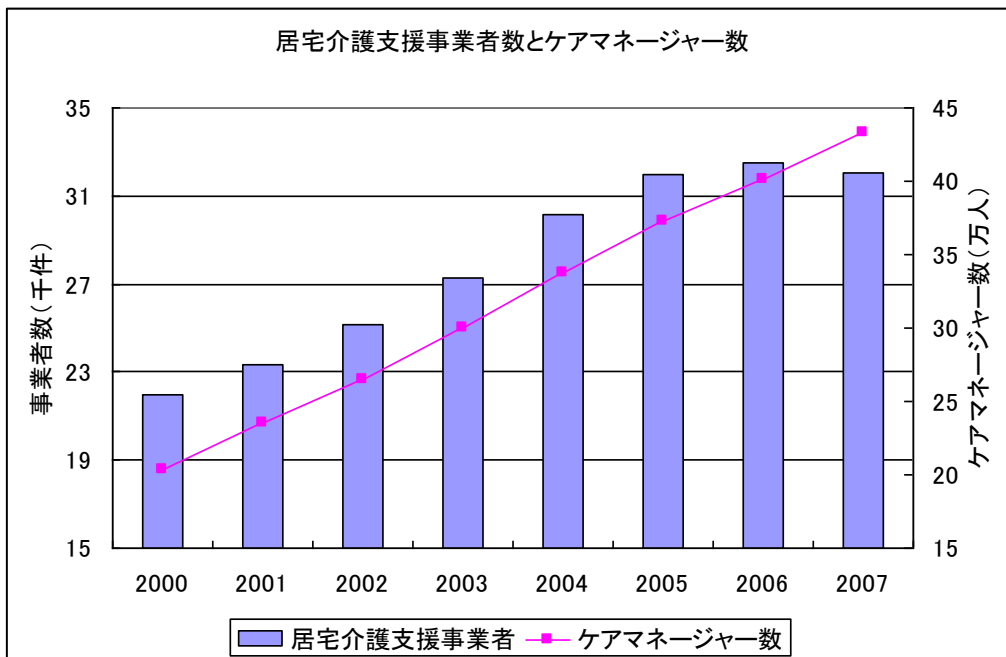
第2項 居宅介護支援事業者の苦しい経営

居宅介護支援事業¹への参入は、以下の理由により施設介護事業に比べ容易である。

1. 少人数で事業を始められる
ケアマネージャーが管理者を兼務すれば、1人でも事業所立ち上げは不可能ではない。
2. 低予算で事業を開始できる
受給者の自宅に出向いてサービスを提供するという形態が多いので、事務所スペースのみ確保すればよい。また、かかる費用のほとんどは人件費である。

ゆえに参入の障壁が低く、事業者間の競争が起こりやすい業態であるともいえる。(表15)はWAM-NET「介護事業者情報」より各年度末の居宅介護支援事業者数をまとめたものである。07年度末には減少しているものの、毎年右肩上がりですべて事業者数が増加してきたことがわかる。

(表15) 居宅介護支援事業者数とケアマネージャー数



WAM-NET「介護事業者情報」より筆者作成

次は収入源について触れる。ケアマネジメントの代金は利用者一人当たりの認定度に応じた一定額²が全額介護保険から支払われている。これより、収入を極大化させるためには要介護度の高い認定者に数多く利用してもらえばよいのである。

厚生労働省「平成20年介護事業経営実態調査」(表16)によると多くの事業者が赤字で苦しむ一方で、大きく収益を上げている事業者もあり、二極化の傾向がある。

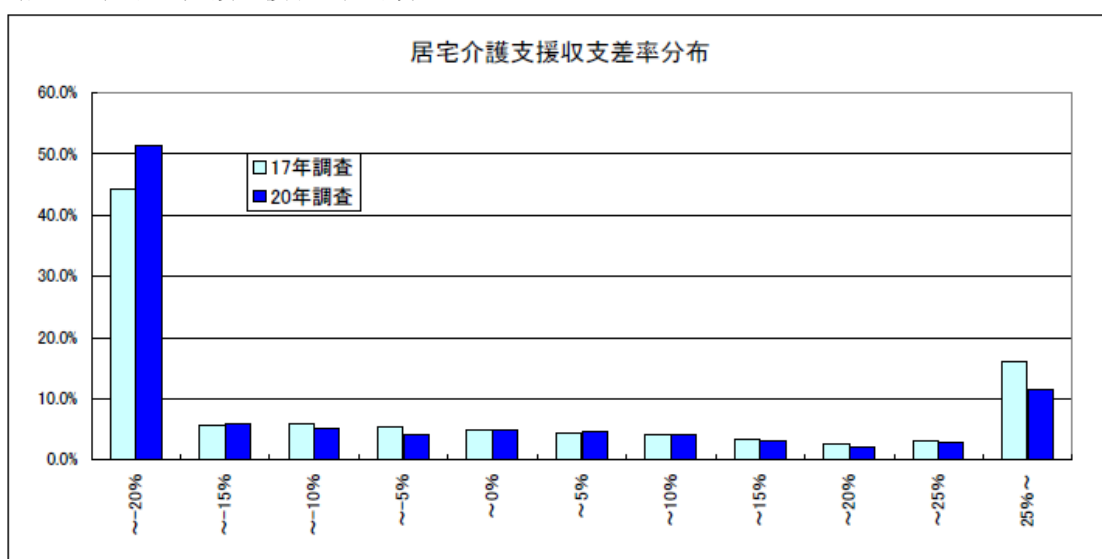
¹ 介護保険において要支援・要介護と認定された人に対して、在宅サービスの適切な利用等が可能となるよう、要介護者等の心身の状況、その置かれている環境、意向等を勘案して居宅サービス計画(ケアプラン)を作成し、当該居宅サービス計画に基づく在宅サービスの提供が確保されるよう、事業者等との連絡調整その他のサービスの提供を行い、および要介護者が介護保険施設に入所する場合に、介護保険施設への紹介、その他のサービスの提供を行う。

² 平成18年度基準によると「(一)要介護1又は要介護2 1,000単位 (二)要介護3、要介護4又は要介護5 1,300単位」つまり、要介護1,2の場合は月1万円。要介護3,4,5の場合は月1.3万円の支払いとなる。(いずれも標準額)

事業者乱立の結果、ひとつの事業者あたりの実利用者数も減少傾向にあり、「平成 20 年介護事業経営実態調査」によると、平成 17 年度調査では 91.4 人であったものの平成 20 年度では 59.9 人となっている。実利用者数は減少したものの雇用している職員数に変化はなく、ますます経営を圧迫する要因となっている。

このような厳しい経営下においては、まだ認定されていない高齢者を、認定者としてケアマネジメントサービスを利用させる立場に変えてしまえば良いという誘惑が働いても不思議ではない。また、斡旋業に近いことを行っているので、サービス計画を立てる際には繋がりのある事業者を紹介するというのも可能である。ゆえに系列のサービス事業者であったり、何かしら裏取引のある業者を含んだケアプランを作成し、介護費用を増大させていると考えることも不可能ではない。

(表 16) 居宅介護支援収支差率分布



出典：厚生労働省「平成 20 年介護事業経営実態調査」

第3項 ケアマネージャー、その過酷な労働環境

第 1 項・第 2 項でも触れたが、ケアマネージャーが過剰に認定者を掘り起こしたり、サービスを過剰供給する要因として労働環境の悪さ、そして低賃金ゆえに少しでも収入を増やそうとした結果であることも見逃せない。

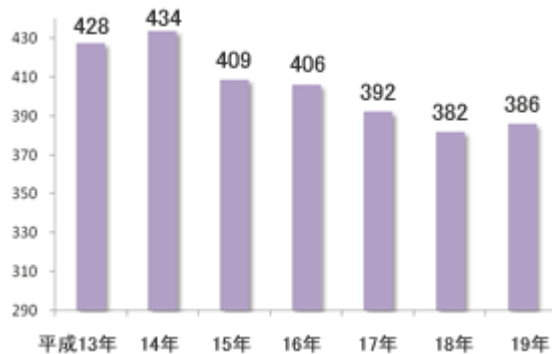
厚生労働省が公表した平成 16 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況から、ケアマネージャーの一週間の実労働時間形態によると、45 時間 (1 日平均 9 時間) 以上労働する層が全体の 30.1 パーセントを占め、ケアマネージャーが長時間労働させられているのが分かる。

さらに、このような労働環境から、ケアマネージャーの 5 割が腰痛を抱え、3 割はコルセットを利用し、9 割は強いストレスを感じているという介護労働安定センターの調査で分かっており、ケアマネージャーが精神的にも身体的にもきつい仕事である事が分かる。

そして、長時間できつい仕事をしているのにも関わらず、ケアマネージャーの賃金が安い事も非常に問題である。厚生労働省によるフルタイム労働者の平均時給額は全産業が 1830 円なのに対してケアマネージャーは 1210 円と約 3 分の 2 の賃金である。また年収を見ても下の (表 17) にある通り、ケアマネージャーの年収は平成 14 年をピークに減少傾向になっており、過酷にも関わらず、低賃金という実態が分かる。

この過酷かつ低賃金の労働環境ゆえに、介護職を離れる人が多く深刻な人手不足による介護保険制度崩壊の危機が指摘されるようになり、2008年厚生労働省はケアマネージャーの待遇改善をすることで、人手を確保しようと、翌年から介護報酬を3パーセント引き上げる事を決定した。しかし、介護団体からは3パーセントの引き上げだけでは、中小企業までには行き渡らない、介護事業者が介護士に増加分が報酬として与えられるかなどの懸念もある。さらにケアマネージャーが所属している在宅介護支援事業所の2006年の利益率はマイナス17パーセントであるなど、問題は山積み状態である。やはり、より良い制度としていくために質の高いサービスを提供できる者には高い報酬を支払う体制が確立されなければならない。

(表17) ケアマネージャー平均年収 過去7年間の推移



データ出典

厚生労働省「賃金構造基本統計調査」2007

第3節 まとめ

現状分析の結果、ケアマネージャーの所属する居宅介護支援事業の事業所の多くは赤字で苦しんでおり、少しでも赤字を解消するために過剰に認定者を増やす、あるいは系列のサービス事業者を利用客を流すことで系列全体として収支を合わせるといったことが行われていると考えることが出来た。

第2章 先行研究

近年の介護保険への分析について軽く触れておきたい。

田近・油井(2004)では、都道府県ごとのデータを使用し、介護事業者の利用者掘り起し等、介護給付費の決定要因を分析している。また、制度財政困難に対する財政安定化基金の返済期間の延長や広域化等への補助金支給が、保険者サイドの保険財政への救済期待を醸成し、効率的な介護給付実行を阻害する等のモラルハザードを起こす可能性が指摘された。

清水谷・稲倉(2006)、安藤(2007)では、財政が悪化し、財政安定化基金を受けている保険者の行動について、保険者別・都道府県別のデータを用いて定量的に分析した。その結果、財政状況が悪化している保険者は認定率を引き下げるという結論に至っている。

田近・菊池(2006)では、介護保険制度発足の経緯を詳細に辿るとともに、マイクロデータを用いて、介護サービスの要介護認定者に対する状態維持・改善効果に疑問を呈した。また、要介護者や家族、事業者などのモラルハザード的な誘引の存在を示唆した。

田近・菊池(2004)では、財政持続性の観点から、厚生労働省の2004年推計を再現し、前提となる認定率などのパラメータが介護保険費用の将来推計に大きな影響を与える事を指摘した。また、生年別の・給付負担比率についても、世代間格差が非常に大きく負担の後世への先送りが示され、持続可能な保険財政に向けて給付・負担のあり方を見直す必要が主張された。

山内(2003)では、都道府県・月別のデータを用いたパネルデータ分析を行い、誘発需要を検証している。その結果、介護事業者による、利用者の掘り起しが示唆された。

本稿では、分析の視点として誘発需要の仮説を中心とし、介護分野へ適応してアプローチする。市場の競争激化によって供給者の所得が減少した場合、もし供給者が需要者に比べて過大な情報を有しているならば、供給者はその情報格差を利用して需要者に対して必要以上にサービス供給を行うことで、その所得損失を補填しようとするインセンティブがある。

この仮説は「供給者誘発需要仮説(Supplier Induced Demand Hypothesis)」(以下、SID仮説)と呼ばれ、医療経済学の分野で長年、研究の対象とされている。

医療市場を対象としたSID仮説の実証研究は、多くの研究蓄積がある。Feldstein(1970)は、人口当たりの医師数と医師の診療報酬の間に、正の相関関係を見出し、競争市場が導く結論との矛盾を指摘した。Fuchs(1978)では、外科医師の対人口比率と外科手術件数の間の正の関係を実証し、医師密度の増大が医師の所得減少を通じて、医師の裁量を使った患者への需要増加を起こすと主張した。

しかし、これらの主張への批判も存在する。Rossiter and Wilensky(1983)ではこの仮説の検証に際し、医師裁量的需要と患者自立的需要が区別されていないという批判がなされた。すなわち、医療インフラの整備により、医療サービスへのアクセスコスト等の機会費用が減少し、患者野自立的需要が増加する可能性があるということである。

そこで、Rossiter and Wilensky(1984)、Escare(1992)などはアクセスコスト低下による影響と誘発需要を区別するため、医療需要を医師の裁量に左右されない患者主導的需要と、医師の裁量で決定される医師裁量的需要に分ける医療需要の2段階モデルを用いて分析を行った。特にEscare(1992)では、自己負担額が保険によって低くなるならば、相対的にアクセスコストが重要となることを示唆した。

第3章 実証分析

第1節 仮定

施設介護を対象とした場合、サービスの供給量は施設の絶対数に収まるはずである。しかし、居宅介護については、そういった制限は少ないと考えられる。そのため、居宅介護市場は競争状態にあり、誘発需要が発生しやすい状況にあると考えられるため、居宅介護に焦点を絞ることとする。また、アクセスコストに関しては、今後、何らかの変数として分析に取り込んでいくことも考えていきたい。

介護保険についても、サービス供給の決定者であるケアマネージャーによる誘発需要が存在するとされている。そこで、介護保険の持続可能性という問題意識のもとで、居宅介護保険における誘発需要について 2000 年から 2006 年を対象としたクロスセクション・パネル分析を試みた。

第2節 モデルの作成

消費者行動モデル

今、ある認定者の消費行動を考える。ある財の消費量を x 、その消費から得られる効用を u とし、

$$u = U(x)$$

と効用関数を表記する。

今、介護サービスの消費量を x_k 、それ以外の財の消費量を x とし、

$$u = U(x_k, x)$$

と効用関数を表記する。

さらに、介護サービスの利用者である認定者は、所得 m の中で効用 U が最大となるように消費量を決定していると考えられる。介護サービスの価格を p_k 、それ以外の財の価格を p とするとし、それを

$$p_k x_k + p x = m$$

と表記する。

ここで、 $p_k x_k$ はある認定者の介護サービス支出、 $p x$ はその他の財への支出であり、すなわち、需要であると考えられる。この式を変形して、

$$p_k x_k = m - px$$

とする。

ここで、価格 p_k , p や所得 m の他に、需要 $p_k x_k$ に影響を与えているものがあると仮定し、それを

$$a_i (i = 1, 2, \dots, n)$$

と表記する事にする。これは、我々が検証したい供給者誘発需要などを表す変数である。その他の財 p や所得 m の他に、認定者の介護サービス需要に影響を与えるものである。これを考慮に入れて、

$$p_k x_k = m - px + \sum_{i=1}^n a_i$$

と表記する。このモデルを元に、以下の回帰式を作成した。

$$\begin{aligned} \text{ADJUSTED_TC_H_SE_ADM} = & \\ & C + \beta_1 \text{RATE_LOSS_JOB} + \beta_2 \text{ADJUSTED_CONSUME}/1000 \\ & + \beta_3 \text{ADJUSTED_COST_MED_KOKU}/1000 + \beta_4 \text{ADJUSTED_INSURED_COST} \\ & + \beta_5 \text{CAREM_OFFCE_ADM} + \beta_6 \text{JIG_ADM} + \beta_7 \text{RATE_HEAVY_45} \end{aligned}$$

なお、2000年から2006年まで、7年間の都道府県クロスセクションパネル分析であり、サンプル数は329である。分析に当たり、Hausman検定を行った結果、個別効果は変量効果であるという仮説は棄却され、クロスセクション、時点ともに固定効果を採用した。

第3節 変数の定義とその説明

非説明変数

ADJUSTED_TC_H_SE_ADM : 実質化認定者一人当たり居宅介護費用自己負担額

先のモデルにおいて、認定者の介護サービス需要に当たる部分である。介護費用額から介護給付費を引き自己負担を求めた。単位は千円である。なお、消費者物価指数（以下、CPI）で実質化した。

説明変数

➤ **RATE_LOSS_JOB** : 完全失業率

所得の代理変数として、導入した。所得と完全失業率の間にはトレードオフの関係があるとされているためである。先の消費者行動モデルにおいて、所得の係数は正であることが想定されるため、こちらは負であることが望ましい。

➤ **ADJUSTED_CONSUME/1000** : 実質化世帯当たり消費支出

介護サービス以外の消費を表す変数として選択した。先のモデルからは、係数が負であるこ

とが予想される。なお、C P I で実質化した。

➤ **ADJUSTED_COST_MED_KOKU/1000** : 実質化老人一人当たり医療費

高齢者の予算制約を考えるにあたり、医療支出は支出の中でも見逃せない要素であり、また医療と代替財であると考え説明変数に取り込んだ。係数は負であることが予想される。

以下は先の消費者行動モデルにおいて、所得と他の消費財需要以外で介護サービス需要に影響を与えていると考えた変数である。

➤ **ADJUSTED_INSURED_COST**: 実質化被保険者一人当たり調停額

調停額とは、各保険者が保険料徴収を通じて、保険財政への収入として想定している額である。それを、被保険者数で除して求めた変数である。被保険者が保険を利用する前提となるコストであると考え取り込んだ。なお、C P I で実質化した。係数は負であると予想される。

➤ **CAREM_OFFICE_ADM** 認定者一人当たり居宅介護支援事業所数

居宅介護支援事業者数を要支援・要介護認定者の人数で除したものである。つまり、認定者一人に対していくつの居宅介護支援事業所があるのかを示している。この変数をケアマネジャーの誘発需要を示す競争性と定義する。係数が正であれば、誘発需要があるとする。

➤ **JIG_ADM** 認定者一人当たり事業者数

介護サービスを提供する事業主体を認定者数で除したものである。認定者一人当たりに対し、いくつの事業主体が存在するかを示している。この変数を事業主体の誘発需要を示す競争性と定義する。係数が正であれば、誘発需要があるとする。

➤ **RATE_HEAVY_45** 認定者総数に占める要介護度 4・5 認定者比率

居宅介護サービスの需要には、利用者である認定者の健康状態が大きく左右する。3ページのグラフで示されているように、要介護度 4・5 の認定者の約半数程度は施設介護を利用している。この変数はサービス利用者の健康状態による需要の変化を取り込むために選択した。

第4節 分析の結果¹と解説

「完全失業率」、「実質化世帯あたり消費支出」、「認定者一人当たり実質化被保険者一人当たり調停額」については、有意ではなかった。係数はともに負であった。居宅介護需要と所得、消費支出、保険料は関係が薄いという結果になった。認定者は保険料の水準によって、需要量を変化させることはない。

これは、保険料は年金からの天引きであり、意識しないうちに引き落とされる、保険料を払わなければ介護保険が適応されないという前提のコストという今の状況が反映されているといえる。また、介護需要が所得や消費から影響を受けていないということは、そういった水準に関係なく利用できているという意味で、望ましい結果と読める。所得の代理変数としての完全失業率の有効性を今後の課題としたい。

次に、「実質化老人一人当たり医療費」は1%水準で有意であり、係数は予想と逆で正であった。居宅介護サービスと医療は代替的な関係にある事を想定していたが、補完の関係にあった。

「認定者一人当たり居宅介護支援事業所数」は5%水準で有意であった。係数は正であり、ケアマネージャーの誘発需要が確認された。

「認定者一人当たり事業者数」10%にわずかに届かず、11%で有意でなかった。係数は正であり、事業主体としての誘発需要は確認されなかった。

「認定者総数に占める要介護度4・5認定者比率」5%水準で有意であった。係数は負であり、予想の通り、重度要介護者が増えるほどに、居宅介護サービス需要は減少するといえる。

¹ なお、各変数の統計量、実証結果は巻末に付してあるので、参照されたし。

第4章 政策提言

分析から、認定者一人当たりの居宅介護支援事業者数が増加することで、認定者一人あたりの居宅介護支払額が増加しているといえる。つまり事業者間の競争状態を緩和すれば、居宅介護支払額を引き下げることにつながり、市町村・都道府県・国の負担額も下がるのである。

それを解決するために、我々は以下の2点を政策提言とする。

まず、居宅介護支援サービスへの介護報酬を引き上げることである。事業所が赤字経営という状況に陥っている中、ケアマネージャーに少しでも多くの認定者を開拓させ、過剰なサービスを提供し、収入を確保するインセンティブがある。

また、現状の介護報酬額では、ケアマネージャー一人あたり20人の認定者のケアマネジメントを行ったとしても、組織に入る収入は大学卒の初任給程度である。組織の運営費もそこから差し引かれているので、手取りとしての給料額は更に減少する。厚生労働省のフルタイム労働者の平均時給額を見てみると、全産業の平均1830円に対し、介護職員は1210円と大きな差がある。

そのような状況下、ケアマネージャーは数多くの認定者のマネジメントを行わなければならない。そのため、一人あたりにさほど時間をかけられず、結果的に雑なプランを生み出している可能性もある。本当によい介護サービスを提供したいと思うケアマネージャーの信念を曲げさせることにもつながり、決して望ましくはない。

高度な経験や知識を有すケアマネージャーの処遇改善とともに、高齢者一人一人と向き合う時間を増やし、一人一人の事情を酌み取ったケアプランを作成ができるようになれば、必要以上の介護サービスを押しつけることもなくなるだろう。

次に、居宅介護支援サービスの介護報酬の決定方法を変更することを提言したい。現在の一人あたり一律で支給という形態では、本当に良いサービスを提供しようというインセンティブを発生させることが難しい。時間やコストをかけてプランを立てたとしても金銭面ではまったく評価されず、むしろ、質より量という状態だ。

それを改善するためには、よいケアプランを策定するケアマネージャーや事業所がもっと評価されるべきだ。ケアプランの信頼性の実績に応じたランク付けを第三者機関が行い、そのランクによって報酬が変化するシステムを導入するのである。

ケアプランは一人一人によって異なってくるものであり、画一的な基準設定は困難であろう、しかし、質の基準として、いかに少ないサービスで、高齢者の生活や健康状態を良くすることが出来ているかという項目を設定したり、直接サービスを受けている高齢者からの意見から評価するなど、新たな評価基準を設定していくべきだ。さらに、このケアマネージャーあるいは事業所のランクを公表することで、優良事業所の情報を元にした事業所選択を介護利用者は可能になる。

その結果、良質のケアマネージャー不在の事業所は、自然と淘汰され、評価法の多様化と共に質の向上、競争の方向転換を図ることが出来る。

もちろん、この機関の設置にはヒトもカネも必要だ。だが、ケアマネジメントの質を問われることは現在少なく、質を上げる競争が発生することが国民全体の利益に通じると我々は考える。

つまり、現状の居宅介護支援サービス事業者の過当競争ならびに過剰サービスを促す体質を改善するためには「質」という軸での評価を実施することで、水準の低い事業者の退出を促すとともに、無理矢理に認定者を掘り起こさなくとも経営が成り立つ程度の報酬水準への引き上げが望ましい。

介護保険制度は 2000 年に開始され、まだ 10 年も経っていない若い制度である。開始当時には予期しなかった問題点も多数発生していることだろう。3 年おきに見直されていることは見直されているが、長期的な目線で国民の利益につながる見直しであって欲しいと我々は願っている。

参考文献・データ出典

《先行論文》

- 山内康弘 (2003) 『訪問介護給付は適正か？－供給者誘発需要仮説アプローチによる検証－』 OSIPP Discussion Paper
 野口晴子・清水谷諭 (2005) 『在宅介護サービス市場における供給者誘発需要仮説 要介護者世帯調査による検証』『ESRI Discussion Paper Series』 No.148
 田近栄治・油井雄二(2004) 『介護保険：4年間の経験で何が分かったか』『財務省財務研究所－フィナンシャルレビュー』 August,2004

《参考文献》

- Escarce, J., J. (1992) “Explaining the Association between the Surgeon Supply and Utilization,” *Inquiry*, Vol.29, pp.403-415.
 Feldstein, M., S. (1970) “The Rising Price of Physicians’ Services,” *The Review of Economics and Statistics*, Vol.52, No.2, pp.121-133.
 Fuchs, V., R. (1978) “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations,” *The Journal of Human Resources*, Vol.13, pp.35-56.
 Hirth, A., R. (1999) “Consumer Information and Competition between Nonprofit and For-Profit Nursing Homes,” *Journal of Health Economics*, No.18, pp.219-240.
 Newey, K., W. and West, D., K (1987) “A Simple, Positive Semi-Definite Heteroskedasticity and Autocorrelation Consistent Covariance Matrix,” *Econometrica*, Vol.55 (3) , pp.703-708.
 Rossiter, L., R. & Wilensky, G., R. (1983) “A Reexamination of the Use of Physician Services: The Role of Physician-Initiated Demand,” *Inquiry*, Vol.20, pp.162-172.
 岩本康志 (2001) 「社会福祉と家族の経済学」『社会福祉と家族の経済学』, pp.3-13, 東洋経済新報社。
 泉田信行・中西悟志・漆博雄 (1998) 「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析」
 大日康史 (2002a) 「公的介護保険における介護サービス需要の価格弾力性の推定」『季刊社会保障研究』, Vol.38(3), pp.239-244.
 岸田研作 (2001) 「医師誘発需要仮説とアクセスコスト低下仮説—2次医療圏,市単位のパネルデータによる分析—」『季刊社会保障研究』, Vol.37(3), pp.246-258
 真野俊樹 (2004) 『介護市場における代理人問題』『医療と社会』 vol.14,No.1,pp17-23
 湯田道生 (2005) 『介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響』『季刊社会保障研究』 40 (4) pp373-385
 坂田期雄 (2002) 『介護保険－自治体最前線の対応』,ぎょうせい
 井伊雅子・別所俊一郎(2006) 『医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ』『財務省財務研究所－フィナンシャルレビュー』 March,2006
 田近栄治・菊池潤(2004) 『介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計』『財務省財務研究所－フィナンシャルレビュー』 November,2004
 武隈慎一(1999) 『ミクロ経済学 増補版』 新世社
 松浦克己・コリン＝マッケンジー(2005) 『Eviews で学ぶ計量経済学』 東洋経済新報社
 伴 金美・中村二郎・跡田直澄(1988) 『エコノメトリックス』 有斐閣
 滝川好夫・前田洋樹 (2004) 『EViews で計量経済学入門』 日本評論社
 厚生労働省 (2008) 『希望と安心の介護ビジョンについて』

《データ出典》

- ・社会医療福祉機構 WAMNET 「介護事業者情報」 2000-2006 年分
<http://www.wam.go.jp/kaigo/>
- ・厚生労働省 「老人医療事業報告」 2000-2006 年分
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexk-kousei.html>
- ・厚生労働省 「介護保険事業状況報告」 2000-2006 年分
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexk-kousei.html>
- ・厚生労働省 「介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について」 2000-2006 年度分
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/index.html>
- ・総務省統計局 「労働力調査 都道府県別結果」 2000-2006 年
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/pref/index.htm>
- ・財務省 「日本の財政を考える」 平成 20 年 6 月
http://www.mof.go.jp/jouhou/syukei/sy014_2006.pdf
上記、最終アクセスは 08/11/13

- ・厚生労働省 『希望と安心の介護ビジョンについて』 (2008)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html> 最終アクセス 08/11/17
- ・厚生労働省 「貸金構造基本統計調査」 2007
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexk-roudou.html> 最終アクセス 08/11/18
- ・厚生労働省 「平成 20 年介護事業経営実態調査」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zigyo/keiei/20index.html> 最終アクセス 08/11/18

記述統計量

| 変数名 | 実質化認定者 一人当たり居 宅介護費用自 己負担額 | 認定者一人 当たり居宅介 護支援事業 所数 | 完全失業率 | 実質化世帯あたり消費支出 |
|----------|------------------------------------|--------------------------------|----------|--------------|
| 平均値 | 60.35136 | 135.8017 | 4.490881 | 3715578 |
| 最頻値 | 61.88844 | 134.7613 | 4.3 | 3714762 |
| 最大値 | 80.66131 | 194.8996 | 8.4 | 4843994 |
| 最小値 | 30.80812 | 85.55941 | 2.3 | 2537339 |
| 標準偏 差 | 10.88257 | 19.41351 | 1.071773 | 365649.6 |
| 歪度 | -0.378966 | 0.186271 | 0.986871 | -0.050973 |
| 尖度 | 2.436004 | 2.959177 | 4.397012 | 3.640768 |
| 合計 | 19855.6 | 44678.74 | 1477.5 | 122000000 |
| 標本数 | 329 | 329 | 329 | 329 |

| 変数名 | 実質化被保険 者一人当たり 調停額 | 実質化老人 一人当たり医 療費 | 認定者一人 当たり居宅介 護支援事業 所数 | 認定者一人 当たり事業 者数 | 認定者総数に 占める要介護 度4.5認定者 比率 |
|----------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 平均値 | 34.35094 | 771504.6 | 0.007519 | 0.062792 | 0.247303 |
| 最頻値 | 36.79776 | 763264.8 | 0.007421 | 0.060601 | 0.247975 |
| 最大値 | 59.72632 | 1069244 | 0.011688 | 0.124786 | 0.326577 |
| 最小値 | 7.078293 | 590196.4 | 0.005131 | 0.019245 | 0.172125 |
| 標準偏 差 | 13.12268 | 93326.37 | 0.001112 | 0.017091 | 0.029435 |
| 歪度 | -0.686415 | 0.54631 | 0.679753 | 0.330212 | 0.018379 |
| 尖度 | 2.789547 | 2.824166 | 3.709511 | 3.810331 | 2.720751 |
| 合計 | 11301.46 | 254000000 | 2.473718 | 20.65842 | 81.3628 |
| 標本数 | 329 | 329 | 329 | 329 | 329 |

実証結果

被説明変数

実質化認定者一人当たり
居宅介護費用自己負担額

| 説明変数 | 係数 | | |
|---------------------------|-----------|-------------------|----------|
| 定数項 | 47.07117 | *** | |
| 完全失業率 | -0.06879 | | |
| 実質化世帯あたり消費支出 | -0.000718 | | |
| 実質化老人一人当たり医療費 | 0.026199 | *** | |
| 実質化被保険者一人当たり 調停額 | -0.060586 | | |
| 認定者一人当たり 居宅介護支援事業所数 | 709.2495 | ** | |
| 認定者一人当たり事業者数 | 42.73443 | | |
| 認定者総数に占める 要介護度4.5認定者比率 | -39.99784 | ** | |
| 修正済み決定係数 | 0.967064 | F 統計量 | 164.2341 |
| | | Prob(F-statistic) | 0 |

***は1%、**は5%、*は10%有意水準である。
費用は各千円当たりである。