

# 日本における介護保険事業の実績と評価

—— 日本福祉大学自治体支援ソフトによる分析から

日本福祉大学 教授 平野 隆之

はじめに

1. 日本の介護保険事業の実績変化 全国ベース
2. 保険者における施設・在宅ケアバランス
3. 上昇する在宅介護費用の構造 サービスパッケージによる地域間比較
4. 状態像別の介護費用形成の特徴 認知症高齢者の状態像変化の分析
5. まとめ 実績分析から評価へ

はじめに

本報告は、介護保険サービスの利用実績について、保険者を単位としたメゾレベルを中心に分析した結果であり、次の5つの柱で構成されている。1つは介護保険制度の開始（2000年度）から2006年度までの7年間における日本全体の介護費用額（構成）は、どのように変化したのか。2つは1,678保険者（2006年6月現在）を10（事業規模別）と5（指標類型別）に分類、比較しながら利用実績の特性をみる。3つは類型として示された5つのタイプごとに典型保険者を取り上げ、ケアプランの集合としての介護保険事業の実績を計測する。4つはさらに利用者の状態像区分を導入し、ケアプランの更なる詳細な分析を試みる。5つはマクロからメゾへ、メゾからミクロへと降りている実績分析をまとめる形で評価に触れる。

実績の分析・評価の視点は、以下の3点である。1つは、政策目標の1つでもある「在宅重視（充実）」がどこまで進んでいるのか、2つめは在宅利用者への費用配分における地域・利用者間の格差は是正に向かっているのか、3つめは状態像の維持・悪化の動向はどのようなものか、である。いずれの評価についても、日本福祉大学地域ケア研究推進センター（運営担当：福祉政策評価センター）が2001年に開発した「介護保険給付実績分析ソフト」による分析結果に基づいており、当センターが把握できた実績データの範囲である。その意味で本報告は、日本の介護保険制度そのものの評価にまで及んでいるものではない。

制度的な総合評価については、今回のコメンテーターである平岡公一教授が、介護保険の制度設計の「成果と問題点」を6点にわたって触れている（「岐路に立つ日本の介護保険制度」武川・

李編『福祉レジームの日韓比較』2006)。また、総合討論者の二木立教授が、『介護保険制度の総合的研究』(2007)のなかで、制度の創設段階から今回の改正までの歴史的な政策展開を網羅する評価を試みている。こうした制度設計や政策展開に関する評価研究と比較して、本報告は、その運営面・実績面に着目したメゾレベルの評価を試みようとする点に特徴をもつ。と同時に、自治体介護保険事業の計画担当者に対して、分析視点を提供しようとしているため、分析方法とその結果について、可能な範囲で視覚化することに努力を割いている。なお、前回の第1回韓日シンポジウム(高齢化による保健福祉政策の韓日比較)における平野報告「日本における高齢化社会のもとで地域ケア政策」(日本福祉大学『社会福祉論集』特集号2006.11に所収)をさらに発展させたものでもある。

## 1. 日本の介護保険事業の実績変化 全国ベース

わが国における介護給付費用の膨張は、制度の維持とも関連して問題視されている。日本の介護保険制度は、社会保険方式を採用しつつも、その財源の50%に公費(税)が投入されており、そのうち25%は国が負担する仕組みとなっている。そのため、費用膨張は国レベルでも常に關心をおく問題となる。

国全体の介護費用総額は個別利用者の集計であり、そこに「1人当たり費用額」(=平均)という概念を用いると、次のような数式が成立する。

$$\begin{aligned} \text{介護費用総額} &= \text{費用額 個別利用者} \\ &= 1人当たり費用額 \times \text{利用人数} \quad \dots\dots\text{式1} \end{aligned}$$

図1は、この数式を用いて、縦軸に「1人当たり費用額」を、横軸に「利用人数」を配置し、それを乗じることで算出される長方形の面積を「介護費用総額」として、その経年変化を捉えたものである。

例えば2002年度と2005年度を比較すると、面積に相当する介護費用総額は、428,629百万円から525,909百万円へと97,280百万円増大している。このとき、縦軸である1人当たり費用額は168,777円から156,059円へと減少しているのに対し、横軸である利用人数は2,539,611人から3,369,938人へと増大している。このことから、費用総額の膨張は利用者の増大によってもたらされていることがわかる。

利用者の増大つまり新規利用者の参入は、施設部門と在宅部門とのバランスを変動させる。そこで注目したいのは、総利用人数に占める施設利用人数の割合(=「人数施設率」)である。日本の介護保険では、施設の報酬単価が在宅に比して高く設定されていることに加え、在宅サービスには支給限度額が設定されているので、1人当たり費用額は施設利用者数の影響(インパクト)が圧倒的に高くなる。さらには、概して利用者の施設志向が高いため、施設が整備されれば定員

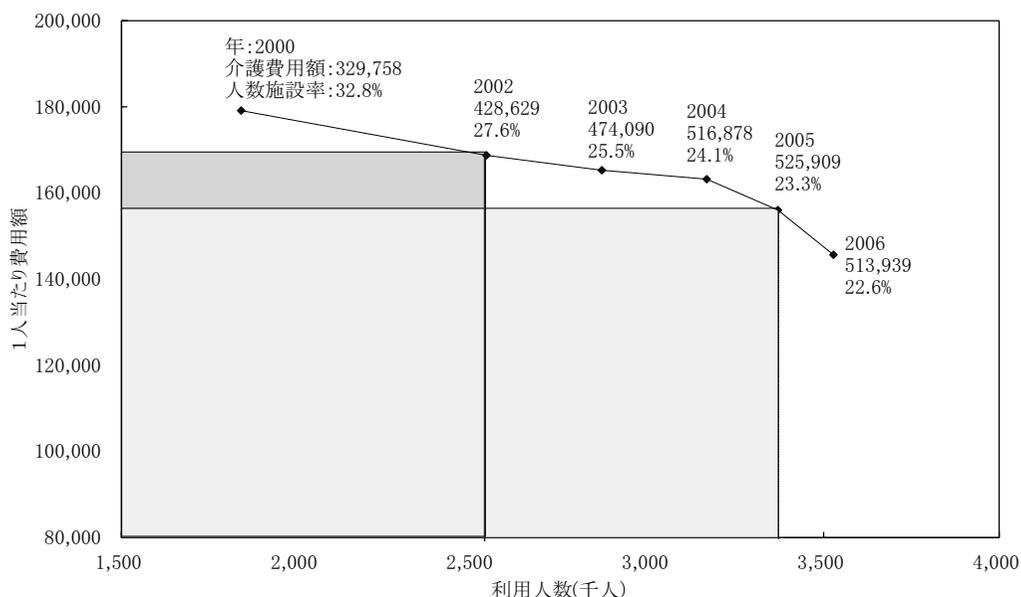


図1 介護費用規模（全国）の経年変化

分の費用が自動的に形成される。その結果、1人当たり費用額の変動は、施設の整備状況と、その結果としての施設と在宅の利用人数のバランスに影響を受けることになる。こうした点を踏まえると、1人当たり費用額が減少している要因は、施設整備の抑制により、人数施設率が低下したことで説明できる。

次に、在宅重視が在宅部門の実績にどう反映されているかに注目したい。在宅部門では、人数で計測するのではなく、費用で計測することが必要となる。それは、在宅部門の費用形成のメカニズムが施設部門と異なり、在宅費用が必ずしも人数と比例しないからである。1人当たり在宅費用額は、利用するサービスの種類と量、その組み合わせによって変動し、要介護度に応じた支給限度額にも影響を受ける。つまり、在宅重視の度合いは、利用人数による施設と在宅のバランス（＝「人数在宅率」）ではなく、費用金額によるバランス（＝「費用在宅率」）として捉えることが必要である。

そこで、前述の2002年度と2005年度の「費用在宅率」を比較すると、41.4%から51.2%へ上昇し、わずかではあるが在宅費用総額が施設費用総額を上回る。図2は、在宅費用総額（面積）を、1人当たり在宅費用額（縦軸）と在宅利用人数（横軸）に分解している。在宅費用総額は2時点間で176,676百万円から269,458百万円に増大しており、その差は92,782百万円である。図1との違いは、横軸の在宅利用人数が1,839,907人から2,583,060人に増大しているだけでなく、横軸1人当たり在宅費用額が96,024円から104,317円に増大していることである。つまり、「1人あたり介護費用額が減少しているにもかかわらず、1人あたり在宅費用額が上昇する」ことをもって、結果としては在宅重視を示す数値となっている。

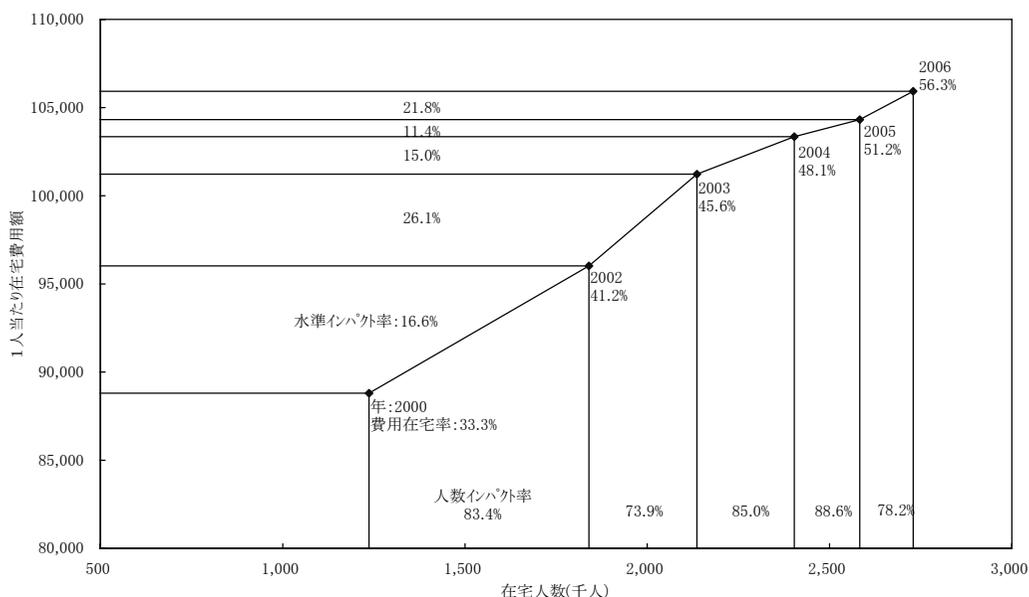


図2 在宅介護費用規模 (全国) の経年変化

#### 「介護保険給付実績分析ソフト」の分析指標

分析ソフトから提供される在宅・施設のケアバランスの指標として、代表的なものは「人数施設率」と「費用在宅率」である。「人数施設率」とは、施設入所利用者数の全利用者総数に占める割合を示すもので、政策目標の在宅重視からすると、この指標は低下傾向を示すことが望まれる。

他方の「費用在宅率」は、「人数施設率」が人数で計測しているのに対して費用で計測したもので、また施設利用ではなく在宅利用の総費用に占める割合を用いている。在宅重視の費用指標として活用できるように「費用施設率」ではなく「費用在宅率」を採用している。当然ながら、在宅重視の政策目標からすると、この「費用在宅率」指標は上昇することが望まれる。ただし、当該地域における施設の絶対的な不足問題と関連づけながら評価に用いる必要がある。

	在宅	施設	合計
人数指標	「人数在宅率」 人数でみた在宅割合	「人数施設率」 人数でみた施設割合	100.0%
費用指標	「費用在宅率」 費用でみた在宅割合	「費用施設率」 費用でみた施設割合	100.0%
費用/人数	「1人当たり在宅費用額」	「1人当たり施設費用額」	「1人当たり費用額」

## 2. 保険者における施設・在宅ケアバランス

保険者ベースの介護費用額もまた、理論上は、利用者人数と1人当たり費用額を乗じた面積として算出される。しかし、それが形成される実際の手順は異なる。最初に決定されるのは、利用人数である。人口規模や高齢化率、要介護認定率、あるいは実際のサービス利用を示す受給率といった保険者の諸要因によって決定される。

次に決まるのは、施設利用者数であり、指標でいえば利用人数に占める施設利用者の割合である「人数施設率」である。利用者の施設志向は依然として高く、施設が整備されると定員枠の利用者が決定し、それに報酬単価を乗じる形で、ほぼ自動的に費用が形成される。在宅利用者人数は「利用人数 × (1 - 人数施設率)」として決まり、最後に1人当たり在宅費用額が決定する。

つまり、保険者の介護費用額は、利用人数を所与とすると、施設と在宅の利用人数のバランス（ケアバランス）と、1人当たり在宅費用額によって決定されることになる。

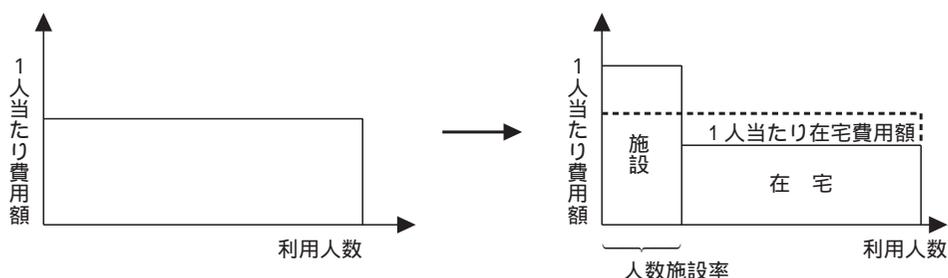


図3 介護費用総額の決定メカニズム

これは、数式を用いると、以下のように表現される。

$$\begin{aligned} \text{介護費用総額} &= \text{施設費用額} + \text{在宅費用額} \\ \text{施設費用額} &= \text{利用者数} \times \text{人数施設率} \times \text{施設の報酬単価（一定水準）} \\ \text{在宅費用額} &= \text{利用者数} \times (1 - \text{人数施設率}) \times \text{1人当たり在宅費用額} \dots \text{式2} \end{aligned}$$

以下では、こうした基本指標によって「介護保険事業」というメゾレベルの実績がどのように説明しうるのかを扱う。その接近方法としては、介護保険事業規模別の分析、基本指標を用いた類型化による分析である。

### 1) 事業規模別にみた介護保険事業の実績

表1および表2は、全保険者（N=1,678）を介護費用額で十分位（降順）にわけ、各分位の「介護費用額」「利用人数」と各分析基本指標を示したものである。なお、両表では分析単位が異

表1 「介護費用額」十分位にみる基本指標（保険者当たり）

十分位	保険者数	1 保険者					
		介護費用額 (千円)	利用人数	1人当たり 費用額(円)	人数施設率	1人当たり 在宅費用額(円)	費用在宅率
全 体	1,687	306,281	2,102	148,865	26.3%	103,237	51.6%
第1分位	168	1,680,805	11,634	144,955	21.3%	107,291	58.4%
第2分位	168	472,363	3,195	146,117	23.6%	105,086	55.1%
第3分位	168	290,318	1,978	147,430	24.6%	103,899	53.3%
第4分位	168	207,186	1,400	148,922	25.3%	105,166	53.0%
第5分位	168	145,186	975	149,810	26.1%	105,197	52.1%
第6分位	168	100,128	666	151,410	27.0%	105,316	51.0%
第7分位	168	72,570	491	149,093	26.0%	104,373	52.1%
第8分位	168	50,086	333	151,557	28.0%	103,756	49.7%
第9分位	168	32,936	222	149,960	29.3%	99,353	47.4%
第10分位	166	15,587	107	149,406	31.9%	92,808	44.0%

表2 「介護費用額」十分位にみる基本指標（分位当たり）

十分位	介護費用額		利用人数		分位当たり			
	金額 (千円)	構成比	人数	構成費	1人当たり 費用額(円)	人数 施設率	1人当たり 在宅費用額(円)	費用 在宅率
全 体	513,939,433	100.0%	3,527,824	100.0%	145,682	22.6%	105,926	56.3%
第1分位	282,375,262	54.9%	1,954,442	55.4%	144,479	20.9%	107,289	58.8%
第2分位	79,356,991	15.4%	536,707	15.2%	145,412	23.4%	104,698	55.1%
第3分位	48,773,400	9.5%	332,279	9.4%	146,784	24.4%	103,604	53.3%
第4分位	34,807,322	6.8%	235,147	6.7%	148,024	25.1%	104,787	53.0%
第5分位	24,391,256	4.7%	163,750	4.6%	148,954	25.9%	104,717	52.1%
第6分位	16,821,586	3.3%	111,863	3.2%	150,377	26.7%	104,784	51.1%
第7分位	12,191,690	2.4%	82,529	2.3%	147,726	25.7%	103,652	52.1%
第8分位	8,414,457	1.6%	56,022	1.6%	150,199	27.6%	103,433	49.8%
第9分位	5,533,270	1.1%	37,293	1.1%	148,373	28.8%	99,261	47.7%
第10分位	2,587,519	0.5%	17,792	0.5%	145,432	30.3%	92,751	44.5%

なっている。

この2表から指摘できるのは、以下の5点である。

第1に、保険者の事業規模が一定ではなく、その偏りが大きい。全保険者の1割に相当する168保険者（第1分位）で、介護費用額と人数がいずれも国全体の55%を占めていること、さらに第2分位を含めた2割の保険者で全体の70%を占めていることになる（表2）。

第2に、1人当たり費用額は、保険者の事業規模とは無関係にすべての分位で、14 - 15万円とばらつきは小さい。

第3に、保険者の事業規模によって基本指標に一定の傾向が見られる。大規模保険者すなわち大都市ほど人数施設率が低く、1人当たり在宅費用額、費用在宅率が高い。反対に小規模保険者

では、人数施設率が高く、1人当たり在宅費用額、費用在宅率は相対的に低い。

第4に、全国保険者の平均（表1）は、介護費用総額306,281千円、利用人数2,102人であり、その事業規模は、第3分位に該当する。つまり、全国保険者の平均値は大規模保険者に接近しながら収斂する。

第5に、基本指標からみた保険者単位と分位単位の結果にはずれが生じている。表1の「全体」すなわち保険者平均では「人数施設率」26.3%、「費用在宅率」51.6%であるのに対し、表2の「全体」では「人数施設率」22.6%、「費用在宅率」56.3%である。表2の「全体」とは、国全体を1保険者とみなした場合の全利用者の平均を意味しており、保険者単位の分析結果はその実態からずれが生じていることが分かる。

こうした点を踏まえ、次に展開される類型化分析の際に視野に入れるべきことは、次の3点である。

1点目は、介護保険事業が保険者単位で運営されているという点を無視すれば、日本の介護保険制度は一部の大規模保険者の分析のみで、概ね説明できるということである。そして、保険者を単位とする分析で得られる結果は、利用者を単位とする分析結果と異なる。つまり「標準的な保険者」という概念は両者を併せ持つこととなり、分析の目的に応じてどちらを重視するかを使い分ける必要がある。2点目は、これまで提示してきた指標は、保険者の事業規模によって傾向が異なることである。つまり、厳密な介護保険事業の実績分析は同事業規模の保険者間で比較を行う必要がある。3点目は、分析単位が大きくなるほど、比較指標は平準化されるということである。市町村の合併によって形成された保険者の場合、分析結果は大規模市町村の状況に大きく影響を受けることとなり、それまでの地域特性が見えなくなる。

## 2) 指標による類型化からみた介護保険事業の実績

「人数施設率という指標が1人当たり介護費用額を決める」とする傾向は、1人当たり施設費用額が1人当たり在宅費用額と比較して高いこと、さらに利用人数の増大に応じて施設が整備されるという前提の上に成立している。しかし、施設整備の相対的な遅れや国の施策誘導（参酌標準）による施設・居住系サービスの新設の抑制、居住費・食費の自己負担化による施設報酬の減額は、こうした前提を覆すことになる。さらには、在宅と施設の間隔的な居住系サービスの整備が進められたことは、1人当たりの施設費用額と在宅費用額の格差を減少させることとなった。こうした背景を受け、全国の1人当たり費用額と人数施設率との相関係数が弱まっていることは、

表3 人数施設率と1人当たり介護費用額の相関係数

	2001年10月	2002年10月	2006年10月
相関係数	0.84**	0.79**	0.54**
保険者数	1,302	837	1,678

\*\*相関係数は、1%水準で有意

注) 2001年、2002年については、データを提供した保険者数に限定されている。

全国ベースの分析結果からも確認できる。

人数施設率が1人当たりの介護費用額への影響要因として弱まっていくことは、1人当たり介護費用額に影響を与える要因として在宅費用額の影響要因が増したことを意味する。在宅費用額は在宅利用人数と1人当たり在宅費用額で構成されており、在宅利用人数は、保険者による施設の整備状況を反映した利用人数のバランス（人数施設率）に規定される。その結果、人数施設率と1人当たり在宅費用額は、一方の指標が増加すると一方の指標が減少する傾向にあることを、表1において確認してきた。しかし、両者の関係を実際に各保険者の実績で確認すると、必ずしもトレードオフではない（図4）。これらは保険者における施設の整備状況と係らず、在宅サービスで支える基盤整備が進んでいる保険者とそうでない保険者の差が生まれてきていることを示している。

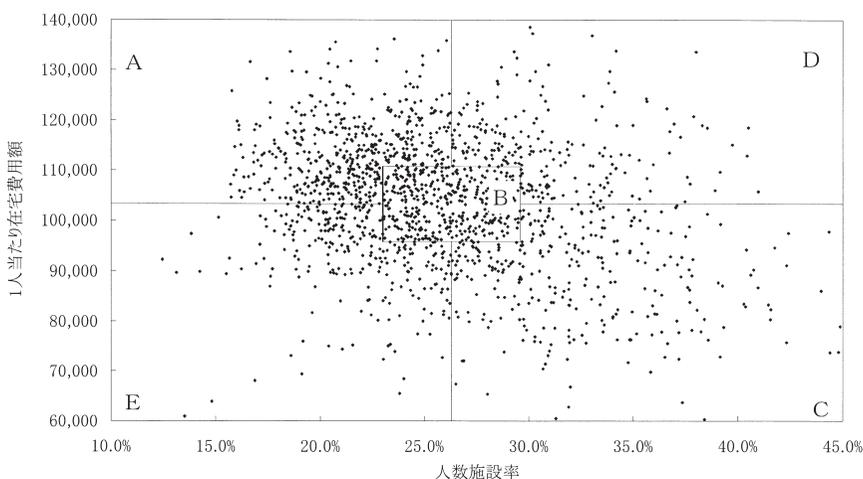


図4 「人数施設率」と1人当たり在宅費用額

ここで、保険者分布に対して相対的な位置を把握するために5つの類型化を行った。人数施設率の保険者平均26.3%と1人当たり在宅費用額の保険者平均103,237円で区分し、さらに、両指標の標準的な範囲として各指標の平均値±0.5SD（標準偏差）を設定した全5区分（図中A-E

表4 人数施設率と1人当たり在宅費用額

群	保険者数		介護費用額 (千円)	利用 人 数	保険者平均			
	保険者数	構成比			1人当たり 費用額(円)	人 数 施設率	1人当たり 在宅費用額(円)	費 用 在宅率
全 体	1,678	100.0%	306,281	2,102	148,865	26.3%	103,237	51.6%
A	497	29.6%	497,512	3,403	149,609	21.5%	114,686	60.2%
B	364	21.7%	245,814	1,648	148,637	26.0%	103,361	51.5%
C	328	19.5%	91,991	621	149,324	34.0%	86,067	38.7%
D	221	13.2%	159,249	976	166,694	31.7%	115,659	47.6%
E	268	16.0%	417,287	3,049	132,535	21.7%	92,607	54.9%

群) としている。

表1のようなトレードオフの状態にあった人数施設率と1人当たり在宅費用額の関係からは、類型A, B, Cは説明できるが、E群(人数施設率, 1人当たり在宅費用額ともに低い群)とD群(人数施設率, 1人当たり在宅費用額ともに高い群)の保険者には当てはまらない。E群が16.0%, D群が13.2%存在している。

人数施設率の低い群におけるA, E群は主に大規模保険者であり、人数施設率の高い群におけるC, D群は比較的小規模保険者である。同じ群を構成する保険者には介護費用規模や利用人数に共通性が見られるが、1人当たり在宅費用額や費用在宅率, 1人当たり費用額は異なっている。このような保険者の事業実績の多様な広がり进行分析するためには、1人当たり在宅費用額の上昇のメカニズムを明らかにする必要がある。しかし、1人当たり在宅費用額の形成メカニズムを明らかにすることは、ケアプランがどのように作られているのかに立ち戻らなければならない。保険者の在宅介護費用額をケアプランの集合として捉え、その面積をどのように分解するのかが問われることになる。その作業を標準タイプのB群から事例を取り出ししながら進める。その際、実際のケアプランに近いサービスの利用タイプの独自分類を用いて分析する。その上で他の4つの類型から典型事例を引き出しながら、それぞれの在宅介護費用の形成の特性を明らかにしたい。

### 3. 上昇する在宅介護費用の構造 サービスパッケージによる地域間比較

人数施設率と1人当たり在宅費用額から作られた5つの類型別に典型的な保険者事例を取り出し、そこでの在宅介護費用の構成を、サービスパッケージを用いて分析する。

#### 1) 在宅介護費用の構成モデルとしてのサービスパッケージ

在宅サービスの費用構成は、支給限度額があるため要介護度によって規定される。それに対して、施設の費用構成は支給限度額に関係なく、一定水準以上の額が設定されているため、在宅に比べて要介護度による利用者間での差はそれほど大きくない。それを利用者数が全国平均に一致

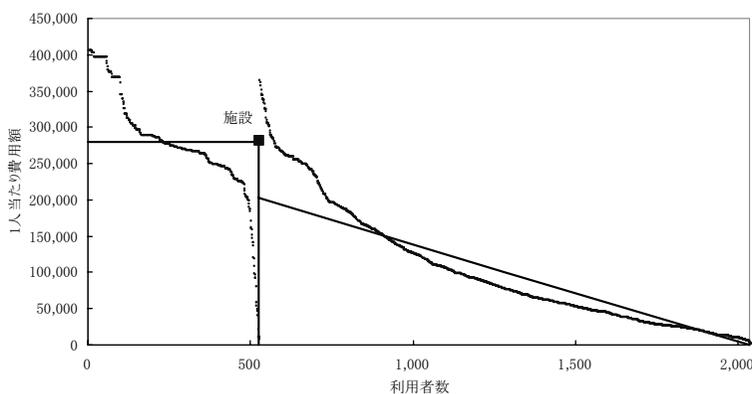


図5 介護費用額の利用者分布

する自治体 (b 自治体・利用人数 2,102 人) において、利用者一人ひとりが利用している費用額を降順に実際にプロットしてみると、図 5 のようになる。施設利用者は 28 万円前後に多く分布しているのに対して、在宅利用者は要介護 5 の限度額である 35 万円から限りなく小額まで分散している。

このように、利用者別の在宅費用額は、1 人当たりの在宅費用額を表わす四角形とは異なり、三角形に分布していることになる。それを先の介護費用額の決定メカニズムに反映させると、図 6 のモデルとなる。

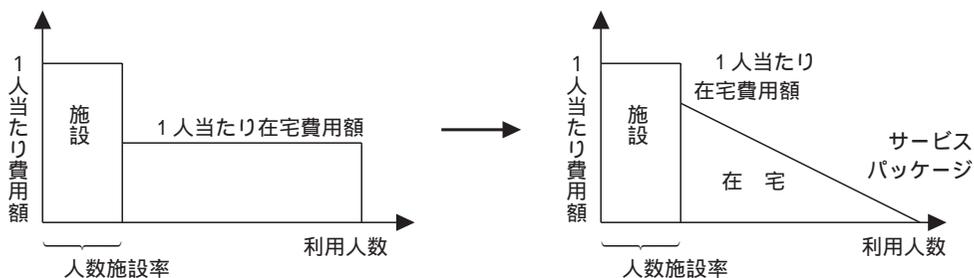


図 6 在宅費用構造をふまえた介護費用総額の決定メカニズム

## 2) サービスパッケージによる費用構造の把握

では、この三角形の中身はどのような構造になっているのか。利用者は重度になるほどサービスの回数や種類が増加し 1 人当たりの水準は増加する。ここでは、どのようなサービスにどれだけお金がかかっているかを具体的に把握するため、サービスの組み合わせから費用構造の分析を行う。その際、それぞれのサービスの利用人数や費用額ではなく、「サービスパッケージ」<sup>(1)</sup>という概念を用いることで、全体の費用構造を把握することを可能にした。

先の b 自治体でそのサービスパッケージの費用構造を図式化する。横軸が人数、縦軸が当該サービスパッケージの平均費用額、四角の面積が総費用額を表わす。「Dのみ」「Hのみ」といった単機能のサービスパッケージは介護保険利用者の約半数が利用しているが、平均費用額が低いため、介護費用額への影響は 25%にとどまる。軽度の利用者が想定される。「D+H」「D+S」といった通所を利用した 2 つの機能を組み合わせたパッケージは 15%程度あり、平均費用額も高くなる。そして、「H+D+S」といった全ての機能を組み合わせたパッケージは、20 万円まで水準が上がるが、利用人数は 2.6%と少ない。居住系のサービスの利用者は 3.6%おり施設に近い水準となっている。

施設整備の抑制と在宅重視の中では、複数サービスパッケージや居住系により重度層の利用者を支えることが求められる。この複数サービスパッケージと居住系を「地域ケア」と位置づけると、介護費用額に占める地域ケアのシェアは 23.7%となる。このように、標準的な自治体における介護保険の費用構造は、施設が半数を占め、残りを地域ケアと単機能の在宅サービス利用が分け合う構造となっている。

B 類型 施設中・在宅中 人口：81,654 人，高齢化率：22.0%，高齢者数：17,925 人，出現率：11.4%，保険料：3,618 円，人数軽度率：17.6%

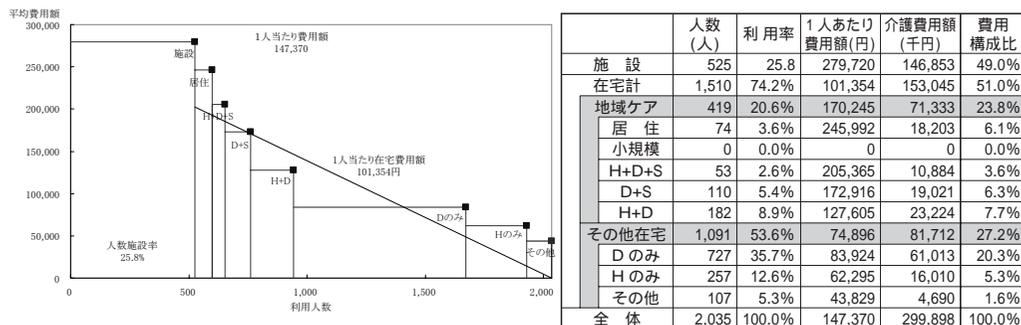


図7 b 保険者のサービスパッケージ

### 3) 在宅介護費用構造の地域間比較

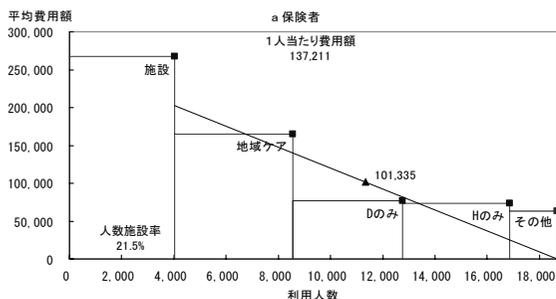
次に、先の5類型からACDE各1保険者を抽出し(acde保険者)、地域差が生じている1人当たり在宅費用額の構造を事例的に分析する。a保険者とe保険者は政令指定都市であり、A、E群の大規模保険者群という特徴を加味して抽出した。cとd保険者は小規模保険者であり、c保険者はC群保険者平均利用人数である621人に最も近い保険者、d保険者はD保険者群に属している保険者の内、1人当たり在宅費用額が最も高い保険者を抽出した。

まず、人数施設率が低いa保険者とe保険者を見ると、a保険者は施設費用の割合が42%にまで下がっており、1人当たり在宅費用額が高く補完する関係にある。地域ケアの費用割合が29%にまであがる。どのサービスパッケージにおいてもe保険者より水準が1万円程度高くなっている。e保険者は「Hのみ」の利用率が圧倒的に高く、介護費用額の16%を占めている。在宅軽度率が24%と高いことから、新規の利用者が多いことが推測される。

次に、人数施設率が高いc保険者とd保険者を見ると、c保険者では「Dのみ」利用率が高く、介護費用額の15%を占める。地域ケアの利用率は17%と低く、複数機能のサービスパッケージの平均費用額が低くなっている。d保険者は、1人あたり在宅費用額が高いが地域ケアの利用率や費用割合はc保険者とあまり変わらない。しかし、平均費用額を比較すると地域ケアだけでなく単機能のパッケージにおいても圧倒的に高くなっており、三角形の頂点は施設と同水準まで高くなっている。在宅軽度率が4.5%と低く重度者の割合が高いことが背景にあると思われる。

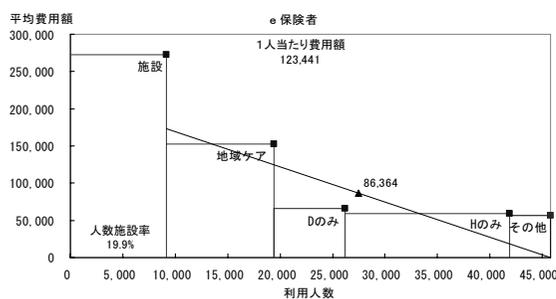
以上より、次の2点が明らかとなる。一つは、1人当たり在宅費用額が低い保険者では「Dのみ」「Hのみ」といった単機能パッケージの利用割合が高いうえに、複数機能のパッケージにおいても1人当たりの費用額が低くなっている。その背景には、e保険者のように当該保険者における軽度層の割合が高いこと、c保険者のように高い人数施設率が在宅にとどまる重度層の割合を下げていることなどの理由が考えられる。二つめは、人数施設率が高いところでも1人当たり在宅費用額が高い保険者で表れ、地域ケアだけでなく、単機能のパッケージにおいても平均費用額が高くなるという点である。とくに高齢化率が高く家族介護基盤に比較して、重中度の利用者を施設を含む地域ケア・在宅ケアで支える状況が見出されている。

A 類型 施設小・在宅大 人口：721,620人，高齢化率：21.2%，高齢者数：152,749人，出現率：12.2%，保険料：3,600円，人数軽度率：18.1%



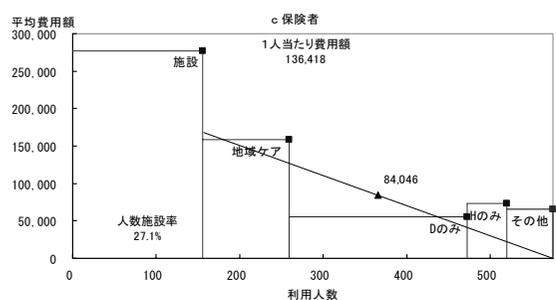
	人数 (人)	利用率	1人あたり費用額 (円)	介護費用額 (千円)	費用構成比
施設	4,022	21.5%	267,906	1,077,517	42.1%
在宅計	14,652	78.5%	101,335	1,484,761	57.9%
地域ケア	4,520	24.2%	165,275	747,042	29.2%
居住	915	4.9%	235,406	215,396	8.4%
小規模	27	0.1%	162,541	4,389	0.2%
H+D+S	456	2.4%	215,523	98,278	3.8%
D+S	1,003	5.4%	162,999	163,488	6.4%
H+D	2,119	11.3%	125,291	265,491	10.4%
その他在宅	10,132	54.3%	72,811	737,719	28.8%
Dのみ	4,215	22.6%	76,548	322,649	12.6%
Hのみ	4,097	21.9%	73,362	300,563	11.7%
その他	1,820	9.7%	62,916	114,507	4.5%
全体	18,674	100.0%	137,211	2,562,278	100.0%

E 類型 施設小・在宅小 人口：1,528,588人，高齢化率：20.3%，高齢者数：309,760人，出現率：11.8%，保険料：4,694円，人数軽度率：24.6%



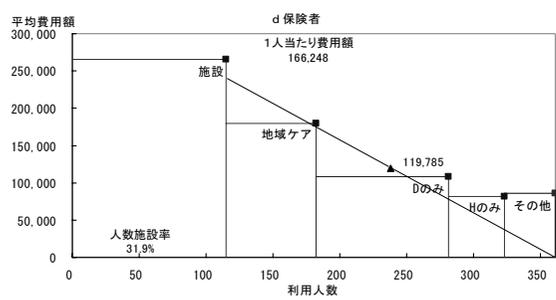
	人数 (人)	利用率	1人あたり費用額 (円)	介護費用額 (千円)	費用構成比
施設	9,132	19.9%	272,229	2,485,997	44.0%
在宅計	36,647	80.1%	86,364	3,164,998	56.0%
地域ケア	10,260	22.4%	152,874	1,568,487	27.8%
居住	2,649	5.8%	211,840	561,163	9.9%
小規模	6	0.0%	206,168	1,237	0.0%
H+D+S	777	1.7%	209,044	162,427	2.9%
D+S	1,150	2.5%	156,963	180,508	3.2%
H+D	5,678	12.4%	116,793	663,151	11.7%
その他在宅	26,387	57.6%	60,504	1,596,511	28.3%
Dのみ	6,796	14.8%	66,145	449,522	8.0%
Hのみ	15,686	34.3%	59,024	925,845	16.4%
その他	3,905	8.5%	56,631	221,144	3.9%
全体	45,779	100.0%	123,441	5,650,995	100.0%

C 類型 施設大・在宅小 人口：15,600人，高齢化率：26.0%，高齢者数：4,060人，出現率：14.2%，保険料：4,090円，人数軽度率：15.9%



	人数 (人)	利用率	1人あたり費用額 (円)	介護費用額 (千円)	費用構成比
施設	156	27.1%	277,086	43,225	55.1%
在宅計	419	72.9%	84,046	35,215	44.9%
地域ケア	103	17.9%	158,248	16,300	20.8%
居住	21	3.7%	237,485	4,987	6.4%
小規模	0	0.0%	0	0	0.0%
H+D+S	8	1.4%	200,278	1,602	2.0%
D+S	36	6.3%	136,860	4,927	6.3%
H+D	38	6.6%	125,873	4,783	6.1%
その他在宅	316	55.0%	59,860	18,916	24.1%
Dのみ	213	37.0%	55,229	11,764	15.0%
Hのみ	48	8.3%	73,533	3,530	4.5%
その他	55	9.6%	65,859	3,622	4.6%
全体	575	100.0%	136,418	78,441	100.0%

D 類型 施設大・在宅大 人口：9,313人，高齢化率：38.5%，高齢者数：3,590人，出現率：10.1%，保険料：3,100円，人数軽度率：4.5%



	人数 (人)	利用率	1人あたり費用額 (円)	介護費用額 (千円)	費用構成比
施設	115	31.9%	265,638	30,548	50.9%
在宅計	246	68.1%	119,785	29,467	49.1%
地域ケア	67	18.6%	179,925	12,055	20.1%
居住	3	0.8%	225,260	676	1.1%
小規模	0	0.0%	0	0	0.0%
H+D+S	6	1.7%	230,293	1,382	2.3%
D+S	42	11.6%	185,889	7,807	13.0%
H+D	16	4.4%	136,883	2,190	3.6%
その他在宅	179	49.6%	97,274	17,412	29.0%
Dのみ	99	27.4%	108,107	10,703	17.8%
Hのみ	42	11.6%	81,984	3,443	5.7%
その他	38	10.5%	85,952	3,266	5.4%
全体	361	100.0%	166,248	60,015	100.0%

図8 サービスパッケージによる介護費用構造比較

#### 4. 状態像別の介護費用形成の特徴 認知症高齢者の状態像変化の分析

ここまではサービス利用形態を属性として、費用の構造をみてきたが、ここからは、利用者の状態像から費用構造を分析する。それは、「認知症」や「寝たきり」という状態像はサービス利用に大きな影響を与えているからである。「地域密着型サービス」という新しいサービスを重点化する政策方針は、認知症という状態像による利用特性を踏まえたものである。

以下の分析では、「虚弱」「動ける認知症」「寝たきり」「寝たきり認知症」の4つの状態像分類<sup>(2)</sup>から、認知症高齢者の利用構造、とくに「動ける認知症」の利用特性に注目した分析を進める。分析では、認定データの入手が可能であった4保険者の2005年7月(19,405人分)と2003年10月(16,667人分)のデータを用いる。

##### 1) 認知症高齢者の特徴

はじめに2005年7月のデータから認知症高齢者の状況を見ると、介護保険利用者のうち、認知症高齢者は人数の55%、介護費用額の78%を占め、認知症高齢者の特性を把握することで介護保険費用の8割近くを扱うことになる。「寝たきり認知症」の平均要介護度は4.10であり、人数施設率54%、費用施設率69%となっていることが費用を大きくさせている。一方、「動ける認知症」の平均要介護度は1.99で、8割は在宅サービス利用者となる。「動ける認知症」の1人当たり在宅費用額は、平均要介護度3.03の「寝たきり」と比較すると、ほぼ同水準となっている。また、2003年と比較すると、「動ける認知症」高齢者の人数が増加し、1人当たり費用額は若干増加している。

表5 認知症高齢者の人数と費用

2005	全 体		介護費用額		1人当たり費用額		人 数 施設率	費 用 施設率	平均要介護度	
	人数	構成比	金額(千円)	構成比	金額(千円)	在宅(円)			全 体	在 宅
虚 弱	7,232	37.3%	444,060	14.9%	61,402	55,218	2.6%	12.4%	0.95	0.94
動ける認知症	5,621	29.0%	871,688	29.2%	155,077	123,053	16.7%	33.9%	1.99	1.86
寝たきり	1,348	6.9%	239,292	8.0%	177,516	127,472	24.3%	45.6%	3.03	3.02
寝たきり認知症	5,204	26.8%	1,434,042	48.0%	275,565	183,677	54.0%	69.3%	4.10	3.97
全 体	19,405	100.0%	2,989,083	100.0%	154,037	101,378	22.0%	48.6%	2.24	1.84

2003	全 体		介護費用額		1人当たり費用額		人 数 施設率	費 用 施設率	平均要介護度	
	人数	構成比	金額(千円)	構成比	金額(千円)	在宅(円)			全 体	在 宅
虚 弱	6,289	37.7%	401,883	15.6%	639,03	57,691	2.8%	12.3%	0.98	0.97
動ける認知症	4,492	27.0%	688,958	26.8%	153,375	119,303	17.7%	36.0%	2.07	1.95
寝たきり	1,420	8.5%	247,516	9.6%	174,307	122,646	25.1%	47.3%	3.04	3.07
寝たきり認知症	4,466	26.8%	1,233,434	48.0%	276,183	177,545	56.3%	71.9%	4.19	4.09
全 体	16,667	100.0%	2,571,792	100.0%	154,304	99,072	23.1%	50.6%	2.31	1.90

表6 2005年10月 状態像別サービスパッケージ利用割合

	虚 弱		動ける認知症		寝たきり		寝たきり認知症		全 体	
	人 数	構成比	人 数	構成比	人 数	構成比	人 数	構成比	人 数	構成比
施 設	587	3.0%	2,368	17.9%	918	20.5%	6,997	54.2%	10,870	21.6%
地域ケア	3,454	17.4%	4,452	33.6%	1,112	24.9%	2,617	20.3%	11,635	23.1%
居住	241	1.2%	1,051	7.9%	62	1.4%	266	2.1%	1,620	3.2%
H+D+S	119	0.6%	327	2.5%	194	4.3%	629	4.9%	1,269	2.5%
D+S	360	1.8%	1,416	10.7%	175	3.9%	668	5.2%	2,619	5.2%
H+D	2,734	13.8%	1,658	12.5%	681	15.2%	1,054	8.2%	6,127	12.1%
Dのみ	6,241	31.5%	4,277	32.3%	636	14.2%	972	7.5%	12,126	24.0%
Hのみ	7,321	37.0%	1,504	11.4%	1,204	26.9%	1,359	10.5%	11,388	22.6%
その他	2,209	11.1%	636	4.8%	599	13.4%	971	7.5%	4,415	8.8%
全 体	19,812	100.0%	13,237	100.0%	4,469	100.0%	12,916	100.0%	50,434	100.0%

在宅サービス利用の構造をサービスパッケージから分析すると、「動ける認知症」高齢者は通所系の利用割合が高く、訪問系の利用割合が低いという特徴をもち、特に地域ケアの利用割合が他に比べて高く3割以上に上る。地域ケアの中でも「居住」と「D+S」の利用割合が他に比べて高くなっている。

2) 2時点間比較による利用構造の変化

サービスパッケージの変化

以下では、2003年10月と2005年7月の2時点間の継続利用者11,730人のうち、2003年10月に「動ける認知症」であった3,329人について2年後の利用構造の変化をみる。図9のように人数が固定された介護費用構造は施設と地域ケアで横（人数）と縦（費用）が増加し、面積（総費用）を大きくしていることがわかる。全体の費用額では140,581千円増加し、1人当たり費用

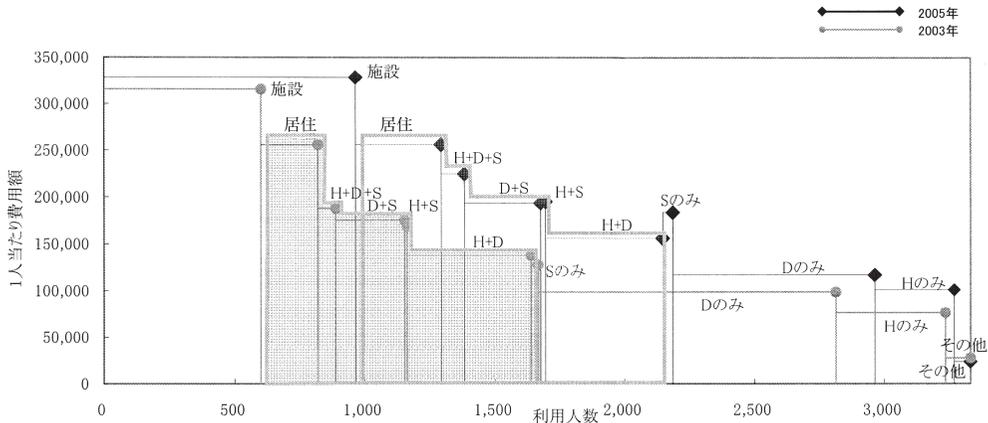


図9 2年間のサービスパッケージ変化

額は 50,406 円の増加となっている。介護費用額の上昇要因をみると、増加費用額の 48,810 千円のうち、増加施設費用は 86.5% (42,231 千円) を占めており、施設に入ることによる費用へのインパクトが大きい。

悪化に伴う施設入所割合の増加

3,329 人のうち、2005 年に「動ける認知症」を維持した群 (2,356 人) と「動ける認知症」から「寝たきり認知症」に移行した群 (759 人) で 2 時点間のサービスパッケージを比較すると、「寝たきり認知症」に移行した群では施設利用割合が 26.2% から 49.9% に増加し、在宅サービスパッケージ利用割合が下がる。1 人当たり費用額は、181,716 円になっている。この利用の構造は 2005 年「寝たきり認知症」の利用構造と近い値となる。一方、「動ける認知症」を維持した群では、施設利用割合は 16.3% から 23.7% と 7% の増加にとどまり、その分「居住」「H+D+S」「D+S」といった地域ケアの利用割合が増加している。1 人当たり費用額は 154,820 円になっており、悪化群とは 3 万円の差が生じている。

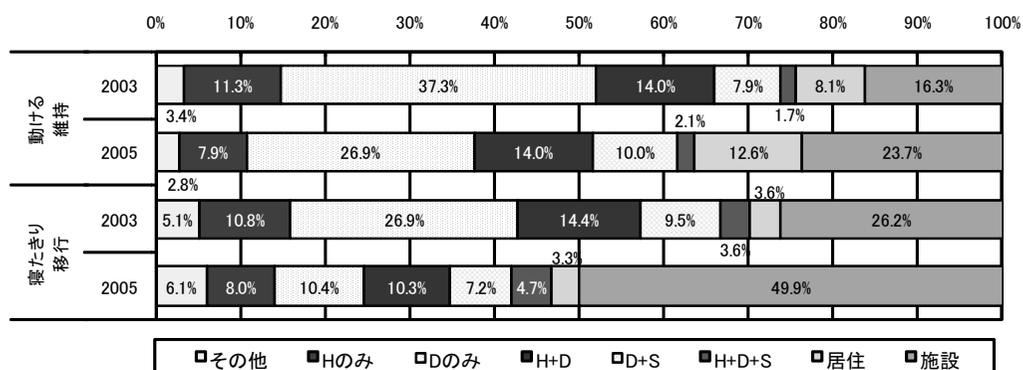


図 10 状態悪化によるサービス利用割合の変化

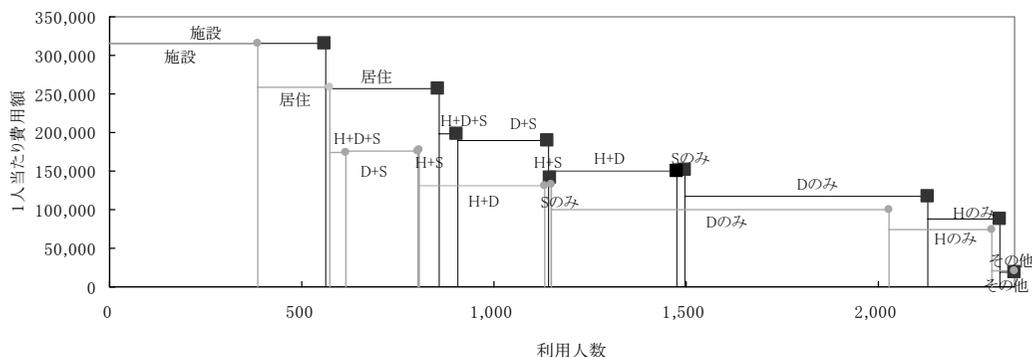


図 11 動ける認知症維持群のサービスパッケージ変化

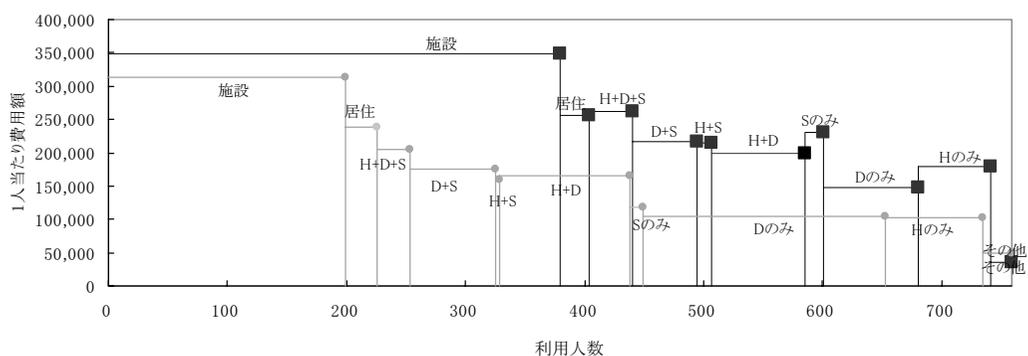


図 12 寝たきり認知症移行群のサービスパッケージ変化

## 5. まとめ - 実績分析から評価へ

最初に事業実績の評価として設定した3つの視点に関連して、これまでの分析結果を再整理しておこう。まず1つめの「在宅重視（充実）」がどこまで進んでいるのかについては、1人当たりの在宅費用額の増加傾向を示すとともに、施設・在宅利用者の費用配分の改善が生じていることが指摘できる。これまで保険者における1人当たり費用額を左右するのは、人数施設率が決定的な意味をもっていたのに対して、1人当たりの在宅費用額の影響力が大きくなっている。その背景には、施設の抑制や整備のタイムラグに加え、介護保険制度の普及により在宅費用の水準の高まりが確認できる。

2つめは在宅利用者への費用配分における地域・利用者間の格差は改善に向かっているのか、についてである。人数施設率が同水準であっても、高い在宅費用の水準を示している保険者とそうでない保険者が生じている。在宅重視の内容を計測するために用いた「サービスパッケージ」の分析では、特に「地域ケア」について、保険者間における充実度の差が生じていることが明らかとなった。「地域ケア」の充実が在宅費用の増加に影響を及ぼしており、今後は地域密着型サービスの普及が予測されることから、この傾向が強まることが指摘できる。

3つめは状態像の維持・悪化の動向は、実績上どのようにあらわれるかについてである。三角形モデルと示されるような利用者間の利用水準の開きは、これまで利用者のニーズの差の反映であると同時に、要介護度別の支給限度額の設定が背景にあると判断されてきた。しかし、介護費用額の4分の3を占める認知症高齢者の分析を例に挙げると、利用水準の増加は要介護度（支給限度額）の高低だけでは説明できず、「地域ケア」の充実（サービスのパッケージ化）によって在宅介護費用が増大傾向にあることが確認できる。さらには、「動ける認知症」から「寝たきり認知症」に移行している層で施設入所の比率が高まることで、介護費用額が高まっている。これらのことから、「地域ケア」の高い利用水準で動ける状態に維持することが可能であると判断されれば、「地域ケア」の推進により在宅費用は増加するものの、施設入所が抑制されることで介

護費用を総額的に減らすことができる可能性が見出せる。保険者が地域密着型サービスの指定権者になったことを契機に、介護費用の適正な配分といった観点も含めて、「地域ケア」の推進を介護保険事業計画において取り組まれることを期待したい。

注

- (1) 「サービスパッケージ」は、在宅サービスを機能により分類し、その組み合わせを類型化したものである。訪問型サービス（訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ、訪問入浴は除く）を【H】、通所型サービス（通所介護・通所リハビリ）を【D】、短期滞在型サービス（短期入所生活介護・短期入所生活リハビリ）を【S】とし、それらの組み合わせから Hのみ、Dのみ、H+D、D+S、H+D+S、その他（福祉用具・居宅療養など）、居住系（グループホーム・特定施設）と施設（特養・老健・療養）の8類型を設定している。
- (2) 障害高齢者日常生活自立度 B 以上を「寝たきり」、認知症高齢者日常生活自立度 以上を「認知症」とし、その組み合わせから4つの類型を設定している。