

東京大学公共政策大学院
リサーチペーパー 2010 年度

「要介護認定方法の変更が認定率へ与える影響について」

経済政策コース 2 年

51-098102 宮崎 妙子

(Email : zz098102@mail.ecc.u-tokyo.ac.jp)

目次

概要.....	1
I. 要介護認定の概要	2
1. 要介護認定までの流れ.....	2
1.1. 認定調査	3
1.2. 一次判定	3
1.3. 二次判定	3
2. 要介護認定後の対応	4
2.1. 判定への不服.....	4
2.2. 有効期間	5
3. 要介護認定方法に関わる変更.....	5
3.1. 2000 年度施行時	5
3.2. 2003 年度変更	6
3.3. 2006 年度変更	7
3.4. 2009 年度変更	9
II. 要介護認定に関わる各種データ	10
1. 認定率：第 1 号被保険者に占める要介護・要支援認定者の割合	10
2. 需要サイド.....	13
2.1. 65 歳以上人口の割合.....	13
2.2. 65 歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯の割合	15
3. 供給サイド.....	17
3.1. 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの居宅サービス事業所数	17
3.2. 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの介護施設定員数	18
3.3. 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの訪問介護事業所数.....	19
III. 要介護認定方法変更が認定率へ与える影響の分析	21
1. 使用するデータ	21
2. モデルによる分析.....	21
2.1. 認定方法変更ダミーなしのモデル	21
2.2. 認定方法変更ダミーありのモデル	23
3. 分析結果	24
IV. 結論と今後の課題	25
V. 参考文献・資料.....	26

概要

本レポートは、2000年4月に施行された介護保険制度の要介護認定を主軸に据え、都道府県単位で算出した要介護認定に関わる様々な指標を使用し、要介護認定方法の変更が認定率に与える影響について分析することを目的としている。前半部分では、制度施行時の2000年度、変更時の2003年度、2006年度のデータを使用し、都道府県における分散や範囲の変化をみる。後半部分では、制度施行時の2000年度から2008年度までのパネルデータを用い、分析を行う。

第Ⅰ章では要介護認定について、要介護認定までの流れ、認定後の対応について述べる。また、要介護認定方法は2000年4月の施行以来、約3年ごとに変更されており、その変更点についても詳細を述べる。第Ⅱ章では要介護認定に関わると予想される様々な指標の整理を行う。具体的には、本ペーパーで軸となる第1号被保険者に占める要支援・要介護認定者数割合（認定率）を算出し、時系列でグラフ等を用いた表示をする。また、認定率に影響を与えると考えられる指標について、需要サイドと供給サイドに分け、それぞれについてデータを提示する。第Ⅲ章では要介護認定方法の変更が認定率に与えた影響について、第Ⅱ章で提示した指標を用いて分析をする。特に、認定方法変更をダミー変数として考えることで、認定方法変更が認定率に与えた影響を推計する。

その結果、要介護認定方法変更が認定率へ与える影響は、相対的に大きいとことが示された。特に、2003年度変更は認定率の全国的な上昇へ貢献し、2006年度変更は認定率の分散・範囲の縮小に貢献したことが読み取れた。第Ⅳ章では今回のレポートでは網羅し切れなかった箇所を提示し、今後の課題としたい。

最後に、本ペーパーは東京大学公共政策大学院におけるリサーチペーパーとして作成したものである。半年間、丁寧な助言や批判を頂いた小野太一教授には深く謝意を表したい。なお、残された誤りはすべて筆者の責任である。

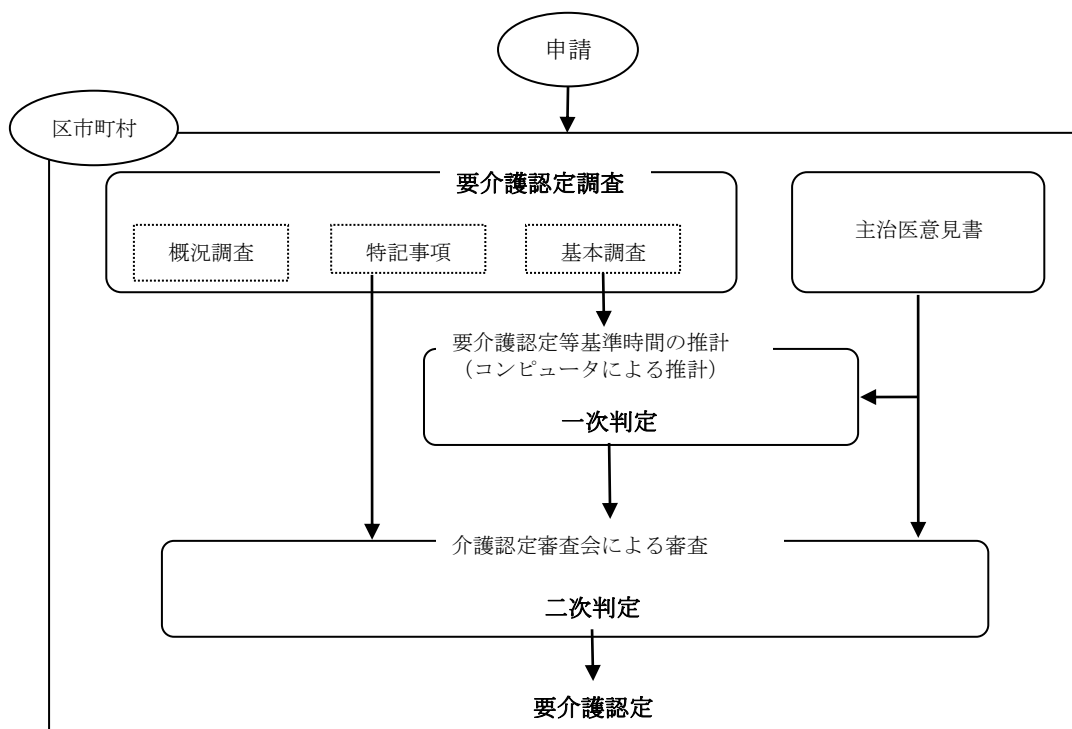
I. 要介護認定の概要

1. 要介護認定までの流れ

介護保険を受けるにあたっては保険料を納めるだけでなく、要介護認定¹を受けなければならない。要介護認定を受けて始めて介護保険が利用可能となり、更に判定結果によって利用できるサービスも異なるため、介護保険の利用を望む者には要介護認定調査は非常に重要な位置を占める。

この要介護認定調査の大まかな流れは、施行当時から変化していない。その一方、調査項目等は様々な意見を取り入れ、少しずつ変更している。認定判断は大きく分けて、認定調査、一次判定、二次判定の3段階に分けられている。

図 1: 要介護認定方法【現行】



出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2006）から作成。

¹ 厚生労働省が定義している「要介護認定」には要介護への認定と要支援への認定とが含まれており、本レポートでも同様の意味で使用する。

1.1. 認定調査

介護保険制度を利用するにあたっては、まず認定調査を受ける。認定調査を受けるためには、市町村の窓口には保険証²とともに要介護認定の申請を行う必要がある³。申請を受けた市町村は、調査員を派遣して認定の調査をする。この調査員は市町村の職員が基本とされているが、居宅介護支援事業所に委託することも可能であり、その場合は委託を受けた事業所の介護支援専門員が行う。認定調査は全国共通の調査票で行われ、その内容は概況調査、基本調査、特記事項の3つから成り立っている。

1.2. 一次判定

一次判定では、基本調査の結果をコンピュータ処理しての判定が行われる。具体的には、認定調査における心身の障害に関する調査結果を使用し、中間評価項目の得点を計算する。これら中間評価項目を用いて樹形図により要介護認定等基準時間を推計し、これに「特別な医療」ごとに定められた時間を加算することで、合計を算出し、介護の必要度を分類する。

1.3. 二次判定

コンピュータの一次判定による要介護度を基に、市町村等に設置されている要介護認定審査会⁴で二次判定が行われる。介護認定審査会では、主治医意見書⁵、認定調査の特記事項に記載されている内容を参考にしつつ、一次判定の結果を検証する形で最終的な要介護度の決定を行う。二次判定の結果が一次判定の結果から変更される場合、2002年度までは特記事項、主治医意見書、状態像の例等により変更を行うこととされていた。2003年度以降は特記事項、主治医意見書で変更を考慮し、①要介護認定等基準時間の行為の区分ごとの時間、②日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布、③要介護度変更の指標、④状態像の例、の4つの指標で検証することとなった。また、認定審査会は審査判定の結果を市町村に通知する際に、必要があると認められる場合は「療養に関する事項」や「被保険者が留意すべき事項」について、市町村に意見を述べることができる。市町村はこの判定結果に基づき、要介護認定の結果を保険証とともに申請者に通知する。

² 65歳以上の第1号被保険者には市町村から各自に保険証が交付されるが、第2号被保険者の場合は認定を受け、介護保険の給付が認められた時点で保険証が給付される。

³ 本人が寝たきりや認知症の場合には、家族が代わって申請を行うことができ、また指定居宅介護支援事業者や介護保険施設が代わって申請を行うこともできる。

⁴ 認定審査会は各市町村で設置することが基本だが、市町村が共同で行っていたり、都道府県に委託したりすることも可能である。ただし、その場合も認定調査は市町村で行われる。

⁵ 主治医がいない場合は市町村の指定する医師の診断を受け、その医師に意見書を書いてもらう。

2. 要介護認定後の対応

下の表 1 は、利用できるサービス水準の目安を要介護度別にまとめたものである。非該当（自立）の被保険者に対しては地域支援事業の介護予防事業を、要支援 1～2 の被保険者に対しては予防給付を、要介護 1～5 の被保険者に対しては介護給付を提供することとなっている。そのため、要支援の認定と要介護の認定との間には利用できるサービスに大きな差が生じる。

表 1: 要介護度別の身体の状態例と利用できるサービスの水準(目安)

状態区分	身体の状態例（目安）	利用できるサービスの水準（目安）
要支援 1	日常生活の一部に介護が必要だが、介護サービスを適応に利用すれば心身の機能の維持・改善が見込める。	目標を設定してそれを達成するための「介護予防サービス」が利用できる。
要支援 2		
要介護 1	立ち上がりや歩行が不安定。排泄や入浴などに部分的介助が必要。	訪問介護・訪問看護・通所リハビリテーションなど
要介護 2	立ち上がりや歩行などが自力では困難。排泄・入浴などに一部または全介助が必要。	週 3 回の訪問介護または通所リハビリテーションなど
要介護 3	立ち上がりや歩行などが自力ではできない。排泄・入浴・衣服の着脱など全面的な介助が必要。	訪問介護や夜間または早朝の巡回訪問介護・訪問看護・通所介護または通所リハビリテーションなど（1日2回程度のサービス）
要介護 4	日常生活能力の低下がみられ、排泄・入浴・衣服の着脱など全般に全面的な介助が必要。	訪問介護や夜間または早朝の巡回訪問介護・訪問看護・通所介護または通所リハビリテーションなど（1日2～3回程度のサービス）
要介護 5	日常生活全般について全面的な介助が必要。意志の伝達も困難。	訪問介護や夜間または早朝の巡回訪問介護・訪問看護・通所介護または通所リハビリテーションなど（1日3～4回程度のサービス）

出典：千葉県富里市ホームページから引用。

このように、要介護認定の判定レベルは、介護保険を通して受けられるサービスや給付額を決定する重要な認定である。そのため、要介護認定に対して不服がある場合には不服申し立てを行うことができる。また、認定の有効期間も設けられており、サービスを受け続けるためには更新が必要となる。

2.1. 判定への不服

介護保険への不服へ対応するために、介護保険法では専門の第三者機関である介護保険審査会が都道府県に設置されている。市町村等が行った要介護認定に対する不服申し立て等も、この審査会に対して行うことができる。具体的には、要介護認定の通知を受け取った翌日から 60 日以内に各都道府県を經由して、審査請求書を介護保険審査会に提出する。この場合の審査請求は、要介護認定の取り消しを意味するため、直接的な要介護度の変更を求めることはできない。

2.2. 有効期間

要介護認定には有効期間が設けられており、有効期間ごとの認定の更新が必要となる。新規認定の場合は、認定の前提となる要介護状況の継続見込み期間が6ヶ月であることから、原則として6ヶ月に設定されている。ただし、心身の状況が変化する可能性を考慮に入れ、介護認定審査会の意見に基づいて、有効期間を3ヶ月から5ヶ月の範囲で変更することができる。また、更新認定の場合は2004年度からは原則12ヶ月に設定されている。この場合も介護認定審査会の意見に基づいて、有効期間を3ヶ月から11ヶ月の範囲で短縮することができる。一方、状態が当分変化しないと見込まれる場合には、要介護認定の有効期間を上限24ヶ月まで延長できるが、要支援認定の更新は上限12ヶ月とされている。

3. 要介護認定方法に関わる変更

要介護認定の方法は、介護報酬の改定に合わせて3年に一度、変更が行われてきている。以下では、その変更点について詳しい検討を行う。

3.1. 2000年度施行時

介護保険制度が施行された2000年4月は調査項目が85項目であり、その内訳は「心身の状況に関する73項目」と、「特別な医療に関する12項目」であった。以下の表2、表3はそれぞれの項目をまとめたものである。

表 2: 心身の状況に関する調査項目(73項目)

第1群 (麻痺拘縮)	第2群 (移動等)	第3群 (複雑な動作等)	第4群 (特別な介護等)
<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 その他 ・拘縮 肩関節 肘関節 股関節 膝関節 足関節 その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・寝返り ・起き上がり ・両足がついた状態での座位保持 ・両足がつかない状態での座位保持 ・両足での立位保持 ・歩行 ・移乗 	<ul style="list-style-type: none"> ・立ち上がり ・片足での立位保持 ・一般家庭用浴槽の出入り ・洗身 	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡等 褥瘡 皮膚疾患 ・片手の胸元持ち上げ ・嚥下 ・尿意、便意の意識 尿意 便意 ・排尿後の後始末 ・排便後の後始末 ・食事摂取

表 2(続き):心身の状況に関する調査項目(73項目)

第5群 (身の回りの世話等)	第6群 (コミュニケーション等)	第7群 (問題行動)
<ul style="list-style-type: none"> ・清潔 <ul style="list-style-type: none"> 口腔清潔 洗顔 整髪 つめ切り ・衣服着脱 <ul style="list-style-type: none"> ボタンのかけ外し 上衣の着脱 ズボン等の着脱 靴下の着脱 ・居室の掃除 ・薬の内服 ・金銭の管理 ・ひどい物忘れ 	<ul style="list-style-type: none"> ・周囲への無関心 ・視力 ・聴力 ・意思の伝達 ・介護側の指示への反応 ・理解 <ul style="list-style-type: none"> 日課を理解 生年月日をいう 短期記憶 自分の名前をいう 今の季節を理解 場所の理解 	<ul style="list-style-type: none"> ・行動 <ul style="list-style-type: none"> 被害的 作話 幻視・幻聴 感情が不安定 昼夜逆転 暴言・暴行 同じ話をする 大声をだす 介護に抵抗 常時の徘徊 落ち着きなし 外出して戻れない 一人で出たがる

出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2000）から引用。

表 3:「特別な医療」に関する調査項目(12項目)

処置内容	特別な対応	失禁への対応
点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法	レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養	モニター測定 褥瘡の処置

出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2000）から作成。

3.2. 2003年度変更

2003年4月の変更では、認定調査員が最初に実施する基本調査の項目が変更され、調査項目は79項目となった。変更された項目数は多いが、表4で示しているように、異なるカテゴリーに分類された項目や一つにまとめられた項目もあった。

表 4:変更になった要介護認定基本調査項目

削除された14項目	追加された8項目
<ul style="list-style-type: none"> ・両足がついた状態での座位保持 ・両足がつかない状態での座位保持 ・一般家庭用浴槽の出入り ・片手の胸元持ち上げ ・尿意、便意の意識 ・尿意 ・便意 ・排尿後の後始末 	<ul style="list-style-type: none"> ・排便後の後始末 ・衣服着脱 <ul style="list-style-type: none"> ボタンのかけ外し 靴下の着脱 ・居室の掃除 ・ひどい物忘れ ・周囲への無関心 ・行動 <ul style="list-style-type: none"> 性的迷惑行為

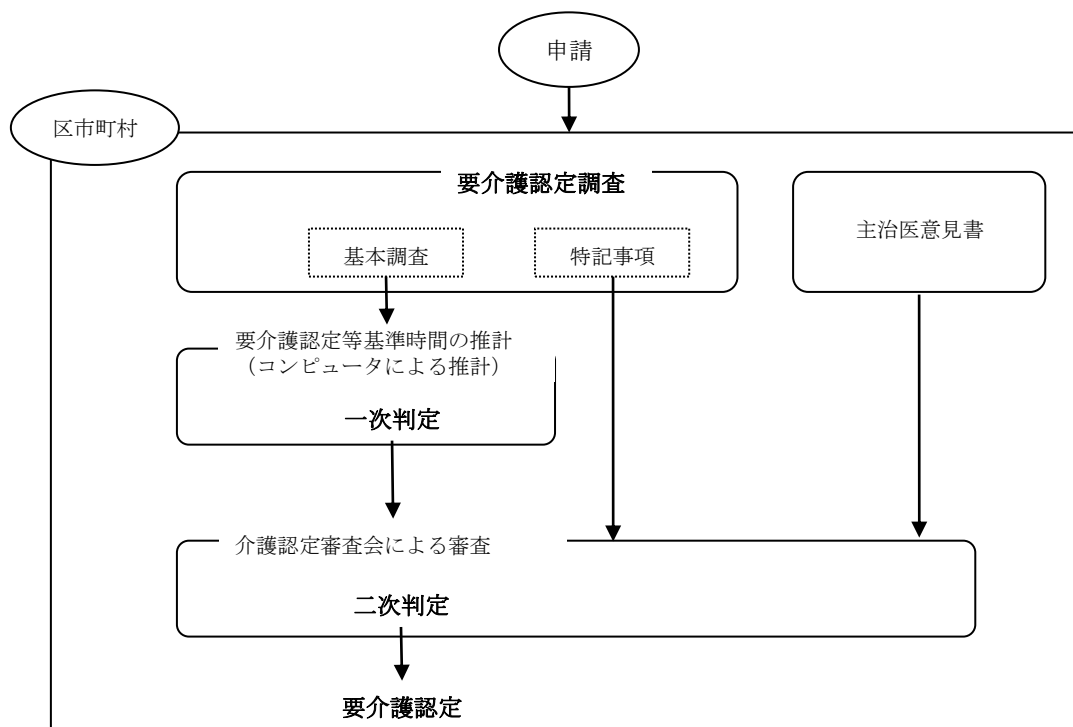
出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2000、2003）から作成。

3.3. 2006 年度変更

介護保険制度施行 5 年後の見直しを踏まえ、2006 年 4 月には制度導入以降、最も大きな変更が行われた。まず、要介護認定の方法が現行の方法へと変更され、要介護認定基本調査に「生活機能の調査項目」が追加された。また、要支援の認定が要支援 1 と 2 に分けられ、更に経過措置として「経過的要介護」の区分が設定された。

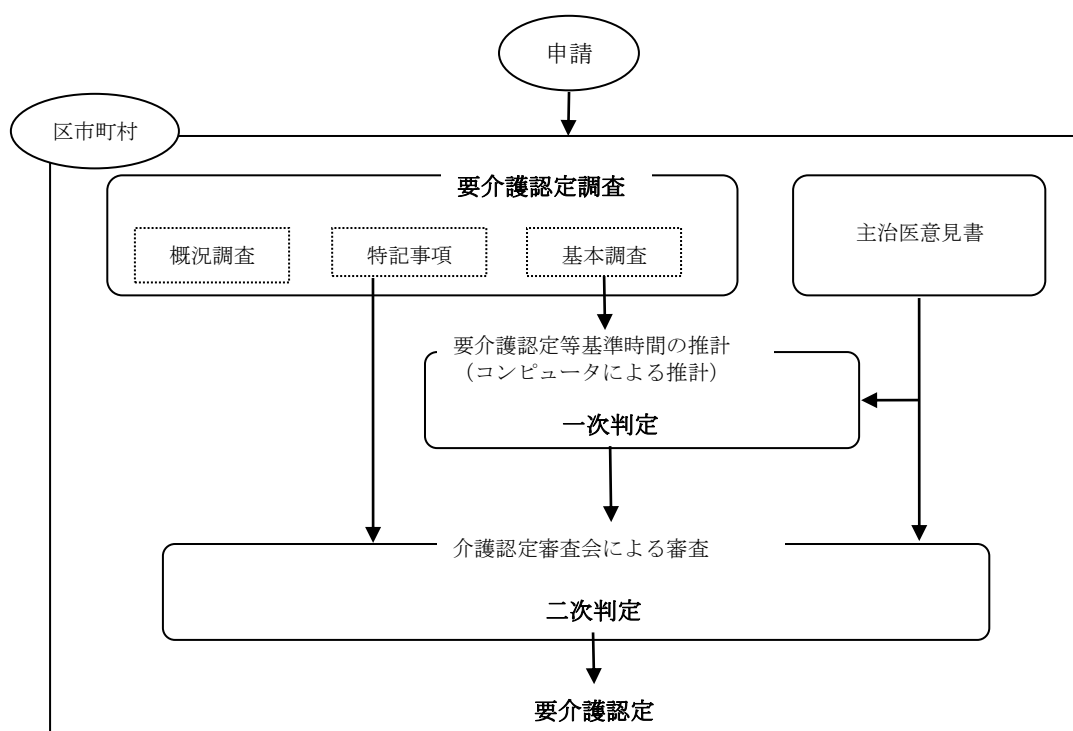
一つ目の変更点である要介護認定の方法は、以下の図 2 と図 1（再掲）で示す通りである。従来の認定方法における一次判定は、基本調査の結果をコンピュータ処理し、要介護認定等基準時間を推計しており、概況調査や主治医意見書は考慮されなかった。しかし、高齢者や調査員からの意見もあり、基本調査の結果及び主治医意見書に基づいたコンピュータ処理へと変更された。

図 2: 要介護認定方法【従来】



出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2000）から作成。

図 1(再掲):要介護認定方法【現行】



出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2006）から作成。

二点目の変更点は、基本調査項目が 79 項目から 82 項目へと増加したことである。特に、高齢者の生活をより具体的に把握するため、新しい基準として「生活機能の調査項目」が追加された。

表 5:変更になった要介護認定基本調査項目

追加された 3 項目
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中の生活 ・ 外出頻度 ・ 家族住居環境、社会参加等の状況変化

出典：『要介護認定調査ハンドブック』（2003、2006）から作成。

三点目の変更点については、要介護判定の区分に変更があったことである。要支援・要介護 1～5 の 6 分類であった要介護認定が、2006 年度以降は要支援 1～2・要介護 1～5 と分類されるようになった。特に、従来の認定方法の下で要介護 1 と認定されていた被保険者は、要支援 2 または要介護 1 へと区分されるようになり、要支援者に対しては「予防給付」が、要介護者に対しては「介護給付」が行われるようになった。また、過渡期には経過措置として「経過的要介護」という分類も作られた。図示すると、以下の図 3 のようになる。

図 3:要介護認定区分の変更

変更前		変更後
要支援	⇒	要支援 1
要介護 1	⇒	要支援 2 要介護 1
要介護 2	⇒	要介護 2
要介護 3	⇒	要介護 3
要介護 4	⇒	要介護 4
要介護 5	⇒	要介護 5

出典：厚生労働省ホームページより作成。

3.4. 2009 年度変更

2009 年 4 月では認定の基本調査項目が変更されただけでなく、判定方法の一部が変更された。具体的には、判断が難しい項目や結果にばらつきが出やすい項目、主治医意見書に書かれている項目が削除され、一方で申請者の心身状態や認知症の進行度合いを測る項目が追加された。

表 6:変更になった要介護認定基本調査項目

削除された 14 項目		追加された 6 項目
<ul style="list-style-type: none"> ・ 拘縮 肘関節 足関節 ・ 褥瘡等 褥瘡 皮膚疾患 ・ 飲水 ・ 電話の利用 ・ 介護側の指示への反応 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動 幻視・幻聴 暴言・暴行 火の不始末 不潔行為 異食行動 ・ 日中の生活 ・ 家族住居環境、社会参加等の状況変化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動 ひとり言やひとり笑い 自分勝手に行動する 話がまとまらない 集団への不適応 買い物 簡単な調理

出典：『新・要介護認定調査ハンドブック』（2009）から作成。

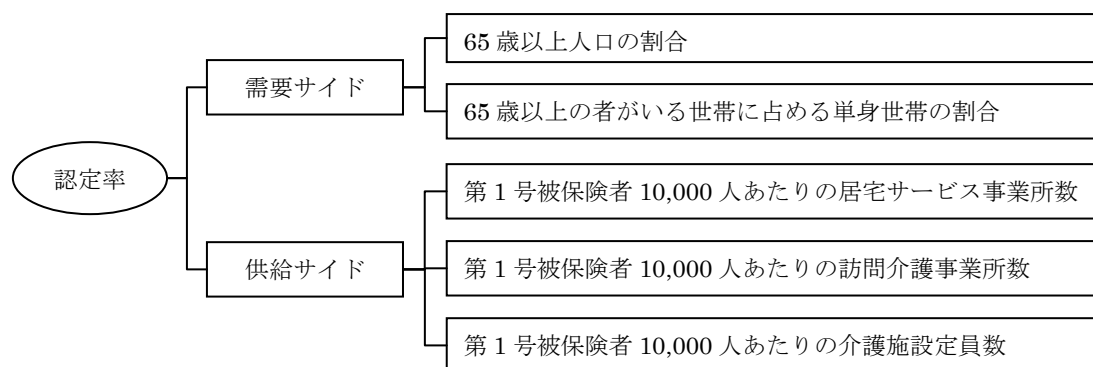
二つ目の変更点は、要支援 2 と要介護 1 の判定が一次判定の段階で行われるようになったことである。従来、要支援 2 も要介護 1 もコンピュータによる一次判定では要介護認定基準時間が同じであり、その振り分けは特記事項や主治医意見書を参考にして介護認定審査会で決定されていた。しかし、同じ条件でも自治体によってばらつきがあると指摘されており、この振り分けがコンピュータを介して行われるようになった。

Ⅱ. 要介護認定に関わる各種データ

厚生労働省の『介護保険事業状況報告（年報）』や『介護サービス施設・事業所調査』等を使用し、都道府県別に要介護認定に関わると考えられる各種実態を把握した。特に認定率以外については、制度施行時の2000年度、変更時の2003年度、2006年度のデータ⁶を利用することで、認定方法変更による都道府県間を中心とする変化に着目した。

具体的には、まず第1号被保険者に占める要介護及び要支援の認定割合を算出し、それを認定率と定義した。次に第Ⅲ章での分析に先立ち、要介護または要支援の認定を得ようとする需要サイド、要介護認定を受けた人々へサービス等を与える供給サイドとに分類し、それぞれについてのデータを集計、整理した。また、その集計の結果を分散図で表現し、上位と下位の都道府県をそれぞれ10ずつ掲載した。

図 4: 認定率に影響を与えると考えられる各種データ



1. 認定率:第1号被保険者に占める要介護・要支援認定者の割合

まず、『介護保険事業状況報告（年報）』⁷に掲載されている「第1号被保険者数」、「要介護（要支援）認定者数」を使用し、第1号被保険者に占める要介護・要支援認定者の割合を算出した。この割合を「認定率」と呼び、数式を用いて以下のように定義した。

$$(\text{第1号被保険者に占める要 介護・要支援認定者割合}) = \frac{(\text{要介護・要支援認定者数})}{(\text{第1号被保険者数})}$$

この認定率については、第Ⅲ章で分析を行う際の被説明変数になるため、制度施行の2000年度から現在手に入る最新のデータである2008年度までのものを算出し、表7に掲載した。この表から、制度施行の2000年度から2002年度までは徐々に認定率が上昇し、

⁶ データは、該当年度末時点のデータや該当年度合計のデータなどが存在しているため、各種データごとに集計方法を述べる。

⁷ これらデータはともに該当年度末時点の人数である。

2003年度には大幅に認定率が上昇していることが読み取れる。一方、2006年度以降は全国平均を始めとし、全体的に横ばいとなっている。

表 7: 全都道府県の認定率一覧

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
北海道	11.48	12.87	14.23	15.31	15.96	16.45	16.33	16.49	16.68
青森	13.17	14.91	16.17	17.11	17.72	18.13	17.99	17.92	18.01
岩手	11.25	12.41	13.50	14.58	15.25	15.85	15.78	16.12	16.40
宮城	9.62	11.10	12.49	13.93	14.81	15.38	15.34	15.44	15.58
秋田	11.71	13.30	14.72	15.56	16.43	17.43	17.41	17.70	17.99
山形	10.90	12.11	13.21	14.33	14.84	15.44	15.51	15.88	16.23
福島	9.83	11.10	12.40	13.64	14.39	15.11	15.22	15.88	15.95
茨城	8.27	9.23	10.25	11.30	11.98	12.74	12.82	13.02	13.11
栃木	9.25	10.44	11.81	13.05	13.73	14.03	13.97	14.05	14.17
群馬	10.00	11.34	12.58	13.84	14.51	15.17	14.98	15.15	15.29
埼玉	8.40	9.54	10.68	11.76	12.33	12.70	12.51	12.49	12.52
千葉	8.41	9.63	10.86	12.06	12.66	13.04	12.95	13.00	12.98
東京	10.50	11.90	13.50	14.85	15.49	15.81	15.54	15.50	15.47
神奈川	9.80	11.20	12.56	13.79	14.22	14.45	14.21	14.21	14.17
新潟	10.71	12.00	13.17	14.22	14.93	15.64	15.83	16.23	16.71
富山	10.91	12.41	13.85	15.09	15.88	16.32	16.17	16.45	16.50
石川	12.02	13.33	14.64	15.88	16.45	16.81	16.66	16.79	16.88
福井	11.01	12.11	13.03	14.07	14.67	15.12	15.02	15.06	15.36
山梨	9.45	10.55	11.92	13.15	13.89	14.29	14.05	14.18	14.32
長野	10.76	11.86	13.10	14.49	15.22	15.93	15.89	15.82	15.86
岐阜	9.66	10.97	12.32	13.59	14.16	14.52	14.33	14.34	14.42
静岡	9.31	10.32	11.54	12.66	13.30	13.79	13.66	13.81	13.88
愛知	9.47	10.72	12.00	13.09	13.59	13.95	13.71	13.70	13.72
三重	10.62	12.21	14.04	15.72	16.68	17.19	16.99	16.95	16.96
滋賀	10.08	11.41	12.71	14.03	14.73	15.20	14.97	15.06	15.16
京都	12.18	14.03	15.49	16.41	16.67	16.95	16.49	16.66	16.77
大阪	11.17	13.37	15.59	17.38	17.77	18.41	17.87	17.79	17.70
兵庫	11.08	12.67	14.26	15.71	16.53	17.08	16.71	16.69	16.74
奈良	10.62	12.45	14.33	15.74	16.30	16.63	15.90	15.59	15.44
和歌山	12.36	14.20	16.42	18.02	18.90	19.40	19.20	19.32	19.42
鳥取	12.62	13.97	15.29	16.33	16.84	17.46	17.67	17.78	18.10
島根	12.98	14.37	15.87	17.24	17.95	18.85	18.62	18.69	18.91
岡山	13.33	14.85	16.49	17.68	18.26	18.74	18.46	18.51	18.65
広島	13.29	14.67	16.40	17.63	18.47	18.87	18.36	18.26	18.28
山口	12.31	13.65	14.99	16.03	16.48	16.76	16.52	16.53	16.76
徳島	14.03	15.45	17.57	19.43	20.38	20.93	20.61	20.26	20.32
香川	11.47	13.02	14.94	16.00	16.53	16.97	17.05	17.17	17.40
愛媛	12.34	13.94	15.98	17.54	18.32	18.97	18.84	18.87	19.08
高知	12.27	13.74	15.22	16.39	16.95	17.41	17.36	17.38	17.74
福岡	12.79	14.69	16.72	18.08	18.59	18.78	18.05	17.75	17.61
佐賀	12.87	14.04	15.19	16.23	16.53	16.90	16.87	16.85	17.14
長崎	14.41	15.43	16.90	18.49	19.34	20.09	20.08	20.35	20.59
熊本	13.40	14.58	15.95	17.07	17.54	17.87	17.56	17.67	17.95
大分	13.85	15.39	17.06	18.29	18.76	18.87	17.97	17.84	18.06
宮崎	12.34	13.46	14.72	15.58	15.55	15.86	15.61	15.57	15.76
鹿児島	15.31	16.45	17.95	18.67	18.50	18.52	18.12	18.15	18.50
沖縄	16.23	16.30	17.03	17.18	17.17	17.32	16.97	17.03	17.03
全国平均	11.02	12.42	13.89	15.12	15.70	16.13	15.89	15.91	15.98
分散	3.28	3.31	3.83	3.93	3.85	3.84	3.57	3.11	3.24
範囲	7.96	7.22	7.69	8.13	8.40	8.23	8.09	7.35	7.61

出典：厚生労働省『介護保険事業状況報告（年報）』より作成。

次に、この認定率を 2000 年度、2003 年度、2006 年度それぞれについて、上位 10 都道府県、下位 10 都道府県を挙げた。表 8 によると、九州地方では比較的認定率が高いものの、関東甲信越地方では認定率が低くなっていることが読み取れる。

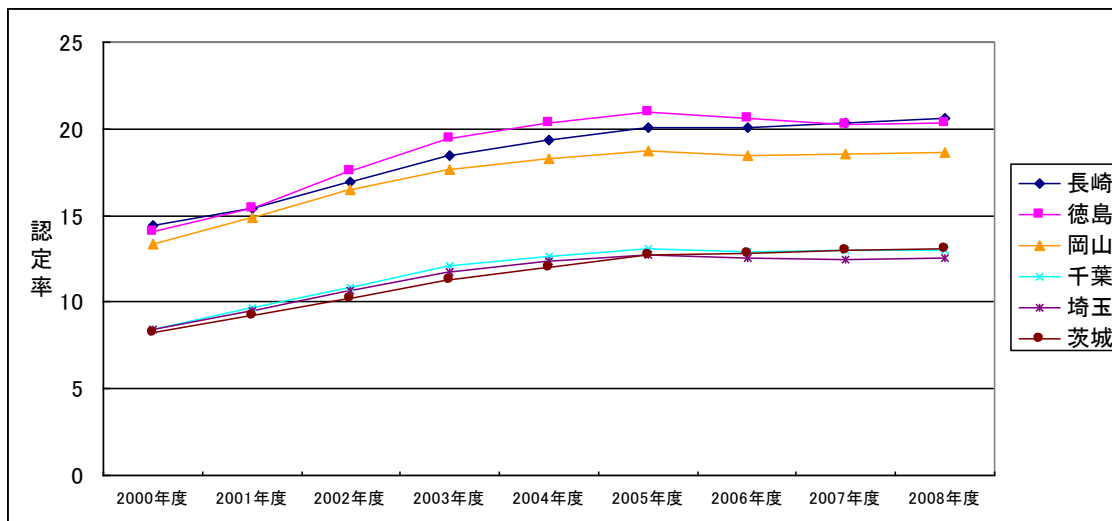
表 8: 認定率【順位】

	2000年度		2003年度		2006年度	
1	沖縄	16.23	徳島	19.43	徳島	20.61
2	鹿児島	15.31	鹿児島	18.67	長崎	20.08
3	長崎	14.41	長崎	18.49	和歌山	19.20
4	徳島	14.03	大分	18.29	愛媛	18.84
5	大分	13.85	福岡	18.08	島根	18.62
6	熊本	13.40	和歌山	18.02	岡山	18.46
7	岡山	13.33	岡山	17.68	広島	18.36
8	広島	13.29	広島	17.63	鹿児島	18.12
9	青森	13.17	愛媛	17.54	福岡	18.05
10	島根	12.98	大阪	17.38	青森	17.99
...	
38	神奈川	9.80	神奈川	13.79	滋賀	14.97
39	岐阜	9.66	福島	13.64	岐阜	14.33
40	宮城	9.62	岐阜	13.59	神奈川	14.21
41	愛知	9.47	山梨	13.15	山梨	14.05
42	山梨	9.45	愛知	13.09	栃木	13.97
43	静岡	9.31	栃木	13.05	愛知	13.71
44	栃木	9.25	静岡	12.66	静岡	13.66
45	千葉	8.41	千葉	12.06	千葉	12.95
46	埼玉	8.40	埼玉	11.76	茨城	12.82
47	茨城	8.27	茨城	11.30	埼玉	12.51
全国平均	11.02		15.12		15.89	
分散	3.28		3.93		3.57	
範囲	7.96		8.13		8.09	

出典：厚生労働省『介護保険事業状況報告（年報）』より作成。

縦軸に認定率を取り、常に上位・下位に位置している 6 都道府県を 8 年度分プロットしたものが図 5 である。2000 年 4 月以降は介護保険制度自体の浸透を受け、全体的に認定率が上昇している。その一方で、2003 年度には認定率の高低差は広がってきていることが読み取れる。また、2006 年度には微妙に差が縮小したが、その後は定常化しつつあることがわかる。

図 5: 認定率【時系列】



出典：厚生労働省『介護保険事業状況報告（年報）』より作成。

2. 需要サイド

認定率への影響を与えると予想される指標について、需要サイドからは各都道府県における「65歳以上人口の割合」、「65歳以上の者がいる全世帯に占める単身世帯の割合」のデータを集計し、それぞれについて掲載した。

2.1. 65歳以上人口の割合

各都道府県における65歳以上の割合は、2000年度、2005年度については『国勢調査』⁸のデータを使用し、それ以外は『人口推計』⁹のデータを使用した。それらデータから特に「年齢3区分別人口」を使用し、65歳以上人口の割合を算出した。

⁸ 『国勢調査』、『人口推計』のデータはともに該当年度の10月1日現在の人口データである。

表 9:65 歳以上人口の割合【順位】

	2000年度		2003年度		2006年度	
1	島根	24.80	島根	26.46	島根	27.54
2	高知	23.59	秋田	25.67	秋田	27.43
3	秋田	23.55	高知	25.06	高知	26.62
4	山形	22.99	山形	24.55	山形	25.91
5	鹿児島	22.56	鹿児島	24.01	山口	25.76
6	山口	22.25	山口	23.97	鹿児島	25.24
7	鳥取	22.02	徳島	23.47	岩手	25.16
8	徳島	21.97	大分	23.42	徳島	24.97
9	大分	21.79	岩手	23.41	大分	24.88
10	岩手	21.47	鳥取	23.40	和歌山	24.81
...	
38	茨城	16.61	栃木	18.52	茨城	20.02
39	奈良	16.56	茨城	18.12	栃木	19.95
40	滋賀	16.08	東京	17.46	大阪	19.57
41	東京	15.83	滋賀	17.25	東京	19.08
42	大阪	14.93	大阪	16.97	滋賀	18.57
43	愛知	14.48	千葉	16.20	千葉	18.41
44	千葉	14.12	愛知	16.15	愛知	17.94
45	沖縄	13.88	神奈川	15.62	神奈川	17.68
46	神奈川	13.78	沖縄	15.61	埼玉	17.32
47	埼玉	12.81	埼玉	14.88	沖縄	16.52
全国平均		17.34		19.04		20.82
分散		8.59		8.29		7.53
範囲		11.99		11.58		11.02

出典：総務省『国勢調査（2000年度、2005年度）』、『人口推計（左記以外）』より作成。

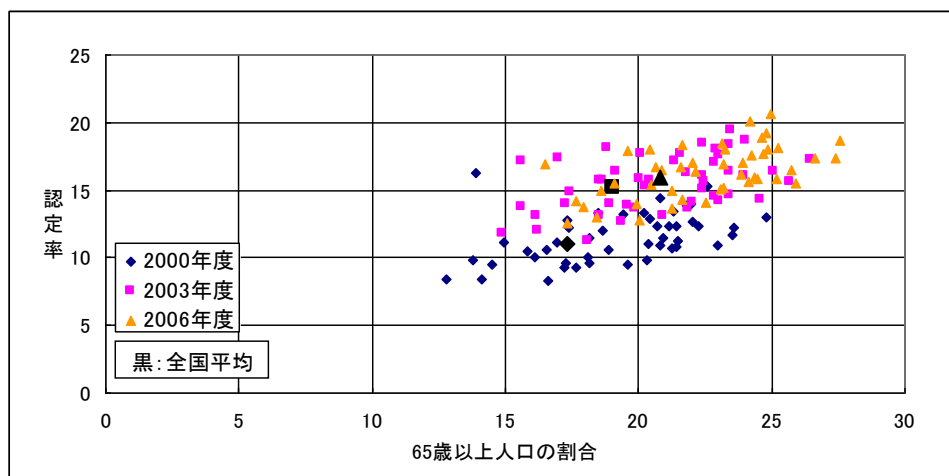
次に、認定率と各都道府県の65歳以上人口の割合との相関関係を調べた。各都道府県における高齢者の特性に差異がない場合、65歳以上人口の割合は要介護認定率へ影響を与えないと考えられる。しかしながら、データからは高齢者の割合が高い都道府県では認定率が高くなり、高齢者の割合が低い都道府県では認定率が低くなった。この要因として、65歳以上人口の割合が高い都道府県ほど、75歳以上人口の割合が高くなっており、要介護認定率が高い可能性が挙げられる。そこで、65歳以上人口の割合と75歳以上人口の割合と都道府県単位で比較したが、それ程大きな差はなかった。そのため、高齢者の割合が高い都道府県では高齢化の影響によって介護保険制度が広く普及し、要介護の認定が比較的得られ易いことが考えられる。

表 10 : 65 歳以上人口割合と 75 歳以上人口割合の比較

	2000年度		2003年度		2006年度	
	65歳以上	75歳以上	65歳以上	75歳以上	65歳以上	75歳以上
1	島根	島根	島根	島根	島根	島根
2	高知	高知	秋田	高知	秋田	高知
3	秋田	鹿児島	高知	山形	高知	秋田
4	山形	山形	山形	鹿児島	山形	山形
5	鹿児島	鳥取	鹿児島	秋田	山口	鹿児島
6	山口	山口	山口	鳥取	鹿児島	鳥取
7	鳥取	秋田	徳島	長野	岩手	山口
8	徳島	長野	大分	山口	徳島	徳島
9	大分	熊本	岩手	大分	大分	長野
10	岩手	徳島	鳥取	徳島	和歌山	大分
...
38	茨城	兵庫	栃木	奈良	茨城	茨城
39	奈良	奈良	茨城	兵庫	栃木	兵庫
40	滋賀	滋賀	東京	滋賀	大阪	滋賀
41	東京	東京	滋賀	東京	東京	東京
42	大阪	沖縄	大阪	沖縄	滋賀	大阪
43	愛知	大阪	千葉	大阪	千葉	愛知
44	千葉	愛知	愛知	愛知	愛知	千葉
45	沖縄	千葉	神奈川	千葉	神奈川	沖縄
46	神奈川	神奈川	沖縄	神奈川	埼玉	神奈川
47	埼玉	埼玉	埼玉	埼玉	沖縄	埼玉

出典：総務省『国勢調査（2000年度、2005年度）』、『人口推計（左記以外）』より作成。

図 6: 65 歳以上人口の割合【時系列】



出典：総務省『国勢調査（2000年度、2005年度）』、『人口推計（左記以外）』より作成。

2.2. 65 歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯の割合

高齢者の単身世帯については、厚生労働省が3年に一度大規模に実施する『国民生活基礎調査』⁹を利用した。本データは要介護認定方法が変更された年度に調査が行われていなかったため、以下では2001年度、2004年度、2007年度のデータを掲載した。

⁹ 『国民生活基礎調査』は該当年の6月上旬に実施され、国勢調査区から層化無作為抽出したすべての世帯及び世帯員を対象としている。

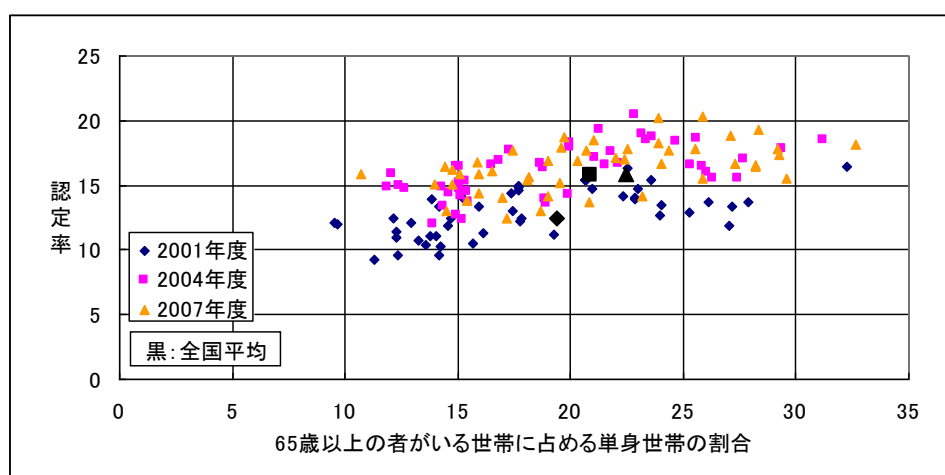
表 11:65 歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯の割合【順位】

	2001年度		2004年度		2007年度	
1	鹿児島	32.25	鹿児島	31.23	鹿児島	32.67
2	高知	27.86	大阪	29.40	東京	29.59
3	大阪	27.15	高知	27.66	高知	29.25
4	東京	27.02	東京	27.45	大阪	29.16
5	山口	26.12	宮崎	26.34	和歌山	28.34
6	北海道	25.27	北海道	26.04	山口	28.22
7	宮崎	24.00	山口	25.87	北海道	28.22
8	兵庫	23.96	福岡	25.58	兵庫	27.27
9	長崎	23.56	兵庫	25.30	愛媛	27.07
10	福岡	23.02	愛媛	24.69	宮崎	25.89
...
38	栃木	13.56	千葉	14.97	岐阜	15.90
39	愛知	13.25	秋田	14.95	石川	15.88
40	福井	12.93	福島	14.64	静岡	15.43
41	埼玉	12.33	静岡	14.40	福島	15.12
42	岐阜	12.27	宮城	14.29	新潟	14.78
43	滋賀	12.26	茨城	13.88	滋賀	14.75
44	富山	12.12	滋賀	12.64	茨城	14.52
45	茨城	11.33	新潟	12.40	富山	14.44
46	新潟	9.68	富山	12.07	福井	13.95
47	山形	9.55	山形	11.88	山形	10.73
全国平均	19.42	20.88	22.46			
分散	29.29	26.11	27.30			
範囲	22.70	19.35	21.93			

出典：厚生労働省『国民生活基礎調査』より作成。

65歳以上の高齢者を含む世帯については、弱い正の相関が見られた。単身世帯の高齢者の方が介護保険を需要しており、介護保険を利用しているために認定率が高いと考えられる。一方、単身世帯の被保険者と同程度の状態であっても、自身の子どもと同居している場合は介護サービスの需要が低いとも考えられる。

図 7:65 歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯の割合【時系列】



出典：厚生労働省『国民生活基礎調査』より作成。

3. 供給サイド

供給サイドとしては、主に厚生労働省の『介護サービス施設・事業所調査』¹⁰を使用し、第1号被保険者10,000人あたりの居宅サービス事業所数、同あたりの介護施設定員数、同あたりの介護訪問事業所数を算出した。

3.1. 第1号被保険者10,000人あたりの居宅サービス事業所数

居宅サービス事業所数については、第1号被保険者10,000人あたりの居宅サービス事業所数を算出した。具体的には、居宅サービスである訪問サービス、通所サービス、短期入所サービス、その他の4サービスのうち、通所サービスと短期入所サービスの事業所数を使用した。通所サービスとしては通所介護と通所リハビリテーション（介護老人保健施設、医療施設）を加えたデータを、短期入所サービスとしては短期入所生活介護と短期入所療養介護（介護老人保健施設、医療施設）を加えたデータを使用し、この両者を加算して居宅サービス事業所とした。

表 12: 第1号被保険者10,000人あたりの居宅サービス事業所数【順位】

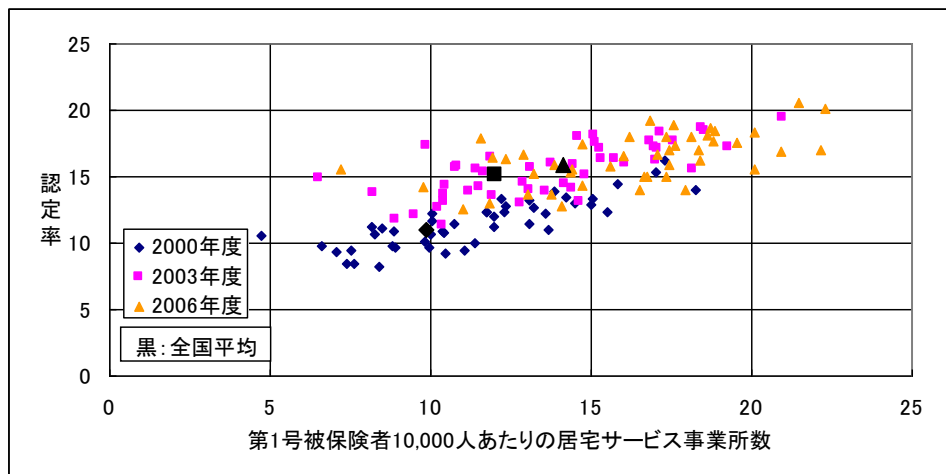
	2000年度		2003年度		2006年度	
1	徳島	18.26	徳島	20.96	長崎	22.30
2	沖縄	17.31	沖縄	19.26	沖縄	22.14
3	鹿児島	17.04	長崎	18.51	徳島	21.45
4	長崎	15.84	鹿児島	18.43	佐賀	20.93
5	宮崎	15.52	宮崎	18.17	広島	20.09
6	岡山	15.03	広島	17.56	宮崎	20.09
7	佐賀	15.01	大分	17.16	熊本	19.55
8	島根	14.51	熊本	17.07	岡山	18.84
9	熊本	14.21	佐賀	17.04	鳥取	18.81
10	大分	13.88	島根	16.97	島根	18.71
...	
38	兵庫	8.49	山形	10.45	福島	13.20
39	茨城	8.40	福島	10.42	愛知	13.01
40	奈良	8.24	愛知	10.40	兵庫	12.91
41	大阪	8.15	茨城	10.38	北海道	12.33
42	千葉	7.60	静岡	10.22	京都	11.93
43	愛知	7.51	大阪	9.86	千葉	11.85
44	埼玉	7.41	千葉	9.52	大阪	11.55
45	静岡	7.07	埼玉	8.90	埼玉	10.99
46	神奈川	6.60	神奈川	8.23	神奈川	9.77
47	東京	4.72	東京	6.54	東京	7.20
全国平均		9.86		12.01		14.12
分散		9.29		10.43		10.92
範囲		13.54		14.42		15.10

出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より作成。

第1号被保険者10,000人あたりの居宅サービス事業所数については、正の相関がみられた。ただし、居宅サービス事業所数が多いために認定率が高いのか、あるいは認定率が高いために事業所数が多いのかは議論の余地がある。

¹⁰ 『介護サービス施設・事業所調査』のデータは該当年度の10月1日現在のデータである。

図 8: 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの居宅サービス事業所数【時系列】



出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より作成。

3.2. 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの介護施設定員数

第 1 号被保険者 10,000 人あたりの介護施設定員数を算出した。具体的には、施設サービスを受けることのできる介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の定員数を加え、介護施設定員数とした。

表 13: 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの介護施設定員数【順位】

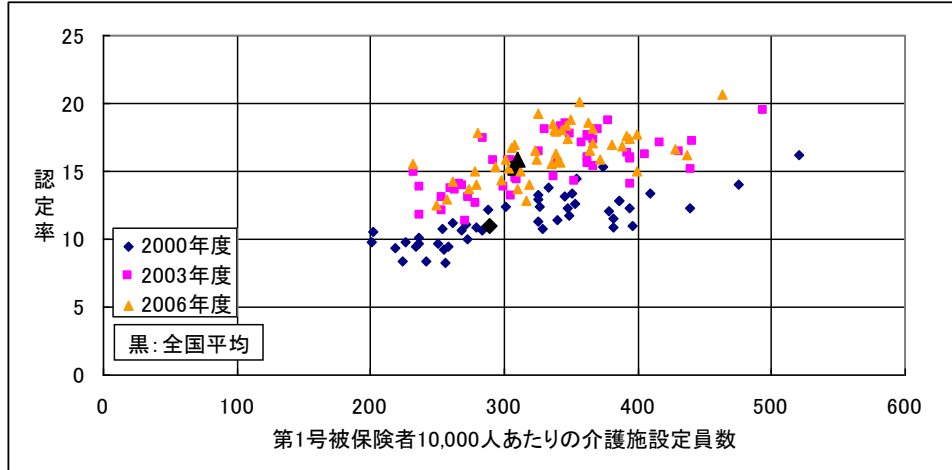
	2000年度	2003年度	2006年度
1	沖縄 521.1	徳島 494.6	徳島 463.0
2	徳島 475.9	沖縄 441.3	富山 436.3
3	高知 438.6	富山 439.9	石川 427.9
4	熊本 409.2	高知 431.0	福井 399.8
5	福井 395.6	熊本 416.9	鳥取 398.9
6	山口 393.4	佐賀 405.9	高知 393.7
7	佐賀 385.7	石川 395.3	熊本 391.0
8	福岡 385.6	山口 394.9	佐賀 388.6
9	北海道 381.9	福井 394.6	沖縄 380.2
10	富山 381.7	鳥取 392.2	新潟 371.4
...
38	岐阜 249.9	茨城 271.0	岐阜 297.3
39	千葉 241.7	宮城 269.5	宮城 293.0
40	滋賀 236.5	滋賀 266.9	大阪 280.7
41	宮城 236.2	岐阜 263.3	栃木 278.9
42	愛知 233.5	福島 259.9	滋賀 278.0
43	福島 226.2	千葉 253.8	愛知 273.9
44	埼玉 224.4	愛知 253.2	神奈川 261.0
45	静岡 218.3	神奈川 237.5	千葉 257.1
46	東京 201.9	埼玉 237.0	埼玉 249.1
47	神奈川 200.6	東京 232.5	東京 231.3
全国平均	289.2	308.3	309.6
分散	5356.9	3825.1	2452.5
範囲	320.5	262.1	231.7

出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より作成。

第 1 号被保険者 10,000 人あたりの介護施設定員数については、弱い正の相関がみられ

た。この指標は居宅サービス事業所数と比較しても、分散が小さかった。

図 9: 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの介護施設定員数【時系列】



出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より作成。

3.3. 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの訪問介護事業所数

居宅サービスに含まれる訪問サービスの中でも、最も容易に利用できる訪問介護（ホームヘルプサービス）の事業所数を調べ、第 1 号被保険者 10,000 人あたりの事業所数を算出した。

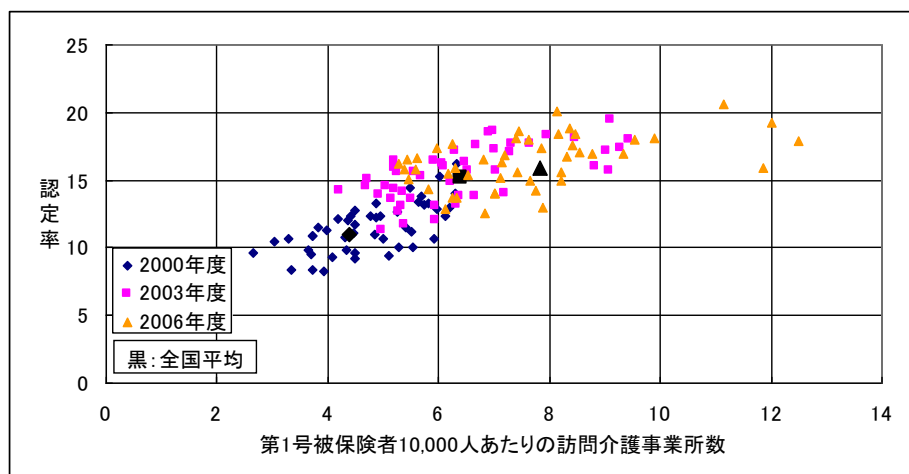
表 14: 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの訪問介護事業所数

		2000年度	2003年度	2006年度		
1	沖縄	6.328	和歌山	9.426	大阪	12.489
2	徳島	6.305	大阪	9.282	和歌山	12.021
3	島根	6.189	徳島	9.102	奈良	11.869
4	和歌山	6.114	奈良	9.084	徳島	11.147
5	鹿児島	6.013	沖縄	9.022	福岡	9.902
6	佐賀	5.960	香川	8.824	大分	9.527
7	奈良	5.905	福岡	8.465	沖縄	9.344
8	岡山	5.810	大分	7.952	三重	8.783
9	青森	5.727	岡山	7.651	香川	8.550
10	大分	5.698	広島	7.317	広島	8.472
...	
38	北海道	3.825	京都	5.195	山形	6.174
39	山形	3.727	石川	5.192	茨城	6.125
40	千葉	3.725	山形	5.191	秋田	5.963
41	富山	3.724	福島	5.144	岐阜	5.819
42	愛知	3.694	長野	5.056	石川	5.622
43	神奈川	3.655	茨城	4.982	岩手	5.574
44	埼玉	3.334	宮城	4.910	福井	5.467
45	新潟	3.288	富山	4.714	京都	5.435
46	東京	3.022	岩手	4.681	新潟	5.388
47	宮城	2.644	新潟	4.197	富山	5.276
	全国平均	4.385	6.410	7.827		
	分散	0.873	1.874	3.001		
	範囲	3.685	5.229	7.213		

出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より作成。

第1号被保険者10,000人あたりの訪問介護事業所数については、弱い正の相関がみられたとともに、認定方法変更を通して徐々に増加していることが明らかである。一方、2006年度には大阪を初めとした近畿地方で事業所数が大幅に増加し、全国的に分散や範囲の値が大きくなっている。

図 10: 第1号被保険者10,000人あたりの訪問介護事業所数



出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』より作成。

Ⅲ. 要介護認定方法変更が認定率へ与える影響の分析

これまでの議論を踏まえ、第Ⅲ章では要介護認定方法の変更が認定率に与えた影響について分析をした。

1. 使用するデータ

データは主に、第Ⅱ章で紹介したデータを使用する。基本的には 2000 年度から 2008 年度までの 9 年度分を都道府県ごとに集計し、423 の標本を使用して分析を行った。但し、65 歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯割合のデータについてのみ、2001 年度、2004 年度、2007 年度のデータしか入手できなかった。そのため、世帯の増減は線形であると仮定し、入手できなかった残りの 7 年度分を推計した。

2. モデルによる分析

要介護認定方法の変更が認定率へ与えた影響について、モデルを用いて分析を行った。モデルの枠組みとしては、主に田近・油井（2004）を参考にした。第 1 項では認定方法変更を考慮に入れないモデルを想定し、田近・油井（2004）のモデルに 2 つの説明変数を加えて、9 年度分のパネルデータで回帰分析を行った。また、第 2 項では、第 1 項の説明変数に認定方法変更ダミーを加えて回帰分析を行った。

2.1. 認定方法変更ダミーなしのモデル

まず、田近・油井（2004）を参考にし、認定方法変更について考慮に入れないモデルを想定した。モデルには田近・油井（2004）で設定されていた変数に、需要サイドとして「65 歳以上の単身世帯」を加え、供給サイドとして「第 1 号被保険者 10,000 人あたりの訪問介護事業所数」を加え、以下のように設定をした。

$$y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \gamma_3 X_3 + \gamma_4 X_4 + \gamma_5 X_5 + u$$

表 15:使用するデータの説明【ダミーなし】

変数	説明
y : 要介護認定率 (%)	各都道府県の第 1 号被保険者に占める全要介護認定者の割合。全要介護認定者を、第 1 号被保険者数で割って算出。
X_1 : 65 歳以上人口の割合 (%)	各都道府県の総人口に占める 65 歳以上人口の割合。65 歳以上の人数を、総人口で割って算出。
X_2 : 65 歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯の割合 (%)	各都道府県で 65 歳以上の単身世帯を、65 歳以上の者がいる総世帯数で割って算出。
X_3 : 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの居宅サービス事業所数	居宅サービス事業所数として、通所サービスと短期入所サービスを加えたものを使用。
X_4 : 第 1 号被保険者 10,000 人あたりの施設サービス定員数	施設サービス定員として、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を加えたものを使用。
X_5 : 第 1 号被保険者 10,000 人あたり訪問介護事業所数	居宅サービスの一つである訪問介護の事業所数を使用。

表 16 は全変数について、相関関係を調べた結果である。認定率 y と居宅サービス X_3 の相関が若干高くなっているが、その他については目立つような相関関係はなかった。

表 16:相関行列表

	y	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5
y : 認定率	1.00					
X_1 : 65歳以上人口割合	0.60	1.00				
X_2 : 単身世帯割合	0.55	0.17	1.00			
X_3 : 居宅サービス事業所数	0.74	0.60	0.28	1.00		
X_4 : 施設サービス定員数	0.54	0.51	0.19	0.69	1.00	
X_5 : 訪問介護事業所数	0.72	0.25	0.50	0.51	0.17	1.00

回帰分析の結果、以下のような数値を得た。

$$\hat{y} = 0.566 + 0.207X_1 + 0.099X_2 + 0.141X_3 + 0.007X_4 + 0.587X_5$$

また、この結果をまとめたものが表 17 である。

表 17:回帰分析の結果【ダミーなし】

	係数	t値
切片	0.566	1.21
X_1 : 65歳以上人口割合	0.207	9.16
X_2 : 単身世帯割合	0.099	8.16
X_3 : 居宅サービス事業所数	0.141	5.35
X_4 : 施設サービス定員数	0.007	5.10
X_5 : 訪問介護事業所数	0.587	14.00
サンプル数	423	
決定係数	0.804	
自由度調整済決定係数	0.802	

まず需要サイドの係数に着目すると、65 歳以上人口の割合が比較的大きな影響を与えていることがわかった。国立社会保障・人口問題研究所の試算によると、2015 年における秋

秋田県の65歳以上人口の割合は、全国一高い31.2%と推計されており、2030年には36.1%とされている。現在の秋田県は28.4%なので、今後は認定率の大幅な増加が予想できる。一方、供給サイドの係数では、第1号被保険者10,000人あたりの訪問介護事業所数の影響が大きくなった。ただし、この値は被保険者10,000人あたりであるので、例えば253万人の第1号被保険者がいる東京では、事業所数が253増加することで認定率が0.5%上昇することを意味している。他の供給サイドの変数についても同様のことがいえる。

2.2. 認定方法変更ダミーありのモデル

第1節のモデルに認定方法変更ダミーを加え、

$$y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \gamma_3 X_3 + \gamma_4 X_4 + \gamma_5 X_5 + \delta_1 D_1 + \delta_2 D_2 + u$$

とし、以下のように変数を設定した。

表 18: 使用するデータの説明【ダミーあり】

変数	説明
y : 要介護認定率 (%)	各都道府県の第1号被保険者に占める全要介護認定者の割合。全要介護認定者を、第1号被保険者数で割って算出。
X_1 : 65歳以上人口の割合 (%)	各都道府県の総人口に占める65歳以上人口の割合。65歳以上の人数を、総人口で割って算出。
X_2 : 65歳以上の者がいる世帯に占める単身世帯の割合 (%)	各都道府県で65歳以上の単身世帯を、65歳以上の者がいる総世帯数で割って算出。
X_3 : 第1号被保険者10,000人あたりの居宅サービス事業所数	居宅サービス事業所数として、通所サービスと短期入所サービスを加えたものを使用。
X_4 : 第1号被保険者10,000人あたりの施設サービス定員数	施設サービス定員として、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を加えたものを使用。
X_5 : 第1号被保険者10,000人あたり訪問介護事業所数	居宅サービスの一つである訪問介護の事業所数を使用。
D_1 : 2003年度変更ダミー	認定方法変更前の2002年度以前を0とし、変更後の2003年度以降を1とした。
D_2 : 2006年度変更ダミー	認定方法変更前の2005年度以前を0とし、変更後の2006年度以降を1とした。

回帰分析の結果、以下のような数値を得た。

$$\hat{y} = 1.097 + 0.173X_1 + 0.115X_2 + 0.117X_3 + 0.008X_4 + 0.425X_5 + 1.528D_1 - 0.451D_2$$

また、この結果をまとめたものが表19である。

表 19: 回帰分析の結果【ダミーあり】

	係数	t値
切片	1.097	2.61
X_1: 65歳以上人口割合	0.173	8.13
X_2: 単身世帯割合	0.115	10.58
X_3: 居宅サービス事業所数	0.117	4.72
X_4: 施設サービス定員数	0.008	6.24
X_5: 訪問介護事業所数	0.425	10.59
D_1: 2003年度改正ダミー	1.528	10.95
D_2: 2006年度改正ダミー	-0.451	-3.34
サンプル数	423	
決定係数	0.848	
自由度調整済決定係数	0.845	

先と同様、まず需要サイドの係数に着目すると、65歳以上人口の割合も単身世帯の割合も同程度の影響を与えていることがわかった。供給サイドの係数については認定方法変更ダミーのないモデルと同様に、第1号被保険者10,000人あたりの訪問介護事業所数の影響が大きくなった。一方、認定方法変更のうち特に2003年度改正が認定率に与えた影響は非常に大きいことが示された。

3. 分析結果

以上の分析を通して、認定率へ大きな影響を与える変数の一つに要介護認定方法の変更が挙げられることがわかった。また、高齢者や単身世帯高齢者の割合が大きい都道府県、一人あたりの介護給付サービスの供給割合が大きい都道府県では認定率も高い傾向にあることがわかった。具体的には、2003年度変更によって認定率は1.5%程度上昇し、2006年度変更によって認定率は0.5%程度減少した。認定方法変更の影響については、変更による認定率の変化は予想していたものの、想像よりも大きかった。一方、需要サイド・供給サイドが認定率に与える影響については、全て予想通りであった。

第II章における各指標の分散図は、各都道府県の介護給付サービスに偏りがあることを示している。しかし、第III章の分析結果からその偏りが認定率に与える影響は相対的には小さく、認定方法変更の影響の方が相対的に大きいことが判明した。特に、2003年度変更の結果、分散・範囲はともに多少大きくなったが、全国的に認定率を上昇させ、高齢者の介護保険へのアクセスを容易にさせた。また、2006年度の認定方法変更は認定率を低下させたが、分散・範囲の全国的な遍在を緩和させる結果となった。確かに、要介護認定方法の変更が認定率に影響を与えることは直感的には明らかである。本レポートでは他の要素も考慮に入れて分析し、認定方法変更が認定率に与える影響が相対的に大きいことを実証した。

IV. 結論と今後の課題

本レポートでは介護保険制度のうち要介護認定のみに焦点を当て、要介護認定方法の変更が認定率に与えた影響について分析を行った。具体的には、認定率に影響を与えると予想される変数を需要サイドから2つ、供給サイドから3つ取り上げ、認定方法変更をダミー変数とした回帰分析を行った。

第Ⅱ章では2000年度、2003年度、2006年度における各都道府県の指標を整理し、各変数の散らばり具合を分散図で示した。これらの分散図から、分散や範囲が大幅に広がっている変数があることが視覚的に捉えられた。第Ⅲ章では、第Ⅱ章で示した5変数の、各都道府県における2000年度から2008年度までの9年度分のデータを使用し、認定率を被説明変数とした回帰分析を行った。この分析の結果、認定方法変更が認定率に与える影響が相対的に大きいことが示された。

本レポートは限られた半学期の時間の中で作成したものであり、分析に使用した変数に関しては大いに議論の余地があろう。特に、介護サービスの供給量が認定率を決定しているのか、あるいは認定率が介護サービスの供給量を決定しているのかは定かではない。現実には相互に影響を与えていると考えられるが、今回はデータの制約や研究時間の制約もあり、以上の枠組みで分析を行った。残るポイントについては、今後の課題としたい。

V. 参考文献・資料

- [1] 伊藤秀平 (2000) 『介護保険と社会福祉』 ミネルヴァ書房。
- [2] 介護認定審査会 (2009) 『要介護認定 介護認定審査会委員テキスト 2009 改訂版』。
- [3] 介護保険研究会 (2006) 『新しい介護保険制度 Q&A 平成 17 年改正法の要点』 中央法規。
- [4] 鏡論、石田光広編著 (2006) 『介護保険なんでも質問室 (改訂版)』 ぎょうせい。
- [5] 月刊介護保険編集部 (1999) 『介護保険 要介護認定の手引き』 法研。
- [6] 月間介護保険編集部編 (2006) 『平成 18 年改訂版 介護保険ハンドブック』 法研。
- [7] 厚生省 (2000) 『平成 12 年度版 厚生白書』 ぎょうせい。
- [8] 厚生労働省 (各年) 『厚生労働白書』 ぎょうせい。
- [9] 厚生労働省老健局 (2003) 『報告書「2015 年の高齢者介護」』。
- [10] 住居広士 (2003) 『要介護認定とは何か』 一橋出版。
- [11] 住居広士 (2006) 「要介護認定と介護保険料の経済と財政」、坂本忠次・住居広士編著 『介護保険の経済と財政新時代の介護保険のあり方』 勁草書房。
- [12] 田近栄治・菊池潤 (2006) 「介護保険の何が問題か—制度創設過程と要介護状態改善の検討—」 『フィナンシャル・レビュー』、通巻第 80 号、pp. 157-186。
- [13] 田近栄治・油井雄二 (2004) 「介護保険：4 年間の経験で何がわかったか」 『フィナンシャル・レビュー』、通巻第 72 号、pp. 78-104。
- [14] 東京都介護福祉士会編 (2000) 『要介護認定調査ハンドブック：85 項目のポイントと特記事項の記入例』 エルゼビア・サイエンスミクス。
- [15] 東京都介護福祉士会編 (2003) 『要介護認定調査ハンドブック：79 項目のポイントと特記事項の記入例』 エルゼビア・ジャパン。
- [16] 東京都介護福祉士会編 (2006) 『要介護認定調査ハンドブック：82 項目のポイントと特記事項の記入例』 エルゼビア・ジャパン。
- [17] 東京都介護福祉士会編 (2009) 『新・要介護認定調査ハンドブック：74 項目のポイントと特記事項の記入例』 看護の科学社。
- [18] 中井清美 (2003) 『介護保険 地域格差を考える』 岩波新書。
- [19] 三徳和子 (2003) 「岐阜県における要介護 (要支援) 認定者率の格差検討」 『川崎医療福祉学会誌』、Vol. 13、No. 2、pp. 307-315。
- [20] 油井雄二 (2006) 「保険者データによる介護保険の分析：青森県のケース」 『フィナンシャル・レビュー』、通巻第 80 号、pp. 187-203。
- [21] 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>
- [22] 総務省統計局ホームページ：<http://www.stat.go.jp/>
- [23] 千葉県富里市ホームページ：<http://www.city.tomisato.chiba.jp/>