

公的介護制度における自己負担率と介護利用および健康^{*1}

大西 宏典^{*2}

要 約

公的介護制度における自己負担率については、わが国でも近年度々見直しの対象となる等、その政策的な重要性が増している一方、先行研究が限られており、自己負担の効果については未だ明らかになっていないと言え難い状況である。そこで本稿では、公的介護制度における自己負担率が、サービス利用や利用者の健康状態に与える効果について、先行研究のサーベイを行った。

公的介護制度が整備されているフランス、オランダ、韓国、日本の先行研究の分析結果をまとめたところ、概ね自己負担の増加（減少）によってサービス利用が減少（増加）するという結果は一致しており、また、自己負担の変化が利用者の健康状態には有意な効果を与えていないことも、複数の研究で指摘されていることが分かった。

他方、自己負担の変化に対する価格弾力性は、国・地域・制度・時期・サービス種別・利用者の属性等によって異なっていることも明らかになった。とりわけ、日本の介護保険において2015年8月に導入された2割負担の効果は、諸外国の先行研究や、医療分野の先行研究と比べても極めて小さかったと考えられるが、今後の研究では、このように国によって、あるいは医療と介護の間で、自己負担の効果が異なるメカニズムについて、解明していくことが重要な課題である。

キーワード：公的介護制度、自己負担、介護利用、健康

JEL Classification：H51, H75, I13, I18, I38

I. 序論

わが国の介護保険は、2000年4月に施行された。介護保険導入以前のわが国では、医学的

*1 本稿の執筆に当たっては、林正義教授（東京大学）にご指導を賜った。また、岩本康志教授、別所俊一郎准教授（ともに東京大学）、大野太郎総括主任研究官（財務総合政策研究所）、新見陽子教授（同志社大学）、湯田道生准教授（東北大学）および財務省・財務総合政策研究所職員各氏に様々なご助言を賜った。ここに記して、以上の方々に厚く御礼を申し上げます。なお、言うまでもなく、本稿に残る誤りは全て筆者の責に帰するものである。また、本稿の内容は筆者個人の見解に基づくものであり、所属組織の公式見解ではない。

*2 財務省財務総合政策研究所客員研究員

な必要性に基づかない高齢者の長期的な入院（社会的入院）や、家庭内における介護者の負担が社会問題化していた一方、公的な介護サービスは行政による措置制度により提供されており、その質や量は十分な水準とは言えなかった（池上（2017）、介護保険制度史研究会（2019））。

介護保険は、こうした社会的な課題の克服に重要な貢献を果たしてきたが、他方で急速な高齢化に伴い、介護費は医療費の1.5倍のペースで増加しており（池上（2017））、2000年度に3.2兆円であった保険給付費（利用者の自己負担¹⁾や地域支援事業費は含まない）は、2020年度には10兆円を超える水準となっている（図1）。

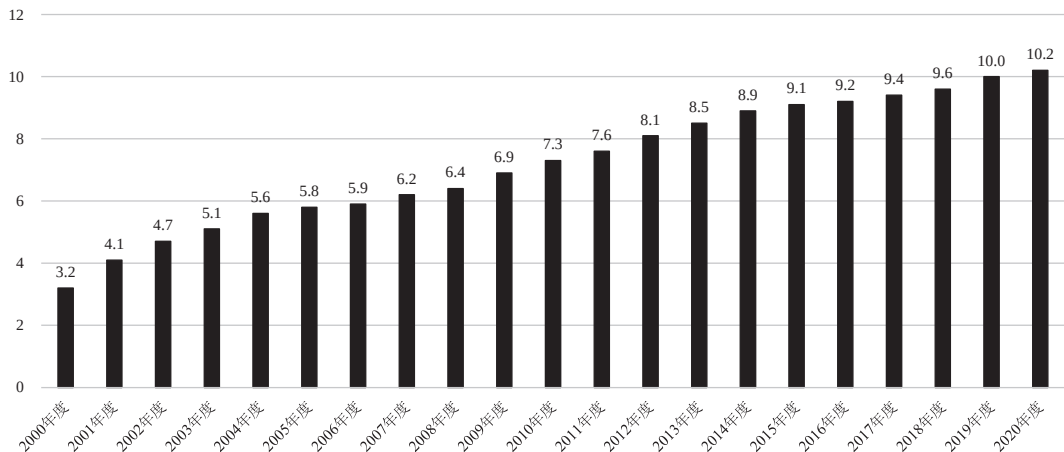
こうした財政面の課題に対して、近年、利用者の自己負担の見直しが進められている。わが国の介護保険では制度施行時より、サービスを利用する際に、原則として費用額²⁾の1割に当たる自己負担が設定されてきた。これに対して、制度の持続可能性や応能負担を強化する観点から、2015年8月より一定以上の所得を有する

者については2割、さらにその中でも特に所得の高い者については2018年8月より3割へと、自己負担率が引き上げられた。

このように、わが国において、介護保険における自己負担率は近年度々議論の俎上に載ってきた。他方、自己負担率の引き上げがどのような効果をもたらすかは必ずしも明らかになっていないわけではない。医療保険における自己負担については、1970～80年代に行われた「RAND医療保険実験」³⁾に代表されるように、理論面でも実証面でも、サービス利用や健康状態に及ぼす効果について各国で先行研究が多数蓄積されてきたのに対し、介護保険における自己負担については、各国で公的介護制度の整備が医療より遅れてきたこともあり、先行研究は限られている状況である。また、医療と介護では制度やサービス内容、利用者の属性等に様々な相違があるため、医療分野の研究成果をそのまま介護に敷衍することも適当ではない。

そこで本稿では、まずⅡ節でわが国と諸外国

図1 わが国の介護保険における保険給付費（兆円）の推移



（注） 保険給付費には利用者の自己負担や地域支援事業費は含まない。

（出所） 厚生労働省「介護保険事業状況報告年報（各年度版）」より作成

- 1) 介護保険の文脈では、「利用者負担」や「利用者負担割合」といった表記が用いられるが、本稿では「自己負担」および「自己負担率」として表記を統一する。
- 2) 本稿では、サービスの利用に係る費用（サービスを提供した事業者を支払われる費用）を「費用額」と表記する。費用額は原則として保険給付（7～9割）と自己負担（1～3割）で賄われる。
- 3) Newhouse and the Insurance Experiment Group（1993）等を参照。

の公的介護制度における自己負担のあり方を概観した後、Ⅲ節で自己負担率に関する先行研究とそこから得られる示唆を整理し、介護保険の

自己負担を巡る議論の一助となることを目指す。最後のⅣ節は本稿のまとめである。

Ⅱ．各国の公的介護制度における自己負担

Ⅱ－１．わが国の介護保険における自己負担

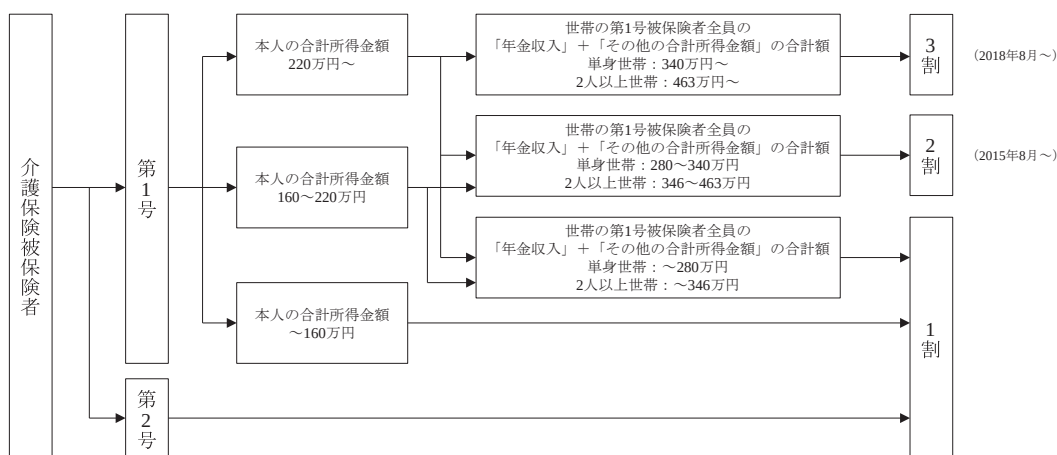
先行研究のレビューに移る前に、わが国と諸外国の公的介護制度における自己負担のあり方を簡単に概観する。前述の通り、わが国の介護保険では、2000年の制度施行当初から原則1割⁴⁾の定率負担が導入されている。定率負担の導入で議論がまとまった背景には、「介護保険制度導入によって、高齢者自身が介護サービスの利用を選択できるようになることに対する認識の深まりから、『選択が認められる以上選択したサービスについて応分の負担をするのは当然である』との考え方が共有されたこと」や「『定率負担』といっても医療保険のような『出来高

による青天井の負担』になるわけではない、という理解が形成されていたこと」（介護保険制度史研究会（2019）⁵⁾）がある。

このように、制度施行当初は主に応益負担の観点から自己負担が導入されたが、その後の保険給付費の急速な伸びを受け、2015年の2割負担導入、2018年の3割負担導入と、段階的に応能負担の強化が進められてきている（図2）。

現行制度において自己負担率が2割となるのは、第1号被保険者（65歳以上の被保険者）のうち合計所得金額⁶⁾が160万円以上の者であり、年金収入のみの単身世帯であれば280万円以上の年金収入がある場合に該当する。ただし、

図2 わが国の介護保険における自己負担率の判定フロー



（注） 図中の情報は2022年11月時点のものである。

（出所） 厚生労働省（2017）より作成

4）公費負担介護（生活保護受給者等）による自己負担の減免や、保険料滞納によるペナルティ（自己負担率の引き上げ）等、原則と異なる例外的なケースも存在する。

5）介護保険制度史研究会（2019）pp. 322-325。

合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや、同一世帯に第1号被保険者が2人以上いるケースを考慮し、年金収入とその他の合計所得金額⁷⁾の合計が単身世帯で280万円、2人以上世帯で346万円未満の場合は、1割負担が維持される。

また、自己負担率が3割となるのは、合計所得金額が220万円以上の者であり、年金収入のみの単身世帯であれば340万円以上の年金収入がある場合に該当する。ただし、合計所得金額が220万円以上であっても、年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身世帯で340万円、2人以上世帯で463万円未満の場合は、1割もしくは2割負担が維持される。

もっとも、厚生労働省「介護保険事業状況報告月報（2022年8月分暫定版）」によれば、2022年8月末時点で、要介護認定を受けている第1号被保険者のうち、2割負担対象者は4.8%、3割負担対象者は3.9%となっており、残る大半の第1号被保険者では1割負担が維持されている。

また、わが国の介護保険では、高額介護サービス費制度が存在し⁸⁾、利用者の自己負担月額

が個人単位または世帯単位で一定の上限を超える場合には、申請に基づいて超過分が払い戻される（償還払い⁹⁾）。このため、マクロ的に見た実質的な自己負担率（実際の自己負担額を費用額で除した割合）は概ね7%台で推移している（厚生労働省（2016））。現在の上限設定は表1の通りであるが、高額介護サービス費制度も、2015年8月、2017年8月、2020年8月、2021年8月と近年度々制度が変更されており、段階的に応能負担が強化されてきている。

なお、わが国の介護保険では、要介護度に応じて区分支給限度基準額（表2）が設定されており、これを超えて利用する場合には、超過分は給付対象外（自己負担）となる上、高額介護サービス費の対象ともならない。ただし、区分支給限度基準額に算入されるサービスは在宅サービス（短期入所サービスを含む）のみであり、施設サービス（および居宅療養管理指導）は算入されない点には留意が必要である。

Ⅱ－2. 諸外国の公的介護制度における自己負担 次に、諸外国の公的介護制度における自己負

表1 高額介護サービス費制度の概要

区分	自己負担の上限額（月額）
課税所得 690万円（年収約 1,160万円）～	140,100円（世帯）
課税所得 380～690万円（年収約 770～1,160万円）	93,000円（世帯）
市町村民税課税～課税所得 380万円（年収約 770万円）	44,400円（世帯）
世帯全員が市町村民税非課税	24,600円（世帯）
世帯全員が市町村民税非課税で、「年金収入」+「その他の合計所得金額」の合計額が～80万円の者等	24,600円（世帯） 15,000円（個人）
生活保護受給者等	15,000円（世帯）

（注） 表中の情報は2022年11月時点のものである。

（出所） 厚生労働省（2021a）より作成

6) 合計所得金額とは、収入から給与所得控除や公的年金等控除を控除した給与所得や雑所得（年金所得が含まれる）等の各種所得を合算した金額であり、基礎控除や人的控除等を控除する前の所得金額を指す。

7) その他の合計所得金額とは、合計所得金額から雑所得を除いた金額を指す。

8) 医療費との合計額に上限を設定する高額医療・高額介護合算療養費制度も存在するが、ここでは紙幅の都合上割愛する。

9) 償還払いの他に、利用者が上限までの自己負担額のみを支払い、超過分については保険者から入所施設に直接支払われる受領委任払いも可能だが、これを利用できるのは受領委任払いの対象となる施設の入所者のみに限定される。

表2 区分支給限度基準額の概要

要介護度	区分支給限度基準額（月額）	1単位＝10円で換算した 支給限度となる費用額（月額）
要支援1	5,032単位	50,320円
要支援2	10,531単位	105,310円
要介護1	16,765単位	167,650円
要介護2	19,705単位	197,050円
要介護3	27,048単位	270,480円
要介護4	30,938単位	309,380円
要介護5	36,217単位	362,170円

（注）表中の情報は2022年11月時点のものである。

（出所）平成12年厚生省告示第33号より作成

担を概観する¹⁰⁾。

まず、米国では公的介護制度は存在せず、民間介護保険が大きな役割を果たしている。ただし、医療保障の範疇に含まれる一部の介護サービスについては、高齢者¹¹⁾向けのメディケア（Medicare）¹²⁾および、年齢を問わない低所得者向けのメディケイド（Medicaid）という、公的医療制度の中で提供されている。メディケアは連邦政府が主体となり、現役世代の社会保障税（保険料）により運営され、メディケイドは州政府が主体¹³⁾となり、公費により運営されている。

メディケアでは、65歳以上の高齢者および、65歳未満で24か月間以上障害者認定を受けている者について、病院から退院後の施設サービス（Skilled Nursing Facility, SNF）が提供される。このうち、最初の20日間は費用の全額が給付され、続く80日間は利用者の一部自己負担（最高で1日194.5ドル）が発生する。

SNFはあくまで退院後の一時的なりハビリ施設と位置づけられているため、入所が100日間を超える場合や、リハビリの進捗が停滞した場合、利用者がリハビリへの参加を拒否した場合等は給付が打ち切れ、全額自己負担となる。SNFの他に一部の在宅サービスも提供されるが、これらはあくまで治療の一環として医学的に必要な範囲で提供されるものであり、わが国の介護保険のように、高齢者の日常生活を広範に支えることを目的とするものではない。

メディケイドでは、メディケアより広範に、施設サービスや一部の在宅サービスが提供され、その費用の全額が給付される。ただし、あくまでメディケイドは低所得者のみを対象とした制度であり、給付対象となるには、原則として資産を費消して自己負担ができないことが要件となる。米国の施設サービスは極めて高額であることが多いため、入所中に資産を費消した結果、メディケイドの受給者となるパターンが

10) 諸外国の公的介護制度に関する記述については、主として健康保険組合連合会（2020）、厚生労働省（2021b, 2022）および各国政府ホームページ等を参照しており、2022年11月時点の情報である点に留意されたい。

11) 受給資格は65歳以上で本人または配偶者の社会保障税の納付実績が10年以上ある者に限定される。

12) メディケアはパートA～Dに分かれている。パートAは入院医療や介護施設等をカバーする強制加入の保険であり、連邦政府が運営する。パートBは外来医療等をカバーする任意加入の保険であり、同じく連邦政府が運営する。パートCは任意加入の保険であり、パートA・B双方の加入者に対して、連邦政府に代わって民間保険会社がパートA・Bと同等以上の給付を行う。パートDは外来時の処方薬をカバーする任意加入の保険であり、同じく民間保険会社が提供する。なお、本文では、パートAについて記述している。

13) メディケイドは連邦政府のプログラムであるものの、サービスの内容や報酬額について、連邦政府のガイドラインの範囲内で、州政府の幅広い裁量が認められている。

多いとされている（クルーム（2008））。このように、 Medikae・Medikeイドともに、介護保障としては極めて貧弱な内容であると言える。

欧州では英国も、介護の責任を本人と家族が担うべきとの考えが伝統的に根強く¹⁴⁾、介護保障が不十分な水準となっている（伊藤（2016））。国営の保健医療サービス（National Health Service, NHS）とは別に、公的介護制度として、地方自治体が地方税や国庫交付金を財源に運営するソーシャルケア（Social Care）が存在するものの、同制度では全額自己負担が原則となっている¹⁵⁾。ただし、保有する資産が23,500ポンド以下の場合、資産額に応じて自己負担率が低下し、14,250ポンド以下では自己負担なしとなる。サービス利用に係る費用額は、委託費として地方自治体から事業者を支払われるが、保有する資産が23,500ポンド以上の場合全額自己負担となるため、地方自治体を介さずに直接事業者と契約を結ぶ者が多いとされる（伊藤（2016））。なお、ソーシャルケアは障害児も含めた全年齢を対象としており、受給者の年齢制限は存在しない。

こうした手薄な介護保障は英国の長年の課題とされており、介護施設を利用するために、入所者がまず自らの資産や自宅の売却で対応し、貧困層に転落した後で公費による給付を受けるケースも多いとされる状況であるが（伊藤（2016））、2021年9月には社会保障制度改革案（Build Back Better: Our Plan for Health and Social Care）が示され、一部補助の対象を資産額100,000ポンド以下、全額補助の対象を20,000ポンド以下に拡大することとされた。また、介

護に係る自己負担額の上限を、生涯を通じて86,000ポンドまでとし、それを超える場合には公費でカバーすることとされた。

フランスでは、公的介護制度として、2002年に個別化自律手当（Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA）が施行された。これは社会保険方式ではなく、地方税および各県に配分される社会拠出金¹⁶⁾を財源とし、県により運営される税方式の公的介護制度である。給付水準や要介護認定の方法等は全国一律で定められているが、サービスの内容や価格、給付の可否は各県が決定している。給付対象年齢は60歳以上であり、60歳未満の障害者は、同じく県が運営する障害補償手当（Prestation de Compensation du Handicap, PCH）が適用される。

月間の給付限度額は要介護度ごとに定められており、最も重度のGIR1は1,807.89ユーロ、GIR2は1,462.08ユーロ、GIR3は1,056.57ユーロ、GIR4は705.13ユーロとなっている。さらに軽度のGIR5・6については、APAの給付は行われない（全額自己負担）¹⁷⁾。自己負担の水準は在宅サービスと施設サービスで異なり、在宅サービスについては、所得月額が816.65ユーロ以下の場合自己負担なしとなるが、これを超える場合は所得月額に応じて自己負担率が上昇し、3,007.51ユーロを超える場合は90%で頭打ちとなる。施設サービスについては、最低でもGIR5・6の利用者と同額の費用額を支払う（費用額は重度のGIR1・2が最も高額で、軽度のGIR5・6が最も低額に設定されている）。これに加えて、所得月額が2,489.37ユーロを超える場合は、利用者の要介護度に応じた費用額

14) 英国の公的介護制度の源流は1948年国民扶助法に遡るが、これは1601年救貧法以来の伝統を受け継ぐものであり、以降半世紀以上にわたって、介護費用を負担できない低所得の重度要介護者のみを対象とする選別主義的な制度が維持されてきた（伊藤（2016））。

15) ソーシャルケアの他に、医療保障の範疇としてNHSにより提供される介護サービス（訪問看護等）も存在する。NHSのサービスは原則として自己負担は生じない。

16) 社会拠出金には一般化社会拠出金（Contribution Sociale Généralisée, CSG）、自律連帯拠出金（Contribution Solidarité Autonomie, CSA）、自律連帯付加拠出金（Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie, CASA）が含まれる。

17) GIR5・6については、APAではなく、地方自治体が個別に提供する生活支援サービスを利用できる場合がある。

と GIR5・6 の費用額の差額に、所得月額に応じて設定された割合を乗じた金額を支払う。この割合は 0～80 % で設定され、月額所得が 3,829.79 ユーロ以上の場合には 80 % で頭打ちとなる。このため、施設サービスの実質的な自己負担率は GIR1・2 の場合で凡そ 20 % 台～80 % 台、GIR3・4 の場合で凡そ 40 % 台～80 % 台となる（健康保険組合連合会（2020））。

ドイツは、わが国に先立って、1995 年に社会保険方式の介護保険（Pflegeversicherung）を導入した国である。ドイツの介護保険は公的介護保険と民間介護保険に分かれており、両者により国民皆保険が成立しているが、これはドイツの医療保険（Krankenversicherung）と同様の構造となっている。即ち、介護金庫（Pflegekasse）¹⁸⁾ が保険者となる公的介護保険には、疾病金庫（Krankenkasse）が保険者となる公的医療保険の被保険者（全人口の 9 割程度）が加入しており、民間保険会社が提供する民間介護保険には、民間医療保険の被保険者（全人口の 1 割程度）が加入している¹⁹⁾。公的・民間いずれの保険も、財源はほぼ全て保険料収入であり、また、受給年齢の制限はない。

介護サービスの利用に当たっては、各保険者がサービス内容や報酬等の条件を交渉・契約した事業者のサービスを利用することになる（現物給付）。ドイツの介護保険における自己負担は定率負担ではなく、費用額のうち、サービス種別や要介護度（Pflegegrad）に応じて定められた給付限度額を超える分が自己負担となる。在宅サービスを例にとると、要介護 1 では給付なし、要介護 2 では 724 ユーロ、要介護 3 では 1,363 ユーロ、要介護 4 では 1,693 ユーロ、要介護 5 では 2,095 ユーロが月間の給付上限額となっている。こうした給付限度額は費用額を賄

うには不十分な水準に設定されており、付加的な民間保険や自己負担、あるいは低所得者向けの介護扶助の果たす役割が大きいとされる（中澤（2018））。

なお、事業者によるサービスではなく、家族等の介護を受ける場合には、現金給付を選択することも可能である点は、ドイツの介護保険の特徴である（現物給付と現金給付を組み合わせた受給も可能）。現金給付の場合は、要介護 1 では給付なし、要介護 2 では 316 ユーロ、要介護 3 では 545 ユーロ、要介護 4 では 728 ユーロ、要介護 5 では 901 ユーロが月間の給付額となっている。

また、ドイツよりも早くから介護保険を整備してきた国として、オランダがある。オランダの介護保険に当たる特別医療費保険（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ）は 1968 年に施行された国民皆保険であり、世界で最初の公的介護保険とされる。ただし、AWBZ はあくまで公的医療保険の一部として位置づけられており、公的医療保険は、長期入院や介護をカバーする AWBZ、短期的な治療をカバーする医療保険（Zorgverzekeringswet, ZVW）、その他の自由診療をカバーする保険の 3 つの保険で構成されてきた（大森（2011））。

もっとも、21 世紀以降、急速な高齢化や財政の悪化に直面したオランダでは、2015 年に AWBZ に代わって、長期療養サービス保険（Wet Langdurige Zorg, WLZ）が施行され、重度かつ不可逆的な要介護者に給付対象が絞られることとなった。WLZ の対象とならない軽度者への給付については、2007 年に施行された社会支援（Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO）に移行され、また、医療的な措置は ZVW に統合された。

18) 介護金庫は、ドイツ全土で 100 以上存在する疾病金庫に設置されており、疾病金庫を母体として運営されている。

19) ドイツの医療・介護保険では、公務員や自営業者、高所得の被用者等は公的医療・介護保険への加入義務を免除されるが、それらの者も自主的に公的保険に加入するか、民間保険に加入する義務が定められているため、国民皆保険となっている。なお、民間保険には強制加入のもの他に、付加的に加入できる保険も存在する。

WLZ は国が指定する医療保険者である介護管理局 (Zorgkantoor)²⁰⁾ が運営する国民皆保険であり、保険料収入と政府補助金を主たる財源としている。WMO は政府交付金を財源として地方自治体が運営しており、ZVW は保険料収入と政府補助金を財源として民間保険会社が運営する国民皆保険である。WLZ では主として施設サービス、WMO では在宅サービス、ZVW では治療や訪問看護、リハビリ等が提供される。WLZ と ZVW には受給者の年齢制限は存在しないが、WMO は 18 歳以上の地域住民に限定される。

WLZ については、所得および資産に応じた自己負担が設定されている。WLZ で施設サービスを利用する場合、低額の自己負担と高額の自己負担の 2 種類が設定されており、利用開始から 4 か月間は低額の自己負担 (月額 174 ～ 913.2 ユーロ)、5 か月目以降は高額の自己負担 (月額 0 ～ 2,506 ユーロ) となる。ただし、配偶者が自宅に居住している場合等は 5 か月目以降も低額の自己負担が適用される。2017 年における WLZ の総収入に占める自己負担の割合は 8.8% となっており、マクロ的に見た 1 人当たり平均自己負担額は月額約 551 ユーロとなっている (健康保険組合連合会 (2020))。また、WMO は所得や要介護度に関わらず、一律で月額 19 ユーロの自己負担が設定されている。WLZ は介護管理局、WMO は地方自治体がそれぞれ契約している事業者からサービスを受けることになるが、WLZ・WMO とともに現金給付である個人介護予算 (Persoonsgebonden Budget, PGB) を受給し、これら以外の事業者からサービスを受けることも可能となっているのは、オランダの制度的な特徴と言える。

最後に、アジア²¹⁾に目を向けると、わが国に

続いて介護保険を導入した国として、2008 年に介護保険 (老人長期療養保険) を施行した韓国が挙げられる。韓国の介護保険は、国民健康保険公団が保険者となる国民皆保険であるが、給付対象者は 65 歳以上の高齢者と、老人性疾患を有する 65 歳未満の者に限定されており、この点はわが国の介護保険にも類似している。財源は保険料収入が 6 割以上を占めるが、残りは公費が充てられており、この点も、保険料収入と公費がそれぞれ、自己負担を除く財源の半分ずつを占めるわが国の財源構成に近くなっている。

韓国の介護保険では、在宅サービスと施設サービスで異なる自己負担率が設定されており、在宅サービスは 15%、施設サービスは 20% となっている。ただし、在宅・施設ともに、健康保険料 (所得水準の代理変数) の納付額が下位 25% であれば 60%、下位 50% であれば 40% の負担軽減が受けられることとなっている。

こうした各国の自己負担率の水準を見ると (表 3)、保険料や租税等の負担を考慮せずに、自己負担率のみに着目した比較は適切とは言えないものの、わが国の原則 1 割 (所得水準に応じて 2 割または 3 割) という水準は、高齢化率の高さを考慮すれば、相対的に低い水準であると考えられる。また、諸外国ではサービス種別に応じて異なる自己負担率を設定しているが、わが国ではそのような制度にはなっていない点も特徴と言える。

20) 介護管理局は、各地域で最大規模の医療保険者が指定されることが通例である。

21) アジアでは、中国や台湾でも介護保険導入に向けた動きが見られ、中国では一部の都市で介護保険が試行的に実施されている。1 例を挙げると、試行都市の上海市では、在宅サービスは 10%、施設サービスは 15% の自己負担率が設定されている。台湾では、介護保険の導入を目指しつつ、未だ実現には至っていないが、税方式の公的介護制度が存在しており、移動サービス等を除いて、原則として 16% (中低所得者は 5%、低所得者は 0%) の自己負担率が設定されている。

表3 各国の公的介護制度の比較

国名	財政方式	自己負担率
米国	—	公的介護制度は存在しないが、メディケアやメディケイドにおいて一部介護サービスが提供される。
英国	税方式	原則として全額自己負担だが、保有資産が少なく自己負担に支障がある場合のみ負担軽減措置があり、最大で全額が公費で給付される。
フランス	税方式	在宅サービスの場合、所得月額に応じて0～90%。施設サービスの場合、要介護度に応じて、凡そ20%台～80%台、または40%台～80%台。
ドイツ	社会保険方式	定率負担はなく、費用額のうち、サービス種別や要介護度ごとに設定された給付限度額を超える分が自己負担となる。
オランダ	社会保険方式（WLZ） 税方式（WMO）	WLZは低額の自己負担（月額174～913.2ユーロ）または高額な自己負担（月額0～2,506ユーロ）の2種類（平均自己負担月額は551ユーロ（2017年））。WMOは一律月額19ユーロ。
韓国	社会保険方式	在宅サービス15%、施設サービス20%。ただし、健康保険料納付額に応じて軽減。
日本	社会保険方式	原則10%。ただし、所得水準に応じて20%または30%。

（注） 表中の情報は2022年11月時点のものである。

（出所） 健康保険組合連合会（2020）、厚生労働省（2021b, 2022）および各国政府ホームページ等より作成

Ⅲ．先行研究

Ⅲ－１．フランスの先行研究

Ⅲ－１－１．Roquebert and Tenand（2017）

ここからは、各国の公的介護制度における自己負担を対象とした先行研究を国別に紹介する。

まずフランスでは、前述の通り、APAと呼ばれる公的介護制度が存在する。このAPAを題材に、在宅サービスの価格弾力性を推定したのが、Roquebert and Tenand（2017）である。本研究では、フランス国内のある1県について、訪問介護の価格が事業者によって異なる点に着目し、訪問介護の利用に係るintensive marginの推定を試みている。APAの給付対象となる訪問介護の価格は、事業者ごとに、2年前のサービス提供コストをもとに公定されるため、同じ

内容のサービスであっても、事業者によって価格が異なるという特徴を持つ²²⁾。

本研究が分析に用いるのは、2012～2014年の各10月の行政データであり、当該月と前後1か月間ずつ（9～11月）に訪問介護を利用し、かつ自己負担率²³⁾が0%でない者（3年間で延べ8,190人）を分析対象としている。被説明変数は訪問介護の相対的消費量（＝実際の利用時間／ケアプラン量²⁴⁾）であり、説明変数には、自己負担額（＝サービス価格×自己負担率）、可処分所得、ケアプラン量、性別、年齢、要介護度、配偶者の状況、時点ダミーを用いている。また、価格弾力性の異質性を捉えるため、自己負担額と要介護度や所得水準の交差項もモデルに加え

22) 分析対象期間中の訪問介護の価格は1時間当たり19.35～23.5ユーロの間であり、平均値は21.8ユーロであった。

23) 分析対象期間中の自己負担率は、低所得者（所得月額739ユーロ以下）の場合は0%であるが、それ以外は所得月額に応じて自己負担率が上昇し、高所得者（所得月額2,945ユーロ以上）の場合は90%で固定される。

24) APAを利用する際には、行政によってケアプランが作成される。ケアプランには月ごとのサービス利用量の上限が記載されており、本研究ではこれをケアプラン量（care plan volume）と呼んでいる。

ている。なお、本研究で用いているデータでは、ケアプラン量を超える（給付対象外となる）サービスの利用については把握できないため、打ち切り回帰モデルにより推定を行っている。

推定の結果、訪問介護需要の価格弾力性は -0.45 程度と推定され、自己負担額の上昇により利用時間を減らす傾向が確認された。また、内生性の問題²⁵⁾に対処するため、サービス価格のみに相関する、事業者ごとのサービス展開先市町村数²⁶⁾を操作変数として用いても、価格弾力性は -0.39 程度と推定され、一定の頑健性が確認された。本研究ではこれらの結果をもとに、1時間当たり自己負担額が10%増加すると、訪問介護の利用時間は平均して4%（月70分）減少すると結論づけている。

また、交差項を加えたモデルの推定結果を見ると、要介護度の違いによる価格弾力性の違いは確認できなかったが、所得水準別に見ると、高所得者ほど価格弾力性が大きいという結果が得られている。この点について本研究では、高所得者の方がより自己負担に係る制度の内容を理解していることが背景にあると指摘している。

Ⅲ－１－２. Perdrix and Roquebert (2022)

同じくフランスのAPAを対象にした研究がPerdrix and Roquebert (2022)である。本研究はフォーマルケアの利用量がインフォーマルケアの利用に与える効果を分析したものであるが、その過程において、APAの自己負担の効果についても検討しているため、簡単に紹介する。

前述の通り、APAの在宅サービスは、事業

者のコストに応じて公定される。本研究では、各県内における在宅サービスの公定価格の最低値（「最低価格」）をフォーマルケアの利用量の外生的な操作変数として用いて、インフォーマルケアの利用に与える効果を分析している。各県内における最低価格は、1時間当たり12.3～21.98ユーロであり、平均は19.54ユーロであった。また、分析対象者は、60歳以上の高齢者約11,000人を対象とした2015年のフランス全国調査から、APAの在宅サービス利用者2,648人を抽出したサブサンプルである。

操作変数法の第1段階において、在宅サービスの利用時間を被説明変数、最低価格、性別、年齢、世帯構成、要介護度、教育水準、所得水準、各県の高齢化率、高齢者に占める女性の比率、施設サービスの利用可能性、政治的・経済的状況等を説明変数として回帰分析を行ったところ、最低価格の1%の上昇は、在宅サービスの利用時間を0.73%減少させることが分かった。また、第2段階においては、フォーマルケアの利用量の増加が有意にインフォーマルケアの利用確率を減少させることが明らかになった。

Ⅲ－２. オランダの先行研究²⁷⁾

Ⅲ－２－１. Non (2017)

次に、オランダの介護保険（AWBZ）を対象とした先行研究として、在宅サービスを題材としたNon (2017)を紹介する。オランダでは2013年1月より、世帯の資産に応じて、4週間当たりの自己負担額の上限²⁸⁾が引き上げられたが、本研究では、この制度変更の前後1年

25) 本研究では、利用者が事業者をランダムに選択し、サービス価格が外生的であることを前提としているが、例えば利用者がサービスの質等を予め知っており、非ランダムに事業者を選択している場合はこの前提が成立しない。

26) サービス価格は事業者のコストに応じて、事業者ごとに公定されるため、より広い地域でサービスを展開している事業者は、コストの上昇を通じてサービス価格が上昇しやすい。

27) 本稿では紙幅の都合上、割愛しているが、オランダの先行研究では、様々な自己負担の設定方法について、マイクロシミュレーションの手法を用い、厚生やリスク分散効果、再分配効果等を評価したWouterse et al. (2019) および Wouterse et al. (2021) がある。

28) 2012年の在宅サービスの自己負担額は、1時間当たり13.4ユーロ（全利用者共通）で、世帯ごとに設定された4週間当たりの自己負担額上限に達すると、それ以上の自己負担は生じない。なお、1時間当たり13.4ユーロという水準は、実際の費用額の18～25%に相当するとされる。

間（＝4週間×13期）ずつの行政データを用いて、利用者を、制度変更の影響を直接的に受けたグループ（直接処置群：上限額引き上げの対象であり、かつ2012年の4週間当たり平均自己負担額が上限に達していた者）²⁹⁾、間接的に影響を受けたグループ（間接処置群：上限額引き上げの対象だが、2012年の4週間当たり平均自己負担額が上限に達していなかった者）³⁰⁾、影響を受けなかったグループ（対照群）に分け³¹⁾、傾向スコアを用いて両処置群を対照群にマッチングした上で、自己負担額上限の引き上げの効果を分析している。

まず、各4週間の在宅サービスの利用を表すダミー変数を被説明変数、処置変数、本人・配偶者の年齢、要介護時間（4週間当たり必要と認定されたサービス利用時間）、世帯の所得・資産水準、時点ダミー等を説明変数として、固定効果ロジットモデルにより、サービスの利用率に係る処置効果（extensive margin）を推定した。その結果、直接処置群では利用率が2013年の平均で5.7%pt低下したことが明らかになった。また、処置変数と時点ダミーの交差項を加えた分析では、制度変更当初は有意な結果は得られなかったものの、2013年の最終期では約11%ptの低下となっており、処置効果が時間の経過とともに増大していることが明らかになった。直接処置群の平均的な自己負担額の増加率は42%であり、これをもとに計算すると、在宅サービス需要の価格弾力性は-0.14（2013年最終期では-0.26）となった。また、間接処置群については、2013年の平均で利用率が1.8%pt低下していたことも確認された。

次に、各4週間の在宅サービスの相対的利用率（＝実際の利用時間／要介護時間）を被説明

変数として、固定効果モデルにより、サービスの利用率に係る効果（intensive margin）を推定した。その結果、間接処置群ではわずかながら有意な利用量の減少が確認されたものの、直接処置群では有意な結果は得られなかった。Roquebert and Tenand（2017）と異なり、intensive marginについて、有意な結果が得られなかった原因としては、オランダでは、自己負担額上限を超えるとそれ以上の自己負担は生じなくなる一方で、フランスでは、ケアプラン量以上のサービスを受ける場合は、全額自己負担になるという制度的な違いが指摘されている。

また、世帯構成による処置効果の異質性についても分析するため、単身世帯と複数人世帯に分け、それぞれのサブサンプルごとに推定を行った。その結果、直接処置群の単身世帯ではサービス利用率が5.2%pt低下したのに対し、複数人世帯では11.7%pt低下しており、複数人世帯では、フォーマルケアから同居者によるインフォーマルケアへの代替が示唆された。

Ⅲ－2－2. Tenand et al.（2021）

同じくオランダのAWBZを対象とした研究として、施設サービスを題材にしたTenand et al.（2021）がある。AWBZにおいて、施設サービスの利用者は、施設で受ける介護の内容や強度に関係なく、どの施設でも同じルールに則って自己負担額を支払うことになっている。即ち、自己負担には低額の自己負担と高額の自己負担の2種類があり、前者は入所後6か月間と、自宅に配偶者がいる場合等に適用され、後者はそれ以外の全ての入所者に適用される。高額の自己負担については、所得や資産に応じて自己負担額が設定されるが³²⁾、2013年1月に、所得

29) 直接処置群では、4週間当たり自己負担額上限は平均で105ユーロから159ユーロに上昇した。

30) 間接処置群では、4週間当たり自己負担額上限は平均で273ユーロから374ユーロに上昇した。

31) サンプルセレクションにおいて、要介護認定が2012年末までに終了した者、または2013年以降に要介護認定が開始した者、現物給付ではなく現金給付を選択した者、2011年末時点で60歳未満の者、分析対象期間中に世帯構成が変化した者等を分析対象から除外しており、その結果、直接処置群：24,418人、間接処置群：14,363人、対照群：96,822人となっている。

32) 高額の自己負担は、所得や資産に応じて、自己負担なし～1か月当たり2,250ユーロ（2014年の値）の間で設定される。

や資産の多い利用者を対象として、高額の自己負担の引き上げが行われており、本研究では差の差分分析（DID）を用いて、この制度変更の効果を検証している。

本研究は、オランダの行政データを用いて、2009年1月～2014年12月の間に初めて施設入所資格を得た66歳以上の者で、入所資格を得る2年前の時点で既に配偶者がいない独身者を分析対象としている。これは、複数人世帯と単身世帯では自己負担のルールが異なるためである。このサンプルセレクションの結果、2013年の自己負担額引き上げの対象となった処置群は29,380人、対象とならなかった対照群は50,179人となった。

被説明変数は2つあり、1つは、入所資格の取得から12か月以内に入所したことを表すダミー変数、もう1つは、資格取得から12か月間において施設サービスを利用した日数である。説明変数としては、性別、年齢、所得水準、要介護度、疾患の有無、子の有無、持ち家の有無、居住地域、時点ダミー等の共変量の他、自己負担額引き上げの対象となったことを表す処置変数、および処置変数と処置強度（自己負担の増加額³³⁾）の交差項を用いている。

推定の結果、入所資格の取得から12か月以内に入所する確率は、自己負担額引き上げによって1.15%pt減少し、12か月間のサービス利用日数は4.4日減少したことが明らかになった。また、処置強度も分析に加えると、自己負担が1か月当たり100ユーロ増加することで、12か月以内の入所確率は0.3%pt、12か月間の利用日数は0.8日減少することが分かった。

続いて、処置効果の異質性について検討する

ため、様々な条件に応じて分割したサブサンプルを用いて分析を行ったところ、重度者よりも軽度者のサブサンプルで入所確率が低下しやすい傾向が確認された。他方で、性別や子の有無・数・就業状況等による有意な違いは見られなかった。

さらに、本研究では追加的な分析として、入所資格取得後2年以内の死亡率や、資格取得後2年間の医療費・在宅介護費、潜在的な介護者である利用者の子の健康状態・所得水準に与える効果についても分析している。まず死亡率については、自己負担の引き上げが与えた効果は確認できなかった³⁴⁾。また、インフォーマルケアの担い手として想定される子の健康や所得への効果についても、有意な結果は得られなかった。他方、在宅介護費は有意な増加が確認され、在宅サービスが施設サービスを代替することで、施設介護費の減少を一部相殺する結果となっていることが明らかになった。

Ⅲ－３．韓国の先行研究

Ⅲ－３－１．Kim et al. (2013)

アジアの中では、韓国を対象とした研究がある。まずは、Kim et al. (2013) を紹介する。韓国の介護保険では、原則として在宅サービスでは15%、施設サービスでは20%の自己負担が設定されているが、一部の低所得者には自己負担に係る補助が行われている³⁵⁾。本研究は、韓国の医療保険・介護保険データベースを用いて、この補助の効果を分析したものである。分析対象期間は2010年の12か月間、分析対象者はランダムに抽出した65歳以上の介護サービス利用者15,611人であり、そのうち約4分の1 (3,919

33) 本研究では、2種類の自己負担のうち、高額の自己負担の引き上げを分析している。処置群における自己負担引き上げによる増加額の中央値は、1か月当たり約200ユーロであったが、下位25%では60ユーロ未満、上位5%では970ユーロ以上と、分散が大きくなっている。また、増加率で見ると、中央値は18%であるものの、上位2.5%では100%を超えており、他方、下位25%では6%未満の増加率となっている。

34) ただし、認知症患者や、インフォーマルケア（子の介護）による代替が難しい者については、わずかな死亡率の上昇が示唆された。

35) 補助には毎月の自己負担の半額分の補助と全額分の補助の2種類があり、本研究では、半額補助対象者と全額補助対象者を分けた分析も行っているが、結果は両群で一致していたため、補助対象者全体の結果のみを示している。

人）が補助対象者であった。

まず補助対象者と非補助対象者の単純な比較を行ったところ、補助対象者は相対的に慢性疾患数が少なく、要介護度も低いにもかかわらず、1か月当たりの費用額は、補助対象者（全体平均で767ドル）の方が、非補助対象者（全体平均で605ドル）よりも高いことが示された（これは利用サービス種別ごとのサブサンプルでも同様の結果であった）。同様に、月々の給付限度額に占める費用額の割合を見ても、補助対象者は凡そ80％程度であり、60％台の非補助対象者よりも有意に高い水準であった。また、補助対象者の特徴として、（本来であれば在宅サービスよりも自己負担率の高い）施設サービスの利用率が、非補助対象者よりも大幅に高い（補助対象者：34.2％、非補助対象者：21.8％）ことが分かった。

こうした結果は、年齢、性別、所得水準、居住地、世帯構成、慢性疾患の数、要介護度をコントロールした回帰分析によっても大きく変わらないことが確認され、自己負担の補助によって、施設サービスの利用率は1.18％pt、月々の給付限度額に占める費用額の割合は9.43％pt増加することが明らかになった。これらの結果から、介護サービスに係る自己負担の補助が、低所得者の介護サービスの利用を促進し、また在宅サービスよりも、本来自己負担率が高く設定されている施設サービスへ利用者を誘導する結果となったことが分かった。

Ⅲ－３－２．Kim and Lim（2015）

同じく韓国の介護保険を対象とした研究として、Kim and Lim（2015）が挙げられる。本研究は、韓国の介護保険において、要介護度に応じて利用できるサービスや給付内容が異なる制度に着目し、要介護認定時のスコアリング結果を用いた回帰不連続デザイン（RDD）によって、介護保険給付が利用者のサービス利用に与える効果を分析したものである。

韓国の介護保険では、申請者の身体状況を調査し、そのスコアリング結果に基づいて要介護

度が決定される。このスコアが55点未満であれば介護サービスを利用することはできず、55～75点であれば3級（軽度）、75～95点であれば2級（中等度）、95点以上であれば1級（重度）と認定される。3級では施設サービスは利用できず、1・2級では施設サービスが利用できるようになる。また、各サービスの価格は要介護度に応じて異なっており、重度者ほど価格が上昇する。

本研究は、韓国の医療保険・介護保険データベースから、2008・2009年にスコアリングを受けた171,373人を抽出し、各要介護度の閾値周辺のスコアの者同士を比較している。ここでは、そのうち1級と2級の閾値に着目した分析を紹介する。被説明変数は施設・在宅サービスの利用を表すダミー変数と、施設サービスの利用日数、在宅介護費、子が主介護者であることを表すダミー変数等であり、説明変数には、年齢、性別、居住地、健康保険料（所得水準の代理変数）、ADL指数等を加えて、これらの効果をコントロールしている。

2級と比べると、1級では施設サービスの相対価格が上昇するため、スコアリングのわずかな差によって1級になると、施設サービスの利用が、わずかな差で2級になった者よりも減ることが見込まれる。実際に、1級になることの効果をRDDにより分析すると、extensive marginについては、在宅サービスの利用率が8％pt増加し、施設サービスの利用率が10％pt低下することが確認された。また、intensive marginについても見てみると、施設利用日数は年30日減少し、在宅介護費は年926ドル増加した。このように、施設サービス価格の相対的な上昇により、在宅サービスの利用が増加することが分かったが、このシフトは、インフォーマルケアの提供には有意な効果を与えておらず、死亡率についても、統計的に有意な差は見られなかった。

Ⅲ－４．わが国の先行研究（２割負担導入の効果以外を分析したもの）

Ⅲ－４－１．Sato et al. (2006)

次に、わが国の研究を紹介する。わが国の介護保険における自己負担を対象とした研究の嚆矢としては、Sato et al. (2006) が挙げられる。本研究は、介護保険が施行された際、従前に訪問介護³⁶⁾を利用していた利用者の訪問介護に係る自己負担率が、本則の10%から3%へ軽減された施策に着目して、この補助がサービスの利用に与えた効果を分析したものである。

本研究は、鹿児島県肝属郡における、2001年10～12月の介護レセプトデータおよび、保健所が利用者に行った聞き取り調査の結果を用いている。分析対象者となるのは、当該3か月間において毎月訪問介護を利用した65歳以上の利用者であり、かつ、世帯年収が補助対象となる水準（単身世帯の場合は世帯年収20,000ドル以下、非単身世帯の場合は世帯年収28,000ドル以下）の者である。また、生活保護受給者等、自己負担が免除される者は除外されている。その結果、261人が分析対象となり、うち補助対象者が137人、非補助対象者が124人であった。

本研究では、各月の区分支給限度基準額に占める費用額（3か月平均）の割合を被説明変数とし、処置変数、年齢、性別、世帯構成、介護を受け始めてからの期間、要介護度を説明変数として回帰分析を行っている。その結果、各変数の影響をコントロールしても、補助対象となることで、区分支給限度基準額に占める、訪問介護に係る費用額の割合は10.6%pt高まることが確認された。他方、訪問介護を除く、補助対象とならなかった他の訪問サービスについて

は両群で大きな相違は見られず、また、通所サービスについては、逆に非補助対象の方が、区分支給限度基準額に占める費用額の割合が高い結果となった。このことから、訪問介護の利用に係る補助が、サービスの過剰な利用と、サービス選択における訪問介護への誘導を招いた可能性が示唆された。

Ⅲ－４－２．Noguchi and Shimizutani (2011)

在宅サービスではなく、施設サービスに着目した研究としては、Noguchi and Shimizutani (2011) が挙げられる。本研究は、介護保険3施設³⁷⁾の利用者について、自己負担額が退所確率に与える効果を分析したものである。

本研究で用いるデータは、2000年9月に実施された厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」の個票データであり、同調査では2000年10月1日時点の全利用者の半数と、同年9月に施設を退所した全利用者について、年齢、健康状態、世帯構成、9月1か月間の自己負担額等のデータを集めている。

分析に当たっては、調査対象者の中から、年齢や世帯構成、入所時の健康状態、在所日数³⁸⁾が把握できる利用者のみを抽出しており、その結果、分析対象者数は18,518人（うち特養は1,556人、老健は14,134人、介護療養は2,828人）となった。施設別に平均在所日数を見ると、特養では1,440日、老健では185日、介護療養では395日となっており、また、2000年9月1か月間の平均自己負担額を見ると、老健と介護療養が高く、特養が最も低くなっている。

このサンプルについて、施設別にCox比例ハザードモデルを用いて、自己負担額が退所確率に与える効果を分析した（2000年9月30日

36) 補助対象となったサービスは、訪問介護（ホームヘルプ）のみであり、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリ等は補助対象に含まれていない。補助対象者は、介護保険の施行前から訪問介護を利用していた低所得者（単身世帯の場合は世帯年収20,000ドル以下、非単身世帯の場合は世帯年収28,000ドル以下）であり、同水準の低所得者であっても、介護保険の施行後にサービス利用を始めた者は補助対象とならない。なお、本研究は金額を全て米ドルで表示しており、為替レートも示されていないため、本稿においてもそのまま米ドルで金額を表示している点に留意されたい。

37) 介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（介護療養）を指す。

38) 2000年9月30日時点で入所している者の在所日数については、同日までの在所日数を用いている。

までに退所した者が退所者となる）。共変量として、年齢、年齢2乗、性別、要介護度、インフォーマルケアの有無、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度を用いて推定した結果、退所確率の価格弾力性は特養で1.7、老健で1.8となった。なお、介護療養については有意な結果は得られず、医療ニーズが高くなるほど、価格弾力性が小さくなる可能性が示唆された。また、要介護度が相対的に軽度の者や、インフォーマルケアを受けられる者ほど、退所確率が上がることも明らかになった。

Ⅲ－４－３. Fu and Noguchi (2019)

次に挙げるFu and Noguchi (2019)は、自己負担のない生活保護受給者と、原則通り10%の自己負担率となる利用者を比較し、自己負担がなくなることの効果（「モラルハザード」）を分析した研究である。本研究は、2006年1月～2015年12月の全国の介護レセプトデータと、同期間の厚生労働省「人口動態調査（死亡票）」をもとに、2006年1月1日時点で要介護認定を受けており、かつ、2015年12月までに死亡した者1,478,081人を分析対象として³⁹⁾、固定効果モデルによりモラルハザードの大きさを推定している。

その結果、自己負担率が10%pt低下することで、月ごとの費用額は4.4%増加したことが分かった。ただし、生活保護受給者と、その他の介護サービス利用者との間には様々な異質性が存在するため、推定結果にはバイアスが含まれている可能性がある。そこで、分析対象期間中に1度でも自己負担がなくなった者を処置群として、これと共変量がバランスするよう、傾向スコアマッチングにより対照群を構築し、観察し得る変数により生じるバイアスをコントロールした（観察されない変数によるバイアスは固定効果モデルによりコントロールしている）。

その上で、改めて固定効果モデルにより分析を行ったところ、自己負担率が10%pt低下することで、月ごとの費用額は9.8%（10,200円）増加し、サービス需要の価格弾力性は-0.1と推定された。この価格弾力性は米国の医療保険を対象とした研究（-0.2程度）よりは小さい水準であるものの、わが国の医療保険を対象とした研究（-0.06～-0.18）⁴⁰⁾とは大きく変わらない水準であると結論づけている。

Ⅲ－４－４. Takahashi (2022)

次に、要介護度の上昇による不連続な区分支給限度基準額の増加が介護サービスの利用に与える効果を分析したTakahashi (2022)を紹介する。本研究は、要介護認定に当たって算出される要介護認定等基準時間について、各要介護度の閾値に当たる基準時間の者に着目し、回帰不連続デザイン（RDD）によって、区分支給限度基準額の増加の効果を分析したものである。

本研究で用いるデータは、千葉県千葉市の介護レセプトデータを含む行政データであり、分析対象期間は2012年6月～2018年3月である。分析対象者は当該期間に介護サービスを利用した者であり、施設入所者と、自己負担がない公費負担介護の利用者を除外した49,248人について分析を行っている。

このサンプルについて、年齢、性別、自己負担率等を共変量として、各要介護度の境界ごとに、区分支給限度基準額の増加の効果⁴¹⁾を推定したところ、区分支給限度基準額が1単位増加すると、要支援1・2の間では0.2単位程度、要介護3・4の間、要介護4・5の間では0.5～0.7単位、1か月当たりの費用額が増加することが分かった。このように、重度者の方が区分支給限度基準額の増加による効果が大きくなる背景としては、重度者ほど区分支給限度基準額に占める費用額の割合が高まることがあると本

39) 2015年8月以降、自己負担率が2割となった者は除外している。

40) Shigeoka (2014)等を参照。

41) 要介護度が上がることで、区分支給限度基準額だけでなく、サービスの単価も上がることになるが、これを調整するため、本研究においては、サービスの単価を要介護1の単価に揃えている。

研究は指摘している。

また、被説明変数をサービス種別ごとの利用を表すダミー変数として推定を行ったところ、要支援1・2の間では、区分支給限度基準額が増加すると通所介護やリハビリの利用が増え、訪問介護や訪問看護の利用には変化がなかった。一方で、要介護3・4の間や要介護4・5の間では、訪問介護や訪問看護の利用が増え、他のサービスには有意な変化は見られなかった。この背景として本研究では、軽度者は相対的に健康状態が良く、レクリエーションのための通所介護やADL向上のためのリハビリを増やすインセンティブがある（逆に、健康であるため訪問介護や訪問看護を増やすインセンティブはあまりない）一方、重度者は自宅での生活に様々な困難があるため、訪問介護や訪問看護の利用を増やすインセンティブがある（逆に、健康状態が悪いため通所介護やリハビリを利用するインセンティブはあまりない）ためであると指摘している。

さらに、本研究では区分支給限度基準額の増加を通じたサービス利用の増加が、利用者の健康状態に与える効果についても分析を行っている。具体的には、次期認定有効期間における要介護認定等基準時間、サービス利用量、施設入所の有無等を健康状態の代理変数として分析したところ、区分支給限度基準額の増加がこれらの健康アウトカムにはほとんど有意な効果を与えていないことが確認された。このことから、区分支給限度基準額の不連続な増加がサービスの過剰な利用を招いていることが示唆された。

Ⅲ－５．わが国の先行研究（２割負担導入の効果）を分析したもの）

Ⅲ－５－１．Jin et al. (2020)

前述の通り、わが国の介護保険では、2015年8月より2割負担が導入された。ここからは、この2割負担の導入に着目した研究を紹介す

る。まず、介護レセプトデータを用いたマクロ的な研究として、Jin et al.(2020)が挙げられる。本研究は、費用額の決定要因を様々な観点から分析したものであるが、その一環として1割負担の利用者と2割負担の利用者を比較しているため、ここで簡単に紹介する。

具体的には、2016年4月～2017年3月における全国の介護レセプトデータ（3,876,068人⁴²⁾）を集計して、1人当たりの年間費用額が、1割負担の利用者では176万円であるのに対し、2割負担の利用者では147万円であることを示している。また、利用サービス別に見ると、施設サービス利用者の場合は1割負担：251万円、2割負担：219万円、在宅サービス利用者の場合は1割負担：136万円、2割負担：125万円となっている。2割負担の利用者の方が1割負担の利用者よりも費用額が低くなる傾向について、本研究では、相対的に高所得である2割負担の利用者の方が、健康状態や医療アクセスが良いことを要因として挙げている。

Ⅲ－５－２．Lin and Imanaka (2020)

同じく2割負担の導入に着目し、介護レセプトデータを用いて分析した研究としては、Lin and Imanaka (2020)がある。本研究はある1県について、2014年8月～2016年7月の医療・介護レセプトデータおよび被保険者台帳を用い、2015年8月の2割負担導入の効果を分析したものである。分析に当たっては、2014年8月時点で65歳未満の者、分析対象期間中に要支援2以下（認定失効を含む）となった者⁴³⁾および死亡した者、2014年8月～2015年7月においてサービスを利用していない月がある者、2015年8月～2016年7月において1度もサービスを利用していない者⁴⁴⁾を除外しており、その結果、分析対象者は23,879人（うち1割負担対象者は21,632人、2割負担対象者は2,247人）となった。また、2014年8月時点におけ

42) 対象は2016年度中に1度以上サービスを利用した要介護1～5の利用者である。

43) 軽度者を除いているのは、2015年度から軽度者向けの一部サービスが、介護予防・日常生活支援総合事業に移行されたことの効果をコントロールするためである。

る1人当たり月間費用額は、1割負担対象者では208,852円、2割負担対象者では177,180円と、後者の方が低いことが分かった。

このサンプルについて、月間費用額を被説明変数とし、処置変数（自己負担率）、年齢、性別、要介護度等を説明変数とした差の差分分析（DID）によって分析した結果、2割負担の導入は、費用額に有意な効果を与えていないことが分かった⁴⁵⁾。また、本研究では、在宅サービスの利用時間、施設サービスの利用日数、医療費、入院日数、救急医療の利用回数等を被説明変数とした分析も行った結果、介護保険における2割負担の導入が、制度の垣根を超えて、医療費（1か月当たり3,791円増加）と入院日数（1か月当たり0.16日増加）に有意な効果（「balloon effect」）を与えたことが分かった。

Ⅲ－5－3. Soga et al. (2020)

また、Soga et al. (2020)も2割負担導入に着目した研究である。本研究は、福岡県内の2市（A市およびB市）における2014年8月～2016年7月の介護レセプトデータを用いて、2割負担導入の効果を分析したものである。分析に当たっては、分析対象期間中に要支援2以下（認定失効を含む）となった者および死亡・転出等により追跡不能となった者、1割負担および2割負担以外の自己負担率の者、2015年8月以外のタイミングで2割負担となった者を除外している。その結果、分析対象者はA市で7,711人（うち1割負担対象者は6,711人、2割負担対象者は1,000人）、B市で647人（うち1割負担対象者は563人、2割負担対象者は84

人）となった⁴⁶⁾。

このサンプルについて、月次の費用額を被説明変数、処置変数（自己負担率）、年齢、要介護度等を説明変数として、固定効果モデルにより推定を行った結果、Lin and Imanaka (2020)と異なり、2割負担の導入によって費用額が月3,530円（A市）～9,350円（B市）程度⁴⁷⁾減少したことが分かった。

Ⅲ－5－4. Sano et al. (2022)

同じく2割負担導入の効果について、全国レベルの介護レセプトデータを用いて分析した研究がSano et al. (2022)である。本研究は、2015年4月⁴⁸⁾～2016年7月の全国の介護レセプトデータと被保険者台帳を用いて⁴⁹⁾、固定効果モデルにより2割負担導入の効果を分析したものである。

分析対象者は2015年2～8月に要介護認定を受けていた第1号被保険者（65歳以上の被保険者）のうち、2015年4月以降に要支援2以下（認定失効を含む）になった者と施設入所者を除いた、1,983,163人（うち1割負担対象者は1,793,276人、2割負担対象者は189,887人）である。両者ともに、各月のサービス利用率は平均で86%程度、1人当たりの月間費用額は117,000円程度であった。

このサンプルについて、各月のサービス利用を表すダミー変数および費用額を被説明変数、処置変数（自己負担率）、要介護度、時点ダミーを説明変数として、固定効果モデルで推定した結果、2割負担の導入は、各月のサービス利用率を0.46%pt、1人当たり月間費用額を3,110

44) このような処理を行うのは、自己負担率を介護レセプトデータからしか把握することができず、2015年8月以降に介護サービスの利用がない者（当該期間のレセプトデータが存在しない者）は自己負担率を把握することができないためである。

45) ただし、10%水準では、1か月当たり1,410円の減少と推定されている。

46) なお、本研究で用いるパネルデータは脱落を含まないバランスドパネルである。

47) 本研究では、費用額を米ドルで表示しているが、ここでは日本円に換算している。

48) 2015年4月に介護報酬改定および特養の重点化（新規入所者を要介護3以上に限定）等の制度変更が行われたため、同月以降のデータを分析対象としている。

49) 本研究では、厚生労働省「介護給付費等実態調査（現・介護給付費等実態統計）」の個票データを用いているが、同データは介護レセプトデータと被保険者台帳で構成されている。

円程度⁵⁰⁾減少させたことが分かり、サービス需要の価格弾力性は -0.05 と推定された。この結果から試算すると、マクロ的には在宅利用者の介護費が年間72億円程度減少（自己負担が144億円程度増加したのに対し、保険給付が216億円程度減少）したことが分かり、本研究では、2割負担の導入がサービス利用を大きく減らすことなく、財政負担を軽減したと結論づけている。

また、サービス別の利用ダミーと費用額を被説明変数として推定すると、訪問サービスでは 0.35% pt、460円程度、通所サービスでは 0.27% pt、1,400円程度、短期入所サービスでは 0.65% pt、900円程度、福祉用具貸与では 1.05% pt、270円程度、それぞれ利用率と費用額が有意に減少したことが明らかになった。また、価格弾力性はそれぞれ、 -0.02 、 -0.04 、 -0.15 、 -0.16 と推定された。通所サービスと短期入所サービスはともにレスパイトケアとしての側面を持つが、価格弾力性が両者で大きく異なるのは、通所サービスの方が単価が低く、また、より日常生活習慣に根差しているためと考えられる。

続いて、処置効果の異質性について検討するため、様々な条件に応じて分割したサブサンプルを用いた分析を行った結果、男性では全ての結果が有意であったのに対し、女性では、いくつか有意ではない結果が得られた。また、軽度者（要介護1・2）では1か月当たりの費用額が2,390円程度減少したのに対し、重度者（要介護3～5）では4,380円程度の減少となっており、重度者の方が費用額の減少が大きいことが分かった⁵¹⁾。ただし、重度者の方が2割負担導入前の費用額も大きいため、価格弾力性はともに -0.05 と推定された。

また、施設入所者も含めたサンプル（3,054,288人）についても同様の推定を行うと、利用率は 0.6% pt、費用額は1,830円程度の減少となり、価格弾力性は -0.02 と推定された。この結果から、施設入所者は在宅利用者よりも価格弾力性が小さいことが示唆された。

Ⅲ－５－５．大西（2022）

最後に、同じく2割負担導入の効果を分析した大西（2022）を紹介する。本研究は、先行研究であるLin and Imanaka（2020）、Soga et al.（2020）およびSano et al.（2022）を踏襲しつつも、新たなデータと分析モデルの工夫により、独自の貢献を試みており、その独自性は以下の4点に集約される。1つ目は、2割負担導入の効果について、異質性を考慮した分析を行うこと、2つ目は、2割負担導入による利用者の健康状態への効果について分析を行うこと、3つ目は、先行研究より長期の効果を分析すること、4つ目は、推定上のバイアスに対処すること⁵²⁾である。

本研究で用いるデータは2割負担導入の前後24か月間ずつ（2013年8月～2017年7月）における、千葉県柏市の介護レセプトデータおよび被保険者台帳である。このデータをもとに、2015年7月以前のデータが存在しない者、2015年8月以降のデータが存在しない者、（自己負担がない）公費負担介護を利用したことがある者、2015年7月以前に1割負担以外の者・自己負担率が不明な者、2015年8月以降に1割負担および2割負担以外の者・自己負担率が不明な者、2015年8月以外のタイミングで自己負担率が変化した者、自己負担率と所得・収入水準が不整合な者、分析対象期間中に1度でも保

50) 本研究では、費用額を米ドルで表示しているが、ここでは日本円に換算している。

51) 重度者は高額介護サービス費制度の自己負担額上限に達する者が多いため、高額介護サービス費制度がない場合には、重度者の方がサービス利用を減らしやすいという傾向がより顕著になる可能性がある。

52) 具体的には、被説明変数である費用額（サービス利用）が説明変数である要介護度へ逆方向の効果を持つことによるバイアス、2割負担を避けるために利用者が所得水準を操作することによるバイアス、一定期間サービスを利用していない者の自己負担率が把握できないことによるサンプルセレクションバイアス、1割負担対象者と2割負担対象者の医療アクセスの違いによるバイアスについて検討しているが、本稿では紙幅の都合上割愛する。

保険料賦課段階が第3段階以下になった者⁵³⁾、要介護度が不明・認定なしのレコード⁵⁴⁾を除外した結果、分析対象者は4,871人（うち1割負担対象者3,368人、2割負担対象者1,503人）となった。

このサンプルに対し、1人当たり月間費用額（サービスごと、およびその合計）を被説明変数、処置変数（自己負担率）、要介護度、保険料賦課段階（所得水準の代理変数）を説明変数として、固定効果モデルにより推定を行った結果、2割負担の導入によって、費用額が月3,264円減少したことが分かった。この結果はSoga et al. (2020) や Sano et al. (2022) とも整合的であったが、本研究で用いたサンプルにおける2割負担対象者の月間費用額は平均で130,000円程度であり、3,264円はその2～3%に過ぎないため、2割負担導入の処置効果は非常に小さかったと評価できる。また、サービス別に見ると、主として訪問・通所サービスの減少が、費用額の減少に寄与していることが分かった他、イベントスタディにより、処置効果が24か月間にわたって持続していることも確認された。

続いて、2割負担導入の効果の異質性について、様々な条件に基づいて分割したサブサンプルを用いて推定した結果を見ると、男女別の顕著な相違は見られなかったが、2015年7月時点の年齢別で見ると、84歳以下では訪問・通所サービスの有意な減少が確認されたのに対し、85歳以上ではいずれのサービスについても有意な結果は得られなかった。この結果から、2割負担対象者の中でも相対的に高齢の利用者の方が、価格弾力性が小さいことが示唆された。

2015年7月時点の要介護度別に見ると、より重度になるほど、費用額の減少が顕著になっていることも明らかになった。これは、重度者ほど従前の費用額が大きいいため、2割負担の導

入による利用者負担額の増加も大きくなることによると考えられる。また、2015年7月時点に要介護1・2であったサブサンプル、要介護3～5であったサブサンプルのいずれも、主として訪問・通所サービスの減少が費用額の減少に寄与しているが、後者では特養について、老健について負の、それぞれ有意な推定結果が得られている。この要因としては、施設サービスのニーズが高い重度者において、2割負担対象者が、相対的に自己負担額の高い老健より特養を選好している可能性も考えられるものの、Jin et al. (2020)でも指摘されている通り、2割負担対象者は相対的に健康状態が良いため、医療的ケアやリハビリを提供する老健より特養を選好しやすく、その傾向が加齢とともに顕著になっているに過ぎないという可能性が高い。

次に、保険料賦課段階（所得水準）ごとの効果の異質性を確認すると、2割負担対象者の中で相対的に所得水準が低い利用者では有意な推定結果が得られたものの、相対的に所得水準の高い利用者では有意な推定結果が得られておらず、2割負担対象者の中でも、所得水準が高いほど、価格弾力性が小さい可能性が示唆された。また、2015年7月時点の居所別に推定を行ったところ、2015年7月時点の居所が在宅であった2割負担対象者では、訪問・通所サービスについて、有意な負の推定結果が得られている一方、特養や老健については有意な推定結果は得られなかった。これに対して、2015年7月時点の居所が施設であった2割負担対象者では、訪問・通所サービスについては有意な推定結果ではない一方、特養は正、老健は負の推定結果となっており、これらの結果から、2割負担の導入は、在宅と施設の間の選好には、特に効果を与えていないことが示唆された。

さらに、本研究では各サービスの利用を表す

53) これは2015年4月の低所得者の介護保険料軽減強化や、2015年8月と2016年8月の補足給付の見直しの対象者を除外することで、これらの制度変更の効果をコントロールするための処理である。制度変更の詳細については、厚生労働省（2014）を参照。

54) このため、本研究で用いるパネルデータは欠測を含むアンバランスパネルとなっている。また、死亡や転出等による脱落も許容している。

表4 先行研究のまとめ

国	先行研究	概要	主な結果
フランス	Roquebert and Tenand (2017)	APA の在宅サービスにおいて、事業者ごとにサービス価格が異なる点を利用し、在宅サービス需要の価格弾力性を推定。	在宅サービス需要の価格弾力性は-0.4程度と推定され、1時間当たり自己負担額が10%増加すると、訪問介護の利用時間は平均して4%減少した。
	Perdrix and Roquebert (2022)	APA の在宅サービスにおいて、各県の公定価格の最低値が、在宅サービスの利用時間に与える効果を回帰分析で推定。	公定価格の最低値の1%の上昇は、在宅サービスの利用時間を0.73%減少させた。
オランダ	Non (2017)	AWBZ の在宅サービスにおいて、自己負担額上限の引き上げの効果を、固定効果モデルで推定。	extensive margin については、自己負担額上限の引き上げにより在宅サービス利用率が5.7%pt 低下した（価格弾力性は-0.14）。intensive margin（サービス利用量）については、有意な結果は得られなかった。
	Tenand et al. (2021)	AWBZ の施設サービスにおいて、自己負担引き上げの効果を DID で推定。	入所資格取得から12か月以内に入所する確率は、自己負担の引き上げによって1.15%pt 減少し、12か月間のサービス利用日数は4.4日減少した。また、自己負担が月100ユーロ増加することで、入所確率は0.3%pt、利用日数は0.8日減少した。健康状態については、死亡率への効果は確認できなかった。
韓国	Kim et al. (2013)	介護保険における自己負担の補助（全額補助および半額補助）の効果を回帰分析によって推定。	自己負担の補助によって、施設サービスの利用率が1.18%pt、月々の給付限度額に占める費用額の割合は9.43%pt 増加した。
	Kim and Lim (2015)	要介護度に応じて施設サービスの相対価格が上昇することの効果を、要介護認定時のスコアリング結果を用いた RDD で推定。	施設サービスの相対価格が上昇することで、extensive margin については、在宅サービスの利用確率が8%pt 増加し、施設サービスの利用率が10%pt 低下した。また、intensive margin については、施設利用日数が年30日減少し、在宅介護支出が年926ドル増加した。一方、死亡率については有意な効果は確認できなかった。
日本	Sato et al. (2006)	介護保険施行時に、施行前から訪問介護を利用していた低所得者のみ自己負担率が10%から3%に軽減された施策の効果を回帰分析で推定。	自己負担の軽減により、区分支給限度基準額に占める、訪問介護に係る費用額の割合が10.6%pt 増加した。
	Noguchi and Shimizutani (2011)	施設利用者について、自己負担額が退所確率に与える効果を Cox 比例ハザードモデルで推定。	価格弾力性は特養で1.7、老健で1.8であったが、介護療養については有意な結果は得られなかった。
	Fu and Noguchi (2019)	自己負担率が10%から0%に低下することの効果を固定効果モデルで推定。	自己負担率が10%pt 低下することで、月ごとの費用額は9.8%（10,200円）増加し、価格弾力性は-0.1であった。
	Takahashi (2022)	要介護度に応じて区分支給限度基準額が増加することの効果を、要介護認定等基準時間を用いた RDD で推定。	区分支給限度基準額が1単位増加すると、要支援1と2の間では利用単位数が0.2増加し、要介護3と4、4と5の間では、利用単位数が0.5～0.7単位増加した。また、利用者の健康状態への効果は確認されなかった。
	Jin et al. (2020)	1割負担対象者と2割負担対象者の費用額を比較。	1人当たりの年間費用額は、1割負担：176万円、2割負担：147万円であり、1割負担対象者の方が、費用額が大きいことが明らかになった。
	Lin and Imanaka (2020)	2割負担導入の効果を DID により推定。	2割負担導入による費用額への有意な効果は確認できなかった。
	Soga et al. (2020)	2割負担導入の効果を固定効果モデルにより推定。	2割負担導入により、1か月当たりの費用額が約3,530～9,350円減少した。
	Sano et al. (2022)	2割負担導入の効果を固定効果モデルにより推定。	2割負担導入により、1か月当たりの費用額が約3,110円減少した（価格弾力性は-0.05）。サービスの利用率（extensive margin）については0.46%ptの減少であった。
	大西 (2022)	2割負担導入の効果を固定効果モデルにより推定。	2割負担導入により、1か月当たりの費用額が3,264円減少した。また、利用者の健康状態への効果は確認されなかった。

ダミー変数を被説明変数として、extensive margin の推定も行ったところ、全体としてはほとんど有意な推定結果は得られなかったものの、2015年7月時点の要介護度別サブサンプルの推定結果を見ると、要介護3～5では、特養について正、老健について負の、それぞれ有意な推定結果が得られている。この結果から、利用量の調整がしやすい在宅サービスについては intensive margin で、利用量の調整がづらい施設サービスについては extensive margin で、2割負担対象者がそれぞれサービス利用を調整したことが示唆された。

最後に、2015年7月時点と比べて、12か月後（2016年7月）・24か月後（2017年7月）に要介護度が悪化していることを表すダミー変数および、12か月以内（2016年7月まで）・24か月以内（2017年7月まで）に死亡したことを表すダミー変数を被説明変数、2015年7月時点の変数（処置変数、性別、年齢、要介護度、居所）を説明変数としてプロビット推定を行い、2割負担の導入が利用者の健康状態に与えた効果を分析した。その結果、2割負担の導入は要介護度の悪化率や死亡率に有意な効果を与えていないことが分かった。

IV. 結語

本稿では、各国の公的介護制度における自己負担に係る先行研究をレビュー⁵⁵⁾し、自己負担がサービス利用や利用者の健康状態に与える効果を整理した。ここでは、そのまとめ（表4）と今後の課題・展望を示して、本稿を締めくくることとしたい。

まず、自己負担の増加（減少）がサービス利用を減少（増加）させるという結果は、いずれの先行研究でも概ね共通するものであった。とりわけ、わが国の介護保険における2015年8月の2割負担導入の効果については、月3,000円程度の費用額の減少という結論が複数の先行研究から得られている。

他方で、自己負担の変化による効果の大きさ（価格弾力性）については、分析対象とする国や制度、時期、サービス種別、利用者の属性等

によってまちまちであり、また、先行研究の数も限られているため、現時点においてコンセンサスを見出すことは難しい。ただし、医療分野の先行研究と比較すると、全体的に価格弾力性は小さい可能性があり、特にわが国の2割負担導入の効果については、その傾向が顕著である。また、医療では extensive margin について有意な効果が確認されやすいが⁵⁶⁾、わが国の介護保険に関する先行研究では、そのような結果になっていない。これは、医療よりも介護の方が、利用量（intensive margin）の決定を利用者自身が主導しやすいという構造の違いを反映している可能性がある。

なお、2割負担導入の効果について付言すると、自己負担率が1割からゼロに低下することの効果进行分析した Fu and Noguchi (2019) で

55) 本稿の趣旨に沿うものではなく、また、紙幅の都合もあり、本稿では紹介しなかったが、公的介護制度の存在しない米国でも、メディケアやメディケイド、民間介護保険や保険外サービスを題材として、サービス需要の価格弾力性やモラルハザードについて分析した先行研究が存在する（Chiswick (1976), Scanlon (1980), Garber and MaCurdy (1993), Headen (1993), Ettner (1994), Pezzin et al. (1996), Reschovsky (1996), Grabowski and Gruber (2007), Li and Jensen (2011), Konetzka et al. (2019) 等）。また、Stabile et al. (2006) はカナダについての分析で、公費による介護サービスの利用可能性が高まると、サービス利用の増大やインフォーマルケアの減少、健康状態の改善をもたらすとの結果を得ている。

56) 例えば、Shigeoka (2014) では、外来受診率を分析している。

は、自己負担率が10%pt低下することで、月ごとの費用額が10,200円増加したとしている一方、2割負担導入の効果は凡そ月3,000円程度の減少であり、同じ10%ptの自己負担率の変化であっても、その方向性が異なることで、効果の大きさは非対称となっている。この背景には、高額介護サービス費制度によるバイアスや、「ゼロ価格」に直面することによる非連続的な利用の増加⁵⁷⁾、分析対象者の属性が大きく異なること (Fu and Noguchi (2019) では生活保護受給者を対象にしている一方、2割負担の対象は高所得者に限定されている) 等があると考えられる。医療分野の先行研究である Iizuka and Shigeoka (2020) でも、こうした非対称性は指摘されているところであり、介護でも非対称性が確認されたことは注目に値する⁵⁸⁾。

また、自己負担が利用者の健康状態（死亡率や要介護度の悪化率）に与える効果については、いくつかの先行研究で検討されているが、概ね有意な効果は確認されていない。この結果から、適切な自己負担率の設定が、利用者の健康状態に大きな悪影響を与えることなく、サービス利用を適正化することができる可能性が示唆される。ただし、先行研究が用いている健康アウトカムは、比較的短期のものが多く、またQOLも考慮されていない。より長期的で多様な健康アウトカムに与える効果については、今後の研究でさらなる検討を加える必要がある。

最後に、いくつかの研究上の課題を指摘する。まず挙げられるのが、わが国のほとんどの先行研究では、世帯の状況を考慮できていない点である。介護レセプトデータや被保険者台帳からは、利用者の家族等に関する情報を把握することができないが、世帯の状況はサービス利用と密接に関係していると考えられるため、先行研究の推定結果に欠落変数バイアスが生じている可能性は否定できない。今後の研究では、これ

までとは異なるデータを組み合わせた分析が望まれる。

また、わが国の先行研究では、高額介護サービス費制度によるバイアスを明示的に考慮したものは存在しない。高額介護サービス費制度は償還払いが原則であり、Takaku and Bessho (2017) が示唆する通り、償還払いはさほど利用者の価格認知を歪めない可能性も考えられるが、今後、より精緻な分析を行う上では、高額介護サービス費制度によるバイアスにも明示的に対処する必要がある。

より多様なアウトカム変数を用いた分析も残る課題である。介護には、医療やインフォーマルケア、保険外サービス等、代替的なサービスが存在する。Lin and Imanaka (2020) では、介護保険の2割負担導入が医療費の増加につながったと指摘しており、また、複数の先行研究で、フォーマルケアの自己負担の増加がインフォーマルケアへの代替に与える効果も示唆されているが、こうした代替サービスの利用や、インフォーマルケアの担い手となる家族の健康状態・QOL等への波及効果についても分析を加えなければ、自己負担の効果の全体像を把握することはできない。

最も大きな課題として残るのは、自己負担の効果が、国や制度の間で、あるいは医療と介護の間で、異なっている原因を解明していくことである。先行研究の中には、こうしたメカニズムについて一定の示唆を得ているものも存在するが、未だコンセンサスが得られるほどの十分な結果は出揃っていない。今後の研究において、自己負担の効果のメカニズムを解明していくことが、より適切な自己負担の仕組みを設計していく上で不可欠である。

57) Iizuka and Shigeoka (2022) は小児医療について、「ゼロ価格」が非連続的な利用の増加を招くと指摘している。

58) ただし、Iizuka and Shigeoka (2020) は、自己負担率の低下よりも上昇に対して、患者はより弾力的であるとしている。

参 考 文 献

- 池上直己（2017）『日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞出版社
- 伊藤善典（2016）「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革—責任と公平を巡る17年間の議論—」『海外社会保障研究』第193号，pp. 54-67
- 大西宏典（2022）「介護保険における利用者負担割合引き上げの効果に関する実証分析」『PRI Discussion Paper Series』No. 22A-06 https://www.mof.go.jp/pri/research/discussion_paper/ron350.pdf（2022年12月28日閲覧）
- 大森正博（2011）「オランダの介護保障制度」『レファレンス』平成23年6月号，pp. 51-73
- 介護保険制度史研究会編著（2019）『新装版 介護保険制度史—基本構想から法施行まで—』東洋経済新報社
- クルーム洋子（2008）「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」『海外社会保障研究』第164号，pp. 66-76
- 健康保険組合連合会（2020）「公的介護制度に関する国際比較調査 報告書（医療保障総合政策調査・研究基金事業）」https://www.kenporon.com/include/outline/pdf/kaigai_r01_03.pdf（2022年11月1日閲覧）
- 厚生労働省（2014）「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2014.pdf>（2022年11月1日閲覧）
- 厚生労働省（2016）「社会保障審議会介護保険部会（第61回）参考資料1」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000134253.pdf>（2022年11月1日閲覧）
- 厚生労働省（2017）「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント」<https://www.mhlw.go.jp/content/000640410.pdf>（2022年11月1日閲覧）
- 厚生労働省（2021a）「令和3年8月利用分から高額介護サービス費の負担限度額が見直されます」<https://www.mhlw.go.jp/content/000334526.pdf>（2022年11月1日閲覧）
- 厚生労働省（2021b）「2020年 海外情勢報告」<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/21/>（2022年11月1日閲覧）
- 厚生労働省（2022）「2021年 海外情勢報告」<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/>（2022年11月1日閲覧）
- 中澤克佳（2018）「介護保険制度の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆（会計検査院 平成29年度海外行政実態調査報告書）」http://report.jbaudit.go.jp/effort_study_mag/2018_sw.pdf（2022年11月1日閲覧）
- Chiswick, B. (1976) “The Demand for Nursing Home Care: An Analysis of the Substitution between Institutional and Noninstitutional Care”, *The Journal of Human Resources*, 11 (3), pp. 295-316.
- Ettner, S. (1994) “The Effect of the Medicaid Home Care Benefit on Long-Term Care Choices of the Elderly”, *Economic Inquiry*, 32(1), pp. 103-127.
- Fu, R. and Noguchi, H. (2019) “Moral Hazard under Zero Price Policy: Evidence from Japanese Long-Term Care Claims Data”, *The European Journal of Health Economics*, 20(6), pp. 785-799.
- Garber, A. and MaCurdy, T. (1993) “Nursing Home Discharges and Exhaustion of Medicare Benefits”, *Journal of the American Statistical Association*, 88, pp. 727-736.
- Grabowski, D. and Gruber, J. (2007) “Moral

- Hazard in Nursing Home Use”, *Journal of Health Economics*, 26(3), pp. 560-577.
- Headen, A. (1993) “Economic Disability and Health Determinants of the Hazard of Nursing Home Entry”, *The Journal of Human Resources*, 28(1), pp. 80-110.
- Iizuka, T. and Shigeoka, H. (2020) “Asymmetric Demand Response when Prices Increase and Decrease: The Case of Child Healthcare”, *NBER Working Paper Series*, 28057. <http://www.nber.org/papers/w28057> (2022年11月1日閲覧)
- Iizuka, T. and Shigeoka, H. (2022) “Is Zero a Special Price? Evidence from Child Healthcare”, *American Economic Journal: Applied Economics*, 14(4), pp. 381-410.
- Jin, X., Mori, T., Sato, M., Watanabe, T., Noguchi, H., and Tamiya, N. (2020) “Individual and Regional Determinants of Long-Term Care Expenditure in Japan: Evidence from National Long-Term Care Claims”, *The European Journal of Public Health*, 30(5), pp. 873-878.
- Kim, H., Kwon, S., Yoon, N.-H., and Hyun, K.-R. (2013) “Utilization of Long-Term Care Services under the Public Long-Term Care Insurance Program in Korea: Implications of a Subsidy Policy”, *Health Policy*, 111(2), pp. 166-174.
- Kim, H.-B. and Lim, W. (2015) “Long-Term Care Insurance, Informal Care, and Medical Expenditures”, *Journal of Public Economics*, 125(C), pp. 128-142.
- Konetzka, T., He, D., Dong, J., and Nyman, J. (2019) “Moral Hazard and Long-Term Care Insurance”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 44, pp. 231-251.
- Li, Y. and Jensen, G. (2011) “The Impact of Private Long-Term Care Insurance on the Use of Long-Term Care”, *Inquiry*, 48(1), pp. 34-50.
- Lin, H.-R. and Imanaka, Y. (2020) “Effects of Copayment in Long-Term Care Insurance on Long-Term Care and Medical Care Expenditure”, *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 21(5), pp. 640-646.
- Newhouse, J., and the Insurance Experiment Group (1993) *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press.
- Noguchi, H. and Shimizutani, S. (2011) “The Determinants of Exit from Institutions and the Price Elasticity of Institutional Care: Evidence from Japanese Micro-Level Data”, *Journal of the Japanese and International Economies*, 25, pp. 131-142.
- Non, M. (2017) “Co-Payments in Long-Term Home Care: Do They Affect the Use of Care?”, *CPB Discussion Paper*, 363. <https://www.cpb.nl/en/publication/co-payments-in-long-term-home-care-do-they-affect-the-use-of-care> (2022年11月1日閲覧)
- Perdrix, E. and Roquebert, Q. (2022) “Does the Amount of Formal Care Affect Informal Care? Evidence among Over-60s in France”, *The European Journal of Health Economics*, 23, pp. 453-465.
- Pezzin, L., Kemper, P., and Reschovsky, J. (1996) “Does Publicly Provided Home Care Substitute for Family Care? Experimental Evidence with Endogenous Living Arrangements”, *The Journal of Human Resources*, 31(3), pp. 650-676.
- Reschovsky, J. (1996) “Demand for and Access to Institutional Long-Term Care: The Role of Medicaid in Nursing Home Markets”, *Inquiry*, 33(1), pp. 15-29.
- Roquebert, Q. and Tenand, M. (2017) “Pay Less, Consume More? The Price Elasticity of Home Care for the Disabled Elderly in France”, *Health Economics*, 26(9), pp. 1162-

- 1174.
- Sano, K., Miyawaki, A., Abe, K., Jin, X., Watanabe, T., Tamiya, N., and Kobayashi, Y. (2022) “Effect of Cost Sharing on Long-Term Care Service Utilization among Home-Dwelling Older Adults in Japan”, *Health Policy*, In Press. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851022002718?via%3Dihub> (2022年11月1日閲覧)
- Sato, M., Hashimoto, H., Tamiya, N., and Yano, A. (2006) “The Effect of a Subsidy Policy on the Utilization of Community Care Services under a Public Long-Term Care Insurance Program in Rural Japan”, *Health Policy*, 77(1), pp. 43-50.
- Scanlon, W. (1980) “A Theory of the Nursing Home Market”, *Inquiry*, 17(1), pp. 25-41.
- Shigeoka, H. (2014) “The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection”, *American Economic Review*, 104(7), pp. 2152-2184.
- Soga, Y., Murata, F., Maeda, M., and Fukuda, H. (2020) “The Effect of Raising the Long-Term Care Insurance Co-Payment Rate on the Utilization of Long-Term Care Services”, *Geriatrics Gerontology International*, 20, pp. 685-690.
- Stabile, M., Laporte, A., and Coyte, P. (2006) “Household Responses to Public Home Care Programs”, *Journal of Health Economics*, 25(4), pp. 674-701.
- Takahashi, M. (2022) “Insurance Coverage, Long-Term Care Utilization, and Health Outcomes”, *SSRN*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3352257 (2022年11月1日閲覧)
- Takaku, R. and Bessho, S. (2017) “Do Benefits in Kind or Refunds Affect Health Service Utilization and Health Outcomes? A Natural Experiment from Japan”, *Health Policy*, 121(5), pp. 534-542.
- Tenand, M., Bakx, P., and Wouterse, B. (2021) “The Impact of Co-Payments for Nursing Home Care on Use, Health and Welfare”, *CPB Discussion Paper*, 430. <https://www.cpb.nl/en/the-impact-of-co-payments-for-nursing-home-care-on-use-health-and-welfare> (2022年11月1日閲覧)
- Wouterse, B., Hussem, A., and Wong, A. (2019) “The Welfare Effects of Co-Payments in Long Term Care”, *CPB Discussion Paper*, 394. <https://www.cpb.nl/en/welfare-effects-co-payments-long-term-care> (2022年11月1日閲覧)
- Wouterse, B., Hussem, A., and Wong, A. (2021) “The Risk Protection and Redistribution Effects of Long-Term Care Co-Payments”, *Journal of Risk and Insurance*, 89(1), pp. 161-186.