

# 介護保険制度は「利用者本位」のサービスを提供できているか？

高橋 雅生

上智大学経済学部特任助教

## 「利用者本位」に基づく介護保険制度

自分や家族の介護は多くの人にとって身近な問題であり、介護保険制度が利用者にとって使いやすい制度になっているかどうかは広く関心を集めるテーマであろう。介護保険制度では、その理念として「利用者本位」が謳われている。利用者本位には様々な定義があるが、たとえば日本介護福祉士の倫理基準には「利用者の心身の状況を的確に把握し、根拠に基づいた介護福祉サービスを提供」することとある<sup>1</sup>。援助する側の価値観や都合を基にサービスを提供するのではなく、あくまで利用者の立場・視点に立ち利用者本人が必要としているサービスを提供することを指していると言えるだろう。介護保険制度の導入以前にも高齢者が介護サービスを受けられる老人福祉制度は存在したが、どのようなサービスを受けられるかは市町村が決めていたため、利用者がサービスの選択をすることができないという問題があった。介護保険における「利用者本位」の理念は、従来とは異なる制度の

あり方を規定する重要な考え方であると言える。本稿では、筆者が取り組んでいる研究に基づき、介護保険が利用者本位にサービスを提供できているかをデータに基づいて科学的に検証する方法を紹介したい。

## 介護保険サービスの利用とケアマネジメント

以下の議論の前提として、介護保険制度における介護サービス利用の流れを概観しておこう。介護サービスの利用を希望する場合、まず自治体に対して要介護認定の申請を行う必要がある。要介護認定では認定員がサービスを利用する予定の高齢者を訪問し、介護必要度の指標である要介護認定等基準時間（以下では単に基準時間と呼ぶ）を算出する。申請者は基準時間に基づいて暫定的に介護区分に分けられ、介護認定審査会による二次判定を経て最終的な介護区分が決まる。要支援1-2では介護予防サービス、要介護1-5では介護サービスを利用することができる。在宅介護サービスの場合は介護区分ごとに支給限度額が定められており、サービス利用が支給限度額以内であれば原則としてかかった費用の1割（一定以上所得がある場合は2割または3割）を負担し、支給限度額を超えた分は全額自己負担となる（表1参照）。要介護認定は基本的に半年あるいは一年ごとに再認定が行われ、毎回新しい基準時間が計算され介護区分も新しいものに更新される。

たかはし まさき

東京大学大学院経済学研究科博士課程修了。博士（経済学）専門分野は、医療経済学、公共経済学。一橋大学社会科学高等研究院特任助教を経て、2024年より上智大学経済学部経済学科特任助教。

著作：Takahashi, Masaki (2023) "Insurance coverage, long-term care utilization, and health outcomes." *The European Journal of Health Economics*, 24, pp.1383-1397.

表1 介護区分・要介護認定等基準時間・区分支給限度額の組み合わせ

| 介護区分  | 要介護認定等基準時間     | 区分支給限度額   |
|-------|----------------|-----------|
| 非該当   | 25 分未満         | -         |
| 要支援 1 | 25 分以上 32 分未満  | 50,320 円  |
| 要支援 2 | 32 分以上 50 分未満  | 105,310 円 |
| 要介護 1 | 32 分以上 50 分未満  | 167,650 円 |
| 要介護 2 | 50 分以上 70 分未満  | 197,050 円 |
| 要介護 3 | 70 分以上 90 分未満  | 270,480 円 |
| 要介護 4 | 90 分以上 110 分未満 | 309,380 円 |
| 要介護 5 | 110 分以上        | 362,170 円 |

注：区分支給限度額は1単位10円として計算。

要支援2と要介護1の振り分けは認知症の有無と状態の安定性に基づいて決められる。

出所：筆者作成

実際にサービスを利用するには月々のサービス利用の計画であるケアプランを作成する必要がある、ケアマネジャーが重要な役割を果たす。介護サービスの種類や組み合わせは多岐にわたり、専門知識を持たない高齢者やその家族が必要なサービスを取捨選択することは極めて難しい。ケアマネジャーはケアプランを作成するための専門知識を持ち、利用者の介護必要度に応じたサービスが適切に提供されるように調整を行う。利用者の健康状態や生活状況を踏まえて希望に沿ったサービスを受けられるよう、多様なサービスを組み合わせるケアプランを作成することを「ケアマネジメント」といい、介護保険制度ではケアマネジャーが中心となってケアマネジメントが行われることになっている。介護保険における利用者本位のサービス提供とは、ケアマネジャーが利用者の介護必要度を正確に把握し、その介護必要度に応じて適切にケアプランを作成することと言い換えることもできるだろう。

## 利用者本位を検証するための考え方

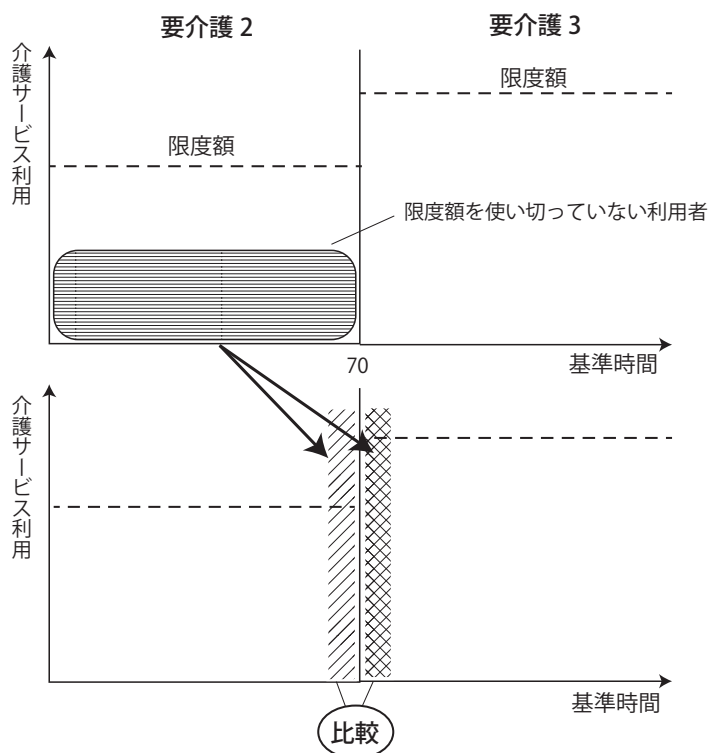
以下では、「介護保険が利用者本位に基づいたサービスを提供できているか」という漠然とした問いを、「ケアマネジャーが利用者の介護必要度を正確に把握し、その介護必要度に応じて適切にケアプランを作成できているか」という問いに置き換えて検証を行う。それでは、ケアマネ

ジャーが利用者の介護必要度に合わせたケアプランの作成ができているかどうかをどのように検証すべきであろうか。ここでは、在宅介護サービス利用者の介護区分が介護サービス利用にどのような影響を与えるのかという視点から論じてみたい。

まず次のような仮想的な状況を考えてみよう。介護保険の在宅介護サービス利用者AさんとBさんがおり、両者はともに要介護2に分類されている。要介護2の限度額は19万7千円となっており、限度額内のサービス利用は自己負担1割で利用することができる。月々の介護サービス利用額は、Aさんの場合19.7万円（自己負担1.97万円）、Bさんの場合10万円（自己負担1万円）になるようなケアプランでサービスを使っているとする。Aさんは限度額を使い切るようなケアプラン、Bさんはおおよそ限度額の半分を使うようなケアプランで介護サービスを利用しているとも言える。ここである日突然、両者の介護区分が要介護2から要介護3になり限度額が19万7千円から27万円に引き上げられたとしよう。両者の介護必要度に変わりはなく、介護区分とそれに付随する限度額だけ変化したと想像していただきたい。この場合、AさんあるいはBさんの介護サービス利用は介護区分の変化に伴って増加するであろうか？

Aさんのケースでは、利用者本位のケアプラン作成によって介護サービスの利用が増加することがありうる。月々のサービス利用が限度額を超えた場

図1 利用者本位のサービス提供の検証方法



出所:筆者作成

合は、超えた分は全額自己負担になることに注意していただきたい。Aさんは本来ならば25万円分のサービスを利用したいのに、要介護2の限度額が19万7千円なのでその限度額に収まるようにケアプランを作成しているのかもしれない。そうであれば、介護区分が要介護3になり限度額が引き上げられたのであれば、利用者本位のケアプラン作成によってサービス利用が増加するのは自然なことであろう。

一方Bさんのケースでは、もしケアマネージャーが利用者本位のケアプラン作成をしているのであれば介護サービス利用は変化しないはずである。BさんはAさんのように限度額が引き上げられることによってサービス利用を増加させるインセンティブは持たない。そもそも限度額の半分しかサービスを使っていないので、限度額の引き上げはBさんにとっては意味を持たないからである。利用者本位に基づくのであれば、ケアマネージャーが気にするのは利用者の介護必要度に合わせたサービスを利用できているかどうかなので、介護必要度が変化せず介護区分が変化しただけであればケアプラン

を変更し介護サービス利用を増加させる理由がないことになる。

言い換えると、もしBさんのようなケースでサービス利用に変化が生じるのであれば、ケアマネージャーが利用者本位のケアプランを作成していることに対して疑義が生じる。介護必要度が変わっていないのに介護区分が変わっただけでサービス利用が変化するということは、ケアマネージャーが介護必要度とは関係がない情報に基づいてケアマネジメントをしていることを意味するからである。たとえばケアマネージャーが「この介護区分の利用者は大体このくらいのサービスを使うだろう」といった考え方でケアプランを作成しているとすると、利用者の介護必要度は変わっていないけれども介護区分の変更によってケアプラン（すなわち介護サービス利用）は変化してしまう。このようなケアプランの作成方法は、利用者の本来の介護必要度に合わせたものとはなっておらず利用者本位のサービス提供とは言えないであろう。

上記の議論から、限度額を使い切っていない利用者（Bさんのようなケース）の介護サービス利用が、

介護区分が突然変更になった場合に变化するかどうかを調べれば、ケアマネージャーが利用者本位のケアプランを作成できているかを検証することができる。しかし現実には、上記の議論にあるような「介護必要度が変化しないのに介護区分と限度額が変更になる」といったことは生じない。そもそも要介護認定の仕組みから、介護区分は介護必要度(要介護認定等基準時間)によって決められるからである。そこで次に、上記の議論に基づき現実のデータを使って利用者本位のケアプランが作成されているかどうかを検証する方法を説明したい。

## データを使って利用者本位のサービス提供を検証する

筆者が採用したアプローチは、要介護認定の更新によって「紙一重で介護区分が変更にならなかった人」と「紙一重で介護区分が変更になった人」の介護サービス利用を比較するという方法である(これは「回帰不連続デザイン」と呼ばれる統計手法を応用したものである)。検証したいのは限度額を使い切っていない利用者の介護サービス利用なので、まず分析対象を要介護2で限度額の半分以下しかサービスを使っていない利用者に絞る。ここで、要介護認定には更新があり、新しく計算される基準時間によって介護区分も更新されることを思い出していきたい。表1にあるように、新しい基準時間が50分以上70分未満であれば要介護2のまま、70分以上90分未満であれば要介護3に変更ということになる。簡単に言えば、筆者のアプローチは新しい基準時間が「69分の人(紙一重で要介護2のままの人)」と「70分の人(紙一重で介護区分が要介護3に変更になった人)」を比較するということである(図1参照)。

このような「紙一重」の利用者に着目して介護サービス利用を比較することの分析上の利点は、両者のあいだで介護区分以外の違いがほとんどなく、介護区分の影響のみを検出することができるという点にある。この利点を強調するために、単純に「新しい介護区分が要介護2のままの人」と「新しい介護区分が要介護3になった人」の間で介護

サービス利用を比較した場合を考えてみよう。要介護2のままの人に比べて要介護3になった人は介護必要度が高まっているので、両者の介護サービス利用に違いが生じた場合、「介護区分の違いによる影響」と「介護必要度の違いによる影響」の両方によってもたらされたことになる。今回の分析では前者の影響のみを取り出したいので、これでは本来分析したいことが分析できていないことになる。一方、「新しい基準時間が69分の人(紙一重で要介護2のままの人)」と「新しい基準時間が70分の人(紙一重で介護区分が要介護3に変更になった人)」を比較する場合はどうであろうか。基準時間が69分であるか70分であるかは介護必要度の観点からはほとんど違いがないと言って差し支えないであろう。そのため、両者の唯一の違いは介護区分ということになり、両者の間で介護サービス利用に違いが生じた場合はその原因は介護区分の違いによってもたらされたものと解釈することができる<sup>2</sup>。

## 介護データを使った検証結果

筆者は、関東地方の政令指定都市の介護レセプトデータ(各利用者の介護サービス利用を記録しているデータ)と要介護認定データ(基準時間など各利用者の要介護認定の結果を記録しているデータ)を使い、上記の分析手法に基づき利用者本位のケアプラン作成が行われているか検証を行った。上記の例では介護区分が要介護2から3に変化した場合について説明したが、基本的にどの介護区分でも同様の分析をすることができる。具体的には、ある介護区分において限度額の半分以下しかサービスを使っていない(限度額を使い切っていない)利用者に絞り、そのような利用者が「紙一重で介護区分が変化しなかった場合」と「紙一重で介護区分が上がった場合」でサービス利用が異なるかを検証した。

この分析によって、要介護1,2のように介護区分が低い場合において、限度額を使い切っていない利用者の介護サービスが介護区分に影響を受けているという結果を得た。要介護1で限度額を使



い切っていない利用者に絞ると、「紙一重で要介護2に上がった」利用者のサービス利用は、「紙一重で要介護1のまま」の利用者のサービス利用と比べて約20%増加していた。また、要介護2で限度額を使い切っていない利用者についても同様の分析を行ったところ、紙一重で要介護3に上がることでサービス利用が約10%増加していた。これらの結果は、少なくとも介護区分が低い利用者について利用者本位のケアプラン作成ができておらず、利用者の本来の介護必要度だけでなく介護区分などの大雑把な情報に基づいて介護サービスが提供されていることを示唆するものである。

一方、要介護3以上の介護区分が高い場合では、限度額を使い切っていない利用者について「紙一重で介護区分が変化しなかった場合」と「紙一重で介護区分が上がった場合」でサービス利用に違いは見られなかった。これらの利用者のサービス利用は介護区分のように本来関係のない情報には影響されていないので、少なくとも利用者本位のケアプラン作成と矛盾するような分析結果は得られなかったということになる。なぜ介護区分が高い場合と低い場合で異なる結果となるのかについて原因を特定することは難しいため、以下のような仮説を提示するにとどめておきたい。まず、介護区分が高い場合の方がケアマネージャーはより注意を払ってケアプランを作成している可能性がある。介護必要度が高い利用者にとって介護サービスは必要不可欠なものであり、そのような利用者に対してはケアマネージャーもできるだけ本来の介護必要度に応じたケアプランを作成しようとするのかもしれない。また、介護区分が低い利用者は状態も様々であるため、介護必要度を正確に把握することが難しく利用者本位のケアプランの作成が難しいという可能性も考えられるだろう。

介護区分が低い場合では限度額を使い切っていない利用者の介護サービスが介護区分に影響を受けていることを示したが、筆者はその健康への影響についても分析を行った。たとえ利用者本位のサービス提供に疑義が生じているとしても、介護サービス利用の増加によって利用者の健康状態が

改善する可能性があるからである。要介護認定において計算される基準時間（介護必要度の指標）を健康アウトカムとして分析を行ったところ、短期的には介護サービス利用の増加は利用者の健康状態に有意な影響を与えていないという結果を得た。この結果は、利用者本位のサービス提供から逸脱することは健康状態の改善という副次的な結果を伴っているわけではないことを意味している。

## 利用者本位の制度に向けて

本稿では、介護保険が利用者本位のサービス提供ができていくかについてデータを使って検証する方法を紹介し、特に介護区分が低い場合において利用者本位のケアプラン作成に疑義が生じていることを示唆する結果を提示した。一方、介護保険をより利用者本位の制度にするには具体的にどのような政策が有効なのかについてはさらなる検証が必要である。「利用者本位」は介護保険制度の根幹に関わる重要な理念であるにもかかわらず、データを用いた科学的な検証が広く行われているとは言い難い。国民に安心した老後の生活を保障する意味でも、豊富な介護データベースを活用しつつ科学的な検証を進め、その知見を介護政策に反映させていくことが今後さらに求められるだろう。■

### 《注》

- 1 [https://www.jaccw.or.jp/rinrikijun\\_koudoukihan.pdf](https://www.jaccw.or.jp/rinrikijun_koudoukihan.pdf)
- 2 介護区分は必ずしも基準時間だけで決まるものではないが、基準時間が介護区分の決定に有意な影響を与えることを利用して回帰不連続デザインによる分析をすることができる。

### 《参考文献》

- Lee, David S. and Thomas Lemieux (2010) “Regression Discontinuity Designs in Economics.” *Journal of Economic Literature*, 48(2), pp.381-355.
- Takahashi, Masaki (2023) “Insurance coverage, long-term care utilization, and health outcomes.” *The European Journal of Health Economics*, 24, pp.1383-1397.
- 社会保険研究所 (2021) 『令和3年度版 介護保険制度の解説』