

KIER DISCUSSION PAPER SERIES

KYOTO INSTITUTE OF ECONOMIC RESEARCH

<http://www.kier.kyoto-u.ac.jp/index.html>

Discussion Paper No. 0704

“介護費用の長期推計について”

北浦 修敏

京谷 翔平

2007 年 6 月



KYOTO UNIVERSITY
KYOTO, JAPAN

京都大学経済研究所

Discussion Paper No. 0704

介護費用の長期推計について

北浦 修敏

京谷 翔平

介護費用の長期推計について

北浦修敏、京谷翔平¹

本稿は、急増する介護費用に関して、厚生労働省、内閣府、OECD 等の介護費用の長期推計の方法を検討し、介護費用の長期推計に係る論点整理を行なうとともに、2025 年度までの介護費用の将来推計を行い、その平均伸び率の要因分析を行なった。本稿の分析から得られた結論は以下の 5 点である。

第 1 に、年齢階層別の一人当たり介護費用と利用者数から推計を行う OECD（2006）の推計方式と、要介護度別の一人当たり費用と年齢階層別・要介護度別の利用者数から推計を行う厚生労働省（2006）の推計方式では、一人当たり費用の利用限度額に占める割合の増加傾向等の条件を等しくして推計を行うと、概ね同じ水準の介護給付費を得るとの結果が得られた。2025 年度の介護費用は約 21 兆円になった（対名目 GDP 比では 2005 年度の 1.2%から 2.8%に 1.6%ポイント上昇し、2025 年度までの平均伸び率は 6.1 から 6.2%）。

第 2 に、OECD（2006）の方法に従い、介護費用の平均伸び率を要因分解すると、介護費用の 2025 年度までの平均伸び率（6.1 から 6.2%）の内訳は、人口構成の高齢化要因で 2.7 から 3.0%、賃金上昇効果が 2.3 から 2.4%、利用限度額比率上昇効果が 0.9 から 1.0%と見込まれることが分かった。その他の追加的な特殊要因として、長寿化に伴い健康が増進できれば、平均伸び率を 0.4%程度低下させることが可能となり、一方で、50 歳から 64 歳の家庭内の介護マンパワーが労働市場に積極的に参加する場合は介護費用の平均伸び率を 0.7%程度高める可能性があることが示唆された。

第 3 に、介護費用の人口高齢化要因は、人口構成の変化に伴う利用者数の増加と、利用者数の高齢化・要介護度の高まりによる一人当たり費用の増加の 2 つに区分できるが、介護費用の場合、加齢に伴う利用者人口比率の増加による利用者数の増加が、介護費用押し上げの重要な要因であることが示された。利用者の構成割合の高齢化や要介護度割合の変化による一人当たり費用の変化は極めて小さなものであり、コストの大きい施設サービスの利用者数が抑制される中では、むしろ利用者構成の変化に伴う一人当たり費用の変化は介護費用総額に若干のマイナスの寄与となることが確認された。医療費では人口構成の高齢化により一人当たり費用が増加して医療費の伸び率が高まるという結果が得られており、

¹ 北浦修敏 京都大学経済研究所助教授、財務省財務総合政策研究所特別研究官
京谷翔平 財務総合政策研究所 研究員

対照的な結果となった。

第 4 に、第 3 の結論で利用者構成の高齢化による一人当たり費用の上昇は小さいとしたが、一人当たり費用は、賃金上昇効果、利用限度額比率上昇効果により平均伸び率で 3%以上上昇することから、本稿の推計結果では、2025 年度までの介護費用総額の上昇（平均伸び率 6%強）は、利用者数と一人当たり費用がともに大きく伸びる（3%前後）ことにより、引き起こされることとなる。

第 5 に、介護費用の将来推計に当たり、年齢階層区分（基本ケースでは 8 階層）を簡略化して推計を行なった結果、2 階層（40 歳から 65 歳未満、65 歳以上）での推計結果、1 階層（40 歳以上）での推計結果は、ベースラインの 8 階層の推計結果に比べて、それぞれ 28%、41%過小推計となった。このうち、殆ど（28%のうち 26%、41%のうち 39%）は、高齢化に伴う介護利用者数の増加を過小に見積もった結果であり、介護費用の推計に当たっては、加齢に伴う利用者数の推計をきめ細かく推計する必要があることが確認された。

I. はじめに

公的介護保険制度については、平成 12 年度に制度が設立されて以来、急激に給付水準が上昇している。GDP 比でみて現時点ではそれほど高い支出規模ではないとしても、介護費用の半分が公費に依存する制度設計上、財政再建が進められる中で、介護給付の中長期的な水準を明確に把握することは、財政的にも、制度の安定的運営からも極めて重要な政策課題となっている。

介護費用については、統計により若干の相違がみられるが、図表 I-1 にみられるように、平成 12 年度に 3.6 兆円であった介護費用が平成 17 年度には 6.3 兆円に増加しており、その上昇率は平均で 10%を超えている。平成 17 年度は、在宅と施設の給付範囲の不均衡を是正する等の観点より食費・居住費の利用者負担が見直されたことから、給付水準が抑制されたものの、平成 18 年度、平成 19 年度の介護給付費は、予算ベースで、それぞれ 6.3 兆円、6.7 兆円と高水準の伸びが見込まれている。介護費用の水準を利用者数と利用者一人当たり費用に分けて、その推移をみると（図表 I-2 参照）、介護費用の上昇は、主に利用者数の増加によるものであり、一人当たり費用は増加していないように見える。しかしながら、これは、一人当たり費用の高い施設サービスが抑制され、一人当たり費用の小さな在宅サービスに全体のサービスのウェイトがシフトしていることによるものである。

本稿では、高い伸び率を示す介護費用に関して、厚生労働省、内閣府、OECD 等の介護費用の中長期推計の方法を検討し、介護費用の中長期推計の論点を整理するとともに、介護費用の長期推計を行い、2025 年度までの介護費用の伸び率について要因分解を行う。まず、第 II 節で先行研究の推計方法を整理し、第 III 節でこれまでの介護費用の動向を分析しつつ、長期推計に関する論点整理を行い、第 IV 節では、2025 年の介護費用の推計を行い、要因分解を行う。最後に、本稿の分析の結果と残された課題を整理する。

II. 先行研究

介護費用に関する最近の先行研究としては、厚生労働省（2006）の社会保障の給付と負

¹ 北浦修敏 京都大学経済研究所助教授、財務省財務総合政策研究所特別研究官
京谷翔平 財務総合政策研究所 研究員

担の見通し、内閣府（2007）計量分析室の経済財政モデル、OECD（2006）による試算等がある²。本節では順にこれらの推計の概要を紹介する。

（厚生労働省）

厚生労働省は、従来から逐次制度改正を盛り込んで、介護費用を含む社会保障の給付と負担の見通しを公表している。平成 18 年 5 月に出された試算では、2004 年の年金制度改革、2005 年の介護保険制度改革、2006 年の医療制度改革等の効果を盛り込み、2025 年度までの社会保障給付の見通しを示している。2006 年度には 89.8 兆円であった社会保障給付費（国民所得費 23.9%）は、2011 年には 105 兆円（同 24.2%）、2025 年には 141 兆円（同 26.1%）となり、介護給付費も、それぞれ 6.6 兆円（1.8%）、9 兆円（2.0%）、17 兆円（3.1%）となると見込まれている。2006 年から 2025 年までに社会保障給付費が 1.6 倍になるのに対して、介護給付費は 2.6 倍となり、介護給付費の伸びの深刻さが確認できる。

厚生労働省（2006）の社会保障の給付と負担の見通しでは、残念ながら明確な推計方法が公表されていないため³、本稿では厚生労働省の推計を再現した田近・菊池（2004）に従い、厚生労働省の推計方法を検討する。厚生労働省の推計方法は、図表Ⅱ－1 に示したように、総費用を在宅サービスと施設サービスの各費用に分けて推計を行う。それぞれのサービス利用額は、利用者数と一人当たり費用を推計して求められる。在宅サービスは要介護度別に、施設サービスは施設別・要介護度別に推計されている。

一人当たり費用に関しては、推計の初期値を賃金上昇率で延伸している。ただし、在宅費用に関しては、サービスの多くに支給限度額が課されているが、利用者の利用額が上昇して、利用額の支給限度額に対する比率（以下、利用限度額比率とよぶ）が上昇することを盛り込んで推計を行っている。田近・菊池（2004）によると、利用限度額比率は 2003 年度の 43%から毎年 1 %ずつ上昇して、2025 年度には 65%になると想定されている。

利用者数については、まず、施設利用者数を推計して、その後で、在宅利用者数を推計している。施設利用者数は、65 歳以上人口の 3.2%として、足元の利用者の年齢別・要介

² 他の中長期推計の論文として、清水谷・野口（2003）、鈴木（2002）がある。これらは、介護保険が発足直後の状況の中で、認定率の上昇の分析を中心に介護費用の推計を行っている。

³ 厚生労働省（2006）は、介護制度の推計方法を「2006 年度予算を足元とし、今後のサービス利用状況、高齢化、人口増減の影響等を織り込んで算定している。」とだけ記載している。

介護度別・施設別の分布に応じて、65 歳以上人口の 3.2%分の利用者数を配分する。次に、在宅利用者数については、人口に占める認定者（以下、認定者人口比率）、認定者に占める利用者（以下、利用者認定者比率）という 2 段階で推計を行っている。認定者人口比率、利用者認定者比率の将来推計に関する設定に当たっては、施設サービス利用者を除いて認定者数、利用者数を計算する。また、利用者認定者比率は一定（70%）とするとともに、認定者人口比率は 2005 年度まで上昇して、2006 年度以降は安定化するとしている。利用者数の作成に当たっては、40 歳以上 64 歳未満、65 歳以上 69 歳以下、70 歳以上 74 歳以下、75 歳以上 79 歳以下、80 歳以上 84 歳以下、85 歳以上 89 歳以下、90 歳以上の 7 階級で推計を行っている。

厚生労働省の推計の特色は、①施設・在宅のサービス別に利用者数、一人当たり費用を推計している、②利用者数の推計は、男女別・年齢別の推計で、特に年齢別では詳細な区分分けを行い、推計を行っている、③一人当たり費用の推計は、要介護度別の費用の初期値を賃金上昇率で延伸する、④在宅サービスの一人当たり費用に関して、利用限度額比率の上昇を考慮していること、が指摘できる。

（内閣府）

内閣府（2007）の計量分析室は、経済財政モデルのサブブロックとして、介護ブロックを構築して、改革と展望(2006)、進路と戦略（2007）等の参考試算に活用している。残念ながら、介護費用の推計結果は示されていないが、方程式と変数リストは公表されており、その構造を示すと、図表Ⅱ－2 のようになる。内閣府（2007）は、基本的に厚生労働省と同様に、サービス別（5 区分。在宅 2、施設 3）・要介護度別（7 区分）の利用者数と一人当たり費用を基に推計を行っている。

利用者数については、まず、要介護度別（7 区分）・年齢階層別（2 区分）の認定者人口比率、利用者認定者比率から、要介護度別の利用者数を求める。次に、各サービスの利用者割合に基づき、要介護度別・年齢階層別の利用者数を各サービス（5 区分。在宅 2、施設 3）に配分する。

一人当たり費用については、初期値の一人当たり費用を賃金上昇率と、サービス別・要介護度別の費用増加率と 2 つの調整係数で延伸している。調整係数の一つは政策変数であるが、費用増加率ともう一つの調整係数が何を指すのかは示されていない。

内閣府（2007）の大きな特色は、利用者数の推計に当たり、人口区分が、1 号被保険者

(40 歳から 64 歳)と 2 号被保険者(65 歳以上)の 2 つの区分になっていることであり、この点は介護費用の推計に大きな影響を与えることを第 IV 節で確認する。

(OECD)

OECD (2006) は、諸外国の医療費、介護費用の長期推計を行っている。推計方法は、全体の費用を、年齢階層別の利用者数、年齢階層別の一人当たり費用に分けて、非常にシンプルに推計を行っている。また、推計に当たっては、人口構成効果、健康増進効果、所得効果、費用増大効果、労働市場効果等を考慮して、それぞれの効果の大きさを要因分析している。

利用者数については、年齢階層別に人口に利用者人口比率を乗じて得ている。その際、長寿化に伴う健康の増進(健康増進効果)が考慮され、利用者人口比率の年齢別カーブを、1 年の寿命の伸びに対して 0.5 年分右側にシフトさせ、介護人口を減少させる効果を加味して、利用者数が推計されている。

一人当たり介護費用に関しては、初期値の年齢別の介護費用を、所得効果(Income Effect)、費用増大効果(Cost Disease Effect)、労働市場効果で延伸している。所得効果は、介護サービスを需要サイドから分析して、所得の伸びが介護需要の増加につながるか否かを考慮するものである。OECD は、基本ケースでは、介護に関する需要は、極端な必需品として所得には影響を受けないとして、一人当たり介護費用の所得弾性値をゼロとしつつ、代替シナリオでは 1 として分析を行っている。費用増大効果については、介護サービスは基本的に人的サービスであることから、供給サイドから、マクロ的な賃金上昇がどの程度介護費用に波及するかをみるものである。OECD は、賃金上昇率に対する価格弾性値を、基本ケースでは 0.5、代替シナリオでは 1 としている。介護サービスは、労働集約的であり、他の産業に比べて生産性の伸びが緩やかであることから、OECD (2006) は基本ケースの弾性値 0.5 を甘い見通し(mild view)と認めている。

また、OECD は、介護の担い手である 50 歳から 64 歳人口の労働力率の増加が家庭内の介護の担い手を減少させ、介護費用を増加させる労働市場効果を考慮している。国別のパネルデータによる回帰分析により、1 %ポイントの 50 歳から 64 歳人口の労働力比率の増加は、一人当たり介護費用を 3.94%上昇させるものとして分析を行っている。

OECD の分析の結果、基本ケースでは、日本の介護費用の GDP 比は、足元の 0.7%から 2025 年には 0.8%ポイント上昇し、そのうち、人口構成効果、健康増進効果、所得効果、

費用増大効果による効果が、それぞれ、1.0%ポイント、▲0.2%ポイント、0.2%ポイント、▲0.2%ポイントであるとしている⁴。

OECD（2006）の推計の特色は、①年齢階層別のみのシンプルな分析であるとともに、費用の増加を要因ごとに丁寧に分解しており、結果が分かりやすい推計である一方で、②男女別・サービス別・要介護度別の区分を行っておらず、特に、日本で特有の問題である施設と在宅の区分を行っていないという問題も指摘できる。

III. 介護費用の動向

第Ⅰ節では、平成12年度以降の介護費用の推移を、単純に利用者数と一人当たり費用に分けてみたが、その場合、基本的な介護費用の増加は、利用者数の増加によるものとなった。本節では、介護費用の動向を、利用者数と一人当たり費用に分けて、前節の各種推計で取り扱っている様々な角度から分析を行い、介護費用の中長期推計に関する論点の整理を行う。

先行研究の推計方法を参考にして確認すべきポイントを整理すると以下のようになる。まず、利用者数については、①利用者数に関する人口構成効果をどう考えるか、②男女別に利用者数を推計した場合と、男女合算で利用者数を推計することに相違があるか、③利用者人口比率（認定者人口比率、利用者認定者比率）の動向をどう考えるか、④過去の利用者数増加の要因として、人口変動の効果、人口構成の高齢化効果、利用者人口比率の上昇効果をどのように考えるべきか、⑤在宅と施設の利用者数の動向をどのように整理すべきか、等を検討する。

次に、一人当たり介護費用について、①在宅サービスと施設サービスの費用を区分すべきか、②費用に関する人口構成効果、すなわち年齢別の費用の相違をどうみるか、③近年の一人当たり費用の変動要因をどう考えるか、④要介護度別一人当たり費用は年齢別に相違があるのか、⑤在宅サービス費用の利用限度額比率の推移とその影響をどのように考えるか、等を検討する。最後に、現在の介護費用の水準を国際的水準と比較する。

⁴ OECDの推計結果は本稿の推計結果と人口構成効果以外は大きく食い違っている。これは前提条件の相違が大きいと考えられる。一方で、OECDの想定では、一人当たり費用の所得弾性値がゼロで、賃金弾性値が0.5としているが、その場合、費用増大効果は所得効果の半分程度となるはずであるが、OECDの分析結果は2つの効果の影響は同水準となっており、OECDの分析の整合性にやや疑問が残る。

（利用者数の分析①：人口構成の高齢化の影響）

利用者に関しては、厚生労働省（2005）、内閣府（2007）、OECD（2006）ともに、年齢階層別に人口に対する割合で利用者数を推計している。また、厚生労働省（2005）、内閣府（2007）は、年齢階層別の区分に加えて、厚生労働省（2005）は、男女別・サービス別・要介護度別に、内閣府（2007）は、サービス別・要介護度別に利用者数を配分している。ただし、全体の利用者数の増減に大きな影響を与えるのは年齢階層別の区分であり、他の区分は費用を考慮するための配分に過ぎないため、利用者数の分析は年齢構成を中心に行う。まず、人口構成の高齢化が利用者数に与える効果について検討する。

介護費用の人口構成の高齢化要因は、医療費と異なる形で顕在化する。医療費については、全ての人口が医療の利用者であり、人口構成の高齢化は、人口一人当たり医療費が高齢者ほど高いことにより、一人当たり費用の増加を通じて、全体の医療費の増加を引き起こす⁵。一方で、介護については、利用者が高齢者人口の一部であり、また、加齢に伴い、利用者人口比率が上昇することから、人口構成の高齢化の影響は、①人口構成の高齢化に伴う利用者数の増加による効果、②利用者構成の高齢化に伴う一人当たり費用の増加による効果、の2つを通じて発生する。結論を先取りすると、医療については、先述のように、高齢化の効果は、一人当たり費用の増加として顕在化するが、介護については、もっぱら①の利用者の増加を通じて高齢化の効果は顕れる（なお、人口構成の高齢化に伴う一人当たり介護費用の増加による効果は、費用の分析の中で検討する）。

図表Ⅲ－1（1）は、2005年の利用者人口比率をみたものである。これをみると、男女ともに、40歳から64歳までの年齢層の0.2%から95歳以上では7割前後と、加齢により、利用者人口比率が著しく上昇することが確認できる。この2005年の利用者人口比率を用いて、2025年と2050年の介護利用者の推計を行ったのが、図表Ⅲ－1（3）である。人口そのものは2050年にかけて2千万人減少するにも関わらず、人口構成の高齢化により（図表Ⅲ－1（2））、介護利用者数は、足元の3.4百万人から2025年には6百万人強、2050年には7百万人に増加することが見込まれ、これだけで、介護費用は2025年までに80%、2050年までに110%増加することになる。年平均増加率でみると、2025年以降増加率は低下するが、2025年、2050年までの増加率はそれぞれ3%、0.5%であり、人口の増加率（同▲0.3%、▲0.7%）と比べて、介護サービス利用者数の増加は顕著であることが確認できる。

⁵ 詳細は、北浦・京谷（2007）参照。

(利用者数の分析②：男女別の利用者数の動向)

図表Ⅲ－１（１）で、男女別の介護利用者数をみると、男性に比べて女性の介護利用者数が多く、利用者人口比率も女性が高いことが確認できる。この数字の差は、男性の方がより家族の介護支援を受けられていることを示していると考えられる。

次に、足元の利用者人口比率を用いて、男女別に分けて将来の介護利用者数を推計すべきか否かを検討する（図表Ⅲ－１（３）、（４）参照）。男女別の利用者人口比率と男女別人口を用いた場合（厚生労働省の推計方法）と男女計の利用者人口比率と男女計の人口を用いた場合（内閣府、OECD の推計方法）で比較すると、男女合算で推計する方が利用者数は大きくなる。ただし、2025 年、2050 年で、2 つの推計の乖離幅は、合計で 1 %程度、最も乖離の大きな年齢層（80 歳から 84 歳層）で 2%程度となる。このように、足元の利用者人口比率を一定とした場合には、2 つの推計の相違は、1 %程度で、大きくないことが確認される。

(利用者数の分析③：利用者人口比率の動向)

利用者、認定者数ともに、制度発足以来、増加しており、また、利用者人口比率も同様に上昇している（図表Ⅲ－２（１）、（２））。利用者人口比率を利用者認定者比率と認定者人口比率に分解してみると（図表Ⅲ－２（３））⁶、男女ともに、認定者人口比率は増加しているが、利用者認定者比率は概ね横ばいであることが分かる。

次に、利用者人口比率の動向を年齢別にみると（図表Ⅲ－３）、認定者人口比率は増加しているが、利用者認定者比率は概ね横ばいであることが分かる。さらに、利用者人口比率の増加率を、認定者人口比率の増加率と利用者認定者比率の増加率に分けると⁷、2001 年度から 2005 年度までに、利用者人口比率は 45.5%増加しているが、そのうち 44.6%は認定者人口比率の増加で説明できることになる。

次に、将来推計を行う際に、利用者人口比率（すなわち認定者人口）の上昇をどのように考えるべきかについて検討する。まず、足元の利用者数の増加を、人口増要因、人口構成要因、利用者人口比率の要因別に分けてみると（詳細は図表Ⅲ－４参照）、2002 年度では伸び率（20.6%）の多くは、利用者人口比率の上昇によるもの（16.0%）であったが、最近

⁶ 利用者人口比率は、定義により、利用者認定者比率×認定者人口比率となる。

⁷ 定義により、「利用者人口比率の増加率」＝「利用者認定者比率の増加率」＋「認定者人口比率の増加率」となる。

では、利用者人口比率の上昇は緩やかとなっており、2006 年 10 月のデータではむしろ利用者人口比率の影響はマイナス（▲1.5%）に転じている。一方で、人口構成要因（人口構成の高齢化）は安定的に 4 %程度利用者数を増加させていることが確認できる。また、図表Ⅲ－5 で、在宅サービス、施設サービス別に利用者人口比率の推移をみると、施設サービスでは既に 2005 年度で利用者人口比率の対前年度変化幅はマイナスに転じており、在宅サービスも上昇幅が減少してきており、現在の減少傾向が 2006 年度に続けば、2006 年度には 2005 年度なみに安定化することが見込まれる。

このように、利用者人口比率（すなわち認定者人口）については、2005 年度で概ね安定するとの厚生労働省の想定は現時点では概ね妥当と考えられる⁸。

（一人当たり費用の分析①：在宅、施設別の一人当たり費用の動向）

第 I 節でみたように、一人当たり介護費用は 2002 年度から 2005 年度にかけて減少していた。一人当たり介護費用を在宅サービスと施設サービスにわけると（図表Ⅲ－6（1）上段の表）、施設サービスの一人当たり費用（400 万円前後）は、在宅サービスのそれ（110 万円前後）に比べて高いことが分る。また、図表Ⅲ－6（1）の下段の表から、一人当たり介護費用は、在宅サービスでは上昇しているが、施設サービスでは抑制されていること、利用者数は在宅サービスの伸びが施設サービスの伸びを上回り、在宅サービス利用者の割合が増加していることが確認できる。

これらの結果をあわせて、一人当たり介護費用の変化率を 3 つの効果（一人当たり在宅費用の増加による効果、一人当たり施設費用の増加による効果、利用者割合の変化による効果）に寄与度分解してみると（図表Ⅲ－6（2））、一人当たり介護費用の減少傾向は、コストの大きな施設サービスからコストの小さな在宅サービスへの利用者割合のシフトと、コストの大きな施設サービスの一人当たり費用の抑制により引き起こされており、在宅サービスの一人当たり費用は増加に寄与（0.6%～2.5%）していることが確認できる。

次に、一人当たり費用の伸び率と所得の伸び率を比較すると（図表Ⅲ－7）、在宅サービス・施設サービスともに費用とマクロ経済の所得との連動は確認できない。基本的に在宅サービスの一人当たり費用はマクロ経済の所得を上回って上昇しており、施設サービスの

⁸ ただし、介護保険制度自体がまだ発足間もなく、また、予算制約から介護サービスの実施主体である市町村で介護認定が厳格化している可能性もあり、今後引き続きデータを注視していく必要がある。

それは制度改正の結果である 2005 年度を除いてもマクロ経済の所得よりやや低めの水準で推移している。こうした傾向は、制度発足当初の費用の急増に対して施設サービスを中心にコストの抑制が図られていることや、在宅サービスの一人当たり費用の利用限度額に対する比率（利用限度額比率）の上昇が続いていること（後述）等が原因とみられる。

現時点では、マクロ経済の所得の変数と一人当たり介護サービス費用に連動はみられないが、介護サービスの安定的な供給を確保する観点から、中長期的に介護費用に労働コストを勘案する必要性は否定できない。このため、第IV節の推計では、一人当たりの介護費用を、厚生労働省（2006）、OECD（2006）の先行研究の推計と同様に賃金上昇率で延伸する。

（一人当たり費用の分析②：年齢階層別の一人当たり費用の動向）

OECD（2006）は、足元の年齢階層別の一人当たり費用を発射台にして賃金上昇率等で将来の年齢階層別の一人当たり費用を推計している。年齢階層別の一人当たり費用の推移をみると（図表Ⅲ－8）、在宅サービスでは、一人当たり費用は加齢により若干上昇するが、施設サービスではむしろ低下するなど、利用者の高齢化に伴う一人当たり費用の増加の効果は大きくないことが見込まれる。

過去の一人当たり費用の伸び率を高齢化要因と全体的なコストの増加に要因分解すると（図表Ⅲ－9）、利用者の高齢化要因の影響は極めて小さく（在宅サービスで年率 0%から 0.2%、施設サービスで年率 0%）、もっぱら全体的な単価の増減が一人当たり費用を変動させたことが確認できる⁹。

将来推計を行う際に、OECD（2006）は全ての年齢階層間で同じ伸び率で一人当たり費用を延伸するものとする。これを過去の一人当たり費用で確認すると（図表Ⅲ－10）、年齢間の伸び率のばらつきは、施設サービスに関しては小さい。一方、在宅サービスに関しては、高齢者ほど伸び率が高い可能性は否定できないが、伸び率の年齢階層間での均等化の動きが伺われる（図表Ⅲ－10（2））。在宅サービスについては若干過少評価につながる可能性もあるが、本稿では、OECD と同様に年齢別の一人当たり費用の伸び率は同じものとして推計を行う。

⁹ 将来推計に関する 2 つの高齢化効果、すなわち利用者数の増加による効果と、利用者の高齢化に伴う効果の検証は第IV節で行う。

（一人当たり費用の分析③：要介護度別の一人当たり費用の動向）

厚生労働省（2005）と内閣府（2007）は、足元の要介護度別の一人当たり費用を基に延伸している。図表Ⅲ－11 は、在宅サービス、施設サービス（3 区分）について、要介護度別の一人当たり費用をみたものである。どのサービスについても要介護度が高いほど、一人当たり費用は高くなっている。

同じ分類で、2001 年度から 2005 年度までの費用の推移をみると（図表Ⅲ－12）、在宅サービスでは一人当たり費用は上昇しており、その伸び率は、要支援等と要介護度 1 については低い、他は 6%前後で概ね同じ伸び率となっている。施設の費用は抑制されているが、要介護度が高いほど、減少率は小さい。足元のデータでは、要介護度ごとの伸び率は必ずしも均一ではない。ただし、在宅サービスでは高い要介護度ほど利用限度額比率の上昇幅が高くなっており（後述）、利用限度額比率の上昇効果を除いた実際の在宅サービスの一人当たり費用の伸び率は、要介護度が高くなるほど大きくなるとは限らない可能性もある。また、施設サービスでは足元の費用の抑制が要介護度の低い利用者ほど反映されている可能性もある。このため、将来推計に関しては、厚生労働省（2006）の推計と同様に、一人当たり費用を賃金上昇率で延伸する際に、要介護度ごとに伸び率に差は設けないこととする。

要介護度別の一人当たり費用を年齢階層別にみると（図表Ⅲ－13）、在宅サービスでは加齢により若干の上昇がみられるが、施設サービスでは、介護療養施設サービスの一人当たり費用で加齢により減少がみられ、同一サービス・同一要介護度内における年齢格差は小さいと考えられる。図表Ⅲ－14 では、年齢階層別の要介護度別利用者人口比率を示した。これをみると、人口の高齢化は、要介護度の高い利用者数を増加させるが、同時に要介護度の低い利用者数も増加させる可能性が示唆され、要介護度別にみた場合にも、費用に関する人口構成効果は大きくないことが予想される。将来推計については、第Ⅳ節で扱うが、先に結論を述べると、利用者一人当たり費用に関する人口構成の高齢化効果は大きくない。特に、厚生労働省（2006）の推計では、一人当たり費用の高い施設サービスについて、65 歳以上人口の一定割合で利用者数の増加を抑えることから、施設サービスの利用者割合が減少する結果、介護サービス全体の利用者割合の変化は、将来に向けて一人当たり費用に対してマイナスに働くことになる。

（一人当たり費用の分析④：利用限度額比率の動向）

在宅サービスの一人当たり費用を法定の利用限度額で割って得られる比率（利用限度額比率）は、図表Ⅲ－15 に示したように、要支援は例外として、要介護度が高いほど高く、かつ、最近 4 年間では介護度が高いほど、上昇幅も総じて大きい（要介護度 1 では 1.4%ポイントであるのに対して、要介護度 5 では 6.7%ポイントの上昇）。

将来推計に当たり、厚生労働省の想定に従い、全体の利用限度額を 65%まで引上げる場合、全体平均の 47.1%から 65%への上昇率（ $65\% \div 47.1\% = \text{約 } 1.4 \text{ 倍}$ ）に従い、全ての利用率を上昇させる方法と、全ての要介護度の利用限度率を 65%にする方法の 2 つが考えられる（図表Ⅲ－16 参照）。どちらの場合でも、2005 年 9 月の利用者数でみた場合は 4.5 兆円程度なり、乖離幅は 0.5%程度と小さなものである。要介護度が高いほど、利用ニーズも高いと考えれば、ケース 1 が妥当と考えられ、要介護度に関係なく、利用率は収斂すると考えれば、ケース 2 が適切とも考えられる

利用限度額比率上昇の 2 つのケースを、足元の要介護度別・年齢別の利用者割合に基づいて、年齢階層別の一人当たり費用に換算しなおしてみたのが、図表Ⅲ－17 である。在宅サービス（図表Ⅲ－17（1））、全サービス（図表Ⅲ－17（2））ともに、要介護度が高い 90 歳以上の層と要支援の割合の高い 40 から 60 歳代の層でケース 1 の一人当たり費用が高くなり、70 から 80 歳代の層でケース 2 の一人当たり費用が高くなる。第Ⅳ節における OECD 方式の推計推計では、在宅サービスの年齢別の一人当たり費用 2 つのカーブを用いて利用限度額比率の上昇効果を分析する。

（介護費用の国際比較）

最後に、OECD（2006）のデータを基に、2005 年度の介護給付費を国際比較する。介護給付費の対名目 GDP 比については、北欧諸国で給付水準が高く（スウェーデン（3.3%）、デンマーク（2.6%）、フィンランド（2.9%）、ノルウェー（2.6%））、日本は 0.9%で、G7 諸国と同水準である（フランス（1.1%）、イギリス（1.0%）、アメリカ（0.9%）、ドイツ（1.1%）、イタリア（0.6%）、カナダ（1.2%））。

次に、利用者一人当たり介護費用の対一人当たり名目 GDP 比をみると（図表Ⅲ－18）、日本の 2005 年度の年齢階層別の一人当たり介護費用の水準は、一人当たり名目 GDP の 40%から 65%の水準であり、在宅サービスの利用限度額比率が 65%に上昇したケースでは 50%から 75%の水準となる。OECD（2006）の分析結果で国際比較を行うと、日本の水準は、北欧諸国（スウェーデン、デンマーク、フィンランド）やイギリスよりは低い、ベ

ルギー、オーストリア、ドイツ、フランス、イタリアよりは高い。ただし、諸外国は若年層にも介護給付が支給されているようであり、制度には相当相違があるとみられる。

（結論）

この節の分析の結論として以下のような点が指摘できる。

まず、人口構成の変化（高齢化の進展）の効果について介護独特の効果が指摘できる。一人当たり医療費の加齢による上昇が顕著な医療では、人口構成の変化は一人当たり費用の増加を通じて総費用を増加させる。一方、介護では、人口構成の変化は、2つの効果（利用者人口比率の加齢に伴う上昇による利用者数の増加の効果と、利用者一人当たり費用の年齢間（要介護度ごと）の相違による効果）を通じて、介護費用を増加させる。本節の分析では、人口構成の高齢化に伴い、利用者数が2025年度までに毎年3%程度増加することが示された。一方で、過去の利用者割合の高齢化や要介護度割合の変化は、加齢に伴う介護費用の増加が緩やかであること、コストの高い施設サービス利用者の割合が低下していることにより、全体の費用の増加に対して小さな効果しか持たなかったことが観察された。過去の人口構成の変化の影響は、主に利用者数の増加を通じてあらわれ、一人当たり費用に対する影響は小さかったと整理した（将来推計への分析は第IV節）。

第2に、利用者人口比率は、利用者認定者比率、認定者人口比率に分けられるが、利用者認定者比率は制度発足当初から概ね一定であり、また、認定者人口比率は足元で安定化の動きがみられることから、一定として将来推計を行っても問題が小さいと暫定的に整理した¹⁰。

第3に、男女別の利用者人口比率は、女性の比率が男性の比率より高いが、将来推計に当たり、男女を合算して利用者数を推計する方法と男女別々に利用者数を推計する方法では、2025年、2050年の人口構成を前提にすると、2つの推計の乖離は大きくないことが確認され、推計においても男女を分けなくとも問題は少ないと考えられる。

第4に、一人当たり費用に関しては、施設と在宅で大きく費用が異なり、また、政策的に施設のサービスの供給に抑制が加えられることが予想されることから、2つの推計は分けて行うことが望ましいと考えられる。

第5に、一人当たり費用の国際比較の結果、日本の介護費用の水準は、既に先進国の中

¹⁰ ただし、介護制度は、制度発足当初であり、また、窓口の対応も一定していない可能性もあり、引き続き利用者人口比率の動向には留意が必要である。

間の水準にあり、高福祉の国家を志向するのか、今後、賃金上昇率や利用限度額比率の抑制を通じて、給付を抑制し、小さな政府を目指すのか、極めて重要な岐路にあると考えられる。

IV. 介護費用の将来推計

本節では、2025 年度の介護費用、介護給付費を推計して¹¹、厚生労働省（2006）の推計結果と比較を行う。将来推計に当たっては、厚生労働省（2006）の方法による推計、年齢階層区分の簡略化による推計、OECD（2006）の方法による推計の 3 つの推計を実施した。特に、厚生労働省と OECD の推計においては、要因分解を行い、各種要因の介護費用の増加への影響を詳細に分析した。

（介護費用の推計 1：厚生労働省方式）

図表Ⅱ－1 の考え方に従い、推計を行った。利用限度額比率の上昇（厚生労働省の前提である 2005 年度 47.1%から 2025 年度 65%への引上げ）については、第Ⅲ節（図表Ⅲ－16）で示したように、全ての要介護度に関して 2025 年度までに介護費用を現状の 2005 年度の約 1.4 倍（ $=65\% \div 47.1\%$ ）にするケース 1 と、全ての要介護度の利用限度額比率が 65% になるように調整するケース 2 の 2 つのケースで推計を行った。また、賃金上昇率と GDP 成長率は、厚生労働省（2006）に示された前提条件に従った。推計結果の介護費用、介護給付費とその対名目 GDP 比は、図表Ⅳ－1（1）に示した。分析結果は 2025 年の介護給付費がケース 1 で 18.5 兆円、ケース 2 で 18.4 兆円となり、2 つのケースの推計結果はほとんど相違がなかった。また、概ね厚生労働省（2006）の改革案と改革実施前の介護給付費の中間の推計結果が得られた。GDP 比の伸び幅でみると、1.4%ポイントの伸び幅となっており、概ね改革実施前と同じ水準になった。改革案は更なる改革を実施する必要があるため、本稿の推計結果より過小になっているものと思料される。

分析結果の対名目 GDP 比を要因分解すると（図表Ⅳ－1(2)）、介護費用は GDP 比で 2005 年の 1.2%から 2.8%に 1.5%ポイント上昇しており、その内訳として人口構成効果が 1.0%ポイント、利用限度額比率の上昇効果が 0.4%ポイント、賃金上昇効果（ボーモル効果）と

¹¹ 介護費用から利用者の自己負担を控除するに当たっては、厚生労働省「介護給付費実態調査」の 2005 年度累計データの総数の費用額と保険給付額の差を自己負担額として自己負担率を計算し、将来推計に使用した。

所得効果¹²の和が 0.2%ポイント（分母を増加させる一人当たり GDP 成長率より、分子を増加させる賃金上昇率が高いことによる効果）となった。前節の分析でみたように、人口構成の高齢化の効果（1%ポイント）の内訳としては、利用者数の増加の効果が 1.1%ポイントで大きく、高齢化に伴う要介護度割合の変化による一人当たり費用の増加の効果は▲0.1%ポイントとなった。

期間平均成長率でみると（図表Ⅳ－1（3））、介護費用は 6.1%で上昇し、そのうち、人口構成効果は 2.7～2.8%（うち利用者数効果は 3.1%、費用効果は▲0.4～▲0.3%）、賃金上昇効果（ボーモル効果）は 2.4%、利用限度額比率上昇効果は 1.0%となった。

（介護費用の推計 2：年齢階層区分の簡略化による推計）

次に、年齢階層区分の簡略化による推計を行った。ここでは、基本的に図表Ⅱ－2 の内閣府（2007）の推計方法に従って、推計を行った¹³。ただし、利用者数の推計に当たり、利用者人口比率に関する年齢階層区分を 8 階層（40 歳から 65 歳未満、65 歳以上 70 歳未満、・・・、95 歳以上）、2 階層（内閣府ケースの 40 歳から 65 歳未満、65 歳以上）、1 階層（40 歳以上）の 3 つのケースで推計を行った。利用限度額比率の上昇は、厚生労働省推計のケース 1 で行った。

推計の結果は、図表Ⅳ－2 に示した。人口 8 階層ケースでは、介護費用は 22.4 兆円¹⁴となった。一方、人口 2 階層ケースと人口 1 階層ケースでは、介護費用はそれぞれ 16.1 兆円、13.2 兆円となり、人口 8 階層ケースに比べて、それぞれ 28%、41%、過小推計となった。これは主に利用者数の減少によるもの（28%のうち 26%、41%のうち 39%）であり、人口階層を簡略化すると、高齢化に伴う利用者人口比率の上昇が十分反映されないことが確認された。

¹² 所得効果は、介護費用の所得弾力性をゼロとした結果、介護費用の対名目 GDP 比では、分子の介護費用が上昇しない一方で、分母の名目 GDP を増加する結果、マイナスの寄与となる。

¹³ 内閣府の推計との相違は、①認定者人口比率やサービス利用者割合については 2005 年度の要介護度別・年齢別・サービス別の利用者人口比率で利用者数を推計した（内閣府の推計の前提は不明）、②自己負担率を変更していないこともあり、自己負担率弾性値を考慮しない、③一人当たり費用の調整係数を考慮しない、等である。

¹⁴ 図表Ⅳ－1 の厚生労働省ケース 1 の 20.7 兆円よりも 1.7 兆円高い水準となっている。図表Ⅳ－2 の推計では、施設サービスの利用者数を在宅サービスと同様に各年齢階層の一定率として推計しており、施設サービスの利用者数を 65 歳以上人口の 3.2%とした厚生労働省ケースよりも、コストの高い施設サービス利用者数の伸びが大きくなることにより、全体の一人当たり費用が高くなることによる。

（介護費用の推計 3：OECD 方式）

最後に、OECD（2006）の方法を基本として、若干の修正を行った上で、推計を行った。変更点としては、利用者数、一人当たり費用を、全サービスに関して延伸する OECD の方法の推計と、在宅サービスと施設サービスの 2 つに分けて利用者数と一人当たり費用を延伸する方法の 2 つの方法で推計を行った。なお、施設サービスの利用者数に関しては、厚生労働省と同様に 65 歳以上人口の 3.2% として伸び率を抑制する形で推計を行った。分析のケース分けについては、以下の 7 つの推計を行なう。このうち、③④の「ボーモル効果＋利用率上昇」ケースが、要介護度別の一人当たり費用を延伸する厚生労働省推計と比較すべきケースである。

[全サービスでの推計]

- ① 一人当たり費用に関して賃金上昇率で延伸する「ボーモル効果」ケース

[施設サービス、在宅サービス別の推計]

- ② 一人当たり費用に関して、賃金上昇率で延伸する「ボーモル効果」ケース
- ③ 一人当たり費用を、賃金上昇率と利用限度額比率の上昇率で延伸する「ボーモル効果＋利用率上昇 1」ケース（利用限度額比率について、全ての要介護度に関して 2025 年度までに介護費用を現状の 2005 年度の約 1.4 倍（ $=65\% \div 47.1\%$ ）にするケース）
- ④ 「ボーモル効果＋利用率上昇 2」ケース（利用限度額比率について、全ての要介護度の利用限度額比率が 65% になるように調整するケース）
- ⑤ ボーモル効果と利用限度額比率の上昇に加えて、長寿化に伴う健康増進効果として、2025 年までの平均余命の 2 年間の伸びの半分（1 年間分）だけ、年齢別の利用者人口比率が右側にシフトする効果（Healthy Aging 効果）を考慮する「ボーモル効果＋利用率上昇 1＋Healthy Aging」ケース
- ⑥ 「ボーモル効果＋利用率上昇 2＋Healthy Aging」ケース
- ⑦ ボーモル効果に加えて、労働市場効果（家庭内における介護マンパワーである 50 歳から 64 歳以上人口の労働参加率が上昇することで、介護費用が増加する効果¹⁵⁾

¹⁵⁾ 労働市場の前提に関しては、厚生労働省（2006）が参考にしたと考えられる厚生労働省職業安定局（2002）の労働力人口の見通しの前提を使用して、50 歳から 64 歳までの

を考慮した「ボーモル効果＋労働市場効果」ケース、について分析を行なう。

推計結果は、図表Ⅳ－3（１）に示した。全サービスで推計した「ボーモル効果」ケースと施設・在宅サービス別に推計した「ボーモル効果」ケースを比較すると、前者ではコストの高い施設利用者数の抑制効果が打ち消されることから、介護費用が２兆円（19.1兆円と17.1兆円の差）程度高めの推計結果となった。厚生労働省推計と同様な延伸方法で推計した「ボーモル効果＋利用率上昇１，２」ケースでは、推計結果は介護費用がそれぞれ21.0兆円と20.8兆円となり、本稿の厚生労働省推計ケース（それぞれ20.7兆円、20.6兆円）との相違は１％程度のわずかなものとなった。さらに Healthy Aging を考慮すると、介護費用が2025年で1.6兆円程度（21.0兆円から19.4兆円、20.8兆円から19.2兆円）節約され、労働市場効果を考慮した場合では、介護費用が2025年で2.8兆円（17.1兆円から19.9兆円）程度増加するとの結果となった。

分析結果の対名目GDP比を要因分解すると（図表Ⅳ－3（２））、施設・在宅サービスに分けたケースで、介護費用はGDP比で2005年から2025年度までに1.1から1.6％ポイント上昇しているが、その内訳として人口構成効果が1.0から1.2％ポイント、利用限度額比率の上昇効果が0.4％ポイント、賃金上昇効果（ボーモル効果）と所得効果の和が0.2から0.3％ポイントとなった。本稿の厚生労働省推計の分析と同様に、人口構成の高齢化の効果（1.0から1.2％ポイント）のうち、利用者数の増加の効果が1.1から1.3％ポイントと大きく、高齢化に伴う一人当たり費用の増加の効果は▲0.1％ポイントとなった。

厚生労働省（2006）の推計と類似の前提である「ボーモル効果＋利用率上昇１，２」ケースで期間平均成長率をみると（図表Ⅳ－3（３））、介護費用は6.2％で上昇し、そのうち、人口構成効果は3.0％（うち利用者数効果は3.2％、費用効果は▲0.2から▲0.3％）、賃金上昇効果（ボーモル効果）は2.3％、利用限度額比率上昇効果は0.9から1.0％となった。また、健康状態の改善効果では、平均伸び率を0.4％程度低下させ、労働市場参加率の高まりは同じく0.7％程度介護費用を増加させることが示された。労働市場参加率の上昇は、税金の支払や労働供給の増加等を通じて、経済の活性化や社会保険全体の保険料収入の増加に資する一方で、介護費用を飛躍的に増加させる可能性を示唆しており、今後日本における更な

労働参加率が約7％ポイント増加する（2005年度73％から2025年度80％）とした。介護費用への影響は、OECD（2006）の前提に従い、労働参加率の上昇１％ポイント当たり、一人当たりの介護費用が3.94％増加するとして、全体で2025年度までに28％程度増加するとして推計を行なった。ただし、本稿の推計では施設サービスの費用は増加しないものとして推計を行なった。

る実証分析が期待される。

V. 終わりに

本稿は、急増する介護費用に関して、厚生労働省、内閣府、OECD 等の介護費用の長期推計の方法を検討し、介護費用の長期推計に係る論点整理を行なうとともに、2025 年度までの介護費用の将来推計を行い、その平均伸び率の要因分析を行なった。本稿の分析から得られた結論は以下の 5 点である。

第 1 に、年齢階層別の一人当たり介護費用と利用者数から推計を行う OECD (2006) の推計方式と、要介護度別の一人当たり費用と年齢階層別・要介護度別の利用者数から推計を行う厚生労働省 (2006) の推計方式では、一人当たり費用の利用限度額に占める割合の増加傾向等の条件を等しくして推計を行うと、概ね同じ水準の介護給付費を得るとの結果が得られた。2025 年度の介護費用は約 21 兆円になった (対名目 GDP 比では 2005 年度の 1.2% から 2.8% に 1.6% ポイント上昇し、2025 年度までの平均伸び率は 6.1 から 6.2%)。

第 2 に、OECD (2006) の方法に従い、介護費用の平均伸び率を要因分解すると、介護費用の 2025 年度までの平均伸び率 (6.1 から 6.2%) の内訳は、人口構成の高齢化要因で 2.7 から 3.0%、賃金上昇効果が 2.3 から 2.4%、利用限度額比率上昇効果が 0.9 から 1.0% と見込まれることが分かった。その他の追加的な特殊要因として、長寿化に伴い健康が増進できれば、平均伸び率を 0.4% 程度低下させることが可能となり、一方で、50 歳から 64 歳の家庭内の介護マンパワーが労働市場に積極的に参加する場合は介護費用の平均伸び率を 0.7% 程度高める可能性があることが示唆された。

第 3 に、介護費用の人口高齢化要因は、人口構成の変化に伴う利用者数の増加と、利用者数の高齢化・要介護度の高まりによる一人当たり費用の増加の 2 つに区分できるが、介護費用の場合、加齢に伴う利用者人口比率の増加による利用者数の増加が、介護費用押し上げの重要な要因であることが示された。利用者の構成割合の高齢化や要介護度割合の変化による一人当たり費用の変化は極めて小さなものであり、コストの大きい施設サービスの利用者数が抑制される中では、むしろ利用者構成の変化に伴う一人当たり費用の変化は介護費用総額に若干のマイナスの寄与となることが確認された。医療費では人口構成の高齢化により一人当たり費用が増加して医療費の伸び率が高まるという結果が得られており、対照的な結果となった。

第 4 に、第 3 の結論で利用者構成の高齢化による一人当たり費用の上昇は小さいとした

が、一人当たり費用は、賃金上昇効果、利用限度額比率上昇効果により平均伸び率で3%以上上昇することから、本稿の推計結果では、2025年度までの介護費用総額の上昇（平均伸び率6%強）は、利用者数と一人当たり費用がともに大きく伸びる（3%前後）ことにより、引き起こされることとなる。

第5に、介護費用の将来推計に当たり、年齢階層区分（基本ケースでは8階層）を簡略化して推計を行なった結果、2階層（40歳から65歳未満、65歳以上）での推計結果、1階層（40歳以上）での推計結果は、ベースラインの8階層の推計結果に比べて、それぞれ28%、41%過小推計となった。このうち、殆ど（28%のうち26%、41%のうち39%）は、高齢化に伴う介護利用者数の増加を過小に見積もった結果であり、介護費用の推計に当たっては、加齢に伴う利用者数の推計をきめ細かく推計する必要があることが確認された。

最後に、今後の検討課題について触れる。

第1に、本稿は介護費用の推計のみを行なったが、公費負担、保険料負担の将来推計を加える必要がある。

第2に、データの蓄積を待って、一人当たり費用に関して、①コストの増加要因として、賃金上昇率を全て費用として計上する必要があるか否か、②利用限度額比率の増加の想定が適切であるか否か、について検討を行なう必要がある。本稿の分析結果でみたように、介護費用は今後6%を上回る平均伸び率で増加していくことが見込まれ、介護費用の負担を適切に分析して、正しい情報を国民に提供することが期待される。

第3に、OECD（2006）の分析をそのまま活用した健康増進効果や労働市場効果については、介護費用を飛躍的に増減させる可能性を示唆しており（介護費用の平均伸び率に与える影響は、それぞれ▲0.4%、+0.7%）、今後日本のマイクロデータを活用した更なる実証分析が必要である。

参考文献

OECD(2006) “ Projecting OECD health and long-term care expenditures :What are the main drivers? ”, Economics department working papers No. 477

北浦・京谷(2007) 「医療費の長期推計に関する一考察：OECD の先行研究に基づく日本の将来推計」、KIER Discussion Paper Series No.0607、京都大学経済研究所 2007年3月

厚生労働省職業安定局(2002) 「労働人口の推移推計について」 厚生労働省職業安定局 平成14年7月

厚生労働省(2006) 「社会保障の給付と負担の見通し」 2006年5月 厚生労働省

改革と展望(2006) 「構造改革と経済財政の中期展望－2005年度改訂」2006年1月 内閣府

清水谷諭・野口晴子(2003) 「要介護認定率の上昇と在宅介護サービスの将来需要予測－要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証」、ESRI Discussion Paper Series No.60、2003年9月、内閣府経済社会総合研究所

田近・菊池(2004) 「介護保険の総費用と生年別・給付負担比率の推計」、『フィナンシャル・レビュー』第74号 2004年12月

進路と戦略(2007) 「日本経済の進路と戦略～新たな「創造と成長」への道筋～」
2007年1月 内閣府

内閣府(2007) 「経済財政モデル(第二次改訂版)資料集」内閣府計量分析室 2007年3月

鈴木亘(2002) 「介護サービス需要増加の要因分析－介護サービス需要と介護マンパワーの長期推計について－」、『労働研究雑誌』No.502、2002年5月

図表 I -1 介護費用の推移

(兆円)

総額	介護保険事業状況報告		介護給付費実態調査	
	費用額	給付費 (利用者負担を除いた額)	費用額	給付費 (利用者負担を除いた額)
平成12年度	3.6	3.2	—	—
平成13年度	4.6	4.1	4.4	3.9
平成14年度	5.2	4.6	5.2	4.7
平成15年度	5.7	5.1	5.7	5.1
平成16年度	6.2	5.5	6.2	5.6
平成17年度	—	—	6.3	5.7

伸び率	介護保険事業状況報告		介護給付費実態調査	
	費用額	給付費 (利用者負担を除いた額)	費用額	給付費 (利用者負担を除いた額)
平成13年度	26.6%	26.6%	—	—
平成14年度	13.1%	13.2%	19.4%	19.4%
平成15年度	9.6%	9.5%	9.6%	9.6%
平成16年度	9.0%	9.0%	8.9%	8.8%
平成17年度	—	—	0.9%	1.7%

(注) 「介護給付費実態調査」については、5月から翌4月審査累計を年度分として使用する。以下の分析・図表においても同様。

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「介護給付費実態調査」

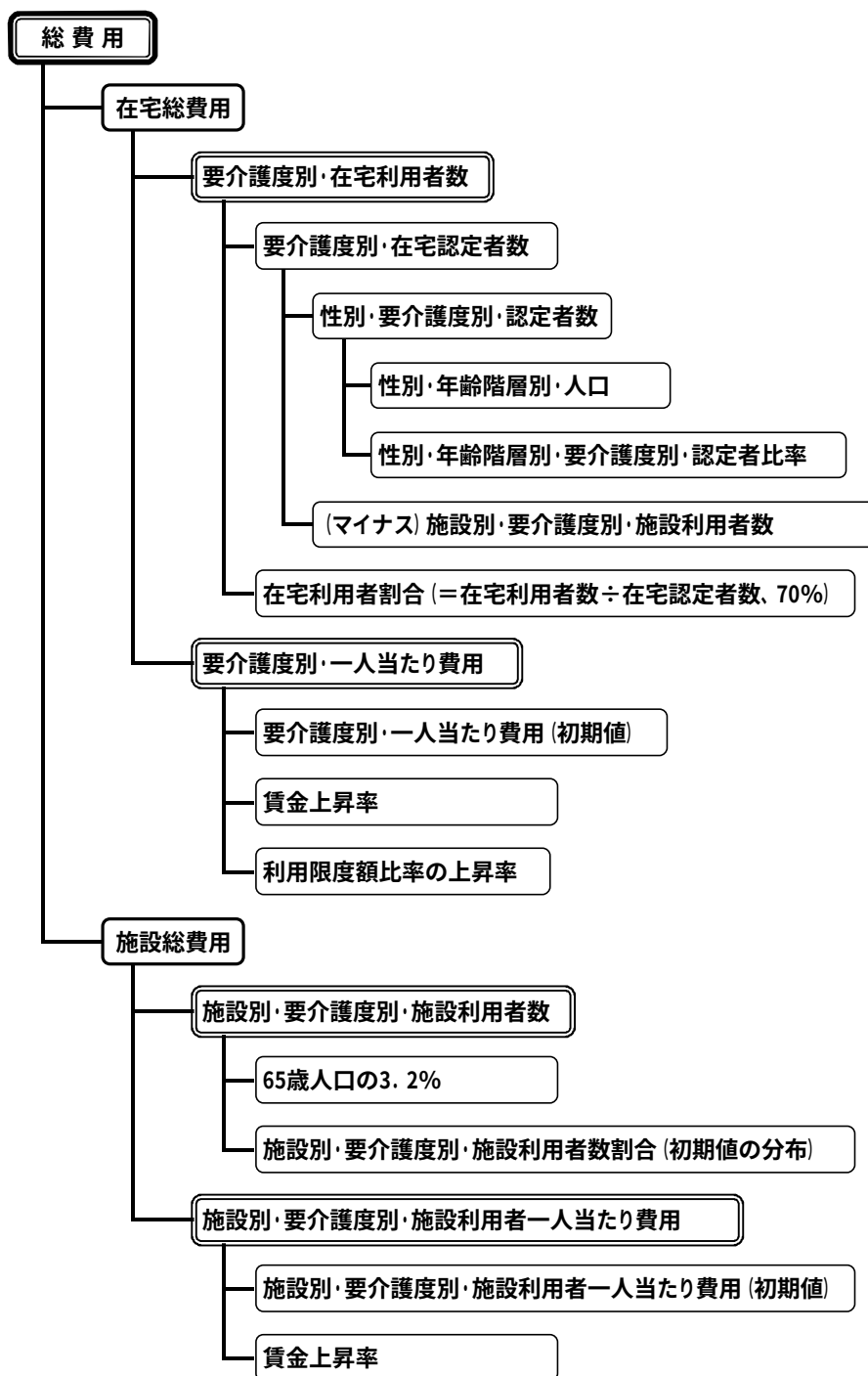
図表 I -2 介護費用の分解 (利用者数と単価でみた分解)

	介護費用		
	百万円	利用者数 千人	単価 千円
H13	4,378,286	2,197	1,993
H14	5,225,736	2,650	1,972
H15	5,729,220	2,997	1,912
H16	6,236,886	3,295	1,893
H17	6,295,722	3,501	1,798

伸び率		介護費用		
			利用者数	単価
H14	2002	19.4%	20.6%	-1.0%
H15	2003	9.6%	13.1%	-3.1%
H16	2004	8.9%	10.0%	-1.0%
H17	2005	0.9%	6.3%	-5.0%

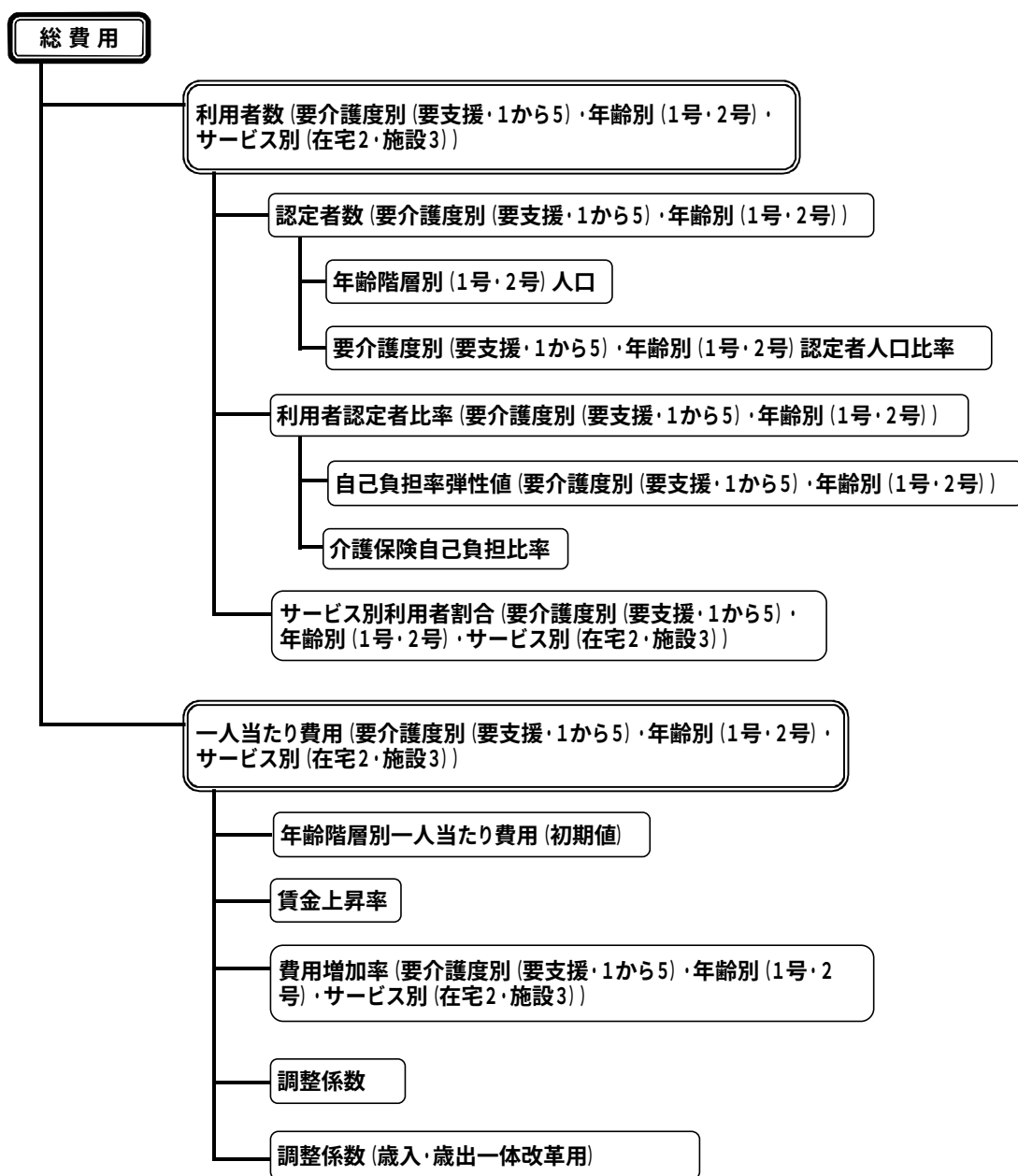
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅱ－１ 厚生労働省による介護費用の推計方法



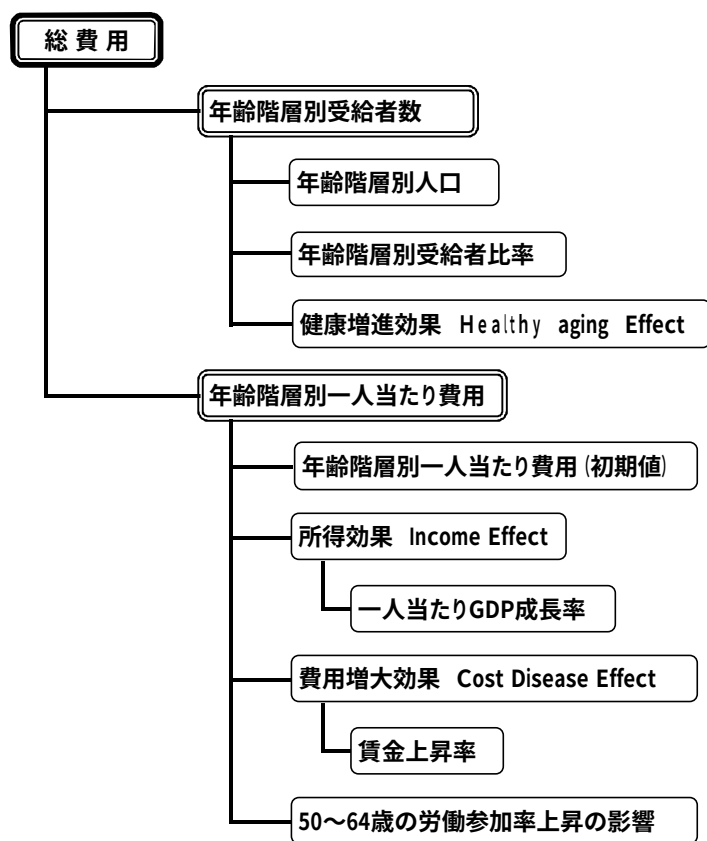
(出所) 田近・菊池(2004)を元に筆者が作成。

図表Ⅱ－２ 内閣府による介護費用の推計方法



(出所) 内閣府(2007)を元に筆者が作成。

図表Ⅱ－３ OECDによる介護費用の推計方法



(出所) OECD (2006) を元に筆者が作成。

図表Ⅲ－1 介護利用者数の推計(男女合算、男女別)

(1) 利用者人口比率と介護利用者数(2005年度)

	利用者人口比率			利用者数(千人)		
	男女計	男性	女性	男女計	男性	女性
合計				3,389	963	2,426
40～64歳	0.2%	0.2%	0.2%	107	53	54
65～69歳	2.2%	2.2%	2.2%	162	78	84
70～74歳	5.2%	4.7%	5.7%	345	142	203
75～79歳	11.5%	9.0%	13.3%	597	201	396
80～84歳	23.9%	17.1%	27.7%	805	205	600
85～89歳	41.1%	30.3%	45.8%	742	163	579
90～94歳	58.0%	46.5%	61.7%	468	93	375
95歳以上	70.3%	63.7%	71.7%	164	27	137

(2) 2005年と2025年の人口構成の変化 (千人)

	2005年	2025年	2050年
人口数	127,708	121,136	100,593
人口構成 0～39歳	46.2%	36.9%	34.1%
40～64歳	33.9%	34.4%	30.2%
65～69歳	5.8%	5.8%	6.9%
70～74歳	5.2%	6.2%	7.2%
75～79歳	4.1%	6.6%	7.6%
80～84歳	2.6%	4.7%	5.8%
85～89歳	1.4%	3.0%	4.0%
90～94	0.6%	1.6%	2.3%
95ov	0.2%	0.7%	1.7%

(3) 2005年度の利用者人口比率を用いた介護利用者数の見 (千人)

	現実値	見通し	
	2005年	2025年	2050年
介護利用者数	3,389	6,210	7,115 (男女合算推計)
		6,149	7,039 (男女別推計の合計)
(2005年からの増加率)		83%	110% (男女合算推計)
		81%	108% (男女別推計の合計)
(05～25年、25～50年までの年平均増加率)		3.1%	0.5% (男女合算推計)
		3.0%	0.5% (男女別推計の合計)
(参考) 人口変化率		-0.3%	-0.7%

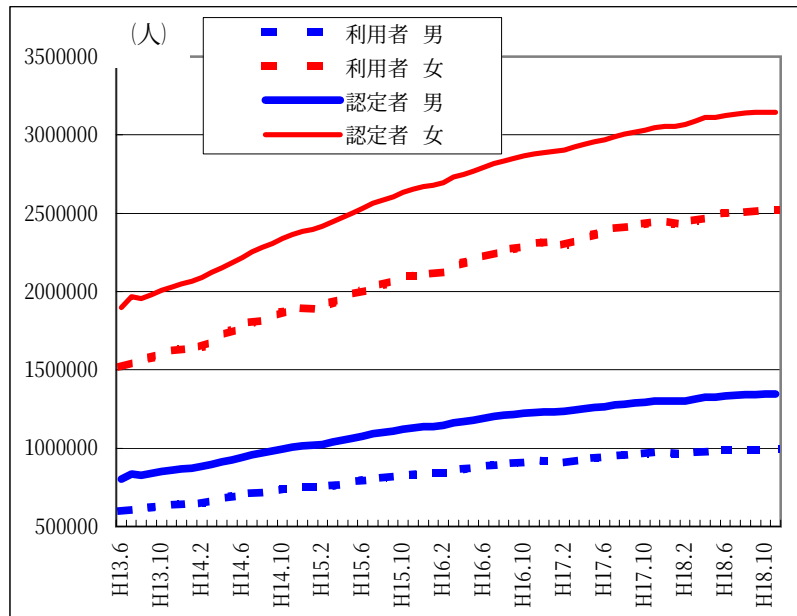
(4) 男女合算の推計と男女別推計の合計との乖離幅

	2025年	2050年
合計	1.0%	1.1%
40～64歳	0.0%	0.0%
65～69歳	0.0%	0.0%
70～74歳	0.1%	0.1%
75～79歳	0.4%	0.4%
80～84歳	1.8%	2.1%
85～89歳	1.7%	2.0%
90～94	0.7%	0.8%
95ov	-0.1%	-0.2%

(出所) 国民健康保険中央会HP掲載のデータを用いて筆者が計算。

図表Ⅲ－２ 認定者数、利用者数の動向

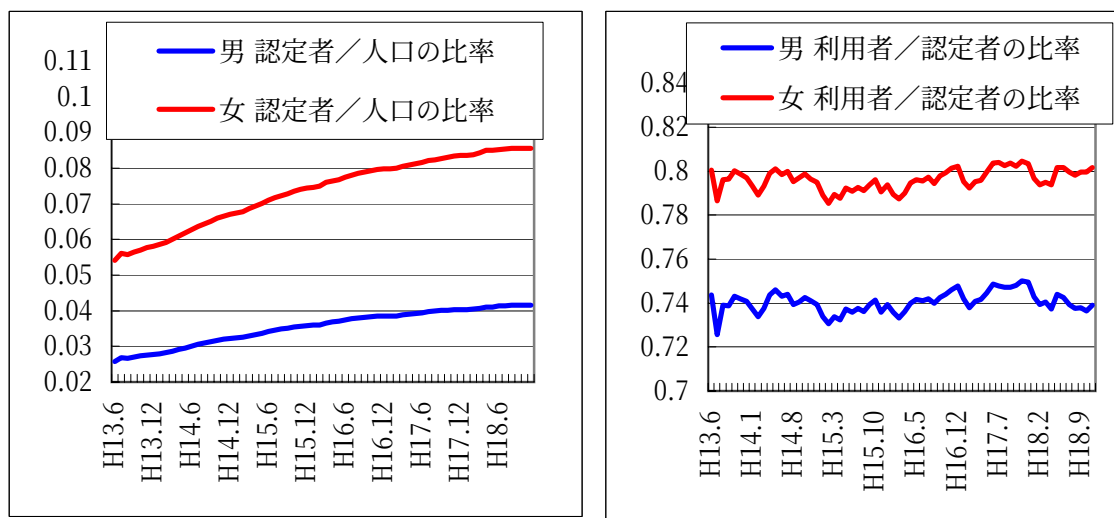
(1) 利用者数と認定者数の推移



(2) 利用者人口比率の推移

利用者人口比率	H13 2001	H14 2002	H15 2003	H16 2004	H17 2005
計 (40歳以上)	3.4%	3.9%	4.3%	4.7%	4.9%
40～65歳未満	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
65～70歳未満	1.7%	1.9%	2.1%	2.2%	2.2%
70～75歳未満	4.0%	4.5%	4.9%	5.2%	5.2%
75～80歳未満	9.0%	9.9%	10.7%	11.3%	11.5%
80～85歳未満	18.9%	20.9%	22.6%	23.5%	23.9%
85～90歳未満	32.2%	35.4%	38.1%	40.6%	41.1%
90～95歳未満	47.3%	50.9%	53.8%	56.2%	58.0%
95歳以上	60.3%	64.0%	67.4%	69.7%	70.3%

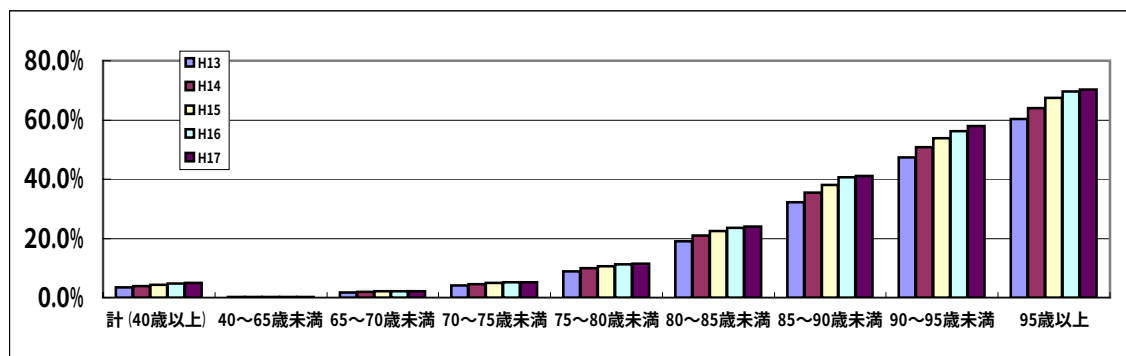
(3) 認定者人口比率 (認定者÷人口)、利用者認定者比率 (利用者÷認定者) の推移



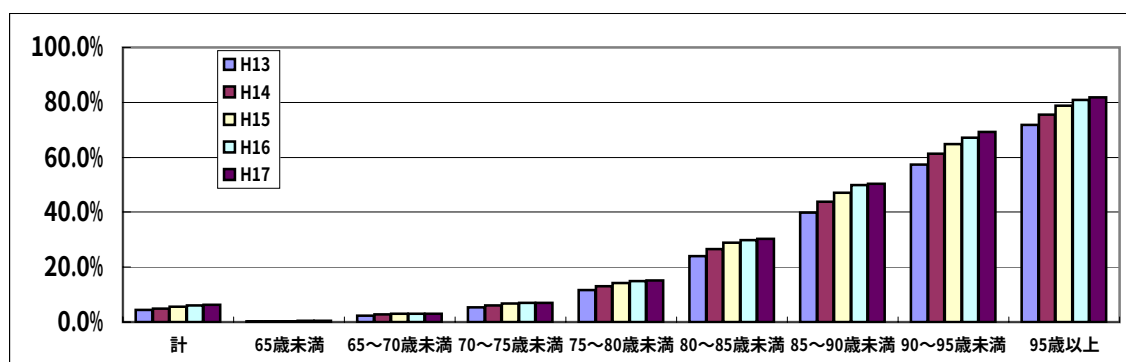
(出所) 国民健康保険中央会HP掲載のデータを用いて筆者が計算。

図表Ⅲ－3 利用者人口比率の増加の要因分解

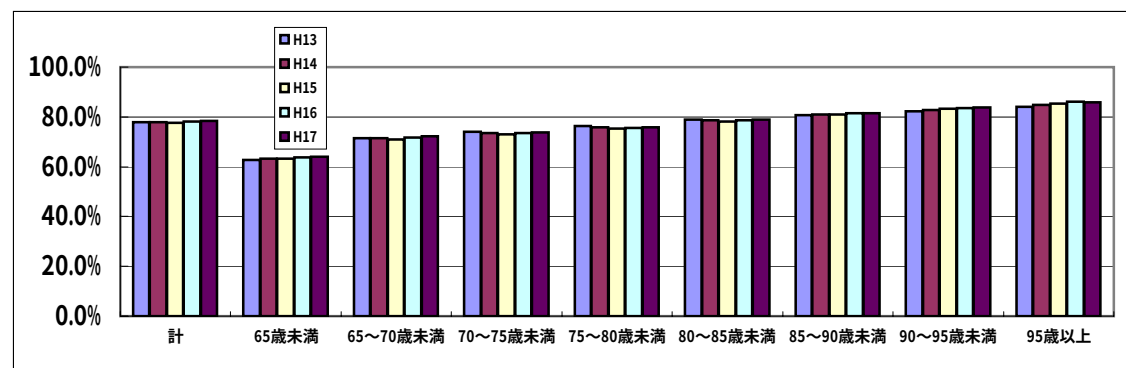
(1) 利用者人口比率の推移



(2) 認定者人口比率の推移



(3) 利用者認定者比率の推移



(4) 利用者人口比率の増加率の要因分解

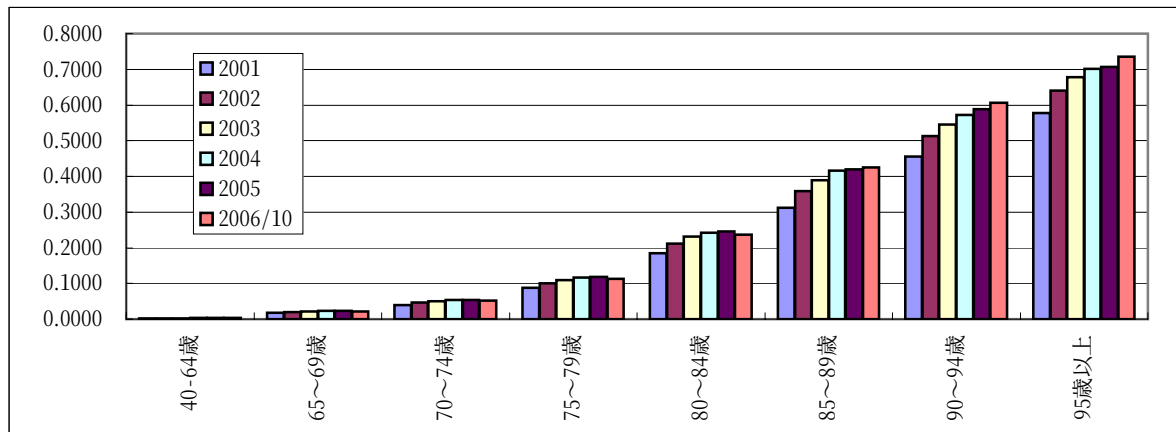
2001年度から2005年度までの変化幅の分解

	利用者人口比率		
		認定者人口比率	利用者認定者比率
計	45.5%	44.6%	0.7%
65歳未満	55.2%	52.1%	2.1%
65～70歳未満	26.2%	24.9%	1.0%
70～75歳未満	30.8%	31.0%	-0.1%
75～80歳未満	27.9%	28.8%	-0.7%
80～85歳未満	26.3%	26.3%	0.0%
85～90歳未満	28.0%	26.7%	1.0%
90～95歳未満	22.6%	20.6%	1.7%
95歳以上	16.5%	14.1%	2.1%

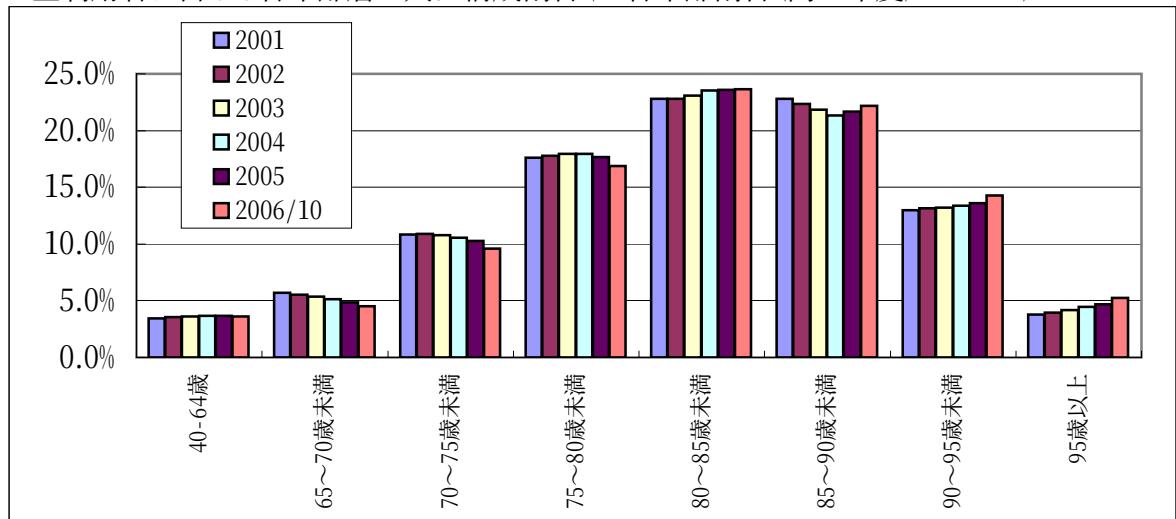
(出所) 国民健康保険中央会HP掲載のデータを用いて筆者が計算。

図表Ⅲ-4 利用者数の分解

(1) 利用者人口比率の推移 (利用率＝利用者数÷人口：年齢階層別)



(2) 全利用者に占める各年齢層の人口構成割合 (Σ各年齢割合(同一年度)＝100%)



(3) 利用者数増加率の要因分解

	2002	2003	2004	2005	2006/10
利用者増加率	20.6%	13.1%	10.0%	6.2%	2.8%
人口増要因	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%
人口構成要因	4.4%	4.1%	3.8%	4.4%	4.3%
利用者人口比率上昇要因	16.0%	8.9%	6.1%	1.7%	-1.5%

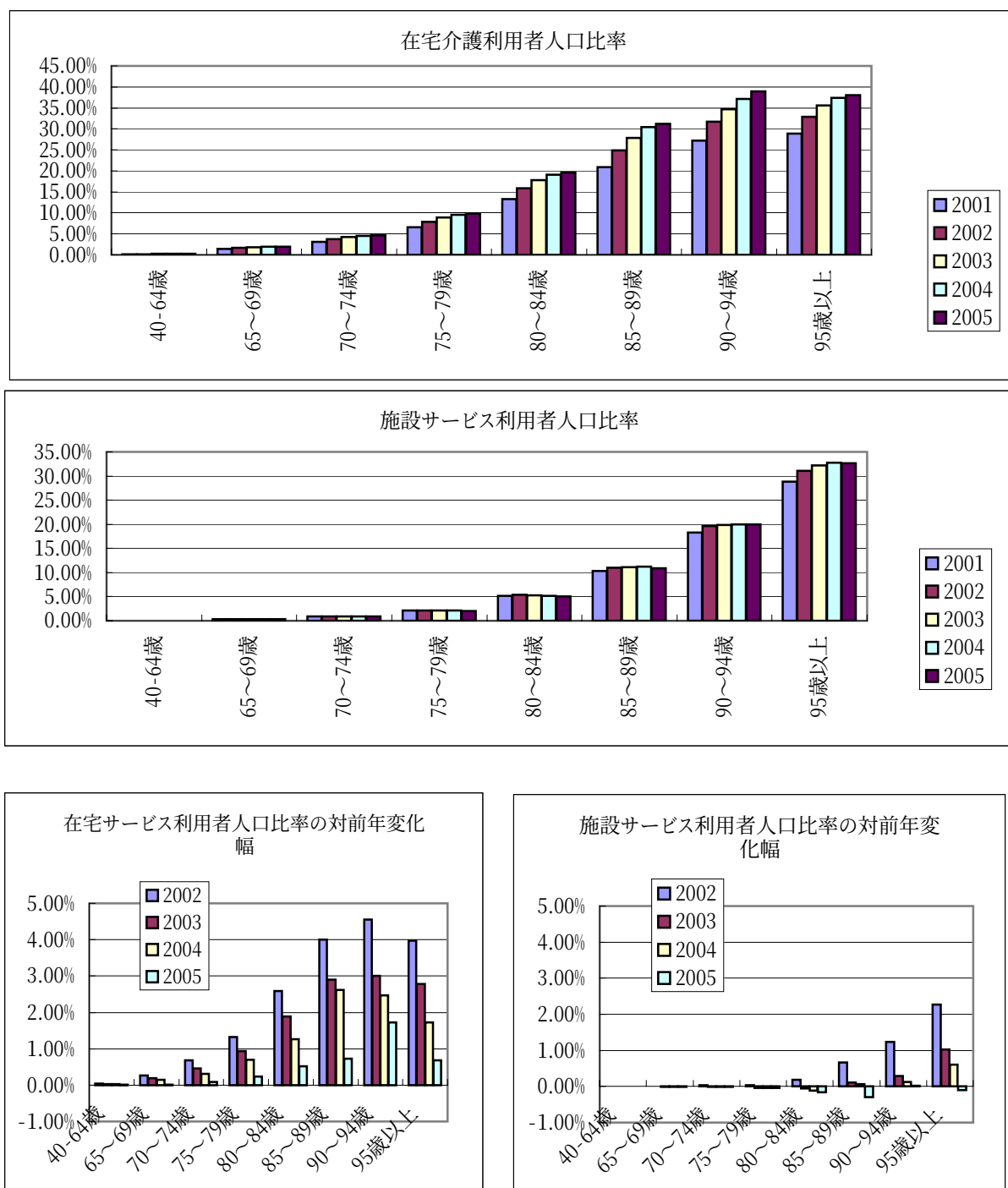
(注) 人口増要因は、人口の増加に伴い、年齢構成が一定のまま、人口増で増えた介護利用者数

(注) 人口構成要因は、人口数が一定のまま、人口構成の変化(高齢化)により増えた介護利用者数

(注) 利用者人口比率上昇要因は、人口数、人口構成が一定のまま、利用者人口比率の上昇により増えた介護利用者数

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－5 在宅サービス、施設サービス別の利用者人口比率の動向



(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－6 一人当たり介護費用の要因分解

(1) 一人当たり介護費用の推移(総額、在宅サービス、施設サービス別)

金額		一人当たり介護費用 (千円)			(参考) 利用者総数 (千人)		
			在宅サービス	施設サービス		在宅サービス	施設サービス
H13	2001	1,993	1,051	4,250	2,197	1,550	647
H14	2002	1,972	1,118	4,285	2,650	1,935	714
H15	2003	1,912	1,158	4,171	2,997	2,247	750
H16	2004	1,893	1,183	4,182	3,295	2,515	780
H17	2005	1,798	1,198	3,805	3,501	2,695	806

		一人当たり介護費用の推移(伸び率) (%)			(参考) 利用者総数のシェア (%)		
			在宅サービス	施設サービス		在宅サービス	施設サービス
H13	2001	—	—	—	100%	71%	29%
H14	2002	-1.0%	6.4%	0.8%	100%	73%	27%
H15	2003	-3.1%	3.5%	-2.7%	100%	75%	25%
H16	2004	-1.0%	2.2%	0.3%	100%	76%	24%
H17	2005	-5.0%	1.3%	-9.0%	100%	77%	23%

(注) 利用者総数、施設サービス利用者数は、「介護給付実態調査」の5月から4月審査分の累計の人数を12で割った得た。在宅サービス利用者数は、利用者総数と施設サービス利用者数の差とし

(2) 一人当たり介護費用の要因分解(寄与度分解)

	一人当たり介護費用変化率の寄与度分解			
		一人当たり在宅費用の変化による寄与度	一人当たり施設費用の変化による寄与度	利用者割合の変化による寄与度
2002	-1.0%	2.5%	0.5%	-4.0%
2003	-3.1%	1.5%	-1.5%	-3.1%
2004	-1.0%	1.0%	0.1%	-2.1%
2005	-5.0%	0.6%	-4.6%	-1.0%

(注) P、P_x、P_yをそれぞれ介護サービス全体、在宅サービス、施設サービスの一人当たり費用、αを在宅サービス利用者の介護サービス利用者総数に占めるシェアとする。すると、定義より、以下のように、一人当たり費用及び一人当たり費用増加率は整理できる。下記第2式の右辺の3つの項は、順に、一人当たり在宅費用の変化による寄与度、一人当たり施設費用の変化による寄与度、利用者割合の変化による寄与度を示す。

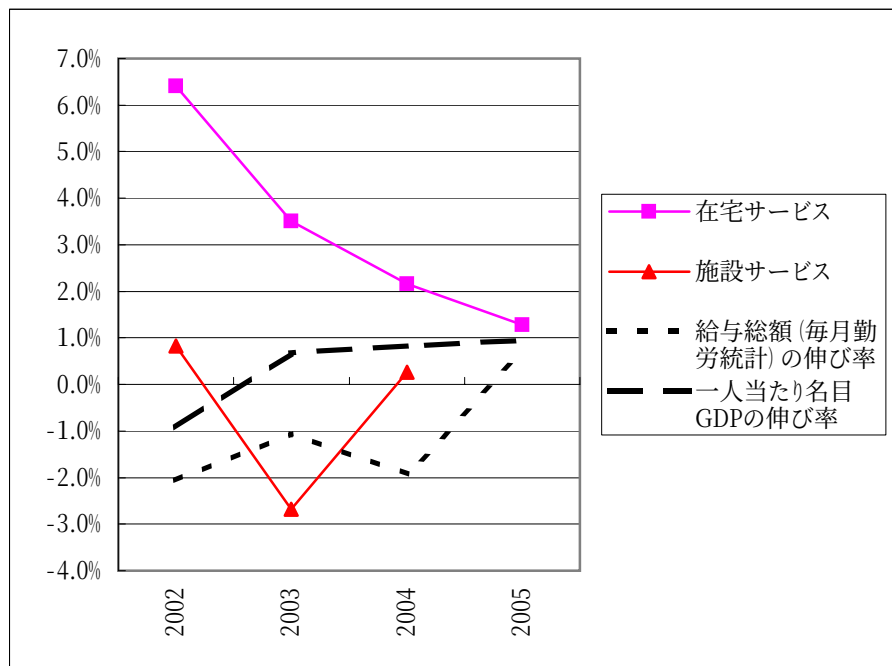
$$P = \alpha \times P_x + (1 - \alpha) \times P_y$$

$$\frac{\Delta P}{P} = \alpha \times \frac{P_x}{P} \times \frac{\Delta P_x}{P_x} + (1 - \alpha) \times \frac{P_y}{P} \times \frac{\Delta P_y}{P_y} + \frac{P_x - P_y}{P} \times \Delta \alpha$$

(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

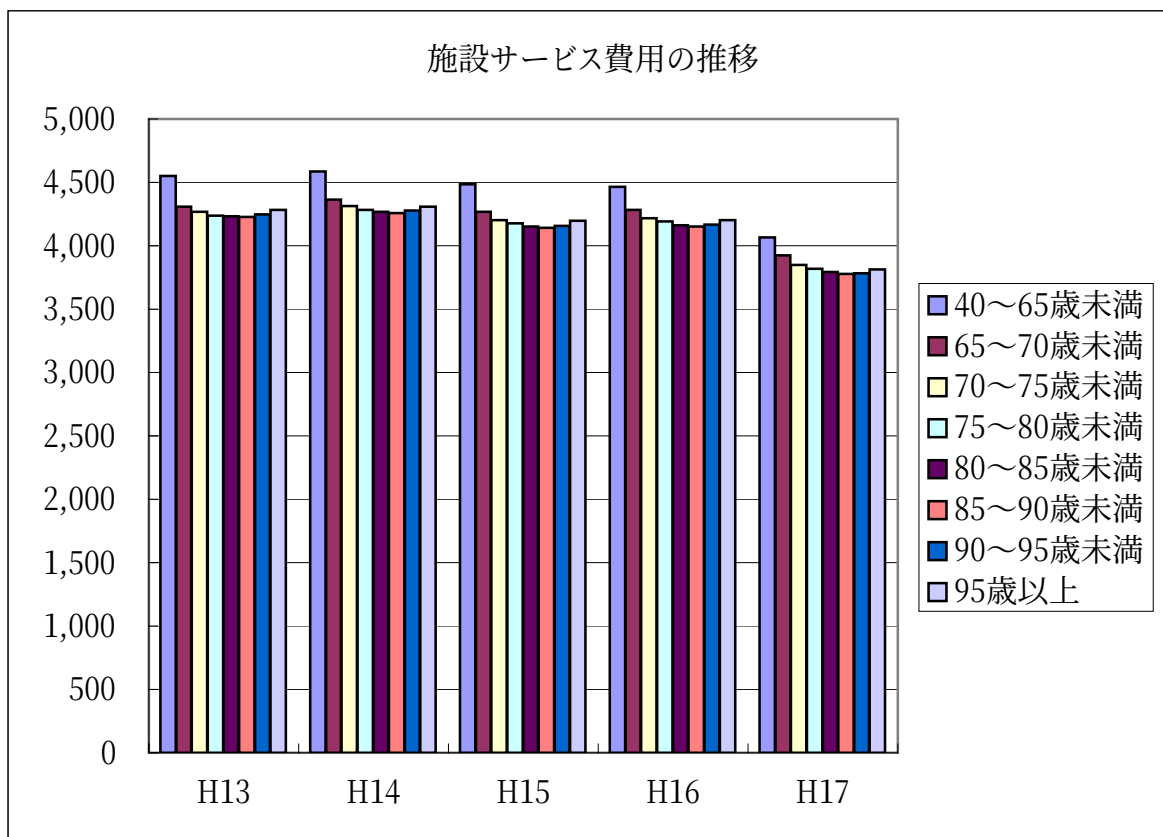
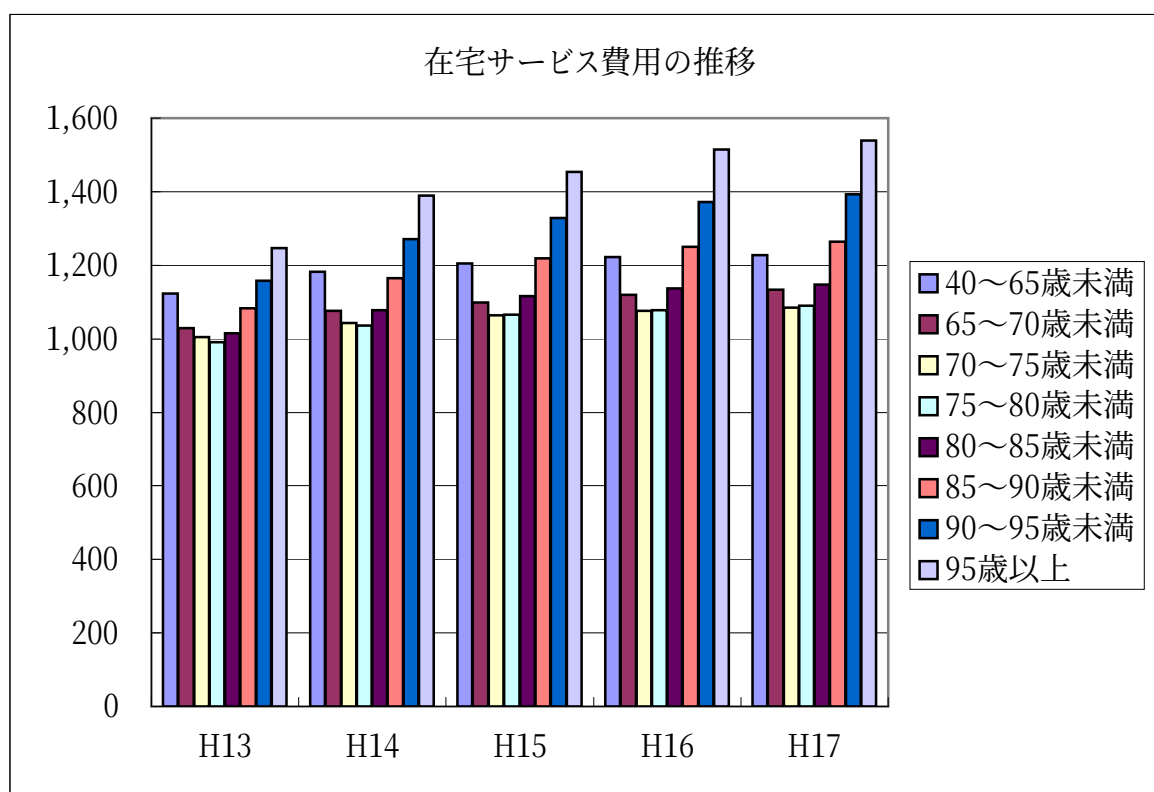
図表Ⅲ－7 一人当たり介護費用の伸び率と所得の伸び率の比較

		一人当たり介護費用		所得	
		在宅サービス	施設サービス	給与総額(毎月勤労統計)の伸び率	一人当たり名目GDPの伸び率
H14	2002	6.4%	0.8%	-2.1%	-0.9%
H15	2003	3.5%	-2.7%	-1.1%	0.7%
H16	2004	2.2%	0.3%	-1.9%	0.8%
H17	2005	1.3%	-9.0%	0.7%	0.9%



(出所) 介護給付費実態調査、国民経済計算年報、労働力調査等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－8 在宅・施設サービス別の年齢別の一人当たり介護費用



(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－9 一人当たり介護費用（在宅サービス、施設サービス）の要因分解（寄与度分解）

(%)

		在宅サービス価格		
			高齢化要因	単価の変動要因
H14	2002	6.4%	0.0%	6.4%
H15	2003	3.5%	0.0%	3.5%
H16	2004	2.2%	0.1%	2.1%
H17	2005	1.3%	0.2%	1.1%

(%)

		施設サービス価格		
			高齢化要因	単価の変動要因
H14	2002	0.8%	0.0%	0.8%
H15	2003	-2.7%	0.0%	-2.7%
H16	2004	0.3%	0.0%	0.3%
H17	2005	-9.0%	0.0%	-9.0%

(注) 高齢化要因、単価の変動要因は、以下のようにして計算。右辺の第1項は高齢化要因、第2項は単価変動要因。

$$\frac{p^1 - p^0}{p^0} = \frac{(\sum s_n^1 p_n^1 - \sum s_n^0 p_n^1) + (\sum s_n^0 p_n^1 - \sum s_n^0 p_n^0)}{p^0}$$

・ P_0 、 P_1 ; 0、1時点における一人当たり費用

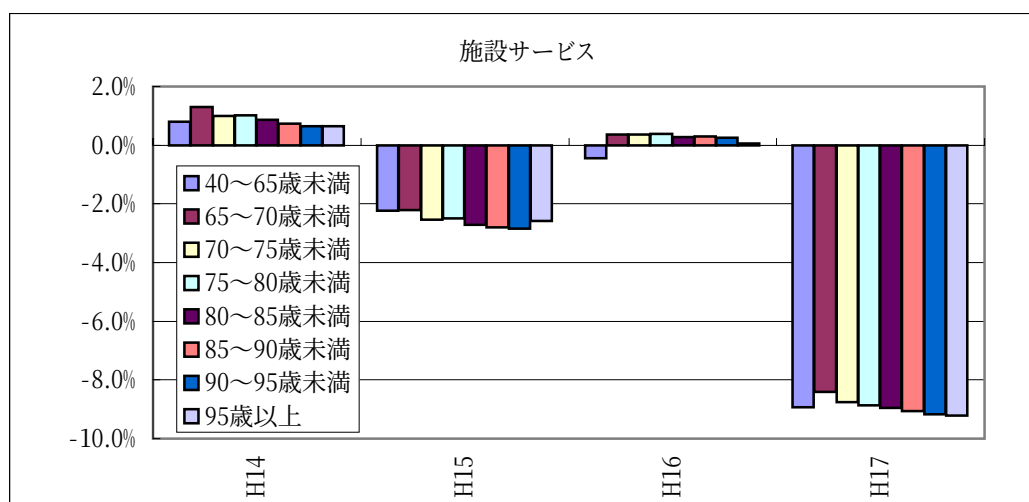
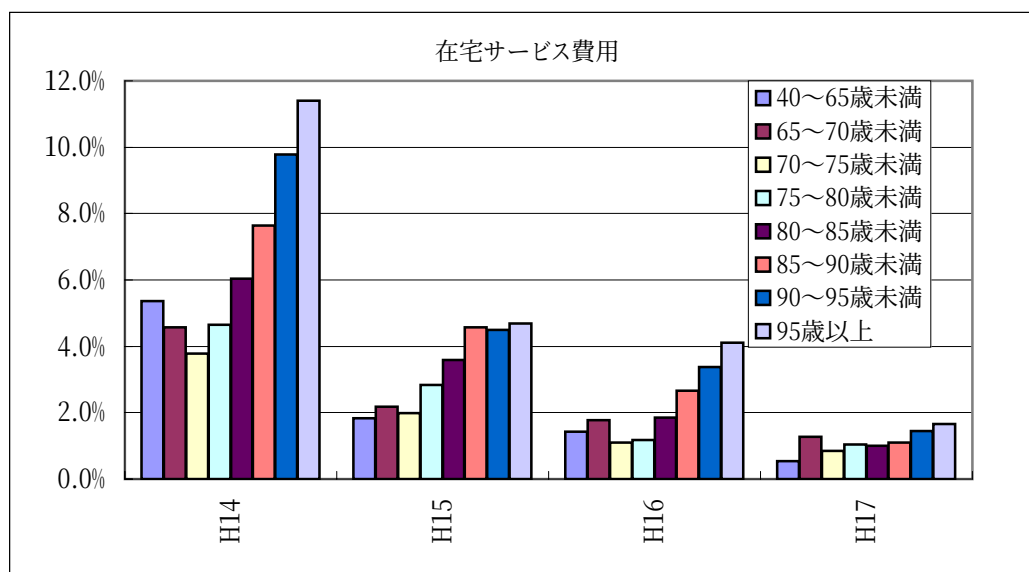
$$p^0 = \sum_n s_n^0 p_n^0 \quad p^1 = \sum_n s_n^1 p_n^1$$

・ P_{1n} 、 P_{0n} ; 0、1時点における年齢階層nの一人当たり費用（nは40～65歳未満層から95歳層以上まで）。

・ S_{1n} 、 S_{0n} ; 0、1時点における利用者数の各年齢構成割合（年齢構成の和は1、 $\sum S_{1n} = \sum S_{0n} = 1$ ）。

図表Ⅲ－10 利用者一人当たり費用の伸び率の推移

(1) 年齢階層別の一人当たり費用の伸び率の推移



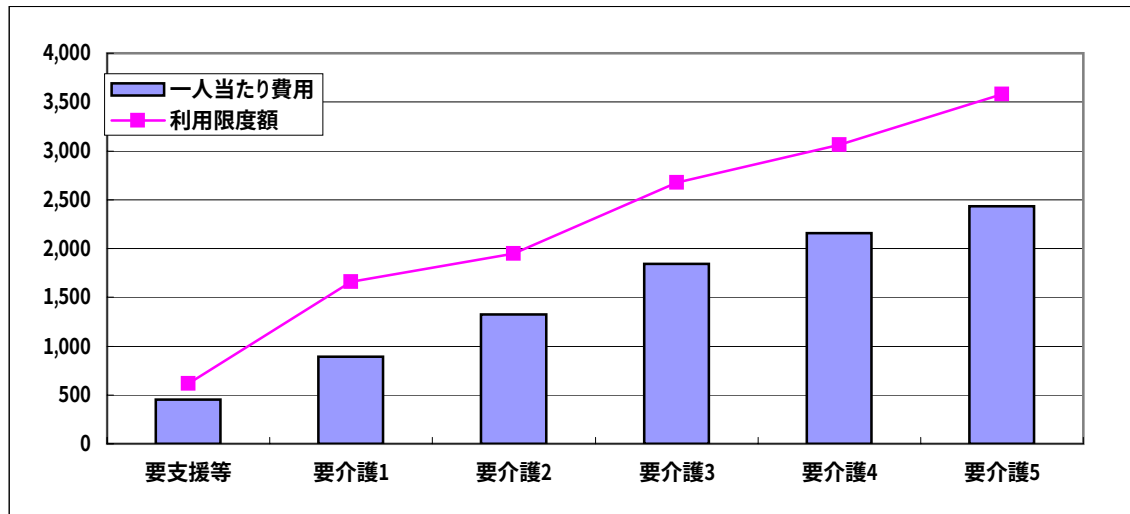
(2) 年齢階層間の伸び率のばらつきの推移 (平均伸び率からの乖離の絶対値の平均)

		在宅サービス		施設サービス	
			平均伸び率		平均伸び率
H14	2002	2.2%	6.4%	0.2%	0.8%
H15	2003	1.1%	3.5%	0.2%	-2.7%
H16	2004	0.9%	2.2%	0.2%	0.3%
H17	2005	0.3%	1.3%	0.2%	-9.0%

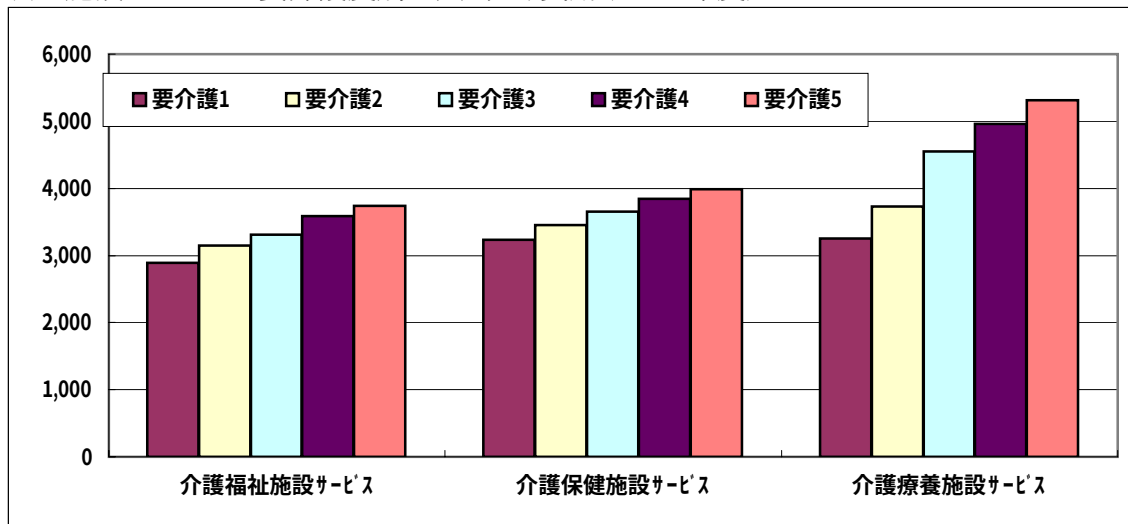
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－11 要介護度別の一人当たり費用（2005年度）

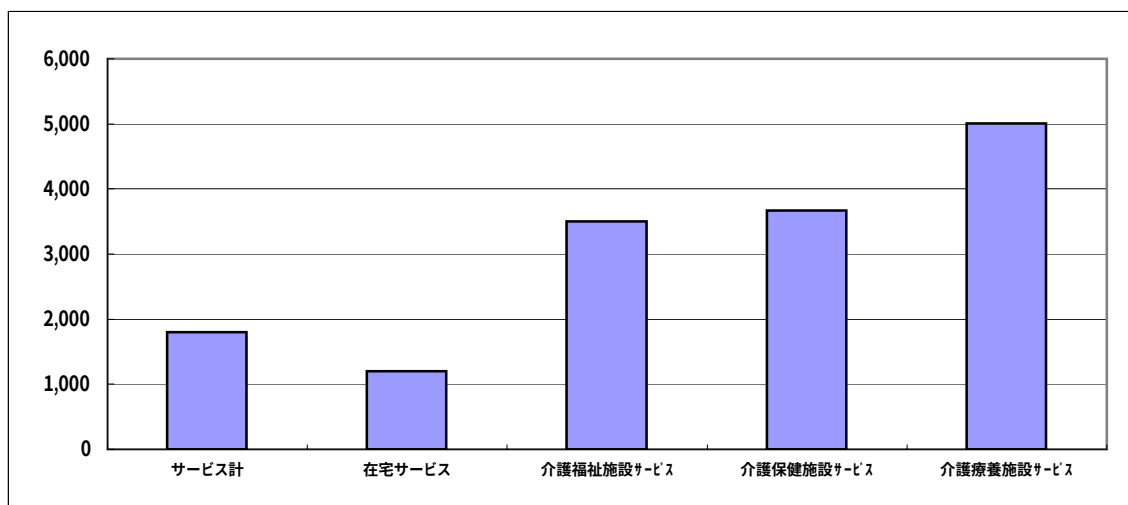
(1) 在宅サービスの要介護度別一人当たり費用（2005年度）



(2) 施設サービスの要介護度別一人当たり費用（2005年度）



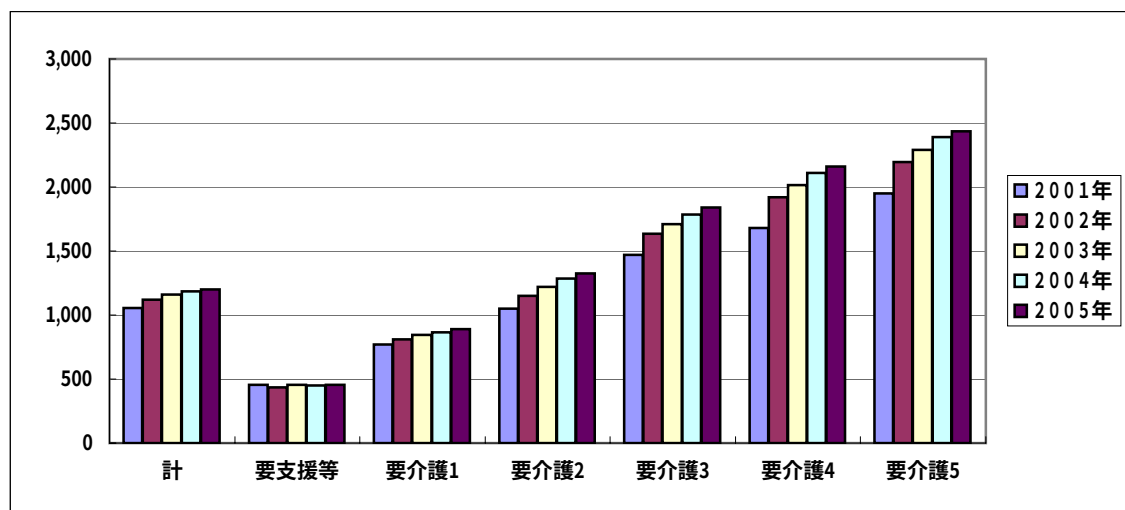
(参考) 介護サービス全体、在宅サービス、施設サービス(3種類)の一人当たり費用(2005年度)



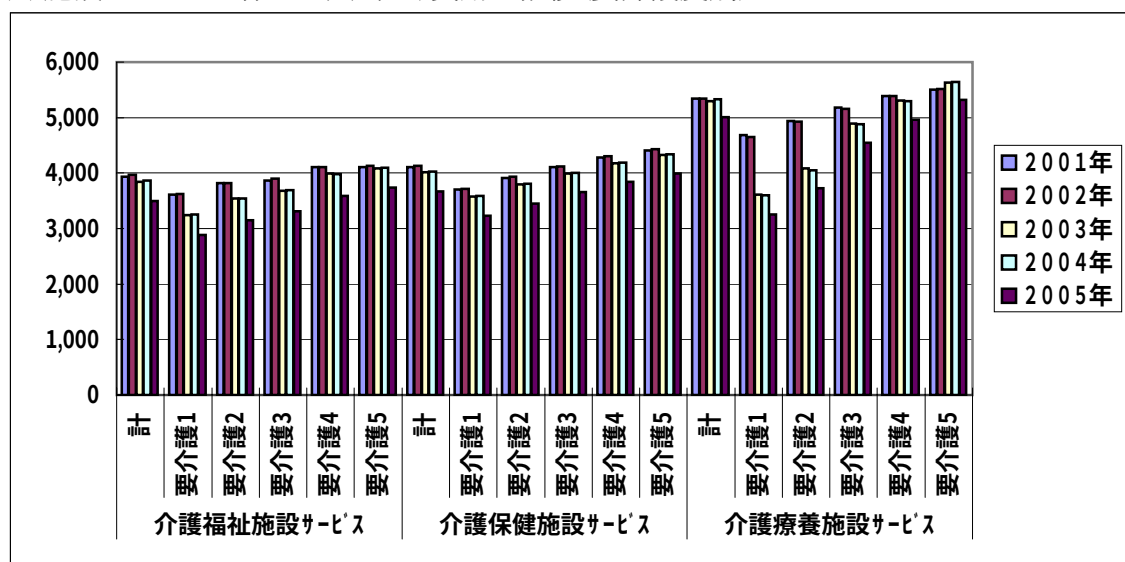
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－12 要介護度別の一人当たり介護費用の動向

(1) 在宅サービス全体の一人当たり費用の推移(要介護度別)



(2) 施設サービス全体の一人当たり費用の推移(要介護度別)



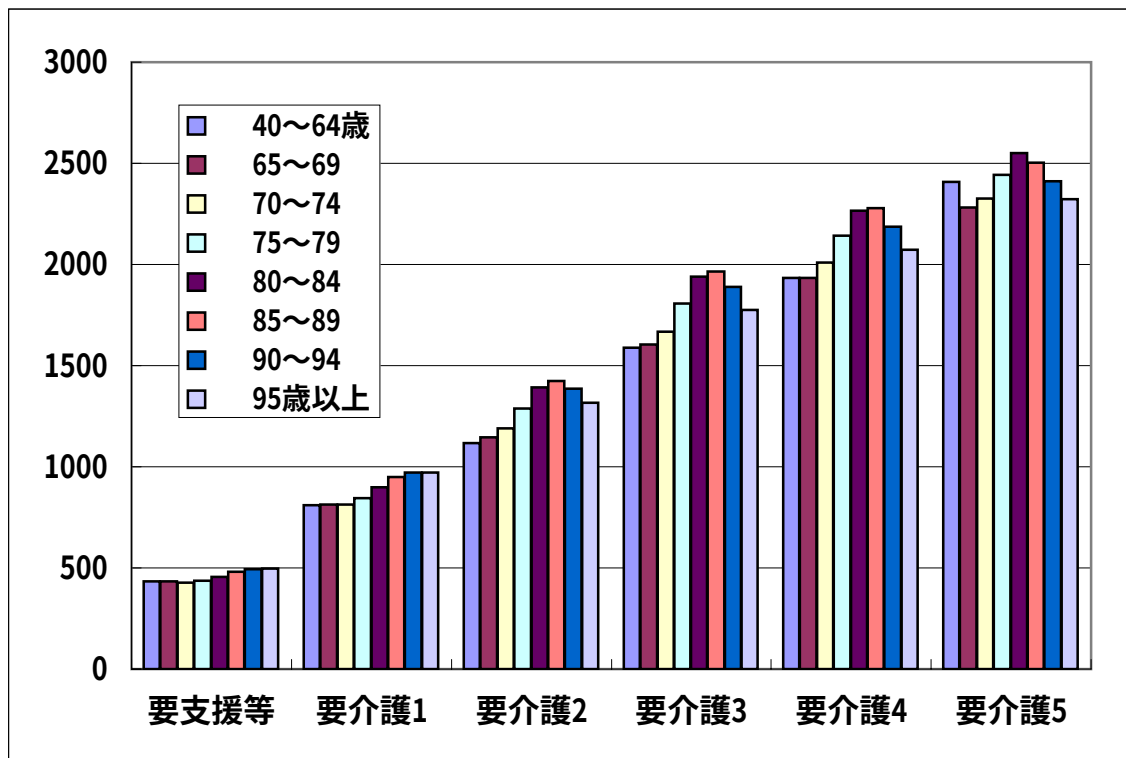
(3) 要介護度別の一人当たり費用の平均伸び率(2001年から2005年)

	在宅サービス	介護福祉施設サービス	介護保健施設サービス	介護療養施設サービス
要支援等	0.0%	—	—	—
要介護1	3.7%	-5.4%	-3.3%	-8.7%
要介護2	6.0%	-4.7%	-3.1%	-6.8%
要介護3	5.8%	-3.8%	-2.9%	-3.2%
要介護4	6.5%	-3.3%	-2.6%	-2.0%
要介護5	5.7%	-2.3%	-2.5%	-0.9%

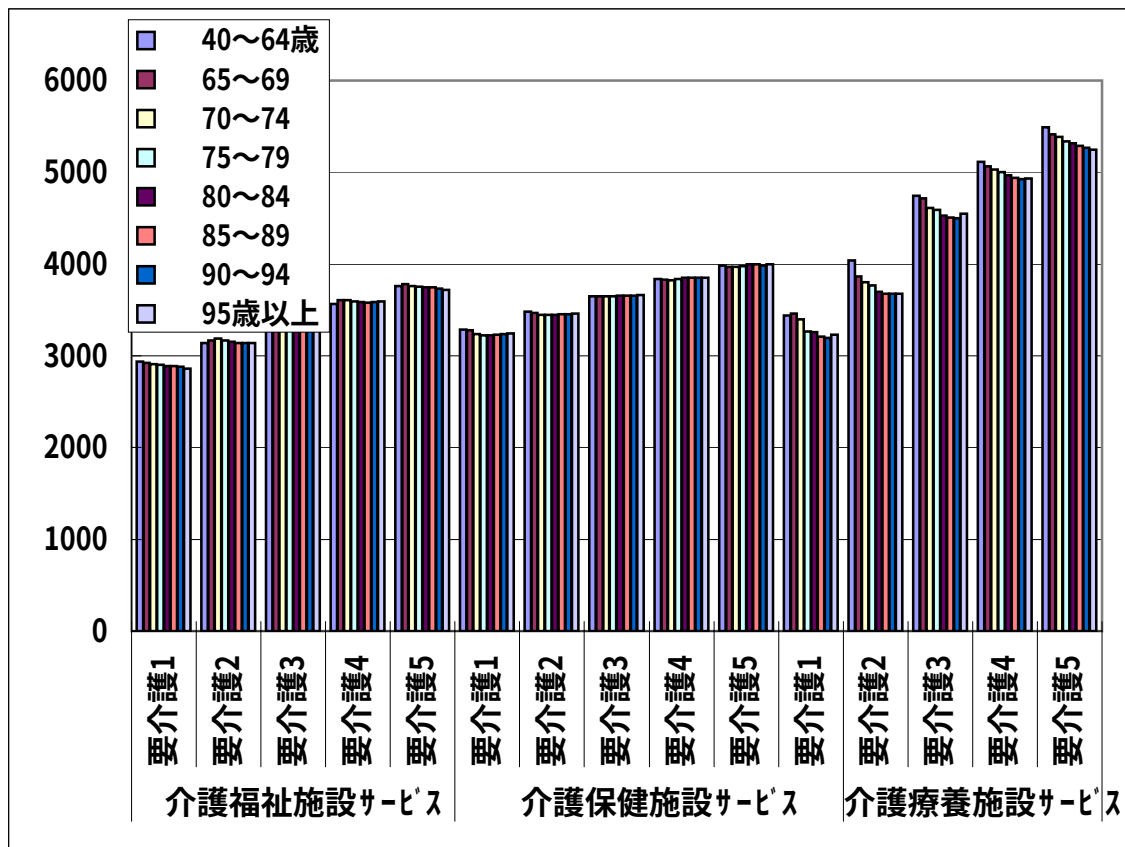
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ-13 要介護度別・年齢階層別の一人当たり費用（2005年度）

(1) 在宅サービスの要介護度別・年齢階層別の一人当たり費用（2005年度）



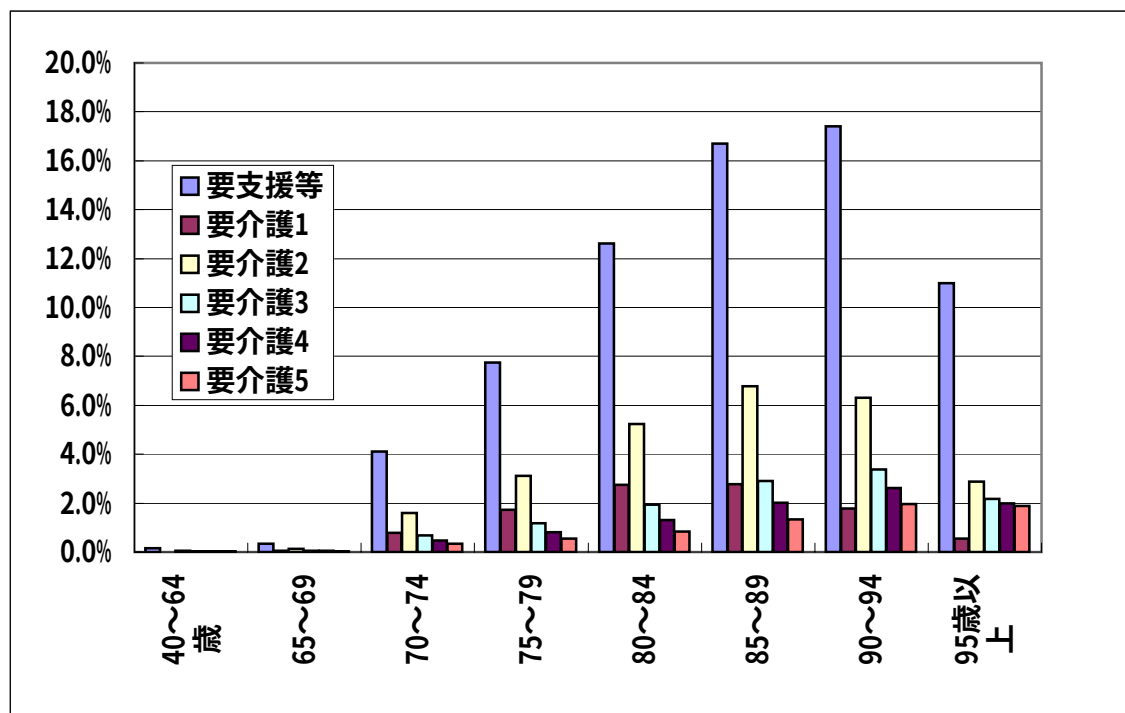
(2) 施設サービスの要介護度別・年齢階層別の一人当たり費用（2005年度）



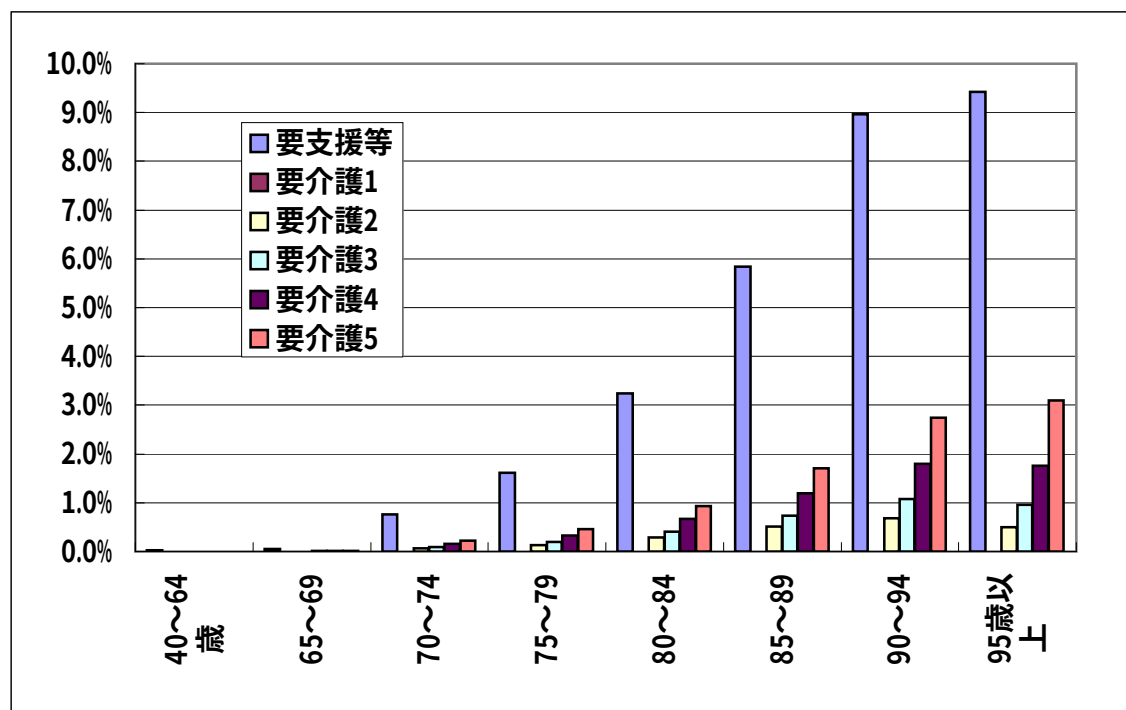
（出所）厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表14 年齢階層別の要介護度別利用者人口比率

(1) 在宅サービス利用者の年齢階層別の要介護度別利用者人口比率



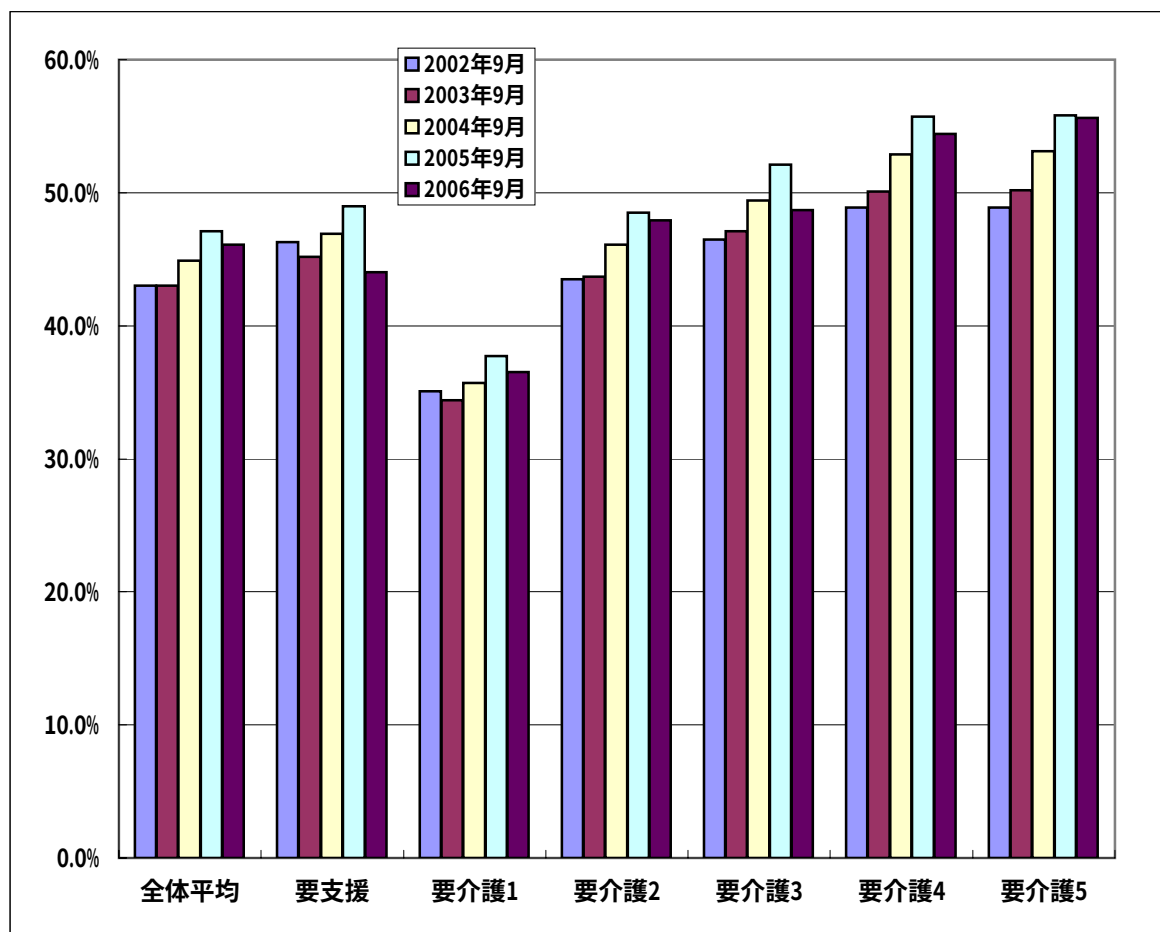
(2) 施設サービス利用者の年齢階層別の要介護度別利用者人口比率



(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－15 利用限度額比率の動向

	全体平均						
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2002年9月	43.0%	46.3%	35.1%	43.5%	46.5%	48.9%	48.9%
2003年9月	43.0%	45.2%	34.4%	43.7%	47.1%	50.1%	50.2%
2004年9月	44.9%	46.9%	35.7%	46.1%	49.4%	52.9%	53.1%
2005年9月	47.1%	49.0%	37.7%	48.5%	52.1%	55.7%	55.8%
2006年9月	46.1%	44.0%	36.5%	47.9%	48.7%	54.4%	55.6%
2002から2006の变化幅	3.1%	-2.3%	1.4%	4.4%	2.2%	5.5%	6.7%



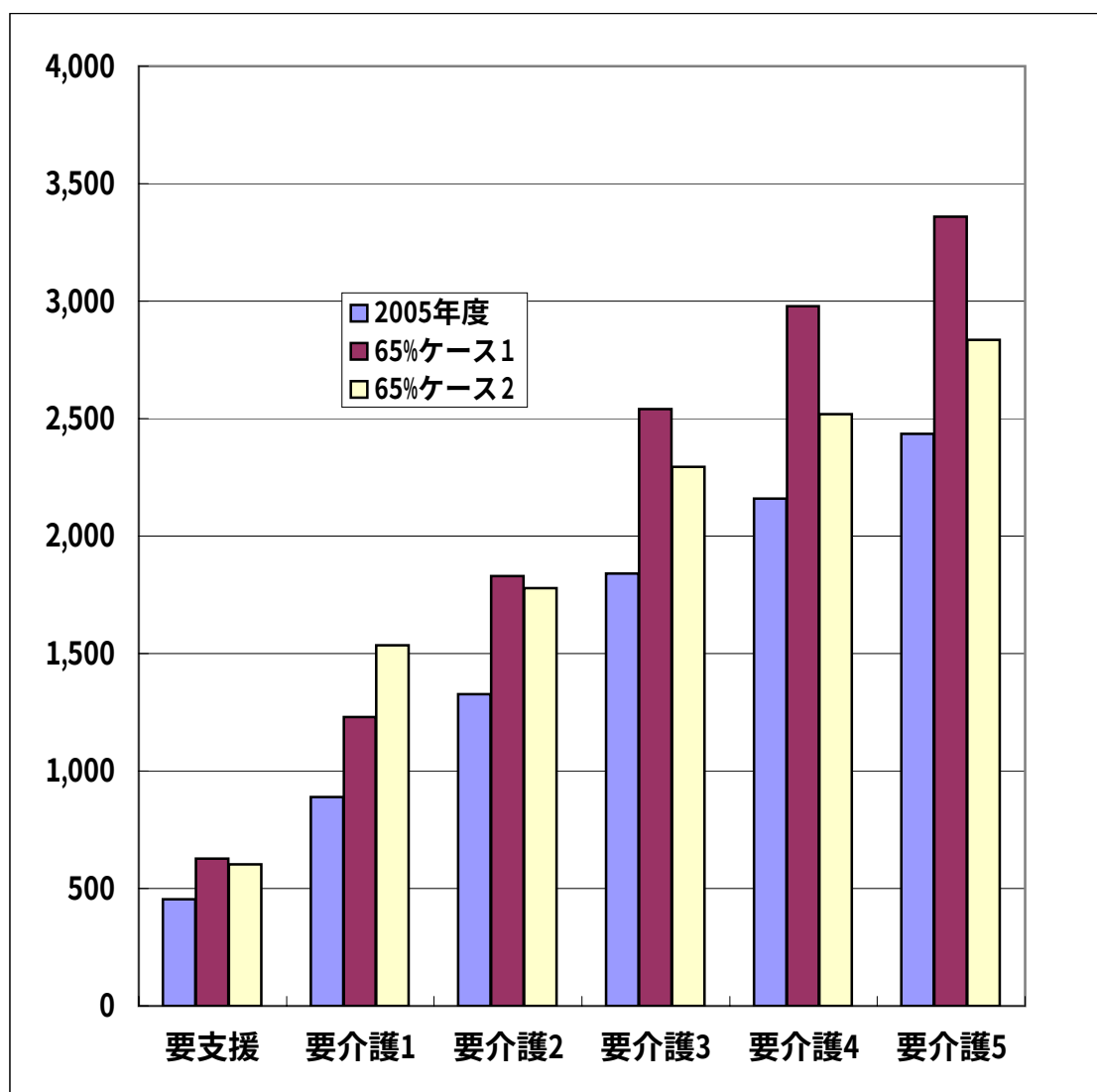
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下に筆者が作成。

図表Ⅲ－16 利用限度額比率の上昇の影響(1) 要介護度別一人当たり費用への効果

(1) 現行47.1%が65%になる2つのケース

	全体平均	要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5					
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2005年9月	47.1%	49.0%	37.7%	48.5%	52.1%	55.7%	55.8%
65%ケース1	65.0%	67.6%	52.0%	66.9%	71.9%	76.9%	77.0%
65%ケース2	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%

(2) 利用限度額が変化した場合の要介護度別一人当たり在宅サービス費用(2005年度)



(3) 利用限度額が変化した場合の在宅サービス費用総額

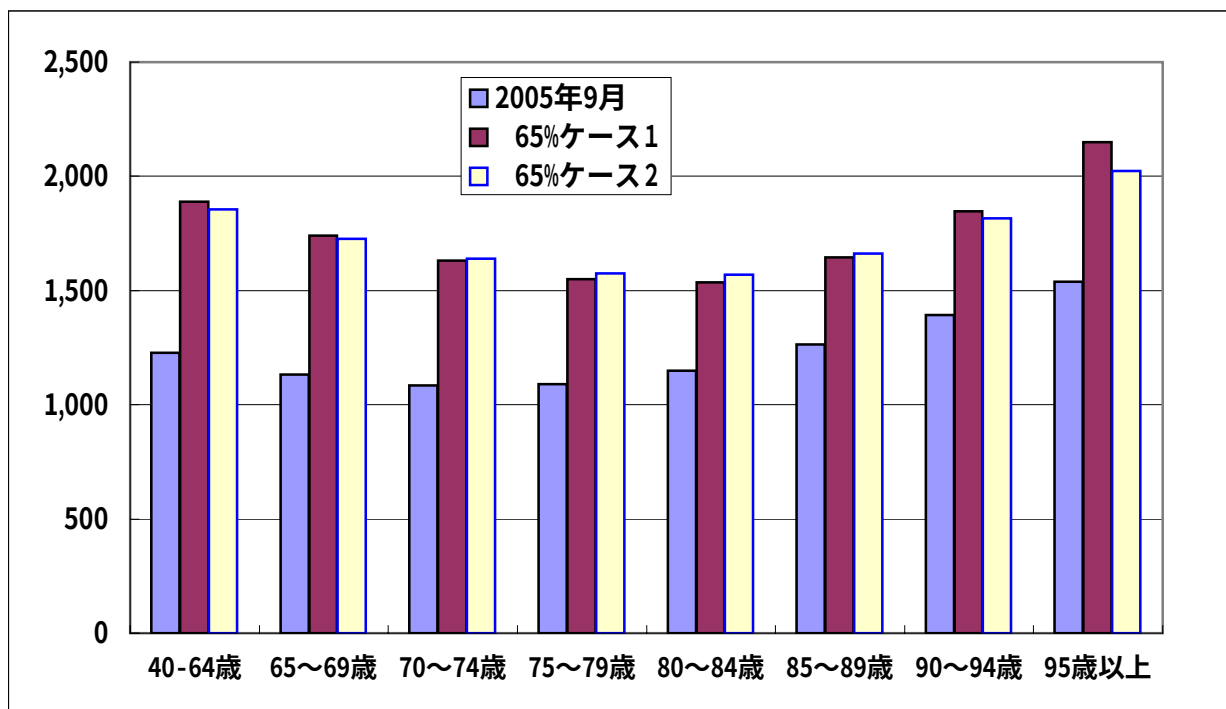
(十億円)

	全体平均	要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5					
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
2005年9月	3,228	215	940	607	600	486	380
65%ケース1	4,456	297	1,298	838	828	671	524
65%ケース2	4,478	285	1,621	814	748	568	443

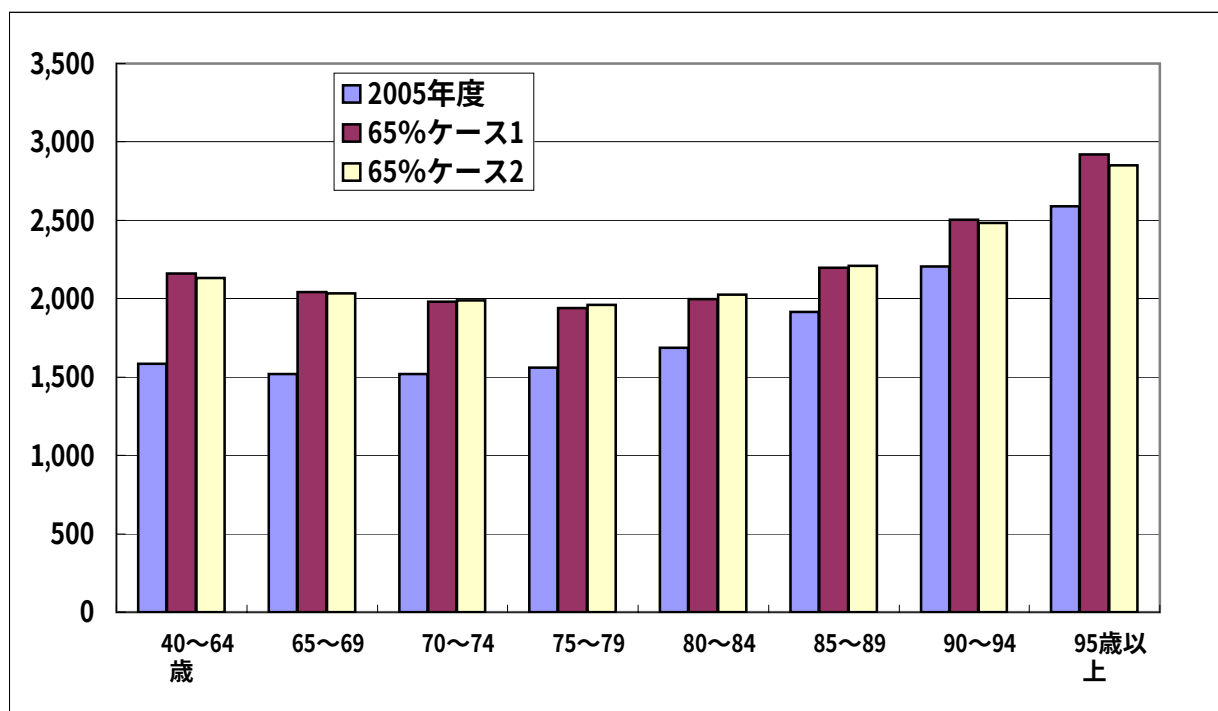
(出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」等を下筆者が作成。

図表Ⅲ-17 利用限度額比率の上昇の影響(2) 年齢階層別一人当たり費用への効果

(1) 利用限度率が上昇した際の在宅サービス一人当たり費用への効果

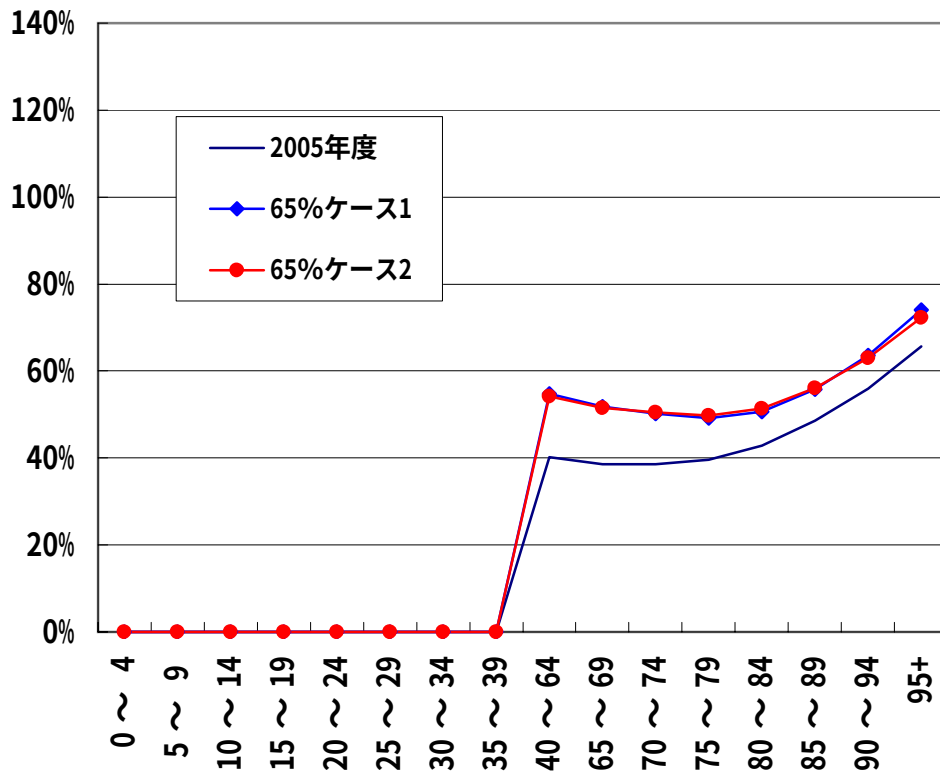


(2) 利用限度率が上昇した際の介護サービス全体の一人当たり費用への効果

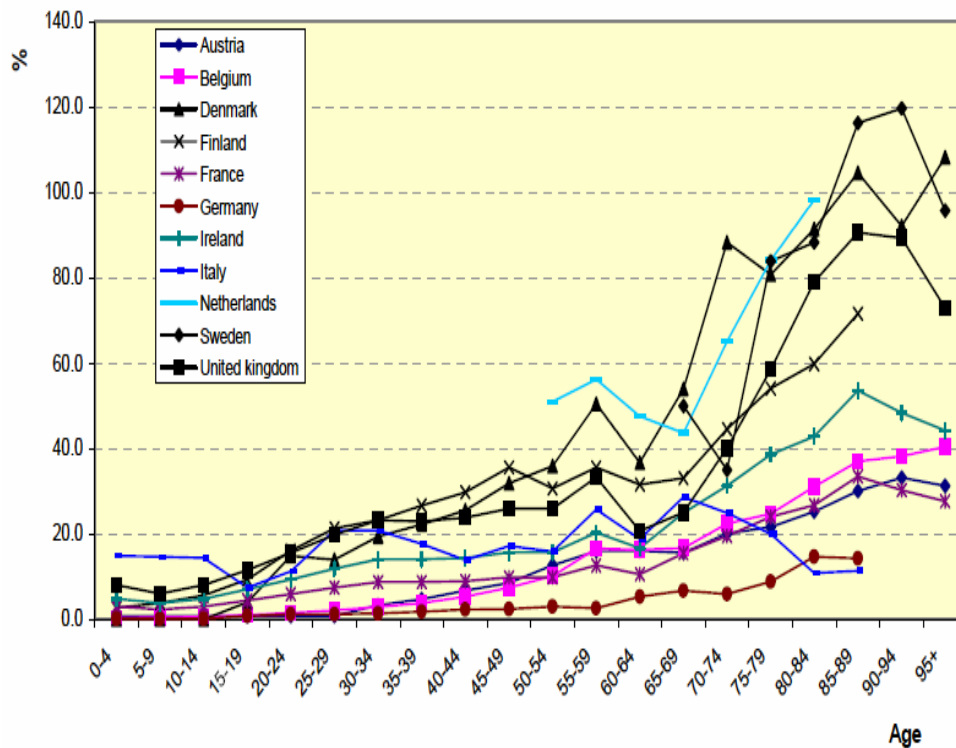


図表Ⅲ-18 一人当たり介護費用の国際比較

(1) 利用者一人当たり介護費用の対一人当たりGDP比(日本、2005年度)



(2) 利用者一人当たり介護費用の対一人当たりGDP比(諸外国)



(出所) 日本については筆者が作成。諸外国のデータはOECD(2006)より転載。

図表Ⅳ－１ 厚生労働省の方法による推計

(1) 分析結果と厚生労働省(2006)との比較

(兆円)

	介護費用			介護給付費		
	2005年	2025年	差	2005年	2025年	差
本稿厚生労働省ケース1	6.3	20.7	14.4	5.6	18.5	12.9
厚生労働省ケース2		20.6	14.3		18.4	12.7
厚生労働省 改革案 改革実施前	2006年	2025年	差	2006年	2025年	差
				6.6	17	10.4
				6.9	20	13.4

(%)

(対名目GDP比)	介護費用			介護給付費		
	2005年	2025年	差	2005年	2025年	差
本稿厚生労働省ケース1	1.2%	2.8%	1.5%	1.1%	2.5%	1.4%
厚生労働省ケース2		2.8%	1.5%		2.5%	1.4%
厚生労働省 改革案 改革実施前	2006年	2025年	差	2006年	2025年	差
				1.3%	2.3%	1.0%
				1.3%	2.7%	1.4%

(兆円)

	2005年度	2006年度	2025年度
(参考) 名目GDP	503.9	513.9	742.0

(2) 分析結果の要因分解(1): 名目GDP比の変化幅の分解

(対名目GDP比)	2005年	2025年	差						
				人口構 成効果	利用者 数効果	費用効 果	ホーム 効果	所得効 果	利用率 の上昇 効果
厚生労働省ケース1	1.2%	2.8%	1.5%	1.0%	1.1%	-0.1%	0.9%	-0.7%	0.4%
厚生労働省ケース2		2.8%	1.5%	1.0%	1.3%	-0.1%	0.9%	-0.7%	0.4%

(3) 分析結果の要因分解(1): 期間平均伸び率の分解

	伸び率					
		人口構 成効果	利用者 数効果	費用効 果	ホーム 効果	利用率 の上昇 効果
厚生労働省ケース1	6.1%	2.8%	3.1%	-0.3%	2.4%	1.0%
厚生労働省ケース2	6.1%	2.7%	3.1%	-0.4%	2.4%	1.0%

図表Ⅳ－２ 利用者数の区分の簡素化の推計

(1) 利用者の推計方法の変更(年齢階層の簡略化、年齢構造の不変)による影響

(兆円)

	介護費用			介護給付費		
	2005年	2025年	差	2005年	2025年	差
本稿 人口8階層ケース	6.3	22.4	16.1	5.6	20.1	14.4
人口2階層ケース		16.1	9.8		14.4	8.8
人口1階層ケース		13.2	6.9		11.8	6.2

(%)

(対名目GDP比)	介護費用			介護給付費		
	2005年	2025年	差	2005年	2025年	差
本稿 人口8階層ケース	1.2%	3.0%	1.8%	1.1%	2.7%	1.6%
人口2階層ケース		2.2%	0.9%		1.9%	0.8%
人口1階層ケース		1.8%	0.5%		1.6%	0.5%

(参考)

厚生労働省(2006)		介護費用			介護給付費		
		2006年	2025年	差	2006年	2025年	差
実額(兆円)	改革案				6.6	17	10.4
	改革実施前				6.9	20	13.4
名目GDP比	改革案	2006年	2025年	差	2006年	2025年	差
	改革実施前				1.3%	2.3%	1.0%
					1.3%	2.7%	1.4%

(参考)

(兆円)

	2005年度	2006年度	2025年度
名目GDP	503.9	513.9	742.0

(2) 上記ケースの利用者数、単価の変化

	介護費用(2005年)			介護費用(2025年)		
	(兆円)	利用者数 (百万人)	一人当たり 費用 (百万円)	(兆円)	利用者数 (百万人)	一人当たり 費用 (百万円)
人口8階層ケース	6.3	3.5	1.8	22.4	6.4	3.5
人口2階層ケース				16.1	4.7	3.4
人口1階層ケース				13.2	3.9	3.4

(人口8階層ケースと各 ケースの乖離幅)	介護費用(2025年)		
	(兆円)	利用者数 (百万人)	一人当たり 費用 (百万円)
人口2階層ケース	28%	26%	3%
人口1階層ケース	41%	39%	3%

図表Ⅳ－３　OECD(2006)の方法による推計①

(1) 分析結果と厚生労働省(2006)との比較

(兆円)

		介護費用			介護給付費		
		2005年	2025年	差	2005年	2025年	差
全サービス	ボーマル効果	6.3	19.1	12.8	5.6	17.0	11.4
施設・在宅	ボーマル効果	6.3	17.1	10.8	5.6	15.3	9.6
	ボーマル効果＋利用率上昇1		21.0	14.7		18.8	13.2
	ボーマル効果＋利用率上昇2		20.8	14.5		18.6	13.0
	ボーマル効果＋利用率上昇1 ＋Heathy Aging		19.4	13.1		17.4	11.7
	ボーマル効果＋利用率上昇2 ＋Heathy Aging		19.2	12.9		17.2	11.6
	ボーマル効果＋労働市場効果		19.9	13.7		17.8	12.2

(%)

(対名目GDP比)		2005年	2025年	差	2005年	2025年	差
全サービス	ボーマル効果	1.2%	2.6%	1.3%	1.1%	2.3%	1.2%
施設・在宅	ボーマル効果	1.2%	2.3%	1.1%	1.1%	2.1%	0.9%
	ボーマル効果＋利用率上昇1		2.8%	1.6%		2.5%	1.4%
	ボーマル効果＋利用率上昇2		2.8%	1.6%		2.5%	1.4%
	ボーマル効果＋利用率上昇1 ＋Heathy Aging		2.6%	1.4%		2.3%	1.2%
	ボーマル効果＋利用率上昇2 ＋Heathy Aging		2.6%	1.3%		2.3%	1.2%
	ボーマル効果＋労働市場効果		2.7%	1.4%		2.4%	1.3%

(兆円)

(参考)	2006年	2025年	差	2006年	2025年	差
厚生労働省 改革案				6.6	17	10.4
改革実施前				6.9	20	13.1
(対名目GDP比) 改革案				1.3%	2.3%	1.0%
改革実施前				1.3%	2.7%	1.4%

(兆円)

	2005年度	2006年度	2025年度
(参考) 名目GDP	503.9	513.9	742.0

図表Ⅳ－３　OECD(2006)の方法による推計②

(2) 分析結果の要因分解(1): 名目GDP比の変化幅の分解

(%)

(対名目GDP比)		2005年	2025年	差								
					人口構成 効果	利用者数 効果	費用効果	ホーモル効 果	所得効果	利用率の 上昇効果	健康状態 の改善効 果	労働市場 効果
全サービス	ホーモル効果	1.2%	2.6%	1.3%	1.3%	1.2%	0.1%	0.8%	-0.7%			
施設・在宅	ホーモル効果	1.2%	2.3%	1.1%	1.0%	1.1%	-0.1%	0.8%	-0.6%			
	ホーモル効果＋利用率上昇1		2.8%	1.6%	1.2%	1.3%	-0.1%	0.9%	-0.7%	0.4%		
	ホーモル効果＋利用率上昇2		2.8%	1.6%	1.1%	1.2%	-0.1%	0.9%	-0.7%	0.4%		
	ホーモル効果＋利用率上昇1 ＋Heathy Aging		2.6%	1.4%	1.1%	1.2%	-0.1%	0.8%	-0.7%	0.4%	-0.1%	
	ホーモル効果＋利用率上昇2 ＋Heathy Aging		2.6%	1.3%	1.1%	1.2%	-0.1%	0.8%	-0.7%	0.3%	-0.1%	
	ホーモル効果＋労働市場効果		2.7%	1.4%	1.1%	1.2%	-0.1%	0.9%	-0.6%			0.3%

(3) 分析結果の要因分解(1): 期間平均伸び率の分解

(%)

		伸び率							
			人口構成 効果	利用者数 効果	費用効果	ホーモル効 果	利用率の 上昇効果	健康状態 の改善効 果	労働市場 効果
全サービス	ホーモル効果	5.7%	3.4%	3.2%	0.2%	2.3%			
施設・在宅	ホーモル効果	5.1%	2.9%	3.2%	-0.3%	2.2%			
	ホーモル効果＋利用率上昇1	6.2%	3.0%	3.2%	-0.2%	2.3%	1.0%		
	ホーモル効果＋利用率上昇2	6.2%	3.0%	3.2%	-0.3%	2.3%	0.9%		
	ホーモル効果＋利用率上昇1 ＋Heathy Aging	5.8%	3.0%	3.2%	-0.2%	2.3%	0.9%	-0.4%	
	ホーモル効果＋利用率上昇2 ＋Heathy Aging	5.7%	2.9%	3.2%	-0.3%	2.3%	0.9%	-0.4%	
	ホーモル効果＋労働市場効 果	5.9%	3.0%	3.2%	-0.2%	2.3%			0.7%