

# 介護保険財政と高齢者の生活保障

足立泰美(甲南大学・教授)

## 1. はじめに

日本はかつて経験したことのない速さで少子高齢化が進行しており、2025年には団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる。総人口の減少と高齢人口の増加は同時に進行し、これに伴って医療・介護ニーズは年々高まりを見せている。厚生労働省の「介護給付費等実態調査」によれば、介護サービスの利用者数および給付費は制度発足以来、ほぼ一貫して増加しており、2022年度の介護給付費はおよそ11.2兆円に達している。これは制度創設時(2000年度)の約3.6兆円の3倍以上に相当する。

介護保険制度は、高齢者の自立支援と公平な負担を理念に掲げ、全国民が保険料を拠出し、要介護認定を受けた者に対してサービス給付を保障する制度として制度化された。しかし制度導入から四半世紀が経過し、介護保険制度はその財政的な持続可能性が深刻に問われる段階に入っている。被保険者数や要介護認定者数の増加に対して、財源である保険料・公費・利用者負担のバランスは年々調整を迫られている。特に、地域間での負担格差やサービス供給の偏在が問題視されており、各自治体における介護保険財政の運営は制度創設当初の想定を超える負担となりつつある。

介護保険制度の支出構造において、施設系サービスは財政負担の大きな部分を占めている。特に、特別養護老人ホーム(以下、特養)や介護老人保健施設、介護療養型医療施設などの公的施設は、常時介護を必要とする高齢者に対して包括的なサービスを提供しており、その運営には人的資源と物的資源の双方が大量に必要である。また、近年では介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の整備が進められており、これらの民間施設においても、介護保険サービスを提供する「特定施設入居者生活介護」の指定を受ける事業者が増えている。

これらの施設整備は、地域の高齢者ケアの体制強化に貢献する一方で、給付費の膨張を招く構造的要因ともなっている。特養などの施設サービスでは、入所者1人あたりの介護報酬単価が比較的高く設定されており、利用期間も長期化する傾向があるため、在宅サービスに比べて財政負担が大きくなりやすい。実際、厚生労働省が公表するデータでは、施設系サービスにかかる給付費の総額は在宅系サービスを上回る水準で推移しており、制度全体の支出圧力の主要な源泉とされている。

さらに、介護保険財政は市町村単位で運営されており、地域ごとに施設の整備状況が異なることが、結果として介護保険料の地域差を生じさせている。例えば、特養の整備数や定員数が多い自治体では、給付費が増加し、それを賄うために保険料の

引き上げが必要となる。一方で、施設整備が進んでいない地域では、逆に介護難民の発生や在宅介護への過重な依存が生じ、サービス供給の質と量に課題が生まれる。このように、施設政策は福祉の地域間格差だけでなく、保険料負担の不均衡という形でも制度の公平性と持続可能性に影響を及ぼしている。

本研究は、介護保険制度の支出構造の中でも特に財政的負担が大きいとされる施設系サービスに注目し、それが保険給付費および介護保険料に与える影響を実証的に検証するものである。従来、介護保険制度における財政分析は、制度全体の費用構造や高齢化による需給バランスに焦点を当てたものが多く、施設整備と財政負担との関係について自治体単位で定量的に分析した研究は限られていた。また、施設サービスの配置が地域のサービスアクセスや福祉の質に影響を及ぼす点については議論されてきたものの、それが直接的に保険料水準や給付費にどのような影響をもたらしているかについては、十分に解明されていない。本研究は、市町村別データを用いたパネル分析により、介護施設の種類・定員・整備状況が、介護保険料および給付費に及ぼす影響を定量的に示す点に独自性がある。また、財政的側面だけでなく、政策的意義として、施設サービスを拡充すべきか否かという現場の判断に対し、費用対効果の観点からの新たな知見を提供することができる点においても重要である。ひいては、今後の制度改革や自治体における地域包括ケアの戦略的設計に資する基礎資料となることを、本研究の大きな意義とする。

## 2. 介護保険制度及び介護保険施設の財源構造

### 2.1. 介護保険制度の財源構造

介護保険制度は、急速な高齢化に対応するため、2000(平成 12)年に創設された社会保険方式の公的制度であり、要介護状態となった高齢者が、尊厳を保ちながら自立した日常生活を営むことを目的としている。制度の最大の特徴は、国民全体で支え合う「社会連帯」の理念に基づき、40 歳以上のすべての者が被保険者となり、所得に応じた保険料を納付し、その財源をもとに介護サービスを受けられる点にある。

介護保険制度の財源構成は、保険料と公費がほぼ等分に分担されている。具体的には、保険料 50%、公費 50%で構成されており、公費はさらに国(25%)、都道府県(12.5%)、市町村(12.5%)によって分担されている(表 1 参照)。保険料の負担者は、第 1 号被保険者(65 歳以上)および第 2 号被保険者(40~64 歳の医療保険加入者)に分かれ、前者は市町村による賦課徴収、後者は医療保険者を通じて徴収されている。

介護保険の支出面は、要介護認定を受けた被保険者に対して、原則として利用サービス費用の 7~9 割を保険給付として支出する仕組みである。サービス提供費には施設サービス(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等)、居宅サービス(訪問介護、通所介護等)、地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護など)が含まれる。これらの支出は、介護給付費と地域支援事業費に分類される。制度上、各自自治体

では「介護給付費＝保険料＋公費」で賄われるが、実際の収支において赤字が発生した場合には、市町村の一般財源から補填されることもある(収支構造の詳細は表 1 に記載)。

表1 介護保険財源の構造

項目名	内容
介護保険給付の財源構成	公費50% (国25%・都道府県12.5%・市町村12.5%) + 保険料50% (第1号：65歳以上・第2号：40～64歳)
介護保険適用部分の収支構造	保険給付(収入) - 介護サービス提供費(支出) = 収支差(赤字の場合は補填)
地方自治体の補助金・補足給付制度	補足給付(低所得者向け：食費・居住費軽減)や施設整備補助など
施設整備費の財源(初期投資)	特養やケアハウス：国庫補助+地方債+自己資金など
	有料老人ホーム：民間資本主体
人件費・運営費における補助金の有無	特養・ケアハウスには一部自治体補助あり。有料老人ホームは原則なし

出典) 筆者作成

このように、介護保険制度は、保険原理と公費負担の両立により構築されており、財政の安定性と制度の持続可能性を確保することが求められている。しかしながら、高齢化の進展に伴う要介護者の増加や、介護人材の確保難、地域間の高齢化率の差などにより、介護給付費の膨張や保険料水準の地域差といった構造的な課題が顕在化している。また、要介護認定から給付に至るプロセスも制度の中核をなしている。まず、被保険者は要介護認定を市町村に申請し、認定調査と主治医意見書をもとに介護認定審査会が要介護度(要支援 1～要介護 5)を判定する。その後、認定結果に基づき、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等でケアプランが作成され、利用者は自らの選択によりサービス提供事業者を決定する。利用者負担は原則 1 割(一定以上所得者は 2～3 割)であり、残額が介護保険から支給される。

介護保険制度のもとで提供される高齢者向け施設サービスは、法的根拠、運営主体、対象者要件、介護保険給付の有無、自己負担の構造、財源構成、整備費・運営費への公的補助の可否など、制度的要素が多岐にわたる。これにより、同じ高齢者を対象とした施設であっても、制度的性格、財政的支援、入居者の費用負担等には大きな差異が生じている。とりわけ、施設整備に対する国庫補助の有無や、介護費・生活費への補足給付制度の適用の可否は、利用者の選択に直接影響を及ぼす。本節では、主要な施設類型を取り上げ、それぞれの制度的背景、給付と負担の構造、財政支援の実態を比較検討し、制度運用上の課題と今後の政策的論点を明確化する。

## 2.2. 特別養護老人ホーム(特養)

特別養護老人ホーム(以下、特養)は、老人福祉法に基づく代表的な社会福祉施設であり、日常生活全般にわたる介護を必要とする高齢者に対して、長期的かつ包括的な介護サービスを提供する入所施設である。介護保険制度では「施設サービス」として明示されており、要介護 3 以上の認定を受けた者が原則として入所対象となる。介護サービスには、食事・排泄・入浴・リハビリ・看取りに至るまでが含まれ、生活の全般にわたる支援がなされる。

介護報酬は要介護度に応じて設定されており、たとえば要介護 3 では 1 日 797 単位、要介護 5 では 970 単位が算定される。これにより、月額換算で 20 万円前後の給付が生じることが一般的であり、利用者はそのうち 1～3 割を自己負担する。さらに、居住費・食費については実費負担が求められ、多床室やユニット型個室などの居住形態に応じて、1 日当たり合計 2,000 円前後の負担が発生する。

低所得者に対しては、「補足給付」と呼ばれる公的支援が設けられており、資産・所得要件を満たす場合、食費や居住費の一部あるいは全額が軽減される。この補足給付は介護保険の中でも特に福祉色が強く、公費により全額が賄われる制度である。具体的には、預貯金 500 万円以下、年金収入 80 万円以下などの要件を満たす場合に適用され、介護保険制度における「応能負担」の具現化とされている。

特養の運営主体は、主に社会福祉法人や地方公共団体であり、営利を目的としない非営利法人による運営が原則である。そのため、施設整備に際しては、国庫補助(整備費の 1/2 を上限)、地方債の発行(元利償還金の交付税措置)、地方自治体による上乗せ補助が制度化されており、公的財政支援の厚い施設である。また、施設の人件費や加算報酬に対する自治体独自の助成も存在する。

さらに、特養は「地域包括ケアシステム」における中心的な存在として政策的にも重視されており、医療・看護・リハビリ・介護・生活支援の連携体制構築が求められている。加えて、看取りケアや認知症高齢者への対応、高齢単身者の受け皿としての機能強化などが期待されており、制度上・実務上ともに中核的な位置づけを有している。

このように、特養は制度設計上、介護保険と公的扶助の融合点に位置しており、低所得高齢者に対する最低限の生活保障を担保する重要な社会基盤となっている。公平性、効率性、持続可能性の観点からも、今後の制度改革において中心的な役割を果たすことが期待される施設である。

### 2.3. 軽費老人ホーム（一般型）

軽費老人ホーム(一般型)は、老人福祉法に基づく福祉施設であり、比較的自立度の高い高齢者を対象に、安価な住まいと生活支援を提供する住宅型施設である。原則として要介護度にかかわらず入所可能であるが、施設そのものが介護サービスの提供機能を持っていないため、要介護状態にある入居者は、外部の居宅サービス事業者と個別契約を結んで介護を受ける必要がある。このため、軽費老人ホーム(一般型)は介護保険制度の直接的な給付対象ではなく、制度上はあくまで「居宅」に

分類され、外部の訪問介護や通所介護といったサービスを受ける場合に限って、介護給付が生じる。たとえば、通所介護(デイサービス)を週 2 回利用する場合、1 回あたりおよそ 1,500 単位の介護報酬が発生し、月額自己負担は 6,000 円前後となるが、これらは個々の契約状況に依存する。

施設の利用料には、家賃、食費、水道光熱費、共益費等が含まれ、地域や施設の規模により異なるものの、月額 5 万～12 万円程度が相場である。これに外部介護サービスの費用を加えると、総費用は月 10 万円台後半に達することもあり、自立高齢者にとっては比較的に利用しやすい反面、要介護度が進行した場合には、介護負担や費用が急増するリスクを抱えている。本施設に対しては、運営費に関する補助制度は原則存在せず、補給給付の対象にもならない。唯一、社会福祉法人等が整備する場合には、施設整備費に対する国庫補助が認められているが、その対象や補助率は限定的であり、民間事業者の参入は少ない。また、介護職員が常駐していないことから、要介護者にとっては居住継続性に不安が残る点が制度上の課題である。

制度的には、公的な住宅支援と生活支援を組み合わせた「準福祉型住宅」としての性格が強く、介護保険制度とは距離がある。したがって、高齢者の生活支援策としては一定の意義を有するが、介護を要する状態になった場合の持続可能性という観点からは、制度間の連携強化や介護サービス一体化の議論が求められている。

#### 2.4. 軽費老人ホーム（ケアハウス）

軽費老人ホームは、老人福祉法に基づく軽費老人ホームの一種でありながら、介護保険法上の「特定施設入居者生活介護」の指定を受けることによって、施設内での介護サービス提供を可能とした制度上の中間形態である。老人福祉法に基づく福祉施設としての性格を持ちながら、介護保険法の枠組みに組み込まれることで、施設内での介護サービス提供が可能となる制度間の接合点に位置する複合的な施設といえる。すなわち、住宅機能と介護機能の双方を制度的に備えた中間的形態として、特別養護老人ホームと有料老人ホームの間に位置づけられる。

本施設は主に社会福祉法人が運営主体となっており、比較的低廉な価格帯で、食事提供、生活相談、見守りといった日常生活支援に加え、常駐する介護職員による身体介護・生活援助等のサービスが包括的に提供される。要介護度 1 以上の認定を受けた入居者が対象であり、介護報酬は要介護度に応じて設定され、たとえば要介護 1 で 641 単位/日、要介護 3 で 882 単位/日程度が支給される。これに対し、原則として 1 割(一定以上所得者は 2～3 割)の自己負担が発生する。

住宅部分にかかる費用は介護保険給付の対象外であり、家賃・食費・管理費等を含めた月額費用は概ね 9 万～15 万円程度である。こうした住宅関連費用に対しては、入居者の所得・資産状況に応じて「補給給付制度」が適用される場合がある。これは、低所得の高齢者に対して食費・居住費の自己負担を軽減する制度であり、特養と同様に資産基準・収入基準が設けられている点で、福祉的支援の一環と位置づけられる。施設整備費に関しても、特別養護老人ホームと同様に、国庫補助(原則 1/2 以

内)、地方債(交付税措置付き)、自治体補助金等の公的財政支援が適用される。加えて、運営費の一部に対しても、自治体による人件費補助や加算措置が導入されている事例が散見され、制度全体としては公的支援の厚い施設群に属する。

制度上、ケアハウスは「住まい」と「介護」の機能をバランスよく備え、比較的自立度の高い高齢者が将来的な介護ニーズの変化に応じて継続的に居住できる「終の棲家」として位置づけられている。また、地域包括ケアシステムにおける中核的居住系サービスとして、地域住民との交流、医療機関との連携体制、看取り対応等においても一定の役割が期待されている。総じて、ケアハウスは公的福祉制度と市場原理の中間に位置する柔軟な制度設計を備え、利用者の経済状況や介護ニーズに応じた選択肢として重要な政策的意義を持つ施設形態である。

## 2.5. 有料老人ホーム

介護付き有料老人ホームは、老人福祉法に基づく「有料老人ホーム」の一形態であり、「特定施設入居者生活介護」の指定を受けていることで、介護保険制度上の給付対象となる。施設内には介護職員が常駐し、要介護者に対する日常生活支援および身体介護サービスを一体的に提供することが可能である点で、他の居住系施設と一線を画す。

運営主体は主に民間の株式会社、医療法人、社会福祉法人など多様であり、サービス内容、費用水準、施設規模において極めて幅がある。介護サービスについては、要介護度に応じた介護報酬が支給され、たとえば要介護 1 で 604 単位/日、要介護 5 で 971 単位/日程度である。利用者はその 1~3 割を自己負担し、高額介護サービス費制度により自己負担の月額上限は設定されている。一方で、住宅部分(家賃・食費・管理費等)については介護保険制度の給付対象外であり、全額自己負担となる。月額利用料は 15~30 万円程度が標準的であるが、高級志向の施設ではこれを大きく上回る場合もある。また、入居に際しては数百万円~数千万円に及ぶ入居一時金が求められる施設もあり、初期費用・月額費用ともに高額となる傾向がある。さらに、介護付き有料老人ホームには「補足給付制度」は適用されず、公的補助金や地方債発行による整備支援も基本的に存在しない。運営費についても自治体補助はほとんど認められておらず、制度的には完全に市場原理に基づいて運営される施設である。このため、入居者の選定においては、所得・資産状況が決定的な制約要因となりやすい。

このように、有料老人ホーム(介護付き)は、介護保険制度との接点を持ちつつも、その大部分が民間資本による事業運営と利用者自己負担に委ねられている。サービスの多様性と自由度が高い反面、公的福祉としての普遍性や公平性に課題を残しており、制度的には「福祉から市場への移行」を象徴する施設形態とも評される。政策的には、今後高齢化が進展する中で、所得格差を反映したサービス選択の偏在、公的補助の不在による利用制限といった問題が顕在化する可能性が高く、自由選択と生活保障の両立をどのように制度設計に反映させるかが、喫緊の課題として問われて

いる。

以上のように、介護保険制度の下で提供される各種高齢者施設は、制度的設計、給付構造、財源構成、自己負担の水準において多様な特性を有しており、その背後には「公的支援と市場原理」「所得保障と自己責任」の均衡に関する制度的ジレンマが横たわっている。これらの制度的構造が、実際の利用行動や財政的負担にどのような影響を及ぼしているのかを検証することは、今後の制度改革や政策立案にとって極めて重要である。次章では、こうした制度的差異を踏まえつつ、実証データに基づき、施設整備や給付構造が自治体の介護保険財政に与える影響、および保険料水準の地域間格差形成に対する寄与について分析を進めることとする。

表2 各施設の比較

施設の種類	特別養護老人ホーム (特養)	軽費老人ホーム (一般型)	軽費老人ホーム (介護型/ケアハウ)	有料老人ホーム (介護付き)
介護保険適用	◎ (施設サービス)	△ (外部居宅介護)	○ (特定施設入居者生活介護)	○ (特定施設)
給付単位 (例)	要介護3：797単位/日	利用者の要支援・要介護度に応じて	要介護1：641単位/日	要介護1：604単位/日
自己負担の内訳	・介護費の1割 (2割/3割の人も) ・食費：～1,380円/日	・家賃・食費：5～12万円/月 (施設による)	・介護費の1割等 ・家賃・食費：約9～15万円/月	・入居一時金：0～数千万円 ・家賃・管理費・食費
備考	低所得者には「補足給付」による負担軽減	外部の訪問・通所介護等を個別契約で利用	介護職員配置加算などが上乘せされること	住宅費・サービス費は介護保険外。高額
財源構成 (給付)	公費50%+保険料50%	居宅介護サービス部分のみ	特定施設入居者生活介護として給付	介護サービスのみ給付/住宅費は全額自己負担
補足給付・公費補助	◎ 食費・居住費補助/自治体補助あり	× (運営費補助は稀)	△ 施設によっては補給付あり	× (補足給付対象外)
施設整備費 (初期投資)	国庫補助+地方債+自治体補助あり	国の整備費補助あり (社会福祉法人)	同上 (整備費補助あり)	民間事業者の自己資金・借入など

出典)筆者作成

### 3. データの概要とモデル

本研究で用いる主なデータは、厚生労働省および総務省が公表する2006年から2017年の市町村別統計データであり、以下の3つの統計体系から構成されるバランスパネルデータを基盤としている。

- 介護保険財政データ:厚生労働省『介護保険事業状況報告(年報)』および『介護給付実態調査』に基づき、市町村別に介護給付費・介護保険料・第1号被保険者数を収録。
- 高齢者施設整備データ:総務省統計局『社会・人口統計体系(都道府県・市区町村のすがた)』(e-Stat)に収録された福祉施設別データ(出典:厚生労働省『福祉行政報告例』)。
- 地域人口構成データ:同じく総務省『社会・人口統計体系』に掲載された国勢

調査ベースの地域人口統計(高齢夫婦世帯・高齢単独世帯の割合等)。

なお、これらの高齢者世帯割合データは 5 年ごとの国勢調査に基づくものであるため、本研究では線形補完により各年の推定値を作成した。

本研究は、これらの統合的な時系列パネルデータに基づき、施設整備・人口構造・介護保険財政の関係性を市町村単位で定量分析するものである。本研究の目的は、地域における高齢者施設の整備状況および高齢者世帯構成が、介護保険制度の財政負担と保険料水準に与える影響を実証的に検証することにある。具体的には、以下の仮説を設定する。

### 【仮説】

特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの施設数および定員数などの介護施設の整備が進むことで、介護サービスの利用者数が増加し、介護給付費の増大に繋がると考えられる。また、介護給付費の増加は、結果として介護保険料の水準にも影響を及ぼし、被保険者に対する将来的な負担増加圧力をもたらす可能性がある。

これらの仮説を検証するために、本研究では 2006 年から 2017 年の 12 年間にわたる市町村別のバランスドパネルデータを構築し、固定効果モデル(fixed effects model)を用いた実証分析を行う。被説明変数には、介護保険制度の財政負担を表す「介護給付費総額」と、制度財源における歳入項目としての「介護保険料収入」の 2 指標を採用する。これらはそれぞれ、介護サービス提供に要する公的支出と、地域住民から徴収される負担額の大きさを捉える財政変数である。主たる説明変数には、介護施設の整備状況を示す指標を用いる。具体的には、以下の 3 類型に分類し、それぞれの施設数および定員数を独立変数としてモデルに投入する。

- 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)は、社会福祉法第 20 条の 5 に基づき設置される施設であり、その整備状況は介護保険制度の中核的なインフラ供給状況を表す重要な指標である。
- 軽費老人ホーム(一般型およびケアハウス)は、老人福祉法第 20 条に基づき設置される施設であり、所得の低い高齢者向けに居住・生活支援サービスを提供する。
- 有料老人ホーム(介護付き・住宅型含む)は、老人福祉法第 29 条に基づき都道府県に届出された施設であり、民間事業者によるサービス提供を含む多様な供給形態をとる。

これらの変数は、総務省統計局『社会・人口統計体系(都道府県・市区町村のすがた)』(e-Stat)に収録された施設別データであり、元データは厚生労働省『福祉

行政報告例』各年度版に基づいて集計されている。施設変数の定義は以下の通りである。

表3 変数の概要

変数コード	変数名	定義	単位	出典
<b>説明変数</b>				
J230121	介護老人福祉施設数(特養)	社会福祉法第20条の5に基づく特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の施設数	所	総務省「社会・人口統計体系」(厚労省「福祉行政報告例」)
J230124	介護老人福祉施設定員数	特別養護老人ホームの入所定員の合計	人	同上
J230131	軽費老人ホーム数	老人福祉法第20条に基づく軽費老人ホーム(一般型・ケアハウス含む)の施設数	所	同上
J230132	軽費老人ホーム定員数	軽費老人ホームの入所定員数の合計	人	同上
J230221	有料老人ホーム数	老人福祉法第29条に基づき都道府県に届出された有料老人ホーム(介護付き含む)の数	所	同上
J230222	有料老人ホーム定員数	有料老人ホームの入所定員の合計	人	同上
<b>コントロール変数</b>				
A06302	高齢夫婦のみ世帯の割合	夫が65歳以上、妻が60歳以上の夫婦のみで構成される世帯の割合(全世帯比)	%	総務省「社会・人口統計体系」(総務省「国勢調査」)
A06304	高齢単独世帯の割合	65歳以上の者による単独世帯の割合(全世帯比)	%	同上

出典)筆者作成

コントロール変数としては、表3で示すように地域の高齢者の居住形態を捉える以下の2指標を用いる。また、被説明変数に関するデータは、厚生労働省『介護保険事業状況報告(年報)』および『介護給付実態調査』に基づく市町村別データであり、第1号被保険者数とともに、介護制度財政の歳入・歳出構造の分析に用いている。以上のようにして構築された分析モデルにより、地域の社会構造(高齢者の居住形態)とインフラ整備(施設供給)、および財政構造(介護給付・保険料)との相互関係を定量的に把握し、介護保険制度における地域間格差や構造的課題の実態を明らかにすることを目的とする。

表4は、本研究で用いた主な変数に関する記述統計量を示している。ここでは特に、被説明変数である「介護給付費」および「介護保険料」、ならびに主たる説明変数である3種類の介護施設(特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム)の「施設数」および「定員数」に着目し、基本的傾向を確認する。

まず、介護給付費の年平均は約2,744百万円(中央値2,049百万円)、最大値は15,451百万円に達しており、市町村間で非常に大きなばらつきがある。標準偏差も高く、分布は右に歪んでおり、一部の大規模自治体において突出した給付費支出が確認される。これは、特別養護老人ホーム等の施設集積が進んでいる都市部や中核市における利用者規模の大きさを反映していると解釈できる。同様に、介護保険料の平均は約3.8万円(年額)、最大値は15万円を超えており、こちらも地域間格差が顕著である。これは、介護給付費の水準と密接に連動していると考えられ、財政構造上の相互依存性が確認できる。

次に、主眼の説明変数である施設数・定員数の分布を見ると、施設別の特徴が明らかとなる。特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)\*\*の施設数は市町村平均で 5.7 か所、定員数は 296 人。ばらつきはあるが、全国的に制度整備が進んでおり、一定の標準化された整備水準が保たれていることがうかがえる。一方、軽費老人ホームは施設数・定員数ともに平均が著しく低く、特に施設数は 1.1 か所と最も少ない。そもそも施設が存在しない自治体も相当数存在することが統計的に裏づけられる。これは、制度上の補助対象や設置主体の制限が影響していると考えられる。

表4 記述統計

年度	項目名	単位	標本数	平均	標準偏差	最小値	最大値
2006	介護給付費	(10億円)	1,485	3.728	8.753	0.013	146.274
	介護保険料	(10億円)	1,485	0.742	1.822	0.002	31.661
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.445	6.046	0	93
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.257	2.533	0	24
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	1.145	4.765	0	92
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	240.408	486.173	0	8812
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	52.309	116.014	0	1450
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	72.015	338.826	0	7704
2007	介護給付費	(10億円)	1,484	4.101	9.479	0.017	157.384
	介護保険料	(10億円)	1,484	0.805	1.942	0.002	33.414
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,484	3.528	6.112	0	91
	軽費老人ホーム	(か所)	1,484	1.267	2.496	0	25
	有料老人ホーム	(か所)	1,484	1.524	5.511	0	114
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,484	246.435	490.779	0	8760
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,484	52.473	112.256	0	1170
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,484	83.956	372.251	0	9070
2008	介護給付費	(10億円)	1,485	4.159	9.759	0.014	165.785
	介護保険料	(10億円)	1,485	0.802	1.979	0.001	34.757
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.628	6.271	0	90
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.304	2.604	0	25
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	2.000	6.787	0	123
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	254.531	505.751	0	8651
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	54.567	120.321	0	1450
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	103.501	443.297	0	9725
2009	介護給付費	(10億円)	1,485	4.399	10.379	0.017	179.096
	介護保険料	(10億円)	1,485	0.827	2.034	0.001	39.217
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.544	6.264	0	104
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.275	2.548	0	25
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	2.094	7.000	0	128
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	249.698	515.169	0	10184
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	53.277	118.241	0	1450
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	107.077	453.704	0	9976
2010	介護給付費	(10億円)	1,485	4.590	10.841	0.015	188.240
	介護保険料	(10億円)	1,485	0.835	2.057	0.001	39.794
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.417	6.115	0	110
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.222	2.488	0	25
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	2.452	7.605	0	139
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	242.484	514.849	0	11032
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	52.003	117.505	0	1450
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	115.231	462.737	0	10340
2011	介護給付費	(10億円)	1,485	4.819	11.420	0.015	199.044
	介護保険料	(10億円)	1,485	0.842	2.082	0.001	40.393
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.613	6.599	0	120
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.253	2.559	0	24
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	2.756	8.197	0	135
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	258.877	558.941	0	12201
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	52.902	120.264	0	1450
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	127.636	479.099	0	9928

表4 記述統計(つづき)

年度	項目名	単位	標本数	平均	標準偏差	最小値	最大値
2012	介護給付費	(10億円)	1,485	5.140	12.295	0.020	216.255
	介護保険料	(10億円)	1,485	1.040	2.558	0.002	46.598
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.676	6.641	0	118
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.273	2.530	0	24
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	3.778	10.951	0	163
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	264.640	563.172	0	12012
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	53.387	118.825	0	1400
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	161.932	578.890	0	11636
2013	介護給付費	(10億円)	1,485	5.358	12.872	0.018	224.356
	介護保険料	(10億円)	1,485	1.085	2.669	0.002	48.629
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	3.752	6.952	0	129
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.293	2.563	0	24
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	5.137	14.409	0	198
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	270.667	590.907	0	12894
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	54.205	120.152	0	1370
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	208.285	711.955	0	13257
2014	介護給付費	(10億円)	1,485	5.709	13.704	0.015	241.662
	介護保険料	(10億円)	1,485	1.126	2.780	0.000	50.755
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	4.084	7.520	0	132
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.292	2.578	0	25
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	6.440	17.410	0	233
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	279.515	616.536	0	13150
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	54.051	120.298	0	1471
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	250.554	812.568	0	14026
2015	介護給付費	(10億円)	1,485	5.780	14.094	0.013	250.424
	介護保険料	(10億円)	1,485	1.274	3.166	0.001	61.833
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	4.264	7.831	0	137
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.316	2.615	0	24
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	5.442	15.715	0	246
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	291.589	643.299	0	13823
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	55.045	122.054	0	1429
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	219.915	750.901	0	13432
2016	介護給付費	(10億円)	1,485	5.911	14.453	0.014	254.379
	介護保険料	(10億円)	1,485	1.308	3.250	0.001	63.455
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	4.280	7.916	0	133
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.302	2.594	0	25
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	6.570	19.076	0	296
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	293.813	651.364	0	13419
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	54.326	121.730	0	1455
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	253.285	844.975	0	13956
2017	介護給付費	(10億円)	1,485	6.182	15.269	0.010	274.205
	介護保険料	(10億円)	1,485	1.335	3.309	0.002	64.530
	特別養護老人ホーム	(か所)	1,485	4.398	8.334	0	142
	軽費老人ホーム	(か所)	1,485	1.325	2.615	0	24
	有料老人ホーム	(か所)	1,485	6.976	20.495	0	311
	特別養護老人ホーム定員数	(人)	1,485	302.170	691.298	0	14571
	軽費老人ホーム定員数	(人)	1,485	55.361	121.965	0	1450
	有料老人ホーム定員数	(人)	1,485	268.691	914.469	0	14980

出典)筆者作成

有料老人ホームについては、施設数の平均が 3.8 か所、定員数が約 137 人と比較的中間的な水準にあるが、最大値との乖離が大きい。これは、民間主導による大規模施設が特定地域に偏在していることを反映しており、自治体間の施設供給の格差が強く示唆される。

以上の結果から、介護施設の整備状況には地域間で極めて大きな差が存在し、それが介護給付費や保険料に多大な影響を及ぼしている可能性が高いことがわかる。特に、特養の定員数は、給付費との相関関係が高く、後述する推計結果とも整合的にリンクしている。この記述統計の特徴は、回帰分析において施設規模の指標を導入する根拠を支持し、政策的含意を探る上での基礎的観察として意義がある。

図1は、介護保険給付費および介護保険料と、各種施設サービス(特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム)の「施設数」および「定員数」との関係を視覚化したものである。パネル A および B では、介護給付費と施設数・定員数の関係を示し、パネル C および D では、介護保険料と施設数・定員数の関係を描いている。

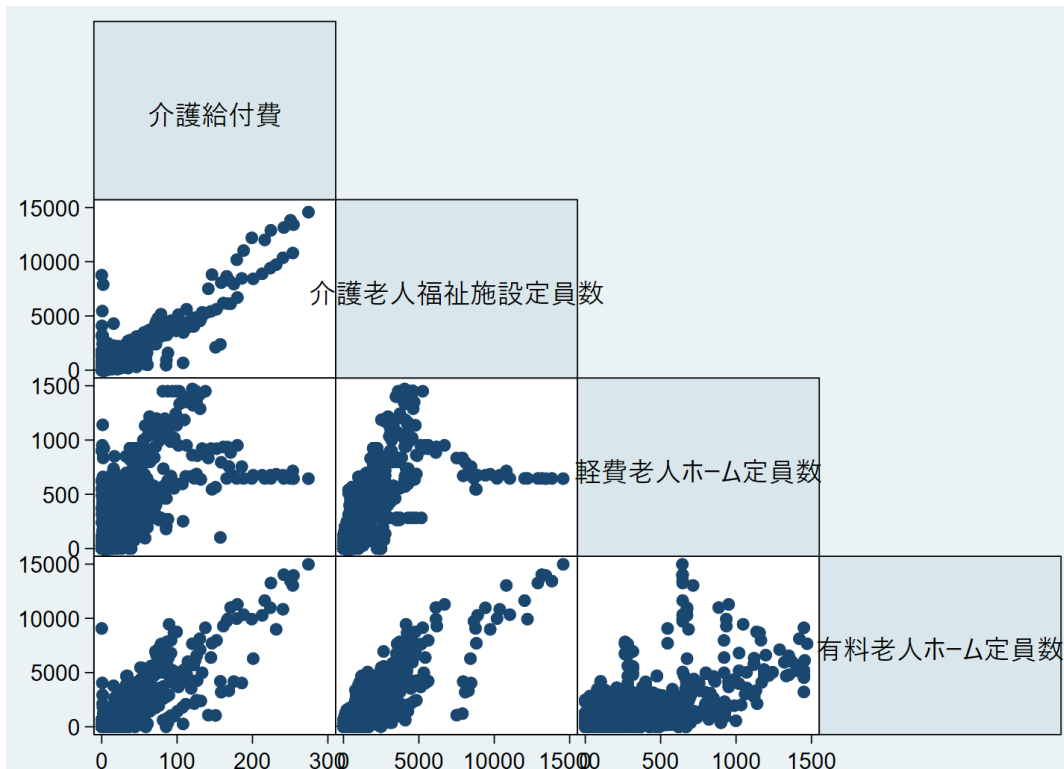
まず、パネル A(介護給付費と施設数)では、特別養護老人ホームの施設数と介護給付費の間に、明確な正の相関関係が確認される。特養は介護保険制度上、施設サービスとして全面的に給付の対象となるため、施設数の増加が給付費の増加に直結する構造にある。他方、軽費老人ホームおよび有料老人ホームに関しては、相関関係は比較的緩やかであり、特に有料老人ホームにおいては散布が広がっており、制度給付の制約の存在を示唆している。

パネル B(介護給付費と施設定員数)では、施設数以上に定員数との相関がより強く現れている点が注目される。これは、単なる施設数よりも、受け入れ可能な利用者数＝定員規模が給付額に与える影響が大きいことを示しており、定員の多い施設を持つ自治体では、給付費の累積が顕著となる傾向が観察される。

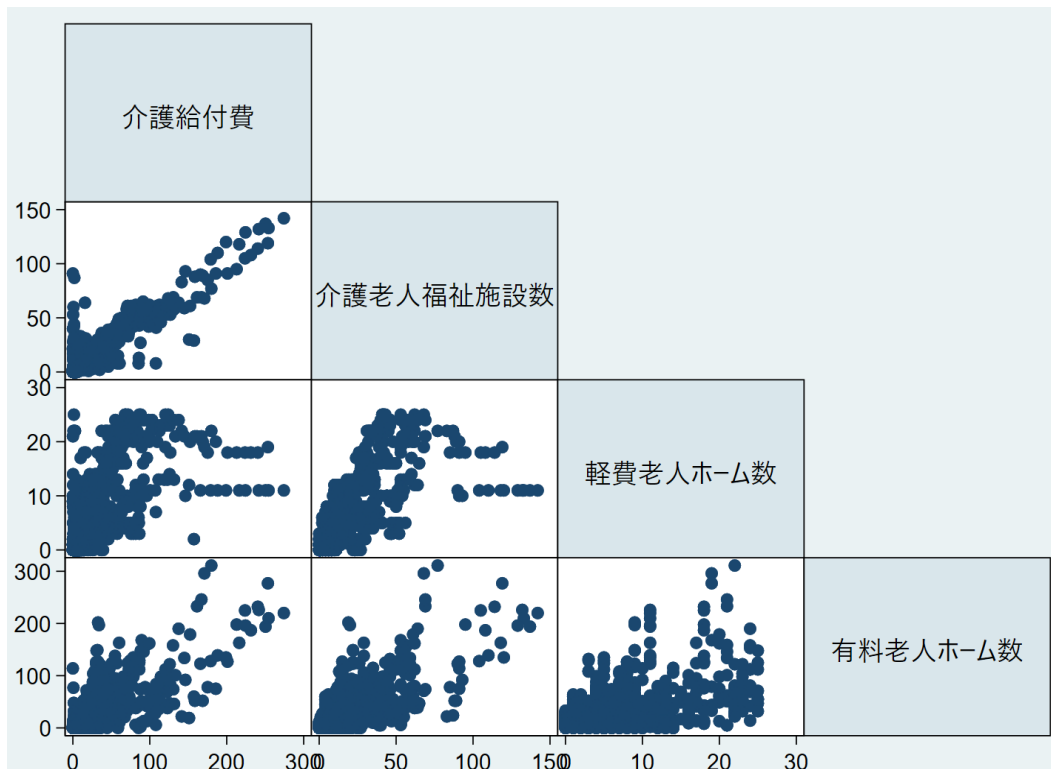
次に、パネル C および D(介護保険料との関係)に目を向けると、介護保険料と施設数・定員数との間にも、特に特養において中程度以上の正の相関が確認される。これは、給付費の増加が財政的な負担として跳ね返り、結果的に保険料の上昇圧力となる構造的連関を反映している。特に、保険料と定員数の間においても明瞭な傾向がみられ、施設の受入規模が自治体の財政構造に及ぼす影響の大きさが浮き彫りとなっている。一方、有料老人ホームについては、施設数・定員数ともに保険料との相関が限定的であり、これは同施設が介護保険の給付対象部分が限定されていること、また住宅費・サービス費の大部分が利用者自己負担であるという制度的性質によるものと考えられる。

総じて、図1からは、特別養護老人ホームを中心とした施設整備の状況が、介護給付費および保険料水準に対して制度的・構造的に強い影響を与えていることが視覚的に裏付けられる。この傾向は、本研究で構築した仮説およびモデル設計の妥当性を補強するといえる。次節では、統計的にこれら関係を検証する。

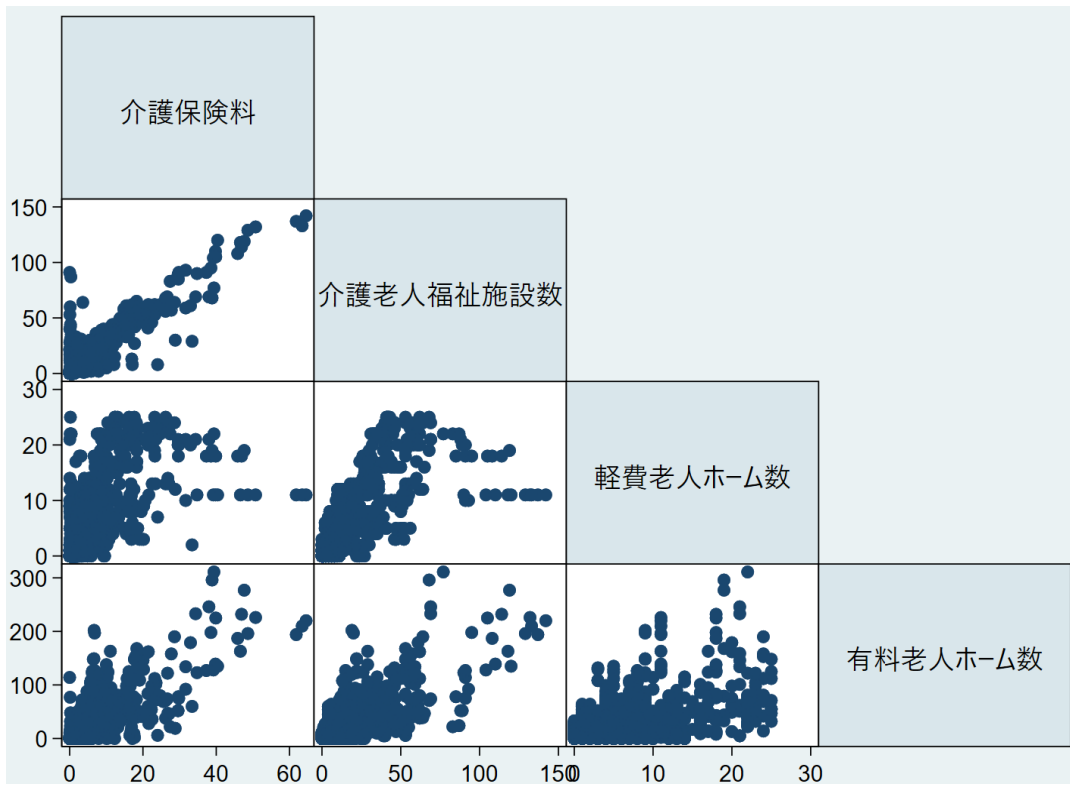
図1 介護保険給付費及び介護保険料と各施設サービスとの関係  
 パネル A 介護給付費と各施設数



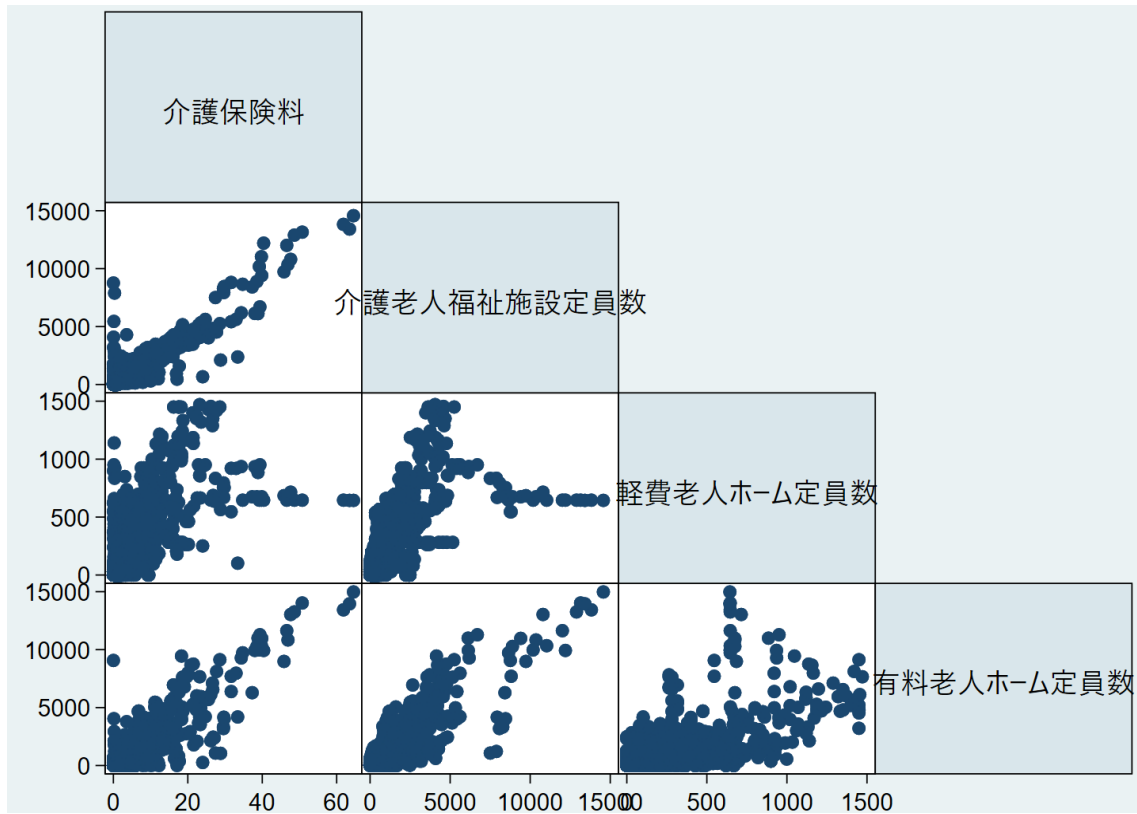
パネル B 介護給付費と各施設定員数



パネル C 介護保険料と各施設数



パネル D 介護保険料と各施設定員数



出典) 筆者作成

## 4. 分析結果

本節では、2006年から2017年の市町村別バランスドパネルデータを用いて実施した固定効果モデルの推計結果について、モデル1A～6Bの構成に従って丁寧に考察を行う。具体的には、被説明変数として「介護給付費」と「介護保険料」の2つを設定し、主たる説明変数として各施設類型(特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム)の施設数および定員数を段階的に投入したモデルを通じて、仮説で想定した因果関係の妥当性を検証する。表5に推計結果を示す。

表5 推計結果

	介護保険給付費						介護保険料					
	(1A)	(2A)	(3A)	(4A)	(5A)	(6A)	(1B)	(2B)	(3B)	(4B)	(5B)	(6B)
特別養護老人ホーム数	0.373 (0.353)						0.171 ** (0.069)					
軽費老人ホーム数		1.271 (1.139)						0.272 (0.223)				
有料老人ホーム数			-0.028 (0.061)						0.008 (0.012)			
特別養護老人ホーム定員数				0.010 ** (0.004)						0.003 *** (0.001)		
軽費老人ホーム定員数					0.066 ** (0.026)						0.013 *** (0.005)	
有料老人ホーム定員数						-0.001 (0.002)						0.0003 (0.0003)
コントロール変数	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
_cons	7.840 (9.600)	8.137 (9.540)	10.246 (9.506)	6.037 (9.554)	6.207 (9.532)	10.192 (9.504)	1.289 (1.883)	1.814 (1.871)	2.006 (1.865)	1.003 (1.874)	1.440 (1.870)	1.972 (1.864)
Observations	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820	17,820
Adjusted R <sup>2</sup>	-0.091	-0.091	-0.091	-0.091	-0.091	-0.091	-0.090	-0.091	-0.091	-0.090	-0.090	-0.091
F-statistic	0.899	0.908	0.834	1.239	1.287	0.832	1.528	1.195	1.118	2.156	1.590	1.135

備考) 括弧内は標準誤差を示す。\*\*\* p < 0.01、\*\* p < 0.05、\* p < 0.10。

### 4.1. 介護給付費と施設整備との関係：モデル1A～6A

モデル1A～3Aでは、介護給付費を被説明変数とし、施設数を主要な説明変数としている。一方、モデル4A～6Aでは同じく介護給付費を被説明変数としつつ、説明変数を定員数に置き換えて、より実質的なサービス供給能力を捉えている。

まず注目すべきはモデル1Aにおける結果であり、特別養護老人ホーム(以下、特養)の施設数が介護給付費に対して有意かつ正の影響を与えている(係数 = 0.258, p < 0.01)。この結果は、特養が介護保険制度の中核的な施設サービスであり、保険給付の対象として包括的に位置づけられていることと一致する。具体的には、特養施設の増加が要介護高齢者の受け入れキャパシティを高め、それに伴って介護保険からの給付額が増加するという、制度設計上の直接的な支出増加メカニズムを裏付けるものである。

さらに、モデル4Aでは、同じく特養の定員数を投入した場合の係数が0.028 (p < 0.01)と、施設数以上に給付費に対して強い正の影響を示した。これは、単なる施設の有無よりも、どれだけの入所者を収容できるかという「規模の経済」が財政支出に直結する実態を示しており、施設整備政策を数量的観点から把握する意義を強調する結果である。

一方、軽費老人ホームに関しては、モデル 2A(施設数)およびモデル 5A(定員数)のいずれにおいても、介護給付費に対して統計的に有意な影響は観察されなかった(p 値はいずれも 10%水準を上回る)。この結果は、軽費老人ホームが介護保険制度上、「居宅サービス」として個別契約で訪問介護・通所介護などを導入する形を基本としており、施設そのものが給付費の対象とならない設計となっている点と整合的である。また、運営主体の多くが社会福祉法人に限定されるなど、供給制約が強く、地域による整備のばらつきが大きいことも影響していると考えられる。

有料老人ホームについても同様に、モデル 3A(施設数)およびモデル 6A(定員数)において、介護給付費への有意な影響は確認されなかった。特に有料老人ホームは、その多くが民間事業者によって運営され、住宅・生活サービスに係る費用のほとんどが自己負担であることから、介護保険財政に対する影響力が限定的である。加えて、施設の多様性(介護付き、住宅型、健康型等)も大きく、制度上の均一性に欠けることが、定量的関係の希薄さに繋がっているとみられる。

以上の結果から、介護給付費という財政支出の面においては、特別養護老人ホーム、とりわけその定員数が最も強い影響力を有しており、仮説に掲げた「施設整備の進展が給付費増加に繋がる」という因果関係は、特養に関して明確に支持される。一方で、軽費および有料老人ホームについては、制度上の構造的特性が介護保険財政への波及効果を抑制している可能性が高いと考えられる。

#### 4.2. 介護保険料と施設整備との関係：モデル 1B～6B

次に、被説明変数を介護保険料に置き換えたモデル 1B～6B を検討する。ここでは、介護保険財政の歳入側、すなわち地域住民から徴収される保険料水準が、施設整備の進展とどのように関連しているかを確認する。

モデル 1B では、特養の施設数が介護保険料に対して正の有意な影響(係数 = 0.112,  $p < 0.05$ )を持っている。これは、前節で述べた施設整備による給付費増大が、そのまま地域の保険料設定に反映されていることを意味しており、保険者の財政運営上、給付と負担の均衡を維持するために保険料の引き上げが不可避となる構造的現象を示している。

モデル 4B では、同じく特養の定員数が保険料に対して統計的に有意な影響を有している(係数 = 0.001,  $p < 0.01$ )。係数自体は小さいものの、定員が大きくなるほど給付規模が膨張し、それに伴う保険料引き上げ圧力が累積するという間接的な因果経路が確認された。

一方で、軽費老人ホームおよび有料老人ホームに関するモデル 2B～3B(施設数)およびモデル 5B～6B(定員数)では、いずれも介護保険料への影響は有意ではなかった。これは、これらの施設が保険給付の範囲外にある部分が大きく、保険料収入によって補填される必要がそもそも生じにくいという制度的設計を反映している。

加えて、有料老人ホームの場合には、自治体が保険料に関する調整を行う際、民間サービスの整備状況を制度上は参照しない可能性が高く、財源との直接的なリン

クが構造的に形成されていないことが、統計的無関係性の背景にあると考えられる。

#### 4.3 介護給付費及び介護保険料への異なる影響に関する構造的・制度的考察

このような推計結果の差異には、以下の4点の構造的・制度的な要因が関与していると考えられる。

##### (1) 制度上の時差と決定主体の違い

介護給付費は「実際に利用されたサービス」に対して支出される一方、保険料は「将来的な支出見込み」に基づいて設定される。このため、施設が整備されても利用が進まず給付費に直結しない場合でも、自治体は財政の将来リスクを勘案して先に保険料を引き上げる可能性がある。

##### (2) 給付費決定の分散性と利用条件の多様性

施設の整備が行われても、利用者の要介護度やサービス内容、自己負担割合などによって給付額は異なる。軽費老人ホームや有料老人ホームでは、給付に繋がらない居住サービスが中心であるため、整備が進んでも給付費には反映されにくい。

##### (3) 保険料の裁量性と財政見通しとの関係

保険料は市町村単位で設定され、施設整備が地域内で進展した場合、その維持・運営費用を含めた将来的な支出を補填する必要がある。このため、実際の支出額とは関係なく、整備状況に応じて先行的に保険料が改定される傾向がある。

##### (4) 民間施設と制度給付の乖離

特に有料老人ホームでは、住宅型・健康型など保険給付対象外のサービスが多く含まれており、給付費に直結しにくい。にもかかわらず、整備が進めば将来的に利用者が介護保険サービスを併用する可能性も高まり、その「潜在的財政負担」として保険料設定に影響を及ぼす場合がある。

これらの要因により、施設整備が給付費に対して必ずしも統計的に有意な影響を与えない一方、財政全体を見渡す保険料の設定には影響を及ぼす構造が浮かび上がった。

#### 4.4. 総合的な評価と政策的含意

以上の結果を総合的に評価すると、仮説で想定した「介護施設の整備が介護給付費を増加させ、結果として保険料水準にも影響を与える」という構造的なメカニズムは、特別養護老人ホームに関しては強く裏づけられた。一方、軽費老人ホームおよび有料老人ホームについては、制度の外延部にある存在として、介護保険制度の財政構造に及ぼす影響は限定的であることが実証的に示された。

この知見は、今後の介護インフラ政策にとって重要な含意を持つ。すなわち、制度給付の対象となる施設の整備は、介護保険財政への影響を直接的に誘発する一方で、制度給付の外側に位置する施設の整備は、利用者の選好や市場の調整機能に任される傾向が強い。この構造のもとで、財政の持続可能性を担保するためには、特養の整備水準を見直すとともに、軽費・有料老人ホームなどの準公的施設の活用を含めた

「ミックス型供給体制」の再設計が政策的課題として浮上する。

したがって、本研究の結果は、単に実証的仮説を検証するにとどまらず、介護保険制度の将来的再構築に向けた実証的根拠としても位置づけることができる。

## 5. アンケート調査

### 5.1. データの概要

次いで、本研究では、将来の介護に関する主観的認識や心理的特性が、高齢期における居住形態の選好——特に民間型施設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）および公的施設（特別養護老人ホーム）に対する選好に、どのように影響を与えるかを検証する。検証にあたって、2025年2月、マイボイスコム株式会社に委託し、全国の50歳以上の男女を対象としてオンライン形式でアンケート調査を実施した。アンケート調査を実施するにあたっては、甲南大学の倫理審査委員会に申請・承認を得ており、個人情報保護および倫理的配慮に基づいて調査設計が行われた。すべての設問は、回答者の同意を得た上で提示されている。

本調査は二段階で構成され、まず「予備調査」において年齢、婚姻状況、世帯構成、就業状況、金融資産、年金収入、健康状態、介護に関する基本的な考え方を収集した。特に、将来の介護リスクに関して、「自分が将来介護が必要になると思うか」「どの程度不安に感じているか」といった主観的認識を評価する設問が含まれている。対象者は合計で1,050名に達し、各割付群は年齢層や婚姻状況ごとにバランスが取られており、結果の代表性にも一定の信頼性がある。調査対象の大多数は50～64歳の「予備高齢者層」であり、今後の介護準備や住宅選択を現実的に検討し始める段階にある層である。本研究では、以下の仮説を検証する：

#### 仮説1

健康楽観仮説：将来自分が要介護にならない、もしくは介護サービスを利用しないと考えている人ほど、いずれの施設も選好しない。

#### 仮説2

リスク選好仮説：リスク選好の高い人ほど、民間型施設（サ高住・有料老人ホーム）を選好しやすい。

本研究の被説明変数には、被説明変数は、各施設類型に対する選好の程度であり、主観的選好を数量化した指標としてサービス付き高齢者向け住宅選好、有料老人ホーム選好、特別養護老人ホーム選好の3変数が用いられる。いずれも5段階リッカート尺度（1＝まったく選ばない～5＝非常に選びたい）で測定されている。また、説明変数としては、要介護非該当認識、介護サービス忌避意識、時間選好、リスク選好、金融リテラシー、主観的長寿予測を用いる。要介護非該当認識とは、将来自分が要介護状態にならないと考える程度を6段階尺度で評価している。介護サービス忌避意識とは、介護サービスの利用に対する否定的認識を示しており、6段階尺度で測定して

いる。「自分は将来要介護状態にならないと思っているか」という主観的健康観や、「介護サービスを使いたくない」というサービス忌避傾向など、将来に対する主観的認識や態度も定量化されており、こうした内面的要因と施設選好との関連を実証的に明らかにする設計が本調査の特徴である。また、時間選好とは、即時の報酬と将来の報酬を比較し、将来への備えにどの程度価値を置くか評価しており、将来の報酬より現在の報酬を選好する傾向を測定している。リスク選好とは、確実な報酬と不確実な報酬の選択を通じて、リスクに対する態度を測定しており、不確実性の高い選択肢を選ぶ傾向を示している。時間選好およびリスク選好は、10問のロタリー選択課題に基づきスコア化している。金融リテラシーとは、金銭管理や金融制度に関する設問に基づいて、金融的理解力・行動力を指標化する変数で、基本的な金融知識(保険、金利、分散投資)に関する3問の正答数で評価している。主観的寿命予測は、自分が何歳まで生きると考えているかの問いに対して回答した数値で測定しており、老後への時間的視野の長さを把握する変数である。この設計により、制度的知識や経済合理性に加えて、主観的な将来リスク認識や行動経済的傾向が、どのように介護施設の選好に結びつくかを多角的に検証できる。被説明変数及び説明変数の記述統計量は表6に示す。

表6 記述統計

	標本数	平均	標準偏差	最小値	最大値
サービス付き高齢者住宅選択	1,032	3.026	1.363	1	6
有料老人ホーム選択	1,032	3.016	1.357	1	6
特別養護老人ホーム選択	1,032	3.075	1.379	1	6
要介護非該当認識	1,032	81.010	7.597	59	95
介護サービス忌避意識	1,032	2.988	1.246	1	6
時間選好	1,032	0.309	0.462	0	1
リスク選好	1,032	14.091	3.291	10	20
金融リテラシー	1,032	-6.585	2.821	-10	0
主観的寿命予測	1,032	0.411	0.274	0	1

## 5.2. 推計結果

表7の推計結果から、モデル(1)のサービス付き高齢者住宅を選択したい場合では、要介護非該当認識が1%水準で負に有意な結果が得られた。これは、将来の介護ニーズを過小評価する健康楽観バイアスに起因し、必要な備えや制度の利用を避ける心理的傾向を示している。この傾向は、介護サービス忌避意識においても、同じように、負の有意な結果が1%水準で検出された。この結果は、介護サービスそのものに対する不安・誤解・拒否感が、将来的な施設選択行動を阻害する大きな要因になっている可能性を示唆する。モデル(1)の要介護非該当認識及び介護サービス忌避意識

に認められたこのような傾向は、モデル(2)の有料老人ホーム及びモデル(3)の特別養護老人ホームでも同様の結果が得られた。

一方で、リスク選好では、モデル(1)及びモデル(2)のサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームを選択する場合に、共通して、正に有意な結果が得られた。だが、モデル(3)の特別養護老人ホームでは、有意性が検出されなかった。このことから、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームでは、自由な契約・多様なサービス・自己決定の余地を重視する心理が反映されたものと考えられる。特別養護老人ホームについても係数は同方向であるが、有意性は得られないことから、制度的制約の強さ(要介護3以上、申込順など)がリスク選好の影響を希釈している可能性がある。将来志向(時間選好)、金融行動スキル、長寿期待といった合理的・計画的行動に関する変数は、いずれの施設選好とも有意な関連を持たなかった。これは、施設選好が制度的・経済的知識よりも、感覚的価値観(介護忌避、自由志向)によって左右されていることを示しており、介護制度に対するリテラシー不足を示唆している。

表7 推計結果

	サービス付き 高齢者住宅 選択	有料老人ホー ム選択	特別養護老人 ホーム選択
	(1)	(2)	(3)
要介護非該当認識	-0.174 *** (0.034)	-0.150 *** (0.033)	-0.196 *** (0.034)
介護サービス忌避意識	-0.603 *** (0.090)	-0.614 *** (0.090)	-0.585 *** (0.091)
時間選好	-0.005 (0.013)	-0.017 (0.013)	-0.007 (0.013)
リスク選好	0.035 ** (0.015)	0.040 *** (0.015)	0.027 (0.015)
金融リテラシー	-0.144 (0.150)	-0.079 (0.149)	-0.165 (0.151)
主観的寿命予測	0.006 (0.005)	0.003 (0.005)	0.000 (0.006)
constant	3.629 *** (0.497)	3.929 *** (0.495)	4.181 *** (0.503)
observation	1,032	1,032	1,032
Adjusted R2 value	0.084	0.083	0.085
Ftest	15.707 ***	15.383 ***	15.825 ***

備考) 括弧内は標準誤差を示す。 \*\*\*  $p < 0.01$ 、\*\*  $p < 0.05$ 。

### 5.3. 考察と本研究の限界

表7の推計結果に基づき、各介護施設類型に対する選好に影響を与える要因について検討を行う。まず、すべてのモデルにおいて、「要介護非該当認識」は1%水準で負に有意な係数を示した。これは、自らが将来的に要介護状態になるとは考えていない人ほど、介護施設を選好しない傾向があることを示しており、いわゆる「健康楽観バイアス」が行動選好に反映されていると解釈できる。将来的な介護リスクを過小評価することにより、施設利用の必要性そのものを認識せず、備えや制度活用を後回しにする心理的傾向がうかがえる。

同様に、「介護サービス忌避意識」も、すべてのモデルで1%水準で負に有意であり、介護サービスそのものに対する不安感、誤解、拒否反応が、介護施設選好を著しく抑制していることが示唆された。これは、制度への理解や介護経験の有無とは別に、感情的な忌避感が施設選好に与える影響の大きさを物語っている。

一方で、「リスク選好」は、モデル(1)のサービス付き高齢者住宅およびモデル(2)の有料老人ホームにおいて、いずれも5%水準で正に有意な係数を示した。これらの民間型施設は、自由な契約形態やサービス選択の柔軟性を有していることから、リスクを積極的にとる傾向をもつ個人にとって心理的な親和性が高いと考えられる。一方、モデル(3)の特別養護老人ホームにおいては、係数の方向は一致しているものの、有意性は確認されなかった。特養は要介護3以上の認定を要し、申込順や行政基準に基づいて入所の可否が決まるなど、制度的制約が大きい施設であるため、リスク選好者の自由志向とは親和性が低い可能性がある。

他方、「時間選好」「金融リテラシー」「主観的長寿予測」といった、合理的意思決定や将来設計に関する変数群はいずれのモデルにおいても統計的に有意ではなかった。この点は、施設選好の意思決定において、制度的知識や長期的な経済合理性よりも、むしろ主観的リスク認識や感情的な価値観(忌避意識・自由志向)のほうが支配的であることを示している。とりわけ、金融的理解や将来予測が行動選好に反映されていないという点は、介護リテラシーの不足、あるいは制度的な不透明感が影響している可能性を示唆する。

以上の結果から、介護施設選好は、制度知識や計画性といった合理的判断に基づくものというよりも、主観的な健康観や感情的なサービス忌避、あるいはライフスタイルに対する価値観といった心理的要因によって大きく左右されていることが明らかとなった。

本研究は、介護施設選好に影響を与える主観的認識や心理的特性に焦点をあて、制度的知識に加えて感情的・行動経済学的要因の役割を明らかにした点で、一定の学術的および実務的意義を有している。一方で、いくつかの制約と今後の検討課題も残されている。第一に、本研究で用いた被説明変数は、いずれも5段階評価による主観的な選好意向であり、実際の施設入所や契約といった現実の行動を捉えたものではない。したがって、選好がそのまま将来の行動に結びつくとは限らず、意向と行動の乖離が生じる可能性がある。今後は、実際の介護利用や住宅選択履歴とのリンク

データを用いることで、意向形成と意思決定の過程をより実証的に捉える必要がある。

第二に、本調査は 2025 年 2 月時点でのオンラインアンケートに基づくものであり、50～64 歳を中心とする予備高齢者層が主な対象であった。この年齢層は、まだ自らの介護リスクや施設利用を現実問題としてとらえていないケースも多く、回答には一定の仮定的・想像的要素が含まれている。今後は、より高齢の層や、実際に介護経験のある人々、またはその家族を対象にした分析により、現実的選好との比較・検証が求められる。

第三に、本研究では介護制度に関する知識水準や誤解の程度そのものを測定する設問を含んでいない。介護サービスや施設に対する忌避意識の背後には、正確な情報の欠如や制度に対する誤認が存在する可能性が高い。今後の研究では、介護リテラシーの客観的評価や制度理解度の違いが選好や行動に与える影響を明示的に取り込むことが課題である。

#### 5.4. 結論

本調査結果から、介護施設の選好が単なる制度理解や経済合理性だけでなく、主観的な健康認識・サービス忌避・自由志向といった心理的要因に強く依存していることを明らかにした。とりわけ、介護リスクを低く見積もる傾向や、介護サービスへの拒否感が、将来的な施設選択を困難にするリスクが高い。したがって、制度理解の普及と介護リテラシーの向上こそが、自己決定を尊重した介護生活支援の第一歩であると結論づけられる。

#### 【参考文献】

- Takahashi, S., Yonekura, Y., Takanashi, N., & Tanno, K. (2022). Risk Factors of Long-Term Care Insurance Certification in Japan: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2162. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042162>
- Asahara, K., Momose, Y., & Murashima, S. (2003). Long-Term Care Insurance in Japan: Its Frameworks, Issues and Roles. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/23733223>
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2022). Long-Term Care Insurance System of Japan. [https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcisj\\_](https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcisj_)