

私的介護保険の可能性について

下野 恵子

1. はじめに

2000年4月から公的介護保険が実施され、介護サービスの供給も増え、介護サービス市場の成立の基盤が整ってきた。

この論文では、私的介護保険が保険商品として有望であるか否かについて考察する。単純に考えれば、介護サービスは公的介護保険でカバーされるので、私的介護保険の余地はないように考えられるかもしれない。しかし、医療サービスを考えると、公的な医療保険があるにもかかわらず、多数の人が私的な医療保険を購入しており、生命保険会社の主力商品となっている。私的介護保険は、私的医療サービスと同様に、生命保険会社の有望な商品になりうるのだろうか。

ここで、日本の公的介護保険の仕組みを簡単に説明しておく。

公的介護保険の保険者は市町村である。そのため、介護保険の運営のできない小さな自治体ではいくつかの自治体が広域連合をつくって対処している。介護保険は公費（税金）と保険料とで運営され、その負担は50%づつとなる。従って、もし介護保険需要が高まれば、保険料は自動的に増加する。公費は国、都道府県、市町村が2：1：1の割合で負担することになっている。介護サービス給付の半分をカバーする保険料を負担する被保険者は、40歳以上65歳未満の第2号被保険者と65歳以上の第1号被保険者からなる。介護サービスを受けることのできるのは、第1号被保険者の場合には要支援以上の要介護認定を受けた高齢者であり、第2号被保険者の場合には、初老期痴呆、脳血管障害などの老化が原因とされる疾病によって要介護認定を受けた場合に限られる。

ここで、公的介護保険の対象者数の推移を表にしたものが、表1である。要介護認定者数は、2000年4月の218万人から、2年後の2002年4月には300万人となり、対象者は年々増加していることがわかる。しかし、現在も要介護認定を受けた高齢者のうち約20%は、介護サービスを全く利用していない。この理由として、介護を受けている高齢者、介護者、双方にある「家族が介護を行うのが当然である」という思い込みに起因する部分が少なくないと思われる。さらに、介護サービス料金を支払う事に対する抵抗もある。しかし、介護の責任は家族にあると

表1 介護サービス利用者の推移

(単位：人)

	居宅介護	施設介護	利用者合計	要介護認定数	利用者割合
2000年4月	971,461	518,227	1,489,688	2,181,621	68.28%
2000年10月	1,296,922	623,925	1,920,847	2,473,419	77.66%
2001年4月	1,419,344	650,590	2,069,934	2,582,459	80.15%
2001年10月	1,593,520	664,580	2,258,100	2,821,991	80.02%
2002年4月	1,723,523	688,842	2,412,365	3,029,007	79.64%
2002年8月	1,841,551	702,925	2,544,476	3,215,641	79.13%

注：『介護保険事業状況調査』月報を用いて、下野が作成。

いう思いこみは、家族を追いつめ、殺人を含む高齢者の虐待となってあらわれる。介護に疲れたという理由で殺される要介護者が、多くの場合女性であるのは印象的である。介護を女性の役割としてきた日本社会の反映であろう。介護保険の保険者である市町村には、介護を家族に任せるのではなく、介護サービスを手軽に利用するように住民に働きかけ、説得する責任がある。

次に、介護保険料の算定であるが、第1号被保険者と第2号被保険者の場合とでは算定の仕方が異なる。第1号被保険者の場合は、定額保険料で、所得により減免措置がある。徴収は原則として公的年金からの天引きである。第2号被保険者で被雇用者の場合には、医療保険と同様に所得に定率の保険料となり、労使折半となる。国民健康保険加入者の場合には、医療保険と同様に算定される。保険料は自治体によってかなりの差があるが、平均すると月額3000円程度である。

また、介護サービス利用者の負担は、要介護度に応じた利用限度額の範囲であれば、利用料金の1割である。例えば、身体介護サービスを1時間受けると4020円なので、自己負担は402円となる。残りの9割は公的介護保険からの支出となる。施設介護についても同様であり、1ヶ月で約30万円程度かかる施設介護サービス料金のうち、自己負担分は1割の月3万円程度となる。

さて、日本では要介護認定の段階ごとに使用可能な金額の上限が存在する。表2にまとめられているように、最も介護度の低い要支援で月6万円、最も介護度の高い要介護5で約36万円と大きな開きがある。そして、その利用に関してはケア・マネジャーの助けを受けるにしても利用者の判断に任されている。現在の所、居宅介護サービス利用者は、利用額の上限の半分程度しか、サービスを利用していない。特に、要介護度が高くなるほど、利用割合(利用額/利用額の上限)は小さくなっている。大日(2002)では、介護サービスの利用が奢侈品になっている、つまり所得と介護サービスの利用額(自己負担分)が関連していることを見いだしている。もし、介護サービスが必要度に応じて利用されているとすれば、所得とは関連を持たないはずで

表2 介護サービス支給限度額

要介護状態区分	支給限度額
要支援	61,500円
要介護1	165,800円
要介護2	194,800円
要介護3	267,500円
要介護4	306,000円
要介護5	358,300円

ある。

一方、イギリスやオーストラリアでは、介護サービス利用料金の上限はないが、公的に供給されるサービスについては医者、看護婦、ホームヘルパーなどを含む複数の評価によって、厳しく査定される。また、介護サービスの自己負担割合は、所得と資産によるミーンズ・テストにより、高所得者・高資産者ほど高くなる。

この論文の構成は次のとおりである。2節では、日本の私的介護保険の現状について述べる。3節では、公的介護保険の存在しないアメリカ、基本的な介護サービスは公的に提供されているイギリス、オーストラリアの私的介護保険の現状をまとめる。4節はまとめである。

2. 日本の私的介護保険の現状

日本で発売されている介護保険には、医療保険と同じく、終身型と定期型がある。

終身型の私的介護保険は、個人年金の変形である。基本形は、痴呆や寝たきりになった場合に、介護費用として定額の「年金」を支払う保険である。それに、一時金や他の疾病に対する支払いが加わることもある。保険料は、「年金額」と加入年齢で決まる。個人年金と同様に、加入年齢が遅くなると保険料は、後で述べるように、加速度的に高くなる。

定期型の私的介護保険では、保険料は安くなるが、保険給付の支払い回数が制限される。例えば、住友生命の定期タイプでは給付は10回に限られる。

さらに、医療保険や生命保険に介護特約をつけることも可能である。

ここで、日本の生命保険会社ごとの介護保険発売状況と介護特約の現状をまとめたものが、表3である。表3をみてわかるように、介護保険を発売している会社は決して多くない。何らかの介護保険を販売しているのは、保険会社39社のうち13社であり、終身型が11社、定期型が7社である。介護特約をつけることが可能な保険会社さえ、39社のうち12社にすぎない。生命保険文化センターで聞いた話でも、実際に売れないこともあり、各保険会社も介護保険を積極的に売ろうとはしていないとのことである。

表3 介護保険・介護特約の現状

保険会社	介護保険	介護特約	その他
アイエヌジー生命	○		1.5
あいおい生命	○	○	
アクサ生命	○	○	
朝日生命	○	○	
あざみ生命			
アメリカンファミリー		○	△
アリコジャパン	○	△	△
AIGスター生命		△	
オリックス生命	○		
共済火災海上生命	○		
クレディスイス生命	○		7
おひまろく生命	○	△	2
ゾラルタ生命	○		
スカンディア生命			
住友生命	○	○	1.5
セゾン生命	○	3	
ソニー生命	○	1.3	1
太陽生命	○	○	
第一生命	○	3	
大塚生命	○	3	
チューリップライフ	○		
ロイヤル生命	○		
T&Dフィナンシャル生命	○		
東京海上あんしん生命	○		
日動生命	○		
日本興亜生命	○	3	
日本生命	○		4
ハートフォード生命			
ビーシーエー生命	○		
富国生命	○	○	
富士生命	○		
ブルデンシャル生命	○		7
マスマニューアル生命	○		
マニユライフ生命	○		
三井生命	○		4
三井住友海上あんしん生命	○	3	
明治生命	○		
安田生命	○		
安田火災ひまわり生命	○		

※○は保険会社から発表が開始している保険会社です。

資料：生命保険協会『生命保険種類一覧』（平成13年12月）

介護保険

所定の要介護状態に該当し、その状態が一定の期間継続した場合に、一時金や年金などが受け取れる保険。
 △…日常生活動作に障害がある場合、給付金が受け取れるタイプ。
 ○…死亡した場合、所定の障害状態または所定の要介護状態に該当しその状態が一定期間継続した場合、年金受取人が生計している親や年寄りが受け取れる連生タイプの保険。
 ◇…がん、急性心筋梗塞、脳卒中の3大成人病により所定の状態になった場合にも、保険金が受け取れるタイプ。

保険会社が積極的に介護保険を売っていない理由ははっきりしている。第1に、保険会社にとって、介護保険は、個人年金と同様に長期の保険であるので、収益の不確実性が高くなり危険な商品でもある。第2は、公的な介護サービスの利用者が高齢者の5%程度であり、まだ利用者や利用額の詳細像がはっきりしていないために、私的な介護保険の設計が難しいということもある。公的介護保険が導入されてからまだ3年しかたっていないために、保険料算定のためのデータが十分集まっていないのは、保険会社にとって重大なハンディである。さらに、第3として、介護サービスの必要度を認識している人ほど加入に積極的になるという「逆選択」の問題も起こりやすい。病気やけがは誰に起きるのかランダムと想定できるので、多数の加入者があり大数の法則が成り立つと考えられるが、将来の介護の必要性については、病気やけがよりも予測可能性が高い。

次に利用者サイドから、私的介護保険の購入を検討しても、いくつかの問題点がある。

まず、第1に、介護保険の必要性を認識するのは、50歳前後からと思われるが、加入が遅くなると、保険料は加速度的に高くなる。例えば、アリコ・ジャパンのLong-term Careという介護保険の場合18歳から70歳まで加入可能であるが、15年で払い込みの終身タイプの場合、

痴呆や寝たきりになった場合において生涯給付となる基準年金額（介護費用）が年 50 万円のプランで、加入年齢が 50 歳の男性で月額 18,790 円、50 歳の女性で月額 23,005 円であるが、60 歳になると、男性 33,065 円、女性 40,540 円と急激に高くなる。介護が必ず必要になると考える人以外、なかなか支払う気になれない額である。

第 2 として、保険料支払いの基準が厳しい。痴呆の場合、医師の認定から 3 カ月、寝たきりであると 6 カ月の待機期間がある。つまり保険給付を待たなくてはならない。しかし、実際に費用の必要性からいうと、最初にベッドや身の回りを整えるために費用が必要となるのに、それに間に合わないことになる。さらに、痴呆や寝たきりの認定を一般の医療機関ではなく自社（あるいは指定機関）で行うところもある。

さらに、第 3 として、消費者の立場からいうと、介護保険のカバーする範囲と医療保険でカバーされている範囲との区別が明確ではない。現実にも、老人病院だけではなく一般病院においても、少なからぬ高齢者に対して介護サービスが病院で提供されているが、病院への入院に関する限り、公的医療保険と私的医療保険でカバーすることができる。そして、高齢者の私的医療保険の保険料は高額である。つまり、市場で供給される介護保険は、医療保険とは補完的ではなく代替的であり、高額な私的医療保険に加入すれば私的介護保険に購入する財政的余裕がなくなり、その結果、介護保険の加入者が少なくなるのは当然であろう。

3. 欧米の私的介護保険

この節では、アメリカ、イギリス、オーストラリアの私的介護保険の普及状態について簡単に述べる。

まず、65 歳以上を対象とするメディケアを除いて公的医療保険も公的介護保険も存在しないアメリカにおいては、私的医療保険の加入者は多いが私的介護保険の加入者はごく少数にとどまっている。一方、財源を税金とし公的に介護サービスが提供されるイギリスやオーストラリアでは、私的介護保険の役割は非常に限定的であるが、高所得者・資産家にターゲットを絞って、公的介護サービスで不足する部分をカバーする形で一般化している。

3-1 アメリカの現状

アメリカはセーフティーネットとしての社会保障制度を持たない国である。65 歳以上を対象とするメディケアを例外として公的医療保険も公的介護保険も持たない。メディケアは 65 歳以上が被保険者となるので、当然ながら財源は少なくメディケアでカバーされる病気の種類は厳しく限定されている。

アメリカは医療保険がないために、自由診療の世界であり、医療費は非常に高額である。そ

のために、私的医療保険の保険料も高額になる。正規従業員の場合、大企業では保険料は雇用者が負担するケースが多い。そのために遺伝子チェックは重要な従業員選別の手段になりかねない。また、本人、家族の継続的な医療費負担は、転職の自由をうばう。

正規従業員でない限り会社は医療費を負担してくれないために、高額な私的医療保険に加入できない就業者は多い。その結果、アメリカの人口約2億人のうちいかなる医療保険にもカバーされていない人が約4000万人存在する。つまり、これらの人は、病気になれば貯金や住宅などの資産を食いつぶし、その後は低所得者向けのメディケイド（財源は税金）の世話になるしかない。

医療の世界と同様のことが、介護サービス分野でも起きている。

アメリカでは1998年で、65歳以上の高齢者の5.8%がナーシング・ホーム（日本の特別養護老人ホーム）に住んでいる。しかし、高齢者の8%しか介護保険（当然私的介護保険）に加入しておらず、高齢者介護にかかる支出の62%が、メディケイド、メディケアなどの公的支出となっている。そのうちでもメディケイドの比重が高い（総支出の40%強）。30%程度が所得、貯蓄の取り崩し、子供の援助などによる個人負担となっている。

このように、高齢者のナーシング・ホームでの介護費用は、メディケア、メディケイドの大きな荷物となっている。実際、1998年の平均で、ナーシング・ホームでは年間54,000ドル（月額4,500ドル）の費用がかかり、在院期間は平均2年半となっている。なお、訪問看護サービスの平均費用は1日98ドルである。

そこで、アメリカ政府は私的介護保険の購入を積極的に押し進めている。2001年にはLong Term Care Security and Retirement Actができ、介護保険の税額控除や雇用者に対する福利厚生のカフェテリア・プランのなかに介護保険を導入することが決定された。2002年3月25日には、連邦政府の雇用者2000万人と退職者を対象にして、介護保険への加入を勧め、200万人が新たに加入した。平均年齢は51歳であった。

アメリカの典型的な介護保険は定期型で、給付期間の限られたタイプである。最も多いのは、一日あたりの給付の上限があり（ナーシング・ホームで1日100ドル、在宅介護で1日50ドル）、給付期間が3年から5年の保険である。5年以上のプランはほとんどない。また、5%のインフレに対応できるケースもあり、給付は施設介護サービス、在宅介護サービスのほとんどをカバーしている。年間の保険料は、インフレに対応していない基本プランで、50歳で年間364ドルであるが、65歳では年間980ドルとなり、79歳では3,907ドルとなる。インフレ対応の場合には、それぞれ、802ドル、1,829ドル、5,592ドルとなり、格差は大きい（1998年、Health Insurance Association of America）。

ちなみに、1997年の介護保険購入に関する税額控除は、40歳以下で210ドル、50歳までが380ドル、60歳までが770ドル、70歳までが2,050ドル、71歳以上が2,570ドルとなっており、インフレに対応しない基本プランの大半を控除できる非常に高い税額控除となっている。つまり、

介護保険購入に関する税額控除は、介護保険の購入のための大きなインセンティブとなっている。

しかしながら、このような税額控除を介護保険の購入インセンティブとして積極的に活用したとしても、私的介護保険を購入できる層は、最大限で高齢者の20%程度と推定されている。つまり、アメリカの介護サービス給付についても、公的な資金（メディケアやケディケイドなど）の役割は依然として大きく、私的な介護保険の果たす役割は限定されたものである。

3-2 イギリス、オーストラリアの現状

次に、アメリカと異なり、公的に介護サービスが供給されているイギリスとオーストラリアの私的介護保険の状況を説明する。

イギリスとオーストラリアの公的介護サービス制度は非常に似ている。日本と異なり介護サービスは税方式で運営され、営利企業、NPOを問わず民間団体が運営する場合でも介護サービス供給に多額の公的資金が投入されている。例えば、オーストラリアの場合には、重度の要介護者のためのナーシング・ホーム（日本の特別養護老人ホームに当たる）や、かなり自立度は高い高齢者に対して食事や簡単な手助けをおこなうホステル（日本のケアハウス）などの施設介護サービス給付にかかる費用の約7割を公的に補助している。なお、ナーシング・ホームは株式会社と民間非営利団体、ケアハウスは民間非営利団体の経営する比率が高くなっている。訪問介護サービス供給の8割が公的に行われており、民間非営利団体が2割を提供している。なお、オーストラリアの介護サービスの現状については、下野（2002）を参照していただきたい。

イギリスとオーストラリアは公的介護制度が類似しているために、私的介護保険の目的も同じである。両国とも、基本的な介護サービスは税方式により運営されており、公的に介護サービスが提供されるが、所得・資産によるミーンズ・テストがあり、所得や保有資産に応じて介護サービスの利用料が決定される。そのため、高所得者や多額の資産保有者の場合、公的に供給されていても介護サービス利用料が全額自己負担になる可能性がある。

そのため、イギリスやオーストラリアの私的介護保険の目的は、介護サービスの利用によって資産が目減りすることを恐れる高齢者の不安に対応することと、非常に明快である。つまり、ミーンズ・テストに引っかかる可能性がある中・高資産保有者を対象として、高齢者の介護サービスを利用による資産の目減りを防ぐことを目的とする。

なお、両国では、所得・資産の補足が社会保障番号（国民総背番号）によって完全になされているために、介護サービス利用料金が、所得・資産によって変わる点は日本と全く異なる。

イギリスでは、2000年3月時点で、介護保険はたった23,000しか売れていない。The Royal Commission on Long Term Care（1999）は、介護サービス分野で、私的介護保険が果たす役

割は非常に限定的で、重要ではないと結論している。さらに、もし公的な制度を私的な介護保険で代替すると十分な費用を調達できないので、介護サービスは公的に供給する方が安上がりであるとしている。その根拠として、公的介護保険のないアメリカを例としてあげ、アメリカの私的介護サービスの供給や私的介護保険の購入世帯の少ないこと(10～20%程度が購入可能。実際には1998年時点で8%)、をあげている。オーストラリアについても、Richard(1997)が同様の議論を行い、同様の結果を得ている。

4. ま と め

以上で見てきたように、介護サービスの必要性を認識するのは高齢になってからであり、加入年齢の遅れが保険料の高さに結びつくことを考慮すれば、日本を含め、どの国においても私的介護保険が医療保険ほど一般的になることはないと予想される。公的介護保険のないアメリカでさえ、介護保険の購入世帯は10%に満たないのである。

ただし、公的介護保険が存在しており、何らかの意味で介護サービスが制限されている場合には、限定された領域ではあるが、私的介護保険を活用できる可能性がでてくる。例えば、イギリスやオーストラリアにおいては、介護利用者のサービス供給量は公的に査定されるので、もし公的に供給される以上の手厚い介護サービスを望むならば、私的介護保険に入る意味がある。また、介護サービス利用料が、所得や資産によるミーンズ・テストによって決定されるので、介護サービス料の自己負担による資産の目減りを避けるために、私的介護保険を活用する方法もある。

日本の場合であれば、介護施設が不足しているので、やむなく在宅介護をせざるを得ないケースも多い。その場合、私的介護保険からの年金給付が、介護者に対する報酬として活用されれば、家族介護の助けになる可能性もある。また、表2に示したように、要介護度によって介護サービスの利用額の制限があるので、手厚い介護サービスを望む場合には私的介護保険を利用する方法がある。

いずれにしても、公的介護保険の存在しないアメリカを含めて、私的介護保険は、公的な介護保険(介護制度)に比べれば、微々たる役割を担うにすぎない。その理由としては、医療と異なり介護のリスクは若い世代では認識しにくいこと、そして、認識した時点では遅すぎて掛け金が高くなりすぎ一般的な世帯では購入が困難になることがあげられる。

謝辞：この研究は、簡易保険文化財団からの助成金(2002年度)を得て行われた。資金援助に対して深く感謝する。もちろん、この論文で示された意見は下野個人のものである。

参考文献

- Chen, YP. (2001), Funding Long-Term Care in the United States: Applications of the Trade-off Principle in Both Public and Private Sectors, mimeo.
- 大日康史(2002)「公的介護保険による実際の介護需要の分析—世帯構造別の推定—」, 季刊 社会保障研究, vol. 38, no. 1, 67-73.
- OECD (1996), Caring for Frail Elderly People: Policies in Evaluation, OECD Publishers.
- Richardson, J. (1997), Long Term Care Insurance, working paper 64, Centre for Health Program Evaluation.
- 下野恵子(2002)「介護サービスにおける公私の役割分担と公的支援の必要性—日本とオーストラリアの介護サービスの比較—」, 国際地域経済研究, 第3号, 56-72.
- 下野恵子・大日康史・大津廣子(2003)『介護サービスの経済分析』, 東洋経済新報社.
- The Royal Commission on Long Term Care (1999), With Respect to Old Age: Long Term Care Rights and Responsibilities, The Stationary Office Limited.

(2003年12月25日受領)