

政策研究レポート

# 介護保険における2割負担・3割負担の導入の影響と今後検討すべき論点

社会政策部 研究員 大西宏典

## 1. はじめに

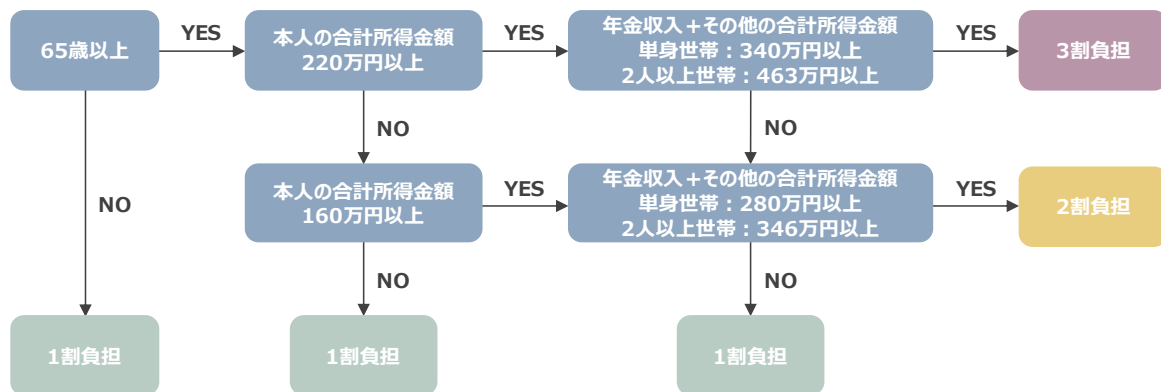
「負担能力に応じた負担」の掛け声のもと、一定以上の所得を有する者について、介護保険の利用者負担割合が従来の1割から2割・3割へと引き上げられた。本稿では、その影響について検証するとともに、今後議論の俎上に載ると見込まれる原則2割負担化について<sup>1</sup>、検討すべき論点を提示する。

## 2. 背景

少子高齢化等により社会保障財政が厳しさを増す中、平成25年8月にとりまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」において、「負担能力に応じた負担」(応能負担)を求めていくという方向性が打ち出され、以降の社会保障制度改革では、様々な形で負担の在り方が見直されてきた。

介護保険においても、原則1割の利用者負担割合について、一定以上の所得を有する者には、平成27年8月から2割負担が導入され、さらに、その中でも特に所得の高い層には、平成30年8月から3割負担が導入された。

図表 1 介護保険における利用者負担割合の判定フロー



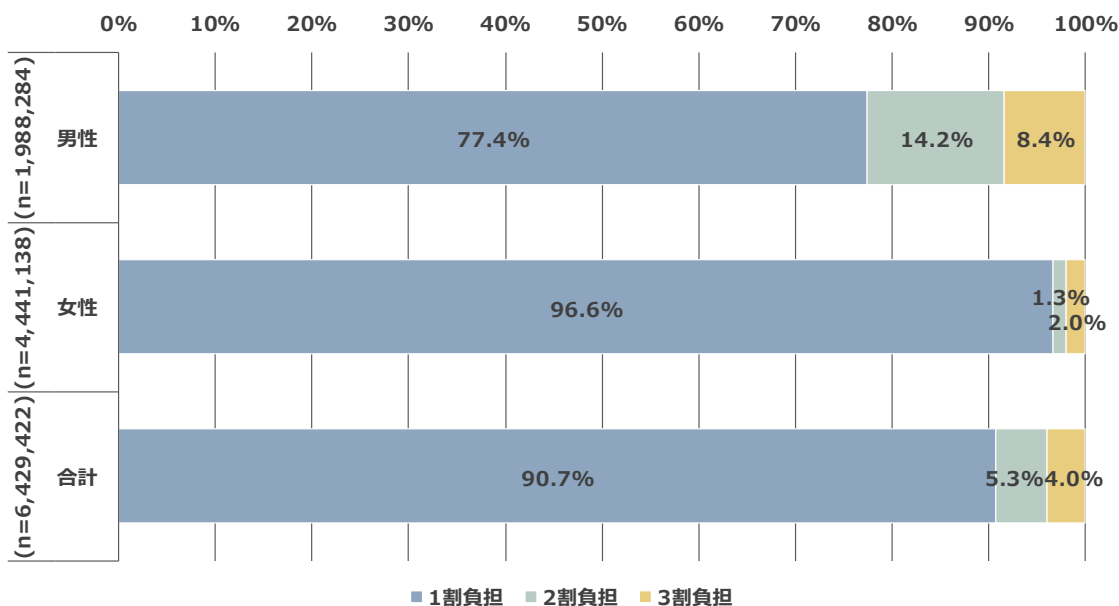
(出所)厚生労働省 HP (<https://www.mhlw.go.jp/content/000334525.pdf>)より作成

厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」(平成31年1月分)によれば、全国の要介護・要支援認定者(65歳以上のみ)のうち、2割負担者は5.3%、3割負担者は4.0%となっており、性別に見ると、男性の該当者が多くなっている<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 本年4月の財政制度等審議会財政制度分科会にて提案がなされている。財政制度等審議会財政制度分科会資料(平成31年4月23日、[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf))を参照。

<sup>2</sup> 2割負担者及び3割負担者のうち、凡そ4分の3程度を男性が占める。

図表 2 要介護・要支援認定者(65歳以上)に占める1割・2割・3割負担者の割合



(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」(平成31年1月分)より作成  
 (注)65歳未満の要介護・要支援認定者は除いている。

こうした状況の中、当社では、厚生労働省より老人保健事業推進費等補助金を受け、介護保険における利用者負担割合の引き上げが、介護サービスの利用にどのような影響を与えたのかを検証するため、平成29年度に「介護保険における2割負担の導入による影響に関する調査研究事業」(以下「平成29年度調査」)、平成30年度に「介護保険における3割負担の導入による影響に関する調査研究事業」(以下「平成30年度調査」)を実施した。以下では、その調査結果の要点を簡潔に紹介する。

### 3. 調査の概要

両年度とも、全国の居宅介護支援事業所に対して調査票を送付し、ケアマネジャーの担当している利用者の属性や、制度変更(平成27年8月及び平成30年8月)の前後で介護サービスの利用に変化があったか、といった点について、ケアマネジャーに回答を依頼した。制度変更の対象となった者(「処置群」)とならなかった者(「対照群」)を比較するため、平成29年度調査では1事業所につき1割負担者と2割負担者を最大4名ずつ、平成30年度調査では2割負担者と3割負担者を最大4名ずつ、それぞれ無作為に抽出して回答を求める形式とした<sup>3</sup>。

図表 3 調査の概要

	平成29年度調査	平成30年度調査
調査期間	平成30年2月5日～3月2日	平成31年2月4日～3月1日
発送件数	4,000件	6,000件
有効回答数	1割負担：5,427票 2割負担：3,342票	2割負担：5,977票 3割負担：4,791票

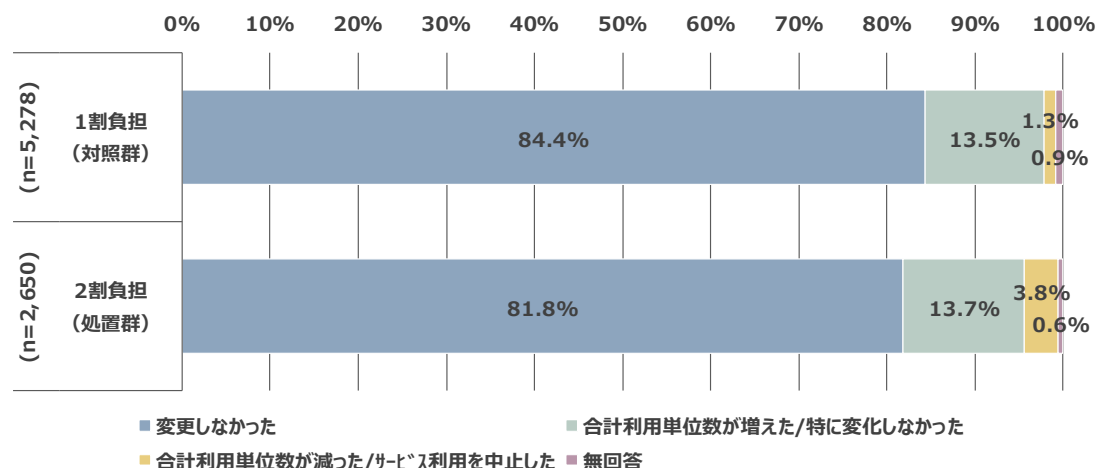
(出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2018、2019)より作成

<sup>3</sup> 両年度とも、制度変更から回答時点まで同一の居宅介護支援事業所を利用している者を対象としているため、途中で死亡・転出した者や施設へ入所した者等は調査客体に含まれていない。従って、調査結果にはサンプルセレクションバイアスが生じている可能性がある点に留意されたい。

#### 4. 調査結果<sup>4</sup> —利用者負担引き上げの影響は極めて小さい—

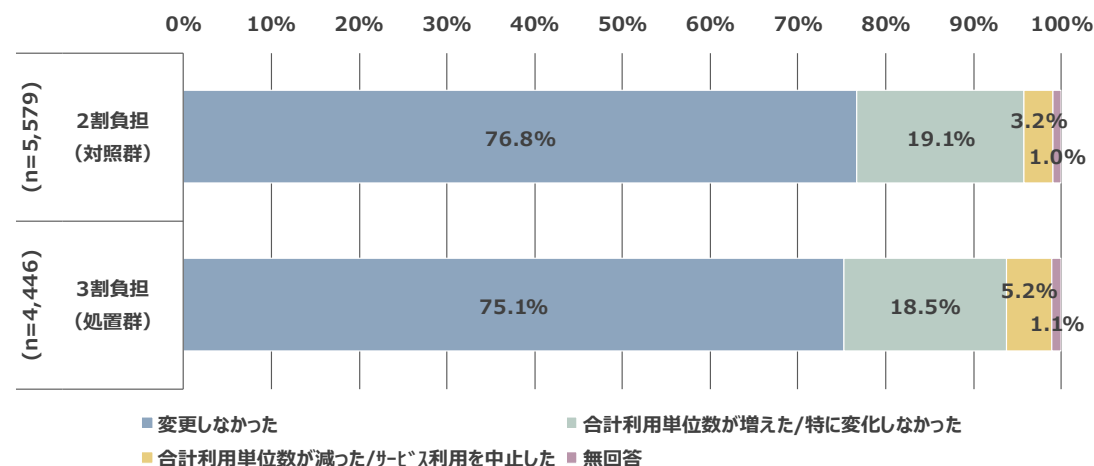
平成 29 年度調査では、平成 27 年 8 月～12 月において、同年 7 月以前のケアプランを見直したかを尋ねた。また、平成 30 年度調査では、平成 30 年 8 月～12 月において、同年 7 月以前のケアプランを見直したかを尋ねた。その結果は次の通りである。

図表 4 制度変更後(平成 27 年 8 月～12 月)に従前のケアプランを変更したか



(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2018) より作成  
 (注) 平成 27 年 8 月以降の新規利用者は除いている。

図表 5 制度変更後(平成 30 年 8 月～12 月)に従前のケアプランを変更したか



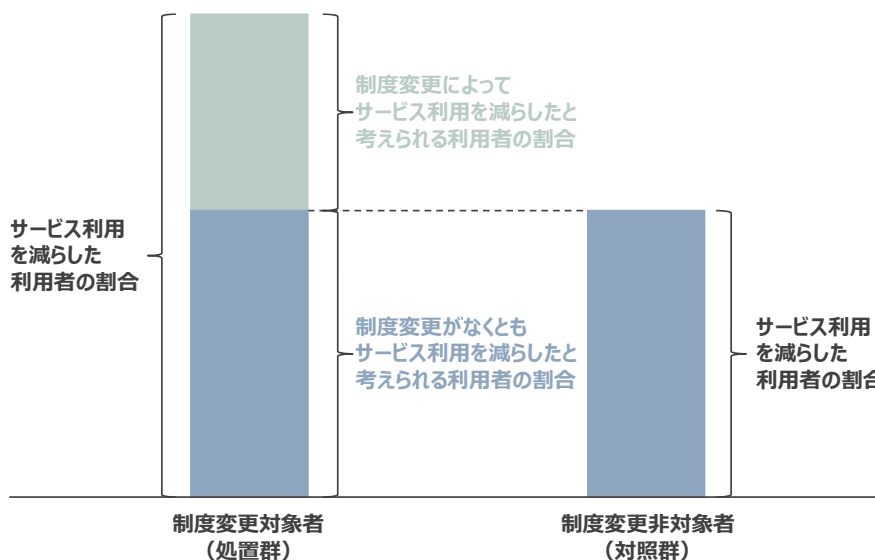
(出所) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2019) より作成  
 (注) 平成 30 年 8 月以降の新規利用者は除いている。

この結果を見ると、「2割負担の影響で 3.8%、3割負担の影響で 5.2%の利用者がサービスを減らした」と受け止められがちである。しかしながら、各年度の調査において、制度変更の影響を受けない「対照群」でも、それぞれ 1.3%、3.2%がサービス利用を減らしているのであり、「処置群」と「対照群」の差分、すなわち 2.5%、2.0%程度が制度変更の凡その影

<sup>4</sup> 本稿では議論の簡略化・平易化のため、95%信頼区間等を示していないが、より丁寧な検討を行う上では、調査結果について幅を持って見るのが肝要である点に留意されたい。

響であったと考える方が、より実態に近い。

図表 6 制度変更によってサービス利用を減らしたと考えられる利用者の割合(考え方のイメージ)

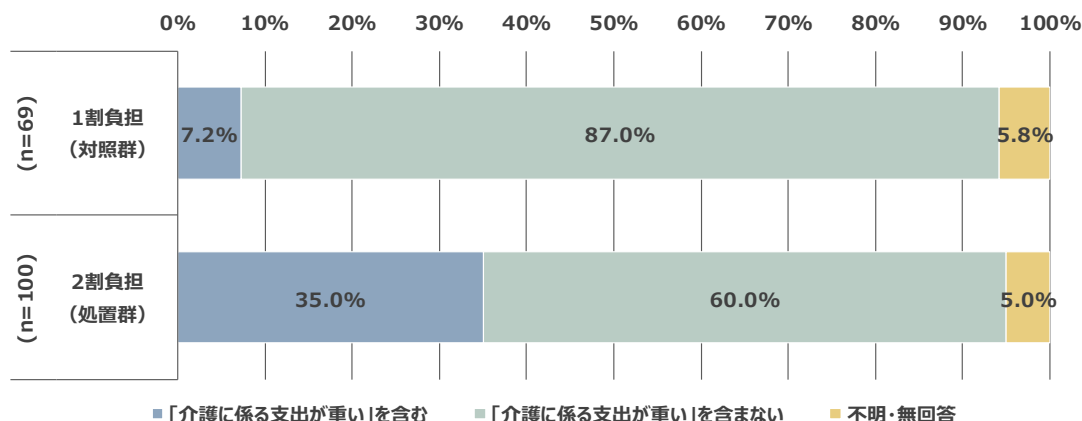


次に、サービス利用を減らした理由について検討する。サービス利用を減らした者の中には、経済的負担を理由に減らした者だけでなく、単に本人の状態や在宅での生活環境が改善したり、満足度の低い介護サービスを減らしたりした者も含まれる。つまり、経済的負担から必要度の高いサービスまで減らすケース(「利用控え」と、必ずしも経済的理由によらずにサービス利用を減らすケース(この中にはサービス利用の「適正化・効率化」と言えるケースも含まれよう)の 2 つが含まれ、両者は区別して検討する必要がある。

そこで、両年度の調査とも、サービス利用を減らした理由について複数選択式で尋ね<sup>5</sup>、選択肢「介護に係る支出が重く、サービスの利用を控えたから」を選択した者を「利用控え」を行った者と定義し、それ以外の者を「その他の理由による利用減」を行った者と定義することとした。調査結果は次の通りである。

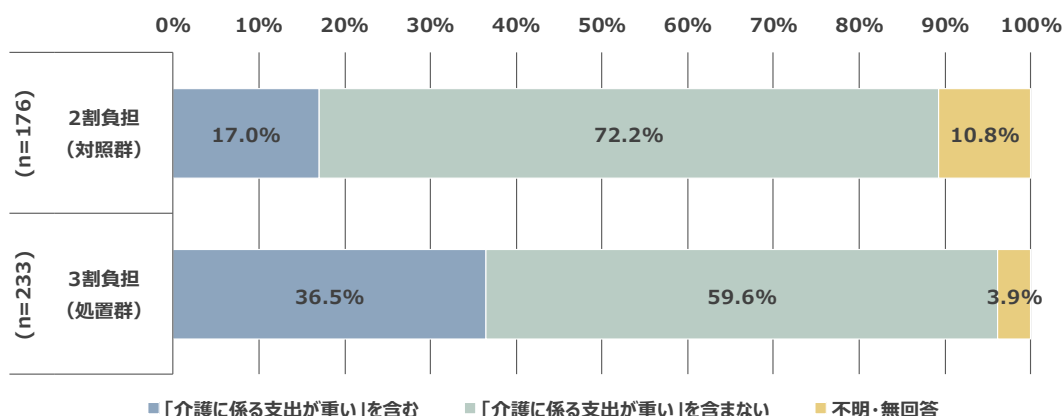
<sup>5</sup> 用意した選択肢は次の通りである。「利用者の要介護度や状態等が改善したから」、「必要性が低く、利用者・家族が希望しないサービスの利用を減らしたから」、「入院等によって、介護保険サービスを利用する機会・必要性が減ったから」、「家族・同居者の動向(家族が同居して介護を行うようになった等)を反映したから」、「質・内容に利用者・家族が不満を持っているサービスの利用を減らしたから」、「他の支出が急に必要になり、止むを得ずサービスの利用を控えたから」、「介護に係る支出が重く、止むを得ずサービスの利用を控えたから」、「その他」、「分からない」。

図表 7 サービス利用を減らした理由(平成 29 年度調査)



(出所) 三菱 UFJ リサーチ &amp; コンサルティング (2018) より作成

図表 8 サービス利用を減らした理由(平成 30 年度調査)



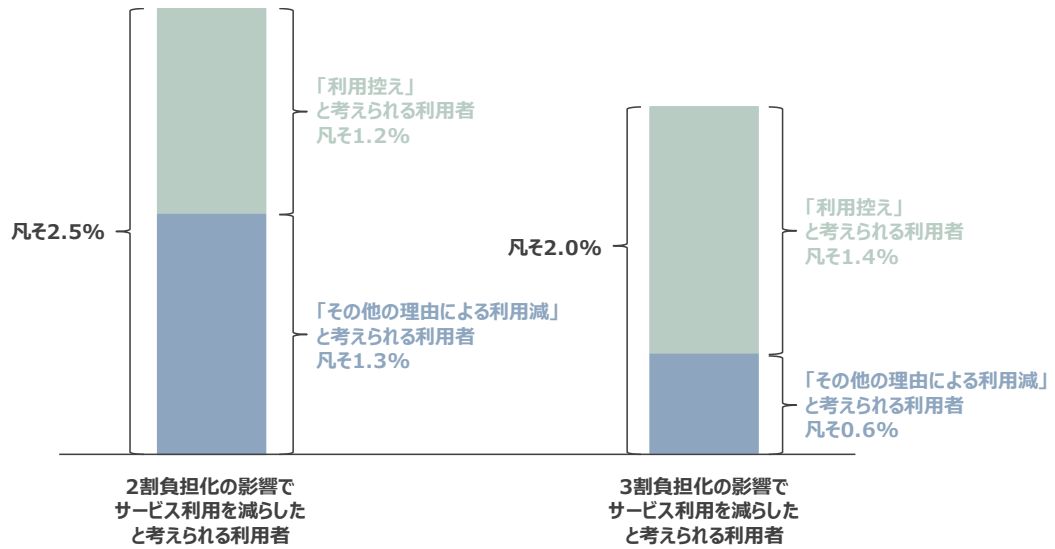
(出所) 三菱 UFJ リサーチ &amp; コンサルティング (2019) より作成

この結果を見ると、制度変更の対象となった利用者の方が、「利用控え」を行った割合が高いことが分かる。ただし、図表 6 のイメージと同様に、制度変更の影響としては、「処置群」と「対照群」の差分に着目した方がより実態に近い。つまり、2割負担者や3割負担者で「利用控え」を行った者の中には、制度変更の影響によって「利用控え」を行った者だけでなく、制度変更がなかったとしても「利用控え」を行っていたと考えられる者が含まれるため、制度変更の影響を受けなかった「対照群」と「処置群」の差分を見ることによって、制度変更の影響の実態にアプローチしようという考え方である。

図表 4 と図表 7 の結果より、平成 29 年度調査では、1割負担者の 0.1% (=1.3%×7.2%)、2割負担者の 1.3% (=3.8%×35.0%) が「利用控え」に該当し、同様に、図表 5 と図表 8 の結果より、平成 30 年度調査では、2割負担者の 0.5% (=3.2%×17.0%)、3割負担者の 1.9% (=5.2%×36.5%) が「利用控え」に該当した。これらについて、それぞれの差分をとると、2割負担化による「利用控え」は 1.2%、3割負担化による「利用控え」は 1.4%程度であったと推計される。

ここまでの結果を整理すると、2割負担化の影響でサービス利用を減らしたと考えられる者が凡そ 2.5%であり、うち 1.2%程度が 2割負担化の影響による「利用控え」に該当し、それ以外が「その他の理由による利用減」であると考えられる。また、3割負担化の影響でサービス利用を減らしたと考えられる者は凡そ 2.0%であり、うち 1.4%程度が 3割負担化の影響による「利用控え」に該当し、それ以外が「その他の理由による利用減」であると考えられる。以上を図解すると次の通りとなる。

図表 9 制度変更による「利用控え」と考えられる利用者の割合(イメージ)

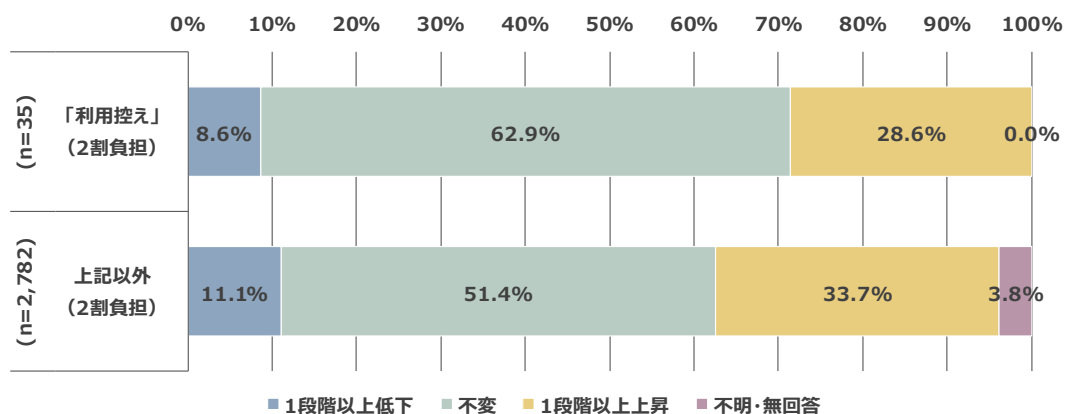


(出所) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング (2018、2019) より作成

本調査の結果を総括すると、利用者負担割合の引き上げによる「利用控え」は非常に少なかったと考えられる。ただし、本稿で紹介した分析結果には、いくつかの課題が存在する。

1 点目は、サービス利用の減少が、利用者の身体・健康面や、家族等のインフォーマルケアに与える影響である。平成 29 年度調査では、「利用控え」をした 2 割負担者とそれ以外の 2 割負担者について、制度変更からの約 2 年間における要介護・要支援度の変化を比較したが、両者で有意な差はなく、「利用控え」によって心身の状態に悪影響があったとは言えなかった<sup>6</sup>。しかしながら、これは短期的な影響を一面的に評価したに過ぎず、より長期的な影響を多面的に評価していく必要があることは論を俟たない。

図表 10 平成 27 年 10 月 1 日時点と平成 29 年 12 月末時点の要介護・要支援度の変化(平成 29 年度調査)



(出所) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング (2018) より作成

2 点目は、分析結果の精度である。本稿では、「処置群」と「対照群」の差分を制度変更の凡その影響とみなす手法を

<sup>6</sup> なお、平成 30 年度調査では、3 割負担の導入から調査実施時期までに、十分な期間が空いていないことから、要介護・要支援度の変化については調査していない。また、家族等のインフォーマルケアに与える影響については、ケアマネジャーへのアンケート調査という設計上、把握することが困難であった。

採ったが、これは十分に精緻な分析手法とは言い難い。なぜならば、両群が同質的な集団ではない場合、その差分には制度変更以外の影響が含まれており、制度変更の影響を過大・過小に評価してしまう可能性があるからである。これを避ける手法として、もし利用者の所得情報が把握可能であれば<sup>7</sup>、「辛うじて 3 割負担(2 割負担)となる所得水準の者」と「辛うじて 3 割負担(2 割負担)とならない所得水準の者」を比較する「回帰不連続デザイン(RDD)」を採用することが考えられる。これにより、利用者負担割合のみが異なるほぼ同質的な集団同士を比較できるため、より精緻に制度変更の影響を捉えることが可能となる。

3 点目は、「利用控え」を行う利用者の特徴である。両年度とも、「利用控え」を行った利用者とそれ以外の利用者の属性を比較したが、「利用控え」を行った利用者のサンプルサイズが非常に小さいこともあり、ほとんど有意な差は見られなかった。「利用控え」に影響を与えている因子の分析については、用いるデータや調査設計をより詳細に検討する必要がある、今後の検討課題としたい<sup>8</sup>。

## 5. 今後の議論で検討すべき論点 ー利用者負担の意義を踏まえた議論をー

ここからは、以上で紹介した調査結果も踏まえながら、今後の議論で検討すべき論点をいくつか提示したい。

本年 4 月の財政制度等審議会財政制度分科会では、介護保険の原則 2 割負担化が提案されており、社会保障審議会等でも、今後議論の俎上に載ってくると思われる。介護保険における原則 1 割という利用者負担割合は、(制度が大きく異なるとはいえ)諸外国と比べても高い部類ではなく、また、医療保険では 70 歳以上の患者負担割合が原則 1 割から 2 割へと段階的に引き上げられている経緯もあるため、原則 1 割負担を絶対視せずに、保険料・公費・利用者負担のバランスを俯瞰した、活発な議論が行われることが望まれる。

ただし、利用者負担について議論する際には、そもそも利用者負担がどのような趣旨で設けられたのかを整理しておかなければ、単なる保険財政の議論に終始してしまいかねない。

言うまでもなく、介護保険を含む社会保険制度は、要介護状態や傷病等の保険事故に直面した被保険者を、予め皆で拠出した保険料を財源とする給付によって救済することを目的としている(リスクの分散・社会化)。この趣旨に照らせば、保険事故に直面した被保険者が、保険給付を受けるに当たってさらなる負担を求められることは、本来イレギュラーな仕組みであると考えられる。

では、なぜ利用者負担が設定されているのか。介護保険の創設に携わった堤修三によれば、利用者負担の趣旨は 2 つある<sup>9</sup>。1 つが「サービスを利用する者と利用しない者とのバランス」であり、堤は「保険料負担のみで給付を受ける必要のない者の理解を得るためにはやむを得ない」と述べている。介護保険では、(現在あるいは将来にわたって)介護を受ける必要のない者も、自らの意思と拘りなく強制的に保険料を徴収される。このような被保険者を納得させるため、介護サービスという便益を受ける者に、追加的な負担を求めることが正当化されるのである。これは、「受益者負担」あるいは「応益負担」に基づく発想であると言える。

もう 1 つが、「サービス利用の適切性・効率性」であり、この点については調査結果の紹介の中でも簡単に触れた。医療経済学では、医療保険によって患者が医療サービスの「真の価格」に直面しない(医療費の大部分が保険給付によって賄われる)ことがもたらす過剰な利用(モラルハザード)を、適切な患者負担割合の設定によって、健康アウトカムに影響することなく、抑制することができるという知見が多く得られている<sup>10</sup>。

<sup>7</sup> 本調査では、ケアマネジャーへのアンケート調査という設計上、利用者の正確な所得情報の把握は困難であった。

<sup>8</sup> 他にも、介護サービス需要の価格弾力性の推定等も、重要な論点となり得るが、本稿ではこれ以上は踏み込まない。

<sup>9</sup> 堤(2018) pp.241-243。

<sup>10</sup> 例えば、米国のランド研究所が行ったランダム化比較試験(RCT)である「ランド医療保険実験」が良く知られている(Newhouse and the Insurance Experiment Group (1993))。我が国の例では、原則 1 割となっている 70 歳以上の

こうした趣旨に照らせば、原則 2 割負担化の議論に当たっては、次のような論点を慎重に検討する必要があるだろう。

## 6. 論点①:「サービスを利用する者と利用しない者とのバランス」は図られているか？

上述の通り、利用者負担は保険原理に照らしてイレギュラーな仕組みであり、その水準の設定には慎重な検討を要する。まずは、「正攻法」である保険料負担をこれ以上増やすと「サービスを利用する者と利用しない者とのバランス」を保てなくなる、というコンセンサスを得た上で、原則 2 割負担化によってそのバランスが回復するかどうかを議論すべきである。

本稿では参考までに、原則 2 割負担化によって、どの程度保険料負担を抑制できるのか、粗い試算を行ってみたい。厚生労働省の簡易な推計によれば、マクロ的に見た 1 割負担者の実質負担率は 7.2%、2 割負担者の実質負担率は 12.6%となっている<sup>11</sup>。ここで、もし原則 1 割負担から原則 2 割負担へと移行した場合、介護費のうち保険料と公費で負担すべき割合は 92.8%から 87.4%へと 5.8% ( $= (92.8\% - 87.4\%) \div 92.8\%$ ) 低下する。65 歳以上の被保険者が納める 1 号保険料の第 7 期全国平均は月額 5,864 円であるから<sup>12</sup>、原則 2 割負担化によって、凡そ月額 340 円 ( $= 5,864 \text{ 円} \times 5.8\%$ ) 程度の負担軽減が見込まれる。同様に、40~64 歳の被保険者が納める 2 号保険料の料率は、協会けんぽの場合 1.73% (平成 31 年 3 月分以降) であるから<sup>13</sup>、凡そ 0.1%pt ( $= 1.73\% \times 5.8\%$ ) 程度の保険料率抑制が見込まれる。

この結果の捉え方は様々であろうが、いずれにしても、今後の検討に当たっては、以上のような試算をより精緻に行った上で、利用者の負担を倍にすること<sup>14</sup>、それにより保険料負担を軽減することとが、「サービスを利用する者と利用しない者とのバランス」の改善に寄与するかどうか、という視点から議論を進めることが肝要であろう。

## 7. 論点②:「適正化・効率化」のメリットは「利用控え」のデメリットと均衡しているか？

続いて、利用者負担の 2 つ目の趣旨である、「サービス利用の適切性・効率性」に着目したい。昭和 48 年の老人医療費無料化によって、医療費の急増や社会的入院の増加を招いた例からも明らかなように、利用者負担(患者負担)には、モラルハザードの抑制という非常に重要な意義がある。他方で、これも行き過ぎれば、必要なサービスまで減らしてしまう「利用控え」のデメリットが大きくなるため、メリットとデメリットを両睨みしながら、適切な負担水準を決定する必要がある。

この点につき、本稿でも紹介した通り、平成 27 年及び平成 30 年の 2 割負担・3 割負担の導入がサービス利用に与えた影響は、「適正化・効率化」、「利用控え」ともに極めて小さかったと考えられ、この限りにおいて、メリットとデメリットが均衡を失っていないと言うこともできよう。

ただし、現在の 2 割負担・3 割負担の対象は、要介護・要支援認定者の上位 10%程度の高所得者に限られており、所得によらず原則 2 割負担化を行った場合、より大きな影響が出る可能性がある。高所得者ほどサービス利用が多く、低所得者ほどサービス利用が少ないという階層性が強い場合、「適正化・効率化」のメリットは小さく、「利用控え」のデメリットは大きくなる。また、患者が自由に受診できる医療と異なり、居宅介護ではケアプランに沿ってサービスを利用し、区分支給

---

患者負担割合がモラルハザードを招いている可能性を、回帰不連続デザイン(RDD)によって分析した Shigeoka (2014) 等がある。なお、ランド医療保険実験では、一部の低所得者に健康アウトカムが悪化が見られている点には注意する必要がある。

<sup>11</sup> 第 69 回社会保障審議会介護保険部会資料(平成 28 年 11 月 25 日、[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000143992.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000143992.pdf))を参照。マクロ的に見た実質負担率が 10%、20%とならないのは、高額介護サービス費制度によって、利用者負担額の上限が設けられていることや、低所得の施設入所者向けに補足給付が行われているためである。

<sup>12</sup> 第 75 回社会保障審議会介護保険部会資料(平成 31 年 2 月 25 日、<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf>)を参照。

<sup>13</sup> 協会けんぽ HP (<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/1995-298>)を参照。

<sup>14</sup> ただし、マクロ的に見た実質負担率が倍になるわけではないことは、前に述べた通りである。



限度基準額も設けられているため、そもそもモラルハザードが生じる余地が医療より小さいことも考えられる。

こうした懸念を踏まえれば、まずは利用者の所得水準と介護サービス利用の回数・頻度等の関係を丁寧に分析した上で、原則 2 割負担化の検討を進める必要があるだろう。

## 8. 論点③: 所得水準に応じた給付は社会保険の原理に照らして妥当か？

3 つ目の論点として、原則 2 割負担化とは直接関係しないものの、この機会に改めて、負担能力に応じて保険給付を減らす(利用者負担割合を引き上げる)という仕組みの妥当性についても、振り返る必要があるのではないかと。

社会保険であれ民間保険であれ、保険料を財源とする給付は保険料を納めた対価として受けるものであり、保険料と保険給付の間には対価性が求められる(「負担なくして給付なし」と言われる)。社会保険においては、低所得者に過重な負担が掛かることを防ぐため、民間保険のように個人単位で保険給付の期待値と保険料が一致すること(「給付・反対給付均等の原則」)までは求められないにせよ、一定の限度内で対価性が保たれている必要があることは言うに及ばない<sup>15</sup>。

「給付・反対給付均等の原則」からの乖離がどの程度ならば許容されるか、という基準を積極的に定義することは難しいが、堤は「いくら給付・反対給付均等の原則の例外と云っても、より多くの保険料を負担した者がより少ない保険料しか負担していない者より給付が少ないという『逆転』は許されないだろう」と述べている<sup>16</sup>。堤の議論に従えば、2 割負担・3 割負担となる高所得の利用者は、相応の保険料を納めてきたはずであり、彼らの給付が、より少ない保険料しか納めていない 1 割負担者よりも削減される「逆転」は、「給付・反対給付均等の原則」からの限度を超えた逸脱となる。

この議論には賛否両論があり得るだろうが、社会保険が強制加入制を採る以上、被保険者が納得できるような対価性を確保することは、政策立案者の責務とも言える<sup>17</sup>。今後の議論では、被保険者の納得感に十分配慮した検討が進められることを期待したい。

## 9. おわりに

本稿では、当社が実施した調査結果をもとに、介護保険における利用者負担割合の引き上げが、介護サービスの利用に与えた影響を検討した。その結果、制度変更の影響は非常に小さかったと考えられるが、今後議論が進むと考えられる原則 2 割負担化については、対象が高所得者に限定されず全ての利用者に影響が及ぶ以上、一旦立ち止まって慎重に検討することが求められる。本稿では、主に利用者負担の意義や社会保険の原理に照らした論点を挙げたが、この他にも無数の論点があり得る<sup>18</sup>。また、理想を言えば、短期間に制度変更を繰り返すよりも、介護保険の加入対象年齢を引き

<sup>15</sup> この点につき、公費が投入されている社会保険では、対価性の議論は馴染まないとの指摘もあり得るが、これに対して旭川市国保料訴訟判決(最大判平 18・3・1 民集 60 巻第 2 号 587 頁)は、「公的資金が投入されていることによって保険料の対価性が希薄になっているとしても、それは社会保障の目的からの扶助政策によるものであって、そのことによって保険料が対価であるという性格を失うものではない」と判示している。

<sup>16</sup> 堤(2018)p.30。なお、堤は「金銭給付であり、その多寡が見えやすい年金保険では、このような逆転は厳格に忌避されている」とも述べている。

<sup>17</sup> この点に関連して、介護保険料を一定期間滞納した場合に 3 割負担(本来 3 割負担に該当する所得水準の者は 4 割負担)となる給付制限についても、問題点を指摘できよう。これは、保険料を多く納めた 3 割負担者と、保険料を滞納した者が同じ給付を受ける仕組みであり、均衡を失っているのではないだろうか。給付制限の詳細については、厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険最新情報」Vol.654(平成 30 年 5 月 14 日、<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryoku-files/documents/2018/0514154833349/ksvol654.pdf>)を参照。

<sup>18</sup> 例えば、過去の社会保障審議会介護保険部会では、利用者負担割合を引き上げても高額介護サービス費制度によって施設サービスの利用者負担はほとんど増えないため、居宅から施設への移行を促すのではないかと、居宅介護支援サービスにも利用者負担を導入すべきではないかと、といった点も議論されている。詳細は、第 69 回社会保障審議会介護保険部会議事録(平成 28 年 11 月 25 日、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000147585.html>)等を参照。

下げる等、長期的な視点で制度の在り方を見直した方が、より制度への信頼は増すと考えられるが、これらの内容については、稿を改めることとしたい。

## 参考文献

堤修三(2018)『社会保険の政策原理』国際商業出版

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング(2018)「介護保険における 2 割負担の導入による影響に関する調査研究事業」  
(平成 29 年度老人保健健康増進等事業)

[https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai\\_180418\\_c12.pdf](https://www.murc.jp/uploads/2018/04/koukai_180418_c12.pdf)

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング(2019)「介護保険における 3 割負担の導入による影響に関する調査研究事業」  
(平成 30 年度老人保健健康増進等事業)

[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai\\_190410\\_2.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_2.pdf)

Newhouse, J. and the Insurance Experiment Group(1993)“*Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*” Harvard University Press

Shigeoka, H.(2014)“The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection”,  
*American Economic Review*, Vol.104(7), pp.2152-2184

<https://www.aeaweb.org/articles/pdf/doi/10.1257/aer.104.7.2152>

## － ご利用に際して －

- 本資料は、信頼できるとされる各種データに基づいて作成されていますが、当社はその正確性、完全性を保証するものではありません。
- また、本資料は、執筆者の見解に基づき作成されたものであり、当社の統一的な見解を示すものではありません。
- 本資料に基づくお客様の決定、行為、及びその結果について、当社は一切の責任を負いません。ご利用にあたっては、お客様ご自身でご判断くださいますようお願い申し上げます。
- 本資料は、著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティングと明記してください。
- 本資料の全文または一部を転載・複製する際は著作権者の許諾が必要ですので、当社までご連絡ください。

ご利用に際してのご留意事項を最後に記載していますので、ご参照ください。

(お問い合わせ)コーポレート・コミュニケーション室 TEL:03-6733-1005 E-mail:info@murc.jp