

## Working Paper Series

### 介護保険制度と介護市場の分析

永田 俊一 佐竹 秀典 鈴木 亘

Working Paper 00-17

日本銀行調査統計局

〒100-8630 東京中央郵便局私書箱 203 号

(e-mail:shunichi.nagata@boj.or.jp)

(e-mail:hidenori.satake@boj.or.jp)

(e-mail:suzuki@iser.osaka-u.ac.jp)

本論文の内容や意見は執筆者個人のものであり、日本銀行あるいは調査統計局の見解を示すものではありません。

# 介護保険制度と介護市場の分析<sup>1</sup>

2000年12月

## はじめに

公的介護保険制度が施行されて半年余り、2000年10月からは保険料の徴収<sup>2</sup>が始まり、制度の存在が少しずつ身近なものとなりつつあります<sup>3</sup>。この制度の導入により、日本の高齢者福祉や介護をめぐる状況は大きく変化しました。それは主に次の三点に要約できるでしょう。

第一に、要介護リスクへの対応が、措置から契約に切り替わりました。従来の、行政措置によって「与えられる福祉」から、保険料を支払って得た「契約としての福祉」へと変わります。第二に、理念として介護の社会化が目指されています。従来の高齢者福祉は、家族介護を中心に設計されており、行政措置による介護はいわば副次的なものでした。しかし、少子高齢化の進展や医療の高度化などで、家族だけでは介護を支えきれなくなっており、今回の制度において、社会全体で支えていく仕組みが整えられることになりました。第三に、福祉の分野に市場原理を導入したことが挙げられます。営利企業の活力でサービス量の拡大を促すほか、多様なサービス形態が生み出されることや、将来的に介護が新しいビジネス・産業として発展していくことが期待されています。

このように画期的な内容となっている公的介護保険制度が、既に一定の実績を挙げていることは確かです。厚生省の調査（96市町村、2000年4月時点）では、導入前と比べて介護サービスの利用者が23%増加し、従来のサービス利用者の63%がサービス量を増やした、と報告されています。また、全国老人クラブ連合会の調査（2000年7月時点）でも、サービス利用者が29%増加し、また、従来からのサービス利用者の29%がサービ

---

<sup>1</sup> 本稿は、永田俊一（日本銀行理事）、佐竹秀典（調査統計局経済調査課、現大阪支店）、鈴木亘（大阪大学社会経済研究所助手）の3名で取りまとめました。なお、本稿の作成にあたっては、有永恵美（調査統計局経済調査課）、中川裕希子（同）、才田友美（同）ほか、調査統計局の同僚諸氏から多大な協力を頂きました。

<sup>2</sup> 2000年4月から9月までの半年間、保険料徴収が免除され、2000年10月から1年間は、半額徴収となっています。

<sup>3</sup> 日本銀行による「生活意識に関するアンケート調査（第11回、平成12年12月公表）」によると、公的介護保険制度の認知度について、少なくともどういうものか知っている人（「詳しく知っている」と「詳しくはないがどういったものかは知っている」の合計）が全体の63.7%に達し、「まったく知らない」人はわずか5.8%にとどまっています。

ス量を増加させました。したがって、導入前に比べ利用そのものが拡大していることは、ほぼ間違いありません。

しかし、実際の現場では、幾つか問題が発生しているようです。中でも、制度の中核として期待されている訪問介護事業で、少なからぬ数の事業所が経営不振を表明し、リストラを計画している先もあるということが、マスコミ等で取り上げられています。ビジネスとしての介護が成立するかどうかは、制度の存続可能性の観点から見て大変重要です。もちろん制度が始まったばかりで様々な混乱もあるでしょうが、中には制度の不備から発生している問題もあるようです。そこで、我々は、訪問介護事業者へのアンケート調査を実施し、どの程度事業所が苦戦しているのか、また、なぜそうなったのかなどを探ることにしました。

結論から言えば、大半の事業所が収益的に赤字を余儀なくされており、その原因の一つとして、事前の予想に比べサービスに対する需要が伸び悩み、とくに、制度の眼目とも言うべき身体介護ではなく、家事援助に需要が片寄っていることが挙げられます。これは、各々のサービスの価格設定に問題があることによって生じており、できるだけ早く改善すべきだと思います。

なお、このアンケートは、東京を中心とした関東1都6県を対象に行いました。地域や地方によって事業所の特性や事業所を取り巻く環境が大きく異なることには十分留意する必要があります。

## 第1章 事業者向けアンケートによる実態把握

### < アンケートの概要 >

「訪問介護事業者を取り巻く環境と現状把握の為のアンケート調査」

- ・調査期間：8/28日発送、9/18日〆切
- ・対象業者：市区町村により認定された指定訪問介護事業者（事業所ベース）
- ・対象数：1200先
- ・対象地域：関東1都6県（人口比で対象数を按分。内訳：茨城80、群馬61、栃木62、千葉174、埼玉201、東京372、神奈川250）
- ・有効回答数：445事業所（10/30日現在）
- ・有効回答率：37.1%

### 第1節 事業所の収益（図表1）

まず、巷間言われているように、訪問介護事業者が苦戦しているかどうかを確認してみましよう。『訪問介護事業者アンケート』で各事業所ごとの今期の損益予定をたずねたところ、全体の6割近い事業所が今期の赤字（予定）を報告しています。新規参入業者だけでなく、サービス提供実績が1年以上の事業所でも、過半数が赤字見込みとなっており、実績が豊富な事業所でも苦戦している姿が明らかになりました。

### 第2節 サービス需要の動向（図表2）

#### （サービス利用時間）

次にサービスの利用時間ですが、月あたり一人あたり平均利用時間を見ると、身体介護で14.3時間、家事援助で15.3時間となっており、身体介護と家事援助の利用時間比率はだいたい1：1です。これは、行政当局が当初予想し、また、後述するように（平均的な事業所の採算を確保する上での）介護報酬単価算定根拠のひとつとなった、身体介護：家事援助利用時間比率 = 2：1から、かけ離れています。

(予想対比の利用状況)

介護保険スタート時点で予想した利用状況に比較して、現在の利用状況が多いか少ないかを尋ねてみたところ、全てのサービスで、実績が予想を下回ったとする回答が最も多くありました。特に身体介護については、約3分の2の事業所が予想を下回ったと回答しています。

### 第3節 現行価格の妥当性 (図表3)

現在、公的介護保険制度において設定されている介護報酬単価は、

- ・ 身体介護：1時間当たり 4020 円
- ・ 家事援助：1時間当たり 1530 円
- ・ 複合型：1時間当たり 2780 円

となっており<sup>4</sup>、この価格が各事業所の収益面に照らし妥当であるかどうかを尋ねてみました。その結果、身体介護の単価については、「不満」(=現行価格では採算に合わない)であると回答した事業所が45%、「中立」(=現行価格でちょうど良い)と「満足」(=現行価格よりある程度低くても採算に合う)の合計が55%でした。一方、家事援助については、不満とする事業所が全体の97%と圧倒的なシェアを占め、中立・満足である事業所はほとんどありませんでした。また、複合型についても不満が9割を占めていることから、「複合型」とはいえ、実態としては家事援助中心のサービスである可能性が高いと言えます。

次に、各サービス間の、いわゆる相対価格<sup>5</sup>について見てみましょう。現行の公定価格について、身体介護と家事援助の格差を見ると、「身体介護 - (=差引き)家事援助」で計算した場合2490円、「身体介護÷家事援助」で計算した場合2.6倍になります。一方、アンケートで各事業所が表明した「採算に合う」価格の差をとると、平均値でみて「身

<sup>4</sup> 実際は、この報酬単価に加えて、都市部等への地域加算があります。

<sup>5</sup> 相対価格の問題は、複数の財・サービスが代替的な関係にある場合に発生します。訪問介護の場合も、身体介護と家事援助はある意味で代替的な関係にあるといえます。すなわち、身体介護も家事援助も要介護者の日常生活にかかる作業時間の一部を肩代わりするという側面があるため、とくに時間的に両方一度にはできないがどちらかはできるという場合には、価格差が選択の決め手になり得ます。さらに、家族介護も選択できる要介護者が訪問介護サービスを利用する際には、身体介護のサービス価格が割高な場合、これを家族介護で代替し、逆に割安な家事援助で家族介護を代替するという選択が合理的となるケースもあります。

体介護 - 家事援助」が 1745 円、「身体介護 ÷ 家事援助」が 1.76 倍となりました。また、身体介護と家事援助の「採算に合う」価格は同一である、と表明した事業所が 1 割にも達しません。こうしたアンケートの結果によると、本来、価格に現れるサービスの質的な差は、それほど大きなものではないにもかかわらず、公定価格では、身体介護に対して家事援助が明らかに「安すぎる」ために需要が集中し、結果として事業所の収益が圧迫されていると考えられます。

#### 第 4 節 事業所のリストラ計画（図表 4）

これまでの分析で、多くの事業所が収益的に苦戦を強いられていることが明らかになりましたが、一般的に、赤字の事業所は、リストラなどのコスト削減策により収益体質を改めようとするものと考えられます。実際、制度発足後数ヶ月にして大手民間営利事業者が相次ぐリストラ策を発表し、話題になっています。ところが我々のアンケート結果によると、赤字事業所のうちリストラを予定しているのは 19%に過ぎず、逆に増員を企図している事業所が 39%に達しました。

もちろん、制度がスタートしてまだ半年ということで、初期の混乱の収束を見極めたい、あるいは長期的な需要動向を見極めたい、といった意向からリストラを手控えているものと思われるが、アンケート結果からは、その他に 2 つの理由が指摘できます。

##### 量的拡大・赤字覚悟の囲い込み

事業所の今後の戦略について質問したところ、「利用者拡大・囲い込み」を企図している事業所の比率が全事業所ベースで 54%となっており、特に赤字ではあるが増員を企図している事業所に限ると、この比率が 62%になります。このように、短期的には赤字を覚悟しても、今のうちにシェア拡大を図って長期的な収益を改善させようとしている可能性がうかがえます。

##### 比較的安価なパート・ボランティアの採用で対処する

同じく、「パート・ボランティア等、低コストで雇える新規採用を増やす」ことを企図している事業所の比率が、全事業所ベースで 28%、赤字ではあるが増員を企図している事業所では 38%になっています。このように、人員は増やすけれども単価を抑制することで収益を改善させようとする動きもあります。

今のところ、リストラの動きが全体として顕著というほどではありません。しかし各事業所がいつまでも赤字経営を続けるのは不可能ですから、今後も収益が改善しなければ、事業縮小・撤退などの動きが活発になる可能性は否定できません。

## 第5節 アンケート回答結果を基にした結論

以上のことを基に、現在、かなりの数の事業所が赤字を表明している理由として、二つの点が考えられます。

身体介護と家事援助の相対価格設定が不適切であったため、割高な(業者にとっては収入の大きい)身体介護の利用が手控えられ、逆に割安の家事援助の利用が増えた(2:1の予想が実際は1:1に)。結果として事業所の収益が悪化することになった。

制度スタートにあわせてかなりの新規参入者があったが、需要が予想した以上に伸びなかった。すなわち、超過供給状態になっている可能性がある。

## 第2章 相対価格問題がなぜ発生したのか(図表5)

不適切な相対価格をどのように見直していくべきかを考える前に、まずは、現行の公定介護報酬単価がどのようなプロセスで決定されたかについて、簡単に振り返っておきましょう。介護報酬単価は、医療保険福祉審議会の介護給付費部会(以下、部会)で数回にわたって審議された後、厚生省に答申され、公示されました。実際にどのようなポイントが考慮されたかについて、部会の資料からうかがい知ることができ、それは以下のようなものです。

「介護報酬実態調査」をもとに、1事業所あたりの総収入(ただし赤字事業所は「支出額」を収入として計上)と総訪問介護サービス提供時間を算出。

をもとに、サービス提供1時間あたりの収入額を算出。

「介護報酬実態調査」をもとに、1事業所あたりの身体介護/家事援助サービス提供時間比率を算出(2:1)。

サービス提供1時間当たりの収入額と身体介護/家事援助サービス提供時間比率を基に、事業者の総収入が維持されるように、それぞれの単価を設定する。その際、家事援助を当時の単価で据え置き、身体介護の単価を（結果的には当時の単価に比べ高目に）決定する。

ここでポイントとなっているのは、赤字事業所の場合、支出額を収入として計上したことに見られるように、「基本的に全ての事業者の採算を確保する」とともに、身体介護の価格を従来の価格に比べ高めに設定することによって、「新規参入を促すべく」制度が設計されたということです。ここから見る限り、身体介護と家事援助のサービスが部分的に代替関係にあることに伴って発生する、相対価格に関する問題はほとんど考慮されなかったようです。この結果、以下の2つの問題が発生したと考えられます。

#### （1）自己負担導入の影響を考慮していない

で示したように、身体介護/家事援助サービス提供時間比率は2：1とされていますが、これは、あくまで措置時代、すなわち、サービスの対価は行政が全額支払い、需要者の側の自己負担がほぼ無いに等しかった時の比率です。しかし、1割自己負担制が導入されると、当然、サービスに対する需要に変化が生じます。

#### （2）介護報酬の調整を身体介護だけで行った

身体介護の単価を家事援助に比べ高めに設定することで、事業者に参入のインセンティブを与えようというのが部会での議論でした。実際には、この調整は、家事援助の価格を据え置いて身体介護の価格のみを引き上げるという手法で実施した結果、サービスを受ける側にとっての身体介護の割高感を強めることになりました。

以上の要因から割安な家事援助に利用が集中し、身体介護/家事援助サービス提供時間比率は、当初想定していた「2：1」とは大きく異なり、「1：1」に近くなったと考えられます。

### 第3章 需給アンバランス

『訪問介護事業者アンケート』から指摘できるもう一つの問題点は、需要が全般的に伸び悩んでいることでした。家事援助についても、身体介護よりは利用頻度が高いとはいえ、事業者の予想を下回る利用状況となっています。かつては、「介護需要は膨大な規模になる」ことと「供給能力（ホームヘルパー）が圧倒的に足りない」ことは「常識」<sup>6</sup>となっていて、社会全体で必要とされるサービスの量が十分確保されないのではないかと懸念されていました。ところが、現時点の市場の実態をアンケート結果から見ると、当初の懸念とは裏腹に供給超過に陥っている姿がうかがわれます。我々がケアマネージャーに対して別途行った電話ヒアリングによると、利用者のコスト意識を過小に評価していたことがその背景にあり、このため限られたパイの奪い合いが発生し、多くの事業所が採算割れに陥ったと考えられます。

### 第4章 今後の対応策

今回のアンケートで明らかになった問題（相対価格の問題に起因する家事援助への利用集中と、全体としての供給超過状態）に対処するには、どのようにすればよいでしょうか。公的介護保険制度のサービス給付面に注目すると、行政当局が変更しうる政策変数は、

「介護報酬単価すなわち価格」

「利用者自己負担率」

の2つです。これらをもとに、今後の方針として考えられるものは以下のとおりです。

#### 現状を維持

短期的には、業況が一段と悪化した事業者が撤退することによる供給調整が続くと考えられます。一方で、時間の経過とともに利用者の理解や認識が進むと、いずれは需要が増大する可能性もあります。ただし、サービスが家事援助に偏るといふ、相対価格が引き起こす問題は解消されません。

---

<sup>6</sup> いわゆる「ゴールドプラン」や「新ゴールドプラン」はこのような問題意識から策定されました。

### 公定価格の見直し

アンケート結果では、需要が全体として予想比伸び悩んでいることが示されているので、一律に価格を下げて需要を喚起するということが考えられます。これは、一方で不採算業者の撤退を促す側面があります。相対価格の問題のみに着目すると、家事援助は価格を上げ、身体介護は価格を下げるという方針も考えられます。

### 価格の自由化

供給超過の状況で価格を自由化すれば、短期的には競争激化で価格が下がり、不採算業者の淘汰が一気に進むと考えられます。また、相対価格に関わる問題も自ずと解消されるほか、価格決定の透明性・合理性が高まることや多様なサービス形態が生まれる可能性があるといった利点もあります。しかし、完全自由化には様々な問題があり<sup>7</sup>、さしあたって、現実的な方策とは必ずしも言えません。

### 自己負担率の軽減

これを実施した場合、軽度の要介護度の利用者を中心に劇的に需要が増加することが予想されます。また、事業者サイドも、利用者自己負担分からの収入は減りますが、同額だけ保険者（財源は国庫負担と保険料）からの給付が増えるので、基本的には歓迎すると考えられます。しかし、利用総額の増大や保険料・公費の負担割合増により保険財政、地方財政が急速に悪化する可能性があります。

以上のような諸方針がある中で、現時点での政府の対応は、の現状維持に近いと言えます<sup>8</sup>。たしかに、制度初期の混乱が収まった後の需給状況を見定める必要があり、闇雲な価格の改定は利用者を混乱させる恐れもあることを考慮すれば、一定の意味のあるスタンスと言えます。しかしながら、不適切な相対価格によって家事援助に利用が片寄る問題については、一時的な混乱とは関係なく制度自体から発生する問題であり、でき

---

<sup>7</sup> 競争条件が整っていない時に寡占状態を生みやすいことや、保険財政が安定しないことなどが問題です。

<sup>8</sup> 単価の見直し作業は、定期的に行われることが明言されていますが、次回の見直しは3年後となっており、さしあたって、現状維持の方針といえます。

るだけ早く是正すべきだと思います。

いまひとつ留意すべき点は、安易に の策を採用しないということでしょう。自己負担率の軽減は、需要者、供給者双方にとって歓迎すべき対策であるが故に採用されやすい対応と言えます。しかし、医療保険、特に老人医療費の問題を見るまでもなく、安価な福祉は過剰な需要を招いて、結果的に保険収支を悪化させる恐れがあり、「措置」制度の下での過度な福祉を抑制するという制度創設の意義までが失われてしまいかねません。また、一度コスト意識が低下してしまうと、これを再び喚起させるのは容易でなく<sup>9</sup>、利用者自己負担率の軽減措置を採用することには慎重であるべきと思われます。

## おわりに・今後の視点

今回のアンケート調査については、送付先から当初予想した以上の反響があったと感じています。調査対象事業所が関東地方に限定されているなどの制約があるものの、これにより、事業者が当初予想したよりも利用が手控えられていることや、特定のサービスに利用が集中しがちであること、また、その結果として多くの事業所が赤字に直面していることなどが明らかになりました。一般論として、営利業者がいつまでも赤字経営を続けることは不可能ですし、もっぱら人件費の削減による事業の継続は、一方でサービスの質の低下を招きます。このように、長期的には介護サービスの供給を増やしていかなければいけないにもかかわらず、現実には、採算が合わないという理由で供給が減少していく可能性もあります。

最初に述べたように、公的介護保険は、利用と負担の関係、政府と個人の関係、家族介護のあり方、市場原理の尊重など、従来と価値観を大きく転換させた画期的かつ野心的な制度です。この制度が十分に機能し定着していく過程では、次の四つの視点が重要になるでしょう。

### 人々の意識・価値観と制度の整合性

公的介護保険制度が想定する「個人」とは、自らの選択によって購入するサービスを

---

<sup>9</sup> 老人医療費の1割自己負担導入問題でも過去に同様の問題が起きています。

決定する自主性と、自己負担に示されるような自助精神を有する存在です。行政がサービス内容を決定し、事実上全額公費負担であった措置時代と比べると、自由で多様ではあるけれども、より「覚悟」も必要とされるのです。しかしながら、制度の変更と異なり、人々の意識そのものは一朝一夕に変わるものではありません。アンケートでの想定対比の需要伸び悩みからは、環境（制度）の劇的な変化、特に1割のコスト負担に戸惑っている利用者の姿を垣間見ることができます。環境にあうように人々が価値観を修正していくのか、あるいは価値観にあった環境が整えられるべきなのかは、今後の展開次第でしょうが、人々の意識が変わっていくかどうかは制度定着のカギになることは間違いありません。

#### 市場整備のためのルール作り

現在、介護サービス市場の一部に市場原理が導入されていますが、この部分についても全く無制限に市場に任せておけば良いという訳ではありません。行政による、介護サービスの取引をめぐる様々なルール作り、具体的には、安全基準の確保や情報開示の強化、不正取引や契約違反の監視、といった面でのルールや環境を整備することによって、情報面で不利な立場にある消費者の権利を守り、契約が公正かつ円滑に遂行されるようにしなければなりません。

#### 的確な現状把握

制度を維持する上での大前提としての的確な現状把握があり、需要者や供給者に対するアンケート調査等を引き続き実施していく必要があります。こうした調査は、大標本であることはもちろん、サービス価格が変化した後の需給を迅速に把握できるものであることが重要です。また、携帯端末の利用に代表されるIT（情報技術）の浸透などで、介護サービスが提供現場ごとに個別化・オーダーメイド化していく実態を踏まえ、きめの細かな調査であることも望まれます。

#### 政策評価・見直し作業

政策の遂行にあたっては、政策目標の確認と、事前・事後の客観的な調査・評価が必要であり、これを踏まえた不断の見直し・改善努力が重要となります。公的介護保険制

度の主旨は、介護の社会化や市場原理の導入などにありますが、制度スタートに伴う混乱の中でも常にその主旨を見失わないことが大事です。その上で、一時的な混乱であり、制度に対する理解の深まりとともに自ずから解決していくことと、新たに手を加え解決すべきこととを客観的に見極める必要があります。

2001年1月には、行政全般で政策評価制度がスタートしますが、公的介護保険制度は新しい制度であること、受益 - 負担の関係が直接関係すること、市場機能を活用して可能な限り国民自身の選択に委ねる方向を目指していることから、「公と私の在り方」といった観点で今後の政策評価制度の真価を占うものになる可能性があります。政策評価制度の主旨にもあるように、透明性が高く、客観的評価をもとに活発な議論が行われ、迅速な政策判断が行われることが望まれます。

今回のアンケート結果によって浮き彫りにされた諸々の問題は、市場メカニズムの導入により消費者の選択行動が変化することを、制度設計の段階であまり考慮に入れなかったために発生したと考えられます。身体介護に比べ家事援助価格が安すぎることは明らかであり、両サービス価格間のバランスを回復することは、次の見直し作業の重要なポイントと思われます<sup>10</sup>。

本稿は、介護に注目して言及している訳ですが、同様のことは日本の「構造問題」全般にも相通ずるところがあります。誤解を恐れずに言えば、日本の構造問題とは、経済主体が自立しきれていないこと、公的セクターの依存が強すぎること、供給側の論理が重視されがちであること、議論が閉鎖的かつ不透明であること、改善に時間がかかりすぎるなどの一連の傾向を指しています。事実、90年代以降の各分野での規制緩和の流れ、情報公開の推進は、これらの構造問題を打破することが目指されており、福祉の分野にも波及したのが今回の公的介護保険制度の導入でした。しかも介護の場合は、新たに市場を創設するところからスタートしており、また、同じ社会保険である医療につ

<sup>10</sup> 日本銀行による「生活意識に関するアンケート調査（第11回、平成12年12月公表）」によると、公的介護保険制度の導入によって「老後の生活に対する不安感が減った」人が18.8%であるのに対し、「不安感が変わらない」「むしろ不安感が増した」人が合計74.2%に達しました。これは、制度に対する理解や認識が不十分であることに起因する面が大きいと考えられますが、一方で、多くの国民が今の制度のままでも良いと思っているわけではないことも事実でしょう。

いても同様の問題を抱えていることも念頭に置けば、その動向如何は日本の構造問題の帰趨を占う重要な試金石と言ってよいでしょう。

## 【BOX 1 特別養護老人ホームへのアンケート調査】（図表 6 - 1、6 - 2）

今回の分析では訪問介護市場に焦点を絞っていますが、介護サービスのもう一本の柱である施設介護、特に特別養護老人ホームの事業環境を探ることもまた重要です<sup>1</sup>。そこで、サンプル数はやや少ないものの、『訪問介護事業者アンケート』と類似の調査を特別養護老人ホームを対象に行いました。

### 「指定介護老人福祉施設事業者を取り巻く環境と現状把握の為のアンケート調査」

- ・ 調査期間：8/28 日発送、9/18 日〆切
- ・ 対象業者：市区町村により認定された指定介護老人福祉事業者（＝特別養護老人ホーム。事業所ベース）
- ・ 対象数：300 先
- ・ 対象地域：関東 1 都 6 県（対象数を人口比で按分。内訳：茨城 25、群馬 15、栃木 15、千葉 44、埼玉 50、東京 93、神奈川 63）
- ・ 有効回答数：179 事業所（10/30 日現在）
- ・ 有効回答率：59.7%

### 主な結果

- ・ 入所者の構成：要介護度 3 以上の要介護者が入所者の半数以上を占めている事業所は、全体の 99%、要介護度 4 では 52%となっており、訪問介護と比べて、要介護度の高い利用者が多くなっています。
- ・ 施設の需給：需給は恒常的に逼迫しています。80%近くの事業者で「入所待ち」が発生しており、利用希望者が定員の 2 倍以上になっているケースも多くみられます。
- ・ 収益面：56%の事業所が「黒字である」もしくは「なんとか見合う」と回答し、44%が赤字と答えています。地域別に見ると、都市部ほど赤字比率が高くなっています。
- ・ 採算が見合う要介護度<sup>2</sup>を回答してもらおうと、51%の事業所が要介護度 4 と答えています。また、各要介護度ごとの価格が適切かどうかを尋ねたところ、「低い要介護度における価格は安すぎる」一方、要介護度 4 や 5 では、約 60%の事業所が「何とか見合う」

<sup>1</sup> もっとも、施設介護事業、特に特養への参入は未だに厳しく規制されており、訪問介護ほど市場化が進んでいる訳ではありません。

<sup>2</sup> 特養の場合、訪問介護のようにサービスごとではなく、要介護度ごとに価格が設定されています。具体的には、要介護度 1 が 7960 円、要介護度 2 が 8410 円、要介護度 3 が 8850 円、要介護度 4 が 9300 円、要介護度 5 が 9740 円となっています。

「十分見合う」と回答しています。この点、少なくとも供給者サイドにとっては、低い要介護度における価格が過小に評価されていると言えます。

- ・各事業所の雇用戦略に注目すると、黒字事業所も赤字事業所も、雇用は増やすか現状維持を考えているものの、赤字事業所には平均賃金を下げることでコスト削減を図ろうとする姿勢がうかがわれます。

このように、施設介護でも、40%以上の事業所が赤字を表明している点、サービス間の価格差に不満が残る点など、訪問介護のケースとかなり類似しています。

なお、このアンケートも、訪問介護事業者と同じく、あくまで東京を中心とした関東1都6県を対象としたものです。地域や地方によって事業所の特性や事業所を取り巻く環境が大きく異なることには十分留意する必要があります。

## 【BOX2 公的介護保険の概要】

### (1) 制度の概要 (図表7)

公的介護保険制度の基本的な仕組みは、次のようになっています。

保険者は全国の市区町村で、第1号被保険者(65歳以上の住民)と、第2号被保険者(40歳以上65歳未満の住民)から保険料を徴収します。保険料収入は財源全体の半分で、残り半分は市区町村あるいは国からの支出になります。実際に徴収される保険料は、各自治体の裁量に任されていますが、行政当局の2000年度の介護費用予測が4.3兆円であることを勘案すると、全国平均では、一人あたり平均月額2500円程度<sup>1</sup>になると予想されます(ただし、第2号被保険者の場合、医療保険と同様に半額を事業主や国庫が負担します)。

サービス受給対象者は、40歳以上65歳未満の初老期痴呆や脳血管障害などの特定疾病患者を除くと、基本的には65歳以上の住民に限定されています。サービスを受けるには、利用者は市区町村の窓口申請して、全国一律基準の要介護認定を受ける必要があります。要介護認定では、高齢者の日常的生活能力や管理の必要性に応じて、要支援、要介護度1～5の6段階に分類され、逆に生活遂行能力に問題がない場合は「自立」と認定され保険の対象外<sup>2</sup>となります。認定を受けた要介護者は、要介護度に応じた限度内での介護サービスの現物(公定価格が設定されています)給付を受けられます。サービスの内容は、大きく在宅サービスと施設サービスに分類されていますが、具体的にどのサービスを、どの程度購入するかは利用者の選択に委ねられます。その際、費用の1割を利用者が自己負担し、限度枠を超えた利用については全額自己負担となります。これを介護サービス事業者から見ると、介護保険該当分については提供したサービスに対して、10%が利用者から支払われ、残り90%(内訳:保険料45%、公費45%)は介護報酬として市区町村から支払われることとなります。なお、この介護報酬は医療と同様、公定の『単位<sup>3</sup>』が設定されており、原則、提供したサービス量に単位と0.9を乗じた額

---

<sup>1</sup> 厚生省の調べ(2000年3月時点)によると、第1号被保険者保険料の平均基準額は2885円となっています。

<sup>2</sup> 「自立」と認定されても、全額自己負担すればサービスを受けられます。

<sup>3</sup> 医療における「点数」と類似していますが、医療は全国一律に定められているのに対し、介護では

が事業者に支払われます。

介護保険以前の「措置時代」と比べると、今回の制度変更によって

1：給付対象：「年齢や家族構成によって行政が判断」「純粹に医学的見地による要介護認定」

2：サービス選択肢：「行政が決定」「利用者が選択」

3：利用者負担：「自己負担なし」「1割自己負担」

などの点で大きな変更があり、利用者の利便性が高まる一方、コスト意識も必要とされる制度になったといえます。

## (2) 制度導入の背景 (図表 8 - 1、8 - 2)

今般の公的介護保険制度導入に至った背景としては、次の3点が指摘できます。

### 要介護者の増加

厚生省の予測によると、要介護者の中でも特に重度の「寝たきり老人」と「痴呆老人」の合計は、2000年時点で100万人程度に達し、これが2025年になると約200万人に倍増するとされています。また、85歳以上の高齢者のうち、約4分の1が「寝たきり老人」か「痴呆老人」のどちらか、もしくは両方になっており、重度の要介護者になる可能性が低いことが示されています。また、介護を必要とする虚弱高齢者についても、重度の要介護者とほぼ同数いるとされており、2025年には、要介護高齢者は520万人に達すると見込まれています。

このように、急拡大する需要に迅速に対処するためには、硬直的な運用になりがちな措置制度よりも、消費者の需要動向を反映させやすい社会保険方式の方が適切と判断されたと考えられます。

### 介護の社会化

従来、日本の要介護者は主に家族、中でも妻、娘、嫁など女性に支えられてきましたが、女性の社会進出や核家族化の進展などにより、家族の介護能力は低下してきたと考

---

地域差を認めているため用語を使い分けています。

えられます。また、介護する者への負担増大なども無視できなくなっています。厚生省の調べでは、介護をする者のうち78%が50歳以上、23%が70歳以上となっており、要介護者の大部分が高齢者であることを踏まえると、まさに「老人が老人を介護している」状況に陥っています。さらに、「介護地獄」と呼ばれる家族の経済的・精神的コストも深刻です。日本労働組合総連合会の調査では、介護する者の3分の1が「介護を受ける者への憎しみ」を抱いたことがあり、2分の1が「介護を受ける者への虐待」をしたことがあると回答しています。

このような背景を踏まえ、特定の家族に負担が集中するリスクを、社会全体でプールしていくことが強く求められていたのです。

### 医療と介護の分離

「社会的入院」に象徴されるように、これまで日本の介護の一部は、医療の現場で行われてきたのが実情です<sup>4</sup>。その背景には、要介護高齢者のための施設である特別養護老人ホームの数が不足する一方で、病院で受ける治療は医療保険の対象となり得るため、経済的にも入院が合理的に選択されるという側面がありました。このことは、希少な医療サービスの資源（医師、病床など）を非効率的に配分するという問題を生み、また、結果として老人医療費が増大しました。老人医療費は、99年度現在で約10兆円（医療費全体は約30兆円）にまで増大していますが、その中には本来、介護の領域に属しながら医療に計上されているケースが含まれています。したがって、公的介護保険の導入は、医療の現場で行われていた介護を別枠にして医療費の削減を図る一方で、1割自己負担の導入である程度需要を抑制していくことを狙った政策、ともいえます。

---

<sup>4</sup> 八代・小塩・寺崎・宮本(1996)の推計では、全入院患者のうち約14%が「社会的入院」とされている。

### 【BOX3 高齢者福祉政策の国際比較】 (図表9)

日本において、高齢者介護の問題が強く意識され始めた1980年代後半には、欧米諸国においても高齢者福祉改革の動きが活発化していました。高齢化の進展や経済の成熟化、財政の悪化といった経済環境の変化により、行政主導の福祉政策の非効率性、高齢者福祉の財政負担問題などが強く意識され始めたのです。スウェーデンの「エーデル改革」やドイツの公的介護保険制度に代表される、これらの改革の共通点と相違点をまとめると、以下のとおりです。

#### < 共通点 >

##### 施設介護から在宅介護へのシフト

施設介護には、ヘルパーや介助器具など施設内の資源を効率的に活用できるという利点がありますが、しばしば施設の論理が優先される結果、プライバシーのない大部屋での生活や個人所有物持ち込みの極端な制限が強いられ、「施設収容」と批判されるようになりました。これに対し欧州各国では、スウェーデンの「ノーマライゼーション」で知られるような、高齢者のそれまでのライフスタイルを尊重する福祉が指向され始め、個室の増加、ケア付き住宅の整備などとともに、在宅介護の支援が積極的に行われるようになりました。さらに、施設介護から在宅介護へのシフトの背景には、こうした福祉理念の転換に加え、ナーシングホーム（日本では特養老人ホームに相当）など施設の建設には膨大なコストが必要なことから、財政再建に迫られた各国政府が、高齢者の住宅を有効活用することによってコストを抑制しようとした、という現実的な側面もありました。

##### 自治体への権限委譲

中央省庁による硬直的な制度運営は、しばしば福祉現場の実情にそぐわなくなり、これを反省して自治体への権限委譲が行われました。同時に、自治体へ財源徴収の一部を任せるなどの方策で、自治体のコスト意識を喚起し、財政負担の抑制が図られました。

##### 市場原理の導入

一般的に、公的セクターによるサービス供給の長所として、供給の安定性確保が挙げられますが、一方で、消費者ニーズの変化に対して柔軟に対応できない、また、しばしばコスト意識が欠如する結果、財政負担が増大する、といった欠点も指摘されました。こうした問題を克服すべく、市場原理の部分的導入が試みられ、これは他分野における80年代の新保守主義の諸改革とも共通しています。

#### <相違点>

##### 公的セクターのウェイト

供給主体の業態に着目すると、例えば、スウェーデンでは民間企業の供給が活発になったとはいえ、依然公的セクターが供給の圧倒的なウェイトを占めているのに対し、アメリカの介護市場は、民間営利企業によって支えられている面が強く、民間非営利組織（NPO）や公的セクターは補助的な役割に止まっています。

##### 財源

イギリスやスウェーデンの財源は全額租税でまかなっている一方、ドイツでは全額社会保険料でまかっています。アメリカでは、利用者負担が在宅介護で3割、施設介護で5割と高く、自己負担原則が徹底されています。

わが国の公的介護保険制度導入に至る過程では、各国の高齢者福祉政策が参考にされたと言われていますが、少なくとも財源面からみると、出来上がった制度は折衷型と言えます。すなわち、今回の制度は租税45%、社会保険料45%、自己負担10%で賄うこととなっており、北欧の租税による措置、ドイツの社会保険、米国の自己負担原則が混在した形です。こうした制度が選択された背景には、日本の福祉の土壌を考慮したという側面もあったと思われる。ドイツやフランスなどで活発なNPOの設立母体は宗教団体であることが多く、多くのボランティア活動によって制度全体が支えられているという側面があります。日本の場合、従来からの担い手は「社会福祉協議会（社協）」だったのですが、実質的には（設立の経緯から見ても）公的セクターの色彩が強いものでした。結局、広範なボランティアに根差した制度運営は環境的に困難であり、必然的に民間営利業者の活力が求められるようになったといえるでしょう。

< 参考文献 >

鈴木亘・大日康史、「Conjoint Analysis を用いた介護需要関数の推定」、大阪大学社会経済研究所 Discussion Paper NO.486、1999 年

八代尚宏・小塩隆士・寺崎泰弘・宮本正幸、「介護保険の経済分析 《経済分析 政策研究の視点 シリーズ 5》」経済企画庁経済研究所、1996 年

八田達夫・八代尚宏、「『弱者』保護政策の経済分析」、日本経済新聞社、1995 年

武川正吾・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 1 イギリス」、東京大学出版会、1999 年

小松隆二・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 2 ニュージーランド・オーストラリア」、東京大学出版会、1999 年

城戸喜子・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 3 カナダ」、東京大学出版会、1999 年

古瀬徹・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 4 ドイツ」、東京大学出版会、1999 年

丸尾直美・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 5 スウェーデン」、東京大学出版会、1999 年

藤井良治・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 6 フランス」、東京大学出版会、1999 年

藤田伍一・塩野谷祐一（編）、「先進国の社会保障 7 アメリカ」、東京大学出版会、2000 年

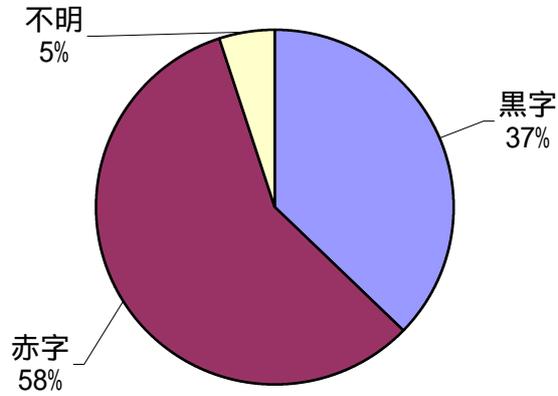
全国社会福祉協議会編、「福祉社会への道」、全国社会福祉協議会、1969 年

「厚生白書 平成 11、12 年版」、厚生省、1999 年・2000 年

(図表 1)

## 訪問介護事業者の損益状況

## 黒字 - 赤字事業所比率



## サービス提供実績期間別損益判断

	0年	1年	2～5年	6～10年	10年以上
黒字	54	27	29	27	25
赤字	127	31	33	29	31
赤字比率	70%	53%	53%	52%	55%

## 都市・地方別損益判断

	全体		政令指定都市		地方都市		郡部	
黒字	165	39%	42	38%	100	44%	21	27%
赤字	257	61%	69	62%	129	56%	57	73%

(図表2)

## 各サービスの需要の動向

## 月あたり一人あたり平均利用時間

	身体介護		家事援助		複合型	
なし	3	1%	4	1%	4	1%
0～5時間未満	67	17%	53	13%	42	11%
5～15時間未満	180	45%	171	43%	143	36%
15～30時間未満	116	29%	134	34%	144	37%
30～50時間未満	30	7%	27	7%	45	11%
50～100時間	4	1%	7	2%	12	3%
100時間以上	2	0%	2	1%	2	1%
不明	43		47		53	
有効回答	402		398		392	
最大値	100		180		125	
平均値	14.3		15.3		17.8	
中位数	12		12		15	
標準偏差	12.7		15.0		14.4	

## 家事援助比率

月あたり一人あたり平均利用時間ベース	52%
総利用時間ベース	58%
(参考)当初想定された家事援助比率	33%

## 業者予想比利用状況

	身体介護		家事援助		複合型	
下回った	265	66%	158	40%	191	49%
予想通り	98	25%	137	35%	130	33%
上回った	37	9%	102	26%	69	18%

(図表3)

## 現行価格に対する評価

公定価格は1時間あたり、身体介護：4020円、家事援助：1530円、複合型：2780円

### 介護報酬単価の評価

	身体介護		家事援助		複合型		訪問入浴	
不満	183	45%	399	97%	365	90%	43	66%
中立	136	33%	11	3%	27	7%	7	11%
満足	92	22%	2	0%	13	3%	15	23%
有効回答	411		412		405		65	
	身体介護の採算価格		家事援助の採算価格		複合型の採算価格		訪問入浴の採算価格	
最大値	9000		6000		7000		20000	
最小値	2000		1100		1500		1273	
平均値	4376		2623		3454		12844	
中位数	4020		2500		3300		13500	
標準偏差	871		746		712		3836	

### サービスの相対価格評価

身体介護-家事援助 (公定価格差 = 2490円)		身体介護/家事援助 (公定価格比 = 2.6)	
価格差なし	11%		
1000円未満	6%	1 未満	0%
1500円未満	14%	1 . 5 未満	28%
2000円未満	21%	2 未満	33%
2500円未満	28%	2 . 5 未満	28%
3000円未満	10%	3 未満	10%
3000円以上	10%	3 以上	0%
不明	39	不明	39
最大値	5000	最大値	3.5
平均値	1745	平均値	1.76
中位数	1920	中位数	1.75
標準偏差	993	標準偏差	0.48

(図表4)

## 雇用計画

## 損益別雇用対策の有無

	全体		黒字事業所		赤字事業所	
変更なし	153	36%	44	27%	105	42%
自然減で対応	39	9%	4	2%	34	14%
1割リストラ	5	1%	1	1%	4	2%
2割リストラ	4	1%	0	0%	4	2%
3割以上リストラ	5	1%	0	0%	5	2%
小計：削減計画あり	53	12%	5	3%	47	19%
増加させる	220	52%	116	70%	98	39%
不明	19		0		7	

## 量的拡大・賃金抑制策の有無

	全体	黒字事業所	赤字事業所	増員予定の事業所	赤字かつ増員予定
利用者拡大・囲い込み	54%	54%	55%	50%	62%
パート・ボランティア強化	28%	21%	33%	21%	38%

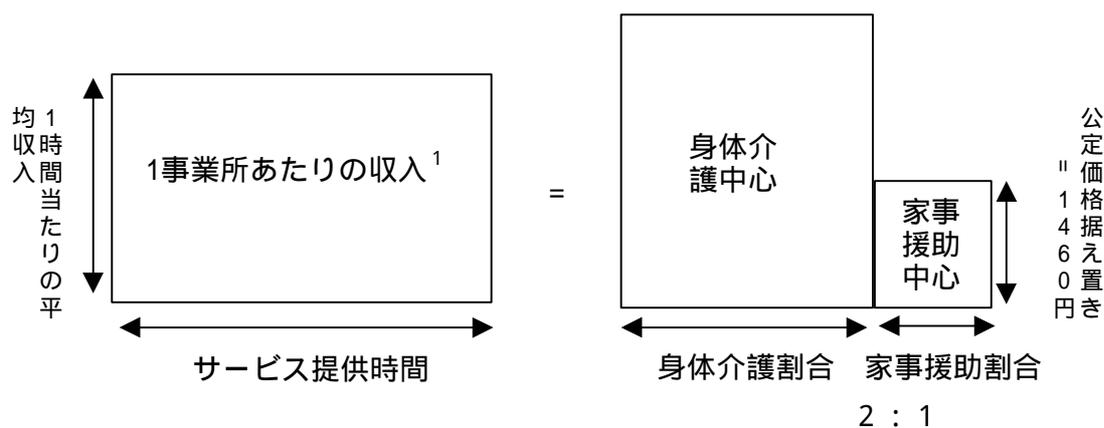
(図表5)

## 介護報酬単価設定のイメージ

### 措置時代の介護報酬

身体介護	¥3,730	身体 - 家事	身体 / 家事
家事援助	¥1,460	¥2,270	2.55

### 12年1月 医療保険福祉審議会・介護給付費部会



注1 赤字事業所は支出を収入として計上

\* 「介護報酬実態調査」から算定

### 12年2月 介護報酬単価発表

身体介護	¥4,020	身体 - 家事	身体 / 家事
家事援助	¥1,530	¥2,490	2.63
複合型	¥2,780		

### 問題点

自己負担1割導入の影響を無視 相対価格比の変更と相俟って利用構成比が変化

家事援助価格を据え置き、身体介護価格のみで調整した 相対価格比が変化

(図表6 - 1)

## 特別養護老人ホームアンケート調査の概要(1)

### 入所者の構成比(調査時点)

構成比	要支援		要介護度1		要介護度2		要介護度3	
0～5%	148	85%	25	14%	7	4%	0	0%
5～10%	21	12%	30	17%	16	9%	3	2%
10～20%	5	3%	93	53%	117	67%	91	52%
20～30%	0	0%	25	14%	33	19%	70	40%
30～50%	0	0%	1	1%	1	1%	10	6%
50～100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

構成比	要介護度4		要介護度5		要介護度3以上		要介護度4以上	
0～5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
5～10%	0	0%	8	5%	0	0%	0	0%
10～20%	12	7%	71	41%	0	0%	0	0%
20～30%	79	45%	68	39%	0	0%	1	1%
30～50%	80	46%	24	14%	2	1%	83	48%
50～100%	3	2%	3	2%	172	99%	90	52%

### 施設の需給(調査時点)

有効回答数	定員割れ事業所数	入所待ち・定員比率						
		0～20%	20～50%	50～100%	100～300%	300～500%	500%以上	不明
154	36	14	42	37	50	8	3	25

### 都市 - 地方別損益判断

	全体		政令指定都市		地方都市		郡部	
黒字	4	3%	1	3%	1	1%	2	5%
なんとか見合う	82	53%	13	33%	43	57%	26	68%
赤字	68	44%	26	65%	32	42%	10	26%
不明	25		7		14		4	

### 採算が見合う要介護度

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
損益分岐点	1%	0%	32%	51%	16%

(図表6 - 2)

## 特別養護老人ホームアンケート調査の概要(2)

### 要介護度ごとの価格の適切性

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
十分見合う	1%	1%	0%	7%	20%
なんとか見合う	20%	17%	40%	52%	42%
見合わない	80%	82%	60%	41%	38%

### 今後の雇用対策

	全体		黒字		なんとか見合う		赤字	
増やしたい	59	35%	0	0%	33	43%	21	31%
不変	84	50%	4	100%	38	50%	28	41%
減らしたい	26	15%	0	0%	5	7%	19	28%

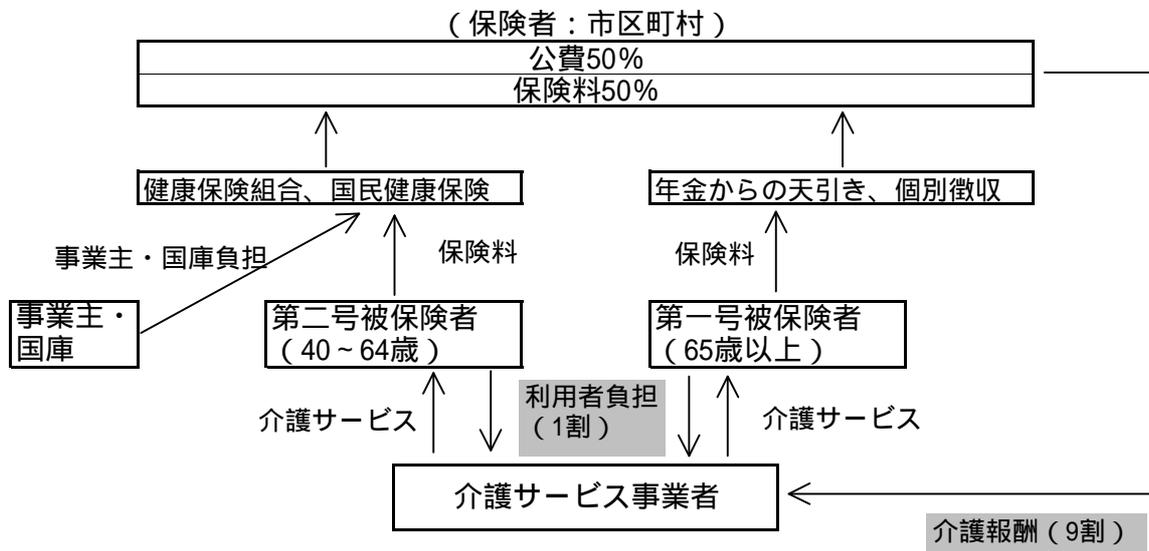
### 今後の賃金対策

	全体		黒字		なんとか見合う		赤字	
上げたい	47	28%	1	25%	29	36%	11	17%
不変	76	45%	2	50%	42	53%	24	37%
下げたい	45	27%	1	25%	9	11%	30	46%

(図表7)

## 公的介護保険制度の概要

### 制度の概要



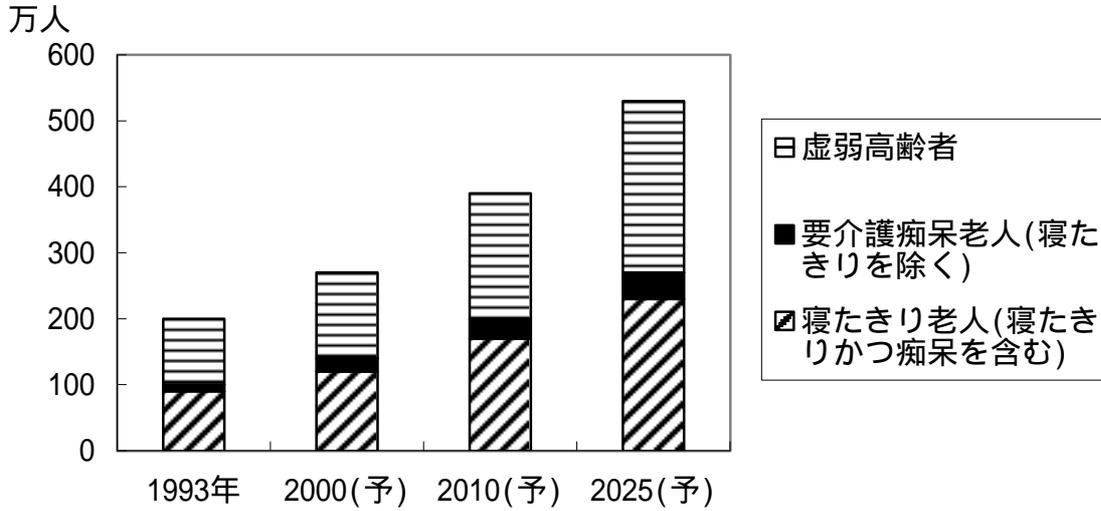
### 公的介護保険対象サービス

	名称	内容
在宅サービス	訪問介護	ホームヘルパーによる身体介護、家事援助
	訪問看護	看護婦によるリハビリ指導、健康状態チェック
	訪問リハビリテーション	機能の維持・回復、自立支援のリハビリ
	訪問入浴介護	
	居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、栄養士等による指導
	通所介護	日帰り介護施設への通所(デイサービス)
	通所リハビリテーション	日帰り介護施設におけるリハビリ(デイケア)
	短期入所生活介護	特養老人ホームなどへの短期入所(ショートステイ)
	短期入所療養介護	医療施設などへの短期入所(ショートステイ)
	痴呆対応型共同生活介護	痴呆老人のグループホーム
	特定施設入所者生活介護	有料老人ホームなどでの介護
現金給付	福祉用具貸与	車いす、特殊寝台などのレンタル
	福祉用具購入費	腰掛け便座や入浴介助いすなどの購入費支給
	住宅改修費	手すりの取付や段差の解消などの費用支給
施設サービス	介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム
	介護老人保健施設	老人保健施設(老健)
	介護療養型施設	療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟、介護力強化病院

(注) ただし、「要支援」者は施設サービスを受けられない

### 公的介護保険導入の背景 ( 1 )

#### 寝たきり老人等の増加



#### 85歳以上の高齢者の1/4は重度の要介護状態に

	(%)				
	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
寝たきり老人 <sup>注1</sup>	1.5	3	5.5	10	20.5
要介護痴呆老人 <sup>注2</sup>	0	0.5	1	1.5	3.5

注1：寝たきりで痴呆の者も含む

注2：寝たきりの者を除く

#### 介護する者の高齢化

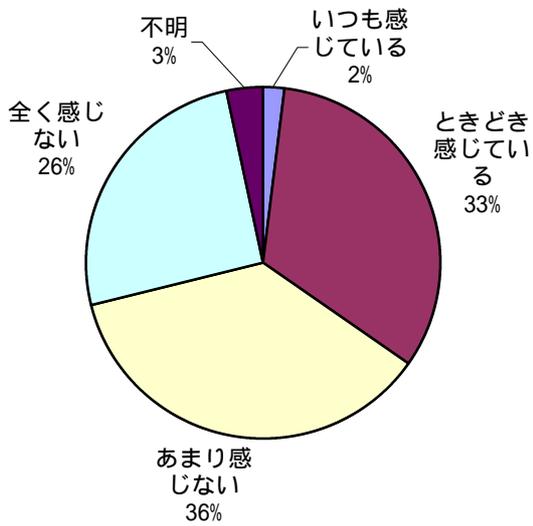
	(%)				
	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
介護する者の年齢	5.8	16.1	27.3	28	22.9

(資料) 厚生省

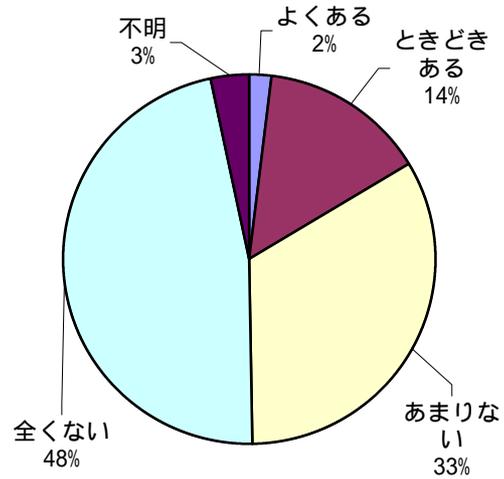
## 公的介護保険導入の背景(2)

### 「介護地獄」

介護を受ける者への憎しみ



介護を受ける者への虐待



(資料) 日本労働組合総連合会

### 医療の現場で行われてきた介護

	費用(月)	利用者負担(月)	居室面積(一人あたり)
一般病院	50万円程度	約3.9万円	4.3m <sup>2</sup>
療養型病床群	40万円強	約3.9万円	6.4m <sup>2</sup>
老人保健施設	33万円	約6万円	8m <sup>2</sup>
特別擁護老人ホーム	27.1万円	約4.5万円	10m <sup>2</sup> 強

(資料) 厚生省

(図表 9)

## 老人福祉における日米欧の国際比較

## サービス供給業者の実態

		スウェーデン	ドイツ	イギリス	アメリカ	日本
供給者の 状況 <sup>1</sup>	公					
	非営利 営利					
財源		租税	保険料（全 額）	租税	民間保険 + 自己負担 <sup>2</sup>	保険料 + 自己負 担 + 租税 <sup>3</sup>
非営利団体の主な母体		宗教団体				社会福祉協議会

(注1) ニッセイ基礎研究所調べ : 主力、 : 活発、 : 不芳

(注2) 在宅：3割、施設：5割

(注3) 保険料：4割、自己負担：1割、租税：5割

## 日独の介護保険の比較

	ドイツ	日本
被保険者	疾病保険の被保険者（ほぼ全国民）	第1号被保険者：65歳以上 第2号被保険者：40～65歳
給付対象	同上	65歳以上、特定の疾病については例外
保険者	介護金庫	市区町村
保険料	月収の1.7%、ただし上限あり。労使折半	大体、2500～3500円程度
現金給付	在宅介護のみあり	なし
給付水準(要 介護度に応 じる)	在宅：6～30万円	在宅：6～29万円
	施設：16～26万円	施設：29～43万円
	現金：3～10万円	
自己負担	なし	1割
公費投入	なし	2分の1