

介護サービス産業への
市場原理導入を徹底せよ
事業者アンケートに基づく
現状評価と課題

鈴木 亘
佐竹 秀典

2001 年 1 月

大阪大学
社会経済研究所
〒567-0047 茨木市美穂ヶ丘6-1

「介護サービス産業への市場原理導入を徹底せよ 事業者アンケートに基づく現状評価と課題」

大阪大学 社会経済研究所
鈴木 亘

日本銀行 大阪支店
佐竹 秀典

要約

本稿は、筆者と日本銀行が共同実施した事業者アンケート（訪問介護業者・特別養護老人ホーム）を元に、介護保険市場の現状を分析した。

訪問介護市場の参入規制を緩和し、市場原理を採用した政策目的は、供給量の増加、サービスの競争促進、サービス供給の効率化にあった。また、特養についても、サービスの競争促進が期待されている。さらに、両分野とも、以前から営業していた既存業者が収益面で新制度に円滑な移行を遂げることが企図されている。これら5つの政策目標が実際に達成されているかどうかを検証する。分析の結果、

訪問介護の供給量は確かに増加したが、それは「ゴールドプラン21」から逆算される現在の供給目標量を下回っている。訪問介護市場において、新規参入業者はサービス水準を高めてはいない。また、大半の業者がサービス以外の競争を志向している。新規訪問介護業者や営利業者の効率性が、既存業者や非営利業者よりも高いとは言えない。特養についても、サービスの競争よりもむしろ、サービスの質低下による収益改善や、サービス以外の競争を志向している。また、両業種の大半の事業者(所)が赤字経営であり、既存業者(所)も円滑な移行を果たせていない。

本稿では、これらの結果が起きた理由について分析し、これらの根底にある問題として、現行の介護報酬単価の不適切性を指摘した。最後に、価格の自由化を含めた「市場原理の徹底化」の必要性を論じた。

連絡先：〒567-0047 大阪府 茨木市 美穂ヶ丘 6-1 大阪大学 社会経済研究所

TEL 06-6879-8581 FAX: 06-6878-2766

E-mail: suzuki@iser.osaka-u.ac.jp

「介護サービス産業への市場原理導入を徹底せよ 事業者アンケートに基づく現状評価と課題」

1. はじめに

2000年4月より公的介護保険制度が施行され、わが国の介護福祉サービスは、これまでの低所得者等に限定された「措置制度」から、全ての要介護者に利用と選択の権利を認める「契約制度」へと、大きな変貌を遂げた。また、それに伴い、在宅介護分野の参入規制が緩和され、多種多様な民間業者が市場に参入して、「市場原理」による競争が行われることとなった。しかしながら、当初「保険あってサービス無し」と呼ばれ、大幅な超過需要が予想されていたにもかかわらず、現在、早くも一部の営利業者の中には事業の縮小・撤退の動きがあり、その将来性を危ぶむ見方もある。また、旧措置下では安定していた介護施設の間にも、経営悪化や撤退の動きが伝えられている。

本稿は、こうした介護保険市場の現状を、筆者と日本銀行が共同実施した介護事業者アンケートを元に分析し、実態把握と各種報道で伝えられる事実の検証と、公的介護保険制度の政策評価を行う。事業者アンケートは、具体的には、在宅介護・施設介護をそれぞれ代表するものとして、訪問介護業者と特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の2つを選んで行った。驚くべきことに、このような包括的な業者アンケートは、未だに、民間はおろか行政の側からも存在していない。

さて、訪問介護分野の参入規制を緩和し、市場原理を採用した目的は、民間活力の導入によって、介護サービスの供給量を増加する、サービスの競争により質を高める、介護サービス供給の効率性を高めるといった点にあった¹。また、施設介護についても、契約競争により、サービスの質が高まることが期待されている。さらに、両分野とも、介護報酬単価をはじめとする諸制度を設計するに当たって、「既存業者や（平均的な要介護分布を持つ）既存事業所が、制度実施前後で収入を大きく変動させずに、円滑に移行する」ことが企図されている²。本稿では、これらの5つの「政策目的・目標」が実際に達成されているのかどうかを順に検証し、制度の供給面の政策に対する評価を行う。

アンケートの結果明らかになったのは次の点である。まず、訪問介護の供給量は確かに増加したものの、それは「ゴールドプラン21」から逆算される現在の供給目標値よりも下回っている。特別養護老人ホームの供給量も増加したが、公的介護保険による需要増に追いついておらず、かえって需給状況は悪化している。訪問介護市場において、新規業者がサービス水準を高めているとは言えない。また、大半の業者がサービス以外の競争をも志向している。新規訪問介護業者や民間営利業者の効率性が、既存業者や非営利業

* 本稿の分析は、筆者と日本銀行調査統計局が共同で行った事業者アンケートを用いているものの、本稿で述べられている如何なる主張も、日本銀行の見解とは無関係である。日本銀行永田俊一理事、調査統計局植村修一課長にはプロジェクトの実施に多大なご尽力を頂いた。大阪大学のチャールズ・ユウジ・ホリオカ教授、コリン・ロス・マッケンジー教授、大学院の両ゼミナール出席者、日本銀行調査統計局の皆様からも有益なコメントを頂いた。感謝を申し上げたい。もちろん本文中の誤りは筆者の責任である。

¹ 例えば、井口(2000)を参照。

² 例えば、西山(2000)や月刊介護保険編集部(2000a)、厚生省(2000f)を参照。

者よりも特に高いとは言えない。特養についても、サービスの競争よりもむしろ、サービスの質低下による収益改善や、サービス以外の競争を志向している。特に、特養では要介護度の高い者を選別する「クリームスキミング」や、常勤ヘルパーから非常勤やパートへの人員シフトの動きが顕著である。両業種の大半の事業者(所)が赤字経営であり、以前から営業を行っていた既存業者(所)も円滑な移行を果たせていない。訪問介護業者の経営不振の要因としては、家事援助の利用比率が想定よりも高かったことよりも、1割自己負担等の影響で、全体の需要が低迷している要因の方がはるかに大きい。

本稿の構成は次の通りである。2節では、本稿で用いているアンケートの解説する。3節は、訪問介護業者アンケートの分析結果と政策評価を行い、4節では特養アンケートについて分析する。5節は、介護市場の問題の総括と今後の改革方針を論じる。

2. アンケート・データ

まず、訪問介護業者に対するアンケートは、2000年9月(8/28日発送、9月末日集計)に郵送法によって行われた。発送数は1200事業所であり、そのうち445事業所の有効回答を得た(有効回答率37.1%)。対象先は、2000年8月1日時点でWAM-NET³に掲示されている関東地方1都6県の全指定訪問介護事業者(事業所ベース)から、各県ごとに無作為抽出している。各県の抽出数は、各県の人口ウエイトを按分したものである。質問は、損益状況・バランスシート等の財務指標、従業員構成・設立年・法人格・兼業状況等の諸属性、サービスの質を評価する諸指標、現在と今後の事業方針から構成される。

表1には、アンケート・データの法人別構成(全業者分・新規業者分)と、比較用に、厚生省発表の全国全業者の構成を示している。アンケートの全業者構成は、全国と比べて、社協や医療法人がやや少なく、営利法人やその他非営利(生協、農協、NPO)がやや多いものの、概ね似通った構成割合となっている。新規業者については、全業者の構成割合に比べて、社会福祉法人が少なく、営利法人が多いという特徴がある。

表1 アンケート業者の法人別構成割合

	社会福祉法人 (社協以外)	社会福祉協 議会(社協)	医療 法 人	民法法人(社 団・財団)	営利法人	その他非 営利	自治体	個人	合計
全業者構成割合	22.0%	10.5%	4.6%	3.7%	46.7%	11.2%	0.5%	0.9%	100.0 %
新規業者構成割合	14.9%	7.2%	6.0%	4.0%	54.2%	10.8%	0.4%	0.8%	100.0 %
<参考>全国・全業者 構成割合	20.1%	18.2%	10.0%	1.9%	40.4%	7.0%	2.3%	?	100.0 %

注) 全国割合は、平成12年7月1日現在の訪問介護業者指定件数の法人別構成比。出典は、厚生省(2000a)。

次に、特別養護老人ホーム・アンケートも、訪問介護業者アンケートと同様の期日で、関東地方の300事業所に郵送した。有効回答数は、179事業所である(有効回答率は59.7%)。対象先の選定はやはりWAM-NETを用いて、各県ごとに、人口ウエイトを考慮して無作為抽出している。

3. 訪問介護業者の分析

訪問介護分野の主な政策目標は、供給量の増加、既存業者の収益面での円滑な移行、サービスの競争推進、サービス供給の効率化の4点にあることは既に触れた。ここでは、これらの政策目標がどの程度達成されているかについて順に検証する。また、に関連する経営不振の要因についても、各種報道や厚生省の事実認識が正しいかどうかを検証する。

3.1 訪問介護サービスの供給量はどの程度増えたのか

表2は、アンケートにおけるサービス供給量の増加状況を示している。平成11年と12年に創業した249業者を公的介護保険開始に伴って参入した新規業者とすると、平成10年以前から操業している196の既存業者対比で、実に127.0%もの増加を遂げていることがわかる。ちなみに、これは厚生省発表の増加率（130.8%）とほぼ等しい（厚生省,2000b）。もっとも、新規業者は小規模な業者が多いため、ホームヘルパー数の増加率をみると、63.5%（常勤＋非常勤）65.6%（常勤換算⁴）となっており、業者数の半分程度の増加率である⁵。

表2 訪問介護サービス供給の増加率

	業者数	ヘルパー数	常勤換算 ヘルパー数	<参考>定点観測 86市町村業者数	<参考>「ゴールドプラン 21」ヘルパー目標数
新規業者	249	3,912人	2,901人	348	14.6万人*
既存業者	196	6,156人	4,422人	266	15.8万人
増加率	127.0%	63.5%	65.6%	130.8%	92.4%

注）ヘルパー数は、常勤・非常勤ヘルパー合算。定点観測86市町村業者数は、厚生省調べの増加数・率（平成11年4月における業者数と平成12年4月における業者数の対比）。出典は厚生省(2000b)。*は平成12年換算値。

さて、この6割程度のサービス供給増加率という数字は、事前の供給目標量に達しているのだろうか。あるいは、目標水準を上回っているのか、下回っているのか。

驚くべきことであるが、厚生省は、公的介護保険を評価する際にある意味でもっとも重要な基準値である「サービス供給の目標量」を明確に公表していないのである。我々が知ることができるのは、せいぜい「ゴールドプラン21」⁶で策定された平成16年時点の目標量に過ぎない。この目標量は、各市町村の「介護保険事業計画」の積上げ値を基礎としているが、「介護保険事業計画」自体は、厚生省から指導された方法で、市町村ごとに要介護者数の調査(高齢者実態調査)を実施し、そこから見込まれる「介護サービス必要量」を算出、それを平成16年の人口構成の予測値に当てはめる形で策定している。したがって、

³ 社会福祉・医療事業団が運営する介護事業者のインターネット検索システム。

⁴ 常勤換算とは、非常勤ヘルパーの人数に「非常勤ヘルパー平均勤務日数／常勤ヘルパー平均勤務日数」を乗じたものを、非常勤ヘルパーの常勤換算の人数として定義し、常勤ヘルパー数と合算したものである。

⁵ もちろん、既存業者も新規採用のホームヘルパーを増加させたはずなので、この分もヘルパー増加数に加えるべきである。しかしながら、一方で、新規業者は、既存業者から多数のヘルパー引抜きをしているので、新規業者のヘルパー数の全てが新規増員数とは言えない。そこで、もう一つのヘルパー増加率の計算方法として、全ての業者における「経験年数1年以上のヘルパー」に対する「経験年数1年未満のヘルパー数」の比率を計算すると、その率（増加率）は57.6%であった。したがって、公的介護保険に伴うヘルパー供給数の増加率はやはり6割程度ということになる。

⁶ ゴールドプラン21は、平成11年で終了した新ゴールドプランの後を受け、介護保険実施と同調して策

平成 16 年の目標量から人口構成変化分を逆算することにより、平成 12 年時点の「サービス供給目標量」もしくは「行政が見込んでいるサービス必要量」を推測できる。さて、こうして求められた現時点のホームヘルパー供給目標値は、30.4 万人であり、平成 10 年末対比の増加率は 92.4%である⁷。したがって、アンケートにおける増加率の 6 割程度という数字は、やや目標を下回る程度と評価できるのではないか。

これに対して、厚生省は、 定点観測 96 市町村の 4 月時点の利用者増加率が 23%(厚生省,2000b)、 7 月時点でも限度額に対する利用割合が 43%と当初見込みの 32.7%を上回っている(厚生省,2000d) 7 月までの介護給付費支払い状況から、年度ベースでは 12 年度予算の見込額に近くなる(厚生省,2000e) という 3 つの事実から、利用量の増加水準は、ほぼ見込み通りとやや楽観的な見方をしている⁸。

3.2 各法人別・操業年数別業者の経営状況

次に訪問介護業者の経営状況をみてみよう。表 3 は、赤字経営に現在陥っている業者の割合をみたものである。赤字業者の全業者に占める割合は 57.9%、新規業者中に占める割合は 62.7%にもものぼっており、大半の事業者が赤字経営に陥っていることがわかる。一方、既存業者の赤字業者率は 51.7%と新規業者に比較してやや低い。しかしながら、操業年数 5 年以上の既存業者の赤字業者率は 52.6%、10 年以上の業者で 55.3%、15 年以上の業者で 56.1%と、操業年数に関わらず高水準であり、「既存業者を円滑に新制度に移行させる」という目標からはほど遠い実態となっている。

表 3 訪問介護業者に占める赤字業者の比率

法人別内訳	赤字業者率	操業年数別内訳	赤字業者率
全業者	57.9%	新規業者	62.7%
うち大規模・営利	63.1%	既存業者	51.7%
うち社協	73.9%	うち操業年数 5 年以上の業者	52.6%
うち地域密着・営利	56.1%	うち操業年数 10 年以上の業者	55.3%
うち地域密着・非営利	55.6%	うち操業年数 15 年以上の業者	56.1%

注) 赤字業者率は、各法人の業者数に対する赤字業者数の割合。「大規模・営利」は、県内以外に他県にも事業所を持つ営利業者(株式・有限・個人会社)「地域密着型・営利」は、単一事業所あるいは、県内のみに事業所を持つ営利業者、「地域密着型・非営利」は、単一事業所あるいは、県内のみに事業所を持つ非営利業者(社会福祉法人、医療法人、民法法人、その他非営利)。

次に法人種別の赤字業者率をみると、まず、大規模営利業者が 63.1%と全体に比べて高水準であり、各種報道伝える「大手営利業者の経営不振」が事実であることが確認できる。一方、逆に「業績好調」あるいは「一人勝ち」とまで言われている社協の赤字業者率は 73.9%

定された供給整備計画である。計画期間は、平成 16 年までの 5 年間である。

⁷ 「ゴールドプラン 21」の平成 16 年の目標値は、在宅ホームヘルパー数 35 万人である。さて、国立社会保障・人口問題研究所の平成 9 年将来推計人口によれば、平成 16 年における高齢者数は 2,501 万人であり、現在の要介護老人発現率(11%)から類推して、要介護者数は 277 万人になると予想される。一方、平成 12 年現在の要介護者数は 240 万人であるから、現在のヘルパー必要量は 30.4 万人と概算できる(35 万人×240 万人/277 万人)。平成 10 年度末のホームヘルパー数は 15.8 万人であったから、目標を達成するには 92.4%の増加が必要である。

⁸ ただし、～ は訪問介護の供給量だけではなく、在宅介護全般や施設介護を含んだものである。

と、思いのほか高水準である。また、同様に業績好調が伝えられている地域密着型の業者の赤字比率も、営利業者で 56.1%、非営利企業で 55.6%と、全体に比較してやや低いとは言え、依然過半数を超える高水準である。したがって、やはり経営状況は全体的に低迷しているのであり、法人種別に多少の温度差がある程度というのが実際のところである。

これに対して厚生省は、現在の事業者の状況を、全般として活発、特に地域密着型の事業者が概ね良好な成績、苦戦しているのは新規参入の民間企業の一部であるとみており⁹、事態を静観する構えである。しかしながら、大半の事業者が赤字経営に陥っているのは、せっかく増えた供給量は長期的に維持可能ではなく、いずれ撤退や縮小が相次ぐ中で減少して行くだろう。

3.3 経営不振の要因分析

こうした経営不振の理由としてしばしば挙げられるのは、介護報酬単価、特に家事援助の介護報酬単価が大幅に採算価格を割っている為（採算価格要因）、身体介護に比べて安い価格の家事援助に需要が集中している為（家事援助比率要因）、1割の自己負担率や家族介護の絆の強さから、全体の訪問介護需要自体が事前の想定を下回っている為（総需要不振要因）といったものである。これらの要因について、まず一つずつ検証しよう。

（採算価格要因）

アンケートでは、身体介護・家事援助・複合型援助の3種類の各サービスに対する採算価格(時間当たり)を尋ねている。表4は、各サービスの採算価格と、介護報酬単価(標準単価)と採算価格の「乖離額」を、全体・法人別にみたものである。まず、全業者における平均採算価格をみると、身体介護は介護報酬単価をやや上回る4,376円(乖離額-356円)であるのに対し、家事援助は2,623円となっており、やはり介護報酬単価からの乖離額が-1,093円と大きい。一方、複合型援助の採算価格は3,454円であり、乖離額は身体介護と家事援助の中間程度の-674円である。

表4 各サービス別の平均採算価格と、現行標準単価からの乖離額 単位：円

	身体介護		家事援助		複合型援助	
	採算価格	乖離額	採算価格	乖離額	採算価格	乖離額
全業者	4,376	-356	2,623	-1,093	3,454	-674
うち大規模営利	4,577	-557	2,580	-1,050	3,557	-777
うち社協	4,480	-460	2,629	-1,099	3,550	-770
うち地域密着・営利	4,215	-195	2,552	-1,022	3,351	-571
うち地域密着・非営利	4,417	-397	2,698	-1,168	3,485	-705
新規業者	4,408	-388	2,617	-1,087	3,449	-669

注) 採算価格は各法人別の採算価格の平均額。乖離額は、現行標準単価(30～60分未満)と採算価格の乖離額。

（家事援助比率要因）

⁹ 井口(2000) 7月31日開催全国介護保険担当課長会議における厚生省説明(月刊介護保険編集部,2000b及び社会保険旬報,2000a)。

次に全体のサービス利用時間に占める家事援助サービスの比率（家事援助比率）をみてみよう。表 5 は、「家事援助比率 1」（＝家事援助利用時間 / （身体介護利用時間＋家事援助利用時間）、「家事援助比率 2」（＝家事援助利用時間＋複合型援助利用時間） / サービス 3 種の合計利用時間）という 2 つの指標を、全体と法人別に計算したものである。利用時間は、月当たり利用時間（月当たり利用者数×一人当たり利用回数×一回当たり利用時間）を用いている。まず、全業者平均でみると、家事援助比率 1 が 56.3%、家事援助比率 2 が 69.4%となっている。厚生省が介護報酬単価を決める際に事前に想定していた比率は、33%（身体介護：家事援助＝2:1）であるから¹⁰、やはり大幅に想定の家事援助比率を超えている。法人別にみると、社協の比率が特に高くなっており、これが社協の高い赤字業者率の原因であると思われる。また、大規模営利業者の家事援助比率が低いことも特徴的である。

表 5 家事援助利用時間の比率

	全業者	大規模・営利	社協	地域密着・営利	地域密着・非営利	新規業者
家事援助比率 1	56.3%	48.9%	66.4%	53.9%	57.1%	54.9%
家事援助比率 2	69.4%	64.0%	73.2%	70.6%	68.3%	68.5%

（総需要不振要因）

このアンケートでは、実際の総利用時間の他に、公的介護保険開始前に予想していた総利用時間を尋ねている。そこで、その実際と予想利用時間の比率を全体・法人別にみたものが、表 6 である。全業者の比率は 77.1%であり、訪問介護の需要は事前に予想していた需要の 8 割にも満たなかったことがわかる。法人別にみると、大規模・営利、地域密着・営利は比率が低くなっている一方、社協や地域密着・非営利は比率が高く、営利・非営利差が顕著である。したがって、各種報道で伝えられている社協や地域密着・非営利の好調さとは、この利用比率の面を指しているのかもしれない。しかしながら、そうした法人においても、事前の予想が実際の需要を上回ることはない。

表 6 実際の総利用時間と介護保険開始前の予想総利用時間の比率

	全業者	大規模・営利	社協	地域密着・営利	地域密着・非営利	新規業者
実際予想比	77.1%	63.9%	89.2%	69.6%	85.4%	68.9%

注）実際総利用時間・予想総利用時間ともに、3 種サービスの利用時間の合計。

（経営不振の要因分解）

さて、以上で、採算価格要因、家事援助比率要因、総需要不振要因の各要因をみてきたが、そのどれもが確認される結果となった。しかしながら、個別に確認をするだけでは、実際にどの要因が重要なのかを比較・検討することはできない。そこで、以下の計算式を用いて、経営不振の要因をこの 3 要因に分解する。いま、経営不振の定義を、「事前の予想収入と実際の収入の乖離率」とすると、これは次式の様に分解される。

「事前の予想収入と実際の収入の乖離率」

¹⁰ 厚生省(2000f)及び 5 章を参照。

= 「(利用率をウェイト調整した)採算価格と介護報酬単価の乖離率」
+ 「(価格をウェイト調整した)事前に予想した3種サービスの構成比率と実際の構成比率の乖離率」
+ 「事前の予想総利用時間と実際の総利用時間の乖離率」¹¹

この式の左辺を100に基準化すると、それぞれ第1項は採算価格要因、第2項は家事援助比率要因、第3項は総需要不振要因として、その寄与度をパーセント表示することが可能である。表7は、その3種要因の寄与度を全体及び法人別にみたものである。

まず、全業者の要因別寄与度をみると、採算価格要因が34.7%、家事援助比率要因が10.4%、総需要不振要因が54.9%となっており、経営不振の最も大きな要因が、総需要の予想外の落ち込みにあることがわかる。一方、経営不振の理由として真っ先に挙げられる家事援助比率要因であるが、実際にはその影響は小さく、むしろ採算価格要因の方が大きい。現在、厚生省は、家事援助比率の引下げを狙って、サービス不適切事例を発表し¹²、指導しているが、こうした政策が訪問介護業者の経営に与える影響は、残念ながら極めて小さいと言えよう。また、社協や地域密着・営利の家事援助比率要因がやや高いことも特徴的である。

表7 経営不振の寄与度分解

	全業者	大規模・営利	社協	地域密着・営利	地域密着・非営利	新規業者
採算価格要因	34.7%	23.7%	60.9%	27.6%	31.9%	25.8%
家事援助比率要因	10.4%	-11.8%	15.2%	8.8%	19.9%	7.3%
総需要不振要因	54.9%	88.1%	23.9%	63.7%	48.3%	67.0%

3.4 サービスの競争が起き、サービスの質が高まっているか

(サービスの競争を志向しているのか)

市場原理の導入により、サービスの競争は起こり、質が高まるのだろうか。通常の場合、価格は需要と供給の均衡点に決定されるが、公的介護保険では介護報酬単価という固定価格が導入された。そして、原則的に価格競争を禁ずることにより¹³、競争メカニズムが専らサービスの競争において起こると考えられている。しかしながら、「価格競争禁止=サービス競争」とみるのはあまりに短絡的である。なぜならば、サービス競争よりも効

¹¹ 事前の予想収益(R)は、 p_i を各サービスの採算価格($i=1$ が身体介護、 $i=2$ が家事援助、 $i=3$ が複合型援助)、 n_i を各サービスの利用時間、 N は3種のサービスの合計利用時間として、次式で表される。

$$R = (w_1 p_1 + w_2 p_2 + w_3 p_3) N \quad \text{但し、} w_i = \frac{n_i}{N}$$

この式の両辺を、対数をとって、時間で微分すると、次式の分解式が得られる。第1項を採算価格変化によるもの、第2項を各サービスの利用割合変化によるもの、第3項を総利用時間の変化によるものとする。

$$\frac{\dot{R}}{R} = \sum_{i=1}^3 \frac{w_i \dot{p}_i}{w_i p_i} + \sum_{i=1}^3 \frac{\dot{w}_i p_i}{w_i p_i} + \frac{\dot{N}}{N}$$

¹² 厚生省(2000c)。

¹³ 平成12年3月1日付 老企第39号「指定居宅サービス事業者等」による介護給付費の割引について」では、価格割引を行う際の算定について定めている。例えば、事業者が総費用の5%の割引を行っても、利用者負担は0.5%下がるに過ぎない。もし、利用者負担を無料にしたいのであれば、事業者が請求できる金額は0円となってしまう(詳細は小山,2000を参照)。

率的に収益を改善する代替的競争手段が有るならば、そちらを選ぶ方が合理的であるからである。そのような代替的競争手段としては、 広告宣伝や行政への働きかけによる利用者拡大、 利益率の高い顧客を選別（クリームスキミング¹⁴）、 同一事業所の兼業ケアマネージャーによる販路取得競争¹⁵、 設立母体が医療機関や介護製品メーカーである場合には、それらとの連携による製品販売や患者獲得¹⁶などが挙げられる。また、サービスの質に対して利用者が敏感でない場合には、むしろ、 低賃金パート・ボランティアへの人員シフトと言った質低下によるコスト改善策も考えられる。さらに、不採算である家事援助利用の拒否、あるいは家事援助の最低利用時間を設けて利用抑制を図ることも考えられる。

表 8 現在及び今後重視する事業方針の回答率（複数回答）

	事業方針	全業者	新規業者	赤字業者
1○	ヘルパー教育の拡大	69.7%	65.1%	65.0%
2	医療との連携強化	57.8%	58.2%	57.2%
3	利用者拡大・囲い込み	54.6%	58.2%	54.9%
4○	経験豊富なヘルパーの獲得	33.9%	31.7%	31.9%
5	広告宣伝を強化	31.5%	32.1%	35.8%
6	パート・ボランティアなどの低賃金未熟練労働力の活用	28.5%	26.5%	33.5%
7	ケアマネージャーの採用・増員	22.7%	20.9%	21.0%
8	介護保険対象外サービスの売り込み	18.9%	19.7%	21.8%
9○	高度な資格取得者の増員	14.4%	13.7%	12.8%
10	保険対象外サービスの展開	13.7%	13.3%	14.4%
11	採算性の良い客の選別	6.3%	7.2%	7.4%
12	遠隔地・不採算地区の撤退	6.1%	4.8%	7.0%
13	価格引下げ	5.2%	6.4%	3.9%
14	要介護者以外へのサービス展開	1.8%	2.4%	0.8%

さて、表 8 には、アンケートにより尋ねた 14 項目の「現在及び今後重視する事業方針」（複数回答）の回答率を、全業者・新規業者・赤字業者別に表示している。まず、サービスの質を改善する項目である「ヘルパー教育の拡大」「経験豊富なヘルパーの獲得」「高度な資格者の増員」をみると、それぞれ 69.7%（1 位） 33.9%（4 位） 14.4%（9 位）となっている一方、サービスの質の改善とは無関係な「医療との連携強化(2 位)」「利用者拡大・囲い込み(3 位)」「広告宣伝の強化(5 位)」「ケアマネの採用・増員(7 位)」「保険対象外サービスの売り込み(8 位)」といった項目の回答割合もかなり高い。さらには、明示的にサービスの質を低下させる「パート・ボランティアなどの低賃金未熟練労働力の活用」という項目も、28.5%(6 位)の事業者が志向している¹⁷。また、赤字業者は、こうしたサービス改善以外

¹⁴ 採算性の良い部分だけを選び好みすることを指す。乳製品加工用の牛乳を買う際に、上澄みの良質のクリーム部分だけすくい取る行動からこの名が付いた。

¹⁵ 利用者のケアプランを作成し、事業者の紹介をも行うケアマネージャーは、本来、中立的な立場であることが望まれるが、実際には、訪問介護業者が兼業している場合がほとんどである。この場合、ケアマネージャーは自己の属している業者の営業マン的役割をする可能性がある（岡本,2000）。

¹⁶ これは、二木(2000)、二木(1998)が主張する介護市場の（医療・福祉）複合体化に他ならない。

¹⁷ 1 の項目の回答率が高い背景には、低賃金の未熟練労働力に人員をシフトさせているが故に、ヘルパー教育を行っている、ということがあるのかもしれない。

の項目の回答率が特に高い。

表 9 は、サービスの質の改善以外の競争手段として、特に、同一事業者に所属しているケアマネージャーが顧客を紹介する、家事援助などに最低利用時間を設ける、という 2 つの手段を採り上げて、その動きをみたものである。まず、ケアマネの紹介率であるが、全業者で 45.0%と非常に高い。特に、社協や地域密着・非営利業者といった利用比率(表 6)の高い法人種ほど、紹介率も高くなっており、兼業ケアマネの紹介が有効な収益回復手段であることが伺える。また、家事援助等に利用時間制限を設けている事業者は、全体で 28.1%も存在しており、特に大規模・営利や地域密着営利といった営利業者の割合が高い。

表 9 サービス改善以外の収益回復手段の利用

	全業者	大規模・営利	社協	地域密着・営利	地域密着・非営利	新規業者
所属しているケアマネージャーが紹介した顧客の割合	45.0%	42.6%	60.8%	34.1%	51.3%	41.7%
家事援助等に最低利用時間を設けている事業者の割合	28.1%	38.4%	15.2%	28.0%	25.7%	25.3%

(新規業者は、サービス水準の向上をもたらしたのか)

次に、新規業者の参入により、訪問介護市場のサービス水準が高まったのかどうかをみることにしよう。具体的には、やや粗い方法ではあるが、アンケートで尋ねている 15 個のサービス指標について、新規業者が既存業者よりも優れているかどうかを検証する。新規業者が参入してサービスの競争が起きるためには、そのサービス水準が既存業者と少なくとも同じか、既存業者よりも高くなければならない¹⁸。

さて、表 10 には、1～15 までのサービス指標について、新規業者が既存業者よりも勝っていれば「+」、劣っていれば「-」の記号が付してある(「*」記号は、それらが統計的に有意かどうかを示す)。まず、「新規業者・全体」についてみると、新規業者が優れているサービスは、「11 社会福祉士・介護福祉士、PT、OT 等の専門資格者比率」、「12 ヘルパー 2 級以上資格者比率」、「15 常勤者 / 非常勤者比率」等のインプット指標や、「9 苦情処理窓口、苦情処理係の設置率」等である。一方で、それ以外の 10 個のサービス指標は、既存業者が優れており、特に有意な差を示したものは、「1 シルバーマーク、ISO 等の認定マークの取得率」、「3 ヘルパー情報交流会や事例検討会(ケア・カンファレンス)の実施率」、「13 経験 1 年未満の新規ヘルパーがいない率」、「14 ヘルパー 5 年以上経験者比率」等であった。したがって、総じてみると、新規業者が既存業者よりもサービスの水準が高いとは言えず、むしろ低いといった方が適当である。

もっとも、新規業者の内訳をみると、大規模・営利業者に限っては、既存業者よりもサービス水準が優れている。大規模・営利業者が利用者に選ばれない理由は、決してサービス水準が低いからではないのである。恐らく、経営不振を理由に業務撤退をする可能性が

¹⁸ もちろん、これは競争の結果として既存業者のサービス水準が高まることを否定するものではない。しかしながら、既存業者は、これまでの人員や設備を短期間に調整することは困難であろうことから、新規

もっとも高い法人種は、この大規模・営利業者であろうから、現状を放置すると、ますます訪問介護市場のサービスの質が低下してゆく恐れがある。

表 10 新規業者と既存業者のサービス水準の比較

	新規業者・全体	うち大規模・営利	うち社会協	うち地域密着・営利	うち地域密着・非営利
1 シルバーマーク、ISO 等の認定マークの取得率	— *	+	—	— *	— *
2 ヘルパーサービスのマニュアルの設置率	—	+	—	—	+
3 ヘルパー情報交流会や事例検討会(ケア・カンファレンス)の実施率	— *	—	—	— *	—
4 サービス最低利用時間等の制限が無い事業所の割合	—	+	—	—	—
5 パンフレットやホームページ、利用者向け会報など情報提供媒体の設置率	—	+	—	—	—
6 利用不可能日(休日)がない事業所の割合	—	—	+	—	+
7 早朝、夜間、深夜サービスが利用可能な事業所の割合	+	+	—	+	—
8 緊急利用が可能な事業所の割合	—	—	—	+	—
9 苦情処理窓口、苦情処理係の設置率	+	+	—	+	+
10 ヘルパー研修制度施行率	—	+	+	—	—
11 社会福祉士・介護福祉士、PT、OT等の専門資格者比率	+	+	—	+	+
12 ヘルパー2級以上資格者比率	+	+	—	+	+
13 ヘルパー5年以上経験者比率	— *	—	+	—	— *
14 経験1年未満の新規ヘルパーがいない率	— *	— *	+	— *	— *
15 常勤者／非常勤者比率	+	+	+	+	+
既存の業者よりも勝っているサービス指標の数 (括弧内は有意な指標の数)	5 (4)	10 (2)	5 (0)	6 (2)	6 (1)
既存の業者よりも劣っているサービス指標の数 (括弧内は有意な指標の数)	10 (4)	5 (1)	10 (0)	9 (3)	9 (3)

注) 各サービス指標について、新規企業が勝っている場合には「+」印、劣っている場合には「-」印が付いている。また、*印は、既存企業と新規企業の差が5%基準で有意であることを示す。

3.6 新規参入業者、営利業者は効率的か

それでは、新規業者、とりわけ営利業者の参入によって、訪問介護の効率化は達成されたのだろうか。一般に、競争のない旧措置下で営業をしていた法人よりも、競争に晒されてきた新規参入業者・営利企業の方が、経営は効率的だと信じられている。しかしながら、理論的にみると、介護報酬単価が固定されている下では、必ずしも新規業者が効率的な経営を行うとは限らない(南部仮説¹⁹⁾)。

今、新規業者の方が既存業者よりも効率的であると考え、新規業者は、既存業者に合わせて設定された介護報酬単価(Pr)よりも、低い採算価格(Ps)でサービスの提供が可能である。このため、新規企業には $Pr - Ps$ に対応する超過利潤が発生する。通常の市場であれば、この超過利潤を求めて新規参入が相次ぎ、介護報酬単価 Pr が引き下がることにより超過利潤は消失して均衡となる($Pr=Ps$)。しかしながら、介護報酬単価 Pr が固定されている

企業のサービス水準が高い場合には、これに追いつくまでに時間がかかるものと考えられる。

¹⁹ 南部(2000)は、公的介護保険の開始前に既にこの点を看過していた。以下の説明は、南部(2000)に全面的に負っている。

場合にはどうなるだろうか。この場合には、価格が競争手段にならないため、その他の競争手段である「サービスの質の競争」や「広告・宣伝競争」「顧客囲い込み」「販路取得競争」等の競争を行う。この結果、固定費用・可変費用が膨らんで平均費用が上昇し、結局、採算価格の P_s が P_r まで上昇するかたちで、長期均衡が達成されるのである($P_r=P_s$)。つまり、新規業者や民間営利企業が参入するからと言って、費用面で効率化が達成されるとは限らないのである。もっとも、この場合でも、平均費用の増加がサービスの改善に結びつければ、政策目標の一つは達成されるのであるが、前節にみたようにこの点も疑問である。

さて、下の図 1-1～3-2 は、アンケートで尋ねた各サービス別の採算価格を、度数分布に表し、新規業者・既存業者間、法人別間で比較したものである。驚くべきことに、新規・既存業者間、法人別間の分布は、ほぼ同様の形状をしており、平均値にもほとんど差がみられない(前出の表 4)。したがって、南部(2000)の仮説通り、新規業者あるいは営利業者が特に効率的であるとは言えず、これらの業者によって訪問介護市場の効率化が推進されたとは言い難い。

図 1-1、1-2 身体介護サービスの採算価格の度数分布(新規・既存別、法人別)

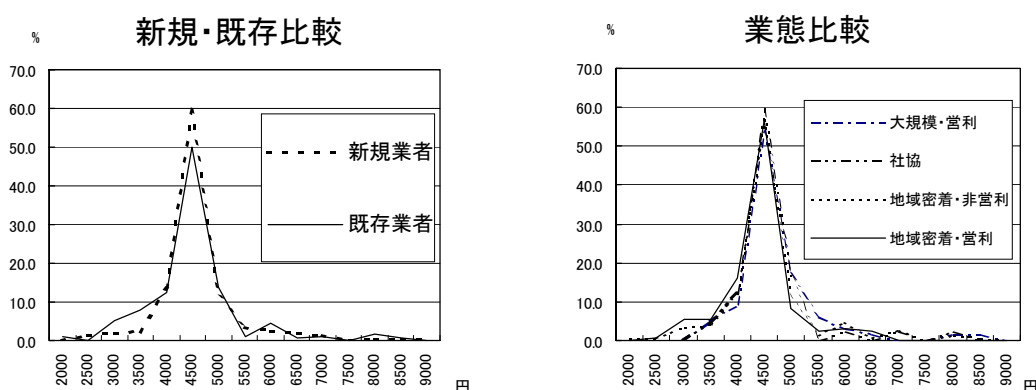


図 2-1、2-2 家事援助サービスの採算価格の度数分布(新規・既存別、法人別)

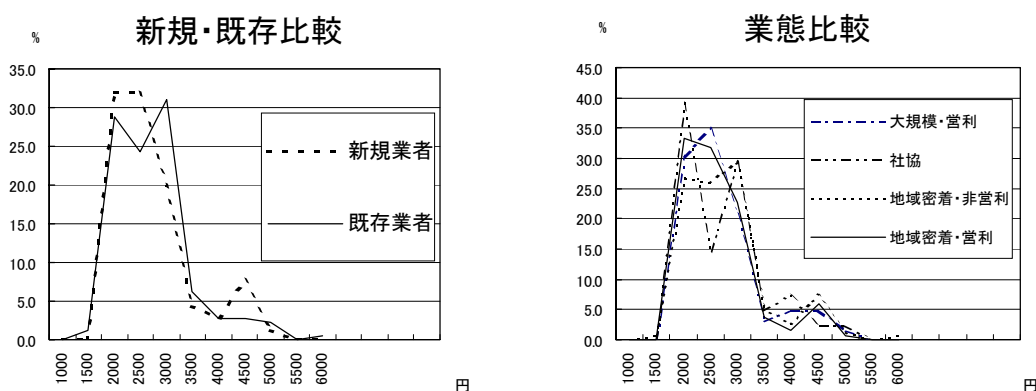
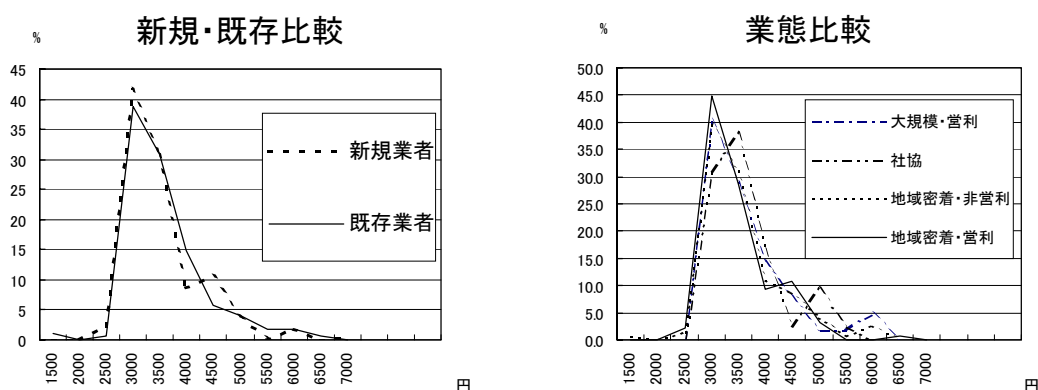


図 3-1、3-2 身体介護の採算価格の度数分布（新規・既存別、法人別）



また、表 11 は、新規業者・営利業者の平均費用引き上げ要因として、「広告宣伝費」及び「介護保険開始に当たって特別に生じた固定費（拠点設営費、調査費、ヘルパー引き抜き、行政への働きかけ等）」をみたものである。やはり、大規模・営利業者、地域密着営利業者、新規業者において、広告費の割合と初期固定費の売上高比率は高くなっており、仮説を支持する結果となっている。

表 11 広告費、初期固定費の法人別比較

	全業者	大規模・営利	社協	地域密着・営利	地域密着・非営利	新規業者
広告費が総費用に占める割合	5.2%	7.1%	3.5%	7.4%	1.5%	6.3%
初期固定費 / 売上高比率	122.0%	150.0%	102.0%	174.0%	114.0%	184.0%

4. 特別養護老人ホームの分析

施設介護の分野は、在宅介護と同様に、新たな介護報酬単価体系で互いに競争し合う仕組みが整備されたものの、参入規制の緩和だけは実施されなかった。このため、公的介護保険によって新たに増えた需要を供給がまかないきれず、需給状態は返って悪化した可能性がある。もしそうならば、これまで「一部の者に割り当てられていた介護を、全ての利用者が利用できるものにする」という公的介護保険の大原則に反することになる。また、

「(平均的な要介護分布)の既存施設の収益を大幅に悪化させずに、新制度に円滑に移行する」という目標は達せられたのであろうか。さらに、新制度の元で、本当にサービスの競争は起きているのだろうか。本節では、以上の3点について順に検証して行く。

4.1 特養の需給状況は改善したのか

表 12 は、設立年が平成 11 年、12 年の特養を新規事業所とし、最近の増加率をみたものである。事業所数で 15.5%、入所者数で 15.6%の増加をしており、新ゴールドプランの整備事業や、公的介護保険への準備から、サービス供給量はかなり増加している姿が伺える。

一方、表 13 は、特養入所待機率（入所待機者 / 定員）ショートステイの待機率（利用待機者数 / ショートステイ用ベッド数）ショートステイ空きベッド率（空きベッド数 / ショートステイ用ベッド数）といった需給状況を表す指標を、介護保険開始直後の 4 月時点

と現時点(9月)で比較したものである。まず、特養入所待機率の変化をみると、0.75(4月)から 1.13(9月)となっており、やはり需要増に供給増が追いつかず、需給状況が悪化していることがわかる。また、ショートステイの待機率をみても、0.17(4月)から 0.20(9月)と若干ながら悪化している²⁰。

表 12 特別養護老人ホーム供給量の変化

	事業所数	従業員数	入所者数	定員数
総事業所数	179	8,445	12,585	12,627
新規事業所数	24	1,072	1,694	1,720
増加率	15.5	14.5	15.6	15.8

注) 新規事業所は、設立年が平成 11 年・12 年の事業所。

表 13 特別養護老人ホーム・ショートステイの待機率、空きベッド率の変化

特養入所待機率		ショートステイ待機率		ショートステイ空きベッド率	
9月現在	4月時点	9月現在	4月時点	9月現在	4月時点
1.13	0.75	0.20	0.17	0.47	0.53

注) 特養入所待機率 = 入所待機者 / 定員、ショートステイ待機率 = 利用待機者数 / ショートステイ用ベッド数、空きベッド率 = 空きベッド数 / ショートステイ用ベッド数。

4.2 特養の経営状況

次に、図 14 は、特養の現在の経営状況を、赤字・黒字・収支一致の構成割合で示したものである。全事業所中で赤字事業所は 44%。黒字事業所は 2.6%となっており、半数近い事業所が赤字経営状態に陥っていることがわかる。また、操業年数が 5 年以上の事業所の赤字率は 46.5%、10 年以上の業者で 43.5%となっており、既存業者も新規業者も同様に経営が低迷している。つまり、既存業者が円滑に移行したという姿からはほど遠いのである。

ではこのような経営不振に、どのような手段で対応しようとしているのだろうか。人件費率が高い介護ビジネスでは、第一にまず、リストラなどの形で人員整理を行うことが考えられる。しかしながら、特養の場合には、介護保険法第 88 条第 1 項の規定により、入所者に対する従業員数の規制があるため、リストラを行うことは容易ではない。表 15 は、公的介護開始後の従業員数の変化と賃金の変化を尋ねたものであるが、やはり、人員数を減少させた事業所は少なく、むしろ増加させた事業所の方が多い。その一方で、賃金については、減少させた事業所が増加させた事業所を上回っている。これは、何を意味するのだろうか。一つの解釈は、常勤のヘルパーの賃金をカットして対応しているというものである。もう一つの解釈は、常勤ヘルパーをリストラし、その代わりに低賃金のパートや非常勤ヘルパーを採用しているというものである。この場合、介護保健法の施行によりかえってサービスの質が低下していることを意味する。従業員数を増加させている事業所が多い一方で、賃金は低下しているという事実は、常勤換算の人数を保つためにパート・非常勤を数多く採用していることを示唆していると思われる。

²⁰ もっとも、ショートステイの空きベッド率は 50%近くに達しており、各種報道で伝えられる「利用限度があるためのショートステイの手控え現象」が確認される結果となった。

表 14 特別養護老人ホームの現在の経営状況（構成割合）

	赤字	黒字	収支一致
全体	44.2%	2.6%	53.3%
操業年数が 5 年以上	46.5%	1.0%	52.5%
操業年数が 10 年以上	43.5%	1.5%	55.1%

注）操業年数と赤字事業所との相関は 0.008。

表 15 特別養護老人ホーム従業員数変化、賃金変化の割合

	従業員数変化		賃金変化	
	全事業所	赤字事業所	全事業所	赤字事業所
減少	20.7%	25.0%	21.5%	31.3%
不変	35.8%	42.7%	59.9%	59.4%
増加	43.6%	32.4%	18.6%	9.4%

4.3 サービスの競争は起きているのか

（今後の事業方針）

訪問介護の場合と同様、「現在と今後の事業方針」の回答率を示したものが表 16 である。

表 16 現在と今後の事業方針の回答割合（複数回答）

	事業方針	全事業所	赤字事業所
1	パート・ボランティアなどの低賃金未熟練労働力の活用	79.3%	82.4%
2	医療との連携強化	47.5%	47.1%
3	備品などへの更新投資を手控える	36.9%	35.3%
4	○ヘルパー教育の拡大	34.1%	27.9%
5	定員拡大	31.3%	32.4%
6	要介護度の高い者の選別	27.9%	35.3%
7	在宅介護への事業拡大やショートステイへの重点化	26.3%	25.0%
8	広告宣伝を強化	23.5%	26.5%
9	○オプションサービスの拡大	22.3%	27.9%
10	交通費やおむつ代などの入所者の自己負担を増やす	11.2%	19.1%
11	オプションサービスの縮小	2.2%	2.9%
12	ヘルパー教育投資の縮小	0.6%	1.5%
13	入所者縮小	0.6%	1.5%

注）回答事業所数は 179。うち赤字事業所は 68。

まず目に付くのは「パート・ボランティアなどの低賃金未熟練労働力の活用(1 位)」であり、やはり前項で予想した「常勤からパート・非常勤へのシフト」が現実のものであることがわかる。その他、「備品などへの更新投資を手控える(3 位)」「交通費やおむつ代などの入所者の自己負担を増やす(10 位)」といった項目も、サービス低下で収益を改善する手段である。また、サービスの改善とは直接無関係な「医療との連携強化(2 位)」「定員拡大(5 位)」「要介護度の高い者の選別(6 位)」「在宅介護への事業拡大、ショートステイへの重点化(7 位)」といった項目も上位を占めている。サービスの競争については、わずかに「ヘルパ

「教育の拡大²¹」が4位、「オプションサービスの拡大」が9位に挙がっているに過ぎない。したがって、特養についても、期待通りのサービスの競争が起きているとは言い難いものと思われる。また、赤字事業所では、1,4,6,8,10等の項目が全事業所に比較して悪化しており、サービスの低下、もしくはサービス以外の競争を特に強く志向している。

4.4 クリームスキミングと要介護度別報酬単価の不適切性

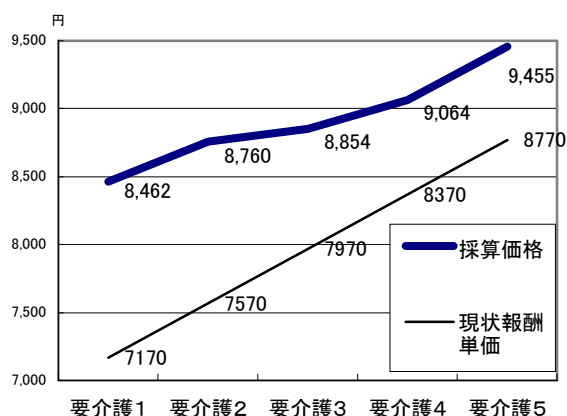
（介護報酬単価の不適切性）

表16において27.9%(6位)もの事業所が挙げている「要介護度の高い者の選別」という手段は、本来、介護保険法で禁じられているものである。それにもかかわらず、アンケートに正直に回答しているという事実は、特養の切実な危機感の現れとも受けとめられる。

ところで、そもそもこのようなクリームスキミングによって収益改善が図れるという事実は、設定された「要介護度別の介護報酬単価」が適切ではないことを直接的に意味するものである。つまり、要介護度別の採算価格に介護報酬単価が等しければ、そもそも要介護度の高い者をクリームスキミングすることが無意味となるからである。

さて、図4は、アンケートで尋ねた「要介護度別の採算価格」の平均値と、実際の介護報酬単価を要介護度別に比較したものである。やはり、要介護度が低いほど、採算価格と介護報酬単価との乖離は大きく、要介護度が高くなるほどその乖離が狭まっていることがわかる。特養の入所資格は要介護1以上であるが、これでは要介護度の低い者を受け入れるインセンティブが低くなるだろう²²。

図4 特養の要介護度別の介護報酬単価と採算価格



注) 現状の報酬単価は入所者：職員比率が3.5:1の例。

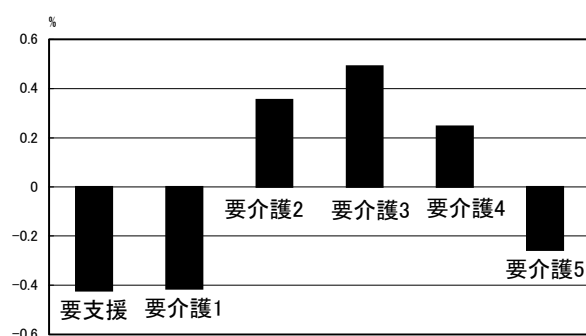
（要介護度別分布の変化）

²¹ 未熟練労働力へのシフトの為に、ヘルパー教育の必要性が増しているとの見方もできる。

²² ちなみに、要介護度別に、「現行の価格が不採算であると答えた事業所の割合」をみると、要介護1が79.7%、要介護2が82.4%、要介護3が59.7%、要介護4が41.1%、要介護5が37.6%となっており、やはり要介護度が高いほど採算ベースにのる事業所が増加する。また、「採算のとれる要介護度」の平均値は、3.82であった。

では、実際にクリームスキミングはどの程度起きているのだろうか。図 5 は、公的介護保険開始直後の 4 月から、調査時点の 9 月までの要介護分布の変化をみたものである。4 月時点で特養に入所している者は、経過措置として、例え要支援者であったとしても 5 年間は入所を継続できることになっている。また、要介護度 1 以上であれば、要介護度を条件に入所を断わることは禁止されている。したがって、通常で有れば、その要介護分布が変化する理由は存在しない。しかしながら、実際に図 5 をみると、要支援、要介護度 1 の入所者の割合は、それぞれ 4 月時点で 2.6%、12.7%であったものが、9 月時点では 2.2%(-0.4%)、12.3%(-0.4%)と割合が減少している一方、要介護 2 から 4 までの入所者の割合はそれぞれ 14.6% 15.0%、18.9% 19.4%、29.4% 29.6%と増加している²³。したがって、分布の変化幅は現在小幅ながら、やはり、クリームスキミングが起きていることは間違いないさそうである²⁴。また、類似した話であるが、特養が入所者の自立度を高めて要介護度を低めても、全く報われない報酬体系(インセンティブスキーム)になっていることも問題である²⁵。このままの介護報酬単価を放置維持すれば、クリームスキミングがさらに大きな問題となろう。

図 5 特養の要介護度分布の変化幅



注) 介護保険開始当初と 9 月時点の要介護状態別構成割合の変化。

5. 課題の総括と、今後の改革指針について

本稿は、独自の事業者アンケートを用いることにより、訪問介護業者と特別養護老人ホームの現状を分析し、介護保険制度の供給面に関する政策評価を行った。

²³ 要介護 5 は仮説とは逆に減少しているが、これは医療機関への移動を表している可能性がある。介護保険法施行前には、入院の為に特養から医療機関に移った場合でも、3 ヶ月までは行政が費用を負担して、退院後に特養に戻れることになっていた。しかしながら、介護保険法施行後は、この費用が支払われる期間が 2 週間と大幅に縮まったために、入院者の再入所を認めない特養が増えているものと思われる。実際、アンケートにも「入院者の資格見直し」を行っていると答えた特養が 6 事業所存在していた。

²⁴ ちなみに、赤字事業所と黒字事業所別に、要介護度 3 以上の者の割合をみると、4 月時点では赤字事業所が 69.5%、黒字事業所が 69.6%とそれほど差がなかったのに対して、9 月時点では赤字事業所が 69.9%、黒字事業所が 70.6%となっている。したがって、わずかな差ではあるが、要介護度の高い入所者の割合を高めた事業所ほど、採算が良くなっている。

²⁵ 医療福祉審議会の介護給付費部会では、自立度を高めることへの成功報酬も検討されたが、結局は見送られた。

アンケートの結果明らかになったのは、介護保険導入の目的であった政策目標の全てが、不十分か、あるいは全くその効果を発揮していないということである。また、特養におけるクリームスキミングや、訪問介護業者におけるサービス最低利用時間等、制度の抜け穴を利用した望ましくない反応も起きている。それらの原因は、もちろん諸制度が不完全なことにもよるが、より根本的な要因は「介護報酬単価」と「自己負担率」という 2 つの政策変数が不適切に設定されていることにある。

（介護報酬単価設定の仕組みとその問題点）

そもそも、介護報酬単価と自己負担率はどのような根拠でその値が設定されたのだろうか。自己負担率の「1 割」というあまりにも「切りの良い」値については、その根拠も、科学的根拠が存在するかどうか不明であるが、介護報酬単価については、医療保険福祉審議会・介護給付費部会の数次にわたる資料により、その一端を伺い知ることができる。

まず、訪問介護業者について簡単に解説すると、措置下で経営している事業所にアンケートを実施し（介護報酬実態調査）総収入額を利用者の総利用時間で除し、時間当たりの収入額を算出し、その時間当たり収入額を、利用者の身体介護と家事援助の利用時間の割合である 2:1 に按分してそれぞれの報酬単価とすると言うものである（厚生省,2000f 等）。そのあまりの単純さにまず驚くが、より驚くべきは、需給の均衡という市場原理でもっとも重要な概念が全く欠落している点である。例えば、利用者の直面する利用価格は、旧措置下でほぼ無料であったのに対し、介護保険の下では 1 割の自己負担分となるのだから、当然、これまでの利用者の需要は減少するはずである。また、旧措置下で利用できなかった人々の需要見込みについて、例えば「介護保険事業計画」等をみても、1 割自己負担による需要減が考慮された節はない。さらに、身体介護と家事援助の利用時間(需要)は、利用者の直面する相対価格の変化（旧措置下 1:1 介護保険下 2:1）に応じて、当然その相対比（2:1）が変化し、身体介護の利用時間の減少という形で現れることが容易に想像できる²⁶。「適切な運営をしている既存業者の収益を変動させない」為には、このような予想される需要の変化を考慮して、介護報酬単価と自己負担率を選択すべきであった。

次に、特養の介護報酬単価については、やはり介護報酬実態調査から得た収入額を、利用者の総時間で除した「時間当たり収入額」をベースにして設定されている。特養は介護保険下でも需給の変動が少ないので、その意味では、旧措置時代と収入差がでるはずがないのであるが、問題は、収入額を算出する際に、実際に多くの自治体が行って特養の重要な収入となっている「地方自治体からの補助金」を除いていることである。そうした地方補助金のほとんどは、介護保険に伴う「全国の価格設定の一律化」を理由に廃止・縮小されており、それに加えて、これまで国から補助されていた借入金返済に関わる償還金も縮

²⁶ さらに、民間業者の参入を確保する政策的配慮から、身体介護の介護報酬のみを操作して、措置下よりも 1 割程度高いものにした（永田・佐竹・鈴木,2000）。このことも当然ながら、身体介護の需要減に反映される。また、そもそも 2:1 の比率は「介護報酬実態調査」の営利業者の利用時間相対比からとられた。しかしながら、同じ調査で、非営利業者の相対比は 1:1 となっている。したがって、全体をならせば、2:1 という比率は極端な想定であることが、この調査を行った時点で既に自明なのである。

小されたから、介護報酬だけでは収入減となるのは当然なのである。「平均的な要介護分布の施設が収入の変動無く円滑に移行する」為には、当然この補助金分を介護報酬単価に織り込むべきであった。また、要介護度別の介護報酬単価にしても、介護報酬実態調査で調べた事業者費用の一部を変動費とみなして、要介護度に比例配分するというラフな設定をしている。この価格設定の不備が、クリームスキミングの原因であることは既に見た通りである。

つまり、市場原理への考慮が不足していたことが、両業種の大半の事業者(所)を赤字化させ、またその経営難が、サービス以外の競争推進や、サービスの質の低下、制度の抜け穴の利用といったものの背景となっていると考えられるのである。

(現行の枠組み内で、即時に介護報酬単価・自己負担率の微調整を)

さて、厚生省は現在のところ、介護報酬単価を問題視してはならず、介護報酬単価の改定も、3年後の見直し時期までは行わない構えである。しかし、このまま放置すれば、せっかく増加したサービス供給量は徐々に減少して行くことになるだろう。それも市場の解の一つとは思うが、ただ、訪問介護の供給量は、現在でも「ゴールドプラン 21」や「介護保険事業計画」の必要量・目標値を下回っているのである。もし、この目標値が正しいのであれば、介護報酬単価を適正値に引き上げる一方、現在 1 割の自己負担率を引き下げ²⁷、需要と供給量を目標値へと誘導すべきである。一部の関係者には誤解があるようだが、政策変数である自己負担率と介護報酬単価を人為的に動かすことは、市場原理とは何ら矛盾するものではない。もともと 1 割の自己負担率や介護報酬単価は、何も市場の解として得られたものではなく、単に人為的に設定されたものに過ぎない。そして、介護市場は、そもそも自然に発生した市場ではなく、「介護地獄の解消、介護の社会化」が国民経済にとって望ましいとの政策判断の元、保険料を強制徴収して人為的に出現させた市場なのである。したがって、「介護地獄の解消、介護の社会化」に必要なサービス目標量を実現するように、政策変数を操作するべきである。現在、その政策変数が誤った値に設定されていることは明らかである。問題が大きくなる前に、現行の枠組み内で、直ちに「微調整」すべきである。

(在宅介護分野は、将来的に介護報酬単価の自由化も視野に入れた改革を)

しかしながら、介護報酬単価を政策変数にする必要はそもそも存在しない。なぜなら適切な介護報酬単価とは、需要と供給の均衡価格のことであるから、「情報の非対称性」等の市場の失敗が存在しない限り、市場が適切に決定するからである。むしろ、様々なショックにより刻々と変化する均衡価格は、政策決定者よりも市場の方がはるかに正確かつタイミング良く決定することだろう。したがって、将来的により望ましい政策は、介護報酬単価を自由化し、自己負担率のみを操作するというものである。医療に近い施設介護の分野には「情報の非対称性」が存在するという指摘もあるが、それならばまず在宅介護の分野を自由化すれば良いだろう。在宅介護・在宅介護支援分野の介護報酬単価を自由化するの

²⁷ ただし、自己負担を 0 にしてしまうことは、利用者のモラルハザードが起きるために望ましくはない。

メリットは、他にも以下の6点が挙げられる。

介護サービス供給の整備が遅れている地域では、需給が逼迫して価格が上昇するが、これは新規業者の参入を促すことから、地域間の供給整備の格差が縮小する。需要が集中する時間や時期には価格が上昇し、逆に需要が無い時期に価格が安くなることから、介護需要をスムージングし、効率化できる。クリームスキミングや採算の良い都市部への集中（不採算地域切り捨て）が解消される。3章3.6節で論じたように、価格競争により介護サービス供給が効率化する。価格をシグナルとして需給の調整が行われるので、現在の様にケアマネージャーが相対取引の需給調整係（ワルラス・オークショナー）を努める必要が無くなり、本業のケアプランの作成に集中できる。ケアマネージャーの介護報酬単価自体も自由化することにより、供給不足や過剰労働問題を解決できる²⁸。

一方で、価格自由化には次のような反対意見がある。価格を自由化すると、営利業者が法外な高価格を要求する。あるいは、逆に価格ダンピング競争が起きることにより、サービス水準が低下する。価格のコントロールができなくなることにより、介護保険財政の膨張に歯止めがかからなくなる。地域間の価格格差が生まれることにより、地域間の公平性が失われる。

については、確かに「情報の非対称性」が強い場合には懸念される問題である。しかしながら、訪問介護市場は、家族介護と代替性が強い市場であり、情報の非対称性はほぼ存在しないと見て良いのではないかと²⁹。また、については関係者の間に根強い先入観があるようである（小山,2000）。しかしながら、実際には、利用者は業者のサービス水準を観察し、価格とサービス水準の最適な組み合わせの業者を選択する。したがって、事業者のサービス低下と価格低下が起きるとすれば、それは利用者が需要しているからであり、むしろ望ましい。また、利用者に選択されない水準まで業者がサービスを低下させることはあり得ない。については、行政当局には介護報酬単価以外にも、需要をコントロールする政策変数として、自己負担率と利用限度額があるので心配はない。については、介護報酬単価で地域間の公平を図る必要はそもそも無く、税や補助金等を用いればよい。

最後になったが、厚生省は最近、特養への民間事業者の参入を解禁する方向で検討に入ったと言うことであり³⁰、適切な施策と評価できる。このように、「市場原理をさらに徹底化」する方向で、介護保険の見直し論議が進んで行くことを期待したい。

²⁸ 少なくとも現行の介護報酬単価を上昇させるべきとの意見は多い(岡本,2000)。また、自由化する場合は、モラルハザードを防ぐために、利用者には一定の自己負担率を課すことが望ましい。

²⁹ 田中(2000)、岡本・田中(2000)では、本稿と文脈は異なるが、情報の非対称性が小さい家事援助の価格自由化が提言されている。

³⁰ 2000年11月12日の日経新聞朝刊報道。

<参考文献>

- 井口直樹(2000)「老人福祉の現状と課題」『週刊社会保障 8/7・14 合併号』法研
- 岡本悦司(2000)「専門ケアマネージャーをはぐくむ介護報酬を」『介護保険情報 11 月号』社会保険研究所
- 岡本祐三・田中滋(2000)『福祉が変われば経済が変わる』東洋経済新報社
- 月刊介護保険編集部(2000a)「実務座談会：効率的事業運営が成り立つ適正な価格を設定」『月刊介護保険 4 月号』法研
- 月刊介護保険編集部(2000b)「特集：利用者の満足度も高く順調な船出に」『月刊介護保険 9 月号』法研
- 厚生省(2000a)「介護保険の実施状況」7/31 開催・全国介護保険担当課長会議説明資料
- 厚生省(2000b)「利用者に対するアンケートの結果について」7/24 開催・医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会資料
- 厚生省(2000c)「家事援助行為の不適正事例」7/31 開催・全国介護保険担当課長会議説明資料
- 厚生省(2000d)「介護保険の在宅サービスの利用状況について」10/31 開催・医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会資料
- 厚生省(2000e)「介護給付費支払い状況」10/31 開催・医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会資料
- 厚生省(2000f)「介護報酬設定の主な考え方(案)」1/12 開催・医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会資料
- 小山秀夫(2000)「地域加算と価格競争」『月刊介護保険 7 月号』法研
- 田中滋(2000)「介護保険の役割 医療や家事援助との関係を巡って」『介護保険情報』10 月号、社会保険研究所
- 永田俊一・佐竹秀典・鈴木亘(2000)「介護保険制度と介護市場の分析」日本銀行調査統計局 Working Paper 00 - 17
- 南部鶴彦(2000)「介護サービス産業への公的介護保険導入の経済的帰結」国立社会保障・人口問題研究所『医療・介護の産業分析』東京大学出版会
- 二木立(2000)「介護保険施行半年間の現実と改革課題」社会保険旬報、No.2078、社会保険研究所
- 二木立(1998)『保健・医療・福祉複合体』医学書院
- 西山正徳(2000)「介護報酬等々の現状と課題」『週刊社会保障 8/7・14 合併号』法研
- 鈴木亘・大日康史(1999)「Conjoint Analysis を用いた介護需要関数の推定」ISER Discussion Paper No.486、大阪大学社会経済研究所
- 鈴木亘(2001)「非営利訪問介護業者は有利か？～公的介護保険下の訪問介護市場における『契約の失敗』仮説の検証～」ISER Discussion Paper No.522、大阪大学社会経済研究所
- 社会保険旬報編集部(2000a)「動向：介護保険の実施状況と当面の課題」社会保険旬報、No.2071、社会保険研究所
- 八代尚宏(2000)「福祉の規制改革 高齢者介護と保育サービスの充実のために」八代尚宏編『シリーズ現代経済研究 18 社会的規制の経済分析』日本経済新聞社
- 八代尚宏(2000)「介護サービス産業の将来性」『介護保険情報』9 月号、社会保険研究所
- 旅行