

論文

準市場としての介護保険サービスの需要と供給についての分析

田 栄富¹ 励 利²

《要 約》

介護保険制度の実施は介護サービスの準市場への移行であり、この準市場において事業者間の競争の存在が確認された。介護サービスの需要と供給動向は介護の社会化を示しており、制度導入の効果とすることができる。しかし、介護サービス市場は一般自由市場と異なり、サービス報酬が公定価格のため短期にはサービスの供給は需要の大きさに依存する。介護報酬の改定、第1号被保険者数の増加、要介護認定率、介護サービス受給率等の要因変動は介護サービス市場に大きな影響を与えるが、介護サービスの需要と供給曲線の形は短期と長期で異なったものとなる。また、政府と保険者の政策変化による影響が顕著になっており、準市場としての欠陥も明らかになっている。

介護保険財政は賦課方式を採用し、公費投入と介護保険料で賄っている。少子高齢化が進む中で介護財政を維持していくために、政府は公費投入の増加及び介護保険料の引き上げを実施し、介護サービスの需要と供給をコントロールしてきた。しかしながら、これからの認知症高齢者とチャイルドレス高齢者の増加は確実に介護サービス需要増へと繋がり、さらに、介護職員不足の顕著化はサービス供給にも深刻な影響を与える。人口構造と社会経済が大きく変化する中、現在の介護保険制度、準市場としての介護サービス市場はもはや限界に近く、制度を持続可能的に維持していくための抜本的な改革が求められている。

キーワード

介護サービス、準市場、需要、供給、持続可能、介護保険制度

目 次

はじめに

- I 準市場としての介護サービス市場
- II 介護サービス市場の需要分析
- III 介護サービス市場の供給分析
- IV 介護サービス市場の均衡分析
- V 介護保険制度の持続可能問題

むすびにかえて

1 寧波財経学院国際経済貿易学院講師。

2 寧波財経学院国際経済貿易学院講師。

はじめに

これまで日本の公的福祉事業は、措置制度のもとで独占的かつ画一的なサービスを提供してきた。サービス利用者がサービス提供者及びサービス内容を選択できないことから、競争が起こらず、サービス提供者に対してサービスの質を改善するインセンティブが働かない傾向にあった。また、利用者の支払い能力による応能負担なので一部の高所得者にとって利用しづらく、低所得者扶助という性格が強かった。しかも提供できるサービスの量が限定されているため、高齢化の進行に伴うサービス需要増加に対応しきれなかったことも否定できない。

それだけに、介護保険法の制定及び実施は日本の社会福祉制度にとって大きな転換点であった。従来の措置制度から契約制度へ転換し、利用者がサービス内容を選び、サービス提供者を選別し契約できるようになった。サービス提供者についても多元化を図り、居宅介護では営利法人を含む多様な法人が参入できるように規制が緩和された。社会保険方式により政府の公費支出と被保険者の保険料で保険給付を賄うことから、サービス提供量の拡大に繋がり、競争の導入でサービスの改善も期待されている。即ち、介護保険制度の実施は、介護サービスを公的福祉から準市場へ移行したのである。

準市場のもとで、措置制度で抑制されていた潜在的な介護サービス需要が実需に転換され、介護サービス市場は急速に成長してきた。その一方で、準市場でのモラルハザード問題の顕在化や、介護受給者の大幅な増加がもたらした財源問題等に対応するために、制度自体の改正及び介護報酬の改定が行われてきた。さらに、介護サービス事業者に対する情報公開制度の導入、監督やモニター機能の強化などによってモラルハザードや情報非対称問題は改善されているが、介護認定の厳格化、介護サービスの利用制限、一部高所得利用者の自己負担増加等による需要抑制も進み、介護サービス供給制限による総量規制も導入されている。

介護の社会化を通して深刻化する高齢化社会に対応することは介護保険制度導入の大きい目的の一つである。しかし、急速な人口構造の変化に伴う要介護者の大幅増加で、賦課方式の介護保険は必然的に公費支出の増大及び保険料の上昇が避けられず、制度自体の持続可能性が脅かされる事態に陥りつつある。従って、介護報酬の抑制及び介護サービス需要側と供給側への制限によって介護費用をコントロールすることが不可欠となる。このような背景のもとで準市場としての介護サービス市場の需要と供給がこれからどう変化していくかを分析し、日本の財政事情と人口構造等の諸要因を踏まえて介護保険制度の持続的可能性を検証する必要がある。

まず、第 I 節では先行研究を参考しながら準市場としての介護サービス市場の特徴を分析する。第 II

節では介護サービス需要に与える要因を分析する。さらに、第Ⅲ節で介護サービスの供給側に影響する要因を分析する。第Ⅳ節において、準市場としての介護サービス市場における需要と供給曲線を導き出し、市場の均衡を確認する。第Ⅴ節では、介護保険制度の持続可能問題を探る。最後に本稿の結論をまとめる。

本稿で分析対象とするのは介護保険制度の下で提供している介護サービスであり、介護保険制度外の介護サービスを含まない。同じく介護保険も介護保険制度の下における保険を指す。また、家庭による介護サービスの生産消費も分析に含まない。因みに本稿の役割分担について、田は論文の作成を担当し、励はデータの処理と図表の作成を担っている。

I. 準市場としての介護サービス市場

1.1 準市場の概念

準市場とは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担する（「準」）一方で、当事者（政府、供給者、利用者など）の間に交換関係がある（「市場」）方式である（児山（2017））。準市場の先駆研究者である Le Grand, J. と Bartlett, W. は、準市場について「国家によるサービスの独占的提供体制を改め市場競争的なものにしつつも、サービスの利用が最終的に金銭を媒介として行われたいこと、および第三者によるサービスの購入を意味しており、行政にはイネーブラー（代弁者）と規制主体としての役割が期待されている」と論じている。

駒村（1995）は準市場を「独占的な公共部門に代わって競争的主体が供給を行う仕組み」と定義し、次の3点で通常の市場とは異なると主張している。①供給サイドでは、利潤極大を目指す供給主体だけではなく、様々な目的を持った経済主体が供給を行うこととなる。②需要サイドでは、純粋な市場と異なり、購買力は金銭で示されるわけではなく、特定の目的に対して割り当てられた公的保障という形を取る。③市場の均衡は消費者と供給者の価格メカニズムに基づく取引ではなく、消費者に代わって政府などが必要な需要を決定し、モニターすることによって達成される。さらに駒村は「準市場のポイントは『供給者』と『購入者』の分離である。準市場では政府は自らサービスの生産を行わず、サービスの生産は多様な民間競争的な事業者が行う。さらに『購入者』と『財政（支出者）』の分離も重要である」（駒村（2004））と指摘している。

一方、児山（2004）は「準市場」の代表的な研究者であるレグランドの概念を整理し、「準市場」が「市場」であるのは独占的な国家の供給者を競争的な独立な供給者によって置き換えるからであり、「準市場」が「準」であるのは、それが伝統的な市場と異なるからであると指摘した。その特徴を以下のようにま

とめている。第一に、公的契約をめぐって時には営利組織とも競争する非営利組織が存在する。第二に、消費者の購買力が現金の形をとらず、単一の購入機関に集中されているか、バウチャーの形で利用者に分配されている。第三に、消費者は自分自身で行動するのではなく、代理人によって代表されている。改めて、「準市場」とは政府が費用を負担し、当事者間に交換関係がある方式であると定義し、準市場が「準」であるのは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担するからであり、準市場が「市場」であるのは、当事者間に交換関係が存在するからであると説明した（児山（2004））。

河野（2005）は「準市場システムは、競争を促すエンジンとして用いられた。サービスの購入者と提供者を分離し、国家が財源をコントロールする権限は残すが、サービスの配分は顧客を求めて競争する提供者へ委ねる。サービス購入資金は国から提供されるが、利用者はサービス購入の際、情報不足を補うために代理人を使うかバウチャーを利用する方法を用いる。サービス提供者には純粹市場とは異なり、非営利組織も含まれる」と整理している。

このように先行研究において準市場（化）は、公的規制・財源のコントロールを伴いつつ市場メカニズムを導入したサービス提供体制として取り扱われていることが分かる（佐橋（2008））。そこには公的組織、非営利組織、営利組織が参入していることから混合市場とも言われる（金谷（2010））。

1.2 準市場における競争と選択モデル

準市場を分析するフレームワークとしては、「信頼モデル」「命令と統制モデル」「発言モデル」「競争と選択モデル」がある。日本では、利用者やその近親者が供給者を選択する型（利用者選択型）を指すことが多い（児山（2004））。選択と競争がセットになった準市場には、第1に、個人の自立性の原則を満たすこと、第2に、より質が高く効率的なサービスを提供しようとする誘因を与えること、第3に、他のモデルより公平であることという三つの利点があると指摘されている（ルグラン（2010））。即ち、供給者に誘因を与え、利用者を行為主体として扱うことなどにより、競争・情報・いいとこ取りなどに関する条件が充たされるならば、質・効率性・応答性・公平性などの点で良い公共サービスを提供する可能性が他の供給方式よりも高くなる（児山（2011））。

しかし、準市場で良い公共サービスを提供するには、その機能が十分に発揮されなければならない。準市場における選択と競争のモデルが成功するには、①選択できるような競争者が居ること、②競争者の参入が容易であること、③失敗した供給者の退出が容易であること、④競争者同士の反競争的行動を防止すること、⑤利用者に選択するための情報が与えられること、⑥クリームスキミング（いいとこ取り）を防ぐことが必要とされている（ルグラン（2010）、松本（2015））。駒村（2004）も①十分な供給主体が存在すること、②「インセンティブ設計」の重要性、③ニーズ把握の問題、④サービスの安定供

給の問題、⑤コスト増加の問題、という前提条件を挙げている。

1.3 介護サービスへ準市場の適用

福祉介護サービス市場が準市場であることを念頭に置きながら分析した先行研究は駒村（1995, 1999）、平岡（2002, 2004）、横山（2003）、児山（2004, 2016, 2017）、佐橋（2008）、岡崎（2007）、坪（2008）等がある。横山（2003）は、介護サービス市場が自由市場ではなく価格競争が全面的に排除され事業者の参入が厳しくコントロールされた「準市場」あるいは「擬似市場」であるとしたうえで、介護保険は、介護報酬という公定価格を定めて価格競争を排除し、事業者を行政が指定する方式をとって参入を規制しているが、介護サービスの利用・提供は、基本的には利用者と提供者の間の貨幣を媒介とした売買関係で行われる仕組みであるから非市場ではなく「市場」であると指摘している。正確に言えば、「準市場」である。岡崎（2007）は準市場の特徴を「市場からの公的部門の撤退ではなく社会制度（介護保険）の導入が市場化の鍵を握っていること、供給主体が多様化され利用者の選択を基礎に競争が行われること、サービスの利用にあたってはエージェント（ケアマネジャー）を介在させていること」としている。

福祉介護サービスにおいても、準市場の形成にはある一定の「成功条件」が必要であるとして佐橋（2008）は次の5点を挙げている。

- ① 市場構造の転換：サービス提供者の小規模化・分散化による競争の促進と公定価格の設定
 - ② 情報の非対称性の防止：適切な価格設定とサービスの質の確保のため必要とされる
 - ③ 取引費用と不確実性への対応：取引過程の複雑化に伴う取引費用の発生および不測の事態への対応
 - ④ 動機付けのありかた：サービス提供者は市場から好反応を得るため利潤追求動機を持たなければならない反面、（第三者による）サービスの購入は福祉追求の動機を持たなければならない
 - ⑤ クリームスキム（いいとこどり）の防止：低所得層に対してサービス費用の無料化や減免を行うことで、サービス提供者側が利益を最大化するよう利用者を選別し「いいとこどり」をさせないこと
- また、「成功条件」を満たした場合、以下の「評価基準」に基づいて準市場化の程度を把握することが可能であるとしている（佐橋（2008））。①生産性効率の上昇：質を確保しながらコストを抑制していくことで、サービス利用者に対して量、質ともに優れたサービスが提供されることになる。②応答性の向上：福祉官僚制に対する反省から来ているもので、官僚的で画一的なサービス提供体制ではなく、利用者のニーズに応えられるようになる。③選択性の確保：サービスの選択と同時にサービス提供者の選択そのものも含む。④公平性の確保：低所得であるか否かに関らず、ニーズに着目して費用負担の無料化、減免を行うことによりサービスに手が届くようにする。

確かに、介護保険の導入は、個人への給付と契約型利用方式、供給主体の規制緩和などによって社会福祉の市場化を促進し、介護保険サービス市場を公定価格と供給者規制のかかった準市場へと転換させた（岡崎（2007））。介護保険制度の実施によって介護サービスの準市場への移行が順調に進んでいるかについて、吉田（2013）は佐橋（2008）が提示した「評価基準」の枠組みを用いて介護サービス市場の運営主体、提供主体、利用者等側面から確認し、介護サービス市場は準市場の評価基準を十分に満たしておらず、準市場構造が不完全なものとなっているとしている。児山（2017）は利用者の行為主体性、条件の充足、良いサービスの提供から選択制に関する議論や実証的な調査・研究を整理したうえで、準市場とする介護サービス市場への評価が分かれることを明らかにしている。

例えば、鈴木（2017）は、介護保険制度の導入によって介護サービス市場が民間に開放され、介護サービスの供給量が一気に拡大して、過重な家族介護が次々に社会化されていったと評価しつつも、その後の度重なる「非市場的」な財政抑制策により、制度の使い勝手は急速に悪化したと指摘する。その上で今後のさらなる抑制策実施は、介護保険を「措置へ先祖返り」させるものと危惧し、経済学の視点から介護サービス市場に市場原理を徹底すべきと主張している。一方、介護保険制度の実施が市場化による福祉の営利化を促し、個人の選択による競争が福祉サービスの質を向上させるというのは幻想であり、公的責任の後退はかえって福祉そのものを後退させる恐れがあるとの指摘もある（岡崎（2007））。

要するに介護保険制度の導入で、日本の介護保険サービス市場は準市場としての要素が揃い、準市場であるという認識ではほぼ一致している。しかし、このような構造改革でよいかどうか、準市場としての介護サービス市場の運営が改革当初の目的に沿ったものであるかは、研究者によって意見が分かっている。ただ、このままでは介護保険制度の下で提供する介護サービスは持続不可能であり、介護サービス利用者にとって使いづらくなるという共通認識がある。

Ⅱ. 介護サービス市場の需要分析

1997年、介護保険法が成立し、2000年4月から実施された。介護保険制度の導入によって、介護福祉は措置制度から契約制度へ転換し、居宅介護サービスを営利法人等に開放することによって市場競争原理を取り入れ、介護サービス利用主体がサービス提供者及びサービス内容を選ぶことが可能となった。保険運営主体は要介護（支援）認定、事業参入の許認可、介護保険法の改正、介護報酬の改定及びサービス業者の情報公開等を通じて介護サービス需要と供給をモニタリングし、介護サービス事業が適正に行われるよう監督している。これによって、介護サービスは公営事業から準市場へ移行した。介護サービスの費用を9割保険給付、1割自己負担と明確にしたことから、介護サービスに対する需要は一気に

拡大された³。

2.1 介護サービスの需要動向

本稿では介護総費用を介護サービスの総需要とする。介護保険制度が実施された以降の介護総費用額及び前年度に対する増加率は図1のとおりである。

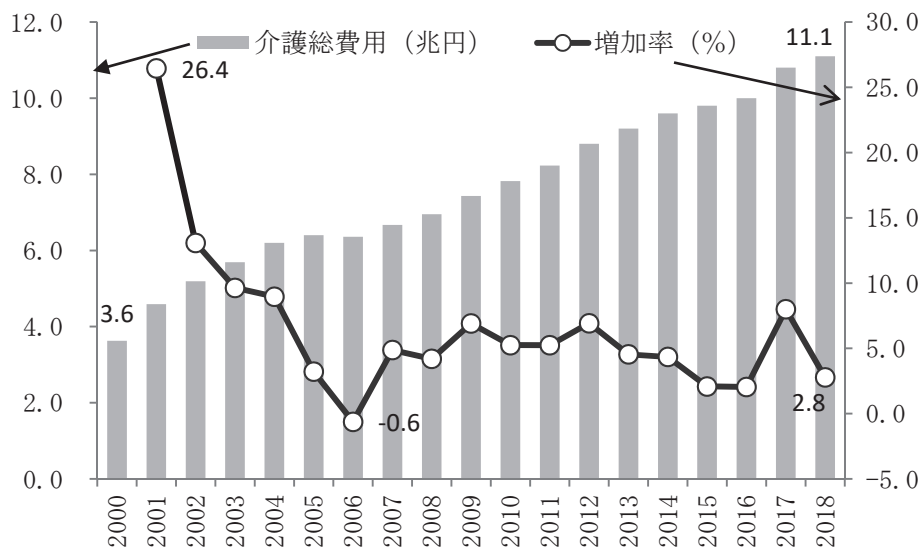


図1 介護総費用と増加率

出所：厚生労働省『介護保険事業状況報告（各年版）』。

注：介護総費用は年度データであり，2017，2018年の介護総費用は当初の予算額である。左軸は介護総費用，右軸は増加率である。

被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳～64歳）に分けられる。第2号被保険者に対しては介護認定及び利用は厳しく制限されている⁴。2001年3月末，第2号被保険者の要介護（要支援）の認定人数は約9万人（全体256万人），2018年3月末約13万人（全体約641万人），介護給付費も2000年度の782.7億円（全体3.2兆円）から2017年度の1598億円（全体9.7兆円）しか増えていない。つまり介護サービスの総需要に大きく影響するのはやはり第1号被保険者の要介護（要支援）動向である。従って，以下では第1号被保険者の介護サービス需要を分析する。

3 介護保険制度導入の初期では，利用者本人負担は原則として1割であり，2015年8月，2018年8月から一定の所得を超えるサービス利用者の本人負担はそれぞれ2割と3割に引き上げている。介護保険制度の応益負担から応能負担への実質的な逆戻りである。

4 指定している16種類の病気による介護を必要とする人に限っている。

$$\text{介護総費用} = \text{第1号被保険者数} \times \text{認定率} \times \text{受給率} \times \text{受給者一人当たり費用} \quad (1)$$

介護総費用は式(1)で表せる。ただし、ここでの介護総費用は第1号被保険者の介護費用であり、認定率は認定者数/第1号被保険者数、受給率は受給者数/認定者数、受給者一人当たり費用は介護総費用/受給者数とする。従って、第1号被保険者数、認定率、受給率、受給者一人当たり費用を把握できれば介護サービスの需要動向を分析できる。

2.1.1 第1号被保険者数の変化

表1が示しているように、2001年から2018年まで第1号被保険者数は大幅に増加した。特に、後期高齢者(75歳以上)の増加が顕著であり、その中の85歳以上の高齢者も急速に増えている。いずれの階級においても女性の被保険者数は男性より多いが、増加ペースで言えばむしろ逆である。つまり、高齢者と言っても年齢階級ごとの構成が大きく変わっている。

表1 第1号被保険者数の変動

総数	65歳以上	75歳以上	85歳以上
2001年	2287	953	238
2018年	3557	1796	570
増加倍数	1.56	1.88	2.39
男性			
2001年	962	342	69
2018年	1545	705	176
増加倍数	1.61	2.06	2.55
女性			
2001年	1325	611	169
2018年	2012	1091	393
増加倍数	1.52	1.78	2.33

出所：日本国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集(2003)』、総務省統計局統計トピックスNo.113『統計からみた我が国の高齢者』。

注：2018年は9月15日現在、2003年は10月1日現在の推定値。

日本国立社会保障・人口問題研究所(以下「社人研」と略する)の「日本の将来推計人口(平成29年推計)(出生中位・死亡中位)推計結果によると、65歳以上の人口は2042年に3952.3万人のピークに達す。一方、75歳、85歳以上人口のピークはそれぞれ2054年に2449万人と2062年に1165.3万人と推計されている。

る。2018年3月現在、後期高齢者の要介護（要支援）の認定率は前期高齢者の7.53倍である。従って、第1号被保険者数のピークが過ぎても後期高齢者の増加が介護保険サービス需要に影響する。

2.1.2 認定率の動向

2018年12月現在、日本における要介護（要支援）認定者数は657.8万人となり、2000年度末の256万人に比べると157%も増えた。年間の要介護（要支援）平均認定率を確認すると、介護保険制度導入から2005年まで急上昇したが、2006年から一時低下し、それ以降緩やかな上昇傾向にある（図2）。認定率が一定であれば、第1号被保険者数が増えれば要介護（要支援）の認定者数が増加する。図3が示しているように、年齢階級が上がれば認定率が高くなる。75歳以上の認定率は31.7%となり、85歳以上になると58.6%に跳ね上がる。その中で75歳以上の女性の認定率はどの階級でも男性より高い。即ち、後期高齢者（75歳以上）の増加、特に女性の大幅増加が認定者数の増加に大きく寄与していることがわかる（表1、図3）。社人研の人口推計データによれば、85歳以上の女性人口が2063年に748.1万人に達し、要介護（要支援）認定率を押し上げる可能性もありうる。

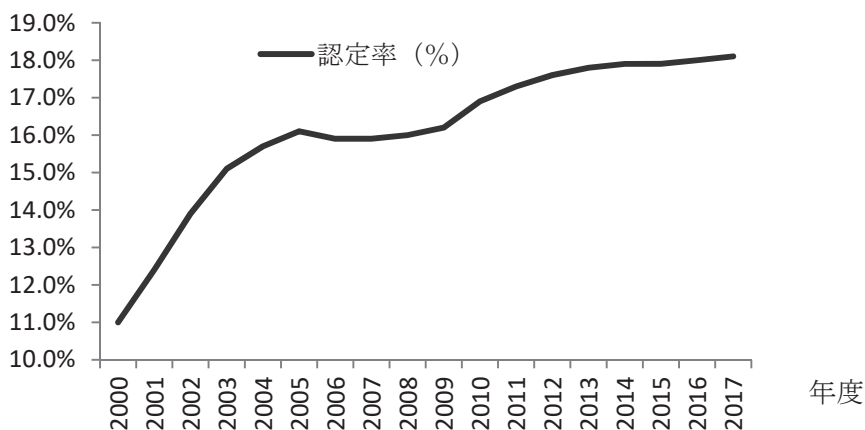


図2 要介護（要支援）年間平均認定率（%）

出所：厚生労働省『介護保険事業状況報告（各年版）』。

注：2017年度平均認定率は筆者が厚生省のデータで計算した数値。

2017年3月1日、厚生労働省が公表した『第22回生命表』によると、男性平均寿命は80.75歳、女性は86.99歳となり、ともに最高記録を更新した。平均寿命の伸びで不健康寿命も伸びている。日本内閣府が公表した『平成29年高齢社会白書』によれば、2001年から2013年まで、男性の不健康な期間は8.67年から9.02年に増え、女性は12.28年から12.4年に伸びた。今後、不健康な期間を短縮できなければ要介

護（要支援）認定者数が増えることになる。要介護認定率を人為的に抑制しない限り、平均寿命の伸び及び不健康な期間の延伸によって要介護認定率は緩やかな上昇ペースを維持すると思われる。

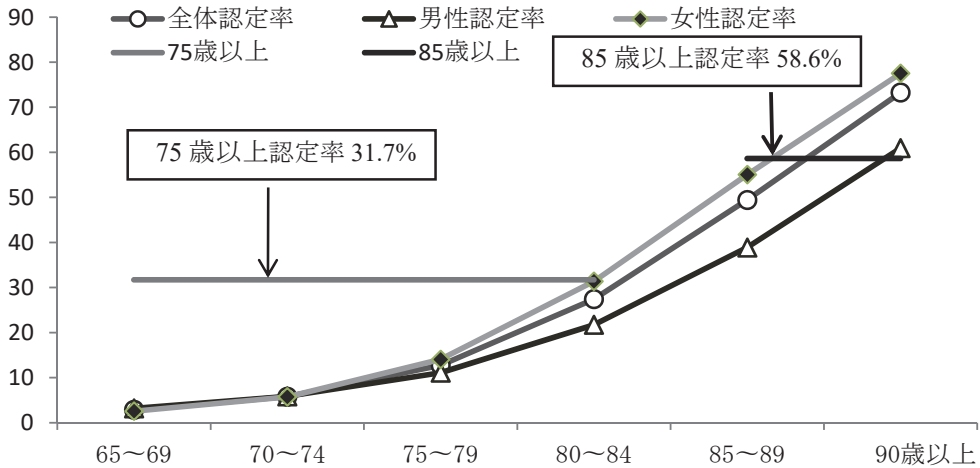


図3 年齢階級の要介護（要支援）認定率（%）

出所：厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）』，日本国立社会保障・人口問題研究所は『日本未来人口推測（2017年4月推測）』。

注：各年齢階級別認定率＝各年齢階級別認定者数÷各年齢階級被保険者数。要介護（要支援）認定人数は2018年12末の数値，階級人口は2018年の推計値。

2.1.3 受給率の動向

受給率は受給者数を認定者数で割って得られる。要介護（要支援）認定を受けた被保険者のうち、約2割の認定者が介護（予防）サービスを利用していない（図4）。サービスを受けない要因としては経済的要因，家族が介護すること，まだ必要がないといった調査研究結果がある⁵。全体的に言えば，女性の受給率が男性を上回り⁶，2006年を除けばゆるやかな上昇傾向であったが，近年急低下している。鈴木（2017）の研究によると，2006年の受給率低下には2つの要因がある。一つは介護保険制度を導入してからの費用増加を抑制するため2005年に行われた介護保険法の改正により一部サービス利用者負担を増やしたこと，2003年，2006年に二回連続で介護報酬を引き下げたことも影響している。もう一つはコムソンの介護報酬不正請求事件による影響も大きい⁷。

5 詳しくは中村，菅原（2016）を参照。

6 厚生労働省の『平成29年度介護給付費等実態調査の概況』によると，85～89歳，90～94歳，95歳以上年齢階級の男女介護サービス受給者数が該当年齢階級人口に対する比率はそれぞれ29.9%，48%，70.9%と44.9%，65.3%，86.8%となり，いずれの年齢階級女性の受給率は男性より高い。おそらく女性の平均寿命と不健康の期間は男性より長いこととおもわれる。

7 コムソンの介護報酬不正請求事件について詳しくは横山（2008）を参照。

近年受給率が急低下しているのは主に介護保険法の改正によって、一部の介護予防サービス事業が介護予防から市町村が主導する総合事業へ移ったことや、2015年8月から一部高所得者の介護サービス個人負担が2割に引き上げられたことも影響していると思われる。即ち、介護サービスの受給率は様々な影響を受けているが、そのなかで政府政策の変動のインパクトがもっとも大きいと考えられ、今後も介護サービスの受給率は政策に左右されやすい状況にある。

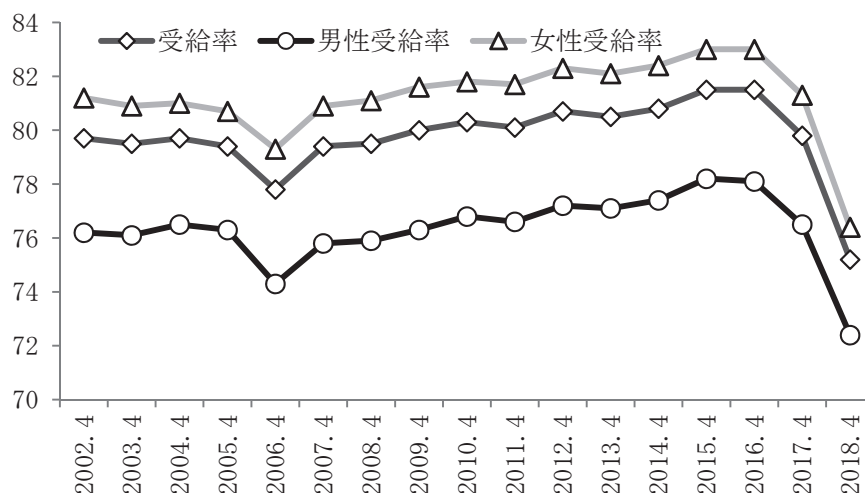


図4 受給率の年次推移 (%)

出所：厚生労働省『介護給付費等実態統計（年報）』各年版。
注：受給率は各年度4月の数値である。

2.1.4 受給者一人当たり費用

ここでの受給者一人当たり費用は介護総費用を受給者数で割ったものである。月平均の受給者一人当たり費用額は2006年まで一旦下がってから緩やかな上昇を経て、近年上昇傾向が急になっている(図5)。

介護保険制度が導入された初期、要介護度の低い要支援1から要介護2までの認定者数が2000年度の145.9万人から252.3万人へと72.9%の増加となったが、要介護度3～5の重度要介護者数は40.3%にしか増えていない。日本の介護保険制度では、要介護度によって給付支給限度基準額はそれぞれ違う。表2は居宅サービス受給者平均給付単位数及び給付支給限度基準額の平均利用率を示している。要介護度が高くなると給付支給限度基準額もその利用率も高くなる(表2)。軽度の要介護者数が大幅に増加したことで受給者一人当たり費用が引き下げられたと思われる。もちろん前述した2003年と2006年の二回連続介護報酬の引き下げ、及び2005年の介護保険法の改正による利用者負担増が介護サービス需要を抑制したことも関連している。

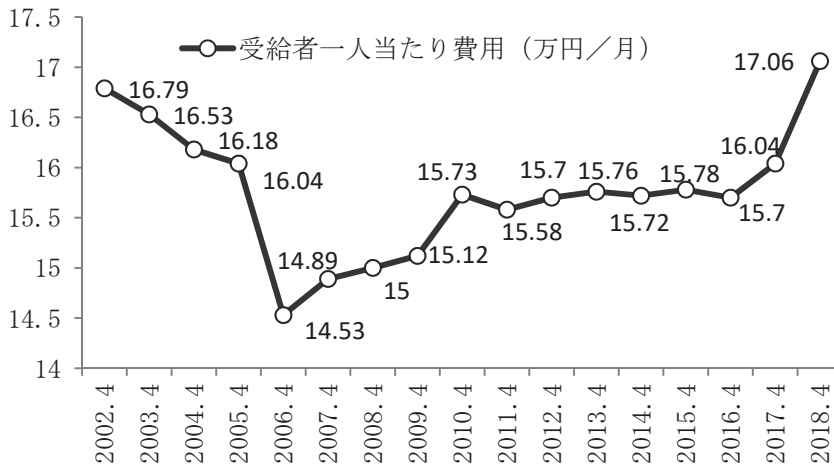


図5 受給者1人当たり費用額の年次推移

出所：厚生労働省『介護給付費等実態統計（年報）』各年版。

注：受給者1人当たり費用額＝費用額／受給者数

費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額、各年4月審査分である。

表2 要介護（要支援）状態区分別の居宅サービス受給者平均給付単位数・平均利用率

	介護予防サービス		介護サービス				
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
支給限度基準額 (単位)	5003	10473	16692	19616	26931	30806	36065
受給者平均給付 単位数	1335.8	2204.9	7418.4	10398.0	15628.9	19049.2	23649.8
平均利用率 (%)	26.7	21.1	44.4	53.0	58.0	61.8	65.6

出所：厚生労働省『平成29年度介護給付費等実態統計（年報）』平成30年4月審査分。

注：居宅サービス受給者平均給付単位数＝居宅サービス給付単位数／受給者数

平均利用率 (%) = 居宅サービス受給者平均給付単位数／支給限度基準額×100

近年の一人当たり受給者費用の急上昇が、主に前節で指摘した制度変更による要支援1～2の利用者減少によるものなのか、あるいは後期高齢者増加による介護費用増加が影響しているか、それとも単に一時的なものであるのかは、現時点では把握出来ず、再確認する必要がある。

2.2 今後介護サービス需要の動向

社人研の日本人口推計結果によると、65歳以上の人口は2042年に3952.3万人のピークに達し、2018年より391.7万人の増となり、増加幅は11%である。そのうち、80歳、90歳、100歳以上の高齢者人口がそれぞれ449.2万人、324.2万人と28.6万人増で、増加幅は40.6%、147%、402.8%となっている（表3）。80

歳以上「高齢の高齢者」の増加率は65歳以上人口の増加率よりはるかに高い。このような人口構造の変化は介護需要に大きく影響すると思われる。

本文では社人研の日本人口推計データ及び厚生労働省が公表した認定率などの指標のもとで2020～2065年介護認定者数と介護サービス受給者数を計測した（図6）。第1号被保険者要介護（要支援）認

表3 年齢階級人口の比較

年齢階級	2018年 (万人)			2042年 (万人)		
	総数	男	女	総数	男	女
65～69歳	936.6	453	483.4	870.2	427.3	442.9
70～74歳	824.2	387.7	436.6	835.6	401.6	434.1
75～79歳	693.3	310.3	383	673.4	312	361.4
80～84歳	534	218.7	315.3	556.6	242.7	314
85～89歳	351.9	122.8	229.3	454.4	177.4	276.9
90～94歳	167.8	45.4	122.2	372.3	120.9	251.3
95～99歳	45.5	8	37.6	136.9	34.4	102.4
100歳以上	7.2	0.9	6.2	35.8	6.1	29.6
65歳以上	3560.5	1546.8	2013.6	3935.2	1722.4	2212.6
75歳以上	1799.7	706.1	1093.6	2229.4	893.5	1335.6

出所：日本国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成29年推計）』，出生中位（死亡中位）推計。

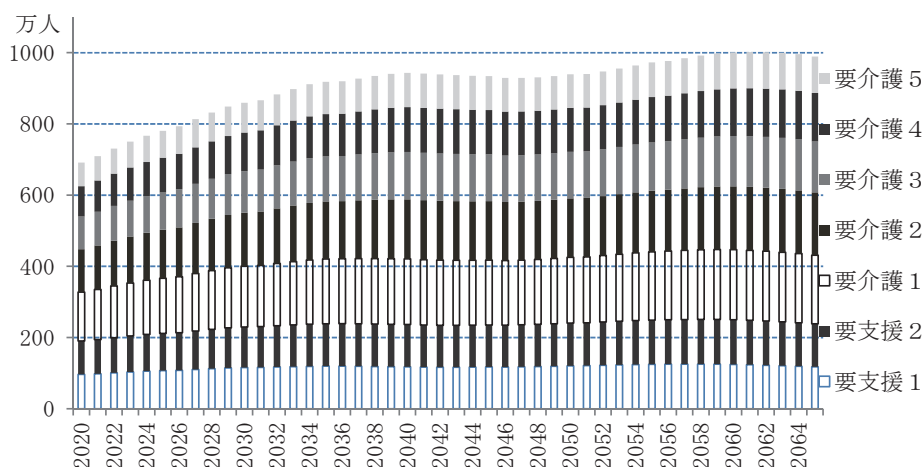


図6 2020～2065年要介護（要支援）認定予測人数

出所：筆者の計測データのもとに作成。

注：推測に関して各年齢階級及び人口構造変化などの要因を考慮し，65歳以上の高齢者を男女ごとに65～69歳，70～74歳，75～79歳，80～84歳，85～89歳和90歳以上の6年齢階級に分け，さらに各年齢階級の2015～2018年10月の要介護（要支援）認定率の加重平均値を今後の各年齢階級の認定率として推測した。

定者数は2061年に約1001.9万人に到達してから減少に転じる。社人研の人口推計データでは、2061年の65歳以上の人口が3508.1万人となり、2042年に比べると10.9%減少したが、要介護認定者数は逆に6.7%増加した。2061年には日本の総人口は9189.7万人と予測され、国民の9人に約1人が要介護（要支援）認定者となるという計算である。

一方、受給者数は2063年に最大の803.3万人に達し、国民の9人に約1人が介護サービスの受給者となる。65～79歳年齢階級受給者について、男女ともに減少するが、80歳以上の受給者数が大幅の増加となり、性別によるサービス受給差異が明らかである（表4）。改めて、高齢者なかの年齢及び性別の構造的変化は介護サービス需要に大きな影響を与えていることがわかる。

表4 各年齢階級介護サービス受給者予測人数（万人）

	2020年		2042年		2063年	
	男	女	男	女	男	女
総数	168.6	391.8	236.7	545.0	256.1	580.2
65～79歳	56.7	70.1	55.3	64.9	41.8	48.5
80歳以上	111.9	321.7	181.4	480.1	214.3	531.7
90歳以上	33.1	131.5	85.6	274.2	105.7	310.1

出所：筆者の計測データのもとに作成。

高齢者数の増加、特に後期高齢者数の大幅増加という人口構造的な要因が介護サービス需要に大きく影響している。政策的に介護サービスの需要を抑制しなければ、サービス需要が大幅に増加することが避けられない。2019年度における日本の国家予算規模101.4兆円のうち、税収62.5兆円は61.6%に過ぎず、残りの39.4%は国債発行で賄われている。2017年度の社会保障費支出総額120.2兆円はGDPの22%に達し、その中で高齢者関連の社会保障費支出は66.3%を占めている⁸。このような財政事情を考えると、介護需要の抑制は避けられない。

人為的に高齢者の数をコントロールすることは不可能である。ただ、介護サービス需要に影響する要介護（要支援）認定を厳しくして受給率を抑制することは比較的的操作しやすい。最近の一連の介護制度改革が明確に示しているように、現制度における介護サービスの需要は介護財政事情にも制約される（鈴木（2017））。今後、介護保険制度における介護サービス需要を分析するには、政策動向に注目する必要がある。

8 日本国立社会保障・人口問題研究所『2018年度社会保障費用統計』。

Ⅲ. 介護サービス市場の供給分析

2000年4月の介護保険制度の実施によって、介護サービスの生産供給が公的部門から医療法人、営利法人等民間部門に開放され、供給の多元化と市場競争原理の導入により準市場への移行が進められた。経済学的な自由市場では財・サービスの価格は需要と供給で決まり、価格が十分に弾力的であれば財・サービスの超過供給や超過需要は調整される。しかし、介護サービスの価格である介護報酬は公定価格であって、市場メカニズムが均衡価格と取引量を決めているわけではない。それゆえに、準市場としての介護市場では、介護サービスの供給量は需要動向に左右される。なぜなら、政府が公表する人口動向、介護に関するデータ及び介護予算編成などの情報はどの事業者も簡単に入手できる。政策動向、情報の可視化が介護サービス供給に影響していると思われる。

介護サービスは対人サービスであり、その生産量は一定の技術水準のもとで資本と労働力の投入量で決まると仮定しよう。資本の投入は主に施設・事業所の開設と考えられる。労働力は介護現場に従事する介護職員とする。つまり、施設・事業所の開設動向と介護職員数の変化を分析すれば介護サービスの供給量を概観できる。従って、本節では施設・事業所の開設状況と介護職員に絞って供給動向を把握する。

3.1 介護サービスの供給動向

3.1.1 施設・事業所の開設動向

2000年4月の介護保険制度の実施によって、介護保険サービスの利用は措置制度から契約制度へ転換した。つまり、利用者が自ら介護保険サービスの提供者（事業者）を選択し契約できるようになった。この制度変更に伴い、介護保険サービスの供給も多元化が進められてきた。社会福祉法人以外にも、営利法人やNPO（非営利法人）等の部分的な介護保険サービスへの参入が可能となり、介護の社会化のもとで介護サービスの供給量は導入初期に一気に増加した。増加程度にはバラツキがあるものの、主な介護サービスは概ね大幅な増加となっている（表5）。その中で認知症対応型共同生活介護の増加は特に著しく、恐らく認知症高齢者が大幅に増えていることが要因と思われる⁹。

9 九州大学二宮教授の研究によると認知症高齢者が2012年の462万人から2025年の約700万人に増える。厚生労働省「介護保険制度をめぐる状況について」社会保障審議会介護保険部会（第75回）資料3。

表5 施設・事業所の開設動向

	2000年①	2005年	2010年	2017年②	②/①
施設・事業所	129103	260891	328268	376861	2.92
訪問介護	9833	20618	26685	35311	3.59
訪問看護ステーション	4730	5309	5864	10305	2.18
通所介護	8037	17652	25847	23597	2.94
通所リハビリテーション	4911	6093	6551	7915	1.61
短期入所生活介護	4515	6216	7778	11205	2.48
認知症対応型共同生活介護	675	7084	9995	13346	19.77
福祉用具貸与	2685	6317	7001	8012	2.98
居宅介護支援	17176	27304	32404	41273	2.40
介護保険施設	10992	12213	11914	13409	1.22

出所：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』平成12, 17, 22, 29年度。

注：2010年の各種数値は当年度5月1日の値であり，その他は10月1日の値である。

介護保険法では、原則として介護保険施設（介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施設）への営利法人の参入を禁止している。訪問リハビリテーション，短期入所生活介護等も一定の制限があるため営利法人が参入しにくい。営利法人の多くは居宅介護サービスや福祉用具貸与等に参入しており，社会福祉法人は短期入所生活介護や介護予防支援事業所などに多く，通所リハビリテーションと短期入所療養介護については主に医療法人が担っている（表6）。2017年の営利法人が主に参入している介護保険サービス種類別では，事業所の総数や営利法人の割合が2005年と比べると大幅な上昇となった（表7）。2017年には営利法人が訪問介護，訪問入浴介護，認知症対応型共同生活介護，特定施設入所者生活介護の介護サービスの5割以上を提供している。また，福祉用具貸与について，営利法人は9割以上のシェアを握っている。

表6 開設（経営）主体別事業所数の構成割合（％）

	総 数	地方 公共 団体	日本 赤等	社会 福祉 法人	医療 法人	社団・ 財団 法人	協同 組合	営利 法人	NPO	その 他
居宅サービス事業所										
訪問介護	100	0.3	…	18.2	6.2	1.4	2.3	66.2	5.0	0.4
訪問看護ステーション	100	2.1	2.0	6.7	27.3	8.2	1.9	49.6	1.6	0.6
通所介護	100	0.5	…	38.8	8.3	0.6	1.6	48.5	1.6	0.1
通所リハビリテーション	100	2.7	1.3	8.3	77.3	2.7	…	0.1	…	7.6
短期入所生活介護	100	1.7	…	83.4	3.5	0.1	0.4	10.3	0.4	0.2
短期入所療養介護	100	3.8	1.6	11.9	77.6	2.9	…	—	…	2.1
特定施設入居者生活介護	100	0.8	…	23.8	6.2	0.6	0.4	67.4	0.4	0.6
福祉用具貸与	100	0.0	…	2.3	1.3	0.4	1.5	93.5	0.7	0.3
特定福祉用具販売	100	—	…	1.8	1.0	0.4	1.5	94.5	0.7	0.3
地域密着型サービス事業所										
地域密着型通所介護	100	0.3	…	11.7	3.9	0.9	1.1	75.3	6.3	0.5
認知症対応型共同生活介護	100	0.1	…	24.4	16.5	0.4	0.6	53.6	4.3	0.2
介護予防支援事業所	100	24.5	…	55.2	13.6	3.4	1.1	1.5	0.6	0.3
居宅介護支援事業所	100	0.8	…	25.1	16.0	2.4	2.2	49.9	3.2	0.6

出所：厚生労働省『平成29年度介護サービス施設・事業所調査』。

注：社会福祉法人には社会福祉協議会を含む。日本赤等には十字社・社会保険関係団体・独立行政法人を含む。…は計数不明又は計数を表示することが不適当な場合、-は計数のない場合を指す。データは2017年10月1日現在値である。

表7 営利法人の施設・事業所の開設動向

	2005年		2017年		
	総数	営利法人 割合（％）	総数	営利法人 割合（％）	増減率（％）
施設・事業所	260891		376861		44.5
訪問介護	20618	53.9	35311	66.2	71.3
訪問入浴介護	2402	34.8	1993	61.6	-17.0
訪問看護ステーション	5309	15.3	10305	49.6	94.1
通所介護	17652	31.4	23597	48.5	33.7
認知症対応型共同生活介護	7084	50.5	13346	53.6	88.4
特定施設入所者生活介護	1375	79.5	5010	67.4	264.4
福祉用具貸与	6317	88.6	8012	93.5	26.8
居宅介護支援	27304	33.5	41273	49.9	51.2

出所：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』平成17、29年度。

注：各種数値は当年度10月1日の値である。

一方、介護サービス事業は元々参入の障壁が低く、異業種にも参入しやすい。介護施設・事業所の大

幅増加は介護サービスの供給量を拡大することであり、営利法人が参入できる介護保険サービス分野では、もっとも参入しやすい特徴があるため競争も激しい。特に初期投資の少ない訪問介護や居宅介護支援の事業所数が多く、増加率も高い。換言すれば競争も激しいということである。

2005年の介護保険法の改正により介護サービスへの総量規制管理が厳しくなっているとの指摘もあるが（綾（2014），鈴木（2017）），介護施設・事業所の開設動向から言えば介護供給は大幅に増加している。さらに、介護サービス参入の規制緩和で営利法人は居宅サービス等への進出が著しく、介護サービス供給の多元化が促進されている。介護報酬が公定価格というもとの市場競争原理の導入が各事業者にサービス質改善のインセンティブを与えたかどうかについては、否定的見解が多い¹⁰。

3.1.2 介護職員の動向

介護保険制度の実施以降、介護サービスに対する需要が高まり、介護事業に従事する職員数も増え続けている（図7）。厚生労働省の『介護サービス施設・事業所調査』によると、介護職員人数は介護保険制度施行当初の54.9万人から2017年度には187.3万人にまで増加した。それは施設・事業所開設の増加傾向と合致しており、介護サービス供給増に繋がっている。

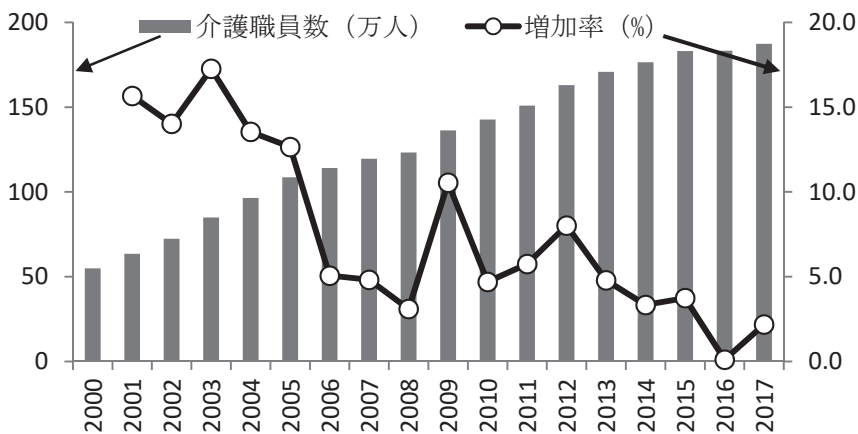


図7 介護職員の推移と増加率

出所：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』各年度版。

注：各種数値は当年度10月1日の値，2017年の介護職員数は推計値である。

介護サービス業界の雇用にはいくつかの特徴がある。まず、公益財団法人介護労働安定センター『平

10 例えば岡崎（2007），吉田（2013），鈴木（2016，2017）等がある。

成28年度介護労働実態調査』によれば、2016年の介護従事者の性別は男性が20.5%、女性が79.5%である。2006年の19.5%、80.1%とほぼ変わらず、依然として女性就業者が中心の業界である。表8が示しているように、この10年間で正規雇用者がやや増えたものの、非正規労働者が依然として多い。特に訪問介護員の76%が非正規雇用で圧倒的に女性が占めている。

そして、離職率が高いことである。2016年介護職員の離職率は16.7%で全産業平均の15%より高い。しかも、一貫して介護職員の離職率は全産業の離職率を上回っており、介護職員の定着率は低いことがわかる。介護職員離職者の内訳を見ると、約40%の職員が勤続1年未満で離職し、勤続3年未満では77.2%に達している。離職率の高さは正規雇用か非正規雇用かに関わらない（田，王（2019））。

表8 介護従業員の就業形態及び性別の割合（%）

	従業員		訪問介護員		施設介護職員	
	正社員	非正社員	正社員	非正社員	正社員	非正社員
2016						
男	29.1	9.4	24.6	5	33.1	13.1
女	70.9	90.6	75.4	95	66.9	86.9
合計	54.7	44	22.7	76	59.6	39.6
2006						
男	26.9	10.6	18.8	2.8	27.9	13.1
女	73.1	89.4	81.2	94.4	72.1	86.9
合計	49.2	50.1	17.2	82.4	57.6	41.9

出所：（財）介護労働安定センター『平成28年度介護労働実態調査』、『平成18年度介護労働実態調査（大規模調査）』

注：無回答が存在するため（無効サンプル）、合計は100%にならない。

さらに、介護サービス業界の賃金が低いことが挙げられる。厚生労働省の『平成28賃金構造基本統計調査』によると、全産業平均賃金40.8万円（平均年齢42.2歳）に対し介護サービス業は26.7万円（平均年齢41.1歳）しかない。勤続年数を考慮してもその賃金格差が明らかである。介護仕事のハードさに対し賃金が低いことが職員離職の重要な原因となっている（周（2009）、村田（2011））。低賃金の原因は介護サービス業が生産性の低い労働集約的産業であることに帰する（田，王（2019）、田，盧（2019））。

最後に、介護の有効求人倍率と失業率との間には強い負の相関(-0.945)が観察されている（図8参照）。日本経済の回復に伴って平均失業率が2010年の5.1%から2018年の2.4%に低下した一方で、2018年の全産業の平均有効求人倍率は1.61倍に上昇し、バブル期の水準に戻っている。2018年9月現在、介護の有効求人倍率は4.16倍で全産業平均値を大幅に超えている¹¹。近年、多くの介護施設・事業所が介護職員

11 厚生労働省「一般職業紹介状況（平成30年9月分）について」。有効求人倍率4.16ということは求人者数が416人で求職者が100人しかいない。つまり、介護労働市場が完全に売り手市場である。

募集難、介護人手不足問題に直面している。図7に示したように、近年介護職員の増加率は明らかに低下している。

2015年6月24日、厚生労働省は2025年までの介護人材の最終予測結果を公表した。予測によれば、2025年に必要な介護職員数253万人に対して、供給は215.2万人に留まり、37.7万人の不足となる。一方、2018年5月1日に公表した「第7期介護保険事業計画」では、2025年までの介護人材の新規需要は55万人増で、供給ギャップ33.7万人の不足となり、そのギャップを埋めるために毎年6万人のペースで介護人材を増やす必要が指摘されている¹²。2018年9月現在、介護の有効求人倍率は4.16倍であり、生産年齢人口が継続的に減少していることを顧慮すると、今後の人材確保は非常に難しいものと見られる。

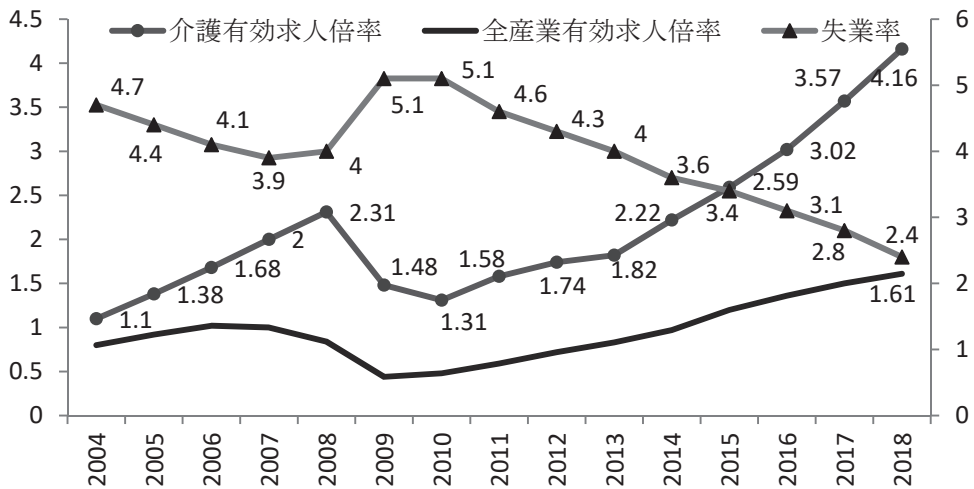


図8 失業率と有効求人倍率の変化

出所：厚生労働省『職業安定業務統計』、総務省『労働力調査』。

注：右軸は失業率（%）、左軸は求人倍率。有効求人倍率＝有効募集人数÷有効求職人数。

3.2 今後の介護サービス供給動向

前述したように、65歳以上の高齢者が2042年までに増え続き、平均寿命の伸びに伴い80歳、90歳以上の高齢者が大幅の増加と推計されている。男女の不健康期間が劇的に改善しなければ、今後の介護需要は間違いなく増え続ける。しかし、このような「潜在的な介護需要」が実需に転換できるかどうか、つまり介護サービス市場を通じて需要を満たすか、それとも家庭で生産消費するか、以下の諸要因によって供給が左右されている。

¹² 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323.html>

まず、日本の人口構造を考えると、生産年齢人口が減少するなか介護サービス業の人材不足は中長期の問題となっている。確かに日本政府も介護報酬加算や10年以上勤めた介護福祉士への手当など他の産業との賃金格差の改善に力を入れている。また、介護福祉士育成に対する学費助成、減免制度などを設けている。さらに、2008年7月にEAP制度の導入、2017年7月に「介護」在留資格を新設し、2017年11月に技能実習「介護」を増設し、2019年4月に入管法を改正して特定技能「介護」を設置し、様々な手段を講じて外国人介護人材の受け入れ拡大に務めている。これらの政策がどれほどの効果をもたらすのかは見極める必要がある。介護人材不足問題が介護サービス供給に深刻な影響を与えることに間違いないようだ。

そして、介護財政事情が介護サービスの供給量にも大きく影響する。「第7期介護保険事業計画」(2018-2020年)では、第1号被保険者の保険料が毎月5,869円となり、前期より6.4%、2000年と比べると101.6%の上昇となった。同じく第2号被保険者の保険料が毎月5,659円に増加し、2000年より172.7%も上がった¹³。既に第1号被保険者の一部高所得者について介護サービス利用時の2割と3割の本人負担が導入されている。第2号被保険者の介護保険料総報酬割制度も2017年8月から段階的に実施され、約1,272万人の介護保険料の負担が増加する。2019年度の介護予算案では介護総費用が11.7兆円、介護給付費が10.8兆円となっている。2025年には団塊世代が後期高齢者になることから介護総費用はさらに増えることが見込まれる。第1号、第2号被保険者の負担には限界もあるので、介護サービス需要を抑制すると同時に、供給量もコントロールせざるを得ない。2005年介護保険法の改正により既に総量規制等が敷かれている(鈴木(2017))。介護財政事情によっては、供給規制が一層厳しくなることも十分ありうる。

さらに、地方は先に高齢化が進んでいたため介護人材などの資源が地方に偏り、介護人材などの資源が再配分しないとサービス供給のミスマッチが発生し、介護サービス供給に影響する。鈴木(2017)、河合(2017, 2019)は大都市圏と中小都市及び農村地域での高齢化の進展がそれぞれ違っており、介護サービスの供給が地域に偏り、介護人材や資源などは再配分しない限り、大都市部の介護サービスの供給不足が避けられないと指摘している。例えば、2025年には東京都市圏が深刻な高齢化に突入し、高齢者人口の大幅な増加に伴い、介護サービスの需要も急速に増え、供給不足に直面する。一方、東北、四国などの地域の高齢者がすでに減少し、介護サービスの需要が減り、供給過剰になりやすい。政府は早急に介護人材や資源などが流動しやすい環境を創る政策を講じない限り、大都市部は深刻な介護サービスの供給不足に直面し、大量な「介護難民」があふれる事態になると警鐘を鳴らした(鈴木(2017))。

以上の分析したように、様々な要因が介護サービスの供給に影響するが、その中では、政府の財政事

13 第2号被保険者の保険料は2019年度概算データである。全国健康保険協会<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/hokenryouritunohensenn>

情と介護人材不足及び介護資源のミスマッチが注目するポイントとなる。これから大都市圏において、介護サービスの需要が大幅に増加すると推計され、満足していくサービス供給量を需要に満たせるかはこの3つのポイントに左右される。

IV. 介護サービス市場の均衡分析

岡崎（2007）は「介護保険は社会福祉の市場化を促進したものであり、個人への給付と契約型利用方式、供給主体の規制緩和がポイントである。社会福祉の市場は公定価格と供給者規制のかかった準市場である。結局介護サービスの需要と供給は政府規制によって調節されている」と指摘している。介護保険制度導入に伴う介護の社会化によって、家族は介護という家庭重労働から幾分解放された。また、社会保険方式の介護給付でサービス利用者の負担を明記したことで、介護サービスを利用しやすくなったことも確かである。だが、財政不足と人材不足という制約のもとで、これからの介護サービス市場の需要と供給をどう調整していけばよいのか。現状の3年に一度の介護報酬改正は市場の需給変化をリアルに反映できない可能性がある。改めて、介護報酬の改正が介護サービス市場の均衡にどう影響するのか、以下、均衡理論を用いて介護サービス市場の均衡を分析する。

4.1 介護サービス市場の需要曲線

前述したように介護総費用を介護サービスの需要と見なす。第1号被保険者数、認定率、受給率、受給者一人当たり費用等の要因が介護需要に影響する。介護サービスの価格である介護報酬は3年に一度改定されるから、この間の価格は一定と見なせる。即ち、短期的には介護サービス需要曲線は水平な価格（P）曲線と重なる。

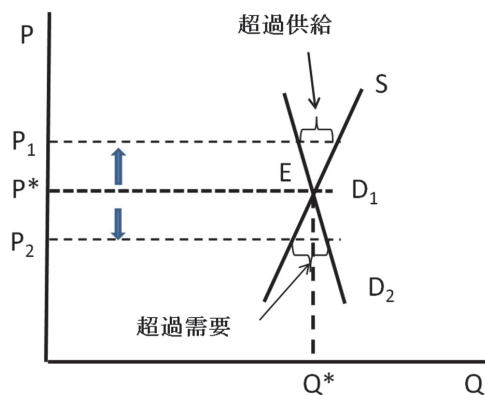


図9 介護サービス市場の均衡分析

介護報酬は介護サービスの種類ごとに、サービス内容又は要介護度、事業所・施設の所在地等に応じた平均的な費用を勘案して決定することとされている。分析を簡単にするため、ここでは単純化し、基準価格を中心に分析を行う。介護報酬の仕組みについては、原則として報酬基準額の1割を負担し、その額を直接サービス事業者支払い、残る報酬基準額の9割分は介護給付等の支払方式でサービス事業者が保険者（市町村）に請求する。従って、要介護（要支援）認定を受けてから、要介護度にかかる支給限度額内で利用する場合、本人負担額はサービス需要量に影響する。介護報酬のマイナス改定は事実上サービス利用者本人負担の軽減となり、理論上サービス需要量が増えることになる。逆に介護報酬のプラス改定であれば需要量が減少となる。即ち、長期的な介護需要曲線は介護報酬の変動に反応して右下がりの曲線となる（ D_2 ）。

4.2 介護サービス市場の供給曲線

介護保険制度では、介護サービス事業者がサービス価格を介護報酬以上に設定することは禁止されている。サービスの質を確保できる限り、公定価格を下回って介護サービスを提供するには許可されているが、恐らく定価以下で介護サービスを提供する事業者はいないだろう。何故ならば、介護報酬は出来高制ではなく時間制なので、公定価格を下回る価格でサービスを提供すれば事業者の事業収入が確実に減少するからである。そのため介護サービスの短期供給量はサービス需要の大きさによって決定されており、垂直（ EQ^* ）となる。

介護報酬のマイナス改定は事実上事業者の事業収入を減らし、介護サービス供給量を減少させる方向に働く。逆に介護報酬をプラスに改定すれば事業収入増加に繋がり、サービス供給量の増加をもたらす。長期的には介護報酬の改定に伴い介護サービス供給量が反応して、介護供給曲線は右上がりの曲線となる。

4.3 介護サービス市場の均衡決定及び調整

4.3.1 介護サービス市場の均衡決定

要するに介護報酬改定期間内では介護サービス市場需要曲線が水平となり、介護サービス供給量は需要の大きさによって決まるため、垂直になると考えられる。需要曲線と供給曲線が交じるところで介護サービス市場の短期均衡が決められる。図9が示しているように均衡価格である介護報酬 P^* によって均衡取引量 Q^* が決定される。同じように長期均衡も介護報酬 P^* のもとで需要と供給が一致する取引量として決まる。

4.3.2 介護報酬改定による介護サービス市場の調整

介護報酬を改定した場合、介護サービス市場の需要と供給はどのように調整されるのか。まず、介護報酬がプラス改定の時、介護サービス利用者にとって自己負担増が介護サービス利用量を抑制することになる。事業者にとってはサービス単価の値上げであり、供給量を増加させるインセンティブとなる。また、事業者の新規参入もサービス供給量を増加させる。そうなると介護サービスの超過供給が発生する。需給ギャップは図9の中に示している超過供給の部分である。一般論として、供給超過になると、市場メカニズムによる調整に任せるか、あるいは政府が何らかの方法で供給抑制や需要促進を図ることになる。現実に過去の経過を確認すると総量規制を実行していることは明らかである（鈴木（2017））。

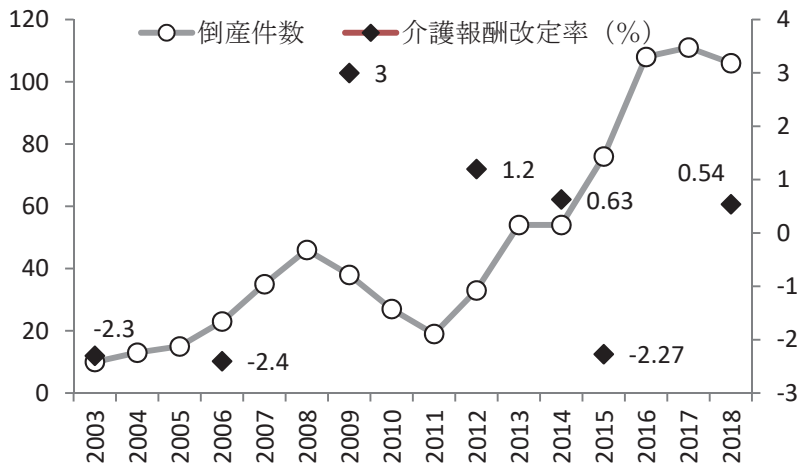


図10 介護報酬改定と老人福祉・介護事業の倒産件数

出所：老人福祉・介護事業の倒産件数は東京商工リサーチの調べ、介護報酬改定は厚生労働省。

注：2014年の0.63%の介護報酬改定は消費税引き上げに伴うもの。2012年の1.2%プラス改定について綾（2014）は実質的にマイナス0.8%の改定だという指摘もある。

介護報酬のマイナス改定は逆になる。サービス利用者にとって自己負担の軽減であり、介護給付支給限度内でのサービス利用量の増加に働く。事業者には事実上の事業収入減であり、体力のない事業者が介護サービス市場から脱退する（図10）。従って、介護サービス市場には超過需要が発生する。この場合、サービス需要を制限するか、供給側にインセンティブを与えて供給量を増やすかの選択肢がある。近年実行されている介護報酬の加算と、一部の介護予防サービス事業の市町村が主導する総合事業への統合、高所得利用者の本人負担率引き上げは、需要の制限と供給増加が同時に行われていることになる。

確かに介護報酬の引下げは事業者の事業収入を直撃するが、介護サービス事業者からすればそれに従うか市場から撤退するかを選択肢しかない。前者の場合は、生き残るためサービスの質を引き上げて利

用者をより多く獲得するか、またはサービスの生産効率の引き上げが必要となろう。介護サービスの種類によって違いはあるが、近年その競争は激しくなっていることが窺える。図10が示しているように介護事業者倒産件数の増加がその証左である。従って、公定価格のもとでも競争は存在するが、介護サービス市場調整への影響は緩慢である。

4.3.3 介護報酬以外の要因による影響

第1号被保険者数、認定率、受給率、受給者一人当たり費用等の変動は介護サービス需要に影響する。第1号被保険者数の増加、認定率のアップ、受給率の上昇、受給者一人当たり費用の伸びは需要曲線を右へシフトさせる。逆の場合には、需要曲線が左へ移動する。事業者の参入による介護施設・事業所の開設増加や介護職員雇用者数増が行われた場合には介護サービス生産の増加を意味し、供給曲線が右へ移動する。逆の場合には左へシフトする。これは政府と保険者が介護サービス需要と供給に干渉しないという前提での結論である。

4.4 政府部門による介護サービス市場への影響

介護サービス市場は、一般自由市場と異なり、需要と供給によって市場価格を決める仕組みが存在せず、さらに一定期間内は介護報酬（市場価格）が固定されて、価格の調整メカニズムも働かない。そのため需要と供給の調整が不完全である。しかも、供給が需要の大きさによって決まるという特徴を持っている。

現実には、準市場としての介護サービス市場において、政府と保険者による市場への干渉が避けられない。保険者が介護認定率や要介護認定ランクを操作して介護サービスの需要をコントロールできるなど、政府と保険者が介護サービスの需要曲線と供給曲線を移動させることも可能である。第Ⅲ節で分析したように、最終的に介護財政の負担能力及び持続可能性が介護サービスの需要を決める。また、政府は利用者本人負担を変えることでサービス需要を変化させることも可能である。結果的に介護サービスの供給も需要の動きに従わざるをえない。

V. 介護保険制度の持続可能問題

日本の介護保険は積立方式ではなく賦課方式を採用しており、当年度の保険料等の収入で当年度の支出を賄うのが原則である。しかしながら、深刻な高齢化と少子化によって賦課方式による制度の維持が難しくなっている。介護現場でサービスを提供する介護職員の需要は今後大きく増えると見込まれてい

るが、生産年齢人口が確実に減少する中、介護職員の確保は困難にある。この介護財政と介護職員の確保こそが日本の介護保険制度の持続的可能に係る問題といわなければならない。

5.1 介護財政問題

2018年9月15日現在、日本では65歳以上の人口が総人口の28.1%を占めている。厚生労働省の資料によると¹⁴、65歳以上の高齢者数は2025年に3,677万人、2042年にはピークを迎え（3,935万人）、75歳以上の後期高齢者の割合も2055年には25%を超える見込みである。さらに、65歳以上の認知症高齢者も増加して、2012年の462万人（15%）から2025年には約700万人（25%）に増える¹⁵。また、全世帯のうち高齢単独世帯や夫婦のみの世帯が占める割合は2015年の23.5%から2040年には31.2%に上昇する。子どものいない高齢世帯は潜在的な要介護者であり、その増加が大きな介護問題となりつつある（中村、菅原（2016））。

このような人口構造の変化は要介護認定やサービス受給者数に大きく影響する。要介護（要支援）認定者数や介護サービス受給者数の変化（図11）が示すように、介護総費用の増加も避けられない。これ

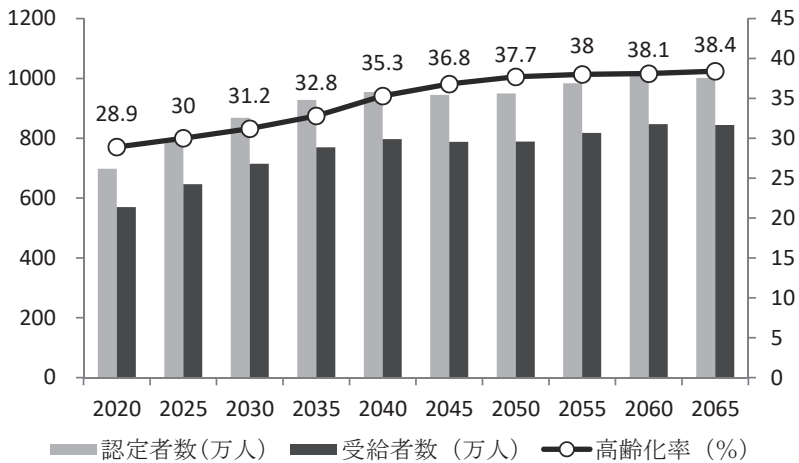


図11 要介護（要支援）認定者数及び需給者数の予測

出所：日本国立社会保障・人口問題研究所『日本未来人口推測（2017年4月推測）』、日本厚生労働省『介護保険事業状況月報』及び『介護給付費等実態調査月報』のデータから筆者作成。

注：推測に関してまず各年齢階級の要介護認定率及び受給率の開きが大きいこと及び人口構造変化などの要因を考慮し、65歳以上の高齢者を男女ごとに65～69歳、70～74歳、75～79歳、80～84歳、85～89歳和90歳以上の6年齢階級に分け、さらに各年齢階級の2015～2017の要介護（要支援）認定率及び受給率の加重平均値を今後の各年齢階級の認定率、受給率として推測した。

14 厚生労働省「介護保険制度をめぐる状況について」社会保障審議会介護保険部会（第75回）資料3。

15 括弧内は65歳以上人口に対する比率である。

から介護財源をどう確保するかが介護保険制度を維持していくポイントとなる。

日本の介護保険制度において介護総費用は原則として公費45%、介護料45%、利用者本人負担が10%となっている。その介護総費用の9割がいわゆる介護給付（公費45%+介護料45%）である。健康保険組合に加入している第2号被保険者への介護保険料の補助と低所得の第1号被保険者に対する保険料軽減分の補填はすべて財政投入によるものである。これらを計算に入れると介護保険事業への財政投入の割合は介護給付の50%を超えていると指摘されている（鈴木（2017））。2019年度国家予算の39.4%が国債発行で賄われている財政事情を考えると、介護保険事業に対する財政投入比率の一層の引き上げは難しい。

介護総費用の45%を占める保険料については、第1号と第2号被保険者がその人口比率に応じて負担している。第1期介護保険事業計画では第1号、第2号被保険者の負担は17%と33%であったが、高齢者増加によって、第7期にはその比率は23%と27%に変わっている。第1号被保険者の全国平均保険料は当初の毎月2,911円から現在の5,869円に上昇した。厚生労働省の計画では2025年に月額7,200円、2040年にはおよそ9,200円と見込まれている。第2号被保険者の平均保険料も2075円から5,659円に跳ね上がっており、第1号、第2号被保険者の保険料負担のさらなる増加は避けられないが、どこまで許容されるかは疑問である。

また、日本の介護保険制度は強制加入の社会保険方式を採用している。しかも賦課方式であり、すでに人口構造の変化に対する脆弱性が明確になっている。第2号被保険者の保険料納付年齢が40歳からというのも足かせになっており、これを引き下げるには広範囲な国民の合意が必要となる。若い世代に過大な負担を求めるのは酷であり、強い反発も予測される。鈴木（2016）はシンガポールの個人アカウント方式で賦課方式を入れ替える案を提起した。個人口座に本人が積み立て、介護保険料として使用しなかった場合は家族などに口座を継承することが可能である。この積立方式で若い人の抵抗感を軽減させることが可能かも知れないが、現在実行している制度とどう整合させるか、問題が多い。

5.2 介護人材の確保問題

2018年、日本の完全失業率は2.4%まで下がり、有効求人倍率は1.61倍に上昇して、バブル期並の水準に達している。日本の労働力市場は既に売り手市場であり、サービス業界などでは労働力不足が深刻な問題となっている。国立社会保障・人口問題研究所が公表した長期人口推計結果（2017年4月推測）によると、2052年には総人口が1億人を割り、生産年齢人口割合が低下し続ける。今後労働力の不足がさらに深刻な問題となりそうである。

その一方で、生産年齢人口に対する要介護認定者と介護サービス受給者の割合は一貫して上昇し（図

12)、2065年にはそれぞれ22.1%と18.6%に達する。厚生労働省の試算結果によれば、2018年介護業界の就業者数は約304万人（就業者数全体6,580万人）であり、これが2025年には338万人、さらに2040年には505万人（就業者数全体5,654万人）まで増えると予測されている¹⁶。これをどう確保するか注目のポイントである。確かに2019年4月に入管法の改正で介護業界も実習生の受け入れの拡大を始めており、必要となる介護人材を確保できるかどうかを見極める必要がある。いずれにせよ介護職員の待遇改善が求められるが、労働市場がひっ迫するなか、人材の新規確保は容易ではない。

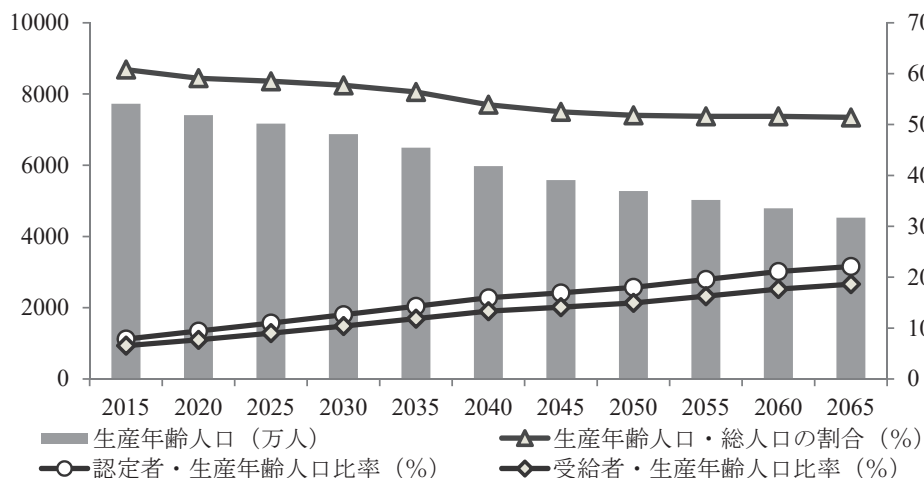


図12 認定者、受給者の生産年齢人口に対する割合

出所：生産年齢人口は日本国立社会保障・人口問題研究所による推計データ，その他は筆者が推計したものの。

むすびにかえて

日本では介護保険制度の実施によって福祉サービスの準市場へ移行が始まった。準市場は、公的規制・財源のコントロールを伴いつつ市場メカニズムを導入したサービス提供体制として取り扱われている。従来公共サービスとしての介護サービスに競争原理を導入するしくみで、そこには公的組織、非営利組織、営利組織が参入していることから混合市場という特徴も備えている。このような準市場において、公定価格のもとで、介護サービス事業者の間で競争が存在することは本稿でも確認できた。介護サービ

16 厚生労働省「介護保険制度をめぐる状況について」社会保障審議会介護保険部会（第75回）資料3。

ス業界に異業種が参入することで競争がさらに激しくなり、事業者の淘汰も加速すると思われる（田、盧（2019））。だが、時間制という介護報酬体系の構造では、事業者間の競争が介護サービス質の改善に繋がるか、未だに疑問を拭えない。

一般自由市場と違い、サービス価格が公定でしかも一定期間内（原則として3年に一度改定）は固定されているため、介護サービス市場では価格によって需要と供給を調節するのは難しい。短期（3年内）では介護サービスの供給は需要の大きさによって決まる。即ち、介護報酬の固定期間内の需要曲線と供給曲線は介護報酬の変動可能な期間（長期）で形が異なる。需要曲線が短期では水平となり、長期には右下がり形と考えられる。供給曲線は短期垂直で長期には右上がり形と推測できる。もちろん、介護報酬の改定は介護サービスの需要と供給、及び介護サービス市場均衡に大きな影響を与える。一方、第1号被保険者数の増加や、要介護認定率、介護サービス受給率及び一人当たり介護サービス費用の変動は需要曲線と供給曲線をシフトさせる。現実には、介護サービス市場均衡に最も影響を与えているのは政府と保険者の政策変化である。なぜなら、政府と保険者は介護サービスの需要と供給をコントロールできるからである。これが本稿での需要と供給の動向分析から確認できたポイントである。

確かに介護保険制度を導入した初期、介護サービス認定者数、受給者数及びサービス供給量の増加が介護の社会化に貢献したのは間違いない。しかしながら、いま介護保険制度の運営を支える財源が大きな問題に直面している。介護保険財政は、賦課方式のもと、公費投入と介護保険料で賄われている。高齢化の進展とともに介護保険給付も大きく増えており、介護財政を維持していくために公費投入の増加及び介護保険料の引き上げが実施されてきた。同時に介護保険給付を抑えるために介護サービスの需要と供給をコントロールしている。しかし、いくら抑えても基本的な介護需要を満たせなければ介護保険制度が存在する必要もない。

今後、認知症高齢者とチャイルドレス高齢者の増加は確実に介護サービス需要増に繋がり、介護保険給付も大幅増加が見込まれている。日本の財政事情を考慮すると介護保険に投入する財源が厳しくなる一方で、介護保険料の引き上げやサービス利用者の本人負担増にも限度があるだろう。介護報酬の引下げも一つの選択肢であるが、既に低賃金で人手不足の介護業界にとっては死活問題となる。さらに、介護職員不足の顕著化はサービス供給に影響し、将来介護サービス需要増にどう対応するかが介護保険制度の試練となる。

鈴木（2015, 2017）は、公定価格のもとで介護事業者が努力して利益を上げれば上げるほど介護報酬が引下げられ、介護サービス事業はデフレスパイラルに陥りかねないと指摘している。人口構造と社会経済が大きく変化する中、現在の介護保険制度はすでに限界に近く、持続可能的に維持していくためには抜本的に改革する必要がある。

【付記】中国国家社会基金一般項目，課題番号：17BJY043「高齢化背景下消費偏好变化对労働生産率的影响效应研究」（高齢化における消費嗜好の変化により労働生産性への影響に関する研究）；浙江省社科聯重点課題項目，課題番号：2017Z32「高齢化背景下消費偏好变化对經濟增長的影响机理和效应—基於浙江省的研究」（高齢化における消費嗜好の変化により經濟成長への影響—浙江省に関する研究）；寧波市科技局軟科学項目，課題番号：2016A10055「高齢化背景下寧波市産業結構演变与經濟增長研究—基於消費偏好与労働生産率的視角」（高齢化における寧波市の産業結構の変化と經濟成長に関する研究—消費嗜好と労働生産性の視点より）から助成を受けている。

参考文献

- [1] 坏洋一（2008）「福祉国家における「社会市場」と「準市場」」『季刊・社会保障研究』Vol.44No.1, pp.82-93
- [2] 綾高德（2014）「介護職員の労働生産性に関する一考察」『同志社大学研究紀要論文』, pp.95-116
- [3] 岡崎祐司（2007）「社会福祉の[準市場化]と[市場個人主義]」『経済科学通信』112号, pp.24-30
- [4] 河野真（2005）「英国福祉国家の動態」福祉社会学会『福祉社会学研究』2, 東信堂, p.74
- [5] 金谷信子（2010）「準市場における非営利組織の役割と市場シェア—介護サービス市場の分析」広島市立大学国際学部編『広島国際研究』16号, pp.37-53
- [6] 河合雅司（2017）『未来の年表 人口減少日本でこれから起きること』株式会社講談社, pp.78-79, pp.113-116
- [7] 河合雅司（2019）『河合雅司の未来の透視図』株式会社ビジネス社, pp.90-91
- [8] 厚生労働省『介護保険事業状況報告』各年版
- [9] 厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）』
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m18/1812.html/2019/3/10>アクセス
- [10] 厚生労働省『介護給付費等実態統計（年報）』各年版
- [11] 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』各年版
- [12] 厚生労働省『職業安定業務統計』<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/2019/3/20>アクセス
- [13] 厚生労働省『介護保険事業状況月報』2015年，2016年，2017年の12月審査分
- [14] 厚生労働省『介護給付費等実態調査月報』2015年，2016年，2017年の12月審査分
- [15] 厚生労働省「介護保険制度をめぐる状況について」社会保障審議会介護保険部会（第75回）資料3
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf>
- [16] 駒村康平（1999）「介護保険，社会福祉基礎構造改革と準市場原理」『季刊・社会保障研究』Vol.35No.3, pp.276-84
- [17] 駒村康平（2004）「疑似市場論」渋谷博史・平岡公一編『福祉の市場化を見る眼—資本主義メカニズムとの整合性—』ミネルヴァ書房p.213, pp. 215-216
- [18] 公正取引委員会（2016）『介護分野に関する調査報告書』
http://www.jftc.go.jp/houdou/pressrelease/h28/sep/160905_1.files/03.pdf
- [19] 児山正史（2004）「準市場の概念」日本行政学会編『年報行政研究39 ガバナンス論と行政学』ぎょうせい, pp.129-46
- [20] 児山正史（2011）「イギリスにおける準市場の優劣論：ルグランの主張と批判・応答」『季刊行政管理研究』133号, pp.17-31
- [21] 児山正史（2016）「準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論」『人文社会論叢（社会科学篇）』35号, pp.25-41

- [22] 児山正史 (2017) 「準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論」『人文社会科学論叢』, pp.143-156
- [23] 佐橋克彦 (2008) 「「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適用」『季刊・社会保障研究』Vol.44No.1, pp.30-40
- [24] (財) 介護労働安定センター 『平成18年度介護労働実態調査 (大規模調査)』
http://www.kaigo-center.or.jp/report/h18_chousa_03.html/2019/4/20アクセス
- [25] (財) 介護労働安定センター 『平成28年度介護労働実態調査』
http://www.kaigo-center.or.jp/report/h28_chousa_01.html/2019/4/20アクセス
- [26] ジュリアン・ルグラン著, 郡司篤晃監訳 (2008) 『公共政策と人間』 聖学院大学出版会, pp.282
- [27] ジュリアン・ルグラン著, 後房雄訳 (2010) 『準市場:もう一つの見えざる手』 法律文化社, pp.179
- [28] 周燕飛 (2009) 「介護施設における介護職員不足問題の経済分析」『医療と社会』19 (2), pp.151-168
- [29] 鈴木亘 (2015) 「社会保障改革の視点 (上) 「混合介護」 で労働力確保を特養の統治改革急げ高齢者の地方移住を促進」日本経済新聞2015年4月6日朝刊『経済教室』
- [30] 鈴木亘 (2016) 「社会保障予算の論点 (中) 介護, 積み立て方式移行を」日本経済新聞2016年11月1日朝刊『経済教室』
- [31] 鈴木亘 (2017) 介護保険施行15年の経験と展望: 福祉回帰か, 市場原理の徹底か? 『学習院大学 経済論集』第54巻第3号, pp.30-40
- [32] 総務省統計局統計トピックス No.113 『統計からみた我が国の高齢者』
www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics97.pdf
- [33] 総務省 『労働力調査』
https://www.stat.go.jp/data/roudou/longtime/03roudou.html#hyo_1/2019/4/20アクセス
- [34] 田栄富, 王橋 (2019) 「日本における介護サービス業の現状と労働生産性」久留米大学経済研究会 『経済社会研究』第59巻第3号, pp. 25-44
- [35] 田栄富, 盧虹 (2019) 「介護業界における営利企業の実態と経済特性」久留米大学経済研究会 『経済社会研究』第59巻第4号, pp.41-60
- [36] 内閣府 『平成29年高齢社会白書』
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html/2019/3/18アクセス
- [37] 中村二郎, 菅原慎矢 (2016) 「同居率減少という誤解—チャイルドレス高齢者の増加と介護問題—」『季刊・社会保障研究』, 51 (3・4), pp. 355-368
- [38] 日本国立社会保障・人口問題研究所 『人口統計資料集 (2003)』
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2003.asp?chap=0/2019/4/20>アクセス
- [39] 日本国立社会保障・人口問題研究所は 『日本未来人口推測 (2017年4月推測)』
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp/2019/4/20アクセス
- [40] 日本国立社会保障・人口問題研究所 『2018年度社会保障費用統計』
http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h28/fsss_h28.asp/2019/3/20アクセス
- [41] 松本清康 (2015) 「介護保険事業の準市場における損益分岐点分析」『社会経営研究』VOL.3, pp. 23-33
- [42] 真野俊樹 (2012) 「社会保障と準市場の考え方」『共済総合研究』65号, pp.96-113
- [43] 横山寿一 (2003) 『社会保障の市場化・営利化』新日本出版, pp.40
- [44] 横山寿一 (2008) 「「コムスン問題」の本質と課題」『福祉のひろば』PP.10-13
- [45] 吉田竜平 (2013) 「介護サービスと障害者福祉サービス市場の問題と運用の在り方: 準市場の視点から」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』第9巻1号, pp. 147-150
- [46] LeGrand, J. & Bartlett, W. (1993) Quasi-markets and Social policy. Mcmillian, UK, pp.10