

2014年5月9日 全13頁

## 経済構造分析レポート - No.24 -

## 超高齢社会における介護問題

人材・サービス不足がもたらす「地域包括ケア」の落とし穴

経済調査部 研究員  
石橋 未来

## [要約]

- 厚生労働省によると日常生活に制限のある「不健康な期間」の平均が、男性 9.13 年、女性 12.68 年だという（2010 年時点）。今後、ますます介護のニーズは高まるだろう。
- 2014 年 3 月下旬、特別養護老人ホーム（特養）の入所申込者数（いわゆる待機老人数）が 2013 年度に 52.4 万人と発表された。特養は費用負担が比較的軽く、認知症などが進行した場合でも退所の不安がないため、他の介護施設より入所希望が集中する。
- 介護施設の不足が目立つが、政府は積極的な特養の開設に踏み切るのではなく、「地域包括ケア」を推進し、在宅介護への転向を促している。高齢者に住み慣れた場所で最期まで自分らしく暮らしてもらおうという生活面と、ボランティアや NPO、家族隣人などのインフォーマルな支援を活用することで、保険給付が高額な施設への入居者数をなるべく抑制するという財政面との、両方のメリットが期待されるためである。
- しかし実際は、要支援・要介護認定者の大部分が、すでに在宅介護の状態にある。在宅介護の推進は、①介護人材不足、②特養など一部の施設サービスへ偏重する公的な優遇措置、などの点で利用者への負担に結びつく可能性があり、疑問が残る。
- 介護分野の人材不足や、民間が参入できない特養などの施設サービスへ偏重する公的な優遇措置などの問題を残したままでは、需要を満たす介護サービスの供給が追い付かず、家族で担う部分が増えるだろう。そうなれば、従来通り家庭内の主に女性の労働力が、今後も高齢者介護の役割として期待されてしまう懸念が残る。それは、女性の活躍を推進する現政権の方針と矛盾するようにも見える。
- 超高齢社会における介護は、サービスを強化することで乗り越えていくべきであり、質の高い介護サービスの選択肢が増えることが期待される。

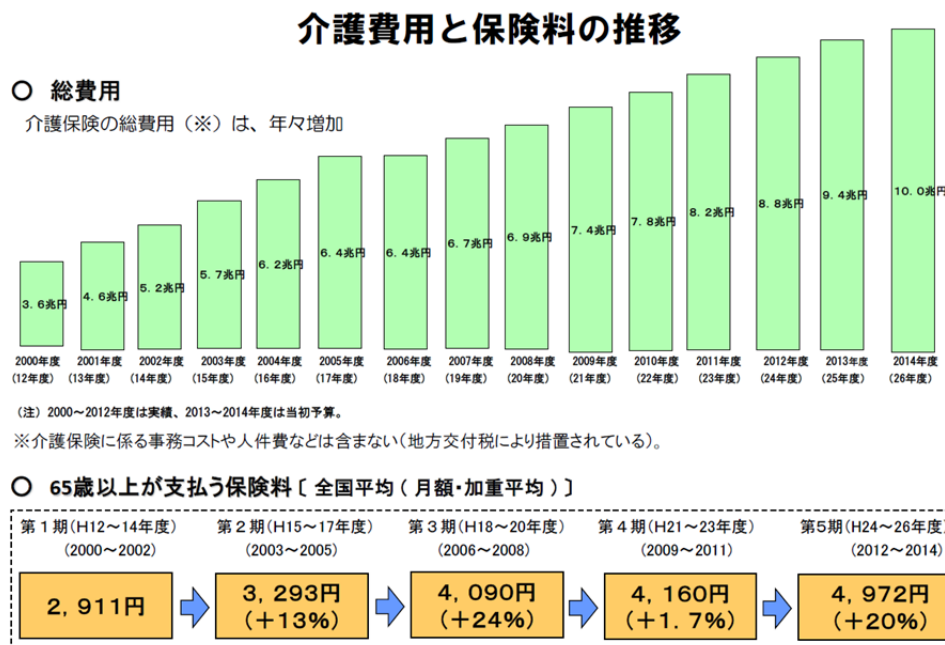
## 超高齢社会における介護

わが国は超高齢社会(65歳以上人口が総人口に占める割合である高齢化率が21%以上である社会)を迎えており、いわゆる団塊の世代(1940年代後半に出生)が75歳以上になる2025年には、高齢化率は30%を超えると推計される<sup>1</sup>。厚生労働省によると、2010年時点の日本人の平均寿命は男性が79.55歳、女性が86.30歳であり、日常生活に制限がないとされる健康寿命の平均では男性が70.42歳、女性が73.62歳であった。つまり、日常生活に制限のある「不健康な期間」の平均が、男性9.13年、女性12.68年もあるという。

政府は、ICTの活用や生活習慣病予防の促進などにより健康寿命の延伸を目指しているが、それでも不健康な期間は相応に長くなるだろう。超高齢社会にあるわが国では、今後介護を必要とする人の割合の増加、そして介護保険総費用額とそれに伴う保険料負担の拡大は不可避であろう(図表1)。政府は医療・介護費用の抑制のための政策として「地域包括ケア」<sup>2</sup>を打ち出しているが、介護の周辺分野も含めて総合的に評価すると、政府の介護政策には様々な課題が浮かび上がる。

そこで本稿では、施設介護から在宅介護を中心とした「地域包括ケア」への転換が図られている背景と、介護人材不足や、需給が逼迫する施設サービスについての問題点の整理を試みたい。また、環境が整備されないまま「地域包括ケア」が推進されれば、家族介護の負担が増えることで、政府が進める女性労働力の向上を謳う施策と矛盾してしまう可能性がある点についても指摘したい。

図表1 介護費用と保険料の推移



(出所) 厚生労働省ウェブサイト「第100回社会保障審議会介護給付費分科会資料」(平成26年4月28日)より

<sup>1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(出生中位、死亡中位)(平成24年1月推計)。

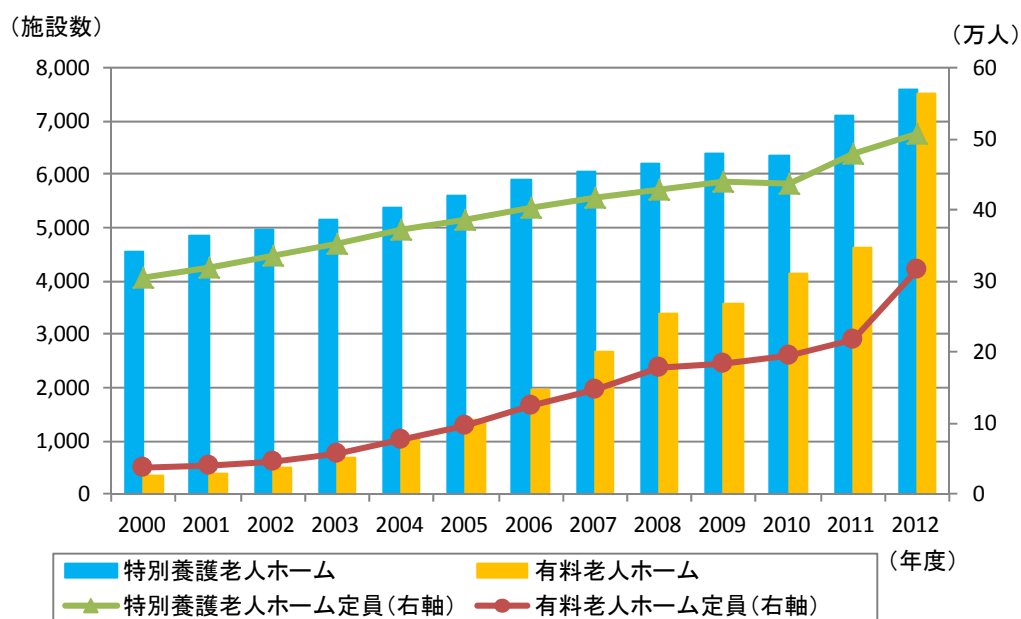
<sup>2</sup> 「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制」

([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf)) (厚生労働省ウェブサイト)。

## 入所待ちが増え続ける特別養護老人ホーム（特養）

介護保険総費用額が膨張している一方で、2014年3月下旬、厚生労働省は、特別養護老人ホーム（特養）の入所申込者数（いわゆる待機老人数）が2013年度に52.4万人と発表するなど、介護施設の不足が改めて確認された。特養への入所申込者数は、前回の2009年度調査の42.1万人から約10万人増加している。特養の数は全国で7,605施設、総定員数は50.7万人である（2012年度）（図表2）。つまり総定員数以上の入所希望者がいることになる。政府は2015年4月から新規入所者を、原則として中重度の要介護3～5に絞ることを決めているが、要介護3～5の入所申込者数だけでも34.5万人に上る。

図表2 特別養護老人ホームと有料老人ホームの施設数・定員総数



（出所）厚生労働省「福祉行政報告例結果の概況」、「社会福祉施設等調査」より大和総研作成

介護の入所施設には、特養のほかにも介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）など様々あるが、特養ばかりに入所希望者が集中するには理由がある。

特養は、家庭での介護が難しい原則65歳以上の高齢者が入所する施設である。老人福祉法に基づく呼称で、介護保険法では介護老人福祉施設とも呼ばれている。開設者は、主に社会福祉法人や行政（自治体）である。入居対象は要介護認定を受けていることが条件となっており、介護保険が利用できる。施設内では日常生活の介助や健康管理に加えて食事、排せつ、入浴などのケアが24時間受けられ、終の棲家としても利用される。費用は、要介護度や部屋のタイプなどによって異なるが、自己負担は介護サービス費の1割<sup>3</sup>のほか、居住費、食費、その他の費用からなり、月数万円から十数万円程度のケースが多く、他の介護施設と比べて安価であるのが大きな特徴である。

<sup>3</sup> 年金等の収入が一定以上の場合、2015年8月から自己負担割合が2割に引き上げられる。

特養と同じく、長期間の支援・介護を必要とする高齢者が施設内で一体的に介護サービスを受けることのできる介護施設には、民間が開設する介護付き有料老人ホームもある。しかし、介護保険が適用とならない入居一時金（ない場合もあるが通常数百万～数千万円、中には1億円以上もする施設もある）が必要なケースが多い。また、月々の利用料などの自己負担額が、特養に比べて高額であるという課題がある。その他、サービス付き高齢者向け住宅やグループホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）などは、介護サービスが施設運営と一体となっていなかったり（個別に外部の業者に委託する）、そもそも自立支援を目的とした介護サービスを中心に行っていることから、認知症が重度になったり、身体に障害が出てきた場合、退所が求められるなど終の棲家としての利用は困難なケースが多い（図表3参照）。

図表3 介護施設の比較

施設種類	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	介護付き有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	グループホーム (認知症対応型共同生活介護)
主な経営主体	社会福祉法人	民間・医療法人	民間・医療法人	社会福祉法人・医療法人・民間
対象者	介護度が高く、経済的にも自宅での介護が困難な高齢者	60歳以上高齢者（一部65歳以上）(自立、要支援、要介護)	60歳以上高齢者、または要支援・要介護認定の60歳未満の者	共同生活に支障がない要支援2または要介護1以上の高齢者
入所期間	<b>原則、終身利用</b>	<b>原則、終身利用</b>	長期	原則、終身利用 (共同生活ができなくなった場合 <b>退去となることがある</b> )
入所までの期間	入所希望者が多数待機しており数年かかる	比較的すぐに入居可能	比較的すぐに入居可能	数ヶ月～
主なサービス	食事や入浴、排泄などの日常生活の介護や援助、機能訓練などが提供される。	日常生活の介護や援助のほか、洗濯や掃除といった家事、健康管理などが受けられる。	自由とプライバシーが確保されているバリアフリー住宅であることが多い。家族の同居が可能。外部の介護サービスを利用することができる。	少人数を単位とした共同住居の形態で、能力に応じて料理や掃除などの役割を分担しながら、自立した生活を送る。
入居一時金	<b>なし</b>	<b>0～数千万円</b>	0～数百万円	0～数百万円
月額料金 (目安)	8～13万円程度 (ユニット型個室もある)	12～30万円程度	10～30万円程度	15～30万円程度
施設種類	軽費老人ホーム (ケアハウス)	介護老人保健施設 (老健)	介護療養型医療施設	養護老人ホーム
主な経営主体	社会福祉法人	社会福祉法人・医療法人	医療法人	社会福祉法人
対象者	独立して生活することに不安のある60歳以上高齢者 (要支援1以上)	病状が安定している要介護者 (要介護1以上)	医学的管理の下、長期の療養を必要とする要介護者 (要介護1以上)	主に <b>経済的な理由</b> などから自宅での生活が困難と判断される65歳以上高齢者
入所期間	一定期間 (高度な医療措置が必要な高齢者は入居不可)	3～6ヶ月程度	長期	一定期間
入所までの期間	数ヶ月～	すぐに～数ヶ月	すぐに～数ヶ月	すぐに～数ヶ月
主なサービス	必要な介護のほか健康管理や機能訓練などを受けることができる。	日常生活の介助や療養上の医療ケアを受け、身体機能の回復を目指す。	看護師、理学療法士、管理栄養士等による療養上の医療ケアや機能訓練が中心で、身体機能の回復を目指す。	食事の提供や日常生活の世話や生活相談などが受けられる。
入居一時金	数十万～数百万円	<b>なし</b>	<b>なし</b>	<b>なし</b>
月額料金 (目安)	10～20万円程度 (収入に応じて決定)	8～13万円程度+医療費 (ユニット型個室もある)	9～25万円程度 (ユニット型個室もある)	0～10万円程度

(注) 月額料金は利用者自己負担額。

(出所) 各種資料より大和総研作成

そのため、費用負担が比較的軽く、認知症などが進行した場合でも退所の不安がない特養への入所希望が多いのである。要介護に至る前の早い段階から特養への申し込みが開始されるなど、待機者数の増加に拍車をかけている。

しかしながら政府は、現時点で抱える特養への大量の待機者に加え、将来のさらなる需要の拡大<sup>4</sup>に対し、積極的な特養の開設に踏み切るのではなく、「地域包括ケア」を推進し、在宅介護への転換を

<sup>4</sup> 2010年に280万人であった認知症高齢者数は2025年には470万人に達すると推計されている。これは65歳以上人口全体の12.8%にあたる。厚生労働省「認知症高齢者数について」(平成24年8月24日)。

促している。というのも、図表4が示すとおり、平成25年末時点で第1号被保険者<sup>5</sup>数3,168万人に対し、要支援・要介護認定者は566万人。そのうち、施設サービス<sup>6</sup>を利用している要支援・要介護認定者は88万人のみと、65歳以上高齢者全体の2.8%にすぎない。図表4には示されていないが、別の統計<sup>7</sup>による有料ホーム在居者数も22万人（平成24年10月1日時点）とわずかである（65歳以上高齢者全体の0.7%）。そのため、施設入所のニーズが高いであろう残りの要支援・要介護認定者分、および今後増加が予想されるこれら認定者の入所施設を早急に用意するというのは、時間的にもコスト的にも難しいだろうと考えられる。

図表4 高齢者の介護認定と住まいの状況

介護保険 第1号被保険者数 3,168万人		
認定の有無	要支援・要介護認定者以外 2,603万人(82.1%)	要支援・要介護認定者 566万人(17.9%)
居住の場	在宅	在宅477万人 (15.1%) 施設等 88万人 (2.8%)

(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告 月報（暫定版）（平成25年12月分）」より大和総研作成

## 地域包括ケアは解決策となりえるか

以上のような介護サービス市場の実態を踏まえて、政府が推進しようとしている「地域包括ケア」とは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）」<sup>8</sup>を構築することである、とされる。「地域包括ケア」に移行することで、病院や介護施設に極力頼らず、高齢者に住み慣れた場所で最期まで自分らしく暮らしてもらおうという生活面と、ボランティアやNPO、家族隣人などのインフォーマルな支援をも活用することで、保険給付が高額な施設への入居者数をなるべく抑制するという財政面との、両方のメリットが期待される。

これらの理由から、政府は「地域包括ケア」を活用した在宅介護を促しているが、実際はすでに、要支援・要介護認定者の大部分が在宅介護の状態にある。その在宅介護を実施するに当たり、国の支援体制が十分には整っていない面が多く、多くの問題点が指摘されている。特に、①派遣すべき介護人材の不足、②特養など一部の施設サービスへ偏重する公的な優遇措置、については、在宅介護の利用者への負担に結びつく可能性があることから、早い段階での見直しが求められよう。

<sup>5</sup> 介護保険制度では、65歳以上の高齢者が第1号被保険者、40歳以上64歳以下が第2号被保険者。

<sup>6</sup> 介護保険3施設（介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設）利用者の合計。

<sup>7</sup> 厚生労働省「平成24年社会福祉施設等調査の概況」

<sup>8</sup> 厚生労働省ウェブサイトより

([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html))。

## ① 介護人材不足の問題

まず人材についてだが、不足しているのは在宅介護のみならず、介護分野全体に及んでいる。介護労働安定センター「平成 24 年度 介護労働実態調査結果について」のアンケート調査<sup>9</sup>では、介護サービスに従事する従業員の過不足状況は、全体で不足感（「大いに不足」＋「不足」＋「やや不足」）が 57.4%（前年度 53.1%）に上っているが、介護職員及び介護その他職員（介護職）に対する需要は今後も増えると推計されている。また、厚生労働省の試算でも、2025 年度には 2012 年度の 1.6 倍もの介護職員が必要になるとの見通しが示されている（図表 5）。

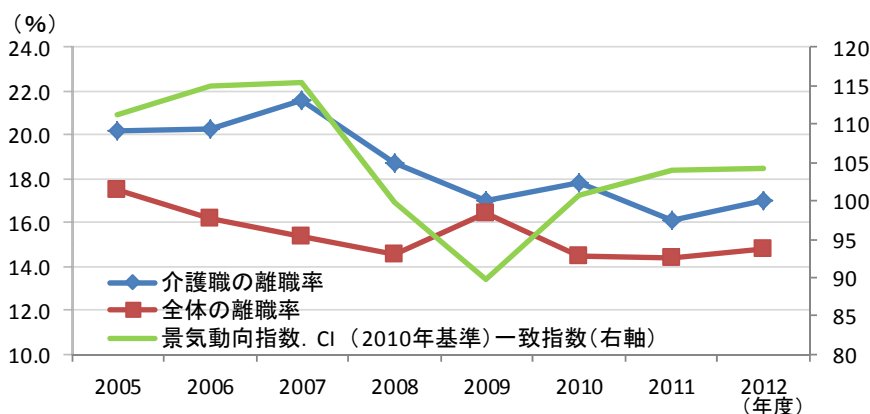
図表 5 介護職の推移と見通し

	2000年度	2012年度	2015年度 (推計値)	2025年度 (推計値)
介護職員	55万人	149万人	167～176万人 (164～172万人)	237～249万人 (218～229万人)
介護その他職員	26万人	70万人	81～85万人 (77～81万人)	128～134万人 (102～107万人)

(注) 2015 年度・2025 年度の数値は社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。  
 ( ) 内は現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによる数値。  
 (出所) 厚生労働省ウェブサイト 介護職員の処遇改善等に関する懇談会 資料「介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について」（平成 24 年 5 月 11 日）より

介護職の特徴として、景気の影響を受けやすいと一般的に言われている。そのため、安定的に人材を確保するのが難しい。また、図表 6 で示したように、介護職の離職率は雇用者全体の離職率と比較して高い傾向にあり、特に景気が回復傾向の時にその傾向が強まる。その理由については、先の介護労働安定センターのアンケート調査が参考になる。介護労働者の労働条件等についての悩み、不安、不満等の質問(複数回答)に対し、「仕事内容のわりに賃金が低い」(43.3%)が最も多く挙げられている。

図表 6 介護職の離職率



(注) 全体の離職率は暦年ベース。  
 (出所) 介護労働安定センター「介護労働実態調査」、厚生労働省「雇用動向調査」、内閣府「景気動向指数」より大和総研作成

<sup>9</sup>公益財団法人介護労働安定センター「平成 24 年度 介護労働実態調査結果について」（平成 24 年 11 月 1 日～平成 24 年 11 月 30 日に実施、17,247 の事業所が対象、うち有効回答数 7,511）。

経験年数、平均年齢等の要素の違いがあるため、単純な比較はできないが、介護職の賃金水準は産業全体と比較して低い（図表7）。所定内実労働時間と超過労働時間の合計は、同じ医療福祉分野における医師や看護師などと変わらぬ長時間労働であるが、ホームヘルパーや福祉施設介護員の賃金水準は、かなり低く抑制されている。そのため、景気が改善し、求人が増えれば、雇用条件のより良い分野へ介護分野から人材が流出してしまうことになる。

図表7 介護分野の賃金水準

産 業		年 齢	勤 続 年 数	所定内 実労働 時間数	超 過 実労働 時間数	きまって 支給する 現金給与額	賞与 その他 特別給与額
		歳	年	時/月	時/月	千円/月	千円/年
産 業 別	産業計	42.0	11.9	163	14	324.0	801.3
	医療、福祉	40.2	8.0	162	6	294.4	642.6
	医療業	39.7	8.6	160	8	341.1	727.0
	保健衛生	42.8	11.8	166	17	358.6	950.1
	社会保険・社会福祉・介護事業	40.7	7.1	164	4	238.4	536.8
	サービス業	44.0	8.8	163	14	273.6	492.7
職 種 別	医師	41.0	5.5	159	13	833.2	720.1
	看護師	38.0	7.4	158	9	328.4	782.7
	准看護師	46.7	10.2	161	4	278.7	642.8
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	47.5	8.3	163	5	258.9	558.8
	ホームヘルパー	44.7	5.6	164	7	218.2	272.3
	福祉施設介護員	38.7	5.5	164	4	218.9	444.8

(出所) 厚生労働省「平成25年賃金構造基本統計調査（一般労働者）」より大和総研作成

賃金水準が低いために不足している介護分野の人材を、外国人労働者<sup>10</sup>で補おうとの意見もあるが、受け入れに関する議論は難航している。外国人労働者を受け入れる場合の問題について、日本語能力に関する不安や介護サービスの質の低下、介護従事者の賃金水準の低下をさらに招く可能性などについての懸念が指摘されているほか、外国人労働者に対する医療・年金などの社会コスト負担に関して、将来的にどう対処するのかなどの議論が尽くされていないためである。そのため、現在受け入れている介護分野における外国人労働者が在留資格を得るには、3年以上日本の施設で研修生として働いた後、介護福祉士の国家試験に合格する必要があるなど、厳しい条件となっている。

わが国に先駆け、海外から高度人材のみならず、一定の条件の下、家事労働などを含む単純労働従事者（移民）を受け入れてきたドイツでは、外国人労働者たちの年齢が比較的若く（2010年時点で平均年齢が35.0歳、ドイツ全体では45.9歳）、現在、本人とその子供の職業教育や学校教育などの社会問題にすでに直面している。いずれ年金受給などの問題にも発展していくと見られており、外国人労働力の活用を検討するわが国もその行方に注目している<sup>11</sup>。

<sup>10</sup> 現在は、経済連携協定に基づきインドネシア、フィリピンから、外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れを実施しているが、看護師・介護福祉士として滞在・就労するには、日本語や看護・介護の研修を受けた後、一定期間内に国家資格を取得することが義務付けられている。

<sup>11</sup> 独立行政法人労働政策研究・研修機構[2013]「諸外国における高度人材を中心とした外国人労働者受入れ政策—デンマーク、フランス、ドイツ、イギリス、EU、アメリカ、韓国、シンガポール比較調査—」（平成25年3月28日）

そのような中、政府は「地域包括ケア」の中核サービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護<sup>12</sup>を 2012 年に創設したが、先述したような理由から人材確保が困難なため、現在も実施している自治体は少ない。2014 年 2 月時点でのサービス利用者も全国で 6,261 人<sup>13</sup>にとどまり、在宅介護を支える目玉策としては心許ないだろう。

## ② 特別養護老人ホームへ偏重する公的な優遇措置の問題

次に、わが国の介護保険制度は、特養など一部の施設サービス<sup>14</sup>へ偏重している公的な優遇措置が指摘されている。そのため在宅介護や民間の介護施設との利用者負担の公平性が求められ、平成 17 年には居住費および食費（いわゆるホテルコスト）については介護保険からの給付対象外となり（それ以前は施設サービス利用者に対して給付対象とされていた）、基本的には全額利用者負担とされた。

しかし、直近の介護サービス受給者 1 人当たり費用額を見ると、特養などの施設入所者へ 29.6 万円/月の給付が介護保険から行われているのに対し、訪問介護や通所介護を利用する在宅介護者（居宅サービス）に対する給付は、12.3 万円/月と差がある<sup>15</sup>。また、介護保険適用の在宅介護サービスに対しては、介護度の違いに応じて、1 ヶ月あたりに利用できる限度額が定められている<sup>16</sup>が、施設入所者に対してはこの限度額が設定されていない点も異なる<sup>17</sup>。

実際、限られた給付の中で行う在宅介護は、介護者にとって経済的な面だけでなく、精神的、身体的な面でも大きな負担となって表れていることが、各種調査から読み取れる。在宅介護のみを対象としたアンケート調査<sup>18</sup>の中で、在宅介護経験者の 74%が「現在の介護を負担に感じている」と回答しているほか、介護をするようになってから「体の健康状態が悪くなった」（55%）、「心の健康状態が悪くなった」（68%）と回答している。給付制限のある在宅介護では、利用回数や高額サービスを控えるなど、必要なサービスを利用者が自ら制限してしまっている可能性がある。その一方、施設入所者は上限に左右されることなく介護サービスを利用することができる。

さらに同じ施設介護においても、ホテルコストが保険給付の対象から除外されたことで、民間企業が経営する有料老人ホームとの価格差が縮まることが期待されたが、実際は、老人福祉法から続く低所得者対策が取られているため、効果は限定的なようだ。この低所得者対策は、収入だけでなく、預

<sup>12</sup> 要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス。

<sup>13</sup> 厚生労働省ウェブサイト「定期巡回・随時対応サービス 実施状況について」平成 26 年 2 月末時点。

([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/gaiyo/teiki\\_junkai.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/teiki_junkai.html))

<sup>14</sup> 介護老人福祉施設（特養）だけでなく、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を含む、いわゆる介護保険 3 施設に対する偏重。

<sup>15</sup> 厚生労働省「平成 24 年度介護給付費実態調査報告（平成 24 年 5 月審査分～平成 25 年 4 月審査分）」。

<sup>16</sup> 要介護者の介護保険サービス利用回数を増やす、上乘せサービスを実施している自治体も多い。

<sup>17</sup> 利用したサービス費用の 1 割の利用者負担の合計額（同じ世帯に複数の利用者がある場合には、世帯合計額）が、自治体の定める負担上限額を超えたときは、その超過分が「高額介護サービス費」として自治体から後日支給される。

<sup>18</sup> P&G アテント・がんばらない介護生活を考える会「在宅介護の実態調査」（2006 年 6 月実施）。

調査対象： 要支援・要介護認定を受けている在宅高齢者の主たる介護者 163 人（首都圏）、基本的に在宅介護（老人ホームのような長期の施設入所の場合は対象に含めない）、介護者は 30 代以上、対象高齢者は 65 歳以上。



貯金・保険・不動産などの資産がある場合（親族の収入・資産も対象）は支給されない生活保護とは異なり、対象となるのは前年度の収入だけである。そのため、多額の金融資産を持っていても、前年度の年金等の収入が少なければ、低所得者としてホテルコストの自己負担が減額される<sup>19</sup>。

また、特養には、介護付き有料老人ホームなどその他の介護施設では対象とならない、介護以外のサービスに対しても介護報酬に含まれるものがあったり、介護保険給付の加算対象になったりするものがある。例えば、事務管理費など、施設運営を安定させるためのコストも介護報酬に含まれるほか、入所から30日間加算される「初期加算」や、入所者が不在時にも加算される「外泊時費用」といった、施設の収入保証とも言えるような項目もある。

特養は、第一種社会福祉事業であるため（図表8）、老人福祉法の規定により経営主体が行政（国・自治体）及び社会福祉法人（民間だが営利目的としない）に限定されており、民間の参入は制限されている。厚生労働省「平成24年介護サービス施設・事業所調査」によると、特養の開設主体の92.4%を、経営主体の96.1%を、社会福祉法人が占めている。特養は、公益性と事業の継続性・安定性等が求められる福祉施設であるため、原則非課税であることに加え、開設・運営に対しても間接的に補助金が交付されるなど、優遇措置が取られている。このような経営環境にある特養と介護付き老人ホームとの価格差は、民間の経営努力だけでは埋まらず、結果、特養ばかりに入所希望が集中している。

図表8 社会福祉事業の種類

第一種社会福祉事業	第二種社会福祉事業
利用者への影響が大きいため、経営安定を通じた利用者の保護の必要性が高い事業（主として入所施設サービス）  特別養護老人ホーム 養護老人ホーム 軽費老人ホーム	比較的用户への影響が小さいため、公的規制の必要性が低い事業（主として在宅サービス）  老人居宅介護等事業 老人デイサービス 老人短期入所事業 在宅介護支援センター 痴呆対応型老人共同生活介護事業
経営主体	経営主体
原則、行政及び社会福祉法人。 都道府県知事等への届出が必要。 その他の者が第1種社会福祉事業を営むときは、都道府県知事等の許可を得ることが必要。 個別法により、保護施設並びに養護老人ホーム及び特別養護老人ホームは、行政及び社会福祉法人に限定。	制限なし。 すべての主体が届出をすることにより事業経営が可能。

（出所）厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成

社会福祉法人は、憲法89条（公金支出・公的財産供用の禁止）への抵触を避けるため、公の支配に属することが認可要件に組み込まれている。そのため、各種優遇措置が受けられるのである。しかし、これら社会福祉法人の経常利益率が年平均6%超と、東京証券取引所上場企業の平均利益率4.5%を安定して上回る水準にあることが、調査の結果明らかとなった（2011年度）<sup>20</sup>。優遇措置を

<sup>19</sup> 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に、資産などの条件が追加されることが、現在検討されている。厚生労働省「第100回社会保障審議会介護給付費分科会資料」（平成26年4月28日）  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshouta.ntou/0000044899.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshouta.ntou/0000044899.pdf)。

<sup>20</sup> 厚生労働省「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」委員を務める松山幸弘氏の提出資料より「社会福祉法人について」（2013年11月27日）  
<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/committee2/131127/item1-2.pdf>

受けている社会福祉法人が、民間企業より高い利益率を計上していることから、過剰な金融資産を保持しているであろうことも指摘された。厚生労働省は、調査の方法や基準について「不完全さは残る」としながらも、「何らかの具体的な数値を示さなければ議論は進まない」とし、特別養護老人ホーム（対象 1,622 施設）1 施設当たり平均で約 1.6 億円の実在内部留保<sup>21</sup>があることを報告している<sup>22</sup>。

中には赤字経営に陥っている社会福祉法人もあるだろうし、立場上、安定した財政基盤を維持することはもちろん重要であろうが、社会福祉法人の黒字額の合計は 5,000 億円を超えると推計されている<sup>23</sup>。現在、厚生労働省<sup>24</sup>や政府の規制改革会議では社会福祉法人の在り方に関する議論が行われており、2014 年 5 月頃を目途にその議論の取り纏めを行う予定である。

今後さらなるガバナンスの確立や情報の開示が求められるとともに、必要以上の優遇措置については見直す余地があるだろう。同時に、需給が逼迫しているにもかかわらず、供給不足が問題となっている施設介護サービスの選択肢を増やすためにも、社会福祉法人以外の民間（営利企業）の参入が可能となるような環境の整備が求められよう。

## インフォーマルな支援ではなく、社会サービスの強化へ

介護保険制度が始まって以来、介護総費用・保険料は年々増加している。これは、高齢者数の増加が影響しているためだけではなく、これまで家族が担ってきた介護が、「家族以外の担い手による職業としての介護サービスの提供が社会的に要請された」<sup>25</sup>（介護の社会化）ことにより、数字として可視化されたためだとも言える。とはいえ、現在計上されている費用は極々一部にすぎず、大半は、今なお家族による無償の支援に委ねられている。今後、共働き世帯や独居高齢者世帯の増加などを背景に、介護を外部のサービスに頼る必要性がますます高まると見込まれる。そのため、介護保険給付の適正化を図ることはもちろんだが、単に給付の抑制を目指した保険適用範囲の圧縮を行えば、利用者の本来の需要を取りこぼす危険性があるだろう。

高齢者の尊厳、介護財政の効率化、また外国人労働者の受け入れの困難さ、などを背景に、現政権では家族や地域の互助・共助を基礎とした「地域包括ケア」を掲げ、在宅介護への回帰を促している。しかし、介護の人材不足や、社会福祉法人開設の特養などの施設サービスへ偏重している公的な優遇措置などの問題を残したままでは、需要を満たす介護サービスの供給が追い付かず、家族で担わねばならない部分が増えてしまう。そうなれば、従来行われてきたように、家庭内の主に女性の労働力が、

<sup>21</sup> 内部資金の蓄積額のうち、今現在、事業体内に未使用資産の状態でも留保されている額（減価償却により、蓄積した内部資金も含む）。

<sup>22</sup> 内部留保が 0 円未満の施設が 13.7%ある一方、3 億円以上の施設も 17.0%あり、内部留保の額は施設毎のばらつきが大きい点についても言及している。

厚生労働省[2013 年]第 7 回社会保障審議会介護給付費分科会介護事業経営調査委員会資料  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032jrz-att/2r98520000032k1y.pdf>)

<sup>23</sup> 厚生労働省「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」委員を務める松山幸弘氏の提出資料より「社会福祉法人について」（2013 年 11 月 27 日）

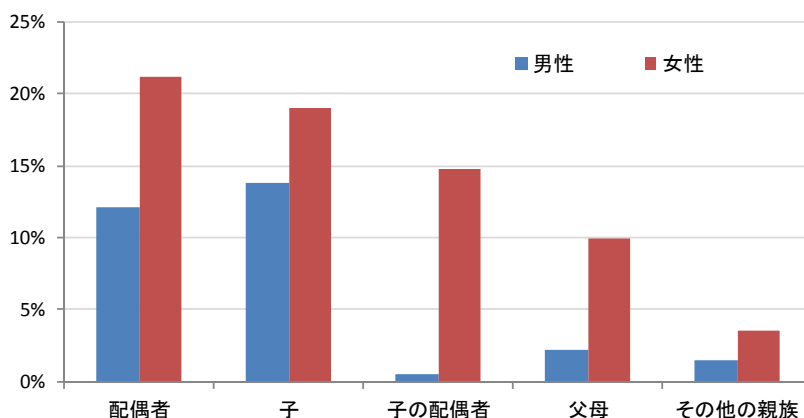
(<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/committee2/131127/item1-2.pdf>)

<sup>24</sup> 厚生労働省社会・援護局「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」。

<sup>25</sup> 秋元美世・大島巖・芝野松次郎・藤村正之・森本佳樹・山縣文治[2003]「現代社会福祉辞典」有斐閣。

今後も高齢者介護の役割として引き続き期待されてしまう懸念が残る<sup>26</sup>（図表9）。周辺環境が整わないままの「地域包括ケア」の推進は、女性の活躍を推進する現政権の方針とは、矛盾しているようにも見える。介護の社会化が変化の中で求められたのであれば、インフォーマルな支援を頼りにするのではなく、サービスを強化することで乗り越えていくべきであろう。

図表9 主な介護者の男女別続柄



（出所）厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査」より大和総研作成

老人福祉法（1963年）が制定された当初は、社会福祉法人は公の支配に属するという要件が必要であったが、それから半世紀がたち、利用者自身が主体的にサービスを選択し購入するという時代を迎えている。そのような中、国の関与の仕方にも変化が求められるだろう。多くの優遇措置を用意する代わりに施設経営をコントロールするのではなく、多様な供給主体が参入できる公平な競争環境を促すルールやガバナンスの規定、またそれらを監査する仕組みの策定などが、今後は求められよう。超高齢社会において介護の必要性がますます高まる中、利用者にとって、質の高い介護サービスの選択肢が増えることが期待される。

<sup>26</sup> 「平成22年国民生活基礎調査」の主な介護者の性別では女性68.5%、男性30.0%（性不詳1.5%）と、女性が多い。主な介護者の続柄をみると、「配偶者」、「子」、「子の配偶者」が多く、これらをさらに性別にみると、「配偶者」では女性が男性の約1.5倍（妻が夫を介護）、「子」では約2倍（娘が両親を介護）であり、「子の配偶者」ではほとんどが女性（嫁が義理の両親を介護）である。家庭の中で、主に妻、娘、嫁という立場の女性が介護を担っている様子から、在宅介護が伝統的な性別役割分業に支えられて成り立っている状況であることが確認できる。

## 【経済構造分析レポート（旧：経済社会研究班レポート）】

- ・ No. 24 石橋未来「超高齢社会における介護問題—人材・サービス不足がもたらす「地域包括ケア」の落とし穴」2014年5月9日
- ・ No. 23 溝端幹雄「成長戦略の効果を削ぎかねない隠れた要因—電子行政の徹底等による行政手続きの合理化が急務」2014年4月11日
- ・ No. 22 石橋未来「英国の医療制度改革が示唆するもの—国民・患者が選択する医療へ」2014年3月27日
- ・ No. 21 小林俊介「設備投資循環から探る世界の景気循環—期待利潤回復、不確実性低下、低金利の下で拡大局面へ」2014年2月6日
- ・ No. 20 小林俊介「円安・海外好調でも輸出が伸びない5つの理由—過度の悲観は禁物。しかし短期と長期は慎重に。」2014年2月6日
- ・ No. 19 小林俊介「今後10年間の為替レートの見通し—5年程度の円安期間を経て再び円高へ。3つの円高リスクに注意。」2014年2月6日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・小林俊介・石橋未来・神田慶司「日本経済中期予測（2014年2月）—牽引役不在の世界経済で試される日本の改革への本気度」2014年2月5日
- ・ 神田慶司「今春から本格化する社会保障制度改革—真の意味での社会保障・税一体改革の姿を示すべき」（2014年1月29日）
- ・ 鈴木準・神田慶司「消費税増税と低所得者対策—求められる消費税の枠内にとどまらない制度設計」（2014年1月20日）
- ・ 溝端幹雄「安倍政権の成長戦略の要点とその評価—三本目の矢は本当に効くのか？」（2014年1月20日）
- ・ No. 18 石橋未来「診療報酬プラス改定後、効率化策に期待—持続可能な医療のためには大胆かつ積極的な効率化策が必要となろう」2014年1月15日
- ・ No. 17 石橋未来「米国の医療保険制度について—国民皆保険制度の導入と、民間保険会社を活用した医療費抑制の試み」2013年12月16日
- ・ 小林俊介「米国金融政策の変化が世界経済に与えるもの」2013年10月25日
- ・ No. 16 小林俊介「「日本は投資過小、中国は投資過剰」の落とし穴—事業活動の国際化に伴う空洞化が進む中「いざなぎ越え」は困難か」2013年10月16日
- ・ 神田慶司「これで社会保障制度改革は十分か—「木を見て森を見ず」とならないよう財政健全化と整合的な改革を」2013年10月11日
- ・ 神田慶司「来春の消費税増税後の焦点—逆進性の問題にどう対処すべきか」2013年9月20日

- ・ No. 15-1 小林俊介「QE3 縮小後の金利・為替・世界経済（前編）—シミュレーションに基づく定量的分析」2013 年 9 月 9 日
- ・ No. 15-2 小林俊介「QE3 縮小後の金利・為替・世界経済（後編）—グローバルマネーフローを中心とした定性的検証」2013 年 9 月 9 日
- ・ No. 14 石橋未来「超高齢社会医療の効率化を考える—IT 化を推進し予防・健診・相談を中心とした包括的な医療サービスへ」2013 年 8 月 15 日
- ・ No. 13 小林俊介「量的緩和・円安でデフレから脱却できるのか？—拡張ドーンブッシュモデルに基づいた構造 VAR 分析」2013 年 8 月 15 日
- ・ No. 12 溝端幹雄「成長戦略と骨太の方針をどう評価するか—新陳代謝と痛みを緩和する「質の高い市場制度」へ」2013 年 7 月 25 日
- ・ 鈴木準・近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「超高齢日本の 30 年展望—持続可能な社会保障システムを目指し挑戦する日本—未来への責任」2013 年 5 月 14 日
- ・ No. 11 溝端幹雄「エネルギー政策と成長戦略—生産性を高める環境整備でエネルギー利用の効率化と多様化を」2013 年 2 月 6 日
- ・ No. 10 神田慶司「転換点を迎えた金融政策と円安が物価に与える影響—円安だけでインフレ目標を達成することは困難」2013 年 2 月 5 日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2013 年 2 月）—成長力の底上げに向けて実行力が問われる日本経済」2013 年 2 月 4 日
- ・ No. 9 溝端幹雄「超高齢社会で変容していく消費—キーワードは「在宅・余暇」「メンテナンス」「安心・安全」」2012 年 8 月 10 日
- ・ No. 8 神田慶司「失業リスクが偏在する脆弱な雇用構造—雇用構造がもたらす必需的品目の需要増加と不要不急品目の需要減少」2012 年 8 月 10 日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012 年 7 月）—グローバル化・高齢化の中で岐路に立つ日本経済」2012 年 7 月 27 日
- ・ 鈴木準「医療保険制度の持続可能性を高めるために—コスト意識の共有を進めながら、国民の健康を増進させよう」2012 年 4 月 13 日
- ・ No. 7 溝端幹雄・鈴木準「高齢社会で増える電力コスト—効率的な電力需給システムの構築が急務」2012 年 4 月 9 日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012 年 1 月）—シンクロする世界経済の中で円高・電力・増税問題を乗り切る日本経済」2012 年 1 月 23 日

その他のレポートも含め、弊社ウェブサイトにてご覧頂けます。

URL : <http://www.dir.co.jp/>