

【論文】

準市場の優劣論と介護保険制度導入後の結果(2)

児 山 正 史

目次

1. はじめに
2. 制度の概要
3. 利用者の行為主体性
 - (1) 行為主体としての能力
 - (2) 公的責任・権利性
 - ①要介護認定（以上、前号）
 - ②サービスの利用
 - ③保険方式
4. 条件の充足
 - (1) 競争（以上、本号）
 - (2) 情報
 - (3) いいところ取り
5. 良いサービスの提供
6. おわりに

②サービスの利用

要介護認定の制度は措置制度よりも公的責任・権利性が強いという主張に対して、要介護認定を受けても近くに事業者がなければ権利を行使できないという指摘があった。以下では、介護保険制度の導入前後に、利用者がどのくらいの量のサービスを利用したか、サービスの利用希望がどのくらい充たされたか、また、介護保険制度の下でサービスを利用しない理由は何かについて、実証的な調査・研究を整理する。なお、サービスの供給については、競争という条件の問題として次章で述べる。

(a) 利用量

介護サービスは、在宅（居宅）サービス、地域密着型サービス、施設サービスに大別される。在

宅サービスは、訪問サービス（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護など）、通所サービス（通所介護、通所リハビリなど）、短期入所サービス（短期入所生活介護など）などがある。地域密着型サービスは、2006年度に創設され、認知症対応型共同生活介護などがある（認知症対応型共同生活介護は、当初は痴呆対応型共同生活介護と呼ばれ、在宅サービスに含まれていた）。施設サービスは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などのサービスである。（介護保険法8、40-1条、42条の2、48条、増田2014：156）⁽¹⁾

以下では、介護保険制度の導入前後におけるサービスの利用量について、在宅サービスと施設サービスに分けて見ていく。

第1に、在宅サービスについては、厚生（労働）省などによって、総利用量や1人当たり利用量が調査されている。

まず、厚生（労働）省の調査によると、1999年度の月平均と2000年7月の総利用量を比較したところ、訪問介護の利用回数は41%増加し、通所介護の利用回数は33%増加したが、短期入所の利用日数は30%減少した。短期入所の利用日数の減少は、介護保険制度により利用限度が設定されたためであるとされ、訪問介護・通所介護の支給限度額の未利用分を短期入所に振り替えて利用する措置などの対応を行い、2000年11月の利用日数は1999年度の月平均に対し4%減少にまで回復した（厚生労働省2001：287）。また、全国の利用者についての2000年の調査（108保険者、1,263人）によると、2000年3月と比較して同年7月のサービス量が増加したという回答が67%、ほぼ同じが15%、減少が18%だった（同上、食品流通情報センター2001：204）。

次に、6市の在宅サービス利用者への2001年の調査（回収328）によると、2001年1月における総利用件数と利用者の割合は、介護保険制度以前と比較して、すべてのサービスで増加した。他方、1人当たりの利用量は、増加したサービス（身体介護中心の訪問介護、通所介護、通所リハビリなど5種類）と、減少したサービス（家事援助中心の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護など4種類）があった。1人が利用するサービスの種類数は、利用なしと1種類が減少し、2種類以上が増加して、平均では1.4種類から2.2種類に増加した。利用状況の変化については、介護保険の導入によってサービスを利用し始めた人が34%、サービス利用が増加した人が44%、介護保険前と利用状況が変わらない人が14%、介護保険前よりサービス利用が減った人が7%だった。（医療経済研究機構2001：35-7、同2002：17）

第2に、施設サービスについては、厚生（労働）省の調査によると（表1）、特別養護老人ホームの在所要者数は、介護保険制度の導入前後を通じて増加した。高齢者人口と比較すると、65歳以上人口に対する在所要者数の割合は介護保険制度の導入前後を通じて（2006年まで）増加したが、75歳以上人口に対する割合は介護保険制度の導入後に減少した。

以上のように、介護保険制度の導入前後を比較すると、サービスの総利用量はおおむね増加したが、1人当たりの利用量は増加したサービスと減少したサービスがあった。

表1 特別養護老人ホームの在所要者数

年	在所要者数 (万人)	高齢者千人当たり		回収率 (%)
		65歳以上	75歳以上	
1985	11.9	9.5	25.2	—
1990	16.0	10.8	26.9	—
1995	21.9	12.0	30.5	—
1996	23.5	12.4	31.5	—
1997	25.0	12.7	32.2	—
1998	26.5	12.9	32.6	—
1999	28.1	13.3	33.1	—
2000	29.6	13.4	32.9	99.5
2001	31.0	13.5	32.5	100.0
2002	32.6	13.8	32.5	100.0
2003	34.1	14.0	32.4	99.9
2004	35.8	14.4	32.3	99.9

年	在所要者数 (万人)	高齢者千人当たり		回収率 (%)
		65歳以上	75歳以上	
2005	37.6	14.6	32.3	100.0
2006	39.3	14.8	32.3	100.0
2007	40.5	14.7	31.9	100.0
2008	41.6	14.7	31.5	100.0
2009	40.9	14.1	29.8	95.9
2010	39.6	13.4	27.9	91.4
2011	42.1	14.1	28.6	95.2
2012	42.9	13.9	28.3	92.4
2013	44.0	13.8	28.2	91.9
2014	45.4	13.7	28.5	93.3
2015	47.2	13.9	28.9	93.5
2016	47.4	13.7	28.0	92.2

・出典：在所要者数は、1985～99年は厚生省施設調査1999-2000、2000～16年は厚生労働省施設事業所調査2001-2017、人口は総務省人口推計1996-2017。

・注：2008年までは自治体が調査、2009年からは民間事業者が調査票を郵送。1985～99年の回収率は不明。

(b) 利用希望の充足度

サービスの利用希望がどのくらい満たされたかについても、在宅サービスと施設サービスに分けて見ていく。

第1に、在宅サービスについては、三鷹市の在宅介護者に対する1996、98、2002、04、10年の調査（回収404～941）の結果が分析されている。まず、サービスの回数・日数への満足度（満足・まあ満足の割合）を1996年と2002年で比較すると、2002年の方が有意に高いサービス（訪問介護、訪問看護、短期入所）と、有意な違いのないサービス（通所介護）があった（杉澤他編著2005：52）。次に、サービスの利用希望者が実際に利用している割合を1996～2010年で比較すると、すべてのサービス（訪問介護、訪問看護、通所介護・リハビリ、短期入所）で介護保険制度の導入前よりも導入後の方が有意に高かった（杉原他2012：3-4、6）。このように、介護保険制度の導入前後を比較すると、在宅サービスの利用希望の充足度はおおむね向上した。

第2に、施設サービスについては、特別養護老人ホームの待機者数を見ると（表2）、1990年代の3～5万人から2004年の30万人前後に増加し、その後も2014年の約50万人まで増加した。ただし、措置制度と介護保険制度では待機者の概念が異なっており、措置制度では行政が対象者の状況を調査して入所判定委員会の判定に基づき入所依頼を行っていたのに対して、介護保険制度では要介護度が1以上であれば誰でも自由に申し込みができること、また、介護保険制度の実施前は所得制限があり自己負担が月額20万円以上になることもあったが、実施後は自己負担が7～8万円台になったことも指摘された（松田2003：9、長倉2003：16）。なお、待機者数が増加する要因としては、介護保険制度の導入前後を通じて、要介護者の増加、高齢者のみの世帯（高齢単身・高齢夫婦のみ世帯）

の増加による家族の介護力の低下、高齢者・家族の意識の変化（入所への抵抗感や家族介護の意識の薄らぎ）、在宅サービスの水準の低さ、他の施設（病院、（介護）老人保健施設）と比較した利点（費用負担の軽さ、長期在所が可能）などが挙げられている（宮崎1994：146-8、佐藤嘉夫2008：18-9, 25）。このように、介護保険制度の導入前後を比較すると、特別養護老人ホームの待機者数は増加したが、申し込みが容易になったことが一因として挙げられた。

表2 特別養護老人ホームの待機者数

（単位：万人）

年	人数			調査の概要		出典等
	合計	在宅		対象	重複申込分の扱い	
		要介護3 ～	要介護4 ～			
1990	2.9					①
1999	4.7			全国の市町村		②
2004	33.8			45都道府県	一部は含む	③
	26.9			36都道府県	除く	
2006	38.5			全国	一部は含む	④
2009	42.1	12.2	6.7	都道府県		⑤
2014	52.4	15.3	8.6	都道府県	一部は含む	⑥
2016	29.5	12.3	6.6	都道府県	排除を従来より徹底	⑦

- ・出典：①毎日新聞1994.6.5、②厚生省1999、③日本経済新聞2005.2.22、④朝日新聞2009.12.23、佐藤嘉夫2008：20、⑤厚生労働省2009b、⑥厚生労働省2014a：2、⑦厚生労働省2017a：2。
- ・注：いずれも厚生（労働）省の調査。重複申込は複数の施設への申込。②老人保健施設等の入所・入院者を除く。⑦要介護3以上のみ、一部の都道府県は在宅のみ。

（c）利用しない理由

介護保険制度の下でサービスを利用しない理由については、全く利用しない理由、支給限度額まで利用しない理由、介護保険制度の導入後に利用を減らした理由を見ていく。

第1に、サービスを全く利用しない理由は（表3）、利用する必要がない（家族で対応、介護が必要な状態にない）、利用を希望しない（本人が望まない）という回答が比較的多く、利用できない（サービスの不足、内容・手続が分からない、費用負担が困難）という回答は各1割前後だった。

第2に、支給限度額まで利用しない⁽²⁾理由も同様であり（表4）、必要がない（満足、必要ない）という回答が最も多く、利用できない（サービスの不足、使い方が分からない、費用負担が困難）という回答は各1割前後だった。

第3に、介護保険制度の導入前よりも導入後の方がサービスの利用量が減少した理由は、厚生省の2000年7月の調査（集計224、複数回答）によると、無回答が36%、その他（状態の回復、入院など）が18%、従来のサービスがすべて必要ではなかったが16%、利用者負担が困難が14%、これまでのサービスが利用限度額を超えたが11%などであり（食品流通情報センター 2001：204）、利用できないという主旨の回答（最後の2つ）は各1割程度だった。

表3 サービスを全く利用しない理由

(単位：%)

出典等	①	②	③	④	⑤				⑥	⑦
					訪問介護 ・リハビリ	通所介護	訪問看護	短期入所		
必要がない				○25.8	○37.3	○30.2	◎68.7	◎47.0		○22.8
						19.3		10.1		
		11	○29.5	22.7					14.7	18.1
		○36							○19.4	
希望しない	◎62.0	◎59	◎54.6	◎39.1	◎58.0	11.7	○27.3	22.2	◎47.1	◎39.7
					5.2		1.7			
					18.7	◎46.3	12.0	○36.8		
抵抗感					1.3	0.4	0.3	0.5		
	1.9	8	14.8	7.1	10.9		2.5		7.8	9.2
						1.7		0.5		
サービスの不足		17							11.3	8.6
		6	12.8	9.0					2.0	6.4
		6	9.1	7.8					2.1	9.1
費用負担	1.4								0.8	
	3.8	3	14.7	5.7	6.5	3.1	4.0	2.8	0.9	6.9
	1.4									
その他	○27.9	12	10.4		4.4	10.0	5.3	6.2		

- ・出典：①食品流通情報センター 2001：200、202、②厚生労働省2003：68-9、③相野谷他2002：48-9、④総務省2002：実態1、⑤平岡他2003：191-2、⑥厚生労働省2014b：1-2、表20、図47-1、47-2、⑦中井2014：46、49-50。
- ・調査地域・年・N（不明の場合は－）：①－・2000年・208、②77保険者・－・約500、③－・－・647、④10市町村・－・367～2,903、⑤墨田区・2002年・386～740、⑥全国・2013年・644、⑦福岡市・2010年・1,228。

・注：選択肢の表現は調査によって異なる。◎（太字）は各調査の1位、○は2位。①は単一回答、他は複数回答。④は各市町村による調査結果の集計。

表4 サービスを支給限度額まで利用しない理由

(単位：%)

出典等		①	②	③
必要がない	満足、必要ない	◎65.4	◎70.9	◎38.1
	これまでの利用量		○16.5	
	家族介護で間に合う			○25.7
	万一に備えて余裕を残す		12.3	
希望しない	本人の意向、家族介護を希望		17.5	9.4
	家族等が反対		1.4	
サービスの不足	利用したいサービスがない	2.3		5.3
	事業所が対応できない		4.6	
分からない	使い方		2.1	
費用負担	負担が困難・重い	○14.8	14.7	14.5
	お金をかけたくない	1.3		
その他		11.3	9.1	11.4
不明	ケアマネに任せている	3.3		
	不明、無回答	1.6	13.3	

- ・出典：①食品流通情報センター 2001：200, 202、②医療経済研究機構2001：31、③相野谷他編2001：90-1。
- ・調査地域・年・N（不明の場合は－）：①－・2000年・1,670、②6市・2001年・285、③－・2000～01年・19,483。
- ・注：選択肢の表現は調査によって異なる。◎（太字）は各調査の1位、○は2位。①は単一回答、他は複数回答。

このように、サービスを利用しない理由は、必要がない、希望しないというものが多く、利用できないという主旨のもの（サービスの不足、分からない、費用負担が困難、利用限度額）は各1割程度だった。

以上、サービスの利用量、利用希望の充足度、利用しない理由に関する実証的な調査・研究を整理してきた。介護保険制度の導入前後を比較すると、サービスの総利用量はおおむね増加したが、1人当たりの利用量は増加したサービスと減少したサービスがあった。また、在宅サービスの利用希望の充足度はおおむね向上したが、特別養護老人ホームの待機者数は増加した。ただし、その要因としては、申し込みが容易になったことも挙げられた。そして、サービスを利用しない理由は、必要がない、希望しないというものが多く、利用できないというものは各1割程度だった。

③保険方式

介護サービスの財源が税方式から保険方式に移行すると権利意識が強まるという主張に対して、保険方式でサービスを受給できるのは保険料を納めた者だけの特権であるという批判があった。以下では、権利意識に関わる調査結果と保険料に関する制度・実態を見ていく。

(a) 権利意識

保険方式への移行によって権利意識が強まったかどうかに関する調査は見られないが、関連するものとして、6市の在宅サービス利用者・家族等への2001年の調査（集計559）によると、介護保険料を負担すれば権利として誰でも利用できる仕組みについて、良くなったという回答は本人34％・家族等52％、どちらともいえないは各41％・45％、悪くなったは各2％・3％だった。（医療経済研究機構2001：39）

(b) 保険料

介護保険の保険料は、第1号被保険者からは市町村が徴収し、第2号被保険者からは医療保険者が徴収する（介護保険法129, 150条）。ここでは、第1号被保険者の保険料について、低所得者等への軽減、収納率、滞納者への対応を見ていく。

第1に、低所得者等の保険料を軽減する制度としては、所得段階ごとの算定、低所得者への減額、特別の理由がある者への減免がある。

まず、第1号被保険者の保険料は、基準額（各市町村の第1号保険料の平均的な額（増田2014：470））に所得段階ごとの割合を乗じて算定する。所得段階ごとの割合は、介護保険制度の導入時には5段階（0.5～1.5）、2006年度から6段階（同上）、2015年度から9段階（0.5～1.7）を標準としている。例えば、割合が0.5となる第1段階は、生活保護受給者と、世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者および年金収入等80万円以下の者である（介護保険法施行令38条）。なお、生活保護の支給額には、納付すべき介護保険料の実費が加算される（生活保護法による保護の基準 別表第1）。2015～17年度の基準額（全国の加重平均）は月額5,514円であり（厚生労働省2015）、2015年度の所得段階ごとの被保険者の割合は、多い順に、第1段階が19％、第4段階（割合は0.9）が16％、第6段階（割合は1.2）が13％などである（厚生労働省2017c：231）。

次に、2015年度から、第1段階の保険料を最大5％減額し、その費用を国が2分の1、都道府県と市町村が各4分の1の割合で負担する制度が導入された（介護保険法施行令38条）。

最後に、市町村は、特別の理由がある者に対し、保険料を減免することができる（介護保険法142条）。特別の理由とは、厚生労働省の介護保険条例参考例によると、災害による財産の著しい損害、世帯主の死亡等による収入の著しい減少などである（厚生労働省2016b：別添1第24条）。保険料を減免した市町村の割合は、2002年度は25％、2003～16年度は30％台だった（厚生労働省2002：239、厚生労働省事務調査2003-2017）。

第2に、保険料の収納率は、普通徴収と特別徴収で異なっている。普通徴収は、市町村が被保険者に通知して徴収するものであり（2016年4月には381万人）、特別徴収は、年金額が一定以上の被保険者について年金保険者が徴収・納入するものである（同じく3,024万人）。普通徴収による収納率は、2000年度の93％から2010年度の85％まで低下した後、2015年度の87％まで上昇した。他方、特別徴収によるものはほぼ100％を維持し、全体の収納率は98％台が続いている。（介護保険法131条、

増田2014：473、厚生労働省事務調査2017、厚生労働省事業状況2002-2017)

なお、滞納者の経済状況については、全国の市区町村への2011年の調査(集計567)によると、経済的理由による医療受診の制限があったという項目が介護保険料の滞納者で該当するという回答は66%、滞納のない高齢者で該当するという回答は3%、どちらでもないという回答は31%であり、経済的理由による介護サービス利用の制限があったという項目が該当するという回答は、それぞれ70%、3%、27%だった(高橋・扇原2014：51-2)。また、墨田区の高齢者(9,045)のうち普通徴収対象者に関する2002年の調査によると、滞納率は所得段階が最高の第5段階(2.4%)よりも第2～4段階(各7.8%、5.7%、12.0%)の方が有意に高かった(第1段階(0.0%)は統計的に有意な差がなかった)(杉澤他編著2005：24,105)。

第3に、保険料を滞納すると、保険給付の償還払い化(サービス利用時に費用を全額支払った後で市町村から費用の償還を受ける方式への変更)、一時差止、減額等が行われる(介護保険法66-7, 69条、増田2014：151, 235)。保険料の滞納により2013～16年度に保険給付の制限を受けた人数は、償還払い化が2,428～3,914人、一時差止が39～86人、減額等が9,720～10,747人(重複あり)、合計12,849～13,709人だった。この期間の第1号被保険者数は3千百万～3千4百万人であり(厚生労働省事務調査2014-2017)、保険給付の制限を受けた割合は0.04%となる。

以上のように、第1号被保険者の保険料は所得段階ごとに算定され、最も低い所得段階の保険料を減額する制度もあり、特別の理由がある者に対する減免を実施した市町村は3割程度である。そして、滞納率は2%未満で、滞納により保険給付が制限された被保険者は0.04%である。

本節では、措置制度から選択制への移行によって公的責任・権利性が低下したかどうかという観点から、要介護認定、サービスの利用、保険方式の制度や実態を見てきた。措置制度では、市町村が要介護高齢者に対して居宅サービスの提供や施設への入所の措置をとることが規定されていたが、介護保険制度では、被保険者の選択に基づきサービスが提供されることが原則となった。市町村ではなく利用者が事業者やサービスを決定するようになったという点で、市町村の役割が減少したことは確かであり、これを公的責任の低下と表現することも可能である⁽³⁾。しかし、利用者の権利性は、強化されたとはいえないが、低下したともいえない。

第1に、要介護認定の制度によって市町村の裁量が狭まり、審査請求・訴訟の権利も明確になったと主張されたが、厚生労働省が認定基準を変更した結果、要介護者に該当しないと判定される割合が増加したことがあり、また、審査請求・訴訟の権利はほとんど行使されてこなかった。しかし、行政が裁量を行わせることや不服申立が困難であることは、措置制度に関しても指摘されており、介護保険制度の導入によって権利性が低下したとはいえない。また、要介護認定の結果に不服がある被保険者は、要介護度の変更申請を用いているという見方もある。なお、認定審査会が市町村の財政状況などの影響を受けて過少に認定する可能性があるという指摘もあったが、認定審査会は1次判定結果を重度に変更することの方が多く、財政状況の影響を受けて過少に認定しているか

どうかは不明である。

第2に、近くに事業者がなければ権利を行使できないと指摘されたが、介護保険制度の導入前後を比較すると、サービスの総利用量はおおむね増加し、1人当たりの利用量は増加したサービスと減少したサービスがあり、在宅サービスの利用希望の充足度はおおむね向上した。特別養護老人ホームの待機者数は増加したが、申し込みが容易になったことが一因として挙げられた。介護保険制度の下でサービスを利用しない理由は、必要ない、希望しないというものが比較的多く、利用できないというものは少なかった。ただし、この点を措置制度の下での理由と比較した調査・研究は見られなかった。

第3に、税方式から保険方式への移行によって権利意識が強まったかどうかに関する調査は見られなかったが、保険料は所得に応じて決定され、滞納は少なく、滞納によって保険給付が制限されることはほとんどなかった。

以上のように、措置制度から選択制への移行により、利用者の権利性が強化されたとはいえないが、低下したともいえない。ただし、利用者の権利性が完全に確保されているわけではない。要介護認定の基準を厚生労働省が変更して非該当の割合を増やすことは可能であり、認定結果に不服があっても変更申請などを行わない被保険者がいる可能性もある。特別養護老人ホームの待機者は、最近は調査方法の変更により減少したようにも見えるが、要介護度の高い在宅の待機者はあまり減少していない(表2)。また、サービスを利用しない理由として、利用できないという主旨のものが各1割程度挙げられている。そして、保険料の滞納者は低所得者が比較的多く、保険給付が制限された被保険者も、全体に占める割合はごくわずかではあるが存在する。

4. 条件の充足

準市場が良い公共サービスを提供するためには、いくつかの条件を充たす必要がある。まず、利用者が供給者をうまく選択し、それが質、応答性、効率性の向上をもたらすためには、多数の供給者が存在するなどの意味での「競争」があり、利用者が質に関する「情報」を持たなければならない。また、公平性を損なわないためには、「いいとこ取り」を防止する必要がある。本章では、介護の選択制におけるこれらの条件に関する実証的な調査・研究を整理する。

(1) 競争

社会福祉基礎構造改革や介護保険制度の導入をめぐる議論では、特に施設サービスの供給量が不足していることや、過疎地などでは事業者数が少ないこと、また、競争の結果として寡占化・独占化が進む可能性が指摘された。介護サービスの量を増やすための対策として、サービス基盤の計画的整備、介護保険制度による財源確保が挙げられたが、それぞれに対して批判があった。また、営利企業などの多様な主体が参入することにより、競争が行われ、質・応答性・効率性が向上すると主張されたが、逆に、質の低下や事業者の撤退に伴う問題が生じると批判された。(児山2016: 32-3、

同2017：149-52)

本節では、サービス基盤の計画的整備や介護保険制度による財源確保がどのように実施されたか、これらを通じてサービスの供給量や事業者数が増加し、利用者による選択が可能になったか、営利事業者がどのくらい参入したか、営利事業者の撤退に伴う問題が生じたかを見ていく。なお、営利事業者の参入による質・効率性への影響については第5章で述べる。⁽⁴⁾

①計画的整備

介護サービスを整備するための計画として、国は、ゴールドプラン（1990～99年度）、新ゴールドプラン（1995～99年度）、ゴールドプラン21（2000～04年度）を策定し、都道府県・市町村も、老人保健福祉計画（各自治体のゴールドプランともいわれる）（1994～99年度）を策定して、各種サービスの整備目標値を設定した。また、介護保険法では、厚生（労働）大臣の定める基本指針に即して、市町村・都道府県がそれぞれ介護保険事業計画・介護保険事業支援計画を定め、サービス量の見込、見込量の確保のための方策、施設整備・従事者確保に関する事項を定めることが規定された。（児山2017：149、増田2000：88-90、山縣・柏女編2000：352、介護保険法116-8条）

しかし、ゴールドプランなどの計画については、目標値の達成が困難であることや、目標値が低すぎるものが批判され、また、介護保険法の規定については、計画を策定する責務にとどまり、施設整備や従事者確保の責任に関する明確な規定はないと指摘された（児山2017：149-50）。さらに、2011年の介護保険法改正により、サービスの見込量の確保のための方策や施設整備・従事者確保に関する事項を定めることは努力義務となり（介護保険法117-8条）、地方自治体の基盤整備の責任は後退したと指摘された（石橋2016：200）。

以下では、ゴールドプランや介護保険法に基づく計画のうち、老人保健福祉計画、新ゴールドプラン、第3期介護保険事業（支援）計画（2006～08年度）の目標値の達成状況に関する調査結果を整理する⁽⁵⁾。なお、目標値が十分かどうかについては、サービスの供給量と必要量の比較として後述する。

第1に、老人保健福祉計画（1994～99年度）については、全国の市区への2000～01年の調査（有効回収425）によると、1999年度の目標値に対する実績値の比率の平均は、100%以上のサービス（訪問介護142%、短期入所103%、老人保健施設108%）と100%未満のサービス（通所介護80%、特別養護老人ホーム98%）があった。（平岡他2002：28-31）

第2に、新ゴールドプラン（1995～99年度）については、厚生省の全国調査によると、1999年度の計画に対する同年度予算の数値の比率は、すべての主要サービスで100%以上だった（訪問介護105%、訪問看護100%、通所介護・リハビリ101%、短期入所生活介護108%、特別養護老人ホーム105%、老人保健施設101%）。（厚生省2000：168）

第3に、第3期介護保険事業（支援）計画（2006～08年度）については、厚生労働省の全国調査によると、主な在宅サービスの2008年度の給付見込数に対する実績値の比率はすべて100%以上だったが

(訪問介護115%、通所介護151%、通所リハビリ113%、短期入所生活介護124%)、主な施設・居住系サービスの2006～08年度の増加見込数に対する実績値の比率はすべて100%未満だった(特別養護老人ホーム73%、介護老人保健施設62%、認知症対応型共同生活介護98%)。(厚生労働省2009a)

以上のように、介護保険制度の開始前後の時点では、サービス量の目標値はおおむね達成されており、2000年代後半の時点では、在宅・地域密着型サービスの見込量はおおむね達成されていたが、施設サービスの見込量は達成されていなかった。

②保険方式による財源確保

介護保険制度の導入時の議論では、保険方式の導入により、サービスの量を増やすための財源を確保しやすくなると主張された。税方式では、一般財源からの支出を大蔵省が抑制し、また、使途が限定されない増税には強い抵抗があるが、保険方式では、保険料という特定財源が確保され、残りの公費負担も行わざるをえない上に、介護給付のための保険料の引き上げには比較的合意が得られやすいとされた。これに対して、介護保険制度の導入直後には財源が急増するとしても、数年後には大蔵省が公費負担部分を厳しく抑制し、また、施設整備費は従来どおり一般財源に依存するため大蔵省の統制下に置かれるという予測もあった(児山2017:150)。以下では、介護保険制度の導入後に、介護サービスや施設整備への公的支出、介護保険料が増加したかどうかに関する調査結果を整理する。

第1に、介護サービスへの公的支出については、まず、全国の市区町村への2001年の調査(回答1,454)によると、1999年度の老人福祉事業費を100とした場合、2000・01年度の介護保険会計と介護保険給付以外の老人福祉事業費の決算額の合計は、単純平均で各226・258だった(白髯他2003:961)。次に、厚生労働省が作成した資料によると(表5)、主な在宅サービスの事業費は、2000～02年度に毎年20%以上増加した⁽⁶⁾。これらのサービスや、在宅サービス、施設サービス、全サービスの給付費の増加率は(表6)、介護保険制度導入の数年後に低下したが、施設サービスを除けば、高齢者人口の増加率よりもおおむね高い。

表5 主な在宅サービスの事業費

年度	1998	1999	2000	2001	2002	2003
金額(億円)						
訪問介護	2,266	2,358	2,901	4,236	5,424	6,255
通所介護	2,178	2,302	3,110	3,947	4,832	5,640
短期入所生活介護	462	554	753	1,171	1,811	1,920
認知症対応型共同生活介護	8	24	158	388	744	1,152
対前年度増加率(%)						
訪問介護	—	4	23	46	28	15
通所介護	—	6	35	27	22	17
短期入所生活介護	—	20	36	56	55	6
認知症対応型共同生活介護	—	200	558	146	92	55

・出典：社会保障審議会2004:55。

表6 サービスの給付額

年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
金額 (億円)																
在宅サービス	10,956	15,926	19,688	23,568	27,064	29,370	27,467	28,626	30,228	32,923	35,456	37,828	40,853	43,362	45,765	46,874
訪問介護	—	—	4,664	5,713	6,265	6,426	6,206	6,047	5,968	6,292	6,614	6,931	7,504	7,833	8,084	8,234
通所介護	—	—	4,187	5,183	6,179	6,955	7,066	7,821	8,532	9,317	10,229	11,193	12,317	13,402	14,478	14,806
短期入所生活介護	—	—	1,578	1,791	1,985	2,009	2,040	2,279	2,489	2,704	2,917	3,076	3,278	3,456	3,592	3,535
認知症対応型共同生活介護	—	—	625	1,190	1,952	2,643	3,274	3,622	3,844	4,050	4,279	4,616	4,988	5,189	5,405	5,500
地域密着型サービス	—	—	—	—	—	—	3,485	4,450	5,082	5,680	6,240	7,010	8,027	8,659	9,515	10,105
在宅・地域密着型サービス計	10,956	15,926	19,688	23,568	27,064	29,370	30,952	33,076	35,310	38,603	41,696	44,838	48,880	52,021	55,280	56,979
施設サービス	21,336	24,958	26,572	27,085	28,157	27,212	24,761	25,293	25,431	26,373	26,700	27,097	27,704	28,142	28,506	28,483
特別養護老人ホーム	9,672	11,211	11,692	11,724	12,256	11,970	11,108	11,604	11,881	12,551	12,861	13,268	13,904	14,325	14,678	14,890
全サービス	32,292	40,885	46,261	50,653	55,221	56,582	55,713	58,369	60,741	64,975	68,396	71,936	76,584	80,164	83,786	85,462
対前年度増加率 (%)																
在宅サービス	—	45	24	20	15	9	-6	4	6	9	8	7	8	6	6	2
訪問介護	—	—	—	22	10	3	-3	-3	-1	5	5	5	8	4	3	2
通所介護	—	—	—	24	19	13	2	11	9	9	10	9	10	9	8	2
短期入所生活介護	—	—	—	13	11	1	2	12	9	9	8	5	7	5	4	-2
認知症対応型共同生活介護	—	—	—	90	64	35	24	11	6	5	6	8	8	4	4	2
地域密着型サービス	—	—	—	—	—	—	皆増	28	14	12	10	12	15	8	10	6
在宅・地域密着型サービス計	—	45	24	20	15	9	5	7	7	9	8	8	9	6	6	3
施設サービス	—	17	6	2	4	-3	-9	2	1	4	1	1	2	2	1	0
特別養護老人ホーム	—	16	4	0	5	-2	-7	4	2	6	2	3	5	3	2	1
全サービス	—	27	13	9	9	2	-2	5	4	7	5	5	6	5	5	2
参考																
65歳以上人口増加率 (%)	—	4	3	3	2	4	3	3	3	3	2	1	3	4	3	3
75歳以上人口増加率 (%)	—	6	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	2	3

・ 出典：金額は厚生労働省事業状況2002-2017、人口は総務省人口推計2001-2016。

・ 注：2000～01年度は在宅サービスの内訳のデータなし。主な在宅サービスの数値は表5の数値と一致しない。認知症対応型共同生活介護は2006年度から地域密着型サービスに移行。

第2に、施設整備費のうち、特別養護老人ホームの整備費負担金・補助金は（表7）、介護保険制度の導入前後を通じて増減を繰り返した。また、施設整備のための補助金・交付金の総額も（表8）、介護保険制度の導入後に増減を繰り返している。

第3に、介護保険料は（表9）一貫して増加し、2015年度には4.7兆円になった（2000～15年度の平均は3.2兆円）。他方、税は増減しており、2000～15年度の平均は1999年度と比較して1.0兆円の増加にとどまった。

以上のように、介護サービスへの公的支出は、介護保険制度の導入直後に大幅に増加し、その後も施設サービス以外は高齢者人口の増加率をおおむね上回る率で増加を続けた。また、介護保険料は一貫して増加し、その額は税の増加額を上回った。しかし、施設サービスへの公的支出の増加率は、高齢者人口の増加率を下回ることが多く、また、施設整備への国の支出は、介護保険制度の導入前後を通じて増減を繰り返している。

③供給量

サービスの供給量については、供給量が増加したかどうか、サービスの必要量と比較して十分かどうかに関する調査結果を整理する。

第1に、供給量の推移については（表10）、まず、主な在宅サービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）の従事者数は、介護保険制度の導入直後と比較して、2008年に2.1～2.8倍、2016年に2.8～4.6倍に増加し、認知症対応型共同生活介護の従事者数は、同じく26倍、36倍に増加した。他方、特別養護老人ホームの定員数は、2008年に1.4倍、2016年に1.8倍の増加にとどまった。これは、65歳以上人口の増加率（各1.3倍、1.6倍）を上回るが、75歳以上人口の増加率（各1.5倍、1.9倍）を下回っている。

第2に、サービスの必要量との比較については、必要なサービス量の充足率、サービスの充足に関するケアマネジャーの認識、特別養護老人ホームの待機者数を見ていく。

まず、必要なサービス量の充足率については、全市町村への厚生省の調査によると、2000年度における必要サービス量に対する供給可能量の比率の平均は6～8割台だった（訪問介護84%、訪問看護65%、通所介護・リハビリ72%、短期入所76%）（厚生省2000：169）。また、東京都・神奈川県各市町村（島嶼部・指定都市を除く）の2000年のデータの分析（分析対象83）によると、2000年度における必要サービス量に対する供給見込量の比率の平均は5～9割台だった（訪問介護92%、訪問看護71%、訪問入浴98%、訪問リハビリ56%、通所介護・リハビリ72%、短期入所77%）（平岡他2002：251-3, 256-7）。このように、介護保険制度の導入直後には、必要なサービス量の充足率は5～9割台だった。

次に、サービスの充足に関するケアマネジャーの認識については、全国のケアマネジャーへの2001年の調査（回収209）によると、ケアマネジャーとして困っていること（10項目、複数回答）として、利用できるサービスが少ないことを挙げた割合は17%（8位）だった（医療関連サービス振興会

表7 特別養護老人ホームの整備費負担金・補助金の内示額 (単位：億円)

年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
金額	799	1,073	729	672	799	750	850	618

・ 出典：厚生省施設整備1997-2000、厚生労働省施設整備2001-2005。

表8 施設整備費の予算額

(単位：億円)

	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	注
社会福祉施設整備費補助金		863	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	①
地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金		—	866	443	285	323	350	231	50	44	306	77	23	②
介護基盤緊急整備等臨時特例交付金		—	—	—	—	—	2,495	137	—	—	—	—	—	③

・ 出典：厚生労働省実績評価（基盤整備）2005、同実績評価（介護保険）2009、同レビュー（地域介護）2011-2012、2015-2016、同レビュー（介護基盤）2011、2013。

・ 注：補正後の額。繰越し等を含まない。各補助金・交付金の概要は次のとおり。①個別の施設ごとの「点」的な基盤整備への補助金、②「面」的な基盤整備の計画を策定した地方自治体への交付金、③特別養護老人ホームの整備への交付金の拡充など。なお、②の2006年度の削減額のうち389億円は三位一体改革による（佐藤文俊編2007：213）。

表9 介護保険料

(単位：兆円)

介護保険料	年度	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	平均	増減
第1号	—	0.2	0.6	0.8	0.9	1.0	1.0	1.0	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.8	1.8	1.9	2.1	1.3	
第2号	—	1.1	1.3	1.5	1.7	1.8	1.8	1.9	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.6	2.0	
(合計)	—	1.3	1.9	2.4	2.6	2.8	2.8	2.9	3.1	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	4.1	4.3	4.5	4.7	3.2	
参考：税	84.2	88.3	85.5	79.2	78.0	81.6	81.6	87.1	90.6	92.9	85.4	75.4	78.0	79.3	81.5	86.6	94.6	99.1	85.2	1.0

・ 出典：介護保険料は厚生労働省事業状況2002-2017、税は総務省2005：40、同2006：43、同2017：40。

・ 注：2000・01年度の第1号保険料は特別対策により1/4・3/4を徴収（社会保障審議会2004：207）。税は国税・地方税の合計。平均は2000～15年度の平均、増減は平均と1999年度の差。

表10 サービスの供給量

年	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
数(千人)																				
従事者数																				
訪問介護 名目	128	145	169	178	234	272	339	367	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
常勤換算																				
通所介護	—	—	—	77	104	118	151	160	185	177	173	163	170	167	175	196	208	214	215	217
短期入所生活介護	—	—	—	(99)	52	60	63	70	81	98	105	119	123	129	140	150	160	168	165	168
認知症対応型共同生活介護	—	—	—	4	10	19	36	58	82	102	108	115	116	114	123	138	141	149	155	157
定員数																				
特別養護老人ホーム	252	267	284	299	314	331	346	364	383	399	413	423	415	403	428	476	489	498	518	530
指数(2000年または2001年=100)																				
従事者数																				
訪問介護 名目	72	81	95	100	131	153	191	207	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
常勤換算																				
通所介護	—	—	—	100	135	154	197	208	240	229	224	211	221	216	228	254	270	279	279	282
短期入所生活介護	—	—	—	100	117	143	173	203	239	250	265	280	287	295	316	371	401	432	444	456
認知症対応型共同生活介護	—	—	—	100	219	426	821	1,324	1,878	2,330	2,462	2,638	2,651	2,615	2,808	3,157	3,226	3,403	3,539	3,582
定員数																				
特別養護老人ホーム	84	89	95	100	105	111	116	122	128	134	138	141	139	135	143	159	163	167	173	177
参考																				
65歳以上人口(2000年=100)	90	93	96	100	104	107	110	113	117	121	125	128	132	134	135	140	145	150	154	157
75歳以上人口(同上)	86	90	94	100	106	111	117	123	129	135	141	147	152	158	163	169	173	177	181	188

・ 出典：1997～1999年の従事者数は厚生省業務報告1998-2000、同じく定員数は厚生労働省施設調査2001、2000～16年は厚生労働省施設事業所調査2001-2017、人口は総務省人口推計1998-2017。

・ 注：訪問介護以外の従事者数は常勤換算。常勤換算は1999年以前は不明。訪問介護の名目は2005年以降は省略。短期入所生活介護は2000年は空床利用型を含み、2001年以降は含まないため、指数は2001年を100とした。2009年以降の従事者数と2009～11年の定員数は回収率が8～9割程度のため厳密な比較は困難。通所介護の2016年の数値は地域密着型通所介護(通所介護のうち小規模なものが同年に移行したものの、100千人)を含む。

2001：1,15)。また、全国のケアマネジャーへの2011～15年の隔年の調査（集計1,868～4,772）によると、ケアプランの作成について困難と感じている点（12～16項目、複数回答）として、必要なサービスが地域に不足していることを挙げた割合は24～27%（5～7位）だった（三菱総合研究所2012：90、同2014：83、厚生労働省2016a：137）。

最後に、特別養護老人ホームの待機者数については、前出の表2のとおり、介護保険制度の導入後は30～50万人程度で推移している。2016年の調査では、重複申込分の排除を従来より徹底し、要介護3以上を集計対象としたが、それでも30万人（うち12万人は在宅、うち7万人は要介護4以上）が待機していた。定員数に対する入所申込者の倍率は、全国の特別養護老人ホームへの2011年の調査（回収592）によると、平均3.4倍だった。また、同じ調査によると、入所申込者（7,998人）のうち、現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要であると判断された割合は11%、入所の必要はあるが最大1年程度現在の生活を継続することが可能と判断された割合は28%だった（医療経済研究機構2011：iv, 26, 45）。他方、入所申し込みから入所までの期間は、全国の特別養護老人ホームへの2009年の調査（回収3,272）によると、平均1年3か月だった（野村総合研究所2010：5, 56）。⁽⁷⁾

以上のように、在宅・地域密着型サービスの供給量は、介護保険制度の導入後に大幅に増加したが、施設サービスの供給量の増加は高齢者人口の増加と同程度だった。また、サービスの必要量と比較すると、介護保険制度の導入直後には必要なサービス量が充足されておらず、2010年以降もケアマネジャーの2～3割はサービスが不足していると認識しており、施設サービスは待機者がいる状態が続いている。

④事業者数

介護サービスの事業者数については、総数が増加したかどうか、各市区町村にどのくらいの事業者がいるかに関する調査結果を整理する。

第1に、事業者の総数については（表11）、まず、主な在宅サービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）の事業所数は、介護保険制度の導入直後（2000年）と比較して、2008年に1.6～2.8倍、2016年に2.4～5.5倍に増加し、認知症対応型共同生活介護の事業所数は、同じく14倍、19倍に増加した。他方、特別養護老人ホームの施設数は、同じく1.4倍、1.7倍の増加にとどまった。

第2に、各市区町村の事業者数については、まず、全市区町村の平均では、訪問介護・通所介護の事業所数は介護保険制度の導入当初から2以上あったが、短期入所生活介護・認知症対応型共同生活介護の事業所数が2以上になったのはそれぞれ2006・2005年だった（表11の事業所数が平成の大合併前の2000年4月時点の3,229市区町村（総務省2016）の2倍の6,458以上になった時期を示している）。次に、地域別では、例えば東京都三鷹市は当初から複数の事業所があったが（訪問介護4、通所介護4、短期入所生活介護2）（杉澤他編著2005：20-1）、全国の村のうち2011年に複数の事業所があった割合は2～36%だった（訪問介護26%、通所介護36%、短期入所生活介護11%、認知症対応型共同生活介護2%）（芳賀2012：66, 73）。

表11 事業者数

事業所数・施設数 (箇所)	年	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
訪問介護		—	—	—	9,833	11,644	12,346	15,701	17,274	20,618	20,948	21,069	20,885	21,517	20,805	21,315	31,075	32,761	33,911	34,823	35,013
通所介護		7,092	6,991	8,234	8,037	9,138	10,485	12,498	14,725	17,652	19,409	20,997	22,366	22,267	22,738	24,381	34,107	38,127	41,660	43,406	44,101
短期入所生活介護		4,414	4,668	5,106	4,515	4,887	5,149	5,439	5,657	6,216	6,664	7,030	7,347	7,215	7,096	7,515	8,980	9,445	10,251	10,727	10,925
認知症対応型共同生活介護		—	—	—	675	1,273	2,210	3,665	5,449	7,084	8,350	8,818	9,292	9,186	8,492	9,484	11,729	12,048	12,497	12,983	13,069
特別養護老人ホーム		3,713	3,942	4,214	4,463	4,651	4,870	5,084	5,291	5,535	5,716	5,892	6,015	5,876	5,676	5,953	6,590	6,754	7,249	7,551	7,705
指数 (2000年=100)																					
訪問介護		—	—	—	100	118	126	160	176	210	213	214	212	219	212	217	316	333	345	354	356
通所介護		88	87	102	100	114	130	156	183	220	241	261	278	277	283	303	424	474	518	540	549
短期入所生活介護		98	103	113	100	108	114	120	125	138	148	156	163	160	157	166	199	209	227	238	242
認知症対応型共同生活介護		—	—	—	100	189	327	543	807	1,049	1,237	1,306	1,377	1,361	1,258	1,405	1,738	1,785	1,851	1,923	1,936
特別養護老人ホーム		83	88	94	100	104	109	114	119	124	128	132	135	132	127	133	148	151	162	169	173

・ 出典：1997～1999年の通所介護・短期入所生活介護は厚生省業務報告1998-2000、同じく特別養護老人ホームは厚生労働省施設調査2001、2000～16年は厚生労働省施設事業所調査2001-2017。

・ 注：訪問介護・認知症対応型生活介護の1999年以前の数値は不明。1999年以前と2000年以降は出典が異なるためデータの連続性がない可能性がある。2009～11年は回収率が8～9割程度のため厳密な比較は困難。通所介護の2016年の数値は地域密着型通所介護(21,063箇所)を含む。

このように、在宅・地域密着型サービスの事業所数は介護保険制度の導入後に大幅に増加したが、施設数の増加は小幅にとどまった。また、主な在宅・地域密着型サービスの自治体当たりの事業所数は、全国平均では2005年頃までに2以上になったが、村ではその後も2未満のことが多かった。

⑤選択可能性

選択の可能性については、介護保険制度の前後を比較して選択できるようになったか、介護保険制度の下で選択できているかを尋ねた調査結果を整理する。

第1に、介護保険制度の前後を比較した調査としては、介護保険制度の導入直後に、自治体、ケアマネジャー、利用者に対して行われたものがある。

まず、全国の市区町村への2000～01年の調査（有効回収1,361）によると、居宅介護サービスにおいて、介護保険の実施前に比べ利用者の選択の幅が拡大したかという質問に対して、かなりあるという回答が34%、一部あるが48%などだった（かなりあるという回答は人口規模が大きくなるにつれて増加し、例えば、町村では28%、人口30万以上では56%だった）（平岡他2002：75, 138, 154）。同様に、全国の市町村への2003年の調査（有効回収2,898）によると、介護保険制度でサービスや事業者を選びやすくなったかという質問に対して、そう思うという回答が63%、どちらとも言えないが23%、そうは思わないが13%だった（社会保障審議会2004：47）。

また、全国のケアマネジャーへの2001年の調査（有効回収209）によると、介護保険制度の実施前と実施後と比較して、利用するサービスの選択肢が拡大したかという質問に対して（いいえ1～変わらない4～はい7）、「5」という回答が42%、「6」が29%、「7」が6%（以上の合計は77%）だった（医療関連サービス振興会2001：1, 9）。

他方、利用者への2000年の調査（集計805）によると、介護サービスの選択について、広がったという回答が27%、特に変わらないが56%、狭くなったが7%などだった（食品流通情報センター 2001：432, 434）。また、介護保険制度施行前からの利用者（約900）への2003年までの調査によると、現在の制度に対する評価（11項目、複数回答）として、業者を選ぶことができるようになったことを挙げた割合は12%（6位）だった（厚生労働省2003：69）。

このように、介護保険制度の導入前後を比較して選択できるようになったという回答は、自治体やケアマネジャーへの調査では6～8割だったが、利用者への調査では1～3割だった。

第2に、介護保険制度の下で選択できているかどうかについては、全国のケアマネジャーへの調査と、都市部の利用者への調査がある。まず、全国のケアマネジャーへの2001年の調査（有効回収209）によると、ケアマネジャーとして困っていること（10項目、複数回答）として、サービス提供事業者の選択肢が限られていることを挙げた割合は25%（4位）だった（医療関連サービス振興会2001：15）。次に、東京都の1つの区の利用者への2000年の調査（回収は本人515、家族503）によると、事業者選択の状況について、全サービスが2つ以上の事業者から選択可能と回答した割合は本人32%・家族36%、一部サービスが2つ以上の事業者から選択可能という回答は各15%・8%、全

サービスが2つ以上から選べなかったというものは各28%・15%、無回答・わからないは各16%・41%だった（石川他2004：72）。このように、事業者の選択が困難・不可能であると回答した割合は、介護保険制度の導入直後の調査では、全国のケアマネジャーや都市部の利用者の2～3割だった。

⑥営利事業者の参入

介護サービスの提供への営利事業者の参入については、競争が行われて質・応答性・効率性が向上するという主張と、質の低下や事業者の撤退に伴う問題が生じるという批判があった。ここでは、営利事業者の参入に関する制度を概観した上で、営利事業者がどのくらい参入したか、営利事業者の撤退に伴う問題が生じたかに関する調査結果を整理する。

第1に、営利事業者の参入に関する制度は、介護保険制度の導入前後で変化がなく、第1種社会福祉事業（施設の経営など）は原則として国・地方自治体・社会福祉法人に限定され、第2種社会福祉事業（在宅介護など）は制限が設けられていない。（児山2016：32）

第2に、営利事業者の参入の程度については、介護保険制度の導入前と導入後に分けて見ていく。

まず、介護保険制度の導入前には、営利事業者の参入は少なかった。全市町村への1996・97年の調査によると、訪問介護を民間企業に委託していた市町村の数はそれぞれ37・66、訪問入浴は418・431だった（厚生省1998：119）。また、市町村への1997年の調査によると、高齢者福祉事業を委託していた割合は86%（委託のみ69%、委託・直営の併用17%）だったが、委託先として民間のシルバー産業を挙げた割合は3%だった（佐藤卓利2008：53）。

他方、介護保険制度の導入後には、営利事業者の参入が進んだ（表12）。主なサービスの事業所に占める営利事業所の割合は、2000年から2016年に、訪問介護が30%から65%に、通所介護が5%から61%に、認知症対応型共同生活介護が21%から53%に増加した（短期入所生活介護は1%から10%への増加にとどまった）。また、2000年から2016年の事業所の増加数に対する営利事業所の増加数の割合は、訪問介護が84%、通所介護が76%、認知症対応型共同生活介護が55%だった（短期入所生活介護は19%だった）。

ただし、営利事業者の参入は、都市部では多かったが、地方では少なかった。全国の介護サービス事業所への2000～01年の調査（分析対象3,671）によると、民間企業の割合は全体では29%だったのに対し、東京都では59%、政令指定都市では52%だった（久保2013：19-21）。他方、2011年のデータの分析では、営利法人の事業所の割合は全国では34%だったが、村では16%だった。また、同年の村のデータの分析によると、営利企業が参入している割合は、人口1万人以上では93%、5千～1万人未満では73%、3～5千人未満では34%、1.5～3千人未満では24%、1.5千人未満では13%だった（芳賀2012：68, 75-6）。

第3に、営利事業者が撤退した例としては、大手企業のコムスンが、2000年6月にサービス拠点を1,208箇所から731箇所に削減する方針を立て、2001年4月末には307箇所にまで削減した。ただし、1箇所当たりの利用者数は平均約10人であり、4割の拠点ではほとんど利用者がいなかったと

表12 営利事業者の参入

事業所総数 (箇所)	年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
訪問介護		9,833	11,644	12,346	15,701	17,274	20,618	20,948	21,069	20,885	21,517	20,805	21,315	25,118	26,576	27,107	27,550	28,038
通所介護		8,037	9,138	10,485	12,498	14,725	17,652	19,409	20,997	22,366	22,267	22,738	24,381	29,815	33,163	35,568	36,757	38,106
短期入所生活介護		4,515	4,887	5,149	5,439	5,657	6,216	6,664	7,030	7,347	7,215	7,096	7,515	8,274	8,630	9,405	9,924	9,894
認知症対応型共同生活介護		675	1,273	2,210	3,665	5,449	7,084	8,350	8,818	9,292	9,186	8,492	9,484	10,497	10,760	11,306	11,874	12,030
うち営利事業所 (箇所)																		
訪問介護		2,975	3,959	4,463	7,034	8,323	11,105	11,374	11,392	11,498	12,242	11,926	12,484	15,731	17,006	17,454	17,866	18,357
通所介護		364	803	1,332	2,391	3,722	5,534	7,024	8,156	9,081	9,267	9,946	11,308	15,834	18,675	20,756	21,782	23,144
短期入所生活介護		26	24	25	50	96	227	379	538	569	560	577	621	808	918	977	1,056	1,028
認知症対応型共同生活介護		143	332	753	1,569	2,575	3,576	4,417	4,701	4,934	4,834	4,673	4,960	5,548	5,713	6,005	6,361	6,403
営利事業所の割合 (%)																		
訪問介護		30	34	36	45	48	54	54	54	55	57	57	59	63	64	64	65	65
通所介護		5	9	13	19	25	31	36	39	41	42	44	46	53	56	58	59	61
短期入所生活介護		1	0	0	1	2	4	6	8	8	8	8	8	10	11	10	11	10
認知症対応型共同生活介護		21	26	34	43	47	50	53	53	53	53	55	52	53	53	53	54	53
2000年からの事業所の増加数に対する営利事業所の増加数の割合 (%)																		
訪問介護		—	54	59	69	72	75	76	75	77	79	82	83	83	84	84	84	84
通所介護		—	40	40	45	50	54	59	60	61	63	65	67	71	73	74	75	76
短期入所生活介護		—	-1	0	3	6	12	16	20	19	20	21	20	21	22	19	19	19
認知症対応型共同生活介護		—	32	40	48	51	54	56	56	56	55	58	55	55	55	55	56	55

・出典：厚生労働省施設事業所調査2001-2017。

・注：2009年以降は回収率が8～9割程度のため厳密な比較は困難。2012年以降は表11の調査方法と異なる。通所介護の2016年の数値は地域密着型通所介護（事業所総数18,106箇所、うち営利事業所13,681箇所）を含む。

される(吉田2001:133-5)。また、全国の市区町村への2000年12月～2001年1月の調査(回収1,361)によると、居宅介護サービスにおいて、事業者の急激な参入や撤退など、サービス供給体制が不安定になっている傾向があるかという質問に対して、かなりあるという回答は0.2%、一部あるは10%であり、ほとんどないという回答が85%だった(平岡他2002:154)。その後、コムスは、2007年6月に、ヘルパー数の虚偽申請などにより、新規指定・指定更新を行わない処分を受け、1,655箇所の事業所を閉鎖することになったが、同年9～12月には他の法人への事業譲渡が決まった(伊藤2008:197-8)。なお、2008年の法改正により、事業者が事業の廃止・休止の届出をしたときは、従来と同様のサービスの提供を希望する利用者に対して、他の事業者との連絡調整などの便宜の提供を行わなければならないことや、都道府県知事・市町村長が関係者相互の連絡調整などの援助を行うことができることが規定された(介護保険法74条4項、75条の2など)。

以上のように、営利事業者の参入に関する制度は介護保険制度の導入前後で変わらなかったが、介護保険制度の導入後、営利事業者の参入が都市部を中心に進んだ。営利事業者が事業所を閉鎖することもあったが、利用者数が少なかったことや、他の事業者に譲渡されたこともあり、大きな影響は生じなかった。

本節では、競争という条件に関して、サービス基盤の計画的整備や介護保険制度による財源確保がどのように実施されたか、これらを通じてサービスの供給量や事業者数が増加し、利用者による選択が可能になったか、また、営利事業者がどのくらい参入したか、営利事業者の撤退に伴う問題が生じたかを見てきたが、その結果はサービスや地域によって異なっていた。

まず、在宅・地域密着型サービスについては、計画の目標値はおおむね達成され、公的支出は高齢者人口よりも高い率で増加し、営利事業者が参入して、サービスの供給量や事業者数が増加し、2005年頃までには全国平均で各自治体に主なサービスの事業者が複数存在するようになった。ただし、介護保険制度の導入直後には、サービスの供給量は必要量と比べて不足し、選択が困難・不可能であると回答したケアマネジャー・利用者が2～3割いた。また、近年においても、サービスの供給量が不足していると回答したケアマネジャーが2～3割おり、村では営利事業者が参入せず、事業者数が2未満のことが多い。

他方、施設サービスについては、介護保険法に基づく計画の目標値は達成されず、施設整備費への国の支出は増減を繰り返し、サービスへの公的支出は高齢者人口ほどには増加せず、営利企業の参入は認められていない。そして、サービスの供給量は高齢者人口と同程度に増加したものの、待機者がいる状態が続いている。

以上のように、在宅・地域密着型サービスの事業者を選択することは、村以外ではおおむね可能であるが、施設を選択することは困難である。

注

- (1) サービスや施設の名称としては、ホームヘルプ（訪問介護）、デイサービス（通所介護）、デイケア（通所リハビリ）、ショートステイ（短期入所）、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などが用いられることもある。なお、介護老人保健施設は、病院と在宅をつなぐ中間施設であり、1986年の老人保健法改正により創設され、当初は老人保健施設と呼ばれていたが、介護保険法の施行により介護老人保健施設となった。（山縣・柏女2014：69, 134, 207, 276-7, 357、同2000：351）
- (2) 支給限度額に対する支給額の割合は、要介護度によって異なるが、2017年4月のデータでは3～6割台だった。（厚生労働省2017b：9）
- (3) ただし、2000年に改正された社会福祉法により、福祉サービスの提供体制の確保や適切な利用の推進に関する公的責任は明確化されたという反論もあった（児山2016：31）。なお、ルグランは、良い公共サービスの性質の1つとして答責性（accountability）（納税者への応答）を挙げたが、準市場が答責的であるとは主張しなかった（児山2011：18-9, 28）。
- (4) サービスの量を増やすための対策として、社会福祉施設の設置者がサービスの対価として得た収入を施設整備に係る借入金の償還に充てることができる仕組みが実施されたが（児山2016：33）、その効果に関する実証的な調査・研究は見られなかった。また、競争によって供給者間の連携が弱まる、社会福祉法人による不採算サービスの提供が困難になるという批判や（同上：33-4）、営利事業者の参入によって応答性が向上するという主張についても同様である。
- (5) ゴールドプラン21（2000～04年度）については、2002～03年度までの達成状況を示した資料はあるが（厚生労働省2004：3（3））、最終年度の達成状況を示した資料は見られなかった。また、介護保険事業（支援）計画については、第3期以外は達成状況を示した資料は見られなかった。なお、第5期（2012～14年度）については、最終年度におけるサービス量見込みと実績値を示した別々の資料があるが（厚生労働省2012、同2015：42）、集計方法が異なっており、達成率を計算することはできなかった。
- (6) 施設サービスの事業費だけを介護保険制度の導入前後で比較した資料は見られなかった。なお、介護保険制度導入前の施設サービスの予算額（補正後）については、特別養護老人ホーム保護費負担金が1998年度3,654億円、1999年度3,707億円という数値がある（財務省1999-2000）。これは地方自治体への補助金であり、補助率はほぼ2分の1であるため（財政調査会編1999：188-9, 402-3）、この金額の2倍（各7,308億円、7,414億円）が公的支出の額であるとも考えられるが、介護保険制度における特別養護老人ホームの給付費（2000年度9,672億円）と比較可能かどうかは不明である。
- (7) なお、選択制になると、選択したくてもサービスがないという批判が強まり、サービス増加への政治的・社会的圧力が高まるという考えも示されたが、利用者と施設が直接契約する制度では、行政が待機者を把握しなくなるとも指摘された（児山2016：33）。まず、サービス増加への圧力については、特別養護老人ホームの定員数の増加率を介護保険制度の導入前後で比較すると（表10より計算）、1998・99年は6％、2000～05年は5％であり、上昇は見られない。次に、行政による待機者の把握については、全国の市町村への2007年の調査（有効回答1,213）によると、申し込み件数と待機者の実数の両方を把握している割合は10％、申し込み件数のみ把握は14％、待機者の実数のみ把握は44％、どちらも把握していないものは31％だった（佐藤嘉夫2008：19-21）。ただし、介護保険制度の導入前における把握状況に関する調査は見られなかった。

参照資料

表中では、新聞記事は新聞名と発行年月日を示した。その他の点は前号と同様である。

相野谷安孝、石川満、林泰則、山本淑子(2002)『介護保険見直しの焦点は何か』(あけび書房)。

相野谷安孝、小川政亮、垣内国光、河合克義、真田是編(2001)『日本の福祉 論点と課題 介護保険の限界』(大月書店)。

朝日新聞(2009.12.23)「特養ホーム待機者42万人 3年で3.6万人増」。

石川久展、杉澤秀博、杉原陽子、中谷陽明(2004)「介護保険制度下におけるケアプランの評価に関する研究：介護保険導入半年後のケアプランに対する利用者の満足度の評価の試み」『テオロギア・ディアコニア』(ルーテル学院大学) 38、63-81。

石橋敏郎(2016)『社会保障法における自立支援と地方分権：生活保護と介護保険における制度変容の検証』(法律文化社)。

伊藤周平(2008)『介護保険法と権利保障』(法律文化社)。

医療関連サービス振興会(2001)『介護保険制度および給付外サービスについての利用者のニーズ調査：保険・金融サービス専門部会「市場ニーズ分科会」報告』(医療関連サービス振興会)。

医療経済研究機構(2001)『在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究報告書』(医療経済研究機構)。

——(2002)『平成13年度 在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究 報告書』(医療経済研究機構)。

——(2011)『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究 報告書』(医療経済研究機構)。

久保真人(2013)「介護サービス市場の創出と課題：2000年実施の郵送調査の結果から」、佐藤卓利・久保真人・田尾雅夫・重田博正『介護サービスマネジメント』(ナカニシヤ出版)、19-39。

厚生省(1998)「民間活力の活用について」(全国担当課長会議、1998年1月13日、資料6)、全国老人福祉問題研究会編集協力『緊急総特集・介護保険制度の要点』(あけび書房)、112-119。

——(1999)「特養待機者について」(全国老人福祉担当課長及び介護保険担当課長会議、1999年11月29日、資料1(8))。

——(2000)『厚生白書(平成12年版)』(ぎょうせい)。

厚生省業務報告(1998-2000)「社会福祉行政業務報告」。

厚生省施設整備(1997-2000)「社会福祉施設等施設整備費負担(補助)金実施計画」「社会福祉施設等施設整備費負担(補助)金の内示について」。

厚生省施設調査(1999-2000)「社会福祉施設等調査の概況」。

厚生労働省(2001)『厚生労働白書(平成13年版)』(ぎょうせい)。

——(2002)『厚生労働白書(平成14年版)』(ぎょうせい)。

——(2003)『厚生労働白書(平成15年版)』(ぎょうせい)。

——(2004)「社会福祉事業及び社会福祉法人について(参考資料)」(第9回社会保障審議会福祉部会、2004年4月20日、資料2)。

——(2009a)「第3期(平成18~20年度)市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画における介護給付等サービス量の見込みと実績の比較について」(2009年9月10日)。

——(2009b)「要介護度別、入院、入所施設等別 内訳表」(「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」、2009年12月22日、参考資料)。

——(2012)「第5期介護保険事業計画の全国集計について 集計結果」(2012年5月1日)。

- (2014a)「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」(2014年3月25日)。
- (2014b)「平成25年 国民生活基礎調査の概況」。
- (2015)「第6期計画期間・平成37年度等における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について 集計結果」(2015年4月28日)。
- (2016a)「居宅介護支援事業所および介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 報告書」(第11回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会、2016年5月24日、報告書(5))。
- (2016b) 厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険条例参考例について」(2016年10月28日)。
- (2017a)「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」(2017年3月27日)。
- (2017b)「平成28年度 介護給付費等実態調査の概況(平成28年5月審査分～平成29年4月審査分)」(2017年8月31日)。
- (2017c)『厚生労働白書(平成29年版)』。
- 厚生労働省事業状況(2002-2017)「介護保険事業状況報告(年報)」。
- 厚生労働省施設事業所調査(2001-2017)「介護サービス施設・事業所調査の概況」「介護サービス施設・事業所調査」。
- 厚生労働省施設整備(2001-2005)「社会福祉施設等施設整備費負担(補助)金の内示について」「社会福祉施設等施設整備の内示について」。
- 厚生労働省施設調査(2001)「社会福祉施設等調査の概況」。
- 厚生労働省実績評価(介護保険)(2009)「実績評価書 介護保険制度の適切な運営を図るとともに、質・量両面にわたり介護サービス基盤の整備を図ること」。
- 厚生労働省実績評価(基盤整備)(2005)「実績評価書 質・量両面にわたり介護サービス基盤の整備を図ること」。
- 厚生労働省事務調査(2003-2017)「介護保険事務調査結果」「介護保険事務調査の集計結果について」「平成27年度介護保険事務調査の一部訂正について」。
- 厚生労働省レビュー(介護基盤)(2011, 2013)「行政事業レビューシート 介護基盤緊急整備等臨時特例交付金」。
- 厚生労働省レビュー(地域介護)(2011-2012, 2015-2016)「行政事業レビューシート 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」。
- 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、17-31。
- (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)』(弘前大学人文学部) 35、25-41。
- (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』2、143-156。
- 財政調査会編(1999)『平成11年度 補助金総覧』(日本電算企画)。
- 財務省(1999-2000)「一般会計予算」(財務省ホームページ、予算書・決算書データベース)。
- 佐藤卓利(2008)『介護サービス市場の管理と調整』(ミネルヴァ書房)。
- 佐藤文俊編(2007)『三位一体の改革と将来像：総説・国庫補助負担金』(ぎょうせい)。
- 佐藤嘉夫(2008)「介護保険下における福祉ニーズの特徴と福祉サービス管理の課題：特別養護老人ホーム入所申し込み待機者全国調査から」『月刊ゆたかなくらし』311、18-27。
- 社会保障審議会(2004)『介護保険制度の見直しに向けて：社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険4年間の検証資料』(中央法規)。
- 食品流通情報センター(2001)『介護サービス統計資料年報 2001』(食品流通情報センター)。
- 白鞘康嗣、島田直樹、中原俊隆、潮見重毅、里村一成、武村真治、近藤健文(2003)「介護保険導入による市区

- 町村の保険福祉サービスの変容』『日本公衆衛生雑誌』50(10)、959-969。
- 杉澤秀博、中谷陽明、杉原陽子編著(2005)『介護保険制度の評価：高齢者・家族の視点から』(三和書籍)。
- 杉原陽子、杉澤秀博、中谷陽明(2012)「介護保険制度の導入・改定前後における居宅サービス利用と介護負担感の変化：反復横断調査に基づく経年変化の把握」『厚生指標』59(15)、1-9。
- 総務省(2002)「介護保険の運営状況に関する実態調査結果に基づく勧告」。
- (2005)『平成17年版地方財政白書』。
- (2006)『平成18年版地方財政白書』。
- (2016)「市町村数の推移表(詳細版)」。
- (2017)『平成29年版地方財政白書』。
- 総務省人口推計(1996-2017)「人口推計 各年10月1日現在人口」。
- 高橋和行、扇原淳(2014)「介護保険料滞納者の生活・健康状況の実態に関する自治体調査」『社会医学研究』31(2)、49-55。
- 中井良育(2014)「介護保険制度における介護サービス未利用者についての考察」『同志社政策科学院生論集』3、39-56。
- 長倉真寿美(2003)「介護保険の在宅化を阻害する原因：住み慣れた『自宅』から住み慣れた『地域』への発想を」『Home Care Medicine』4(5)、15-17。
- 日本経済新聞(2005.2.22)「特養の入所待機33万人」。
- 野村総合研究所(2010)『特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究 報告書』(野村総合研究所)。
- 平岡公一他(2002)主任研究者 平岡公一、分担研究者 武川正吾他『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究 平成13年度 総括・分担研究報告書』。
- (2003)主任研究者 平岡公一、分担研究者 武川正吾他『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究 平成14年度 総括・分担研究報告書』。
- 芳賀祥泰(2012)「村における介護保険サービス供給実態と課題：人口規模と営利法人参入の観点から」『マネジメント論集』(北九州市立大学)5、65-77。
- 毎日新聞(1994.6.5)「入所待機 3年で倍増」。
- 増田雅暢(2000)『わかりやすい介護保険法〔新版〕』(有斐閣)。
- (2014)『逐条解説 介護保険法』(法研)。
- 松田雄二(2003)「待機者問題の現状と課題：公正かつ適正な判定と連携の強化で待機者問題に対応」『Home Care Medicine』4(5)、9-11。
- 三菱総合研究所(2012)『居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査 報告書』。
- (2014)『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査 報告書』。
- 宮崎牧子(1994)「増大する特別養護老人ホーム入所申請待機者の問題」『社会福祉』35、145-152。
- 山縣文治、柏女霊峰編(2000)『社会福祉用語辞典』(ミネルヴァ書房)。
- (2014)『社会福祉用語辞典(第9版)』(ミネルヴァ書房)。
- 吉田茂人(2001)「コムスの憂鬱：『介護ビジネス』1年目の収支決算」『プレジデント』39(13)、132-137。