

要旨

介護保険制度は、人口減少・高齢化、世帯規模の縮小、男女共同参画の進展など経済社会全体の急速な変化による介護需要の急増に対応するため、市場メカニズムを部分的に取り込むことにより、選択の自由、個人の尊厳や公平性・効率性の改善を目指して発展してきた。産業構造が変化する中、雇用機会を創出するという役割も果たした。しかし、生産性の改善は限定的であり、今後は財政余力も労働力も乏しくなる中、身寄りのない高齢者の増大も予見されており、一層の制度改善がもとめられる。

本稿¹は、政府支出の効率性を考えるという視点で、介護保険制度の現状と課題を整理することを目的とする。以下では、介護保険制度成立の経緯から、介護保険制度の評価軸を導出し、それぞれについて論じる。

1. 介護保険制度への道のり

高齢者介護に関する公的な制度は古来より存在する。西暦718年制定の養老律令の中で、80歳以上の者に対しては、各戸口（世帯）内で侍（後の武士ではない）というケア担当の役割を戸口内の成人(21-60歳)に充てるという条文が存在する²。当時の戸口の構成員数は多く、生活の単位である世帯であると同時に生産活動の単位でもあった。明治維新政府が打ち出した恤救規則や、戦前の救護法(1929年公布、1932年施行)も現在の生活保護法がカバーする内容のものであり、高齢者への介護サービス提供は、歴史のほとんどにおいて原則、世帯内・もしくは地域内で行われていた。

¹ 本稿は、景気循環学会高圧経済研究部会の活動の一部として、原田泰名古屋商科大学教授を中心とする「政府支出の評価に関する研究会」で発表した草稿を拡充したものである。研究会での成果は原田泰・中里透・井上智洋編の論文集として別途出版される予定である。研究会でのコメントに感謝申し上げます。また、小塩隆士一橋大学経済研究所特任教授、出口恭子内閣府経済社会総合研究所上席主任研究官からも貴重なコメントいただいたことに感謝を申し上げます。なお、当然ながら本稿に含まれる誤り等の責任は著者にある。

² 松山(2011)

戦後、生活保護法は 1946 年に制定されたが、老人福祉法が制定されたのは 1963 年であり、以後、経済社会の発展にともなう人口構造、世帯構造（規模や世帯の役割）の変化を受けて介護制度の整備が進むことになる。

老人福祉法制定時点で制度化されたのが特別養護老人ホーム、老人家庭奉仕員（現在の訪問介護）などである。これらの利用には所得制限があり、かつ市区町村が、提供するサービスを一方的に決定する措置制度であった。1973 年に導入された高齢者医療の無料化もあり、1980 年代には高齢者の医療との連携も課題となった。自宅で介護を受けられない高齢者が長期入院し、かえって公費が高くなる状況も問題視された。また、女性が介護の中心を担い、社会的活動を制限されることへの批判も高まった。世帯内での寝たきり老人の問題も取り上げられた。その間も高齢化率は着実に急速に増加し、将来の社会的な負担増は明白であった。

このような経済・社会の変化を伴う老人福祉、老人医療の課題に対応するため創設されたのが、介護保険制度である。介護保険法は 1997 年に公布され、2000 年から施行されている。公的判断で供給されるサービスから利用者自らサービスの内容を選択できるようにすることより、利用者の尊厳の確保、選択の自由の改善、サービス供給体制の効率化、介護の社会化を目指した。本稿では当初の政策意図をもとに、介護保険制度の公的支出としての効率性を、①利用者の尊厳が保たれているか、②選択の自由が改善しているか、③サービス供給体制は効率化しているか、④介護の社会化は進んでいるか、ということを中心に評価する。

但しこの評価軸は、あくまで介護に直接関係している部分の評価であり、経済社会全体に影響があることから、⑤財政面でどのような影響があるのか、⑥労働市場や経済社会の生産性にどのような影響を与えているのか、2 点も重要と考える。以下では、介護保険制度の概要を示したうえで、利用者の尊厳と選択の自由、サービスの供給体制と効率性、介護の社会化、経済社会全体への影響についてみていく。その上で、これまでは介護需要の急増への対応、雇用機会の創出という成果をあげてきたが、引き続き制度改善が必要なことを指摘する。

2. 利用者から見た介護保険制度

（加入者）

介護保険の加入者は、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者に分けられる。第 2 号被保険者には年齢以外に医療保険加入が条件となる。加入者の保険料負担の仕方は、第 1 号被保険者と第 2 号被保険者で異なり、65 歳以上の第 1 号被保険者

は、市区町村が原則年金から天引きする形で徴収する。第2号被保険者は医療保険料に上乘せされる形で徴収される。介護保険は若い人にとっては将来に備える年金的性格を持ち、高齢者にとっては同世代間のリスクシェアである医療保険的性格であるものの、保険料が若い人は医療保険から、高齢者は年金から徴収されているのは、介護の社会化という側面や徴収面での効率性・水平的公平性を追求した結果と考えられる。

(受給要件と要介護認定)

介護保険からの受給要件は、65歳以上の場合、要介護状態、もしくは要支援状態と認定されることである。65歳未満の第2号被保険者の場合、要介護・要支援状態に加え、要介護・要支援になった理由が加齢に起因する疾病によることが求められている。

介護保険の給付を受けるプロセスは、市区町村の窓口(地域包括支援センター³でも可能)に要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ。)の申請を行うことから始まる。申請後は市区町村の職員などから訪問を受け、聞き取り調査(認定調査)が行われる。また、市区町村からの依頼により、かかりつけの医師などが心身の状況について意見書(主治医意見書)を作成する。その後、認定調査結果や主治医意見書に基づくコンピュータによる一次判定及び、一次判定結果や主治医意見書に基づく介護認定審査会による二次判定を経て、市区町村が要介護度を決定するという流れになる。認定段階で地域格差が発生しないように、プロセスは客観的で全国一律となるよう配慮されている。

(要介護度)

要介護度の決定は、細かな調査項目から必要な支援時間を計算し、決定されることになるが、大まかな目安として、低下している日常機能の状態像を厚労省が公開している(図表1)。

要介護3以上は排泄のコントロールができず、寝返りもままならない状態ということになり、常時対応が求められる。

図表2は年齢層別の要介護認定者数を該当する年齢層の人口で割って求めた認定率を2022年、2017年についてグラフ化したものである。左側が要支援・要介護全体の認定率のグラフで、右側が要介護3以上の認定率のグラフである。左側のグラフからは65歳から74歳までの前期高齢者の要介護認定率は5%以下である一方、90歳以上では、7割以上が要

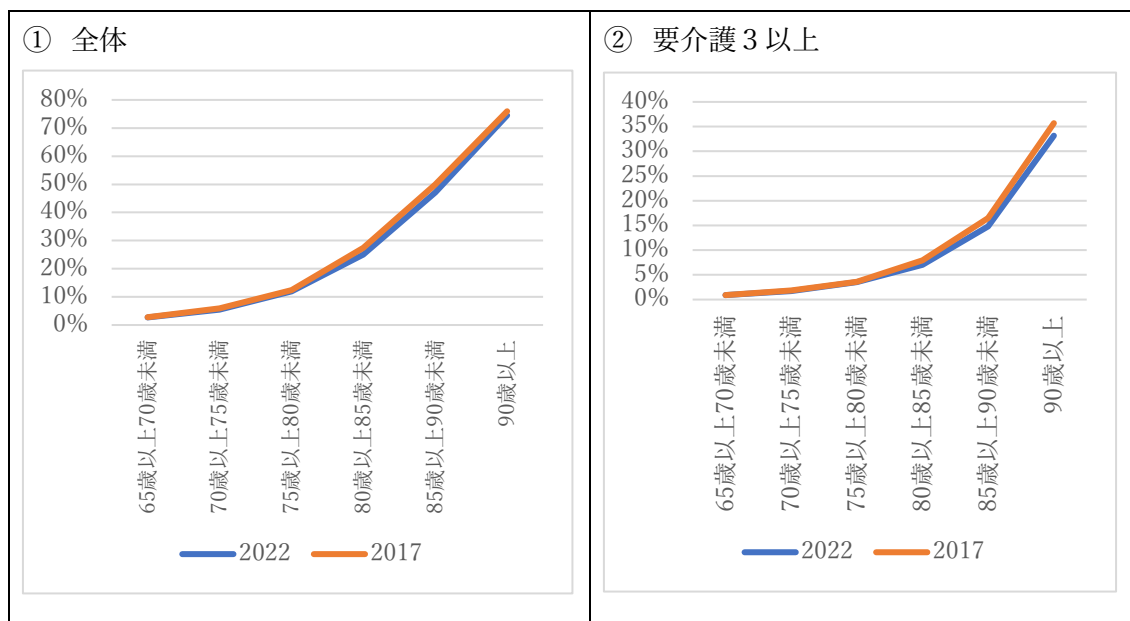
³ 地域包括支援センターは、要介護認定だけではなく、様々な相談を受け付けている。

支援・介護認定を受けていることがわかる。また若干ながら、年齢層別にみた場合には 2017 年から 2022 年の 5 年間で認定率が低下していることがわかる。右側のグラフからは、90 歳以上になると要介護 3 以上の人が 3 割を超えること、年齢別の認定率が 5 年間で少し下がったことがわかる。

図表 1 要介護の状態像

要支援 1：起き上がり、立ち上がり
要支援 2，要介護 1：上記に加え、片足での立位、日常の意思決定、買い物
要介護 2：上記に加え、歩行、洗身、爪切り、薬の服薬、金銭の管理、簡単な調理
要介護 3：上記に加え、寝返り、排尿、排便、口腔清潔、上衣の着脱、ズボン等の着脱
要介護 4：上記に加え、座位保持、両足での立位、移乗、移動、洗顔、整髪
要介護 5：上記に加え、左下肢（股関節、ひざ関節、足関節、足指）の麻痺、食事摂取、外出頻度、短期記憶

図表 2 年齢別要介護認定率

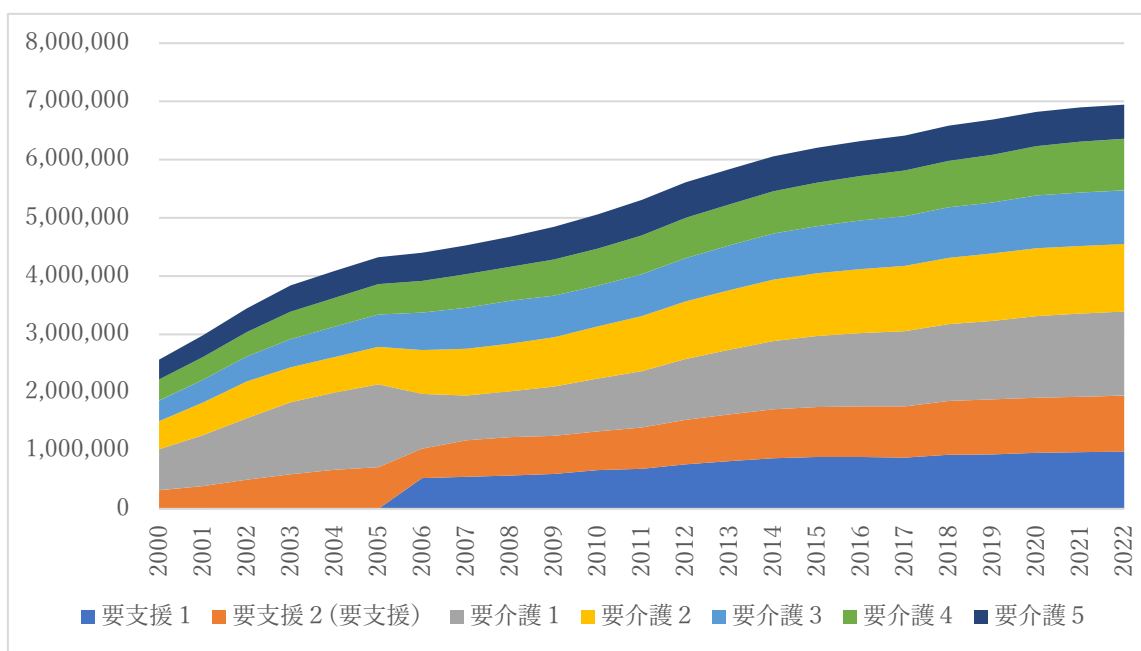


図表 3 は要介護度別の認定者数の推移で、2000 年の 300 万人以下から 2022 年にはおよそ 700 万人へと急速に増大していることがわかる。

介護保険では、要介護度に応じて受けられるサービス金額の水準のみが決まり、自分の要介護度が判定された次は、自分が「どんな介護サービスを受けるか」「どういった事業所を選ぶか」についてケアプラン（サービス計画書）を作成し、それに基づきサービスの利用が

始まる。ここで選択の自由が保証されることになる。なお、要介護認定を受けなくても、自治体が管理する総合支援事業を受けることはできる。

図表3 要介護認定者数の推移



4. 選択の自由と利用者の尊厳

このように、介護保険制度の下では、要介護者にとっては、一定の選択の自由が与えられており、要介護者の意思が尊重されるという意味で尊厳の確保も措置制度との比較で改善している。用意されている各種の選択肢は以下のとおりである。

(サービスの種類)

大きく分けて居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスに分けられる。ただし後ほど言及するが、実質上施設サービスを提供しているような形になる居宅サービスも可能となってきている。

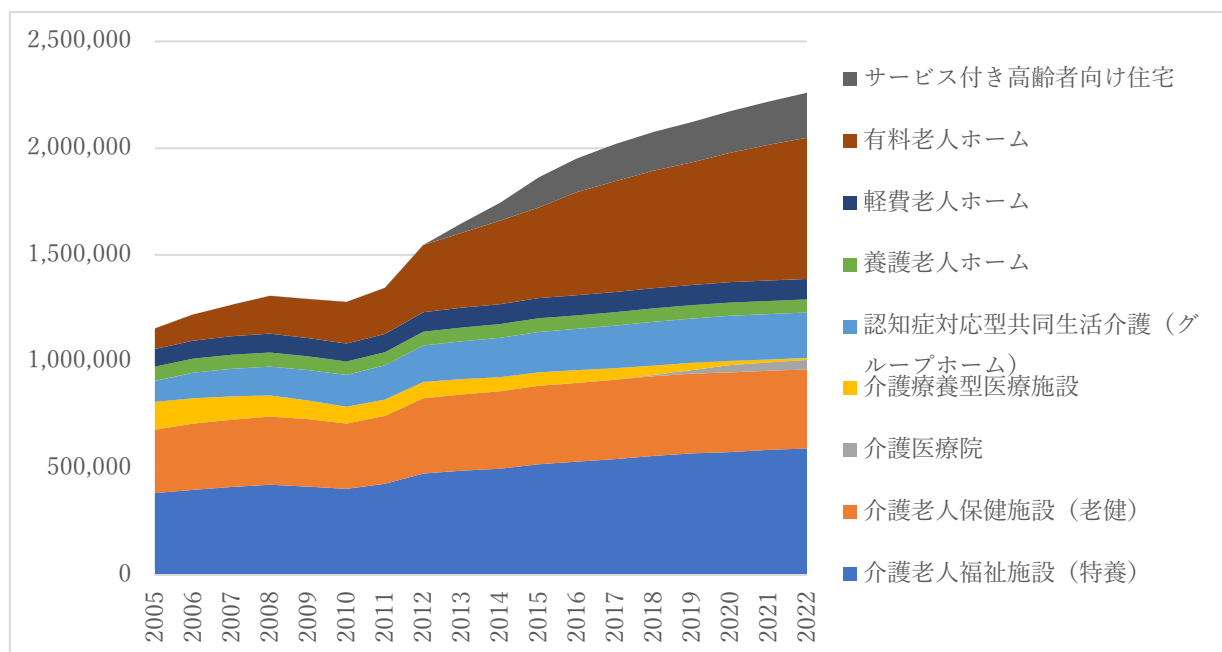
居宅サービスは、長年住む自宅にしながら受けられるサービスであり、訪問介護や訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、短期入所量要介護、福祉用具のレンタル、住宅改修費の支給などが含まれる。要介護度が比較的軽度な利用者が多い。

地域密着型サービスには、小規模多機能居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、

地域密着型通所介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などが含まれる。増加してきている認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるように、市町村指定の事業者が地域住民に提供するサービスである。2006年4月の介護保険制度改正により創設されたものである。

施設サービスは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院に入所することにより提供されるサービスである。特別養護老人ホームでは主に食事・排泄・入浴などが提供されるのに対して、介護老人保健施設や介護療養型医療施設、介護医療院では、医学管理下における介護やリハビリ、療養上の管理や看護などのサービスも提供される。さらに近年重要性を増している特定施設入居者生活介護は、有料老人ホーム等（サービス付き高齢者住宅も含む）のうち、介護保険法第8条第11項に基づき、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象である。

図表4 介護施設等の定員数（病床数）の推移



（高齢社会白書より作成）

特定施設に該当しない有料老人ホーム等は一般住居と同じ扱いとなり、要介護認定を受ければ、居宅介護サービスを受けることができることになる。増大する重度要介護者を現時

点で支えているのはこの仕組みである。内閣府の高齢社会白書では、この数字も加えた図表を公表している（図表 4）。この他、自治体が介護予防を目的に実施する総合事業も介護保険の対象となっている。サービス付き高齢者住宅は国交省の所管であり、整備への補助金も国交省に登録し、申請することにより得ることができる。

5. 事業者の競争と効率性

（事業者）

介護保険の適用を受けるサービスを提供するためには、都道府県、指定都市、中核市、市町村などから介護保険法に基づく指定を受ける手続きを行う必要がある。指定申請の際には、人員基準や設備基準、運営基準などの要件を満たしているか、過去 5 年以内に指定の取り直し処分を受けていないかなどをチェックされる。指定には有効期間が設けられており、6 年ごとに指定の更新を受ける必要がある。一方、介護保険施設に関する事業を除けば、法人格を有するという条件以外の経営形態への規制はなく、医療と違い、営利団体の株式会社が指定を受けることも可能である。急激に増大した介護需要に供給体制の構築が追い付いているのは、営利団体による事業への参入への障壁が低く、実際、様々な工夫により、営利団体が事業を拡張してきた結果である。医療との連携も、医療法人の参入が可能なことにより進展している部分も大きい。

介護サービス施設・事業所調査（図表 5①）によれば、特に医療行為を伴わない居宅サービス事業においては、営利法人による事業所数のシェアが大きい。用具貸与、販売では 9 割を超える。訪問介護・看護でも 6, 7 割が営利法人である。介護費用の推移をみても、大きく伸びてきているのは、営利団体のシェアの大きい訪問系と地域密着型である（図表 6）。一方、図表 5②からは、医療行為を伴うサービスで医療法人のシェアが大きいこと、社会福祉法人は、医療行為を伴わない施設系が中心となっていることが分かる。自治体も医療に関する直営事業や総合事業を抱えていることから、ある程度、事業所としてシェアを持っている。

なお、営利法人が多く参入している訪問介護サービスなどでは、他のサービスと比較し利益率も高い（令和 5 年介護経営実態調査）。営利法人によるクリームスキミング的行為（利益の取りやすい要介護者を選別するような行為）への懸念がある一方、営利法人が効率的な経営を行っている証拠でもある。準市場である介護保険市場において、市場メカニズムを適切に機能させるためには適切な水準の介護報酬、規制・管理体制が必要である。

図表5 経営主体別の事業所数の分布 ①施設居宅サービス、地域密着型サービス

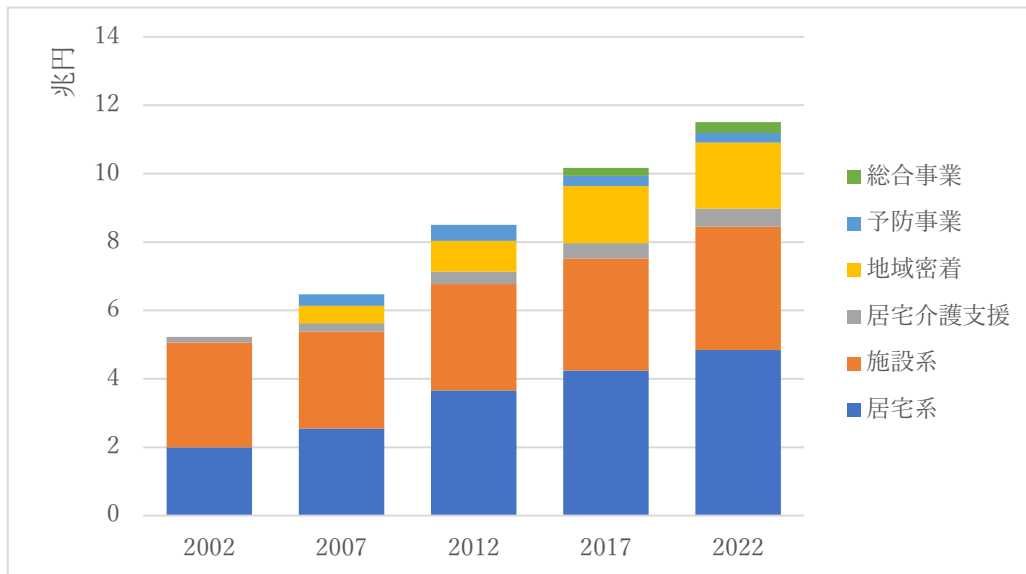
	総数	地方公共 団 体	社会福祉 法人	医療法人	営利法人 (会社)	その他
居宅サービス事業所						
(訪問系)						
訪問介護	100.0	0.3	15.4	5.2	70.7	8.4
訪問入浴介護	100.0	0.1	22.4	1.8	74.4	1.3
訪問看護ステーション	100.0	1.5	5.4	20.8	61.5	10.8
(通所系)						
通所介護	100.0	0.3	34.9	7.5	54.0	3.3
通所リハビリテーション	100.0	2.6	8.4	78.7	0.0	10.3
介護老人保健施設	100.0	2.8	16.9	74.8	-	5.5
介護医療院	100.0	6.9	1.3	83.4	-	8.4
医療施設	100.0	2.3	1.5	81.9	0.1	14.2
(その他)						
短期入所生活介護	100.0	1.3	85.0	2.7	10.1	0.9
短期入所療養介護	100.0	3.2	13.9	77.1	-	5.8
介護老人保健施設	100.0	2.9	16.3	75.3	-	5.5
介護医療院	100.0	2.9	0.3	89.3	-	7.5
医療施設	100.0	6.0	1.8	84.2	-	8.0
特定施設入居者生活介護	100.0	0.5	21.8	6.7	69.1	1.9
福祉用具貸与	100.0	0.0	1.9	1.3	94.6	2.2
特定福祉用具販売	100.0	-	1.6	1.1	95.2	2.1
地域密着型サービス事業所						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	100.0	-	26.7	16.3	50.5	6.5
夜間対応型訪問介護	100.0	0.5	40.7	6.2	46.7	5.9
地域密着型通所介護	100.0	0.3	11.9	3.6	76.4	7.8
認知症対応型通所介護	100.0	0.2	41.2	11.6	38.8	8.2
小規模多機能型居宅介護	100.0	0.1	32.8	11.3	47.4	8.4
認知症対応型共同生活介護	100.0	0.1	24.9	15.5	54.4	5.1
地域密着型特定施設入居者生活介護	100.0	-	33.3	16.1	47.5	3.1
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	100.0	0.1	19.6	21.8	47.8	10.7
地域密着型介護老人福祉施設	100.0	0.8	99.2	•	•	0.0

②施設

	総数	都道府県	市区町村	広域連合他	日本赤十字社他	社会福祉協議会	社会福祉法人(左以外)	医療法人	社団・財団法人	その他の法人	その他
介護保険施設											
介護老人福祉施設	100.0	0.5	2.5	1.1	0.1	0.3	95.4	・	-	0.0	・
介護老人保健施設	100.0	-	3.0	0.5	1.6	0.0	15.9	75.4	2.7	0.8	0.0
介護医療院	100.0	0.2	2.1	0.1	1.3	-	1.2	89.2	3.3	0.9	1.8
介護療養型医療施設	100.0	-	10.3	0.4	1.5	-	0.4	78.9	1.5	0.7	6.3

(介護サービス施設・事業所調査より作成)

図表6 介護費用の推移



(介護保険事業報告より作成)

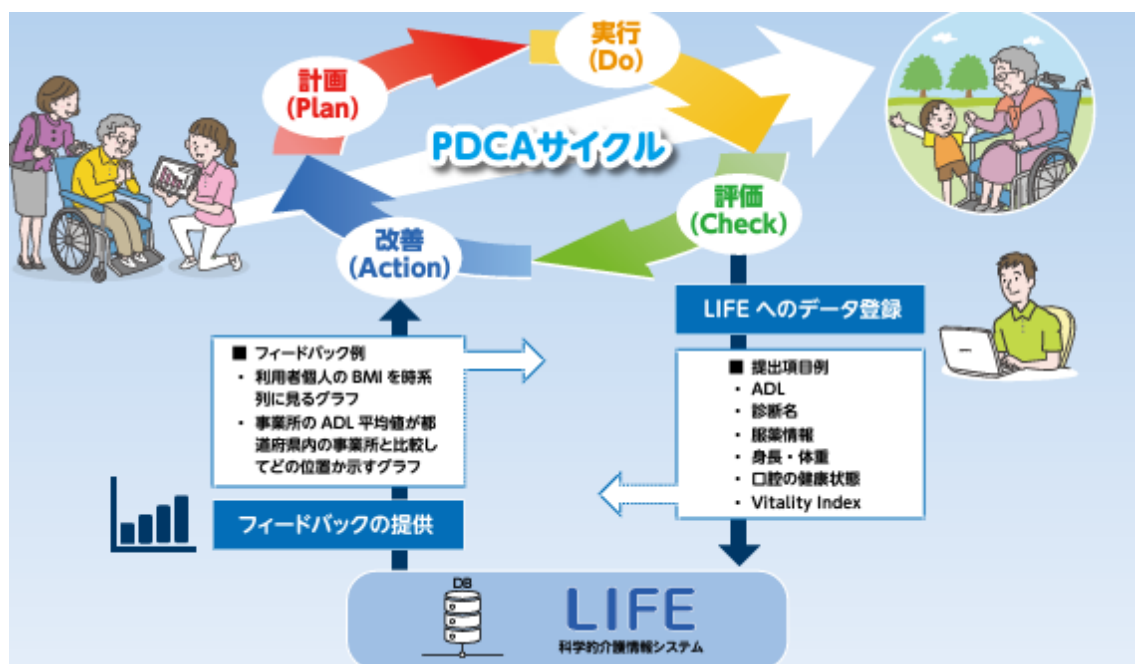
そのためには、経営状態に関する情報が重要であるところ、現在の三年おきの介護経営実

態調査⁴では限界がある。令和6年度から介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベース⁵の整備をし、収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表する制度が創設されたことは改善の一步である。

(技術革新と情報の活用)

情報の活用という点では、介護事業者の経営実態に関する情報収集において進展があるだけでなく、日常生活動作(ADL)における高齢者の機能的評価を数値化した Barthel index や生活の意欲を数値化した Vitality Index を測定し、厚労省のデータベースである科学的介護システム(LIFE)で集計・分析し、フィードバックを行うという PDCA サイクル(図表7)の実装が進み始めている。厚労省は介護報酬点数への反映を通じて、普及を促進しており、介護予防の効果測定を含め、介護の質の一層の可視化とそれによる効率化が期待される。

図表7 厚生労働省パンフレットにおける LIFE の概説図



厚生労働省「科学的介護情報システム (LIFE) スタートガイド」より引用。

⁴ 令和4年度調査の場合、全数調査である基本票の調査客体数は251,500事業所であり、回収率は86.8%であった。

⁵ 介護サービス事業者経営情報データベースシステム

(地域包括ケアシステム)

地域包括ケアシステムを2025年までに構築することを目標として、これまで計画を策定し、推進してきた。地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域において住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるよう、自治体、介護の専門家、医療関係者、家族、本人、地域住民が連携する体制のことを指す。具体的には地域ごとに検討することになるが、地域包括ケアセンターが中核となり、地域ケア会議などを通じて連携を促進し、総合事業や地域密着型事業、医療との連携などを推進する体制である。例えば、増大する認知症患者の生活を、有料老人ホーム等を含む地域で支えるためには医療と介護の連携が欠かせない。認知症対応のデイケアの費用は医療費が分担しており、費用面でも連携は進んでいる。老人保健施設などとは別に医療法人が運営する有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅に株式会社による訪問介護サービスを加えるという形の連携も増加してきており、この場合の連携はさらにスムーズである。

(ユニットコストの推移)

効率性を見る指標の一つは、ユニットコスト（単位費用）である。サービスごとに考えれば、介護報酬（介護給付費単位数）が相当する。しかし要介護者、もしくは財政当局の立場からは、提供される介護サービス全体が重要であり、要介護者一人当たりの介護費用が相当すると考えることができよう⁶。これは介護費用総額を要介護者数で割れば計算できる。具体的に要介護者数（実受給者数、および累計利用者数⁷）を分母として、年度の介護費用総額を分子とする分数を介護のユニットコストと考え、その推移をみたのが図表8①である。2001年の水準を100として指数化してある。比較のために消費者物価総合についても2001

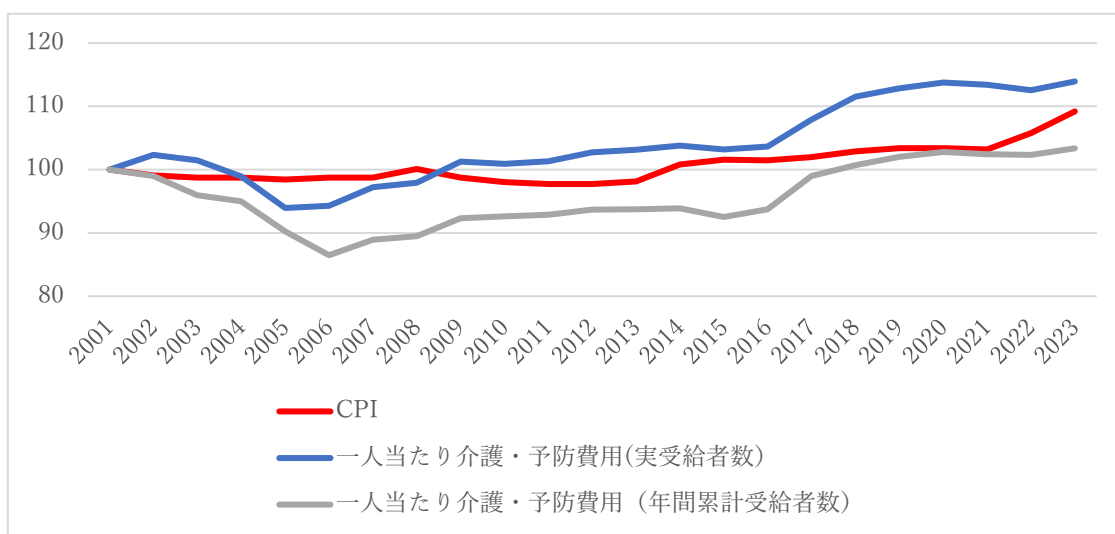
⁶ 村館他(2022)

⁷ 「年間実受給者数」は、各年度とも4月から翌年3月の1年間において一度でも介護予防サービス又は介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。「年間累計受給者数」は、各年度とも5月から翌年4月の各審査月の介護予防サービス又は介護サービス受給者数の合計であり、各審査月の受給者数には介護予防サービスは月の途中で要支援から要介護に変更になった者を含み、介護サービスは月の途中で要介護から要支援に変更になった者を含む。

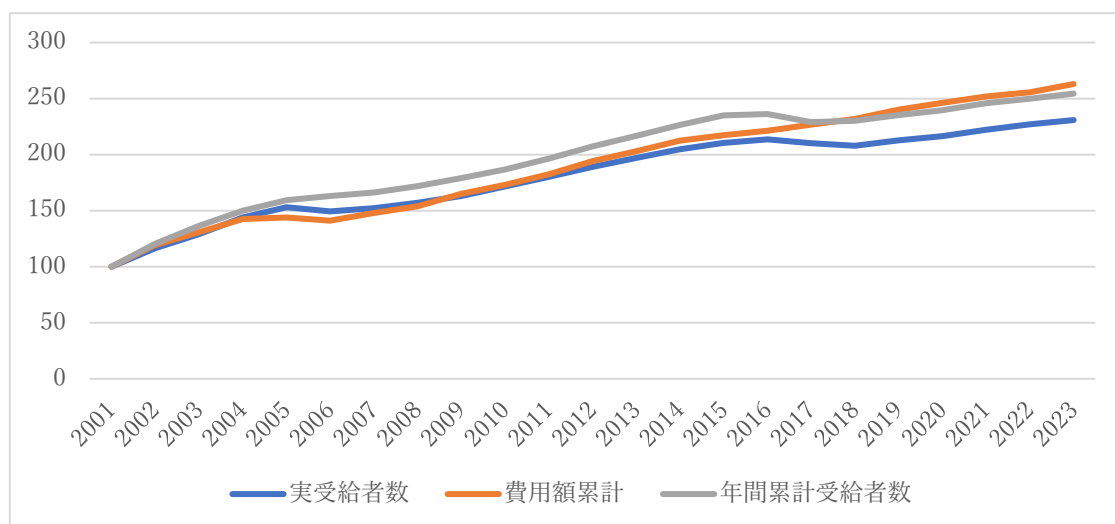
年を100とした指数を掲載している。

一人当たり介護費用は分母である要介護者数の急増により、要支援の二段階化や地域密着型サービスの導入が行われた2006年にかけて大きく低下したが、すぐに増加し始め、2017年から改めて大きく増加し、2019年以降は横ばいとなっている。消費者物価が2022年以降は上昇に転じており、実受給者ベースの一人当たり介護費用と水準は近づいている。

図表8①一人当たり介護費用の推移(2001=100)⁸



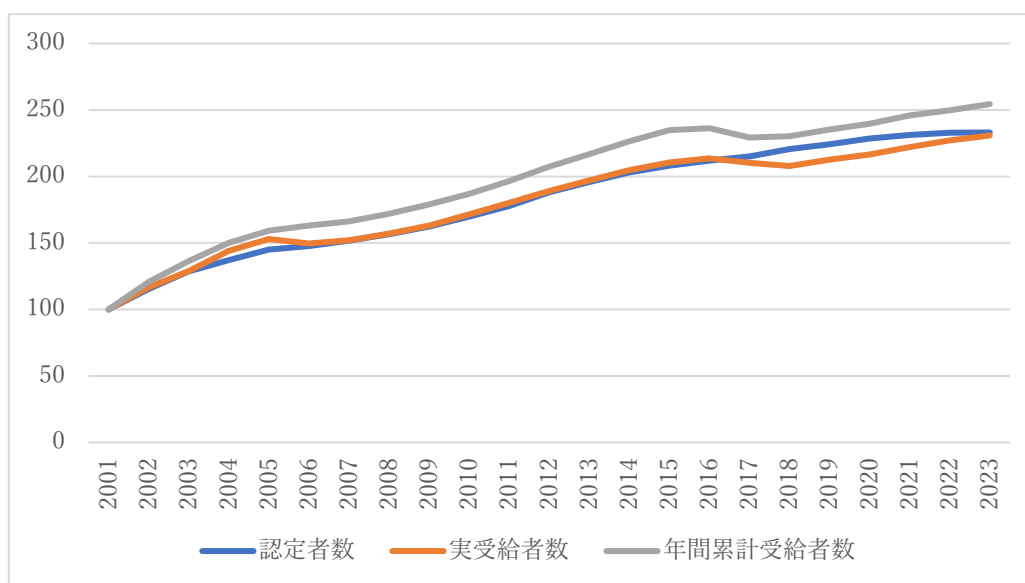
図表8②費用額累計、受給者数の推移(2001=100)



⁸ ただし、CPIは1月から12月、費用額と年間累計受給者数は5月から4月、受給者数は4月から3月と、年が表す期間が異なることに留意していただきたい。

実は、一人当たり介護費用の2017年以降の上昇を説明するのは、費用と比較し受給者数が伸びていないことである（図表8②）。認定者数の方は安定して伸びており、乖離は次第に収束しつつある（図表8③）。自己負担の引き上げなどの制度の変更により、ジグザグする部分もあるが、足元までならしてみると消費者物価と同様の動きとなっており、要介護者・政府の金銭的負担で見ると介護サービスの効率はおおむね変わっていないという動きとなっている。

図表8③認定者数・受給者数の推移(2001=100)

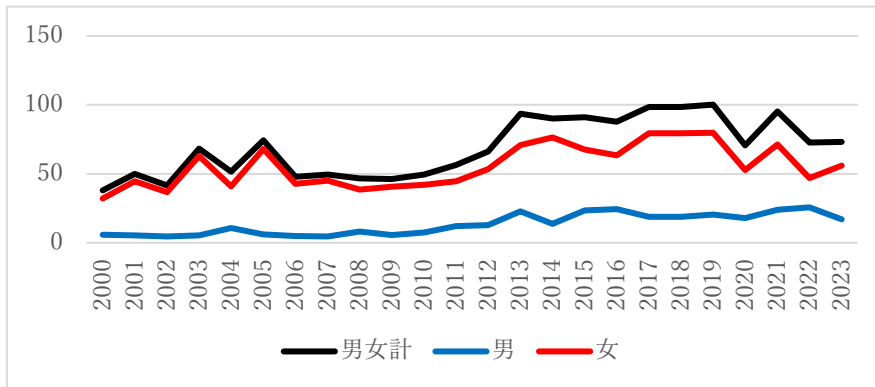


6. 介護の社会化

介護者の負担の変化を、介護離職者の推移と同居の介護者数でみてみたい。厚生労働省の雇用動向調査で離職理由別の離職者数が推計・公表されている（図表9①）。介護を理由とする離職者数は、介護離職者数は、2005年に向けて増加した後、いったん横ばいとなり、2010年から2013年にかけて急増し、改めて横ばいとなっている。2019年以降は、やや低下傾向も見受けられる。

介護離職者数と要介護者数の比率を見たのが図表8②である。要介護者数に比べると介護離職者数は2%に満たないため、評価が難しいものの、推移をみる限り、大きく低下してきたとは言えない。

図表9 ①介護離職者数（千人）



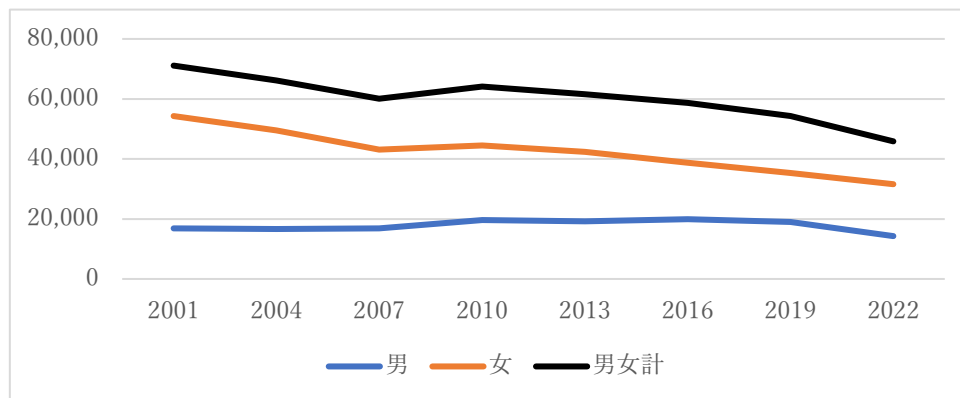
② 介護離職者対要介護者比率



（雇用動向調査、介護保険事業状況報告より作成）

社会化の成果は同居を必ずしも必要ではなくするなどの形で、介護者の負担を軽減している部分も大きい（図表10）。2001年時点では要介護者10万人当たり、7万人以上が同居で介護していたところ、2022年では、半分の5万人を割っている。実質的な施設介護の増加だけでなく、在宅のまま要支援・要介護状態でも一人暮らしを継続している要介護者が増大しており、このような視点からは社会化が進んでいると評価できる。女性の就業率の上昇も上昇している。

図表 10 要介護者あたりの介護者数（要介護者 10 万人当たり）



（国民生活基礎調査介護票集計結果から作成）

7. 経済社会全体への影響

わが国では、介護にかかる費用は膨大なものに及んでおり、経済活動としても大きな存在である。経済活動としての特徴を産業連関表から確認することから議論を始めたい⁹⁾。

（産業連関表で見る介護）

まずは産出側の特徴である。図表 11 は、産出された財の最終需要の主要な構造をみるため、産業連関表を、医療・介護を中心に整理したものである。

図表 11 産業連関表から作成した介護の経済規模・需要構造（単位 10 億円）

	内生部門計						最終需要部門計	国内生産額
		家計外消費支出(列)	民間消費支出	一般政府消費支出	一般政府消費支出(社会資本等減耗分)	その他		
財・サービス(以下を除く)	463,774.1	8,699.5	277,957.6	39,154.9	20,216.3	144,632.8	490,661.1	954,435.2
医療	498.5	208.6	7,722.0	38,069.4	0.0	-4.0	45,996.0	46,494.5
保健衛生	618.4	189.1	54.7	1,123.5	3.9	0.0	1,371.2	1,989.7
社会保険・社会福祉	0.0	231.7	6,478.1	5,129.5	36.2	0.0	11,875.5	11,875.5
介護	0.0	0.0	1,151.6	10,445.7	0.0	0.0	11,597.2	11,597.2
合計	464,891.0	9,328.9	293,364.0	93,923.0	20,256.4	144,628.8	561,501.0	1,026,392.1

令和 2 年(2020 年)産業連関表 取引基本表(購入者価格評価表)から集計、作成

⁹⁾ 産業連関表 5 年に一度、主に経済センサスのデータを用いて総務省が作成しており、最新の 2020 年表は 2024 年 9 月に公表された。

我が国の国内生産額全体は右下にある通り、2020年は1026兆円であり、GDP（GDE）に相当する最終需要部門計は、561.5兆円であった。そのうち、医療が約46兆円、介護が約11.6兆円となっている。医療と介護でGDPの10%を超えることになる。最終需要の内訳をみると、保険で賄われている部分に相当する一般政府消費支出の金額が、医療では約38.1兆円、介護では約10.4兆円であり、介護では9割が保険で賄われていることが分かる。民間消費支出の約1.2兆円分は、自己負担に相当する。なお、家計外消費支出は企業による消費支出であり、介護においてはゼロ円となっている。また、社会資本等減耗分もゼロである。他の財への投入を表す内生部門もゼロとなっている。介護離職は重要な課題であるものの、産業連関表上では介護財の供給の停止が他の産業に波及する直接のメカニズムは存在しない。

図表 12 産業連関表から作成した介護の費用構造（単位 10 億円）

	財サービス（右を除く）	医療	保健衛生	社会保険・社会福祉	介護	合計
内生部門計	435,610.7	22,010.2	887.9	3,681.1	2,701.1	464,891
家計外消費支出（行）	8,713.8	280.0	30.2	162.5	142.4	9,328.9
雇用者所得	246,891.2	20,980.8	977.6	7,475.0	7,554.8	283,879.4
営業余剰	91,801.5	622.0	20.4	140.6	213.7	92,798.2
資本減耗引当	117,058.7	2,917.3	33.9	292.9	899.8	121,202.6
資本減耗引当（社会資本等減耗分）	20,216.3	0.0	3.9	36.2	0.0	20,256.4
間接税（関税・輸入品商品税を除く。）	36,363.2	554.8	35.7	87.1	118.8	37,159.6
（控除）経常補助金	-2,220.0	-870.6	0.0	0.0	-33.4	-3124
粗付加価値部門計	518,824.3	24,484.4	1,101.8	8,194.4	8,896.1	561,501
国内生産額	954,435.2	46,494.5	1,989.7	11,875.5	11,597.2	1,026,392
雇用者所得比率（対粗付加価値）	47.6%	85.7%	88.7%	91.2%	84.9%	50.6%
雇用者所得比率（対国内生産額）	25.9%	45.1%	49.1%	62.9%	65.1%	27.7%

同じ産業連関表から、投入面、すなわち費用面の構造も把握することができる。雇用者所得が生産額の65.1%に相当し、人手が費用の中心であることが分かる。これを反映し、サービスごとの介護報酬単位数はサービスに要する人・時間におおむね比例するよう計算され

る。費用面からは、労働生産性が特に重要となる。

このように産業連関表がとらえる介護は、経済活動として金額が大きいということだけでなく、財の産出先は介護保険制度がほとんどであること、生産に必要な投入は労働が太宗を占めており、労働生産性が重要なことが分かる。市場・生産構造の単純さは、多様な主体の参入を促進していると思われる。

(労働市場への影響と生産性)

これまで、介護部門で働く雇用者数は大きく伸び、建設業が縮小する地方における雇用を支える役割を果たしてきた(図表13)。国勢調査が2015年、2020年分のみ補完推計値が公表されており、それ以前の過去との比較が難しいが、雇用を支えてきたという方向性は明確である。一方、むしろ近年では労働力の確保が問題化している。ICTやロボットの活用、さらには外国人労働力の確保が重要となってきた。また処遇の改善に取り組む必要性が高まっている。株式会社の方が全般に効率的であり、社会福祉法人等の経営規模の拡大による効率化が課題として挙げられている。

図表13 医療、介護(福祉)の就業者数の推移

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
医療福祉 (介護)	3,591,000	4,274,000	5,331,814	6,127,782	7,023,950	7,633,170
建設	6,711,000	6,346,000	5,440,516	4,474,946	4,341,338	4,184,052
全体	64,182,000	63,032,000	61,530,202	59,611,311	58,919,036	57,643,225
					補完後 2015	補完後 2020
医療福祉(介護)					7,940,616	8,818,261
建設					4,904,530	4,857,375
全体					63,810,382	65,468,436

(国勢調査より作成)

(財政)

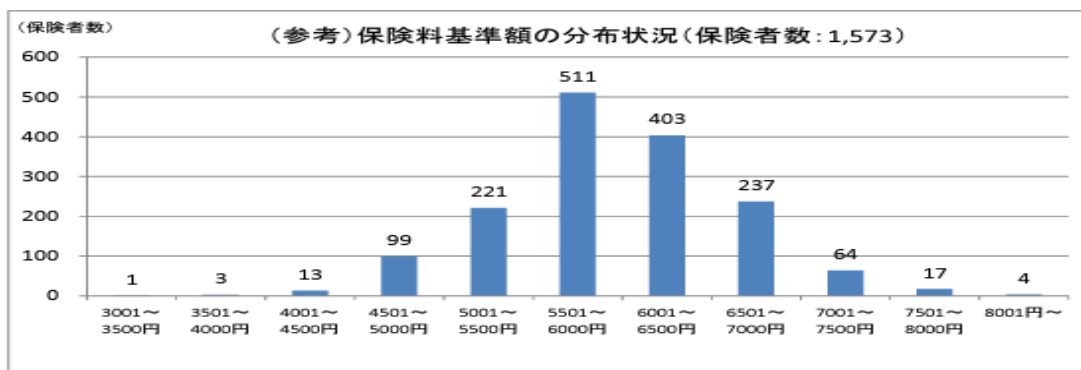
介護保険では保険者は市町村であるが、制度全体の設計は厚労省が担っており、介護認定

の基準は全国一律である。公費（税金）の投入も行われており、保険がカバーする（すなわち自己負担分を除く）費用全体の12.5%を市町村、12.5%を都道府県、25%を国が負担している。残りの50%を保険料から徴収している。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歳から64歳の医療保険加入者）に分けられ、保険料は、第1号被保険者は年金からの天引き、第2号被保険者は医療保険料の徴収の際に医療保険の保険者により徴収という、堅牢な仕組みが採用されている。

税率と保険料率では、引き上げるための手続きに大きな違いが存在する。保険料率の場合、見通される支出に合わせて引き上げるのに法改正は不要である。我が国では地域間の人口移動は自由であるため、人口移動などに伴い自治体間の負担の格差が発生した場合の補償措置などが必要となる。国費の投入部分で自治体間の格差是正などを行うため（調整交付金）、費用の全てを保険料で賄うことが望ましいわけではない（引っ越した後も元の自治体から施設介護費用を支出してもらう住所地特例制度も存在する）。

介護保険事業は、保険者である市町村ごとに3年を1期として見直す介護保険事業計画に従って実施される。3年ごとに需要予測および提供能力の確認などを行い、事業計画の策定、介護報酬の改定、保険料率の設定を行っている。自治体間の格差を是正する措置はあるものの、第1号被保険者の保険料率は自治体間で大きな差がつく状態になっている（図表14）。地域密着型サービスや総合事業のように、自治体の独自性が特に発揮される分野もあるが、大きなシェアを占めていない（図表6）。なお、自治体が計画を策定する前に国からの指針が発表される。

図表14 保険料基準額の分布(2024-2026年)



（厚労省資料「第9期介護保険事業計画期間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」より）

制度の持続可能性という点では、介護報酬を通じた支出の効率性に加え、介護保険の第1号保険料負担の見直し、介護保険の利用者負担の見直しが課題である。高齢者数の増大を反映し、介護費用は2010年代半ばには10兆円を超え、今後も増大が予測される。その半分は公費負担であり、増税圧力となる。すでに第9期介護保険事業計画（2024-26年度）からは所得に応じて13段階の乗率が設定されており、所得の多い人の保険料はかなり上昇してきている。利用者の自己負担も、当初一律1割負担だったものが、所得に応じて2割負担、3割負担と増加してきている。自治体間・個人間の所得の再分配を見据えつつ、今後とも見直しを続けざるを得ない。

8. まとめ

家族の経済的・心理的介護負担の全体像の測定は困難であるものの、依然として大きいと考えられる。こうした中、参入障壁が低く、組み合わせの自由度の高い制度設計が功を奏し、介護保険制度は急激な介護需要の増大に対応するとともに、多様な選択肢を提供し、利用者の尊厳の改善、インフォーマルケアの女性依存の解消という点で成果をあげてきていると考えられる。全国に共通する客観的な基準に基づき、要介護認定は行われており、自己負担面では医療と同様に人の自治体間の移動を妨げない仕組みとなっている。これまでは雇用の創出という点でも貢献してきた。

介護保険制度の整備を促した経済社会変動は現在も進行中であり、制度のさらなる進化が要請され続けている。一つは経済面で、財政負担をどのように分担するのか、また人手不足にどう対応していくのが課題である。東京商工リサーチの調査¹⁰によれば、人手不足の影響もあり、すでに2024年度上半期の老人福祉・介護事業の倒産件数は過去最高の81件となっている。労働生産性の改善や外国人人材の活用も重要である。データの活用も始まったばかりであり、公定価格である介護報酬がもたらす歪みを最小化し、成果をあげていく必要がある。2060年頃以降は80歳以上人口も減少するため、拡大してしまった供給体制をどのように整理していくのが課題となろう。もう一つは社会面で、少なくない高齢者の単身世帯が、世帯の外に家族がいるものの単身世帯を形成しているというのではなく、三親等内の家族親族が存在しない状態に移行していく。すでにガイドライン¹¹や成人後見制度など

¹⁰ 東京商工リサーチ(2024)

¹¹ 山縣他(2018)

が整えられつつあるものの、多くの人が身寄りのないまま認知症発症、もしくは終末期を迎えることになった場合、現在の枠組みで対応できるのかは、予断を許さない。

参考文献

- 東京商工リサーチ(2024)「2024年上半期の「介護事業者」の倒産 最多の81件 訪問介護、デイサービス、有料老人ホームがそろって急増」、TSR インサイト。
https://www.tsr-net.co.jp/data/detail/1198722_1527.html (2024/10/20 現在)
- 松山郁夫(2011)「古代日本における福祉の考え方—養老令における救済に関する規定を通して—」、佐賀大学文化教育学部研究論文集 巻: 16 号: 1 ページ: 207-215
- 村館靖之、菊川康彬、桑原進(2022)「介護の質の変化を考慮した価格の把握手法に関する研究-統計データによる分析と試算」,ESRI Research Note 65、内閣府経済社会総合研究所
- 山縣然太郎他(2019)『身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン』、平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班