

平成25年度老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業)

介護保険事業における利益の捉え方、経営のあり方に関する

調査研究事業 報告書

株式会社 明治安田生活福祉研究所

平成26年3月

目 次

I	調査研究目的	1
II	調査研究体制	1
III	調査研究結果	2
	1. 介護事業の特質	2
	(1) 財としての特質	2
	(2) 制度としての特質（日本の場合）	2
	2. 非営利組織とは	2
	(1) 非営利の本質	3
	(2) 非営利組織の利益概念	6
	3. 介護事業が非営利組織で運営される理由	15
	4. 介護事業における経営のあり方	18
	(1) 介護事業における非営利組織の経営のあり方	18
	(2) 介護事業における営利組織の経営のあり方	21
	5. 介護事業経営と利益に関する海外の実態調査	23
	(1) ドイツ	23
	(2) オランダ	33
	6. 参考1 世田谷区における介護事業者経営状況	37
	7. 参考2 スウェーデン、ドイツ、オランダにおける第三者評価の状況	41
	【参考資料1】介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査 単純集計	60
	【別紙】営利・非営利法人別 介護事業者数	72
	【参考資料2】介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査 調査票	79
	訪問介護用	80
	通所介護用	88
	認知症対応型共同生活介護用	97
	特定施設入居者生活介護用	109
	【参考文献】	123

I. 調査研究目的

わが国の介護事業は営利・非営利事業者が併存する形で運営されている。これは民間活力の活用と多様な供給主体参入による健全な競争を通じ、サービスの効率化と質の向上や供給力増強を図るためと言われている。

しかし、介護事業における両者の経営のあり方について、見方は一様ではなく、イコールフットイングを始め様々な議論を呼び起こしている。

そこで本調査研究では介護事業における営利・非営利事業者の経営のあり方を、利益のあり方に焦点を絞って考察する。

利益のあり方に焦点を絞ったのは、多くの議論の元を辿れば、利益のあり方から出発しているからである。

また、海外における介護保険制度下の利益の実情を明らかにする。

以上を通し、介護報酬や経営改革の議論の一助とすることが本調査研究の目的である。なお本稿で言う介護事業とは介護保険が適用される事業を指し、また特に断りがない限り、非営利組織とは介護事業における非営利組織である。

II. 調査研究体制

プロジェクトリーダー	: 松原 由美 (明治安田生活福祉研究所 主席研究員)
メンバー	: 大西 規加 (明治安田生活福祉研究所 研究員)
	: 恩田 裕之 (明治安田生活福祉研究所 研究員)
	: 澤 耕一 (明治安田生活福祉研究所 研究員)
	: 山本健太郎 (明治安田生活福祉研究所 研究員)

現地調査協力者 (敬称略)

ドイツ	: 吉田 恵子
オランダ	: シャボット あかね
スウェーデン	: 奥村 芳孝

Ⅲ. 調査研究結果

松原 由美

1. 介護事業の特質

(1) 財としての特質

介護事業の財本来の特質として以下が挙げられる。

第一は、要介護もしくは要支援かつ主に高齢者を対象とした事業ということである。

第二は、社会性、公益性の強い事業である。

第三は、消費者の支払能力に応じてではなく、一定限度までは「必要に応じて」提供されることが望ましいサービスと考えられる。

第四は、介護は生活の支援である。

(2) 制度としての特質（日本の場合）

制度上の特質とは、財本来の特質を受けて、公的介護保険制度の設計上から生じる特質を指す。

その第一は介護事業費の大半が公的資金（社会保険料と税）で賄われている。

第二は、原則として公定価格である。

第三は、営利と非営利の両組織が参入している。

制度上の特質を一言で言えば、一般産業のような市場経済的システムとは一線を画した社会連帯の考えを基調としたシステムで運営されていると言える。

2. 非営利組織とは

はじめに

わが国の介護事業では事業種類にもよるが非営利組織が多く、介護事業全体で、事業所数ベースで見ると¹営利組織のシェア 46.2%に対し、非営利組織 53.8%と、非営利組織が存在感を示している（表 1-1）。介護保険施設だけをみれば 100%が非営利組織（公立組織を含む）である。

そこで本節では、そもそも非営利組織とはどのようなものか考察してみよう。なお、非営利組織が経営する事業には、事業性のあるものとないものに分かれるが、本調査研究では事業性を有する事業に限定することとする。

¹ 表 1-2 掲載以外の事業別営利・非営利シェアは別紙参照

表 1-1 事業主体別全介護事業所数の営利・非営利シェア

	事業所数	うち		割合 (%)
		うち社団・ 財団法人	うち個人	
営利法人	127,823	-	-	46.2
非営利法人	148,974	3,577	695	53.8
合計	276,797	3,577	695	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成
 ※事業所数はサービスごとの事業所数を合計

表 1-2 【参考】事業主体別訪問介護事業所数、訪問看護ステーション事業所数、通所介護事業所数、特定施設入居者生活介護事業所数、認知症対応型共同生活介護事業所数、介護老人福祉施設事業所数の営利・非営利シェア

	訪問介護			訪問看護ステーション			通所介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	15,731	-	62.6	1,947	-	32.6	15,834	-	53.1
非営利法人	9,387	280	37.4	4,025	310	67.4	13,981	179	46.9
合計	25,118	280	100.0	5,972	310	100.0	29,815	179	100.0

	特定施設入居者生活介護			認知症対応型共同生活介護			介護老人福祉施設		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	2,447	-	67.4	5,548	-	52.9	-	-	0.0
非営利法人	1,181	24	32.6	4,949	34	47.1	6,092	0	100.0
合計	3,628	24	100.0	10,497	34	100.0	6,092	0	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

(1) 非営利の本質

【営利との相違】

非営利組織を考察するにあたり肝要なことは、営利組織との相違を明確にし、なぜ当該事業が非営利組織で運営されることに合理性があるかを広く国民一般に理解してもらうことである。これが出来なければ非営利組織はその存在意義を失うと言っても過言ではない。その際留意しなければならない点は、非営利組織という「組織」の話に入る前に、営利・非営利それ自体に遡ってその意味を吟味し、そこから両者の差異を明らかにすることである。

一般に非営利と言うと、「配当禁止」「財産の特定個人への帰属禁止」等（以下まとめて「配当禁止等」と言う）を以て説明されている。このため非営利とは配当を行わないことであって、利益は上げてよいというのが通説である。

2008年の新しい非営利法人制度創設（公益法人制度改革）の報告書²において、営利法人と非営利法人を区分するところで、非営利法人とは営利を目的としない団体、そして営利とは剰余金の分配と定義している。ここでいう営利の定義には分配という用語が入っていることから、これは営利法人という「組織」の定義（規定）であって、営利そのものの定義とは言えない。ただ営利法人は剰余金の分配を目的としており、それは利益の計上が前提であるので、結局、ここでいう営利は当然に利益を上げることと解される。

一方、社会通念上の捉え方を確認する意味で一般の国語辞典を見てみると、非営利という用語は掲載されていないが、営利については記載がある。それによると、どの辞書もおしなべて「金銭的な利益を得ること。金銭的な利益を得るために行うこと。俗にいう金儲け」とあった³。これはまさに我々が日常生活で通念上使用する意味である。従って、営利といえ一般の人々はこの様に理解し捉えるということであって、この点は営利と非営利を区分するうえで、極めて重要なポイントと言わなければならない。

この様に新しい非営利法人制度でも社会通念上でも、営利の意味は利益を上げることと疑問の余地はないと思われる。

さて、非営利は営利の否定語である。これに従って言えば、非営利は「利益を上げないこと、利益を上げることが目的に行動しないこと」と解するのが自然と考える。

そこで本研究では営利、非営利の本質を以下の通り定義する。

営 利　：利益を上げること

非営利　：利益を上げないこと

【非営利、非営利組織、組織要件の関係】

ところで通説では、非営利は配当禁止等と一般に受け取られていると述べた。し

² 公益法人制度改革に関する有識者会議『報告書』、平成16年11月19日

³ 広辞苑第六版（2008年）「財産上の利益を目的として、活動すること。かねもうけ」

岩波国語辞典第七版（2014年）「財産上の利益をはかること。かねもうけ」

小学館日本語新辞典（2005年）「利益を得る目的で事をなすこと。金もうけ」

三省堂新明解第七版（2012年）「金銭的な利益を得る（ために行う）こと。金もうけ」

小学館日本国語大辞典第二版（2009年）「財産上または収入上の利益を上げるようにはかること。利益の獲得を目的にして活動すること。利潤を追求する行為。金もうけ」

かし配当禁止は当然に「組織」の構成員への配当禁止であり、財産の特定個人への帰属禁止も「組織」財産の特定個人へ帰属することを禁止した規定である。これらから明らかなように、上記はいずれも「組織」を前提とした話、つまり非営利「組織」の組織要件を定めた法制上の規定であって、非営利それ自体の意味を定めたものとは言えない。少なくとも利益を上げてよいか否かには触れていない。

ここで非営利、非営利組織、組織要件の関係を整理しておこう。

考え方として、まず非営利の本質を見極め、この本質を発揮させることが効用最大化につながる存在分野（存在意義）を見出し、当該分野でその本質を最大限に発揮するために作られたのが非営利組織であり、その本質を全うするように行動することを法制上担保するのが組織要件であると理解する。これらを混同し、組織要件があたかも非営利の本質であるかのように捉えるのは適切ではない。

ではなぜ組織要件に利益を上げないことと直接的に規定せず、配当禁止等と間接的な規定になっているのであろうか。

それは組織要件設定の技術上の問題であると考えられる。例えば組織要件に法律上の条文として、利益を上げてはならないと具体的に規定しては、実務上大きな混乱を引き起こすからである。非営利組織といえども経営活動中、意図せず利益を上げてしまうことは往々にして起こりうる。また、現実の非営利組織で、利益を上げている組織はいくらでも存在する。

そういう意味では現行の組織要件以上の具体的規定を求めるのは無理があり、現行の規定は法律上の条文としては十分妥当であると言わねばならない。

ただ組織要件とはその組織が果たすべき本質を担保すべきものと捉えれば、配当禁止等は単に配当禁止や組織財産の特定個人への帰属禁止の担保措置というよりは、その根源である利潤動機の抑制と解釈した方が矛盾も生じず自然であろう。配当禁止等を以て「非営利は配当しない」までは理解できるが、「利益を上げてよい」とまで拡大解釈する必然性もなく、むしろ無理が生じる。

何故なら営利同様、非営利も利益を上げてよいと解釈すると、営利と非営利を区分する本質的な点で同一となり、非営利組織の存在意義が問われるからである。現に、事業性を有する事業分野における非営利組織の存在意義を疑問視する論者も少なくない。

【先行研究による非営利組織の存在意義】

非営利組織の存在意義について経済学では、政府の失敗⁴、5、市場の失敗⁶、情報の

⁴ Weisbrod, B., *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, pp.20-25, 1988

⁵ Weisbrod, B., *Toward a Theory of the Voluntary Nonprofit Sector in a Three-Sector Economy*, New York:Russel Sage Foundation, 1975

非対称性⁷・⁸・⁹、契約の失敗¹⁰・¹¹・¹²・¹³、機会主義¹⁴、モニタリングコスト¹⁵等々を用いて説明しているが、そこに流れる基本認識は非営利組織が持つ信頼のシグナルである。それは結局のところ不当な利益や優位な立場等を利用した利益追求等を行わず、信用できる適正な価格で財を供給し専らミッション最大化に努めるというものだが、その根底にあるのは利益を求めていないという信頼である。これが配当さえしなければ利益はいくら上げてても良いとなったのでは、上述の利益非追求に疑問符が付き、信頼のシグナルが揺らぐ。

また、先に示した社会通念上の理解とも大きく乖離し、世間一般の信頼を失いかねない。その上、非営利組織の経営理念や経営のあり方を考える際にも、営利との違いが曖昧となり、際限ない営利・非営利論争を招く要因となる。さらには規制改革派の厳しい要求に合理的に対応することが困難になる等、様々な問題の根源となる。

非営利とは素直に捉えて利益を上げないことと認識するのが自然である。

なお、先に示した公益法人制度改革で設けられた公益法人認定基準を参考までに示すと、「公益法人は、その公益目的事業を行うに当たり、当該公益目的事業の実施に要する適正な費用を償う額を超える収入を得てはならない」（「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律」第14条）とある。

（２）非営利組織の利益概念

【事業性を有する非営利組織】

前節で非営利の本質は利益を上げないことで、これを担保する組織要件で非営利

⁶ Hansmann, H., “The Role of Non-profit Enterprise”, *The Yale Law Journal*(April)89, pp.835-898, 1980

⁷ Hammack, D. and Young, D., *Nonprofit Organizations in a Market Economy*, pp.23-36, Jossey-Bass, 1993

⁸ Easley, D. and O’Hara, M., *The economic role of the nonprofit firm*, pp.531-538, 1983

⁹ Arrow, K.J., *The Limits of Organization*, pp.33-43, W W Norton & Company Incorporated 1974

¹⁰ Hansmann, H., “Nonprofit Enterprise in the performing Arts”, *Bell Journal of Economics*(Autumn)12, pp.341-361, 1981

¹¹ Easley, D. and O’Hara, M., *The economic role of the nonprofit firm*, pp.531-538, 1983

¹² Arrow, K.J., “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care”, *The American Economic Review* volume LIII December 1963 Number 5, pp.941-973, 1963

¹³ Hansmann, H., “The Role of Non-profit Enterprise”, *The Yale Law Journal*(April)89, pp.835-898, 1980

¹⁴ Weisbrod, B., *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, 1988

¹⁵ Easley, D. and O’Hara, M., *The economic role of the nonprofit firm*, pp.531-538, 1983

組織が成り立っていると整理した。従って、非営利組織は利益を目的としたり、利益を上げないはずである。しかし、非営利組織といえども、事業の安定継続のためには一定の利益計上は必要と言われ、現に利益を計上している非営利組織が多く存在している。

一見この矛盾とも思える問題を考えるにあたっては、非営利組織の（あるべき）利益概念を理解しなければならない。

非営利組織と言っても事業性を有する組織とそうでない組織が存在する。事業性を有しない非営利組織はその提供する財の対価としての売上がない一方、事業費は寄付金、会費、賛助金、補助金等、原則、財の提供先とは関係のないところから得るので、そもそも利益という概念が存在しない。例えば労働組合、マンション管理組合、同窓会等が挙げられる。

一方、事業性を有する非営利組織は、具体的には医療機関、介護事業者（社会福祉法人等の非営利組織）等である。これらの組織はサービス提供コストに見合う対価を、診療報酬、介護報酬等という形で得ている。ここでは営利組織と同様、収益マイナス費用の差額としての利益が生じるメカニズム¹⁶が内包されている。この点で事業性を有する非営利組織は、営利組織と著しい類似性を有する。

しかし、所詮は非営利組織であるので、収益（売上）は費用とイコールであれば足りるのであって、費用を上回る収益計上は非営利組織にはふさわしくないことになる。ただ、事業性のある非営利組織にあっても、ミッション（非営利組織の事業）を安定して遂行するためには、それに要する事業費（コスト）は確保しなければならない。

非営利組織はこうした事業費をどのように調達しているかを次に見てみよう。

【組織とは】

はじめに組織について一言触れる。組織とはその組織が実施する事業の目的を最大限に発揮するための手段的用具と位置付けられる。組織目的にはいろいろあるが、本研究でテーマとしている営利・非営利に即して言えば、営利組織と非営利組織の目的となる。

営利組織にあつては、その組織要件（剰余金の分配）に基づくものであれ、営利自体の意味（利益獲得）によるものであれ、利益を上げることが目的となるので、利益最大化が組織目標となる。

これに対して非営利組織では、その組織要件（配当禁止等）であれ、非営利自体の意味（利益を上げない）であれ、利益最大化の誘因は働かないので、利益獲得が目的とはなり得ず、組織の事業活動そのものが目的となり、いわゆるミッション最大化が非営利組織の目標となる。

¹⁶ より正確には利益が生じる場合を含むメカニズム

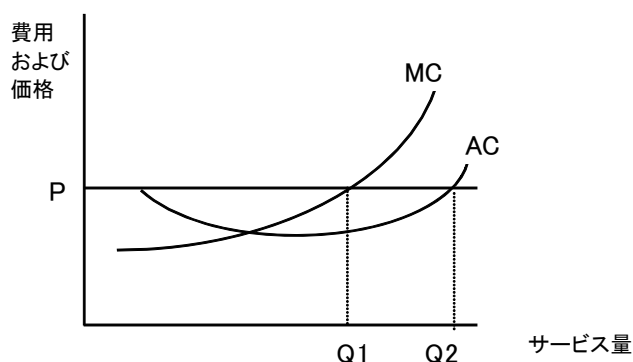
【利益の源泉とミッションコストの関係】

ところで、非営利組織であっても既述のように利益計上のメカニズムが内包されているので、その提供する財の価格設定あるいはコスト削減如何では、利益と成りうる源泉は往々にして発生しうる。しかしそうした源泉が生じたとしても、ミッション最大化を目的とすることから上記利益の源泉はすべてミッションコスト（ミッションを遂行するために投下される経費）として費消されるので、原則利益となって現れることはないはずである（注）。

（注）

図 1 を用いて上記について説明したい。P（市場価格）も当然に変動するが、ここであたかも一定としているのは、市場価格が同一の場合における営利組織と非営利組織のサービス供給量と利益最大化との関係の相違を便宜的に示すためである。P と MC（マージナルコスト。限界費用のことで、供給量を増加した場合の増加供給量 1 単位あたりコストを指す）の交点（Q1）を超えると、1 単位供給する毎に赤字が増える。そのため、利益最大化を図る営利組織は、利益が最大となる Q1 で供給を止める。これに対して非営利組織はミッション最大化が目的であるので、MC と P（市場価格）が一致する点を超え、供給量を増加させる行動を取る。しかし全体の収支が赤字となるほど供給できないので、結局供給量は AC（アベレージコスト。平均費用のことで、総供給量 1 単位あたりコストを指す）と P がイコールになる Q2 となる。つまりミッション最大化目的を果たすと利益はゼロとなる。

図 1 営利組織と非営利組織の最適化行動原則と利益レベルの関係



MC : Marginal Cost（限界費用）とは供給量を増加した場合の増加供給量 1 単位あたりコスト

AC : Average Cost（平均費用）とは総供給量の 1 単位あたりコスト

【利益として計上せざるを得ないコスト】

ただミッションコストの中には、ある程度まとまった資金を要するものがある。例えば施設建替え費用（いわゆる再生産コスト）である。こうしたコストに対して

は一会計期間で落とす費用では賄えないので、ある期間貯め込み、内部留保としてまとまったところでミッションコストとして投下される。

つまり非営利組織の事業費（ミッションコスト）の調達は、毎期の費用から調達する分（ランニングコスト）と、一定期間貯め込んだコスト（資本）から調達する分ということになる。

経営上の視点からいえば、これはどちらとも経営を維持継続していくうえで必要な経費なので、コストであることは明らかだが、後者の部分（一定期間積み立てられる部分）は会計上費用とは認められず、利益と認識される。

要するに会計上は利益と認識されるので、損益計算書上に利益として計上せざるを得ないが、実質はコストということである。これが非営利組織の利益の基本概念である。つまり経営上の視点でいえば、社会通念上受け止める本来的な意味（俗に言う儲け）での利益は上げていないということである。

この利益概念は非営利組織の利益を考えるにあたり重要な概念なので、同じ事の繰り返しとなるが、少し角度を変えて再度説明したい。

【将来コスト（必要利益）】

会計上ではなく経営上の観点から捉えると、現時点（以後説明の便宜上「今期」と言う）で認識するコストには、時系列的視点で見て2つある。

一つは過去および現在のコストで今期の収益に対応するコスト、もう一つは将来のコスト（以下、将来コスト）である。

今期の収益に対応するコストとは、期間損益を認識する際の今期収益対応コストで、今期に新たに発生した人件費、物件費、資本費それに制度上認められた退職給与引当金、貸倒引当金等の引当金である。

これに対して将来コストとは、将来必ずあるいは非常に高い確率で発生が見込まれる、または万一に備えたコストである。特養等の施設産業で言えば、具体的には退職給与引当金、貸倒引当金等の制度上認められた引当金を除くと、施設建替費、大規模修繕費及びこれに付随するインフレ進行分や生活水準向上分、それに不測の事態等に備えたいわゆる事業リスク分等である。

こうした将来コストは経営上の観点に立てば事業の安定継続を図る上で欠かせない事業費だが、それが発生した時点で一気に用意することは経営上負担が大きいので、当該事項が見込まれると経営上判断した時点から分割して用意するコストである。このため予想されるこれらコストの今期対応分を計上し積み立てる必要が生じる。そうでなければ事業の安定継続が果たせない。

考え方として、過去の資本投下分の今期回収額が減価償却費として計上されるのと逆で、将来コストは将来の資本投下分の今期積立額（回収額）と言える。

この将来コストは、発生時期も金額も見込みであり、また経営判断によるものな

ので、会計上今期のコストとして認められない。このため、これらは経営上コストとはいえ、会計上は利益と認識・表示せざるを得ない。こうして発生する利益を本研究では経営上必要な利益ということで必要利益とする。一言で言えば再生産コストで、これまでの説明から明らかなようにこれは実質コストである。

ミッションコスト調達に関する前段の説明で、ミッションコストの中にはある程度まとまった資本を要するものがあり、そのためには利益を計上すると述べたが、それがこの利益である。

従って、この利益はミッションコストとして用意されたものなので、ミッション以外には使用されてはならない。この意味で営利組織が獲得する利益、すなわち処分自由で出資者に配当するための利益、いわゆる儲けとは性格が全く異なる利益である（営利組織の利益の中にも当然この将来コストは計上されている）。

ただここで留意しなければならないことは、ミッション遂行だからいくら貯め込んでも良いというのでは、世間一般の理解は得られないだろうという点である。やはり必要最小限という縛りは必要である。そのためには施設の建替えに係るコストに限定されるべきであろう。

つまり非営利組織の利益概念で言う利益とは、将来コストである。

【将来コスト（必要利益）の具体的中身】

これら将来コスト（必要利益）の具体的中身は次の2つである¹⁷。

一つは減価償却費/年と借入金返済額/年とのギャップから生じるキャッシュフロー不足を賄う分である。

一般に施設の建替えにあたっては、全額自己資金あるいは全額借入金で行うということは考えにくく、通常は自己資金に加え、借入金や補助金を併用する。そして借入金の返済期間は、減価償却期間（39年）と同一ということは原則ありえず、現状で言えば20年¹⁸である。この借入金の返済期間が減価償却期間より短いため、減価償却費だけでは毎年の返済額が賄えない。いわゆるギャップ（キャッシュフロー不足）が生じるため、このギャップを賄う利益（以下、ギャップを賄う利益と言う）が必要である。

もう一つは、数十年後に建替える見込み建設費が現行施設の建設費を上回る額を賄う分である。

¹⁷ 松原由美「介護事業者の経営のあり方」『社会保険旬報』No.2439、2010年、松原由美「特養の内部留保に関する一考察」『社会保険旬報』No.2523、2524、2013年

¹⁸ このギャップ問題を緩和する方策として、医療や介護を含む社会福祉分野においては、2011年より独立行政法人福祉医療機構の貸出期間が最長30年に延長されたが、いぜんとして9年分はギャップが存在しており、また民間金融機関がそれに倣うかは疑問である。当然、既存の借入のほとんどは返済期間が20年である。

現実の問題として、建設してから次の建替えまでの長きの間（法定の減価償却期間から推定して 39 年前後）には、生活水準の向上（相部屋から個室、冷暖房装備、1 人当たり占有面積拡大など）、インフレの進行、途中でのリニューアル等が発生するほか、不測の事態への備えなども考えるのが自然なので、次期建設費が現行施設の建設費と同額となることは考えにくい。次期建設費には相当の増額を織り込むのが、経営リスクに備えた経営者の責務である。この建設費増加分を賄う利益（以下 α を賄う利益と言う）が必要である。

以上より、必要利益とは「ギャップを賄う利益」+「 α を賄う利益」である。

【公共料金における将来コストの捉え方】

ところで介護報酬は公共料金的一种であるが、公共料金の決め方も上述の考えがベースにある。参考までに以下に示そう。

原則非営利組織である地方公営企業が営む公益事業（電気、交通、ガス、水道等）で採用されている公共料金は、主に総括原価主義が採られている。総括原価主義とは、一般に認識される原価（運営費用）に実体資本の維持のための原価が加算されたものである。

ここで言う実体資本の維持のための原価とは、事業報酬、資本報酬、適正利潤と称されているものだが、これらはいずれも基本的には本研究で言う必要利益と同義である¹⁹。

地方公営企業法抜本改正の考え方を示した地方公営企業調査会答申「地方公営企業の改善に関する答申」（1965 年）の第一、七（料金）では、「地方公営企業の大部分を占める公益事業にあつては、その料金は、原価主義を原則とする。（中略）料金原価に含まれる範囲は、営業費、支払利息等経営に要する費用及び企業としての実体資本を維持するための適正な資本報酬とすべきである」としている。

関根は『地方公営企業法逐条解説』において、この答申を基に法制化された地方公営企業法第 21 条第 2 項の「適正な原価を基礎とし、地方公営企業の健全な運営を確保することができるものでなければならない」の「健全な運営を確保」の部分が、事業報酬を含むことと解されることを明記している²⁰。

また事業報酬の意義に関する自治省（現総務省）関係者および会計学者の見解について、田中孝男は次のように紹介している。「将来における利息の増大を考えるとその全額を借入金によることは企業の好ましい運営方法とはいえない。建設改良費の一定部分は、企業自身の経営のなかから、内部留保資金として留保し、蓄積して

¹⁹ 例えば関根は事業報酬とは、事業に投下された資本に対する報酬を指すとする（関根則之『改訂地方公営企業法逐条解説（第 9 版）』、1998 年、238 頁、地方財務協会）。

²⁰ 関根則之『改訂地方公営企業法逐条解説（第 9 版）』、1998 年、237-238 頁、地方財務協会

いく必要がある」(自治省関係者)。「物価上昇時には、原価だけを回収する料金水準だと、同じ施設を再度建設することができず、企業の規模を維持するためには少なくとも、物価上昇分の利益(＝事業報酬)が必要となる」(会計学者)²¹。

消費者庁ホームページの公共料金の窓では、「公共料金は商品・サービスの提供に必要な原価をちょうど賄うだけの収入が得られるような水準に決められるのが伝統的な仕組みでした。原価と言っても、経営の効率化努力を前提とした能率的な経営の下における適正な原価が算定の基準とされており、民間企業が経営主体の場合には適正利潤を含むもの」とされている²²。

【介護報酬と再生産コスト】

実体資本を維持するための原価、つまり再生産コスト(将来コスト)が公共料金に含まれている。介護報酬も公共料金の一つなので、この再生産コストが含まれていると概念される。

2006年に当時の厚生労働省社会・援護局長、全国社会福祉施設経営者協議会会長、日本介護経営学会会長などをメンバーとする社会福祉法人経営研究会の報告書である『社会福祉法人経営の現状と課題』²³によれば、「介護保険では、介護報酬あるいはホテルコストの中に再生産コスト分が入っていると“概念”されている(これは介護保険の先輩格である医療保険＝診療報酬も同様である)。」とし、「これからも引き続き高齢化に対応した施設の整備方針を考えると、今後は、制度内に再生産スキームをビルト・インしていかなければならない」と明示し、円滑な施設整備が出来る制度整備の確立が欠かせない点を説いている。

ホテルコストの利用者自己負担化が導入されたとはいえ、特養の対象者が重度の要介護者で低所得者がメインである等、ホテルコスト満額が利用者負担となるケースが少ない実態を考慮しなければなるまい。また、たとえ再生産コストが介護報酬ではなく、ホテルコストとして利用者から100%調達するシステムに変更となったとしても、再生産コストを利益で賄わねばならない点、それが実際に投下される時まで内部留保されるべき点は同じである。

【施設を有しない事業の必要利益】

さて、以上は施設事業の場合であるが、一方、施設を有しない事業の必要利益とはどう算定するのであろうか。

そもそも必要利益は再生産コストだけで良いのであろうか。寄付金や補助金削減

²¹ <http://www1.ocn.ne.jp/~houmu-tt/02-050102.htm>

²² <http://www.caa.go.jp/information/koukyou/towa/to04.html>

²³ 社会福祉法人経営研究会『社会福祉法人経営の現状と課題』全国社会福祉協議会、93-100頁、2006年

への備え、人件費上昇分への備えなども含むべき等の意見もあろう。ただ、利益を目的としないと言いながら、あらゆる事態に対応できるだけの利益を確保しては十分利益となり、世の中に十分利益を確保している事業者等はいないと批判を受けよう。また介護事業のように公的資金で賄われている事業においては出来るだけ低廉なコストが求められるのであり、必要利益算出にあたっては必要最小限とする考えが要請される。その意味で、施設事業における必要利益は上記再生産コストを賄う利益というのは、合理的と考えられる。

一方、非施設事業の場合、施設に関わる必要利益（再生産コスト）は要しないが、事業リスクは存在するので、それには備えなければならない²⁴。事業リスクについて客観的・合理的な算定基準を見出すのは現状では容易ではないが、わが国同様、介護保険制度を導入しているドイツでは、介護報酬について事業者と交渉にあたる保険者側は、後述のように収益（売上）に対する利益率 2%程度を在宅介護事業の利益率の目安としていた。

なお、先に公益法人認定基準において利益は認められないことを述べたが、将来起こりうる事業費用に対し、特定費用準備資金²⁵という積立金を費用扱いで計上できる措置が講じられている。

【非営利組織の上げる必要利益以外の利益】

非営利組織の利益とは必要利益で、それは会計処理上、利益と表示せざるを得ないものの、実質はコストであることを説明したが、実はこのほかに本来の意味での利益、つまり「儲け」が 2 つある。

一つは、意図しない利益とも言うべき利益である。これは介護報酬決定の技術上の問題からやむなく生じる利益である。

介護報酬は 3 年に 1 度実施される介護経営実態調査に基づいて決定される。その際採用されるコストは上記実態調査で得た平均値である。このため平均値に対して平均以下のコストの事業者と、平均以上のコストの事業者が発生してしまう。前者には当然に差額としての利益が生じる。これが意図せざる利益である。

²⁴ 事業リスク分を非施設事業で必要利益としてとりあげるのであれば、施設事業においても事業リスク分を必要利益に含めることが妥当ではあるが、既に再生産コストで一定の利益を必要利益としているため、不測の事態が生じた時にはそれを転用すべきと考え、ここでは介護事業の特質より必要最小限の利益に留めることに重きをおいて、施設事業の必要利益は再生産コストを賄う分のみとした。

²⁵ 特定費用準備資金とは、将来の特定の活動の実施のために特別に支出する費用（引当金の引当対象となるものを除く。）に係る支出に充てるために保有する資産。条件は、①活動の見込みがあること、②区分管理されていること、③取崩しできないこと又は目的外取崩しについて特別の手続きが定められていること、④積立限度額が合理的に算定されていること、⑤積立限度額及びその算定根拠等について備置き及び閲覧等の措置が講じられていること（出所：公益法人協会『公益法人関連用語集』）。

以下の特質・制約がある。この特質・制約がすなわち非営利組織の利益概念である。

①実質はコスト

事業の安定継続のために将来必要とされる事業費用で、実質コストである

②内部蓄積を要す

将来の支出時まで内部留保されるべき

③用途制限がある

使用目的は専ら事業費用（ミッションコスト）に限定される

④計上額には許容範囲が存在する

必要利益に何を含めるかは議論の余地のあるところだが、必要だからと言って何でも含めては十分利益になってしまうため、必要最小限に限定すべき

営利組織の利益をこれに対比して示せば、営利組織の利益は文字通り儲けであり、配当など組織外流出は自由で、用途制限もない。計上する金額も最大化が許されている。最も留意しなければならないことは、非営利組織の利益と営利組織の利益を同一視して論じるのは適切ではないということである。

3. 介護事業が非営利組織で運営される理由

既述の通り非営利組織が存在する意義や存在分野は経済学で説明されているが、これを少し実務的な言い方、つまり経営の視点に降ろして言い換えてみよう。なお、本節でいう利益は本来的な利益、つまり儲けを指す。

非営利組織は利益を上げない組織と整理した。利益を上げない組織が存在しうる、あるいは歓迎される分野とは、当該事業が利益を上げる対象としては好ましくない分野で、かつ利益を上げなくても事業を安定的に継続できる事業環境にあるところとなる。

利益を上げるのが好ましくない分野とは、公益性、社会性の強い事業で、かつその事業資金が広く一般国民から強制徴収されて賄われている事業、一方、利益を上げなくても事業の存続が可能な分野とは、社会連帯の考えが根底にあり、競争よりも連携、協調が尊ばれ、また事業資金の大半が公的資金で賄われて需要が顕在化しやすい分野となる。

公的資金導入については制度設計の問題であるが、これは公益性、社会性と強くリンクし、それ故に国民にそうした制度導入が受け入れられると考えられるので、両分野は一体的と捉えられる。なお、James や Rose-Ackerman が指摘するように、非営利組織が繁栄しているところは、政府が財政責任をある程度受入れ、しかも非営利組織へ生産を委託することを政府が選択した分野においてである²⁶。この理由と

²⁶ James, E. and Rose-Ackerman, S. 著、田中敬文訳『非営利団体の経済分析—学校、病院、美術館、フィランソロピー—』多賀出版、30頁、1993年

して、非営利という地位が政府を安心させ、監視の代わりとなる点（監視するとなれば更に費用がかかるため）、公的資金が利益として非営利組織より配当されない点がない点が挙げられている²⁷。

非営利組織が存在しうる分野のもう一つの条件として、相対的に合理化・効率化余地が乏しいことが挙げられる。効率化を得意とする営利組織の参入を得ても、その効果をあまり期待できない分野である。

介護事業が非営利組織で運営される適否の判断基準は、非営利組織のこうした本質を発揮することが介護事業の特質と合致しているか否かと考えられる。

ここで介護事業の特質を列挙すれば以下の通りである。

- ① 社会性または公益性が高い
 - ・ 要介護もしくは要支援かつ主に高齢者を対象としている
 - ・ 支払能力ではなく、必要に応じて供給されねばならない
 - ② 事業費が公的資金（税や社会保険料）で賄われている
 - ・ 社会的連帯の考えで運営されている
 - ・ 公定価格が採用されている
 - ③ 効率化余地が一般産業と比べ相対的に乏しい
- これら①～③について以下に簡単に述べたい。

【社会性または公益性が高いことについて】

介護事業は主として要介護かつ高齢者を対象としている。彼らの多くは年金生活者で支払能力には限度がある。制度上、事業資金の大半が公的資金で賄われ、社会連帯の考えで運営されている。つまり、サービスを受けない者でも強制的に資金抛出の義務を負い、サービスを必要とする者に支払能力がなくても必要に応じてサービスが受けられる体制が敷かれている。

このような事業にあっては、サービス提供価格は極力低廉であることが求められる。つまり、儲けを出す事業には適さない。

【事業費が公的資金で賄われていることについて】

介護事業は事業資金の大半が公的資金で支えられ、需要が安定的に確保されやすいほか、他産業のような市場経済的システムとは一線を画す社会連帯の経営環境にあるので、事業継続の不安は他産業と比べれば少ないと言える。こうした事業では利用者の争奪戦は必ずしも利用者にとってメリットとはならない。むしろ連携、協調がメリットをもたらす。競争によってライバル業者のシェアを奪うような経営スタイルは適切とは言い難い。

²⁷ 同上 32頁

【効率化余地が一般産業と比べ相対的に乏しいことについて】

非営利組織は利潤動機が働かないため、経営的には営利組織に比べ合理化・効率化の点で劣るのは否めない。技術開発や各種経営手法の開発等による合理化・効率化余地が大きいと思われる領域では、やはり市場経済システム下における営利組織による運営が効用最大化の点で勝るのは否定し難いと思われる。

しかし、介護事業は労働集約産業でそもそも人件費比率（対売上高）が極めて高い。かつ規制産業であり、営利組織が得意とする技術開発等によるコストダウン局面は限定的である。例えば上場企業の人件費比率は、全産業平均で9.8%、労働集約度の高いサービス業でも18.8%²⁸であるのに対し、特養では57.5%、訪問介護で76.9%であり²⁹、そもそも効率化余地の総枠が限られている。

同じ労働集約産業でも、一般産業ではより人件費の安い地域に生産拠点を移す等の策が採られるが、介護事業は地域密着産業でありこうした適地立地が出来ない。人員基準も満たす必要がある。

確かに介護事業でも物品の一括購入や外注化、ベッドコントロールをはじめ、大規模化、連携、巡回ルート最適化、ICT化など、効率化手段は多々あるが、他産業のような多様でダイナミックな効率化は非常に難しい。しかもこれら効率化策が一巡すれば、すぐにその効果は頭打ちとなる。これに対して一般産業では効率化策が尽きないと言っても過言ではない。

そもそも同じ労働集約産業といっても、介護事業は人が人に対する対人サービスであることを忘れてはならない。

以上は個別企業の経営改善余地の話ではなく、マクロで見た産業の経営効率化余地の話である。もちろん介護事業において現状の経営は改善されねばならず、そのために効率化努力が要請されるのは言うまでもない。

これらが、わが国において介護事業が非営利組織で運営するのを合理的とする理由である。

もちろんこれらによって介護事業における営利組織の存在を否定するものではない。

²⁸ 『日経経営指標 2011』日本経済新聞出版社

²⁹ 厚生労働省『介護事業経営実態調査』平成23年調査

4. 介護事業における経営のあり方

介護事業には非営利組織、営利組織の両者が併存するため、以下それぞれに経営のあり方を論じる。

(1) 介護事業における非営利組織の経営のあり方

【非営利組織の経営環境】

非営利組織の経営のあり方を考察するに際しては、非営利組織の経営環境を確認しなくてはならない。それには2つの事項を押さえる必要がある。

一つは、当然のことだが介護事業が非営利組織による運営に適しているか否かである。これについては既述の通り非営利組織が運営するのが適切とする環境にある。

もう一つの経営環境は、介護事業が市場経済システムを前提にして運営されているか否かである。これによって非営利組織の経営のあり方は著しく異なる。

例えばアメリカの医療事業では営利と非営利組織が共存しているが、市場経済システムを基盤に運営されている。こうした経営環境における非営利組織（非営利病院）では、非課税恩典等を得るための組織要件整備や一部の活動に非営利的要素は見られるものの³⁰、その経営スタイルは営利組織とほぼ同じとなる（注）。

（注）

こうしたアメリカの医療制度は優れた医療技術水準にあるが、医療費や国民の医療ニーズをどの程度満たしているか等について高い評価が得られてはいないと思われる。

これに対してわが国の介護事業は、公的資金による事業費調達、公定価格、各種規制の存在（社会福祉法人は公の支配に属する等）、介護保険事業計画等々、計画経済的色合いが濃い制度の下で実施されている。これは明らかに一般産業のような市場経済的システムを基調とした事業環境とは言い難い。むしろ社会連帯的（計画経済的）システムである。

【全体的観点から捉えた非営利組織の経営のあり方】

以上2つの経営環境を踏まえて、まず全体的な観点から捉えた経営のあり方を考察する。

一つは営利組織と類似した経営をしてはならないということである。

既述のような経営環境で営利組織と同一の経営をしたのでは、非営利組織の存在意義を自ら否定したことになりかねない（もちろん営利の長所で取り入れ可能なも

³⁰ IRS（内国税庁）が定める501(c)3組織に該当すると当該事業が非課税となる。その主な要件は、①配当禁止、②チャリティケアなど公益事業の実施、③資産の分配および過剰な給与支払いの禁止、④解散時の個人への財産分配の禁止、⑤政治活動、政治献金、ロビー活動の禁止。

のは積極的に取り入れねばならない)。従って、むしろ営利組織との違いを鮮明にする経営が非営利組織の経営のあり方と言っても過言ではない。

その最大の違いが必要利益以上の利益を上げない経営であることは言うまでもないが、規模拡大、利益拡大等のためにリスクを取ったり、競争他者のシェアを奪ったり、需要喚起に走る経営は好ましくないと言えよう。

もう一つは、社会連帯の考え（計画経済的要素）の入った経営である点を正面から堂々と認識し、これを前提とした経営である。

このように指摘すると社会主義への道、非効率経済への道と受け取る向きもあるが、むしろ市場経済の健全な発展を守る道と理解することが適切である。

田中滋³¹によれば、社会保障制度の導入当初（19世紀後半）の目的は当時の支配層の支配体制を守ることにあった。これに倣えば、市場経済システムを採用している主要先進国における現在の社会保障制度の目的は、市場経済を守ることにあると言えよう。

【具体的な非営利組織の経営のあり方】

以上の総括的な経営のあり方を念頭に置いて、個々の経営のあり方のいくつかを挙げてみよう。

はじめに経営のあり方の基になる経営理念を明確化させることである。

介護事業における非営利組織の経営理念は、根本的には利益を求めずミッション最大化を目指すことである。これは言い換えれば地域社会への貢献と言えよう。同業者との関係で言えば、競争よりも連携、協調の精神で地域包括ケアシステム構築に資する姿勢が求められる。

介護事業が非営利組織によって運営されるのを合理的とする理由は、非営利組織の持つ本質を発揮することが、介護事業の特質に合致するからだとした。

ということは、介護事業における非営利組織の経営のあり方は、介護事業の特質に合致した経営を行うことが、すなわちそのまま非営利組織の経営のあり方ということになる。

その第一は、必要利益以上の利益を上げない経営である。

これは非営利組織経営の大前提であると共に、営利組織との経営の違いを明確にする上でも必須のあり方と言える。

介護事業は一部例外を除けば、購買力が必ずしも高くない人々を対象に、必要に応じて提供されるサービスで、しかもそれが広く国民一般からの強制拠出の公的資金で賄われている事実に鑑みれば、極力低廉なコストが求められる。換言すれば介護事業は利益追求の対象としては相応しくないということである。こうした事業において利益を上げない経営は適合性を持つ。儲けが出るようであれば速やかに地域

³¹ 田中滋「医療と経済」『現代経済事情』培風館、2011年

社会に還元する経営が要請される。

もちろん必要利益は上げなくてはならない。このため自己の組織に每期どれだけの必要利益が必要か、その金額を把握すると共に、その算出根拠、目的等を内外に開示し、理解を求める経営が望まれる。

必要利益は経営上重要な指標である。それに向かってこれだけの利益を上げなくてはならない、逆にそれ以上の利益が上がりそうであれば、更なる質の向上や地域貢献に使うなど、組織全体で経営のメルクマールとすべき指標と言える。

第二は事業の安定継続を目指した経営である。

要介護もしくは要支援かつ高齢者の生活の支援なので、地域における事業の安定継続を最優先とする経営が欠かせない。急なサービスの停止は生活の維持そのものに支障をきたす。利益が上がらないからと言って安易に撤退するようなことは勿論のこと、経営が破綻して事業を停止するなどは避けなくてはならない。このためには長期に亘る安定した経営に努めなくてはならない。

第三は経営の近代化である。

これは介護事業者の多くが中小企業規模のため、介護事業者全般に必要なことだが、特に施設事業で大きなウェイトを占める社会福祉法人に強く求められる。

後述することだが、非営利組織は一般に経営環境が甘く、そこに安住しやすいため、経営の近代化が遅れがちとなる。だが広く国民一般を対象とし、そこに投入される資金も巨額となり、しかもその大半が公的資金で賄われていることに鑑みれば、国民が介護施設事業者に強い関心を抱くのは必然である。社会福祉法人経営者がまずこの事実を認識し、国民の理解を得る努力が欠かせない。

このためには経営の近代化は避けて通れない。近代化の具体策にも種々あるが、特に重要な2点を指摘したい。

一つは経営情報を広く国民に開示し、経営の透明化を図ることである。

公的資金で事業資金の大半が賄われている以上、財務諸表の公開は最低限の義務と言える。

経営情報の開示でもう一つ重要なことは、必要利益に関する情報を明らかにし、非営利組織が上げる利益について理解を得ることである。必要利益は将来の事業費の毎期の積立額であるので、必要利益の目的たる将来の事業計画、算出根拠を明らかにすれば、非営利組織が上げる利益について一層透明となり、国民の理解を深められよう。

二つめの近代化はガバナンスである。ガバナンスは経営近代化の核と認識する必要がある。

社会福祉法人における経営体制は、率直に言って閉鎖社会の世襲経営で、実質理事長個人のオーナー経営と言われても仕方がない。今後、社会福祉法人の大規模化等が進めば、現行のガバナンスについて一層の議論を呼ぶことと思われる。

こうした中で、とりわけ注力すべきは人材の育成・登用である。

第四は制度外サービスに積極的に取り組む経営である。

これは本業（現在提供している制度内サービス）遂行過程で見出されるであろう様々なニーズや制度の隙間にあるサービスに対して、一つひとつ進取かつ丁寧に取り組み、それを提供することである。これらサービスはニッチで地道なものだが、地域社会でまさに気持ちの通った対応と評価されよう。こうした活動の積み上げは、先に指摘した情報開示や次に述べる地域社会との対話と共に、「地域活動3点セット」として地域に根差した活動と言えよう。それが地域の信頼を得ることに繋がり、地域での主導的役割の発揮に貢献すると思われる。

例えば、生活保護世帯の子どもへ教育支援をするための場所や人材の提供、災害時要援護者に対する見守りチームの組成、介護や福祉関連の相談支援体制の構築など、どれも大きな資金負担を要せずに自前の施設や人材の活用によって、地域の制度外ニーズへ取り組むことが可能である。当然、必要利益という概念やその額を理解していれば、それ以外の利益については積極的に資本投下すべきである。

第五は第三者の助言、要望、評価（チェック）を積極的に受ける経営である。

介護事業は公益性、社会性が強く、その意味で介護事業者は社会の公器である。どういう場を設けるかは規模や事業内容等によるが、例えば、評議員会やこれに類する地域社会の人々から成る組織等（利用者家族との定例会等）を設置し、定期的に助言・評価・要望を受ける経営である。

第六は適正なコストによる経営である。

非営利組織においては利益を求めず競争より協調を旨とする経営を行うため、厳しいコスト削減圧力は少ないはずだが、現実には人件費が圧縮され人材確保に支障をきたす事態となっている。

例えば、訪問介護では売上に占める人件費比率が8割前後にも上る等、介護事業は労働集約産業であるためコスト削減余地が乏しく、コスト切り詰めとなると安易に人件費に目が向く結果であろう。

しかし、これは大きな間違いである。介護事業は介護職員のサービス如何で成り立っていることを忘れてはならない。介護職員の処遇改善には最大の努力を払うべきである。人件費の適正水準確保は、コスト管理の中で最も重要だとの認識が求められる。

もう一つは特養等の施設事業における施設建設費である。建設費は影響が数十年に亘って固定的に及ぶコストだけに、建設コストには細心の配慮が払われなければならない。

（2）介護事業における営利組織の経営のあり方

介護事業には非営利組織による運営が適していると述べたが、現実には営利組織

も参入している。こうした場合の営利組織の経営のあり方はどう考えるべきであろうか。

はじめに介護事業に営利組織が参入した経緯を確認しておこう。

最も大きな理由は供給力確保である。介護保険制度導入時、最も懸念された事項の一つが、「保険あってサービスなし」であった³²。サービス不足を招いたのでは制度が成り立たなくなるからである。介護保険制度創設直前に提出された高齢者介護・自立支援システム研究会報告書には、「現在大きく立ち遅れている在宅サービスを大幅に拡充し、在宅の高齢者が必要な時に必要なサービスを適切に利用できる体制作りを早急に進めていく必要がある」と記されている³³。

二つめは営利組織の有する経営ノウハウの活用である。経営技法で非営利組織が営利組織に学ぶところは多い。営利組織の参入によって介護事業経営に刺激を与え、効率化やサービスの向上を期待した訳である。

三つめは需要多様化への対応である。介護事業は生活の支援であるので、サービスに差異があっても許されるが、これへの対応を営利組織に期待した。いわゆる保険外サービスへの備えである。

このほか、保険制度導入以前から営利組織は当該事業へ参入していたが、保険制度導入に合わせ経済界からの強い要望もあったことなども指摘される。

これらの参入理由から明らかなように、営利組織に他の一般産業で行われていることと同一の経営スタイル、つまり必要利益以上の利益を求め利益最大化を目指した経営、成長志向、需要掘起し、リスクを取る等の経営を期待した訳ではない。

特に留意すべきは、わが国の介護市場は市場経済システムとは一線を画した社会連帯的要素を色濃くした制度で運営されていることである。こうした状況下で営利組織が参入しているのは上記背景によるものであって、営利組織本来の活動を期待しているとは思えない。

この様に考えれば、介護事業における営利組織の経営は、非営利組織に営利組織の経営スタイルを求めるのではなく、営利組織に非営利組織の経営スタイルを求めることが合理的と思われる³⁴。これが介護事業における営利組織の経営のあり方である。

従って、営利組織が配当を実施するにしても、一定の節度は考慮されるべきであろう。

³² 大森彌 介護保険制度史研究会「介護保険制度史（4）基本構想の検討－1994年－」『社会保険旬報』No.2557、37頁、2014年2月1日

³³ 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの構築を目指して 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい、24頁、1995年

³⁴ 営利組織に倣うべき点是非営利組織も倣うのは言うまでもない

5. 介護事業経営と利益に関する海外の実態調査

これまで、なぜ税や社会保険料を主な財源とする介護事業においては、非営利組織による運営が適しているのか、必要利益以上の利益を上げることは好ましくないのかについて述べてきた。

それではわが国同様、介護保険制度を導入し、営利・非営利組織双方が参入しているドイツ、オランダにおける営利・非営利組織の利益の状況などについて概観しよう。

調査は次に示す日程でヒアリング及び文献調査により実施した。

表2 海外調査日程表とヒアリング先（オランダ・ドイツ）

月日		国	ヒアリング先
11月25日	(月)	オランダ	BTN(在宅ケア・新生児ケアの業界団体) 理事 Jan Verschuren氏
			VWS(保険・福祉・スポーツ省) Patrick Jeruissen氏
11月26日	(火)		コンサルタント(元病院施設協会職員) Fred Bisschop氏
			民間在宅ケア事業所 創業者・経営者 Tera Stuuat氏
11月27日	(水)		CVZ(健康保険委員会) Reinoud.G.P.Doeschot 氏
			コンサルタント(元Nzaオランダ医療サービス庁職員) Henk van Vliet氏
11月28日	(木)	ディアコーニツェス・ヴェルク・ベルリン・ブランデンブルク・シュレージッシェオーバーライジッツ高齢者・介護事業部門:非営利(プロテスタント系)福祉団体 高齢者介護事業部門事務局長 Claudia Ott氏	
11月29日	(金)	ドイツ	社会福祉サービス民間事業者連邦連合会 事務局長 Herbert Mael氏
			AOK北東:大手介護金庫 企業政策司令室 Zander氏、 介護保険担当 Risch氏、Ebelt氏
12月2日	(月)		有料老人ホーム「Nova Vita」 Sylvia Fischer氏
			連邦保健省(ボン) Elke Metz氏、Ralf Döbler氏など

(1) ドイツ

本節の目的は、営利・非営利組織の利益の状況などを概観することにあるが、表面的な情報のみによる判断を避けるため、はじめに介護保険制度の概要について整理したい。

1) 介護保険制度

ドイツではわが国より 5 年早い 1995 年に公的介護保険制度が導入された。

「介護保険は医療保険に従属する」という原則の下で運営されており、公的医療保険に加入している者は公的介護保険に加入し、民間医療保険に加入している者は民間介護保険に加入する。なお、医療保険³⁵については一定所得以下の被用者は強制加入の公的医療保険に加入している（国民の 88%）。これに対し自営業者、公務員、一定所得以上の被用者は公的医療保険への加入義務がなく、民間医療保険に加入している（国民の 12%）³⁶。ドイツの公的医療保険の保険者はわが国でいうところの国保、健康保険組合など、自治体や企業によって運営されており、1997 年より国民は居住地、職業等に関係なく自由に保険者を選択できる。

ドイツの介護保険の重要な特徴として以下の 7 点が挙げられよう。

第一は、介護保険の給付がわが国と比べると少ない点である。

これをドイツでは「部分保険」と呼んでいる。わが国では介護保険給付ですべてが賄われている訳ではないものの、基本的考え方としては、必要なサービスが給付される（べき）と概念されていると考えられるのに対し、ドイツではそもそも介護保険は必要なサービスの極一部しか賄わないという考えに立つ。

参考までに介護保険給付最高限度額/月を示すと次表の通りである。ドイツの要介護度 I がわが国の要介護 3 程度と言われているが、両者の現物給付額を比較すると、ドイツでは 450 ユーロ（在宅介護）³⁷で約 63,450 円³⁸に対し、日本では 267,500 円（在宅介護）³⁹である。

表 3 介護保険給付最高限度額/月

(単位:ユーロ)

	在宅介護		施設介護
	現物給付	現金給付	現物給付
要介護度 I	450	235	1,023
要介護度 II	1,100	440	1,279
要介護度 III	1,550	700	1,550
特に重度の場合	1,918	-	1,918

出所：Bundesministerium für Gesundheit『Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (2013.11)』

³⁵ 2009 年 1 月 1 日より、全住民に対して公的医療保険または民間医療保険への加入が義務づけられた。

³⁶ Bundesministerium für Gesundheit『Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (2013.11)』

³⁷ 要介護度 I の場合

³⁸ 1 ユーロ = 141 円 (2014 年 3 月 20 日現在)。

³⁹ 要介護 3 の場合

第二は、ドイツの介護保険はわが国と違い、もともと重度介護者のみ（日本でいう要介護3レベル以上）を対象としていることである。

なお、要介護度の認定は医師等によるMDK（医療保険メディカルサービス）によって実施され、要介護度の等級は次表の通りである。

表4 要介護度の等級

介護等級	内容
介護等級Ⅰ（中程度）	身体の手入れ、食物の摂取、移動のいずれかにおいて、少なくとも2つの動作について1日最低1回の支援を必要とし、かつ週に数回の家事支援を必要とする者
介護等級Ⅱ（重度）	身体の手入れ、食物の摂取、移動のいずれかにおいて、1日最低3回の支援を異なる時間帯に必要とし、かつ週に数回の家事支援を必要とする者
介護等級Ⅲ（最重度）	身体の手入れ、食物の摂取、移動のいずれかにおいて、毎日昼夜を問わず支援を必要とし、かつ週に数回の家事支援を必要とする者

上記のほか、「特に重度なケース」という区分が別があり、これは、介護等級Ⅲの基準を満たしている者のうち、例えば末期がん患者のように夜間の介護を何度も必要とする等、特に重篤な事例である。この特に重度なケースの認定は制限されており、在宅の場合、地区ごとに要介護者の3%まで、施設の場合、地区ごとに要介護者の5%までとされている（山口高志在独日本大使館作成資料「昏迷するドイツ医療」日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書 平成22年）。

このように、特に重度なケースを「状態」だけではなく、「地区ごとの発生率で制限」する事実からも、給付に対し厳しい制度である様子が伺えよう。

第三は、以下に記すように介護保険制度は保険料収入だけで賄われており、税からの補助は受けていない点である。もともと介護保険の給付が低く、中度以上しか対象としない、特に重度なケースの認定を制限するなど、わが国からみれば非常に厳しい給付内容によると思われる。

公的介護保険の財政収支（2012年）

保険料収入	230.4 億ユーロ
支出	229.4 億ユーロ
収支	1.0 億ユーロ

（注）

なお、保険料率は、保険庁と保健省と疾病金庫の全国組織による委員会にて決定される。保険料率は2013年1月より通常、被保険者の総収入の2.05%（被保険者1.025%、事業主1.025%）である。子を有しない23歳以上の者は2.3%となっている。子供の有無によって差があるのは、子供を扶養・養育している被保険者は、子供がいない被保険者よりも負担が軽減されるべきという考えに基づく（リュルプ報告）。被

保険者の総収入が基準金額（345 ユーロ/月）以下の場合、配偶者・子供の保険料は免除される。自営業者、年金受給者の保険料は全額自己負担で、失業手当受給者分については連邦雇用庁が保険料を全額支払う。

第四は、介護施設利用費がわが国の介護保険施設と比べ高額であることが挙げられる。

わが国では一般的に介護保険施設に入所できれば比較的低廉な価格で済み、有料老人ホームでは高額となるイメージがあるが、ドイツでは介護保険施設、有料老人ホームなどの区分はなく、高齢者施設として一括りであり、高額と認識されていると言う。

第五は、待機者が通常存在しないことである。既述のように施設利用は在宅と比べ割高と受け止められており、よほど重度な要介護にならないと利用されない傾向にあると言う。介護保険利用者のうち、施設利用者は約 3 割、在宅利用者は約 7 割である。

第六はわが国と違って、介護保険制度利用に際し年齢要件はない。

なお、公的介護保険は下記の要件をすべて満たす者に対して給付される。

- i) 公的介護保険の被保険者及びその家族
- ii) 直近 10 年間のうち 5 年以上の加入期間が有る者
- iii) 介護金庫により要介護者の認定を受けた者

第七はわが国と異なり現金給付がある。在宅介護を受ける者の 8 割が現金給付を受給している。給付額は現物給付の半分程度であり、現物給付の比率が年々高まる傾向にある。

2) 介護事業者における営利・非営利の状況

介護事業者における営利・非営利の事業所ベースのシェアをみると（表 5）、在宅介護では営利が 62.9%、非営利が 37.1%、介護施設では営利が 40.5%、非営利が 59.5%である。

わが国では介護保険 3 施設のみを施設扱いとし営利参入を認めていないが、ドイツでは保険者と当該施設が入所施設として契約していれば、非営利も営利も介護ホーム（Pflegeheim）と呼ばれてすべてが施設扱いとなり、入所施設用の報酬ルールが適用される。

表5 ドイツにおける介護事業所ベースでみた営利・非営利シェア

	合計		民間 (Private Träger)		非営利公益団体 (fleigemeinnutzige Träger)		公立 (öffentliche Träger)	
	事業所数	割合(%)	事業所数	割合(%)	事業所数	割合(%)	事業所数	割合(%)
在宅介護 (Pflegedienst)	12,349	100.0	7,772	62.9	4,406	35.7	171	1.4
介護施設 (Pfleheim)	12,354	100.0	4,998	40.5	6,721	54.4	635	5.1

出所：Statistisches Bundesamt 『Pfleigestatistik 2011』

ここで営利・非営利の規模の比較を試みよう。

表6は在宅介護事業者、表7は施設事業者の利用者数別分布表である。これを見ると、在宅、施設ともに非営利の方が規模の大きい事業者が多い傾向にあることが判る。介護事業者はまだまだ小規模事業者が多く、特に民間にはその傾向がみられる。ただし例外的存在ではあるものの、介護事業者に上場企業が存在する。

表6 ドイツの在宅介護事業者における利用者数別営利・非営利別分布

	合計		民間 (Private Träger)		非営利公益団体 (fleigemeinnutzige Träger)		公立 (öffentliche Träger)	
	事業所数	割合(%)	事業所数	割合(%)	事業所数	割合(%)	事業所数	割合(%)
1-10人	1,023	8.3	876	11.3	131	3.0	16	9.4
11-15人	915	7.4	787	10.1	125	2.8	3	1.8
16-20人	1,055	8.5	842	10.8	206	4.7	7	4.1
21-25人	1,066	8.6	810	10.4	238	5.4	18	10.5
26-35人	2,012	16.3	1,448	18.6	540	12.3	24	14.0
36-50人	2,183	17.7	1,342	17.3	805	18.3	36	21.1
51-70人	1,833	14.8	921	11.9	888	20.2	24	14.0
71-100人	1,289	10.4	497	6.4	767	17.4	25	14.6
101-150人	681	5.5	199	2.6	469	10.6	13	7.6
151人以上	292	2.4	50	0.6	237	5.4	5	2.9
合計	12,349	100.0	7,772	100.0	4,406	100.0	171	100.0

出所：Statistisches Bundesamt 『Pfleigestatistik 2011』

表 7 ドイツの施設介護事業者における利用者数別営利・非営利別分布

	合計		民間 (Private Träger)		非営利公益団体 (fleigemeinnützige Träger)		公立 (öffentliche Träger)	
	事業所数	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	事業所数	割合 (%)
1-20人	1,800	14.6	893	17.9	833	12.4	74	11.7
21-40人	2,569	20.8	1,346	26.9	1,127	16.8	96	15.1
41-60人	2,251	18.2	972	19.4	1,179	17.5	100	15.7
61-80人	2,109	17.1	709	14.2	1,283	19.1	117	18.4
81-100人	1,493	12.1	431	8.6	970	14.4	92	14.5
101-200人	2,015	16.3	608	12.2	1,261	18.8	146	23.0
201人以上	117	0.9	39	0.8	68	1.0	10	1.6
合計	12,354	100.0	4,998	100.0	6,721	100.0	635	100.0

出所：Statistisches Bundesamt 『Pflegestatistik 2011』

3) 介護報酬の考え方

【保険者と事業者間の協議で決定される介護報酬】

わが国の場合、介護報酬は公共料金の一つであり公が定めるのに対し、ドイツではわが国と異なり介護報酬は公共料金ではない。保険者と事業者との協議で決定される。

また、既述のように介護保険からの給付が少ないため、(特に施設)事業者が得る報酬(介護保険給付分+利用者負担分)の大半は、利用者の負担による。これはわが国の利用者負担比率が介護報酬全体の1割であり、介護事業者の収益(売上)の大半が公的資金であることと大きな違いと言える。

【在宅の介護報酬の決め方】

在宅の場合、州レベルで保険者代表(多くの場合、わが国でいうところの国保の中でも、地域で加入者数が多い保険者)と事業者団体が交渉し、時間単位ではなく介護行為毎、サービス提供者の資格別に価格が州単位で決められる(表8参照)。例えば専門職員が1回の訪問で身だしなみ(大)(22.97ユーロ)、注射器を用いた経管栄養(15.69ユーロ)、買い物(6.75ユーロ)を行ったとすると、45.41ユーロ/回の報酬となる⁴⁰。

⁴⁰ 仮に要介護度Iの者が45.41ユーロ/回のサービスを毎日利用したとすれば、1362.3ユーロ/月(45.41×30日)かかり、うち450ユーロ/月が介護保険から給付され、差額912.3ユーロが利用者負担分となる。

表 8 在宅サービスの介護報酬表（ヴェルデンベルク州の例）

（単位：ユーロ）

	専門職員	家事的専門職員	アシスタント	兵役のかわりのボランティアサービス
1 身だしなみ(大)	22.97	19.69	15.75	8.12
2 身だしなみ(小)	15.33	13.16	10.53	5.39
3 移動/服の着脱	8.29	7.10	5.68	2.91
4 排泄時の補助	10.19	0.00	0.00	0.00
5 簡単な排泄時の補助	0.00	8.74	6.99	3.60
6 特別な横臥	5.10	4.36	3.49	0.00
7 活性化	5.10	4.36	3.49	0.00
8 単純な栄養摂取の補助	5.10	4.36	3.49	0.00
9 包括的な栄養摂取の補助	5.10	15.31	3.49	0.00
10 注射器や重力、酸素ポンベを用いた経管栄養	15.69	0.00	0.00	0.00
11 住宅の出入りの介助	7.65	0.00	5.26	2.71
12 簡単な食事の準備	11.25	11.03	8.76	4.49
13 宅食/入所施設での昼食	2.44	22.06	2.44	2.44
14 要介護者の住居での(通常温かな)食事の準備	22.50	22.06	17.53	9.01
15 買い物	6.75	6.62	5.26	2.71
16 洗濯、アイロン、掃除	6.75	6.62	5.26	2.71
17 ベッドメイク	4.49	4.40	3.49	1.77
18 暖房	6.75	6.62	5.26	2.71

出所：Deutscher Bundestag 『Unterrichtung』

【施設の介護報酬の決め方】

施設の場合、わが国のように多少の地域による単価の差や加算・減算の差はあっても介護報酬が全国一律であるのと違って、ドイツでは施設「毎」の報酬が保険者代表と施設毎の交渉で決められる⁴¹。

施設報酬は介護費、宿泊費（水道、光熱費、リネンなど）、食費、資本費の4つに分類される。

うち宿泊費、食費の報酬については前年度の実費、介護費はこれら実費のほか、専門職等の人員配置を基に決められる。

本調査研究のメインテーマである資本費については、通常資本費と捉えられている過去の投資分の今期の費用（減価償却費と支払金利）だけでなく、将来の投資分のコスト（建替えコストや修繕費用の一部。先のミッションコスト）も含まれている。この資本費は原則、事業者による自由裁量が許されているが、現実に

⁴¹ ちなみに保険者へのヒアリングによると、日本はドイツのような施設毎の料金設定をするべきではないとのことであった。理由は、所詮似たような内容であり、費用対効果の面で意味が乏しいからとのことである。

は多くの施設では自治体⁴²との協議で資本費を決めている。何故なら多くの施設には低所得の高齢者が入居するため、彼らの資本費等は自治体が負担し、こうした自治体負担の高齢者が一人でも入居する施設の資本費設定には自治体の許可が必要だからである。そのため、多くの施設において先の必要利益以上の利益は容認されていないと言える。また、たとえ自由価格を採っているケースでも、待機者がいない競争状況で、次表に示すように介護費、宿泊費、食費、資本費が事業者や保険者のホームページで公開されていることから、過剰な利益を得ることは難しい。

表 9 介護施設の価格表例（CASA REHA Seniorenpflegeheim Ernestinenhof）

（単位：ユーロ）

	介護費 (日額)	宿泊費 (日額)	食費 (日額)	資本費 (日額)	月額
要介護度0	27.19	15.23	11.73	23.95	2,375.80
要介護度 I	41.53	15.23	11.73	23.95	2,812.02
要介護度 II	58.76	15.23	11.73	23.95	3,336.16
要介護度 III	76.60	15.23	11.73	23.95	3,878.85
特に重度な場合	88.70	15.23	11.73	23.95	4,246.94

出所：CASA REHA Seniorenpflegeheim Ernestinenhof

(<http://www.pflegeheim-ernestinenhof.de/download/>) より作成

公的介護保険で給付されるのは、これら施設報酬のうち介護費のみである。つまり介護報酬にあたる部分は施設事業の場合、介護費のみとなる（在宅事業の場合も当然に介護費のみ）。

つまり、資本費については介護報酬では賄われない。原則、利用者負担で賄われる。補助金が施設建設に対し給付された場合、補助金分を除いた資本費分が利用者に請求される。なお、施設建設費の資金調達には主に銀行借入と自己資金で賄われている。

事業者は上記項目毎の料金に不服の場合、調停機関に持ち込み、再度交渉することができる。それでも不服の場合、最高裁まで争われたことがある。最高裁では事業者側の利益を認めるべきという最終判決が下された（2013年5月）。しかし、具体的にどの程度の利益レベルであるべきかまでは示されなかった。この件

⁴² 自治体は当該地域に居住する低所得者への住居確保の責任があることから、それら低所得者が入居する（可能性のある）介護施設の建設費および投資費用に介入する（投資費用の負担をするのが自治体であるため）。この自治体は介護費等を交渉する保険者と同一とは限らない（多くの場合、別）。

からも、必要最小限の利益しか認められていない実態が伺われる。

わが国の場合、介護報酬の 9 割を公的介護保険が賄うため、介護報酬のアップは保険料や税金アップに繋がるが、ドイツの場合、介護保険は既述のように実際に提供されるサービスの一部分しか賄わないため、介護報酬上昇が直接的な保険料アップには繋がらない。特に施設の場合、宿泊費分、食費分、資本費分は公的保険では賄われないため、保険者の財政と全く関係がない。

それにも関わらず、これら介護の料金に関し裁判沙汰となるほど保険者が厳しい料金交渉をする理由は、被保険者（利用者）に適切な料金のサービスを提供するという保険者の責任からとのことである。

【介護報酬における利益】

介護報酬の考え方については、社会法典 11 編 84 条及び 89 条に「介護報酬は経済的な運営の下で、コストを賄い供給委託を満たすことを可能にする額でなければならない」と明記されている。

既述のようにドイツの介護報酬は介護費だけを賄うため、再生産コストが賄われないが（再生産コストは原則利用者負担で賄われている）、事業リスク分を賄う利益は認められている。どの程度を事業リスク分の利益として認めるかの公式見解はないものの、介護報酬を交渉する保険者代表及び保健省の介護保険担当者へのヒアリングによると、売上に対し利益率 2%程度となることを目安としているとのことである。

このように、ドイツでは介護事業における利益に対し、強い利益抑制の姿勢が貫かれており、営利・非営利組織に関わりなく、利益はいくら出しても良いものではなく、社会的な許容範囲があると認識されていた。

4) 適正コストと将来コストの担保策

適正コストと将来コストの担保策としては、以下が挙げられる。

人件費については、非営利組織の場合、賃金が州毎の労使交渉で決められているため、行きすぎた人件費抑制は行われにくい。営利組織の場合、最低賃金（以上）が適用される（8.5 ユーロ/時）。なお、一般的にドイツでは営利組織よりも非営利組織の介護事業者の方が、人件費が高い傾向にあると言う。

施設事業の場合、介護費、宿泊費、食費、資本費毎の料金表が、後述の介護の質の評価結果と共に、各施設のホームページ及び保険者のホームページにて公開され、誰もが自由に見ることができる。

既述のように介護費、宿泊費、食費については保険者と事業者間で厳しく交渉されることから、必要以上の利益を上げることは難しいと思われ、実際に出ている利益率（対売上高）も 2%程度までである。

一方で、低所得者が一部でも入所している場合（多くのケースで該当）、資本費についても自治体と交渉となるため、必要以上の利益は出し難い。

こうした料金の個別交渉によって、適正コストの維持や必要利益以上の利益抑制が保たれやすい状況にあると考えられる。

なお、低所得者層を一切受け入れない施設の場合、資本費の価格設定は事業者の自由裁量に任されているものの、待機者がいない状況で、利用者は既述の料金表や質の評価結果、アクセスなどを元を選択できるため、利用者からみて施設のレベルと比べ高すぎると評価されれば選ばれない仕組みとなっている。

ドイツにはわが国の介護経営実態調査に相当する調査は存在しないため、介護事業者の（平均）利益率については不明である。

なお、非営利事業者の利益計上は原則禁止である。将来コスト分については、わが国の公益法人同様、特別積立が認められており、これは貸借対照表の自己資本に計上され、将来資本投下が必要な時まで内部留保される。

また、ドイツのほか、後述のオランダや、フランスにおいても非営利事業者の将来コストが、特別積立として費用化することが認められている。

以上が適正コストや将来コストの担保策だが、一方、質の担保策として第三者評価の義務化が挙げられる。全事業者が MDK（保険者が拠出し、要介護認定、質の評価を行う機関）による第三者評価を受け、結果が公表されている。評価費用は 4,000 ユーロ/回で、事業者の負担はなく、介護保険料で負担している（詳細は参考 2 参照）。

(2) オランダ

1) 介護保険制度

高齢者介護・福祉サービスの給付は、基本的に特別医療費保険（AWBZ⁴³）と社会支援法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning : Wmo）によりカバーされている。これがわが国の公的介護保険にあたるが、わが国と違って対象は高齢者のみではなく全住民である。保険者は国である。

従来、AWBZ で賄われていた家事援助など比較的軽度のサービスについては、2007年より施行の社会支援法（Wmo）がカバーしており、市町村により給付内容が異なる。Wmoの財源は公費である。これによって、AWBZは中・重度の介護をカバーすることとなった。

AWBZの支出額や被保険者数の推移は下表の通りである。

表 10 AWBZの支出額と被保険者数の推移

(単位:百万ユーロ)

支出	2008年	2009年	2010年	2011年
看護・介護	12,054.6	12,552.0	13,161.1	13,617.9
障がい者ケア	5,880.0	6,428.9	6,555.7	6,824.7
精神保健	1,541.3	1,594.4	1,679.7	1,719.6
その他のケア	289.8	272.7	270.5	305.2
個別ケア予算補助金	1,622.7	1,918.0	2,157.5	2,243.7
その他の費用	574.9	588.9	611.0	728.8
合計	21,963.3	23,354.9	24,435.5	25,439.9
被保険者数(千人)	16,485.8	16,575.0	16,655.8	16,737.0

出所: CVZ

1992年以來、公的な医療・介護保険制度でカバーするサービスに関して、Dunning委員会(Dunning Committee)によって、以下4つの基準が設けられた。

⁴³ 1年を超える医療、看護、介護は特別医療費保険（AWBZ）によってカバーされる。

- i) 健康の観点から本質的 (essential) であること
- ii) 効果 (effectiveness) が実証されていること
- iii) 費用効果的 (cost-effective) であること
- iv) 患者にとって経済的に利用不可能なほど高価であること

介護給付を受けるには、中央審査機関 (CIZ) で給付の必要性、サービスの種類、量についての審査を受ける必要がある。

特別医療費保険 (AWBZ) の給付が決定されると、利用者は審査により受給が認められた範囲内で、現物給付、現金給付、両者の組合せを自由に行うことができる。

サービスの価格については診療報酬法 (The Healthcare Tariffs Act, Wet Tarieven Gezondheidszorg : WTG) による規制があり、中央診療報酬協議会 (National Health Tariffs Authority, College Tarieven Gezondheidszorg : CTG) において決められた診療報酬点数を上限として、保険者とサービス供給者間で交渉によって決定することができる。いわゆる上限価格規制 (Price Cap Regulation) である。

AWBZ の保険料は、毎年、政府により課税所得の一定割合として設定される。保険料は所得比例で 2011 年の保険料率は 12.15%。事業主負担はなく、課税所得の上限は 32,738 ユーロである⁴⁴。

2) 介護事業者における営利・非営利の状況

オランダではわが国同様、介護保険施設への営利参入は不可である。在宅介護事業者に占める営利事業者の比率は約 3 割であり、圧倒的に非営利事業者が多い。営利事業者はすべて有限会社の小規模事業者であり、わが国やドイツのような上場企業は存在しない。

3) 介護報酬の考え方

既述のように、上限価格及び下限価格を公共料金として国が定める。プライスキャップ制が採られており、事業者と保険者の交渉でこの間で報酬が決まる。有資格者の配置等を基に、事業者毎に報酬が異なる。

ヒアリングによると非営利組織がほぼ上限価格で、営利事業者の場合は上限価格を 100 とした場合、96~97 程度の安さで請け負っていることが多いと言う。営利組織の方が安いのは、有資格者配置が非営利組織よりも手厚くないためである。

介護報酬の中で再生産コストが賄われていると概念されている。

⁴⁴ 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『オランダ医療関連データ集 2011 年版』、2012 年

介護保険施設の運営は非営利組織に限られているので利益計上が許されていないものの、減価償却費では賄い切れない借金返済分や建替えコスト、修繕費、事業リスク分といった本研究でいうところの必要利益が「妥当と思われる将来コストの準備金」として認められている。必要利益が「妥当と思われる将来コストの準備金」として費用化され（減価償却費同様、費用ではあるが社外流出せずに社内留保され）、それが貸借対照表の純資産に積まれ、必要な時まで内部留保される仕組みとなっている。

「妥当と思われる将来コストの準備金」について、上限などの制約はない。公認会計士が認めた範囲であれば良い。

介護事業者は全て、公認会計士の監査を受けねばならず、監査を受けた財務諸表及び事業報告書を国へ提出する義務を負う。

社会連帯の考えによる公的資金で賄われている介護事業においては、利益に限度があるという認識が強く、必要以上の利益が出ているようであれば、保険者により次回報酬は下げられると言う。また、事業者の平均利益が上がれば、報酬は下げられる。

4) 適正コストと将来コストの担保策

介護報酬における適正コストや将来コストについて、ドイツのような法による規定はないものの、やはり社会的連帯の考えで皆の支え合いで成り立つ事業であり、効率的な経営の下、適正コストが賄われ、将来コストが確保できる報酬設定が目指されている。

適正コストと将来コスト担保策には以下が挙げられる。

まず人件費については、労使交渉により同一資格による全国同一労働同一賃金が採られ、制度的に不当に人件費が抑制されることがない。なお同じ資格でも経験年数等によって月給に差が設けられている。

第二に公認会計士による監査を受けた財務諸表の開示が、全介護事業者に義務化されている。

第三に全介護事業者の財務諸表、事業報告書（資格別職員数、利用者数など）、質の評価結果がホームページで閲覧可能である。

第四に介護事業者の大半を占める非営利組織においては、管理者層の報酬総額の公表が義務化されている。さらに、介護施設や病院、学校などの非営利組織の管理者層の給与が高いケースが社会的批判の対象となったことを受け、これら非営利組織管理者層の給与を、首相レベル以下に義務付ける法律（WNT：wet normering topinkomens 高額な給与に対するキャップに関する法律）が施行された（2014年1月1日より）。これによって、利益は出なくとも不当に高額な給与を支払い、実質個人へ配当する道が塞がれている。

第五に、営利組織であっても、公的資金が投入され、社会的連帯によって運営されている介護事業における利益は、なるべくヘルスケア分野に再投資されるべきという考えがある。そのため、介護保険を原資とする利益のうち、「妥当と思われる将来コストの準備金」として認められた部分については、営利事業でも非課税扱いである。これは既述の通り公認会計士が妥当と認める額まで認められる。この「妥当と思われる将来コストの準備金」については、その使途がヘルスケア分野のみに限定される。

このように本研究でいうところの将来コストについて、オランダでは介護報酬に組み込まれ、非営利組織においては費用として認め（非営利事業者の利益はWTZi法によって禁止されている）、営利組織においては利益として出すが非課税対象とし、確実に介護分野に投資される仕組みを採っている。

また、二重三重に第三者のチェックが入る制度となっており、不当なコスト削減や過剰利益獲得が行われにくい体制となっている。

なお施設の建設費については、銀行借入と自己資金で資金調達する。銀行借入に対しては半官組織の保証機関（WFZ）があり、従来は100%を保証していたが、近年はリスク分散及び施設の自律経営のため70%程度が保証の上限である。

質の担保策として、全事業者にIGZ（医療検査官）へQFRCというケアの質に関する成果指標、CQIndexという利用者調査といった第三者評価の結果に関する報告義務がある（詳細は参考2参照）。これらが各事業者のホームページ及び半公的機関であるKiesbeter（キースベター）のホームページにて公表されている。事業者側に負担はなく、介護保険料で評価費用が負担されている。

6. 参考1 世田谷区における介護事業者経営状況

(1) 調査方法

1) 調査対象

2013年7月30日時点で、世田谷区内にある訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護事業者それぞれの全事業者に対し、質問紙調査を行った。

2) 調査方法

郵送による質問紙調査を2014年1月7日から2014年3月25日の期間に実施した。なお、回収率向上を図るため、事務局より未回答先に督促はがきを送付、専属のオペレーターを配置し、未回答先に督促電話をかける、締切を2014年2月10日から2014年3月25日まで延ばす取り組みを行った。

3) 調査票の回収状況

表1に示す通り、回収率は26.6%であった。

表1 回収率

調査対象 (事業所)	回答数 (事業所)	回答率
		(%)
448	119	26.6

表2 各事業別の回収率

訪問介護事業			通所介護事業		
調査対象 (事業所)	回答数 (事業所)	回答率 (%)	調査対象 (事業所)	回答数 (事業所)	回答率 (%)
191	55	28.8	175	45	25.7

認知症対応型共同生活介護			特定施設入居者生活介護		
調査対象 (事業所)	回答数 (事業所)	回答率 (%)	調査対象 (事業所)	回答数 (事業所)	回答率 (%)
25	9	36.0	57	10	17.5

4) 調査結果

介護事業所ベースで、営利・非営利のシェアをみると(表3)、全国では営利のシェアが57.3%であるのに対し、世田谷区は80.1%にものぼり、都市部では営利事業者が多いことが判る。世田谷区は都市部でニーズも多いことから、ニーズの

多いところへは営利事業者が多く進出する様子が伺える。

ただ、認知症対応型共同生活介護のみ、営利事業所シェアが全国レベルより若干低かった（表4）。

表3 営利・非営利法人比率（全事業）

	回答があった事業所		世田谷区※1		(参考)全国※2
	回答数 (事業所)	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	割合 (%)
営利法人	95	79.8	359	80.1	57.3
非営利法人	24	20.2	89	19.9	42.7
合計	119	100.0	448	100.0	100.0

※1 「東京都介護サービス情報公表システム」より作成

※2 厚生労働省（2012）『平成24年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表4 営利・非営利法人比率（事業別）

	訪問介護事業				
	回答があった事業所		世田谷区※1		(参考)全国※2
	回答数 (事業所)	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	割合 (%)
営利法人	48	87.3	166	86.9	62.6
非営利法人	7	12.7	25	13.1	37.4
合計	55	100.0	191	100.0	100.0

	通所介護事業				
	回答があった事業所		世田谷区※1		(参考)全国※2
	回答数 (事業所)	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	割合 (%)
営利法人	33	73.3	125	71.4	53.1
非営利法人	12	26.7	50	28.6	46.9
合計	45	100.0	175	100.0	100.0

	認知症対応型共同生活介護				
	回答があった事業所		世田谷区※1		(参考)全国※2
	回答数 (事業所)	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	割合 (%)
営利法人	4	44.4	12	48.0	52.9
非営利法人	5	55.6	13	52.0	47.1
合計	9	100.0	25	100.0	100.0

	特定施設入居者生活介護				
	回答があった事業所		世田谷区※1		(参考)全国※2
	回答数 (事業所)	割合 (%)	事業所数	割合 (%)	割合 (%)
営利法人	10	100.0	56	98.2	67.4
非営利法人	0	0.0	1	1.8	32.6
合計	10	100.0	57	100.0	100.0

※1 「東京都介護サービス情報公表システム」より作成

※2 厚生労働省（2012）『平成24年介護サービス施設・事業所調査』より作成

次に黒字・赤字比率を見てみると、赤字比率は全体でも事業別に見ても多くが2～3割であるのに対し、認知症対応型共同生活介護のみ赤字比率が6割と高い（なお全国平均では特に認知症対応型共同生活介護事業の赤字比率が高いという傾向はない）。先に示したように、他事業より赤字比率が高い認知症対応型共同生活介護では営利法人の参入が少ない傾向にあった。

表5 黒字・赤字比率（事業別）

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
黒字事業所	31	66.0	23	76.7	3	37.5	4	80.0
赤字事業所	16	34.0	7	23.3	5	62.5	1	20.0
合計	47	100.0	30	100.0	8	100.0	5	100.0

次に介護事業における主要コストである人件費比率をみると、訪問介護事業で営利法人74.3%、非営利法人83.3%など、非営利事業者の方が営利事業者よりも人件費が高い傾向にあることが伺えた（表6）。

表 6 営利・非営利別 人件費比率（事業別）

	訪問介護事業				通所介護事業			
	営利法人		非営利法人		営利法人		非営利法人	
	回答数 (事業所)	平均値 (%)	回答数 (事業所)	平均値 (%)	回答数 (事業所)	平均値 (%)	回答数 (事業所)	平均値 (%)
人件費比率	39	74.3	4	83.3	18	59.0	11	63.6

	認知症対応型共同生活介護				特定施設入居者生活介護			
	営利法人		非営利法人		営利法人		非営利法人	
	回答数 (事業所)	平均値 (%)	回答数 (事業所)	平均値 (%)	回答数 (事業所)	平均値 (%)	回答数 (事業所)	平均値 (%)
人件費比率	3	56.9	5	72.1	3	44.0	0	0.0

7. 参考2 スウェーデン、ドイツ、オランダにおける第三者評価の状況

澤 耕一、山本 健太郎

(1) スウェーデンにおける第三者評価の状況

スウェーデンの介護事業における報酬の考え方、第三者評価の状況等について、以下の日程でヒアリング調査及び文献調査を実施した。本節では、上記調査を通じて行ったスウェーデンにおける第三者評価の状況について概観する。

表7 海外調査日程表とヒアリング先（スウェーデン）

月日		ヒアリング先
11月25日	(月)	ストックホルム市高齢者ケア局 広報部長 Carl Smitterberg氏
		社会庁 Åsa Frostfeldt氏、Kristina Stig氏、Ann-Christin Sultan氏
11月26日	(火)	ナッカ市 Carina Smith氏、Anna-Lena Möllstam氏
		ストックホルム大学 研究者 Marta Szebehely氏
11月27日	(水)	スウェーデン地方自治体連盟(SKL) Greger Bengtsson氏、Helena Henningson氏
		民間介護事業者 Attendo Care 広報部長 Märten Lewander氏
11月28日	(木)	ミカサ住宅会社 広報部長 Maria Ehn Notrica氏

スウェーデンの高齢者ケアについては社会サービス法と保健医療法によって規定され、住民が必要なケアを受けられる権利が付与されている。

県（ランスティング）が医療、市（コミューン）が福祉という役割分担がされており、高齢者介護・福祉サービスにあたっては、社会サービス法に基づき市がすべての責任を負う。医療責任については、医療保健法に基づき県が負う。

国の機能は社会サービス等に関する法律を定め、サービスの目標・目的、枠組み、直接的提供主体を明確化することである。法律は大枠を定めるだけの枠組み法であり、市は地方自治法などの他の法律も考慮しながら、その枠組みの範囲内で自由に運営を行う。

介護事業者の質の評価に関しては各市が独自で行っているものもあるが、スウェーデンの高齢者ケアの情報開示は、社会庁と地方自治体連盟が中心となって展開している。その内容は、①特別な住居⁴⁵及びホームヘルプ（在宅介護）を行う事業者の

⁴⁵ 1992年のエーデル改革により、要介護にかかわらず高齢者を対象とした老人ホーム、グループホーム、ナーシングホーム等の施設は一括りにされ、「特別な住居」と名付けられた。これらの供給者が提供するサービスは全て市が責任を負っている。

ケアの質を評価した高齢者ケアガイド、②市・県レベルでの質の比較を行った高齢者ケアのオープン比較、そして③利用者調査の3点である。

スウェーデンでは介護事業に関する第三者評価が進んでいると言われていたが、その大きな理由の一つとして、国がリーダーシップを取り介護事業の供給量やその質に関し、自治体毎の比較表等を公開している点が挙げられる。

各比較表の内容は次頁表の通り。

1) 高齢者ケアガイド（事業者のケアの質の比較）

高齢者ケアガイドとは特別な住居及びホームヘルプを行う事業者のケアの質を評価するものである。実施主体は社会庁で、2008年から開始されている。評価結果についてはWeb上（社会庁のホームページ）で公表されており、利用者が事業者を選択する際のツールとして使用することが期待されている。

高齢者ケアガイドの情報源は、市・事業者に対するアンケート調査と利用者調査である。評価結果の算出にあたっては、市・事業者に対するアンケート調査の比重が大きい。利用者調査の実施主体は社会庁であるが、アンケート調査自体は民間会社に委託されている。以下の表はナッカ市における特別な住居を比較したものである。

表 8 ナッカ市における特別な住居の比較と利用者調査の結果

①特別な住居の比較

Boenden i kommunen(市における入居者)			
施設名	Båthöjden Plaza	Danvikshem	Gammeluddshemmet
コミュニティ/区	ナッカ市	ナッカ市	ナッカ市
方向/対象	一般ケア、認知症、 ショートステイ	一般ケア、認知症、 ショートステイ	一般ケア、認知症、 ショートステイ
運営形態(事業者名)	民間 (Aleris)	民間 (財団法人Danviks病院)	民間 (Gammeluddshemmet AB)
定員	55	188	32
職員および教育(※1)			
平日の定員一人当たりの介護職員の配置数	0.30	0.26	0.28
平日の定員一人当たりの看護師の配置数	0.05	0.04	0.03
平日の定員一人当たりの作業療法士の配置数	0.05	0.02	0.01
平日の定員一人当たりの理学療法士の配置数	0.01	0.01	0.01
休日の定員一人当たりの介護職員の配置数	0.29	0.23	0.28
休日の定員一人当たりの看護師の配置数	0.02	0.01	0.02
教育を受けた介護職員の割合(平日)	100%	93%	89%
教育を受けた介護職員の割合(休日)	100%	91%	89%
影響力と参加(※2)			
すべての利用者は協議会への出席を招待される	Yes	Yes	Yes
それぞれの利用者はコンタクトパーソンを持っている	Yes	Yes	Yes
すべての利用者は定まった職員を持っている (定まった職員がケア等を行っている)	Yes	Yes	Yes
ケアプラン作成への参加	100%	84%	100%
食べ物と食事(※3)			
すべての食事は推奨された 時間に提供している	Yes	Yes	Yes
活動・運動(※4)			
週二回以上のグループ活動を提供	Yes	Yes	Yes
施設の近くに運動施設がある	Yes	Yes	Yes
すべての利用者が筋力およびバランストレーニングの機器を利用できる	週単位	週単位	週単位
服薬管理(※5)			
薬剤使用歴調査を受けた利用者の割合	100%	100%	100%

出所：Socialstyrelsen, Äldreguiden (2014年3月17日現在)

- (※1) 職員の配置数は9時現在の平均値を表す。また、「教育を受けた介護職員の割合」における「教育」とは、准看護師の教育に相当するものである。ただし、准看護師の業務範囲は日本とスウェーデンでは異なる。
- (※2) 「コンタクトパーソン」とはケアやサービスについて相談できる定まった人を表す。ケアプランの参加に関しては、参加を拒否した人は分母に含まれない。また、6か月以上古いものは分子には含まれない。
- (※3) 朝食 7-8 時半、昼食 11-13 時、夕食 17-18 時半、2 回の間食（9 時半-10 時半及び 14 時-15 時）と必要に応じて夜食が提供されているかに関する指標。
- (※4) 「運動施設」とは別個の建物あるいは部屋を意味しない。
- (※5) 最近 1 年間に服薬リストを調査した割合を表す。

(出所：Socialstyrelsen, Kommun- och enhetsundersökningen, vårdochomsorgomäldre, 2012)

②利用者調査の結果（ナッカ市の平均と全国平均の比較）

Äldres omdömen, trygghetslarm, hemsjukvård & läkemedel (高齢者の評価・セキュリティアラーム・在宅医療および医薬品)

地域	ナッカ市	全国
総合評価		
施設全体の評価	81%	80%
職員配置および研修		
医師との契約	100%	95%
対応および安全性		
対応	60%	57%
安心感	52%	49%
影響力と参加		
時間に対して意見を反映できる可能性	57%	56%
食べ物と食事		
食品の味	79%	75%
医薬品		
10種類以上の薬を服薬している者の割合	19%	20%
避けるべき薬を服薬している者の割合	12%	13%

出所：Socialstyrelsen, Äldreguiden (2014年3月17日現在)

2) 高齢者ケアのオープン比較（市レベルでのケアの質の比較）

高齢者ケアガイドが事業者の質を評価しているのに対し、高齢者ケアのオープン比較（以下、オープン比較）とは、市毎のケアの質を比較するものである。

オープン比較は、社会庁及び地方自治体連盟が協同で実施している。指標の内容は、「終末期のケア」「ホームヘルプ及び特別な住居の高齢者の満足度」「ケアに対する利用者の意見の反映」「職員の対応」「定期的に外出が可能か」「食事は美味しいか」「転倒事故の防止策が取られているか」などがある（表 9-1）。オープン比較の結果は、社会庁のホームページ上で毎年公表されている。

市は、各指標の項目に応じて相対的に評価される。例えば、各指標に関して自分の市が上位 25%にいる場合は緑、下位 25%は赤、中位 50%にいる場合は黄など、色づけが行われる（表 9-2）。

オープン比較の情報源は全部で 14 程度であり、市・事業者に対するアンケート調査、利用者調査、公的統計データ、Quality Register と呼ばれるデータベース（シニアラート、認知症データベース、緩和ケアの登録データベース等）などが用いられている。

表 9-1 高齢者ケアのオープン比較 (2013) 指標一覧

指標		内容
① 転倒、 栄養失調、 褥瘡、 口腔衛生	転倒事故	1,000人あたりの転倒事故 (2010-2012)
	転倒の危険性に対する対応	特別な住居入居者の中で転倒事故の危険性を評価され、最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013) (※1)
	栄養失調の危険性に対する対策	特別な住居入居者の中で栄養失調の危険性を評価され、最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)
	褥瘡の危険性に対する対策	特別な住居入居者の中で褥瘡の危険性を評価され、最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)
	口腔衛生の低下に対する対策	特別な住居入居者の中で栄養失調の危険性を評価され、低下した口腔衛生に対して最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)
② リハビリ	退院後のリハビリ	脳溢血の発症から12ヶ月後に、リハビリの必要性が十分満たされている者の割合 (2010-2012)
	脳溢血における機能	脳溢血の発症から12ヶ月後に、手助けが必要でない者の割合 (2010-2012)
③ 不精神的 健康	3つ以上の向精神薬を処方されている高齢者	3種類以上の向精神薬を同時に摂取している者の割合 (2012)
④ ケアと緩和ケア	死亡1週間前に痛み評価が行われた割合	死亡者の中で死亡1週間前に痛み評価が行われた者の割合 (2012-2013)
	終末期会話	死亡者の中で、死の前に現状についての会話の機会を与えられた者の割合 (2012-2013)
	死亡後の会話	本人の死亡後、親族が会話の機会を与えられた者の割合 (2012-2013)
	opioidの処方	終末期において注射でのopioidの処方を与えられた者の割合 (2012-2013)
⑤ 医薬品	10あるいはそれ以上の医薬品	同時に10種類以上の医薬品を与えられた者の割合 (2012)
	避けるべき医薬品	4つの避けるべき医薬品のうち、最低一つでも与えられた者の割合 (2012)
	向精神薬の使用	向精神薬を処方されている者の割合 (2012)

⑥ 安心感	ホームヘルプにおける安心感	ホームヘルプを利用して安心して家に住めると思っている者の割合 (2013)
	特別な住居における安心感	安心して特別な住居に住めると思っている者の割合 (2013)
⑦ 住環境	特別な住居の共有部分が快適	特別な住居の共有部分が快適であると思っている者の割合 (2013)
	特別な住居において快適な外環境	特別な住居の周りの外環境が快適であると思っている者の割合 (2013)
⑧ 食事環境と	特別な住居における食事	特別な住居において料理が非常に美味しい、あるいはかなり美味しいと思っている者の割合 (2013)
	特別な住居の食事時における環境	食事時はいつも、あるいはほぼいつも楽しいと思っている者の割合 (2013)
⑨ 交屋外活動滞在	外に出る可能性、特別な住居	特別な住居において外に出る可能性は大きい、あるいはかなり大きいと思っている者の割合 (2013)
	交流活動、特別な住居	特別な住居で入居者の交流活動について非常に、あるいはかなり満足している者の割合 (2013)
⑩ 十分な時間	十分な時間、ホームヘルプ	ヘルパーが常に、あるいはほぼ常に十分な時間的余裕を持って仕事をしていると思っている者の割合 (2013)
	十分な時間、特別な住居	職員が常に、あるいはほぼ常に十分な時間的余裕を持って仕事をしていると思っている者の割合 (2013)
⑪ 影響と参加	時間を選べる可能性、ホームヘルプ	常に、あるいはほぼ常に援助を受けたい時間を選べると思っている者の割合 (2013)
	時間を選べる可能性、特別な住居	常に、あるいはほぼ常に援助を受けたい時間を選べると思っている者の割合 (2013)
	意見、希望の考量、ホームヘルプ	職員が常に、あるいはほぼ常に利用者の意見、希望を考量している者の割合 (2013)
	意見、希望の考量、特別な住居	職員が常に、あるいはほぼ常に利用者の意見、希望を考量している者の割合 (2013)
	意見あるいは不服を述べる可能性、ホームヘルプ	ホームヘルプに関して意見あるいは不服があれば誰/どこに相談できるか知っている者の割合 (2013)

⑫ 対応	対応、ホームヘルプ	職員は常に上手く対応していると思っている者の割合 (2013)
	対応、特別な住居	職員は常に上手く対応していると思っている者の割合 (2013)
⑬ ケア一般に対する高齢者の評価	ホームヘルプ全体	全体的にホームヘルプに非常にあるいはかなり満足している者の割合 (2013)
	特別な住居全体	全体的に特別な住居に非常に、あるいはかなり満足している者の割合 (2013)
⑭ 必要性判断と計画	特別な住居の待機期間	申請から入居までの平均待機日数 (2013)
	継続性、ホームヘルプ	14日間でヘルプを行った平均ヘルパー人数 (2013)
	ホームページにおける市の広報	市の高齢者ケア広報ページの情報係数 (最高値に対する割合) (2013春)

(※1) 割合に関する指標は原則 65 歳以上の高齢者を指す。ただし転倒事故及び医薬品に関しては 80 歳以上の高齢者。

出所：Socialstyrelsen, Öppna Jämförelser - Vård och omsorg om äldre 2013

表 9-2 高齢者ケアのオープン比較 (2013) 比較結果画面の一例

領域		1. 転倒、栄養失調、褥瘡および口腔衛生								2. リハビリテーション				
指標	転倒事故		転倒の危険性に対する対応		栄養失調の危険性に対する対策		褥瘡の危険性に対する対策		口腔衛生の低下に対する対策		退院後のリハビリ		脳溢血における機能	
指標の説明	1,000人あたりの転倒事故 (2010-2012)		特別な住居入居者の中で転倒事故の危険性を評価され、最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)		特別な住居入居者の中で栄養失調の危険性を評価され、最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)		特別な住居入居者の中で褥瘡の危険性を評価され、最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)		特別な住居入居者の中で栄養失調の危険性を評価され、低下した口腔衛生に対して最低一つの対応がされた者の割合 (2012-2013)		脳溢血の発症から12ヶ月後に、リハビリの必要性が十分満たされている者の割合 (2010-2012平均)		脳溢血の発症から12ヶ月後に、手助けが必要でない者の割合 (2010-2012平均)	
市	数	前年比較	%	前年比較	%	前年比較	%	前年比較	%	前年比較	%	前年比較	%	前年比較
最小-最大	33-80		0-100		0-100		3-100		2-98		33-90		40-80	
国	61	↓	66	↑	65	↑	64	↑	48	-	56	↑	63	↓
Stockholm														
Botkyrka	63	↓	30		28		32				49	↓	62	↓
Danderyd	56	↑	80	↑	68	↑	56	↑	-		49	↓	64	↓
Ekerö	49	↑	72		72		85		37	-	56	↓	54	↓
Haninge	65	↓	86	↑	85	↑	88	↑	-		69	↑	64	→
Huddinge	64	→	28		33		32		-		58	↑	64	→
järfälla	59	→	32	↑	33	↑	37	↑	-		64	→	66	↓
Lidingö	69	↓	46		43		45		41	-	60	↑	63	↓
Nacka	59	↓	67	↑	61	↑	57	↑	-		55	↓	64	↓
Norrälta	63	↑	35	↑	35	↑	38	↑	27	-	62	↓	66	↓
Nykvarn	64	↓							-					
Nynäshamn	67	↑	25	↑	27	↑			-		64	↑	74	↑
Salem	51	↓	75	↑	68	↑	64		-				79	↑
Sigtuna	57	↓	3		3		4		-		64	↑	77	↓
Sollentuna	56	↓	54	↑	58	↑	51	↑	-		61	↑	61	↓
Solna	73	↓	78	↑	78	↑	82	↑	-		56	↓	62	↓
Stockholm	78	↓	47	↑	46	↑	45	↑	30	-	51	↑	58	↓
Sundbyberg	80	→	72	↑	71	↑	78	↑	-		52	↓	57	↓
Södertälje	68	↓	33		31		31		-		71	↑	63	↓
Tyresö	58	↑	53	↑	56	↑	64		29	-	58	→	70	↑
täby	58	↓	46	↑	51	↑	50		-		66	↑	69	↓
Upplands Väsby	57	↑	80	↑	75	↑	63	↓	90	-	76	↑	69	↓
Upplands-Bro	59	↓	6		6				-				74	↑
Vallentuna	43	↑	51	↑	56	↑			-		71		63	↓
Vaxholm	79	↓							-				78	
Värmdö	63	↑							-		52	↑	63	↓
Österåker	48	↑	60	↑	57	↑	53	↑	-		67	↑	69	↑
Länet	69			56		62	
Uppsala														
Enköping	53	↓	60	↑	54	↑	57	↑	-		59	↑	68	↑
Heby	63	↓	73	↑	79	↑	92	↑	-		58		64	↑
Häbo	64	↑	67	↑	71	↑	69		-		44	↑	69	↑
Knivsta	51	↑	44	↑	36	↑			40	-			76	
Tierp	59	↓	72	↑	69	↑	75	↑	-		74	↑	70	↓
Uppsala	60	↓	59	↑	59	↑	61	↑	38	-	58	↑	59	↓

出所 : Socialstyrelsen , Öppna Jämförelser - Vård och omsorg om äldre 2013

(2) ドイツにおける第三者評価の状況

ドイツでは介護保険の更なる構造的発展のための法律（Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung）、介護発展法（Pflege-weiterentwicklungsgesetz 2008年7月1日）により、消費者保護の強化と要介護者及びその家族にとっての介護の透明性を改善することを目的に社会法典 11 編が改定された。これにより介護の質の評価結果をインターネット上で公表できる法的根拠が定められた。

評価は公的介護保険者から委託を受けて行われる。MDK で評価（検査）をして報告書を二種類作る。一つは包括的内容で事業者用、もう一つは公表用である。公表用は誰でも見ることができる。

MDK 自体は介護金庫の共同組織であり収支トントンであると言う。

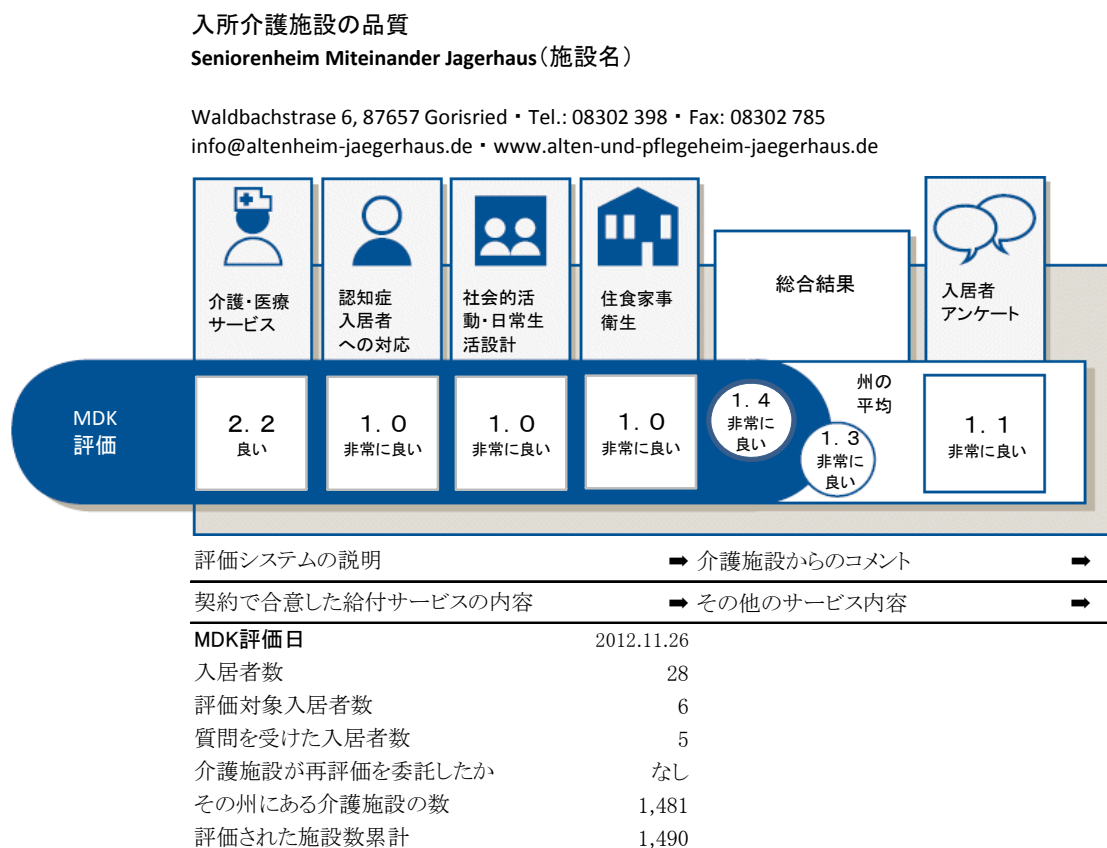
各州に全体で 16 の MDK がある。MDK の職員は 7,000 人。うち 2,100 人は医師、1,900 人は介護士または看護師である。7,000 人のうちドイツ全体で 600 人がこの介護の評価に携わっている。

評価結果は点数化され、かつ州の平均点数、当該施設の点数が横並びで掲載されており、調査事項に関し当該施設が平均以上か否かが、一目で把握できるようになっている。具体的な評価結果の公表内容は図 1 の通りである。なお、当該評価システムでは 5 点満点評価で、1 点が最も良い点数である。

ドイツでもわが国同様、比較的どの事業者も高得点となっている点が問題視されている。とはいうものの、わが国よりは事業者間で差が生じており、点数化や絵の活用によって誰にでもわかりやすい表示方法となっている。


毎年 1 事業者当たり 4,000 ユーロ以上のコストをかけて第三者評価が行われているわけだが、評価方法が事業者に甘い、高齢者はホームページにアクセスしないなど、厳しい批判もある。しかし、例えば地域の雑誌や新聞などで、MDK の公表データを基に地域事業者の質のランキング表が公表され、質に関する関心を呼ぶ、事業者の意識を高めるなど、一定の質担保の役割を果たしていると考えられている。

図1 ドイツの介護の質の評価公表事例



参考までにドイツの介護の質評価項目及びその公表結果事例を図2に示す。

図2 ドイツの介護の質評価項目（詳細）

Seniorenheim Miteinander Jagerhaus Waldbachstrasse 6, 87657 Gorisried		評価機関 MDK
	質に関する項目 1 医療・介護サービス	
Nr.	基準 (該当者数)	点数
01	必要な場合に医師とのアクティブなコミュニケーションがあった事が記録されているか (必要時に医師と連絡を取っているか、その記録があるか)	1.0
02	看護時の処置は医師の指示に従っているか (2)	4.1
03	医師の指示通りの投薬が行われているか (4)	1.0
04	医薬品の扱いが専門的か (4)	1.0
05	圧縮タイツなどが適切にあてられているか (0)	0.0
06	個人の褥瘡のリスクを把握しているか (5)	1.0
07	褥瘡の予防をしているか (2)	1.0
08	褥瘡発生の場所と時点を把握しているか (1)	1.0
09	慢性創傷や褥瘡の記録が適切に付けられているか (現在の状況がどう経過していったか、大きさ・深さ・傷の位置) (1)	5.0
10	慢性創傷や褥瘡への対策は、最新の医学的知識に基づいているか (1)	1.0
11	慢性創傷や褥瘡の治療の評価をしているか、場合によってはその処理を改善しているか (1)	1.0
12	慢性的な痛みを持っている入居者は、処方された薬を得ているか (0)	0.0
13	入居者は適切な栄養を摂取しているか (5)	1.9
14	入居者が自分で食事を取ることに制限がある場合、手伝っているか (2)	1.0
15	施設内で出来る範囲内で栄養援助を行っているか (5)	1.0
16	入居者は適切な水分の摂取が出来ているか (5)	1.9

17	入居者が自分で水分をとれない場合、適切な処置が行われているか (2)	1.0
18	施設内で出来る範囲内で入居者の適切な水分補給を手伝っているか (5)	1.0
19	胃瘻を付けている入居者の味覚を刺激する工夫をしているか (0)	0.0
20	痛みについて適切に観察・管理しているか (0)	0.0
21	その介護ホームは疼痛のある入居者の担当医と密接に協力しているか (0)	0.0
22	失禁する人、膀胱カテーテルを付けている人の把握、リスクの管理ができているか (4)	2.3
23	カテーテル患者に必要な処置をしているか (4)	2.3
24	入居者の転倒リスクを把握しているか (5)	3.4
25	入居者の転倒結果を記録しているか (1)	5.0
26	入居者の転倒予防をしているか (3)	5.0
27	入居者の痙縮リスクを把握しているか (5)	3.4
28	入居者の痙縮予防をしているか (3)	2.9
29	入居者に拘束的措置を取る際、許可を得ているか (2)	1.0
30	拘束が必要かどうか定期的に検討しているか (0)	0.0
31	入居者のニーズ・習慣に合わせて身体介護を行っているか (5)	3.4
32	入居者のニーズ・習慣に合わせて、口腔・歯のケアを行っているか (5)	3.4
33	通常、入居者への介護は同じ介護職員によって行われているか (5)	1.0
34	応急処置のための訓練を、職員に定期的に行っているか	5.0
35	応急措置・行動について書面による指示書があるか	1.0
質に関する項目における評価スコア		2.2

※分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均



質に関する項目 2 認知症との付き合い方

Nr.	基準 (該当者数)	点数
36	認知症の入居者の生い立ちを考慮して一日のスケジュールを作っているか (4)	1.0
37	認知症の入居者の家族や関係者が介護計画に組み入れられているか (0)	0.0
38	認知症の入居者の自己決定が介護計画に考慮されているか (5)	1.0
39	認知症の入居者の調子の良し悪しを介護の日常において調べ、記録し、それを基に改善策を立てているか (5)	1.0
40	(夜でも)利用可能なグループエクササイズやリクリエーションのための場所はあるか	1.0
41	外に出る事が容易な環境か	1.0
42	自分のアイデンティティが分かりやすいものが周囲にあるか (思い出の品が置ける環境作りをしているか)	1.0
43	自分がどこにいるか認識するための工夫がされているか	1.0
44	入居者にふさわしいサービスがあるか。 (例:運動、コミュニケーションのための活動サービスセラピー) (5)	1.0
45	認知症の方のニーズに合った食べ物が提供されているか	1.0
質に関する項目における評価スコア		1.0

※分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均



質に関する項目 3 社会的活動・日常生活設計

Nr.	基準 (該当者数)	点数
46	グループ向けの社会的世話があるか	1.0
47	個人向けの社会的世話があるか	1.0
48	季節の祭りがあるか	1.0

49	地域とコンタクトを取り、交流を深める活動があるか	1.0
50	家族とのコンタクトをサポートする対策があるか	1.0
51	入居者ニーズに合った社会的な介護があるか、コミュニケーションを取っているか	1.0
52	入居者が介護施設に慣れるための支援はあるか	1.0
53	施設に慣れたか否かを体系的に評価しているか	1.0
54	理念に基づいた看取りが行われているか	1.0
55	苦情管理システムがあるか	1.0
質に関する項目における評価スコア		1.0

※分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均

Seniorenheim Miteinander Jagerhaus
Waldbachstrase 6, 87657 Gorisried

評価機関 MDK



質に関する項目 4 住食家事(住環境)の衛生

Nr.	基準 (該当者数)	点数
56	入居者が自分の家具や思い出の品を使って部屋を飾る事が可能か 置く場所を決定できるか	1.0
57	共同空間のインテリアの形成に入居者が参加できるか	1.0
58	全体的印象が清潔で衛生的であるか(視覚による清潔感、整理整頓されているか、臭気の有無)	1.0
59	入居者は食事時間を自由に選ぶことができるか (時間の余裕を持たせているか、フレックスか)	1.0
60	(例:糖尿病のための)ダイエット食があるか	1.0
61	食事と飲み物が入居者の能力に基づいた与えられ方をしているか (細かく切る等)	1.0
62	読みやすい形で献立が知らされているか	1.0
63	入居者の希望に応じた食事量か	1.0
64	食事をする場所は快適でリラックスできる空間か	1.0
質に関する項目における評価スコア		1.0

※分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均



質に関する項目 5 利用者調査

Nr.	基準 (該当者数)	点数
65	介護や世話を受けるタイミングに関し、本人と相談の上決められているか (4)	1.2
66	ドアを開けておくか否かを自分で決断できるか (2)	1.0
67	職員から自分の身体を洗うよう働きかけているか (2)	1.0
68	身体を洗っている時に介護職員以外から見られないよう、職員からの配慮があるか (2)	1.0
69	苦情を言った時に改善されたか (0)	0.0
70	掃除は期待通りか (5)	1.0
71	ランチは複数メニューがあるか (2)	4.1
72	職員は礼儀正しく親切か (5)	1.3
73	介護職員は、介護に十分な時間を取ってくれているか (5)	1.1
74	施設の職員は、どの服を着るか聞いてくれるか (2)	1.0
75	食事は原則的に美味しいか (5)	1.6
76	食事の時間に満足しているか (3)	1.0
77	上乘せ料金がなく、十分にいつでも飲み物がもらえるか (5)	1.0
78	社会的、文化的な活動プログラムは自分の興味に合っているか (2)	1.0
79	様々な活動に参加する事は可能か (2)	1.0
80	外に出て時を過ごすことは可能か (3)	1.0
81	訪問者をいつでも受け入れられるか (4)	1.0
82	頼んだ洗濯物は問題なく返ってくるか (3)	1.0
★ 質に関する項目における評価スコア		1.1

※分野ごとの点数は個々の基準の評価点の平均

(3) オランダにおける第三者評価の状況

オランダには IGZ というオランダ医療検査官（組織）があり、公的機関である。「介護サービス提供組織の品質に関する法律」（KWZ）により、長期療養・介護サービスを提供する事業者は、「ケアの質」と「利用者の経験」に関する指標等を含む各種データを IGZ へ提出することが義務化されている。

これら提出データのうち、「ケアの質」に関する成果指標を QFRC（The Quality Framework for Responsible Care）と言い、これはサービス提供者が責任あるケアを提供できているかどうかを測定する指標である。「利用者の経験」に関する成果指標を CQIndex（Consumer Quality Index）と言い、ケアに関する利用者の経験を測定、分析、報告するための標準化された指標である。

なお、ケアの質に関する成果指標である QFRC の内容は「看護師は常駐しているか」「医師は常駐しているか」「褥瘡に苦しんでいる利用者はいるか」「今までに転倒した利用者はいるか」「利用者の薬の投与を間違ったことがあるか」「利用者は不安や幻覚のため鎮静剤や薬を使用することがあるか」「利用者がうつ病の症状を示すことがよくあるか」「拘束具をつけられているため、自由に動くことができない利用者はいるか」等が挙げられる。利用者の経験に関する成果指標である CQ Index については、次頁の図 3 を参照されたい。

QFRC については年 1 回、CQIndex については 2 年に 1 回、IGZ へ報告することが介護保険適用事業者の義務である。

QFRC、CQIndex の主な目的は、①患者や利用者の選択を支援する、②医療保険の購入決定を支援する、③IGZ に監査のための情報を与える、④サービス提供者にサービスの質の改善のための情報を与えることである。

実際に各サービス事業者は、理事会や利用者の会などにおいて、こうした指標の結果を基に、どのように質の確保に向けた施策や改善策を取るか、話しあうと言う。

この結果を、現在は CVZ というオランダの保健省の一組織が、Kiesbeter という WEB で公開している。この質の評価公開を WEB 上で行うための人員は約 5 名とのことである。

Kiesbeter で公表されているデータの実例を翻訳したものは図 3 の通りである。ドイツ同様、介護の質の評価については批判が少なくないものの、密室となりがちな高齢者ケアにおいて、公的資金が使用されているのであり、重要な制度といえよう。

図3 オランダの第三者評価公表内容事例

一般的な質の情報	
	凡例 平均よりもはるかに悪い ★☆☆☆☆ 平均よりも悪い ★★☆☆☆ 平均 ★★★☆☆ 平均よりも良い ★★★★☆☆ 平均よりもはるかに良い ★★★★★ 不明 ☆☆☆☆☆
利用者の経験	
身体的幸福と健康	
利用者の身体に対する介護がどの程度なされているか？	★★★★☆
食事はおいしいか？	★★★★☆
住宅と生活状況	
利用者の宿泊施設の清潔感はどうか？	★★★★★
建物や人々の雰囲気はどうか？	★★★★☆
利用者が望む場合のみ、ケアの提供がされているか？	★★★★☆
利用者は自宅にいるかのような安心感を得ているか？	★★★★☆
活動と社会との交流	
利用者のための活動（アクティビティ）が十分に用意されているか？	★★★★☆
利用者が自分らしい生活を送っていくことは可能か？	★★★★☆
精神的な健康	
介護職員は十分な注意をもってケアを提供しており、利用者と良好な関係を築いているか？	★★★★☆
介護者の質	
専門的かつ安全な方法で介護が提供できているか？	★★★★☆
利用者に快適な介護を提供しているか？	★★★★☆
ケア機関の質	
ケアのための適切な手順が取り決められ、マニュアルとして作成されているか？	★★★★☆
利用者は提供されるケアに対して十分な関わりを持つことができるか？	★★★★☆
利用者は十分な情報を与えられているか？	★★★★☆
利用者が必要だと感じたときに介護職員を利用することができるか？	★★★★☆
出典：ZorgvoorKwaliteit	
測定：2011年	
最終更新：2013年11月	

認知症患者の家族の経験

身体的幸福と福祉

利用者の身体に対する介護がどの程度なされているか？	★★★★☆
食事と摂食支援のあり方はどうか？	★★★★☆

住宅と生活状況

利用者の宿泊施設の清潔感はどうか？	★★★★☆
建物および人々の雰囲気はどうか？	★★★★☆
利用者は、自分の持ち物で満たされた居住空間を得ているか？	★★★★★
見守りは適切に行われているか？	★★★★☆

活動と社会との交流

利用者のための活動（アクティビティ）が十分に用意されているか？	★★★☆☆
---------------------------------	-------

精神的な健康

職員は十分な注意をもってケアを提供しており、利用者と良好な関係を築いているか？

介護者の質

専門的かつ安全な方法でケアを提供しているか？	★★★★☆
利用者とその家族が快適なように介護をしているか？	★★★★☆
介護職員は利用者の私物に注意を払っているか？	★★★★☆

ケア機関の質

ケアのための適切な手順が取り決められ、マニュアルとして作成されているか？	★★★★☆
家族は利用者に提供されているケアについて十分な関わりを持つことができるか？	★★★★☆
家族は十分な情報を与えられているか？	★★★★☆
家族はケア機関と容易に連絡を取ることができるか？	★★★★☆
利用者が必要だと感じたときに介護職員を利用することができるか？	★★★★☆

出典：ZorgvoorKwaliteit

測定：2011年

最終更新：2013年11月

一般情報

住所と連絡先

事業者名	Bennema State
住所	Hurdegaryp Rijsstraatweg 165 , 9254 DE
グループ	Zorgpartners Friesland
ウェブサイト	www.bennemastate.nl

【参考資料1】

介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査

単純集計

1. 事業所の概要

表 1 事業開始年

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
2000年以前	2	3.6	5	11.1	0	0.0	2	20.0
2000年以降	53	96.4	40	88.9	9	100.0	8	80.0
合計	55	100.0	45	100.0	9	100.0	10	100.0

表 2 開設主体

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
社会福祉法人(社会 福祉協議会以外)	3	5.5	11	24.4	3	33.3	-	-
医療法人	1	1.8	0	0.0	1	11.1	-	-
社団・財団法人 (一般・公益)	1	1.8	0	0.0	-	-	-	-
消費者生活協同組合 及び連合会	1	1.8	0	0.0	-	-	-	-
営利法人	48	87.3	33	73.3	4	44.4	10	100.0
特定非営利活動法人 (NPO)	1	1.8	1	2.2	1	11.1	-	-
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	55	100.0	45	100.0	9	100.0	10	100.0

表3 法人が運営している施設・事業所（複数回答）

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
介護老人福祉施設	1	1.8	10	22.2	2	22.2	0	0.0
介護老人保健施設	0	0.0	0	0.0	1	11.1	0	0.0
特定施設入居者 生活介護	3	5.5	5	11.1	1	11.1	-	-
認知症対応型 共同生活介護	6	10.9	4	8.9	-	-	1	10.0
短期入所生活介護	3	5.5	9	20.0	2	22.2	0	0.0
短期入所療養介護	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
訪問介護	-	-	21	46.7	3	33.3	2	20.0
通所介護	11	20.0	-	-	3	33.3	1	10.0
居宅介護支援	35	63.6	25	55.6	2	22.2	1	10.0
その他	47	85.5	33	73.3	2	22.2	8	80.0
他に運営している施設・事業所はない	1	1.8	2	4.4	0	0.0	2	20.0
合計	55	100.0	45	100.0	9	100.0	10	100.0

2. 利用者の状況

表4 要介護度別利用者数

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	利用者数 (人)	割合 (%)	利用者数 (人)	割合 (%)	利用者数 (人)	割合 (%)	利用者数 (人)	割合 (%)
要支援1	7.3	13.5	11.9	7.4	0.0	0.0	3.2	4.6
要支援2	6.2	11.4	16.7	10.3	0.0	0.0	3.8	5.4
要介護1	9.2	17.0	34.8	21.5	2.0	10.7	9.8	14.0
要介護2	9.6	17.7	37.8	23.4	4.8	25.5	8.6	12.2
要介護3	7.6	14.0	28.2	17.4	5.6	29.9	6.8	9.7
要介護4	6.5	12.0	21.4	13.2	3.8	20.1	6.8	9.7
要介護5	5.8	10.7	10.9	6.7	2.6	13.7	6.2	8.9
その他	2.0	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	35.6
合計	54.2	100.0	161.6	100.0	18.6	100.0	70.2	100.0

3. 福祉サービス第三者評価・財務諸表・研修について

表5 2010年度から2012年度までにおける福祉サービス第三者評価の受審状況

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
受審している	5	9.1	7	15.6	8	88.9	1	10.0
受審していない	50	90.9	38	84.4	1	11.1	9	90.0
合計	55	100.0	45	100.0	9	100.0	10	100.0

表6 2010年度から2012年度までにおける福祉サービス第三者評価の受審回数

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	平均値 (回)	回答数 (事業所)	平均値 (回)	回答数 (事業所)	平均値 (回)	回答数 (事業所)	平均値 (回)
受審回数	2	2.0	7	3.1	8	2.5	1	1.0

表7 福祉サービス第三者評価の結果の活用方法（複数回答）

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
経営改善策に使用している	0	0.0	3	42.9	0	0.0	1	100.0
職員間で事業所の現状についての認識を共有している	0	0.0	3	42.9	0	0.0	1	100.0
同業の他の事業所の公表結果と比較し、貴事業所の強みや弱みを分析している	0	0.0	3	42.9	0	0.0	0	0.0
利用者への情報提供に用いている	1	20.0	1	14.3	0	0.0	1	100.0
特に活用していない	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	0	0.0	8	100.0	0	0.0
合計	5	100.0	7	100.0	8	100.0	1	100.0

表 8 福祉サービス第三者評価の結果の参考状況

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
多くの人が、参考にしていると思う	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
半数程度の人が、参考にしていると思う	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
少ないが、参考にしている人はいると思う	0	0.0	3	42.9	0	0.0	1	100.0
参考にしている人はいないと思う	3	60.0	3	42.9	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0
無回答	2	40.0	0	0.0	8	100.0	0	0.0
合計	5	100.0	7	100.0	8	100.0	1	100.0

表 9 財務諸表の公表状況

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
公表している	6	46.2	11	50.0	1	33.3	6	100.0
公表していない	7	53.8	11	50.0	2	66.7	0	0.0
合計	13	100.0	22	100.0	3	100.0	6	100.0

表 10 財務諸表の公表方法（複数回答）

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
ホームページ上に掲載	2	33.3	7	63.6	0	0.0	1	16.7
事務所における閲覧	5	83.3	7	63.6	1	100.0	6	100.0
会報に掲載	2	33.3	1	9.1	0	0.0	0	0.0
新聞等への公告	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	16.7
その他	0	0.0	2	18.2	0	0.0	3	50.0
合計	6	100.0	11	100.0	1	100.0	6	100.0

表 11 職員の研修や講習会への参加状況

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	平均値 (回)	回答数 (事業所)	平均値 (回)	回答数 (事業所)	平均値 (回)	回答数 (事業所)	平均値 (回)
参加したことがある	14	100.0	13	59.1	2	66.7	6	100.0
参加したことはない	0	0.0	9	40.9	1	33.3	0	0.0
合計	14	100.0	22	100.0	3	100.0	6	100.0

表 12 職員の研修や講習会への参加人数

	訪問介護事業		通所介護事業		認知症対応型 共同生活介護		特定施設 入居者生活介護	
	回答数 (事業所)	平均値 (人)	回答数 (事業所)	平均値 (人)	回答数 (事業所)	平均値 (人)	回答数 (事業所)	平均値 (人)
参加人数	13	38.2	11	7.5	1	7.0	6	29.2

4. 訪問介護事業

表 13 サービス提供状況

	2013年2月		2013年3月	
	回答数 (事業所)	平均値	回答数 (事業所)	平均値
延べ訪問回数(回)	12	757	12	800
延べ訪問時間数(時間)	12	805	12	848

表 14 同一建物内居住者数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
利用者数	1	20.0

5. 通所介護事業

表 15 1日平均利用者数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
1日平均利用者数	23	19.7

表 16 食費 (昼食代)

	回答数 (事業所)	平均値 (円)
1食当たり金額	34	693

表 17 延べ利用時間数

	2013年2月		2013年3月	
	回答数 (事業所)	平均値 (時間)	回答数 (事業所)	平均値 (時間)
延べ利用時間数	17	2,266	17	2,426

表 18 施設の保有形態

	回答数 (事業所)	割合 (%)
自己所有	5	21.7
賃貸	14	60.9
無償貸与	4	17.4
合計	23	100.0

6. 認知症対応型共同生活介護

表 19 ユニット数

	回答数 (事業所)	平均値 (ユニット)
ユニット数	9	2.0

表 20 定員数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
定員数	9	18.0

表 21 入所者数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
入所者数	9	17.0

表 22 1日平均入所者数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
1日平均入所者数	2	13.5

表 23 施設の保有形態

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
自己所有	0	0.0
賃貸	2	100.0
無償貸与	0	0.0
合計	2	100.0

表 24 建築延べ床面積

	回答数 (事業所)	平均値 (㎡)
建築延べ床面積(㎡)	9	560.1

7. 特定施設入居者生活介護

表 25 指定年

	回答数 (事業所)	割合 (%)
2000年以前	0	0.0
2000年以降	10	100.0
合計	10	100.0

表 26 施設類型

	回答数 (事業所)	割合 (%)
一般型特定施設・介護専用型特定施設	1	16.7
一般型特定施設・混合型特定施設	5	83.3
外部サービス利用型特定施設・介護専用型特定施設	0	0.0
外部サービス利用型特定施設・混合型特定施設	0	0.0
地域密着型特定施設(介護専用型特定施設)	0	0.0
合計	6	100.0

表 27 利用者の入所時の要件

	回答数 (事業所)	割合 (%)
自立	1	10.0
自立・要支援	0	0.0
自立・要支援・要介護	4	40.0
要支援・要介護	5	50.0
要介護	0	0.0
その他	0	0.0
合計	10	100.0

表 28 常時医療措置が必要な人の受け入れ

	回答数 (事業所)	割合 (%)
受け入れている	6	100.0
受け入っていない	0	0.0
合計	6	100.0

表 29 医療措置で対応可能な項目（複数回答）

	回答数 (事業所)	割合 (%)
胃ろうのケア	4	66.7
人工肛門のケア	4	66.7
吸入	4	66.7
インシュリンの注射	3	50.0
喀痰吸引	2	33.3
腎透析のケア	2	33.3
インシュリン以外の注射・点滴	2	33.3
疼痛の緩和	1	16.7
胃ろう以外の経管栄養のケア	1	16.7
その他	1	16.7
合計	6	100.0

表 30 定員数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
定員数	10	71.7

表 31 入所者数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
入所者数	10	58.2

表 32 1日平均入所者数

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
1日平均入所者数	6	65.7

表 33 施設の保有形態

	回答数 (事業所)	平均値 (人)
自己所有	2	33.3
賃貸	4	66.7
無償貸与	0	0.0
合計	6	100.0

表 34 建築年

	回答数 (事業所)	割合 (%)
2000年以前	1	50.0
2000年以降	1	50.0
合計	2	100.0

表 35 当初建築時のベッド数

	回答数 (事業所)	割合 (%)
20～49床	5	55.6
50～99床	2	22.2
100床以上	2	22.2
合計	9	100.0

表 36 建築延べ床面積

	回答数 (事業所)	平均値 (㎡)
建築延べ床面積(㎡)	10	4,917

表 37 営利非営利別 黒字・赤字事業所比率

	訪問介護事業				通所介護事業			
	営利法人		非営利法人		営利法人		非営利法人	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
黒字事業所	27	64.3	4	80.0	14	73.7	9	81.8
赤字事業所	15	35.7	1	20.0	5	26.3	2	18.2
合計	42	100.0	5	100.0	19	100.0	11	100.0

	認知症対応型共同生活介護				特定施設入居者生活介護			
	営利法人		非営利法人		営利法人		非営利法人	
	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)	回答数 (事業所)	割合 (%)
黒字事業所	3	100.0	0	0.0	4	80.0	0	0.0
赤字事業所	0	0.0	5	100.0	1	20.0	0	0.0
合計	3	100.0	5	100.0	5	100.0	0	0.0

表 38 事業別利益率

訪問介護事業						通所介護事業					
営利法人			非営利法人			営利法人			非営利法人		
回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)	回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)	回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)	回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)
4	4.7	6.9	2	3.6	1.8	1	0.0	12.5	8	9.4	10.9

認知症対応型共同生活介護						特定施設入居者生活介護					
営利法人			非営利法人			営利法人			非営利法人		
回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)	利益率 (%)	回答数 (事業所)	平成23年 介護実調 (%)	回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)	回答数 (事業所)	利益率 (%)	平成23年 介護実調 (%)
1	19.9	8.9	1	-1.6	7.4	1	3.7	-	0	-	-

【別紙】

営利・非営利法人別 介護事業者数

表 1 全介護事業者

	事業所数			割合 (%)
		うち社団・ 財団法人	うち個人	
営利法人	127,823	-	-	46.2
非営利法人	148,974	3,577	695	53.8
合計	276,797	3,577	695	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 2 訪問介護・介護予防訪問介護

	訪問介護			介護予防 訪問介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
非営利法人	9,387	280	37.4	9,226	275	37.5
合計	25,118	280	100.0	24,575	275	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 3 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

	訪問入浴介護			介護予防 訪問入浴介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
非営利法人	935	16	44.5	793	14	41.2
合計	2,103	16	100.0	1,925	14	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 4 訪問看護ステーション・介護予防訪問看護ステーション

	訪問看護ステーション			介護予防 訪問看護ステーション		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	1,947	-	32.6	1,908	-	32.6
非営利法人	4,025	310	67.4	3,938	304	67.4
合計	5,972	310	100.0	5,846	304	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 5 通所介護・介護予防通所介護

	通所介護			介護予防 通所介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	15,834	-	53.1	14,720	-	51.6
非営利法人	13,981	179	46.9	13,789	163	48.4
合計	29,815	179	100.0	28,509	163	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 6 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

	通所リハビリテーション				介護予防 通所リハビリテーション			
	事業所数	うち社団・ 財団法人	うち個人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	うち個人	割合 (%)
営利法人	3	-	-	0.0	2	-	-	0.0
非営利法人	6,312	173	250	100.0	6,044	161	231	100.0
合計	6,315	173	250	100.0	6,046	161	231	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 7 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

	短期入所生活介護			介護予防 短期入所生活介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	808	-	9.8	791	-	10.0
非営利法人	7,466	4	90.2	7,117	4	90.0
合計	8,274	4	100.0	7,908	4	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 8 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

	短期入所療養介護				介護予防 短期入所療養介護			
	事業所数	うち社団・ 財団法人	うち個人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	うち個人	割合 (%)
営利法人	-	-	-	0.0	-	-	-	0.0
非営利法人	5,085	136	110	100.0	4,939	129	104	100.0
合計	5,085	136	110	100.0	4,939	129	104	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 9 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護

	特定施設入居者生活介護			介護予防 特定施設入居者生活介護			地域密着型 特定施設入居者生活介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	2,447	-	67.4	2,319	-	67.9	111	-	50.0
非営利法人	1,181	24	32.6	1,097	24	32.1	111	2	50.0
合計	3,628	24	100.0	3,416	24	100.0	222	2	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 10 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

	福祉用具貸与			介護予防福祉用具貸与		
	事業所数	うち社団・財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・財団法人	割合 (%)
営利法人	5,683	-	92.3	5,600	-	92.4
非営利法人	472	17	7.7	462	16	7.6
合計	6,155	17	100.0	6,062	16	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 11 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

	特定福祉用具販売			特定介護予防福祉用具販売		
	事業所数	うち社団・財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・財団法人	割合 (%)
営利法人	5,874	-	94.2	5,859	-	94.2
非営利法人	361	15	5.8	359	14	5.8
合計	6,235	15	100.0	6,218	14	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 12 居宅介護支援・介護予防支援（地域包括支援センター）

	居宅介護支援			介護予防支援 (地域包括支援センター)		
	事業所数	うち社団・財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・財団法人	割合 (%)
営利法人	14,399	-	45.6	65	-	1.6
非営利法人	17,201	830	54.4	4,086	157	98.4
合計	31,600	830	100.0	4,151	157	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護

	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護			夜間対応型訪問介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	36	－	59.0	87	－	59.6
非営利法人	25	5	41.0	59	4	40.4
合計	61	5	100.0	146	4	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 14 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

	認知症対応型通所介護			介護予防 認知症対応型通所介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	1,088	－	29.8	1,014	－	29.7
非営利法人	2,563	37	70.2	2,403	34	70.3
合計	3,651	37	100.0	3,417	34	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 15 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

	小規模多機能型居宅介護			介護予防 小規模多機能型居宅介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
営利法人	1,543	－	45.8	1,294	－	44.5
非営利法人	1,828	26	54.2	1,616	19	55.5
合計	3,371	26	100.0	2,910	19	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 16 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

	認知症対応型共同生活介護			介護予防 認知症対応型共同生活介護		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
非営利法人	4,949	34	47.1	4,819	29	46.9
合計	10,497	34	100.0	10,275	29	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

表 17 複合型サービス

	複合型サービス		
	事業所数	うち社団・ 財団法人	割合 (%)
非営利法人	7	0	50.0
合計	14	0	100.0

出所：厚生労働省『平成 24 年介護サービス施設・事業所調査』より作成

【参考資料2】
介護保険事業の
経営状況とサービス状況に関する調査
調査票

介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査

調査の概要

1. 目的

本調査は公益性の高い介護事業における経営や利益、情報開示とその活用方法の実態等を把握するため、平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施するものです。

2. 調査対象

世田谷区で訪問介護事業、通所介護事業、認知症対応型共同生活介護事業または特定施設入居者生活介護事業を実施している介護事業所

3. 調査事項

介護事業所の概要、福祉サービス第三者評価、職員の状況、収支の状況など
特段の指定がない場合、設問には2013年3月31日時点の状況をご回答ください。
 原則、貴事業所だけの状況をご記入ください。
 貴事業所と一体的に会計を行っているサービスがある場合のみ、貴事業所分および一体的に会計を行っているサービス分の状況をご記入ください。

4. 調査方法

- (1) 調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。
 ①事務局HP (<http://www.myilw.co.jp/>) よりダウンロードしたファイルに入力した調査票を事務局宛 (onta@myilw.co.jp) にメールにて送付してください。
 ②郵送された調査票に手書きで記入
 記入した調査票を同封の返信用封筒により事務局宛に郵送してください
 いずれの場合も平成26年2月10日(月)までに提出してください。
 (2) 各設問の黒太枠内にご記入ください。
 (3) 6-8ページの収支の設問はご記入いただく代わりに原本のコピーを同封
いただいても結構です。
 (4) 回答をご返送いただき希望される事業所には、メールにて当調査の結果をお送りいたしますので、経営の参考にご活用いただければ幸いです。

5. 事務局

株式会社 明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部
 「介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査」事務局
 〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F
 TEL: 03-3283-8303、03-3283-9293 (土日、祝日を除く平日9:00-17:00)
 FAX: 03-3201-7837
 メールアドレス/onta@myilw.co.jp 担当: 恩田、山本、澤

- ※1: ご使用のセキュリティソフトの関係で、ファイルがダウンロードできない場合がございます。その際にはお手数ではございますが、onta@myilw.co.jpまでご連絡をいただくと幸いです。Eメールにて調査票を送付させていただきます。
- ※2: 返信用封筒を紛失された場合は恐縮ですが、弊社宛て着払郵便でお送りいただけますと幸いです。
- ※3: 調査結果は学術研究に用いることがございます。ご記入いただいた内容は統計的に処理をし、個別の介護事業所の情報として公表することはございません。
- ※4: 弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な保管場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。

○貴事業所・ご回答担当者について以下にご記入ください。

①事業所名

②電話番号

③Eメールアドレス

④回答担当者 お名前 役職

⑤アンケート結果送付希望の有無(当てはまる方に1をご記入下さい)

<input type="checkbox"/>	1. 希望する	「1.希望する」を選択の場合、ご記入いただいたメールアドレス宛てに調査結果をお送りいたします。
<input type="checkbox"/>	2. 希望しない	

1. 事業所の概要

(1) 貴事業所の事業開始年を以下にご記入ください。

西暦 年

(2) 貴事業所の開設主体は以下のどれに当てはまりますか。当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
<input type="checkbox"/>	2. 医療法人
<input type="checkbox"/>	3. 社団・財団法人（一般・公益）
<input type="checkbox"/>	4. 消費生活協同組合及び連合会
<input type="checkbox"/>	5. 営利法人
<input type="checkbox"/>	6. 特定非営利活動法人（NPO）
<input type="checkbox"/>	7. その他 <input type="text"/> （具体的に

(3) 貴事業所の属する法人が他に運営している施設・事業所について、以下当てはまるものに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	6. 短期入所療養介護
<input type="checkbox"/>	2. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	7. 通所介護
<input type="checkbox"/>	3. 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	8. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	4. 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	9. その他 <input type="text"/> （具体的に
<input type="checkbox"/>	5. 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	10. 他に運営している施設・事業所はない

2. サービス提供状況

貴事業所で実施している訪問介護サービスの状況について、**2013年2月、3月の1か月分**の数値を以下にご記入ください。

	2013年2月	2013年3月	
延べ訪問回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回
延べ訪問時間数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	時間

3. 利用者の状況

(1) 貴事業所の要介護度別利用者数を以下にご記入ください(2013年3月の1か月分)。

(単位：人)

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	その他

(2) 貴事業所が、利用者が居住する集合住宅と同一の建物に所在する場合、当該住宅に入居している利用者数をご記入ください(2013年3月31日時点)。非該当の場合は空欄のままにしてください。

人

4. 福祉サービス第三者評価・財務諸表・研修について

(1) 貴事業所は東京都による福祉サービス第三者評価を受審していますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。受審している場合、2010年度から2012年度に受審した回数も併せてご記入ください。

<input type="checkbox"/> 1. 受審している	⇒受審回数 <input type="text"/> 回
<input type="checkbox"/> 2. 受審していない	

(2) 貴事業所では福祉サービス第三者評価の結果をどのように活用していますか。以下、当てはまるものすべてに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/> 1. 経営改善策に使用している
<input type="checkbox"/> 2. 職員間で事業所の現状についての認識を共有している
<input type="checkbox"/> 3. 同業の他の事業所の公表結果と比較し、貴事業所の強みや弱みを分析している
<input type="checkbox"/> 4. 利用者への情報提供に用いている
<input type="checkbox"/> 5. 特に活用していない
<input type="checkbox"/> 6. その他 <input type="text"/> (具体的に

(3) 貴事業所の利用者は、事業所の選択において福祉サービス第三者評価を参考にしていると思いますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 1. 多くの人が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/> 2. 半数程度の人が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/> 3. 少ないが、参考にしている人はいると思う
<input type="checkbox"/> 4. 参考にしている人はいないと思う
<input type="checkbox"/> 5. その他 <input type="text"/> (具体的に

(4) 貴事業所が属する法人は財務諸表を公表していますか。当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 公表している	⇒(5)へ
<input type="checkbox"/>	2. 公表していない	

(5) (4)で「1. 公表している」を選んだ場合、その公表方法全てに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. ホームページ上に掲載
<input type="checkbox"/>	2. 事務所における閲覧
<input type="checkbox"/>	3. 会報に掲載
<input type="checkbox"/>	4. 新聞等への公告
<input type="checkbox"/>	5. その他 (具体的に

(6) 貴事業所の職員は2012年度1年間で業務を離れ研修や講習会に参加したことがありますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。参加している場合、2012年度1年間の延べ参加人数も併せて以下にご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 参加したことがある	⇒延べ参加人数 <input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/>	2. 参加したことはない	

5. 職員の状況

(1) 以下の(2)でご記入いただく職員数・給与は、貴事業所の状況のみですか。一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 貴事業所のみ
<input type="checkbox"/>	2. その他のサービス分も含まれる (具体的に)

(2) 貴事業所で下記に示す職員の職員数(2013年3月31日時点)・給与総額(2013年3月の1か月分)を以下にご記入ください。給与は実際に支払った総額をご記入ください。
通勤手当、職員に係る夜勤手当、賞与(年間支給額の1/12)も給与に含めて計上してください。
職員数には派遣職員も含めた人数をご記入ください。

	常勤		非常勤		
	換算 人員 人	給与 円	実人員 人	換算 人員 人	給与 円
1 介護職員					
2 うち介護福祉士					

【常勤職員・非常勤職員について】

- ①常勤職員とは事業所が定めた勤務時間のすべてを勤務している者
- ②非常勤職員とは常勤者以外の従事者(他の施設、事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を
持っている者、短時間労働者のパートタイマー等)

【職員数算出の方法について】

- ①換算人員＝職員の1週間の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間
例：施設で定めている1週間の勤務時間が35時間で28時間勤務した場合、換算人員は28／35＝0.8人となる
- ②①について、1か月に数回の勤務である場合は以下を用いて算出
換算人員＝職員の1か月の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)
- ③上記の計算式によって得られた数値を小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上
得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と計上

6. 収支の状況

- (1) 6-8頁にご記入いただく収支計算書は貴事業所の状況のみですか。
 一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。
 以下、当てはまる方に1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 貴事業所のみ	⇒(2)へ
<input type="checkbox"/>	2. その他のサービス分も含まれる	

- (2) (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合、その他のサービスについて該当するもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	2. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	3. 特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	4. 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	5. 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/>	6. 短期入所療養介護
<input type="checkbox"/>	7. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	8. 通所介護
<input type="checkbox"/>	9. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	10. その他 (具体的に)

- (3) (1)で「1. 貴事業所のみ」を選んだ場合は貴事業所の過去3年間の利益率(※)を、
 (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合は法人全体の過去3年間の利益率(※)を
 以下にご記入ください(小数点第2位を四捨五入)。
 事業を実施していない年は空欄のままにしてください。

2011年度	<input type="text"/>	%
2010年度	<input type="text"/>	%
2009年度	<input type="text"/>	%

(※)利益率の計算式は以下のとおり

①指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針を使用している場合

利益率=(a-b)÷a

a:(事業活動収入-国庫補助金等特別積立金取崩額+借入金利息補助金収入)

b:(事業活動支出+借入金利息+会計区分外繰入金支出のうち法人本部に帰属する経費
 -国庫補助金等特別積立金取崩額)

②企業会計を使用している場合

売上高経常利益率=経常利益(c)÷売上高

c:売上高-売上原価-販売費及び一般管理費+営業外収益-営業外費用

〇事業活動収支計算書／損益計算書の原本のコピーを同封の場合、以下にご記入していただく必要はございません。

収支の状況

(平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日)

(※) **2012年度**の収支の状況を下表にご記入下さい。決算が3月以外の場合、直近の決算年月のものをご記入ください。非該当・不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

科 目		金 額 (単位：円)
I 事業 活動 収入	1. 介護老人福祉施設介護サービス収入	
	2. 居宅介護サービス収入	
	(1) 訪問介護 (介護予防を含む)	
	(2) その他の居宅介護サービス収入※1	
	3. 居宅介護支援介護料収入 (介護予防を含む)	
	4. 保険外の利用料による収入	
	(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入※2	
	(2) 居宅介護サービス利用料収入※3	
	ア 訪問介護 (介護予防を含む)	
	イ その他の居宅介護サービス利用料収入※4	
	(3) 食費収入※5	
	(4) 居住費収入※6	
	(5) 管理費収入	
	(6) その他の利用料収入	
	5. その他の事業収入	
	(1) 補助金収入	
(2) その他		
6. その他の収入		
7. 国庫補助金等特別積立金取崩額		
8. 介護報酬査定減	▲	
事業活動収入計		

※1：通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護などに係る収入

※2：施設の利用者が支払う理美容料、日常生活サービス料などに係る収入

※3：居宅サービスの利用者が支払う送迎費、おむつ料、日常生活サービス料などに係る収入

※4：通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護などに係る
保険外の利用料による収入

※5：施設の利用者等が支払う食費、食費に係る特定入所者介護サービス費、特別な食事料などに係る収入

※6：施設の利用者等が支払う居住費、居住費に係る特定入所者介護サービス費、特別な室料などに係る収入

科 目		金 額 (単位：円)
Ⅱ 事業活動支出	1. 人件費	
	2. 経費	
	(1) 直接介護支出	
	ア 給食材料費	
	イ 光熱水費	
	ウ その他の直接介護支出	
	(2) 一般管理支出	
	ア 研修費	
	イ 修繕費	
	ウ 賃借料	
	エ 委託費	
	オ その他の一般管理支出	
	3. 減価償却費	
	(1) 建物	
(2) その他		
4. その他の事業活動支出		
事業活動支出計		
Ⅲ 事業活動外収入		
1. 借入金利息補助金収入		
2. 寄付金収入		
3. その他の事業活動外収入		
事業活動外収入計		
Ⅳ 事業活動外支出		
1. 借入金利息		
2. その他の事業活動外支出		
事業活動外支出計		

科 目	金 額 (単位：円)
V 特別収入	
1. 他会計区分繰入金収入	
2. 会計区分外繰入金収入	
3. その他の特別収入	
特別収入計	
VI 特別支出	
1. 他会計区分繰入金支出	
2. 会計区分外繰入金支出	
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等	
3. 法人税等	
4. その他の特別支出	
特別支出計	

以上で設問は終わりです。
 同封の返信用封筒又はメール(onta@myilw.co.jp宛)にて、2月10日(月)までに調査票をお送りください。
 ご多忙の中、調査にご協力賜わり、誠にありがとうございました。

介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査

調査の概要

1. 目的

本調査は公益性の高い介護事業における経営や利益、情報開示とその活用方法の実態等を把握するため、平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施するものです。

2. 調査対象

世田谷区で訪問介護事業、通所介護事業、認知症対応型共同生活介護事業または特定施設入居者生活介護事業を実施している介護事業所

3. 調査事項

介護事業所の概要、福祉サービス第三者評価、職員の状況、収支の状況など
特段の指定がない場合、設問には2013年3月31日時点の状況をご回答ください。
原則、貴事業所だけの状況をご記入ください。
貴事業所と一体的に会計を行っているサービスがある場合のみ、貴事業所分および一体的に会計を行っているサービス分の状況をご記入ください。

4. 調査方法

- (1) 調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。
 - ①事務局HP (<http://www.myilw.co.jp/>) よりダウンロードしたファイルに入力した調査票を事務局宛 (onta@myilw.co.jp) にメールにて送付してください。
 - ②郵送された調査票に手書きで記入
記入した調査票を同封の返信用封筒により事務局宛に郵送してください
いずれの場合も平成26年2月10日(月)までに提出してください。
- (2) 各設問の黒太枠内にご記入ください。
- (3) 7-9ページの収支の設問はご記入いただく代わりに原本のコピーを同封いただいても結構です。
- (4) 回答をご返送いただき希望される事業所には、メールにて当調査の結果をお送りいたしますので、経営の参考にご活用いただければ幸いです。

5. 事務局

株式会社 明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部
「介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査」事務局
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F
TEL: 03-3283-8303、03-3283-9293 (土日、祝日を除く平日9:00-17:00)
FAX: 03-3201-7837
メールアドレス/onta@myilw.co.jp 担当: 恩田、山本、澤

- ※1: ご使用のセキュリティソフトの関係で、ファイルがダウンロードできない場合がございます。その際は、お手数ではございますが、onta@myilw.co.jpまでご連絡をいただくと幸いです。Eメールにて調査票を送付させていただきます。
- ※2: 返信用封筒を紛失された場合は恐縮ですが、弊社宛に着払郵便でお送りいただけますと幸いです。
- ※3: 調査結果は学術研究に用いることがございます。ご記入いただいた内容は統計的に処理をし、個別の介護事業所の情報として公表することはございません。
- ※4: 弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な保管場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。

○貴事業所・ご回答担当者について以下にご記入ください。

①事業所名

②電話番号

③Eメールアドレス

④回答担当者 お名前 役職

⑤アンケート結果送付希望の有無(当てはまる方に1をご記入下さい)

<input type="checkbox"/>	1. 希望する	「1.希望する」を選択の場合、ご記入いただいたメールアドレス宛てに調査結果をお送りいたします。
<input type="checkbox"/>	2. 希望しない	

1. 事業所の概要

(1) 貴事業所の事業開始年を以下にご記入ください。

西暦 年

(2) 貴事業所の開設主体は以下のどれに当てはまりますか。当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
<input type="checkbox"/>	2. 医療法人
<input type="checkbox"/>	3. 社団・財団法人（一般・公益）
<input type="checkbox"/>	4. 消費生活協同組合及び連合会
<input type="checkbox"/>	5. 営利法人
<input type="checkbox"/>	6. 特定非営利活動法人（NPO）
<input type="checkbox"/>	7. その他 <input type="text"/> （具体的に <input type="text"/> ）

(3) 貴事業所の属する法人が他に運営している施設・事業所について、以下当てはまるものに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	6. 短期入所療養介護
<input type="checkbox"/>	2. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	7. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	3. 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	8. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	4. 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	9. その他 <input type="text"/> （具体的に <input type="text"/> ）
<input type="checkbox"/>	5. 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	10. 他に運営している施設・事業所はない

2. 利用者の状況

(1) 貴事業所の2012年度のおおよその1日平均利用者数を以下にご記入ください。

	人
--	---

(2) 貴事業所の要介護度別利用者数を以下にご記入ください(2013年3月の1か月分)。

(単位：人)

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	その他

3. 食費について

食費(昼食代)について、貴事業所が設定している金額を以下にご記入ください。

食費(昼食代)	一食当たり金額		円
---------	---------	--	---

4. サービス提供状況

貴事業所で開催している通所介護サービスの状況について、**2013年2月、3月の1か月分**の数値を以下にご記入ください。

	2013年2月	2013年3月	
延べ利用時間数			時間

5. 施設(通所介護を実施している施設)について

貴施設の保有形態について、以下当てはまるものに1をご記入ください。

	1. 自己所有
	2. 賃貸
	3. 無償貸与

6. 福祉サービス第三者評価・財務諸表・研修について

(1) 貴事業所は東京都による福祉サービス第三者評価を受審していますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。受審している場合、2010年度から2012年度に受審した回数も併せてご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 受審している	⇒受審回数 <input type="text"/> 回
<input type="checkbox"/>	2. 受審していない	

(2) 貴事業所では福祉サービス第三者評価の結果をどのように活用していますか。以下、当てはまるもの全てに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 経営改善策に使用している
<input type="checkbox"/>	2. 職員間で事業所の現状についての認識を共有している
<input type="checkbox"/>	3. 同業の他の事業所の公表結果と比較し、貴事業所の強みや弱みを分析している
<input type="checkbox"/>	4. 利用者への情報提供に用いている
<input type="checkbox"/>	5. 特に活用していない
<input type="checkbox"/>	6. その他 (具体的に <input type="text"/>)

(3) 貴事業所の利用者は、事業所の選択において福祉サービス第三者評価を参考にしていると思いますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 多くの人が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/>	2. 半数程度の人が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/>	3. 少ないが、参考にしている人はいると思う
<input type="checkbox"/>	4. 参考にしている人はいないと思う
<input type="checkbox"/>	5. その他 (具体的に <input type="text"/>)

(4) 貴事業所が属する法人は財務諸表を公表していますか。当てはまるものに1をご記入下さい。

<input type="checkbox"/>	1. 公表している	⇒(5)へ
<input type="checkbox"/>	2. 公表していない	

(5) (4)で「1. 公表している」を選んだ場合、その公表方法全てに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. ホームページ上に掲載
<input type="checkbox"/>	2. 事務所における閲覧
<input type="checkbox"/>	3. 会報に掲載
<input type="checkbox"/>	4. 新聞等への公告
<input type="checkbox"/>	5. その他 (具体的に <input type="text"/>)

(6) 貴事業所の職員は2012年度1年間で業務を離れ研修や講習会に参加したことがありますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。参加している場合、2012年度1年間の延べ参加人数も併せて以下にご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 参加したことがある	⇒延べ参加人数 <input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/>	2. 参加したことはない	

7. 職員の状況

(1) 以下の(2)でご記入いただく職員数・給与は、貴事業所の状況のみですか。一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。

	1. 貴事業所のみ
	2. その他のサービス分も含まれる
	(具体的に)

(2) 貴事業所で下記に示す職員の職員数(2013年3月31日時点)・給与総額(2013年3月の1か月分)を以下にご記入ください。給与は実際に支払った総額をご記入ください。
通勤手当、職員に係る夜勤手当、賞与(年間支給額の1/12)も給与に含めて計上してください。
職員数には派遣職員も含めた人数をご記入ください。

	常勤		非常勤		
	換算 人員 人	給与 円	実人員 人	換算 人員 人	給与 円
1 看護師					
2 准看護師					
3 介護職員					
4 うち介護福祉士					
合 計 (1～3の合計)					

【常勤職員・非常勤職員について】

- ①常勤職員とは事業所が定めた勤務時間のすべてを勤務している者
- ②非常勤職員とは常勤者以外の従事者(他の施設、事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を
持っている者、短時間労働者のパートタイマー等)

【職員数算出の方法について】

- ①換算人員＝職員の1週間の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間
例：施設で定めている1週間の勤務時間が35時間で28時間勤務した場合、換算人員は28／35＝0.8人となる
- ②①について、1か月に数回の勤務である場合は以下を用いて算出
換算人員＝職員の1か月の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)
- ③上記の計算式によって得られた数値を小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上
得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と計上

8. 収支の状況

- (1) 7-9ページにご記入いただく収支計算書は貴事業所の状況のみですか。
 一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。
 以下、当てはまる方に1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 貴事業所のみ	
<input type="checkbox"/>	2. その他のサービス分も含まれる	⇒(2)へ

- (2) (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合、その他のサービスについて該当するもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	2. 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	3. 特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/>	4. 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	5. 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/>	6. 短期入所療養介護
<input type="checkbox"/>	7. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	8. 通所介護
<input type="checkbox"/>	9. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	10. その他 (具体的に)

- (3) (1)で「1. 貴事業所のみ」を選んだ場合は貴事業所の過去3年間の利益率(※)を、
 (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合は法人全体の過去3年間の利益率(※)を
 以下にご記入ください(小数点第2位を四捨五入)。
 事業を実施していない年は空欄のままにしてください。

2011年度	<input type="text"/>	%
2010年度	<input type="text"/>	%
2009年度	<input type="text"/>	%

(※)利益率の計算式は以下のとおり

①指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針を使用している場合

利益率=(a-b)÷a

a:(事業活動収入-国庫補助金等特別積立金取崩額+借入金利息補助金収入)

b:(事業活動支出+借入金利息+会計区分外繰入金支出のうち法人本部に帰属する経費
 -国庫補助金等特別積立金取崩額)

②企業会計を使用している場合

売上高経常利益率=経常利益(c)÷売上高

c:売上高-売上原価-販売費及び一般管理費+営業外収益-営業外費用

〇事業活動収支計算書／損益計算書の原本のコピーを同封の場合、以下にご記入していただく必要はございません。

収支の状況

(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

(※) **2012年度**の収支の状況を下表にご記入下さい。決算が3月以外の場合、直近の決算年月のものをご記入ください。非該当・不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

科 目		金 額 (単位：円)
I 事業 活動 収入	1. 介護老人福祉施設介護サービス収入	
	2. 居宅介護サービス収入	
	(1) 通所介護 (介護予防を含む)	
	(2) その他の居宅介護サービス収入※1	
	3. 居宅介護支援介護料収入 (介護予防を含む)	
	4. 保険外の利用料による収入	
	(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入※2	
	(2) 居宅介護サービス利用料収入※3	
	ア 通所介護 (介護予防を含む)	
	イ その他の居宅介護サービス利用料収入※4	
	(3) 食費収入※5	
	(4) 居住費収入※6	
	(5) 管理費収入	
	(6) その他の利用料収入	
	5. その他の事業収入	
	(1) 補助金収入	
	(2) その他	
6. その他の収入		
7. 国庫補助金等特別積立金取崩額		
8. 介護報酬査定減	▲	
事業活動収入計		

※1：訪問介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護などに係る収入

※2：施設の利用者が支払う理美容料、日常生活サービス料などに係る収入

※3：居宅サービスの利用者が支払う送迎費、おむつ料、日常生活サービス料などに係る収入

※4：訪問介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護などに係る
保険外の利用料による収入

※5：施設の利用者等が支払う食費・食費に係る特定入所者介護サービス費・特別な食事料などに係る収入

※6：施設の利用者等が支払う居住費、居住費に係る特定入所者介護サービス費・特別な室料などに係る収入

通所介護用

科 目		金 額 (単位：円)
II 事業活動支出	1. 人件費	
	2. 経費	0
	(1) 直接介護支出	0
	ア 給食材料費	
	イ 光熱水費	
	ウ その他の直接介護支出	
	(2) 一般管理支出	0
	ア 研修費	
	イ 修繕費	
	ウ 賃借料	0
	①土地	
	②建物	
	③その他	
	エ 委託費	
	オ その他の一般管理支出	
	3. 減価償却費	0
(1) 建物		
(2) その他		
4. その他の事業活動支出		
事業活動支出計	0	
III 事業活動外収入		
1. 借入金利息補助金収入		
2. 寄付金収入		
3. その他の事業活動外収入		
事業活動外収入計	0	
IV 事業活動外支出		
1. 借入金利息		
2. その他の事業活動外支出		
事業活動外支出計	0	

通所介護用

科 目	金 額 (単位：円)
V 特別収入	
1. 他会計区分繰入金収入	
2. 会計区分外繰入金収入	
3. その他の特別収入	
特別収入計	
VI 特別支出	
1. 他会計区分繰入金支出	
2. 会計区分外繰入金支出	
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等	
3. 法人税等	
4. その他の特別支出	
特別支出計	

以上で設問は終わりです。
 同封の返信用封筒又はメール(onta@myilw.co.jp宛)にて、2月10日(月)までに調査票をお送りください。
 ご多忙の中、調査にご協力賜わり、誠にありがとうございました。

介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査

調査の概要

1. 目的

本調査は公益性の高い介護事業における経営や利益、情報開示とその活用方法の実態等を把握するため、平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施するものです。

2. 調査対象

世田谷区で訪問介護事業、通所介護事業、認知症対応型共同生活介護事業または特定施設入居者生活介護事業を実施している介護事業所

3. 調査事項

施設の概要、福祉サービス第三者評価、職員の状況、財務状況など

特段の指定がない場合、設問には2013年3月31日時点の状況をご回答ください。

原則、貴施設だけの状況をご記入ください。

貴施設と一体的に会計を行っているサービスがある場合のみ、貴施設分および一体的に会計を行っているサービス分の状況をご記入ください。

4. 調査方法

(1) 調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。

①事務局HP (<http://www.myilw.co.jp/>) よりダウンロードしたファイルを入力
入力した調査票を事務局宛 (onta@myilw.co.jp) にメールにて送付してください。

②郵送された調査票に手書きで記入

記入した調査票を同封の返信用封筒により事務局宛に郵送してください

いずれの場合も平成26年2月10日(月)までに提出してください。

(2) 各設問の黒太枠内にご記入ください。

(3) 6頁以降の財務諸表の設問については、ご記入いただく代わりに原本のコピーを同封いただいても結構です。

(4) 回答をご返送いただき希望される施設には、メールにて当調査の結果をお送りいたしますので、経営の参考にご活用いただければ幸いです。

5. 事務局

株式会社安田生活福祉研究所 福祉社会研究部

「介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査」事務局

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F

TEL: 03-3283-8303、03-3283-9293 (土日、祝日を除く平日9:00-17:00)

FAX: 03-3201-7837

メールアドレス/onta@myilw.co.jp 担当: 恩田、山本、澤

※1: ご使用のセキュリティソフトの関係で、ファイルがダウンロードできない場合がございます。その際は、お手数ではございますが、onta@myilw.co.jpまでご連絡をいただけると幸いです。Eメールにて調査票を送付させていただきます。

※2: 返信用封筒を紛失された場合は恐縮ですが、弊社宛て着払郵便でお送りいただけますと幸いです。

※3: 調査結果は学術研究に用いることがございます。ご記入いただいた内容は統計的に処理をし、個別の介護事業所の情報として公表することはございません。

※4: 弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な保管場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。

○貴施設・ご回答担当者について以下にご記入ください。

①施設名

②電話番号

③Eメールアドレス

④回答担当者 お名前 役職

⑤アンケート結果送付希望の有無(当てはまる方に1をご記入下さい)

<input type="checkbox"/>	1. 希望する	「1.希望する」を選択の場合、ご記入いただいたメールアドレス宛てに調査結果をお送りいたします。
<input type="checkbox"/>	2. 希望しない	

1. 施設の概要

(1) 貴施設の事業開始年を以下にご記入ください。

西暦

(2) 貴施設の開設主体は以下のどれに当てはまりますか。当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
<input type="checkbox"/>	2. 医療法人
<input type="checkbox"/>	3. 営利法人
<input type="checkbox"/>	4. 特定非営利活動法人（NPO）
<input type="checkbox"/>	5. その他（具体的に <input type="text"/> ）

(3) 貴施設のユニット数、定員、入所者数を以下にご記入ください(2013年3月31日時点)。

ユニット数 ユニット

定員数 人（※複数ユニットの場合は全ての合計人数を記入）

入所者数 人（※複数ユニットの場合は全ての合計人数を記入）

(4) 貴施設の属する法人が他に運営している施設・事業所について、以下当てはまるものに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	6. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	2. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	7. 通所介護
<input type="checkbox"/>	3. 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	8. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	4. 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	9. その他（具体的に <input type="text"/> ）
<input type="checkbox"/>	5. 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	10. 他に運営している施設・事業所はない

2. 入所者の状況

(1) 貴施設の2012年度のおおよその1日平均入所者数を以下にご記入ください。

人

(2) 貴施設の要介護度別利用者数をご記入ください(2013年3月31日時点)。

(単位：人)

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	その他

3. 福祉サービス第三者評価・財務諸表・研修について

(1) 貴施設は東京都による福祉サービス第三者評価を受審していますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。受審している場合、2010年度から2012年度に受審した回数もご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 受審している	⇒受審回数 <input type="text"/> 回
<input type="checkbox"/>	2. 受審していない	

(2) 貴施設では福祉サービス第三者評価の結果をどのように活用していますか。以下、当てはまるもの全てに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 経営改善策に使用している
<input type="checkbox"/>	2. 職員間で施設の現状についての認識を共有している
<input type="checkbox"/>	3. 同業の他の施設の公表結果と比較し、貴施設の強みや弱みを分析している
<input type="checkbox"/>	4. 利用者への情報提供に用いている
<input type="checkbox"/>	5. 特に活用していない
<input type="checkbox"/>	6. その他 (具体的に)

(3) 貴施設の利用者は、事業所の選択において福祉サービス第三者評価を参考にしていると思いますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 多くの方が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/>	2. 半数程度の方が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/>	3. 少ないが、参考にしている人はいると思う
<input type="checkbox"/>	4. 参考にしている人はいないと思う
<input type="checkbox"/>	5. その他 (具体的に)

(4) 貴施設が属する法人は財務諸表を公表していますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 公表している	⇒4頁の(5)へ
<input type="checkbox"/>	2. 公表していない	

(5) (4)で「1. 公表している」を選んだ場合、その公表方法すべてに1をつけてください(複数回答可)。

1. ホームページ上に掲載
2. 事務所における閲覧
3. 会報に掲載
4. 新聞等への公告
5. その他 (具体的に)

(6) 貴施設の職員は2012年度1年間で業務を離れ研修や講習会に参加したことがありますか。
以下、当てはまる方に1をご記入ください。参加している場合、2012年度1年間の延べ参加人数も併せて以下にご記入ください。

1. 参加したことがある	⇒延べ参加人数	□	人
2. 参加したことはない			

4. 職員の状況

(1) 以下の(2)でご記入いただく職員数・給与は、貴施設の状況のみですか。一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。

1. 貴施設のみ
2. その他のサービス分も含まれる (具体的に)

(2) 貴施設で下記に示す職員の職員数(2013年3月31日時点)・給与総額(2013年3月の1か月分)を以下にご記入ください。給与は実際に支払った総額をご記入ください。
通勤手当、職員に係る夜勤手当、賞与(年間支給額の1/12)も給与に含めて計上してください。
職員数には派遣職員も含めた人数をご記入ください。

	常勤		非常勤		
	換算 人員 人	給与 円	実人員 人	換算 人員 人	給与 円
1 看護師					
2 准看護師					
3 介護職員					
4 うち介護福祉士					
合 計 (1～3の合計)					

【常勤職員・非常勤職員について】

- ①常勤職員とは施設が定めた勤務時間のすべてを勤務している者
- ②非常勤職員とは常勤者以外の従事者(他の施設、事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間労働者のパートタイマー等)

【職員数算出の方法について】

- ①換算人員＝職員の1週間の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間
例：施設で定めている1週間の勤務時間が35時間で28時間勤務した場合、換算人員は28／35=0.8人となる
- ②①について、1か月に数回の勤務である場合は以下を用いて算出
換算人員＝職員の1か月の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)
- ③上記の計算式によって得られた数値を小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上
得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と計上

5. 収支の状況

(1) 6-8頁にご記入いただく収支計算書は貴施設の状況のみですか。
 一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。
 以下、当てはまる方に1をご記入ください。

	1. 貴施設のみ	
	2. その他のサービス分も含まれる	⇒(2)へ

(2) (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合、その他のサービスについて
 該当するもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

	1. 介護老人福祉施設
	2. 介護老人保健施設
	3. 特定施設入居者生活介護
	4. 認知症対応型共同生活介護
	5. 短期入所生活介護
	6. 短期入所療養介護
	7. 訪問介護
	8. 通所介護
	9. 居宅介護支援
	10. その他 (具体的に)

(3) (1)で「1. 貴事業所のみ」を選んだ場合は貴事業所の過去3年間の利益率(※)を、
 (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合は法人全体の過去3年間の利益率(※)
 以下にご記入ください(小数点第2位を四捨五入)。
 事業を実施していない年は空欄のままにしてください。

2011年度		%
2010年度		%
2009年度		%

(※)利益率の計算式は以下のとおり

①指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針を使用している場合

利益率 = (a - b) ÷ a

a: (事業活動収入 - 国庫補助金等特別積立金取崩額 + 借入金利息補助金収入)

b: (事業活動支出 + 借入金利息 + 会計区分外繰入金支出のうち法人本部に帰属する経費
 - 国庫補助金等特別積立金取崩額)

②企業会計を使用している場合

売上高経常利益率 = 経常利益(c) ÷ 売上高

c: 売上高 - 売上原価 - 販売費及び一般管理費 + 営業外収益 - 営業外費用

〇事業活動収支計算書／損益計算書の原本のコピーを同封の場合、以下にご記入していただく必要はございません。

収支の状況

(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

(※) **2012年度**の収支の状況を下表にご記入下さい。決算が3月以外の場合、直近の決算年月のものをご記入ください。非該当・不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

科 目		金 額 (単位：円)
I 事 業 活 動 収 入	1. 介護老人福祉施設介護サービス収入	
	2. 居宅介護サービス収入	
	(1) 認知症対応型共同生活介護 (介護予防を含む)	
	(2) その他の居宅介護サービス収入※1	
	3. 居宅介護支援介護料収入 (介護予防を含む)	
	4. 保険外の利用料による収入	
	(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入※2	
	(2) 居宅介護サービス利用料収入※3	
	ア 認知症対応型共同生活介護 (介護予防を含む)	
	イ その他の居宅介護サービス利用料収入※4	
	(3) 食費収入※5	
	(4) 居住費収入※6	
	(5) 管理費収入	
	(6) その他の利用料収入	
	5. その他の事業収入	
	(1) 補助金収入	
	(2) その他	
	6. その他の収入	
(1) 入居金収入		
(2) その他		
7. 国庫補助金等特別積立金取崩額		
8. 介護報酬査定減	▲	
事業活動収入計		

※1：訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護などに係る収入

※2：施設の利用者が支払う理美容料、日常生活サービス料などに係る収入

※3：居宅サービスの利用者が支払う送迎費、おむつ料、日常生活サービス料などに係る収入

※4：訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護などに係る保険外の利用料による収入

※5：施設の利用者等が支払う食費、食費に係る特定入所者介護サービス費、特別な食事料などに係る収入

※6：施設の利用者等が支払う居住費、居住費に係る特定入所者介護サービス費、特別な室料などに係る収入

認知症対応型共同生活介護用

科 目		金 額 (単位：円)
II 事業活動支出	1. 人件費	
	2. 経費	
	(1) 直接介護支出	
	ア 給食材料費	
	イ 光熱水費	
	ウ その他の直接介護支出	
	(2) 一般管理支出	
	ア 研修費	
	イ 修繕費	
	ウ 賃借料	
	①土地	
	②建物	
	③その他	
	エ 委託費	
	オ その他の一般管理支出	
3. 減価償却費		
(1) 建物		
(2) その他		
4. その他の事業活動支出		
事業活動支出計		
III 事業活動外収入		
1. 借入金利息補助金収入		
2. 寄付金収入		
3. その他の事業活動外収入		
事業活動外収入計		
IV 事業活動外支出		
1. 借入金利息		
2. その他の事業活動外支出		
事業活動外支出計		

認知症対応型共同生活介護用

科 目	金 額 (単位：円)
V 特別収入	
1. 他会計区分繰入金収入	
2. 会計区分外繰入金収入	
3. その他の特別収入	
特別収入計	
VI 特別支出	
1. 他会計区分繰入金支出	
2. 会計区分外繰入金支出	
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等	
3. 法人税等	
4. その他の特別支出	
特別支出計	

6. 施設(複数ある場合は主要な施設)について

(1) 貴施設の保有形態について、以下当てはまるものに1をご記入ください。

	1. 自己所有	⇒ 下記(2)～(8)、設問7にご回答ください
	2. 賃貸	⇒ 設問7のみご回答ください。
	3. 無償貸与	⇒ 設問7のみご回答ください。

(2) 貴施設の建築年を以下にご記入ください。

年

(3) 貴施設の当初建築時のベッド数を以下にご記入ください。

床

(4) 貴施設の減価償却期間を以下にご記入ください。

年

(5) 貴施設の当初建築費をご記入ください。

万円

(6) (5) 当初建築費の資金調達のおおよその割合の内訳を以下にご記入ください。
以下の割合の合計は100%になります。

(単位：%)

福祉医療 機構借入	銀行借入	自己資金	補助金 交付金	その他
				(具体的に)
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>

(7) (6) で福祉医療機構から借入をしている場合、以下に当初借入期間をご記入ください。

年

(8) 貴施設の建築延べ床面積を以下にご記入ください。

m²

7. 貸借対照表の状況

(1) 11-12頁にご記入いただく貸借対照表は、貴施設の状況のみですか。
 一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。
 以下、当てはまる方に1をご記入ください。

	1. 貴施設のみ	⇒(2)へ
	2. その他のサービス分も含まれる	

(2) (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合、その他のサービスについて該当するもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

	1. 介護老人福祉施設
	2. 介護老人保健施設
	3. 特定施設入居者生活介護
	4. 認知症対応型共同生活介護
	5. 短期入所生活介護
	6. 短期入所療養介護
	7. 訪問介護
	8. 通所介護
	9. 居宅介護支援
	10. その他 (具体的に)

〇貸借対照表の原本のコピーを同封の場合、以下にご記入していただく必要はございません。

貸借対照表の状況

(平成 年 月 日)

(※) **2012年度**の状況を下表にご記入ください。決算が3月以外の場合、直近の決算年月のものをご記入ください。非該当・不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

科 目		金 額 (単位：円)
I 流動資産	1. 現金預金	
	2. 有価証券	
	3. 未収金	
	4. 他会計区分貸付金	
	5. 会計区分外貸付金	
	6. その他の流動資産	
	流動資産計	
II 固定資産	1. 基本財産	
	(1) 土地	
	(2) 建物※1	
	(3) 基本財産特定預金	
	2. その他の固定資産	
	(1) 土地	
	(2) 建物※2	
	(3) 構築物等※3	
	(4) 投資有価証券	
	(5) 他会計区分長期貸付金	
	(6) 積立預金	
(7) その他の固定資産		
固定資産計		

※1：基本財産に属する建物及び建物附属設備

※2：その他の固定資産に属する建物及び建物附属設備

※3：構築物、機械及び装置、車両運搬具、器具及び備品

認知症対応型共同生活介護用

科 目		金 額 (単位：円)
Ⅲ 流動 負債	1. 短期運営資金借入金	
	2. 未払金	
	3. 預り金	
	4. 他会計区分借入金	
	5. 会計区分外借入金	
	6. 引当金 (具体的に)	
	7. その他の流動負債	
	流動負債計	
Ⅳ 固定 負債	1. 設備資金借入金	
	2. 長期運営資金借入金	
	3. 他会計区分長期借入金	
	4. 長期預り金	
	5. 退職給与引当金	
	6. 引当金 (具体的に)	
	7. その他の固定負債	
	固定負債計	
Ⅴ 純 資 産 の 部	1. 基本金	
	2. 国庫補助金等特別積立金	
	3. その他の積立金 (具体的に)	
	4. 次期繰越活動収支差額	
	うち当期活動収支差額	
純資産の部計		

減価償却累計額		
ア 建物		円
イ その他		円

以上で設問は終わりです。
同封の返信用封筒又はメール(onta@myilw.co.jp宛)に、2月10日(月)までに調査票をお送りください。
ご多忙の中、調査にご協力賜わり、誠にありがとうございました。

介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査

調査の概要

1. 目的

本調査は公益性の高い介護事業における経営や利益、情報開示とその活用方法の実態等を把握するため、平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施するものです。

2. 調査対象

世田谷区で訪問介護事業、通所介護事業、認知症対応型共同生活介護事業または特定施設入居者生活介護事業を実施している介護事業所

3. 調査事項

施設の概要、福祉サービス第三者評価、職員の状況、財務状況など

特段の指定がない場合、設問には2013年3月31日時点の状況をご回答ください。

原則、貴施設だけの状況をご記入ください。

貴施設と一体的に会計を行っているサービスがある場合のみ、貴施設分および一体的に会計を行っているサービス分の状況をご記入ください。

4. 調査方法

(1) 調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。

①事務局HP (<http://www.myilw.co.jp/>) よりダウンロードしたファイルに入力した調査票を事務局宛 (onta@myilw.co.jp) にメールにて送付してください。

②郵送された調査票に手書きで記入

記入した調査票を同封の返信用封筒により事務局宛に郵送してください

いずれの場合も平成26年2月10日(月)までに提出してください。

(2) **各設問の黒太枠内にご記入ください。**

(3) **7ページ以降の財務諸表の設問はご記入いただく代わりに原本のコピーを同封いただいても結構です。**

(4) 回答をご返送いただき希望される施設には、メールにて当調査の結果をお送りいたしますので、経営の参考にご活用いただければ幸いです。

5. 事務局

株式会社 明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部

「介護保険事業の経営状況とサービス状況に関する調査」事務局

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F

TEL: 03-3283-8303、03-3283-9293 (土日、祝日を除く平日9:00-17:00)

FAX: 03-3201-7837

メールアドレス/onta@myilw.co.jp 担当: 恩田、山本、澤

※1: ご使用のセキュリティソフトの関係で、ファイルがダウンロードできない場合がございます。

その際は、お手数ではございますが、onta@myilw.co.jpまでご連絡いただけると幸いです。

Eメールにて調査票を送付させていただきます。

※2: 返信用封筒を紛失された場合は恐縮ですが、弊社宛に着払郵便でお送りいただけますと幸いです。

※3: 調査結果は学術研究に用いることがございます。ご記入いただいた内容は統計的に処理をし、個別の介護事業所の情報として公表することはございません。

※4: 弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な保管場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。

○貴施設・ご回答担当者について以下にご記入ください。

①施設名

②電話番号

③Eメールアドレス

④回答担当者 お名前 役職

⑤アンケート結果送付希望の有無(当てはまる方に1をご記入下さい)

<input type="checkbox"/>	1. 希望する	「1.希望する」を選択の場合、ご記入いただいたメールアドレス宛てに調査結果をお送りいたします。
<input type="checkbox"/>	2. 希望しない	

1. 施設の概要

(1) 貴施設の事業開始年、特定施設に指定された年を以下にご記入ください。

事業開始年(西暦) 年

指定年(西暦) 年

(2) 貴施設の開設主体は以下のどれに当てはまりますか。当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 営利法人
<input type="checkbox"/>	2. その他 (具体的に)

(3) 貴施設の類型について、以下当てはまるもの1つに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 一般型特定施設・介護専用型特定施設
<input type="checkbox"/>	2. 一般型特定施設・混合型特定施設
<input type="checkbox"/>	3. 外部サービス利用型特定施設・介護専用型特定施設
<input type="checkbox"/>	4. 外部サービス利用型特定施設・混合型特定施設
<input type="checkbox"/>	5. 地域密着型特定施設 (介護専用型特定施設)

(4) 貴施設の利用者の入所時の要件について、当てはまるもの全てに1をご記入下さい(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 自立	<input type="checkbox"/>	4. 要支援・要介護
<input type="checkbox"/>	2. 自立・要支援	<input type="checkbox"/>	5. 要介護
<input type="checkbox"/>	3. 自立・要支援・要介護	<input type="checkbox"/>	6. その他 (具体的に)

(5) 貴施設では入居時点で常時医療措置が必要な人を受け入れていますか。
以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 受け入れている	<input type="checkbox"/>	2. 受け入っていない
--------------------------	------------	--------------------------	-------------



(6) (5)で「1. 受け入れている」を選んだ場合のみ、以下のうち対応可能な項目全てに1をご記入下さい
(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 胃ろうのケア	<input type="checkbox"/>	6. 喀痰吸引
<input type="checkbox"/>	2. 人工肛門のケア	<input type="checkbox"/>	7. 胃ろう以外の経管栄養のケア
<input type="checkbox"/>	3. 吸入	<input type="checkbox"/>	8. 腎透析のケア
<input type="checkbox"/>	4. インシュリンの注射	<input type="checkbox"/>	9. インシュリン以外の注射・点滴
<input type="checkbox"/>	5. 疼痛の緩和	<input type="checkbox"/>	10. その他 (具体的に)

(7) 貴施設の属する法人が他に運営している施設・事業所について、以下当てはまるものに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	6. 訪問介護
<input type="checkbox"/>	2. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	7. 通所介護
<input type="checkbox"/>	3. 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	8. 居宅介護支援
<input type="checkbox"/>	4. 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	9. その他 (具体的に)
<input type="checkbox"/>	5. 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	10. 他に運営している施設・事業所はない

2. 入所者の状況

(1) 貴施設の定員数、入所者数を以下にご記入ください(2013年3月31日時点)。

定員数 人 入所者数 人

(2) 貴施設の2012年度のおおよその1日平均入所者数を以下にご記入ください。

人

(3) 貴施設の要介護度別利用者数をご記入ください(2013年3月31日時点)。

(単位：人)

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	その他
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. サービスについて

貴施設で介護保険外で実施しているオプションサービスがある場合、以下に具体的にご記入ください。
非該当の場合は空欄のままにしてください。

--

4. 福祉サービス第三者評価・財務諸表・研修について

(1) 貴施設は東京都による福祉サービス第三者評価を受審していますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。受審している場合、2010年度から2012年度に受審した回数も併せてご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 受審している	⇒受審回数 <input type="text"/> 回
<input type="checkbox"/>	2. 受審していない	

(2) 貴施設では福祉サービス第三者評価の結果をどのように活用していますか。以下、当てはまるものすべてに1をご記入ください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. 経営改善策に使用している
<input type="checkbox"/>	2. 職員間で施設の現状についての認識を共有している
<input type="checkbox"/>	3. 同業の他の施設の公表結果と比較し、貴施設の強みや弱みを分析している
<input type="checkbox"/>	4. 利用者への情報提供に用いている
<input type="checkbox"/>	5. 特に活用していない
<input type="checkbox"/>	6. その他 (具体的に)

(3) 貴施設の利用者は、施設の選択において福祉サービス第三者評価を参考にしていると思いますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 多くの人が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/>	2. 半数程度の人が、参考にしていると思う
<input type="checkbox"/>	3. 少ないが、参考にしている人はいると思う
<input type="checkbox"/>	4. 参考にしている人はいないと思う
<input type="checkbox"/>	5. その他 (具体的に)

(4) 貴施設が属する法人は財務諸表を公表していますか。以下、当てはまるものに1をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 公表している	⇒(5)へ
<input type="checkbox"/>	2. 公表していない	

(5) (4)で「1. 公表している」を選んだ場合、その公表方法全てに1をつけてください(複数回答可)。

<input type="checkbox"/>	1. ホームページ上に掲載
<input type="checkbox"/>	2. 事務所における閲覧
<input type="checkbox"/>	3. 会報に掲載
<input type="checkbox"/>	4. 新聞等への公告
<input type="checkbox"/>	5. その他 (具体的に)

(6) 貴施設の職員は2012年度1年間で業務を離れ研修や講習会に参加したことがありますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。参加している場合、2012年度1年間の延べ参加人数も併せて以下にご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1. 参加したことがある	⇒延べ参加人数 <input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/>	2. 参加したことはない	

5. 職員の状況

(1) 以下の(2)でご記入いただく職員数・給与は、貴施設の状況のみですか。一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。以下、当てはまる方に1をご記入ください。

	1. 貴施設のみ
	2. その他のサービス分も含まれる
	(具体的に)

(2) 貴施設で下記に示す職員の職員数(2013年3月31日時点)・給与総額(2013年3月の1か月分)を以下にご記入ください。給与は実際に支払った総額をご記入ください。
通勤手当、職員に係る夜勤手当、賞与(年間支給額の1/12)も給与に含めて計上してください。
 職員数には派遣職員も含めた人数をご記入ください。

	常勤		非常勤		
	換算 人員 人	給与 円	実人員 人	換算 人員 人	給与 円
1 看護師					
2 准看護師					
3 介護職員					
4 うち介護福祉士					
合 計 (1～3の合計)					

【常勤職員・非常勤職員について】

- ①常勤職員とは施設が定めた勤務時間のすべてを勤務している者
- ②非常勤職員とは常勤者以外の従事者(他の施設、事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間労働者のパートタイマー等)

【職員数算出の方法について】

- ①換算人員＝職員の1週間の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間
 例：施設で定めている1週間の勤務時間が35時間で28時間勤務した場合、換算人員は28／35=0.8人となる
- ②①について、1か月に数回の勤務である場合は以下を用いて算出
 換算人員＝職員の1か月の勤務時間／施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)
- ③上記の計算式によって得られた数値を小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上
 得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と計上

6. 収支の状況

- (1) 7-9ページにご記入いただく収支計算書は貴施設の状況のみですか。
 一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。
 以下、当てはまる方に1をご記入ください。

	1. 貴施設のみ	
	2. その他のサービス分も含まれる	

⇒(2)へ

- (2) (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合、その他のサービスについて該当するもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

	1. 介護老人福祉施設
	2. 介護老人保健施設
	3. 特定施設入居者生活介護
	4. 認知症対応型共同生活介護
	5. 短期入所生活介護
	6. 短期入所療養介護
	7. 訪問介護
	8. 通所介護
	9. 居宅介護支援
	10. その他 (具体的に)

- (3) (1)で「1. 貴事業所のみ」を選んだ場合は貴事業所の過去3年間の利益率(※)を、
 (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合は法人全体の過去3年間の利益率(※)を
 以下にご記入ください(小数点第2位を四捨五入)。
 事業を実施していない年は空欄のままにしてください。

2011年度		%
2010年度		%
2009年度		%

(※)利益率の計算式は以下のとおり

①指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針を使用している場合

利益率 = (a - b) ÷ a

a: (事業活動収入 - 国庫補助金等特別積立金取崩額 + 借入金利息補助金収入)

b: (事業活動支出 + 借入金利息 + 会計区分外繰入金支出のうち法人本部に帰属する経費 - 国庫補助金等特別積立金取崩額)

②企業会計を使用している場合

売上高経常利益率 = 経常利益(c) ÷ 売上高

c: 売上高 - 売上原価 - 販売費及び一般管理費 + 営業外収益 - 営業外費用

〇事業活動収支計算書／損益計算書の原本のコピーを同封の場合、以下にご記入していただく必要はございません。

収支の状況

(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

(※) **2012年度**の収支の状況を下表にご記入下さい。決算が3月以外の場合、直近の決算年月のものをご記入ください。非該当・不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

科 目		金 額 (単位：円)
I 事 業 活 動 収 入	1. 介護老人福祉施設介護サービス収入	
	2. 居宅介護サービス収入	
	(1) 特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）	
	(2) その他の居宅介護サービス収入※1	
	3. 居宅介護支援介護料収入（介護予防を含む）	
	4. 保険外の利用料による収入	
	(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入※2	
	(2) 居宅介護サービス利用料収入※3	
	ア 特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）	
	イ その他の居宅介護サービス利用料収入※4	
	(3) 食費収入※5	
	(4) 居住費収入※6	
	(5) 管理費収入	
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入	
	(6) その他の利用料収入	
	5. その他の事業収入	
	(1) 補助金収入	
	(2) その他	
	6. その他の収入	
	(1) 入居金収入	
うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入		
(2) その他		
7. 国庫補助金等特別積立金取崩額		
8. 介護報酬査定減	▲	
事業活動収入計		

※1：訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護などに係る収入

※2：施設の利用者が支払う理美容料、日常生活サービス料などに係る収入

※3：居宅サービスの利用者が支払う送迎費、おむつ料、日常生活サービス料などに係る収入

※4：訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護などに係る保険外の利用料による収入

※5：施設の利用者等が支払う食費、食費に係る特定入所者介護サービス費、特別な食料などに係る収入

※6：施設の利用者等が支払う居住費、居住費に係る特定入所者介護サービス費、特別な室料などに係る収入

特定施設入居者生活介護用

科 目		金 額 (単位：円)
II 事業活動支出	1. 人件費	
	2. 経費	
	(1) 直接介護支出	
	ア 給食材料費	
	イ 光熱水費	
	ウ その他の直接介護支出	
	(2) 一般管理支出	
	ア 研修費	
	イ 修繕費	
	ウ 賃借料	
	①土地	
	②建物	
	③その他	
	エ 委託費	
	オ その他の一般管理支出	
	3. 減価償却費	
(1) 建物		
(2) その他		
4. その他の事業活動支出		
事業活動支出計		
III 事業活動外収入		
1. 借入金利息補助金収入		
2. 寄付金収入		
3. その他の事業活動外収入		
事業活動外収入計		
IV 事業活動外支出		
1. 借入金利息		
2. その他の事業活動外支出		
事業活動外支出計		

特定施設入居者生活介護用

科 目	金 額 (単位：円)
V 特別収入	
1. 他会計区分繰入金収入	
2. 会計区分外繰入金収入	
3. その他の特別収入	
特別収入計	
VI 特別支出	
1. 他会計区分繰入金支出	
2. 会計区分外繰入金支出	
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等	
3. 法人税等	
4. その他の特別支出	
特別支出計	

7. 施設(複数ある場合は主要な施設)について

(1) 貴施設の保有形態について、以下当てはまるものに1をご記入ください。

1.	自己所有	⇒下記(2)～(8)、設問8にご回答ください
2.	賃貸	⇒設問8のみご回答ください。
3.	無償貸与	⇒設問8のみご回答ください。

(2) 貴施設の建築年を以下にご記入ください。

年

(3) 貴施設の当初建築時のベッド数を以下にご記入ください。

床

(4) 貴施設の減価償却期間を以下にご記入ください。

年

(5) 貴施設の当初建築費をご記入ください。

万円

(6) (5) 当初建築費の資金調達のおおよその割合の内訳を以下にご記入ください。

以下の割合の合計は100%になります。

(単位：%)

福祉医療 機構借入	銀行借入	自己資金	補助金 交付金	その他
				(具体的に)
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

(7) (6)で福祉医療機構から借入をしている場合、以下に当初借入期間をご記入ください。

年

(8) 貴施設の建築延べ床面積をお書きください。

m²

8. 貸借対照表の状況

- (1) 12-13ページにご記入いただく貸借対照表は、貴施設の状況のみですか。
 一体的に会計を行っているその他のサービス分も含まれますか。
 以下、当てはまる方に1をご記入ください。

	1. 貴施設のみ	
	2. その他のサービス分も含まれる	⇒(2)へ

- (2) (1)で「2. その他のサービス分も含まれる」を選んだ場合、その他のサービスについて該当するもの全てに1をつけてください(複数回答可)。

	1. 介護老人福祉施設
	2. 介護老人保健施設
	3. 特定施設入居者生活介護
	4. 認知症対応型共同生活介護
	5. 短期入所生活介護
	6. 短期入所療養介護
	7. 訪問介護
	8. 通所介護
	9. 居宅介護支援
	10. その他 (具体的に)

〇貸借対照表の原本のコピーを同封の場合、以下にご記入していただく必要はございません。

貸借対照表の状況

(平成 年 月 日)

(※) **2012年度**の状況を下表にご記入ください。決算が3月以外の場合、直近の決算年月のものをご記入ください。非該当・不明の欄は空欄とし、0円の場合は0をご記入ください。

合計値のみ把握し内訳が不明の場合、内訳は空欄とし合計欄のみご記入ください。

科 目		金 額 (単位：円)
I 流動資産	1. 現金預金	
	2. 有価証券	
	3. 未収金	
	4. 他会計区分貸付金	
	5. 会計区分外貸付金	
	6. その他の流動資産	
	流動資産計	
II 固定資産	1. 基本財産	
	(1) 土地	
	(2) 建物※1	
	(3) 基本財産特定預金	
	2. その他の固定資産	
	(1) 土地	
	(2) 建物※2	
	(3) 構築物等※3	
	(4) 投資有価証券	
	(5) 他会計区分長期貸付金	
	(6) 積立預金	
(7) その他の固定資産		
固定資産計		

※1：基本財産に属する建物及び建物附属設備

※2：その他の固定資産に属する建物及び建物附属設備

※3：構築物、機械及び装置、車両運搬具、器具及び備品

特定施設入居者生活介護用

科 目		金 額 (単位：円)
Ⅲ 流動 負債	1. 短期運営資金借入金	
	2. 未払金	
	3. 預り金	
	4. 他会計区分借入金	
	5. 会計区分外借入金	
	6. 引当金 (具体的に)	
	7. その他の流動負債	
	流動負債計	
Ⅳ 固定 負債	1. 設備資金借入金	
	2. 長期運営資金借入金	
	3. 他会計区分長期借入金	
	4. 長期預り金	
	5. 退職給与引当金	
	6. 引当金 (具体的に)	
	7. その他の固定負債	
	固定負債計	
Ⅴ 純 資 産 の 部	1. 基本金	
	2. 国庫補助金等特別積立金	
	3. その他の積立金 (具体的に)	
	4. 次期繰越活動収支差額	
	うち当期活動収支差額	
純資産の部計		

減価償却累計額		
ア 建物		円
イ その他		円

以上で設問は終わりです。
 同封の返信用封筒又はメール(onta@myilw.co.jp宛)に、2月10日(月)までに調査票をお送りください。
 ご多忙の中、調査にご協力賜わり、誠にありがとうございました。

【参 考 文 献】

- 飯盛信男『規制緩和とサービス産業』新日本出版社、1998年
- 五百旗頭真『「官」から「民」へのパワー・シフトー誰のための「公益」か』阪急コミュニケーションズ、1998年
- 池崎澄江「アメリカのナーシングホームにおけるケアの質の管理」『季刊・社会保障研究』Vol.48No.2、2012年
- 伊澤知法「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携ーエーデル改革による変遷と現在ー」『海外社会保障研究』No.156、2006年
- 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『スウェーデン医療保障制度に関する調査研究【2008年版】』、2009年
- 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構『オランダ医療関連データ集【2011年版】』、2012年
- 一般社団法人シルバーサービス振興会『「介護サービス情報の公表制度」平成24年度以降の概要（新旧対照）』、2011年
- 一般社団法人日本社会福祉学会『介護サービスの評価システムの比較研究』（日本社会福祉学会第53回全国大会：自主企画シンポジウム資料）、2005年
- 今村都南雄編著『公共サービスと民間委託』敬文堂、1997年
- 植草益『社会的規制の経済学』NTT出版、1997年
- 大野吉輝『社会サービスの経済学』勁草書房、1991年
- 大場敏明「スウェーデン視察で学んだ介護保険のあるべき姿」『埼玉保険医新聞』2006年3月5日
- 大森正博「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究』No.136、2001年
- 大森正博「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156、2006年
- 大森正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』No.725、2011年
- 大森正博「近年のオランダの医療・介護保険制度について」『オランダ医療関連データ集【2011年版】』、2011年
- 大森彌 介護保険制度史研究会「介護保険制度史（4）基本構想の検討ー1994年ー」『社会保険旬報』No.2557、37頁、2014年2月1日
- 岡元真希子「海外トピックス「オランダの「介護保険」ーオランダ（上）ー」『月刊介護保険』2005年12月号
- 岡元真希子「海外トピックス「民間非営利が中心の医療・介護サービス」ーオランダ（下）ー」『月刊介護保険』2006年1月号
- 奥村芳孝「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』No.164、2008年
- 岡部史哉「特集II：スウェーデンの医療保障の動向 中道右派政権下の医療政策」『健保連海外医療保障』No.85、2010年

奥村芳孝『スウェーデンの高齢者・障害者ケア入門』筒井書房、2005年
奥村芳孝「スウェーデンの2006年新社会保障の動向」『週刊社会保障』No.2451、2006年
奥村芳孝『スウェーデンの高齢者ケア戦略』筒井書房、2010年
奥村芳孝『スウェーデンにおける民営化と質の保障』OKUMURACONSULTING、2013年
奥村芳孝『民営化』OKUMURACONSULTING、2013年
株式会社キャンサースキャン『老人保健健康増進等事業 諸外国における訪問看護制度等
についての調査研究事業報告書（平成24年度）』、2013年
熊代昭彦『日本のNPO法－特定非営利活動促進法の意義と解説』ぎょうせい、1998年
栗原正明「進化する国家の実像（2）高福祉、社会保障制度の構造と特徴」『週刊社会保障』
No.2721、2013年
栗原正明「進化する国家の実像（7）高齢者ケア、適切な質と量の確保に向けて」『週刊社
会保障』No.2726、2013年
桑田耕太郎・田尾雅夫『組織論 補訂版』有斐閣、2010年
桑原秀史『公共料金の経済学－規制改革と競争政策－』有斐閣、2008年
経済企画庁国民生活局『Open the NPO－効果的な情報発信のために』大蔵省印刷局、1998
年
経済企画庁国民生活局『海外におけるNPOの法人制度・租税制度と運用実態調査』大蔵省
印刷局、1999年
経済企画庁物価局『公共料金改革への提言－公共料金の価格設定の在り方等について－』
大蔵省印刷局、1996年
経済産業省資源エネルギー庁『電気料金制度・運用の見直しに係る有識者会議報告書』、2012
年
経済産業省資源エネルギー庁『東京電力株式会社の供給約款変更認可申請に係る査定方針
案』（総合資源エネルギー調査会総合部会電気料金審査専門委員会資料）、2012年
経済産業省資源エネルギー庁『個別の原価等について（設備投資関連費用、スマートメー
ター関連費用、その他経費・控除収益）』（第30回「総合資源エネルギー調査会総合
部会電気料金審査専門委員会」資料）、2013年
厚生省高齢者介護対策本部事務局『新たな高齢者介護システムの構築を目指して 高齢者
介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい、1995年
厚生労働省『地域密着型サービスにおける自己評価及び外部評価の実施について』（全国地
域密着型サービスの外部評価担当者会議資料）、2006年
厚生労働省『介護サービス情報の公表制度の仕組み』、2012年
厚生労働省『社会的養護関係施設の第三者評価等について（概要）』、2012年
厚生労働省大臣官房統計情報部『平成23年介護サービス施設・事業所調査結果』、2012年
厚生労働省老健局『全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料』、2013年

厚生労働省社会・援護局『社会福祉法人の適正な運営の確保について』（第5回「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」資料）、2014年

国際労働財団編『NPO時代の幕開けーアメリカの経験に学ぶ労働運動とNPO』第一書林、1998年

後藤猛『認知症の人が安楽死する国ーオランダの医療・介護・福祉に学ぶー』雲母書房、2012年

財団法人日本公衆衛生協会『介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業 介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書（平成21年度）』、2010年

財務総合政策研究所研究部 医療制度研究班（矢田晴那・大森真人・大野太郎・加藤千鶴）「海外の医療制度を訪ねて（第4回オランダ・EU（その2）・まとめ編）」『ファイナンス』2010年1月号通巻530号、2010年

斉藤弥生「スウェーデンの社会保障制度における国と地方の関係ー介護サービスにおける「サービス選択自由化法」の影響を中心にー」『海外社会保障研究』No.180、2012年

斉藤弥生「スウェーデンの高齢者介護における国と地方の関係（3）サービス選択自由化法とコミュニケーションによる運用」『月刊福祉』Vol.96No.10、2013年

斎藤義彦『ドイツと日本「介護」の力と危機ー介護保険制度改革とその挑戦ー』ミネルヴァ書房、2012年

佐々木毅・金泰昌編『公共哲学1 公と私の思想史』東京大学出版会、2001年

佐々木毅・金泰昌編『公共哲学2 公と私の社会科学』東京大学出版会、2001年

佐々木毅・金泰昌編『公共哲学3 日本における公と私』東京大学出版会、2002年

佐々木毅・金泰昌編『公共哲学4 欧米における公と私』東京大学出版会、2002年

佐藤主光「医療保険制度改革の課題」『会計検査研究』No.35、2007年

社会福祉法人経営研究会『社会福祉法人経営の現状と課題』全国社会福祉協議会、2006年

社会福祉法人全国社会福祉協議会『福祉サービスの質の向上に向けて「福祉サービス第三者評価事業に関する評価基準等委員会」報告書』、2012年

消費者庁 東京電力の家庭用電気料金値上げ認可申請に関するチェックポイント検討チーム『電気料金値上げに関する検討』、2012年

杉政孝『病院経営と人事管理』日本労働研究機構、1981年

勢司博之『スウェーデンケア研修レポート（2012年8月）』株式会社舞浜倶楽部リクルートサイト、2012年

関根則之『改訂地方公営企業法逐条解説（第9版）』、地方財務協会、1998年

田尾雅夫『ヒューマン・サービスの組織ー医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社、1995年

田尾雅夫『ボランティア組織の経営管理』有斐閣、1999年

- 高嶋裕一『総合政策のための公益事業論－規制制度と規制緩和政策の解剖学－』岩手県立
大学総合政策学部高嶋研究室、2005年
- 竹中靖一『石門心學の經濟思想 増補版』ミネルヴァ書房、1998年
- 田中滋「医療と経済」『現代經濟事情』培風館、2011年
- 田中滋・栃本一三郎『介護イノベーション－介護ビジネスをつくる、つなげる、創造する
－』第一法規株式会社、2011年
- 田中滋・二木立『医療制度改革の国際比較』勁草書房、2007年
- 田中滋・古川俊治『MBAの医療・介護経営』医学書院、2009年
- 田中孝男『使用料等料金設定に係る政策法務的検討－総括原価主義の意義と適用範囲』、
2000年
- 田中敬文訳、James, E. and Rose-Ackerman, S. 著、『非営利団体の經濟分析－学校、病院、
美術館、フィランソロピーー』多賀出版、1993年
- 田淵節也編『今なぜ民間非営利団体なのか？－笹川平和財団十年の軌跡』清水弘文堂書房、
1997年
- 千葉県庁『各制度の違い（第三者評価、情報公表、外部評価）』
(<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/shien/daisansha/seido.html>)、2013年
- 千葉正展『福祉経営論』株式会社ヘルス・システム研究所、2006年
- 通商産業省（現：経済産業省）「第二部料金 WG 報告」（電気事業審議会基本政策部会・料
金制度部会合同小委員会料金ワーキング・グループ資料）、1999年
- 土田武史「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』No.94、2012年
- 内閣府国民生活局『教えて！公共料金－公共料金ハンドブック 2002－』財務省印刷局、2002
年
- 内閣府国民生活局『公共料金の構造改革－現状と課題－』財務省印刷局、2002年
- 内閣府「消費者委員会（第92回）議事次第」、2012年
- 内閣府「平成25年版高齢社会白書」、2013年
- 二木立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房、1991年
- 二木立『介護保険制度の総合研究』勁草書房、2007年
- 西下彰俊『スウェーデンの高齢者ケア－その光と影を追って－』新評論、2007年
- 西下彰俊「スウェーデンの高齢者ケア－その光と影を追う（第23回）スウェーデンの高
齢者ケアに関する情報公開の先進性」『いい住まいいいシニアライフ：財団ニュース』
Vol.88、2009年
- 西下彰俊「スウェーデンの高齢者ケア－その光と影を追う（第32回）スウェーデンの高
齢者ケア研究の到達点と残された課題（下）」『いい住まいいいシニアライフ：財団ニ
ュース』Vol.102、2011年
- 西下彰俊「高齢者ケアに関するスウェーデン・モデル再考」『DiaNews』No.67、2011年
- 西下彰俊『揺れるスウェーデン－高齢者ケア：発展と停滞の交錯－』新評論、2012年

- 日本医師会総合政策研究機構 前田由美子「介護サービスを提供する株式会社の現状」『日
医総研ワーキングペーパー』No.258、2012年
- 日本医師会総合政策研究機構 前田由美子「介護保険下における営利企業の現状と課題－
大手企業の最近の決算等を踏まえて－」『日医総研ワーキングペーパー』No.296、2013
年
- 日本医療政策機構 (Health and Global Policy Institute)「オランダの医療制度改革と高齢
化対策」『毎日新聞「オランダ医療費削減策」』2011年2月21日
- 廣瀬真理子「オランダの高齢者福祉サービスにおける「民間」の役割」『海外社会保障情報』
No.122、1998年
- 廣瀬真理子「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』
No.162、2008年
- 船橋光俊「ドイツ医療保険の保険者機能」『海外社会保障研究』No.136、2001年
- 堀田聡子「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策－我が国における地域包括
ケア提供体制の充実に向けて－」『JILPT Discussion Paper Series 12-07』、2012年
- 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社、2008年
- 丸尾直美『日本型福祉社会 (NHK ブックス 455)』日本放送出版協会、1984年
- 松原由美「介護事業者の経営のあり方」『社会保険旬報』No.2439、2010年
- 松原由美「特養の内部留保に関する一考察」『社会保険旬報』No.2523、2524、2013年
- 松原由美「社会福祉法人の経営のあり方に関する一考察」『福祉施設士』No.300、2014年
- 宮沢健一『高齢化産業社会の構図』有斐閣、1992年
- 宮脇淳『「公共経営」の創造－地方政府の確立をめざして』PHP研究所、1999年
- 明治学院大学法学部立法研究会編『市民活動支援法－ひらかれた市民社会を築くために』
信山社出版、1996年
- 明治安田生活福祉研究所『諸外国の医療・高齢者介護に関する制度比較調査報告書 (平成
22年度)』、2011年
- 山岡義典編著『NPO 基礎講座 2 市民活動の現在』ぎょうせい、1998年
- 山岡義典編著『NPO 基礎講座 3 現場から見たマネジメント』ぎょうせい、1999年
- 山内直人『NPO データブック』有斐閣、1999年
- 山内弘隆『国内公共料金、海外電気料金の現状について』(経済産業省第1回「電気料金制
度・運用の見直しに係る有識者会議」資料)、2011年
- 山岸俊男『信頼の構造－こころと社会の進化ゲーム』東京大学出版会、1998年
- 吉岡洋子「2000年以降のスウェーデンにおける高齢者福祉－「選択の自由」拡大とそれに
伴う諸対応の展開－」『海外社会保障研究』No.178、2012年
- 渡辺まどか「スウェーデンにおける高齢者サービス民営化の進展－質の確保に向けた取り
組み」『会計検査研究』第48号、2013年
- 渡邊芳樹『スーパーモデル・スウェーデン－変容を続ける福祉国家－』法研、2013年

- Arrow, K.J., *The Limits of Organization*, W.W.Norton & Company Incorporated, 1974
- Arrow, K.J., "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review* volume LIII December 1963 Number 5, pp.941-973, 1963
- Bergman, M. och Jordahl, H., Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen (English-summary) , 2014
- Bryson, J.M., *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*, Jossey-Bass publishes, 1995
- Carver, J., *Boards That Make a Difference: A New Design for Leadership in Nonprofit and Public Organizations*, Jossey-Bass publishes, 1990
- Connors, T.D., *The Nonprofit Management Handbook: Operating Policies and Procedures*, John Wiley & Sons, 1993
- Daley, C. and Gubb, J., *Healthcare Systems : The Netherlands*, CIVITAS, 2013
- Davis, K., Schoen, C. and Stremikis, K., *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, 2010 Update, The Commonwealth Fund, 2010
- Easley, D. and O'Hara, M., *The economic role of the nonprofit firm*, pp.531-538, 1983
- European Network of Economic Policy Research Institutes, *THE DUTCH SYSTEM OF LONG-TERM CARE*, 2010
- Famna, Tjäna eller tjäna? - om vård eller vinst : Privatisering av vård, omsorg, skola - vilka tar över?, 2011
- Hammack, D. and Young, D., *Nonprofit Organizations in a Market Economy*, Jossey-Bass, 1993
- Hansmann, H., "The Role of Non-profit Enterprise", *The Yale Law Journal*(April)89, pp.835-898, 1980
- Hansmann, H., "Nonprofit Enterprise in the performing Arts", *Bell Journal of Economics*(Autumn)12, pp.341-361, 1981
- Harvard Business Review, *Harvard Business Review on Nonprofits*, Harvard Business School Press, 1999
- Konkurrensverket, *Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården*, 2009
- Matra Pre-accession project, *HKZ-ISO certification in Dutch Healthcare and Welfare*, 2004
- Meagher, G. and Szebehely, M., *Marketisation in Nordic eldercare : a research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm University, Department of Social Work, 2013
- Micasa Fastigheter i Stockholm AB, *A home to look forward to*, 2010

NCBI, Health care costing in the Netherlands
 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950296/>), 2010

OECD, OECD Health Data 2013, 2013

Oostenbrink, J.B., Rutten, F.F.H., Cost Assessment and Price Setting in the Dutch Healthcare System, Institute for Health Policy and Management of Erasmus MC in Rotterdam, 2005

RVZ-Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Winst en gezondheidszorg, 2002

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M.v.d., Westert, G., Devillé, W., Ginneken, E.v., The Netherlands: Health System Review, Health Systems in Transition Vol.12 No.1, 2010

Socialstyrelsen, Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen, 1999

Socialstyrelsen, *Jämför äldreboenden* (<http://socialstyrelsen.se/aldreguiden/>), 2008

Socialstyrelsen, Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa Insatser år 2010, 2011

Socialstyrelsen, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre-delrapport 2011, 2011

Socialstyrelsen, Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform år 2012, 2013

Socialstyrelsen, Boenden i kommunen, 2013

Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2013, 2013

Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, ÖPPNA JÄMFÖRELSE - Vård och omsorg om äldre 2010, 2010

Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, ÖPPNA JÄMFÖRELSE - Vård och omsorg om äldre 2012, 2013

Statens offentliga utredningar, Vård med omsorg – möjligheter och hinder, SOU 2007:37, 2007

Statistics Netherlands, Statistical yearbook 2011

Statistics Sweden, Utgifter för det sociala skyddet i Sverige och Europa samt utgifternas finansiering (ESSPROS), 2011

Statistics Sweden, Financiers and providers with in education, healthcare and social services, 2011

Statistics Sweden, The future population of Sweden 2012-2060, 2012

Stockholms stad, Stockholms stads budget 2013, 2012

Stockholms stad, City of Stockholm Annual Report 2012, 2013

Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna Jämförelse - Äldreomsorg 2007
 (http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39039_4.pdf), 2008

Sveriges Kommuner och Landsting, Prestationsersättning till särskilda boenden för

- äldre – ERFARENHETER OCH TIPS FRÅN TRE KOMMUNER, 2012
- Szebehely,M., *"Insatser för äldre och funktionshindrade I privat regi" Laura Hartman (red.),Konkurrensens konsekvenser*; SNS Förlag, 2011
- Tan,S.S., Ineveld, M.v., Redekop, K., Roijen LH-v, Structural reforms and hospital payment in the Netherlands, 2010
- Veen,R.v.d., Mak, S., Developing and ensuring quality in long-term care, Netherlands National Report, September 2010
- Weisbrod, B., *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, 1988
- Weisbrod, B., *Toward a Theory of the Voluntary Nonprofit Sector in a Three-Sector Economy*, New York:Russel Sage Foundation, 1975
- World Health Organization, The new Dutch health insurance scheme : challenges and opportunities for better performance in health financing, 2007

平成25年度老人保健事業推進費等補助金

(老人保健健康増進等事業)

介護保険事業における利益の捉え方、経営のあり方に関する

調査研究事業 報告書

委託先：株式会社明治安田生活福祉研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1

電話 03-3283-8303

FAX 03-3201-7837

禁無断転載