

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、介護サービスの経済的分析に関する

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

はじめに	1
第1章 介護サービスの経済的特性	3
1. 介護サービスの成長性	4
2. 介護サービスの収益構造	11
3. 介護職員・介護従事者の特徴	19
4. 介護職員の人手不足問題	26
5. 介護サービスの労働生産性	37
第2章 介護保険制度の経済効果	47
1. 需要創出効果	48
2. 雇用創出効果	55
3. 離職抑止効果	58
4. 社会的入院の是正効果	73
5. リスクプール効果	81
第3章 介護保険制度の費用対効果	97
1. 介護保険制度の費用対効果の検証モデル	98
2. 介護保険制度の費用対効果の推計	100
結びにかえて	103

はじめに

高齢化の進展とともに介護サービスへのニーズが増大する中、平成 12（2000）年 4 月に創設された介護保険制度は、制度発足以来丸 14 年が経過し、日本社会にすっかり定着した感がある。従来の措置制度から保険制度に切り替わったことにより、利用者またはその家族は、介護サービスをそのニーズに応じて、自由に選択することができるようになった。介護の社会化を促進し、市場経済を活性化させる役割を果たしてきたと言えよう。さらに、介護サービスは成長産業としても大きく期待されており、政府の成長戦略でも大きな目玉の一つとなっている。

こうした中、本事業は介護サービスや介護保険制度について、経済的側面から実証的な分析を行い、国民の介護保険制度に対する理解促進を図ることを目的としている。本稿では、第 1 章で介護サービスの経済的特性を分析し、収益構造や人手不足問題などについて検証する。第 2 章では、介護保険制度が有している経済効果、具体的には、需要創出効果、雇用創出効果、離職抑止効果、社会的入院の是正効果、リスクプール効果について定量的な推計を行う。第 3 章では、介護保険制度の費用対効果を検証し、その経済的役割について考察する。

本稿の主要参考文献は末尾に示した通りであるが、最も参考にさせていただいた文献は平成 10 年（1998）年 10 月に東洋経済新報社から出版された「介護の経済学」（大森隆、田坂治、宇野裕、一瀬智弘共著）である。これ以降、介護サービスや介護保険制度に関する経済的分析を網羅的に実施した文献は見当たらない。「介護の経済学」は介護保険制度創設前に、介護保険制度導入によるマクロ経済効果の予測を中心に展開しているが、本稿は現段階における介護保険制度の費用対効果の検証に力点を置いた。

本事業の実施に当たっては、田中滋先生（慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授）、宇野裕先生（元日本社会事業大学専務理事）、福田敬先生（国立保健医療科学院研究情報支援研究センター上席主任研究官）をはじめ、多くの方々から貴重なご指導・ご助言をいただいた。この場を借りて、厚く感謝の意を表したい。ただし、事実誤認などがあればその責任は全て明治安田生活福祉研究所に属する。

本事業が、介護保険制度の経済的役割に関する理解促進につながり、今後の介護保険制度改革等を検討していくうえで一助になれば幸いである。

平成 26 年 3 月
明治安田生活福祉研究所

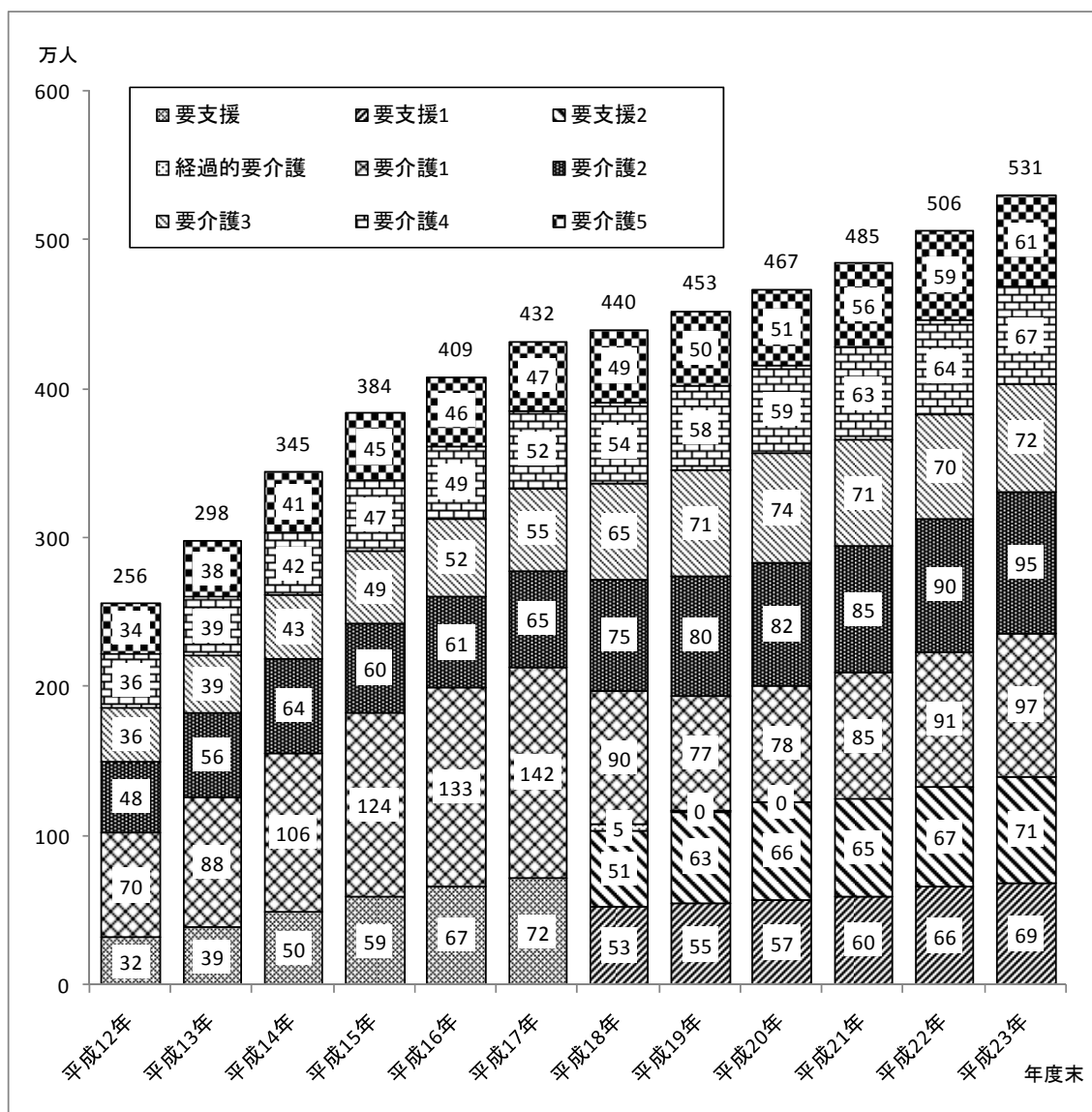
第 1 章 介護サービスの経済的特性

1. 介護サービスの成長性

(1) 要介護・要支援認定者数の推移

高齢化の進展とともに、介護保険の要支援・要介護認定者数¹は右肩上がり増加しており、平成12（2000）年度末の256万人から平成23（2011）年度末には531万人へと約2.1倍に拡大した（図表1参照）。ただし、平成18（2006）年4月に介護保険法が大幅に改正されている（要支援→要支援1、要介護1→要支援2または要介護1）。

図表1 要支援・要介護認定者数の推移

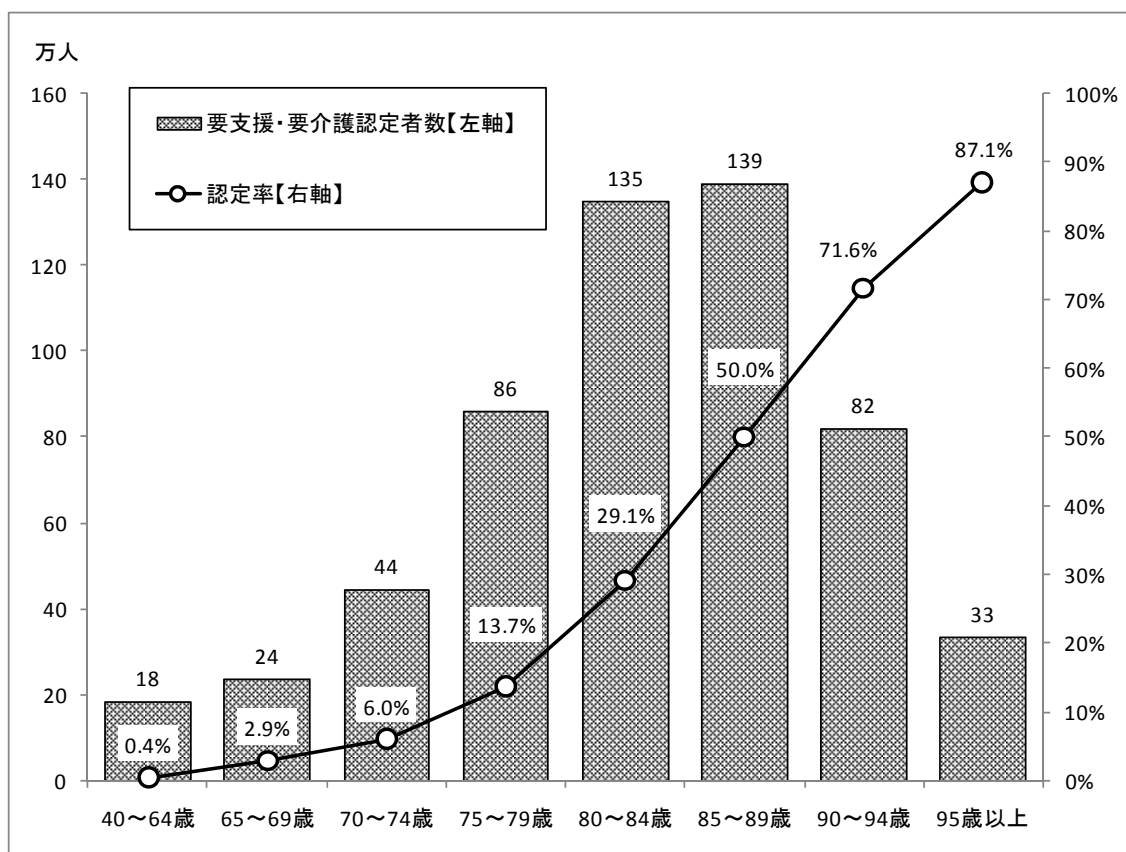


（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」

¹ 平成18（2006）年4月に介護保険法が大幅に改正（要支援→要支援1、要介護1→要支援2または要介護1）されており、連続性は保たれていない。

年齢階級別に要支援・要介護者数が人口に占める割合（認定率）を見ると、65～69歳では2.9%に過ぎないが、年齢とともに上昇し、95歳以上では87.1%にも達する（図表2参照）。平成24（2012）年10月時点では、80～84歳の要支援・要介護認定者（以下、要介護者）は135万人、85～89歳は139万人であり、要介護者（562万人）の約半数は80歳代で占められている。

図表2 年齢階級別 要支援・要介護認定者数と認定率(平成24年10月)



(出典) 厚生労働省「介護給付費実態調査」、総務省「人口推計」より作成

(2) 介護サービス受給者数の推移

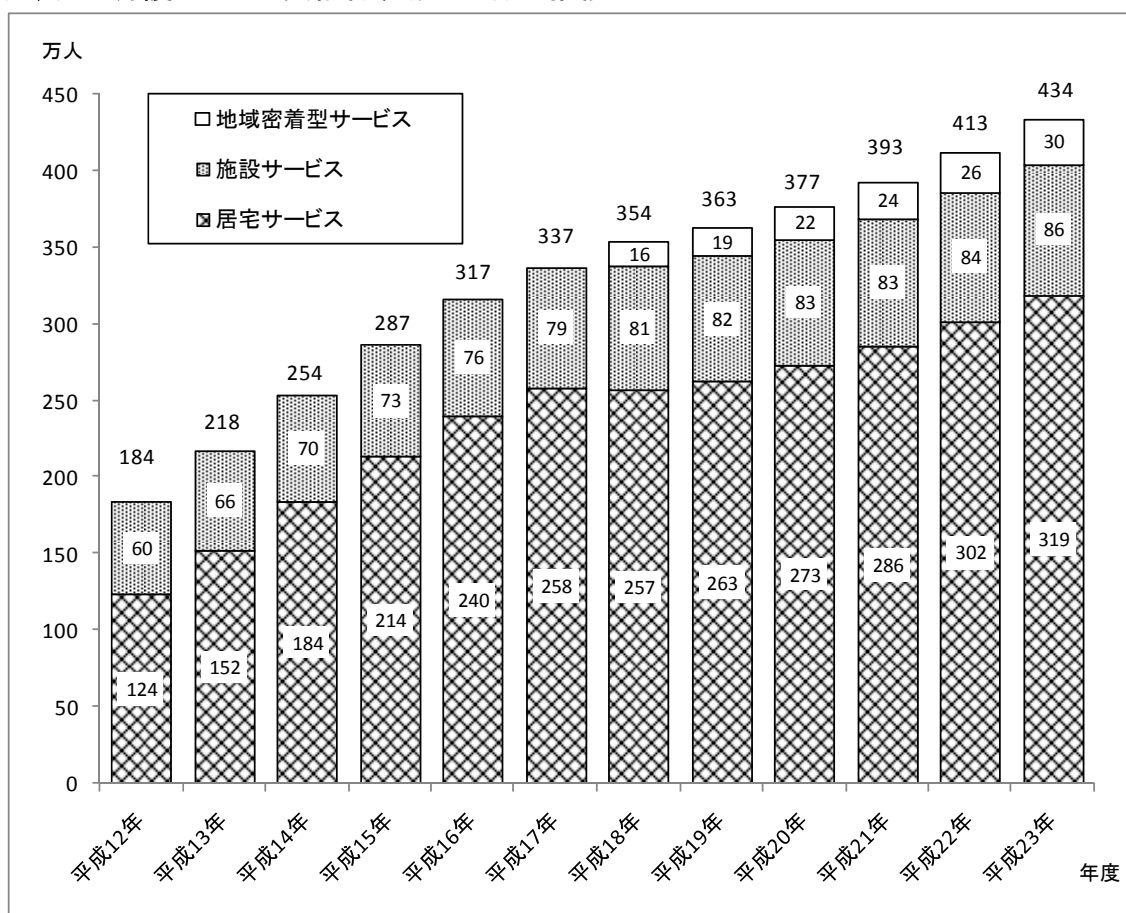
要介護者の増加に伴い、介護サービス受給者数も増加の一途をたどっており、平成12（2000）年度の184万人から平成23（2011）年度には434万人へと約2.4倍に拡大した（図表3参照）。

平成23（2011）年度のサービス別受給者は、居宅サービス²が319万人と最も多く、

² ホームヘルパーが各家庭を訪問して要介護者の身体介護や生活援助等を行う訪問介護（ホームヘルプ）のほか、要介護者が日帰りで施設に通って、入浴や食事、機能訓練、健康チェックなどを受ける通所介護（デイサービス）、介護者が病気や旅行などで一時的に介護できない際に預かってもらう短期入所生活介護（ショートステイ）などのサービスも含まれる。

次いで施設サービス³が 86 万人、地域密着型サービス⁴が 30 万人となっている。平成 12 (2000) 年度から平成 23 (2011) 年度にかけて、居宅サービス (地域密着型サービスを含む) の受給者は 124 万人から 349 万人へと約 2.8 倍に拡大したが、施設サービスの受給者は 60 万人から 86 万人へと約 4 割の増加に留まった。この背景には、政府が「施設から在宅」へ推進する政策を採っていること、介護老人福祉施設 (特養) や介護老人保健施設 (老健) 等の施設サービスは総量規制等によって開設が制限されており、特に特養の供給量が大幅に不足⁵していることなどがある。

図表 3 介護サービス受給者数(月平均)の推移



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

³ 介護老人福祉施設 (特養)、介護老人保健施設 (老健)、介護療養型医療施設の介護保険三施設のサービスをいう。民間の有料老人ホーム等が提供する介護サービスは特定施設入居者生活介護として、居宅サービスに含まれる。

⁴ 要介護者等が住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするため、平成 18 (2006) 年 4 月に創設された介護サービス。居宅サービスと施設サービスに関しては、事業者の指定・指導監督権限は都道府県が有しているが、地域密着型サービスは市町村が有している。

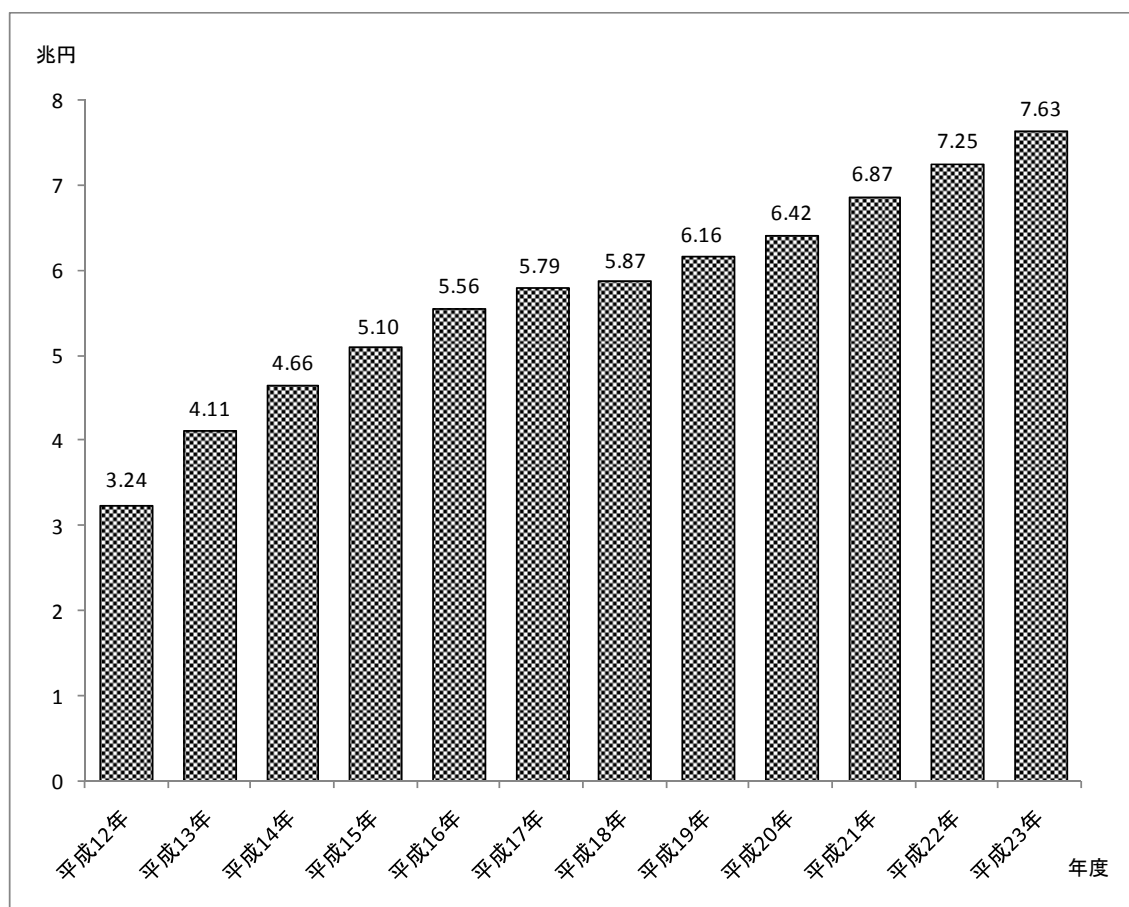
⁵ 厚生労働省の集計 (平成 26 年 3 月) によれば、特養の入居待機者は 52.2 万人 (うち、要介護 3 以上の者は 34.4 万人) となっている。

(3) 介護保険給付費・介護費用の推移

介護サービス受給者数の増加に伴って、介護保険給付費⁶は右肩上がりが増え続けており、平成12(2000)年度の3.2兆円から平成23(2011)年度には7.6兆円へと2.4倍に拡大した(図表4参照)。

介護費用(介護保険給付額+公費負担額+利用者負担額)は、平成12(2000)年度の3.6兆円から平成23(2011)年度には8.2兆円と約2.3倍に増加した(図表5参照)。

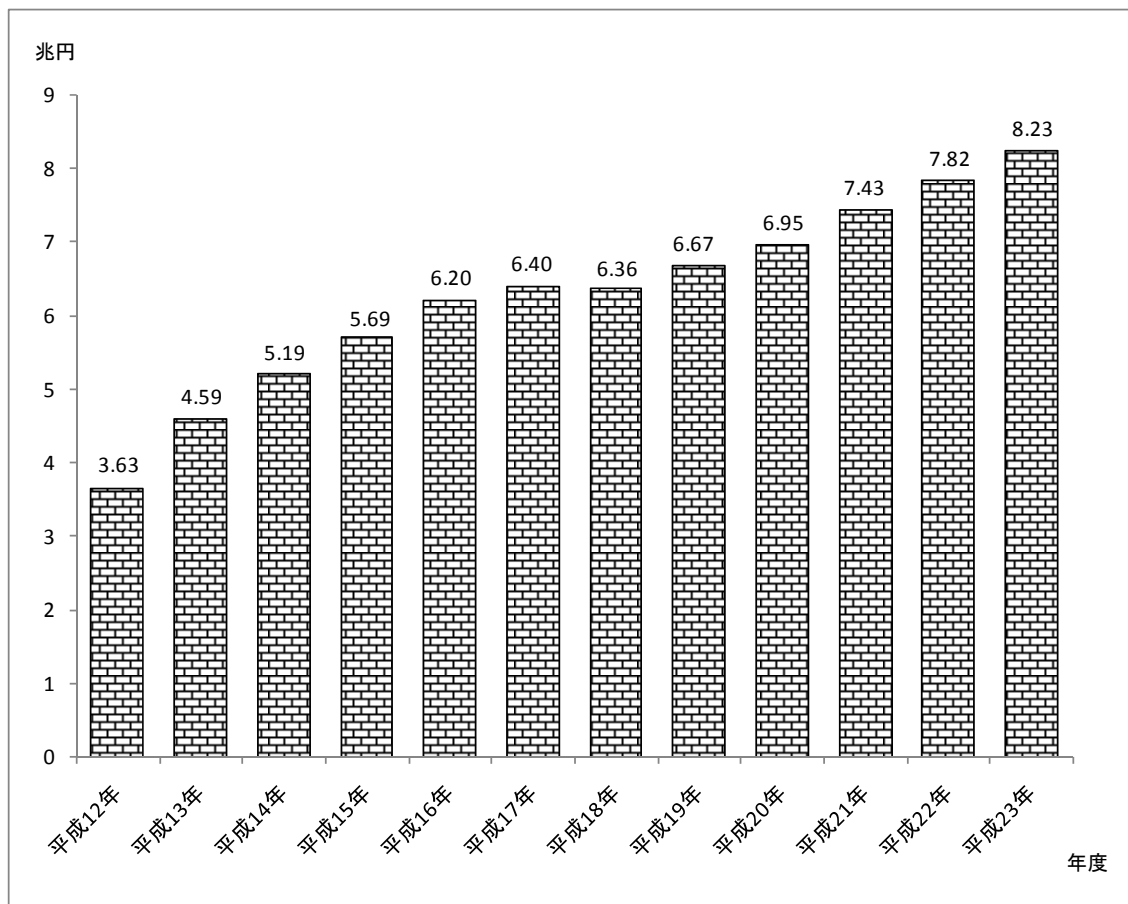
図表4 介護保険給付費の推移



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

⁶ 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含む。

図表 5 介護費用の推移



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」

(4) 介護サービスの生産金額（市場規模）

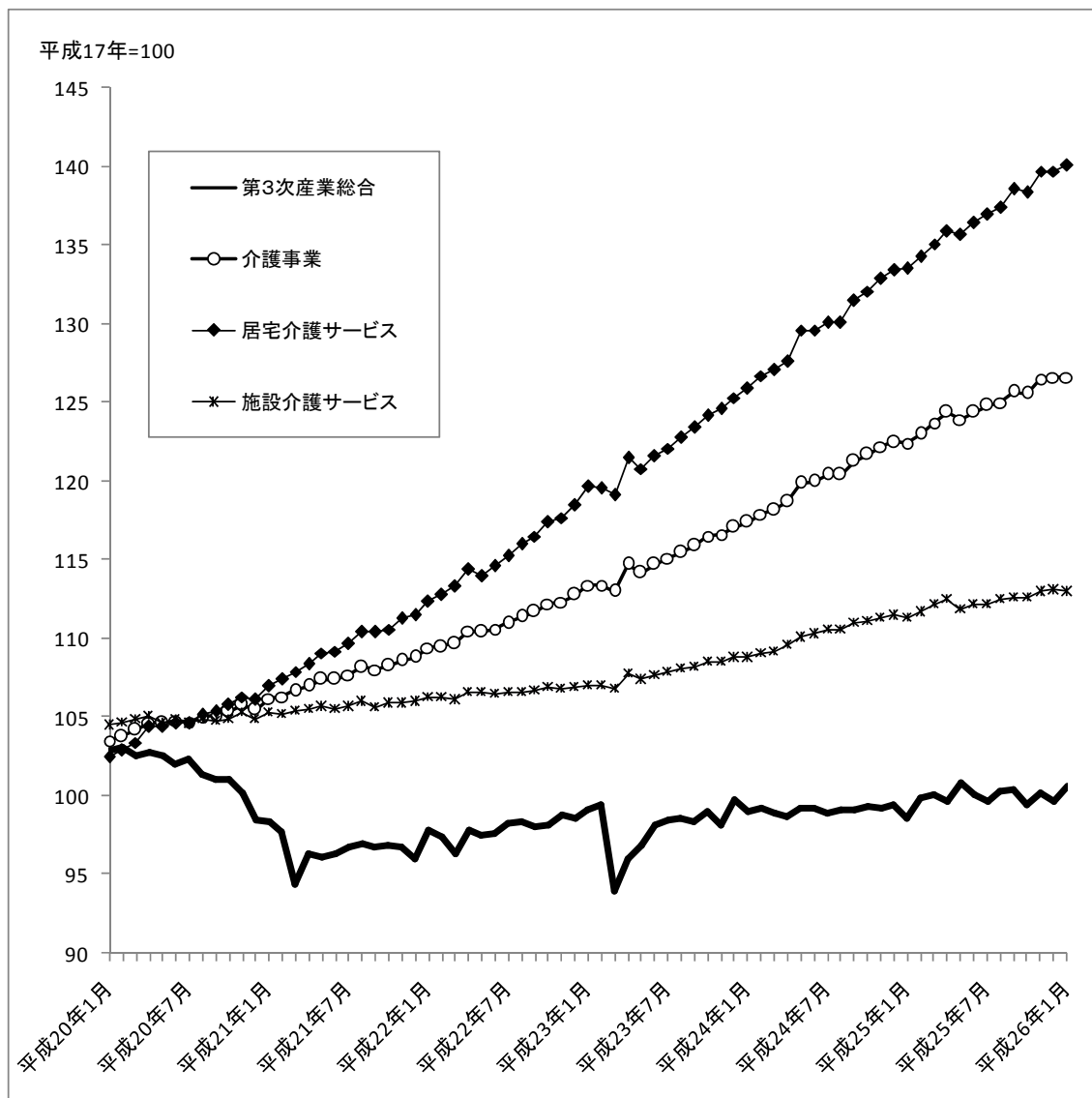
平成 17（2005）年の産業連関表によれば、介護サービス（介護保険の適用サービスに限定）の生産金額は 6.39 兆円であり、平成 17（2005）年度の介護費用が 6.40 兆円であったことから、介護費用（介護保険給付額＋公費負担額＋利用者負担額）が介護サービスの生産金額とほぼ一致する。

したがって、本稿では介護費用（介護保険給付額＋公費負担額＋利用者負担額）を介護サービスの生産金額（市場規模）と考える。平成 23（2011）年度の介護サービスの生産金額は 8.2 兆円であり、介護保険制度が創設された平成 12（2000）年度の 3.6 兆円から約 2.3 倍に拡大（年平均 7.7%増加）したことになる。

(5) 介護サービスは高成長を持続

第 3 次産業活動指数の推移を見ると、第 3 次産業総合は近年伸び悩んでいるものの、介護事業は景気変動の影響を受けることなく、高成長を持続している（図表 6 参照）。

図表6 第3次産業活動指数(季節調整済)の推移



(出典) 経済産業省「第3次産業活動指数」

介護事業の中では、施設介護サービスよりも居宅介護サービスの伸び率が高い。これは、前述した通り、政府が「施設から在宅」へと推進する政策を採っていることや、特養が大幅に不足していることなどが要因と考えられる。介護サービスが景気変動の影響をほとんど受けないのは、介護保険によって自己負担が原則1割に留まっていることに加え、要介護者がいったん介護サービスを受け始めた場合、それを途中で打ち切るとは本人にも家族にも大きな負担が発生することなどが要因だろう。

(6) 長期予測

要介護率が急速に高まる後期高齢者（75歳以上）の人口は、平成22（2010）年の国勢調査では1,407万人（全人口に占める構成比：11.1%）であったが、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計（平成24年1月推計）」（中位推計）によると、平成37（2025）年には2,179万人（構成比：18.1%）と、平成22（2010）年比で1.5倍に増加する見通しとなっている。特に大都市圏で大幅に増加する。

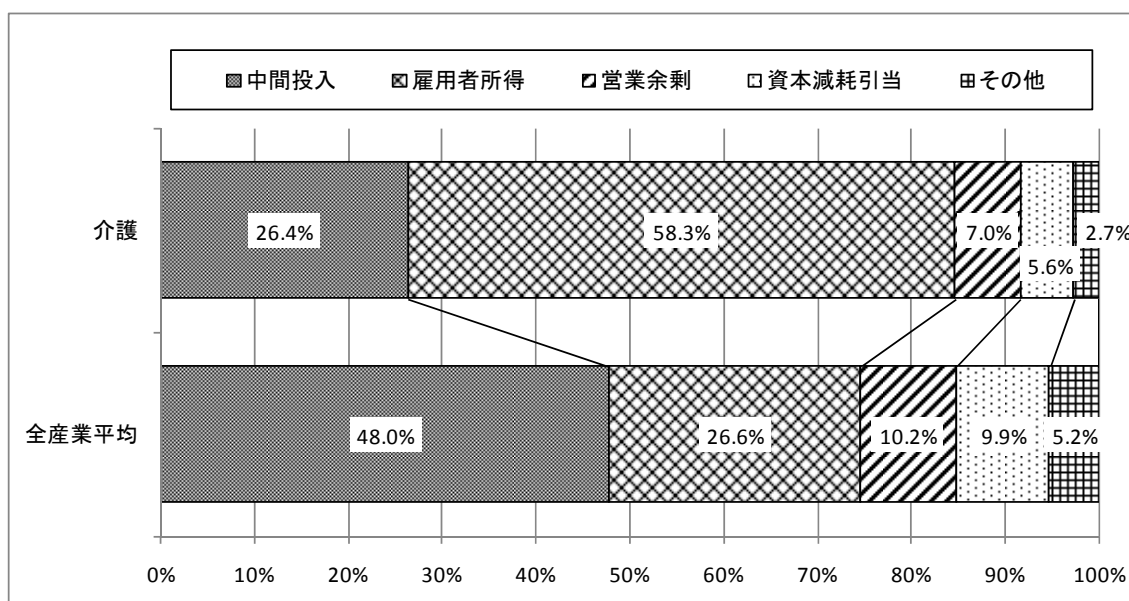
厚生労働省では、平成37（2025）年度の介護サービス受給者数は657万人と、平成23（2011）年度（434万人）比で1.5倍、介護費用（介護サービスの生産金額）は21兆円と、平成23（2011）年度（8.2兆円）比で2.6倍に増加すると予測している。

2. 介護サービスの収益構造

(1) 主要投入係数の比較

総務省「産業連関表（平成 17 年）」において、介護サービスの投入係数⁷を全産業平均と比較すると、中間投入が 26.4%（全産業平均：48.0%）と低く、雇用者所得が 58.3%（同：26.6%）と高い点が目立つ（図表 7 参照）。

図表 7 主要投入係数の比較



（出典）総務省「産業連関表（平成 17 年）」より作成

製造業の場合は、原材料や部品、エネルギーなどを外部から大量に調達するため、中間投入のウェイトが高くなるが、介護サービスの場合は、サービスの提供に人手がかかるため、雇用者所得のウェイトが高く、典型的な労働集約型産業である。そのため、人件費の負担が収益の逼迫要因となっており、営業余剰は 7.0%（同：10.2%）に留まっている。一方、巨大な設備を要する産業ではないため、資本減耗引当の投入係数は 5.6%（同：9.9%）と低水準である。

近年は介護サービスの収益性改善が進んでおり、「平成 24（2012）年経済センサス - 活動調査」では、老人福祉・介護事業の営業利益率は 7.7%と、全産業平均（金融・保険業を除く）の 5.3%を上回っている。

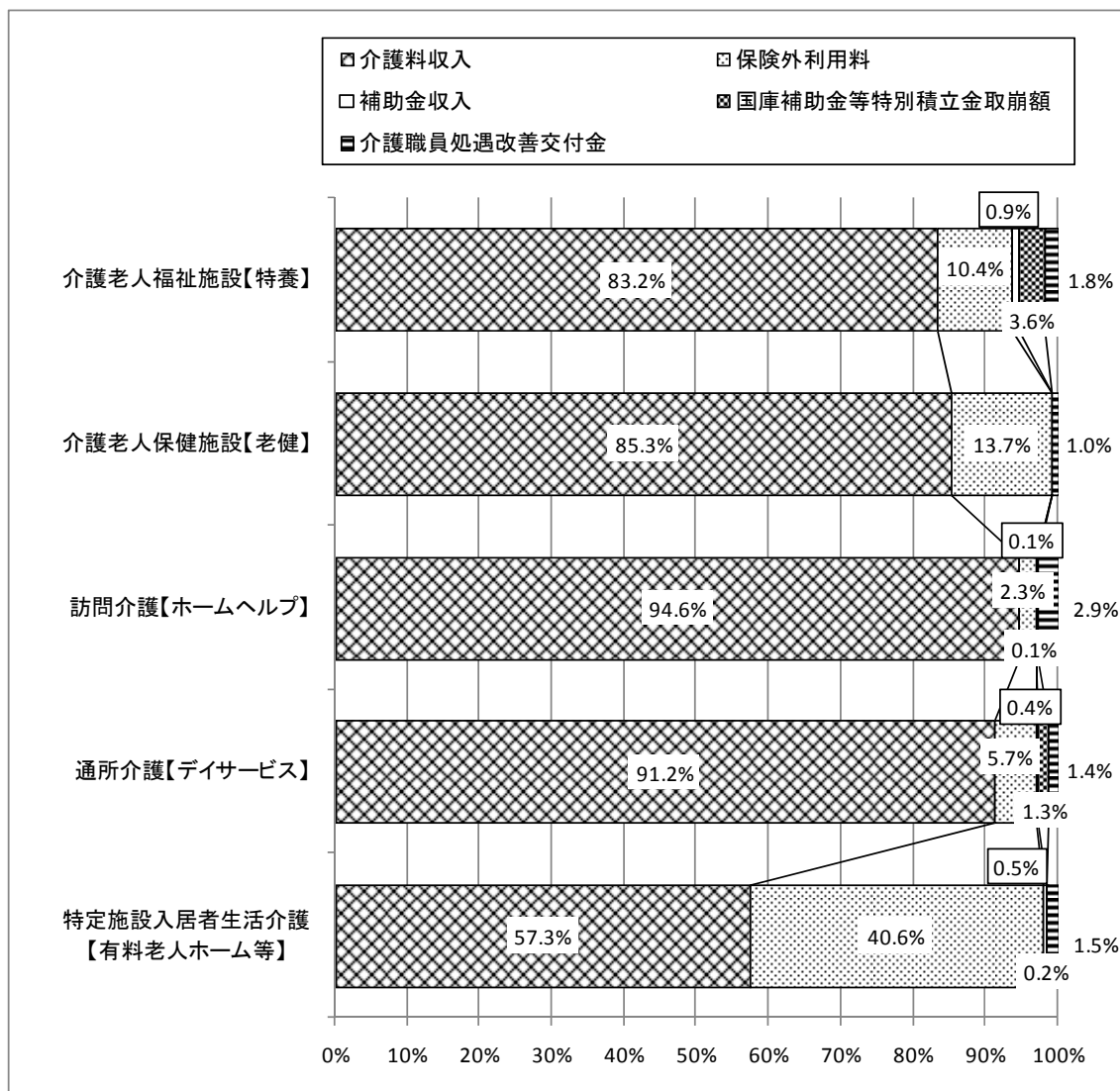
⁷ 投入係数とは、各部門において 1 単位の生産を行うために使用した原材料や燃料等の大きさを示したもの。

(2) 介護事業所の収益の内訳

介護サービスの収益の大半は介護料収入であるが、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）の場合、居住費等が保険外利用料となるため、同収益の構成比が 40.6%と相対的に高い（図表 8 参照）。

また、直接的な補助金収入のほか、国庫補助金等特別積立金取崩額⁸や介護職員処遇改善交付金⁹など、補助金関連の構成比が高い。特に特養は国庫補助金等特別積立金取崩額の構成比が 3.6%と高水準である。

図表 8 介護事業所の収益の内訳(平成 23 年)



(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査(平成 23 年)」

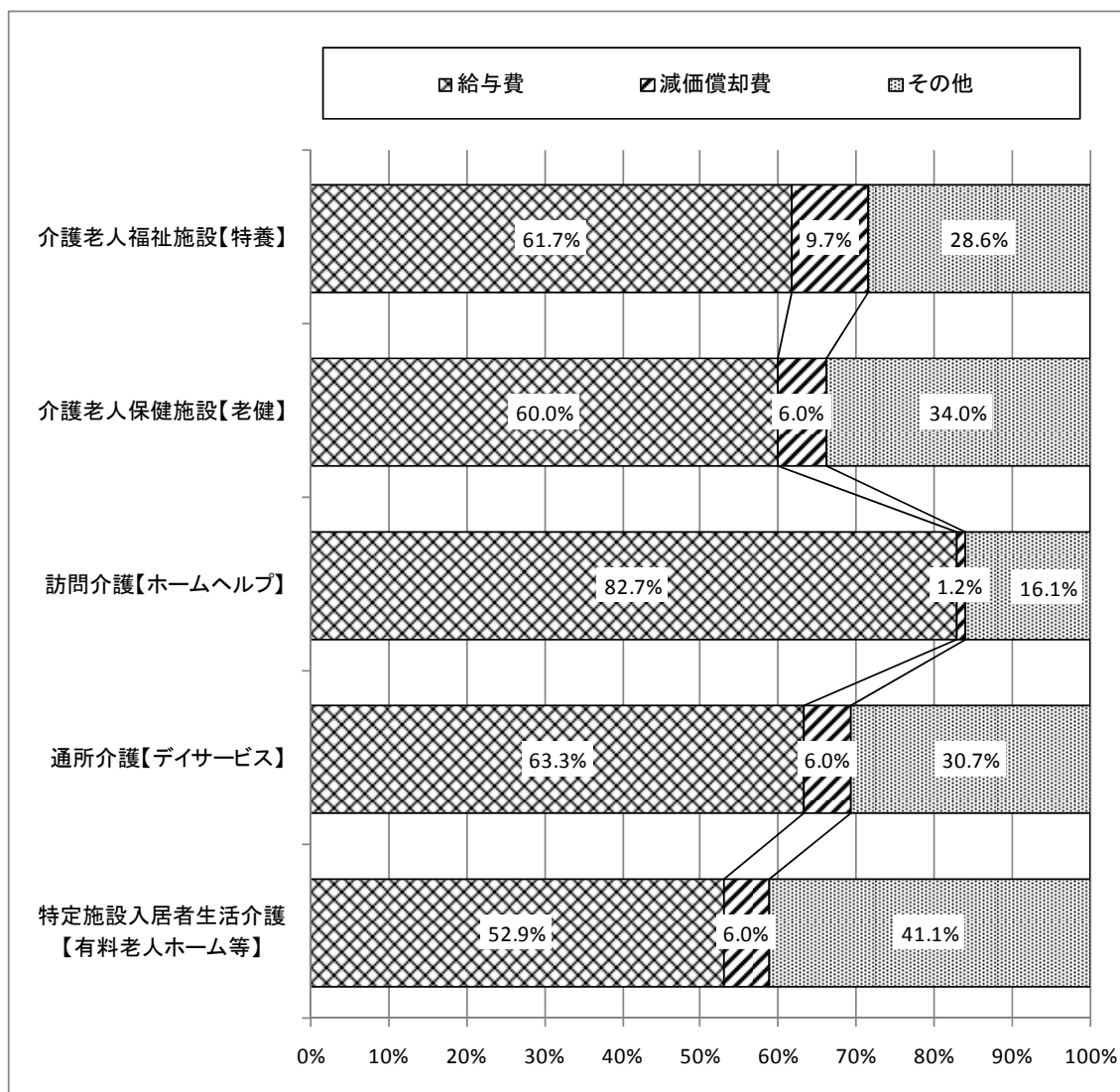
⁸ 建物建設時の補助金について、毎年、減価償却費相当分を取り崩すものであり、現金収入が得られる収益ではない。

⁹ 介護職員の処遇改善に取り組む事業者に支給する交付金。平成 21 年 10 月から平成 23 年度末まで実施。

(3) 介護事業所の費用の内訳

介護事業所の費用は給与費の構成比が高い。特養や老健などは施設の建設費を要するため、減価償却費の構成比が相対的に高いが、訪問介護は施設の建設費を要しない（訪問介護事業所の多くは賃借）ため、減価償却費の構成比が低い。

図表 9 介護事業所の費用の内訳(平成 23 年)

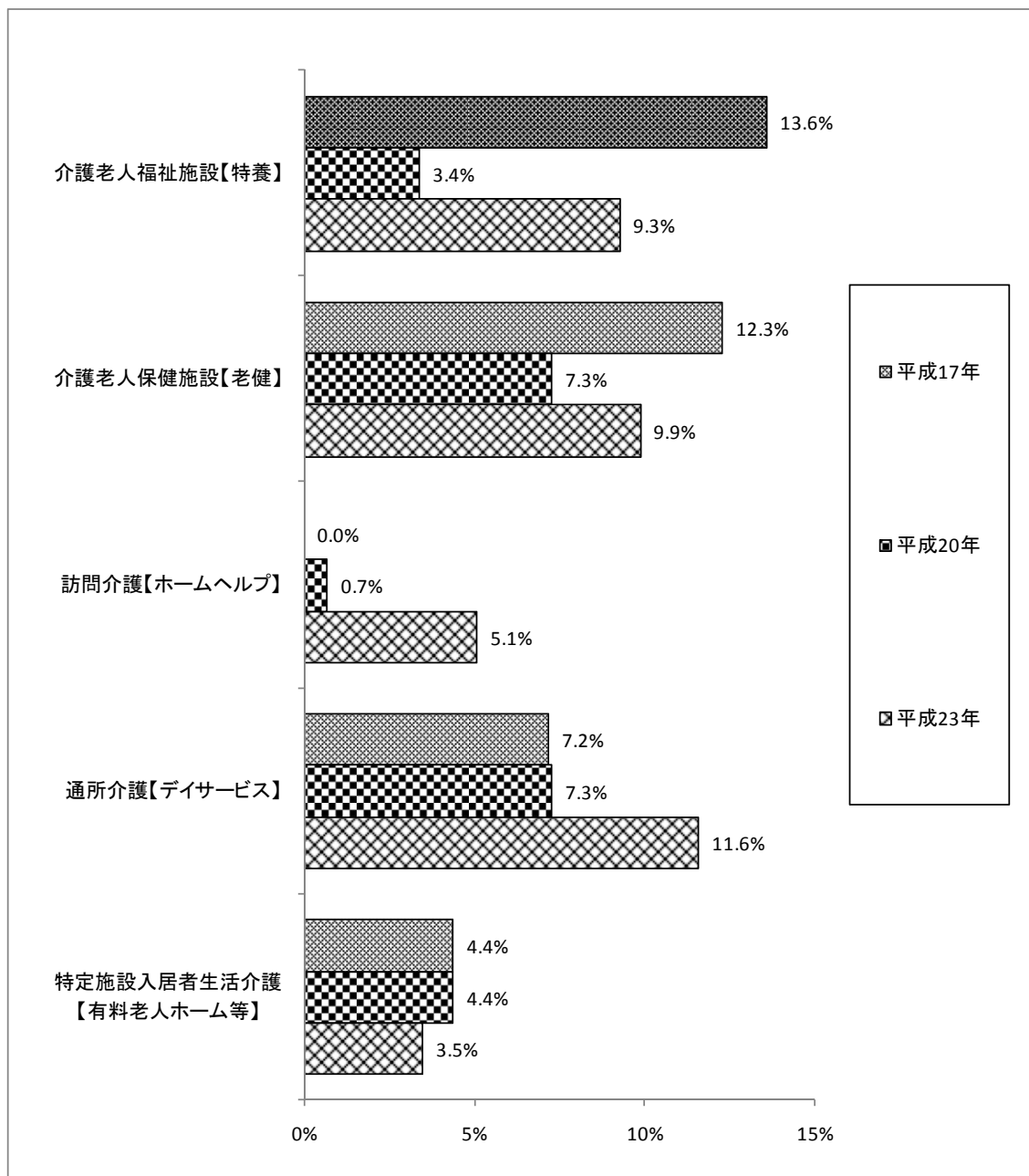


(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査(平成 23 年)」

(4) 主要介護サービスの収支差率の推移

厚生労働省「介護事業経営実態調査」で主要介護サービスの収支差率の推移を見ると、平成20(2008)年は平成17(2005)年よりも収支差率が悪化しているサービスが多いという傾向がみられる(図表10参照)。また、平成23(2011)年は平成20(2008)年よりも収支差率が改善しているサービスが多い。

図表10 主要介護サービスの収支差率の推移



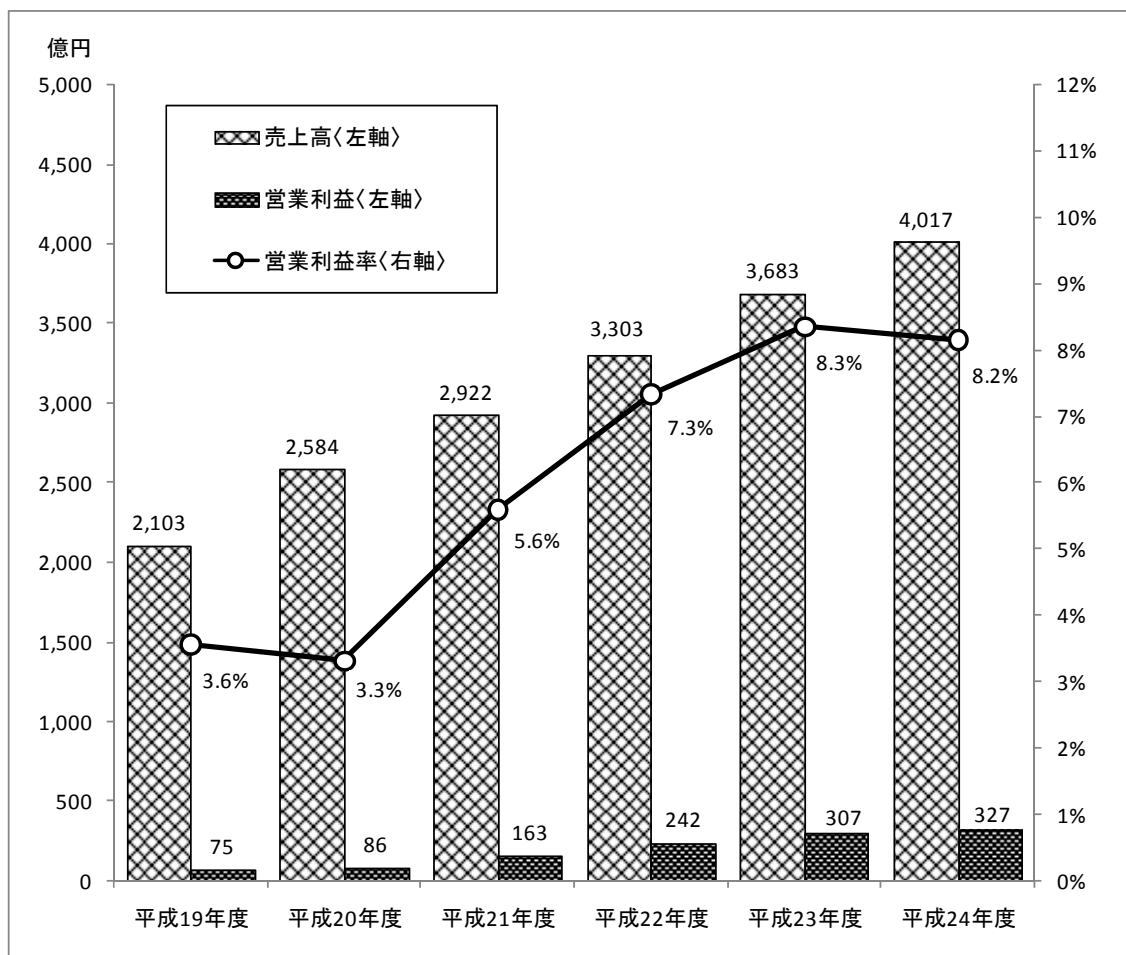
(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査」

この要因としては、3年ごとに改定される介護報酬の影響が大きい。平成18年(2006)度の介護報酬改定は2.4%の引き下げ、平成21(2009)年度は3.0%の引き上げ、平成24(2012)年度は実質0.8%の引き下げ¹⁰であった。

介護サービスを手掛ける主要上場企業の業績(介護部門のみ)も平成21(2009)年度は前年度よりも営業利益率が改善しており、平成24(2012)年度は前年度よりも営業利益率が悪化している(図表11参照)。

介護事業者の業績は介護報酬改定の影響を強く受けるものの、介護報酬は公定価格であるため、価格競争は発生しない。この点においては、介護サービスは他産業よりも収益性が相対的に安定していると言える。

図表11 介護関連主要上場企業(7社合算ベース)の業績推移



(出典) 各社の有価証券報告書や決算短信等より作成

※介護関連主要上場企業7社は以下の通り。

ニチイ学館(ヘルスケア事業)、ベネッセコーポレーション(介護)、ツクイ、メッセージ、ジャパンケアサービス、ワタミ(介護)、セントケア・ホールディング

¹⁰ 表面的には1.2%のプラス改定であったが、介護職員処遇改善交付金が廃止され、新たに創設された介護職員処遇改善加算として介護報酬に組み込まれたため、実質的にはマイナス改定であった。

(5) 介護サービス別の収益性

介護サービスの場合、一般に訪問系（訪問介護、訪問看護など）は利益率が低く、施設系（特養や老健など）や通所系（デイサービスなど）、居住系（グループホーム、有料老人ホームなど）の利益率が高い傾向が見られる（図表 10 参照）。介護サービスは人件費の負担が重いため、1 ヶ所で利用者にサービスを提供する方が各家庭を訪問してサービスを提供するよりも効率的であることが要因と推測される（ただし、サービスの種類によって介護報酬体系が異なるため単純な比較はできない）。介護職員の移動時間が短くて済むだけでなく、介護職員同士の連携が取りやすいことも一因だろう。

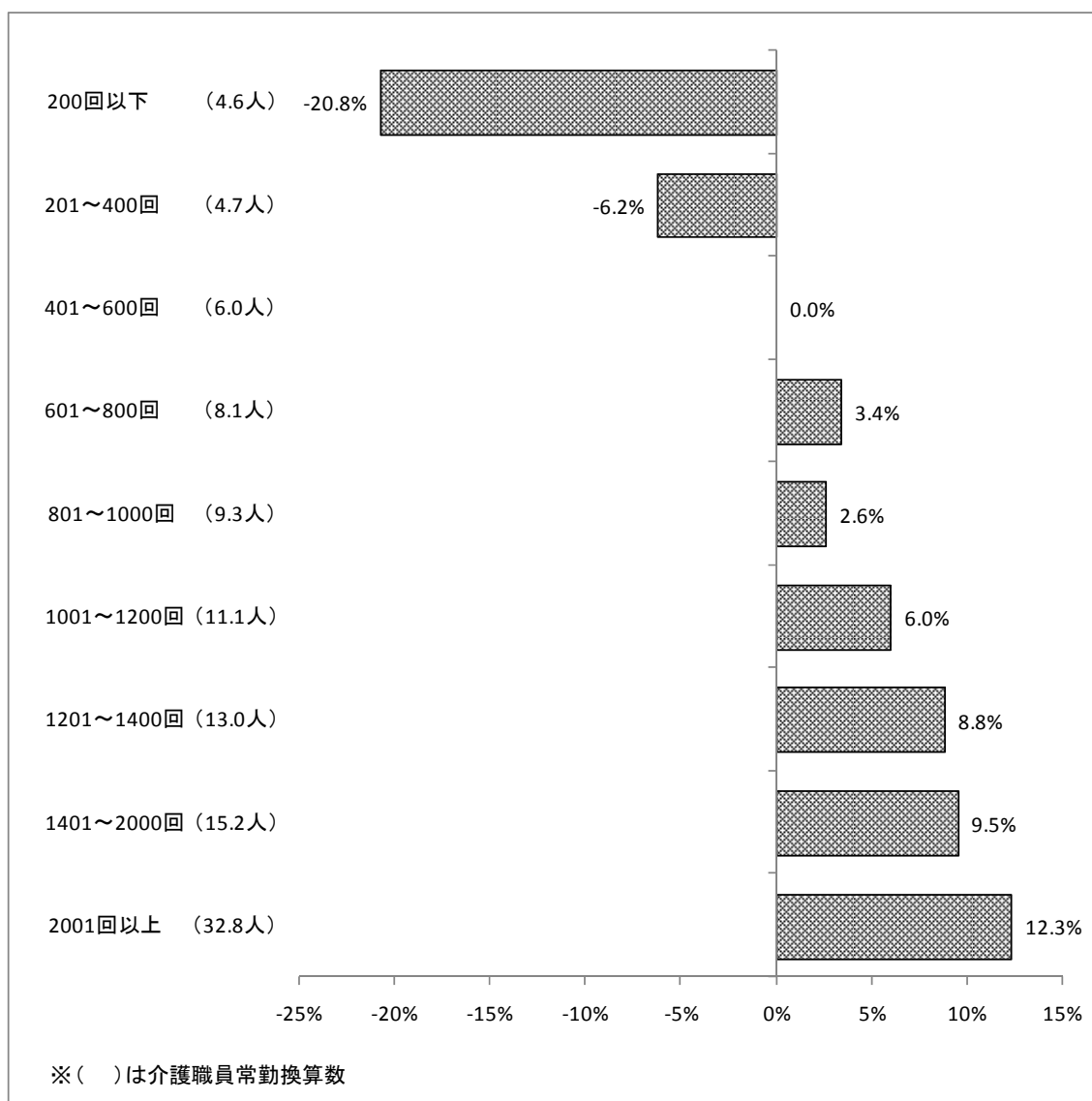
施設系や通所系、居住系の介護サービスは、施設の建設費が高いため、訪問系よりも減価償却費の負担が重い、人件費の負担が相対的に軽いことが高収益の要因となっている（図表 9 参照）。

(6) 規模の経済

訪問介護事業所は一般に収益性が低いものの、事業所の規模が大きく、ホームヘルパーを各家庭に効率よく派遣できる事業所は収益性が高くなる傾向が見られる（図表 12 参照）。通所介護事業所の場合も、延べ利用回数が 600 回程度までは「規模の経済」が働いている様子が読み取れる（図表 13 参照）。

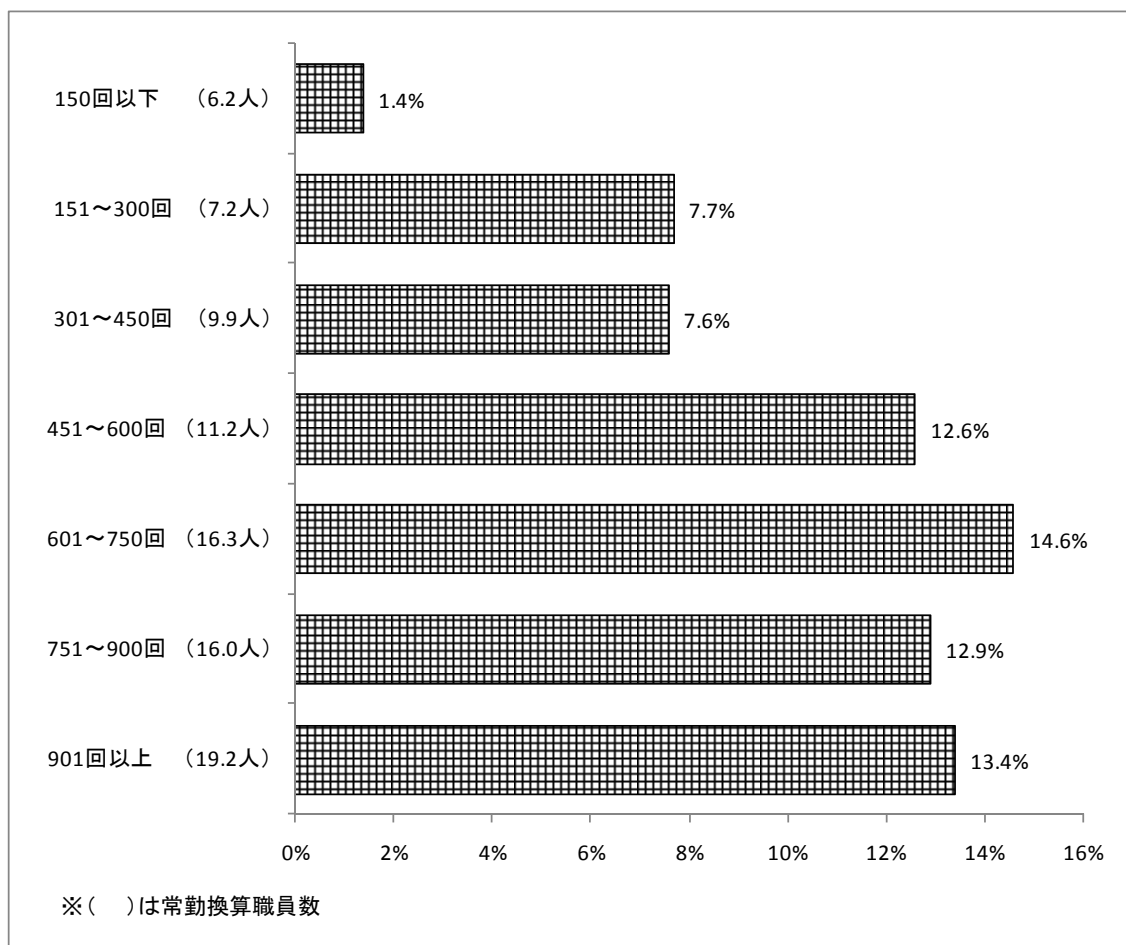
全国に小規模な介護事業者・事業所が多数存在しているが、介護サービスでも一定の「規模の経済」が働いている実態が読み取れる。

図表 12 訪問介護事業所の延べ訪問回数別 収支差率の比較(平成 23 年)



(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査(平成 23 年度)」

図表 13 通所介護事業所の延べ利用回数別収支差率(平成 23 年)



(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査(平成 23 年度)」

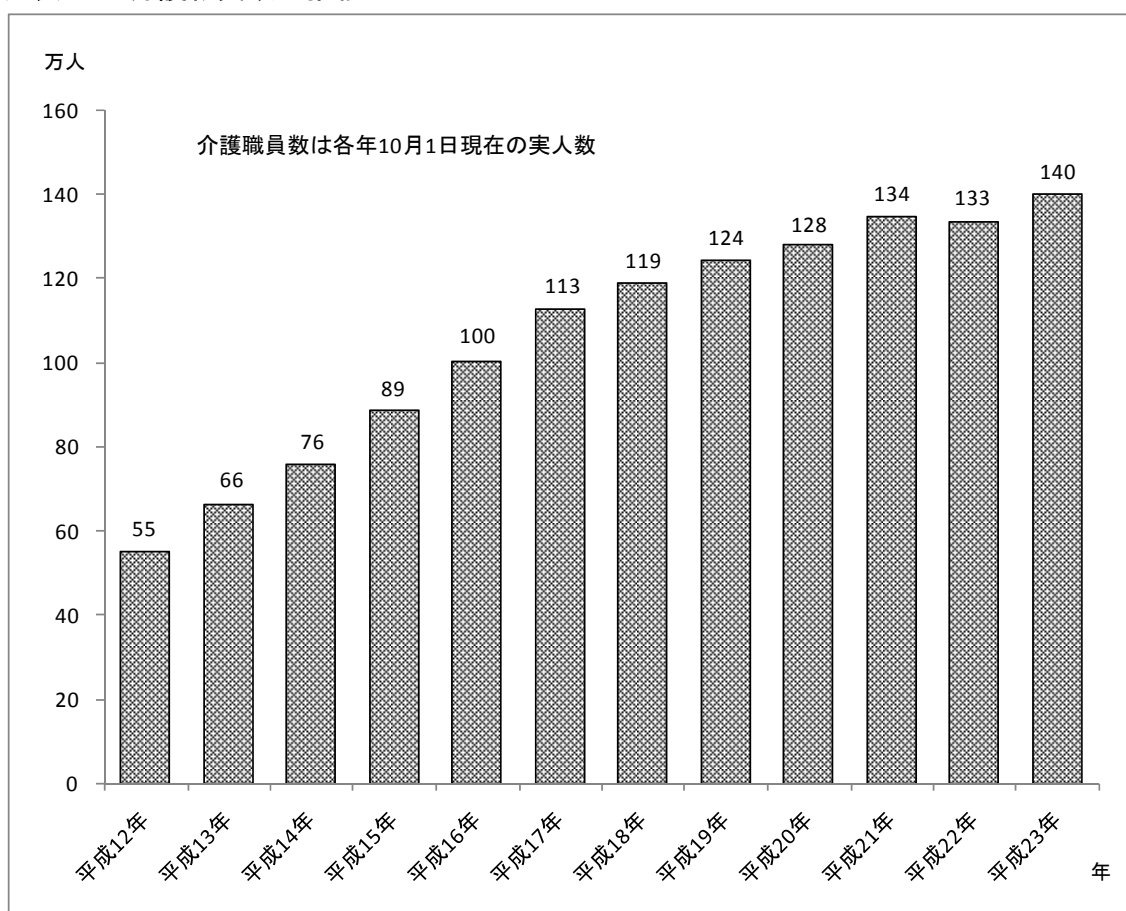
3. 介護職員・介護従事者の特徴

(1) 介護職員数・介護従事者数の推移

介護保険制度が創設された平成12(2000)年の介護職員数は55万人であったが、平成23(2011)年には140万人と約2.5倍に増えている(図表14参照)。介護従事者数¹¹も平成12(2000)年の98万人から平成23(2011)年には234万人へと、約2.4倍に増加した(図表15参照)。

総務省「労働力調査」によれば、平成12(2000)年から平成23(2011)年にかけて、製造業の雇用者は約250万人減少、建設業が約150万人減少しており、介護サービスはこれら雇用の大きな受け皿の一つとなっている。

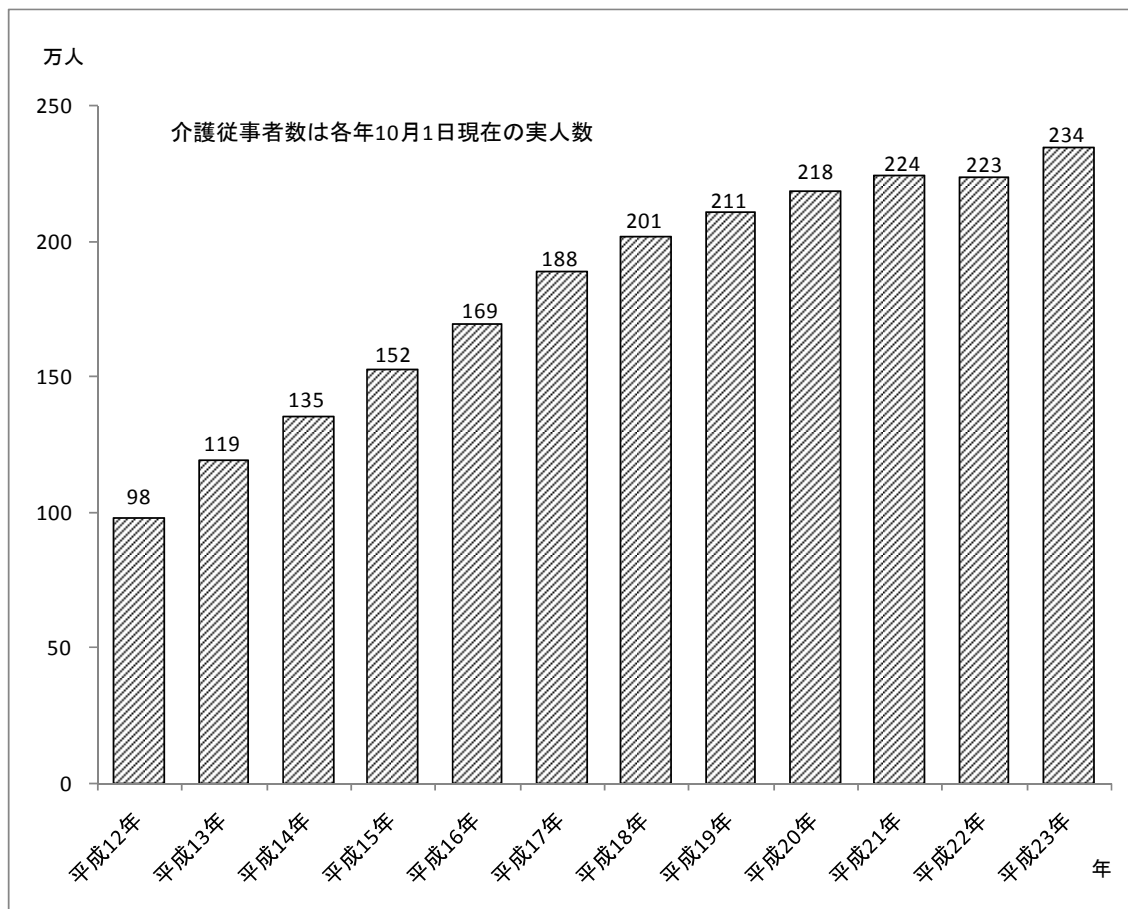
図表14 介護職員数の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より作成

¹¹ 介護従事者とは、介護保険関係の施設・事業所に従事する全ての従事者のことであり、介護職員だけではなく、医師、看護師、介護支援専門員(ケアマネジャー)、生活相談員、事務職員等を含む。

図表 15 介護従事者数の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より作成

(2) 介護従事者の特徴

介護労働安定センター「介護労働実態調査（平成 24 年度）」によると、介護事業所の従業員の 80.8%が女性である（図表 16 参照）。職種別では、看護職員（95.1%）、訪問介護員（92.0%）、サービス提供責任者¹²（87.5%）で女性の比率が特に高く、生活相談員（59.2%）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等（52.6%）は相対的に女性の比率が低い。介護支援専門員¹³（79.2%）や介護職員¹⁴（75.2%）はその中間に位置している。

同調査によると、介護事業所の従業員のうち、正規職員が 51.2%、非正規職員が 47.5%である（図表 17 参照）。職種別では、訪問介護員の 80.1%が非正規職員であり、他職種よりも圧倒的に非正規比率が高い。一方、生活相談員（13.3%）、介護支援専門員（17.1%）、サービス提供責任者（19.6%）などは非正規比率が相対的に低い。

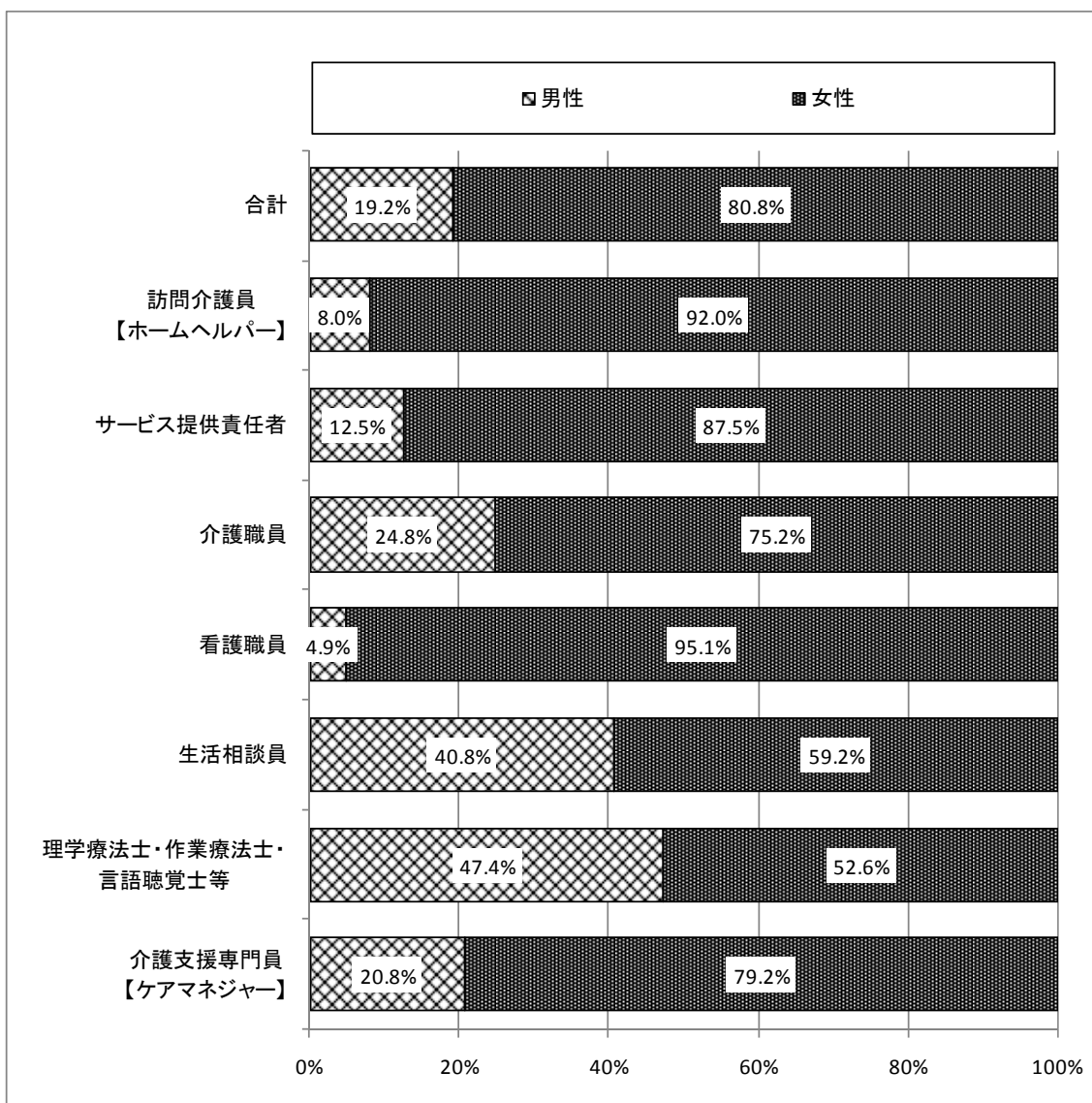
¹² 要介護者・家族と担当ヘルパーとの連絡調整やヘルパーの指導・育成・管理等を行う。

¹³ 通称ケアマネジャー（ケアマネ）。要介護者・家族のニーズに合わせたケアプランを作成し、介護事業者や行政との連絡調整等を行う。

¹⁴ この場合の介護職員は訪問介護員以外の介護職員のことを指している。

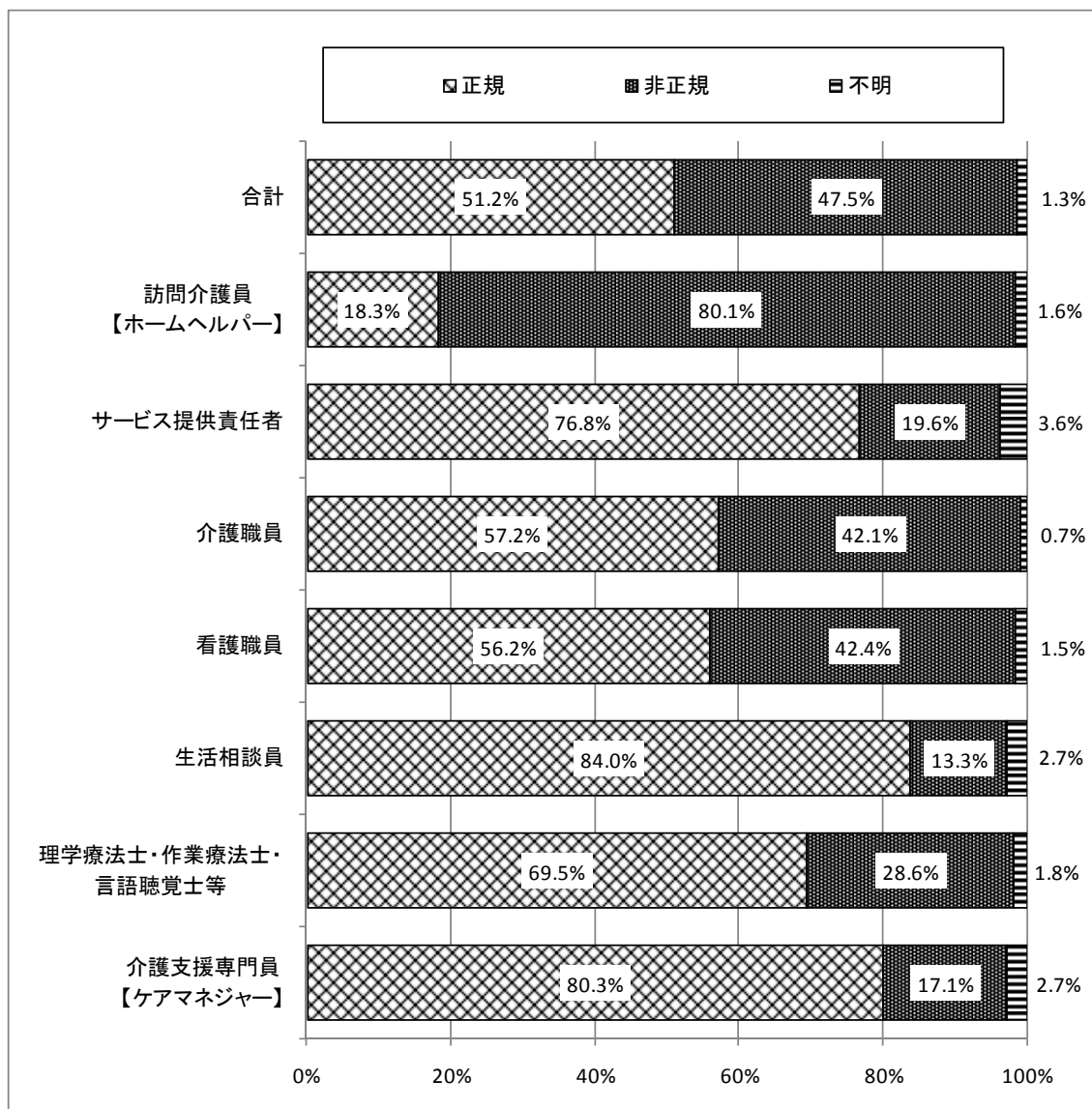
介護従事者の平均年齢は 45.1 歳で、訪問介護員は 51.5 歳、介護職員は 42.0 歳となっている。

図表 16 職種別 男女構成比



(出典) 介護労働安定センター「介護労働実態調査 (平成 24 年度)」

図表 17 職種別 正規・非正規職員構成比



(出典) 介護労働安定センター「介護労働実態調査 (平成 24 年度)」

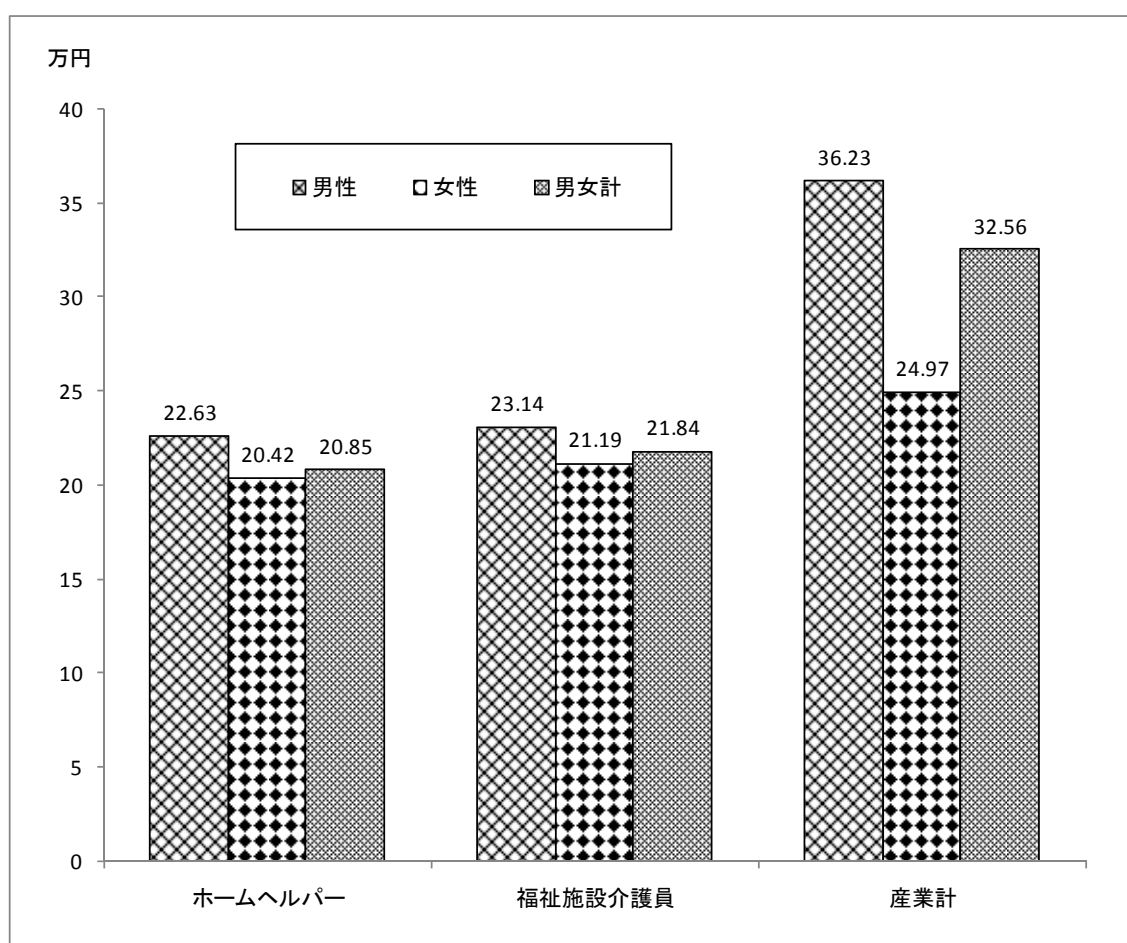
(3) 介護職員の賃金

厚生労働省「賃金構造基本統計調査(平成24年)」によると、一般労働者については、介護職員(ホームヘルパーや福祉施設介護員)の月給(所定内給与+所定外給与)は全産業平均よりも低水準に留まっている(図表18参照)。特に、男性の平均賃金が低く、これは平均勤続年数が短い(ホームヘルパー:3.2年、福祉施設介護員:5.3年、全産業:13.2年)ことも影響しているとみられる。

一方、短時間労働者の時給は、福祉施設介護員は全産業の平均並みであるが、ホームヘルパーの時給は全産業平均を大幅に上回っている(図表19参照)。これはホームヘルパー(訪問介護員)の人手不足が特に深刻であることを反映していると推測される。

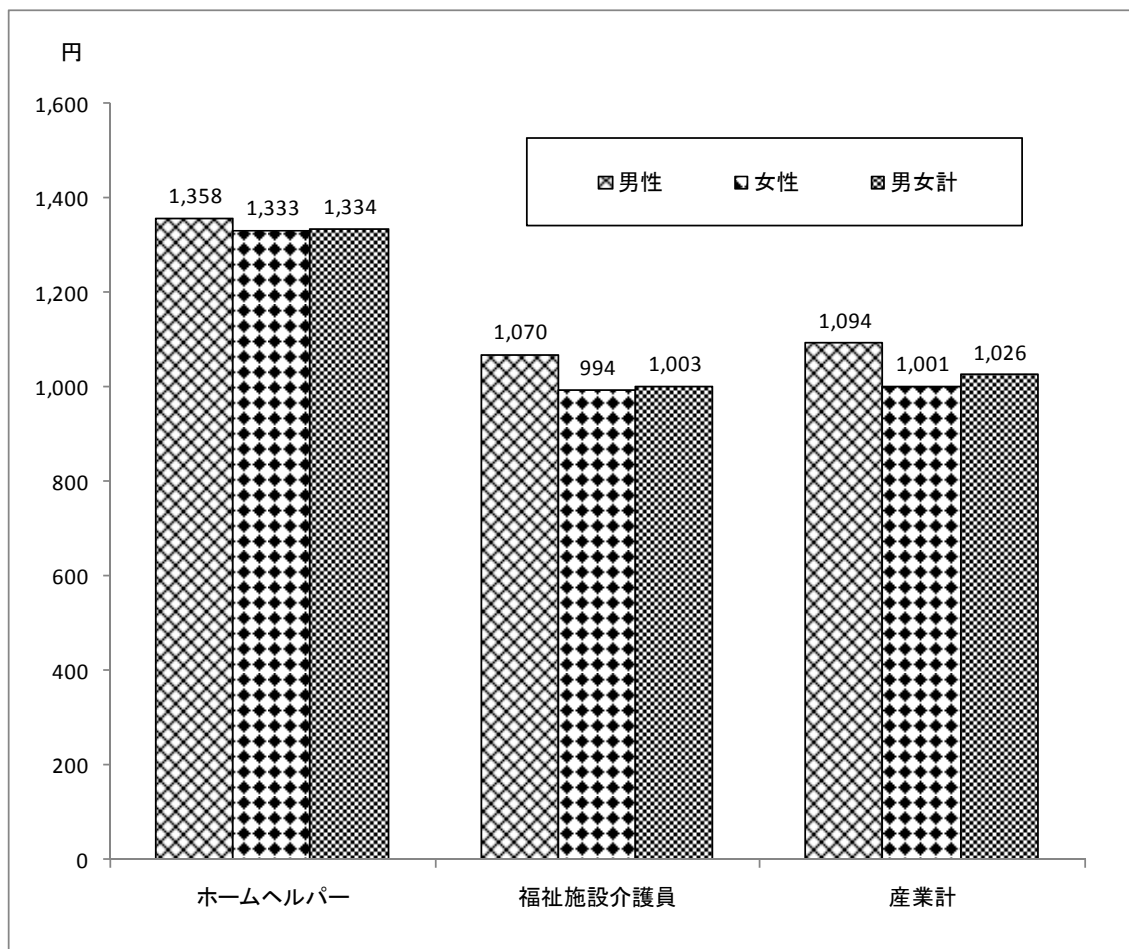
介護職員の賃金の推移を見ると、ホームヘルパーの人手不足が深刻なもの、一般労働者の月給は横這い圏に留まっている(図表20参照)。一方、短時間労働者については、ホームヘルパーの時給が近年上昇傾向にあり、人手不足を反映していると推測される(図表21参照)。

図表18 一般労働者の月給(所定内賃金+所定外賃金)の比較(平成24年)



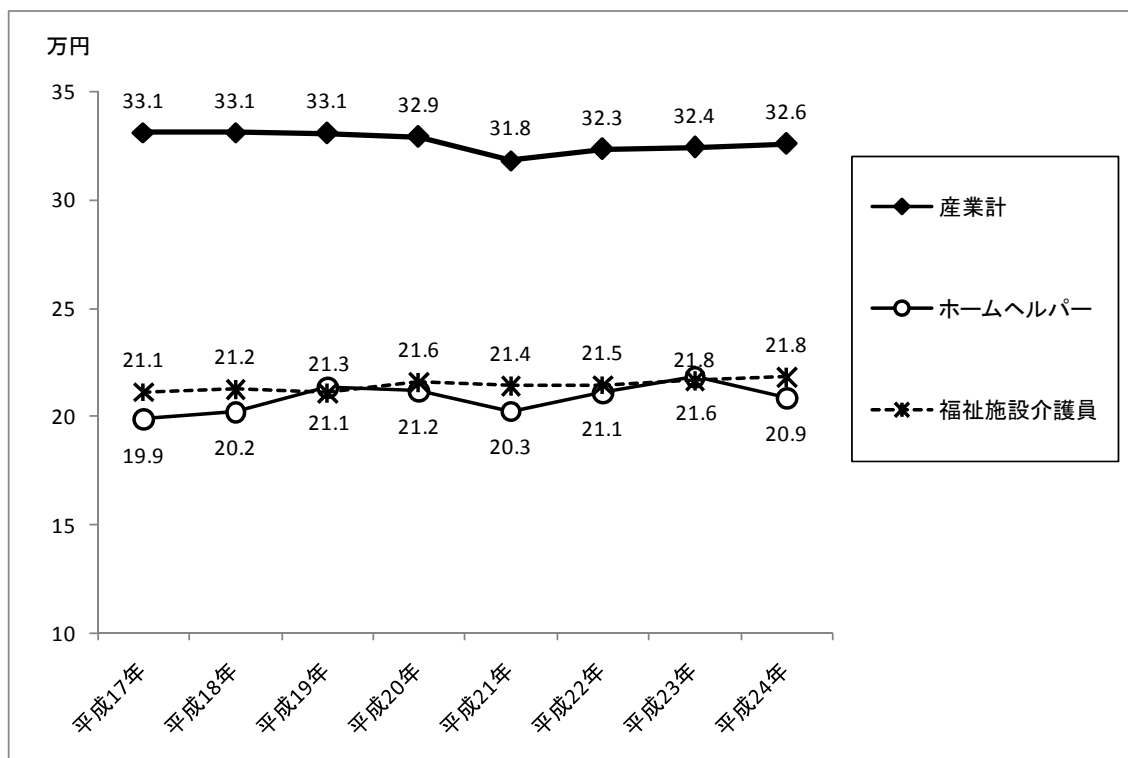
(出典) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査(平成24年)」

図表 19 短時間労働者の時給の比較(平成 24 年)



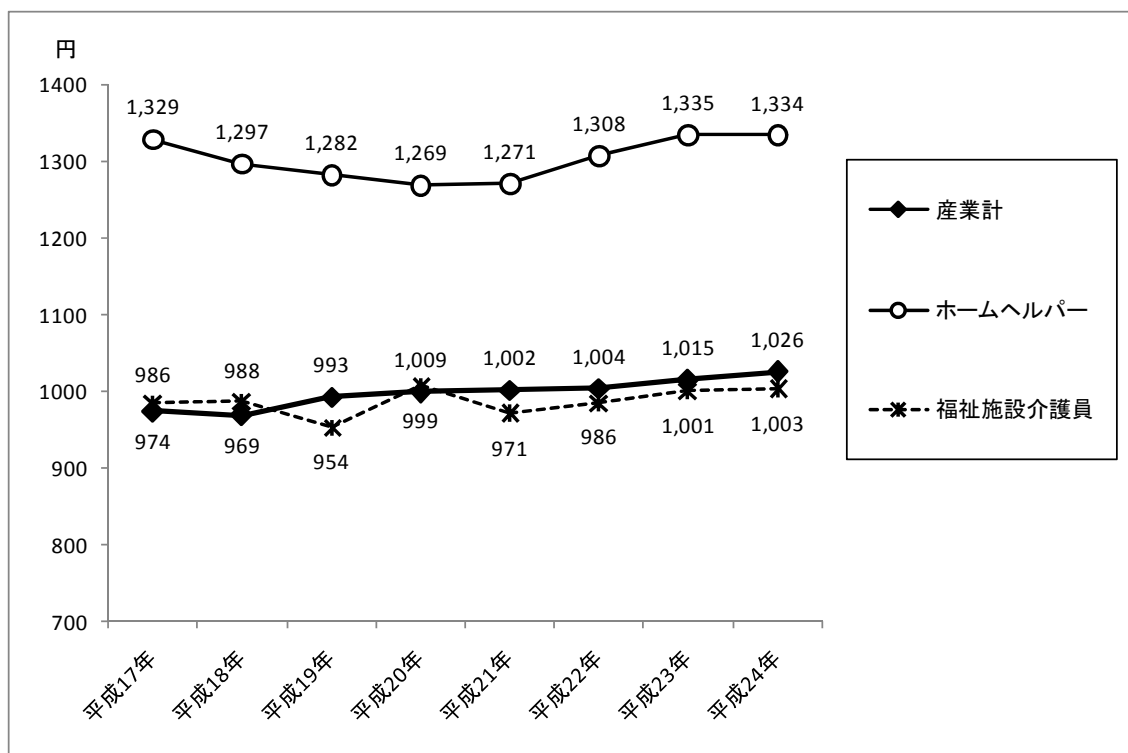
(出典) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査(平成 24 年)」

図表 20 一般労働者の月給(所定内賃金+所定外賃金)の推移



(出典) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」

図表 21 短時間労働者の時給の推移



(出典) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」

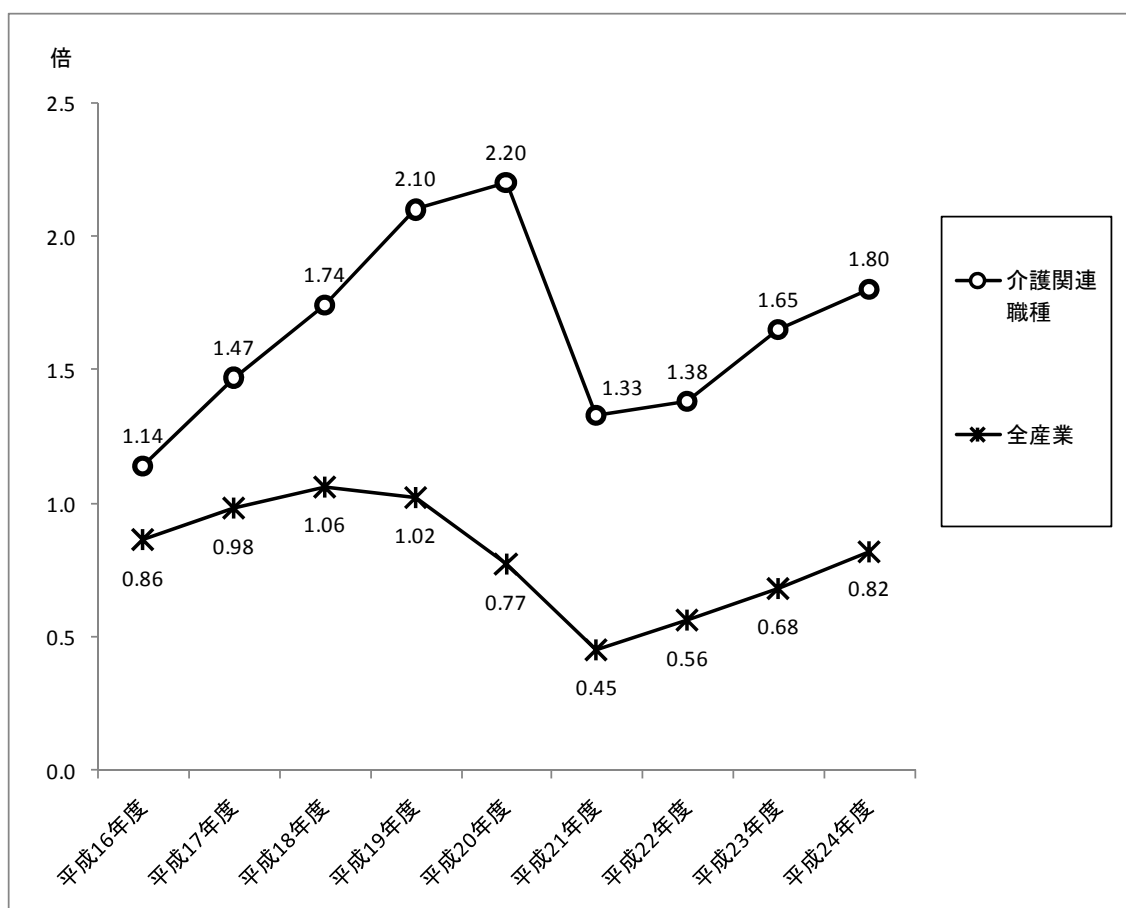
4. 介護職員の人手不足問題

(1) 介護関連職種の有効求人倍率

介護関連職種の有効求人倍率の推移を見ると、常に全産業平均を上回っており、平成19(2007)年度と平成20(2008)年度は2倍を超えていた(図表22参照)。平成21(2009)年度はリーマン・ショック後の不況期であったため、介護関連職種の有効求人倍率も急低下(2.20倍→1.33倍)したものの、それでも1倍を大きく上回っていた。その後は雇用情勢の改善とともに、介護関連職種の有効求人倍率は再び上昇に転じ、平成24(2012)年度は1.80倍となった。平成26(2014)年1月は2.22倍(全産業:1.04倍)まで上昇している。

介護事業所がハローワークに2人の求人募集を出しても、おおよそ1人しか応募が集まらない状況であり、介護職員の人手不足は深刻と考えられる。

図表22 介護分野の有効求人倍率の推移

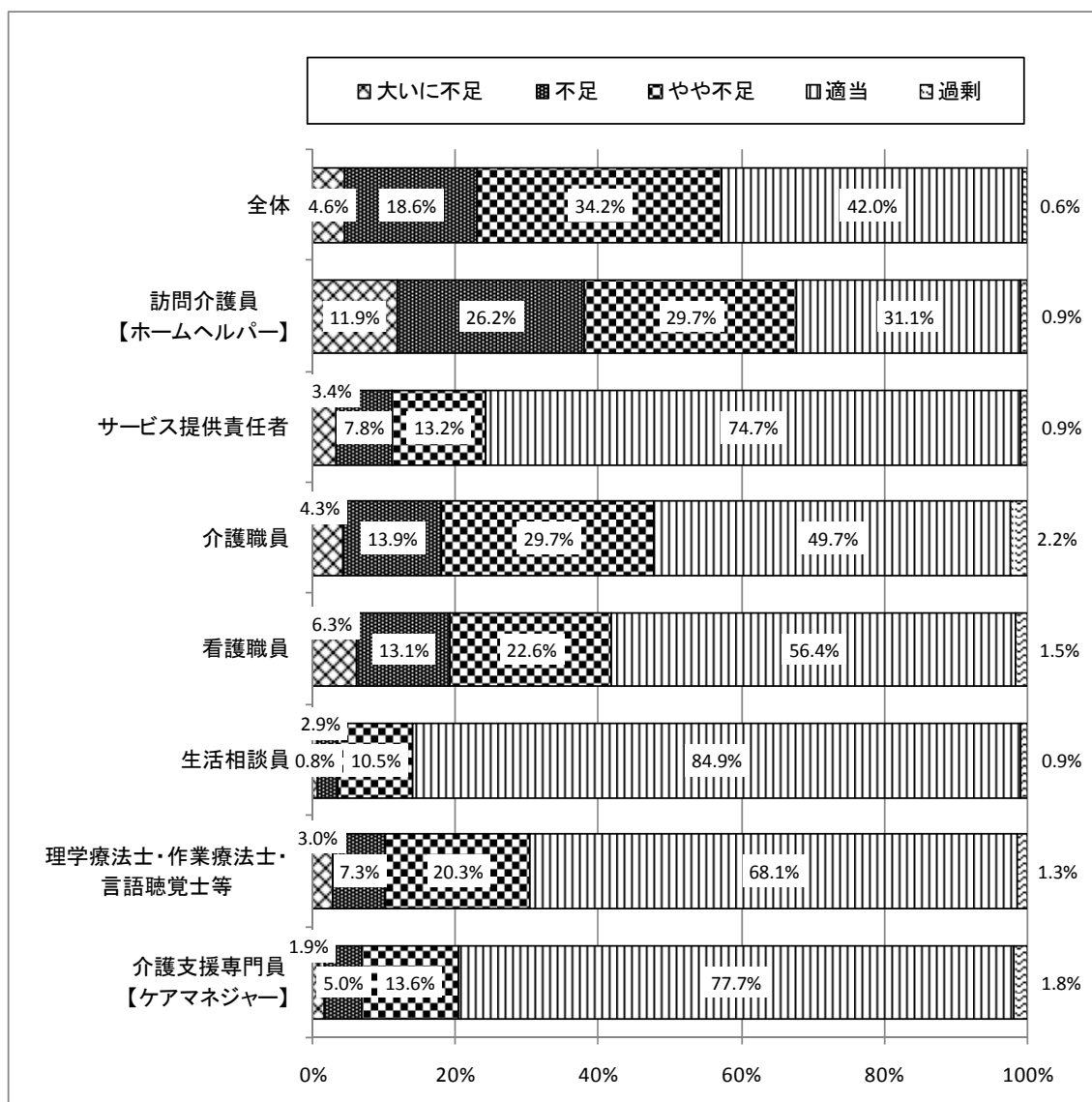


(出典) 厚生労働省「職業安定業務統計」

(2) 介護事業所の認識

介護労働安定センター「介護労働実態調査（平成 24 年度）」によると、従業員が不足（大いに不足＋不足＋やや不足）していると回答した介護事業所が 57.4%に達しており、とりわけ、訪問介護員が不足しているとの回答が 67.9%もあった（図表 23）。介護職員¹⁵が不足しているとの回答が 47.9%で続いた。一方、生活相談員（14.2%）、介護支援専門員（20.5%）、サービス提供責任者（24.4%）などは不足していると回答した事業所が相対的に少なかった。

図表 23 従業員の過不足に関する介護事業所の認識

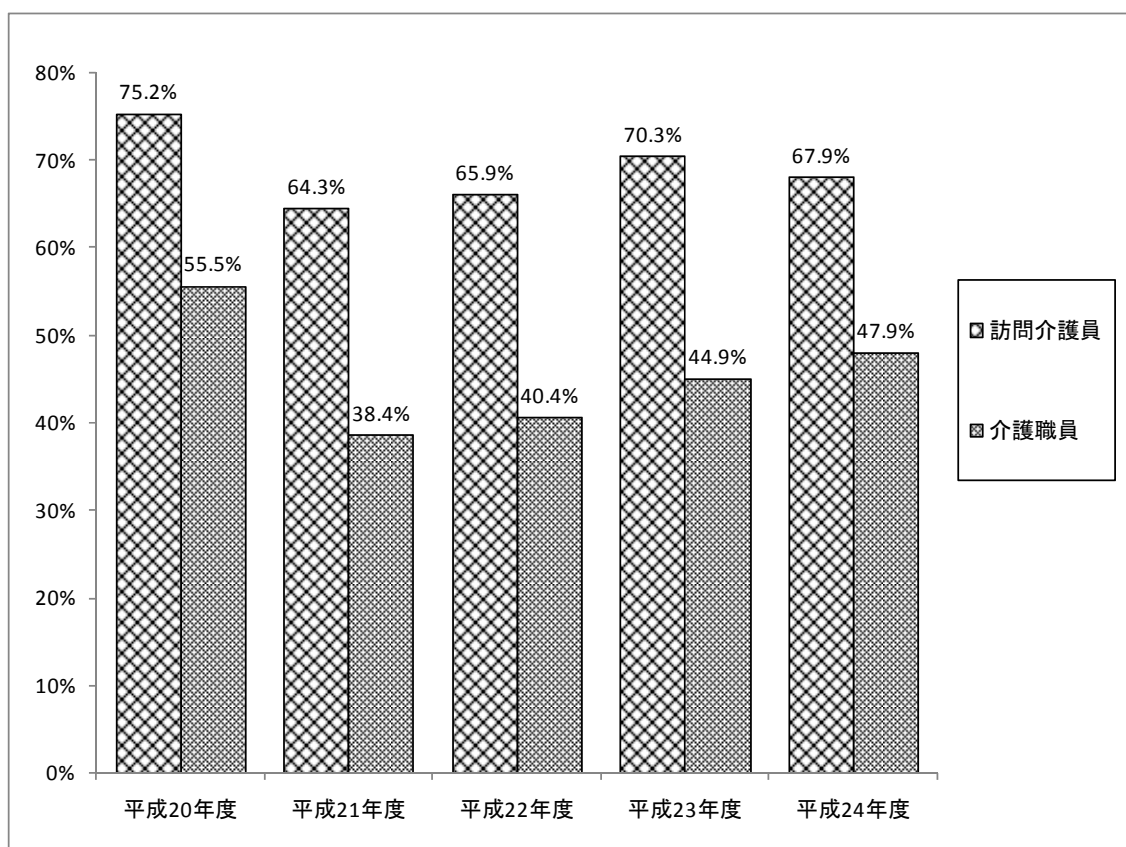


（出典）介護労働安定センター「介護労働実態調査（平成 24 年度）」

¹⁵ この場合の介護職員は訪問介護員以外の介護職員のことを指している。

訪問介護員・介護職員が不足（大いに不足＋不足＋やや不足）していると回答した介護事業所の割合の推移を見ると、訪問介護員も介護職員も平成 21（2009）年度は平成 20（2008）年度よりも大幅に低下した（図表 24 参照）。この動きは介護関連職種の有効求人倍率と同様である。その後は、訪問介護員も介護職員も不足感が再び強まっている。平成 24（2012）年度は、訪問介護員の不足感がやや緩和（70.3%→67.9%）しているが、「大いに不足」と回答した事業所の割合は上昇（10.5%→11.9%）した。

図表 24 訪問介護員・介護職員が不足していると回答した介護事業所の割合の推移



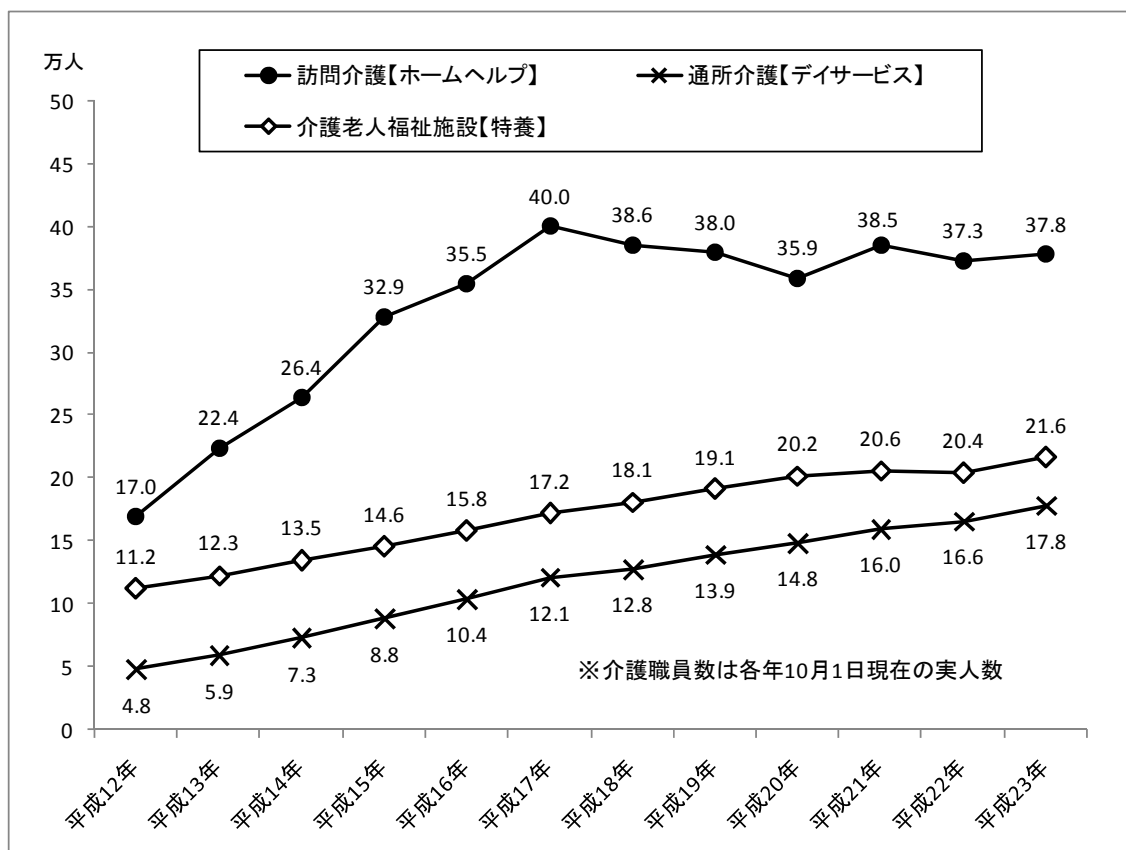
（出典）介護労働安定センター「介護労働実態調査」

(3) 主なサービス別の介護職員数の推移

通所介護（デイサービス）や介護老人福祉施設（特養）の介護職員数は順調に増加傾向が続いているが、訪問介護（ホームヘルプ）の介護職員数は平成 17（2005）年の 40.0 万人をピークに伸び悩んでいる（図表 25 参照）。平成 18（2006）年から平成 19（2007）年にかけては雇用情勢が良好であり、他職種に転職したホームヘルパーが多かったと推測される。一方、リーマン・ショック直後で雇用情勢が厳しかった平成 21（2009）年は小幅増加に転じており、ホームヘルパーの職に就いた者が増加（離職者が減少）した可能性が高い。平成 22（2010）年以降は、短時間労働者のホームヘルパー¹⁶の時給が引き上げられているが、それでも訪問介護の介護職員数は伸び悩んでいる。介護職員の中でもホームヘルパーの人手不足が特に深刻な様子が読み取れる。

ホームヘルパーの人手不足が深刻な要因としては、各家庭に一人で訪問して利用者やその家族と向き合わなければならないことが指摘される。利用者やその家族によって要望が異なることや利用者の容態が急変した際の対応が不安なことなど、他の介護職員と比較して精神面での負担が大きいことが要因と考えられる。

図表 25 主なサービス別 介護職員数の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

¹⁶ ホームヘルパーの約 8 割が非正規労働者である（図表 17 参照）。

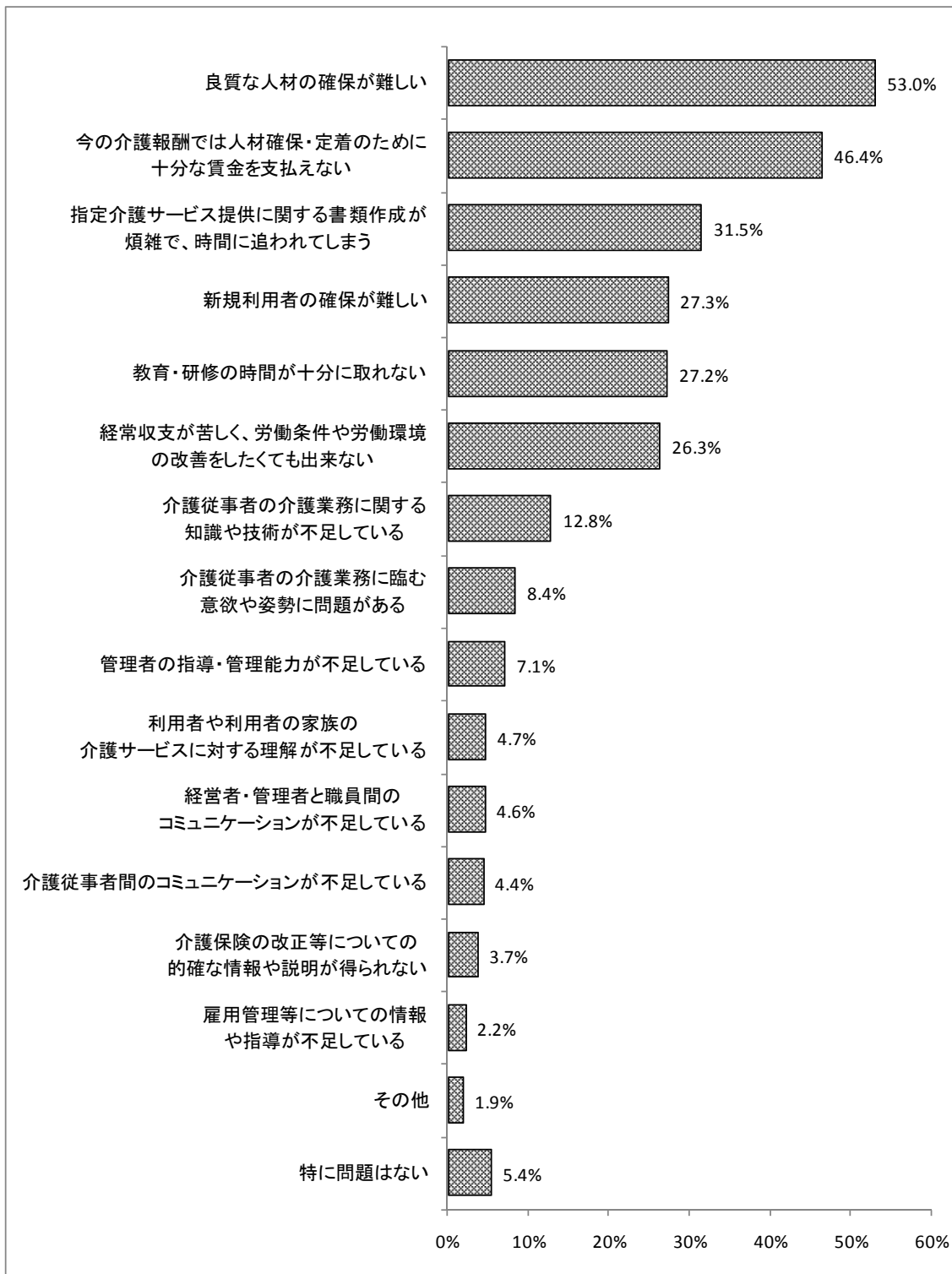
(4) アンケート結果

介護労働安定センター「介護労働実態調査（平成 24 年度）」によると、介護サービスを運営する上での問題点（複数回答）としては、「良質な人材の確保が難しい」との回答が 53.0%、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を支払えない」との回答が 46.4%と上位を占めた（図表 26）。それ以外では、「教育・研修の時間が十分に取れない」（27.2%）、「介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足している」（12.8%）などの回答も見られ、介護事業者にとって、介護職員の教育・研修も大きな課題となっている様子が伺われる。

一方、介護労働者への質問では、労働条件等についての悩み、不安、不満等として、「仕事のわりに賃金が低い」が 43.3%で最も多かった（図表 27）。それ以外では、「人手が足りない」（42.4%）、「有給休暇がとりにくい」（35.6%）、「身体的負担が大きい」（30.0%）など労働環境に対する不満に加え、「業務に対する社会的評価が低い」（28.6%）、「精神的にきつい」（27.8%）など心理的側面に関する回答も見られた。多くの介護職員が肉体的にも精神的にも厳しい労働環境に置かれており、その一方で賃金は低いと認識している。このような過酷な労働条件・労働環境が介護職員の人手不足を招いている主因と考えられる。

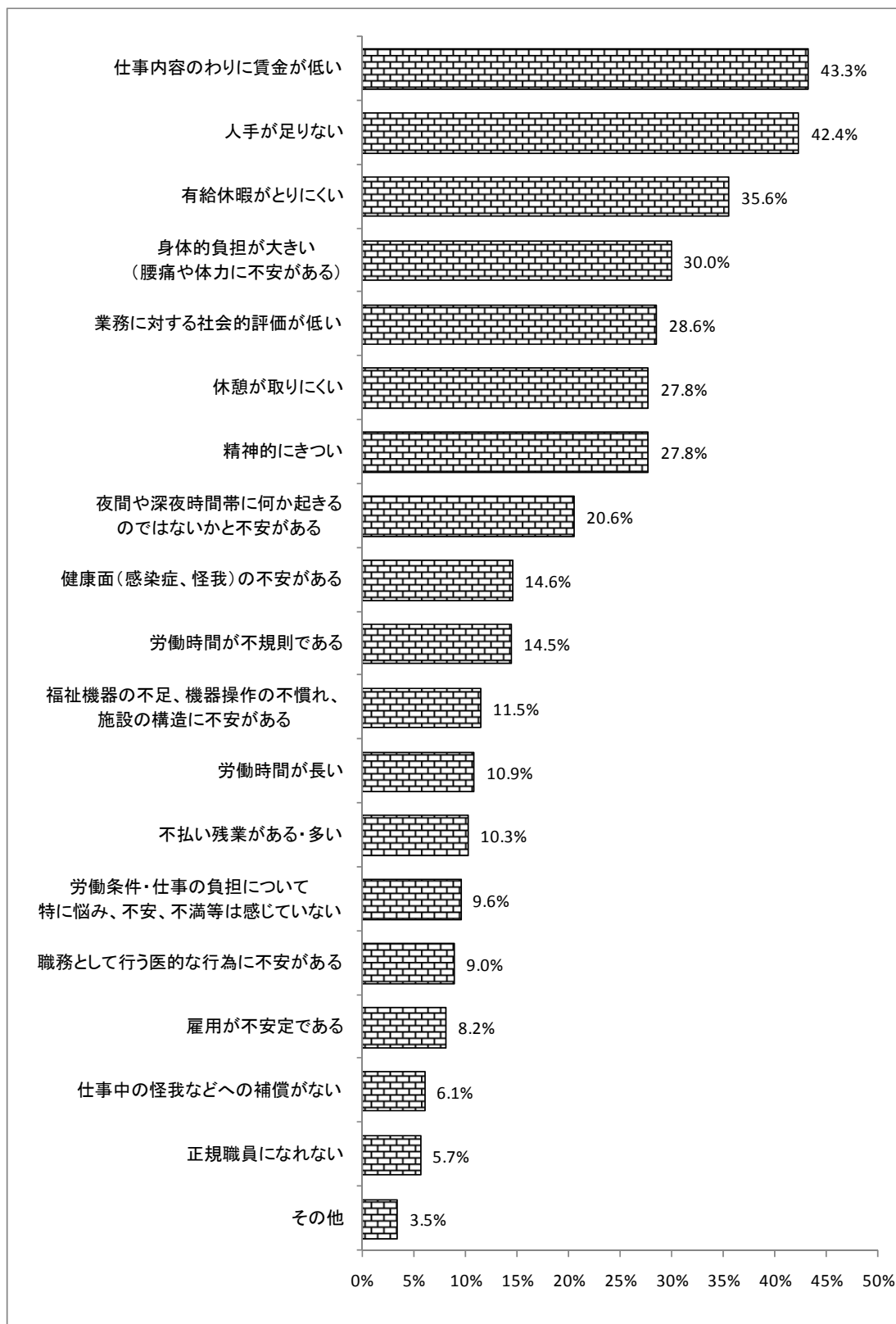
内閣府「介護保険制度に関する世論調査（平成 22 年 9 月）」によると、介護職のイメージ（複数回答）として、「夜勤などがあり、きつい仕事」（65.1%）、「給与水準が低い仕事」（54.3%）のようなネガティブな回答が多いものの、「社会的に意義のある仕事」（58.2%）、「やりがいのある仕事」（29.0%）、「自分自身も成長できる仕事」（18.0%）のようなポジティブな回答も少なからず存在する（図表 28）。

図表 26 【介護事業所への質問】 介護サービスを運営する上での問題点(複数回答)



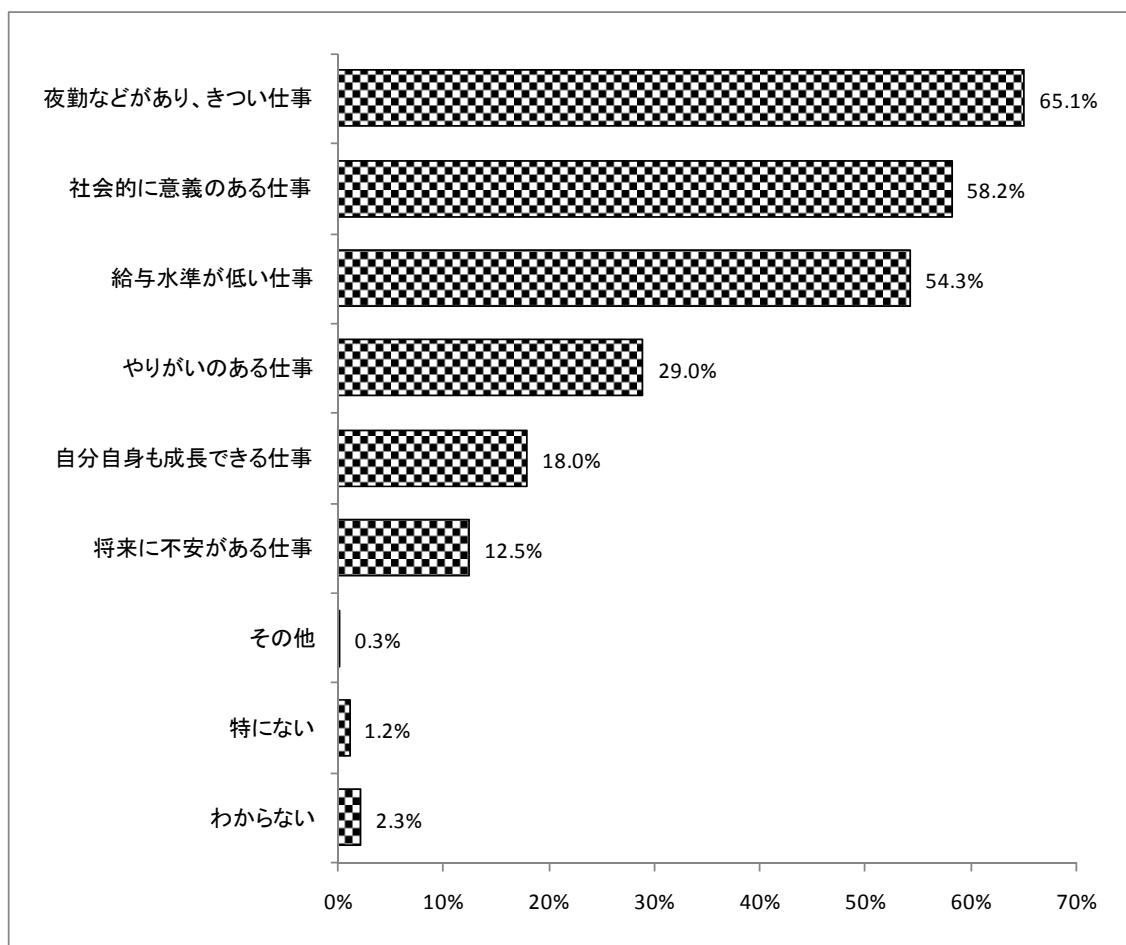
(出典) 介護労働安定センター「介護労働実態調査(平成24年度)」

図表 27 【介護職員への質問】 労働条件等についての悩み、不安、不満等(複数回答)



(出典) 介護労働安定センター「介護労働実態調査(平成24年度)」

図表 28 介護職に対するイメージ(複数回答)

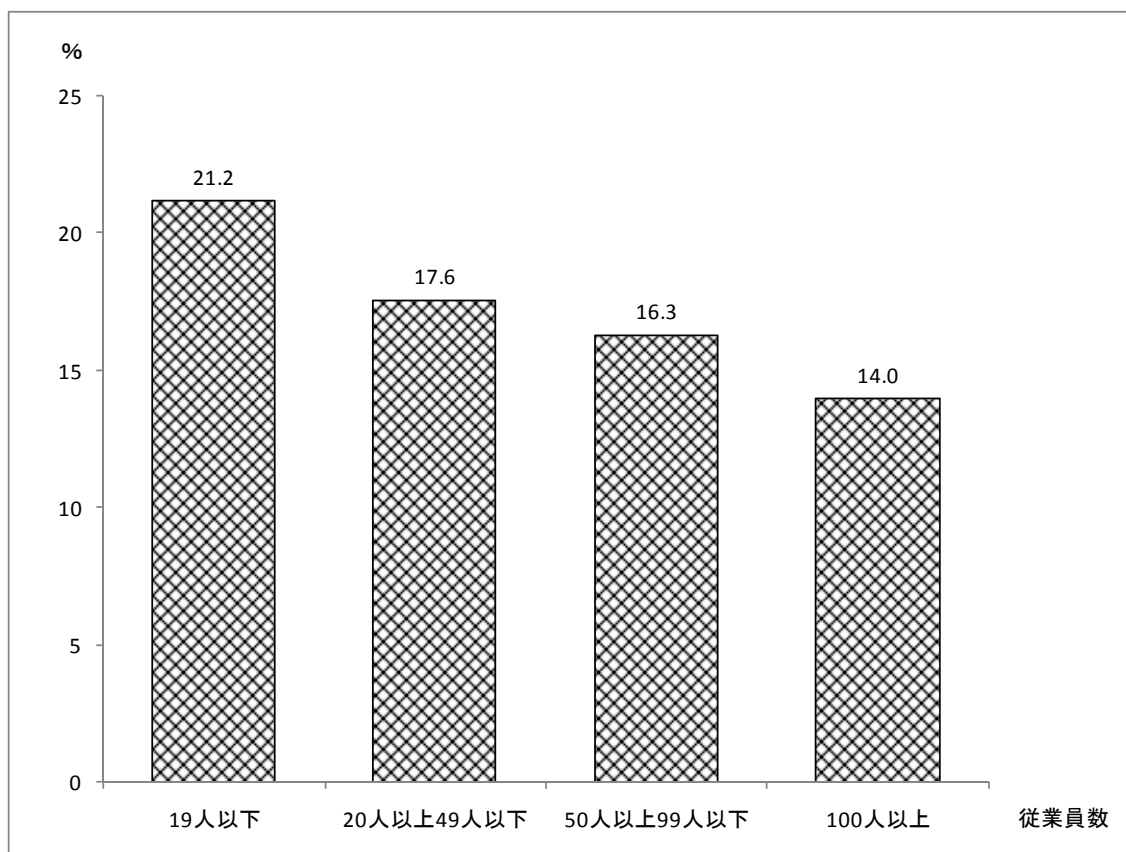


(出典) 内閣府「介護保険制度に関する世論調査(平成22年9月)」

(5) 事業所規模別の離職率比較

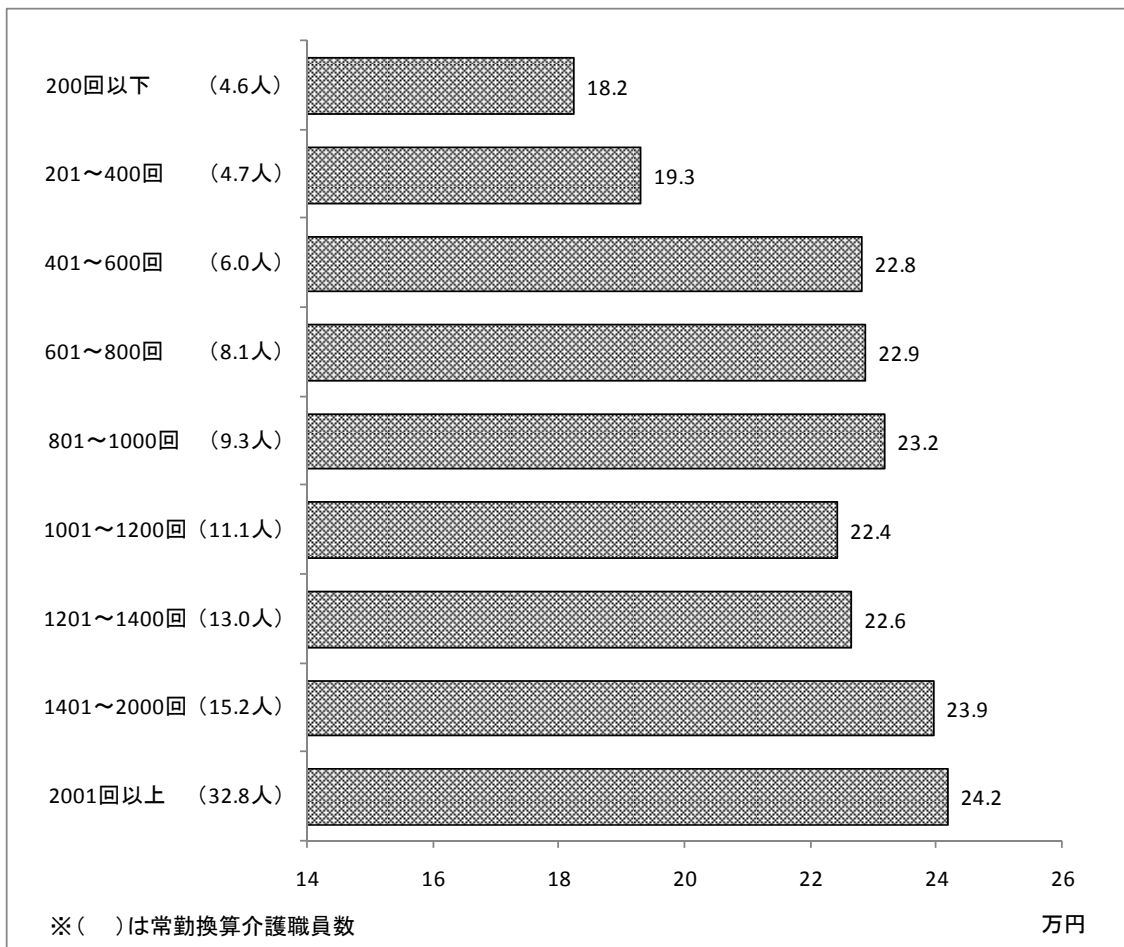
介護事業所の規模別で介護職員の離職率を比較すると、小規模事業所は離職率が高く、大規模事業所ほど離職率が低くなる傾向が見られる(図表 29)。大規模事業所ほど賃金水準が高い傾向が見られること(図表 30、図表 31 参照)に加え、余裕のある人員配置によって休暇を取得しやすいことなども要因と考えられる。

図表 29 介護事業所の規模別 介護職員の離職率比較(平成 24 年度)



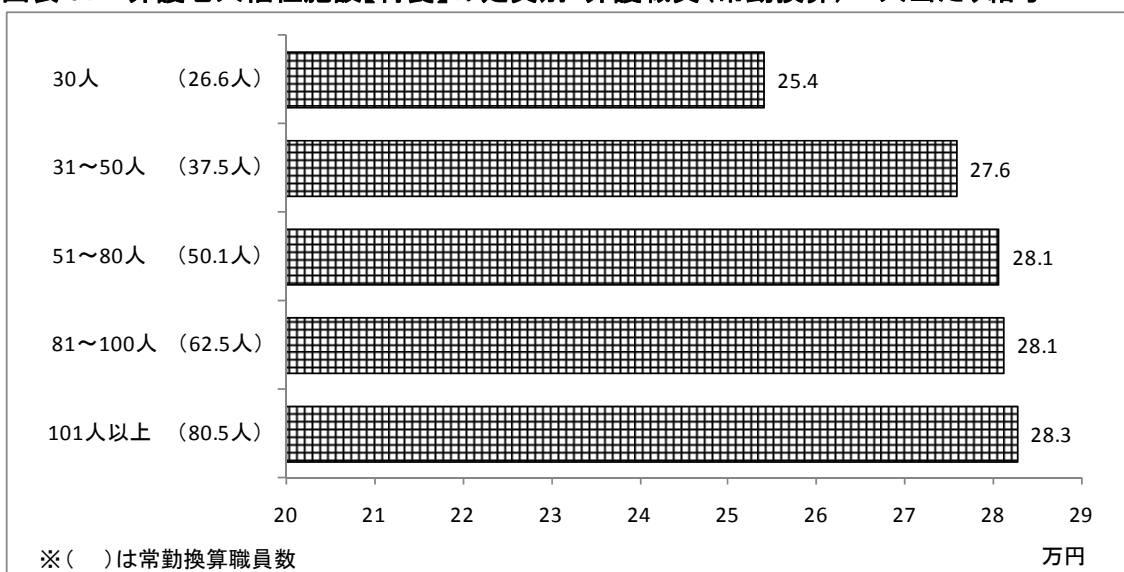
(出典) 介護労働安定センター「介護労働実態調査(平成 24 年度)」

図表 30 訪問介護事業所の延べ訪問回数別 介護職員(常勤換算)一人当たり給与



(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査(平成23年度)」

図表 31 介護老人福祉施設【特養】の定員別 介護職員(常勤換算)一人当たり給与



(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査(平成23年度)」

(6) 人手不足の一層の深刻化

厚生労働省では、介護サービス受給者の増加とともに、介護職員は平成 23 年 (2011) 年度の 140 万人から平成 37 (2025) 年度には 237~249 万人が必要 (社会保障・税一体改革を前提とした改革シナリオ) と推計している。平成 23 (2011) 年度比で、介護職員を約 100 万人 (約 70%) も増加させる必要がある。

一方、女性や高齢者の労働力率上昇を見込んでも、生産年齢人口の減少に伴い、労働力人口は減少傾向をたどる可能性が高い。三菱総合研究所「内外経済の中期展望」によると、平成 37 (2025) 年の労働力人口は 6,119 万人と、平成 23 (2011) 年の 6,591 万人から 472 万人 (7.2%) も減少すると予測されている。

介護職員は現在でも人手不足が深刻であるが、今後は労働力人口の減少を背景に、より一層人材を確保することが困難な状況に陥ることが想定される。この問題を緩和するためには、他産業の余剰労働力を介護産業に呼び込むことが必要であるが、現実には不慣れな介護職に自ら進んで転職する人は少なく、労働力の移動が円滑に進むとは考えにくい。

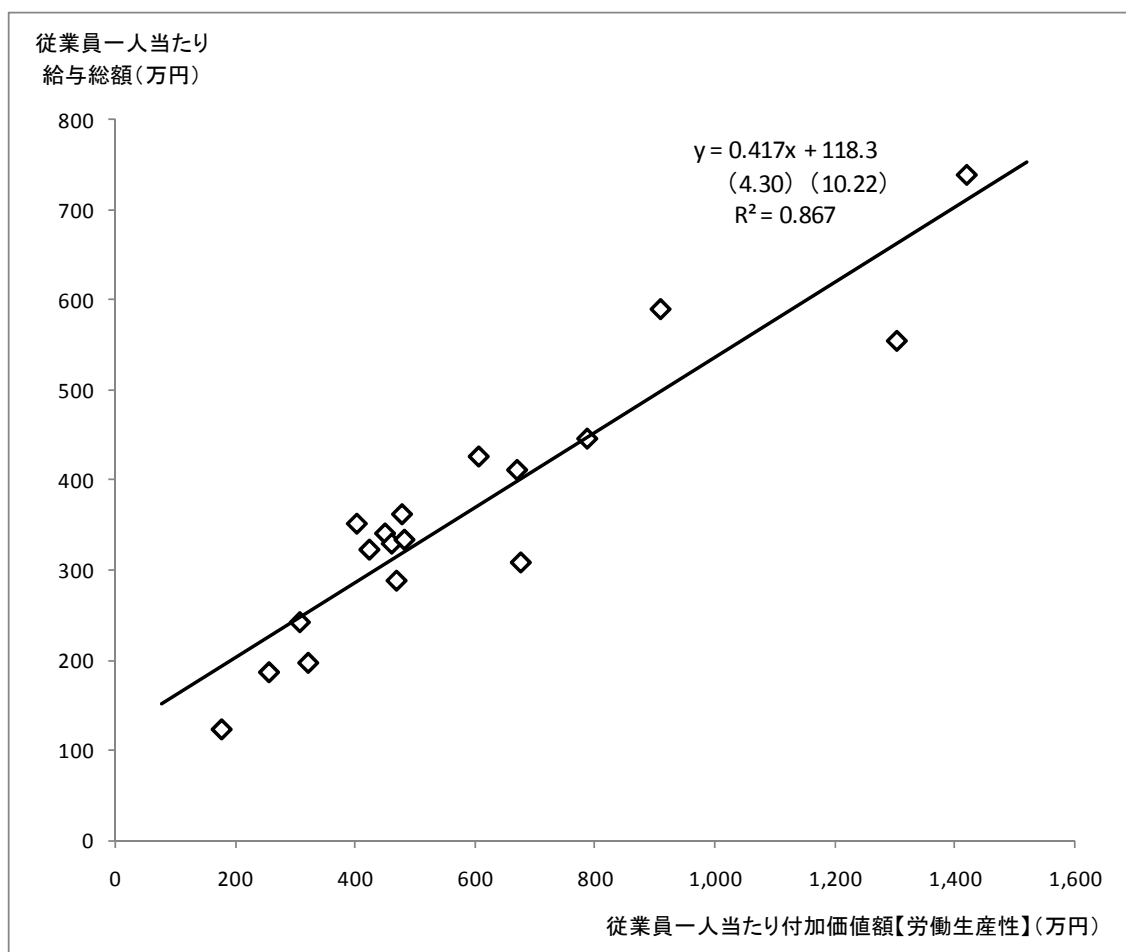
5. 介護サービスの労働生産性

(1) 労働生産性と賃金

産業別（大分類ベース、平成 24 年）に労働生産性（従業員一人当たり付加価値額）と従業員一人当たり給与総額を比較すると、相関関係が極めて高いことが読み取れる（図表 32）。老人福祉・介護事業の労働生産性（293 万円）は、他産業と比較して相対的に低水準であり、介護職員が低賃金である要因となっている（図表 33）。今後、介護職員の賃金水準を引き上げるためには、労働生産性の向上が不可欠である。

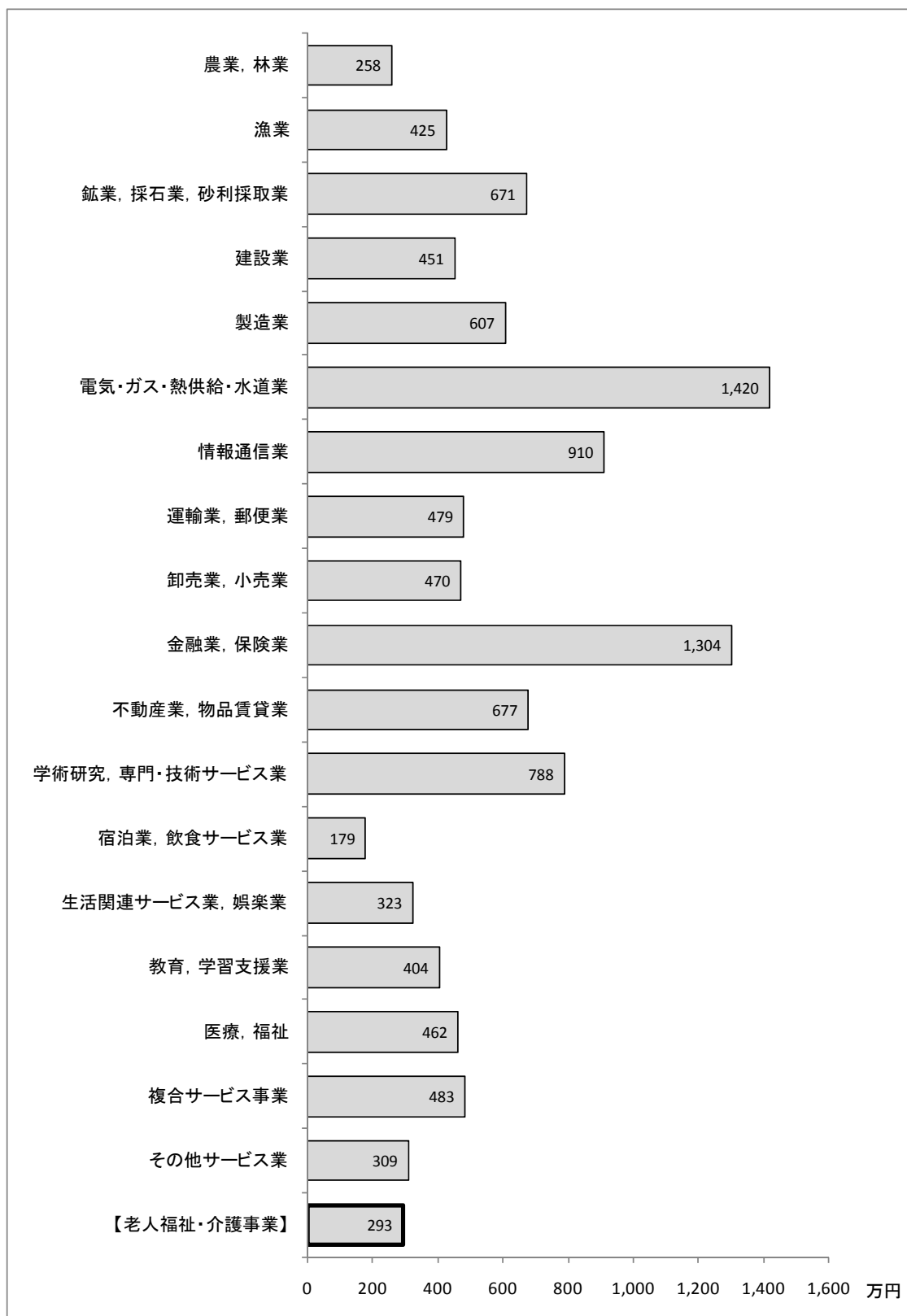
一般に労働生産性を引き上げるためには、①モノやサービスの質を高めて販売価格を引き上げる、②販売量の増大、労働者の熟練度向上、機械化・ICT 化の推進、原材料・資材・外注費等の削減、組織やマネジメントの革新などによって単位コストを引き下げることが必要であるが、介護サービスの場合、介護報酬が公定価格のため、①による労働生産性の向上は事実上不可能なので、②の単位コストの引き下げが重要である。

図表 32 産業別労働生産性と従業員一人当たり給与総額(大分類ベース)



(出典) 総務省・経済産業省「平成 24 年経済センサス - 活動調査」より作成

図表 33 産業別労働生産性の比較(大分類ベース、老人福祉・介護事業のみ小分類)



(出典) 総務省・経済産業省「平成 24 年経済センサス - 活動調査」より作成

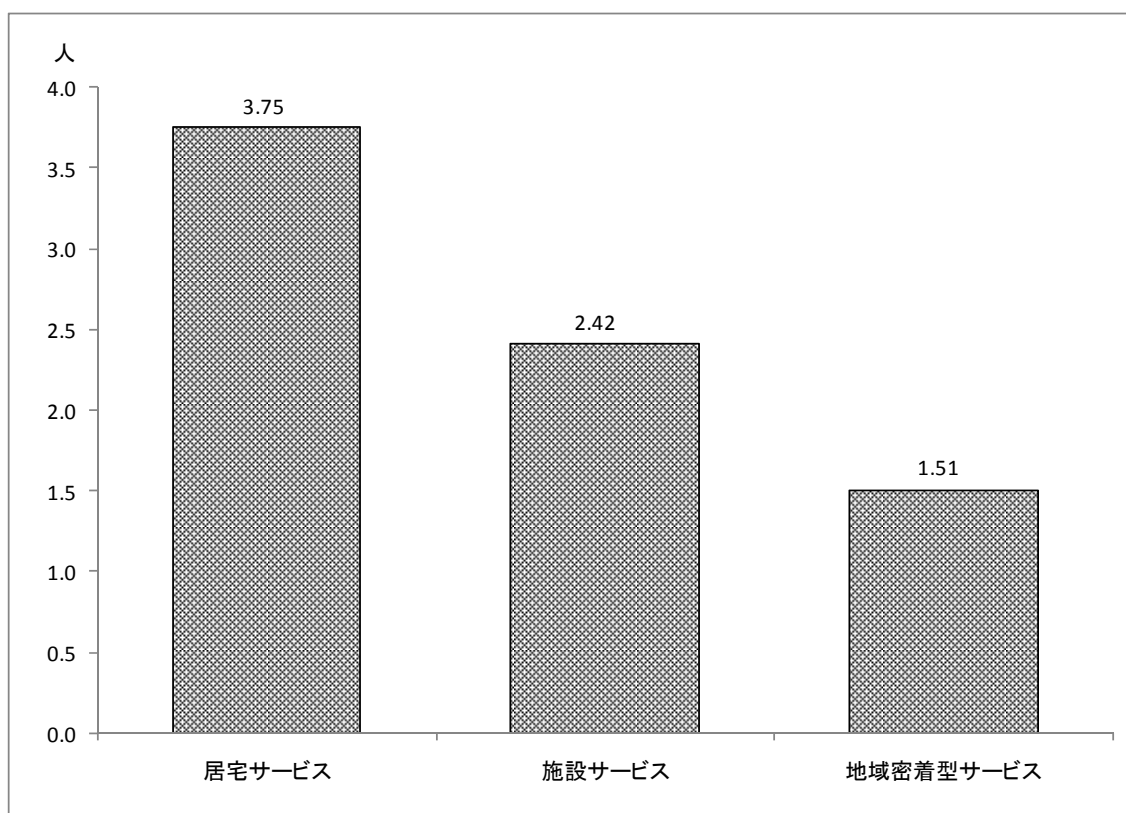
(2) 施設介護と居宅介護の比較

統計上の制約があるため、介護保険のサービス種類別に介護職員一人当たりの付加価値額¹⁷を算出することは困難である。そこで、介護職員一人当たりのサービス受給者数（利用者数）や、介護職員一人当たりの生産金額（介護保険給付額＋公費負担額＋利用者負担額）などの指標で代替する。

施設サービスよりも居宅サービスの方が介護職員一人当たりのサービス受給者数（利用者数）は多い（図表 34）。施設サービスは要介護者を 24 時間体制で全面的に支援しているため、介護職員一人がケアできる利用者数は限られるが、居宅サービスの場合は、訪問介護でも通所介護でも要介護者の部分的な支援に留まっているため、より多くの利用者をケアすることが可能である。施設サービスの利用者は要介護度が相対的に高いことも一因と考えられる。

一方、介護職員一人当たりの生産金額は居宅サービスよりも施設サービスの方が高額である（図表 35）。居宅サービスが要介護者の部分的な支援に留まっているのに対し、施設サービスは利用者を全面的に支援（より多くのサービスを提供）していることによる。

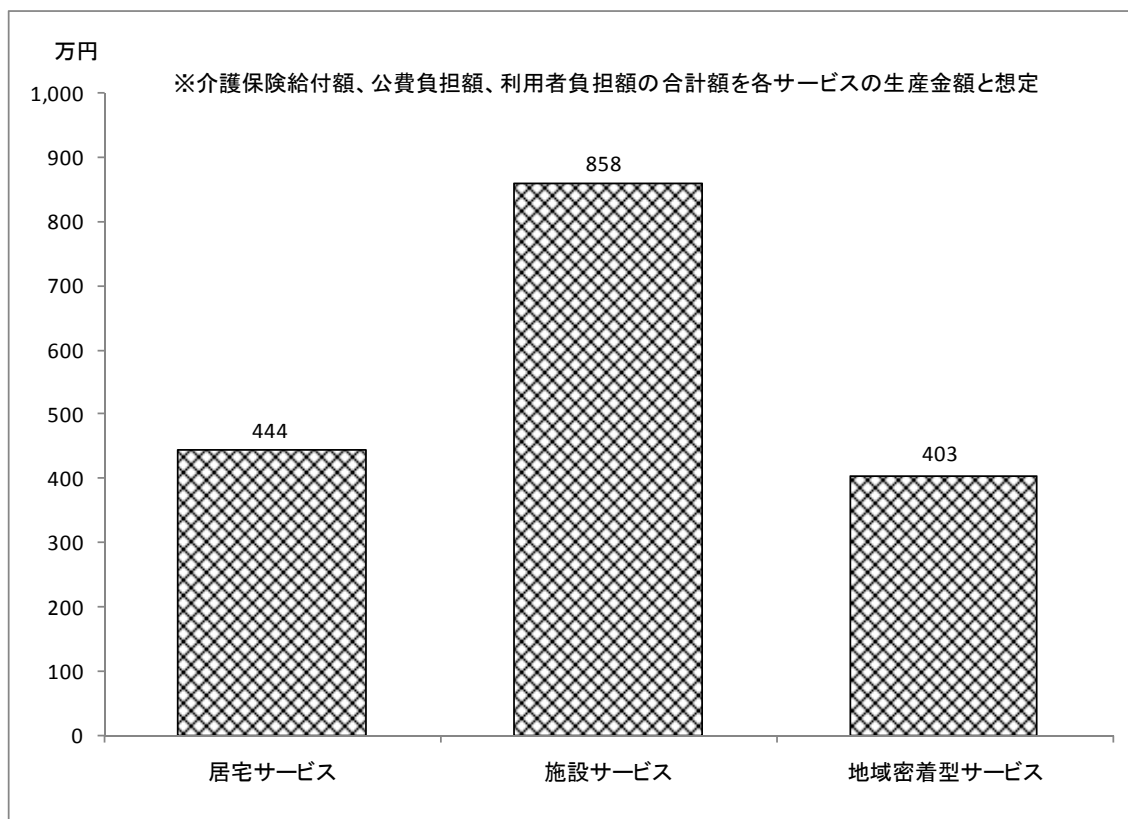
図表 34 サービス種類別 介護職員一人当たりのサービス受給者数(平成 23 年度月平均)



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護保険事業状況報告」より作成

¹⁷ 付加価値額＝売上高－外部購入費用（原材料費、水道光熱費、委託費など）－減価償却費

図表 35 サービス種類別 介護職員一人当たりの生産金額(平成 23 年度)

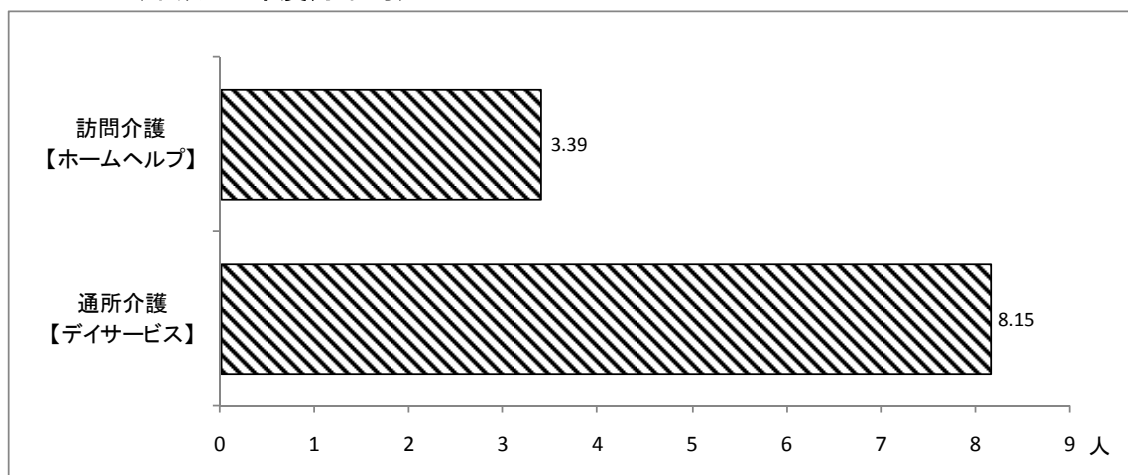


(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護給付費実態調査」より作成

(3) 訪問介護と通所介護の比較

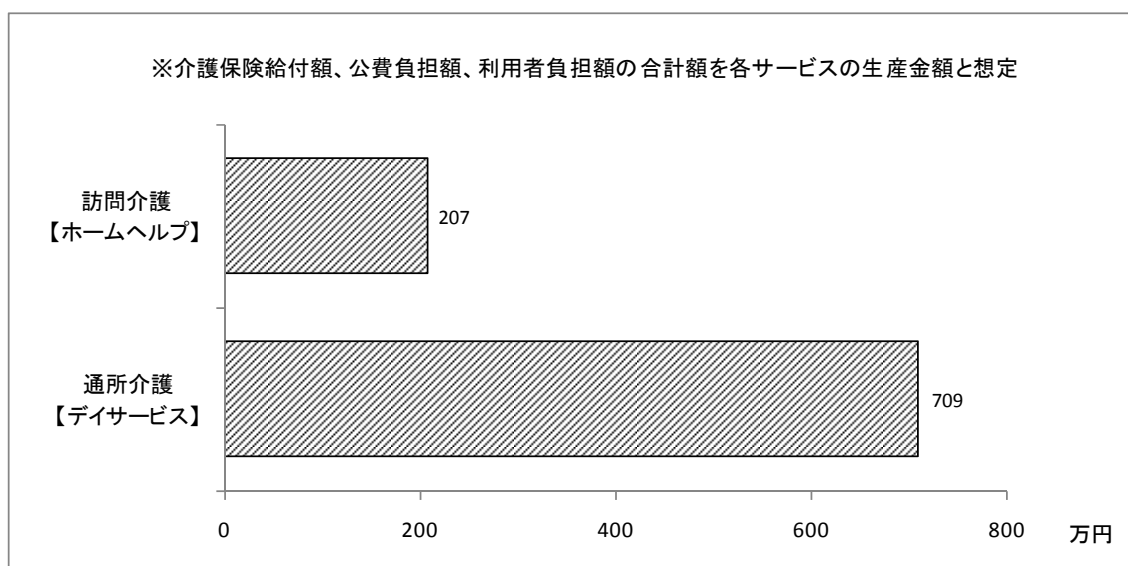
居宅サービスの中でも、要介護者に1ヵ所でサービスを提供する通所介護は訪問介護よりも、介護職員一人当たりのサービス受給者数も生産金額も多い（図表36、図表37参照）。訪問介護はホームヘルパーが各家庭を訪問してケアするため、介護職員の移動に時間を要するうえ、介護職員同士の連携も取りにくく、介護サービスの形態としては非効率な面がある。

図表 36 訪問介護と通所介護の介護職員一人当たりのサービス受給者数（平成23年度月平均）



（出典）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護給付費実態調査」より作成

図表 37 訪問介護と通所介護の介護職員一人当たりの生産金額（平成23年度）



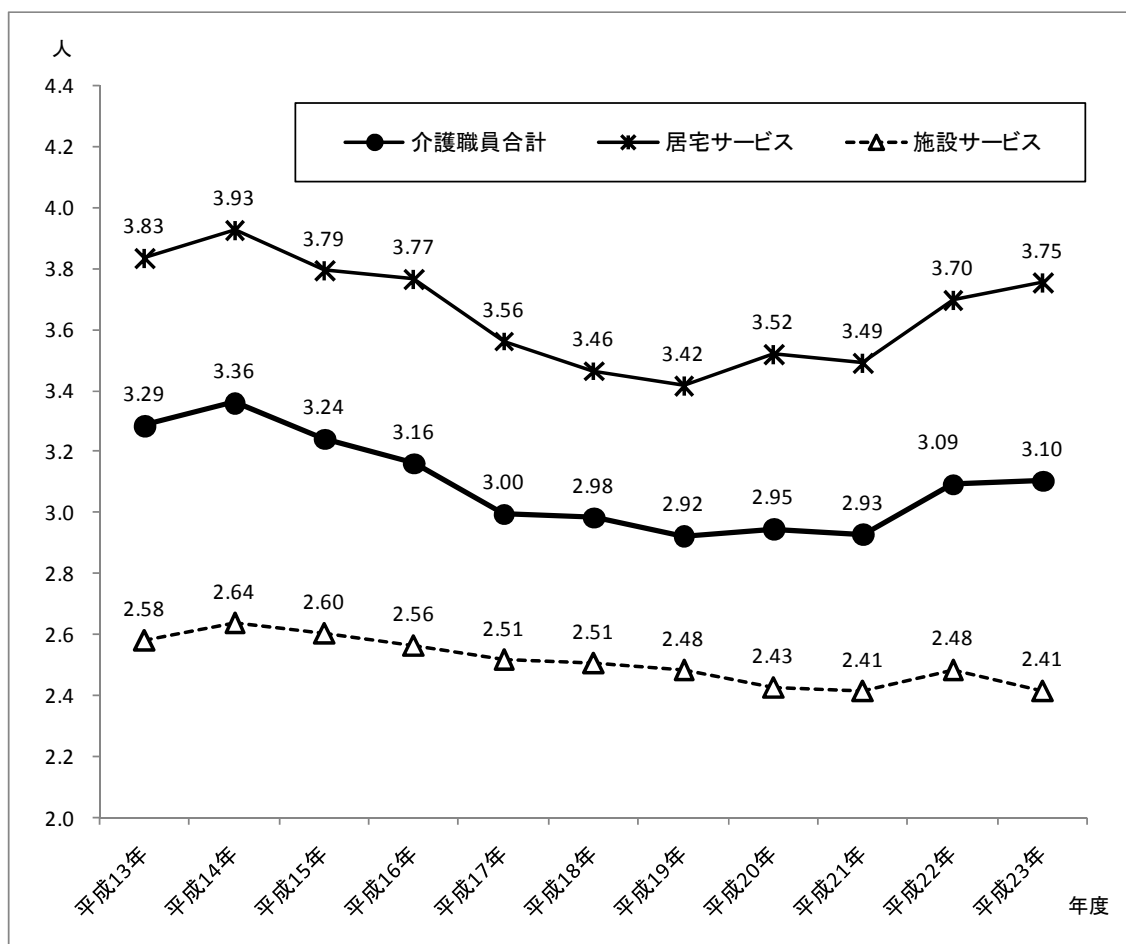
（出典）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護給付費実態調査」より作成

(4) 介護職員一人当たりのサービス受給者数（月平均）の推移

介護職員一人当たりのサービス受給者数（利用者数）は、平成 19（2007）年度まで減少傾向が続き、その後は緩やかながらも増加傾向に転換した（図表 38 参照）。施設サービスは平成 14（2002）年度をピークに緩やかな減少傾向が継続しているが、居宅サービスは平成 19（2007）年度まで減少傾向、その後は増加傾向に転じた。

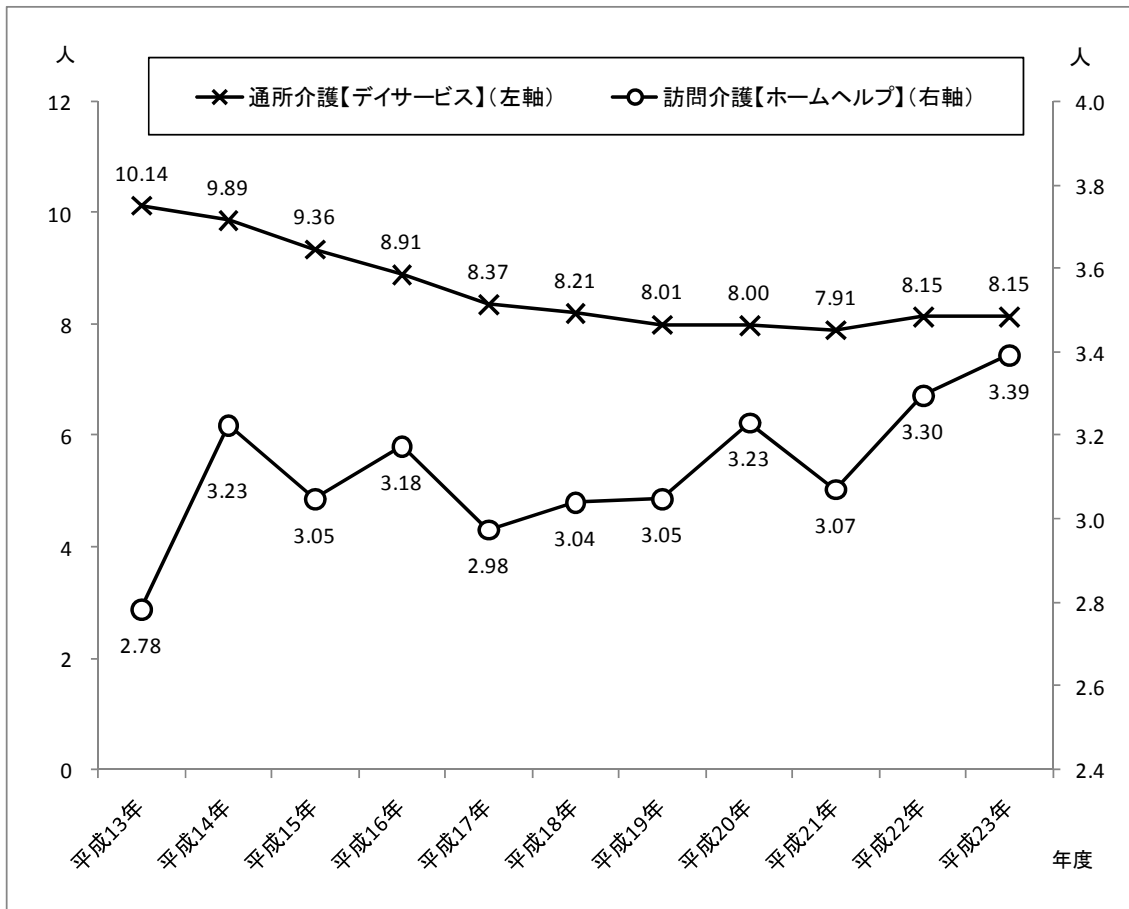
居宅サービスの中では、通所介護は平成 21（2009）年度まで緩やかな減少傾向が続き、その後はやや増加した（図表 39 参照）。介護保険制度創設当初は不足していた介護職員数が徐々に充足してきたほか、労働生産性が緩やかながらも向上している可能性もあろう。訪問介護は、近年、緩やかな増加傾向で推移しているが、サービスの利用者が増加している一方で、ホームヘルパーが伸び悩んでいることを反映している。労働生産性が向上しつつあることも一因と考えられる。

図表 38 介護職員一人当たりのサービス受給者数（月平均）の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護保険事業状況報告」より作成

図表 39 通所介護と訪問介護の介護職員一人当たりのサービス受給者数(月平均)の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護保険事業状況報告」より作成

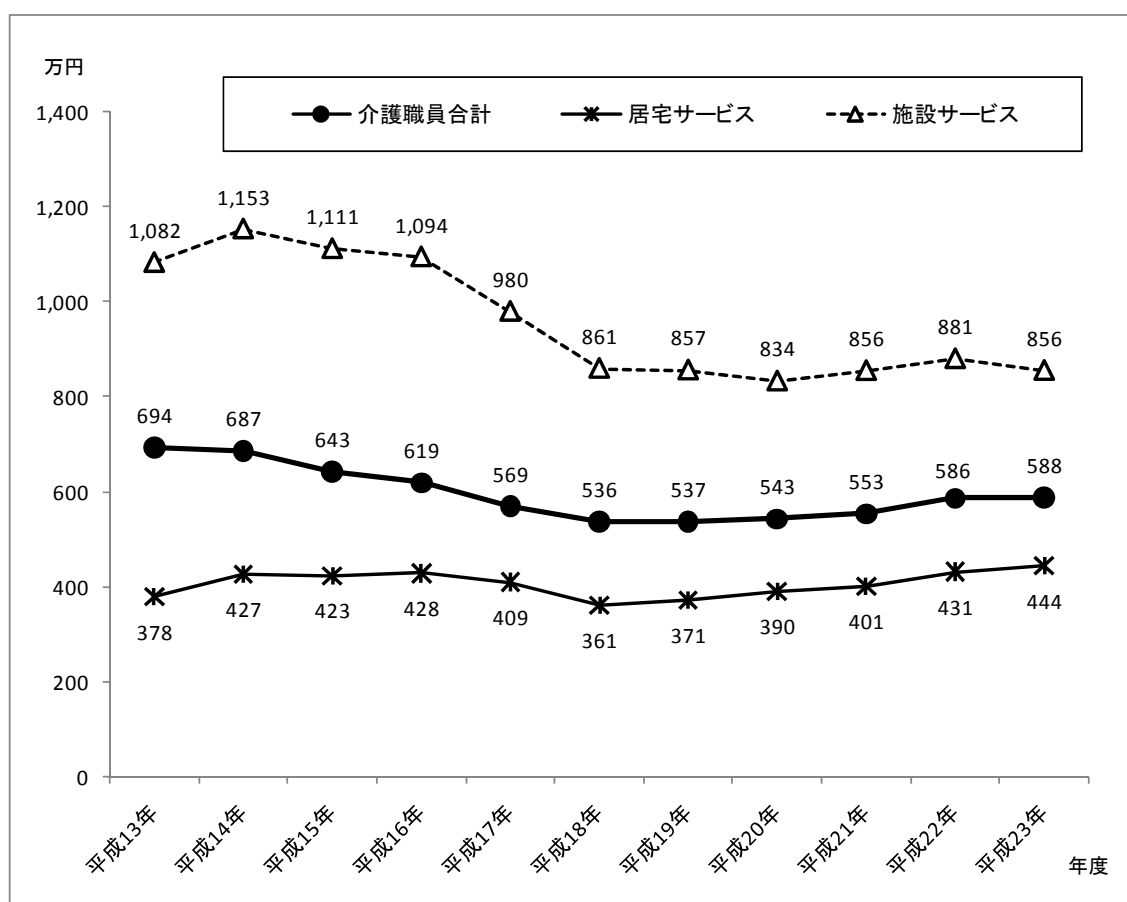
(5) 介護職員一人当たり生産金額の推移

介護職員一人当たりの生産金額（介護保険給付額＋公費負担額＋利用者負担額）は、平成 18（2006）年度まで減少が続き、その後は緩やかながら増加傾向に転換した（図表 40 参照）。施設サービスは平成 14（2002）年度をピークに平成 20（2008）年度まで減少傾向が継続したが、平成 15（2003）年度及び平成 18（2006）年度に介護報酬が引き下げられた影響が大きい。居宅サービスは、近年、緩やかな増加傾向にある。

居宅サービスを通所介護と訪問介護に分けて見ると、介護職員一人当たりのサービス受給者数（利用者）とほぼ同様な動きを示している（図表 41 参照）。

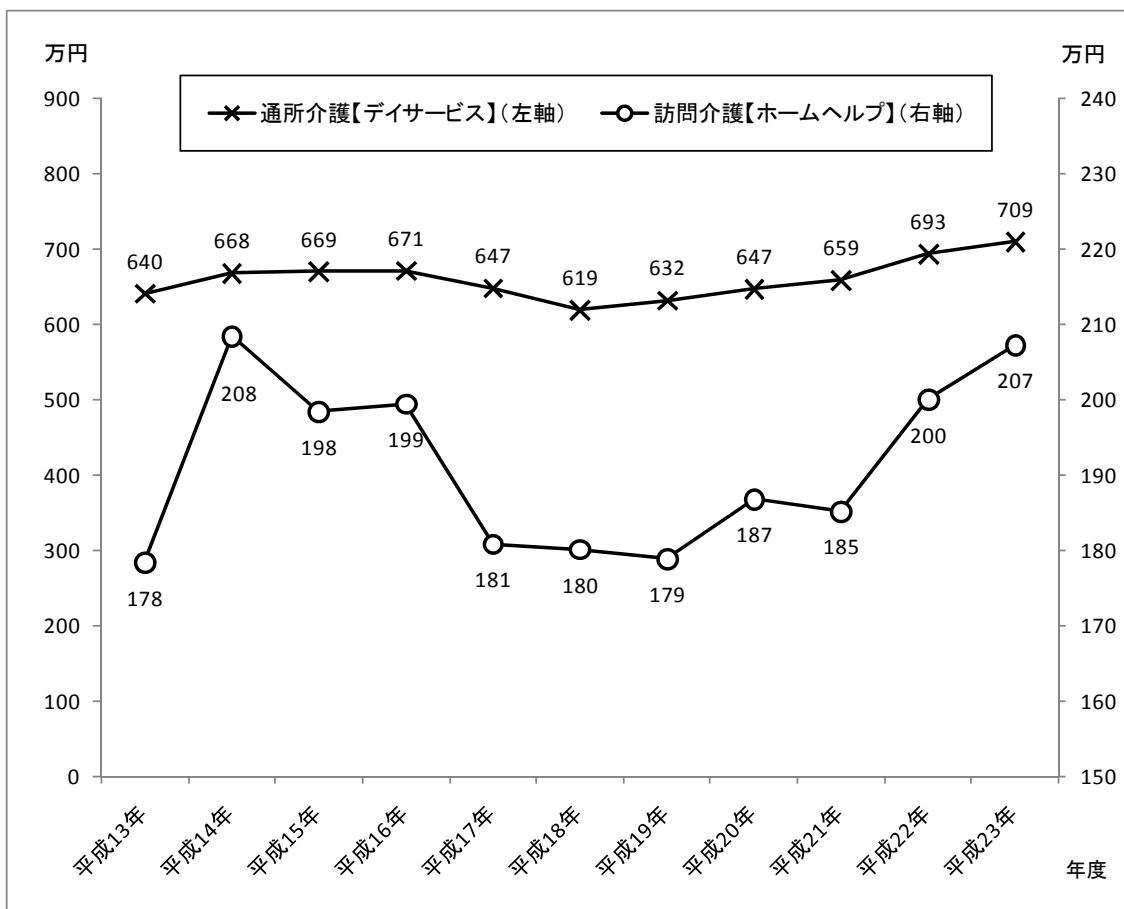
近年、介護職員一人当たりの生産金額が緩やかな増加傾向にあることから、介護サービスの労働生産性（従業員一人当たりの付加価値額）も上昇基調にあると推測される。しかしながら、介護職員の人手不足に起因（結果として、介護職員一人当たりの生産金額が増加）している面が大きく、介護職員の熟練度向上や経営の革新などによる労働生産性向上はそれほど大きくはないと考えられる。

図表 40 介護職員一人当たり生産金額の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護給付費実態調査」より作成

図表 41 通所介護と訪問介護の介護職員一人当たり生産金額の推移



(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護給付費実態調査」より作成

第2章 介護保険制度の経済効果

1. 需要創出効果

(1) 経済波及効果とは

ある産業に新規の需要が発生した場合、まずはその需要をまかなうための生産活動が行われる（この生産額を「直接効果」という）。次に、その生産に必要な部品や材料、エネルギー、機械、サービス等が生産され、さらに、その部品等を生産するために新たな生産が行われるという具合に、当初発生した需要を満たすため、需要が発生した産業だけではなく、生産が生産を呼んであらゆる産業の生産が誘発される。その生産の合計額を「第一次間接波及効果」といい、「直接効果」と「第一次間接波及効果」の合計額を「第一次経済波及効果」という。

「直接効果」と「第一次間接波及効果」により誘発された生産活動を通じて発生した雇用者所得のうち、一部は貯蓄され、一部は消費される。この消費需要を満たすために必要な新たな生産を誘発する効果を「第二次経済波及効果」（「第二次間接波及効果」と呼ぶ場合もある）という。「第一次経済波及効果」だけで「経済波及効果」とする場合もあるが、一般には「第一次経済波及効果」と「第二次経済波及効果」の合計を「経済波及効果」という。

(2) 第一次経済波及効果

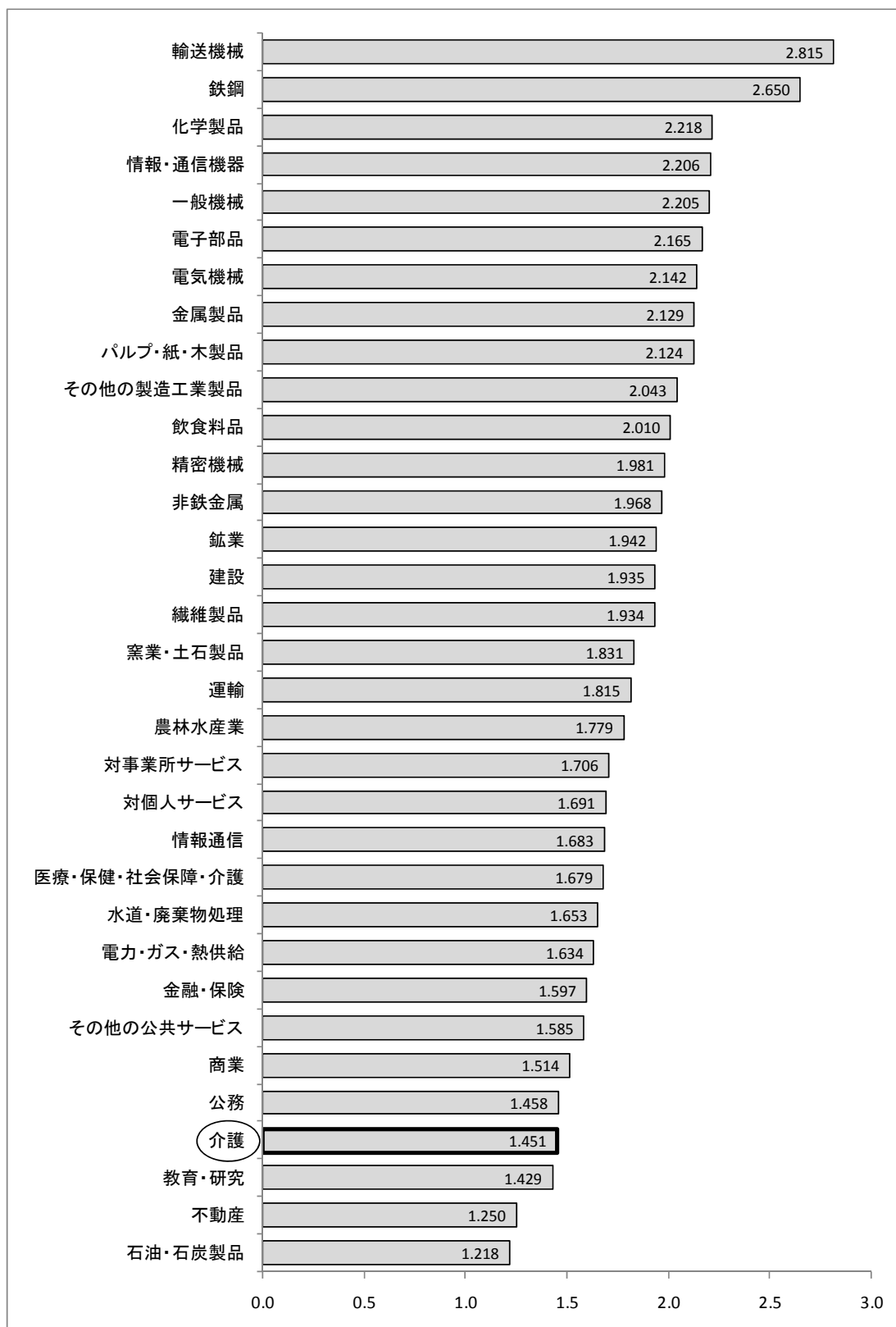
総務省「産業連関表（平成 17 年）」を用いて、産業別（大分類ベース、介護のみ中分類ベース、以下同じ）に第一次経済波及効果（直接効果＋第一次間接波及効果）を推計した（図表 42 参照）。この係数は、ある産業で新規の需要が 1 単位発生した場合に、第一次経済波及効果の大きさがどれだけあるかを示したものである。

介護の第一次経済波及効果は他産業よりも相対的に小さく 1.451 に留まっている。介護は労働集約型産業であるため、他産業から調達するモノやサービスが相対的に少なく、他産業への生産波及効果（第一次間接波及効果）は小さい。

平成 23（2011）年度における介護の第一次経済波及効果は、以下の式で示される通り、11.94 兆円と推計される。

○第一次経済波及効果＝生産金額（8.23 兆円）×1.451＝11.94 兆円

図表 42 産業別第一次経済波及効果(大分類ベース、介護のみ中分類)



(出典) 総務省「産業連関表(平成17年)」より作成

(3) 第二次経済波及効果

総務省「産業連関表（平成 17 年）」を用いて、産業別に第二次経済波及効果を推計した（図表 43 参照）。この係数は、ある産業で新規の需要が 1 単位発生した場合に、第二次経済波及効果の大きさがどれだけあるかを示したものである。

介護の第二次経済波及効果は相対的に高く 0.498 となっている。介護は労働集約型産業であるため、投入金額に占める雇用者所得の比率が 58.3%（全産業平均：26.6%）と高い。この雇用者所得のうち約 7 割は消費（残りの約 3 割は貯蓄）に充てられるため、この消費が誘発する生産も大きなものとなる。実際には、他産業への波及効果から生み出された雇用者所得も消費に向けられ、この消費が誘発する生産も第二次経済波及効果に含まれる。

平成 23（2011）年度における介護の第二次経済波及効果（雇用者所得から発生する経済波及効果）は、以下の式で示される通り、4.10 兆円と推計される。

$$\text{○第二次経済波及効果} = \text{生産金額（8.23 兆円）} \times 0.498 = \underline{4.10 \text{ 兆円}}$$

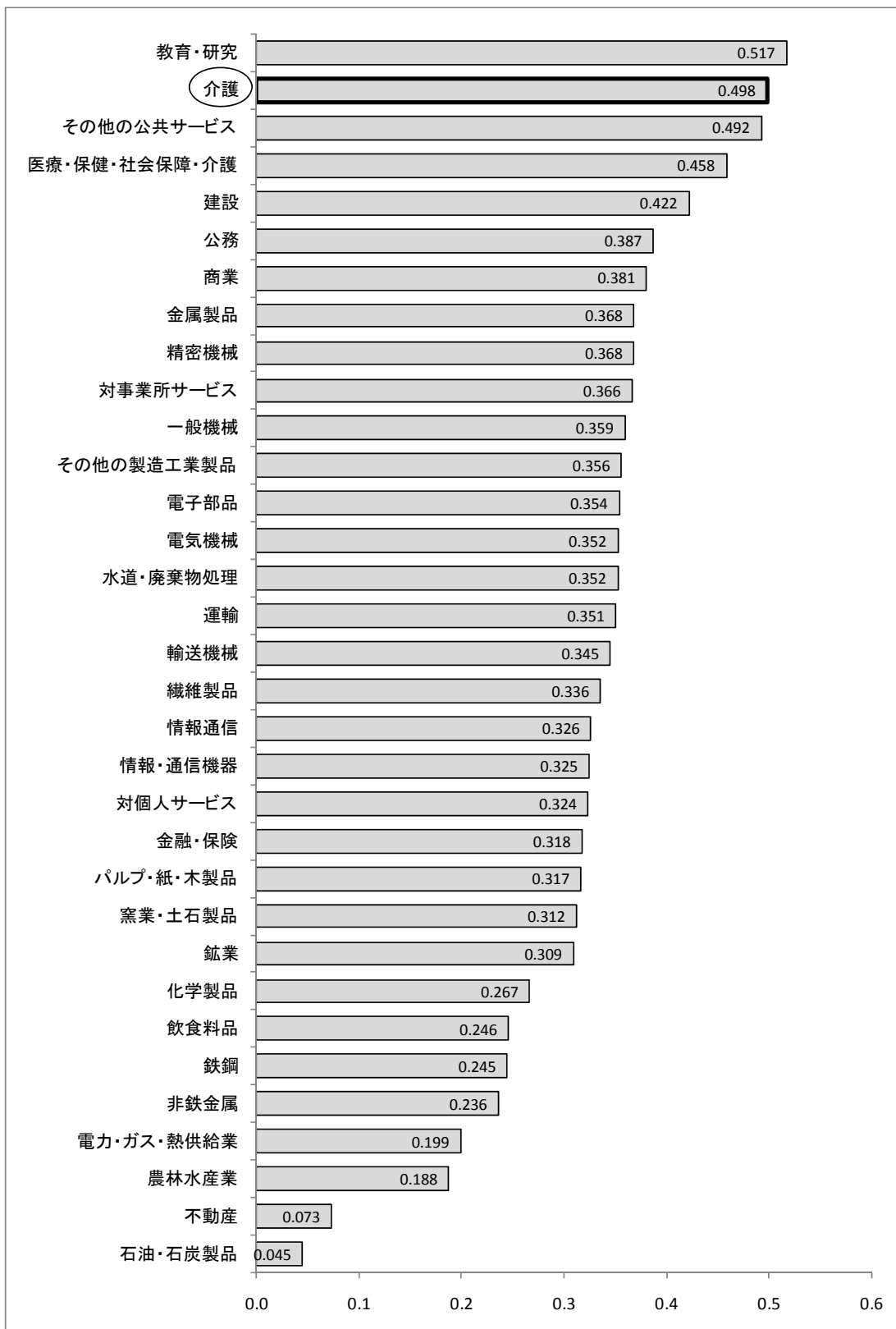
(4) 経済波及効果の推計

総務省「産業連関表（平成 17 年）」を用いて、産業別に推計した第一次経済波及効果と第二次経済波及効果を合計した産業別経済波及効果を一つのグラフにまとめた（図表 44 参照）。介護の経済波及効果の係数は 1.949 にとどまり、相対的には低い部類に属する。第二次経済波及効果は他産業よりも大きいものの、第一次経済波及効果が小さいことによる。

平成 23（2011）年度時点における介護の経済波及効果（第一次経済波及効果＋第二次経済波及効果）は、以下の式で示される通り、16.04 兆円と推計される。

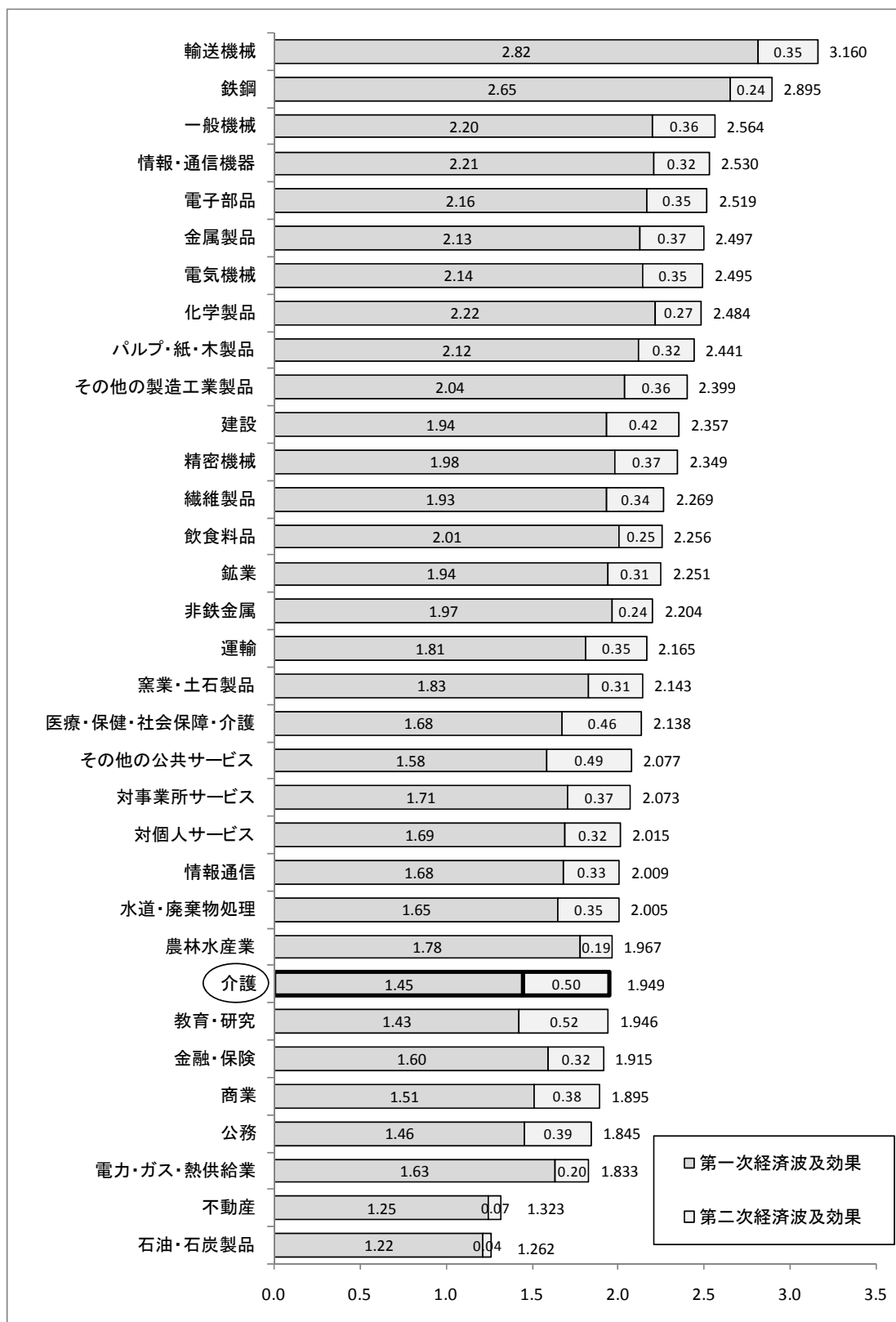
$$\begin{aligned} \text{○経済波及効果} &= \text{第一次経済波及効果（11.94 兆円）} + \text{第二次経済波及効果（4.10 兆円）} \\ &= \underline{16.04 \text{ 兆円}} \end{aligned}$$

図表 43 産業別第二次経済波及効果(大分類ベース、介護のみ中分類)



(出典) 総務省「産業連関表(平成17年)」より作成

図表 44 産業別経済波及効果(大分類ベース、介護のみ中分類)



(出典) 総務省「産業連関表(平成17年)」より作成

(5) 介護保険制度の需要創出効果の推計

前述した通り、介護の経済波及効果（第一次経済波及効果＋第二次経済波及効果）は16.04兆円と推計されたものの、介護保険料や公費負担（補助金や事務費等を含む）、利用者自己負担が家計消費を押し下げる面もある。

平成23（2011）年度はこれら国民負担額の合計が9.08兆円（介護保険料¹⁸：3.72兆円、公費負担¹⁹：4.26兆円、利用者自己負担：0.60兆円、補助金：0.29兆円、総務費：0.21兆円）であった。勤労者世帯（単身世帯を除く）の限界消費性向²⁰が0.566と推計された（図表45参照）ので、本稿では、家計消費の限界消費性向を0.566と想定する。この場合、介護保険制度の国民負担（9.08兆円）によって、家計消費が5.14兆円（9.08兆円×0.566）減少すると試算される。総務省「産業連関表（平成17年）」の民間消費支出の生産誘発係数は1.525であるため、消費支出の減少に伴う負の経済波及効果は7.84兆円（5.14兆円×1.525）と推計される。

介護の正の経済波及効果は16.04兆円と試算されたが、介護保険料などの国民負担に伴う負の経済波及効果が7.84兆円となるため、ネットの経済波及効果は8.20兆円（16.04兆円－7.84兆円）に留まる。

本稿では、以下の式の通り、ネットの経済波及効果を介護保険制度の需要創出効果と定義する。

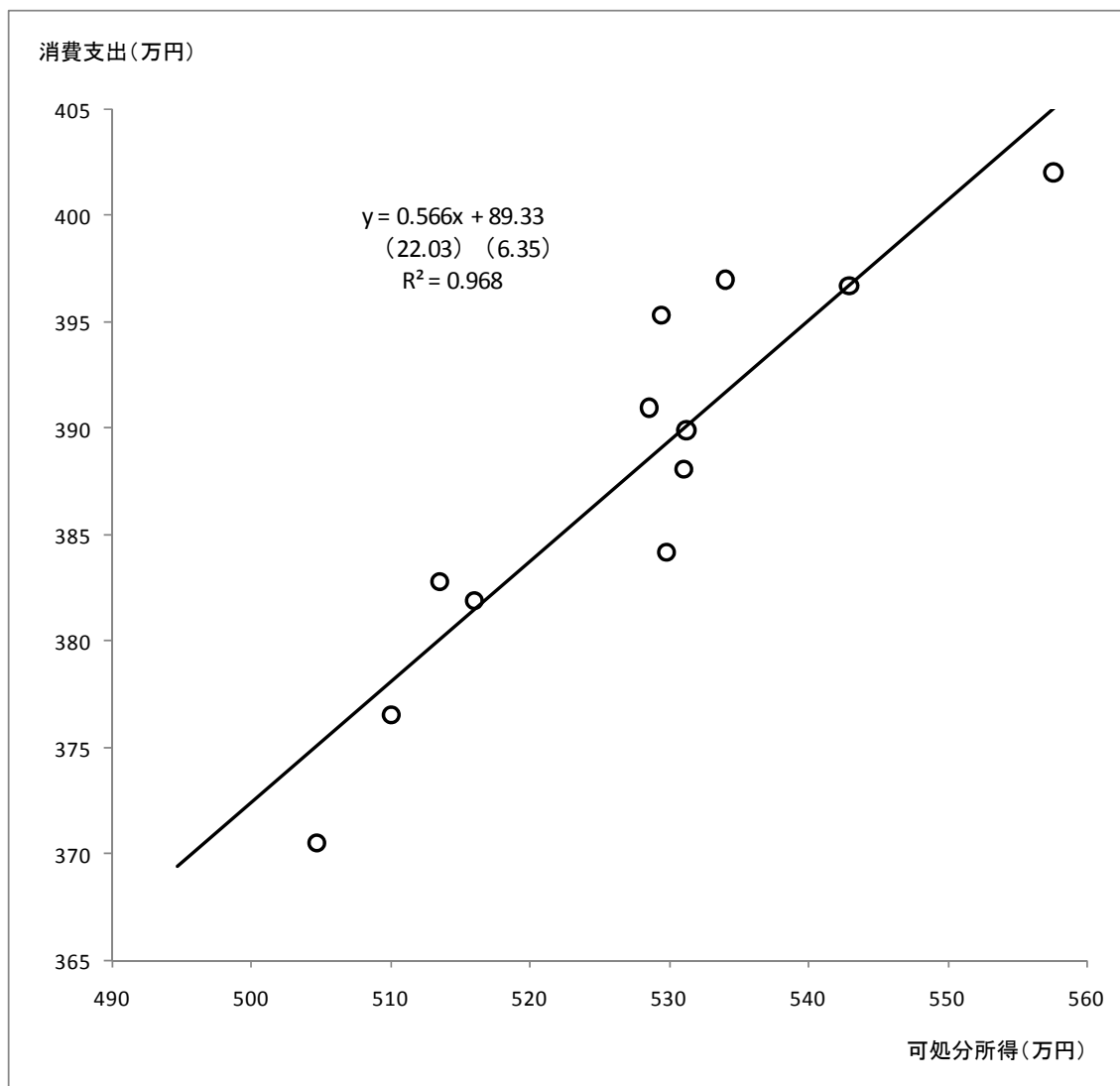
$$\begin{aligned} \text{○需要創出効果} &= \text{正の経済波及効果（16.04兆円）} - \text{負の経済波及効果（7.84兆円）} \\ &= \underline{\underline{8.20兆円}} \end{aligned}$$

¹⁸ 第2号被保険者の事業主負担分は国民負担ではなく、企業負担と考えることもできるが、企業会計上は社会保険料の事業主負担分も人件費の一部であり、企業はこの負担分だけ従業員に支払う賃金を削減していると考えられる。本稿では、第2号被保険者の事業主負担分も国民負担に含めることとしている。

¹⁹ 公費負担は租税だけではなく、国債・地方債の発行によって調達される部分がある。国債・地方債は将来の租税収入（増税）によって償還する必要があるため、本稿では国民負担に含めることとしている。実際に国債・地方債の発行が現在の家計消費にどの程度の影響を及ぼすかは議論が分かれているが、本稿では、推計の便宜上、租税徴収と同程度の影響があること（リカードの中立命題）を前提とした。

²⁰ 限界消費性向とは、所得の増加（減少）分のうち、消費が増える（減る）割合をいう。

図表 45 勤労者世帯(単身世帯を除く)の限界消費性向の推計



(出典) 総務省「家計調査」(平成7年～平成24年)より作成

2. 雇用創出効果

(1) 雇用係数

総務省「産業連関表（平成 17 年）」を用いて、産業別に雇用係数を算出した（図表 46）。雇用係数は、産業別雇用者数を各産業の生産額で除して求めたものであり、1 単位（100 万円）の生産を行うために直接投入された労働者数を示している。

介護の雇用係数は他産業と比較して最も高く 0.194 である。これは介護で 100 万円の生産を実施するためには、0.194 人（約 0.2 人）の労働者が必要であることを表している。この点からも介護サービスが労働集約的であることがよく分かる。

(2) 雇用誘発係数

総務省「産業連関表（平成 17 年）」を用いて、産業別に雇用誘発係数を推計した（図表 47 参照）。雇用誘発係数は、ある産業で 1 単位（100 万円）の需要が発生した場合に、他産業も含めて、直接・間接にどのくらいの雇用者の増加を誘発するかを示している。

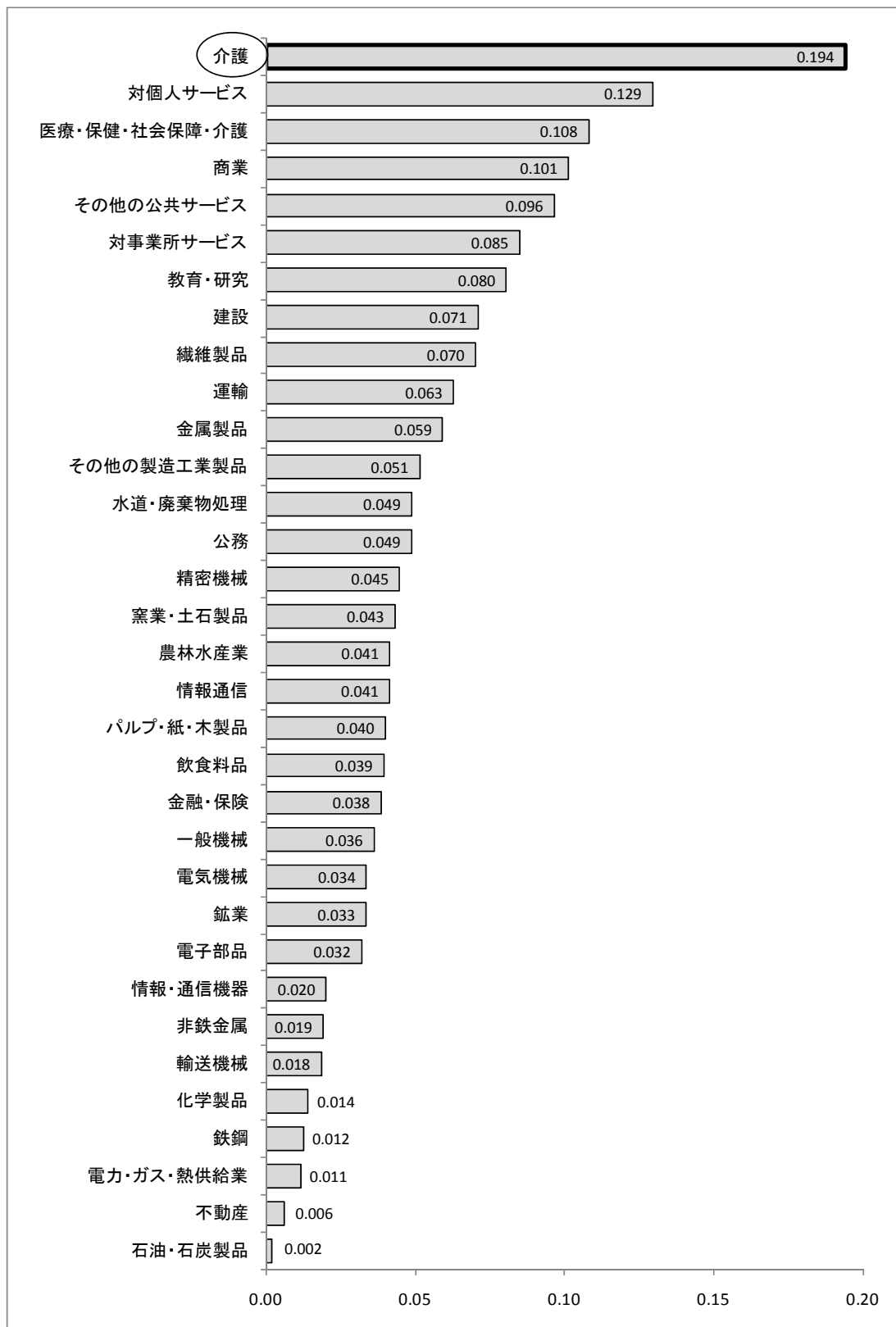
介護の雇用誘発係数は他産業と比較して最も高く 0.281 となっている。これは介護で 100 万円の需要が発生した場合に、他産業も含めて 0.281 人（約 0.3 人）の新規雇用が必要となることを示している。

(3) 雇用創出効果の推計

介護は雇用係数や雇用誘発係数が高く、多くの新規雇用を生み出すが、これを経済効果という側面からみると、第二次経済波及効果に相当すると考えられる（50 ページの第二次経済波及効果を参照）。したがって、本稿では、第二次経済波及効果を介護保険制度の雇用創出効果と定義する。同効果は、以下の式で示され、4.10 兆円と推計される。雇用創出効果は、介護の第二次経済波及効果であるため、前述した需要創出効果の一部である。

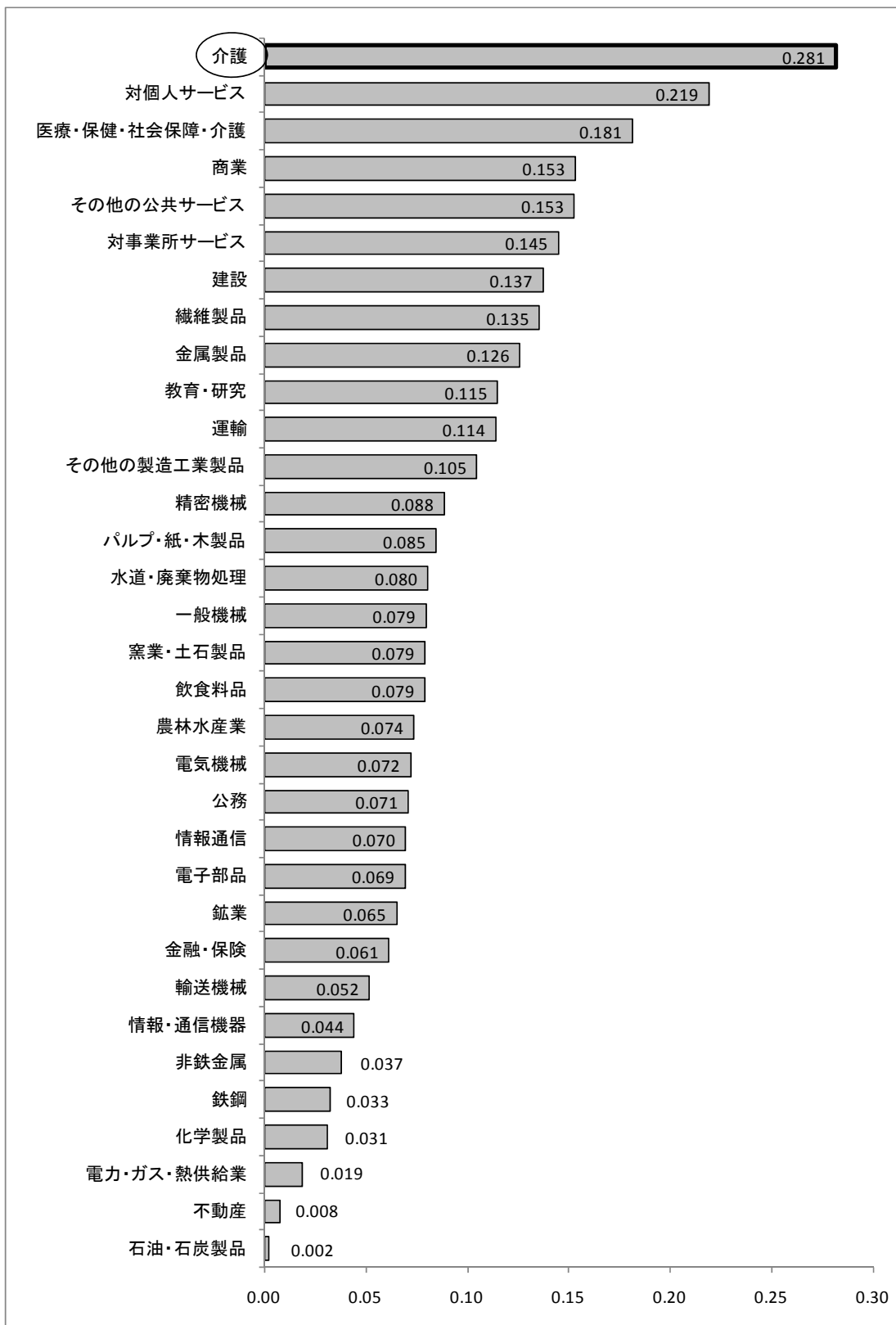
○雇用創出効果＝生産金額（8.23 兆円）×0.498＝4.10 兆円

図表 46 産業別雇用係数(大分類ベース、介護のみ中分類)



(出典) 総務省「産業連関表(平成17年)」より作成

図表 47 産業別雇用誘発係数(大分類ベース、介護のみ中分類)



(出典) 総務省「産業連関表(平成17年)」より作成

3. 離職抑止効果

(1) 介護の社会化

介護サービスが未発達だった時代は、要介護者の介護の大半は家族が担ってきた。そのような家族介護を、広く社会全体で分散して負担する仕組みに変えることを「介護の社会化」という。実際には、自己負担が一部あるものの、介護保険料や租税を中心に拠出された財源によって、介護事業者が要介護者に介護サービスを提供する形を取る。この場合でも在宅介護を中心に家族介護は残るが、従来のように家族介護が中心だった時代よりも家族の負担は大幅に軽減されている。平成 12（2000）年の公的介護保険制度創設前から介護の社会化は徐々に進みつつあったが、本格化したのは同制度創設後のことである。

介護の社会化には、労働力の供給を増加させる効果がある。すなわち、家族介護の負担が大幅に軽減されたことで、従来であれば家族介護のために退職せざるをえない状況に追い込まれていたような人が職を継続することができるようになった。本稿では、これを「離職抑止効果」と呼ぶ。

(2) 家族介護による離職状況

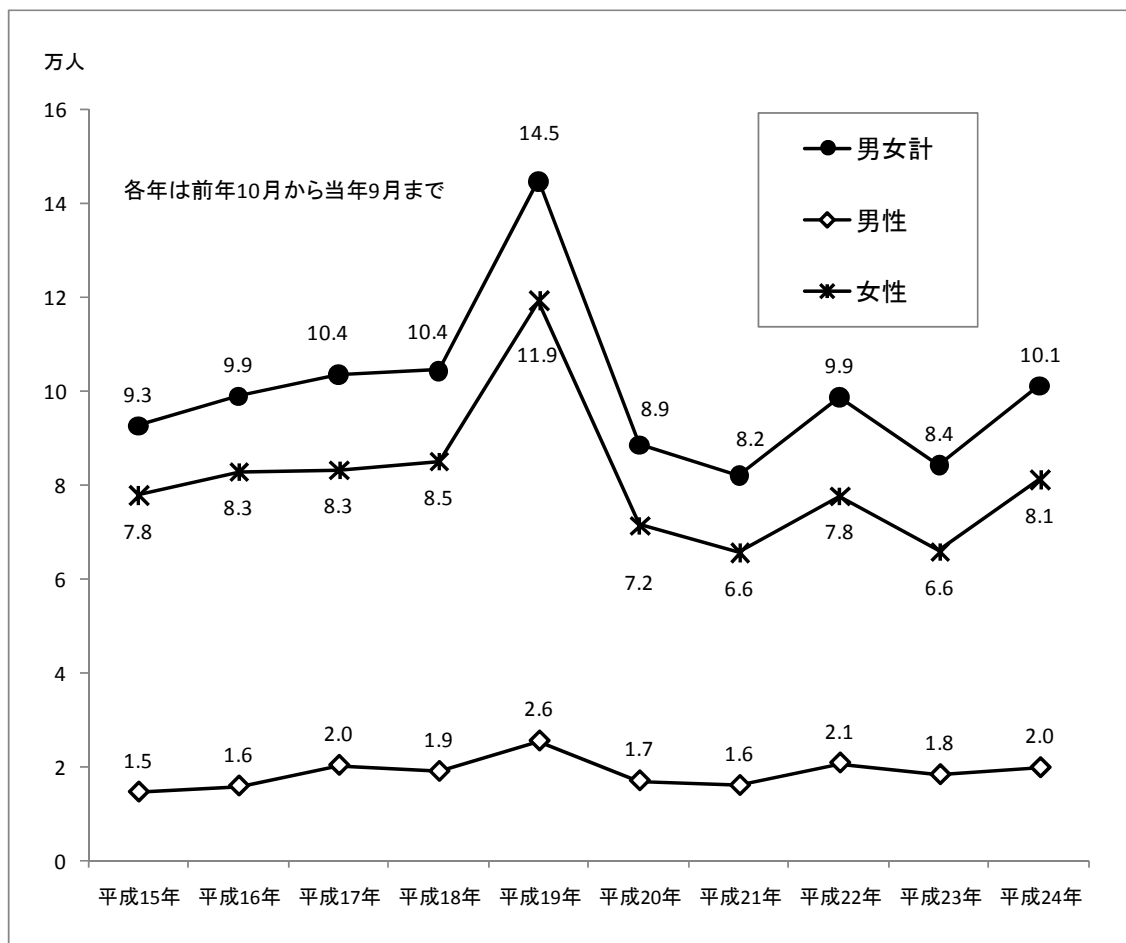
総務省「就業構造基本調査」によると、介護・看護のために離職した者は毎年 10 万人前後で推移している（図表 48 参照）。平成 24（2012）年の介護離職者数は 10.1 万人であり、全離職者数（603 万人）の 1.7%に過ぎず、離職理由としてはそれほど多い訳ではない。契約期間満了（62 万人）、病気・高齢（51 万人）、定年（46 万人）、結婚・出産・育児（38 万人）などが離職理由の上位を占めている。

平成 24（2012）年の介護離職者数を男女別に見ると、男性が 2.0 万人（構成比：19.7%）、女性が 8.1 万人（同：80.3%）と、女性の比率が圧倒的に高い。しかしながら、近年は男性の比率が上昇傾向にある（平成 15 年：15.9% → 平成 24 年：19.7%）。

介護離職者の就業形態は、自営業者等が 0.6 万人（男性：0.1 万人、女性：0.5 万人）、正規職員（役員を含む）が 3.0 万人（男性：1.2 万人、女性：1.8 万人）、非正規職員が 6.5 万人（男性：0.7 万人、女性：5.8 万人）となっている（図表 49）。非正規職員のうち、パートタイマーが 4.7 万人（男性：0.2 万人、女性：4.5 万人）であり、介護離職者のうち、女性のパートタイマーが 4.5 万人と全体の約 45%を占めている。

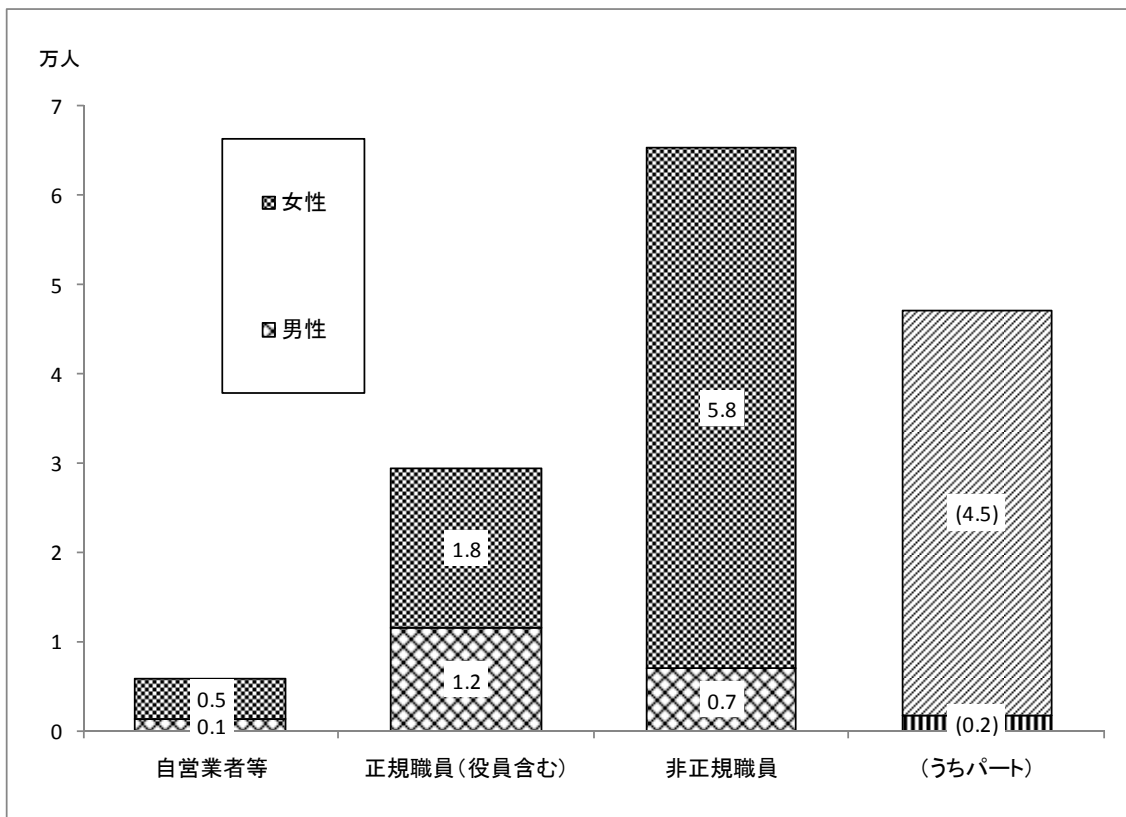
年齢階級別の構成は、男女とも 55～64 歳が最も多く（全体：44.6%、男性：40.8%、女性：60.2%）、次いで 45～54 歳（全体：23.8%、男性：25.8%、女性：16.3%）となっている（図表 50 参照）。親世代が要介護状態になる可能性が高い世代であるとともに、職場では責任のある役職に就いている人が多い世代でもある。

図表 48 介護・看護のために離職した者の推移



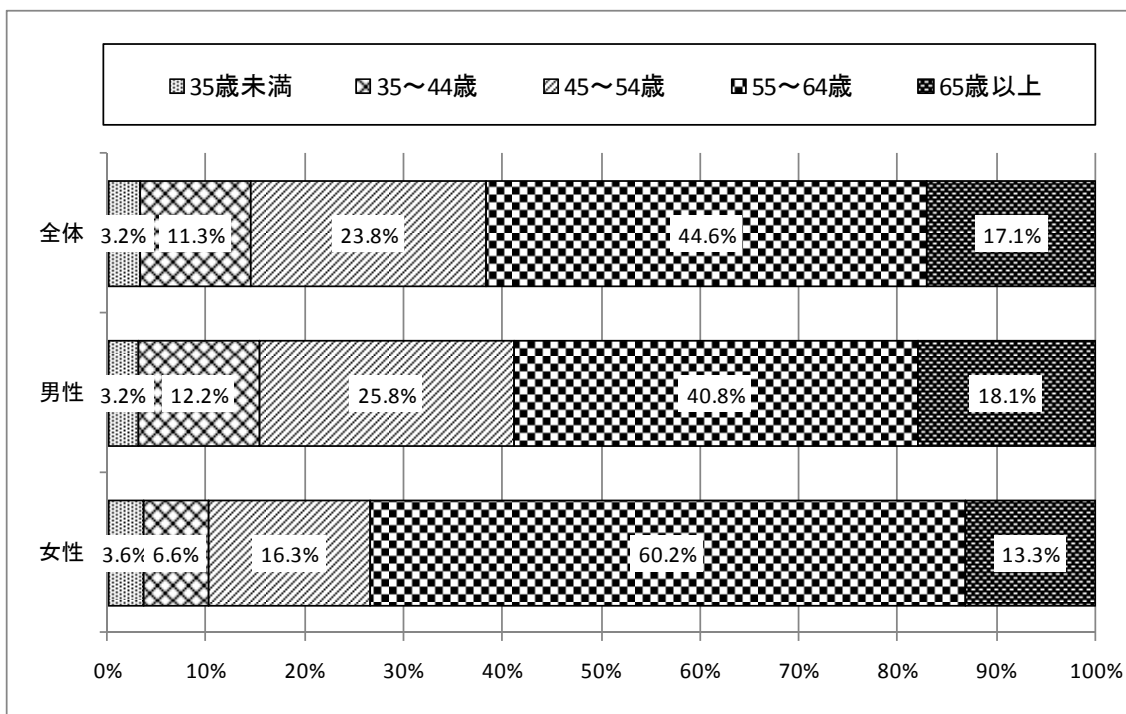
(出典) 総務省「就業構造基本調査」

図表 49 介護離職者の就業形態(平成 24 年)



(出典) 総務省「就業構造基本調査」

図表 50 介護離職者の年齢別構成比(平成 24 年)



(出典) 総務省「就業構造基本調査」より作成

(3) 離職抑止効果

総務省「就業構造基本調査（平成 24 年）」によると、介護をしている有業者数は 291 万人（男性：131 万人、女性：160 万人）である（図表 51 参照）。このうち、介護保険制度が存在しなかった場合、介護のために離職せざるをえなくなる（もしくは離職した方が経済的に望ましい状態となる）人数が、介護保険制度による離職抑止効果（人数ベース）と考えることができる。

離職抑止効果（人数ベース）を推計するに当たっては、以下の仮定を置く。

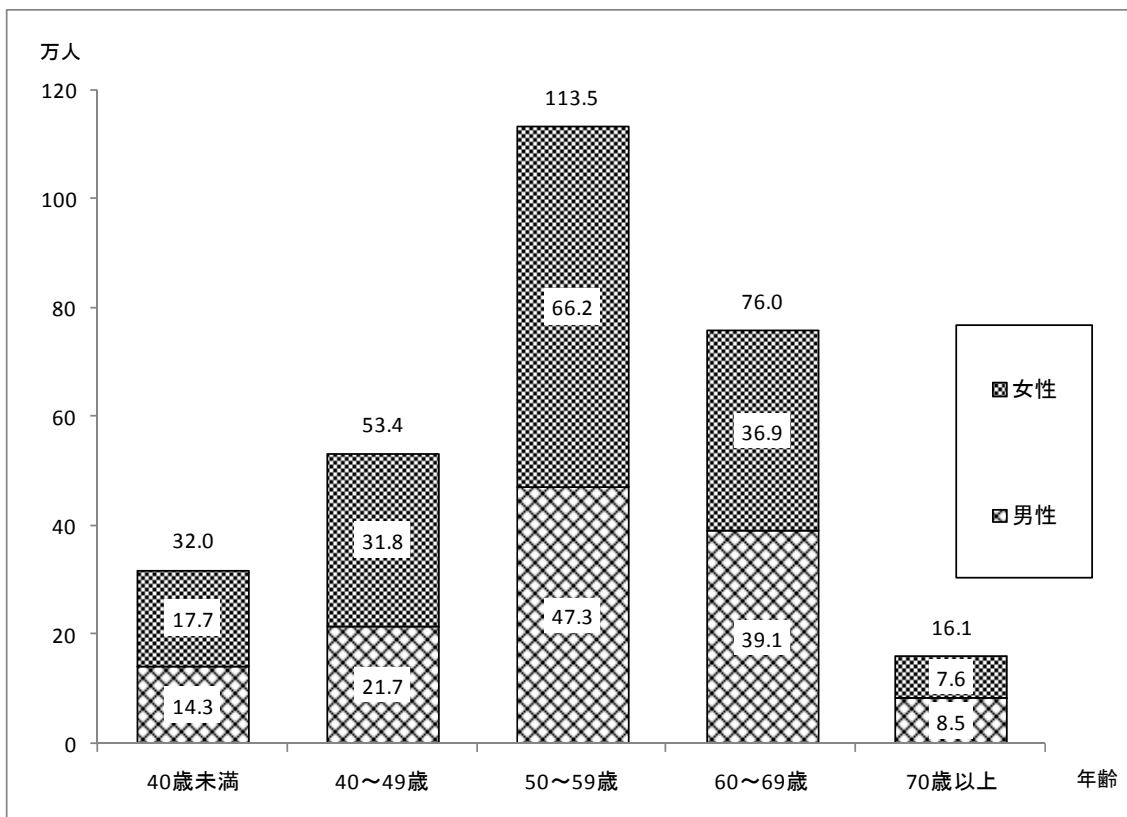
- ① 要支援 1、要支援 2 に該当する者は、家族介護や事業者による介護サービスを受けなくても、どうにか自力で生活することが可能
- ② 要介護者の要介護度の内訳については、平成 23（2011）年度末の要支援・要介護認定者の要介護度の構成比と同率

上記仮定に基づくと、要介護 1 以上の要介護者（要支援・要介護認定者の 73.6%を占める）を介護している有業者は 214 万人（男性：96 万人、女性：118 万人）と推測できる。

この 214 万人のうち、介護の頻度が「ほぼ毎日」、「週に 2～4 日」の者（主たる介護者と想定）が 58.2%（男性：59.0%、女性：57.0%）おり（図表 52 参照）、これに該当する 124 万人（男性：57 万人、女性：67 万人）は、事業者による介護サービスを受けることができない場合、仕事を継続することが困難と想定される。

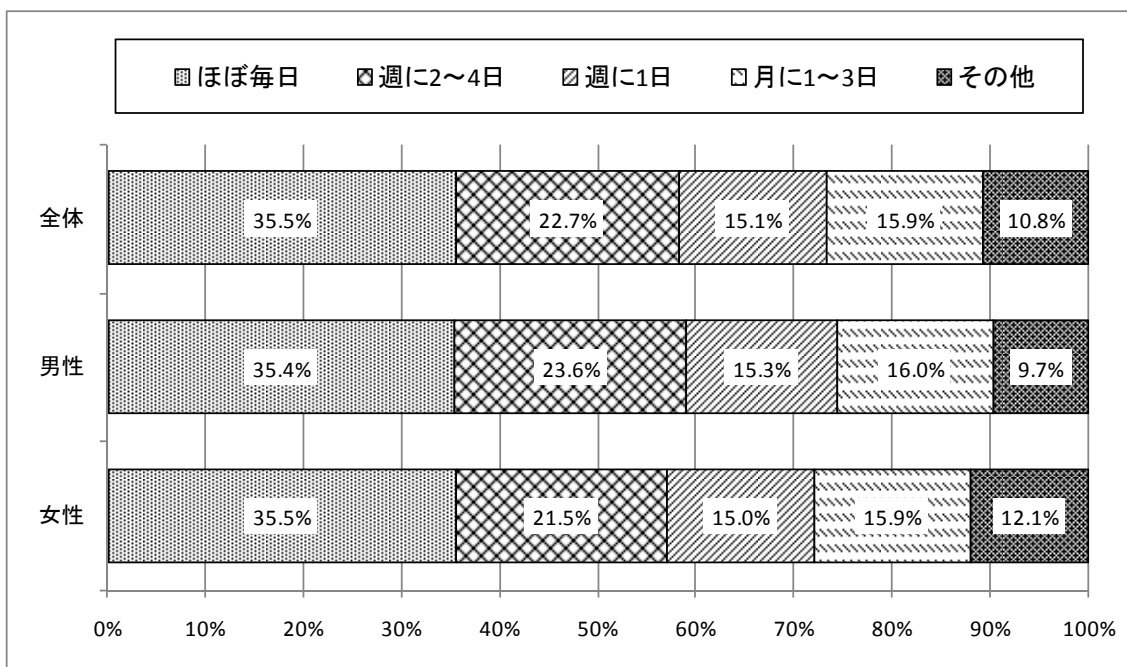
一方、介護の頻度が「週に 1 日」あるいは「月に 1～3 日」の者（従たる介護者と想定）は、事業者による介護サービスを受けることができない場合でも、仕事を継続することがどうにか可能と考えられる。

図表 51 介護をしている有業者数(平成 24 年)



(出典) 総務省「就業構造基本調査(平成 24 年)」

図表 52 就業者で手助・介護を担っている頻度



(出典) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「平成 24 年度 仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業調査報告書」より作成

(4) 離職抑止効果を受けている有業者の推計

要介護状態となっても、平均で介護保険から年間 197 万円の給付があるが（図表 53 参照）、介護保険制度が存在しないと仮定した場合、これらを全て自己負担しなければならない。平均介護期間は 4 年 9 ヶ月（図表 54 参照）であるため、介護保険制度が存在しない場合、現在の自己負担に加え、平均で別途 936 万円（197 万円×4.75 年）の自己負担が必要となる。

介護保険制度が存在しないと仮定した際、介護者の年収が要介護者の年間介護保険給付額（本稿では「基準年収」と呼ぶ）を下回る場合には、経済的側面からは介護に専念するために離職するインセンティブが高まる（実際、介護離職者はパートタイマーのような低賃金労働者が多い）。逆に、介護者の年収が基準年収を上回る場合は、全額自己負担でも介護サービスを利用しながら、仕事を継続する方が経済的側面からは合理的な行動と言える（実際、賃金水準が相対的に高い正社員で介護離職する者は相対的に少ない）。

したがって、本稿では、要介護 1 の要介護者を介護する有業者は年収が 100 万円未満の場合、要介護 2 は 150 万円未満、要介護 3 は 200 万円未満、要介護 4 は 250 万円未満、要介護 5 は 300 万円未満の場合に、介護離職する可能性が高まると想定する（図表 53 参照）。介護している有業者（291 万人）の男女別・年齢階級別の所得金額の構成比は、厚生労働省「就業構造基本調査（平成 24 年）」の結果（図表 55、図表 56 参照）と同様と仮定する。実際に介護離職するかどうかは、経済的要因だけではなく、その他の社会的要因²¹などが複雑に絡んでくるが、本稿では考慮しない。

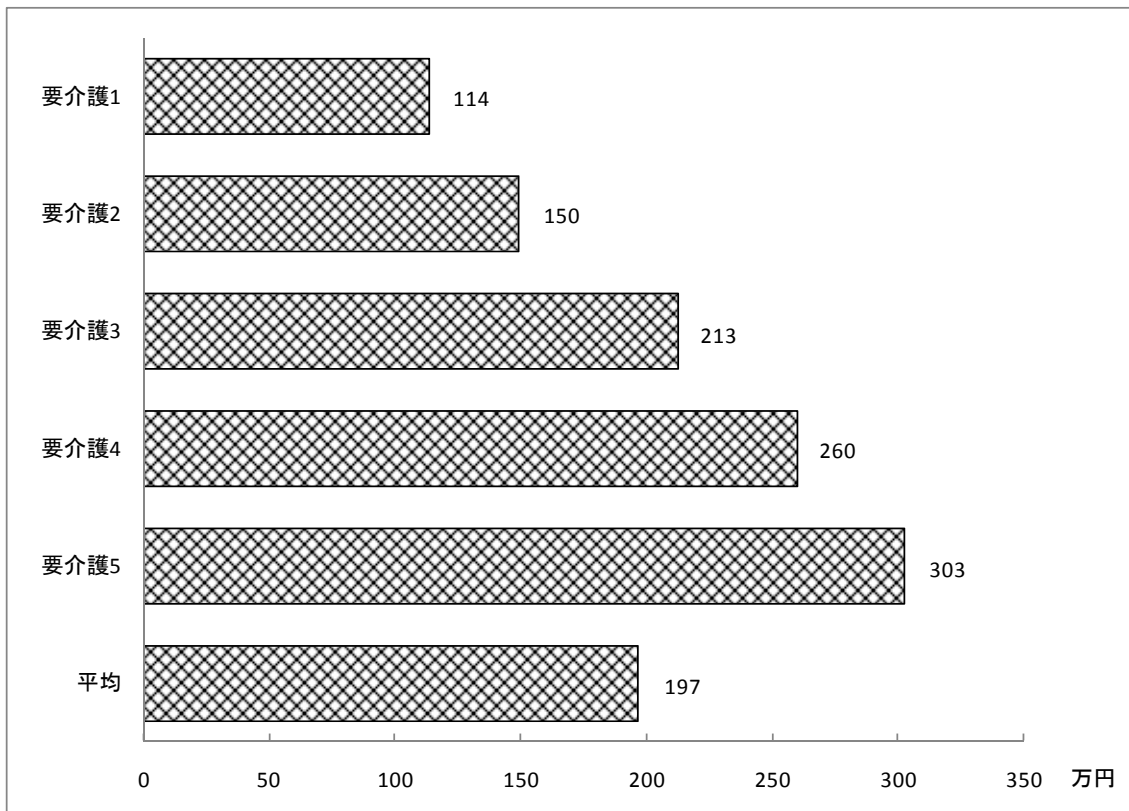
このような仮定に基づいて、介護している有業者を、年齢階級別・男女別・介護頻度（主たる介護者・従たる介護者）・要介護者の要介護度別に区分すると、基準年収未満の有業者は 52 万人（男性：13 万人、女性：39 万人）と試算される（図表 57 参照）。本稿では、この 52 万人の有業者を介護保険制度による離職抑止効果を受けている者と推計する。平成 23 年度平均の就業者数（6,280 万人）の約 0.8%に相当する。

40 歳代から 50 歳代の男性は年収が 300 万円以上の者が多いため、60 歳未満の該当者（介護保険制度による離職抑止効果を受けている者）は 5 万人と少なく、60 歳代の該当者が 6 万人と最も多い。女性の該当者は、50 歳代の 15 万人が最も多く、次いで 60 歳代の 11 万人、40 歳代の 7 万人と続く。

総務省「就業構造基本調査（平成 24 年）」によると、正規職員で年収が 200 万円未満の者は 9.9%に過ぎない。一方、パートタイマーの 91.5%、アルバイトの 87.9%は年収が 200 万円未満である。したがって、当推計の該当者（52 万人）のうち、年収が 200 万円未満の者（29 万人）はパートタイマーやアルバイトなどの短時間労働者である可能性が高い。

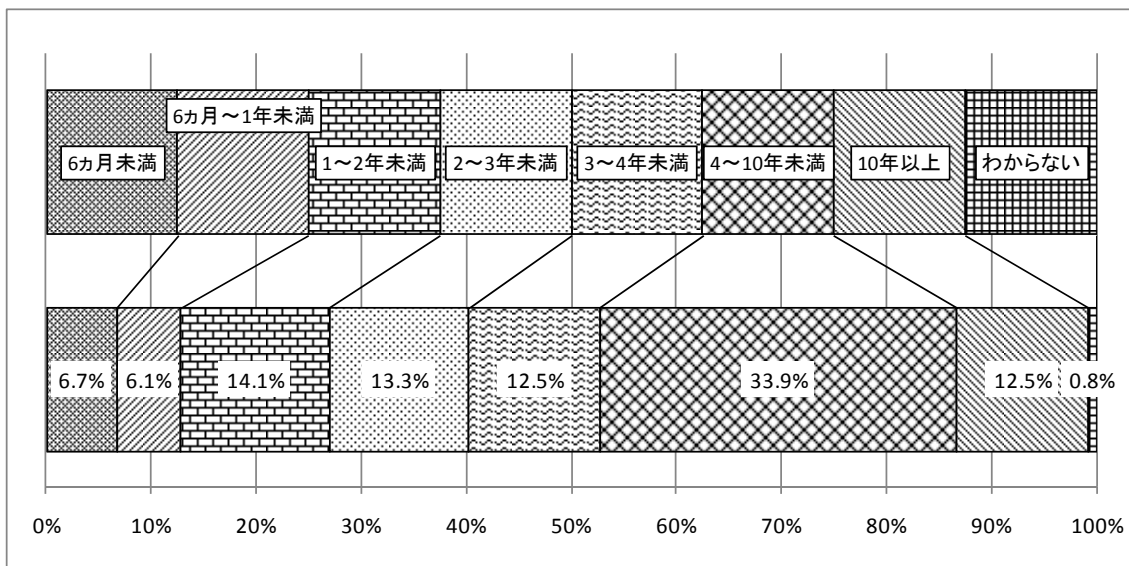
²¹ 基準年収未満の介護者でも、仕事と介護を両立しやすい職場に勤めていれば離職をしない可能性が高い。逆に基準年収以上の介護者でも「自分の親は自分自身で介護したい」等の理由で離職する可能性がある。

図表 53 要介護度別 年間介護保険給付費支給額(平成 23 年度)



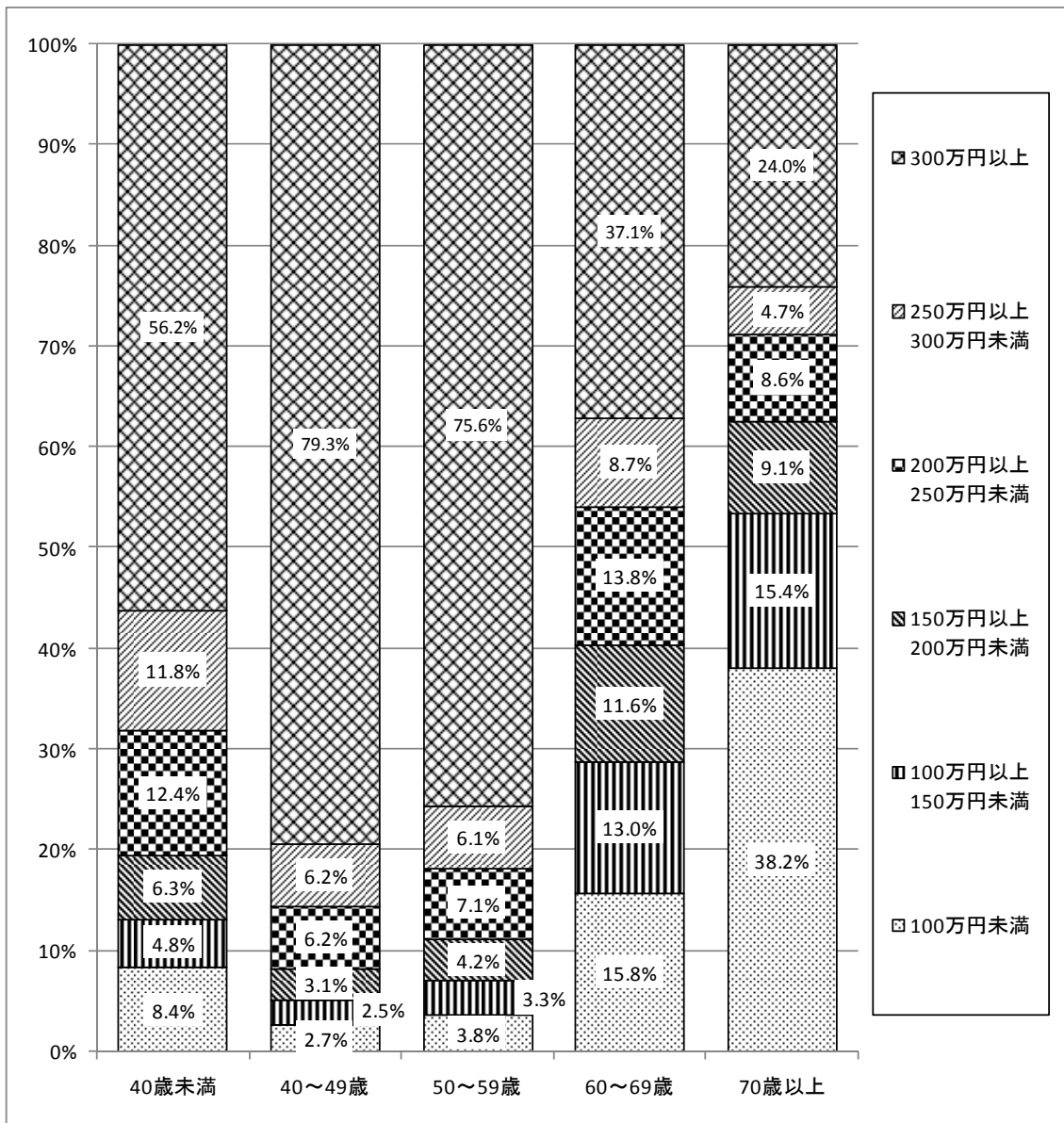
(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(平成 23 年度)」より作成

図表 54 介護期間の分布状況



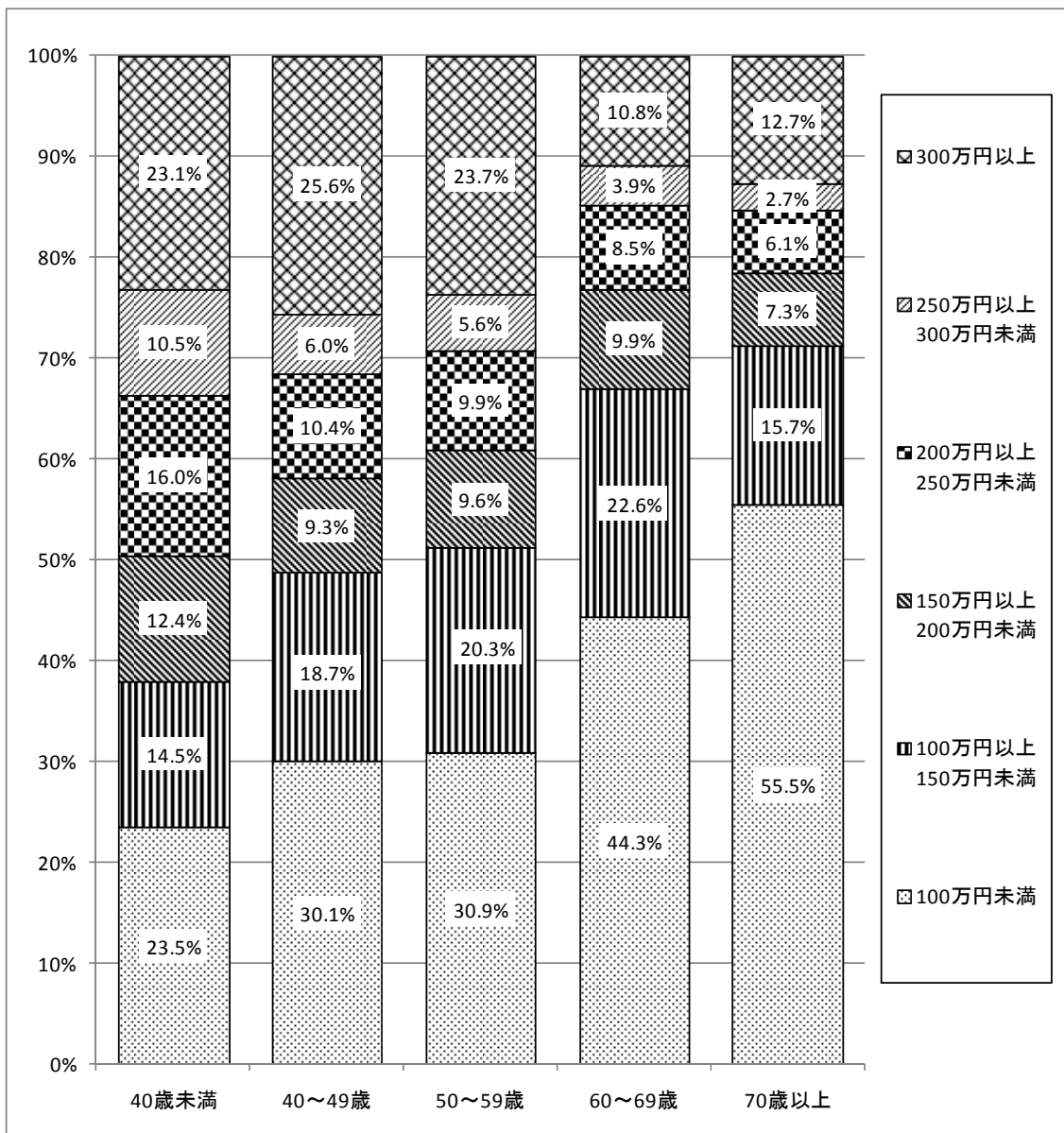
(出典) 生命保険文化センター「生命保険に関する全国実態調査(平成 24 年度)」

図表 55 年齢階級別所得金額の構成比(男性)



(出典) 厚生労働省「就業構造基本調査(平成24年)」より作成

図表 56 年齢階級別所得金額の構成比(女性)



(出典) 厚生労働省「就業構造基本調査(平成24年)」より作成

図表 57 家族介護に伴う離職抑止効果の推計(平成 23 年度末時点)

介護をしている有業者(40歳未満) (単位: 万人)

	男性	女性	男女計	うち主たる介護者			うち基準年収未満			基準年収
				男性	女性	男女計	男性	女性	男女計	
要支援1	1.86	2.30	4.16	1.10	1.31	2.41	0.00	0.00	0.00	-
要支援2	1.91	2.36	4.27	1.13	1.34	2.47	0.00	0.00	0.00	-
要介護1	2.61	3.21	5.82	1.54	1.83	3.37	0.13	0.43	0.56	100万円
要介護2	2.56	3.15	5.71	1.51	1.80	3.31	0.20	0.68	0.88	150万円
要介護3	1.95	2.40	4.35	1.15	1.37	2.52	0.22	0.69	0.91	200万円
要介護4	1.80	2.21	4.01	1.06	1.26	2.32	0.34	0.84	1.18	250万円
要介護5	1.64	2.02	3.66	0.97	1.15	2.12	0.42	0.88	1.31	300万円
合計	14.33	17.65	31.97	8.45	10.06	13.63	1.32	3.52	4.84	-

介護をしている有業者(40~49歳) (単位: 万人)

	男性	女性	男女計	うち主たる介護者			うち基準年収未満			基準年収
				男性	女性	男女計	男性	女性	男女計	
要支援1	2.82	4.13	6.95	1.66	2.35	4.02	0.00	0.00	0.00	-
要支援2	2.89	4.25	7.14	1.71	2.42	4.13	0.00	0.00	0.00	-
要介護1	3.94	5.78	9.72	2.32	3.29	5.62	0.06	0.99	1.05	100万円
要介護2	3.87	5.68	9.55	2.28	3.24	5.52	0.12	1.58	1.70	150万円
要介護3	2.94	4.32	7.26	1.74	2.46	4.20	0.14	1.43	1.57	200万円
要介護4	2.71	3.98	6.70	1.60	2.27	3.87	0.23	1.55	1.79	250万円
要介護5	2.48	3.63	6.11	1.46	2.07	3.53	0.30	1.54	1.84	300万円
合計	21.66	31.76	53.42	12.78	18.11	22.74	0.86	7.10	7.96	-

介護をしている有業者(50~59歳) (単位: 万人)

	男性	女性	男女計	うち主たる介護者			うち基準年収未満			基準年収
				男性	女性	男女計	男性	女性	男女計	
要支援1	6.15	8.61	14.76	3.63	4.91	8.54	0.00	0.00	0.00	-
要支援2	6.32	8.85	15.17	3.73	5.04	8.77	0.00	0.00	0.00	-
要介護1	8.61	12.04	20.65	5.08	6.86	11.94	0.19	2.12	2.31	100万円
要介護2	8.45	11.83	20.28	4.99	6.74	11.73	0.35	3.46	3.81	150万円
要介護3	6.43	9.00	15.43	3.79	5.13	8.92	0.43	3.12	3.55	200万円
要介護4	5.93	8.30	14.23	3.50	4.73	8.23	0.64	3.35	3.99	250万円
要介護5	5.41	7.57	12.99	3.19	4.32	7.51	0.78	3.30	4.08	300万円
合計	47.31	66.20	113.51	27.91	37.73	48.33	2.39	15.34	17.73	-

介護をしている有業者(60~69歳) (単位: 万人)

	男性	女性	男女計	うち主たる介護者			うち基準年収未満			基準年収
				男性	女性	男女計	男性	女性	男女計	
要支援1	5.08	4.80	9.88	3.00	2.74	5.73	0.00	0.00	0.00	-
要支援2	5.22	4.93	10.15	3.08	2.81	5.89	0.00	0.00	0.00	-
要介護1	7.11	6.71	13.82	4.19	3.83	8.02	0.66	1.69	2.36	100万円
要介護2	6.98	6.59	13.58	4.12	3.76	7.88	1.19	2.51	3.70	150万円
要介護3	5.31	5.01	10.33	3.13	2.86	5.99	1.27	2.19	3.46	200万円
要介護4	4.90	4.62	9.52	2.89	2.64	5.53	1.57	2.25	3.81	250万円
要介護5	4.47	4.22	8.69	2.64	2.41	5.04	1.66	2.15	3.80	300万円
合計	39.08	36.89	75.98	23.06	21.03	32.46	6.34	10.80	17.14	-

介護をしている有業者(70歳以上) (単位: 万人)

	男性	女性	男女計	うち主たる介護者			うち基準年収未満			基準年収
				男性	女性	男女計	男性	女性	男女計	
要支援1	1.11	0.99	2.09	0.65	0.56	1.21	0.00	0.00	0.00	-
要支援2	1.14	1.01	2.15	0.67	0.58	1.25	0.00	0.00	0.00	-
要介護1	1.55	1.38	2.93	0.91	0.79	1.70	0.35	0.44	0.78	100万円
要介護2	1.52	1.35	2.87	0.90	0.77	1.67	0.48	0.55	1.03	150万円
要介護3	1.16	1.03	2.19	0.68	0.59	1.27	0.43	0.46	0.89	200万円
要介護4	1.07	0.95	2.02	0.63	0.54	1.17	0.45	0.46	0.91	250万円
要介護5	0.97	0.87	1.84	0.57	0.49	1.07	0.44	0.43	0.87	300万円
合計	8.51	7.58	16.09	5.02	4.32	6.88	2.14	2.34	4.48	-

介護をしている有業者(全年齢)

(単位:万人)

	男性	女性	男女計	うち主たる介護者			うち基準年収未満			基準年収
				男性	女性	男女計	男性	女性	男女計	
要支援1	17.02	20.82	37.84	10.04	11.87	21.91	0.00	0.00	0.00	-
要支援2	17.49	21.39	38.89	10.32	12.19	22.52	0.00	0.00	0.00	-
要介護1	23.81	29.12	52.93	14.05	16.60	30.64	1.39	5.67	7.07	100万円
要介護2	23.39	28.61	52.00	13.80	16.31	30.11	2.34	8.78	11.12	150万円
要介護3	17.79	21.76	39.54	10.50	12.40	22.90	2.49	7.89	10.38	200万円
要介護4	16.41	20.07	36.47	9.68	11.44	21.12	3.23	8.44	11.67	250万円
要介護5	14.98	18.32	33.29	8.84	10.44	19.28	3.60	8.30	11.90	300万円
合計	130.89	160.08	290.97	77.22	91.25	124.04	13.05	39.09	52.14	-

(出典) 厚生労働省「就業構造基本調査(平成24年)」「介護保険事業状況報告(平成23年度)」より作成

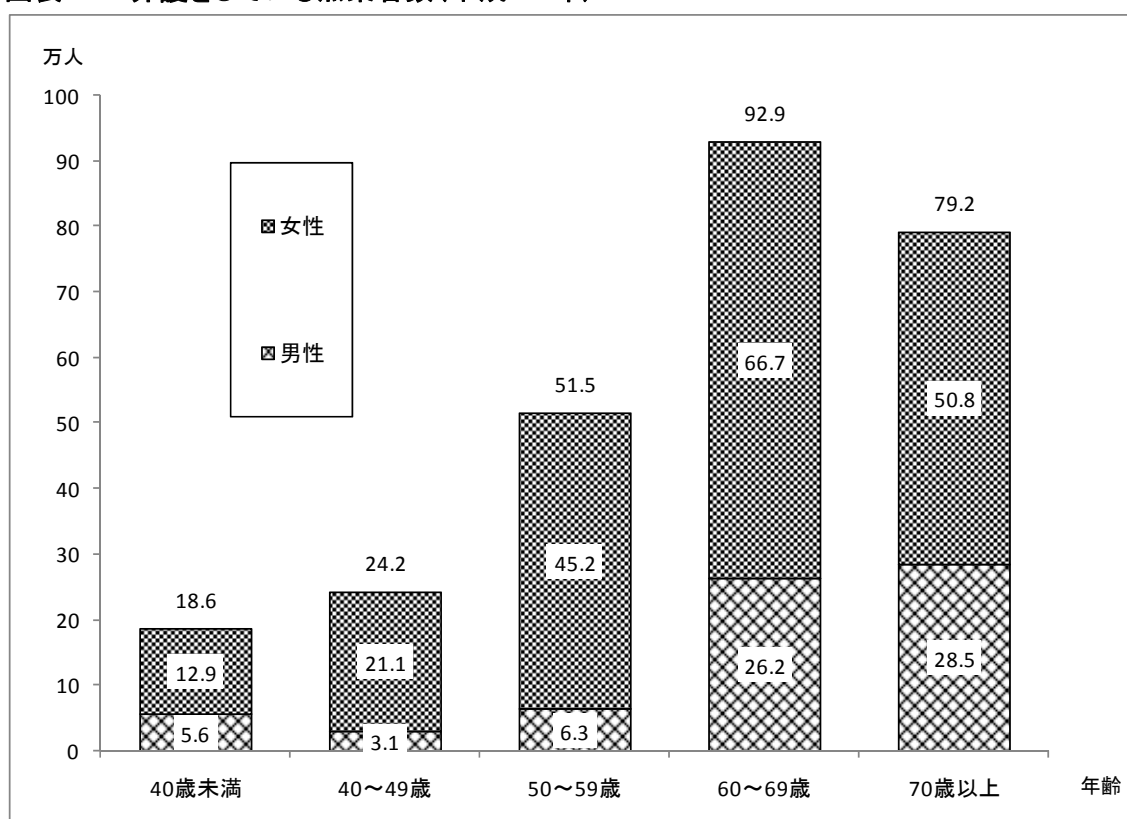
(5) 介護をしている無業者の状況

総務省「就業構造基本調査（平成 24 年）」によると、介護をしている無業者数は 266 万人（男：70 万人、女：197 万人）である（図表 58 参照）。介護をしている有業者は 50 歳代がピークであるが、無業者は 60 歳代がピークで、70 歳以上がそれに次ぐ。60 歳未満の無業者（94.3 万人）は女性の比率が 84.0%（79.2 万人）を占めている。

介護をしている無業者（266 万人）のうち、就業希望者は 72 万人（男：21 万人、女：51 万人）であり、この 72 万人の介護離職中の者と考えることができる。このうち、60 歳未満の者は 46 万人（男：10 万人、女：36 万人）である。

同居している主な介護者²²の介護時間は、要介護 4 や要介護 5 の要介護者を介護している場合は「ほとんど終日」が約半数を占めている（図表 59 参照）。これらの介護者の大半は訪問介護などの事業者サービスを併用していると考えられるものの、それでも介護の負担がかなり重い実態が読み取れる。

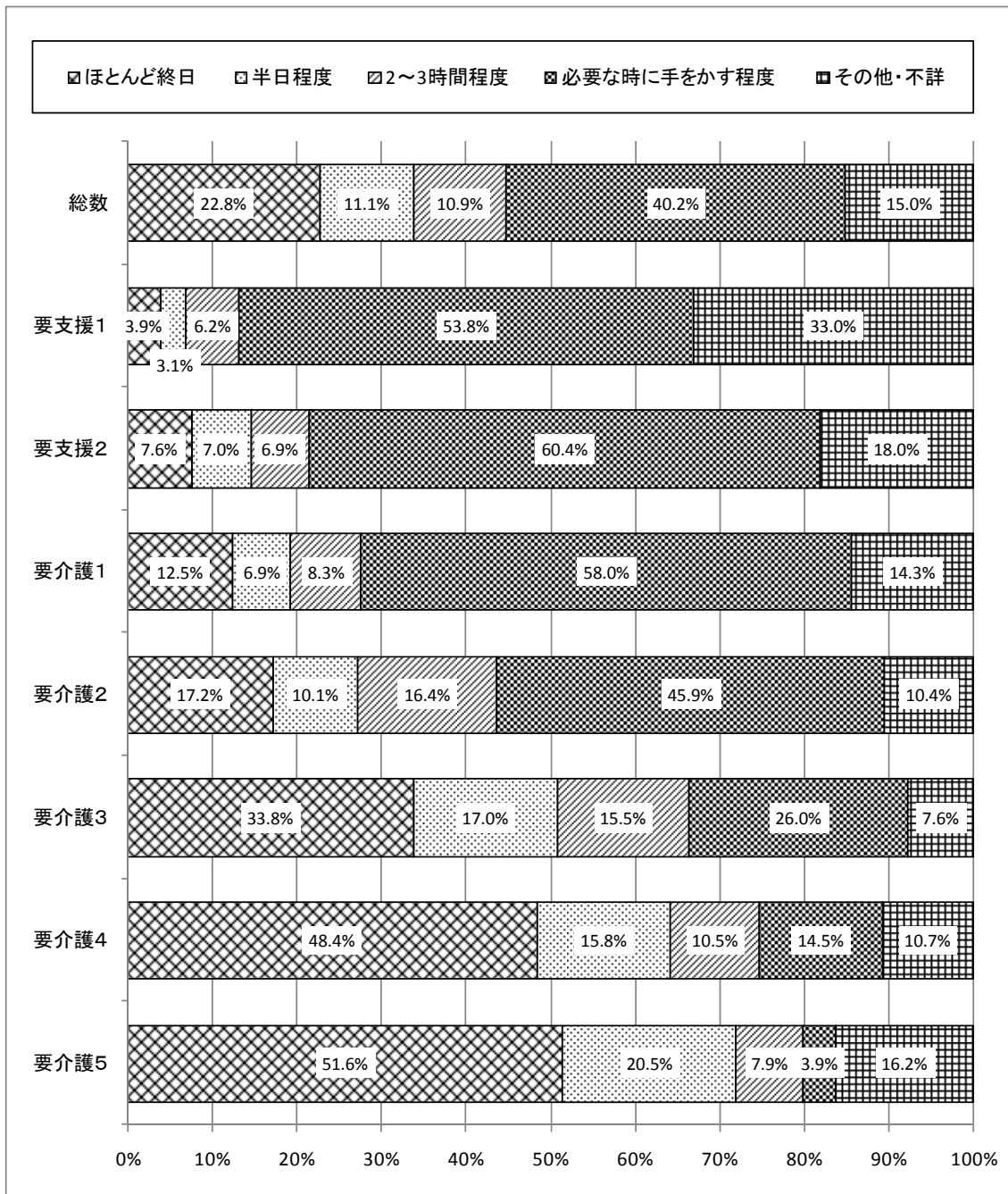
図表 58 介護をしている無業者数(平成 24 年)



(出典) 総務省「就業構造基本調査（平成 24 年）」

²² 大半は無業者と推測されるが、一部に有業者も含まれている。

図表 59 同居している主な介護者の介護時間



(出典) 厚生労働省「国民生活基礎調査(平成22年)」

(6) 離職抑止効果による経済効果の推計

介護をしている就労者の約半数は通常に勤務しており、何らかの制度を利用している者も有給休暇や半日（時間）単位の休暇、フレックスタイムなど一般の制度を利用している者が多い（図表 60 参照）。また、介護休業制度の利用者は約 5%に過ぎず、取得者も約 7 割が 7 日以内である。したがって、介護をしている有業者の労働時間減少は軽微であり、現実には、その減少分は本人または他の就業者が残業などによって穴埋めしていると推測され、職場全体としては労働投入量の大幅な減少には繋がっていないと考えられる。

一方、前述した通り、介護保険制度による離職抑止効果を受けている 52 万人のうち、パートタイマーやアルバイトなどの短時間労働者は 29 万人と推計されたが、これらの短時間労働者は、元々、一般労働者よりも労働時間が短い。厚生労働省「毎月勤労統計調査（平成 24 年）」によると、常用労働者（一般労働者＋パートタイム労働者）の年間平均労働時間は 1,765 時間であったのに対し、パートタイム労働者の年間平均労働時間は 1,105 時間と、全労働者平均の 63%の水準であった。したがって、短時間労働者の離職抑止効果は 18 万人（29 万人×0.63）相当と想定し、合計の効果も 41 万人（52 万人－29 万人＋18 万人）相当と仮定する。

平成 7（2005）年度から平成 24（2012）年度を測定期間として、コブ・ダグラス型生産関数を算出すると、以下の式が導き出される。

$$\ln(Y) = -8.840 + 0.939 \times \ln(L) + 0.673 \times \ln(K)$$

(-1.00) (2.06) (4.47) $R^2 = 0.840$

Y : 実質 GDP L : 労働投入量 K : 民間企業資本ストック

※実質 GDP と民間企業資本ストックは内閣府「国民経済計算」の数値を使用。

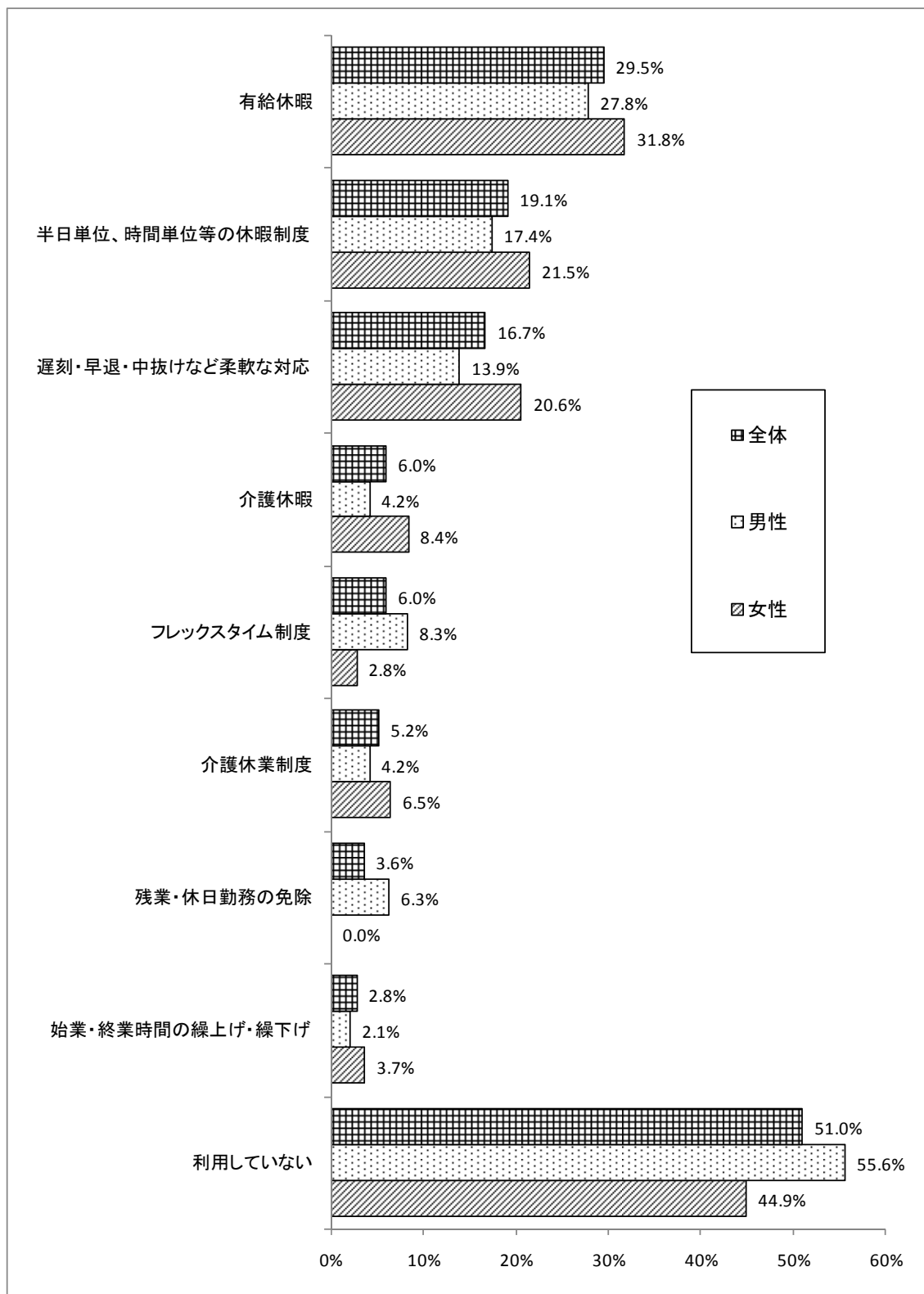
※労働投入量は就業者数に労働時間を乗じて算出。就業者数は総務省「労働力調査」の年度平均値、労働時間は厚生労働省「毎月勤労統計調査」の労働時間指数（年度平均値、事業所規模 5 人以上、調査産業計）を使用。

※リーマン・ショック後の景気の落ち込みが大きかった平成 20（2008）年度と平成 21（2009）年度はダミー変数を使用。

平成 23（2011）年度の離職抑止効果（人数ベース）を 41 万人と仮定すると、平成 23（2011）年度平均の就業者数は 6,280 万人（a）に対し、介護保険制度が存在しない場合の就業者数は 6,239 万人（b）となる。上記の生産関数から、（b）の場合と比較して、（a）の場合は、平成 23（2011）年度の実質 GDP（生産力）が 2.89 兆円（0.6%）押し上げられていると推計される。

○離職抑止効果＝2.89 兆円

図表 60 就労者が手助・介護のために利用した制度(複数回答)



(出典) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「平成24年度 仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業調査報告書」より作成

4. 社会的入院の是正効果

(1) 社会的入院とは

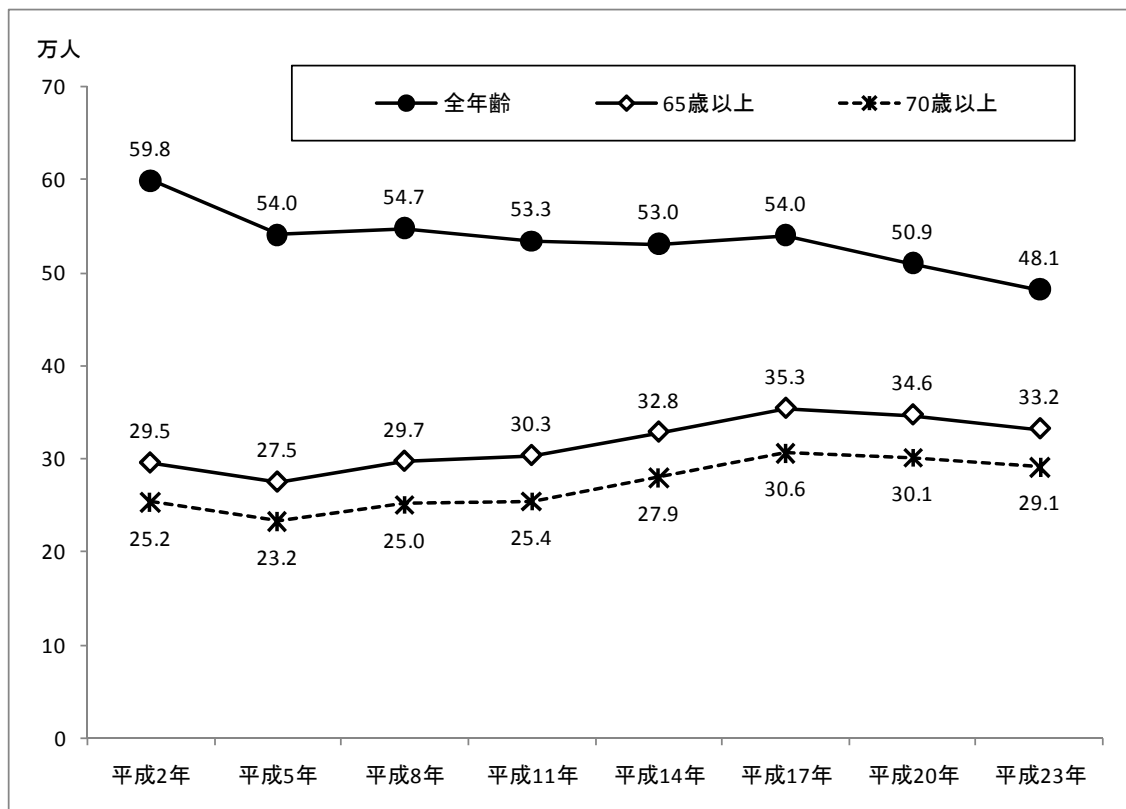
社会的入院の定義は必ずしも明確ではないが、一般には、医学的には入院の必要がなく、在宅での療養が可能であるにもかかわらず、本人や家庭の事情などにより、長期間入院を継続していることをいう。家族による在宅介護が困難なことや介護施設への入所待ちなどが要因となっていることが多い。社会的入院は医療費の増大に加え、本来、入院治療を受けるべき患者が入院を待たされる要因にもなっている。

若年層にも社会的入院は存在するが、本稿では、介護保険制度の経済効果を分析するため、高齢者（65歳以上）の社会的入院に限定する。

(2) 社会的入院患者数の推計

先行研究の多くは、入院期間が6ヵ月以上の患者のうち、65歳以上の者または70歳以上の者を社会的入院患者と定義して、社会的入院患者数を推計している。この定義に従うと、社会的入院患者数は平成17（2005）年をピークに緩やかな減少に転じている（図表61参照）。

図表61 入院期間が6ヵ月以上の患者数の推移



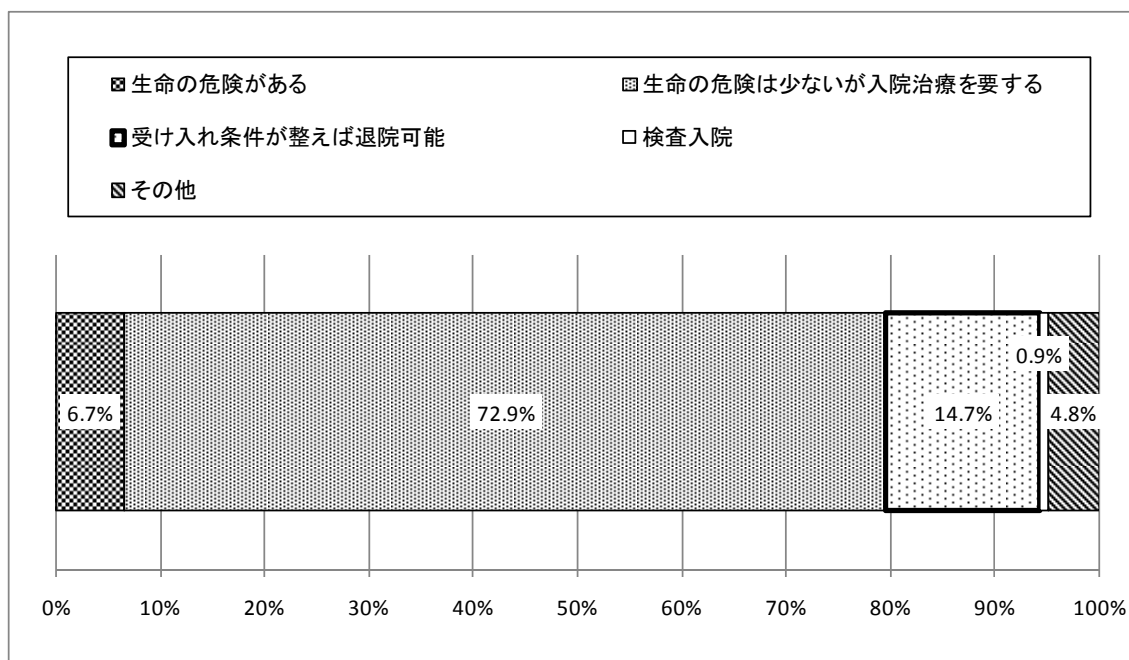
(出典) 厚生労働省「患者調査」より作成

本稿では、厚生労働省が3年ごとに実施している「患者調査」において、65歳以上の入院患者のうち、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる者を社会的入院患者と定義する。

「患者調査」（平成23年）によると、65歳以上の入院患者（91.5万人）のうち、「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の割合²³は14.7%であり（図表62参照）、社会的入院患者数は13.4万人と推計される。65歳以上の入院患者のうち、「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の比率は、平成14（2002）年の22.4%をピークに急速に低下している（図表63参照）。

時系列で社会的入院患者数（推計値）の推移を見ると、平成12（2000）年の介護保険制度創設後も増加傾向が続いたものの、平成17（2005）年の20.5万人をピークに減少傾向に転じている（図64参照）。

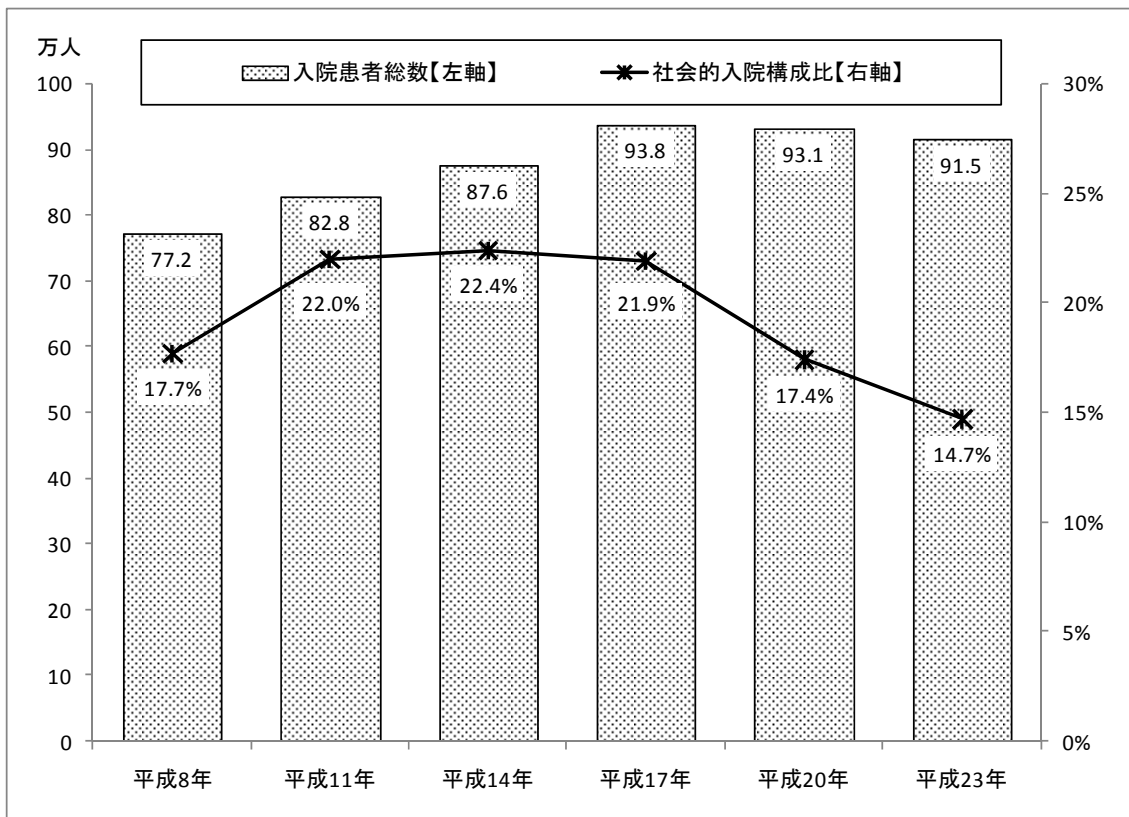
図表 62 65歳以上の入院患者の状況別構成割合（平成23年10月時点）



（出典）厚生労働省「患者調査（平成23年）」

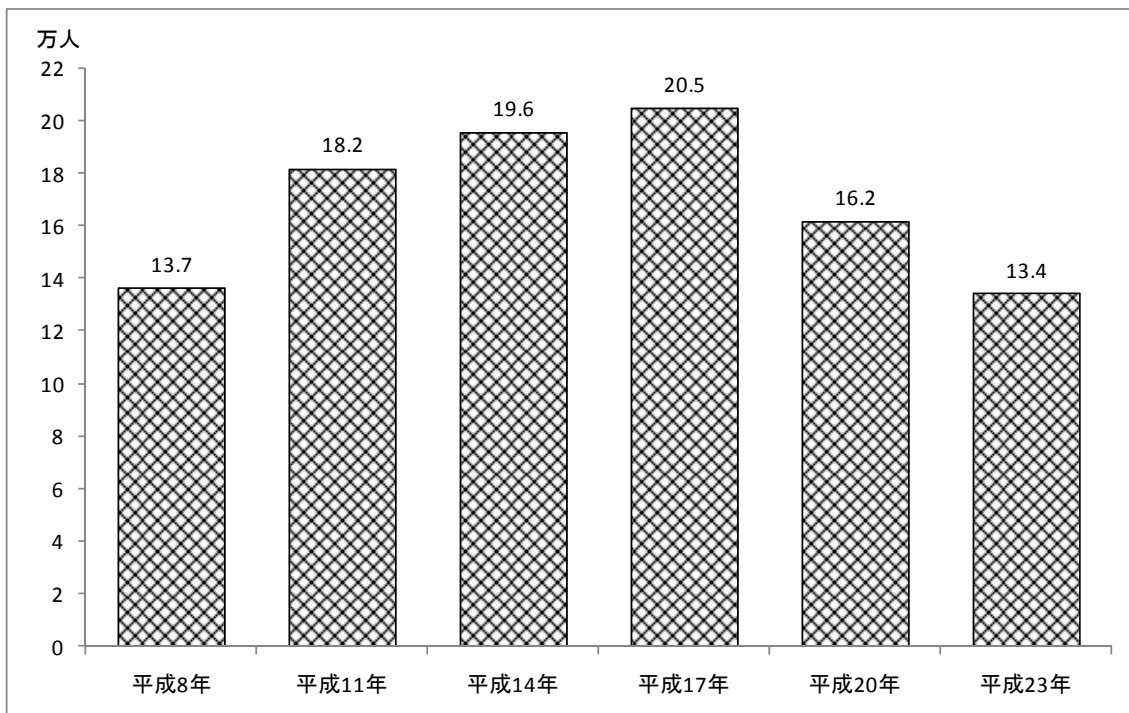
²³ 患者調査において、本調査が開始されたのは平成8（1996）年以降である。

図表 63 65歳以上の総入院患者数と社会的入院患者構成比の推移



(出典) 厚生労働省「患者調査」

図表 64 社会的入院患者数の推計値の推移



(出典) 厚生労働省「患者調査」より作成

(3) 社会的入院の是正効果

前述したように、介護保険制度創設後も社会的入院患者数（推計値）は増加傾向が続いたものの、高齢者人口も増加したため、65 歳以上人口に占める社会的入院患者数の比率は平成 11（1999）年の 0.860%をピークに低下傾向に転じ、平成 23（2011）年には 0.452%となった（図表 65 参照）。

社会的入院患者の比率が低下傾向に転じた要因としては、平成 12（2000）年の介護保険制度創設によって、在宅でも施設でも介護サービスが急速に充実し、社会的入院の受け皿の役割を果たすようになった効果が大きいと考えられる。実際には、180 日超の入院基本料の引き上げ（平成 14 年 4 月）や長期入院の診療報酬削減（平成 20 年 10 月）などが社会的入院患者を退院させる動機になったと推測されるが、そのような患者の受け入れ体制が整備されていなければ退院することはできない。

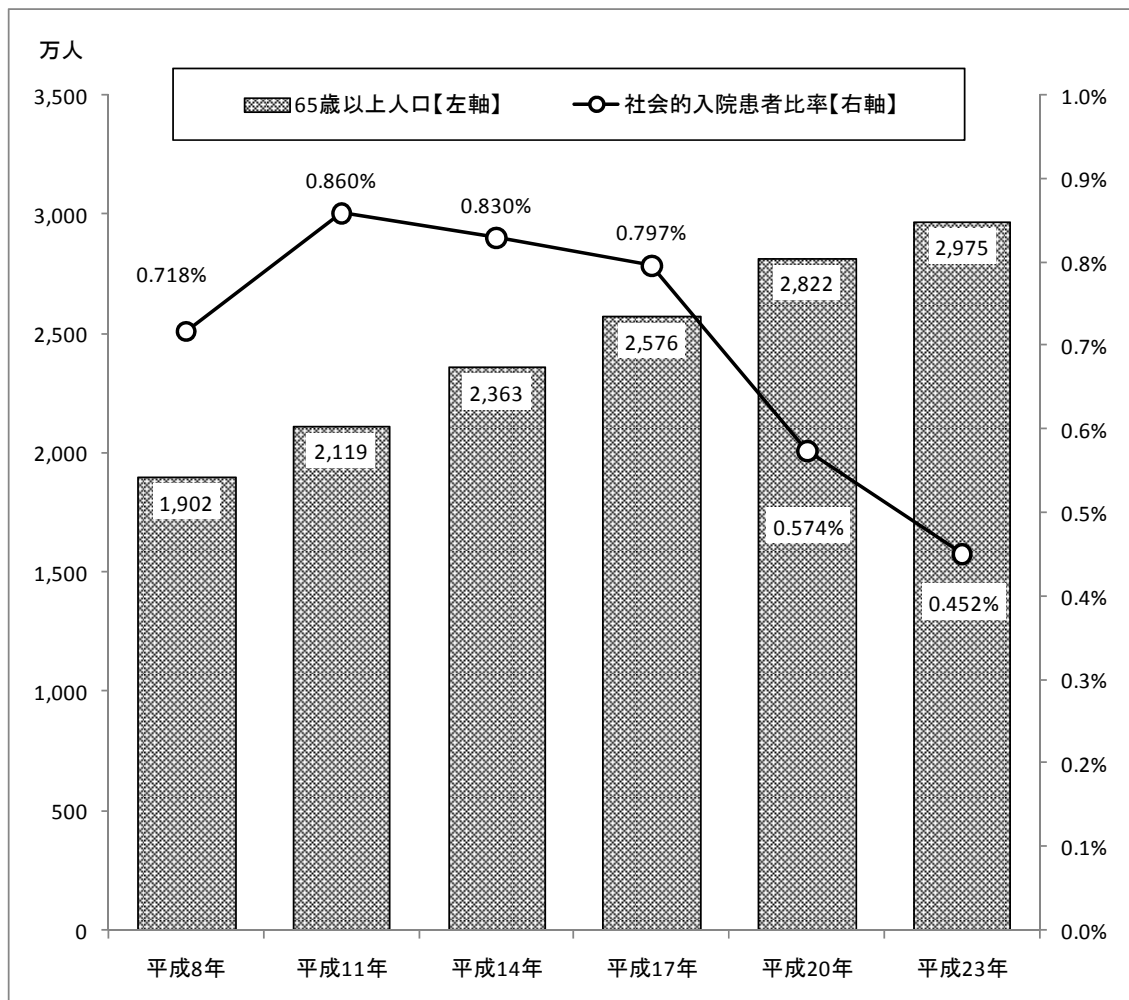
65 歳以上人口に占める社会的入院患者数の比率が、平成 11（1999）年の 0.860%と同水準で継続していたと仮定すれば、平成 23（2011）年の社会的入院患者数は 25.6 万人にまで増加していたと試算される。この試算値（25.6 万人）と、平成 23（2011）年の社会的入院患者数の推計値（13.4 万人）の差である 12.2 万人が、介護保険制度およびそれに伴う介護サービスの充実による社会的入院の是正効果と推計できる。

(4) 社会的入院患者の退院後

退院した社会的入院患者（12.2 万人と推計）は、介護施設に移るかもしくは在宅介護に切り替えているはずである。退院患者の一部は在宅介護すら不要と推測されるが、本稿では考慮しない。

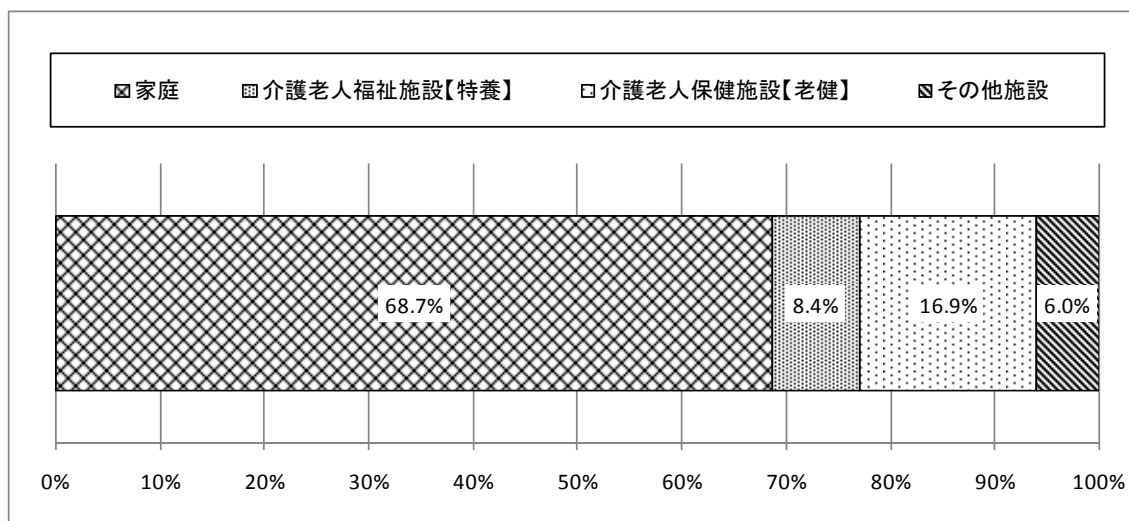
厚生労働省「患者調査」（平成 23 年）によると、入院期間 6 ヶ月以上の患者の退院後の行き先（死亡・転院等を除く）は、家庭が 68.7%、介護施設が 31.0%であった（図表 66 参照）。この統計には 65 歳以上の入院患者だけではなく、若年患者も含まれているため、実際の社会的入院患者の退院後は、介護施設への移行のウェイトがこの数字よりもやや高いと推測され、本稿では、家庭が 65%、介護施設が 35%と仮定する。

図表 65 65歳以上人口と社会的入院患者比率の推移



(出典) 厚生労働省「患者調査」、総務省「人口推計」等から筆者作成

図表 66 入院期間6ヵ月以上の患者の退院後の行き先(死亡・転院等を除く)



(出典) 厚生労働省「患者調査(平成23年)」より作成

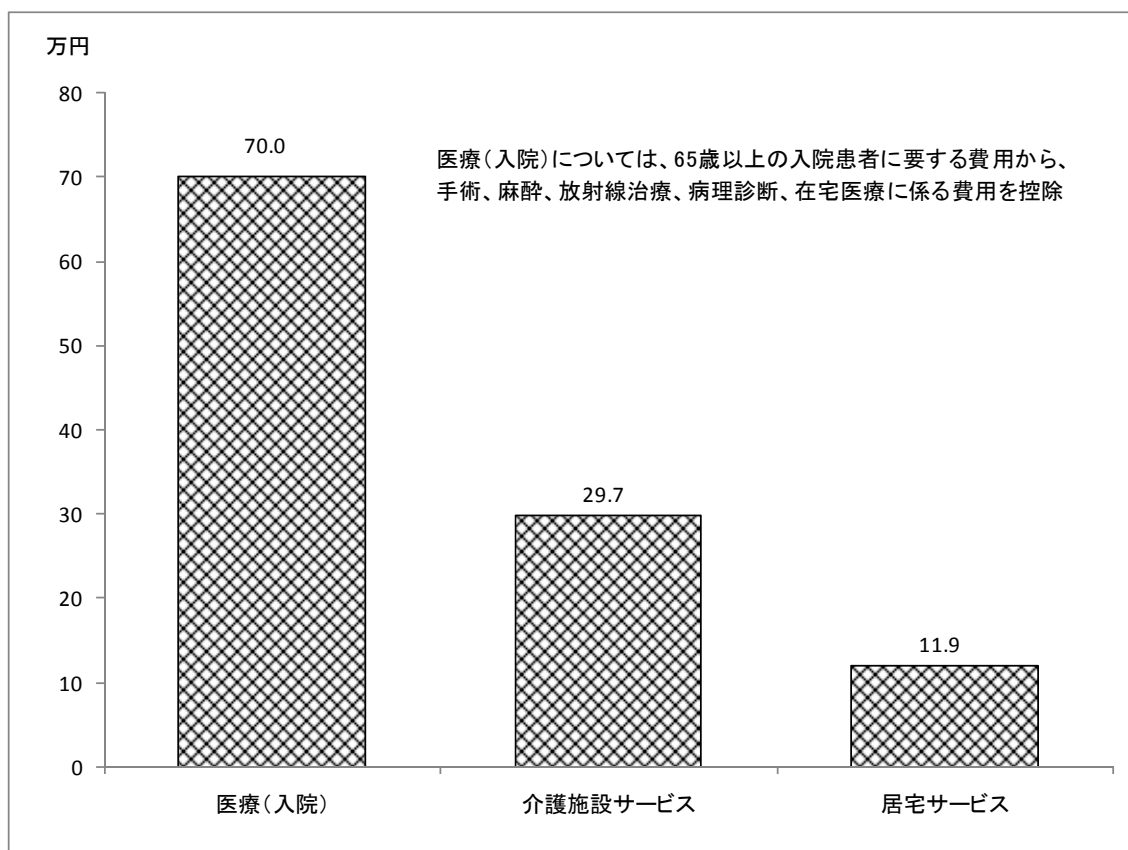
(5) 医療（入院）と介護のコスト比較

医療（入院）と介護サービスの1ヵ月当たり費用を比較すると、介護サービスの方が大幅に低水準であり、施設介護と在宅介護を比較すると、在宅介護（居宅介護サービス）の方が大幅に低コストとなっている（図 67 参照）。

この費用を算出するに当たっては、以下の通りに対応した。

- ① 入院費用（1ヵ月）については、厚生労働省「社会医療診療行為別調査（平成 23 年）」の数値を採用し、65 歳以上患者の入院 1 日当たり点数（2,808.6）から、手術（411.7）、麻酔（45.3）、放射線治療（7.9）、病理診断（5.0）、在宅医療（4.2）に係る点数を控除し、その点数（2,334.5）に 10 を乗じ、さらに 30 日に乗じた。
- ② 介護施設サービスと居宅サービスの費用については、厚生労働省「介護給付費実態調査（平成 23 年）」の数値（1ヵ月の 1 人当たり費用）をそのまま採用した。

図表 67 医療（入院）と介護サービスの 1ヵ月当たり費用の比較（平成 23 年）



（出典）厚生労働省「社会医療診療行為別調査（平成 23 年）」、「介護給付費実態調査（平成 23 年）」より作成

(6) 社会手入院の是正に伴う経済効果の推計

経済効果の推計に当たっては、介護保険制度による社会的入院患者の減少者（12.2万人と推計）のうち、4.3万人（35%）が施設介護、7.9万人（65%）が在宅介護に移行と想定する。施設介護に移行した社会的入院患者（4.3万人）は、1人当たり月間40.3万円（70.0万円－29.7万円）、年間484万円のコスト削減効果があり、在宅介護に移行した社会的入院患者（7.9万人）は、1人当たり月間58.1万円（70.0万円－11.9万円）、年間697万円のコスト削減効果が見込まれる。

このような前提に基づくと、社会的入院患者が12.2万人減少することによって、医療費適正化効果は年間約7,600億円となる。医療費適正化（医療費削減）は、保険料や公的負担、利用者自己負担の軽減に繋がるため、家計消費を押し上げる効果があり、限界消費性向を0.566と仮定すると（図表45参照）、0.43兆円（0.76兆円×0.566）と推計できる。

また、社会的入院患者（12.2万人）のうち、4.3万人が施設介護サービス（年間費用：356万円）、7.9万人が居宅介護サービス（年間費用：143万円）を利用するため、年間の介護サービスの生産金額が約2,700億円増加する。前述した通り、総務省「産業連関表（平成17年）」から介護の経済波及効果を算出すると1.949（第一次経済波及効果：1.451、第二次経済波及効果：0.498）となるため、介護サービスの生産金額の増加（0.27兆円）による経済波及効果は0.53兆円（0.27兆円×1.949）と推計される。

一方、社会的入院の是正に伴う医療費削減は、医療サービスの需要減少及びそれに伴う負の経済波及効果をもたらす。総務省「産業連関表（平成17年）」から医療の経済波及効果を算出すると2.181（第一次経済波及効果：1.743、第二次経済波及効果：0.438）となるため、医療費削減（0.76兆円）によるマイナスの経済波及効果は1.66兆円（0.76兆円×2.181）と推計される。また、家計において介護に係る支出が2,700億円増加することは、家計消費の下押し要因となり、限界消費性向を0.566と仮定すると（図表45参照）、0.15兆円（0.27兆円×0.566）のマイナス効果と試算できる。

社会的入院の是正に伴う経済効果は、医療費適正化効果（0.76兆円）、医療費削減に伴う家計消費の押し上げ効果（0.43兆円）、介護サービスの需要増加に伴う経済波及効果（0.53兆円）の合計額（1.72兆円）から、医療サービスの減少に伴う負の経済効果（1.66兆円）と介護支出の増加が家計消費のマイナスとなる効果（0.15兆円）を差し引き、マイナス0.09兆円となる。

○社会的入院の是正効果＝－0.09兆円

ただし、これは医療サイド（入院病床数）に供給制約がないことを前提としている。実際には社会的入院患者の退院後に入院待ちの別の患者が入院することによって、入院病床が満たされることが多く、現実には医療サービスの需要減少には繋がっていないこ

とが多い。定量的に把握することは困難であるものの、医療サービスの減少に伴う負の経済効果は1.66兆円を大幅に下回っていると推測され、実際には社会的入院の是正効果もプラスである可能性が高いとみている。

5. リスクプール効果

(1) リスクプール効果とは

老後に要介護状態となることは、家計の経済的側面から大きなリスクである。介護保険制度が存在しない場合、事業者による介護サービスを受ける場合には全額自己負担せざるをえない（本稿では、介護保険制度が存在しない場合に、措置制度が復活することは想定しない）ため、現在のように原則1割負担の場合と比較して、各家計はより多くの介護資金を貯蓄として準備するはずである。本稿では、介護保険制度の存在による将来不安の緩和が家計消費を押し上げる効果を「リスクプール効果」と呼ぶ。

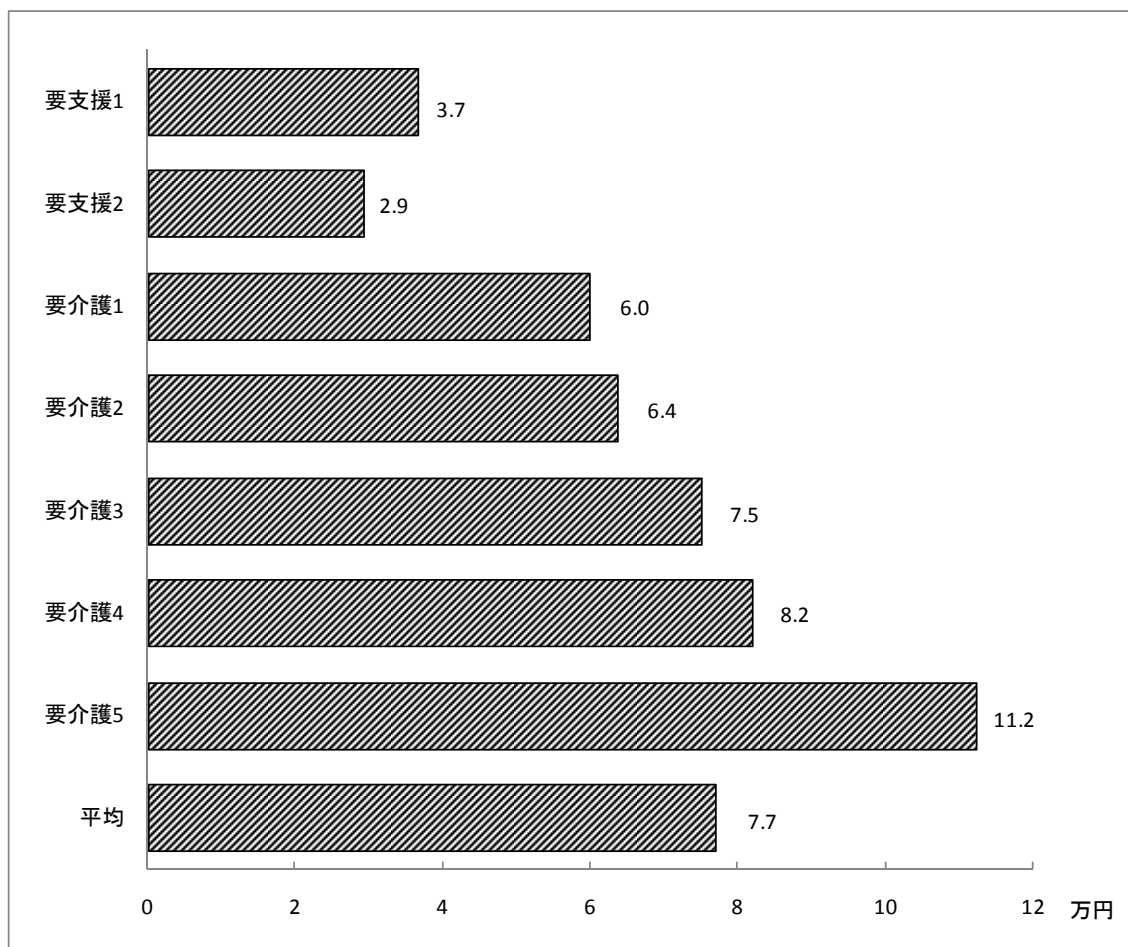
民間の介護保険も公的介護保険と同様にリスクプール効果を有するが、生命保険文化センター「生活保障に関する調査（平成25年度）」によると、介護保険・介護特約の加入率は9.0%と低いことから、リスクプール効果の大きさは限定的なものに留まっている。また、内閣府の「国民経済計算」や総務省の「家計調査」などでは、民間の介護保険は貯蓄の一種である。したがって、本稿でも民間の介護保険は貯蓄として取扱い、そのリスクプール効果については考慮しない。

(2) 介護に要する費用負担の状況

生命保険文化センター「生命保険に関する全国実態調査（平成24年度）」によると、要支援者・要介護者1人に要する介護の月額費用（公的介護サービスの自己負担やその他介護に要する諸雑費など）は平均で7.7万円（年間92万円）である（図表68参照）。

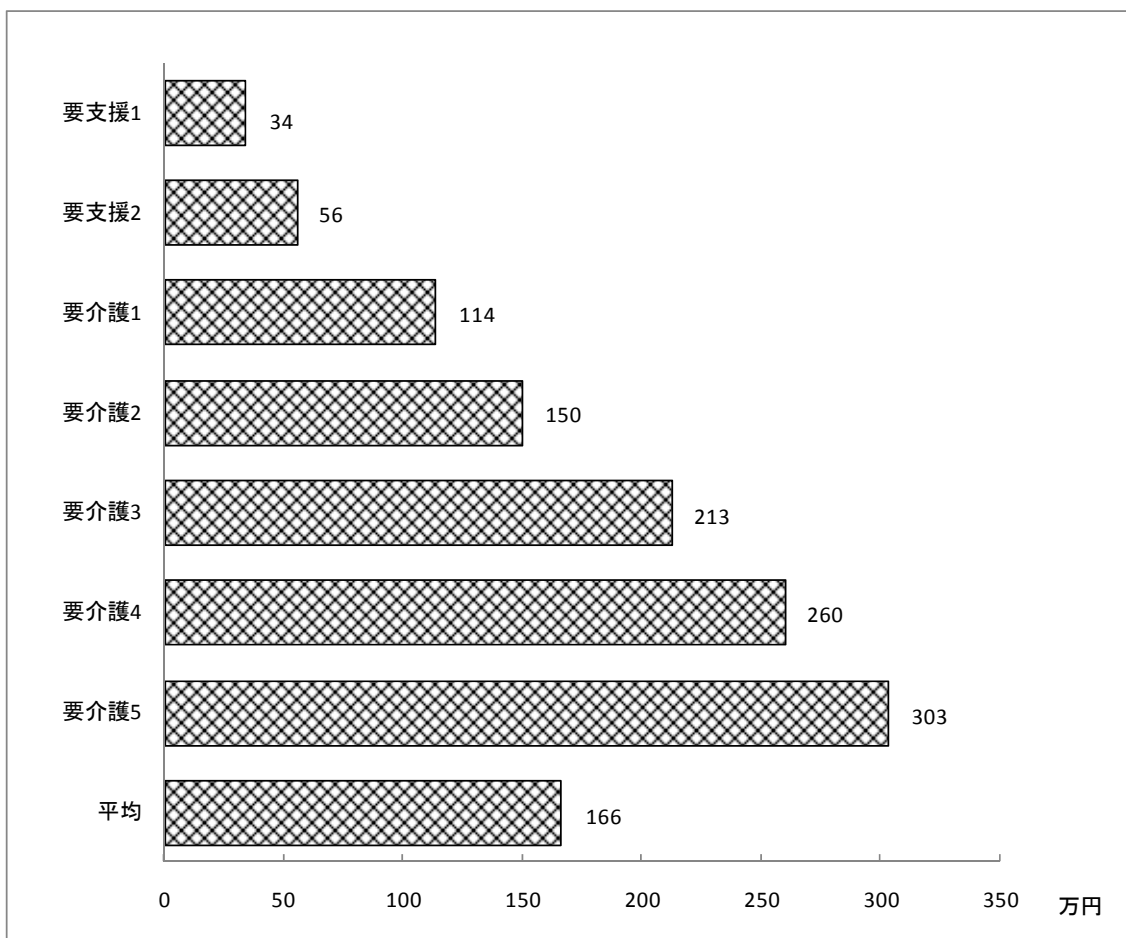
介護保険制度（原則1割負担）が存在しているため、利用者の負担はこの程度の金額に収まっているのであって、介護保険からの給付額は月間13.8万円（年間166万円）にも達している（図表69参照）。仮に介護保険制度が存在しなければ、要支援者・要介護者1人当たり、月間21.5万円（7.7万円+13.8万円）、年間258万円（92万円+166万円）の負担となる（それ以外に、住宅改造や介護用ベッドの購入など一時的にかかった費用が平均91万円）。要介護5の要介護者であれば、月間の平均負担額は36.5万円（11.2万円+25.3万円）、年間の平均負担額は437万円（134万円+303万円）にも膨れ上がる。

図表 68 要支援・要介護度別 介護に要する月額費用(平成 24 年度)



(出典) 生命保険文化センター「生命保険に関する全国実態調査 (平成 24 年度)」より作成

図表 69 要支援・要介護度別 年間介護保険給付費(平成 23 年)



(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(平成 23 年度)」より作成

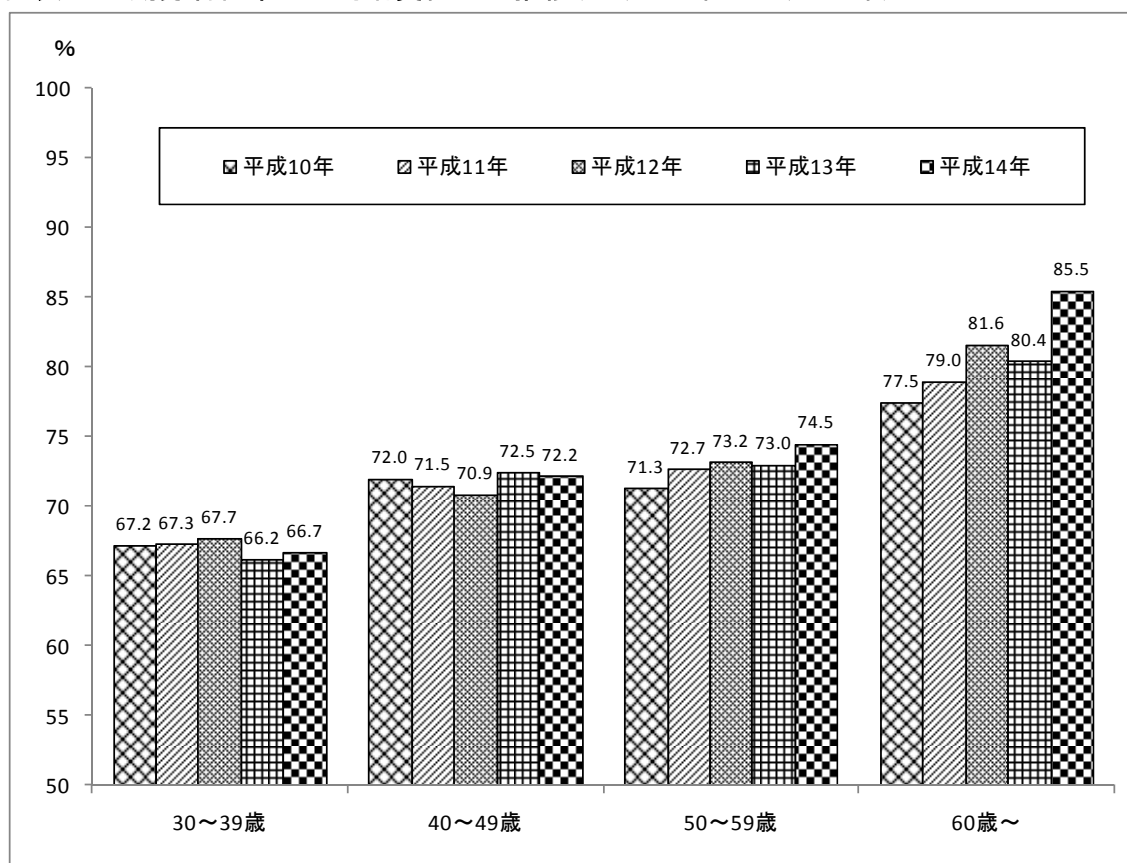
(3) リスクプール効果の発現年齢

本稿では介護保険創設（介護保険法公布：平成9年12月、介護保険法施行：平成12年4月）前後の平均消費性向に実際の推移に基づき、介護保険制度の存在を意識した消費行動を取るのは50歳以上（本格的には60歳以上）と想定する。

世帯主が60歳以上の勤労者世帯では、平成12（2000）年の介護保険制度創設の前後で平均消費性向が大きく上昇していることが分かる（図表70参照）。世帯主が50歳代の勤労者世帯では、60歳以上の世帯ほど明確ではないものの、平均消費性向が小幅ながら上昇している傾向が読み取れる。一方、世帯主が30歳代や40歳代の勤労者世帯では、この時期の平均消費性向は横這いで推移している。

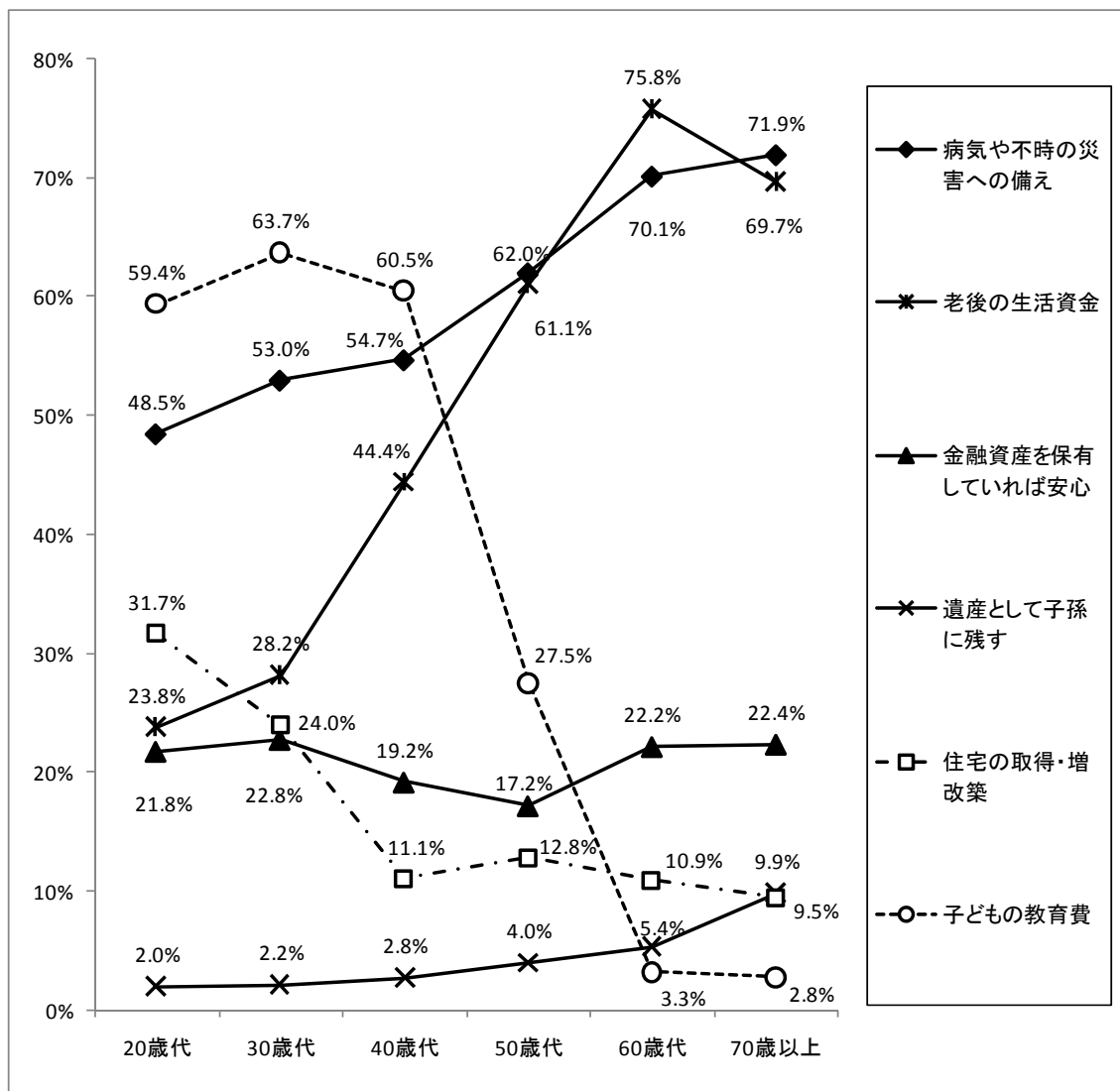
金融資産の主な保有目的を見ても、40歳代までは教育費のウェイトが高いが、50歳代になると、病気・不時の備えや老後の生活資金が教育費を逆転している（図表71参照）。この点からも各家計が介護資金の準備を始めるのは50歳代以降と推測することができよう。

図表70 勤労者世帯の平均消費性向の推移(平成10年～平成14年)



(出典) 総務省「家計調査」より作成

図表 71 金融資産の主な保有目的(3 つまで複数回答)



(出典) 金融広報中央委員会「家計の金融行動に関する世論調査 (平成 24 年)」

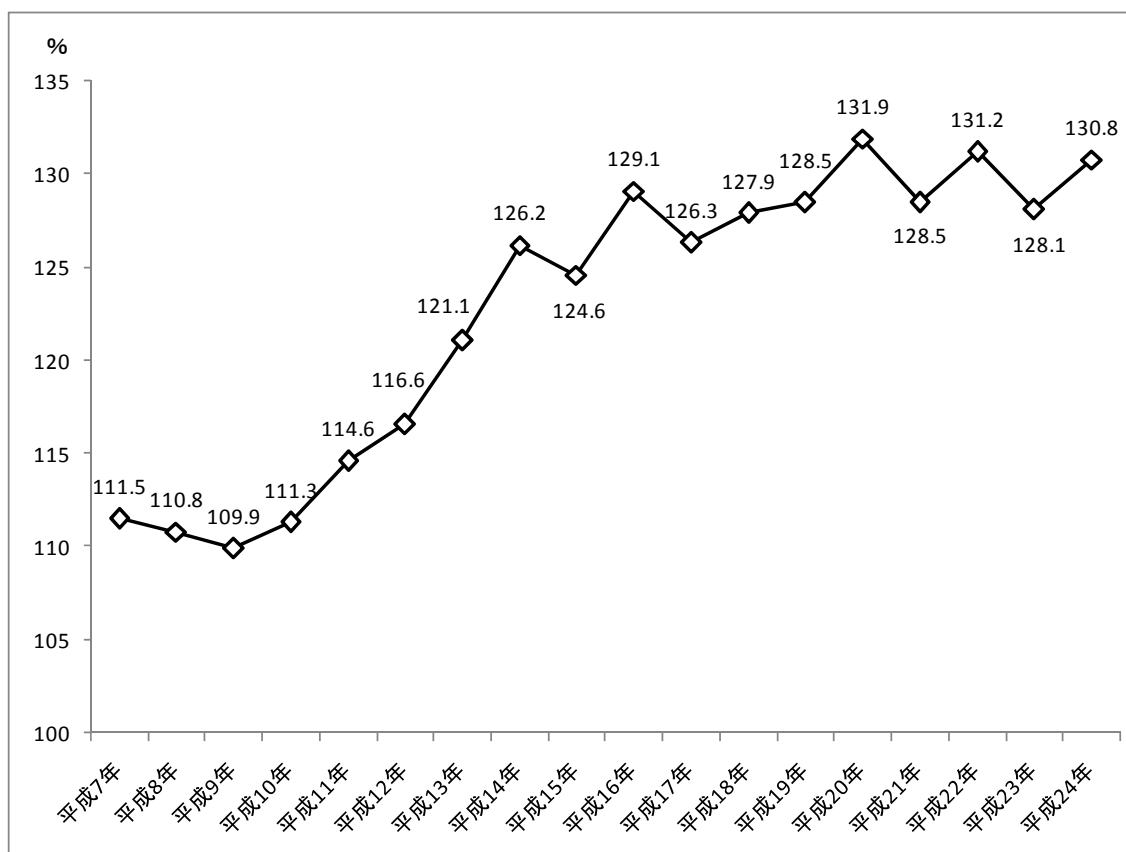
(4) 世帯主が60歳以上の家計の消費動向

世帯主が60歳以上の家計の消費動向については、統計の制約上、世帯主が60歳以上かつ無職の世帯（単身世帯を除く）の数字を使用する。

平成10(1998)年から平成14(2002)年にかけて、平均消費性向が111.3%から126.2%まで急上昇したが（図表72参照）、この要因としては、リスクプール効果に加え、この期間に可処分所得²⁴が大幅に減少し、ラatchet効果²⁵が働いた影響も大きいと考えられる。

平成10(1998)年から平成14(2002)年にかけて、可処分所得(280万円→244万円)は12.9%も減少したものの、消費支出(312万円→308万円)は1.3%の減少にとどまった（図表73参照）。この期間に消費者物価は2.6%低下しているため、名目消費支出は1.3%減少したが、実質消費支出は1.3%増加した計算になる。

図表72 世帯主が60歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の平均消費性向の推移

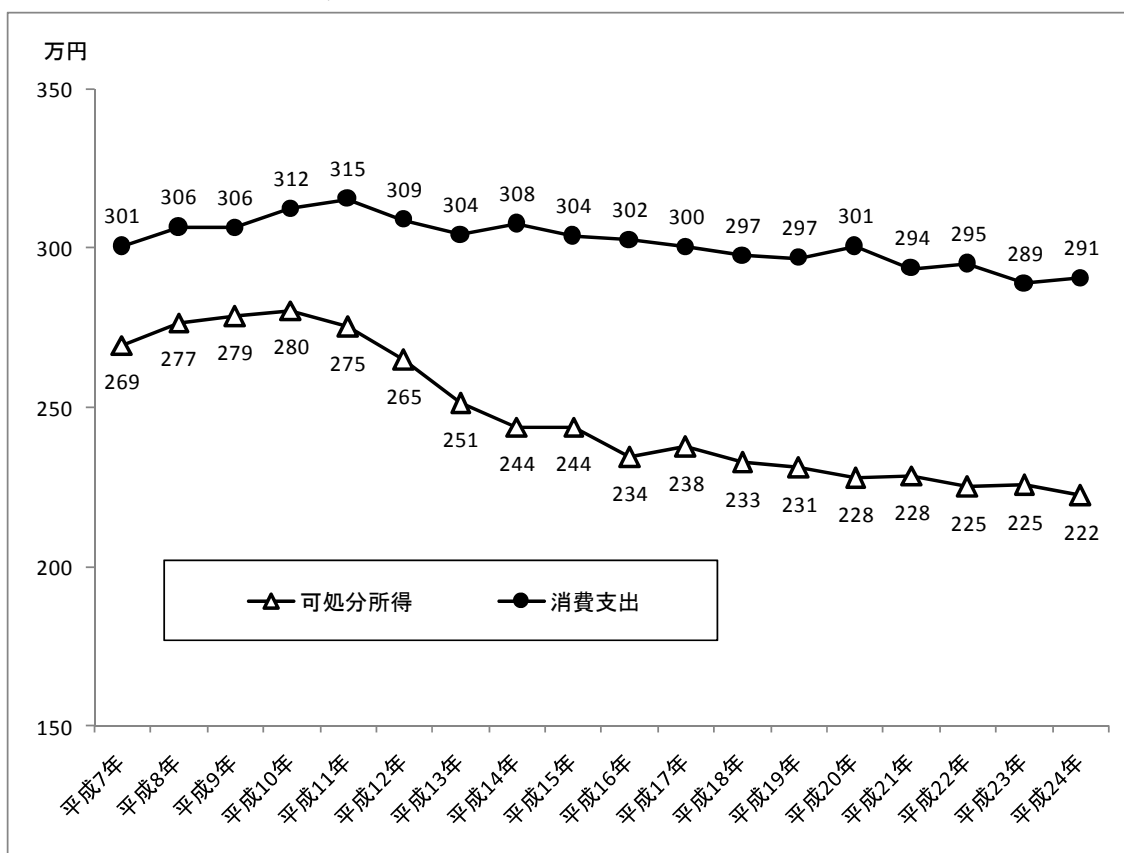


(出典) 総務省「家計調査」

²⁴ 可処分所得とは、実収入(税込み収入)から税金や社会保険料などの非消費支出を差し引いた金額で、いわゆる「手取り収入」のことをいう。

²⁵ 可処分所得が急激に減少しても、現実には消費水準をすぐに落とすことは難しいため、消費支出はそれほど減少しない効果。消費の慣性効果ともいう。

図表 73 世帯主が60歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の
可処分所得・消費支出の推移



(出典) 総務省「家計調査」

(5) 世帯主が60歳以上の家計のリスクプール効果

世帯主が60歳以上かつ無職の世帯（単身世帯を除く）について、消費支出を目的変数、可処分所得を説明変数として回帰分析を実施したところ、限界消費性向は0.321という数値が得られた（図表74参照）。測定期間は平成8（1996）年から平成24（2012）年とし、消費にはラチェット効果が働くため、消費支出に対して可処分所得を1年先行させた。

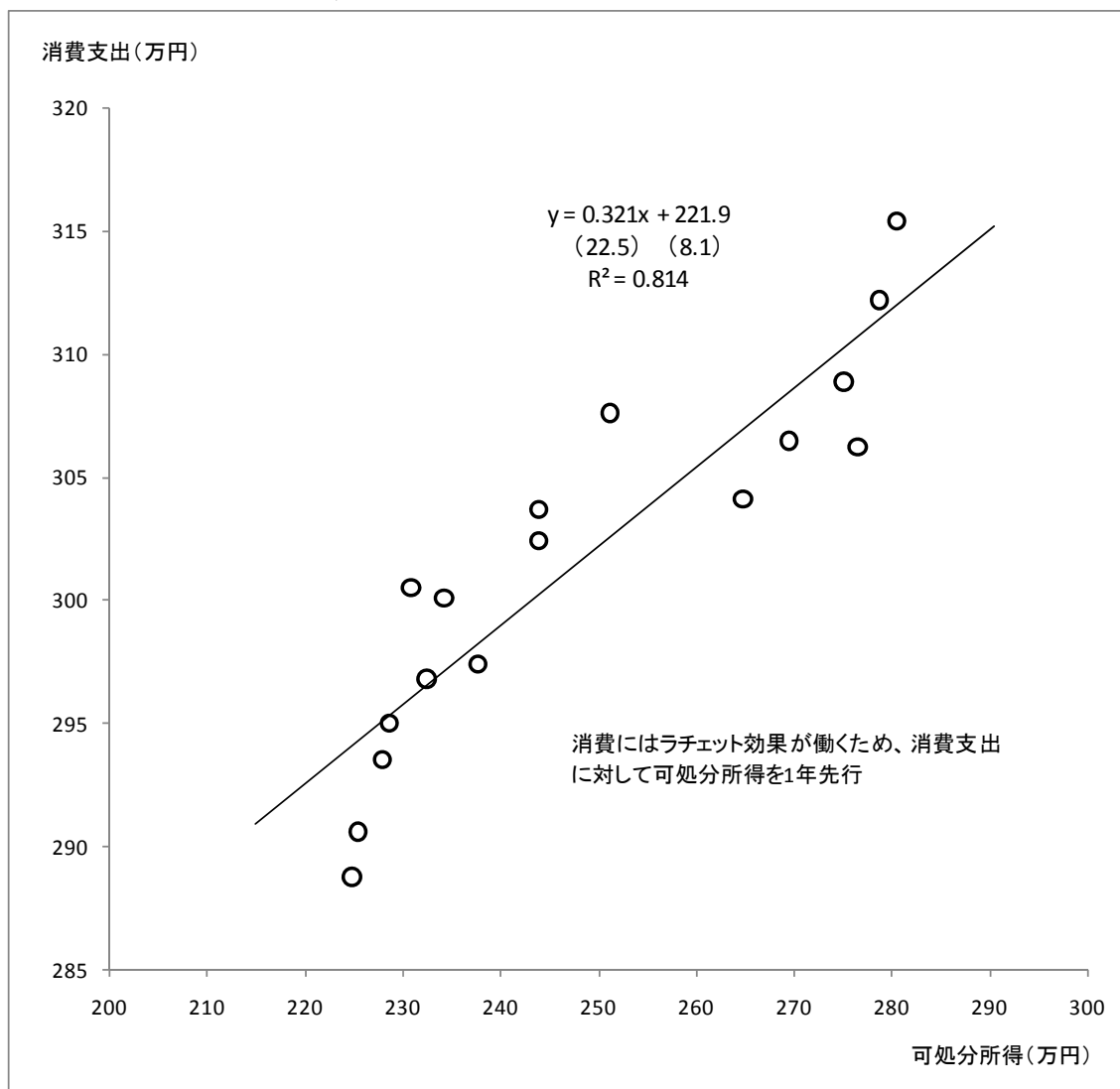
平成10（1998）年から平成14（2002）年にかけて、可処分所得は36万円減少（280万円→244万円）したため、限界消費性向を0.321とすれば、同期間に消費支出は12万円減少（ 36×0.321 ）したはずである。ところが、実際の消費支出は4万円（312万円→308万円）しか減少しておらず、同期間に消費支出が2.6%（8万円）押し上げられている。

やや乱暴ではあるが、この期間の消費性向の上昇要因をリスクプール効果とラチェット効果のみと仮定（実際のところ、それ以外に消費性向に大きな影響を与える要因は見当たらない）すると、この2.6%の消費押し上げ効果をリスクプール効果と推計することができる。

要支援・要介護状態となっても、平均で介護保険から年間166万円の給付があり（図表69参照）、要介護の平均期間は4年9ヵ月（4.75年）であるため、合計約800万円の給付を受けられる。介護保険制度によって夫婦2人で約1,600万円の介護資金の準備が不要になったと考えることもできよう。世帯主が60歳の時点での配偶者の平均余命は約30年である。したがって、世帯主が60歳以上の家計の場合、介護保険制度によって、消費支出を年間約53万円（ $1,600 \text{万円} / 30 \text{年}$ ）増やすことが可能になったと試算することもできる。

一方、実際のリスクプール効果は8万円と推計されたので、要介護度や介護期間が平均を上回る可能性などを考慮して、各家計は保守的な消費行動を取っているものと推測される。

図表 74 世帯主が 60 歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の
可処分所得と消費支出の関係(平成 8 年～平成 24 年)



(出典) 総務省「家計調査」より作成

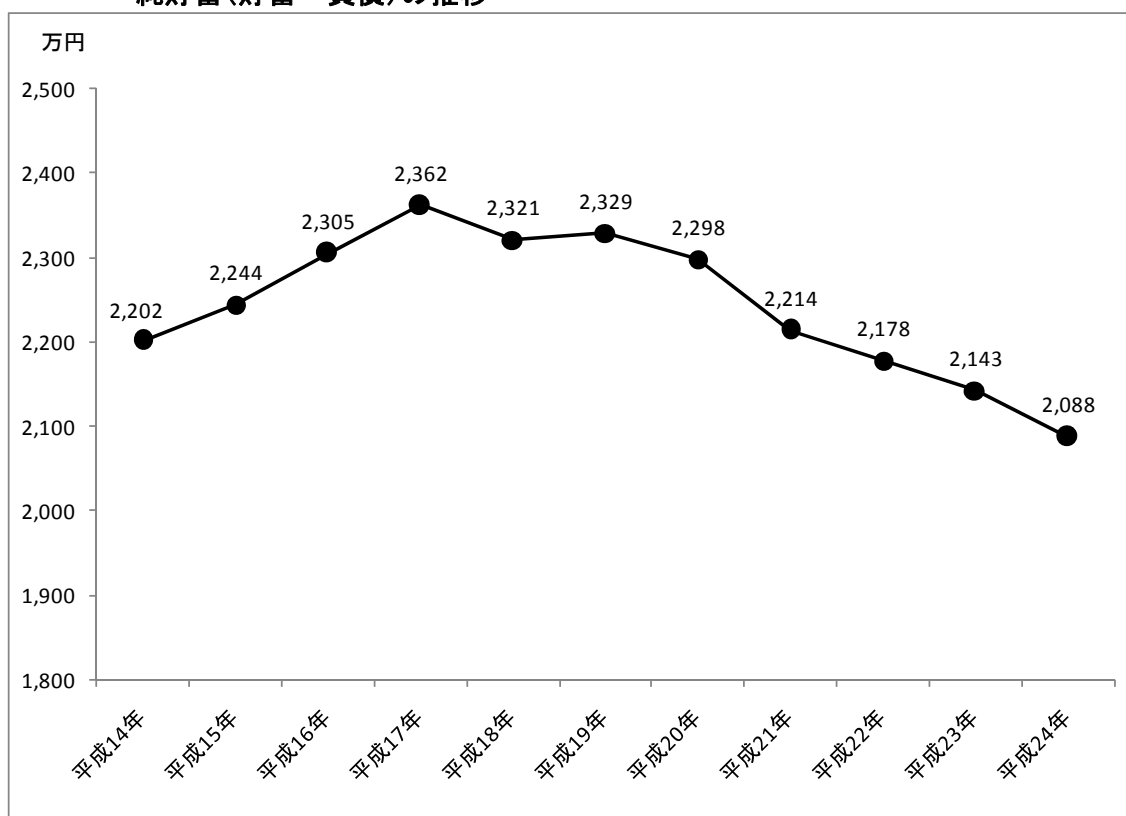
(6) 世帯主が60歳以上の家計の貯蓄

世帯主が60歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の平成24(2012)年の年間赤字額(可処分所得-消費支出)は69万円であった。リスクプール効果を年間8万円と推計したが、この効果は貯蓄の取り崩しによる消費の増加であるため、一定額以上の貯蓄を保有していることが前提となる。

世帯主が60歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の純貯蓄は近年減少傾向にあるものの、平成24(2012)年時点で2,088万円有しており(図表75参照)、同年の年間赤字額(69万円)の30.3年分に相当する。世帯主が60歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の世帯主の平均年齢は72.4歳であり、配偶者の平均余命(約20年)を考慮すると十分な貯蓄を保有していると考えられる。

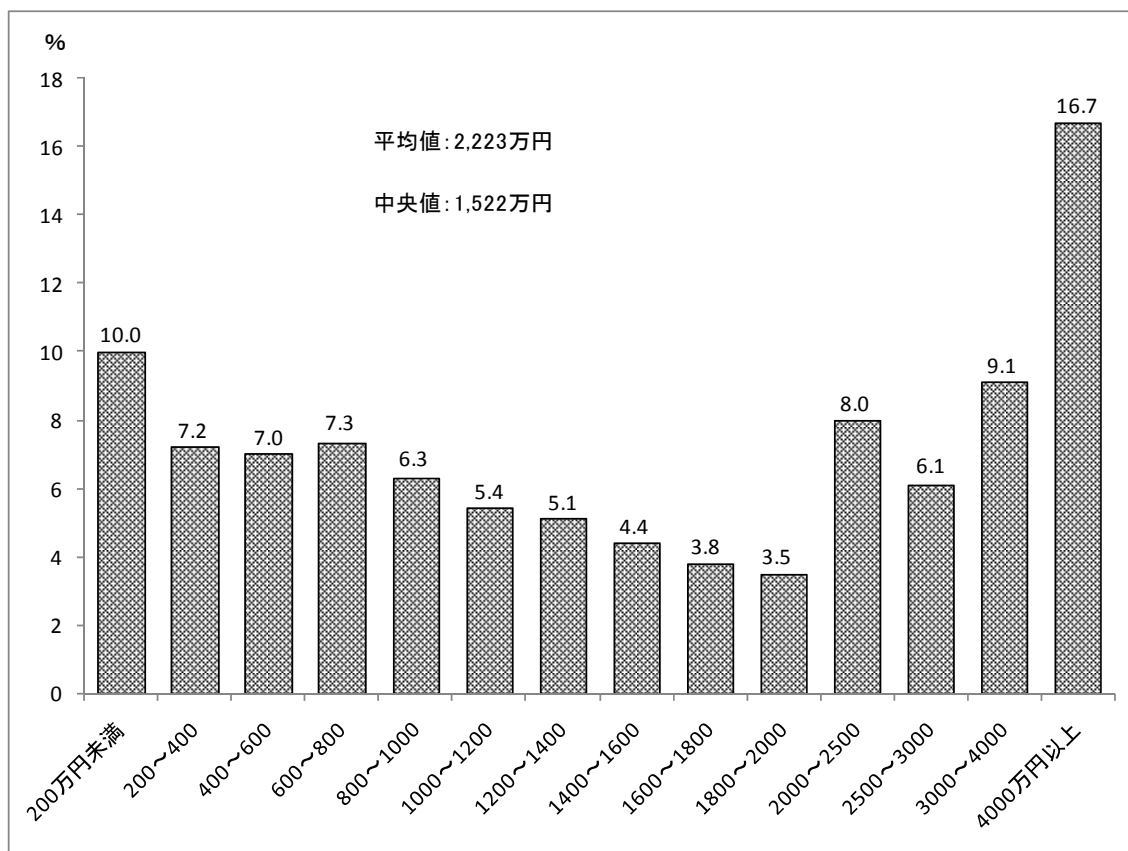
ただし、世帯主が60歳以上の世帯の貯蓄残高は格差が大きい(図表76参照)。平均値は2,223万円であるが、中央値は1,522万円に留まっている。1,000万円未満の世帯も37.8%存在する。

図表75 世帯主が60歳以上かつ無職の世帯(単身世帯を除く)の純貯蓄(貯蓄-負債)の推移



(出典) 総務省「家計調査」

図表 76 世帯主が 60 歳以上の世帯の貯蓄残高分布状況(平成 24 年)



(出典) 総務省「家計調査」

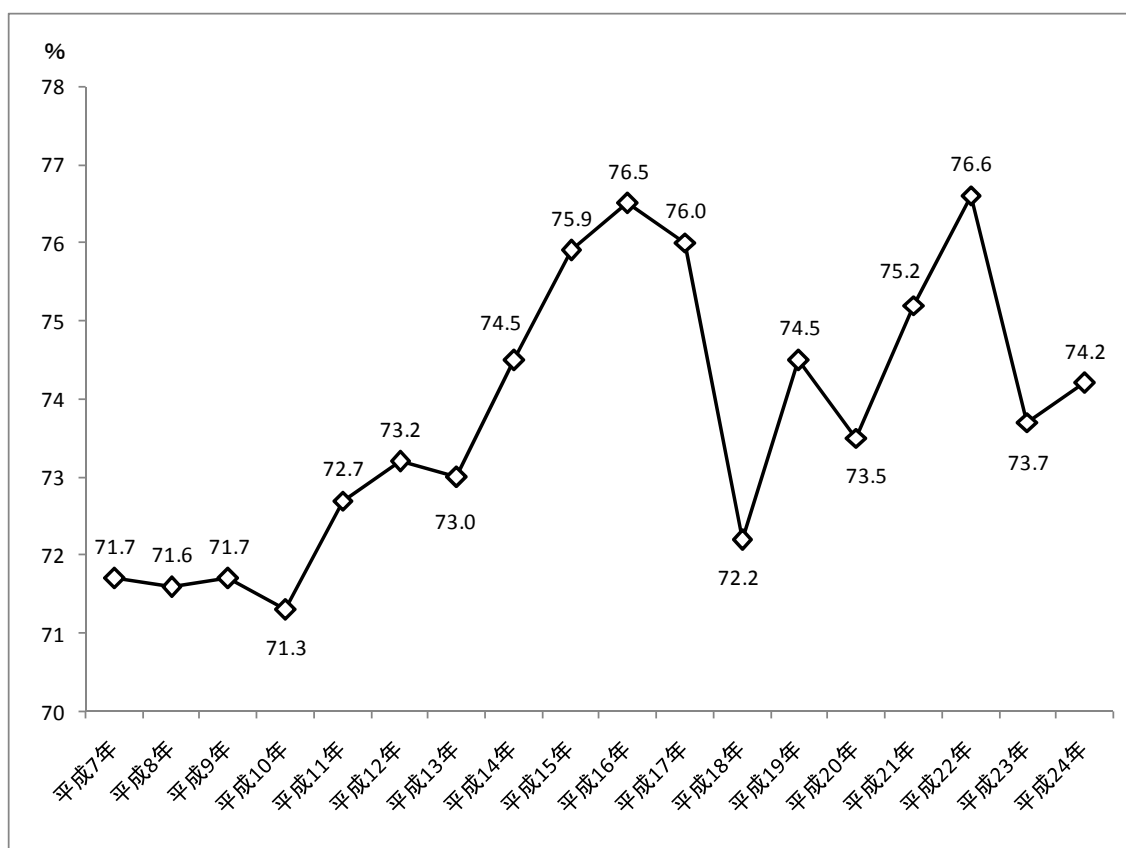
(7) 世帯主が50歳代の家計の消費動向

世帯主が50歳代の家計の消費動向については、統計の制約上、世帯主が50歳代の勤労者世帯（単身世帯を除く）の数字を使用する。

平成10（1998）年から平成14（2002）年にかけて、平均消費性向が71.3%から74.5%まで上昇したが（図表77参照）、この要因としては、リスクプール効果に加え、この期間に可処分所得が大幅に減少し、ラチェット効果が働いた影響も大きいと考えられる。

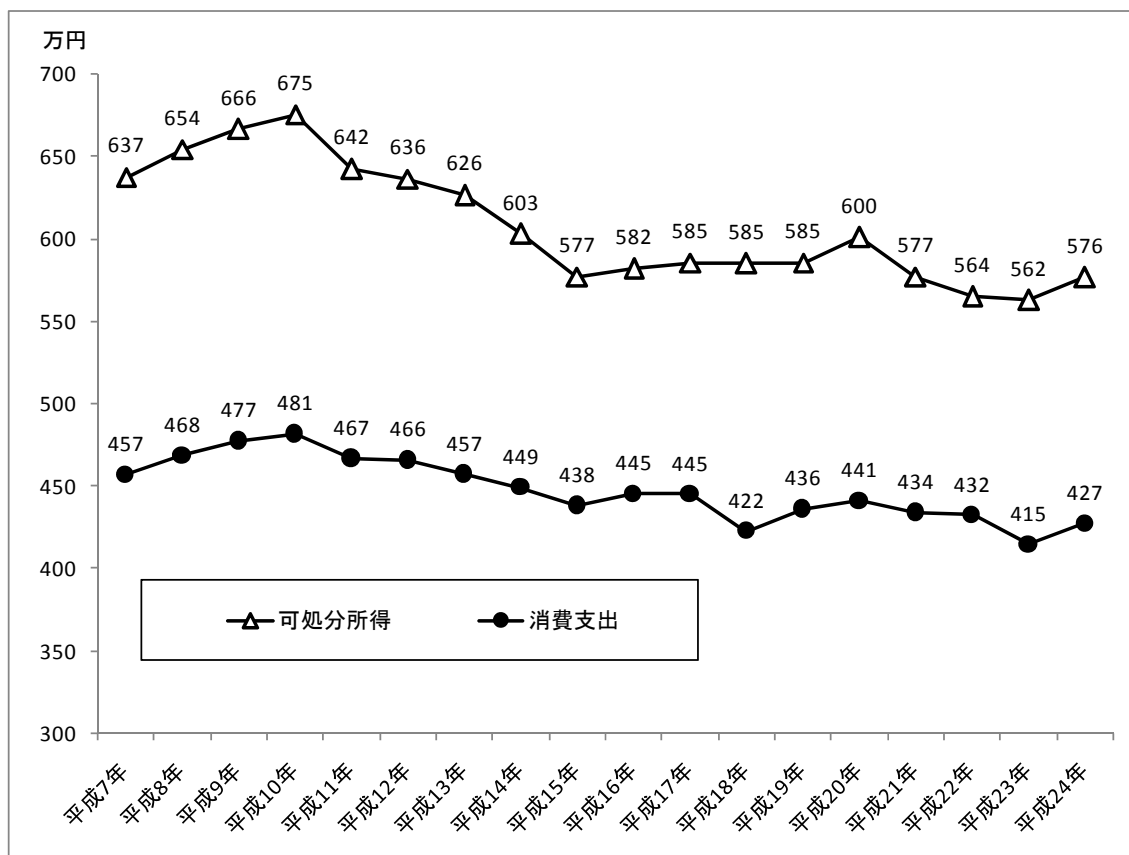
平成10（1998）年から平成14（2002）年にかけて、可処分所得（675万円→603万円）は10.7%も減少したものの、消費支出（481万円→449万円）は6.7%の減少に留まった（図表78参照）。この期間に消費者物価は2.6%低下しているため、名目消費支出は6.7%減少したが、実質消費支出は4.2%の減少に留まった計算になる。

図表77 世帯主が50歳代の勤労者世帯（単身世帯を除く）の平均消費性向の推移



(出典) 総務省「家計調査」

図表 78 世帯主が50歳代の勤労者世帯(単身世帯を除く)の可処分所得・消費支出の推移



(出典) 総務省「家計調査」

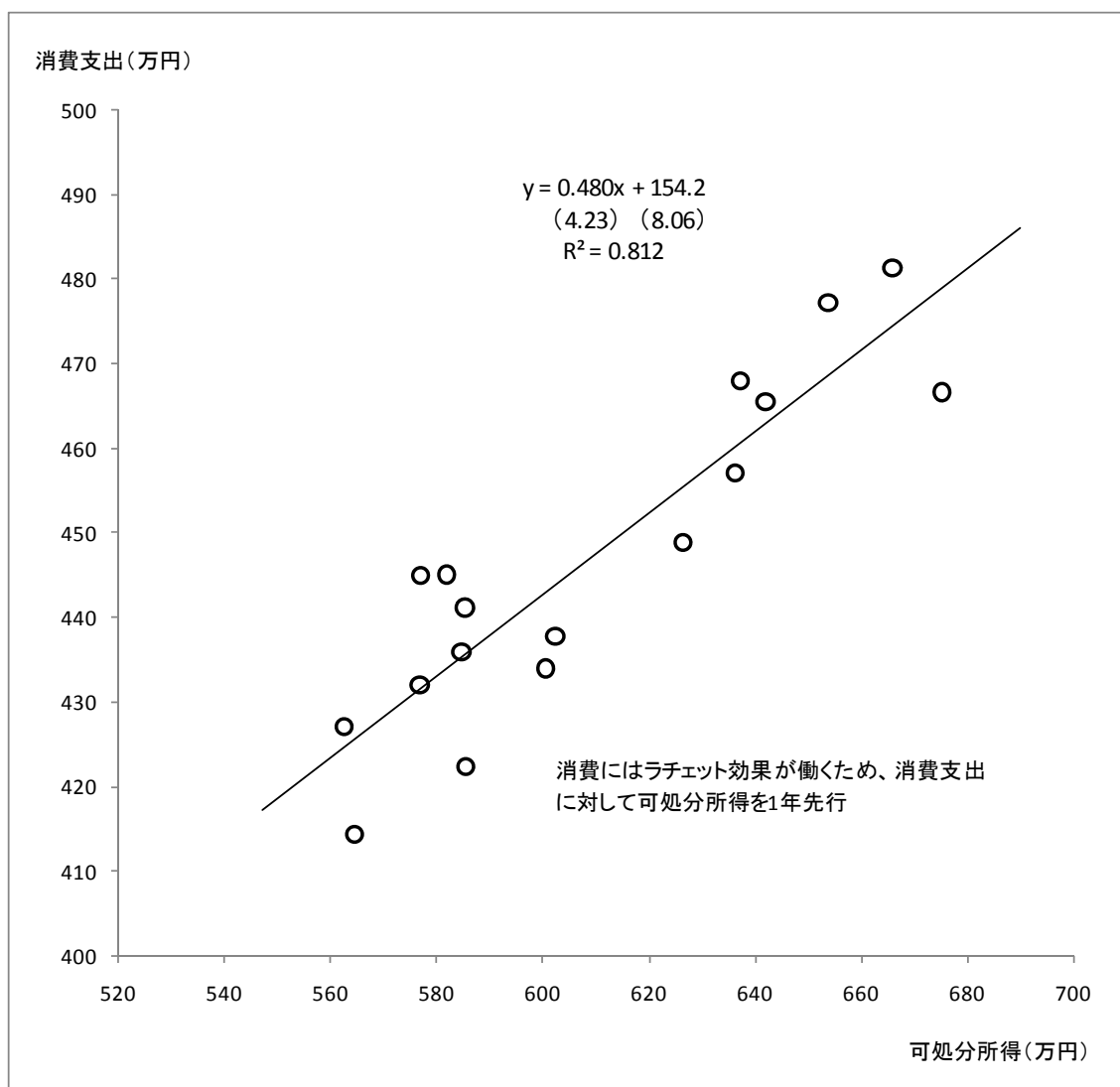
(8) 世帯主が50歳代の家計のリスクプール効果

世帯主が50歳代の勤労者世帯（単身世帯を除く）について、消費支出を目的変数、可処分所得を説明変数として回帰分析を実施したところ、限界消費性向は0.480という数値が得られた（図表79参照）。測定期間は平成8（1996）年から平成24（2012）年とし、消費にはラチェット効果が働くため、消費支出に対して可処分所得を1年先行させた。

平成10（1998）年から平成14（2002）年にかけて、可処分所得は72万円減少（675万円→603万円）したため、限界消費性向を0.480とすれば、同期間に消費支出は35万円減少（ 72×0.480 ）したはずである。ところが、実際の消費支出は32万円（481万円→449万円）しか減少しておらず、同期間に消費支出が0.6%（3万円）押し上げられている。

やや乱暴ではあるが、この期間の消費性向の上昇要因をリスクプール効果とラチェット効果のみと仮定（実際のところ、それ以外に消費性向に大きな影響を与える要因は見当たらない）すると、この0.6%の消費押し上げ効果をリスクプール効果と推計することができる。

図表 79 世帯主が 50 歳代の勤労者世帯(単身世帯を除く)可処分所得と消費支出の関係
(平成 8 年～平成 24 年)



(出典) 総務省「家計調査」より作成

(9) リスクプール効果の推計

世帯主が60歳以上の世帯は全て、世帯主が60歳以上かつ無職の世帯と同様の消費行動（介護保険制度の存在によって家計消費支出を2.6%増やす）を取り、世帯主が50歳代の世帯は全て、世帯主が50歳代の勤労者世帯と同様の消費行動（介護保険制度の存在によって家計消費支出を0.6%増やす）を取ると仮定する（世帯主が50歳未満の世帯の消費行動は、介護保険制度の存在によって変わらないと想定）。

上記の仮定に基づき、総務省「国勢調査（平成22年）」の年齢階級別世帯数構成、総務省「家計調査（平成23年）」の世帯主の年齢階級別消費支出を使用して推計すると、介護保険制度の存在によって、全体の家計消費支出が1.1%押し上げられていると試算された。

内閣府「国民経済計算（平成23年）」によると、平成23（2011）年度の家計消費（家計最終消費支出、名目ベース）は278.5兆円であり、介護保険制度によって個人消費が3.06兆円押し上げられていると推計できる。

○リスクプール効果=3.06兆円

第3章 介護保険制度の費用対効果

1. 介護保険制度の費用対効果の検証モデル

費用対効果分析は、道路の建設や新システムの導入などに際し、事前に費用対効果（効果/費用）を予測する場合に実施することが多い。基本的には、効果が費用を上回っていれば投資を実行し、下回っていれば実施しないと判断する。複数の投資案がある場合には、最も費用対効果が高いものを選択する。

本稿では、現時点（平成 23 年度）における介護保険制度の費用対効果を検証する。具体的には、介護保険制度の経済効果と介護保険制度に係る経済的費用を推計し、費用対効果を分析することによって、介護保険の果たしている経済的役割に関して考察する。

本稿における費用対効果分析のフレームワーク

<p>介護保険制度の経済効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの需要創出効果（雇用創出効果を含む） ・離職抑止効果（家族介護に伴う離職を抑止することによって生産力を押し上げる効果） ・社会的入院の是正効果（医療費適正化効果、医療費減少に伴う家計消費の押し上げ効果、医療サービスから介護サービスに移行する効果等） ・リスクプール効果（介護保険制度による将来不安の緩和が家計消費を押し上げる効果） 	<p>介護保険制度に係る経済的費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険料 ・公的負担額（地域支援事業²⁶交付金を含む） ・利用者負担額 ・補助金（介護職員処遇改善交付金、施設整備費等） ・総務費（事務費等）
<p>経済効果合計</p>	<p>経済的費用合計</p>
<p>費用対効果の測定（経済効果/経済的費用）</p>	

なお、本稿では、介護の社会化に伴って家族介護者の QOL が向上する点や、社会的入院の是正に伴って入院待ちの患者が早期に入院できるようになる点など、社会的意義は大きいものの、経済効果として定量的に把握することが困難な（あるいはなじまない）要素に関しては、介護保険制度の経済効果に含めていない。また、社会的入院の是正は、在宅介護の増加に伴う家族介護者の QOL の低下という面も有する（これらの一部が介護

²⁶ 地域支援事業は、市町村が実施する介護予防事業や地域包括センターの運営などのことをいう。介護保険制度の枠組みで行われている。

離職に繋がる懸念もある)が、これによるマイナスの経済効果(経済的費用)なども定量的な把握にはなじまないため、同様に本稿では考慮していない。

2. 介護保険制度の費用対効果の推計

介護保険制度の経済効果（需要創出効果、雇用創出効果、離職抑止効果、社会的入院是正効果、リスクプール効果）については、第2章「介護保険制度の経済効果」で推計した数値を使用する（図表80参照）。

介護保険制度の経済的費用については、厚生労働省「介護保険事業状況報告（平成23年度）」における介護保険特別会計²⁷の数値を使用する。補助金については、厚生労働省「介護事業経営実態調査（平成23年度）」から、各サービス種別に1事業所平均の補助金収入（補助金収入＋国庫補助金等特別積立金取崩額＋介護職員処遇改善交付金＋借入金補助金収入）を算出し、これに厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成23年度）」に掲載されている各サービス種別施設数を乗じて推計した（図表81参照）。本稿では、介護保険施設の第三者評価に係る費用は事業者負担のため、経済的費用に含めない（介護サービスの料金に上乗せされていると想定）。

以上のようにして、介護保険制度の費用対効果（平成23年度時点）を推計したところ、1.55倍という数値を得ることができた（図表80参照）。

○介護保険制度の費用対効果＝14.06兆円/9.08兆円＝1.55倍

介護保険料（3.72兆円）や公費負担（4.26兆円）などの国民負担が重いものの、経済効果としては、雇用創出効果（4.10兆円）や離職抑止効果（2.89兆円）、リスクプール効果（3.06兆円）などが大きいことが判明した。介護保険制度は、家族介護者の負担軽減や専門的な介護サービスを広く国民に提供など社会的に有意義な制度であるだけでなく、経済的側面からも大きな役割を果たしていると言えよう。

介護保険制度の費用対効果は1.55倍と推計されたものの、定量的な把握が困難な側面や統計上の制約もあるため、ある程度の幅をもって考える必要がある。

²⁷ 介護保険の保険者である市区町村は、介護保険の経理を特別会計で行っており、厚生労働省が全国の介護保険特別会計の収支を集計・公表している。

図表 80 介護保険制度の費用対効果の推計(平成 23 年度)

介護保険の経済効果(兆円)		備考
需要創出効果	8.20	正の経済波及効果(16.04兆円)－負の経済波及効果(7.86兆円)
(雇用創出効果)	(4.10)	需要創出効果の一部
離職抑止効果	2.89	
社会的入院是正効果	-0.09	医療サービス減少の影響が大きく、計算上はマイナスに
リスクプール効果	3.06	
合 計	14.06	
介護保険の経済的費用(兆円)		
介護保険料	3.72	第1号被保険者＋第2号被保険者
公費負担	4.26	国＋都道府県＋市区町村
利用者自己負担	0.60	
補助金	0.29	介護職員処遇改善金を含む
総務費	0.21	介護保険事業の執行に必要な事務費、人件費等
合 計	9.08	
効果－費用 (兆円)	4.98	
効果/費用	1.55倍	

(注1)雇用創出効果は需要創出効果に含まれる(正の経済波及効果の一部)

(注2)公費負担(国＋都道府県＋市区町村)には地域支援事業交付金を含む

(注3)総務費は介護保険特別会計繰入分のみを計上(要介護認定費や普及活動費等を含む)

(出典)厚生労働省「介護保険事業状況報告(平成23年度)」等より作成

図表 81 介護事業者への補助金額の推計(平成 23 年度)

	補助金 収入	国庫補助金 等特別積立 金取崩額	介護職員 処遇改善 交付金	借入金 補助金 収入	補助金 合計 (千円)	施設数	推計 補助金額 (百万円)
介護老人福祉施設【特養】	260	1,001	486	88	1,835	6,311	11,581
地域密着型介護老人福祉施設	42	179	153	46	420	469	197
介護老人保健施設【老健】	0	0	353	20	373	3,757	1,401
介護療養型医療施設	0	0	90	0	90	1,894	170
認知症対応型共同生活介護	8	13	121	27	169	10,728	1,813
訪問介護【ホームヘルプ】	4	2	85	7	98	28,210	2,765
夜間対応型訪問介護	2	14	45	0	61	146	9
訪問入浴介護	3	3	40	2	48	2,877	138
訪問看護	0	0	0	1	1	6,089	6
訪問リハビリ	0	0	0	0	0	6,578	0
通所介護【デイサービス】	18	60	65	13	156	28,723	4,481
認知症対応型通所介護	19	18	54	3	94	3,886	365
通所リハビリ	0	0	64	1	65	6,578	428
短期入所生活介護【ショートステイ】	27	125	90	15	257	8,123	2,088
短期入所療養介護	0	0	21	1	22	5,286	116
居宅介護支援	3	4	0	1	8	33,750	270
福祉用具貸与	1	0	0	4	5	7,229	36
小規模多機能型居宅介護	13	8	116	21	158	2,935	464
特定施設入居者生活介護	91	26	258	51	426	7,231	3,080
地域密着型特定施設入居者生活介護	47	36	98	67	248	173	43
合 計							29,451

(出典) 厚生労働省「介護事業経営実態調査」「介護サービス施設・事業所調査」より作成

結びにかえて

第2章で詳細に記述したが、介護職員、とりわけホームヘルパーの人手不足が深刻である。肉体的にも精神的にも厳しい仕事でありながら、給与水準が相対的に低いことが主因と考えられる。今後、要介護者がさらに増加すると予想される一方、労働力人口は減少することが見込まれ、人手不足問題はより一層深刻化する懸念が強い。

人手不足対策としては、介護職員の給与水準引き上げと労働環境の改善を進めることが不可欠と考えられる。介護保険料の引き上げやサービス受給者の自己負担率引き上げなど国民負担の増大を伴うものの、介護職員の賃金の原資となる介護報酬の引き上げは避けて通ることができないだろう。また、介護ロボット（介護支援機器）の開発に注力し、介護職員の肉体的負担の軽減を図ることも重要である。外国人労働者の受入枠拡大なども検討課題となつてこよう。

給与水準と労働生産性には高い相関があるため、介護サービスの生産性向上も必須である。介護報酬は公定価格のため、現状ではサービスの質を向上させても価格に反映させることはできない。したがって、介護労働者の熟練度向上や組織・マネジメントの改革などによって単位コストを引き下げざるを得ないが、これには事業所規模の拡大が有効である。実際、事業所規模が大きいほど、介護職員の給与水準が高く、離職率は低くなる傾向が見られる。介護サービスは典型的な労働集約型産業であるが、一定以上の規模を有している方が、効率的な人材配置が可能のためと推測される。小規模事業所の経営統合や業務提携の拡大を支援していく政策対応が求められる。また、地域包括ケアの一層の推進や利用者ニーズに合致したケアプランの作成なども、労働生産性の向上に有効だろう。

規制緩和によって介護報酬を柔軟化し、介護職員の実績やサービス水準等を介護報酬に反映させることも検討課題となつてこよう。内閣府主導で介護職員のキャリア段位制度（介護職員の知識・実践的スキルを7段階で評価）が開始されたが、介護職員の段位を介護報酬に反映させることが一案となろう。介護職員の賃金も段位と連動したものとなり、介護職員のスキルアップへのモチベーション向上にも寄与すると期待される。

また、訪問介護や訪問入浴介護など訪問系の介護サービスは、介護職員が各利用者宅を訪問してケアする形態のため、介護職員の移動に時間を要するうえ、介護職員同士の連携も取りにくく、介護サービスの形態としては非効率な面がある。また、利用者や家族との個別対応などがホームヘルパーの大きな精神的負担となつており、人材確保が困難な要因にもなっている。これらの課題を緩和するためには、ICT活用による遠隔相談やコンパクトシティ化の推進などの政策的対応も検討に値しよう。

参 考 文 献

- ・八代尚宏 小塩隆士 寺崎泰弘 宮本正幸『介護保険の経済分析』経済企画庁 1996年
- ・木村陽子『介護費用の推計とその経済効果』日本経済研究 1996年
- ・大森隆 田坂治 宇野裕 一瀬智弘『介護の経済学』東洋経済新報社 1998年
- ・角田由香『介護サービス産業の実態と課題』国立社会保障・人口問題研究所 2000年
- ・畑農鋭矢『社会的入院の定量的把握と費用推計』医療経済研究 2004年
- ・二木立『介護保険制度の総合的研究』勁草書房 2007年
- ・京極高宣『介護保険と日本経済』国立社会保障・人口問題研究所 2008年
- ・日本総合研究所『介護支援ビジネスの発展に向けた制度改革の視点』2008年
- ・印南一路『社会的入院の研究』東洋経済新報社 2009年
- ・有馬めい『介護施設の需要はどれだけ増えるか』第一生命経済研究所 2009年
- ・有馬めい『介護産業の規制改革について』第一生命経済研究所 2010年
- ・池上直己『医療問題』日経文庫 2010年
- ・社会保障審議会介護保険部会『介護人材の確保と処遇の改善策について』2010年
- ・堤脩三『介護保険の意味論』中央法規出版 2010年
- ・堀江奈保子『期待される介護分野の雇用創出』みずほ総合研究所 2011年
- ・21世紀職業財団『介護を行う労働者の両立支援策に係る調査研究報告書』2011年
- ・鈴木亘『成長産業としての医療と介護』日本経済新聞出版社 2011年
- ・井戸美枝『2012年度 介護保険の改正 早わかりガイド』日本実業出版社 2011年
- ・田中滋『高齢社会－自助・互助・共助・公助のコラボレーション』明治安田生活福祉研究所調査報 2011年
- ・大嶋寧子『懸念される介護離職の増加』みずほ総合研究所 2012年
- ・西村周三『医療・介護が産業として成長するための条件』国立社会保障・人口問題研究所 2012年
- ・吉田篤弘『介護業界の再編の動きについて』みずほ銀行産業調査部 2012年
- ・堀田聡子『介護労働市場の現状と課題』労働政策研究・研修機構 2012年
- ・飛田英子『介護保険制度の見直しに関する一考察』日本総合研究所 2012年
- ・三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書』2013年
- ・内閣府『平成25年版高齢社会白書』2013年
- ・社会保障審議会介護保険部会『介護人材の確保関係』2013年
- ・社会保障制度改革国民会議『社会保障制度改革国民会議報告書』2013年
- ・厚生労働省『公的介護保険制度の現状と今後の役割』2013年
- ・内匠功『介護産業の経済的特性とその経済効果』生命保険経営 2014年

**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、介護サービスの経済的分析に関する
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 03-3283-8044
FAX 03-3201-7837