

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」
（分担）研究報告書

医療分野の規制改革：混合診療解禁による市場拡大効果

鈴木玲子 （社）日本経済研究センター

1. はじめに

これまで医療分野では、全国民へ平等な医療給付を確保するためという理由から、利用者の自由な選択を前提とした「医療産業」という発想は乏しかった。このため、国が全国の医療機関の質の違いにかかわらず、画一的な診療報酬体系を定めるとともに、連続的な診療行為について、保険診療と保険外（自由）診療の費用を併用するいわゆる「混合診療」は原則禁止されている。また、医療計画に定められた病床過剰地域では医療機関の新設・増設は制約されており、また、民間医療機関の経営形態は医療法人に限定され、株式会社等の参入は禁止されている。

他方、病院等では慢性的な行列があり、質の高い医療サービスへの潜在的な需要は大きい。医療の需要面と供給面を制約している、こうした規制の改革によって、医療産業の大きな発展が期待される。供給面の規制のなかでは株式会社の参入規制の弊害に関する議論が高まっており、特区における実施のための法案が準備が始まった。もともと特区で株式会社が参入できる市場は現在のところ限定されたものとなる公算が大きく、大きい効果は期待できない。しかしながら将来的に株式会社が本格的に医療市場に参入することになれば、資金調達が多様化、徹底した患者ニーズの把握による患者サービスの向上等による患者満足度向上、につながるシステム環境整備、経営マインドの発揮などによって患者ニーズに直結した医療サービス提供が効率的に行われることになる。さらに企業参入によって病院間の競争が促進され、既存の公立病院および医療法人病院が経営合理化へのインセンティブを高めることも期待される。そのほか非効率な公立病院の経営改善に対しては、PFI（公設民営）や地方独立法人化（独立採算を追求）など、民間病院とのイコールフティングを目指した検討が始まっている。

これら医療の規制改革の効果は十分に検討されるべきである。例えば、株式会社参入については内閣府（2003）がその効果を定量的に試算し、医療産業の生産が20.4%拡大すると報告している。ただしその前提には、株式会社等参入の効果が発揮されるためには、混合診療解禁などにより病院経営の自由度を高めることが含まれている。そこで、ここでは、規制改革の中でも特に重要な混合診療禁止の撤廃による需要効果を試算する。

医療技術の高度化が進むなかで、公的保険診療の枠内だけに医療サービスを制限することは患者のニーズに十分に対応することが困難になっている。総合規制改革会議においても、ニーズの多様化にあわせて高度な治療を選択できるようにすることが大切であると

て、特定療養費制度の拡大などにより、保険診療と保険外診療（自由診療）の併用を推進することが強く求められている。

世界の医学界において技術革新はテンポを速めており、新しい治療法や新薬による治療効果の向上は著しい。ところがわが国では保険診療の厳しい枠と、混合診療禁止により、新しい技術の開発と海外からの移入が阻害されている。そのため、世界トップ水準の所得国でありながら、国民は最高水準の医療サービスを受けることができない状態にある。混合診療の解禁によって、生命が救われる患者や、病状が改善する患者は少なくないと考えられる。その意味で混合診療の解禁はこれまで閉ざされていた自由診療への需要を促すものといえよう。そこで、われわれは混合診療が解禁された場合に、自由診療の拡大によって医療需要がどれほど拡大するかを推計した。

結論を先取りしよう。混合診療禁止のもとでは家計の医療サービス支出（患者自己負担）の所得弾力性は非常に低い。解禁によってこれがアメリカ並みに上昇すると仮定すれば、家計の医療サービス支出（医療費自己負担）が85%増加する。これは国民医療費が3兆8181億円（12.6%）増加することを意味する。ちなみにこれはGDPの0.74%に相当する。これが混合診療解禁による医療産業拡大の効果と見なすことができる。

本稿の構成は以下の通り。はじめに混合診療が禁止されている現状においてわずかながら許されている自由診療の種類と規模を推計し、続いてアンケートなどによって混合診療解禁を医師がどのように評価しているかをみる。続いて混合診療解禁の効果の推計方法と手順を説明する。最後に混合診療の具体的な進め方などを考察する。

2. 混合診療の現状規模

医療の高度化や患者のニーズの多様化が急速に進む中で、混合診療禁止はすでにいたるところで立ち行かなくなっており、政府はこれまで一部を黙認したり、あるいは限定的に解禁するなど場当たりの対応をしてきた。その結果、医療サービスの一部分はすでに自由診療にゆだねられている。これ以外にも、保険診療は診療内容の逐一をしばる窮屈な規定の組み合わせになっているため、医師の中には保険診療では認められない診療（これは薬剤の処方でも頻繁に行われることから適応外処方と呼ばれる）を行うものも少なくない。ここでは、①部分的に認められている自由診療、および②適応外処方の規模を調べる。結論からいえば、現状では自由診療の規模は、①と②を合わせても国民医療費の3～4%程度に過ぎない。

2.1 保険でカバーされない医療費

現在認められている自由診療は、大きく「医療サービス」本体部分と、周辺的なサービスである「アメニティー」部分に分けられる。前者には、高度先進医療、正常分娩、歯科自由診療が含まれ、後者には差額ベッド代、時間外診療、予約診療、紹介料、入院給食サービスなどが含まれる。これらは保険制度のなかでは特別に混合診療を認める特定療養費

制度と位置づけられている。

データを用いて計算できる項目だけに限って市場規模が推計されているが、これによれば制度的に認められた自由診療はおよそ1兆円、国民医療費のおよそ3%である(図表1)。この中で差額ベッドは、1984年に特定療養費制度が設けられた時から認められ、当初は個室と2人部屋に限り全病床の2割が上限であったが、その後5割へ引き上げられ、1994年には4人部屋まで徴収可能とするなど拡大措置がとられてきた。また、高度先進医療の対象は拡大しつつあり、今後もさらに拡大が見込まれる。大病院への紹介料なども徐々に一般化しつつあり、これも拡大が見込まれるサービスのひとつである。

図表1 保険でカバーされない医療費

サービス分野	市場規模(億円)
医療サービス	
高度先進医療	6
正常分娩	2,654
歯科自由診療	4,015
アメニティー	
差額ベッド	2,582
時間外診療	-
予約料	-
紹介料	-
入院給食	-
合計	9,257

資料)医療経済研究機構「国内総医療支出に関する研究」1997年3月

2. 2 適応外処方

診療報酬を請求できる治療費は疾病ごとに詳細に規定されている。とくに薬剤処方についてこの枠を超えた治療はしばしば適応外処方と呼ばれる。これは混合診療の範疇に入る。

アンケート調査(図表2)によれば、制度違反であるにもかかわらず適応外処方を行う医師は49.7%に達している。また、文献の根拠があれば行うべきと考える医師が42.9%と、混合診療に賛意を示す医師は多い。こうしたことから、保険診療がすでに医療の現状にそぐわなくなっていることは明らかである。

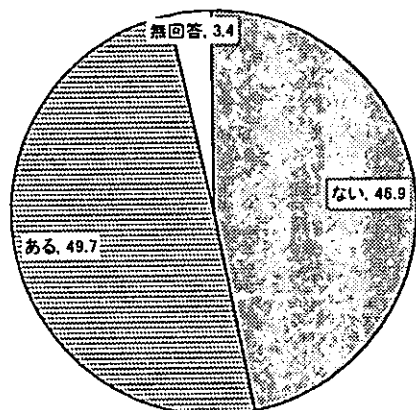
また、適応外処方の内容も、

- ・ 保険で認められる薬剤・材料の量を制限を超えて処方する
- ・ 当該疾病では認められない薬剤の使用
- ・ 保険対象外の薬剤・材料の処方

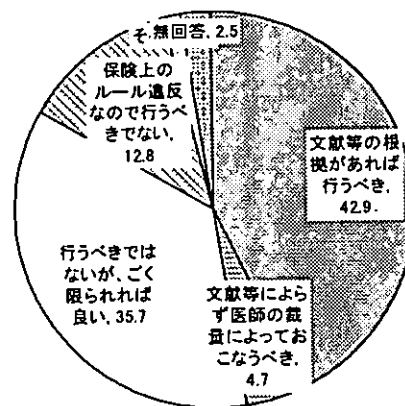
など、混合診療がかなり広範に行われていることを示唆する。

図表2 適応外処方アンケート

「日常診療で医薬品の適応外処方を行う
ケースがありますか？」



「適応外処方にたいする
基本的な考え方を教えてください。」



資料) 日経メディカル、1997年7月

このような適応外処方は保険適用されないから、自由診療分は病院の持ち出しで処方することになる。ところが、医師が保険適用されないことを知らずに処方する場合があります（混合診療が禁止されていることを「知っている」医師は69%に過ぎない。日経メディカル調査1999年9月号）、そのような処方内容が記載されたレセプトが支払い基金へ提出されると、不正請求として払い戻しとなる。

レセプトの審査で、問題があるとされたレセプト請求額は査定額と呼ばれ、そのうち診療内容が原因の査定額は、1,109億円（国保674億円、社保435億円）である。これが全請求額に占める割合は1995年で0.4%である（全国保険医団体連合会「医療費不正・過剰請求報道についての保団連の見解」1997年）。

また、社会保険診療報酬支払基金によれば、2001年分レセプト審査のうち診療内容についての訂正発生率は件数ベースで2.0%、金額ベースで0.7%である（審査状況のうち、「査定」「再審査の容認」「再審査のその他」の合計）。以上から、適応外処方がレセプトの審査によって減額されることを、医師がそれと知らずにやっている混合診療の大きさと見なすと、これは医療費の0.4%～0.7%に過ぎない。

3. 混合診療解禁効果の推計

所得が高い人ほど自分や家族の健康のための支出をいとわない。ところが、日本のように平等な保険医療制度のもとでは高額所得者といえども受けられる医療は同一であり選択の自由はない。その結果、わが国の家計の医療支出（患者自己負担）の所得弾力性は非常

に低くなっている。これに対してアメリカでは自由診療が一般的であるため、患者はその所得が許す限り好きなだけ医療サービスを購入することができるので、当然ながら所得弾力性は日本より高い。ここでは、わが国でも混合診療の解禁によって、高所得者がアメリカ並みに自由に医療サービスを購入するようになると仮定し、すなわち日本の医療支出の所得弾力性がアメリカ並みに上昇するという仮定した場合の医療需要の拡大規模を推計する。

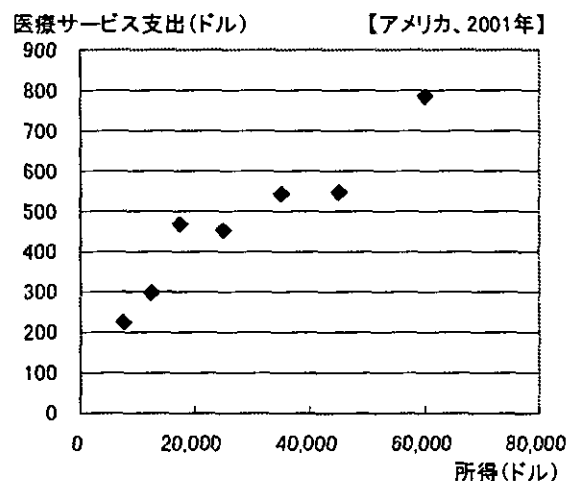
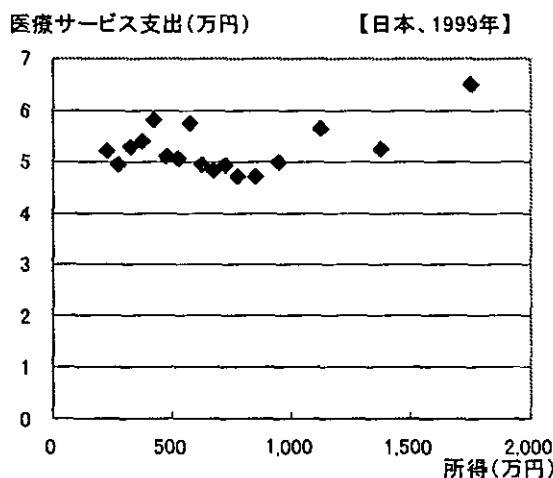
3. 1 所得別医療支出の日米比較

まず、アメリカでは所得が高い世帯ほど多くの医療費（患者自己負担）を支出するのに対し、日本では所得が高くても医療費支出が増加しないという事実認識が正しいかどうかを確認しよう。

用いるデータは、日本については総務省「全国消費実態調査」1999年における2人以上全世帯の所得階級別保健医療サービス支出のうち保険診療の外来患者負担（医科診療代）と入院患者負担（他の入院料）の合計値¹を、アメリカについてはUS Department of Labor「Consumer Expenditure Survey」2001年の所得階級別Medical Services支出である。家計の所得と医療サービス支出の関係を見ると（図表3）、わが国では所得と支出額はほぼ無相関であり、低所得世帯も高所得世帯も医療サービス支出額はほぼ同じである。このことから、高所得者の医療ニーズが満たされていない可能性が大きい。一方、アメリカでは所得と医療サービス支出の相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆する。

図表3 所得と医療サービス支出の日米比較

¹ 「出産入院料」と「他の保健医療サービス」（人間ドックなど）は混合診療が禁止される保険医療の対象ではない。また、「歯科診療」はすでに混合診療がある程度認められているので、これらを分析対象から外した。



(注) 日本の「医療サービス支出」は外来と入院の合計(歯科、出産入院、その他医療サービスを除く)
 (資料)総務省「全国消費実態調査」1999年、US Department of Labor, "Consumer Expenditure Survey" 2001年

3. 2 所得弾力性の日米比較

所得と医療サービス支出の関係を目視によって推測したが、ここでは同じデータを用いて所得弾力性を計測することによって、所得上昇と医療サービス支出の関係を定量的に確認する。計測結果は図表4のとおりで、日本の所得弾力性は0.03と小さいうえに統計的に有意でないことから、わが国では保険医療の患者負担は非弾力的であり、所得とほぼ無関係であることが確かめられた。これは先行研究の結果と合致するものである。

一方、アメリカの弾力性は0.54と計測された。弾力性は一般に1を超えるを奢侈財、それ以下は必需財とみなされることから、医療サービスはアメリカといえども非弾力的であり必需財の性格が強いといえることができる。

図表4 所得弾力性の計算結果

<日本、1999年>			<アメリカ、2001年>		
サンプル数 17			サンプル数 7		
自由度修正済み決定係数 -0.0134			自由度修正済み決定係数 0.9106		
log(医療サービス支出)	推計係数	t値	log(医療サービス支出)	推計係数	t値
log(所得)	0.034028	0.89	log(所得)	0.544575	7.88
定数項	10.33172	17.25	定数項	0.611874	0.88

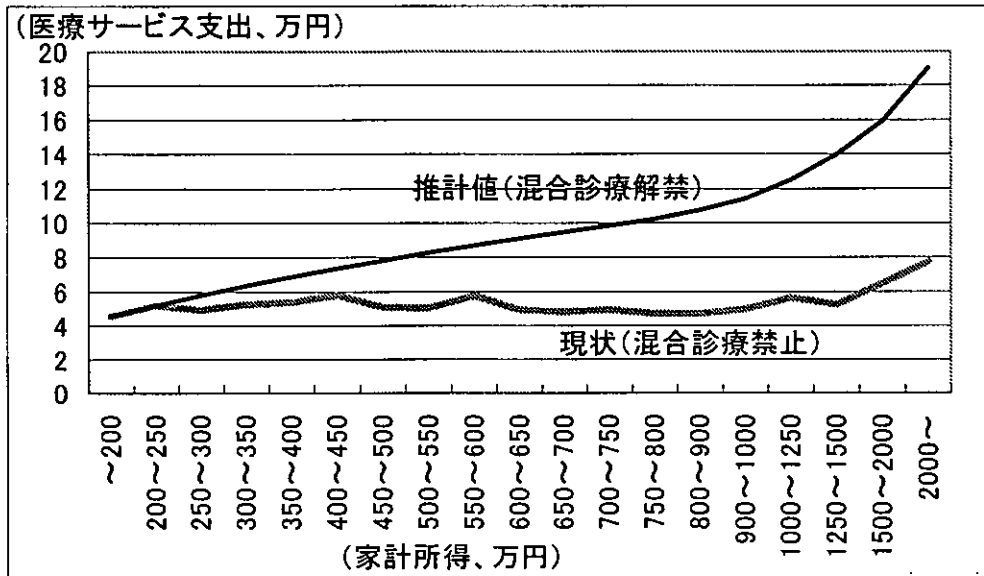
3. 3 アメリカの弾力性を日本に適用

仮に混合診療解禁によって日本でもアメリカ並みに医療サービス支出の弾力性が高るものと仮定して、先に計測したアメリカの弾力性を日本の所得階級別データにあてはめる。こうして求めたわが国の年齢階級別医療サービス支出は図表5のとおりである。

この所得階級別医療サービス支出額に所得階層別世帯分布を掛けてマクロレベルでの増

加分を評価したところ、弾力性の上昇によって家計の医療サービス支出（公的保険診療の患者負担分）は現在より85%増加するという結果を得た。

図表5 混合診療解禁による医療サービス支出の変化



注) 医療サービス支出の所得弾力性がアメリカ並に上昇すると仮定した推計値。

3. 4 患者自己負担の増加規模

家計の医療サービス支出85%増加がもたらす、マクロ医療需要の拡大効果をみよう。

2000年度の国民医療費は30兆3583億円であった。患者負担分はこのうち14.8%の4兆4919億円である。家計の医療サービス支出はこの患者負担に相当するものであるから、混合診療解禁による家計支出増加はこの自己負担の拡大に相当する。

図表6 財源別国民医療費

財源	2000年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)
国民医療費	303 583	100.0
公費	97 486	32.1
国庫	74 302	24.5
地方	23 183	7.6
保険料	160 910	53.0
事業主	68 446	22.5
被保険者	92 465	30.5
その他	45 189	14.9
患者負担(再掲)	44 919	14.8

(資料)厚生労働省「国民医療費」

患者負担4兆4919億円の85%増加分は3兆8181億円であるから、国民医療費は12.6%増加することになる。経済全体へのインパクトでは、2000年度のわが国GDP515兆4,779億円が0.74%増加することを意味する。これは混合診療解禁によるマクロ消費の増加と考えることができる。

4. 混合診療の設計

医療サービス市場はしばしば指摘されるように医師と患者のあいだの情報の非対称性が大きい。そのため、混合診療が解禁されると、患者の情報不足につけこんで不要な医療サービスを医師が提供する懸念がある。こうした弊害を防ぐために、解禁する医療分野を限定することや、新しいチェック機能を整備するなど、制度の再設計が必要となるだろう。

適応外処方とは公的保険で使用が認められた薬剤であっても適用できる疾病や処方量を超えるなど保険の範囲から外れることを指すが、治療行為の面でも同様の適応外診療が起きうる。つまり、すでに確立した医療技術であっても、現在の公的保険診療の給付対象となっていない場合である。例えば吻合器の追加的個数やピロリ菌の除菌期間延長等の数量的なものや、盲腸ポート手術や乳房形成、診療の過程で必要な疾病予防措置など多くのケースがこれにあたるだろう。一方で、医療技術が確立されていない治療法や治療効果が期待できない治療法へ私的診療が氾濫しないよう、混合診療解禁を適用する医療分野を限定する必要があるだろう。

次に適用を高度医療を提供できる医療機関へ限定することが重要である。臨床研修指定病院など、高い医療水準として認定されたものや、厚生労働省の定める医師・看護師等の人員配置基準を一定以上、上回っているなど、保険診療の基準を超えていると認定された医療機関は、包括的に診療報酬の一定割合の追加負担を患者に求めることを認める方法があるだろう。この場合、医療機関の質を担保するために、外部からの監査等の第三者評価に基づき、常時、認定の維持・取り消しを決める仕組みが必要となる。

最後に、医療サービスに関する情報公開の徹底である。自由診療を行った場合にも、保険診療を超える患者に請求した実費分も保険者に届け出るとともに、具体的な診療行為の記録および治療成績のデータを情報公開するなど、透明性の高い運用が不可欠である。そのような仕組みの導入によって、医師による医療サービス誘発需要の弊害を防ぐことができる。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」

（分担）研究報告書

介護分野の規制改革— 特別養護老人ホームへの株式会社参入全面解禁に伴う市場拡大効果 —

鈴木亘 大阪大学大学院国際公共政策研究科

研究要旨

①介護保険が開始され、在宅介護市場では株式会社参入が認められたものの、特別養護老人ホーム市場は、依然として参入規制が続いている。最近、特区においてのみ規制緩和が容認されることになったが、実質的な障害が大きいため、特区申請件数はわずか1件にとどまっている。

②規制緩和の全面徹底化により、現在20万人とも24万人とも言われる特別養護老人ホームの待機者数が解消されると考えられる。しかしながら、同時に、現在在宅介護において発生している施設介護の代替需要は、減少すると見られる。

③待機者数23万9000人、在宅介護需要者11万3000人に基づいて計算したところ、特別養護老人ホーム市場の規制緩和による市場創出規模は年間約7000億円に上ることがわかった。

A. 研究目的

わが国では2000年度から介護保険制度が施行され、これまで措置制度の下に運営され、実質的に低所得者のみに限定されていた公的介護サービスが、介護保険に加入している全ての国民に開放されることとなった。これに伴い、介護保険市場は大幅に拡大し、民間部門に巨大な新規市場を提供することになった。また、わが国の急速な高齢化に合わせ、現在も介護保険市場は急拡大を続けている。しかしながら、規制緩和の対象となった介護サービスは、ホームヘルプサービスや入浴介護サービスなどの在宅介護分野であり、特別養護老人ホームや老人保健施設、療養型病床群といった介護サービスの一翼を担う施設介護分野は、依然として参入規制が続いており、見込みのある新市場が放置されている。本稿は、施設介護市場の規制緩和の問題点と、それが生み出す市場規模の試算を行う。

B. 研究方法

施設介護市場は、現在、需要超過が発生していると考えられ、一部は訪問介護需要に代替需要が発生していると考えられる。需要超過と代替需要の解消が行われるとして、部分均衡分析を行った後に、実際のデータを用いてその市場規模を試算した。また、規制緩和を阻む様々な法律の問題点についても、分析を行った。

C. 研究結果

待機者数23万9000人、在宅介護需要者11万3000人に基づいて計算したところ、特別養護老人ホーム市場の規制緩和による市場創出規模は年間約7000億円に上ることがわかった。

D. 考察

訪問介護市場を民間市場に開放し、施設介護市場を解禁しないという現状は、大きな市場の歪みを生じさせており、また、大きな市場チャンスを埋没させている。施設介護市場の規制感には大きな厚生改善をもたらすと考えられる。

E. 結論

規制緩和の全面徹底化により、現在 20 万人とも 24 万人とも言われる特別養護老人ホームの待機者数が解消されると考えられる。しかしながら、同時に、現在在宅介護において発生している施設介護の代替需要は、減少すると見られる。

F. 研究発表

鈴木亘「介護分野の規制改革— 特別養護老人ホームへの株式会社参入全面解禁に伴う市場拡大効果 —」日本経済研究センター「新市場創造への総合戦略」2004 年 3 月

G. 知的所有権の取得状況

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」

（分担）研究報告書

介護分野の規制改革— 特別養護老人ホームへの株式会社参入全面解禁に伴う市場拡大効果 —

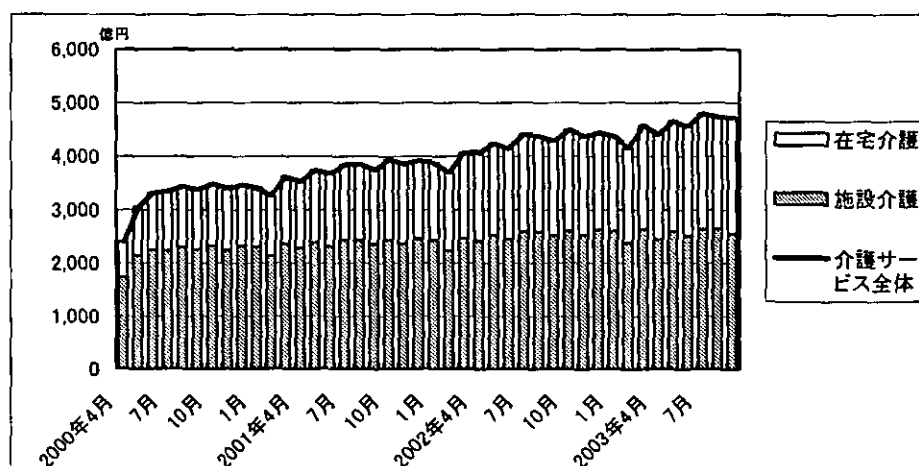
鈴木亘 大阪大学大学院国際公共政策研究科

1. はじめに

わが国では 2000 年度から介護保険制度が施行され、これまで措置制度の下に運営され、実質的に低所得者のみに限定されていた公的介護サービスが、介護保険に加入している全ての国民に開放されることとなった。これに伴い、介護保険市場は大幅に拡大し、民間部門に巨大な新規市場を提供することになった。また、わが国の急速な高齢化に合わせ、現在も介護保険市場は急拡大を続けている。しかしながら、規制緩和の対象となった介護サービスは、ホームヘルプサービスや入浴介護サービスなどの在宅介護分野であり、特別養護老人ホーム（以下、特養ホーム）や老人保健施設、療養型病床群といった介護サービスの一翼を担う施設介護分野は、依然として参入規制が続いており、見込みのある新市場が放置されている。図 17-1 はこのことを顕著に表わしている。

介護保険の開始に伴って介護給付費は急拡大を続けているが、その内訳をみると、拡大している市場は在宅介護分野のみであり、施設介護については、驚くべきことに殆ど増加しておらず横ばいで推移をしている。こうした中、特養ホーム市場の規制緩和の声が高まり、総合規制改革会議「規制改革推進のためのアクションプラン・12 の重点検討事項に関する答申」では、株式会社等による特別養護老人ホーム経営の解禁が打ち出された他、2003 年度から「構造改革特区」において、特養ホームの設置主体及び経営主体に対して公設民営方式または P F I 方式により株式会社の参入が容認された。しかしながら、様々な実質的な参入規制が残っているために、現時点(2004 年 1 月)において、構造改革特区においてこの申請を行った自治体は、わずかに 1 件（岩手県一戸町）という実情である。そこで、本章では、限られた公表統計を用いて、特養ホーム市場の参入規制撤廃・民営化が完全に為された場合の経済効果について具体的な試算を行い、規制緩和に対する議論の一助としたい。

図 17-1 介護保険給付費の推移とその内訳



注) 国保中央会「介護給付費の状況(各月版)」より。金額は介護費。

試算の結果、特養ホーム市場の規制緩和徹底による市場拡大規模は、約 7000 億円という結果となった。

2. 特養ホーム市場の参入規制の現状

2. 1 株式会社の介護施設の経営を妨げている規制の根拠条文

現在、特養ホームの参入規制を妨げている根拠条文は、どのようなものがあるのだろうか。それは大きく三つ、憲法 89 条、老人福祉法第 15 条、社会福祉法第 25 条が挙げられる。まず、憲法 89 条には「公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない」と定められている。これにより、利潤を分配する株式会社などの営利業者の参入が認められない根拠となっている。また、老人福祉法第 15 条第 3 項では、「市町村は、厚生省令の定めるところにより、あらかじめ、厚生省令で定める事項を都道府県知事に届け出て、養護老人ホーム又は特別養護老人ホームを設置することができる」とされており、老人福祉法第 15 条第 4 項「社会福祉法人は、厚生省令の定めるところにより、都道府県知事の認可を受けて、養護老人ホーム又は特別養護老人ホームを設置することができる」と相まって、株式会社に認可を行わない権利を発生させている。

さらに、社会福祉法第 25 条「社会福祉法人は、社会福祉事業を行うに必要な資産を備えなければならない」としており、それに基づく「社会福祉法人の認可について（平成 12 年 12 月 1 日法人認可局長通知）」では、「社会福祉法人福祉施設を経営する法人にあっては、全ての施設についてその施設の用に供する不動産は基本財産としなければならないこと」、及び社会福祉法第 47 条「解散した社会福祉法人の残余財産は、定款の定めるところにより、

その帰属すべき者（他の社会福祉法人に限定）に帰属する」としている。これにより、そもそも利潤分配や財産分与ができないことから、この点においても株式会社の参入が妨げられることになっている。

2. 2 特区による規制緩和

憲法 89 条の「政府が公の支配に属しない慈善・博愛の団体に補助金等を支出すること」に対する憲法上の禁止規定が、老人福祉法第 15 条第 3 項の「公の支配に属する」民間事業者として社会福祉法人が特別養護老人ホーム等を独占的に設立することや、それに公的な資本整備費（施設建設費の 4 分の 3）が助成されることの根拠とされている¹。社会福祉法第 25 条の社会福祉法人がその不動産を基本財産として寄附で賄わなければならないことは、その解散時に、医療法人のように出資者の財産権が保全されるのではなく、他の社会福祉法人が国に財産を帰属させることで、社会福祉法人の非営利性を担保するための措置とされている。また、これは重度の要介護者にとって終の住処である特別養護老人ホーム等の安易な撤退を防ぎ、経営の安定性・持続性を担保するための手段ともされている。

設立者の寄附行為に基づき設立された特別養護老人ホーム等に政府が多額の設備補助金をつぎ込み税制上の優遇措置を与える現行の方式は、政府が公的福祉として、限られた数の高齢困窮者を施設に収容する措置制度に対応したものであった。しかしながら、介護を要する高齢者数が傾向的に増加し、且つその経済的な負担能力も平均的に高まり、施設介護へのニーズが高まるなかで、より市場を活用した介護サービスが求められるようになってきている。これに対して、政府は 2000 年度より公的介護保険の開始や、事業者と利用者との間の対等な契約を前提とした社会福祉法が成立し、利用者の自由な選択に基づく福祉制度へと転換した。こうした制度改革のなかで、利用者の選択肢を拡大させるためには、多様な供給主体の市場参入が不可欠となる（規制改革の推進に関する第 1 次答申）。

このため、すでに在宅介護サービスやケアハウス等では株式会社等、多様な経営主体の参入が容認され、特養ホームの参入規制の合理性自体が根拠の希薄なものとなってきた。その後、総合規制改革会議等により、特養ホーム分野への株式会社参入への要望が高まり、小泉政権が進める構造改革特区において、自治体が十分関与できる公設民営方式又は PFI 方式の下で、特別養護老人ホームへの株式会社等の参入が容認された²。

2. 3 依然残る実質的な参入規制

しかしながら、厚生労働省が定めている特養ホームへの株式会社参入容認の為の条件は、介護保険適用ケアハウス（軽費老人ホーム）の民間参入を認めた時の許可条件（2002 年 1 月通知）に基づき、民間企業が参入する場合、純資産が 3 億円以上で、1 部上場や事業から撤退するときに他の法人に事業を引き継ぐなど細かく定められており、実質的な参入規制が続いている。このため、構造改革特区の始動時には、東京都杉並区・中央区、埼玉県志

木市、千葉県市川市、愛知県高浜市など特別養護老人ホームの株式参入に手を挙げかけた自治体も多かったが、現在は様子見をしている段階であり、具体的な申請を行って認可されたのは、岩手県一戸町1件にとどまっている。

こうした中、総合規制改革会議では、「規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項に関する答申」として株式会社等による特別養護老人ホーム経営の前面解禁を打ち出し、「(1)少なくとも特区において講ずべき措置」として、「株式会社等が特別養護老人ホームの設置から運営まで一貫して行う、いわゆる『民設民営方式』を特区において解禁すべき。その際、施設整備費補助金等の適用を容認するなど、株式会社等と社会福祉法人との間において、同等の競争条件を確保する措置を講ずべき」とした。また「(2)全国規模において講ずべき措置」として、「『PFI方式』又は『公設民営方式』のように、地方公共団体が直接事業に強く関与し、当該事業の保証を行うこと等により弊害の発生を極力抑制しているような特例措置については、早急に全国規模での規制改革に移行させるべきである」ということを明確に答申した。これに対し厚生労働省は、「総合規制改革会議「規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項に関する答申」に対する厚生労働省の考え方について」として、「特区において、自治体が十分関与できる公設民営方式又はPFI方式の下で、特別養護老人ホームへの株式会社等の参入を容認したところであり、今後の展開については、特区における株式会社等による特別養護老人ホーム経営の状況や施設体系の在り方の見直しの状況をみながら、検討していく必要がある」と回答しており、攻防が続いている。

3. 規制緩和による市場拡大の試算

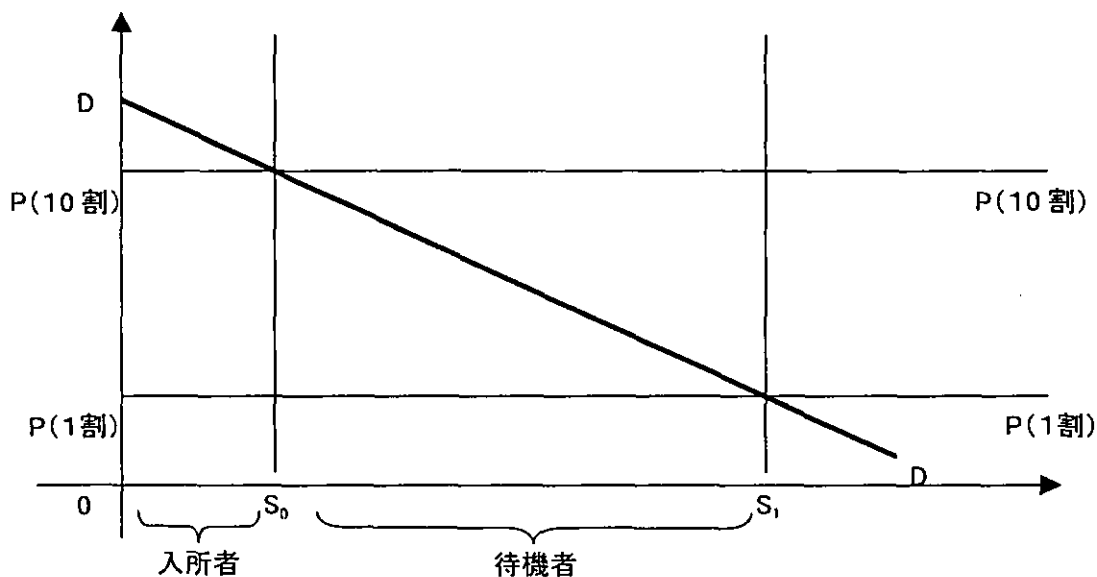
3.1 方法論

現在、深刻化しているといわれる特養ホームの入所待機者が発生するメカニズムを、簡単な経済理論を用いて考えてみよう³。

図17-2は、現在の特養ホーム市場の需給を表したものである。今、需要曲線を直線DD、供給曲線を直線SoSoで表す。供給曲線が垂直である理由は、参入規制が存在しているからである。このため、需要の如何に関わらず、供給量はSo点となっている。介護保険により利用者の自己負担率は1割となっているため、生産者が直面している価格（介護報酬単価）と需要者が直面する価格は異なっている。需要者にとっての価格は、実際の価格の10分の1であるから、需要者の需要量はP(1割)と需要曲線DDの交点であるS1まで発生していると考えられる。一方、供給量はSoで規制されているため、需要量は0-S0までの範囲の人数でしか満たされず、So-S1の需要量が需要超過となっている。言い換えると、0-S0までが特養入所者であり、So-S1までが入所待機者となっているものと考えられる。したがって、So-S1の人数に、P(10割)の価格をかけたものが、入所待機者解消による市場拡大効果である。

しかしながら、特養ホーム市場が拡大する一方で、今まで入所待機者が利用していた在宅介護サービスの市場が縮小することを考慮しなければならない。この分の市場規模を差し引いたものが、最終的な規制緩和による市場拡大規模と言える。

図 17-2 特養ホーム入所待機者発生仕組み



(注) 内閣府(2003)による。

3. 2 市場拡大規模の計算

次に、具体的な統計数値を利用して、市場拡大規模の試算を行う。

まず、規制緩和による特養ホーム市場自体の拡大効果（グロス効果）を計算するためには、価格 P (10割) に当たる 1 人当たりの平均費用額と需要拡大人数 ($S_0 - S_1$) を具体的な数値として得る必要がある。まず、1 人当たり平均費用額は、厚生労働省が毎月公表している「介護給付費実態調査月報」の中から現在入手し得る最新月（平成 15 年 10 月審査分）を取り出し、それを 12 倍して年額とした。

次に需要拡大人数については、2003 年に日本共産党によって行われた最新版の待機者数調査を用いる（表 17-2）。これは、日本共産党の児玉健次議員が各都道府県に電話で問い合わせ集計したデータである。

それによると特養ホーム待機者数は合計で約 23 万 9000 人、そのうちの在宅介護需要者が約 7 万 8000 人である。もっとも、在宅介護需要者は未調査の県が多いため、調査県の平均割合（在宅/待機者数比率、55%）を使って未調査県データを補填すると、約 11 万 3000 人となった。

表 17-1 介護サービス別の 1 人当たり費用額とその内訳

単位:千円

	計	要支援等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅介護	1,073	355	757	1,138	1,621	1,918	2,203
介護老人福祉施設	3,785	3,193	3,182	3,480	3,626	3,934	4,020
介護老人保健施設	3,950		3,523	3,739	3,936	4,114	4,252
介護療養型医療施設	5,221		3,565	4,030	4,831	5,237	5,552

(注) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報(平成15年10月審査分)」を年額換算

表 17-2 各県別 特養ホーム待機者数

	待機者	うち在宅者		待機者	うち在宅者
北海道	15,269	5,175	滋賀	3,940	1,649
青森	2,945	1,387	京都	3,640	未調査
岩手	1,745	1,745	大阪	7,200	未調査
宮城	5,678	2,528	兵庫	3,368	40%と推定
秋田	2,194	2,194	奈良	2,382	1,036
山形	4,680	1,900	和歌山	1,399	1,399
福島	8,284	3,573	鳥取	474	474
茨城	5,122	1,936	島根	3,838	1,419
栃木	1,910	745	岡山	2,000	2,000
群馬	5,000	未調査	広島	2,093	未調査
埼玉	5,800	未調査	山口	7,016	2,729
千葉	13,270	5,242	徳島	708	未調査
東京	25,495	11,651	香川	1,853	未調査
神奈川	18,375	未調査	愛媛	回答なし	不明
新潟	8,072	3,284	高知	2,119	656
富山	831	未調査	福岡	11,043	3,767
石川	2,800	1,200	佐賀	343	343
福井	2,600	1,200	長崎	5,084	1,895
山梨	3,037	未調査	熊本	5,500	1,750
長野	2,890	2,890	大分	5,026	2,856
岐阜	3,344	未調査	宮崎	2,114	1,246
静岡	7,623	2,820	鹿児島	1,448	未調査
愛知	7,740	未調査	沖縄	4,528	不明
三重	6,859	3,696	合計	238,679	77,732

注) 赤旗新聞 2003年2月18日版、共産党児玉健次氏による各都道府県電話ヒアリングの結果。

したがって、この 23 万 9000 人に年額 378 万 5000 円を乗じて 9046 億円が単純な市場拡大規模となる。しかしながら、前節で論じたように、現在待機者となっている人々は既に在宅介護を受けていると考えられることから、待機者の需要が顕現化した場合は、それまで在宅介護で代替していた在宅費用が市場から消失する。したがって、この分の市場規模を差し引かなければならない。その需要減少人数は待機者数に等しいが、その待機者が使っていた在宅介護費用の正確な統計はどこにも存在しない。そこで、次のような方法で推測することにした。まず、待機者は現在の施設入居者と同様の要介護度の構成であると仮

定して、表1で計算した在宅の要介護度別費用を、この構成比のウェイト（表17-3）を用いて足し挙げる。今、その金額を計算すると、175万7000円となった。したがって、在宅市場の減少効果は、待機者数にこの費用額を乗じればよい。金額は、1985億円である。したがって、ネットの市場拡大効果は $9046 - 1985 = 7061$ 億円と算出される。

表17-3 在宅介護費用の算出

	単位:千円					
	要支援等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅介護費用	355	757	1,138	1,621	1,918	2,203
介護老人福祉施設人数構成比	0%	8%	13%	18%	29%	31%

(注) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報（平成15年10月審査分）」を年額換算

ただし、この試算には若干の留意点が存在する。まず、待機者のうち、在宅介護を需要している人以外の中には、長期入院をするなどの社会的入院が含まれているはずである。ここでは、その規模が不明であるために考慮されていない。したがって、試算値は過大となっている可能性がある。一方、過少となっている可能性も存在する。ここでは、待機者として実際に申請を出している申請数のみをカウントしているが、申請しても仕方がないとしてあきらめている「潜在的待機者数」は含まれていない。第18章の保育市場の例でもわかるように、潜在的待機者数は、実際の待機数を大幅に上回るのが常であるから、むしろ過少な推定と見るほうが現実的であるかもしれない。今、仮に要介護5および4に分類

表17-4 将来の介護費予測（鈴木2002cより再掲載）

(単位:億円,2001年価格)

	介護費予測			
	2001年8月 (年換算)	2010年	2015年	2025年
合計	43,242	86,518	103,276	131,678
居宅サービス計	14,412	32,062	38,117	48,301
訪問通所小計	12,375	27,514	32,692	41,392
訪問介護	3,790	8,431	10,017	12,686
訪問入浴介護	459	1,033	1,239	1,592
訪問看護	1,048	2,345	2,800	3,572
訪問リハビリテーション	42	93	112	142
通所介護	3,728	8,268	9,805	12,378
通所リハビリテーション	2,701	5,991	7,107	8,973
福祉用具貸与	607	1,353	1,612	2,049
短期入所小計	1,279	2,868	3,427	4,376
短期入所生活介護	960	2,149	2,569	3,281
短期入所療養介護(老健)	281	630	753	960
短期入所療養介護(病院等)	39	88	106	135
居宅療養管理指導	175	391	466	593
痴呆対応型共同生活介護	325	721	856	1,081
特定施設入所者生活介護	258	568	677	860
居宅介護支援	1,259	2,797	3,310	4,166
施設サービス計	27,571	54,456	65,159	83,377
介護福祉施設サービス	12,077	23,857	28,546	36,530
介護保健施設サービス	9,668	19,060	22,778	29,080
介護療養施設サービス	5,826	11,539	13,835	17,767

注)介護従事者数は常勤換算値。介護従事者数予測の()内は、介護職員(ヘルパー)数。

される全ての人々が本来施設に入所すべき人々だと想定して、潜在的待機者数を計算してみよう。平成15年10月末時点で、要介護4の総数は40.6万人、要介護5は38.1万人、合計78.7万人いるが、そのうち、施設に入所できている人々は43.7万人に過ぎないから、差し引きは35.0万人である。これに対応する市場規模を計算しなおすと、ネットの市場拡大効果は1兆1262億円となる。

ところで、介護市場の特徴は高齢化によって急速に拡大することである。現在の規制緩和の効果はそれほど大きくないとしても、将来的に大きな市場が期待できる。表17-4は、鈴木(2002c)によって行われた施設需要の予測値であるが、2010年には現在の1.98倍、2015年には2.36倍、2025年には3.02倍に達する見込みである。この倍率で、7006億円を拡大させれば、それぞれ2010年1兆3838億、2015年1兆6557億、2025年2兆1187億になることも考え得る。

¹ 過去の措置費等の経常費への公的支出は、民間からのサービス購入の対価として合意とされている。

² 具体的には、構造改革特別区域法において、主体に対する制限を構造改革特別区域法第18条(老人福祉法の特例)により、「地方公共団体が、その設定する構造改革特別区域の全部又は一部が属する特別養護老人ホーム不足区域において特別養護老人ホームの設置を促進する必要があると認めて内閣総理大臣の認定を申請し、その認定を受けたときは、当該認定の日以後は、選定事業者である法人は、老人福祉法第15条第1項から第5項までの規定にかかわらず、当該構造改革特別区域内の特別養護老人ホーム不足区域において、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の認可を受けて、特別養護老人ホームを設置することができる」とし、さらに構造改革特別区域法第19条(老人福祉法の特例)において、「地方公共団体が、その設定する構造改革特別区域の全部又は一部が属する特別養護老人ホーム不足区域において特

別養護老人ホームの設置を促進する必要があると認めて内閣総理大臣の認定を申請し、その認定を受けたときは、当該認定の日以後は、当該地方公共団体は、老人福祉法第15条第1項から第5項までの規定にかかわらず、特定区域において、その設置する特別養護老人ホームの設置の目的を効果的に達成するため必要があると認めるときは、条例で定めるところにより、次に掲げる基準に適合すると認められる法人にその管理を委託することができる」とした。

³ 以下の記述は、内閣府(2003)を参考とした。

[参考文献]

厚生労働省老健局(2003)『施設サービスの見直し特別養護老人ホームについて』平成
15年4月3日

鈴木亘(2002a)「非営利訪問介護事業者は有利か?」『季刊社会保障研究』第38巻1号
国立社会保障・人口問題研究所。

鈴木亘(2002b)「公的介護保険で訪問介護市場はどう変わったか」八代尚宏編『21世
紀の社会保障の展望と政策』東洋経済新報社所収論文(7章)

鈴木亘(2002c)「介護サービス需要増加の要因分析—介護サービス需要と介護マンパワ
ーの長期推計に向けて—」『日本労働研究雑誌』(日本労働研究機構)No. 502

全国老人福祉施設協議会・制度政策委員会(2003)『特別養護老人ホーム(介護老人福
祉施設)入所希望者数等に関する調査報告書』平成15年3月

内閣府国民生活局物価政策課(2002)「介護サービス市場の一層の効率化のために—「介
護サービス価格に関する研究会」報告書」

内閣府(2003)『医療・介護・保育等における規制改革の経済効果—株式会社等の参入
に関する検討のための試算』内閣府政策効果分析レポートNo. 16

南部鶴彦(2000)「介護サービス産業への公的介護保険導入の経済的帰結」国立社会保
障・人口問題研究所『医療・介護の産業分析』東京大学出版会

八代尚宏(2000)「福祉の規制改革—高齢者介護と保育サービスの充実のために—」八
代尚宏編『シリーズ現代経済研究 18|社会的規制の経済分析』日本経済新聞
社

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究」
（分担）研究報告書
日本の訪問介護市場における市場集中度と効率性、質の関係

周燕飛 大阪大学社会経済研究所
鈴木亘 大阪大学大学院国際公共政策研究科

研究要旨

本稿は、独自に企画された訪問介護業者のアンケート調査を用いて、市場の集中度が訪問介護市場のサービスの質と効率性に与える影響を分析した。その結果、サービスの質については明確な関係がみられなかったものの、サービスの質を調整した後の効率性に対しては、市場競争が激しいほど効率的であるとの結果が得られた。したがって、本稿の結果は、介護保険導入により始まった訪問介護分野の参入規制撤廃や、今後の更なる競争政策を積極的に評価するものとなった。

A.研究目的

2000年に公的介護保険が実施されたが、訪問介護業者数が増加したり、要介護者の満足度が高まったとする以外には、現在まで政策評価らしい評価が存在していない。本稿は、公的介護保険が開始されて、サービスの質や効率性がどう変わったのかという点を、日本銀行と著者が実施したアンケート調査を元に解明してゆく。

B.研究方法

データは、日本銀行と著者が平成13年9月に実施したアンケート調査である。訪問介護業者のサービスの質や財務指標を中心に集められた。これらを元に、質関数を推定し、その予測値を変数に入れたコスト関数をトランスログフォームで推定を行った。

C.研究結果

主要な結果は以下の点である。

第一に、市場の競争条件の強化がサービスの質を改善する可能性はあるものの、この調査時点ではそれほど明確な関係が見られていない。わずかに情報公開に関する指標が有意な関係を持っている程度である。もともと、本稿で用いたサービス指標には限界があることから、これはもっとさまざまなサービス指標を用いてさらに検証されなければならない課題である。

第二に、厚生労働省が発表した統計とは異なり、市場の競争が激しいほど訪問介護業者の費用が低い。これは、営利・非営利などの法人種やサービスの質を考慮した費用について成り立っている。したがって、さらなる市場の競争を推進する政策は、より効率化をもたらすと考えられる。

第三に、サービスの質と費用にはトレードオフの関係が生じている。また、規模の利益を示唆する結果も得られた。さらに、営利業者は非営利や公的業者に比較して、質調整後の