

国際比較からみた介護システムの役割分担

— 民営化と分権化の動向を中心に —

李 鳳 月*

はじめに 介護システムの改革動向と国際比較

人口高齢化の進展にともない、世界中で介護サービスを必要とする人の数は大幅に増加すると見込まれる。介護需要の飛躍的な高まりに対応した介護システムを確立することが大きな課題となっている。すでに高齢化社会を迎えた先進諸国においては、介護問題に対する政策展開がさまざまな形で行われてきた。例えば、1990年代はスウェーデンのエーデル改革、イギリスのコミュニティ改革、ドイツの介護保険制度の創設、フランスにおける個人自立給付制度の実施、そして2000年に入ってから日本、韓国における介護保険制度の導入など、各国で特徴ある取り組みが行われている。

しかしながら、90年代に制度化された介護システムがすでにいくつかの国ではその運営の成果について再検討する段階に入り、多くの問題が明らかにされてきた。その中で、先進諸国で進めてきた改革にほぼ共通してみられる2つの方向性は「民営化」と「分権化」であるといえる。それは、民間の役割を導入することと、中央・連邦政府レベルから州・地方政府レベルへの下方に権限を移行することである。

介護システムの国際比較研究は、1990年代初頭以降に欧米の研究者によって先鞭がつけられる。比較研究の対象とする国も欧米諸国が中心である。例えば、デンマークの国立社会調査研究所が98年に公刊した成果は、ヨーロッパ7カ国を取り上げ、それぞれの国について介護の歴史をはじめ、財政、サービスの供給、組織、子ども、高齢者、1984-96年の変化の合計7つの項目に沿った分析を加えた。また、イギリスの王立委員会は『介護に関する王立委員会報告書』という提言を1999年に発表した。OECD報告書*Long-term Care for Older People* (2006)では加盟国の介護政策改革に向けた教訓が紹介され、支出、財源確保、介護受給者などの動向が分析されている。一方、日本の代表的な研究として、足立 (1998)、鬼崎ほか (2002)、和田 (2007)、増田 (2008)などを挙げることができる。

しかし、以上の国際比較は、各国の高齢化の現状、介護施策の歴史、介護システムの概要などについて解説されているが、統計データに基づいた分析は少ない。さらに、介護システムの民営化や地方分権といった視点に絞った国際比較研究は各国で制度仕組みが異なるせいもあって十分に行われていない。介護システムの民営化と分権化は国際的にも重要な課題であることと認識されているが、いったい、民営化と分権化はどのような国で、どの程度進展したのか、その現状はどうなっており、どのような成果をもたらしたのか、といった問題にアプローチする必要がある。しかし残念なのは、一国的にはともかく、国際的規模でこうした課題にこたえた研究は少ない。

* E-mail: lfy2006@hotmail.co.jp

そこで、本稿ではこの二つの動向に注目し、各国の介護システムの比較からその特徴を析出し、その効果を点検したいと思う。

介護サービスの提供を財政の確保とサービスの供給に分けると、その主体は必ずしも一致しない場合がある。政府・民間セクターを組み合わせることで、介護システムのバリエーションを分類できる。それらをどのように組み合わせることが最終目的の達成に最も有効であるかという介護システム全体の設計と具体の施策の効率的運営とを合わせて考えていく必要がある。そこで、本稿では、各国における民営化と分権化といった改革動向に留意しながら、財政面と供給面に分けて、効率性の視点から各国の介護システムについて評価を行いたいと思う。

1 国際比較における介護の定義と各国の介護システム

1.1 介護の定義

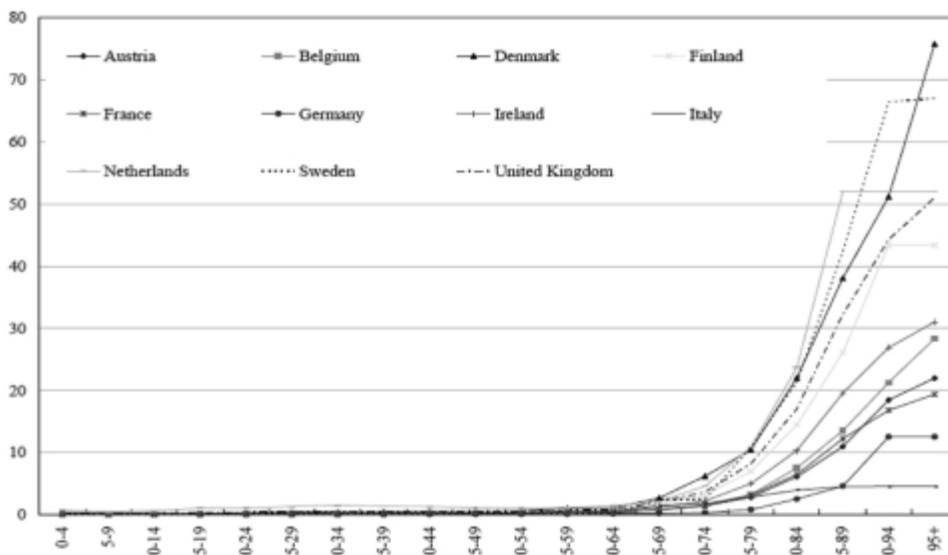
三富（2010）によれば、日本における国際比較では介護保障システムと高齢者介護保障システムの同一視という概念の問題を抱えているとされている。同氏は、Long-term care（長期介護）というのは高齢者にとどまることなく、障害者を含む幅広い年齢階層を対象とする表現であり、“Long-term care for older people”に示されるように、長期介護のうち高齢者に対象を絞るものであると指摘している。その上で、他の論者が介護と高齢者介護とを同一視することは、国際レベルの理解を思い起こすならば明らかに非常識であると批判している。

OECD（2007）によると、介護（LTC）は以下のように定義されている。「介護とは長期にわたり心身の障害がある者に対して、適切な保健や社会サービスを総合的に提供するケアの体系である。ケアは、施設、在宅またはコミュニティで提供され、また、専門家・機関によるフォーマルなサービスや家族・友人によるインフォーマルなサービスを含む」と定義できる。この定義によれば、介護システムは高齢者介護をも含め、より範囲が広い。

しかし、実際に介護を受ける人の年齢をみると、図表1は各国における年齢層別の1人当たり公的介護支出が1人当たりGDPに占める割合を示したものである。図表1によると、介護を受ける人の年齢について、各国の介護システムはそれぞれ違うが、実際に介護を受けている人はほとんど65歳以上の高齢者であることが分かる。例えば、日本では介護保険制度の受給者は基本的には65歳以上の要介護高齢者が給付対象であり、65歳未満の者については、高齢化に伴って生じる疾患で要介護状態になった場合のみ給付対象となる。ドイツでは、年齢に関わらず要介護状態になれば給付対象になるが、各年齢階層で介護が必要になる比率は60歳未満では0.5%であるが、60歳以上80歳未満で4%、80歳以上ではおよそ32%となっている（泉2005）。また、OECD（2006）によると「公的介護サービスの利用者の主流は高齢者で、その多くは最高齢者層（80歳以上）である。経験則から、在宅サービス利用者の約80%と介護福祉施設入居者のおおよそ90%は65歳以上である」としている。一方、WHO（世界保健機関）による健康寿命（Health life expectancy : HALE）の統計によれば、60歳時での健康余命と平均余命の差は3年から5年である。この差が健康に問題を抱える期間であり、その中に介護を必要とする期間があると考えることができる。

以上のことから、本研究では各国のそれぞれの制度仕組みに依拠しながら、全年齢層の介護を中心として検討する。しかし、各国の統計上の問題やデータ入手の困難等もあることから、介護システムと高齢者介護システムを同一視して論じることもある。

図表1 年齢層別の公的介護支出（対1人当たりGDPの比率）



出所：Martins et al (2006)。

1.2 各国の介護システム

近年、高齢者介護プログラムは多くの先進国で模索されている。図表2はOECD諸国の介護プログラムを示したものである。まず、介護の種類をみると、大半の国では在宅介護と施設介護の両方から構成されている。次に、介護プログラムについて、独立している介護制度をつくる国もある一方、介護サービスを医療、年金、社会保護に含まれて、提供している国もある。その中で、地域を中心として介護プログラムが展開されている国も少なくない。財源をみると、社会保険制度の国と一般税による実施している国に分けられる。19カ国のうち12カ国では、介護の主な財源は税であり、5カ国では財源の一部は税である。また、給付形態は現物と現金の二種類があるが、現物給付を中心としている国が多い。介護受給者の資格については、ほとんどの国では全年齢層であるが、所得・資産調査を参考にする国が多い。最後に、介護福祉施設で提供されるサービスに求められる費用の自己負担に関しては、国によってかなりの相違がある。後で述べるように、多くの国では、高い自己負担により、介護コストの抑制が行われてきた。

OECD諸国の介護システムには多様性がみられる一方で、ほとんどの国は、高齢化による将来の社会保障給付の増加に対応すると同時に、持続可能な介護制度を構築していくため、改革を進めようとしている。いずれの国でも、最もニーズのある人々へのさらなるサービスの絞り込み、および適切な利用者負担の修正と地方への権限移譲が改革の中核部分となっている。

図表2 OECD主要国における主な公的介護プログラム（2003年）

国	種類	プログラム	財源	給付	認定基準	自己負担
オーストラリア	施設	Residential care (入所者介護)	一般税	現物	年齢を問わず	基本料プラス、所得に応じた資産調査に基づく料金
	在宅	Community Aged Care Packages (地域高齢者介護パッケージ：CACP)	一般税	現物	基本的に70歳以上、資産調査	支払能力に応じた利用料
		Home and Community Care (在宅・地域介護：HACC)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	支払能力に応じた利用料
		Care payment (介護給付金)	一般税	現金	年齢を問わず 資産調査	
		Carer allowance (介護者給付金)	一般税	現金	年齢を問わず 全国民	
オーストリア	在宅	Long-term care Allowance (介護給付金)	一般税	現金	年齢を問わず 全国民	給付金と実費の差額を負担する
	施設	Long-term care Allowance (介護給付金)	一般税	現金	年齢を問わず 全国民	給付と実施の差額を負担する
カナダ	在宅	Provincial Programmes (州のプログラム)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	州により資産調査の内容は異なる
	施設	Provincial Programmes (州のプログラム)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	州により資産調査の内容は異なる
ドイツ	在宅	Social Long-Term Care Insurance (公的介護保険)	保険料	現物 現金	年齢を問わず 全国民	基本的に負担の必要はない。ただし、追加サービスや社会保険の対象とならない高額サービスは有償であり、個人支出の平均は毎月130ユーロである
	施設	Social Long-Term Care Insurance (公的介護保険)	保険料	現物	年齢を問わず 全国民	食費と居住費は保険の範囲外；法定額を上回るサービス料に対する支払いは平均313ユーロ。自己負担は資産調査を経て社会扶助の対象となる
ハンガリー	在宅 施設	Social protection and social care provision programme (社会的保護および公的介護提供プログラム)	一般税	現物 現金	年齢を問わず 資産調査	自己負担は地方政府の定める範囲内で当該施設が設定
		Health-care insurance fund financed services (医療保険を財源とするサービス)	保険料	現物	年齢を問わず 全国民	基本的な品質のサービスは無償にて受けられる。高品質のサービスに対しては患者が自己負担
アイルランド	施設	Nursing Home Subvention Scheme (養護施設補助スキーム)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	年間最大平均26,000ユーロの負担（各世帯状況に応じて）
		Public long term care (公的長期介護)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	利用者は最大で非拠出老齢年金の80%を支払う
	在宅	Community-based care (地域ベースの介護)	一般税	現物	一部資産調査	地域による看護サービスは資産審査の対象外、無償で受けられるが、在宅介護の場合は資産審査の対象となる
日本	在宅 施設	Long-term Care Insurance System (長期介護保険制度)	保険料 および 一般税	現物	40-64歳：高齢化に伴って生じる疾患。65歳以上：全障害	利用者は費用の10%を自己負担

韓国	在宅施設	Social service for the elderly (高齢者社会サービス)	一般税	現物	65歳以上 資産調査	社会扶助の受給者：無料 その他：所得に応じた設定 料金を負担
ルクセンブルグ	在宅施設	Dependency insurance (扶貧者保険)	保険料	現物 現金	年齢を問わず 全国民	介護費用の給付金と実費の 差額を負担
メキシコ	施設	高齢者疾患を対象とした特殊サービス	一般税	現物	年齢を問わず、 被保険者全て	
オランダ	在宅	年金受給者と退職者に対する ディケアセンター	一般税	現物	被保険者である 年金受給者および 退職者	
	在宅	AWBZ 特別医療保険制度	保険料	現金	年齢を問わず 全国民	所得に応じた自己負担が必 要
ニュージーランド	施設	施設介護補助金制度 (特別医療保険)		現物	年齢を問わず 全国民	所得に応じた自己負担が必 要
	在宅	介護人サポート	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	
		在宅サポート： ホームヘルプ	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	
		在宅サポート： 日常生活介護	一般税		年齢を問わず 全国民	
ノルウェー	施設	施設における長期介護	一般税	現物	65歳以上および 高齢化に伴う症 状、50-65歳： 資産調査	
	在宅	公共の長期介護制度	一般税	現物	年齢を問わず 全国民	在宅看護は無料で受けられ る。在宅介護は利用者負担 に基づく
ポーランド	施設	公共の長期介護制度	一般税	現物	年齢を問わず 全国民	施設入居者は所得の80%を 支払う
	在宅施設	社会的サービス	一般税	現金 現物	年齢を問わず 資産調査	
スペイン	在宅施設	Social care programmes at Autonomous Community level (地方自治体による公的介護プ ログラム)	一般税	現物	資産調査	介護費用は1998年の時点での 推計で73%が自己負担だ った
スウェーデン	在宅施設	Public term care (医療保険を財源とするサービス)	一般税	現物	年齢を問わず 全国民	地方政府によって定められ た中等度の費用を自己負担
スイス	在宅施設	州レベルでのプログラムの立案 Health promotion for the elderly by old age insurance (高齢者保 険による高齢者の健康の向上)	疾病・ 老齢保険 一般税	現金 現物	施設介護： 資産審査	高額
英国	在宅施設	N.ation.al Health Service (国民医療サービス)	一般税	現物	年齢を問わず 全国民	無料
	在宅施設	Social Service (社会的サービス)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	支払能力に応じ設定された 料金を負担
	在宅	Social Security Benefits (社会保障給付)	一般税	現金	年齢を問わず 資産調査	
米国	在宅施設	Medicare (メディケア)	保険料	現物	障害を持つ65歳 以上の全国民	在宅養護費：無料、専門養 護：20日未満は無料、20- 100日間は1日105ドル、 101日以降は100%自己負担
	在宅施設	Medicare (メディケア)	一般税	現物	年齢を問わず 資産調査	受給者の資産状況により自己 負担を強いられることもある

出所：OECD (2006)。

1.3 分析の枠組み

介護プログラムについての考察から、各国の介護システムの大きな違いは介護の資金調達および供給の方法における各国の選択の相違を反映していることが分かった。介護システムにおける財政主体と供給主体は必ず一致しているわけでない。そのため、介護システムを財政と供給の両面からみないと全体像がみえなくなることもあると思われる。介護システムの持続可能性と必要かつ適切な提供を実現させるためには、財政と供給の両面から効率化を促していく必要がある。

まず、財政の効率性はよく財政支出の抑制と結びつけて議論される。一般的に財政の効率化は歳出規模の縮小と考えられることが多いが、効率性とは必ずしも歳出規模の縮小だけを指すわけではない。林（2006）によれば「財政支出は公共サービスの生産に必要なインプットを購入するための活動にすぎない（中略）にもかかわらず、これまで、財政支出の大小を持って行政サービスの受益とみなす傾向があった。財政支出が大きいからといって、かならずしも公共サービスの供給、したがって、住民が受ける便益が多いというわけではない」のである。財政の効率性は、所与の財政支出で購入できるインプットの量を最大にすること、あるいは、同じ量のインプットであれば必要な財政支出を最小にすることであるとしている。このように、一般的に介護システムの財政の効率性は、経済規模に対する介護支出の水準の適切性と持続可能性を問うものである。それは、マクロ的には国民支出に占める介護支出の比率およびその支出で購入されたインプットの指標で評価できる。しかし一方、こうした指標のみを基にその規模を判断することは適当ではない。介護システムにおける供給の効率性も注目すべきである。

供給の効率性は、所定の資源制約の枠内で生産効率性（所定の投入で最大の生産）と配分効率性（ニーズに応じた資源配分）の実現により達成できる。介護サービスの供給に関する生産効率性は、限られた資源（インプット）の下で、アウトプットが最大化されているかどうかを問うものである。配分効率性は、介護サービスが住民の選好する水準であるかどうか、つまり、サービスとそのため投入される生産要素が必要などころに必要な分だけ過不足なく供給されることと考えられる。こうした供給の効率性が達成されることによって介護支出への総額管理が容易になるため、財政の効率性と供給の効率性とは補完的關係にあるといえる。

ところで、こういった効率性を考えるのに、介護サービスのインプットとアウトプットを観測することは容易ではない。林・瀬口（2004）は福祉サービスのインプットを「施設、スタッフ」とし、アウトプットを「施設収容者数、福祉サービスの供給量」としている。そして、「公共サービスはこうしたアウトプットを生み出すこと自体が目的ではなく、そこから発生するさまざまな経済効果の実現が目的である」と指摘し、これはアウトプットと区別してアウトカムと呼ばれている。福祉サービスについてのアウトカムは「健康回復、家族の負担軽減、受給者の生活改善」としている。しかし、アウトカムについては、アウトプット、公共サービスの対象者数、地域の特性や環境、地方住民が消費する民間財・サービスに依存し、地域によって異なることも指摘され、「実際にはアウトプットとアウトカムの関係は不明確」であるとされている。

これと類似しているが、公共サービスをC - アウトプット（consequent output）とD - アウトプット（direct output）に分けて考える研究もある（例えば長峯1998、吉田2001など）。D - アウトプットは公共財の直接的なアウトプットであり、それに対してC - アウトプットは結果としてのアウトプットであるとされている。このC - アウトプットは前述のアウトカムと同じことであると考えられる。「生産効率性の問題はD - アウトプットとインプットの関係に関わるものである」

(長峯1998)とされている。吉田(2001)は、これらの概念に基づいて、図表3のような介護サービスの投入-産出表を作成している。

図表3 介護サービスの投入-産出表

	C-アウトプット	D-アウトプット	生産要素 (F 要因)
介護サービスの投入・産出	①ADL(日常生活動作)の向上 ②社会的入院の減少 ③家族介護率の低下	①介護回数(労働時間) ②施設介護整備率 ③ヘルパー/要介護者比率	①ヘルパー数(常勤換算) ②老人福祉費 ③介護報酬単価 ④施設整備投資額
		生産技術 (A 要因)	外生的要因 (E 要因)
		①有資格率(介護福祉士等) ②ヘルパー平均経験年数 ③介護技術	①高齢化率 ②核家族化率 ③人口密度 ④自治体の財政力指数 ⑤介護保険適用率

出所：吉田(2001)。

一方、インプットとアウトプットが観測困難であることに加えて、国際比較の場合、各国における介護の定義や統計の相違があるため、比較できるデータはごくわずかである。本稿では主に *OECD Health Data* および介護に関連するOECDの報告書をもとに比較を行いたい。しかし、その中で介護支出として公開されているのは15カ国であり、しかも95年から毎年のデータがそろっているのは3カ国しかない¹。さらに、介護受給者、介護者のデータはもっと少なく、インフォーマル介護者の統計はほとんどない。すべての国について同一指標で比較することはできないため、本稿では、介護の財政支出、インプット、アウトプットに関連するデータがある国をすべて取り上げて比較を行い、その中から特徴がある国の介護制度を考察する。

2 財政面の検討

2.1 国際比較と評価

(1) 介護支出の水準

高齢者介護プログラムは多くの国で制度化されてきたにもかかわらず、各国では現在介護への公的支出はまだわずかなものである。例えば2008年の場合、OECD諸国の医療支出のGDP比は平均で9.0%であり、最も高かったのは米国(16.0%)、次いでフランス(11.2%)、スイス(10.7%)、ドイツ(10.5%)と続く。それに対して、介護支出の対GDP比は平均1.5%と少ない一方、国によってばらつきが大きい。

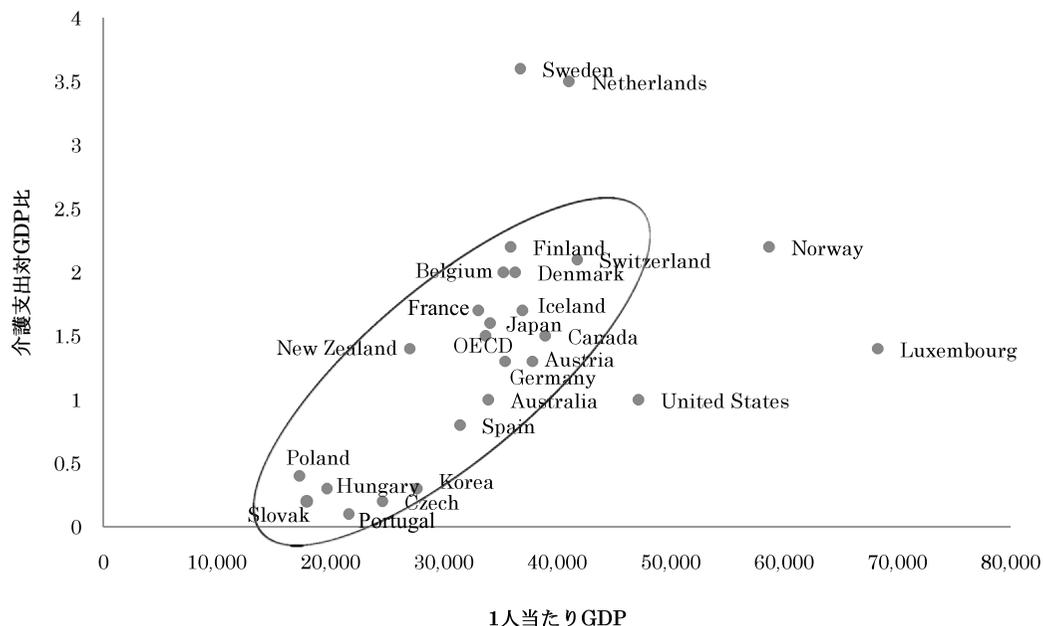
したがって、「費用の面では介護は医療のように財政的な意味で深刻な問題になっているわけではない。むしろ、介護をいかに適切かつ効率的に制度化するかという点に介護政策の難しさが

¹ 例えば、*OECD Health Data 2009, 2010*には、介護支出については、オーストリア(1998~2005年)、フィンランド(1995~2008年)、フランス(1995~2008年)、ドイツ(1992~2008)、ハンガリー(2005~2008年)、日本(2003~2008年)、韓国(2003~2008年)、ルクセンブルグ(2003~2005年)、オランダ(2003~2008年)、ニュージーランド(2008年)、ポーランド(2007~2008年)、スロバキア(2006年)、スペイン(2003~2008年)、スウェーデン(2000~2008年)のデータしかない。

ある」(伊奈川2002)とされている。

図表4はOECD諸国の介護支出と1人当たりGDPの関係を示したものである。大半の国では介護支出のGDP比は1人当たりGDPと正の関係がみられる。GDPが高い国ほど、介護支出も高いといえる。その中で、スウェーデン、オランダ、アメリカなど、平均的な傾向線から離れた国もある。世界的に高齢化が深刻になっているにもかかわらず、多くの国の介護支出が低いレベルに抑えられているのは、高い自己負担およびインフォーマルな介護の推進によって、介護コストの抑制が行われてきたからと考えられる²。

図表4 OECD諸国の介護支出と1人当たりGDP(2008年)



出所：OECD Health Data 2010, OECD Factbook 2010により作成。

図表5は一部のOECD諸国の介護支出を示しているものである。この図表から、総支出はかなり異なっているが、多くの国では、民間支出が総支出に占める割合は20%前後である。その中で、総支出の大きい国は民間負担のシェアが低い。例えば、ベルギー、ニュージーランド、ノルウェー、スウェーデンなど、民間支出のシェアは1割もない。それに対し、ハンガリー、韓国、スイス、アメリカでは、民間支出のシェアは3割を超えている。特にスイスは6割以上である。また、各国において2000年から2008年にかけての支出の推移をみると、民間支出はあまり大きな変化が示していない一方、公的支出の増加がみられる。介護支出の増加における公的部門の寄与度が高いといえる。

² 例えば、図表2で示したようにスペインでは自己負担が73%、ポーランドでは収入の75%を公的施設での介護費や受給費に充てなければならない。そして、オーストラリア、ドイツ、ニュージーランド、スイス、イギリスおよびアメリカでは、介護施設の自己負担は総費用の30%以上を占めている (OECD 2006)。

図表5 OECD諸国における介護支出の対GDP比(%)

	2000年介護支出			2008年介護支出			変化ポイント		
	公的	民間	総額	公的	民間	総額	公的	民間	総額
Australia	0.8	0.2	1	0.9	0.2	1.1	0.1	0	0.1
Austria	n.a	n.a	n.a	1.1	0.2	1.3			
Belgium	n.a	n.a	n.a	1.7	0.2	2.0			
Canada	0.99	0.24	1.23	1.2	0.3	1.5	0.2	0.1	0.3
Czech Republic	n.a	n.a	n.a	0.2	n.a	0.2			
Denmark	n.a	n.a	n.a	1.8	0.2	2.0			
Finland	1.5	0.3	1.8	1.8	0.4	2.2	0.3	0.1	0.4
France	1.1	n.a	n.a	1.7	n.a	1.7	0.6		
Germany	0.9	0.3	1.2	0.9	0.4	1.3	0.0	0.1	0.1
Hungary	0.2	0.1	0.3	n.a	n.a	0.5			0.2
Iceland	n.a	n.a	n.a	1.7	n.a	1.7			
Japan	0.76	0.07	0.83	1.4	0.2	1.6	0.6	0.1	0.8
Korea	n.a	n.a	n.a	0.2	0.1	0.3			
Luxembourg	1.2	n.a	n.a	1.4	n.a	1.4	0.2		
Netherlands	1.31	0.13	1.44	3.5	n.a	3.5	2.2		
New Zealand	0.45	0.23	0.86	1.3	0.1	1.4	0.9	-0.1	0.5
Norway	1.85	0.29	2.15	2	0.2	2.2	0.2	-0.1	0.1
Poland	0.37	0.01	0.38	0.4	n.a	0.4	0.0		
Portugal	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	0.1			
Slovak Republic	n.a	n.a	n.a	0.2	n.a	0.2			
Slovenia	n.a	n.a	n.a	0.8	0.3	1.1			
Spain	0.16	0.44	0.61	0.6	0.2	0.8	0.4	-0.2	0.2
Sweden	2.74	0.14	2.89	3.6	n.a	3.6	0.9		
Switzerland	n.a	n.a	1.54	0.8	1.3	2.1			0.6
United States	0.74	0.54	1.29	0.6	0.4	1.0	-0.1	-0.1	-0.3

出所：2000年のデータはOECD（2006）により作成。2008年のデータはOECD Health Data 2010による。

2008年のデータでは、Austria, Belgium, Canada, Czech Republic, Denmark, Iceland, Norway, Portugal, Switzerland, United Statesはnursing careである。そして、Australia, Luxemburgは2005年、Denmark, Switzerlandは2007年、Slovak Republicは2006年のデータを使っている。

(2) 介護施設と介護者

前述のように、介護システムの財政の効率性は、マクロ的には国民支出に占める介護支出比率およびその支出で購入されたインプットの指標で評価できる。そこで、各国における介護支出の水準と変化を考察した上で、その支出で購入されたインプットの水準と変化をみている。林・瀬口（2004）が指摘した福祉サービスのインプットを「施設、スタッフ」とすることを参考にして、本稿では、介護サービスのインプットを介護施設のベッド数および介護者数として比較する。

図表6は各国の介護施設ベッド数の推移を示したものである。増加率が著しい国はフランス、日本、韓国である。フランスでは、65歳以上千人当たりのベッド数は2000年の16.9床から2006年の39.2床に増え、実際のベッド数は16.3%増加した。日本と韓国はそれぞれ17.6%、32.1%と増加した。これは明らかに3カ国において介護制度の創設³が刺激となって、介護福祉施設の整備が進んでいると考えられる。一方、デンマーク、スウェーデン、オランダ、ノルウェー、イギリスでは介護施設のベッド数が減少する傾向にある。例えば、デンマークでは、65歳以上千人当たり

のベッド数は2000年の42.9床から2007年の17.5床に減り、実際のベッド数は11.2%減少した。そして、ベルギー、アメリカにおいては、ベッドの実数はわずかに増加しているが、65歳以上人口の推移を考慮すれば、高齢者千人当たりのベッドの数は減少を示している。さらに、これらの減少した国はもともと高齢者千人当たりベッド数の多い国であることに注意したい。

このことから、介護支出が多くかつ介護施設が比較的充実している国では、介護支出が増加しているにもかかわらず、介護施設のベッド数は減少している。図表5でみたように、あらゆる国では介護支出が増加しているにもかかわらず、図表6に示されているノルウェーやスウェーデンなどで施設介護ベッド数が減少していることは、必ずしも介護支出とインプットの比較という意味ではこれらの国の効率性が低いとはいえない。なぜかという、90年代からは在宅介護がより強化された政策変化に関連していると考えられるからである。例えば、OECD（1996）による8カ国を対象とした調査によれば、7カ国で年齢層別の介護施設の利用率は減少していると報告されている。これは介護施設の利用抑制とともに、在宅支援の実施により生じうる結果でもあるとされている。

図表6 介護施設のベッド数の推移（病院を除く）

	65歳以上千人当たり（床）		実数の年平均 変化率（%）	備考
	2000年	2007年		
Australia	35.9	59.3	9.7	
Belgium	71.6	70.6	0.5	
Czech Republic	15.4	20.9	5.2	
Denmark	42.9	17.5	-11.2	
Finland	44.3	59.0	6.0	
France	16.9	39.2	16.3	00-06年
Germany	46.5	48.0	2.9	01-07年
Hungary	48.4	54.8	2.5	
Iceland	50.9	60.6	4.0	
Ireland	37.8	47.0	5.1	00-06年
Italy	14.0	17.6	5.3	
Japan	10.6	26.5	17.6	
Korea	4.2	10.7	32.1	03-07年
Luxembourg	41.6	49.2	4.3	01-07年
Netherlands	77.7	69.1	-0.6	00-06年
Norway	63.0	59.9	-0.5	
Poland	17.5	17.2	0.7	
Slovak Republic	47.4	47.4	1.1	03-07年
Sweden	98.5	84.4	-1.6	04-07年
Switzerland	71.5	71.5	1.2	
United Kingdom	22.0	18.2	-3.1	00-05年
United States	43.6	42.6	0.8	

出所：OECD Health Data 2009により作成。

次に、介護システムのインプット指標とする介護者（ヘルパー）について考察したい。これに

³ フランス（2002年）では個人自立給付制度を導入し、日本（2000年）と韓国（2008年）では介護保険制度を創設した。

について、*OECD Health Data*にも一部の国のデータしかない。年次もばらばらであるため、ある程度の参考にしかない。図表7はいくつかの国において、介護者の推移を表したものである。14カ国のうち12カ国では施設介護者が増加している。データのある11カ国のうち10カ国では在宅介護者が増加した。さらに、6カ国では施設より在宅介護者の増加率が大きい。その中で日本(14.6%)、アメリカ(12.4%)、ノルウェー(7.7%)、ドイツ(4.5%)において増加率は特に大きくみられ、在宅介護に力を入れていることが分かる。また、施設介護者と在宅介護者の比率をみると、最も低いのは日本で0.4である。次いでイギリスで1.1である。日本とイギリスでは、在宅高齢者に対する資源を向けるための計画を導入したのである。日本では2000年から介護保険制度を導入し、制度導入の当初から財政抑制のため、施設よりコストの低い在宅介護に力を入れている。イギリスでは広範囲にわたる在宅介護サービスが提供されており、「最近制定された法律においては、介護サービスの代わりに、高齢者が自らの介護を自ら調整することを可能にする現金支給を求めている」(OECD2006)とされる。両国の違いは、イギリスの場合は現金給付の形態であり、日本の場合はサービス提供の形態である。そして、ノルウェーやスウェーデンなどの国もより強化された在宅介護が提供されている。

図表7 介護者（フォーマル）

	施設		在宅		施設/在宅
	年変化率	年次	年変化率	年次	2007年
Australia	3.7	03-07年			1.8
Czech Republic	0.8	05-06年	1.5	05-08年	2.9
Denmark	1.3	00-07年	1.4	00-07年	3.1
Finland	2.6	00-05年			
Germany	3.8	01-07年	4.5	01-07年	2.3
Hungary	2.3	00-07年	-2.9	00-07年	2.2
Italy	4.2	01-05年	-0.8	98-03年	
Japan	4.0	00-07年	14.6	00-07年	0.4
Netherlands	2.2	04-08年	2.6	01-06年	
Norway	0.3	03-08年	7.7	03-08年	1.2
Slovak Republic	-2.6	04-07年			
Switzerland	5.2	06-07年	1.1	04-07年	2.8
United Kingdom	-2.2	00-07年	-0.2	00-07年	1.1
United States	2.7	00-07年	12.4	05-06年	

出所：OECD Health Data 2010により作成。

以上のことから、OECD諸国では介護支出が増加しているにもかかわらず、すべての国でインプットとして介護施設のベッド数は増加したわけではない。また、介護者の推移をみると、施設の整備が抑制され、在宅介護を進めている国がある。1990年代半ばからOECD諸国の介護政策の基本理念は、高齢者が在宅サービスなどを活用しながら住み慣れた環境に生活し続けるようにするという在宅・地域福祉中心の考え方である。施設収容型の高齢者福祉への反省から、その後、欧州各国を通じて、施設入所者の割合の低下もみられるようになった。OECD(2006)は、多くの国では施設介護の代替策としてより強化した在宅介護を利用しうる段階にあるとしている。介護先進諸国において、高齢者介護改革により要介護者のニーズに応じて最も適切なサービスを提

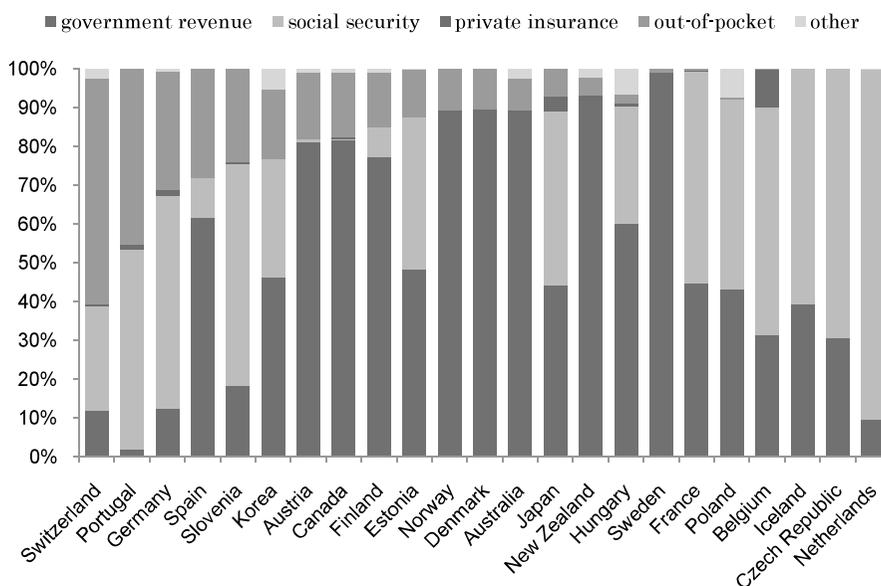
供するとともに、最も効率的な資源配分をするという観点から、施設・在宅サービスのバランスの見直しが行われている。一方、在宅介護の継続性が求められる場合、家族および他の私的介護者の役割が重要となっている。そのため、私的介護者への支援も求められている。高齢者を自宅で援助することを目指す計画の大半では、成功に導くために、かなりの部分を同居者あるいは隣人による私的介護に依存するからである（OECD1996）。

2.2 民営化と分権化による影響

以上では、OECD諸国の介護財政支出、そのインプットである介護施設のベッド数および介護者の比較を行った。次に、民営化と地方分権が各国の介護システムにどのような影響を与えているかを考察したい。

図表8は各国の介護支出の内訳を示したものである。スイス以外の国は社会保険か一般支出といった公的支出の割合が半分を超えている。ほとんどの国では介護支出の財源は公的資金に依存していることが分かる。図表2の各国の公的介護プログラムをみても分かるが、スイスでは介護プログラムを利用する際に、高額の自己負担が必要となる。そしてポーランド、ドイツ⁴、スペインではいずれも高い自己負担を支払わないとならない。図表8を図表5の介護支出の推移と比較してみると、日本、ニュージーランド、スウェーデン、フランス、オランダといった公的資金の依存度の高い国ほど介護支出がより大きく増加している一方⁵、民間支出のシェアが比較的高い国では介護支出の増加が少ないことが分かる。

図表8 介護支出の財源



出所：OECD Health System Accounts 2010。

⁴ 齋藤（2006）はドイツでは介護保険の介護給付は介護施設入居全コストの50%をカバーするにすぎないとしている。
⁵ チェコ、アイスランド、ベルギーはデータがないため、比較できない。

ところで、これまで比較した民間支出については注意したいことがある。それは、OECD Health Dataに統計されている民間部門の負担は、主に家族と利用者が公的プログラムの下で提供されている介護サービスを受給する場合の自己負担、および民間部門により提供されるサービスの購入負担である。しかし、それに入っていない、金銭には現れない民間部門の負担がある。ほとんどの国では、家族は介護の担い手として私的介護を行っている。この部分の私的介護も民間部門の負担として無視できない存在である。しかし、このような私的介護の介護者に対する介護手当を行っている国があっても、その水準は低い（増田2008）としている。

いくつかの国の介護制度における民間部門の役割を考察すると、まずアメリカでは、公的制度は低所得者の高齢者に限定された制度であり、それ以外の人々は、高所得の場合には民間の介護保険を利用し、そうでない人々は家族介護に頼るか、家族介護を補完するNPOなどから介護サービスを利用しなければならない。公的介護システムのカバー率は低い。そのため、アメリカ政府は高い税額控除を通して、私的介護保険の購入を積極的に推し進めている。

フランスでは、個人自立給付制度の導入により、高齢者が必要とする介護サービスを購入させることができるようになった。これは、高齢者に対する新しい介護制度の試みといえる。しかし、国家財政を圧迫するとして、増大する高齢者福祉予算は制度成立当初から削減される傾向にあった。一方、フランスでは、さまざまな民間介護保険が活用されている。フランスの民間介護保険は加入者数の対人口比で、アメリカに次いで世界第2位の市場である（増田2008）。

ドイツでは、公的介護システムは介護保険制度によって運営される一方、連邦規制に準拠した民間保険者により民間保険を運営している。「現在、ほぼ7,000万人以上を補償する公的制度と、約850万人（主に高所得者および公務員）を補償する民間保険制度から構成される」（OECD2006）とされる。

イギリスの介護制度は、1993年のコミュニティケア改革として再編成が行われた。財源は租税と利用者負担で構成される。しかしながら、明渡（2006）によれば「コミュニティケア法が目指した公的介護制度の根幹である「高齢者の地域でのノーマライゼーション化」は、コミュニティケア法適用による在宅ケアの普及が未だに進まない現実をみても、満足な成果を挙げているとはいいがたい」とされている。現在でも介護を必要とする高齢者のほとんどは私的介護を受けている。

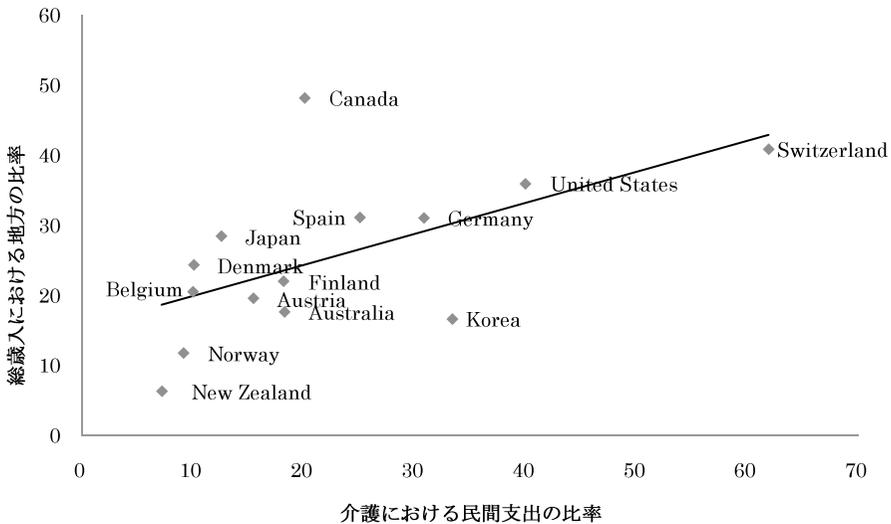
スウェーデンは、OECD諸国の中で介護支出が最も高い国である。スウェーデンでは介護サービスが無料で受けられると誤解される場合が多い。実は、スウェーデンにおける介護サービスの費用はほとんど税金で賄われているが、介護サービスを受ければ、所得やサービス利用の頻度に応じて利用者も利用料を支払う。また、スウェーデンでは「高齢化に伴う社会的コストが増大する中、施設ケアから在宅ケアへ重心が移行しつつあるが、コミュニンによる在宅ケアから別居している子ども達によるインフォーマルケアに重心が移行しつつある。すなわち、2つの段階で重心移動が生じており、スウェーデンにおいて高齢者に対するフォーマルケアが後退しつつあると認めざるを得ない」と増田（2008）は指摘している。

以上、各国の介護システムにおける民間部門の役割を考察した。次に介護支出と地方分権の関係のみをみる。各国の地方財政のあり方は、大まかには単一制国家と連邦制国家に分けてとらえられている。この分類で考えれば、図表5に示されるように、オーストラリア、カナダ、ドイツ、アメリカという連邦制国家と比べれば、フランス、日本、オランダ、ニュージーランド、スウェーデンといった単一制国家では公的支出の増加が著しい。また、図表8をみると、全体的に連邦

制国家より単一制国家において介護財源に占める公的資金のシェアは大きい。このことから、地方政府が大きな権限を持っている連邦制国家は公的介護支出が抑えられるといえよう。それを確認するため、財政の分権度と民間介護支出の関係をみてみたい。

各国の政府間関係あるいは分権化の程度を客観的に把握するためには、指標を用いて数値化する必要がある。集権か分権という言葉は一般的に使われているが、その定義は曖昧であり、必ずしも統一的ではない。一般には、ある政府レベルの財政面での相対的な重要性をその政府が集めた歳入によって測るか、それともその政府が使っていた歳出によって測るかが問われる。これについてMusgrave (1969)は「中央政府の代理人として地方政府が行う歳出は、本来の意味での歳出の分権化を表しておらず、それと同じように、中央で徴収されるがその後で地方へ分配される税金も、真の歳入の集権化を表していない」としている。しかしここでは、歳入データを基にして、分権化の尺度を考察することにした。それを計算する上で、連邦制国家の場合は、州と地方自治体を合わせて地方政府としてとらえる。

図表 9 民間介護支出と地方分権の関係 (2008年)



出所：OECD Health Data 2010, OECD Stat Extractsにより作成。

図表 9 は2008年民間部門支出が介護総支出に占める比率と地方分権度（地方歳入が政府総歳入に占める比率）との関係を表しているものである。両者の相関係数は0.585で、強い相関関係が確認できる。このことから、地方分権が進む国ほど介護に占める民間部門の役割の拡大をもたらすといえる。

介護財政抑制の手段として民間部門の役割の導入が注目されている一方、地方政府に対し、介護者のニーズに即するよう介護資源の配分を決定する権限を付与する分権化も効率性の増進に寄与する（佐藤2007）。介護サービスは民間部門など多くの政府外部の主体が関与している。この場合、中央政府よりも地方政府がこのような外部主体に近いと、より効果的にコントロールできるからである。

近年来、多くの国において介護システムは地方分権へ財源と権限を移譲することを通して、公的介護支出の抑制を図っている。介護システムでは地方政府の役割がかなりの比重を占めている。

OECD（2006）は、各国で「介護サービスは往々にして国より一般に下のレベルの地方自治体や行政機関などを通じて、地域を基盤に提供されている。これらの地方自治体や行政機関が運営する範囲の枠組みは、政府の法律や規則により、ある程度の変化をもって設定されている」としている。

実際の政策として、スイス、アメリカ、ドイツ、スペインなど地方分権が進んでいる国においては、地方政府の主導で介護システムの民営化を進めている。また、スウェーデン、フィンランド、デンマークといった北欧諸国は、高福祉高負担の仕組みであり、中央の税方式が支配的であるというイメージが考えられるが、近年の動向として、介護システムにおける地方の役割が重視されている。例えば、スウェーデンでは、1992年のエーデル改革により、高齢者の長期介護をランスタング（広域自治体に相当）からコミューン（市町村に相当）に移管した。介護費用は基本的にコミューンの税と利用者の自己負担で賄われ、地方分権の考え方が徹底している。地方財政支出を全国平均でみると、最も多いのが高齢者介護で19%である（増田2008）。しかし、介護サービスを受ける場合に支払う個人負担は各コミューンが独自に設定しているため、コミューン間格差が存在していることがしばしば指摘されている。デンマークでは地方への分権を進めることによって、地方自治体が運営する施設介護への受益者負担の引き上げが可能になっている。このように、いずれの国でも介護システムの財政面においては地方政府が何らかの形で積極的に関与している。

3 供給面の検討

3.1 国際比較と評価

(1) 介護サービスの供給主体

介護サービスの供給主体についてみると、地方公共団体などの公的機関による供給、公的機関からの委託を受けた民間事業者による提供、利用者の選択による民間事業者の提供など、さまざまな姿がみられる。図表10はいくつかのOECD諸国において主な介護サービスの供給主体を示したものである。この15カ国は供給主体の違いにより主に4つのグループに分類できる。地方自治体により直接供給している国（デンマーク、スウェーデン、フィンランド、ノルウェー）、地方自治体からの委託で民間団体により供給する国（イギリス）、民間部門が中心として供給する国（アメリカ、スペイン、ドイツ、オランダ）、および公的部門と民間部門の両方が供給する国（オーストラリア、オーストリア、カナダ、フランス、日本、スイス）である。だが、公民両方が供給する国といっても、国によって公的部門、非営利団体、営利団体のシェアは異なっている。

北欧諸国では一般に公的部門が介護サービスを直接提供している。例えばスウェーデンでは、介護サービス提供主体は基本的にコミューンである。近年は首都ストックホルムを中心に民間委託が進んでいるが、約9割が直接地方自治体によって提供されており、民間委託はまだ少ない。国際比較からすれば、政府主導の介護サービス供給ということが出来る（斉藤2005）。フィンランドでは介護サービスの供給主体は地方自治体である。自治体は直接また近隣の自治体と組合を組織してサービスを生産・供給してもよいし、民間の非営利団体からサービスを購入してもよい。公的社会サービスの支出のうち約10%が非営利部門からの購入費といわれている（鬼崎ほか2002）。

イギリスでは、1993年以来、地方自治体が介護制度を運営するようになった。しかし、それは直接的なサービス提供だけでなく、営利企業、NPOを問わず民間団体からもサービスを購入している。民間団体の中では営利企業のシェアが最も多い。例えば、施設サービスの供給は過去には地方政府直営の施設が多かったが、現在では営利施設の数が増加しており、入居者数の半分以上を占めている。在宅サービスも地方政府直営のサービスが非常に大きな役割を占めていたが、現在では約3分の1に過ぎない。地方自治体は評価やケアマネジメントの責任を負っている。

ドイツには公的介護制度があるが、実際の介護サービス提供は民間福祉団体によって行っている。その中で、主な提供機関は非営利団体である。また、アメリカでは介護施設の94%は民間部門に属し、そのうち3分の2は民間の営利企業である（OECD 2006）。スペインでは、公的機関から正式に介護を受けている高齢者はわずか4%、民間の委託支援の利用者は11%である（OECD 2006）。介護施設の70%は民間部門であり、そのほとんどは非営利団体である。残りは地方自治体によって提供されている。そのほかにも多くの国では、公的部門、民間非営利部門、営利部門など多くの主体によって介護サービスを提供している。

なお、前述のとおり、在宅介護の場合、高齢者に対する最大の介護提供主体は家族や親戚・知人などの私的主体である点を見逃してはならない。OECD（2006）によると、調査対象の19カ国では、家族による私的介護が必要不可欠なものとなっており、要介護高齢者に提供されている時間のうち私的介護が平均80%以上にのぼるといふ。OECD Health Dataにはインフォーマル介護者のデータが極わずかである。千人当たりのインフォーマル介護者については、アメリカは151.6人（2004年）、オランダは79.2人（2005年）、スペインは61.5人（2006年）であり、その中でアメリカではインフォーマルな介護者はフォーマルな介護者の10倍、オランダでも3倍ある。

図表10 主な介護サービスの供給主体の比較

	施設サービス	在宅サービス
オーストラリア	営利団体を含む公民団体（半分近くが民間営利団体）	公民（民は原則として非営利団体に限られている）
オーストリア	地方自治体、非営利団体	非営利団体
カナダ	公民で、州によって異なる。	非営利・営利民間団体に委託して提供する傾向があるが、州によって異なる。
デンマーク	市町村（コミュニティ）	市町村（コミュニティ）
フィンランド	自治体に供給責任（非営利・営利の民間への委託も可能）	自治体に供給責任（非営利・営利の民間への委託も可能）
フランス	公民	公民
ドイツ	民間非営利団体	民間非営利団体が中心だが、最近営利団体が増加
日本	公民（市町村、非営利団体）	公民（市町村、非営利、営利団体）
オランダ	民間非営利団体	民間非営利団体
ノルウェー	地方の公的機関	地方の公的機関
スウェーデン	市町村（コミュニティ）	市町村（コミュニティ）
スペイン	民間中心（非営利）	民間中心（非営利）
スイス	公民（非営利、営利）	非営利団体
イギリス	地方公共団体（民間委託が積極的に図られている）	地方公共団体（民間委託が積極的に図られている）
アメリカ	民間中心	民間中心

出所：鬼崎ほか（2002）、OECD（2006）を参考に作成。

(2) 介護サービスの受給者

図表11はOECD諸国の65歳以上人口に占める介護受給者数の比率を示している。これをみると、施設介護より在宅介護受給者は国ごとにより大きな差が認められる。また、在宅で介護サービスを受けている高齢者の比率が施設より多い国は、オーストリアなど16カ国である。その一方、施設受給者が在宅より多い国は、オーストラリア、フランスのみである。その推移をみると、施設受給者と在宅受給者の両方が増加している国は多いが、減少する国もある。その中で、ノルウェーとスイスでは施設と在宅両方の受給者の比率が減少している。しかし一方、この2カ国の介護支出はそれぞれGDPの0.1%、0.6%増加している。このことから、本稿で用いたOECDデータの分析から、少なくともノルウェー、スイスでは財政支出の増加は受給者の増加をもたらさないということがいえよう。

一方、図表5と図表11から、介護受給者の割合は介護支出と強く関係していることが推察できる。そこで、介護受給者と介護支出の関係を見るため、各国のGDPに占める介護支出の比率と65歳以上人口に占める介護受給者の比率を図表12のように示した。

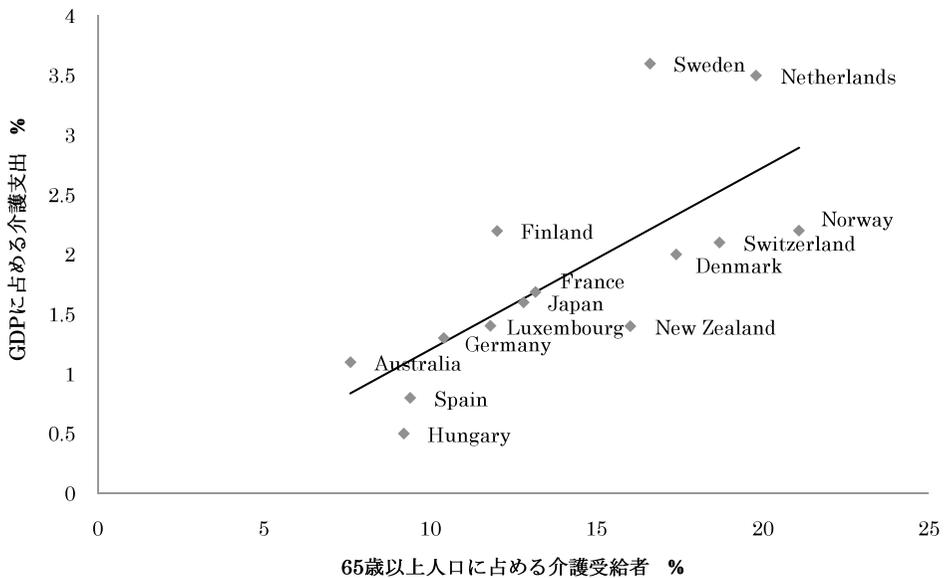
図表11 65歳以上人口に占める介護受給者の割合（％）

	施設		在宅	
	2000/2001	2006/2007	2000/2001	2006/2007
Australia	5.2	5.4		2.2
Austria	3.3		18.0	
Belgium	6.4	6.6	6.7	
Canada	4.1			
Denmark		4.5	12.4	12.9
Finland	3.6	4.6	8.3	7.4
France		6.7		6.5
Germany	3.6	3.7	7.0	6.7
Hungary		3.0		6.2
Iceland	4.8	6.0		
Ireland	4.3	3.9		
Italy			1.9	3.3
Japan	2.8	3.0		9.8
Korea	0.2		0.2	
Luxembourg	3.9	4.8	4.7	7.0
Netherlands		6.9		12.9
New Zealand		3.9		12.1
Norway	6.0	5.5	17.8	15.6
Poland		0.9		
Slovak Republic		3.3		
Spain		2.6		6.8
Sweden	8.5	6.8	9.1	9.8
Switzerland	6.6	6.4	12.6	12.3
United Kingdom	4.2		6.9	
United States			2.7	

出所：OECD Health Data 2009により作成。

図表12から、介護受給者と介護支出との間には強い相関関係があることが確認できる。介護支出が多い国ほど介護システムのカバー率も高い。しかし一方、GDPに占める介護支出の比率が同じであるにもかかわらず、高齢者人口に占める介護受給者の比率が大きく違っている国もある。例えば、フィンランドもノルウェーも介護支出がGDPの1.7%を占めているが、介護受給者がそれぞれ、13.2%と21.1%である。図表11をみると、それは両国の在宅介護受給者の差による生じたものと考えられる。また、ドイツの介護支出はGDPの1.3%で、介護受給者は10.4%である一方、ニュージーランドの介護支出はGDPの1.4%で、受給者は16.0%である。両国の施設介護受給者は3.7%と3.9%で、ほぼ同じであるが、ニュージーランドの在宅受給者は12.1%、ドイツの2倍近くある。さらに、スウェーデンとオランダは介護支出（3.6%と3.5%）も施設受給者（6.8%と6.9%）もほぼ同じであるが、在宅受給者の比率はスウェーデンが9.8%、オランダが12.9%で、大きく異なっている。

図表12 介護受給者と介護支出の関係



出所：OECD Health Data 2009, 2010により作成。施設介護と在宅介護の両方を受ける高齢者もいると推察するが、統計データの関係で、ここで受給者を在宅と施設の合計として計算した。

このように、介護支出のGDP比に大きな違いがないにもかかわらず、介護サービスの受給者率が違って来る。しかも、その違いは在宅介護受給者の比率の相違によるものと考えられる。図表12から、同じ支出規模で多くの高齢者に介護サービスを提供するという意味での効率性の点において、フィンランドよりノルウェー、ドイツよりニュージーランド、そしてスウェーデンよりオランダのほうは一定の効果があると評価できる。すでに述べたように、最も効率的な資源配分をするという観点から、いくつかの国では施設・在宅介護のバランスの見直しを行い、高齢者が自宅で介護を受けることを目指す計画が行われている。そして、在宅介護を強化するため、家族介護者の積極的な参加は必須要素であるとOECD（2006）は指摘している。

3.2 民営化と分権化による影響

第2節では各国の介護システムにおける公的部門の支出の比率が大きいことを明らかにした。また、図表10に示したように、各国の介護サービスの供給は必ずしも公的部門だけではなく、民間団体により行う国も多いことが分かった。こういった関係主体によって、供給のアウトプットも当然異なっている。各国において、介護サービスの供給に民間部門の導入や地方への移譲が進められていることは、介護サービスのアウトプットにはどのような効果をもたらすかを検討する必要がある。

介護支出で購入したインプットを用いて介護サービスを生産する。生産の効率性向上のチェックポイントは同じインプットの量なら最大のアウトプットを行っているかどうかである（林・瀬口2004）。一方、同じ量のインプットでも社会経済環境などの要因によって、生み出されるアウトプットの量は異なることも林・瀬口（2004）は指摘している。また、吉田（2001）は介護サービスの投入－産出表（図表3）で介護サービスの生産技術として、有資格率、ヘルパー平均経験年数、介護技術を提示している。これらの条件はまったく同じであれば、アウトプットとインプットの比率が大きいほうがすぐれているということがいえるが、実際には各国によって社会経済環境にも介護サービスの生産技術にも大きな違いがあると予想できる。そこで、本稿では単純な比較として、こういった違いを考慮せず、*OECD Health Data*により各国におけるアウトプットの介護受給者とインプットの介護者との比率を計算した。図表13はそれを示したものである。

図表13をみると、国によって介護者1人当たりのサービス受給者の数はかなり違う。全体として施設より在宅のほうは介護者1人にカバーされる受給者の人数が多い。つまり、在宅介護は少ない介護者でより多くの受給者にサービスを提供することができるという点で、効率性が高いといえよう。また、国と国との比較をみると、施設において1人当たりの介護者がより多くの受給者にサービスを提供する国は、イギリス（6.51人）、韓国（4.50人）、カナダ（3.79人）、ハンガリー（3.44人）、フィンランド（1.96人）、日本（1.93人）、ドイツ（1.71人）、オランダ（1.48人）、スイス（1.23人）、オーストラリア（1.21人）、ニュージーランド（0.93人）、ノルウェー（0.86人）、デンマーク（0.76人）、アメリカ（0.41人）の順である。在宅において、最も高いのはイギリス（33.50人）、低いのはオーストラリア（1.22人）で、30倍近くの違いがある。しかし、在宅の場合は、家族など私的介護者により行うことが多いため、各国の違いは効率性というより、家族などインフォーマル介護者の役割を反映していると考えられる。

以上で各国の介護サービスにおけるアウトプットとインプットの比率を考察し、国によってかなり異なっていることが分かった。次に、こうした違いの背景要因としての制度仕組みをみてみる。

イギリスでは、コミュニティケア改革にあわせて、医療と介護分野へ「準市場化」という民営化の手法を導入し、サービスの供給主体と購入主体を分離し、サービスの効率的提供を目指した。政府部門が購入者となり、サービスの生産は多様な民間事業者が競争的に行うようになった。準市場化の改革はまだ模索中ではあるが、介護施設において介護者に対する受給者が多いという意味での効率性の点で一定の効果があると評価できる。

民間介護を中心としているアメリカでは、行政・非営利団体・民間企業が独自の領域でサービスを供給している（江原2006）。ナーシングホームの約75%が営利企業による。教会やNPOに

図表13 介護者⁶ 1人当たりの介護受給数（人）

	施設		在宅	
	数	年	数	年
Australia	1.21	2007年	1.22	2007年
Canada	3.79	2006年		
Denmark	0.76	2007年	4.7	2007年
Finland	1.96	2005年		
Germany	1.71	2007年	8.16	2007年
Hungary	3.44	2007年	13.01	2007年
Japan	1.93	2007年	2.76	2006年
Korea	4.5	2008年	1.63	2008年
Netherlands	1.48	2007年	3.73	2006年
New Zealand	0.93	2006年	5.74	2006年
Norway	0.86	2007年	3.23	2007年
Switzerland	1.23	2007年	8.29	2007年
United Kingdom	6.51	2004年	33.5	2007年
United States	0.41	2006年		

出所：OECD Health Data 2010により作成。

よる経営が約20%、政府の所有するものは5%に過ぎない（齊藤2005）。公的コントロールがきわめて弱く、民間財源を含め、多くの介護資源が導入されていると考えられる。

デンマーク、ノルウェー、スウェーデンなどの北欧諸国では、介護サービスは基本的に地方公的部門によって直接供給している。しかし、図表13に示されたように、一般的に、公的部門より民間部門がサービスの生産を行ったほうが競争原理が働くため、効率の面においてより良い結果をもたらすと考えられる。

一方、すでに述べたように地方政府は介護システムにおいて大きな役割を果たしている。その役割は財政面だけでなく、多くの国では介護サービス供給において、質の標準となる規則の設定、監督といった責任も地方政府により担っている。例えばイギリスでは、介護システムの方権化により地域のニーズに合致したサービスの量の拡大を図りながら、地方政府が評価やケアマネジメントの責任を負っており、市場条件を整備しサービスの質を確保している。カナダでも、保健医療と社会サービスの提供は州と準州（province and territories）が責任を負っている。

介護分野へ地方分権化を進めるには、以下のメリットがある。まず地域の高齢者のニーズにあった政策の立案、実施、規制、監督をできるだけ身近な地方政府の責任にすること、次に施設と在宅の間で細分化された高齢者サービスを地域において調整し、サービスの効率的な実施を図ること、最後に高齢者に関わるさまざまな民間の地域団体との協力関係を通して費用の抑制ができることなどが挙げられる。

4 先進諸国の改革目標と指摘

本稿の考察を通して、OECD諸国において介護サービスの整備と財政的なコストの削減を地方

⁶ OECD Health Dataにはインフォーマル介護者のデータが不足するので、フォーマル介護者のみを用いて計算した。

分権と市場化の中で実現することが明らかになった。先進各国の介護システムの動向について以下の特徴が指摘できる。

- ①介護に関する施策の実施および財源を地方に移管することにより、地域の介護ニーズに対応する。
- ②施設と在宅の間で高齢者サービスを調整し、資源の配分などを通して、財政支出の効率化が図られる。
- ③家族などの私的介護者は依然として大きな役割を果たすことが期待されている。
- ④公費中心のサービス提供以外に、利用者負担介護保険の創設、民間保険の補完的な役割など新たな財源の確保が求められている。

そして、本稿では2000年以降のデータを用いて、いくつかのインプットとアウトプットの指標に関する国際比較を行った。それに基づいて、財政面と供給面に分けて評価を行いながら、各国の関連制度の相違点を考察した。しかし、本稿で使った効率性のフレームワークは介護サービスの質が考慮されていないことが欠点である。各国によって提供されているサービスの質には大きな違いがあると予想できる。そのため、効率性の比較を行うには、質の差を調整したアウトプットの量を検討することがこれからの課題となる。最後に、介護の効率性を考える際には、資源・費用の範囲を広く社会的次元で把握し、公的財政以外の私的介護負担、金銭表示されない資源をも含むべきであると考えられる。

介護利用者のニーズは多様で、必要とされるサービスの種類は多いため、各国に通用する画一的なシステムをつくることはできない。しかし、サービスの適切な利用を確保するためにサービスと資源の流れを調整する効果的な方策を考えるために、財政と供給の効率性を検討する必要がある。一方、各国の介護制度を具体的にみれば、そのあり方は多様であるが、急速に進む高齢化に起因する問題を解決しなければならない点では共通する。介護政策の重要性は、これからますます高まる。先進国が介護をはじめとする高齢化問題に取り組み、その成功と失敗の経験は先進国間のみならず発展途上国を含めた世界で共有することが求められる。

謝辞

本稿は、日本計画行政学会第25回中国支部大会（2010年7月17日、広島大学）における報告論文を加筆、修正したものである。同大会で貴重なご意見・ご示唆をいただいた方々に感謝申し上げます。また、指導教官である伊藤敏安（広島大学）には、本稿の作成過程を通じて、懇切なご指導をいただいた。記して謝意を表したい。

参考文献

- 明渡陽子（2006）「世界の介護制度における経済と財政－イギリス－」、坂本忠次・住居広士編『介護保険の経済と財政』勁草書房
- 足立正樹（1998）『各国の介護保障』法律文化社
- 江原勝幸（2006）「世界の介護制度における経済と財政－アメリカ－」、坂本忠次・住居広士編『介護保険の経済と財政』勁草書房
- 林宜嗣・瀬口浩一（2004）「地方公共サービスの供給と生産性」『経済学論究』第58巻第2号、pp.

1-28

- 林宜嗣 (2006) 『新・地方分権の経済学』 日本評論社
- 伊奈川秀和 (2002) 「介護政策の分析視角」、鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』 中央法規出版
- 泉眞樹子 (2005) 「高齢者介護制度の現状と課題」、国立国会図書館調査及び立法考査局『少子化・高齢化とその対策 総合調査報告書』
- 増田雅暢 (2008) 『世界の介護保障』 法律文化社
- Martins, Joaquim Oliveira, Christine de la Maisonneuve and Simen Bjørnerud “Projections of OECD Health and Long-term Care Public Expenditures”, Banca D'Italia Research Department Public Finance Workshop, pp. 751-793
- 三富紀敬 (2010) 「介護保障の国際比較研究における基本的な問題」『静岡大学経済研究』 第14巻4号、pp. 1-36
- Musgrave (1969), *Fiscal Systems*, New Haven Yale University Press.
- 長峯純一 (1998) 「公共財としてみた地域福祉・介護サービス」『季刊社会保障研究』 第33巻4号、pp. 364-373
- 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著 (2002) 『世界の介護事情』 中央法規出版
- OECD (1996) “Caring for Frail Elderly People:Policies in Evolution”, OECD.
- OECD (2006) *Long-Term Care for Older people*, OECD, 浅野信久訳『高齢者介護』 新社会システム総合研究所
- OECD (2007) “Long-term care: a complex challenge”, OECD Observer 229.
- OECD *Health data* 2009.
- OECD *Health data* 2010.
- OECD *Health System Accounts* 2010.
- OECD *Factbook* 2010.
- 齋藤香里 (2006) 「世界の介護制度における経済と財政—ドイツ—」、坂本忠次・住居広士編『介護保険の経済と財政』 勁草書房
- 齊藤弥生 (2005) 「介護システムの国際比較研究—サービスの質の管理を中心に—」『都市問題研究』 第57巻10号、pp. 57-70
- 佐藤主光 (2007) 「医療保険制度改革の問題」『会計検査研究』 第35号、pp. 11-29
- 和田勝 (2007) 『介護保険制度の政策過程—日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究—』 東洋経済新報社
- 吉田雅彦 (2001) 「高齢・分権社会における行政サービスの効率性—介護サービスを中心に—」『愛知学院大学経営研究所所報』 第393巻2号、pp. 133-144