

非営利 vs. 営利介護事業者の経営志向：  
経営実態と規模規定要因の分析から

金谷 信子\*

2015年4月13日

\*所属 広島市立大学国際学部

## 目次

はじめに.....	1
1 準市場としての介護保険制度—目的・特徴・課題 .....	2
2 訪問介護事業者の経営実態 .....	6
3 実証分析 .....	17
4 おわりに .....	30
参考文献.....	31

### はじめに

介護保険制度により、介護保険サービスは準市場化され、現在、介護保険サービス市場には、営利・非営利の多様な事業者が参入している。なかでも新規参入が著しいサービスは訪問介護であり、2012年時点で営利法人の事業者割合は63%に上り、医療法人およびNPO法人の割合は6%などとなっている。一方、社会福祉法人などの既存事業者の割合は年々減少している。こうしたなか本来の目的が異なる営利事業者と非営利事業者の市場における行動に関しては十分な解明がなされていない。このため本報告においては、介護保険サービス市場における経営主体別の事業者の行動の特性について比較し考察する。

ここでの目的は二つある。第一は、経営主体によりにクリーム・スキミングに関連する行動が存在するか否かを検証することである。第二は、訪問介護事業所の介護報酬総額および利用者総数の拡大要因を分析することである。拡大要因としては、クリーム・スキミングに関連する行動のほか、サービスの利便性、サービスの質、介護保険制度外サービスなどを考慮した上で、経営主体により差異があるか否かを分析する。分析に用いるのは、「介護サービス情報公表システム」に掲載された広島県の訪問介護事業所の個票データである。

以下では、(1)準市場としての介護保険制度の目的・特徴・課題を整理し、(2)訪問介護事業者の経営実態（事業規模・利用者の特性、サービスの利便性、サービスの質、介護保険制度外サービス）を経営主体別に概観する。その上で(3)サービス提供内容や利用者の特性にクリーム・スキミングに関連する行動が存在するか否かを検証し、これらが介護報酬総額および利用者総数に与える複数の要因に関して分析する。

## 1 準市場としての介護保険制度—目的・特徴・課題

### 準市場の特徴

介護保険は、日本で初めて準市場を導入した制度である。準市場とは、公的事業者、民間非営利事情者、民間営利事業者を同じ市場に参入させ、利用者の獲得を巡って競争させる仕組みである。但し①サービス購入のためには公費が充当される、②参入する事業者には規制・監督がある、③利用者がサービス内容や事業者を選択する際に支援する仕組みがある点で、一般の市場とは異なる特徴を持つ (LeGrand 1991, LeGrand and Bartlett 1993)。

介護保険制度導入前の高齢者福祉サービスは、措置委託制度により提供されてきた。措置委託制度とは、行政が利用希望者の生活条件を考慮して対象者とサービス内容を決定し(措置)、サービス給付は特定の事業者に外部化(委託)して提供する仕組みである。この制度の下では、サービス給付は行政裁量の内であり国民がサービスを受ける権利の保障はなく、また外部のサービス提供事業者は社会福祉法人などに限定されていた。

これに対して介護保険制度は社会保険の一類型として設計され、国民は保険料を負担する見返りとしてサービス利用の権利をもつ利用者と位置付けられた。同時にサービス提供事業者の参入要件が、居宅サービスに関しては大幅に緩和された。この一連の改革により、サービス提供事業者として多様な公的事業者、民間非営利事情者、民間営利事業者が参入し、利用者がこのなかから自由にサービスやサービス事業者を自由に選ぶことができる準市場が形成されることとなった。

### 準市場の課題

公共サービスの提供に市場競争の要素を導入し、サービス提供の効率化を図るというアイデアは1980年代以降、先進諸国で注目されてきたNPMの系譜に属する。新自由主義経済的な発想によると、市場競争が社会の様々な非効率を排除し効率的な社会が実現する。介護保険制度においてもこうした考え方が基底にあり、利用者がサービスの利便性やサービスの質などを考慮してサービス提供事業者を選択することが、事業者間の競争を促し結果的にサービスの効率化(質の向上またはコストの低下)が進むと期待されている。

しかし公共サービスの提供者として、本来目的がまったく異なる事業者が参入し市場において競争をする場合には、公共サービスとして不可欠な公平性および公正性が確保されるのかという課題に直面する。公共サービスの提供に際しては、利益の最大化のために利用者の不利益につながるようなサービス内容のごまかしが発生することや、極端なサービ

ス供給の偏在が起こることは、政策的に許容されないためである。

このため介護保険サービスの価格は地域内では同一の公定価格となっている。また介護保険サービスの提供は、政府の厳しい規制と監督の下で行われる。介護保険事業者となる最低要件は法人格を有することだが、事業所には従業員の人数や資格の要件があり、これらの基準や運営面での規則を順守させるために行政の指導や監査があり、違反に対しては改善勧告や解散命令がある。

つまり介護保険サービスを提供する事業者は多様であるがサービスの内容は多様ではない。利用者から見ると、価格もサービス内容も外見的にはほぼ同じである。つまり多様なサービス提供事業者は、サービスの「見えにくい差」を巡って競争している。このような場合に、各々の事業者はどのような行動を展開すると考えられるだろうか。

ここで特に注目されるのは、利益の最大化を目的とする営利組織の行動である。営利組織はサービスに差の「見えにくさ」を利用して、サービスの質を低下させたり、サービス提供を偏在化させたりする行動が非営利組織や公的組織と比較して多いこと予測される。

### 先行研究と分析の視点

こうした準市場に関する議論は日本では緒についた段階だが、1970年代頃から医療保健分野の所有形態が多様化してきたアメリカにおいては、非営利組織と営利組織の行動を比較した理論的および実証的な研究の集積がある。営利組織と営利組織の差に関する実証結果は一様ではないが、Schlesinger and Gray(2006)は過去15年間の96の実証研究を分析した結果、経済的効率性、ケアの質、経営上不利な利用者の受け入れの点で、非営利組織は営利組織より社会的に望ましい行動をとっているという結論に至っている<sup>1</sup>。

これらの先行研究を参考として、準市場における非営利組織と営利組織の差を検証する視点を挙げると、以下のとおりとなる<sup>2</sup>。

第一は、サービスの質である。サービスに情報の非対称性がある場合、利益最大化とい

---

1 非営利・営利組織の行動や成果に関する比較研究は、経済学、社会学、保健医療学など多くの分野に及び、主な対象は病院、老人ホーム、マネジド・ケア組織であり、過去15年間で210の研究がある。同論はこの中から多変量解析を用いて非営利組織と営利組織の経済的効率性、ケアの質、利益の少ない利用者に対するアクセスのいずれかを比較した先行研究を対象に分析している。

2 非営利組織と営利組織のパフォーマンスおよび社会貢献を比較した先行研究の詳細は金谷(2010)を参照。

う行動原理はサービスの質の低下を誘発する可能性が高いためである<sup>3</sup>。サービスの質に関わる要素には、労働者の資格や経験、施設の設備、また利用者や第三者による評価などがあるが、組織が利益志向か社会志向かによって、内容や優先度が異なる可能性もある<sup>4</sup>。

第二は、利用者や市場の選別である。利益最大化の行動原理は、事業者にとって有利な利用者を選別し、不利な利用者を回避しようとするいわゆるクリーム・スキミングを誘発する可能性があるためである。自らに有利な条件の市場に参入したり、不利な市場から撤退したりする行動を促す可能性もある。

第三は、市場外での事業に対する取組である。社会的使命の最大化を目的とする非営利組織は、困窮者に対して無償や低価格で食事提供や生活支援を行う活動や、地域住民に対する便宜供与や協力などを、営利組織より積極的に行うことが知られている。

日本の準市場に関する研究では、第一のサービスの質に関わる研究が進められているが、その集積はまだ多くない (e.g. 鈴木 2002、野口・清水谷 2004、須田 2011)<sup>5</sup>。第二に関しては管見の限り、ほとんど進んでいない。しかし準市場を機能させる上での重要なポイントの一つはクリーム・スキミングの防止である (LeGrand 1991, LeGrand and Bartlett 1993)。第三に関しては、日本の介護保険事業者の場合、市民活動型の NPO 法人を中心に、介護保険の制度外サービスを提供する事例が多く存在する (e.g. 本郷ほか 2011、金谷 2012)。社会福祉協議会が取りくむ事例もある (全国社会福祉協議会 各年)。

このように比較的新しい政策である準市場には、分析すべき視点が多数存在する。こうしたなかで筆者の関心事は主に三つある。

第一は利益最大化を目的とする営利組織と非営利組織の行動を比較すること、第二は、

---

3 情報の非対称性とは、提供者側が持つサービス内容に関する詳細な情報—介護者の経験・知識・介護技術のレベル、コミュニケーション能力また事業経営者の経営方針や利益志向性・社会志向性、利用者間の評判、危機管理能力など—と比較して、購入者側にはサービス内容を判断する情報がほとんどない状態を指す。このように情報の非対称性がある場合、利益の最大化を目的とする営利事業者は、利益配分を禁止されている非営利事業者や公的事業者と比較して、購入者を偽り、低品質 (低コスト) のサービスを提供する可能性が高い (Hannsmann 1980)。

4 Ben-Ner et al. (2012)は、価格やサービス内容の水準が固定化されたサービスの市場における情報の非対称性に注目し、営利事業者、非営利事業者と公的事業者のサービスの質は、観察可能な評価項目に関して差は見られないが、他方、観察が困難な評価項目に関しては、非営利事業者の方がサービスの質が低いことを実証している。

5 鈴木 (2002) は、非営利事業者 (社会福祉法人、民法法人、NPO 法人、農協、生協など) は、営利事業者よりサービスの質が高いとは言えないことを実証し、清水谷・野口 (2004) も営利主体と非営利主体のサービスの質は変わらないことを実証<sup>5</sup>。須田 (2011) は、米国同様に日本においても営利組織と非営利組織の同質化が進行してきていると分析。

準市場において政策が期待するとおり利用者はサービスの利便性やサービスの質を考慮して事業者を選択しているのかを検証すること、第三は、介護保険制度外サービスが訪問介護事業本体に与える影響を検証することである。

第一と第二に注目するのは、介護保険制度が準市場を導入した目的—事業者間の市場競争により公共サービス提供を効率化する—の帰結を検証するためである。

第三の介護保険制度外事業に注目するのは、急速に少子高齢化が進む中で介護保険制度により高齢者のニーズに全面的に対応することは非常に困難であり、介護保険制度外で高齢者の多様なニーズに柔軟に応えるような事業の重要性が増すと考えるためである。介護保険制度外サービスは、社会的使命のために行動する非営利組織に特有の行動として分析されることが多いが、日本では近年、営利事業者などが自費サービスあるいはオリジナル・サービスを提供することが増えつつある（日経 BP 2006, 2013）。その主目的は、頭打ちになった介護保険制度の訪問介護事業を補完することでもあるが、非営利目的であれ営利目的であれ、介護保険制度の質的量的な不足をカバーする社会的資源であることには間違いがない。こうしたことから本論においては、非営利・営利を共に含めた介護保険制度外の事業の取り組みを目的や内容を区別せずに対象とし、総体として介護保険事業本体に与える影響を分析する。

具体的な構成は以下のとおりである。

第一に、準市場である訪問介護事業を対象として、営利法人を中心におけるクリーム・スキミングに関連する行動の有無を検証する。

第二に、訪問介護事業者の事業規模に影響する要因を分析し、クリーム・スキミングに関連する行動が与える影響を検証するとともに、サービスの利便性、サービスの質などの影響について検証し、政策の期待どおり、利用者がサービスの利便性やサービスの質が高い事業者を選択しているのか否かを検証する。また介護保険制度外サービスが訪問介護事業者の事業規模に与える影響も分析する。

第三に、分析結果を踏まえて、若干の政策的含意を述べる。

## **本論が対象とする訪問介護サービスの特性と非営利・営利事業者**

本論で分析対象とするのは、介護保険制度に基づく居宅サービスの一つである訪問介護である。訪問介護とは、要介護状態にある高齢者に対して、居宅において掃除や料理などの家事支援および清拭や排泄介助などの身体介助を提供するサービスである。訪問介護を

採り上げる理由は、①居宅サービスのなかで中核的なサービスであること、②様々な非営利組織と営利事業者が参入しており、比較するのに相応しい分野であることである。

本論が対象とする介護保険事業者は、大きく非営利組織と営組組織に区分できる。非営利組織には社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、協同組合、NPO 法人、などが含まれる。営利事業者は営利法人である。これらの非営利組織は、利益の非配分制約がある点では同一だが、各々に成り立ちや組織が相当に異なる。社会福祉協議会と社会福祉法人は、公の支配に属する公益法人であり、長年政府の高齢者福祉事業を独占的に受託していた旧来型の既存事業者である。医療法人と協同組合も介護保険制度前から高齢者福祉事業の受託者として参入しているが、その歴史は浅く、新興型の既存事業者である。これに対して NPO 法人は、介護保険制度開始後に参入した新規事業者である。営利法人も同様に新規事業者である。

訪問介護事業者は介護保険制度創設時の 2000 年には 9,833 であったが 2012 年時点では 25,118 となり 2.5 倍に増えた（厚生労働省 各年）。法人別でみると増加が顕著なのは営利法人であり、2000 年には 2,975（30.3%）だったが 2012 年には 15,731（62.6%）となっている。これに対して旧来型の既存事業者である社会福祉協議会は 2012 年時点で 1,619（6.4%）、また社会福祉法人（社会福祉協議会は除く）は 3,665（14.6%）でありプレゼンスはかなり後退している。医療法人は 1,493（5.9%）、NPO 法人は 1,420（5.7%）、協同組合は 686（2.7%）となっている。

訪問介護は、介護保険制度創設時には在宅サービスの柱として、福祉とは関係がない産業界からの参入も相次ぎ、事業者数が急増した。しかし近年では訪問介護の利用者の獲得に苦戦する事業者も増え、廃業する事業者もあるなど、非常に厳しい競争環に直面しているためである（日経 BP 2008）。

## 2 訪問介護事業者の経営実態

### 2.1 利用データ

本論で利用するデータは、厚生労働省が web 上で公開している「介護サービス情報公表システム」に掲載された事業所の個票である。「介護サービス情報公表システム」は利用者が介護保険法に基づくサービスを提供する事業所・施設の内容を比較して選択することを支援するために 2006 年に開設された。2014 年時点で、全国 17 万の事業所（24 種類 53 サービス）情報が掲載されている。本システムに掲載されるデータは、各事業所が都道府県

に報告し、都道府県が審査した内容である（厚生労働省 website）。このため掲載データは各事業所の運営実態をある程度正確に反映していると考えられる。

主な掲載項目は、以下のとおりである。各事業所の運営状況がかなり詳細に報告されており、前年との比較も一部含まれる。

- ①運営状況 事業開始年、営業時間、併営サービス、利用者人数、利用時間の実績など、
- ②サービスの質 従業員の人数、資格、経験、退職状況、介護報酬加算の状況など
- ③サービス向上の取り組み 利用者・家族の意見の把握および第三者による調査・評価
- ④事業所の特色 介護サービス内容の特色等、併営サービス、保険外の利用料等

また各事業所は法人別、具体的には社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、協同組合、NPO 法人、営利法人により区分されている。

本論で利用するのは、2014 年 1 月に公開されていた広島県内の訪問介護事業者で、総数は 680 である。広島県が公表している 2013 年 4 月 1 日時点の訪問介護事業者の数は 719 であり、「介護サービス情報公表システム」は年間収入 100 万円未満の事業所を対象外としていることから、広島県内のほぼ全ての訪問介護事業所をカバーしていると考えられる<sup>6</sup>。なお集計に際しては、①新規開設事業所などで介護利用実績の記載が無いものは後述する分析に適さないため除外した。また②常勤換算訪問介護員数が 0 のもの、③訪問介護員数と 1 人当たりサービス提供時間/月と比較して訪問介護利用時間実績が著しく多いもの<sup>7</sup>は、データの正確性に問題があると判断して除外した。このため最終的に集計対象とした事業所数は 615 となった。このうち 583 (94.8%) は予防訪問介護も提供しており、大半の事業所は訪問介護と予防訪問介護の両方を提供している。

対象地域とした広島県は人口が 286 万人で高齢化率は 23.9% (2010 年) であり、全国の高齢化率 (23.0%) とほぼ同程度である。政令市と中山間地域や島嶼地域を有する点で、都市地域と過疎地域を含む多様な地方を擁しており、日本の縮図ということもできる。

## 2.2 広島県の訪問介護事業所の概要

対象とした訪問介護事業所 615 の経営主体別の内訳は、社会福祉協議会 38 (6.2%)、社会福祉法人 111 (18.0%)、医療法人 56 (9.1%)、協同組合 24 (3.9%)、NPO 法人 19 (3.1%)、

---

<sup>6</sup> 最新の個票のデータが掲載されているが、回答年は 2013 年と 2012 年が混在している。  
<sup>7</sup> 事業所の総訪問介護サービス提供実績時間が、訪問介護員数×1 人あたり訪問介護サービス提供実績時間/月が 2 倍を超える事業所。

営利法人 357 (58.0%)、その他 10 (1.6%) であった。全国の訪問介護事業所の経営主体別の割合と比べると、医療法人がやや多く、NPO 法人がやや少ないが、大きな差はない。

これらの訪問介護事業所の経営主体別の運営状況の概要は、以下のとおりである。

### ○事業開始年

訪問介護事業所の事業開始年は（表 2-1）のとおりである。2000 年～2004 年に事業を開始した事業所が最も多い。その後、事業所の開設のペースは減少傾向にあるが、2005 年以降に事業を開始した 273 事業所のうち営利法人は 200 (73.3%) を占め、他の非営利組織に比べて営利法人の増加率は高い<sup>8</sup>。

### ○事業規模・利用者の特性

#### \*サービス利用実績

訪問介護の利用実績時間は（表 2-2）のとおりである。全体平均をみると身体介護中心サービス（1 か月）は 284.6 時間、生活援助中心サービス（1 か月）は 257.2 時間、通院等サービスは 23.2 回である。経営主体別にみると、身体介護中心が最も多いのは、組合（468.1 時間）、次いで医療法人（414.2 時間）である。最も少ないのは NPO 法人（97.5 時間）、次いで社会福祉法人（205.8 時間）である。生活援助中心が最も多いのも、組合（861.8 時間）であり、最も少ないのが NPO 法人（147.3 時間）である。社会福祉協議会は両サービスとも若干全体平均を上回り、営利法人は両サービスともほぼ全体平均と同じである。通院等が最も多いのは営利法人（39.1 回）である。

予防訪問介護の利用実績件数は（表 2-3）のとおりである。全体平均をみると利用区分Ⅰは 9.5 件、利用区分Ⅱは 7.5 件、利用区分Ⅲは 2.2 件である。利用頻度が少ない利用者が多い。Ⅰの利用が最も多いのは、協同組合（18.3 件）、次いで社会福祉協議会（17.8 件）である。最も少ないのは NPO 法人（5.7 件）、次いで医療法人（6.4 件）である。ⅡもⅢも同様の傾向がある。

#### \*利用者数・介護度

訪問介護の利用者数は（表 2-4）のとおりである。全体平均を見ると合計が 34.3 人で、

---

<sup>8</sup> 社会福祉協議会は地方自治体の数に連動し、社会福祉法人は許認可制の下にあり、総数があまり増減しないため、介護保険事業への参入にはおのずと限界がある。

要介護1が11.4人、要介護2が9.5人、要介護3が5.4人、要介護4が4.0人、要介護5が3.9人で介護度が低い利用者が相対的に多い。訪問介護の利用者数が最も多いのは協同組合（51.2人）、次いで社会福祉協議会（45.7人）である。最も少ないのはNPO法人（14.2人）である。営利法人（32.2人）は全体平均並みだが、NPO法人以外の非営利法人よりは少ない。

予防訪問介護の利用者数は（表2-5）のとおりである。全体平均を見ると合計が19.1人で、要支援1が9.0人、要支援2が10.1人である。要支援1の利用者数が最も多いのは協同組合（17.4人）、次いで社会福祉協議会（15.2人）である。最も少ないのは医療法人（5.5人）、次いでNPO法人（5.6人）である。要支援2も同様の傾向である。

なお訪問介護と予防訪問介護の利用者数の対前年度比を見ると、経営主体別の差は小さいが、訪問介護の利用者数が前年度を上回っているのは、NPO法人、社会福祉協議会、協同組合である。訪問介護の利用者数が前年度を上回っているは、NPO法人、社会福祉協議会である。

#### **\*従業員**

訪問介護事業所の従業員数は（表2-6）のとおりである。従業員数の全体平均は、訪問介護員等が18.1人、サービス担当責任者が2.4人、事務員が0.6人、その他従業者が0.1人である。このうち訪問介護員等の数を経営主体別にみると、協同組合（43.4人）が最も多く、次いで社会福祉協議会（23.2人）が多い。最も少ないのは社会福祉法人（12.2人）と医療法人（13.9人）である。協同組合が特に多い。常勤換算の場合も傾向は同様である。

#### **○サービスの利便性**

##### **\*定休日・営業時間**

訪問介護事業所の定休日は（表2-7）のとおりである。経営主体別にみると、「土日祝日」は営利法人（43.0%）が最も多い。「日祝日」は組合（71.0%）が最も多い。「なし」は社会福祉協議会（32.0%）と社会福祉法人（39.0%）が多い。全般的に営利法人の方が非営利法人より定休日が多い。

開始時間・終了時間は（表2-8）のとおりである。経営主体別にみると、開始時間が早く「6時まで」の事業所は組合（50.0%）が最も多い。開始時間が「6時～9時」の事業所は、社会福祉協議会（92.0%）と社会福祉法人（78.0%）が多い。開始時間が「9時以降」の事業所が比較的多いのはNPO法人と営利法人である。終了時間が「18時まで」の事業所が

最も多いのは医療法人（52.0%）である。終了時間が「18時～20時まで」の事業所は営利法人（36.0%）が多く、終了時間が「20時～22時まで」の事業所は社会福祉協議会（39.0%）が多く、終了時間が「22時～0時まで」の事業所は組合（50.0%）が最も多い。一般的に営利法人と医療法人は営業時間が短く、協同組合と社会福祉協議会は営業時間が長い。

#### **\* 併営介護サービス・施設の割合**

訪問介護事業所が併営する介護サービス・施設の割合は（表 2-9）のとおりである。一般的に併営が多いサービスは、居宅介護支援（73.2%）と通所介護（58.4%）である。居住・施設系では認知症対応型共同生活介護（25.4%）が多い。以下、認知症対応型共同生活介護は通称により「グループホーム」とする。

経営主体別にみると、NPO法人は一般的に併営サービス・施設が少ない。社会福祉協議会は訪問入浴（39.5%）および通所介護（76.3%）が多い。社会福祉法人は通所介護（96.4%）、短期入所生活介護（84.7%）、介護老人福祉施設（82.9%）が多い。大半が介護老人福祉施設の運営法人であり、施設を利用した併営事業が多い。医療法人は、訪問看護（71.4%）、訪問リハビリテーション（30.4%）、通所リハビリテーション（78.6%）、介護老人保健施設（53.6%）などの医療系サービスが多い。協同組合は、福祉用具貸与（62.5%）、特定福祉用具販売（50.0%）、小規模多機能型居宅介護（45.8%）が多い。社会福祉協議会および社会福祉法人は長年従事してきた高齢者福祉事業、医療法人は医療事業、協同組合は購買事業と、各々の法人の特性が併営事業に反映している。これに対して、新規事業者である営利法人とNPO法人は併営事業が多くない。

#### **○サービスの質**

##### **\* 訪問介護員等の勤務形態・退職率**

訪問介護員等の勤務形態は（表 2-10）のとおりである。全体平均の人数は、常勤・専従が 3.2 人、常勤・非専従が 0.9 人、非常勤・専従が 12.6 人、非常勤・非専従が 1.3 人である。全体平均の常勤・専従割合の割合は 21.7%であり、訪問介護員は非常勤主体であることが分かる。経営主体別に常勤・専従割合の割合をみると最も多いのは医療法人（36.9%）、次いで社会福祉法人（27.8%）であり、最も少ないのは協同組合（12.5%）である。協同組合は訪問介護員等を非常勤主体にして人数を増やし、医療法人は常勤の割合が高めで全体の人数を抑制している様子が伺える。営利法人とその他の非営利法人の常勤・専従割合の

割合は全体平均とほぼ同じである。

訪問介護員等の退職率<sup>9</sup>の全体平均は 12.8%である。最も高いのは営利法人（15.0%）、最も低いのは協同組合（6.9%）、次いで（8.5%）となっている。営利法人の職場環境は他の非営利法人と比較して良好ではない可能性が伺える。

#### **\*訪問介護員等の資格・経験**

訪問介護員等の資格取得と経験年数は（表 2-11）のとおりである。資格取得率の全体平均は、介護福祉士が 32.8%、訪問介護員 1 級が 3.4%、訪問介護員 2 級が 68.3%である。経営主体別にみると介護福祉士は、社会福祉法人（46.4%）と社会福祉協議会（45.4%）が多く、営利法人（27.2%）が最も少ない。訪問介護員 2 級は協同組合（81.5%）が最も多い。

訪問介護員等の経験年数は、全体平均をみると 5 年以上経験者の割合は 48.0%、10 年以上経験者の割合は 17.9%である。5 年以上経験者の割合が最も多いのは協同組合（79.8%）であり、10 年以上経験者の割合が多いのも協同組合（48.0%）である。NPO 法人、医療法人および営利法人は、5 年以上経験者の割合および 10 年以上経験者の割合が共に低い。

#### **\*訪問介護員等 1 人当たり 1 カ月のサービス提供量**

訪問介護員等 1 人当たり 1 カ月のサービス提供量は（表 2-12）のとおりである。1 人当たりサービス提供量の全体平均は、訪問介護が 60.6 時間、予防訪問介護が 15.8 回である。経営主体別の 1 人当たり訪問介護提供の場合、最も多いのは社会福祉協議会（72.7 時間）、次いで組合（67.7 時間）である。最も少ないのは NPO 法人（25.9 時間）である。1 人当たり予防訪問介護提供の場合、協同組合（35.4 回）が最も多い。NPO 法人（14.5 回）と営利法人（14.7 回）は同程度に少ない。

#### **\*介護報酬加算状況**

訪問介護事業所の介護報酬加算の状況は（表 2-13）のとおりである。全体平均をみると介護職員処遇改善 I が 83.7%、緊急時間訪問が 55.0%、特定事業所 II（専門性のある人材確保）が 21.5%、通院等乗降介助が 20.5%の順で多い。他の項目は 10%未満である。経営主体別にみると、介護職員処遇改善、緊急時間訪問、特定事業所 II について最も加算が多い事業所は、協同組合である。NPO 法人は介護報酬加算が全般的に少ない。営利法人は介

---

<sup>9</sup> 訪問介護員等の退職率＝昨年の退職者数／本年度の訪問介護員等数としている。

護職員処遇改善と特定事業所Ⅱに関して全体平均を下回る。通院等乗降介助に関してはNPO 法人（26.3%）と営利法人（27.2%）が多い。経営主体により積極的に介護報酬加算に積極的な分野が異なる。

#### **\*利用者意見把握・第三者評価**

訪問介護事業所による利用者アンケート調査、意見箱など利用者等の意見を把握する体制（以下「利用者意見把握」とする）および第三者評価機関からの調査・評価（以下「第三者評価」とする）の実施状況は（表 2-14）のとおりである。全体平均では、利用者意見把握の実施率は 37.7%、利用者意見把握の結果開示の実施率は 19.5%、また第三者評価の実施率は 3.1%、第三者評価の結果開示の実施率は 1.1%である。全般的に利用者意見把握の取り組みは低調である。第三者評価はほとんど実施されていない。

利用者意見把握の実施率が最も高いのは組合（62.5%）であり、この結果開示の実施率が最も高いのは医療組合（23.2%）、次いで社会福祉法人（22.5%）である。（施設系？）営利法人の利用者意見把握の実施率および結果開示の実施率は全体平均よりかなり低い。NPO 法人も同様の傾向である。第三者評価の取り組みに積極的なのは社会福祉法人である。

#### **○介護保険制度外サービス**

介護保険制度以外の事業の実施状況は（表 2-15）のとおりである。ここで「あり」としたのは、「介護サービスの提供内容に関する特色等（その内容）」および「事業所の特色」の頁の「サービス内容自由記述」「併設されているサービス」「保険外の利用料等に関する自由記述」の欄のいずれかに、介護保険制度外のサービスの内容が記載されている事業所である。全体では 13.5%の事業所が介護保険制度外サービスを実施している。最も多いのはNPO 法人（36.8%）、次いで協同組合（16.7%）、営利法人（15.4%）であった<sup>10</sup>。

---

10 介護保険制度外のコミュニティ・サービスはNPO 法人や社会福祉協議会が長年取り組んでおり、また近年では営利法人の制度外のオリジナル・サービスの増加が話題になっている。しかし本票には制度外サービスの記載のなかったNPO 法人、社会福祉法人、協同組合、営利法人が多数あった。このため団体 website や会社概要を可能な範囲で入手し追加集計したところ、NPO 法人 57.9%、社会福祉協議会 34.2%、社会福祉法人 9.9%、医療法人 10.7%、協同組合 54.2%、営利法人 26.9%、合計では 24.4%が実施しているという結果になった。

## ○小括

以上の広島県の訪問介護事業所の運営実態の結果をまとめると、非営利・営利の経営主体の間で特に際立った相違は見られなかった。ただ個別には興味深い相違があった。

旧来型の既存事業者のうち、社会福祉協議会は規模（利用者数、訪問介護員数およびサービス提供時間・件数）がやや大きく、サービスの利便性（休日、営業時間等）とサービスの質（訪問介護員の資格・経験・常勤専従率・退職者率、介護報酬加算等）が高い傾向があった。利用者意見把握・第三者評価は平均並みである。介護保険制度外サービスの実施は少ない。社会福祉法人は、規模は平均並みであり、利用者意見把握・第三者評価の実施が多いが、他の点では社会福祉協議会と同様の傾向である。

新興型の既存事業者のうち、医療法人は、事業所の規模は平均並みだが、サービスの利便性およびサービスの質は全般的に平均並みである。訪問介護員の常勤・専従の割合が特に高い。また身体介護中心のサービス提供時間が特に多い。専門性に特化した訪問介護事業を効率的に実施している様子が垣間みれる。協同組合は事業所の規模がかなり大きく、サービスの利便性もサービスの質も高い。訪問介護員の経験年数が特に長い。介護報酬加算にも積極的である。利用者意見把握や第三者評価の取り組みに比較的積極的である。他方、協同組合は訪問介護員の常勤・専従割合が最も低く、人件費を圧縮する傾向が見られたが、訪問介護員の退職率は最も低い。一見、事業者にも従業員にも望ましい状況となっている。

NPO法人は、事業所の規模が経営主体別では最も小さい。特に身体介護中心のサービス提供時間が少ない。サービスの利便性やサービスの質の面では、平均並みかやや低い傾向がある。特筆されるのは、介護保険制度外サービスに最も積極的だったことである。なおNPO法人の利用者数は他の法人より少ないが、訪問介護と予防訪問介護の利用者数の対前年度比を見ると、他の法人が前年度より利用者が若干減少させているなかで、利用者をわずかながら増やしていることが注目される。

営利法人は、事業所の規模は平均並みである。サービスの利便性とサービスの質は、非営利組織と比べて、若干低い傾向がある。訪問介護員の常勤・専従割合は平均並みである。訪問介護員の退職者率が特に高い。営利法人においては、利益拡大のために訪問介護員等の労務環境が犠牲になっている可能性が否定できないということになる。

なお併営サービス・施設に関しては、既存事業者である社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、協同組合は既存事業の特性がそのまま反映されていた。新規事業者であるNPO法人と営利法人は他の法人と比較して併営サービス・事業に特に積極的ではない。

表2-1 法人形態別 事業開始年(事業所数)

	1989年 以前	1990～ 1999年	2000年 2004年	2005～ 2009年	2010～ 2013年	n
社会福祉協議会	2	0	22	14	0	38
社会福祉法人(社協以外)	0	46	39	21	5	111
医療法人	0	1	38	12	5	56
組合	0	1	16	5	2	24
営利法人	0	8	149	130	70	357
特定非営利活動(NPO)法人	0	1	11	5	2	19
その他	0	3	5	2	0	10
合計	2	60	280	189	84	615

表2-2 介護サービス 提供実績(平均)

	身体介 護中心 1か月	生活援 助中心 1か月	通院等	n
社会福祉協議会	326.1	315.4	0.7	38
社会福祉法人(社協以外)	205.8	220.0	1.2	111
医療法人	414.2	187.7	0.5	56
組合	468.1	861.8	1.6	24
特定非営利活動(NPO)法人	97.5	147.3	4.8	19
営利法人	283.7	250.8	39.1	357
その他	321.2	136.7	0.0	10
合計	284.6	257.2	23.2	615

表2-3 予防訪問介護サービスの提供実績(平均)

	I	II	III	n
社会福祉協議会	17.8	12.6	3.3	38
社会福祉法人(社協以外)	11.0	6.5	1.8	111
医療法人	6.4	5.3	1.4	56
組合	18.3	13.7	4.4	24
特定非営利活動(NPO)法人	5.7	4.7	1.0	19
営利法人	8.0	7.3	2.3	357
その他	16.4	7.6	2.0	10
合計	9.5	7.5	2.2	615

表2-4 訪問介護サービス 利用者数(平均)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計	対前年 比	n
社会福祉協議会	15.5	14.4	7.3	4.6	3.9	45.7	1.01	38
社会福祉法人(社協以外)	13.8	11.0	5.6	3.4	2.8	36.6	0.97	111
医療法人	10.4	9.6	5.6	4.1	4.0	33.7	0.92	56
組合	18.8	14.3	7.9	5.5	4.7	51.2	1.01	24
特定非営利活動(NPO)法人	5.9	4.1	1.7	1.6	0.9	14.2	1.01	19
営利法人	10.1	8.5	5.2	4.2	4.2	32.2	0.96	357
その他	14.2	10.7	4.6	3.8	5.9	39.2	1.03	10
合計	11.4	9.5	5.4	4.0	3.9	34.3	1.0061	615

表2-5 介護予防サービス利用者数(平均)

	予防サービス利用者			同左 前年実績		計	対前年 比	n
	要支援1	要支援2	計	要支援1	要支援2			
社会福祉協議会	15.2	18.5	33.6	15.5	18.5	34.0	1.01	38
社会福祉法人(社協以外)	9.1	10.4	19.5	9.1	9.9	19.0	0.97	111
医療法人	5.5	7.9	13.3	5.1	7.5	12.6	0.94	56
組合	17.4	19.2	36.6	14.7	19.5	34.2	0.94	24
特定非営利活動(NPO)法人	5.6	5.5	11.2	5.8	5.9	11.7	1.05	19
営利法人	8.3	9.0	17.3	8.0	8.5	16.5	0.95	357
その他	13.4	12.6	26.0	12.4	13.5	25.9	1.00	10
全体	9.0	10.1	19.1	8.7	9.7	18.3	1.09	615

表2-6 法人形態別 従業員数(平均)

	合計				常勤換算				n
	訪問介 護員等	サービ ス担当 責任者	事務員	その他 従業者	訪問介 護員等	サービ ス担当 責任者	事務員	その他 従業者	
社会福祉協議会	23.2	3.4	0.8	0.1	8.6	3.3	0.5	0.0	38
社会福祉法人(社協以外)	12.2	2.1	0.3	0.0	5.9	1.9	0.1	0.0	111
医療法人	13.9	2.0	0.5	0.1	7.4	1.9	0.4	0.0	56
組合	43.4	4.0	1.0	0.2	13.9	3.7	0.5	0.1	24
特定非営利活動(NPO)法人	15.6	1.8	0.4	0.1	5.2	1.6	0.4	0.1	19
営利法人	18.5	2.4	0.6	0.1	7.3	2.1	0.4	0.0	357
その他	13.8	2.6	0.9	0.1	7.9	2.2	0.5	0.1	10
合計	18.1	2.4	0.6	0.1	7.4	2.1	0.4	0.0	615

表2-7 定休日(事業所数・割合)

	定休日				n
	土日祝	日祝	その他(盆、年末年始等)	なし	
社会福祉協議会	18.0%	18.0%	32.0%	32.0%	38
社会福祉法人(社協以外)	14.0%	26.0%	22.0%	39.0%	111
医療法人	16.0%	32.0%	29.0%	20.0%	56
組合	25.0%	71.0%	4.0%	0.0%	24
特定非営利活動(NPO)法人	37.0%	32.0%	16.0%	16.0%	19
営利法人	43.0%	27.0%	9.0%	20.0%	357
その他	20.0%	50.0%	10.0%	20.0%	10
合計	32.4%	29.1%	14.3%	23.1%	615

表2-8 サービス時間(事業所数・割合)

	開始			終了				n
	0:00~6:00まで	6:00~9:00まで	9:00~	18:00まで	18:00~20:00まで	20:00~22:00まで	22:00~24:00まで	
社会福祉協議会	8.0%	92.0%	0.0%	24.0%	3.0%	39.0%	34.0%	38
社会福祉法人(社協以外)	13.0%	78.0%	9.0%	41.0%	30.0%	12.0%	18.0%	111
医療法人	14.0%	73.0%	13.0%	52.0%	23.0%	5.0%	20.0%	56
組合	50.0%	46.0%	4.0%	29.0%	13.0%	8.0%	50.0%	24
特定非営利活動(NPO)法人	21.0%	58.0%	21.0%	37.0%	16.0%	11.0%	37.0%	19
営利法人	29.0%	49.0%	22.0%	13.0%	36.0%	12.0%	39.0%	357
その他	10.0%	80.0%	10.0%	70.0%	20.0%	0.0%	10.0%	10
合計	23.4%	59.8%	16.7%	24.7%	29.9%	12.8%	32.8%	615

表2-9 法人形態別 併営介護サービス・施設の割合(全体平均)

	在宅サービス												n
	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	
社会福祉協議会	100.0%	39.5%	15.8%	0.0%	0.0%	76.3%	5.3%	7.9%	5.3%	0.0%	39.5%	2.6%	38
社会福祉法人(社協以外)	100.0%	11.7%	13.5%	12.6%	5.4%	96.4%	20.7%	84.7%	20.7%	27.0%	7.2%	7.2%	111
医療法人	100.0%	1.8%	71.4%	30.4%	41.1%	58.9%	78.6%	8.9%	50.0%	12.5%	5.4%	0.0%	56
組合	100.0%	0.0%	20.8%	0.0%	20.8%	70.8%	16.7%	4.2%	0.0%	0.0%	62.5%	50.0%	24
特定非営利活動法人	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	42.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19
営利法人	100.0%	21.6%	22.4%	0.3%	9.0%	45.7%	0.3%	4.2%	0.0%	5.9%	25.5%	24.6%	357
その他	100.0%	0.0%	100.0%	30.0%	20.0%	20.0%	50.0%	10.0%	40.0%	10.0%	10.0%	0.0%	10
合計	100.0%	17.2%	25.4%	5.7%	11.1%	58.4%	12.8%	19.3%	9.3%	9.4%	21.6%	17.7%	615

	地域密着型サービス								介護保険施設				n	
	定期巡回・随時対応型訪問看護	夜間対応型訪問看護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活	複合型サービス	居宅介護支援	介護予防支援	介護老人福祉施設	介護老人保健施設		療養型医療施設
社会福祉協議会	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	18.4%	0.0%	0.0%	0.0%	97.4%	36.8%	7.9%	5.3%	0.0%	38
社会福祉法人(社協以外)	3.6%	1.8%	21.6%	16.2%	35.1%	0.0%	9.0%	0.0%	94.6%	41.4%	82.9%	20.7%	0.0%	111
医療法人	0.0%	0.0%	10.7%	19.6%	32.1%	0.0%	0.0%	0.0%	89.3%	28.6%	0.0%	53.6%	21.4%	56
組合	0.0%	0.0%	12.5%	45.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	79.2%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	24
特定非営利活動(NPO)法人	0.0%	0.0%	5.3%	15.8%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	31.6%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	19
営利法人	3.1%	2.5%	10.6%	20.2%	25.2%	0.0%	0.0%	0.8%	62.5%	3.9%	0.0%	0.0%	0.3%	357
その他	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	10.0%	30.0%	10.0%	10
合計	2.4%	1.8%	11.7%	19.0%	25.4%	0.0%	1.6%	0.5%	73.2%	16.3%	15.6%	9.4%	2.3%	615

表2-10 訪問介護員等勤務形態別人数(平均)および常勤割合

	勤務形態別人数(平均)				合計	常勤換算	常勤・専従割合(%)	退職率(%)	n
	常勤・専従	常勤・非専従	非常勤・専従	非常勤・非専従					
社会福祉協議会	4.3	0.9	16.7	1.3	23.2	8.6	22.4%	8.5%	38
社会福祉法人(社協以外)	2.4	1.0	8.2	0.7	12.2	5.9	27.8%	9.4%	111
医療法人	4.4	0.8	6.8	2.0	13.9	7.4	36.9%	10.3%	56
組合	5.2	0.2	36.9	1.1	43.4	13.9	12.5%	6.9%	24
特定非営利活動(NPO)法人	2.6	0.5	10.3	2.3	15.6	5.2	19.5%	11.4%	19
営利法人	3.0	0.9	13.1	1.5	18.5	7.3	21.4%	15.0%	357
その他	2.4	1.2	10.1	0.1	13.8	7.9	26.1%	12.3%	10
合計	3.2	0.9	12.6	1.3	18.1	7.4	21.7%	12.8%	615

表2-11 訪問介護員等資格保有率・長期経験者率

	介護福祉士	訪問介護1級	訪問介護2級	経験5年以上	経験10年以上	n
社会福祉協議会	45.4%	2.7%	55.8%	68.2%	35.4%	38
社会福祉法人(社協以外)	46.4%	3.8%	60.7%	52.9%	21.2%	111
医療法人	39.3%	4.0%	61.6%	40.0%	14.0%	56
組合	33.3%	3.0%	81.5%	79.8%	48.0%	24
特定非営利活動法人	30.3%	2.4%	71.0%	43.1%	13.5%	19
営利法人	27.2%	3.5%	70.6%	44.1%	14.4%	357
その他	53.6%	4.3%	42.0%	60.9%	31.2%	10
合計	32.8%	3.4%	68.3%	48.0%	17.9%	615

表2-12 訪問介護員等1人当たり1カ月のサービス提供時間および提供回数(平均)

	提供時間 (要介護者)	提供回数 (要支援者)	n
社会福祉協議会	72.7	26.8	38
社会福祉法人(社協以外)	60.0	15.4	111
医療法人	62.4	18.2	56
組合	67.7	35.4	24
特定非営利活動(NPO)法人	25.9	14.5	19
営利法人	60.8	14.7	357
その他	60.6	21.2	10
合計	60.621	15.773	615

表2-13 介護報酬加算状況(割合)

	特定事業所Ⅰ	特定事業所Ⅱ	特定事業所Ⅲ	緊急時間訪問	生活機能向上連携	介護職員処遇改善Ⅰ	介護職員処遇改善Ⅱ	介護職員処遇改善Ⅲ	通院等乗降介助
社会福祉協議会	0.0%	26.3%	0.0%	63.2%	13.2%	97.4%	5.3%	2.6%	13.2%
社会福祉法人(社協以外)	3.6%	36.0%	0.9%	45.9%	7.2%	92.8%	2.7%	1.8%	6.3%
医療法人	3.6%	25.0%	0.0%	50.0%	3.6%	76.8%	0.0%	0.0%	19.6%
組合	0.0%	54.2%	0.0%	79.2%	8.3%	100.0%	4.2%	0.0%	4.2%
特定非営利活動法人	0.0%	15.8%	5.3%	21.1%	0.0%	57.9%	0.0%	0.0%	26.3%
営利法人	2.2%	14.3%	1.7%	56.9%	5.9%	79.8%	3.9%	3.9%	27.2%
その他	10.0%	10.0%	0.0%	90.0%	0.0%	60.0%	10.0%	0.0%	0.0%
合計	2.4%	21.5%	1.3%	55.0%	6.3%	83.7%	3.5%	2.8%	20.5%

表2-14 利用者意見・第三者評価(実施率)

	利用者意見聴取		第三者評価		n
	取組あり	結果開示	取組あり	結果開示	
社会福祉協議会	42.1%	15.8%	0.0%	0.0%	38
社会福祉法人(社協以外)	57.7%	22.5%	11.7%	4.5%	111
医療法人	33.9%	23.2%	0.0%	0.0%	56
組合	62.5%	16.7%	4.2%	4.2%	24
特定非営利活動(NPO)法人	26.3%	21.1%	0.0%	0.0%	19
営利法人	30.3%	17.6%	1.4%	0.3%	357
その他	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	10
全体	37.7%	19.5%	3.1%	1.1%	615

表2-15 介護保険制度外事業 実施状況(実施率)

	あり	n
社会福祉協議会	5.3%	38
社会福祉法人(社協以外)	8.1%	111
医療法人	10.7%	56
組合	16.7%	24
特定非営利活動(NPO)法人	36.8%	19
営利法人	15.4%	357
その他	0.0%	10
全体	13.5%	615

### 3 実証分析

以上のとおり、全般的には営利・非営利の経営主体別事業者の行動に、大きな差は観察されなかった。しかし経営主体によって、クリーム・スキミングに関連するようなサービス・利用者選択の行動が存在するか否かを検証するためには、さらに詳しい分析が必要になる。このため以下では、事業者にとって有利と想定されるサービス提供内容や利用者がどのようなものであるかを考察し、その行動を計測する指標を提示した後に、経営主体別の行動を比較する。

その後に介護報酬総額に、クリーム・スキミングに関連する行動が与える影響を分析する。ここでは介護報酬総額の規定要因として、サービスの利便性、サービスの質、介護保険制度外サービスの影響も含めて分析する。

#### 3.1 クリーム・スキミングに関連する行動

##### 分析の枠組み

前提となる訪問介護事業者の行動は次のとおりである。まず利益の最大化を目指す事業者は、事業規模の拡大を優先すると想定する。訪問介護事業は労働集約性が非常に高い事業であるが、事業所の事業規模が多くなるほど利益率が高く、規模の利益が存在することが予測されるためである（厚生労働省 2011）。

次に事業規模の拡大とは、すなわち事業所の介護報酬額を拡大させることである。介護報酬額を増加させる戦略としては、利用単価あるいは利用頻度の高い利用者を増やすことが考えられる。利用単価に関しては、訪問介護の方が予防訪問介護より高い傾向がある（表 3-3-1）。生活援助より身体介護の介護報酬単価の方が高い。また要介護度が高くなるにつれ、1件当たりの介護費用は増加する傾向にある（厚生労働省 n.d.）

表 3-1-1 介護給付・予防給付の単価

単位：円

予防訪問介護		訪問介護			
要支援Ⅰ (週 1 回/月)	要支援Ⅱ (週 2 回/月)	要介護Ⅲ (週 2 回超/月)	生活支援 (45 分以上/回)	身体介護 (1 時間/回)	通院支援 (回)
12,260 (1 回約 2800)	24,520 (1 回約 2800)	38,890 ( — )	2,360	5,870	1,010

(注) 厚生労働省 website「介護サービス公表システム」のサービス費用から作成。(2014 年 8 月) 要支援ⅠとⅡの 1 回あたり単価は 1 月=4.3 週で換算。

表 3-1-2 介護給付・予防給付の介護度別 1 件あたり介護費用（広島県） 単位：円

予防訪問介護		訪問介護					合計
要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
17,709	24,033	36,978	46,338	67,916	85,000	107,906	44,463

（出所）厚生労働省(n.d)「平成 24 年度介護保険事業状況報告（年報）」から作成。

上記の条件を考慮すると、利益最大化を目指す訪問介護事業所が介護報酬総額を拡大するために、利用単価または利用頻度の高い利用者を増やす手法は次のように考えられる。

- (1) 利用者全般については、予防訪問介護より訪問介護の利用者を増やす。
- (2) 訪問介護の利用者については、生活援助より身体介護を増やす。
- (3) 訪問介護の利用者については、要介護度がより重度の利用者を増やす。
- (4) 訪問介護の利用者については、1 人あたりの身体介護を増やす。
- (5) 訪問介護の利用者については、1 人あたりの生活援助を減らす。

上記を本論で利用するデータを用いて指標化すると、次のように整理できる。

- (a) 利用者総数に占める訪問介護利用者の割合(%)
- (b) 介護給付実績時間に占める身体介護の割合(%)
- (c) 訪問介護利用者に占める重介護（要介護度 4 および 5）の割合(%)
- (d) 1 人あたり身体介護の実績時間／月（＝身体介護実績時間／介護給付利用者数）
- (e) 1 人あたり生活支援の実績時間／月（＝生活支援実績時間／介護給付利用者数）

### 推定結果

上記の指標について、経営主体の異なる事業者間で行動の相違があるか否かを、平均値を算出し比較した。分析対象は、社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、協同組合、NPO 法人、営利法人であり、合計 605 事業所である。経営主体別の平均値の差の検定は、一元配置分散分析により全項目で各事業者間に有意差の有無を確認した後、Tukey-Kramer 法により行った。

結果は表 3-1-3 のとおりである。経営主体別の平均値と、営利法人の平均値と各法人の平均値の相違を検定した結果を合せて示している。

(a) 利用者総数に占める訪問介護利用者の割合（以下、「利用者・介護の割合」）をみると、営利法人が社会福祉協議会と社会福祉法人より有意に高い。(b) 介護給付実績時間に占める

身体介護の割合（以下、「実績時間・身体介護の割合」）をみると、営利法人は協同組合より有意に高い。しかし医療法人より有意に低い。(c)訪問介護利用者に占める重介護者の割合（以下、「利用者・重介護の割合」）および(d)1人あたり身体介護の実績時間/月（以下、「身体介護利用時間/人」）をみると、営利法人は社会福祉法人より有意に高い。(e)1人あたり生活支援の実績時間/月（以下、「生活援助利用時間/人」）をみると営利法人はNPO法人と協同組合より有意に低い。

以上をまとめると、訪問介護事業を運営する営利法人は、他の非営利法人と比較して、全般的に経営上有利と想定される利用者を選別している傾向があることが示唆される。特に営利法人と社会福祉法人との差が顕著である。社会福祉法人はとりわけ公益性が高い非営利法人として税制を含めた様々な優遇制度が講じられている。こうした性質を反映して社会福祉法人は、経営上不利になる可能性がある利用者を優先するあるいは拒まない姿勢があることが伺える。なおこれらの社会福祉法人の82.9%は介護老人福祉施設を運営しており、介護報酬が低額である訪問介護事業にはそれほど熱心ではないことも考えられる。

なお医療法人は営利法人より身体介護が多い点で、営利法人より選別的な行動を取っている可能性がうかがえる。ただ医療機関の専門性を考慮すると、身体介護や重介護の利用者が相対的に多いことは、その専門性を生かした結果と理解することもできる。こうした行動をクリーム・スキミングとどのように識別するかは、ここでは容易ではない。

表 3-1-3 法人別の利用者の選択

	利用者・ 介護の割合 (%)	実績時間・ 身体介護の 割合 (%)	利用者・ 重介護の割 合 (%)	身体介護 利用時間 /人(時間)	生活援助 利用時間 /人(時間)	n
NPO 法人	64.1	41.6	32.8	10.5	14.4 *	19
社会福祉協議会	58.6 *	48.1	18.7	6.6	7.3	38
社会福祉法人（社協以外）	62.2 *	47.5	15.9 **	6.4 **	6.7	111
医療法人	72.9	61.6 *	23.4	11.3	5.9	56
組合	57.2 *	37.6 *	21.0	9.3	17.2 **	24
営利法人	67.4	51.7	24.8	10.3	8.8	357
合計	65.9	50.7	22.7	9.4	8.6	605

(注) \*\*は1%水準、\*は5%水準で営利法人との差が有意。

### 3.2 介護報酬総額の規定要因の分析

#### 分析の枠組み

このように訪問介護事業において、営利組織は非営利組織より有利と想定される利用者

を選別している可能性が示された。しかし、こうした行動が介護報酬の総額を拡大させている保証はない。このため次に、有利と想定されるサービス内容・利用者の選別が介護報酬総額にどのように関連しているかについて、重回帰分析による推定を行った。定式化は一般的な生産関数モデルに従って、下記のとおりとした。

$$\ln Y = \alpha + \ln X + \sum Z + \mu$$

Yは介護報酬の総額である。Xは常勤換算の訪問介護員数である。Zは介護報酬総額に影響を与えると想定される複数の説明変数である。具体的には、①3.1で分析したクリーム・スキミングに関連する行動に加えて、②サービスの利便性、③サービスの質、④介護保険制度外サービス、⑤その他の統制要因を考慮した。①以外の要因を加える理由は、以下のとおりである。

②サービスの利便性に関しては、例えば定休日の少なさや営業時間の長さ、また経営法人が訪問介護事業以外の介護保険サービス事業・施設を運営していることは、利用者のニーズに取りこぼしなく対応出来ることにつながり、サービス利用量が増加すると考えるためである。

③サービスの質に関しては、例えば訪問介護員の専門性、経験年数、定着状況または常勤職員の割合、サービス内容が充実した事業者や労働者の処遇が優れた事業所に対する介護報酬加算の存在、また利用者や家族からの意見の把握や第三者評価などの取組などの点で優れた事業所では、利用者の満足度や評判が上昇し、サービス利用量が増加すると考えるためである。サービスの質と介護報酬総額の関連を実証することには、準市場の有効性を検証する意義もある。

④介護保険制度外サービスに関しては、画一的に規格化された介護保険サービスでは対応できない利用者ニーズに応えることが介護保険本体のサービス利用を増やし、介護報酬総額を拡大させることが予測されるためである。

⑤その他の統制要因に関しては、事業所の経過年数、法人別の特性、事業所所在地の高齢化の状況が影響すると考えるためである。具体的には、事業所の経過年数は事業実績の多さを示し利用者の信頼を得る可能性が高く、介護報酬実績を増やすことが予測されるためである。また利益拡大志向の営利組織は、全ての非営利組織より介護報酬総額を拡大する傾向が強いことが予測されるためである。また高齢化が進んだ地域では、介護保険のサ

ービス利用が多く介護報酬実績が多いことが予測されるためである。

## 変数

被説明変数とした介護報酬の総額は「介護サービス情報公表システム」には含まれていないため、ここでは訪問介護の利用実績時間（訪問介護は生活支援・身体介護・通院支援別、予防訪問介護はⅠ・Ⅱ・Ⅲの回数別）に表 3-1-1 の単価を乗じて推計した。実際の介護報酬総額は、各種の加算などがあるためここでの推計総額とは同一とは言えないが、大きな差はないと考えた。被説明変数は対数化した。

説明変数である常勤換算の訪問介護員数は、訪問介護員の実人員を労働時間により常勤換算した人数である。訪問介護員の常勤換算人数に応じて、介護報酬総額が増加すると予測される。

その他の説明変数と、予測される結果は以下のとおりである。

①クリーム・スキミングに関連する行動は、3.1 で用いた 5 指標であり、(a)利用者・介護の割合、(b)実績時間・身体介護の割合、(c)利用者・重介護の割合、(d)身体介護利用時間／人、(e)生活支援利用時間／人である。介護報酬総額と(a),(b),(c)および(d)の間には、正の関係があること、(e)は負の関係があることが予測される。

②サービスの利便性は、訪問介護事業所の営業時間数および併営する介護保険サービス・施設である。対象事業所が併営する割合が高い事業から選択し、通所介護、居宅介護支援、老人保健施設およびグループホームを採り上げた。介護老人福祉施設は後述する社会福祉法人との相関係数が高いため除外した。介護報酬総額とこれらの変数の間には、いずれも正の関係が予測される。

③サービスの質に関しては、訪問介護員に占める介護福祉士の割合、訪問介護員に占める 10 年以上経験者の割合、訪問介護員の退職者率、訪問介護員に占める常勤専従者の割合とした。また利用者意見把握と第三者評価については、利用者等からの意見の開示の有無および第三者評価の開示の有無をダミー変数にした。介護報酬総額と訪問介護員の退職者率を除くすべての変数との間には、いずれも正の関係が予測される。介護報酬総額と訪問介護員の退職者率の間には負の関係が予測される。

④介護保険制度外サービスは、個票の「介護サービスの提供内容に関する特色等」（事業所の詳細）および「保険外の利用料等に関する自由記述」（事業所の特色）の欄における介護保険外サービスの記載の有無のダミー変数である。介護報酬総額と介護保険制度外サー

ビスとの間には、正の関係が予測される。

⑤の事業所の経過年数は事業開始から 2013 年までの経過年数である。法人別の特性は、営利法人を標準として、NPO 法人、社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、協同組合の各々のダミー変数とした。高齢化は、訪問介護事業所の所在市町の人口に占める 75 歳以上高齢者の割合とした。介護報酬総額と事業所の経過年数との間には、正の関係が予測される。法人別ダミーに関しては、全ての非営利組織のダミーとの間に負の関係が予測される。また 75 歳以上高齢者の割合との間には、正の関係が予測される。

なお説明変数のうち、訪問介護員等常勤換算数、1 人あたり身体介護の実績時間／月、1 人あたり生活支援の実績時間／月、営業時間数、経過年数および 75 歳以上高齢者の割合は対数としたが、その他（ダミー変数以外）は 0 値がかなり含まれるため実数とした。

上記の変数の記述統計は、表 3-1-4 のとおりである。

表 3-1-4 記述統計量

	平均値	中央値	最大値	最低値	標準偏差	観測数
介護報酬総額（円）	2,687,091	1,877,465	29,374,560	23,480	2,649,480	615
利用者数（人）	53.3	41.0	567.0	1.0	49.9	615
常勤換算訪問介護員数（人）	7.4	5.4	75.4	0.2	6.4	615
利用者・介護の割合（%）	65.8	64.3	100.0	15.8	17.0	615
実績時間・身体介護割合（%）	51.0	48.1	100.0	0.0	22.9	615
利用者・重介護の割合（%）	22.8	20.0	100.0	0.0	15.4	615
身体介護利用時間/人	9.4	7.1	52.0	0.0	8.5	615
生活援助利用時間/人	8.5	6.7	95.0	0.0	7.6	615
経過年数（年）	10.2	10.0	44.0	1.0	5.0	615
営業時間（時間）	13.9	11.0	24.0	0.0	6.0	615
併営：通所介護	0.584	1.000	1.000	0.000	0.493	615
併営：介護支援	0.732	1.000	1.000	0.000	0.443	615
併営：老人保健施設	0.094	0.000	1.000	0.000	0.292	615
併営：グループホーム	0.254	0.000	1.000	0.000	0.435	615
訪問介護員・介護福祉士割合（%）	34.7	33.3	100.0	0.0	20.9	615
訪問介護員・退職者率（%）	12.8	9.1	100.0	0.0	15.4	615
訪問介護員・10年以上経験（%）	17.6	13.6	100.0	0.0	19.1	615
訪問介護員・常勤専従割合（%）	21.7	14.3	100.0	0.0	21.6	615
特定事業所Ⅱ加算	0.215	0.000	1.000	0.000	0.411	615
緊急時間訪問加算	0.550	1.000	1.000	0.000	0.498	615
利用者等意見の開示	0.195	0.000	1.000	0.000	0.397	615
第三者評価の開示	0.011	0.000	1.000	0.000	0.106	615
制度外サービス	0.135	0.000	1.000	0.000	0.342	615
NPO法人	0.031	0.000	1.000	0.000	0.173	615
社会福祉協議会	0.062	0.000	1.000	0.000	0.241	615
社会福祉法人	0.180	0.000	1.000	0.000	0.385	615
医療法人	0.091	0.000	1.000	0.000	0.288	615
協同組合	0.039	0.000	1.000	0.000	0.194	615
75歳以上人口割合（%）	12.8	9.9	29.7	9.2	4.1	615

## 推定結果

推定の結果は（表 3-2）のとおりである。推定式は、クリーム・スキミングに関連する 5 指標を別々に投入した推定式 1～推定式 5 を提示している。5 指標を別々に投入したのは、(b)実績時間・身体介護の割合と (d)身体介護利用時間／人および(b)実績時間・身体介護の割合と (e)生活援助利用時間／人の相関係数が高く (0.7)、多重共線のおそれがあるためである<sup>11</sup>。推定式 1 から推定式 5 の結果に関して、特筆される事項を中心に述べると以下のとおりである。

①クリーム・スキミングに関連する指標に関して、正で有意に差があったのは、(b)実績時間・身体介護割合および (d)身体介護利用時間／人であった。(a)利用者・介護の割合、(c)利用者・重介護の割合および(e)生活支援実績時間／人は有意ではなかった。(b)実績時間・身体介護割合、(d)身体介護実績時間／利用者については、予測どおり、サービス提供時間では身体介護を増やすこと、利用者 1 人あたりの身体介護のサービス提供時間を増やすことが、介護報酬総額を増加させるという結果が得られた。その他の要因に関しては以下のとおりである。

②サービスの利便性に関しては、予測どおり、訪問介護事業所の営業時間数が 3 つの推定式で有意に正となった。営業時間が長く利便性が高い事業所は、介護報酬総額が多いことが部分的だが示唆される。併営事業については、予測どおり、居宅介護支援の併営がすべての推定式で有意に正となった。グループホームは 2 つの推定式で有意に正となった。通所介護と老人保健施設の併営は影響が見られなかった。居宅介護支援（ケアマネジャー）の存在が、介護報酬総額の拡大に影響している。但し併営事業には、訪問介護事業の介護報酬総額に影響する事業とほとんど関係ない事業が混在していることがうかがえる。

③サービスの質に関しては、訪問介護員に占める介護福祉士の割合が、予測どおり 4 つの推定式で有意に正であった。これに対して、訪問介護員に占める常勤専従者の割合は、予測に反して全て推定式で有意に負であった。訪問介護員に占める 10 年以上経験者の割合および訪問介護員の退職者率の影響は見られなかった。介護福祉士の資格を持つ専門性が高い訪問介護員が多い事業所は、介護報酬総額が多いことが示唆された。しかし常勤専従者の割合は低いほど介護報酬総額が多いことが示唆される。

特定加算については、予測どおり特定事業所Ⅱが 3 つの推定式で有意に正であり、緊急

---

<sup>11</sup> 5 指標すべてを投入した推定および b 実績時間・身体介護の割合を除外した 4 指標を投入した推定も行ったが、個別の推定結果とおおむね同様の結果であった。

時間訪問の加算がすべての推定式で有意に正であった。サービスの質が高いことを理由に特別加算を受けている事業所は、介護報酬総額が多いことが示唆される。

利用者等意見の開示は、予測に反して、4つの推定式で有意に負であった。利用者等意見の開示に積極的な事業所は、介護報酬総額が少ないことになる。第三者評価の開示は1つの推定式のみで有意に正であった。

④介護保険制度外サービスは、4つの推定式で有意に正であった。予測どおり介護保険制度外サービスが介護保険本体のサービス利用量を拡大していることが示唆される。

⑤事業所の経過年数は、予測通り、すべての推定式で有意に正であった。高齢化も、予測通り、3つの推定式で有意に正であった。

法人別ダミーは、NPO 法人と社会福祉法人がすべての推定式で有意に負であった。医療法人は1つの推定式で有意に正であり、協同組合は2つの推定式で有意に正であった。このことは他の条件が同じにすると、営利法人はNPO 法人および社会福祉法人より介護報酬をより多く獲得していることになる。一方、部分的にだが、医療法人と協同組合は営利法人よりさらに利益拡大の志向があることも示唆された。

表 3-2 訪問介護事業所の介護報酬総額の規定要因の分析

被説明変数	(推定式1)		(推定式2)		(推定式3)		(推定式4)		(推定式5)	
	介護報酬総額		介護報酬総額		介護報酬総額		介護報酬総額		介護報酬総額	
	係数	標準誤差								
説明変数										
常勤換算訪問介護員数(対数)	0.818	0.057 ***	0.803	0.054 ***	0.821	0.057 ***	0.748	0.051 ***	0.827	0.057 ***
利用者・介護の割合(%)	0.002	0.002	-	-	-	-	-	-	-	-
実績時間・身体介護割合(%)	-	-	0.008	0.001 ***	-	-	-	-	-	-
利用者・重介護の割合(%)	-	-	-	-	0.001	0.002	-	-	-	-
身体介護利用時間/人	-	-	-	-	-	-	0.314	0.032 ***	-	-
生活援助利用時間/人	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.020	0.036
営業時間(対数)	0.139	0.071 **	0.113	0.068 *	0.142	0.071 **	0.012	0.061	0.105	0.071
併営:通所介護	0.022	0.067	0.052	0.062	0.019	0.066	0.058	0.058	-0.013	0.064
併営:居宅介護支援	0.195	0.077 **	0.184	0.074 **	0.198	0.077 ***	0.233	0.070 ***	0.184	0.074 **
併営:老人保健施設	0.018	0.076	0.005	0.077	0.017	0.077	0.069	0.068	0.028	0.076
併営:グループホーム	0.083	0.062	0.112	0.058 *	0.079	0.063	0.123	0.050 **	0.089	0.063
訪問介護員・介護福祉士割合	0.002	0.001 *	0.001	0.001	0.002	0.001 *	0.002	0.001 *	0.002	0.001 *
訪問介護員・退職者率	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002	0.002
訪問介護員・10年以上経験	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.000	0.001	0.001	0.001
訪問介護員・常勤専従割合	-0.006	0.001 ***	-0.007	0.001 ***	-0.006	0.001 ***	-0.006	0.001 ***	-0.006	0.001 ***
特定事業所Ⅱ加算	0.085	0.052	0.118	0.050 **	0.085	0.052	0.099	0.046 **	0.090	0.052 *
緊急時間訪問加算	0.150	0.053 ***	0.146	0.051 ***	0.147	0.052 ***	0.157	0.047 ***	0.153	0.051 ***
利用者等意見の開示	-0.142	0.067 **	-0.123	0.065 *	-0.144	0.066 **	-0.091	0.056	-0.125	0.061 **
第三者評価の開示	0.130	0.140	0.209	0.142	0.130	0.136	0.300	0.139 **	0.124	0.134
制度外サービス	0.123	0.065 *	0.127	0.062 **	0.118	0.066 *	0.146	0.054 ***	0.106	0.065
経過年数(対数)	0.219	0.062 ***	0.249	0.061 ***	0.211	0.061 ***	0.212	0.053 ***	0.176	0.058 ***
NPO法人	-0.874	0.257 ***	-0.806	0.257 ***	-0.887	0.258 ***	-0.707	0.241 ***	-0.746	0.242 ***
社会福祉協議会	-0.066	0.088	-0.029	0.086	-0.075	0.088	-0.016	0.075	-0.043	0.086
社会福祉法人	-0.198	0.080 **	-0.189	0.076 **	-0.193	0.082 **	-0.147	0.065 **	-0.182	0.082 **
医療法人	0.153	0.097	0.099	0.097	0.165	0.096 *	0.030	0.085	0.149	0.095
協同組合	0.102	0.090	0.198	0.086 **	0.089	0.090	0.132	0.068 *	0.124	0.092
後期高齢者割合(対数)	0.168	0.095 *	0.138	0.089	0.177	0.093 *	0.226	0.074 ***	0.141	0.096
定数項	11.421	0.327 ***	11.263	0.312 ***	11.495	0.326 ***	11.175	0.280 ***	11.818	0.314 ***
調整済R2		0.600		0.633		0.599		0.675		0.597
観測数		615		615		615		615		615

### 3.3 利用者総数の規定要因の分析

#### 分析の枠組みと変数

最後に訪問介護事業所の利用者総数に与える要因について分析する。介護保険サービス事業の経営においては当該年度の介護報酬総額を拡大することが当面の目標となるが、将来にわたって安定的な事業を継続していくためには、利用者数の拡大を図ることも重要である。利用者は一旦利用を開始すると継続することが多く、将来的にはサービス量が増えていく可能性も高いためである。

このため以下では、訪問介護事業所の利用者総数に与える要因について、3.2の分析の枠組みを踏襲して重回帰分析を行う。

ここで被説明変数は、訪問介護利用者数、予防訪問介護利用者数、通院等利用者数の合計(対数)である。推定式および説明変数および予測は、3.2に準じるものとする。

## 推定結果

推定の結果は（表 3-3）のとおりである。推定式は、クリーム・スキミングに関連する 5 指標を別々に投入した推定式 1～推定式 5 を提示している。

推定式 1 から推定式 5 の結果に関して、特筆される事項を中心に述べると以下のとおりである。

①クリーム・スキミングに関連する指標に関して、各々の推定式において、(a)利用者・介護の割合、(b)実績時間・身体介護割合、(c)利用者・重介護の割合、(d)身体介護利用時間／人および(e)生活支援実績時間／人のすべてが有意に負となった。介護サービスの利用単価や利用頻度が高い利用者を選別する行動は、利用者総数に負の影響を与えることが明らかになった。事業者が利用者を選別するほど、利用者総数が抑制されることはある意味で当然だろう。この結果は、訪問介護事業では短期的な利益の追求が長期的な事業の発展を阻害する可能性を示唆する。その他の要因に関しては以下のとおりである。

②サービスの利便性について、訪問介護事業所の営業時間数の影響は見られなかった。併営事業については、予測どおり、居宅介護支援、老人保健施設、グループホームの併営がすべての推定式で有意に正となった。通所介護は 2 つの推定式で有意に正となった。居宅介護支援（ケアマネジャー）、また老人保健施設とグループホームという施設・居住系サービスを併営する事業所は、利用者総数が多いことが示唆される。通所介護の影響は部分的である。

③サービスの質に関しては、予測どおり、訪問介護員に占める介護福祉士の割合がすべての推定式で有意に正であった。これに反して、訪問介護員に占める常勤専従者の割合はすべての推定式で有意に負であった。訪問介護員に占める 10 年以上経験者の割合および訪問介護員の退職者率の影響は見られなかった。訪問介護員の専門性が高い事業所は、利用者が多いことが示唆された。しかし常勤専従者の割合は低い事業所の方が、利用者が多いことが示唆された。

特定加算については、予測どおり、特定事業所Ⅱと緊急時間訪問の加算がすべての推定式で有意に正であった。サービスの質が高いことを理由に特定加算がある事業所は、利用者総数が多いことが示唆された。

利用者等意見の開示の影響は見られなかったが、第三者評価の開示は予測どおり 4 つの推定式で有意に正であった。

④介護保険制度外サービスは、5つの推定式で有意に正であった。予測どおり介護保険制度外サービスが介護保険本体のサービス利用量を拡大していることが示唆される。

⑤事業所の経過年数はすべての推定式で有意に正であった。予測通りの結果であるが、訪問介護の利用者増加に関しても、長年の実績が相当に影響していることが伺える。高齢化では、すべて推定式で有意に正であった。

法人別ダミーは、NPO法人すべての推定式で有意に負であった。社会福祉法人は2つの推定式で有意に負であった。協同組合は1つの推定式で有意に正であった。営利法人はNPO法人より利用者を多く獲得しており、社会福祉法人についてもその可能性が一部ある。協同組合は部分的だが営利法人より利用者を増加させている可能性がある。

表3-3 訪問介護事業所の利用者総数の規定要因の分析

被説明変数	(推定式1)		(推定式2)		(推定式3)		(推定式4)		(推定式5)	
	利用者総数		利用者総数		利用者総数		利用者総数		利用者総数	
	係数	標準誤差								
説明変数										
クリミ ス スキ ミン グ										
常勤換算訪問介護員数(対数)	0.667	0.052 ***	0.645	0.054 ***	0.662	0.051 ***	0.707	0.055 ***	0.617	0.050 ***
利用者・介護の割合(%)	-0.010	0.002 ***	-	-	-	-	-	-	-	-
実績時間・身体介護割合(%)	-	-	-0.002	0.001 *	-	-	-	-	-	-
利用者・重介護の割合(%)	-	-	-	-	-0.011	0.002 ***	-	-	-	-
身体介護利用時間/人	-	-	-	-	-	-	-0.268	0.039 ***	-	-
生活援助利用時間/人	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.137	0.040 ***
サービス ス 利 便 性										
営業時間(対数)	-0.064	0.066	-0.086	0.068	-0.063	0.064	-0.031	0.065	-0.097	0.067
併営:通所介護	0.103	0.068	0.122	0.070 *	0.103	0.067	0.095	0.065	0.149	0.064 **
併営:居宅介護支援	0.286	0.078 ***	0.276	0.080 ***	0.268	0.076 ***	0.258	0.076 ***	0.214	0.075 ***
併営:老人保健施設	0.195	0.070 ***	0.219	0.069 ***	0.190	0.067 ***	0.157	0.066 **	0.181	0.076 **
併営:グループホーム	0.100	0.059 *	0.112	0.060 *	0.121	0.059 **	0.103	0.054 *	0.100	0.055 *
サービスの 質										
訪問介護員・介護福祉士割合	0.004	0.001 ***	0.004	0.001 ***	0.004	0.001 ***	0.004	0.001 ***	0.004	0.001 ***
訪問介護員・退職者率	0.002	0.002	0.001	0.002	0.002	0.002	0.001	0.002	0.000	0.002
訪問介護員・10年以上経験	-0.001	0.002	-0.001	0.002	-0.001	0.002	0.000	0.001	0.000	0.002
訪問介護員・常勤専従割合	-0.006	0.001 ***	-0.007	0.001 ***	-0.006	0.001 ***	-0.007	0.001 ***	-0.008	0.001 ***
特定事業所Ⅱ加算	0.099	0.051 *	0.101	0.052 *	0.092	0.047 *	0.091	0.049 *	0.149	0.051 ***
緊急時間訪問加算	0.232	0.052 ***	0.261	0.054 ***	0.239	0.053 ***	0.218	0.051 ***	0.240	0.051 ***
利用者等意見の開示	-0.046	0.056	-0.032	0.058	-0.044	0.057	-0.048	0.056	-0.002	0.054
第三者評価の開示	0.362	0.091 ***	0.350	0.093 ***	0.358	0.085 ***	0.175	0.113	0.334	0.105 ***
制度外										
制度外サービス	0.167	0.065 **	0.206	0.066 ***	0.183	0.064 ***	0.226	0.060 ***	0.200	0.065 ***
経過年数(対数)	0.221	0.053 ***	0.255	0.054 ***	0.261	0.053 ***	0.224	0.053 ***	0.247	0.052 ***
NPO法人	-0.785	0.246 ***	-0.797	0.253 ***	-0.675	0.228 ***	-0.708	0.245 ***	-0.694	0.246 ***
社会福祉協議会	0.045	0.079	0.116	0.085	0.071	0.083	0.057	0.082	0.133	0.084
社会福祉法人	-0.109	0.071	-0.102	0.072	-0.168	0.072 **	-0.120	0.067 *	-0.110	0.072
医療法人	-0.034	0.082	-0.079	0.082	-0.097	0.078	0.003	0.078	-0.126	0.083
協同組合	0.034	0.093	0.090	0.096	0.088	0.084	0.094	0.088	0.199	0.085 **
後期高齢者割合(対数)	0.353	0.088 ***	0.349	0.091 ***	0.280	0.089 ***	0.357	0.082 ***	0.262	0.088 ***
定数項	1.433	0.320 ***	0.947	0.315 ***	1.179	0.320 ***	1.224	0.294 ***	1.468	0.299 ***
	0.610	Mean dependent var	0.587	Mean dependent var	0.617	Mean dependent var	0.632	Mean dependent var	0.593	Mean dependent var
調整済R2		0.595		0.570		0.602		0.618		0.577
観測数		615		615		615		615		615

### 3.4 考察

以上の分析をまとめると、訪問介護事業において、営利法人はクリーム・スキミングに関連すると想定される行動をとる傾向があること、またこうした行動が介護報酬総額を増加させる可能性が部分的だが存在することが、明らかになった。

ただこうした経営主体による行動の相違が直ちに介護保険制度の利用者に不利益を与える大問題であるかどうかは、ここでは断定できない。介護保険制度は、準市場における多様な事業者の競争がサービス供給の効率化を実現すると期待しているが、事業者の競争的行動と公平性・公正性のバランスをどこに求めるのかという点に関して、実は明確な合意はない。政策的に、利益最大化を目的とする営利事業者と社会的使命を重視する非営利組織の行動が完全に同一であることが求められるのか、あるいはある程度の差異は許容されるのか。仮に両者の差異がある程度許容される場合、例えばクリーム・スキミングがどのレベルになると政策的に問題となるのか。これらの点を明確にした上でないと、本分析で観察されたクリーム・スキミングの関連する行動の存在が、社会的に問題なのか否かは議論できないと考えるためである。本稿では、紙面と能力の限界によりこの点に言及することできず、準市場には非営利組織のクリーム・スキミングを誘発する環境があり、その兆候があることを指摘することに止まる。

また利用者の選別は利用者数総数を縮小する可能性が示されたことから、クリーム・スキミング志向の行動の長期的な効果に関しても、さらなる検証が必要といえる。

クリーム・スキミングに関連する行動は、医療法人にも同様に観察された。このことは非営利組織のなかにも、営利志向が強い事業者と非営利志向の事業者が混在していることを示唆する。

介護報酬総額や利用者総数に影響を与えたその他の要因のうち、注目される事項とそれらに関する考察は以下のとおりである。

訪問介護事業所の併営事業については、居宅介護支援を併営する事業所は、介護報酬総額も利用者総数も明らかに多いという結果になった。介護保険サービスの利用者の獲得に際しては、介護支援専門員（ケアマネジャー）の意見や紹介が鍵になるという通説<sup>12</sup>と整合する結果であるが、居宅介護支援には介護保険サービスを中立的な立場で紹介する役割があることを考えると、問題なしとは言いきれない。また利用者総数は、グループ・ホームおよび介護老人保健施設を併営する事業所がかなり多かった。ここからは施設等を設置・

---

<sup>12</sup> 李(2012)、池田(2012)など。

運営する資金調達力のある事業所が有利であることがうかがえる。

訪問介護員の資質に関しては、介護福祉士の割合が高い事業所が、介護報酬総額も利用者総数も明らかに多いという結果になった。しかし訪問介護員の経験年数および退職率の影響はほとんどなかった。これには二つの解釈が成り立つ。第一は、利用者はサービスの質に関する情報を取捨選択しており、資格は重視するが経験年数や退職率は重視しないという解釈である。第二は、介護報酬総額や利用者総数の多い事業者は、利用者にとって説明しやすい訪問介護員の資格は重視するが、一般の利用者が判断材料として直ちに使いづらいう経験年数および退職率については重視しないという解釈である。

訪問介護員の常勤専従者の割合は低い事業所の方が、介護報酬総額や利用者総数が多いという結果になった。利用者にとっては、常勤専従の訪問介護員が多いというサービスの質の高さより、実人員が多く（＝常勤専従の割合が低い）ニーズに機敏に対応可能な方が重要であることが示唆される。

特定加算（特定事業所Ⅱおよび緊急時間訪問）のある事業所は、介護報酬総額も利用者総数もかなり多いという結果になった。このことは、サービスの質が高いことを理由に特別加算する仕組みが機能しており、利用者の評価につながっている可能性がある。

利用者からの意見を開示している事業所は、介護報酬総額が少ない傾向があったのに対して、第三者評価を開示している事業所は利用者総数が多い傾向があった。前者については、利用者は他の利用者の意見を考慮していないという解釈と、現行の利用者の意見把握の体制が十分に機能していないという解釈が考えられる<sup>13</sup>。後者に関しては、利用者は第三者評価の結果を考慮して事業所を選択しているという解釈と、利用者の事業所の選択を支援するための第三者評価の仕組みがうまく機能しているという解釈が考えられる。

介護保険制度外サービスを実施していることは、介護報酬総額や利用者総数の多さにかなり影響していた。前述のとおり、この介護保険制度外サービスは、非営利目的と営利目的の事業が混在しているが、訪問介護事業を拡大させるためには、柔軟な支援サービスが追加的に存在することが鍵になるという興味深い結果が得られた。このことは、近年、家族の機能が急速に低下し、公的な介護保険サービスのみでは高齢者の生活を支え切れなくなってきたという厳しい現状を反映しているということもできよう。

経験年数の長さは、介護報酬総額や利用者総数の多さにかなり影響していた。訪問介護

---

<sup>13</sup> 利用者は事業所が開示している他の利用者の意見の存在を知らない、または内容を判断できないという可能性もある。

事業においては長年の実績が相当に影響している。このことは介護保険制度の前から高齢者福祉事業の実績があった既存の事業者が有利である可能性を示唆する。

法人別の相違に関しては、NPO 法人は営利法人より介護報酬総額も利用者総数も明らかに少ないという結果になった。社会福祉法人は営利法人より介護報酬総額が明らかに少ないという結果になった。訪問介護事業所のなかで、NPO 法人は他の経営主体と比較して、規模がかなり脆弱であることがうかがわれる。社会福祉法人は前述のとおり、特に公益性が高い法人として当然に非営利志向の行動をとるという事情と、訪問介護事業は介護老人福祉施設のサイドビジネスであり積極的でないという事情の双方が考えられる。

部分的にはあるが、協同組合と医療法人は介護報酬総額が営利法人より多い可能性があった。つまり非営利組織のなかには、営利法人と同等あるいはそれ以上に利益志向の非営利組織が存在するという興味深い結果が得られた。

#### 4 おわりに

本論では、訪問介護事業所の経営主体別の経営の実態を比較した上で、経営主体によりクリーム・スキミングに関連する行動が存在するか否かを検証し、さらに訪問介護事業所の介護報酬総額および利用者総数の拡大要因を分析した。その結果、営利法人はクリーム・スキミングに関連すると想定される行動をとる傾向があること、またこうした行動が介護報酬総額を増加させる可能性が部分的だが存在することを明らかにした。前述のとおり、こうした実態が直ちに政策的な課題であると断定はできなかったが、準市場には非営利組織のクリーム・スキミングを誘発する環境があり、その兆候があることを指摘したことに、一定の意義があると考えられる。過度のクリーム・スキミングは、介護保険サービスの公平性や公正性を確保する上で決して望ましいことではないため、今後も経営主体別の事業者の行動を注視する必要があることを合わせて指摘したい。

また介護報酬総額と利用者総数の拡大要因として、サービスの質に関して分析したところ、訪問介護員の介護福祉士という資格や介護加算制度指標が高いほど介護報酬総額や利用者総数が多い、また第三者評価を開示する事業所は利用者が多いという結果が得られた。一方、訪問介護員の経験年数や退職率の多さとは関連が無く、また訪問介護員の常勤専従の割合は低いほど介護報酬総額や利用者総数が多い、また利用者からの意見の開示がある事業所は介護報酬総額が少ないという予想外の結果もあった。これらのことから、政府が想定している介護事業のサービスの質と利用者が考えるサービスの質には乖離があるこ

と、あるいは利用者の意見把握や第三者評価の取り組みが十分に機能していないことがうかがわれる。今後、事業所の評価のあり方あるいは利用者に対する情報提供のあり方改善する必要があることが示唆される。

また介護保険制度外サービスが訪問介護事業の拡大に貢献にしている可能性が示されたが、超少子高齢社会の進展に伴い、こうした傾向はますます強くなると考える。ここでの介護保険制度外サービスには、コミュニティにおける支援活動と、商業的事業が混在しているが、その両者が健全な活動を発展させていくための環境整備が求められる。

なお本研究には限界もある。データが広島県内の訪問介護事業所に限定されているため、ここで得た結果が他の介護保険サービスと共通するのか、また全国的な動向と一致するののかについては、さらなる分析が必要である。また介護報酬総額は推計値を用いたこと、利益率を考慮できなかったことから、分析結果の正確さに若干の疑問が残る。これらは今後の課題としたい。

## 参考文献

Ben-Ner A., Karac-Mandic P. And Ren T., 2012, 'Ownership and Quality in Markets with Asymmetric Information: Evidence from Nursing Homes', *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, vol.12, no.1, Article 42.

本郷秀和・荒木剛・松岡佐智・袖井智子（2011）「介護系 NPO の現状と制度外サービス展開に向けた課題」『福岡県立大学人間社会学部紀要』 vol.19, no.2. pp1-18.

池田幸代（2012）「介護事業利用者の介護サービス選択に関する調査研究」『東京情報大学研究論集』 vol. 15, no.2, pp. 53-67.

金谷信子（2010）「準市場における非営利組織の役割と市場シェア」『広島国際研究』 vol.16, pp37-53.

金谷信子(2012) 「介護系 NPO の持続性と多様性:介護保険制度外サービスの実態分析から」『広島国際研究』 vol.18, pp55-70.

厚生労働省 (n.d.) 「平成 24 年度介護保険事業状況報告 (年報)」.

厚生労働省 (各年) 『介護サービス施設・事業所調査』.

厚生労働省 website 「介護事業所検索 介護サービス情報公表システム」

[http://www.kaigokensaku.jp/readme/\(2014/01/20\)](http://www.kaigokensaku.jp/readme/(2014/01/20)).

厚生労働省(2011) 「平成 23 年介護事業経営実態調査結果」.

Le Grand, Julian (1991) Quasi-Markets and Social Policy, *The Economic Journal*, vol.101, pp.1256-1267.

Le Grand, Julian and Bartlett, Will (1993) Introduction, in Le Grand, Julian and Bartlett eds., *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan, pp.1-12.

日経 BP 社(2013)「介護ビジネス トピックス」『日経ヘルスケア』, pp.15.

日経 BP 社(2006)「特集拡大する介護保険『外』サービス」『日経ヘルスケア』2006年12月号、pp.45-52.

日経 BP 社(2007)「加速する医療法人の参入 営利法人にはない強みで事業拡充へ」『日経ヘルスケア』2007年2月号、pp.40-42.

日経 BP 社(2008)「減少する訪問介護の利用者 新規顧客獲得に秘策は？」『日経ヘルスケア』2008年6月号、pp.90-93.

日経 BP 社(2009)「顕在化する事業者の二極化 加算取らなければ負け組に」『日経ヘルスケア』2009年8月号、pp.21-25.

清水谷諭・野口晴子(2004)『介護・保育サービス市場の経済分析』東洋経済新報社.

須田木綿子(2011)『対人サービスの民営化—行政—営利—非営利の境界』東信堂.

Schlesinger M. And Gray B. (2006) 'Nonprofit Organizations and Health Care: Some Paradoxes of Persistent Scrutiny', in W. Powell and R. Steinberg eds., *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, Second Edition, Yale University Press, pp.378-414.

鈴木亘(2002)「非営利訪問介護業者は有利か？」『季刊・社会保障研究』vol.38,no.1,pp.74-88.

李恩心(2012)「利用者からみた介護サービスへのアクセス時の困難」『社会福祉学』53(3), 18-30, 2012-11-30

Hansmann, H., 1980, 'The Role of Nonprofit Enterprise', *Yale Law Journal*, vol.89. no.5, pp.835-901.

全国社会福祉協議会(各年)「住民参加型在宅福祉サービス団体活動実態調査報告書」.

<連絡先>

nkanaya@intl.hiroshima-cu.ac.jp

The Performances of Non-profit and For-profit Long Term Care Service Providers:  
An Analysis of Business Status and Factors affecting business sizes

With the emergence of a quasi-market for long-term care services (LTCS) for the elderly, various non-profit and for-profit providers have started to offer such services. New providers have become particularly prevalent in home visit care services: in 2012, for-profit companies comprised 63% of home care services providers. Nonprofit providers including social welfare corporations, councils for social welfare, medical corporations and non-profit organizations also compete in the market. Because their missions and goals are not the same, it may be that non-profit and for-profit providers in the LTCS market differ in behavior and performance. However, few studies have explored the actual conditions of this quasi-market. Thus, based on the data published by the care service information system, this study examines differences in performance between providers according to business scale and contents, staff, and user characteristics. The primary aims of this study are 1) to examine the possibility of cream skimming and 2) to examine the relation between business size and cream skimming-oriented behaviors considering the convenience and quality of service providers. The results partially indicate that for-profit providers are more cream skimming-oriented than nonprofit providers.