

急拡大する高齢者介護市場の推計

生活研究部 岸田宏司

1. 介護を取り巻く環境

本格的な高齢社会を迎え、介護問題はますます深刻化しつつある。家庭内の過重な介護負担や社会的入院などに象徴される介護問題を社会的に解決することを主眼として公的介護保険制度が検討されてきたが、昨年12月9日に臨時国会で成立し、2000年4月から公的介護保険制度が開始されることが正式に決まった。

これまでわが国の介護は、家族が中心となって担ってきた。その後、住宅事情や核家族化の進展にともなう家族介護者の不足等により、公的施設による介護支援策が採られてきた。しかし、人口集中地区では、要介護高齢者が施設の収容人員数を上回り、施設での介護にも限界が見え始めた。また、施設介護は介護経費が膨大であり、要介護高齢者が急増すると予測される高齢社会においては、高コストな施設介護だけでは介護需要を満たせないことも明白になってきた。その結果、在宅介護が再び見直されることになり、今般成立した介護保険は、在宅介護を支援するための社会システムとして注目されているのである。しかし、介護保険の具体化までには、政令や省令が300以上も整備されなければならないという現状であることは認識しておく必要がある。

在宅介護は医療費や介護費用などの増大を

抑えるという財政的なメリットのほかに施設介護でたびたび問題となる「寝かせきり老人」をつくらないメリットがあると言われる。ところが、家庭での介護から施設での介護へと移行しはじめた時代からわが国の家庭や住宅の事情はそれほど変わっていない。全世帯に占める核家族世帯の割合は年々増加し、それにもなると平均世帯人員数は、依然として減少し続けている。このような社会環境の中で、要介護者を抱える家庭で介護を支援する介護・福祉サービスのニーズが急拡大しているのである。

本稿では、介護保険の成立で顕在化する介護市場規模の試算をするとともに介護市場における民間ビジネスの展開についての課題を紹介する。

2. 要介護高齢者数の将来推計

(1) 推計の前提と方法

介護保険法では要介護度を6段階に分類しているが、ここでは推計の根拠となる既存統計にしたがって、寝たきり（寝たきり痴呆性を含む）、痴呆（寝たきり者を除く）、虚弱老人の3種類に分けて将来数の推計を試みた。

まず、上記の3種類の介護状態別の要介護高齢者数を既存の統計から求め、人口に占める要介護高齢者の発現率を算出する。その発

現率を国立社会保障・人口問題研究所が推計する将来推計人口に乘じ、要介護高齢者数を推計した。

医療技術の進歩や寝たきりゼロ運動が展開されることなどにより現時点での要介護高齢者発現率が将来まで続くとは現実には考えられない。しかし、推計にこうした要因を反映させることは現実的にきわめて難しく、今回の推計では発現率の変化は考慮していない。推計の出発点は、93年の「高齢者介護・自立支援システム研究会（厚生省）」の調査結果とした（図表 - 1）。

図表 - 1 要介護高齢者数(1993年)

	寝たきり	痴呆性	虚弱	合計
合計(人)	900,000	100,000	1,000,000	2,000,000
構成比(%)	45.00	5.00	50.00	100.00
65歳以上人口比(%)	5.33	0.59	5.92	11.83
65歳以上人口(人)				16,900,000

(注)人口：1993年10月1日現在推計人口

(資料)高齢者介護・自立支援システム研究会

93年時点の施設介護データから施設別、年齢別、性別、介護状態別の要介護高齢者数を求めた。次に出発点となる上記の調査結果からそれを差し引き、残った要介護高齢者数を在宅の要介護高齢者とした。介護居所別に求めた要介護高齢者数を合計し、年齢別、性別、介護程度別の要介護高齢者数を算出した。

さらに年齢別、性別、介護程度別の要介護高齢者数が93年時点の人口に占める割合、つまり要介護者の発現率(図表 - 2)を求めた。この発現率に将来推計人口を乗じて、要介護高齢者数の将来推計をした。

(2) 要介護高齢者推計結果

今回の推計では2000年時点の要介護高齢者数は266万人となる。介護状態別にみると、寝たきり老人数が120万人、痴呆性老人が14万人、虚弱老人が132万人となる(図表 - 3)。さらに、2010年には、2000年の約1.4倍の377万となり、2020年には477万人に達する。2000年から2020年までの要介護高齢者の年平均増加率は、3.0%である。総人口が2009年をピークに減少に転じると予測される中、要介護高齢者数は確実に増加することが明らかである。

3. 介護市場推計

先に推計した要介護高齢者数をもとに介護市場がどの程度の規模になるのかを試算した。厚生省では全国ベースの高齢者介護費用として2000年時点で4.1兆円(ケースC, 介護単価を3%成長とした場合)と推計している。ここでは厚生省の推計とは別に独自に介護費用を設定し、要介護高齢者数の推計結果に乗じて介護費用を試算した。

図表 - 2 要介護高齢者発現率

(単位：%)

	寝たきり			痴呆性			虚弱			合計		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
65～69歳	1.82	1.62	1.71	0.14	0.10	0.12	2.16	1.82	1.97	4.11	3.55	3.81
70～74歳	3.49	3.48	3.49	0.31	0.30	0.31	5.07	4.33	4.63	8.88	8.12	8.42
75～79歳	4.37	4.86	4.66	0.61	0.67	0.65	5.50	4.81	5.08	10.48	10.33	10.39
80～84歳	9.51	13.99	12.37	1.11	1.35	1.26	13.63	14.91	14.45	24.25	30.25	28.08
85～89歳	12.35	18.49	16.49	1.91	2.36	2.21	14.58	15.89	15.46	28.84	36.74	34.17
90歳以上	14.79	21.00	19.31	2.44	2.82	2.72	15.47	16.72	16.38	32.71	40.54	38.41
合計	4.24	6.07	5.33	0.49	0.66	0.59	5.54	6.18	5.92	10.28	12.91	11.83

図表 - 3 要介護者数の推計結果

単位：千人

	寝たきり	痴呆性	虚弱	合計
1993年	900	100	1,000	2,000
2000年	1,203	136	1,324	2,663
2010年	1,710	197	1,865	3,772
2020年	2,172	255	2,344	4,771
2030年	2,430	289	2,587	5,307
2040年	2,376	286	2,490	5,152
2050年	2,317	279	2,459	5,055
2060年	2,246	274	2,345	4,866
2070年	1,885	230	1,955	4,070
2080年	1,636	198	1,719	3,553
2090年	1,514	184	1,588	3,286

(注) 人口：厚生省人口問題研究所 1992年9月推計 低位推計

(1) 介護費用単価の設定

介護費用は介護の程度によって異なるが、在宅で介護する場合と施設で介護する場合とでかなり異なる。ここでは新ゴールドプランが計画通り達成され、2000年から在宅6割、施設4割の割合で介護が行われると仮定し、推計した施設別の要介護高齢者数をもとに在宅介護と施設介護に分類した。

次に、介護程度別施設別の要介護高齢者数に一人当たりの介護費用を乗じて介護費用を求めるが、ここでは次のような設定で介護費用の単価を設定した。介護費用には要介護高齢者の生活費(食費、服飾費等)を含んでいる。

施設での介護費用単価

要介護高齢者を介護する施設は、老人保健施設、老人福祉施設、病院などがある。老人福祉施設は特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなどがある。ここでは2000年の施設介護を、老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、療養型病床群の4つに分類し、既存の統計から介護単価を設定した(図表-4)。

在宅での介護費用単価

在宅の場合、家族介護の場合と外部の在宅介護サービスを利用する場合とで介護費用は異なる。また、外部の在宅介護サービスを

図表 - 4 介護費用単価表(現在価格)

単位：円

	介護形態	介護状態	生活費	月介護費用	年額
在宅	外部サービス利用	寝たきり	56,787	200,000	3,081,444
		痴呆性	56,787	200,000	3,081,444
		虚弱	56,787	143,200	2,399,844
	家族介護	寝たきり	56,787	180,000	2,841,444
		痴呆性	56,787	180,000	2,841,444
		虚弱	56,787	128,880	2,228,004
施設	老人保健施設	寝たきり	66,780	298,907	4,414,539
		痴呆性	66,780	289,785	4,305,075
		虚弱	66,780	185,213	3,050,211
	特別養護老人ホーム	寝たきり	64,420	240,294	3,677,766
		痴呆性	64,420	232,961	3,589,770
		虚弱	64,420	148,895	2,580,978
	有料老人ホーム	寝たきり	64,420	240,294	3,656,568
		痴呆性	64,420	232,961	3,568,572
		虚弱	64,420	148,895	2,559,780
	療養型病床群	寝たきり	124,277	332,917	5,520,957
		痴呆性	-	-	-
		虚弱	-	-	-

利用する場合もどの程度の頻度でどのようなサービスを受けるかによっても異なる。寝たきり老人と痴呆性老人についてここでは、次のような外部サービスを利用すると仮定して利用単価を算出した。なお、虚弱高齢者についても同様のサービスを受けるが、介護にかかる手間が痴呆症や寝たきりに比べて軽くなるため、安い介護費用を設定した。

- ホームヘルプサービス：週4回
- 訪問看護：週1回
- ディサービス：週1回
- ショートステイ2ヶ月に1回

家族介護の場合、家族が介護に携わった費用は通常コストに反映されないが、介護市場の大枠を捉えるという今回の試算目的からパートタイマーの時給賃金に換算し、費用に取り込んだ。

在宅介護費用の推計は外部サービスの利用率をどのように想定するかによってかなり変わる。また、在宅介護のサービスが需要

に見合っただけ整備されるかどうかによっても在宅介護費用は大きく異なる。しかし、現時点では2000年、2010年の在宅介護サービスの姿が十分に描けないところが多く、ここでは利用するサービスは個人差があるものの一応在宅の要介護高齢者は何らかの外部サービスを受けると想定して介護単価を算出した。なお、緊急通報、リハビリ、住宅改造費等のコストも介護単価に組み込んだ。

(2) 介護市場推計の結果

今回の推計は現在価格で介護市場がどの程度の規模になるかを明らかにするため物価は考慮せず、現在価格で介護費用をみている。

2000年時点の介護市場は8.5兆円となる。2010年には2000年の約30%増の11.3兆円となり、2030年には20兆円を超える(図表-5)。厚生省推計の「粗い試算」(95年)では2000年の介護総費用を4.2兆円と推計しており、

図表-5 介護市場の将来推計

			(単位：億円)					
			2000年	2010年	2020年	2030年	2040年	2050年
在宅	ヘルパー	寝たきり	12,000	21,400	38,100	39,900	41,700	40,500
		痴呆性	1,200	2,200	3,900	4,100	4,400	4,300
		虚弱	17,200	30,800	55,000	56,700	58,400	56,700
	家族介護費	寝たきり	7,400	-	-	-	-	-
		痴呆性	700	-	-	-	-	-
		虚弱	10,700	-	-	-	-	-
サービス		2,100	2,700	3,400	3,500	3,700	3,600	
施設	老人保健施設	寝たきり	1,200	2,000	3,300	3,400	3,600	3,500
		痴呆性	900	1,500	2,400	2,500	2,700	2,600
		虚弱	700	1,500	3,400	3,400	3,500	3,400
	特別養護老人ホーム	寝たきり	6,200	10,000	16,200	16,900	17,700	17,200
		痴呆性	1,500	2,400	3,900	4,100	4,300	4,200
		虚弱	2,500	5,500	12,100	12,500	12,900	12,500
	有料老人ホーム	寝たきり	100	200	300	300	300	300
		痴呆性	300	500	800	800	900	900
		虚弱	200	500	1,200	1,200	1,200	1,200
	療養型病床群	寝たきり	19,500	31,500	50,900	53,200	55,700	54,200
		痴呆性	-	-	-	-	-	-
		虚弱	-	-	-	-	-	-
在宅計			51,400	57,100	100,400	104,200	108,100	105,100
施設計			33,100	55,600	94,300	98,300	102,800	100,000
総計			84,500	112,700	194,700	202,500	210,900	205,100

(注) 家族介護は2000年以降外部サービスを利用とした。

本推計比べるとかなり低い水準である。さらに厚生省の推計では2010年時点で6.9兆円と本推計との差がさらに拡大している。その理由として考えられるのは、施設介護、在宅介護とも本推計では介護のアメニティ部分を含んでいること、また介護市場の全貌を把握するため要介護高齢者の生活費も介護費用の中に含んでいること、さらに在宅サービスにはサービスや家族介護評価額を含めていること、などである。

4. シルバーサービスビジネスの課題

(1) わが国の介護福祉サービスの流れ

わが国の介護サービスは、市町村、社会福祉法人、社会福祉協議会等が中心となって供給されてきた。民間事業者によるサービスも供給されているが、全体としての量はまだ小さい。しかし、最近では入浴サービスやホームヘルプサービスなどで民間事業者が市町村の委託を受けてサービスを提供するケースも増加してきている。

現状では公的機関によるサービスが中心であるが、上記の推計に示すように市場のニーズは大きく、この介護領域は、民間企業にとってのビジネスチャンスであることに間違いはないであろう。また、介護保険制度がスタートすれば、公民サービス間の価格格差がなくなる。また、今まで市町村が利用者に措置施策として提供していた介護サービスが、利用者の自由選択によることになり、民間事業者の参入は容易になる。

(2) 民間シルバービジネスの課題

急成長する介護・福祉市場は、他の多くの消費市場が成熟化し停滞する中で、数少ない成長市場として企業の熱い注目を浴びている。すでに、市場の成長を見込んで多様な業種からの参入が相次いでいる。商社や生保などの大手資本による介護サービス事業のフランチャイズチェーン化も進むことが予想される。

一方で、シルバービジネスは中小企業にも適した事業特性を本質的に持っており、介護・福祉市場が大資本の草刈り場となってしまうことは考えがたい。つまり、介護や福祉のニーズは個人的で多種多様であり、大量生産や画一的なサービスだけでは不十分な点が多く、小回りの利く中小企業が活躍する場は大きいと考えられる。特にサービスの提供は人的資源に依存しており、労働集約性が高く、規模の経済が働きにくい。したがって、中小企業でもこの分野への参入余地はかなり多く残されている。

このように介護・福祉サービス市場は、民間企業にとって期待の大きい分野であるが、シルバービジネスには、今までの消費市場で見られなかった課題も多い。たとえば、利用者である高齢者が弱者であることやサービスのそのものの新規性などである。シルバーサービスは品質の如何によって人命に直接的に関わる。また個別サービスであるためにサービスを供給する者の属人性にその品質がかなり左右されることもあり、シルバーサービスの品質の維持は消費者保護の観点から重要な課題として俎上にのぼってこよう。

したがって、サービスの品質チェックシステムやモニタリングシステムを念頭に置いた事業展開が不可欠であろう。市場規模が大き

く、魅力的な市場であるため各方面からの参入は相次ぐと予想されるが、市場原理が機能する公的介護保険の制度下では、サービスの確実な供給とその品質管理が成否を握っているといても過言ではない。

・本レポート記載のデータは各種の情報源から入手、加工したものではありませんがその正確性と完全性を保障するものではありません。
・本レポート内容について、将来見解を変更することもあります。
・本レポートは情報提供が目的であり、記載の意見や予測は、契約の締結や解約を勧誘するものではありません。なお、ニッセイ基礎研究所に対する書面による同意なしに本レポートを複写、引用、配布することを禁じます。

Copyright © ニッセイ基礎研究所 1996 All Rights Reserved