

テーマ：介護産業の規制改革について

発表日：2010年3月10日（水）

～特養ホームの潜在需要がもたらす経済効果は約7千億円、雇用創出効果は約10万人～

第一生命経済研究所 経済調査部

担当 副主任エコノミスト 有馬 めい

TEL:03-5221-4573

（要旨）

- 平成21年12月における厚生労働省の調査結果によれば、特養ホームの入所待機者数は全国で約41.2万人で、そのうち在宅者は約19.9万人である。これらの在宅待機者が全員特養ホームに入所してきたと仮定すると、約2,915億円の介護費用が新規需要として発生する。また、これに住居費を合わせた新規需要は約7,009億円の経済波及効果をもたらす、名目GDPの拡大効果は約3,401億円と推測される。さらに、これによる雇用創出効果は介護産業で約7.4万人、他産業への波及効果を含めると約10.7万人の規模となった。こうした特養ホームの潜在需要を活かすことができれば、経済にとっても大きなプラスとなるが、財源の約9割を公費と保険料収入に頼る現行制度の枠組みでこれを実現することは不可能に近い。
- 終の棲家として施設を必要とする高齢者が増加していることや、人口減少で将来的に家族介護人の労働力を活用していく必要も生じることから、幅広く施設への需要を満たしていくことは時代の要請となっている。施設供給を抑制する現行規制の枠組みは、そうした時代の要請とミスマッチを起こしている。今後は市場メカニズムを利用して効率化やサービスの住み分けを進め、全体のコスト抑制を図りつつ、自己負担率を上げていかざるをえない。
- 待機者を解消するには有料老人ホームなどに民間の参入が促されるべきだが、その前提として、施設にかかる介護報酬の算定方式を出来高制に改め、有料老人ホームにかかる総量規制を緩和するといった規制の見直しが必要となる。また、介護報酬とは切り離して、事業者の裁量でサービス価格が設定される混合介護の導入は、現行制度と市場メカニズムとの折衷案として十分検討に値する。
- 競争で効率化や住み分けが進めば、低価格帯のサービスが特養ホームの受け皿となる一方、高付加価値サービスのニーズが喚起され高額消費が促されるといった効果も期待できる。こうして需給のミスマッチが解消され、効率的な資源配分が実現される中で自己負担率の最適解を模索するべきだが、まずは規制の見直しに向けた検討が早急に求められる。

○はじめに

特別養護老人ホーム（特養ホーム）には待機者が溢れ、入所までには平均で2年以上かかるという。一方、有料老人ホームは入所の際に高額な一時金を必要とする場合もあり、特養ホームと比べると毎月の自己負担額にも大きな差がある。よって、経済的にゆとりのない高齢者にとっては、特養ホームへの（優先的な）入所に代えて有料老人ホームを利用するという選択肢は現実的に考えにくい。

有料老人ホームでは価格が高過ぎ、特養ホームの入所は2年待ち。その中間にあたるサービスが提示されていないことが問題だ。本稿では、特養ホームの待機者問題にみる介護産業の課題について考察し、必要となる規制改革の方向性を展望した。

○特養ホームの入所待機者は約 41.2 万人 ～潜在需要の経済効果は約 7,009 億円、雇用創出効果は約 10.7 万人～

直近の平成 21 年 12 月における調査結果（厚生労働省）¹によれば、特養ホームの入所待機者数は全国で約 41.2 万人であった（資料 1）。

約 41.2 万人の内訳をみると、在宅者（約 47%）と在宅でない者（約 53%）がそれぞれ約半数（22.3 万人、19.9 万人）を占める（資料 2）。

さらに、在宅でない者の内訳をみると、医療施設や介護老人保険施設などを利用している待機者が多い。入所期間に定めがあるなど、これらの施設には実質的に長期滞在できないため、終の棲家となりうる特養ホームへ移りたいと考えるケースは少なくない。また、移転先として有料老人ホームなどと比べ、自己負担の面で特養ホームに割安感があることも希望が集中する原因になっている。

一方、こうした経済的要因に加え、社会的な要因から、軽度であっても施設を必要とするケースが増えている。在宅者の中では比較的軽度（要介護度 1～2）の待機者が約 4 割を占めているが、高齢単身世帯の増加などを背景に、常時職員のいる施設へ入所を希望するケースも増えている。

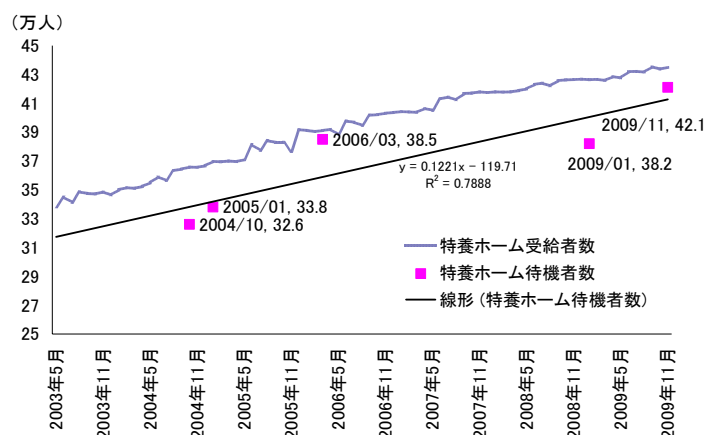
また、在宅者のうち要介護 4 または 5 の待機者も約 6.7 万人おり、特養ホームの不足によって、自宅で家族介護を余儀なくされるケースも多い。人口減少で、将来的には家族介護人の潜在労働力を活用していく必要も生じることから、特養ホームの待機者問題は重要な課題といえる。

そこで、在宅待機者が全員特養ホームに入所できたと仮定した場合に発生する新規需要と、それによる経済効果の推計を行った（資料 3）。

これによれば、在宅待機者が全員特養ホームに入所できたと仮定すると、在宅待機者の介護費用は約 3,220 億円から約 6,135 億円に増加し、差額の約 2,915 億円が新規需要として発生する。これに平均的な住居費推定額を加えた新規需要の規模は約 3,798 億円と見積もられる。また、これら新規需要が約 7,009 億円の経済波及効果をもたらし、名目 GDP の拡大効果は約 3,401 億円と推測される。さらに、雇用創出効果は介護産業で約 7.4 万人、他産業への波及効果を含めると約 10.7 万人の規模（家族介護人の労働参加は含まない）となった。

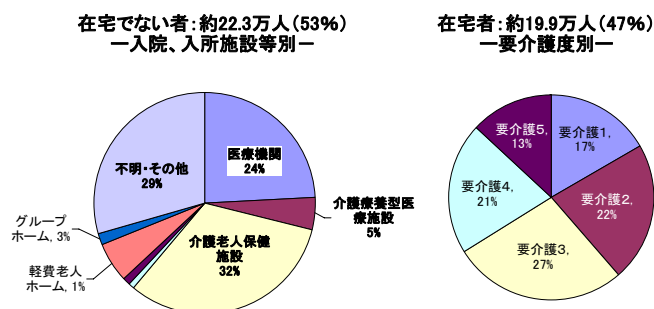
特養ホームの潜在需要を活かすことができれば、経済にとってもプラスとなるが、財源の約 9 割を公費と保険料収入に頼る現行制度の枠組みでこれを実現することは不可能に近い。以下では、待機者が発生するメ

資料 1 特養ホーム受給者数と入所待機者数



（出所）厚生労働省、共同通信、日本共産党調べ

資料 2 特養待機者 41.2 万人（平成 21 年 12 月）の内訳



（注）不明・その他は高専賃を含む。都道府県により分類の方法が異なり、高専賃を利用していても在宅に分類される場合もある。

（出所）厚生労働省「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」

¹ 入所待機者数の調査結果は自治体レベルの集計結果をとりまとめたもので、調査回数は非常に限られている。厚生労働省でも、調査を行ったのは今回も含め 2 回に留まり、その他は通信社や政党などが独自で行った調査した結果が公表されているのみである。自治体によって待機者の把握方法が異なるため（重度の要介護者のみを対象とする自治体もある）、精度に欠けるという問題点もある。

カニズムとその問題点を考察し、必要となる規制見直しに触れる。

資料3 特養ホームの潜在需要（在宅待機者が解消された場合）推計

定員	約19.9万人
施設数	約2,879ヶ所
新規需要	
介護費用総額	約2,915億円
内、自己負担	約283億円
住居費	約883億円
新規需要合計	約3,798億円
GDP	約3,401億円
経済波及効果	約7,009億円
雇用創出効果(介護)	約7.4万人
雇用創出効果(他産業への波及効果を含む)	約10.7万人

(注) 定員は在宅待機者数、施設数は特養ホーム一ヶ所あたりの平均定員 69 名でこれを換算した値。
介護費用の新規需要は、サービス別・要介護度別の受給者一人あたり費用から、在宅待機者の
介護費用を推計し、これを介護福祉施設サービスに置き換えた場合との差額とした。

なお、ここでは在宅介護と特養ホームの経済波及効果は同一のものとみなした。

住居費は介護費用とは別建てで発生するため新規需要とみなし、ユニットケアを採用している
特養ホームの平均的な一人あたり居住費から推計した。

雇用創出効果には家族介護人の労働参加は含まない。

(出所) 総務省「平成 17 年産業連関表」、厚生労働省「介護給付費実態調査」

「介護施設サービス・事業所調査」、前田由美子（2009）より D L R I 作成

○特養ホームの待機者が減らない理由 ～需給ミスマッチが拡大、民間主体でコストの抑制を～

今回の厚生労働省調べによる特養ホームの入所待機者数（約 41.2 万人）を、平成 20 年 12 月の調査結果（共同通信）と比べると、調査主体の違いこそあれ、約 1 年で待機者が約 4 万人増加した計算になる。待機者は減るどころか、むしろ増勢を強めているようにも見受けられる（前掲資料 1）。

一方、昨年 4 月には介護保険制度発足後初めて介護報酬がプラスに改定され、自己負担も上がった。価格メカニズムが働けば、今改定は需要を抑制する方向に作用したはずだが、待機者が増加したのは何故なのか。

そもそも、特養ホームの待機者はどのように発生するのだろうか。特養ホームの需給曲線を仮に想定し、その発生メカニズムを考えた。まず、特養ホームの需要曲線（D0）は、補助金²の対象となる低所得層³では価格に対して非弾力的に、所得段階が補助金の対象範囲を超えると価格弾力的になる二つの直線の組み合わせによって表現されるものとする（資料 4）。一方、供給には要介護となる高齢者数の予測値に対する一定割合で上限（総量規制⁴）が設けられているが、これには社会的要因による需要増は見込まれていない。

² 介護保険制度では、所得段階第 1～3 段階の被保険者は、特養、老健、老健（療養）、ショートステイの利用に限り食費・住居費の負担限度認定を受けることで減免補助を受けることができる。同じ施設系でも、有料老人ホームなどはこの減免措置の対象外となる（この場合平均的な自己負担額は月額で 10 万円を超える）ため、特養ホーム利用者には（待機者も含め）低所得層が多く集まるといわれる。

³ 補助金支給の対象となるのは、所得段階 1～3 の場合である。第 1 段階は生活保護の受給者または住民税が世帯非課税で高齢福祉年金の受給者、第 2 段階は住民税が世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間 80 万円以下の者、第 3 段階は住民税が世帯非課税で第 2 段階に非該当の者。

⁴ 現行制度では施設供給の上限として、介護保険事業計画で参酌標準が定められている。参酌標準とは、平成 26 年度における介護保険 3 施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）と認知症高齢者共同生活介護、特定施設入居者生活介護（有料老人ホームや地域密着型を含む）の利用者数合計が、要介護 2 以上に該当する高齢者数推計値の 37% 以下であることとされ、これに基づき 3 年毎に介護保険事業計画を策定することが定められている。都道府県又は市町村は、参酌標準を踏まえ、各サービスごとに必要とされる定員総数を定め、定員総数を超える場合は参入を希望する事業者に対し、指定を拒否することが可能である。なお、参酌標準で定められる「要介護 2 以上に該当する高齢者の 37% 以下」とは、施設のウェイ

また、介護報酬（価格）は3年に1度の報酬改定で行政によって決められるので、供給曲線（S）は直線で表されるものとする。

1年以内に供給に大きな変化がなかったとすると、介護報酬のプラス改定を受け、自己負担が上昇（ P_0 から P_1 ）すれば、価格弾力的な層の需要は減退し、高齢化による需要増があっても（ D_0 から D_1 ）、トータルでは報酬改定以前に比べ待機者が減少するはずである。

しかし、現実には待機者の増加が以前を上回るペースで進んでいることから考えると、総量規制で見込まれない社会的要因による需要が急増したため、需要曲線が大幅に右方シフトし、価格による需要の減退を上回った可能性が高い。

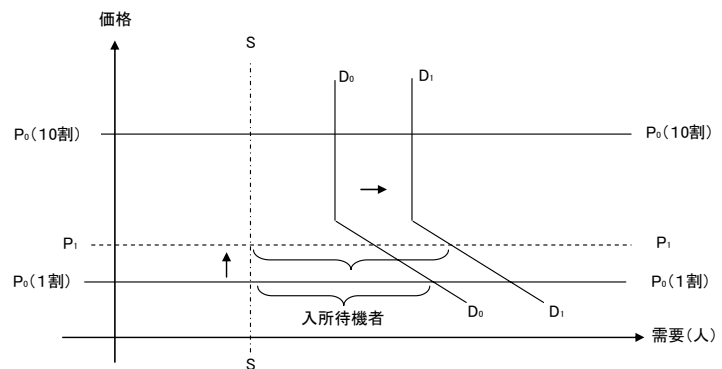
慢性的な供給不足の原因は、介護報酬が低過ぎ事業者の収益率を悪化させたことや、特養ホームの代わりとなるサービスが行政側から提示されてこなかった点にあり、現行制度のままでは、こうした需給のミスマッチが今後拡大する可能性もある。

特養ホームの需要（受給者＋待機者）は将来的に何万人の規模に達するだろうか。75歳以上人口の将来推計（出生・死亡中位）を用いて将来の需要規模を推計したところ、2009年時点で約84万人と推計される特養ホームの需要（受給者＋待機者）は2016年に100万人を超え、20年後の2030年には132万人に達する結果となった（資料5⁵、6）。

また、将来的には高齢者人口の増加のみならず、経済環境の変化によるサービス単価の上昇もまた介護財政にとってリスク要因となる。一定の経済前提⁶を置いたうえで特養ホームのサービス単価（受給者一人あたり介護費用）を推計すると、2009年の月額約27.1万円から2030年には約33.9万円（メインシナリオ）と約1.25倍に上昇する（資料7）。20年間で名目のサービス単価が約6.8万円上昇することになるが、このうち公費と保険料負担が約6.1万円と大部分を占める。

保険料や公費に頼っているのは財源が圧倒的に不足し、潜在需要を満たすことはおよそ不可能である。ならば、自己負担率を上げつつ、民間主体の競争でコストの抑制を図っていかざるをえないが、その前提として、有料老人ホームなどの民間施設の参入を促すような規制の見直しが不可欠となるだろう。

資料4 特養ホームの需給関係（仮想）



資料5 特養需要の回帰分析（2003年5月～2009年11月）

被説明変数	特養ホーム需要	
自由度調整済み決定係数	0.996	
D.W.比	2.118	
対数尤度	△ 49.721	
AIC(赤池情報量基準)	1.352	
SC(シュワルツ基準)	1.442	
説明変数	(係数)	(p値)
定数項	12.883	0.000
75歳以上人口	0.869	0.000
サンプル数	78	

（出所）厚生労働省、総務省などよりDLRI作成

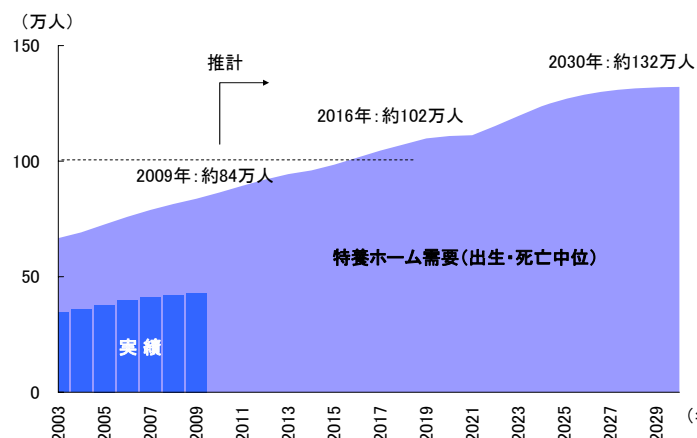
トを平成16年度から10年間で約1割引き下げることの意味するようだが、1割の根拠については示されていない。

また、介護報酬が低すぎたため事業者の参入が進まず、現実には総量規制に対してすら供給が追いつかない状態が続いてきた。朝日新聞調査によれば、平成18年度～平成20年度の第3期介護事業計画において、特養ホームの定員は全国で約5.4万人増やされる予定だったが、実際に増えた定員は計画の72%に相当する約3.9万人に留まったという。

⁵ 特養ホームの需要を受給者と待機者（一次近似）の合計とみなし、説明変数には75歳以上人口を用いた。推計期間は2003年5月から2009年11月までとし、データは厚生労働省「介護給付費実態調査」などの調査結果を用いた。

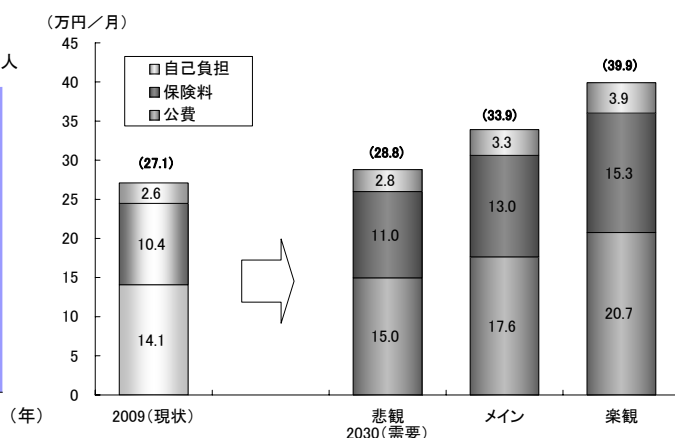
⁶ 経済前提は補論①に記載。

資料6 人口要因による特養ホームの需要推計



(出所) 厚生労働省、国立社会保障・人口問題研究所より
DLRI作成

資料7 経済前提による特養ホームの単価推計



(注) 保険料、公費の負担割合は「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月)」における「社会保障に係る負担の内訳」の対国民所得比の比率とした。自己負担は「平成19年度介護保険事業状況報告」より、費用の9.7%と設定した。
(出所) 厚生労働省、総務省などよりDLRI作成

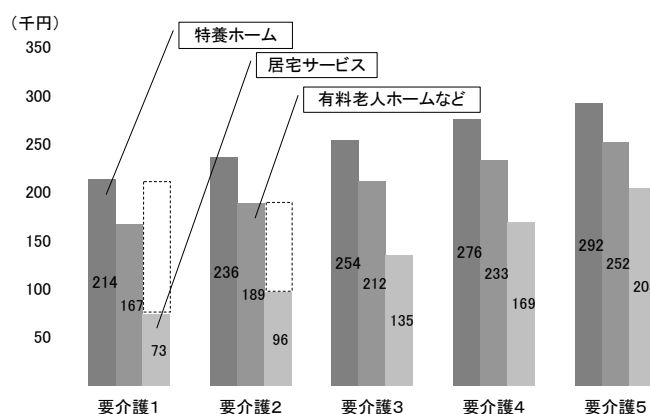
○必要となる規制の見直し ～混合介護の導入が鍵～

供給を無理に抑制している現行規制の枠組みには多くの問題がある。施設サービスにかかる費用は在宅サービスに比べると明らかに割高になっていることも問題の一つである。これには、建物の減価償却費などといった維持費が高むだけでなく、施設にかかる介護報酬の算定方式が費用を割高にしてきた側面もある。

特養ホームや有料老人ホームなど、介護施設に適用される介護報酬は出来高方式でなく、包括算定方式の仕組みをとっている。出来高方式が、細分化された一つ一つのサービス毎に点数を設定し、それらを合算する算定方法であるのに対し、包括算定方式は1日毎に施設で受けられるサービスをまとめて点数化する算定方法である。包括算定方式によれば、軽度の要介護者が施設を利用すると、重度の要介護者に比べ受けるサービスは3～4割程度で済むのにもかかわらず、費用は7～8割かかることになる(資料8)。このような包括算定方式が採用されているのは、要介護度に関係なく平等なサービスが受けられること意図して、入居者に対するスタッフの配置基準(3:1配置)を要介護度と関係なく同じ基準で設定したためである。

したがって、総量規制を緩和する前提として、まず介護報酬を出来高制に改める必要があるが、その際、要介護度の低い高齢者でも利用できる軽費老人ホームなどの施設を充実させ、特養ホームや有料老人ホームと住み分けていくことが重要である。また、こうした簡易な施設サービスでコストを下げられるよう、人材配置や面積・規模の基準を緩和する措置も必要である。

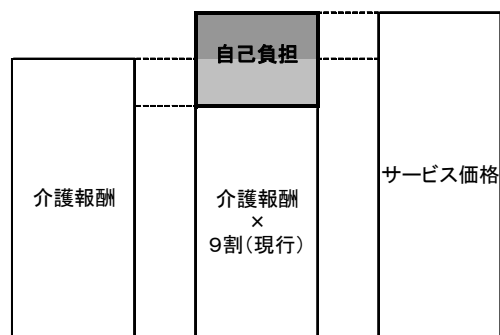
資料8 毎月の介護費用(受給者一人あたり、2009年5～11月平均)



(出所) 厚生労働省「介護給付実態調査」

次に、事業者が介護報酬とは別に価格を自由に設定できる混合介護⁷の仕組みが導入されるべきである。混合介護とは、従来どおり介護報酬単価に対する一定割合を給付する仕組みをとるが、実際のサービス価格は自由に事業者が決めても良いとするものである（資料9）。混合介護では、サービス価格に市場メカニズムを取り入れることになるが、先行研究⁸によれば、介護サービスにおいては需要側も十分な知識を持つことから、供給側が不必要なサービスを過剰に供給し、所得補填を図るといった可能性は低いとされる。また、事業参入が進みサービスの供給量が増えたとしても、介護財政の負担は介護報酬の範囲内に抑えることができる。

資料9 混合介護のイメージ図



民間主体の有料老人ホームが増えれば、需要見合いで価格が決まる。低価格の有料老人ホームが提供されるようになれば、これらが特養ホームの受け皿となる一方、高付加価値サービスのニーズが喚起され高額消費が促されるといった効果も期待できる。需給のミスマッチが解消され、効率的な資源配分が実現される中で自己負担率の最適解を見つけるべきである。

○待機者問題にみる規制の限界と改革の方向性 ～市場メカニズムの中で自己負担率の最適解を～

足元では特養ホームの建設計画を増やす事業者が現れるなど、介護報酬のプラス改定を受けてようやく供給にも変化の兆しが見られるようになった。また、都市部の軽費老人ホームでは規制緩和の動きもみられ、待機者減少に繋がるものと期待される。しかし、こうした措置だけでは需給のミスマッチを完全に解消したことにはならず、待機者問題の根本的な解決にはならない。「介護の社会化」を目指し、一律に施設から在宅サービスへ需要シフトを促す現行制度の枠組みに限界がみえてきた⁹のではないかな。

終の棲家として施設を必要とする高齢者が増加していることや、人口減少で将来的には家族介護人の労働力を活用していく必要もあることから、幅広く施設への需要を満たしていくことは時代の要請でもある。また、こうした特養ホームの潜在需要を民間に取り込み、介護産業の成長に繋げるべきである。

特養ホームの潜在需要は経済波及効果も含めれば約7千億円の規模になると推計され、約10万人分の雇用創出に繋がるなど、経済的なメリットは大きい。混合介護が導入され、競争で効率化や住み分けが進めば、低価格帯のサービスが特養ホームの受け皿となる一方、高付加価値サービスのニーズが喚起され高額消費が促されるといった効果も期待できる。需給のミスマッチが解消され、効率的な資源配分が実現される中で自己負担率の最適解を模索するべきである。まずは、混合介護の導入や有料老人ホームにかかる総量規制の緩和といった、規制の見直しに向けた検討が早急に求められる。

以上

⁷ 鈴木亘（2009）

⁸ 清水谷諭・野口晴子（2005）

⁹ 補論②を参照。

補論

① 特養ホームの単価推計に用いた経済前提

2010 年以降の介護サービス単価（受給者 1 人あたり費用）は社会保障国民会議の「医療・介護費用のシミュレーション」（2008 年）の分析結果から、物価上昇率：賃金上昇率を 35%：65% で加重平均した乗数で伸びるものとし、物価上昇率と賃金上昇率は当研究所の長期予測の値を用いた（資料 10）。

資料 10 介護費用の将来推計に用いた経済前提

メイン

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020～
物価上昇率(%)	-0.5	0.0	0.5	1.0	3.0	0.5	1.0	0.0	0.5	1.0	1.0
賃金上昇率(%)	-0.5	0.5	1.0	0.5	0.0	0.5	1.0	1.0	0.5	1.0	1.5
乗数	-0.5	0.3	0.8	0.7	1.1	0.5	1.0	0.7	0.5	1.0	1.3

楽観

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020～
物価上昇率(%)	-0.5	0.5	1.0	1.5	3.5	1.0	1.5	0.5	1.0	1.5	1.5
賃金上昇率(%)	-0.5	1.5	2.0	2.5	1.5	2.0	2.5	1.5	2.0	2.5	2.5
乗数	-0.5	1.2	1.7	2.2	2.2	1.7	2.2	1.2	1.7	2.2	2.2

悲観

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020～
物価上昇率(%)	-0.5	-0.5	0.0	0.5	2.5	0.0	0.5	-0.5	0.0	0.5	0.5
賃金上昇率(%)	-0.5	-0.5	0.0	0.5	-0.5	0.0	0.5	-0.5	0.0	0.5	0.5
乗数	-0.5	-0.5	0.0	0.5	0.6	0.0	0.5	-0.5	0.0	0.5	0.5

（出所）第一生命経済研究所「日本経済の 10 年予測」（2009. 11）より作成

② 在宅は施設の代わりとなりうるか？ ～介護手当の現金給付も検討課題に～

サービスごとの収支差率を比較すると、訪問型のサービスは押しなべて施設型サービス（いわゆる箱物）に比べ収益性が低いことがわかる（資料 11）。訪問型サービスでは、移動時間や待ち時間に発生する非効率性が介護報酬で保障されないというデメリットがあり、事業者の収益を悪化させる主な要因となってきた。混合介護で事業者が介護報酬とは切り離して自ら価格設定を行えるようになれば、こうしたロスを価格に転嫁することができるようになるため、在宅市場でも事業者の参入が進む可能性がある。

資料 11 サービス別の収益率比較

	H16	H17	H19	H20	(%) 平均
施設型サービス					
介護療養型医療施設(病院)	3.0	3.4	5.0	3.2	3.7
特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム等)	9.1	5.4	▲ 0.3	4.4	4.7
短期入所生活介護	8.2	8.4	▲ 1.8	7.0	5.5
通所介護	8.8	7.2	5.7	7.3	7.3
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	10.2	13.6	4.4	3.4	7.9
認知症対応型共同生活介護	8.7	7.6	7.7	9.7	8.4
介護老人保健施設	10.6	12.3	4.3	7.3	8.6
在宅型サービス					
居宅介護支援	▲ 12.9	▲ 14.4	▲ 15.8	▲ 17.0	▲ 15.0
訪問入浴介護	1.6	▲ 10.6	▲ 3.5	1.5	▲ 2.8
訪問介護	1.5	0.0	3.3	1.7	1.6
福祉用具貸与	-	-	3.1	1.8	2.5
訪問看護	10.4	5.8	▲ 3.4	2.7	3.9
(参考) 介護報酬改定の推移					
	H15(▲2.3%)		H18(▲0.5%)		

（出所）厚生労働省「介護施設サービス・事業所調査」

また、在宅介護ではそもそもサービスの利用率が低いという問題がある。居宅サービスの利用率は、要介護5のケースでも介護保険が適用される支給上限の6割程度に留まっており、家族介護の負担割合が大きいとされる（資料12）。理由は様々だが、先行研究¹⁰によれば、要介護者の要介護度が相対的に低く、介護人の年齢が高齢かつ健康であるほど、介護負担も少ないが機会費用が低いため、家族介護で対応する傾向にあることが分かっている。そこで、同研究ではドイツの例に倣い、介護手当を従来の現物給付（支給限度基準額までは介護報酬の9割を支給）に加え、現金給付との選択制とし、家族介護を有償化することによって、そのようなケースでも在宅サービスの利用が進む可能性があるとしている。

ただし、介護手当の現金給付には新たな財源を要する。在宅サービスの利用率が上がり、施設需要の受け皿となるまでには時間がかかるだろう。

資料12 居宅サービス受給者数の平均給付単位数・平均利用率

	介護サービス				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
支給限度基準額（単位）	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830
居宅サービス受給者 平均給付単位数（単位）	6,876	9,352	13,587	17,392	20,766
平均利用率（％）	41.5	48.0	50.8	56.8	58.0

（注）居宅サービス受給者平均給付単位数＝居宅サービス給付単位数／受給者数。

平均利用率（％）＝平均給付単位数／支給限度基準額×100。

（出所）厚生労働省「介護給付実態調査」

参考文献

- 前田由美子（2009）「医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果—2005年産業連関表による分析—」日本医師会総合政策研究機構
- 鈴木亘（2009）「だまされないための年金・医療・介護入門」東洋経済新報社
- 伊藤隆敏・八代尚弘他（2009）「日本経済の活性化」日本経済新聞社
- 清水谷諭・野口晴子（2002）「介護サービス施設からの退所決定要因と価格弾力性」内閣府経済社会総合研究所
- 清水谷・鈴木亘（2002）「営利業者参入で訪問介護市場は効率的になったか？」内閣府経済社会総合研究所
- 清水谷諭・野口晴子（2004）「訪問介護サービス需要の価格・所得弾力性」内閣府経済社会総合研究所
- 清水谷諭・野口晴子（2005）「在宅介護サービス市場における供給者誘発需要仮説：要介護者世帯調査による検証」内閣府経済社会総合研究所
- 塚原康博（2004）「介護サービスの限度利用と金銭的価値に関する研究」（大原社会問題研究所雑誌 No. 542）
- 菅原琢磨（2003）「介護保険導入後のサービス利用状況と満足度に関する個票分析」
- 内閣府（2003）「医療・介護・保育等における規制改革の経済効果」（政策効果分析レポート No. 16）
- 社団法人経済同友会（2009）「サービス産業の生産性を高める3つの改革」

¹⁰ 塚原康博（2004）