

#### 4 介護施設の入所実績と長期入院の関係

前節では、2005年10月の介護保険制度改革が入院確率の上昇にはつながらなかったことを示したが、その一つの理由として、待機者が存在する超過需要の状況下では、既に施設に入所している高齢者が施設を退所して医療機関を選択することは考えにくいことを指摘した。したがって、介護ニーズに対する医療資源の投入が観察されるとしたら、それは施設に入所していない高齢者と考えられる。以下では、第2節で説明した入院データセットを用いて、入院前後の施設利用状況と在院日数との関係について検討を行う。

表5は在院日数別の入院患者数、入院費用をまとめたものである。表の上段には入院患者数とその構成比が、下段には入院費用とその構成比がまとめられている。全体では、分析期間中の対象入院患者数991人に対して、90日以上入院が48人(4.8%)、180日以上入院が19人(1.9%)存在し、全入院の6.7%が90日以上長期入院となっている。一方で下段の費用に着目すると、90日以上長期入院にかかる費用は全費用の33.4%にまで達することになる。このように、長期入院患者自体は決して多くはないが、費用に対するウエイトは非常に大きいことがわかる。

表5 在院日数別・入院患者数・入院費用の分布

在院日数	入院患者数(人)											入所実績	
	総数	非認定	認定	要支援	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	なし	あり
10日未満	321	239	82	5	5	1	21	12	16	9	14	289	32
10日以上20日未満	226	134	92	7	4	5	18	18	16	11	15	191	35
20日以上30日未満	145	69	76	2	2	2	20	14	10	15	11	115	30
30日以上40日未満	61	48	33	2	3	0	5	7	3	4	9	65	16
40日以上50日未満	47	25	22	1	2	0	6	2	4	1	6	39	8
50日以上60日未満	39	18	21	0	0	0	8	4	4	2	3	30	9
60日以上70日未満	34	14	20	0	0	0	4	5	2	2	7	25	9
70日以上80日未満	19	9	10	0	0	0	3	1	2	1	3	14	5
80日以上90日未満	12	6	6	0	0	0	3	1	2	0	0	12	0
90日以上180日未満	48	15	33	1	1	0	10	5	2	9	5	38	10
180日以上	19	7	12	0	0	0	1	2	2	3	4	16	3
合計	991	584	407	18	17	8	89	69	63	56	77	834	157

在院日数	入院患者数(構成比)											入所実績	
	総数	非認定	認定	要支援	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	なし	あり
10日未満	32.4%	40.9%	20.1%	27.8%	29.4%	12.5%	21.2%	17.4%	25.4%	14.3%	18.2%	34.7%	20.4%
10日以上20日未満	22.8%	22.9%	22.6%	38.9%	23.5%	62.5%	18.2%	23.2%	25.4%	19.6%	19.5%	22.9%	22.3%
20日以上30日未満	14.6%	11.8%	18.7%	11.1%	11.8%	25.0%	20.2%	20.3%	15.9%	26.8%	14.3%	13.8%	19.1%
30日以上40日未満	6.2%	8.2%	8.1%	11.1%	17.6%	0.0%	5.1%	10.1%	4.8%	7.1%	11.7%	7.8%	10.2%
40日以上50日未満	4.7%	4.3%	5.4%	5.6%	11.8%	0.0%	6.1%	2.9%	6.3%	1.8%	7.8%	4.7%	5.1%
50日以上60日未満	3.9%	3.1%	5.2%	0.0%	0.0%	0.0%	8.1%	5.8%	6.3%	3.0%	3.9%	3.0%	5.7%
60日以上70日未満	3.4%	2.4%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	7.2%	3.2%	3.8%	9.1%	3.0%	5.7%
70日以上80日未満	1.9%	1.5%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%	1.4%	3.2%	1.8%	3.9%	1.7%	3.2%
80日以上90日未満	1.2%	1.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%	1.4%	3.2%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%
90日以上180日未満	4.8%	2.8%	8.1%	5.6%	5.9%	0.0%	10.1%	7.2%	3.2%	16.1%	6.5%	4.6%	6.4%
180日以上	1.9%	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	2.9%	3.2%	5.4%	5.2%	1.9%	1.9%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

在院日数	入院費用(千円)											入所実績	
	総数	非認定	認定	要支援	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	なし	あり
10日未満	48,507	39,076	10,431	890	977	69	2,543	1,518	1,807	798	2,030	45,514	3,993
10日以上20日未満	83,292	53,242	30,050	2,455	840	1,874	5,071	8,296	4,992	3,728	4,804	71,727	11,565
20日以上30日未満	84,544	43,388	41,156	4,247	856	707	8,440	6,210	5,797	8,524	6,278	65,916	18,628
30日以上40日未満	68,183	43,441	24,552	1,324	1,546	0	5,683	4,799	1,389	2,182	5,828	55,578	10,615
40日以上50日未満	45,996	25,204	19,792	1,557	898	0	7,219	2,488	3,167	552	3,829	39,341	6,655
50日以上60日未満	43,415	20,808	22,606	0	0	0	10,761	2,677	4,617	1,806	2,745	36,300	7,115
60日以上70日未満	40,772	16,551	24,221	0	0	0	4,834	7,587	3,293	2,381	6,147	29,880	10,892
70日以上80日未満	28,618	18,120	10,498	0	0	0	2,450	749	3,253	1,271	2,775	23,082	5,527
80日以上90日未満	19,536	12,495	7,441	0	0	0	3,646	987	2,807	0	0	19,936	0
90日以上180日未満	129,908	51,770	78,136	1,407	2,747	0	21,857	8,526	8,058	20,210	15,333	100,089	29,817
180日以上	91,873	44,274	47,400	0	0	0	3,050	6,406	4,331	13,308	20,306	76,979	12,694
合計	683,852	389,570	314,282	11,880	7,865	2,650	75,355	48,223	43,501	54,937	69,871	566,350	117,502

在院日数	入院費用(構成比)											入所実績	
	総数	非認定	認定	要支援	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	なし	あり
10日未満	7.2%	10.6%	3.3%	7.5%	12.4%	2.6%	3.1%	3.1%	4.2%	1.4%	2.9%	8.0%	3.4%
10日以上20日未満	12.2%	14.4%	9.6%	20.7%	10.7%	70.7%	6.7%	13.1%	11.5%	6.8%	6.9%	12.7%	9.8%
20日以上30日未満	12.4%	11.7%	13.1%	35.7%	10.9%	26.7%	11.2%	12.9%	13.3%	15.7%	9.0%	11.6%	15.9%
30日以上40日未満	9.7%	11.8%	7.2%	11.1%	19.7%	0.0%	7.5%	10.0%	3.2%	4.0%	8.1%	9.8%	9.0%
40日以上50日未満	6.7%	7.1%	6.3%	13.1%	11.4%	0.0%	9.6%	5.1%	7.3%	1.2%	5.5%	6.9%	5.7%
50日以上60日未満	6.3%	5.6%	7.2%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	5.6%	10.6%	3.3%	3.9%	6.4%	6.1%
60日以上70日未満	6.0%	4.5%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	6.4%	15.7%	7.6%	4.3%	8.6%	5.3%	9.3%
70日以上80日未満	4.2%	4.9%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	1.6%	7.5%	2.3%	4.0%	4.1%	4.7%
80日以上90日未満	2.9%	3.4%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	2.0%	6.5%	0.0%	0.0%	3.5%	0.0%
90日以上180日未満	19.0%	14.0%	24.9%	11.8%	34.9%	0.0%	29.0%	17.7%	18.9%	36.8%	21.9%	17.7%	25.4%
180日以上	13.4%	12.0%	15.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	13.2%	10.0%	24.2%	29.1%	13.9%	10.8%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

同表には、要介護認定の状況別、介護施設への入所実績の有無別の入院患者数・入院費用も合わせて示してある。認定の有無で見てみると、長期入院患者の比率は認定者が非認定者を上回る。これは第3節で見た結果とも整合的である。さらに、認定者の中でも、要介護度が高いほうが長期入院患者の比率が高いことがわかる。先の推計結果と合わせて判断すると、重度要介護認定者は利用率が高いだけでなく、在院日数が長期化する傾向があるということになる。

介護施設への入所実績についてみていくことにする。ここで介護施設とはグループホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設を指しており、入院月の前月以前（2004年3月以降）に入所実績がある個人を「実績あり」としている。入所実績のない個人では、90日以上入院確率が6.5%であるのに対し、入所実績のある個人ではその比率が8.5%となっている。ただし、入所実績のある個人は基本的に要介護認定者であり、先述したとおり要介護度が高いほど長期入院の比率は高くなる。したがって、入所実績と在院日数との関係を検討する際には、要介護度をはじめとする他の変数も考慮した上で比較を行う必要がある。この点については、後ほど検討することにする。

入所経験 要介護認定 退院翌月の状況			患者数			在院日数		
			人数	構成比	平均	標準偏差	最小値	最大値
なし	非認定	自宅	475	81.8%	21.3	47.2	1	919
なし	非認定	入院	84	14.5%	32.1	89.5	1	809
なし	非認定	施設	3	0.5%	127.3	96.7	16	190
なし	非認定	施設・入院	1	0.2%	231.0		231	231
なし	非認定	資格喪失(死亡以外)	2	0.3%	13.0	8.5	7	19
なし	非認定	資格喪失(死亡)	16	2.8%	94.5	105.1	4	412
		患者数小計	581	100.0%				
なし	認定	自宅	151	60.6%	29.8	33.3	2	195
なし	認定	入院	59	23.7%	47.6	63.8	2	324
なし	認定	施設	13	5.2%	137.8	103.3	13	361
なし	認定	施設・入院	2	0.8%	26.0	33.9	2	50
なし	認定	資格喪失(死亡以外)	3	1.2%	60.7	70.8	13	142
なし	認定	資格喪失(死亡)	21	8.4%	93.9	172.0	3	808
		患者数小計	249	100.0%				
あり	非認定	施設	1	0.6%	36.0		36	36
あり	認定	入院	10	6.4%	47.3	50.6	10	181
あり	認定	施設	96	61.1%	27.8	26.0	2	136
あり	認定	施設・入院	21	13.4%	41.7	66.8	2	318
あり	認定	資格喪失(死亡以外)	1	0.6%	46.0		46	46
あり	認定	資格喪失(死亡)	26	17.8%	62.0	65.4	2	440
		患者数小計	157	100.0%				
		患者数計	987					

表6では、分析期間中における入院を、(1)介護施設への入所実績、(2)入院月における要介護認定の状況、および、(3)退院月翌月の状況、の3点に着目したケース分類を行っている。同表には各ケースの入院患者数とともに、各ケースにおける在院日数の記述統計がまとめてある。特に、(1)と(2)の2つに着目すると、入院患者は、①入所実績なし・非認定、②入所実績なし・認定、および、③入所実績あり、の3つのグループに大別され、各グループの構成比は、①が58.9%で最も多く、以下、②が25.2%、③のグループが15.9%となっている。

はじめに介護施設への入所実績がある個人についてみると、退院月翌月の状況は、入院、入所、資格喪失のいずれかとなっており、自宅に戻るケースは存在しない。前節において一度施設に入所した個人がその権利を放棄することは考えにくいと述べたが、表6の結果はこのことと整合的である。ここに見られる入院は、施設を退所しての入院ではなく、施設入所者の急性像悪等により医学的処置が必要になったための一時的入院と考えられる。実際、大多数の入院患者が退院翌月には施設に入所していることがわかる。また、在院日数が他のグループに比べて短くなっていることも特徴的な点として指摘できる。これは、施設入所者の一時的入院の場合、退院後の入所施設が確保されているため、医療施設から介護施設への移動がスムーズに行われているためと考えられる。

次に入所実績のない個人の入院レコードについてみる。認定者、非認定者いずれの場合でも、退院月の翌月には自宅に戻っているケースが最も多く、退院後に介護施設へ入所した個人は非常に少ないものとなっている。非認定者の場合には0.7%、認定者の場合でも6%にすぎず、入所実績がある個人の74.5%と比較すると、医療施設から介護施設への経路が非常に限定されたものであることが確認される。また、施設に入所した個人でも、在院日数が非常に長くなっているケースが多く、入所施設を確保するために在院日数が長くなっている可能性が示唆される。

以上、見てきたように、入院患者の在院日数には介護施設への入所実績が影響している可能性がある。この影響について検討するために、対数変換した在院日数を被説明変数とした回帰分析を行った。結果は表7にまとめてある。説明変数には、前節の推計モデルと同様の変数に加えて、入所実績の有無を表す入所実績ダミー（1：入所実績あり）が投入されている。

個人属性についてみると、年齢、要介護度ダミーについて有意な結果が得られている。すなわち年齢が高いほど、要介護度が高いほど在院日数が長期化する傾向が見られる。また、入所実績ダミーに関しては、有意にマイナスとなっており、介護施設の入所実績がある個人ほど在院日数が短期化すると結果が得られた。この背景には、先述したとおり、入所実績のある個人については、入院後の介護施設が確保されているために、在院日数が低下したと考えられる。日数の単位の変化に換算すると、従来の在院日数の64.7% (=exp(-0.435))まで削減されると考えられる。

表7 推計結果

トレンド	-0.005 *	Number of obs	987
	(0.003)	R-squared	0.150
男性ダミー	-0.134 *	Adj R-squared	0.120
	(0.078)	F test (zero slope)	
年齢	0.015 **	F( 34, 952)	4.960
	(0.007)	Prob > F	0.000
要介護ダミー			
要支援	0.243		
	(0.284)		
要支援1	0.126		
	(0.288)		
要支援2	-0.024		
	(0.409)		
要介護1	0.458 ***		
	(0.133)		
要介護2	0.535 ***		
	(0.156)		
要介護3	0.484 ***		
	(0.178)		
要介護4	1.072 ***		
	(0.207)		
要介護5	0.941 ***		
	(0.189)		
税区分ダミー			
税区分1	0.205 **		
	(0.099)		
税区分2	0.222		
	(0.250)		
地区ダミー(省略)			
世帯人員	0.034		
	(0.045)		
高齢世帯ダミー	-0.249 *		
	(0.145)		
退職資格ダミー	0.112		
	(0.096)		
老健資格ダミー	0.226 *		
	(0.129)		
入所実績ダミー	-0.435 ***		
	(0.155)		
定数項	1.446 ***		
	(0.541)		

介護施設への入所実績の有無が施設の供給制約によるものであると考えると、介護施設の整備を行うことにより、在院日数が低下すると考えられる。そこで、先の推計結果を用いて、介護施設整備によって医療費、介護費がどの程度変化するかについて、簡単なシミュレーションを行った。シミュレーションの具体的な方法は以下の通りである。

- ①入所実績のない要介護認定者（要介護1以上）の在院日数が一律64.7%にまで削減するものとし各入院レコードの在院日数の減少分を計算
- ②①で計算した在院日数の減少分を用いて、各月の在院日数、医療費を計算。変化後の医療費を算出するにあたって、各月の在院日数の減少比率と同率で医療費が削減されるものと仮定。
- ③在院日数減少分が介護施設で賄われると考え、介護施設の日数増加分を計算。また、要介護度別の1日当たり施設費用を用いて、介護費用の増加額を計算した。
- ④以上のデータと元々のデータセットの比較から、医療、介護、及び、医療・介護の合計値の削減率について計算を行った。

表8 施設整備による医療費、介護費の変動  
対象年月 対象者数

対象年月	費用(変化前)			費用変化額			変化率		
	医療費	介護費	合計	医療費	介護費	合計	医療費	介護費	合計
2004年度	299,552	111,280	410,832	-14,074	7,740	-6,335	-4.7%	7.0%	-1.5%
2005年度	405,359	132,346	537,705	-33,771	14,612	-19,158	-8.3%	11.0%	-3.6%
2006年度	378,029	145,259	523,288	-36,409	18,989	-17,419	-9.6%	13.1%	-3.3%
2007年度	366,653	126,807	493,460	-28,427	17,267	-11,160	-7.8%	13.6%	-2.3%

以上のシミュレーション結果をまとめたものが表8である。2004年度の数値が低いものとなっているが、前節で述べたサンプル数の影響と思われる。2005年度以降でみると、各月の対象者数は10人前後となっており、このことは入院患者の受け皿として、10床程度の介護施設の追加的整備が必要となることを示している。このとき、年間医療費が8%~10%程度減少すると同時に、年間介護費用が11%~13%程度増加し、医療・介護費用全体としては、3%前後の削減が可能となる。

## 5. 結果の考察

本稿では、北海道中頓別町の国保レセプトデータと介護レセプトデータを用いて、医療と介護の代替性について検討を行った。特に、介護ニーズが大きいと考えられる要介護認定者と介護ニーズが相対的に小さいと考えられる非認定高齢者の受療行動の違いに着目することにより、介護ニーズに対する医療資源の投入が存在するかどうかを検討した。本稿から得られた主な結果は以下の3点である。

第1に、非認定者と認定者の入院サービスの受療行動を比較した結果、認定者の入院確率、利用者1人当たり入院日数は非認定者のそれを上回り、逆に、認定者の1日当たり医療費は非認定者を下回ることが示された。1日当たり医療費に関しては、診療日数を制御した上でも同様の傾向が観察されることから、認定者に対して診療密度の低い医療サービス提供が行われている可能性がある。

第2に、2005年10月の介護保険制度改革が認定者の入院確率に与える影響について検討した結果、本研究の推計結果からは、同効果を支持する結果は得られなかった。その背景には、既に施設に入所している高齢者がその権利を放棄して医療施設へ移動することは現実的には考えにくいこと、あるいは、入院サービスに対する評価が施設待機者では低いことから、同改正が待機者の行動を変化させるにはいたらなかったこと、などの可能性が考えられる。

第3に、施設入所の実績の有無が、在院日数に関して有意な影響を与えており、入所実績のある個人は在院日数が短く、入所実績が無い個人は在院日数が長くなる傾向が観察された。入

所実績が無い個人の場合、退院後の介護施設が確保されていないために、在院日数が長期化している可能性があり、介護ニーズに対する医療資源の投入を示唆する結果が得られた。

このように、本研究の調査対象地域である北海道中頓別町では、介護ニーズに対する医療資源の投入が行われている可能性が高いと思われる。その背景には、介護施設（特別養護老人ホーム）の供給制約があるために、医療施設から介護施設への移動がスムーズにいかず、このことによって、医学的処置の必要性が低下した入院患者の在院日数が長期化しているのではないかとと思われる。これらの点と、同町の中核的医療施設である中頓別町国民健康保険病院で病床利用率が低い水準に留まっていることを合わせて考えれば、町全体として介護ニーズにより重点を置いた供給体制にシフトしていくことも一つの選択肢として検討する必要があると考える。

同様に、入所実績の無い認定者の大多数が自宅へ戻っていることを考慮すると、これら自宅復帰者の中にも施設入所を望む個人が含まれている可能性がある。このような潜在的な施設入所者を放置しておけば、高齢者自身の状態の悪化、あるいは、要介護高齢者を支える家族への負担が拡大していくことが考えられる。したがって、潜在的な施設入所者の状態をどのように把握していくかも大きな課題であり、関係者間の連携の強化が望まれる。

最後に本研究の課題について述べる。第1に、本研究では要介護認定の状況を介護ニーズ表す代理変数とみなすことにより、介護ニーズが大きいものと小さいものとの受療行動について検討を行った。しかしながら、より厳密に介護ニーズに対する医療資源の投入を検討するためには、医療ニーズに関してもコントロールした上で、分析を行う必要がある。特に、介護ニーズと医療ニーズが正の相関を持つ場合には、両者を識別することが困難となる。本研究では、サンプル数の制約から疾病情報等の情報を利用することができなかったが、この点に関しては、更なる検討を行いたいと考える。第2に、本研究は北海道中頓別町データに基づいたものであり、当然のことながら本研究の結果は一般性を持つものではない。特に、同町の地理的な特殊性を考慮すると、本研究はあくまでも北海道中頓別町の事例研究と位置づけるべきと考える。したがって、より一般的な結果を得るためには、調査地域の拡大等、更なる検討が必要とされる。

#### 参考文献

- 井伊雅子・別所俊一郎(2006)「医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』第80号
- 菅原琢磨・南部鶴彦・開原成允・河口洋行・細小路岳史(2005)「介護保険と老人保健の利用給付関係の検討—個票データを用いた栃木県大田原市における例」、(編)田近栄治・佐藤主光『医療と介護の世代間格差』第8章、東洋経済新報社
- 鈴木 亘(2004)「レセプトを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」日医総研ワーキングペーパー、No. 97
- 鈴木 亘(2005)「老人医療の価格弾力性の計測と最適自己負担率—国保レセプトデータを用いた研究」、(編)田近栄治・佐藤主光『医療と介護の世代間格差』第2章、東洋経済新報社
- 花岡智恵・鈴木 亘(2007)「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』第19巻第2号

## 1. はじめに

高齢者は自らを契約者として家を借りることが困難である。特別養護老人ホーム等の施設は待機者が多く、入るまでに相当の期間を有する。高齢者の単身世帯や高齢者のみ世帯が大幅に増加する状況において、身体機能の低下に対応した居住継続のためのサービスが提供される住宅を得て、安心して暮らし続けることは困難な時代に入っていると考える。特に、低所得層の単身世帯ほど、状況は厳しい。

そのようななかで「高齢者の居住の安定確保に関する法律」の制定により、民間市場を中心に、高齢者の入居を拒まない住宅である高齢者円滑賃貸住宅、このうちのものがら高齢者を借主とする住宅である高齢者専用賃貸住宅、バリアフリー化、緊急時対応サービスが付加された高齢者向け優良賃貸住宅が登場してきた。高齢者向け優良賃貸住宅は、事業主体に対し、整備費や家賃対策費の助成や、住宅金融支援機構等から融資が受けられる。高齢者専用賃貸住宅並びに高齢者向け優良賃貸住宅は、事業者が都道府県知事に申請し、財団法人高齢者住宅財団にデータ登録することにより、高齢者等に住宅情報が提供される仕組みとなっている。高齢者専用賃貸住宅は、2005年12月から登録が開始され、2006年10月末現在での登録が275物件、6,737戸で

あったものが、2009年1月末現在では、1,095物件、26,653戸と、物件、戸数ともに約4倍となっている。首都圏が全国の26%を占め、首都圏のなかでは神奈川県が97物件、2,195戸と、トップを占める。

それでは、高齢者向けの住宅供給量の増加は、高齢者の安定的な生活拠点確保に確実に繋がっているのだろうか。3で指摘するように、高齢者専用賃貸住宅は、一定の基準を満たしている場合、老人福祉法に基づく有料老人ホームの規制からはずれ、また、介護保険法に基づく特定施設とはしないことで介護保険上の行政指導の対象からも除外される。利用者保護の観点からすれば、野放し状態と言える。

高齢者専用住宅の問題性については、マスメディアによる追及が先行しており、研究の蓄積はほとんどなされていない。例えば、「ルポ 低所得でも安心できる終の住処はどこに」(世界2009年4月号)では、法の規制から零れ落ちた高齢者住宅の問題が取り上げられ、日本放送協会のクローズアップ現代(2009年2月3日放送)においても、「介護付き住宅にご用心」と題して、契約者である高齢者の利権が保護されていない現状が取り上げられた。小野(2007)は、財団法人高齢者住宅財団の登録データを基に、首都圏における高齢者専用賃貸住宅の現状分析を行い、住宅の多様性とタイムリ

一なデータ提供の在り方を指摘しているが、都県レベルの分析にとどまっている。

本稿では、首都圏では登録物件数が最も多い神奈川県に着目し、県下の供給の特徴について、財団法人高齢者住宅財団の登録データを基に分析する。「日本の都道府県別将来人口」(2007年5日推計)(国立社会保証・人口問題研究所)によれば、首都圏における2030年の高齢者人口は2005年に比べ、神奈川県では、高齢者人口増加率は第1位の埼玉県76%に次いで71%、増加人口数では、第1位の東京都128万人に次いで106万人増加すると推測されている。神奈川県における高齢者専用賃貸住宅の供給動向を整理することは、都市部の急速な高齢化に対する住宅供給の在り方を検討する上で、その資料提供になりうると考える。

## 2. 高齢者向け住宅政策の経緯

日本における戦後の住宅政策は、世帯数に比較して、不足した住宅戸数の充足と持家供給に重点が置かれてきた。住宅は基本的に市場原理と自助努力に委ねられ、病弱や低収入といった、社会的にもっとも手厚い援助を必要とする人々への援助が手薄であった(早川・岡本1993:27-28)。高齢者向け住宅政策について、時代並びに政策内容から、3つの特徴が認められる。

一つは、1980年代に入るまでの特徴である。1960年代に始まった、高齢者に向けた住宅政策は、1980年代に入るまでは、「高齢者同居世帯への入居優遇」措置や、「高齢者同居世帯に対する割増貸付」といった住宅建設や購入の、個人向け貸付制度に見られるように、高齢者をその子供加速と同居

させることを誘導した(李・寺門2000)。

二つ目は、1980年代になって、都市化進展と家族形態変化による、高齢者のみ世帯の増加という要因によって、住宅に困窮する高齢者を対象に、施設設備がバリアフリー化され、サポート体制を備えた住宅供給という、新たな施策が展開されたことである。1987年、住宅政策に福祉政策が付加された国のシルバーハウジング・プロジェクト、続く1988年には東京都によるシルバーピア制度が制定された。

三つ目は、住宅政策に福祉政策が付加された事業の拡大である。シルバーハウジング並びにシルバーピア事業は、主に住宅に困窮する低所得層の高齢者を対象とした公共住宅における事業展開であったが、これが、中堅の階層以上が対象化され、公共住宅のみならず、民間住宅をも対象として拡大したことである。1990年には、公団や公社を対象に、保険を活用した家賃支払い方式による高齢者に配慮した住宅供給を推進するシニア住宅供給事業が開始され、1995年には、民間住宅も対象となり、1998年には、民間賃貸住宅を活用した高齢者向け優良賃貸住宅制度が制定されている。2001年、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が制定され、高齢者の入居を拒まない高齢者円滑入居賃貸住宅制度がもうけられた。そして、2005年に、高齢者円滑入居賃貸住宅のうち、専ら高齢者が入居する住宅について登録する情報を提供する、高齢者専用賃貸住宅の登録が開始された。さらに、2007年に制定された「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」においては、住宅確保要配慮者として高齢者を位置づけ、国及び地方自治体に対して、

公的賃貸住宅供給促進と民間賃貸住宅への円滑入居促進のための施策を行うことを求めた。

### 3. 高齢者専用賃貸住宅

高齢者専用賃貸住宅（以下高専賃）は、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づく、高齢者円滑入居賃貸住宅の一部であり、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅である。事業者が都道府県知事に申請する形式をとるが、登録項目は、賃貸住宅の位置、構造や供用施設の有無、敷金や前払金の概算額、入浴や排泄、食事等の介護、その他日常生活上のサービス提供の有無等である。

高専賃で、食事、排泄等の介護サービスを提供しているものは、老人福祉法第29条の有料老人ホームの定義（表1）に該当し、届出が必要となるとともに老人福祉法の規制を受けることになる。

表1 有料老人ホームの定義（抜粋）

#### 老人福祉法第29条

有料老人ホーム（老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活に必要な便宜であって厚生労働省令で定めるもの（以下「介護等」という。）の供与（他に委託して供与をする場合及び将来において供与をすることを約する場合を含む。）をする事業を行う施設であって、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省令で定める施設でないものをいう。

しかし、一定の基準（表2）をみたしてい

る高専賃については、適合高齢者専用賃貸住宅として、有料老人ホームとしての届出が不要となるとともに、介護保険法第13条における特定施設となり、住所地特例の対象となる。

表2 厚生労働大臣が定める基準（意識）

#### 厚生労働省告示第264号

1. 高齢者専用賃貸住宅であること
2. 各戸床面積が25㎡以上であること（協同利用の十分な面積がある場合は18㎡以上であること
3. 原則、各戸は台所、水洗便所、収納設備、洗面設備及び浴室を備えたものであること
4. 前払家賃を徴収する場合は保全措置が講じられていること
5. 入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供、洗たく、掃除等の家事又は健康管理をする事業を行う賃貸住宅であること

介護サービスを提供することにより、特定施設入居者生活介護の指定を受けて、介護保険からの給付を受けることも可能になる。特定施設については、表3のとおりである。

表3 特定施設の定義（抜粋）

#### 介護保険法施行規則第15条

法第8条第11項の厚生労働省令で定める施設は、次のとおりとする。

- 1 養護老人ホーム
- 2 軽費老人ホーム
- 3 高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条により登録されている賃貸住宅のうち、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして都道府県知事に届けられているもの（適合高齢者専用住宅）



しかしながら、1で指摘したように、サービス提供や施設規模を法律の規制を受けなくて済むように設定しているものが多くなっており、安全で安定した住居の提供という主旨からはずれた高専賃の存在が顕在化している。

高専賃が供給を拡大している背景には、次の理由が考えられる。第一に、2006年の介護保険制度改正により、有料老人ホームの自治体による総量規制によって、有料老人ホーム事業に参入することが難しくなったことである。第二に、2011年度までの介護療養病床廃止に伴う、老人保健施設や高齢者住宅等への転換がはかられていることである。第三に、高齢者賃貸住宅の供給サイドにおいて、一般営利企業に加え、医療法人による開設も認められたことである。そして、第四に、これまで、重度の要介護状態になって入居する特別養護老人ホームか、多額の一時的入居金を支払って入る有料老人ホームかの二者択一であった選択肢において、あまり高くない入居金で将来的な介護への不安を解消できる第三の選択肢として注目されたことである。

賃が伴わない高齢者住宅供給の現状を踏まえ、社会資本整備審議会は、「高齢者が安心して暮らしつづけることができる住宅政策のあり方について(答申)」(2009年1月)を発表し、これを基に国土交通省は1月27日、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」改正案を国会に提出した。答申では、団塊の世代が高齢期に到達したことを背景に、身体機能に制約をうける、あるいは低所得等から特別な配慮を有する高齢者が増加しているという認識のもと、民間住宅市場を中心とする住宅対策に加え、住宅セー

フティーネットの構築、緊急かつ的確な対応を図るための福祉的視点を加えた対策の検討が不可欠であることが改めて指摘された。

今回の法律改正では、高齢者居住安定確保計画の策定を問う道府県が行うことが明文化されたほか、生活支援施設と一体となった高齢者向け優良賃貸住宅供給の促進、そして、高齢者円滑入居賃貸住宅の登録基準を設定し、最低居住水準等の要件を満たすもののみ、登録が可能になることが明確化された。

#### 4. 神奈川県下の高専賃

1で述べたように、神奈川県は全国でも多い97物件、2,195戸が供給されている。以下においては、財団法人高齢者住宅財団の登録データから県下の高専賃の特徴を整理していきたい。

##### (1) 建築年、建物規模、供給主体

建物の建築年は、2004年以降急速に建築数が伸びている。1970年以前は2件、1980年代は3件、1990～1994年は2件、1995～1999年が2件、2000～2003年が6件、2004年9件、2005年5件、2006年12件、2007年26件、2008年12件となっている。2004年以降に開設された建物のなかには、別途用途の建物を改修して提供しているものも含まれる。マンション等の建設販売を取り扱う供給者のホームページによれば、明らかに従来若者向けワンルームマンションを改修し、手すり等をつけて、高齢者向けとして供給している。

建物の規模は1戸から50戸を超える建物もあるが、6～10戸と小規模な物件と、20

～30戸と中規模の物件が多い。大方が鉄筋構造であるが、1戸のみ提供している4物件は木造平屋建てとなっている。

供給主体は横浜市住宅供給公社が20物件、川崎市住宅供給公社が2物件を設置している一方、株式会社56物件、有限会社11物件、医療法人3物件、NPO法人3物件、社会福祉法人が2物件を供給している。株式会社では、これまでマンション供給を手掛けてきた建設会社をはじめ、(株)東急イーライフデザイン、(株)学研ココファインが2008年から参入している。

横浜市では高齢者優良賃貸住宅建設を推進するため、高齢者向け住宅政策事業予算が計上され、公社をはじめとする建設事業者への建設費補助を積極的に行っていることが、物件数に反映されている。97物件中、高齢者向け優良賃貸住宅に認定されているのは24物件であり、横浜市並びに川崎市住宅供給公社の供給物件が23件を占める。

### (2) 床面積、設備

登録情報には参考データとして、都道府県別の床面積規模の分布が掲載されている。これによれば、神奈川県では、18㎡未満が9%、18～30㎡が23%、30～50㎡が57%、50㎡超が11%となっている。生活に必要な家財を入れれば、ゆとりのスペースをつくりだすことが困難な18㎡未満が1割弱を占めている。設備では、グループホーム形式の7物件以外は、各室にリビングルーム、台所、洗面所、トイレ、浴室が完備されて、エレベーター、階段等のバリアフリーがなされている。グループホーム形式の物件では、台所、浴室が共用施設となっている。

### (3) 賃料等の費用

家賃設定は、立地、部屋の広さ、供給サービスの有無によって大きく異なる。家賃では、5万円未満が1%、5～7万円が5%、7～10万円が44%、10～15万円が29%、15万円超が21%と、一般的な物件の家賃相当にあたる7～10万円設定が多い一方で、スタッフの24時間常駐等のサービスを付加することによって、家賃が15万円を超える物件も2割強を占めている。

敷金の設定は、家賃の0か月が38%と最も多く、ついで3か月分が22%、2か月分が21%、1か月が15%、4か月以上が5%となっている。敷金以外の他の一時金は、礼金、施設費、事務費、入居金、入居一時金、等の名目で計上されており、この項目の費用がいらぬとする物件が50%をしめる一方、50～99万円が6%、100～299万円が3%、300万円以上が2%を占める。供給主体別に見ると、供給公社を除く民間企業(医療法人、NPO法人、福祉法人、株式会社、有限会社)において敷金以外の費用を入居時に徴収している。

前払家賃は、登録情報データによると、全国では、83%の物件で設定されていない。神奈川県では、13物件が前払家賃を設定、保存措置ありとしているが、65万円～6,400万円と多岐にわたっている。(株)東急イーライフデザインは、県内で最も高額な、2,900万～6,400万円の前払家賃を設定しており、別途1,260万円を支払うことにより、要介護状態になった場合、提携先の介護施設への移行が担保される仕組みを執っている。

### (4) サービス状況、併設施設

高専賃の登録は、「入浴排泄又は食事の介護」、「洗濯、掃除等の家事」、「緊急時対応

等安否確認」、「健康管理」、「その他」の5項目の有無について記載することになっている。神奈川県下では、まったくサービスを提供していない物件は4物件にとどまる。緊急時対応等安否確認サービスは93物件で登録されており、支援員等、あるいは提携警備会社による対応がなされている。ついで多いのが食事介護であり、59物件で登録されている。サービスは、高専賃の契約関係において提供されているもの、別途料金が設定され、同一建物や同一敷地の訪問介護事業所等から必要に応じて提供されるもの、あるいは訪問介護等、提携の外部サービス事業者からの提供がある。入居時費用並びに家賃が高額な物件は、賃貸契約のなかにサービス提供が盛り込まれている傾向にある。

併設施設は、同一建物、同一敷地の双方を含む。併設施設がある物件は15件、うち内科等のクリニックを併設している物件が10件、通所型のデイサービスセンターが5件、居宅介護事業所が2件、ナーシングホーム、大型スーパー、レストランがそれぞれ1件となっている。いずれの物件も、介護保険制度による特定施設入居者生活介護の指定を受けていない。特定施設入居者生

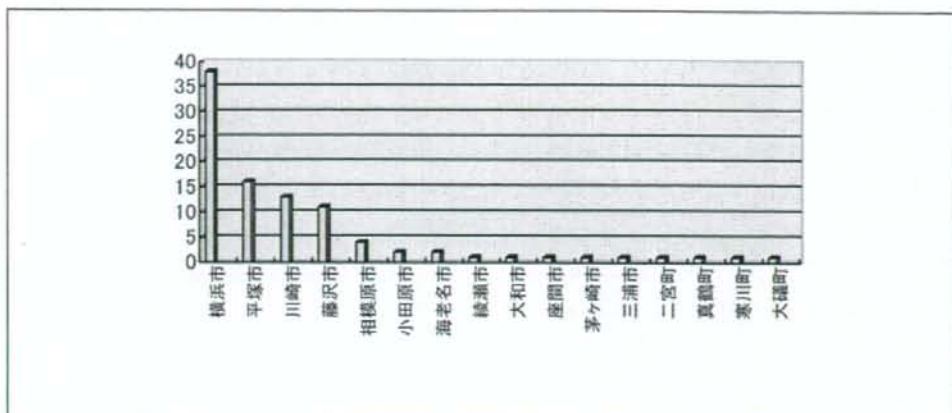
活介護の指定を受けている物件は3件であり、サービス提供は高専賃の契約関係のなかに盛り込まれている。

#### (5) 立地

図1は神奈川県各市町村別物件数を一覧にしたものである。横浜市の物件数については(1)の項においてその要因を述べた。図からは、横浜市、平塚市、川崎市、藤沢市といった、一般の住宅市場においても人気のエリアにおいて供給が多くなっていることがわかる。供給各社のホームページによれば、「湘南の風を感じて」、「横浜の至便性を存分に」といった、立地のアピールが提示されている。

駅、商店街や病院への距離や時間は日常生活支援の一つのパロメーターと言える。至近駅からの時間を見ると、徒歩15分以内が48物件と半数以上が徒歩圏内に設置されている。エリア別に見ると、鉄道網が比較的発達している横浜市ではバス利用の物件が少ない。一方、平塚市や藤沢市では、バスを利用しなければならない物件が、それぞれ15物件、7物件ある。駅からの至近距離よりも、併設施設、商店街や病院への至近の確保、あるいは環境条件が家賃、入居金に反映されている。

図1 神奈川県各市町村別高専賃住宅物件数 (2009年1月末)



## 5. 高専賃の問題性

神奈川県下の高専賃の特徴から、次の問題を指摘することができる。第一に、高専賃は制度上の縛りがなく、供給者に決定権が握られている点である。高齢者の居住の安定を確保する法律の目的からすれば、介護サービスなどが提供され、終の住処として提供されることが望ましい。併設施設もなく、介護サービス提供もないという物件では、入居者が要介護状態になった場合の選択肢、たとえば転居先の確保の有無等が契約当初から提示されていなければならぬが、登録されている情報では、この点について明確ではない。第二に、第一の問題とも関連するが、家賃が安く、入居時の一金等が不要という物件と、高家賃、有料老人ホームなみの入居一時金や前払家賃を必要とする物件において、高齢者が生活するうえで必要とされる環境整備の差異が大きい点である。高齢者専用の住宅という器を用意するだけでは、安定した住生活を営むことはできないのであり、併設施設や近隣環境についても、基準をもうけることにより、安定性の確保がなされなければなら

ない。第三に、近隣社会、地域ケアとの接点の確保がなされていない点である。高専賃の入居者のみならず、近隣社会の構成員として受け入れられる、という素地が高齢期の生活には不可欠である。地域による見守りといった地域福祉との連携を加味した住宅・福祉政策のなかで高専賃を位置づけ直す必要がある。

## 6. おわりに

今後の課題は次の二つである。一つ目はデータ収集である。本稿では、財団法人高齢者住宅財団の神奈川県下の登録データを整理することで、高専賃の現状と問題性を捉えることを試みた。登録データは、情報量に限度があり、登録物件に関するパンフレット等の資料収集、現地調査による物件並びに近隣の現状把握は重要であると考えられる。二つ目は、データの分析である。今回は、住宅の立地についてデータ整理を行ったが、地域所得との相関を分析することで、供給市場の実態、高齢者のニーズ、双方の齟齬について明らかにすることができる。と考える。

<文献>

小野信夫 2007. 高齢者専用賃貸住宅の現状と課題 - 首都圏の高専賃登録データから考える -. ニッセイ基礎研究所 REPORT III : 19-26.

神奈川県保健福祉部高齢福祉課 2008. 高齢者の多様な住まいと有料老人ホーム.

早川和男・岡本祥宏 1993. 居住福祉の論理.

東京大学出版会.

李偉萍・寺門征男 2000. 高齢社会の住まいをめぐるスウェーデン, アメリカ, 日本, 中国の取組み状況に関する考察. 千葉大学教育学部研究紀要 48Ⅱ : 人文・社会科学編 : 151-165.

社会資本整備審議会 2009. 高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について (答申).

# 一 介護労働者の就業行動

『平成14年就業構造基本調査』に基づく実証分析

山田篤裕・石井加代子・泉田信行

## 1. はじめに<sup>1</sup>

介護保険制度創設以来、はじめてのプラスの介護報酬改定が2009年度に行われ、改定率は+3.0%（在宅系1.7%、施設系1.3%）となる<sup>2</sup>。この背景として、介護分野における、いわゆる「深刻な人材不足問題」が挙げられる。このプラス改定の目的は、「従事者80万人（常勤換算）の賃金を月2万円上げられるだけの財源を確保」という説明<sup>3</sup>に端的に示されるように、介護従事者の処遇を改善することを通じ、こうした問題を解決することにある<sup>4</sup>。

実際、今回の介護報酬改定の中身をみると、介護福祉士など有資格者が一定割合以上いることへの加算、通所系・施設系サービスでは一定以上の勤続年数者割合による加算、あるいは基準より手厚く夜勤職員を配置した場合の加算などが盛り込まれている。すなわち、事業者に対して介護従事者のキャリアアップや離職を防ぐ取り組みを介護報酬により動機づけするような介護報酬設計<sup>5</sup>となっている。もちろん、介護報酬引き上げは介護労働者の賃金の一律の引き上げを必ずしも保障するものではなく、実際にこうした報酬改定がどのように事業所レベルで介護労働者の処遇改善に結び付いたかについて今後、詳細に検証していく必要があるだろう。

しかし、それ以前に今回の介護報酬改定のひとつの根拠となる、いわゆる「深刻な人材不足問題」についてわれわれの知見はあまりに少ない。介護労働市場は、2000年の介護保

<sup>1</sup> 本研究は、一橋大学経済研究所附属社会科学統計情報研究センターで提供している全国消費実態調査（2004年）の秘匿処理済ミクロデータを用いて行った。関係者各位に厚く御礼申し上げる。また、研究会のメンバーならびに堀田聰子氏（東京大学）には研究の初期の段階で有益なコメントの数々を得たことに感謝する。

<sup>2</sup> 介護報酬の改定率は、平成15年度で△2.3%、平成18年度は△0.5%でやや下げ幅が見かけ小さくなっているが、平成17年10月改定の施設給付の見直しを含めると△2.4%である。いわゆる小泉政権時代の「骨太の方針（経済財政運営の基本方針・閣議決定）」により、毎年、社会保障給付費の自然増（高齢化による増加分を含んだ給付費の伸び）から2200億円を削減することが求められてきたことが大きく関係している。

<sup>3</sup> 朝日新聞（2008年12月27日）。

<sup>4</sup> 介護保険導入以前は、必要な費用は措置費により事業所に支払われていた。措置費は職員の勤続年数の多寡と連動する仕組みになっていたことから、こうした勤続年数とは連動しない介護報酬の仕組みより、勤続年数の高い職員の処遇を改善しやすい仕組みであったといえる。

<sup>5</sup> 平成18年4月1日施行の改正介護保険法においても特定事業所加算新設により、介護労働者のキャリアアップや離職を防ぐ動機づけが行われている。この加算は、体制要件、人材要件、重度対応要件の3要件の組み合わせにより行われる。体制要件には、全訪問介護員に対する個別の研修計画策定・実施、訪問介護員への技術指導を目的とした会議の定期的開催などが含まれている。人材要件は、介護福祉士の訪問介護員総数に占める割合が30%以上、3級ヘルパーがいない、全サービス提供責任者が5年以上の実務経験をもつ介護福祉士であることなどが含まれる。重度対応要件は要介護4・5の割合が利用者（過去3ヶ月間）の20%以上であることとなっている。

険導入（あるいはそれ以前の1989年ゴールドプランや1994年の新ゴールドプランに基づく施設整備）により労働者が比較的短期間で急激に増大した分野である。新卒採用の七五三問題、という言葉に端的に示されるように、三年以内の中卒、高卒、大卒の離職率は各々7割、5割、3割というように各々かなり高くなっている。したがって介護労働者の離職率が高いという事実は、介護保険導入後、一気に新規採用された労働者の割合の高いことに起因しているだけかもしれない。あるいは、離職率が高いとしても同じ介護労働職種を転々としている可能性もあれば、他職種から流入・流出している可能性もあり、職種間のフローについても注目する必要がある。さらに、離職率の高さや低賃金といった問題は、単に経験年数が少ないサービス業従事者あるいは非正規雇用に通の問題かもしれない。介護労働者に特有の問題ではないかも知れない。

本研究では全国を代表する大規模データ、総務省『就業構造基本調査（平成14年）』の個票データを用いることで、離職率や賃金決定要因などについて、他職種との比較なども行い、介護労働者の実態把握を明らかにすることを目指す。

## 2. 先行研究

近年、経営主体の如何による介護サービスの質、収益状況、賃金等の相違に関する研究（鈴木2002、大日2003、Shimizutani & Suzuki 2007、鈴木・堀田2008）とともに、介護労働者に直接かかわる定量的な研究（清水谷・野口2004、佐藤・大木・堀田2006、堀田2008等）が積み重ねられてきているところである。

清水谷・野口（2004）は、財団法人介護労働安定センターが2000年に実施した調査を用い、非営利主体（社会福祉法人、医療法人、NPO法人、生活協同組合、農業協同組合、その他公益法人）では、ホームヘルプと看護師の賃金に非営利プレミアムが存在すること、年齢・正社員資格・研修などに対し相対的に高い報酬が提供されていることなどを指摘する。また、鈴木・堀田（2008）では、財団法人介護労働安定センターが2006年に実施した調査を用い、訪問介護サービスの質を評価する尺度を検討した上、その尺度を用い、民間の方が公的主体よりサービスの質が高く、サービスの質をコントロールしても、民間と公的主体の賃金コストに有意な差はないが、NPO法人や社会福祉法人・医療法人で賃金コストは5～9%ほど有意に低いとの結果を得ている。

佐藤・大木・堀田（2006）の第2章では、ホームヘルパーの職業能力を測定する尺度（介護能力得点）を、事業者との丹念な議論を積み重ねて開発し、2004年実施の独自調査に適用した。その結果、介護能力得点は「在宅のみ」の経験者で低く、「在宅と施設を同程度」では高く、介護能力得点と（身体介護及び生活援助の）時間給との関係<sup>6</sup>は正の相関があるがその差はわずかであることを見出している。また、介護能力得点に基づくと、保有資格

<sup>6</sup> 佐藤・大木・堀田（2006）によれば、介護保険導入前に連合総合生活開発研究所が1997年に実施した「高齢者福祉とホームヘルプ職調査」以降、介護報酬と業務とを関連付けた研究はないという。佐藤・大木・堀田（2006）による紹介によれば、この調査分析では、最も賃金の決定要素として強く影響しているのは雇用形態であり、年齢や勤続（経験）年数はほとんど影響していないとの結果を得ている。

には階層性があり、介護福祉士とヘルパー1級がほぼ同等<sup>7</sup>で、ヘルパー2級が低いことから、国家資格である介護福祉士が高い能力を保証するものではないこと、ヘルパー2級のみ保有者に対する上位取得などの継続的能力開発が重要であることなどを指摘している。さらに、佐藤・大木・堀田（2006）の第5章では施設系サービスにおける介護労働者のストレス要因を分析している。その結果、夜勤時の不安、賃金の低さ、休憩時間のとりにくさ、介護従事者の不足、入居者の問題行動への不安などが強いストレス要因となっていること、またバーンアウト（仕事での燃え尽き）の徴候が強くみられる介護労働者の属性として、若年（29歳以下）、正規職員、ユニットケア特養の労働者であることなどを見出している。また堀田（2008）では、さらに介護事業所・労働者（ホームヘルパー）マッチング・データを用い、介護労働者の定着状況に関する分析を行い、訪問介護サービス開始後経過年数、特定事業所加算（人材要件）の適合などと共に、当該事業所のサービス提供責任者の総合能力（自己評価）が重要であることが指摘されている。

また厚生労働省職業安定局（2008）<sup>8</sup>でも財団法人介護労働安定センター「介護労働実態調査（平成19年度）」や既存統計を利用した広範な統計分析が行われており、施設系（入所型）と訪問系では正規・非正規割合が大きく異なること、離職率の高い事業所と離職率の低い事業所が併存していること、市場賃金が高い都道府県において介護従事者の人材確保が困難なこと、離職理由としては待遇（賃金、労働時間）への不満、職場の人間関係への不満、自分・家庭の事情（結婚・出産・転勤等）が大きな原因となっていること、などが示されている。

しかしながら、本稿の冒頭で述べた疑問のすべてに答えられるだけの知見がすでに十分に蓄積されているとは言い難い。とくに他の職種と比較した離職率や賃金の低さが介護労働特有のものであり、それが深刻な人材不足の要因と言えるのかに関して十分検討されてきたとは言い難い。

そこで本稿では、介護労働ばかりではなく、他職種の労働者とも比較することにより、①高い離職率は介護労働者に特有の問題か（ほかの産業・職種と比較して異なるのか）、②離職率は介護職内で行われているのか（介護職から他の職種に転職する割合はどれほど高いのか）、③離職率はどのような要因によるものか（賃金と他の要因とどちらが強いのか）について明らかにする。介護労働者にとどまらず、他の医療・福祉従事者や、より広範な他産業と比較し、介護労働者を分析したところに本稿の特長がある。

### 3. 使用データおよび既存統計との整合性

#### (1) 『就業構造基本調査』を用いる利点

本稿の分析には一橋大学経済研究所社会科学統計情報研究センターを通じて提供された総務省『就業構造基本調査（平成14年）』の個票データを用いる。この調査は無作為に抽

<sup>7</sup> 身体介護得点では介護福祉士が最も高いが、総合、生活援助、人間関係得点ではヘルパー1級が最も高い、との結果を得ている（佐藤・大木・堀田 2006, p.59）。

<sup>8</sup> この報告書は「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」の中間とりまとめとして出された。



出された 44 万世帯における 15 歳以上の世帯員すべてを対象としている。社会科学統計情報研究センターではさらに個人が特定されないよう調査対象者の居住地域情報や年齢などについて厳密な秘匿処理を行った上、元データの 8 割を無作為に再抽出し、研究者に提供している。

この『就業構造基本調査』を用いる利点は 3 点ある。第一に、名前のとおり、現在・過去にわたって個人の「就業の構造」を把握することができることである。具体的には、現在の就業状況に加えて、1 年前の就業状態や前職の情報について把握でき、動的な就業行動がある程度、把握可能である。第二に、就業構造に加えて、性別・学歴といった個人属性や、世帯主との続き柄、配偶者の有無、世帯員数や世帯所得にいたるまで世帯構造の把握が可能な点である。第三に、8 割という再抽出データであっても 44 万世帯（個人レベルに戻すと約 97 万人）という規模は、かなり細かい属性に分けて分析を行ったとしても十分なサンプルサイズの確保を可能としてくれる。

## (2) 医療・福祉従事者の推計法および既存の専門統計との整合性

『就業構造基本調査』では、各人の従事している仕事について、産業中分類と職業中分類により区分されているため、以下の方法で、医療・福祉従事者を割り出した。

図表 1 では、医師、看護師、児童福祉系従事者、介護従事者（施設・居宅）のそれぞれについて、就業構造基本調査で把握できる個票数、および、サンプリング・ウェイトを掛けて集計した数をあらわしている。これに加え、介護従事者については、労働時間を用い常勤換算を行った。さらに先に述べたように、当分析で利用する一橋大学経済研究所社会科学統計情報研究センターを通じて提供を受けた個票データは、元データから 8 割を再抽出したものであるため 1.25 を掛けることにより、母集団の推計値（実社会における各職の従事者数）を計算できる。

このような方法で『就業構造基本調査』から算出した医療・福祉従事者数の確からしさを同年（平成 14 年）の他の専門統計と比較することで確認する。

まず、医師についてみる。比較に用いる統計は『医師・歯科医師・薬剤師調査』の医療施設従事の医師数を用いた。医療施設従事の医師に限定するのは、『就業構造基本調査』において、産業を「医療業」に限定して、医師数を割り出しているからである。結果は図表 2 に示す。若干の相違はあるものの、医師数を把握するための代表的統計である『医師・歯科医師・薬剤師調査』と大きな乖離がなく、『就業構造基本調査』を用いて、医師の分析をするには問題はない。

次に、看護師についてみる。看護師については、『衛生行政業務報告例』と比較して確認する。結果は、図表 3 に示す。ここでも、両統計に若干の差異があり、『就業構造基本調査』では、10%程度（10 万人程度）少なく把握されることになる。

児童福祉系従事者については、『社会福祉施設等調査』と比較する。結果を図表 4 に示す。『就業構造基本調査』では、『社会福祉施設等調査』よりも 13%程度、児童福祉系従事

者数が多い。医師および看護師と異なり、『就業構造基本調査』で把握される児童福祉系従事者が多いという点が特徴である。考えられる理由として、『社会福祉施設等調査』では、認可保育所しか調査対象としていない一方、『就業構造基本調査』では無認可保育所で仕事をする保育士をカウントしていることが最大の要因と考えられる。医師および看護師と比較すれば若干乖離が目立つものの、産業分類と職業分類の定義上、児童福祉系従事者のみすくいあげていることは確かであり、このプラスの乖離に特段、問題はないと判断される。

最後に、本稿の主な分析対象である介護労働者についてサンプルを確認する<sup>9</sup>。介護労働者の場合、サンプルを施設系と居宅系で2種類に分けたが、産業中分類と職業中分類の構成上、居宅系において、ホームヘルパーといった介護労働者以外に、産業分類「その他の社会保険・社会福祉・介護事業」に含まれる更生保護事業や授産所、婦人相談所といった産業で働く家庭生活支援サービス職業従事者も含まれてしまう。ただし、こういった産業に従事する者のうち、職業分類において「家庭生活支援サービス職業従事者」に振り分けられる人はごく少ないと判断される。

ここでは『介護サービス施設・事業所調査』と比較して、数値を確認する。結果は図表5に示す。『介護サービス施設・事業所調査』に合わせるべく、『就業構造基本調査』についても労働時間で常勤換算した。介護施設の介護職員については、介護職員（介護福祉士を含む）に加えて、施設長、介護支援専門員（ケアマネージャー）、生活相談員（社会福祉士を含む）を含めた従事者数で、乖離がほとんど見られない。居宅系のほうでも、若干の乖離は確認されるが、乖離の幅は、医師、看護師、児童福祉系の場合と大差がなく、『就業構造基本調査』を用いて介護労働者の分析を行うことに問題がないことを確認できる。

次節以下、この分類に従い、介護労働者の就業状況について分析していく。

#### 4. 『就業構造基本調査』からみた介護労働者の実態

##### (1) 介護労働者の基本属性

ここでは、介護労働者の基本的な属性について確認する。必要に応じて、他の医療福祉職業、および、その他の産業と比較していく。まずは、分析に用いるデータの観測数を図表6にあらわす。以降では、抽出率ウェイトを掛けて分析を行っていくが、ここでは、サンプルとしてどれだけ確保できているかを確認するために、男女別人数を個票数で集計した。『就業構造基本調査』は豊富なサンプルサイズを確保しているため、職業を細かく分けても、定量分析に耐えうる観測数を保持していることが確認できる。

分析に耐えうる観測数を確認できたので、まず介護労働者の基本属性についてみていこう。図表6により、介護労働者としては、女性の割合が高く、施設系では8割が女性、訪問系においては9割以上が女性と、看護師や児童福祉系労働者における女性割合と同程度になっている。

<sup>9</sup> 産業分類、職業分類について不明な箇所については、総務省に問い合わせ、該当箇所を明確にしてコーディングを行った。

介護労働者の年齢分布の特徴を施設系・訪問系各々について把握する。図表 7 では男性、女性それぞれの有業者を 100%とした場合の年齢分布を示している。男女ともに 20 代、30 代、40 代については有業者の 20%前後を各々占めている。しかし、介護労働者ではこの年齢分布が大きく異なっている。図表 8 は施設系・訪問系それぞれの介護労働者の性別年齢分布をみている。まず年齢分布は男女で大きく異なっている。男性介護労働者の場合、施設系・訪問系ともに 20、30 代の若年層に集中しており、施設系・訪問系での年齢分布に相違はない。しかし、女性介護労働者の場合、施設系と訪問系で年齢分布が異なる。施設系の場合、女性介護労働者は 20 代と 40 代に多くいる一方、訪問系の女性介護労働者の場合、40 代と 50 代に多く集中している。新卒採用の部分と女性の就業率が持ち直す年齢層（すなわち女性が結婚・子育てで中断していた就業を再開する年齢層）での就業者が多いことがわかる。これは介護労働需要が急増した時にこの部分の年齢層を集中的に採用したことと密接に関係している。

つぎに介護労働者の就業形態の特徴を把握しよう。図表 9 では、介護労働者の就業形態（非正規雇用割合）を他産業と比較する形で示している。ひときわ目立つのは、訪問系の介護労働者において、非正規率が 8 割であり、飲食・宿泊業といった非正規率が高い産業と比較しても突出して高い。これは訪問系介護労働者が主婦などを中心とするパート労働者および登録型派遣労働者によって支えられている実態を反映している<sup>10</sup>。一方、施設系介護労働者で非正規率は産業計とほぼ同じ 3 割である。

介護労働者の特性を確認するために、学歴についても確認しておこう（図表 10）。ここでも、施設系と訪問系で若干の差異があり、施設系では短大・高専比率が高く、施設系より短大・高専比率が高いのはこの図表では児童福祉労働者（8 割）と看護師（6 割）である。社会福祉系の専門学校出身の新卒採用者が施設系で多いことの反映と考えられる。一方、訪問系の学歴は産業計とかなり似通った分布となっている。

世帯主との続き柄について、図表 11 では介護労働者とその他産業の労働者とを比較している。棒グラフの下から順に、世帯主、世帯主の配偶者、世帯主の子、その他の続き柄を示している。介護労働者の場合、世帯主以外（世帯主の配偶者および世帯主の子）の比率が高い。施設系では世帯主の子の割合、訪問系では世帯主の配偶者の割合が高い。これは図表 8 で確認したように男女ともに介護労働者の年齢階級が各々偏っているためである。さらに図表 12 では、世帯主の続き柄について男性に限って示しているが、他職種の中で世帯主の子の割合が最も高くなっている。

## (2) 介護労働者の離職

次に他職種との比較において介護労働者の離職率の高さについて確認する。またその際には、介護保険導入前後における大きな変化も考慮し、入職時期などについてもコントロールする。

<sup>10</sup> なお女性の訪問系介護労働者の 77%が有配偶者である。

現職が介護労働者であるものの就業継続年数を、現職が他の医療・福祉従事者である者の就業継続年数と比較したのが図表 13 である。同様に、図表 14 では、現職が介護労働者であるものの就業継続年数を、他産業の労働者の就業継続年数と比較している。いずれも介護労働者、とりわけ訪問系で就業継続年数の短い労働者が突出して多い。

ただし、ゴールドプランや 2000 年の介護保険法施行により、介護サービス供給の急速な増大により、介護労働者が大量に新規採用されたことを考慮すると、2002 年時点での介護労働者の就業継続年数が他職種・他産業と比較して短いのは当然といえる。そこで、前職の情報からも就業継続年数を確認する。これにより、新規参加者が多い場合に現れる就業継続年数の短い傾向をある程度除外することが可能である。もちろん、前職情報があるということは就業中断者をセクションするため、もともと就業継続年数の短い労働者によるバイアスがかかることになる。図表 15 では、前職が介護労働者であった者と、その他の医療福祉従事者であった者について、前職の就業継続年数について比較している。現職と同様、他の医療・福祉系従事者と比較すると介護労働者の就業継続年数は短い傾向にあるが、その差は小さくなっている。さらに図表 16 では、前職が介護労働者であった者と、前職が製造業、飲食・宿泊業であった者の就業継続年数を比較しているが、(現職と異なり)飲食・宿泊業で介護労働者を上回る就業継続の短い傾向を見せている。それでも、製造業もしくは産業計からみると、介護労働者の就業継続年数は短い傾向にあることが分かる。ただし、ここにもゴールドプランあるいは介護保険法施行による大規模な介護労働者の採用とそれに引き続く相対的に大規模な離職の影響に留意する必要がある。

そこで入職時期による影響をコントロールするため離職率を分解する(図表 17)。具体的には  $L_T$  を総労働者数、 $Q_T$  を離職者総数とすると、離職率は  $Q_T/L_T$  となる。入職した期間を示すインディケータを  $i=1, \dots, I$  とすると、定義により  $Q_T$  と  $L_T$  は各々、

$$Q_T = \sum_{i=1}^I Q_i$$

$$L_T = \sum_{i=1}^I L_i$$

と表せる。したがって、総離職率は以下のように分解可能である。

$$\frac{Q_T}{L_T} = \frac{\sum_{i=1}^I Q_i}{L_T} = \sum_{i=1}^I \frac{Q_i}{L_T} = \sum_{i=1}^I \frac{L_i}{L_T} \frac{Q_i}{L_i}$$

すなわち総離職率は入職期間別労働者数の労働者総数に対する比率と入職期間別離職率の積和となる。この分解により、 $i$  期に入職した労働者の離職率が高くても労働者総数に占める割合が低いことで離職率全体に対する影響は小さくなる場合とその逆の場合を識別可能になる。

入職時期については、1994 年以前入職者、1995-99 年入職者、2000 年入職者、そして 2001 年入職者の 4 種類について分けた。たとえば図表 17 における「施設+訪問」の 1995