

201001036A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

（H22－政策－一般－018）

社会保障給付の人的側面と 社会保障財政の在り方に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金子 能宏

平成23(2011)年3月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

（H22－政策－一般－018）

社会保障給付の人的側面と 社会保障財政の在り方に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金子 能宏

平成23(2011)年3月

目次

I. 総括研究報告書

- 「社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する研究」…………… 1
金子能宏

II. 分担研究報告

1. 「わが国における介護労働供給のこれから－介護給付受給者数の推計に基づく介護労働供給の考察－」…………… 5
山本克也
2. 「介護・福祉サービス提供制度の制度改正と人的資源の専門性－介護・福祉従事者の専門性と介護福祉士・社会福祉士－」…………… 23
西山 裕
3. 「医療分野の専門職の確保－ドイツにおける政策動向－」…………… 45
松本勝明
4. 「教育の雇用・労働インフラ再構築の課題に関する研究」…………… 65
岩木秀夫
5. 「特定健康診査等を担う人材及び財源の在り方並びに医療保険財政に関する考察」…………… 87
東 修司
6. 「国民健康保険における保険者の統合・再編と最小効率規模」…………… 107
湯田道生
7. 「社会保障給付の人的側面と社会保障財政の在り方に関する研究動向－ミクロ・データによる実証分析と学際的な制度分析の展開」…………… 135
金子能宏・稲垣誠一・岩本康志・森口千晶・音山若穂・周燕飛・佐藤格・暮石渉・酒井正(研究協力)

III. 研究報告資料

1. "Work-family Reconciliation Policies" on Women's Employment Outcomes and on Gender Equality- Women, Poverty, and Social Policy Regimes: A Cross-national Analysis based on Luxembourg Income Study data" 151
Janet C. Gornick(LIS Director, Professor, City University of New York)
Markus Jäntti(LIS Research Director, Professor, Stockholm University)
2. "CRITA: A Meta-Analysis of Child Outcomes Across Parental SES (Education)"163
Markus Jäntti(LIS Research Director, Professor, Stockholm University),
John Ermisch (Institute for Social & Economics Research, University of Essex)
Timothy M Smeeding(Institute for Research on Poverty, University of Wisconsin)
3. 「介護・福祉分野における人的資源の活動実態と課題発掘に関する調査」・
（財）未来工学研究所179
- 4 . 「比較福祉国家研究の展開－社会保障給付の人的側面と社会保障財政の
比較研究の視点」199
金子能宏

研究者一覽

研究代表者

金子 能宏 (国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究 部長)

研究分担者

稲垣誠一 (一橋大学 経済研究所 教授)

岩木秀夫 (日本女子大学 人間社会学部 教授)

岩本康志 (東京大学 大学院経済学研究科 教授)

西山 裕 (北海道大学 公共政策大学院 教授)

森口千晶 (一橋大学 経済研究所 教授)

音山若穂 (郡山女子大学 短期大学部 准教授) *現在、群馬大学大学院教育学研究科准教授

八塩裕之 (京都産業大学 経済学部 准教授)

周燕飛 (独立行政法人・労働政策研究・研修機構 副主任研究員)

湯田道生 (中京大学 経済学部 准教授)

米山正敏 (国立保健医療科学院 福祉サービス部 主任研究官)

松本勝明 (国立社会保障・人口問題研究所 政策研究調整官)

東 修司 (国立社会保障・人口問題研究所 企画部長)

山本克也 (国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 室長)

暮石 涉 (国立社会保障・人口問題研究所 研究員)

佐藤 格 (国立社会保障・人口問題研究所 研究員)

研究協力者

Janet C. Gornick (LIS Director, Professor, City University of New York)

Markus Jäntti (LIS Research Director, Professor, Stockholm University)

京極高宣 (国立社会保障・人口問題研究所 名誉所長)

新川敏光 (京都大学大学院法学研究科 教授)

栃本一三郎 (上智大学総合人間科学部 教授)

泉田信行 (国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 室長)

野口晴子 (国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 室長)

酒井 正 (国立社会保障・人口問題研究所 研究員)

1. 総括研究報告書

総括研究報告書

研究代表者 金子能宏（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長）

研究要旨

医療・介護・福祉等の給付の提供に関わる人々（福祉マンパワー）の確保・定着に関連して、近年、地域別・分野別の人手不足や、介護分野での離職問題などを例として明らかになり、対策が採られ始めている。しかし、今なお医療介護に対するニーズが存在し、これを提供する医療介護従事者の不足が見られ一方、若年者の就職難があるなど、労働市場のミスマッチや待遇改善の課題が残されている。従って、ニーズに応じた社会保障給付を実現する福祉マンパワーの確保定着を図るには、働く人々のインセンティブ（誘因）と技能向上と適切な人材配置等を可能にする諸条件を、諸条件を実現する社会保障財政とバランスを保ちながら整備・拡充していく制度横断的な取り組みが必要である。特に、専門職に就く人々の社会的背景や誘因には多様な要素が関係するため、経済学に加え教育社会学、心理学、制度分析なども応用し多角的に分析する必要がある。

従って、本研究では、分野別の枠を超えて、福祉マンパワーの全体把握を、時系列データに基づく実証分析と制度分析を合わせて用いて行うとともに、医療・介護・福祉の各分野の専門職者に働く誘因が与えられかつ社会保障財政の持続を可能にする制度間に共通な要素と条件及び各制度特有の要素と条件を明らかにし、今後の社会保障政策の立案に有益なエビデンスを提供することを目的に研究を行った。

平成22年度(1年目)は、経済学・社会学等の複数の分野にわたるヒアリングを行い、今後の分析に応用することのできる分析方法を整理した。福祉マンパワーの統計的分析については、介護施設統計及び介護費用統計を組み合わせることにより、介護マンパワーの将来推計を行った。このように中長期的にますます必要となる福祉マンパワーとして、介護・福祉従事者と介護福祉士・社会福祉士に着目した介護・福祉サービス提供制度の制度改正と人的資源の専門性に関する分析を行った。福祉マンパワーには非正規就業者も多く、非正規就業者であるために生じる諸課題を是正するためには、正規雇用化と就業前の教育と労働インフラとの関係も重要であり、この観点から教育の雇用・労働インフラ再構築の課題に関する分析を行った。特に、介護マンパワーについては、ヒアリング調査を実施して、実態に即した課題と解決方法に関する分析を行った。

社会保障財政の在り方については、「国民健康保険事業年報」を用いて国民健康保険の保険者の統合・再編とその最小効率規模に関する実証分析を行った。制度分析として、特定健康診査等を担う人材と財源の在り方に関する分析を行い、これらの事業に係るこれまでの経緯や理念を疑問視するのではなく、その効果的・効率的な展開を可能にする条件の検討が重要であることを指摘した。国際比較研究として、国別には、我が国と同様に社会保険が社会保障の太宗を占めているドイツをとりあげ、医師の確保のため多様な政策が採られている要因と課題について分析した。各国間の比較については、福祉レジーム論を介護・福祉マンパワーと家族との関係を含めて拡張されたケア・ダイヤモンドの概念による分析など、福祉マンパワーに関わる比較福祉国家研究の展開について分析を行った。

A 研究目的

医療・介護・福祉等の給付の提供に関わる人々（福祉マンパワー）の確保・定着に

関連して、近年、地域別・分野別の人手不足や、介護分野での離職問題などを例として明らかになり、対策が採られ始めている（平成

18年7月「医師の需給に関する検討会報告書」、平成20年7月「介護労働者の確保・定着等に関する研究会 中間取りまとめ」)。しかし、今なお医療介護に対するニーズが存在し、これを提供する医療介護従事者の不足が見られ一方、若年者の就職難があるなど、労働市場のミスマッチや待遇改善の課題が残されている。従って、ニーズに応じた社会保障給付を実現する福祉マンパワーの確保定着を図るには、働く人々のインセンティブ(誘因)と技能向上と適切な人材配置等を可能にする諸条件を、これらの諸条件を実現する財源確保については社会保障財政とバランスを保ちながら整備・拡充していくという制度横断的な取り組みが必要である。特に、専門職に就く人々の社会的背景や誘因には多様な要素が関係するため、経済学に加え教育社会学、心理学、制度分析も応用し多角的に分析する必要があり、これら多分野の研究者が研究班を構成し研究に当たる点は、本研究の特色である。

従って、本研究の目的は、分野別の枠を超えて、医療・介護・福祉専門職等の福祉マンパワーの全体把握を、時系列データに基づく実証分析と制度分析を合わせて用いて行うとともに、これらの各分野で社会保障給付提供に携わる人々に働く誘因が与えられかつ社会保障財政を維持していくことのできる制度間の共通要素と条件及び各制度固有の条件とを明らかにし、今後の社会保障政策の立案に有益なエビデンスを提供することである。

B 研究方法

社会保障給付の人的側面と社会保障財政に関連する分析には、福祉マンパワーと社会保障給付費、社会保障財政に関連するデータベース構築と経済学的な実証分析が必要である。この課題に関連する研究項目は以下の通りである。

・財政学・準市場論による社会サービスの提供条件に関する研究及び研究の総括、福祉マンパワーの統計による全体把握とマクロ計量分析、・ライフサイクルにおける医療・介護ニーズの推計に基づく医療介護財政の実証分析、・世帯構成・所得格差の変化を踏まえた社会サービスのマイクロ・シミュレーション分析、・人件費・管理コストを考慮した医療・介護財政と地方財政との関係に関する分析、・就業形態に着目した社会保障負担が労働需給に及ぼす影響に関する研究。

専門職に就く人々の社会的背景やインセンティブには多様な要素が関係するため、経済学のみならず、教育社会学、心理学、社会保障法学、準市場論、制度分析などを応用して多角的に分析することが必要であり、この点から以下の研究を行う。

・若年層の就業意識と教育・親子関係・入職経路等との関連性、・福祉分野における雇用制度の比較制度分析と福祉と家族との関係に関する国際比較研究、・子どものストレスに対する福祉サービスと教育の連携に関する研究、・介護・福祉における家族と社会サービスの代替・補完関係に関する理論的研究と実証分析。

とくに、非正規就業者となる背景には、親の学歴・所得水準・社会的背景が世代間を通じて子の世代に移転することがあることが、欧米の先行研究で明らかになってきたことを踏まえ、こうした研究のわが国への応用を図るために、平成23年1月、海外の学界権威者(Janetto Gornick ニューヨーク市立大学教授/ルクセンブルク所得研究・研究センター長、Markus Jantti スtockホルム大学教授/ルクセンブルク所得研究・研究ディレクター)を招聘し、共同研究を行った。また、転職・離職への対応が課題となっている介護マンパワーについては、ヒアリング調査を実

施して、課題の諸要因と解決方法に関する分析を行う。

医療介護福祉サービスについては、介護保険や支援費制度・障害者自立支援制度により、供給主体が拡大され、サービス提供量も大幅に増加する等、供給体制の整備は進んだが、サービスの質の確保や利用者のニーズへの対応という面ではまだ課題は多い。サービスの質や利用者のニーズへの対応を向上させるためには、サービス提供機関におけるサービス担当者の資質の向上と制度面の改善が必要である。そこで、各提供機関における介護・福祉専門職の状況と問題点の把握を踏まえ、サービスの質の向上に繋がる制度の在り方を検討する。この点から以下の項目の分担研究を行う。・介護・福祉サービス提供の制度改善と人的資源の専門性、・EU 及びドイツ等の社会サービス提供と専門職確保に関する政策の研究、・介護力に着目した社会サービスの人的資源の育成・定着の条件と国際協力に関する研究、・NPO 等の活用に着目した介護・福祉サービスの展開に関する制度分析。

D 考察

福祉マンパワーの統計的分析については、「介護サービス施設・事業所調査」（平成 13 年～22 年）及び「介護給付費実態調査月報」（平成 13 年～22 年）を組み合わせることにより、介護マンパワーの将来推計を行った。2035 年には要介護者総数は 1000 万人を超えると見込まれ、それに伴う介護費用は現行のままでは増大し続けるが、軽介護在宅を重視した取り組みをすると費用増加を抑制することができる結果が得られた。このように中長期的にますます必要となる福祉マンパワーとして、介護・福祉従事者と介護福祉士・社会福祉士に着目した介護・福祉サービス提供制度の制度改正と人的資源の専門性に関する分

析を行い、介護福祉士及び社会福祉士が期待される専門性を発揮していくための課題を明らかにした。

社会保障財政の在り方については、「国民健康保険事業年報」を用いて国民健康保険の保険者の統合・再編とその最小効率規模に関する実証分析を行い、国民健康保険を都道府県へと統合・再編することは、保険者規模の問題を解決することに寄与することが明らかになった。制度分析として、特定健康診査等を担う人材と財源の在り方に関する分析を行い、これらの事業に係るこれまでの経緯や理念を疑問視するのではなく、その効果的・効率的な展開を可能にする条件の検討が重要であることを指摘した。

医療介護福祉サービスについては、国際比較研究を行った。国別には、ドイツの政策動向を分析し、医師の確保には様々な要因が影響していることに対応して、ドイツでは大学医学部入学定員の増加に加え、教育内容の改善、保険医配置の適正化、過少供給地域での開業促進、ワーク・ライフバランス確保など広範な対策が採られていることが明らかになった。各国間の比較については、福祉レジーム論を介護・福祉マンパワーと家族との関係を含めて拡張されたケア・ダイヤモンドの概念による分析など、福祉マンパワーに関わる比較福祉国家研究の展開について先行研究のサーベイと論点整理を行った。

E 結論

介護施設統計及び介護費用統計を組み合わせることにより、介護マンパワーの将来推計を行った結果によれば、要介護者数の増加に対して、現行制度のままの場合よりも一例として軽介護在宅へ移行する場合は、介護費用総額を抑制できることが示された。ただし、居宅系の介護職のマンパワー確保には課題が

ある。介護の質の担保を目的とした介護福祉士の国家資格化（2012年から）はこれからであり、また介護職の待遇改善を目的とした介護職処遇改善交付金（2010年から給付）も開始されたばかりの政策であるので、現段階での評価は難しい。介護福祉士及び社会福祉士が期待される専門性を発揮していくためには、介護福祉士には利用者の意向を尊重しながらその生活を損なわないサービスを提供することが、社会福祉士には福祉を通じた地域づくりに貢献できる能力の養成が必要である。介護福祉分野では非正規就業もあり、若年非正規就業増加問題と関係づけた分析が必要である。この問題に取り組むためには、都市圏・工業地帯圏における中堅・中小企業への就労促進と、地方圏における若年帰農増加と限界集落問題を踏まえた検討が必要である。

医師の確保は我が国も先進諸国も課題を抱えている。医師の確保には様々な要因が影響していることに対応して、大学医学部入学定員の増加に加え、教育内容の改善、保険医配置の適正化、過少供給地域での開業促進、ワーク・ライフバランス確保など広範な対策を採っているドイツの政策は我が国にも示唆を与えている。

社会保障財政の在り方については、制度分析と実証分析を行った。特定健康診査等を担う人材と財源の在り方に関する制度分析から、これらの事業に係るこれまでの経緯や理念を疑問視するのではなく、その効果的・効率的な展開を可能にする条件の検討が重要であることがわかる。「国民健康保険事業年報」を用いて国民健康保険の保険者の統合・再編とその最小効率規模に関する実証分析の結果から、国保特会の支出には規模の経済性が存在することが確認され、保険者の統合は支出の削減につながるため、国民健康保険を都道府県へと統合・再編することは保険者規模の問題を

解決するのに役立つことがわかった。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

岩木秀夫「学校の雇用・労働インフラの変動（2）」、岩木秀夫・大淀昇一『教育入門—文献で読み解く教育の社会的基盤—』第8章、2011年3月、（財）放送大学教育振興会、115-120頁

岩木秀夫「学校の雇用・労働インフラの再構築（2）」第13章、岩木秀夫・大淀昇一『教育入門—文献で読み解く教育の社会的基盤—』2011年3月、（財）放送大学教育振興会、115-120頁、189-208頁、

岩木秀夫「学校の家庭・地域インフラの再構築（2）」第14章、209-226頁

2 学会発表

なし

H 知的所有権取得状況の出願・登録状況

1 特許取得 なし

2 実用新案取得 なし

3 その他 なし

II. 分担研究報告

わが国における介護労働供給のこれから
—介護給付受給者数の推計に基づく介護労働供給の考察—

研究分担者 山本 克也（国立社会保障・人口問題研究所室長）

研究要旨

本推計では、2025 年には要介護者の総計は 800 万人、2035 年を過ると 1,000 万人に上ると予想される。これに対して看護職員を除く介護職の需要は、2025 年には 130 万人、2035 年以降は 160 万人になる。こうした標準ケースを辿るとすると、費用は 2025 年には現在の 4 倍の 12 兆円、2035 年には 14 兆円余りになる。これに対して、費用抑制的な手段として軽介護在宅移行ケース（要介護度 1 および 2 の者が施設介護から居宅系介護に移行したら）を想定した。その結果、介護費用はおよそ 1.5～2 兆円ほど抑制できることが分かった。

ただし、居宅系の介護職のマンパワー確保には課題がある。介護の質の担保を目的とした介護福祉士の国家資格化（2012 年から）はこれからであり、また介護職の待遇改善を目的とした介護職処遇改善交付金（2010 年から給付）も開始されたばかりの政策であるので、現段階での評価は難しい。厚生労働省の各種資料でも、介護職は入職時には非常に高いモチベーションを持っていることが指摘されているが、数年も努めるとそうしたモチベーションの維持が難しくなる。こうしたモチベーションを考慮した推計は今後の課題である。

A. 研究目的

2050 年までの我が国の介護労働供給を考えることが本報告の目的である。

B. 研究方法

まず、受給者を推計する。次いで、介護職員を推計し、介護福祉士やホームヘルパーの人数は実績値を使用し、介護職の一定割合がこれに該当するものとして機械的に推計する。データとしては厚生労働省の「介護給付費実態調査月報」（平成 13 年～22 年）、「介護サービス施設・事業所調査」（平成 13 年～22 年）の職種別にみた常勤換算従事者数の表を利用のデータを利用して、以下の手順を踏む。

1. まず、厚生労働省の介護保険事業状況報告を、各年に渡って並べる。これには、サービス種別毎の利用者人数や 1 人当たり金額が記されている（審査月ベースで表示されているので、データの中身とは約 1 月のタイムラグが生じる）。
2. 人口推計の値と各介護度別の人数から、受けているサービス種別の要介護出現率を求める¹。
3. さらに、2 で作成した出現率と人口推

¹ 推計の方法としては、A:H22.12 の出現率から推計する方法、B:H21.12～H22.12 の伸び率から推計する方法、C:H18.12～H22.12 の伸び率から推計する方法等が考えられるが、当てはまりを考えて B を採用している。

計を使って将来の要介護度別サービス受給者人数を求める。

次いで、施設系（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）及び居宅サービス系（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護）の介護職員を推計する。その際、

職員数 $t_i =$ 定数項 + 要介護度 1 数 $t_i + \dots +$ 要介護度 5 数 $t_i +$ 誤差高

というモデルを参考に、介護職員数の機械的試算を試みた。

ただし、 t =年度、 i =種別（施設系；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、居宅サービス系；訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護である）。なお、ここでの推計は介護保険業務に携わる看護職員は考慮に入れていないことには注意を要する。なお、要介護者の推計においては、軽介護（要介護度 1 および 2）の者が全て在宅に移ったら（軽介護在宅移行ケースと呼ぶ）という試算も行っている。

（倫理面への配慮）集計データを用いるので、特に配慮はいらない。

C. 研究結果

介護職員の推計値は、基本的には要介護者の関数であるから要介護者の推移に依存する。介護職の労働需要は、2025年にはおよそ135万人に上る（実際には看護師資格を有する者がこれに加わることになるのだが）。ただし、実績値に目を移すと、要介護者は2004年に急増しているが、一方の介護職員の方にはこうした急増が見られないことには注意を要する。これは、介護職の労働供給（医療分野にもかなりの程度に当てはまる）の特徴と関係がある。

D. 考察

2004年の要介護者の急増に対して、介護職員の供給を合わせる必要があったかどうかは検討を要する。制度の運用に大きな変化をもたらしたのがこの前の改正であったが、仮に、2004年の需要増が本来の意味で“要介護”状態になっている者が増加していたのであれば問題はなく、増加した需要がそのまま推移するはずである。しかし、実績値を見るとこうした需要は2007年まで大きく低下し、2003年水準を2008年になってやっと越えていくということになっている。

2004年の段階で、仮に本当に需要が増加した（介護認定が適切に行われていた）と仮定しよう。そうすると、2005年以降の需要減を説明できない。なぜなら、要介護認定の判定に不服がある場合には、その不服の審査判定に対応するために専門の第三者機関である介護保険審査会²が都道府県に設置されているからである（介護保険法第184条、地方自治法第202条の3）。

この一連の動きを見ると、介護需要が“暴発”したといっても過言ではないことがわかる。制度の発足後まもなくから、特に要介護度1といった軽介護の需要が大きいことが報告されていた（例えば、厚生労働省『介護保険事業状況報告』）。やや古いですが、品川区では次のような報告が成されている。

品川区の要介護高齢者について、障害老人の日常生活自立度と痴呆老人の日常生活自立度から導かれる心身状況によって、以下のとおり4グループに分類した。その結果、「動ける痴呆³」21.4%（1972

² 介護保険審査会は各都道府県に設置され、市町村での要介護認定に対する不服申請に対応する。介護保険審査会は、被保険者を代表とする委員3名、市町村代表3名、3人以上の公益を代表する委員で構成されている。ただし要介護認定に関することは、公益代表委員の3人だけからなる合議体において扱うことになっている。

³ かつて、痴呆（ちほう）と呼ばれていた概念は2004年に厚生労働省の用語検討会によって「認知症」への言い換えを求める報告がまとめられ、まず行政分野および高齢者介護分野において「痴呆」

人)、「寝たきりの痴呆」20.8% (1916 人) をあわせ全体の 4 割が痴呆性高齢者であることが明らかとなった。また、全体の半数を占める「軽介護」のうち 18.4% (1696 人) は痴呆性老人の日常生活自立度が I であり、痴呆症状が悪化しないよう早期の関わりが求められる「痴呆予防対象」層であるといえる。

この結果はすなわち、要介護認定の内包する問題と関係がある。要介護の一次判定には、もともと ADL の項目に偏っており (それさえも問題があると言われる。詳しくは 村田他(2005))、認知症を補足しにくいという問題点がたびたび指摘されてきた。ここでいう“動ける痴呆=ADL のしっかりした認知症”や“日常生活自立度が I の痴呆性老人=日常生活自立度が I の認知症高齢者”は、要介護の一次判定では要介護度 1 あるいは要支援 2 として判定される可能性が大きい。

今回の推計では、軽介護在宅移行ケースとして要介護度 1 あるいは 2 の者が特別養護老人ホーム等の施設介護を利用するのではなく、グループホーム等の居宅系サービスに移行したらという仮定をおいている。これは、要介護度の判定の困難さを逆手にとった方法である。認知症があっても要介護度が低い値に出るのは、まさに、ADL からみれば動作には問題が少ないということであり、こういう者ほど居宅系サービスのグループホームや、あるいは小規模多機能施設を利用してもらったほうが本人の QOL も増加するし、併せて費用の軽減にもつながる。

E. 結論

居宅系の介護職のマンパワー確保には課題がある。介護の質の担保を目的とした介護福祉士の国家資格化 (2012 年から) はこれからであり、また介護職の待遇改善を目的とした介護職処遇改善交付金 (2010 年から給付) も開始されたばかりの政策であるので、現段階での評価は難しい。厚生労働省の各種資料でも、介護職は入職時には非

常に高いモチベーションを持っていることが指摘されているが、数年も努めるとそうしたモチベーションの維持が難しくなる。こうしたモチベーションを考慮した推計は今後の課題である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

の語が廃止され「認知症」に置き換えられた。各医学会においても 2007 年頃までにはほぼ言い換えがなされている。

わが国における介護労働供給のこれから －介護給付受給者数の推計に基づく介護労働供給の考察－

山本 克也

(国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部室長)

1 はじめに

介護労働供給を考える上では、介護需要の推計を行った上で供給を考えることになる¹。例えば、鈴木(2002)では、筆者等が独自に行った全国要介護世帯調査を用いて介護保険開始当初から現在までの需要増の要因を分析し、同調査から求められた“受給者発生確率”を用いて介護需要量の長期推計を実施して、そこから介護マンパワーを求めるという方法を取っている。また、厚生労働省(2006)では「2006年度予算を足元とし、今後のサービス利用状況、高齢化、人口増減の影響等を織り込んで算定している」としているが詳細はあきらかではなかった。ただし、社会保障国民会議では、

- 現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要推計に対応する提供量をいったん計算し、これをシミュレーションA(現状投影シナリオ)とする。
- これに対して、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定し、これをシミュレーションB(改革シナリオ)とする。改革シナリオについては、前提により複数のシナリオを示す(それぞれB1, B2, B3)。

ということを行っている。

2 本推計の手順

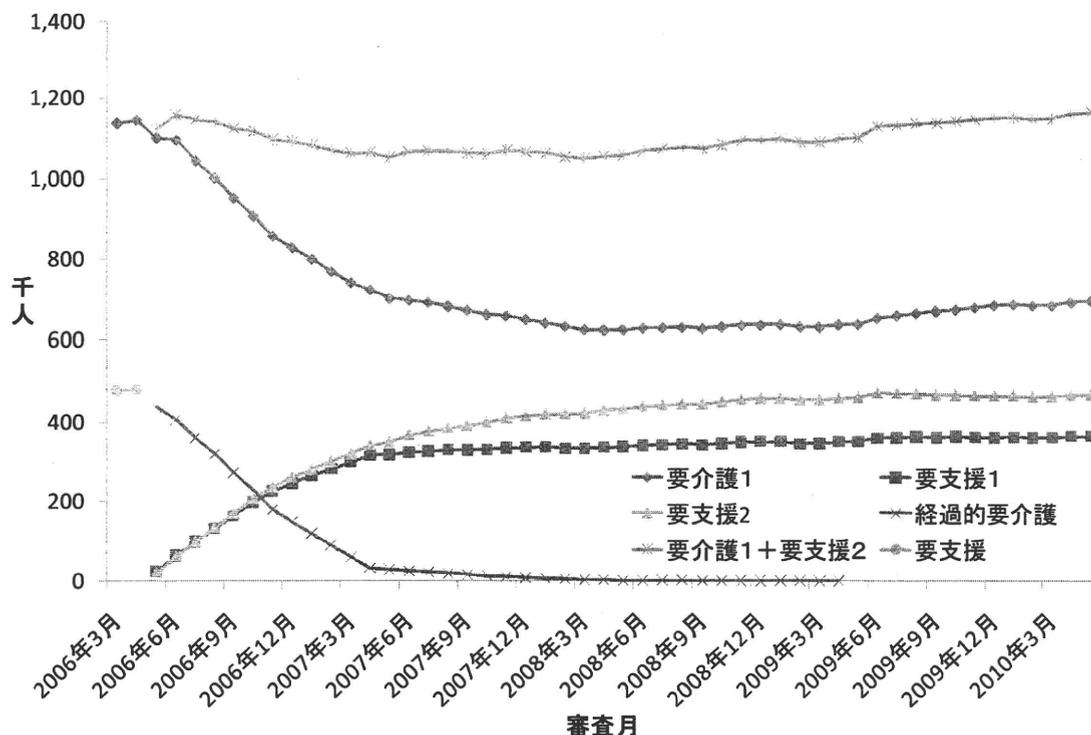
H12年4月から導入された介護保険制度は、“5年に1度見直す”という法律上の文言通り、H17年7月22日に改正された。そのうちで要介護認定に関わる部分については、H18年4月1日から適用されている。この要介護区分の改正の肝は、要介護度1の者を要支援2および要介護度1へと再編することであり、その結果、介護区分は、要支援1、要支援2、要介護度1、要介護度2、要介護度3、要介護度4、要介護度5の7区分になった。現行の介護保険制度では、要支援だった者は要支援1になり、要介護度1だった人は要支援2と要介護1に分かれた。およそ、要介護度1の6～8割の人が要支援2になっている。

これは、介護保険制度を、介護よりもその予防に重点をおいた制度に転換するための措置である。もちろん、要支援2と要介護度1の境界には、今までの制度で要介護度1だった者が要支援2になり、サービスの受給額が減ってしまうという問題点は存在する。要支援2と要介護度1の境界は、厚生労働省によれば次の基準で決まる。

¹ 現実には、介護(労働)供給と介護需要は同時決定の関係にある。

- 疾病や外傷などにより、心身が安定していない状態
- 認知機能や思考・感情などの障害により、十分な説明を行っても新予防給付（介護予防サービス）の利用のための適切な理解が困難な状態
- そのほか、心身の状態が安定はしているが、新予防給付（介護予防サービス）の利用が難しいと認められる状態

図1 要介護者実績値の推移



出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査 月報」平成18年3月～平成22年4月

図1に挙げたように、要介護度1（および若干の2）の者の一部がいったん経過的要介護になり、そして要支援2や要支援1になっていく過程があって、現在の要介護者の実績値があることになる。現在、こうした審査態度の変更によって軽介護の者が要介護に入るということはほぼなくなっており、要介護度の変更プロセスを推計に加味する必要はない。よって、試算の方法は以下のようにしている。

まず、受給者を推計する。次いで、介護職員を推計し、介護福祉士やホームヘルパーの人数は実績値を使用し、介護職の一定割合がこれに該当するものとして機械的に推計する。データとしては厚生労働省の「介護給付費実態調査月報」（平成13年～22年）、「介護サービス施設・事業所調査」（平成13年～22年）の職種別にみた常勤換算従事者数の表を利用のデータを利用して、以下の手順を踏む。

1. まず、厚生労働省の介護保険事業状況報告を、各年に渡って並べる。これには、サービス種別毎の利用者人数や1人当たり金額が記されている（審査月ベースで表示され

ているので、データの中身とは約1月のタイムラグが生じる)。

2. 人口推計の値と各介護度別の人数から、受けているサービス種別の要介護出現率を求める²。
3. さらに、2で作成した出現率と人口推計を使って将来の要介護度別サービス受給者人数を求める。

次いで、施設系（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）及び居宅サービス系（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護）の介護職員を推計する。その際、

$$\text{職員数}_{t,i} = \text{定数項} + \text{要介護度1数}_{t,i} + \cdots + \text{要介護度5数}_{t,i} + \text{誤差高}$$

というモデルを参考に、介護職員数の機械的試算を試みた。

ただし、 t =年度、 i =種別（施設系；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、居宅サービス系；訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護である）。なお、ここでの推計は介護保険業務に携わる看護職員は考慮に入れていないことには注意を要する（後述）。なお、要介護者の推計においては、軽介護（要介護度1および2）の者が全て在宅に移ったら（軽介護在宅移行ケースと呼ぶ）という試算も行っている。やや先取りすれば、この処理によっておよそ1~2兆円の介護費用に差が出てくることになっている。

3 推計結果

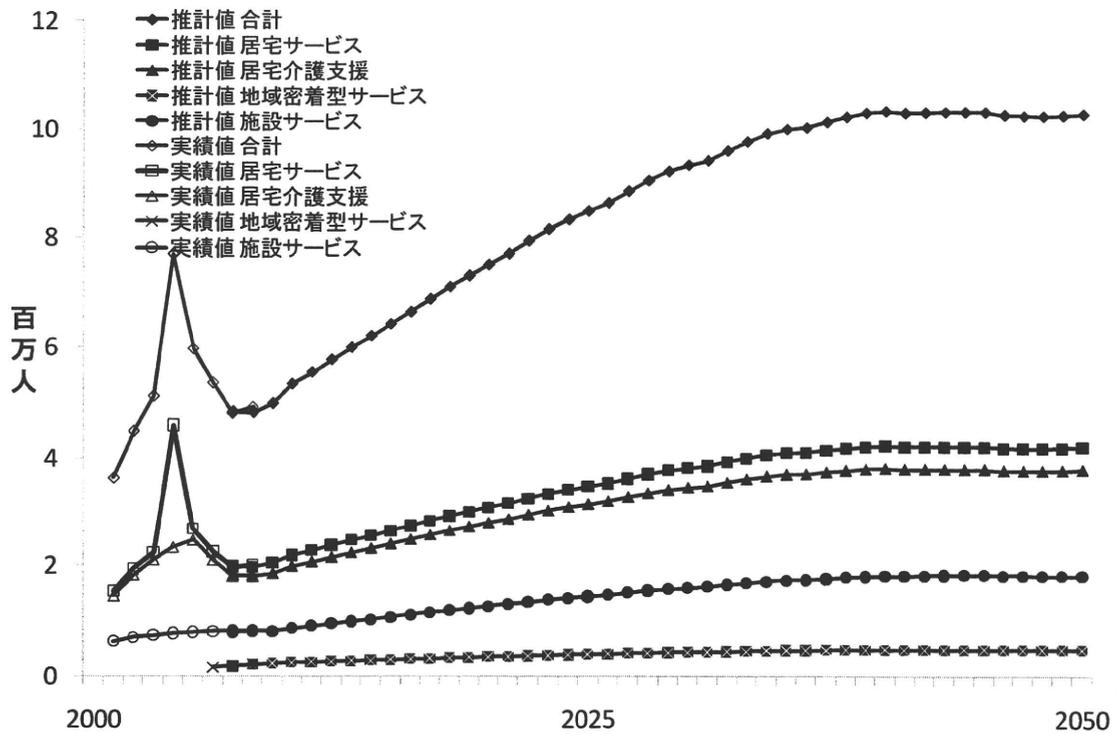
I 要介護者の推計結果

まず、要介護者の推計結果である。実績値をみると、2004年には770万人ほどになっていた要介護者数は、上述の介護認定の変更により2007年には480万人になった。しかし、2008年には早くも反転し、490万人ほどになっている。このトレンドの変化を見越した形で推計値（図2-1）は推移し、2021年には771万人になり実績値の最高値である770万人を追い抜き、2044年には1035万人になる。その後は高齢者の人口数も低下していくので、要介護者の人数も低下していくことになる。一方、軽介護在宅移行ケース（図2-2）の場合は、総数こそ標準ケースと同様であるが、100万人から260万人ほどの軽介護者が在宅に移行することになる³。

² 推計の方法としては、A:H22.12の出現率から推計する方法、B:H21.12~H22.12の伸び率から推計する方法、C:H18.12~H22.12の伸び率から推計する方法等が考えられるが、当てはまりを考えてBを採用している。

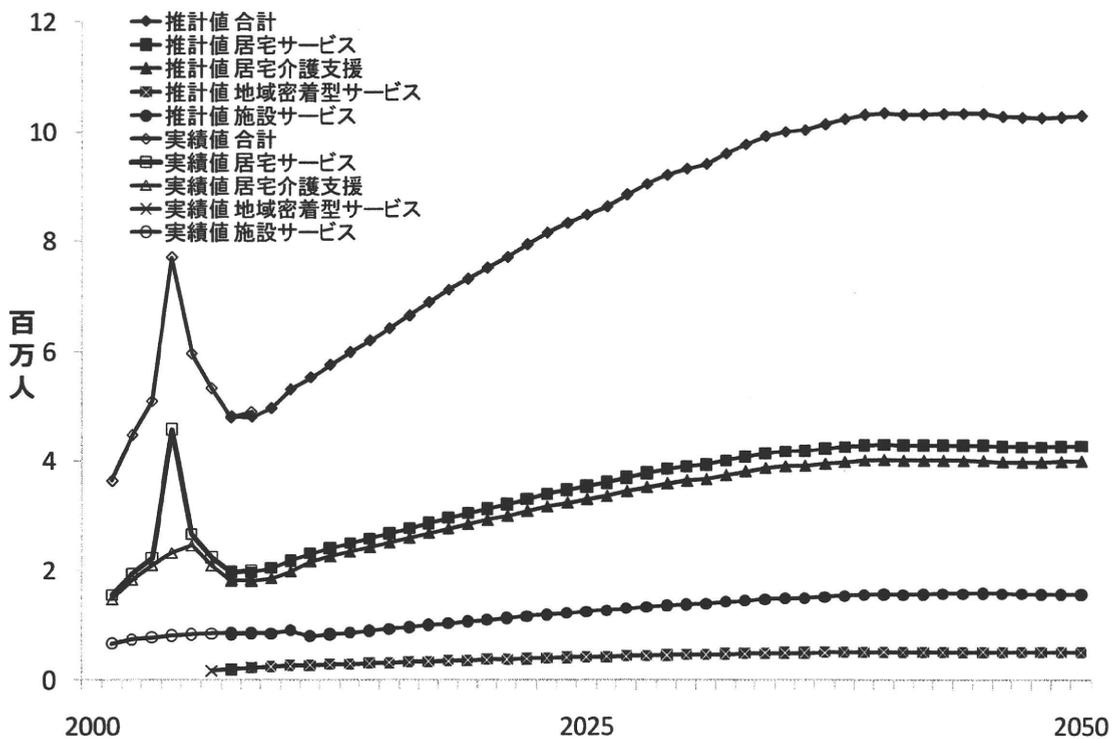
³ 施設サービス（入所）は、介護保険法に基づいた要介護認定により、理論的には要介護1~5の認定を受けた要介護者が利用できる。

図 2-1 要介護者数（標準ケース）



出所) 筆者推計

図 2-2 要介護者数（軽介護在宅移行ケース）



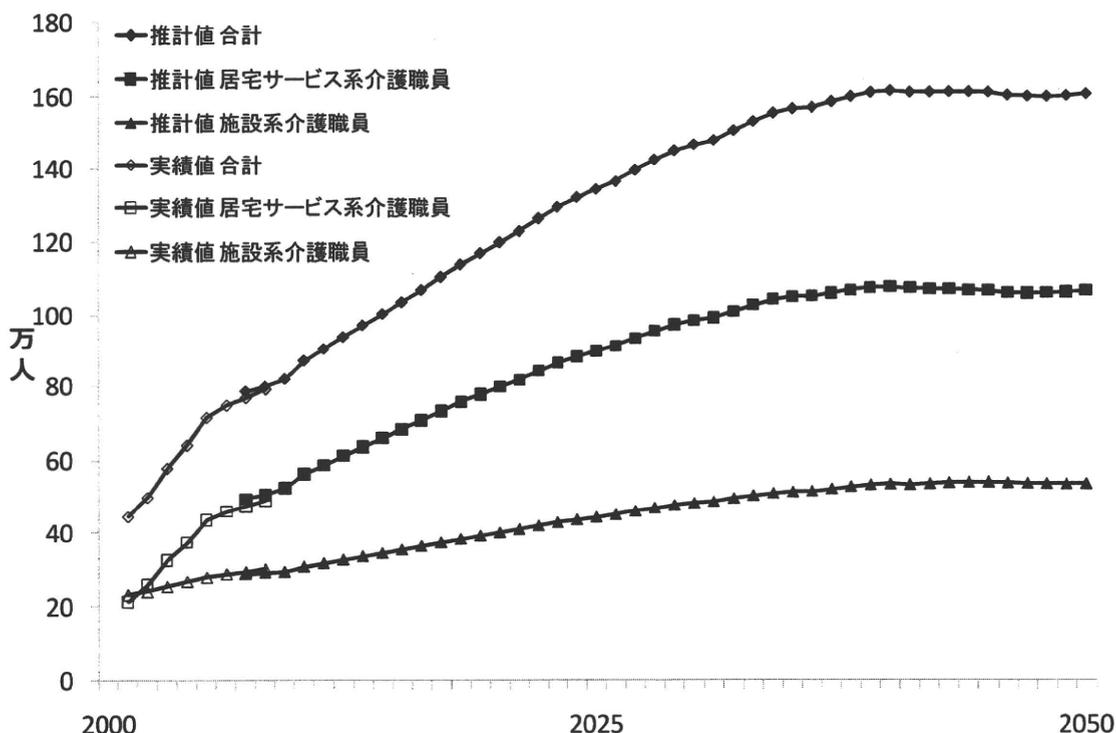
出所) 筆者推計

II 介護職員数の推計結果

介護職員の推計値は、基本的には要介護者の関数であるから図 2-1 の要介護者の推移に依存する。介護職の労働需要は、2024 年にはおよそ 132 万人に上る（実際には看護師資格を有する者がこれに加わることになるのだが）。ただし、実績値に目を移すと、要介護者は 2004 年に急増しているが、一方の介護職員（図 3-1）の方にはこうした急増が見られないことには注意を要する。これは、介護職の労働供給（医療分野にもかなりの程度に当てはまる）の特徴と関係がある。

一般に、需要が増加すれば当該の財・サービスの価格は上昇するが、価格の上昇を見越して当該の財・サービスの供給が増加するので、いわゆる“均衡価格”に落ち着いて財・サービスの需要と供給がマッチする。しかし介護の場合は、価格は介護報酬という形で既に決まっており動かすことはできない。その意味で、需要に供給が追いつきにくいという性質がある。また、介護の高度化・専門化に対応した介護者の養成の期間も考慮に入れる必要がある。

図 3-1 介護職員数（標準ケース）の推移



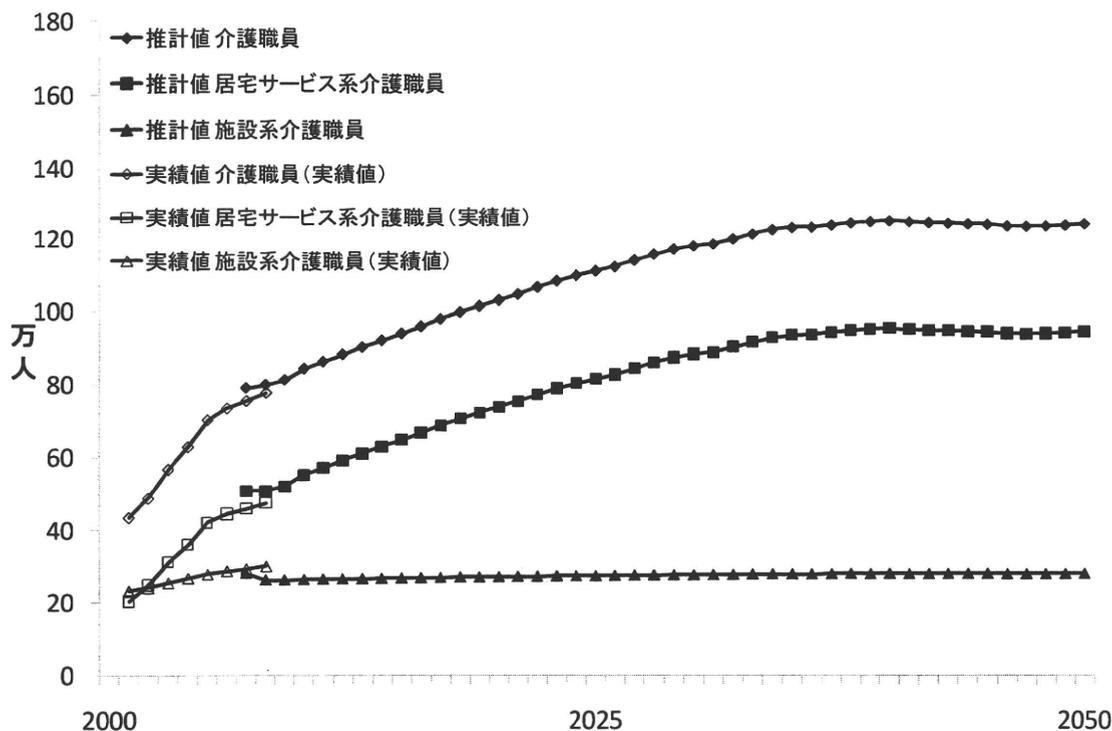
出所) 筆者推計

注) 居宅サービス系介護職員とは、特定施設やグループホームを含む。

また、軽介護在宅移行ケースでは、施設系介護職員の一部が居宅サービス系に移ることになる（その数は 10～25 万人）ので、総数としての必要職員数に変化はないと仮定している。もちろん、現実には施設介護から在宅介護に以降した場合には、受け持てる要介護者に差が出てくるはずであるから、現実には総数として必要な介護職員数にも差が出てくる

はずであるが、今回はその点の考慮はしていない。

図 3-2 介護職員数（軽介護在宅移行ケース）の推移、



出所) 筆者推計

注) 居宅サービス系介護職員とは、特定施設やグループホームを含む。

4 結果の含意

上述したように、2004年の要介護者の急増に対して、介護職員の供給を合わせる必要があったかどうかは検討を要する。制度の運用に大きな変化をもたらしたのがこの前の改正であったが、仮に、2004年の需要増が本来の意味で“要介護”状態になっている者が増加していたのであれば問題はなく、増加した需要がそのまま推移するはずである。しかし、実績値を見るとこうした需要は2007年まで大きく低下し、2003年水準を2008年になってやっと越えていくということになっている。

2004年の段階で、仮に本当に需要が増加した（介護認定が適切に行われていた）と仮定しよう。そうすると、2005年以降の需要減を説明できない。なぜなら、要介護認定の判定に不服がある場合には、その不服の審査判定に対応するために専門の第三者機関である介護保険審査会⁴が都道府県に設置されているからである（介護保険法第184条、地方自治法第202条の3）。

この一連の動きを見ると、介護需要が“暴発”したといっても過言ではないことがわか

⁴ 介護保険審査会は各都道府県に設置され、市町村での要介護認定に対する不服申請に対応する。介護保険審査会は、被保険者を代表とする委員3名、市町村代表3名、3人以上の公益を代表する委員で構成されている。ただし要介護認定に関係することは、公益代表委員の3人だけからなる合議体において扱うことになっている。