

待機老人の減少のための研究¹

もれない介護の実現のために

慶應大学 河井啓希研究会 医療政策分科会

高井千敬 依田駿 齋藤章 山田修造

2011年12月

¹ 本稿は、2011年12月17日、18日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2011」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、河井啓希教授（慶應大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

待機老人の減少のための研究

もれない介護の実現のために

2011年12月

要約

日本の介護制度は、すべての者が高い介護サービスを受けることで、尊厳を保って生きることができる社会の形成を目指している。

本論文では、問題点を指摘する前に、まず介護制度の枠組みについて解説を行なっている。

介護制度の中で重要な点は、介護サービスを希望するすべての者は要介護認定を受けてからケアプランを作成する必要があること、また 40 歳以上の者は一定の保険料を納める必要があること、さらに提供される介護サービスは国によって大枠が定められているということである。

現状では、日本の介護サービスは、ケアプランの作成によって、各個人に合わせた非常に質の高いものが、公平に提供されているものの、つらい労働環境や低い利益率などによって、介護事業に参入する事業者や従事者が不足する、介護サービスの供給不足と、急速な高齢化による需要過多が起きている。

これの最も最たる問題として、待機老人をあげることができる。待機老人とは、特別養護老人ホーム（常に介護が必要で在宅介護が困難な者に対して日常生活上の世話、機能訓練、看護などのサービスを提供する長期入所施設サービス。介護老人福祉施設とも言う。）に入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている要介護者のことである。待機老人は 2009 年において、全国に 42 万人いるとされており、これらの者は在宅や他の介護施設などで特養への入所待ちをしている。待機老人の介護者が被介護者の特養入所を希望しているにも関わらず入所が実現しないため、介護者である家族に大きな負担がかかるという介護の負担増加が懸念されている。また最悪の場合、家族による介護放棄や虐待も考えられ、これはすべての高齢者が等しく介護を受けられる社会の構築を目指す介護の理念に反するものであるため、待機老人はゼロであることが望ましい。

しかし、介護サービスの供給不足の例に漏れず、特別養護老人ホームも施設数、従業員ともに不足している。これは参入の初期投資の額が非常に高いこと、熾烈な労働環境と低賃金の影響で離職率が高いことがあげられる。そんな状況の中でも少しでも待機老人を減少させるために本論文では分析を行なう。

我々が検討した結果、まず待機老人を減らすためには、①特別養護老人ホームの入居希望者を減らすこと、②補助金などによって特別養護老人ホームの定員数を増やすことの 2 つが重要と考えた。

そこで、まず①の視点から特別養護老人ホームの入居希望者つまり待機老人が、どのようなことが原因で発生しているのか、その原因を特定するために、都道府県別の待機老人のデータを用いて重回帰分析を行なった。更に②の視点から、特別養護老人ホームの事業者が、どのような要件の下で参入するのか（増加するのか）を、宣賢奎氏の「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」（2006 年）を参考に、都道府県別のパネルデータを用いて重回帰分析を行なった。

①待機老人の発生原因特定化分析については有意な結果が得られなかった。これは待機老人のデータが 2009 年度分しかない上に、各都道府県の集計方法が異なるため、データ

が不足していることが原因と考えられた。②の特養の事業者数分析では、特養の事業者数と各都道府県の老人福祉費、老人福祉施設数、指定介護療養型医療施設参入事業者数、有料老人ホーム定員数が相関を持つというについて有意な結果が出た。特に老人福祉費（特養の建設補助金を含む）と特養事業者数の相関が強く、我々はここに注目した。

本論文では、分析の結果を受けて政策提言を行っている。まず①の分析の失敗を受けて待機老人の定義の変更と統一を提案している。これは、介護者に余裕があるにも関わらず、安い費用で質の高いサービスを受けられる特養にとりあえず入居申し込みを出している者、緊急性の低い者などが待機老人に含まれていることによって、待機老人が真の待機老人より過大に集計されていると考えられること、また各都道府県で待機老人の定義が異なるために、全国画一的にその把握ができていないことなどを理由としている。具体的な変更については、待機老人を現在の「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている要介護者」から、より狭義の「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている者の内、介護3施設以外の非在宅及び在宅におり、1年以内に介護を受けられなくなる可能性の高い要介護者」にするということである。また加えて、介護に関する統計のさらなる拡充も提案している。

また②の特養事業者数の分析結果を受けて、補助金と特養事業者数に深い相関が見られたことから、特養建設に対して補助金を交付することは、特養事業者数を増加させるために有効と考えられる。そのため政策提言として、補助金のための財源捻出と特養建設補助金の拡充を提案している。

目次

はじめに

第 1 章 介護の現状

第 1 節 介護制度

- 1.1.1 介護制度の理念
- 1.1.2 介護制度の枠組み
- 1.1.3 要介護認定
- 1.1.4 介護サービスの種類

第 2 節 介護保険

- 1.2.1 概要
- 1.2.2 介護保険料の増加
- 1.2.3 介護給付費

第 3 節 介護の需要過多と供給不足

- 1.3.1 介護の需要増加
- 1.3.2 介護の供給不足

第 2 章 現在の介護制度の問題

第 1 節 待機老人

- 2.1.1 待機老人の定義
- 2.1.2 待機老人が増加することの問題点
- 2.1.3 待機老人のデータに関する疑念
- 2.1.4 待機老人が増加している要因

第 2 節 特別養護老人ホーム

- 2.2.1 特別養護老人ホームの概要
- 2.2.2 有料老人ホームとの比較
- 2.2.3 特別養護老人ホームの建設に関する問題
- 2.2.4 特養の入所条件に関する問題
- 2.2.5 特養の個室化の問題

第 3 節 本論文における問題意識

第 3 章 先行研究

第 1 節 待機老人の原因特定分析

- 3.1.1 先行研究について
- 3.1.2 本稿の位置づけ

第 2 節 特養数分析

- 3.2.1 参考論文の概要
- 3.2.2 本稿の位置づけ

第 4 章 計量分析

第 1 節 待機老人の原因特定分析

- 4.1.1 本分析の目的
- 4.1.2 本分析の内容
- 4.1.3 分析結果
- 4.1.4 本分析の問題点
- 4.1.5 考察

第 2 節 特養数分析

- 4.2.1 前節の問題点解消に向けて
- 4.2.2 本分析の目的
- 4.2.3 本分析の内容
- 4.2.4 分析結果
- 4.2.5 考察
- 4.2.6 特別養護老人ホームの増分分析

第 5 章 政策提言

第 1 節 待機老人の定義の変更と統計の拡充

- 5.1.1 待機老人の定義の問題点
- 5.1.2 待機老人の定義とその運用に関する提案

第 2 節 都道府県財政における老人福祉費の計画的な拡充

第 6 章 おわりに

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

現在の日本では高齢化が急速に進行しており、3~4人の生産年齢の者が、1人の高齢者を支えている。また、2050年には1.5~2人の者が1人の高齢者を支えることになると考えられており、若い世代の負担はより大きくなることになる。

ここから連想されるのは、通常将来の年金についての不安である。しかし、介護においてもこの問題は当てはまり、見方によっては、むしろ介護の方が深刻とさえいえることができる。なぜなら、年金問題は財源などの金銭関係が問題になっているのであって、対して、介護の問題では財源などの金銭関係の問題に加えて、介護サービスの供給、つまりインフラや人員などの物理的問題も発生しているためである。

財源などの金銭的な問題は、多かれ少なかれ不満が発生するものの、支える国民から金銭を多く徴収し、サービスを受ける者の負担割合を増加させれば解決することが可能である。しかし、インフラや従業員が不足したからといって、短期間から国民から半強制的に供出させることは、不可能と考えられる。そのため介護問題は長期計画に基づいて、インフラの整備や人員の育成を、常に先手に回って行っていく必要がある。

そのような現状の中で、本論文では介護のなかで問題となっている待機老人に着目して、待機老人の解消するための方策を金銭面やインフラ面から検討することによって、介護制度の問題の一部の解決を図るものである。

第1章 介護の現状

第1節 介護制度

1.1.1 介護制度の理念

介護制度とは、高齢者が尊厳を保ちながら暮らし続けることができる社会の実現を目指して、質の高い保健医療・福祉サービスを確保し、介護が必要になった高齢者が住み慣れた地域や住まいで尊厳ある自立した生活を送ることができるよう、社会保険形式に基づき社会全体で高齢者を支え合っていこうとする制度のことである。

日本では他の先進国に比べて驚異的なスピードで高齢化が進んでおり、これに伴い介護が必要な者（要介護者）が増大した。また平均寿命が戦後大幅に上昇し、介護期間の長期化が進んだ。さらに核家族化や介護する者（介護者）の高齢化に伴い、家族介護のあり方が問題となった。そのような経緯のなかで、高齢者の介護を社会全体でサポートする現在の形の介護保険は 2000 年に創設された。介護保険の基本理念は①介護を要する高齢者の身の回りの世話を超えて高齢者の自立を支援すること（自立支援）、②利用者の選択により多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられること（利用者本位）、③給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用すること（社会保険方式）の 3 つである。

1.1.2 介護制度の枠組み

介護制度は、筆者らにとってそうであったように、一般人にとって非常に複雑である上、その仕組みが世間に正確に認知されているとは言い難い。しかし、介護制度の問題を検証するにあたって、介護制度を知ることは必要である。そこで、まず介護制度の枠組みの説明を行ないたいと思う。最終的に本論文の問題とは直接関係ない箇所もあるが、本論文での論点を明確にするために、少し詳しく解説を行なう。介護制度を熟知している方は本章を読み飛ばしていただいても問題はない。

実際に介護制度・介護保険制度を利用する際には大きく分けて3つのセクションが存在する。3つのセクションとは①要介護認定、②ケアプランの作成、③サービスの給付である。

①要介護認定とは、介護サービスの利用を希望する者が、市町村の窓口で申し込みをして、利用者の介護の必要性を7段階で判定することである。そしてこの要介護度に基づき、利用できるサービスや給付限度額が決まる。この要介護認定の詳細については後述する。

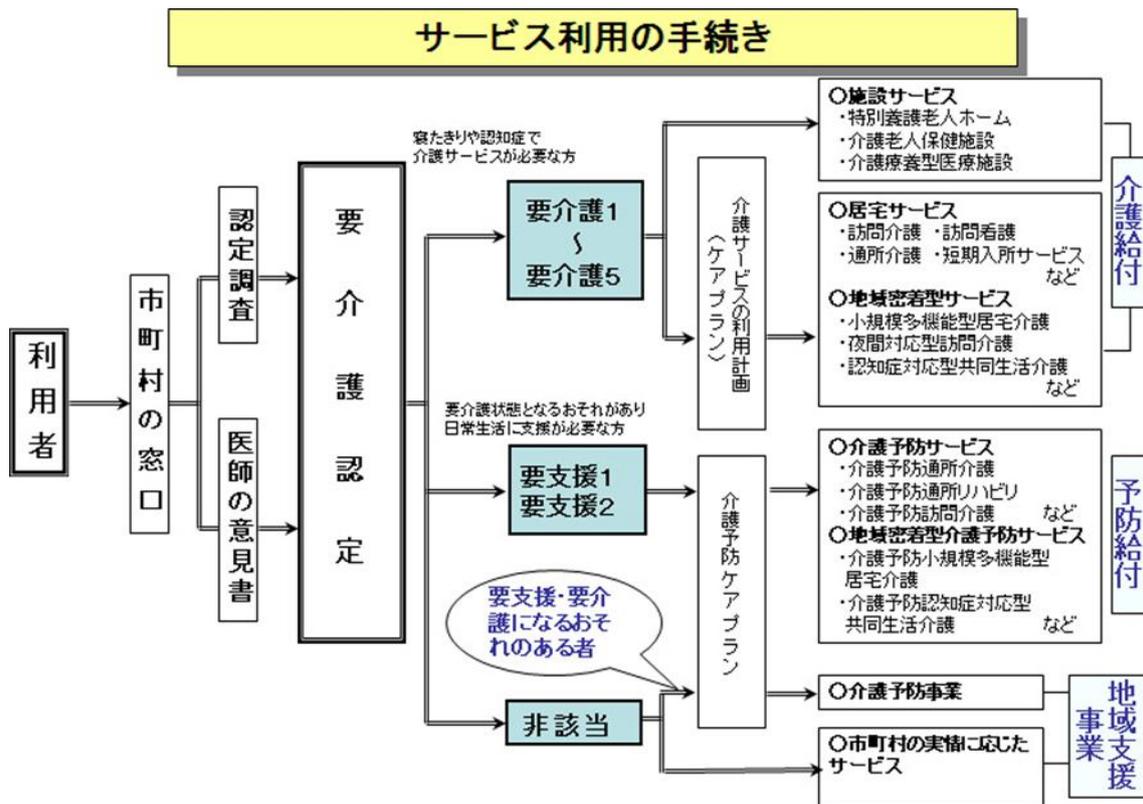
②次に利用者は要介護度の認定を受けたのち、本人や家族の希望に沿った介護サービスを適切に利用できるように、心身の状況や生活の環境などに配慮し、利用する介護サービスの種類や内容を定めた介護サービスの利用計画を決める。これをケアプランの作成という。サービスの給付はケアプランに沿って行われるため、この作成は必須である上に、要

介護者の症状は時の経過によって変わるためケアプランは定期的な更新が必要となる。ケアプランは、介護保険法において要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整等を取りまとめる者である、ケアマネージャーが基本的に作成する。

③要介護認定をもらい、それに基づきケアプランを作成、提出し、ようやくそのケアプランに基づいて介護サービスを受けることができる。これをサービスの給付という。介護サービスにはサービスは訪問サービスや入所サービスなど、多岐に渡り、きめ細やかな介護を受けることができるようになっている。サービスの種類についても論文のテーマと関わるので、詳しくは後述する。

また、重要な点としてはこれらの手続きは全て自らが住む市町村単位で行われるということである。国として一定の基準はあるものの、最終的な制度の運用は市町村単位で行われるため、各自治体によって、サービスの格差が生まれている。図 1 は介護制度の大まかな流れを示したものである。

図 1：介護の流れ



出典：厚生労働省HPより

1.1.3 要介護認定

前述通り、要介護認定とは介護を必要としている人が、どの程度の介護が必要なのか判定することである。判定を行うのは市町村に設置された介護認定審査会であるが、要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定められている。

申請の流れとしては、まず市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び、主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う（一次判定）。次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づ

き審査判定を行う（二次判定）。これによって、要支援 1・2、要介護 1～5 の 7 段階で、要介護度が認定される。要介護度は基本的に被介護者の症状の重さに応じて決められるが、一般的に付き切りの介護が必要と考えられるのは要介護 3 以上とされている。大まかな基準は図 2 を参考にしてもらいたい。

図 2：要介護度

要介護度	心身の状態のめやす	限度額（月額）
非該当 (自立)	【社会的支援を要しない状態】	不可。
要支援 1	【社会的支援を要する状態】 日常生活は、ほぼ自分で行うことが可能であるが、体調が悪化し、要介護状態にならないように支援が必要と見込まれる。	49,700円
要支援 2	【社会的支援を要する状態】 要支援 1 から、日常生活上の基本動作を行う能力が低下した状態。	104,000円
要介護 1	【部分的な介護を要する状態】 排泄や食事はだいたい 1 人でできる。	165,800円
要介護 2	【軽度の介護を要する状態】 排泄や入浴などに何らかの介助や見守りが必要。 身の回りの動作に何らかの介助や見守りが必要。 問題行動や理解の低下がみられることがある。	194,800円
要介護 3	【中等度の介護を要する状態】 排泄や入浴などが 1 人でできない。 身の回りの動作が自分 1 人ではできない。 いくつかの問題行動や理解の低下がみられることがある。	267,500円
要介護 4	【重度の介護を要する状態】 排泄や入浴などがほとんど 1 人でできず、介助が必要。 身の回りの動作が 1 人でできず、介助が必要。 多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられる。	306,000円
要介護 5	【最重度の介護を要する状態】 意思の伝達が困難。 生活の全般について全面的介助が必要。 多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられる。	358,300円

出典：秋田市ホームページより

図 2 の右側にある金額は、要介護度により決められた支給限度額である。支給限度額内であれば 1 割の自己負担でサービスが利用できるが、支給限度額以上サービスを利用した場合、限度額を越えた分は全額自己負担となる。この限度額は介護費用の額であり、例えば要介護 5 では基準額が 358,300 円なので、被介護者負担額 35,800 円までが 1 割負担であり、それを超える部分は全額負担となる。

ただし、介護制度は市町村が運用するので支給限度額は市町村によって異なる。図 2 は秋田市の例であり、そのほかの地域ではこれと若干異なる。

1.1.4 介護サービスの種類

図 1 の右側に書かれているものが、介護サービスの種類である。ここから分かるように介護サービスには非常に種類が多い。本節では、その概要と、本論文に關係するサービスについての詳細を記述する。

介護サービスは大まかに分類すると訪問介護、通所サービス、入所サービス、その他のサービスに分類される。訪問介護とは自宅にいる被介護者に対して、介護者が出向きサービスを提供するものである。一方で、通所サービスとは被介護者が介護者の経営する施設まで出向き、サービスの提供が行われる。また入所サービスは被介護者が介護者のいる施設に入居するものであり、その他サービスは上記以外の福祉用具の貸与サービスなどのことを指す。介護制度上のサービスの内容は図 3 を参考にしてほしい。

図 3：介護サービスの種類

サービスの種類(予防、介護同じ)		サービスの内容
【訪問】	訪問介護	訪問介護員などが利用者宅を訪問して、入浴、排せつ、食事などの介護や、日常生活上の支援・世話を行う。
	訪問入浴介護	簡易浴槽を利用者宅に持ち込んで、入浴の介護を行う。
	訪問看護	療養上の世話や必要な診療の補助などを行う。
	訪問リハビリ	利用者宅を訪問して、リハビリテーションを行う。
	居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、医師などが利用者宅を訪問し、療養上の管理や指導を行う。
【通所】	通所介護 (デイサービス)	通所介護施設にて、入浴、排せつ、食事などの介護や、日常生活上の支援・世話、機能訓練などを日帰りで行う。
	通所リハビリ (ショートステイ)	介護老人保健施設などで、理学療法などのリハビリテーションや、入浴、食事の提供などを日帰りで行う。介護老人福祉施設などに短期間入所して、入浴、排せつなどの介護や、日常生活上の支援、機能訓練などを行う。
	短期入所療養介護 (ショートステイ)	介護老人保健施設などに短期間入所し医学的管理のもとに介護および機能訓練、必要な医療や支援・世話を行う。

サービスの種類(予防、介護同じ)		サービスの内容
【その他】	介護予防支援/ 居宅介護支援	適切なサービスを受けられるよう、下記等の支援を行う。 (1)介護認定の手続きや申請を代行する。 (2)ケアプランの作成およびサービス提供の支援を行う。 (3)施設サービスを希望した場合、施設の紹介等の
	福祉用具貸与	車いすやベッドなどの福祉用具を貸与する。
	特定福祉用具販売	福祉用具の購入費を支給する。※年間の上限10万円まで。
	住宅改修費の支給	住み慣れた自宅での暮らしを可能とすることを目的として、介護者の負担を軽くするための改修工事の費用を支給。※要介護者一人につき上限20万円まで。

施設サービス (介護給付のみで、要介護1~5のみが利用可能)		
サービスの種類		サービスの内容
【入所】	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常に介護が必要で在宅生活の困難な方が、日常生活上の世話、機能訓練、看護などのサービスを受けて生活する施設。
	介護老人保健施設 (老人保健施設)	病状が安定している方が在宅復帰できるように、リハビリテーションを中心とした介護が行われる施設。
	介護療養型医療施設 (療養病床など)	急性期の治療を終え、長期の療養を必要とする方のための医療施設。

※介護保険論より

第2節 介護保険

1.2.1 概要

介護保険法は、市区町村を中心に都道府県や国の支援、また国民の支援を受けて 1997年に成立し、2000年4月から施行された。介護保険法は前述の要介護認定について定め、また在宅・施設利用の介護サービスの利用が適切になされることを目的とした法律である。この法律によってわが国の高齢者介護は大きく変質した。

介護保険制度では、65歳以上の者を第1号被保険者、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者とし、第1号被保険者の場合、要介護者・要支援者でかつ介護サービスを利用すれば介護保険を受給できるが、第2号被保険者の場合、特定疾病にかかりか

つ介護サービスを受けなくては介護保険を受給できない。これは介護が必要になるのは通常高齢者であるため、両者を異なる扱いしている。また保険料の徴収方法および、徴収額が異なる。図4はそれをまとめたものである。

図4：保険者別受給対象及び保険料の賦課・徴収方法

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給者	要介護者、要支援者	特定疾病にかかり介護が必要になった者
保険料負担	市町村が徴収	医療保険に含まれ、一括徴収
賦課・徴収方法	所得段階別定額保険料 一定以上の年金受給者は年金から天引き、それ 以外は普通徴収	給付費に基づき所得に応じて徴収される

出典：介護保険論より

第1号被保険者の場合は市町村が徴収し、その額は保険給付見込み額に基づき第1号被保険者の負担額を算定し、そこから各個人の所得に応じて決められる。第1号保険料は3年に1回改訂される。また第2号被保険者は医療保険料に含まれて徴収され、その額も給付見込み額に基づき、国が医療保険者毎の総額を設定し、そこから医療保険者毎に額を設定される。

図5：介護保険財源

公費(50%)	市町村(12.5%)	都道府県(12.5%)	国(25%)
保険料(50%)	第1号被保険者(20%)	第2号被保険者(30%)	

出典：介護保険論より

※第1号被保険と第2号被保険者の負担割合は両者の人口比による

※本表は居宅サービスの財源で、施設サービスの場合都道府県17.5%、国20%となる

被保険者は介護費用の1割を負担し、9割は政府が負担する。この9割分を介護給付費といい、被保険者から集められた保険料と公費を財源として、基準限度額内の介護サービスを受けた者に対し給付される。図5はそれをまとめたものである。

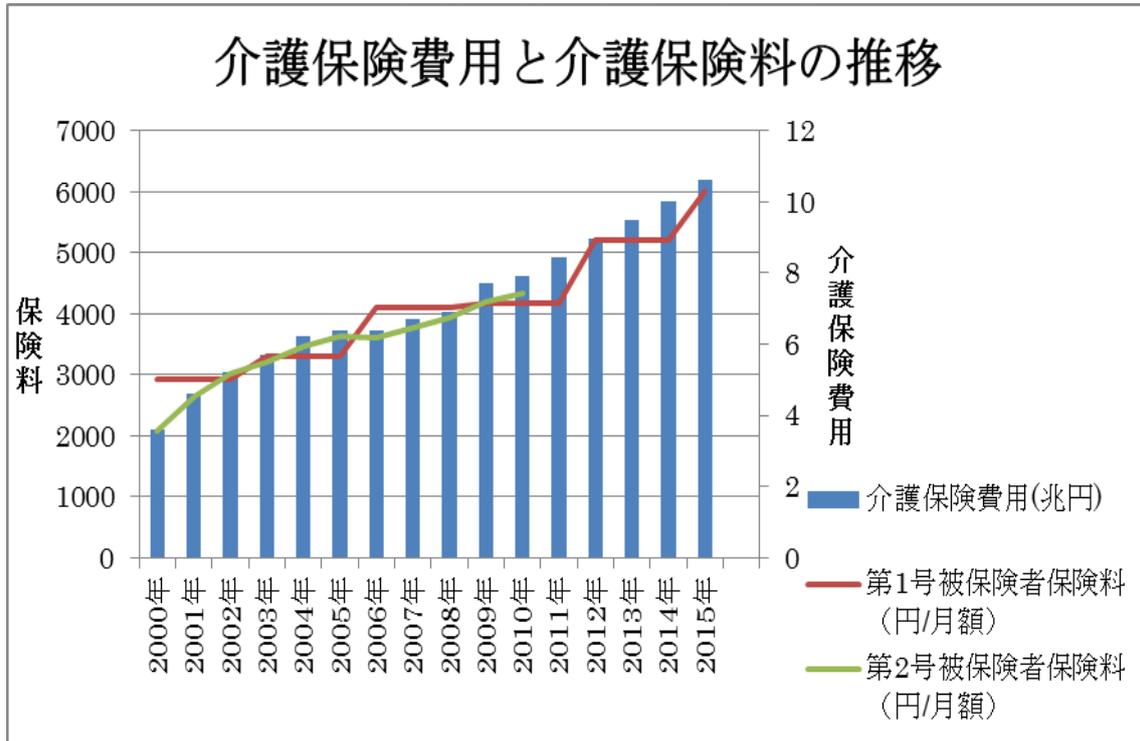
1.2.2 介護保険料の増加

前述のように高齢化が進んでいるわが国では介護費用が急激に上昇しており、介護保険法化が施行された2000年には3.6兆円であったが、2010年には7.9兆円となり、10年で約2倍増加している。今後も、高齢化社会の進展により、年に500億円ペースで介護費用が増加していくと考えられている。

そのため、現在の制度では増加する介護費用の半分の財源は介護保険料の増額によって賄うことになっていることから、被保険者から徴収する保険料の額は年々増加している。第1号被保険者が支払う保険料は、市町村ごとに異なるが、全国平均で第1期(2000年～2002年)は月額2911円、第2期(2003年～2005年)は月額3293円、第3期(2006年～2008年)は月額4090円、第4期(2009年～2011年)は月額4160円となっている。また、第5期には月額約5200円、第6期は月額約6000円と予想されている。第2号被保険者保険料は加入している医療保険やその所得によって大きく異なるが、2000年には月額2075円であった保険料が2009年には月額4178円になっている。このように10年間で介護費用が倍増するだけでなく、国民の負担する介護保険料も倍増しており、今後も国

民の負担はさらに大きくなると予想されている。

図 6：介護保険費用と介護保険料の推移



出典：社会保障改革の具体策、工程及び費用試算 参考推計より
 平成 17 年度版 厚生労働白書
 厚生労働省 第 2 号被保険者にかかる介護保険料について
 ※2010 年以降は推計値である
 ※第 2 号保険料については推計値なし

1.2.3 介護給付費

介護給付費は総額 6 兆 8330 億 9700 万円で、主な給付先としては訪問介護（6179 億 1100 万円）、通所介護（9088 億 7800 万円）、介護福祉施設サービス（1 兆 4058 億 5700 万円）、介護保健施設サービス（1 兆 1203 億 5100 万円）である（括弧内は平成 21 年累計給付額）。年間実給付者は 379 万 700 人で、主な給付先の給付者数は訪問介護（116 万 9600 人）、通所介護（132 万 7500 人）、介護福祉施設サービス（52 万 5600 人）、介護保健施設サービス（47 万 2500 人）である。また、平成 21 年度の給付者 1 人当たりの介護給付費は 18 万 8300 円で、主な給付先の申請人数一人当たりの給付額は訪問介護 6 万 7000 円、通所介護 8 万 4900 円、介護福祉施設サービス 27 万 6300 円、介護保健施設サービス 29 万 3800 円である。

介護には訪問介護や通所介護、入所介護があるが、被介護者が在宅にいる訪問介護や通所介護に比べ、施設で生活する入所介護は 1 人当たりの費用が高いことが分かる。しかし、独居高齢者や、家族が働いているため満足に介護を受けられない被介護者のために、この入所介護は必要不可欠である。そのため、入所系のサービスを拡充させた結果多くの費用がかかってしまっている。詳細は図 7 にまとめてあるので参考にさせていただきたい。

図 7：サービス別介護給付費データ

		平成21年度 費用額・累計 (単位:百万円)	1人あたり費用額 (単位:千円)	年間実受給者数 (単位:千人)
			平成22年 4月審査分	平成21年度
総数		6 833 097	188.3	3 790.7
居宅サービス		2 934 557	120.1	2 774.0
	訪問通所	2 271 753	104.2	2 523.5
	訪問介護	617 911	67	1 169.6
	訪問入浴 介護	55 815	60.3	142.2
	通所介護	908 878	84.9	1 327.5
	通所リハ ビリテー ション	358 889	85.2	520.4
	福祉用具 貸与	180 111	15.3	1 404.5
	短期入所	357 440	95.5	704.8
	短期入所 生活介護	300 831	95.7	589.5
	短期入所 療養介護 (老健)	51 519	84.7	144.3
	短期入所 療養介護 (病院等)	5 089	101.8	12.3
	居宅療養管理指導	35 738	11.1	438.1
	特定施設入居者生活 介護	269 625	207.5	144.1
居宅介護支援		302 046	13.4	2 582.4
地域密着型サービス		636 917	222.4	323.1
	夜間対応型訪問介護	1 379	26.9	7.9
	認知症対応型通所介 小規模多機能型居宅	69 807	115.4	79.8
	認知症対応型共同生 活介護(短期利用)	80 980	199.6	52.1
	地域密着型特定施設 入居者生活介護	454 002	271.2	176
	地域密着型介護老人 福祉施設サービス	200	78	1.3
	地域密着型特定施設 入居者生活介護	6 032	211.8	3.4
	地域密着型介護老人 福祉施設サービス	24 517	276.1	9.8
施設サービス		2 959 576	296.7	1 093.1
	介護福祉施設サー ビス	1 405 857	276.3	525.6
	介護保健施設サー ビス	1 120 351	293.8	472.5
	介護療養施設サー ビス	433 368	394.2	146.1

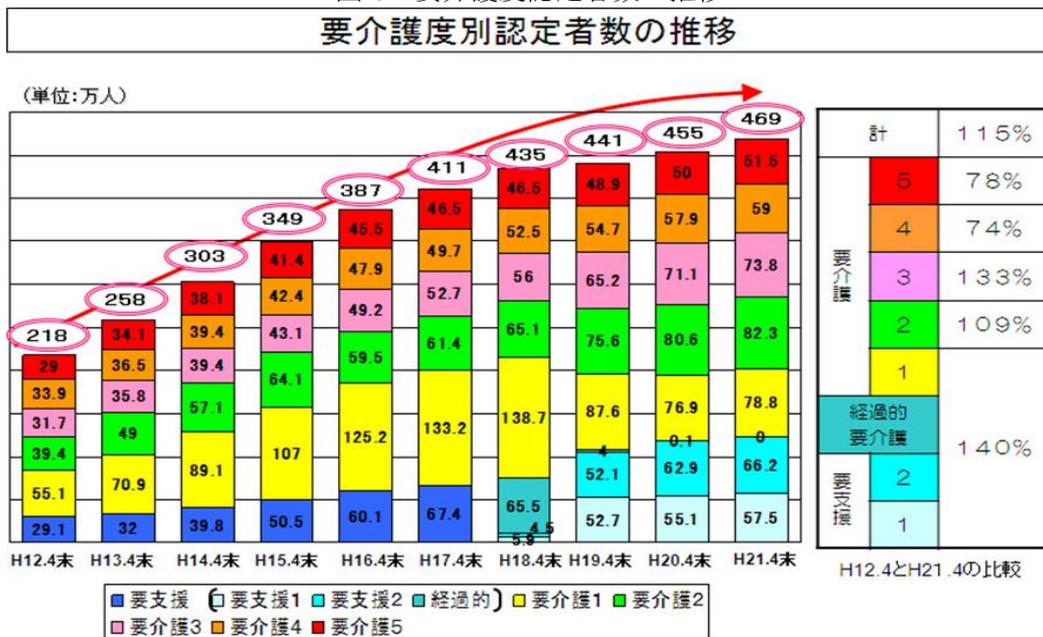
出典：平成21年度 介護給付費実態調査結果の概況

第3節 介護の需要過多と供給不足

1.3.1 介護の需要増加

高齢化社会の進展によって介護を必要とする者の数が急激に上昇している。介護が必要と認められた者である要介護者及び要支援者の数は介護制度の始まった 2000 年（平成 12 年）から 2009 年（平成 21 年）で 218 万人から 469 万人と約 10 年で 2 倍以上に増加している（平成 18 年において要介護度認定段階の変更がある）。高齢化は今後さらに進んでいくので、要介護者の増加は今まで以上のスピードで進んでいくことが予想されている。図 8 は要介護者数の年度別推移である

図 8：要介護度認定者数の推移



(出典:介護保険事業状況報告他)

1.3.2 介護の供給不足

介護の需要上昇しているなかで、介護サービスの提供者は全体としては増加しているものの、全体として不足しているという現状がある。介護事業者では、多くの事業者で介護職員の募集を行っているが、求人をしてもなかなか人が集まらないのが現状である。この原因として介護は他の職業に比べてハードであるのに対して、賃金が低いということが考えられる。

社会保険、社会福祉、介護事業に従事している者のボーナス等を除く平成 20 年の平均賃金は男女計で年間 242,400 円である。ほかの分野の平均賃金は農業系 328,800 円、医療系 333,000 円、サービス業 369,000 円であることを考えると、介護事業従事者の賃金は、ほかの分野に比べて 2~3 割くらい少ない。また、特に介護現場の最前線で働くホームヘルパーや福祉施設介護員の賃金は、月額 211,700 円、215,800 円となっており、介護制度を支える者が低賃金で酷使されているという現状がある。このような状況を改善するために国は介護職員処遇改善交付金（一人当たり年額 100,000 円前後）の交付を行う、介護報酬の引き上げを行うなど対策を行っているが、介護従事者の低賃金を解消するための決定的な一打とはなっていない。また、介護従事者が低賃金であることから、従事者の離職率が非常に高いことも、介護の供給不足の一因となっている。財団法人介護労働安定センターの調査によると介護職員の離職率は平成 21 年では 21.8%であった。さらに離職者のうち勤続年数 1 年以内の者は 39.0%、勤続年数 1~3 年の者は 35.7%と離職者のうち、

74.7%は3年以内に離職した者であることから、勤続年数の少ないものほど辞めやすいということが現実である。また、高い離職率が原因で、特にホームヘルパーや福祉施設介護職員の勤続年数は4.4年、5.2年と他産業に比べて格段に短い。以上のことが介護の供給不足につながるだけでなく、介護の質の低下にもつながっていると予想される。詳しいデータは図9を参考にしてほしい。

図9：介護職員と他産業の賃金と勤続年数
介護職員の賃金

経験年数、平均年齢等の要素の違いがあり、単純な比較はできないが、

- ① 一般労働者については、介護分野の賃金水準は産業全体と比較して低い傾向にあり、
- ② 一般労働者であるホームヘルパーや福祉施設介護職員の賃金は、医療福祉分野における他の職種と比べて低い傾向にある。

一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

	男女計			男性				女性				
	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する現金給与額 (千円)	
産業別	産業計	40.9	11.6	328.8	67.9	41.7	13.1	369.3	32.1	39.1	8.6	243.1
	医療業	38.8	8.2	333.0	25.3	39.3	8.6	465.1	74.7	38.7	8.0	288.3
	社会保険・社会福祉・介護事業	39.0	7.1	242.4	25.6	38.5	7.7	282.9	74.4	39.2	6.9	228.5
	サービス業	37.9	9.3	369.0	70.9	39.6	10.6	407.7	29.1	33.8	6.0	275.0
職種別	医師	40.9	4.8	888.9	78.8	42.4	5.0	937.8	21.2	35.3	4.3	706.7
	看護師	35.9	6.8	322.0	6.2	33.8	6.0	312.2	93.8	36.0	6.9	322.6
	准看護師	44.5	9.9	277.1	8.3	38.0	9.7	292.5	91.7	45.1	10.0	275.7
	理学療法士、作業療法士	30.1	3.8	274.7	50.6	30.9	3.5	279.8	49.4	29.3	4.0	269.4
	保育士	33.5	7.7	215.9	4.7	31.3	6.5	252.2	95.3	33.6	7.8	214.1
	ケアマネジャー	44.9	7.1	260.3	24.2	39.9	7.0	286.8	75.8	46.5	7.1	251.8
	ホームヘルパー	43.9	4.4	211.7	16.2	36.3	3.4	242.7	83.8	45.4	4.6	205.6
	福祉施設介護員	35.8	5.2	215.8	31.4	32.7	5.1	231.7	68.6	37.2	5.3	208.6

(資料出所)厚生労働省「平成20年賃金構造基本統計調査」

注1)一般労働者：期間を定めていない労働者等で、短時間労働者以外の者。

短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般労働者よりも短い又は1日の所定労働時間が一般労働者と同じでも1週の所定労働日数が一般労働者よりも少ない労働者をいう。

注2)サービス業とは、専門サービス業、手回し・電気研究機関、洗濯・美容・美容・浴場業、その他の生活関連サービス、販売業、娯楽施設業、自動車整備業、機械等修理業、物品賃貸業、広告業、その他の事業サービス業、政庁・経済・文化団体が含まれる。

注3)福祉施設介護員とは、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者をいう。

注4)きまって支給する現金給与額・労働契約等によりあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給された現金給与額、基本給のほか、家族手当や超過労働手当を含むが、賞与は含まない。

出典：厚生労働省ホームページより

この需要拡大と供給不足が介護制度における問題の根幹となっている。第2章では介護制度における問題をさらに深く見ていこうと思う。

第2章 現在の介護制度の問題

第1節 待機老人

2.1.1 待機老人の定義

需要拡大と供給不足が続く介護制度の中で、近年特に問題になってきているのが、待機老人の存在である。待機老人とは、特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている要介護者のことである。特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）は図 3 で示されているように、常に介護が必要で在宅介護が困難なものに対して日常生活上の世話、機能訓練、看護などのサービスを提供する長期入所施設サービスのことである。特別養護老人ホームの詳細は後述するが、この施設は非常に人気が高く入所申し込みが殺到している。平成 21 年の厚生労働省の発表では、待機老人は 42 万にも及ぶ（各都道府県合計数）とされている。図 10 はその資料である。

図 10：各都道府県の待機老人数

都道府県名	入所申込者数	都道府県名	入所申込者数
北海道	22,420	滋賀県	8,051
青森県	5,700	京都府	5,610
岩手県	5,539	大阪府	10,379
宮城県	10,067	兵庫県	25,100
秋田県	2,727	奈良県	4,820
山形県	6,844	和歌山県	2,468
福島県	10,402	鳥取県	2,320
茨城県	4,807	島根県	5,941
栃木県	5,167	岡山県	6,770
群馬県	8,225	広島県	19,680
埼玉県	14,067	山口県	7,898
千葉県	16,646	徳島県	1,462
東京都	43,746	香川県	3,835
神奈川県	22,865	愛媛県	3,953
新潟県	18,044	高知県	2,574
富山県	1,489	福岡県	17,166
石川県	1,611	佐賀県	1,317
福井県	3,191	長崎県	3,936
山梨県	5,564	熊本県	10,277
長野県	4,793	大分県	3,945
岐阜県	13,053	宮崎県	3,150
静岡県	10,310	鹿児島県	6,639
愛知県	9,203	沖縄県	3,026
三重県	14,462	合 計	421,259

出典：厚生労働省ホームページ 特別養護老人ホームの入所申込者の状況（都道府県別の状況）より

2.1.2 待機老人が増加することの問題点

待機老人は施設の入所を希望しながら特別養護老人ホームに入所できない者のことである。諏訪広域連合介護保健課の調査によると、諏訪広域6市町村の平成20年の待機老人892人内、在宅で待機している者は340人（38.1%）、介護老人保健施設で待機している者は333人（37.3%）である。現状として特別養護老人ホームに代替する施設はないことから、このように、待機老人は在宅での介護や介護老人保健施設に入所することで、一時的に介護サービスを受けている。これは本来想定された施設の役割が果たされていないということであり非常に大きな問題である。他にも在宅で介護している者は介護者である家族に大きな負担がかかるため介護の負担増による心中、家族による介護放棄や虐待などの被害広がっている。これは、すべての高齢者が等しく介護を受けられる社会の構築を目指す介護の理念に反するものであり、必ず解決しなくてはならない。

また介護老人保健施設で待機している高齢者には別の問題がある。それは、介護老人保健施設は短期入所の施設であり、3ヵ月以上入所することができない。待機老人は1年以上の待機を要することもあるため、介護老人保健施設に入所している被介護者は施設を転々とする、入退所を繰り返すなどして、待機期間を凌いでいるということである。これは被介護者にとって大きな負担であり、介護の質を高めるために解決しなくてはならない問題である。

2.1.3 待機老人のデータに関する疑念

待機老人が増加することはすなわち、望んでいる介護サービスを受けることができない被介護者が増加しているということであるが、特別養護老人ホームに入所希望すること自体は要介護度 1～5 の条件を満たせばいいだけであることから、純粋な待機老人の人数と真に特別養護老人ホームへの入居を必要とする人数との間にはギャップが存在するので、ただ待機老人の多寡・増加現象にだけ捉われてはいけない。特別養護老人ホームは、詳しくは後述するが、他の介護サービスに加えて、手厚い介護を安く受けることができるので、人気のある介護サービスである。また待機老人増加が広く報道される中で、当事者やその家族が不安にかられ、入居の必要性が薄い高齢者が将来を見据えて自身分の定員の確保に走り、申請者を増やすという悪循環、特養申込者のモラルハザード・負のフィードバック現象が発生している。そのような理由で、待機老人の大多数が他の介護サービスなどで代替できるにも関わらず、特養入居を希望している者がいると考えられる。

次の図 11 は待機老人と、その介護者に対して待機老人の入居必要性のアンケートを行った結果である。

図 11：待機老人の入居必要性

	すぐにも必要	1年程度現在の生活が可能	1年以上現在の生活が可能	特養での生活は難しい	現状不明・判断不可	無回答	合計
要介護1～3	297 人	1,057 人	1,804 人	91 人	758 人	109 人	4,116 人
	7.20%	25.70%	43.80%	2.20%	18.40%	2.60%	100.00%
要介護4～5	577 人	1,112 人	845 人	228 人	603 人	112 人	3,477 人
	16.60%	32.00%	24.30%	6.60%	17.30%	3.20%	100.00%
合計	874 人	2,169 人	2,649 人	319 人	1,361 人	221 人	7,593 人
	11.50%	28.60%	34.90%	4.20%	17.90%	2.90%	100.00%

出典：『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究』

図 11 にもあるように『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研

究』によると「施設が①優先して入所させるべきと考える人、②特別養護老人ホームへの入所を待てる期間を勘案した結果、「真に入所が必要な人」と考えられる申込者は待機老人の内の 1 割強である」という研究結果が出ている。介護制度の改善を考える中でこの真に特別養護老人ホームに入所が必要と考えられない人は待機老人から排除すべきであると考えられる。

また待機老人の集計方法は都道府県によって異なり、例えば、佐賀県など 16 府県が在宅のみの人数を集計しているなど集計方法が異なり、都道府県間の単純な比較はできない状態になっている。

2.1.4 待機老人が増加している要因

前節で待機老人の数自体では特別養護老人ホームの真の需要を捉えることは出来ないとしたものの、需要を鑑みるうえでの指数としての役割は十分果たしていると考えられる。要介護者は後期高齢者の増加によって確実に増加するなか、それに合わせて待機老人も増加していくと考えられる。

ではなぜ待機老人は増え続けているのか、その原因を考えると最初に特別養護老人ホームの定員数不足が挙げられる。また、特別養護老人ホームの代替財になりえるような施設が他に存在していれば、待機老人になるはずだった高齢者が他のサービスに移行すると考えられるので、特別養護老人ホームを取り巻く他の介護サービスの供給不足も原因として考えられる。

他の大きな要因としては、高齢者の同居人の有無が考えられる。同居人の存在は特別養護老人ホームに対する代替財としての家庭内生産を高めるため、同居人が存在しない世帯は待機老人が発生しやすいと考えられる。また、これとリンクして考えたいのが、女性の就業率である。女性が就業している世帯は、介護の担い手が家庭外に労働供給をしているため、介護サービスの家庭内生産能力は減少する。結果、女性の就業率が高いほど、待機老人が増えることが推察される。

加えて、年収・貯蓄の多寡や 65 歳以上人口 1 人当たりの老人福祉費など金銭にかかわるデータも待機老人の増加に影響を与えると考えられる。例えば、年収が少ない高齢者ほど特別養護老人ホーム入居を希望するため、待機老人になりやすく、老人福祉費の額が大きいほど特別養護老人ホーム建設が進むはずであるため、待機老人の人数が減少するはずである。

待機老人の発生は各家庭の事情にも大きく影響するため、一概にその原因を分析することはできないが、以上のようなことが原因で待機老人が発生していると考えられる。

第2節 特別養護老人ホーム

2.2.1 特別養護老人ホームの概要

では待機老人が発生している特別養護老人ホームはどのような施設なのか。

特別養護老人ホームは介護制度上の介護老人福祉施設のこといい、要介護者に認定された者が入所することができる介護施設である。介護老人福祉施設は平成 21 年において全国に 5876 施設ある。この施設は、一人では生活できない重い症状の被介護者が長期に入所する施設であり、認知症の患者も多く在所している。日常的な生活の補助や健康管理などを行ない、入所した被介護者の介護状態や生活能力の改善することで自宅復帰を目指すことを目標とする施設だが、退所者は病院への入院や死亡が原因によるものとなっており、人生の終末施設ともいわれている。またその施設は非常に充実しており、個室化を進

めるなどプライバシーなどへの配慮もなされているが、それゆえに被介護者 1 人当たりにかかる費用が高額となる、介護職員が不足しているなどの問題も生じている。

2.2.2 有料老人ホームとの比較

特別養護老人ホームと類似している施設に有料老人ホームがある。特別養護老人ホームは社会福祉法人が運営しているが、有料老人ホームは民間企業が運営していることが多い。また、特別養護老人ホームの入居者は要介護認定された、特に重度の要介護者がほとんどであり、提供されるサービスは主に介護サービスである。一方で、有料老人ホームは誰でも入所が可能であり、介護サービスだけでなく、快適な日常生活を送るためのサービスなどの提供も行っている。

上記のような相違点があるが、もっとも異なるのは入所にかかる費用である。特別養護老人ホームでは主として提供される介護の費用に加え、食費がかかるだけであり、そのほとんどは介護保険の適用範囲内であることから、月額 10 万円を超えないことがほとんどである。一方で有料老人ホームは入居一時金が 1000 万円かかる上に、サービスは多岐に渡り月額 15 万円程度の費用がかかる。介護保険法の施行によって有料老人ホームの介護サービスに介護保険が適用されるようになり、介護給付費を受け取れるようになったものの、それでも入居費用は非常に高額である。そのため特別養護老人ホームと有料老人ホームは似たような性質を持つ施設であるものの、その実態は大きく異なる。

2.2.3 特別養護老人ホームの建設に関する問題

特別養護老人ホームは社会福祉法人によって建設され、その際、市町村に事業計画書を提出し建設許可を取る必要がある。

特別養護老人ホームの建設には数億円単位の多額の費用がかかるため、その施設設置や運営について公費の補助が定められている。元来、平成 3 年 11 月 25 日付け社第 409 号通知・「社会福祉施設等施設整備費及び社会福祉施設等設備整備費の国庫負担(補助)について」の本文中に「老人福祉法第 5 条の 3 に基づく老人福祉施設もその対象である」と明記され、これを根拠に、特養の設置・整備に国から補助金が拠出されていた。しかし、小泉政権下において三位一体改革の政府・与党合意で現行制度の見直しが行われ、平成 17 年 10 月 5 日付け厚生労働省発第 1005003 号通知・「社会福祉施設等施設整備費の国庫負担(補助)について」の本文中に「社会福祉施設等施設整備費における補助負担金の制度が再編され、補助負担金と交付金とに分かれた」と明記されたことで、特養建設に関する補助金は市町村から交付されるという形になった。その交付基準は条例によって各都道府県別に定められている。これによって、現在は特別養護老人ホームが施設整備に対して補助を受けたい場合には、まず地方公共団体と協議して地方公共団体に対する国の交付金の支出を求め、次いでその交付金を用いて施設整備を行うという流れになっている。

よって、現行制度では、地方公共団体の意思が特養建設により反映できるようになった。一方で、国から 1 床あたり 350 万円の補助金がでるものの、地方公共団体に任せられる裁量部分が大きくなったことで、それに上乗せされる市町村の補助金の額から、特養建設補助金の地域格差が生まれてしまっていることや特別養護老人ホームの維持費(介護給付費)が問題となっている。このように高額な補助金が必要であること、また建設後も多額の介護給付費がかかることから、建設は市町村の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、建設制限が行なわれるだけでなく、建設も市町村と連携しながら行なわれる。また介護給付費や補助金を出せない市町村では特別養護老人ホームの建設はなかなか進まないということも問題となっている。

2.2.4 特養の入所条件に関する問題

特養に入所するためには、申し込みを行い、申込者の内、入所基準に基づいて点数の高い者から入所している。入所基準は地方公共団体別に決められている「指定介護老人福祉施設入所申込書評価基準」（別表参照）というが、これは入居希望者の要介護度、介護サービス利用度、同居人の有無などを点数化したもので、この点数が高いほど特養入居が実現しやすい。現在の入所基準は、この申込書の中の要介護度、介護サービス利用度の点数が占める割合が大きくなっているため、施設の重度化が進んでしまっている。

この重度化によって 3 つの問題が発生している。1 つ目の問題は施設の稼働率の低下が起きてしまうということにある。重度の要介護者が入院してしまい、入居者が施設を退去せざるを得ない状況になってしまう。すると、また新しい高齢者を入居させるための時間的なロスが生じ、その間稼働率が低下してしまうのである。2 つ目の問題は特養の虐待・放棄の緊急避難の場としての機能の崩壊である。施設が重度の要介護者を優先して受け入れることによって、軽度ではあるが家族や介護者から虐待・放棄を受けている要介護者が入居できなくなってしまうたり、現時点ではそのような状況に無くても、入居待ちをしている間に介護者が限界を迎えてしまったり虐待や放棄を行ってしまうりする危険性がある。さらに、3 つ目の問題として働き手の離職の加速が懸念される。ただでさえ離職率が高い介護業界において、平均要介護度が高まっている特養にとって人材不足は大問題となっている。離職については、2006 年度の介護報酬改定で「重度化対応加算」と「夜間看護体制加算」が創設され常勤看護師にとって有利な条件が整い、常勤看護師を配置する施設が増えたものの、依然として准看護師のみ配置している施設や求人を行っても採用の見込みがない施設も数多く存在しているため、看取りの体制作りのための看護体制強化は施設にとって急務となっている。

またこの申込書は前述の項目以外にも様々な要件が考慮される場合が多い。所得の多寡や世帯構成などが勘案されることもある。しかし、それもやはり地域ごとに異なっているため、特養に本当に入居しなければならない人が入居できるような条件が全申込書に記載されることが必要と考えられる。

1 本人の状況評価(最高点26点)				
評価項目	14点	12点	10点	6点
要介護度	5	4	3	2~1
評価項目	12点	8点	4点	0点
痴呆による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
2 在宅サービス利用度(最高点20点)				
評価項目	20点	16点	12点	8点
在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
3 主たる介護者・家族等の状況の評価(最高点54点)				
評価項目	6点	4点	2点	0点
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
②介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
③介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
④介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4~8時間	4時間未満	なし
⑤介護者が育児、家族が病気	常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病	なし
⑥介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう
⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑧別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—

出典：千葉県入所基準

2.2.5 特養の個室化の問題

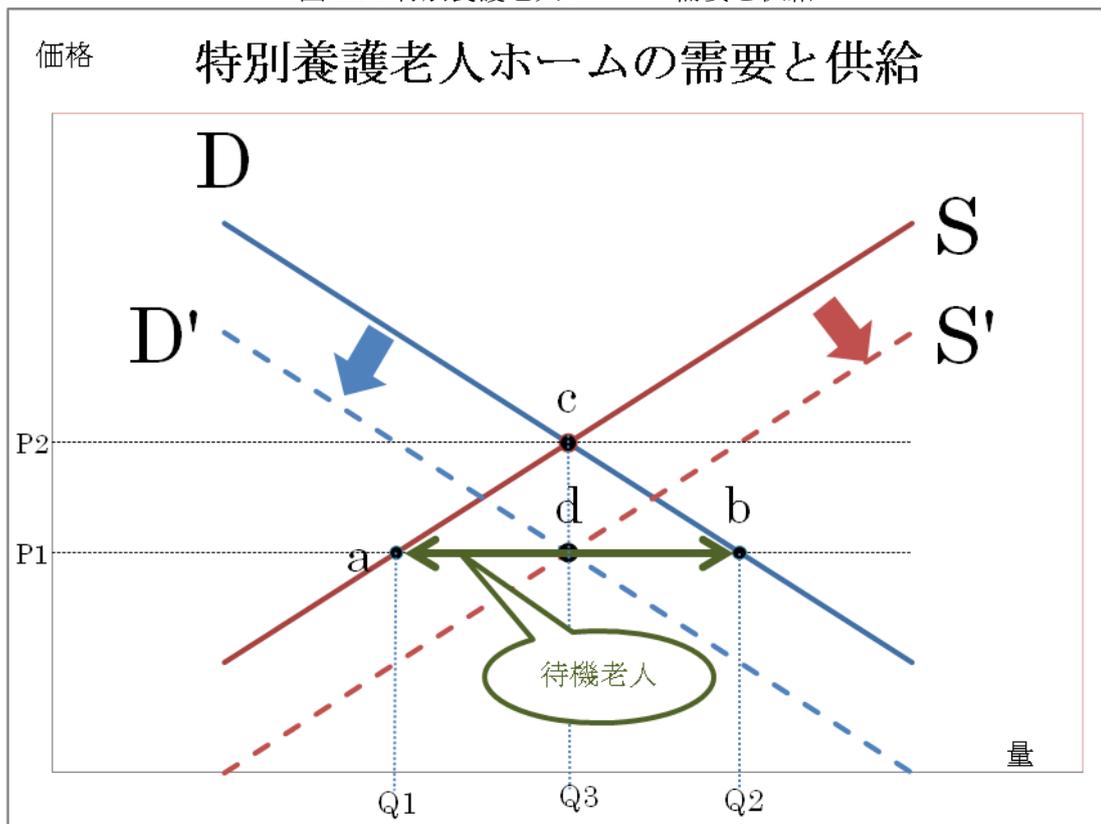
特養の構造は従来、病院の大部屋をイメージさせる、2~4 人部屋が主流であったが、プライバシーの観点から全室個室・ユニットケア型の特養の建設が推進されるようになり、2006 年度以降、厚生労働省は基本的に特養の新規建設は個室・ユニット型のみに限るようになった。

しかし個室・ユニット型の推進により弊害が発生する。入居者は別途宿泊費用を支払わねばならなくなった。そして入居費用が上がったことで、生活保護受給者は入居することが困難になり、福祉的機能を併せ持つ特養の制度的矛盾が露見することになった。また施設側も高額な人件費を介護報酬では賄いきれなくなるといった事例も発生している。さらに、大部屋から個室への改装によって特養の定員数も減少するということも考えられる。個室・ユニット型の推進は介護の質という側面から見れば理想の方策ではあったのだが、現実を見ると必ずしも正しかったと言えず、個室・ユニット型が待機老人を増やしているという可能性も検証する必要がある。

第3節 本論文における問題意識

介護を必要とするすべての者が等しく介護を受けられる社会が望ましいと考えられるが、待機老人が 42 万人いるという現状ではこれが達成されているとは言い難い。この介護制度の実態を踏まえて、我々は待機老人をどうにかして減らせないかということ考えた。図 12 を見てほしい。

図 12：特別養護老人ホームの需要と供給



※筆者作成

図 12 は特別養護老人ホームの需要と供給を表したものである。S は現在の特別養護老人ホームの供給を表し、D は特別養護老人ホームの需要を表している。また、現在の介護はサービスごとに定められた点数によって価格が決まっており、特別養護老人ホームの価格は均衡である点 C における価格 P2 よりも低い P1 となっている。そのため Q2-Q1 だけ待機老人が発生しているのである。

図 13 から分かるように、待機老人を減らす最も簡単な方法は、特別養護老人ホームの価格を P1 から P2 にあげることである。これは、特別養護老人ホームの需要と供給を推計し、均衡点 C を見つけ出せば実現できる。

しかし、この方法には大きな問題がある。なぜなら、価格を P2 にすると需要量と供給量は Q3 で均衡するが、これによって現在特別養護老人ホームへの入所を希望している人の内、Q2-Q3 だけの人は特別養護老人ホームの価格が上がったことによって、入所を諦めているということだからである。これはすべての人が等しく介護を受けられる社会を実現するという介護制度の趣旨に反する。

では、価格を P1 に維持したまま待機老人を減らすにはどうすればよいのか。そのための方法としては 2 つ考えられ、一つは①他の代替介護サービスを充実させて、特別養護老人ホームの入居希望者を減らす (D から D' へのシフト) で、もう一つは②補助金などによって特別養護老人ホームの定員数を増やすこと (S から S' へのシフト) が考えられる。そのため本論文ではこれら 2 つに主眼を置いて議論していきたいと思う。

まず、代替介護サービスを充実させることで、特別養護老人ホームの入居希望者を減らすためには待機老人がどのように発生しているのか知る必要がある。しかし、論文や文献を探しても待機老人の発生原因を定量的に分析しているものは見つからなかった。待機老人の研究を進めるにあたって、待機老人の発生原因を知ることが必要不可欠である。そこで我々は待機老人がどのようなことが原因で発生しているのか分析を行うことにした (以下この分析を待機老人の原因特定分析という)。また、分析の際には、特養の建設方法 (2.2.2) や入所条件の重度化優先 (2.2.3)、個室化 (2.2.4) の影響など多角的な影響も考慮に入れて行う。しかし、2.1.3 にも記載したように、全国の待機老人数データに信頼性が疑わしいためその影響は未知数である。

また、要介護度の高い者を介護する介護者にとって、被介護者を特別養護老人ホームに入所させることはベストな選択であると考えられるため、待機老人の発生原因の特定化や他の介護サービスの拡充だけでは、今いる 42 万人の入居待機者を大きく減らすことはできないと考えられる。そのため、待機老人を減らすための最も基本的な対策といえる、特別養護老人ホームの事業者の増加 (定員の増加) の方法を探る必要もある。しかし、特別養護老人ホームの増加は、単に建設補助金が増えるだけでなく、介護保険 (1.3) で記載したように介護保険給付費の増加によって財政を圧迫する。その影響も考慮して分析を行う必要がある。

第3章 先行研究

第1節 待機老人の原因特定分析

3.1.1 先行研究について

待機老人の原因特定化分析に関連した計量的な分析を行っている論文や研究は存在しなかった。そのため分析方法は、後述する宣賢奎氏の「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」を参考にして、それを待機老人数に対応するように改良を加えて、重回帰分析を行った。また説明変数を設定するにあたっては、待機老人の原因について定性的に論じている論文、記事などを参考にした。

参考にしたものとして、株式会社野村総合研究所の報告書『特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究』、矢島義恭氏の『入所が非常に困難な介護入所施設である

「特養(特別養護老人ホーム)」の待機者について』をあげる。両者は特別養護老人ホームの待機者に対するアンケート結果を元にその原因を分析したものである。

3.1.2 本稿の位置づけ

待機老人について計量的な分析は我々が調べる限りほとんど存在しなかった。これは介護問題について世間的には認知されつつあるものの、研究はほとんど進んでいないのではないかと考える。そのため本稿では介護問題の研究において、本論文がその切り口になればと考えている。

我々は特別養護老人ホーム数の変動を分析することを予定している。介護サービスの供給について、統計的アプローチをした論文は少なく、特別養護老人ホームの研究をしたものは無かったものの、民間の在宅介護サービスの進出決定要因について分析している論文があったため、その論文のアプローチおよび分析手法を参考にした。

第2節 特養数分析

3.2.1 参考論文の概要

参考にした論文は宣賢奎氏の「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」(2006年)である。宣氏は、論文の中で要介護者だけでなく同居家族や所得、地域の福祉政策などの社会経済的な要素を加味し、民間企業による在宅介護サービス事業者数との間に回帰分析を行い、民間企業の在宅介護サービス事業者数に影響を及ぼす要因を定量的に分析している。その分析手法として、「都道府県別警護保険指定サービス事業者登録状

況」をもとに営利法人の介護サービス事業者数を被説明変数とし、説明変数に①子と同居の高齢者の比率、②世帯総数に占める要介護者のいる世帯の比率、③1世帯当たりの課税対象所得、④1世帯当たりの課税対象所得の二乗項、⑤1世帯当たりの貯蓄現在高、⑥65歳以上人口1人当たりの老人福祉費、⑦65歳以上人口10万人当たりの老人福祉施設数、⑧女性の就業率、の計8つのデータを用いている。③と④については、世帯所得が高いことは高齢者自身の健康向上や居住環境を改善することを通じて介護発生確率を低めると考えられる。しかしその一方では、家族による家庭内介護の機会費用を高め、介護サービスを家庭の外部に求めるという効果も考えられる。したがって、宣氏はこの異なる2つの効果を区別するために、課税所得の二乗の項を加え、二乗項は介護サービス需要の増加要因になると考えた。

上記の8つの説明変数をすべて加え、また多重共線性などを考慮して回帰分析を重ねた結果として、影響を及ぼす要因として明らかになったのは、④1世帯当たりの課税対象所得の二乗項、⑥65歳以上人口1人当たりの老人福祉費、⑦65歳以上人口10万人当たりの老人福祉施設数である。つまり、家計の所得の高さは家庭内介護の機会費用を高め、介護の需要を増やし、老人福祉費、老人施設数はともに介護を社会化する素地をつくり、民間企業が進出しやすい状況を作っていると論文の中で結論付けている。

一方で研究の問題点として、宣氏は、t値が低く、8つのうち有意と判定された説明変数が3つのみであり、やはりまだ多重共線性の存在が疑われることを挙げている。また今回は他の因子への影響が大きすぎるために排除した変数である、平均世帯人員数や人口密度も本來說明変数に入れるべきであるとしている。そして今後の研究への展望として、サービスを提供する側の要因（組織規模、サービス内容、従業員数、操業期間など）、つまり供給者側の要因も考慮して分析を進める必要があるとしている。

3.2.2 本稿の位置づけ

本稿の目的は待機老人の解消であるが、そのためにそもそもの原因である特別養護老人ホーム事業者参入の決定要因を宣氏の論文を参考に分析を行なう。つまり特別養護老人ホーム数を被説明変数に置き、説明変数に需要側、供給側、双方の要因を置き、重回帰分析を行う。その結果から、特別養護老人ホームを増やし待機老人を解消する方策を考える。

介護サービスに関する研究が少ない中、政策と密接に関係する介護施設がどのように設立されているかを明らかにし、これから大きな問題になってくるだろう介護問題、ないし待機老人の問題を考えるにあたっての一つの指標になることを目指して分析を行う。

第4章 計量分析

第1節 待機老人の原因特定分析

4.1.1 本分析の目的

この節では、待機老人の問題を研究するための切り口として、待機老人の原因特定分析を行う。分析手法は次節の特養分析の参考論文である宣賢奎氏の「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」で使用されている重回帰分析を利用する。前述したように「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」では、要介護者だけでなく同居家族や所得、地域の福祉政策などの社会経済的な要素を加味し、民間企業による在宅介護サービス事業者数との間に回帰分析を行い、民間企業の在宅介護サービス事業者数に影響を及ぼす要因を定量的に分析している。

参考論文では、営利法人の介護サービス事業者数を被説明変数とし、説明変数に①子と同居の高齢者の比率、②世帯総数に占める要介護者のいる世帯の比率、③1世帯当たりの課税対象所得、④1世帯当たりの課税対象所得の二乗項、⑤1世帯当たりの貯蓄現在高、⑥65歳以上人口1人当たりの老人福祉費、⑦65歳以上人口10万人当たりの老人福祉施設数、⑧女性の就業率、の計8つのデータを用いている。また、分析の際には、都道府県別のデータを使用し、事業者数の回帰分析を行っている。そこでわれわれの論文では待機老人に関係する都道府県別の値を被説明変数にし、上記の説明変数を考慮して都道府県別のデータに基づく説明変数を決定した。分析の際には、どの要因がどれだけ被説明変数に影響を与えているのかいうことに主眼を置く。

4.1.2 本分析の内容

具体的に分析の内容を説明していく。本分析には被説明変数には都道府県別待機老人率待機老人率というものを使用した。待機老人率とは特別養護老人ホームの需要者（入所者＋入所申込者）の内、待機老人となっているものの割合をいう。

説明変数には、「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」を基に①高齢者の独居率（参考論文における説明変数①に対応）、②高齢者に占める低所得者の割合（同③・④に対応）、③65歳以上人口1人当たりの介護福祉費（同⑥に対応）、④女性の就業率（同⑧に対応）とした。

また、民間訪問サービス事業者にはあまり関係なく、待機老人に関係する要素を、2.1.4 待機老人が増加している要因や 3.1.1 先行研究で提示した株式会社野村総合研究所の報告書『特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究』、矢島義恭氏の『入所が非常に困難な介護入所施設である「特養(特別養護老人ホーム)」の待機者について』を参考に他の説明変数に加えた。まず、待機老人は特別養護老人ホームの入所待機者であることから、待機老人と特養数は切っても切れない関係にあると考え、⑤介護保険第1号適用者1,000人あたりの特別養護ホーム定員数を説明変数に加えた。また費用面などで異なる

ものの、特別養護老人ホームと似た性質を持つ有料老人ホームの影響を考慮するために、⑥介護保険第1号適用者1,000人あたりの有料老人ホーム定員数を説明変数に加えた。さらに、待機老人が待機している場所として、在宅の次に多い、介護老人保健施設も待機老人と何らかの関係があると考え、⑦介護保険第1号適用者1,000人あたりの介護老人保健施設定員数を説明変数に加えた。最後に重度化優先の入所によって、要介護度の低い被介護者が待機老人化している影響を考慮するために、⑧要介護者全体における要介護度1・2の人数の割合を説明変数に加えた。また、データは平成21年(2009年)のもので統一してある。詳しくは図13を参考してほしい。

図13：被説明変数と説明変数の詳細

被説明変数	
待機老人率	平成19年度都道府県別待機老人数を都道府県別待機老人数と特別養護老人ホーム定員数を足し合わせたもので除したものの
説明変数	
①高齢者の独居率	平成17年国勢調査における65歳の都道府県別別独居世帯数を平成17年国勢調査における65歳以上の都道府県別人口で除したものの
②高齢者に占める低所得者の割合	平成19年度介護保険都道府県別第1号被保険者の内、所得段階1～3の数を、すべての都道府県別第1号被保険者の数で除したものの
③65歳以上人口1人当たりの介護福祉費	平成19年度都道府県別介護福祉費を平成19年度の都道府県別65歳以上の人口で除したものの
④女性の就業率	平成17年度国勢調査における都道府県別女性就業者を都道府県別人口で除したものの
⑤介護保険第1号適用者1,000人あたりの特別養護ホーム定員数	平成19年度の都道府県別特別養護老人ホーム定員数を都道府県別介護保険第1号被保険者数で除して、1000を掛けたものの
⑥介護保険第1号適用者1,000人あたりの有料老人ホーム定員数	平成19年度の都道府県別有料老人ホーム定員数を都道府県別介護保険第1号被保険者数で除して、1000を掛けたものの
⑦介護保険第1号適用者1,000人あたりの介護老人保健施設定員数	平成19年度の都道府県別介護老人保健施設定員数を都道府県別介護保険第1号被保険者数で除して、1000を掛けたものの
⑧要介護者全体における要介護度1・2の人数の割合	平成19年度都道府県別要介護度1・2の数を都道府県別要介護認定者で除したものの

※筆者作成

説明変数を設定する際には、参考論文にある説明変数を利用することで、介護全般にかかる、待機老人率への影響を考慮する。待機老人について定性的な分析を行っている研究の内容を踏まえ、多角的に待機老人率特有の影響を考慮する。参考論文では入れられていないサービスを提供する側の要因も考慮するという点をポイントとして意識した。

4.1.3 分析結果

本論文では上記被説明変数と説明変数から stata を用いて重回帰分析を行った。分析結

果は図 14 を見てほしい。

図 14：待機老人の原因特定分析結果

Source	SS	df	MS			
Model	.046878128	8	.005859766	Number of obs =	31	
Residual	.135908038	22	.006177638	F(8, 22) =	0.95	
Total	.182786166	30	.006092872	Prob > F =	0.4987	
				R-squared =	0.2565	
				Adj R-squared =	-0.0139	
				Root MSE =	.0786	

taikirouzi~u	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
dokkyoritu	.6019844	.9949095	0.61	0.551	-1.461332	2.6653
teishotoku	-.5582465	.5677315	-0.98	0.336	-1.735649	.6191565
kaigofukus~i	-.0200031	.0294095	-0.68	0.503	-.0809947	.0409884
shugyouritsu	-.615035	.8519464	-0.72	0.478	-2.381864	1.151794
tokuyou	-1.992956	1.131887	-1.76	0.092	-4.340346	.3544347
yuryourouz~e	-.0112292	.007963	-1.41	0.172	-.0277434	.005285
kaigorouzi~u	-.0044414	.0082741	-0.54	0.597	-.0216008	.012718
youkaigo1w~i	-.0761144	1.147492	-0.07	0.948	-2.455867	2.303638
_cons	1.352071	.5272298	2.56	0.018	.2586634	2.445479

※筆者作成

分析結果は決定係数 0.2565、修正決定係数は-0.0139 となり、また各 t 値はすべて絶対値において 2 を下回り、有意性が非常に低かった。

4.1.4 本分析の問題点

なぜ t 値が低い分析結果が出てしまったのか、本分析における問題点を記載したいと思う。

まず、本分析で一番大きな問題は被説明変数に利用した待機老人のデータに収集上の問題があることである。これは 2.1.3 待機老人のデータに関する疑念の部分でも記載したように、待機老人のデータにおける都道府県の収集方法が異なることである。この問題は国が都道府県に依頼して待機老人数の集計を行ったためである。16 府県では集計方法が明らかに異なっており、在宅に待機している待機老人のみを集計した場合、他県の基準で待機老人数を計測した場合の 3 割程度になってしまうと考えられる。そのため、これは回帰分析における影響が大きいと判断し、回帰分析では 47 都道府県から、集計方法の異なることが判明している秋田県、茨城県、富山県、石川県、長野県、愛知県、京都府、大阪府、和歌山県、岡山県、徳島県、愛媛県、高知県、佐賀県、宮崎県、沖縄県の 16 府県を除いた 31 都道府県を被説明変数とし、重回帰分析を行った。

また都道府県別に集計した者を合算しているため、県単位では重複で待機者になっている者を考慮しているが、複数県において待機者になっているものは二重にカウントされている。これは統計を発表した厚生労働省内でも問題となっており、今後の課題となっているが、本論文ではこれには考慮していない。

4.1.5 考察

3.2.1 でも先行研究の問題点として述べられていたように、本分析では t 値が低いといわれていたが、それを考慮してもこの t 値では有意性が低く、理論的な分析を行うことはできない。

被説明変数を待機老人数とするなどの試行錯誤を行ったが、有意な結果は得られなかった。また被説明変数になりうるデータがなかったため、分析を続けることができなくなった。そのため筆者らは本分析が失敗に終わったと判断した。

そのため本項ではなぜ失敗に終わったかを考察する。

まず有意な結果が得られなかった理由として、分析に過程において16府県を排除した結果、被説明変数に採択した都府県が31と47都道府県に比べ少なかったことが考えられる。被説明変数が少なくなると分散が大きくなり、t値が相対的に低くなってしまふ。そのため有意性が低くなってしまったと推測する。

また、本分析では平成21年(2009年)の1年分のデータを利用した。しかし、2009年時点における待機老人は過年度影響の要因を受けていると考えられるので、説明変数に1年分のみデータを考慮するだけでは、待機老人の影響を図るには不十分と考えられる。これを回避するには、ストックのデータではなく、複数年度にまたがる待機老人の増減数などのフローのデータを被説明変数に入れる必要がある。しかし、待機老人数が計測されたのは最近からであり、待機老人数のデータは2009年度分しかないため、フローを分析することができていない。

著者らの実力不足も否めないが、以上から分析がうまくいかなかった理由と考えられる。

第2節 特養数分析

4.2.1 前節の問題点解消に向けて

前節の失敗を解消するために、今節では特養の事業者数についての分析に切り替える。

これを選択するに至った理由として、一番大きなものは供給側の分析をする方が分析にブレが出にくくなるということである。前述の分析は需要側のものであり、供給過少の状態において需要の分析を行うということは、供給+ α について考慮しなければならない。そうするよりも、供給の分析を行って誤差の程度を軽減することの方がより正確な分析ができる考えた。

2つ目の理由として、データの標本数が十分に確保できるためである。前節の分析の失敗の原因として、待機老人のデータが少ないことを挙げたが、介護供給者の事業者数に関しては2000年前後から都道府県別のデータが存在し、全ての都道府県において一様の統計方法を取っている。そのため、時系列的に見ても、全体数でみても過不足なくデータ数が存在している。

以上の理由より、待機老人を減らすことを考える上で、特養の事業者数を分析することがセカンドベターであると考え本分析を行うこととした。

4.2.2 本分析の目的

本分析は前節の待機老人の原因特定分析を受けて、待機老人の発生に深く関係している特別養護老人ホーム数がどのようなことが原因で変動するのか検証することを目的とする。これによって、特別養護老人ホーム数を増加させ、ひいては待機老人の減少を実現するにはどうすればよいのか、ということを考える足がかりとしたい。

4.2.3 本分析の内容

前節と同様、重回帰分析を行う。被説明変数に都道府県別の指定介護老人福祉施設(特養)参入事業者数を使用する。また、説明変数には先行論文と同じ、①子と同居の高齢者の比率、②世帯総数に占める高齢者世帯の比率、③1世帯当たりの貯蓄現在高、④老人福祉

費(これに関しては都道府県の合計に変更)、⑤65歳以上人口10万人当たりの老人福祉施設数の5つを使用した。また新たに、⑥介護老人保健施設(老健)参入事業者数、⑦指定介護療養型医療施設参入事業者数、⑧65歳以上人口千人当たりの有料老人ホーム定員数⑨要介護者全体における要介護度4・5の人数の割合を説明変数に追加した。その理由は⑥、⑦、⑧に関しては老健・指定介護療養型医療施設・有料老人ホームが特養の代替財としての機能を果たしていると予想されるので、該当施設数の増加が特養施設数に影響を与えていると推察したためである。また⑨に関しては重度化が特養施設数と正の相関を持つと考えられるため、これらの説明変数を追加した。詳しくは下の図15を参考してほしい。

図15：被説明変数と各説明変数の詳細

被説明変数 ()内はstataでの名称	
指定介護老人福祉施設参入事業者数(COLIVE)	WAM NET「都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況」に基づく指定介護老人福祉施設参入事業者数を65歳以上の高齢者のいる世帯比率で基準化したもの
説明変数	
①子と同居の高齢者の比率(CHILD)	厚生労働省「国民生活基礎調査」より、都道府県別の子どもと同居している65歳以上の人口の数を65歳の人口で除したもの
②世帯総数に占める高齢者世帯の比率(AGEDPERSON)	厚生労働省「国民生活基礎調査」より、都道府県別高齢者世帯を総世帯数で除したものの
③一世帯当たりの貯蓄現在高(SAVING)	総務省「家計調査」(2004,2007,2010)より、都道府県別一世帯当たりの貯蓄現在高(千円/世帯)
④老人福祉費総額(BUDGET)	総務省「地方財政統計年表」(2003,2006,2009)より都道府県別の老人福祉費(十万)
⑤65歳以上人口10万人当たりの老人福祉施設数(Allsurvice)	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より人口10万人当たりの都道府県別老人福祉施設数(カ所/人)
⑥介護老人保健施設(老健)参入事業者数(ROKEN)	WAM NET「都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況」に基づく65歳以上の高齢者のいる世帯比率で基準化したもの
⑦指定介護療養型医療施設参入事業者数(RYOUYOU)	WAM NET「都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況」に基づく65歳以上の高齢者のいる世帯比率で基準化したもの
⑧65歳以上千人当たりの有料老人ホーム定員数(YUURYOU)	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より人口千人当たりの老人福祉施設数(カ所/人)
⑨要介護者全体における要介護度4・5の人数の割合(YOUKAIGOHIRITSU)	総務省「社会生活統計指標」より都道府県別要介護度4・5の方の数を全要介護者数で除することにより算出した。

※著者作成

計量分析に入るにあたって、まず、被説明変数と説明変数との相関性を検証した。図16は2007年度の変数間の相関行列表である。

この結果から分かるように、被説明変数である指定介護老人福祉施設参入事業者数(COLIVE)と相関係数が低い②世帯総数に占める高齢者世帯の比率、③1世帯当たりの貯蓄現在高、⑨要介護者全体における要介護度4・5の人数の割合を説明変数から削除した。これは被説明変数と相関の低い説明変数を除くことで、t値が低くなる説明変数をあらか

じめ分析から取り除くためである。

また、⑥介護老人保健施設(老健)参入事業者数に関しては極めて相関係数は高く出たが、これは特養参入事業者と老健参入事業者は特養、老健両者を同時に経営することが多いためだと推察される。そのため分析する必要が無いと判断し、⑥介護老人保健施設(老健)参入事業者数を説明変数から削除した。

図 16：被説明変数と各説明変数との相関性

	colive	child	agedpersor	saving	allsurvice	budget	yuuryou	roken	ryouyou	youkaigohir
colive	1									
child	-0.35575	1								
agedpersor	-0.06738	-0.71765	1							
saving	0.209492	-0.15388	-0.0653	1						
allsurvice	-0.57698	0.039864	0.313616	-0.24351	1					
budget	0.950257	-0.39666	-0.03537	0.208786	-0.63273	1				
yuuryou	0.614313	-0.23182	-0.10674	0.137397	-0.5369	0.609969	1			
roken	0.946511	-0.295	-0.09758	0.181205	-0.62381	0.871882	0.64611	1		
ryouyou	0.545167	-0.50229	0.397883	-0.07174	-0.15389	0.53595	0.375118	0.611146	1	
youkaigohir	-0.24913	0.206447	-0.01147	-0.22829	0.151531	-0.20492	-0.38324	-0.30747	-0.43103	1

※著者作成

4.2.4 分析結果

今節でも、前節同様上記被説明変数と説明変数から stata を用いて重回帰分析を行った。分析結果は図 17 見てほしい。

図 17：特養数分析の結果

Source	SS	df	MS	Number of obs =	47
Model	302574.192	3	100858.064	F(3, 43) =	154.03
Residual	28156.744	43	654.807999	Prob > F =	0.0000
Total	330730.936	46	7189.80296	R-squared =	0.9149
				Adj R-squared =	0.9089
				Root MSE =	25.589

colive	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
child	40.69773	183.7203	0.22	0.826	-329.8095	411.2049
budget	.0001587	8.76e-06	18.12	0.000	.0001411	.0001764
ryouyou	.0302019	.1795635	0.17	0.867	-.3319225	.3923262
_cons	18.24277	51.79396	0.35	0.726	-86.2097	122.6952

(2010 年度)

Source	SS	df	MS	Number of obs =	47
Model	265497.335	5	53099.4669	F(5, 41) =	82.77
Residual	26301.7717	41	641.506627	Prob > F =	0.0000
Total	291799.106	46	6343.45883	R-squared =	0.9099
				Adj R-squared =	0.8989
				Root MSE =	25.328

colive	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
child	154.3437	149.9933	1.03	0.310	-148.574	457.2614
allsurvice	1.076945	1.195167	0.90	0.373	-1.336744	3.490635
budget	.0002105	.0000178	11.85	0.000	.0001747	.0002464
yuuryou	1.959762	1.87005	1.05	0.301	-1.81688	5.736404
ryouyou	.1118017	.128124	0.87	0.388	-.1469498	.3705533
_cons	-42.21549	60.60441	-0.70	0.490	-164.6086	80.1776

(2007 年度)

Source	SS	df	MS			
Model	199864.06	5	39972.8121	Number of obs = 47		
Residual	27109.2162	41	661.200395	F(5, 41) = 60.45		
Total	226973.277	46	4934.20167	Prob > F = 0.0000		
				R-squared = 0.8806		
				Adj R-squared = 0.8660		
				Root MSE = 25.714		

colive	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
child	121.8389	154.5726	0.79	0.435	-190.3269	434.0047
allsurvice	.3762811	1.196614	0.31	0.755	-2.04033	2.792892
budget	.0001569	.0000171	9.15	0.000	.0001222	.0001915
yuuryou	4.62549	2.567727	1.80	0.079	-.5601407	9.81112
ryouyou	.3216883	.0838259	3.84	0.000	.1523984	.4909782
_cons	-24.22816	65.00593	-0.37	0.711	-155.5103	107.054

(2004 年度)

※筆者作成

尚、説明変数・allsurvice については 2010 年データが存在しなかったため、変数に追加することができなかった。

どの年度においても、修正済み決定係数は 0.9 前後となっているため十分に有意性があると言える。

ただ、④老人福祉費の t 値だけ 10 前後あったため、他の説明変数の t 値が相対的に低くなってしまい、影響度を計ることができなかったと考えられる。そのため、説明変数から老人福祉費を抜いた重回帰分析を行った。

図 18：老人福祉費を除いた重回帰分析 (2007 年度)

Source	SS	df	MS			
Model	175352.607	4	43838.1518	Number of obs = 47		
Residual	116446.499	42	2772.53569	F(4, 42) = 15.81		
Total	291799.106	46	6343.45883	Prob > F = 0.0000		
				R-squared = 0.6009		
				Adj R-squared = 0.5629		
				Root MSE = 52.655		

colive	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
child	-302.6089	301.3508	-1.00	0.321	-910.7593	305.5416
allsurvice	-6.805882	2.064546	-3.30	0.002	-10.9723	-2.639459
yuuryou	7.798302	3.750421	2.08	0.044	.2296465	15.36696
ryouyou	.6909141	.2462369	2.81	0.008	.193988	1.18784
_cons	302.3093	110.5586	2.73	0.009	79.19292	525.4257

※筆者作成

その結果、修正済み決定係数は 0.5629 であり、十分な有意性があったといえる。また、child 以外の説明変数の t 値は 2 以上であったため、child 以外の説明変数には有意性があったといえる。

4.2.5 考察

老人福祉費については t 値が非常に高く出たため、特養事業者数と老人福祉費は深い関連があると推察される。また、⑤65 歳以上人口 10 万人当たりの老人福祉施設数 (allsurvice) に関しては t 値が負になった。このことから、特養を含めた介護サービスが充実していればいほど特養事業者の参入が難しくなっていることがわかる。⑦指定介護療養型医療施設参入事業者数 (ryouyou)、⑧65 歳以上人口千人当たりの有料老人ホーム定

員数(yuuryou)に関しては t 値が正になった。このことより、これらの施設が参入しやすい地域では特養の参入も容易になるのではないのかと推察される。

4.2.6 特別養護老人ホームの増分分析

分析結果を受けて、我々は t 値が非常に高く出た老人福祉費が特養数の増加と大きな関係があると考えた。老人福祉費とは「老人医療のための費用（老人保健特別会計繰出金）、介護のための費用（介護保険特別会計繰出金）、その他の福祉費から構成される。その他の福祉費は、自治体によって異なるが、自治体が行う介護サービス事業所の開設費・補助金、敬老会や老人クラブへの補助金などがある。」（『トータルで見たい高齢者の医療・介護・福祉費』（前田由美子）より引用）のことである。この定義から老人福祉費と特養数に相関性が発生することは自明であるように思える。しかし、特養建設には通常複数年かかり、その計画や補助金は単年度で完結するものではない。そのため、単一年度の老人福祉費の大小が直ちに特養事業者数に影響を与えるとは考えづらい。そのため過去に計上された老人福祉費の特養事業者数の増減に影響を与えているかどうかを考察しなければ、老人福祉費が真の意味で特別養護老人ホームの事業者数と相関を持っているとは言い難い。

そこで、特養の複数年度にわたる増減数と、その間の累積老人福祉費の関係を比べてみた。そこで 2010 年度の特養事業者数から 2007 年度の特養事業者数を引いた数を被説明変数(COLIVE2)に採用して、説明変数には 2007～2009 年までの老人福祉費の合計を説明変数(BUDGET2)として単回帰分析を行った。図 19 がその結果である。

図 19：特養の増加と累積老人福祉費の分析結果

Source	SS	df	MS			
Model	1085.00364	1	1085.00364	Number of obs =	47	
Residual	1439.84742	45	31.9966094	F(1, 45) =	33.91	
Total	2524.85106	46	54.8880666	Prob > F =	0.0000	
				R-squared =	0.4297	
				Adj R-squared =	0.4171	
				Root MSE =	5.6566	

colive2	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
budget2	3.90e-08	6.70e-09	5.82	0.000	2.55e-08	5.25e-08
_cons	-.6374982	1.319898	-0.48	0.631	-3.295909	2.020913

※筆者作成

結果として決定係数は 0.4297、t 値は 5.82 と高く、累積老人福祉費は特養事業者数に大きな影響を与えていることがわかった。

これらの分析結果を受けて次の政策提言につなげていく。

第5章 政策提言

第1節 待機老人の定義の変更と統計の拡充

待機老人の原因について計量分析を行った待機老人の原因特定分析の 4.1.3 本分析の問題点においても述べたように、待機老人数のデータが都道府県別に集計し、それを合算して算出しているため、国による統一的な方法により待機老人が計算されているわけではない。計量分析の失敗を受けて、まず待機老人の定義の変更について提案したい。

5.1.1 待機老人の定義の問題点

待機老人の定義は 2.1.1 待機老人の定義でも述べたように、「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている要介護者」のことを指す。しかし、佐賀県では、待機老人の内、在宅のみで待機している者のみを集計しており、また、愛媛県では 1 年以内に入所を希望する者で、介護 3 施設以外の非在宅及び在宅の者というかなり複雑な統計の取り方をしている。このように 16 府県では待機老人の集計における、待機老人の集計方法が異なるのである。

図 20：集計方法の異なる府県と、その集計方法

府県名	内容
秋田県	在宅のみ
茨城県	在宅のみ
富山県	要介護3以上のみ(介護3施設とグループホームは含まない。)
石川県	在宅のみ
長野県	在宅のみ
愛知県	在宅及び医療機関
京都府	非在宅のうち、介護3施設、養護、軽費、グループホーム、有料は含まない。
大阪府	1年以内に入所を希望している者で、非在宅のうち、介護3施設は含まない。
和歌山県	在宅のみ
岡山県	在宅のみ
徳島県	在宅のみ
愛媛県	1年以内に入所を希望する者で、介護3施設以外の非在宅及び在宅の者。
高知県	要介護3以上のみ
佐賀県	在宅のみ
宮崎県	非在宅のうち、介護3施設は含まない。
沖縄県	在宅のみ

出典：厚生労働省ホームページ 特別養護老人ホームの入所申込者の状況（都道府県別の状況）

東京新聞 生活図鑑 特養待機者 (No.333) 42万人それとも9万人?

では、国が待機老人について統一的な定義を設定しており、どのような入門書にも書いてあるその待機老人の定義を各都道府県の担当者が知らないわけがないにもかかわらず、なぜ各都道府県での集計方法が異なるのか。

ここで集計方法が違う県の集計方法をもう少し詳しく見てみると、各県ごとに好き勝手に統計を取っているわけではないことがわかる。つまりどういうことかという点、佐賀県や愛媛県の例もそうであるように、厚生労働省の定めた定義より、実際に集計する待機老人の定義を狭く捉えていることである。これは待機老人に対する各都道府県の考え方が国の定義とがずれていることにより生じていると思われる。

本来、特別養護老人ホームは要介護度が高く介護が困難な被介護者や、所得が少なく十分な介護を受けることができない被介護者など、他の介護サービスを受けられない者が入所する施設であった。そのため、特別養護老人ホームに入所できない者、つまり待機老人は介護サービスを受けられなくなり、非常に危険な状態に置かれるはずなのである。

しかし、現在の特別養護老人ホームは安い料金で、質の高いサービスを受けられる施設であるため、他の介護施設に入所している人、自立して生活している人など、真に必要なと迫られていない人まで入居申請してしまっているのである。これが、2.1.3 待機老人のデータに関する疑念でも記述したように、真の待機老人は待機老人の 1 割と言われる理由である。集計方法が異なる府県は、真の待機老人でない者を待機老人から除外しているのである。

「もれない介護」を実現するために待機老人をゼロにすべきと考えるのであれば、ゼロにしなくてはならないのは、この真の待機老人である。待機老人の中に緊急性の低い被介護者が含まれている場合、「待機老人＝ゼロにすべきもの」ということを前提とした、待機老人に対する調査、研究が正しくできていないのではないかと考えられる。

5.1.2 待機老人の定義とその運用に関する提案

以上を踏まえて、本論文では待機老人の定義の変更を提案する。具体的にどのような変更をするのかという点、現在の「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている要介護者」からより狭義に捉える、「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている者の内、介護3施設以外の非在宅及び在宅におり、1年以内に介護を受けられなくなる可能性の高い要介護者」とすることである。

この定義の変更によって何が変わるのか、新たな定義を分解して考えてみたいと思う。

まず前半の「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている者の内」という定義によって従来の待機老人をすべて含むことができる。

ここから、緊急性の低い者や、特別養護老人ホームに入所しなくても介護制度からもれない者を除外する。そこで、まず「介護3施設以外の非在宅及び在宅におり」という条件を加える。これによって、すでに介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護老人療養型施設に入所している者、つまり介護制度内において、特別養護老人ホームで受けられるものと似た介護をすでに受けている者が除外される。

さらに、「1年以内に介護を受けられなくなる可能性の高い要介護者」という条件を加えることによって、在宅介護や通所介護、有料老人ホームのサービスを受けている者の内、すでにまたは近く介護制度からもれてしまう可能性の高い者のみが選び出される。

真にゼロにしなくてはならないのは、この「特別養護老人ホームに入所を希望しているにも関わらず、すでに定員に達しているために入所待ちとなっている者の内、介護3施設以外の非在宅及び在宅におり、1年以内に介護を受けられなくなる可能性の高い要介護者」に該当する者である。これをゼロにできれば、すべての者が介護サービスを受けることができ、「もれない介護」が実現する。よって「待機老人＝ゼロにすべきもの」と捉えるならば、この定義にすべきである。

またほかの待機老人のデータに関する問題として、現在のデータは各都道府県別でデータを合算しているため、複数の都道府県で待機老人となっている場合、複数カウントされているということがあげられる。このデータは待機老人が過大に測定されることがあり、データとして望ましくない。今後、待機老人の問題を対処するためには、正確な待機老人のデータを用いて研究することが必要不可欠である。そのため、国が主体となって正確な待機老人の数を、この定義のもとで、毎年計測することも合わせて提案したい。

第2節 都道府県財政における老人福祉費の計画的な拡充

特養数分析によりより老人福祉費が特養事業者の増減に十分な影響を与えていることが判明した。老人福祉費の中に特養建設補助金が含まれているため、このことは当然のように思われるかもしれない。しかし、特養が不足している現状や待機老人が増え続けていることを考えると、老人福祉費に予算を割くことは重要と考えられる。

図 21 は単年度ごとの老人福祉費と歳出合計をまとめたものである。老人福祉費は平成 20 年度、21 年度で急激に上昇していることは見て取れる。また、歳出に占める老人福祉費の割合も増加している。ただ、累積老人福祉費が特養事業者の増減に影響を与えることは前章で示されているため、一時期だけ老人福祉費を上げるよりも長期的なスパンで老人福祉費を増やしていくことが重要であるはずだ。直近の 2 年間だけではなく中長期的な視点で予算中の老人福祉費の割合を上げていくことが大事である。

図 21：老人福祉費の年度別推移と歳出に占める割合

	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
老人福祉費	4,310,619,366	4,446,130,201	4,522,791,400	4,541,707,841	4,651,841,055	5,116,825,673	6,083,878,823
歳出合計	98,701,601,836	97,451,205,546	96,933,996,875	95,482,402,257	95,711,568,507	95,737,361,871	102,263,671,620
老福/歳出	0.043673246	0.045624168	0.046658464	0.047565915	0.048602704	0.053446487	0.059492083

出典：『総務省・地方財政統計年報』（単位・千円）

では、具体的にどのようにすればいいのか。

まず、老人福祉費を捻出するためには、歳入の増加、ひいては介護保険料の被保険者負担分を増やすことから避けては通れない。ここでは、特別養護老人ホーム建設のための特別費を捻出するために、介護負担割合の増加と介護保険料の増加の影響を簡単に推計してみる。

2009 年度では介護保険の第 1 号被保険者は 2877 万人、第 2 号保険者は 4230 万人となっている（『人口統計資料』国立社会保障・人口問題研究所より）。また現在の第 1 号被保険者の保険料は一月当たり 4160 円であるため、ここで政策変更により第 1 号被保険者の介護保険料を 1 割上げると介護給付費 1436 億円分が浮くと考えられる。

また、現在の第 2 号被保険者の保険料は一月当たり 4178 円であるため、ここで 1 割保険料を増加させれば、2120 億の財源を捻出できる。

介護給付費のうち介護福祉サービスに使われる金額の割合は約 20%である。（1.3.3 の図 6 より計算）。そのため、上記 2 つの政策変更を行えば、特養建設に使用できる金額は 711 億円増加する。特養 1 床増やすのに必要な建設費補助金は 350 万円であることを考慮すると、政策変更により約 2 万床の補助金が捻出できると推計される。非常に荒い推計である上に、この数字は単年度ではあまり多いと感じられないかもしれないが、保険料の増加だ

けで 10 年、20 年制度を継続していけば、十分な数の特養定員数が確保できると考えられる。もちろん、各報道にもあるように、他のサービスに対する介護給付捻出のために介護保険料の増加が検討されており、介護を支える者の負担はかなり大きくなる。しかし、介護制度維持のためにも、もれない介護の実現のためにも、介護サービス拡充が望まれている現状ではある程度の負担増はやむなしと考えるべきである。

また現状、都道府県別では老人福祉費の額にバラツキがある。老人福祉費の歳出合計における割合を全国で平均化することが望ましいはずだ。ただ、高齢化の度合いは都道府県ごとに違うので、その割合を一律にすることは一概には正しいとは言えない。しかし、地方自治体に財源決定権が移譲されてしまっているため、第 3 者の視点を介入させることが出来ない。そのため、全体の予算の配分を監視するような制度を策定することを検討しても良いのと思われる。しかし本論文では時間、スペースの関係で議論が出来ていないため、これについては今後の検討課題にする。

第6章 おわりに

本論文を執筆するにあたって、日本の介護制度とその現状を調べた。日本は世界最速ペースで高齢化が進んでいるため、ほかのどの国よりも超高齢化社会に対応した介護制度の構築することが急務である。特に今の時点で多くの待機老人が発生していることは社会福祉を充実させる意味で非常に重要な問題である。

本論文では触れなかったが、待機老人が発生しているということは、特別養護老人ホームの超過需要が発生しているということであり、そこでは特別養護老人ホームが必要とされている。そのため、ここに大きなビジネスチャンスが生まれていると考えることができる。特別養護老人ホームは、その性質上、高いサービスの質を維持する必要があるため、自由に建設を許すことはできないが、スウェーデンでは政府の関与がある中で民間の特養建設の参入が実現しているので、日本でも参考にしてみてもどうか。

また、特別養護老人ホームについての政策提言では補助金しか触れることができなかったが、特別養護老人ホームに関連する論点として、入所基準と個別化は重要なものであると考えられる。しかし、入所基準と個別化は一概に良し悪しをいうことができず、スペースや時間の関係で十分に議論ができなかった。これについては今後の課題としてあげておきたい。

高齢者はもちろんのこと、今は介護が必要ない若者も将来的には介護される側になるのであり、すべての人間にとって介護は考えなくてはならない問題であるといえる。介護者の負担を少しでも減らし、かつ、もれない介護を実現するために、私たちは日々努力を続けていく必要があるのではないだろうか。

最後になるが、本論文の作成のために、河井啓希教授、河井ゼミのゼミ員には多大なる力添えをいただいた。論文が完成したのはひとえにこの協力者のおかげである。ここに感謝の意を表明したい。また、みな初めての論文執筆ということで、拙い所も多々あっただろうが、最後まで読んでいただいた読者の皆様にもここに感謝の意を表明したい。

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

- ・ 宣賢奎 (2006) 「民間企業の在宅介護サービス事業への進出決定要因」

《参考文献》

- ・ 結城康博(2011)『日本の介護システム——政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店
- ・ 村川 浩一、宮武 剛、村田 美由紀、矢部 正治、社会福祉介護福祉講座編集委員会 著
「介護保険論」 (新大学社会福祉・介護福祉講座)
- ・ 入所が非常に困難な介護入所施設である「特養(特別養護老人ホーム)」の待機者について
矢島義恭
<http://homepage3.nifty.com/y-yajima/tokuyou6.pdf>
- ・ 平成 21 年度老人保健事業推進費補助金 (老人保健健康増進等事業分)
特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究 (平成 22 年 3 月 31 日)
株式会社 野村総合研究所
http://www.nri.co.jp/opinion/r_report/pdf/201006_1kaigo.pdf

《データ出典》

- ・ 厚生労働省ホームページ
特別養護老人ホームの入所申込者の状況 (都道府県別の状況)
介護サービス施設・事業所調査
国民生活基礎調査
厚生労働白書
<http://www.mhlw.go.jp/>
- ・ 総務省ホームページ
家計調査
地方財政統計年表
社会生活統計指標
www.stat.go.jp
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所
人口統計資料
www.ipss.go.jp/
- ・ 千葉県ホームページ
特別養護老人ホーム入所に関する指針
<http://www.pref.chiba.lg.jp/index.html>

- 東京新聞
特養待機者 (No.333) 4 2 万人それとも 9 万人?
<http://www.tokyo-np.co.jp/>

- 政府統計の総合窓口
介護給付費実態調査
介護サービス施設・事業所調査
介護保険事業状況報告調査
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>

- 福祉・保健・医療情報 - WAM NET (ワムネット)
www.wam.go.jp/