

介護提供体制の地域間格差¹

～介護従事者確保問題の処方箋～

京都産業大学 福井唯嗣研究会
社会保障政策分科会B

執筆者名

横手悠基 佐々木清博 赤淵貴昭
久保晃太 福島幸樹 末政史帆
内田圭祐 杜若勝彦 高橋杏奈

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、福井唯嗣教授（京都産業大学）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。

介護提供体制の地域間格差

～介護従事者確保問題の処方箋～

2011年12月

要約

本稿の目的は、都道府県別における介護従事者不足の格差是正のため、介護施設と保育所の併設、労働環境の改善、介護ボランティア単位制の政策案を提案することである。

本稿の結論としては上記に挙げた三つの政策を同時に展開することで介護提供サービスの向上及び介護従事者の人員確保において相乗的な効果を望むものである。

第1章、第1節では介護保険について整理している。進展する高齢化に対応し、介護サービス提供の偏りを無くす事を目的として2000年に創設された。年齢によって第1被保険者と第2被保険者とに分けられる。介護保険の給付を受けるには市町村から認定された要介護度に従って介護サービスを受けることとなる。第2節では、少子高齢化の進展についてまとめている。このまま少子高齢化が進行すれば2025年には高齢者の割合が30%を超え、その影響で生産年齢人口が減少し、生産年齢人口1人当たりの負担が増加していく。都道府県別にも人口の推移を検証し、それぞれの都道府県の高齢化の進度や高齢者数から、特徴をまとめている。

第2章では、将来の介護職員数と利用者数を示し、これを都道府県別に推計することの必要性を示し、各都道府県に見合った従事者の割り振りを提案する。ただ、人員が不足しているということから介護職員の離職と労働環境の面から問題を検証している。

第3章では、本稿を進めるにあたって参考にした研究論文を挙げ、位置づけを示す。本稿では川越(2009)と花岡(2009)の論文から議論を展開し、地域間格差提言についての方向性を明らかにする。

第4章では、2025年までの各都道府県単位での介護サービス需給予測を行うことで、今後の介護サービス需給にどの程度の地域間格差が生じることになるかを推計する。

第5章では、分析結果を踏まえて介護施設と保育所の移設、労働環境の改善、介護ボランティア単位制の政策案を提言する。

介護施設と保育所の移設では年齢化級別の就業率がM字となる要因となっていた35-44歳の世代の就業率を押し上げることが期待できる。介護職においては、圧倒的に女性労働者の比率が高いため、育児によって職を離れた女性が職に就き、就業率が上昇することで、M字が緩和されていくことが期待できると同時に介護従事者の数も増加する。労働環境の改善では通常の労働市場であれば、需給のギャップは賃金の上昇によって解消される。それに対して、サービス価格が公定である介護市場においては、価格メカニズムによる需給の均衡は望めない。介護職員の賃金水準の大幅な引き上げは、介護職員確保のために避けて通れない施策である。介護ボランティア単位制では現在行われている東日本震災ボランティアを例にとり、ボランティアを単位として求める制度を介護に導入させたい。概要としては、文部科学省より各大学に介護ボランティアを単位として認めるように要請を行い、介護ボランティアを受け入れる体制を整える。そして、大学が介護ボランティアを学期の初めと末に学生のボランティアを募集する。これらの政策を組み合わせることで実施することによって相乗的な効果が望め、地域の介護従事者確保問題が是正されるものと考えられる。このような自治体の自主的取り組みが、各都道府県における格差是正の一助となる。

補論では介護職員処遇改善交付金について補足する。

目次

はじめに

第1章 介護労働を取り巻く状況

第1節 (1. 1) 介護保険制度の概要

第2節 (1. 2) 少子高齢化の進展

第2章 介護労働の現状と見通し

第3章 本稿の位置付け

第1節 (1. 1) 介護労働に関する先行研究

第2節 (1. 2) 介護労働の地域間格差という視点

第4章 介護需給の都道府県別将来予測

第1節 (1. 1) 分析の目的

第2節 (1. 2) 分析の手法

第3節 (1. 3) 分析の結果

第4節 (1. 4) 都道府県別需給予測

第5章 介護従事者確保について

第1節 (1. 1) 保育所との併設

第2節 (1. 2) 労働環境改善

第3節 (1. 3) 介護ボランティア単位制

第4節 (1. 4) 政策提言におけるまとめ

補論

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

平成 12 年度（2000 年）に施行された介護保険制度は高齢化社会を支える政策としては画期的であり、施行後サービス内容や施設に関して改正法が出され、老後の生活を支える制度として定着している。しかし、制度導入後介護サービス利用者が急激に増加する一方で、介護サービス提供体制を支える介護従事者の確保が困難になりつつあるという状況になっている。要介護者は今後も増加していくことが予想され、介護従事者の確保問題はますます深刻になるものと思われる。いまのところ注目されずに見落とされているが、将来の介護従事者が十分確保できるかどうかを左右する大きな要因の一つは、少子高齢化の進展速度における地域間格差である。

現在の日本の人口を見てみると介護保険の主な対象である 65 歳以上の高齢者は年々増加しているが、高齢者の増加速度には地域差がみられる。一方で、介護労働の提供源である若年人口は今後減少する見込みであるが、その減少速度にも地域格差がある。高齢化の進捗が地域によって異なることで、介護提供体制が高齢化の進捗についていけない地域では、介護従事者の不足によるサービス提供の格差がより深刻な問題となる可能性がある。

そこで本稿では、今から 10 数年先における地域ごとの介護従事者の需要と供給を予測することで、将来における介護従事者確保問題の地域間格差の度合いについて検証分析する。具体的には、社会保障と税の一体改革成案において示された国レベルの将来予測を土台として、高齢者 1 人当たりの介護サービス利用程度が今後も現在と同程度であると想定して、将来の高齢者人口推計によって 2025 年における介護サービス利用者を都道府県別およびサービス種類別に推計する。さらに、推計した介護サービス利用者に現在と同程度のサービスを提供するために必要となる介護従事者数を推計する。一方で、若年者のうちの介護従事者の割合が今後も同程度であると想定した場合の 2025 年における介護従事者数を将来人口に基づき都道府県ごとに推計し、必要となる介護従事者が確保できるかどうかを都道府県ごとに検証する。また、必要となる介護従事者数を確保するためには、国全体あるいはそれぞれの都道府県で、介護従事者が若年人口に占める割合がどの程度になる必要があるかについても推計をおこなう。

推計によって、介護従事者が若年人口に占める割合が現状のままであるとすると、2025 年にはすべての都道府県で介護従事者が不足すること、および、その不足の度合いには大きな地域間格差が存在することが示される。介護従事者確保のためには、福祉介護職の雇用者を増やす政策と同時に、今現在の福祉・介護職を取り巻く環境（低賃金、激務など）の改善も視野に入れ、検討する必要があるのは当然であるが、その際にも全国レベルではなく各都道府県レベルの目線で考え、各地域に適した介護需給調整を図れるような政策展開が必要であることが明らかとなる。

以上の分析を踏まえ、本稿では今後進展する高齢化に対応し得る人材・人員数を確保し、必要な所に必要な人員を配分することが可能となるような政策の在り方について検討する。それにより地域間に存在する介護供給体制格差を緩和することを目的とし、高齢者により良い介護を提供できる福祉社会を構築することを描くビジョンとする。

本稿における政策提言は次の 2 つが軸となる。

1つ目は、大学生に対しての介護実習単位制の導入である。介護実習体験を通して現在の社会の状況や介護士の職務を把握してもらうと同時に、現在不足する介護士の数を学生で補うことを目的とする。

2つ目は、保育施設と介護施設の併設である。この政策を行うことで、保育施設に子どもを預けて介護サービスに従事するという環境ができ、介護職を持つ子育て世代の女性の就労も促進することができる。この政策を導入することで、介護職員数の増加を目指す。

この2つの政策と並行し、介護職員の労働環境の改善も進めていく。

第1章では現在の日本の介護環境の状況について論議する。介護サービス提供に必要な介護保険についておよび少子高齢化問題、将来人口について具体的な数値を出し議論する。第2章では第1章に基づき、介護における問題意識を提起する。全国レベルの視野ではなく、各都道府県別の視点に立ち、平均化されている介護分野の問題をより深く、明確に示し、問題提起とする。第3章では問題意識と分析を始めるにあたって、全国レベルでの介護職員の需給予測をおこなっている先行論文である川越(2009)と、介護従事者の離職理由について分析をおこなっている花岡(2009)の議論を整理する。第4章では各都道府県介護サービス種類別の要介護認定者数とそれを充足するに足る介護従事者数割合(マンパワー)を推計し、2025年における都道府県別の介護需給状況を算出する。第5章では介護における地域間格差を是正するための政策について検討する。具体的には、大学生における介護体験単位制度導入、介護施設の保育施設併設提案、介護環境改善について議論する。

第1章 介護労働を取り巻く状況

第1節 介護保険制度の概要

この説では介護保険について整理する。介護保険の概要及び経過についての知識を深める事は介護の環境を読み解く上で重要な意味を持つ。本稿にて取り扱う情報は介護保険に基づいて構成されているため、参考とされたい。

介護保険とは少子高齢化の進展に伴う介護ニーズに対応するため、平成 12 (2000) 年度に創設された社会保険制度である。

介護保険制度制定以前、特別養護老人ホームは措置制度、老人保健施設や介護療養型医療施設は医療保険の老人保健制度で利用することになっていた。しかし、介護サービスを2つの制度で給付していたため、異なる制度で給付されるサービス間で費用負担に偏りが生まれた。加え、社会福祉制度の利用は歴史的な理由などからくるスティグマを拭いきれず、施設選択は被保険者の心身状況ではなく、自己負担額やスティグマの有無により左右されていた。このことが社会的入院を生み、高齢者医療費の増大や医療、介護分野において非効率な資源分配が行われていた。このような弊害をなくすために従来制度から介護保険という独立した制度への転換が行われた。

加齢に伴う病気により要介護状態になる可能性が高まるため、日本に住む 40 歳以上の国民は住所のある市町村の介護保険の被保険者となる。介護保険の被保険者は年齢によって 65 歳以上の第一号被保険者と 40 歳以上 64 歳未満の第二号被保険者の 2 つに区分され、それぞれ保険料の計算方法や徴収方法が異なる。

介護保険の給付を受けるにはまず初めに市町村による要介護認定が必要となる。心身の状況や介護状態を基に決められた要介護度に従い、介護サービスを受けることとなる。要介護認定審査は全国一律の要介護認定基準によって判定され、自立、要支援 1、2、要介護 1-5 の 8 段階に分けられる (2006 年度の制度改革以前は、自立、要支援、要介護 1-5 の 7 段階であった)。しかし第二号被保険者については介護状態が特定疾病によるものか否かの判定も行われ、特定疾病が原因と判断された場合のみ、介護給付の対象となる。

介護保険で受けられる給付は介護給付 (要介護者) と予防給付 (要支援者) とに分けられる。施設サービス、居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス等が給付されるサービスである。

利用者負担額は一割が原則であるが施設サービスと短期入所系のサービスは食費、部屋代を別に払わなければならない。ただし低所得者については負担が重くならないように負担限度額が定められている。65 歳以上の第一号被保険者は所得段階別定額保険料で算定される。原則として保険料は老齢年金などから天引きされるが月額 15,000 円未満の被保険者に対しては市町村が直接徴収を行う。40 歳以上の第二号被保険者は医療保険の保険者が医療保険の保険料の中に入れて徴収する。保険料の算定も医療保険と同じ方法で行われるため、加入している健康保険ごと、年収ごとに異なる。

介護保険の保険者は各市町村が受け持っており、介護給付費負担は税金で5割、被保険者の保険料5割で賄われ、運営される。介護保険財政の安定化対策として、国から市町村ごとに介護保険財政調整を行うための調整交付金、都道府県からは予想を上回る給付増や保険料収納不足の場合に財政安定化基金が交付される。

介護保険制度については、5年ごとに制度見直し、3年ごとに報酬見直しが行われ、運営の適正化が図られることとなっている。現在までに、2006年および2009年に介護保険法改正による制度見直しが行われている。

2000年の制度成立以来、介護保険の介護サービス利用者の急激な増加したため、現状のままでは今後介護保険財政が圧迫され、制度維持のための保険料の大幅上昇が懸念されたことが2006年の制度改革の改革意図であった。2006年制度改革の内容としては以下の通りである。

- ・軽度者の大幅な増加に対応するため、介護予防サービスによる予防重視型システムへの転換。
- ・要介護認定度の細分化
- ・在宅と施設利用者負担の公平化（施設利用者は食費、部屋代などを自己負担）
- ・認知症高齢者、独居高齢者の増加に対応するため地域密着型サービス等の新サービス体系の確立
- ・サービスの質向上のため介護サービス情報公表、ケアマネジメントの見直し
- ・低所得者の保険料設定の改定
- ・介護報酬改定

2009年の制度改革は、社会問題となったコムスン問題を受け、介護サービス事業者の不正事案再発を防ぎ、介護事業運営の適正化を図ることが目的であった。具体的には以下の通りである。

- ・事業者の法令遵守が不十分として業務管理の体制整備義務付け
- ・事業者本部への検査権限創設
- ・不正事業者による処分逃れ対策
- ・一律連座制の見直し
- ・事業廃止時のサービス確保対策

このように介護サービス提供体制の適正化が図られた。次節では少子高齢化の進展と問題を考察する。

第2節 少子高齢化の進展

現在日本では図 1-1 からわかるように少子高齢化が大きく進んできている。総務省「人口推計」によれば、平成 21 (2009) 年 10 月 1 日の時点では日本の総人口は約 1 億 2,751 万人であり、その中での 65 歳以上の高齢者は約 2,900 万人で、その割合は 23%ほどであり、およそ 5 人に 1 人が高齢者という状況になっている。国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）』の出生中位・死亡中位推計によれば、2025 年には、総人口が減少し約 1 億 2,100 万人となると予想されている一方で、高齢者の人口は 3,600 万人を超え、総人口の中で 30%を超えるほどの割合を占めるようになり 3 人に 1 人が高齢者という社会構成になると予想されている。

また、少子化も進んでおり、2009年には0~14歳の総人口に占める割合が13.5%だったのに対し、2025年には約10.0%と4%近く減少すると推計される。これにより後の生産年

年齢人口の割合が徐々に減少し、生産年齢人口 1 人当たりにかかる負担も少しずつ増加していくことになる¹。

日本において人口を推計する調査の代表は 5 年に 1 回実施される国勢調査であり、近年の調査としては、平成 7 (1995) 年、平成 12 (2000) 年、平成 17 (2005) 年に行われた²。この国勢調査によると、生産年齢人口は戦後一貫して増加を続け、平成 7 (1995) 年の国勢調査では 8,717 万人に達したが、その後減少局面に入り、平成 12 (2000) 年の国勢調査では 8,621 万人、平成 17 (2005) 年の国勢調査では 8,409 万人にまで減少を続けている。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、この減少傾向が続くと考えられており、平成 37 (2025) 年には 7,096 万人にまで減少するとされている。平成 37 (2025) 年は、現在、団塊の世代と呼ばれる生産年齢人口に属する人々が、75 歳以上の後期高齢者人口に属するようになり、医療・介護保険給付費のさらなる増大が予想されている。

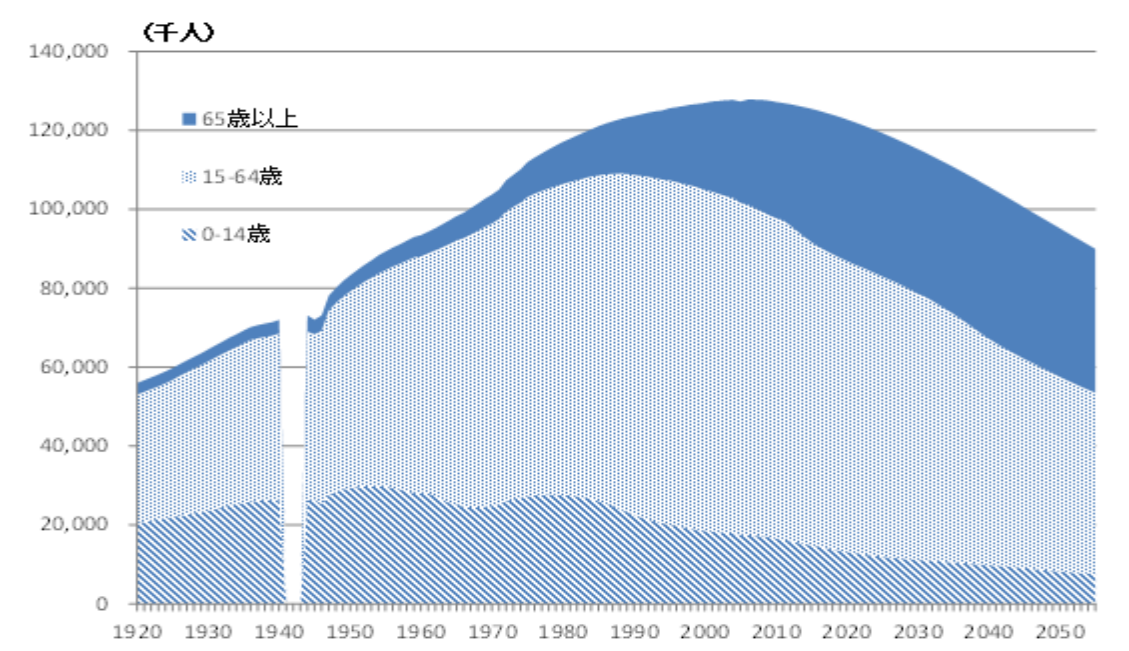
次に都道府県別に将来人口を見ていく。2008 年の人口 (図 1-2) と 2025 年の将来人口 (図 1-3) との変化を見てみると、ほとんどの都道府県で人口が減少することがわかる。また、すべての都道府県で、65 歳以上の高齢者の人口が増加すると考えられ、2025 年にはほとんどの都道府県で高齢者の割合が 30% を超えると推計される。東京においては総人口に占める 64 歳以下の人口が減少すると予想されているにもかかわらず、総人口は増加するという点から、高齢者の増加が顕著に表れているといえる。

高齢者の増加率が最も高くなると予想されるのが沖縄で、2005 年に約 23 万 7 千人だった高齢者の人口が、2025 年には約 1.5 倍となる 35 万 4 千人ほどになると推計される。他にも、埼玉、千葉なども 1.4 倍を超えており非常に高い増加率だといえる。しかし、沖縄は高齢者の割合が最も低く、2025 年でも約 25% となっている。逆に増加率の低い下位 3 県 (秋田、島根、高知) を見てみると、共通して言えるのが、2008 年の時点で他の都道府県と比べて、高齢者の割合が高いということだ。その分増加率は低くても、2025 年にもその割合は上位 3 県となっている。この結果から、現時点で、ほかの都道府県よりも高齢化が進んでいるといえる。対照的に沖縄は高齢化の進みが最も遅いといえる。

¹ 生産年齢人口とは年齢別人口のうち労働力の中核をなす 15 歳以上 65 歳未満の人口層のことを言う。15 歳以上の人口のうち就業者 (休業者も含む) と失業者の合計を指す労働力人口とは異なる。

² 国勢調査では、総人口の推移だけでなく、年齢 3 区分別人口の推移、人口割合の推移、人口動態率と人口動態数の推移に至るまで調査された。国勢調査の目的としては、実態を把握し各種行政施策の基本資料を得ることとされているが、国勢調査の利用は政治や行政などの公的な目的にとどまらず、民間企業の経営判断や研究活動などにも広く活用される。

図 1 - 1 人口の推移実績と見通し



(出所) 平成 12 年までは総務省「人口推計資料 No.76 我が国の推計人口 大正 9 年～平成 12 年」。平成 12 年から平成 21 年までは総務省「人口推計」および「国勢調査」。平成 22 年以降は国立社会保障人口問題研究所『日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計)』の出生中位・死亡中位推計。

図 1 - 2 2008 年 都道府県別年齢 3 区分人口

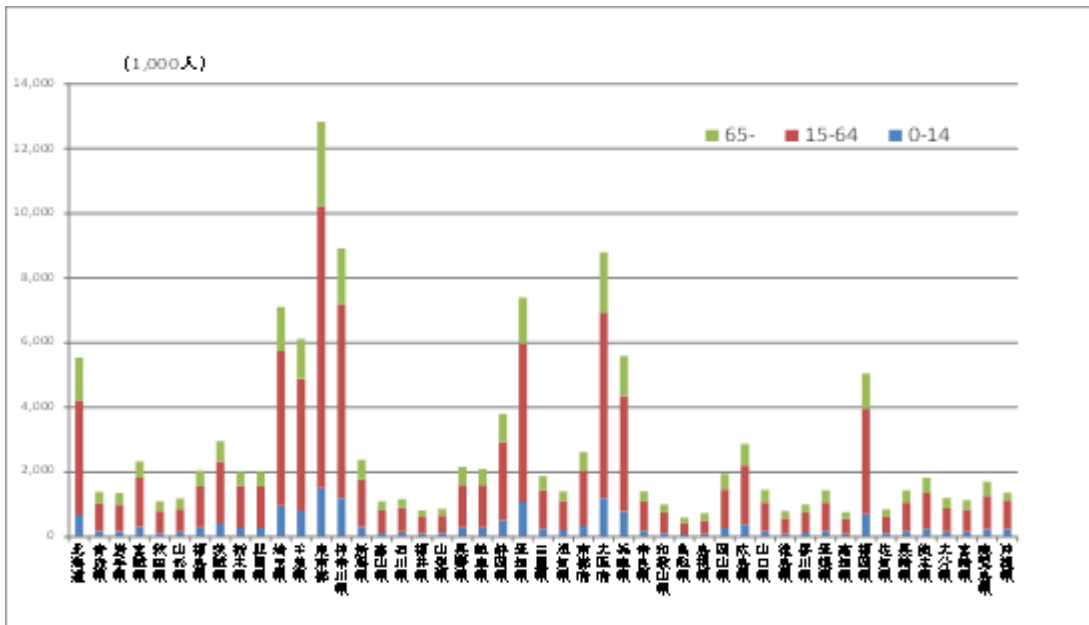
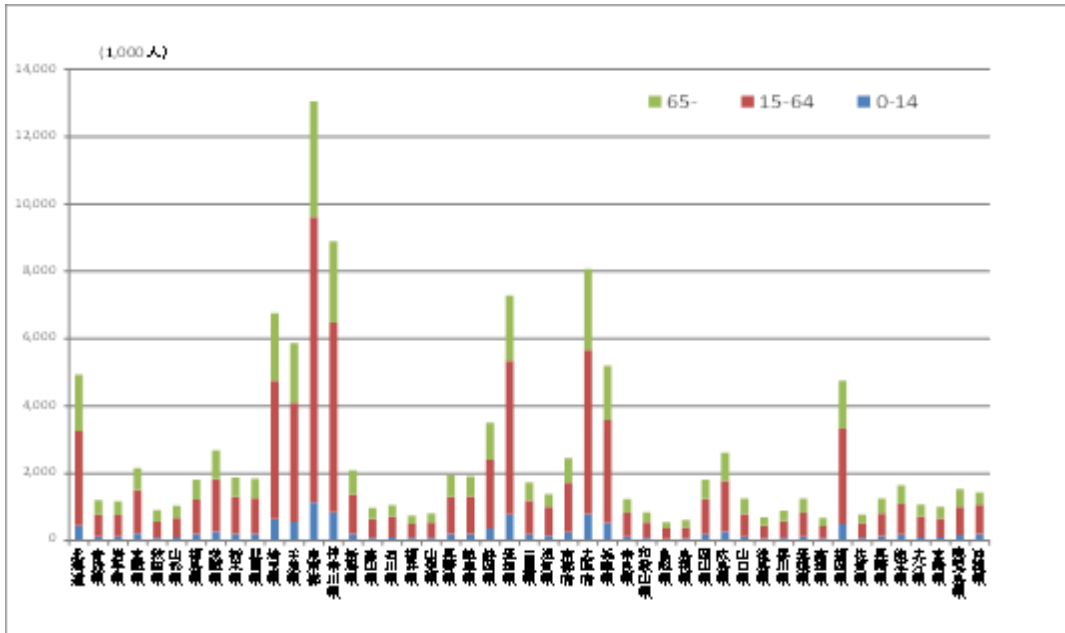


図 1 - 3 2025 年 都道府県別年齢 3 区分人口 (推計値)



第2章 介護労働の現状と見通し

政府は、2011年6月末に社会保障と税の一体改革成案をとりまとめた。改革案の具体的な議論が行われた社会保障改革に関する集中検討会議において、2025年ごろまでの医療・介護サービスの需給状況や、必要となるマンパワーの推計が行われた。

表2-1は現状の介護提供体制が現状のまま続いた場合の利用者・介護職員数（現状投影シナリオ）と、選択と集中により、医療・介護サービスの再編が行われ、在宅介護により重点を置いた提供体制への変更が行われた場合（改革シナリオ）での将来の利用者と介護職員数を示している。

表2-1 政府によるマンパワー推計

1 現状投影シナリオ					単位: 万人			
サービス種類	病床数・利用者数				介護職員数			
	2011	2015	2020	2025	2011	2015	2020	2025
特養	48.0	60.6	73.7	86.0	48.7	48.7	48.7	48.7
老健(従来型)	34.8	43.6	52.3	60.3	36.0	36.0	36.0	36.0
老健(療養型)／介護療養	9.0	10.7	12.8	14.8	36.7	36.7	36.7	36.7
特定施設	15.2	18.0	21.5	24.8	47.8	47.8	47.8	47.8
GH	16.0	19.9	23.6	26.9	93.8	93.8	93.8	93.8
居宅系	303.5	342.3	391.3	433.9	25.9	25.9	25.9	25.9

2 改革シナリオ					単位: 万人			
サービス種類	病床数・利用者数				介護職員数			
	2011	2015	2020	2025	2011	2015	2020	2025
介護								
特養		57.0	65.4	72.2		52.8	52.8	52.8
老健(従来型)		37.0	40.2	42.2		37.8	39.2	39.2
老健(療養型)／介護療養		11.6	14.2	16.6		38.5	40.0	40.0
特定施設		17.9	21.1	24.0		47.8	47.8	47.8
GH		20.3	27.4	36.9		93.8	93.8	93.8
居宅系		352.3	405.2	449.4		26.3	28.2	29.0

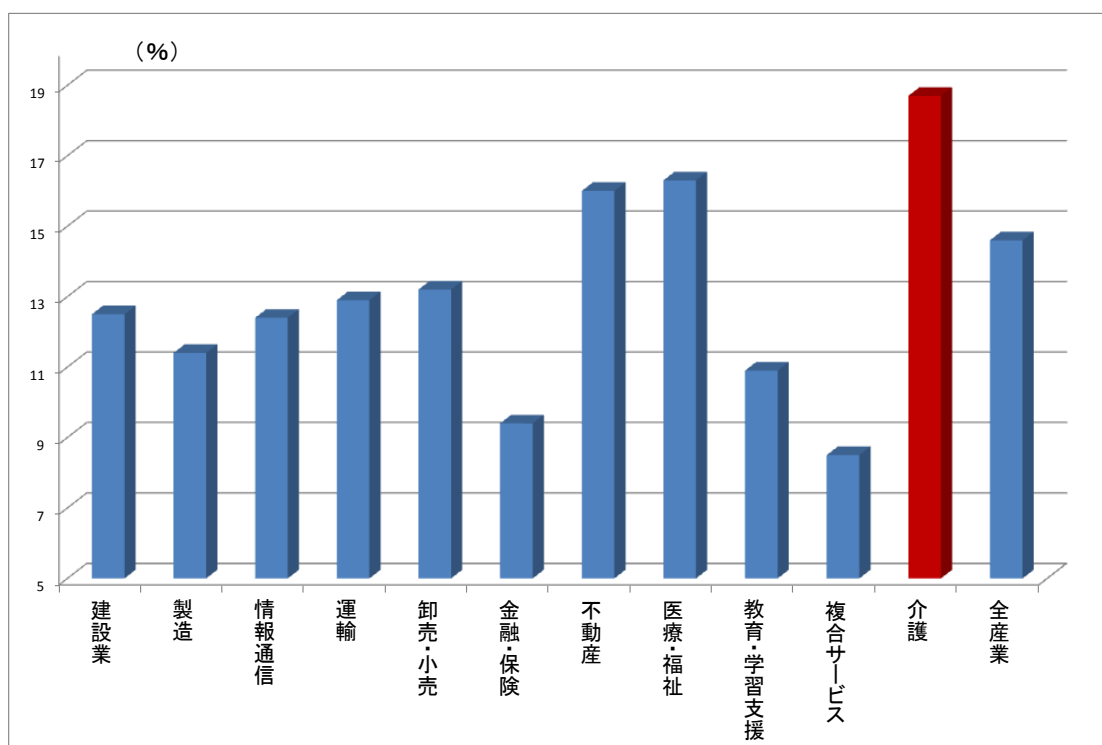
しかしこのシミュレーションでは全国レベルでの予測しかされていない。全国レベルの予測では、実現が可能であるかどうかはわからない。全国レベルでみるということは、都道府県単位では見ておらず、国全体でみれば必要となる介護職員数を確保できても、各都道府県での需要はわからず、理想的に職員が配分されるとは考え難い。前章で述べたように都道府県ごとに高齢化の進度には差があり、全国レベルで見ただけではわからない。また高齢者の数も都道府県ごとにより異なるため介護職員数も都道府県別に見れば需給には大きな差があり、それぞれの都道府県の利用者数に見合った人数を割り振ることも必要である。簡単に割り振るといっても割り振るにはそれだけの人数が必要となる。しかし、現状におい

ても介護職員数はかなり不足している。現状の介護職員の数では、それぞれの都道府県の必要とする職員数を満たすことはできない。

介護職員数が不足している要因として、離職率の高さと労働環境の悪さがあげられる。

まず、離職率の高さであるが、図2-1は平成20年における介護職員の離職率である。これによると介護職員の離職率は18.7%となっており、非常に高いことが分かる。他の業種と比べても高くなっており、全産業の平均離職率も約4%上回っている。

図2-1 職種別離職率（平成20年）



(資料出所) 厚生労働省「介護職員処遇改善交付金についての政策レポート」

また、介護士の免許を持っている人のうち、介護職に就いている人は半数ほどで、非常に少ない状況である。免許を持っていても介護以外の職に就くということが多くみられる。これは労働環境が悪いことに起因している。悪い労働環境の1つの要素として、賃金があげられる。他の業種と賃金を比較してみると、男女ともに低いことがよくわかる。全産業の平均と比較してみると、10万円以上低いことが分かる。またほかの要素として、長い労働時間や待遇への不満、夜勤の人員配置過少による体力的な不安や精神的な不安など様々な問題がある。

このような労働環境が改善されない限り、介護職員として働くという選択はしづらくなり、介護職員の不足につながっている。需要に見合った職員数の確保がまず必要で、その次に職員の割り振りが求められる。

表 2-2 業種別賃金比較

	男女計			男性				女性			
	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	決まって支給する 現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	決まって支給する 現金給与額 (千円)	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	決まって支給する 現金給与額 (千円)
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	25.3	39.3	8.6	465.1	74.7	38.7	8	288.3
社会保険 社会福祉 介護事業	39	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	70.9	39.6	10.6	407.7	29.1	33.8	6	275
医師	40.9	4.8	888.9	78.8	42.4	5	937.8	21.2	35.3	4.3	706.7
看護師	35.9	6.8	322	6.2	33.8	6	312.2	93.8	36	6.9	322.6
准看護師	44.5	9.9	277.1	8.3	38	9.7	292.5	91.7	45.1	10	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	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
ケアマネージャー	44.9	7.1	260.3	24.2	39.9	7	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」

第3章 本稿の位置付け

第1節 介護労働に関する先行研究

本稿における分析と関連が深い先行研究に川越（2009）がある。川越（2009）では看護師と介護職員の数を養成状況や離職率の面から分析することで就業状況の現状を把握している。また団塊の世代が後期高齢者となる2025年における医療・介護サービスの需要予測を、現行の制度をベースとして年齢階級別入院・外来受療率、介護サービス需給率のトレンドといった医療・介護需要に係る指標を将来に投影する方法を用いて、2025年における需給予測を行っている。その結果によれば、2025年の介護サービス受給者数は632.4万人で、要介護度別でみると要支援が128.5万人、要介護1が106.9万人、要介護2が123.4万人、要介護3が114.5万人、要介護4が92.4万人、要介護5が66.6万人と推計されている。川越（2009）の足元時点の2008年の介護サービス受給者が367.8万人であるから、これが2025年には約1.7倍になることになる。さらに川越（2009）は、（1）要支援はすべて在宅を利用、（2）要介護の9割は在宅、1割は居住系サービスを利用、（3）要介護2以上の63%は在宅、10%は居住系サービス、27%は特養・老健を利用、という3つの仮定をおき、2025年度の介護サービス受給者の所在地を、在宅474万人、居住系サービス51万人、特養・老健107万人と推計している。この推計値を「社会保障と税の一体改革成案」における現状投影シナリオの2025年の推計値と比較すると、一体改革成案では在宅434万人、居住系サービス52万人、特養・老健161万人となっており、在宅利用者と居住系サービス利用者の推計値はほぼ同程度の水準であるのに対して、特養・老健の推計値は川越（2009）の推計値の方が大幅に小さくなっている。これは川越（2009）の推計では施設利用者の割合が今後減少することを想定しているためであると考えられる。

さらに川越（2009）は、病床100床当たり、介護サービス受給者100人当たりの介護職員数のトレンドと、介護サービス利用者の将来推計値を基に、2025年における介護職員の需要予測をおこなっている。それによれば、2025年における介護職員の需要量は病院が30.8万人、有床診療所が2.4万人、無床診療所が4.3万人、在宅が71.6万人、特定施設およびグループホームが25.7万人、特養・老健が35.0万人となっている。総数では2005年時点の104.2万人の介護職員が2025年には169.9万人と約1.6倍になる必要があり、需要増加に対応するためには、介護職員数は年平均3.3万人の増加が必要と推計されている。川越（2009）はこの増加分の9割程度を、介護福祉士の増加分とすると、現在の年間の介護福祉士の純増分とほとんど一致していることから、現在の新規養成、再就業、離職のバランスを保つことができれば、全体としては達成可能なレベルと考えられるとしている。しかしながら、一体改革成案における2025年度の介護職員マンパワー必要量は現状投影シナリオで213～224万人となっており、川越（2009）の推計の1.25倍～1.32倍大きい推計値となっている。この違いが生じた理由としては、一体改革成案の推計が病床100床当たり介護職員と介護サービス受給者100人当たり介護職員数が将来も現在と等しいと仮定しているのに対して、川

越(2009)の推計では、それらがトレンドをもって推移すると仮定していること、そもそもの介護サービス利用者数の推計値に違いがあることなどが考えられる。

川越(2009)は、介護サービス受給において問題となるのが介護従事者に対する給与などを含めた雇用条件が厳しいことであり、その中で、再就業と離職のバランスを現在と同じように保つことができるかが重要となると指摘し、他産業の離職状況をチェックし、それに応じた対策が今後必要であるとしている。また、介護福祉士養成の新カリキュラムと国家試験とを経ることになるために、より充実した労働力に見合った支援策が求められるとしている。

このように、将来にわたって必要となる介護従事者を確保するためには、供給側である介護従事者の就業行動についての分析が欠かせない。それをおこなった先行研究として花岡(2009)がある。花岡(2009)では介護従事者の低賃金が近年の労働力不足の原因と指摘している。2009年4月に介護従事者の賃金上昇による従事者確保を目的として、介護報酬が3%引き上げられた。しかしながら賃金と職の定着との関係性についてはこれまでほとんど研究されていない。今後、介護従事者の定着に関する政策を行うためには介護従事者の賃金が離職行動にどう影響するかつきつめることが重要であるとしている。そこで花岡(2009)は分析の際に、介護従事者が職種別に就業形態や労働者の属性が異なることと、介護労働の需給における地域間のばらつきの2つの点を考慮し、他職種もしくは同一の介護サービス職における介護従事者の相対賃金に着目し離職率に与える影響について仮説を立てて分析している。

また花岡(2009)は、離職時に介護サービス職以外に就業することも考慮し、その場合の賃金と比較した介護従事者の賃金が事業所離職率に与える影響と、同一の介護サービス職で別事業所の就業機会における賃金と比較した介護従事者の賃金が、事業所離職率に与える影響を区別して分析を行い、相対賃金の上昇が離職率を有意に低下させる影響があることを示している。また、地域における他職種との相対賃金の違いが介護事業所の離職率に有意な差異を生じさせていることが、一部の就業形態も示している。花岡(2009)は、研修、安全対策、感染予防対策、腰痛予防対策が、離職率にマイナスの影響を与えていることから、既に就業している介護従事者において、教育訓練や職場環境といった非金銭的条件の方が、賃金よりも、離職行動に大きな影響を与えている可能性を指摘している。

第2節 介護労働の地域間格差という視点

川越(2009)や社会保障と税の一体改革成案では2025年における医療介護サービスの需要予測、および将来必要となる供給サイドの介護従事者の増加分を計算している。しかしこれらは全国レベルでの数値のため都道府県ごとに必要となる介護従事者数の値までは推計されていない。第1章で述べたように、都道府県ごとに人口の推移が異なるため、将来における介護サービスの需給には都道府県別に差が生じるものと考えられる。介護サービスはサービスが必要とされる地域ごとで提供される必要があり、全国レベルでの需給が均衡していたとしてもそれは地域レベルでの均衡を保証するものでは必ずしもない。また、通常の労働サービスの需給と異なり、全国一律の介護報酬のもとでは賃金による価格調整メカニズムが働きにくく、地域ごとの需給バランスの不均衡が持続しやすいと考えられる。また、川越(2009)では今後も介護職員が純増することを前提に需給予測をおこなっているが、現在のトレンドが今後も持続するかどうかは明確ではない。

そこで本稿では、2025年における介護サービス利用者数と、必要となる介護従事者数を都道府県別に推測する。さらに、現在における若年人口に占める介護従事者の割合をベースに将来の介護従事者数を都道府県別に推計し、必要となる介護従事者を確保するためには若年人口に占める介護従事者の割合がどの程度高まる必要があるのかについて分析をおこなう。

第4章 介護需給の都道府県別 将来予測

第1節 分析の目的

第1章で述べたように、我が国では近年、介護従事者の確保に悩まされてきた。その対策の一環とした2009年からは介護職員処遇改善交付金が創設され、介護職員の賃金の一部を補助するなど、離職率が高く人材確保が難しい現状を是正する措置が講じられている。

第2章における政府の見通しによれば、団塊の世代が後期高齢者となる今後十数年の間に、介護サービスの利用者は一貫して増加し、現在と同じ水準のサービス提供を保障するためにはより多くの介護従事者の確保が必要となると予測されている。現在ですら困難な介護従事者の確保の問題は、今後ますます深刻化していくと考えられる。

さらに問題なのは、介護サービスはサービス利用者の居住する地域ごとで提供されるものであり、地域ごとのサービス利用者の増加に合わせて地域ごとで介護従事者を確保しなければならないという点である。第1章で見たように、高齢者の増加速度には地域差があり、介護サービスの利用者は主に高齢者であることから介護サービス利用者の今後の増加速度にも地域差が出てくるであろうことが推察される。

政府は10数年先(2025年)までの介護サービス受給予測を行っているが、これは国レベルであり、地域単位での見通しは3年ごとの介護保険事業計画に沿って行われるため計画期間内の短期的な見通しにとどまっている。先行研究においても全国レベルでの介護従事者の需給予測は行われてきたが、都道府県レベルでは全くと言っていいほど行われていない。そこで本稿では、2025年までの各都道府県単位での介護サービス受給予測を行うことで、今後の介護サービス受給にどの程度の地域間格差が生じることになるかを推計する。これにより、将来の介護従事者確保問題が地域によってどの程度深刻さが異なるかを明らかにし、今後さらに増え続ける65歳以上高齢者を支えるために、必要となる対策について考える基礎としたい。

第2節 分析の手法

この第2節では介護サービスの需要側である要介護認定者について、2025年における都道府県別の将来人数の推計方法について説明する。推計のベースとなる2025年の都道府県別年齢階級別の将来人口については、国立社会保障・人口問題研究所の『日本の都道府県別将来推計人口』（平成19年5月推計）（以下、将来推計人口と呼ぶ）からとった。推計では都道府県別×年齢階級別要介護度別の認定率が足元の2010年の値のまま変わらないと仮定して、将来人口に認定率をかけることで要介護認定者数を求めた。

推計に必要な都道府県別×年齢階級別×要介護度別認定率の設定方法は以下のとおりである。まず、足元2010年の全国レベルの年齢階級別×要介護度別認定率を「社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）」（平成23年6月2日）の配布資料「医療・介護に係る長期推計」（参考資料1-2）とあわせて公表されたバックデータ（以下、医療介護バックデータと呼ぶ）からとった。これを『人口推計（総務省）2009年10月1日現在』の都道府県別×年齢階級別人口にかけることで、年齢階級別×要介護度別認定率が全国レベルと同じであると仮定した場合の要介護度別認定者数（仮定値）を都道府県ごとに求めた。つぎに、実際の2009年度の要介護度別認定者数を『介護保険事業状況報告（厚生労働省）』からとりそれを、要介護度別認定者数（仮定値）で割った値を求めた（乖離率）。求めた乖離率は表4-1のとおりである。この都道府県別×要介護度別乖離率を全国レベルの年齢階級別×要介護度別認定率にかけたものを都道府県別×年齢階級別×要介護度別認定率とした。こうして求めた認定率に2025年の年齢階級別人口をかけて、都道府県ごとの要介護度別認定者数を算出した。

この推計は認定者数であり必ずしも利用するとは限らない。また、利用するサービスにも違いがあり、必要となる介護職員数にも影響を与える。そこでより詳細な推計を求めるため、特別養護老人ホーム（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（療養）、特定施設（特定）、グループホーム（GH）、在宅利用ごとにそれぞれ介護サービスの種類ごとに将来の都道府県別×要介護度別利用者を推計する。

表 4-1 実際の認定者数との乖離率

	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
北海道	1.34	1.45	1.19	0.99	0.90	0.83	0.92
青森県	1.10	1.21	1.24	1.31	1.13	1.07	1.24
岩手県	0.98	1.00	1.07	1.01	1.01	0.98	1.04
宮城県	1.28	0.99	1.05	0.90	0.95	0.99	0.88
秋田県	1.06	1.15	1.26	1.10	1.08	1.11	1.27
山形県	0.97	1.01	1.03	0.92	0.96	0.94	1.01
福島県	0.96	1.15	0.86	0.90	0.94	0.97	0.98
茨城県	0.63	0.88	0.90	0.88	0.96	0.90	0.79
栃木県	0.86	1.08	0.88	0.87	0.94	0.98	0.82
群馬県	0.98	1.22	0.98	0.92	0.99	0.95	0.85
埼玉県	1.00	1.01	1.08	0.96	1.02	0.97	0.79
千葉県	0.98	1.12	1.00	0.91	0.94	0.91	0.80
東京都	1.27	1.19	0.97	0.98	0.98	0.96	0.95
神奈川県	1.03	1.29	0.95	1.05	1.00	0.95	0.92
新潟県	0.83	1.09	0.95	0.93	1.05	0.98	1.09
富山県	0.84	1.00	1.00	0.93	1.01	1.00	0.99
石川県	1.00	1.22	1.03	0.99	1.02	0.93	0.92
福井県	0.67	1.07	1.00	0.92	0.88	0.92	0.91
山梨県	0.61	0.89	0.80	0.89	1.00	0.87	0.79
長野県	0.77	0.98	0.98	0.91	0.93	0.92	0.89
岐阜県	0.98	1.03	0.89	0.97	1.01	0.89	0.89
静岡県	0.80	0.92	1.04	0.88	0.92	0.89	0.79
愛知県	1.05	1.27	0.98	0.99	0.99	0.93	0.81
三重県	1.15	1.35	1.18	1.08	1.10	1.02	0.91
滋賀県	0.76	1.10	1.14	1.04	1.04	0.94	0.84
京都府	1.05	1.46	0.95	1.17	1.14	1.03	0.94
大阪府	1.95	1.82	1.17	1.23	1.11	1.10	1.01
兵庫県	1.82	1.46	1.15	0.94	0.98	0.90	0.87
奈良県	1.31	1.65	0.93	1.03	1.05	0.88	0.75
和歌山県	1.88	1.66	1.04	1.08	1.07	1.07	1.08
鳥取県	1.12	1.18	0.88	0.99	0.96	0.98	1.00
島根県	1.17	1.22	1.04	0.98	0.89	0.93	1.00
岡山県	1.28	1.52	1.14	1.05	1.01	0.96	1.01
広島県	1.67	1.44	1.12	0.99	0.96	0.85	0.93
山口県	1.38	1.21	1.13	0.91	0.90	0.89	0.92
徳島県	1.69	1.84	0.97	1.11	1.06	0.98	0.93
香川県	1.03	1.38	1.10	1.04	0.95	0.83	0.84
愛媛県	1.49	1.45	1.13	0.95	0.97	0.97	1.08
高知県	1.29	1.01	1.00	0.85	0.90	0.94	1.19
福岡県	1.64	1.39	1.27	0.96	0.94	0.88	0.78
佐賀県	1.41	1.19	1.13	0.86	0.97	0.79	0.69
長崎県	2.26	1.64	1.32	0.94	1.05	0.89	0.78
熊本県	1.39	1.32	1.12	0.88	0.87	0.88	0.88
大分県	1.85	1.43	1.00	0.94	0.90	0.90	0.89
宮崎県	1.11	1.01	1.06	0.87	0.89	0.82	0.96
鹿児島県	1.52	1.25	1.07	0.86	0.94	0.95	0.99
沖縄県	1.09	1.24	0.88	0.85	1.07	1.11	1.08

介護サービス種類別×都道府県別×年齢階級別×要介護度別利用者数の推計方法は以下のとおりである。まず、医療介護バックデータより、2011年における全国レベルの年齢階級別×介護サービス種類別×要介護度別のある日の介護施設等利用状況の対人口割合をとった。この割合が将来も一定であると仮定して、これに2025年全国の年齢階級別将来推計人口をかけて、介護サービスの種類ごとの利用者数を求めた。この介護サービス種類別の利用者数を全国ベースの年齢階級別×要介護度別認定者数で割ることで要介護認定を受けた人のうち、各施設やサービスを利用、入所している割合を年齢階級別×要介護度別に算出した。このデータを足元として、前述、認定率を用いて推計した将来の都道府県別×年齢階級別×要介護度認定者にかけることで、介護サービスごとの都道府県別利用者数を求めた。

このようにして求めた2025年における都道府県ごとの介護サービス利用者数を使って、2025年における利用者すべてに介護サービスを提供するために必要となる介護従事者数を推計した。以下は都道府県別に出した将来の介護従事者数の推計方法である。

医療介護バックデータのマンパワー推計より、2011年における全国レベルの介護サービス種類別利用者100人当たり従事者数を取り、これが将来も一定であると仮定した。この値を前項で算出した2025年の介護サービス種類別都道府県別利用者数にかけることで2025年に必要となる介護従事者数を算出した。

つぎに2025年における実際の介護従事者数を推計する。これは需給予測を行う上で供給側の役割を持っている。以下はその算出方法である。足元平成19年就業構造基本調査（厚生労働省）からとった都道府県別年齢階級別の介護従事者数から2008年の都道府県別年齢階級別人口を割ることで、介護従事者の就業率を算出した。その割り出した就業率に将来推計人口からとった都道府県別年齢階級別の2025年人口をかけて、2025年の将来介護従事者数を出した。

以下の表4-2は都道府県別年齢階級別に求めた2025年介護従事者数である。これによると、やはり人口に比例して都道府県ごとにバラつきがあることが分かる。また年齢別の従事者数を合計してみると、45-54歳が最も多かった。大きな労働力である15-24歳は65歳に次いで少ない結果となった。

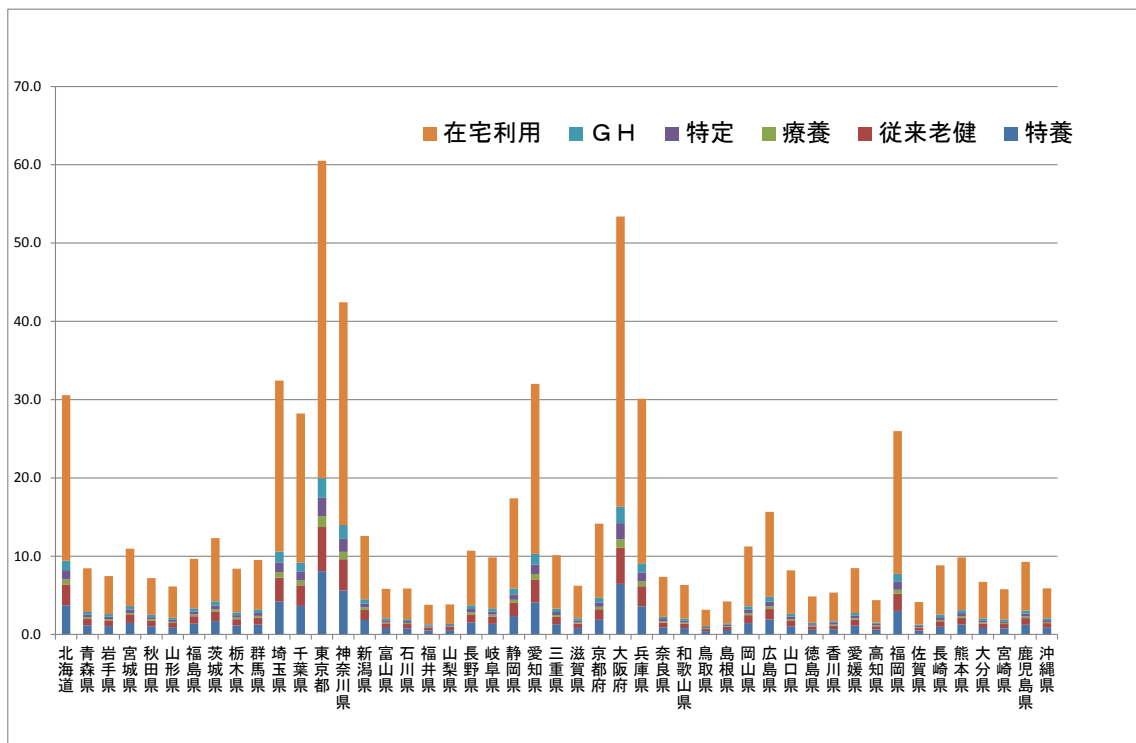
表 4-2 2025 年の年齢階級別介護従事者数

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-	合計
北海道	7.30	9.79	9.88	12.42	5.85	2.06	47.30
青森県	1.48	3.09	3.94	2.79	1.36	0.12	12.78
岩手県	1.55	2.78	2.53	3.37	1.60	0.35	12.17
宮城県	2.35	5.48	3.04	4.22	2.21	0.66	17.96
秋田県	1.04	2.29	2.19	2.73	1.15	0.11	9.51
山形県	1.62	2.68	2.31	2.75	1.46	0.34	11.16
福島県	2.56	2.93	3.45	3.81	1.79	0.60	15.13
茨城県	3.19	5.62	3.06	4.02	1.78	0.41	18.08
栃木県	2.03	3.38	2.65	3.43	2.48	0.41	14.38
群馬県	2.44	3.95	2.95	4.38	1.90	0.38	16.01
埼玉県	4.81	9.32	8.91	12.61	8.47	3.39	47.52
千葉県	3.69	5.82	6.03	12.65	9.14	2.17	39.50
東京都	6.36	13.41	12.51	23.61	14.91	10.15	80.95
神奈川県	4.26	10.84	12.69	18.73	20.36	6.37	73.25
新潟県	2.40	5.29	4.58	6.48	2.62	0.82	22.19
富山県	0.88	2.32	1.66	2.03	1.45	0.95	9.29
石川県	1.26	2.08	1.86	3.38	1.52	0.25	10.35
福井県	0.86	1.52	1.43	1.93	1.03	0.36	7.13
山梨県	0.54	2.00	1.46	2.14	1.34	0.25	7.73
長野県	2.01	4.03	3.38	4.28	3.28	1.27	18.25
岐阜県	2.24	2.85	3.42	4.77	2.37	0.74	16.39
静岡県	3.46	5.37	5.58	10.10	3.95	1.16	29.63
愛知県	8.75	11.13	10.48	19.78	10.52	3.26	63.91
三重県	1.17	3.39	2.62	4.18	2.33	0.97	14.67
滋賀県	1.52	2.43	2.27	3.05	2.04	0.28	11.58
京都府	2.45	4.26	3.70	7.59	4.81	1.00	23.82
大阪府	5.80	15.43	10.37	24.32	11.65	1.80	69.37
兵庫県	3.77	11.98	6.62	15.23	8.70	1.30	47.59
奈良県	1.56	3.07	1.81	3.03	1.74	0.52	11.72
和歌山県	1.07	1.70	2.21	2.90	1.63	0.45	9.97
鳥取県	1.12	1.90	1.21	1.45	0.73	0.23	6.65
島根県	0.95	2.21	1.69	2.18	1.35	0.32	8.71
岡山県	2.84	3.98	4.95	6.24	2.07	0.73	20.81
広島県	2.69	6.36	4.65	8.63	4.17	1.26	27.75
山口県	1.18	3.78	3.06	4.07	2.24	0.69	15.02
徳島県	0.58	1.71	2.04	2.37	1.06	0.35	8.12
香川県	1.36	1.50	1.13	1.95	1.20	0.48	7.62
愛媛県	1.10	3.44	2.77	5.12	2.73	0.59	15.75
高知県	0.71	1.75	1.78	2.04	1.16	0.34	7.77
福岡県	4.81	7.73	9.27	13.09	8.23	1.19	44.32
佐賀県	0.96	2.22	1.63	1.83	0.84	0.24	7.73
長崎県	1.94	3.96	4.08	4.57	2.21	0.60	17.35
熊本県	2.33	4.18	4.04	5.58	2.01	0.73	18.87
大分県	1.05	2.38	2.85	3.97	1.90	0.59	12.76
宮崎県	1.30	2.01	2.49	3.12	2.37	0.37	11.67
鹿児島県	2.25	3.64	4.07	4.06	3.27	0.69	17.99
沖縄県	1.56	3.04	2.49	3.57	2.46	0.45	13.57

第3節 分析の結果

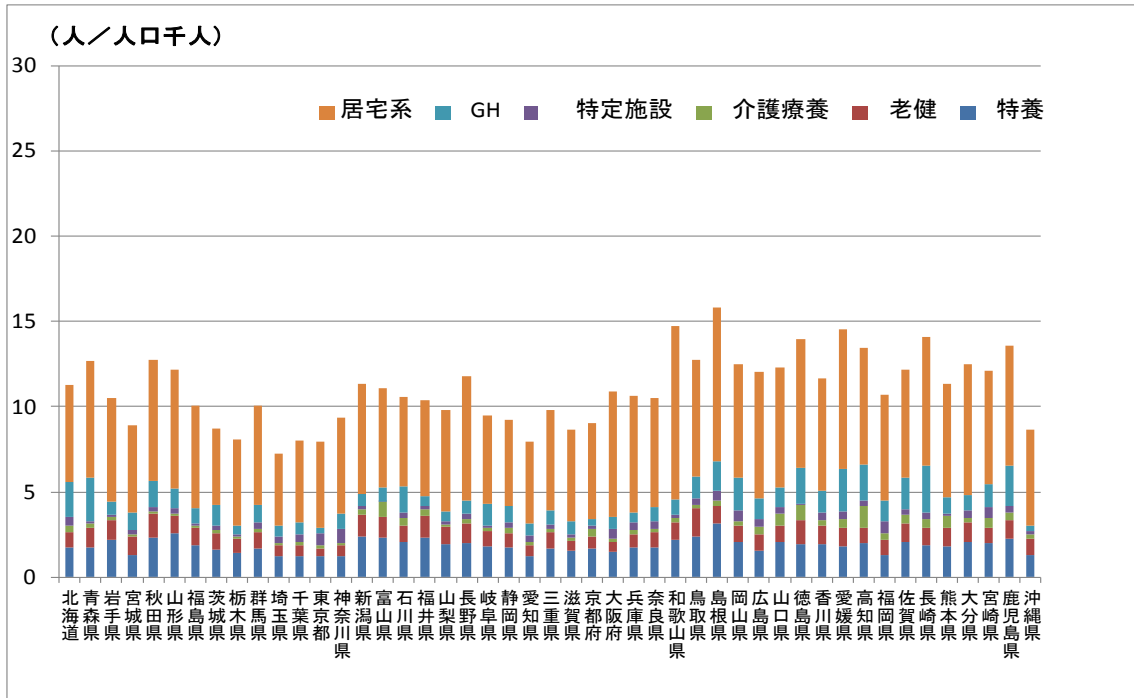
前節の方法により推計した将来の都道府県別の利用者数は図4-1のとおりである。全国合計は646.0万人でその内訳は特養84.1万人、老健59.4万人、療養14.3万人、特定施設25.1万人、グループホーム26.5万人、在宅436.5万人と、先に示した一体改革案の推計値とほぼ同程度となっている。人口の多い3大都市圏や大きな地方中核都市のある県で利用者数が多くなっている。

図4-1 都道府県別介護サービス別利用者数（2025年）



次に、2025年における介護従事者の必要量についてみる。その前に、比較対象として現在の介護従事者数について確認しておく。医療介護バックデータにも収録されている「平成20年介護サービス施設・事業所調査」に基づいて、2008年の都道府県別介護従事者数（対人口千人比）を示したのが図4-3である。これによれば、最も介護従事者数の対人口千人比が多い都道府県は島根県（15.8人）、次いで和歌山県（14.7人）、愛媛県（14.5人）と比較的人口が少ない都道府県における割合が高いといえる。逆に最も少ない都道府県は埼玉県（7.2人）で、次いで愛知県（7.97人）、東京都（7.98人）と人口が比較的多い都道府県は10人を下回る結果となる。島根県と埼玉県との間には約8.6人もの地域間格差が生じている。介護サービス種類別にみると半分近い割合が居宅系に占めていることがわかる。

図 4-2 2008 年人口に占める介護従事者必要量 (対人口千人比)



一方図 4-3 は、本稿で推計した 2025 年に必要となる都道府県別介護従事者数 (対人口千人比) を示している。図 4-2 と比較して明らかなようにどの都道府県も介護従事者数は増加傾向にあるが、都道府県ごとの増加の割合に違いが出ていることも分かる。それが 2008 年から 2025 年にかけて都道府県別の順位の変化として現れている。2008 年において従事者数 (対人口千人比) が最も多かった島根県は 2025 年になると、従事者数が比較的多い都道府県の分類に入っているが、2008 年で 9 番目に多かった秋田県が 27 人と最も多く、増加率においても高い割合であった。また反対に、最も少ない都道府県は沖縄県の 14.1 人となっている。ここで重要視するのが、2008 年では最高位の島根県と最下位の埼玉県との差は約 8.6 人であったのに対して、2025 年における秋田県と沖縄県では約 12.9 人も差が生じている点である。これは近い将来確実に、都道府県ごとの地域間格差が広がっていくといえる。そのため国全体としての政策を行うだけではなく、都道府県という地域間に目を向けた政策が必要となってくる。

図 4-3 2025 年人口に占める介護従事者必要量 (対人口千人比)

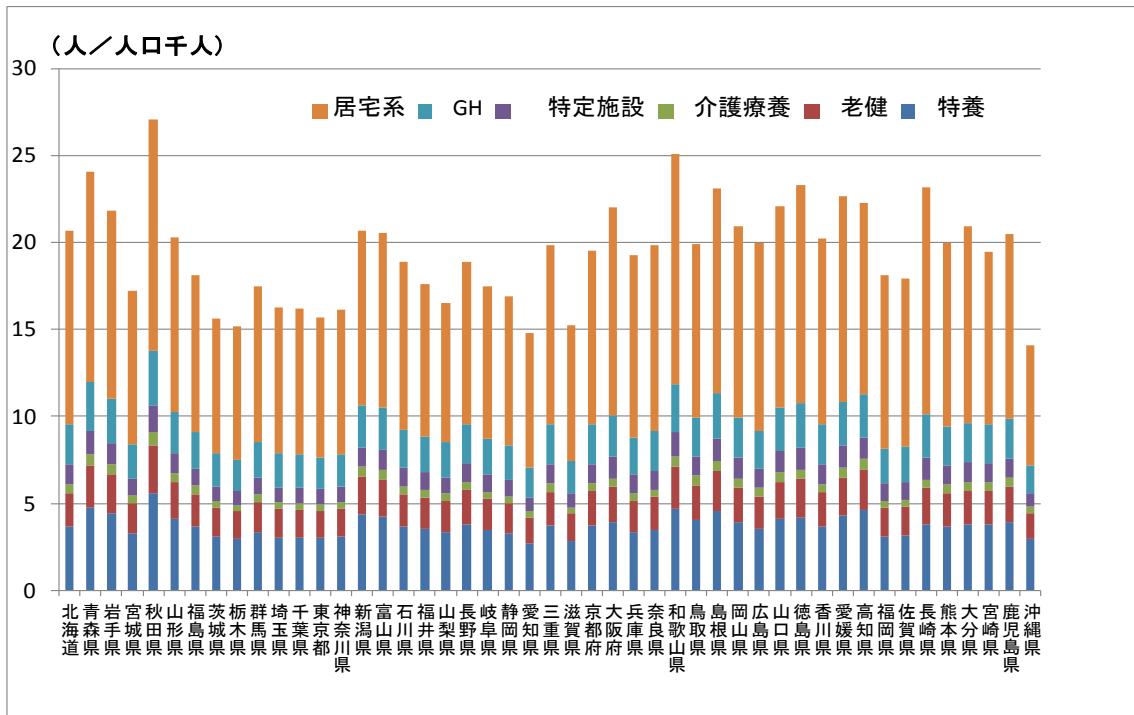
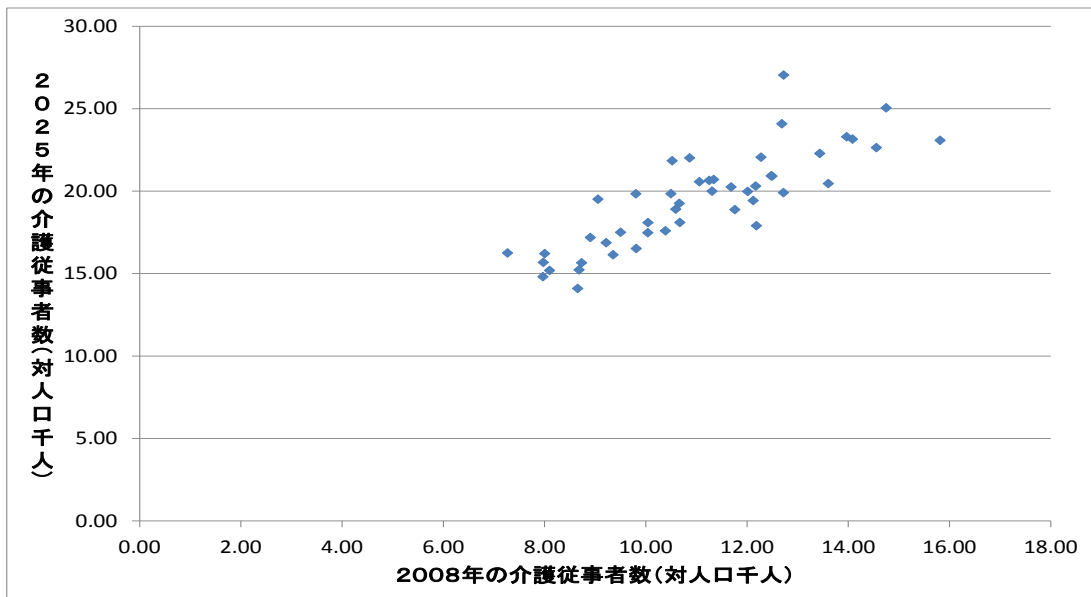


図4-4は2008年と2025年における介護従事者数の相関関係を示している。2008年時点で介護従事者必要量が高い地域ほど2025年においても介護従事者必要量が高いという正の相関がおおむね見られるが、より詳細に観察すると全国平均よりもより多い介護従事者が必要となる地域やその逆の地域が存在する。高齢化の進展速度の違いによって介護従事者必要量の増加速度にも地域差が存在することが分かる。

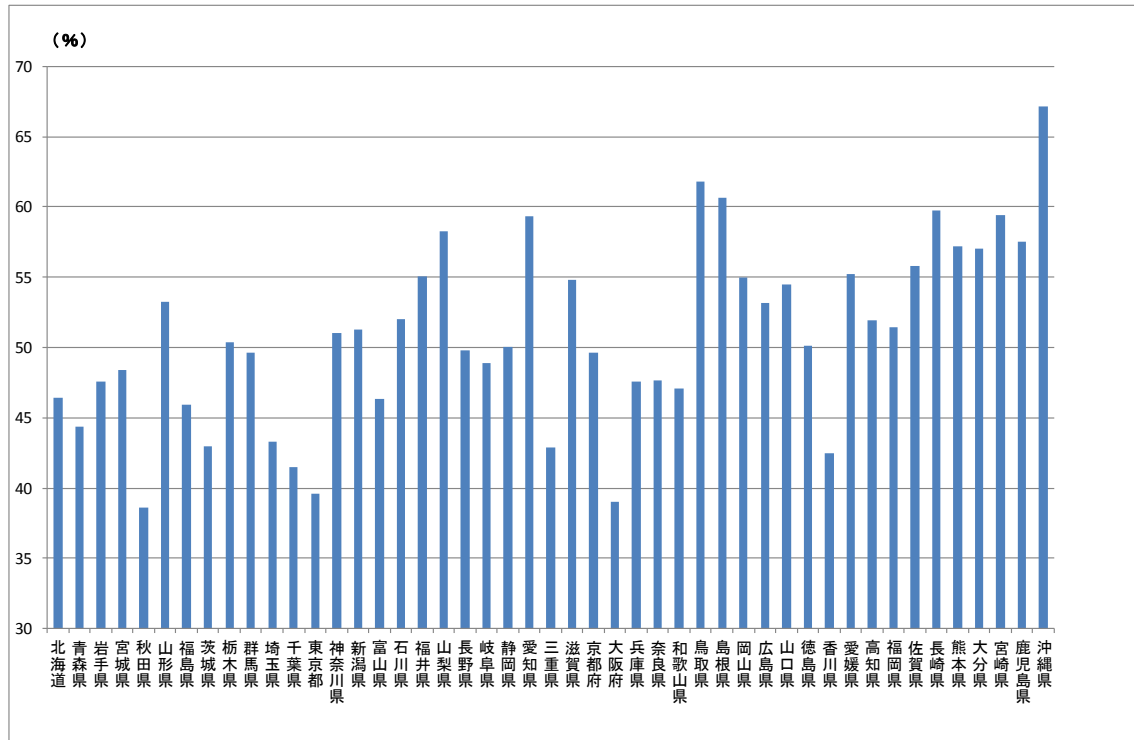
図4-4 現在と将来における介護従事者必要量の相関図



第4節 都道府県別需給予測

前節での推計を基に、都道府県別に介護従事者の需給予測を行う。はじめに、2025 年における介護従事者必要数で、実際に年齢階級別の就業率が現在と同じであるとして求めた 2025 年の将来介護従事者数を割ることで都道府県別充足率を算出した。図 4-5 は求めた都道府県別充足率を示したものである。

図 4-5 充足率（将来の介護従事者数／介護従事者必要数）

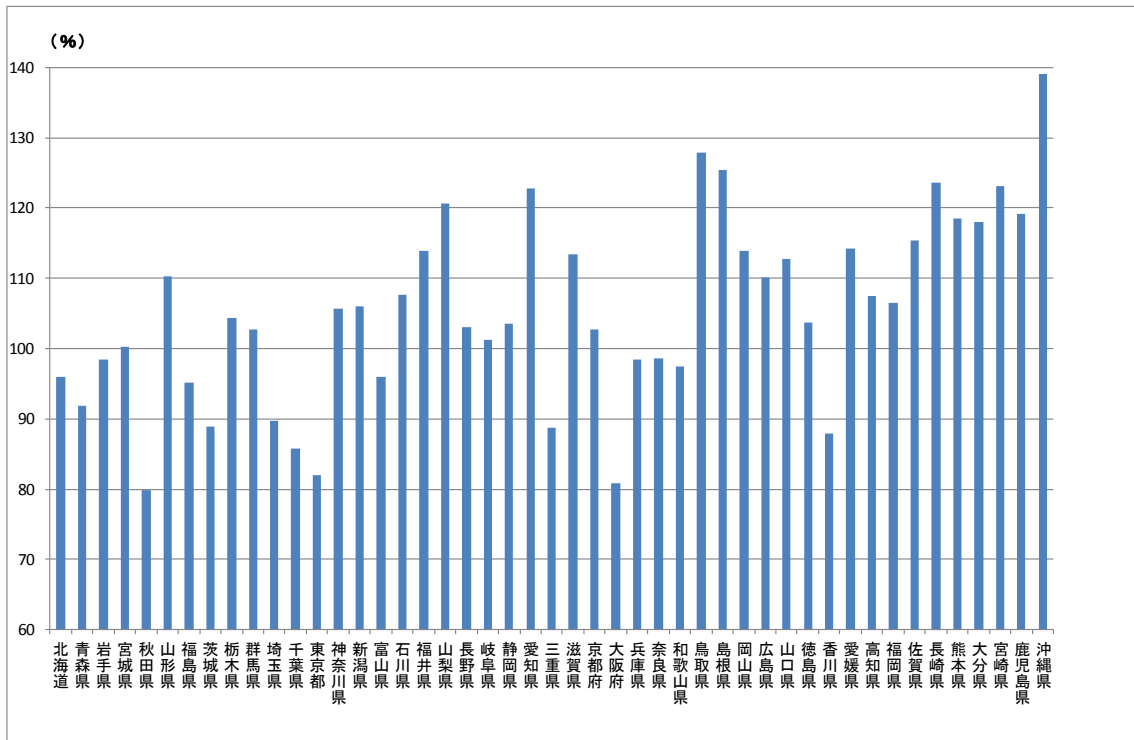


これによると、65%を超えている都道府県は沖縄県（67.2%）だけとなっており、次いで60%に近い割合の都道府県は順に鳥取県（61.8%）、島根県（60.6%）、長崎県（59.7%）となる。一方、充足率が50%に満たない都道府県も出ているがその中でも秋田県の38.6%に次いで、大阪府（39.0%）と東京都（39.6%）が40%を下回っている。全国的に見ても介護従事者不足は大きな問題だが、視点を変えて都道府県レベルで考えることで、地域ごとに必要な介護従事者数の割合に格差が生じていることが問題であることが明らかとなった。

つぎに介護従事者の地域間移動がないことを仮定して、介護従事者必要数の全国合計を充足する値を求める。具体的には、2025年の介護従事者が介護従事者必要数と等しくなるように年齢階級別就業率を全都道府県で比例的に調整し、その際の介護従事者数を都道府県ごとに求めた。この推計方法としてエクセルのマクロ機能を使用した。以下の図 4-6 は全国のマンパワー推計を充足した場合において、都道府県ごとにどれだけの充足率があるのかを示す。この結果によると、2025年における介護従事者必要数を充足するためには、算出した2025年の将来介護従事者数の約2.07倍もの介護従事者が必要である結果が出た。全国の介護従事者数が充足した場合、31もの都道府県が100%を超える充足率であった。特に沖縄県の139%は介護従事者が十分過ぎるほど存在していることになる。しかし秋田県（79.9%）や大阪府（80.8%）、東京都（81.9%）など100%に満たない地域も存在する。このように

半数以上もの都道府県が充足するという結果が出たが、この結果はあくまで全国レベルでの充足であり地域間での労働移動はないものとしているため、充足率が満たない地域に関してはその不足分を補うことはできない。例えば、東北地方を見てみる。東北では山形県（110.3%）と岩手県（100.2%）が必要とする介護従事者数を確保できている。しかし秋田県や青森県、北海道、福島県での不足分は山形県や岩手県からの人口移動によって確保するのは難しい。つまり全国レベルでのマンパワー推計を充足することが、都道府県別の介護従事者必要数を充足するわけではない。このことは、全国一律の介護従事者確保策だけでは地域ごとの需給格差に対処できないことを示している。

図 4-6 全国レベルの介護従事者必要数を充足するような都道府県別の充足率

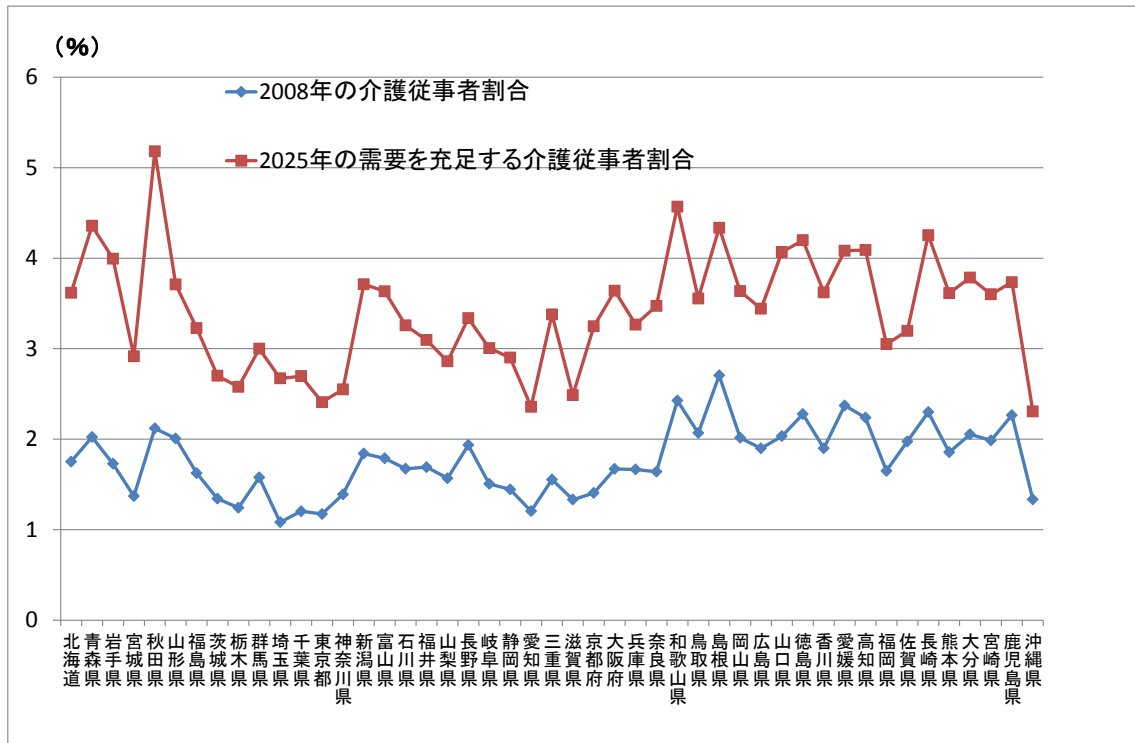


つぎに、2025 年に必要なマンパワーを都道府県ごとで充足するために必要となる就業率（介護従事者の人口割合）を都道府県別年齢階級別に求めた。具体的には、それぞれの都道府県について 2025 年の介護従事者必要数と実際の介護従事者数が等しくなるように年齢階級別就業率を比例的に調整した。表 4-3 は 2008 年における年齢階級別就業率、都道府県ごとで必要量を充足するような年齢階級別就業率、およびこれらの就業率の比率を示したものである。さらに図 4-7 は年齢階級について集計した就業率ものを示したものである。

表 4-3 現在の就業率と将来必要される就業率

	介護サービス従事者数/人口(2008年)(A)						2025年に必要なマンパワーを充足するための 介護サービス従事者数/人口(B)						倍率(B/A)
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-	
北海道	1.86	2.06	1.71	1.75	0.88	0.12	4.01	4.45	3.69	3.76	1.90	0.26	2.16
青森県	1.58	2.69	2.99	1.75	0.84	0.03	3.57	6.07	6.74	3.94	1.90	0.07	2.25
岩手県	1.65	2.48	1.99	2.18	1.04	0.08	3.48	5.22	4.18	4.58	2.20	0.18	2.10
宮城県	1.17	2.48	1.14	1.36	0.81	0.10	2.43	5.13	2.36	2.80	1.66	0.20	2.07
秋田県	1.62	2.87	2.34	2.30	0.97	0.03	4.19	7.43	6.06	5.96	2.50	0.08	2.59
山形県	1.95	2.65	1.97	2.05	1.13	0.09	3.66	4.98	3.70	3.85	2.12	0.18	1.88
福島県	1.67	1.60	1.66	1.56	0.77	0.10	3.65	3.49	3.61	3.39	1.67	0.22	2.18
茨城県	1.38	2.05	0.97	1.04	0.51	0.05	3.21	4.78	2.26	2.42	1.18	0.11	2.33
栃木県	1.26	1.77	1.16	1.22	1.01	0.07	2.49	3.51	2.31	2.42	2.00	0.14	1.98
群馬県	1.51	2.06	1.41	1.63	0.78	0.07	3.05	4.14	2.84	3.28	1.58	0.13	2.01
埼玉県	0.78	1.29	1.12	1.21	0.90	0.17	1.81	2.99	2.59	2.80	2.09	0.39	2.31
千葉県	0.69	0.96	0.88	1.41	1.13	0.12	1.67	2.32	2.11	3.39	2.72	0.29	2.41
東京都	0.52	0.92	0.74	1.08	0.78	0.30	1.30	2.33	1.86	2.72	1.97	0.75	2.53
神奈川県	0.51	1.09	1.16	1.33	1.58	0.26	0.99	2.13	2.28	2.60	3.10	0.51	1.96
新潟県	1.43	2.58	1.96	2.24	0.97	0.11	2.79	5.04	3.82	4.38	1.89	0.22	1.95
富山県	1.10	2.44	1.59	1.40	1.15	0.29	2.37	5.27	3.42	3.01	2.48	0.62	2.16
石川県	1.32	1.92	1.55	2.21	1.13	0.07	2.54	3.69	2.98	4.26	2.17	0.14	1.92
福井県	1.36	2.00	1.73	1.88	1.10	0.15	2.47	3.63	3.14	3.42	2.00	0.28	1.82
山梨県	0.78	2.35	1.61	1.98	1.22	0.10	1.33	4.04	2.76	3.40	2.09	0.17	1.72
長野県	1.23	2.05	1.64	1.56	1.27	0.20	2.46	4.11	3.30	3.14	2.56	0.40	2.01
岐阜県	1.29	1.43	1.56	1.73	0.95	0.13	2.64	2.93	3.19	3.54	1.95	0.26	2.05
静岡県	1.17	1.50	1.38	1.97	0.84	0.10	2.35	3.00	2.75	3.94	1.68	0.21	2.00
愛知県	1.23	1.32	1.15	1.75	1.08	0.17	2.07	2.23	1.94	2.95	1.82	0.29	1.69
三重県	0.79	1.90	1.29	1.66	1.01	0.18	1.83	4.42	3.01	3.87	2.37	0.43	2.33
滋賀県	1.10	1.57	1.28	1.48	1.17	0.07	2.02	2.87	2.33	2.70	2.14	0.13	1.83
京都府	0.99	1.63	1.24	2.12	1.54	0.14	1.99	3.29	2.50	4.28	3.10	0.27	2.01
大阪府	0.75	1.76	1.14	2.01	1.05	0.07	1.92	4.50	2.91	5.15	2.70	0.19	2.56
兵庫県	0.80	2.23	1.12	2.01	1.24	0.08	1.68	4.69	2.35	4.22	2.60	0.17	2.10
奈良県	1.40	2.49	1.32	1.78	1.05	0.13	2.94	5.22	2.76	3.73	2.20	0.26	2.10
和歌山県	1.62	2.11	2.50	2.56	1.42	0.15	3.44	4.49	5.31	5.44	3.02	0.32	2.13
鳥取県	2.50	3.52	1.86	1.97	1.12	0.13	4.05	5.70	3.00	3.19	1.82	0.21	1.62
島根県	1.94	3.77	2.50	2.70	1.80	0.14	3.20	6.21	4.12	4.45	2.97	0.24	1.65
岡山県	1.72	2.13	2.34	2.43	0.93	0.13	3.14	3.88	4.25	4.43	1.70	0.23	1.82
広島県	1.16	2.37	1.55	2.26	1.24	0.15	2.18	4.45	2.92	4.26	2.34	0.29	1.88
山口県	1.16	3.25	2.30	2.38	1.44	0.15	2.13	5.97	4.22	4.38	2.65	0.28	1.84
徳島県	1.04	2.56	2.53	2.50	1.21	0.14	2.07	5.10	5.04	4.99	2.42	0.29	2.00
香川県	1.81	1.76	1.18	1.51	1.08	0.16	4.26	4.16	2.78	3.56	2.55	0.38	2.36
愛媛県	1.10	2.83	2.00	2.91	1.68	0.13	2.00	5.13	3.62	5.26	3.05	0.24	1.81
高知県	1.32	2.76	2.42	2.21	1.39	0.14	2.55	5.31	4.66	4.26	2.68	0.27	1.93
福岡県	1.06	1.55	1.58	1.90	1.38	0.08	2.06	3.01	3.07	3.69	2.69	0.16	1.94
佐賀県	1.40	2.83	1.82	1.80	0.89	0.10	2.51	5.07	3.26	3.23	1.59	0.18	1.79
長崎県	1.93	3.27	2.92	2.83	1.38	0.14	3.23	5.47	4.90	4.73	2.30	0.23	1.67
熊本県	1.62	2.57	2.12	2.63	0.98	0.13	2.84	4.50	3.71	4.59	1.72	0.23	1.75
大分県	1.20	2.26	2.32	2.75	1.46	0.16	2.10	3.97	4.08	4.83	2.56	0.28	1.75
宮崎県	1.58	2.06	2.23	2.40	1.92	0.10	2.66	3.47	3.75	4.04	3.23	0.18	1.68
鹿児島県	1.74	2.49	2.33	2.08	1.71	0.13	3.03	4.32	4.05	3.61	2.97	0.23	1.74
沖縄県	1.06	1.81	1.33	1.78	1.42	0.13	1.58	2.69	1.98	2.66	2.11	0.19	1.49

図 4-7 都道府県別従事者割合



これらの分析によると、2008年における介護従事者の割合を2025年に必要となる介護従事者を充足する介護従事者の割合にするためには、都道府県別にその倍率は違ってくる。2008年では介護従事者の割合が2%を超えていた秋田県は2025年必要となる介護従事者を充足するためには介護従事者割合を5.2%にしなければならず、倍率で示すと約2.4倍という高い倍率となった。各都道府県の倍率の平均が1.95倍であることを考えると秋田県(2.44)や埼玉県(2.47)は他の都道府県に比べ、介護従事者確保のためのかなりの努力が必要であり、仮にこの割合を充足できなかった場合甚大な介護従事者不足に陥ると考えられる。

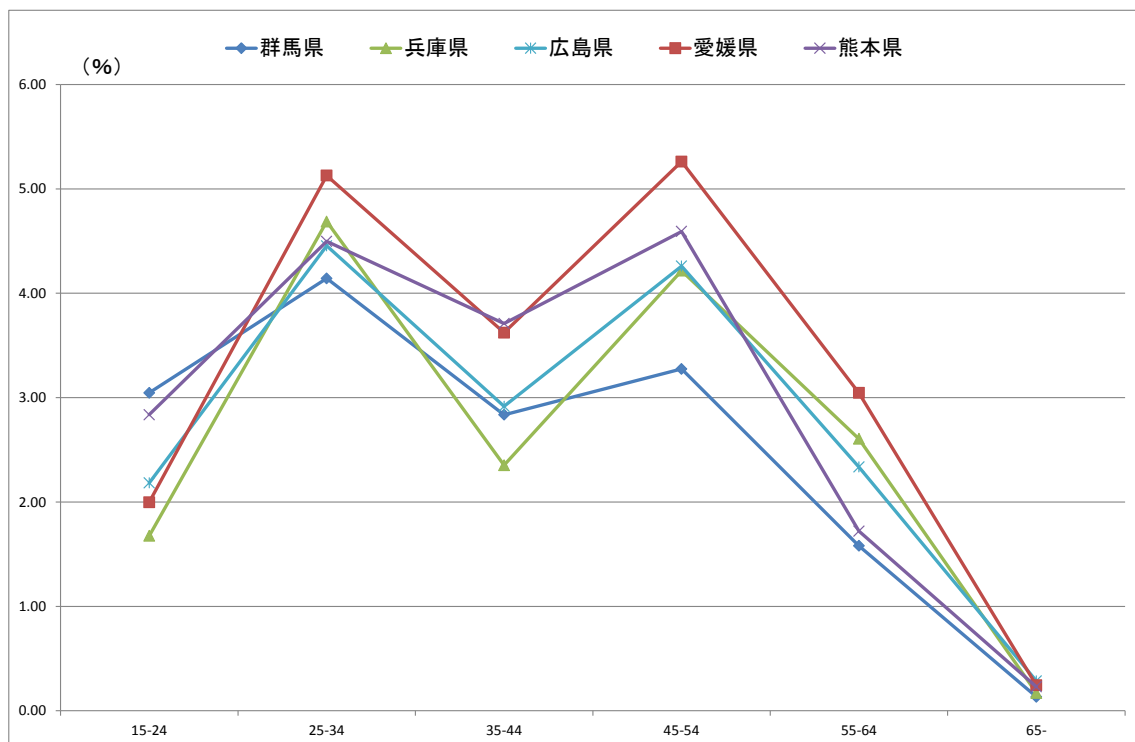
第5章 介護従事者確保について

第1節 保育所との併設

第1項 併設案

第4章において、2025年における介護サービスの需給予測を推計した。その分析結果を踏まえて第5章では3つの政策を提言する。その1つ目として、介護施設を保育園や幼稚園などの保育施設へ併設するという案を提言する。第4章で述べたように、2025年において必要となる介護従事者数は、推計した2025年介護従事者数の約2倍必要であるという結果が出た。その中で2025年における都道府県別年齢階級別の就業率から以下の図5-1のようなM字型の特徴が多く都道府県に見られた。

図5-1 年齢階級別就業率（2025年）



この図 5-1 は 5 つの代表した都道府県の就業率であるが、この他に M 字型となる地域は 29、それ以外の地域は 18 と半数以上の都道府県に就業率の M 字型が見られた。この M 字型は 25-34 歳と 45-54 歳に比べ、35-44 歳の就業率が低いことを示している。この M 字型を引き起こす要因として、介護従事者における男女比が大きく関係する。介護従事者の年齢階級別男女比の特徴として、どの年齢階級も 8 割近い割合を女性が占めている。特に 35-54 歳になるにつれ、女性の割合が増加する傾向にある。これは全国の人口あたりにおける男女別に見た年齢階級別の就業率が 35-44 歳の就業率を低下させる要因となっている。以下の図 5-2 は介護従事者における年齢階級別男女比を示し、図 5-3 は 年齢階級別就業率を示す。

図 5-2 年齢階級別男女比（平成 19 年）

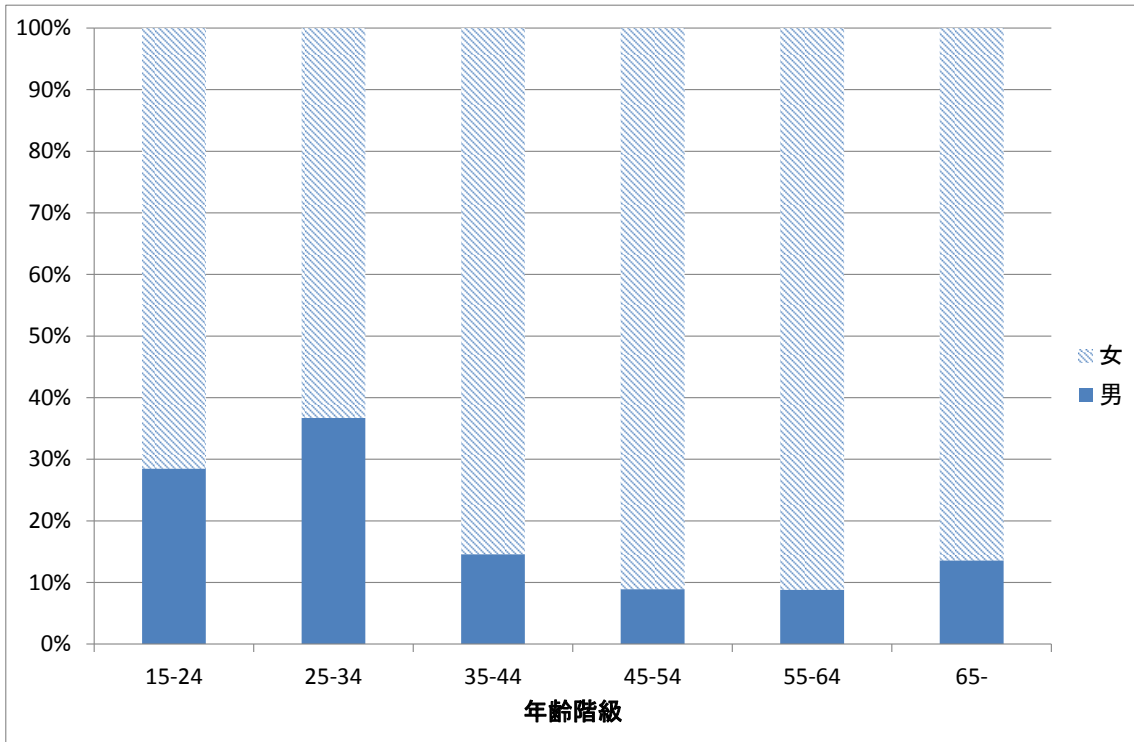
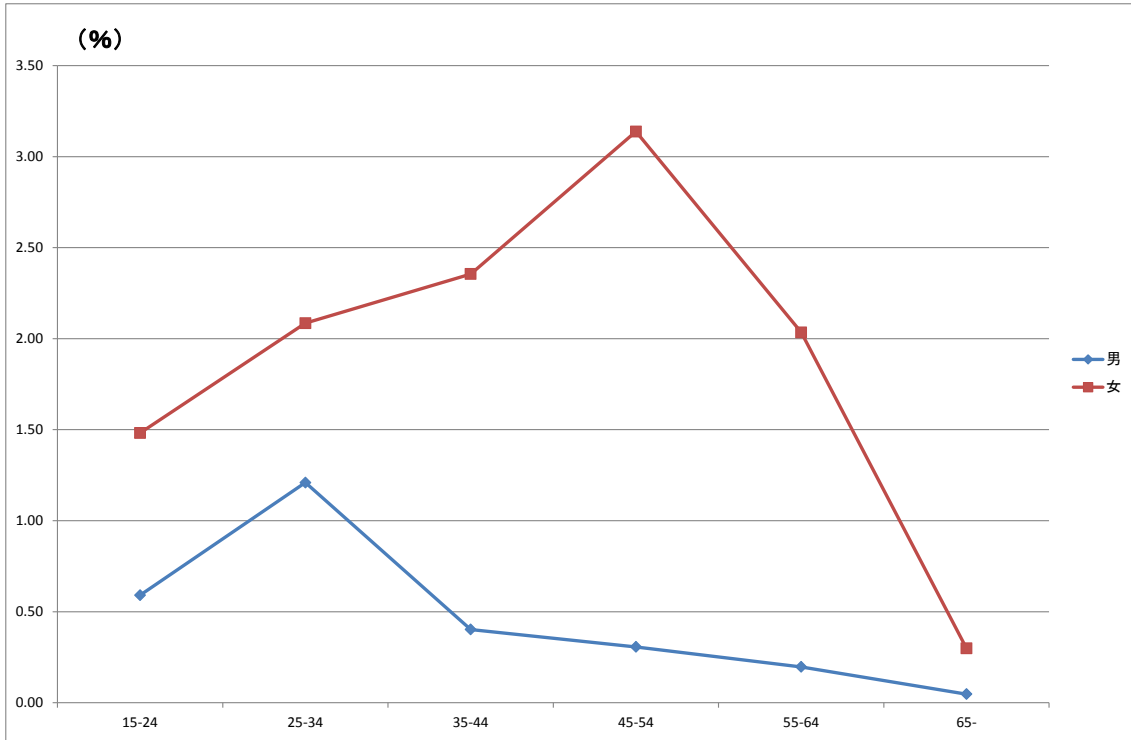


図 5-3 年齢階級別就業率



このことを踏まえて、本稿では介護施設を保育施設へ併設する政策を出す。この政策により、保育施設に子供を預けながら母親が介護施設で働くことが可能になり、年齢化級別就業率が M 字となる要因となっていた 35-44 歳の世代の就業率を押し上げることが期待できる。介護職においては、圧倒的に女性労働者の比率が高いため、育児によって職を離れた女性が職に就き、就業率が上昇することで、M 字が緩和されていくことが期待できると同時に介護従事者の数も増加する。

また、高齢者と子どもが同じ場所で生活を送ることで、子どもには高齢者を敬う気持ちが芽生え、高齢者も若々しく活気に満ちた生活を送ることができるようになるという効果もある。これにより、従事者にとっても働きやすい環境になり、利用者と従事者双方にとって効果があるといえる。しかし単に保育施設と言え、保育園と幼稚園とを所管する省庁に違いがある。保育園は児童福祉法に基づく児童福祉施設で所管省庁は厚生労働省である。一方、幼稚園においては学校教育法に基づく幼児教育施設で所管省庁は文部科学省である。この違いにより、保育園と幼稚園では設置目的や役割が異なってくる。さらに老人ホームは厚生労働省の老健局の所管の下にある。この所管の違いが、幼稚園・保育園と老人ホームとの併設を困難にさせる。

経営の面においても介護施設と保育施設を併設することで、従来個別に負担してきた様々な負担額が軽減され、両方の施設において経営の安定を図ることができる。第 2 項で参考として 2 つの事例を挙げているが、1 つは社会福祉法人として組織の中に複合施設が存在する。そしてもう 1 つは、保育施設ではなく中学校との併設事例である。

第 2 項 江東園と京都御池中学校

前項で述べた介護施設と保育施設の併設案であるが、その参考事例として 2 つ挙げる。1 つ目は社会福祉法人「江東園」である。この施設は一組織として介護施設に保育園が併設してあり、ひとつ屋根の下に老人と子供が過ごしている状態である。

2つ目は京都御池中学校である。平成18年4月に全国でも例を見ない複合施設として京都御池中学校・複合施設が設立された。これは中学校に乳幼児所や老人ディサービスセンター、在宅介護支援センターを併設したもので、本稿の政策である老人介護施設と保育施設の併設において参考事例として挙げられる。

この介護施設の併設という事例の中で多世代間の交流が、様々な形で良い影響を与えることができる。例えば、中学校の体育の授業の観客が老人や園児であったり、絵本の読み聞かせや美術部の部員が園児たちに絵画教室を開いたりと多くの場面で世代間の交流があり各世代に多数のメリットがもたらされると考えられる。また中学校と保育所、老人ディサービスセンターとをつなぐピロティがあり、ここでも世代間の交流を深めることができ、施設内の雰囲気もより良いものとなっていくと考えられる。そうなることで利用者としても利用しやすく職員としても働きやすい環境をつくることができる。

また、この施設においては、コストの面にも配慮がされており、PFI手法¹を導入することによって多大なコストのカバーを実現している。このPFI手法を導入することによって、従来の手法に比べて約30%(約27億円)の削減が可能となった。

施設全体の維持管理業務はまとめて指定事業者任せにすることで、各施設の運営側が運営業務に専念することが出来、中学校、乳幼児所、老人ディサービスセンター、在宅介護支援センターの施設整備の実現が可能となった。また、地域ぐるみの運営となることから、その地域に生きる人々が愛着を持って施設を利用できるということにつながり、利用者職員双方の満足が期待できる。加えて、複合施設の設立にかかるコストに関してもPFI手法を導入することで削減が可能であると証明されたため、将来複合施設が増加する可能性は高い。このような事例も踏まえて、保育施設と介護施設を併設することにより多くのメリットが生み出されることから併設案の政策を提言する。

第2節 労働環境改善

第4章までで述べたように、今後、増え続ける高齢者にもなって要支援者、要介護者の急激な増加や、それを支える介護受給者側の高い離職率が及ぼす人材確保の問題に急速な対応が強いられることが予想される。人材確保問題はすでに現在においても大きな問題であり、そのようななか、2009年度には政府は介護報酬の3%引き上げをおこなうとともに、介護職員処遇改善交付金を創設し、介護従事者の賃金の一部補助し、賃金が及ぼす労働環境の現況に是正する措置を施行した。

財団法人介護労働安定センター「平成22年度介護労働実態調査」によると、介護サービス事業所や介護保健施設の支給された交付金の使い道として、一時金の支給や諸手当の導入・引き上げ、基本給の引き上げなど従事者の賃金にあてた以外にも、教育研修の充実や職員の増員、出産・子育て支援の充実など賃金以外の労働環境にあてた事業所も数多く見受けられた。つまり、低賃金以外の面の労働環境の問題にも少なからず資金が必要であることがいえる。

これについて第3章でも示したように、賃金以外の面で、花岡(2009)は、研修、安全対策、感染予防対策、腰痛予防対策などの非金銭的条件が離職行動に大きな影響を与えている可能性を指摘している。

「22年度介護労働実態調査」によれば、現在の介護報酬では「人材確保・定着のために十分な賃金を支払えない」とする事業者側が51.5%あり、介護報酬引き上げ後も職員確保問題は依然として厳しいことが示されている。加えて、「教育・研修に十分な時間がとれない」

¹ 民間の資金、経営能力、技能的能力を活用することにより、国や地方公共団体が実施するよりも効率的かつ効果的に公共サービスの提供を図る手法。

(28.5%) など職員のキャリアアップに取り組む余裕がない事業者も少なからず存在する状況もうかがえた。

処遇改善交付金は平成 23 年度までで期限が切れるため、それに代わる介護職員の給与水準保障策が社会保障審議会介護保険部会で検討されている。処遇改善交付金と同程度の効果を上げるには年間約 1,900 億円の財源確保が必要であり、総報酬割の導入や要介護認定者のうち要支援の者や高額所得者の負担割合増などが財源候補に挙げられている。

通常の労働市場であれば、需給のギャップは賃金の上昇によって解消される。それに対して、サービス価格が公定である介護市場においては、価格メカニズムによる需給の均衡は望めない。同様の問題は、診療報酬が公定である医療サービスにおける労働市場においても存在し、医師不足や看護師不足が問題視されているが、それらに比べて介護職員の不足がより深刻なのは、医師や看護師の給与は平均的業種の水準に比べれば高くなっているのに対して、介護職員の給与は他業種に比べて低い水準で推移していることである。みずほ研究所(2011)も述べているように、介護職員の賃金水準の大幅な引き上げは、介護職員確保のために避けて通れない施策である。

賃金保障のための財源は、第 4 章分析で記したような将来、約 2 倍の介護従事者が必要とされる状況になれば、単純に考えれば現在の 2 倍必要となり、更なる財源確保が必要となる。財源については、前述の総報酬割以外にも、保険料の引き上げ、さらに介護保険被保険者年齢の範囲を広げることが考えられる。将来さらに深刻化する介護職員確保問題に取り組むためには、国民の負担を求めざるを得ないとする。

今後は介護職員確保問題だけでなく、介護保険財政がより逼迫して介護保険給付費自体を抱えきれなくなることも予想される。国民に対しても今後とも介護サービスを提供し続けるためには負担の増加が必要であることを訴え、国民全体で介護保険制度を支える必要性を丁寧に説明すれば、世論の理解を得るのは難しくはないはずである。

引き上げられた介護報酬は主に、介護従事者の賃金の引き上げ、人材確保の定着などの介護労働環境の改善に向けられるが、それ以外にも事業所の教育・研修費増加で介護職員の資質を上げることなどにも向けられると思われる。これにより、良質な介護職員の雇用が可能になることを通じて、低賃金の是正、さらには離職率の低下が見込まれ、人手不足による業務の緩和がされる。つまり、充実した労働環境、労働条件を改善、整理し、介護職に対する社会的評価の上昇につながり、雇用促進・安定化の期待ができるものと考えられる。

第3節 介護ボランティア単位制

第 4 章での介護従事者の都道府県別需給予測でも述べたとおり、各都道府県において格差があり、現状のままの提供体制が進行していくと考えると、介護従事者はさらに不足し、格差は拡大する一方であると思われる。介護従事者確保のための第一の処方箋は、前節で述べたような介護職員の処遇改善や労働環境の改善などである。しかしながら、その実現にはさらなる財源の確保が必要となるため、給付費の増大が見込まれる将来において十分な施策をとることが可能かどうかはわからない。そこで本節では、より費用のかからない方法で介護従事者の裾野を広げ格差拡大を改善する政策の可能性について検討する。具体的には、「介護ボランティア単位制」の実現可能性とその効果について検証する。

介護ボランティア単位制の導入についてであるが、現在行われている東日本震災ボランティアを例にとり述べてみたい。2011 年 3 月 11 日(金)に東北地方太平洋沖で地震が発生した。それに伴い発生した津波、及びその後の余震により多大な被害を引き起こされた。被災した人々を救うため、各都道府県や企業などからは金銭的支援、物的支援、ボランティアなど現在でも継続され行われている。文部科学省は 4 月に全国の国公立大学に対し、学生が東日

本大震災の被災者支援ボランティアに参加した場合、その活動を大学の単位として認めるよう通知を出し、各大学の中には、震災ボランティアを単位として認定する大学も出てきている。

このようにボランティアを単位として求める制度を介護に導入させたい。概要としては、文部科学省より各大学に介護ボランティアを単位として認めるように要請を行い、介護ボランティアを受け入れる体制を整える。そして、大学が介護ボランティアを学期の初めと末に学生のボランティアを募集する。学期の初めに募集した学生は学期内の授業期間中に、学期末に募集した学生は夏休みや春休みの長期休暇中にボランティアを実施する。授業期間中のボランティアについては、大学側が公欠として認めるものとする。期間は、3週間（15日間）とし、大学在学中に2回は行くことを原則として義務づけ、終了した場合単位として認定する。ボランティアの受け入れ先については年間を通して募集、審査を行い介護職員が不足している場合、受け入れ先として認定し、大学が学生を振り分け配属する。介護ボランティアを実施する前には事前学習を行い、学生自身に知識、心構えを身に付けさせ、生身の人間を相手にするということを再確認させる。この政策の意図としては、一時的ではあるが人員の確保に繋がり、身をもって介護というものを体験することで将来の介護職希望者の増加という展望が見込まれる。

この政策を実行に移した場合どの程度の介護従事者が確保できるかについての将来推計をおこなってみよう。学校基本調査によると現在の大学・短期大学への進学率（浪人を含む）は56.3%（平成21年）となっている。この割合が現状のまま推移していくと考えると、国立社会保障研究所より19歳の人口である108万人（平成37年）にかけ合わせることで、平成37年度の大学・短大1回生の総数（計算式1）は、60.8万人となることが見込まれる。そのうち、大学在学中2回（30日間）のボランティアに行くと仮定して、大学生数を介護職員1人あたり労働力に換算すると、

$60.8 \text{ 万 (人)} \times 15 \text{ (日)} / 365 \text{ (日)} \times 2 \text{ (回)} = 4.99 \text{ 万人}$

となる。すなわち、常勤換算で約5万人の介護従事者を学生ボランティアによって確保できるという計算になる。当然ながら、この数値が示すように、この介護ボランティア単位制の導入のみでは、将来の介護職員の不足分を補うことはできない。しかしながら、ボランティアという形態であるためコストがさほどかからないうえ、介護サービスという職種を多くの若者に経験されることで将来の介護職希望者の増加という可能性につながるという意味で有効な選択肢の一つであると考えられる。

第4節 政策提言におけるまとめ

これまでに述べたように、我が国の少子高齢化問題は進展するばかりである。2025年には高齢者人口が3635万人、生産年齢人口は7125万人となり反比例しており、各都道府県においても進展に格差が生じている。こうした現状は2025年だけにとどまらず、今後の日本社会において取り上げられる慢性的な問題となる。こうした現状に伴い介護従事者の不足という問題も表面化してきている。加えて、不足の割合は都道府県によって違いがある。この格差是正のためには、介護従事者を増加させることが最も必要であると考えられるが、第2章、図2-1職種別離職率（平成20年）でも述べたように、他の業種に比べ離職率も高いことから、希望職種とはなりにくいことが伺える。つまり、現状のまま介護従事者の需給が進行していくと考えると格差は拡大していくと言わざるをえない。

そこで「介護施設と保育所の併設」、「労働環境の改善」、「介護ボランティア単位制」を政策として提言したい。いずれの政策においても単体では根本的な問題解決になるとは決して

いえない。しかしながら、これらの政策を組み合わせる実施することによって相乗的な効果が望め、地域の介護従事者確保問題が是正されるものと考えられる。

分析で考察したように、将来の各都道府県の介護従事者需給には差異があり、取り組みの必要度も都道府県により異なってくる。現在は3年ごとの介護保険事業計画が策定されているが、介護従事者確保はより長期的な課題である。より長期的な見通しを立てたうえで、従事者確保の深刻度が高くなると予測される自治体には、早めかつ重点的な取り組みが求められる。介護施設と保育所の設置に関しては都道府県や市町村が所管しているため、上にあげた提言のうち介護保険施設と保育所の併設は、制度さえ整えば地域で機動的に行えるはずである。このような自治体の自主的取り組みが、各都道府県における格差是正の一助となると我々は考える。

補論 介護職員処遇改善交付金 について

平成 21 年度（2009 年）に行われた介護報酬改定による介護職員の処遇改善の効果を高めるために実施された政策である。平成 21 年度の（2009 年）の補正予算で創設され、平成 23 年度末までを支給の期限としている。他業種との間に存在する賃金格差に目を向け、介護職員の処遇改善に着手している事業者に対して資金交付を行うことで介護職をより良い雇用環境として発展させる事を目的としている。

この交付金の背景にあるのは、人材確保と将来の人材供給不安である。平成 12 年度より開始された介護保険は進行する少子高齢化の影響を受け、それに対応する改定が為されてきた。しかし介護需要が年々上昇する中、介護サービス提供を担う人員確保が困難であり、慢性的な問題となっている。これは介護職員を取り巻く環境である低賃金や激務などの処遇が一因とされているため、早急な対応が必要となった。

介護職員処遇改善交付金は介護職員（常勤換算）の給与に 15000 円分の上乗せをするものであるが、基金の期限が切れ、平成 24 年度以降の介護職員の給与水準を維持するためには介護報酬 2%分（1900 億円）の資金が新たに必要となる。東日本大震災の復興優先などにより介護報酬改定によって不足分を国庫から補うことは困難なため、厚生労働省は 40 歳～64 歳の現役世代が健康保険料に上乗せして納付している介護保険料負担を加入者の平均年収が高い健康保険ほど負担を重くする総報酬割制度を検討している。その他に介護サービス利用者の負担増や現役世代と同水準の年収を持つ利用者の負担割合を二割に変更、ケアプラン作成の有料化なども合わせて検討している。

交付を受けるには支給要件（後述）を満たした上で各都道府県の承認を受ける必要があり、認定されれば介護報酬と交付金が自動的に交付される。交付金の仕組みは介護報酬に介護サービス毎に定められた交付率（介護職員数×15000 円÷介護報酬総額）を乗じて得た額を、介護報酬と併せて交付し実績報告に基づき余剰金が発生した場合はその額を返還としている。処遇改善の対象となるのは訪問介護員（サービス提供責任者含む）、介護職員（職員とみなして差支えないこととされている者含む）、小規模多機能型居宅介護従業者、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の介護従事者である。

支給要件

- ① 平成 24 年度末まで介護提供予定である
- ② 介護職員一人当たりの交付見込額を上回る賃金改善が見込まれた計画を策定している
- ③ 介護職員処遇改善計画書を作成し、職員に通達の上で各都道府県に提出する
- ④ 交付金の対象事業者としての申請日の属する月の初日から起算して過去一年間に労働基準法等の違反により罰金以上の刑に処せられていないこと

⑤ 労働保険に加入している

平成 22 年度から長期的に介護人員の確保定着の推進を図り、能力・資格・経験等に応じた処遇が適切になされることが重要として新たにキャリアパスに関する要件と処遇改善に関する定量的要件が追加された。この要件を満たさない事業所は交付金の減額（要件二つを欠くと 20%減額）となる。

キャリアパスに関する要件

- ① 職位、職責、職務内容に応じた任用要件と賃金体制を形成し、明確な書面において整備した上で全介護職員に通達する。
- ② ①が満たせない場合はその旨を全介護職員に通達し、意見交換をしながら資質向上のための目的及び資格取得のための支援、研修機会の提供または技術指導等を実施（OJT、OFF-JT 等）し、職員の能力評価を行うこと

処遇改善に関する定量的要件

平成 20 年 10 月から届け出日の前月までに行った平成 21 年度 4 月の介護報酬改定を踏まえた処遇改善の内容と改善に必要なとなった費用額を全介護職員に通達すること。

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

- ・花岡智恵(2009)「賃金格差と介護従事者の離職」、『季刊・社会保障研究』第45号第3巻、269-289頁
- ・川越雅弘(2009)「看護師・介護職員の需給予測」、『季刊・社会保障研究』第45号第3巻、214-228頁

《参考文献》

- ・椋野美智子・田中耕太郎(2001)『はじめての社会保障』有斐閣アルマ
- ・みずほ総合研究所(2011)、「期待される介護分野の雇用創出～必要な介護労働者数を確保するには」、『みずほ政策インサイト』(2011年3月28日発行)

《データ出典》

- ・国立社会保障・人口問題研究所 HP
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>
 - ・厚生労働省 HP(統計情報・白書、政府統計の総合窓口)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/>
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>
 - ・財団法人介護労働安定センター(平成21年介護労働実態調査)
 - ・介護保険がよくわかるページ
<http://kaigohokenwakaru.jp/>
 - ・介護保険やさしい解説
<http://chiecareinsurance.irahik.com/>
 - ・「東京社会保障労務士会公報」第336号(2008年)
http://www5f.biglobe.ne.jp/~mmasuda/ronbun/0901_kongonokadai.html
 - ・介護インフォメーション
<http://www9.plala.or.jp/siroiipi/index.html>
- アクセス日時 平成23年8月1日～11月18日