

家族介護による離職者を減らす 施策について¹

介護休業制度と介護サービス基盤に着目して

慶應義塾大学 山田篤裕研究会 医療介護

相澤歩 遠藤将矢 小田切昂軌 酒井良

2014年11月

¹ 本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2014」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、山田篤裕教授（慶應義塾大学）を始め、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。

要約

要介護認定者は年々増えており、その介護に対応できないため 2012 年までの 6 年間で約 30 万人の労働者が仕事を辞めている。今後も高齢化による被介護者が増加することを予想すれば、介護と仕事を両立するための施策に対する早急な対応が必要である。そこで本稿では介護離職を防止するために、制度面とサービス面の二つの観点に着目した。それを受けて実証分析では介護を理由に仕事を辞めることを防ぐために有効な制度と介護サービスは何かを明らかにするため都道府県別パネルデータを用いてマクロ的な視点から分析を行った。分析の結果、介護休業制度は介護離職を防ぐのに統計的に有意でなく、認知症対応型通所介護定員数を増やすことが離職を防ぐのに最も効果的な介護サービスであることが分かった。介護休業制度が有効にならなかった要因としては、限度日数の関係から介護休業後に、被介護者への介護サービスの使用か離職をして介護を行うことを労働者が選択する必要があるためと考えた。そこで離職を選ぶよりもより望ましい介護サービスの拡充が必要と考え、認知症対応型通所介護施設を効果的に増やす施策について考えた。まず認知症対応型通所介護の事業所内訳は営利法人の割合、件数がともに増えていることを踏まえて、サービスの質の維持をするため第三者評価制度の徹底・浸透を提言する。また認知症対応型通所介護サービスの各都道府県毎におけるサービスの供給量に都市部、地方部それぞれに格差が生じていることがわかった。そこから都市部においては地価の高さによる新規介護サービス施設建設の多額の費用を減らすため、空き家の活用を目的とした空き家バンクの地方自治体への義務付け、地方部においては介護サービスの供給制約に対応するため介護報酬の地域係数の引き上げを提言する。この 3 つの施策によって認知症対応型通所介護の供給量を適切に増やすことができ、効果的に介護による離職者を減らすことができると考える。

キーワード

介護離職 介護休業制度 認知症対応型通所介護

目次

第1章 はじめに

第2章 研究の背景

- 第1節 (2. 1) 超高齢化社会に伴う要介護者の増加
- 第2節 (2. 2) 家族介護による離職と再就職難
- 第3節 (2. 3) 政府による政策
- 第4節 (2. 4) 介護保険法に基づく介護サービス

第3章 先行研究

- 第1節 (3. 1) 介護休業制度についての先行研究
- 第2節 (3. 2) 介護サービスについての先行研究
- 第3節 (3. 3) 介護離職の社会低損失の先行研究
- 第4節 (3. 4) 先行研究を踏まえた本稿の位置づけ

第4章 介護休業制度と介護サービス基盤が介護離職に与える影響についての実証分析

- 第1節 (4. 1) 分析の理論的背景と使用したモデル
- 第2節 (4. 2) 利用したデータと変数の詳細
 - 第1項 (4. 2. 1) 利用したデータについて
 - 第2項 (4. 2. 2) 変数の説明
 - 第3項 (4. 2. 3) 記述統計量
- 第3節 (4. 3) 分析結果と考察
- 第4節 (4. 4) 介護離職による社会的損失

第5章 政策提言

- 第1節 (5. 1) 認知症対応型通所介護施設定員数の拡大
- 第2節 (5. 2) サービスの質維持へのアプローチ
- 第3節 (5. 3) 都市部へのアプローチ：空き家の活用
 - 第1項 (5. 3. 1) 空き家の現状について
 - 第2項 (5. 3. 2) 空き家を活用するメリット
 - 第3項 (5. 3. 3) 具体的アプローチ
- 第4節 (5. 4) 地方部へのアプローチ

第6章 おわりに

先行論文・参考文献・データ出典

第1章 はじめに

日本は世界でもトップレベルの高齢化社会である。このことは、THE WORLD BANK の高齢化率²国際比較統計の 2012 年時点で日本が 24%で世界 1 位となっていること、また WHO が超高齢社会³に分類していることからわかるだろう。

高齢化が進むことで生じる問題として介護があげられる。介護保険事業状況報告年報によると要介護・要支援者認定数は 2000 年度に 256 万人だったのが 2012 年度には 561 万人へと急増しているが、団塊の世代が 75 歳に到達する 2025 年頃にはさらに増加すると予測できる。こうした高齢者を介護する労働者は 40・50 代の働き盛りであることが多く、突然親が要介護状態になったとしても中々仕事と介護を両立させることができず、退職するケースが後を絶たない。雇用動向調査によると 2012 年度の介護を理由とする離職者数は約 6.6 万人となっており、2009 年度の約 4.6 万人から毎年増加している傾向にある。

厚生労働省は介護休業制度、介護休暇制度、短時間労働制度などの政策を打ち出しており、加えて 2010 年の法改正により急な休暇取得に際しての手続きが簡略化され当日の連絡でも可能となったが、休業・休暇中の収入の不安定さや周囲の理解度の低さにより効果は限定的である可能性がある。厚生労働省のまとめによると 2011 年度の介護休業制度取得率は全就業者の 0.06%、介護休暇制度も 0.14%と取得率が非常に低いのが現状である。

本来は仕事に従事することと介護活動は互いに独立であるべきであり、介護によって介護者自身の労働形態に影響を与えないのが理想であるが、現在の介護保険制度が在宅での家族介護の存在を前提に組み立てられており、現状を鑑みると就業形態を変えずに介護活動をするのは非常に困難である。

この介護に対する厳しい現状を踏まえて実証分析では、介護休業制度の利用が家族を介護するために労働者が離職するのを防ぐのに有効に機能しているのか、また 75 歳以上の高齢者 1000 人当たりの介護サービス施設定員数について、どのサービスの拡充が離職を防ぐのに有効かについて回帰分析を行った。回帰分析では、被説明変数に雇用保険被保険者数に対する介護を理由に前職を離職した割合、説明変数には、まずコントロール変数として同居率・要介護認定者数・要介護度別の割合を入れ、介護休業制度の利用者割合・各種介護保険サービス施設定員数を加えた。結果、介護休業制度は離職を防ぐのに有意という結果は得られなかった。また離職を防ぐのに有効なサービスは認知症通所介護、通所リハビリテーション、特定施設入居者生活介護であった。

政策提言では、実証分析の結果をもとに、地域密着型サービスである認知症対応型通所介護施設に着目している。認知症対応型通所介護施設サービスは、総量規制の対象サービスではないため、営利団体が新規参入し増加している現状がある。こうした営利法人は、利潤最大化を第一の目的とするために、サービスの質を下げ供給する可能性がある。また都市部・地方に双方で認知症対応型通所介護施設サービスが十分でない地域があり、都市部においては介護施設を新規開設するには、莫大な時間と費用がかかる。一方で地方では人口減少により、サービスの担い手が少なくなるために供給が制約されるという問題がある。こうした、サービスの質の維持、また都市部・地方の介護体制の構築へのアプローチという観点から、第三者評価制度の徹底・浸透、空き家の活用、介護報酬の地域係数の見直し等の政策を提言する。

² 65 歳以上高齢者人口比率

³ 高齢化率が 21%以上の国

第2章 研究の背景

第1節 超高齢化社会に伴う要介護者の増加

日本は世界でもトップレベルの高齢化社会である。このことは、THE WORLD BANK の高齢化率国際比較統計の 2012 年時点で日本は 24% で世界 1 位となっていること、また WHO が超高齢社会に分類していることからわかるだろう。

そのため要介護認定者数も年々増加している。平成 26 年版高齢社会白書によると、2001 年の 287.7 万人から 2012 年の 545.7 万人まで 258.0 万人増加している。要介護者が増加するということは介護者の増加にもつながる。また平成 25 年度国民基礎調査によると要介護者と介護者の続柄は 61.6% が同居人である。介護従事者の年齢の内訳を見ると、40-59 歳は男女ともに約 29% と高い割合になっており、働き盛りの人々が家族介護と仕事の両立をしなければならないというのが現実である。

要支援・要介護者が介護を必要とするようになった原因として主なものは脳卒中が 18.4%、認知症が 15.7% (平成 25 年度 国民生活基礎調査) となっている。また脳卒中は認知症を引き起こす要因にもなっていること⁴を踏まえると認知症は要介護状態になる主原因といえる。事実、厚生労働省老健局 (2013) が公開した資料によると、要支援・要介護の認定を受けている 65 歳以上の高齢者のうち、軽い症状も含めて認知症が認められると判定された人が 80.9% に上ったことがわかっている。⁵厚生労働省 (2010) は 2010 年時点の介護保険の要介護認定者データから、日常生活で何らかの介護や支援が必要な認知症の高齢者の現時点の人数を推計したところ 2012 年時点で 305 万人に達したと推計した。これは 2002 年の 149 万人の約 2 倍でありこれからも増加し続けることが予測される。⁶

高齢化は今後ますます進んでいくことを加味すると、家族介護は避けては通れない課題である。

第2節 家族介護による離職と再就職難

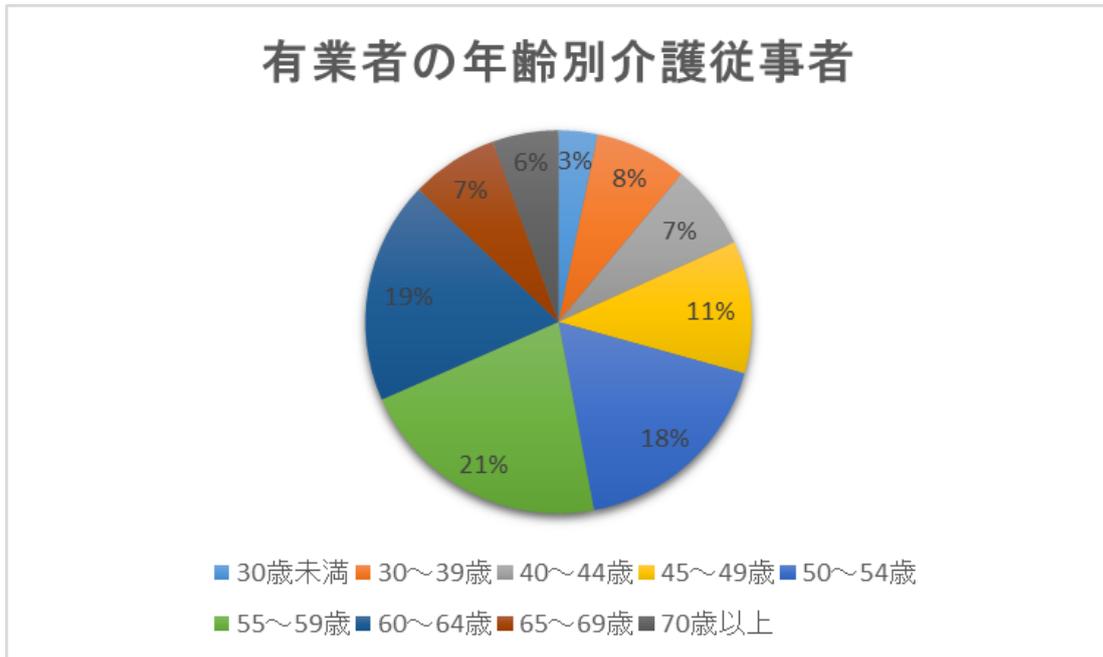
では実際に介護をしながら働いている労働者はどれくらいいるのか。平成 24 年就業構造基本調査によれば約 290 万人が仕事に従事しながら介護をしている。その介護従事者を年齢別に示したグラフが図表 2-1 である。グラフから 40~59 歳の人は介護従事者全体の 57% と約半分を占めていることがわかる。

⁴ 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス総合サイト」によると、認知症の要因として、アルツハイマー型認知症に次いで脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による血管性認知症が多いとある。

⁵ 厚生労働省老健局 (2013) 全国介護保険担当部 (局) 長会議資料 p27

⁶ 厚生労働省 (2010) 認知症高齢者の現状 p7

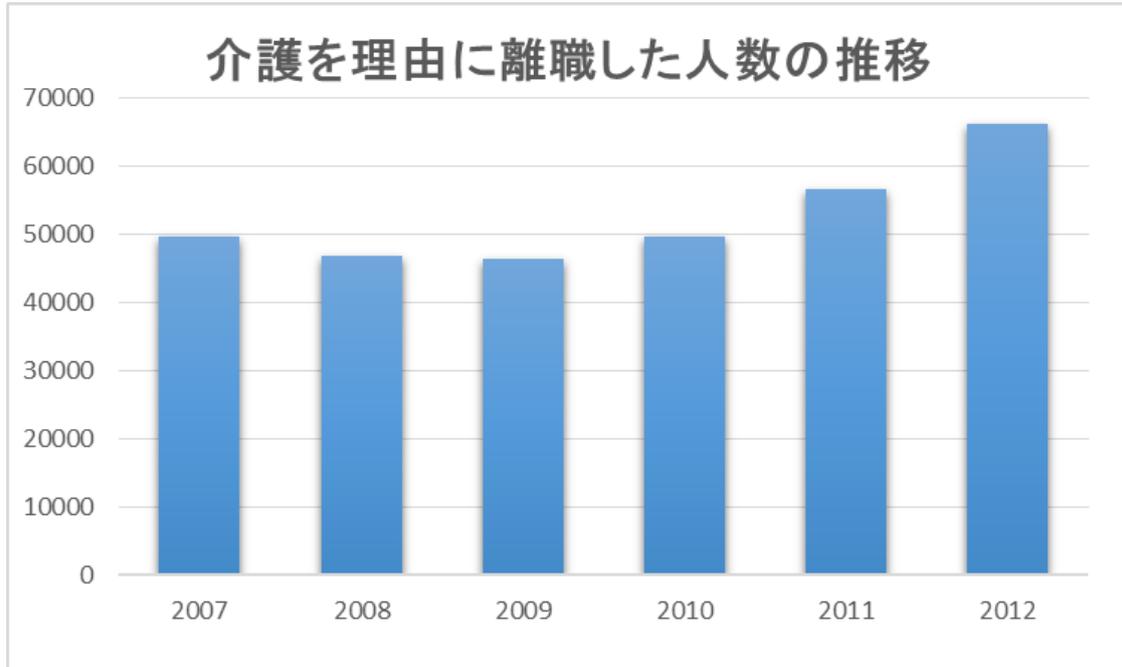
図表 2-1 有業者の年齢別介護従事者



総務省「平成 24 年度就業構造基本調査」より筆者作成

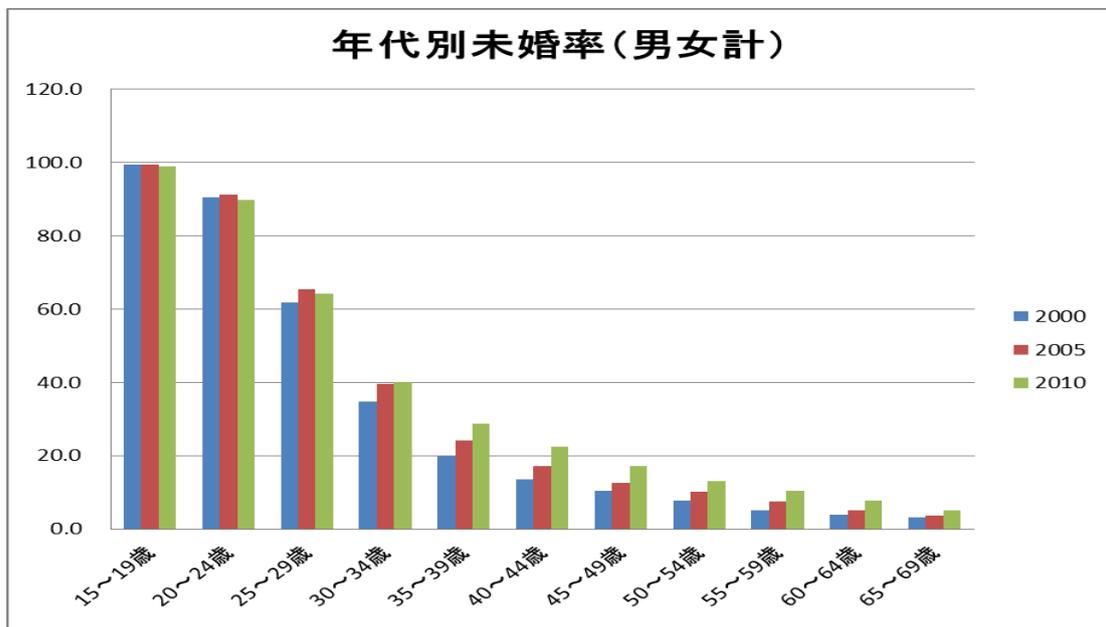
また労働者にとって家族の介護を並行して行うことは重い負担となっている。斎藤他(2014)によると、団塊の世代の高齢化によってさらに要介護認定者が増加するならば、その子供世代である今の 40・50 代の人々に対する介護負担は今後大きくなると予測される。そのことは年々増加している介護離職者数からもわかるだろう。図表 2-2 は 2007-2012 年の介護を理由に離職した人数の推移を表している。2009 年の 4.9 万人から緩やかに増加しており、2012 年には 6.6 万人になっている。離職者数は今後も増加することが予測される。その第 1 の理由として団塊の世代の高齢化が挙げられる。1947-1949 年に生まれた団塊の世代は 2022 年以降に 75 歳を迎えることとなる。みずほ総合研究所(2012)によると、2025 年度の要介護者数は 589 万人である。2012 年時点の要介護者は 396.2 万人なので 200 万人弱が増える予測であり、介護者もそれに伴って増加すると予測される。第 2 の理由として介護者の兄弟姉妹数の減少、未婚化が挙げられる。団塊ジュニア世代(1971-73 年生まれ)は現在の 40・50 代と比べ兄弟姉妹数が少ない。国立社会保障・人口問題研究所「第 6 回世帯動態調査」(2009)によると 40・50 代、特に 50 代は平均 2.9 人であるが、団塊ジュニア世代は平均 2.4 人と兄弟姉妹数は減少している。つまり兄弟姉妹間での介護分担が難しくなり介護と仕事を両立する可能性が高まるということである。また未婚率の増加も、夫婦で仕事と介護を分担する事が困難になるため離職者の増加につながると予測される。図表 2-3 は年代別の未婚率を 2000 年から 5 年ごとに比較したものである。若年層における未婚率の差は顕著では無いが、30 代半ばから徐々に差が現われ始める。40-44 歳の未婚率が 2000-2010 年までの 10 年間で 13.5%から 22.6%と 9.1%も増加していることを皮切りに、介護を主に担う 40・50 代の 5 歳階級別未婚率はいずれも 5%以上増加している。つまり後に生まれる世代ほど未婚率が上昇しているということである。今後、単身世帯の介護と仕事の両立の問題は一層顕在化するだろう。以上 2 つの理由で離職者は今後も増加すると考えられる。

図表 2-2 介護を理由に離職した人数の推移



厚生労働省「雇用動向調査」より筆者作成

図表 2-3 年代別未婚率（男女計）

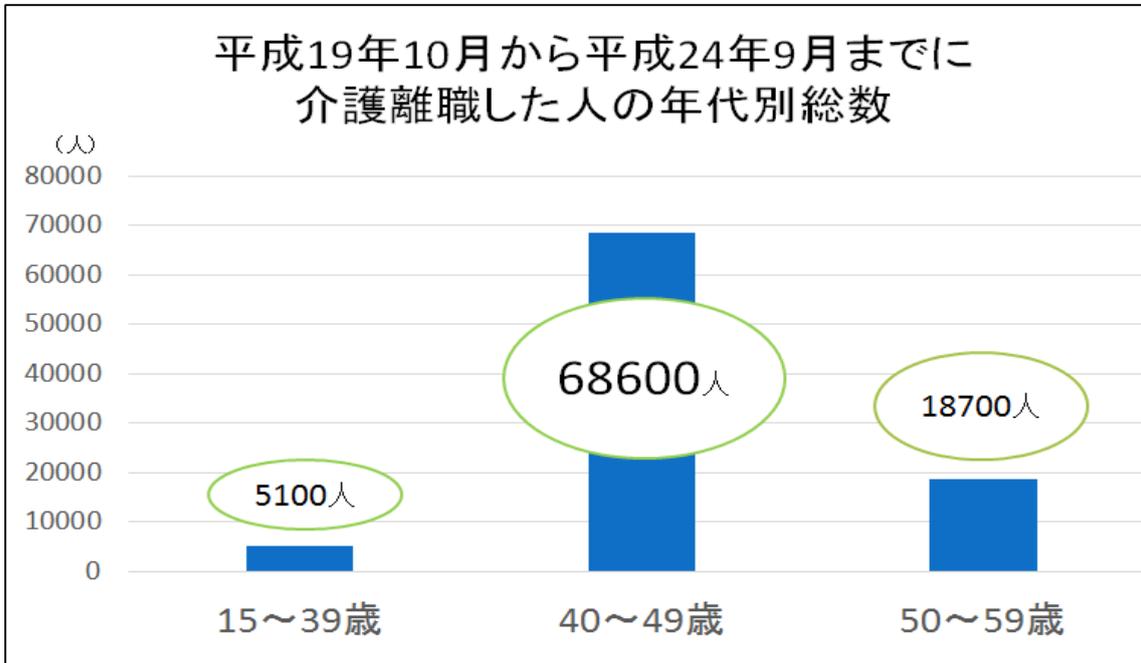


総務省統計局「平成 22 年度国勢調査」より筆者作成

介護離職後の就業状況も厳しいものとなっている。図表 2-4 は平成 19 年 10 月から平成 24 年 9 月までに介護離職した人の年代別総数を、図表 2-5 は同期間の介護離職者のその後の無業者割合を示している。図表 2-4 から他の年代に比べて 40 代の離職者が多いことが分かる。40 代は管理職などを任され働き盛りの時期であるので、40 代での離職は企業にとっても大きな痛手となる。また図表 2-5 を見ると 15-39 歳は介護離職後の無業割合が半数に

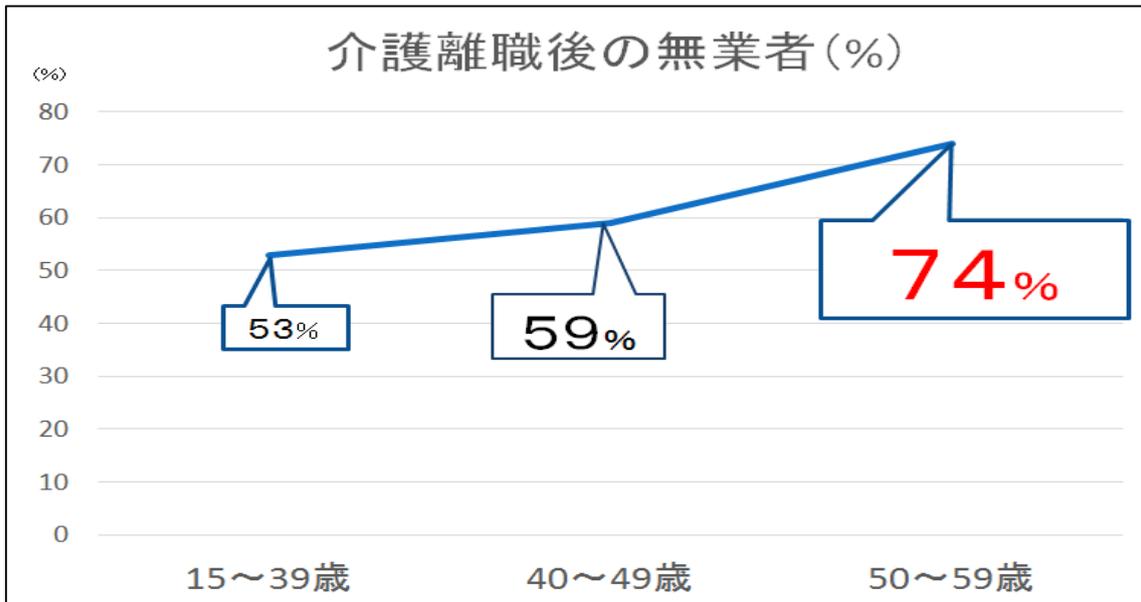
留まっているが、40代・50代になるにつれて無業割合が上昇していることがわかる。特に50代の無業率は40代の59%と比較すると74%と大幅に上がっている。介護を主にする年代になるにつれて再就職が難しくなることが分かる。

図表 2-1 平成 19-24 年に介護離職した人の年代別総数



総務省「平成 24 年度就業構造基本調査」より筆者作成

図表 2-5 介護離職後の無業者割合



総務省「平成 24 年度就業構造基本調査」より筆者作成

第3節 政府による政策

介護離職を未然に防止するために厚生労働省は法律を定め様々な政策や企業向けの施策を行ってきた。また、政府も介護離職を防ぐための新たな試みを企業向けに実施しようとしている。本節では介護休業制度、介護休暇制度、短時間勤務制度、「仕事と介護の両立モデル」実証事業、オレンジプランについての説明をする。

育児・介護休業法は育児休業法を改定し 1995 年に成立した法律である。この法律の第 11 条から第 15 条に規定されているのが介護休業制度である。労働者は申し出ることにより、要介護状態にある対象家族 1 人につき、常時介護を必要とする状態ごとに 1 回の介護休業をすることができ、期間は通算して 93 日までである。雇用保険法によって休業中は休業前の賃金の 40%が介護休業給付金として支払われることになっている。2009 年の改正によって第 11 条 1 において「期間を定めて雇用される者にあつては、次の各号のいずれにも該当するものに限り」⁷休業申請が可能となった。具体的には「当該事業主に引き続き雇用された期間が一年以上である者」⁸と「介護休業開始予定日から起算して九十三日を経過する日を超えて引き続き雇用されることの見込まれる者（九十三日経過日から一年を経過する日までの間に、その労働契約の期間が満了し、かつ、当該労働契約の更新がないことが明らかである者を除く。）」⁹である。また第 12 条 1 において「事業主は、労働者からの介護休業申出があつたときは、当該介護休業申出を拒むことができない。」¹⁰とあり労働者は自由に介護休業を申請出来るようになっている。

しかしながらこの介護休業制度のみでは、要介護状態の家族の容体が急変した場合や日常的な介護のために柔軟な対応ができず有給や欠勤によって対応している労働者が多かった。そのため同改正によって新たに導入されたのが介護休暇制度である。同制度は対象となる介護者 1 人につき年 5 日（2 人以上の場合は 10 日）までの休暇を取得できるというもので、西本（2012）によると「取得申請の際に必要な証明書類の事後提出を認めている企業も多く」突然の容態の変化などに応じやすいというメリットがある。

また介護のための勤務時間の短縮等の措置として、短時間勤務制度やフレックスタイム制などがある。フレックスタイム制とは自身で始業時間、終業時間を定めることができ、短時間勤務制度と併せて家族介護に柔軟に対応できる制度である。これらの制度は介護休業制度と通算して 93 日まで取得することができる。

以上にあげた制度の問題点は利用率の低さである。平成 24 年度就業構造基本調査によると、介護休業利用者、介護休暇制度利用者、短時間勤務制度利用者は介護をしている雇用者数に対して 3.2%、2.3%、2.3%と軒並み低い。

政府は介護休業制度利用率の低さや今後要介護者が増加することを踏まえて、今年度より全国 100 社を対象に介護離職対策の実証事業を行っている。厚生労働省が策定した「仕事と介護の両立モデル」を企業に実施してもらい、その結果を分析して効果的な実践事例をつくり介護離職対策として企業に普及していくことを目指している。また「休業制度は介護体制を整える期間で、介護と仕事は両立が前提という法制度の基本的な狙いも周知させたい」（厚生労働省）とあるように従来の制度も有効に活用できるような啓蒙活動もこの事業の一環である。

また認知症対策として厚生労働省は 2012 年に認知症施策推進 5 年計画「オレンジプラン」を公表している。内容としては「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」・「早期診断・早期対応」・「地域での生活を支える医療サービスの構築」・「地域での生活を支える介護サービスの構築」・「地域での日常生活・家族の支援の強化」・「若年性認知症

⁷育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律 第 11 条 1

⁸ 同上 第 11 条 1 一

⁹ 同上 第 11 条 1 二

¹⁰ 同上 第 12 条 1

施策の強化」・「医療・介護サービスを担う人材の育成」の 7 つが主となっている。これは認知症患者への早期診断や適切な介護サービスを充実させることで在宅介護を可能とし、社会保障費における医療費負担を軽減することを目標としている。

第4節 介護保険法に基づく介護サービス

介護保険制度は、介護保険法に基づいて要介護認定において介護が必要と認定された 65 歳以上の者が国から指定された施設で介護サービスを受けられる制度である。介護保険法とは 1997 年に制定され 2000 年より施行された、高齢化に伴う疾病等によって 1 人で日常生活できなくなった者が介護施設や訪問介護サービスを利用の際、介護保険制度を利用することで支援することを定めた法律である。厚生労働省「介護事業所検索」によると介護保険で利用できるサービスは大きく分けて

- ① 「介護サービスの利用にかかる相談、ケアプランの作成」
- ② 「自宅で受けられる家事援助等のサービス」
- ③ 「施設などに出かけて日帰りで行うデイサービス」
- ④ 「施設などで生活（宿泊）しながら、長期間又は短期間受けられるサービス」
- ⑤ 「訪問・通い・宿泊を組み合わせるサービス」
- ⑥ 「福祉用具の利用にかかるサービス」

の 6 つである。具体的なサービスとして、①には居宅介護支援、②には訪問介護（ホームヘルプ）・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護、③には通所介護（デイサービス）・通所リハビリ・療養通所介護・認知症対応型通所介護、④には介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設（老健）・介護療養型医療施設・特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護、⑤には小規模多機能型居宅介護・複合型サービス、⑥には福祉用具貸与・特定福祉用具販売、が挙げられる。さらに上記の 24 種類は 52 サービスに細分化されている。

介護保険法では参酌標準と総量規制が定められている。参酌標準とは介護保険法第 116 条に基づき、国が定める「基本指針」において、各自治体が介護保険事業（支援）計画に定めるサービス見込量を算定するにあたっての「参酌すべき標準」のことである。¹¹具体的には介護保険 3 施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設）及び介護専用の居住系サービス（認知症高齢者グループホーム・介護専用型特定施設）の利用者数を、2014 年度時点で要介護 2-5 の認定者数の 37%以下とするものである。一方で総量規制とは、介護保険法第 117 条及び第 118 条に基づき介護保険事業計画に定めた定員数に既に達しているか、又は当該申請に係る指定によってこれを超える場合、その他計画の達成に支障が生じるおそれがあると認める場合には、都道府県知事・市町村長は事業者の指定等を拒否できることである。¹²対象サービスには地域密着型サービスを含み、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・介護専用型特定施設・認知症高齢者グループホームがある。具体的には参酌標準をもとに作成された介護事業計画を考慮に入れたうえで、計画した定員数を超える場合新たな施設増設を各自治体は拒否できるということである。以上のように参酌標準は総量規制のあくまでも目安として存在していたが、各自治体が 3 年毎に介護事業計画を立てる際に特定施設を一定数以上開設できないとして、介護業界から撤廃の声が上がっていた。これを踏まえて厚生労働省は 2012 年に年

¹¹ 厚生労働省老健局介護保険計画課（2010）第 5 期介護保険事業（支援）計画の策定準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料 p30

¹² 同上

度中の参酌標準廃止を決定し、以後の特定施設の開設は各自治体が自由に行うことが可能となった。しかしながら、参酌標準が廃止されたからといってすぐに介護施設の供給が増加するわけではないだろう。地域ごとの特質にあった介護施設・サービスの計画を自治体主体で行わなければならない。また営利団体の介護事業者がメリットを感じられるような市場の構築も必要である。ただ自由に任せるだけでなく、介護事業者が新たな介護施設を開設できるような支援、例えば介護報酬の見直しや土地を廉価で貸し出すなどの政策も国は提言しなければならないだろう。

第3章 先行研究

第1節 介護休業制度についての先行研究

まず介護休業制度について触れた先行研究について紹介する。西本（2006）では介護休業制度の最長限度期間を超えている6カ月以上1年未満の場合に最も休職や退職の可能性が高いことを指摘している。よって、継続就業促進のため最長限度期間の長期化を提案している。また、長（2011）では、介護休業給付の給付率40%の低さを指摘している。よって介護休業制度において所得保障の性格を持たせるのであれば、健康保険法の傷病手当金の水準である60%給付が確保されるべきであると主張している。さらに池田（2010）は個票データを用いて介護期における連続休暇の必要性と退職の規定要因を調査した。家族介護を担う労働者の就業継続支援として介護休業は制度化されているが、その取得者は少ない。そこで、介護休業制度が想定するような連続休暇の必要から介護時の労働者は勤務先を退職しているのか、それとも連続休暇の必要性とは別の要因（つまり家族介護の長期化）で退職しているのかを分析し、介護期の労働者の実態に即した就業継続支援の課題を検討した。介護開始時の雇用就業者を対象としたデータの分析結果から、

- (1) 介護のために連続休暇の必要が生じた労働者ほど、非就業になる確率が高いこと
- (2) 在宅介護サービスには連続休暇の必要性を低下させ、非就業になる確率を低くする効果があること
- (3) 連続休暇の必要性にかかわらず、要介護者に重度の認知症がある場合や、同居家族の介護援助がない場合は非就業になる確率が高いこと
- (4) 主介護者となる可能性が高く、仕事の負担も重いと予想される正規雇用の女性は、連続休暇の必要性にかかわらず、介護開始時の勤務先を退職して別の勤務先に移る確率が高いこと

の4点を明らかにした。こうした分析結果から、介護期の就業継続が可能になるために、在宅介護サービスを利用できないことから就業困難に直面した労働者が休業を取得できるよう、介護休業制度を効果的に運用するとともに、介護休業とは別の支援として、認知症介護に対する社会的支援や、介護期の勤務時間短縮などの支援を拡充することも重要であることを指摘する。

第2節 介護サービスについての先行研究

この章では介護サービスと離職の関係について述べた先行研究を紹介する。大日(1999)では、個票データを用いて被介護者の介護場所と離職率の関係を実証分析している。その結果、被介護者がデイサービス、ショートステイを利用する場合、介護者が離職をしにくい、ホームヘルプサービスを利用する場合、介護者が離職しやすいと分析結果から主張している。また西本（2012）では、個票データを用いて、介護のために仕事を休む場合と被介護者の介護場所の関係性を実証分析している。その結果、被介護者の在宅介護と介護施設の関係性は見られないということを明らかにした。

第3節 介護離職の社会的損失についての先行研究

補足的だが介護離職による社会的損失を計算している研究を紹介する。八代ら(1996)では、在宅介護の費用計算がされている。一般に家庭内における家事や育児のための労働は無償労働であるため「機会費用」の概念でとらえることがより合理的なものとなる。この場合、在宅介護のコストを試算する前提として、家族の労働に関してどのような賃金を当てはめるかという問題が生じる。例えば、家族介護のコストを在宅介護サービスに最も近い形態のサービスを提供する専門的な資格を持つホームヘルパーを雇うコストに置き換えて推計する手法がある。他方で、家族介護サービスの帰属コストを家事従事者が就業する場合の最も典型的なパート賃金で代用する方法も用いられている。1993年時点においてのひと月の費用計算をすると、前者での介護費用は平均して27万円ほどとなり自己負担額も26万円超と高い。後者の場合でも20万円超で自己負担額が20万円弱となっている。また、在宅介護の費用は、時間的な変化として考える必要がある。とくに、21世紀に入ると、労働力供給は減少に転じ、市場における労働力需給の逼迫から、平均的な賃金水準は高まる傾向にあることを考慮すれば、在宅介護の機会費用もそれにとまって長期的に一層増加すると考えるべきであろう。このことから介護によって失われてしまう経済活動をできるだけ介護休暇制度などによって無理なく維持していくことが肝要なのである。

第4節 先行研究を踏まえた本稿の位置づけ

先行研究では各制度の評価、改善点の抽出や介護サービスの問題について論じているものが多く、実際に介護休業制度が介護離職を防止する効果を持つのかを実証分析した論文は少ない。加えて介護をする労働者にとって離職を防ぐ効果的な介護サービスもはっきりとしていない。よって、本稿では介護休業制度が労働者を離職から防ぐのに有効に機能しているか、どのような介護サービスが効果的に介護離職の抑止力となっているのかをマクロ的な視点から明らかにするため、都道府県別パネルデータを用いて実証分析する。そして私たちが提案する政策によってそのサービスを適切に拡充し、より効果的に離職者を減らすことができる方法を考える。

第4章 介護休業制度と介護サービス基盤が介護離職に与える影響についての実証分析

第1節 分析の理論的背景と使用したモデル

本稿では、介護を理由に離職をする労働者に対して介護休業制度が有効に機能しているのか、またどの介護サービスが離職を減らすのに有効か、の2点を分析する。そのために下記の推計モデルを用いた。

《推計モデル》

$$Y = b_0 + b_1(\text{雇用保険被保険者における介護休業制度利用者割合}) + b_2(75 \text{ 歳以上人口 } 1000 \text{ 人当たりの介護サービス別定員数}) + b_3(75 \text{ 歳以上人口における要介護認定者割合}) + b_4(75 \text{ 歳以上人口における子供との同居割合}) + b_5(75 \text{ 歳以上人口における要介護度別の割合}) + u$$

$Y =$ (雇用保険被保険者における前職を介護を理由に離職した労働者の割合),

$b_0 =$ 定数項, $u =$ 誤差項

上記の推計モデルでは、コントロール変数として要介護認定者割合・同居率・要介護度別の割合を入れられている。要介護認定割合は、要介護者が多い地域では介護者も多くなり介護休業制度の利用者も多くなるため、正確に介護休業制度が離職を防ぐのに有効か判断するために入れた。同居率は、高齢者が子供と同居している場合は高齢者が単身で暮らしている場合と比べ、子供が介護のために離職を選択する可能性が高まると考えられることから、介護休業制度の利用者が同居に左右されないため変数として加える。要介護度別の割合は、要介護度が高い患者ほど介護者が介護施設に被介護者を入れる、もしくは離職をして介護にあたるという判断どちらかに強い影響を及ぼすと考えられるためである。

予測される符号は以下の通りである。介護休業制度は、いくつかの問題点はあるものの先行研究には離職を防ぐのに有効な制度という評価が多かったことから、負に有意という結果を予想する。要支援・要介護者数は、介護をされる人数が増えるならば、介護を理由に離職する人も増えると考えられるため、正に有意と考えられる。同居の有無に関しては、子供と同居している場合の方が、被介護者が近くにいるため家族が仕事を辞めて介護を選択する確率が高くなると考えられるため、正に有意と考える。介護レベルに関しては、要支援1・2と要介護1は正に有意、要介護2-5は負に有意と考えた。これは「介護を必要とする重度障害者が、何らかの理由によって在宅生活を営むことが困難となった場合は、それを受け止める場所が用意されていなくてはならない。そのような拠り所としての生活の場が用意されてこそ、障害者も家族も将来への不安なく日々の生活を送ることができる」(日本障害者リハビリテーション協会 1982)と述べられているように、重度障害者にとっての安心の場として、介護施設の拡充が政府によって推進されてきたという背景がある。そのため、施設の利用には介護レベルが高い人ほど優先して入所できるため、介護レベルが高い場合は施設に被介護者を預けやすいため離職率が低くなると考えた。逆に介護

レベルが低い場合は被介護者を施設に預けにくいいため、離職をして家族が介護者になる確率が高いと考える。施設への預けやすさが高くなる介護レベルの境目について、要介護 2 と判断した。その理由として介護保険三施設・グループホーム・介護専用型特定施設の利用者数を、要介護 2-5 の高齢者数の 37%以下とするという参酌基準が 2011 年までであった。そのため、施設数の限度は要介護 2 以上から考慮されていることから、入所のしやすさの境目は要介護 2 と判断した。また介護サービスについて、どのサービスにおいても 75 歳以上人口 1000 人当たりの施設定員数が多いほど、被介護者を抱える家族が施設を利用しやすくなり、その施設利用によって介護負担度は軽減され離職率は減る、つまり負に有意と推測した。

第2節 利用したデータと変数の詳細

第1項 利用したデータについて

前節で述べた推計モデルを証明するために用いるデータは、総務省「就業構造基本調査」、厚生労働省の「介護保険事業報告年報」・「雇用保険事業年報」・「介護給付費実態調査」・「雇用動向調査」・「国民生活基礎調査」・「介護サービス施設・事業所調査」の 2007 年から 2011 年次のものである。また分析には上記 7 つのデータの 5 年分をパネルデータ化している。

次に各データについて詳細に述べる。

「就業構造基本調査」は国民の就業及び不就業の状態を調査し、全国及び地域別の就業構造に関する基礎資料を得ることを目的とし、5 年ごとの 10 月に調査を行っている。調査対象は全国の 15 歳以上の世帯員である。

「介護保険事業報告年報」は介護保険制度の施行に伴い、介護保険事業の実施状況を把握し、今後の介護保険制度の円滑な運営に資するための基礎資料を得ることを目的とし、調査対象は保険者である市町村及び特別区である。

「雇用保険事業年報」は雇用保険の適用・給付状況を把握し、雇用保険制度の適正な運営を図るとともに、雇用対策等の基礎資料として利用することを目的とし、調査対象は全国の雇用保険適用事務所及び同被保険者である。

「介護給付費実態調査」は介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的とし、毎月調査を行っている。調査対象は、各都道府県国民健康保険団体連合会が審査したすべての介護給付費明細書、給付管理票である。

「雇用動向調査」は主要産業における入職、離職と未充足求人状況並びに入職者、離職者について個人別に属性、入職・離職に関する事情等を調査し、雇用労働力の産業・規模・職業・地域間の移動の実態を明らかにすることを目的とし、調査は年 2 回行われる。調査の対象となった母集団は 16 大産業の常用労働者 5 人以上の事業所、同事業所に雇用されている常用労働者並びに同事業所への入職者及び同事業所からの離職者である。

「国民生活基礎調査」は、保健・医療・福祉・年金・所得等国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得るとともに、各種調査の調査客体を抽出するための親標本を設定することを目的とし、調査日は毎年 6 月(世帯票・健康票・介護票)と 7 月(所得票・貯蓄票)である。調査対象は全国の世帯及び世帯員である。

「介護サービス施設・事業所調査」は全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得るこ

とを目的とし、毎年 10 月に調査を行っているものである。調査対象は介護保険施設の事業所と介護保険施設の訪問看護ステーションの利用者である。

第2項 変数の説明

分析に用いた変数の説明を図表 4-1 にまとめた。図表では変数名、変数をどのように作成したか（すべての変数が割合に直されており、上が分子、下が分母）、データの出典（上が分子の出典、下が分母の出典）が書かれている。また離職に対して有効な介護サービスを検証するためにすべて介護サービスを変数として加えたかったが、データの制約上、介護福祉施設・介護保健施設・介護療養型医療施設・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・通所介護・通所リハビリステーション(介護老人保健施設)・通所リハビリステーション(医療施設)・短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護の全 11 種類のみとなっている。

また変数についていくつかの留意点がある。まず 75 歳以上人口における要支援・要介護度割合は一次同次であるため、基準値として要介護 2 の割合のみ説明変数に加えていない。次に 75 歳以上の配偶者のいない子と同居している人数と 75 歳以上の子夫婦と同居している人数については、データが国民生活基礎調査から 2007 年と 2010 年のデータしか得ることができなかったため、線形補間を行い 2008 年・2009 年・2010 年・2011 年・2012 年のデータを作成した。最後に、介護を理由に前職を離職した人数については、調査年が 2006 年 10 月～2007 年 9 月、2007 年 10 月～2008 年 9 月……となっていたため、

2007 年の介護離職者

= (2006 年 10 月～2007 年 9 月の介護離職者 + 2007 年 10 月～2008 年の 9 月介護離職者) / 2

というように作成した。

図表 4-1 変数の説明

変数名	変数の計算式	データ出典
雇用保険被保険者数における 介護を理由に前職を離職した割合(%)	$\frac{\text{介護を理由に前職を離職した人数}}{\text{雇用保険被保険者数}} \times 100$	就業構造基本調査 雇用保険事業年報
雇用保険被保険者における 介護休業制度利用者割合(%)	$\frac{\text{介護休業給付金受給者数}}{\text{雇用保険被保険者数}} \times 100$	雇用保険事業年報 雇用保険事業年報
75歳以上人口における 要介護認定者割合(%)	$\frac{\text{要支援・要介護者数}}{75\text{歳以上人口}} \times 100$	介護保険事業報告年報 国民生活基礎調査
75歳以上人口における 配偶者のいない子と同居している割合(%)	$\frac{75\text{歳以上の配偶者のいない子との同居している人数}}{75\text{歳以上人口}} \times 100$	国民生活基礎調査 国民生活基礎調査
75歳以上人口における 子夫婦と同居している割合(%)	$\frac{75\text{歳以上の子夫婦と同居している人数}}{75\text{歳以上人口}} \times 100$	国民生活基礎調査 国民生活基礎調査
75歳以上人口における 要支援1の割合(%)	$\frac{\text{要支援・要介護者数}}{75\text{歳以上人口}} \times 100$	介護保険事業報告年報 国民生活基礎調査
75歳以上人口における 要支援2の割合(%)		
75歳以上人口における 要介護1の割合(%)		
75歳以上人口における 要介護3の割合(%)		
75歳以上人口における 要介護4の割合(%)		
75歳以上人口における 要介護5の割合(%)		
75歳以上人口1000人当たりの 介護福祉施設定員数	$\frac{\text{各介護サービス施設定員数}}{75\text{歳以上人口}} \times 1000$	介護サービス施設・事業所調査 国民生活基礎調査
75歳以上人口1000人当たりの 介護保健施設定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 介護療養型医療施設定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 認知症対応型通所介護定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 認知症対応型共同生活介護定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 地域密着型特定施設入居者生活介護定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 通所介護定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 通所リハビリテーション定員数(介護老人保健施設)定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 通所リハビリテーション(医療施設)定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 短期入所生活介護定員数		
75歳以上人口1000人当たりの 特定施設入居者生活介護定員数		

第3項 記述統計量

図表 4-2 に記述統計量をまとめた。サンプルサイズは 47 都道府県分の 2007-2012 年の 5 年分よりすべて 235 となっている。

図表 4-2 記述統計量

変数名	サンプルサイズ	平均値	標準偏差	最小値	最大値
雇用保険被保険者数における 介護を理由に前職を離職した人の割合(%)	235	0.307	0.094	0.079	0.638
雇用保険被保険者における 介護休業制度利用者割合(%)	235	0.024	0.007	0.009	0.052
75歳以上人口における 要介護認定者割合(%)	235	34.603	3.093	28.411	44.407
75歳以上人口における 配偶者のいない子と同居割合(%)	235	18.470	2.660	13.524	30
75歳以上人口における 子夫婦と同居割合(%)	235	29.228	10.088	7.193	47.207
75歳以上人口における 要支援1の割合(%)	235	4.224	1.361	1.861	8.658
75歳以上人口における 要支援2の割合(%)	235	4.666	0.881	3.203	7.281
75歳以上人口における 要介護1の割合(%)	235	6.050	0.737	4.230	8.043
75歳以上人口における 要介護2の割合(%)	235	6.078	0.599	5.065	8.072
75歳以上人口における 要介護3の割合(%)	235	5.123	0.432	4.235	6.303
75歳以上人口における 要介護4の割合(%)	235	4.431	0.362	3.577	6.126
75歳以上人口における 要介護5の割合(%)	235	4.028	0.528	2.720	5.273
75歳以上人口1000人当たりの 介護福祉施設定員数	235	30.583	3.606	17.620	40.068
75歳以上人口1人当たりの 介護保健施設定員数	235	23.991	4.284	11.691	37.617
75歳以上人口1000人当たりの 介護療養型医療施設定員数	235	6.916	4.083	0.834	23.275
75歳以上人口1000人当たりの 認知症対応型通所介護定員数	235	2.450	0.968	0.750	5.342
75歳以上人口1000人当たりの 認知症対応型共同生活介護定員数	235	10.498	4.916	2.658	28.006
75歳以上人口1000人当たりの 地域密着型特定施設入居者生活介護定員数	235	0.170	0.219	0.000	1.029
75歳以上人口1000人当たりの 通所介護定員数	235	41.947	7.930	25.236	81.688
75歳以上人口1000人当たりの 通所リハビリテーション(介護老人保健施設)定員数	235	9.435	2.732	2.893	18.019
75歳以上人口1000人当たり 通所リハビリテーション(医療施設)定員数	235	7.787	5.072	0.944	23.878
75歳以上人口1000人当たりの 短期入所生活介護定員数	235	7.750	2.754	3.040	23.973
75歳以上人口1000人当たり 特定施設入居者生活介護定員数	235	9.061	5.493	0.245	31.241

第3節 分析結果と考察

統計分析ソフトウェア Stata を使って実証分析を行い、図表 4-3 及び図表 4-4 の結果を得た。

図表 4-3 分析結果

被説明変数: 雇用保険被保険者数における 介護を理由に前職を離職した人の割合(%)	プーリング回帰モデル	固定効果モデル	変量効果モデル
	b/t	b/t	b/t
雇用保険被保険者における 介護休業制度利用者割合(%)	3.423 [3.08]***	-1.110 [-0.82]	-0.292 [-0.24]
75歳以上人口における 要介護認定者割合(%)	-0.067 [-3.81]***	0.015 [0.58]	-0.025 [-1.21]
75歳以上人口における 配偶者のいない子と同居している割合(%)	-0.005 [-1.72]*	-0.003 [-0.56]	0.001 [0.21]
75歳以上人口における 子夫婦と同居している割合(%)	-0.002 [-1.58]	0.004 [1.55]	0.001 [0.47]
75歳以上人口における 要支援1の割合(%)	0.067 [3.69]***	-0.010 [-0.28]	0.030 [1.22]
75歳以上人口における 要支援2の割合(%)	0.074 [2.78]***	0.022 [0.66]	0.028 [1.01]
75歳以上人口における 要介護1の割合(%)	0.076 [2.98]***	0.035 [0.98]	0.043 [1.47]
75歳以上人口における 要介護3の割合(%)	0.143 [3.82]***	-0.054 [-1.27]	0.040 [1.06]
75歳以上人口における 要介護4の割合(%)	0.044 [1.23]	0.016 [0.33]	0.052 [1.26]
75歳以上人口における 要介護5の割合(%)	0.048 [1.60]	-0.035 [-0.75]	0.000 [0.01]
75歳以上人口1000人当たりの 介護福祉施設定員数	0.001 [0.26]	0.003 [0.79]	0.006 [1.85]*
75歳以上人口1000人当たりの 介護保健施設定員数	-0.001 [-0.31]	0.008 [1.80]*	0.004 [1.24]
75歳以上人口1000人当たりの 介護療養型医療施設定員数	-0.002 [-0.84]	0.020 [3.93]***	0.007 [2.27]**
75歳以上人口1000人当たりの 認知症対応型通所介護定員数	-0.024 [-3.42]***	-0.042 [-2.63]***	-0.030 [-2.83]***
75歳以上人口1000人当たりの 認知症対応型共同生活介護定員数	0.000 [-0.24]	0.012 [1.74]*	-0.001 [-0.20]
75歳以上人口1000人当たりの 地域密着型特定施設入居者生活介護定員数	0.016 [0.46]	-0.043 [-0.99]	-0.039 [-1.02]
75歳以上人口1000人当たりの 通所介護定員数	-0.001 [-1.04]	-0.006 [-1.87]*	-0.002 [-1.13]
75歳以上人口1000人当たりの 通所リハビリステーション(介護老人保健施設)定員数	0.008 [2.32]**	-0.013 [-2.38]**	-0.005 [-1.03]
75歳以上人口1000人当たりの 通所リハビリステーション(医療施設)定員数	-0.003 [-1.08]	0.001 [0.23]	0.002 [0.69]
75歳以上人口1000人当たりの 短期入所生活介護定員数	0.001 [0.30]	0.004 [0.60]	-0.004 [-0.91]
75歳以上人口1000人当たりの 特定施設入居者生活介護定員数	0.000 [0.10]	-0.012 [-2.25]**	-0.001 [-0.24]
定数項	0.561 [3.85]***	-0.217 [-0.64]	0.109 [0.54]
決定係数	0.242	0.429	
自由度調整済み決定係数	0.167	0.200	
サンプルサイズ	235	235	235

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

図表 4-4 検定結果

F検定	Prob > F = 0.0000
Hausman検定	Prob>chi2 =0.0000
Breusch and Pagan検定	Prob > chibar2 = 0.0000

図表 4-4 より採用した推計モデルは固定効果モデルである。各検定の意味について記す。F 検定は固定効果モデルよりプーリング回帰モデルが正しいという仮説の検定である。この仮説が正しい確率は 0%になっているため、固定効果モデルが正しいと判断す

る。次に Hausman 検定は、固定効果モデルよりも変量効果モデルが正しいという仮説の検定であるため、今回の場合確率は 0%なので固定効果モデルが正しいと判断する。更に、Breusch and Pagan 検定は、変量効果モデルよりもプーリング回帰モデルが正しいという仮説の検定であり、確率は 0%なのでプーリング回帰モデルより変量効果モデルが正しいと判断する。よって、以降の分析については固定効果モデルについてのみ言及する。

図表 4-3 において回帰係数が統計的に有意であった説明変数は赤字で記しているもので、具体的には 75 歳以上人口 1000 人当たりの介護療養型医療施設病床数、75 歳以上人口 1000 人当たりの認知症対応型通所介護定員数、75 歳以上人口 1000 人当たりの通所リハビリステーション定員数(介護老人保健施設)、75 歳以上人口 1000 人当たりの特定施設入居者生活介護定員数である。このうち 75 歳以上人口 1000 人当たりの介護療養型医療施設定員数以外の変数は負に有意となった。また負に有意となった変数について定量的に見れば、認知症対応型通所介護は 75 歳以上人口 1000 人当たりの認知症対応型施設定員数を 1 人増加させると、雇用保険被保険者における介護を理由とした離職者を 0.04%減らすことができ、同様に通所リハビリステーションは 0.01%、特定施設入居者生活介護は 0.01%減らすことができるという結果である。また本稿が注目した介護休業制度は離職者を減らすのに有意であるという結果は得られなかった。次に介護休業制度と有意となった変数について詳しく検証していく。

なぜ介護休業制度は離職者を減らすのに有意という結果が得られなかったのか考察する。介護休業制度が有効にならない重要な理由としては、

(1)、介護休業制度の休業期間が介護サービスを選ぶために足りていないから

(2)、介護休業制度を利用した後に選べる介護サービスが不十分だから

という 2 点が考えられる。(1)に関しては、本稿の実証分析では十分に証明することができていないため、今後さらなる研究が必要である。本稿では(2)の理由に注目した。介護休業制度は限度日数が 93 日に設定されているため、家族に介護者が発生し、介護休業制度を利用して介護を行ったとしても、限度日数を超えてからは介護サービスを利用する、もしくは離職をして家族を介護するという選択を迫られる。つまり、介護休業制度の利用期間のうちに被介護者の症状が完治すれば離職は防げるが、更なる継続的支援が必要な場合は介護休業制度の利用のみでは離職は防げないのである。つまり、介護休業制度と介護サービス双方の利用により、介護を理由とした離職は防げると考える。よって、介護休業制度が離職を防ぐために有効な制度となるためには、介護者が自分の職業を辞めて介護に従事することに比べ、より望ましい介護サービスが市場に提供されていることが必要だと考える。

次に介護療養型医療施設定員数が正に有意となった原因について考える。介護療養型医療施設は「長期にわたって療養が必要な方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、機能訓練や必要な医療、介護などを提供する」(厚生労働省 HP) 場所だ。介護療養型医療施設について現在問題になっているのは社会的入院だ。社会的入院とは、本来治療を必要としない患者が、自身を介護してくれる介護者がいない等の理由により、初期に治療を受けた場所に留まり続けるというものだ。介護療養型医療施設は介護保険法により、本来は医療の必要な要介護高齢者に対応するための長期療養施設である。しかし、その実態には医療の必要性の高い者と低い者が混在しているため、政府は療養病床を再編成し、医療の必要度に応じて機能を分担することで、利用者の実態により即したサービスの提供を図ろうとした。その達成に向けて平成 24 年 3 月 31 日までに、介護療養病床(医療の必要性の低い方に対応する場所)を老人保健施設等へ転換することとした¹³。実際にデータを確認すると 2007-2012 年にかけて多くの都道府県で施設定員数が減少傾向にある。上記の現状を踏まえて仮説を立てると、介護療養型医

¹³ 平成 26 年に介護療養病床の転換が完了していない現状を受けて、6 年間の転換期間の延長が決定された。

療施設の介護療養病床が削減されるに従って、施設を追い出された患者が他の介護施設に入所できず在宅介護で対応された結果、介護療養型医療施設定員数が在宅介護患者数の代理変数になっているために介護を理由とした離職者に対して正に有意という結果になったと考える。

次に負に有意となった介護サービスについて考察する。認知症対応型通所介護は「認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスで、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、認知症の利用者が通所介護の施設（デイサービスセンターやグループホームなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供することにより、自宅にこもりきりの利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的」（厚生労働省 HP）とした場所だ。認知症患者の介護は、その他の介護に比べ介護負担が大きいことが言われている。平野・鈴木・梅垣(2012)は、認知症患者を介護する家族 50 名に調査を行った結果、何らかの慢性疾患を持つ介護者が 90%とであることを示しており、ほとんどの介護者が慢性疾患を抱えながら家族介護を行っている実態を明らかにした。このように、介護の負担がより重い認知症患者の介護を軽減することができる認知症対応型通所介護は負に有意でたことは納得できる。しかし、同じく認知症患者を対応する認知症対応型共同生活介護は負に有意という結果は得られなかった。この理由として認知症対応型共同生活介護の開設は、認知症通所介護と違い総量規制の対象であり、開設には各市町村の合意が必要である。そのため、認知症患者を抱えた労働者にいる地域に対して十分な供給が行えていなかったのではないかと推測できる。

通所リハビリテーションは、「利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設（老人保健施設・病院・診療所など）に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供」（厚生労働省 HP）する場所だ。このサービスは老人保健施設や、病院や診療所等の医療施設で受けることができるが、老人保健施設のみ負に有意となった。通所リハビリテーションの利用は、要支援 1 から受けることができるため、利用者は比較的症状が軽い患者と推測され、介護者が離職を選択するほど負担が大きくないと推測できる。また通所リハビリテーションの利用先で老人保健施設が有意となり、病院が有意とならなかったのは、老人保健施設は家庭復帰を目的とした施設であるため、より軽度な利用者が多かったためにそのような差異が出たと推測できる。

特定施設入居者生活介護は「利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供」（厚生労働省 HP）するサービスだ。特定施設入居者生活介護の特徴に関して、介護保険がよくわかるページ HP では、「特定施設入居者生活介護は居宅サービスに分類されるため、予防給付を受けており施設サービスを利用することができない人でも、特定施設入居者生活介護サービスを受けることが可能である。その為、比較的介護必要度が低い人でも利用することができるという利点がある。加えて、あらかじめ特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けている施設に入居することにより、万が一介護が必要になった場合でも、施設を退去せずに要介護認定を受けることにより、継続して施設を利用することができる場合もある」と述べている。この手厚い施設サービスを手軽に受けられるという点と症状の悪化した場合の入所への移行のしやすさから離職に対して有意に出たと推測できる。

介護休業制度が有意にならなかった理由と、統計的に有意となった変数の考察は以上である。上記の考察から第 5 章では、介護休業制度をより効果的な制度にするために、介護サービス基盤の更なる充実に向けた政策提言をする。また注目するサービスについては、

実証分析で最も離職を減らすのに対して定量的に効果が高かった認知症対応型通所介護とするが、このサービスの現状についても第5章で触れていく。

第4節 介護離職による社会的損失

補足的であるが、介護離職による社会的損失を算出した。単純なモデルだが、当年度の介護離職の社会的損失のモデルは下記の通りである。

$$C = \sum_{k=1}^{11} a^k \cdot b^k \cdot c$$

C=(当年度の社会的損失), k=(19歳以下をk=1、20-64歳までの5歳毎、65歳以上をk=11とする年齢階級), a=(年齢階級別の介護を理由に離職した人数), b=(年齢階級別の平均賃金), c=(平均介護期間)

変数の出典としては、年齢階級別の介護を理由に離職した人数は厚生労働省「雇用動向調査(2012)」、年齢階級別の平均賃金は「賃金構造基本調査(2012)」また、平均介護期間は、公益財団法人生命保険文化センターの「生命保険に関する実態調査(2012)」である。

上記のモデルから算出された額は8184.3億円であった。この試算では、平均介護期間は56.5ヶ月(4年9か月)となっており、介護期間は仕事をしていないものと仮定している。この試算額は、仮に介護離職を全員防ぐことができた場合、2012年度においては8184.3億円の社会的損失を防ぐことができると言い換えることもできる。日本のGDPは、2013年度約529兆円であることから介護を理由に離職したことによる社会的損失は、単純な割合ではGDPの0.15%に相当する。

またここで算定した数値は介護期間における社会的損失であるため、実際の数値はより大きいと推測できる。例えば中高齢者が要介護者の死亡後、再び再就職を希望した場合でも、現状分析でも述べたように再就職するのは困難である。厚生労働省職業安定局「労働市場年報」をみると、2012年度の有効求人倍率は19歳以下が4.73、20-24歳が0.93であるのに対して、主介護の年齢階級である50-54歳は0.74、55-59歳は0.73となっている。このように実際の有効求人倍率からも中高齢での再就職の難しさは読み取れる。加えて再就職できたとしても職歴中断により同年齢階級の賃金よりも低くなること、賃金低下に伴う厚生年金などの年金額の低下など、生涯での所得損失を考慮すると、介護離職の社会的損失はさらに大きくなることが想定される。この社会的損失の大きさからも介護離職者を減らすための施策について考えることは重要であると言える。

第5章 政策提言

第4章の実証分析の推計結果をもとに、地域密着型サービスである認知症対応型通所介護施設に着目して、政策提言を行う。高齢化の進展による被介護者及び介護者の増加を考慮すれば、介護を理由にした離職を防いでいくための介護サービス施設の充実を図る必要がある。また、政府の打ち出したオレンジプランで認知症に対する医療従事者の増員等が図られていることから、認知症に特化する施設を増やすことは、政府の方針と合致する施策であるといえる。

第1節 認知症対応型通所介護定員数の拡大

第4章の分析結果より、認知症の利用者を対象にした専門的なケアを行う施設である認知症対応型通所介護施設の75歳以上人口1000人当たりの定員数の増加は、雇用保険被保険者における介護を理由に前職を離職した人数を減らすために、量的に見て一番大きな負の効果が得られた。その効果は75歳以上人口1000人あたりの認知症対応型通所介護施設定員数を1人増加させると、雇用保険被保険者の離職者率が0.04%減少させるというものだ。介護を理由とする離職率は年間平均0.3%なので、これを勘案すると、離職者を約1/7に減らすことが可能ということになる。

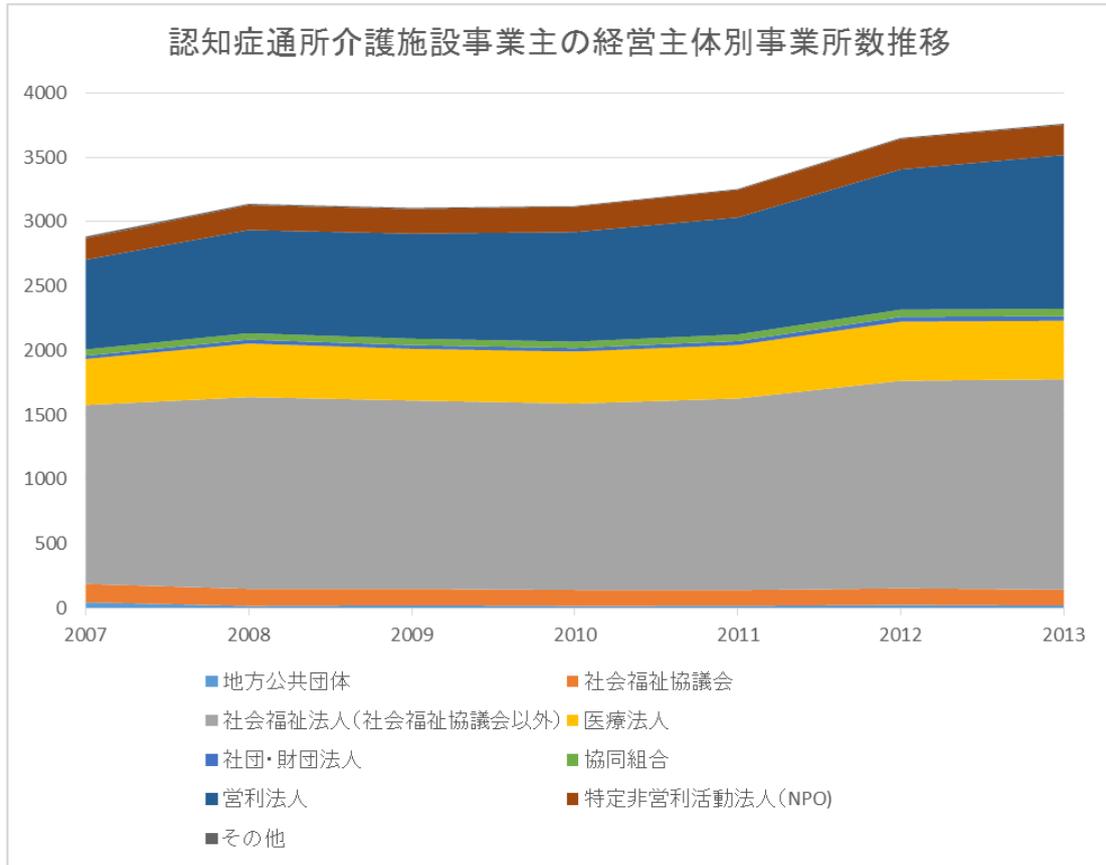
2010年の厚生労働省の推計によれば、認知症有病者は350-497万人であり、65歳以上の高齢者の12-17%である。今後も認知症患者は増えてくるため、認知症患者向けのサービスには需要があるといえる。しかし、認知症患者向け施設には総量規制があるため¹⁴、施設を新たに開設することは困難な状況にある。総量規制¹⁵とは、介護保険法第117条及び第118条に基づき介護保険事業計画に定めた定員数に既に達しているか、又は当該申請に係る指定によってこれを超える場合、その他計画の達成に支障が生じるおそれがあると認める場合には、都道府県知事・市町村長は事業者の指定等を拒否できることとされている。つまり、各地方自治体によって介護サービスの量が制限されているということである。これは保険料の増大を防ぐという一方で、民間の参入を阻害しているという側面もある。しかし、通所介護の場合はその規制がないため今後もニーズに合わせてサービス提供数は増加していくと予想される。実際、「介護サービス施設・事業所調査」から、認知症対応型通所施設の事業所数は全国的に増加している。また認知症対応型通所介護施設の経営主体は、営利法人の割合が増加している。（図表5-1）この原因は営利団体等の事業主にとって他の規制されているサービスと比較して参入障壁が低く、展開しやすい事業であるためである。

また、一方で認知症通所介護施設の定員数には地域格差が存在している。厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2012）」、「介護保険事業調査（2012）」によれば、各都道府県における要介護1-5の人数に対する認知症対応型通所介護施設定員数は、大阪府・兵庫県・神奈川県等都市部において平均値に達していない一方、秋田県・徳島県等の人口が少ない地方部でも達していない。（図表5-2）実証分析結果から認知症通所介護施設の増設が介護離職防止に大きなインパクトがあることを鑑みると、都市部・地方部双方に対応した認知症通所介護のサービス体制を構築していく必要がある。

¹⁴第5期介護保険事業（支援）計画の策定準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料による

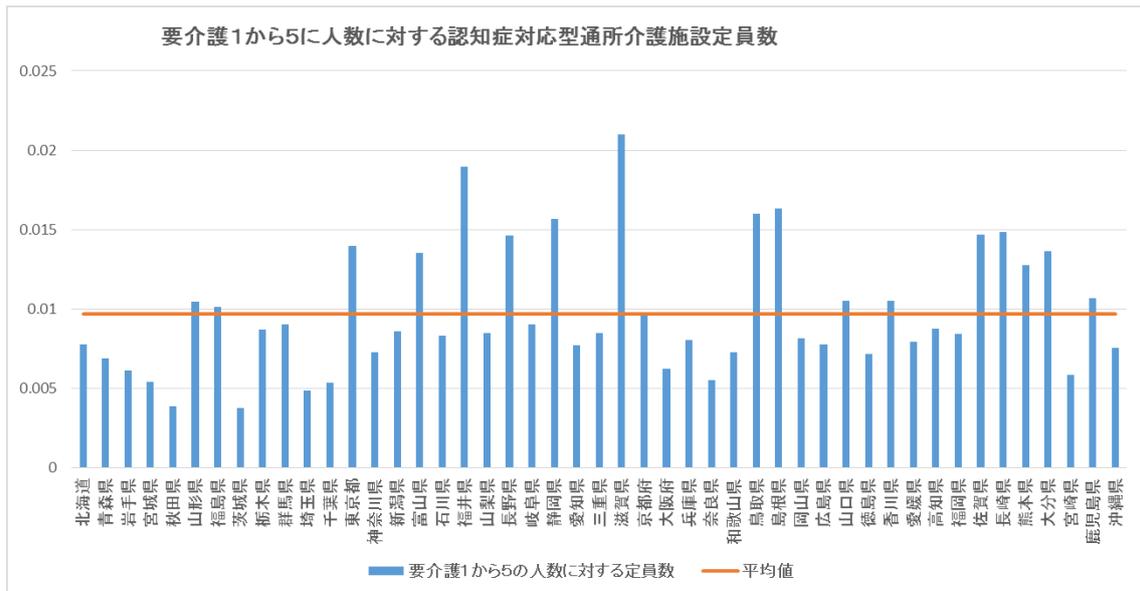
¹⁵同上。これらには規制の対象サービスがあり、具体的には介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護専用型特定施設・認知症高齢者グループホームである。

図表 5-1 認知症対応型通所介護施設事業主の経営主体別事業所数推移



「介護サービス施設・事業所調査」より筆者作成

図表 5-2 各都道府県における要介護 1-5 の人数に対する認知症対応型通所介護施設定員数



数

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2012）」・「介護保険事業調査（2012）」
より筆者作成

以上より、今後認知症通所介護施設が自然的に増加していく場合に留意すべきは、いかにサービスの質を維持しつつ、また都市・地方双方でサービスが適切に提供される体制を構築していくかである。まず、認知症の場合には、本人によるサービスの質の認識が難しいため、サービスの質の担保は重要な問題である。また都市部では、今後急速なサービス需要が発生することが予想される一方、高価な地価のために新たな施設を作ることが難しい地域である。地方では、人口減少により、サービスの担い手が少なくなるための供給制約にも留意する必要がある。こうした状況下、どのような政策が考えられるのであろうか。

第2節 サービスの質維持へのアプローチ

前節の図表 5-1 で営利法人が自然に増加していることを述べたが、政府による監査、評価制度が徹底されていなければ、経済学的にみれば、営利法人は利潤最大化のために質を落として利用者に提供するおそれがある。しかし、そのような悪質な業者は自然淘汰され、長期的に見れば問題はないという指摘もできる。ただ、そのようなサービスを認知症患者が利用する場合、その症状から本人はサービスの細かな質の差には気づきにくい。加えて介護サービスは命や健康と密接に関連したサービスであるため、問題が発覚してから対応するのは遅い。この問題点を解消していくためにも監査制度として第三者評価制度の徹底・浸透をさせていくべきではないかと考える。

「規制改革推進 3 か年計画（再改定）」（2003）によれば第三者評価制度は政府によって推進されている取組みである。では具体的に第三者評価制度とはどのようなものなのか。厚生労働省によれば、社会福祉法人等の提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価のこととされている。その第三者評価制度の効果に関して、永和（2005）では、京都府における介護サービスの第三者評価制度について述べており、ここでは第三者評価制度を受審した事業者のアンケート調査から第三者評価はサービスの質の向上において極めて有効だと結論付けている。しかし、課題として代表的なものに受審件数の少なさがあげられている。それに対応して政府として、平成 26 年厚生労働省通知「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」の全部改正についてより、受審件数を上げるためガイドラインの見直しを実施し、その徹底・浸透を図っている。本稿の分析よりこの通知は推進できる施策であったが、この通知の実際の効果に関しては検証が必要である。

第3節 都市部へのアプローチ：空き家の活用

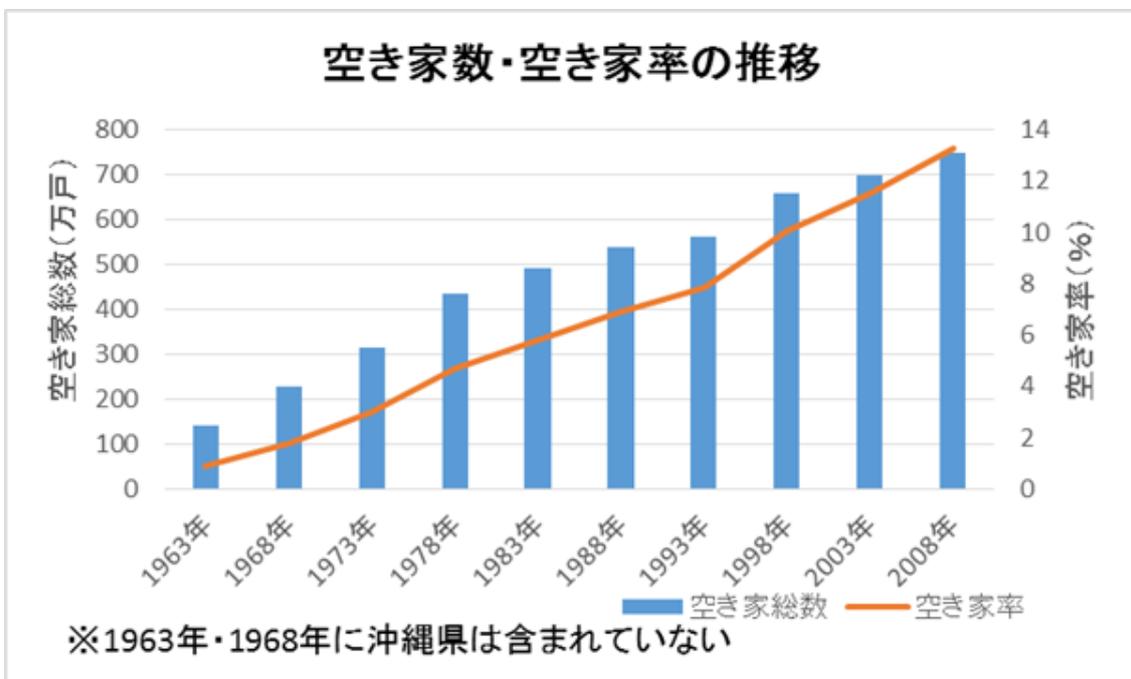
都市部では新たな施設を開設するのに、国や市町村が一から計画して建設するにあたり地価が高価であるため莫大な費用が発生する。そこで私たちが着目したのは、都市部で増加し多く存在している空き家の活用である。大阪府に限って言えば平成 20 年度で空き家総数は約 63 万戸であり数は非常に多い。前節での実証分析の結果を踏まえ、本節では空き家の活用に焦点を当て施設定員数を拡大していく政策を提言したい。

第1項 空き家の現状について

まず、空き家の現状について見ていく。総務省「住宅・土地統計調査」によると空き家の総数、また空き家率¹⁶は増加している。(図表 5-3) 米山 (2012) のレポートによると、空き家率は現状のままでは、20 年後には 25% 近くにまで達すると推計されている。つまり、総住宅数の四分の一が空き家になる可能性が高いのである。

では、なぜ空き家率、空き家数は増加しているのか。原因の一つに高齢化率の上昇がある。米山 (2012) では、「住宅土地統計調査」での空き家率と人口指標の関連を見ている。その中で空き家の各類型として、売却用住宅・賃貸用住宅・二次的住宅・その他住宅の 4 つがあるなかで、65 歳以上の人口の割合とその他の空き家率、また 65 歳以上の人口の割合と賃貸用住宅の空き家率には正の相関があることを示している(相関係数はそれぞれ 0.74、0.36)。

図表 5-3 空き家数・空き家率の推移



総務省「住宅・土地統計調査」より筆者作成

つまり、高齢化が進んでいる地域ほど、その他の空き家率、賃貸用住宅の空き家率が高いということになる。空き家数全体に示める各類型の割合を見ると、売却用住宅が 5.4%、賃貸用住宅が 54.5%、二次的住宅（別荘等）が 4.6%、その他住宅が 35.4%となっている。その他の住宅、賃貸用住宅が空き家全体の約 9 割を占めていることも考慮すると、高齢化が深刻な地域ほど空き家率が高くなるのがわかる。また、伊藤 (2012) では空き家発生メカニズムを 3 つの段階に整理している。その第一段階の空き家発生メカニズムとして、一般的に世帯分離された高齢世帯が高齢等により亡くなり、または高齢化に伴う身体的能力等の低下により社会福祉施設等に転居すること、もしくは他の場所に移り住んだ子供世帯に同居することによるとしている。このうち空き家発生で一番多いのは居住者が高齢等により死亡が原因で発生する場合としており、空き家発生メカニズムとしても高齢世帯と密接に関連していることがわかる。

¹⁶総住宅数に占める空き家の数の割合のこと。

第2項 空き家を活用するメリット

なぜ私たちが空き家と認知症対応型通所施設を結び付けようとしたかを述べる。中田・勝又（2010）では古民家や住宅を小規模多機能型居宅介護施設に転用していく研究を行っている。この研究では、古民家改修施設、住宅改修施設の責任者にヒアリング調査を行い、ヒアリング調査の結果、改修して小規模多機能型居宅介護施設を開設した理由として開設費削減のためと回答する施設が多く見られた。また、利用者が建物を見て過去の話をしてくれるという事例から住宅や古民家は利用者の過去の記憶に影響を及ぼしており、認知症利用者に効果があると考察されている。また、地域密着の観点からも古民家の転用は有用と結論付けられている。つまり、本稿の実証分析の結果も鑑みれば、住宅等の空き家を小規模多機能型施設と同じ地域密着型サービスである認知症対応型通所施設に転用していくことは、有用な政策ではあると考える。

以上をまとめて、空き家の認知症通所介護施設への転用による介護サービスの供給側・需要側・要介護者を家族に持つ労働者の三者のメリットについて整理する。

まず介護サービスの供給側にとっては、三点のメリットがある。第一に空き家が多い地域は高齢地域であり、ビジネスを展開できる可能性が高い。第二に空き家を活用することで開設費を削減できる。そして第三として、地域に根差した住宅であるために、地域住民の理解を得るのが新規開設に比べて容易であり、地域密着の観点から有用である。

次に介護サービスの需要側にとってのメリットを考える。ここでは2点存在する。1点目には、前述したことと重なるが、空き家の多い高齢地域には介護を必要とする人も多いということ。2点目には前述の中田・勝又（2010）の研究にあったように、空き家の転用により、認知症利用者に有用である可能性が高いということだ。

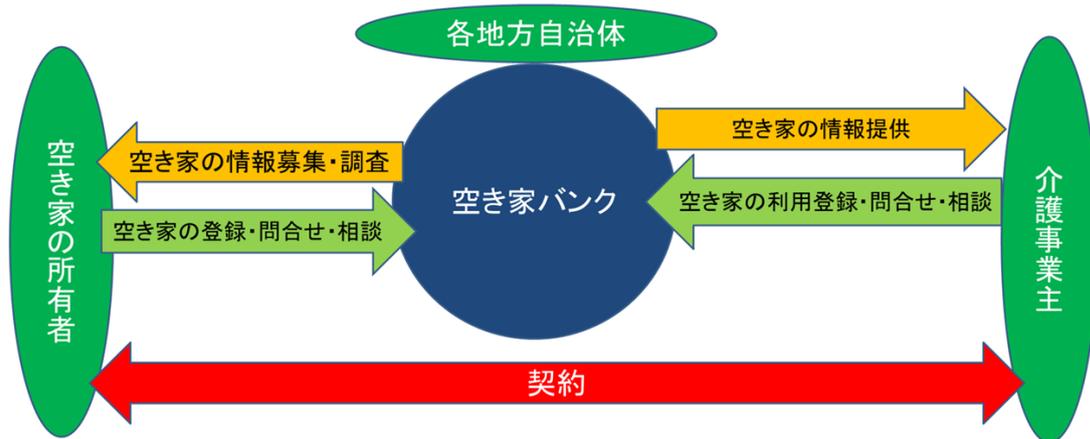
最後に、要介護者を家族に持つ労働者に対しては本稿の実証研究より、認知症対応型通所介護サービスの供給量が増え利用しやすくなることで、介護を理由とした離職を防ぐことができるメリットがある。

第3項 具体的アプローチ

では具体的にどのようにして空き家と認知症通所介護施設をつなげていくか。国土交通省「空家実態調査報告書（2010）」によると、空き家を所有している名義人は、単独個人名義が74.7%と最も多く、全体の4分の3を占めている。つまり空き家は個人の所有者が多く、個人が所有する空き家を営利法人が利用するのは難しい。ゆえに地域の実情をよく知っている地方自治体が、空き家の所有者と事業主間の仲介をし、マッチングさせていくことが必要となる。この取り組みは一部の地方自治体によって「空き家バンク」という名で行われている。つまり空き家バンクとは、各地方自治体における空き家の所有者と利用者におけるマッチングサービスである。この仕組みを図表5-3を使って解説する。まず各地方自治体がHP等の空き家バンクを設立する。そこで空き家の所有者に対し、空き家の情報募集、調査する。空き家の所有者は登録し、売りたい、貸したいといったニーズに合わせて問い合わせ、相談等を行う。この空き家バンクを仲介し、登録された情報をもとに、空き家の利用者は利用登録し、最終的に登録に至るといったイメージである。ただこの空き家バンクが実施されている地方自治体はまちまちであり、利用者は空き家を住宅として居住利用するのが主な目的であるという現状がある。そのため、地方自治体に空き家バンクを義務付けるなどして浸透させること、さらに利用者を事業目的にも拡大させることが必要である。認知症通所型介護施設等の事業目的で利用が増加すれば、前項で述べたように住宅・古民家などは地域密着の観点から、また認知症患者に対しても有用であることから良い

施策であるといえる¹⁷。ゆえに、私たちは各地方自治体に空き家バンクの設立を義務付け、認知症対応型通所介護の事業主などにも対する仲介を積極的に奨励していくことで、都市部においても事業主は低コストで、かつ有用な介護施設を積極的に建設するだろう。

図表 5-3 空き家バンクのイメージ



第4節 地方部へのアプローチ

第一節の図表 5-2 において、人口が少ない地域も認知症対応型通所介護施設定員数が少ないという現状を指摘した。営利法人は利潤獲得を第 1 の目的としているために、利潤が出る可能性がより高い地域に進出する。そのため利潤が薄い地方部に対しても、認知症通所介護施設の事業主が進出を自主的に行い、サービスの充実が図られるために、介護報酬の地域係数の見直しを提言する。

介護報酬とは、事業者が利用者に介護サービスを提供した場合に、その対価として保険者である市町村が事業者を支払う費用のことである。また介護報酬の地域係数とは、大都市と地方との賃金や物価水準の地域差を調整するための係数である。東京都 23 区が一級地であり、東京都多摩市・神奈川県鎌倉市・大阪府大阪市などが二級地といったように、物価水準や賃金水準によって地域区分がなされ、これは 7 区分ある。地域区分が高い地域は、介護報酬が多くもらえるため、事業主にとっては利益が増えるので営利法人等の参入が増えると考えられる。ただ一概に認知症通所介護施設のサービスが少ない地方に対して地域係数を上げることが提言するのは他のサービスの提供量をしていないため安易ではあるが、第一節の図表 5-2 の格差を鑑みて、介護報酬の地域区分を見直し、地域係数を改定していく必要があると言える。

¹⁷ ここでは実証分析の結果から認知症通所介護施設の事業主に焦点をあてたが、空き家の解消や施設建設コストの削減という面で空き家仲介サービスは介護サービス事業全般の事業主に対しても行われるべき施策であるといえよう。

第6章 おわりに

本稿の実証分析の結果認知症対応型通所介護定員数を増やしておくことが離職率を下げるためにもっとも効果的な介護サービスであると分かった。そこで認知症対応型通所介護施設を増やしていくための施策として、質の維持、地方、都市部の 3 つのアプローチから政策提言を行った。しかし、本稿の分析は都道府県別データを用いたマクロ的な視点からの政策提言であり、個別具体的なミクロ的な視点に欠けているという指摘もできる。

例えば、質の維持に関してのアプローチでは、マクロ的観点から見れば営利法人は利潤最大化を行うため質が下がる恐れがあるが、実際に提供されている認知症対応型通所介護において質が下がっているという調査は行えていない。そのため、今後利用者に対するヒアリング調査を行う必要がある。また地方部へのアプローチに関しては、介護報酬の引き上げが必要と述べたが、本稿でも述べているが地方部ではサービスを提供する労働者の不足が人口減少により深刻であり、賃金が上がれば地方部でも働く人が増える、と一概には言えないかもしれない。これを解明するためには、なぜ地方部では介護において働く担い手が不足している理由を詳しく調査する必要がある。

また本稿では今後高齢化などによる増加が見込まれる要介護者に対応する施策として、サービスの供給量を増やすことで、需要に対応しようとした。しかし、一方でその需要そのものを縮小する施策については言及していない。特に本稿で有効として認知症対応型通所介護施設においては、認知症患者を減らす施策、認知症を予防する施策について考えることでより介護を理由とする離職者を減らすことができると考える。

先行研究・参考文献・データ出典

《先行研究・参考文献》

- 世界銀行 (2013) 高齢化率 (高齢者人口比率) 国際比較統計・推移
- 内閣府 (2014) 「平成 26 年版高齢社会白書」
- 厚生労働省 (2014) 「平成 25 年度国民生活基礎調査」
- 厚生労働省 (2013) 「平成 24 年度介護保険事業状況報告年報」
- 厚生労働省 (2013) 「平成 24 年度雇用動向調査」
- 厚生労働省老健局 (2013) 「全国介護保険担当部 (局) 長会議資料」
- 厚生労働省 (2010) 「認知症高齢者の現状」
- 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス総合サイト」
- 厚生労働省老健局介護保険計画課 (2010) 第 5 期介護保険事業 (支援) 計画の策定準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2009) 「第 6 回世帯動態調査」
- 総務省 (2013) 「平成 24 年度就業構造基本調査」
- 総務省統計局 (2013) 「平成 22 年度国勢調査」
- 伊藤 伸一 (2012) 「空き家等の対策の現状と今後の展望」国土技術研究センターレポート
- 大嶋寧子 (2012) 『懸念される介護離職の増加 求められる「全社員対応型・両立支援」への転換』みずほ総合研究所
- 斎藤真緒 他 (2014) 「介護と仕事の両立をめぐる課題—ワーク・ライフ・ケア・バランスの実現に向けた予備的考察—」『立命館産業社会論集』第 49 巻第 4 号, p119-137
- 長千春 (2011) 「労働者の家族的責任と介護休業制度—労働法・社会保障法からの考察—」アドミニストレーション大学院紀要 No.8, p51-72
- 中田 悟, 勝又 英明 (2010) 「古民家の小規模多機能型居宅介護事業所への転用についての研究: 地域資源としての古民家の公共的利活用に関する研究(空家活用, 農村計画)」学術講演梗概集. E-2, 建築計画 II, 住居・住宅地, 農村計画, 教育 p441-442,
- 永和 良之助 (2005) 「福祉サービスにおける第三者評価の意義と課題」佛教大学社会福祉学部論集 1, p19-30
- 西本真弓 (2012) 「介護のための休業形態の選択について—介護と就業の両立のために望まれる制度とは?」『日本労働研究雑誌』No623, p71-84,
- 西本真弓 (2006) 「介護が就業形態の選択に与える影響」『季刊家計経済研究』No. 70, p53-61
- 平野明美 鈴木裕介 梅垣宏行 (2010) 「認知症介護者の介護負担感に関する調査—認知症介護者の介護負担感と血液凝固能の関連—」(財)名古屋市高齢者療養サービス事業団平成 21 年度公益事業助成・研究成果物 p1-15
- 八代 尚宏 他 (1997) 「高齢者世帯の経済分析」『経済分析』No.151, p79-112
- 米山 秀隆 (2012) 「空き家率の将来展望と空き家対策」富士通総研 研究レポート No.392
- 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 (1982) 「リハビリテーション研究」第 41 号 p17-22

「介護保険がよくわかるページ」 (2014/11/03 アクセス)
(<http://kaigohokenwakaru.jp/b00shisetsu/b07tokutei.html>)

《データ出典》

公益財団法人生命保険文化センター「生命保険に関する実態調査 (2012)」
国土交通省「空家実態調査報告書 (2010)」
厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」「介護保険事業報告年報」「雇用保険事業年報」「介護給付費実態調査」「国民生活基礎調査」「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」の全部改正について「雇用動向調査」「賃金構造基本調査」
総務省「住宅・土地統計調査」「就業構造基本調査」