

平成 29 年度博士学位論文

介護保険制度下における
介護職の定着と家族介護者の就業：
二次分析による実証研究

お茶の水女子大学大学院

人間文化創成科学研究科

ジェンダー学際研究専攻

知脇 希

平成 30 年 3 月

目次

序章	1
1 問題の所在	1
2 研究の目的と方法	4
3 本研究の論文構成	5
1章 先行研究と理論的背景	7
1 介護保険制度	7
1.1 疑似市場	7
1.2 介護報酬、介護サービスの規制が与える影響	8
2 介護職の分析	9
2.1 先行研究：介護労働者の賃金と離職	9
2.2 人的資本論	12
2.3 仕事の満足度	12
3 家族介護者の就業分析	13
3.1 先行研究：家族介護者の就業	13
3.2 家庭内生産モデル	16
4 小括	17
2章 日本の介護保険制度の特徴と介護保険導入後の変化	19
1 日本の介護保障の検討	19
1.1 介護保険制定以前の状況：老人福祉法制定から平成5（1993）年まで	19
1.2 高齢者介護・自立システム研究会報告書からみる高齢者介護の基本理念と考え方	20
2 介護保障の提供体制：日本と海外との比較	22
3 介護保険制度の概要	24
3.1 介護保険法の目的	24
3.2 要介護認定	24
3.3 区分支給限度基準額	26

3.4	給付の概要	27
3.5	近年の動向：個別の選択から地域づくりへ	28
3.5.1	介護予防事業	29
3.5.2	地域包括ケアシステムの構築	29
3.5.3	保険外サービス	31
4	政府統計からみる介護保険導入後の変化	31
4.1	要介護（要支援）者数の増加と健康寿命延伸の対策	31
4.2	高齢者の住まいとしての施設	35
4.3	家族介護量の変化	41
4.4	介護職員、訪問介護従事者数の変化	44
4.5	介護サービス事業所数、利用者数	46
5	小括	51
3	章 介護人材の養成と定着の現状	53
1	介護人材の養成	53
1.1	介護の資格	56
1.1.1	介護福祉士	56
1.1.2	ホームヘルパー1級、2級、3級	57
1.1.3	介護職員基礎研修	57
1.1.4	介護職員初任者研修	58
1.1.5	実務者研修	58
1.2	制度上の資格評価	58
1.3	介護福祉士登録者数	59
2	訪問介護の介護報酬	61
2.1	介護報酬の推移（訪問介護）	61
2.2	介護報酬改定の動き	63
3	介護人材の雇用状況	65
4	外国人労働者の受け入れ	70
5	小括	71

4 章 介護職の就業に関する実証分析	74
1 介護職の賃金、仕事の満足度と離職意向：平成 18（2006）年データから	74
1.1 介護資格とサービス類型	74
1.2 データと実証研究の枠組み	75
1.2.1 データについて	75
1.2.2 仕事の満足度の指標	77
1.2.3 本研究の仮説	78
1.3 賃金関数の推計	79
1.3.1 ミンサー型賃金関数	79
1.3.2 推計結果	80
1.4 仕事の満足度と離職意向の推計	81
1.4.1 仕事の満足度の推計	82
1.4.2 仕事の満足度の推計結果	83
1.4.3 離職意向の推計	85
1.4.4 離職意向の推計結果	86
1.5 考察	86
1.5.1 相談できる管理者・相談窓口の設置、残業時間短縮のプラス効果	86
1.5.2 上位資格、入所系のマイナス効果	88
1.5.3 推計賃金率低下、法改正後の職場変化のマイナス効果	90
2 近年の介護職の賃金と仕事の満足度：平成 26（2014）年データから	91
2.1 平成 18（2006）年からの変化	91
2.2 データと実証研究の枠組み：2006 年データとの違い	92
2.2.1 データについて	92
2.2.2 仕事の満足度の指標	93
2.2.3 仮説	94
2.3 賃金関数の推計	94
2.3.1 推計	94
2.3.2 推計結果	96
2.4 仕事の満足度の推計	96

2.4.1	推計	96
2.4.2	仕事の満足度の推計結果	98
3	2006年データと2014年データの比較	100
3.1	記述統計による比較	100
3.2	2006年推計と2014年推計の比較と考察	108
3.2.1	相談できる管理者・相談窓口の設置、残業時間短縮のプラス効果、夜勤のマイナス効果	108
3.2.2	介護福祉士のマイナス効果	108
3.2.3	通所系、入所系のマイナス効果、大規模化のプラス効果	110
3.2.4	推計賃金率の効果	111
4	小括	111
5	章 家族介護者の就業に関する実証分析	114
1	データからみる介護世帯の状況	114
1.1	「国民生活基礎調査」匿名データの概要	114
1.2	主たる介護者の続柄と世帯構造	115
1.3	未婚の子の就業	117
2	未婚の子の就業と親介護	117
2.1	分析モデル	117
2.2	就業関数の推計結果	120
2.3	考察	121
3	有配偶者の就業と介護	122
3.1	要見守り者の年齢と介護者の続柄	122
3.2	分析モデル	123
3.3	就業関数の推計結果	125
3.4	考察	125
4	小括	126
6	章 結論	128
1	結果のまとめと考察	128

1.1 介護保険制度の影響	128
1.2 介護人材の確保	129
1.3 家族介護者の就業	134
1.4 介護職の定着と家族介護者の就業の可能性	135
2 本研究の学術的意義と示唆	137
3 本研究の政策的意義と示唆	138
3.1 マクロ経済の影響に配慮した介護報酬改定	138
3.2 有料老人ホームの種類別定員と在所者数の把握	138
3.3 介護者休暇の整備	139
3.4 保険外サービスの積極的利用および介護保険サービスとの同時一体的提供の検討	140
4 研究の限界と今後の課題	140

初出論文一覧	142
--------	-----

参考文献	143
日本語文献	143
英語文献	148
引用資料	150

参考資料	159
------	-----

付録資料	160
------	-----

謝辞	169
----	-----

序章

1 問題の所在

高齢化は進行し続けている。日本は昭和 45（1970）年に 65 歳以上人口が 7%、平成 6（1994）年に 14% を超え高齢社会となり、平成 19（2007）年には 21% に到達、現在人口の 4 分の 1 は高齢者である（国立社会保障・人口問題研究所 2016）。今後は更に後期高齢者が増加すること、労働力人口が減少することが見込まれており（図 1-1）、介護を家族や社会でどのような形で担うかは、日本の重要な課題である。

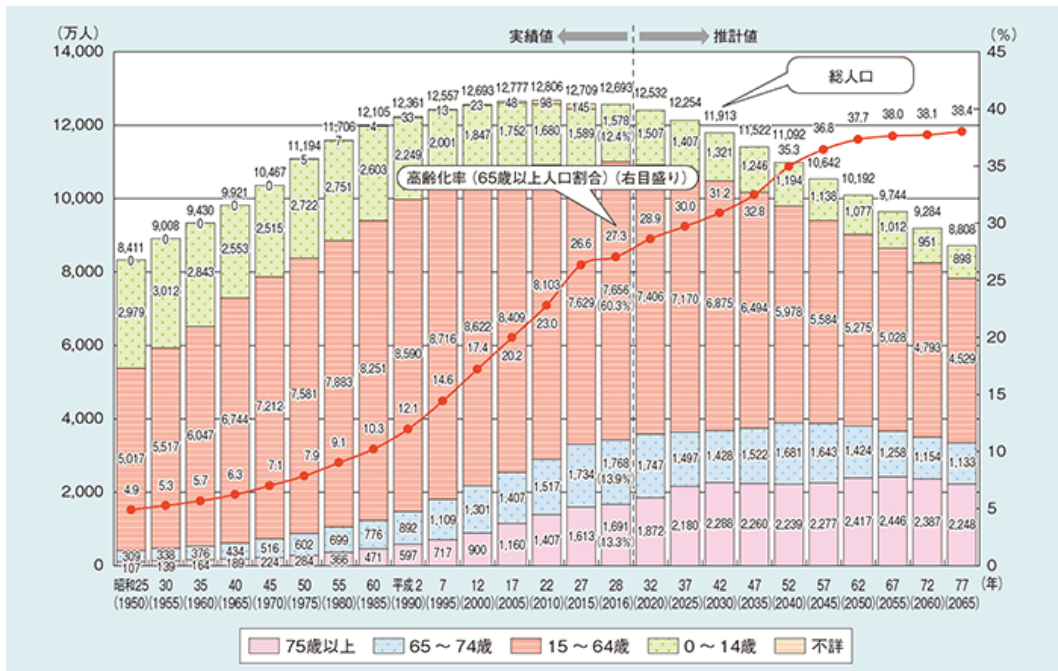
世帯の規模は縮小しており、家族のみによる介護は厳しい。総務省統計局『国勢調査結果』によると、一般世帯の 1 世帯当たり人員は昭和 45（1970）年 3.41 人から平成 27（2015）年 2.33 人と減少している。また、平成 27（2015）年一般世帯に占める単独世帯の割合は 34.6% と 3 割を超え、年齢階級別では男性では 25～29 歳 29.3%、女性では 80～84 歳 28.2% で最も高くなっており、同居家族のいない高齢女性にとって、介護保障は地域で生活が継続できるか否かを決定する重要な施策である。

日本における介護保障は、生活保護により限定的に担われていたものが、昭和 38（1963）年老人福祉法が制定により、老人家庭奉仕員が制度化され訪問介護の草分けとなり、老人ホームが体系化し施設介護が拡充されるなど、一部が福祉により担われるようになった。しかし、量の不足と福祉利用に対するスティグマがあり、昭和 48（1973）年に老人医療費が無料化されると一般病院への長期入院が増加し、社会的入院が新たな問題として浮上した。このような中、介護保障の拡充が議論され、平成 9（1997）年の介護保険法制定につながった。介護保険法制定から 20 年がたった今、介護保険は広く認知され利用が広がっている。しかし、財政的には厳しい。国民健康保険中央会「介護給付費の状況」で介護費をみると、平成 12（2000）年は 3.5 兆円であったものが、平成 28（2016）年は 10.2 兆円と 2.9 倍に拡大している。

介護保険制度は、高齢化が進み、世帯規模が縮小している日本では、高齢者のみではなく勤労世代にも影響のある制度である。本研究では、日本における介護保障の課題を、労働の観点から 2 点指摘したい。

1 点目は、介護人材の確保である。高齢化が急速に進んでいる日本において、介護人材を確保することは喫緊の課題である。介護労働者は増えているものの、今後更なる不足が見込まれており、平成 27 年厚生労働省から出された「2025 年に向けた介護人材にかかる

図 1-1 高齢者数・高齢化率の推移



資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計（平成28年10月1日確定値）」、2020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29年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(注) 2016年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2015年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

出典：内閣府「平成29年版高齢社会白書」

需給推計」では介護人材の需要見込みは253.0万人、供給見込みは215.2万人と需給ギャップは37.7万人で、積極的な取り組みが必須である。

介護人材には、医療職も含まれるが、本研究では介護を担う介護職に着目する。介護職には、訪問介護を行う訪問介護員と、施設内で通所サービスや入所サービスを担う介護職員が存在する。本研究ではこれらを合わせて「介護職」と呼ぶことにする。介護職の資格は、平成12(2000)年介護保険施行時から現在までに変化があった。介護職の資格の在り方や教育は、介護職のなりやすさ、その後の賃金、働き方などを規定するともいえる。施行当初、介護職内の資格による差が賃金上、十分評価されるような仕組みは特別には設けられていなかった。しかしその後、資格、配置基準等によって、報酬に対する加算が行われた。その目的は、介護職の賃金の底上げ、離職の抑制であった。そうした政策によって、

実際に介護職の賃金や離職に影響を与えているかどうか、すなわち、「職員加算」というような形での配慮が本当に介護職の賃金を上げ離職を抑制したかどうかを確認することが必要である。

2点目は、介護離職の問題である。国際的にも仕事と介護の両立は課題となっており、経済協力開発機構（2006）は、9か国について45～65歳の年齢層で家族など私的介護を担う人が3割から5割強存在することを示している。この年齢層は親や配偶者の介護責任を持つとともに、労働市場への参加が促されている層である。総務省統計局『平成24年就業構造基本調査』で日本の状況を見ると、介護・看護のため前職を離職した者は5年間で48万7千人（平成19年10月～24年9月）であり、1年間で約10万人と報告されている。そしてその約8割は女性である。

厚生労働省『平成28年国民生活基礎調査』によると、主な介護者は「同居」が58.7%で最も多く、その中でも「配偶者」が25.2%、「子」が21.8%を占め、介護者の男性が3割である現在、夫や息子による介護も増えている。高齢者のみの世帯、高齢者のひとり暮らしが増え、またその子どもは生涯シングルが増えており、家族による介護を前提とすることが難しい世帯もある。日本の特徴として未婚の子どもが親と同居していることが挙げられるが¹、親と同居していることで、家族介護者となる可能性は高くなる。夫婦とは異なり、親が死去した後に扶養してくれる家族がいない未婚者は、離職により更に厳しい状況に置かれてしまう。

介護離職は、家族介護者個人から見ると収入の喪失であり、雇用者であれば厚生年金資格も喪失する。また、労働市場からみれば、労働力の低下に繋がり、長期的に見れば生活保護受給者となる可能性を高めることにもなるため、大きな社会的課題でもある。

この介護職と家族介護者2つの課題の分析は、通常別々に論じられる。しかし、これらは「介護」を提供する点においては、代替的であると考えられる。家族介護をどの程度介護保障が代替するかは、介護給付の量に依存する。このことは、家族が就業を継続しながら介護を担えるかにも関連する。介護保険制度以前は措置制度であったため、利用者及び家族が介護保障を選択することはできない状況にあった。介護保険施行後は、サービスを選択し購入することができれば、家族介護者が余暇や有償労働に時間を費やすことが可能になった。

家族介護に対して介護保険から現金を給付するドイツなどの国もあるが、日本では家族

¹ 総務省統計研修所 西 文彦「親と同居の未婚者の最近の状況（2016年）」

介護は無償とし、介護職は有償で介護を供給している。有償でも介護保険では基本的に利用者は1割負担、現役並みの所得があるものは2割負担である。このように自己負担が低い場合価格は安くなり、介護保険の利用が促進される。自己負担が高い場合は価格が高くなる。介護保険外サービスは、自己負担10割となり価格が上昇するため、家族介護や安価なサービスの利用が増える。賃金が高い場合、高額なサービスを購入する選択も可能である。供給量も影響する。供給量が十分あればサービスを購入することができるが、不足する場合家族が代替しなければならない。この側面において、介護職の確保は家族介護に影響を与えているといえる。

一方、高齢者の住まいの視点から見れば、介護は、在宅介護と施設介護に分けられる。在宅介護では家族介護者と介護職、施設介護では介護職が主に介護を提供する。通常、施設介護は在宅生活が困難、または今後困難となることが予測される場合に利用されるため、連続性があると考えられる。介護を分析する上で、訪問サービスや施設サービスを分けて論じることが一部を切り取ることになるため、在宅と施設の動向を合わせ確認する必要がある。また、介護保険統計では、実際は施設に入居しているサービスでも居宅サービスや地域密着型サービスに分類される特定施設入居者生活介護や認知症対応型共同生活介護があり、一見して在宅介護と施設介護を判別することは難しい。

サービスの購入ができず、家族の介護負担が過重になった場合、虐待や殺人に至るケースもある（毎日新聞大阪社会部取材班 2016）。在宅での介護保障が十分提供され家族介護者が休息をとれる状況や、必要な時に施設入所が可能である状況、即ち、家族介護を代替する介護保障があれば、家族が追いつめられる状況は減少すると考える。

以上から、本研究では介護保険制度、介護職の定着、そして家族介護者の就業は相互に関連する側面があると考え、介護職と家族介護者の分析を行い、日本の介護保険制度の課題を、労働の側面から明らかにする。

2 研究の目的と方法

本研究では、介護保険の特徴と導入による変化を分析するとともに、労働については実証分析を用いた労働経済学的分析手法を用い、以下の4点を明らかにする。

- (1) 日本の介護保険制度とその提供量の実情を確認し、介護保険制度に内在する課題を抽出する。

制度の成り立ちや他国との比較から、日本の介護保険の特徴をまとめる。また公的統計

から、介護保険法施行後の変化を示し、不足している支援を抽出する。

在宅介護が困難となった場合、施設介護が可能であれば介護離職は減少すると考える。このため、介護保険サービスにおける施設サービス以外の居住系サービス、社会福祉施設の入居についても確認し、施設介護がどの程度供給されているか、施設で暮らす高齢者がどの程度いるのか確認する。

- (2) 介護職の定着に資する施策を、賃金、資格、労働環境に着目した実証分析を行い明らかにする。

4章では賃金関数の推計を行い、介護職の資格、経験、勤続の評価を確認する。また、離職意向と仕事の満足度の推計から、定着に影響を与える要因を明らかにする。

介護職の定着を分析する際、上位資格である介護福祉士資格に着目する。加えて、サービスの提供体制に着目した類型として、利用者の居住先で提供される「訪問系」、利用者が通う「通所系」、利用者が短期宿泊、居住、入所する「入所系」に分けて分析する。このように類型化し、介護保険サービス全体の中でどの領域に課題が大きいかを明らかにする。

- (3) 日常生活に手助けが必要な親との同居が、子どもの就業に与える影響を明らかにする。

35～59歳の65歳以上の者と同居する未婚者、既婚者を対象とし、男女別に就業関数を推計する。その際、日常に手助けが必要な者との同居が就業に与える影響と、要介護認定の有無の変数を使用し、介護保険制度が就業に与える影響を確認する。

- (4) 1、2、3から、介護職と家族介護者による代替性を考慮し、介護職の確保、家族介護者の就業継続が可能となる対策を提案する。

3 本研究の論文構成

1章では、介護保険制度が与える影響について述べ、介護労働者の賃金と離職に関する分析の先行研究、家族介護者の就業に関する先行研究をまとめるとともに、実証分析で用いる人的資本論と家庭内生産モデルについて説明する。

2章では、老人福祉法制定から平成6（1994年）年の高齢者介護・自立システム研究会の報告書までを概観する。また、海外との制度の比較から、日本の介護保険制度の特徴を示すとともに、介護保険サービスの給付と変遷についてまとめる。最後に現状を把握するために、政府統計から介護量の変化を確認することで、介護保険と介護の推移を分析し、制度上の課題を確認する。

3章では、介護人材の養成と雇用状況等についてまとめる。介護人材の養成課程は、よ

うやく量から質に舵を切りつつあるが、現状までの制度変化を示したい。

4章は、介護職の分析である。まず賃金関数を推計し、介護福祉士資格、勤続年数、経験年数、年齢等の効果を確認することで、介護報酬上の評価を分析する。次に賃金関数を利用した推計賃金率を説明変数とし、仕事の満足度、離職意向の推計を行い、定着への示唆を述べる。その際、介護福祉士資格、サービス類型の効果を確認し、介護人材の評価、労働環境についての課題について検討する。

5章では、同居家族に介護を要する者がいることが就業に与える影響を分析する。その際、未婚の息子、娘の親介護、既婚の息子、娘別に推計することで、ジェンダー、婚姻関係による差を比較したい。

6章は介護保険制度の特徴、高齢者介護の規模、資格制度、介護職と家族の就業に関する実証分析から、日本の介護保障の課題とその対策について総括する。

1 章 先行研究と理論的背景

本章では、先行研究と本研究の実証分析の理論的背景を述べる。1 節では、「疑似市場」について説明する。介護保険は自由経済市場ではなく、制度としては公的に決定されサービス提供は事業者が実施する「疑似市場」を採っている。このことが介護職の賃金に影響を与え、また家族介護者の介護量にも影響を与えている。疑似市場の類型から日本の特徴を示し、先行研究から賃金に与える影響やサービスの規制による家族介護への影響について示す。2 節では介護職の離職と賃金の先行研究を示し、また定着に関する分析に用いる仕事の満足度に関する先行研究を示す。そして 4 章の分析に用いる人的資本について説明する。3 節では家族介護者の就業に関する現在までの知見をまとめ、5 章の分析に用いる家庭内内生産モデルを提示する。4 節は小括である。

1 介護保険制度

1.1 疑似市場

介護保険における介護サービスは、公的・私的なサービス供給主体が共通の市場でサービスを提供する方式であり、このような方式は「福祉ミックス」「福祉多元主義」と呼ばれる。高齢者のための保険・医療・福祉を連携するとともに、公的・私的な事業者によるサービスを混合利用できる制度体系をなしている。

また財源については、社会保険という公的な仕組みを基礎にしながら、サービス提供に関しては事業者委ねている「疑似市場（準市場、quasi-market）」方式をとっている。駒村（2004）は、疑似市場のポイントは、「供給者」と「購入者」の分離としている。介護保険以前の措置制度では、政府は自らの部門で公的サービスを生産し、自ら購入してきた。しかし疑似市場では政府は自らサービスの生産を行わず、民間競争的な事業者が行う。さらに「購入者」と「財政（支出者）」の分離があり、疑似市場では、政府は「財政（支出者）」になるが「購入者」にはならず、サービスの生産費用、財政は税や社会保険といった公的な資金で賄われることになる。また、サービスの利用者は財源から購入権を与えられた「購入者」になり、自ら選択権を行使でき、多様な事業者は「供給者」として「購入者」を巡り競争をする。

平岡（2013）は疑似市場（準市場）の 2 類型として、「利用者補助型」と「サービス購入型」を示している。「利用者補助型」は、利用者が事業者を選択し、事業者と契約を結んで

サービスを利用する。利用者は政府（国・自治体・社会保険の政府保険者）に費用の全額または一部の補助を申請し、それが認められれば、政府が費用を補助する。政府は、事業者に対する規制・指導監督を行う。「サービス購入型」では、政府が、事業者に対する規制・指導監督を行うのに加え、事業者と契約してサービスを供給させる。利用者は、政府に利用申請を行い、申請が認められた場合には、事業者からサービスが提供される費用は政府が負担するほか、一部を利用者が負担することもある。長澤（2017）は、日本の介護保険を利用者補助型、イギリスのコミュニティ・ケアをサービス購入型としている。日本の特徴として、①介護報酬という公定価格が設定され、価格による競争が発生しにくい、②山間部等では、競争的市場が成立しにくい、③施設の参入規制や参酌標準のような供給量に集権的な規制が強いことが挙げられている（平岡 2004）。一方、イギリスは①価格に基づく競争という面が強く、②地域差はあるが、全国的に競争的市場が成立し、③参入規制や総供給量の規制はないが、予算制約により供給が制限され、経営困難から市場から退出事業者が増えていることが指摘されている（Allan and Forder; 2012）。日英を比較すると、イギリスはより市場化されており、日本では、規制が強いことが窺える。

1.2 介護報酬、介護サービスの規制が与える影響

介護現場における労働力不足問題は、介護報酬としての価格統制が引き起こす市場不均衡の問題と指摘している研究がある。鈴木（2010）は、介護サービスの価格は、政府によって3年間介護報酬として公定されること、その改定内容も、厚生労働省の社会保障審議会・介護給付費分科会の場で、利害関係者等を集めた政治的なプロセスによって決定されるため、必ずしも市場の需給を調整することにならないことを指摘している。花岡（2015）は、マクロ経済状況が改善に向かい失業率が低下した時期以降、また2006年4月の介護報酬マイナス改定により介護報酬の名目賃金率が引き下げられた時期に、介護職の有効求人倍率が上昇に向かい介護労働力不足が深刻化したこと、また介護労働力不足の原因の1つに、介護報酬が3年間固定されることにより名目賃金率の調整に時間の遅れが生じることを挙げている。

介護報酬が賃金に影響を与えていることを実証した分析には周（2009）がある。介護保険3施設における介護不足が発生する要因を分析するために、賃金率を被説明変数として、地域的買手独占が起きているかをハーフィンダール指数で、不採算事業所かの判別を施設の純利益で、マクロ経済の影響をみるために失業率を、介護報酬引き下げの影響をみるた

めにダミー変数を説明変数に用いた分析を行い、地域買手独占、マクロ経済の影響、介護報酬引き下げが賃金率に影響していることを示している。ここから、介護報酬引き下げが介護労働者の賃金に転嫁されていることがわかる。

介護保険サービスの規制は、家族介護にも影響を与えている。藤崎（2008）は、「介護の再家族化」として、訪問介護における生活援助サービスに対する規制をとりあげ、サービスの利用抑制や利用者の選抜、切り捨てが行われていること、また厚生労働省「介護プラン点検支援マニュアル」の内容から、介護保険制度導入時の「介護の社会化」や「高齢者の自立支援」の理念が後退し、サービス提供の目的が家族介護の後方支援へとすり替えられていることを指摘している。杉原・杉沢・新名・菊地・高橋（2009）は、訪問介護サービスの削減に対して、80歳以上の人やADL障害がある人では家族や保険外サービスに頼る可能性が高いことが示され、制度改定に伴うサービス削減等の変化が大きかった人ほど生活上の不安感が強く、特に低所得者でその傾向が顕著であることを報告し、新予防給付のあり方の再検討の必要性を述べている。

介護サービスの種類別単価は「介護報酬」として厚生労働大臣が決定する。現在社会保障支出は抑制の方向にあるが、このことが介護職の賃金に影響し、労働供給を阻害することに繋がる可能性がある。また、介護保険サービスの供給量の規制は、家族の介護量を増やす可能性があることが先行研究で示されている。

2 介護職の分析

2.1 先行研究：介護労働者の賃金と離職

厚生労働省「介護職員のキャリアパス懇談会」の資料では、介護職は①他産業と比較してその業務の割に賃金水準が低い、②賃金カーブを見ると他産業と比較して賃金上昇率が低い、③仕事にやりがいを感じているもののキャリアアップが困難、といった指摘があることを示し、介護職の賃金、キャリアが課題として提示されている（厚生労働省 2009）。第60回労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会の資料では、厚生労働省『平成25年賃金構造基本統計調査』で賃金を確認すると、平均年齢・勤続年数に違いがあり、単純な比較はできないものの、常勤介護職員の平均賃金の水準は産業計と比較して低い傾向にあり、また介護職員の勤続年数は産業計と比較して短い傾向にあることが示されている（厚生労働省 2015）。

では、性別、年齢、勤続年数、正規・非正規、事業所規模、留保賃金などを勘案した場

合の賃金水準は低いのだろうか。山田・石井(2009)は、総務省『就業構造基本調査』(2002・2007年)の個票データを用いて、他産業・他職種と介護労働者の賃金を比較した結果、介護職の賃金水準は、看護師、保育士よりは低い、全産業の中間からやや上に位置していることを示している。ケアの対象となる年齢が異なるが、同じくケアを担う保育士より低い賃金であることは、専門性の評価が低いことの表れの一つであろう。またその保育士の人材確保も困難である状況にあり、ケア役割を担う職業に対する経済的評価を再考しなければ、人材確保の問題は、深刻化していく可能性があるだろう。

訪問介護サービスを提供するためには、ホームヘルパー2級、介護職員初任者研修、介護福祉士といった介護に関する資格が必要である。施設介護では介護資格は必須ではないものの、介護職員の多くは資格を保有し職務に従事している。労働者は、資格取得に対する時間的・経済的投資を勘案し、「仕事の割に賃金が低い」と考えれば、他事業所や他産業に転職することが合理的である。このため、資格の賃金上の評価は定着を考える上で重要である。賃金への学歴、資格の影響を分析した殷・川田・許召(2014)は、公益財団法人介護労働安定センター『介護労働実態調査』2009、2010年の労働者調査票を用い、介護職員と訪問介護員の賃金関数の推計を行った。その結果、大学卒業の賃金上昇効果が認められたものの他産業と比較して小さく、介護職員は就業地域の情報を制御すると有意ではない結果となっている。また、訪問介護員は、ホームヘルパー1級、介護福祉士、介護支援専門員資格で、介護職員は介護福祉士、介護支援専門員資格で賃金上昇効果を示し、学歴より資格でより頑健な結果が得られている。賃金に与える法人種別の影響等を分析した研究もある。Noguchi and Shimizutani(2007)では、公益財団法人介護労働安定センター『介護労働実態調査』事業所票を用いて、非営利団体が運営している事業所は、他の形態に比べ、賃金が高いことを指摘している。これは営利企業でより介護報酬が労働者に分配されていないことを示しており、介護報酬の上昇が賃金に反映されない可能性も考えられる。

では高い賃金は定着に影響を与えるだろうか。花岡(2009)は、公益財団法人介護労働安定センター『平成19年介護労働実態調査』事業所票を用いて、介護事業所ごとの職種別・就業形態別の離職率に、他産業に転職した場合の市場賃金と現在の賃金の比、および介護産業内で転職した場合の市場賃金と現在の賃金の比の2種類を定義して相対賃金を与える影響を分析している。その結果、介護職員の正規職員のみ、介護産業内の相対賃金に影響していた。また、山田・石井(2009)は、総務省統計局の2002年と2007年の『就業

構造基本調査』を用い、賃金が「転職希望」に与える影響を分析している。賃金については、現在の介護産業の賃金のほか、データ内から推計した他産業に転職した場合の賃金を作成している。推計結果は、正規職男女および非正規職女性において、介護産業の賃金が上昇するほど転職希望が減少し、他産業の賃金が上昇するほど転職希望が増すという結論が得られている。

介護産業から他産業への転職に与える影響を分析した研究もある（鈴木 2011：岸田・谷垣 2013）。鈴木（2011）は、公益財団法人家計経済研究所『介護労働者の就業・離職状況に関する調査』を用い、賃金が与える影響を推計した。この調査は、介護職員、訪問介護員のみではなく、社会福祉士やケアマネジャーも対象に含まれているが、介護労働者の賃金が高いほど他産業への転職確率が低下し、他産業に転職した場合の賃金が高いほど他産業への転職確率が高まることを示している。岸田・谷垣（2013）は、介護老人福祉施設に勤務する介護職員を対象としたアンケート調査を実施し、他の介護職場への移動を希望しているか、介護労働市場からの退出を希望しているかを識別して賃金の与える影響を分析した。その結果、内部相対賃金が下がると、「他の介護職場へ移りたい」と回答する確率が上昇するものの、外部相対賃金は、離職意思に影響しなかった。これは鈴木（2011）とは異なる結果であるが、岸田・谷垣（2013）は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を対象に調査票を配布しているのに対し、鈴木（2011）の使用した『介護労働者の就業・離職状況に関する調査』は（株）インテージにモニターサンプルの登録を行っていた人々で、登録時の職業属性がホームヘルパー、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、その他介護関連職となっていた人々であり、それぞれ対象に偏りがある。また実際の離職と離職意思の差が影響している可能性がある。

賃金以外の労働条件をみると、事業所単位の離職率を被説明変数とした分析では、休暇取得（張・黒田 2008）や教育・研修（花岡 2009：張・黒田 2008）が、離職率または離職意向に影響することを示している。

賃金が介護労働時間に与える影響を分析した研究には、パート労働者を扱った鈴木（2010）、岸田・谷垣（2011）、大澤（2012）がある。鈴木（2010）は、公益財団法人介護労働安定センター『平成 18 年介護労働実態調査』労働者票を用いて、パートタイム介護労働者について、賃金が労働時間選択に与える影響を分析し、パートタイム労働者の賃金が増えるほど労働時間は減少することを示し、いわゆる「103 万円の壁」「130 万円の壁」という日本の税制度の影響により労働供給を減少させる可能性があることを示している。

岸田・谷垣（2011）は、登録ヘルパーに対する独自調査データの分析において、賃金弾力性は負の値を示し、鈴木（2010）と同様の結果を得ている。また2割の者が「103万円の壁」によって就業調整を行っていることを報告している。しかし大澤（2012）は公益財団法人介護労働安定センター『平成18年介護労働実態調査』労働者調査票を用いて短時間訪問介護員の賃金上昇は、労働時間数を増加させること、介護サービス提供時間以外の業務時間に対する賃金の支払いがあることが、短時間訪問介護員の労働供給を増やすという結果を示している。

2.2 人的資本論

4章の介護職の分析では、人的資本論を理論的背景とした分析を行う。労働経済学の理論に、人的資本論（Becker, 1964）がある。「人的資本」（human capital）とは、労働者にそなわっている知識や技能、教養といったものの総称である。これは、人間を、サービスを生産するための工場や機械などの「非人的資本」（non-human capital）と同じように捉えるもので、設備投資が非人的資本を蓄積する手段であるように、教育や経験を人的資本への投資とみなす考え方である。

人的資本に対する投資を賃金水準の決定に結びつけ、人的資本への蓄積を分析する枠組みを示したものとして、ミンサー型賃金関数がある（Mincer, 1974）。ミンサー型賃金関数は、職業訓練を含めた教育の投資効果や勤続経験が人的資本の蓄積をとおして賃金を向上させるとする人的資本理論に基づき導出された賃金関数である。

4章の分析では、介護福祉士資格を教育年数を代替する人的資本変数とし、賃金関数の推計を行う。介護報酬は診療報酬同様、経験を持つものが行っても、新人が行っても一定である。このため、経験を評価するかは、勤務している施設等の賃金体系に依存する。介護職は賃金の上昇率が低いと言われているが、勤続年数、経験年数がどの程度賃金上昇に結び付いているか、賃金関数を推計することで算出することが可能である。

2.3 仕事の満足度

4章では、介護職の定着のための方策を考えるために、仕事の満足度に影響を与える要因も分析する。仕事の満足度に関しては、特に「職務満足」として、産業・組織心理学、人的資源管理、産業衛生、経済学など広い分野で研究されてきた。職務満足が、直接定着に影響を与えるわけではないものの、組織行動学において、アブセンティズム、離職、パ

パフォーマンス、組織市民行動との関連性が指摘されている(Johns 2007)。

馬(2011)は、1990年代以後、経済学分野で仕事の満足度に関する実証研究が増えていることを指摘し、現代的意義として2点を挙げている。1点は、仕事満足度は就業を通じた労働者の効用水準(utilityあるいはwell-being)を反映する指標の1つであることから、その水準を計測・把握することは労働政策をはじめとする種々の政策立案に有益な示唆を与えるであろうこと、2点目は労働者の離職意向、組織へのコミットメント、更に企業生産性・効率性に関連することが指摘されていることを挙げている(Freeman 1978 : Akerlof, Rose and Yellen 1988 : Clerk 2005)。所得と仕事の満足度に関する実証研究をみると、仕事の満足度に影響を与える主な要因として、所得、労働時間、個人属性、仕事・職場が挙げられている(Freeman 1978 : Clark and Oswald 1996 : Clark, Oswald and Warr 1996 : Clark 1997 : Donohue and Heywood 2006 : Gazioglu and Tansel 2006)。

労働経済学においては、主観的ウェルビーイング(Subjective Well-Being、主観的厚生)の研究が増えており、総合的指標(幸福度や生活満足度)と個別領域の指標(仕事満足度)が用いられている。経済学は行動を決定するものとして効用を用い、効用自体は選択行動から推測しているが、主観的ウェルビーイングの場合心理尺度で調査する形となる(富岡2006)。

本研究では、公益財団法人介護労働安定センター『介護労働実態調査』を用いるが、ここには仕事の満足度に関する設問がある。これは、信頼性と妥当性が検証された心理尺度ではない。しかし、介護職の効用水準を反映し、定着へ課題がある労働環境等を明らかにする尺度となると考え、分析に用いる。

3 家族介護者の就業分析

3.1 先行研究：家族介護者の就業

家族や友人などの私的介護者は女性が多く、日本においても同様である(経済協力開発機構2006)。介護におけるジェンダーに関する規範について、社会学分野で批判的な議論が行われてきた(春日2001 : 山根2010)。「嫁」「妻」による介護が中心であったため、男性は不可視化される傾向にあったが、男性介護者にも着目しジェンダーの差について論じている質的研究もある。Ungerson(1987)は、夫は介護を「愛情」で語り、妻は「義務」の言葉で意味づける傾向があることや、介護の内容について男性は職業上の経験と関連付け、女性は「感情」について語る傾向を報告している。笹谷(1999)は、夫婦間の介護に

において、妻が「母親」の延長として行うのに対し、夫は「特別な仕事」として意味づけ、「課題対応型」の介護になりやすいことを指摘している。また、子の親介護におけるジェンダー差も指摘されている（春日 1997：松井 2014：三具 2017：平山 2017）。息子介護を分析した平山（2017）は、ケアマネジャーへの面接調査の中で、「親思いの息子さん」として好意的に評価されていたのは、フルタイムで働いている息子介護者であったこと、周囲からの否定的な反応に言及したのは、単身で非正規・無職の息子介護者であったことを述べている。一方、三具（2017）は、母親の介護の為に介護保険外でホームヘルパーを頼み、仕事を継続していることで、叔父と絶縁状態になっている 40 代女性の事例を報告している。このように、家族介護者をサポートすべきケアマネジャーや、後方支援を期待できるはずの親類が、息子や娘に自らのジェンダー規範を押し付ける場合がある。松井（2014）は、男性家族介護におけるジェンダー規範について検討し、「仕事と介護の両立困難」「家事役割遂行の困難」「身体接触を伴う介護の困難」「介護の『仕事化』とそれに伴う困難」を示している。「身体接触を伴う介護の困難」に関連して、山田（1992）は、「身体接触に関する性別規範」によって、男性から女性では関係性によっては非許容となり、性愛関係にない者が身体介護を行うために「性的意味」をはく奪する必要があることが指摘している。このため、同じ男性といっても息子の母親介護と夫の妻介護とでは困難の内実が異なることが示されている。

本研究で着目するのは、家族介護者の労働供給であり、家族が介護をしながら働くことが可能かということである。なぜ着目するかといえば、序章でも述べたが、介護により就業が中断されることは、家族介護者個人としては収入、雇用者であれば厚生年金資格の喪失につながり、長期的な収入の減少につながる。社会としては労働力の減少となり、労働力減少が危惧される現在にあっては大きな問題である。長期的に見ると生活扶助を増やす可能性もあり、大きな問題を含んでいるためである。

この領域の経済学分野の先行研究を見ると、介護保険が女性の労働供給へ与える影響を分析した永瀬（2000）は、総務省『就業構造基本統計調査』（1992年）を使用した 45～64 歳女性に限定した分析で、同居者の加齢、世帯所得水準の低さ、親との同居、夫のいない世帯の就業抑制効果を指摘している。ホームヘルパー利用量など市町村別の代替的介護資源の豊富さは有意ではなく、外部ケアの充実が女性の離職を抑制し就業を促進するという結果は得られていない。Sugawara and Nakamura（2014）は厚生労働省『国民生活基礎調査』（1998、2004、2010年）を用いて 65 歳以上の者と暮らしている女性の就業を分析

した。介護保険施行後の 2010 年の分析では、介護が必要な高齢男性との同居は就業を抑制しないものの、高齢女性では就業抑制効果は残存していることを示している。また介護の必要性は正規職員となることを抑制すると報告している。

既婚女性の分析をみると、前田（1998）は日本労働研究機構『職業と家庭生活に関する全国調査』（1995 年）の 25～69 歳の女性票のデータを用いて女性の就業に及ぼす同居親の有無とその年齢効果について実証分析を行っている。その結果、親の年齢が比較的若いライフサイクル前半では、親と同居することが女性の就業に対しての正の効果を持ち、親の年齢が高齢化するライフサイクル後半では、親と同居することが女性の就業に対して負の効果を持つという「逆転現象」が生じており、その分岐点は親の年齢が 75～80 歳であることを報告している。西本・七條（2004）は、総務省『平成 8 年社会生活基本調査』を用いて既婚女性の分析を行い、母親との同居が就業を促すものの、介護は抑制効果をもつことを示している。大津・駒村（2012）は、『日本家計パネル調査（JHPS）』（2009、2010、2011 年）を用いて 40～59 歳の有配偶女性の分析を行い、主観的健康観がよくないほど、夫の収入が高いほど就業確率が低下し、また要介護の親との同居や、要介護度が高くなることも、就業確率を低下させることを示した。

既婚者も含めれば、男女を比較した研究は多い。岩本（2000）は、厚生労働省『国民生活基礎調査』（1992 年、1995 年、1998 年）を用いた分析を行い、要介護者との同居は女性では就業を抑制する影響を持つものの、男性では確定的な結果が得られなかったことを報告している。40～60 歳でひとり親と同居している男女を対象とした Yamada and Shimizutani（2015）の厚生労働省『国民生活基礎調査』2010 年を用いた分析では、男女とも同居主介護者であることは就業を抑制するものの、要介護認定を受けていることは女性でのみ一部の推計で就業確率を高める効果を示した。また有配偶であることは男性では就業を促し、女性では抑制する効果を提示している。酒井・佐藤（2007）はニッセイ基礎研究所『暮らしと生活設計に関する調査』（1997 年、1999 年、2001 年、2003 年）を用いて既婚者の親介護を分析し、要介護者の存在によって家族の就業は抑制される傾向にあり、男性では正規雇用や自営業の就業、退職決定に影響し、女性では非正規雇用の就業、退職決定に影響を与えていることを示した。大津（2013）は有配偶男女の分析も行っており、要介護者との同居では有意な効果を示さなかったものの、要介護 4・5 の者との同居は、有配偶女性の 1 年以内の離職率を高めている。

日本では未婚率が上昇しており、平成 27（2015）年の生涯未婚率は、男性で 23.4%、

女性で 14.1%である（国立社会保障・人口問題研究所 2017）。しかし、未婚者の親介護の実数は少ないためか、未婚者に着目し、介護の就業に与える影響の実証分析は少ない。大津（2013）は、『日本家計パネル調査（JHPS）』（2009、2010、2011、2012年）を用いて 50～64 歳の就業者を分析し、無配偶男性、女性の比較を行い、同居要介護者がいる場合、1 年後の離職率は男女とも有意に高くなったものの、就労収入を制御すると、無配偶男性の離職率への有意な影響は観察されないこと報告している。大風（2014）の研究では、『日本版 General Social Surveys』（JGSS-2008、2010）を用いて 35～54 歳までの就業している未婚男女で、家庭内労働頻度の増加と就業について比較している。その結果、家庭内労働頻度の増加が未婚女性の正規就業になる可能性を低下させるものの、未婚男性では影響が認められておらず、介護の就業抑制効果は未婚男女で異なる影響を示す可能性を提示している。

池田（2017）は、介護のために仕事を辞める傾向や休む傾向は男女ともにみられが、男性は離職や休暇取得の割合が低く、介護による健康悪化が仕事に好ましくない影響を及ぼす傾向は女性より顕著であったことを報告しており、介護休暇や職場の理解の必要性を述べている。

3.2 家庭内生産モデル

Becker（1965）の提唱した家庭内生産モデルでは、家庭は財および時間を投入することにより家庭内生産物を生産し、家庭内生産物により家庭の効用を最大にするように、市場財に対する需要関数および家事・余暇時間、市場労働供給の水準をそれぞれ同時に決定するものとしている。このモデルでは、利用可能な時間を家庭内の生産活動時間と家庭外での賃金労働にどのように配分するのか、また家庭内での生産活動と賃金労働を家族でどのように分担するのかを分析できる。市場労働には、就業のための金銭的、時間的コストがかかるため、既婚女性の場合未就学児がいることは就業確率を低下させ、自ら家庭内生産を行うという分析結果が、日本の実証研究で示されている（藤野 2002:松浦・白波瀬 2002:高橋 2007）。また Gronau（1977）は、家庭構成員が市場労働、家庭内生産労働、余暇に対して行う時間配分の決定モデルを示した。永瀬（1997）はパート、家族従業・自営業、内職は就業コストの低さで低賃金を補償されているという補償賃金差モデルを組み、既婚女性の多項ロジット分析を行った。その結果、未就学児の増加は妻の就業を抑制し、子どもが幼い場合離職が増加すること、祖母との同居は「正社員」の選択を高めること、夫の

所得の増大は雇用就業の確率を下げることを示され、また正社員とパート間の格差については、補償賃金差の枠組みでは賃金差の一部のみしかとらえられないことを示し、税制、社会保険、手当等被扶養主婦優遇策の影響を指摘している。

既婚女性（妻）には扶養する夫がおり、夫が死去した場合、遺族年金の支給が期待できる。多くの親は老齢になれば退職し、子どもの扶養を行わない。そうであれば、子どもは市場労働に時間配分を行う選択をするはずである。しかし介護が必要な親がいる場合、代替できるサービスを購入できなければ、親の介護という家庭内生産を自ら行うことを優先し、就労しない可能性も高まるだろう。しかし親の死後、成人している子には遺族年金は支給されない。自ら就業することになるが、40代、50代の場合、正規就業につくことに困難もあるだろう。この点が、現在の介護離職の大きな課題と考えられる。

4. 小括

日本の介護保険制度は、疑似市場方式を取っているが、イギリスに比べると規制が強い。この規制は、介護職の賃金や労働環境を規定するものになるが、家族介護の量にも影響を与えると考えられる。このことを鑑み、2章では介護保険制度の特徴と導入後の介護の変化を政府統計から確認し、3章では介護人材の養成と雇用状況について現状までの動向をまとめる。

介護労働者の定着に関する先行研究では、賃金上昇は離職率や離職意向、転職希望、転職確率等を抑制する効果を示し（花岡 2009：山田・石井 2009：鈴木 2011：岸田・谷垣 2013）、賃金上昇効果は、学歴より資格でより頑健な効果が報告されている（殷・川田ら 2014）。賃金以外の労働条件では、休暇取得（張・黒田 2008）や教育・研修（花岡 2009：張・黒田 2008）の影響が報告されている。

4章では介護職に限定し、賃金と定着に関する実証分析を行う。介護職では、資格を取得しサービスを提供するものが多い。また対人援助職であり、経験も必要な仕事である。介護職において、この資格や経験といった人的資本が賃金において評価されているか確認する。また、本研究では、定着や生産性との関連がある仕事の満足度を、離職意向と合わせて分析に用いる。そして、介護福祉士資格という人的資本が、仕事の満足度を高める、また離職意向を減少させるものであるかを実証分析にて検証し、介護保険サービスにおける介護福祉士の労働について考察する。

介護職に限定した研究をみると、訪問介護の介護サービスの質や人的資源管理の研究が

ある(佐藤・大木・堀田 2006)が、介護職に限定し、介護サービス全体で訪問系、通所系、入所系のどの領域に課題があるかを分析している研究は筆者が知る限り見当たらない。この点についても賃金、他の労働環境と合わせて検証する。

家族介護者の先行研究において、ジェンダー差に着目した社会学分野の質的研究をみると、妻と夫の差(Ungerson 1987、笹谷 1999)、息子の親介護(平山 2017)、娘の親介護(三具 2017)、男性の介護(松井 2014)の困難性等の報告がある。このことから、男女、親介護と配偶者介護、有配偶無配偶の差を考慮した労働経済学的分析が必要と考える。就業に関する量的分析では、外部ケアや介護保険が女性の労働供給へ与える影響(永瀬 2000 : Sugawara and Nakamura 2014)がある。また、家族介護の就業抑制効果について、未婚男性では明らかではなく、未婚女性(大津 2013)、既婚女性(前田 1998 : 西本・七條 2004 : 駒村 2012)、女性(Yamada and Shimizutani 2015)では有意な効果が認められており、既婚男性、男性では分析によって結果が異なる(岩本 2000 : 酒井・佐藤 2007 : 大津 2013)。特に既婚者では、「夫は仕事、妻は介護」の傾向が見られているが、未婚子の親介護の場合、「息子は仕事、娘は介護」の傾向はみられるのだろうか。また、介護保険の就業促進効果は明らかではない。要介護認定の軽度者が増えている中、介護の必要度や介護保険の効果は、更に検討が必要だろう。特に日本では未婚率が上昇しており、今後未婚の子の介護離職は増えることが予想される。このため、既婚女性の子育ての影響を分析するモデルに使用されている家庭内生産モデルを用いた子どもの親介護に関する実証分析を行うこととする。5章では男女別、未婚・既婚別に子どもの親介護の影響を分析し、介護離職がどこで生じやすいのか、どのような対応が離職防止に役立つか考察する。

2章 日本の介護保険制度の特徴と介護保険導入後の変化

本章では、日本の介護保険の特徴を示し、介護保険制度に内在する課題を抽出する。また公的統計から、介護保険法導入後の変化を示す。

本章の構成を示す。1節では老人福祉法制定から平成6（1994）年の高齢者介護・自立システム研究会の報告書までを概観する。この期間は、介護が福祉に位置づけられた後、「日本型社会福祉論」として家族が資源として位置づけられ、介護保険制度の家族の位置づけに繋がる重要な時期と考えるためである。そして、報告書から介護保険の基本構想を確認する。2節では、海外との制度の比較から日本の介護保険制度の特徴を示し、3節では、介護保険サービスの給付と変遷についてまとめる。4節では政府統計から介護量の変化を確認していく。また、高齢者が介護保険施設サービス以外の施設で暮らしている場合もあるが、介護保険サービスでは「特定施設入居者生活介護」や「認知症対応型共同生活介護」は居宅サービスや地域密着型サービスに位置づけられている。また、有料老人ホームの一部は介護保険サービスの「特定施設入居者生活介護」となっているが、介護保険サービスではない施設もあり、ひとつの統計のみでは実態把握が難しい。このため、有料老人ホームも含めた『社会福祉施設等調査』と介護保険統計の『介護給付費等実態調査』を示し、高齢者の施設居住についてまとめる。そして同時期の家族介護者の割合と介護時間の変化について確認し、介護保険が家族に与えた効果を考えるとともに、サービス事業所、施設数の推移から、介護保険の規模の拡大を確認する。5節は小括である。

1 日本の介護保障の検討

1.1 介護保険制定以前の状況：老人福祉法制定から平成5（1993）年まで

日本における老人福祉は、生活困窮者に対する公的扶助として行われていたが、昭和38（1963）年老人福祉法が制定され、施設サービスとして特別養護老人ホームが創設され、訪問サービスとして老人家庭奉仕員²が全国で制度化された。この制度は市町村がサービスの決定を行う措置制度であり、市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため競争原理が働かず、予算の制約もある中、供給量は限定されていた。また、所得調査があり利用にあたっては心理的負担が伴うものであった。

² 1950年代から自治体事業として実施されてきた家庭奉仕員の変遷については、渋谷（2014）が詳しい。

昭和 48 (1973) 年に老人医療費が無料化された。中高所得層にとって利用者負担が福祉サービスより低く、また福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への長期入院の問題（社会的入院）が発生し、医療費の増大につながった。

昭和 48 (1973) 年はオイルショックが起きた年でもある。この経済危機以降に展開されたのが、「日本型福祉社会論」である。堀 (1981) は、「日本型福祉論」は、当初の分析用語から離れて、政治的キャッチフレーズとしても使用されるようになっていったと指摘している。「日本型福祉社会」では、自助努力、家族介護、地域社会における相互扶助を重視し、社会保障はこれらが機能しない場合に補完するものであり、企業福祉、市場システムを重視した「小さな政府」の立場に立ったものであった。昭和 53 (1978) 年の厚生白書は、「健康な老後を考える」がテーマで、ここでは老親と子どもとの同居を、我が国における「福祉における含み財産」と積極的に評価しており、国民の福祉にとって家庭による福祉の充実は重要であり、「家庭」が、日本型福祉社会論の基盤となっていた。

しかし、介護は質的・量的に変化し、家族による介護は困難となっていた。昭和 61 (1986) 年の『国民生活基礎調査』では、65 歳以上で寝たきり 6 か月以上の人は 22 万人、昭和 62 (1987) 年の厚生省調査では死亡前に 51% の人が 3 カ月以上、37% の人が 6 か月以上床に就いているとする結果が公表された (介護保険制度史研究会 2016)。介護を要する高齢者数は増え、介護期間も長期化し、高齢者を支えきれない家族は選択可能な医療保険サービスである入院を選択した。このことが、医療費の増大に繋がっていた。

深刻化する高齢者問題に対して新たな施策を打ち出したのが、平成元 (1989) 年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン) である。これは、同年に消費税が導入されたことを踏まえ、高齢者対策の一環として高齢者の在宅・施設サービスの整備を推進することを主な内容とし、ホームヘルパー 10 万人、ショートステイ 5 万床、デイサービスセンター 1 万か所、特別養護老人ホーム 24 万床、老人保健施設 28 万床などを目標数値として掲げ、それまでの予算抑制政策を見直すものとなった。また、平成 2 (1990) 年福祉八法の改正が行われ、在宅福祉サービスが法制化されるとともに、市町村が在宅福祉と施設福祉を一元的に提供する体制が整備された。

1.2 高齢者介護・自立システム研究会報告書からみる高齢者介護の基本理念と考え方

平成 6 (1994) 年厚生省の公的な報告書として、高齢者社会福祉ビジョン懇談会 (座長・宮崎勇) 「21 世紀福祉ビジョン」が公表された。この報告書では、「国民誰もが、身近に、

必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」を構築すること、社会保障全般にわたる再点検を行う必要性が述べられている。

同年、厚生省は高齢者介護施策について総合的に検討を行うことを目的に、「高齢者介護対策本部」が設置され、「高齢者介護・自立支援システム研究会」の設置が決定された。老人保健福祉審議会に前置して設置されたシステム研究会は、業界団体など利害関係者を排除し、大学教授7名、医療・福祉の現場専門家10名の委員で構成された（座長：大森彌）。介護対策本部では、諸外国の高齢者保健福祉システムの情報収集を行っており、システム研究会では、スウェーデン、イギリス、ドイツ等の情報共有も行われた。これらの国の特徴については、次節にて示す。

政府の動向をみると、平成6（1994）年末、平成9（1997）年4月から消費税率を5%に引き上げる方針が固まった。また、「新ゴールドプラン」が公表されたが、これはゴールドプランの平成11（1999）年度までの整備目標を上方修正する数値が示されている。このような中、高齢者介護・自立支援システム研究会報告書が公表された。

高齢者介護・自立支援システム研究会報告書（厚生省高齢者介護対策本部事務局監修1995）では、まず1章で、高齢者介護をめぐる問題点として、「最期を看取る介護」から要介護高齢者の激増と介護期間の長期化から「生活を支える介護」へと変化したことが強調されている。また個人の側面では、介護が老後の大きな不安要因となっていること、家族にとっては、介護における社会的コストの半分以上を家族が負っていると見込まれており、精神的、経済的にも負担を負っており家族は介護疲れの状態であること、また社会にとっては介護により社会生活を離脱せざるを得ない人が増えるという社会的損失や、家族介護の主な担い手は女性であり、主婦や高齢女性にかかる介護負担が過重である問題が指摘されている。

そして2章では、介護に関連する既存制度の枠組みでは限界があることから、新たな基本理念の下で関連制度を再編成し、21世紀に向けた「新介護システム」の創造を目指すことが提案されている。この「新たな基本理念」とは、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、すなわち「高齢者の自立支援」である。従来の介護は「お世話」の面に止まりがちであったが、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、置かれるべき介護の基本理念として示している。

そのうえで、新介護システムでは、（1）予防とリハビリテーションの重視、（2）高齢

者自身による選択、(3)在宅ケアの推進、(4)利用者本位のサービス提供、(5)社会連帯による支え合い、(6)介護基盤の整備、(7)重層的で効率的なシステムといった7つの基本的な考え方が示された。また、3章の新介護システムのあり方の中で、介護サービスの展開、介護費用の保障が述べられている。

この報告書で、社会保険方式に基礎を置いたシステムの導入が示された。保険者は市町村を想定、被保険者について65歳以上は明記し、若年障害者については慎重な検討の必要性が述べられている。保険給付は要介護状態の判定やケアマネジメントを適切に行えるようプロセスの検討の必要性が示された。そして家族介護については、一定の現金支給が検討されるべきと記載された。例えば、①介護の経験や知識が乏しい家族には研修を受けようとするとともに、②専門家がケアプランに基づき全体を管理し、③必要な場合には直ちに外部サービスへの切り換えが行えるようなバックアップ体制が取られていることなどに十分留意する必要があること、現金支給の対象者が被保険者なのか、家族なのかについても議論の必要性が示された。

1995年以降議論が継続的に行われ、1997年の介護保険法において、介護は社会保険方式で一元的に行うこと、保険者は市町村となり、被保険者は若年障害者を対象とはしなかった。これは障害者団体からの反対による。大きな議論となった家族への現金給付は、最終的には実施しないこととなった³。同居家族に対するホームヘルパー資格保有者による訪問介護サービスの提供は、限定的に認められた。

2 介護保障の提供体制：日本と海外との比較

世界で高齢化が進む中、各国で公的介護保障プログラムが実施されている（経済協力開発機構 2015：増田 2014：成清 2015：厚生省高齢者介護対策本部事務局 1995）。ここでは、介護保障を日本とは異なる形で実施している国との比較から、日本の特徴を示す。

まず制度の基本となる財源をみる（増田 2014）。国や地方自治体の公費負担を財源とする社会扶助方式、社会保険料を財源とする社会保険方式がある。スウェーデンは社会扶助方式である。1992年、エーデル改革が実施され、市（コミュニティ）がサービスを提供する体制となった。社会保険方式の介護保険制度は、1995年ドイツ、1997年ルクセンブルク、2000年日本、2007年韓国で実施されている。ドイツは社会保険料が主財源であるが、日

³ 家族への現金給付は、家族介護慰労金という形で国が予算措置を行い、市町村長の判断により、介護保険給付とは別枠で行うこととされた（介護保険制度史研究会 2016）。

本は 50%が税を財源としている。オランダは社会保険方式ではあるが、1968 年特別医療費補償法が施行され、医療保険制度に組み込まれている特別医療費保険（AWBZ）により介護保障が行われている。医療と介護が連続して提供されており、主財源は保険料である（成清 2015）。イギリスでは 1993 年から全国民を対象としたコミュニティ・ケア改革として実施された。これは 2 つの枠組みで構成されており、地方自治体が提供する社会サービスは、補助金、地方税、利用者負担が財源となっており、保健省の国民保健サービスは、一般財源と国民保健の保険料が財源となっている（平部 2014）。

対象の範囲は、全国民を対象としている国と、高齢者に特化している国がある。イギリス、ドイツ、オランダは全国民を対象としており、日本は年齢が 40 歳以上に限定され、年齢と疾患により対象の範囲が異なっている。第 1 号被保険者は 65 歳以上で、この場合は疾患を問わず要介護状態に対して給付が行われるが、第 2 号被保険者である 40~64 歳の場合、加齢に伴って生じる 16 種類の疾患による要介護状態に対してのみの給付である。このため交通事故による脊髄損傷などは介護保険の対象とはならず、障害福祉の対象となる。

給付形態は現物給付、現金給付があり、日本は現物給付、スウェーデン、ノルウェーも現物給付のみである。オーストリアは介護手当制度による現金給付を行っており、一般税収から支出されている。ドイツは、現物給付と現金給付を選択できるが、現金給付の給付額が低い設定となっている。

家族給付は、介護者の権利保障の観点から給付が行われているものや、家族（私的）介護を介護保障システムの中に位置づけ現金給付で対応している国がある。ドイツは、現金給付を選択できるが、この家族介護者に対して労働者災害保険や年金保険の休暇等支援策が設けられている。イギリスでは、重度要介護者の介護者に対して介護手当を支給してきたが、「1995 年介護者（承認及びサービス）法」「2004 年介護者（機会均等）法」によって、介護者の仕事や就学や余暇に配慮したアセスメントや支援を行うよう義務付ける規定が設けられている。また、将来の年金権のための積み立て（2008 年年金法）やミーンズ・テストつき社会保障給付（2012 年福祉改革法）において、介護者の労働機会の喪失を考慮するなど、介護者が独自に有するニーズが社会保障制度全体にも影響を与えている（平部 2014）。スウェーデンでは、家族介護者への現金給付として親族ヘルパー制度があり、コミュニティの認定を受ければヘルパーと同一の賃金を得ることができる。しかしこの制度を持たないコミュニティもある。国の制度としては重度者の介護者に対する家族介護手当制度

があり、社会保険事務所から手当が支給される（西下 2014）。

先にも述べたが、日本では家族給付は実施されない形となった。日本において、介護の基本構想の段階から家族給付に対する議論が活発に行われたのは、家族に対する現金給付を行うことで、女性が介護役割に固定されてしまうことに対する危惧と、家族介護を評価する家族依存的政策の支持者による対立のためであった。そして、介護保険制度としては、社会化を推進する一方、家族に対する給付がないまま現在に至り、家族介護者自身の権利が十分に確保されない、家族依存的な制度として存在している。

3 介護保険制度の概要

3.1 介護保険法の目的

介護保険法は、平成 9（1997）年に制定され、平成 12（2000）年に施行された。この介護保険法の第一条「目的」には、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」とある。

介護保険は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の生活の質の向上や尊厳の保持の視点から考え、自立を支援することを理念としている。介護保険制度以前は措置制度により高齢者福祉サービスが提供されていたため、自治体によりサービスが決定されていたが、利用者の選択とケアマネジメントによって、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制度となった。

このような崇高な理念に基づく介護保険であるが、出来ないことをお世話し、日常生活を営む介護保険サービスにとどまりやすい構造となっている。そのことに関連する要介護認定と区分支給限度基準額、サービスの種類について確認していく。

3.2 要介護認定

保険給付の対象は、「被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うもの」（第二条）とされており、保険給付を受けるに

は、まず要介護状態等であることが認定される必要がある。申請は、居住する市町村または特別区の窓口で行い、その後要介護度の判定を行う。判定はまず認定調査員による心身の状況調査（認定調査）と主治医意見書に基づき、コンピュータ判定（一次判定）を行う。要介護度判定は「どれ位、介護サービスを行う必要があるか」を判断するものである。このコンピュータ判定であるが、これは特別養護老人ホーム、老人保健施設等の施設に入所・入院されている3,400人の高齢者について、48時間にわたり、どのような介護サービス（お世話）がどれ位の時間にわたって行われたかを調べた結果を「1分間タイムスタ

表 2-1 要介護度と要介護認定等基準時間

要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満又はこれに相当すると認められる状態
要支援2 要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上又はこれに相当すると認められる状態

出典：厚生労働省「要介護認定はどのように行われるか」

表 2-2 要介護認定等基準時間算出に用いられる分野

直接生活介助	入浴、排せつ、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連介助	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助

出典：厚生労働省（2003）高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」参考図表

表 2-3 区分支給限度基準額

	平成26年3月31日以前	平成26年4月1日以降
要支援1	49,700	50,030
要支援2	104,000	104,730
要介護1	165,800	166,920
要介護2	194,800	196,160
要介護3	267,500	269,310
要介護4	306,000	308,060
要介護5	358,300	360,650

注1 介護報酬1単位を10円として計算

厚生労働省「区分支給限度基準額について」より筆者作成

ディ・データ」と呼んでいるが、このデータが基盤となっている。これを基に、それぞれの認定調査の結果を入力すれば、その方に対して行われると思われる介護に要する時間(要介護認定等基準時間、表 2-1) を推計できるようにしたものが、一次判定で用いられるコンピュータシステムである。要介護認定等基準時間は、表 2-2 の 5 つの分野ごとに計算される。

この要介護認定等基準時間は、あくまでも介護の必要性を量る「ものさし」であり、直接、訪問介護・訪問看護等の在宅で受けられる介護サービスの合計時間と連動するわけではなく、実際に家庭で行われる介護時間とは異なる値が産出される。

介護認定審査会では、一次判定結果を原案として、要介護度別に示された複数の「状態像の例」の中から各々のお年寄りの状態像に近い 1 又は複数の「状態像の例」を選び、それらの属する区分に応じて最終判定(二次判定)を行う。その際、主治医意見書や訪問調査の際の特記事項の情報を加味するほか、要介護度別の中間評価項目の平均得点、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」や「認知症高齢者の日常生活自立度」からみた要介護度別の発生割合等から得られるその方の状態に関する情報も参考にする。

このような形で要介護認定が行われ、要介護度によって介護給付の量である区分支給限度基準額が決定される。

3.3 区分支給限度基準額

利用に一定の歯止めがかかりやすい医療サービスとは異なり、介護サービスは、生活に密接に関連し利用に歯止めが利きにくいこと、また、同じ要介護度であっても利用者のニーズが多様であること等の特性があることから、居宅介護サービス及び地域密着型サービスについて、要介護度別に 1 か月に利用できる区分支給限度基準額(表 2-3)を設定し、一定の制約を設けるとともに、その範囲内でサービスの選択を可能とする仕組みとなっている。限度額内であれば 1 割負担(現役並みの収入があるものは 2 割負担)であるが、限度額を超えると介護保険外サービスとして 10 割負担でサービスを購入しなければならない⁴。

限度額については、消費税率が引き上げられたことに伴う影響分を上げた平成 26

⁴ 限度額が適用されないサービスには、居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型を除く)(短期利用を除く)、認知症対応型共同生活介護(短期利用を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用を除く)、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護がある。

年度改定時以外は、見直しを行っていない。しかし平成 17 年改正では要支援が要支援 1 へ、要介護 1 が要支援 2 と要介護 1 に分けられた。「要支援 2」は、「要介護 1」同様「要介護認定基準時間が 32 分以上 50 分未満に相当する者」に該当する者のうち、急性増悪期などで心身の状態が安定していない者や、「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者で認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者とした。このため、実質的には要支援 2 のものの限度額を一部下げたことになった。

要介護度が重度であるほどより給付量が多い構造となっている。このことが要介護度の改善に対する高齢者やサービス提供者の意欲をそぐという指摘もある。

3.4 給付の概要

給付は、要介護者（1～5）に対する介護給付、要支援者（1、2）に対する予防給付として別建てとなっている。介護給付は居宅サービス介護給付、施設サービス介護給付があり、平成 17 年度からは地域密着型サービス介護給付が加わった。予防給付には、居宅サービス予防給付、地域密着型サービス予防給付があり、施設サービスはない。加えて、ケアプランを立てる居宅介護支援、予防介護支援があり、この作成は介護支援専門員（ケアマネジャー）が行い給付は 10 割で、自己負担額は少ない⁵。

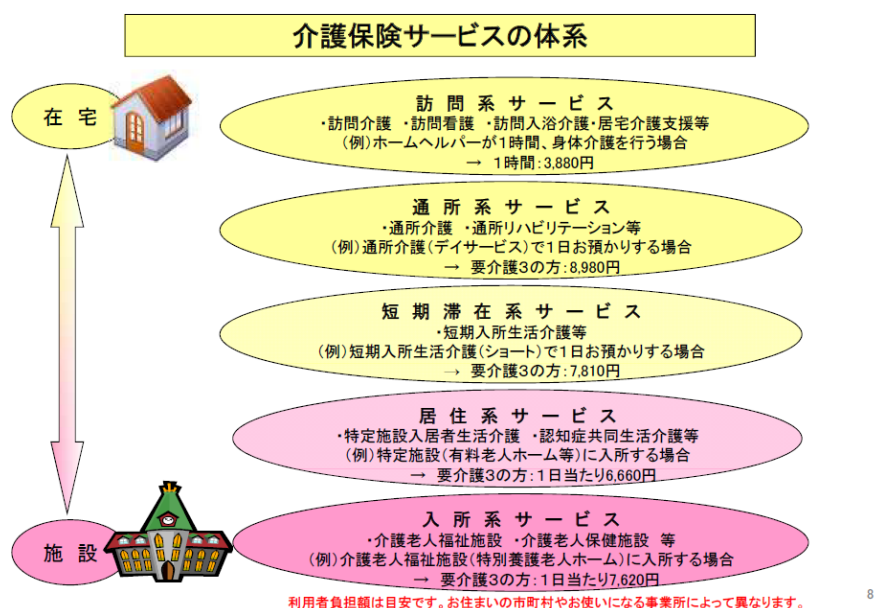
施設サービスは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の 3 施設があるが、介護療養型医療施設は今後別施設への転換が進む予定である。また介護福祉施設（特別養護老人ホーム）は待機者が多く、平成 27 年 4 月以降、重度利用に特化する施設として位置づけられ、原則として入所は要介護 3 以上に限定された。施設サービスは営利団体の参入が制限され、地方公共団体、社会福祉法人、医療法人が主にサービスを提供している。

居宅サービスには、自宅で生活している者に対する訪問介護などの訪問系、通所介護などの通所系、ショートステイの短期滞在系サービスがある。また、有料老人ホームへの入居など、自宅とは異なるが地域でサービスを受けながら自宅のように暮らす居住系サービスがある。これ以外に、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する居宅介護支援がある。居宅サービスは、訪問リハビリテーションなど、一部の医療サービスは医療法人などにサービス提供主体が制限されているが、それ以外は営利団体の参入が行われている⁶。

⁵ 自らケアプランを作成することも可能である。

⁶ 「訪問看護」も医療サービスであるが、営利団体の参入が認められている。「訪問リハビリテーション」は、特区のみ営利団体の参入が認められている。

図 2-1 介護保険サービスの体系



出典：厚生労働省「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

平成 17 (2005) 年介護保険法改正により、住み慣れた地域での生活を支えるために、身近な市町村で提供されることが適当なサービス類型として、地域密着型サービスが創設された。地域密着型サービスの場合、指定権限は都道府県ではなく市町村に移譲されている。痴呆（認知症）対応型共同生活介護は居宅サービスとして提供されていたが、改正後地域密着型サービスに移行した。また小規模多機能型居宅介護といった通いを基本とし、訪問、泊りも一体的に提供できるサービスの創設など、新しいサービスが提供されている。

施設サービス、居宅サービス、地域密着型サービスの種類については付録に示した。サービスの特徴別に示すと、図 2-1 のような体系となる。

3.5 近年の動向：個別の選択から地域づくりへ

平成 17 年法改正後より、一般高齢者や要介護状態に陥る危険性が高い高齢者に対する施策が、地域支援事業にて行われている。また、この事業には各市町村で取り組まれている家族介護支援事業や配食サービスなども含まれている。5 章の分析では、障害高齢者の日常生活自立度を用いて介護の必要度を説明変数としている。何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する軽度の段階もあるため、地域支援事業の変遷や、介護以外の医療等も含めた地域包括ケアシステムについて若干の説明を加える。

3.5.1 介護予防事業

平成 17 (2005) 年制度改正では、それまでのサービスを再構成した新しい地域支援事業が創設され、平成 18 年度より①介護予防事業、②包括的支援事業、③任意事業が実施されるようになった。家族介護支援事業は③で取り組まれているが、自治体によって実施状況は異なっている。介護予防事業には介護予防特定高齢者施策（平成 22 (2010) 年より二次予防事業）と介護予防一般高齢者施策（平成 22 (2010) 年より一次予防事業）等があった。この時期の介護予防では、生活機能が低下し要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者を「特定高齢者」（平成 22 (2010) 年より「二次予防事業の対象者」）として把握し、プログラム参加を促すハイリスクアプローチが取られたことが特徴である。このアプローチは、参加者の機能向上に寄与したものの、特定高齢者の把握、プログラム終了後の機能維持に課題が残ることとなった。

平成 23 年度の介護保険法の改正により、平成 24 年度から新たに介護予防・日常生活支援総合事業が導入された。更に、平成 26 年の法改正では、新しい地域支援事業として見直しが行われた。この事業に含まれる新しい介護予防・日常生活支援総合事業では、一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた取り組みを推進する一般介護予防事業が行われることになった。ここでは、気軽に通える集いの場で体操を行うことを支援するなど、参加者を限定しないポピュレーションアプローチが取られるようになっている。

3.5.2 地域包括ケアシステムの構築

現在、厚生労働省は、平成 37 (2025) 年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。このため、市町村に権限を委譲し、地域に見合った介護サービスの提供の仕組みづくりを進めている。

地域包括ケアシステム構築に向けての制度見直しは、平成 17 年の法改正から始まり、地域包括支援センターが創設された。このセンターは、地域における総合的な相談窓口機能を持ち、要支援者の介護予防マネジメントを実施する場である。そして包括的・継続的マネジメントの支援を担当し、ケアマネジャーと主治医等との連携強化や退院・退所時に

おけるケアマネジメントの強化が行われる地域の中核機関でもある。

地域高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、新たなサービスや要件の見直しも行われた。平成 17 年には地域密着型サービスが創設され、加えて、居住系サービスの範囲が広がり、「特定施設」を一定の居住水準等を満たす「高齢者専用賃貸住宅」に対象を拡大し、「特定施設」での介護サービス提供を外部サービス利用でも可能とした。また、有料老人ホームの定義の見直しや、情報開示の義務化などの入居者保護の充実も行われた。

平成 23 年の法改正では、地域密着型サービスに 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護と訪問介護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを提供する複合型事業所が創設された。

平成 26 年の法改正では、地域支援事業に大きな変更があり、在宅医療・介護連携、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進等が行われることとなった。サービスの重点化・効率化として、予防給付のうち訪問介護・通所介護は地域支援事業に移行し、市町村が介護予防・生活支援サービス事業で提供することになった（平成 29 年度末までに実行）。このことにより、既存の介護事業所によるサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援することが可能となり、高齢者が地域で助け合いを行う互助を強化する仕組みが作られている。

しかし、介護保険サービスからの切り離しであり、保険機能の低下との指摘もなされている。また、ボランティア育成が各自治体で進んでいない現在、事業所からみると、低く設定された価格で今までと同様のサービスを提供しなければならず、収入減につながっているとの話も聞く。各市町村単位での自由度が大きい制度であるが、その分大きな地域格差が生まれないよう、国はモニタリングをする必要があるだろう。

介護保険法制定時にはなかった地域密着型サービスの中には、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、小規模多機能型居宅介護といった、包括報酬となっているサービスがある。区分支給基準限度額との関係で、これらのサービスに他のサービスを組み合わせることが困難な事例があるという指摘がある（厚生労働省 2014）。しかし、必要なサービスと組み合わせることができるような区分支給限度基準額の変更は行われていない。この場合、居宅サービスを組み合わせるケアプランを立てる、もしくは別のサービス量を減らして限度額以内で立てている現状がある。

3.5.3 保険外サービス

介護保険は、保険外サービスの利用が可能である。平成 28 年、厚生労働省、経済産業省、農林水産省は、事業者及び地方自治体が公的介護保険外サービスを創出・活用するにあたって参考となる事例やノウハウを記載した『地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集』（保険外サービス活用ガイドブック）をホームページにて公表した⁷。また、東京都豊島区は、国家戦略特区において、平成 30(2018)年度から実施予定の選択的介護モデル事業の実施にあたり、平成 29 年度有識者会議を設置し、モデル事業の実施概要等を取りまとめており、筆者も委員として参加している。ここでは、介護保険サービスの提供時間内に別サービスの提供を可能にするなど、現状では規制がされている訪問や通所のサービスをモデル事業として検討している。

国の政策としては、介護保険サービスの種別は今後拡大せず、必要なサービスは保険外にて提供できる体制を推進するのではないだろうか。これについては今度の動向の検討が必要である。

4 政府統計からみる介護保険導入後の変化

介護保険法が施行されて以降、介護の規模や高齢者の住まいはどのように変化したのだろうか。本節ではこの点に着目して公的データを紐解いていく。

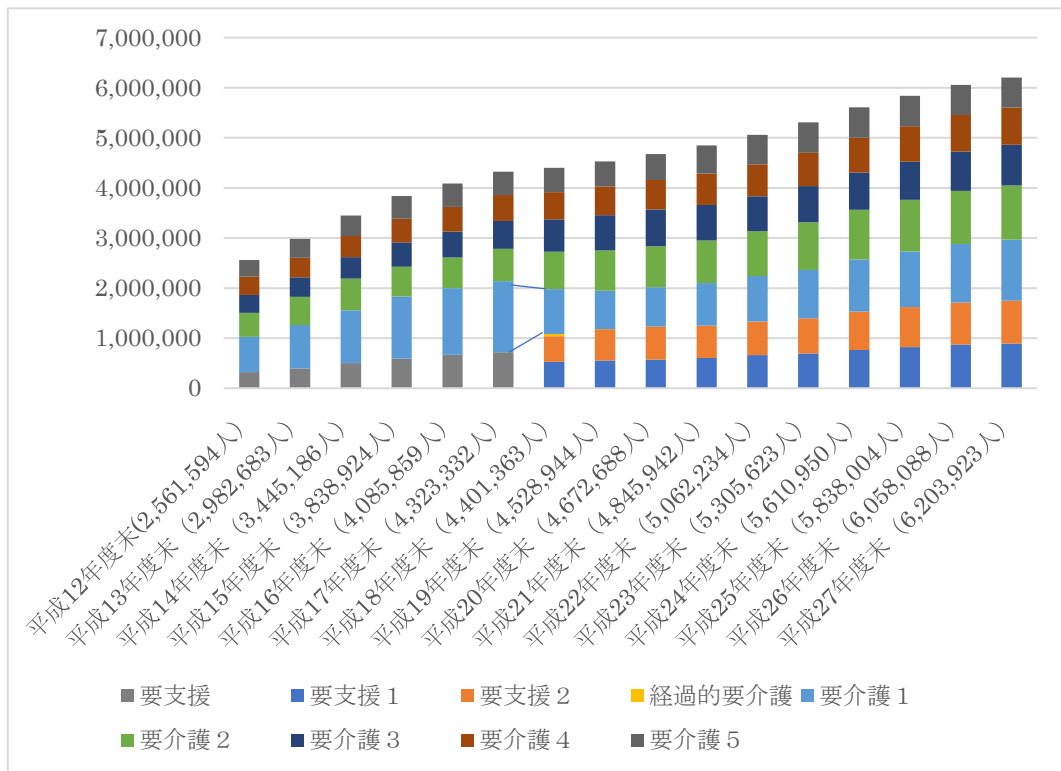
4.1 要介護（要支援）者数の増加と健康寿命延伸の対策

要介護（要支援）認定者数は毎年増加し、平成 27（2015）年 6,203,923 人で、平成 12（2000）年の 2,561,594 人の 2.4 倍となっている（図 2-2）。平成 27（2015）年度の要介護（要支援）認定者数で男女割合をみると、各区分 65～73%、全体では 69.1%が女性であり、介護保険は高齢期の女性の生活を支える重要な施策であることがわかる（図 2-3）。

厚生労働省「平成 27 年度 介護保険事業状況報告（年報）のポイント」から第 1 号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）を確認すると（図 2-4）、平成 12 年 11.0%から、平成 17 年 16.1%、平成 23 年 17.3%となり、平成 27 年は 17.9%と平成 23 年までに 17%に増加し、その後は微増している。第 1 号被保険者について前期高齢者と 75 歳以上の後期高齢者での認定率を比較したものが表 2-4 である。前期高齢者 4.3%

⁷ URL : <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/guidebook-zentai.pdf>

図 2-2 要介護（要支援）認定者数の推移（当該年度末現在）

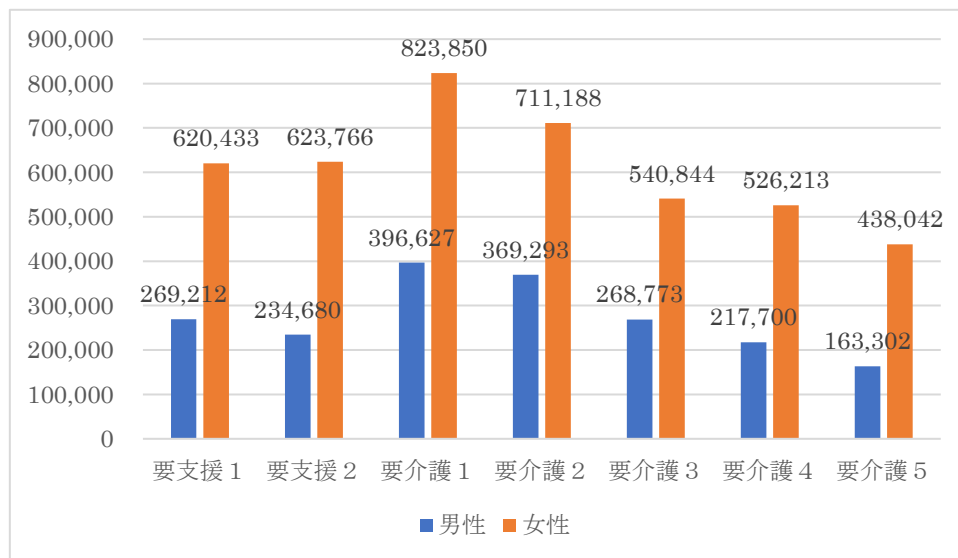


「要支援」：平成 12 年度末から 17 年度末まで

「要支援 1」「要支援 2」：平成 18 年度末以降

出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」を元に筆者作成

図 2-3 平成 27 年度男女別要介護（要支援）認定者数（当該年度末現在）



出典：厚生労働省「平成 27 年介護保険事業状況報告（年報）」を元に筆者作成

図 2-4 第 1 号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）（平成 27 年）

3 第 1 号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）

（27年3月末現在）

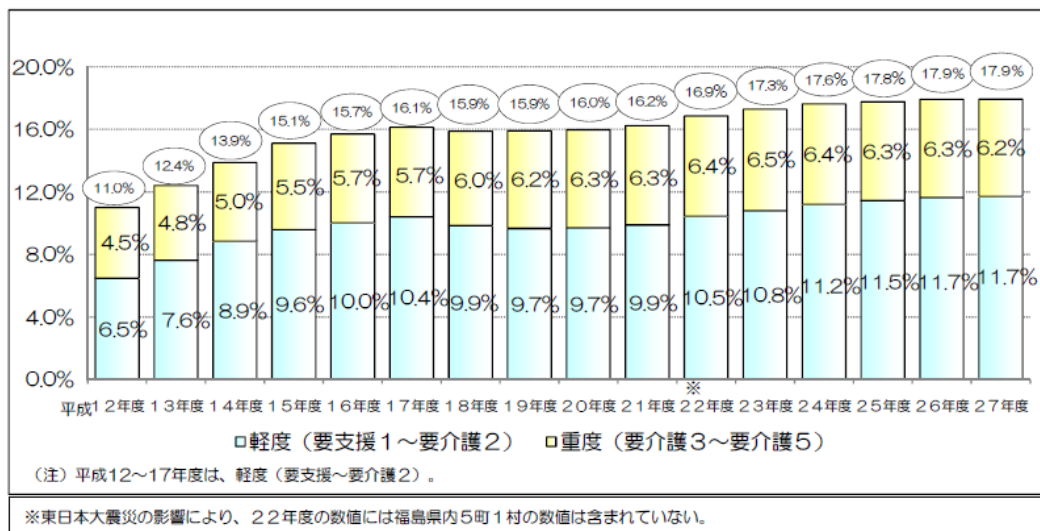
（28年3月末現在）

17.9%

⇒

17.9%

（対前年度 +0.02 ポイント増）



出典：厚生労働省「平成27年度 介護保険事業状況報告（年報）のポイント」

表 2-4 前期・後期高齢者別認定率（平成 27 年）

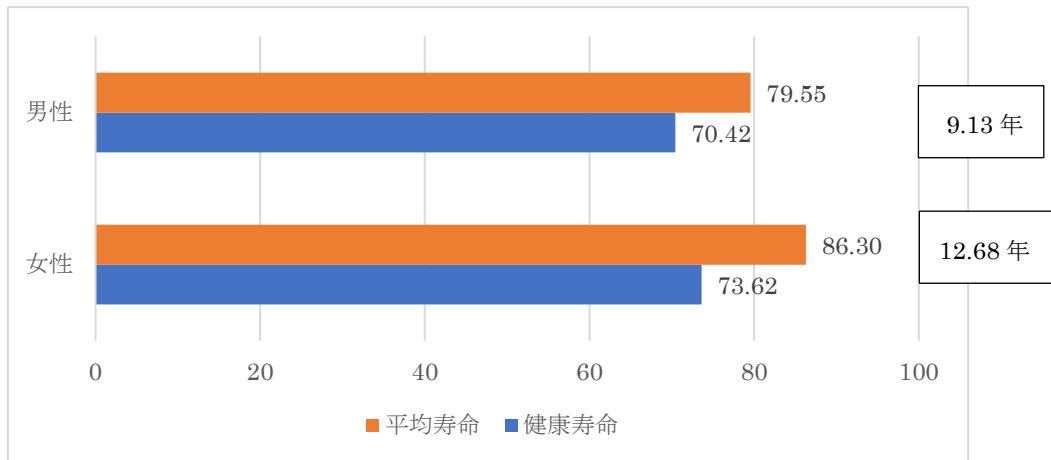
	要介護（要支援） 認定者数	第1号被保険者数	認定率
65歳以上75歳未満	755,909	17,449,216	4.3%
75歳以上	5,312,499	16,366,306	32.5%
合計	6,068,408	33,815,522	17.9%

出典：厚生労働省「平成27年度介護保険事業状況報告（年報）」の値より筆者作成

に対し、後期高齢者は 32.5%となり、後期高齢者で認定率が激増している。現在の前期高齢者は高齢のイメージから遠い「元気高齢者」が多いが、75歳以上になると約3割は何らかの支援が必要な状況となるリスクが高いといえる。平成32（2020）年には、後期高齢者数が前期高齢者数を上回る（図1-1）。この時期には、要介護認定率が更に上昇するだろう。

要介護者数の増加を抑制するため、介護を要する期間を短縮する施策がある。厚生労働大臣は、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を定めており、健康日本21（第2次）では、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

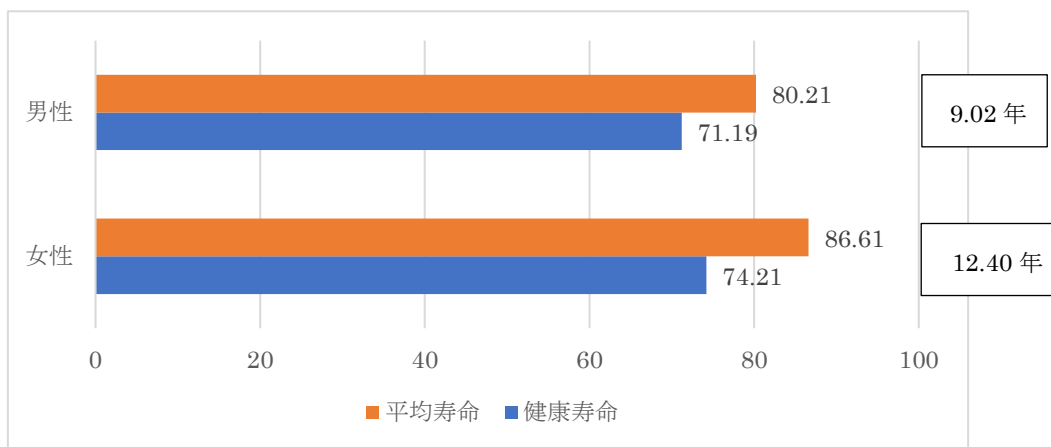
図 2-5 男女別平均寿命と健康寿命（平成 22 年）



出典：平均寿命；厚生労働省「平成 22 年完全生命表」

健康寿命；厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病生活習慣病対策総合研究事業）分担執筆報告書「健康寿命の指標化に関する研究－健康日本 21（第二次）等の健康寿命の検討－」の値より筆者作成

図 2-6 男女別平均寿命と健康寿命（平成 25 年）



出典：平均寿命；厚生労働省「平成 25 年簡易生命表」

健康寿命；厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病生活習慣病対策総合研究事業）分担執筆報告書「健康寿命の指標化に関する研究－健康日本 21（第二次）等の健康寿命の検討－」の値より筆者作成

である健康寿命を延伸することが推進されている。図 2-5、2-6 は平成 22 年と 25 年の男女別平均寿命と健康寿命の値を示したものである。平成 25 年男性の健康寿命は 71.19 年、女性は 74.21 年で女性のほうが長く、平均寿命と健康寿命の差も女性でより長く 12.4 年と 10 年を超えている。この差が縮小するという事は、介護が必要な期間が短縮するという事であるが、平成 22 年と 25 年を比較すると、介護が必要な期間は男性で 0.2 年、女性で 0.28 年減少している。女性は男性に比べて約 3 年介護が必要な期間が長く、介護が必要な期間は女性でより長い。現状では、まだ健康寿命延伸の明確な成果は得られていないといえず、今後も注視する必要がある。

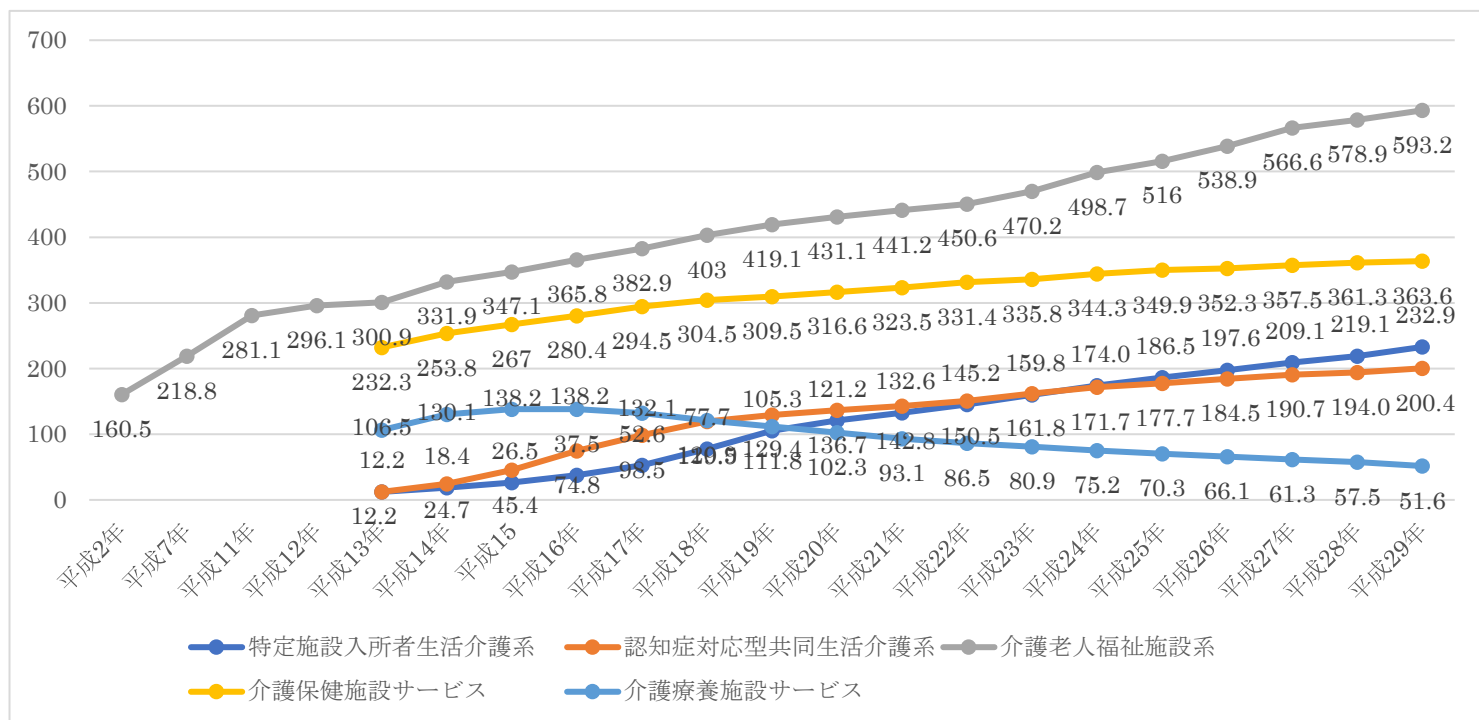
4.2 高齢者の住まいとしての施設

高齢者は自宅以外のどこに住んでいるのだろうか。介護保険サービスには、入所系、居住系サービスがある。入所系サービスである施設サービスには、「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」がある。居住系サービスには、地域密着型サービスである「認知症対応型共同生活介護」、所謂認知症高齢者グループホーム、居宅サービスには「特定施設入居者生活介護」がある。これらに加え、介護予防サービス、規模を小さくした地域密着型サービスなどがあるが、それぞれ同様のサービスに分類しサービスの利用者数の推移を図示したものが図 2-7 である。

3 つの介護保険施設のうち廃止が決定されている介護療養型医療施設は平成 16 (2004) 年の 13 万 8 千人から平成 29 (2017) 年には約 5 万人に入所者数は減少しているが、介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) は平成 2 (1990) 年の 16 万人から平成 29 (2017) 年には 59 万人へと、介護老人保健施設入居者数は平成 13 (2001) 年の 23 万人から 36 万人に増加している (図 2-8)。介護老人福祉施設は、平成 27 (2015) 年からは要介護 3 以上に限定される制度改正が行われたが、平成 28 年 4 月時点の入所希望者は 29.5 万人と未だ待機者が多い状況である (厚生労働省 2017)。開設主体が限定されていない特定施設入居者生活介護系、認知症対応型共同生活介護系も、増加が顕著である。

次に、老人福祉施設等を確認する。老人福祉法に規定された「老人福祉施設」には、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センターがある。「有料老人ホーム」は、常時 10 人以上の老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であつて、老人福祉施設でないものをいう。このうち、住まいとして

図 2-7 入所者、入居者数の推移 (単位：千人)



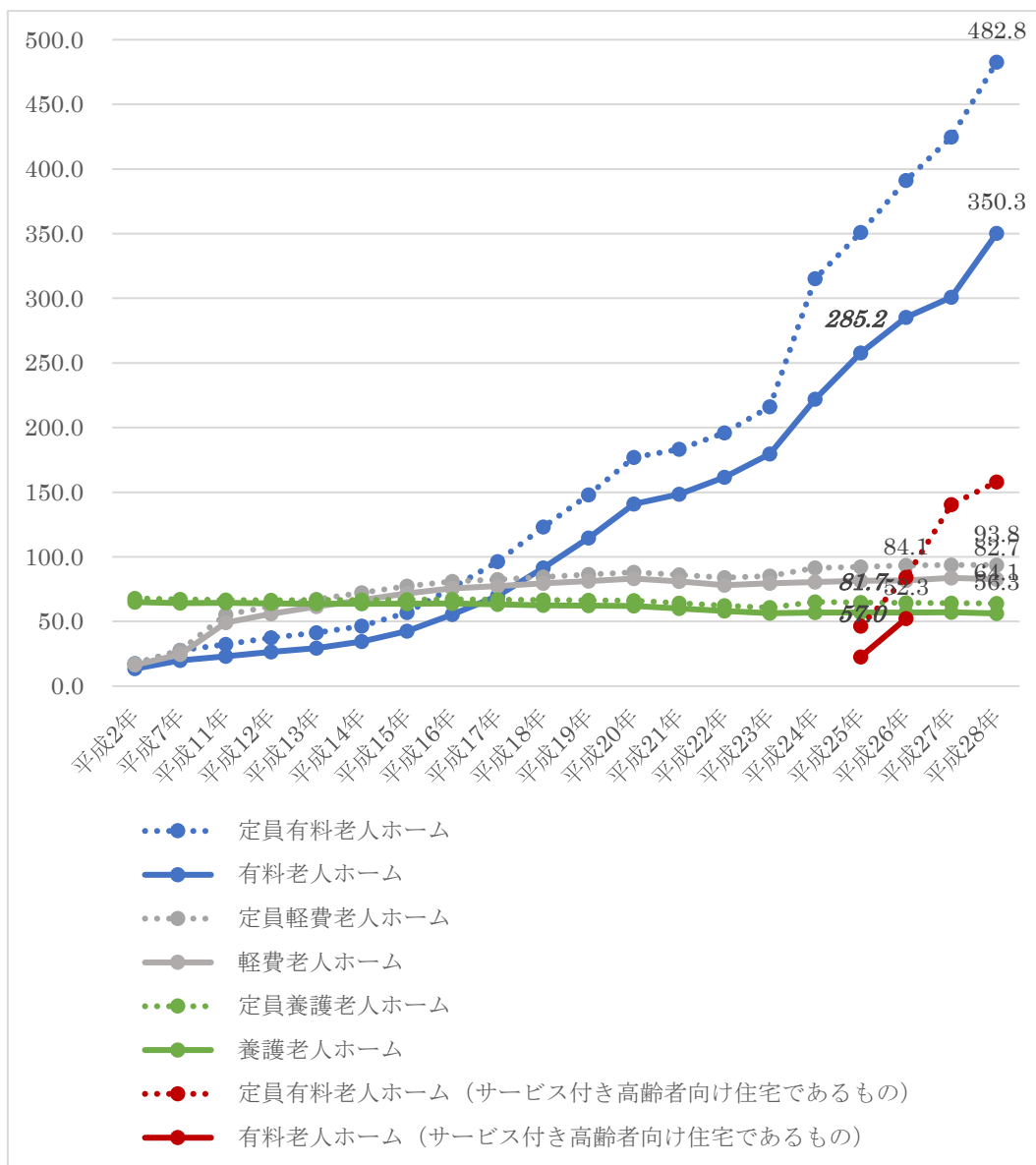
介護老人福祉施設系：介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

特定施設入居者生活介護系：特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

認知症対応型共同生活介護系：認知症対応型共同生活介護、痴呆対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」「介護給付費等実態調査」、介護老人福祉施設は、平成12年までは「社会施設等調査」より筆者作成

図 2-8 社会福祉施設等の定員と在在者数の推移 (単位：千人)



注：平成 26 年在在者数は斜め太字、定員と在在者数が比較できる最新値を通常の文字で示している

注：平成 25 年以降「有料老人ホーム」にはサービス付き高齢者向け住宅を含めない

出典：社会福祉施設等調査 より筆者作成

生活できるサービスには、有料老人ホーム⁸、軽費老人ホーム、養老老人ホームがある。これらの施設は、厚生労働省『社会福祉施設等調査』で在所要数が調査されている。サービス付き高齢者向け住宅は、平成 25（2013）年、26（2014）年は有料老人ホームに分類され在所要数が報告されていたが⁹、平成 27（2015）年以降は国土交通省のとりまとめのみとなり、調査を行っていないため、在所要数が把握できない¹⁰。

『社会福祉施設等調査』で各施設の定員と在所要数の推移を見たものが図 2-8 である。有料老人ホームの定員は平成 14（2002）年には 5 万人程度であったが、平成 28（2016）年には 48 万人の定員へ劇的に増えている。ただし定員と在所要者 35 万人を比較すると平成 28（2016）年時点で 13 万の差があり、在所要者は 35 万人にとどまる（図 2-9）。より安価な高齢者向けサービス付き住宅も 15 万の定員が創出されている。この住宅は、生活時間を拘束されない自由度があるという居住者の利便性がある。しかし、このサービス付き高齢者向け住宅も 3 万人の差がある（平成 26（2014）年）。有料老人ホームは開設主体に制限がないため、企業の参入が行いやすい。また、介護報酬は一律であるのに対し、「有料老人ホーム」は高額な金額を支払う場合も多い。このようなことから、差が生じていると考えられる。

「特定施設入居者生活介護」は、社会福祉施設である養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅含む）のうち、指定を受けた施設が該当する（図 2-9、表 2-5）。このため、施設入所をしている高齢者数を把握するため、介護保

⁸ 有料老人ホームは、高齢者を入居させ、入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供、日常生活上必要な便宜（洗濯、掃除等の家事、健康管理）を提供する施設である。有料老人ホームは、民間の事業活動として運営されるため、施設の設置主体に規定はないものの、設置者は都道府県知事への事前届出義務がある。有料老人ホームには、介護が必要になった時に介護保険サービスの「特定施設入居者生活介護」を利用してサービスを提供してする「介護付有料老人ホーム」、生活支援サービスがつく有料老人ホームに入居し、介護保険サービスが必要になった時には居宅サービスの訪問介護、通所介護等を利用する「住宅型有料老人ホーム」、介護サービス等の利用は前提とせず、要介護になった場合は退去を前提とした「健康型有料老人ホーム」がある。

⁹ 高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」の都道府県知事への登録制度を国土交通省・厚生労働省の共管制度として創設している。調査によると、すべてのサービス付き高齢者向け住宅は、状況把握・生活相談サービスを提供しており、加えて食事提供サービスは約 96%、入浴等の介護サービスは 46% が提供しているとの報告がある（サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会とりまとめ参考資料）。このため、多くのサービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当する。

¹⁰ 国土交通省に報告される定員のみ、把握が可能である。

図 2-9 高齢者向け住まいの概要

高齢者向け住まいの概要						
	①特別養護老人ホーム	②養護老人ホーム	③軽費老人ホーム	④有料老人ホーム	⑤サービス付き高齢者向け住宅	⑥認知症高齢者グループホーム
根拠法	・老人福祉法第20条の5	・老人福祉法第20条の4	・社会福祉法第65条 ・老人福祉法第20条の6	・老人福祉法第29条	・高齢者住まい法第5条	・老人福祉法第5条の2 第6項
基本的性格	要介護高齢者のための生活施設	環境的、経済的に困窮した高齢者の施設	低所得高齢者のための住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
定義	入所者を養護すること目的とする施設	入居者を養護し、そのが自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うこと目的とする施設	無料又は低額な料金で、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設	①入浴、排せつ又は食の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかする事業を行う施設	状況把握サービス、生相談サービス等の福祉サービスを提供する住居	入浴、排せつ、食事等介護その他の日常生活の世話及び機能訓練を行う住居共同生活の住居
利用できる介護保険	・介護福祉施設サービス		・特定施設入居者生活介護 ・訪問介護、通所介護等の居宅サービス			・認知症対応型共同生活介護
主な設置主体	・地方公共団体 ・社会福祉法人	・地方公共団体 ・社会福祉法人	・地方公共団体 ・社会福祉法人 ・知事許可を受けた法人	・限定なし (営利法人中心)	・限定なし (営利法人中心)	・限定なし (営利法人中心)
対象者	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著し障害があるために常時介護を必要とし、かつ、宅においてこれを受けことが困難なものの	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養を受けことが困難なものの	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、による援助を受けることが困難な60歳以上の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する定義がないため、解釈においては社会通念による	次のいずれかに該当する 単身・夫婦世帯 ・60歳以上の者 ・要介護/要支援認定を受けている60歳未満の者	要介護者/要支援者であって認知症である者の者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にる者を除く。）
1人当たり面積	10.65㎡	10.65㎡	21.6㎡(単身) 31.9㎡(夫婦)など	13㎡(参考値)	25㎡ など	7.43㎡
件数*	7,865件 (H25.10)	953件 (H24.10)	2,182件 (H24.10)	8,499件 (H25.7)	4,555件 (H26.3.31)	12,124件 (H25.10)
定員数*	516,000人 (H25.10)	65,113人 (H24.10)	91,474人 (H24.10)	349,975人 (H25.7)	146,544戸 (H26.3.31)	176,900人 (H25.10)

※①・⑥→介護給付費実態調査(「定員数」の値については利用者数)、②・③→社会福祉施設等調査(基本票)、④→厚生労働省老健局調べ、⑤→サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム調べ

7

出典：厚生労働省「介護を受けながら暮らす高齢者向け住まいについて一住まいとサービスの関係性」

表 2-5 老人福祉法の施設分類と介護保険法の施設分類の対比

老人福祉法		介護保険法
老人福祉施設	特別養護老人ホーム 養護老人ホーム 軽費老人ホーム	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設
有料老人ホーム		養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームのうち特定施設入居者生活介護として指定を受けたもの
認知症対応型老人共同生活援助事業		認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護

筆者作成

表 2-6 施設入居者数（平成 26 年）

施設の種類の	介護保険サービス施設	介護保険サービス施設、社会福祉施設等
介護保険サービス施設		
認知症対応型共同生活介護系	184500	184500
介護老人福祉施設系	538900	538900
介護保健施設サービス	352300	352300
介護療養施設サービス	66100	66100
特定施設入所者生活介護系	197600	
合計	1339400	
社会福祉施設等		476078
有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外）		285160
有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅であるもの）		52283
軽費老人ホーム		81672
養護老人ホーム		56963
合計		1617878

出典：厚生労働省「介護給付費等実態調査」：介護老人福祉施設系（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設）、特定施設入居者生活介護系（特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護）、認知症対応型共同生活介護系（認知症対応型共同生活介護、痴呆対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護）

厚生労働省「社会福祉施設等調査」：有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム より筆者作成

限サービス施設に居住し、居住系、施設系サービスを利用している人数と、介護保険サービス施設、社会福祉施設等に暮らしている人数を別個に算出したものが表 2-6 である。『社会福祉施設等調査』において、サービス付き高齢者向け住宅の居住者数が提供されている平成 26 年で算出している。前者では、「特定施設入居者生活介護」利用者の数を用い、介護保険サービス全体の施設入所・入居を確認すると、平成 26（2014）年時点で約 134 万人、社会福祉施設等を含めた施設で生活する者の数は 161 万人であった。

この値を用いて、受給者数に対する割合、要介護認定者数に対する割合等を算出したものが表 2-7 である。受給者数に対する介護保険サービス居住者数の割合は 26.9%、要介護認定者数に対する割合は 22.1%である。社会福祉施設等も合わせると、受給者数に対し 32.5%、要介護認定者数に対し 26.7%となる。介護保険サービス、社会福祉施設居住者には 65 歳未満の者も含まれるが、この値を高齢者の施設居住者数と見なした場合、高齢者人口 3300 万人に対し 4.9%が施設居住割合となる。また、平成 26 年の認定率は 17.9%であるが、このうち 4.1%は介護保険サービスの施設等の居住である。残りの 13.8%は要介護認定を受け、82.1%が認定を受けずに、在宅や有料老人ホームなどで生活、または医療

表 2-7 施設居住者、在宅居住者割合の概算（平成 26 年）

	人数	介護保険サービス居住者数	在宅、介護保険外施設等	介護保険サービス、社会福祉施設居住者数	在宅等
受給者数	4984700	1339400	3645300	1617878	3366822
受給者に対する割合		26.9%	73.1%	32.5%	67.5%
要介護認定者数	6058088	1339400	4718688	1617878	4440210
要介護認定者数に対する割合		22.1%	77.9%	26.7%	73.3%
高齢者人口	33000000	1339400	31660600	1617878	31382122
高齢者人口に対する割合		4.1%	95.9%	4.9%	95.1%

介護サービス居住者数：介護老人福祉施設系（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設）、特定施設入居者生活介護系（特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護）、認知症対応型共同生活介護系（認知症対応型共同生活介護、痴呆対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護）

社会福祉施設：有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム

下記の情報を元に筆者作成

出典：受給者数、介護サービス居住者数：厚生労働省「介護給付費等実態調査」

要介護認定者数：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

社会福祉施設居住者数：厚生労働省「社会福祉施設等調査」

高齢者人口：総務省「人口推計」より筆者作成

保険サービスで入院していることになる。そして、この 95.9%のうち、0.8%は有料老人ホーム等に入居していると考えられる。

在宅で生活している高齢者の在宅継続が困難となった時すぐに入居できるのは、待機者の多い介護老人福祉施設ではなく、余剰のある有料老人ホームである。ここにはサービス付き高齢者向け住宅も含まれる。有料老人ホームは高額な場合も多く、入居できるものは経済的余裕があるものであろう。また、これら施設の介護職員、居宅サービスの介護職を確保しなければ、入居し十分なサービスを受けることもできない。高齢者の住まいの施策は重要であり、裕福でないものが入居できる施設を確保すること、その住まいでサービスを提供する介護職を確保することは、重要な施策である。

4.3 家族介護量の変化

表 2-8 平日・日曜日の男女別・年齢階級別「介護・看護」行動者率の推移（ふだんの就業状態：有業者）

有業者	男性					女性				
	平成8年	平成13年	平18年	平成23年	平成28年	平成8年	平成13年	平18年	平成23年	平成28年
平日	0.6	0.9	0.8	1	1	2.5	3.3	3.2	3.3	4.1
15～19歳	-	0.7	-	0.1	0.1	0.2	0.3	1.5	0.2	0.4
20～24歳	0.2	0.4	0.1	0.5	0.5	0.5	1	0.3	0.1	0.3
25～29歳	0.3	0.4	0.1	0.3	0.5	1.3	1.4	1.1	1.3	2.4
30～34歳	0.5	0.6	0.7	0.8	0.5	1.7	3.9	1.7	1.4	4.3
35～39歳	0.5	0.5	0.7	0.6	0.8	2.5	3	3.7	3.3	3.5
40～44歳	0.6	0.5	0.5	0.5	0.7	2.3	2.6	3.7	2.7	3.4
45～49歳	0.4	1.3	1.1	0.8	0.9	3	4.3	3.4	3.4	4.2
50～54歳	0.9	1.2	1	0.9	1.1	3.8	5.2	4.8	5.3	4.5
55～59歳	0.6	1.3	1.1	1.5	1.8	3.5	4	5.0	5.8	8.1
60～64歳	0.8	1.3	1.5	2	1.6	3.4	4.9	5.2	5.6	6.1
65～69歳	1	1	1.7	1.4	1.7	4.9	4.3	4.8	3.3	4.8
70～74歳	2.1	1.4	1.6	1.1	1.6	5.2	4.1	4.1	4.2	4.9
75～79歳	2.1	1.9	1.5	1.6	1	2.8	2	2.3	5.4	3.9
80～84歳	0.7	3.7	2.7	2.6	1.1	0.9	5.5	2.0	5.4	4.1
85歳以上	1	1.1	0.7	4.3	1.8	-	-	-	3.5	3.2
日曜日	0.9	1.0	1.3	1.2	1.5	2.5	3.1	3.2	3.2	3.7
15～19歳	-	0.2	-	0.5	0.7	0.3	0.5	0.1	0.5	0.3
20～24歳	0.1	0.3	0.2	0.3	0.4	0.6	0.2	0.2	0.2	0.9
25～29歳	0.4	0.3	0.4	0.4	1.0	1.1	1.0	1.6	1.3	1.3
30～34歳	0.6	0.6	0.4	0.5	0.6	2.1	2.5	1.6	1.3	2.9
35～39歳	0.7	0.6	0.8	0.8	1.2	1.8	3.1	3.0	2.1	2.4
40～44歳	0.9	1.2	1.5	0.8	1.0	2.7	3.6	2.9	2.9	2.5
45～49歳	1.2	1.2	1.3	1.0	1.4	3.5	3.7	3.1	3.7	3.4
50～54歳	1.3	1.6	2.0	1.8	2.0	4.1	4.8	5.4	4.5	6.7
55～59歳	1.3	1.7	2.3	2.0	2.5	3.6	5.1	5.7	6.1	6.6
60～64歳	1.2	1.8	2.1	2.0	2.9	3.3	5.1	5.2	6.4	6.3
65～69歳	1.1	1.3	2.9	1.5	1.8	3.6	3.6	3.8	3.5	5.2
70～74歳	1.3	1.1	1.2	1.8	1.9	2.6	4.5	4.4	4.4	4.6
75～79歳	1.3	1.2	1.0	1.4	1.0	5.0	1.9	3.3	1.7	2.7
80～84歳	2.0	2.9	2.3	3.0	1.5	2.8	0.7	3.4	3.3	3.4
85歳以上	4.9	0.7	6.4	9.5	2.1	1.9	-	-	8.3	7.6

出典：総務省統計局「社会生活基本調査結果」平成8年、13年、18年、23年、28年 より筆者作成

表 2-9 平日・日曜日の男女別・年齢階級別「介護・看護」行動者率の推移（ふだんの就業状態：無業者）

	男性					女性				
	平成8年	平成13年	平成18年	平成23年	平成28年	平成8年	平成13年	平成18年	平成23年	平成28年
無業者										
平日	1.4	1.8	2.6	2.6	2.9	3.9	4.8	4.6	5.3	5.9
15～19歳	0.2	0.0	0.2	0.3	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.4
20～24歳	0.5	0.3	0.1	0.7	0.1	1.9	1.5	3.5	3.2	1.4
25～29歳	-	0.1	0.6	0.2	3.8	2.5	3.3	1.6	3.0	3.4
30～34歳	1.9	1.0	0.6	1.0	1.9	3.3	3.9	3.3	4.4	7.5
35～39歳	0.7	5.8	4.7	0.2	2.9	3.8	3.7	3.7	5.0	5.3
40～44歳	9.7	2.2	1.2	2.0	1.7	3.8	6.9	5.3	8.1	6.2
45～49歳	0.3	2.4	2.1	2.2	1.1	6.9	9.3	6.6	7.1	8.7
50～54歳	1.9	7.4	3.8	1.2	6.0	8.2	6.7	10.0	8.6	6.4
55～59歳	2.8	2.2	5.9	5.7	9.7	6.8	8.5	8.2	14.0	12.4
60～64歳	2.5	3.3	4.2	4.1	5.9	5.2	6.8	6.5	8.4	10.8
65～69歳	2.3	2.1	2.9	4.0	4.1	5.7	5.5	5.5	5.6	8.0
70～74歳	2.5	2.2	3.2	3.3	2.3	4.8	6.3	5.4	4.7	5.3
75～79歳	2.8	3.4	3.8	3.1	3.0	2.7	4.3	4.6	4.4	5.5
80～84歳	2.1	2.4	3.5	3.7	4.3	2.5	4.3	3.0	4.6	5.1
85歳以上	1.5	2.0	5.5	3.5	3.6	1.2	3.2	2.2	1.9	4.6
日曜日	1.1	1.8	1.7	2.2	2.7	3.4	3.9	3.8	3.9	4.7
15～19歳	0.1	0.1	0.1	0.2	0.9	0.6	0.3	0.3	0.3	0.4
20～24歳	0.6	0.4	0.1	0.4	0.4	1.1	1.2	0.6	0.9	0.9
25～29歳	0.9	0.9	0.4	0.3	-	1.8	1.3	2.2	2.2	2.1
30～34歳	3.2	1.8	-	1.3	0.9	2.2	2.3	2.2	2.0	3.0
35～39歳	2.3	1.2	0.6	1.6	1.8	4.3	3.3	2.8	2.7	4.4
40～44歳	0.7	2.2	1.2	1.3	2.5	3.7	4.0	3.6	3.9	4.6
45～49歳	3.1	2.0	1.9	4.4	6.0	5.1	5.5	5.4	5.2	6.1
50～54歳	2.4	2.9	3.8	3.5	5.8	5.0	7.4	7.4	6.1	7.9
55～59歳	1.4	4.3	6.7	6.6	7.6	6.0	8.0	8.9	8.2	11.1
60～64歳	1.4	2.7	2.7	4.0	5.4	5.5	5.8	5.0	6.6	9.0
65～69歳	1.8	2.4	2.0	2.5	3.2	5.3	6.0	4.6	5.5	7.7
70～74歳	1.5	1.6	2.6	3.0	2.2	3.9	5.4	3.7	4.0	4.4
75～79歳	2.9	3.7	1.3	2.1	2.8	3.8	3.3	4.4	4.4	3.8
80～84歳	2.2	3.6	2.6	2.7	3.7	2.1	2.4	2.9	2.9	3.2
85歳以上	1.1	4.0	2.8	2.3	3.9	0.4	0.7	2.0	2.4	2.6

出典：「社会生活基本調査結果」平成8年、13年、18年、23年、28年 より筆者作成

表 2-10 男女別行動の種類別総行動時間：介護・看護（週全体）

	平成8年	平成13年	平成18年	平成23年	平成28年
男：全体	1分	1分	2分	2分	2分
うち介護をしている	30分	29分	31分	25分	29分
女：全体	5分	5分	5分	5分	6分
うち介護をしている	73分	62分	60分	49分	51分

介護とは、日常生活における入浴・着替え・トイレ・移動・食事などの際に何らかの手助けをすることを指している。

平成8年13年は「時間.分」の「時間」を60分換算した値。

出典：「社会生活基本調査結果」（総務省統計局）平成8年、13年、23年、28年 より筆者作成

家族介護者の割合はどの程度変化しているのだろうか。総務省統計局『社会生活基本調査』で「介護・看護」の行動者率から、男女別、就業形態別に平日と日曜日の介護を行っている割合を確認したものが表 2-8、2-9 である。女性で割合が高く、ふだんの就業状態では、同性では有業者より無業者で割合が高い。15 歳以上の平均でみると、平成 28(2016) 年無業女性平日が 5.9%と最も高く、平成 8(1996) 年と平成 28(2016) 年を比較すると、有業者平日男性 0.4%、女性 1.6%、日曜日男性 0.6%、女性 1.2%、無業者平日男性 1.5%、女性 2%、日曜男性 1.6%、女子 1.3%とすべてわずかに上昇している。年齢階級別に平成 28 年をみると 55~59 歳は有業男性日曜日を除いて、最も高い割合を示し、現在「看護・介護」はこの年齢階級で行動している割合が高いと考えられる。

介護時間はどうかであろうか。表 2-10 で行動の種類別の総行動時間平均をみると、介護をしている男性の「介護・看護」平均時間は大きく変わっていないが、女性は介護保険開始以前の平成 8(1996) 年に比べ、平成 28(2016) 年は週当たり 22 分減少している。

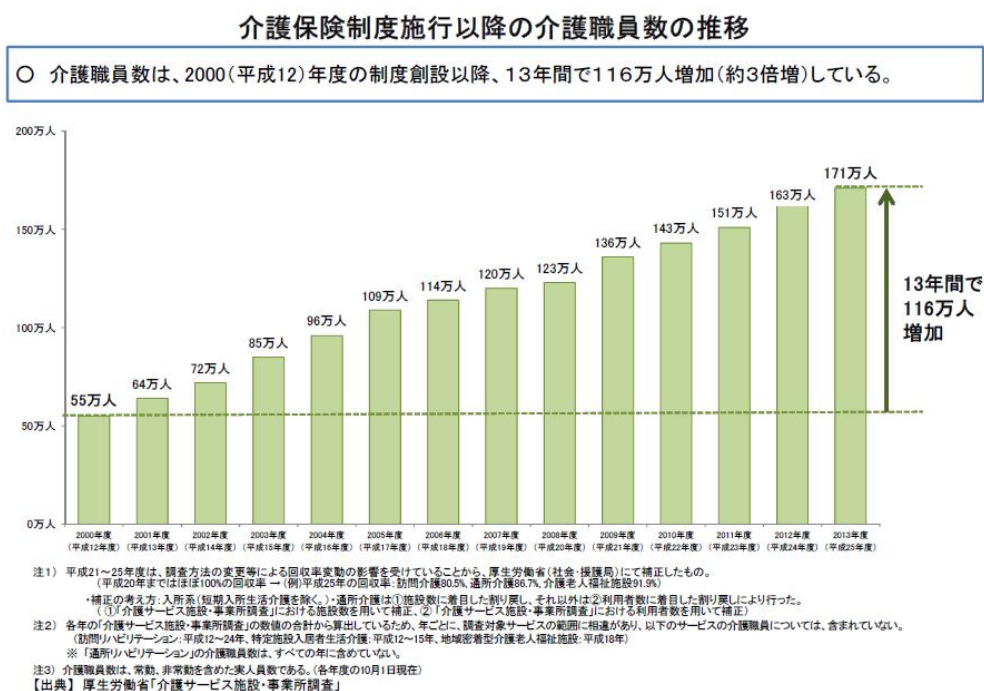
介護保険導入以前の平成 8 年から比べて、介護を担う割合は男女とも増えている。これは、高齢化の進行のため、介護を要する者が増えているためであろう。そして女性の介護時間は減少していることから、介護保険は家族の介護時間の減少に寄与していると考えられる。

4.4 介護職員、訪問介護従事者数の変化

平成 27(2015) 年 6 月 24 日の厚生労働省報道資料によると、厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』による常勤、非常勤を含めた介護職員の実人員数は、平成 12 年は 55 万人、平成 25 年は 171 万人で 3.1 倍に増加している(図 2-10)。そして、2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)として、介護人材の需要見込み(2025 年度)を 253.0 万人、現状推移シナリオによる介護人材の供給見込み(2025 年度)を 215.2 万人とし、需給ギャップが 37.7 万人生じると報告しており、介護人材確保に向けた取組は、総合的・計画的に推進する必要性があると認識されている。

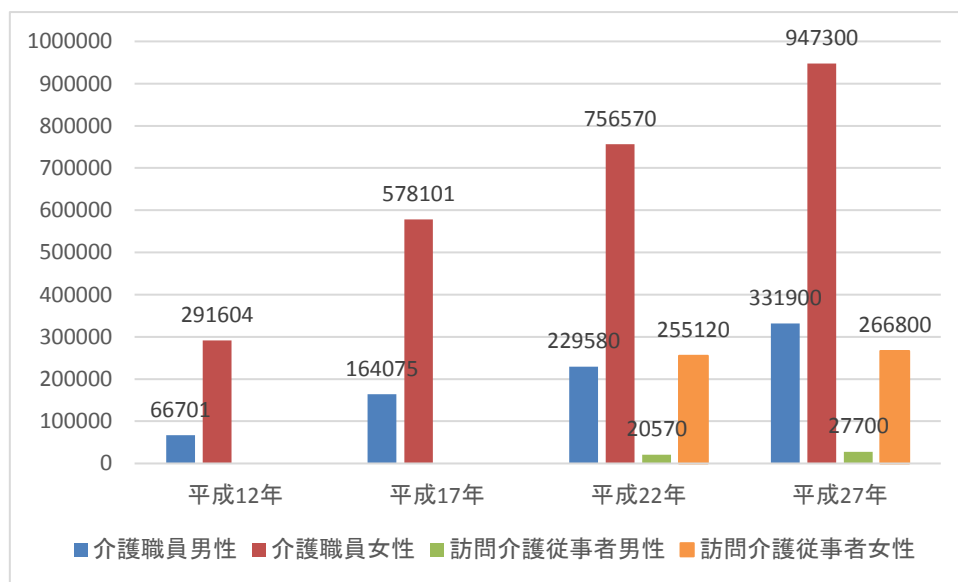
総務省統計局『国勢調査結果』(図 2-11)で、平成 12(2000) 年と 27(2015) 年の介護職員数をみると、全体では 358,305 人から 1,279,200 人と 3.6 倍に増えており、女性は 3.3 倍、男性は 5.0 倍となっている。訪問介護員は平成 27 年 294,500 人が従事しており、男性割合は 9.4%である。平成 27 年の介護職員の男性割合は 25.9%であるのに比べ、訪問介護員の男性割合が低い。これは個人で訪問することが多いため女性が利用者に好まれる

図 2-10 介護職員数の推移



出典：厚生労働省報道資料「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)について」より

図 2-11 男女別介護職員、訪問介護従事者数



平成12年、17年；105介護職員(治療施設、福祉施設)

平成22年、27年；101介護職員(医療・福祉施設等)

出典：総務省統計局「国勢調査結果」平成12年、17年、22年、27年より筆者作成

ことや、家事能力の高い介護職に女性が多いこと、短時間勤務等調整が行いやすい仕事のため家族責任のある女性が好んで従事するというものの影響かもしれない。平成 27 (2015) 年の介護職員、訪問介護従事者合計は、1,573,700 人である。

『平成 27 年国勢調査結果』と『平成 25 年介護サービス施設・事業所調査』では、2 年の差はあるが、人数で約 13 万人のギャップがある。これは、国勢調査では介護職員、訪問介護員を捕捉できていないことが原因と考えられる。この点については、今後検討が必要と考える。

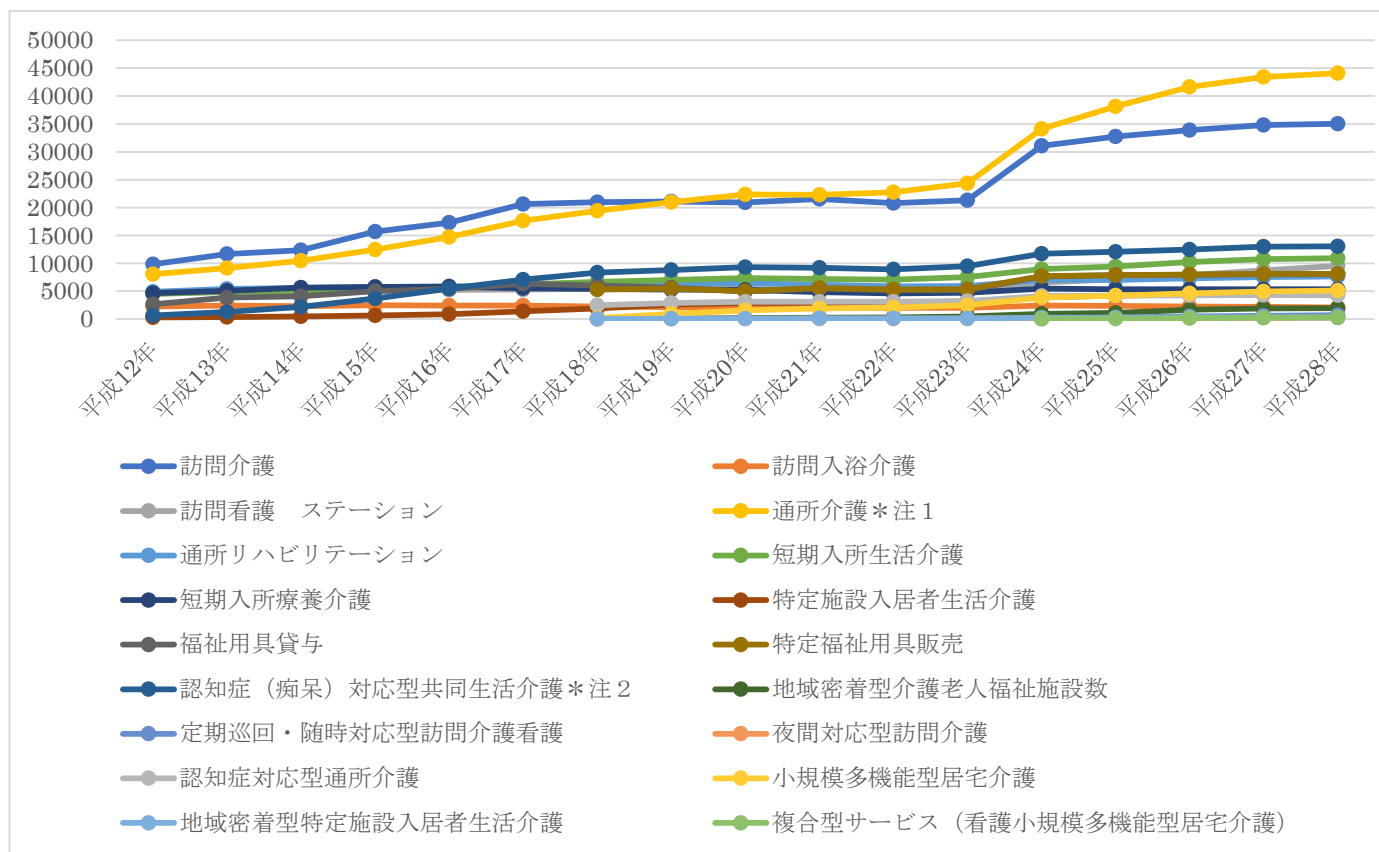
4.5 介護サービス事業所数、利用者数

ここでは各介護サービス事業所数、施設数を確認し、各サービス供給の推移を確認する。『介護サービス施設・事業所調査』で、居宅サービス、地域密着型サービス事業所数の推移を見たものが図 2-12 である。介護予防サービスも含めた表は付録に示した。居宅サービス、地域密着型サービスでは、最も多いサービス事業所の種別が平成 20 (2008) 年から訪問介護から通所介護に変わり、平成 28 (2016) 年で前者は 3 万 5 千か所、後者は 4 万 5 千か所と在宅サービスの中心となっており、平成 14 (2002) 年のそれぞれ 1 万か所前後から 3.5 倍、4.5 倍に増加した。

施設サービス数の推移を示したものが図 2-13 である。廃止が予定されている介護療養型医療施設数は減少している。介護保険以前の老人保健施設、介護老人福祉施設数も合わせて示したが、施設数の伸びは介護保険開始後も顕著ではなく全体としては緩やかに増加している。

厚生労働省平成 29 年 4 月分『介護給付費等実態調査月報』で、介護サービスの利用者数と費用額を居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス別にまとめたものが図 2-14 である。居宅サービスと地域密着型サービスを合わせると、約 8 割の利用者数である。居住系サービスも含めた利用者数であるが、これらのサービスによって、多くの在宅生活者の生活が支えられていることがわかる。一方費用額をみると、居宅サービスは 6 割強と減少し、施設サービスの費用額の割合が増える。居宅介護支援と福祉用具貸与は、マネジメントとレンタルであるためこれらを除いた各介護サービス種類別の利用者人数をみると、「通所介護」サービスが 1,105 千人と最も多く、次いで「訪問介護」996.2 千人である (図 2-15)。費用額では、「介護老人福祉施設」144436 百万円、「介護老人保健施設」107828 百万円、利用者数の最も多かった「通所介護」は 100614 百万円であった (図 2-

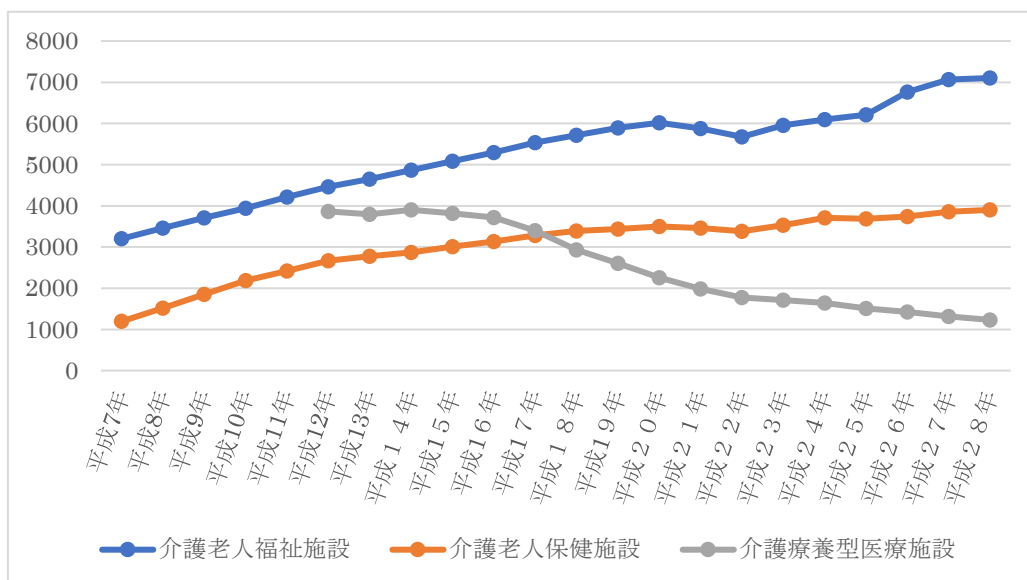
図 2-12 居宅サービス、地域密着型サービス事業所数の推移



注 1：平成 28 年は、地域密着型通所介護 21063 を加えた値 注 2：平成 17 年までは居宅サービス「痴呆対応型共同生活介護」

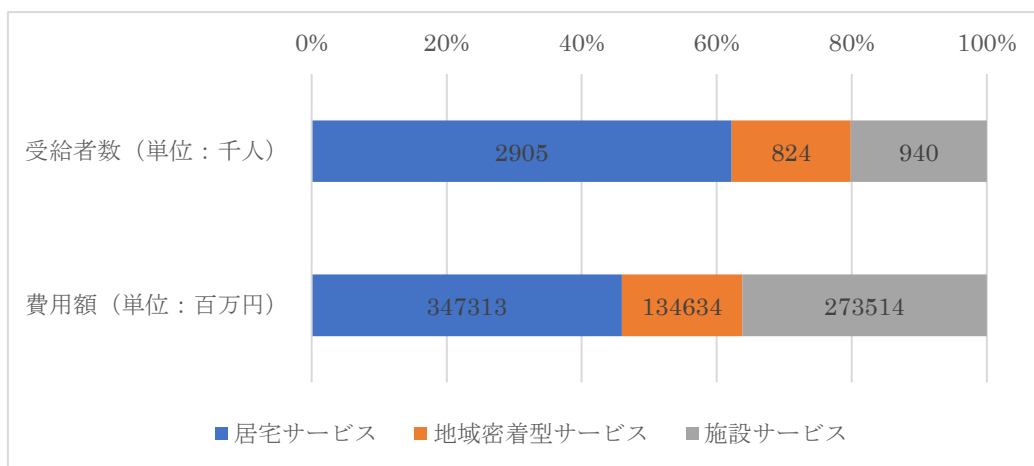
出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より筆者作成

図 2-13 施設数の推移



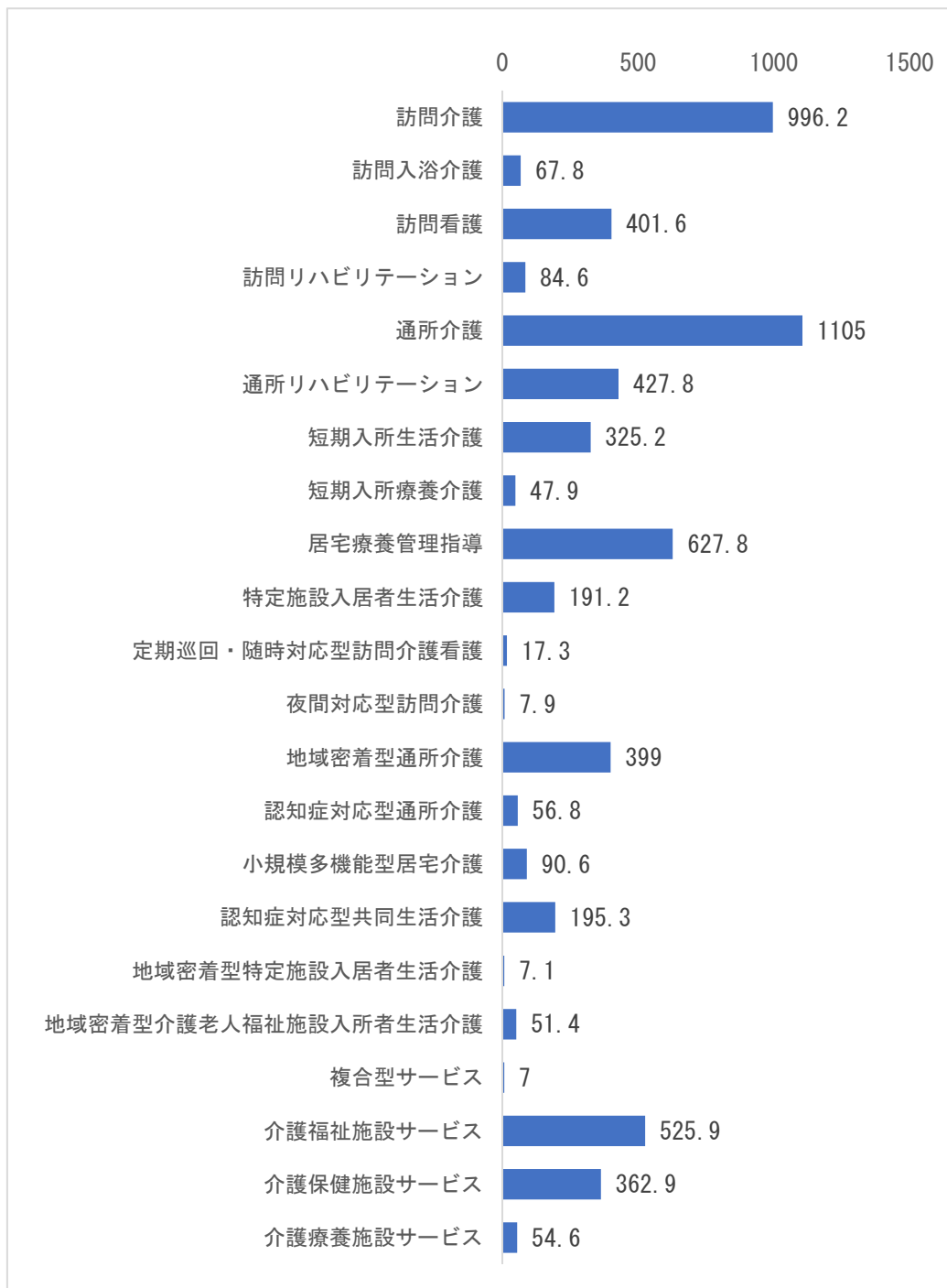
出典：厚生労働省 平成 11 年までは「社会福祉施設等調査」「老人保健調査」、平成 12 年からは「介護サービス施設・事業所調査」

図 2-14 介護サービスの要介護利用者数、・費用額内訳（居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス別）



厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成 29 年 4 月審査分）より筆者作成

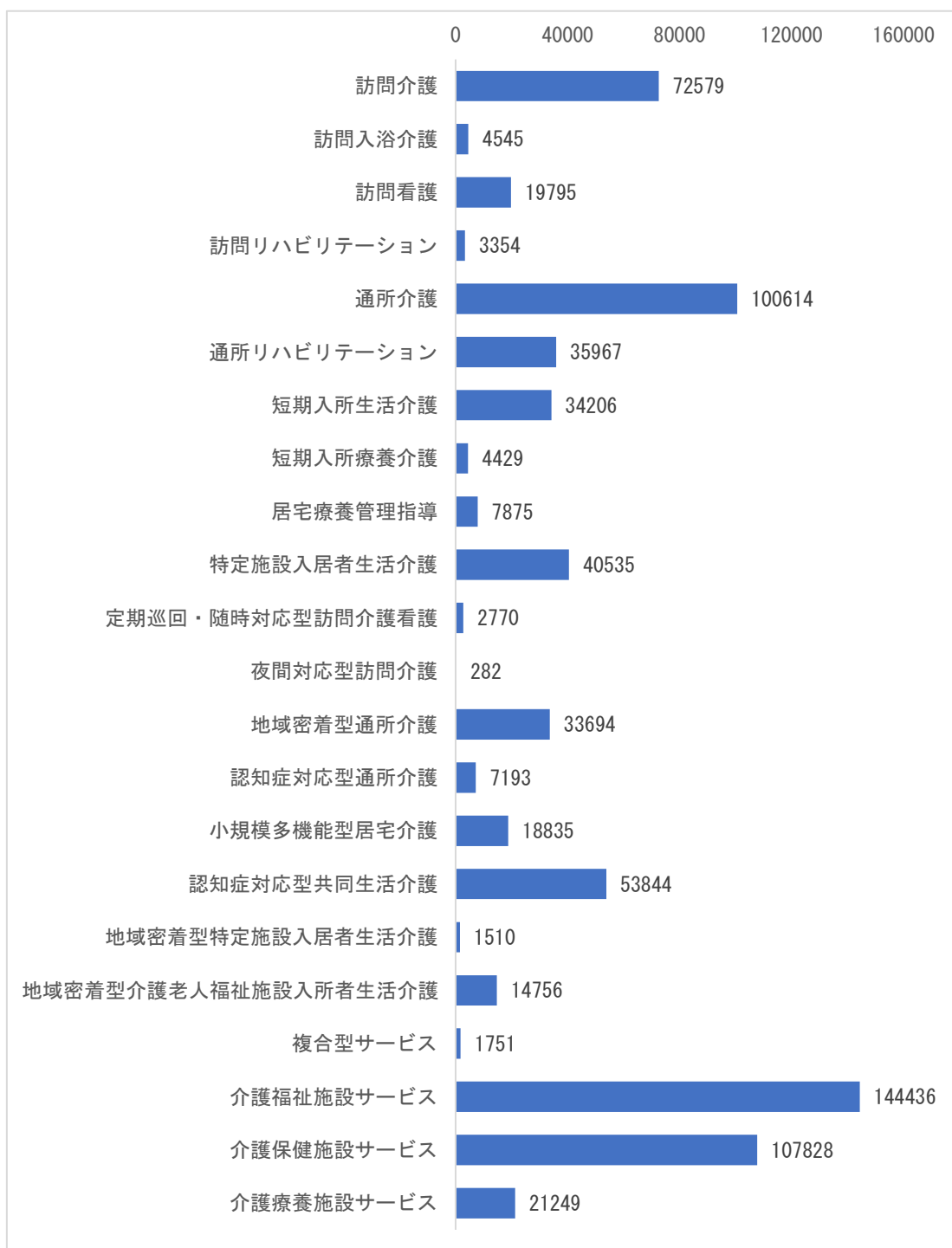
図 2-15 介護サービス種類別要介護利用者数（単位：千人）



注 居宅介護支援 2591.2 千人、福祉用具貸与 1607.6 千人は非表示

厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成 29 年 4 月審査分）より筆者作成

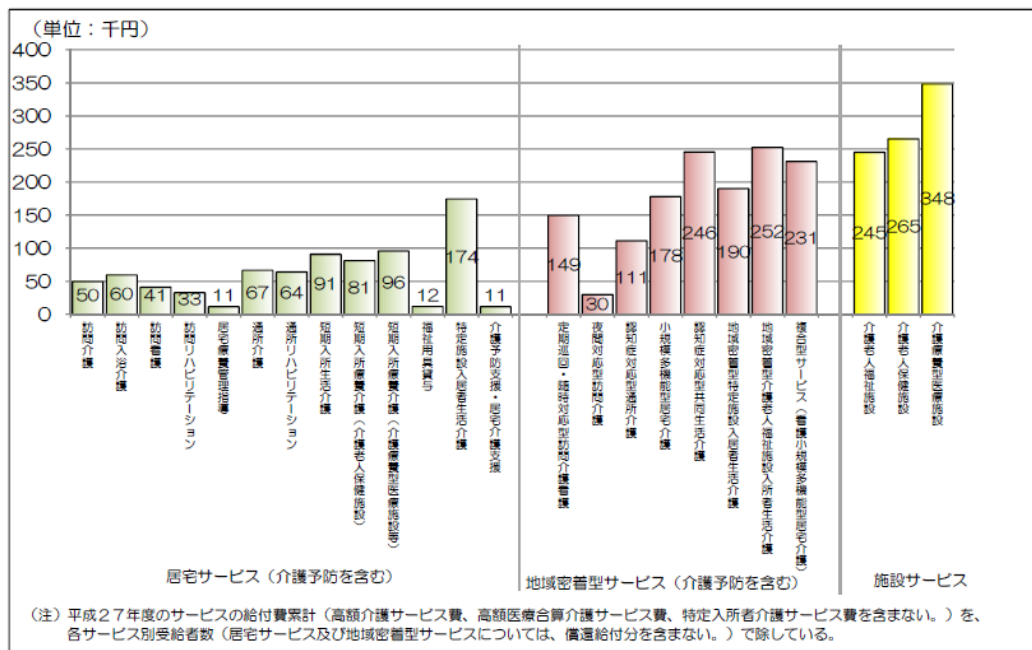
図 2-16 介護サービス種類別給付額（単位：百万円）



注 居宅介護支援 36623 百万円、福祉用具貸与 23412 百万円は非表示

厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成 29 年 4 月審査分）より筆者作成

図 2-17 サービス別 1 人あたり給付額（1 か月平均）



出典：厚生労働省「平成27年度 介護保険事業状況報告(年報)のポイント」

16)。図 2-17 で、サービス別 1 人あたり給付費をみると、最も高額なものは介護療養型医療施設で、他の施設サービスも高額である。給付額の高いサービスの提供量を増やすことは介護保険の財政を圧迫することになりかねない。介護療養型医療施設はいよいよ廃止が決定され別サービスへの転換が検討されているが、このことによって一定の費用抑制はあるだろう。介護老人福祉施設は、費用額の最も高い割合を占めるサービスであるが、この点が利用者の限定化につながった要因の一つと考えられる。

5 小括

老人福祉法が制定され、措置制度による施設介護、訪問介護が提供される中、1970 年代から、「家庭」を基盤とする「日本型福祉社会論」が展開された。しかし介護が長期化する中家族による介護は困難となり、社会的入院が増加した。一体的に介護サービスを提供する介護保障が検討され、日本では高齢者を中心とした社会保険により介護サービスが提供されることとなり、介護サービスは契約による現物給付が行われる形となった。また、家族給付は基本的には介護保険制度に含まれない形となった。

介護サービスには居宅サービス、施設サービス、平成 17 (2005) 年からは地域密着型サ

サービスも提供されるようになり、サービスの種別は増えている。しかし、平成 12 (2000) 年から平成 28 (2016) 年までの間、要介護度別に決定されている区分支給限度基準額のペー
ースは変更されておらず、新しく創設された地域密着型サービスができたが、従来の居宅
サービスとの併用に困難が生じるなどの問題も出ている。また、介護保険法施行時は、個々
のサービスの選択が中心であったが、地域づくりの視点も入り介護予防、地域包括ケアシ
ステムの構築が進行しており、現在過渡期にあると言えるだろう。

要介護者、家族介護者、介護職の規模の変化をみると、要介護認定者数は、平成 12(2000)
年から 27 (2015) 年にかけて 2.4 倍に増えている。介護予防により要介護認定者数を減ら
す取り組みが積極的に行われるようになってきているが、現在のところ、健康寿命と平均寿命
の明らかな短縮には至っていない。介護事業所、施設数は増加し、介護職員、訪問介護員
は増加し、特に通所介護事業所数の伸びが著しい状態にある。家族介護を見ると、全体の
行動者率は増えている一方、介護をしている女性の週平均介護時間は 22 分減少しており、
介護保険による効果として、介護時間の減少が考えられる。

在宅生活が困難となった場合利用される介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、
重度者向けの施設と位置付けられ要介護 3 からの入所に制度が変更された。また、介護療
養型医療施設は廃止が決まり、入所サービス数の大幅な増加は望めない。居住系サービ
スの特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、設置者に
制限がないため今後も供給が増えることが予測される。一方、有料老人ホームに入居し、
訪問介護、通所介護を利用する形もある。本節ではこの点に着目し介護保険サービス居住
者数と社会福祉施設等の居住者数を求めた結果、161 万人が施設に居住していることが分
かった。また、有料老人ホームの定員と居住者数にはかい離があり、余剰がある。経済的
に余裕のある高齢者にとって、有料老人ホームは在宅生活継続困難時の住まいの選択肢と
なるが、入居できないものは在宅での生活を継続することになる。その際に家族介護者に
負担を強いているのではないだろうか。この点については家族介護者の就業分析として 5
章で分析する。

3章 介護人材の養成と定着の現状

2章で取り上げた高齢者介護・自立支援システム研究会報告書の中でも、介護人材確保は重要な課題であること、養成体制の強化を図るとともに勤務条件の改善や魅力ある職場づくり、社会的評価の向上を積極的に進めていくことが求められること、専門職としての資質と能力の向上に力を入れなければならないことが述べられている。本章では1節にて介護職の資格の推移と教育時間数から、どのように階層化されているかを示す。そして、4章に関連する人的資本の蓄積の差についての視座を提供する。介護保険施行時には「ホームヘルパー2級」資格¹¹の養成が多く行われてきたが、その後養成講座は廃止となり、「介護福祉士」資格取得に繋がるキャリアパスを視野に入れた養成体制へと変化していることを示す。2節では、介護職が訪問することで得られる訪問介護の介護報酬と、上位職を採用していることについての加算について示し、現在までの間に介護サービスの価格がどのように変化したか示す。3節では、介護人材の確保が実際にできているのかどうか、時系列で介護職の離職率、失業率、有効求人倍率の推移を示し、4節は外国人労働者の介護分野への参入についてまとめる。5節は小括である。

1 介護人材の養成

介護保険の中では、介護の専門職として資格が設計されている。そうした専門職の最も上位の資格である介護福祉士資格については、養成課程を経ず実務経験を経て国家試験を受験するルートなどが存在するため、資格保有者でも教育年数は同等ではない。

平成23(2011)年1月に出された厚生労働省「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」(座長：駒村康平)の報告書(厚生労働省2011)は介護人材についての近年の重要な報告書となるが、この検討会が開かれた背景は、介護人材の確保の為に介護職のキャリアを充実させるためであった。そしてこの報告書では、ホームヘルパー2級相当の研修を初任者研修と位置付け、初任者研修修了者が実務者研修を受け、国家試験を受けたのち介護福祉士となり、認定介護福祉士を目指す研修体系を示した(図3-1)。

また、同年9月日本学術会議でも、教育の在り方を検討する提言をしている。「提言 福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」(日本学術会議2011)におい

¹¹ ホームヘルパーは訪問介護員のことで、この養成研修の正式名称は、「訪問介護員2級養成研修課程」である。ここでは、通称として使用されるホームヘルパーという呼称を用いる。

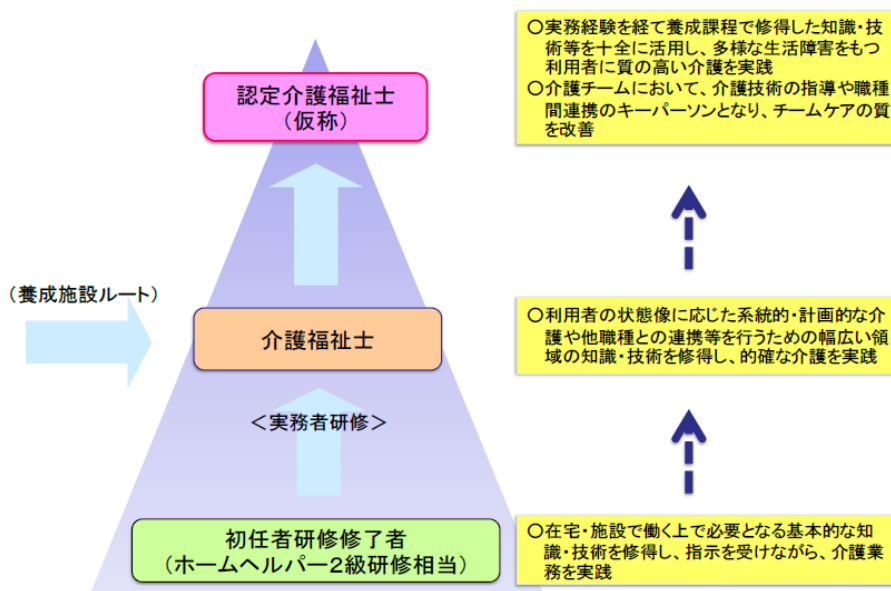
て、介護職の離職率の高さや介護労働市場のミスマッチ、低賃金と基礎的な職業教育の多様性に対応していない賃金体系を指摘し、適切な処遇がなされるようキャリアパスの要件（給与体系・人事制度・教育研修支援・勤務体制他）を確立する必要性を指摘し、3つの提言を行っている。それは、

- (1) 国、地方自治体は、関係機関・施設等に対して、必要とされる職種に専門職資格をもつ福祉職・介護職の人材を充てること、労働条件の改善に努めること
- (2) 教育機関、専門職団体は、現行の専門職資格を見直し、スペシフィックな専門職資格やスーパービジョンや組織のマネジメントを担う管理的な専門職を創設すること
- (3) 福祉職・介護職を雇用する立場にある各種の機関・施設・事業所は、賃金の引き上げ、労働時間、労働環境などの労働条件の改善に努めるとともに、福祉職・介護職のキャリアアップのニーズに対応する職務体系を整備し、それに相応しい賃金体系を構築すること

の3つである。

このように平成12（2000）年以降再検討が行われた介護職資格について、本節では概要をまとめる。資格の変遷と教育時間数は、表3-1のとおりである。

図3-1 介護人材のキャリアパスのイメージ



出典：今後の介護人材養成の在り方に関する検討会（2011）今後の介護人材養成の在り方について（報告書）

表 3-1 介護の資格・研修制度と教育時間数（介護保険法施行後）

	平成12（2000）年	平成18（2006）年	平成19年 （2007）年 改正	平成23 （2011）年 改正	平成25（2013）年	平成29（2017）年現在の 教育時間数
介護福祉士	1650時間		1800時間	1850時間		1850時間*注
実務者研修					450時間	450時間
介護職員初任者研修					130時間	130時間
介護職員基礎研修		500時間				
ホームヘルパー1級	230時間					
ホームヘルパー2級	130時間					
ホームヘルパー3級	50時間					

*注 養成校での教育時間

筆者作成

1.1 介護の資格

1.1.1 介護福祉士

介護福祉士は昭和 62（1987）年「社会福祉士及び介護福祉士法」により定められた国家資格で、法律では、「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと」と定義されている。

介護保険施行時、資格取得には、①養成施設（専門学校、短大、大学）に入学して取得する、②実務経験（3 年以上）を積んで国家試験を受験し合格する方法、③高等学校卒業や通信教育で受験資格を得る方法があった。平成 19（2007）年「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正、平成 24（2012）年 4 月 1 日から施行され、介護福祉士は養成施設にて必要な知識及び技能を獲得した後、介護福祉士試験を行い免許取得することに変更される予定であった。そして検討事項として准介護福祉士制度が挙げられていた。日比経済連携協定（Economic Partnership Agreementm、EPA）に関する協議の状況を勘案し、この法律の公布後 5 年を目処として准介護福祉士制度について検討を加え、必要な措置を講ずるものとしていた。しかし、この准介護福祉士資格は現在位置づけられていない。

②の実務経験の場合、平成 28（2016）年度（第 29 回）試験から実務経験 3 年に加え、養成施設等における「実務者研修」の修了し、国家試験を受講するルートに変更となった。また国家試験必須化は延長され、平成 34 年度（第 35 回）国家試験から、養成施設を平成 34 年 4 月以降に卒業するものから対象となることとなった。平成 29 年 4 月から平成 33 年 3 月までに卒業する者は、卒業後 5 年の間は、国家試験を受験せずに介護福祉士になることができ、この間に国家試験に合格するか、卒業後 5 年間続けて介護等の業務に従事することで、5 年経過後も介護福祉士の登録を継続することができる措置がとられている。現在の資格取得ルートは付録資料に示した。

教育時間数は、1650 時間から平成 21（2009）年度 1800 時間に増加したものが、介護保険法等一部改正法により、平成 27 年（2015）度以降は介護福祉士がその業務として喀痰吸引等を行うことが可能となったため、介護福祉士養成施設の養成課程においても、医療的ケア（喀痰吸引等）に関する教育を行うことが必要となり 50 時間が加えられている。

また介護福祉士資格取得後のキャリアパスとして、「認定介護福祉士」がある。一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構が統括しており、現在 28 名が登録されている（一般社

団法人認定介護福祉士認証・認定機構 2017)。

1.1.2 ホームヘルパー1級、2級、3級

介護保険施行時、介護職の中心となっていたのがホームヘルパー資格保有者であった。訪問介護の仕事は、「身体介護」、「家事援助」（現在の生活援助）、「相談助言」の3つに分かれており、厚生労働省の定めた基準にもとづき、ホームヘルパー養成研修が行われていた。訪問介護サービスを行うためには介護の資格が必要であり、多くがこのホームヘルパー資格を取得し訪問介護サービスを提供していた。

平成 21（2009）年からはホームヘルパー3級資格保有者による訪問介護が減算¹²の対象となり、平成 22（2010）年からは訪問介護の実施資格の対象外となった。またホームヘルパー2級保有者が訪問介護事業所のサービス提供責任者¹³の場合、平成 24（2012）年から減算となった。ホームヘルパー養成研修は平成 25（2013）年 3 月に開講したコースをもって終了、現在養成は行われておらず、後に述べる介護職員初任者研修がホームヘルパー2級資格相当の研修として位置づけられるようになっている。介護職員初任者研修から実務者研修を経て介護福祉士国家試験を受験できるルートを作ることで、実務経験 3 年のみで国家試験を受験できた時には存在しなかった共通の教育内容が、実務者研修にて 450 時間加えられることになった。これは、介護の専門性を意識したキャリアパス形成の施策の一つである。

1.1.3 介護職員基礎研修

平成 18（2006）年、施設、在宅を問わず、介護職員として介護サービスに従事する職員の共通の研修として「介護職員基礎研修」が創設された。これは、講義・演習を 360 時間、施設等における実習を 140 時間、合計 500 時間の履修が必要である研修であった。修了者は、ホームヘルパー（訪問介護員）の任用資格として規定されており、また訪問介護事業所において、サービス提供責任者になることができた。しかし、平成 25（2013）年 3 月に開講したコースをもって終了となった。現在はこの研修を修了したものの場合、喀痰吸引

¹² 介護報酬には、介護報酬額が増える加算と、減少する減算の要件がある。方法には、サービス別の基本サービス費に各種加算・減算を加える方法と、1日当たりの総単位数等に、サービス別加算率・減算率を乗じ介護報酬額を計算する方法がある。

¹³ サービス提供責任者とは、訪問介護事業所の責任者で管理的業務を行う。ケアマネジャーが作成したケアプランにそった訪問介護計画書を作成し、利用者とその家族に説明をし同意を得る。条件の詳細は、都道府県により異なる。

等研修を受講すれば、国家試験を受験することができる。現在の実務者研修に相当する研修である。

1.1.4 介護職員初任者研修

このような中で新たにできた研修が、介護職員初任者研修である。ホームヘルパー養成講座、介護職員基礎研修は終了、平成 25（2013）年 4 月 1 日より介護員養成研修の課程として「介護職員初任者研修」がはじまり、修了することで介護保険法における訪問介護員の業務に従事できるようになった。また、ホームヘルパー2 級資格相当の研修であり、表 3-1 のとおり、研修時間もホームヘルパー2 級資格と同一である。訪問介護の仕事のみではなく、介護に従事する人の基礎的な研修として位置づけられており、これを修了することで、介護の基本的な知識や技術、そして考え方の過程を理解することができ、実務者研修への連続性も考慮されている。

平成 27（2015）年から、介護職員初任者研修修了者がサービス提供責任者の場合、減算の対象となっている。

1.1.5 実務者研修

平成 19（2007）年の法律改正により、介護福祉士の資質向上を図る観点から、一定の教育過程を経た後に国家試験を受験する形に資格取得方法を一元化するため、実務経験者は 3 年以上の実務経験に加えて、実務者研修（6 ヶ月研修）を義務付け、その後国家試験を受験する形となった。当初予定では 600 時間の研修であったが、「研修時間が長すぎる」などといった負担感を感じている現場職員が少なくないことを踏まえ、資格取得を目指す現場職員の意欲を減退させないような 450 時間での実施となった。

働きながらも研修を受講できるよう、受講支援策の具体化や現場職員への十分な広報をしていくために、また、介護福祉士によるたんの吸引等の円滑な施行に向けて、一定の準備期間が必要であるため、介護福祉士の資格取得方法の見直しについて施行は 3 年間延期され（平成 24 年から 27 年度）、さらに 1 年延長となり、平成 28（2016）年度（第 29 回）から適用されている。

1.2 制度上の資格評価

平成 29（2017）年 12 月現在、訪問介護事業所に配置が義務付けられているサービス提

供責任者は、介護福祉士、実務者研修修了者を基本とし、平成 24（2012）年度養成が行われなくなった介護職員基礎研修修了者も該当している。しかしその他の資格保有者は他の要件がつくか、介護報酬の減算の対象となっており、サービス提供責任者といった管理的立場の職位は上位資格を評価する報酬制度となった。

介護報酬の加算では、「特定事業所加算」の算定要件に介護福祉士割合、サービス提供責任者の実務経験年数が入っている。「介護職員処遇改善加算」には、経験や資格等によって昇給する仕組みが含まれるようになった。

しかし、看護師と准看護師のように、資格によって訪問の報酬がことなるところまでの直接的評価は行われていない。これは様々な資格取得ルートがあることや、介護福祉士でなければできない専門性が確立されていないためと考えられる。

1.3 介護福祉士登録者数

介護福祉士の登録者数は毎年増えており、取得年度により制度は若干異なるが、登録者数の主な増加は 2 年以上の教育を行う養成施設卒業者と、実務経験を積み国家試験を受けた者である（表 3-2）。A~C の養成施設卒業者と、D：国家試験合格者別にグラフ化したものが図 3-2 である。人数の増加は、主に国家試験合格者によって生じており、現在の介護福祉士数の中心は、実務経験を持ち国家試験を合格した者が中心となっていることがわかる。現在、養成校入学者は定員を満たしておらず、栃木県では 35.1%（2016 年）との報道もあり¹⁴、養成校を経た若者の新規参入は限定的である。毎年一定数の養成は行ってきたが、もし養成校卒業後の国家試験義務化が早期に行われていたら、この数はより減少していたであろう。

今後の介護人材養成の在り方に関する検討会報告書（2011）では、平成 20（2008）年現在の介護職員数は 128.0 万人、介護保険事業に従事する介護福祉士数は 40.6 万人、介護福祉士割合は 31.7%となっていること、「団塊の世代」が全員 75 歳以上になる平成 37 年には 212~255 万人程度という多数の介護職員が必要となることも併せて考慮する必要があることが述べられている。質の高いサービスの提供と、介護人材の確保という 2 つの目的を両立させていくという観点からは、介護福祉士割合については、当面 5 割以上を目安とすることが概ね妥当との考えが述べられている。量的拡充のためには、養成校を卒業するルートよりも、実務経験 3 年と国家試験合格を持って介護福祉士となる実務経験ルートが

¹⁴ 朝日新聞 2016 年 12 月 17 日 朝刊 栃木全県・1 地方 25 ページ

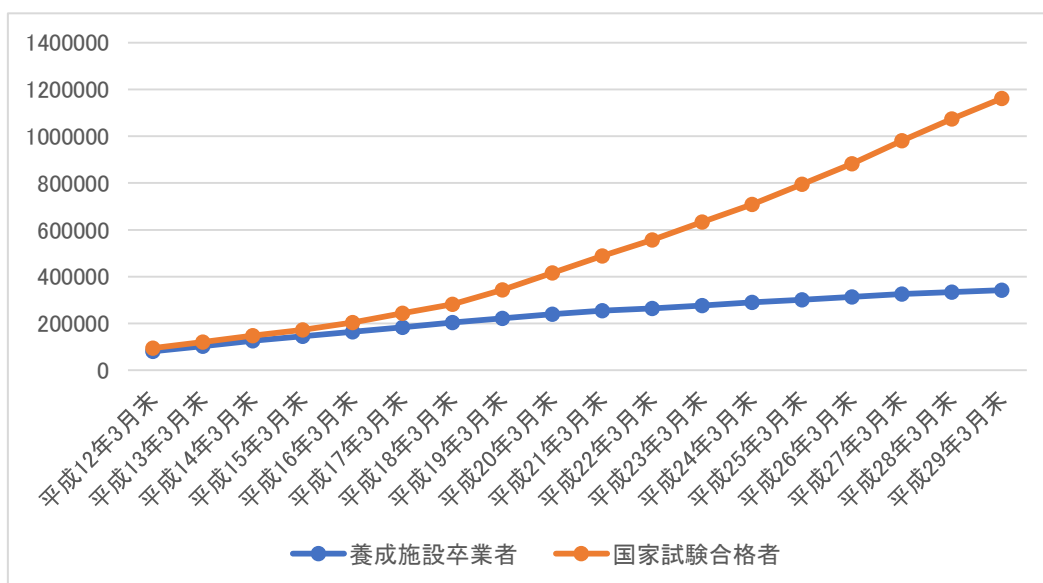
表 3-2 介護福祉士の登録者数推移

	A	B	C	D	合計
平成12年3月末	73,984	678	6,821	94,193	175,676
平成13年3月末	92,953	975	8,323	120,918	223,169
平成14年3月末	115,224	1,129	9,918	147,534	273,805
平成15年3月末	132,389	1,289	11,198	172,241	317,117
平成16年3月末	150,325	1,401	12,612	204,378	368,716
平成17年3月末	168,027	1,529	13,884	244,133	427,573
平成18年3月末	186,642	1,682	15,344	282,629	486,297
平成19年3月末	203,193	1,854	16,627	343,132	564,806
平成20年3月末	219,685	2,017	18,002	416,092	655,796
平成21年3月末	232,922	2,113	19,059	488,837	742,931
平成22年3月末	242,732	2,250	19,943	556,902	821,827
平成23年3月末	253,362	2,296	20,950	633,630	910,238
平成24年3月末	266,074	2,328	21,760	708,335	998,497
平成25年3月末	276,016	2,328	22,434	795,428	1,096,206
平成26年3月末	287,913	2,328	23,195	882,622	1,196,058
平成27年3月末	299,122	2,328	23,922	981,381	1,306,753
平成28年3月末	307,473	2,328	24,459	1,074,273	1,408,533
平成29年3月末	314,733	2,328	24,886	1,161,627	1,503,574

A：養成施設（2年以上）卒業者、B：福祉系大学等卒業後、養成施設（1年以上）卒業者、C：保育士養成施設等卒業後、養成施設（1年以上）卒業者、D：国家試験合格者

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 資格登録「登録者数の状況」より筆者作成

図 3-1 介護福祉士登録者数の推移（養成施設卒業者、国家試験合格者別）



必要であり、実務者研修受講の必須化は平成 24（2012）年から 28（2016）年度まで延期されたことも、量的拡充に寄与したと考えられる。

2 訪問介護の介護報酬

2.1 介護報酬の推移（訪問介護）

賃金の上昇には介護報酬の影響がある。ここでは訪問介護の平成 12（2000）年から平成 29（2017）年 4 月までの推移を確認する。わかりやすくするために、1 単位を 10 円として表 3-3 に示す。

まずは「身体介護」をみる。最も短い提供時間「30 分未満」を 30 分として 10 分単位の金額で示したものをみると、平成 12（2000）年は 700 円、平成 27 年は 825 円と増加しているが、「30 分以上 1 時間未満」は、平成 12（2000）年は 4020 円（10 分 670 円）であったが、平成 27（2015）年から 3880 円（10 分 647 円）と 140 円低下している。

次に「家事援助」「生活援助」をみる。平成 12（2000）年 1530 円（10 分 225 円）であったが、平成 15（2003）年には「生活援助」となり 2080 円（10 分 347 円）に、平成 27（2015）年からは 2250 円（10 分 407 円）と 720 円増加している。しかし、1 時間以上で比較すると、平成 12（2000）年は 2220 円、平成 27（2015）年は 45 分以上で 2250 円と 30 円増加しているのみである。また、平成 27（2015）年時点では、身体介護の報酬に比べ、生活援助は約半額である。

介護報酬の減算では、平成 21（2009）年からはホームヘルパー 3 級の訪問が 9 割に減算となり、平成 22（2010）年からは訪問介護の資格として認められない形となった。平成 24（2012）年からはホームヘルパー 2 級のサービス提供責任者の配置で 9 割に減算、平成 27（2015）年からは介護職員初任者研修修了者の配置で 7 割に減算となった。

加算では、平成 18（2006）年からは先に述べた「特定事業所加算」が加わり、介護福祉士資格等の評価が行われるようになった。加えて、賃金アップのための交付金として、平成 21（2009）年 10 月から平成 24（2012）年 3 月まで、介護職員の処遇改善に取り組む事業者に対して、介護職員処遇改善交付金事業が実施され、介護職員（常勤換算）1 人当たり月額平均 1.5 万円を交付された。平成 24（2012）年 4 月の介護報酬改定では、「介護職員処遇改善加算」が創設され、平成 27（2015）年、29（2017）年改定においてはより高い乗率の加算が創設されている。

身体介護、介護職員処遇改善の取り組みを高く評価し、生活援助や管理職の資格の低さ

表 3-3 介護報酬（訪問介護）

	平成12年	平成15年	平成18年	平成21年	平成24年	平成27年	
身体介護	(1)30分未満	2100円	2310円	2310円	2540円	(1)20分未満 1700円 (2)20分以上30分未満 2540円	1650円 2450円
	(2)30分以上1時間未満	4020円	4020円	4020円	4020円	(3)30分以上1時間未満	4020円 3880円
	(3)1時間以上	5840円	580円	5840円	5840円	(4)1時間以上	5840円 5640円
	30分を増すごとに	2190円	+830円	+830円	+830円	+830円	+800円
	10分当たり*注	700円	770円	770円	847円	850円	825円
生活援助 (平成12年は 家事援助)	30分以上1時間未満	1530円	2080円	2080円	2290円	(1)20分以上45分未満	1900円 1830円
	1時間以上	2220円	2910円	2910円	2910円	(2)45分以上	2350円 2250円
	30分を増すごとに	830円	+830円				
	10分当たり*注	255円	347円	347円	382円	422円	407円

*注 30分未満は30分として10分あたりの金額で計算。小数点第一位を四捨五入して示した金額。
45分未満は、45分として5分あたりの金額を算出し2倍した値を示している。

出典：厚生省告示第十九号、厚生省（厚生労働省）「介護報酬の算定構造」を元に筆者作成

を低く評価していることから、介護保険において、直接的に高齢者を介護する身体介護や、管理能力を、介護職の中での専門性として評価していると考えられる。

2.2 介護報酬改定の動き

介護現場における労働力不足問題は、介護報酬としての価格統制が引き起こす市場不均衡の問題と解釈できることが示唆されており、介護労働力不足の原因の1つに、介護報酬が3年間固定されることにより名目賃金率の調整に時間の遅れが生じることが挙げられている（鈴木 2011：花岡 2015）。ここでは現在までの介護報酬改定の動きを概観する。

初めての改定である平成15（2003）年度改定は $\Delta 2.3\%$ であった。平成17年介護保険法改正では「要支援」が「要支援1」「要支援2」の2段階となった。その実情は、「要介護1」に該当する「要介護認定基準時間が32分以上50分未満に相当する者」のうち、急性増悪期などで心身の状態が安定していない者や、「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者で認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者が「要介護1」となり、状態が安定している者や認知症でない者は「要支援2」となった。「要支援2」の区分支給限度額は「要介護1」より低額であるため、結果として軽度者の給付が抑制されることになった。

その後の平成18（2006）年度改定でも $\Delta 0.5\%$ （平成17年10月改定分を含むと $\Delta 2.4\%$ ）とマイナス改定が続いた。

このような中、介護職は一般労働者に比べて給与水準が低く、離職率が高いことが問題とされ、介護人材の確保・定着のための対策が行われるようになった。平成21（2009）年度改定では、 $+3.0\%$ と初のプラス改定となり、また同年介護職員処遇改善交付金事業が行われ、長期的見通しが持てるようキャリアパス要件を届け出るようにした。この交付金事業を廃止し、平成24（2012）年度改定において介護従事者の人材確保のために介護職員処遇改善加算が創設され、全体としては $+1.2\%$ とプラス改定となった（表3-4-1、3-4-2）。

平成27（2015）年度改定は全体としては $\Delta 2.27\%$ となったが、介護職員処遇改善加算が月額1万2千円の給与アップを想定し拡充され、処遇改善に関しては $+1.65\%$ となった。

介護報酬はベースの部分は要支援者の報酬を下げる以外、近年大きな変更点はない。良好な取り組みには加算をつける方式となり、介護職に関しては、介護職員処遇改善加算等の取り組みを推進する施策をとっている。

具体的にどのような条件が加算の対象となるかを確認しよう。平成21（2009）年、厚生

労働省において介護職員のキャリアパスに関する懇談会（以下、キャリアパス懇談会）が開催され、介護職員のキャリアパスの仕組みの普及・定着に向けての取組みの促進するため、各団体からの好事例が提示された。これらを参考に、処遇改善交付金の要件が作成されたが、その中には、介護職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めること、これに応じた賃金体系を定めること、資質向上のための計画に沿って研修機会の提供又は技術指導等を実施（On the Job Training、OFF-the Job Training 等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと、資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）の実施を行うこと、およびこれらの周知が要件となっている。

その後実施された介護職員処遇改善加算には、キャリアパス要件が勘案されている。キャリアパス要件をみると、

- (1) 「キャリアパス要件Ⅰ」…職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること
- (2) 「キャリアパス要件Ⅱ」…資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること
- (3) 「キャリアパス要件Ⅲ」…経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること（平成 29 年新設）
- (4) 「職場環境等要件」…賃金改善以外の処遇改善を実施すること

が含まれている。

キャリアパス要件Ⅲは平成 29（2017）年に新設されたものであるが、勤続年数、資格、実技試験の評価により昇給の仕組みを取り入れており、よりキャリアを積んだものに加算を付けられる仕組みを取り入れている。

具体的に処遇改善加算Ⅰの条件を見ると、

1. 処遇改善計画を立案している、または既に処遇改善を行っており、適切に報告していること。
2. 労働基準法等の違反、労働保険の未納がないこと。
3. 新たな定量的要件（職場環境等要件）を満たしていること。
4. キャリアパス要件Ⅰを満たしていること。
5. キャリアパス要件Ⅱを満たしていること。
6. キャリアパス要件Ⅲを満たしていること。

が含まれ、

処遇改善加算Ⅱは、

1. 処遇改善加算Ⅰ 1.と2.と3.を満たしていること
2. 処遇改善加算Ⅰ 4.と5.を満たしていること

処遇改善加算Ⅲは、

1. 処遇改善加算Ⅰ 1.と2.を満たしていること
2. 処遇改善加算Ⅰ 4.または5.を満たしていること
3. 既存の定量的要件を満たしていること

処遇改善加算Ⅳは、

1. 処遇改善加算Ⅰ 1.と2.を満たしていること
2. 処遇改善加算Ⅰ 4.または5.または処遇改善加算Ⅲ 3.を満たしていること

が条件となっている。このように、より処遇改善に取り組んでいる事業所の報酬のみ高くなる仕組みが取り入れられている。

3 介護人材の雇用状況

資格の要件見直しやキャリアパス重視の交付金、加算がとりいれられるようになったが、現状の雇用状況はどのようになっているのであろうか。ここではマクロ経済の指標として失業率、人手不足感を確認するために有効求人倍率を示し、介護人材の定着を離職率にて示す。

完全失業率は、平成12(2000)年以降上昇していたが、平成14(2002)年を境に平成19年まで減少、その後平成21(2009)、22(2010)年に5.1と再び上昇し、それ以降は再度低下している(図3-2)。介護領域の有効求人倍率をみると、平成20(2008)年まで上昇し、平成21(2009)、22(2010)年は低下、その後は上昇し、平成28(2016)年は3.18と高い水準を示している。介護領域の有効求人倍率は職業系に比べて高い水準で推移しており、より人手が不足していることが予測される(図3-3)。

では、離職率はどうであろうか。まず、産業計に比べて介護領域で高い水準にある。特に平成18(2006)、19(2007)年は20%を超えており、その差が大きかった。しかしそれ以降は低下傾向にある。また入職率は産業計に比べ高い水準にある(図3-4)。採用率は、産業計に比べ介護職で常に高い(図3-5)。

介護職の労働力不足は、平成17(2005)年頃から進んでいる(鈴木2011)。マクロ経済

表 3-4-1 訪問介護における処遇、地域に関わる加算の変遷

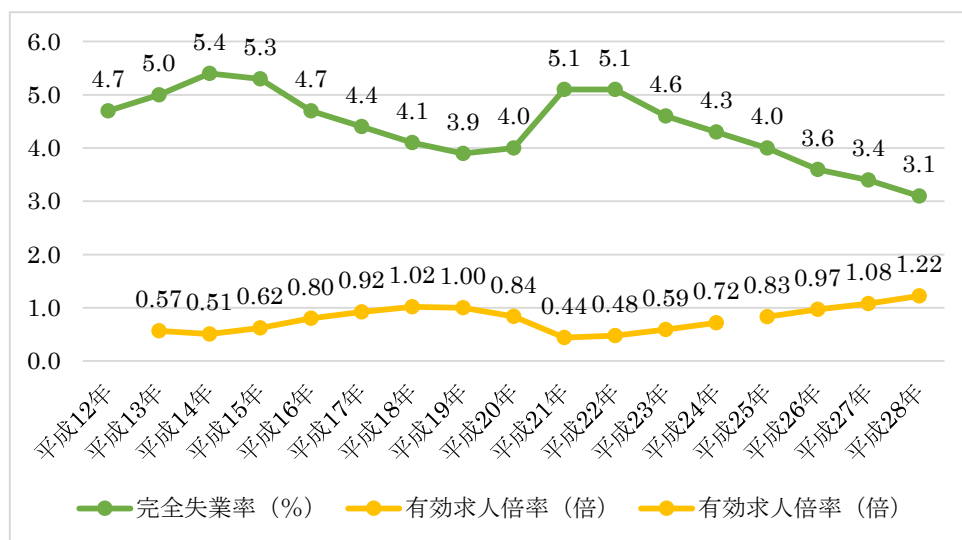
訪問介護	平成12年	平成15年	平成18年	平成21年
			特定事業所加算（Ⅰ）+20/100 特定事業所加算（Ⅱ）+10/100 特定事業所加算（Ⅲ）+10/1000	特定事業所加算（Ⅰ）+20/100 特定事業所加算（Ⅱ）+10/100 特定事業所加算（Ⅲ）+10/1000
支給限度額外の加算				
支給限度額外の加算	特別地域訪問介護加算 + 15/100	+ 15/100	+ 15/100	+ 15/100
				中山間地域等における小規模事業所加算 + 10/100
				中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 + 5/100

注 グレー部分は加算が設定された初年度部分、白色は変更なしの部分を示す。出典：厚生省告示第十九号、厚生省（厚生労働省）「介護報酬の算定構造」を元に筆者作成

表 3-4-2 訪問介護における処遇、地域に関わる加算の変遷（表 3-3-1 からの続き）

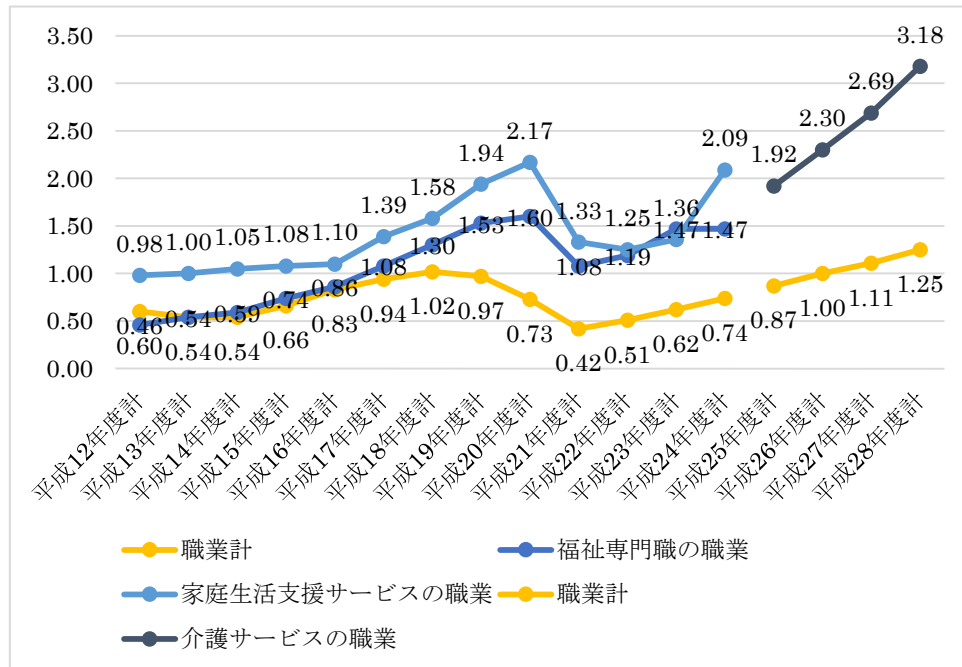
訪問介護	平成22年	平成24年	平成27年	平成29年
支給限度額外の加算		(1) 介護職員処遇改善加算 (1) (1月につき + 所定単位×40/1000) (2) 介護職員処遇改善加算 (II) (1月につき (1) の90/100) (3) 介護職員処遇改善加算 (III) (1月につき (1) の80/100)	(1) 介護職員処遇改善加算 (I) (1月につき + 所定単位×86/1000) (2) 介護職員処遇改善加算 (II) (1月につき (1) の48/1000) (3) 介護職員処遇改善加算 (III) (1月につき (2) の90/100) (4) 介護職員処遇改善加算 (IV) (1月につき (2) の80/100)	(1) 介護職員処遇改善加算 (I) (1月につき + 所定単位×137/1000) (2) 介護職員処遇改善加算 (II) (1月につき + 所定単位×100/1000) (3) 介護職員処遇改善加算 (III) (1月につき (1) の55/1000) (4) 介護職員処遇改善加算 (IV) (1月につき (3) の90/100) (5) 介護職員処遇改善加算 (V) (1月につき (3) の80/100)
	特定事業所加算 (I) + 20/100 特定事業所加算 (II) + 10/100 特定事業所加算 (III) + 10/1000	特定事業所加算 (I) + 20/100 特定事業所加算 (II) + 10/100 特定事業所加算 (III) + 10/1000	特定事業所加算 (I) + 20/100 特定事業所加算 (II) + 10/100 特定事業所加算 (III) + 10/1000 特定事業所加算 (IV) + 5/100	特定事業所加算 (I) + 20/100 特定事業所加算 (II) + 10/100 特定事業所加算 (III) + 10/1000 特定事業所加算 (IV) + 5/100
支給限度額外の加算	+ 15/100	+ 15/100	+ 15/100	+ 15/100
支給限度額外の加算	+ 10/100	+ 10/100	+ 10/100	+ 10/100
支給限度額外の加算	+ 5/100	+ 5/100	+ 5/100	+ 5/100

図 3-2 完全失業率と有効求人倍率の推移



出典：完全失業率は、総務省「労働力調査」、有効求人倍率は、厚生労働省「一般職業紹介状況」（職業別有効求人倍率（パートタイムを含む常用））を元に筆者作成

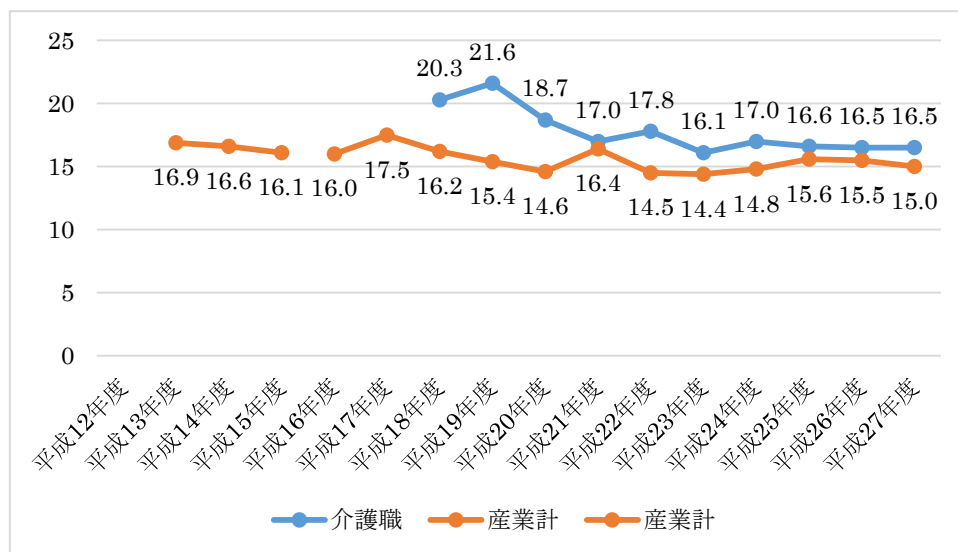
図 3-3 有効求人倍率の推移（職種計、介護サービス別）



出典：有効求人倍率は、厚生労働省「一般職業紹介状況」（職業別有効求人倍率（パートタイムを含む常用））

平成 24 年度までは、旧分類のため施設勤務の介護職を含める「福祉専門職の職業」とホームヘルパーを含める「家庭生活支援サービスの職業」から筆者作成。

図 3-4 離職率の推移



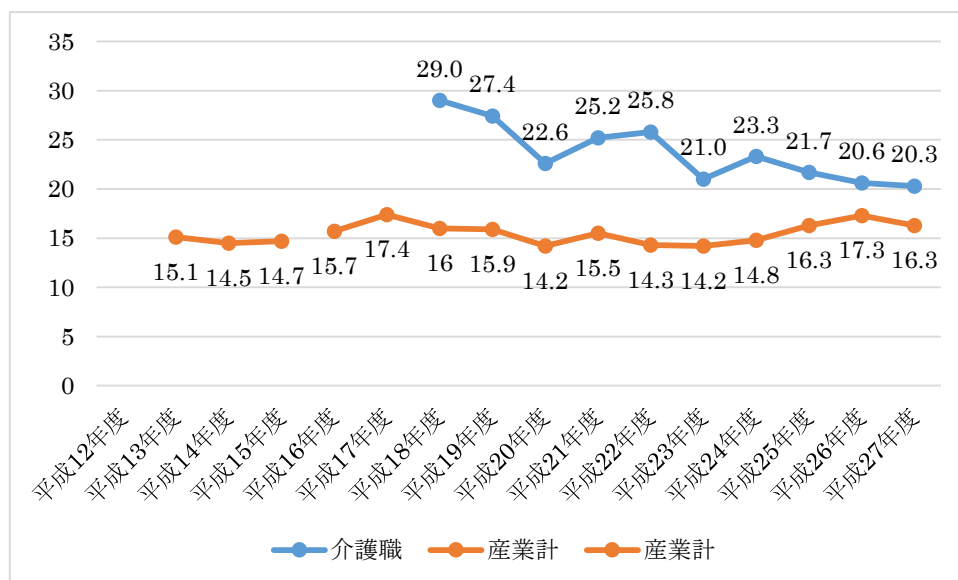
(注) 離職率 = 1年間の離職者数 ÷ 労働者数 介護職とは「介護職員（施設等）」及び「訪問介護員」の2職種全

体

【出典】産業計の離職率：厚生労働省「雇用動向調査」、介護職員の離職率：(公財)介護労働安定センター「介護労働実態調査」を元

に筆者作成

図 3-5 採用率の推移



(注) 入職率 = 1年間の入職者数 ÷ 労働者数 介護職とは「介護職員（施設等）」及び「訪問介護員」の2職種全

体

【出典】産業計の入職率：厚生労働省「雇用動向調査」、介護職の入職率：(公財)介護労働安定センター「介護労働実態調査」を元に

筆者作成

が回復し失業率が低水準で推移、介護領域の有効求人倍率は産業計に比べ著明に上昇している。これは、要介護認定者が増えているのに対し、介護労働力が十分確保できていないことを示している。一方、初期の段階では離職率の高さが20%超えと際立っていたが、その後離職率は改善傾向にある。これには、平成21年から行われた処遇改善の取り組みが有効に機能している影響も一部あると考えられる。介護職の定着は大きな課題ではあるが、今後は、介護職への入職者を増やすための施策が必要であろう。

4 外国人労働者の受け入れ

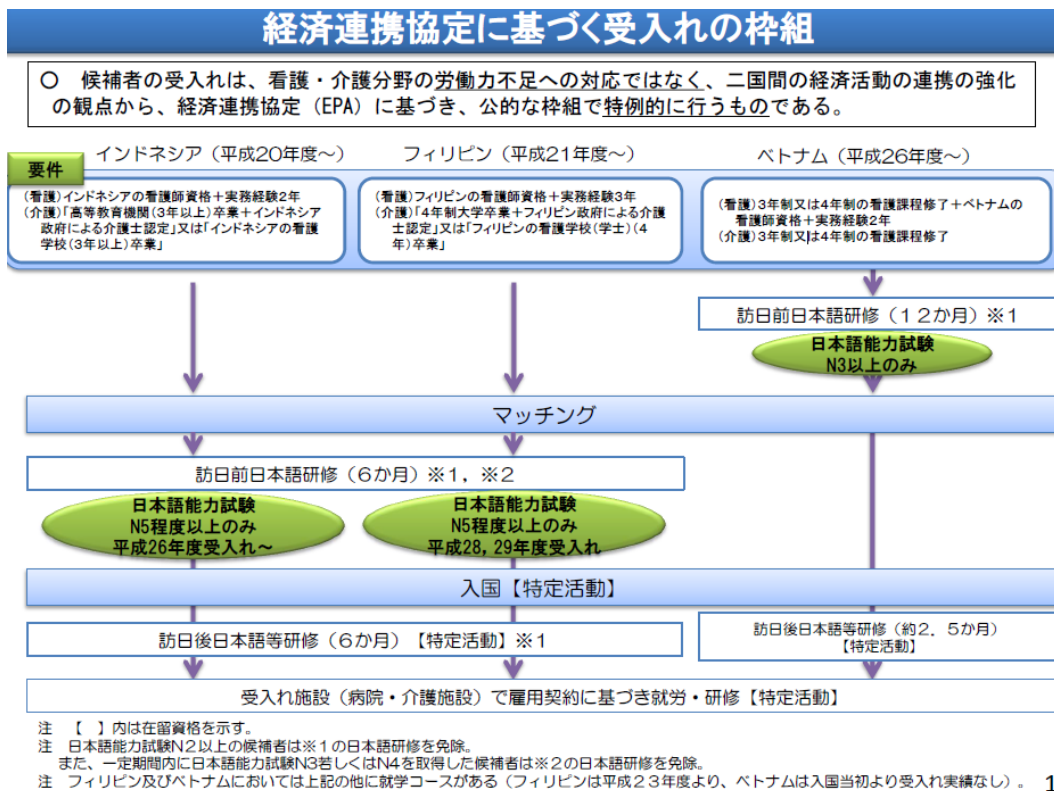
日本で就労する外国人は、出入国管理及び難民認定法上、5つのカテゴリーにおいて就労が可能であり、約108.4万人が就労している。内訳としては、(1) 就労目的で在留が認められる者（約20万人）、(2) 身分に基づき在留する者（日系人、日本人の配偶者等、約41.3万人）、(3) 技能実習（約21.1万人）、(4) 特定活動（約1.9万人）、(5) 資格外活動（留学生のアルバイト等）（約24万人）となる（法務省ホームページより）。

平成20（2008）年から開始された経済連携協定に基づく介護福祉士候補者受入れは、(4)に該当する。EPAに基づく候補者の受入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応ではなく、二国間の経済活動の連携強化の観点から、経済連携に基づき公的な枠組で特例的に行うものであるとされている。介護福祉士候補者は、各国において高等教育機関の教育を受けたものや看護学校卒業者などに限定され、一定程度の学歴を担保して受入れが行われている。また、訪日前の日本語研修が義務付けられ、平成26年以降、一定程度の日本語能力があるもののみ入国できる形態となっている（図3-6）。平成20（2008）年インドネシア、平成21（2009）年フィリピン、平成26（2014）年ベトナムからの受入れが始まり、に基づく介護福祉士候補者の累計受入れ人数は3,492人となった（就学コースを除く、平成29年度まで）。介護福祉士国家試験受験者数は1,176人、合格者数は506人、計算すると合格率は43.0%となる（平成28年度まで）。

そして、平成29年9月1日より、(1)の「専門的・技術的分野」に該当する主な在留資格に介護、具体例として介護福祉士が加わった。更に、平成29年11月1日、外国人技能実習制度の対象職種に介護職種が追加され、(3)技能実習による就労も開始されることになった。介護の場合、外国人技能実習制度の要件以外に、日本語能力の要件（1年目日本語能力検定N4、2年目はN3相当）が必要である。

石橋（2017）は、日本介護福祉士会の立場から、国内での介護労働力確保を最優先す

図 3-6 経済連携協定に基づく受け入れの枠組み



出典：厚生労働省 経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れ概要

べきであることを述べている。外国人受け入れについて、経済連携協定、日本での養成課程を修了し介護福祉士の国家資格を取得した者に対し在留資格を認め、就労を認めることは問題ないとの考えを述べている。しかし、介護分野における技能実習制度導入については、安易に追加することに反対している。これは、対人援助職として日本語でのコミュニケーション能力が必要であり、加えて介護についての知識・技術が必要であるためである。語学や技能に関する研修が導入されている経済連携協定であっても課題がある中、技能実習制度導入にあたっては更に問題が生じる可能性がある。

5 小括

訪問介護の報酬評価をみると、生活援助よりも身体介護を評価し、上位資格が管理者であることを評価する仕組みとなっていることから、介護職の専門性として身体介護と管理能力を評価していることが窺える。

介護人材の確保については介護報酬のマイナス改定が続き、平成 19（2007）年介護職の

離職率は 21.6%を記録したが、その後は 16~17%にて推移している。この間に、特定事業所加算や介護職員のキャリアパスに対する処遇改善交付金・加算があった。特に介護職員のキャリアパスに対する施策は賃金上昇につながる施策であり、離職率の上昇の防止に有効であったと考えられる。

マクロ経済をみると、平成 21 (2009)、22 (2010) 年は失業率 5.1%であったが、その後低下し平成 28 (2016) 年は 3.1%となり、景気は回復傾向にある。有効求人倍率は職業計 1.25 に対し、介護サービスの職業は 3.18 と高く、介護労働者で人手不足感が進行していることがわかる。離職率は低い値を維持しているものの、人手不足は進行しており、介護職への新規参入を促すことと、現在の介護職の定着を維持することが重要であろう。

新規参入を促したい介護職であるが、キャリアパスを明確にするために、介護資格は初任者研修を受講、その後実務者研修を受けながら実務を行い国家試験合格後介護福祉士となるルートと、養成校を卒業し（今後は国家試験合格後）介護福祉士になるルートとなった。認定介護福祉士といったより上位の資格が設定されたが、現状では介護報酬上の評価はされていない。

介護保険制度では、介護人材を「専門職」として養成しようとする意識が見られ、養成校では 1850 時間の教育研修を必要とするようになった。しかしその一方で、「専門職」として供給を業務独占としてしまつては介護職が十分に供給されないことになる。そこで専門職の教育システムを一方でつくりながら、他方では、非常に簡単に介護職となれるような養成システムが初期には存在していた。それがホームヘルパー 2 級の養成であった。また、養成校を卒業しただけで「介護福祉士」資格を取得できたこと、実務経験 3 年のみで国家試験を受験し介護福祉士資格を取得できたことも、供給量を増やす施策であったとも考えられる。表 3-2 からわかるように、養成校卒業者数にする国家試験合格者数は平成 12 (2000) 年 1.3 倍であったが、平成 29 (2017) 年末は 3.7 倍にまで拡大している。現在は、実務経験者は国家試験を受けるために実務経験 3 年に加えて実務者研修受講が必要となり、より教育時間が確保されるようになった。介護福祉士数が一定数確保できた現在は、量より質を優先するようになったといえるだろう。また、養成校卒業後の国家試験が義務化される。今後どのように「介護福祉士」を位置づけるかで、介護職の専門化が図られていくのか、それとも管理的役割の労働者であると位置づけていくかが決まるであろう。

そして経済連携協定のみではなく、在留資格、外国人技能実習制度に介護が加わることになった。特に、外国人技能実習制度は、安価な労働力として働く可能性を含んだ制度で

あるため、介護職の賃金引き下げ、介護サービスの質の低下を起こさないよう、注視する必要があるだろう。

4章 介護職の就業に関する実証分析

介護人材の離職率、有効求人倍率については3章で確認したが、介護領域の有効求人倍率は3.18と高く、人手不足感が進行していることがわかる。このような状況では現在働いている人の労働時間は長時間化し、労働環境は悪化するであろう。また、もし経験のある人材が介護現場に止まらないのであれば、専門性の低い人材でサービスを提供するようになる。ニュースでは入居者の不審な死亡や虐待が報じられることもある。介護職の倫理、ストレス、専門性等質の課題も大きい。このように考えると、介護の国家資格である介護福祉士の専門性を確立し、人材を確保することが重要であることは明確である。

本章では、介護保険サービスで働く介護資格を持つ者を対象に、介護職の賃金、仕事の満足度、離職意向を分析する。その際、介護福祉士資格、サービス類型に着目し分析する。

本章の構成を示す。1節では公益財団法人介護労働安定センター『平成18年度介護労働実態調査』を用いた実証分析を示す。3章でみてきたように、平成18(2006)年以降加算によって上位資格を評価する仕組みが導入されたり、介護資格の変更もあった。このような変化が賃金や仕事の満足度に与える影響をみるために『平成26年度介護労働実態調査』を用いた実証分析を2節で行い、3節では平成18(2006)年と平成26(2014)年の分析と比較し、介護職定着への政策、人事管理への含意をまとめる。4節は小括である。

1 介護職の賃金、仕事の満足度と離職意向：平成18(2006)年データから

1.1 介護資格とサービス類型

「介護職」の職務内容と賃金は、提供する介護サービスごとに基準及び提供できるサービスと介護報酬という公定価格が明確に規定されているため、制度に大きく影響を受ける。しかし、同じ国家資格でも看護師とは異なり、介護福祉士にしかできない仕事は、現状ではない。

本節で利用する平成18(2006)年データ(以下、2006年データ)における介護職の資格には、ホームヘルパー資格と介護福祉士資格があり、後者が上位資格にあたる。また、資格とは別に、訪問系、通所系、入所系で、仕事の内容には差がある。さらに資格の他に、正規社員、非正規社員といった雇用形態の差もある。

厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』を用いて、分析するデータと同じ2006年についてみると、介護福祉士は、訪問介護、通所介護では21%と少なく、介護老人福祉施

設では 43%¹⁵と高い。また雇用者の常勤・非常勤割合を比較すると、訪問介護では常勤 50%と非常勤割合が高く、通所介護では 70%、介護老人福祉施設は 86%¹⁶と、常勤割合が高い。

またサービスの分類として、介護給付に合わせた分類を行えば、通所介護が居宅サービスとなり、訪問介護と同じ分類となるが、介護職の立場からみると、利用者の個人宅に訪問する訪問系サービス、在宅生活の利用者が日中に施設に通い日常の生活の世話や、リハビリテーションなどを受ける通所系サービス、利用者が施設に入所・入居し、24 時間職員が施設で介護する入所系サービスに大きく分けるのが実態に沿うと思われる¹⁷(表 4-1)。

『介護労働実態調査』の事業所調査の結果「事業所における介護労働実態調査 結果ポイント」では、訪問介護員、介護職員別に離職率等が提示されているが、同じ介護職員でも、通所系と入所系の差は大きいと考える。そこで本章では、介護職場を提供されているサービスに沿って類型化し、分析する。

1.2 データと実証研究の枠組み

1.2.1 データについて

公益財団法人介護労働安定センターが実施した『平成 18 年介護労働実態調査』のうち、

表 4-1 介護サービスの分類と本節で用いるサービス類型

	「居宅サービス」	「施設サービス」	「地域密着型サービス」
訪問系	訪問介護 訪問入浴介護		夜間対応型訪問介護
通所系	通所介護 通所リハビリテーション		小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護
入所系	短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護	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	地域密着型介護老人福祉施設 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

¹⁵ 2006 年 10 月 1 日現在の人数から筆者が計算した値。介護予防を含むが、介護予防のみ行っている事業所は対象外になっている。

¹⁶ 厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」2006 年 10 月 1 日現在。「常勤」は兼務者の換算数と専従者との合計であり、「非常勤」は常勤換算数である。値は筆者が人数から計算したもの。

¹⁷ 厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」2006 年の分類では、「居宅サービス事業所」「居宅介護支援事業所」「介護保険施設」に分けられ、居宅サービスは「訪問系」「通所系」「その他」に分けられている。

労働者に対する「介護労働者の就業実態と就業意識調査」（以下、2006年データ）を使用する。全国の介護保険法で指定された介護サービス事業を実施する事業所の中から無作為に約 1/2 事業所（37,456 事業所）を抽出した事業所の管理者に、該当する労働者 3 名を上限に選定・調査票配布を依頼、記入者から別々の封筒で郵送回収し 29,124 人から回答を得たものである（回収率 26.7%、実施期間 2006 年 9 月 26 日～10 月 31 日）。介護職に対する代表的な調査であり毎年行われているが、この平成 18（2006）年の調査は大規模調査年にあたる。

本節では介護職の保有資格による差を分析するため、現在の仕事に役立っている資格が「訪問介護員（ホームヘルパー）1 級」「訪問介護員（ホームヘルパー）2 級」「訪問介護員（ホームヘルパー）3 級」と回答したものをホームヘルパー資格保有者、「介護福祉士」と回答したものを介護福祉士資格保有者とし¹⁸、主な仕事が「訪問介護員」「介護職員」であ

表 4-2 記述統計量（介護職、2006 年データ）

	観測数	平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢	15916	41.3848	11.7085	15	75
女性ダミー	16007	0.8311	0.3747	0	1
未婚ダミー	15932	0.2725	0.4452	0	1
生計維持者ダミー	15792	0.3303	0.4703	0	1
介護福祉士ダミー	16064	0.3693	0.4826	0	1
介護の経験年数	15254	5.3560	4.1347	0	40
勤務年数	13510	3.8013	3.5119	0	39
賃金率	16064	1053.5720	249.6262	478.8462	2013.4620
残業時間	15428	1.8569	3.9580	0	40
非正規ダミー	16064	0.4180	0.4932	0	1
訪問系ダミー	14800	0.3930	0.4884	0	1
通所系ダミー	14800	0.2511	0.4336	0	1
入所系ダミー	14800	0.3559	0.4788	0	1
10人未満ダミー	15568	0.2408	0.4276	0	1
10人以上20人未満ダミー	15568	0.2746	0.4463	0	1
20人以上30人未満ダミー	15568	0.1443	0.3514	0	1
30人以上40人未満ダミー	15568	0.0807	0.2723	0	1
40人以上50人未満ダミー	15568	0.0612	0.2397	0	1
50人以上ダミー	15568	0.1985	0.3989	0	1
深夜勤務ありダミー	16064	0.2250	0.4176	0	1
相談窓口ありダミー	15576	0.6535	0.4759	0	1
法改正後の変化ありダミー	15708	0.5506	0.4974	0	1
労働条件満足度	15365	-0.0471	0.9873	-2.1964	2.3424
長期見通し満足度	15312	-0.0489	0.9886	-2.4189	2.3805
内的満足度	15559	-0.0030	0.9966	-3.3898	1.9273
全般的満足度	15635	0.0027	1.0053	-2.5203	2.0778
離職意向	15960	0.1825	0.3862	0	1

¹⁸ 資格取得が看護師・准看護師、理学療法士、作業療法士と重複しているものは除外している。介護職員は資格がなくともサービス提供が可能であるが、本データでは「資格なし」が 2.1%であるため、除外している。

るものに限定し分析を行う¹⁹。

賃金の支払い形態は、時間給、日給、月給に分かれている。時間給は時間給、日給の賃金率は、日給値を直近の1週間に働いた時間数を日数で除した値で割り算出する。月給の賃金率は、1週間の労働時間数を40時間と仮定し、52倍した2,080時間を年労働時間、月収²⁰を12倍した値を年賃金とし、年賃金を年労働時間で割った値を月給の賃金率とする²¹。

分析には、資格分類が欠損値でないもの(n=16,064)を使用する。記述統計量は表4-2のとおりである²²。

1.2.2 仕事の満足度の指標

職務満足は、職業生活全般を通して個人が感じる全般的満足感(overall job satisfaction、general job satisfaction)と、特定の要因の充足によってもたらされる領域別満足感(または個別的職務満足感)(facet job satisfaction)の2つに大別できる(小野 1993: 田中 1998: 安達 1999: 太田 2003)。本研究で使用するデータには、仕事の満足度の設問が12ある。各設問は5件法で「1 満足」「2 やや満足」「3 普通」「4 やや不満足」「5 不満足」を選択する形であり、この尺度を逆転させ利用する。

設問のうち「職業生活全体」に関する満足度を「全般的満足度」とした。また、「職場の環境(照明・空調・騒音)」は訪問介護などもあり比較が困難と考え、分析からは除外した。因子の抽出には主因子法を用い5因子が抽出されたが、因子の解釈可能性を考慮し因子数を3に限定した。バリマックス回転後因子負荷量の高いものを選択し3因子と

¹⁹「訪問介護員」は、「介護保険法の指定事業所で働き、高齢者等の家庭を訪問して家事などの生活援助や入浴などの身体介護を行う者。」「介護職員」は、「訪問介護以外の指定事業所で働き、直接介護を行う者。(看護職は含まない。)」

²⁰設問には「あなたの通常の税込み月収はどのくらいでしたか。(賞与は除き、残業代等は含みます。)」とある。データの制約上賞与が含まれないため、月給の賃金率が低く算出される点、注意が必要である。

²¹平成20年賃金構造基本統計調査職種別第1表では、所定内労働時間数が「ホームヘルパー」167時間、「福祉施設介護員」165時間、超過実働時間数を加え12倍し年間労働時間とすると、2,112時間、2,028時間となり、本章で仮定した2,080時間に近い値であった。「きまって支給する現金給与額」を年間労働時間で割り時給を求めると、「ホームヘルパー」1,204円、「福祉施設介護員」1,277円となる。本章の算出方法での時給平均値は、分類が異なるため厳密には比較できないが、正規職員(月給)訪問介護勤務ホームヘルパー1,075円、介護老人福祉施設勤務介護福祉士1,217円と若干低いものの近似した値となったため、この算出方法を採用することとした。

²²介護職の賃金率上位、下位1%は除外している。

表 4-3 領域別満足度の回転後因子負荷量（主因子法、3 因子、バリマックス回転、2006 年データ）

	I	II	III	共通性
第1因子：労働条件満足度（ $\alpha=0.820$ ）				
・勤務体制	0.757	0.239	0.178	0.662
・労働時間・休日等の労働条件	0.743	0.203	0.097	0.603
・人事評価・処遇のあり方	0.533	0.473	0.252	0.571
・賃金	0.485	0.372	0.147	0.395
第2因子：長期見通し満足度（ $\alpha=0.779$ ）				
・福利厚生	0.265	0.672	0.090	0.529
・雇用の安定性	0.315	0.627	0.219	0.540
・教育訓練・能力開発のあり方	0.261	0.604	0.239	0.490
第3因子：内的満足度（ $\alpha=0.646$ ）				
・仕事の内容・やりがい	0.286	0.242	0.501	0.391
・利用者との人間関係	0.187	0.206	0.482	0.310
・職場の人間関係、コミュニケーション	0.277	0.349	0.435	0.387
因子寄与	2.075	1.892	0.912	4.878
因子寄与率（%）	20.7	18.9	9.1	48.8

した結果を表 4-3 に示した。勤務体制や休日、賃金を中心とする第 1 因子を「労働条件満足度」、福利厚生、雇用安定性、教育訓練を中心とする第 2 因子を「長期見通し満足度」、仕事のやりがい、利用者や職場の人間関係を中心とする第 3 因子を「内的満足度」と名付け、この 3 因子の中で因子負荷量の高い項目をそれぞれ介護職の領域別職務満足度とし、合計した値を得点とした。なお、係数を比較するために仕事の満足度を標準化し、これら 4 尺度を本研究の仕事の満足度として扱うこととする。

1.2.3 本研究の仮説

職務満足（仕事の満足度）と離職に関する先行研究に、離職行動モデル（Mobley, Horner and Hollingsworth 1978；李 2001）があり、職務満足と離職意図、離職意図と実際の離職の有意な関係性が示されている。一方、仕事の満足度はモチベーションに関連し人的資源管理に用いられている尺度でもある。本章では、介護職の仕事の満足度と離職意向から、定着の施策を考えることとした。

推計では、仕事の満足度、離職意向を被説明変数とする²³。説明変数には個人・家族要因（年齢、性別、婚姻関係、生計維持状況）、人的資本要因（資格、勤務年数、介護の経験年

²³本章で用いているデータはパネルデータではない。個人間の比較では、満足度指標の 1 単位の上昇が同等であるとは言い切れないが本章では一定と仮定し分析を行っている。

数)、労働環境要因(残業時間、賃金率、雇用形態、サービス類型、事業所規模類型、深夜勤務の有無、相談窓口の有無、法改正後の職場変化)を用いる。

本章ではまず賃金関数を推計し、人的資本が賃金にどの程度反映されているか確認する。そして満足度、離職意向の推計では内生性を考慮し、ミンサー型賃金関数を用いた推計賃金率を算出し、満足度、離職意向の推計式に投入し2段階目の推計を行う。

仕事の満足度を増加させ、離職意向を低下させる人的資本要因、労働環境要因は、定着を促進する要因であり、仕事の満足度を低下させ、離職意向を増加させる人的資本要因、労働環境要因は、定着を阻害する要因と考えられよう。予想では、上位資格である介護福祉士資格は定着を促し、サービス類型、事業所規模は自己選択であるため差はないと考えられる。推計賃金率上昇、相談窓口は定着を促し、残業時間増加、深夜勤務、法改正後の職場変化は阻害すると考えられる。

1.3 賃金関数の推計

1.3.1 ミンサー型賃金関数

Becker (1964) の人的資本論に基づく、教育や経験が人的資本の蓄積を表すミンサー型賃金関数 (Mincer 1974 : 小塩 2002 : 永瀬 2003) により介護職の賃金を推計する。

推計する賃金関数は、通常人的資本の変数として教育、外部経験(あるいは年齢)、勤続を入れることが多いが、本章では、教育、勤続と介護職経験、年齢を説明変数とする。教育年数は不明であるため、教育に関しては、介護職の一定の能力を示す介護資格ダミーを用いた。勤続年数は、介護職としての企業内の熟練、介護職経験年数は介護職の一般的熟練、年齢は、介護職・勤続以外の外部経験の代理変数である²⁴。また、男女別ダミー、雇用形態ダミーを説明変数に加え、賃金率の差を推計する。介護報酬は各サービスによって規定されるとともに、地域区分によって1単位の単価が規定されている。本分析ではサービス類型、地方分類を代理変数として用いる。推計は最小二乗法にて行う。

推計では、サービス類型 S を除外した推計 1 と投入した推計 2 を行う。推計 2 の推計式は 4・1 式のとおりである。被説明変数は労働者 i の賃金率 W の自然対数とする。

²⁴通常は、年齢、外部経験は多重共線性を避けるために入れないが、本章では外部経験ではなく、介護経験以外に、その他の仕事での外部経験や無職期間を持つ者も少なくないため「介護の経験年数」を入れている。よって年齢を入れても多重共線性は生じないため、年齢も説明変数に加えた。それは介護には生活上の経験や幅広い外部経験が介護能力向上に役立つと考えられるためである。

$$\ln W_i = \alpha_0 + \alpha_1 L_i + \alpha_2 T_i + \alpha_3 T_i^2 + \alpha_4 E_i + \alpha_5 E_i^2 + \alpha_6 A_i + \alpha_7 A_i^2 + \alpha_8 G_i + \alpha_9 P_i + \alpha_{10} S_i + \alpha_{11} P_i + u_i \quad (4 \cdot 1 \text{式})$$

$\ln W$: 賃金率 (対数)

L : 資格ダミー (ホームヘルパー資格=0、介護福祉士資格=1)

T : 勤続年数

T^2 : 勤続年数二乗

E : 介護の経験年数

E^2 : 介護の経験年数二乗

A : 年齢

A^2 : 年齢二乗

G : 男女別ダミー (男性=0、女性=1)

P : 雇用形態ダミー (正規=0、非正規=1)

S : サービス類型ダミー (訪問系=0、通所系、入所系を1とする)

P : 地方ダミー (北海道=0、東北、関東、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州、沖縄を1とする)

u : 誤差項

1.3.2 推計結果

介護職を対象とした推計結果は表 4-4 のとおりである。

推計 2 をみると、介護福祉士であることはホームヘルパーであることに対し 4.8%賃金率を上昇させる効果が認められた。また勤続年数、経験年数、年齢は賃金を上昇させる効果が認められた。総務省『労働力調査』を用いた賃金関数をみると、勤続年数は女性 2.8%、男性 4.0%、経験年数は女性 0.1%、男性 2.0%の上昇効果が認められている (Nagase 2018)。推計 2 の係数をみると、勤続年数 0.5%、介護の経験年数 1.1%、年齢 1.3%と特に勤続年数の効果は労働者全体の推計に比べると小さい。また、男性に比べ女性であることは 10.6%低下させる効果があった。これは、企業にみられる一般職と総合職の差、昇進の差によるものではなく、男性が高い報酬を求めて他の介護職場、あるいは労働市場に移動しているためと考えられる。

加えて、経験や資格ではなく、雇用形態やサービス類型でより大きな賃金差がみられた。

表 4-4 賃金関数の推計（最小二乗法、介護職、2006 年データ）

	推計1		推計2	
	係数	t値	係数	t値
介護資格ダミー（基準：ホームヘルパー）				
介護福祉士	0.0422 ***	9.74	0.0484 ***	11.08
勤務年数	0.0093 ***	6.92	0.0054 ***	3.75
勤務年数二乗	0.0000	0.46	0.0003 ***	3.46
介護の経験年数	0.0098 ***	7.22	0.0110 ***	8.04
介護の経験年数二乗	-0.0002 **	-2.87	-0.0002 ***	-3.54
年齢	0.0144 ***	12.75	0.0133 ***	11.7
年齢二乗	-0.0001 ***	-10.74	-0.0001 ***	-10.47
男女別ダミー（基準：男性）				
女性	-0.1007 ***	-20.61	-0.1060 ***	-21.33
雇用形態ダミー（基準：正規）				
非正規	-0.0799 ***	-20.09	-0.0791 ***	-19.68
サービス類型ダミー（基準：訪問系）				
通所系			-0.1284 ***	-27.88
入所系			-0.0673 ***	-15.45
地方ダミー（基準：北海道）				
東北	-0.0383 ***	-4.02	-0.0311 **	-3.28
関東	0.1549 ***	18.34	0.1571 ***	18.6
北陸	0.0483 ***	4.59	0.0614 ***	5.84
東海	0.1028 ***	11.11	0.1166 ***	12.63
近畿	0.1189 ***	13.34	0.1118 ***	12.53
中国	0.0396 ***	3.96	0.0436 ***	4.37
四国	0.0101	0.88	0.0156	1.37
九州	-0.0127	-1.4	-0.0037	-0.41
沖縄	-0.0272	-1.25	-0.0238	-1.09
定数項	6.5567 ***	275.9	6.6531 ***	273
観測数	13241		12217	
F値	249.41		262.61	
F値検定	0		0	
自由度調整済み決定係数	0.2525		0.2999	

注：***:p<0.001、**:

<0.01、*:

<0.05。

正規に対し非正規で 7.9%低下させる効果が、訪問系に対し、通所系で 12.8%、入所系で 6.7%低下させる効果が認められた。

ただしこの分析には賞与が含まれていない。正規と非正規では賞与の差は大きいと考えられ、賞与を入れた賃金差はより大きいものと想像される²⁵。なお訪問系が最も高い賃金率となっているが、これは労働時間に移動・待機時間が含まれていないため²⁶、訪問系の労働時間が少なく回答された可能性も考えられる。

1.4 仕事の満足度と離職意向の推計

²⁵平成 20 年賃金構造基本統計調査によると、年間賞与その他特別給与額はホームヘルパー 278.6 千円、福祉施設介護員 505.0 千円であった。

²⁶（注）に、「サービス提供時間及び報告書作成時間であり、移動・待機時間は含みません。」とある点、注意が必要である。

1.4.1 仕事の満足度の推計

続いて、労働条件満足度、長期見通し満足度、内的満足度、全般的満足度、以上4つの仕事の満足度を推計する。サービス類型を除外して推計した賃金関数推計1で算出される賃金率を推計賃金率 $\ln WE$ とし、満足度の説明変数に加える。

個人・家族変数では婚姻関係、主たる生計維持者であるかを用いる。人的資本変数は、ホームヘルパーと介護福祉士資格保有の別を用い、労働環境変数は、推計賃金率、残業時間では労働条件による影響を、事業所規模ダミーでは規模の影響を、サービス類型では介護保険法で規定されている施設基準や介護報酬の影響を、深夜勤務（22時～翌日7時）をしているか（深夜勤務の有無）では、深夜勤務の負担の影響をみる。セクハラや暴力等の経験をした場合に相談できる管理者や相談窓口があるか（相談窓口の有無）²⁷ではサポート体制の影響を、2006年4月以降にサービス提供内容、組織の分離・統廃合等の見直しがあったか（法改正後の変化の有無）では、法改正後の職場変化が介護職に与えた影響をみる²⁸。これらから労働条件の変化が仕事の満足度に与える影響をみていく。

推計式は4・2式のとおりである。介護職 i の仕事の満足度 J を最小二乗法にて求める。

$$J_i = \alpha_0 + \alpha_1 M_i + \alpha_2 B_i + \alpha_3 L_i + \alpha_4 \ln WE_i + \alpha_5 O_i + \alpha_6 S_i + \alpha_7 R_i + \alpha_8 N_i + \alpha_9 C_i + \alpha_{10} H_i + \varepsilon_i \quad (4 \cdot 2 \text{ 式})$$

J : 仕事の満足度（労働条件満足度、長期見通し満足度、内的満足度、全般的満足度）

²⁷調査票には問23(1)「過去1年間に仕事に以下のような経験をしましたか。該当する番号を全て○で囲んでください。(複数回答)」「1 セクハラ」「2 暴力」「3 暴言(直接的な言葉の暴力)」「4 誹謗・中傷(周りの人に悪口をいう等間接的な言葉の暴力)」「5 盗難のぬれぎぬ」「6 利用者、家族の誤解、無理解」「7 その他」「8 上記のような経験をしたことはない」とあり、(2)で「あなたの事業所には、上記(1)のような経験をした場合に相談できる管理者や相談窓口がありますか。該当する番号を○で囲んでください。(1つ)」と質問している。選択肢は「1 ある」「2 ない」「3 わからない」である。

²⁸2006年に施行された法改正では、新予防給付により、対象者の範囲が見直され、要介護1状態区分の一部は要支援2へと変更となり、サービス内容、マネジメント体制が見直され、要支援者のマネジメントは新設された地域包括支援センターで行われるようになった。加えて地域密着型サービスの創設、介護保険施設の居住費・食費の介護報酬からの除外などが行われた。これらにより利用状況の変化や新たなサービス体制を構築した事業所が多く存在したと思われる。なお本研究では、2006年の改正直後のデータを用いており、介護職の55.1%が4月以降にサービス提供内容、組織の分離・統廃合等の見直しがあったと回答していた。

- M : 婚姻関係ダミー（未婚=0、既婚、離死別を1とする）
- B : 生計維持者ダミー（主たる生計の維持者が自分以外又はその他=0、自分=1）
- L : 資格ダミー（ホームヘルパー=0、介護福祉士=1）
- $\ln WE$: 推計賃金率（対数）
- O : 残業時間
- S : サービス類型ダミー（訪問系=0、通所系、入所系を1とする）
- R : 事業所規模類型ダミー（10人未満=0、他の規模類型をそれぞれ1とする）
- N : 深夜勤務ダミー（なし=0、あり=1）
- C : 相談窓口ダミー（なし=0、あり=1）
- H : 法改正後の変化ダミー（なし=0、あり=1）
- ε : 誤差項

1.4.2 仕事の満足度の推計結果

介護職を対象とした推計結果は表 4-5 のとおりである。人的資本変数をみると、上位資格である「介護福祉士」であることは、なぜか、労働条件満足度、内的満足度、全般的満足度を低下させる効果があった。

労働環境変数では、相談窓口があることはすべての満足度を増加させ、残業時間の増加、深夜勤務があることはすべての満足度を低下させた。また法改正後に職場に変化があったと答えた者は、労働条件満足度、長期見通し満足度、全般的満足度が低いという効果が見られた。推計賃金率上昇は長期見通し満足度、内的満足度、全般的満足度を増加させる効果を持ち、労働条件満足度では符号は正であるものの、有意ではなかった。

サービス類型ダミーでは、訪問系を基準とした。入所系は、労働条件満足度、全般的満足度の指標が低いものとなっている。労働条件満足度は推計賃金率が有意でなく、入所系が負の符号で有意であった。ここから、入所系で賃金以外の労働条件に課題が大きいことが考えられる。一方、通所系で働くことは内的満足度、全般的満足度を増加させていたが、これは通所サービスにおける社会的交流、集団訓練、共同作業が、やりがいや良い人間関係に結びついていることが影響していると考えられる。

事業所規模類型では、小規模であるほうが満足度が高い傾向がある。10人未満に対し20人以上30人未満で内的満足度を、30人以上40人未満で労働条件満足度、内的満足度を、40人以上50人未満、50人以上で、労働条件満足度、内的満足度、全般的満足度を低

表 4-5 仕事の満足度の推計（最小二乗法、介護職、2006年データ）

	労働条件満足度		長期見通し満足度		内的満足度		全般的満足度	
	係数	t値	係数	t値	係数	t値	係数	t値
婚姻関係ダミー（基準：未婚）								
既婚	0.0536 *	2.4	-0.0712 **	-3.04	-0.0283	-1.21	0.0334	1.42
離死別	0.0508	1.55	-0.0394	-1.14	-0.0355	-1.04	0.0674	1.95
生計維持者ダミー（基準：非生計維持者）								
生計維持者	-0.0233	-1.04	-0.0401	-1.71	-0.0261	-1.12	-0.0529 **	-2.25
介護資格ダミー（基準：ヘルパー）								
介護福祉士	-0.0495 *	-2.4	0.0250	1.15	-0.0858 ***	-3.97	-0.0756 **	-3.47
推計賃金率（対数）	0.0523	0.59	0.2461 **	2.64	0.2315 *	2.5	0.2649 **	2.84
残業時間	-0.0467 ***	-19.7	-0.0146 ***	-5.85	-0.0041	-1.66	-0.0252 ***	-10
サービス類型ダミー（基準：訪問系）								
通所系	-0.0387	-1.63	0.0060	0.24	0.1256 ***	5.07	0.0493 *	1.97
入所系	-0.1833 ***	-6.67	0.0216	0.75	-0.0552	-1.92	-0.0895 **	-3.09
事業所規模類型ダミー（基準：10人未満）								
10人以上20人未満	-0.0254	-0.97	0.0155	0.56	-0.0063	-0.23	-0.0174	-0.63
20人以上30人未満	-0.0522	-1.69	-0.0111	-0.34	-0.0641 *	-1.99	-0.0567	-1.74
30人以上40人未満	-0.0963 **	-2.6	-0.0309	-0.8	-0.0917 *	-2.37	-0.0559	-1.44
40人以上50人未満	-0.1375 **	-3.39	0.0022	0.05	-0.1179 **	-2.79	-0.1180 **	-2.77
50人以上	-0.1334 ***	-4.46	0.0292	0.93	-0.1089 ***	-3.49	-0.0736 *	-2.34
深夜勤務ダミー（基準：深夜勤務なし）								
深夜勤務あり	-0.1652 ***	-6.03	-0.0840 **	-2.93	-0.0898 **	-3.13	-0.0653 *	-2.26
相談窓口ダミー（基準：相談窓口なし）								
相談窓口あり	0.4675 ***	24.1	0.4939 ***	24.31	0.4700 ***	23.21	0.4659 ***	22.81
法改正後の変化ダミー（基準：法改正後の変化なし）								
法改正後の変化あり	-0.1297 ***	-7.08	-0.0793 ***	-4.13	-0.0252	-1.32	-0.0744 ***	-3.85
定数項	-0.4151	-0.68	-1.9566 **	-3.07	-1.7690 **	-2.79	-1.9609 **	-3.07
観測数	10442		10447		10552		10613	
F値	110.71		44.32		52.32		58.23	
F値検定	0		0		0		0	
自由度調整済み決定係数	0.1439		0.0622		0.0722		0.0794	

注：***:p<0.001、**:p<0.01、*:p<0.05。

下させる効果を持っていた。

個人・家族変数をみると、未婚に対し既婚であることは労働条件満足度を高めていたが、長期見通し満足度を減少させていた。本データは非正規既婚女性が 4,660 名含まれているが、2 段階目の推計では推計賃金率を用いているため、直接非正規ダミーを投入していない。このため、既婚の負の効果に非正規の効果を含んでいると考えられよう。また、生計維持者であることは、全般的満足度を低下させる効果があった。

1.4.3 離職意向の推計

続いて離職意向の推計を行う。被説明変数は離職意向で離職意向ありを 1、離職意向なしを 0 としている²⁹。説明変数は満足度の推計と同様の変数を用いる。

離職意向は、プロビット分析を用いる。プロビット・モデルにおける離職意向確率は、被説明変数 ($Y_i=1$ 、 $Y_i=0$) と説明変数の関係が非線形であるような累積密度関数を想定して推定を行うものである。ここで労働者 i の実現値 Y_i に対する潜在変数 Y_i^* を考える。潜在変数 Y_i^* は直接観察することはできないが、この値が臨界値 0 を超えたときに離職意向が生じると考える。

具体的な推計式 (推計 1) は 4・3 式のとおりである。

$$Y_i^* = \beta_0 + \beta_1 M_i + \beta_2 B_i + \beta_3 L_i + \beta_4 \ln WE_i + \beta_5 O_i + \beta_6 S_i + \beta_7 R_i + \beta_8 N_i + \beta_9 C_i + \beta_{10} H_i + \varepsilon_i \quad (4 \cdot 3 \text{ 式})$$

M : 婚姻関係ダミー (未婚=0、既婚、離死別を 1 とする)

B : 生計維持者ダミー (主たる生計の維持者が自分以外又はその他=0、自分=1)

L : 資格ダミー (ホームヘルパー=0、介護福祉士=1)

$\ln WE$: 推計賃金率 (対数)

O : 残業時間

S : サービス類型ダミー (訪問系=0、通所系、入所系を 1 とする)

R : 事業所規模類型ダミー (10 人未満=0、他の規模類型をそれぞれ 1 とする)

N : 深夜勤務ダミー (なし=0、あり=1)

²⁹ 「今の勤務先にいつまで勤めたいですか」との設問に対し、「すぐやめたい・転職したい」「今ではないがやめたい・転職したい」と回答したものを離職意向ありとし、「当面勤め続けたい」「できる限り勤め続けたい」「わからない」を離職意向なしとしている。

- C : 相談窓口ダミー (なし=0、あり=1)
 H : 法改正後の変化ダミー (なし=0、あり=1)
 ε : 誤差項

1.4.4 離職意向の推計結果

介護職を対象とした推計結果は表 4-6 のとおりである。推計賃金率は負の符号で有意であり、離職意向を減ずる効果が認められた。他の労働環境変数では、残業時間、入所系サービスであること、法改正後の職場変化があったことは離職意向を増加させる効果が、相談窓口があることは減ずる効果があった。

個人・家族変数では未婚に対し既婚、離死別であることは離職意向を低下させる効果が認められた。

推計 2 はサービス類型のうち有意であった入所系を介護サービス別に分けて推計した結果である。訪問系に比べ、短期入所生活介護、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、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、地域密着型介護老人福祉施設で離職意向が高く、施設サービス以外の入所系サービスにも課題があることが伺えた。

1.5 考察

1.5.1 相談できる管理者・相談窓口の設置、残業時間短縮のプラス効果

セクハラ、暴力などの経験をしたときに相談できる管理者や相談窓口の存在は、仕事の満足度を向上させ、離職意向を減少させる効果が認められた。満足度推計の係数はすべて 0.4 以上、離職意向推計の限界効果も 5.4% と、他の変数と比べて大きな効果であったが、これはなぜだろうか。相談窓口の役割について考察する。

相談窓口の有無別に、セクハラ、暴力などのトラブルを経験したもののうち、事業所の誰かに報告したかと解決状況についてまとめたものが表 4-7 である。相談窓口がある場合は事業所職員に報告し解決するが、ない場合は誰にも報告しないか、職員へ報告しても解決していないものが多い。この結果は、相談できる管理者や相談窓口の設置が問題解決に重要であることを示している。介護現場では利用者の問題点に対して実践的な対策が求められるが、眼前の問題をチームで解決する方法を学ぶことも **On the Job Training** になると考えられる。また、介護労働は、利用者の感情に合わせて自分の感情を制御し管理

表 4-6 離職意向の推計（プロビット・モデル、介護職、2006 年データ）

	推計1				推計2			
	係数	限界効果	z値	係数	限界効果	z値		
婚姻関係ダミー（基準：未婚）								
既婚	-0.3916	-0.1027 ***	-11.3	-0.3875	-0.1015 ***	-11.1		
離死別	-0.3651	-0.0804 ***	-6.92	-0.3602	-0.0794 ***	-6.8		
生計維持者ダミー（基準：非生計維持者）								
生計維持者	0.0388	0.0099	1.09	0.0396	0.0101	1.11		
介護資格ダミー（基準：ホームヘルパー）								
介護福祉士	0.2074	0.0534 ***	6.22	0.2072	0.0533 ***	6.17		
推計賃金率（対数）	-0.7324	-0.1851 ***	-5.1	-0.7622	-0.1925 ***	-5.28		
残業時間	0.0310	0.0078 ***	8.84	0.0313	0.0079 ***	8.91		
サービス類型ダミー（基準：訪問系）								
通所系	-0.0114	-0.0029	-0.28					
入所系	0.1821	0.0470 ***	4.07					
サービスダミー（基準：訪問系）								
通所系				-0.0149	-0.0038	-0.37		
短期入所生活介護				0.2633	0.0744 *	2.24		
短期入所療養介護				0.0905	0.0238	0.27		
介護老人福祉施設				0.2421	0.0678 *	2.29		
介護老人保健施設				0.1058	0.0278	1.79		
介護療養型医療施設				0.6229	0.1998 *	2.36		
特定施設入居者生活介護				0.2242	0.0626	0.69		
認知症対応型共同生活介護				0.1871	0.0501 **	3.43		
地域密着型特定施設入居者生活介護				0.3091	0.0882 ***	4.04		
地域密着型介護老人福祉施設				0.2632	0.0743 **	2.65		
事業所規模類型ダミー（基準：10人未満）								
10人以上20人未満	-0.0494	-0.0123	-1.13	-0.0467	-0.0117	-1.07		
20人以上30人未満	-0.0051	-0.0013	-0.1	-0.0155	-0.0039	-0.3		
30人以上40人未満	0.0112	0.0029	0.19	-0.0113	-0.0028	-0.18		
40人以上50人以下	-0.0167	-0.0042	-0.25	-0.0451	-0.0112	-0.66		
50人以上	-0.0439	-0.0110	-0.9	-0.0841	-0.0208	-1.57		
深夜勤務ダミー（基準：深夜勤務なし）								
深夜勤務あり	-0.0034	-0.0009	-0.08	-0.0036	-0.0009	-0.08		
相談窓口ダミー（基準：相談窓口なし）								
相談窓口あり	-0.5462	-0.1493 ***	-18.1	-0.5430	-0.1483 ***	-17.9		
法改正後の変化ダミー（基準：法改正後の変化なし）								
法改正後の変化あり	0.1164	0.0291 ***	3.85	0.1140	0.0285 ***	3.76		
定数項	4.5148	***	4.59	4.7266	***	4.78		
観測数	10789			10789				
カイ二乗値	898.03	***		908.46				
対数尤度	-4778.1			-4772.9				
擬似決定係数	0.0859			0.0869				

注：***:p<0.001、**:

<0.01、*:p<0.05。

表 4-7 セクハラ、暴力などの経験をした場合の報告・解決状況と相談窓口の有無

	相談窓口なし		相談窓口あり	
	件数	割合	件数	割合
報告し解決した	628	23.3%	3250	66.6%
報告し対処中	216	8.0%	637	13.1%
報告したが未解決	891	33.0%	579	11.9%
報告しなかった	892	33.1%	348	7.1%
無回答	71	2.6%	64	1.3%
合計	2698	100.0%	4878	100.0%

する「感情労働」を必要とする。トラブルが起きたときに相談できる管理者や相談窓口の存在は、介護職の有効なサポート体制となり、感情の統制にも有効と考えられよう。その鍵となるのは管理者の能力だろう。管理者が疲弊しないような労働分配、報酬、講習も考える必要があるだろう。

残業時間が増加することは、労働条件満足度、長期見通し満足度、全般的満足度を低下させ、離職意向を増加させる効果をもっていた。介護職は介護実働のみが仕事ではなく、連携や文書作成などの業務もある。また人材が不足している職場では、長時間労働になりかねない。介護分野の人事管理においてワーク・ライフ・バランス施策は重要な報酬の1つとなり、また時間制約を前提とした人材活用、働き方が求められている（佐藤 2008）。時間制約が多く他の労働市場に再参入が難しい女性にとって、残業がなく、社会保険に加入できることは魅力となろう。

相談窓口と残業時間は、よりよい外部機会、即ち別事業所での勤務を想定し、離職意向を高める効果となった可能性もある。定着を促すには、各事業所での労働環境改善が必要になるだろう。

1.5.2 上位資格、入所系のマイナス効果

推計の結果、介護福祉士であることは労働条件満足度、内的満足度、全般的満足度を低下させ、離職意向を増加させる効果を持っていた³⁰。佐藤・堀田（2006）は施設勤務の介護職のバーンアウトと就業特性を分析し、介護福祉士にバーンアウト徴候が高いことを示しており、ストレスの高さが一因と考えられよう。

³⁰ ヘルパーに比べ介護福祉士は若い層が多いが、年齢の影響で満足度の低さ、離職意向の高さが生じたか、35歳以上と未満にわけ、資格別平均の差を検定し確認した。結果として若年、中年ともに資格別で有意に差が認められた。

ここで介護福祉士資格と、ホームヘルパー資格を教育時間で比較したい。ホームヘルパー1級は230時間、2級130時間、3級50時間に対し、介護福祉士は1,800時間（2009年時点）であり、准看護師1,890時間と近い³¹。ところが賃金関数の推計の結果、介護福祉士資格保有者であることはホームヘルパー資格保有者であるよりも賃金率を4.8%上昇させる効果しかない³²。介護福祉士が介護の専門職としての相応の賃金が払われていないことは大きい課題といえる。2009年介護報酬改定では介護福祉士の比率の高さが特定事業所加算の対象となっている。このような施策が実際に賃金を上げ、定着に効果を持ったのかどうか、今後実証分析が必要であろう。

平成18（2006）年時点でホームヘルパー資格保有者と介護福祉士資格保有者で業務が分かれているとはいえない。施設においては、無資格者でも同様の業務を行える状況であるため、今後より介護の専門性を明確にし、介護職の上位資格を評価していけるような体制を作る必要があるだろう。

訪問系に対し入所系であることは、労働条件満足度、全般的満足度を低下させ、離職意向を高める効果があった。賃金率や残業時間など、他の労働条件を考慮してなおこのような結果が出ているため、勤務体制や労働条件等の課題があると推測できよう。

介護サービスの種類別にみた要介護5の割合は、訪問介護7.8%、通所介護4.8%、特定施設入居者生活介護10.1%、介護老人福祉施設31.6%と、入所系で高い傾向がある³³。さらに、入所系は暴力にさらされる危険が高い。過去1年間に暴力の経験があるものは訪問系3.7%、通所系5.9%に対し、入所系14.4%である。加えて、要介護度の高い利用者には、痰の吸引、経管栄養が必要な場合があるが、これらは医行為で、介護職が行うことは

³¹看護師は97単位、理学療法士は93単位。准看護師から看護師になるには、2,100時間必要である。

³²看護師・准看護師、理学療法士・作業療法士の上位下位1%を除外し、介護職とともに推計した場合の資格の効果は、ヘルパーに対し介護福祉士4.5%、看護職22.5%、理学療法士・作業療法士42.5%であり、介護福祉士は看護職等と比べると、評価が低い。介護報酬を比較すると、訪問看護において、看護師と理学療法士・作業療法士は同じ点数である（訪問看護ステーションでは30分以上1時間未満で830単位）が、准看護師の訪問は90%に減算される。訪問介護においては、教育時間が大きく異なるにもかかわらず、ホームヘルパー2級保有者と介護福祉士の差は介護報酬に影響しない（30分以上1時間未満で身体介護402単位、生活援助208単位）。ただし、2006年の介護報酬改定では特定事業所加算の算定要件に介護福祉士が関連づけられてはいる。

³³厚生労働省統計情報部『介護サービス施設・事業所調査』より。居宅サービスは平成18年9月、施設サービスは平成18年10月現在。訪問入浴介護は51.7%と高いが、利用者一人に対し複数の介護労働者での対応を行うこと、入浴に特化したサービスという特性上考察からは除外してサービス類型を比較している。

平成 18 (2006) 年時点で法律上認められていなかったが、看護職員の配置が少なく、介護職員が行っている施設もあった³⁴。利用者に必要な行為とはいえ、違法性の疑われる行為を行うことは問題がある。この点については、平成 24 年 4 月から一定の条件の下に実施できるよう法改正が行われている。

労働条件満足度は入所系のみ有意であったが、働く上での悩みに関する設問のうち、労働条件・仕事の負担をみると、「労働条件・仕事の負担について特に悩み、不安・不満を感じていない」は入所系で 4.2%と少なく、入所系介護職の約 95%は不満を持っているため、労働条件や労働環境の改善が必要であろう。

1.5.3 推計賃金率低下、法改正後の職場変化のマイナス効果

推計賃金率は、長期見通し満足度、内的満足度、全般的満足度を高め、離職意向を低下させる効果をもっており、賃金率上昇は定着に効果を持つと考えられる。周 (2009) は、平成 16 (2004) 年に比べ介護報酬引き下げ後の平成 18 (2006) 年、平成 19 (2007) 年に賃金率が低下し待遇が厳しくなっていると指摘しており、介護報酬の影響が介護職の定着には重要であろう。

平成 18 (2006) 年 4 月以降にサービス提供内容、組織の分離・統廃合等の見直しがあったことは、労働条件満足度、長期見通し満足度、全般的満足度を低下させる効果を持ち、労働条件満足度では 0.13 と引き下げ効果が大きい。また離職意向を増加させる効果も認められた。逆の関係もありうるが、同じデータで変化内容をみると、「業務量が増えた」45.9%、「教育・研修が増えた」27.4%、「労働時間が増加した」27.36%、「利用者の介護保険サービスへの苦情が増えた」20.4%が高い割合を占めており、良い側面もある一方負担が増えていることが伺える。法改正後の変化があった割合は本データの約半数を占め、満足度を有意に引き下げる効果を持っている。しかし 3 月には介護報酬改定も行われているため、厳密には法改正と分離した影響を見ることは難しく、平成 18 (2006) 年の政策変更後の労働環境の変化が、介護職の満足度にマイナスの影響を与えたと考えられる。

³⁴ 「社団法人全国老人福祉施設協議会配布資料」(第 2 回介護労働者の確保・定着に関する研究会ヒアリング提出資料)、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するアンケート調査 結果概要報告書」(第 2 回特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会参考資料)を参考とした。

2 近年の介護職の賃金と仕事の満足度：平成 26（2014）年データから

2 節では、2006 年データを用いて介護職の賃金、仕事の満足度と離職意向から、介護職の定着について考察した。本節では、平成 26（2014）年のデータを使用し、2006 年データで行った分析に近い形で賃金、仕事の満足度を推計し結果を比較することで、平成 18（2006）年から平成 26（2014）年に行われた施策等の効果を検証する。

2.1 平成 18（2006）年からの変化

3 章で示した通り、介護資格は平成 18（2006）年から平成 26（2014）年にかけて大きく変更があった（表 3-1）。また、介護福祉士資格保有者は、486,297 名から 1,196,058 名に増えている（表 3-2）。厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』を用いて、分析するデータと同じ平成 18（2006）年、平成 16（2014）年の各介護サービスの介護福祉士割合をみると、訪問介護 13.7%から 33.9%³⁵、通所介護で 19.6%から 31.0%³⁶と増加、介護老人福祉施設では 42.9%から 55.6%³⁷とこれら 3 つのすべてで増加している。

一方、介護職の常勤割合は、訪問介護では常勤 25.8%から 30.8%³⁸、通所介護では 56.0%から 52.6%³⁹、介護老人福祉施設は 86.8%から 87.2%⁴⁰と介護老人福祉施設で常勤割合が高く訪問介護で低いが、常勤割合は増えている。通所介護の常勤割合は平成 26（2014）年にかけてわずかに減少しており、他のサービスとは異なる雇用変化が生じている。

表 4-8 介護サービスの分類と本節で用いるサービス類型

	「居宅サービス」	「施設サービス」	「地域密着型サービス」
訪問系	訪問介護 訪問入浴介護		定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護
通所系	通所介護 通所リハビリテーション		認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 複合型サービス
入所系	短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護	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	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 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

³⁵ 訪問介護員総数に対する介護福祉士総数の割合

³⁶ 介護職員総数に対する介護福祉士総数の割合

³⁷ 介護職員総数に対する介護福祉士総数の割合

³⁸ 総数に対する常勤（専従、兼務）の割合

³⁹ 介護職員に対する介護職員常勤（専従、兼務）の割合

⁴⁰ 介護職員総数に対する常勤の割合

介護サービスは、平成 26（2014）年では地域密着型サービスの種類が増えた。訪問、通い、宿泊を複合的に提供するサービスもあるが、本章では中心となるサービス提供を中心に考え、実証分析では表 4-8 のように分類する。

2.2 データと実証研究の枠組み：2006 年データとの違い

2.2.1 データについて

本節では、公益財団法人介護労働安定センターが実施した『平成 26 年介護労働実態調査』のうち、労働者に対する「介護労働者の就業実態と就業意識調査」（以下、2014 年データ）を使用する。この調査は、事業所調査のため介護サービス情報公表システム等のデータベースから介護保険指定介護サービス事業を行う事業所のうちから 17,500 事業所を無作為に抽出し、事業所管理者に対して 3 名を上限として調査対象となる労働者への調査票の配布を依頼したものである。3 名の選定は対象事業所の実施する介護サービスの中で、主とするサービスに従事している従業員の中から職種別及び就業形態別に人数を指定している。記入者から別々の封筒で郵送回収し、有効回収数 20,334 人を得たものである（回収率 39.2%、実施期間 2014 年 10 月 1 日～10 月 31 日）。

介護職の保有資格による差を分析するため、保有資格、修了した研修が「介護福祉士」「実務者研修」「介護職員初任者研修」「介護職員基礎研修」「ホームヘルパー1 級」「ホームヘルパー2 級」の何れかを保有し、主な仕事が「看護職員」「介護支援専門員」「PT・OT・ST 等」「その他」でない者を対象とした⁴¹。また、「訪問介護員」「介護職員」「サービス提供責任者」「生活相談員」が対象となっている⁴²。

賃金率の算出方法は、2006 年データと同様である。賃金率の上位下位 1%は除外した。分析には、資格分類が欠損値でないもの（n=12,404）を使用する。記述統計量は表 4-9 のとおりである。

なお、2006 年データで被説明変数として用いた離職意向に関する設問は 2014 年データにはないため、賃金率と仕事の満足度のみ推計を行うこととする。

⁴¹ 介護職員は無資格でもサービス提供が可能であるが、全データで「資格なし」は 3.3% であるため、無資格者は除外している。

⁴² 2014 年データでは、管理職に関する変数があるため、サービス提供責任者も対象とした。また、生活相談員は、相談業務のみではなく介護の実働も多く行う現状があることから、介護の資格を保有する生活相談員も分析に含めることとした（厚生労働省 介護給付費分科会資料 1）。

表 4-9 記述統計量 (介護職、2014 年データ)

変数	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
介護福祉士ダミー	12,404	0.6418091	0.479488	0	1
勤続年数	12,252	5.37602	4.766002	0	37
勤続年数二乗	12,252	51.61451	88.39252	0	1369
経験年数	11,801	7.019659	5.220116	0	41
経験年数二乗	11,801	76.52292	107.9916	0	1681
年齢	12,048	43.96348	11.67494	15	75
年齢二乗	12,048	2069.08	1048.749	225	5625
女性ダミー	12,222	0.7790869	0.414879	0	1
非正規ダミー	12,242	0.3300114	0.4702361	0	1
主任・管理職以外ダミー	11,480	0.6216028	0.4850085	0	1
主任ダミー	11,480	0.2719512	0.4449843	0	1
管理職ダミー	11,480	0.106446	0.308421	0	1
訪問系ダミー	11,997	0.3608402	0.4802643	0	1
通所系ダミー	11,997	0.3530049	0.4779241	0	1
入所系ダミー	11,997	0.2861549	0.4519815	0	1
未婚ダミー	12,193	0.2593291	0.4382845	0	1
既婚ダミー	12,193	0.6009186	0.4897296	0	1
離死別ダミー	12,193	0.1397523	0.3467441	0	1
生計維持者ダミー	12,189	0.4009353	0.490108	0	1
残業時間	11,400	1.730351	3.500518	0	48
10人未満ダミー	11,874	0.2618326	0.4396505	0	1
10人以上20人未満ダミー	11,874	0.3186795	0.4659841	0	1
20人以上50人未満ダミー	11,874	0.2527371	0.4345998	0	1
50人以上ダミー	11,874	0.1667509	0.372769	0	1
深夜勤務ダミー	11,943	0.3207737	0.4667935	0	1
相談窓口・管理者ダミー	12,404	0.7983715	0.4012324	0	1
賃金率対数値	12,404	7.010928	0.226583	6.378238	7.610472
勤務条件満足度	12,158	-8.32E-09	1	-2.102618	2.334164
キャリア満足度	11,963	-3.97E-09	1	-2.918958	2.359129
長期見通し満足度	12,080	4.29E-09	1	-2.463841	2.33242
全般的満足度	12,203	1.55E-08	1	-2.357999	2.187043

2.2.2 仕事の満足度の指標

2014 年データにも仕事の満足度の設問が 12 ある。各設問は 5 件法で「5 満足」「4 やや満足」「3 普通」「2 やや不満足」「1 不満足」を選択する形で回答する。

設問のうち「職業生活全体」に関する満足度は 2006 年データ同様「全般的満足度」とした。また、「職場の環境 (照明・空調・騒音)」は訪問介護などもあり比較が困難と考え、分析からは除外した。2006 年データと異なる点は、「利用者との人間関係」がなく、「キャリアアップの機会」が新しく選択肢に加わっている点である。因子の抽出には主因子法を用い因子の解釈可能性を考慮し因子数を 3 に限定した。バリマックス回転後因子負荷量の高いものを選択し 3 因子とした結果を表 4-10 に示した。勤務体制や休日、賃金を中心とする第 1 因子を「勤務条件満足度」、キャリアアップの機会、仕事のやりがい、処遇やや職場の人間関係を中心とする第 2 因子を「キャリア満足度」福利厚生、雇用安定性、教育訓練を中心とする第 3 因子を「長期見通し満足度」と名付け、この 3 因子の中で因子負荷量

表 4-10 領域別満足度の回転後因子負荷量（主因子法、3 因子、バリマックス回転）

	I	II	III	共通性
勤務条件満足度 ($\alpha = 0.7845$)				
・勤務体制	0.759	0.230	0.212	0.674
・労働時間・休日等の労働条件	0.751	0.138	0.211	0.628
・賃金	0.438	0.358	0.323	0.424
キャリア満足度 ($\alpha = 0.7749$)				
・キャリアアップの機会	0.199	0.626	0.320	0.534
・仕事の内容・やりがい	0.291	0.562	0.226	0.452
・人事評価・処遇のあり方	0.481	0.490	0.389	0.623
・職場の人間関係、コミュニケーション	0.287	0.416	0.283	0.335
長期見通し満足度 ($\alpha = 0.7977$)				
・福利厚生	0.283	0.232	0.646	0.551
・雇用の安定性	0.333	0.295	0.590	0.546
・教育訓練・能力開発のあり方	0.261	0.496	0.538	0.604
因子寄与	2.029	1.708	1.634	5.370
因子寄与率 (%)	20.287	17.077	16.336	53.701

の高い項目をそれぞれ介護職の領域別職務満足度とし、合計した値を得点とした。なお、係数を比較するために仕事の満足度を標準化した。第3因子の「長期見通し満足度」は、2006年データの第2因子と同様の項目であり、全般的満足度と長期見通し満足度は、2006年、2014年で比較可能である（表4-3、10）。

2.2.3 仮説

介護福祉士の資格手当等が上昇しているならば、賃金関数において介護福祉士ダミーは2006年データに比べて大きな係数を示すだろう。また、他の資格保有者に比べ2006年は一部負の効果を示していたが、満足度を高める効果をもつ資格となっていれば正の効果を持つはずである。サービス類型は、2006年は入所系サービスで満足度が低下しており、2014年までに大きな見直しがなかったため、現状でも入所系は訪問系に比べ満足度が低いと考えられる。

相談窓口または相談できる管理者の存在は満足度を高める効果を持ち、残業時間は低下させる効果を持つことは、2014年でも同様であると考えられる。

2.3 賃金関数の推計

2.3.1 推計

2006年データで用いた人的資本変数の介護資格ダミー、勤続と介護職経験、年齢を説明変数とする。また、男女別ダミー、雇用形態ダミーを説明変数に加え、賃金率の差を推計

する。介護報酬は1単位の単価が地域区分によって規定されているため、2006年同様地方分類を代理変数として用いる。加えて、2014年データには市区町村の分類として、政令指定都市・東京23区、その他の市・区、町・村、その他の3区分の情報がある。この変数も市町村ダミーとして説明変数に加える。また、介護報酬はサービスにより価格が規定されているため、サービス類型を代理変数として用いる。2014年データには職位の分類がある。介護職のキャリアパスに関する加算もあるため、管理職、主任・(サブ)リーダーなどの職場のまとめ役(以下、主任)、それ以外を職位ダミーとして加える。推計は最小二乗法にて行う。

推計では、サービス類型Sを除外した推計1と投入した推計2を行う。2006年との比較のために、職位ダミーを除き推計3も行った。推計2の推計式は4・4式のとおりである。被説明変数は労働者 i の賃金率 W の自然対数とする。

$$\ln W_i = \alpha_0 + \alpha_1 L_i + \alpha_2 T_i + \alpha_3 T2_i + \alpha_4 E_i + \alpha_5 E2_i + \alpha_6 A_i + \alpha_7 A2_i + \alpha_8 G_i + \alpha_9 P_i + \alpha_{10} M_i + \alpha_{11} S_i + \alpha_{12} P_i + \alpha_{13} C_i + u_i \quad (4 \cdot 4 \text{ 式})$$

$\ln W$: 賃金率(対数)

L : 資格ダミー(ホームヘルパー=0、介護福祉士=1)

T : 勤続年数

$T2$: 勤続年数二乗

E : 介護の経験年数

$E2$: 介護の経験年数二乗

A : 年齢

$A2$: 年齢二乗

G : 男女別ダミー(男性=0、女性=1)

P : 雇用形態ダミー(正規=0、非正規=1)

M : 職位ダミー(管理職、主任以外=0、主任、管理職を1とする)

S : サービス類型ダミー(訪問系=0、通所系、入所系を1とする)

P : 地方ダミー(北海道=0、東北、関東、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州、沖縄を1とする)

C : 市区町村ダミー(政令指定都市・東京23区=0、その他の市・区、町・村・その他を1とする)

u : 誤差項

2.3.2 推計結果

介護職を対象とした推計結果は表 4-11 のとおりである。推計 3 をみると、介護福祉士であることはそれ以外の介護資格を持つことに対し 5.9%賃金率を上昇させる効果が認められた。2006 年データにはない職位ダミーを加えた推計 2 をみると、介護福祉士であることの効果は 4.8%、管理職、主任以外のものに比べ、主任であることは 6.6%、管理職であることは 12.2%賃金率を上昇させる効果が認められ、職位でより大きい効果を示している。

推計 3 をみると、勤続年数、介護の経験年数、年齢に賃金上昇効果が認められるが、勤続年数 0.7%、介護の経験年数 0.4%、年齢 0.9%と効果は変わらず小さい。男性に比べ女性であることは 10.6%低下させる効果があり 2006 年の 10.5%から大きな変化はない。加えて、経験や資格ではなく、雇用形態やサービス類型でより大きな賃金差がみられた。正規に対し非正規で 14.5%低下させる効果が認められ、2006 年の 7.7%より大きな差が認められている。

訪問系に対し、通所系で 7.2%、入所系で 1.8%低下させる効果が認められ、2006 年の 12.8%、6.4%に比べ、サービス類型の差は縮小している。

なお、この分析には賞与が含まれていないこと、訪問系サービスが高い賃金率となるのには、労働時間に移動・待機時間が含まれていない可能性があるのは、2006 年同様である。

2.4 仕事の満足度の推計

2.4.1 推計

続いて、勤務条件満足度、キャリア満足度、長期見通し満足度、全般的満足度、以上 4 つの仕事の満足度を推計する。サービス類型を除外して推計した賃金関数推計 1 で算出される賃金率を推計賃金率 $\ln WE$ とし、満足度の説明変数に加える。

個人・家族変数では婚姻関係、主たる生計維持者であるかを用いる。人的資本変数は、介護福祉士資格保有の有無を用い、労働環境変数は、推計賃金率、残業時間では労働条件による影響を、サービス類型では介護保険法で規定されている施設基準や介護報酬の影響を、事業所規模類型では規模の影響を⁴³、深夜勤務（22 時～朝 5 時）をしているか（深

⁴³事業所規模類型は、設問の違いから、2006 年では「20 人以上 30 人未満」「30 人以上

表 4-11 賃金関数の推計（最小二乗法、介護職、2014 年データ）

	推計1		推計2		推計3	
	係数	t値	係数	t値	係数	t値
介護福祉士ダミー	0.0505	12.04 ***	0.0475	11.32 ***	0.0592	14.39 ***
職位ダミー（基準：管理職、主任以外）						
主任	0.0652	14.68 ***	0.0661	14.9 ***		
管理職	0.1185	19.23 ***	0.1215	19.63 ***		
勤続年数	0.0064	5.98 ***	0.0051	4.74 ***	0.0070	6.58 ***
勤続年数二乗	0.0001	2.08 *	0.0001	2.6 **	0.0001	1.66
経験年数	0.0038	3.63 **	0.0043	4.05 ***	0.0042	4.05 ***
経験年数二乗	-0.0001	-1.11	-0.0001	-1.06	0.0000	-0.63
年齢	0.0067	6.32 ***	0.0074	6.96 ***	0.0094	8.9 ***
年齢二乗	-0.0001	-5.82 ***	-0.0001	-6.86 ***	-0.0001	-8.62 ***
女性ダミー	-0.0934	-21.35 ***	-0.0949	-21.57 ***	-0.1060	-24.32 ***
非正規ダミー	-0.1171	-27.16 ***	-0.1121	-25.84 ***	-0.1447	-36.25 ***
サービス類型ダミー（基準：訪問系）						
通所系			-0.0694	-16.49 ***	-0.0720	-17.32 ***
入所系			-0.0086	-1.88	-0.0186	-4.13 ***
地域区分ダミー（基準：北海道）						
東北	-0.0221	-2.44 *	-0.0167	-1.83	-0.0184	-2.03 *
関東	0.1307	16.57 ***	0.1385	17.48 ***	0.1438	18.27 ***
東海	0.1107	12.6 ***	0.1226	13.89 ***	0.1266	14.42 ***
北陸	0.0864	7.1 ***	0.0967	7.89 ***	0.0920	7.62 ***
近畿	0.1237	14.78 ***	0.1276	15.17 ***	0.1345	16.12 ***
中国	0.0436	4.61 ***	0.0515	5.42 ***	0.0528	5.59 ***
四国	0.0278	2.39 *	0.0336	2.88 **	0.0311	2.7 **
九州	-0.0099	-1.18	-0.0006	-0.07	0.0024	0.28
沖縄	-0.0363	-1.77	-0.0136	-0.67	-0.0183	-0.91
市区町村ダミー（基準：政令指定都市、東京23区）						
基準以外の市・区	-0.0560	-12.51 ***	-0.0527	-11.79 ***	-0.0548	-12.34 ***
町・村・その他	-0.0757	-12.76 ***	-0.0707	-11.9 ***	-0.0737	-12.48 ***
定数項	6.8240	287.78 ***	6.8383	283.12 ***	6.8279	284.89 ***
観測数	10,350		10,052		10,708	
F値	322.83 ***		308.84 ***		319.93 ***	
自由度調整済み決定	0.4062		0.4237		0.3959	

注：***:p<0.001、**:

夜勤務の有無）⁴⁴では、深夜勤務の負担の影響をみる。セクハラや暴力等の経験をした場合に相談できる管理者や相談窓口があるか（相談窓口の有無）⁴⁵ではサポート体制の影響

40人未満」「40人以上50人未満」と区分している範囲を、2014年では「20人以上50人未満」としている。

⁴⁴深夜勤務時間は、2006年データでは「翌朝7時」までとなっているが、2014年は「朝5時」までとなっている。

⁴⁵調査票には問22(1)「過去1年間に仕事に以下のような経験をしましたか。(あてはまる番号全てに○)」があり、「1 セクハラ(性的嫌がらせ)」「2 暴力」「3 暴言(直接的な言葉の暴力)」「4 利用者から介護保険以外のサービスを求められた)」「5 家族から介護保険以外のサービスを求められた)」「6 その他」「7 上記のような経験をしたことはない」とあり、(2)で「あなたの事業所には、上記(1)のような経験をした場合に相談できる管理者が配置されていますか。また、相談窓口がありますか(○はひとつ)」。と質問している。「①管理者の配置」「相談窓口」で、選択肢は「1 ある」「2 ない」「3 わからない」である。この①、②どちらか、または両方が「1 ある」であるも

をみる。2014年データに法改正後の変化についての設問はないため、この説明変数は投入されていない点、2006年の推計と異なっている。

推計式は4・5式のとおりである。介護職 i の仕事の満足度 J を最小二乗法にて求める。

$$J_i = \alpha_0 + \alpha_1 M_i + \alpha_2 B_i + \alpha_3 L_i + \alpha_4 \ln WE_i + \alpha_5 O_i + \alpha_6 S_i + \alpha_7 R_i + \alpha_8 N_i + \alpha_9 C_i + \varepsilon_i \quad (4 \cdot 5 \text{ 式})$$

J : 仕事の満足度（労働条件満足度、長期見通し満足度、内的満足度、全般的満足度）

M : 婚姻関係ダミー（未婚=0、既婚、離死別を1とする）

B : 生計維持者ダミー（主たる生計の維持者が自分以外又はその他=0、自分=1）

L : 資格ダミー（介護福祉士以外の介護職資格のみ保有=0、介護福祉士=1）

$\ln WE$: 推計賃金率（対数）

O : 残業時間

S : サービス類型ダミー（訪問系=0、通所系、入所系を1とする）

R : 事業所規模類型ダミー（10人未満=0、他の規模類型をそれぞれ1とする）

N : 深夜勤務ダミー（なし=0、あり=1）

C : 相談窓口ダミー（なし=0、あり=1）

ε : 誤差項

2.4.2 仕事の満足度の推計結果

2014年データの推計結果は、表4-12のとおりである。人的資本変数をみると、「介護福祉士」であることは、勤務条件満足度、キャリア満足度、全般的満足度を低下させる効果があり、長期見通し満足度には有意な効果を持たなかった。労働環境変数では、相談窓口があることはすべての満足度を増加させ、残業時間の増加、深夜勤務があることはすべての満足度を低下させた。推計賃金率は、キャリア満足度を増加させる効果を持っていた。また、勤務条件満足度を減少させる効果を持っていた。推計賃金率の推計において地域以外で効果が大きい説明変数は、職位と雇用形態である。この変数は、2段階目の推計には投入していないため、正規職員で勤務条件満足度が低いことを反映している可能性が

のを相談窓口ダミーで1とした。

表 4-12 仕事の満足度の推計（最小二乗法、介護職、2014 年データ）

	勤務条件満足度		キャリア満足度		長期見通し満足度		全般的満足度	
	係数	t値	係数	t値	係数	t値	係数	t値
婚姻関係ダミー（基準未婚）								
既婚	0.0382	1.53	-0.0284	-1.12	-0.0568	-2.22 *	-0.0293	-1.14
離死別	-0.0080	-0.22	-0.0736	-2.02 *	-0.0379	-1.03	-0.0311	-0.84
生計維持者ダミー	0.0159	0.65	-0.0134	-0.54	-0.0267	-1.07	0.0052	0.21
介護福祉士ダミー	-0.0548	-2.27 *	-0.1037	-4.22 ***	-0.0356	-1.43	-0.0979	-3.93 ***
推計賃金率（対数）	-0.2297	-2.69 **	0.2748	3.17 **	0.0825	0.94	0.1337	1.52
残業時間	-0.0588	-19.35 ***	-0.0280	-9.09 ***	-0.0288	-9.22 ***	-0.0324	-10.37 ***
サービス類型ダミー（基準：訪問系）								
通所系	-0.0699	-2.83 **	-0.1665	-6.63 ***	-0.1287	-5.07 ***	-0.0687	-2.7 **
入所系	-0.1313	-4.08 ***	-0.2277	-6.98 ***	-0.0963	-2.92 **	-0.1284	-3.87 ***
事業所規模類型ダミー（基準：10人未満）								
10人以上20人未満	0.0752	2.73 **	0.0747	2.67 **	0.1054	3.73 ***	0.0941	3.32 **
20人以上50人未満	0.0491	1.64	0.0549	1.81	0.1248	4.07 ***	0.0782	2.54 *
50人以上	-0.0051	-0.15	-0.0107	-0.3	0.2236	6.29 ***	0.0682	1.91
深夜勤務ダミー	-0.2991	-10.53 ***	-0.1562	-5.43 ***	-0.1369	-4.7 ***	-0.1551	-5.3 ***
相談窓口・管理者ダミー	0.3894	14.57 ***	0.6035	22.36 ***	0.4785	17.49 ***	0.4913	17.91 ***
定数項	1.5371	2.62 **	-2.1116	-3.54 ***	-0.8157	-1.35	-1.1304	-1.87
観測数	8,561		8,465		8,527		8,599	
F値	84.93 ***		72.34 ***		40.84 ***		48.00 ***	
自由度調整済み決定係数	0.113		0.0987		0.0573		0.0664	

注：***:p<0.001、**:p<0.01、*:p<0.05。

*推計 1（職位あり）を使用した推計賃金率にて推計

ある。

サービス類型では、訪問系に比べ通所系、入所系はすべての満足度の指標が低いものとなっていた。事業所規模では、大規模であるほうが満足度が高い傾向がある。10人未満に対し10人以上20人未満ですべての満足度を、20人以上50人未満で長期見通し満足度、全般的満足度を、50人以上で長期見通し満足度を増加させる効果を持っていた。

個人・家族変数をみると、未婚に対し既婚であることは長期見通し満足度を低下させ、離死別であることはキャリア満足度を低下させる効果があった。

3 2006年データと2014年データの比較

3.1 記述統計による比較

ここまで、賃金関数の推計、仕事の満足度の推計を2006年データ、2014年データで行った。ここで、分布について記述統計で比較することで、データの解釈の一助としたい。

2006年データ、2014年データとも、全国の事業所から抽出（2006年は37,456事業所、2014年は17,500事業所）し、事業所の管理者に該当する労働者3名を上限に選定・調査票配布を依頼、記入者から別々の封筒で郵送回収しているものである。2014年データの説明によると、主とするサービスに従事している従業員の中から職種別及び就業形態別に人数を指定している。このため、全国の事業所から無作為に抽出された事業所が対象ではあるが、介護保険サービス全体の中から無作為に抽出された介護職のデータではない点は、留意が必要である。

表4-14 資格別の分布（2006年データ、単位：％）

		10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
	n	38	3,275	3,762	4,234	3,830	754	23
ホームヘルパー1,2,3級(n=10,020)	10,020	0.3	15.4	22.0	29.0	26.7	6.4	0.2
介護福祉士(n=5,896)	5,896	0.2	29.4	26.4	22.5	19.6	2.0	0.0
合計	15,916	0.2	20.6	23.6	26.6	24.1	4.7	0.1

表4-15 資格別の分布（2014年データ、単位：％）

		10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
	n	27	1,436	3,162	3,256	2,929	1,139	99
介護福祉士	7,752	0.1	11.0	29.3	27.3	24.8	7.0	0.4
実務者研修	236	0.0	17.0	24.6	25.0	19.5	13.6	0.4
介護職員初任者研修	351	1.4	22.2	20.5	27.4	19.4	8.3	0.9
介護職員基礎研修	301	0.3	12.3	22.3	27.9	27.6	9.3	0.3
ホームヘルパー1級	205	0.0	4.4	16.1	19.0	30.2	27.3	2.9
ホームヘルパー2級	3,203	0.3	13.1	20.5	26.9	23.3	14.0	1.8
合計	12,048	0.2	11.9	26.3	27.0	24.3	9.5	0.8

表 4-16 全般的満足度の平均値

	観測数	平均	標準偏差	最小値	最大値
2006年データ	15,635	3.19	0.87	1	5
2014年データ	12,203	3.08	0.88	1	5

図 4-1 資格別満足の割合 (2006 年データ、単位：%)

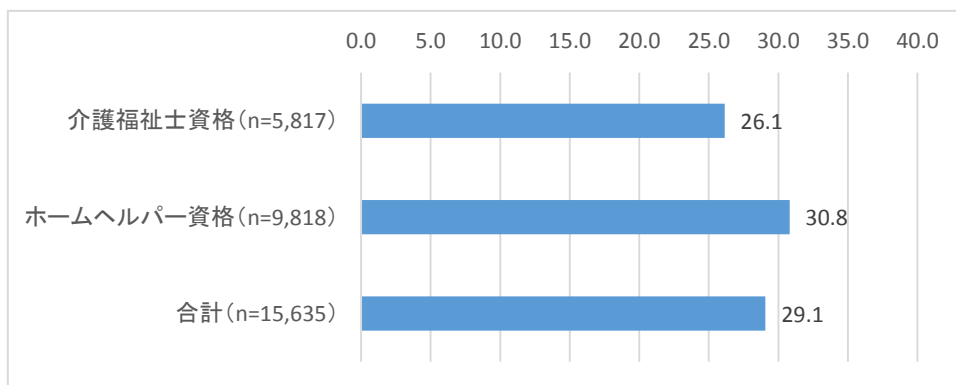
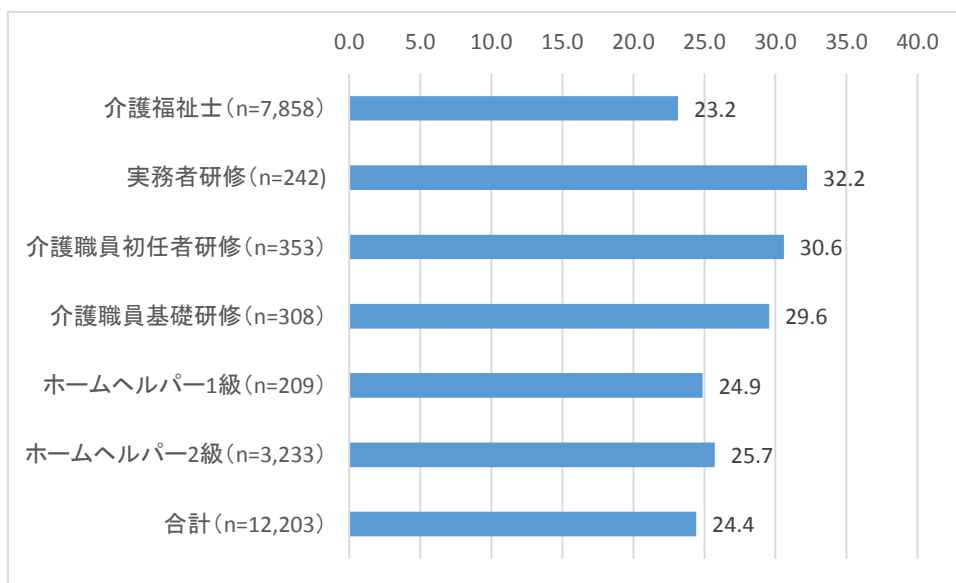


図 4-2 資格別満足割合 (2014 年データ、単位：%)



本分析では、介護の資格を有し、主な仕事が「訪問介護員」「介護職員」、2014年データでは「訪問介護員」「介護職員」「サービス提供責任者」「生活相談員」であるものを対象とし、介護の業務を直接担っていると考えられる者のみを対象とし、ケアマネジャーなどは除外することで、介護職に限定した分析とした。保有資格は、複数保有している者もいることが考えられるため、より研修時間が長いものを保有資格としている。この保有資格者の分布を見たものが、表 4-14、15 である。データの中で、介護福祉士資格保有者が増えている。その中でも 20 代は 2006 年 29.4%であったが、2014 年は 11.0%と割合が減少している。

表 4-17 就業形態別介護福祉士資格の有無別サービス類型の分布 (単位: %)

2006年データ	訪問系	通所系	入所系	合計
正規職員介護福祉士以外 (n=4,188)	39.4	25.1	35.5	100.0
正規職員介護福祉士 (n=4,399)	23.8	20.3	55.9	100.0
非正規職員介護福祉士以外 (n=4,993)	52.0	27.6	20.4	100.0
非正規職員介護福祉士 (n=1,220)	42.9	32.4	24.8	100.0
2014年データ	訪問系	通所系	入所系	
正規介護福祉士以外 (n=2,127)	34.9	36.3	28.8	100.0
正規介護福祉士 (n=5,823)	32.2	32.1	35.7	100.0
非正規介護福祉士以外 (n=2,056)	42.0	40.0	18.0	100.0
非正規介護福祉士 (n=1,837)	42.7	39.5	17.8	100.0

図 4-3 就業形態別サービス類型別介護福祉士資格の有無別満足割合 (2006年データ、単位: %)

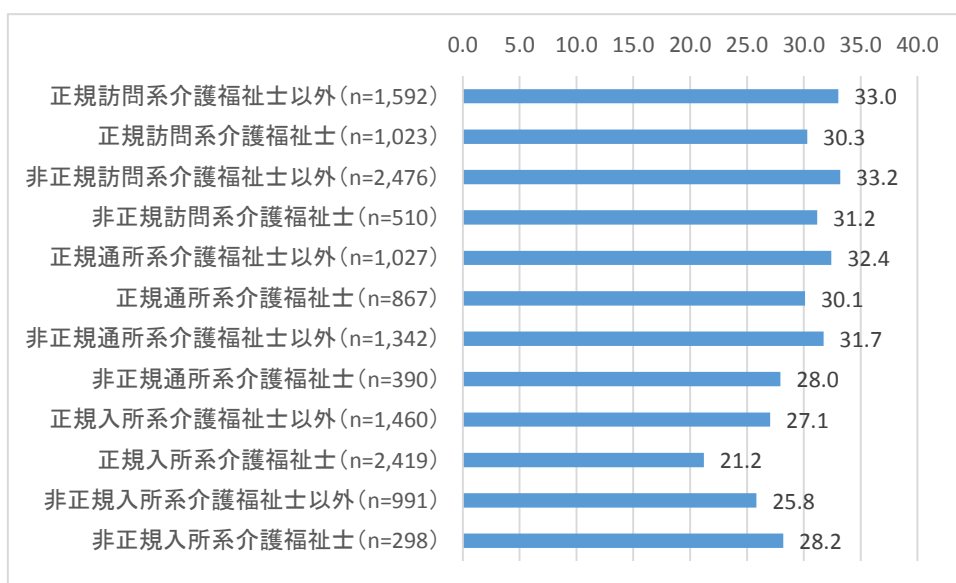


図 4-4 就業形態別サービス類型別介護福祉士資格の有無別満足割合 (2014年データ、単位: %)

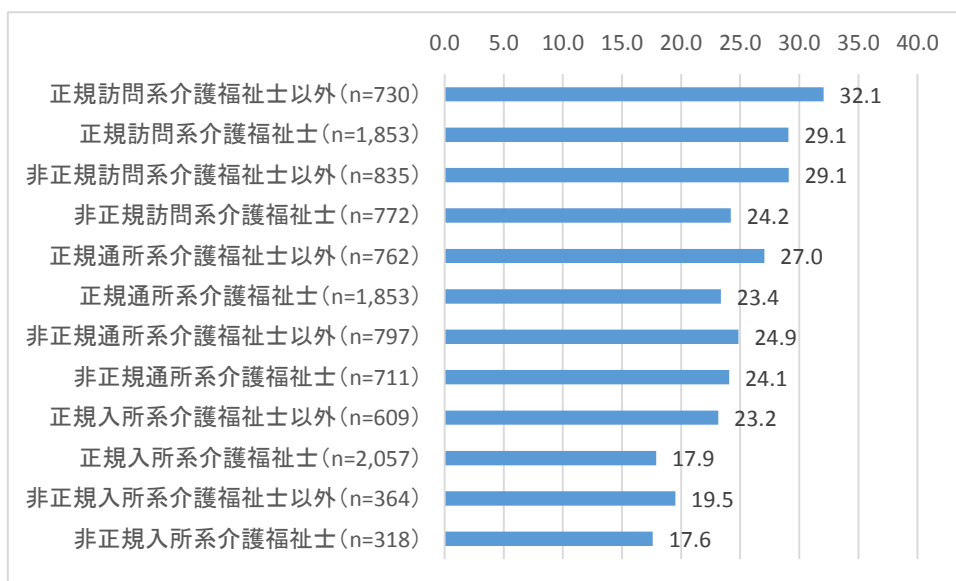


図 4-5 サービス別満足割合 (2006 年データ、単位：%)

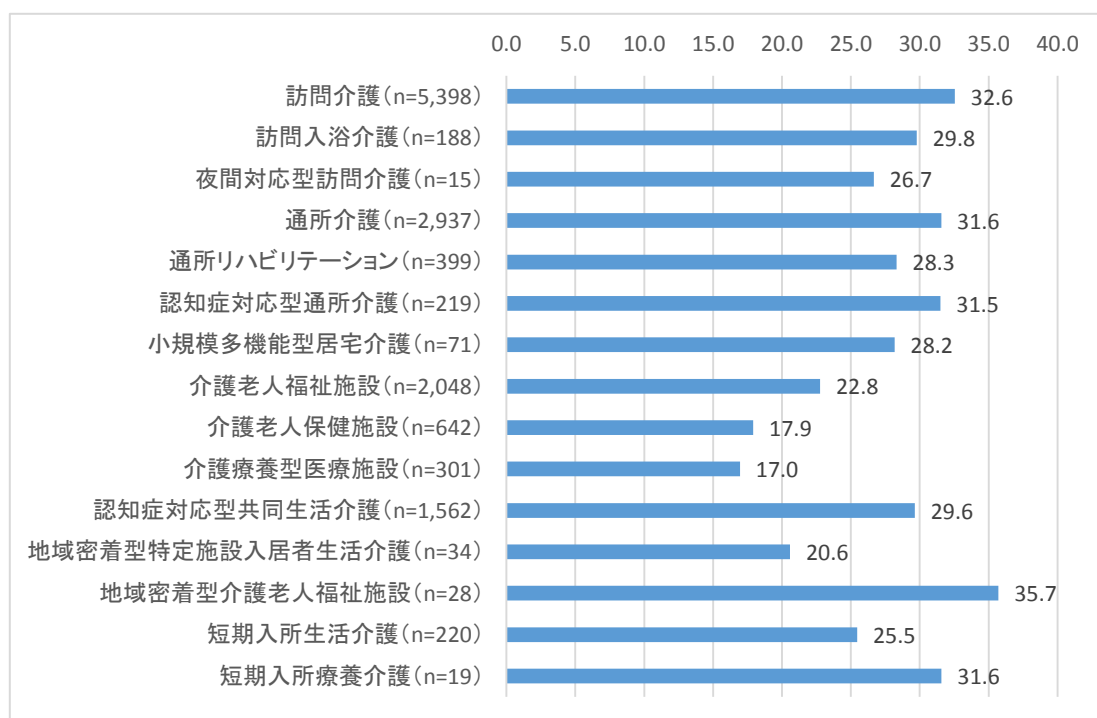


図 4-6 サービス別満足割合 (2014 年データ、単位：%)

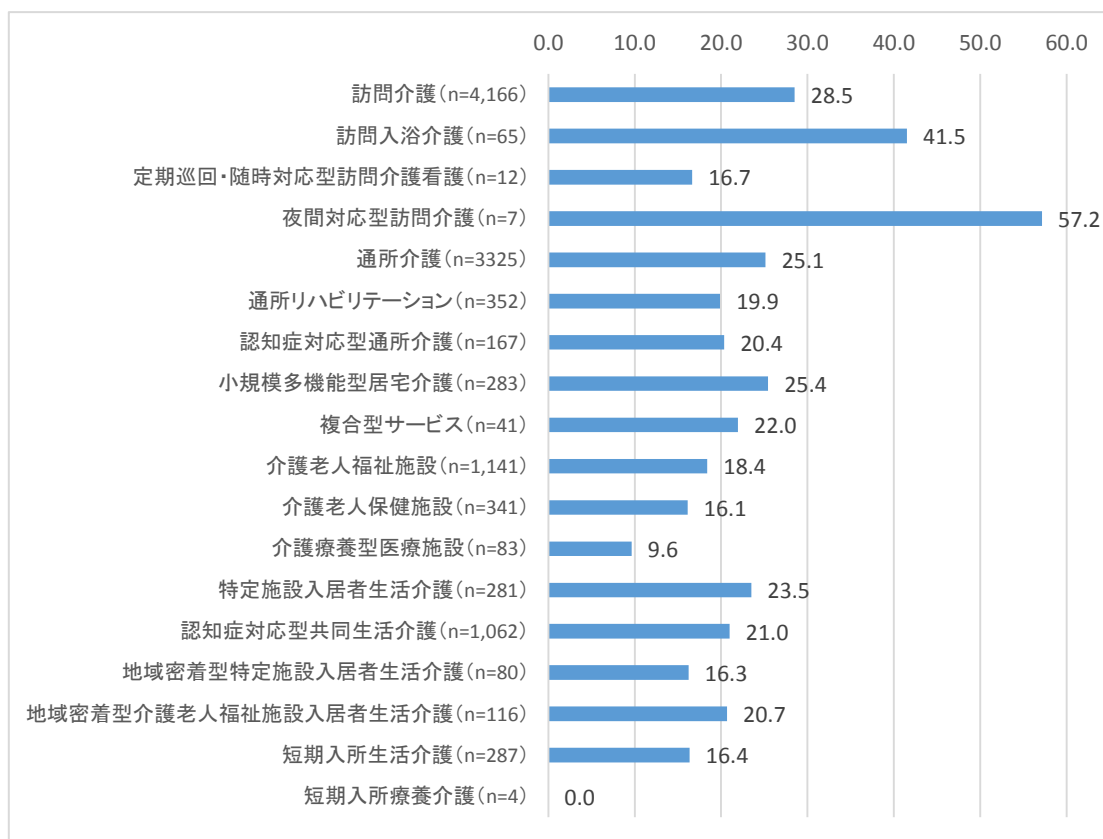
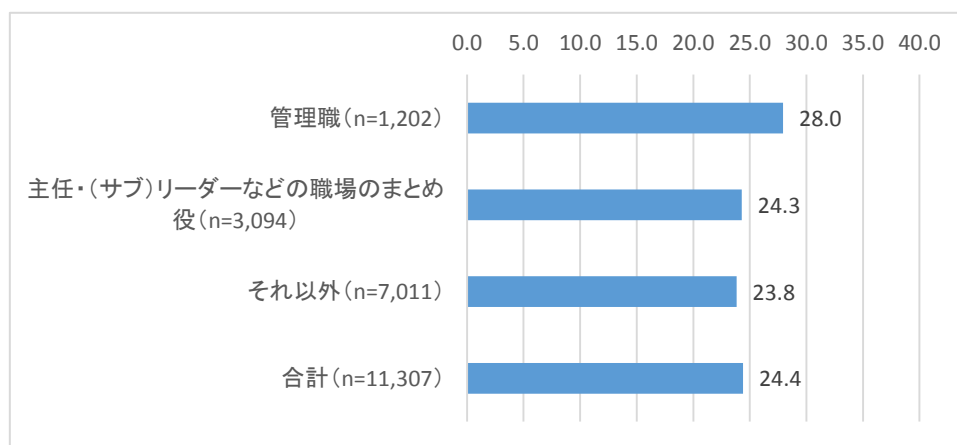


図 4-7 職位別満足割合（2014 年データ、単位：％）



ここからは、分布とともに全般的満足度の回答を確認していく。全般的満足度の平均値は、2006年 3.19 から 3.08 と低下しており、「やや満足」「満足」の割合（以下、満足割合）も、2006年 29.1%から 2014年 24.4%と低下している。このため、介護職全体としての満足度は低下している可能性がある（表 4-16、図 4-1、4-2）。資格の分布をみると、2006年、2014年共に介護福祉士資格保有者の満足割合が最も低い。

就業形態と介護福祉士資格の有無で分布を見たものが、表 4-17 である。2006年データでは、正規職員は入所系が多かったが、2014年は通所系の割合が増えている⁴⁶。2006年は正規の介護福祉士は入所系の割合が高かったが、現在は各サービス類型で同程度である。これは、介護福祉士資格取得者が増えた影響である可能性がある。非正規の介護福祉士は兩年とも訪問系の割合が高い。

本研究では、非正規ダミーを推計賃金率算出に用いたため、満足度の推計に用いていない。図 4-3、4-4 で就業形態、サービス類型、介護福祉士資格の有無別の満足割合を確認すると、兩年とも、正規・非正規の訪問系介護福祉士以外の満足割合が高い傾向が認められ、特に、正規入所系介護福祉士の低さが目立つ。2006年は 21.2%と最も低く、2014年も 17.9%と低い。2014年は非正規入所系介護福祉士が 17.6%と正規職員より更に低い状況であった。

推計では、全体の傾向を確認するためにサービス類型を用いたが、各サービス別に満足割合を見たものが図 4-5、6 である。2006年、2014年ともに施設サービスの割合は低く、介護老人福祉は、22.8%、18.4%、介護老人保健施設は 17.9%、16.1%、介護療養型医療施設

⁴⁶ ただし、2014年は地域密着型サービス増えている点留意が必要である。

図 4-8 年齢階級別満足割合 (2006 年データ、単位：%)

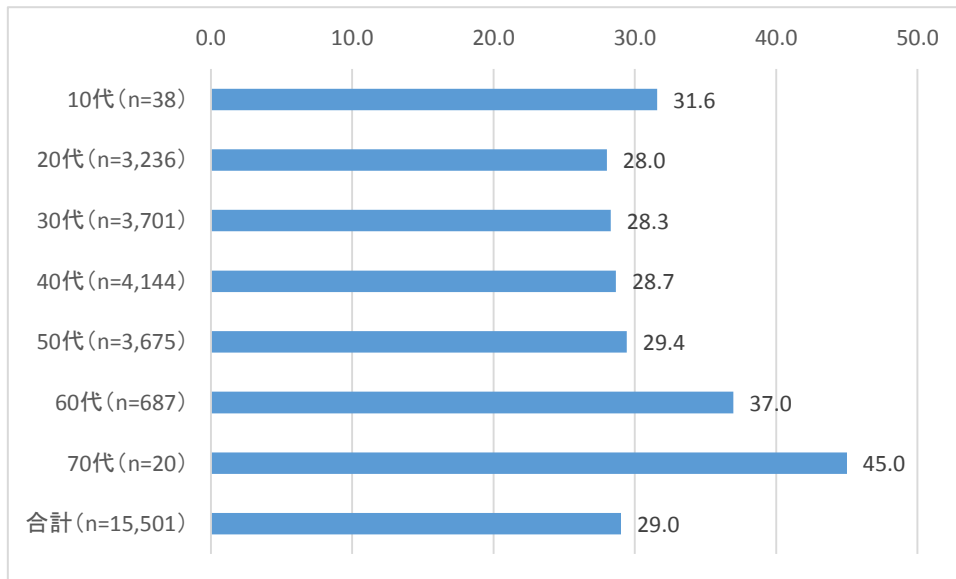


図 4-9 年齢階級別満足割合 (2014 年データ、単位：%)

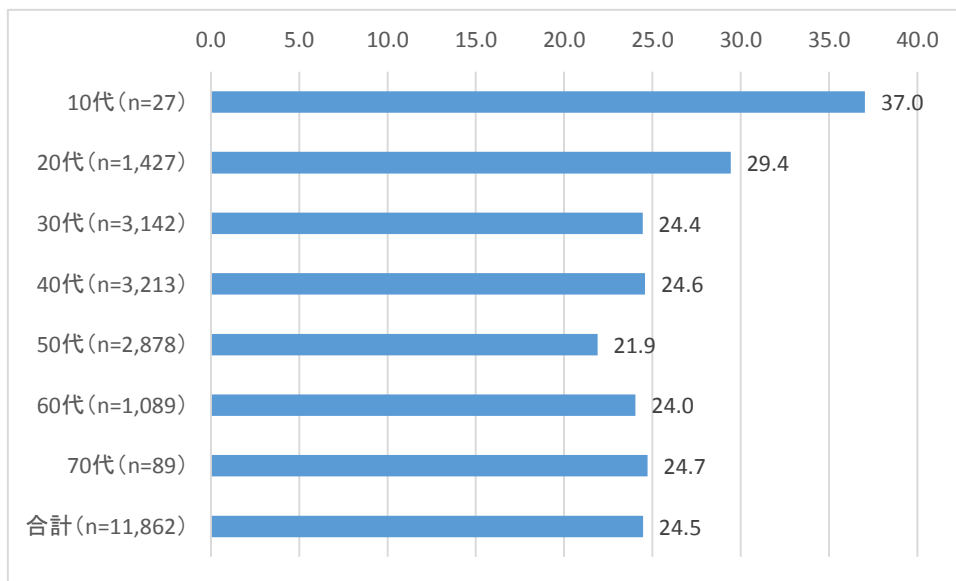


図 4-10 男女別満足割合 (2006 年データ、単位%)

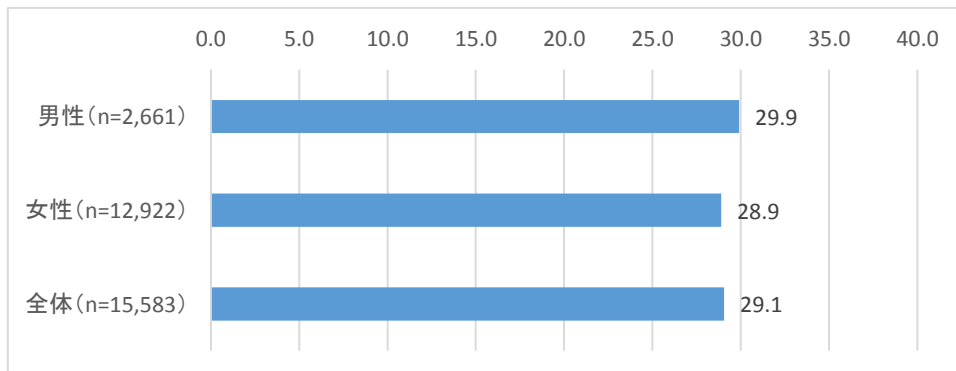
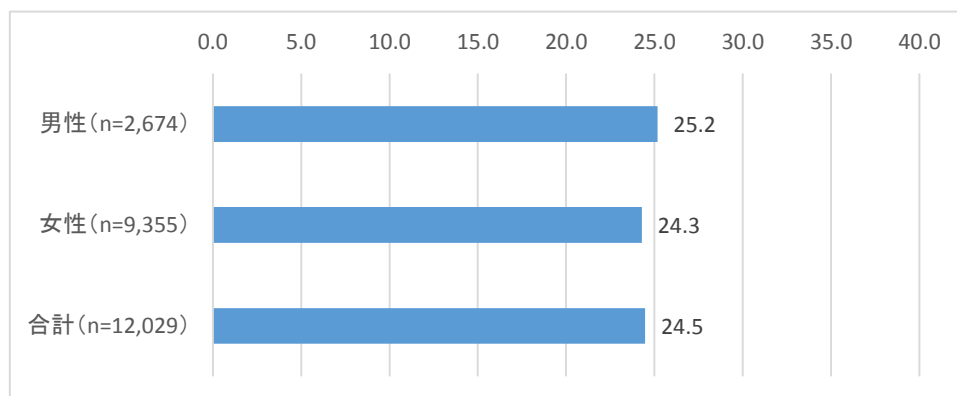


図 4-11 男女別満足割合（2014 年データ、単位：％）



は 17.0%、9.6%であった。2014 年をみると、分布は 4 人だが短期入所療養介護 0%が最も低く、地域密着型特定施設入居者生活介護 16.3%、短期入所生活介護 16.4%、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16.7%も低い割合を示している。

2014 年データには職位に関する設問があり、これを推計賃金率算出の説明変数にも用いたが、満足度の推計には用いていない。満足割合を比較すると、管理職で高い傾向が認められており、介護職において、キャリアパスが上昇することは満足度を上げる可能性があるだろう。

年齢階級をみると、2006 年では 60 代、70 代で満足割合が高い傾向が認められたが、2014 年データでは同じ傾向は認められていない。高齢者の介護職への新規参入が期待された時期もあったが、介護職のキャリアパスを評価していく現状では、高齢者にとって満足度が高い仕事から変化している可能性がある。男女では、わずかに男性の満足割合が高い結果となった。仕事の満足度は、女性で高い傾向があると言われているが、本データではそのような結果は認められなかった。

最後に、仕事の満足度、離職意向ともに有意な影響をもっていた残業時間の記述統計を示す。このデータで残業時間 0 時間のものは、2006 年は 9,935 人で 64.4%、2014 年は 6,727 人で 59.8%と 2014 年でその割合は減少している（表 4-18、19）。正規・非正規職員別残業時間階級割合をみると、2006 年、2014 年とも残業時間 0 時間が最も多いが、2006 年正規職員は 53.9%に対し、非正規職員 79.1%、2014 年は正規職員 51.4%に対し、非正規職員 77.2%と正規職員でその割合は低く、残業している割合が高い。介護福祉士資格の有無別にみると、残業が 0 時間のものは 2006 年、2014 年ともに介護福祉士資格以外の資格保有者で約 7 割、介護福祉士資格保有者で約 5 割と、介護福祉士資格保有者で少ない（表 4-20、

表 4-18 正規・非正規職員別残業時間階級割合（2006年データ、単位：％）

	正規職員(n=8,983)	非正規職員(n=6,445)	合計(n=15,428)
0時間	53.9	79.1	64.4
1時間以上10時間以下	41.9	20.1	32.8
11時間以上20時間以下	3.5	0.6	2.2
21時間以上30時間以下	0.4	0.1	0.3
31時間以上40時間以下	0.4	0.1	0.3
合計	100.0	100.0	100.0

表 4-19 正規・非正規職員別残業時間階級割合（2014年データ、単位：％）

	正規職員(n=7,572)	非正規職員(n=3,678)	合計(n=11,250)
0時間	51.4	77.2	59.8
1時間以上10時間以下	46.1	22.2	38.3
11時間以上20時間以下	2.0	0.5	1.5
21時間以上30時間以下	0.3	0.1	0.2
31時間以上50時間以下	0.2	0.0	0.2
合計	100.0	100.0	100.0

表 4-20 介護福祉士資格の有無別残業時間階級割合（2006年データ、単位：％）

	介護福祉士以外(n=6,929)	介護福祉士(n=5,706)	合計(n=15,428)
0時間	71.3	52.7	64.4
1時間以上10時間以下	26.3	43.8	32.8
11時間以上20時間以下	1.9	2.9	2.2
21時間以上30時間以下	0.3	0.3	0.3
31時間以上40時間以下	0.2	0.3	0.3
合計	100.0	100.0	100.0

表 4-21 介護福祉士資格の有無別残業時間階級割合（2014年データ、単位：％）

	介護福祉士以外(n=4,071)	介護福祉士(n=7,329)	合計(n=11,400)
0時間	70.0	54.1	59.8
1時間以上10時間以下	28.6	43.7	38.3
11時間以上20時間以下	1.0	1.8	1.5
21時間以上30時間以下	0.2	0.3	0.2
31時間以上50時間以下	0.1	0.2	0.2
合計	100.0	100.0	100.0

表 4-22 サービス類型別残業時間階級割合（2006年データ、単位：％）

	訪問系(n=5,562)	通所系(n=3,581)	入所系(n=5,086)	合計(n=14,229)
0時間	71.0	56.0	63.7	64.6
1時間以上10時間以下	26.1	41.3	34.4	32.9
11時間以上20時間以下	2.5	2.0	1.6	2.0
21時間以上30時間以下	0.2	0.5	0.1	0.2
31時間以上40時間以下	0.3	0.3	0.2	0.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

表 4-23 サービス類型別残業時間階級割合（2014年データ、単位：％）

	訪問系(n=3,919)	通所系(n=3,922)	入所系(n=3,196)	合計(n=11,037)
0時間	62.2	57.5	58.6	59.5
1時間以上10時間以下	35.8	40.5	39.7	38.6
11時間以上20時間以下	1.5	1.6	1.4	1.5
21時間以上30時間以下	0.3	0.2	0.2	0.2
31時間以上50時間以下	0.1	0.2	0.2	0.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

21)。サービス類型別では、2006年、2014年とも通所系が最も低く、0時間の割合は2006年56.0%、2014年57.5%であり、残業をしているものの割合が高い結果であった（表4-22、23）。

残業時間0時間の割合を確認したところ、2006年、2014年とも、より中心的業務をしていると考えられる正規職員、介護福祉士資格保有者で低く、サービス類型では通所系で低いという結果であった。

3.2 2006年推計と2014年推計結果の比較と考察

3.2.1 相談できる管理者・相談窓口の設置、残業時間短縮のプラス効果、夜勤のマイナス効果

2006年、2014年推計とも、仕事上のセクハラ、暴力等を経験した場合に相談できる管理者がいること、もしくは相談窓口があることはすべての満足度を増加させていた。

2006年データ、2014年データ、即ち『介護労働実態調査』の労働者対象の調査「介護労働者の就業実態と就業意識調査」調査票の結果をみると、「暴力」を受けた割合は2006年6.5%、2014年14.4%、「暴言（直接的な言葉の暴力）」16.1%、26.0%であり、2014年で割合が増えている。このような中、相談体制の重要度は増加していると考えられる。2014年の報告書では、管理者が「いる」と回答した者は78.7%、「いない」7.1%であるが「わからない」11.1%である。また相談窓口が「ある」は55.0%、「ない」19.0%、「わからない」21.3%である。まずは相談窓口を設置し、その存在を伝えることは、各事業所で取り組むことができる満足度向上の対策になるだろう。

残業時間は2006年推計の内的満足度を除き、他の満足度を低下させる効果を持っていた。2006年に比べ、様々な連携に加算が付くようになり、介護実働以外の業務も増えている。このような中であって、労働時間の管理はより重要であると考え。残業時間を減少させる努力は、今後も必要と考える。

深夜勤務があることは、すべての仕事の満足度を引き下げていた。厳しい夜勤体制を緩和できる人員配置が望まれる。

3.2.2 介護福祉士のマイナス効果

人的資本変数をみると、「介護福祉士」であることは、2006年推計では労働条件満足度、内的満足度、全般的満足度を低下させる効果を持ち、2014年推計では勤務条件満足度、キ

表 4-24 職位別介護福祉士の割合（2014 年データ）

		介護福祉士の割合
管理職	n=1222	81.1
主任、（サブ）リーダーなどの職場のまとめ役	n=3122	82.4
上記以外	n=7136	53.6
	n=11480	64.4

キャリア満足度、全般的満足度を低下させる効果があった。長期見通し満足度が有意な効果を認めない点も、2006 年と同様であった。

介護福祉士資格の賃金上昇効果は、2006 年から 2014 年で大きな変化はなく 5%程度で、2014 年データで職位ダミーを入れた場合主任は 6.5%、管理職は 12.2%それ以外の者に比べ賃金を上昇させる効果があった。介護福祉士の割合をみると、全体では 64.4%であるのに対し、管理職割合を見ると約 8 割となる（表 4-24）。管理的役割という立場で、介護福祉士が活躍している実情があり、介護福祉士の役割として定着しつつある。

介護福祉士になるための実務経験ルートでは、実務経験 3 年で国家試験を受験できた。実務者研修を受けて国家試験を受けることが必須になったのは平成 28 年度であり、2014 年データの時点では実務経験のみで受験可能である。また、養成校ルートで国家試験受験が必須となるのは平成 34 年まで延期されている。喀痰吸引や経管栄養は、介護福祉士以外の介護職も研修を受講し実施することが可能であり、介護職の業務可能範囲が増え、ケアの専門性拡大にはつながったが、介護福祉士としての専門性拡大とはいえない。そして、認定介護福祉士は認定が開始されたが、介護保険上特別な業務が可能になる資格とはなっていない。介護福祉士を管理者、主任として活用するだけではなく、今後専門性の議論は継続して行うべきであろう。

日本介護福祉士会は、平成 26 年に介護福祉士の専門性とは、「利用者の生活をより良い方向へ変化させるために、根拠に基づいた介護の実践とともに環境を整備することができること」と示した⁴⁷。これには実践のみではなく研究の蓄積も必要である。その中からより専門的なアセスメント、介護等看護や社会福祉とも異なる専門性を示すことが可能かもしれない。

⁴⁷ 公益社団法人日本介護福祉士会ホームページ <http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/senmon.php> 介護福祉士の専門性（2017 年 9 月 18 日確認）

3.2.3 通所系、入所系のマイナス効果、大規模化のプラス効果

2014年推計では、訪問系に比べ、通所系、入所系サービス類型であることは満足度を低下させる効果を持っていた。入所系のマイナス効果は、2006年にも認められた。しかし通所系は、2014年データでは内的満足度と全般的満足度を高める効果を持っていた。

2006年から2014年の間に生じた大きい変化には、通所介護の時間区分変更がある⁴⁸。平成24(2012)年改定で、それ以前までは(1)3時間以上4時間未満、(2)4時間以上6時間未満、(3)6時間以上8時間未満の区分であったが、(1)3時間以上5時間未満、(2)5時間以上7時間未満、(3)7時間以上9時間未満の区分となっている。通所介護のこの算定時間に送迎時間は含まれていない。このため、送迎はこの時間外に行うことになる。平成24年改定以前は、(3)6時間以上8時間未満で、6.5時間預かり送迎を行うことで8時間勤務ができていたが、現在は(3)7時間以上9時間未満で7.5時間預かると、8時間勤務では収まらず、残業が状態化してしまう。これが大規模事業所であれば、シフトで早番と遅番を組むことができるが、小規模事業所では困難である。このような法改正の影響が、満足度の低下に影響している可能性があるだろう。しかし、この時間区分の変更は通所リハビリテーションでは行われていない。この変更は通所系全体の傾向とはいえないが、2016年データの約8割は働いている事業所の主な介護サービスの種類が通所介護であるため、この通所介護の影響が大きいと考えられる。

送迎に対する評価も変化している。平成15(2003)年改定までは、利用者に対して送迎を行う場合片道47単位加算が算定できていた。しかし平成18(2006)年の改定からは項目が削除され、平成28(2006)年改定からは送迎を行わない場合、片道47単位の減算となっている。この送迎に対する評価のあり方も、仕事の満足度に影響している可能性があるだろう。

介護保険サービス事業所で最も事業所数の多いのは、通所介護である(図2-12)⁴⁹。家族介護者が休息を取ったり、ひとり暮らし高齢者の健康を維持することに重要な役割を果たしている通所介護だが、その目的の「機能訓練」が十分に行われない通所介護に対する批判もあり、そのあり方が検討されている(三菱東京UFJリサーチ&コンサルティング

⁴⁸介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版の一部修正)(平成24年3月26日事務連絡)資料1 介護報酬の算定構造 参照。

⁴⁹年々増えていた通所介護事業所数は、平成27(2005)年の制度改正で介護報酬が減額となり、また要支援1、2を総合事業に移行することになったため、平成28年度事業所数が初めて減少に転じている。

表 4-25 介護職の暴力等仕事上の経験割合（介護サービス別）

介護サービス	観測数	暴力	暴言（直接的な言葉の暴力）	セクハラ（性的嫌がらせ）
訪問介護	n=4245	6.7	23.6	9.4
通所介護	n=3374	13.0	22.5	11.3
認知症対応型共同生活介護	n=1074	29.2	39.4	6.7
介護老人福祉施設	n=1158	39.2	42.2	11.1

2014)。しかし、サービス提供体制についての検討は十分に行われていない。入所系、通所系共に、サービス提供体制を検討する必要があるだろう。

介護職のみに限定している 2014 年データで、1000 人以上の分布があるサービスに限定し、過去 1 年間に仕事に利用者からのセクハラ、暴力、暴言を経験した割合を示したものが表 4-25 である。暴力、暴言は介護老人福祉施設が、セクハラは通所介護が最も多い。暴力や暴言が介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護で多いが、これらの施設は、家族と暮らすことや、ひとりで生活することが難しくなり入所、入居していると考えられ、認知症や高次脳機能障害などから問題行動が見られていることも考えられる。このような問題が起きないように対応することも必要であるが、余裕を持った人員配置で、問題行動のある利用者には複数名で対応できる体制が望まれる。

2006 年の仕事の満足度の推計では、小規模であるほうが満足度を高める傾向にあったが、2014 年の推計では、大規模であるほうが満足度を高める傾向があった。2006 年当時と比べ、2014 年は大規模のメリットを生かし、研修体制の整備や休暇の取得しやすさなどが生まれたのかもしれない。

3.2.4 推計賃金率の効果

推計賃金率の上昇は 2006 年データでは長期見通し満足度、内的満足度、全般的満足度を高め、離職意向を低下させる効果をもち、2014 年データでは、キャリア満足度を高めたため、賃金率の上昇もやはり重要であるだろう。しかし、2014 年は勤務条件満足度を低下させる効果を持っていた。これは勤務体制や労働時間が厳しい条件で賃金が高く、そのことが満足度を低下させた可能性があるだろう。

4 小括

最後に結果を整理し、介護職定着への政策、人事管理への含意を述べる。

本章では、介護職がなぜ離職するのか、賃金と仕事の満足度、離職意向を推計し分析した。分析の結果、介護福祉士は、他の介護資格保有者よりもやや賃金が高いものの有意に満足度が低いという点で、上位資格のはずの介護福祉士に課題が大きいことが見出された。政策としては、上位資格を評価していくような報酬体系の継続や介護福祉士配置の義務付け、介護福祉士の専門性を明確にしていくことが必要と考える。喀痰吸引等は、研修を受講すれば介護福祉士以外も実施が可能であり、現状では資格で差別化できる状況にない。しかし、管理的立場にある介護福祉士は多く、キャリアパスの施策は介護福祉士の職位を上げることには効果を上げている可能性があり、このことを介して賃金を上昇させている。一方、賃金における勤続、経験の評価は乏しいままであった。

労働環境では、相談できる管理者や窓口の存在のプラス効果が頑健に認められ、サポートの重要性が伺えた。職場の人事管理のあり方としては、相談窓口設置などのサポート体制整備とその周知、管理者研修の受講推進を行うことがまず必要であろう。そして、残業時間減少の取り組みは、政策と職場の人事管理、両側面からのアプローチが必要と思われる。これらの要因を分析し、対策を練ることが望まれる。深夜勤務があることは、仕事の満足度を減少させる効果を持っていた。夜勤体制については、夜勤明けの勤務のカウント方法により、実質の休日が少なくなったり、休憩が規定通りに取れないことがストレスになっているという報告がある（古川 2015）。夜勤体制については、今後見直しが必要と考える。

推計賃金率は勤務条件満足度を引き下げる効果が認められたが、これは勤務体制や労働条件の満足度が低い場合に賃金が高いということを反映しているのかもしれない。それ以外の仕事の満足度については有意な影響が認められない、もしくは満足度を高める効果が認められ、離職意向を引き下げる効果を持っていたため、賃金は定着に重要な要素であると考えられ、介護職の賃金を引き下げる施策は介護人材の確保のためには実施すべきでないだろう。

平成 18（2006）年と平成 26（2014）年のデータで全般的満足度を比較したところ、平成 26（2014）年は 5 段階中 0.11 低下、満足割合は 4.7%低下しており、満足度は低下傾向にある。満足度の推計で説明変数に用いていない職位では、管理職で満足割合が高い傾向が認められ、キャリアパスが上昇することは、満足度を上げる可能性があると考えられる。就業形態も説明変数に用いていないため確認したところ、就業形態・サービス類型・介護福祉士資格の有無では、正規入所系介護福祉士が両年ともに満足割合が低い傾向が認められ、入所系で中核的に働く労働者に課題があることが示唆された。また、満足度の推計では、訪問系

に比べ通所系でマイナスの効果が認められるようになっており、制度改正による働きにくさの影響が生じていると考えられた。残業時間 0 時間の割合をみると、両年ともに約 6 割で、就業形態では正規職員、介護福祉士資格保有の有無では介護福祉士資格保有者、サービス類型では通所系で低い傾向にあった。今後なぜ残業が生じるのか、各業務で検討する必要があるだろう。

5章 家族介護者の就業に関する実証分析

2章で示した高齢者介護・自立システム研究会報告書では、「在宅ケアにおいて家族が果たす役割は極めて大きい一方で、過度に依存し過重な負担を家族が負うようなことがあってはならない」と記されており、介護保険制度全体では在宅ケアの拡充が行われてきた。一方、要介護度により決定される介護サービスの適用範囲である区分支給限度基準額に大きな変更はなく、家族に対する現物給付はない。

日本では、親と同居の壮年未婚者が多いことが報告されており⁵⁰、本章が使用する平成22年『国民生活基礎調査』匿名データでは、35～59歳の未婚割合は男性20.0%、女性11.5%で、そのうち男性60.3%、女性63.1%というかなり高い割合の者が親と同居している⁵¹。つまり、多くの未婚男女が介護者予備軍であり、今後増えていくことが予想される。しかし、未婚子の介護にテーマを絞った分析はまだ少数である。本章では、『国民生活基礎調査』の匿名データを用いて、まずは1節で誰が介護を担っているのかを示し、介護における子の役割を確認した上で、介護が必要な親との同居が未婚子でも就業を抑制するのか、また介護保険は彼らの離職を抑制する効果を持つのかどうかを2節で分析する。そして3節で既婚者の分析も行い、未婚の子の親介護との比較を行う。4節は小括である。

1 データからみる介護世帯の状況

1.1 『国民生活基礎調査』匿名データの概要

厚生労働省『国民生活基礎調査』は、日本の在宅介護世帯の全体像が分かる貴重な調査である。このため、規模の小さいデータではなかなかとらえられない、発生率の低い未婚子による親介護も分析できる。この調査は平成23(2011)年から匿名データとして一般の個票の研究利用が、申請により可能となったところである。本研究で分析するのは、世帯票・健康票が連結された平成19年、平成22年『国民生活基礎調査』匿名データAである。サンプルサイズは平成19年37676世帯98789人、平成22年36387世帯93730人である。匿名データでは、個人が特定されないよう秘匿処置が講じられており、介護に関しては「手助

⁵⁰ 総務省統計研究所西文彦「親と同居の壮年未婚者 2014」

⁵¹ 世帯構造のうち、「夫婦と未婚の子のみの世帯」「ひとり親と未婚の子のみの世帯」「三世帯世帯」に属する未婚の子の割合を示した。

けや見守りを要する者」⁵²が2人以上いる世帯は除外されている。

『国民生活基礎調査』は世帯番号、世帯員番号が付与され、その上で個人についての情報が得られる。このため、手助けや見守りが必要な者が世帯内にいるかどうかという情報を用い、介護が必要なものと同居していることをもって家族介護者であるとし、他の世帯員の就業に与える影響を分析する⁵³。本章ではこの世帯を「介護世帯」とする。

1.2 主たる介護者の続柄と世帯構造

匿名データでは、主な介護者を特定することはできない⁵⁴が、手助けや見守りが必要な者からみた続柄を知ることができる。ここでは「子」がどの程度主に介護役割を担っているかを確認する。平成22(2010)年匿名データを用いて、同居、別居を含めた主たる介護者を続柄別に度数でみたものが図5-1である。すると、続柄では「子」が最も多くなっていることがわかった。なお図には示していないが、平成19(2007)年匿名データでは主たる介護者は「配偶者」が最も多かった。図5-1には主たる介護者別にその属する世帯構造をも記述してある。「子」が主たる介護者の場合、「夫婦のみの世帯」「夫婦と未婚の子のみの世帯」は少なく、多いのはひとり親を以て介護する「単独世帯」、同居では「ひとり親と未婚の子のみの世帯」、「三世帯世帯」、「その他の世帯」である。一方、夫婦が同居している世帯では「配偶者」が主な介護の担い手であり、そうした「配偶者」による介護が最も多いのは「夫婦のみの世帯」461人、次いで「夫婦と未婚の子のみの世帯」190人である。

「単独世帯」に着目すると、「事業者」238人、「別居の子ども」228人が多く、子どもが以て介護をしていることがわかる。なお、本データでは、「見守りが必要な者」によって「介護世帯」を定義づけている。ただしこの定義であると、調査票の定義から「6歳以上で障害等のために見守りが必要な者」が含まれている。このためもあり、「父母」が主な見守り者という世帯をみると、「夫婦と未婚の子のみの世帯」に属する者が多いと考えられる。

⁵² 世帯票では「6歳以上の方」について、「手助けや見守りを必要としていますか」との設問に対し、「手助けや見守りを 1 必要としている 2 必要としない」との回答がある。

⁵³ 国民生活基礎調査では、世帯員に旅行などで一時的(3カ月以内)に世帯を離れている人、入院・入所している人(住民登録を施設に移地している人は除く)、船員など就業場所を移動している人を含んでいる。

⁵⁴ 世帯票には「主に手助けや見守りをしている方の状況」に関する設問があり、性、同居の状況と、同居している場合は世帯員番号に関する回答欄がある。しかし匿名データでは、世帯員番号はデータとして提供されていない。また、「手助けや見守りを必要とする人からみた続柄」に関する設問がある。

図 5-1 主たる介護者別世帯構造分布(n=3438、2010 年)

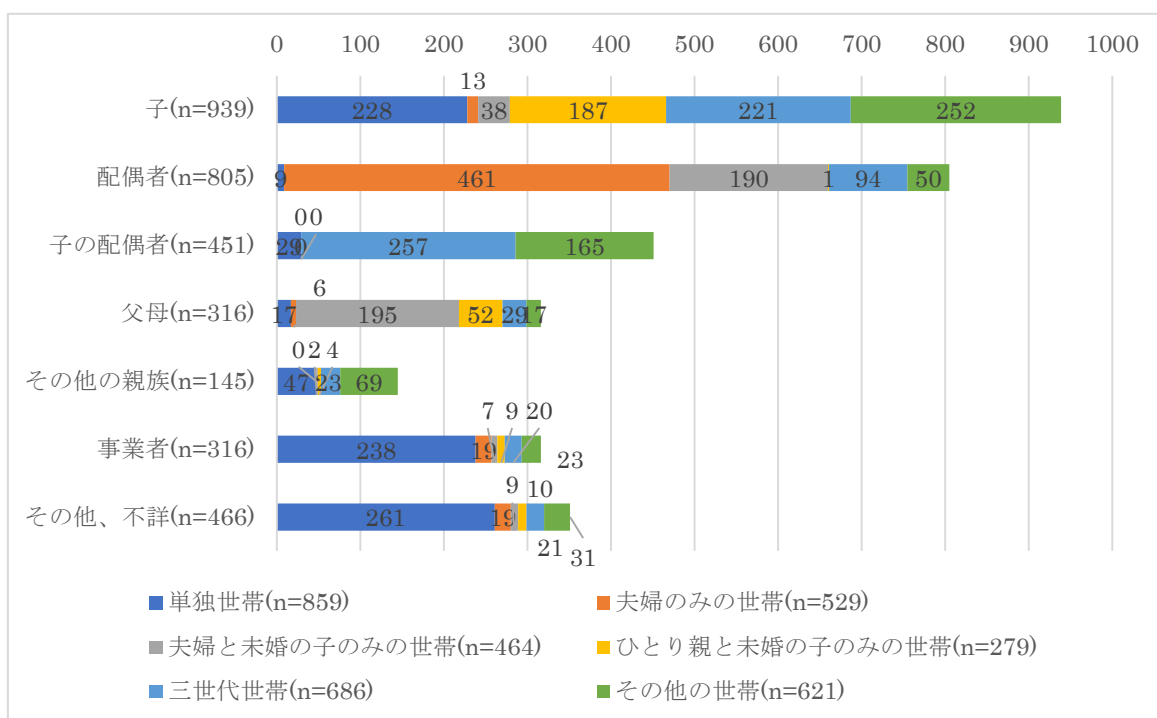
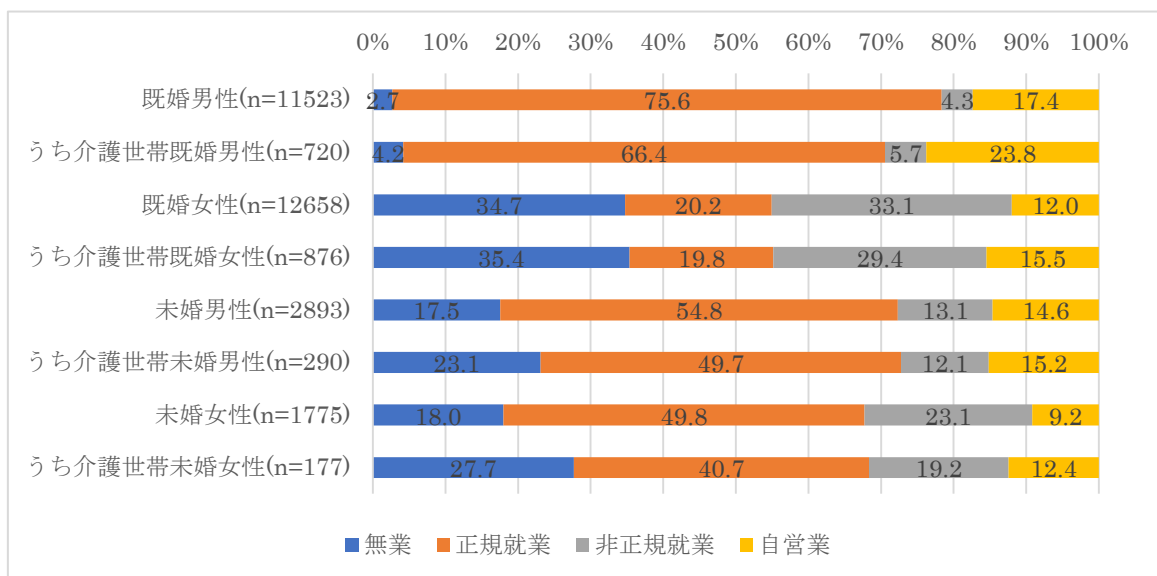


図 5-2 男女別既婚未婚別就業形態の分布 (35~59 歳、2010 年)



注：手助けや見守りを必要とする者は除外

1.3 未婚子の就業

本章では就業について分析するため、35歳以上で、退職年齢前の59歳以下の未婚子を対象とする。平成22(2010)年匿名データAでは、35～59歳の未婚男女のうち手助けや見守りが必要な者がいる介護世帯に属する割合は、男性10.1%、女性10.9%と1割を占め、また子が主たる介護者の世帯は男性4.3%、女性5.2%であり、男女で大きな差は認められない。

未婚者の就業状況と介護が必要な者との同居には関連があるだろうか。男女別、既婚未婚別に全体と手助けや見守りを必要とする者がいる介護世帯の就業形態⁵⁵分布を比較したものが図5-2である。まず全体をみると未婚男女は既婚男女に比べ就業状態の男女差は大きくはない。しかし介護世帯の未婚者では無業割合が男性で5.6%、女性で9.7%とかなり増加することがわかる。一方既婚男性をみると、介護世帯では正規就業が9.2%減少するが無業割合に大きな変化はなく、既婚女性では3人に1人がそもそも無業だが、それは介護世帯かどうかで大きな差は認められない。介護世帯の未婚子で無業割合が高まるが、就業が期待される年齢の者が無業でいることは、年金を受給している親が死亡した後貧困に陥るリスクが高いと考えられる。介護保険が無業をどの程度抑制するかは重要な論点といえるだろう。

2 未婚の子の就業と親介護

2.1 分析モデル

Becker(1965)の提唱した家庭内生産モデルでは、家庭は財および時間を投入することにより家庭内生産物を生産し、家庭内生産物により家庭の効用を最大にするように、市場財に対する需要関数および家事・余暇時間、市場労働供給の水準をそれぞれ同時に決定すると仮定している。このモデルでは、利用可能な時間を家庭内の生産活動時間と家庭外での賃金労働にどのように配分するのか、また家庭内での生産活動と賃金労働を家族でどのように

⁵⁵ 仕事の状況を尋ねた設問の回答が「仕事なし」の者は無業、「勤めか自営かの別」の設問で、「自営業主(雇人あり)」「自営業主(雇人なし)」「家族従業者」「内職」「その他」は自営業主、「会社・団体等の役員」は正規雇用とした。また、「一般常雇者(契約期間が1年以上又は雇用期間の定めのない者)」「1年以上1年未満の契約雇用者」「日々又は1月未満の契約の雇用者」のうち、「勤め先での呼称」が「正規の職員・従業員」を正規雇用、「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員・嘱託」「その他」を非正規雇用とした。

分担するのかを分析できる。介護が必要な親がいることの時間的、金銭的成本が高ければ、労働時間を減少させ、自ら介護という家庭内生産を行う可能性がある。この時間が長くなれば、離職に至るであろう。

本節では現在まで分析が十分に行われていない未婚子を、ジェンダーを考慮して男女別に分析する。年齢は就業が期待される35～59歳に限定し、本人自身は見守りや手助けが必要ないものを対象とする。更に「子」という属性に着目するため、65歳以上のものと同居し、世帯に続柄が「世帯主の親」または世帯主の「子」がいる場合を親と同居の世帯とした。この世帯は「夫婦と未婚の子のみの世帯」「ひとり親と未婚の子のみの世帯」に加え、「三世代世帯」「その他の世帯」の大部分を対象としている。加えて、「ひとり親と未婚の子のみの世帯」に限定した推計も行う。これは未婚子以外の同居家族員の介護の影響を除くためである。被説明変数は就業を1、非就業を0とする2値の就業状態とするため、ロジットモデルにて推計する。

ここでは平成19年、平成22年2年分のデータを合わせて分析する。両年で介護保険に変化が大きいとすれば両年のデータをプールするのはふさわしくはない。しかし介護保険制度は現在までに何度か見直しが行われているものの、調査が行われた平成19年、平成22年の間に大きな変化はないため、介護保険の影響は同等と仮定した⁵⁶。データの接合は出現率の低い未婚子と親同居の標本数を増やすためであり、標本数が大きくなることで検定力は高まると考え接合した。

本分析の関心の1つは、家族介護というインフォーマルケアと、介護保険サービスというフォーマルケアが労働供給行動に与える影響である。説明変数には、年齢は5歳階級値ダミーを使用する。符号の予測は、高齢になるほど引退が増えるため負の符号を示すと考える。本人の健康状態も就業に影響するため、「健康状態はいかがですか」の回答のうち「よくない」を1、「あまりよくない」を2、「ふつう」を3、「まあよい」を4、「よい」を5とし主観的健康観変数として使用する。健康は良好であれば就業能力も高まるため符号は正と考える。世帯変数のうち、資産に関連するものとして、住居が持家の場合を1、異なる場合を0とする持家ダミーを用いる。持ち家は引退年齢であれば、所得効果を通じて離職をうなが

⁵⁶ なお介護保険の大きい変化としては平成17（2005）年の予防重視型システムへの転換、平成18（2006）年の地域密着型介護サービスの創設、平成24（2012）年の地域包括ケアシステムの施行、複合型サービスの創設、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設などがある。

表 5-1 記述統計量 (65 歳以上のものと同居、35~59 歳、未婚)

	未婚男性、親と同居の世帯					未婚男性ひとり親と未婚の子のみの世帯				
	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
就業	2663	0.760	0.427	0	1	1023	0.710	0.454	0	1
35~39歳	2663	0.347	0.476	0	1	1023	0.173	0.378	0	1
40~44歳	2663	0.255	0.436	0	1	1023	0.214	0.410	0	1
45~49歳	2663	0.191	0.393	0	1	1023	0.255	0.436	0	1
50~54歳	2663	0.131	0.337	0	1	1023	0.211	0.408	0	1
55~59歳	2663	0.076	0.265	0	1	1023	0.147	0.354	0	1
主観的健康観	2663	3.403	0.955	1	5	1023	3.290	0.939	1	5
持家	2663	0.867	0.340	0	1	1023	0.795	0.404	0	1
世帯人数	2663	2.981	0.899	2	7	1023	0.795	0.404	0	1
自立	2663	0.832	0.374	0	1	1023	0.821	0.383	0	1
生活自立	2663	0.047	0.211	0	1	1023	0.058	0.233	0	1
準寝たきり	2663	0.065	0.246	0	1	1023	0.077	0.267	0	1
寝たきり	2663	0.057	0.231	0	1	1023	0.044	0.205	0	1
要介護認定	2663	0.090	0.287	0	1	1023	0.090	0.286	0	1
	未婚女性、親と同居の世帯					未婚女性、ひとり親と未婚の子のみの世帯				
	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
就業	1695	0.716	0.451	0	1	598	0.662	0.473	0	1
35~39歳	1695	0.385	0.487	0	1	598	0.212	0.409	0	1
40~44歳	1695	0.270	0.444	0	1	598	0.258	0.438	0	1
45~49歳	1695	0.172	0.378	0	1	598	0.226	0.418	0	1
50~54歳	1695	0.101	0.301	0	1	598	0.166	0.372	0	1
55~59歳	1695	0.072	0.259	0	1	598	0.139	0.346	0	1
主観的健康観	1695	3.365	0.932	1	5	598	3.318	0.922	1	5
持家	1695	0.886	0.318	0	1	598	0.803	0.398	0	1
世帯人数	1695	3.113	0.986	2	7	598	2.343	0.577	2	5
自立	1695	0.827	0.378	0	1	598	0.814	0.389	0	1
生活自立	1695	0.043	0.203	0	1	598	0.052	0.222	0	1
準寝たきり	1695	0.067	0.251	0	1	598	0.079	0.269	0	1
寝たきり	1695	0.063	0.242	0	1	598	0.055	0.229	0	1
要介護認定	1695	0.090	0.287	0	1	598	0.095	0.294	0	1

す効果も考えられるものの、現役であればむしろ稼得能力があるために家を持てるという関係性であるかもしれない。いずれにせよ世帯全体の持つ資産を表すコントロール変数とする。世帯人数が多ければ未婚子は他のメンバーと家事や介護を分業できるため働きやすいと考え符号は正を予想した。介護される者の介護の必要度は日常生活自立度により判別する。見守りや手助けを必要とする者がいない場合は「自立」とし、必要とする者がいる場合は、「障害高齢者の日常生活自立度」を用いて「生活自立」、「準寝たきり」、「寝たきり」に分類した⁵⁷。自立度が低ければ、介護量が増えインフォーマルケアの必要性が増すため、

⁵⁷ 「障害高齢者の日常生活自立度」は、要介護認定の認定調査や主治医意見書で用いられる。この指標が設問に含まれているため、本研究ではこれを介護必要度の代替変数とす

「自立」と比べ負の符号を示すと考える。介護保険の利用の代替変数として、要介護認定を受けている場合を1、受けていない場合を0とする要介護認定ダミーを用いる。フォーマルケアの利用は、インフォーマルケアの負担を軽減し就業を促進すると考えるため、符号の予測は正である。

ここでは次のような回帰モデルを考える。

$$y_i^* = \beta_0 + \sum_{j=1}^k \beta_j x_{ij} + u_i$$

β はパラメータ、 x_{ij} はサンプル i における j 番目の説明変数 ($j=1, 2, \dots, k$)、 u は誤差項とする。 y^* は観測されない潜在変数である。ここで観察するのは次のように定義されたダミー変数 y_i である。

$$y_i = \begin{cases} 1 \text{ 就業} & y_i^* > 0 \\ 0 \text{ 非就業} & \text{その他} \end{cases}$$

記述統計量は表 5-1 のとおりである。

2.2 就業関数の推計結果

表 5-2 に推計結果を示す。未婚の男性、女性とも 35~39 歳に比べ加齢が進むと就業確率を抑制する効果が見られ、また、男性、親と同居の女性では、主観的健康感が高くなるほど、また持ち家という資産を持つことは持たないことに比べ、就業確率を高める有意な効果があった。世帯人数の増加は、親と同居している世帯全体で推計した場合は、男性で就業確率を高める有意な効果が認められた。しかし、女性、ひとり親と同居の男性では、就業確率を高める効果を示したが有意ではなく、家事介護等を担ってくれる他の家族員がいることで期待される就業促進効果は、認められていない。

る。判定の基準は、「生活自立 (ランク J)」が何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する、「準寝たきり (ランク A)」が屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない、「寝たきり (ランク B)」が屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上で生活が主体であるが座位を保つ、「寝たきり (ランク C)」が1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する、である。なお、本調査には、認知症高齢者に関する日常生活自立度の設問はない。

表 5-2 就業関数の推計結果（ロジットモデル、未婚、35～59歳）

	未婚男性				未婚女性			
	親と同居の世帯		ひとり親と未婚の子のみの世帯		親と同居の世帯		ひとり親と未婚の子のみの世帯	
	係数	z値	係数	z値	係数	z値	係数	z値
年齢階級（ベース：35～39歳）								
40～44歳	-0.013	-0.11	-0.393	-1.6	-0.265	-1.84	-0.516	-1.85
45～49歳	-0.079	-0.57	-0.425	-1.77	-0.413	-2.54 *	-0.424	-1.46
50～54歳	-0.439	-2.92 **	-0.707	-2.88 **	-0.649	-3.39 **	-0.608	-1.94
55～59歳	-0.499	-2.78 **	-0.688	-2.58 *	-0.927	-4.32 ***	-0.701	-2.12 *
主観的健康感	0.442	8.31 ***	0.426	5.21 ***	0.275	4.42 ***	0.153	1.53
持ち家ダミー	0.438	3.39 **	0.538	3.14 **	0.513	3.07 **	0.412	1.82
世帯人数	0.144	2.49 *	-0.024	-0.17	-0.071	-1.24	-0.233	-1.51
日常生活自立度：自立								
生活自立	0.288	1.18	-0.053	-0.17	-0.032	-0.11	-0.578	-1.45
準寝たきり	-0.400	-1.78	-0.785	-2.42 *	-0.849	-3.54 ***	-1.574	-3.78 ***
寝たきり	-0.442	-1.78	-0.510	-1.38	-0.693	-2.42 *	-1.462	-2.85 **
要介護認定ダミー	0.398	1.7	0.395	1.19	0.322	1.22	0.506	1.15
定数項	-0.967	-3.52 ***	-0.326	-0.7	0.165	0.54	1.035	1.79
観測数	2,663		1,023		1,695		598	
尤度カイ2乗値	139.14		62.21	***	87.52	***	46.96	***
対数尤度	-1396.7		-585.19		-967.28		-358.98	
疑似決定係数	0.047		0.051		0.043		0.061	

p<0.05:* p<0.01:** p<0.001:***

日常生活自立度についてみていこう。「自立」に比べ、見守りや手助けが必要でも生活がほぼ自立している「生活自立」では有意な差は認められない。外出には介助が必要な「準寝たきり」は親と同居の世帯の女性、ひとり親と暮らす男性、女性で、屋内での生活に介助が必要な「寝たきり」は女性で就業確率を低下させる有意な効果が認められ、親の日常生活自立度が低下している場合、子どもの就業を抑制していた。しかし、親と同居の世帯の男性では、有意な就業抑制効果は認められず、加えて有意ではないものの親が「生活自立」であれば男性の就業への符号が正であった。これは手助けや見守りが必要であっても、生活がほぼ自立していれば、親が息子に稼得役割を期待するためかもしれない。

一方、要介護認定を受けていること、すなわちフォーマルケアを受けられる権利の効果は、符号は予想通り正であった。しかしながら、有意な効果は認められなかった。

2.3 考察

介護の就業抑制効果について考察する。まず息子をみる。図 5-2 のとおり未婚男性全体に比べ、介護世帯の無業割合は 5.6%増えていた。しかし、計量分析からは、多様な世帯構

造を含めた親と同居の世帯の推計では、外出や日常生活に介助が必要な親との同居でも有意な就業抑制効果を示さず、世帯人数は就業確率を高める有意な効果を示した。これは、親の連れ合いやきょうだいがいる場合、未婚の息子は介護役割ではなく、稼得役割が期待されるためと考えられる。一方、手助けが少ないひとり親と未婚の子のみの世帯では、外出に介助が必要な「準寝たきり」の親との同居で就業を抑制する効果が認められ、介護が必要なひとり親と同居する息子は離職に陥りやすいという結果が得られた。

次に娘を見る。娘の場合、介護世帯では図 5-2 のとおり無業割合が 9.7%増えていた。また、親に連れ合いがいる場合も含めた親と同居の世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯での計量分析による推計ともに、家族の日常生活が自立していることに比べ、外出に介助が必要な状態、加えて屋内での生活に介助が必要な低い自立度にあることは、就業を抑制する有意な効果が認められた。このことから、娘の場合は親の連れ合いなど他の介護者がいても、介護が必要な親との同居により就業が抑制されやすいことがわかる。

続いて日常生活自立度の影響に注目する。外出が一人でできる「生活自立」であれば、介護の就業抑制効果は男女とも認められなかった。そうであれば、介護が必要なほど就業が抑制されると考えられるが、息子の場合、ひとり親と未婚の子のみの世帯の推計では、介助なしには外出しない「準寝たきり」は有意であったが、屋内での生活に介助が必要な「寝たきり」では「自立」に比べ有意な就業抑制効果が認められていない。これは、観測数が少ないためか、ひとり親がベッドで過ごす状態であれば、稼得役割が重視されるのかもしれない。

もう 1 つの関心は、介護保険の就業促進効果である。要介護認定の有無を変数として用いた結果、予想通り就業を促す効果を示すものの有意ではなく、未婚子の親介護の場合、介護保険に就業を促すほどの効果はみられなかった。しかし、介護保険の利用時間そのものを説明変数にはしていないため、有意な効果が認められないという結果には留保が必要である。

3 有配偶者の就業と介護

3.1 要見守り者の年齢と介護者の続柄

分析に使用している 2007 年、2010 年接合データで、介護保険の被保険者となる 40 歳以上に限定し、同居・別居を合わせて手助けや見守りを必要としている者(以下、要見守り者)の男女別年齢階級別にみた、主な介護者の続柄の分布が表 5-3 である。男女別に不詳を除いた結果をみると、男性は「配偶者」、つまり妻が介護しているものが最も多く 1112 人、

表 5-3 主な介護者の続柄別要見守り者の男女別、年齢階級別分布

	配偶者	子	子の配偶者	父母	事業者	その他	不詳	合計
男性	n=1112	n=289	n=151	n=86	n=147	n=90	n=276	n=2151
40-44	0.8	0.0	0.0	29.1	2.0	4.4	4.0	2.4
45-49	0.9	0.0	0.0	27.9	1.4	6.7	5.4	2.7
50-54	2.2	1.0	0.7	12.8	2.0	4.4	5.1	2.8
55-59	3.6	1.4	0.0	15.1	6.8	14.4	14.1	5.5
60-64	6.7	2.4	0.7	8.1	6.8	5.6	18.1	7.2
65-69	13.0	5.2	2.7	2.3	10.2	14.4	8.7	10.1
70-74	20.1	11.8	4.6	3.5	20.4	10.0	6.5	15.1
75-79	24.6	15.2	9.9	0.0	12.9	14.4	9.8	18.2
80-84	17.9	29.4	20.5	0.0	12.9	13.3	10.9	17.5
85-89	7.6	16.6	32.5	1.2	18.4	5.6	11.2	11.4
90歳以上	2.5	17.0	28.5	0.0	6.1	6.7	6.2	7.1
女性	n=550	n=1392	n=756	n=57	n=402	n=217	n=685	n=4059
40-44	1.1	0.4	0.0	28.1	0.5	1.4	1.5	1.1
45-49	1.8	0.4	0.1	26.3	1.0	1.4	1.8	1.3
50-54	2.9	1.0	0.1	14.0	1.5	3.7	1.5	1.6
55-59	8.2	0.7	0.3	5.3	2.2	3.2	2.8	2.3
60-64	12.7	1.7	0.3	5.3	2.0	4.6	4.1	3.6
65-69	13.3	2.8	0.7	1.8	4.5	10.1	7.3	5.1
70-74	19.5	6.6	2.9	3.5	11.9	7.4	11.4	9.0
75-79	18.7	14.6	10.9	1.8	15.2	12.9	19.6	15.1
80-84	15.6	25.6	23.8	5.3	24.1	21.2	22.9	22.8
85-89	5.1	26.9	29.5	3.5	21.6	17.1	16.1	21.2
90歳以上	1.1	19.3	31.5	5.3	15.4	17.1	11.2	17.1

「子」289人、「子の配偶者」151人、女性は「子」が最も多く1,392人、「子の配偶者」756人、「配偶者」(夫)550人である。これらから、介護者は「子」が最も多く、次に妻、そして多くは嫁と思われる「子の配偶者」、最後に夫が続くことがわかる。要見守り者の年代別にみると、配偶者介護が増えるのは60代以降である。

35～59歳の就業が期待される年代の介護で多いのは、有配偶者でも親介護と考えられる。前節では未婚の子の親介護を分析したが、本節では比較のために既婚者の分析を行う。

3-2 分析モデル

未婚の子の就業と親介護と同様、家庭内生産モデルを理論的背景とし、ジェンダーを考慮して男女別に分析する。年齢は就業が期待される35～59歳に限定し、本人自身は見守りや手助けが必要ないものを対象とする。

更に親介護を分析するために、65歳以上のものが世帯にいる者に限定した推計を行う。被説明変数は就業を1、非就業を0とする2値の就業状態とするため、ロジットモデルにて

表 5-4 記述統計量 (35~59 歳、既婚、65 歳以上のものと同居)

	既婚男性					既婚女性			
	観測数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	観測数	平均値	標準偏差	最小値
就業	4,376	0.95087	0.21617	0	1	5,209	0.50259	0.50004	0
35~39歳	4,376	0.08958	0.28561	0	1	5,209	0.11288	0.31648	0
40~44歳	4,376	0.15128	0.35836	0	1	5,209	0.17393	0.37909	0
45~49歳	4,376	0.22349	0.41663	0	1	5,209	0.21847	0.41325	0
50~54歳	4,376	0.25388	0.43528	0	1	5,209	0.22173	0.41545	0
55~59歳	4,376	0.28176	0.44991	0	1	5,209	0.27299	0.44554	0
主観的健康感	4,376	3.41773	0.93055	1	5	5,209	3.37301	0.92543	1
持家	4,376	0.96115	0.19326	0	1	5,209	0.95585	0.20546	0
世帯人数	4,376	4.90059	1.24228	2	7	5,209	4.64888	1.34496	2
自立	4,376	0.77125	0.42007	0	1	5,209	0.75792	0.42838	0
生活自立	4,376	0.0745	0.26261	0	1	5,209	0.0766	0.26598	0
準寝たきり	4,376	0.08569	0.27994	0	1	5,209	0.09042	0.28681	0
寝たきり	4,376	0.06856	0.25273	0	1	5,209	0.07506	0.26352	0
要介護認定	4,376	0.1378	0.34473	0	1	5,209	0.14801	0.35515	0

表 5-5 推計結果

	既婚男性		既婚女性	
	係数	z値	係数	z値
年齢階級 (ベース : 35~39歳)				
40~44歳	-0.0938	-0.28	0.07275	0.68
45~49歳	-0.1465	-0.48	0.26257	2.55 *
50~54歳	0.08855	0.28	0.35476	3.35 **
55~59歳	-0.4034	-1.35	-0.067	-0.62
主観的健康感	0.21995	2.78 **	0.1127	3.69 ***
持ち家ダミー	0.47014	1.6	0.16533	1.2
世帯人数	0.1625	2.63 **	0.02312	0.95
日常生活自立度 : 自立				
生活自立	-0.2971	-1.11	-0.1143	-0.97
準寝たきり	-0.1605	-0.53	-0.3911	-3.03 **
寝たきり	-0.1306	-0.37	-0.4575	-3.22 **
要介護認定ダミー	0.23	0.79	0.21068	1.72
定数項	1.18863	2.25 *	-0.7186	-3.31 **
観測数	4,376		5,209	
尤度カイ2乗値	34.59 ***		74.46 ***	
対数尤度	-840.19		-3573.3	
疑似決定係数	0.0202		0.0103	

p<0.05:* p<0.01:** p<0.001:***

推計する。

ここでは平成 19 年、平成 22 年 2 年分のデータを合わせて分析する。データの接合は出現率の低い標本数を増やすためであり、標本数が大きくなることで検定力は高まると考え接合した。

説明変数には、未婚の子の分析同様、年齢は 5 歳階級値ダミー、主観的健康観ダミー、持ち家ダミー、世帯人数変数、日常生活自立度、要介護認定ダミーを用いた。

記述統計量は表 5-4 のとおりである。

3.3 就業関数の推計結果

表 5-5 に推計結果を示す。女性は 35～39 歳に比べ 45～49 歳、50～59 歳で就業確率を高めていた。男女とも、主観的健康感が高くなるほど、就業確率を高める有意な効果があった。世帯人数は男性でのみ就業確率を高める効果を持っていた。

見守りや手助けが必要な者の日常生活自立度は、女性でのみ「自立」に比べ「準寝たきり」、「寝たきり」で就業確率を低下させる効果を示していた。要介護認定ダミーは、符号は正であるものの、有意な効果を示さなかった。

3.4 考察

65 歳以上の者と同居している 35～59 歳既婚男性では、世帯に介護を要する者がいることは、符号は負を示すものの有意な効果を示さない結果となった。推計に用いた既婚男性サンプルのうち、95.1%が就業しており、主観的健康感が正の効果を持つことから、健康に問題があり就業していない者が非就業の中心と考えられる。また、世帯人数も正の効果を持つことから、既婚男性の場合、要介護者の有無に影響されず稼得役割が重視されていると考えられる。

一方既婚女性は、同居している家族が日常生活が「自立」している場合に比べ「準寝たきり」、「寝たきり」の状態にある家族がいることは、介護の就業抑制効果を示した。また、35～39 歳に比べ 45～49 歳、50～54 歳で就業確率を高める効果が認められた。これは、子どもが一定の年齢に達し子育てが落ち着いてから就業している既婚女性の効果と考えられる。

家族が要介護認定を受けていることは、符号は正を示すものの有意な効果を持たないことは、未婚の子の親介護と同様であった。

4 小括

まず日常生活に手助けや見守りを要する者との同居が、就業を抑制するかに着目する。未婚の子の場合、親に配偶者がいる場合も含めた親と同居している世帯の息子では就業抑制効果は認められず、世帯人数の増加が就業確率を高めていた。このため、他に世帯員がいる場合、息子では介護よりも稼得役割が期待されていると考えられる。しかし、ひとり親と未婚の子のみの世帯に限定した場合、外出に手助けが必要な親との同居は就業を抑制していた。また女性では、ひとり親との同居、ならびに親に配偶者がいる場合も含めた親との同居でも、外出に手助けが必要な親、屋内での生活に介助が必要な親との同居に就業を抑制する効果が認められた。

今回、「息子は仕事、娘は介護」の傾向が見られたが、ひとり親と未婚の子のみの世帯では「息子も娘も介護」となった。これはひとり親家庭の仕事と家庭の両立の難しさと重なる。ケアと仕事を続けるためには、今後労働環境と地域包括ケアシステムによって、柔軟に介護者も支援する仕組みを作る必要があるだろう。

親介護を想定し分析した 65 歳以上の者と同居している 35～59 歳の既婚男性、女性の分析も行った。既婚男性では、世帯に手助けや見守りを要する者がいることは、符号は負を示すものの有意な効果を示さない結果となった。また、世帯人数も正の効果を持つことから、既婚男性の場合も、要介護者の有無に影響されず稼得役割が重視されていると考えられる。一方既婚女性は、同居家族の日常生活がすべて自立していることに比べ外出に手助けが必要な親、屋内での生活に介助が必要な親がいる場合、就業抑制効果を示し、既婚者でも「息子は仕事、娘は介護」の傾向が認められた。

次に、日常生活自立度に着目する。要介護度と関連性の高い障害高齢者の日常生活自立度を用いて就業への影響を確認した。独力で外出できるレベルであれば、就業を抑制することはないが、介助なしに外出できない準寝たきりレベルとなると、ひとり親と息子の世帯、未婚の娘、既婚女性の場合、「自立」に比べ有意に就業確率を減少させていた。屋内での生活に介助が必要な「寝たきり」では、未婚の娘、既婚女性は有意な就業抑制効果が認められたが、ひとり親と息子の場合有意な効果が認められていない。要介護度によって介護保険サービスの利用可能な量が決定されるが、介護者の就業に関しては、日常生活自立度低下に比例して就業が抑制されるとはいえない結果となった。現在、要介護度が重度であることで介護報酬が増額する仕組みが取り入れられているが、重度の要介護者の介護のみが大変なのではなく、在宅の場合は、軽度要介護者の介護も、子どもの就業を抑制する効果をもつ。今後

家族介護者の就業も考慮した介護保険制度、もしくは就業制度を考える必要があるだろう。

加えて、軽度であっても、介助なしに外出できない状況であると、通院に付き添う必要がある。日常生活の介護以外にも、通院の付き添いのように必要な介護があるが、通常通院時の病院内の付き添いは、介護保険ではカバーされないため、家族が付き添う必要がある。難しい場合には、保険外サービスを利用したり、ケアマネジャーがボランティアで付き添うこともあると聞く。通院は平日に行うことが多いため、就業を抑制する効果を持つことが考えられる。病院内の介助は病院でボランティアが行ったり、安価な価格でサービスを提供するなどの工夫は必要であろう。

介護保険の効果にも着目した。介護保険の就業促進効果を確認するため、要介護認定の有無を用いて分析した結果、息子、娘とも有意な効果は認められなかった。ただし、本研究は要介護認定の有無のみを説明変数としており、実際に使用した介護保険サービス量を比較してはいない。また、符号は負を示していたため、より詳細な分析が必要である。

最後に、家族介護者の健康に着目する。本研究では、本人の主観的健康感の向上が息子、娘の就業を促進する効果を示していた。家族介護者に対する給付は介護保険制度にはないが、今後家族介護者の健康増進を促す施策が必要と考える。

6章 結論

2章では日本の介護保険制度の特徴と介護保険導入後の変化について示し、3章では介護人材の養成と雇用状況についてまとめた。4章では介護職の就業、5章では家族介護者の就業に関する実証分析の結果を提示した。1節では全体的な結果を総括し、結果に関して考察を深める。2節では学術的、政策的意義と示唆について述べ、最後に研究の限界と今後の課題を述べる。

1 結果のまとめと考察

1.1 介護保険制度の影響

要介護（支援）者の数は、平成12（2000）年の256万人から平成27（2015）年では2.4倍の620万人となり、年々要介護者は増え続けている（図2-2）。

3つの介護保険施設のうち介護療養型医療施設は、廃止が決まり平成16（2004）年の13万8千人から平成29（2017）年には約5万人に入所者数は減少しているが、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は平成2（1990）年の16万人から平成29（2017）年には59万人へと、介護老人保健施設入居者数は平成13（2001）年の23万人から36万人に増加している（図2-7）。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者は要介護3以上に制度変更が行われ限定化が更に進んだものの、待機者数は29.5万人存在する（厚生労働省2017）。このような中、有料老人ホームの定員は平成14（2002）年には5万人程度であったが、平成28（2016）年には48万人の定員へ劇的に増えている。ただし定員と在所者を比較すると平成28（2016）年時点で13万のかい離があり、在所者数は35万人にとどまる（図2-8）。より安価な高齢者向けサービス付き住宅も15万の定員が創出されている。この住宅は、生活時間を拘束されない自由度があるという居住者の利便性がある。しかし、このサービス付き高齢者向け住宅も3万人の余剰がある（平成26（2014）年）。

高齢者の多くは自宅に暮らしているが、介護保険サービスで提供されている3つの施設サービスに加え、居宅サービスや地域密着型サービスに含まれているものの実際は施設である特定施設入居者生活介護、認知症高齢者共同生活介護（グループホーム）などに暮らしているものもある。これらの介護保険サービスの施設に居住する者の数を確認したところ、平成26（2014）年時点で133万人であり、要介護認定者数に対する割合は、22.1%であった。また、有料老人ホームなど社会福祉施設等に暮らすものもいるため、これらを考慮し高齢者施設に暮らす者の数を確認したところ161万人で、これは高齢者人口の4.9%に該当し

ていた（表 2-6、7）。

家族介護者の「介護・看護」行動時間で介護保険導入前後を比較すると、行動者率は男女ともわずかに増加しており、介護をしている女性の行動時間は、週当たり 22 分減少しており、介護保険が家族介護者の介護時間を減じたと考えられる（表 2-10）。

介護職も増え、平成 12（2000）年の 55 万人に対して平成 25（2013）年では 3.1 倍の 171 万人となった（図 2-10）。介護保険サービス事業所数では、最も多いサービス事業所の種別が平成 20（2008）年から訪問介護から通所介護に変わり、平成 28（2016）年で前者は 3 万 5 千か所、後者は 4 万 5 千か所と在宅サービスの中心となっている（図 2-12）。平成 14（2002）年のそれぞれ 1 万か所前後から 3.5 倍、4.5 倍に増加したことになる。

在宅生活が困難になった場合の選択肢に、施設への入所がある。しかし介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所できない者がいる一方、有料老人ホームは 13 万人の余剰がある。このことから、経済的に有料老人ホームにも入れないものや入居要件が合わない者が多く存在するのではないかと考えられる。この点については今後更なる検討が必要と考える。

1.2 介護人材の確保

本研究では、介護職にかかわる資格や、これに対する報酬がどのように介護保険の中でつくられてきたのかにも注目した。表 3-1 は、介護福祉士やその他の介護資格の取得にかかわる研修制度や教育時間をまとめたものである。介護保険施行当初、介護職の不足が懸念され、教育時間が 50 時間というホームヘルパー 3 級の養成講座も行われ、ホームヘルパー 2 級は 130 時間で養成が行われた。介護福祉士資格は、実務経験 3 年で国家試験を受験するルートと、養成校で 1650 時間の教育を受け介護福祉士となるルートで養成が行なわれた。平成 18（2006）年から介護職員基礎研修が創設され、平成 19（2007）年からは介護福祉士の教育時間も 1800 時間に、平成 23（2011）年からはさらに 50 時間増加した。そして平成 25（2013）年大きな変更があり、ホームヘルパー養成講座は終了し、介護職員初任者研修 130 時間、実務者研修 450 時間と研修を積み、国家試験を受講する積み上げ式の教育体制に変わった。その目的は、キャリアパスを考慮し、より研修を体系化することとであった。また介護福祉士養成校卒業者に平成 34 年から国家試験合格が必要となること決定されている。

介護保険施行時の介護報酬体系は、資格制度が報酬と直結していないものであり、ホーム

ヘルパー資格保有者であっても、介護福祉士資格保有者であっても同じ介護報酬であった。平成 21（2009）年から、資格で評価する仕組みが一部組み込まれ、ホームヘルパー3級資格保有者で訪問介護の報酬が9割に減算となった。平成 21（2009）年からは、介護人材の確保・定着のために、介護職のキャリアを評価する事業所に対しては、介護報酬に報酬を上乗せする処遇改善の取り組みが実施された。このような取り組みの効果をマクロレベルで確認すると、介護職の離職率は、平成 19 年度は2割を超えていたものが、平成 27 年度は16.5%となり、産業計 15.0%並みの水準を保っている（図 3-4）。しかし、有効求人倍率は高く人手不足感は強いと考えられ（図 3-3）、今後、新規参入者を獲得することと、経験のある人材の定着が必要である。

次に、介護職に関する賃金と定着についてより詳細に分析するため、公益財団法人介護労働安定センター『介護労働実態調査』労働者票を用いて、介護福祉士資格とサービス類型、労働環境に着目し、介護職の定着に関して賃金関数の推計と、仕事の満足と離職意向の推計から定着について平成 18（2006）年、それから処遇改善加算の改正が行われた後の平成 26（2014）年について実証分析を行った。介護職のサンプル数は平成 18（2006）年は 16,064 人、平成 26（2014）年は 12,404 人である。この調査は、介護労働者の研究では幅広く使われているデータである。しかし1事業所で3名が選択され回収されたデータであるためランダムサンプリングとは異なるという限界もあることは否めない。しかしこれ以上のデータがないことから、量的分析はこのデータで行われることがほとんどである。

まず、第一に、人的資本としての介護福祉士資格の効果についての結果をまとめる。介護福祉士資格は、他の介護資格に比べ平成 18（2006）年で 4.8%、平成 26（2014）年では 5.9%賃金を上昇させる効果が認められた。平成 24（2016）年は職位に関する変数があるため、職位も考慮した。すると職位を考慮しても介護福祉士資格は 4.8%賃金を上昇させる。加えて主任や管理職であれば、さらに賃金は上昇する。主任は 6.6%、管理 12.2%、そうでない者より賃金を上昇させる効果が認められた。このように資格に加えて職位はより大きい賃金上の効果を示している（表 4-4、11）。介護職員初任者研修の教育時間は 130 時間であるが、介護福祉士養成校の教育時間は 1850 時間である。しかし、賃金をわずか5%程度しか引き上げない。そして報酬上の工夫が行われた平成 26（2014）年以降でもかわらなかった。また勤続の効果をキャリアパスとみるとすれば、平成 18（2006）年と平成 26（2014）年で上昇したかどうかは重要である。しかし勤続の係数は平成 18（2006）年が 0.5%、二乗項が 0.03%、平成 26（2014）年が 0.7%、0.01%とほとんど差が出ていない。介護経験

についても、1年あたり平成18（2006）年で1.1%、平成26（2014）年で0.4%と大きい効果が見られないのである。

分析したデータの中で、管理職、主任の8割以上は介護福祉士であり（表4-24）、職位を上げること、またそのことを介して賃金を上昇させることに、人的資本としての介護福祉士資格が寄与しているとは考えられる。

しかし、介護福祉士資格を保有していることは、他の介護資格を持つことに比べ、平成18（2006）年時点では、離職意向を増加させ、平成18（2006）年は、労働条件満足度、内的満足度、全般的満足度を下げ、平成26（2014）年は勤務条件満足度、キャリア満足度、全般的満足度を低下させる効果が認められている（表4-5、6、12）。これは、国家資格としての介護福祉士資格より、ホームヘルパー資格や介護職員初任者研修修了者など他の資格保有者の仕事の満足度が高いということを示している。現在の介護福祉士資格取得者の多くは、実務経験3年で国家試験を受験し介護福祉士資格を取得しているが、平成28（2016）年から、実務者研修を修了することが国家試験受験の要件に加わった。また養成校卒業者にも、平成34年4月以降資格取得に国家試験合格が必要となる。平成18（2006）年時点で介護福祉士資格を保有していることは、ホームヘルパー資格保有者に比べて仕事の満足度を下げており、離職意向を高めていた。また平成26（2014）年時点も仕事の満足度を低下させる資格であった。しかし、今後更に取得に研修の費用などの直接費用、研修に時間を割く等の機会費用が伴うことになれば、介護福祉士資格取得者は減少し、初任者研修レベルのものが増える可能性がある。介護福祉士増加のための施策として、養成校の教育費用の助成が行われているが、卒業し国家試験を取得したとしても、現状のままでは定着を促せない可能性が高い。

介護福祉士の上位資格として、平成27（2015）年から「認定介護福祉士」の認定が始まっている。他職種との連携・協働、介護実践の指導など、管理的業務が担えるカリキュラムとなっているが、今後この認定をどのように介護保険の中に位置づけていくかが重要である。例えば、介護福祉士は夜勤や訪問介護の実務において、看護職員がいない中でも体調悪化を把握し医療につなげているはずである。現在通所介護の人員基準に看護職員の配置が義務付けられているが、これを認定介護福祉士でもよいとするなど、介護保険制度での位置づけを確保するような専門的な認定であることを求めていく必要があるだろう。

次に、サービス類型についての結果をまとめる。平成18（2006）年、サービス類型では訪問系サービスに比べ入所系サービスが仕事の満足度を低下させ、離職意向を高める効果

を持っていた（表 4-4、5、12）。また平成 26（2014）年では、通所系サービスも仕事の満足度が訪問系に比べ低い結果となった（表 4-12）。特に入所系は一貫して訪問系より低い満足度、離職意向を示しており、サービス提供体制に課題があることが考えられる。入所系サービスのサービス提供体制を見直し、介護人材を入所系で確保することは、介護離職を抑制するひとつの方策となる可能性があるだろう。

入所系サービスの低い満足度の要因として、要介護度が高いこと、暴力等を受ける割合が高いことを 4 章で示した。他にも、先行研究では、ユニットケアに関するサービス提供体制についての検討の必要性が指摘されている（古川 2015）。施設において、集団介護では画一的な介護となり、個人の尊厳を保つことが難しいことから、平成 15（2003）年から特別養護老人ホームにおけるユニットケアが制度化され、入居者個人の個性や生活リズムを尊重する個別ケアを提供するため、10 人を 1 ユニットとしたユニットケアに介護報酬が設定された。外山（2003）は、ユニットケア導入の効果として、入居者のリビング滞在時間増加、入居者の食欲増進、コミュニケーション量の増加、介護職員のリビング滞在時間の増加、介助内容の変化、意識変化を報告している。しかしこの調査では、ユニットケア導入に伴う職員の「心の疲れ」は「やや悪化」「大幅に悪化」で 5 割を占めており、個別ケアにより精神的負担が増加した者も多かったことも報告されている。古川（2015）は、サービス提供者へのインタビューから、ユニットごとに人員が配置されているため、職員間のコミュニケーションが取りにくいことや、少人数の人間関係の摩擦が生じやすい構造を指摘している。また、職員 5 人で 24 時間対応するため、日勤は 1~2 名で対応することが多いこと、夜勤は 2 人で 40~50 名を担当し、自身が所属しているユニット以外の利用者までも担当し、1 人が休憩に入っている時間帯は 1 人ですべての利用者に対応しなければならず、対応しきれない場合も多く、休憩中の職員にでてきてもらうことが多いことを報告している。また、孔（2017）は、看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員への聞き取りから、現在の人員配置では看取り介護開始による過重負担が生じる可能性が高く、オンコール体制では医療的ニーズへの適切な判断・対応が難しい場合があったことを報告し、体制整備の必要性を述べている。食事や排泄の介助のみではなく、個人の生活への対応が求められるユニットケアや看取りの現場における労働環境の実情について調査を行い、適切な人員配置、介護報酬を検討することが必要であろう。特に、夜間の体制に重点を置いた調査が望まれる。

「介護」の重要な論点のひとつは、「看護」との専門性の分離と考える。古川（2015）は、

看護師との価値観の相違や連携の困難さが介護職員にとって大きなストレスになっていることを報告している。仕事の満足度が訪問系に比べ入所系で低いのは、入所系では施設の中で、看護師、介護師共にサービスを提供する際に軋轢が生まれているといったサービス提供体制上の労働環境も含まれての結果である可能性があるだろう。

「ケア」という領域は「看護」と「介護」の両領域の専門性として位置しており、看護師は医療職、介護福祉士は介護職である。介護保険では「医療」と「介護」では「医療」により高い報酬が設定されている。これには看護師の教育年数がより長いこと、国家試験が必須であることとも関連しているだろう。しかし、現場で介護サービスを提供する際、「医療」は体調管理の側面で必要ではあるが、中心となるのは「介護」である。医療提供が中心であれば医療保険にて医療を提供するという制度設計となっている。訪問系サービスでは、「看護」と「介護」の専門性の分離がうまくいっているものの、入所系サービスでは難しい状況にあるのかもしれない。この点、多職種連携の好事例から入所系サービスでの専門性を生かしたサービス提供について考えることも、必要であろう。

推計の結果、平成 18（2006）年は一部仕事の満足度を増加させる効果を持っていた通所系が、平成 24（2016）年ではすべての満足度を低下させる効果を持っていた。通所系は家庭以外の環境に移動する要介護者等の社会性を促進する効果を持つサービスであるが、日中の家族介護を代替する機能ももつ、就業する家族にとっては必須のサービスである。平成 24（2016）年の改定で、通所介護のサービス提供時間の区分が変更されたが、その前後での残業時間の変化など、介護職の労働環境を調査し配慮する必要があると考える。

最後に労働環境の結果をまとめる。残業時間は仕事の満足度を下げ、離職意向を高める効果があり、相談できる上司や相談窓口は仕事の満足度を増加させ、離職意向を減じていた（表 4-5、6、12）。また、深夜勤務があることは、仕事の満足度を低下させていた。

介護保険では介護報酬の請求、事業所間の連携や文書による報告業務のために、介護以外の業務が必要である。また、訪問時の移動、通所サービスの送迎や行事の準備など、直接介護を行わない時間帯にも業務がある。このような業務を担う介護職は、残業を行う可能性が高いであろう。また、対人サービスであるために、人員が不足している場合や複数の利用者に対し少人数の人員で対応する場合、残業を余儀なくされたり、休憩、休日、休暇が十分確保されない場合もある。残業を行わずとも業務を終了できる人員体制、休暇が取得できる人員配置と介護報酬の設定、深夜勤務時に休憩が取得できる人員配置の検討等、今後異なる視点での調査が必要と考える。

原野・出井・中嶋（2017）の施設調査によると、職場ハラスメント被害は69.3%以上の介護福祉士が経験していなかったが、1.4～30.7%は経験していた。ハラスメントと職務・職場継続意向の関連性を検討したところ、有意な負の関連性が認められており、定着にはハラスメント防止が必要である。このような職場内の課題に対しても、相談窓口が有効に機能する可能性がある。今後、相談窓口設置を施設基準に加え、暴力やハラスメントに向き合う組織特性を醸成することが望ましいと考える。

1.3 家族介護者の就業

5章では厚生労働省『国民生活基礎調査』平成19年、平成22年匿名データAを用いた。『国民生活基礎調査』は、日本の在宅介護の全体像が分かる貴重な調査である。この匿名データは平成23（2011）年から研究者の利用が可能になったデータである。このデータを用い35～59歳の男女について、親と未婚の子どもの世帯と、親との同居を想定し65歳以上のものと同居している有配偶者の世帯において、介護が必要な者との同居が離職確率を増加させるか分析した。サンプル数は未婚男性2,663人、未婚女性1,023人、既婚男性4,376人、既婚女性5,209人である。介護の必要度は、日常生活自立度を用いて判別した。その結果、日常生活がすべて自立しているものに比べ、何らかの障害をもっているもひとりで外出できる状態であれば、同居の子どもは離職しないという結果であった。そして外出に介助が必要になると、未婚の娘、有配偶女性の離職確率を高める結果となった。未婚の息子の場合、ひとり親と未婚の子の世帯では、屋内での生活には介助が必要だが座位を保てる状態以下の日常生活自立度で、離職確率を高める効果が認められた（表5-2、5-5）。

男性は世帯の人数が増えることは、就業確率を高めることに繋がっており、稼得役割が期待されていることが窺えた。また、本人の主観的健康感は就業確率を高める効果を持っており、健康であることの重要性も示された。

要介護認定を受けているという情報のみでは介護保険の利用はわからないが、本研究では介護保険利用の代替変数として要介護認定の有無を分析に用いた。その結果、未婚の子どもの親介護でも、有配偶者の介護でも、要介護認定を受けていることは離職抑制的な正の符号を示したものの、就業確率を高める有意な効果を持っていなかった。介護保険サービスは要介護状態にあるものに対する制度であり、家族介護者の介護を一部代替する程度であるが、要介護認定を受けたという状況のみでは就業確率を高める効果は認められない結果であった。

家族の介護離職を防ぐために、現在ある施策の中での対応として、ケアマネジメントに、家族の就業継続の視点を入れることを提案する。現状のケアマネジメントでは、要介護者の日常生活のお世話をするお世話型でも、要介護者の自立を促す自立支援型でも、介護者に対しては休息をとるレスパイトの視点のみで、家族の介護役割を減じ就業継続を後押しする視点は乏しい。ジェンダーや親子関係の規範による離職への押し出しを減ずるよう、ケアマネジメントで取り組むことが望ましいと考える。

また、日常生活が自立している者に比べ準寝たきりの状態のものが同居していることは、就業確率を減ずる効果を持っており、寝たきりより介護の必要量が低い状態でも課題があることが明らかとなった。要介護度判定は、施設に入所・入院されているものへの調査を基準とした「1 分間タイムスタディ・データ」を基に、一次判定で用いられるコンピュータシステムの結果が判定される。しかし、在宅生活は施設とは異なる。例えば、寝たきりの高齢者に比べて、歩行可能な認知症高齢者でより徘徊などの危険が高く、目を離せないといったこともある。また体を動かすことができるならば、排泄物で畳の部屋を汚染するなど不潔行為が見られることともある。現在認知症施策が行われ、認知症サポーターの養成等、地域で支える取り組みも行われているが、70 歳以上の行方不明者は平成 24 年以降年々増加しており、平成 28 年度は疾病関係が構成比 25.8%を占め、このうち認知症又はその疑いによるものは 15,432 人（構成比 18.2%）と高い割合を示している（警視庁 2017）。認知症が進行すると言葉も発せず、車椅子状態となり、BPSD⁵⁸はむしろ軽減するため、介護に必要な労力は長時間の見守りではなく、身体介護になる。このように、認知症では軽度要介護者でも多くのサポートを必要とする者もいる。要介護認定が軽度でも、家族就業者が離職に至らずに済むサポート体制が必要である。

1.4 介護職の定着と家族介護者の就業の可能性

介護保険サービスの供給量は増え（図 2-10、11、12、13）、女性の介護時間は減少している（表 2-10）。しかし、現状でも介護離職が生じている。推計の結果、同居の家族介護

⁵⁸ behavioral and psychological symptoms of dementia の略で、行動・心理症状のこと。従来、周辺症状といわれていた徘徊や異食、暴力などの行動障害に加えて、抑うつ、強迫、妄想などの心理症状を総じた呼称。認知症では、加齢による脳の病的な変化や病気などにより脳の細胞が破壊されることで起こる症状を中核症状といい、記憶障害、見当識障害、実行機能障害などが該当する。BPSD は中核症状によって引き起こされる二次的な症状が該当する。

者においては、有配偶、無配偶ともに女性で介護離職が生じやすく、男性でもひとり親と未婚の息子の世帯では、離職が生じやすい現状にある。また、健康状態も就業に重要であった。

日本では家族介護者の介護は無償労働であり、介護保険制度には介護者に対する保障はない。このような状況により、子どもによる介護、特に扶養者がいない未婚子が介護離職によって貧困に陥る可能性は高く、問題が大きいと考えられる。政府は、限られた財政の中で要介護者を支援するために新規サービスの創設や、地域支援事業等で対応している。しかし、日本の社会保障全体を考えるならば、家族介護者に対する保障、介護職の労働環境、特に入所系サービスに配慮した介護報酬改定が必要であろう。

施設入所は、自宅での生活が困難になったときに移行するサービスであり、ニーズは高い。施設入所に移行できず、在宅生活をやむを得ず継続するために家族が介護離職を選択することもある。介護人材が確保できないために、入所、入居を断ることもあるため、入所サービスのサービス提供体制を見直し、介護人材を入所系で確保することは、介護離職を抑制するひとつの方策となる可能性があるだろう。

今後の高齢者施設のサービス量を考えた時、特定施設入居者生活介護として登録する介護付有料老人ホーム数を増やすことは、検討する余地があると考ええる。有料老人ホームは余剰が多く、特別養護老人ホームは待機者が多い。特定施設入居者生活介護は、1人あたり給付額が174千円で、施設サービスに比べれば1人あたり給付額は低く、小規模多機能型居宅介護支援178千円と同程度である（図2-17）。要介護度による差はあるが、特定施設入居者生活介護でのサービス提供は、財源確保を検討する必要はあるものの、その方策を考えた上で今後積極的に検討すべきと考える。また、有料老人ホームのうち、施設でサービスを一体的に提供する介護付有料老人ホームに比べ、訪問介護、通所介護などの外部サービス利用する住宅型有料老人ホームの利用は進んでいないとの報告もある（厚生労働省2014）。一定の場所に利用者が暮らしていることで、訪問系サービスの提供、通所系サービスの送迎などの効率を上げることもできるメリットもある。この利用促進についても検討する余地があるだろう。

介護サービスの利用可能量を決めているのは、区分支給基準限度額である。介護保険法制定時にはなかった地域密着型サービスの中には、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、小規模多機能型居宅介護といった、包括報酬となっているサービスがある。このサービスは今後在宅生活を支える要となるサービスとして期待されている。しかし、これらのサービスに他のサービスを組み合わせることが、現在の区

分支給基準限度額では困難であるとの指摘がある（厚生労働省 2014）。区分支給限度基準額については、消費税率が引き上げられたことに伴う平成 26（2014）年度改定以外は見直しを行っていないため、福祉用具貸与や訪問看護、訪問リハビリテーションなどの医療系サービスを適切に利用しても介護給付内で利用できるよう、見直すべきである。

2 本研究の学術的意義と示唆

学術的意義として、3点を挙げる。1点目は、人的資本としての介護福祉士資格の効果を実証分析で明らかにした点である。介護職の賃金関数の推計を行い、介護福祉士資格が、他の介護資格に比べ賃金を上昇させる効果が認められたが、それがわずか5%であることを示し、またその効果が職位の効果より小さいことを実証研究で示した。また記述統計から、管理職、主任の8割以上が介護福祉士であることを示し、職位を上げることで賃金を上昇させることに人的資本としての介護福祉士資格が寄与し、賃金をより上昇させることに繋がっているものの、キャリアパス構築を目指した介護職員処遇改善交付金事業が平成 21（2009）年から、介護職員処遇改善加算が平成 24（2012）年から行われたにもかかわらず、実際には、経験、勤続の評価は低いことを示し考察を行った。

介護福祉士資格が持つ人的資本の効果として、賃金のみではなく、仕事の満足度と離職意向に与える効果も検討した。その結果、他の介護資格を持つことに比べ、平成 18（2006）年時点では、離職意向を増加させ、平成 18（2006）年は、労働条件満足度、内的満足度、全般的満足度、平成 26（2014）年は勤務条件満足度、キャリア満足度、全般的満足度といった長期見通し満足度以外の仕事の満足度を低下させる効果があることを実証研究で示した。そして、介護福祉士取得にかかる直接費用や機会費用などのコストに比べ、他の介護資格より得られるメリットが少ないためとの考察を示し、今後のコスト増加に伴う人材確保の難しさを示した。

2点目は、介護サービス全体の中での入所系サービスの困難性を示した点である。サービスの提供体制に着目した類型として、利用者の居住先で提供される「訪問系」、利用者が通う「通所系」、利用者が短期宿泊、居住、入所する「入所系」に分けて分析した。その結果、介護保険サービス全体の中で入所系に課題が大きいことを示すことができた。

今後、介護福祉士資格と初任者研修修了者の差別化を行い、入所系のサービス提供体制、特に深夜勤務について検討することが、定着に必要な施策と考える。

3点目に、未婚の子の就業に親の介護が与える影響を実証研究で示した点がある。家庭内

生産モデルを用いて介護が必要な者との同居が与える就業抑制効果を実証分析で検討し、ひとり親と未婚の子の世帯では、息子も娘も就業が抑制されることを示した。親に配偶者もいる場合も含めた親と未婚の子の世帯、有配偶者の親との同居の場合、女性のみ就業抑制効果が認められた。このように、介護におけるジェンダー差、そして既婚と未婚、世帯構成で差が認められることを実証分析で明らかにした。2040年には生涯未婚率が男性は35.1%、女性は24.9%に上昇することが予測されており（国立社会保障・人口問題研究所 2018）、今後扶養されていない未婚者の家族介護者に対する施策が必要と考える。

3 本研究の政策的意義と示唆

3.1 マクロ経済の影響に配慮した介護報酬改定

先行研究では、相対賃金が離職に与える有意な影響が報告されており、4章の介護職の離職意向の推計では、推計賃金率増加は抑制する効果を持っていたことを示した。

失業率が低い時期には介護サービスの職業の有効求人倍率が高く、直近の介護サービスの有効求人倍率は3.18（平成28年度計）と高く、人材が不足していることが窺える（図3-1、2）。このことから、人材確保には他産業との競合を考慮する必要があると考えられる。今後、新規参入者を獲得し、経験ある人材の定着を図るためには、マクロ経済の影響等も鑑み介護報酬を設定し、相対賃金を上昇させる必要があるであろう。

また、男性の賃金が女性より約10%高い結果を示した。日本では、稼得役割が男性に期待されることが多い。5章の家族介護者の就業分析に用いたデータでも、有配偶男性では95%、未婚男性では76%が就業しており、介護が必要な者との同居の抑制効果は、有配偶男性では有意な結果が認められず、より稼得役割が期待されていると考えられる結果となった。現状において男性介護職を確保するためには、賃金水準は重要な項目と考えられる。

3.2 有料老人ホームの種類別定員と在所要数の把握

2章では、介護保険法、老人福祉法により設置されている高齢者の住まいとなる施設を『介護給付費実態調査』『介護給付費等実態調査』『社会福祉施設等調査』により集計し、高齢者施設の居住数を把握することを試みた。しかし、有料老人ホーム、介護付き高齢者向け住宅、特定施設入居者生活介護とその類似サービスについては重複する個所もあり、詳細な実態は把握できなかった。

平成27年から『社会福祉施設等調査』にサービス付き高齢向け住宅の値が含まれていな

いが、これは国土交通省に報告が行われるため、厚生労働省では調査を行わないことになったためである。しかし、国土交通省では、定員は公表しているものの、実際の在所要者数は調査していない。このため、介護保険サービスの施設以外のサービス付き高齢者向け住宅の居住者数を把握することが難しい。

今後、高齢者向けの住まいや介護サービス、老人福祉サービスの効果を検討するために、サービスごとの定員（供給数）と実際の在所要者数の推移の把握が必要と考える。

3.3 介護者休暇の整備

日本には家族介護者に対する給付が行われておらず、女性の介護離職を防ぐことができていないことが分かった。岩間（2003）は、家族介護者への保障の視点として、イギリス、ドイツにおいては、家族等介護者を重要な資源として位置づけ、法律に明記し、それに基づく介護者の権利が保障されていることを示している。具体的には、家族介護者のアセスメントと支援サービス、休暇・休息の保障⁵⁹、現金給付、社会保障上の優遇措置、家族以外の介護者も対象とする保障である。

日本においては、介護保険法に家族介護者は位置づけられていないものの、民法に扶養義務が記載されている⁶⁰。今後法律上家族介護者の位置づけを明確にし、扶養義務のみではなく扶養する介護者の権利も保障すべきではないだろうか。特に、休暇・休息の保障は、在宅介護継続、就労継続のためにも重要であり、労働に対する休暇として位置づけることが可能であろう。家族介護者の分析では、本人の主観的健康感が就業確率に有意な効果を示しており、介護離職を防ぐためには、健康を維持することが必要である。加えて就業は継続し、出勤はしていても介護疲労の蓄積によって思うように仕事ができているという問題も指摘されている（池田 2013：2014）。このプレゼンティズム⁶¹を軽減し、労働生産性を向上させるためにも、介護者の休息のための休暇が必要であろう。

今後イギリスのように介護者に社会保障上の優遇措置も考える方向が望ましいが、これは拠出元について考える必要や他の政策との整合性もあるため、議論が必要である。現金給

⁵⁹ イギリスではバウチャー制をとり、短期入所、自宅における見守りサービスが選択できる。ドイツにおいては4週間の休暇に対し代替介護を保障している（岩間 2003）。

⁶⁰ 民法 877 条には、「直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある」と記されており、また民法 752 条では、「夫婦は同居し、互いに協力し、扶助しなければならない」とある。

⁶¹ 出勤しているにも関わらず、心身の健康上の問題により、十分にパフォーマンスが上がらない状態のこと。

付も、労働力人口が減少する中、検討すべきであると考えますが、これについては未だ男女経済格差の大きい日本で導入すると、女性の介護役割への固定が起きる可能性が高い。この点に配慮した制度となるよう、検討が必要であろう。

3.4 保険外サービスの積極的利用および介護保険サービスとの同時一体的提供の検討

介護保険サービスにおける介護職の定着には課題があり、介護離職も防ぎ切れていないことが分かった。このため、介護保険の利用者やその家族で経済的余裕があるものは、積極的に保険外サービスを活用するとよいと考える。

日本総合研究所（2017）によると、家族介護者の公的保険外（自費）サービスについての情報源は、「担当ケアマネジャー」59.6%が最も多く、「介護に関するインターネットのサイト」が27.7%と続く。これは、介護保険サービスに関する情報源と同様の傾向である。また、「ケアプランは介護保険内だけではなく、保険外サービスを含めて幅広く検討し、作成すべきだ」については「そう思う」が50.2%と肯定的である。しかしケアマネジャーに実際に「介護保険外サービスをどの程度ケアプランに盛り込んでいるか」を聞いたところ、「ご利用者やご家族から希望があれば、盛り込んでいる」とする人が59.3%を占め、「積極的に盛り込んでいる」とする答えは14.4%に留まっている。「ケアプランには盛り込まないが、ご利用者やご家族に情報提供や提案はする」も24.1%と約1/4を占める。2016年3月末に発刊された「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集～保険外サービス活用ガイドブック～」については、「知らない」が59.8%と、介護現場のケアマネジャーまでその存在が知られていない（調査は2017年1月に実施）。このような情報はケアマネジャーだけではなく、広く行政も含め広報に取り組む必要があるだろう。

また、東京都豊島区が検討しているように、保険外サービスを介護保険サービスの提供時間内に同時一体的に利用できる仕組みも検討し、効率的に業務を提供できるよう、規制緩和も必要と考える。これについては、豊島区でのモデル事業実施の効果を見て、介護保険制度に組み込むべきか検討すべきと考える。

4 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は3点ある。第1はデータの制約である。4章で介護職の分析に用いた公益財団法人介護労働安定センター『介護労働実態調査』は、介護労働者の代表的な調査であるが、1事業所で3名が選択され回収されたデータであるためランダムサンプリングと

は異なる。5章で家族介護者の分析に用いた厚生労働省『国民生活基礎調査』匿名データAで使用した経済変数は持ち家ダミーのみである。個票データによる分析であれば、経済状況をより考慮した分析が可能である。

第2は介護職の定着の分析に用いている指標である。本研究では主観的な仕事の満足度、離職の意向の回答を用いて作成した本研究独自の変数であり、信頼性と妥当性が検証されている指標ではない。また、介護職の直接の離職ではないため、判断には留意が必要である。

第3は、推計手法の向上である。5章の分析に用いた『国民生活基礎調査』匿名データもクロスセクションデータを用いたロジットモデルによる就業関数の推計であり、現在の非就業は介護が理由で生じたか判別できていない。この判別を行い分析することがより望ましいと考える。

最後に今後の課題を述べる。今回、介護福祉士資格保有者や入所系サービスで課題が大きいことが明らかとなったが、その内実については踏み込めていない。この点について、質的調査や量的調査で検討する必要がある。また、今回は定着の分析を行ったが、介護労働者の確保には新規参入を促すことも重要である。家族介護者の就業については、子どもを持つ母親の分析は多く行われてきたが、介護の分析は未だ少なく、特に今後増えることが予想される未婚の子どもの介護については、更に分析していくべきと考える。また、介護離職を防ぐ方策、例えば利用する介護サービスの種別などを明らかにした実証分析は見当たらないため、これらを検討することも必要と考える。

初出論文一覧

序章 書き下ろし

1章 書き下ろし

2章 書き下ろし

3章 書き下ろし

4章 1節

小檜山希 (2010) 「介護職の仕事の満足度と離職意向－介護福祉士資格とサービス類型に着目して」 季刊社会保障研究, 45(4) pp.444-457.

*一部修正し、2節に2014年データの分析結果を示し、3節、4節は2006年データ、2014年データを合わせて論じた。

2節以外 書き下ろし

本研究に当たり、東京大学社会科学研究所附属日本社会研究情報センターSSJ データアーカイブから『平成18年介護労働実態調査』『平成24年介護労働実態調査』（(財)介護労働安定センター）の個票データの提供を受けた。

5章 2節

知脇希 (2016) 「未婚の子の就業と親介護」 生活社会科学研究 (23), pp.31-40.

*3節に有配偶者の分析結果を加え、4節は総合して結果を論じた。

2節以外 書き下ろし

本研究は、統計法第36条の規定に基づいて厚生労働省から提供を受けた『国民生活基礎調査』に関する匿名データを利用した。匿名データを利用して得られた結果は、独自に作成・加工した統計であり、厚生労働省が作成・公表している統計等とは異なる。

6章 書き下ろし

参考文献

日本語文献

- 安達智子 (1999) 「職務満足－満足感の構成要因、満足感と他の職務態度との関連を中心として－」『調査研究報告書 No.124 雇用管理業務支援のための尺度・チェックリストの開発－HRM (Human resource management) チェックリスト』日本労働研究機構, pp.47-65.
- 池田心豪 (2013) 「仕事と介護の両立支援の新たな課題－介護疲労への対応を」JILPT ディスカッションペーパー13-1.
- 池田心豪 (2014) 「介護疲労と休暇取得」『日本労働研究雑誌』No.643, pp.41-48.
- 池田心豪 (2017) 「男性と女性の仕事と介護の両立」独立行政法人労働政策研究・研修機構『労働政策研究報告書 No.192 育児・介護とキャリアー女性活躍と男性の家庭生活－』pp.199-216.
- 石橋真二 (2017) 「今後の介護人材のあり方：外国人介護人材とのかかわり」『介護福祉』No.105, pp. 25-35.
- 岩間大和子 (2003) 「家族介護者の政策上の位置付けと公的支援－日英における政策の展開及び国際比較の視点－」『レファレンス』5(48), pp.5-48.
- 岩本康志 (2000) 「要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化」『季刊社会保障研究』36(3), pp.321-337.
- 殷婷・川田恵介・許召元介 (2014) 「介護労働者の賃金関数の推定・学歴プレミアムと資格プレミアム」『RIETI Discussion Paper Series 』14-J-033.
- 大澤理沙 (2012) 「短時間訪問介護員の労働供給関数の推計－労働条件の改善は短時間訪問介護員の労働時間数を増加させるか」『GEMC journal』No.7, pp.130-143.
- 大竹文雄・白石小百合・筒井義郎編著 (2010) 『日本人の幸福度格差・労働・家族』日本評論社.
- 太田さつき (2003) 「コミットメント－ジョブ・インボルブメント、組織コミットメント、キャリア・コミットメント、全般的職務満足感、他－」日本労働研究機構『調査研究報告書 No. 161 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発－HRMチェックリストの開発と利用・活用』, pp.49-91.
- 大津唯 (2013) 「在宅介護が離職に与える影響」『パネルデータによる政策評価分析 4 働き

- 方と幸福感のダイナミズム—家族とライフサイクルの影響』慶應義塾大学出版会，
pp.139-153.
- 大津唯・駒村康平（2012）「介護の負担と就業行動」『パネルデータによる政策評価分析 3 親子関係と家計行動のダイナミズム—財政危機下の教育・健康・就業』慶應義塾大学出版会， pp.143-159.
- 大風薫（2014）「中年期未婚女性における家庭内労働と就業—中年期未婚男性との比較による検討」『生活社会科学研究』 No.21， pp.17-28.
- 小野公一（1993）『職務満足感と生活満足感』白桃書房.
- 介護保険制度史研究会編著（2016）『介護保険制度史—基本構想から法施行まで—』社会保険研究所.
- 警視庁生活安全局生活安全企画課（2017）「平成 28 年における行方不明者の状況」
<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/fumei/H28yukuehumeisya.pdf>（2018 年 2 月 7 日閲覧）
- 春日キスヨ（1997）『介護とジェンダー 男が看とる女が看とる』家族社.
- 春日キスヨ（2001）『介護問題の社会学』岩波書店.
- 菊池いづみ（2010）『家族介護への現金支払い—高齢者介護政策の転換をめぐって—』公職研.
- 岸田研作・谷垣静子（2011）「登録ヘルパーの労働供給と希望労働時間のミスマッチ」『季刊社会保障研究』 46(4)， pp.414-425.
- 岸田研作・谷垣静子（2013）「介護職員が働き続けるには何が必要か」『日本経済研究』No.69， pp.1-23.
- 黒田研二・張允楨（2011）「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職意向および離職率に関する研究」『社会問題研究』 No.60， pp.15-25.
- 経済協力開発機構（OECD）（2006）『高齢者介護』新社会システム総合研究所， OECD（2005）
“Long-term Care for Older People”.
- 孔英珠（2017）「看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法」『社会福祉学』 58(2)， 26-41， 2017
- 公益社団法人全国有料老人ホーム協会（2014）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究事業報告書」
http://www.yurokyo.or.jp/investigate/pdf/report_h25_01_02.pdf（2018 年 2 月 7 日

閲覧)

厚生省 高齢者介護対策本部事務局監修 (1995)『新たな高齢者介護システムの構築を目指して 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい.

国立社会保障・人口問題研究所 (2018)『日本の世帯数の将来推計(全国推計) 2018(平成 30)年推計— 2015(平成 27)年～2040(平成 52)年 — <http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/t-page.asp> (2018年2月26日閲覧)

小塩隆士 (2002)『教育の経済分析』日本評論社, pp.27-53.

駒村康平 (2004)「擬似市場論」, 渋谷博史、平岡公一編『福祉の市場化をみる眼—市場主義メカニズムとの整合性』ミネルヴァ書房, pp.213-236.

酒井正・佐藤一磨 (2007)「介護が高齢者の就業・退職決定に及ぼす影響」『日本経済研究』No.56, pp.1-25.

笹谷春美 (1999)「家族ケアリングをめぐるジェンダー関係」鎌田とし子・木本喜美子・矢沢澄子編『講座社会学 14 ジェンダー』東大出版会, pp.213-248.

佐藤博樹 (2008)「ケアの人事管理—雇用管理と報酬管理」上野 千鶴子・大熊 由紀子・大沢 真理・神野 直彦・副田 義也編『ケアの思想とその実践 6 ケアを实践するしかけ』岩波書店, pp.177-196.

佐藤博樹・堀田聡子 (2006)「介護職のストレスと雇用管理のあり方：高齢者介護施設をとりあげて」佐藤博樹・大木栄一・堀田聡子『ヘルパーの能力開発と雇用管理 職場定着と能力発揮に向けて』勁草書房, pp.127-161.

渋谷光美 (2014)『家庭奉仕員・ホームヘルパーの現代史 社会福祉サービスとしての在宅介護労働の変遷』生活書院.

杉原陽子・杉澤秀博・新名正弥・菊地和則・高橋龍太郎 (2009)「要支援認定者における介護保険制度改定の影響評価--サービス削減への対処とその心理的影響」『社会福祉学』50(2), pp. 56-67.

鈴木俊光 (2009)「介護事業所における雇用管理施策の効果分析」独立行政法人労働政策・研修機構編『労働政策研究報告書 No. 113 介護労働分野における労働者の確保に関する研究』独立行政法人労働政策・研修機構, pp.113-148.

鈴木亘 (2010)「パートタイム介護労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』45(4), pp.417-443.

鈴木亘 (2011)「介護産業から他産業への転職行動の経済分析」『季刊家計経済研究』No.90,

- pp.30-42.
- 三具淳子 (2017) 「30 代、40 代のシングル介護者の現状」『季刊家計経済研究』No.113, pp.40-50.
- 周燕飛 (2009) 「介護職員不足問題の経済分析」独立行政法人労働政策・研修機構編『労働政策研究報告書 No. 113 介護労働分野における労働者の確保に関する研究』独立行政法人労働政策・研修機構, pp.186-201.
- 周燕飛 (2009) 「介護施設における介護職員不足問題の経済分析」『医療と社会』No.19, Vol.2, pp.151-168.
- 田中美由紀 (1998) 「職務満足感とストレス反応との関連の検討」『産業ストレス研究』No.5, pp.72-81.
- 高橋桂子 (2007) 「既婚女性の就業選択と性別役割意識」『日本家政学会誌』58(11), pp.709-718.
- 張允楨・黒田研二 (2008) 「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究」『厚生指標』55(15), pp.16-23.
- 富岡淳 (2006) 「労働経済学における主観的データの活用」『日本労働研究雑誌』No.551, pp.17-31.
- 外山義 (2003) 「介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究」『医療経済研究』(11) pp.63-89.
- 内閣府 (2017) 『平成 29 年版高齢社会白書』日経印刷
- 長澤紀美子 (2017) 「イギリスにおける社会的ケアの市場化：準市場の類型による分析」『社会政策』9(2), pp.87-100.
- 永瀬伸子 (1997) 「女性の就業選択——家庭内生産と労働供給」中馬 宏之・駿河 輝和 編『雇用慣行の変化と女性労働』東京大学出版会, pp.279-312.
- 永瀬伸子 (2000) 「家族ケア・女性の就業と公的介護保険」『季刊社会保障研究』36(2), pp.187-199.
- 永瀬伸子 (2003) 「男女間および就業形態間の賃金構造と賃金格差の推計」日本労働研究機構『調査研究報告書 No.158 非典型雇用労働者の多様な就業実態』日本労働研究機構, pp.104-131.
- 成清美治 (2015) 『海外の介護保障を学ぶ—オランダ、ドイツ、デンマーク、フィンランド—』学文社.

- 西下彰俊 (2014) 「スウェーデンの介護保障」 増田雅暢編『世界の介護保障 第2版』法律文化社、pp.72-92.
- 西本真弓・七條達弘 (2004) 「親との同居と介護が既婚女性の就業に及ぼす影響」『季刊家計経済研究』No.61, pp.62-72.
- 日本総合研究所 (2017) 『平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業介護に取り組む家族の支援に資する民間サービスの普及・促進に関する調査研究事業報告書』 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/114_nihonnsoukenn.pdf (2018年2月4日閲覧)
- 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』45(3), pp.269-286.
- 花岡智恵 (2015) 「介護労働力不足はなぜ生じているのか」『日本労働経済雑誌』No.658, pp.16-25.
- 原野かおり・出井涼介・中嶋和夫 (2017) 「介護福祉士が受けるハラスメントと職務・職場継続意向の関連」『厚生指標』64(6), pp.29-35.
- 平岡公一 (2004) 「終章 社会サービスの市場化をめぐる若干の論点」 渋谷博史, 平岡公一編『講座・福祉社会11 福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房, pp.293-312.
- 平岡公一 (2013) 「ヨーロッパにおける社会サービスの市場化と準市場の理論」 武川正吾編『公共性の福祉社会学—公正な社会とは』東京大学出版会, pp.193-213.
- 平部康子 (2014) 「イギリスの介護保障」 増田雅暢編『世界の介護保障 第2版』法律文化社, pp.19-37.
- 平山亮 (2017) 「息子介護に見るケア経験のジェンダー非対称性」『季刊家計経済研究』No.113, pp.30-39.
- 堀田聡子 (2006) 「ホームヘルパーの能力開発と事業者・サービス提供責任者の役割」 佐藤博樹・大木栄一・堀田聡子『ヘルパーの能力開発と雇用管理』勁草書房, pp.95-125.
- 堀勝洋 (1981) 「日本型福祉社会論」『季刊社会保障研究』171(1), pp.37-50.
- 藤崎宏子 (2008) 「訪問介護の利用抑制にみる「介護の再家族化」--9年目の介護保険制度」『社会福祉研究』No.103, pp.2-11.
- 藤野敦子 (2002) 「子どものいる既婚女性の就業選択—夫の働き方、性別役割意識が及ぼす影響」『季刊家計経済研究』No.56, pp.48-55.
- 古川和稔 (2015) 「介護職員のストレス」『日本労働研究雑誌』No.658, pp.26-34.

- 毎日新聞大阪社会部取材班 (2016) 『介護殺人 追いつめられた家族の告白』新潮社。
- 前田信彦 (1998) 「家族のライフサイクルと女性の就業—同居親の有無とその年齢効果」『日本労働研究雑誌』 No.459, pp.25-38.
- 馬欣欣 (2011) 「給与所得およびその変化が雇用者の仕事満足度に与える影響」樋口義雄, 宮内環, C.R.McKenzie・慶應義塾大学パネル設計・解析センター編『パネルデータによる政策評価分析 [2] 教育・健康と貧困のダイナミズム—所得格差に与える税社会保障制度の効果』慶應義塾大学パネル設計・解析センターパネル調査共同研究拠点 pp.187-207.
- 増田雅暢 (2014) 「高齢者介護保障システムの基本的視点」増田雅暢編『世界の介護保障 第2版』法律文化社, pp.1-18
- 松井由香 (2014) 「男性介護者の語りにみる「男性ゆえの困難」—セルフヘルプ・グループに集う夫・息子介護者の事例から—」『家族研究年報』 No.39, pp55-74.
- 松浦克己・滋野由紀子 (2005) 「大都市圏における育児と女性の就業」『会計検査研究』No.32, pp.181-213.
- 松浦克己・白波瀬佐和子 (2002) 「既婚女性の就業決定と子育て—これからの社会保障政策に向けて—」『季刊社会保障研究』 38(3), pp.188-198.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2013) 「平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 通所介護のあり方に関する調査研究事業報告書」 http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c4.pdf (2018 年 2 月 4 日閲覧)
- 山田篤裕・石井加代子 (2009) 「介護労働者の賃金決定要因と離職意向—他産業・他職種からみた介護労働者の特徴—」『季刊社会保障研究』 45(3), pp. 229-246.
- 山田昌弘 (1992) 「福祉とジェンダー—その構造と意味」『家族研究年報』 No.17, 家族問題研究会, pp.2-14.
- 山根純佳 (2010) 『なぜ女性はケア労働をするのか—性別分業の再生産を超えて』勁草書房.
- 李政元 (2001) 「ナースの離職行動：メタパス解析による職務満足感・離転職行動モデルの検証」関西学院大学社会学部紀要, 90, pp.133-139.

英語文献

Akerlof, G. A., A. K. Rose and J. K. Yellen (1988) "Job Switching and Job Satisfaction

- in the U.S. Labor Market,” *Brookings Papers on Economic Activity*, 2, pp.495-582.
- Allan, S., Forder, J. (2012) “Care markets in England; Job Switching and Job Satisfaction in the U.S. Labor Market,” *Brookings Papers on Economic Activity, Lessons from research” PSSRU Discussion Paper*, 2815, University of Kent.
- Becker, Gary S. (1964) *Human Capital*, New York: Columbia University Press; 邦訳：ゲーリー・S・ベッカー（佐野陽子訳）（1976）『人的資本：教育を中心とした理論的・経験的分析』東洋経済新報社.
- Becker, Gary S. (1965) “A Theory of the Allocation of Time” *The Economic Journal*, 75(299) 493-51.
- Clark, A. E. and A. Oswald (1996) “Satisfaction and Comparison Income,” *Journal of Public Economics*, (8) 233- 242.
- Clark, A. E., A. Oswald and P. Warr (1996) “Is Job Satisfaction U-Shaped in Age?” *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, (69) 57- 81.
- Clark, A. E. (1997) “Job Satisfaction and Gender: Why are Women so Happy at Work?” *Labor Economics*, (4) 341-372.
- Donohue, S. and J. Heywood (2006) “Job Satisfaction, Comparison Income and Gender: Evidence from the NLSY,” *International Journal of Manpower*, (25) 211-234.
- Freeman, R. B. (1978) “Job Satisfaction as an Economic Variable,” *American Economic Review*, (68) 135-141.
- Gazioglu, S. and A. Tansel (2006) “Job Satisfaction in Britain: Individual and Job Related Factors,” *Applied of Economics*, (38) 1163-1171.
- Gronau, R(1977) "Leisure, Home Production, and Work--The Theory of Allocation of Time Revised," *Journal of Political Economy*, (87), 1099-1123.
- Gary, J and, Saks, A. M. (2007) *Organizational Behaviour: Understanding and Managing Life at Work 7th Edition* , Pearson Education Canada.
- Mincer, J. (1974) *Schooling, Experience and Earnings*, The National Bureau of Economic Research.
- Mobley, W. H., S. O.Horner, and Hollingsworth,A. T. (1978) “An Evaluation of Precursors of Hospital Employee Turnover”, *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 408-414.

- Nagase, N. (2018) "Has Abe's Womanomics Worked?", *Asian Economic Policy Review*, (13), 68–101.
- Noguchi, H., and S. Shimizutani (2007) "Nonprofit for-profit and Earning Differentials in the Japanese at-home Elderly Care Industry: Evidence from Micro-level Data on Home Helpers and Staff Nurses", *Journal of the Japanese and International Economies*, (21) 106-120
- Sugawara, S. and J. Nakamura, (2014) Can formal elderly care stimulate female labor supply? The Japanese experience, *CIRJE Discussion Papers*, CIRJE-F-924
- Ungerson, C.(1987), *Policy is Personal Sex, Gender and Informal Care*, Tavistock Publications. (平岡公一, 平岡佐智子 (1999) 『ジェンダーと家族介護－政府の政策と個人の生活－』. 光生館.
- Yamada, H. and S. Shimizutani. (2015) Labor market outcomes of informal care provision in Japan, *The Journal of the Economics of Ageing*, (6) 79-88.

引用資料

<序章>

公益社団法人国民健康保険中央会 介護給付費の状況平成 12 年度

https://www.kokuho.or.jp/statistics/st_condition_H12.html (2018 年 2 月 22 日閲覧)

公益社団法人国民健康保険中央会介護給付費の状況平成 28 年度

https://www.kokuho.or.jp/statistics/st_condition_H28.html (2018 年 2 月 22 日閲覧)

厚生労働省 (2015) 報道発表資料 2015 年 6 月 「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計 (確定値)」

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf (2018 年 2 月 7 日閲覧)

総務省統計局 (2013) 「平成 24 年就業構造基本調査結果の概要」平成 25 年 7 月 12 日

<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/pdf/kgaiyou.pdf> (2018 年 2 月 7 日閲覧)

総務省統計研修所 西 文彦 「親と同居の未婚者の最近の状況 (2016 年)」

<http://www.stat.go.jp/training/2kenkyu/pdf/parasi16.pdf> (2018 年 2 月 24 日閲覧)

<1 章>

厚生労働省（2009）介護職員のキャリアパス懇談会資料 2「介護職員のキャリアパスについて」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1211-13b.pdf>（2017 年 9 月 16 日閲覧）

厚生労働省（2015）第 60 回労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会 資料 1「介護労働の現状」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000071241.pdf（2018 年 2 月 7 日閲覧）

国立社会保障・人口問題研究所（2017）人口統計資料集(2017 改訂版) 性別，50 歳時の未婚割合（生涯未婚率），有配偶割合，死別割合および離別割合：1920～2015 年

http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2017RE.asp?fname=T06-23.htm&title1=%87Y%81D%8C%8B%8D%A5%81E%97%A3%8D%A5%81E%94z%8B%F4%8A%D6%8CW%95%CA%90I%8C%FB&title2=%95%5C%82U%81%7C23+%90%AB%95%CA%2C50%8D%CE%8E%9E%82%CC%96%A2%8D%A5%8A%84%8D%87%81i%90%B6%8AU%96%A2%8D%A5%97%A6%81j%2C%97L%94z%8B%F4%8A%84%8D%87%2C%8E%80%95%CA%8A%84%8D%87%82%A8%82%E6%82%D1%97%A3%95%CA%8A%84%8D%87%81F1920%81%602015%94N（2018 年 2 月 13 日閲覧）

<2 章>

国立社会保障・人口問題研究所（2016）人口統計資料集(2016)主要国の 65 歳以上人口割合別到達年次とその倍加年数

http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2016.asp?fname=T02-18.htm&title1=%25%81%40%81%40%81%40%81%4087U%81D%94N%97%EE%95%CA%90I%8C%FB&title2=%95%5C%82Q%81%7C18+%8E%E5%97v%8D%91%82%CC65%8D%CE%88%C8%8F%E3%90I%8C%FB%8A%84%8D%87%95%CA%93%9E%92B%94N%8E%9F%82%C6%82%BB%82%CC%94%7B%89%C1%94N%90%94
(平成 29 年 12 月 30 日閲覧)

高齢社会福祉ビジョン懇談会（1994）『21 世紀福祉ビジョン～少子・高齢社会に向けて～』

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/18.pdf>

厚生労働省「要介護認定はどのように行われるか」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo2.html> (2017年9月16日閲覧)

厚生労働省(2003)高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」参考図表 参考(3) 介護保険制度における要介護認定の仕組み <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou3.html> (2018年2月7日閲覧)

厚生労働省(2014)第103回社会保障審議会介護給付費分科会(H26.6.25)資料1「区分支給限度基準額について」
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049257.pdf#search=%27%E5%8C%BA%E5%88%86%E6%94%AF%E7%B5%A6%E9%99%90%E5%BA%A6%E5%9F%BA%E6%BA%96%E9%A1%8D%27 (2018年2月7日閲覧)

厚生労働省老健局総務課「公的介護保険制度の現状と今後の役割」平成27年度
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf (2017年9月16日閲覧)

厚生労働省・経済産業省・農林水産省(2016)「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」(保険外サービス活用ガイドブック)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/guidebook-zentai.pdf> (2017年9月16日閲覧)

豊島区 選択的介護モデル事業に関する有識者会議平成29年度開催実績
<https://www.city.toshima.lg.jp/428/kuse/shingi/kaigichiran/1706071001.html>
(2018年2月7日閲覧)

厚生労働省「平成27年度介護保険事業状況報告(年報)のポイント」
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_point.pdf (2018年2月7日閲覧)

橋本修二(2015)厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病生活習慣病対策総合研究事業)分担執筆報告書「健康寿命の指標化に関する研究－健康日本21(第二次)等の健康寿命の検討－」<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/houkoku/H27.pdf> (2017年12月30日閲覧)

厚生労働省(2017)「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884.html> (2017年12月30日閲覧)

厚生労働省 介護を受けながら暮らす高齢者向け住まいについて—住まいとサービスの関係性—

[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1.pdf)

[Seisakutoukatsukan/0000038005_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1.pdf) (2018年1月25日閲覧)

厚生労働省 (2015) 報道発表資料 2015年6月「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)」

[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf)

[Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf) (2018年2月7日閲覧)

WAMNET 有料老人ホーム

[http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-Kourei-08.html)

[Kourei-08.html](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-Kourei-08.html) (2018年2月24日閲覧)

WAMNET 特別養護老人ホーム

[http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-Kourei-04.html)

[Kourei-04.html](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kourei/handbook/service/c078-p02-02-Kourei-04.html) (2018年2月24日閲覧)

国土交通省 サービス付き高齢者向け住宅

http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000005.html

(2018年2月26日閲覧)

国土交通省 (2016) サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会とりまとめ参考資料 <http://www.mlit.go.jp/common/001132654.pdf> (2018年2月24日閲覧)

<3章>

厚生労働省 (2011) 今後の介護人材養成の在り方に関する検討会「今後の介護人材養成の在り方について(報告書)～介護分野の現状に即した介護福祉士の養成の在り方と介護人材の今後のキャリアパス～」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000010pzc-att/2r98520000010qse.pdf> (2017年9月16日閲覧)

日本学術会議社会学委員会福祉職・介護職育成分科会 (2011) 「提言福祉職・介護の専門性向上と社会的待遇の改善に向けて」 <http://www.sej.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-3.pdf> (2017年10月10日閲覧)

一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構 (2017) Press Release

http://www.nintei-kaishi.or.jp/files/information/265/press_release.pdf (2017年2月

7 日閲覧)

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター (2017) 資格登録「登録者数の状況」都道府県別登録者数・最新版 http://www.sssc.or.jp/touroku/pdf/pdf_t04_2.pdf (2017 年 10 月 27 日閲覧)

厚生省告示第十九号

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/372715c7e41599414925689a003b8770/\\$FILE/kokuj119.PDF](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/372715c7e41599414925689a003b8770/$FILE/kokuj119.PDF) (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平成 15 年 4 月施行版)

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/f638b52a296ad67d49256cf700005833/\\$FILE/santei.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/f638b52a296ad67d49256cf700005833/$FILE/santei.pdf) (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平成 18 年 4 月 1 日施行分)

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/5520b7986d263ce74925713400056223/\\$FILE/sankou.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/5520b7986d263ce74925713400056223/$FILE/sankou.pdf) (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平成 21 年 4 月施行版)

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/55179ec51d6c2a91492575830025f69f/\\$FILE/20090324_1shiryu1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/55179ec51d6c2a91492575830025f69f/$FILE/20090324_1shiryu1.pdf) (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平成 22 年 4 月施行版)

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/35ea9fc763d65291492576e70020faf1/\\$FILE/20100326_1shiryu1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/35ea9fc763d65291492576e70020faf1/$FILE/20100326_1shiryu1.pdf) (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平 24 年 4 月施行版)

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/098a43f19e63cd6a492579cd002de0e9/\\$FILE/20120405_1shiryu4.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/098a43f19e63cd6a492579cd002de0e9/$FILE/20120405_1shiryu4.pdf) (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平 27 年 4 月施行版)

http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryu-files/resources/5bd8d591-385f-4455-b1f5-06e939b7275c/0721_%E2%85%A0-1_%28%E8%B3%87%E6%96%99%EF%BC%91%29_%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E5%A0%B1%E9%85%AC%E3%81%AE%E7%AE%97%E5%AE%9A%E6%A7%8B%E9%80%A0_201506150000.pdf (2017 年 9 月 16 日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平成 28 年 3 月 31 日事務連絡)

<http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryu-files/resources/f2b89f38-7b07-47a0-a5e2->

6ebcb92c56f4/%E2%85%A0-

1_%28%E8%B3%87%E6%96%99%EF%BC%91%29_%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E5%A0%B1%E9%85%AC%E3%81%AE%E7%AE%97%E5%AE%9A%E6%A7%8B%E9%80%A0.pdf (2017年9月16日閲覧)

介護報酬の算定構造 (平成29年7月7日事務連絡)

<http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou->

files/documents/2017/0330190122367/20170331_02.pdf (2017年9月16日閲覧)

厚生労働省今後の介護人材養成の在り方に関する検討会 (2011)「今後の介護人材養成の在り方について (報告書) ~介護分野の現状に即した介護福祉士の養成の在り方と介護人材の今後のキャリアパス~」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000010pzq-att/2r98520000010qse.pdf>

(2017年9月16日閲覧)

厚生労働省老健局 (2017) 介護保険最新情報情報 Vol. 580 「平成29年度介護報酬改定による介護職員処遇改善加算の拡充について」

<http://info.kaipoke.biz/rs/884-SIY->

630/images/%E5%87%A6%E9%81%87%E6%94%B9%E5%96%84%E5%8A%A0%E7%AE%97_%E8%A9%B3%E7%B4%B0.pdf?mkt_tok=eyJpIjoiTnpJME5EYzVORGt6T1RSbCIIsInQiOiJnUDROOVlSRjVwK2FsOFRjQVl2UVlyNVd2eFBiZ3RYWFg4aWtcL1VTNkJUODJoZjBQYnpITGhPR1FCcjlKajVmcmNBS2t5OE1JU1dBajVJT3VBSlZsOEVyTkN5YVhkQ0xyZWdkblc3NDh4OEFHbXc1c3p0dmphYlJmQ01sUIFMbm8ifQ%3D%3D (2017年10月30日閲覧)

厚生労働省 日本で就労する外国人のカテゴリー(総数 約108.4万人の内訳)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/gaikokujin16/category_j.html (2018年1月24日閲覧)

厚生労働省 外国人技能実習制度への介護職種の追加について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000147660.html> (2018年1月24日閲覧)

厚生労働省 技能実習「介護」における固有要件について

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000182392.pdf> (2018年1月24日閲覧)

厚生労働省 経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れ概要

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000->

[Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa_base_2909.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa_base_2909.pdf) （2018年1月24日閲覧）

法務省 在留資格一覧表

https://www.jetro.go.jp/ext_images/_Events/bdb/49facb9d51d120db/session_second1.pdf （2018年1月24日閲覧）

<4章>

公益財団法人介護労働安定センター平成18年大規模調査「事業所における介護労働実態調査 結果ポイント」http://www.kaigo-center.or.jp/report/h18_chousa_03.html （2018年2月25日閲覧）

厚生労働省（2015）第60回労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会 資料1「介護労働の現状」 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000071241.pdf （2018年2月7日閲覧）

厚生労働省（2008）第2回介護労働者の確保・定着に関する研究会「社団法人全国老人福祉施設協議会配布資料」 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0425-10d.pdf> （2018年2月11日閲覧）

厚生労働省（2009）第2回特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会参考資料「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するアンケート調査 結果概要報告書」
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/bbf880b58bc1b0b2492575d30020ce3b/\\$FILE/20090612_3sankou2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/bbf880b58bc1b0b2492575d30020ce3b/$FILE/20090612_3sankou2.pdf) （2018年2月11日閲覧）

厚生労働省（2014）社会保障審議会介護給付費分科会第114回（H26.11.13）資料1「通所介護の報酬・基準について（案）」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065053.pdf （2018年2月24日閲覧）

東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター 「介護労働実態調査2006」介護労働者の就業実態と就業意識調査 一労働者調査票一https://ssjda.iss.u-tokyo.ac.jp/chosa-hyo/0541c_roudousha.html （2018年2月24日閲覧）

東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター「介護労働実態調査 2014」<https://ssjda.iss.u-tokyo.ac.jp/Direct/gaiyo.php?eid=1062> (2018年2月24日閲覧)

<5章>

総務省統計研究所西文彦 (2015)「親と同居の壮年未婚者 2014年」
<http://www.stat.go.jp/training/2kenkyu/pdf/zuhyou/parasi11.pdf> (2018年2月24日閲覧)

<6章>

厚生労働省 介護を受けながら暮らす高齢者向け住まいについて—住まいとサービスの関係性—

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1.pdf (2018年2月11日閲覧)

厚生労働省 (2014) 社保審—介護給付費分科会第104回 (H26.7.23) 資料2「平成27年度介護報酬改定に向けて (特定施設入居者生活介護等について)」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051823.pdf (2018年2月4日閲覧)

厚生労働省 (2014) 社会保障審議会介護給付費分科会第103回 (H26.6.25) 資料1「区分支給限度基準額について」
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049257.pdf (2017年9月16日閲覧)

公益社団法人日本介護福祉士会 介護福祉士の専門性

<http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/senmon.php> (2017年10月10日閲覧)

<付録資料>

厚生労働省 (2013) 社会保障審議会介護保険部会 (第45回) 平成25年6月6日資料3「施設サービス等について」

http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146267&name=2r98520000033t91_1.pdf (2017年10月10日閲覧)

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 介護福祉士国家試験 受験資格 (資格取得ルート図) <http://www.sssc.or.jp/kaigo/shikaku/route.html> (2017年10月28日閲覧)

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 介護福祉士国家試験 受験資格 (資格取得ル

ート図) 養成施設ルート図

http://www.sssc.or.jp/kaigo/shikaku/k_05.html (2017年10月28日閲覧)

厚生労働省 平成29年度介護報酬改定の概要

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/01_2.pdf
(2018年2月10日閲覧)

参考資料

- 公益財団法人介護労働安定センター『介護労働実態調査』
- 厚生労働省『一般職業紹介状況』
- 厚生労働省『介護給付費実態調査』
- 厚生労働省『介護給付費等実態調査』
- 厚生労働省『介護給付費等実態調査 月報』(2017年4月)
- 厚生労働省『介護保険事業状況報告(年報)』
- 厚生労働省『国民生活基礎調査』
- 厚生労働省『雇用動向調査』
- 厚生労働省『社会福祉施設等調査』
- 厚生労働省『平成24年介護サービス施設・事業所調査』
- 厚生労働省『平成27年介護保険事業状況報告(年報)』
- 厚生労働省『老人保健調査』
- 総務省統計局『国勢調査結果』
- 総務省統計局『人口推計』
- 総務省統計局『社会生活基本調査結果』
- 総務省統計局『平成24年就業構造基本調査』
- 総務省統計局『労働力調査』

付録資料

付録資料1 施設サービスの種類

サービスの種類	施設名	施設の概要
介護老人福祉施設 【介護保険法第8条第26項】	特別養護老人ホーム	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ、養護することを目的とする施設 【老人福祉法第20条の5】
介護老人保健施設 【介護保険法第8条第27項】	老人保健施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設
介護療養型医療施設 【旧・介護保険法第8条第26項】	介護療養型医療施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設 【旧・医療法第7条第2項第4号】

厚生労働省社会保障審議会第45回介護保険部会資料「施設サービス等について」より

付録資料2 介護保険制度における居宅サービス等

サービスの種類	基本方針抜粋
訪問介護	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない
訪問入浴介護	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、居宅における入浴の援助を行うことにより、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るものでなければならない
訪問看護	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない
訪問リハビリテーション	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない
居宅療養管理指導	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を除いた保健師、看護師又は准看護師をいう。以下この章において同じ。）、歯科衛生士（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。）又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない

付録資料3 介護保険制度における居宅サービス等

サービスの種類	基本方針抜粋
通所介護(デイサービス)	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。
通所リハビリテーション(デイケア)	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。
短期入所生活介護(ショートステイ)	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。
短期入所療養介護(ショートステイ)	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。
特定施設入居者生活介護	特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、当該指定特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者が当該指定特定施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
福祉用具貸与	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものでなければならない。
特定福祉用具販売	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な特定福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、特定福祉用具を販売することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものでなければならない。

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成十一年厚生省令第三十七号)より抜

粋

付録資料 4 介護保険制度における地域密着型サービス

サービスの種類	基本方針抜粋
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護状態となった場合においても、その利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うとともに、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。
夜間対応型訪問介護	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、夜間において、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、排せつの介護、日常生活上の緊急時の対応その他の夜間において安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うものでなければならない。
地域密着型通所介護	要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。
認知症対応型通所介護	要介護状態となった場合においても、その認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。
小規模多機能型居宅介護	要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
認知症対応型共同生活介護	要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、当該指定地域密着型特定施設入居者生活介護の提供を受ける入居者（以下この章において「利用者」という。）が指定地域密着型特定施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とするものでなければならない。
看護小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスに該当する複合型サービス（指定看護小規模多機能型居宅介護）の事業は訪問看護の基本方針及び小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえて行うものでなければならない。

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）より抜粋

付録資料 5 施設の種類、年次別定員（単位：人）

	平成22年 （2010）	平成23年 （2011）	平成24年 （2012）	平成25年 （2013）	平成26年 （2014）	平成27年 （2015）	平成28年 （2016）
定員有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外）	195972	216174	315234	350990	391144	424828	482792
定員軽費老人ホーム	83845	85220	91474	92204	93479	93712	93804
定員養護老人ホーム	62307	60752	65113	64830	64443	64313	64091
定員有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅であるもの）	.	.	...	46387	84140	140473	158024
有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅以外）	161625	179505	221907	257777	285160	300870	350308
軽費老人ホーム	78176	79648	80561	81411	81672	83745	82749
養護老人ホーム	58054	56381	56860	56962	56963	57288	56264
有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅であるもの）	.	.	...	22713	52283	...	...

平成22年及び平成23年は、調査票が回収された施設のうち、活動中の施設について集計している。

平成22年及び平成23年は、調査方法等の変更による回収率変動の影響を受けていることに留意する必要がある。

平成24年からは基本票として都道府県・指定都市・中核市が把握する施設について、活動中の施設を集計している。

平成24年にはサービス付き高齢者向け住宅であるものを一部含む。

「定員(人)」・「在所者数(人)」(在所者数は入所者数と通所者数の合計)は、それぞれ定員又は在所者数について、調査を実施した施設のみ計上している。

出典：厚生労働省『社会福祉施設等調査』

付録資料 6 居宅サービス、地域密着型サービスの種類別事業所数

居宅サービスの種類別事業所数

	居宅介護支 援	訪問介護	訪問入浴介 護	訪問看護ス テーション	通所介護	通所リハビリ テーション	短期入所生 活介護	短期入所療 養介護	特定施設入 居者生活介 護	福祉用具貸 与	特定福祉用 具販売	痴呆対応型 共同生活介 護
平成12年	17176	9833	2269	4730	8037	4911	4515	4651	288	2685		675
平成13年	19890	11644	2457	4825	9138	5441	4887	5057	373	3839		1273
平成14年	20694	12346	2316	4991	10485	5568	5149	5655	481	4099		2210
平成15年	23184	15701	2474	5091	12498	5732	5439	5758	633	5016		3665
平成16年	24331	17274	2406	5224	14725	5869	5657	5821	904	5391		5449
平成17年	27304	20618	2402	5309	17652	6093	6216	5513	1375	6317		7084
平成18年	27571	20948	2245	5470	19409	6278	6664	5437	1941	6051	5299	
平成19年	28248	21069	2124	5407	20997	6380	7030	5278	2617	5649	5456	
平成20年	28121	20885	2013	5434	22366	6426	7347	5242	2876	4974	5027	
平成21年	27961	21517	2033	5221	22267	6152	7215	4857	2944	5474	5579	
平成22年	27158	20805	2021	5119	22738	5877	7096	4633	2974	5202	5312	
平成23年	27705	21315	2002	5212	24381	5948	7515	4726	3165	5212	5336	
平成24年	35885	31075	2410	6590	34107	7023	8980	5490	3941	7644	7724	
平成25年	37540	32761	2344	7153	38127	7047	9445	5377	4197	7864	7902	
平成26年	38837	33911	2262	7903	41660	7284	10251	5382	4452	7961	8018	
平成27年	40127	34823	2190	8745	43406	7515	10727	5348	4679	8056	8135	
平成28年	40686	35013	2077	9525	23038	7638	10925	5331	4858	8030	8111	

地域密着型サービスの種類別事業所数

	地域密着型 介護老人福 祉施設数	定期巡回・随 時対応型訪 問介護看護	夜間対応型 訪問介護	地域密着型 通所介護	認知症対応 型通所介護	小規模多機 能型居 宅 介 護	地域密着型 特定施設入 居者生活介 護	複合型サ ビス(看護小 規模多機能 型居宅介護)	認知症対応 型共同生活 介護
平成18年			12		2484	187	23		8350
平成19年	94		69		2885	962	62		8818
平成20年	183		83		3139	1557	91		9292
平成21年	250		75		3108	1917	112		9186
平成22年	302		98		3122	2113	133		8942
平成23年	450		103		3254	2486	152		9484
平成24年	954	76	188		4158	3885	238	15	11729
平成25年	1106	281	196		4193	4230	263	74	12048
平成26年	1691	471	217		4253	4630	288	164	12497
平成27年	1901	616	224		4308	4969	301	250	12983
平成28年	1977	735	226	21063	4239	5125	310	305	13069

付録資料 7 介護予防サービス、介護予防地域密着型サービスの種類別事業所数

介護予防サービスの種類別事業所数

	介護予防訪問介護	介護予防訪問入浴介護	介護予防訪問看護ステーション	介護予防通所介護	介護予防通所リハビリテーション	介護予防短期入所生活介護	介護予防短期入所療養介護	介護予防特定施設入居者生活介護	介護予防福祉用具貸与	特定介護予防福祉用具販売	介護予防支援
平成19年	20455	1885	5237	20396	6179	6608	4919	2498	5445	5439	3851
平成20年	20319	1873	5414	21710	6276	6957	5018	2731	4862	5010	3782
平成21年	20965	1826	5092	21632	6017	6853	4686	2791	5361	5567	4096
平成22年	20299	1841	5010	22023	5753	6752	4467	2822	5145	5304	3961
平成23年	20830	1837	5103	23481	5829	7177	4561	2991	5169	5326	3961
平成24年	30269	2195	6457	32432	6700	8600	5337	3710	7479	7697	4430
平成25年	31908	2146	6981	36097	6832	9060	5199	3930	7671	7858	4539
平成26年	33060	2085	7744	39383	7162	9782	5223	4158	7821	7996	4564
平成27年	33977	2032	8591	41181	7422	10245	5189	4364	7959	8095	4726
平成28年	34113	1930	9356	41448	7537	10455	5179	4528	7957	8078	4873

介護予防地域密着型サービスの種類別事業所数

	介護予防認知症対応型通所介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
平成19年	2696	738	8622
平成20年	2870	1256	8936
平成21年	2861	1564	8904
平成22年	2879	1773	8643
平成23年	2989	2099	9144
平成24年	3854	3337	11445
平成25年	3857	3670	11702
平成26年	3892	4074	12165
平成27年	3960	4438	12647
平成28年	3900	4611	12761

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より筆者作成

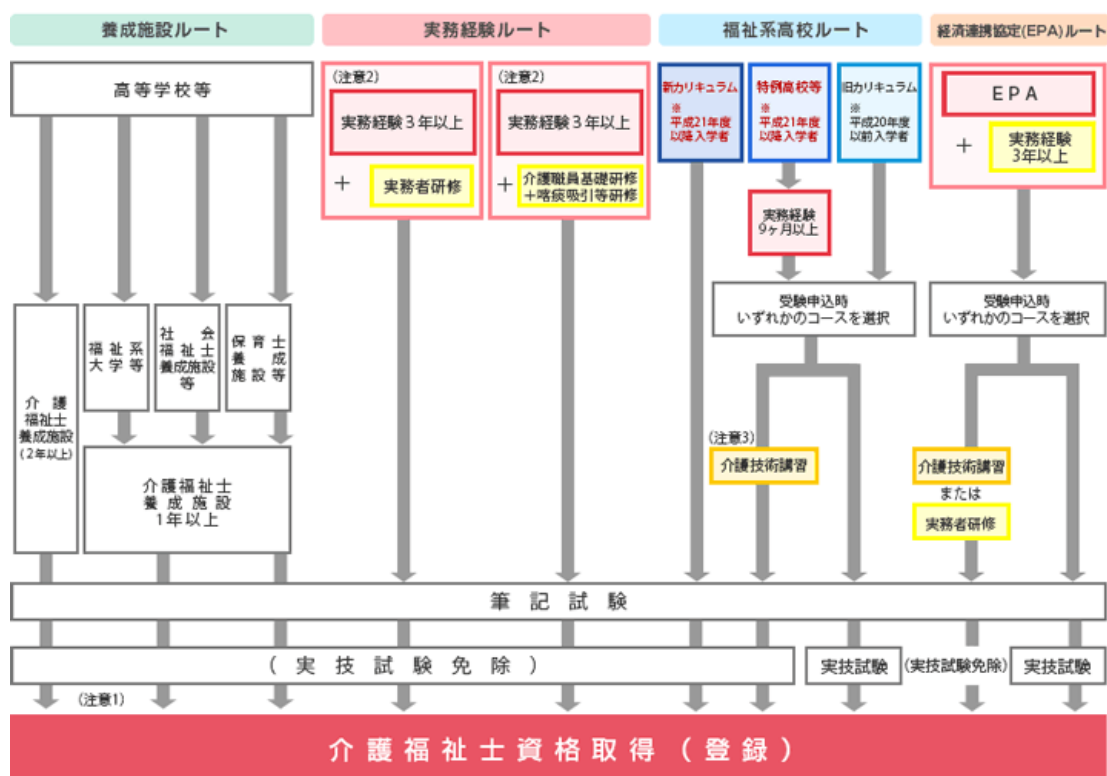
付録資料 8 介護保険施設数、定員等の推移

介護保険施設数、定員等の推移

	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									
	施設数	定員	9月末日の状況		常勤換算 従事者 数	施設数	定員	9月末日の状況		常勤換算 従事者 数	施設数	病床数	9月末日の状況		常勤換算 従事者 数			
			在 所 者 数	利 用 率 (%)				平 均 要 介 護 度	在 所 者 数				利 用 率 (%)	平 均 要 介 護 度		在 院 者 数	利 用 率 (%)	平 均 要 介 護 度
平成12年	4463	298912			168257	2667	233536			137059	3862	116111			93736			
平成13年	4651	314192	309740	98.6	3.49	174875	2779	244627	223895	91.5	3.1	148753	3792	120422	109329	90.8	4.01	96872
平成14年	4870	330916	326159	98.6	3.53	188423	2872	254918	233740	91.7	3.12	140912	3903	137968	126865	92	4.02	110770
平成15年	5084	346069	341272	98.6	3.63	202764	3013	269524	245268	91	3.17	151759	3817	139636	129365	92.6	4.16	114050
平成16年	5291	363747	357891	98.4	3.72	213893	3131	282513	256809	90.9	3.2	159860	3717	138942	129111	92.9	4.24	112065
平成17年	5535	383326	376328	98.2	3.74	229389	3278	297769	269352	90.5	3.17	169244	3400	129942	120448	92.7	4.27	99955
平成18年	5716	399352	392547	98.3	3.75	240683	3391	309346	280589	90.7	3.18	176170	2929	119825	111099	92.7	4.25	90941
平成19年	5892	412807	405093	98.1	3.8	250451	3435	313894	285265	90.9	3.25	177900	2608	110730	102753	92.8	4.3	81779
平成20年	6015	422703	416052	98.4	3.82	261179	3500	319052	291931	91.5	3.28	183152	2252	99309	92708	93.4	4.33	73457
平成21年	5876	414668	408622	98.5	3.86	264930	3463	315260	289273	91.8	3.31	186908	1980	87782	82007	93.4	4.38	66675
平成22年	5676	403313	396356	98.3	3.88	264400	3382	306642	282645	92.2	3.32	184662	1770	78202	73405	93.9	4.39	60930
平成23年	5953	427634	420827	98.4	3.89	280180	3533	318091	293432	92.2	3.31	191398	1711	75991	71377	93.9	4.41	58667
平成24年	6092	439148	429415	97.8	3.89	287016	3710	331916	301539	90.8	3.32	198419	1644	72959	67531	92.6	4.42	56140
平成25年	6212	449010	439737	97.9	3.87	295115	3683	328650	299885	91.2	3.3	197676	1509	65539	60429	92.2	4.41	51802
平成26年	6764	464069	453682	97.8	3.85	304058	3741	330323	299561	90.7	3.28	198555	1422	63102	58216	92.3	4.39	49937
平成27年	7065	484353	471585	97.4	3.87	313363	3857	339142	302679	89.2	3.26	201948	1318	58419	53240	91.1	4.38	45891
平成28年	7103	488751	473800	96.9	3.91	319019	3901	339896	305548	89.9	3.23	203774	1231	55198	50039	90.7	4.36	43954

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より筆者作成

付録資料 9 介護福祉士資格取得ルート



(注意 1) 「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、平成 29 年度 (第 30 回) から、養成施設ルートが介護福祉士国家試験の受験資格となります。なお、養成施設を平成 33 年度末までに卒業する方は、卒業後 5 年の間は、国家試験を受験しなくても、または、合格しなくても、介護福祉士になることができます。この間に国家試験に合格するか、卒業後 5 年間続けて介護等の業務に従事することで、5 年経過後も介護福祉士の登録を継続することができます。平成 34 年度以降に養成施設を卒業する方からは、国家試験に合格しなければ介護福祉士になることはできません。

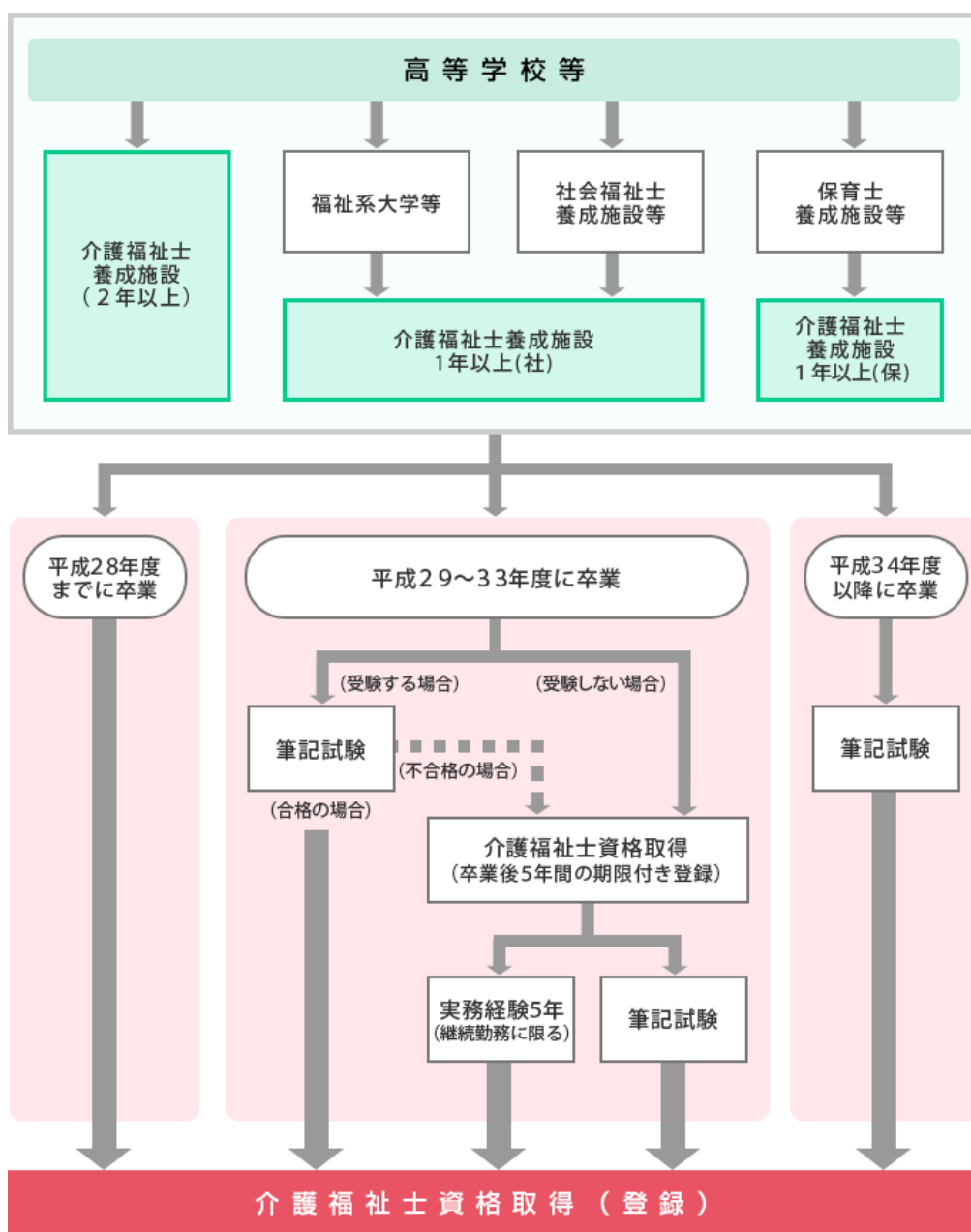
(注意 2) 実務経験ルートで受験を希望する方は「実務経験 3 年以上」だけでは受験できません。

(注意 3) 平成 20 年度以前に福祉系高等学校 (専攻科を含む) に入学し、卒業した方、特例高等学校 (専攻科を含む) を卒業し、9 か月以上介護等の業務に従事した方が、「実技試験の免除」を申請する場合は、「介護技術講習」を修了する必要があります。

「実務者研修」の修了で実技試験が免除になるのは、「実務経験ルート」と、「経済連携協定（EPA）ルート」の方のみですのでご注意ください。

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 介護福祉士国家試験 受験資格（資格取得ルート図）より

付録資料 10 養成施設ルート図



公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 介護福祉士国家試験 受験資格（資格取得ルート図） 養成施設ルート図より

謝辞

本論文を執筆するにあたり、多くの皆様からの支援を受けた。

永瀬伸子教授には、博士論文の構想から提出に至るまで、ご指導を頂いた。藤崎宏子教授、平岡公一教授、斎藤悦子准教授、デアウカンタラマルセロ准教授には、審査会において多くの有益なご指摘を頂いた。論文の完成度を高めることができたのは、先生方からのご指導によるものであり、心から感謝を申し上げたい。

投稿論文の査読者からも有益なご指摘をいただいた。また、永瀬伸子研究室の皆様からも、多くのご示唆を頂いた。一人では考えが及ばない部分について気づき、再考し、修正をすることができたのは、多くの皆様のご指導あってのことと感謝している。

お茶の水女子大学大学院博士前期課程に入学したのは、子どもが1歳であった平成19(2007)年である。学生に戻り学ぶことが楽しく、多くの先生の講義を受講させていただいた。博士前期課程では、永瀬伸子教授、藤崎宏子教授、足立眞理子教授にご指導をいただき、研究を修士論文という形にすることができた。また、お茶の水女子大学「主婦を研究の世界に呼び戻そう」プログラムにより学費の減免、尾崎裕子氏からのご指導を受け、研究に集中して取り組むことができた。

博士後期課程に進学してからは、仕事と生活に様々な変化があった。研究よりも仕事や生活を優先することが多く、研究が滞りがちであった。そのような中でも、指導を継続してくださった永瀬伸子教授には、心より感謝している。

両親、妹には、子どもの世話をはじめ多くのサポートを受けた。子どもには、その存在に助けられることも多く、また仕事や研究を応援してくれたことに、感謝している。

本研究に当たり、東京大学社会科学研究所附属日本社会研究情報センターSSJデータアーカイブから『平成18年介護労働実態調査』『平成24年介護労働実態調査』（(財)介護労働安定センター）の個票データの提供を、厚生労働省からは『国民生活基礎調査』に関する匿名データの

提供を受けた。これらのデータを分析することで、実証研究を進めることができた。御礼申し上げます。