

---

 資 料
 

---

## 高齢者介護の社会化について

中 野 英 子

### 1. 高齢者介護の社会化の必要性

後期高齢者（75歳以上）の絶対増という高齢化の局面を迎えて、高齢者の最晩年の介護を誰がどういう形で担うか、家族と社会が負担をどう分け合うかが大きな問題になっている。高齢者介護の問題は、寿命の著しい伸びにともなって、介護の担い手としても受け手としても、誰にも確実に起こりうる一般性と確実性をもつものであり、世論調査の結果を見ても、「年金の給付と負担のバランス」と並んで、「寝たきりなどの高齢者の介護」が最重要の国民的関心事となっている<sup>1)</sup>。また、老後に対する不安のなかでは「寝たきりや痴呆になったとき」が最大のもので、2位の「経済的不安」を大きく引き離して<sup>2)</sup>、晩年の介護に対する不安がどの世代にも（担い手としても受け手としても）共通して強いことがわかる。

このような背景のもとで、高齢者介護に関するさまざまな取り組みがなされている。たとえば厚生省は、1990年を初年度として「高齢者保健福祉推進10か年計画」（ゴールドプラン）を実施に移し、10年後の目標値を設定して高齢者の保健福祉サービスの供給体制整備に着手するとともに<sup>3)</sup>、住み慣れた生活の場で老いを生きるために、93年からすべての自治体に老人福祉計画の策定および実施の権限を大幅に移譲した。

これらの動きが目指すところは、国民すべてに高齢者介護問題が確実に起こりうることを前提に、高齢者介護の社会化の方向を進めようとするものである。高齢者介護の社会化は、介護を必要とするものの側からは要介護者の生活の質（QOL）を高め、介護者の側からは過重な負担を減らし、かつ、介護の質を高める（介護の生産性を高める）ことを目指すものである。そのためには、高齢者介護を社会全体の問題としてとらえるという国民的なコンセンサスの形成が不可欠である。

高齢者介護の社会化がいわれながら、しかし、その実現にはいまひとつ弾みがかからないように思われる。人口の年齢構造が若かったときの高齢者介護は家族の問題であって社会の問題ではなかったという歴史的な経緯が尾をひいて、高齢化が進んだ現在でも高齢者介護は家族の問題だという意識から抜けきれず、家族家庭基盤が弱体化したからやむを得ず社会がその一部を肩代わりするという消極的な発想を克服できないのが現状であろう。その理由として、高齢者介護社会化のための理論構築（したがって実証研究）が十分ではないということがあると考えられるが、それにもまして、高齢者介護

1) 総理府広報室「長寿社会に関する世論調査」（1991年9月）。この調査は1986年にも実施されていて、「年金の給付と負担のバランス」は時系列変化がほとんどないのに対して、「寝たきりなどの高齢者の介護」に対する関心は急速に高まってきている。

2) 総理府広報室「長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査」（1989年）。

3) いわゆるゴールドプランの目標とするところは、『厚生白書平成5年版』にまとめられている。pp. 90-102。なおゴールドプランはその後改訂が加えられて、1995年度から新ゴールドプランとして実施される（『厚生白書平成7年版』「ゴールドプランの5年間」pp. 193-204参照）。

の社会化が拠って立つ財政基盤の問題が大きく立ちはだかっているように思われる。つまり、高齢者介護社会化のための公共的支出が「非投資的支出」であり、それゆえに、「できれば避けるべき支出」として位置づけられているからである<sup>4)</sup>。この視点に立つ限り、高齢者介護の社会化を進めることは難しいといわねばならない。

しかし、高齢者介護社会化のための公共的支出は、本当に「非投資的支出」なのだろうか。高齢者介護に限らず、社会保障の財源に係わる議論のなかで、その支出を「投資的か非投資的か」という観点から理論化する試みはこれまでほとんどなかったように思われる。人口の年齢構造の変化という動かし難い現実と将来を見据えて、高齢者介護社会化のコンセンサスを形成するためには、1つの視点として、それが経済全体にとってプラスに働くということを立証することの意義は大きいと考えられる。

このような認識のもとに、厚生省は老人保健健康増進等事業の一環として健康保険組合連合会に委託して高齢者介護の社会化の理論化と実証研究を進めてきた。その1つは、1991年度にスターとした「老人ケアの社会的コストに関する調査研究」<sup>5)</sup>であり、その成果を受けて1993年度に「公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究」<sup>6)</sup>が発足した。これら一連の研究は、介護の社会化が「やむを得ざる支出」ではなく、「積極的な投資的支出」であり、経済政策としても有効であることを立証しようとするものである。

本稿はこの2つの研究チームの成果を高齢者介護社会化のための理論化の試みを中心に、考え方の枠組みとおおまかな実証結果を紹介することを目的としている。なお、このプロジェクトへの筆者の参加は「公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究」からであるが、この研究が前年度の「老人ケアの社会的コストに関する調査研究」を継承発展させたものであるので、この研究の基本的な考え方の大枠をあわせて紹介しておきたい。

## 2. 「老人ケアの社会的コストに関する調査研究」(1991年度)の概要

### (1) 高齢者介護の社会的コストの概念

この研究では、高齢者介護の社会化を進めることが「積極的な投資支出」であることを立証し、政府が高齢者介護問題に積極的に取り組むことが経済政策としても有効であることを提示する。そのために、まず、介護の社会的コストという概念の導入を試みている<sup>7)</sup>。

ここでいう介護の社会的コストは、

- 
- 4) 宇野 裕「老人介護問題はなぜ社会的に解決しなければならないか」①、『週間社会保障』No. 1765, p. 30, 1993年9月13日, 法研。
  - 5) 健康保険組合連合会『老人ケアの社会的コストに関する調査研究報告書』1992年3月。この研究チームは、京極高宣(日本社会事業大学)・高橋紘一(武蔵大学)・古瀬 徹(日本社会事業大学)・宇野 裕(社会保障庁・当時)・清水美智夫(厚生省老人保健福祉部・当時)および三菱総合研究所から成る。なおこの研究の理論的枠組みは宇野論文にまとめられている。宇野 裕「老人介護の社会的費用」, 社会保障研究所編, 『社会保障の財源政策』, (社会保障研究所研究叢書30), 東京大学出版会, pp. 215-246, 1994年2月。
  - 6) 健康保険組合連合会『公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究報告書』1994年3月。この研究チームは、京極高宣(日本社会事業大学)・高橋紘一(武蔵大学)・古瀬 徹(日本社会事業大学)・宇野 裕(厚生省社会・援護局・当時)・中野英子(厚生省人口問題研究所)および三菱総合研究所から成る。なお、このテーマは規模を縮小して1995年度も継続される予定である。
  - 7) 社会的コストという概念を導入する意義は、「第1に、老人介護の現実の担い手に即し、介護のあらゆるサービスに要する費用の総額、社会が負担している真のコストの全体を表す尺度となるからであり、第2に、社会的費用の概念を用いることによって初めて、ゴールドプランの経済的効果を検証することが可能になる」からである。宇野 裕「老人介護の社会的費用」, 『社会保障の財源政策』(社会保障研究所研究叢書30), 東京大学出版会, 1994年2月, pp. 217-218。

- (a) 公共支出を伴う公的介護サービスのコスト
- (b) 市場を通して供給される介護サービスのコスト
- (c) 家族介護（ボランティアを含む）などの機会費用を伴うコスト
- (d) サービスに要する直接的コスト（人件費など）と施設の整備などに要する資本経費

から成る。これらのうち、医療費を含めて直接高齢者介護に支出される公的コストはある程度その大きさを測ることができるが、機会費用を伴う介護コストがどれだけあるのかは全く不明である。国民生活基礎調査（1992年大規模調査）によると、65歳以上の要介護者のいる世帯数は81.3万世帯、在宅の要介護者数は83.6万人、うち寝たきりは28.9万人にも達する。しかもその85%が6ヶ月以上寝たきりの状態にあり、3年以上に及ぶのが47.3%と寝たきり高齢者の半数近くにもなる。在宅の要介護者は、いうまでもなく、さまざまな公的支援を受けているが、しかし、介護に要する家族の労働力はかなりのものであることは想像に難くない。ところが、その家族が担う有形無形の負担を機会費用をも含めて計量する方法は全くない。たとえば、寝たきり高齢者の主たる介護者は、その85%が同居する世帯員であり、その85.5%が女性である（国民生活基礎調査1992年）。在宅介護がその大部分を女性に依っていることは、女性が放棄する機会費用が大きなものであることを推測させる。高齢者介護の社会的費用を推計するためには、この機会費用を計量化する試みが不可欠である<sup>8)</sup>。

(2) 社会的コスト構成要素とその類型化

高齢者介護の社会的コストを推計するためには、それに先だって社会的コストを構成する要素を検討する必要がある。しかし、高齢者の数や家族の状況、生活形態、要介護の程度、必要とするサービスの種類など、その範囲は複雑多岐にわたっている。また、介護サービスの範囲の特定もさまざまな問題をはらんでいる。先行研究がほとんどないことに加えて、全国レベルで利用できるデータが決定的に不足しているという大きな制約がある。したがって、社会的コストを試算するためには、できる限り合理的な仮定のもとで社会的コストの構成要素を検討し、その上で利用可能なデータを吟味して構成要素の1つ1つについて推計を重ねる作業が必要になる。

このような前提のもとで、社会的コストは次のように類型化される。

これにより本研究では、高齢者介護の社会化が実現した場合（ゴールドプランが実施された場合）の政策的効果の推計を目指すのであるが、そのためにはまず、ゴールドプラン発足時（1990年）の社会的コストを推計しなければならない。そのうえで、ゴールドプラン終了時（2000年）のコストを推計し、その差が高齢者介護社会化の政策的効果となる。この将来値には次のように3つの仮定

表1 介護の社会的コストの類型化

フォーマルコスト	インフォーマルコスト	潜在需要対応コスト
公的サービス 行政支出 受益者負担 私的サービス 行政による優遇策 料金	家族等による介護 ボランティア	(ケアの需要に対して供給が対応できない部分)

健康保険組合連合会『老人ケアの社会的コストに関する調査研究報告書』、1992年による。

8) 「社会保障ないし福祉の充実を図ろうとするときに常に出てくる懸念は、費用負担増大の問題である。」しかし、「こと介護問題に関しては、この負担増大は事実認識の誤りに基づく。この負担増は公的サービスに関わる費用を意味することが多いが、同じ高齢者対策でも、①いわゆる介護に要する費用は、たとえば年金給付費に比べればはるかに少なく、②家族の介護費用を全く無視している。家族介護は決して「無給」労働によって「無償」で供給されているのではない。家族は機会費用を負担し、そのコストは公的介護費用を上回る。」宇野 裕「老人介護問題はなぜ社会的に解決しなければならないか」①、『週間社会保障』No. 1765、1993年9月13日、p. 31、法研。

を設けている。

a) **トレンド型**：現在（1990年時点）と同水準のサービスが継続されると仮定したもの。したがって、90年から2000年にかけての高齢者人口の伸びがそのままコストの伸びとなる。

b) **ゴールドプランA型**：90年策定のゴールドプランの計画値が計画通りに実現すると仮定したもの。

c) **ゴールドプランB型**：ゴールドプラン実施による効果として、在宅の重度要介護老人がA型より3割減少すると仮定したもの（ゴールドプランの「寝たきりゼロ作戦」等の効果を見込む）。

この基本的な考え方は図1に要約される<sup>9)</sup>。ここでいう潜在需要対応コストとはケアの需要に対して供給が対応できない部分を意味する。図1は、現時点（1990年）の高齢者介護の水準がそのまま続けば（トレンド型）将来（2000年）のインフォーマルコストは膨大なものになるが、ゴールドプランが実施されると高齢者介護におけるフォーマルコストのウェイトが高まることを表している。

(3) **社会的コスト推計のための作業**

以上に基づいて高齢者介護の社会的コストを推計するためには、その構成要素ごとの推計が必要である。それを要約すると次のようにまとめることができる。

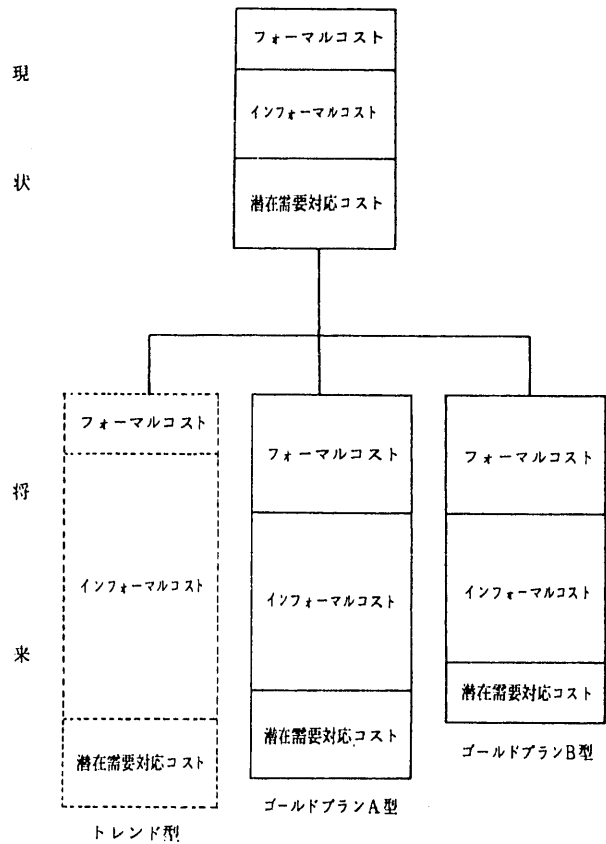
1. 要介護高齢者数の推計

1-1. 施設入所の要介護高齢者数の推計

1-2. 在宅の要介護高齢者数の推計

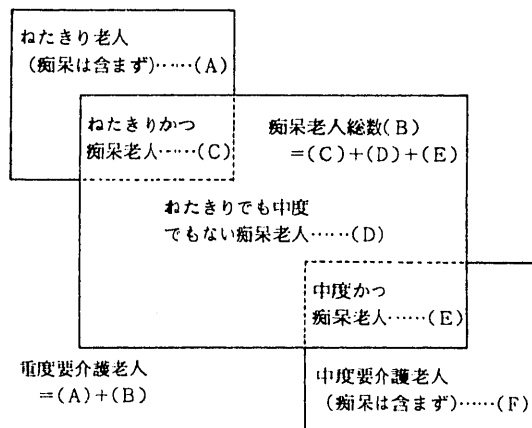
在宅の要介護高齢者についてはその障害の重さや重複などから次のような前提を設定した<sup>10)</sup>

図1 公的介護充実の効果



出典：表1に同じ。

図2 要介護老人の類型



出典：表1に同じ。

9) 前掲（注5）『老人ケアの社会的コストに関する調査研究報告書』p. 10

10) 前掲（注5）, 『老人ケアの社会的コストに関する調査研究報告書』P. 17

前提1 在宅の要介護高齢者を要介護の必要性に応じて5つに類型化する。痴呆は重度とみなし、かつ、独立で推計する。

前提2 寝たきりも重度とするが、寝たきり痴呆は痴呆として分類する。

前提3 中度障害の要介護者も痴呆を併せもつ場合には痴呆に分類する。

2. 介護サービスコストの推計

2-1. 施設居住者（福祉施設・老人保健施設・病院）のサービスコスト

2-2. 在宅要介護者のコスト

3. インフォーマルコストの推計

在宅での家族の介護サービスに限定する。これが最も重要な作業であり、かつ、データが得にくいものでもあるので、以下のような前提を設定。

前提1 在宅のすべての要介護者が介護を受けている。

前提2 1日あたりの家族の介護時間のネットは、重度7時間、中度は3.5時間とする。

前提3 家族介護のコストは機会費用をあてるべきであるが、実際には機会費用の計測が困難であるため、中度介護ホームヘルパーの時間単価（740円）を適用する。

4. 潜在需要対応コストの推計

潜在需要対応コストは、理論的には

潜在需要対応コスト＝在宅介護の総需要量－現実に供給されているサービス総量

であるが、現実の推計が困難であり、また、家族介護サービスとインフォーマルコストとの分離が困難であるので、インフォーマルコストに潜在需要対応コストが含まれていると考える。

5. 施設のストックコストの推計

(4) 社会的コストの推計結果

表2は以上の過程を経て推計された高齢者介護の社会的コストである（ただし、90年時点における実質価格で物価上昇分を見込んでいない）。この10年で高齢化はさらに進むから、高齢者介護の状況

表2 高齢者介護の社会的費用 現在および将来

単位：100万円

	1990年現在値	200年 推 計 値		
		トレンド型	ゴールドプランA型	ゴールドプランB型
社会的費用総計	3,765,211	5,535,346	5,631,279	5,296,508
フォーマルコスト	1,631,048	2,375,211	2,906,652	2,906,652
サービスコスト	3,713,189	5,481,018	5,481,443	5,146,672
施設サービスコスト	1,525,126	2,222,226	2,484,179	2,484,176
うち病院	1,028,648	1,484,677	1,028,648	1,028,648
在宅サービスコスト	105,922	152,984	422,475	422,475
家族ケアのコスト*	2,082,140	3,105,807	2,574,792	2,240,021
ストックコスト	52,023	54,328	149,836	149,836
構成比				
社会的費用総計	100.0	100.0	100.0	100.0
フォーマルコスト	43.3	42.9	51.6	54.9
家族ケアのコスト	55.3	56.1	45.7	42.3

\*家族ケアのコスト＝インフォーマルコスト

出典：表1に同じ。

が変わらなければ（トレンド型）そのコストは5割増となる。しかし、社会化政策を進めることで、フォーマルコストは拡大するがインフォーマルコスト（家族ケアのコスト）は縮小する。とくに、ゴールドプランB型が実現されると、インフォーマルコストの減少がフォーマルコストの上昇をかなり上回る事が期待される。

インフォーマルコストがコスト全体に占める割合は現在値で55.3%と全体の過半を占めているが、ゴールドプラン実施によってそれが逆転することが明らかになった。これは政策の効果であるとともに介護の質的向上（生産性の上昇）を意味するものと解することができる。

この推計には、先にも述べたようにデータの制約が大きく、それをさまざまに補って推計作業が行われた。今後高齢者介護社会化の理論や実証研究を進めるためにも、データの整備蓄積が望まれるところであるが、とくに家族介護の実態把握が急務である。その意味で、これまで膨大な機会費用をともしながら公的コストの陰に隠されてきた家族の無償の介護労働を、介護の社会的コストという概念を導入することで評価する道を開いたことは評価されるべきものであろう。

### 3. 「公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究」（1993年度）の概要

#### (1) 目的

先行研究「老人ケアの社会的コストに関する調査研究」において、高齢者介護の社会化を進めることが国の経済政策として「積極的な投資支出」であることが確認された。次の課題は、この成果をさらに発展させて、高齢者介護の社会化を進めるためのマンパワーの裏付けとその経済的効果を測定することである。

ゴールドプランの実施によって公的介護の充実が図られるにつれて、介護のマンパワーの確保が重要な課題となっていることは周知の通りである。介護のマンパワーの確保を社会経済全体としてみると、介護部門への新規供給がなければ、労働市場において既存労働力が介護サービス部門へ移動することを意味し、労働力配置にアンバランスが生じることが予想される。しかし、公的介護の充実によって、潜在労働力から労働力が新たに供給されることもありうるはずである。

そこでこの研究は、ゴールドプラン実施によって労働力供給がどの程度増えるのか、公的介護を充実させるための体制整備がわが国の経済成長率にどの程度貢献するのかを明らかにすることを目的とする。これまで、このような視点からの研究がなされていないところから、この研究によって、高齢者介護の充実が労働力供給に与える影響に関する理論と実証に1つの成果を提供し、先行研究において示された公的介護充実の政策評価に関する見方をさらに進めようとするものである。

#### (2) 仮説と枠組み

この研究の仮説と枠組みは次のようである。

- 1) 公的介護の充実により、介護負担を軽減された家族から新たな労働力供給が生まれる。
- 2) 公的介護の充実によって必要となる労働力が既存の労働市場から移動し、労働力の再配置が進む。
- 3) 公的介護の充実によって労働力の蓄積が増え、生産性が上昇し、潜在的な経済成長を高める。以上を少し詳しく説明しよう。

まず、1)については、要介護者のいる世帯において、家族介護を担っていた世帯員（主に女性）のなかから新たな労働力供給が期待できることに着目したものである。家族によるインフォーマルケアは要介護者の障害の程度によって異なると考えられるから、労働力の供給量も要介護の程度によって異なる。この介護負担軽減の違いを推定し、それを要介護者のいる世帯数に乗ずることによって、労働力供給量の増加を推計しようとするものである。同様に3)は、公的介護が充実することでインフォーマルケアのために仕事を辞める（減らす）ことが少なくなり、労働力供給増の効果を持つ（図

3). この考え方は次のように整理される<sup>11)</sup>.

この1)と3)によってもたらされる変化は潜在的な成長力を高める働きを有すると考えられる。これに対して2)は、既存の労働力配置に依っていた経済活動を(一時的に)阻害される部門が生じることもありえよう。この考え方の枠組みを示したのが図4である<sup>12)</sup>.

このような影響の大きさは、公的介護の水準がどこまであがるかによるものと考えられる。そこで、先行研究と同じように、2000年におけるわが国経済の成長力がトレンド型とゴールドプラン型とでどのような違いが生じるかを推計し、その差をもって経済的効果を測定する。ただし、3)の影響を現時点で推計することは極めて難しく、本推計から除外されている。

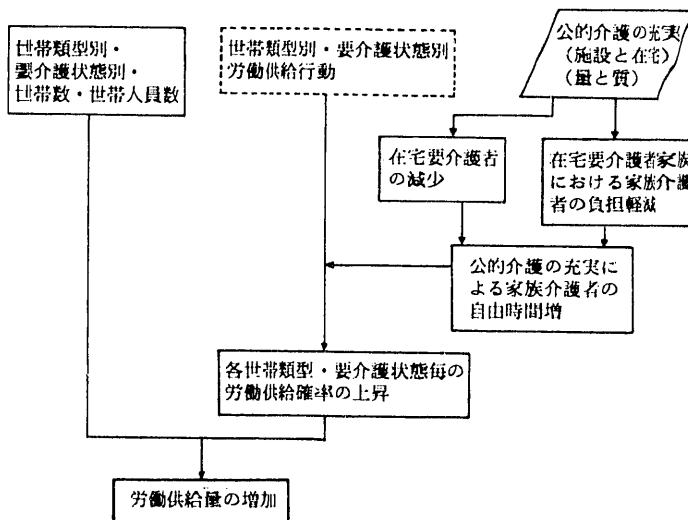
### (3) 経済効果推計のための作業

以上の枠組みに沿って経済成長の大きさを求めるためには必要なデータを推計しなければならない。要因すべてを詳述することはできないので、大まかにその作業の流れを示し、必要に応じてその結果を簡略に示すにとどめたい。

#### 1) 要介護者数の推計

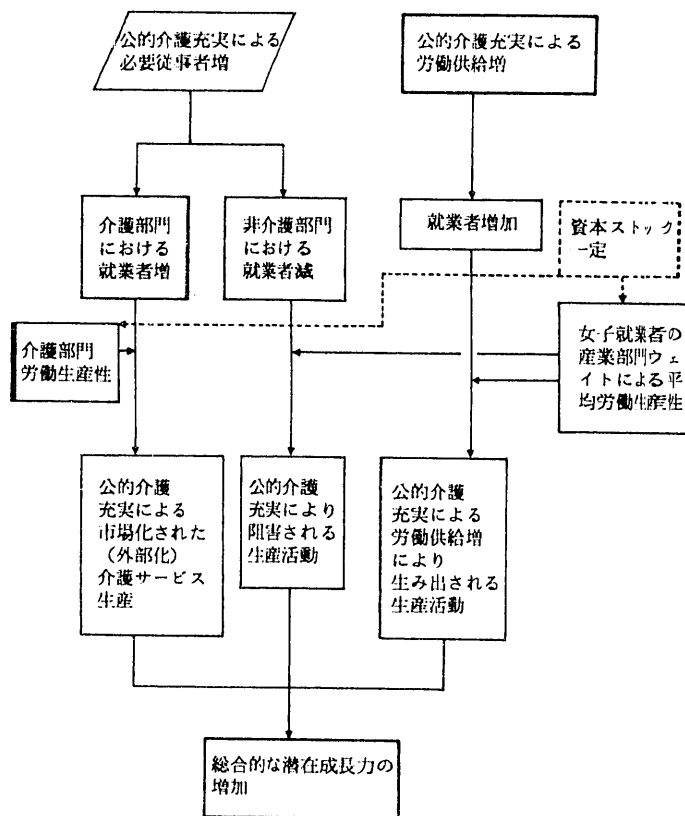
先行研究において推計された在宅要介護老人数(表3)をもとに、さらに国民生活基礎調査、人口問題研究所の世帯推計等を援用して、世帯類型・世帯人員・世帯主の年齢別に高齢者数を推計し、先行研究によって得られた在宅要介護高齢者出現率を乗じて世帯類型別在宅要介護高齢者数を求める。この推計の困難な点

図3 公的介護の充実による世帯員の労働供給増加効果



出典：健康保険組合連合会『公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究』による。

図4 潜在成長力への効果



出典：図3と同じ

11) 前掲(注6)『公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究報告書』p. 3

12) 前掲(注6), 『公的介護の充実による経済的効果に関する調査研究報告書』p. 7

は、世帯類型・世帯人員別に障害の程度に応じて在宅看護を推計しようとしたところにある。詳細な結果表は報告書に譲るが、2000年時点の重度および中度要介護者数は次のようである。

表3 在宅要介護者数の推計 1990年

		(人)				
在宅要介護者		65歳以上	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
総 数		1,386,983	141,677	208,488	320,503	716,316
男		514,034	81,193	97,401	117,700	217,740
女		872,949	60,483	111,087	202,803	498,576
重度要介護者		777,404	65,264	109,737	166,364	436,040
男		283,552	40,217	52,007	64,698	126,630
女		493,852	25,046	57,730	101,666	309,410
中度要介護者		609,579	76,413	98,751	154,139	280,276
男		230,482	40,976	45,394	53,002	91,110
女		379,097	35,437	53,357	101,137	189,166
出現率 (%)						
重度要介護者		5.5	1.3	3.0	5.8	16.5
男		4.9	1.9	3.4	5.6	13.2
女		5.8	0.9	2.6	5.9	18.4
中度要介護者		4.3	1.5	2.7	5.4	10.6
男		4.0	1.9	3.0	4.6	9.5
女		4.5	1.2	2.4	5.9	11.2

重度は痴呆および寝たきり、中度は痴呆を含まない。

出典：表1に同じ。

限られた紙幅のなかで表4では総数のみを示したが、1例として夫婦のみの世帯について在宅要介護者数をみると、重度はトレンド型で336,843人、ゴールドプラン型でも212,533人に達する。うち80歳以上はそれぞれ147,174人、92,860人となった。さらに、単独世帯で在宅の重度要介護者はゴールドプラン型でも120,365人に達すると推計されている。

以上の結果に基づいて、在宅で要介護者をもとる家族介護者の推計が行われた。これに関してはデータの面でも社会通念からも多くの仮定を設ける必要があり、家族介護者の世帯における属性および年齢との組合せによって42のケースが設定された。(なお、単独世帯の要介護者には家族介護者はいないことになる)。

## 2) 公的介護による家族介護の負担軽減

先行研究において、在宅要介護者が必要とする家族介護の時間は、1日あたりのネットで重度7時間、中度3.5時間と設定された。これを基準にして、公的介護の水準があがればどの程度家族の介護負

表4 在宅要介護者数の推計 2000年

		(人)	
在宅要介護者		トレンド型	ゴールドプラン型
総 数		1,593,949	1,433,970
男		614,136	557,240
女		979,813	876,728
重度要介護者		897,595	566,341
男		338,121	213,338
女		559,474	353,002
中度要介護者		696,354	867,629
男		276,015	343,902
女		420,339	523,726

重度は痴呆および寝たきり、中度は痴呆を含まない。

出典：図3に同じ。



担が軽減するかを推計する<sup>13)</sup>。

まず、2000年における公的介護の水準を求め、ついで老人保健福祉計画が定める介護水準のレベルを参照しつつ、公的介護の種別ごとに公的介護が家族介護を代替する時間を求める。公的介護の水準が高まることは介護の生産性の向上をもたらすと考えられる。たとえば、専門教育を受けたホームヘルパーによる介護は、介護の技術的な質や効率という点では家族介護より生産的だと考えられるし、必要なときに必要な公的介護が受けられる体制が整えば、無駄なサービスを省くことができるという意味で、介護の生産性向上につながる。先行研究では、ゴールドプラン達成度によりゴールドプランA型・B型を設定したが、本研究では公的介護充実による生産性向上に焦点をあて、厚生省老人保健福祉局が策定した「介護水準の参酌すべき標準」(1993年)に従って以下の仮定によってゴールドプラン達成度に2つの段階を設定した<sup>14)</sup>。

1. トrend型には生産性の向上はない。
2. ゴールドプランI型：ホームヘルパーによる介護サービスが50%の生産性向上をもたらすと仮定したケース。ホームヘルプサービス1時間利用で家族介護が1.5時間軽減される。
3. ゴールドプランII型：大幅な生産性向上により、上記「参酌すべき標準」がすべて達成されると仮定したケース。

先行研究において試算された2000年における公的介護のサービス供給量をもとに、上記仮定に基づいて、公的サービスを利用できる1日あたりの人数と、それによって軽減される1日あたりの家族の介護時間が推計された。その結果(表5)と要約は概略以下の通りである。

1. トrend型重度要介護者：施設入所者・ショートステイ利用者定員数の家族介護負担はすべて公的介護によって代替される(1日につきネット7時間)。ホームヘルプサービス利用者約1時間、デイサービス利用者は2時間、各1日あたりの家族介護が軽減される。
2. トrend型中度要介護者：施設入所者定員数の家族介護負担はすべて公的介護によって代替される(1日につきネット3.5時間)。ホームヘルプサービス利用者約0.5時間の軽減となる。
3. ゴールドプランI型重度要介護者：施設入所者・ショートステイ利用者定員数の家族介護負担はすべて公的介護によって代替される(1日7時間)。在宅重度については、ホームヘルプとデイサービスの両方を利用できる高齢者は1日3時間、ホームヘルプのみ利用は約1時間の家族介護が軽減される。
4. ゴールドプランI型中度要介護者：施設入所者定員数の家族介護負担はすべて公的介護によって代替される(1日につきネット3.5時間)が、在宅中度の一部がホームヘルプサービスによって約0.5時間の軽減となる。先行研究においてゴールドプランにより要介護の程度が重度から中度への軽減が進むはずで、この効果により、4時間の軽減となる。
5. ゴールドプランII型重度要介護者施設入所者・ショートステイ利用者はゴールドプランI型と同じ。すべての在宅重度要介護者(ショートステイを除く)がホームヘルプ・デイサービスを利用することで3時間の軽減
6. ゴールドプランII型中度要介護者：施設入所者はゴールドプランI型と同じ。すべての在宅中度要介護者がホームヘルプ・デイサービスを利用することで1.5時間の軽減。さらにゴールドプラン効果により重度から中度になることによって5時間軽減。

13) 在宅における家族の介護時間を測定することは非常に困難であり、また、その実態もよくわからないが、ここでは東京都の調査結果を参照した。『高齢者の生活実態』(東京都社会福祉基礎調査)平成2年度、東京都福祉局。この調査は昭和55, 60, 平2年と連続して実施されており、65歳以上の高齢者および同居家族・在宅看護の実態等を調べている。

14) 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課・老人福祉振興課監修『老人福祉のてびき』平成5年度版

表5 公的介護充実による家族の介護負担の軽減

(人・時間)

トレンド型				
介護の種類	対重度要介護者		対中度要介護者	
	人員	介護軽減時間/日	人員	介護軽減時間/日
施設入所	715,799	7.0	113,083	3.5
ショートステイ	11,083	7.0	—	—
ホームヘルプサービスとデイサービス	—	—	—	—
ホームヘルプサービス	84,697	1.0	508,204	0.5
デイサービス	134,978	2.0	—	—
重度から中度への移行と ホームヘルプサービス	—	—	—	—
重度から中度への移行と ホームヘルプサービスとデイサービス	—	—	—	—
公的介護なし	932,910	0.0	0.0	0.0
ゴールドプラン1型				
介護の種類	対重度要介護者		対中度要介護者	
	人員	介護軽減時間/日	人員	介護軽減時間/日
施設入所	830,582	7.0	206,100	3.5
ショートステイ	50,000	7.0	—	—
ホームヘルプサービスとデイサービス	525,000	3.0	—	—
ホームヘルプサービス	159,220	1.0	496,505	0.5
デイサービス	—	—	—	—
重度から中度への移行と ホームヘルプサービス	—	—	314,665	4.0
重度から中度への移行と ホームヘルプサービスとデイサービス	—	—	—	—
公的介護なし	—	—	311,632	0.0
ゴールドプラン2型				
介護の種類	対重度要介護者		対中度要介護者	
	人員	介護軽減時間/日	人員	介護軽減時間/日
施設入所	830,582	7.0	206,100	3.5
ショートステイ	50,000	7.0	—	—
ホームヘルプサービスとデイサービス	684,220	3.0	808,137	1.5
ホームヘルプサービス	—	—	—	—
デイサービス	—	—	—	—
重度から中度への移行と ホームヘルプサービス	—	—	—	—
重度から中度への移行と ホームヘルプサービスとデイサービス	—	—	314,665	5.0
公的介護なし	—	—	—	—

出典：図3に同じ。

この結果に基づき、さらにこれを家族類型ごとに要介護者との続柄・介護者の年齢階級別に利用する公的サービスの種類によって家族の介護負担がどれだけ軽減されるかを推計するという膨大な作業が行われた（詳細は報告書参照）。

### 3) 公的介護充実による労働力供給量の変化

介護水準の向上は介護労働力の供給に対して2つの効果をもつと考えられる。1つは公的介護水準の向上は公的介護従業者の増加であるから、既存の労働力市場において非介護部門から介護部門へ労働力がシフトする。もう1つは家族介護の軽減により家族介護者の中から新規に労働力供給が期待できる。

第1の労働力の再配置については、トレンド型・ゴールドプラン型について公的介護利用者数の推計から必要な従業者数を割り出し、その差をもって非介護部門から介護部門への労働力のシフト分と考える方法を使った。

第2の家族の介護軽減から生じる労働力供給について問題になるのは、そのなかからどの程度の労働力化が見込めるかという点である。要介護高齢者が家族の労働力供給に与える影響に関する研究は現状では全く存在しない。とくに、介護の主体である女性の就業行動についてのデータは決定的に不足している<sup>15)</sup>。

家族の介護によって女性の労働力がどの程度失われるかについて、1992年の就業構造基本調査が初めてこれを明らかにしている。それによると、1966年から92年までの女性の離職理由の最大のものは結婚・出産であるが、家族の介護がそれに続き、介護のために80万人の労働力が失われたことになる。

表6 離職理由別離職経験者数

(1,000人, %)

男 女 年齢階級	1966年以降					
	総 数	う ち		総 数	う ち	
		家族の介護	結婚・出産		家族の介護	結婚・出産
男女計	41,027	954	7,616	100.0%	2.3%	18.6%
女 子	21,400	805	7,488	100.0	3.8	35.0
30歳未満	4,199	46	1,686	100.0	1.1	40.2
30~39	5,259	90	3,264	100.0	1.7	62.1
40~49	5,081	181	2,077	100.0	3.6	40.9
50歳以上	6,860	489	461	100.0	7.1	6.7
		1992年				
女 子	1,773	88	483	100.0	5.0	27.2

1992年就業構造基本調査による。

92年だけでも8.8万人が家族の介護を理由に離職している（表6）。また、70歳以上で死亡した高齢者の最晩年の主たる介護者は圧倒的に女性であることが明らかである（表7）。したがって、なんらかの方法で家族介護軽減が女性の就業行動に及ぼす影響を推定しなければならない。

家族の状況の変化が女性の労働力供給に与える影響については、子育てを終えた母のそれについて

15) 要介護者の存在が就業行動選択に及ぼす影響については小尾恵一郎のモデルを参照した。このモデルはもと家計を単位として、育児時間と女子の労働力供給行動を説明するためのものであるが、介護時間と労働力供給行動との間にも理論的に同じような関係があると考えられる。小尾恵一郎「家計の労働供給の一般理論について」、『三田学会雑誌』72巻6号、1979年12月、pp. 58-83。

の研究があり、この結果を援用し、家族介護を軽減された女性が子育て後の母と同じ大きさで労働力化すると仮定する方法が考えられる<sup>16)</sup>。もう一つは、主婦の平均的な就業率を適用する方法である(表8)。これについては、就業構造基本調査から夫が雇用者である妻の雇用者割合を求め、この雇用者割合と同じ割合で家族介護を軽減された女性が労働力化すると仮定する方法である。この2つの方法によって公的介護の充実により家族介護負担を軽減される人数を公的介護の種類別に家族類型ごとに算出し、介護負担の軽減時間と等しいだけの労働力を供給するとみなしてマンアワーベースで労働力増加分が推計された。この労働力増分のトレンド型とゴールドプラン型との差が公的介護充実の政策効果となる。

表7 死亡時の配偶者の有無別死亡時の主な介護担当者  
70歳以上で死亡した高齢者について

主な介護担当者	男		女	
	配偶者有	配偶者無	配偶者有	配偶者無
総数	100.0	100.0	100.0	100.0
同居親族	79.2	64.8	72.7	68.3
夫	—	—	18.0	—
妻	63.7	—	—	—
長男の妻	9.5	42.9	33.1	43.0
非同居親族	3.1	3.4	10.1	5.0
病院・老人ホーム	14.8	29.1	15.1	23.6

総数にはその他を含む。  
昭和62年度人口動態社会経済面調査『高齢者死亡』再集計結果による。

表8 夫が雇用者である妻の雇用者比率

家族類型	妻の年齢階級								
	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64
夫婦のみ	0.468	0.518	0.450	0.454	0.455	0.472	0.411	0.300	0.185
夫婦と子ども	0.164	0.200	0.273	0.387	0.489	0.493	0.436	0.328	0.187
夫婦・子どもと親	0.189	0.340	0.407	0.512	0.521	0.510	0.417	0.298	0.179
夫婦と親	0.500	0.523	0.521	0.507	0.530	0.517	0.430	0.285	0.141

就業構造基本調査1992年による。

就業構造基本調査をベースとした試算ではトレンド型に比べて、ゴールドプラン1型で964,153時間(人員ベースで137,736人)、ゴールドプラン2型で1,346,464時間(同192,352人)の増加という結果が得られた。

#### 4) 労働力供給の増加が国民経済へ与える影響

公的介護充実による労働力供給の変化は国民経済にどんな影響を与えるだろうか。

本研究ではこれを介護を含むサービス部門の国内総生産(GDP)と非サービス部門におけるGDPとの和として推計し、公的介護の水準の違い(トレンド型、ゴールドプランI型、ゴールドプランII型)による差を政策効果とみなすという方法を採用した。ここでは前節の就業構造基本調査ベースに基づいて推計された結果を示しておきたい。

この結果は、公的介護の充実により介護部門が労働力を吸収し、非介護部門の生産性を阻害するが、

16) 島田晴雄・他『労働市場機構の研究』、経済企画庁経済研究所、1981年を参考にした。この結果によると、子育て後に労働力化する母の割合は、たとえば核家族の妻で35歳以下10.3%、35~49歳で11.7%である。しかしこの方法には、子育て後の母と高齢者介護を実質的に担うと思われる女性とを同列に扱うという問題がある。

表9 労働力供給の変化がGDPに及ぼす影響  
(就業構造基本調査ベース)

	(兆円)					
	A	B	C	D	E	F
ゴールドプラン1型						
サービス部門	0.360	0.237	0.597	115.180	115.776	
非サービス部門	-0.459	0.536	0.077	371.121	371.199	
計	-0.100	0.774	0.674	486.301	486.975	1.00139
ゴールドプラン2型						
サービス部門	0.360	0.331	0.691	115.180	115.870	
非サービス部門	-0.459	0.749	0.290	371.121	371.411	
計	-0.100	1.080	0.980	486.301	487.282	1.00202

注： A：労働力の部門間移動によるGDPの変化  
 B：公的介護充実により増加した労働力によるGDP  
 C：変化の合計(A+B)  
 D：トレンド型のGDP  
 E：GDP=A+B+C  
 F：トレンド型との比

出典：図3に同じ。

しかし、公的介護の充実により新規に供給される労働力がそれを充分補うことを表している。したがって、GDPはトレンド型に比べて、ゴールドプランI型で0.139%、ゴールドプランII型で0.202%増加し、公的介護の充実が経済成長を促進する効果をもつことを立証した。

#### 4. 今後の課題～結びにかえて

高齢者介護社会化のための理論化と実証をめざしたプロジェクトの一連の研究は、介護の社会化を進めるべき社会政策の方向と位置づけ、社会化を進めることが積極的な経済政策として有効であるという1つの視点を提供した。この試みは、ともすれば消極的な支出ととられがちな高齢者介護のための公的支出に新しい積極的な意義を認めたものとして評価されるべきであろう。とくに、公的支出の増大が実は見かけ上のものに過ぎず、その背後に公的支出をはるかに上回る家族介護の私的支出があることを明らかにし、介護の社会化は介護の負担の一部を家族から社会へ移すことであり、それによって介護の質（生産性）が向上するとともに新しい雇用機会の創出につながることを立証したことは、社会保障研究に新たな視点を提供するものといえることができる。

しかしながら、すでに述べたように、必要なデータが決定的に不足しており、あるいは代替データで、あるいは大胆な仮定をおいて推定することでそれを補ってきた。成熟の段階にきた高齢化社会を乗り切るためにも、いっそうの基礎的研究の積み重ねとデータの蓄積を図り、本研究の足らざるを補うことが急務であろう。