

Validation of the 2025 Social Security Reform Model Based on User Ratios for Long-Term Care Insurance Facilities in 2010 and the Possibility of Applying the Model's Quantitative Indices for Establishment of Facilities

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/45514

2010年の介護保険関連施設利用者率からみた
2025年改革モデルの検証とその定量的整備指標の応用可能性
VALIDATION OF THE 2025 SOCIAL SECURITY REFORM MODEL BASED
ON USER RATIOS FOR LONG-TERM CARE INSURANCE FACILITIES
IN 2010 AND THE POSSIBILITY OF APPLYING THE MODEL'S QUANTITATIVE INDICES
FOR ESTABLISHMENT OF FACILITIES

西野辰哉*
Tatsuya NISHINO

The purposes of this study are, first, to come up with indices for the number of users of the different long-term care insurance facilities run by different providers throughout Japan in 2010 through an understanding of the quantitative aspects of demands for facilities for elderly persons requiring support and long-term care throughout the country. Second, the study aims to come up with indices for the target levels for establishment of such facilities presented in the government's 2025 Social Security Reform Model and compare them with the indices for the number of users. Further, the study aims to determine the possibility of applying the 2025 targets for establishment of facilities based on an understanding of the actual situation of the number of users and facilities for particular insurance providers.

Keywords : *Elderly persons requiring support and long-term care, Long-term care facility, Quantitative indice, 2025 Social Security Reform Model*
要支援・要介護高齢者, 介護保険施設, 定量的指標, 2025年改革モデル

1. 研究の背景と目的, 位置づけ

国立社会保障・人口問題研究所の中位推計によると、日本の65歳以上人口は2042年まで純増傾向にある¹⁾。そのため高齢者福祉サービスの供給や関連施設計画は今後も増量計画が続くであろう。しかし、各保険者（市区町村又はそれらの連合体）が策定する介護保険事業計画の計画期間は3年程度の短期である。施設は一旦建設すれば40年程度の耐用年数をもつため、高齢者絶対数のピークを念頭に置いた中長期的な事業計画や施設計画が重要となる。

そのような中長期的な施設計画において各種高齢者福祉サービス供給量や同施設の将来的必要数を算出する場合、高齢人口推計値が一つの根拠となる。この高齢人口推計値から各種整備量を簡便に推計できると有益であるが、例えば、高齢人口に対する施設整備率にはそもそも参照値がない。国全体では「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年における各種施設サービスの整備目標値はあるが、各保険者が応用できるような整備率という形では提示されていない²⁾。また特別養護老人ホーム等の介護保険施設には総量規制があるが、自治体によっては公費補助の負担や介護報酬額の上昇を嫌って開設許可に消極的になる場合もあることが指摘されている³⁾。従って、居住地（保険者）によって各施設の整備率が異なるという格差が生じている。

そこで本研究の目的は、まず全国の要支援・要介護高齢者の定量的実態を把握した上で、2010年の全国保険者別の介護保険関連施設別の利用者数を把握して指標化すること、次に国が2025年改革モデルで示す同施設の整備目標量を指標化して利用者数に関する指標と比較すること、さらに、ある保険者を対象として上記実態を把握した上で2025年目標整備率の応用可能性を検討することである。

関連既往研究として、まず大阪谷ら（1999）は室蘭圏3市における高齢者施設の需要予測を行っている⁴⁾。しかしその後の介護保険制度導入により新施設種が導入されたり施設体系が変化している。さらに園田ら（1993）は都市開発地区（多摩ニュータウンの諏訪地区）を検討対象とした高齢者対応施設等の需要量推計とこれに基づく施設再配置計画の検討を行っている^{5,6)}。しかし最近15年程は施設計画分野において高齢者福祉サービス需要に関する定量的研究がほとんど見受けられない。そのため既往研究では高齢者施設の整備率の全国的比較はされておらず、参照値が明示されていない。これらを提示することにより高齢人口推計値から大まかな将来整備数が簡便に算出できることが本研究の意義として挙げられる。また各保険者の取り組み方によって先述したような格差が出現しており、全国的指標がなければその比較もできない。本研究の成果により各保険者の施設整備水準の相対的位置づけを把握することも可能である。

* 金沢大学理工研究域環境デザイン学系 准教授・博士(工学)

Assoc. Prof., School of Environmental Design, College of Science and Engineering, Kanazawa University, Dr.Eng.

2. 研究の方法

本研究は次の四部で構成される(図1)。

- ・全国の要支援・要介護高齢者の定量的実態の把握(3章)
- ・2010年全国保険者別介護保険関連施設の利用者数の指標化(4章)
- ・2025年改革モデルの目標整備率化および上記指標との比較(5章)
- ・ある保険者を対象とした上記定量的実態の把握と2025年目標整備率の応用可能性検討(6章)

2-1. 全国調査の方法と分析視点

まず総人口、65歳以上人口、75歳以上人口については、総務省人口推計(概算値)^{7~11)}を用いた。次に要支援・要介護認定者数、介護予防サービス・介護サービス受給者数は厚労省介護給付費実態調査^{12~21)}から集めた。このデータは介護保険が施行された2000年以降で、現在の統計情報の書式が定まった2002年から、2005年、2010年、2013年、2014年の5カ年分を蒐集した。なお2006年から要支援者への介護予防サービスと要介護者への介護サービスに分割されている。また施設利用者の全体数も同調査による。さらに介護保険施設の保険者別利用者数は同省介護サービス施設・事業所調査²²⁾による。但し、地域密着型サービスの保険者別利用者数は同省統計では公開されていない。そこでGHと小規模多機能について全国保険者(市区町村又はそれらの連合)1,587箇所(2014.12)の第5期介護保険事業計画をホームページで蒐集して抽出した。これらのデータの時期は直近の国勢調査となる2010年時点で統一した。

次にこれらのデータを元に施設やサービス利用者数を算定する際に必要な指標値を算出した。具体的には、高齢者数に対する認定者数の割合、認定者に占める後期高齢者の割合、受給者に占める後期高齢者の割合、介護老人福祉施設(いわゆる特別養護老人ホーム、以下、特養と略す)、介護老人保健施設(以下、老健と略す)、認知症高齢者グループホーム(以下、GHと略す)、小規模多機能型居宅介護事業所(以下、小規模多機能と略す)の各施設サービスの利用者率等である。利用者率の定義は4章にて述べる。

さらに社会保障審議会の示す2025年改革モデルは「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関する論点」²⁾における改革シナリオパターン1である。これをもとに介護保険関連施設の目標整備率を算出する。詳細については5章にて述べる。2025年の整備目標値では老健と介護療養型医療施設(2006年時点で全廃予定であった^{注1)}。以下、療養型と略す)が合算されて提示されているため、以下の分析では合算して扱う。

なお本稿では2025年の整備目標数との比較に際して2010年の利用者数実態から算出した利用者率を用いて評価した。別の方法として要支援・要介護高齢者の発生量推計に基づく方法もある^{注2)}。

2-2. 事例調査の方法と分析視点

ある保険者における定量的実態の把握と上記で算出した介護保険関連施設の目標整備率の応用可能性検討は石川県K市を対象として

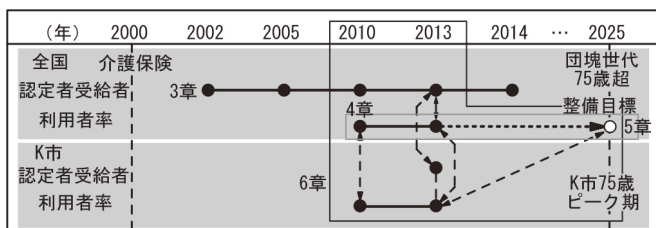


図1 研究の枠組みと分析時期の整理

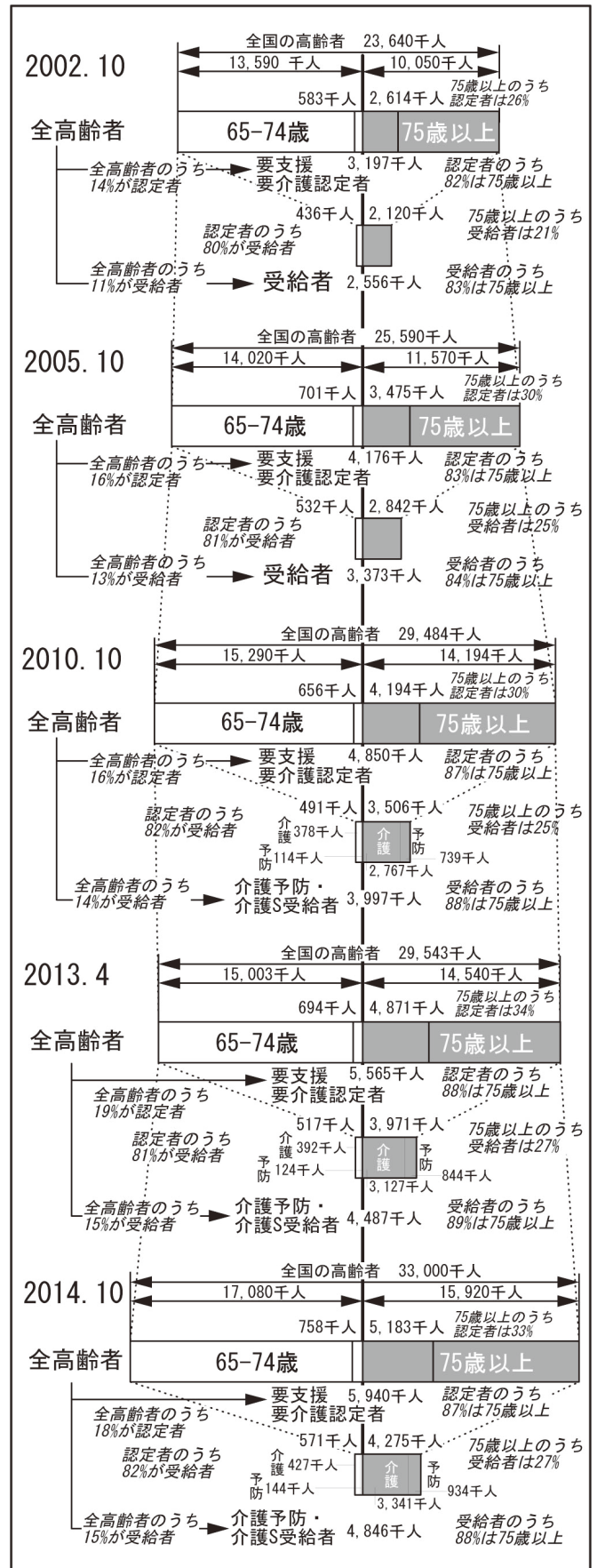


図2 全国の高齢人口・要支援・要介護認定者数・介護予防・介護サービス受給者数の時系列推移

資料) 人口: 文7~11, 介護サービス受給者数: 文12~21

行う。同市は2013年4月時点で総人口71,611人、65歳以上人口20,714人²⁴⁾、高齢化率が28.9%の地方都市である。日常生活圏域を7圏域もつ。全国的傾向と同じく、今後、総人口は減少、65歳以上人口は増加傾向にある。

K市から、65歳以上全員の性別、年齢、世帯区分、要介護認定者全員の性別、年齢、要介護度、世帯区分、受給状況の有無に関する悉皆データ(2013.4.1時点)を入手した。世帯種別の実態の全国データはないため貴重な資料といえる。

3. 全国における要支援・要介護認定者とサービス受給者の割合

本章では全国の要支援・要介護認定者と介護サービス受給者の割合を把握する。図2は介護保険導入後の2002年、2005年、2010年、2013年、2014年の全高齢者数、65-74歳・75歳以上別の要支援・要介護認定者数、介護予防・介護サービス受給者数の関係を時系列で並べたものである。

まず全高齢者に占める75歳以上人口の割合はこの期間内ではほぼ増加傾向にある。今後の見通しを社人研中位推計でみると2031年に62.08%でピークを迎えた後、下降し、2042年を底として推計限度年の2060年に向けて再上昇する¹⁾。つまり65歳以上人口に占める75歳以上人口は一定ではない。

次に要支援・要介護認定者に占める75歳以上高齢者の割合をみると、2002年の82%から2013年の88%まで増加傾向にあり、2014年は87%と一旦下がった。さらに介護予防・介護サービス受給者に占める75歳以上高齢者の割合をみると、2002年の83%から2013年の89%まで増加傾向にあり、2014年は88%とこちらも一旦下がった。つまり2014年時点で要支援・要介護認定者と介護予防サービス・介護サービス受給者の約9割が75歳以上であった(①、以下、丸数字は7章まとめの番号に対応)。これらの上げ止まりについては今後注視する必要がある。

以上より、現時点で介護予防・介護サービス受給者の約9割が75歳以上であること、65歳以上人口と75歳以上人口の割合は必ずしも一定ではないことから、サービス利用者数推計においては75歳以上人口をもとにすると比較的簡単に概算値が算出出来るものと考えられる(②)。

ちなみに、社人研中位推計で75歳以上人口動態をみると、2030年(22,784千人)に過去最高となった後、一旦減少して2041年(22,011千人)に底となった後、再び上昇し、2053年(24,079千人)に最高値を更新する¹⁾。従って、2030年と2053年前後が介護保険サービス需要のピーク期になるものと推測される(③)。

一方、75歳以上人口に占める認定者の割合は2002年の26%から2013年の34%まで増加傾向にあり、2014年に33%と一旦下がった。また75歳以上人口に占める受給者の割合は2002年の21%から2013年の27%まで増加傾向にあり、2014年は27%とほぼ横ばいであった。また要支援・要介護認定者に占める介護予防・介護サービス受給者の割合は、2002年から2014年のデータでは約8割でほぼ一定であった^{注3)}。

要介護度でみると、75歳以上受給者に占める要介護3以上の者は約4割でほぼ一定であった(表1)。一方、要介護度3以上の受給者に占める75歳以上の割合は2002年~2014年へと増加傾向にあった。

表1 75歳以上受給者と要介護3以上の者の割合

年	2002	2005	2010	2013	2014
75歳以上受給者に占める要介護3以上の者	40.8%	39.2%	42.1%	40.9%	39.6%
要介護度3以上の受給者に占める75歳以上の割合	80.8%	82.4%	85.6%	86.7%	86.8%

資料) 文17~21

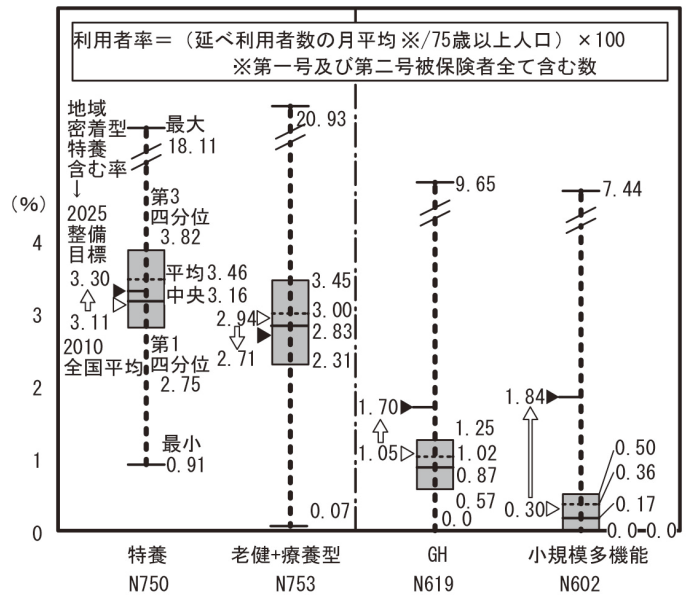


図3 全国保険者における特養・老健・GH・小規模多機能の75歳以上人口に対する利用者率(2010)

資料) 介護保険施設の保険者別利用者数: 文22、GHと小規模多機能の保険者別利用者数と保険者別75歳以上人口: 全国保険者の第5期介護保険計画(H24-26)、2010年全国平均: 文14及び9から算出、2025年目標値: 表2参照

表2 社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関する論点における介護施設利用者見込み(抜粋、目標整備率のみ筆者加工)

	2011年度	2025年 現状投影 シナリオ	同左 目標 整備率	2025年 改革シナ リオバ ターン1	同左 目標 整備率	同左 目標 整備率
利用者	426万人	647万人	1.5倍	641万人	1.5倍	-
特養(地域密着型特養含む)	48万人	86万人	1.8倍	72万人	1.5倍	3.30%
老健(介護療養型医療施設含む)	44万人	75万人	1.7倍	59万人	1.3倍	2.71%
GH	16万人	27万人	1.7倍	37万人	2.3倍	1.70%
小規模多機能	5万人	8万人	1.6倍	40万人	8.1倍	1.84%

※目標整備率=整備目標量/75歳以上人口(21,785,638人、社人研中位推計)資料) 文2)

4. 全国の保険者別の特養・老健・GH・小規模多機能の利用者率

本章では2010年の全国の保険者別の介護保険関連施設の利用者数を指標化する。図3は全国の保険者の特養、老健(介護療養型含む)、GH、小規模多機能の75歳以上人口に対する利用者率(2010年時点)を箱ひげ図として表したものである^{注4)}。前章より母数として75歳以上人口を用いて、利用者率を(対象施設年間延べ利用者数/12カ月)/75歳以上人口として算出した^{注5)}。ここで利用者数は第一号及び第二号被保険者の全数である。また別途、厚労省介護給付費実態調査月報¹⁴⁾と総務省人口推計⁹⁾から算出した施設種別の利用者率の平均値(2010)を箱ひげ図左側に示す。これにより各保険者は各自の状況を他の保険者や後述する2025年目標整備率と比較可能である(④)。

図3における特養は2009年時点で入所待機者42万人であり²⁵⁾、

その他の老健やGHもほぼ満床と仮定してよいことから、これらの入所施設の利用者率は整備率とほぼ同じとみなせるであろう。しかし、特養には待機者がいるため、利用者率は潜在的需要を含む全ての需要を示すものではないことにも注意が必要である。

まず全国平均値と分析対象保険者の平均値を比べると、老健（療養型含む）では2.94に対して3.00、GHでは1.05に対して1.02、小規模多機能では0.30に対して0.36とほぼ誤差範囲内とみなせる。しかし特養では3.11に対して3.46とやや差が大きい。これは分子として用いた利用者数が年間延べ利用者数/12カ月であることから、注5)で述べた誤差が生じるためと考えられる。

次に施設種別にみる。第2四分位から第3四分位までを示す箱は、特養、老健（療養型含む）、GH、小規模多機能の順に下がる。但し、小規模多機能が低位であるのは、2006年から制度化され2010年時点ではまだ普及途上であったためと考えられる。従って小規模多機能については今後の普及状況を注視すべきである。

5. 2025年改革モデルにおける整備目標と2010年全国平均との比較

本章では2025年改革モデルにおける介護保険関連施設の整備目標量を指標化し、2010年全国平均と比較する。2025年の目標整備率を算出するために、「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関する論点」²⁾における介護施設利用者見込み数を表2に抜粋した。改革シナリオパターン1は次の前提を基にしている²⁾。

- ・現状の年齢階級別のサービス利用状況が続くと仮定した場合（現状投影シナリオ）に比べて在宅・居住系サービスを拡充
- ・介護予防・重度化予防により介護保険利用者が全体として3%減
- ・入院の減少から介護への移行として介護保険利用者が14万人増加
- ・在宅サービス：重度者の在宅生活を支えるサービスの充実により限度額に達する利用者割合が増加
- ・居住系サービス：認知症グループホームを中心に増加
- ・施設サービス：重度者への重点化が進むとともにユニット化によりケア内容と居住環境が向上

改革シナリオパターン1を用いて、目標整備率は整備目標量を社人研人口推計（中位）の75歳以上人口で割って算出した。これによると、2025年の目標整備率は、特養3.30%、老健（療養型含む）2.71%、GH1.70%、小規模多機能1.84%となった（⑤）。これに各保険者の2025年の75歳以上人口推計値をかければ、整備目標数の概算値が算出できる。

2010年全国平均と2025年目標整備率を比較する。注意すべき点は分母とした75歳以上人口が2010年（14,194千人）から2025年（21,786千人、社人研中位推計¹⁾）までに1.53倍になるため、仮に分子とした整備数が維持されたとしても、整備率は0.65倍（1/1.53）に下がってしまうことである。

まずGHと小規模多機能では2010年全国平均から目標整備率が上がっている。これは上記で述べたとおり、改革シナリオパターン1の前提として在宅・居住系サービス拡充があり、具体的には、表2において、GH整備目標量が2010年から2025年で2.3倍、小規模多機能が同8.1倍に大幅増量させる目標設定であることを裏付ける。すなわち、GHと小規模多機能は利用者の絶対数の増加見込みに対する増量とともに目標整備率も上げることがわかる。

次に老健（療養型含む）は2010年の全国平均2.94%に対して

2025年目標整備率は2.71%と0.92倍に抑制が図られている。表2の量的整備目標をみても利用者倍率1.5倍に対して老健は1.3倍と抑制気味であることがわかる。

最後に特養について。地域密着型特養の保険者別データは公表されていないため、特養の利用者率は地域密着型特養の利用者分を含んでいない。全国レベルで地域密着型特養を含めた2010年の平均は3.17%となる^{注6)}。さらにそれは2013年に3.47%となり、2025年の目標整備率3.30%をやや上回る。まず表2の現状投影シナリオをみると、利用者倍率1.5倍に対して特養の整備目標量は1.8倍と多くなっている。しかし、同数値を目標整備率化すると3.95%となり、2010年全国平均3.17%に比べて1.2倍に留まる。次に改革シナリオパターン1をみると、利用者倍率1.5倍に対して特養の整備目標量も1.5倍とほぼ同じである。同数値を目標整備率化すると3.30%となり、2010年全国平均3.17%に対して1.04倍とほぼ現状維持を図っていることがわかる。

以上、利用者率の2010年全国平均値と2025年改革モデル目標整備率を比較すると、GHと小規模多機能は利用者の絶対数の増加見込みに対する増量とともに目標整備率も上げることがわかる。一方、特養の目標整備率はほぼ現状維持、老健はむしろ抑制している（⑥）。

6. ある保険者K市における要支援・要介護者の定量的実態の把握と2025年目標整備率の応用可能性検討

本章では、ある保険者（石川県K市）を対象として上記定量的実態の把握と2025年目標整備率の応用可能性の検討を行う。社人研（中位推計）¹⁾によると75歳以上人口は2025年に最大14,109人となる。

6-1. 要支援・要介護認定者、介護予防・介護サービス受給者の割合

1) 要支援・要介護認定者、介護予防・介護サービス受給者の割合
 まず2013年4月時点のK市の状況について図2と同様図を作成した（図4）。図4には世帯種別も入れた。全高齢者のうち14%が受給者であること、また要支援・要介護認定者と介護予防・介護サービス受給者の約9割が75歳以上であることなどは全国傾向とほぼ同じであった。

2) 世帯種別と介護サービス受給の関係

図4で世帯種別をみる。75歳以上単身世帯者は全高齢者の約15%を占めていた。このうち介護予防・介護サービス受給者は約

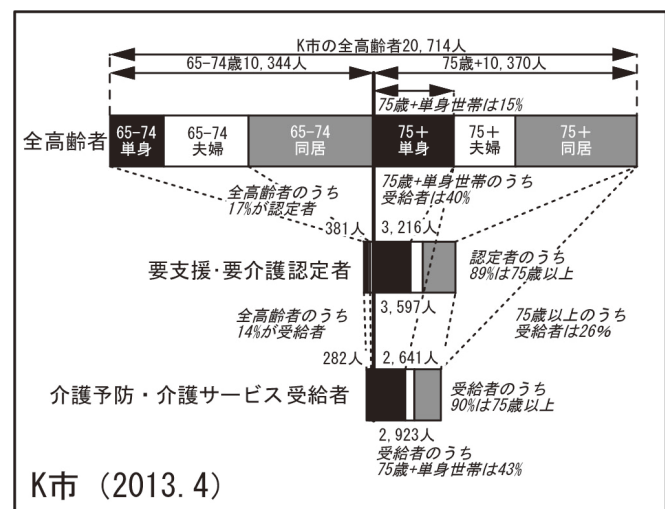


図4 K市の高齢者人口・認定者数・受給者数の関係（世帯種別含む）
 資料）K市提供

40%であった。一方、75歳以上で夫婦世帯者のうち同受給者は約15%、同居世帯者のうち同受給者は約22%であった。つまり75歳以上では夫婦・同居世帯者よりも単身世帯者の介護サービス受給率が高い(⑦)。これは介護サービス需要算定に世帯種別が影響する可能性を示唆する。

一方、介護予防・介護サービス受給者全体に占める75歳以上の単身世帯者は約43%、夫婦世帯者は約12%、同居世帯者は約36%を占めていた。つまり量的には75歳以上で同居世帯者が約半数存在するため、同居世帯の受給者も4割近く存在する。

ここで単身世帯者の介護サービス受給率が高い理由について考察する。まず単身世帯は家庭内での介護者がいないからという理由が想定される。すなわち命題「家庭介護力がないならば、受給率が高い」が真かを証明する。そのため要介護度・世帯種別の認定者に占める受給者の割合を図5に示す(註7)。図5ではどの介護度でも認定者に占める受給者の割合は単身世帯が同居世帯や夫婦世帯よりも高い。すなわち「受給率が低いならば、(同居世帯や夫婦世帯など)家庭介護力がありうる」が真といえる。従って、対偶「家庭介護力がありえないならば、受給率が高い」も真である(註8)。

第二の理由として、K市では単身者のうち要介護度が重度の者の割合がやや高いことが挙げられる。図6はK市の65歳以上受給者の世帯種別の要介護度構成の割合を示す。K市の単身世帯は要支援2～4までほぼ同じ割合でみられる。同時期の全国値と比べると要支援2が高く、要介護1・2がやや低く、要介護3・4がやや高い。すなわち全国値より重度の者の構成割合がやや高い。ちなみに同居・夫婦世帯のラインはほぼ重なっている。それらは全国値とほぼ同じ形であるが、全国値と比べて要支援2の割合がかなり高く要介護3-5がやや低い。すなわち全国値よりも軽度の者の構成割合が高い。

以上、単身世帯者の介護サービス受給率が高い理由として、単身世帯者は家族介護がないから、またK市では単身世帯者の中で要介護度が重度の者の割合が高いから、の二点が考えられる。

では単身世帯者はどのようなサービスを利用したのだろうか。図7にK市の65歳以上受給者の世帯種別の利用サービス(在宅サービス又は各施設サービス)の割合を示す。同居世帯者と夫婦世帯者では、在宅サービス利用が約8割を占める一方、単身世帯者では在宅サービスは約5割に留まり特養と老健入所の割合が明らかに高い。さらに図8はK市65歳以上特養入所者の要介護度別・世帯種別人数を示す。どの要介護度でも単身世帯者が半数以上を占める。これらの理由として、先ほど同様、単身世帯者は家庭介護がないためと考えられる。このことは入所系サービス需要算定にも世帯種別が影響する可能性を示唆する。

6-2. 特養・老健・GH・小規模多機能型施設の整備率と利用率

次に特養・老健(療養型含む)・GH・小規模多機能の75歳以上人口に対する利用率についてみる。K市では施設整備数が利用者数を上回ること、さらに2013年の正確な待機者数も把握されていることから、待機者数と全利用者数が把握可能な事例と位置づけられる(註9)。なおK市では2013年には療養型は0床となった。

1) 各施設の定員と利用者数の実態

まず施設種別に定員と利用者数(第一号及び第二号被保険者全て)の実態をみる(図9)。一見して、老健、GH、小規模多機能では2010年の全国平均換算値よりも多い利用者がみられ、施設が整って

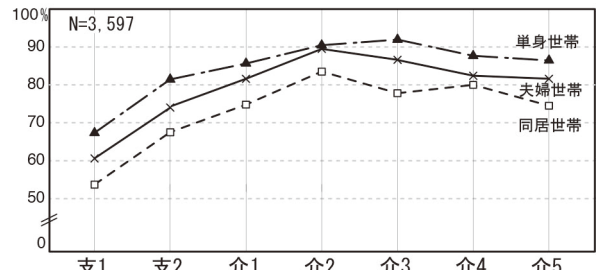


図5 K市の65歳以上受給者の要介護度別・世帯種別の認定者に占める受給者の割合 (資料) K市提供

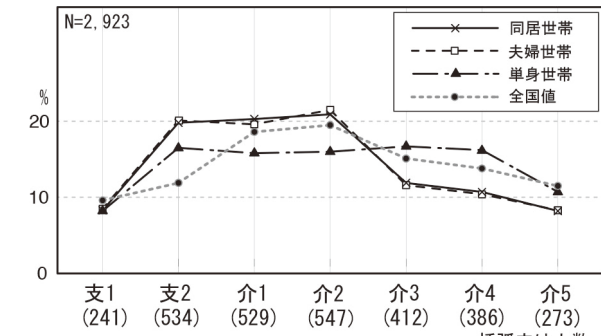


図6 K市の65歳以上受給者の世帯種別の要介護度構成割合 (資料) K市：同市提供、全国：文27

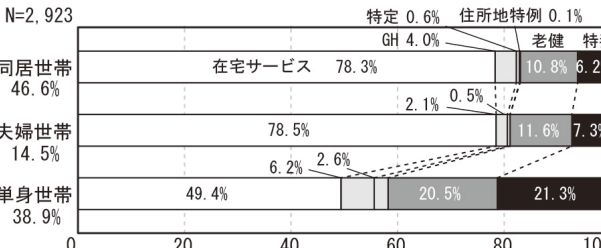


図7 K市の65歳以上受給者の世帯種別の利用サービスの割合 (資料) K市提供

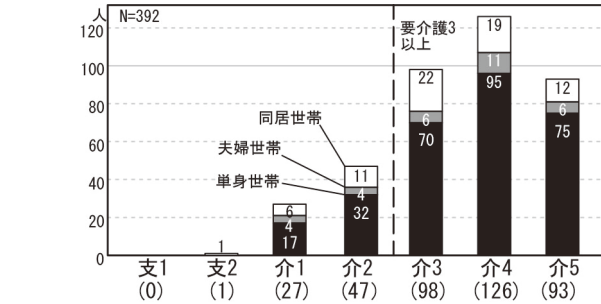


図8 K市の65歳以上特養入所者の要介護度別・世帯種別人数 (資料) K市提供

いることがわかる。一方、特養も地域密着型特養の利用者も含めた全国平均換算値は2010年が311人に対してK市では合計利用者数326人、2013年全国平均換算値360人に対して同392人とともに上回っていた。さらに2013年時点では基準を満たす特養入所待機者が17人いた(註10)。これらのことからK市は特養利用者も多い地域といえよう。

2) 施設種別の整備率と利用率

次に施設種別の整備率と利用率をみる(図10)。

まずGHの利用者率は1.67%(2010)、同1.57%(2013)で、全

国平均 1.05% (2010) と 1.19% (2013) を上回る。図3と比較すると 2010 年値は全国保険者の第3四分位を超える。また 2013 年の整備率 1.71% は 2025 年の全国整備目標 1.70% にほぼ到達している。但し、前述のように分母となる 75 歳以上人口が 2025 年まで増加するため、今後施設整備が不要という意味にはならない。

次に小規模多機能の利用者率は 0.86% (2010)、1.78% (2013) であり、いずれも全国平均 0.30% (2010)、0.45% (2013) を上回った。2010 年値は図3の全国保険者の第3四分位を超える。2013 年の整備率 2.22% は 2025 年全国整備目標 1.84% も上回っている。

さらに特養についてみる。図10の特養と老健の部分とを拡大したものが図11である。75歳以上人口に対する特養と地域密着型特養利用者の合計出現率は 3.32% (2010)、同 3.78% (2013) といずれも全国平均 3.17% (2010) と 3.47% (2013) を上回った。2010 年値は図3の全国保険者の中央値から第3四分位の間に位置する。

しかし K 市によると、特養待機中の老健入所者で順番が回ってきてもそのまま老健に居続けるケースもあるとのことであった。つまり本来中間施設として機能すべき老健が特養機能も代替している実態があるものとみられる。但し、老健入所者のうち特養入所が適当な者の割合が不明であるため、それらの者を含めた形で特養の利用者率は算出できない^{注11)}。そこで便宜的に特養と老健(療養型含む)の利用者率を合計してみると、2010年 7.86%、2013年 8.15% となる。一方、全国平均の合計値は 6.11% (2010)、6.36% (2013) であった。つまり K 市の特養と老健の利用者率の合計は全国平均を大きく上回った。この要因の一つとして老健(療養型含む)の利用者率 4.54% (2010)、同 4.37% (2013) が全国平均 2.94% (2010)、同 2.89% (2013) を大きく上回り、2010 年値でみると図3の第3四分位より上に位置することが考えられる。

6-3. 特養・老健の利用者率と 2025 年目標整備率の関係

2010 年および 2013 年の特養と老健の利用者率と 2025 年目標整備率を比較する(図10, 11)。

まず老健で比較すると、2013 年の整備率 5.49%、利用者率 4.37% に対して 2025 年改革シナリオパターン1の目標整備率は 2.71% と整備水準を大幅に下げることになることがわかる。

次に特養について比較する。その際、以下の3点を考慮する必要がある。一点目は 2015 年 4 月からの制度改正により、特養の新規入所が要介護3以上に変更された点である^{注12)}。この変更を利用者率に反映すると、75歳以上人口に対する特養+密着型特養利用者のうち要介護3以上の利用者の割合は 3.06% となる。一方、2013.4 時点で K 市の特養利用者(地域密着型特養含む)のうち要介護3以上の者の割合は 80.8% であった(表3)。これは全国値(2010)よりやや少ない。つまり K 市の特養入所者は全国平均に比べて要介護3未満の者がやや多めといえる。

二点目は入所待機者である。K 市でも特養には待機者がいた。この待機者 17 人分(0.16%)を先の利用者率 3.06% に加算すると 3.22% となる。これは 2025 年改革シナリオパターン1における特養整備目標 3.30% とほぼ同じとなる。

三点目は老健代替入所である。前述の通り、代替入所者の正確な人数が不明のため、便宜的に特養と老健の利用者率を合算する。上記 3.22% に老健利用者率を加えると 7.59% となる^{注13)}。この値は 2025 年度現状投影シナリオにおける特養と老健の目標整備率換算の

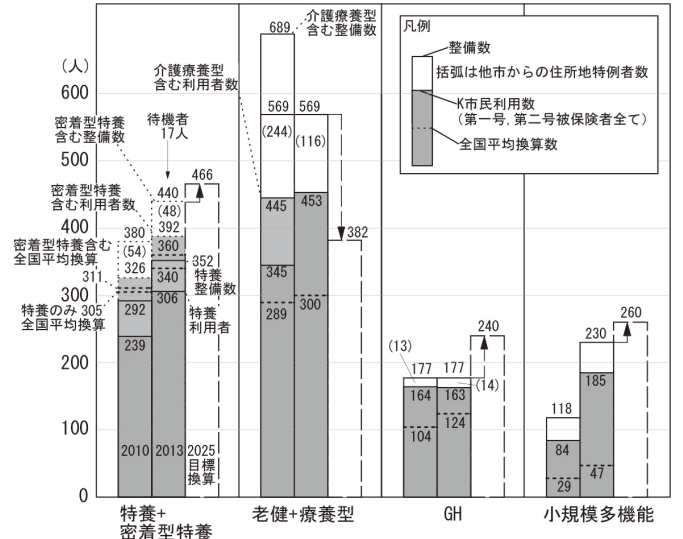


図9 K市の特養・老健・GH・小規模多機能の定員と利用者数(2010, 2013, 2025 整備目標)

資料) K 市提供、全国平均算出方法は図3参照。2025 年目標換算値: 表2の目標整備率から算出。

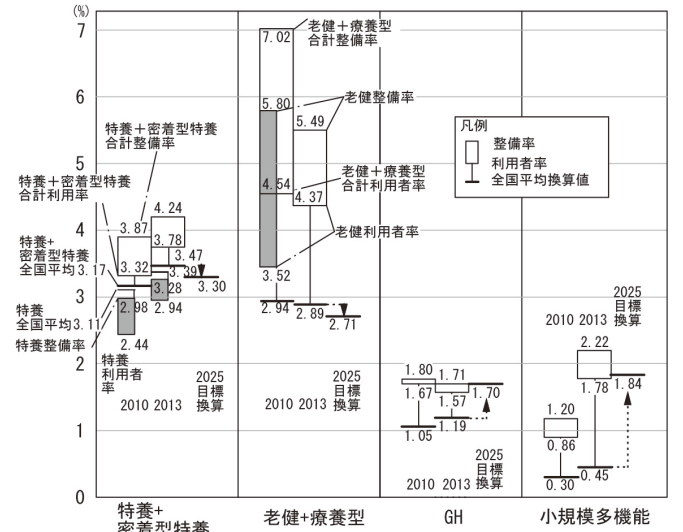


図10 K市の特養と老健の整備率と利用者率(2010, 2013, 2025 全国目標換算)

資料) K 市提供。全国平均算出方法は図3参照。2025 年目標換算は表2参照

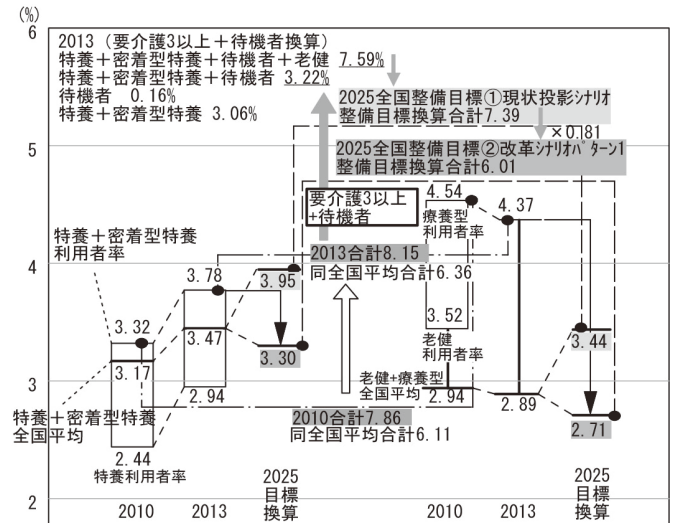


図11 K市の特養と老健の利用者率(2010, 2013, 2025 全国目標換算)

資料) K 市提供。全国平均算出方法は図3参照。2025 年目標換算は表2参照

表3 要介護3以上の特養（地域密着型特養含む）入所者の割合

	要介護3以上の 特養利用者数	特養入所者数	特養入所者数 に占める割合	75歳以上人口に 対する割合
全国 2010	349,114人	396,356人	88.1%	2.45%
K市 2013	317人	392人	80.8%	3.06%

資料) 全国：文29、K市：同市提供

合計7.39%とほぼ同じとなる。

つまり2013年のK市の特養と老健の利用者率の合計（要介護3以上の変更、待機者含む）は2025年現状投影シナリオの特養と老健の目標整備率合計とほぼ同じとなった。しかし、2025年改革シナリオパターン1通りにするには、これを約8割にする必要がある。

6-4. 2025年全国目標整備率の応用可能性の検討

最後に前章で算出した2025年の改革シナリオパターン1の目標整備率をK市に適用して、その応用可能性を検討する（図9-11）。

まず2025年のK市の75歳以上人口推計値（社人研中位推計、14,109人）に目標整備率を乗じて整備目標量を算出した（図9）。その結果、特養は26床増量、老健は187床削減、GHは63床増量、小規模多機能は定員30人分の増量が必要であることがわかる。すなわち、目標整備率を使うことによって簡便に2025改革モデルシナリオ1の整備目標量を算出することができる。

一方、目標整備率の応用に関する問題点について整理する。

第一の問題は住所地特例者の存在、すなわち保険者間の需給調整に関するものである。図9で施設種別の整備数は必ず利用者数より多いが、特養、老健、GHに空きはなかった。これらの定員とK市利用者の差は他市からの住所地特例者が占めていたからである。従って、特養等の入所施設の利用者数は単独の保険者でみても限界がある（⑧）^{註14)}。同時により広域な枠組み（県・地方など）でみる視点も必要であろう。

第二の問題は特養入所待機者の老健代替入所、すなわち施設種別間の需給調整に関するものである。老健入所者のうち特養待ちの人数やその適正性に関する情報はなため、6-3.では便宜的に特養、老健、待機者の利用者率を合算する方法をとった（⑨）。

6-5. 小まとめ

本章の事例考察をまとめる。

- ・K市における75歳以上人口に占める要支援・要介護認定者、介護予防・介護サービス受給者の割合は全国傾向とほぼ同じであった。
- ・世帯種別からみると、75歳以上の夫婦・同居世帯者よりも単身世帯者のサービス受給率が高かった。つまりサービス需要算定に世帯種別構成が影響することを示唆する（⑦）。
- ・2010年の全国平均との比較により当該保険者の施設整備水準を比較することができた。
- ・2025年の75歳以上人口推計値（社人研中位推計）に目標整備率を乗じることにより、簡便に2025年の整備目標量を算出することができた。
- ・目標整備率の応用について特養等の入所施設の利用者数は単独の保険者でみても限界がある（⑧）。同時により広域な枠組み（県・地方など）でみる視点も必要であろう。
- ・特養入所待機者の老健代替入所、すなわち施設種別間の需給調整にも課題がある。本稿では、便宜的に、特養、老健、待機者の利用者率を合算する方法をとった（⑨）。

7. まとめと今後の課題

本研究では全国の要支援・要介護高齢者の定量的実態を把握し、2010年の全国保険者別の介護保険関連施設別の利用者数を把握して指標化し、国が2025年改革モデルで示す同関連施設の整備目標量を指標化して前述の利用率と比較した。さらに、ある地方都市K市を対象として2025年目標整備率の応用可能性を検討した。その結果を以下にまとめる。

- ・2014年時点で全国の要支援・要介護認定者と介護予防・介護サービス受給者の約9割が75歳以上であった（①）。
- ・65歳以上人口に対する75歳以上人口は必ずしも一定ではないため、各種サービス利用者数推計においては75歳以上人口をもとにすると比較的簡単に概算値が算出しようものと考えられる（②）。
- ・社人研中位推計によると75歳以上人口は2030年と2053年にピークを迎える。この前後がサービス需要最大期と推測される（③）。
- ・2010年の全国保険者の施設種別の75歳以上人口に対する利用者（第一号及び第二号被保険者含む）率を示した（図3）。これにより保険者は各自の状況を他の保険者と比較できる（④）。
- ・2025年改革モデルにおける目標整備率（対75歳以上人口）を算出したところ、特養3.30%、老健2.71%、GH1.70%、小規模多機能1.84%となった（⑤）。これに各保険者の2025年の75歳以上人口推計値をかければ、整備目標量の概算値が算出できる。
- ・同利用者率の2010年全国平均値と2025年改革モデル目標整備率を比較すると、GHと小規模多機能は利用者の絶対数の増加見込みに対する増量とともに目標整備率も上げることがわかる。一方、特養の目標整備率はほぼ現状維持、老健はむしろ抑制している（⑥）。
- ・ある保険者K市での事例考察では、75歳以上の夫婦・同居世帯者よりも単身世帯者のサービス受給率が高かった。つまりサービス需要算定に世帯種別構成が影響することを示唆する（⑦）。
- ・目標整備率の応用について特養等の入所施設の利用者数は単独の保険者でみても限界がある（⑧）。同時により広域な枠組み（県・地方など）でみる視点も必要であろう。
- ・特養入所待機者の老健代替入所、すなわち施設種別間の需給調整にも課題がある。本稿では、便宜的に、特養、老健、待機者の利用者率を合算する方法をとった（⑨）。

今後の課題として、要支援・要介護認定者数、介護予防・介護サービス受給者数等の今後の変化をみて各指標が定常化するかを検討したい。また2010年に普及率が低かった小規模多機能の利用者率の向上も予測される。さらにサービス需要算定に世帯種別構成が影響することの示唆を得られたが、具体的な利用者数算定に結びつけられなかった。また異保険者間や異施設種別間での需給調整についてもあわせて検討課題としたい。

謝辞

本研究を遂行するに当たり貴重な資料をご提供いただいたK市に感謝申し上げます。また本稿は内田愛氏の平成25年度金沢大学学士学位論文「ある地方都市における高齢者及び要介護高齢者の量的及び地理的分布の実態と将来推計に関する考察」と神取萌子氏の平成26年度金沢大学学士学位論文「高齢者施設サービス需要の地理的分布推計方法に関する研究」をもとに大幅加筆修正したものです。

注

- 注1) 厚労省は2006年に医療型療養病床約25万床を約15万床に削減、介護型療養病床約13万床を全廃し老健等に転換を促す方針を打ち出した。しかし2014年時点で介護療養病床を条件付で存続する方針へ転換予定である。文23)
- 注2) 介護保険サービスの需要量は高齢者人口×要支援・要介護認定発生率で求められる。この需要量に対して居宅介護、小規模多機能、GH、特定施設入居者介護施設、特養、老健、療養型にほぼ重複がなく振り分けられる。これを全需要とすると、本稿における利用者数はサービス受給者数であり待機者やサービス未利用者を含まないため、全需要とはならない。
- 注3) K市によると、軽度者の場合、いわゆる「お守り認定」(要介護認定の審査に多少時間がかかるため、先に要介護認定だけ受けておく)、一方、重度者の場合、病院入院による医療保険受給への切り替えが理由として考えられるとのことであった。
- 注4) 箱ひげ図は総数の1/4番目に当たる値が第1四分位、真ん中に当たる値が第2四分位 (=中央値)、3/4番目に当たる値が第3四分位を示す。
- 注5) 年間延べ人数は実利用人数とは異なる。例えば、特養の利用者が入院し、退院後に再入所した場合、2人としてカウントされる。このような事例も含まれるが、現時点で収集可能な利用者数はこのデータしかない。従って、若干、利用者数が多めに算出されていることになる。
- 注6) 2010年と2013年の特養と地域密着型特養の利用者数は文14)、文26)をもとに算出した。これらを各年の75歳以上人口で割って算出した。
- 注7) 要介護認定を受けられる状態であるが、家族介護があるため認定者になっていない同居又は夫婦世帯の未利用者の存在も考えられる。しかし、それらの未認定者は実態数が把握できないために考察できない。仮にいたとしても同居又は夫婦世帯の認定者の母数が増え、それらの認定者に占める受給者の割合は下がることになる。
- 注8) 命題「 $P \rightarrow Q$ 」の真偽はその対偶「 $\bar{Q} \rightarrow \bar{P}$ 」の真偽と一致する。
- 注9) 整備数>利用者数で需要量に対して十分な供給量があるため、全ての利用希望者が利用可能である。その反面、過大な利用者が存在する可能性もある。従って、この場合、全利用者数=全需要数とはならない。
- 注10) 2013年時点で特養入所待ち数は51人うち入所妥当と判断される者(石川県指定介護老人福祉施設入居指針評価基準点で80点以上の者)が17人であった。つまり入所待機者のうち入所適切と判断される者は1/3だった。
- 注11) 厚労省資料によると平成22年9月の老健退所後の行き先として9.3%が特養であった(文28)。しかしこれは同月に老健に入所している者のうち特養待機している者や特養に移行すべき者の割合を示すものではない。
- 注12) この規定改正により、現在の要介護度3未満の特養入所者は経過措置として入所可能であるが、新規入所はできない。このため、要介護度3未満下の単身世帯者でこれまで特養に入所していたような高齢者(例えば借家住まい等)の行き場がなくなる危険がある。
- 注13) 老健で特養入所待機している人数が不明のため一部重複も考えられる。
- 注14) 地域包括ケアシステムの制度設計上の観点から、GHや小規模多機能は地域密着型施設でその圏域は日常生活圏域(目安は中学校区)のため住所地特例者は発生しないはずであるが、特養や老健は広域型施設でその圏域は老人保健福祉圏域(目安は二次医療圏域、石川県内で4圏域)のため住所地特例者が発生することもありうる。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所:日本の将来人口推計(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
- 2) 第39回社会保障審議会介護保険部会資料「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関する論点」,http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tg46.html,2014.10.17参照
- 3) 池上直己:医療・介護問題を読み解く,日本経済新聞社,2014.6
- 4) 大坂谷吉行:室蘭圏3市における高齢者対応施設の需要予測,日本建築学会技術報告集第8巻,pp.201-206,1999.6.
- 5) 山田容子,園田真理子:高齢者に対応した施設等の地域計画に関する基礎的研究その1:都市開発地区における高齢者対応施設等の需要量の推計,日本建築学会大会学術講演梗概集.F,pp.347-348,1993.9.
- 6) 園田真理子,山田容子:高齢者対応施設・サービスネットワークの整備に関するその2:需要量に基づく施設再配置計画の検討,日本建築学会大会学術講演梗概集.F,pp.349-350,1993.9.
- 7) 総務省統計局人口推計,各月1日現在人口,月次,2002年10月,統計表,男女年齢階級別全国推計人口(平成14年6月確定値,平成14年10月概算値),http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.

- do?lid=000001010845,2015.2.3参照
- 8) 総務省統計局人口推計,各月1日現在人口,月次,2005年10月,統計表,年齢(5歳階級),男女別推計人口(平成17年6月確定値,平成17年10月概算値),http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001010809,2015.2.3参照
- 9) 総務省統計局人口推計(平成23年10月1日現在)統計表,参考表,年齢(5歳階級)別人口-総人口,日本人口(各月1日現在),平成22年10月,http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2011np/,2015.2.3参照
- 10) 総務省統計局人口推計(平成23年10月1日現在)統計表,参考表,年齢(5歳階級)別人口-総人口,日本人口(各月1日現在),平成23年4月分,http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2011np/,2015.2.3参照
- 11) 総務省統計局人口推計,各月1日現在人口,月次,2014年10月,統計表,年齢(5歳階級),男女別推計人口(平成26年5月確定値,平成26年10月概算値),http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001127506,2015.2.3参照
- 12) 厚労省介護給付費実態調査月報,閲覧表第4表(平成14年10月審査分)http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2002/10.html,2015.2.3参照
- 13) 厚労省介護給付費実態調査月報,閲覧表第4表(平成17年10月審査分)http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2005/10.html,2015.2.3参照
- 14) 厚労省介護給付費実態調査月報,結果表第2表(平成22年10月審査分),http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2010/10.html,2015.2.27参照
- 15) 厚労省介護給付費実態調査月報,閲覧表第4表(平成25年4月審査分),http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2013/04.html,2015.2.3参照
- 16) 厚労省介護給付費実態調査月報,閲覧表第4表(平成26年10月審査分)http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2014/10.html,2015.2.3参照
- 17) 厚労省介護給付費実態調査月報,統計表第2表(平成14年10月審査分)http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2002/10.html,2015.2.3参照
- 18) 厚労省介護給付費実態調査月報,結果表第2表(平成17年10月審査分)http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2005/10.html,2015.2.3参照
- 19) 厚労省介護給付費実態調査の概況,統計表3-1(平成22年度),http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/10/toukei3.html,2015.2.3参照
- 20) 厚労省介護給付費実態調査月報,統計表第5表(平成25年4月審査分),http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2013/04.html,2015.2.3参照
- 21) 厚労省介護給付費実態調査月報,統計表第5表(平成26年10月審査分),http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2014/10.html,2015.2.3参照
- 22) 厚労省介護保険事業状況報告,平成22年度介護保険事業状況報告(年報),年度次,2010年度,07<保険者別>施設介護サービス受給者数(当年累計),http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001091474,2015.2.3参照
- 23) 日本経済新聞,2014年11月6日記事
- 24) K市市民部長寿課:平成24~26年度K市高齢者福祉計画・K市介護保険事業計画,2012.3
- 25) 厚生労働省プレスリリース:特別養護老人ホームの入所申込者の状況,平成26年3月25日,http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf,2015.2.3参照
- 26) 厚労省介護給付費実態調査月報,統計表第2表(平成25年4月審査分)http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2013/04.html,2015.10.15参照
- 27) 厚労省介護給付費実態調査月報,閲覧表第5表(平成25年4月審査分),http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2013/04.html,2015.10.20参照
- 28) 厚生労働省資料「4介護保険施設の利用者の状況」http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/dl/kekka-gaiyou_04.pdf,2015.1.27参照
- 29) 厚労省介護サービス施設・事業所調査,介護保険施設,介護老人福祉施設,年次,2010年,第12表,http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001086089,2015.2.3参照

VALIDATION OF THE 2025 SOCIAL SECURITY REFORM MODEL BASED
ON USER RATIOS FOR LONG-TERM CARE INSURANCE FACILITIES
IN 2010 AND THE POSSIBILITY OF APPLYING THE MODEL'S QUANTITATIVE INDICES
FOR ESTABLISHMENT OF FACILITIES

Tatsuya NISHINO *

* Assoc. Prof., School of Environmental Design, College of Science and Engineering, Kanazawa University, Dr.Eng.

1.Objectives of the study

The purposes of this study are, first, to come up with indices for the number of users of the different long-term care facilities run by different providers throughout Japan in 2010 through an understanding of the quantitative aspects of demands for facilities for elderly persons requiring support and long-term care throughout the country. Second, the study aims to come up with indices for the target levels for establishment of such facilities presented in the government's 2025 Social Security Reform Model and compare them with the indices for the number of users. Further, the study aims to determine the possibility of applying the 2025 targets for establishment of facilities based on an understanding of the actual situation of the number of users and facilities for particular insurance providers.

2.Methods

The populations used in the study are based on the population projections of the Ministry of Internal Affairs and Communications. The number of certified persons requiring support and long-term care, and the number of recipients of preventive long-term care and long-term care services are based on data from the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW.) survey on recipients of long-term care benefits (2002 to 2014). Also, the number of users of facilities covered by long-term care insurance was obtained from information on websites of the MHLW. regarding the survey on facilities and providers for long-term care services, and from the 5th period long-term care insurance plan for insurance providers in Japan (2010). For the municipality used as a case study, complete data on gender, age, and household classification of all persons 65 years or older, and on gender, age, level of long-term care requirement, and household classification for all persons certified to require long-term care, regardless of whether they were receiving services or not, were obtained from Municipality K, Ishikawa Prefecture (as of April 1, 2013).

3.Results and discussion

The following observations and conclusions were made:

- In 2014, approximately 90% of all persons certified to require support and long-term care and those receiving preventive long-term care and long-term care services were 75 years or older.
- Calculation of the incidence of users in the 75-years-or-older population (including primary and secondary insured persons) according to the type of facilities of insurance providers throughout Japan enabled comparison of the situation of different insurance providers.
- Calculation of the target ratios for establishment of facilities in 2025 (for the 75-years-or-older population) revealed that 3.30% is for nursing homes, 2.71% for long-term care health facility, 1.70% for group living facilities, and 1.84% for community-based multi-care facilities. Multiplying the projected values for the 75-years-or-older population in 2025 by each insurance provider to the target ratios enabled computing estimates for the target number of facilities for establishment.
- Comparison of the national average in 2010 for the above user incidence rates with the facilities establishment target ratio for 2025 revealed that the establishment target ratio also increases with the increase based on the expected increase of the absolute number of users of group homes and community-based multi-care facilities. On the other hand, establishment target ratio for nursing homes remains almost the same as the current level, while that for long-term care health facility decreases.
- In the case study for Municipality K, it was found that there is a limit to the application of establishment target ratios in terms of individual insurance providers. There are also issues that need to be addressed regarding the regulation of supply and demand among different facilities, such as the admittance of waitlisted nursing home users to long-term care health facilities.

(2015年6月5日原稿受理, 2015年12月10日採用決定)

