

## 都道府県別要介護老人数の推計と介護実態

生活研究部 主任研究員 岸田 宏司

### 〈要　旨〉

いったん要介護状態になると 24 時間 365 日休み無く介護を続けなければならぬ。しかし、介護を家庭だけでおこなうには現代の家庭状況から見て困難である。本レポートはこうした視点から、今後どの程度の介護負担が生じるのか、2010 年を目標に都道府県別に要介護老人数の推計を試みるとともに現在介護がどのような実態であるかをインタビュー調査であきらかにした。

推計結果では要介護老人の半数は東京、大阪、愛知などの大都市圏に集中していることがわかった。要介護老人が 2010 年時点で 10 万人を超える都道府県は、東京都、大阪府、神奈川県、愛知県、北海道、埼玉県、兵庫県、千葉県、福岡県、静岡県の 10 都道府県となっている。全要介護老人数の半数(49.5%)がこの上位 10 都道府県で占められており、要介護老人問題は、規模という面では大都市圏の問題と言えよう。

都道府県別に算出した介護費用を合計すると 2000 年時点の総介護費用は 8.1 兆円となる。さらに 2010 年には 11.5 兆円に達する。都道府県別にみると東京都は 2010 年時点で 9,500 億円となり、最も介護費用が小さい鳥取県の 672 億円のおよそ 14 倍に相当する。

次に都道府県別に県民(20 歳以上人口)一人当たりの介護費用を算出した(2010 年時点)。全国平均では 10,580 円／月、中央値では福島県の 11,038 円／月となる。最も一人あたりの費用が高いのは島根県で 14,207 円／月となり、全国平均より 4,000 円程度高くなっている。最も安いのは埼玉県の 6,355 円で、島根県の半分以下の水準となる。

介護の実態調査結果では、現在の在宅介護はやはり家族の負担によって成り立っていることが明らかになった。とりわけ、そのほとんどは女性の肩にのしかかって

いる。家族の介護を経験した人達は、自分が介護状態になったときに在宅で療養を望んでいる。しかし実際に介護をした経験から、「この苦労を子どもや嫁に負わせるのは忍びない」という意見も多い。しかし、適切な外部サービスなどによって家族介護者の負担が軽くなるのであれば、やはり在宅で送りたいという本音もうかがえる。

介護は地域によってその様相がまったく異なる。介護負担が大きい地域に対しては、その地域の介護負担を全国レベルで支援することも当然必要である。また、介護のために次世代を担う人々の活力を奪うようなことがあってはならない。介護については、世代、地域などの側面も十分に考慮し、サービス供給も地域特性に応じた支援システムの構築がなされるべきである。

## 目次

### はじめに

#### I. 要介護老人数の推計

1. 推計の前提と方法
2. 都道府県別要介護老人推計結果

#### II. 都道府県別要介護老人数の推計

1. 都市部に集中する要介護老人
2. 要介護老人が人口に占める割合

#### III. 介護居所別の要介護老人数

1. 介護形態について
2. 介護居所別要介護老人数

#### IV. 介護費用推計

1. 介護費用推計
2. 介護費用推計結果

#### V. 在宅介護の実態

1. 在宅だけで介護した事例
2. 高齢者が高齢者を介護する
3. ホームヘルプサービスを利用して在宅介護をした事例
4. 今後の介護について

#### VI. むすびにかえて

#### 参考文献

## はじめに

ご存じの通り、昨年11月29日に臨時国会で公的介護保険法案が提出され、本年1月の通常国会で本格的な審議がなされることになった。昨年4月22日に老人保健審議会から公的介護保険についての最終報告書が菅前厚生大臣に対して提出され、ようやく議論の俎上にのったところである。

わが国の介護と言えば、永く家庭で家族が中心的な担い手となって行われてきた。公的介護保険制度の実施は、高齢社会を目前に控え、家族介護から社会システムによる介護へと進んだ第一歩と言えよう。

家族が中心的な担い手となって行われてきたわが国の介護は、都市化とともに住宅事情の悪化、核家族化とともに家族介護の人的面での問題により、公的施設による介護へと移っていた。しかし、高齢社会を迎えるに当たって施設介護は介護経費が膨大なこと、さらに施設の収容能力に限界があり、入所できる人とできない人との介護格差を生むことなどを理由に在宅介護が再び見直されることになった。公的介護保険も在宅介護を支援するための保険として注目されているのである。

在宅介護は医療費や介護費用などの増大を押さえるという財政的なメリットの他に施設介護でたびたび問題となる「寝かせきり老人」をつくらないと言うメリットがある。

しかし家庭での介護から施設での介護へとシフトし始めた時代からわが国の住宅事情はそれほど変わっていない。また、核家族化はさらに進み平均世帯人員数は依然として減少し続けている。

このような状況の中で、今後どの程度の要介護老人が発生し、その介護のための負担はどの程度になるのであろうか。厚生省では介護保険を検討する材料として将来の要介護老人数とその介護にかかる費用を推計し、公表している。しかし、この推計は全国ベースの推計であり、介護が地域や

家庭で行われることを考えると実感として将来像がつかみにくい。そこで本レポートでは、独自に都道府県別に要介護老人数を推計し、都道府県別に介護負担がどのようになるかを描いてみた。

在宅介護の実態は家庭での介護経験が無いとその実感がわきにくいものである。ここでは数量的に介護の実態を明らかにするとともに併せて当研究所で実施した「在宅介護関連者インタビュー調査」結果から在宅介護の現状を紹介する。

## I. 要介護老人数の推計

### 1. 推計の前提と方法

要介護老人の厳密な定義は他のレポートに譲るとして、ここでは介護費用を推計するという目的から要介護の対象を広く次のように設定した。

- ① 寝たきり（寝たきりの痴呆性を含む）
- ② 痴呆（寝たきりの者をのぞく）
- ③ 虚弱老人

現実には寝たきりは「重度」「中度」「軽度」に分かれ、その程度によって必要となる介護内容も異なる。また、痴呆性老人や虚弱老人についても同様に程度の差があり、上の3種類の分類で要介護老人を推計することは高齢社会の将来像を描くための一つの試みとして考える必要がある。

本レポートでは、要介護老人数を以下の方法で推計した。まず、上記の3種類の介護程度別の要介護老人数を既存の統計調査から求め、人口に占める要介護老人の発現率を算出する。その発現率（全国一定）を厚生省人口問題研究所が推計する都道府県別将来推計人口（平成4年10月推計）に乘じ、都道府県別の要介護老人数を推計した。推計年次は2000年、2005年、2010年の3時点である。

医療技術の進歩や寝たきりゼロ運動が展開されることなどにより現時点での要介護老人発現率が

将来まで続くとは現実には考えられない。しかし、推計にこうした要因を反映させることは現実的につきわめて難しい。老人介護による負担の大枠を把握するという本推計の目的を考え、今回の推計では発現率の変化は考慮していない。

また、要介護老人に関する統計資料は乏しく、現時点は1993年の「高齢者介護・自立支援システム研究会（厚生省）」の調査結果しかなく、今回の推計では以下の厚生省推計データをもとに1993年時点の程度別要介護老人数を推計の出発点とした（図表1）。

図表1. 要介護老人推計（1993年時点）

要介護老人	厚生省推計	構成比
寝たきり（寝たきり痴呆性を含む）	90万人	45%
痴呆（寝たきり者をのぞく）	10万人	5%
虚弱老人	100万人	50%
合 計	200万人	100%

（資料）高齢者介護・自立支援システム研究会厚生省

各都道府県の人口構造を介護推計に反映させるためには、男女年齢別に要介護発現率を算出する必要がある。しかし、男女年齢別の介護者数については、施設介護者数に関する統計しかない。そこで上記図表1のデータから男女年齢別施設介護者数を差し引き、残った要介護老人数を在宅要介護老人数とした。

さらに、男女別年齢別の在宅要介護者数は「国民生活基礎調査」から在宅における状態別の介護者割合を求め、その値をつかった。

図表2. 1993年(高齢者介護・自立支援システム研究調査時点)の属性別要介護者数

(単位:千人)

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90歳以上	合計
合計	103	148	147	266	161	75	900
寝たきり	7	13	20	27	22	11	100
痴呆性	118	196	161	311	151	64	1000
虚弱	228	356	328	604	334	149	2000
男性	50	59	54	74	39	16	292
寝たきり	4	5	8	9	6	3	34
痴呆性	60	86	68	106	46	16	382
虚弱	114	150	130	189	91	35	708
女性	52	88	93	192	122	60	608
寝たきり	3	8	13	19	16	8	66
痴呆性	59	110	92	205	105	47	618
虚弱	114	206	199	416	242	115	1292

(注) 高齢者介護・自立支援システム研究を基に推計した。

次に上記の年齢別、性別、介護程度別の要介護老人数が1993年時点の人口(図表3)に占める割合(発現率)を求めた。この発現率に厚生省人口問題研究所の将来人口を乗じて、要介護老人の将来推計をおこなう。なお、人口問題研究所の都道府県別の人口推計は、いくつかのケースが設定され、それに基づいて推計が行われている。今回の都道府県別要介護老人の推計では各都道府県間の人口移動が将来に向けて徐々に減少する場合の推計結果を利用した。戦後わが国の経済は首都圏を中心に発展し、それに伴って、首都圏を中心に人口集中がみられた。しかし、首都圏一極集中は、経済構造の転換とともに徐々に鈍り始めている。ここ数年は特にその傾向が強く、特に東京都では人口流出が流入を既に上回っている状況である。こうした現状を考慮して、今回の推計では人口移

図表3. 1993年のわが国の年齢別人口

(単位:千人)

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90歳以上	合計
男性	2,763	1,691	1,238	778	317	106	6,893
女性	3,229	2,539	1,923	1,374	658	284	10,007
合計	5,992	4,230	3,161	2,152	975	390	16,900

(資料) 統務省統計局平成5年10月1日現在推計

動率が徐々に縮小するモデルを使って以下の推計をおこなった。

1993年時点の要介護老人発現率は以下の通りとなる(図表4)。表からも分かるように要介護老人発現率は年齢とともに徐々に上昇するのではなく、80歳以上になると急激に高くなっていることがわかる。男女別にみると平均寿命が男性より長い女性の方が要介護になる割合が高い。90歳以上の女性の4割は要介護状態になっている。つまり、女性の場合は、平均寿命が男性より長い分、様々な長生きのリスクが問題となってこよう。

寝たきり老人の発生原因の約3割が骨粗鬆症といわれている。この骨粗鬆症は老人女性に多くみられる病気である。骨粗鬆症は骨を脆弱にし、老人女性の場合は寝たきり状態の原因となる大腿部頸部骨折を招くことが多いと言われている。こうしたことが原因となって寝たきりの発現率が女性に多くなっているものと考えられる。

図表4. 1993年の要介護発現率  
(ニッセイ基礎研究所推計)

	寝たきり			痴呆性			虚弱			合計		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
65~69歳	1.8	1.6	1.7	0.1	0.1	0.1	2.2	1.8	2.1	4.1	3.6	3.8
70~74歳	3.5	3.5	3.5	0.3	0.3	0.3	5.1	4.3	4.6	8.9	8.1	8.4
75~79歳	4.4	4.9	4.7	0.6	0.7	0.7	5.5	4.8	5.1	10.5	10.3	10.4
80~84歳	9.5	14	12.4	1.1	1.4	1.3	13.6	14.9	14.5	24.3	30.3	28.1
85~89歳	12.4	18.5	16.5	1.9	2.4	2.2	14.6	15.9	15.5	28.8	36.7	34.2
90歳以上	14.8	21	19.3	2.4	2.8	2.7	15.5	16.7	16.4	32.7	40.5	38.4
合計	4.2	6.1	5.3	0.5	0.7	0.6	5.5	6.2	5.9	10.3	12.9	11.8

## 2. 都道府県別要介護老人推計結果

上記のデータをもとに要介護老人を推計すると全国ベースで2000年に266万人となる。厚生省の「新介護システムにおける高齢者介護及び基盤整備量の将来推計(粗い試算)」1995年12月20日老健審資料では、要介護老人数を280万人と推計しており、ほぼ今回の推計と同水準の推計となっている。介護程度別にみると、寝たきり老人数が120万人、痴呆性老人が14万人、虚弱老人が132万人となる(図表5)。

図表5. 要介護老人推計結果

		(単位:万人)		
	寝たきり	痴呆性	虚弱	合計
本推計	2000年	120	14	132
	2010年	171	20	185
厚生省	2000年	120	20	130
	2010年	170	30	190
				390

要介護老人数は、2005年には2000年の約1.2倍の320万になる。さらに2010年には375万になり、2000年から2010年までの要介護老人の年平均増加率は3.5%である。この2000年から2010年間の総人口の伸びが厚生省の低位推計では、0.03%であることからすれば、要介護老人の増加がいかに速いスピードで進んでいくかが分かる。

厚生省の粗い試算ではどのような方法で要介護老人数を推計したかは明記されていない。そのため今回の推計と厚生省の推計結果について評価することは難しいが、概ね同傾向の推計結果とみて問題ないであろう。なお、本推計、厚生省とも推計結果の合計値が合っていないが、これは端数処理をしたために生じたものである。

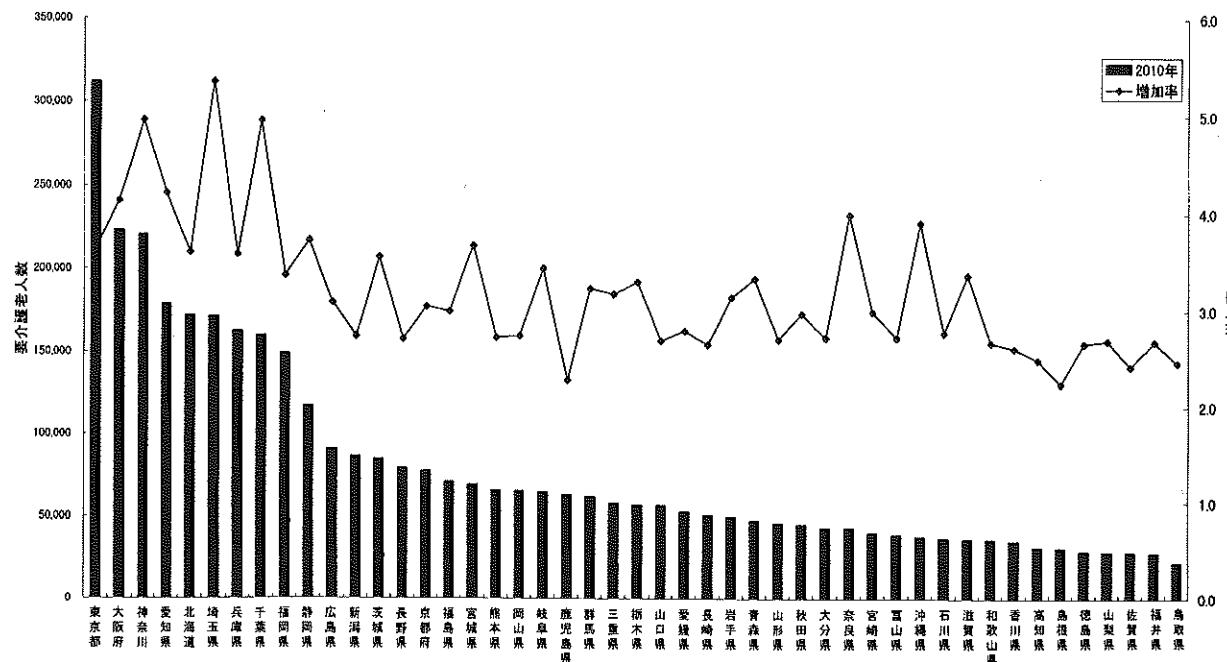
今回の推計は将来の介護システムのあり方や今後取られるであろう各種の要介護老人関連政策をまったく反映したものではない。そのため実際よりも過大に要介護老人数を推計する可能性もある。しかし、公的介護保険が導入されることにより、介護サービスニーズが顕在化するとも考えられるため、大きなズレにはならないと考えられる。

## II. 都道府県別要介護老人数の推計

### 1. 都市部に集中する要介護老人

道府県別にみると、人口のもっと多い東京都が2010年時点で32万人となっている(図表6)。逆に最も少いのは鳥取県の2万人である。要介護老人が2010年時点で10万人を超える都道府県は、東京都、大阪府、神奈川県、愛知県、北海道、埼玉県、兵庫県、千葉県、福岡県、静岡県の10都道府県となっている。静岡県を除くいずれの都道府県とも政令指定都市を持つ、人口が集中している都道府県である。また、静岡県も2010年時点の人口が47都道府県中10番目に位置する人口

図表6. 都道府県別要介護老人数(2010年)



(注) 増加率は2000年から2010年までの年平均伸び率を示す。

規模の大きい県である。

47 都道府県の要介護老人数の平均は8万人となっており、中央値は三重県の5.8万人である。要介護老人数の平均と中央値を見て分かるように要介護老人は都市集中型のわが国の人口構造を反映している。つまり、全要介護老人数の半数(49.5%)が上位10県で占められているのである。今回の推計結果を見る限り、要介護老人問題は、規模という面では大都市圏の都道府県の問題と言えよう。

また、要介護老人が集中する首都圏、関西圏、中部圏の各都道府県の要介護老人数の2000年から2010年までの年平均伸び率は高く、この地域で急速に高齢化が進むことがわかる(図表6折れ線部分)。特に、千葉県、埼玉県、神奈川県の3県については要介護老人が毎年平均で5%づつ増加しており、急速に要介護老人が増えることが分かる。

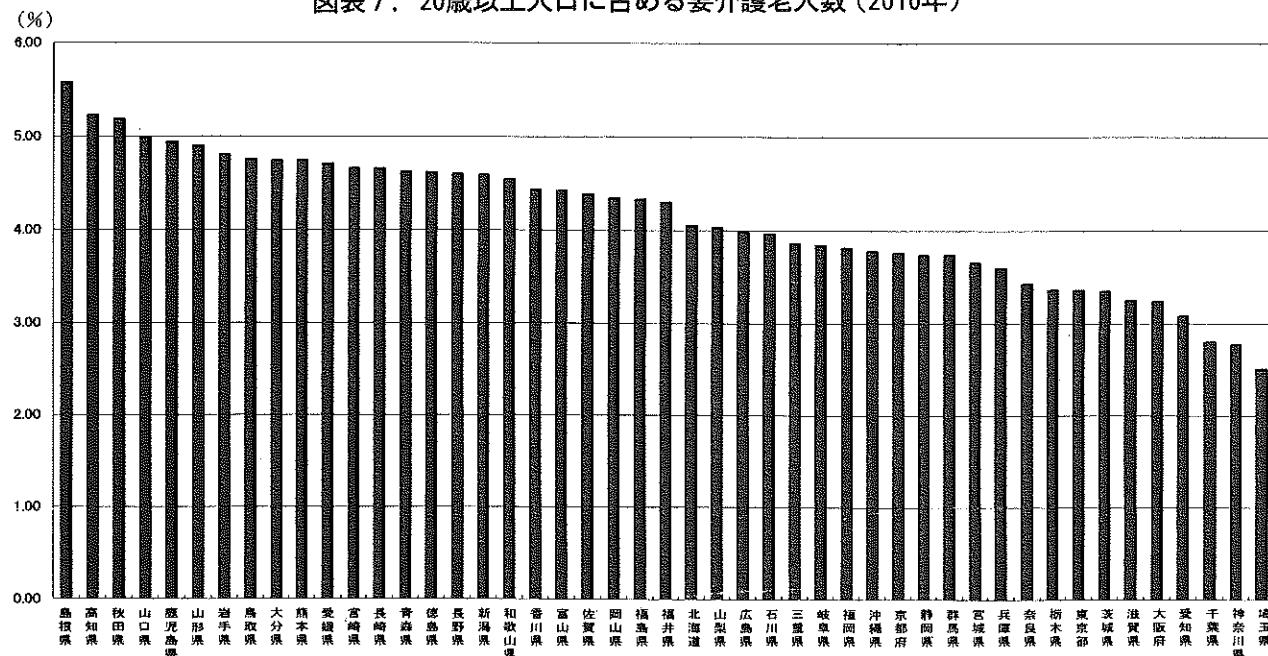
これらの地域は東京のベッドタウンとして急速に拡大してきたところである。地方から仕事を求めて流入してきた人々が、東京周辺地域にとどまりそこで老後を迎えることが、この地域の急激な高齢化の要因であろう。

## 2. 要介護老人が人口に占める割合

いったん要介護状態になると1日24時間365日介護を続けなければならない。核家族化し、個人化が進んだわが国の家庭で介護をするためには、十分な介護サービスが供給されなければもはや成り立たない状況にある。介護サービスは直接人が行うものであり、その主体は要介護者とその家族そして要介護者が住む地域コミュニティーとなろう。そうしたときにその地域がどれだけ要介護老人を支えられるか、そのキャパシティーがきわめて重要な問題となる。20歳以上の成人が地域の要介護老人を支援すると仮定して、都道府県別に要介護老人が20歳以上の人口に占める割合を比較した(図表7、2010年時点)。

要介護老人数が集中していた東京都、大阪府、神奈川県などの都市部での要介護老人比は、47都道府県の中では相対的に低い。反対に要介護老人数では大都市部に比べそれほど多くない島根県、高知県、秋田県で要介護老人比が高くなっている。これらの地域は都市化による人口流出が続き、人口問題研究所の将来推計人口でも2010年まで減少が続く都道府県である。

図表7. 20歳以上人口に占める要介護老人数(2010年)



東京のベッドタウン埼玉県、神奈川県、千葉県の3県の要介護老人比は3%以下と低い。しかし、少子化によって人口の増加は停滞しており、2010年時点では要介護老人数比が低いものの2060年まで高齢化の上昇が続くことを考えれば、楽観できるものではない。また、その規模を考えれば、すでに高齢化の進んだ県よりも将来にわたって若年層が担う負担は決して小さくはないと考えられる。

実際に要介護老人でも24時間の介護が必要となる寝たきり老人数とその増加率をみると埼玉県、千葉県、神奈川県の3県は増加率も高く、その規模は東京と大阪に匹敵する規模である（図表8）。

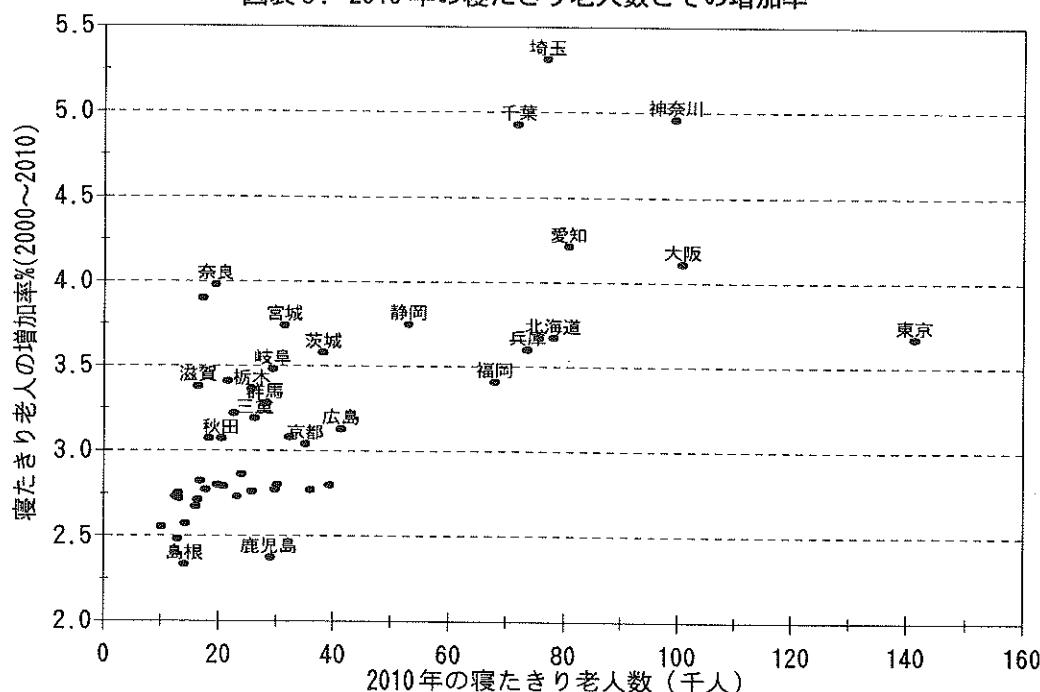
### III. 介護居所別の要介護老人数

推計した要介護老人数をもとに将来時点における都道府県別の介護市場規模の推計をおこなう。本稿でいう介護市場とは、現時点で想定できる各種介護サービスを要介護老人に提供した場合の市場全体を意味する。ただし、想定が難しい住宅改造などの付加的なサービスは今回の推計では考慮していない。

#### 1. 介護形態について

介護市場を推計するに当たって、要介護老人がどのような形態（在宅または施設）で介護されるかをあらかじめ設定する必要がある。現時点で指針となるのは新ゴールドプラン（図表9）である。すなわち、新ゴールドプランの計画どおりに在宅および施設での介護が行われると想定するのである。他には高齢者介護・自立支援システム研究会（1994年）の推計を利用し、1993年時点における介護施設別要介護老人数の推計結果をそのまま将来についても利用することも考えられる。

図表8. 2010年の寝たきり老人数とその増加率



新ゴールドプランが実現すると、高齢者介護のための社会支援体制は現在よりも進む。これに対して現在の介護体制がそのまま今後も継続するという想定はゴールドプランが予定どおり実現しない場合に相当する。

下記の2通り以外にも介護形態についていくつか考えることができる。たとえば新ゴールドプラン実現後もさらに在宅介護を中心とした介護形態が進むというケース、あるいは逆に2000年まではゴールドプランにしたがい2000年以降は在宅から施設介護に重点が置かれるケースである。

本推計では2000年までは現在のままの状態で施設介護と在宅介護がなされ、2000年以降は新ゴールドプランが計画通りに進み、在宅6、施設4の割合で介護が行われると想定した。図表9に示したように新ゴールドプランでは「在宅サービス」「施設サービス」「マンパワーの養成確保」の3分野においてプランが立てられているが、介護形態に関連するのは「在宅サービス」と「施設サー

ビス」である。本推計では施設サービスが計画通り整備され、そこに要介護老人が入所すると想定して推計した。

新ゴールドプランでは「老人保健施設」「特別養護老人ホーム」「軽費老人ホーム・ケアハウス」について計画が示されている。この介護形態に準じて要介護老人を配分する。ただし新ゴールドプランに今後の計画が示されていない「養護老人ホーム」については特別養護老人ホームの中にまとめることにする。また「軽費老人ホーム・A型、B型」も新ゴールドプランには含まれていないが、「ケアハウス」と同様に施設介護の中でも在宅介護に近い介護形態であるので、本推計では在宅介護として推計した。

「病院」での長期介護はなくなり療養型病床群に転換されると仮定した。療養型病床群は主として長期にわたる患者を収容することを目的とした一群の病床を指し、近年の長期入院患者の増大に対応するものとして新設される。本推計では病院

図表9. 新ゴールドプランの目標（1999年末）

		1992年度	1999年度	増加数
在宅サービス	ホームヘルパー	57,000人	170,000人	113,000人
	ショートステイ	18,000床	60,000床	42,000床
	デイ・サービス	2,743カ所	17,000カ所	14,257カ所
	在宅介護支援センター	791カ所	10,000カ所	9,209カ所
施設サービス	老人訪問看護ステーション	208カ所	5,000カ所	4,792カ所
	老人保健施設	70,000床	280,000人分	210,000人分
	特別養護老人ホーム	200,000床	290,000人分	90,000人分
	ケア・ハウス	3,760人	100,000人分	96,240人分
マンパワーの養成確保	高齢者生活福祉センター	101カ所	400カ所	299カ所
	寮母・介護職員	82,000人*	200,000人	118,000人
	看護職員	20,000人*	100,000人	80,000人
	O P・P T	-	15,000人	15,000人

(注) \*印の数値は1993年度の数値である。

での介護が療養型病床群として 2000 年以降も継続すると想定した。

以上、本推計における介護形態は表 10 に示すとおり在宅介護と老人保健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、療養型病床群の 5 つの施設介護に分類した。

図表 10. 本推計における介護形態

	介護形態（現在）		介護形態（将来）
在宅	在宅		在宅
施設	老人保健施設 養護老人ホーム 特別養護老人ホーム 軽費老人ホーム A 型 軽費老人ホーム（けいひふみ） 有料老人ホーム 病院		老人保健施設 特別養護老人ホーム 有料老人ホーム 療養型病床群

## 2. 介護居所別要介護老人数

左記の想定のもと先に推計した要介護老人を介護居所別に分類した（図表 11）。2000 年時点の在宅要介護老人数は 160 万人で、施設要介護老人数は 107 万人である。これが 2010 年には、在宅要介護老人数が 65 万人増加して 225 万人となり、施設要介護老人数は 44 万人増加して 151 万となる。

最も要介護老人数の多い東京都では 2010 年の在宅要介護老人数が 19 万人、施設要介護老人数が 13 万人となる。また、東京、千葉、埼玉、神奈川の 1 都 4 県では在宅要介護老人数が 52 万人、施設要介護老人数が 35 万人となる（2010 年）。滋賀、京都、大阪、兵庫の近畿 2 府 2 県では、在宅要介護老人数が 30 万人、施設要介護老人数が 20 万人となる。

図表 11. 都道府県別居所別要介護老人数

県名	2000年		2010年		県名	2000年		2010年	
	在宅	施設	在宅	施設		在宅	施設	在宅	施設
北海道	72,465	48,415	102,910	69,222	滋賀県	15,664	10,491	21,800	14,630
青森県	20,427	13,677	28,268	19,061	京都府	34,236	23,015	46,188	31,076
岩手県	21,858	14,632	29,670	20,017	大阪府	89,242	59,712	133,782	89,496
宮城県	28,956	19,354	41,395	27,852	兵庫県	68,379	45,806	97,156	65,236
秋田県	20,144	13,465	26,895	18,140	奈良県	17,398	11,657	25,714	17,238
山形県	20,969	14,045	27,274	18,415	和歌山県	16,665	11,179	21,641	14,585
福島県	31,665	21,193	42,386	28,592	鳥取県	10,304	6,930	13,103	8,878
茨城県	35,783	23,933	50,630	33,976	島根県	14,791	9,953	18,398	12,479
栃木県	24,585	16,436	33,949	22,820	岡山県	29,838	20,060	39,033	26,339
群馬県	26,960	18,043	36,993	24,872	広島県	40,129	26,937	54,258	36,584
埼玉県	61,071	40,758	102,874	68,538	山口県	25,989	17,468	33,817	22,869
千葉県	59,029	39,457	95,755	63,963	徳島県	13,259	8,899	17,198	11,611
東京都	130,650	87,414	186,707	125,242	香川県	16,264	10,922	21,004	14,177
神奈川県	81,613	54,472	132,356	88,444	愛媛県	24,009	16,117	31,531	21,298
新潟県	39,484	26,487	51,568	34,807	高知県	14,653	9,858	18,692	12,663
富山県	17,783	11,947	23,219	15,673	福岡県	64,007	42,990	88,894	59,985
石川県	16,768	11,254	21,999	14,834	佐賀県	13,326	8,949	16,898	11,407
福井県	12,727	8,540	16,541	11,157	長崎県	23,402	15,718	30,323	20,511
山梨県	13,077	8,776	17,011	11,476	熊本県	30,080	20,229	39,239	26,565
長野県	36,302	24,365	47,253	31,910	大分県	19,760	13,260	25,777	17,412
岐阜県	27,751	18,555	38,855	26,082	宮崎県	17,910	12,034	23,966	16,218
静岡	48,620	32,567	69,968	47,010	鹿児島県	30,214	20,300	37,744	25,558
愛知県	71,039	47,476	107,317	71,759	沖縄県	15,363	10,384	22,527	15,250
三重県	25,407	17,033	34,659	23,298	合計	1,590,015	1,065,162	2,245,135	1,509,225

（注）施設：老健施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、診療型病床群を総合したものである。

## IV. 介護費用推計

先に推計した介護居所別要介護老人数をもとに都道府県別に介護費用がどの程度の金額になるのかを試算した。厚生省では全国ベースの高齢者介護費用として2000年時点での4.1兆円（ケースC、介護単価を3%成長とした場合）と推計している。ここでは厚生省の推計とは別に独自に介護費用を設定し、都道府県別の要介護老人数の推計結果に乗じて都道府県別の介護費用を推計した。

### 1. 介護費用推計

介護費用は介護の程度によって異なるが、在宅で介護する場合と施設で介護する場合とでかなり異なる。したがってここでは介護程度別施設別の介護単価を設定し、それに居所別介護程度別要介護老人数を乗じて介護市場を算出した。

介護居所別の介護費用単価は、次のように設定した。なお、介護費用には要介護老人の生活費（食費、服飾費等）を含み、介護費用の物価スライドは見込んでいない。金額はすべて1996年価格で表示されている。

#### (1) 施設での介護費用

要介護老人を介護する施設は、老人保健施設、老人福祉施設、病院などがある。老人福祉施設は特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなどがある。介護費用は厳密に言えば、それぞれの施設毎に、また介護状態によって細かく分かれる。ここでは介護施設別、介護程度別にかかる介護費用を平均し、介護程度別の介護単価を求めた。なお施設建設のための施設コストは含んでいない。

#### (2) 在宅

在宅の場合は家族介護の場合と外部サービスを利用する場合とで介護費用は異なる。また、外部サービスを利用する場合もどの程度の頻度でどの

ようなサービスを受けるかによっても異なる。

寝たきり老人と痴呆性老人についてここでは次のような外部サービスを利用すると仮定して利用単価を算出した。

- ホームヘルプサービス：週4回
- 訪問看護：週1回
- ディサービス：週1回
- ショートステイ2ヶ月に1回

家族介護の場合は家族が介護に携わった費用は通常コストに反映されないが、介護費用の大枠を捉えるという今回の推計目的からパートタイマーの賃金に換算し、費用に取り込んだ。

在宅介護費用の推計は外部サービスの利用率をどのように想定するかによってかなり変わる。また、在宅介護のサービスが需要に見合っただけ整備されるかどうかによっても在宅介護費用の大枠を大きく左右させる。しかし、現時点では2000年、2010年の在宅介護サービスの姿が十分に描けないところが多い。したがって、ここでは利用するサービスは個人差があるもの一応在宅の要介護老人は何らかの外部サービスを受けると想定して介護原単価を算出した。なお、階段に手すりをつけたり、段差を解消するための住宅改造費は不確定要素が大きいため入れていない。

図表12. 介護程度別居所別介護費用単価

（単位：万円）

	在宅			施設		
	生活費	介護費	合計	生活費	介護費	合計
寝たきり	66	234	300	86	344	430
痴呆	66	234	300	86	294	380
虚弱	66	164	230	86	184	270

（注）この費用単価は1年分の生活費と介護費である。

## 2. 介護費用推計結果

今回の推計は現在価格で介護市場がどの程度の規模になるかを明らかにするため物価スライドはせず、1996年現在価格で2010年の介護費用をみている。

### (1) 2000年で8.1兆円、2010年で11.5兆円

都道府県別に算出した介護費用を合計すると2000年時点の総介護費用は8.1兆円となる。厚生省推計の約2倍となるが、厚生省推計には在宅介護の生活費が含まれていないこと、家族介護費用が盛り込まれていないこと、さらに在宅介護サービスの利用率が100%ではないことなどの理由で今回の推計が大きくなっていると考えられる。

### (2) 東京都の介護費用は2010年で9,500億円

介護費用は要介護老人数に比例するが、寝たきり高齢者の発現率が上昇する75歳以上の高齢者が多い地域は、介護費用は高くなる。神奈川県と大阪府の要介護老人数はほぼ同水準であるが、介護費用では大阪府が神奈川県を上回っているのも高齢者の年齢構成の違いが原因と言えよう。

都道府県別にみると東京都は2010年時点で9,500億円となり、最も介護費用が小さい鳥取県の672億円のおよそ14倍に相当する。前述したようにこの推計には生活費が含まれている。介護という観点だけからすれば生活費を介護費用の中取り込むことは適切ではないが、今後提供される介護関連サービスには給食サービスなど生活関連

図表13. 都道府県別要介護費用推計結果（1996年価格で表示）

県名	2000年	2005年	2010年	県名	2000年	2005年	2010年	（単位：万円）
北海道	36,804	44,764	52,516	滋賀県	7,970	9,420	11,106	
青森県	10,391	12,488	14,450	京都府	17,466	20,305	23,576	
岩手県	11,117	13,228	15,175	大阪府	45,376	55,631	68,007	
宮城県	14,710	17,918	21,129	兵庫県	34,795	41,670	49,519	
秋田県	10,234	12,120	13,752	奈良県	8,856	10,762	13,091	
山形県	10,668	12,429	13,956	和歌山県	8,489	9,781	11,060	
福島県	16,102	19,024	21,674	鳥取県	5,257	6,049	6,722	
茨城県	18,187	21,830	25,794	島根県	7,551	8,612	9,445	
栃木県	12,492	14,880	17,315	岡山県	15,223	17,509	19,965	
群馬県	13,709	16,230	18,872	広島県	20,450	24,009	27,737	
埼玉県	30,995	40,215	52,141	山口県	13,257	15,374	17,325	
千葉県	29,991	38,213	48,623	徳島県	6,758	7,785	8,800	
東京都	66,424	80,114	95,093	香川県	8,291	9,529	10,745	
神奈川県	41,421	53,040	67,223	愛媛県	12,236	14,230	16,140	
新潟県	20,112	23,417	26,382	高知県	7,479	8,592	9,590	
富山県	9,069	10,449	11,880	福岡県	32,633	38,962	45,470	
石川県	8,545	9,872	11,247	佐賀県	6,793	7,752	8,646	
福井県	6,484	7,486	8,458	長崎県	11,931	13,880	15,538	
山梨県	6,664	7,708	8,700	熊本県	15,350	17,871	20,117	
長野県	18,496	21,439	24,183	大分県	10,066	11,689	13,196	
岐阜県	14,102	16,846	19,797	宮崎県	9,133	10,770	12,285	
静岡県	24,739	29,952	35,678	鹿児島県	15,408	17,615	19,355	
愛知県	36,088	44,480	54,535	沖縄県	7,868	9,688	11,549	
三重県	12,935	15,164	17,679	合計	809,115	970,791	1,145,236	

サービスも多く、介護費用にかかる総費用を把握するという目的で介護費用として生活費を介護費用の中に取り込んでいる。したがって、介護費用の大きい東京、大阪などの大都市圏では、介護サービスそのもののニーズの大きさとともに生活関連サービスニーズもかなり大きいと判断できよう。

### (3) 一人当たりの介護費用

次に都道府県別に県民(20歳以上人口)一人当たりの介護費用を算出した(2010年時点)。全国平均では10,510円／月、中央値では福井県の10,955円／月となる。最も一人あたりの費用が高いのは島根県で14,208円／月となり、全国平均より4,000円程度高くなっている。最も安いの

は埼玉県の6,355円で、島根県の半分以下の水準となる。

都道府県別の介護費用とそれを20歳以上の成人で割った一人当たり介護費用との関係を比較すると、県によって介護費用の構造に違いがあることが読みとれる。

大都市を持つ東京、大阪、神奈川、愛知、千葉、埼玉などは、介護のための総費用は大きいが、人口規模が大きいため一人当たりに換算すると全国的に見てかなり低い水準にある地域である。反対に島根、高知、秋田のように県全体の介護費用総額は、全国レベルから見れば低いが、一人当たり費用が全国平均を大きく上回っている。

図表14. 都道府県別1人当たり介護費用額(月額)

(単位：1千万円)

県名	2000年	2005年	2010年	県名	2000年	2005年	2010年
北海道	7,036	8,591	10,310	京都府	7,014	8,127	9,565
青森県	7,983	9,785	11,760	大阪府	5,411	6,626	8,225
岩手県	8,639	10,374	12,233	兵庫県	6,597	7,728	9,139
宮城県	6,749	7,964	9,297	奈良県	6,336	7,354	8,703
秋田県	9,218	11,158	13,195	和歌山県	8,595	9,993	11,576
山形県	9,246	10,855	12,480	鳥取県	9,329	10,737	12,137
福島県	8,245	9,630	11,038	島根県	10,778	12,517	14,208
茨城県	6,406	7,369	8,511	岡山県	8,415	9,619	11,082
栃木県	6,527	7,488	8,552	広島県	7,523	8,732	10,139
群馬県	7,119	8,224	9,504	山口県	9,247	10,899	12,713
埼玉県	4,353	5,204	6,355	徳島県	8,794	10,176	11,760
千葉県	4,945	5,861	7,103	香川県	8,613	9,877	11,303
東京都	5,737	6,994	8,539	愛媛県	8,822	10,330	11,998
神奈川県	4,765	5,762	7,033	高知県	9,913	11,556	13,329
新潟県	8,747	10,194	11,695	福岡県	7,102	8,314	9,707
富山県	8,481	9,755	11,264	佐賀県	8,634	9,857	11,180
石川県	7,693	8,803	10,096	長崎県	8,726	10,291	11,869
福井県	8,387	9,617	10,955	熊本県	9,112	10,584	12,093
山梨県	8,065	9,146	10,266	大分県	8,916	10,438	12,087
長野県	8,962	10,304	11,714	宮崎県	8,675	10,224	11,875
岐阜県	7,094	8,319	9,765	鹿児島県	9,677	11,166	12,597
静岡県	6,840	8,054	9,504	沖縄県	7,069	8,322	9,632
愛知県	5,411	6,469	7,822	全国平均	7,741	9,046	10,510
三重県	7,412	8,493	9,825	中央値	8,065	9,617	10,955
滋賀県	6,482	7,264	8,259	最大値	10,778	12,517	14,208

(注) 介護費用の中には介護費用の他に生活費が含まれている。

## V. 在宅介護の実態

公的介護保険の導入や新ゴールドプランに沿った老人福祉サービスの充実によって現在の介護の姿はかなり様変わりするものと予想される。しかし、上記の推計結果の通り要介護老人が急増することが予測される中で、家庭における介護の現状を認識し、今後の介護のあり方を検討する必要がある。

当研究所では、医師、看護婦、保健婦、介護福祉士、ホームヘルパー、理学療法士などの介護に携わっている専門家と在宅介護経験者及び高齢者を調査対象とし、在宅介護の現状についてインタビュー調査を行った。以下に介護経験者を対象とした調査結果を中心に紹介する。

インタビューを通して明らかになったことの中で、特徴的なものは次のとおりである。現在の在宅介護はやはり家族の負担によって成り立っている。とりわけ、そのほとんどは女性の肩にのしかかっている。このことが介護経験者の話からも高齢者の話からも浮き彫りになった。やはり在宅で療養を望む声は高い。一方、介護を実際に経験した女性からは、「この苦労を子どもや嫁に負わせるのは忍びない」という声もある。しかし、適切な外部サービスなどによって家族介護者の負担が軽くなるのであれば、やはり在宅で介護を受けたいという本音もうかがえる。

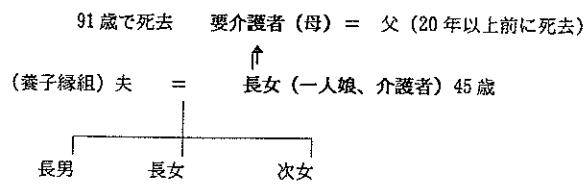
訪問診療を実践している医師も、家族に対するサポートが在宅を成功させるポイントであると指摘している。高齢者介護をどのような社会システムで支えるかを検討する上で、介護実態を把握するために次にいくつかの介護事例実態を紹介する。

### 1. 在宅だけで介護した事例

都内に住む45歳の専業主婦のAさんは、平成5年から平成6年まで実母の介護を担った。Aさんの家族は夫と3人の子どもも、そして要介護状

態になった実母の6人であった。Aさんは一人娘で夫とは養子縁組をしている。

図表 15. Aさんの家系図



実母は平成3年ごろから体が弱ってきて、外出が自由にできなくなり、亡くなる1年前の平成5年の夏をすぎると自分で移動できるものの寝たきりに近い状態となる。歩行するのに介助が必要なためトイレが間に合わなくなり、簡易トイレを使用した。その頃から痴呆も徐々に進行しあり、平成5年には徘徊をするようになり、家を出て迷子になってしまい家の近所で発見されることもあった。痴呆症状はどんどん進み、最後には大便をこねまわし、口にいれるようにもなった。

3年におよぶ在宅介護の間、入院はいっさいしなかった。その理由は「入院患者を縛っておいたり、オムツをあまり変えてもらえなかったり、床づれがあっても放置されたり」など老人病院のネガティブな侧面を人から聞かされていたためである。実母が亡くなる1年はほとんど寝たきりの状態になり、排泄、摂食は概ね自分でできるものの移動、入浴は介助が必要となり、Aさんが実母の生活全般の世話をした。

夫は力の必要な入浴介助以外に直接的な介護には参加していない。しかし、Aさんは「実母を介護するのを夫が文句を言わなかっただけでもありがとうございました」といっている。介護時に中学生だった長女は役に立った。終末期は家族総出で風呂に入れた。入浴は夫が抱きかかえながら寝間着を着たまま入れ、妻が風呂の中で脱がせながら洗う。布団にタオルケットを敷いておきそれで体を拭いた。

母の介護を通してAさんは次のような感想を述べた。「介護の状況を子どもに目の当たりに見

せることができて、最高の教育になったと思っている。ただ自分が年をとって介護が必要になったときは、子どもを頼ろうとは思わない。介護の大変さが身にしみているし、そのことで家族が犠牲になるのは忍びない。」

Aさんは最終的に在宅介護サービスは利用しなかった。ショートステイ、デイケア等の在宅介護サービスがあることを知っていたが、家族以外の第三者が介護することに抵抗があったかもしれないと振り返る。介護を通してAさんが必要に思ったサービスは、訪問による歯科診療である。実母が介護状態になってから入れ歯があわなくなつたが、歯科医院にも連れていけないため母に我慢させる以外になかった。

この事例は夫や子どもの協力があってなんとか持ちこたえたケースである。また、要介護状態になった母にアパート経営などの事業収入があったことが、在宅介護を成功させた要因だとAさんは考えている。実際に介護費用が家計を圧迫することは無かった。介護労働と金銭負担の二つがあったならば、家族全体への負担が大きくなり、とても在宅だけでは持ちこたえられなかつたとAさんは振り返る。

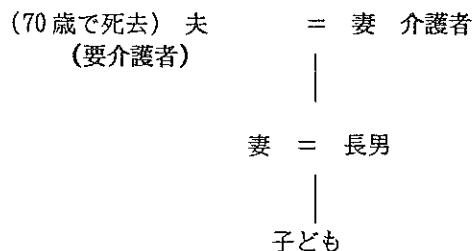
## 2. 高齢者が高齢者を介護する

埼玉県に住むBさんは64歳の専業主婦で、養護学校のバスの添乗員を10年前までやっていたが、現在は勤めていない。夫婦二人暮らしで子どもは長男が一人おり、すでに結婚して独立している。Bさんは平成6年から平成8年まで夫を在宅で介護した。64歳の妻が70歳の夫を介護する、いわゆる介護する側もされる側も高齢者という状況であった。

Bさんの夫は大手印刷会社に36年間勤務し、55歳で定年後2年間は嘱託で勤務し69歳まで市のシルバー人材センターの仕事をしていた。70歳で亡くなる1年ほど前からヨダレを垂れるなど痴呆症状が現れはじめた。また、痴呆の進行と共に

足が弱くなり、自立した生活が難しくなってくる。

図表16. Bさんの家系図



平成7年8月に痴呆症状が悪化したため入院をする。このときは靴が履けないなどかなり症状は悪化していた。入院は約20日間続き、パーキンソン症候群と診断され障害手帳を取得して退院した。退院後はBさんが在宅で夫の介護をした。車椅子でBさんと一緒に買い物に行ったりするが、介護者の名前を忘れるなど痴呆症状は進んだ。

この間に長男及び嫁からの経済的・精神的・肉体的支援は一切受けていない。Bさんが利用した在宅介護サービスは、ディサービスを2回、月3回の入浴サービスである。平成7年に12月に夫が魚の骨を喉に詰まらせ、12日間再度入院をした。ちょうど年末時期の入院であったためBさんは食事や入浴もままならず大変な思いをして12日間介護を続けた。

入院先でのおむつ交換の回数は1日に4回に決まっており、ここで尋ねができる。退院後の在宅介護では、月に1回保健婦がBさん宅を訪問し、尋ね手当の指導をしてくれた。平成8年2月に巡回してくる保健婦が尋ね悪化のため入院を手配。入院から2ヶ月後にBさんの夫は亡くなった。

Bさんは介護を振り返って経済的に苦しかったことが一番辛かったといっている。生活費は年金による収入が主で、2人で24万円／月、長男からの経済的な援助は全くなかった。Bさんの夫は移動、寝返りもできず、食事は介助が必要な状態であったため排泄は当然できなかった。そのため紙おむつを使用していたが、L版13枚セットで

約3,000円する。痴呆がひどくなつてからは1セットを1,2日で使つてしまい家計を直撃した。

在宅介護サービスについては入浴サービスと、ディサービスを利用したが、実際に利用してみて次のような感想を述べた。

「入浴サービスは利用したが、月に3回では少ない。入浴は衛生面だけでなく、要介護者の心のリフレッシュもできるためもう少し回数を増やしてほしいと思う。それからディサービスは利用申請から3ヶ月後によく実現した。本来ならばもう少し長い間待つらしいがそれでも申請から3ヶ月後は長い。申請している期間も介護は続いているのだから申請から利用までのタイムラグを短期間にしてほしい。」

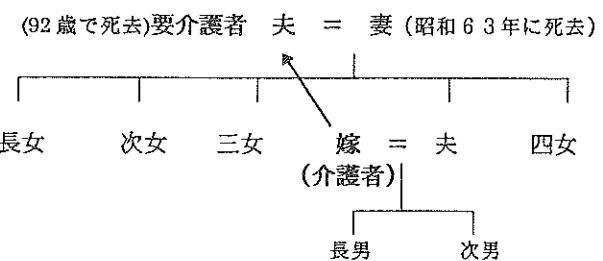
Bさんは夫の介護をすべて一人で担つた。インタビューから介護の経過を見るとBさん自身も介護のために倒れてしまう可能性があるように見える。サービスがあつてもすぐに使えない、サービスを受けても十分なサービスの品質ではないなど介護の現場はまだまだ厳しい状況にある。Bさんにも息子家族がいるが、遠くに住んでおり、息子家族を頼ることは不可能である。Bさんは自分自身が要介護状態になつたら、長男夫婦に面倒をみてもらうつもりはないと断言する。「とにかく近所に知人が多く民生委員が定期的に巡回してくれているそうなので、しばらくは今現在の住居で1人暮らしを続け、介護状態になつたら民生委員の指導を仰ぎたい。」としている。

### 3. ホームヘルプサービスを利用して在宅介護をした事例

東京都区内に住む専業主婦のCさんは、4年間夫の父（義父）の介護をおこなつた。義父にはCさんの夫を含めて5人の子どもがいる。しかし介護を担つたのは長男の嫁ということでCさんだけである。

Cさんの義父は昭和63年頃から老化による衰弱により、歩行が不自由になる。一人でトイレと

図表17. Cさんの家系図



風呂に行けるように家中に手スリをつけた。Cさんの義父は住宅を改造することでだいたいのことは自分でできるため、介護の中心は食事の世話と身の回りの世話、さらに病院に通うための付き添いである。

Cさんが義父と同居するようになったのは義父が要介護状態になってからである。それまでは、妻に先立たれたあとも一人暮らしを続けていた。一人暮らしの時には福祉事務所からホームヘルパーを派遣してもらっていた。ホームヘルパーは区が業務委託をしている家政婦会から派遣され、無料である。ヘルパーがおこなう介助内容は掃除、話し相手、買い物である。同居後はホームヘルパーも頼まずCさんが介護した。ショートステイやディサービスなども利用したかったが、義父が外に出たがらなかつたので利用できなかつた。

Cさんの義父には痴呆症状がなく、足腰は弱っているもののたいていのことは自分でできたために比較的介護はしやすかったが、義父の体調が悪いときの世話には困つた。入院するほどではないが、Cさんを含め家族には医学的な知識がないため処置に困ることがたびたびあった。このようなときに「医者や看護婦といった専門家の巡回サービスがあれば利用したかった。」とCさんは振り返つた。

Cさんは義父の他に義父より先立つた義母の介護をしており、通算すれば11年間介護に携わつていた計算になる。しかしその間、義父や義母を施設にあづけ、そこで介護をしてもらおうとは考えなかつた。その理由は施設の利用や在宅介護を

支えるサービスをあまり身近なものとして捉えていなかったからである。つまりCさんの意識では施設サービスは家族介護が確保できない介護者のための措置的な施設であるというイメージが強かったのである。Cさんは自分が介護を受けるとしたら子供の世話にはならず、施設に入るのもいいのではないかと考えはじめている。

#### 4. 今後の介護について

高齢者が急増する今後のわが国においては、老人の介護は在宅が中心になる方向でいろいろな計画が進んできている。上述のインタビュー調査は先にも述べたように介護経験者の他に医師、看護婦、介護福祉士、理学療法士などの医療・介護の専門家にもインタビューしている。こういった介護の専門家が在宅介護で介護者がなすべきこと次のように上げている。

- ①高齢者の暮らす環境を変えない
- ②目は離さずに手は離す
- ③介護者自身が短時間でも現場から離れリフレッシュする
- ④親身な医療機関の存在
- ⑤食事と排泄
- ⑥家庭内での会話
- ⑦絶え間ないリハビリ
- ⑧機能継続のための努力と情熱
- ⑨高齢者が高齢者を見ることには限界がある
- ⑩利用者（要介護者）を中心に据える
- ⑪家族へのサポート
- ⑫急変にいかに対応できるか

これらの介護項目を見る限りにおいては、家庭での介護は介護者の負担を考えればきわめて重く感じられる。実際にこれだけの介護をおこなうにはデイサービス、ショートステイなどの外部サービスを有効に使うことが必要不可欠であろう。しかし、先ほどの事例にあったようにショートステイ

の利用は順番待ちの状態である。新ゴールドプランによって徐々にサービスの量は確保されるはずであるが、先の推計結果にあったように、都市部における要介護老人数の規模は大きく、需要と供給のバランスが整うまでは、どうしてもタイムラグが生じる可能性があることを十分に認識しておく必要があろう。

公的介護保険によって経済的負担は幾分か軽減される見通しがついた。また、介護サービス量の確保についても新ゴールドプランである程度の方向性は明確になっている。しかし、上記の事例で見たように介護サービスはその質が最も重要である。介護は生命や身体、健康などに直接関わる内容であるだけにサービス品質が劣悪なサービスを受けければ直ちに要介護者は打撃を受ける。介護実態事例を見る限りでは、どのように介護をするのかという基本的な内容についての議論が今後必要と思われる。

#### むすびにかえて

都道府県別に要介護老人数とその介護にかかる費用を試算したが、都道府県別によってその介護事情は大きな差があることが分かった。今後高齢者介護を考える場合には地域間格差を無視して考えることはできない。都市部のように高齢者が集中している地域については訪問看護ステーションや、ディケアセンター、ショートステイなどの設置により、効率的に在宅介護を進めることができる。しかし、高齢化率は高いが高齢者が都市部ほど集中していない地域では、ホームヘルプサービスや巡回型の入浴サービスなどを要介護老人に提供し、在宅介護を都市部と同じように在宅介護を進めることは効率が悪い。

インタビュー調査でもリハビリセンターが市街地から離れたところに立地しているためにリハビリに通うのに福祉タクシーチケットを使っても毎

回数万円のタクシー代がかかり、十分にリハビリに通えないという事例もあった。要介護老人が広範囲に点在している地域では、在宅介護だけでなく、高齢者を集中して介護できる施設型介護の推進も地域事情に応じて必要である。

公共交通機関の整った都市部でも、足腰の弱った高齢者や障害者が簡単に移動できるだけのインフラが整っていないことが多い。頻繁に病院やリハビリセンターに通う必要がある場合は、往診や出張リハビリサービスが必要である。要介護者の自宅まで往診や出張をしなくとも小学校区毎にある公民館や区民センターなどをを利用して比較的少ない移動で診療やリハビリの受けられるサービスを開拓することも考えられる。

また、都市化とともに人口が集中した新興都市では、転入者が多いため地域コミュニティが十分に機能していないところもある。そういう新興地域と地域コミュニティがしっかりと完成している伝統的な地域とでは介護の方法も異なる。大都会では個人の匿名性が重視されており、近所のプライバシーに入り込まないことが一般的であるが、このような都会では万が一のために緊急通報できる情報インフラを装備することが重要な介護サービスの一つとなりうるのである。また、在宅介護サービスを必要とする家庭が増える一方で、「介護問題は家族の問題」であると考え、ヘルパーなどの第三者が家庭の中に入り込み要介護老人の世話をすることを拒む家庭もある。そういう家庭に一律に在宅サービスが供給されたとしても現実的には何の役にも立たないサービスとなってしまう。急速に進む高齢化に対応するために効率よく介護体制を構築する必要があることにたいする認識は一致している。しかし、介護は生活の延長である。個人の生活が多様なように介護も多様である。介護システムを考える場合、介護だけを切り離して考えがちであるが、介護状態になる前の生活をできるだけ保障することが介護には求められているのではないだろうか。地域による価値観

の違い、要介護者数の違いは介護サービスのあり方にも大きな影響を与える。本人や家族が希望する介護サービスを供給する体制をつくることは、人生の終末期を迎えている要介護老人にとって決して贅沢なシステムとは言えない。

一方、介護を支える側の負担の調整も必要である。20歳以上の県民1人当たりの介護費用は最も安い埼玉県と最も高い島根県とでは2010時点で8,000円以上の差がある。埼玉県の1人当たり県民所得は島根県のその1.5倍になる。物価格差があるため所得の差がそのまま収入の差とは言えないが、すくなくとも経済格差が大きい中で一律に負担のあり方を決めてしまうことには無理があるであろう。

このように介護サービスの供給形態、介護コストの負担とともに地域の特徴によって求められる形態は異なってくる。介護負担が大きい地域に対しては、その地域の介護負担を全国レベルで支援することも当然必要である。また、介護のために次世代を担う人々の活力を奪うようなことがあってはならない。介護については、世代、地域などの側面も十分に考慮し、サービス供給も地域特性に応じた支援システムの構築がなされるべきである。

## 参考文献

- ①「国民生活基礎調査」厚生省大臣官房統計情報部 平成元年～5年
- ②「社会福祉施設等調査報告」厚生省大臣官房統計情報部 平成3年～6年
- ③「患者調査」厚生省大臣官房統計情報部 平成2年、5年
- ④「老人福祉施設実態調査・報告」厚生省大臣官房統計情報部 平成4年～5年
- ⑤「平成4年10月1日現在推計人口」総務庁統計局
- ⑥「介護保険の経済分析」八代尚宏他、経済企画庁「経済分析」平成8年
- ⑦「公的介護保険制度の基礎的検討」平成8年1月 (財)財政経済協会
- ⑧「高齢化社会における社会保障周辺政策に関する理論研究事業の調査研究報告書」平成7年3月 (財)長寿社会開発センター
- ⑨「在宅介護費用の研究」平成5年3月 (財)長寿社会開発センター
- ⑩「公的介護保険の所要額その経済的效果について」平成7年3月 (財)長寿社会開発センター
- ⑪「新介護システムにおける高齢者介護費用の基盤整備量の将来推計（粗い試算）」平成7年12月厚生省老健審資料
- ⑫「高齢者介護市場の将来指計と保険料負担」高山憲之他 平成8年9月20日 文研論集 第116号 (財)生命保険文化研究所

## 訂正とお詫び

1997年2月号の調査月報に下記の通り誤りがありましたので  
お詫びとともに訂正させていただきます。

P. 36 図表 1 3

誤： (単位：万円)

正： (単位：1千万円)

P. 37 図表 1 4

誤： (単位：1千万円)

正： (単位：円)