

# 介護労働供給の安定化へ向けての提言<sup>1</sup>

---

～離職率の観点から～

同志社大学 伊多波良雄研究会 社会保障政策A

加地恵梨花 北川裕美子 田下悠河

豊倉舞 迎浩美 中原英貴

2007年12月

---

<sup>1</sup>本稿は、2007年12月1日、2日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2007」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、伊多波良雄教授（同志社大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

## 要約

現在の介護保険制度を支えるのは、実際に現場で介護に携わっている介護労働者である。介護労働市場では、離職率が極端に高い状況で、このことがサービスを利用する需要者、提供する供給者の双方にとってさまざまな弊害をもたらしている。ひいては制度維持に関わる重大な問題を引き起こす要因となっている。よって本稿では、労働者の離職率に焦点をあて、問題意識として論じていくこととする。

政策提言では、介護労働者の労働条件を改善し、離職率低下と介護労働者の安定供給を達成する目的で、介護保険の概念のフレームワークを構築した。これによって、労働の対価である賃金を上げることが可能となり、労働者の意欲をより向上できる。また、やりがいを持っているが低賃金のために離職せざるを得ない労働者が現場に留まることができる。またここで用いる保険料徴収制度では、介護労働者の労働条件改善のための財源確保、介護市場の縮小を図ること双方の面からアプローチすることで、安定した需要、供給環境を整えることにより、介護保険制度が持続可能なものとなると私たちは考える。

日本は1970年頃から急激に高齢者の割合が増え始め、1994年に高齢社会、2007年には超高齢社会となり、介護問題は避けては通れないものとなった。そんな中、2000年4月にこれまでの措置制度から契約制度である介護保険制度に移行した。この制度の政策目的は、市場原理を採用することで利用者が自由にサービスを選択できるようになること、サービスの競争促進、サービス供給の効率化を達成することであった。しかし、実際には急激な高齢者の増加によって介護財政が圧迫され、介護報酬は引き下げられている。介護報酬の引き下げは当初の政策目的であるサービスの競争促進による「介護サービスの質の向上」に逆行するものである。にもかかわらず、引き下げが行われるのは、政府が今後増え続けると予想する給付費の財源不足に危機感を持っているからである。そこで、2006年改定では、予防介護や、施設での居住費・食費の自己負担化などを導入し、給付費を抑制する措置が取られた。しかし、厚生労働省の期待している介護給付費抑制効果は証明されていないのが現状である。

介護サービスは労働集約型の人的サービスが主であるため、必要経費の大半は人件費であり、決して収益性が高い事業ではない。ゆえに事業者の経営が悪化した場合、改善するためには人件費を減らすしか方法はなく、結果的に介護労働者の賃金は低くなっている。そのため離職率が高くなり、介護の現場で慢性的な人員不足を誘発し、現場の混乱を招いていると推測した。

そこで私たちは介護労働に注目し、先行研究としては茅原(2003)と鈴木・佐竹(2001)を参考にしたが、この2つでは直接的に離職率には触れていなかったため、私たちは離職率の要因の分析を行った。

分析の結果、介護労働者の離職率には賃金が深く関わっていることが明らかになった。よって私たちは介護労働者の離職率を下げるために賃金を決定する介護報酬を引き上げることで労働環境の改善を図ることを提言する。

介護報酬を引き上げることで、介護事業者の経営改善、それによる介護労働者の賃金の上昇といった労働環境改善が図られる。こうしたことから、介護労働者が離職しなくなる

要因を与え、労働力を確保する。介護報酬を引き上げるには財源が必要であるが、私たちの提言では介護保険料を納める被保険者の年齢を20歳から引き下げることによってその財源を確保する。

具体的には、20～39歳を新たに第3号被保険者とし、介護保険制度改革を行う。その際、当然若年者から保険料を徴収することに対して反論が出るのが予想される。しかし長期的に見て、若いうちから保険料を支払うことで年をとってから支払うよりも合計払込保険料を少なく抑えられる。そのため、若年者が保険料を納めるインセンティブを与えることができ、その問題が解消できると考える。また、今後高齢化によって要介護者が増え、それに伴い介護給付費が増大すると予測されているため、介護市場の縮小を図る必要があると考えた。そこで私たちは介護市場の縮小のために「保険料を納付しない者、生活習慣病と生活習慣病予備軍の者の保険料を引き上げること」とし、若いうちから生活習慣病の予防意識を植え付ける。つまり、20歳から保険料を支払い、健康な者の保険料が最も少なく、逆に保険料未納で生活習慣病の者の保険料が最も多くなるという仕組みを採用する。

私たちは、介護労働者の賃金を上げるための財源確保とこれから急増すると予想される介護需要の縮小のために、このような介護保険の概念のフレームワークを考え出した。財源が確保できることで、労働の対価である賃金を上げることが可能となり、労働者の意欲をより向上させることができる。また、やりがいを持っているが低賃金のために離職せざるを得ない労働者を介護労働の現場に留まらせることができる。そして、被保険者が保険料を支払うことと健康でいようと思うことの2つのインセンティブを誘発できると考える。後者のインセンティブが強く働くことにより、健康でいようと自らを律する意識の向上が図られ、介護需要の抑制効果も期待できる。

これまで述べてきたように、介護労働者の離職率を下げることと共に、介護需要が縮小できれば、人員不足によって安定したサービスを提供できなかった問題を解決できる。また、今後の超高齢社会に対しても最適量のサービス需要と供給の達成が可能となりうる。それに付随して、介護労働者に対しカウンセリングなどの精神的ケアを徹底することで、長期勤務が可能となる体制が整う。離職する者が減り、介護労働という職に長く留まることができれば、熟練技術の継承ができるようになる。そうすることで、より安定した介護サービスの提供が実現でき、存続が危ぶまれている介護保険制度が持続可能なものとなるであろう。

超高齢社会において介護保険制度はとても重要であるが、その制度を支えているのは、現場で働き、サービスを提供する“人”、つまり介護労働者ではないだろうか。

私たちの政策が実現されることによって、介護労働者の社会的地位が確立され、介護という職にやりがいと誇りを持つ介護労働者の労働条件が改善されるだろう。そのことによって労働者だけではなく、利用者にとっても介護保険制度がより豊かな制度となることを私たちは切に願っている。

## 目次

### はじめに

## 第1章 介護保険制度の概要

- 第1節 制度導入の背景
- 第2節 制度の仕組み
- 第3節 介護報酬の仕組みと流れ

## 第2章 供給者側から見た介護サービス市場の現状

- 第1節 介護財政の悪化
- 第2節 介護サービス産業の経営状況
- 第3節 介護労働者の賃金
- 第4節 介護業界の人員不足

## 第3章 問題意識

- 第1節 介護労働者の離職率
- 第2節 離職率が高いことによって起きる問題

## 第4章 先行研究

## 第5章 離職率が高くなる要因の分析

- 第1節 データと推計式
- 第2節 分析結果

## 第6章 政策提言

- 第1節 精神面・身体面に関する政策提言
- 第2節 金銭面に関する政策提言

## 参考文献・データ出典

## はじめに

今日の高齢化社会の中で、日本の介護保険制度を支えるのは、介護の現場で働く介護労働者である。本稿の目的は、その介護労働者が置かれる実態を知ると共に、それらを取り巻く介護労働市場に起きている問題を分析し、その問題解決の手立てを探り提言することである。

今日の日本社会は「高齢化」という大きな問題を抱えており、今後はその進展に伴い、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増えることが見込まれている。また、介護が必要な期間の長期化や介護する家族の高齢化などが進み、家族による介護では十分な対応が困難となっている。介護問題は国民の老後生活最大の不安要因となると同時に、介護労働者の必要性がますます増加している。こうして高齢化現象が進行し、介護需要が高まっているにも関わらず、実際には介護労働の現場では人員不足が叫ばれている。つまり、介護労働市場では需要が増大しているが、労働供給は伸び悩んでいるのである。私たちはこのことに疑問を持ち、介護労働市場の実態を覗いてみた。すると、介護労働市場の特徴として、離職率が他の産業と比べて際立って高いことが分かった。そこで、私たちは介護労働者の離職率を問題意識として捉えることとした。

なお、本稿でいう介護労働者とは以下の3つである。

訪問介護員（ホームヘルパー）：心身に障害のある方や高齢者などの家庭を訪問して、家事援助や介護をする労働者

介護職員：介護老人福祉施設や介護老人保健施設、介護療養型医療施設などで働く労働者

介護支援専門員（ケアマネジャー）：「要介護認定」の調査と「ケアプラン」の作成を行う労働者

戦後の救貧対策から出発した日本の社会福祉制度は、それまで行政がサービスの量・利用方法などを管理する仕組み、いわゆる「措置制度」のもとで運営されてきた。しかし、この制度下では、「市町村がサービスの種類等を決定するため、利用者が自由に選択することができない。」「市町村が直接サービスを提供する、あるいは事業者に委託するため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的になりがちである。」といった問題が指摘されていた。さらに、急速な高齢化、また医療技術の進歩による要介護者の増加により財政事情が悪化するなかで、2000（平成12）年4月より新たに介護保険制度が導入され、国民が保険料や定率の自己負担を負う代わりに、要介護者の利用と選択の権利を認める「契約制度」へと、大きな変貌を遂げた。（表1）

表1 「措置制度と契約制の相違点」

措置制度…行政がサービス・事業所を決定し、役所と事業者が契約
契約制度…利用者が自分に必要なサービスを選び、利用者個人と事業者が契約

資料出所：厚生労働省 HP より作成

介護保険制度の実施に伴って、それまで社会福祉、保健、医療の各制度のもとで別々の基準に基づいて提供されている各種のサービスが、介護サービスという共通の枠組みの中で提供されるようになり、介護需要者が介護サービスを利用要件や利用者負担額に左右されずに、必要に最も適したサービスが選択されるようになることが期待されていた。しかし現在、介護サービス市場は問題が山積みである。今年6月には、介護サービス最大手だった「コムスン」が厚生労働省の処分を受け事業からの撤退を決定した。不正問題は、コムスンだけにとどまらず、他の大手2社、「ニチイ学館」と「ジャパンケアサービス」も不正請求したとして、処分されている。このように介護事業者の不正が次々と起こる原因には、国が介護給付費を抑え、介護報酬を引き下げた影響により介護事業者の収益が悪化し、介護労働者の賃金が改善できないため人員不足に陥っているという問題が関係している。しかし、高齢化が進み、今後ますます必要とされる介護サービスを支えるのは、介護の技術を持つ介護労働者である。

このような状況を踏まえ、本稿では介護サービス供給者側、特に介護労働者の立場での離職率とそれにかかわる要因の関係を分析し、介護保険制度のあり方について介護の現場で働く労働者、すなわち供給者側の視点に立ち、検討していく。

# 第1章 介護保険制度の概要

---

## 第1節 制度導入の背景

まず、介護保険制度導入の背景について述べることにする。介護保険制度が導入されるまでは、介護は措置制度のもとで行われていた。措置制度とは、行政庁がその職権で必要性を判断しサービスの種類や提供機関を決定する仕組みのことで、社会福祉施設に利用者を入所させたり、その他の処置を行なうことをいう。市町村がサービス内容、施設、提供期間を選定・決定していたため、利用者がサービスを選択することができない状態にあった。また、所得調査が必要であったために利用者が心理的に抵抗を感じたり、低所得層が利用上有利になることや、市町村が直接もしくは委託により提供するサービスが基本であったために競争原理が作用せず、サービス内容が画一的になる傾向にある等の問題が指摘されていた。こうした不安や問題の解消を図り、急速に増加することが見込まれる介護費用を将来にわたって国民全体で公平に賄う仕組みの確立が求められていたことから、2000年（平成12年）4月、介護保険制度の導入へと至った。

介護保険制度の導入に伴い、介護サービス市場への参入規制が緩和され、多様な民間業者が参入し、「市場原理」による競争が行われることとなった。当制度導入の政策目的は、市場原理を採用することで、訪問介護市場においては供給量の増加、サービスの競争促進、サービス供給の効率化の3つを達成することであり、特別養護老人ホーム（施設介護）においては、サービスの競争促進であった。そして、この2つに共通する目的は、以前から営業していた既存業者が収益面で新制度に円滑な移行を遂げることであった。

## 第2節 制度の仕組み

次に、介護保険制度の仕組みについて述べる。介護保険の保険者は市町村である。これまで福祉サービスの担い手として住民にもっとも身近な存在であること、国民健康保険の保険者としての経験があることなどを理由として、市町村が担うことになった。市町村は住民の要介護認定の申請を受けつけ、訪問調査を行い「要介護認定、要支援認定」を行う。さらに、保険給付や第1号被保険者に保険料を賦課し、その徴収等の事業を行なう。国や都道府県、保険者が重層的に支えあう構造になっており、国と都道府県は一定の財政負担を行うこととなっている。一方、介護保険の被保険者は、市町村の区域内に住所を有する40歳以上の人であり、年齢により2種類に区分される。65歳以上の被保険者を第1号被保険者、40歳以上65歳未満の被保険者を第2号被保険者と呼ぶ。第1号被保険者の保険料は、国民・厚生・共済などの老齢・退職を支給事由とする年金及び遺族年金・障害年金を年間18万円以上受

給されている人が年金から天引きされて納付する「特別徴収」と、天引きが困難な人に対しては市町村が個別に徴収する「普通徴収」の方法により納付する。また、第1号被保険者の保険料は、負担能力に応じた負担を求めるという観点から「所得段階別保険料」として、低所得者への負担を軽減する一方、高所得者にはその所得に応じた負担を求めるとしている。介護保険からの給付は、第1号被保険者に対しては市町村等に設置される介護認定審査会で要介護状態もしくは要支援状態と認定された場合に行われる。第2号被保険者の保険料は医療保険者が徴収することになっている。また第2号被保険者については以下の特定の疾病に罹患した結果、要介護状態もしくは要支援状態にあると認定された場合に、給付が行われる。(表2)

表 2 「第2号被保険者の給付対象となる疾病」

<ul style="list-style-type: none"> <li>・末期がん・関節リウマチ・筋萎縮性側索硬化症・後縦靭帯硬化症</li> <li>・骨折をともなう骨粗しょう症・初老期の認知症・パーキンソン病・脊髄小脳変性症</li> <li>・脊柱管狭窄症・早老症（ウエルナー症候群）・多系統萎縮症・脳出血・脳梗塞</li> <li>・閉塞性動脈硬化症・著しい変形性関節症・糖尿病（神経障害、腎症、網膜症）</li> <li>・肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息などの慢性閉塞性肺疾患</li> </ul>
--

資料出所：厚生労働省 HP より作成

介護保険の財源は、国・都道府県・市町村が負担する税と、第1号・第2号被保険者の保険料から成り立っている。財政構成の内訳は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、保険料50%となっている。(図1) 保険料の50%分は第1号被保険者と第2号被保険者の保険料で構成されているが、この負担割合は、3年ごとに政令により改定されている。利用した介護サービスの費用負担割合は、1割を利用者が負担し、残りの9割が保険から支給される。

図 1 「介護保険の財政構成」

国 25%	都道府県 12.5%	市町村 12.5%	保険料 50%
----------	---------------	--------------	------------

資料出所：厚生労働省 HP より作成

### 第3節 介護報酬の仕組みと流れ

事業者が利用者（要介護者または要支援者）に介護サービスを提供した場合に、その対価として支払われる報酬のことを介護報酬という。介護報酬は、介護サービスの種類ごとに、サービス内容又は要介護度、事業所・施設の所在地等に応じた平均的な費用を勘案して、厚生労働大臣が審議会（介護給付費分科会）の意見を聞いて定めることとされている。保険者から事業者等に直接支払われるのは、厚生労働大臣が定めた額の9割で、残りの1割は利用者負担となり、利用者が直接事業所等に支払うことになっている。その報酬額は1単位あたりの額が決められており、それはサービス内容と地域によって異なっている。(表3) なお、介護報酬支払の流れについては(図2)の通りである。



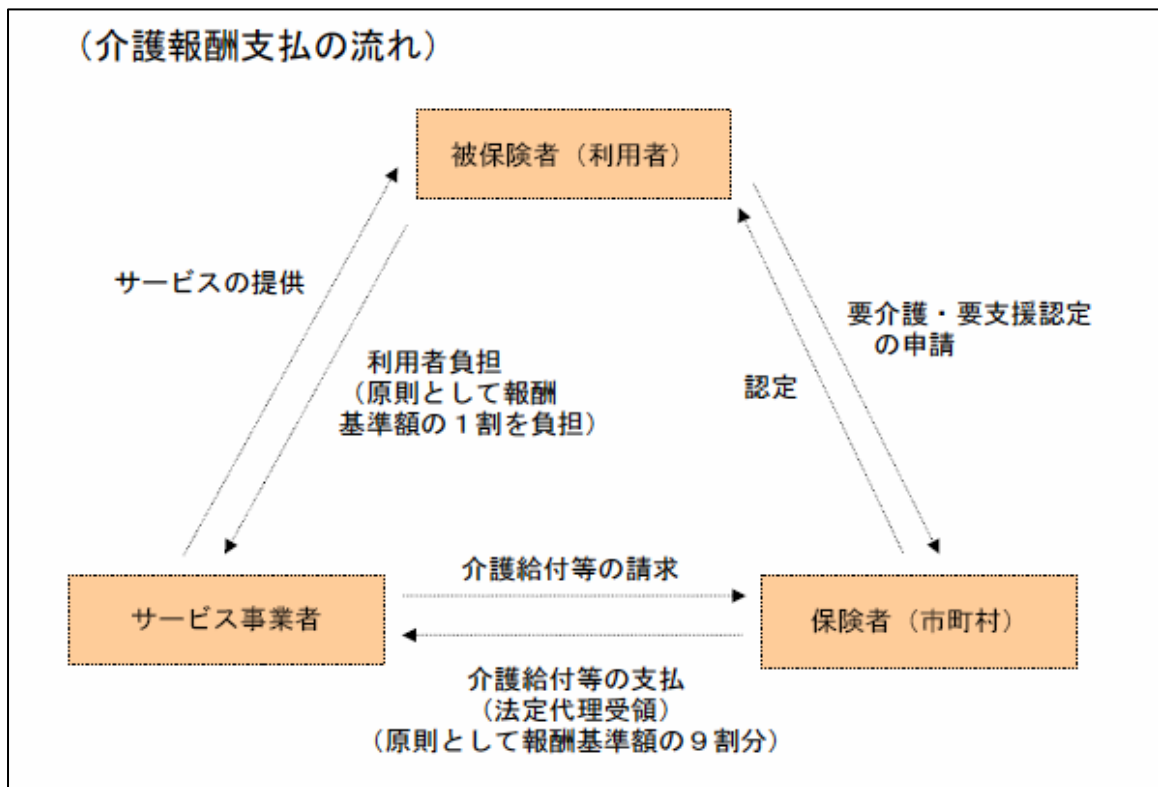
表 3 「介護報酬 1 単位あたりの額」

[単位：円]

	特別区(東京 23 区)	特甲地 (大阪市等)	甲地 (福岡市等)	乙地 (静岡市等)	その他
施設サービス	10.48	10.40	10.24	10.12	10.00
訪問介護	10.72	10.60	10.36	10.18	10.00

資料出所：厚生労働省 HP より作成

図 2



資料出所：厚生労働省社会保障審議会資料

## 第2章 供給者側から見た 介護サービス市場の現状

---

本稿では、介護保険制度の現状について、需要者側ではなく供給者側の視点に立って報告する。介護サービス産業の最大の特徴は、介護保険によって大きく性格付けられることである。このため、介護報酬のあり方が介護事業者の経営方針に大きな影響を与え、介護労働者の賃金、労働時間などの労働条件を大きく左右する。

### 第1節 介護財政の悪化

介護保険制度が始まった2000年から年々利用者（要介護認定者）は増え続け、2005年度には利用者は432万人と2000年と比べて1.68倍の伸びになった。（図3）それに伴い、介護保険から支給される給付費（利用者の1割負担を除いた額）も増加を続け、2005年には5兆7943億円と当初より1.8倍弱に増えた。（図4）さらに厚生労働省「平成17年度介護保険事業状況報告」によると、介護給付費は2010年には9兆円、2015年には12兆円、2025年には19兆円にも拡大すると予想されている。政府は、今後増え続けると予想される給付費の財源不足に危機感を持っている。

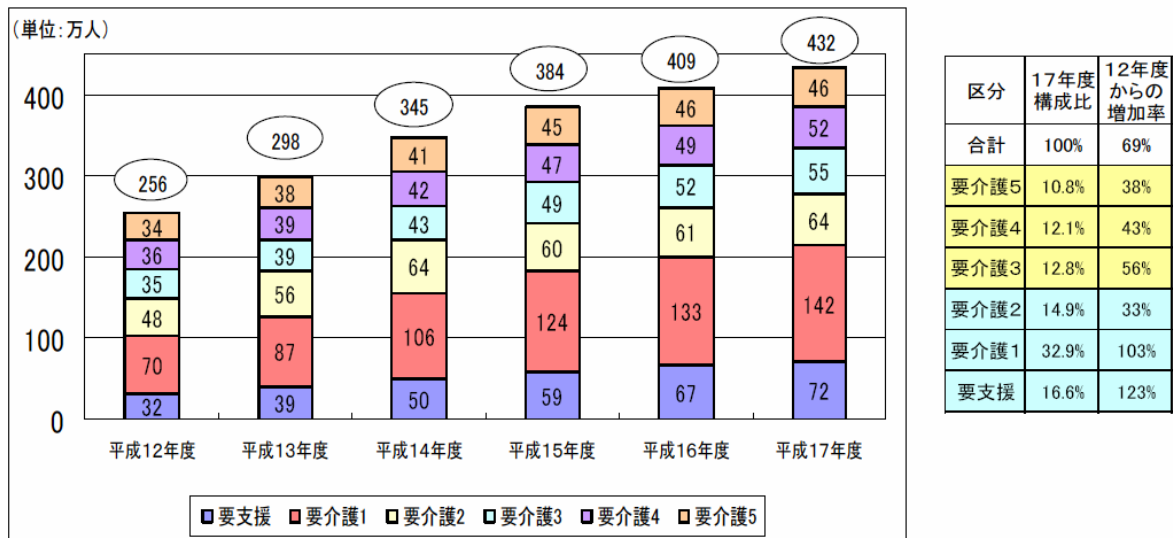
2006年改定によって予防介護や、施設での居住費・食費の自己負担化などを導入し、給付費を抑制する措置を取った。その措置によって現在の制度のまま2012～2014年になった場合、介護給付費は10.6兆円になるが、介護予防対策が相当進んだ場合8.7兆円となり、結果として介護給付費を1.9兆円抑制できると厚生労働省は試算している<sup>2</sup>。しかし、厚生労働省の期待している介護給付費抑制効果は証明されていないのが現状である<sup>3</sup>。

---

<sup>2</sup>厚生労働省（2004）『介護保険制度改革の全体像～持続可能な介護保険制度の構築～』  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1222-3.html>

<sup>3</sup>二木 立（2006）『新予防給付の行方－長期的な健康増進効果と費用抑制効果は未証明』  
「社会福祉研究」第95号:20-28頁,2006.4.1

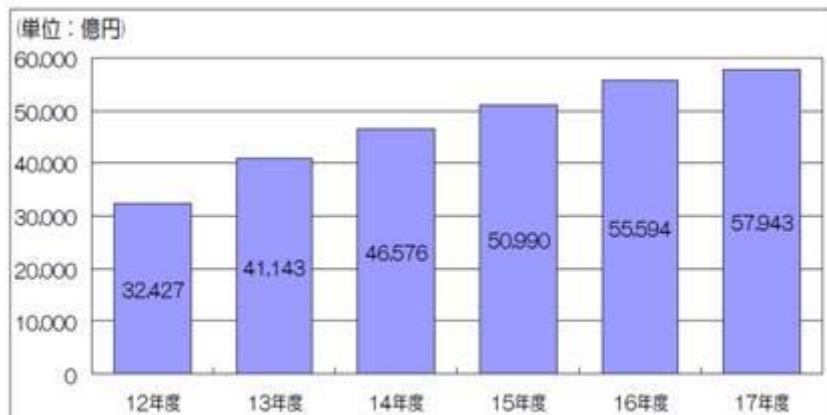
図3 「要介護認定者数」



資料出所：厚生労働省「平成 17 年度介護保険事業状況報告」

図 4

年度別給付費の推移



(注) 特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費を含む。

資料出所：厚生労働省「平成 17 年度介護保険事業状況報告」

このように介護財政が圧迫され、介護報酬にも影響が出ている。介護報酬は原則 3 年に一度改正され、最も新しい改正は 2006 年 4 月である。当制度発足以来最初の改正である 2003 年には、介護報酬は全体の平均で 2.3%引き下げられ、さらに直近の 2006 年の改正では、そこからさらに 2.4%の引き下げとなった。(2005 年の前倒し改定分を含む。)ここからうかがえるように、介護報酬は引き下げられる傾向がある。

介護保険のもとで、十分なサービスの量が確保されるためには、個々のサービス提供に対して保険から支払われる報酬、すなわち介護報酬が十分な水準にあることが必要となる。措置制度のもとで、国の予算事業量に実績が及ばずサービスの量が不足していたのは、国の補助金総額が不十分な上に補助単価が低く抑えられてきたからである。介護保険のもとでも介

介護報酬の水準が抑えられれば、措置制度のもとでの状況と変わりがなく、規制緩和して営利企業を含む多様な事業の参入を認めようが、サービスの増大は見込めないことになる。特に採算性を重視する営利企業の場合、収益が見込めないような介護報酬の水準であれば参入を見合わせたり、参入したとしても採算がとれなければ撤退していく。

介護報酬の引き下げは、利用者には利用料負担が減る側面もあるが、国民や利用者が求める安心・安全な質の高い介護サービスを実現するには、介護・福祉職の労働条件を改善し、専門性を高めるために報酬上の裏付けが必要である。介護報酬の引き下げは「介護サービスの質の向上」に逆行するものである。

## 第2節 介護サービス産業の経営状況

前節で介護報酬は引き下げ傾向であると述べたが、2003年度の介護報酬改定後に「減収」した施設は、介護老人福祉施設では90.7%（107件）、介護老人保健施設では82.2%（258件）、介護療養型医療施設では63.2%（184件）に上る。一方、「増収」した施設は介護老人福祉施設にはなく、介護老人保健施設で1.6%（5件）、介護療養型医療施設で11.0%（32件）にとどまっている。（表4）第1章でも述べたとおり、介護保険制度ではサービスを提供する事業者を支払われる報酬の単価が定められている。事業者はサービスの提供時間などに応じて介護報酬を受け取り、うち9割が介護給付、残る1割は利用者の自己負担で賄われるという仕組みになっている。つまり、事業者にとっては収入のほとんどを介護報酬が占めており、介護報酬に依存している形となっている。介護報酬が低くなることで、介護事業者の収入も当然低くなり、経営悪化へとつながっている。介護市場における供給者誘発需要仮説に関する研究も過去になされているが、この仮説が成立するのであれば、介護報酬の引き下げによる事業者の経営悪化が背景にあることは容易に想像できる。

表4 「2003年度介護報酬改定による経営への影響」

	介護老人福祉施設 (n=118)	介護老人保健施設 (n=314)	介護療養型医療施設 (n=291)
	件数(%)	件数(%)	件数(%)
増収	— (—)	5 (1.6)	32 (11.0)
減収	107 (90.7)	258 (82.2)	184 (63.2)
変わらない	3 (2.5)	33 (10.5)	59 (20.3)
無回答	8 (6.8)	18 (5.7)	16 (5.5)
計	118 (100.0)	314 (100.0)	291 (100.0)

資料出所：日本看護協会調査研究報告 2003年  
「介護保険施設サービスにおける看護実態調査」

介護サービス事業者が経営悪化に陥るもう1つの要因として、介護報酬設定時に、介護保険制度によって1割負担が発生することによる需要の変化を考慮していなかったこともあげられる。例をあげると、訪問介護においては身体介護と家事援助の2つのサービスの種類がある。措置制度では、身体介護と家事援助のサービス需要の割合は2:1であったため、それに応じた報酬単価が設定された。しかし、介護保険制度導入後は価格の低い家事援助に

需要が集中し、設定時の予測と実際の需要に差が生じてしまっているため、事業者は採算がとれない状況にある。こうした政府の読み違いも、経営悪化へとつながっている。

また、介護労働安定センターが 2006 年度に行なった介護労働実態調査によると、運営上の問題点として、「今の介護報酬では十分な賃金を払うことが出来ない」が 45.9%で最も多く、次いで「介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう」が 43.7%、「経営(収支)が苦しく労働条件や福祉環境の改善をしたくても出来ない」が 34.4%で多い回答結果となっている。(表 5) この結果からも、介護事業者は経営が苦しく、現状の介護報酬では、介護労働者の賃金を低くせざるおえない状況にあることがわかる。

表 5 「運営上の問題点」(複数回答=3件選択)

(%)

回答事業所数	今の介護報酬では十分な賃金を払うことが出来ない	経営(収支)が苦しく労働条件や福祉環境の改善をしたくても出来ない	介護報酬が得られない	介護報酬の改定等についての的確な情報や説明が得られない	雇用管理等についての情報や指導が必要である	介護保険の請求事務が煩雑で、時間に追われてしまう	介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう	介護サービス提供に関する書類作成が煩雑で、時間に追われてしまう	利用者や利用者の家族の介護サービスに対する理解が不足している	良質な人材の確保が難しい	介護従事者の介護業務に臨む意欲や姿勢に問題がある	介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足しており、教育が必要	介護従事者同士のコミュニケーションが不足している	管理者と職員間のコミュニケーションが不足している	特に関難はない	無回答
11,627	45.9	34.4	14.1	5.3	17.6	43.7	13.3	32.6	7.2	14.2	5.7	5.7	4.1	3.8	4.7	

資料出所：(財) 介護労働安定センター「平成 18 年度介護労働実態調査結果」

### 第3節 介護労働者の賃金

介護サービスは労働集約型産業である。労働集約型産業とは労働者1人当たりの設備など固定資産額が小さく、コストに占める労務費の割合が高い産業のことをいう。つまり、介護は労働集約型の人的サービスが主であるため、必要経費の大半は人件費であり、決して収益性が高い事業ではない。ゆえに事業者の経営が悪化した場合、改善するためには人件費を減らすしか方法はなく、結果的に介護労働者の賃金は低くなっている。介護労働者の平均賃金については(表 6)を参照していただきたい。

表 6 「介護労働者の賃金」

		月給の者		日給の者		時間給の者	
		回答人数	平均賃金 (円/月)	回答人数	平均賃金 (円/日)	回答人数	平均賃金 (円/時間)
	全体	68,142	213,837	4,973	11,986	46,822	1,184
職種別	訪問介護員	8,252	191,250	773	11,772	22,987	1,294
	介護職員	32,574	193,663	2,782	9,571	14,651	956
	看護職員	8,513	253,266	491	14,676	3,931	1,365
	介護支援専門員	4,953	260,062	124	19,920	517	1,327

資料出所：(財) 介護労働安定センター

「平成 18 年度介護労働実態調査結果 事業所における介護労働実態調査」<sup>4</sup>

所定内賃金<sup>5</sup>は介護労働者全体では、「月給の者」の平均賃金は 213,837 円、「日給の者」の平均賃金は 11,986 円、「時間給の者」の平均賃金は 1,184 円であった。職種別では、訪問介護員、介護職員の「月給の者」の平均賃金は看護職員等の他の職種に比べて低い。また、(表 7)は 2006 年度の国内の全産業の労働者の平均月間給与であるが、所定内給与は 252,809 円となっており、(表 6) からわかる介護労働者の給与と比較すると介護労働者の所定内給与は 36,972 円も低いことがわかる。

表 7 「全産業の労働者の平均月間給与」

賃金(月間)	現金給与総額	きまって支給する給与	所定内給与	所定外給与	特別に支払われた給与
	335,774 円	272,614 円	252,809 円	19,805 円	63,160 円

資料出所：厚生労働省「毎月勤労統計調査 平成 18 年分結果確報」

6

以上のように介護労働者の賃金処遇は、他の産業と比べても決して高いとはいえない。介護労働者の労働時間は、施設サービスにおける交替制勤務、在宅サービスも含めた早朝・深夜勤務など就業時間に変則性がある。また、短時間型や登録型では、とくに細切れるな就労実態となるために、利用者宅間の移動はヘルパーの自己負担となったり、報告書整理などの時間が必ずしも報酬に反映していない事業者もある。

<sup>4</sup> 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 の事業所を抽出して実施した調査(調査票配布数 37,456 事業所)。有効回答があったのは 11,627 事業所であった(回収率 32%)。

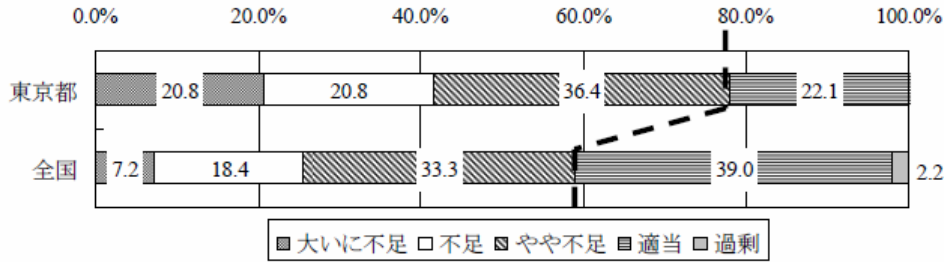
<sup>5</sup> 所定労働時間内の労働に対して支給される賃金のこと。基本給に加え、継続的に支給される諸手当が該当する。所定内の労働に対する対価であるため、労働基準法上の割増賃金の算定基礎額として用いられる。

<sup>6</sup> 日本標準産業分類に基づく 14 大産業〔鉱業、建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業、情報通信業、運輸業、卸売・小売業、金融・保険業、不動産業、飲食店・宿泊業、医療・福祉、教育・学習支援業、複合サービス事業及びサービス業(他に分類されないもの)(その他の生活関連サービス業のうち家事サービス業及び外国公務を除く)〕に属する常用労働者 5 人以上の事業所を対象に、賃金、労働時間及び雇用の変動を把握する調査である。調査対象事業所は、常用労働者 5 人以上の約 180 万事業所(事業所・企業統計調査)から抽出した約 33,000 事業所である。

## 第4節 介護業界の人員不足

介護労働安定センターの調査によると、介護老人福祉施設において従業員の不足感（大いに不足＋不足＋やや不足）を感じているのは、全国では約6割に上り、東京都では全国よりも高く、8割近くになっている。（図5）

図5 「従業員の不足感（介護老人福祉施設）」



資料出所：(財) 介護労働安定センター 2007年

「事業所における介護労働実態調査結果報告書」(再集計結果)

厚生労働省職業安定局のまとめによると、2006年の全職業の有効求人倍率は1.02だが、介護関連職種では1.74に達している。このことから介護業界での人員不足がうかがえる。また、厚生労働省は、団塊世代の高齢化に伴う介護ニーズを賄うには、今後10年間で介護職員などを40～60万人増やす必要があるとの推計をまとめており、これは現状に比べ、介護サービス従事者が4～6割増となる計算である。一方で、2005年時点で介護福祉士の資格を有する47万人のうち、福祉・介護サービスに従事する人は27万人に留まっている。人材の確保のため、厚生労働省は2008年度、介護福祉士<sup>7</sup>などの有資格者を対象として大規模な現況調査<sup>8</sup>に乗り出すことを決めている。これは資格を持っていないが福祉・介護サービスに就業していない人の実態を把握し、潜在的有資格者の参入を促す考えによるものである。

<sup>7</sup>訪問介護、施設介護の双方に従事できる介護資格。

<sup>8</sup>調査は、同省の社会保障審議会福祉部会でまとめられた「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を受けたもの。

## 第3章 問題意識

### 第1節 介護労働者の離職率

高齢化社会が進み、介護を必要とする人が急増していく中で、介護サービス市場では介護労働者の人員不足に陥っている現状にあることがわかった。普通、市場においては需要が増えるとそれに伴って供給も増えるはずである。にもかかわらず、介護サービス市場ではなぜこのような問題が起きているのかと私たちは疑問に感じ調査してみると、介護労働市場には他の産業と比べ離職率が高いという特徴があることがわかった。また、このことは他の多くの問題にも深く関わっていると考え、私たちは介護労働者の離職率を問題意識とすることとした。

「訪問介護員＋介護職員」の離職率は20.3%で、他の産業の平均の離職率17.5%を上回っている。特に1年間の離職者の42.5%が勤務年数1年未満の者で、38.3%が勤務年数1年以上3年未満の者である。採用率（入職率）を見ると「訪問介護員＋介護職員」は29.0%で、他の産業の平均の採用率17.4%を上回っている。（表8、表9）

以上のことから、訪問介護職員、介護職員という職は、新しい人材は入ってくるのだが、その大半は3年以内に辞めてしまうことが多く、経験を積んだ熟練の職員が確保できていないことが推測できる。厚生労働省の調べでは、ホームヘルパーの資格取得者数は、1級、2級、3級を合わせ約270万人（2005年3月末現在）、一方で介護保険関連事業所における従事者数は、約65万人（施設）、132万人（在宅）となっている。（2005年10月1日現在）このように、資格を持っていながら介護の職につかない者が多い。私たちは始め、離職率の高さの要因は仕事内容に対する不満にあると考えた。しかし、介護労働安定センターが2006年度に介護労働者に対し行った「現在の仕事の満足度」を計るアンケート結果を見ると、仕事の内容・やりがいに対する満足度は訪問介護員、介護職員、介護支援専門員の全職種で54.1%と全項目の中では最も高くなっている。（表10）このように介護労働者は自身の仕事に対してはやりがいを感じているにも関わらず、離職率が高いという結果になっている。

このことから、介護サービスという仕事自体に問題があるのではなく、介護サービス事業の労働条件の劣悪さが離職率の高さの本当の原因であると考えられる。そこで、私たちは離職率の要因分析を労働条件に注目して行うことにした。



表 8 「1年間の採用率・離職率」(訪問介護員、介護職員)

		1年間の採用率	1年間の離職率	1年間の増加率	1年間の離職者のうち	
					勤務年数1年未満の者	勤務年数1年以上3年未満の者
全体(訪問介護員 +介護職員)		29.0	20.3	8.7	42.5	38.3
職種別	訪問介護員	20.2	15.0	5.3	36.9	41.9
	介護職員	35.1	24.0	11.1	44.9	36.7
就業形態別	正社員	30.3	21.4	8.9	35.8	40.5
	非正社員	28.0	19.5	8.6	47.8	36.5
	常勤労働者	57.8	38.4	19.3	51.5	34.7
	短時間労働者	22.1	15.6	6.4	46.0	37.4

資料出所：(財)介護労働安定センター

「平成18年度介護労働実態調査結果 事業所における介護労働実態調査」

表 9 「産業別入職率・離職率」

	入職率	離職率
調査産業計	17.4	17.5
鉱業	6.9	8.4
建設業	11.4	15.2
製造業	11.9	11.7
電気・ガス・熱供給・水道業	4.6	6.8
情報通信業	15.0	12.2
運輸業	12.2	13.1
卸売・小売業	19.7	20.1
金融・保険業	12.7	12.1
不動産業	20.5	19.7
飲食店・宿泊業	31.8	32.3
医療・福祉	19.2	18.5
教育・学習支援業	13.9	13.3
複合サービス事業	18.3	14.7
サービス業	22.2	22.3

資料出所：厚生労働省大臣官房情報統計部「雇用動向調査報告」(2005年)<sup>9</sup>

<sup>9</sup>2005年中に、日本標準産業分類に基づく14大産業に属し5人以上の常用労働者を雇用する事業所に入職または同事業所から離職した常用労働者から無作為に抽出して実施した調査である。集計入職者は82,858人、集計離職者は96,165人であった。

表 10 「現在の仕事の満足度」(満足+やや満足)

①仕事の内容・やりがい				②賃金				③労働時間・休日等の労働条件			
計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員
54.1	57.0	52.1	55.3	21.8	28.2	16.2	25.3	29.4	30.9	26.6	36.0
(%)											
④勤務体制				⑤人事評価・処遇のあり方				⑥職場の環境(照明・空調・騒音)			
計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員
25.4	27.6	21.6	33.5	18.8	22.9	14.8	22.1	33.9	34.9	32.6	35.1
(%)											
⑦職場の人間関係、コミュニケーション				⑧雇用の安定性				⑨福利厚生			
計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員
40.5	43.6	37.6	43.3	29.0	29.0	26.4	36.0	20.5	20.3	18.3	25.9
(%)											
⑩教育訓練・能力開発のあり方				⑪利用者との人間関係				⑫職業生活全体			
計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員	計	訪問介護員	介護職員	介護支援 専門員
18.7	21.1	15.6	23.5	46.6	45.1	48.3	45.4	28.2	30.8	26.1	30.9
(%)											

資料出所：(財)介護労働安定センター

「平成 18 年度介護労働実態調査結果 介護労働者の就業実態と就業意識調査」

10

## 第2節 離職率が高いことによって起きる問題点

まず、介護ビジネスに限らず一般的に離職率が高いことによって起きる問題点を述べることにする。

離職率が高いと企業は離職した人がそれまで行っていた労働を補うために、新しい人材を随時採用していかなければならない。採用活動というのは広告・面接にかかる費用、それらを行う人に支払う人件費など、それ相応の費用がかかってしまう。新しい人材を採用できたとしても、その社員を現場で働けるようにするために一から教育しなければならない。この段階でも人材教育という費用が発生している。このように、職を離れていった人が今まで行っていた労働を、新しく入ってきた人が補えるようになるまでには採用費用や人材教育費用など金銭面でも企業に負担がかかってしまう。

さらに問題となるのは、経験を積んだ熟練の人材不足により起こる 2 つの弊害である。その 1 つは、上から下への技術の伝承が困難になることである。経験豊富で新人の育成を担当できる中核的な人材が確保できていない場合は、その培ってきた専門的技術を新人に伝えることができず、上の代から下の代へ知識の累積が不可能となる。もう 1 つの弊害は、経験を積んだ熟練の人材が確保できないために、経験曲線<sup>11</sup>が働かず、いつまでたっても製品 1 単位の生産コストが低下しないことである。確保できている場合は、労働者の熟練によって製品を生産すればするほど単位コストが下がる傾向にあることが、多様な産業の観測と実データから導き出されている。

<sup>10</sup> 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抽出された約 1/2 の事業所の中で、1 事業所あたり介護にかかわる 3 人を上限に無作為に抽出した計 112,368 人に対し調査票を配布してアンケート調査を実施した。有効回答のあったのは 29,124 人であった(有効回答率 26.7%)。

<sup>11</sup> 多くの業界で見られる“同一製品の累積生産量が増えるに従って、単位当たりの総コストが一定の割合で低下していく”というパターンを示す曲線。この効果を「経験曲線効果」「経験効果」という。一般に、累積生産量が倍増するごとに、単位コストが 20~30% ずつ減るとされるが、その率(習熟率)は、業界や製品によって異なる。経験曲線は理論モデルではなく、多様な産業の観測と実データから導き出された傾向である。

これまで挙げたことは、どの産業でも起こりうる一般的な離職率の高さの弊害である。次は、介護の現場において離職率が高いことで起こる具体的問題を、サービスを受ける利用者側とサービスを提供する労働者側の双方の視点から述べたい。

介護市場における離職率の高さは、介護の現場での慢性的な人員不足を誘発し、現場の混乱を招いている。以下の文章は、介護事業者の指導、また介護労働者の研修などを行う財団法人介護労働安定センターに直接足を運び、京都支部長の方に直接行ったインタビューを基にまとめている。

こうした人員不足による弊害の一つ目は、新人職員の教育不足とその継承という悪循環が起こることである。在宅などのサービスは、その人自身が資本となり、その人が利用者に提供するサービスが商品になるといえる。慢性的な人員不足になると、十分な研修を行う時間もないまま介護の現場に新人が労働力として投入されてしまう。身体介護などは、高度な技術も必要であり、時として事故につながりかねない作業もあるため、こうした研修不足が利用者の不快感、ひいては利用者、労働者双方の怪我に繋がるケースも少なくない。このような事態に陥らないとしても、後の介護労働後継者にこの誤った知識が受け継がれてしまう。これは、利用者側、労働者側双方の弊害である。また、利用者側の視点から見ると、訪問担当者が頻繁に変わることで気分を害してしまうことがある。訪問介護などは自分の生活空間の非常にデリケートな部分に訪問介護員を入れることになる。新しい担当に慣れても、その人にすぐ辞められて、また新しい担当が来て生活空間を見られてしまうのを不快に思う利用者も少なくはない。

こうした人的資本サービスでは、利用者の日常生活に近い形で接する職業であるため、形式化されたマニュアルを身につけることはもちろんのこと、その上で、こうしたデリケートな介護サービスという仕事自体の理解を熟練労働者が新人介護員に余裕を持って教えることが必要となるのである。

次に、介護労働者の視点から見た問題点を述べたい。こうした人員不足により、現在介護の現場で働く職員は、一人一人の負担が増加しているということが言える。例えば、訪問介護の現場では、大抵の場合、利用者一人に対して、訪問介護員が一人で対応するという業務の形をとっている。しかし、人員不足のため労働者の数はその業務が遂行される最低の人数で回転していることが多い。訪問介護員は、一日2~3件の利用者宅を訪問するため、この訪問介護員が何らかの理由でこのシフトから抜けると2~3件の利用者のサービスの代わりに勤める他の人員がおらず、利用者の望む時間に望むサービスが提供できなくなることもある。そのため、労働者にとっても体調不良などの理由で業務を休むことが許されない傾向があり、プレッシャーのかかる大変働きにくい環境となっている。

つまり、離職率が高いことで、利用者にとっては安定したサービスの提供がなされなくなり、現場で働く介護労働者にとっては不安定で働きにくい状況となる。

そして、来たる2012年には第一期団塊世代が退職し、2017年には団塊の世代全体が職を離れ、将来介護を受ける可能性のある人口が増加する見込みである。このままでは今後の介護市場を支えていけなくなるであろう。そのため、これからこの問題はますます深刻化の一途をたどり、こうした現状の中で、介護労働者の離職問題の解決は急務である。

介護ビジネスにおける最も重要な経営資源は“人材”であり、従業員満足度の向上が顧客満足度の向上につながると言える。ゆえに、私たちは介護労働者の離職率の要因を明らかにし、その改善策を探っていく。

## 第4章 先行研究

私たちは本稿を執筆するにあたって以下の二つの論文を先行研究として参考にさせていただきました。

茅原（2003）<sup>12</sup>は、介護労働者の賃金の増減が介護の質と量に流動的な変化を引き起こす主要因であることを各種賃金理論に基づいて検討し、さらに介護労働者の賃金に関して国・地方自治体の取るべき政策についても言及した論文である。

現在の制度のように、国によって定められた介護報酬によって固定されている介護労働者の賃金を「公定賃金」としている。また、介護労働者の賃金が労働の需給に一致する点で決まった場合の賃金を「市場賃金」としている。公定賃金率が市場賃金率を上回っている場合と公定賃金率が市場賃金率を下回っている場合、それぞれを想定して介護労働の需要量・供給量がどのように変化するかを分析している。その上で国が市場の動向に注意しつつ介護報酬単価を細かくチューニングする必要があると述べている。また介護労働者の賃金が高産業の賃金より高い場合と低い場合についても同様に、介護労働の需要量・供給量に及ぼす影響について分析している。さらに、介護労働に就くインセンティブについても内部収益率法の計算方法によってまとめているが、データを用いた実証分析については行われていない。

この論文では、「実質的な利益である賃金の充実によって介護労働者の生活を支えることが重要であるため、国が介護労働者の生活まで考慮して介護報酬単価を決定することが必要である。」としている。そして、介護労働者の賃金の变化が労働供給量を変動させる要因として分析を行っている。しかし、私たちは賃金が労働供給量だけでなく離職率を変化させる要因ではないかと考え、さらに賃金以外にも離職率を変化させる要因はないか分析することとした。

鈴木・佐竹（2001）<sup>13</sup>は、介護保険市場の現状を筆者と日本銀行が共同で行った事業者（訪問介護業者・特別養護老人ホーム）へのアンケートを基に分析した論文である。そのアンケートの結果、「介護保険制度導入の目的であった政策目標の全てが、不十分か、あるいはまったくその効果を発揮していない」ということを明らかにしている。さらに、介護報酬切り下げによる介護事業者の経営不振から介護労働者の賃金の低下が深刻化していることが問題として取り上げられていた。このことから私たちは介護労働者の離職率が高くなっていることに着目した。この論文では介護労働者の離職率について分析はしていなかったため、私たちは離職率について分析を行った。

以上、2点の介護保険に関する論文の他にも、介護労働者の離職率の高さを危惧する声は多数挙がっている。しかし、その離職率の詳しい要因分析を行っている研究は現在のところ確認することができなかった。そのため、私たちは次章で、介護労働者の離職率に関する分析を行い、その要因の実態を明らかにする。

<sup>12</sup> 「『社会福祉基礎構造改革』下における介護労働者の賃金についての一考察」

<sup>13</sup> 「介護サービス産業への市場原理導入を徹底せよ—事業者アンケートに基づく現状評価と課題—」

## 第5章 離職率が高くなる要因の分析

### 第1節 データと推計式

上記の「問題意識」では、介護労働者の離職率が一般的な他業種と比べ相対的に高く、介護労働市場における非効率性の存在について述べた。以下では、離職率が高い要因を調べるために、推計式を立て、47都道府県ごとのデータ（2006年度）を用いてクロスセクション分析を行う。分析に使用するデータは財団法人介護労働安定センター雇用管理課に直接問い合わせ、提供を受けたものであるため、信頼性を保証することができる。また、一般には公開されていないデータも含まれるため、この分析は独自性の高いものであると言える。それらのデータの記述統計量と推計式は以下のとおりである。

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
介護職員全体の離職率	47	12.85	33.49	22.0291	5.48299
実質賃金	47	902.81	1313.00	1116.7015	92.97830
ストレス指数	47	36	53	44.63	3.390
1週間あたりの平均労働時間	47	34.8	39.9	37.513	1.1504
総人口に占める65歳以上の割合	47	16.49	27.39	22.3478	2.69541
有効なケースの数(リストごと)	47				

財団法人介護労働安定センターから提供を受けたデータによると、介護労働に関する職種の中では、訪問介護員全体の平均離職率は15.0%、介護職員全体の平均離職率は22.0%であった。訪問介護よりも施設系介護により多くの問題が存在している可能性が高いことが分かる。そのため、以下では介護職員の離職率の要因分析を行うこととする。

$$\text{推計式: } Y = \alpha + \beta X_1 + \gamma X_2 + \omega X_3 + \delta X_4 + \varepsilon$$

$Y$ : 介護職員全体の離職率

$X_1$ : 介護労働者の平均時間給（実質賃金）

$X_2$ : ストレス指数

$X_3$ : 1週間あたりの平均労働時間

$X_4$ : 総人口に占める65歳以上の割合

$\varepsilon$ : 誤差項

従属変数（Y）、独立変数（X）

従属変数 (Y) に影響を与えうると考えられる独立変数 (X) 上記 4 つを選定した理由と仮説はそれぞれ以下の通りである。なお、独立変数同士では相関係数が全て 0.6 以下であり、相関関係がないと言える。

$X_1$  : 介護労働者の平均時間給 (実質賃金)

労働者が職を選ぶ要因のうち、賃金は大きなウェイトを占めるものだと推測できるため、独立変数に取り入れた。

仮説：「賃金が上昇すれば、離職率に負の影響を与える。」

$X_2$  : ストレス指数

労働者が勤務時に被る精神的苦痛を私たちは重視し、その影響を考慮するために使用した。ストレス指数に関しては下記で定義してある。私たちが文献を調査した限りでは、介護労働者の離職率を分析するモデルでストレスについて鑑みている前例を確認することが出来なかった。そのため、オリジナリティーのある指標であると考える。

仮説：「労働者にストレスを与える環境であるほど、離職率に対して正の影響を示す。」

※ストレス指数…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結果」において、「過去 1 年間に仕事中、セクハラ・暴力・暴言・誹謗中傷・盗難の濡れ衣などを 1 つ以上経験した人の割合」を「ストレス指数」と定義した。(表 11)

表 11 「ストレス指数」

地方	ストレス	地方	ストレス	大都市	ストレス
青森	42.7	和歌山	44.2	北海道	46
岩手	42.5	鳥取	36.7	宮城	46.3
秋田	44.9	島根	41.6	新潟	46.6
山形	47.1	岡山	43.9	埼玉	46.7
福島	44.5	山口	43.1	千葉	47.3
茨城	48.9	徳島	43.1	東京	52.5
栃木	45.6	香川	46.2	神奈川	48.9
群馬	41.9	愛媛	47	静岡	46.5
富山	46.2	高知	40.3	愛知	46.9
石川	41.8	佐賀	43.3	京都	49.7
福井	42.1	長崎	35.9	大阪	50.3
山梨	38.6	熊本	45.3	兵庫	43.3
長野	39.4	大分	48	広島	45.2
岐阜	44.1	宮崎	48.8	福岡	44.7
三重	45.2	鹿児島	44.6	ストレス平均	47.20714
滋賀	40.7	沖縄	41.9		
奈良	46.4	ストレス平均	43.68235		

資料出所：(財) 介護労働安定センター「平成 18 年度介護労働実態調査結果」

X<sub>3</sub> : 1 週間あたりの平均労働時間

日本の非農林業の 1 週間あたりの平均労働時間は約 42 時間。<sup>14</sup> (データ元: 総務省統計局「平成 18 年労働力調査」、調査対象の割合は正社員: 非正規社員=2:1) これに対し、介護労働者の 1 週間あたりの平均労働時間は約 37 時間。(データ元: 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結果」、調査対象の割合は正社員: 非正規社員=2:1) つまり、介護労働者の労働時間は、他産業の労働者より短いことがわかる。実際、財団法人介護労働安定センターの上記調査によれば、「労働時間が長い」と感じている人の割合は約 1 割にすぎない。

仮説: 「労働可能な時間が短いことによって、介護労働者の離職率に負の係数を取る。」

X<sub>4</sub> : 総人口に占める 65 歳以上の割合

地域ごとの人口に占める高齢者の割合が、介護労働者の離職に影響を及ぼすファクターとなりうると予想し、独立変数に採用した。この割合の中には、現在介護を受けている高齢者以外に、もしかしたら介護を受けることになるかもしれない潜在的被介護者の割合が含まれている。

仮説: 「高齢者の割合が高くなるほど労働機会が増えるため、離職率が下がる。」

## 第2節 分析結果

モデル集計					
モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標準誤差	
1	.696 <sup>a</sup>	.484	.435	4.12146	

a. 予測値: (定数)、総人口に占める65歳以上の割合, ス

係数 <sup>a</sup>						
モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	112.408	30.682		3.664	.001
	実質賃金	-.017	.008	-.289	-2.117	.040
	ストレス指数	.282	.202	.174	1.395	.170
	1週間あたりの平均労働時間	-1.661	.696	-.348	-2.387	.022
	総人口に占める65歳以上の割合	-.966	.282	-.475	-3.422	.001

a. 従属変数: 介護職員全体の離職率

<sup>14</sup> データ制約があり、1 週間あたりの平均労働時間を用いた。

分析の結果、当初の予測に反して「ストレス指数」については有意な結果が得られなかったが、それ以外の独立変数では有意な結果が得られた。「実質賃金」、「平均労働時間」は5%水準でマイナスに有意の影響、「総人口に占める65歳以上の割合」は1%水準でマイナスに有意の影響を与えていた。

「実質賃金」が離職率の決定に対してマイナスに有意な影響を与えていることから、労働者はやはり賃金の低さから離職を決意していると判断できる。また、「平均労働時間」がマイナスに有意に作用しているということから、労働者は最適な労働時間よりも短いと感じていることが証明できた。「総人口に占める65歳以上の割合」は高齢者／人口を意味し、マイナスに有意に働いていることから、社会に占める高齢者の割合が高いほど、労働者は就労機会も多く、やりがいや重要性というような感情的な要因によって、離職を思いとどまるといふケースが推測される。

今回の回帰分析の離職率は介護職員の正社員と非正規社員を合わせた全体の47都道府県別のデータを用いたものであるが、下のように訪問介護員と介護職員の離職率、訪問介護員の正社員と非正規社員の離職率、介護職員の正社員と非正規社員の離職率との間に相関関係があることが分かる。

**相関係数**

		訪問介護員全体の離職率	介護職員全体の離職率
訪問介護員全体の離職率	Pearsonの相関係数	1	.893**
	有意確率(両側)		.000
	N	47	47
介護職員全体の離職率	Pearsonの相関係数	.893**	1
	有意確率(両側)	.000	
	N	47	47

\*\* 相関係数は1%水準で有意(両側)です。

**相関係数**

		訪問介護員(正社員)の離職率	訪問介護員(非正規社員)の離職率
訪問介護員(正社員)の離職率	Pearsonの相関係数	1	.322*
	有意確率(両側)		.027
	N	47	47
訪問介護員(非正規社員)の離職率	Pearsonの相関係数	.322*	1
	有意確率(両側)	.027	
	N	47	47

\* 相関係数は5%水準で有意(両側)です。

**相関係数**

		介護職員(正社員)の離職率	介護職員(非正規社員)の離職率
介護職員(正社員)の離職率	Pearsonの相関係数	1	.737**
	有意確率(両側)		.000
	N	47	47
介護職員(非正規社員)の離職率	Pearsonの相関係数	.737**	1
	有意確率(両側)	.000	
	N	47	47

\*\* 相関係数は1%水準で有意(両側)です。



以上より、介護労働者の離職率は、職種や雇用形態に関わらず、同様の傾向を持っているということから、今回の分析結果は介護職員にのみ限定されたものではなく、訪問介護員・介護職員の両方を含めた介護労働者全体（正社員＋非正規社員）に当てはまると言える。

## 第6章 政策提言

---

前章の分析結果をふまえ、介護労働者の離職率を低下させるために、労働環境を改善するための政策を提言する。私たちは、精神面（ストレス）、身体面（労働時間）、金銭面（賃金）の3つの面からアプローチしていく。

### 第1節 精神面・身体面に関する政策提言

まず、前章で行った分析の結果、介護労働者のストレス指数については私たちの予想に反して、有意な結果を得ることができなかった。本稿の分析でストレス指数が有意に働かなかった原因としては、使用したデータが財団法人介護労働安定センターの行った本格的な調査である「平成18年度介護労働実態調査結果」の単年度データのクロスセクション分析であったことが考えられる。ストレスは単年ではなく、長期間積み重なることで蓄積していくという性質を持つものと考えられるからである。本稿ではデータの制約上不可能であったが、今後も上記調査が進んでいくことを期待し、次の機会には複数年度のパネルデータを用いて分析を行いたい。本稿の分析結果は期待通りのものではなかったが、先に行われたアンケート調査などからも介護労働者が精神的負担を感じているのは明白である。それを解決するために、職場でストレスを感じている介護労働者の精神面での負担を軽減するため、カウンセリングを充実させるなどの対策を講じていく必要があるだろう。

次は、身体面（労働時間）についての政策について述べる。前章の分析で「離職率が高くなる要因として労働時間の短さが関係している」と証明されたが、実際に介護に従事している時間を増やすのではなく、非サービス時間を労働時間として換算し賃金を支払うことで、介護労働者の離職率が低下すると考えられる。実際、移動時間については約35%、ミーティング時間については約20%、書類・報告作成時間については約35%、研修講習時間については約18%の事業所が非サービス時間を労働時間として換算せず、賃金を支払っていない。（表12）こういった非サービス時間を労働時間に換算することで、介護労働者の離職を防ぐことができる。

表 12 「訪問介護員（非正社員）の非サービス時間に対する賃金の支払状況」

回答事業所数	移動時間			ミーティング時間			書類・報告作成時間			待機時間			研修・講習時間		
	全額または一部支払っている	支払っていない	無回答	全額または一部支払っている	支払っていない	無回答	全額または一部支払っている	支払っていない	無回答	全額または一部支払っている	支払っていない	無回答	全額または一部支払っている	支払っていない	無回答
6,426	49.1	34.1	16.8	65.5	18.8	15.7	45.8	35.5	18.7	33.5	46.1	20.4	65.7	17.5	16.8

資料出所：(財) 介護労働安定センター「平成 18 年度介護労働実態調査結果」

## 第2節 金銭面に関する政策提言

分析の結果より介護労働者の賃金の低さが、離職率が高い原因となっていることが明らかになった。そのため、本稿では離職率を下げるために介護労働者の賃金を上げることが可能となる政策を提言する。

まず、介護報酬を引き上げることによって介護労働者の賃金を高くする。その財源として被保険者の適用年齢を 20 歳に引き下げ、20～39 歳を新たに第 3 号被保険者とし、介護保険制度を積み立て方式に移行する。その際、当然若年者から保険料を徴収することに対して反論が出るのが予想される。若年者にとっては受益と負担を身近に確認することができないからである。しかし、若年者に対して何らかの保険料を支払うインセンティブを与えることによって、その問題が解消できると考える。また、今後高齢化によって要介護者が増え、それに伴い介護給付費が増大すると予測されているため、介護市場の縮小を図る必要がある。そこで、私たちは若年者から保険料を徴収し、介護市場の縮小のために「保険料を納付しない者、生活習慣病<sup>15</sup>と生活習慣病予備軍の保険料を引き上げること」を提言する。

私たちが提言する介護保険制度では 40 歳と 65 歳のときに保険料の改定を行う。改定年齢を 40 歳とした理由は、現行制度では 40 歳で第 2 号被保険者になり、生活習慣病の元となるメタボリックシンドローム<sup>16</sup>が 40 代になって急激に増加するからである。(図 6) 65 歳を改定年齢としたのも現行制度によるものである。

まず、40 歳改定での保険料の増減については、①20 歳から保険料を払い込んでいるか、②生活習慣病、生活習慣病予備軍であるかどうか、の 2 つを基準とする。保険料を払い込んでいる者についてはそれまでと同額、払い込んでいない者は保険料を 2 段階増額する。また、40 歳の健康診断で健康だった者はそれまでと同額、生活習慣病あるいは生活習慣病予備軍と診断された者は 1 段階引き上げる。以上 2 つの基準により保険料を算出していく。つまり、20 歳から保険料を払い込み、なおかつ健康な者の保険料が最も少なく、逆に保険料未納で生活習慣病と生活習慣病予備軍の保険料が最も多くなるという仕組みである。

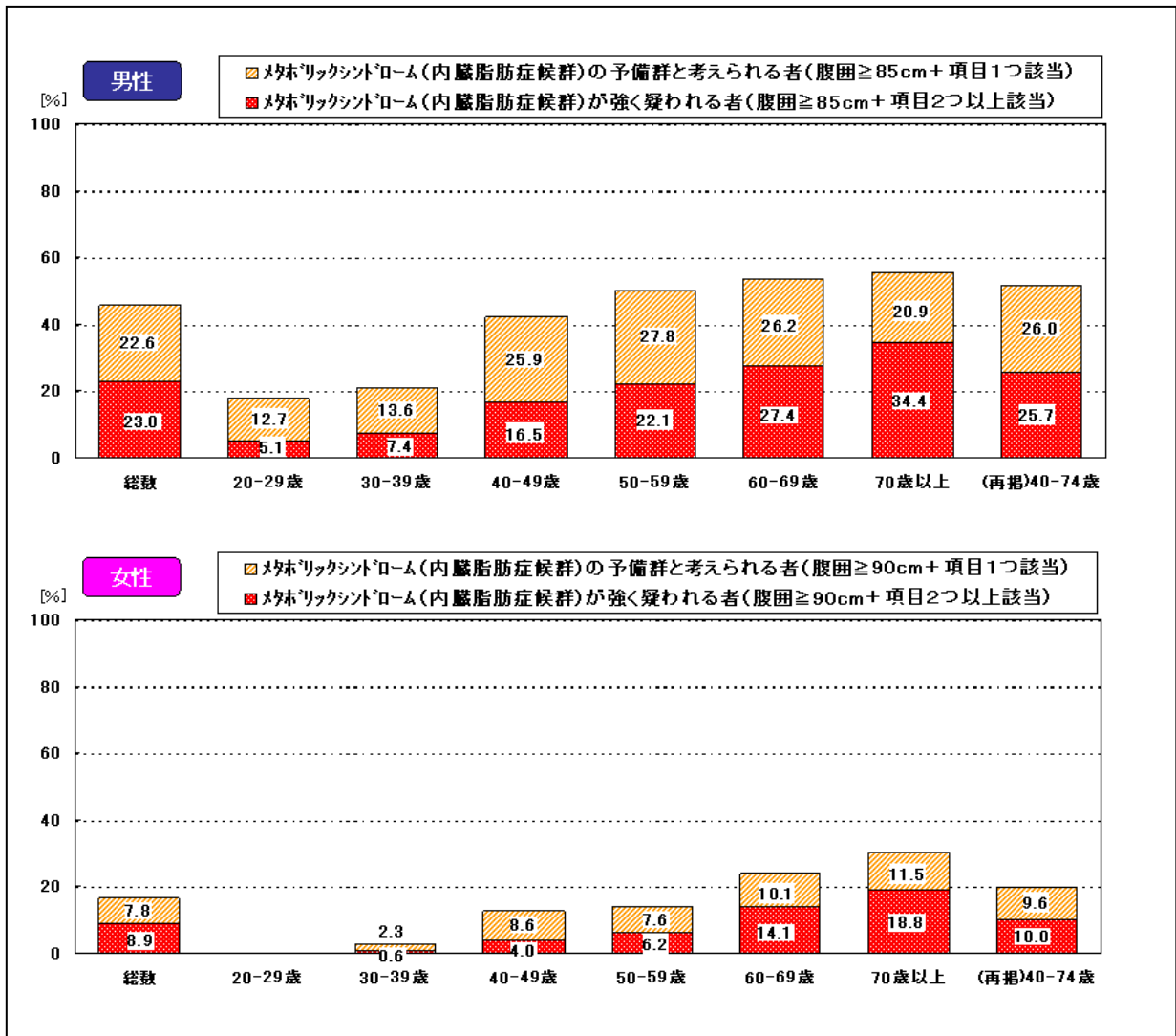
65 歳改定についても 40 歳改定と同様に①保険料を払い込んでいるか、②生活習慣病、生活習慣病予備軍であるかどうか、の 2 つを基準として保険料を決定する。また、第 3 号被保険者として保険料を払い込んでいた健康な人には保険料を減額する措置をとる。なお、40

<sup>15</sup> 糖尿病・高脂血症・高血圧・高尿酸血症など、生活習慣が主な発症原因であると考えられている疾患の総称である。

<sup>16</sup> 心血管疾患予防を第一義の目的としてハイリスクグループを絞り込むために定義された疾患概念であり、内臓脂肪の蓄積によりインスリン抵抗性（耐糖能異常）、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を合併する病態。

歳改定時に未納の者に対しては、40 歳から 50 歳までを猶予期間<sup>17</sup>とし、その期間内に 40 歳から納める者は所定の保険料、それ以降に納める者は年金のように追納という形をとる。また、50 歳までに保険料を一切支払わない者に対しては介護保険を適用除外にする措置を講じる<sup>18</sup>。具体的には（図 7）の樹形図を参考にされたい。

図 6 「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の状況（20 歳以上）」

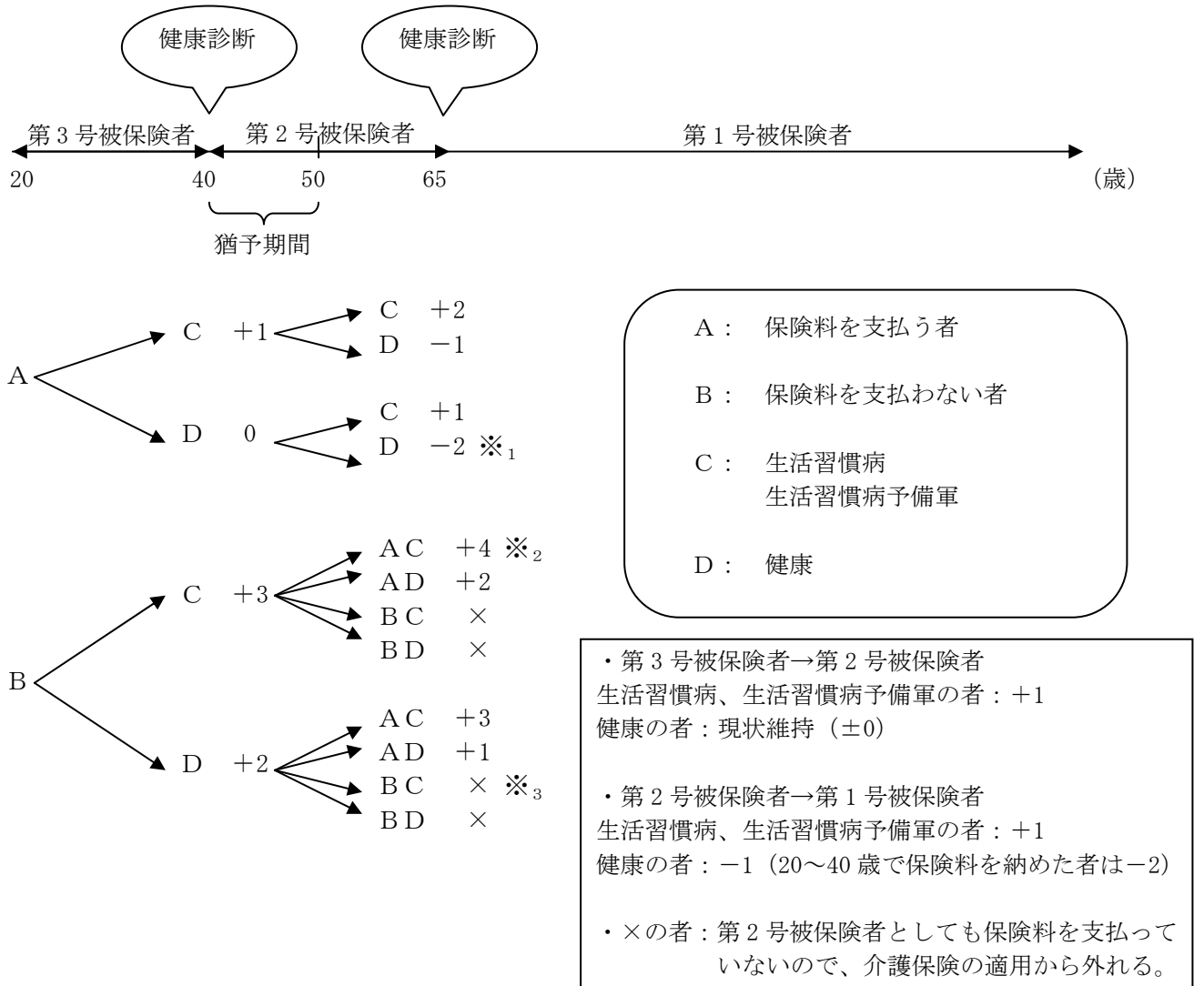


資料出所：厚生労働省「平成 16 年国民健康・栄養調査結果の概要」

<sup>17</sup> 20 歳から 40 歳までに保険料を納めていない人が今後納めるかどうか決める期間。

<sup>18</sup> 低所得などの理由で保険料を払うことができなかった者には例外的措置を講じる。

図 7 「新しい介護保険制度の流れ」



樹形図から例として3ケースを抜粋し、説明を加えることとする。

※<sub>1</sub> 第3号被保険者として、20歳から保険料を払い込み、40歳の時点で健康と診断されたため、第2号被保険者としての保険料は現状維持である。第2号被保険者としても保険料を払い続け、65歳の時点でも健康と診断されたため、第1号被保険者としての保険料は2段階引き下げられる。

※<sub>2</sub> 第3号被保険者として、20歳から保険料を払い込んでおらず、40歳の時点で生活習慣病または生活習慣病予備軍と診断されたため、第2号被保険者としての保険料は3段階引き上げとなる。第2号被保険者として保険料を払い始め、65歳の時点でも生活習慣病または生活習慣病予備軍と診断されたため、第1号被保険者としての保険料は4段階引き上げられる。

※<sub>3</sub> 第3号被保険者として、20歳から保険料を払い込んでおらず、第2号被保険者としても保険料を払わなかったため、介護保険の適用から除外される。(低所得などの理由で保険料を払うことができなかった者には例外的措置を講じる。)

以上の提言を実施することで介護労働者の賃金を上昇させ、需要を抑制できると私たちは考える。さらに、今後高齢化が進展することで増大していくことが予想される介護給付費への財源としても使用する。また、前節で述べたようなカウンセリングの充実や、非サービス時間を賃金に換算することなどへの財源にも充当する。

前章の分析の結果より、賃金が離職率を変動させる要因であることが分かった。そのため、介護報酬を引き上げることで事業者の経営を改善でき、それが介護労働者の賃金の向上に反映され、介護労働者の離職率を低下させることができる。それによって、今後も持続可能な介護保険制度の確立が可能となる。

介護保険制度は今後ますます進む高齢化の中で必要性を増してくる。その制度を支えているのは現場で働き、サービスを提供する“人”、つまり介護労働者ではないだろうか。

私たちの政策提言が実現されることによって、介護労働者の社会的地位が確立され、介護という職にやりがいと誇りを持つ介護就労者の労働環境が改善されるであろう。そのことによって、労働者だけではなく、利用者にとっても介護保険制度が豊かな制度となることを私たちは切に願っている。

## 参考文献・データ出展

### 《先行論文》

- ・茅原聖治 (2003) 「『社会福祉基礎構造改革』下における介護労働者の賃金についての一考察」『龍谷大学経済学論集』Vol. 42, No. 3・4(2003年3月15日) pp. 9-22
- ・鈴木亘・佐竹秀典 (2001) 「介護サービス産業への市場原理導入を徹底せよ—事業者アンケートに基づく現状評価と課題—」

### 《参考文献》

- ・介護サービス市場の一層の効率化のために「介護サービス価格に関する研究会」報告書 (2002年8月) 内閣府国民生活局物価政策課
- ・伊藤周平 (2000) 「検証 介護保険」青木書店
- ・森宮勝子 (2005) 「高齢社会の介護ビジネス」千草書房
- ・二木立 (2006) 「新予防給付の行方—長期的な健康増進効果と費用抑制効果は未証明」『社会福祉研究』第95号:20-28頁, 2006年4月1日

### 《データ出典》

- ・日本看護協会 政策企画室 (2004) 「日本看護協会調査研究報告」  
(株)日本看護協会出版会
- ・職業安定業務統計 (厚生労働省職業安定局)  
[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr\\_16\\_1.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr_16_1.html)
- ・堀田聡子 「介護職にとって魅力ある職場づくりに向けて」  
—老人ホームが安全・安心な暮らしの場でありつづけるために— (2007年10月12日)  
<http://www.nikkei.co.jp/news/keizai/20070723AT3S2002422072007.html>
- ・厚生労働省 「平成17年介護サービス施設・事業所実態調査結果の概要」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service05/index.html>
- ・厚生労働省 (2004) 「介護保険制度改革の全体像～持続可能な介護保険制度の構築～」  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1222-3.html>
- ・厚生労働省 「平成16年国民健康・栄養調査結果の概要」  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0508-1a.html>