ISFJ2024　政策フォーラム発表論文

介護報酬制度が介護労働者の賃金に与える影響[1]

千葉大学

後藤剛志研究会

介護

鈴木しずく

齊藤こよみ

櫻井龍輝

田嶋航英

塚越梨名

伴雅人

向井勇翔

2024 年　12 月

[1] 本稿は、2024 年 11 月 30 日、12 月 1 日に開催される ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2024」のために作成したものである。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

日本社会においては高齢化の進行に伴い、要介護・要支援認定者の数が年々増大しており、これに付随して介護サービスのニーズが高まっていると考えられる。その介護サービスの提供を担うのが介護労働者である。介護労働者の職務内容は食事や入浴の介助など多岐にわたるが、これらの仕事内容に対して賃金が見合っていないと考える介護労働者は多い。実際、全産業平均と介護労働者の賃金を比較すると大きな差が見られる。そして、介護労働者の賃金が低水準であることにより、介護業界が人手不足に陥るほか、介護労働者の仕事に対するモチベーションの低下を引き起こすという悪影響が考えられる。

介護労働者の賃金が低い要因、つまり賃上げが行われない要因として考えられるのが事業所の収入である。基本的に介護労働者の賃金は介護保険制度及び介護報酬制度に基づいて、事業所の収入から支払われる。ここで低賃金の要因として、２つの仮説が考えられる。一つは、事業所の収入が不十分である可能性と十分であるという仮説である。もう一つは、賃上げに資金を回していないという２つの仮説が立てられる。本稿では、これらの仮説のうち、どちらがより現状に近しいかについて検証することを問題意識とし、分析を行う。

分析を行うにあたり、介護報酬改定における地域区分の変更に着目する。地域区分とは、介護報酬を通じて人件費の地域差を補うための制度のことであり、事業所の意思に関わりなく外生的な変更が行われる。それゆえ、低賃金が引き起こされる要因の分析を目指す本稿では、2009 年度の地域区分変更を政策ショックとして用いることで、事業所収入の大部分を占める介護報酬が増額された場合に、その増額分が介護労働者の賃金に反映されているのかついて、差分の差分析(DID 分析)を行う(分析Ⅰ)。また、そもそも地域区分の変更が事業所の収入を増額させているのかについても、DID 分析を行う(分析Ⅱ)。

地域区分の変更が介護労働者の賃金に与える影響をみた先行研究として、特に上野・濱秋(2017)と Kondo(2019)が挙げられる。上野・濱秋(2017)では、2009 年度の介護報酬改定における地域区分変更が介護労働者の労働条件に与えた影響を分析している。Kondo(2019)は 2012 年度の介護報酬改定における地域区分変更を取り上げ、上野・濱秋(2017)に比べ、より多くの自治体を対象とした分析を行っている。以上を踏まえ、本稿では、首都圏・三大都市圏以外の地域（乙地）を分析対象に含んだうえで地域区分変更による事業所収入に着目し、分析を行った。

分析結果は以下の通りである。介護労働者の賃金について分析した分析Ⅰでは、地域区分の加算率が 3%pt 上がった特別区では 2.1%と所定内賃金の有意な上昇がみられたが、実賃金に影響はなかった。また、加算率が 2%pt 上がった乙地では所定内賃金・実賃金ともに影響はみられなかった。そして事業所の収入についてみた分析Ⅱでは、特別区・乙地ともに有意な増加がみられた。このことから介護報酬の引き上げで事業所収入は増加したものの、その増加分を賃上げ以外の用途に使用していることが分かる。

以上の分析結果を踏まえ、本稿では介護労働者の賃金を確実に引き上げる制度として、

介護労働者を対象とする業種別最低賃金の創設を提言する。業種別最低賃金とは、現行の地域別最低賃金に上乗せする形で、熟練度別に介護労働者の賃金最低額を定めることで効果的に賃上げを行う制度である。この政策を打ち出すことで、介護労働者の賃上げを実現し、待遇を改善することを目指すものとする。

目次

第１章　現状分析・問題意識

第１節　介護労働者の低賃金
　第１項　　低賃金の現状
　第２項　　低賃金による悪影響
　第３項　　低賃金を引き起こす要因
第２節　介護に関する現行の制度
　第１項　　介護保険制度
　第２項　　介護報酬制度
第３節　介護報酬制度における地域区分
第４節　問題意識

第２章　先行研究

第１節　先行研究
第２節　本稿の位置付け

第３章　理論・分析

第１節　分析Ⅰ
　第１項　　検証仮説
　第２項　　分析の枠組み
　第３項　　使用するデータ
　第４項　　分析モデル
　第５項　　分析Ⅰの結果と解釈
第２節　分析Ⅱ
　第１項　　検証仮説
　第２項　　分析の枠組み
　第３項　　使用するデータ
　第４項　　分析モデル
　第５項　　分析Ⅱの結果と解釈
第３節　聞き取り調査

第４章　政策提言

第１節　政策提言の方向性
　第１項　政策提言の概要

第２項　業種別最低賃金(介護)の類似政策
第２節　政策提言
第３節　政策提言のまとめ
おわりに・謝辞
参考文献・データ出典
補論 ～2009 年度地域区分改定による影響について～
付録 ～事業所職員　聞き取り調査の概要～

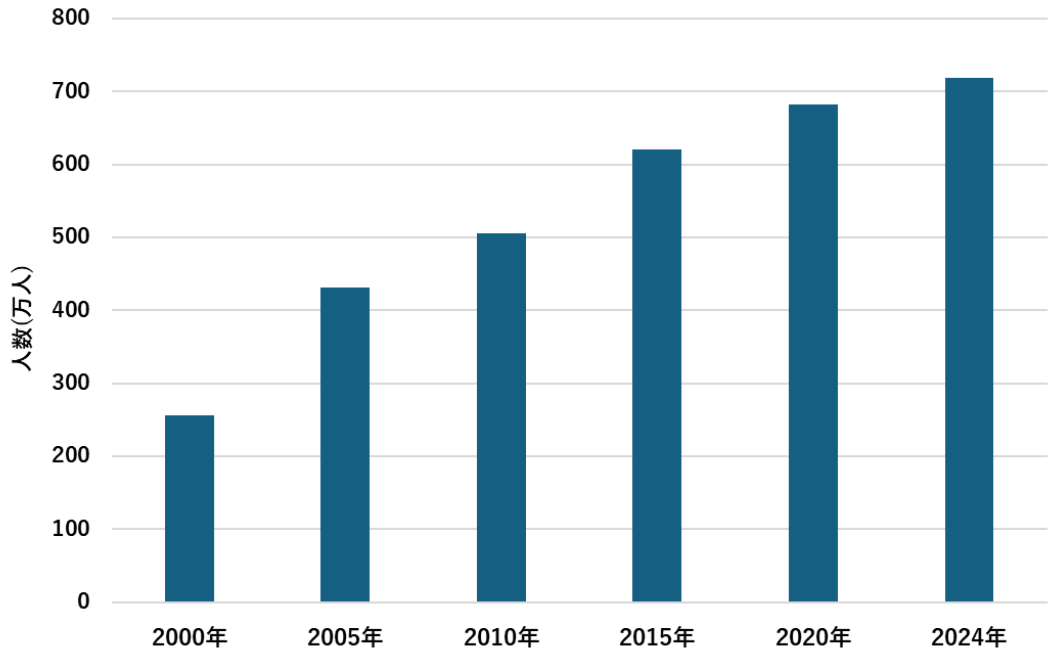
第１章　現状分析・問題意識

第１節　介護労働者の低賃金

第１項　低賃金の現状

近年、高齢化に伴って要介護・要支援認定を受けた高齢者は年々増加している。2000年に約250万人であった要介護・要支援認定者は2024年時点で約718万人と、およそ３倍に増加した(図１)。厚生労働省(2023)においても、「急速な高齢化の進展に伴い、要介護認定者の増加、介護期間の長期化、いわゆる「社会的入院」の問題など介護ニーズはますます増大していた」と書かれているように、日本社会において高齢化が進む中で、介護ニーズが高まっている。

図１　要介護・要支援認定者の推移



厚生労働省「介護保険事業状況報告[2]」より筆者作成

その介護サービスの供給を担うのが、訪問介護員や施設介護員(介護職員)に代表される、介護労働者である。介護労働者は介護サービスを利用する者(以下、利用者と呼ぶ)の食事、入浴、排せつ等の身体介護を行うほか、利用者の代わりに調理、洗濯、掃除を行う生活援助を行うなど、その仕事は多岐にわたる。以下、表１は介護労働者の職種一覧、表２は介

[2] 2024年度は８月時点の暫定値、他の年度はそれぞれの年度末の確定値を採用している。

護労働者が主に取得する資格・研修一覧である。

表１　介護労働者の職種一覧[3]

職種名	仕事内容
訪問介護員	利用者の自宅に訪問し、身体介護や移動介助、生活援助を提供する
施設介護員	介護施設にて、身体介護や移動介助を提供する
介護支援専門員(ケアマネージャー)	利用者の心身の状態に応じた介護サービスを計画する
看護職員	利用者の健康管理や医療行為を行う
生活相談員(支援相談員)	介護施設に入所している利用者の相談や援助、連絡調整を行う
PT・OT・ST	リハビリテーションを行う
管理栄養士(栄養士)	栄養に関する指導・助言や食事の管理などを行う
福祉用具専門相談員	自宅で介護を受ける利用者に対して福祉用具に関する助言を行う
サービス提供責任者	介護支援専門員が作成したケアプランの具体化を行う

厚生労働省「職業情報提供サイト jobtag　介護の仕事」、
全国社会福祉協議会「福祉のガイド　福祉の資格」より筆者作成

[3] PT・OT・ST とはそれぞれ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の略称である。いずれもリハビリテーションを専門に行う職種であるが、それぞれ目的が異なる。PT は運動機能の回復、OT は日常的に必要な動作の回復、ST は言葉によるコミュニケーション機能の回復が目的である。

表２　介護労働者の資格・研修一覧[4]

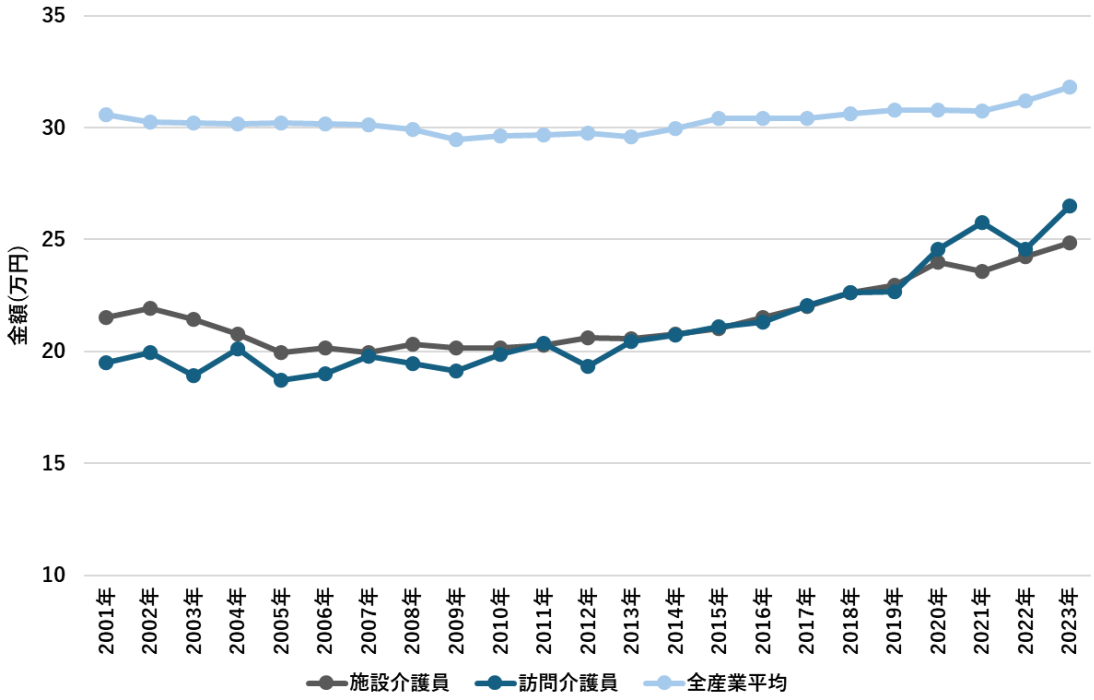
資格・研修名	内容	活躍できる主な職種
介護福祉士	介護の専門知識・技術に関する国家資格	訪問介護員・施設介護員
介護職員初任者研修	介護職員として基礎的な知識に関する研修	訪問介護員・施設介護員
介護職員実務者研修	介護職員として応用的な知識に関する研修	訪問介護員・施設介護員
生活援助従事者研修	生活援助中心型のサービスに関する基礎的な研修	訪問介護員(生活援助のみ)
介護支援専門員	介護支援専門員となるために必須の資格	介護支援専門員
社会福祉士	利用者に必要な助言を行える国家資格	生活相談員・支援相談員
看護師・准看護師	医療行為を行うための国家資格	看護職員
PT・OT・ST	いずれもリハビリテーションに関する国家資格	PT・OT・ST
管理栄養士・栄養士	食事に関して助言を行うための国家資格	管理栄養士・栄養士
ホームヘルパー1級	介護職員実務者研修と同等、2013年3月末で廃止	訪問介護員
ホームヘルパー2級	介護職員初任者研修と同等、2013年3月末で廃止	訪問介護員
ホームヘルパー3級	生活援助従事者研修と同等、2013年3月末で廃止	訪問介護員
介護職員基礎研修	介護職員実務者研修と同等、2013年3月末で廃止	訪問介護員

全国社会福祉協議会「福祉のガイド　福祉の資格」、聖隷福祉事業団「研修・教育」、
日本福祉教育専門学校「社会福祉士とソーシャルワーカーの違いとは？」より筆者作成

しかし、これらの仕事内容に対し、賃金が見合っていないと考える介護労働者は多い。令和５年度介護労働実態調査(2023)によると、介護労働者の 37.5%が「仕事内容のわりに、賃金が低い」と考えている。実際、介護労働者の賃金は全産業平均の賃金と比べ、低くなっている(図２)。厚生労働省(2019)によれば、介護労働者の月額の所定内賃金は全産業平均と比較すると、５～10 万円低いことが読み取れる。

[4] ホームヘルパー1～3 級及び介護職員基礎研修は既に廃止されており、新たに取得することは不可能であるが、資格としては 2024 年現在も有効である。

図２　所定内賃金(月額)の推移



厚生労働省「賃金構造基本統計調査[5]」より筆者作成

第２項　低賃金による悪影響

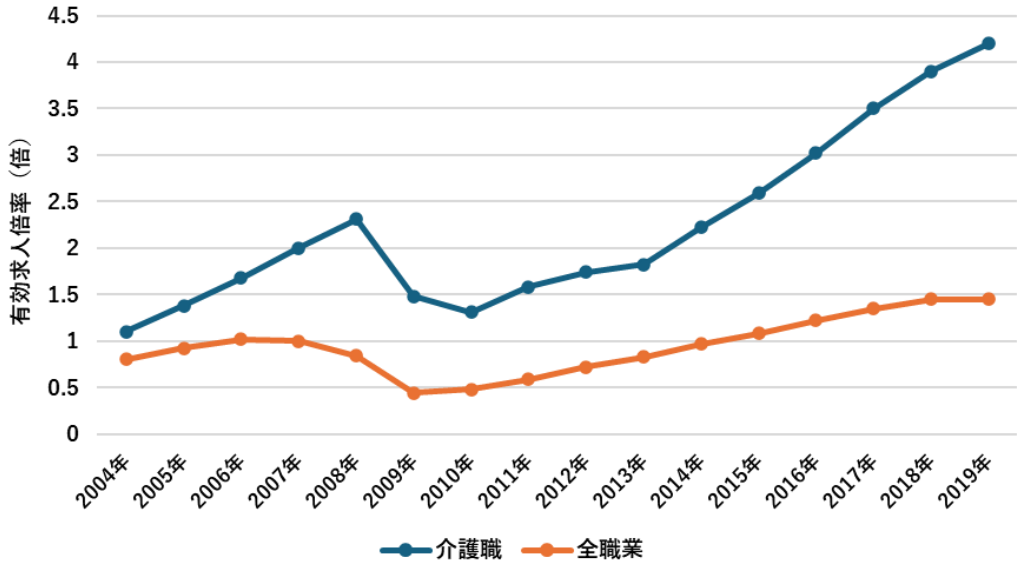
介護労働者の賃金が低いことによって、以下のような状況が発生している。

- **介護業界における人手不足**
- **介護労働者の仕事に対する満足度の低下**

まず、人手不足についてである。内閣府の令和５年度高齢社会白書によれば、介護職の有効求人倍率は近年上昇している(図３)。

[5] 図２の施設介護員・訪問介護員はいずれも正社員・正職員の値である。

図３　有効求人倍率の推移



内閣府(2023)「令和５年度高齢社会白書」より筆者作成

2004 年時点では、約１倍と需給のバランスが取れていた有効求人倍率が、2019 年には４倍を超えるなど、この 15 年間で介護業界が人材の需要超過状態に変化してきたことが分かる。また、全職種と比較しても介護職の有効求人倍率が２倍以上の差があり、低い水準にあることが見て取れる。

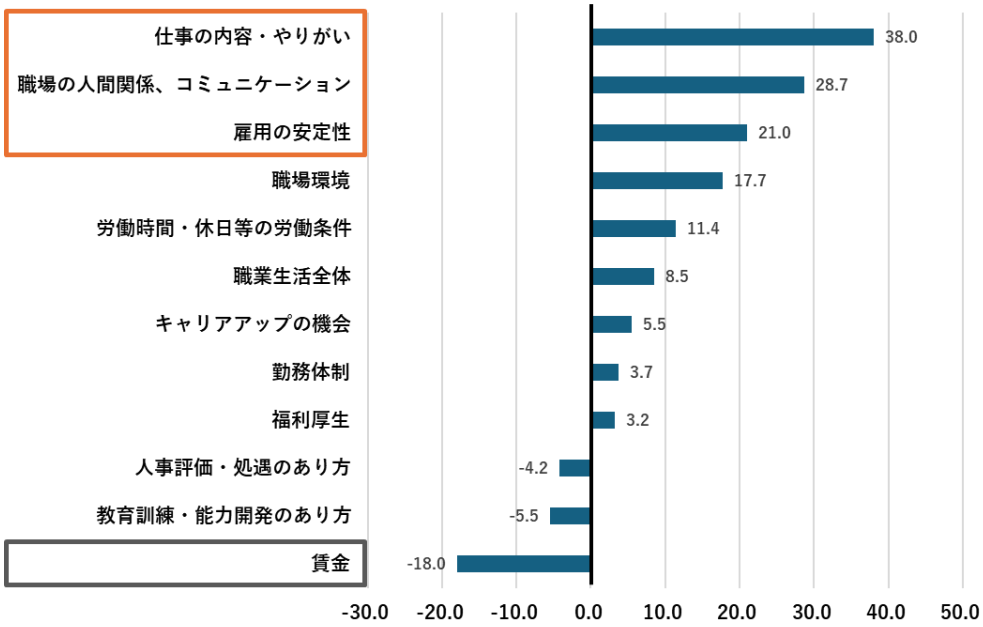
また、低賃金であるために、介護業界が労働者から選ばれていない現状も伺える。令和２年度社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の『就労状況調査』において、有資格者であるにも関わらず、一度も福祉・介護・医療分野を職場として選択しなかった理由を聞いたところ(複数回答可)、約 40%の人が「給与や賃金の水準に満足できなかったため」と回答している。同様に、今後福祉・介護・医療分野に就業する際に重視することについて聞いたところ(複数回答可)、約 70%の人が「給与や賃金の水準」を挙げている。

ここから、低賃金であるために介護業界では、介護労働者の採用が難しく、結果として人手不足に陥っている状況が読み取れる。

次に、仕事に対する満足度の低下についてである。令和５年度介護労働実態調査の労働者票では、仕事の満足度を測る指標として満足度 D.I[6]を用いている(図６)。

[6] 令和５年度介護労働実態調査では、満足度に関するアンケート調査の選択肢として、「満足」「やや満足」「普通」「やや不満足」「不満足」の５つを設けている。満足度 D.I とは、「満足」「やや満足」と答えた人の割合から、「不満足」「やや不満足」と答えた人の割合を差し引いた指標である。0 ポイントを境に、値が高いほど満足度が高く、値が低いほど不満足に感じていると言える。

図４　仕事に対する満足度 D.I

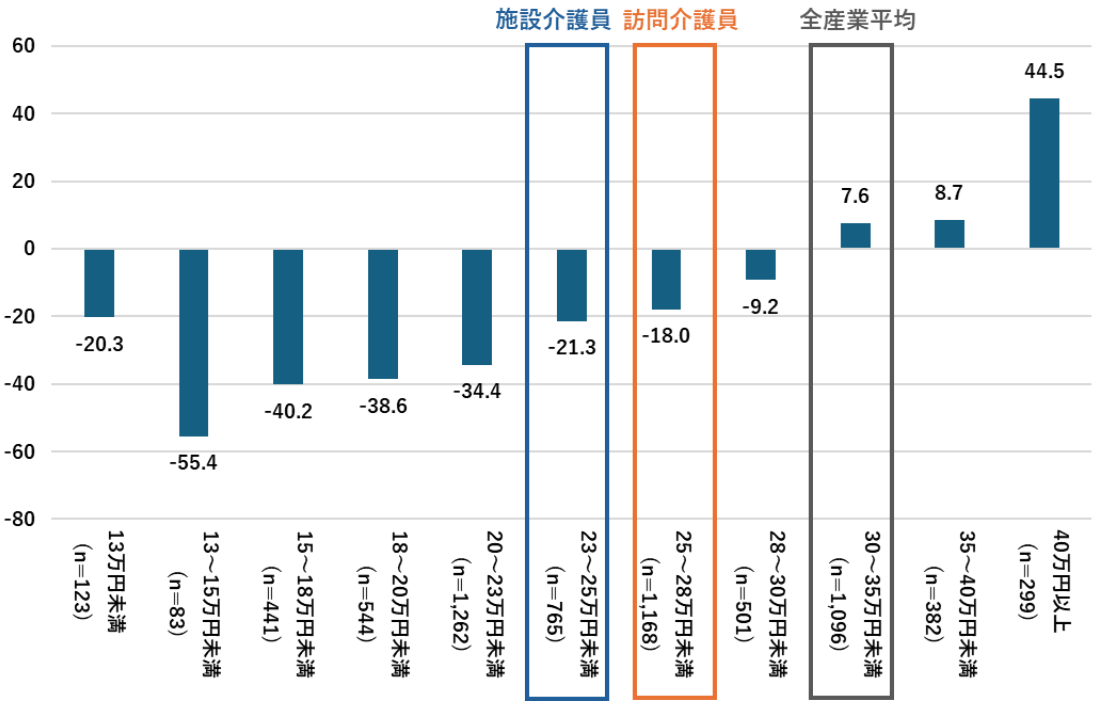


介護労働安定センター(2024)「令和５年度介護労働実態調査」より筆者作成

満足度 D.I が高かった上位３つの要素、つまり介護労働者が満足に感じている介護職の要素として挙げられるのが、「仕事の内容・やりがい」「職場の人間関係・コミュニケーション」「雇用の安定性」(それぞれ 38.0、28.7、28.1 ポイント)である。一方で、満足度 D.I が最も低かった、つまり介護労働者が最も不満足に感じている介護職の要素は「賃金」(-18.0 ポイント)であった。このことから、低賃金が介護労働者の仕事に対する満足度を引き下げていることが読み取れる。

さらに、介護労働者本人が家計の主たる生計維持者である場合の賃金満足度 D.I を通常月の月収別で見てみると(図５)、月 13～15 万円の労働者が最も賃金に対して不満足を感じている(-55.4 ポイント)。しかし、月収が上がるにつれてその値は改善し、月収 30～35 万円を得ている介護労働者の賃金満足度 D.I はそれ以下の月収の介護労働者と比較して、プラスに転じている(7.6 ポイント)。このことから、月収 30 万円以上になると賃金に対して満足を覚える介護労働者が多いことが読み取れる。これは、図２「所定内賃金(月額)の推移」で示したように、この値は全産業平均の所定内賃金(月額)の水準であり、その水準に達している介護労働者は多くはない。図２における施設介護員と訪問介護員の所定内賃金(月額)を当てはめてみると、これらの金額に対して、満足に感じている介護労働者よりも不満に感じている者の方が多いことが分かる。

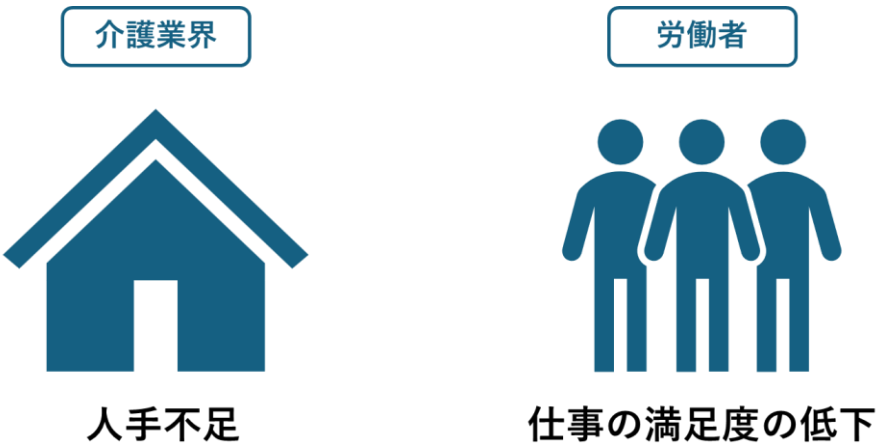
図５　本人が主たる生計維持者の通常月の平均月収別賃金満足度Ｄ．Ｉ



介護労働安定センター(2024)「令和５年度介護労働実態調査」より筆者作成

以上より、低賃金によって、介護業界にとっては人材不足が、介護労働者にとっては仕事の満足度の低下という悪影響が起こると考えられる(図６)。

図６　低賃金による悪影響



（筆者作成）

第３項　低賃金を引き起こす要因

ここまで介護労働者が直面している低賃金の現状(第１節)と、低賃金による悪影響(第２節)について述べてきた。本節ではこれらを踏まえ、介護労働者の低賃金を引き起こす要因について述べる。

基本的に、介護労働者の賃金は介護労働者が所属する事業所(以下、事業所と呼ぶ)の収入から支払われるため、介護労働者の低賃金の要因は事業所の収入にあると考えられる。本稿では介護労働者の低賃金を引き起こす要因として、以下２つの仮説を考える。

(ア)事業所収入が不十分であるために、賃金を引き上げるための資金が用意できない
(イ)事業所収入は十分であるが、賃金を引き上げるためではなく、別の目的のために資金を回している

まず、(ア)について述べる。後述するように、介護サービスは介護保険制度に基づいて提供される。そして、事業所は介護サービス提供の対価として事業所収入を得る。事業所が収入を得る方法としては利用者負担と介護報酬の２種類があり、事業所が被保険者である利用者から対価として受け取るのが利用者負担、保険者である市町村から受け取るのが介護報酬である。そして、これらの利用者負担と介護報酬は、提供時間やサービスの種類ごとに介護保険制度に基づき支払われるので、事業所収入を事業所自身が変更することは不可能である。つまり、他産業の営利企業のように、事業所が独自で賃上げや賃上げによる経営悪化を理由として、サービスの料金に対する価格転嫁を行うことが難しい。したがって、事業所は収入に関して自由度が低いことから、仮に労働者の賃金を引き上げる意志があっても、その能力がない可能性がある。

次に(イ)についてである。先程述べた事業所収入が十分あり、賃上げするために資金を割くことができる状態を仮定したものである。しかし、その資金を賃上げではなく施設や設備の拡充を目的として用いている可能性が考えられる。またその賃金を内部留保している可能性も考えることができる。労働基準法第 11 条、第 24 条、第 28 条、第 89 条によると、労働者に対する賃金支払いについては、以下のように定められている。

- 労働契約締結時には、使用者は労働者に対して賃金を明示しなければならない
- 労働者に支払う賃金は最低賃金法で定められる最低賃金額以上でなければならない
- 10 人以上の事業所は賃金体系などを記載した就業規則を、労働基準監督署に提出しなければならない

上記の内容を遵守すれば、事業所の裁量で賃金を決定することができる。したがって、事業所は、介護労働者に対して人件費削減のために、最低限の賃金のみの支払いを行ってい

る可能性がある。つまり事業所の収入配分によって、介護労働者は仕事内容に見合うだけの賃金を受け取れていない可能性がある。

以上より、介護労働者の低賃金を引き起こす要因として、事業所収入に関する上記２つの仮説が考えられる。本稿ではこの２つの仮説のうち、どちらがより現状に当てはまっているのかについて分析を行うものとする。

第２節　介護に関する現行の制度

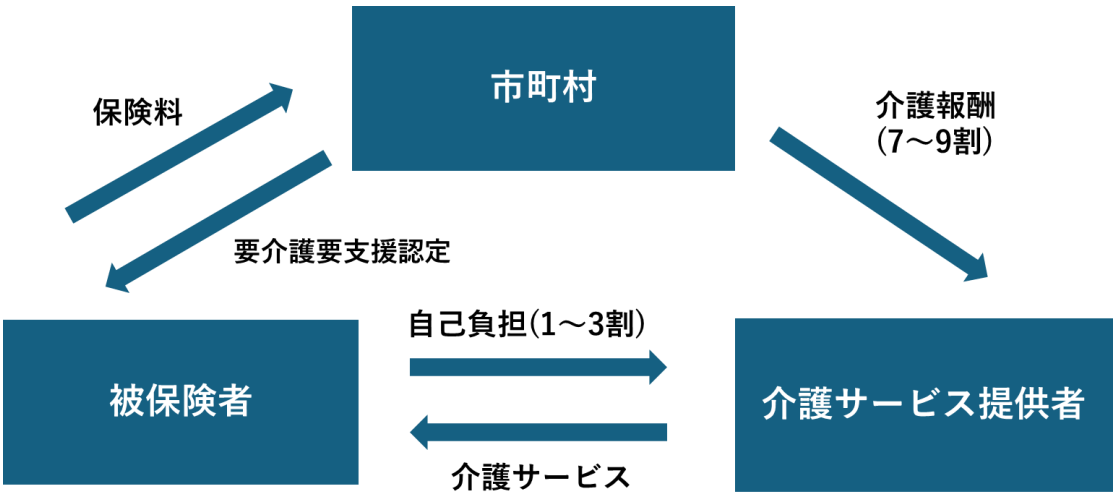
第１項　介護保険制度

前節では介護労働者の低賃金について述べた。介護労働者の賃金は事業所の収入から配分されているが、事業所に支払われる金額は介護保険制度に基づいている。

介護保険制度(図 7)は 2000 年に創設された。高齢化が進む日本において、親の介護のために退職する「介護離職」が年々増加傾向にある。介護保険制度には介護離職を減らし、介護サービスを社会全体で支える目的がある。全国の市町村（地方自治体）が保険者となり、被保険者から保険料を徴収し、介護サービス提供事業者に自己負担の除いた額の介護報酬を支払う。

被保険者は 40～64 歳の第一号被保険者と 65 歳以上の第二号被保険者に分けられる。第二号被保険者のうち、保険者である市町村から要介護・要支援認定を受けた人のみが、原則自己負担１割で介護サービスを受けることができる。ただし、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、相対的に負担能力のある、一定以上の所得を有する利用者の自己負担割合を２割、そのうち、特に所得の高い利用者の負担割合を３割としている。

図７　介護保険制度の仕組み

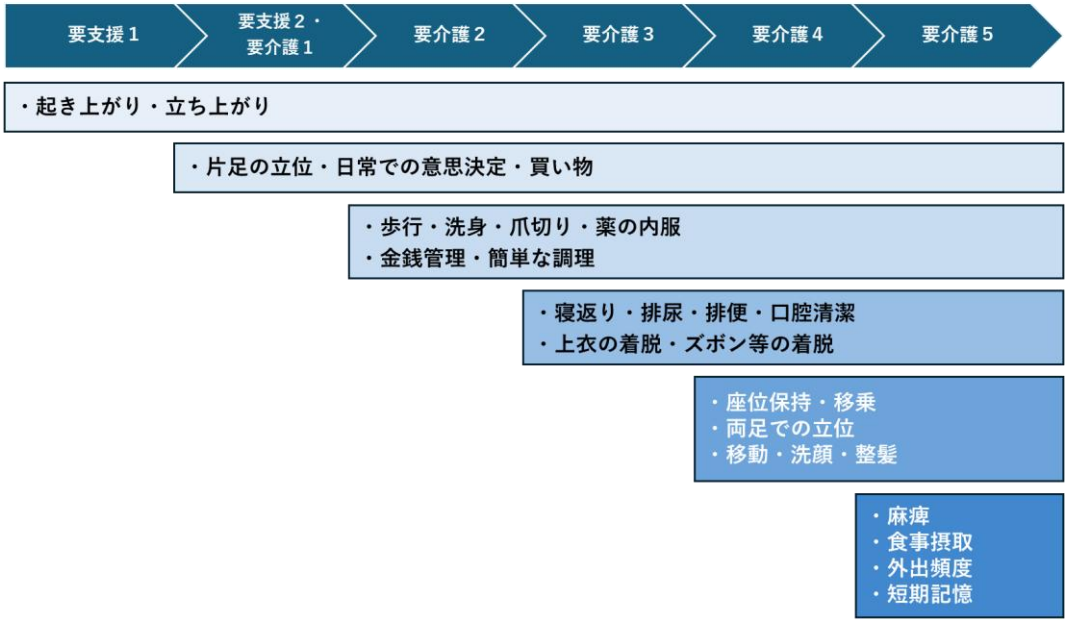


厚生労働省（2019）「介護保険制度について」より筆者作成

介護保険制度においては、要介護認定を受けた人と、要支援認定を受けた人では利用できる介護サービスが異なる。要介護状態とは、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態を指す。要支援状態とは、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態と定義される(図８)。つまり、介護の必要度合いに応じた

介護サービスを受けることができる仕組みとなっている。

図８　要介護・要支援状態の目安[7]



厚生労働省(2016)「要介護認定の仕組みと手順」より筆者作成

また、事業所によって提供するサービスが異なるために、ある一定の要介護・要支援度を満たす利用者のみを受け入れている事業所もある。表３は事業所において提供される介護サービスの一覧である。例えば、施設系に分類される介護老人福祉施設では、常に介護が必要な方の入所を受け入れる体制を取っているため、主に介護度３以上の利用者を受け入れている。

そして、介護サービスを利用する際に支払う利用者負担は介護サービスごとに、厚生労働省によって決められている。例として訪問介護を取り上げる。訪問介護が主に提供するサービスは身体介護、生活援助、通院時の乗車・降車等介助であるが、それぞれ提供時間ごとに料金が政府によって定められている。身体介護を 25 分利用した場合は利用１回につき、250 円（自己負担１割の場合）を支払う仕組みである。

[7] 要介護・要支援度別に 80%以上の割合で何らかの低下が見られる日常生活能力の一覧を示している。

表３　種類別介護サービス一覧[8][9]

種類	サービス名
訪問系	訪問介護（ホームヘルプ）
	訪問看護
	訪問入浴
	訪問リハビリ
	夜間対応型訪問介護
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
通所系	通所介護（デイサービス）
	通所リハビリ
	地域密着型通所介護
	療養通所介護
	認知症対応型通所介護
施設系	介護老人福祉施設
	介護老人保健施設
	介護療養型医療施設
	特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、軽費老人ホーム)
	介護医療院
宿泊系	短期入所生活介護(ショートステイ)
	短期入所療養介護
地域密着型	認知症対応型共同生活介護
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	地域密着型特定施設入居者生活介護
その他	居宅介護支援
	小規模多機能型居宅介護
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
	福祉用具貸与
	特定福祉用具販売

厚生労働省「介護サービス情報公表システム」より筆者作成

市町村は３年に一度見直しを行う介護保険事業計画に基づいて介護保険料を定めている。高齢化の進展により、介護保険料は上昇することが見込まれており、介護保険制度の持続

[8] 地域密着型サービスとは、住み慣れた地域で多様かつ柔軟なサービスを提供するための枠組みであり、主に事業所や施設がある市区町村に居住する人が利用できる。地域密着型サービス以外の介護サービスは居住区域外の市区町村にある事業所や施設の利用も可能である。

[9] 認知症対応型とは認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスである。

可能性の確保のための重点化・効率化が求められている。

第２項　介護報酬制度

介護報酬は、事業所が所在する地域やサービス提供にかかる平均的な費用を考慮して設定される。そして、地域ごとの賃金差やサービスごとの人件費比率の違いを反映するために単位制を採用している。各地域やサービスごとに１単位の単価が設定され、これにより介護労働者の賃金差を反映している。市町村ごとの区分(以下、地域区分と呼ぶ)は、公平性・客観性を確保するため、国家や地方公務員の地域手当の区分に準拠しており、地域の実情に応じた介護報酬の設定が行われている。

後述のように決定される基本報酬額に加え、従来よりも専門的な介護サービスを提供した際に算定できる加算や、サービス提供のための十分な体制が整っていない際の減算を基本報酬額から計算することで介護報酬額が算出される(図９)。

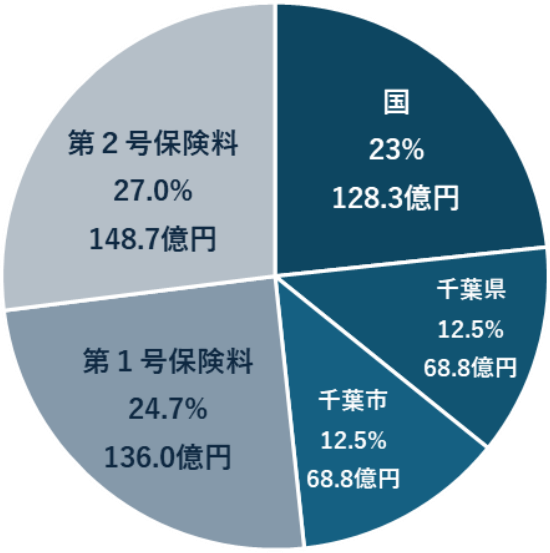
図９　介護報酬額の計算式

(筆者作成)

介護報酬の財源は公費(国、都道府県、市区町村)50%と、介護保険料(第１号保険料、第２号保険料)50%で賄われている。財源の内訳は先程述べた介護保険事業計画に基づいて決定する。千葉県千葉市の 2024 年度を例に挙げた介護報酬の財源内訳は以下である(図 10、図 11)。介護報酬の財源は居宅サービス[10]と施設サービス[11]によって異なる。居宅サービスの介護報酬総額は 550.6 億円、施設サービスの介護報酬総額は 203 億円である[12]。

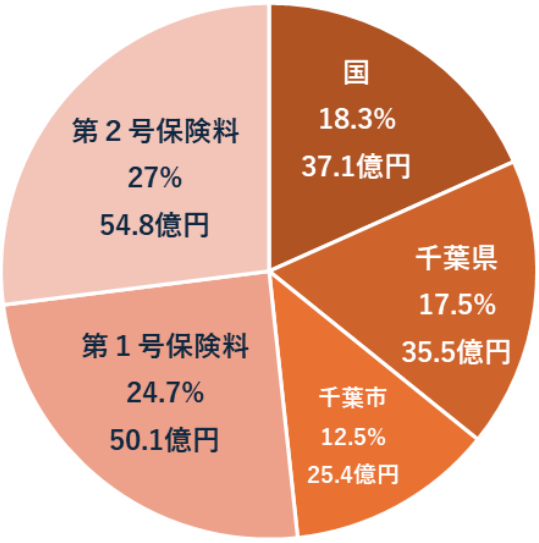
[10] 居宅サービスとは表３で示した介護サービスのうち、訪問系・通所系・宿泊系にあたるものを指す。
[11] 施設サービスとは表３で示した介護サービスのうち、施設系にあたるものを指す。
[12] 図 10・図 11 の各金額は小数点第２位を四捨五入したものを示しているため、図 10・図 11 の金額を合わせたものと、ここで述べる総額とは数字が異なる場合がある。

図１０　介護報酬の財源内訳(居宅サービス)



千葉市(2024)「千葉市高齢者保健福祉推進計画(第９期介護保険事業計画)」より筆者作成

図１１　介護報酬の財源内訳(施設サービス)



千葉市(2024)「千葉市高齢者保健福祉推進計画(第９期介護保険事業計画)」より筆者作成

居宅サービスと施設サービスによって国の負担割合が異なり、居宅サービスで 25%、施設サービスで 20%である。このうち 5%は、市町村間の財政格差を是正するための調整交付金であり、後期高齢者の割合や低所得者の割合によって交付割合が変動する。後期高齢者の割合が全国平均を下回るなどして、調整交付金の交付割合が 5%を下回る場合、その分は第 1 号被保険者が賄うこととなる。

第３節　介護報酬制度における地域区分

地域区分は、地域によって異なる物価等をその地域に所在する事業所の人件費に反映させることで、人件費の地域差を是正する目的があり、介護保険創設当時の 2000 年から介護報酬に適用されている。

地域区分の仕組みは以下の通りである(図 12・図 13)。

図１２　基本報酬額の計算式

(筆者作成)

図１３　１単位当たりの単価の計算式

(筆者作成)

基本報酬額は１単位当たりの単価に対して、提供する介護サービスに応じた単位数を掛け合わせることで決定される(図 12)。１単位当たりの単価は、基本 10 円に地域区分率[13]と人件費率[14]をそれぞれ掛けることで計算可能である(図 13)。地域区分及び人件費割合は介護報酬改定に合わせ、３年に１度変更される。以下、表４が地域区分率の変遷、表６が人件費率の変遷である。

[13] 本稿では地域区分のパーセンテージ表記を地域区分率と呼ぶ。また、地域区分率ごとに割り当てられている市区町村を総称して割り当て地域と呼ぶこととする。
[14] 同様に、本稿では人件費割合のパーセンテージ表記を人件費率と呼ぶこととする。

表４　地域区分率の変遷

	2003年～	2006年～	2009年～		2012年～	2015年～	2018年～	2021年～
特別区	12%	12%	15%	1級地	18%	20%	20%	20%
特甲地	10%	10%	10%	2級地	15%	16%	16%	16%
甲地	6%	6%	6%	3級地	12%	15%	15%	15%
乙地	3%	3%	5%	4級地	10%	12%	12%	12%
その他	0%	0%	0%	5級地	6%	10%	10%	10%
				6級地	3%	6%	6%	6%
				7級地		3%	3%	3%
				その他	0%	0%	0%	0%

厚生労働省(2011)「介護報酬の地域区分の見直しについて」、
厚生労働省(2016)「地域区分について(参考資料)」、
厚生労働省(2019)「地域区分について」、
厚生労働省(2023)「地域区分」より筆者作成

この中では特に、地域区分変更は変更方法によって次のような変更があった。

A)　地域区分率のみ変更され、割り当て地域に変更はない：2009 年度改定
B)　地域区分率に変更はないが、割り当て地域が変更された：2003，2006，2018，2021 年度改定
C)　地域区分率・割り当て地域双方共に変更された：2012，2015 年度改定

これらをまとめたのが表５である。地域区分の変更は労働者の能力や事業所からの申告に関わらず、地域ごとで外生的に変更されるものである。そこで本稿では、特にこの地域区分の変更に着目した分析を行う[15]。この中でも本稿では、地域区分率のみ変更され、割り当て地域に変更のなかった 2009 年度改定(A)に着目する。

なお１単位あたりの単位算出に際し、地域区分に乗される人件費割合については 2009 年度介護報酬改定にて人件費率と対象となる介護サービスの双方が改められている。しかしこれは地域区分とは異なり、全国一律の改定であるごとに注意が必要である。

[15] 地域区分のほかにも、介護報酬制度を通じて介護労働者の賃金に影響を与える制度として、処遇改善等加算などが挙げられるが、本稿では地域区分に着目した分析を行うものとする。

表５　地域区分変更一覧

	2003年度	2006年度	2009年度	2012年度	2015年度	2018年度	2021年度
地域区分率	—	—	○	○	○	—	—
割り当て地域	○	○	—	○	○	○	○
分類	B	B	A	C	C	B	B

（筆者作成）

表６　人件費率の推移[16]

種類	サービス名	～2009年	2009年～	2012年～	2015年～	2018年～2024年現在
訪問系	訪問介護	60%	70%	70%	70%	70%
	訪問看護	40%	55%	70%	70%	70%
	訪問入浴	60%	70%	70%	70%	70%
	訪問リハビリ	40%	55%	55%	55%	55%
	夜間対応型訪問介護	60%	70%	70%	70%	70%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			70%	70%	70%
通所系	通所介護	60%	45%	45%	45%	45%
	通所リハビリ	40%	55%	55%	55%	55%
	地域密着型通所介護					45%
	認知症対応型通所介護	60%	55%	55%	55%	55%
施設系	介護老人福祉施設	40%	45%	45%	45%	45%
	介護老人保健施設	40%	45%	45%	45%	45%
	介護療養型医療施設	40%	45%	45%	45%	45%
	特定施設入居者生活介護	60%	45%	45%	45%	45%
	介護医療院					45%
宿泊系	短期入所生活介護	40%	45%	45%	55%	55%
	短期入所療養介護	40%	45%	45%	45%	45%
地域密着型	認知症対応型共同生活介護	60%	45%	45%	45%	45%
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	40%	45%	45%	45%	45%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	40%	45%	45%	45%	45%
その他	居宅介護支援	60%	70%	70%	70%	70%
	小規模多機能型居宅介護	60%	55%	55%	55%	55%
	看護小規模多機能型居宅介護			55%	55%	55%

厚生労働省(2009)「平成 21 年度介護報酬改定について　～骨子～」、
厚生労働省(2012)「平成 24 年度介護報酬改定の概要」、
厚生労働省(2019)「地域区分について」より筆者作成

16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は 2012 年 4 月、地域密着型通所介護は 2016 年 4 月、介護医療院は 2018 年 4 月、看護小規模多機能型居宅介護は 2012 年 4 月に創設されたため、それ以前の年度のデータが存在しない。

地域区分は、統一的かつ客観的に設定する観点から、原則として、地域ごとの民間事業者の賃金水準等を反映させたものである公務員の地域手当[17]に準拠して設定している(厚生労働省, 2019)[18]。介護保険における地域区分と公務員の地域手当で大きく異なる点[19]は以下の２点である。

１つ目は支給される対象である。公務員の地域手当は公務員本人に支給される基本給に掛け合わせる形で支給されるが、介護保険の地域区分は事業所に支給される介護報酬に反映される。つまり、人件費の地域差を勘案する目的の地域区分は地域手当とは異なり、介護労働者の賃金に反映されない場合がある。

２つ目は割合である。国家公務員の地域手当はそのまま基本給に反映される。介護保険の地域区分はサービスによって異なる４～７割の人件費率を掛け合わされるため、割合としての値が等しいが実際の金額として異なる。 介護報酬やその１%単位あたりの単価は図12, 13 のように掛け算の形であるため分析では対数を取ることで、この影響をみる。具体的には１単位あたりの単価は対数を取ると、

$$\ln(10) + \ln(1 + \textit{地域区分率}) + \ln(\textit{人件費比率}) \cong \ln(10) + \textit{地域区分率} + \ln(\textit{人件費比率})$$

で表現される。ここでは対数近似を最後の等式で用いている。本稿では 2009 年の変更に着目するが、地域ごとで異なる変化が見られるのはこのうち地域区分率のみであるため、この外生変動を分析で利用する。

[17] 公務員の地域手当は人事院規則によって詳細に定められており、改定は原則として 10 年に一度行われる。2024 年現在においては 1 級地から 7 級地にその他を加えた 8 段階に分かれており、最大で 20%の差が設けられている。地域手当の支給割合は基本給に掛け合わされるため、影響が大きい。

[18] なお隣接地域の状況によっては、特例として級地の変更が認められる場合がある。

[19] この他にも設定や改定を行う主体が異なる。公務員の地域手当は人事院がまとめて勧告を出す一方で、地域区分は公務員が存在する地域は地域手当に準拠するものの、地域手当が設定されていない地域は市町村が独自で決めることが可能である。 また、地域手当は 10 年に一度であるのに対し、地域区分は介護報酬の改定に合わせて 3 年に一度見直されるなど、改定の頻度が異なる。

第４節　問題意識

高齢化が進む日本社会において、介護サービスのニーズはますます高まっている。その介護サービスの供給を担うのが介護労働者であり、その職務内容は多岐にわたる。その中で、仕事内容に対して賃金が見合っていないと考える介護労働者は多く、全産業平均と比較すると月額で５万～10 万円程度低い。その要因として、①通常の営利企業と異なり、介護労働者の報酬が介護保険制度で決まっており、その介護報酬が不十分な水準での報酬になっているために、介護労働者が低賃金に陥っていること、②事業所が得た報酬から裁量的に賃金の支払いが行われてしまうことで、結果的に介護労働者の賃金が低くなってしまう可能性があることを第１節第３項で述べた。介護労働者の賃金が低いことによって、介護業界が人手不足になること、仕事に対する満足度が低下することなどの悪影響が考えられる。介護労働者の賃金の主な資金源は事業所が市町村からサービスの対価として受け取る介護報酬と利用者が事業所に支払う利用者負担であるが、いずれも政府によって価格が定められており、事業所が独自に変更することは難しい。本稿では特に、上記二つの資金源のうち、介護報酬に注目する。介護報酬には事業所における人件費の地域差を埋めるために地域区分が設けられており、地域区分の改定は地域区分率の変更と割り当て地域の変更の２つに分けられる。

したがって、介護報酬における地域区分の改定、とりわけ地域区分率の引き上げが介護労働者の賃金に与える影響を分析し、介護労働者の賃上げに有効な制度変更を検討する。

第２章　先行研究

第１節　先行研究

本稿は地域区分改定による介護労働者の賃金の影響を分析する。本稿に関連する研究として、介護報酬改定が賃金に与えた影響をみた以下のような論文が挙げられる(表７)。

表７　先行研究まとめ

タイトル	著者(年度)	分析の対象	イベント
介護労働者の賃金決定要因と離職意向--他産業・他職種からみた介護労働者の特徴	山田・石井(2009)	相対賃金	2003・2006年度介護報酬マイナス改定
介護施設における介護職員不足問題の経済分析	周(2009)	賃金	2006年度介護報酬マイナス改定
介護職員処遇改善策は賃上げにつながらず	黒岩(2017)	賃金	2015年度処遇改善加算の拡充
2009年の介護報酬改定が介護従事者の賃金、労働時間、離職率に与えた影響	上野・濱秋(2017)	賃金、労働時間、離職率	2009年度地域区分改定
Impact of increased Long-term Care Insurance payments on employment and wages in formal long-term care	Kondo(2019)	時給、介護報酬額、雇用数、労働時間など	2012年度地域区分改定

(筆者作成)

山田・石井(2009)は就業構造基本調査を使用し、2002年と2007年の２時点で差分の差分析（DID 分析）を行った研究である。他職種と比べて介護職は相対賃金が大幅に低下したことを明らかにし、筆者はその理由として 2003 年度と 2006 年度の介護報酬マイナス改定を挙げている。

周(2009)は 2000 年代後半に介護職員の不足と低賃金という問題が同時に起こっている原因としていくつかの仮説を立てて分析を行った。分析の結果、2006 年介護報酬マイナス改定による影響とみられる「政策ショック仮説」は支持された。

黒岩(2017)は介護労働実態調査の 2014 年度、2015 年度のデータを使用して、賃金の比較を行った。分析の結果賃金は上昇せず、筆者は処遇改善加算の拡充と同時に行われた介護報酬のマイナス改定の影響を拾っていると述べた。

以上の 3 つの論文が介護業界全体としての賃金の変化を観察した研究である。しかしながら、これらの研究は政策の前後を比べた研究となるので、介護業界にまつわる様々な政

策ショックの影響を取り除いていない。そこで、介護報酬の中にある地域区分という制度に注目し、地域によって処置群と対照群を分けて DID 分析をすることで、因果関係を特定した先行研究を取り上げる。

上野・濱秋(2017)は、2009 年度の地域区分改定が介護労働者の賃金、労働時間、離職率に与えた影響を捉えたものである。首都圏都市部のうち東京 23 区のみで介護報酬の地域区分率が 3%引き上げられたことを自然実験とみなし、差分の差分析(DID 分析)を試みている。処置群は東京 23 区を、対照群は 23 区以外の首都圏の都市部としている。データは公益財団法人介護労働安定センターが実施する「介護労働実態調査」の 2007 年度、2008 年度、2010 年度、2011 年度のデータを使用し、分析対象は訪問介護の非正社員短時間労働者と介護職員の正社員の２つに絞った。分析結果として特徴的であるのは、訪問介護の非正社員短時間労働者と介護職員の正社員のいずれも、所定内賃金に有意な増加は見られなかった一方、手当や一時金等を含む実賃金の項目においては有意な増加が見られたことである。ここから、事業所は介護報酬引き上げによって増額した収入を用いて、手当や一時金の支給という形で賃金を増額した可能性が述べられている。

Kondo(2019)は 2012 年介護報酬改定が事業所における雇用と賃金に与えた影響を分析した。2012 年度の介護報酬改定においては 2009 年度の地域区分変更よりもより広い範囲で改定が行われた。地域区分変更による影響が大きい三大都市圏を分析対象に絞り、市町村を追跡できるデータを使用して分析した。分析手法は 2012 年度の地域区分変更をイベントとした連続的 DID 分析である。使用したデータは「介護サービス施設・事業所調査」、「賃金構造基本統計調査」、「介護保険事業状況報告」の 2009 年度から 2014 年度のデータであり、これによって介護報酬額、事業所ごとの介護労働者数、労働時間、時給換算した基本給などに及ぼす影響を明らかにしている。分析結果としては、地域区分率が増加した自治体の介護報酬額は増加したが、介護労働者数、労働時間、時給に有意な変化はなかったとしている。しかし、介護労働者にするに支給される賞与が地域区分割合変更から 1 年遅れで増額したと述べられている。

本稿では地域区分改定をショックとした上野・濱秋(2017)と Kondo(2019)を参考とした DID 分析を行う。

第２節　本稿の位置付け

本稿では 2009 年度介護報酬改定における地域区分改定を政策ショックとおき、地域区分率の引き上げが介護労働者の賃金（所定内賃金及び実賃金）に与える影響を DID 分析する。

本稿の新規性は以下の 2 つである。

1. **分析の対象地域が全国である**
2. **追加の分析で地域区分改定が事業所収入に与えた影響を観察する**

1.については、上野・濱秋(2017)は特別区における地域区分引き上げの効果を捉えたもので、分析の対象地域を首都圏の都市部のみとしている。また、Kondo(2019) では分析の対象地域を三大都市圏の 16 都道府県に限定している。しかし本稿では処置群に特別区と乙地を置き、その 2 地域以外の全ての地域を対照群とすることで分析の対象地域を全国に広げる。対象地域が全国になることで、より広範な地域区分引き上げによる影響を捉えることができる。またサンプル数が多くなることで、より正確な分析を行うことができる。

2.については、上野・濱秋(2017)は賃金以外の被説明変数として労働時間や離職率を分析しているが、事業所収入については分析していない。Kondo は市町村ごとの介護報酬額は分析をしているものの、事業所ごとの収入については分析していない。本稿は前年度との事業所収入の差を被説明変数として用いることで、地域区分改定による事業所収入の変化についても分析する。事業所収入を分析することで、介護労働者の賃金に影響がなかった場合において、その原因の特定につながる。具体的には事業所収入の不足か、事業所内部の収益配分のどちらの問題であるのかを明らかにできる。

第３章　理論・分析

第１節　分析Ⅰ

第１項　検証仮説

第 2 章以前では介護労働者の低賃金を問題とし、地域区分等の賃金を上昇させるための政策について説明した。そのような政策の中で、本稿では地域区分に注目した分析を行う。検証仮説は以下の通りである。

仮説 1:「地域区分の引き上げによって介護労働者の賃金が上昇する」

地域区分は前述の通り、介護報酬上でサービス単価の単位に人件費率とともにかけられるものである。地域区分の加算率の引き上げにより、サービス単位数が等しくても基本報酬額が増額し介護報酬、つまり事業所の収入が増加することが考えられる。また現状分析で述べた通り、事業所が振り分けられる地域区分は国家公務員等の手当に準拠するため、事業所にどの地域区分が適用されるかは事業所の意思や努力とは関係がない。このような外生的な事業所の収入の増加により、経営者が労働者の賃金を引き上げるかどうかの企業内意思決定について分析する。

第２項　分析の枠組み

本稿は介護労働実態調査の事業所個票データを用いて、介護報酬の地域区分改定が賃金にもたらす効果検証を行う。

具体的には、2009 年度に行われた介護報酬改定の地域区分の加算率の改定を政策ショックとして、DID 分析を行う。この改定により地域区分の加算率が引き上げられることで介護報酬額が増加する。それに伴い事業所の収入も増加した結果、介護労働者の賃金が上がると考える。

2009 年度の地域区分改定では一部の級地で地域区分の加算率が引き上がった。具体的には特別区が 2009 年度以前では 12%であったものが 2009 年度以後では 15%に変更した。また乙地が 2009 年度以前では 3%であったものが 2009 年度以後では 5%に変更した。それぞれ特別区をトリートメント１グループ、乙地をトリートメント２グループと呼び、DID 分析を行う。特甲地、甲地、その他はコントロールグループとする。

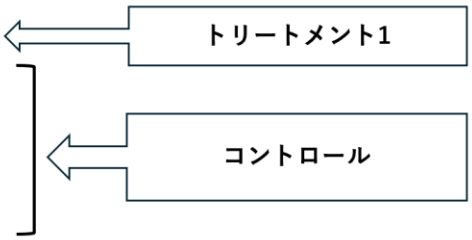
事業所がトリートメントグループかコントロールグループのどちらかに属するのかは事業所の所在地によって外生的に決められる。事業所の所在する市町村の地域区分率は施行

から１年ほど前に公開されるが、事業所の所在地を変えて事業を継続するデメリット[20]が大きいので、移転しないことが考えられる。このように、外生的な収入の変化による労働者の賃金の変化を観察することで、地域区分改定の介護労働者の賃金への影響について分析する。

トリートメント 1 グループとコントロールグループを対象とした分析を分析Ⅰ-1 で行う。同様にトリートメント 2 グループとコントロールグループを対象とした分析を分析Ⅰ-2 で行う。

図１４　分析Ⅰ-1 のグループ分け

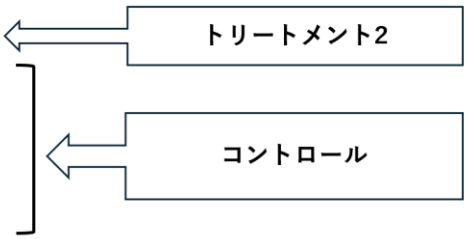
分析Ⅰ-1	2006年～2008年	2009年～2011年
特別区	12%	15%
特甲地	10%	10%
甲地	6%	6%
その他	0%	0%



厚生労働省(2011)「介護報酬の地域区分の見直しについて」より筆者作成

図１５　分析Ⅰ-2 のグループ分け

分析Ⅰ-2	2006年～2008年	2009年～2011年
乙地	3%	5%
特甲地	10%	10%
甲地	6%	6%
その他	0%	0%



厚生労働省(2011)「介護報酬の地域区分の見直しについて」より筆者作成

第３項　使用するデータ

使用するデータは『介護労働実態調査[21]』である。この調査は公益財団法人介護労働安定センターが行う調査である。事業所調査には各事業所 20 人を上限に、労働者の賃金や労

[20] 訪問介護においては移動にかかる費用の増加、通所介護においては利用者の減少などが懸念される。
[21] 介護労働実態調査は「事業所における介護労働実態調査」と「介護労働者の就業実態と就業意識調査」の２つに分かれている。このうち前者を事業所調査、後者を労働者調査と呼ぶ。事業所調査は独立行政法人福祉医療機構 WAMNET「介護保険事業者名簿」に記載されている介護保険指定サービス事業を行う事務所を単純無作為抽出した。回収は郵送で行い、回収率は 28.6%～48.1%であった。調査対象期日は 10 月 1 日である。このデータは年ごとに対象事業所が異なる繰り返し個票データとなる。

働時間などを記入したデータが内蔵され、そのデータを使用して分析を行う。

使用する年度は 2007 年度、2008 年度、2010 年度、2011 年度である。2009 年度は調査項目に都道府県が無いため除外した。2009 年度の地域区分改定の効果を見るため、その政策ショックの前後２年間を使用した。2006 年度以前や 2012 年度以後のデータは 2006 年度や 2012 年度の介護報酬改定の効果を拾ってしまうため、使用しなかった。

分析対象は事業所で働く労働者のうち、正社員かつ常勤の者とした。介護労働者の賃金を上昇させるには、まず常勤正社員の賃金を引き上げるべきと考えたためである。また福祉用具貸与、特定福祉用具の販売、居宅療養管理指導のサービスは人件費率が 0%であるため、地域区分率引き上げの効果が適切に反映されない。したがって、『介護労働実態調査』上の事業所のうち、主な提供サービスが上記の３つに該当する事業所に所属する労働者は除外した。

被説明変数として所定内賃金と実賃金の２つを用いる。介護労働実態調査には所定内給与と実給与が記載されている。この２つの違いは下記の表８に記載する。

表８　所定内給与と実給与

	定義	記載方法
所定内給与	決まって支給される給与 毎月の交通費や決められた 手当を含む	月給、日給、時給 の3つのいずれか
実給与	所定内給与に残業、深夜勤務 等の手当を加えたもの	月給

介護労働安定センター(2011)「介護労働実態調査」より筆者作成

所定内給与に毎月変化する手当等を含めた額が実給与である。所定内給与と実給与では記載方法が異なり比較することはできないため、給与を労働時間で割り、実賃金と所定内賃金に変換する。ただし介護労働実態調査に所定労働時間の項目がないため、本稿では所定労働時間を４段階に設定した。また賃金の変化を分析するため賃金を対数変換する。給与から賃金に変換する式は以下である。

所定内賃金が月給の者

$$所定内賃金 = \begin{cases} \log\left(\dfrac{所定内給与}{実労働時間}\right) \text{ if } 実労働時間 < \bar{t} \\ \log\left(\dfrac{所定内給与}{\bar{t}}\right) \text{ if } 実労働時間 \geq \bar{t} \end{cases}$$

所定内賃金が日給の者

$$所定内賃金 = \begin{cases} \log\left(\dfrac{所定内給与 \times 労働日数}{実労働時間}\right) \text{ if } 実労働時間 < \bar{t} \\ \log\left(\dfrac{所定内給与 \times 労働日数}{\bar{t}}\right) \text{ if } 実労働時間 \geq \bar{t} \end{cases}$$

$\bar{t}$は所定労働時間で、160，166，180 と$\bar{t}$自体設定しない４つのパターンを考える。これら４つのパターンの設定根拠は次の通りである。160 時間パターンでは 1 日８時間労働×20 日として 160 時間と考えた。次に 166 時間のパターンについては平成 19 年度から 23 年度の賃金構造基本統計調査において介護職の平均所定労働時間が 166 時間であったため設定した。180 時間のパターンについては聞き取り調査にて多くの事業所では 20 時間の固定残業代制を採用しているとのことだったため設定する。さらに同じ聞き取り調査ではサービス残業が横行しているという状況も把握できたため、所定労働時間を設定しないパターンも考えた。以後、それぞれのパターンを所定内賃金(160)、所定内賃金(166)、所定内賃金(180)、所定内賃金(なし)と呼ぶ。

実賃金の計算は次のように行った。

$$実賃金 = \log\left(\frac{実賃金}{実労働時間}\right)$$

これらの変換においては給与など[22]に異常値または誤答と思われるサンプルがあったため、これらは除外した。

第４項　分析モデル

地域区分の引き上げが介護労働者の賃金にもたらす影響を調べるために、次のような DID 分析のモデル式を用いる。

[22] 所定内給与、実給与、所定内賃金、実賃金、実労働時間、労働日数、1 日あたりの労働時間

$$Y_{ipt} = \alpha + \beta_1 D_i + \beta_2 after_t D_i$$

$$+ X_{ipt}\beta_2 + \tau_t + \mu_p + \varepsilon_{ipt}$$

ここでは、添え字iは労働者を、pは都道府県、tは年を表す。Y_{ipt}は被説明変数で、所定内賃金と実賃金の対数をとる。説明変数のうち、$after_t$は政策ショック前の 2007 年・2008 年には 0 を、政策ショック後の 2010 年・2011 年には 1 をとるダミー変数である。D_iは労働者が雇用されている事業所がトリートメントグループ（処置群）に属する場合には 1 を、コントロールグループ（対照群）に属する場合には 0 をとるダミー変数である。そして、$after_t$とD_iの交差項である$after_t D_i$の係数β_2が政策効果を示す。また、αは定数項、X_{ipt}はコントロール変数のベクトルを示す。μ_pは各都道府県の固定効果、τ_tはt年の年固定効果、ε_{ipt}は誤差項である。誤差項は都道府県ごとにクラスタリングされる。

コントロール変数には、労働者個人または事業所に関する変数を用いる。労働者個人に関する変数としては、女性ダミー、年齢ダミー、勤続年数、職種ダミー、保有資格ダミーが含まれる。事業所に関する変数としては、法人形態による賃金等への影響を考慮するための法人経営ダミー、処遇改善交付金ダミーが含まれる。

表９　労働者に関するコントロール変数（分析Ⅰ）

労働者個人に関する変数	備考
女性ダミー	女性であれば1、男性であれば0をとるダミー変数
年齢ダミー	24歳以下を基準とし、5歳ごとに区切ったダミー変数
勤続年数	
職種ダミー	調査時現在の働いている職種について分類するダミー変数
保有資格ダミー	介護にまつわる資格において、労働者がそれぞれの資格を取得していればば1、取得していなければを0とるダミー変数

（筆者作成）

表１０　事業所に関するコントロール変数（分析Ⅰ）

介護事業所に関する変数	備考
法人経営ダミー	経営主体が社会福祉法人・医療法人・NPOなどである場合は1、民間企業である場合は0をとるダミー変数
処遇改善交付金ダミー	2010年または2011年に処遇改善交付金が交付されている事業所に属する場合は1、それ以外は0をとるダミー変数

（筆者作成）

次に、表 11 に被説明変数とコントロール変数の基本統計量を示す。

表１１　基本統計量（分析Ｉ）

	観測数	平均	標準偏差
被説明変数			
所定内賃金(160)	70488	7.197	0.268
所定内賃金(166)	70488	7.176	0.271
所定内賃金(180)	70488	7.153	0.276
所定内賃金(なし)	70488	7.124	0.278
実賃金	70488	7.410	0.271
コントロール変数			
トリートメント1グループ	70488	0.052	0.221
トリートメント2グループ	70488	0.149	0.356
女性ダミー	70488	0.723	0.448
勤続年数	70488	5.04	5.01
年齢25~29歳ダミー	70488	0.148	0.356
年齢30~34歳ダミー	70488	0.147	0.354
年齢35~39歳ダミー	70488	0.124	0.329
年齢40~44歳ダミー	70488	0.113	0.317
年齢45~49歳ダミー	70488	0.119	0.324
年齢50~54歳ダミー	70488	0.116	0.320
年齢55~59歳ダミー	70488	0.093	0.292
年齢60歳以上ダミー	70488	0.046	0.209
訪問介護員ダミー	70488	0.054	0.226
施設介護員ダミー	70488	0.563	0.496
サービス提供責任者ダミー	70488	0.066	0.248
看護師（職種）ダミー	70488	0.129	0.335
介護支援専門員（職種）ダミー	70488	0.074	0.262
生活相談員ダミー	70488	0.085	0.280
PTOTST（職種）ダミー	70488	0.023	0.151
介護福祉士ダミー	70488	0.474	0.499
ホームヘルパー1級ダミー	70488	0.062	0.242
ホームヘルパー2級ダミー	70488	0.339	0.474
介護支援専門員（資格）ダミー	70488	0.163	0.499
社会福祉士ダミー	70488	0.041	0.197
看護師（資格）ダミー	70488	0.153	0.36
PTOTST（資格）ダミー	70488	0.022	0.147
法人経営ダミー	70488	0.680	0.467
処遇改善交付金ダミー	70488	0.516	0.500

（筆者作成）

第５項　分析Ｉの結果と解釈

まず、処置群をトリートメント 1 グループ、対照群をコントロールグループとし DID 分析（分析Ｉ-1）を行い、2009 年度の地域区分の引き上げが介護労働者の賃金にもたらした影響は表 12 にまとめた。結果として所定内賃金では有意な上昇がみられたが、実賃金に対しての影響はみられなかった。またその他の変数に関してはおおむね予想通りの結果が得られた。

続いて DID 分析の係数の大きさについて述べる。地域区分の加算率が 3%pt 引き上がった特別区では、介護労働者の所定内賃金は 0.10%～0.21% 上昇した一方、実賃金には変化が無かった。この分析結果から、地域区分引き上げによる事業所の収入の増加で労働者の基本給の増額があったものの、手当などにおいて変化がなかった、または負の影響があったと考えられる。

先述した DID 分析による結果は平行トレンドの仮定が成り立っていない場合には誤った結論を示すことになる。したがって、被説明変数が所定内賃金(160)・所定内賃金(166)・所定内賃金(180)・所定内賃金(なし)・実賃金について時系列的な政策効果の変化を分析できるイベントスタディを行い、結果を確認する。図 16～18 を見ると、所定内賃金(160)・所定内賃金(166)・所定内賃金(180)では地域区分引き上げ前の平行トレンドの仮定が満たされていることがわかり、DID 分析で示された 2010 年以降の所定内賃金の上昇は地域区分の引上げの効果によるものだということが示唆される。しかしながら、所定内賃金(なし)・実賃金は平行トレンドの仮定は満たされなかった。

分析 1 において所定内賃金では有意な結果が出たものの、実賃金では影響が見られなかった原因として「サービス残業の横行が実賃金の増加を妨げた」という仮説が考えられる。実賃金は「実給与/実労働時間」で算出されるため、サービス残業が発生している場合、実賃金の値は実際に分配されるべき金額より小さくなり、政策効果を適切に評価できない可能性がある。実際に聞き取り調査からもサービス残業の実態が明らかになっていることから、この仮説の信憑性は高いものだと言える。

分析Ｉの結果をまとめると、地域区分の引き上げにより所定内賃金の上昇は確認されたが、実賃金には影響が全く無かったと言える。実際に労働者が受け取る賃金は実賃金であることから、地域区分引き上げによる効果は労働者に還元されなかったと読み取れる。

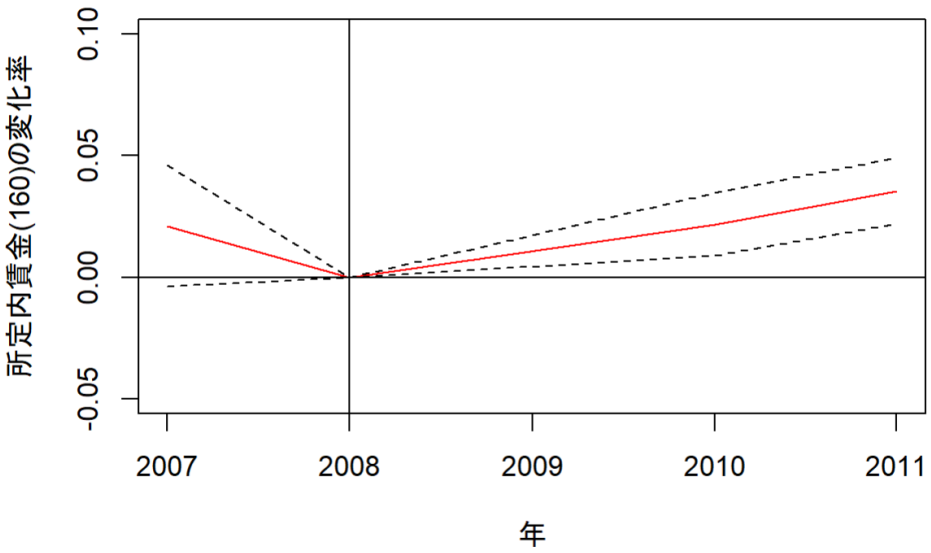
表１２　地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
（分析Ⅰ-1：トリートメント１とコントロール）

	所定内賃金(160)	所定内賃金(166)	所定内賃金(180)	所定内賃金(なし)	実賃金
トリートメントグループ1×介入後	0.021**	0.021**	0.016**	0.010*	0.000
	(0.004)	(0.004)	(0.005)	(0.005)	(0.005)
観測数	59983	59983	59983	59983	59983
自由度修正済み決定係数	0.538	0.540	0.535	0.524	0.517
都道府県固定効果	X	X	X	X	X
年固定効果	X	X	X	X	X

+ p < 0.1, * p < 0.05, ** p < 0.01

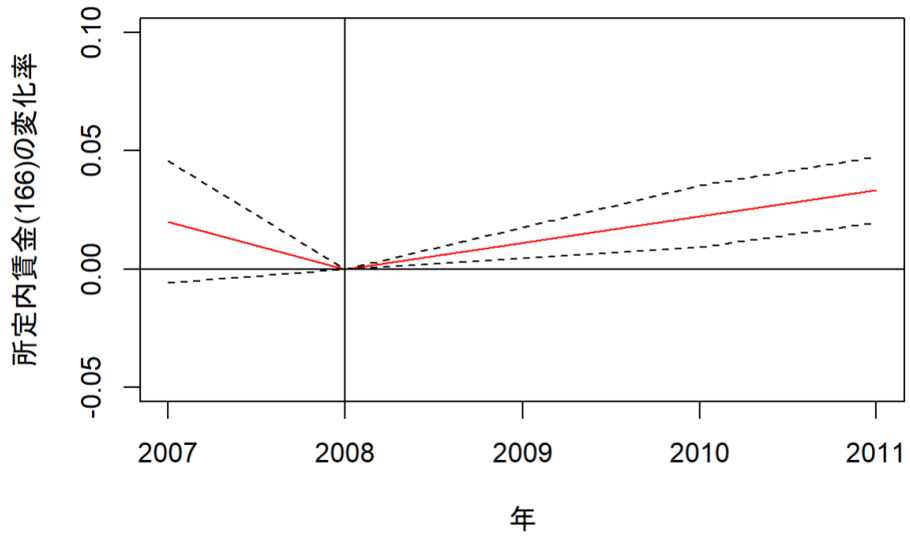
（筆者作成）

図１６　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
所定内賃金(160)（分析Ⅰ-1：トリートメント 1 とコントロール）



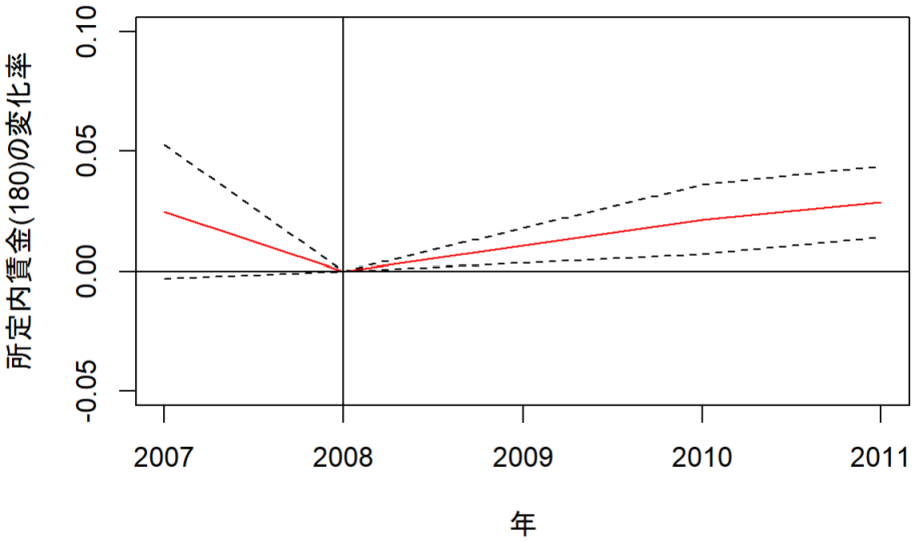
（筆者作成）

図１７　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
所定内賃金(166)（分析Ⅰ-1：トリートメント 1 とコントロール）



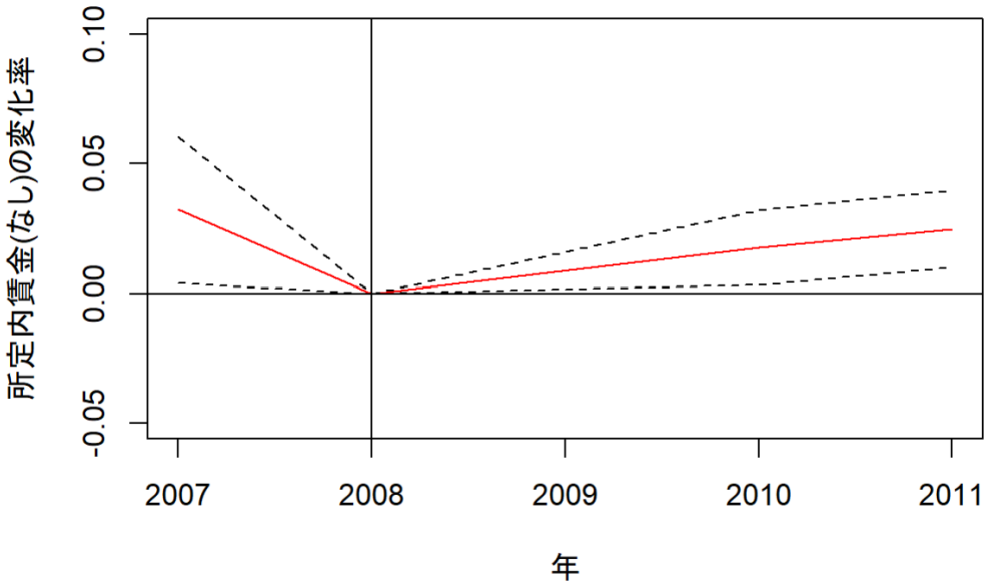
（筆者作成）

図１８　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
所定内賃金(180)（分析Ⅰ-1：トリートメント 1 とコントロール）



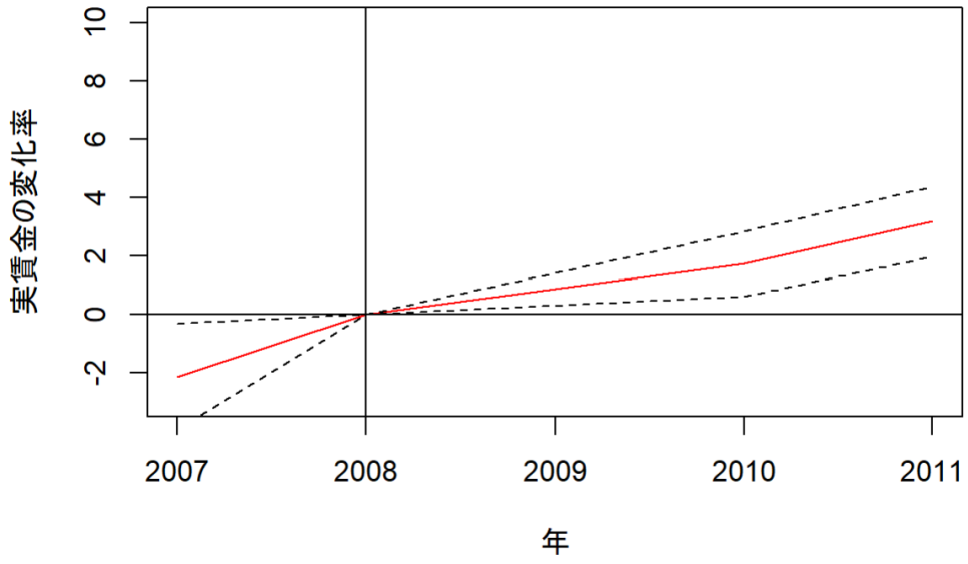
（筆者作成）

図１９　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
所定内賃金(なし)（分析Ⅰ-1：トリートメント 1 とコントロール）



（筆者作成）

図２０　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
実賃金（分析Ⅰ-1：トリートメント 1 とコントロール）



（筆者作成）

次に処置群をトリートメント２グループ、対照群をコントロールグループとしたDID分析（分析Ⅰ－１）の結果は表13にまとめた。結果として全ての被説明変数で地域区分の引き上げによる影響は見られなかった。その他の変数に関してはトリートメント１グループとコントロールグループの分析とおおよそ同様の結果が得られた。

続いてDID分析の係数の大きさについて述べる。地域区分の加算率が2%pt引き上がった乙地では、所定内賃金に対しての政策効果を示すトリートグループ２×介入後ダミーの係数の値が0.01%～0.02%となっている。しかし、有意な結果が得られていないことから政策による効果はなかった可能性が高い。また、表10から実賃金についても同様に地域区分引き上げによる効果がなかったことが示唆される。

コントロール２グループを分析した分析Ⅰ－２では賃金に対して影響は見られなかったが、所定内賃金(160)・実賃金に関して時系列的な政策効果の変化を分析できるイベントスタディを行った。図21・図22を見ると、地域区分引き上げ前の平行トレンドの仮定が満たされておらず、2009年以降も正に有意な効果が確認できていないことがわかる。

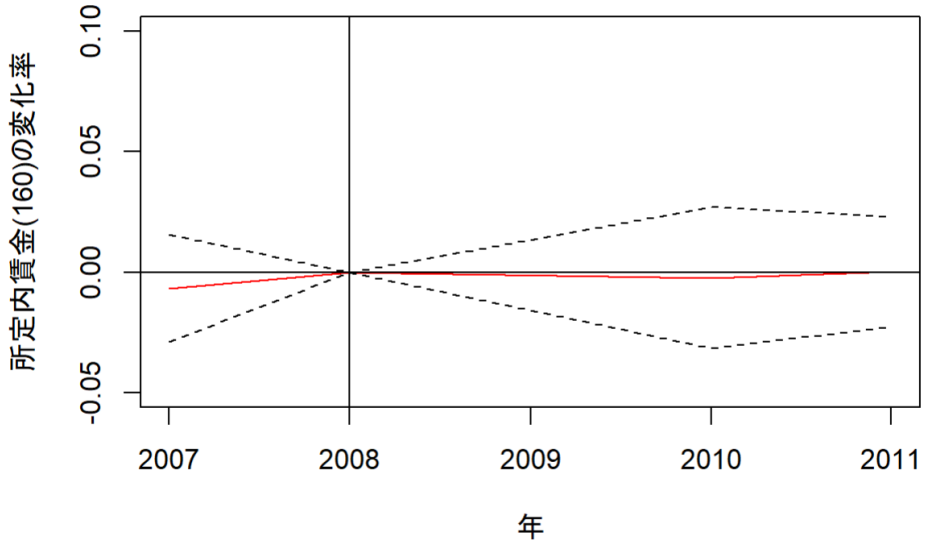
表１３　地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
（分析Ⅰ-2：トリートメント２とコントロール）

	所定内賃金(160)	所定内賃金(166)	所定内賃金(180)	所定内賃金(なし)	実賃金
トリートメントグループ2×介入後	0.001	0.001	0.001	0.002	0.000
	(0.009)	(0.010)	(0.011)	(0.012)	(0.010)
観測数	66846	66846	66846	66846	66846
自由度修正済み決定係数	0.526	0.527	0.523	0.513	0.503
都道府県固定効果	X	X	X	X	X
年固定効果	X	X	X	X	X

+ p < 0.1, * p < 0.05, ** p < 0.01

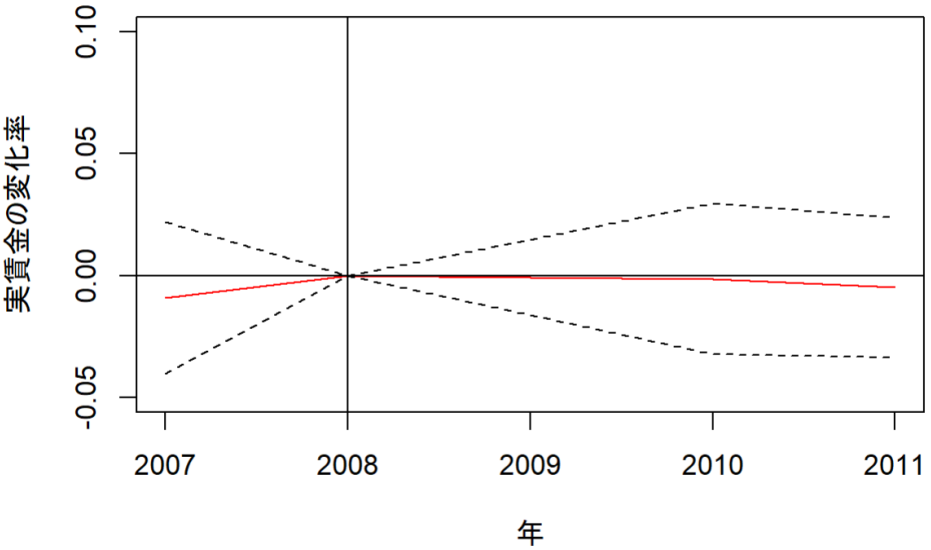
（筆者作成）

図２１　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
所定内賃金(160)（分析Ｉ-2：トリートメント 2 とコントロール）



（筆者作成）

図２２　イベントスタディ｜地域区分の引き上げと介護労働者の賃金の関係
実賃金（分析Ｉ-2：トリートメント 2 とコントロール）



（筆者作成）

第２節　分析Ⅱ

第１項　検証仮説

分析Ｉでは地域区分の引き上げでは介護労働者の実賃金に変化がなかったことが確認された[23]。この原因を探るために以下の検証仮説を設定する。

仮説２：「地域区分の引き上げの結果、事業所の収入は変化しなかった」

分析Ｉでは地域区分の引き上げで事業所収入が増加した、と仮定して事業所収入の上昇分が労働者の賃金に分配されるかの分析を行った。しかし、そもそも事業所収入に変化がない場合、事業所は労働者の賃金を引き上げるための十分な収益を確保していないことになるため、分析Ｉで得た地域区分の引き上げは労働者の賃金に与えなかったという結果とも整合的である。

本稿の使用するデータ出典である介護労働実態調査は介護保険指定サービスを提供している事業所を対象としているが、事業所は介護保険指定サービス以外にも複数のサービスを提供していることがある。つまり、「事業所の収入＝介護保険指定サービスの提供による収入」とは言えない。しかし分析Ⅱに影響する 2008 年～2011 年では、介護報酬以外で事業所収入に関わる大きな制度変更は確認されなかった。

また介護報酬の一部は利用者が自己負担として支払う必要があるが、地域区分の引き上げによる介護報酬の増額で利用者の自己負担も増加するため、サービス提供量の減少が起きる可能性がある。地域区分引き上げによるサービス単価の上昇とサービス提供量の減少が相殺され、事業所収入に変化をもたらさないと考えられる。

以上を踏まえて、地域区分引き上げが事業所収入に与えた影響について分析を行うが、もしこの仮説２が棄却されれば、事業所は増収したのにもかかわらず労働者に対して適切に分配しなかったという解釈をすることができる。

第２項　分析の枠組み

本稿は介護労働実態調査の事業所個票データを用いて、介護報酬の地域区分改定が事業所の収入にもたらす効果検証を行う。具体的には、2009 年度に行われた介護報酬改定の地域区分の加算率の改定を政策ショックとして、DID 分析を行う。トリートメントグループとコントロールグループの分け方は分析Ｉと同様である。(図 23、図 24)

[23] 特別区をトリートメントグループとおいた分析の所定内賃金のみ上昇がみられたが、実際に労働者が受け取る実賃金では上昇しなかった。

図２３　分析Ⅱ-1 のグループ分け

分析Ⅱ-1	2006年～2008年	2009年～2011年
特別区	12%	15%
特甲地	10%	10%
甲地	6%	6%
その他	0%	0%

トリートメント1

コントロール

厚生労働省(2011)「介護報酬の地域区分の見直しについて」より筆者作成

図２４　分析Ⅱ-2 のグループ分け

分析Ⅱ-2	2006年～2008年	2009年～2011年
乙地	3%	5%
特甲地	10%	10%
甲地	6%	6%
その他	0%	0%

トリートメント2

コントロール

厚生労働省(2011)「介護報酬の地域区分の見直しについて」より筆者作成

介護労働実態調査にて「前年９月の１か月収入を 100 としたときの、今年度９月の１か月収入」の項目がある。この項目を被説明変数として使用するために、以下のモデル式③を利用して分析を行う。

数式 1　分析Ⅱのモデル式の導出

$$y_{jrt} = \beta_1 T_t D_r + \beta_2 T_t + \beta_3 D_r + \beta_4 X_{jrt} + \mu_r + \varepsilon_{jrt} \quad \cdots ①$$

$$- \quad y_{jrt-1} = \beta_1 T_{t-1} D_r + \beta_2 T_{t-1} + \beta_3 D_r + \beta_4 X_{jrt-1} + \mu_r + \varepsilon_{it-1} \quad \cdots ②$$

$$\Delta y_{jrt} = \beta_1 D_r \Delta T_t + \beta_2 \Delta T_t + \beta_4 \Delta X_{jrt} + \Delta \varepsilon_{jrt} \quad \cdots ③$$

（筆者作成）

モデル式③の導出について説明する。①が一般的な DID 分析のモデル式、②は t-1 期の DID 分析のモデル式であるが、①式から②式を引くことで固定効果が取れ、今回使用する③式が得られる。モデル式の詳しい説明は第 4 項で行う。

第３項　使用するデータ

使用するデータは『介護労働実態調査』である。使用年度は2009年度、2010年度、2011年度である。被説明変数には「前年度９月の１か月収入を 100 としたときの、今年度 9 月の１か月収入」を利用するが、2007 年度・2008 年度のデータは収入の比較対象が１年前の同じ時期ではなかったため、使用しなかった。また分析Ⅰと同様に、福祉用具貸与、特定福祉用具の販売、居宅療養管理指導のサービスは人件費率が 0%であるため、『介護労働実態調査』上の事業所のうち、主な提供サービスが上記の３つのサービスに該当する場合は除外した。

被説明変数は「前年度９月の１か月収入を 100 としたときの、今年度９月の１か月収入」の項目を使用する。そこから 100 を引き、昨年度の収入との差額とする。また係数を分析Ⅰと合わせるために 100 で割る。変換の式は次の通りである。

$$\textit{前年度との収入差(被説明変数)} = \frac{\textit{(前年度}\ 100\ \textit{としたときの今年度の収入)} - 100}{100}$$

第４項　分析モデル

地域区分の引き上げが事業所の収入にもたらす影響を調べるために、次のようなDID分析のモデル式を用いる。

$$\Delta y_{jrt} = \beta_1 D_r \Delta T_t + \beta_2 \Delta T_t + \beta_4 X_{jrt} + \Delta \varepsilon_{jrt}$$

ここで添え字jは事業所を、rは地域を、tは年を表す。Δy_{jrt}は被説明変数で、事業所収入の前年度との差である。説明変数のうち、ΔT_tは政策ショックが起きた2009年のときに１、そうでないと０をとるダミー変数である。D_iは事業所がトリートメントグループ（処置群）に属する場合には1、コントロールグループ（対照群）に属する場合には０をとるダミー変数である。そして、ΔT_tとD_iの交差項である$\Delta T_t D_i$の係数β_1が政策効果を示す。また、X_{ipt}[24]はコントロール変数のベクトルを示す。1階差分をとったため、固定効果はとらない。$\Delta \varepsilon_{ijt}$は誤差項で、誤差項は地域区分ごと[25]にクラスタリングされる。

コントロール変数は事業所に関する変数として法人経営ダミー、処遇改善交付金ダミー、サービス提供種類ダミーを用いる。

[24] 数式１の式③と異なるが、コントロール変数に差のΔをとらなくても分析結果に大幅な変化は生じない。
[25] 都道府県の調査項目がない2009年のデータを使用するため。

表１４　事業所に関するコントロール変数（分析Ⅱ）

介護事業所に関する変数	備考
法人経営ダミー	経営主体が社会福祉法人・医療法人・NPOなどである場合は1、民間企業である場合は0をとるダミー変数
処遇改善交付金ダミー	2010年または2011年に処遇改善交付金が交付されている事業所に属する場合は1、それ以外は0をとるダミー変数
サービス提供種類ダミー	事業所の主に提供しているサービスによってダミー変数をとる。訪問系・通所系・施設系が含まれる。

（筆者作成）

表１５　基本統計量（分析Ⅱ）

	観測数	平均	標準偏差
被説明変数			
前年との収入差	16898	0.072	0.442
コントロール変数			
トリートメント1グループ	16898	0.049	0.216
トリートメント2グループ	16898	0.154	0.301
法人経営ダミー	16898	0.525	0.499
処遇改善交付金ダミー	16898	0.663	0.473
訪問系サービスダミー	16898	0.306	0.461
通所系サービスダミー	16898	0.295	0.456
施設系サービスダミー	16898	0.289	0.453

（筆者作成）

第５項　分析Ⅱの結果と解釈

2009 年度の地域区分の引き上げが事業所の収入にもたらす影響は表 16 にまとめた。事業所収入はコントロール１グループ、コントロール２グループの両方で正に有意な結果が得られ、その他の変数に関してはおおむね予想通りの結果であった。

続いてDID分析の係数の大きさについて述べる。地域区分の加算率が3%pt引き上がった特別区では、事業所の収入は3.7%pt上昇した。地域区分の加算率が2%pt引き上がった特別区では、事業所の収入は2.8%pt上昇した。この分析結果は地域区分引き上げにより介護報酬が増額され、事業所の収入が増加したことを示すことになり、検証仮説２「地域区分の引き上げの結果、事業所の収入は変化しなかった」は棄却された。

表１６　地域区分の引き上げと事業所収入の関係

	トリートメント1グループ	トリートメント2グループ
トリートメント1×2009年	0.037**	
	(0.003)	
トリートメント2×2009年		0.028**
		(0.003)
観測数	14299	16067
自由度修正済み決定係数	0.009	0.009

+ p < 0.1, * p < 0.05, ** p < 0.01

（筆者作成）

分析Ⅰと分析Ⅱの結果から、地域区分の引き上げによって事業所の収入は増加しているが、介護労働者の賃金が上昇していないことがわかる。これにより、地域区分の引き上げが労働者の賃金に影響を与えなかった理由は事業所内で適切な賃金の分配が行われていなかったからであると考えられる。

第３節　聞き取り調査

分析結果より、地域区分の引き上げによって介護労働者の賃金は上昇しなかったことが分かった。しかし、事業所の収入は増加していたことから、事業所が労働者に収入増加分に比例した、適切な賃金を支払っていないことも明らかになった。これらに加えて、介護労働者の賃金の現状や低賃金の原因、効果的な賃上げのための有効な方策について知るために、聞き取り調査を行った[26]。聞き取り調査の概要は以下の通りである(表 17)。

表１７　聞き取り調査の概要

実施日	聞き取り対象(敬称略)	主な聞き取り内容
2024年10月18日	千葉県内の介護事業所職員	介護労働者の賃金の現状
2024年11月12日	千葉市介護保険管理課	介護保険制度・介護報酬制度

(筆者作成)

聞き取り調査の結果、介護労働者の賃上げにあたって、以下のような課題が見えてきた。

課題①　仕事内容に見合う賃金が受け取れていない
課題②　介護労働者が低賃金を訴える機会が少ない
課題③　賃上げを行うための事務的負担が大きい

まず、課題①仕事内容に見合う賃金が受け取れていないことについてである。第 1 章第 1 項で述べたように、仕事内容に対して得られる賃金が低いと考えている介護労働者は多い。聞き取り調査においても、これを肯定する意見が得られた。

次に課題②低賃金に不満を抱いているが、賃上げを事業所側に求めることができていないことについてである。この課題に対しては、事業所は労働組合を結成できるほどの規模を持った事業所が少ないために、事業所内で労働組合が結成されることがあまりなく、それゆえに事業所に対して介護労働者が低賃金に関する不満を訴える機会が少ないのではないかという見解が得られた。

そして課題③賃上げを行うための事務的負担が大きいことについてである。本稿では取り上げていないものの、介護労働者の賃上げを促す制度として処遇改善加算という介護報酬制度に基づいた加算方式が存在する。この加算の算定方法は以下である。まず事業所が

[26] 聞き取り調査の詳細については、付録～聞き取り調査の概要～参照。

予め、賃上げを含む労働者の処遇改善に関して、保険者である市区町村に計画書を提出する。そして、計画書に基づいて支払われた介護報酬を利用して、実際に処遇改善を行う。最後に、実施した処遇改善について報告書を提出するという流れになっている。本調査では、これらの計画書・報告書作成における事務的負担が大変大きく、サービス残業につながっているとの意見が得られた。

以上より、聞き取り調査から介護労働者の賃上げに関して、上記３つの課題が存在することが分かった。次章では、本章第１節・第２節から得られた分析結果と介護労働者の賃上げに関するこれら３つの課題を踏まえ、それらの解決につながる政策提言を行う。

第４章　政策提言

第１節　政策提言の方向性

第１項　政策提言の概要

第３章第１節・第２節より事業所が介護労働者に対して、収入増加分に比例した、適切な賃金を支払っていないという分析結果が得られた。また、第３章第３節では以下のような、聞き取り調査を踏まえた賃上げにおける課題について述べた。

（再掲）
課題①　仕事内容に見合う賃金が受け取れていない
課題②　介護労働者が低賃金を訴える機会が少ない
課題③　賃上げを行うための事務的負担が大きい

本稿では、分析結果を踏まえ、課題①、課題②、課題③に対して以下の政策提言を通じて課題解決を目指すものとする。

【介護労働者の効果的な賃上げに関する政策提言】
業種別最低賃金制度(介護職)の創設

課題①に対しては、事業所の意思に関わらない、賃金の抜本的引き上げを実現するために、現行の地域別最低賃金に上乗せする形での業種別最低賃金創設を提言する。そして、介護業界は一つ一つの事業所が小規模で、労働組合が組織されづらいために、労働者が賃上げをはじめとした待遇改善を事業所側に求めづらいという課題②が存在する。そこで、業種別最低賃金制度創設により、介護業界の賃金最低額を全国的に定めることで、介護労働者の低賃金に対する不満を取り除くことが可能である。また、現在介護労働者の処遇改善を目指して実施されている処遇改善加算は算定し、介護労働者の賃金に反映するまでに複雑な手続きを踏まなければならず、事務的な負担が多いという課題③がある。これに関しても、業種別最低賃金創設を通じた解決が可能であると考える。

第２項　業種別最低賃金(介護職)の類似政策

業種別最低賃金(介護職)と類似する政策は以下の３つである。

1.　地域別最低賃金制度

2. 特定最低賃金制度

3. ドイツにおける業種別最低賃金制度

まず、１の地域別最低賃金制度についてである。厚生労働省(2024)によると、この最低賃金は産業や職種に関わりなく、各都道府県内の事業所で働く全ての労働者と使用者に適用される。各都道府県に１つずつ、合わせて 47 件の最低賃金が定められており、１年に一度改定が行われる。

次に、２の特定最低賃金制度についてである。特定の産業の従事者向けに定められており、地域別最低賃金よりも高い水準で最低賃金を定めることが必要と認められた業種に限り、設定されている。適用されている業種は主に製造業や機械類の小売業であり、介護・福祉分野は含まれていない。2024 年３月末時点で、全国 224 件の特定最低賃金が存在する。しかし、特定最低賃金の中には地域別最低賃金の金額を下回り、効力を失っているものも多くみられる。基本的に、使用者は地域別最低賃金と特定最低賃金のうち、より高い金額の最低賃金を労働者に支払わなければならないとされている。地域別最低賃金とは異なり、特定最低賃金の改正は以下のように行われる。産業ごとの関係労使による、改正が必要であるという申し出を受けて、厚生労働大臣または都道府県労働局長が改正の必要性を最低賃金審議会に諮問し、必要との意見が出された場合に改正される(連合,2024)。

そして、３のドイツにおける業種別最低賃金制度についてである。ドイツには２年に１度改定される全国一律の法定最低賃金と、特定の業種にのみ適用される業種別最低賃金制度が存在する。適用業種は低賃金に陥りやすく、他国から送り出される外国人労働者も多い「労働者派遣」、「建設」、「食肉加工」、「警備」、「介護」などである。業種別最低賃金が法定最低賃金を下回ることは禁止されているため、仮に法定最低賃金の改定により、法定最低賃金が業種別最低賃金を上回ると、業種別最低賃金が法定最低賃金を再び上回る基準になるように改定される。

介護業界の業種別最低賃金は以下の通りである(表 18)。熟練度や資格の取得有無により、３段階に分けられており、熟練度が高まるにつれ、最低賃金の水準も上がる仕組みになっている。法定最低賃金は 2024 年１月現在、12.81 ユーロであり、業種別最低賃金は 2024 年５月現在、熟練度別に法定最低賃金の 1.2 倍、1.3 倍、1.5 倍ほどで定められている。

表１８　ドイツにおける業種別最低賃金(介護職)

	最低賃金額(ユーロ)	法定最低賃金との比較(倍)
未熟練者	15.5	1.2
訓練修了者、看護師	16.5	1.3
(追加資格保有) 訓練修了者、看護スタッフ	19.5	1.5

ドイツ経済社会研究所(2024)「ドイツの最低賃金の概要」より筆者作成

第３項　最低賃金に関する先行研究

最低賃金の引き上げが介護労働者の賃金に与える影響を検討した論文として挙げられるのが、Vadean & Allan (2021)である。同論文は、イングランドにおける 2015 年 10 月の全国最低賃金の引き上げと、2016 年４月の全国生活賃金[27]の導入が、イングランドの 25 歳以上の介護労働者の、賃金、雇用、週あたりの労働時間、ゼロ時間契約[28] (Zero-Hours Contract: ZHC) に与えた影響を分析している。これら２つの政策変更により、イングランドにおける 25 歳以上の最低賃金は総額で 10%以上引き上げられた。しかし、介護業界では事業所収入の大部分が公的資金で賄われ、サービス料金が公的制度により定められているため、事業所が人件費の上昇分をサービス料金に転嫁する余地が乏しい。この状況により、最低賃金の引き上げが介護労働者の雇用や賃金格差に悪影響を及ぼす可能性があることが示唆されていた。この背景のもと、最低賃金の引き上げが介護労働者の賃金や雇用に与える影響を分析する必要があった。

同論文では、分析対象を居宅サービスに従事する介護労働者と施設サービスに従事する介護労働者に分けて分析している。被説明変数としては、対数変換した平均時給の変化分、雇用、サービス利用者１人あたりの従業員の割合、週あたりの労働時間、および ZHC に従事する介護労働者の割合である。分析手法には最小二乗法 (OLS) を採用しており、データは ASC-WDS[29] (Adult Social Care Workforce Data Set) から 2015 年４月から 2016 年 10 月の期間にわたり取得している。

結果として、最低賃金の引き上げにより、居宅サービスと施設サービスの両方で介護労働者の平均賃金が有意に増加した。この結果は、最低賃金引き上げが介護労働者の賃金水

[27] 労働政策研究・研修機構(2023)によれば、全国生活賃金は、2016 年 4 月に 25 歳向けに新たに導入された最低賃金である。これに伴い、これまでは 21 歳以上を対象としていた全国最低賃金の対象は、21 歳から 24 歳と変更された。

[28] ゼロ時間契約(ZHC)とは英国特有の制度である。予め決まった労働時間がなく、仕事のあるときだけ雇用者から呼び出しを受けて働く契約であり、労働時間に応じて賃金が支払われる。近年は不安定な働き方の一つとして批判を浴びてきた。

[29] ASC-WDS (Adult Social Care Workforce Data Set) とは、英国の介護産業に関する雇用者・労働者の詳細なデータを提供する主要なデータベースである。

準に強い影響を与えたことを示している。一方で、施設サービスにおいては労働時間が有意に減少したほか、居宅サービスと施設サービスの両方で、短期的にゼロ時間契約で雇用される労働者の割合が増加した。この結果は、不安定な雇用形態で働く介護労働者が増加した可能性を示唆している。

したがって、同論文では、最低賃金の引き上げは平均賃金の上昇をもたらしたものの、同時に労働条件や雇用形態の変化について注意深く検討する必要があると述べられている。

第２節　政策提言

政策提言：介護労働者を対象とする業種別最低賃金制度の創設

・提言内容

介護労働者の賃金を抜本的に引き上げるために、現行の地域別最低賃金に上乗せする形での介護労働者を対象とする業種別最低賃金制度の創設を提言する。

・提言対象

提言対象は厚生労働省である。

・提言詳細

介護労働者を対象とする業種別最低賃金制度(以下、業種別最低賃金と呼ぶ)とは、介護労働者の賃金を効果的に引き上げるための政策である。現在、介護労働者の賃金は地域別最低賃金を上回っているものの、仕事内容に対して不十分であると感じている介護労働者は多い。また地域によっては、事業所収入が増加したとしても、その増収分を介護労働者の賃金に反映させていない事業所も存在する。そこで地域別最低賃金を上回る、業種別最低賃金を設けることで、全国的かつ強制的な賃上げを実現することが可能である。

具体的には、現在の地域別最低賃金に上乗せをする形で業種別最低賃金を定める(表19)。地域別最低賃金が業種別最低賃金を上回ることにより、業種別最低賃金が効力を失うことを避けるためである。また、ドイツにおける業種別最低賃金を参考として、資格の保有有無を基準とする熟練度別の最低賃金額を定める。熟練労働者や資格保有者の仕事内容に見合う賃金制定を促すためである。

表１９　千葉県を例とした業種別最低賃金

対象		割合(倍)	金額(円)
地域別最低賃金		1	1076
業種別最低賃金	未熟練者	1.15	1237
	研修修了者	1.2	1291
	資格保有者	1.3	1399

(筆者作成)

以下は熟練度の具体的な基準である(表 20)。研修修了者は介護職員初任者研修及び介護職員実務者研修を修了した者と、これらと同等の資格[30]を保有する者と定義する。また資格保有者を、介護福祉士に代表される介護に関連する国家資格保有者及び介護支援専門員の資格を保有する者とする。未熟練者は研修修了者、資格保有者のいずれにも該当しないものとする。したがって、研修修了者は未熟練者より熟練した労働者として、資格保有者は研修修了者より熟練度が高い労働者として位置付けられるものとする。

業種別最低賃金の金額は地域別最低賃金と連動して変化するため、業種別最低賃金の改定は地域別最低賃金の改定と同時期の１年に１度とする。業種別最低賃金の割合(1.15 倍、1.2 倍、1.3 倍)の改定は介護報酬改定と同時期の４年に１度とする。また、業種別最低賃金が適用される労働者に対し、業種別最低賃金以上の賃金を支払わない使用者(ここでは、事業所を指す)には 30 万円以下の罰金に処すこととする[31]。

表２０　熟練度の基準

名称	要件
未熟練者	研修修了者、資格保有者のいずれにも該当しない者
研修修了者	介護職員初任者研修、介護職員実務者研修を修了した者及びこれらと同等の資格を保有する者
資格保有者	介護福祉士、社会福祉士、看護師・准看護師、PTOTST、管理栄養士等の介護に関する国家資格を保有する者及び介護支援専門員の資格を保有する者

(筆者作成)

業種別最低賃金に導入によって期待される効果として、介護労働者の賃金を確実に引き上げ、待遇改善を達成することができることが挙げられる。従来、事業所には地域別最低賃金の遵守のみが求められ、介護労働者が満足する水準の賃上げの実施は各事業所の意思によるものであったために、十分な賃上げが行われてこなかった。そこで、地域別最低賃金よりも高水準の業種別最低賃金を設けることで、確実な賃上げを実現することが可能である。そして、業種別最低賃金は現行の地域別最低賃金に上乗せする形で設けるため、地域ごとの人件費差を反映することができる。また、熟練度に応じて最低賃金額に違いをつけることにより、仕事内容に見合う賃金を実現することができるほか、聞き取り調査から得られた「経験の長い介護労働者や資格保有者が優遇される構造とし

[30] 介護職員初任者研修に該当する資格としてホームヘルパー2 級、介護職員実務者研修に該当する資格としてホームヘルパー1 級及び介護職員基礎研修が挙げられる。
[31] 労働基準法第 120 条により、特定最低賃金を遵守しない使用者には 30 万円以下の罰金が科せられることがある。業種別最低賃金の罰則については、特定最低賃金の罰則にならうものとする。

てほしい」という意見を取り入れていることができている。また、処遇改善加算と比べ、事務的負担が軽いこともこの政策における利点である。処遇改善加算では算定要件が複雑であり、算定や賃金反映までに多大な事務的コストがかかるが、本政策は図に明記した最低賃金額を遵守するように賃金決定を行えばよいため、処遇改善加算よりも制度理解がしやすく、事務的負担も少ないと考えられる。

一方で、業種別最低賃金の導入には懸念点が存在する。第３章の分析結果から、事業所収入が増加しても賃上げを行わない事業所の存在が明らかとなった。このため、業種別最低賃金によって賃上げを行う場合、事業所収入の増収分を活用することが可能と考えられる。しかし、一部の事業所では経営悪化を余儀なくされる可能性がある。制度設計上、事業所の意思に関係なく賃上げが実施されるため、介護労働者の低賃金が改善されたとしても、事業所の経営が悪化する恐れがある。また、事業所は経営悪化を回避するため、人件費を含むコスト削減を進める可能性があり、結果として、事業所内で非正規労働者の割合が増加し、介護労働者の雇用が不安定化する懸念がある[32]。

・実現可能性

業種別最低賃金は現行の地域別最低賃金に上乗せする形で設けるため、制度設計上の困難は少ないと考えられる。また、ドイツにおける業種別最低賃金を含めた先行事例も存在するため、先行事例を参考とした制度設計が可能である。一方で、事業所の経営悪化やそれによる介護労働者の雇用の不安定化など、懸念点も存在する。

・今後の進むべき方向性

業種別最低賃金の導入による事業所の経営悪化を防ぐためには、業種別最低賃金の導入と同時に事業所収入を増額させる政策を行う必要がある。聞き取り調査においても、介護労働者の賃金を引き上げることを念頭に置いた場合、事業所の収入は不十分であると意見が得られたため、事業所収入の増額は行うべきである。

第１章第１節第３項や第２章第１節で述べたように、事業所収入は介護報酬と利用者の自己負担から構成されている。第２章第２節で述べたように、介護報酬は国、都道府県、市区町村からの支出に加えて、被保険者が支払う介護保険料によって賄われている一方、利用者負担は介護サービスを利用した者のみが、利用した介護サービスにかかる費用の１割～３割を支払う形となっている。

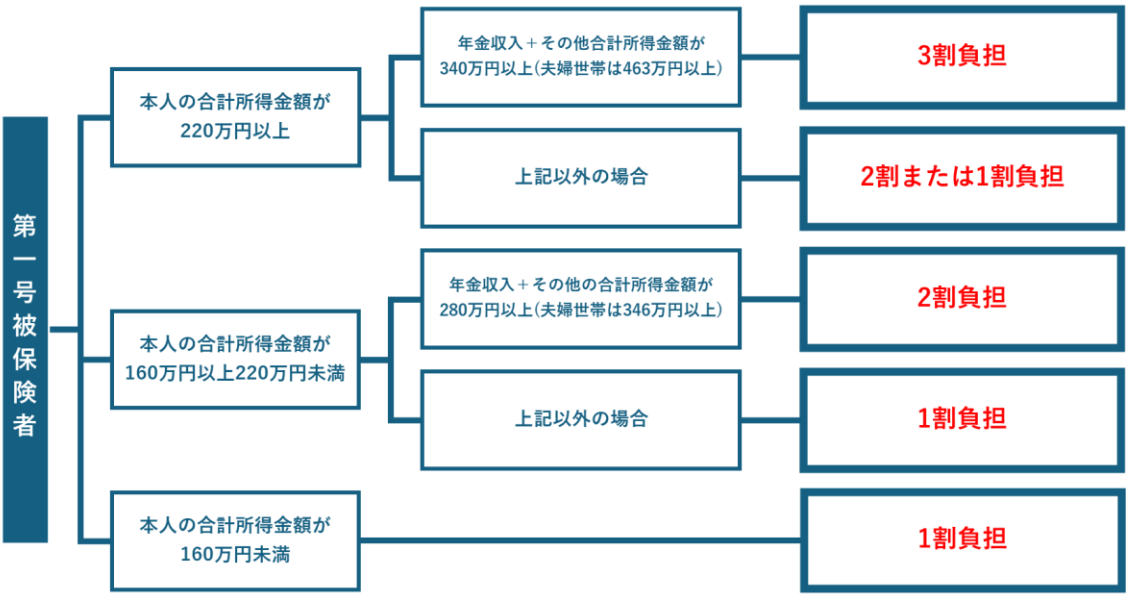
聞き取り調査より、介護報酬を増額するための介護保険料の引き上げは不可能であるとの回答が得られたため、介護報酬増額に関して介護保険料の使用は適切ではないと考えられる。また、介護サービスを利用していないにも関わらず、介護保険料が増額することに対する不公平感の訴えが多数あったことも明らかとなり、被保険者自身も介護保

[32] 最低賃金の引き上げによって、介護労働者の雇用が不安定することは Vadean & Allan(2021)でも指摘されているが、同論文はあくまでも短期的な影響であるとしている。

険料増額に対して否定的な意見を持っていることが読み取れる。また、介護報酬引き上げに対しては、市費等の増額も必要であるとの意見もあるが、介護保険制度の持続性を鑑みた場合、市費のさらなる増加は自治体の財政悪化を招く危険性があるともされている。したがって、事業所収入の増額を実現するにあたり、介護報酬増額の実現は困難であると考えられる。

そこで、利用者負担割合の一部引き上げを行うことで事業所収入を増額することが可能であると考える。介護サービスを利用する者自身の負担額を引き上げることで、事業所収入の増額を実施することが狙いである。利用者負担の割合は原則１割であるが、一定水準以上の負担能力を持つ利用者は２割負担または３割負担[33]となる。負担割合は合計所得金額[34]や年金収入、その他の合計所得金額[35]によって決定される。

図２５　利用者負担の決定の流れ[36]

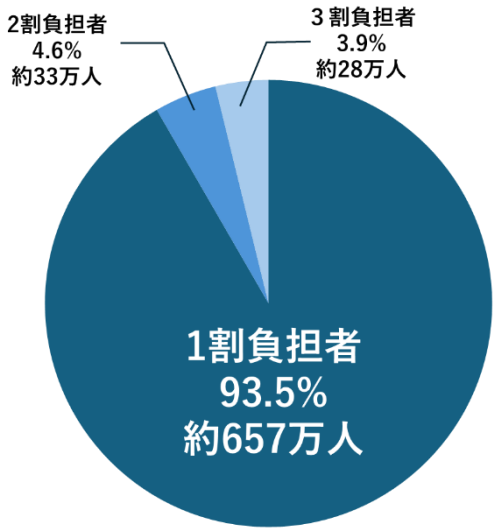


厚生労働省(2023)「給付と負担について(参考資料)」より筆者作成

厚生労働省(2024)によれば、2024 年８月現在、第１号被保険者は約 3590 万人であり、要介護・要支援認定者は、約 718 万人である。要介護・要支援認定者の中で１割負担者は約 657 万人、２割負担者は約 33 万人、３割負担者は約 28 万人と、１割負担者の割合が９割を超える状況となっている(図 26)。

[33] 3 割負担者には月額 44,000 円の負担上限がある。
[34] 厚生労働省(2018)によると、合計所得金額とは、「収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額」と定義される。
[35] 厚生労働省(2018)によると、その他の合計所得金額は「合計所得金額から、年金の雑所得を除いた所得金額」と定義される。
[36] 第２号被保険者、市町村民税非課税者、生活保護受給者の場合、図 25 に関わらず、１割負担となる。

図２６　利用者負担割合の内訳



厚生労働省(2024)「介護保険事業状況報告の概要（令和６年８月暫定版）」より筆者作成

現在、利用者負担の決定プロセスにおいて、合計所得金額が 160 万円未満の者は原則 1 割とされている。そして、この合計所得金額 160 万円は被保険者の上位 20%に該当する所得基準となっている。この基準を仮に引き下げ、１割負担者の一部を２割負担者とした場合、どの程度利用者負担の増額が見込まれるのか、そして事業所収入の増収が見込まれるのかということに関する試算が厚生労働省(2023)にて行われている(表 21)。

表２１　１割負担となる合計所得金額の水準を変更した場合の試算

合計所得金額	年金収入＋その他の合計所得金額	影響者数	給付影響額
150万円以上	270万円以上	8万人	▲90億円
140万円以上	260万円以上	17万人	▲180億円
130万円以上	250万円以上	27万人	▲280億円
120万円以上	240万円以上	36万人	▲380億円
110万円以上	230万円以上	45万人	▲480億円
100万円以上	220万円以上	54万人	▲580億円
90万円以上	210万円以上	62万人	▲660億円
80万円以上	200万円以上	69万人	▲740億円
70万円以上	190万円以上	75万人	▲800億円

厚生労働省(2023)「給付と負担について（参考資料）」より筆者作成

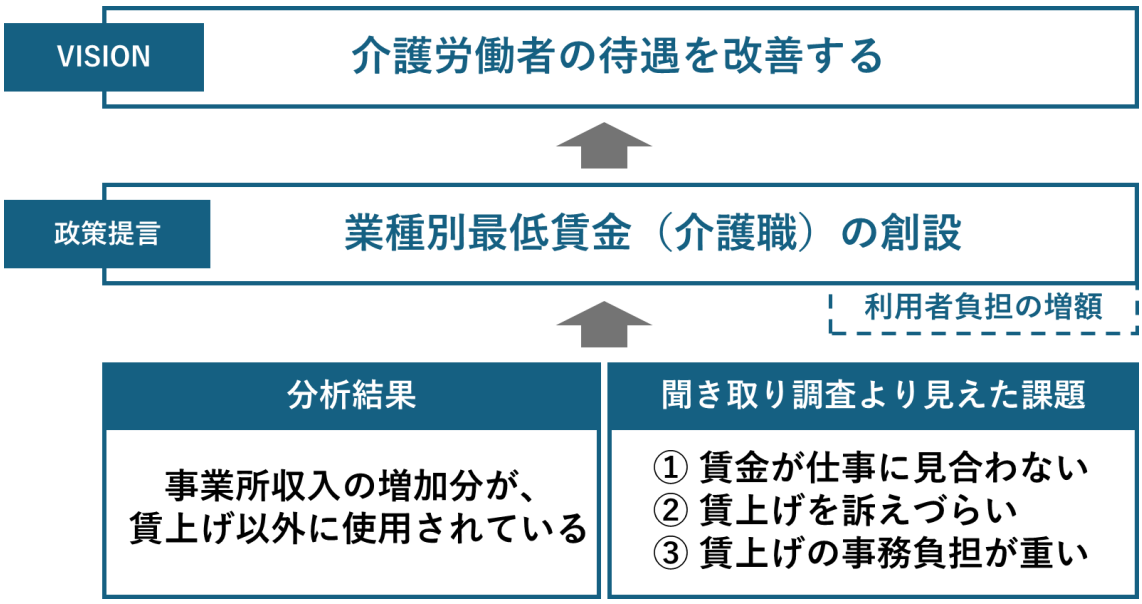
例えば、合計所得金額の基準額を、被保険者の上位30%の所得基準額である100万円とした場合、１割負担から２割負担に移行する利用者は54万人程度であると見込まれ、全体として580億円が利用者負担として増加すると試算される。

このように、合計所得金額の基準額引き下げによって利用者負担が増額し、事業所収入の増加を達成できる。

第３節　政策提言のまとめ

業種別最低賃金制度は、地域別最低賃金に上乗せする形で、介護労働者の効果的な賃上げを実現する制度である。従来、地域別最低賃金基準額以上の賃上げは事業所の裁量に委ねられていた。しかし本稿の分析により、介護報酬増額分について事業所側の自由度が高い状態にある場合、事業所は増収分を賃上げという形で介護労働者に十分反映させていないことが明らかになった。また聞き取り調査からも、介護労働者自身が低賃金を訴えづらい状況にあることや、賃上げに伴う事務的負担の大きさといった課題が確認された。そこで本稿では、地域差を反映しつつも、事業所に対して強制力のある賃上げを実現するために業種別最低賃金制度の創設を提言する。また、介護労働者の持続的な賃上げを実現するためには、事業所収入を増額する必要があり、その手段として利用者負担の引き上げを行うことが、今後の進むべき方向性であると考える。

図２８　政策提言のまとめ



（筆者作成）

おわりに

本稿では介護労働者の低賃金の要因として、①介護報酬が低い水準にある　②経営者が労働者に適切な賃金を支払っていないという２つの可能性を問題意識とした。分析の結果、介護報酬の引き上げによって事業所の収入が増加したが、労働者の賃金は増加しなかったことが明らかとなったため、介護労働者を対象とした業種別最低賃金を提言した。 本稿の限界として、データの制約を挙げる。分析における対象年度は 2007～2011 年度であり、処遇改善加算など、近年介護労働者の賃上げのために打ち出されてきた政策の実施効果を捉えることはできなかった。また、本稿の分析で使用した介護労働実態調査は、事業所が任意で回答したアンケート調査であるために、事業所収入・賃金などは正確な値ではない。最後に、我々が提言する政策が介護労働者の賃金を上昇し、待遇を改善することで、全ての介護労働者が満足して働くことを願い、本稿の結びとする。

謝辞

本稿の執筆にあたり、千葉県内の事業所職員の方２名に聞き取り調査の面で多大なご協力をいただきました。また、分析を行うにあたり、SSJ データアーカイブ(SSDJA)より「介護労働実態調査」のデータをご提供いただきました。厚く感謝申し上げます。さらに、熱心なご指導をいただいた後藤剛志講師、同研究会のメンバーに心から感謝の意を示します。

先行研究・参考文献

【論文】

・上野綾子・濱秋純哉（2017）「2009 年度介護報酬改定が賃金、労働時間、離職率に与えた影響」『医療経済研究』Vol.29 No.1 pp.33-56

・黒岩和輝（2017）「介護職員処遇改善策は賃上げにつながらず」『第 44 回中期経済予測 / 2017-2030 年度』pp.74-81

・周燕飛（2009）「介護施設における介護職員不足問題の経済分析」『医療と社会』Vol. 19 No. 2 pp.151-168

・山田篤裕・石井加代子（2009）「介護労働者の賃金決定要因と離職以降-他産業・多職種からみた介護労働者の特徴」『季刊・社会保障研究』Vol. 45 No. 3 pp.229-248

・Kondo Ayako (2019) ”Impact of increased long-term care insurance payments on employment and wages in formal long-term care”, Journal of the Japanese and International Economies, Vol 53, pp.1-10.

・Florin Vadean & Stephen Allan (2021) “The Effects of Minimum Wage Policy on the Long-Term Care Sector in England”, British Journal of Industrial Relations, Vol 59, No. 2, pp.307-334

【政府機関等の報告書】

・大阪労働局「最低賃金法の違反の罰則について
(https://jsite.mhlw.go.jp/osaka-roudoukyoku/jirei_toukei/saitei_chingin/saitei/bassoku.html),
最終閲覧日 2024/12/15

・介護労働安定センター(2023)「令和 5 年度介護労働実態調査 介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書」
(https://www.kaigo-center.or.jp/content/files/report/2023_jittai_chousa_roudousya_honpen.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15

・介護労働安定センター(2023)「令和５年度介護労働実態調査 事業所における介護労働実態調査　結果報告書」
(https://www.kaigo-center.or.jp/content/files/report/2023_jittai_chousa_jigyousya_honpen.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15

・厚生労働省(2002)「精神障害者保険医療福祉施策推進に関するメモ」
(https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/05/dl/s0510-2a.pdf),

最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2009)「平成 21 年度介護報酬改定について　～骨子～」
(https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1226-5b.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2011)「介護報酬の地域区分の見直しについて」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qyj1-att/2r9852000001qz58.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2012)「平成 24 年度介護報酬改定の概要」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2016)「要介護認定の仕組みと手順」
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000126240.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省 (2019) 「介護保険制度について」
(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661195.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2019)「地域区分について」
(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000566688.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2023)「給付と負担について(参考資料)」厚生労働省
(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119101.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2023)「地域区分」
(https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001146441.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省(2023)「令和５年版厚生労働白書」
(https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/zentai.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省 (2024)「介護保険事業状況報告の概要 (令和６年８月暫定版) 」
(https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m24/dl/2408a.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省 (2024) 「令和６年度地域別最低賃金の改定状況」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/minimumichiran/index.html) ,
最終閲覧日 2024/12/15

・厚生労働省「介護医療院公式サイト」
(https://www.mhlw.go.jp/kaigoiryouin/),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省「事業所・生活関連情報検索システム　介護サービス情報公表システム」
(https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省「看護小規模多機能型居宅介護の創設の経緯」
(https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kantaki/pdf/keii.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・厚生労働省「職業情報提供サイト jobtag　介護の仕事」
(https://shigoto.mhlw.go.jp/User/OccupationsLongTermCare),
最終閲覧日 2024/12/15
・社会福祉振興・試験センター（2021）「令和２年度社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士就労状況調査結果」
(https://www.sssc.or.jp/touroku/results/pdf/r2/results_all.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・聖隷福祉事業団「研修・教育」
(https://www.seirei.or.jp/hq/career/),
最終閲覧日 2024/12/15
・全国社会福祉協議会「福祉のガイド　福祉の資格」
(https://www.shakyo.or.jp/guide/shikaku/index.html),
最終閲覧日 2024/12/15
・全国定巡協「定期巡回・随時対応サービスとは」
(https://24h-care.com/service/),
最終閲覧日 2024/12/15,
・千葉市（2024）「千葉市高齢者保健福祉推進計画（第９期介護保険事業計画）」
(dai9ki-kaigohoken-jigyoukeikaku-gaiyouban.pdf),
最終閲覧日 2024/12/15
・長寿科学振興財団（2019）「地域密着型通所介護とは」
(https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/chiiki-service/chiikimitchakugatatsushokaigo.html),
最終閲覧日 2024/12/15
・ドイツ経済社会研究所(2024)「ドイツの最低賃金の概要」
(https://www.wsi.de/de/mindestloehne-in-deutschland-15302.htm),
・内閣府（2023）「令和５年度高齢社会白書」
(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html),

最終閲覧日 2024/12/15
・日本看護協会「看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)」
(https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kantaki/index.html),
最終閲覧日 2024/12/15
・日本福祉教育専門学校「社会福祉士とソーシャルワーカーの違いとは？」
(https://www.nippku.ac.jp/license/csw/difference-from-social-worker/),
最終閲覧日 2024/12/15
・労働政策研究・研修機構(2023)「最低賃金、2024 年 4 月より 11.44 ポンド」
(https://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2023/12/uk_01.html),
最終閲覧日 2024/12/15

【データ出典】
・介護労働安定センター (2007～2011) 『介護労働実態調査』
(提供は東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターより)
(https://www.kaigo-center.or.jp/report/jittai/)
・厚生労働省 (2000～2020) 「介護保険事業状況報告」
(https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html#link01),
2024/12/15 データ取得
・厚生労働省 (2000～2020) 「介護サービス施設・事業所調査」
(https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html),
2024/12/15 データ取得
・厚生労働省 (2001～2023) 「賃金構造基本統計調査」
(https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450091&tstat=000001011429),
2024/12/15 データ取得
・厚生労働省 (2024) 「地域別最低賃金の全国一覧」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/minimumichiran/),
2024/12/15 データ取得
・公益財団法人社会福祉振興・試験センター(2020)「令和 2 年度社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の『就労状況調査』」
(https://www.sssc.or.jp/touroku/results/index_r2.html),
2024/12/15 データ取得
・総務省 (2000～2020) 「国勢調査」
(https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&toukei=00200521),
2024/12/15 データ取得

・ひと目でわかる！最低賃金(2024)「全国加重平均の最低賃金の推移」
(https://saichin.net/?p=48),
2024/12/15 データ取得

補論
～2009 年度地域区分改定による影響について～

上野・濱秋(2017)は本稿の分析Ⅰ-1 の結果と異なり、実賃金について有意に正の結果を得ている。これは彼らの実賃金の定義が労働時間で実給与を割ったものではなく、実給与そのものを実賃金と定義しているためである。実際に上野・濱秋(2017)の定義に従って実賃金をデータ化し、それを被説明変数において分析した結果が表 20 である。ここから、実給与の上昇が分かる。また労働時間を被説明変数として分析を行ったところ、労働時間も増加していることが読み取れる。したがって、上野・濱秋(2017)における実賃金の上昇は、労働時間の増加による実給与の上昇であると解釈される。同じ政策ショックの分析を行っていたとしても、被説明変数の定義の仕方により、異なる結果が導き出されることに注意する必要がある。

表２０　地域区分引き上げによる介護労働者への影響（補足資料）

	実給与(真数)	実給与(対数)	労働時間
トリートメント1グループ×介入後ダミー	5019.463**	0.019**	3.280**
	(1377.160)	(0.005)	(0.432)
観測数	59983	59983	59983
自由度修正済み決定係数	0.493	0.510	0.081
都道府県固定効果	X	X	X
年固定効果	X	X	X

+ p < 0.1, * p < 0.05, ** p < 0.01

（筆者作成）

付録　～聞き取り調査の概要～

（別添）　事業所職員　聞き取り調査概要	
実施日	場所
2024 年 10 月 18 日	千葉市内
参加者	
千葉県内事業所　職員２名（総務・経理担当者１名、ケアマネージャー1 名） 千葉大学後藤剛志研究会　鈴木しずく、齋藤こよみ	
議事内容	

●介護職の賃金を引き上げるということに対して、ご自身の給与に対する満足度も含めてどのように思うか。

介護職の方で現状の賃金に満足している方はいない。事業所収入は上がっているが、賃金は上がっていない。ケアマネージャー1 人あたり、40 人程度の利用者を担当している。今年から要件が緩和されたため、担当人数が増え、1 人あたりの仕事の負担は増えたのに給料は上がっていない。正社員の月給としては 25～30 万円程度だが、現場は給料が低いことについて、当たり前だと感じている人が多く、賃金が低いことについて声を上げる人は少ない。また介護職は残業時間に応じて残業代が出ず、あらかじめ固定残業代と残業時間が決められているため、規定の残業時間を超えた分の残業代の支給を求めるには、複雑な手続きを踏まなくてはいけない。その結果、サービス残業が常態化してしまい、このことについて不満が多い。サービス残業の多くは書類仕事であり、仕事量も多いので、書類仕事については効率化してほしい。

●介護職の賃上げを行わないことにより、①介護労働者の仕事の満足度ややりがいの低下につながるだけでなく、②他業種に人材が流れてしまったり、事業所同士で人材を奪い合ったりし、新たな人材を雇うことが難しくなる可能性があると考えているが、それぞれどう思うか。

① モチベーションが下がり、サービスの質の低下にもつながると思う。
② おおむねその通りだと思う。

●介護労働者の賃上げを行うために業種別最低賃金制度は効果的か。

効果的。事業所が遵守するかどうかだけ心配だが、強制的な賃上げは嬉しい。現在の処遇改善加算は算定するまでの手続きが大変複雑で、事業所も介護労働者にとっても負担が大きい。業種別最低賃金制度であれば事務手続きが楽になると思う。経験の長い人や資格を有している人が優遇されるような構造にしてほしい。

(別添 2)　　千葉市　聞き取り調査概要

実施日	場所
2024 年 11 月 12 日	メールによる回答

参加者

千葉市介護保険管理課　担当者様
千葉大学後藤剛志研究会　鈴木しずく

議事内容

●現状を踏まえて、介護職の賃金を引き上げることに対してどう思うか。
介護職は全産業平均よりも賃金が低いため、賛成である。

●介護労働者の賃上げ実施を踏まえた場合、現在の事業所の収入は十分であると感じるか。
事業所の収入は十分ではない。

●介護労働者の持続的な賃上げのためには、介護報酬を増額すべきであり、そのために介護保険料引き上げが必要であると考えている。これを踏まえて、①事業所に介護報酬を支払う上で、市として財源は十分であると感じるか、②介護保険料引き上げにより、介護報酬増額のための財源を獲得することは可能か、③介護保険料引き上げの際、第 1 号被保険者と第 2 号被保険者のどちらの保険料を引き上げるか、④介護保険料を増額した場合、どのような問題が発生するか、⑤介護保険料に関して、市民の意見や要望を聞いたことを聞いたことがあるか。またその内容はどのようであったか。
前提として、介護報酬は国により、サービス毎に決められるものであるため、介護報酬増額のために、介護保険料を引き上げることは不可能である。

① 現在の介護報酬を支払うための財源（第 1 号介護保険料・市費・国費等）は予算措置しており不足が生じることはないが、介護保険制度の安定的な運営を図るには十分ではない。後期高齢者数の増加による介護給付費の増大により、介護保険料は改定のたびに上げざるを得ない状況であり、国庫負担割合の引き上げなど、第 1 号被保険者の保険料を抑制する財政措置が必要である。
② 介護報酬増額の財源確保には介護保険料の引き上げだけではなく、合わせて市費・国費等の負担を増やす必要がある。
③ 第 1 号被保険者。介護保険法第 129 条により市町村（保険者）は第 1 号被保険者にかかる介護保険料について 3 年ごとに見直しを行うが、第 2 号被保険者にかかる介護保険料は、各医療保険者が医療保険各法の規定により定めており、市町村は介入できない。
④ 介護保険料は改定のたびに上昇しており、第 1 号被保険者の保険料負担は限界に達しつつある。更なる増額には、第 1 号被保険者の拒否感の高まりが考えられるため、より丁寧な説明が必要となる。
⑤ ある。介護サービスを利用していない（介護認定を受けていない）方から、サービスを受けていないにも関わらず、介護保険料が増額されることに対する不公平感の訴えが多数あった。