

2009年1月22日

自治制度演習 B

介護サービス事業を取り巻く環境について

大学院公共経営研究科

専門職学位課程 1年

原 健一郎

はじめに

現在の介護サービス事業は、40歳以上の国民から徴収される介護保険料と、国、都道府県、市町村が負担する公費を財源とし、市町村を保険者として運営される介護保険制度に則って展開されている。介護保険制度では、小泉政権の掲げた構造改革の流れを受け、規制緩和の考えのもと、従来の主たる事業主体であった社会福祉法人のほか、NPO法人、民間企業など多様な事業主体の参入を促し、市場の原理を取り入れる形で事業の展開が目指された。「介護」を社会保険の対象と定義することで社会化が進み、それとともに増大するサービスの需要に対応する仕組み作りについて、介護保険制度は一定の役割を果たしたと言えよう。

しかし現在、介護サービス事業から撤退する事業主体が相次いでいるほか、様々な要因からサービス従事者の離職が進み、慢性的な人手不足を招いている。そのために、地域によっては既にサービス供給が不安定となっており、利用者が影響を受けている。

本レポートでは介護保険制度が導入された背景を振り返ることから始め、事業運営の実態を考察し、2009年度改定に向けた取り組みから、介護サービス事業を取り巻く現状を報告する。

第一章 介護保険制度導入の背景^(注1)

1-1 増大する高齢者医療費

介護保険制度が導入されるに至った背景として、大きく二つの理由が挙げられる。一つは、増大する医療費の削減である。以下、平成12年度厚生白書をもとに略述すると、1973年に国の施策として老人医療費支給制度が実施され、70歳以上（寝たきり等の場合65歳以上）の高齢者は医療保険の自己負担分が無料化された。その結果、

- ・経済的理由から、高齢者の受診が抑制されることがなくなった
- ・必要以上に高齢者の受診が増えた
- ・家庭では担いきれなくなった介護を、「社会的入院」の名目で医療機関が引き受けることとなった

医療現場において必要以上の受診が増え、疾病治療の段階を終えた高齢者の入院が長引くことは、限られた医療資源が有効に使われないという事態をも生んでいた。やがて日本経済が高度成長から安定成長に移行する中、老人医療費は著しく増大し、医療保険

の財政を圧迫した。社会傾向として少子高齢化の流れが鮮明になる中、非効率的な医療体制の是正と、逼迫する医療保険財政への対応は、政府にとって喫緊の課題であった。

1-2 社会で支える介護

二つ目の理由は、介護の社会化である。介護保険法が施行される以前、介護サービス事業は行政による「措置」として、公費によって運営されていた。そのため、

- ・利用に当たっては、家族状況や経済状態などが調査された
- ・対象者の認定から利用サービス種類まで行政が決定した
- ・行政からの恩恵的な施策という心理的抵抗感があった
- ・当時は、介護はもともと家族、特に女性が担うという認識が強かった

という理由から、介護サービスの利用はなかなか進まなかった。

1-3 介護保険制度の誕生へ

やがて、高齢者を取り巻く高齢者福祉においては、住み慣れた地域での生活を支援する観点から在宅福祉が重要であるとの認識が高まり、また、病院での入院治療よりも看護、介護、機能訓練に重点をおいた、医療と福祉とが連携した総合的なサービスの提供も求められるようになった。

そして、高齢者福祉対策の緊急整備について **1999** 年度までに実現すべき目標を掲げた「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン：1989年）」、「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン：1994年）」の策定を経て、**2000**年、介護保険制度が施行された。

本制度ではまず、これまで高齢者福祉サービスと高齢者医療サービスの双方に分かれていた介護サービスを、一つの制度として統合することにより、非効率的なサービス提供の是正を図った（図1）。

図1

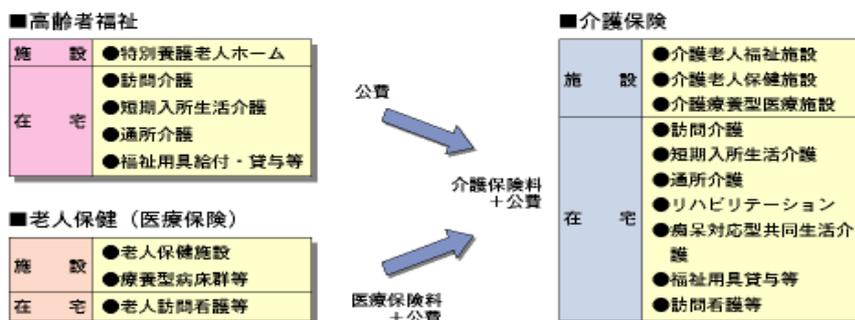


図1 資料出典：厚生省 平成12年度厚生白書

更に、介護に限られた人だけに生ずるリスクではなく普遍的で深刻なリスクとなっていることから、将来にわたって必要な財源を安定的に確保できる、社会連帯を基本とした相互扶助の仕組みがふさわしいとされた。将来増加していく介護費用を賄っていく仕

組みとしては、給付と負担の対応関係が明確であり、開かれた議論を通じて負担に対する国民の理解を得やすい社会保険方式が現実的と考えられた。

1-4 介護保険の仕組み

介護保険の仕組みは以下の通りである。

○介護保険を運営する保険者は、区市町村。要介護認定、保険給付、第1号被保険者の保険料の賦課・徴収等の保険事業の実施や介護サービスの基礎整備等を行う。

○被保険者(保険に加入する人)は区市町村内に住所を有する40歳以上の者である。

- ・第1号被保険者 65歳以上の者
- ・第2号被保険者 40歳以上65歳未満の医療保険加入者

○保険給付(サービス)が受けられる者は、寝たきりや認知症を有するなど、常時介護を必要とする状態(要介護1~5)や、日常生活を営むのに支障がある状態(要支援1・2)になった場合に介護サービスを受けることができる。

- ・65歳以上の第1号被保険者は介護が必要になった原因を問わず給付が受けられる。
- ・40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、老化に伴う16種類の特定疾病が原因である場合に限られる。

○介護保険の財源構成は、利用者負担金と公費で賄う。負担割合は以下の通りである。

利用者負担金	公費と保険料				
	90%				
10%	国	都道府県	区市町村	介護保険料	
				1号保険料	2号保険料
	25.0%	12.5%	12.5%	18.0%	32.0%

筆者作成

(注1) 資料参照：厚生省 平成12年度厚生白書

第二章 2003、2006年の報酬改定がもたらしたもの

2-1 2003年の報酬改定

介護保険制度では、施行開始から5年後に見直しを行うことが予め定められていた。その改正に先立つ2003年には、増大する介護費用への対策として、-2.3%^(注2)の介護報酬改定が行われた。続いて、特別養護老人ホームの食費など(いわゆるホテルコスト)が自己負担化され、これにより、月平均6万円程度だった入所費用が約10万円前

(注2) 国民健康保険団体連合会新聞 2008年10月20日

後に上がった。通所介護事業（デイサービス）では、食事提供、送迎に係る加算が基本利用料に内包化された。施設に通い、日中の大半を過ごすデイサービスでは、どちらも一体的に提供されるべきものとの判断である。しかし、食事提供コストの負担は元々高く、調理スタッフを雇えない施設では、ケアスタッフが午前中の入浴介助などを終えてから厨房に入り、昼食を調理している。また送迎サービスの内包化は、施設近隣に居住しながら、歩行能力に問題の無い利用者宅から送迎を求められるケースが発生する等、かえって効率性を低下させる事態をも招いている。

2-2 2006年の報酬改定が経営に与えた影響

2005年に改正介護保険法が成立し、2006年度より施行された。サービスの現場には一層の効率化、運用の適正化が求められ、2003年に続いて-2.4%^(注3)の介護報酬改定が行われた。事業によっては更に経営状態が悪化し、この頃には事業の縮小、或いは介護サービス事業から撤退する事業所が増えるようになる。

影響が大きかったのは訪問介護事業（ホームヘルプ）である。平成20年に厚生労働省が行った「介護事業経営実態調査結果」による訪問介護事業の収支差率は図2の通りである。

図2

5-① 訪問介護(予防を含む)(総括表)

	17年調査		20年調査	
	千円		千円	
1 介護料収入	3,024		2,524	
2 保険外の利用料	3		2	
3 補助金収入	19		3	
4 国庫補助金等特別積立金取崩額	9		2	
5 介護報酬査定減	-1		-1	
6 給与費	2,545	83.5%	2,060	81.5%
7 減価償却費	40	1.3%	38	1.5%
8 その他	425	13.9%	401	15.9%
9 うち委託費	22	0.7%	19	0.7%
10 借入金補助金収入	2		1	
11 借入金利息	13		10	
12 本部費繰入	34		4	
13 収入(補助あり)	3,048		2,528	
14 支出	3,049		2,511	
15 差引	-1	0.0%	17	0.7%
16 事業所数	1,849		1,730	

※1 収入及び支出の額は国庫補助金等特別積立金取崩額を除いた額
 ※2 比率は収入に対する割合(以下同じ)

図2：資料出典：厚生労働省「平成20年介護事業経営実態調査結果」

図2は、全国から抽出した2,000箇所の訪問介護サービス事業所の、一ヶ月当たりの

(注3) 国民健康保険団体連合会新聞 2008年10月20日

収支状況を総括表で示したものである。まず、項目 6 の収入に占める給与費の割合は、82%前後で推移しており、労働集約的な業種とはいえ、高い水準である。下段から2番目の項目 15、「差引」を見ると、平成 17 年の「-1」から、平成 20 年は「17」となっている。一見、収支は改善されたように見える。

図 3 を見ると、項目 19 の「介護職員常勤換算数」は 10.1 人から 7.7 人へ減少。項目 24 の「訪問一回当たり収入」は 9%減少。項目 28 の「訪問回数」は 93.7 回で約 19%増加した。非常勤職員の割合を増やし、少ない人数で一人当たりの訪問回数を増やした結果、収支が微増したと考えられる。

図 3

17	延べ訪問回数	795.2回		725.5回	
18	常勤換算職員数(常勤率)	11.2人	40.4%	8.6人	42.8%
19	介護職員常勤換算数(常勤率)	10.1人	38.1%	7.7人	40.8%
常勤換算1人当たり給与 常勤					
20	介護福祉士	259,662円	1.02	264,107円	
21	介護職員	218,764円	1.02	223,124円	
非常勤					
22	介護福祉士	182,916円	1.26	230,476円	
23	介護職員	215,241円	0.99	212,046円	
24	訪問1回当たり収入	3,833円	0.91	3,485円	
25	訪問1回当たり支出	3,834円	0.80	3,462円	
26	常勤換算職員1人当たり給与	224,322円	1.03	231,665円	
27	介護職員(常勤換算)1人当たり給与	220,510円	1.02	225,099円	
28	訪問介護職員常勤換算1人当たり訪問回数	78.7回		93.7回	

図 3：資料出典：厚生労働省「平成 20 年介護事業経営実態調査結果」

図 4 を見ると、収支差率が 0%以下となった事業所が約 4 割を占めている。特に 20%以下となる事業所の割合が突出している。

図 4

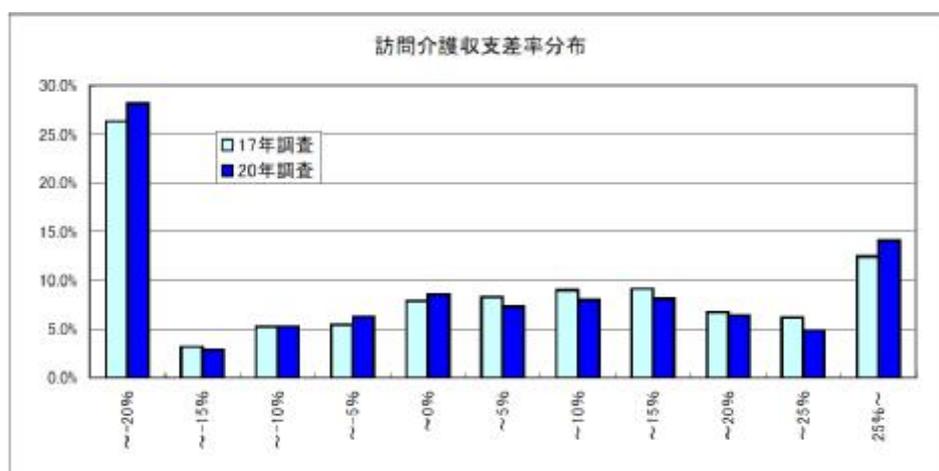


図 4：資料出典：厚生労働省「平成 20 年介護事業経営実態調査結果」

訪問介護事業では、特別養護老人ホームのように介護報酬以外にホテルコストなどの収益を得る機会はない。収入のほぼすべてを介護報酬に依存すると、収支状況が厳

しくなるということは、厚生労働省の考える運営モデルとその根拠が望ましいものかどうか、検証する必要があると考えられる。

2-3 制度の持続性を探る

2006年の法改正では、介護費用を削減するために、報酬の引き下げとともに、将来の要介護者を増やさない取り組みも設けられた。それが「介護予防」である。軽度の介護度である「要支援1・2」の対象者は、自立支援の観点で提供される「介護予防サービス」を利用することとなった。また、要介護認定を受けていない高齢者が、健康診断の結果、筋力低下などが懸念される場合、区市町村が実施する予防トレーニングの、「地域支援事業」につなげるという仕組みも作られた。

制度の持続性を考えると、「予防」というアプローチも有効であろう。しかし介護予防サービスの報酬は低いにも関わらず、サービスのマネジメントに付随するアセスメント作業なども必須となる。また、地域支援事業は自治体が運営主体となるが、実施主体は殆どの場合、既存の介護サービス事業所である。サービスの現場が抱える業務量は増えるばかりである。

第三章 模索される方向性 ー厚生労働省の取り組みからー

3-1 介護サービス従事者の労働環境

2006年の法改正を受けて、介護サービス事業を取り巻く環境は、一層厳しさを増した。第二章で述べた収支状況の悪化と併せて懸念されるのが、従事者の問題である。

図5

入職率・離職率（全体）

「訪問介護員＋介護職員」の入職率は28.2%、離職率は20.2%であり、ともに全労働者の入職率(17.4%)及び離職率(17.5%)を上回っている。				
訪問介護員＋介護職員		入職率	離職率 ^(%)	
	計	28.2	20.2	
	正社員	23.5	16.8	
	非正社員	30.8	22.2	
(参考) 全労働者	計	17.4	17.5	
		男	14.2	14.6
		女	21.8	21.7
	一般労働者	13.4	13.8	
	パートタイム労働者	31.0	30.3	

(注)正社員は一般労働者よりも概念が狭く、非正社員は、パートタイム労働者よりも概念が広い。単純に全労働者の一般労働者、パートタイム労働者と介護職員の正社員、非正社員との入職率や離職率を比較するには注意が必要である。
 ※正社員：雇用している労働者の雇用期間の定めのない者のうち、パートタイム労働者や他企業への出向者を除いた者。
 ※非正社員：正社員以外の労働者(契約社員、嘱託社員、臨時雇用者、パートタイム労働者)
 ※一般労働者：常用労働者のうちパートタイム労働者を除いた者。
 ※パートタイム労働者：常用労働者のうち次のいずれかに該当する労働者をいう。
 ア 1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者。
 イ 1月の所定労働時間が一般の労働者と同じで1週間の所定労働日数が一般の労働者よりも短い者。
 ※入(離)職率：訪問介護員＋介護職員：平成16年10月31日の従事者数に対するその後1年間の採用(離職)者数の割合
 全労働者：平成17年1月1日現在の常用労働者数に対する1月1日から12月の期間中の入(離)職者の割合
 資料出所：訪問介護員＋介護職員：事業所における介護労働実態調査(平成18年6月)(介護労働安定センター)
 全労働者：雇用動向調査(平成17年)(厚生労働省大田官房統計情報部)

図5：資料出典：厚生労働省「福祉・介護サービス従事者の現状等」

図5は、介護サービス従事者の正規・非正規職員別の入職、離職の割合を示している。人件費を抑えるために、サービスの現場には多くの非正規職員が従事しており、短期間での入職、離職のケースが増え、定着率が低下している。更に身体介護、夜勤など、経験と技量が問われる業務の負担が正規職員に偏重する。やがては事業所全体としての職務能力、専門性の低下を招くであろう。

また、給与の低さも問題となっている。

図6

職種別きまって支給する現金給与額等

福祉施設介護員、ホームヘルパーの給与は、年齢が低く勤続年数が短いことに留意する必要があるが、それぞれ男性労働者・女性労働者の平均年収試算額に比べ、低額となっている。

区 分	企業規模計					年収試算額 千円
	年齢	勤続年数	きまって支給する現金給与額	所定内給与額	年間賞与その他特別給与額	
	歳	年	千円	千円	千円	千円
全労働者	40.7	12.0	330.8	302.0	905.2	4,529.2
男性労働者	41.6	13.4	372.1	337.8	1,057.8	5,111.4
女性労働者	38.7	8.7	239.0	222.5	566.4	3,236.4
福祉施設介護員(男)	32.1	4.9	227.9	214.7	577.1	3,153.5
福祉施設介護員(女)	37.0	5.1	204.3	193.3	490.6	2,810.2
ホームヘルパー(女)	44.1	4.9	198.8	187.3	376.1	2,623.7
介護支援専門員(女)	45.3	7.7	260.5	251.6	714.9	3,734.1
看護師(女)	35.4	7.0	315.6	279.5	846.3	4,200.3
看護補助者(女)	42.6	6.3	191.5	178.6	466.3	2,609.5

(注) 賃金構造基本統計調査は年収は調査していないが、下記算式により参考数値として試算した。

$$\text{年収試算額} = \text{「所定内給与額} \times 12 \text{ヶ月} + \text{年間賞与その他特別給与額}」$$

◎「きまって支給する現金給与額」とは、労働契約、労働協約あるいは、事業所の就業規則などによってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給された現金給与額。手取額でなく、税込みの額。

現金給与額には、基本給、職務手当、精進手当、通勤手当、家族手当などが含まれるほか、超過労働給与額も含む。

◎「所定内給与額」とは、月間きまって支給する現金給与額のうち、超過労働給与額以外のものをいう。

資料出所：平成17年賃金構造基本統計調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）

図6：資料出典：厚生労働省「福祉・介護サービス従事者の現状等」

図6は、福祉施設従事者と全労働者との、平均年収（試算額）の比較を示している。福祉施設介護員（男）の年収額は、全男性労働者の約6割である。結婚を機に男性職員が退職する現象が見られるのも、こうした理由が影響しているかもしれない。

3-2 平成21年の報酬改定に向けて

平成20年10月30日に、政府・与党において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、平成21年度介護報酬改定率を3.0%とすることが決定された。そして2008

年12月、厚生労働省より平成21年介護報酬改定の概要が出された^(注4) その基本的な視点は次の通りである。

1. 介護従事者の人材確保・処遇改善
2. 医療との連携や認知症ケアの充実
3. 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証

介護報酬改定の概要として、報酬額がプラス改定となったこと、そして介護従事者について対策が施されたことは、今回が初めてである。具体的には、夜勤など負担の大きな業務に対する適正な人員配置、雇用に占める3年以上の勤続者の割合、有資格者や専門研修受講者の割合、といった条件を満たす事業所に対して、加算評価を認める。また、地域や業種、人件費割合に応じて、報酬単価（全国基準は介護報酬1点に対して¥10）を上乗せする。

但し、注意すべき点もある。改定率を3.0%としているが、これは在宅サービス事業に対する1.7%、施設サービス事業に対する1.3%の合計値であり、全業種に対して一律3.0%増額されるものではないこと。今回の緊急特別対策には約1,680億円の予算が充てられるとのことだが、対策が次年度以降も継続されるかは不透明であること。また、この特別予算を基に、介護従事者の月給が¥20,000引き上げられるとの情報が流れたが、額は勿論のこと、事業者に対し、増額分を必ず処遇改善に充てなくてはならないという規定は無いこと、である。

合計3%の介護報酬アップが、すぐには諸課題の解決には結びつかないであろう。しかし、国が従事者、事業者の持続性に、新たな視点を示したことは議論のための重要なきっかけとなる。介護サービスを社会保険方式で維持するのか、それとも税方式に切り換えるのかなど、本格的な議論の活発化が望まれる。

(注4) 厚生労働省 題55回社会保障審議会介護給付費分科会「平成21年度介護報酬改定について」