

論 説

介護保険の25年： 医療化，施設化，そして「家族介護」の復活

——訪問介護サービスの立て直しを考える——

下 野 恵 子

〈要 約〉

この論文では，“高齢者の介護は家族が行うのが当然”とされてきた日本で，ようやく2000年4月に導入された介護保険の25年を振り返る。“介護の社会化”をめざした介護保険の理念は，「在宅介護中心」，「専門資格を持つ介護士による介護サービスの提供」であった。介護給付抑制策にもかかわらず，介護給付の拡大と共に介護サービス産業は成長を続け，2015年には10兆円産業になった。しかし，同年に安倍内閣が実施した－2.27%という介護報酬の大幅な切り下げと介護保険の根幹を揺るがす大きな制度変更により，それ以降の成長率は急降下した。2024年の介護サービス産業の規模はほぼ11兆円にとどまる。

ちなみに介護保険開始以降，厚生労働省は介護給付抑制政策（介護給付適正化）を採り，その標的になったのは介護の必要度が低い“要支援者”であり，その利用が多い訪問・通所介護サービスである。2015年の制度変更は介護保険から要支援者を切り離す大きな変更であった。要支援者は介護保険の訪問介護・通所介護サービスを利用できなくなり，各自治体が運営する「総合事業」の“訪問型・通所型サービス”の利用を迫られた。総合事業の低価格サービスは無資格の介護労働者によって供給される。介護保険発足時の「専門資格を持つ介護士による介護サービス提供」という理念は消え去った。

在宅介護サービスの利用制限が強まる一方で，介護施設と医療的サービスは拡大している。2011年に「サービス付高齢者向け住宅」（サ高住，民間介護施設）が導入され，2015年にはかつての老人病院が「介護医療院」という名で公的介護施設の一つとなり，施設介護に比重が移り，「在宅介護中心」という理念も失われた。さらに介護サービスの減少を補う形で，介護給付に占める看護師や理学療法士による医療的サービスの比率も高まっている。

以上のように，介護保険の施設化，医療化の傾向は明確である。ヨーロッパでは，施設介護は高額であるとして在宅介護を充実させているが，日本は逆コースをたどっている。2024年改定で介護報酬は1.29%の伸びとなったが，訪問介護報酬は2～3%の大幅な引下げ，通所介護報酬は微増であり，訪問・通所介護はより縮小する。団塊の世代が後期高齢者となる時代を迎え，210万人の介護職員（8割が女性）も減少し始め，在宅介護サービスは縮小し続けている。現状を放置すれば，「家族介護」が復活し，年間10万人を超える介護離職や家族による高齢者虐待の増加という未来が待ち受ける。この未来を避ける方策を考えたい。

キーワード：介護保険，総合事業，介護サービス産業，訪問介護と医療的サービス，女性労働

1. はじめに

この論文では、2000年4月に導入された介護保険の25年間の歴史を振り返り、介護給付の抑制政策により介護保険が変質していく経緯と現状を説明し、さらに高齢者と介護者を支える訪問介護サービスの再構築を提言する。

介護サービス産業は、医療保険に支えられる医療サービス産業と同様に、介護保険に支えられる特殊な産業である。介護サービス価格は3年に一度の介護報酬改正で決定される（診療報酬改定は2年に一度）。介護報酬改定は2024年までに8回あったが、そのうち3回が2%を超える大幅なマイナス改定があり、介護報酬＝介護サービス価格が最も高くなったのは、なんと2000年の介護保険導入時である（図5を参照）。25年間もサービス価格が低迷すれば、介護事業所の経営は苦しくなり、産業としての魅力はなくなる。そして介護報酬の低迷は介護職員の低賃金を招き、介護士不足は2010年以降深刻化している。賃金が低迷する介護士が不足するのは当然で、今や介護職は専門資格を必要としない低賃金の誰でもできる職業とみなされ、2019年～2023年の有効求人倍率は介護施設で3倍を超え、ホームヘルパーは15倍前後で推移しており、外国人労働者への依存も強まっている。介護保険発足時の「専門資格を持つ介護士によるサービス提供」という理念を覚えている人がどの程度いるであろうか？

今は輝きを失っているとはいえ、介護保険の導入で新しく誕生した介護サービス産業は、少なくとも2000年代前半までは日本の将来を支える新産業として期待され、政府も育成政策を採っていたのである。しかし介護保険導入後の介護保険利用者数の急増に対し、厚生労働省は直ちに“介護給付適正化”という名の介護給付抑制政策に転換した。それでも高齢者の増加・介護給付の拡大と共に介護サービス産業は成長を続け、2015年には日本経済を支える重要産業である証の10兆円産業となった。しかし同年の介護報酬改正時には、安倍内閣による－2.27%の大幅な介護報酬の引下げと介護保険制度の改変により、訪問・通所介護事業所を中心に倒産数が急増し、2015年以降の成長率は急降下した。2024年の介護サービス産業の規模は11兆5000億円にとどまる。それでも介護サービス産業は介護職員だけでも213万人（2023年）が就業する大産業である。

ここで注意しておきたいことは、介護保険の導入時に“高齢者の介護は家族が行うのが当然”と考える保守派の政治家や男性高齢者を中心とする強い反対があったことである。その後も介護保険に対して否定的な意見（介護保険は必要ない）は根強く、特に“誰でもできる”訪問介護サービスが有償であることを受け入れられない日本人は少なくない。そのため昔は家族が行ってきた“誰でもできる”はずの訪問介護サービスに対する社会的評価は低いままである。そのことは最低賃金より少し高いくらいの水準にとどまっているホームヘルパーの時間給の低さに現れている。

現在も根強く生き残っている保守的な家族観を背景として、在宅介護サービスは介護給付削減のターゲットとされて、2回の制度改変により介護給付は大きく減少し、訪問・通所介護事業所の倒産数は高い水準で続いている。最初の制度改正は2006年の介護報酬改正時に実施された“介護予防サービス”の導入であり、要支援者に対する訪問・通所介護を“介護予防サービス”と名付け、要介護1～5が利用する介護サービスと分けるという制度改変である。介護予防サービス

は介護保険事業に含まれるが、介護サービスとは報酬単価もサービス利用法も異なるし、さらに強い利用制限も導入され、要支援者の介護需要は大きく減少した。2回目の大きな制度改変は2015年改正時に保守派の安倍内閣のもとで実施された。2015年から要支援者の介護保険事業から各自治体の「総合事業」への移行が開始され、3年の移行期間を経て、2018年から全都道府県で要支援者は「総合事業」の対象者となった。この要支援者の介護保険からの切り離し・「総合事業」への移行により、訪問・通所介護事業所の経営は一気に悪化した（詳細は2.3節）。このように、在宅介護サービス供給は先細りの状態にある。

この25年間の在宅介護サービス供給の減少の一方で、介護施設と医療的サービスは一貫して増加している。まず介護施設としては、2011年に有料老人ホームより安価な民間介護施設として「サービス付高齢者向け住宅」（サ高住）が始まった。さらに2015年にはかつての老人病院が「介護医療院」という名で公的介護施設の一つとなり、その数は速いペースで増加している。また、在宅介護サービスの減少を埋めるように、看護師の“訪問看護”や理学療法士の“訪問リハビリ”などの医療的サービスが拡大している。

以上のように、日本の介護保険の施設化、医療化の傾向は明確である。ヨーロッパでは、施設介護は費用がかかるとして在宅介護を充実させているが、日本は全く逆コースをたどっている。最新の2024年の介護報酬改正では1.29%の引上げとなったが、訪問介護報酬は2～3%の引下げ、通所介護報酬は微増であった。2015年改正以降、急激した訪問・通所介護事業所の倒産はさらに増加しており、2023年には初めて介護職員（その8割が女性）が215.4万人から213.6万人へと減少した。団塊の世代が後期高齢者となる時代を迎え、介護職員は減少し始め、在宅介護サービスは縮小し続けている。現状を放置すれば、「家族介護」の復活、年間10万人を超える介護離職者の増加、家族による高齢者の虐待の増加という未来が待ち受ける。この論文では、この未来を避けるために、すでに崩壊している訪問介護の再建策を提案する。

人生100年時代には介護サービスは必需品である。85歳以上になれば2人に1人は要介護者になり、90歳では7割、100歳を超えれば、例外的なケースを除き、ほぼ全員が何らかの介護を必要とする。そして、介護施設はすべての要介護者が入居できるほど多くないし、要介護高齢者の7～8割は在宅介護利用者である。その時、もし訪問・通所介護などの在宅介護サービスが無くなっていけば、家族だけによる介護を強いられ、高齢者虐待に追い込まれる家族も増加するであろう。

論文の構成は次のとおりである。2節では介護保険報酬点数の推移、2015年の制度変更などから介護保険の変質を概観する。25年の間に介護保険は在宅介護中心から、民間介護施設の増加により、施設介護中心へと変わっている。在宅介護を支えるホームヘルパー数は2015年以降減少し始め、最近の有効求人倍率は15倍前後となり、訪問介護はすでに崩壊している。3節では、介護職の低賃金問題を取り上げる。4節では、崩壊した訪問介護サービスの再構築の方策を提案する。ボランティア精神で働く「登録ヘルパー」や登録ヘルパー頼みの訪問介護事業所が市場から退出し、常勤ヘルパー中心の訪問介護事業所が参入しない限り、訪問介護の再構築は不可能である。5節はまとめである。

なおコロナ騒動は介護サービス産業に大きな影響を与えた。特にコロナの影響で高齢者が訪問・通所介護サービスを手控えた影響は大きかった、この論文では、このようなコロナによる異

常値を避けるために、主に2019年までのデータを用いている。

2. 介護保険の25年

2.1 介護保険導入の背景と理念：“家族介護”と“社会的入院”

日本の公的介護保険の導入はヨーロッパ諸国よりも遅れ、2000年4月であった。ただしヨーロッパ諸国の介護保険には国ごとに大きな相違があり、どの国も日本のように介護サービス供給を行っているわけではなく、家族への介護給付金制度を中心とするスペインのような国もある。介護保険の財源やサービス供給体制の違いも大きい。北欧諸国は税方式をとり、訪問介護は公務員（パートタイム公務員も多い）である介護士が提供している。ドイツは完全な保険方式で、サービス供給は公的・民間の両方で担っている。

そして65歳以上を対象としたメディケア以外に公的医療保険を持たないアメリカは、公的介護保険も持たない。一方、人口の95%をカバーする公的医療保険を整備した中国（都市雇用者向けとそれ以外の2本立て）は、2025年の公的介護保険の導入を目指して、その制度確立のために各地で試行を繰り返している（楊（2023））。

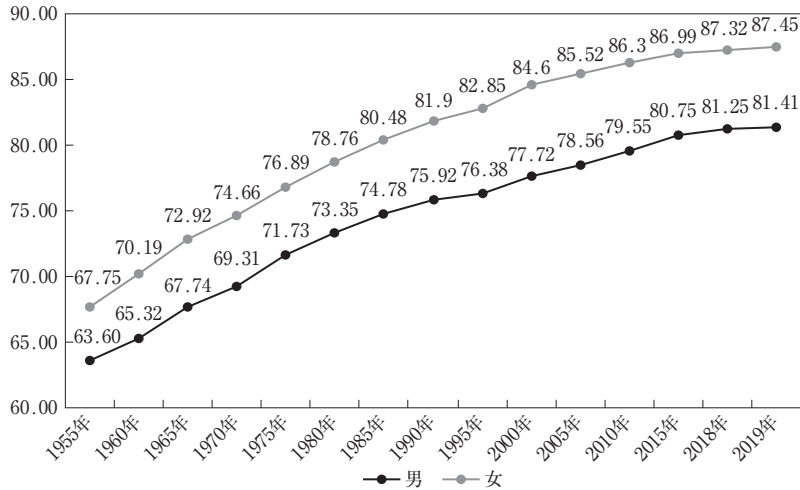
日本の介護保険は、ドイツの介護保険を参考にしたが、完全な保険方式ではなく被保険者を40歳以上とし、高齢者の負担の緩和のために財源は税金と保険料の半々とした。介護給付の半分が公費負担（国庫負担は介護給付額の1/4、都道府県負担1/8、市町村負担1/8）である。このように国庫負担が1/4を占めることで、医療保険と比較して、政府の介護保険制度への介入が強く、介護保険制度が安定しない理由となっているように思われる。さらに政府・厚生労働省が、介護給付削減に動く大きな要因ともなっている。

また欧米とは逆に、日本の介護保険では在宅介護サービス供給が民間企業に委ねられ、介護施設運営が福祉法人などの非営利法人に委ねられた（当初は営利企業の参入は認められなかった）。しかし在宅介護サービスの中心となる訪問介護が採算がとりにくいサービスであることは昔からよく知られている（OECD（1996）（2005））。そのため、在宅介護サービス供給でも営利企業を活用しているイギリスやオーストラリアでも、訪問介護サービスの半分以上は公的に供給している。逆に、施設介護サービスへの営利企業の参入を許している（ただし人員配置やサービス水準など厳しく監督）。日本の介護保険は、ヨーロッパの知見に反し、訪問介護をNPO、民間企業に全面的にゆだねた。多くの自治体が、介護保険以前に訪問介護を担っていた社会福祉協議会の在宅介護サービス提供をやめ、民間訪問介護事業所を誘致したのである。

さて、日本で介護保険の導入が遅れたのは、21世紀に入ろうという時点でも日本女性の労働力率が低く（57%、2000年）、既婚女性の半分以上は就業していなかったため、高齢者介護を長男の嫁を中心とした女性が担う「家族介護」が当然とされる風潮が続いていたためである。

しかし日本でも介護を必要とする高齢者が増加するにつれて、「家族介護」を当然とする状況も変化し始めた。1970年には65歳以上人口が7%を超え、寝たきり老人や認知症老人が問題となり始めた。認知症老人の家族介護を取り上げた有吉佐和子『恍惚の人』の出版は1972年のことである。そして1995年には、高齢化率は14%を超えた。日本の高齢人口比率が7%から14%になる

図1 平均寿命の伸び



注：著者による作図。

出所：厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「令和元年簡易生命表」。

のに要した年数はわずか25年で、ヨーロッパ諸国の100年前後というゆっくりした高齢化に比べると、日本の高齢化スピードは非常に早かった。

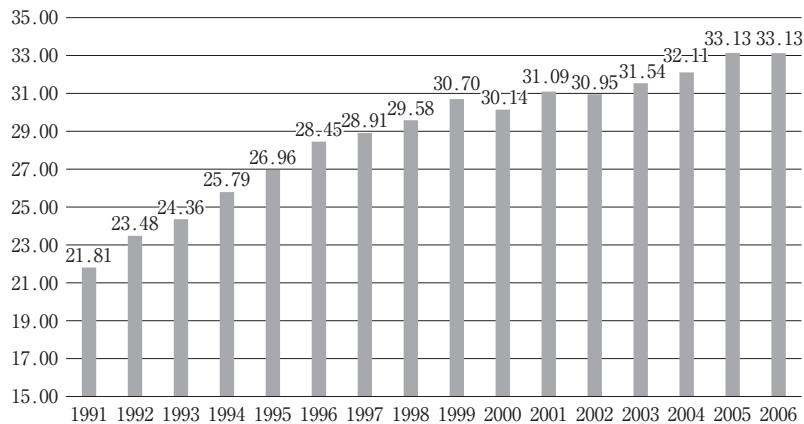
さらに図1に示したように、医療サービスの充実と栄養状態の改善により、日本人の平均寿命は大きく伸長した。1970年の平均寿命は男性69.3歳、女性74.7歳に対し、1995年には男性76.4歳、女性82.9歳と、25年間で男性7年、女性8年も平均寿命が延びている。なお2015年には男性の平均寿命は80.8歳となり、男女とも平均寿命は80歳を超えた。

何らかの介護を必要とする高齢者が増加し始めるのは75歳以上であることを考慮すれば、男女とも平均寿命が75歳未満であった1970年には介護を必要とする高齢者はまだ少数であったが、1995年には要介護高齢者は珍しくなくなったといえよう。ちなみに80歳を超えると加速度的に要介護高齢者比率は高くなり、85歳以上になると高齢者の2人に1人は何らかの介護を必要とするようになる。つまり平均寿命の伸びと共に加速度的に介護を必要とする高齢者が増加するのである。

以上のように高齢化と平均寿命の伸びにより、1990年代には介護を要する高齢者を抱える世帯は急増したが、主な介護者は依然として長男の妻であった。労働者の長時間労働が続く（残業規制が緩い）日本では、高齢者介護は専業主婦である女性が担うしかなかったのである。そして、その時代には少なからぬ自治体が、介護を担う長男の妻をたたえる“孝行嫁表彰”を実施していた。しかし“孝行嫁表彰”では、長男の嫁をはじめとする「家族介護」を担ってきた女性の苦しみ、不満を抑えられなくなっていた。

もちろん厚生労働省が高齢者対策を怠っていたわけではない。日本の早い高齢化に対応することは簡単ではなかったが、厚生労働省は1989年に『高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）』を実施し、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイという在宅介護サービスの充実による家族介護の負担軽減を図った。1994年には在宅介護だけではなく施設介護（老健施設）の充実も含めた新たな十ヵ年計画を新ゴールドプランとして実施に移した。しかし残念ながら、

図2 2000年前後の国民医療費の推移（兆円）



注：著者による作図。

予算の限られたゴールドプランや新ゴールドプランによって、要介護高齢者や介護する家族を支える体制を作り上げることはできなかった。

その結果、「家族介護」が困難になると、認知症の要介護高齢者は精神病院への入院を迫られ、寝たきりの要介護高齢者はいわゆる“老人病院”（入院者が高齢者に特化した病院）への入院を迫られることになる。これらの要介護高齢者の多数は、医療的な治療を必要としないが、介護が困難で自宅で生活できないために病院に入院していた。これが「社会的入院」であり、社会的入院の増加は医療給付を急増させ、医療保険の破綻を招くとして医療関係者や厚生労働省の危機感是非常に強かった。

図2を見ればわかるように、1991年には22兆円であった国民医療費が、介護保険導入前年の1999年には31兆円に膨らみ、わずか10年間で約1.5倍に急増している。老人病院の寝たきり老人や精神病院に隔離されている認知症高齢者（この時代には、呆け老人といった）の“社会的入院”の増加による医療費の爆発的な増加に危機感を持った医療関係者、厚生労働省が、高齢者介護を目的とした介護保険の導入を推進したのである。

そして介護保険導入後には、医療医療費の増加スピードが落ちていることがはっきりわかる。つまり介護保険は、医療保険が抱え込んでいた“社会的入院”に対する医療給付を大きく削減させ、医療保険を本来の役割（傷病者の手当て）に戻したといえよう。

以上のように、日本の速い高齢化と平均寿命の急速な伸長による要介護高齢者の急激な増加が、「家族介護」に苦しむ女性（主に長男の嫁）の増加と「社会的入院」による医療給付の急増を招いた。この2つの要因が、介護保険の導入に繋がったのである。

そして日本の公的介護保険は、高齢者介護を家族だけではなく社会全体で担うこと、つまり“介護の社会化”を掲げて、2000年4月から実施されることになった。介護の社会化を実現するための日本の介護保険の理念は、「在宅介護中心」、「介護の専門家による介護サービスの提供」の2つであった。

家族ではなく介護資格を持つホームヘルパーによる公的在宅介護サービスを中心に据えた介護保険に対して、「高齢者介護は家族の義務」と頑なに信じる保守的な政治家や高齢男性からは、

家族の崩壊を招くとして強い反発があった。また介護保険導入により収入が下がることを懸念した介護施設経営者の反対も根強かった。一方で、家族介護に苦しむ女性や家族介護が限界にきていることも広く知られてきた。さらに、社会的入院による医療給付の急激な増加により医療保険の破綻を危ぶむ医師会や厚生労働省も、介護保険の導入を推進したことを忘れてはならない。もし医師会や厚生労働省の強力な後押しがなければ、当時の世論調査結果を見るかぎり介護保険導入への賛否は分かれており、介護保険の導入はさらに遅れていたことであろう。

日本の介護保険が医療関係者の後押しを受け、医療保険の財政支援を受けて成立したという事実は非常に重要である。そして介護保険が医療保険の財政支援で実施されるケースは少なくない。保険料の積み立てにより財源を確保したのちに、完全な保険方式で介護保険を実施したドイツはむしろ珍しいケースである。現在介護保険の導入を模索している中国も、介護保険の主な財源は医療保険からの移転である。医療保険からの移転で介護保険が導入されることの問題点は、介護保険に含まれる医療的サービスと医療施設の比重と報酬点数の設定にある。

日本の介護保険は出発時点の原資の半分近くが医療保険からの移転であった。そのため、日本の介護保険には出発時点から様々な医療的サービスが含まれてきた。具体的に言うと、在宅介護サービスには“訪問看護”や“訪問リハビリ”という医療的サービスが含まれている。医療的サービスの介護報酬は診療報酬と遜色のない水準となっており、訪問・通所介護サービスの報酬点数に比べてはるかに高く設定された。また、公的介護施設には介護サービスを提供する介護老人施設（特別養護老人ホーム、特養）だけでなく、医療的サービスを提供する“老人保健施設”（家庭復帰のためのリハビリを実施、3か月上限）と“介護医療病床群”（医療サービスを提供、3か月上限）の2種類の施設が含まれた。後者の“介護医療病床群”は2018年に廃止されたが、2015年からはかつての老人病院が「介護医療院」（医療的サービス提供、利用期間の制限なし）という名前で、介護保険の公的介護施設の一つとなった。介護だけでなく医療も提供する施設であるが、介護保険の公的介護施設になった理由は定かではない。しかし、マスコミの反対意見はほぼ見られず、世論の無関心の中で介護医療院は公的介護施設となったのである。

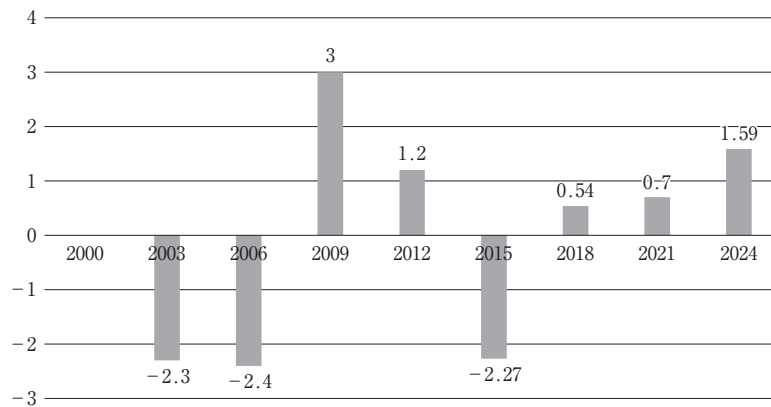
医療的サービスや医療施設は介護サービスや特養に比べて高額なので、医療的サービスや医療施設の比率が高くなれば、介護保険給付が本来の介護サービスではなく医療サービスのために支出されることになる。つまり現在の介護保険は、第2医療保険化しているとも言える。この点については、2.4節で改めて論じる。

2.2 介護報酬の抑制と介護サービス産業の低迷

今から考えると信じられないかもしれないが、介護保険の導入前には、介護サービス産業は日本経済を支える新しい産業として大きな期待がかけられ、政府は介護サービス産業の育成を支援した。介護保険導入前後の時期には、高齢者の増加と共に介護サービス産業は拡大し続けると信じられており、ホームヘルパーや介護福祉士は資格を持つ介護専門職として高い賃金を得られると、多くの国民が明るい希望を持ったのである。

実際、介護保険実施前後には、専業主婦であった女性を中心に介護資格取得がブームとなり、ホームヘルパー1級、2級、3級の講座は待ちが出るほどの人気であった。高齢化をチャンスと捉える風潮もあり、介護福祉士の資格取得を目指す専門学校や大学の学部が増加し、若者も介護

図3 介護報酬改定の推移



注：著者による作図。

職を目指した。しかし介護サービス産業や介護職に対する国民の期待は、政府の政策転換により、あっという間に消えた。介護給付の想定以上の拡大に驚いた厚生省は、公的介護サービスの拡大（介護サービス産業の育成）から強力な介護給付抑制へと政策転換したのである。そのことは、図3に示した3年に一度の介護報酬改正によって、明らかになる。

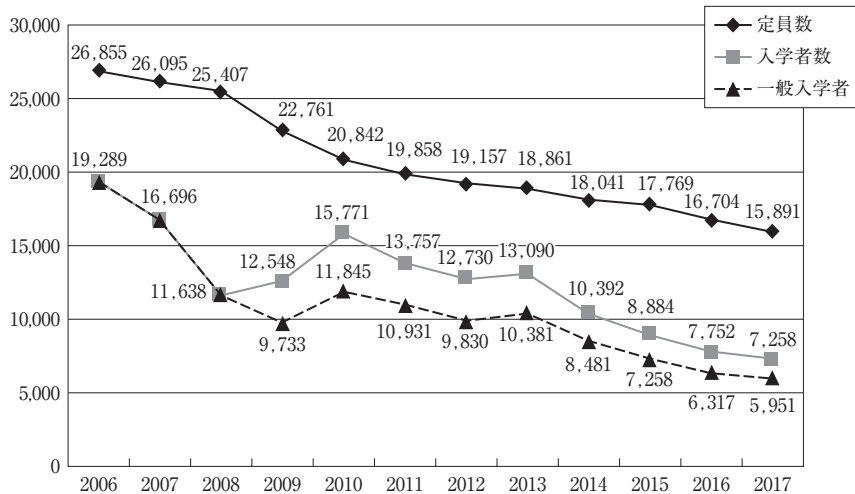
図3に示された介護報酬の推移を見てわかるように、介護保険導入後初めての2003年の介護報酬改定では-2.3%、2回目の2006年には-2.4%と、2回続けて2%を超える大幅なマイナス改定が実施され、政府・厚生省が介護サービス拡大（介護サービス産業の育成）から介護給付抑制政策に政策転換したことが、誰の目にも明らかとなった。なお金融危機の2009年改正では介護報酬が3%引き上げられたことにより、介護士不足は一時的に解消しており、介護報酬改正によって、介護サービス産業が大きな影響を受けることを確認できる（図5と図7を参照）。

2003年と2006年の2回にわたる大幅なマイナス改定の影響は大きく、6年間もの間継続した低い介護報酬は介護サービス事業所の経営を直撃した。在宅介護事業所も介護施設も経営が悪化し、ホームヘルパーの時間給は低下し、施設の介護士の賃金も上がらなくなった。2000年以降ほぼ賃金・物価の変動がない日本において、介護サービスの公定価格である介護報酬の2度にわたる大幅なマイナス改正は、2000年の介護保険導入時にあった介護サービス産業という新しい産業や介護職という新しい専門職に対する期待や熱気を一気に失わせた。そして、介護取得を目指す専門学校数は激減し、介護職を目指す若者も大幅に減少した。

図4は介護福祉士養成校の定員数・入学者数の推移である。介護保険導入前後には定員を上回る入学者数さえ常態化していた介護士養成校であるが、2006年度には定員28,855人に対して入学者は19,289人と、入学者は定員の67%に落ち込んでいる。金融危機が起きた2010年前後には一時的に入学者が増加したが、その後は景気の悪化はなく、介護福祉士の人気が回復することもなかった。2016年度には、定員数は15,891人と2006年から45%減となり、入学者に至っては7,258人と6割以上も減少している。このような若者の介護職離れは、将来の介護を担う人材育成に関する重大な問題であったが、2000年代後半にはほとんど注目されず議論もほとんどなされなかった。

介護人材不足が言われるようになったのは、介護職の有効求人倍率が悪化し始めた2011年前後

図4 介護福祉士養成校入学者の推移



注：入学者数と一般入学者の差は、離職者訓練受入数である。

注：下野（2019）の図表4-4。

出所：日本介護福祉士養成施設協会調べ。2006年より。

からである（図7を参照）。この時期は、金融危機を脱して日本経済が回復に向かい他産業の賃金上がり始めた時期でもある。この時点から、産業平均程度の介護報酬の引上げをしていれば、現在の介護士不足を回避できたであろう。しかし2012年の介護報酬の引上げは1.2%にとどまり、もともと低い介護職の賃金は民間平均賃金の伸びに追いつくことはできなかった。

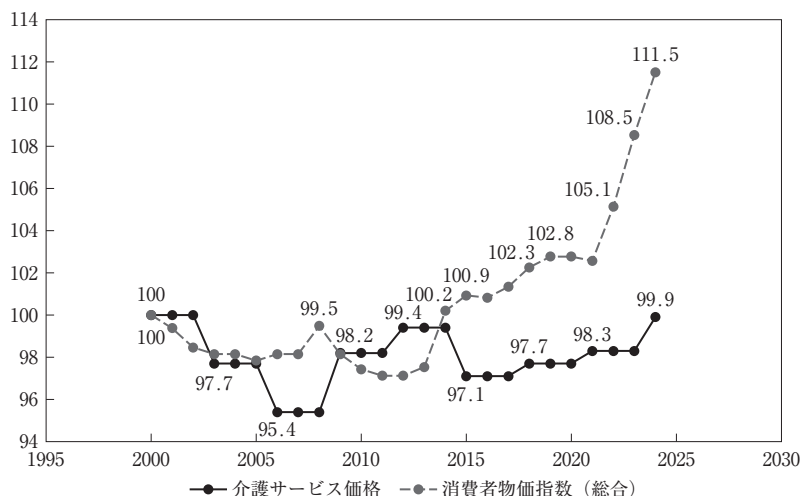
さらに、介護職の低賃金を決定的にしたのが、2015年の安倍内閣による -2.27%という大幅な介護報酬の引下げである。介護報酬の大幅な引下げだけでなく、安倍内閣は在宅介護サービスの利用制限、介護軽度者の介護保険からの切り離しなど、従来の介護保険制度を大きく変更する政策を次々に決定していった。この点に関しては、2.4節で改めて論じる。

2015年の大幅な介護報酬引下げにより、介護職不足は取り返しのつかない水準とまで悪化した。特に訪問・通所介護事業所の6割以上が20人以下の小規模事業所なので、介護報酬引き下げにより倒産・廃業・休業件数が急増した。そして賃金が上がらない職に新規就業者があるはずもなく、現在では介護施設の有効求人倍率が3～4倍、ホームヘルパーは15倍前後である（厚生労働省調べ）。

人手不足に苦しむ介護事業者は、介護職に専門資格を求めなくなり、今や介護職は誰でもできる低賃金の職とみなされるようになった。そしてその低賃金のためにさらに求職者が減るという悪循環に陥り、介護士不足は一層深刻化している。「専門資格を持った介護士による公的介護サービスの提供」という介護保険の理念は、安倍内閣による介護保険の改変により、完全に消え去ったのである。

もう一つの「在宅介護中心」という理念も揺らいでいる。小泉内閣のもとでの介護給付適正化運動（訪問・通所介護利用の制限）に始まり、安倍内閣でさらに加速化した在宅介護サービスの利用制限により、訪問・通所介護の利用者数は急減した。一方、2011年に民間介護施設として「サービス付高齢者向け住宅」（サ高住）が導入され、2015年には公的介護施設に「介護医療院」（老

図5 介護サービス価格指数と消費者物価指数の推移（2000年=100）



注：著者による作図。

人病院などの医療施設の転換）が加わり、介護施設入居者は順調に増加している。25年の間に、介護保険は「在宅介護中心」ではなく「施設介護中心」へと変わっていった。

さて図5では、図3の介護報酬改正率をもとに、介護報酬を2000年=100として指数化し、介護サービス価格指数として図示している。介護サービス産業には多様な民間企業が参入しているが、介護サービス価格は公定価格であり、3年ごとの介護報酬改正によって決定される。介護サービス産業は、医療サービス産業が医療保険に支えられているのと同様に、介護保険に支えられている特殊な産業であることを忘れてはならない。なお介護報酬改正は3年ごとなので、例えば物価や賃金の大きな変動があったとしても、3年間は同じ価格が続くことになる。例えば、2024年改正時の介護サービス価格は2026年まで継続される。なお、図5には景気変動をみるために物価指数（総合）も同時に描いている。

まず図5に描かれた介護サービス価格指数の動きに注目すると、介護サービス価格（介護報酬）のピークが介護保険導入時の2000年であり、25年間の最も長い期間、導入時のサービス価格を超えたことがないことが明らかになる。そして2015年における大幅な介護報酬引き下げの影響は長く続き、それ以降の介護サービス価格の低迷の原因になっていることがはっきりわかる。ちなみに介護サービス価格の谷は、小泉政権下の2006年の介護報酬改正後の95.4であり、ついで安倍政権下の2015年改正後の97.1である。

次に図5で日本の景気の動向を見ると、2000年代は景気が停滞し、2008年9月のリーマンショックで始まり2010年まで続いた世界金融危機で景気の谷を経験したが、2012年を境にして物価上昇を伴う景気の回復局面に入っている。そして景気が回復しているにもかかわらず、介護報酬を大きく引き下げた2015年改正を境に、介護サービス価格指数と物価指数の乖離は拡大している。2018年改正、2021年改正の介護報酬の引上げは1%未満にとどまり、2015年のショックを吸収できていない。やはり、2015年の安倍内閣による介護報酬の大幅な引き上げ（-2.27%）こそが、現在の介護施設や介護事業所の苦境の原因であることを、図5の物価指数と介護サービス価格指

数を比較することによって確認できる。

さらに世界中で共通しているが、コロナ明けには経済活動の活発化により急激な物価上昇が起きる。日本でも年2021年までの物価上昇率は1%程度の穏やかな伸びであったのが、2022年以降の物価上昇率は3%台の大きな伸びになっている。3年間固定される介護サービス価格は、2018年改正で0.54%の引上げ、2021年改正0.7%の引上げ、そして今回の2024改正で1.59%の引上げと、3回連続の引上げとなったが、あまりに引上げ幅が小さいため、物価指数との乖離は拡大している。今後も3%の物価上昇が続くようならば、次回の2027年の改定で10%程度引き上げないと、物価上昇分を吸収できないことになる。

介護サービス価格は公定価格であり、民間部門の財・サービスのように市場で決定されるのではないことを忘れないでほしい。繰り返しになるが、図5に示されたように、物価上昇率にも追いつかない介護報酬（介護サービス価格）の低迷が続けば、介護事業所の経営が改善することはなく、介護職員の賃金引上げはとうてい不可能である（「介護職員等処遇改善加算」の限界については3.4節で論じる）。そして物価上昇率程度の十分な介護報酬の引上げがなければ、介護職員と一般労働者の賃金差が縮小することはなく、低賃金の介護職を嫌う介護士の他産業への流出が続くことになる。

そして2023年にはとうとう介護職員総数が減少し始めた。もし次の介護報酬改正時の2027年にせめて物価上昇をカバーできる程度の介護報酬の引上げが実施されなければ、在宅介護サービスを必要とする高齢者が増加する日本で、必要な公的在宅介護サービスを利用できなくなり、介護施設でも人手不足による事故や高齢者虐待が増加しかねない。

2.3 安倍内閣による2015年改革：訪問・通所介護事業所の崩壊

2015年9月に安倍総理が国民総活躍社会のための新三本の矢の1つとして「介護離職ゼロ」というスローガンを掲げたことを覚えておられるだろうか。唐突であったが、その目的は人口減少時代の労働者確保である。40歳代～50歳代のベテラン就業者を中心とする年間約10万人（8割が女性）もの介護離職は、6,500億円の経済損失をもたらしているという経済産業省の推計も公表された。

しかし2015年に安倍内閣が決めたのは、介護報酬の大幅な引下げ（-2.27%）と介護離職を減少させるはずの在宅介護サービスの削減、介護サービス利用者の自己負担増であった。当然ながら、「介護離職ゼロ」は看板倒れに終わり、現在も毎年10万人もの介護離職が続いている。労働力人口の減少が続く時代に、なぜ介護と就業を両立させるために在宅介護サービスの充実という政策を採らなかったのだろうか？

その理由は明確で、安倍政権が2014年9月に消費税引上げの三党合意を破り、消費増税関連法に明記され2015年10月に実施されるはずだった8%から10%への消費税引上げの延期を決めたからである（2014年9月に1年半の延期を決定。さらにもう一度延期し、最終的に2019年10月に引上げ）。消費税は社会保障の重要な財源となっており、厚生労働省は社会保障費全般の削減を迫られ、生活保護費の引下げや年金引下げと共に、介護給付の大幅な縮小を実施せざるをえなくなったのである。マスコミを始め国民の大多数は消費税率の引上げ延期に賛成したが、消費税は社会保障を充実させるために導入された税なので、消費税率の引上げ延期は社会保障水準の引下げに直結する。

現在も“手取りを増やす”ために消費税の引下げや廃止を主張する政党は少なくないが、消費税以外にどのような代替財源があるのであろうか？ ちなみに2%の消費税率はほぼ5兆円の税収にあたる。社会保障に当てるべき税収が年間5兆円も減収となれば、介護保険を含めて社会保障水準が下がるのは当たり前であろう。消費税引上げの延期がもたらした介護保険の悲惨な結果をしっかりと理解したうえで、消費税の引下げや廃止の主張の是非を考えていただきたい。

消費税率引上げ延期の影響を大きく受けた介護保険の2015年改正では、歳入不足を反映し、介護報酬は大きく引下げられ、同時に強力な給付抑制政策がいくつも実施された。その結果、介護保険は「在宅介護中心」、「専門資格を持つ介護士によるサービス提供」という当初の理念を完全に失ったのである。

安倍内閣による2015年改定とそれに伴う介護保険の主な制度変更を列挙しよう。

- (1) 介護報酬の大幅な引下げ（-2.27%）
- (2) 要支援者を介護保険から切り離し、「総合事業」へ移行
 - 要支援者の介護保険の訪問・通所介護利用の停止
 - 各自治体の「介護予防・日常生活支援総合計画（新総合事業）」の介護サービス利用
- (3) 介護老人施設（特別養護老人ホーム）の利用資格を要介護3以上に制限
- (4) 公的介護施設として「医療介護院」を導入
- (5) 介護サービス利用の自己負担割合の引上げ開始（2割負担の導入）
- (6) 介護認定の厳格化

まず、介護報酬の大幅な引下げは介護事業所の倒産を急増させ、介護士不足を固定化するという悪影響を残した。図5で示したように、2015年の介護報酬の大幅な引下げにより、介護サービス価格指数と消費者物価指数の乖離が一気に拡大し、その後も消費者物価指数の伸びに追いつけないままになっている。介護サービス価格の低迷は、介護士の賃金の低迷につながり、2011年ごろから始まっていた介護士不足は、2015年改定後にさらに深刻さを増した（図7を参照）。

現在のホームヘルパーの有効求人求職倍率は15倍を超えており、求人をかけても求職者が見つからない状況である。責任を伴うしんどい仕事であるにもかかわらず、非正規のホームヘルパーである「登録ヘルパー」の時間給は、コンビニやスーパーのレジの時給と大きく変わらない。そして訪問介護事業所は、人手不足を派遣労働や「隙間バイト」（短期・不定期の高額な時給のヘルパー）で補うようになっている。派遣労働や隙間バイトの時間給は高く、介護事業所の経営の悪化を招くと同時に、人材紹介会社に介護給付金が行っていることになる。有効求人倍率が15倍前後で新規就業者もない訪問介護はすでに崩壊しており、根本的な制度改革が必要である。訪問介護事業所の現状と問題点、そして、再建の方策は、4節で詳しく論じる。

介護施設の有効求人倍率は近年4倍前後で推移しており、ホームヘルパーほどでないが、深刻な人手不足の状態にある。介護施設職員は正規従業員が中心であるが、産業平均月収より7万円も低く、求職者は一貫して減少している（図7を参照）。介護施設の人手不足が続く中で、技能実習生などの外国人労働者への依存が強まっている。

以上のように、2015年の-2.27%という介護報酬の大幅な引下げは、現在に至るまで回復さ

れておらず（図5を参照）、在宅介護事業所を中心として介護事業所全般の経営を悪化させ続け、介護士不足を深刻化させている。

2番目にあげた“要支援者の介護保険からの切り離し＝総合事業への移行”は、介護保険開始以降、最も大きな制度変更である（図9を参照）。介護保険導入以来、要支援者・要介護者はともに介護保険が提供する介護サービスを利用してきたが、この2015年の制度変更により、要支援者は介護保険の介護サービスを利用できなくなった。

2006年には、要支援者・要介護者に対し一律に提供されていた介護サービスが、要支援者向けの“介護予防サービス”と要介護者向けの“介護サービス”に分割されたが、介護予防サービスもホームヘルパーや介護福祉士という介護資格を持つ介護専門家がサービス供給を担ってきた。

しかし2015年の制度変更により、要支援者は各自治体の「総合事業」が提供する“訪問型・通所型サービス”を利用することになった。訪問型・通所型サービスは、各自治体が介護保険よりも安い価格を設定しており、担い手は介護資格を持たない労働者やNPO、元気な高齢者を中心としたボランティアである。安い価格は安い賃金を意味し、「総合事業」のサービスを引き受ける事業者は少なく、介護サービス供給は不足気味である。

また、要支援者の「総合事業」への移行に伴い、訪問・通所介護事業所は、要支援者の利用をあきらめるか、「総合事業」の安いサービス価格を受け入れるかの選択を迫られたが、どちらを選んでも事業所の経営は悪化する。2015年の制度変更後、訪問・通所介護事業所の倒産数は激増し、在宅介護サービスの中心となる訪問介護事業所・通所介護事業所の数も2017年から減少に転じている。

この安倍内閣による要支援者の介護保険からの切り離しの過程は、下野（2019）の第3章4節で詳細に示している。さらに2014年の再編により大きく姿を変えた「総合事業」であるが、その源流は2005年に開始された地域支援事業（介護保険の財源を利用）にある。地域支援事業と総合事業の関係については、小竹（2020）が詳しい。この要支援者の介護保険からの切り離しにより、介護保険事業のサービス利用者数は最終的に100万人近く減少しており、「総合事業」が介護給付削減の強力なツールであることが確認された（小竹（2020）、下野（2019））。

なお消費税引き上げの遅れに伴う歳入不足による歳出削減の一環として、財務省・厚生労働省は2021年度改正時に要介護1・2も総合事業への移行する計画を立て、2019年にはそのための法案を提出する予定であった。しかし総合事業のサービスを担う事業所を見つけれない自治体の強い反対と新型コロナ流行への対応に追われ、法案提出は見送られた。同様の動きは2024年改正前にもあったが実行されなかった。しかし「軽度者」（要支援1・2と要介護1・2）の総合事業への移行は、2014年に閣議決定されており、いずれ法案が提出される可能性が高い。

3番目の特別養護老人ホーム（特養）の利用者を要介護3以上に制限するという政策は、特養の需要が高く順番待ちが長くなっていることに対する対策である。特養の整備を進めて供給を増やすのではなく、需要を下げるという極めて分かりやすい政策である。一方、要介護度の高い高齢者の受け皿拡大のために、4番目の政策として、新しい公的介護施設として「介護医療院」を導入した。介護医療院は医療サービスを提供する公的介護施設とされ、要介護1以上から利用可能である。しかも、老人保健施設や介護医療療養型施設には3カ月という滞在期間の上限があるのに、介護医療院には入院期間の上限がない。つまり医療介護院は、昔の老人病院の再現であり、

1990年代に“社会的入院”が医療給付の急増を招いたように、医療施設である介護医療院が高額の介護給付を伴う公的介護施設になることで介護給付を爆発的に増大させる可能性がある。

5 番目、6 番目は介護保険財政の改善のための政策である。5 番目はサービス利用時の自己負担の引上げである。介護保険導入以降、自己負担は介護サービス価格の1割であったが、2015年にはじめて2割負担が導入された。2018年には3割負担も導入され、要介護高齢者や要介護高齢者を抱える世帯のうち相対的に高所得世帯の負担が重くなった。年金収入しかない高齢者世帯にとって、自己負担率の引上げの介護サービス利用の抑制効果は大きい（下野・大津・大日（2003）を参照）。6 番目の介護認定の厳格化は、データを見れば明らかであるが、なかなか注目されない点でもある。高齢者数や平均寿命の伸びがあるにもかかわらず、要介護認定者数の伸びは抑えられ、要介護5の認定者数は増加することなく減少さえしている。

以上のように、2015年の安倍内閣による強力な介護給付縮小政策の数々は、現在の介護士不足の深刻化、訪問介護の崩壊、介護職員の低賃金の固定化、訪問・通所介護サービス不足など、現在の介護サービスを取り巻く問題に深く関係している。そしてそのような状況を招いた原因は、2015年10年に予定されていた消費税の8%から10%への引上げの延期である（最終的には4年の延期。年間5兆円、4年間で20兆円の減収）。これは、税収不足が制度を崩壊させるよい例である。

なお消費税引上げ延期の経緯と介護保険を含む社会保障全般に対する影響については、下野（2019）の第1章が詳しい。

2.4 在宅介護サービスの縮小と10万人の介護離職者、高齢者虐待

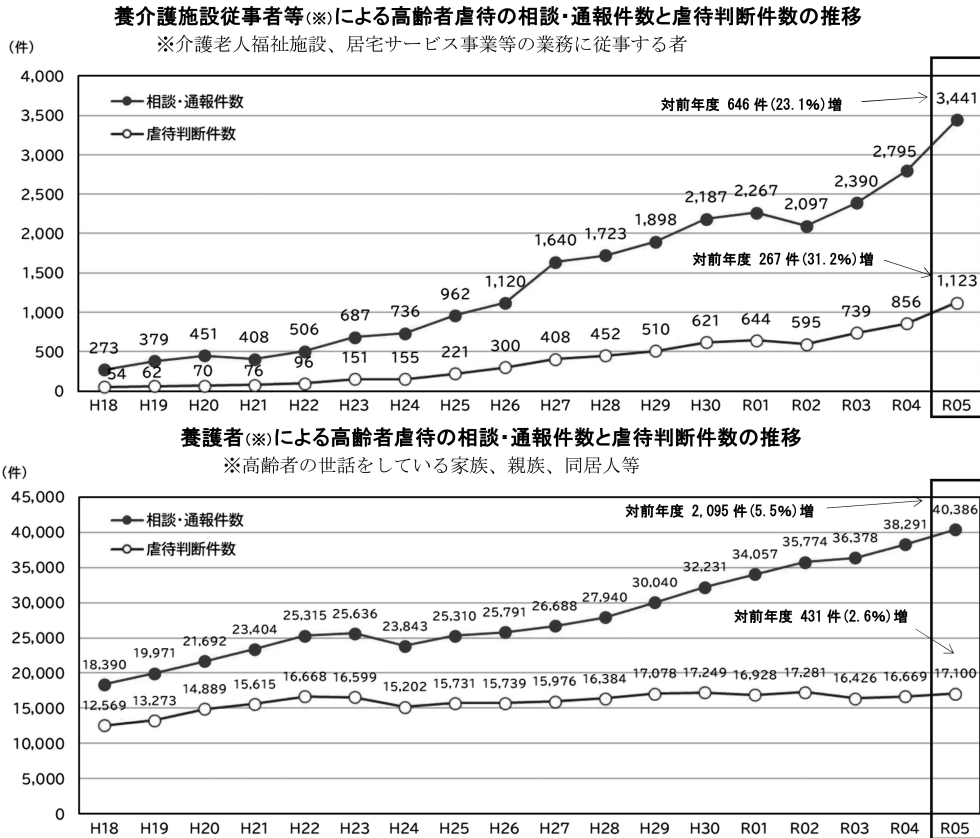
この25年間に一貫して推進されたのが、在宅介護サービス利用制限である。図3、図5でわかるとおり、介護保険導入後すぐに、政府・厚生労働省は、介護サービス産業の育成（介護サービス供給の拡大）から介護給付抑制へと政策転換している。2003年以降「介護給付の適正化」が実施され、利用者の多い訪問・通所介護サービスの利用制限が始まった。

特に強い利用制限がかかったのが訪問介護サービスのなかでも生活援助である。日本では訪問介護サービスは生活援助と身体介助の2つに分割され、介護報酬では倍以上の差がある。ちなみに、ヨーロッパでは身体介助と生活援助は時間単位で一体的に提供される。食事の用意や清掃などのサービスに関し、日本では介護資格をもつホームヘルパーが提供することに違和感を持つ人が多いが、ヨーロッパ諸国ではこれらのサービス提供は高齢者の自然な見守りであり、高齢者の体調や介護度の変化を知るための重要な機会と考えられている。

現在では、訪問介護サービスのうち医療的サービスに近い“身体介護”が介護保険のサービス、要支援者の利用が多い“生活援助”の大部分は介護保険ではなく「総合事業」の訪問型サービスとして提供されている。低価格の訪問型サービスは、介護資格のない労働者やボランティアなどが担うことが期待されていたが、その低価格に応じて低賃金になるため、「総合事業」の介護サービス供給を担う介護事業所が見つからない自治体も少なくない。つまり、要支援者に対する「総合事業」の訪問型・通所型サービスの供給は十分な量を確保できていないという現状がある。

介護給付の増大が想定以上だった場合、介護サービスの利用制減で給付削減を図るのではなく、介護保険収入を増加させ在宅介護サービスの拡充を図るという方策も可能であったはずであるが、介護保険収入増の方策は採られなかった。そして介護保険財政改善策が十分議論されることはな

図6 高齢者の虐待件数の推移



出所：厚生労働省のHP。厚生労働省「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく令和5年の対応状況に関する調査結果。

く、利用者の多い訪問・通所介護を中心とした在宅介護サービスの利用制限が実施されてきたのである（4.1節を参照）。

しかし訪問介護や通所介護などの在宅介護サービスが無くならないまでも、事業所の減少やサービス利用制限が強化されれば、家族の介護負担は重くなり、家族による高齢者虐待件数は増加することになる。

図6は、厚生省が毎年公表している、介護施設・在宅介護に従事する介護職員による高齢者虐待件数と相談・通報件数、及び、家族による虐待件数と相談・通報件数を調べた結果である。2023年（令和5年）の介護職員による虐待判断件数は1,123件（相談・通報は3,441件）、家族による虐待判断件数は17,100件（相談・通報40,386件）にも及び、新聞で取り上げられる高齢者虐待のニュースは氷山の一角に過ぎないことが分かる。そして、高齢者虐待のほとんどは家族によるケースである。介護の知識や技術を持たない家族による「家族介護」は、介護者を追い詰めるし、高齢者にとっても決して幸せなことではないことを理解してほしい。

豊かな日本で、介護を必要とする多くの高齢者が虐待されている状況を放置しておいてよいのであろうか。家庭での虐待件数を減らすには、訪問・通所介護などの在宅介護サービスの充実が有効である。在宅での生活を望む高齢者も多いし、介護施設の利用料を負担できない世帯も少な

くない。この時、最も頼りになるのが、生活援助を含む訪問介護サービスである。

さらに在宅介護サービスの充実には、在宅の要介護高齢者の虐待件数の減少だけではなく、介護と就業の両立を可能とすることで、介護離職を減少させる効果がある。介護離職者数は年間10万人であり、40歳以上の女性を中心となっているが、三世帯世帯の激減、男性の賃金低迷と女性就業者の増加、などの要因により、男性の介護離職者も増加している。労働力不足の続く日本にとって、介護離職者を減らすのは優先的な課題であろう。もちろん介護休業制度の充実も重要であるが、訪問・通所介護は家族の介護負担の軽減を可能とする。訪問介護は、遠距離介護者にとっては、高齢者の見守りを兼ねる、ありがたい制度である。

しかし、2015年の改正以降、訪問・通所介護事業所の倒産数は激増し、訪問・通所介護サービスを必要に応じて利用できなくなっている。4節では、新規就業者のない崩壊状態にある訪問介護サービスを取り上げ、その再建策を考える。

2.5 介護保険の将来：第2医療保険化する介護保険

これまで述べてきたように政府・厚生省は、在宅介護サービスの利用制限を強力に進めてきた。一方、在宅介護サービスの減少を補うように、看護師や理学療法士による医療的サービスが介護保険のなかで比率を高めている。介護士不足で減少を続ける介護サービスに代わって、看護師の“訪問介護”や理学療法士の“訪問リハビリ”のような医療的サービスが増加することは、“医療の必要のない高齢者に介護サービスを提供する”という介護保険の本来の形をゆがめているようにも思われる。

表1は2020年度実績を基にした厚生労働省による介護保険事業の将来予測である。ただし2023年の数字を削除し、介護サービスの名称を一部修正している。2020年度の介護保険事業のサービス利用者数は509万人で、2040年度の利用見込みは672万人と、20年間で32%の増加が見込まれている。つまり、政府が過度な介護給付抑制策を採らなければ、介護サービス産業は今後も順調に成長できる。しかし、景気がよくなってきたときに実施された安倍内閣による介護保険報酬の大幅な引下げや制度改変のように、政府の介護政策次第で介護サービス産業の将来は変わってしまう。それゆえ、例えば、介護報酬引き上げ率を物価上昇率に応じて自動的に決めるとか、介護保険制度の改変は原則行わないなどの縛りが必要かもしれない。さもないと、介護サービス事業所は長期的な計画を立て経営を安定させることができない。

なお表1は安倍内閣による制度改変後の介護保険の姿である。介護保険導入時の2000年には、要支援・要介護認定者のすべてが介護保険事業の対象者であったが、安倍内閣は2015年から要支援者を総合事業に移行させ始め、2018年には介護保険事業対象者を要介護1～5に制限した（要支援者の訪問型・通所型サービス利用は「総合事業」に計上）。それゆえ、在宅介護利用者数は大きく減少している（特に訪問介護）。また2015年から入居希望の多い特別養護老人ホームの利用資格を要介護3以上に制限し、同時に介護医療院を公的介護施設に加えた。

2020年度の介護サービスは、在宅介護、居住系サービス、介護施設の3種類に分割され、各サービスの利用者数は、在宅介護359万人、居住系サービス47万人、介護施設103万人で、7割が在宅介護サービス利用者である。ちなみに介護保険導入時の介護サービスは、在宅介護と介護施設の2種類で、在宅介護利用者が8割を占めていた。この25年間で、民間介護施設（居住系サービ

表1 介護保険事業利用者の実績と見込み

	2020年度 (実績)	2025年度 (見込み)	伸び率	2040年度 (見込み)	伸び率
〈在宅介護〉	359万人	405万人	13%	474万人	32%
ホームヘルプ	114万人	128万人	12%	152万人	33%
デイサービス	219万人	253万人	15%	297万人	36%
ショートサービス	35万人	40万人	17%	48万人	38%
訪問看護	61万人	71万人	15%	84万人	37%
小規模多機能	11万人	14万人	23%	16万人	43%
定期巡回・随時対応型サービス	3.0万人	4.4万人	45%	5.4万人	78%
看護小規模多機能型居宅介護	1.5万人	2.8万人	89%	3.4万人	130%
〈民間介護施設（居住系サービス）〉	47万人	56万人	19%	65万人	39%
特定施設入居者生活介護	26万人	32万人	22%	37万人	43%
認知症高齢者グループホーム	21万人	24万人	15%	28万人	33%
〈公的介護施設〉	103万人	116万人	13%	133万人	30%
特別養護老人ホーム	62万人	71万人	14%	82万人	31%
老人保健施設	35万人	39万人	10%	44万人	26%
介護医療院	3.4万人	6.5万人	91%	7.4万人	118%
介護療養型病床	1.7万人				

注1：著者が作成。2023年度の数値を除いた。サービスの表記は、文章の統一のため、一部変更している。

注2：在宅介護に含まれる医療的サービスと医療サービスを提供する公的介護施設には、わかりやすく影を付けた。

出所：厚生労働省、第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み。

ス）の参入が進み、介護保険における在宅介護の比重は低下している。

表1に示されているように、将来大きく伸びると見込まれているのも居住系サービスであり、2020年から2040年までの20年間で39%の増加が見込まれている。居住系サービスとは民間介護施設のことで、“特定施設入居者生活介護”（自治体が指定した介護付有料老人ホームや介護型のサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）など）と“認知症対応型共同生活介護”（認知症高齢者グループホーム）の2種類があり、どちらも強い需要がある。特に特定施設は、公的介護施設の不足を補う形で、2020年の26万人が2040年には37万人（43%増）と大きく伸びると予想されている。一方、公的介護施設の伸びは30%にとどまる。

なお公的介護施設に対する介護給付は一か月一人平均で30～40万円であるが、民間介護施設（特定施設とグループホーム）への介護給付は月20～25万円と介護保険の負担は相対的に軽くなっている、ただし公的負担が少なければ、当然個人負担は重くなる。それゆえ、民間介護施設の利用が難しい低所得世帯の要介護高齢者は、公的介護施設に入れなければ、家族介護を選択せざるを得なくなる。この時、訪問介護や通所介護などの介護サービス供給がなければ、家族は追い込まれ、高齢者虐待件数は増加することになる。

ここで介護保険事業利用者の7割が利用する在宅介護サービスの推移に注目すると、2040年の利用者数は2020年より32%増加すると予想されている。在宅介護のなかでが最も利用が多いのはデイサービスで、2020年度219万人が2040年には297万人（36%増）となると見込まれる。ホームヘルプ利用者は2020年度でデイサービスの半分の114万人で、2040年度の利用者は33%増の152万人と予想されている。しかし2015年改正を境に訪問介護・通所介護事業所とも倒産件数は急増して

おり、事業所数も訪問系介護職員も減少し始めていることを考慮すれば、ホームヘルプ、デイサービスの需要を満たすのは困難であろう。

在宅介護サービスの縮小を食い止めようとするれば、2024年改正で在宅介護報酬の大幅引上げが必要だったはずである。しかし2024年改定で介護報酬は1.29%引上げられたが、通所介護の介護報酬引き上げは微増、訪問介護報酬は2～3%の大幅な引下げとなった。この大幅な引下げの根拠は、回答数が極端に少ない訪問介護事業所の経営調査であり、これは厚生労働省の重大な判断ミスであると考ええる。

次に医療的サービスに注目する。繰り返しになるが、日本の介護保険の公的介護施設には、医療サービスの必要のない高齢者に対して“介護サービスを提供する”介護老人施設（特別養老ホーム、特養）だけではなく、リハビリを提供する老人保健施設や医療サービスを提供する介護療養型施設や医療介護院が含まれており、医療的介護施設の比重が高い。

さらに人手不足で在宅介護サービスが減少するにつれて、介護保険事業や総合事業で看護師や理学療法士による医療的サービス（訪問看護や訪問リハビリなど）が増加していることを指摘しておきたい。表1の在宅介護でも、訪問看護の利用者は2020年の61万人から2040年には84万院と、37%の伸びが見込まれている。看護小規模多機能型居宅介護（看護師主体の複合型サービス）の利用者は2020年度の15,000人が、2040年度には78%増の34,000人に大きく伸びる見込みである。どちらも在宅介護全体の伸び率の32%を上回る伸び率となっている。

以上、表1から、介護需要が順調に増加するなかで、介護保険事業が、(1)民間・公的を合わせた介護施設中心、(2)医療サービスの比重が高まる、という将来が読み取れる。ただし訪問介護・通所介護の需要も確実に増加するが、ホームヘルプ、デイサービスの供給体制はすでに崩壊しており、このままでは表1の想定需要を満たすのはほぼ不可能である。

ところで、介護サービス利用者の一人あたり月平均介護保険給付は20万円であるが、在宅介護の月12.2万円に対し、施設介護は月31.4万円である（2021年）。そして公的介護施設の中で一人あたり介護給付が最も高いのは、医療サービスの比重の高い医療介護院であり、1か月の介護保険給付は40万円を超える。さらに訪問看護や訪問リハビリなどの医療的サービスは、訪問・通所介護に比べると、単価が高く設定されている。つまり表1で示されたように、在宅介護サービスが衰退し、介護保険の施設化・医療化が進めば、一人当たり介護給付額は増加し、2000年代の医療保険と同じように、介護保険が破綻する可能性がでてくる。今からでも介護保険の破綻をさける方策を考えていく必要がある。そして介護保険の破綻を避けるためには、現在の方向性とは逆に、医療的施設・医療的サービスを制限し、在宅介護サービスを充実させていくことが必要となる。

次の3節では、ホームヘルパーを含む介護職員の労働市場を概観し、賃上げの可能性を探る。人材の確保のための賃金の引上げを可能とする財源が確保できなければ、介護保険も介護サービス産業も衰退するしかない。

3. 介護職員の労働市場

3.1 介護職員はどこで働いているのか？：施設系の拡大と訪問系の縮小

厚生労働省が公表している介護職員数の推移をみる場合には、2006年や2015年の大きな制度変更により介護職員の範囲・定義に変更があり、また推定法の変更もたびたびあるので注意が必要である。ただし2009年から2017年までの間には大きな制度変更がなく、同じ推計法を用いているので、この間の推移をみることにしよう。介護職員数は常勤・非常勤を含めた実人数である。

2009年の介護職員数は136万人で、2017年には195万人（総合事業8万人を含む）になり、8年間で1.4倍になった。常勤職員でさえ全産業平均の77%という低賃金にもかかわらず介護職員数が増えているのは、介護職が既婚女性の再就職の受け皿になってきたことに加えて、介護職は人の役に立つ仕事であり専門資格が必要な仕事というプラスのイメージがあったためであろう。サービス種類別にみると、通所系介護職員1.7倍に対し、入所系介護職員1.3倍、訪問系介護職は1.2倍にとどまる。

最近の2023年のデータは2017年以前のデータと直接比較できないが、常勤・非常勤を含めた介護職員は実数で213万人と推計されてる。その内訳は入所系103万人、訪問系54万人、通所系34万人、短期入所系7.9万人とされている、さらに総合事業（各自治体が実施。要支援者に対し「訪問型」・「通所型」サービスなどを提供）で働く介護職員が13.8万人である。

まず介護職員のほぼ半分の103万人が働く介護施設について簡単に説明する。施設系介護職員には、公的介護施設だけではなく民間介護施設の就業者も含む。高齢者向けの民間施設には、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）などがある。このうちサ高住は2011年に導入され、入居費用・月額利用料の安さから、有料老人ホームの代替施設として人気が高い（ただし提供サービスは限定的）。

民間施設のうちグループホーム、および、自治体から「特定施設」として認められた介護型の有料老人ホームや介護サービス付きサ高住は、入所者の介護度に応じて定額の介護給付を支給されるので安定的な経営が可能となる。そのため民間介護施設は急増し、介護施設職員の求人も伸びている。

一方、在宅介護サービスの介護需要は高いものの、訪問・通所介護事業所の倒産は増加しており、訪問系介護職員数も通所系介護職員数も減少し始めた。特に2015年以降、訪問介護・通所介護事業所の倒産件数は急増し、求職者だけではなく求人数さえ減少し、訪問系介護職員数の減少は深刻さを増している。さらに自治体の運営する「総合事業」の介護職員数も2021年度以降、大きく減少している。

3.2 日本における女性の低賃金を反映する介護職の低賃金

介護職員不足の最も大きな原因は低賃金であり、女性が8割を占める介護職の賃金の低さは、日本における男女の賃金格差を反映している。日本はOECD諸国のなかで最も男女賃金格差が大きい国の一つで、「賃金構造基本統計調査」（2019）によれば、一般労働者（短時間勤務者以外の

常用雇用者）女性の賃金は男性の74%にとどまる。そのため、女性の多い介護職員の平均月収は全産業平均を大きく下回る24万円で、全産業平均の31万円より7万円も低い（全産業平均の77%）。

女性の多い職が低賃金になる傾向は日本だけではないが、ヨーロッパ諸国は労働時間の短縮、育児休業制度、働き方の弾力化など、女性が働きやすい制度の導入に努めてきた。そのなかで、介護職員の低賃金には男女賃金格差の影響があるとして、介護職員の大幅な賃金引き上げを図ったのがオーストラリアである。オーストラリアでは2022年に政権交代した労働党政府が、女性の多い介護職員の低賃金は女性差別（gender-biased）であるとして、15%以上の大幅な賃上げを可能とする予算を決めた（The Weekend Australian, November 5-6, 2022）。日本でも女性一般の賃金を引上げ、さらに大幅な介護職員の賃上げを目的とする介護報酬の大幅な引上げなどの特別措置を実行しない限り、介護職員の賃金は上がらず、介護士不足は深刻化するばかりであろう。

なお、オーストラリアで女性が働き続けられるのは、9時から5時までという労働時間が明確なことが大きい。海外を訪れたとき、銀行や鉄道の窓口が時間通りに閉まる経験がある人は多いと思う。労働時間の延長、つまり残業時間には50%の時間給の上乗せを要求されるので、労働時間の厳守は経営側にとっても重要である（欧米は50%増の国が多い。日本は月60時間以内なら25%増）。さらに、同じ仕事ならば短時間勤務（パートタイム）とフルタイムで時間給が変わらないこと、子育て期間は短時間勤務を選択できることも、女性の就業継続を容易にしている。もし日本でも労働時間が厳守され、女性が働き続けられる制度が整備されれば、女性も男性と同様に賃金を稼ぎ税や社会保障を負担する「女性活躍社会」になるであろう。

しかし残念ながら、日本の労働時間は長いままで、男女の賃金格差の改善はほとんど進んでいない。介護報酬改正の停滞もあり、女性が8割を占める介護職員の賃金はほとんど上がらず、例え介護という仕事が好きであっても男性介護職員が就業を継続できないのが現状である。

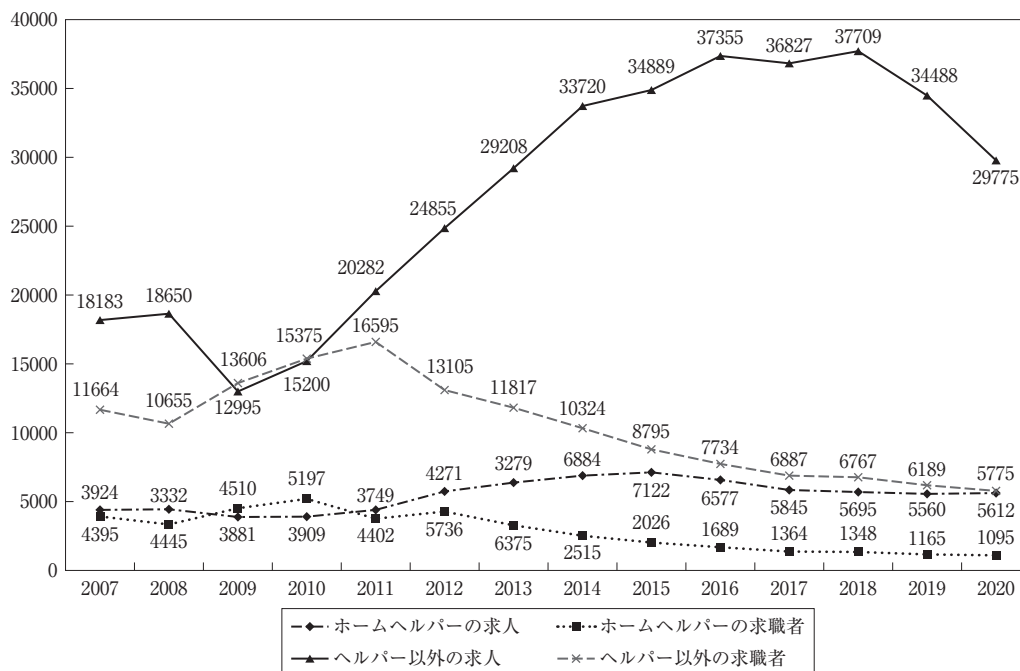
その上、日本の介護職は賃金水準の低い非正規職員の比率が高い。同じ仕事であればフルタイムとパートタイムで時間給の差がないオーストラリアと異なり、日本では正規労働者と非正規労働者の賃金格差は大きく、パートタイマーにはボーナスや退職金もなく、正規職員の半分以上の賃金コストで雇うことができる。日本でも同一労働同一賃金を求める動きが強まり、2020年4月に日本版の同一労働同一賃金法（パートタイム・有期雇用労働法）が施行された（全面施行2021年4月）が、その規定は必ずしも明確でなく裁判所の判断を積み重ねる必要があり、日本で正規・非正規職員の時間給や待遇が同等になるまでの道のりは遠い。

介護サービスの中でも訪問介護は、7割が「登録ヘルパー」といわれる低い時間給で働く非正規職員によって支えられている。その時間給に影響する日本の最低賃金は全国平均961円で、オーストラリア最低賃金の2,500円の半分以上である（2022年）。日本の最低賃金の低さも大きな問題であるが、ホームヘルパーの時間給が最低賃金とあまり変わらないという日本の現状は、訪問介護サービスの社会的評価の低さを表している。

3.3 2010年以降、なぜ介護士不足が深刻化したのか？

次に、介護士不足について考えよう。図7は『福祉分野の求人求職動向』を用いて、2007年以降のホームヘルパー、ヘルパー以外の介護職員（主に介護施設職員）の求人数と求職者数の推移を図示したものである。

図7 ホームヘルパー、ヘルパー以外の介護職員の求人求職動向（人）



注：著者が作成。

出所：福祉人材センターバンク『福祉分野の求人求職動向』。

介護職員不足は昔からあるように思っている人も多いと思うが、実際に介護職員不足が深刻化し、人手不足傾向が定着し始めたのは2011年以降である。景気の動向による影響もあるが、2010年くらいまでは求職者が多い場合もあり、ホームヘルパーでも施設の介護職員でも求人と求職者の差はさほど大きくなかった（下野（2019）を参照）。さらに介護士不足が深刻化した契機は、景気が良くなり物価・賃金とも上昇している2015年に、介護報酬－2.27%という大幅な引下げが実施されたことである。

金融危機から脱し景気が回復し始めた2012年には介護報酬も引き上げられたが、それはわずか1.2%で、求職者が減少し始めた（図7を参照）。物価・平均賃金の上昇に追いつかない2012年の小幅な引き上げに続き、2015年の－2.27%の大幅な介護報酬の引下げによって、介護職の低賃金が定着してしまい、介護士不足が常態化したのである。

ここで、図7によって、ホームヘルパー、施設の介護職員の順に、介護職員不足の状況を見ていこう。

まずホームヘルパーについてみると、2013年以降一貫して求職者数が低下し、求人数さえ2016年以降減少している。2015年から制度改変により要支援者が介護保険から切離され、自治体の「総合事業」への移行が開始された（2018年に移行は完了）ため、訪問・通所介護事業所は、総合事業の低価格の介護サービスを引受けるか、要支援者の介護サービスを停止するしかなかった。訪問・通所介護事業所の経営は悪化し、倒産は急増し、「登録ヘルパー」の求人さえ困難になったのである。安倍内閣の制度改変の影響は非常に大きかったのである。

2020年には、求人数5,612人に対し、求職者数はわずか1,095人である。有効求人倍率は2016年

以降4倍を超え、ほとんど人を採れない状況にある。訪問介護事業所の56%は、介護職員が「大いに不足」「不足」と回答し（厚生労働省『令和元年度介護労働実態調査』）、人手不足倒産も増えている。

さらに小泉内閣、安倍内閣による大きな制度改変だけでなく、このようなホームヘルパー不足の大きな原因の一つは雇用のミスマッチにある。例えば、2019年のホームヘルパーの求人の76%は仕事のある時だけ働く非正規の「登録ヘルパー」であるが、数少ない求職者の48%は正規職員を希望し、常勤希望を含めれば求職者の54%が安定した労働時間と給与を求めている。求職者の半数以上がフルタイム希望で、求人の8割が登録ヘルパーでは、求人を埋めることはできない。このような雇用のミスマッチが、介護保険導入時から25年間もの長期にわたり放置されてきたのである（下野・大日・大津（2003）の第6章を参照）。

しかも登録ヘルパーの求人平均の時間給は少しずつ上がっているものの、2007年1023円、2010年1054円、2015年1086円、2020年1155円と、介護専門職に対する対価とは思えない低い水準で推移している。ホームヘルパー求職者数が減少するのは当然である。

一方、ヘルパー以外の介護職員（ほぼ介護施設職員）の求人数は、2011年のサ高住の導入以降急増し、2013年から3万人前後となっている。しかし、求職者数はリーマンショック後の景気回復により2012年から減少に転じた。売り手市場のときに、夜勤手当を含めて月24万円と全産業平均より7万円も低い介護職は選ばれにくい。2020年には、求人数29,775人に対し求職者数は5,775人、有効求人倍率5.2と、完全な売り手市場である。しかし介護職員が「大いに不足」「不足」と回答している介護施設は36%で、人手不足の深刻さは訪問介護事業所ほどではない。しかし技能実習生を中心に、外国人労働者への依存度は高くなっている。

深刻化する人手不足解消のために、介護業界は介護報酬の引上げを求め続けている。しかし政府・厚生労働省は、介護報酬の引上げではなく「介護職員等処遇改善加算」などの補助金で対応している。政府が介護報酬の引上げを避ける理由は明白で、介護報酬の引上げは介護給付額を増加させ、不人気の介護保険料の引上げ、国庫負担（介護給付総額の4分の1）の増加に直結するからである。

では介護職員等処遇改善加算によって介護職員不足を解消できるのであろうか？

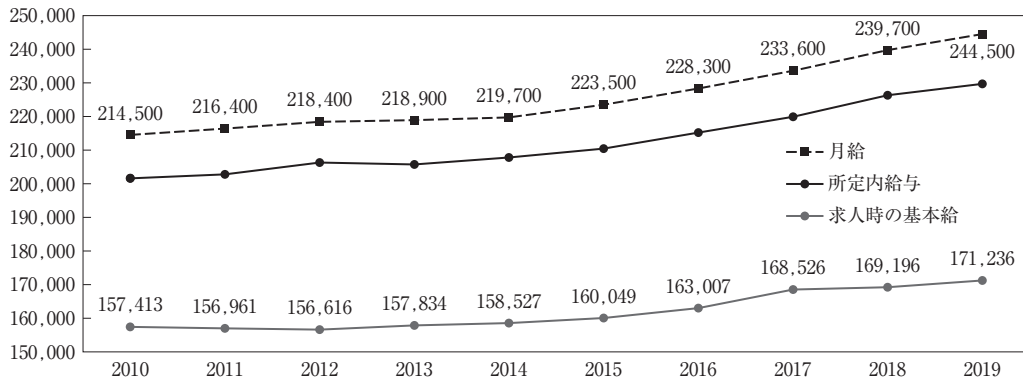
3.4 介護職員の賃金引上げ策としての「介護職員等処遇改善加算」の限界

厚生労働省は、2009年から介護職員の賃金引上げのための補助金を導入し、2012年には介護職員の賃上げを行った事業所に対して補助金を支給する「介護職員等処遇改善加算」として制度化した。2020年度は、加算Ⅰの介護職員1人当たり37,000円から加算Ⅴの12,000円の5段階で、加算額には大きな差がある。加算申請には多くの書類、研修体制やキャリアパスの整備などを求められ、さらに補助金の支給は賃金の引上げ実績を見てからのことになる。必要とされる書類や体制を整えるのは簡単ではなく、高い加算を獲得できるのは経営の安定した入所系事業所、つまり大規模な介護施設である。

図8は、常勤の介護施設職員の月収と求人票の基本給の平均の推移を図示している。

まず常勤の介護施設職員の月収をみると、2010年の21万5千円が2019年には24万5千円になり、3万円（14%増）増加している。常勤ヘルパーを含めた常勤介護職員の月収の伸び率は全産業平

図8 常勤の施設介護職員の賃金と求人票の基本給（単位：円）



注1：著者が作成。ホームヘルパー以外の常勤介護職員の所定内給与と月給、求人時の基本給。

注2：ホームヘルパーの常勤職員の賃金は介護職員とほぼ同じである。

出所：所定内給与と月給は、「賃金構造基本調査」、職種別の賃金データ、10人以上の事業所。

求人時の基本給は、福祉人材センター・バンク「福祉分野の求人求職の動向」。

均より高いが、2019年でも常勤介護職員の平均月収は24万円で、全産業平均の31万円との差は依然として大きい。

しかもこの補助金制度は、安定的ではなく毎年のように変更があるため、『平成29年度介護労働実態調査』によれば、加算は一時的なボーナスや手当に回されることが多く、基本給の引上げに充てたと回答にした事業所は、加算を受けた事業所の4割以下である。

実際、基本給の伸びは鈍く、月収ほど上がっていない。求人票に記載された基本給の平均値は、2010年15万7千円、2019年17万1千円で、9%の伸びにとどまる。その結果、基本給と月収の差は、2010年57,000円が2019年には73,000円へと広がっている。

さらに、常勤職員が少なく経営状況がよくない訪問介護事業所は、書類作成の時間も手間もかけることは難しく、介護職員等処遇改善加算による賃上げをほとんど期待できない。訪問系事業所の規模は、37%が従業員10人以下で、65%が20人以下である（入所系事業所の45%が50人以上、『平成29年度介護労働実態調査』）。実際、ホームヘルパーの7割を占める「登録ヘルパー」の時間給はほとんど変わらず、この10年間1,100円前後で推移している。

つまり、介護職員等処遇改善加算や特定介護職員等処遇改善加算（勤務年数10年以上の介護職員対象、2018年より）は、就業している介護職員の賃上げやキャリア形成支援により離職率を低くする効果は期待できるかもしれないが、求職者が必ず見る求人票の基本給を引き上げる効果は限定的で、求職者の増加にはつながっていない。

一方、介護報酬の引上げは確実な収入増により介護サービス事業所の経営を改善するので、介護職員の賃上げだけでなく、求人票の基本給引上げを可能とし、求職者を増やす可能性をもつ。

そこで、次に介護報酬の引上げのために必要な介護保険財政の改善策を提案する。

3.5 介護報酬引き上げのための介護保険財政の改善策

介護報酬の引上げは介護保険料の引上げにつながるとして、反対する日本人は多く、特に年金収入に依存する高齢者の反対は根強い。しかし介護保険料を大幅に引き上げることなく介護保険財政を改善する方法はいくつか考えられる。そして介護保険財政改善のためには、収入を増やす

か、歳出を抑える必要がある。

まず収入を増やす方法をあげる。著者を含めて多く介護保険研究者によって主張されてきたのは、「介護保険料負担者の拡大」、つまり介護保険の保険料の負担は40歳以上とされているが、医療保険と同様に就業して以降にするか、あるいは国民年金保険のように20歳以上とすることが考えられる。被保険者の拡大により介護保険収入が増えれば、高齢者の保険料を上げることなく、介護報酬の引き上げが可能となる。高齢者介護は40歳以上の国民だけに関係するものではなく、ヤングケアラーという言葉が一般化したように、若者が家族の一員として介護を担うケースも増加している。さらに就業者の介護保険料負担は企業と本人のほぼ半々の負担なので、高齢者の介護保険料負担に比べると負担が軽い点も重要であろう。

次に介護保険給付を削減するための方法を考えよう。まず最も重要と考えるのは、①現在の介護保険のサービスメニューの整理、削減である。現在の日本の介護保険はあまりに多くのメニューを提供しており、利用者はもちろん、ケアマネジャーや介護保険研究者でさえ全部のサービス名を把握しその内容を正確に説明するのは難しい。利用者が少ないサービスも廃止されず、新たな要求に従って新しいサービスが加えられている（下野（2019）の図表2-4）。

財源が限られる介護保険で提供するのは基本的な公的なサービス提供にとどめ、多様な要求に応えないことも重要ではないだろうか。具体的には、在宅介護サービスは、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの3つにとどめることを提案する。公的サービスであることを踏まえれば、少なくとも利用者の少ないサービスは廃止すべきである。そして需要の多い訪問入浴サービスについては、デイサービスの一環として実施するか、介護施設の入浴サービスの利用という形にできるのではないだろうか。

次に②医療的サービスの削減が考えられる。訪問看護や訪問リハビリは、介護保険と医療保険の両方に含まれており、要介護認定を受けた高齢者の訪問看護は介護保険給付の対象となる。それ以外は医療保険の対象となる。2つの保険の給付方法の違いはあるが、同様のサービスでは収入に大きな差が出ないように、それぞれの保険の報酬が設定されている。そうであれば、事務経費の削減や制度の単純化のために、訪問看護や訪問リハビリなどの医療的サービスの給付は医療保険に統一したほうがよいのではないだろうか。

さらに③介護保険からの給付額を公的介護施設で同額にして、医療的サービス部分は医療保険が負担することも考えられる。公的介護施設の一人当たり1か月の介護給付は30万円～40万円と大きな広さがあり、医療系介護施設である介護医療院一人当たり給付額は、特別養護老人ホームよりも月10万円以上も高額となっている。この10万円は医療的サービス部分であり、医療保険で負担することが妥当ではないだろうか。

もちろん介護保険の対象となっている医療系施設の医療サービス部分や看護師や理学療法士が提供する医療的サービスの全額を医療保険負担にするのではなく、現在介護保険が全額負担している医療的サービスや医療的施設への給付の一部分を医療保険が応分に引き受けることが考えられる。もし介護保険に含まれる医療的サービスの一部分でも医療保険が負担すれば、確実に介護給付は減少する。つまり、介護保険の中に存在する医療的施設の医療サービスや看護師や理学療法士による医療的サービスに対する介護給付を、医療保険と介護保険でどのように負担するのかについて議論される必要がある。

以上のように、サービスメニューの整理や医療的サービスの縮小などによる歳出削減と被保険者の範囲の拡大（40歳ではなく20歳以上とする）による歳入増加により、介護保険財政を改善することは可能である。もし介護保険財政を改善できれば、高齢者の介護保険料を上げることなく、物価あるいは賃金上昇に見合う介護報酬の引き上げも可能となる。

さらに介護報酬上げのコストは決して大きくない。介護給付11兆円とすれば、かりに介護報酬を5%引き上げるとすれば、増加額は5,500億円であり、その4分の1の国庫負担の増加額はわずか1,375億円である。10%でも国庫負担増は2,750億円にすぎない。オーストラリア並みの15%の賃金引き上げを可能とする介護報酬の15%の引上げを実施した場合でも、国庫負担増は4,125億円である（公的負担総額は約1.6兆円）。

十分な議論もなく防衛費は今後5年で43兆円の歳出増が決定されたが、人生100年時代への投資である介護報酬増加はその5分の1以下の5年間で8兆円（1.6兆円×5）である。介護報酬の引上げには介護保険財政の改善が必要であるが、国庫負担の引上げ、介護保険の被保険者の20歳への引下げ、介護保険で提供される医療的サービスや医療施設の削減や報酬点数の引下げ、介護保険と医療保険の調整など、思いつく介護保険財政の改善策は少なくない。

コロナ予算は2020年度だけで77兆円、2021年度32兆円、2022年度30兆円と巨額であった。コロナで打撃を受けたのは旅行・宿泊業だけではない、コロナで苦境に陥った訪問・通所介護事業所を含む介護サービス産業に対する支援を期待したい。

次の4節では有効求人倍率が15倍を超え、すでに崩壊状態の訪問介護を取り上げ、その再建策を論じる。ヨーロッパでは在宅介護の中心となっている訪問介護であるが、日本では利用者が低迷している。4.1節では訪問介護サービス利用の低迷の原因を明らかにする。

4. 訪問介護サービスの崩壊、そして再建のための方策

4.1 なぜ訪問介護が崩壊したのか？：利用制限の強化と生活援助の切捨て

2000年の介護保険導入時には、日本の介護保険は在宅介護中心といわれ、当初は介護サービス利用者の8割以上が在宅介護を利用し、公的介護施設の利用者は2割弱であった。しかし介護給付が予想以上に膨らんだため、政府は介護給付抑制に舵を切り、「介護給付適正化」を開始し、訪問介護、特に生活援助利用の厳格化と介護時間の短縮・介護報酬の引下げを進めてきた（下野（2019）の2章6節を参照）。

同時に、図9に示したように、介護保険事業の在宅介護サービス利用の縮小させる制度変更を行ってきた。まず2006年には、すべての認定者に一律に提供されていた介護サービスを2つに分割し、要支援者に対する介護サービスを「介護予防サービス」とした。介護予防サービスは、サービス内容・価格設定やサービス提供の方法も介護サービスとは別もので、さらに家族が介護している場合の利用制限も導入されたことで、要支援者の利用は一気に減少した。その結果、生活援助を中心とした訪問介護事業所や要支援者向けに軽い筋トレなどの運動を提供してきた通所介護事業所の経営が悪化し、事業所数と訪問系介護職員数の増加に急ブレーキがかかった。

さらに2014年に安倍内閣が「軽度者」（要支援1・2と要介護1・2、認定者の6～7割）の介護保

図9 介護保険事業（在宅介護サービス）対象者の縮小政策

	2000年度 ～2005年度	2006年度 ～2014年度	2015年度 ～2017年度	2018年度 ～2026年度	(計画) 2027年～？
要支援1 (87万人)	(要支援・ 要介護1～5) 介護保険 介護サービス	(要支援1・2) 介護保険 介護予防サービス	(要支援者の受け皿である 総合事業の整備の猶予期間) *介護予防サービスのうち 訪問介護と通所介護を移す	(要支援1・2) 総合事業 低報酬介護サービス ([「訪問型」「通所型」サービス])	(要支援1・2+要介護1・2) 総合事業 低報酬介護サービス *福祉用具貸与なども移行？ *要介護認定をなくし、市町村 の簡単なチェックですます？
要支援2 (84万人)		(要介護1～5) 介護保険 介護サービス	(要介護1～5) 介護保険 介護サービス	(要介護1～要介護5) 介護保険 介護サービス	(要介護3以上) 介護保険 介護サービス
要介護1 (118万人)					
要介護2 (106万人)					
要介護3 (79万人)					
要介護4 (73万人)					
要介護5 (60万人)					

注1：2015年度から2017年度の移行期間では、6割の市町村は2017年度中であった（下野（2019）の図表3-3を参照）。

注2：2018年度には「訪問介護」と「通所介護」以外の介護予防サービスに介護保険を使うことができるが、利用可能サービスの縮小を予定。

注3：「軽度者」の介護保険からの切離しは2014年に閣議決定され、2015年度から開始された。

出所：社会保障審議会・資料（2016年10月12日）などの各種資料を参考にして著者が作成。

険事業から切り離しを閣議決定し、2015年からの3年間の移行期間を経て、2018年には要支援者を介護保険事業から総合事業に全面移行させた。要介護1・2についても介護保険事業からの切り離しが繰り返し検討・提案されている。

2022年4月の財政制度等審議会でも、“要介護1・2の介護保険事業から「総合事業」（介護予防・日常生活支援総合事業）への移行”（介護保険事業の大幅な縮小）が提言された。この提言は総合事業で十分な介護サービスを提供できない自治体の反対により採用されなかったが、2015年に安倍内閣が開始した“要支援者の介護保険からの切り離し&総合事業への移行”の延長線上にある（2018年から全面移行）。要支援だけでなく要介護1・2も介護保険から切り離して総合事業に移せば、介護保険よりも安い価格でのサービス提供を迫られる訪問・通所介護事業所の倒産は確実に増加する。

ちなみに政府のいう「軽度者」とは、利用サービスのほとんどが生活援助と通所介護である要支援1・2と要介護1・2をさす。つまり生活援助と通所介護しか使わない軽度者の世話は、介護の専門家が行う必要はなく、家族介護と地域の助け合いで十分であるというのが、政府の考えである（地域の助け合いが「総合事業」）。もし軽度者すべてを介護保険事業からはずせば、介護保険事業の在宅介護対象者は要介護3以上となり、要支援・介護認定者の3～4割まで縮小することになる（図4を参照）。

ここで各自治体が実施している「総合事業」（介護予防・日常生活支援総合事業）について簡単に説明する（詳しくは小竹（2020）、下野（2019）などを参照）。総合事業では、介護保険事業の訪問介護と通所介護に代わるサービスとして、訪問型介護サービスと通所型介護サービスを提供し、価格は自治体が決定する（財源は介護保険、ただし上限有）。介護保険よりも単価が低い総合事業の担い手は、介護職以外の多様な人材—介護資格を持たない介護労働者、ボランティア、健康な高齢者など—が想定されていた。しかし実際には、低賃金を受入れる介護労働者やボランティアは少なく、総合事業の介護サービスを担う事業所を見つけれない自治体が続出した。要支援1・2に対する在宅介護サービスさえ十分に提供できないため、要介護1・2を介護保険事業から総合

表2 在宅介護サービスの利用状況：国際比較

	日本（1,105名）	ドイツ（1,008名）	スウェーデン（1,000名）
デイサービス	3.0%	1.7%	1.2%
ホームヘルプサービス	1.5%	5.5%	5.1%
ショートステイ	0.1%	0.6%	0.2%

（利用頻度）	日 本	ドイツ	スウェーデン
ほぼ毎日	8.5%	36.6%	33.7%
週に4，5回くらい	6.8%	5.4%	1.2%
週に2，3回くらい	40.7%	21.5%	10.8%
週に1回くらい	35.6%	23.7%	9.6%
月に2，3回くらい	1.7%	3.2%	15.7%
月に1回くらい	6.8%	3.2%	16.9%

注1：公的介護サービスのないアメリカを除いて、著者が作成。

注2：利用頻度の対象者は、在宅介護サービス利用者のみ。

出所：内閣府「平成27年度 第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査（概要版）」2015年9月～11月調査。日本・アメリカ・ドイツ・スウェーデン各国の60歳以上の男女1,000名前後を対象とする。総回答数は4,116名。調査員による個別面接聴取調査。

事業に移す計画には自治体の反対が強く、今のところ延期されている。

ここで重要なことは、政府の生活援助切捨て政策に適応することで、訪問介護事業者が利用者（需要）を減らしていることである。日本の訪問介護は生活援助と身体介護の2つに厳密に分けられ、その介護報酬の差は2倍以上に拡大している。それゆえ訪問介護事業所は身体介護を重視し、生活援助の提供を中止・縮小するという経営判断をしてきた。このような流れの中で、ホームヘルパー自身も、要介護認定者や介護経験者だけでなく一般人以上に「生活援助は介護専門家の仕事ではなく家族や地域の助け合いで十分である」と考えるようになっていく（高齢社会をよくする女性の会：大阪「介護保険・生活援助に関するアンケート調査についての報告」（社会保障審議会：社会保険部会（第51回）、2013年10月の提出資料、下野（2019）の図表7-3を参照）。

このように生活援助を切り捨ててきた日本の訪問介護の利用率は、ヨーロッパ諸国よりもはるかに低い。表10は60歳以上の在宅介護サービスの主要な3つのサービス利用率の国際比較である。ドイツやスウェーデンはホームヘルプサービスの利用が最も高く、60歳以上の5%強が利用している。しかも、3人に1人はほぼ毎日利用している。それに対し、日本の在宅介護サービス利用は通所介護に偏っており、訪問介護利用率はドイツやスウェーデンの5%以上に対し、3分の1以下の1.5%にとどまっている。

このように日本の訪問介護の利用率が著しく低いのは、生活援助と身体介護に厳密に分割されていること、生活援助の利用が厳しく制限されてきたこと、1ヶ月前に事前にサービス内容を決めなくてはならないという介護保険制度にある。体調や気分の変化の大きい高齢者には利用しにくい制度である。

ドイツやスウェーデンでは訪問介護が生活援助と身体介護に分割されることなく、時間単位で一体的に提供されている。時間単位でフレキシブルな訪問介護は、日本の1か月前にサービス内

容と時間を決めて、それを厳守する方式に比べて、利用しやすい形態に思われる。ちなみに、かつて日本にも生活援助と身体介護が半々の「複合型」という一体型の訪問介護サービスが存在していた。しかしサービス内容が不明確として2003年改正時に廃止された。使い勝手の良い複合型の訪問介護は、将来ぜひ復活させてほしい政策の一つである。

4.2 訪問介護事業所の経営問題：小規模で高齢の「登録ヘルパー」中心

次に、日本の訪問介護事業が抱える大きな二つの問題を指摘する。ホームヘルパーの雇用のミスマッチとホームヘルパーの高齢化であるが、この2つは深く関連している。3節で述べたように、求人の8割が「登録ヘルパー」であるのに、求職者の55%が正職員・常勤ヘルパーを希望するという深刻なミスマッチが存在する。このミスマッチにより、新規ヘルパーの参入はなくなり、ホームヘルパーは高齢化する。

現在、訪問介護事業所で働くホームヘルパーの7割は、需要がある時だけ時間給で働く「登録ヘルパー」である。訪問介護事業所のヘルパーの主力が登録ヘルパーという状況は、介護保険導入時から全く変わっていない（下野・大日・大津（2003）の第6章を参照）。

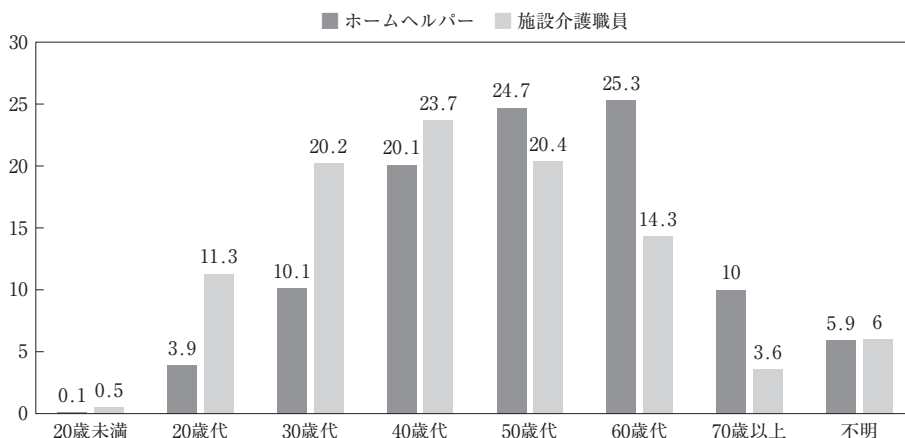
善意のボランティア精神で働くホームヘルパーは、賃金水準をあまり気にせず、短時間労働を好む。「登録ヘルパー」は、非課税範囲で就業したいボランティアにぴったりの働き方である。そして低い時間給や短時間就業を気にしない登録ヘルパーは、訪問介護事業所にとっても都合がよかった。訪問介護事業所の65%を占める従業員20人未満の零細・小規模事業所が赤字基調でも経営を続けられるのは、仕事ではなくボランティア精神で働く「登録ヘルパー」の存在による。

しかし有効求人倍率15倍で新規ヘルパーが参入しない訪問介護事業所は、ホームヘルパーの高齢化に直面することになる。図10で、ホームヘルパーと介護施設職員の年齢構成を比較すると、ホームヘルパーの異常さが明らかになる。介護施設職員の7割以上は常勤職員なので、40歳代が24%と最も多く、30歳代と50歳代がそれぞれ20%となっている。一方、ホームヘルパーで最も多いのは60歳代で25%を占める。70歳代以上の10%を加えると、ホームヘルパーの35%が60歳以上の高齢ヘルパーとなっている。

40歳未満のホームヘルパーは14%にとどまり、若者が極端に少ない、つまり新たに若者が参入しない職業となっている。求職者から見れば、利用者の有無や都合で労働時間が保証されず、平均収入が月10万円にも満たない「登録ヘルパー」は、労働時間が決まっているコンビニエンスストアやスーパーのレジ係より労働条件が悪い。

この状況の背景には、介護保険導入に伴い給付対象となった訪問介護事業所の半分程度が介護保険実施以前から活動していた無償・有償を含めたボランティア活動の延長線上にあり、専業主婦中心の善意の活動であったという歴史がある。しかし介護保険導入に伴いホームヘルパーという仕事に就くためには、ホームヘルパー資格1級・2級・3級、あるいは、介護福祉士資格が必要とされた。資格取得には時間もお金もかかるにもかかわらず、労働時間の不安定な「登録ヘルパー」としてしか働けないならば、生活費を稼ごう（稼がねばならない）女性は、ホームヘルパーという仕事を選ばない。若者だけではなく妥当な賃金を求めるすべての求職者は、安定的な労働時間と仕事に応じた対価（賃金や待遇）を求めるので、ホームヘルパー職でも正規・常勤ヘルパーとして働くことを希望する。

図10 ホームヘルパーと施設介護職員の年齢分布（％）



注：グラフは著者が作成。

出所：介護労働安定センター『令和元年度 介護労働実態調査』。

つまり、求人の8割が登録ヘルパーに対し求職者の6割近くがフルタイム希望、という雇用のミスマッチが解消されない限り、ヘルパーは高齢化し、ボランティア精神で働く高齢ヘルパーの引退とともにホームヘルパーは消えさる運命にある。人材派遣会社を頼って時間給の高いホームヘルパーを一時的に確保しても、事業所は続けられない。そして、大切な介護財源が介護サービスではなく人材派遣会社に流れ込んでいく。

4.3 訪問介護の再建築：ボランティア労働からの脱却、公営化・大規模化

4.2節で述べたように、訪問介護事業所は介護保険以前から存在し、訪問介護サービスは“助け合い”として、専業主婦を中心としたNPOや福祉公社などの形で、無償あるいは低い対価で提供されてきた。それゆえ、介護保険の導入時には、訪問介護サービス提供の対価として時間給を受け取ることを拒否した女性たちさえ存在した。

今ではさすがに訪問介護事業所の存続のためには利益が必要であることを否定するスタッフはいないが、地域に根差した小規模の訪問介護事業所の多くが専業主婦のボランティア活動から始まったことが、安定した経営と資金が必要であるという意識を希薄にさせたのは疑いがない。現在でも訪問介護の中心となっているのは、60歳以上の既婚女性で、ホームヘルパーの7割が月10万円程度の収入で働く「登録ヘルパー」である。

ここで強調しておきたいのは、善意のボランティア精神で働くホームヘルパーが、“ホームヘルパーという仕事”の確立を阻んでいることである。つまり、ヘルパーの7割を占めるボランティア精神で働く「登録ヘルパー」が、時間給の低さや不安定な労働時間を受け入れて働く限り、ヘルパーの雇用環境は改善しない。ボランティアという善意と賃金で評価される仕事は両立しない。ちなみに、欧米では、ボランティアができることと、職業としての仕事の内容は厳密に区別されている。日本では、その区別があいまいで、ボランティアを安い労働力とみなす考え方が根深く存在する。

そして善意のボランティアとして既婚女性が「登録ヘルパー」として働き続けられるのは、日

本では専業主婦が弱者として、税制上・社会保障上で過大な優遇を受けてきた長い歴史が背景にある。実際、日本の既婚女性が経済的自立を求めないのは、専業主婦として扱われることで得られる所得税や社会保障負担の免除（国民年金の第3号を含む）・充実した非課税の遺族年金の給付などのメリットがあまりに大きいことにある（遺族年金については下野・竹内（2011）を参照）。

年収が103万円以内であれば、専業主婦＝被扶養者とみなされ、税金を収める必要もなく社会保障負担もない（2025年まで。2026年以降は160万円に引き上げ）。“103万円の壁”といわれるのは、収入が103万円を超えると、一気に税・社会保障を負担することになり、手取り収入が減少してしまうからである。ちなみに、税・社会保障負担をしても手取りが103万円になるには、年収150万円程度が必要となる。そのため、現在も配偶者のいるパートタイム女性の6割以上が、労働時間を調整し、被扶養者という立場を選んでいる（野村総合研究所調査、2022年9月）。

なお、30年以上前から著者を含む多くの労働経済学者が、専業主婦世帯に対する優遇が女性の就業選択の自由（労働時間の選択）を阻害するとして、税・社会保障制度に存在する専業主婦優遇の廃止を求め続けてきた。しかし制度改革はまったく進まず、それどころか、手取りを増やすとして2026年度から「年収の壁の160万への引上げ（基礎控除の引上げ）」が決まった。この政策は税収を減少させ、女性の労働時間を年収160万円以内に調整させるだけの効果しかない。今後も“専業主婦”として扱われることのメリットがある限り、パートタイムとして働く既婚女性は年収160万円以内になるように労働時間調整を続けるであろう。女性が自由に労働時間を選択し、一人前の収入を得て税や社会保障料の負担をし、男性と同等の政治的・経済的地位を求めていく社会の到来には時間がかかりそうである。

しかし増加を続ける女性単身者だけでなく、男性の賃金の低迷を背景に、女性既婚者もパートタイムだけではなく常勤雇用を求める傾向が強まっている。今後、もしホームヘルパーが常勤介護職員中心の普通の仕事になれば、若い世代の求職者も増え、訪問介護の再建も可能になるかもしれない。そのためには二つの方策しかない。

一つ目の方策は「訪問介護の公営化」である。具体的には、各自治体か社会福祉協議会が常勤のホームヘルパーを直接雇用することである。この提案はとっぴなことではない。訪問介護が採算の合わない事業であることはよく知られており（OECD（1996）を参照）、イギリスやオーストラリアでは、ホームヘルプの半分以上が公的に提供されている。地方財政の観点からは、訪問介護の充実により高齢者が地域で生活し続けられれば、就業者増による税収や社会保険料の増加にとどまらず、人口要因の効果が大きい地方交付税の算定にもプラスに働くことを付け加えておく。二つ目は、経営状況のよい介護施設や多様な介護サービスを提供する生協などの介護グループが、常勤のホームヘルパーを雇用し訪問介護を提供することである。現状で常勤ヘルパーの雇用が可能なのは、公的部門以外では経営の安定した介護施設か介護グループしかない。

最も介護サービス価格が高かった介護保険導入時の2000年でさえ、訪問介護事業所の4割が赤字であり、単独の小規模な介護事業所はほぼ赤字という状況であった。現在も訪問介護事業所の65%が従業員20人未満の小規模事業所であり、利用者数の減少は直ちに訪問介護事業所の経営悪化と倒産を増加させる。ホームヘルパーを正規・常勤ヘルパー中心の普通の仕事に変えるためには、訪問介護事業所の経営の安定と経営余力が必要で、小規模事業所の市場からの退出による事業所規模の拡大が不可欠である（岡元（2022）を参照）。

財政基盤の弱い小規模の民間訪問介護事業所は、サービス提供の継続性に問題があるだけでなく、ホームヘルパーを利用者や利用者家族の暴言や暴力、セクシャルハラスメントから守ることができない。ホームヘルパーの8割が利用者やその家族から暴言を浴び、42%のホームヘルパーが身体的暴力を受け、37%がセクハラを経験している（2019年2月実施の厚生労働省による調査）。自治体や有力な介護施設か介護グループであれば、利用者やその家族のハラスメントからホームヘルパーを守ることが可能であろう。日本では、ホームヘルパーが一人で利用者を訪問せざるを得ないだけに、ホームヘルパーを利用者や家族の暴言、暴力、セクハラから守ることは雇用主の重要な役目である。

以上をまとめると、訪問介護事業の再建のためには、まず現在の訪問介護事業所が倒産や休業などで市場から退出するのを止めないことが大事である。訪問介護を担ってきた小規模で高齢のボランティア「登録ヘルパー」中心の訪問介護事業所は存続できない。そして訪問介護の再建には、公営化と大規模化を必要とする。具体的に言えば、ボランティア精神で働く「登録ヘルパー」が常勤の介護専門職に代わり、登録ヘルパーに依存する小規模の介護事業所は、公営企業あるいは民間介護施設・大規模な介護グループに代替されない限り、訪問介護の将来性はない。

そして訪問介護を時間単位で、生活援助と身体介護を一体的に提供し、訪問介護の利用者を増やすことで、訪問介護事業所の経営改善が可能となる。

5. まとめ：人生100年時代の介護保険

2020年には100歳以上の高齢者数が8万人を超えた。85歳以上になれば、半分以上の高齢者はなんらかの介護を必要とし、90歳以上なら7割、100歳以上になれば、わずかの例外を除いて誰もが介護を必要とする。人生100歳時代とは、医療サービスと同様に、介護サービスが必需品となる時代である。しかし人生100年時代を前に、介護サービス産業の成長は停滞し、特に在宅介護事業所の倒産・休業の増加により、介護を必要とする高齢者が最も必要とする訪問・通所介護サービスの利用が困難になっている。（下野（2019）を参照）。

この状況を打開するためには、訪問介護事業所の改革が必要である。「総合事業」に移行された要支援者を介護保険対象に戻すか、総合事業の介護サービス価格を介護保険と同じ水準に上げ、要支援者向けの介護サービス（現在は総合事業、身体介護ではなく生活援助中心）も訪問介護事業所が引受けられる体制を作る必要がある。一貫して下げられてきた在宅介護（特に訪問介護）の介護報酬の大幅な上げも重要である。

介護報酬の上げは、介護保険料の上げが必要になるので難しいと言われるが、介護保険料を上げない形での介護保険財政の改善が可能であれば、介護報酬の上げは高齢者にも支持されるかもしれない。ちなみに介護保険財政の改善のためには、現在40歳以上となっている被保険者の20歳への引下げによる歳入増加、そして、介護保険メニューの削減と整理、医療的サービスの削減と整理、医療施設や医療サービスに対する介護給付の一部医療保険負などの歳出削減の方策が考えられる（3.5節を参照）。ちなみに介護報酬の大幅な引き上げがなければ、介護士不足の緩和、訪問介護の再建は不可能である。

製造業の競争力を失った日本で、今後も確実な成長と就業者の増加を見込めるのは医療・福祉、特に介護サービス産業である。高齢者の増加による確実な介護サービス需要増を前提とすれば、政府が過度の介護給付抑制政策を採らない限り、介護サービス産業は順調に成長し続けるはずである。介護サービス産業の維持・成長は、物価上昇程度の介護報酬の引上げを確実に実施することによって可能となる。

そして、介護サービス産業で働く213万人（2023年）の介護職員の雇用維持と賃上げは、消費拡大をつうじて日本経済の成長をもたらす。介護職員の賃上げは、その8割を占める女性の賃上げを通じ、男女賃金格差の縮小にもつながる。

訪問介護事業所についていえば、「登録ヘルパー」中心の小規模事業所は、高齢ヘルパーの退職とともに消滅するであろうが、それは悪いことではない。ホームヘルパーという職業を、ボランティアの延長にある「登録ヘルパー」ではなく、正規職員・常勤ヘルパー中心の普通の仕事に変えないかぎり、ホームヘルパーは増加しない。そのためには、経営の安定をもたらす大規模事業所の参入・活用が不可欠である。新しい訪問介護事業所は常勤ヘルパーで構成され、訪問介護を提供する組織は、自治体か社会福祉協議会などの公的部門、あるいは、経営の安定した介護施設や多様な介護サービスを提供する介護グループになる。十分な訪問介護が提供されないと、「家族介護」に追い込まれ、高齢者虐待が増える。そんな未来は避けたいものである。

最後に、介護離職の理由で一番多いのが「介護と仕事の両立の困難」であることを考慮すれば、訪問介護・通所介護を中心とした在宅介護の充実こそが“介護と仕事の両立”を可能とし、年間10万人の介護離職者（8割が女性）を減少させることを強調しておきたい。つまり訪問・通所介護サービス提供の拡大を可能とする在宅介護報酬の大幅な引き上げは、労働力不足に陥っている日本経済を救う将来に向けた投資である。

〈参考文献〉

- OECD (1996) *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evaluation*, OECD Publisher.
- OECD (2005) *Long-term Care for Older People (OECD Health Report)*, OECD Publisher.
- 大熊由紀子 (2010) 『物語 介護保険（上）（下）』, 岩波書店.
- 岡元真希子 (2023) 「訪問介護事業所の現状と課題—鍵となる事業所規模の拡大に向けて—」『JRI レビュー』, vol.2, no.105, pp.96-116.
- 沖藤典子 (2010) 『介護保険は老いを守るか』, 岩波新書.
- 小竹雅子 (2020) 「介護保険の地域支援事業」, 『都市問題』, vol.111, pp.17-22.
- 下野恵子・大日康史・大津廣子 (2003) 『介護サービスの経済分析』, 東洋経済新報社.
- 下野恵子・竹内滋子 (2011) 「遺族厚生年金の課税化による税・社会保険料収入増の試算—非課税所得と租税・社会保障負担の公正性」『日本経済研究』, 第65号, pp.23-42.
- 下野恵子 (2019) 『介護保険解体の危機：誰もが安心できる超高齢社会のために』, 法政大学出版会.
- Simonazzi, A. (2009) “Care Regimes and National Employment Models”, *Cambridge Journal of Economics*, 33, pp.211-232.
- 白旗希実子 (2011) 『介護職の誕生—日本における社会福祉系専門職の形成過程』, 東北大学出版会.
- 楊慧敏 (2023) 『中国の介護保険構想：持続可能な制度構築に向けた政策分析』, 明石書店.