

## 介護事業経営における人材確保の課題と展望

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2020-05-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 渡邊, 容子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10291/20871">http://hdl.handle.net/10291/20871</a>

明治大学大学院情報コミュニケーション研究科

2019 年度

博士学位請求論文

介護事業経営における人材確保の課題と展望

Issues and prospects of securing human resources

for elderly care workers

in nursing care business management

学位請求者 情報コミュニケーション学専攻

渡 邊 容 子

# 介護事業経営における人材確保の課題と展望

Issues and prospects of securing human resources  
for elderly care workers in nursing care business management

渡 邊 容 子

## 【 目 次 】

<b>序章</b>	<b>5</b>
1. 本研究の目的と問題の所在	5
2. 本論文の構成	7
<b>第 I 章 介護労働の通史的背景</b>	<b>10</b>
1. 介護に関する政策の動向	10
(1) 介護保険制度創設の背景	
(2) 公的介護保険制度の概要と動向	
2. 介護サービスの市場	15
(1) 介護サービス市場の特色	
(2) 市場化による介護事業者の位置づけ	
3. 実地調査にみる介護保険制度実施経過による実相	19
(1) 対象者の基本情報	
(2) 介護保険制度実施による実相の把握	
(3) 実地調査による考察結果	
<b>第 II 章 介護保険制度下における介護事業の実態</b>	<b>26</b>
1. 介護保険制度と介護サービス	26
(1) 介護保険制度下における介護事業の概要	
(2) 居宅サービス等の介護事業の概要	
(3) 施設サービス等の介護事業の概要	
2. 介護サービス事業の現状とその限界	31

(1) 特定施設における介護事業の課題	
(2) イコール・フッティングの議論	
(3) 介護サービス事業における課題の整理	
<b>3. 介護事業者の実相（インタビュー調査）</b>	<b>43</b>
(1) 「社会福祉法人A会」の意見要旨	
(2) 「社会福祉法人B会」の意見要旨	
(3) 「株式会社C」の意見要旨	
(4) インタビュー結果による考察	
<b>第三章 介護労働および介護労働者の特性</b>	<b>51</b>
<b>1. 介護労働者不足の実態の把握</b>	<b>51</b>
(1) 介護労働力不足の動向と実態	
(2) 介護労働者の確保に対する政策上の施策	
(3) 介護労働者の就労意識のサーベイ	
<b>2. 介護労働の特色</b>	<b>61</b>
(1) 介護の担い手の変遷	
(2) 介護労働の専門性	
(3) 介護労働の評価	
<b>3. 介護労働に係る実地調査（インタビュー）の概要</b>	<b>75</b>
(1) 調査の内容と目的	
(2) 介護労働者に対するインタビュー	
(3) インタビューによる見解	
<b>第四章 人材確保の阻害要因とその検討</b>	<b>80</b>
<b>1. 人材確保阻害要因の整理</b>	<b>80</b>
(1) 介護報酬と賃金に係る先行研究	
(2) 介護労働の人材育成	
(3) 介護労働者の特性を中心とした要因	
<b>2. 阻害要因に対する検討の方向性</b>	<b>88</b>
<b>第五章 人材確保における介護労働者のヒューマン・ライツ</b>	<b>90</b>
<b>1. 介護労働者のヒューマン・ライツ考察の意義</b>	<b>90</b>

2. 介護労働におけるハラスメントについて	91
(1) ハラスメントの定義と動向	
(2) 介護労働者に対するハラスメントの実態	
(3) 人材確保におけるハラスメントに対する施策	
3. 介護事故における事業者の対応	96
(1) 介護事故とは	
(2) 介護事故の実態	
(3) 判例から読み解く介護事故に対する判断	
(4) 介護事故における労働者と事業者の関係性	

## **第Ⅵ章 ヒューマン・ライツを視座とした人材確保 110**

1. 介護事業者の責務	110
2. 労働者のヒューマン・ライツに係る事業者の課題	111

## **終章 一まとめにかえて 113**

主要引用文献一覧	116
----------	-----

調査資料まとめ	123
---------	-----

参考判例	128
------	-----

資料：事故報告例	129
----------	-----

資料：調査報告抜粋	130
-----------	-----

# 序章

## 1. 本研究の目的と問題の所在

2018年10月の総務省の人口推計確定値によると、日本の人口は1億2466万3千人となり、前年同月に比べ43万人減少(0.35%減)しており、それに対して65歳以上の人口は3557万8千人(総人口の28.5%)と高い水準となっている<sup>1</sup>。

『国際連合報告書』(1956年)では、高齢化率7%~14%を高齡化社会、14%~21%を高齡社会、そして、21%以上を超高齡社会と分類している。わが国の総人口に占める高齢者人口の割合は、1950年には総人口の5%に満たなかったが、1970年には7%を超え高齡化社会に、1994年には14%を超え高齡社会となり、2007年にはすでに21%を超えて本格的な超高齡社会に突入している。超高齡社会においては介護に対する人材の確保が困難となることが、以前より懸念されていた。2015年6月公表された「2025年に向けた介護人材にかかる需要推計(確定値)」では、団塊の世代が後期高齢者(75歳以上)の年齢を迎える2025年には、高齢化率(総人口に占める65歳以上人口の割合)は約30%にまで上昇すると予測されることから、約253万人の介護人材が必要であると推計しており<sup>2</sup>、約37.7万人の介護人材が不足するとの見通しが示されている。一方、既に生産年齢人口(15歳から64歳)は減少局面に入っており、さらなる減少が進むことが見込まれているばかりではなく、経済状況の好転に伴う他産業への人材流出といった懸念もあり、介護人材の確保は、介護を必要とする後期高齢者の増大に伴い、喫緊の社会政策上の大きな課題であることは論をまたない。

介護事業は、2000年の「介護保険法」(平成9年法律第123号)の施行を中心とした、社会福祉基礎構造改革の実施により大きな転換が図られ、社会保険制度方式を導入することにより社会全体で介護を支え、利用者本位のサービスを提供する仕組みが構築された。それまでの行政裁量が大きい措置制度から、利用者が実際に介護事業者等と直接契約を締結し、サービスを受けることができる制度となった。つまり、介護保険制度システムの導入により、介護事業者を介して介護保険の被保険者に対する、介護サービスの現物給付<sup>3</sup>という供給(保険給付)を行う「労働としての介護」が生み出されることとなり、措置時代においては顕在化しにくかった「介護」に係る事業の運営、およびその労働力の確保に、社会の注目が集まるようになったのである。

現在、労働力不足の解決は産業界全体の課題となっている情勢ではあるが、介護の分野におい

---

<sup>1</sup> 総務省統計局(2019) <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html> 最終アクセス:2019年4月25日。

<sup>2</sup> 厚生労働省(2015)「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計「確定値」について」参照。  
[https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf\\_2.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf) 最終アクセス:2019年3月25日。

<sup>3</sup> 「介護保険法」は、本来サービス費を支給するという償還払いを原則としているが、先に利用者が立替払いをするという金銭的な負担と、事務的な手続などの利便性を考え、現物給付化(法定代理受領方式)が認められている。

ては、介護保険制度導入時より継続して人材確保の課題が課せられている。特に 2006 年の介護保険制度の改正見直し直後から、介護労働者の不足や処遇に関する問題意識が高まり、2008 年 5 月に「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」（平成 20 年 5 月 28 日法律第 44 号）<sup>4</sup>を成立させた。しかしこれは、政府が介護労働者の労働環境の改善に若干の手段を講じたに過ぎず、今後さらに人材不足の深刻化が懸念されている。

従来介護は、「家庭内の問題」であり、家庭における女性の仕事(家事)の延長線上に存在していた。しかし、高齢化の進展にともない、介護を必要とする人が増加していく一方で、核家族化・女性の社会進出により、家庭の介護機能は低下し、ますます高齢者介護に第三者のサービスの導入が求められた。家庭内で個別に家族が担ってきた介護を、広く社会共通の課題として認識し、実際の介護を担う社会資源（サービス）を、税と保険料を中心に拠出された財源によって、社会全体が担っていくシステムの構築が説かれ、介護保険制度の導入により「介護の社会化」が図られた。超高齢社会の現在のわが国において、システムとその重要なプレイヤーである介護事業者には、持続性と安定性が求められるが、人材不足を主たる要因とする「老人福祉・介護事業」の倒産は、2018 年は 106 件と 3 年連続で 100 件を超えており<sup>5</sup>、社会の要請に逆行する事態となっている。

労働力不足の大きな要因となっている離職について、介護労働安定センター<sup>6</sup>が行う「介護労働実態調査」によれば、介護労働者の離職理由は、「職場の人間関係に問題があるから」「法人や事業所の理念や経営に問題があるから」といった理由が、常に上位を占めている<sup>7</sup>。そして、人材不足の要因として、最も研究対象とされているのが「賃金」に係るものである。「賃金」は当然労働者にとって重要であるが、その財源は公定価格の「介護報酬」に大きく影響されていることから、事業者の努力だけでは解決が難しい。これに対し、労働環境・経営理念・研修体制・人間関係等、介護労働者の特性を考慮したマネジメントによる人材確保のための施策は、事業者が鍵を握っている。介護保険制度の導入による「介護の社会化」には、介護への社会的価値の承認と介護に従事

---

<sup>4</sup> 政府は、高齢者等が安心して暮らすことのできる社会を実現するために介護従事者等が重要な役割を担っていることに鑑み、介護を担う優れた人材の確保を図るため、平成 21 年 4 月 1 日までに、介護従事者等の賃金水準その他の事情を勘案し、介護従事者等の賃金をはじめとする処遇の改善に資するための施策の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとした。但し、当該法は、さらなる処遇改善を目的とした「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律」（平成 26 年 6 月 27 日法律第 97 号）の公布および施行により廃止されている。

<sup>5</sup> 東京商工リサーチ [www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20190111\\_01.html](http://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20190111_01.html) によると、7 年ぶりに前年を下回ったが、2000 年度以降過去 3 番目に多く、高止まり傾向にあるとしている。

<sup>6</sup> 公益財団法人介護労働安定センター（Care Work Foundation[略称 CWF]）は、我が国の高齢社会の進展に伴う介護労働力の需要増大に対処し、介護労働者の雇用管理の改善、能力の開発・向上、その他の福祉の向上を図るための総合的支援機関として平成 4 年に設立され、「介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律（介護労働者法）」（平成 4 年法律第 63 号）上の指定法人として現在に至っている。特に平成 12 年度からは、「介護保険制度」の施行に伴い、介護事業者を含む介護分野全般に対する支援事業を実施している。

<sup>7</sup> <http://www.kaigo-center.or.jp/report/>参照 最終アクセス日：2019 年 9 月 1 日。

する者に対する社会的評価が求められる。制度の趣意として、「利用者の権利の擁護」は大いに提唱されたが、介護に従事する者に対する配慮の欠如も重要な問題として指摘できる。介護労働者も生身の人間としての生活が尊重されなければ、労働集約的なこの制度の持続と発展は望めない。

多くの研究者が、賃金を含め人材確保の阻害要因を追究しているが、介護保険制度下における介護労働の要となる労働者の特質を明らかにすることにより、人材確保を論じた研究は少ない。特に現状において、介護労働者と利用者、とりわけ利用者だけではなくその家族との関係性から生じる、労働者の人権に係る問題が積み残されてきたように思われる。本研究は、介護労働の本質を明らかにすることにより、人材確保の阻害要因を究明し、介護事業者にとって労働者の人権が尊重される労働環境を整備することの重要性を指摘することによって、超高齢社会における介護人材の確保に益する議論を発展させることを目的とする。介護事業者は、介護労働者が尊厳ある人間として、自律的にその専門的スキルを発揮することができる労働環境を整備することが、事業経営を行うための介護人材の確保に不可欠であることを論証する。

## 2. 本論文の構成

超高齢社会において介護労働の人材の確保は、社会の要請であり、政策上も多くの施策が検討され続けているが、十分な効果が示されているとは言い難い。実際に介護労働者を雇用する介護事業者が人材確保に関して、何ができるのか、何をすべきなのかの検討を進めることは、介護保険制度の持続と発展、および安定した事業経営のための重要な鍵となる。

そこで、第Ⅰ章では、本稿における考察の前提として、「介護」に係るシステムの通史的背景を確認する。「介護の社会化」とされる介護保険制度の導入が、事業者、利用者とその家族および介護従事者にとって大きな分岐点になったことから、介護労働に関して政策的動向を踏まえて、介護保険制度以前と制度開始以後に区分してその推移を整理することにより、介護労働の通史的背景を探究した。加えて、サービスの提供が行われる市場の構造を概観し、介護保険制度導入がもたらした市場化と介護人材の確保の関係について言及し、現在の介護の重要な制度基盤となっている介護事業経営の現状整理を行う。さらに、介護保険制度開始当時より行った実地調査の結果を紹介することにより、介護事業との係わりと利用者の意識変化を中心に、課題の整理を行う。

次に、第Ⅱ章では、介護労働が行われる「場」である、介護事業の実態の検証と考察を行うこととするが、これは第Ⅲ章において、介護労働および介護労働者の特性を明らかにするための前提作業となる。このことにより、介護保険制度下の居宅(訪問)・施設等の複雑化した介護サービス制度の全体を概観することから、そこに内在する課題を明らかにする。さらに、介護の供給主体間の問題を取り上げ、「イコール・フッティング」の議論をはじめ、特別養護老人ホーム等(介護保険施設)と有料老人ホーム等(特定施設)との関係性と、事業の供給主体間の問題を明らかにする。ここでは、介護事業者へのインタビュー資料をもとに、先行研究を用いて、その実相を考察する。

第Ⅲ章では、人材の確保を論じる要となる、介護労働および介護労働者の特性を明らかにする。

まず、介護労働者不足の実態を、データおよび介護労働安定センターの調査結果等により確認し、介護労働者の就労意識と就労の現状を明らかにする。さらに、「家庭奉仕員制度」を嚆矢とする「労働としての介護」の変遷を分析することにより、介護労働の特性を確認する。その上で介護労働の専門性と感情労働の重要性、および介護労働者に対する評価に注目した整理を行う。介護労働の専門性とは何か、何をもちて専門職であると評価されるかについて検討し、明確な定義がなされていないことを明らかにする。加えて、介護労働者等に対するインタビューから、他産業における労働と異なる介護労働の特質を確認し、人材確保の施策の確立に向けて考察を行う。

第Ⅳ章においては、前章までの検討を踏まえ、介護労働者の確保を阻害している要因の実態をサーベイする。介護労働者の確保を阻害する要因の中心は「賃金」であると一般に言われている。確かに、介護労働者の賃金は、公定価格である介護報酬がベースとなっていることから、介護報酬の3年毎の政策的改定は、少なからず、賃金に影響を与えていることは否定できない。しかし、賃金と就労との関係については、張(2006)、山田・石井(2009)、花岡(2009a)(2015)等<sup>8</sup>をはじめ、多くの研究が行われているが、ここではあらためて、「賃金」のみが人材確保の阻害要因ではないことを論証する。さらに、介護労働に従事する者は、やりがいや社会的意義の価値のある仕事に従事するという「価値追求的態度」や、その仕事に携わることによって社会的責任を果たしているという「心理的充足感」を重視し、仕事に対する「社会貢献意識」が強い傾向にある<sup>9</sup>など、高い就労意識を有している。にもかかわらず、現実には社会的意義や価値が評価されていないことを、感情労働に関する感情管理の評価を含めて論じる。これらの検証から、阻害要因の重要要素は、介護労働の特質を背景とした、介護労働者と利用者、とりわけ利用者だけではなくその家族との関係からも生じる問題の重要性を指摘する。

第Ⅴ章では、これらの阻害要因の分析結果を受けて、人材確保のために介護事業者が、何をなすべきかを、ヒューマン・ライツを視座として議論を行う。ヒューマン・ライツとは、直訳すると「人権」となるが、「人権」とは、人間が人間として決して侵されてはならない個人の尊厳に由来する権利のことであり、「日本国憲法」においても法の下での平等や思想・良心の自由、学問の自由などが実定化されていることは周知のとおりである。本研究においては、介護労働者について問われているのは、一般的・抽象的な人権問題ではなく、生身の人間に関わる現実的・具体的な問題であり、法律等の規定の有無を問わず、尊厳ある人間として自律的生存のために不可欠であると当事者が考える権利を想定し、「人権」の射程を広くとらえた「ヒューマン・ライツ」という新たな立脚点を用いて、介護人材の確保の問題を論ずる。

ヒューマン・ライツの視点をもって、事業者が人材確保に取り組む方向性について考察するにあたり、ハラスメント問題と介護事故を具体的検討の素材とする。

---

<sup>8</sup> 本稿各章において、花岡(2009b)(2015)、岸田・谷垣(2013)、堀田(2009)、鈴木(2008)、大和(2013)などを検討する。

<sup>9</sup> 下山(2008)163-167頁。

ハラスメントについては、特に介護労働者が利用者やその家族から受けているハラスメントの被害に注目し、現状を把握することから、介護労働者のヒューマン・ライツ擁護の視点に立ち、労働者の利益、専門職としての資質および自律の侵害等に係る、事業者の責任等について分析を行う。介護事故については、介護サービスの現場では事故が発生しやすい環境にあることを認識し、その発生要因の抽出を行う。具体的には近時の裁判例を読み解くことにより、介護事故における事業者と介護労働者との関係を概観し、介護労働者のヒューマン・ライツの尊重こそが重要であることを論証する。

第VI章では、前章までの検討により介護事業の社会的意義と事業者の責務を確認し、介護労働者の確保について、今後、介護事業者が対応すべき方策について明示する。

最後に、本稿において用いる「介護労働」等の用語について注釈を添えておく。

介護に従事する者は、「介護従事者」「介護労働者」「介護職員」等をはじめとして、本研究に使用した各種のデータおよび先行研究において、これらの用語の定義は統一されていなかった。ただし、「介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律」（平成4年法律第63号。以下「介護労働法」）では、第2条第2項において、「介護労働者」を「専ら介護関係業務に従事する労働者」<sup>10</sup>と定めている。これによると「介護労働者」については、介護職員・訪問介護職員等の老人福祉・介護事業ばかりでなく、障害者福祉・児童福祉の事業に従事する者も含まれると解するのが妥当であると考えられるが、本稿における「介護労働者」とは、「施設・居宅を問わず、介護保険に係る施設・事業所において、高齢者介護に直接従事し、賃金を支払われるもの（介護支援専門員を除く）」に限定する。介護支援専門員については、通称とされる「ケアマネジャー」と表記し、「介護労働者」と区別して扱う。なお、各種のデータおよび先行研究において用いられる「ケアワーカー」「ケアワーク」「介護職員」等他の介護に従事する者の用例については、本稿で用いる「介護労働者」の意を含むものは、出典および著者の用例をそのまま引用するものとする。

---

<sup>10</sup> 同法第2条第1項において、「介護関係業務とは、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者に対し、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、看護及び療養上の管理その他のその者の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするための福祉サービス等厚生労働省令で定める業務を言う」と定義されている。

# 第 I 章 介護労働の通史的背景

## 1. 介護に関する政策の動向

### (1) 介護保険制度創設の背景

我が国の高齢者介護に関する社会的システムは、2000年4月の「介護保険法」の施行により公的な介護制度としてスタートし、同時に「介護」に係るビジネスが社会の注目を浴びることとなった。当該制度がスタートする以前の高齢者介護は、「老人福祉」と「老人保健」の2つの異なる制度のもとで行われていた。「老人福祉」にもとづく介護サービスは、措置制度として、所得の低い者等に対して、福祉サービスを受ける要件を満たしているかの判断、およびサービスの開始・廃止を、法令にもとづき行政権限のもとで行われていた。これらの行政による措置の中核となった施設が、特別養護老人ホームであった。また、「老人保健」にもとづいた介護老人保健施設は、「老人保健法」(昭和57年8月17日法律第80号)により、医療機関と位置づけられた。当該施設は、急性期病院と回復期(リハビリ)病院で治療を受けた後、在宅復帰を目指すことを目的に、1986年の法改正で設置された施設ではあったが、高齢者介護が低所得者だけではなく、普遍的なニーズとして顕在化してきたにもかかわらず、家庭や施設の対応が十分に行われなかったことによる社会的入院<sup>1</sup>等の在院の長期化が問題となり、財政は逼迫していった。つまり、本格的な高齢社会に向かいつつありながらも、介護保険制度施行以前の高齢者に対する介護サービスは、老人福祉と老人医療間の縦割りからくる不均衡やサービスの非効率性など、構造的に大きな問題を抱えており、既に制度としては持続性が危ぶまれていたのである<sup>2</sup>。

歴史を遡ると、1929年の「救護法」(昭和4年4月2日法律第39号)成立により、救護施設としての「養老院」が制度化されたことが、法的には「介護」制度の端緒となったとすることもできるが、当該救護は、「生活扶助」、「医療」、「助産」および「生業扶助」の4種であったことから、高齢者に対する介護の施策は、「生活扶助」の範疇に属していたと判断することができる。

第二次世界大戦後、国民の大多数が貧窮状態にあった時期においては、生活救済機能を中心的に高齢者の介護を担ったのは生活保護制度であった。当該制度においては、社会福祉の理念を徹底するために、国家責任、無差別平等、公私分離、救済経費無制限の4つの原則が示されたが、その背景にはGHQ(連合国軍総司令部)が1946年2月に発した、SCAPIN-775の覚書<sup>3</sup>が強く影響し

<sup>1</sup> 社会的入院とは、医学的には入院の必要がなく、在宅での療養が可能であるにもかかわらず、ケアの担い手がいないなど家庭の事情や引き取り拒否により、病院で生活をしている状態を指す。

<sup>2</sup> 行政処分であるため利用者の自由なサービス選択が難しく利用者の権利性が否定され、サービスの質と量は担当行政職員の主観に委ねられ、利用者の積極的な利用を妨げる状態であった。

<sup>3</sup> SCAPIN (Supreme Command for Allied Powers Instruction Note) とは、連合国軍最高司令官(SCAP)から日本政府宛てに出された訓令(連合軍最高司令部訓令)をいう。その目的は日本から国家主義と軍国主義を一掃することとされており、基礎的施策を定める指示およびそれを拡充する訓令は多岐にわたり、1945年9月2日のSCAPIN-1から1952年4月26日の2204までに至る。

ている。これに対応して、社会福祉制度が再編され、福祉三法<sup>4</sup>の第1段として、1946年に旧「生活保護法」(昭和21年9月9日法律第17号)<sup>5</sup>が公布され、この法律は1950年に現行の「生活保護法」(昭和25年5月4日法律第144号)の制定により廃止されるまで約3年半施行された。したがって、戦後当初の高齢者に対する施策は、一部の低所得者を対象に、生活保護に基づき養老施設への収容保護程度であり、多世代同居が一般的であった当時は、高齢者の介護は家族の仕事と考えられていた。

1951年には「社会福祉事業法」(昭和26年3月29日法律第45号)が整備され、1963年には、「日本国憲法」第25条に定める生存権の規定に基づき、「老人福祉法」(昭和38年7月11日法律第133号/平成6年6月29日法律第56号)が制定され、従来「生活保護法」の中に組み込まれていた高齢者に対する施策について、国と地方公共団体による高齢者福祉の増進が定められ、それまでの低所得者を保護する救貧施策の枠を越えて、加齢に伴う一般的な高齢者そのものの介護を対象とした制度として構築された。具体的には、それまで養老院<sup>6</sup>に集約されていた老人に対する施設は、「養護老人ホーム(法第20条の4)」として引き継がれ、新たに「特別養護老人ホーム(法第25条の5)」および「軽費老人ホーム(法第20条の6)」<sup>7</sup>が加わり機能分化された。「特別養護老人ホーム」は、常時介護を必要とする高齢者のための施設として生まれ、身体上または精神上の著しい障害により常時の介護を必要とし、かつ居宅において適切な介護を受けることが困難な者が入所する施設であり<sup>8</sup>、これによりわが国で初めて、救貧策に限定しない介護を必要とする高齢者を養護する趣旨の施設が、システムとして登場することとなった。しかし、実態は、利用者がサービスの選択を行うことのできない硬直した仕組みであり、施設の量的不足に対し低所得者の入所が優先され、結果的には従前からの救貧的施策の域を抜け出すことができなかった。

1960年代には、高齢者人口の増加、産業構造の変化による雇用者世帯の増加、人口の都市集中に伴う家族形態の変化など高齢者を取り巻く環境も変わり、さらに1970年代に近づくると、寝たきり高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかにされる<sup>9</sup>など、高齢者介護に対する社会的関心が高まることとなり、1978年にショートステイ、1979年にデイサービスが制度化された。1980年代

---

<sup>4</sup> 1946年の旧「生活保護法」、1947年の「児童福祉法」(昭和22年12月12日法律第164号)、1949年の「身体障害者福祉法」(昭和24年12月26日法律第283号)を福祉三法と称する。

<sup>5</sup> 旧「生活保護法」において、国の扶助義務は定められたが、国民が生活保護を請求する権利は認められず、稼働能力のある者は保護の対象から除外していた。

<sup>6</sup> 1950年の「生活保護法」(昭和25年5月4日法律第144号)制定により、養老院は、養護施設として位置づけられた。

<sup>7</sup> 「軽費老人ホーム」は、同法施行以前から存在しており(昭和47年2月26日社老第17号厚生省社会局長通知を参照されたい)、身寄りのない高齢者等を、無料または低額で入所させる施設であり、現在では、「軽費老人ホームA型」「軽費老人ホームB型」「ケアハウス(C型)」を「軽費老人ホーム」と総称している。

<sup>8</sup> 『厚生労働白書平成19年度版』7-8頁。

<sup>9</sup> 1967年には全国に先駆けて東京都および長野県の社会福祉協議会により「寝たきり老人実態調査」が行われ、1969年には厚生省(現・厚生労働省)は60歳以上の9000人の面接調査により行った『全国老人実態調査』を発表している(河島修・厚美薫・島村節子(2001)『増補・高齢者生活年表(1925~2000年)』46頁および50頁による)。

には経済の低成長期の波が到来し、1990年代に入ると高齢化の進展がさらに本格化し、在宅の介護を要する高齢者に対する支援策の必要性の認識が増し、厚生省(現・厚生労働省)は「寝たきりゼロへの10か条」(1991)を発表し、「寝たきり老人ゼロ作戦」を推進した。

措置制度は、前述のように敗戦後の貧窮状態の中においては、生活救済機能を中心にその役割を果たし、福祉関係諸法が整備され、高度成長期の頃になると本格的に介護の分野においてもその役割が注目された<sup>10</sup>。措置制度は、国家責任の名のもとに、措置委託制度<sup>11</sup>とともに維持されてきた。措置制度も措置委託制度も税金により賄われたが、措置制度は、国や地方公共団体(または日本赤十字社)に限って直接的に「公務員」によってサービスが提供されるが、措置委託制度は、行政が行うべきサービスを社会福祉法人に委託することにより行われた<sup>12</sup>。しかし、「措置」および「措置委託」は、その内容や提供期間など行政機関がその必要性を判断していることから、行政処分の結果としての「反射的利益」に過ぎないなど、利用者の権利保障に対する問題もあった。これらの制度は、介護保険制度が導入され、基本的に契約による利用形態となったのちも、老人福祉制度の一環として行われており、概ね社会福祉法人等に委託され、現在でも児童養護施設や養護老人ホームなどにより継続されている。特別養護老人ホーム等は、家族の虐待等により、介護保険サービスの利用や居宅において養護を受けることが困難な高齢者に対し、必要なサービスを市町村がその権限をもって提供するシステムとして、現在もその役割は存続されている<sup>13</sup>。この「措置」が実施できる施設等は、入所者の人格の尊厳がおびやかされやすい収容施設であることから、「社会福祉法」(昭和26年3月29日法律第45号「社会福祉事業法」を平成12年法律第111号にて「社会福祉法」に改称)第2条に定めるところの「第1種社会福祉事業」として限定列举されており、その供給主体は社会福祉法人および国・地方公共団体に限られている。これらが、「イコール・フットイング」の議論(本稿第II章)につながる。

さらに、1990年代以降においては、高齢化が従来予想をはるかに上回るスピードで進展し、社会福祉全般にわたる見直しと改革の必要性が問われ、1997年11月に厚生省(現・厚生労働省)は、中央社会福祉審議会に「社会福祉構造改革分科会」を設置し、社会福祉基礎構造改革についての審議を開始し、翌1998年6月には「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」を発表するに至った。これを基本方針として、2000年の社会福祉基礎構造改革につながっていくことになった。「社会福祉基礎構造改革について」の中間まとめでは、戦後日本の社会福祉が、行政処分としての措置制度のもと、限られた保護・救済にとどまり、サービス利用者と提供者間の法的な権

---

<sup>10</sup> 成瀬(1997)76-79頁。

<sup>11</sup> 「社会福祉法」(昭和26年法律第45号)第61条第1項第1号では「国及び地方公共団体は、法律に基づくその責任を他の社会福祉事業を営業者者に転嫁し、又はこれらの者の財政的援助を求めないこと」とされているが、同条第2項において、「前項第1号の規定は、国又は地方公共団体が、その営業者者社会福祉事業について、福祉サービスを必要とする者を施設に入所させることその他の措置を他の社会福祉事業を営業者者に委託することを妨げるものではない」としている。

<sup>12</sup> 佐藤(2011)73頁。

<sup>13</sup> 「老人福祉法」第11条および、平成18年3月31日老発第0331028号厚生労働省老健局長通知を参考にされたい。

利義務関係が不明確であることを指摘し、両者間の権利義務を明確にし、事業者の経営努力がむくわれ、経営状態の改善や事業拡大につながる条件整備が必要であると示唆している<sup>14</sup>。

これらの流れから、介護の分野に関して国レベルの計画策定が求められることとなり、1989年には「高齢者保健福祉推進十か年戦略」通称「ゴールドプラン」が設定され、翌1990年には「10年間の政策目標」を掲げて施行された。「ゴールドプラン」では収入に応じて利用者がサービス利用料を応能負担する制度が導入され、緊急に市町村における在宅福祉対策が講じられ、特別養護老人ホーム・デイサービス・ショートステイなどの施設の整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進などが本施策の柱として掲げられ、特に普遍的サービスとして在宅サービスの提供が推進された<sup>15</sup>。その後1995年には「高齢者保健福祉十か年戦略」通称「新ゴールドプラン」<sup>16</sup>として、公平性と効率性の確保を目指して、2000年の目標に向かって施行されたが、1997年にはその結果を待つことなく「介護保険法」制定という新たな政策が提示された。さらに1999年には介護保険が施行される21世紀の目標として「ゴールドプラン21」<sup>17</sup>が、2000年度から2004年度までの予定で策定され、一層の在宅サービス提供の拡大を目標として進んでいった。

以上の経過を経て、高齢者介護施策は新たな展開を迎えることとなる。三重野（2005）は、この「ゴールドプラン21」をもって、その場その場のニーズに対応する場当たりの計画策定に一応終止符が打たれたといえると述べており<sup>18</sup>、居宅介護を中心ととらえつつ、介護を社会のシステムに組み込んでいく方向性に舵がとられたことを、確認することができる。

## (2) 公的介護保険制度の概要と動向

前述の変遷を経て、2000年に、逼迫している超高齢化社会に備え、社会福祉の共通基盤を作り上げることを目的として、社会福祉基礎構造改革が実施された。当該改革は、前出の中間まとめにより、①サービスの利用と提供者の対等な関係の確立、②個人の多様な需要への地域での総合的な支援、③幅広い需要に応える多様な主体の参入促進、④信頼と納得が得られる質と効率性の向上、⑤情報公開等による事業運営の透明性の確保、⑥費用の公平かつ公正な負担、⑦住民の積極的な参加による福祉の文化の創造にあるとし、住み慣れた地域において人としての尊厳をもち、自立した生活を支えるために、個人に対して社会連帯の考え方に立った総合的な支援を行うこと

<sup>14</sup> 発表の詳細は、以下を参照されたい。最終アクセス日：2019年3月1日。

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/souron/29.pdf>

社会福祉基礎構造改革に関する審議については、当該中間まとめ公表後に各方面の意見等を同分科会が1998年12月にまとめた「社会福祉基礎構造改革を進めるにあたって（追加意見）」が実質的な最終報告となる。追加意見は[http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1012/h1208-1\\_16.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1012/h1208-1_16.html)による。

<sup>15</sup> 「ゴールドプラン」では、ホームヘルパーを3万人から10万人に、デイサービス・デイセンターを1万所、ショートステイを5万床等の拡充の推進があげられた。

<sup>16</sup> 「新ゴールドプラン」は、2000年時点で施設入所者90万人と推定し、在宅サービスは対象者の4割が頭在化するという前提で設計されている。

<sup>17</sup> 「ゴールドプラン21」では、ホームヘルパーを17万人から35万人へ、デイサービス・デイケアを1.7万所から2.6万所へ、ショートステイを6万床から9.6万床等の拡充があげられた。

<sup>18</sup> 三重野（2005）28-29頁。

をその理念としている。少子・高齢化の進展、家族機能の変化等に伴い、必要とされるサービスを的確に提供できるような新たな枠組が求められることに対して、現状のままではこの要請に十分対応してゆくことは困難であるとし、「介護保険法」の制定、および「社会福祉法」の改正<sup>19</sup>などを含めて、社会福祉の基礎構造全般についての抜本的な改革の必要性が示された<sup>20</sup>。すなわち、この改革は、社会福祉従事者の専門性の向上、サービスに関する情報の公開を進め、利用者の選択による適正な競争を促進し、市場原理を活用することにより、サービスの質と効率性の向上を促すことを目指したものであり<sup>21</sup>、これらのサービスを行う労働者の確保を示唆したものと言える。実際に当該改革の一環として、同年に「介護保険法」が施行され、「社会福祉事業法」も「社会福祉法」に法名改正され、社会保障としての介護への期待は高まった。

「介護保険法」では、社会保険制度方式を導入することにより社会全体で介護を支え、利用者本位のサービスを提供する仕組みが構築され、それまでの行政裁量が大きい措置制度から、利用者が自らの選択により、実際に介護事業者と直接契約を締結し、サービスを受けることができるような制度が担保された。つまり、市場サービスの導入であり、競争原理の導入でもあった。これらの契約は、介護事業者を介して介護労働者が行う、介護保険の被保険者に対する介護サービスの現物給付<sup>22</sup>という労働の提供(保険給付)を形成した。サービスの価格は、介護報酬という公定価格で定められていることから、基本的には価格競争は排除されているが、利用者本位のサービスの提供という点では、利用者と介護事業者との契約は、選択の自由に委ねられているという特徴を有している市場である。

藤原(2001)は、介護保険制度により日本が戦後作り上げてきた社会福祉制度の在り方の変化について、第1に「措置から契約へ」と呼ばれる措置制度から契約制度への転換、第2に「介護の社会化」の理念、第3に福祉供給主体の多元化、そして第4に介護サービス市場の登場と福祉の分野への市場原理の導入をあげている<sup>23</sup>。また、仕組みの変化について、野口(2007)は、①租税財源方式から社会保険方式へ、②市町村の判定(措置)から要介護認定へ、③市町村のサービス決定(措置)から利用者のサービス選択へ、④行政、社会福祉法人中心のサービス提供機関から多様な主体へ、⑤所得に基づく応能負担から利用に応じた応益負担への移行であると整理している<sup>24</sup>。このように、介護保険制度は、わが国の高齢者介護のサービス供給に大きな転換と新たなシステムをもたらしたと言える。

---

<sup>19</sup> 「社会福祉法」においては、苦情解決を行う運営適正化委員会の設置など権利擁護システムの整備、多様なサービス提供者との対等性を図り、地域福祉サービスの総合的向上を目指した改正であった。

<sup>20</sup> 坪井(2015)30頁、三浦(2004)7-12頁。

<sup>21</sup> 藤原(2001)115-116頁。

<sup>22</sup> 「介護保険法」では、法的には本来サービス費を支給するという償還払いを原則としているが、先に利用者が立替払いをするという金銭的な負担と、事務的な手続などの利便性を考え、現物給付化(法定代理受領方式)が認められている。

<sup>23</sup> 藤原(2001)115頁。

<sup>24</sup> 野口(2007)490頁。

## 2. 介護サービスの市場

### (1) 介護サービス市場の特色

前述のように介護保険制度の導入は、介護サービスの供給体制の市場に大きな変化をもたらした。社会福祉基礎構造改革の理念であった「措置から契約への転換によるサービス利用者と提供者との対等な関係の確立」「幅広い需要に応える多様な主体の参入促進によるサービスの質と効率性の向上」等を背景に、「居宅サービス」を中心に参入規制が緩和され<sup>25</sup>、多様な事業者が供給主体として登場することとなり、利用者がその供給主体から提供されるサービスを選択(購入)する市場のシステムが導入された。森川(2015)は、介護保険制度は「介護の社会化」という理念のもとで創設され、社会保険の仕組みを導入して、財政的な基盤を確保するとともに、介護供給の疑似市場(準市場)化により大量の介護労働が生み出されたと述べている<sup>26</sup>。厚生労働省によると、2018年11月<sup>27</sup>の介護保険制度利用者は、約570万人を記録している。必然的に、介護労働者の確保をベースとした市場の拡大が要請される。

したがって、ここでは、「介護」独特の市場の特性についてサーベイすることにより、介護保険制度下における介護労働のベースとなる、介護サービス市場の仕組みを確認する。平岡(2006)は、介護保険制度下のサービス供給体制は、在宅サービスでは営利組織と多様な非営利組織が市場で競合しており、原則として、介護労働者が行うサービスの費用のうち9割が保険給付として公的資金が相当程度投入されている。サービスの利用には第三者であるケアマネジャーの関与が必要とされるという特徴を示し、準市場(疑似市場)としての性格がきわめて強いと述べている<sup>28</sup>ことから、「準市場(Quasi-Markets<sup>29</sup>)」の理論について確認を行う。

「準市場(Quasi-Markets)」は1990年代のブレア政権(新自由主義)の政策としてイギリスのLe Grandらが提唱したものであるが、その理論は、わが国においては、佐藤(2006)(2008)、駒村(2004)、平岡(2000)(2002)、佐橋(2002)(2006)(2008)、狭間(2008)等、多くの研究者により敷衍されている。

さらに、高橋(2003)<sup>30</sup>は、当該市場についての政策的な対応として、政府は財源者としての役割を保ちつつ、サービス供給は、営利・非営利などの民間の事業者など自律的な権限をもった供

<sup>25</sup> 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準」(平成11年3月31日厚生省令第37号)を満たし、都道府県の指定により営利・非営利を問わず民間事業者も事業の展開が可能となった。

<sup>26</sup> 森川(2015)3頁。

<sup>27</sup> 厚生労働省平成31年1月暫定介護保険事業状況報告より。最終アクセス日:2019年4月25日  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom19/1901.html>

<sup>28</sup> 平岡(2006)57頁。

<sup>29</sup> Quasi-Marketsは、準市場または疑似市場と訳されるが、本稿においては、以後、引用文献および参考文献の表記にかかわらず、「準市場」に統一して用いる。

<sup>30</sup> 高橋(2003)209頁。

給部門などへ移管することであると述べている。また、児山(2004)<sup>31</sup>は、準市場とは、政府が費用を負担し、当事者間に交換関係がある方式であると定義しており、「準市場が『準』であるのは、サービス費用を利用者ではなく政府が負担するからであり、準市場が『市場』であるのは、当事者間に交換関係があるからである」と述べている。なお、Le Grand and Bartlett (1993)は「『市場』とは、独占的な国家による提供体制を競争的・独立的なものへと転換するという意味であり、『準』とは、いくつかの重要な点で通常の市場とは異なるから」と評している。さらに、準市場は、一般市場と同様に顧客を獲得するための「競争」と複数の供給主体が存在するが、公的に提供されるサービスについて非営利組織と営利組織が競争的であることが特徴的であり、一般の市場と異なり、すべての主体が利潤の極大化を求めているわけではないと述べている。また、準市場では消費者の購買力が貨幣で示されるわけではなく、政府予算あるいはクーポンの形で福祉サービスを購入・需要・消費することになり、権限を与えられた第三者による購買という形をとることもあり、多くの場合、購買の選択・決定を利用者が第三者に委ねることも特徴としてあげている<sup>32</sup>。つまり、準市場においては、利用者はサービスの購入のために自らの資源をもって準市場にくるのではないが、利用者に国家によるサービスの購買力を与えて選択権を保障し、供給者の複数の競争により、効率的に質の高いサービスを提供しようとする誘因を与えており<sup>33</sup>、公的(または公的な強い指令の下)に提供されてきたサービスに一定の競争原理を導入する市場を意味しているのである<sup>34</sup>。

Le Grandらは、Le Grand and Bartlett(1993)において、その形成の評価基準(criteria for evaluation)として、多くの評価視点の中から Efficiency(効率性)・Responsiveness(応答性)・Choice(選択制)・Equity(公平性)の4点を取り上げている<sup>35</sup>。

Efficiency(効率性)については、その定義の明確化の重要性を示したうえで、準市場においては“crude efficiency”(安ければよいという粗効率性)ではなく、一定の質と量の基準を確保した上でコストを抑制する“productive efficiency”(生産効率性)向上の視点で考えている。次にResponsiveness(応答性)については、利用者のニーズや欲求に答えられているかが評価される。Choice(選択制)については、利用者に対するサービスと提供者の選択性の保障によりサービスの質の向上が重要であり、さらに選択性により他の目的を達成するために“exit”(出口)と“voice”(声)を活かすことも重要であるとしている。そしてEquity(公平性)については、その確保のためには、支払いの能力や民族や性別等に関わらず、公定価格の設定、低所得者に対する費用負担の減免策などによって、公平にニーズに対応したサービスの必要性を述べている<sup>36</sup>。

わが国における介護サービスの準市場化の端緒は、社会福祉基礎構造改革に付随する「介護保

<sup>31</sup> 児山(2004)134頁。

<sup>32</sup> Le Grand and Bartlett(1993)10頁。

<sup>33</sup> ルグラン(2007)38頁。

<sup>34</sup> 小山(2011)9-10頁。

<sup>35</sup> Le Grand and Bartlett(1993)13-14頁。

<sup>36</sup> *Ibid*,15-19頁。当該4つの基準について、佐橋は(2002)140-141頁・145-146頁および(2006)79-80頁において、Le Grand and Bartlett(1993)を踏襲して述べている。

険法」の施行と「社会福祉法」改正と考えられるが、さらに2006年の「競争の導入による公共サービスに関する法律」（平成18年6月2日法律第51号）、2009年に制定された「公共サービス基本法」（平成21年5月20日法律第40号）も、その動向に影響を及ぼしていると考えられる。これら法制定が目標とするところは、公が行うサービスの利用者の選択権の尊重と、多様化するニーズに対してのサービスの質と効率性の向上などにある。換言すると、これらの目標達成が難しいことから、公が行うサービスに関して、民間企業がその実施を担うことができるのなら民間企業に委ね、多様な供給主体の参入を促そうとする政策的意図を読み取ることができる。さらに、ルグラン(2007)では、多様な供給主体が準市場に参入し競争することを、いわゆる民営化と混同してはならないと述べており、その理由として市場に民間企業を参加させず、公的所有権組織や非営利組織間だけで競争を実現することは可能であるからとして、重要なのは競争の存在であると述べている<sup>37</sup>。そして介護サービス市場において、競争のために一層の効率性が求められるのは、非営利組織・営利組織の違いはなく、競争によってもたらされる行動様式は、供給者のタイプにかかわらずサービスには類似性が生じると考えることができる。

つまり、現在の介護サービス市場は、選択権が利用者本人または家族にあり、利用者と供給者の介護報酬を媒介とする構造を有しており、措置制度と比較すると、効率的であると言えることができる。また、供給者においては、居宅サービスへの参入は概ね自由化されているが、地域格差および地理的条件による参入が難しい側面もあり、「施設サービス」に関しては参入規制があることから、新規参入の促進を通じて多数の供給主体を確保し、利用者をめぐって競争の効率性を確保することは必ずしも容易ではない。さらに、サービスの価格は、一般市場ではコスト・需要・競争など多くの要因で決定されるが、介護サービスの価格は、介護報酬として公的に規制されており、要介護等級によるサービス価格の上限も設けられており、介護保険制度下におけるこれらの規制により、供給者間の価格競争は実質上制限されていることになる。公的な価格コントロールは、無謀な価格競争により危惧される介護サービスの質の低下や、介護難民の増加等のリスクが抑制され、公平性が担保されているとの見解もあるが、介護労働者の賃金に及ぼす影響が大きいことは否定できない。以上これらの特質から、佐橋(2006)(2008)は、わが国の介護サービス提供体制に対する準市場の適用は、現段階では形成途上と言わざるを得ないとしている<sup>38</sup>。

## (2) 市場化による介護事業者の位置づけ

現状において、我が国の準市場のシステムは不完全ではあるものの、利用者の選択や介護報酬を媒体としたサービスが、複数の供給主体間による一定の競争状態下において提供されている。事業者の指定、専門職の配置および人員基準・施設設備基準・運営基準等の介護サービスの質の維持のために多くの規制とともに、介護報酬などの公定価格統制による介護保険給付、および公的介入が確保されていることなどから鑑みて、一定の統制された準市場の性格を有していると

<sup>37</sup> ルグラン(2007)38-39頁。

<sup>38</sup> 佐橋(2008)35頁、(2006)128頁。

いえる。この現状を把握したうえで、安定した介護事業の運営と人材の確保について検討すべきことは論をまたない。

既述のように、介護保険制度は、従前の「措置制度」では形成されていなかった介護サービスの世界に、「市場の原理」を導入したことになる。しかし、そこに形成された「市場」は「準市場」とであると指摘されている<sup>39</sup>ように、「準市場」は、供給サイドが組織特性や行動原理の異なる多様な組織で構成されており、需要サイドに対しては保険財源を含む公的資金の相当程度の投入があり<sup>40</sup>、消費者に代わる第三者がサービスの購入の決定に重要な役割を担うという性質を有しているものである。また、介護保険制度の導入は、「契約による利用者の選択権の確保、サービスを供給する事業者間の競争、事業経営や運営の透明性の確保により、福祉・介護サービスの質の向上や事業の効率化を意図していたと言える」と分析されている<sup>41</sup>。

しかし、市場化されたとはいえ、既述のように、介護保険施設は営利法人の事業参入が制限されており、特に特別養護老人ホームの運営主体は、地方公共団体と社会福祉法人<sup>42</sup>に限られている。つまり、施設介護サービスは、社会福祉法人を中心とする公的な性格と、競争力をもって利益を確保しなければならない営利的な性格の二重構造を有していると、考えることができる。これらの施設は、「介護保険法」施行前には「措置制度」の下に、施設の入所者は行政庁により一方的に決定され、施設は行政からの措置費の支給をもとに経営されていた。介護保険制度導入により、「措置」から「契約」に転換が図られ、施設は職員の人件費を含む施設運営を、措置費から介護報酬に転換して依存する形に変更されたに過ぎないと考えられている。小山(2011)は、介護事業は介護報酬による限られた原資の中で人件費を捻出し、安定した事業経営を検討しなければならないとして、わが国の介護市場の特徴を、①経営が政治・政策に従属的である傾向を否定できないこと、②基本的には事業者介護保険給付対象サービスについて価格決定権がないこと、③経営の本質目標が多様な事業者が存在すること、④介護分野の人材開発が不徹底なこと、⑤組織上のマネジメント不全の可能性が高いことをあげている<sup>43</sup>。すなわち、現状においては、競争的な介護サービス市場の発展の可能性は、限定的であると考えられる。

既述の通り、準市場において「措置」から「契約」に転換が図られたことにより、介護サービス提供事業者(介護事業者)と要介護認定者(利用者)の二者の間で、「介護保険法」第8条による給付を行うことを内容としている介護保険契約の締結が実現している<sup>44</sup>。当該契約の法的性質は、準委任契約であると考えられる。委任契約は、法律行為(意思表示によって、権利の発生や権利の消滅など

---

<sup>39</sup> 平岡(2006)57頁。

<sup>40</sup> 利用者負担(利用料)を除き、介護保険の財政の負担割合は公費(国・都道府県・市町村)と保険料(40歳以上が納付)の各々50%となっている。

<sup>41</sup> 佐藤(2006)3頁。

<sup>42</sup> 「社会福祉法」(昭和26年法律第45号)第62条1項による。

<sup>43</sup> 小山(2011)32頁。

<sup>44</sup> 石畝(2012)は、介護に関する契約について、その用語法は必ずしも統一されていないとした上で、介護保険制度に内在する私法的契約の総体として、「介護保険契約」の語を用いている(103頁)。本稿においても、これに準じ「介護保険契約」の語を用いる。

の法的効果が生じる行為)に関する事務を相手に依頼する契約(民法第 643 条以下)だが、準委任契約は「法律行為以外」の事務を委託する契約をいう(民法第 656 条)。介護サービスの依頼など、日常生活で事務処理が問題となる多様な場面で用いられており、介護サービスの入浴・排泄・食事などの提供は法律行為ではなく事実行為であることから、準委任契約と解される。

石畝(2012)は、介護保険契約の法的性質やその規制枠組に関する民法学からのアプローチは十分とは言い難いが、介護保険契約は、消費者契約・役務提供契約・継続的契約・福祉契約といった、様々な性質を具備している<sup>45</sup>として、額田(2001)<sup>46</sup>等の指摘を斟酌し、以下の特徴をあげているが、その法的性質の不確定さは、介護労働者の地位や介護事故等における裁判にも大きく影響を及ぼしていると推認される。

- ①介護保険契約の当事者は、介護に精通している介護事業者と、高齢者や認知症など判断能力が減退している可能性の高い利用者であることから、交渉力の差、情報の収集・分析の差が、一般の消費者契約と比して、格段に大きい。
- ②サービス利用者と提供者との間の信頼関係により成り立っており、継続的な契約関係であることから、中途解約の問題や信頼関係の重視などが指摘される。
- ③介護保険契約の給付は役務給付が主であるが、給付提供者の裁量が大きく、給付内容・質が不明確であると指摘がなされている。
- ④介護保険契約の給付は、利用者にとって生活・生存のために必要不可欠なものであり、事業者の不履行等によりいったん損害が発生すると、その回復には非常に困難が伴う。
- ⑤介護保険契約は、介護保険制度の一構成要素をなすものであり、かかる「制度」としての視点が契約にも影響を及ぼす可能性がある。

なお、「介護保険法」においては、介護保険契約の内容については明言されておらず、「重要事項説明書」(厚生省令 37 号第 8 号)の交付を、介護事業者に義務づけているにすぎない。

これらの特徴からもわかるが、介護保険契約について伊藤(2004)は、契約締結において要介護者の判断能力や介護事業者との情報の偏在や交渉力の格差を指摘し、介護保険の役務サービス内容が特定しにくく、その質の評価が難しいことから、事前の情報提供や契約過程における要介護者の保護の必要性が高いと述べている<sup>47</sup>。

### 3. 実地調査にみる介護保険制度実施経過による利用者の実相

厚生省(現・厚生労働省)は、1997 年 12 月に「介護保険法」成立にあたって、介護保険制度の導入のねらいは、家族介護に大きく頼ってきた今までの仕組みから、「介護の社会化」の実現にあると説明している。しかし、「1996 年ごろから 1997 年 12 月の『介護保険法』の成立にかけて、マス

---

<sup>45</sup> 石畝(2012)103-104、113-115 頁。

<sup>46</sup> 額田(2001)15-16 頁。

<sup>47</sup> 伊藤(2004)122-124 頁。

コミや研究者を動員して介護保険賛美の一大キャンペーンが展開され、厚生省の介護保険構想の賛否に対して、介護保険推進者＝介護の社会化推進派、介護保険批判派＝家族介護養護派という、きわめて単純化されたレッテルが貼られ、介護保険制度の具体的内容が十分示されないまま『介護の社会化』の理念が独り歩きした<sup>48</sup>と、伊藤(2001)が述べているように、制度は多くの未消化と準備不足を残したままスタートすることとなった。

この現状から、筆者は介護保険制度の理念と利用者の意識との間に乖離が推測されたことから、高齢者介護の実態と介護保険に対する周知と期待を把握するべく、2000年1月～3月の「介護保険法」施行直前に、山梨県・東京都・静岡県・大阪府の高齢者家庭(65歳以上の高齢者のみで生活をしている家庭)に訪問インタビュー調査を行った。当該調査では、行政側の混乱を反映し、制度の周知理解について被保険者はもとより、いずれの自治体においても制度理解が遅滞している実態を把握することができた。このことから当該調査を発端とし、静岡県K市在住のA家については、介護保険制度導入後の意識とニーズの変化を把握することを目的として、継続してインタビューおよび観察調査に協力を得ることができた。調査は概ね6月ごと定期的に、さらに家族や環境に変化が生じた際にはその都度訪問し、高齢者世帯における介護ニーズの実態と介護に対する意識の変容、および介護保険制度との関係について、調査協力対象者が認知機能低下によりコミュニケーションが困難となる2016年3月まで、現状把握とともに、生活観察および会話の聴取を行うことができた<sup>49</sup>。

## (1)対象者の基礎情報

調査対象のA氏家族が在住する静岡県K市は、人口約46000人、65歳以上が占める割合は27%前後、そのうち75歳以上が12%前後を占める割合で平均的に推移しており、典型的な高齢社会の地域といえる。市の主たる産業は茶業である。地域の風土としては、長子相続性が根強く残っており、「介護は長男の嫁の仕事」が当然視されている。

A家の家族構成は、2000年当時、1902(明治35)年4月生まれのSさん(Yさんの母親)、1926(大正15)年1月生まれのYさん(世帯主)、1929(昭和4)年9月生まれのMさん(Yさんの妻)の3人である。子供は成人した男子2名がいるが、首都圏において仕事と家庭を得ているため、同居はしていない。なお、S(以下敬称略)の配偶者(Yの父親)は1980年9月に死去している。

## (2)介護保険制度実施による実相の把握

### ①嫁の立場と介護

Sは、調査開始2000年1月当時、すでに98歳に達しようとしていたが、認知症状もなく、嫁のMの手を煩わせる事象は特段見られなかった。加齢に伴う身体的動作に若干不自由はあるものの、介護を要する状態にはなく、行政が実施する「デイサービス」に積極的に参加し楽し

<sup>48</sup> 伊藤(2001) 3-4頁。

<sup>49</sup> 当該調査の約16年間の記録のまとめ詳細は、本稿末尾に調査資料として添付している。

んでいる様子が見て取れた。S自身は、シルバーカーを押して近所の散歩をするなど、自立的な生活に努める意思が十分感じられた。介護に対しては、「M(嫁)に面倒をみてもらう」と言っており、Mもそれは当然の役割としている様子が、日常の会話からも読み取れた。

Sは、2001年後半ごろから、体調を崩し(医師によると、高齢による臓器不全とのこと)、半年間に入退院を繰り返したが、自宅では、Mが同室にて就寝することによる見守りは行われたが、トイレ・食事等は自立していた。最後は病院にて99歳8カ月で天寿を全うした。したがって、介護保険制度に係ることはなく、家族も大きな負担を担うことはなかったと感じ取れた。

これまで家族の介護は嫁の役割であることを、当然視していたMであるが、2008年以降の夫Yの介護にあたって、妻であるMは躊躇なく「施設」入所による介護を選択している。YとMの体形・体力差から推定すると、自宅における「老老介護」は、たとえホームヘルパーによる手厚い介護サービスがあったとしても、観察者として客観的に居宅介護の限界を認識することができた。介護保険導入以前は、施設等に高齢家族を入所させるということは、「養老院」の暗いイメージや生活貧窮者が入所対象の中心であったことから、「福祉のお世話になる」ことは「世間体が悪い、恥ずかしい」ことと言われており、介護は嫁や妻の仕事であることを当然視していた風土であった。しかしこのような環境においても、介護保険制度の導入により保険料を負担することとなり、健康保険で病院に行く感覚で、他人の目を気にせず介護サービスを楽しむようになったとMは明言している。介護保険制度の導入は、家庭介護における大きな分岐点となったことが十分理解できた。

介護保険料の徴収について、当初は、「高齢者からも今更保険料を徴収するのか」、「家族がみるので介護保険を使うことはない」といった意見が聞かれていたが、保険料を支払うことにより、権利としての介護保険サービスの利用が普遍化・一般化したことが感じ取れる。それと同時に、介護保険制度に対する理解(説明)不足と依存との境界の曖昧さが露呈している。

保険料率は、保険者である市町村ごとに定められるが、一定の所得を下回る者については、負担軽減措置が行われており、さらに特定入所者介護サービス費として、施設での居住費と食費について低額の負担限度額が設定されている。以上のような制度の実施は、供給主体の営利・非営利を問わず適用されているが、国民年金からの天引きによる徴収制度により、被保険者が低所得による軽減措置を受けていたとしても、表(世間一般)に出ないことから、措置による福祉制度と異なり、利用者の「世間」に対する体裁が守られ利用が可能であると感じているとの印象を強く受けた。社会福祉法人経営研究会(2008)の報告書<sup>50</sup>において、「特別養護老人ホームの運営における利用者の所得区分で、8割以上が第3段階までの低所得者である」とされるように、特別養護老人ホームは、低所得者のサービス供給者としてその役割を担っている。しかし、YやMの観察ケースにおいても、居宅介護の限界において、入所待機の期間中の行き場に苦慮する状況にあり、特別養護老人ホーム等の役割は十分に機能していないことが確認できた。

---

<sup>50</sup> 社会福祉法人経営研究会(2008)『社会福祉法人経営の現状と課題—新たな時代における福祉経営の確立に向けての基礎作業』61頁。

利用者および家族の不安感は強まり、家族の大きな負担のもとに居宅における介護は行われていることは十分に推察することができる。A家においても居宅介護が限界に達したが、経済的理由などにより、やむなく居宅介護を継続せざるを得ない状況にあった。この時点で、特別養護老人ホーム2か所に、入所申請を行い待機状態になり、東京在住の子の経済的援助により、2008年5月より、介護付き有料老人ホームへの入所が可能となった。Mはこの当時は、要介護の状態ではなく、日常生活において認知機能に問題は生じてはいなかったが、制度の理解や契約の煩雑さおよび入所先の検討は、高齢者にとって難渋な作業であったため、筆者も助力を惜しまなかったが、改めて後見人の意義を感じた。

A家の例は、家族環境の変化、高齢者数の増加、介護者の高齢化等により家族による支えが期待できないと予想されるなか、要介護者がどのサービスをどれだけ受けるかは、要介護者の個別事情や地域特性等を総合的に踏まえたうえで、有料老人ホームや「サ高住」の利用についても検討が求められた例であると言える。Yの申請待機中の特別養護老人ホームへの入所は、2009年7月に可能となり、経済的負担は軽減された。こののち、Mに介護が必要となり、Yと同様の経緯(特別養護老人ホーム入所待機期間に介護付き有料老人ホームに入所)を経ることとなる。

## ②利用者のニーズとケアマネジャーの役割

要介護者がどのサービスをどれだけ受けるかは、要介護者の個別事情や地域特性等を総合的に踏まえたうえで、検討されるが、これらのサービス利用には、ケアマネジャーの作成するケアプランが必要となる。つまり、ケアマネジャーがいかに利用者や家族のニーズをくみ取れるかが、重要なポイントになる。Yの担当ケアマネジャーは、Yの施設入所の際に家族に多くの情報を提供してくれたばかりでなく、入所後ひとり住まいとなったMに対しても、心を配った支援がなされていたことが、家族の話からもうかがえる。しかし、M自身の担当ケアマネジャーについては、ケアプランの作成が独断的で、利用者のニーズが反映されず、トラブルが生じている現場に観察中の筆者も数回同席したこともあり、ケアマネジャーの役割について疑義を感じた。また、Mが居宅介護の限界に至った際も、介護付き有料老人ホームの選択および特別養護老人ホームへの入所申請においても、的確なアドバイスが欠如していた様子が見られた。ケアマネジャーの選択は、基本的には利用者の意思に委ねられているため、担当者の交代も可能であるが、当該事例のみならず一般に、ケアマネジャーの変更を申し出るのは躊躇される実態がある。

介護は対象の個別性がきわめて強く、介護保険により普遍化したサービスを、ケアマネジャーの客観的な判断により、個別に合意を達成できるかが問われる。ケアマネジャーは、地域に存在あるいは潜在している社会資源や供給主体の存在を把握し、利用者に仲介した状況をシミュレートすることで供給主体の提供力を吟味する。介護に精通しているケアマネジャーと、判断能力が減退している可能性の高い利用者とは、交渉力・情報の収集分析力の差が格段に大きい。勿論1人のケアマネジャーでは収集できる情報には限界があるが、供給主体の評判を補

足資料として、供給主体の提供力をより正確にアセスメントする必要がある<sup>51</sup>。

つまり、ケアマネジャーの役割は、利用者とその家族に寄り添い、解決すべき問題を話し合い、安心感を提供しながら、利用者をケアシステムに導き、利用者等の目に見える形で問題を解決することにあると考えられるが、現実には日々の業務(認定調査・給付管理業務等)に忙殺されて、少なからず疲弊しているケアマネジャーの姿が見える。ケアマネジャーが作成するケアプランに基づき、利用者に対する介護態勢が設計されているにも関わらずである。

### ③施設における介護

低所得者等に対する施策は、従来の「福祉のお世話になる」という心理的抵抗感(スティグマ)との関係が危惧されるところであるが、スティグマに関しては、介護保険制度導入により「福祉のお世話になる」感覚は市民感情の中でも希薄となっていることが、当該観察事例においても確認できた。

特別養護老人ホームは、「介護保険法」により「身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う」施設であり、養護老人ホームは、居宅における介護が困難となった低所得高齢者の入所受入れをその役割の一つとしているが、制度上、高額所得者の要介護状態が重度化した場合においても、所得調査はなく入所の順位を享受できる。したがって、所得の多寡と特別養護老人ホームへの入所選択との間にスティグマが生じる余地はないと考えられる。

しかし、居宅における介護が困難となった低所得者等にとって、年単位の待機が必要な特別養護老人ホームにも入所が難しく、経済的援助がない限り費用が高額な有料老人ホームにも入れないといった、行き場のない所謂「介護難民」化が懸念される。

介護に関するニーズは、政策的志向である「施設から居宅へ」に逆行し、家族環境の変化、高齢者数の増加等から利用者の選択による「居宅から施設へ」移行の実相を観た。

## (3)実地調査による考察結果

介護保険制度創設時より、介護保険制度は利用者および家族にとって理解が困難である制度であると認識していたが、調査により改めてそれを強く感じさせられた。利用者側は積極的にその情報を得る努力をすべきとの見解はもっともだが、高齢者層にとって情報の収集・理解は容易ではない。介護保険制度やサービスに対する理解が困難なため、介護サービスを受けることを望んでいても、その前提となる介護認定の申請の段階で頓挫してしまうなど、場合によっては制度の理解が不能なことにより介入拒否に至るなど、サービス制度参加以前の状態における現状の把握が難しいことを痛感した。

介護保険のスタート以後、認定者数、利用者数、事業所数は右肩上がりに増え続けており、今まで個人や家族に押し込められてきた介護問題が、社会的な課題として受けとめられるようにな

---

<sup>51</sup> 山井(2009)40頁。

ったことは、介護保険制度の意義でもあり、要介護高齢者を抱える家庭にとって、「救世主」的システムとなっている事実は否定できない。しかし、他方で、介護をめぐる困難が広がり、深刻化している現実がある。経済的事情によるサービスの手控え、認定システムの煩雑さ、支給限度額、予防給付等の制度運営に係るサービスの断絶、特別養護老人ホームなどの基盤整備の遅れ等により、介護保険をめぐる問題・矛盾は明らかである。現行の介護保険制度のもとで「利用者となる権利」、「利用者になってからの権利」に対する理解の困難さが、介護サービスにも様々な影響を及ぼしている。

まず、情報収集力があり一般に富裕層と言われている高齢者と、情報の非対称性が著しく経済的にも低所得層であり、高齢者のみの世帯や高齢者独居世帯などの、いわゆる情報や経済の格差が介護の利用者の選択に直結している。特別養護老人ホーム入所においては、あくまでも介護度が重要であり(要介護3以上)、基本的には所得調査がないため本来の特別養護老人ホームの対象者である低所得者等に係る判断は希薄である。換言すると、特別養護老人ホームでなくてもよい人たちの入所により、社会福祉法人の本来の仕事である弱者救済に矛盾が生じている。介護保険の利用者負担については、特別養護老人ホームにおいては、そもそも低所得者の人に払える料金設定になっており、たしかに所得が一定以上ある者については、法改正によりサービス利用料が2割負担とはなったが、利用者の選択において、料金別設定や介護保険を使わない富裕層の市場を設けてもよいのではないかと思う。特別養護老人ホームの基準を一本化せず、配置基準の増員などを含めて、税金を払う事業と非課税となる事業の拡充を認める制度上の工夫を考えることも必要ではないか考える。

次に、介護保険のサービスに対する不適正な依存者である。措置の時代においては「福祉の世話」と考えられていたサービスが、介護保険導入により、「保険でしてもらわなければ」「受けなければ損」などの意識に移行している。「保険があるから」と医療保険適用により病院に行く感覚と同様に依存度は高まったが、不適正な依存は、本来受けてしかるべき人が受けられないとともに、介護労働者へのハラスメント等、社会保険としての介護システムを食いつぶすことにもなりかねない。前にも述べたが、介護保険の基本理念は「自立」の支援であり、介護保険制度下における介護システムの理解・周知は重要な課題である。保険料・認定・契約・ケアプラン等、高齢者のみならず、社会全体の理解周知が十分でないまま、制度主旨と乖離した状態で制度は動いている。特に介護労働については、さらに、正しい理解がなされていないのが現実であり、これが介護人材の確保に大きく影響を及ぼしていると考えざるを得ない。

特に、訪問介護においては、利用者の自立に向けての日常生活の援助であるにもかかわらず、家政婦の仕事との混同が著しく、介護労働者を疲弊させている。例えば、利用者以外の人に係る調理、洗濯、買い物、布団干し、主として利用者が使用する居室等以外の掃除、来客の応接(お茶、食事の手配など)、自家用車の洗車・清掃、草むしりや花木の水やり、植木の手入れなどの園芸、犬の散歩などのペットの世話、家具・電気器具などの移動・修繕、模様替え、大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ、換気扇の掃除、室内外家屋の修理・ペンキ塗り、正月・節句な

どのために特別な手間をかけて行う料理等は、日常生活の援助に該当しない行為として、介護保険による給付の対象とならない。これらについてはケアプラン作成の際に、利用者のために必要とされるサービス、および介護保険の対象となるサービスについて、ケアマネジャーから説明等がなされているはずであるが、実際には理解が十分されておらず、介護労働者への不適正行為の強要というハラスメントに繋がっている。

この制度理念とそのシステム、そして介護労働について、世の中にわかりやすく理解してもらうことは、人材確保に不可欠であると考えます。

## 第Ⅱ章 介護保険制度下における介護事業の実態

### 1. 介護保険制度と介護サービス

#### (1) 介護保険制度下における介護事業の概要

前述のように、現行の介護保険事業は、2000年の介護保険制度の導入により創出されたが、厚生労働省が2018年の8月に公表した「2016年度介護保険事業状況報告<sup>1</sup>」によると、利用者の自己負担を除いた給付費は前年度より1,314億円(1.4%)多い9兆2,290億円となり、制度開始時の2000年度の2.84倍まで膨らんでおり、利用者負担を含む総費用額は、前年より1.6%増え9兆9,903億円と10兆円に迫っている。給付費をサービス別にみると、最も多いのは、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の1兆5,058億円、次いで通所介護(デイサービス)の1兆1,887億円、介護老人保健施設の1兆1,170億円、訪問介護の8,188億円、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の5,577億円と続いている。

介護サービス市場は、高齢者の増加とともに今後も拡大が予測され、事業の持続と安定には、基幹となる人材の確保は必須である。ここでは、介護保険制度下における介護労働の特色を明らかにするための前提として、「介護保険法」第18条による介護給付の種類・内容を概観し、介護事業運営の課題を整理する。

「介護保険法」における「介護給付」事業は、「居宅サービス(法第8条第1項)」、「施設サービス(法第8条25項)」、および2005年度の改正により居宅介護サービスから分離した形で創設された「地域密着型サービス(法第8条第14項)」に分類され多様化している。

介護保険の各サービスを受給するためには、まず、保険者に申請を行い、要介護1～5または要支援1～2の7段階による認定を受ける必要がある。医療保険と異なり、介護保険の被保険者証を持っていても、申請主義によるこの認定を経なければ、介護保険の給付(サービス)を受けることはできない。要介護状態<sup>2</sup>1～5に認定されることにより「介護給付」受給の権利が発生し、要支援状態1～2の要支援認定者については、「予防給付」<sup>3</sup>がおこなわれることとなる。

<sup>1</sup> 厚生労働省(2018)「平成28年度介護保険事業状況報告」最終アクセス日:2019年5月30日。  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/16/index.html>

<sup>2</sup> 「介護保険法」における「要介護状態」とは、「身体上又は精神上的の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態であって、要介護状態区分のいずれかに該当するものをいう」(介護保険法第7条第1項)。

<sup>3</sup> 要支援1～2と認定された「要支援状態」とは、「身体上若しくは精神上的の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間(6ヶ月間)にわたり継続し日常生活を営むのに支障があると見込まれ、要支援状態区分のいずれかに該当するもの」等(介護保険法第7条2項・同施行規則3条)であり、要支援認定者を対象として「予防給付」が行われる(介護保険法第18条)。2015年4月の改正により、2017年度末より、予防給付のうち訪問介護・通所介護については、地域支援事業へ移行されている。

これらの介護保険制度の創設による介護に関するサービスは、「老人福祉法」を根拠とするサービスの実勢に変化をもたらした。居宅におけるサービスについては、「老人保健法」第10条の4において、「介護保険法に規定する同種の事業(訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護等)を、やむを得ない理由により利用することが困難であると認めるときに限り、市町村が供与するか、当該市町村以外の者に便宜の供与を委託できる」と規定して、介護保険利用の優先が明示されている。また、施設におけるサービスにおいても、特別養護老人ホームと介護老人福祉施設の関係性について、「介護保険法」第8条第26項では、「介護老人福祉施設とは、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム(定員30人以上に限る<sup>4</sup>)であって、施設サービスの計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設」と明示されており、同一の施設として扱われているが、両者の優先関係については、「介護保険法」による「介護老人福祉施設」が優先されており、「老人福祉法」第11条第1項第2号および「介護保険」第8条第26項を法的根拠としている。

つまり、法的には、「介護保険法」が優先されると規定されているが、「介護老人福祉施設」の指定をうけるにあたり、「老人福祉法」上の「特別養護老人ホーム」の設置認可を受けていることが前提となっている(老人福祉法第15条4項)<sup>5</sup>。また、「介護保険法」が優先されない「老人福祉法」におけるサービスは、措置として規定されている「養護老人ホーム(老人福祉法第11条第1項第1号)」や「軽費老人ホーム(同法第20条の6)」等に限られ、従来の福祉による介護サービスのほとんどが、「介護保険法」によるサービスに転化されたことになる。

以上のように介護保険の導入により、介護サービス事業の拡大は図られたが、「介護保険法」と「老人福祉法」の根拠法の二重構造は、同種のサービスにおける供給主体間の不均衡の議論を生じさせているばかりか、利用者等による介護の制度理解の困難に拍車をかけている。

## (2)居宅サービス等の介護事業の概要

「介護保険法」第2条第4項では、「保険給付の内容および水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と規定し、居宅における介護の推進を眼目としている。この介護保険制度の居宅介護推進の志向は、「居宅サービス」に加えて、2006年度に地域の特性を活かし、対象者を地域住民に限定してサービスを提供する「地域密着サービス」の導入においても標榜されている。

居宅における介護の推進は、「介護保険法」の主たる理念の一つであり、居宅サービスの受給

---

<sup>4</sup>「地域密着型サービス」には、入所定員30人未満の特別養護老人ホーム入所による「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」という給付が存在する。これは、30人未満の小規模であり、対象者が地域住民に限定されてはいるものの、実際には特別養護老人ホームにおける「施設サービス」と同様のサービスであるにもかかわらず、「施設サービス」には分類されない。

<sup>5</sup> 実際には、介護老人福祉施設=特別養護老人ホームと認識されていることから、本稿では「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」または、一般呼称の「特別養護老人ホーム」と表記する。

者は、311万7400人と介護給付受給者の約70%以上を占めていることが示されている<sup>6</sup>。

居宅サービスを、「訪問」「通所」「短期入所」「特定施設等入所」等のサービスに分類すると、「訪問」サービスの代表は「訪問介護」であり、利用者の居宅にホームヘルパー等が訪問して行われるサービスであり、ケアプランの役割は大きい<sup>7</sup>。「通所」サービスは、居宅で生活をしている利用者が、可能な限り自立した日常生活をおくることができるよう、家族の介護の負担の軽減および自宅にこもりがちな高齢者の孤独の解消・心身機能の維持等を目的として、日帰り等で介護施設に通うことにより、入浴や食事などの介護および生活の相談助言や機能訓練を受けることができるサービスであり、「通所介護(デイサービス)」が代表的であり、事業としての拡大傾向が著しい分野である。「入所」に関するサービスは、「ショートステイ(短期入所生活介護)」に代表され、あくまでも利用者の生活の拠点を「居宅」においたまま、短期間一時的に一定の施設に滞在し、生活介護・看護・リハビリテーションなどを受けるサービスである。一方、特別養護老人ホーム等の「介護保険施設」に該当しない一定の「施設」(特定施設<sup>8</sup>)を生活の拠点としている利用者に行われるサービスは、「施設サービス」ではなく「居宅サービス」における「特定施設入居者生活介護」等に分類される。この分類が、利用者等の理解と選択に支障をきたしている。

なお、「地域密着サービス」は利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を、地域において安心して送ることができることを主意としたサービスであり、居宅介護を推進するサービスの要と位置付けられていることから、「夜間対応型訪問介護<sup>9</sup>」、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護<sup>10</sup>」「小規模多機能型居宅介護<sup>11</sup>」としての訪問介護や、「認知症対応型通所介護」「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)」などが特徴的であるが、利用者の選択において、これらの特徴は理解されていない。「小規模多機能型居宅介護」は、「通所」「訪問」「宿泊」の3つのサービスをセットにして一事業所で供給される。地域に密着した登録制である小規模な施設であることから、スタッフや利用者同士が顔なじみである等によるメリットが説かれる一方で、セット料金であるためサービスの有無にかかわらず費用の徴収があるばかりでなく、当該サービスを利用することにより他の介護保険サービスを利用できないというデメリットがあり、積極的な利用には歯止めがかかっている現状がある。いずれも、2011年の法改正により、公募制を導入し、地域密着型サービスの一環である定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護等について、事業者の指定は、市町村の判断による選考により行われている(介護保険法第78条の13)。菊池(2014)は、

<sup>6</sup> 厚生労働省の「介護給付費実態統計：平成30年12月月報」による。

<sup>7</sup> 介護保険上、ケアプランを作成するサービスを「居宅介護支援」という。

<sup>8</sup> 「特定施設」については後述する。

<sup>9</sup> 定期巡回と随時対応があり、定期巡回は、夜間に30分程度訪問介護を提供する。随時対応は、利用者や家族からの通報に対して駆けつけてくれるサービスである。「夜間」と限定していることから、8時～18時は利用することができないが、その時間帯については「訪問介護」を利用することにより、24時間対応を可能としている。

<sup>10</sup> 2012年4月から「小規模多機能型居宅介護」に看護師を配置した「複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)」を国は推奨傾向にある。

<sup>11</sup> 利用者は1つの事業所当たり29人以下の登録制となっており、1日の利用定員数は、通所18人以下、宿泊9人以下と定められている。

この改正により、行政行為の「指定は確認行為と言えなくなり、事業の種類によっては地位を設定するという形成的行為の性格を帯びた」ために行政による判断の余地が生じたと評している<sup>12</sup>。しかし、供給側においては、夜間サービスに一定の人材を確保することの難しさが大きな課題となっており、利用者にとっても、施設におけるコールと異なり、オペレーターに連絡後、実際に駆けつけてもらえるまでの時間が物理的に30～40分ほど生じるなど、不安感をぬぐうことは難しいと言われており、居宅における介護ニーズに対応する困難さが露呈されている。

### (3)施設サービス等の介護事業の概要

介護保険の制度理念は、「居宅」における介護を推進しているが、施設サービスへの期待感は大い。「施設サービス」は「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」の3種類の介護保険施設に限定して行われる。これらの3施設は、それぞれ別個の法律により設立された経緯から、運営主体や許認可等の性質が異なる<sup>13</sup>。

「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」は、「施設サービス」の主たる位置付けにあり、その設置主体は95%以上を社会福祉法人が占めている。

「介護老人保健施設」は、「老人保健法」により設置された施設を引継ぎ、都道府県知事の「許可」により「介護保険法」の施設とされている。設置主体は、地方公共団体・社会福祉法人のほか医療法人等が認められており、在宅への復帰を目的としている。

「介護療養型医療施設」は、医療法(昭和23年法律第205号)にもとづく医療施設である「療養病床」のうち、都道府県の「指定」を受け「介護保険法」の施設とされたものだが、法的には2012年3月末に廃止が決定されている。医療と介護の役割を明確に分ける他の施設への転換が進まなかったこと等の理由で2024年3月末までに移行期間が延期となっているが、「介護療養型医療施設」は、すでに廃止が決定されている施設であることから、「施設サービス」を行うことができる介護保険施設は2種類と考えるのが妥当である(介護保険法第8条第24項)。

厚生労働省老健局高齢者支援課は、2014年3月のプレスリリースにより、「施設サービス」の中心的施設である「特別養護老人ホーム」に入所できていない高齢者(待機者)の数が、2013年度は52万4000人に上るとの調査結果を公表している。前回調査の2009年度(42万1000人)から4年間で約10万人増加したことになる。しかし、2014年に行われた介護保険制度改正により<sup>14</sup>、特別養護老人ホームの新規入所者は、原則要介護3以上に限定されたため、2016年4月1日時点では29万5237人(在宅待機者12万3224人・41.7%、在宅以外待機者17万2013人・58.3%)<sup>15</sup>に減

<sup>12</sup> 菊池(2014)427-428頁。

<sup>13</sup> 下山(2011)66-73頁参照。

<sup>14</sup> 「介護保険法」第8条第21項の改正とそれに伴う「介護保険法施行規則」(平成11年厚生省令第36号)の改正により、平成27年4月1日以降の施設への入所が原則要介護3以上の者に限定された。(指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について：平成26年老高発1212第1号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知より。)

<sup>15</sup> 厚生労働省老健局高齢者支援課(2017年3月27日)より。最終アクセス日：2019年5月20日。  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884.html>

少した。つまり政策的には、待機解消に向けて、入り口を狭めることにより居宅介護へのさらなる転換を促していると考えられる<sup>16</sup>。介護の準市場において、居宅施設等のいずれにおいても、利用者の選択により、持続的かつ安定的に介護サービスが提供されることが重要であるが、高橋(2003)は、「施設サービス」に関して、介護保険導入後も民間企業の施設運営の参入が見送られていることから、市場における供給の多元化のための条件整備はほとんど進んでいないと述べ、施設入所より介護者の負担が重い居宅介護を選択した方が、対費用効果の点で勝るといような当事者にとってのインセンティブ促進策がとられていないこと、「居宅サービス」では利用限度額が設けられていること、さらに、施設入所を選択したとしても、実際に入る施設が用意されていないなどの現状を指摘している<sup>17</sup>。

しかも、2019年4月に公表された、独立行政法人福祉医療機構による『社会福祉法人経営動向調査の概要』(2019年3月時点)<sup>18</sup>によると、今だ多くの入所待機者が存在するにも関わらず、実際には空床が生じているというミスマッチが起きていることが示されている。このミスマッチの主たる要因は介護労働者の確保の困難さにあると判断することができ、人材確保の問題は制度存続の上でも深刻化しつつあることを示している。

以上のように、「施設サービス」の要である特別養護老人ホームの市場は、需要と供給のバランスが取れていないのは明らかであるが、その供給主体は限定されており、設立に関する規制も多く、ハードルが高く参入が難しいばかりでなく、施設整備・運営には、財源確保という大きな課題がある。「施設サービス」は、その整備に多額のコストがかかるうえ、運営に際しても一人当たり平均利用額が居宅介護に比べて多く、財政や保険料負担への影響が大きい。そこで介護3施設と特定施設<sup>19</sup>の利用者数を、要介護2～5の高齢者数の37%以下にするという、施設の供給量を制限する「参酌標準」が示された。この規制は2012年度に既に廃止はされたが、厳しい財政状況が改善されたわけではなく、特別養護老人ホームを中心とした「施設サービス」の供給量の拡大は極めて難しく、利用者のニーズに対応できていない。

しかし、後期高齢者および要介護者の増加等を背景に、特別養護老人ホームへの要請は、さらなる拡充の必要性が想定されることから、利用者のニーズの再検証を行うとともに、その代替的施策の検討も必要であると考え。したがって、次に「特定施設」としての「施設」を活用し、「施設サービス」に該当しない「施設」における介護サービスの拡大について論じ、さらに、特別養護老人ホーム経営への営利事業者の参入の可否に対する議論を提示する。

---

<sup>16</sup> 渡邊(2016)154-155頁。

<sup>17</sup> 高橋(2003)214-215頁。

<sup>18</sup> <https://www.wam.go.jp/hp/guide-keiei-survey-tabid-2274/> 最終アクセス日：2019年5月10日。

<sup>19</sup> 介護保険における「特定施設」とは介護保険法第8条の11の規定により、有料老人ホームその他厚生労働省令で定める施設(養護老人ホーム・軽費老人ホーム等)であって、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年厚生労働省令第34号)第109条に規定する「地域密着型特定施設」でないものをいう。「特定施設」の詳細は本章において後述する。

## 2. 介護サービス事業の現状とその限界

### (1) 特定施設における介護事業の課題

介護保険制度の基本理念である居宅における介護の推進の限界とともに、「施設サービス」の不足と、その代替的なサービスとして、「介護保険特定施設入居者生活介護」のサービスを提供する企業の積極的な参入等、サービスの供給主体の多元化が進んでいる。特別養護老人ホーム等の「介護保険施設」に該当しない一定の老人ホームなどの「施設」（以下「特定施設」という）を生活の拠点としている利用者に行われるサービスは、「施設サービス」ではなく「居宅サービス」に属する「特定施設入居者生活介護」等が注目されている。

「特定施設」において、「居宅サービス」給付として提供される「特定施設入居者生活介護」とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム・軽費老人ホーム<sup>20</sup>等に入所している要介護認定を受けた利用者に対して、その施設が提供するサービスの内容等を定めた計画（特定施設サービス計画）に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談および助言等のサービスを行うものである。「特定施設入居者生活介護」の提供は、職員数、設備運営に関する基準を定めた厚生労働省令の条件を満たし、都道府県知事の指定を受けた「施設」に限られる。なお、外部のサービス利用型である「サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」と表記する）」等においても、一定の条件のもと、「特定施設入居者生活介護」におけるサービスの提供が可能となっている。

そこで、ここでは特定施設の代表的な「有料老人ホーム」および「サ高住」について検討を行うこととする。

高齢者施設の変遷は「養老院」に遡ると既述したが、1950年代にこの「養老院」と異なる性質の高齢者向き施設の供給が進められたのが、有料老人ホームの生成と考えられる<sup>21</sup>。民間の経営する高齢者向き住宅は、1970年代に一部の富裕層向けのステータス性の高い存在としてスタートし、将来の「終の棲家」として注目をされたが、バブル崩壊とともに高額な老人ホームから低額な老人ホームに関心が集まるようになった。介護を意識した有料老人ホームの法的位置付けは、1991年に「老人福祉法」第29条に「老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供またはその他の日常生活上必要な便宜を供与する施設であって、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省で定める施設でないもの」と定義されている。

なお、現在、有料老人ホームは介護サービスの提供方法の違いにより、介護付有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・健康型有料老人ホームに分類されている。

<sup>20</sup>これらは老人福祉法適用の措置施設ではあるが、2005年の介護保険法改正により、一定の基準により指定を受ければ、介護保険法の「特定施設入居者生活介護」の提供が可能となった。

<sup>21</sup>目黒義和(2005)「住宅政策のキーポイント『居住と福祉』高齢者住宅に注目して」『価値総研レポート』Vol. 2、価値総研研究所、1頁により、1951年に東京でオープンしたのが始まりではないかと言われている。

介護付有料老人ホームは、各都道府県から「居宅サービス」として「介護保険特定施設入居者生活介護」に指定された介護サービスが付帯された高齢者向き居住施設であるが、サービスの供給方法により、一般型と外部サービス利用型とに分類される。「一般型特定施設入居者生活介護」は、24時間体制で介護スタッフが常駐し、ホームのケアマネジャーの介護サービス計画に沿って、ホームの職員により介護や食事等のサービスが提供されるが、外部の介護サービスを利用することはできない。一方「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」は、ホームの職員が安否確認や計画作成を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業者により供給される<sup>22</sup>。2006年の「介護保険法」改正時に新たに設けられた仕組みで、1対1で介護サービスが提供される住宅型有料老人ホームのメリットと、「一般型特定施設入居者生活介護」のメリットを折衷したものである。住宅型有料老人ホームは、「特定施設入居者生活介護」指定を受けておらず、介護の要否に関わらず入居でき、介護が必要な場合には、「訪問介護」や「通所介護」などの「居宅サービス」を利用することができ、必要な介護サービスを選択し、外部の介護事業者と別途契約をして介護その他のサービスを受けることができる。

介護付有料老人ホームの特徴は、受け入れる高齢者の要介護度の幅と提供するサービスの幅がきわめて広く、入居には多くの場合、初期費用と月額利用料が必要となるが、施設の態様・環境・設備・職員等により、初期費用は0～数千万円、月額利用料は12万～30万円程度と差があり、一定ではないが概ね費用は高くなることから、当該施設を、単に特別養護老人ホーム等の代替的役割の施設であるということは難しい。

これらの有料老人ホームは、厚生労働省(2016)<sup>23</sup>が行った2016年10月1日時点の調査結果によると、有料老人ホーム(「サ高住」を含まない)の総数は12,570施設で、前年に比べ1,919施設18.0%増加しており、入居定員数は482,792人で、前年に比べ57,964人13.6%増加と、それぞれ継続的に増加している。2006年度から介護給付費抑制のために、前述の特別養護老人ホームのみならず、介護付有料老人ホームなども参酌基準により総量規制がかかり、さらに2008年のリーマンショックの不景気時に鈍化したものの、2012年より大きく増加に転じ、当該2016年調査時では、過去最高の伸びとなっている。

有料老人ホームへの入所契約についての課題は多岐にわたっている。有料老人ホームの契約は、利用権と介護サービス等の継続的かつ複合的なサービスを提供する契約であり、住居の提供・確保と介護サービスの提供が不可分一体となっているという特徴を有しており、賃貸借と役務提供契約の要素を含む混合契約と考えられおり<sup>24</sup>、多くはいわゆる利用権方式<sup>25</sup>という利用権設定契約として締結される。

---

<sup>22</sup> 入居者を要介護者に限定していない有料老人ホームでは、外部サービスを利用することにより、介護職員の配置の遊休による人件費コストの削減につながる効果がある。

<sup>23</sup> <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/16/dl/kekka-kihonyou01.pdf>  
最終アクセス日：2019年4月3日。

<sup>24</sup> 黒田(2010)207頁。

<sup>25</sup> 利用権方式とは、居室や共用部を終身で利用できる権利と、食事や介護など生活に必要なサービスを受ける権利とを併せ持った契約方式を言う。

利用権方式有料老人ホームの入居契約において、特にトラブルが生じやすいのが入居一時金である。入居一時金は介護保険制度導入前から慣行的に徴収が存続されていたが、介護保険制度導入により有料老人ホームの数が急増したこともあり、入居契約における初期償却条項や短期償却条項について「民法」（明治29年法律第89号）第90条（公序良俗）、または「消費者契約法」（平成12年5月12日法律第61号）第10条<sup>26</sup>の該当性に係る紛争事案がみられるようになったが、①東京地裁平成21年5月19日判決、②東京地裁平成22年9月28日判決、③名古屋地裁平成24年8月31日判決、④東京地裁平成24年12月31日判決など<sup>27</sup>、いずれにおいても第10条の該当性は否定されている。

これらを受けて、2011年「老人福祉法」改正により、第29条第6項において「有料老人ホームの設置者は、家賃、敷金および介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価として受領する費用を除くほか、権利金その他の金品を受領してはならない」と規定され、権利金その他の金品の受領は禁止された。当該改正規定は遡及適用されず、既存のホームは経過措置を経て2015年4月より適用されている。

厚生労働省は「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」（平成14年7月18日老発0718003厚生労働省、最終改正平成30年4月2日付老発0402第1号厚生労働省老健局長通知）により、情報開示・適切なサービスの提供・一時金・料金改定・一時金返還ルールなどの明示を要求しているが、そこから利用者の私法上の権利・義務が導かれ、違反や契約条項の無効および損害賠償責任に直結するものではなく、前述のように「民法」や「消費者契約法」等の理論を介して判断されることになる。有料老人ホーム等民間企業の参入が進み、居宅施設の供給の多様化により、利用者の保護に対する規制の実現の在り方として、「介護保険法」「社会福祉法」「老人福祉法」等と連結する形の法の形成を望むものである<sup>28</sup>。指針には法的拘束力はないが、入居契約に関し一定の基準として影響を与えていると推測される。

次に、本稿において「サ高住」と表記している「サービス付高齢者向け住宅」について検討を行う。「サ高住」は、高齢者が安心して暮らせる住宅を増やすことを目的として、2011年に「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成13年4月6日法律第26号。通称「高齢者住まい法」）を根拠法として創設された。

従来は、「高齢者向け優良賃貸住宅制度（高優賃）」「高齢者円滑入居賃貸住宅制度（高円賃）」「高

---

<sup>26</sup> 「消費者契約法」第10条とは、民法、商法その他の法律の公の秩序に関しない規定の適用による場合に比し、消費者の権利を制限し、又は消費者の義務を加重する消費者契約の条項であって、「民法」第1条第2項に規定する基本原則（信義則）に反して消費者の利益を一方的に害するものは、無効とするというものである。当該条項が信義則に反して消費者の利益を一方的に害するものであるか否かは、消費者契約法の趣旨、目的（同法1条参照）に照らし、当該条項の性質、契約が成立するに至った経緯、消費者と事業者との間に存する情報の質及び量並びに交渉力の格差その他諸般の事情を総合考量して判断されるべきであるとされている。

<sup>27</sup> ①判例時報2048号56頁・LEX/DB文献番号25451430、②判例時報2104号57頁、③LEX/DB文献番号25446618、④LEX/DB文献番号25499202を参考にされたい。

<sup>28</sup> 黒田(2011)281-282頁、288頁。

高齢者専用賃貸住宅制度(高専賃)」の3種が存在し、一般に有料老人ホームと比して、一時金が不要、利用料も相対的に低いというメリットがあったが、制度が複雑との批判を受けて、国土交通省は「サ高住」に一本化し、高齢者人口の3～5%を供給目標として打ち出した<sup>29</sup>。

サービス付高齢者向け住宅情報提供システムによる「サービス付高齢者向け住宅の現状と分析(2018年8月末)」<sup>30</sup>において、「サ高住」事業を行う者として、法人等種別では株式会社が60.5%、有限会社10.3%と営利企業が全体の約7割を占め、非営利法人である医療法人13.0%、社会福祉法人8.8%となっており、主な業種としては、介護系事業者が69.7%を占め、次いで医療系事業者14.1%、不動産業者7.5%となっており、供給主体は民間企業を中心として多様な業種の参入が進んでいると推察できる。「サ高住」の新築においては、工事費の10分の1の助成制度が設けられており、さらに2019年3月末までは、不動産取得税、固定資産税の優遇措置が取られており、建設業界等においては、ビジネスチャンスと捉えられている傾向にある。

「サ高住」は地域包括ケアシステムの構成要素「住まい」に位置づけられ、一般的な賃貸住宅に比べて高齢者が簡単に借りることができ、契約は利用権方式ではなく賃貸借方式によるものが多く、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護等との組み合わせにより、その役割が期待されている。「サ高住」登録において、要件とされる介護サービスは、安否確認と生活相談サービスの提供を最低条件としている。

したがって、「特定施設」として一定の条件の下、「特定施設入居者生活介護」の提供が可能である「サ高住」を除き、基本的には介護サービスの必要が生じた場合には、利用者自らの選択により外部の「居宅サービス」を利用することになる。実際には「サ高住」全体の約8割が併設施設を有しており<sup>31</sup>、サービスは外部からではなく実質的には内部供給により「居宅サービス」が提供されている。「サ高住」とサービス提供事業者の経営主体が同一または系列の場合、本来入所者の選択に委ねられているはずのケアマネジャーや介護サービスの決定などに関して、適正な提供が難しいとされ、結果として、サービス利用者の「困り込み」の実態が危惧されている。

2015年に改正された「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」において、「サ高住」のうち、食事の提供など有料老人ホームの定義に該当する事業を行うものについては、「老人福祉法」上は「有料老人ホーム」として取り扱うことにより、「サ高住」を標準指導指針の対象として位置づける見直しを行うとされた。指針等の指導下でない「サ高住」におけるトラブルに対する是正のための措置と推察されるが、有料老人ホームの定義に該当しない「サ高住」は、老人福祉法の効力が及ばず、当該指針の対象にはならないことから、無届施設や不正事業者の拡大につながるものが懸念される。

<sup>29</sup> 2011年の国土交通省成長戦略では、2020年を目処に高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を、欧米なみの3～5%とする目標を明示した。

<sup>30</sup> [https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system\\_registration\\_02.pdf](https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_02.pdf) 最終アクセス：2019年5月10日。

<sup>31</sup> 同上において、併設施設の種類は、通所介護事業所48.0%、訪問介護事業所40.4%、居宅介護支援事業所28.5%と示されている。

【表1】で示すように有料老人ホームは、「老人福祉法」と「介護保険法」に規定され、厚生労働省の管轄であり、一方「サ高住」は「高齢者住まい法」を根拠とし、国土交通省が管轄している。つまり、近年、比較的低廉な費用で入居できる住宅型有料老人ホームや「サ高住」が都市部を中心に増加傾向にあるが、提供されているサービスの内容や質、入居者像について、自治体においても把握されていないケースが多く、さらに、同じようにサービスを外付ける形態の住宅型有料老人ホームと「サ高住」の違いがわかりづらいという指摘もあり、2つの省庁と3つの法律で規制される介護に係る高齢者住宅関連の制度は、利用者等が自己選択をするために必要とされる制度理解を益々困難にしている。

【表1】 有料老人ホームと「サ高住」の概要

	介護付き 有料老人ホーム	住宅型 有料老人ホーム	「サ高住」(サービス付高齢者向け住宅)
根拠法	老人福祉法第29条		高齢者住まい法第5条
定義	高齢者のための住居施設		高齢者のための住宅
サービス内容	老人を入居させ、①入浴・排せつまたは食事の介護②食事の提供③洗濯掃除等の家事④健康管理のいずれかを行う		①状況把握サービス②生活相談サービス等の福祉サービス
契約形態	主に利用権契約		主に賃貸契約
介護保険契約	施設事業者と契約	介護サービス事業者を個別に選んで契約	
介護保険適用	特定施設入居者生活介護が中心(定額制)/職員配置3:1	訪問介護・通所介護等の居宅サービスが中心/(特定施設入居者生活介護も可能な場合あり)	
入居一時金	徴収可		徴収不可
供給主体	営利法人が中心		
所轄官庁	厚生労働省		国土交通省

出典：厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会資料に基づき、筆者作成

## (2) 「イコール・フットイング」の議論

介護サービスは、前述のように社会福祉基礎構造改革の理念であった「措置から契約への転換によるサービス利用者と提供者との対等な関係の確立」「幅広い需要に応える多様な主体の参入促進によるサービスの質と効率性の向上」等を背景に、「居宅サービス」を中心に参入規制が緩和され<sup>32</sup>、多様な事業者が供給主体として登場することとなり、利用者がその供給主体から提供されるサービスを選択(購入)する市場のシステムが導入された。しかし、「施設サービス」においては、その中核となる「特別養護老人ホーム」の運営主体が、社会福祉法人等の非営利団体に限定されている一方で、「居宅サービス」においては、営利・非営利等の主体の種別<sup>33</sup>を問わず参入できるという二重構造の市場が形成され、それにより介護市場における「イコール・フットイング(equal footing)」論に焦点が当てられることとなる。「イコール・フットイング(競争条件平等化)」論とは、伝統的供給主体である非営利の社会福祉法人と新規参入の供給主体である営利法人・特定非営利活動法人(以下NPO法人という)の間の競争条件の格差の是正を求める理論である。これは、近年の改革の中で規制緩和論者から展開され、不均衡等条件の改善を目的に、法的規制や財政措置における社会福祉法人の優位性と「公益性」の評価・判断を論点としており<sup>34</sup>、社会福祉法人の動向に注目が及んでおり、各々の事業運営の現状と介護サービス市場における役割を精査する必要に迫られている。

「イコール・フットイング」の議論においては、主に参入規制と補助金や税制優遇措置の2点が論点となっている。

内閣府規制改革会議等(2002)は「同一市場で行うサービスにあつては、供給者の形態の如何にかかわらず競争条件の均一化を図るべきであり、サービス受給者(利用者)の満足度を高めるためには、供給者間での競争を活発化させ、品質の向上やダイナミックな参入退出を促す必要があるが、供給者間の競争条件に不均衡がある場合、新規参入は停滞し、市場内の競争は抑制されると考えられる」との見解を示している<sup>35</sup>。さらに政策上においても、2013年10月以降は「介護・保育事業等における経営管理の強化とイコール・フットイング」が重点課題とされ、2014年6月24日には、社会福祉法人に対して、社会福祉法人の財務諸表の開示や経営管理体制の強化、および社会貢献の義務化を内容とする「規制改革実施計画」が閣議決定されている。一方、社会福祉サ

<sup>32</sup> 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準」(平成11年3月31日厚生省令第37号)を満たし、都道府県の指定により営利・非営利を問わず民間事業者も事業の展開が可能となった。

<sup>33</sup> 具体的には、社会福祉法人・医療法人・株式会社等営利法人・NPO法人・農業協同組合・生活協同組合・学校法人・宗教法人・社団法人・財団法人・地方自治体・第三セクターの公社・公的社会保険関係団体など。

<sup>34</sup> 狭間(2008)70-72頁。

<sup>35</sup> 内閣府(2002)総合規制改革会議公表資料「中間とりまとめ—経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革—」より。 <http://www8.cao.go.jp/kisei/siryoo/020723/2.html> 最終アクセス日:2018年8月8日。

ービス全体を市場化することを警戒する志向も根強く、民間企業は営利性を第一に追求し介護の継続性を犠牲にする可能性を指摘する意見等<sup>36</sup>も少なくない。

また、この議論に対して、社会福祉法人経営研究会(2008)<sup>37</sup>は、営利法人に対する踏み込んだ存在意義を提唱し、行政の強い監督と表裏一体をなすものとして、「公益性」を有する社会福祉事業の適切な実施が担保できる法人であることを優遇措置の根拠であると主張している<sup>38</sup>。

社会福祉法人が行う事業の内容は「人格の尊厳に重大な関係をもつ事業」であり、「公共性の高い事業」として「社会福祉法」第2条に「第1種社会福祉事業」「第2種社会福祉事業」「公益事業」「収益事業」に区分されており、「収益事業」を除き基本的に優遇措置が適用される。「第1種社会福祉事業」は限定列举されており、「生活保護法」による救護施設等をはじめとし、「老人福祉法」における特別養護老人ホーム等の施設によるサービスが主たる事業内容であり、特に「公益性」が高い事業活動を行うとされている。「第2種社会福祉事業」は、「老人福祉法」による老人居宅介護事業等<sup>39</sup>、主に居宅サービスがその内容となり、社会福祉法人が行う場合には社会福祉事業であると限定することができる。しかし、想定される事業内容は多様であり、営利企業等とその事業内容は重複し、供給者間の競争条件に不均衡が生じる議論の端緒となっている。さらに、「公益事業」は、社会福祉事業以外の公益を目的とする事業であるが、これについても参入規制のない介護保険事業と重複している<sup>40</sup>。

狭間(2008)は、「このような競争条件の差の議論が発生する原因は、社会福祉法人と営利法人等が、同じ福祉サービスの事業者でありながらも、異なった制度設計に基づいて運営されていることにある」と述べ、議論の本質は、社会福祉法人にそれだけの「公益性」があるか、営利法人・NPO法人には社会福祉法人に匹敵する「公益性」があるか否かにあると提言している。その上でこの「公益性」の定義の曖昧さを指摘し、社会福祉法人のみならず、営利法人・NPO法人も含めて社会福祉サービス事業者が備えるべき「公益性」の提示として、「サービスの質」「平等性」「社会貢献」「合規性」の4つの要素によって構成するとし、これら4つの要素は、前述のLe grandが規定した準市場の5つの成功条件とも大きく関連していると述べている。

1つ目の「サービスの質」とは、利用者個人の自立につながるケアや援助の質であり、介護の日常生活介助の技量、プライバシーの尊重、ケアの継続性などがその内容であり、経済的優遇措置により社会福祉法人において「質」の確保が高まる可能性はあるが、社会福祉法人のみが有し

<sup>36</sup> 芝田(2001)19頁。なお平岡(2006)は、「営利企業の行動様式を前提として制度設計がなされ、もっぱら経済的誘因に依拠した政策手段が多用されることは、非営利組織の活動のあり方と、その活動にかかわる人々の動機づけ構造に好ましくない影響を及ぼす可能性」を指摘している(58頁)。

<sup>37</sup> 社会福祉法人経営研究会は、法制定時の厚生省社会局長であった木村忠二郎(1951)の『社会福祉事業法の解説』より引用を行っている。社会福祉法人経営研究会(2008)34-35頁より。

<sup>38</sup> *Ibid.*, 60-62頁より。

<sup>39</sup> 老人居宅介護事業をはじめ、老人デイサービス事業(通所介護)・老人短期入所事業・小規模多機能型居宅介護事業・認知症対応型老人共同生活介護事業等は、介護保険事業と重複している。

<sup>40</sup> 訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・居宅介護支援等多岐にわたる。

ている要素とは言えない。

2つ目の「平等性」は利用者間の不平等がないことを示し、地域や所得、要介護度といった利用者属性に基づいて事業者が利用者を選別せず、さらには不平等の解消に向かうことも含まれるとしている。これについては、営利企業においても検討すべき課題であり、クリームスキミング防止の観点から、社会福祉法人にその役割が求められるところであるが、特別養護老人ホームの待機者問題において、不平等な状態が続いている現状において、社会福祉法人のみが「平等性」を有しているとは言い難い。

3つ目の「社会貢献」については、前出の社会福祉法人経営研究会の報告書(2008)では、社会福祉法人は私有財産制に拘束されないことから、営利企業一般と比べて格段の「事業の継続性」を有するとされ、株式会社などの民間企業主体が取り組むことが困難である事業に寄与すること等の「社会貢献」度が、非課税という優遇措置として表れているとしている<sup>41</sup>。しかし、社会福祉法人にとって「社会貢献」の定義は、1951年に「社会福祉事業法」が制定された当時から明確な定義がされておらず、第1種・第2種の社会福祉事業として、現行の個別列举方式に至っている。政策上においても、2014年6月24日の閣議決定では、社会福祉法人に対して、社会福祉法人の財務諸表の開示や経営管理体制の強化、および社会貢献の義務化が「規制改革実施計画」の内容とされているが、「社会貢献」の定義、および、いかなる取組みが「社会貢献」に該当するか否は、時代や社会の状況に大きく左右されることから、明確な枠組みを定めることが難しいと考えられ、その「社会貢献」をもって、非課税等の優遇措置を容認する「公益性」の要素とすることには議論の余地がある。

4つ目の「合规性」も同様であり、この要素を付け加えることにより、利用者に対するサービス提供、社会貢献など様々な活動において、法律や規則を遵守した活動を行っているか、またそれらの活動が利用者や市民に説明責任の果たされた透明性の高いものになっているか等を示めている<sup>42</sup>。つまり、要素それぞれにおいて、社会福祉法人が優位であることが証明できれば、社会福祉法人の「公益性」を補強するものになるが、現状の介護サービス市場を概観すると、当然個体差はあるものの、営利法人・NPO法人等においても「公益性」をこれらの要素から否定することはできず、しかも比して社会福祉法人のみに優遇措置が享受できる優位性を認めることは難しいと言える。さらに、狭間(2013)は、社会福祉事業への営利法人等の参入が進んだ結果、その「公益性」は改めて問い直される必要があり、営利法人やNPO法人と比較して、上記の4つの要素について具体的に優位な実績が積み上げられたとき、社会福祉法人の「公益性」は正当性を持つと述べており、これらの実績を明らかにすることが社会福祉法人の課題であるとしている<sup>43</sup>。

営利企業も含め各種多様な参入が認められている当該市場において社会福祉法人は、「公益性」を有する法人であるとの主張により、補助金および税制優遇措置が正当化されており、供給主体

<sup>41</sup> 社会福祉法人経営研究会(2008)61頁。

<sup>42</sup> 狭間(2008)75-76頁。

<sup>43</sup> 狭間(2013)506-507頁。

間の競争条件に不均衡が生じている。しかし、その「公益性」は十分に機能しているとは言い難く、「公益性」という論点をもって社会福祉法人に対する特別の取扱いが容認されていることの正当性は肯定できない。つまり、現状の介護サービス準市場において、「公益性」は制度として存在しているが、社会全体の利益に貢献するには機能していないとすることができる。このことにより、準市場の評価基準であるEfficiency(効率性)・Responsiveness(応答性)・Choice(選択制)・Equity(公平性)を歪め、準市場を不完全なものにしていると考える。

以上の検討により、非営利の代表的供給主体である社会福祉法人と新規参入の供給主体である営利法人・NPO法人等との間の競争条件をそろえるべきとした場合、具体的には、社会福祉法人の非課税等の優遇の撤廃か、他法人に税制優遇もしくは納税分の補助給付を行うか、特別養護老人ホーム等の「第1種社会福祉事業」に新規参入を許すかが、議論的であると考えられる。しかし、どのような視点の議論であっても、最終的には利用者への皺寄せとなって表面化して行く可能性が想定できる。多様な主体が参入する準市場において、内閣府の言うところの「品質の向上やダイナミックな参入退出を促す」必要性をもって供給主体間での競争を活発化させるためには、人材の確保と共に、各事業体の特性をどのように生かすことができるかが課題である。その上で、同一市場において営利・非営利の異なった制度設計に基づいて運営されている各々の供給主体が、相互に影響力をもってその関係性を構築するか、利用者の多様なニーズに応じ、継続的かつ安定的な介護サービスの提供を旨とすることが、事業運営に求められている。

さらに、社会福祉法人は私有財産制に拘束されないことから、営利企業一般と比べて事業の継続性を有するとされ、利用者保護の役割を果たしているとされているが、これについても株式会社等がその役割を十分果たすことができないと明言されるものではない。株式会社は、投資効率や資産効率の向上による利益の増大や企業価値の増大を目指す経済主体であり、そのため徹底した顧客満足の向上・サービスの向上や無駄なコストを省く効率的な経営に資することが可能であり、取締役会・監査役会等の主体のガバナンスに優れた面を持つとともに、株主や社債等の債権者による外部チェックにより、経営の透明性・健全性の追求が求められている<sup>44</sup>。このことから単に株式会社等が営利企業であることをもって「公益性」が否定されるものではなく、社会福祉法人と比して、営利企業が劣っていると断言することもできない。

なお、人材の確保に係る関係性においては、データとして示すことは困難ではあるが、実相として個々の供給主体の労働環境や処遇などある種の競争により就労者の意思により選択がなされていることに鑑み、供給主体間の不均衡問題は、大きく影響を及ぼしてはいないと考えるのが妥当である。

しかし、いずれの供給主体においても、事業の形態にかかわらず、利用者の多様なニーズに応じた、継続的かつ安定的な介護サービスの提供が事業の目的の要であり、そのための人材確保が

---

<sup>44</sup> 内閣府総合規制改革会議公表資料(平成14年中間とりまとめ)「民間参入・移管拡大による官製市場の見直し」参照。特に、商法上の大会社(資本金5億円以上又は負債200億円以上)においては外部会計監査の義務付けや社外監査役の設置等、また上場企業においては有価証券報告書の作成・供覧による情報開示の義務付け等不特定多数の株主によるチェックがなされている。

必要であることは論をまたない。利用者の自由な選択の実効性には、徹底した情報開示や第三者による評価、事後チェック等の環境整備が不可欠であり、当該市場において、競争のために一層の効率性が求められるのは、非営利組織・営利組織の違いはない。したがって、「公益性」の有無の議論は、社会福祉法人に対する優遇措置の正当性の検証のみに限定すべきものではなく、利用者本位の選択や介護報酬を媒体としたサービスが、複数の供給主体間において一定の競争状態により当該市場において提供されるために、介護事業者が展開すべき方向性を検討する要素とすべきことを示唆するものである。

### (3)介護サービス事業における課題の整理

「介護保険法」第2条第3項では、被保険者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者(被保険者)の選択に基づき、居宅・施設を問わず多様な事業者等から、総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう定められている。利用者本位のサービスシステムの構築を図るためには、自由にサービスを選択できるよう、サービスの供給量を拡大する必要があり、介護分野の市場の開拓・拡大が諮られ、それに伴う人材の確保がさらなる課題となっている。

しかし、現状は利用者がサービスを自己選択できているとは必ずしも言えず、施設と居宅間の費用負担はバランスを欠き、居宅における家族の介護負担は重いままである。その上、「施設サービス」の中心的施設である特別養護老人ホームに入所を希望しているができていない高齢者(待機者)の数は、依然として多く存在しており、さらにケアマネジメントの中立公正に関する問題も存することから、自由な利用者選択は阻害されていると考えることができる。

利用者の自由選択に係るケアマネジメントについては、介護保険制度の導入と共に、サービス選択に利用者の意思が反映されるよう支援を行うことを目的として、ケアマネジャー(介護支援専門員)資格が創設された。「介護保険法」第69条の34では、ケアマネジャーは担当する要介護者等の立場に立ち、その人格を尊重し、サービスが特定の種類または特定の事業者・施設に不当に偏ることなく、中立公正かつ誠実にその業務を遂行するよう規定されている。しかし、現在の介護保険制度のもとでは、ケアマネジャーが中立公正の立場を堅持することはきわめて困難と言わざるを得ない。本来ケアマネジャーは、担当する要介護者等の立場に立ち利益を代弁する役割を担い、そのため中立性が求められるが、わが国の制度下においては、訪問介護や通所介護のサービス事業者と居宅介護支援事業者<sup>45</sup>の兼務が可能であるばかりでなく、実際、居宅介護支援事業者がサービス事業所内に併設されていることも多くみられる<sup>46</sup>。さらに、市町村が要介護認定の際の訪問調査をケアマネジャーに委ねている疑義ある仕組みに加え、ケアマネジャー1人の担当に対して35件という基準<sup>47</sup>が推奨されていることもあり、介護サービスの提供を行う事業者から独立し

---

<sup>45</sup> 居宅介護支援事業者は、都道府県指定の事業者であり、要介護者が適切なサービスを利用できるよう、ケアプランの作成や見直しを行い、サービス事業者や施設との連絡調整を業務とする。

<sup>46</sup> 例えば、イギリスにおいては、サービス事業者とケアマネジメント機関との厳格な分離がはかられており、ケアマネジャーも公務員と位置づけられている(伊藤(2001)77頁より)。

<sup>47</sup> 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)による。

て、ケアプラン作成業務のみで支援事業を運営していくことは、かなり難しいと言える。つまり、利用者のための適切なサービスとその情報を得て、ケアプランの作成およびサービス提供を確実にするためには、居宅介護支援事業者とサービス事業者の分離は理想ではあるが現実的とは言い難い。ケアマネジャーの中立性が確保されていない現状では、営利企業や特定法人による要介護者の「囲い込み」がみられ、利用者のサービス選択に対する大きな制約が危惧されている<sup>48</sup>。

また、利用者の擁護の仕組みとして、「介護保険法」の設立にあわせて、2000年4月1日に「民法」改正による新しい成年後見制度(民法第7条以下)の開始とともに、「任意後見契約に関する法律」(平成11年12月8日法律第150号)が施行されている。既述のように社会福祉基礎構造改革により、これまで措置によって提供されてきた高齢者に対する介護サービスが、介護保険制度下では、サービス供給事業者と利用者間の契約制度が軸となっている。すなわち、市町村は措置制度下においては給付責任を負っていたのに対し、介護保険制度下においては、費用の保障責任を負うにとどまっている<sup>49</sup>。このことから、新しい成年後見制度は、本人の保護およびノーマライゼーションの観点から、自己決定を尊重した制度に作り変えたものであり、判断能力を欠くまたは不十分であることにより、適正に契約を締結できない人たちに対する法的な仕組みを整備することを目的とした。認知症高齢者の数は年々増加しており、厚生労働省の研究班によると、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、高齢者のおよそ5人に1人が認知症と判断されると推計している<sup>50</sup>。さらに、65歳以上の高齢者の一人暮らし、または、夫婦のみの世帯はともに大幅に増加していることから<sup>51</sup>、第三者後見人の需要は今後ますます必要となると考えられる。しかし、介護保険制度と成年後見制度は車の両輪と言われながら、現状では2つの車輪は大きく傾いており、成年後見制度の普及と利用の促進は急務であると言える。この事態に対しても、ケアマネジャーの役割は重要であると推察されるが、十分機能していない<sup>52</sup>。

以上のように、介護保険制度のサービスの種類は多岐にわたっており、「居宅サービス」および「地域密着型サービス」により、一見居宅における介護に対するシステムが充分構築されているように概観できるが、現実には必ずしも居宅サービスが積極的に享受されているわけではない。要介護者がどのサービスをどれだけ受けるかは、要介護者の個別事情や地域特性等を総合的に踏まえた上で、ケアマネジャーが決定する。さらに、サービス利用には、介護等級により支給限度額が設けられており、希望するサービスの利用回数を増やすことにより支給限度額を上回ってし

---

<sup>48</sup> 伊藤(2001)76-81頁。

<sup>49</sup> 菊池(2014)404-405頁。

<sup>50</sup> 厚生労働省「平成25年度会見資料：認知症高齢者の現状」最終アクセス日：2016年8月28日。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou\\_kouhou/kaiken\\_shiryuu/2013/d1/130607-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryuu/2013/d1/130607-01.pdf)

<sup>51</sup> 内閣府『平成30年版高齢社会白書』(8-9頁)によると、65歳以上の高齢者について一人暮らし又は夫婦のみの世帯については、ともに大幅に増加しており、1980年には65歳以上一人暮らしは男性約19万人、女性約69万人であったが、2015年には男性約192万人、女性約400万人となっている。

<sup>52</sup> (専任)ケアマネジャーは、介護に係る専門職であるが、業務としてケアマネジャー自身が利用者に対して直接介護サービスを提供することはないため、介護労働者の定義に含意されていないため、介護労働者に係る議論を行う際には、ケアマネジャーを除いて行われるのが一般的である。

まう事態も生ずることから、結果としてサービスの利用を恣意的に誘導あるいは抑制せざるを得ないのが実情である。さらに、「施設サービス」の供給が絞られている現状では、施設への入所は限られており、やむを得ず居宅における介護を選択しなければならない状況も想定されることから、利用者本人および家族の不安・不公平感は強まり、居宅における介護は、家族の大きな負担のもとに行われていることは十分に推察することができ、さらに単身高齢者世帯の増加は、居宅介護の限界の実態を確認することができる。

高齢化が著しく進展しているわが国においては、介護が必要な高齢者を65歳以上の高齢者が介護をする「老老介護」の世帯は54.7%、75歳以上の「老老介護」の世帯割合も30.2%を占めている。また、65歳以上の者がいる世帯は2416.5万世帯(全世帯の48.4%)であり、世帯構造別にみると「夫婦のみの世帯」が65歳以上の者のいる世帯の31.1%で最も多く、次いで「単身世帯」が27.1%となっている<sup>53</sup>。さらに、認知症高齢者の数も増加しており、65歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると、2012年は462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人(有病率15.0%)であったが、2025年には約5人に1人(700万人超)になるとの推計が報告されている<sup>54</sup>。しかし、認知症対応の施設の供給が充足されておらず、居宅において認知症高齢者が同居する認知症高齢者の介護を行う「認認介護」の問題も浮上している。このような現状の中で、家族や親族による高齢者に対する虐待も増加傾向<sup>55</sup>にあることも軽視できない。2006年4月に「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」(平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」)が施行され、介護における社会的問題の一つとして表面化したことにより、家族や親族による居宅介護の困難さがさらに露呈したと言える。以上のように、家族環境の変化、高齢者数の増加による要介護者の増加、介護者の高齢化等により家族による支えが期待できないと予想され、制度理念である居宅介護には限界が生じており、行き場のない所謂「介護難民」の大量発生が懸念される。

居宅における介護を支援する保険給付は、前述のように多岐にわたっている。しかし、「老老介護」や「認認介護」などの現状においては、介護の適正が問われるばかりではなく、介護離職をはじめ家族共倒れの危険性の拡大、さらには度々報道されているような介護家族の疲弊による事件の発生を、大きな社会問題と捉える必要がある。また、居宅介護を支援する介護労働者の人材の継続的な不足<sup>56</sup>もあり、多くが居宅における介護の限界を感じており、「特別養護老人ホーム」

<sup>53</sup> 厚生労働省 2016年『平成28年国民生活基礎調査の概況』31-33頁。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html> 最終アクセス日：2019年7月30日。

<sup>54</sup> 内閣府(2017) [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1\\_2\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html) 『平成29年版高齢社会白書』より(19頁)。最終アクセス日2019年8月1日。

<sup>55</sup> 厚生労働省(2017)『「高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果』 <https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000491671.pdf> 介護従事者による虐待については後述する。最終アクセス日：2019年7月5日。

<sup>56</sup> 第5回福祉人材確保対策検討会(2014年9月)において、サービス供給量の増加により2000年から2012年で介護職員は3倍になったが不足は続いており、特に訪問介護の人材の不足感が強いと報告されている。

への入所申込の増加および、利用者および家族の施設志向は必然的な結果と考えられる。さらにこれらに隣接する市場の拡大も知見が得られている。例えば特定施設の制度化により、制度内市場である介護保険給付対象サービスと混在する形で、高齢者専門の住宅市場に変化をもたらしており、具体的には、「サ高住」をはじめとする多様な高齢者住宅ビジネス市場の創設と成長が政策的に推奨されているのは、前述のとおりである。

以上のように、現在行われている介護サービスは、生活のベースが「居宅」「施設(特定施設等を含む)」を問わず、「介護保険法」の保険給付等の対象として供給されるサービスがその中心となっている。しかし、「介護保険法」第2条第3項では、被保険者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者(被保険者)の選択に基づき、居宅・施設を問わず多様な事業者等から、総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう定められているにもかかわらず、これらのサービスは、給付の種類・適用条件・内容等が複雑多岐にわたっており、利用者の自由な選択を阻害していると言える。加えて介護保険適用外の私的なサービスの供給システムも存在することから、さらに利用者等の理解を混沌とさせており、社会福祉基礎構造改革の目指すところの、利用者の選択による適正な競争を促進し、市場原理を活用することにより、サービスの質と効率性の向上を促すことの実効性が問われる現状にある<sup>57</sup>。

つまり、わが国の介護サービス市場は、介護保険制度導入により「準市場」としての市場形成を意図したものと考えられ、居宅サービス等では、組織特性や行動原理の異なる多様な組織が市場で競合しており、サービスの費用は原則として保険財源を含む公的資金が相当程度投入されており、さらにほとんどのサービス利用の決定に第三者(ケアマネジャー)が重要な役割をはたすという特徴を有している<sup>58</sup>。これにより、利用者の選択権が促され、市場が開放され、供給者間の競争が実現された様を呈したが、本来であれば市場で決定されるサービス価格が介護報酬の公定によること、施設サービスにおける著しい参入規制等、一般市場と異なるメカニズムが供給体制に多くの課題をもたらし、延いては人材の確保にも大きく影響していることが想定される。

### 3. 介護事業者の実相（インタビュー調査）

調査内容は、調査対象者のインタビューにおける表現を尊重し、筆者がまとめたものである。

当該調査は、介護労働者の定着について、サーベイを行った先行研究や理論の見解について、実際に施設等を訪問し見聞することにより、介護事業者の実相を確認することを目的とし、インタビューは2016年から2018年に実施した。7法人（東京・埼玉・静岡・大阪等）で行ったイン

<sup>57</sup> 例えば、「居宅施設」と区分するものについて、①「老人福祉法」上の「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」（「社会福祉法」第2条に規定する第1種社会福祉事業に該当）、②民間企業が供給主体となり得る「有料老人ホーム」、③地域包括ケアシステムのサービスに位置づけられている「サ高住」、④「介護保険法」の「地域密着型サービス」として「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）」「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」の給付を受けることができる施設等に大別することができる。なお、「介護保険法」上では、①②の施設は「特定施設」に該当する。

<sup>58</sup> 平岡(2006)57頁。

タビューの中から、本稿掲載対象を、地域による齟齬をなくすため、大阪府内の社会福祉法人2件および株式会社1件を抽出した。当該対象3法人対しては、研究目的を明示したうえで、提供された情報等は、当該研究以外に使用しない旨、および論文中において事業所および個人が特定されるような記載は行わないことを条件に、インタビューを依頼した。したがって、法人および個人が特定される可能性がある情報については本資料への掲載を差し控える<sup>59</sup>。

## (1)「社会福祉法人A会」の意見要旨

大阪府大阪市甲区(対応者：総務部長) 最終調査実施日:2016年6月23日

### ①法人概要

#### i)主な事業展開

特別養護老人ホーム1	併設：短期入所生活介護
特別養護老人ホーム2	併設：短期入所生活介護 通所介護
特別養護老人ホーム3	併設：短期入所生活介護 通所介護
老人保健施設	併設：短期入所生活介護
在宅介護支援センター	通所介護
認知症対応型通所介護	
地域包括支援センター1	
地域包括支援センター2	
知的障害者施設	6施設

公益事業：介護保険制度における居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護老人保健施設、地域支援事業等を市町村から受託する事業  
社会福祉の増進に資する人材の育成・確保に関する事業(ガイドヘルパー講座)

ii)経営状況 事業活動収入 約30億円 職員数 約500人  
準拠している会計基準：社会福祉法人新会計基準  
第三者評価あり 外部監査：監査法人 評議委員会設置

### ②経営の方向性

全国老人施設の団体の方向性として、人材の高度化・専門家の育成をあげている。当法人においても、技術向上の牽引を含めて、重度者への家族ができないプロフェッショナルな介護を目指している。

特別養護老人ホーム従事者には資格要件はないが、当法人施設においては、無資格者に対して資格取得に向けて支援を行い、現在加算対象の介護福祉士が60%を超えている。有資格者に

<sup>59</sup> なお、当該インタビューにおいては、2015年2月『社会保障審議会福祉部会報告書－社会福祉法人制度の改革について－』において、社会福祉法人のあり方について示された指摘に対し、(www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000074114.html)各法人から意見見解が得られたが、本稿においては、当該研究内容に該当しないため省略する。

は、基本給において処遇に差をつけることにより、スキルアップのモチベーションになっている。何年で一人前になるかという点は明確ではないが、当施設では半年程度の人とベテランの人が同じ仕事で組めるようにローテーションを工夫している。

当法人がある甲区地域は、特別養護老人ホームの整備率も高く、さらに「サ高住」の数も増加傾向にあることから、人材の問題は採用の時点から課題となっている。しかし、「人」の問題は、解決の可能性が十分あると考える。当施設でも介護ロボット(HAL)を導入しており、「なんでも人にしてもらおう」ということを良しとしない考え方を、推進すべきと考えている。

当法人は特別養護老人ホームを中心とした施設事業を展開しているが、介護保険制度の基本理念である「自立」の支援に力を入れている。法人の目標は、自立支援のできる専門性を持ったスタッフを育成することであり、ケアプランにおいてもインターライ方式<sup>60</sup>を用いて、一人一人のアセスメントを「きっちり」行い、問題解決・課題解決により自立につなげている。

### ③賃金等の処遇について

決して高い方だとは言わないが、大阪府下の中小企業よりは、絶対に高いと考えている。確かに、肉体的だけでなく精神的にも大変な仕事だと思うが、3Kだとか、男子職員の寿退社とか、休みが取れないなど、針小棒大の報道が、介護職に対するイメージを悪くしている。実際に入職して働いてみると、きっと仕事も、待遇も、結構いける！と思ってもらえるはず。

注目されている男性既婚者の処遇は、主任・課長等の役職手当等により、問題はない。

### ④人材の確保と定着について(評価・人事考課・教育・育成)

評価・研修等は、法人全体で行い、人事異動もある。

評価・人事考課は、チェックシートを用いて、評価面談を行っている。4月1日～8月31日の期間についてチェックシートにより自己チェックを行い、それをもとに9月1日からの1カ月間に、一次面接を行う。9月1日からの期間については、2月1日から3月1日の期間に、二次面接を行うとともに、S・A・B・C・Dのランクで能力考課および情意考課にて評価する。ケアマネジャーや看護師資格の資格取得を推奨し、それに見合った処遇を実施中。

社会福祉法人全体を見ると、確かに小規模法人が多く<sup>61</sup>、介護の質を上げる取組みや地域貢献をするための工夫や情報収集をしているのか疑問に思う他法人もある。小規模法人は、法人合併や理事長交代などを含めて、経営の効率性、人材の流動性など経営の色々な方法や考え方を学び、考え方を変えていかなければならない。当法人は、規模の理論を活用するメリットがあるので、複数の施設での協働を進めることも必要だと考える。これにより、従事者の研修、人材育成および人材の確保に有効である。介護職員は概ね正規社員として雇用している。

採用は、法人単位で定期的に募集採用を行っている。中途採用も積極的に行っている。新卒

---

<sup>60</sup>インターライ方式とは、利用者の状態を把握するための「アセスメント表」を用いて評価を行い、ケアプランを作成する方法である。

<sup>61</sup>従前、社会福祉法人が措置費で運営されてきた経緯から、行政においては、「一法人一施設」の設置を指導してきた。これらの結果、零細な規模の法人が多数を占めている（全国社会福祉法人経営者協会会員の6割弱が一法人一施設）と言われている。

採用は難しい年もあるが、入所者と介護職員の人員基準(3対1)を超える2.2人対1を配置比率として、要員計画を実施している。このため、比較的休みも取得しやすい。

## (2)「社会福祉法人B会」の意見要旨

大阪府乙市(対応者：理事長および理事)

最終調査実施日:2017年6月23日

### ①法人概要

#### i)主な事業展開

特別養護老人ホーム	1	併設：短期入所生活介護	通所介護
居宅介護支援事業所	2		
訪問介護事業所	2		
軽費老人ホーム	1		
養護老人ホーム(指定管理)	1		

公益事業：介護保険法の居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護老人保健施設、地域支援事業等を市町村から受託する事業

社会貢献事業

#### ii)経営状況

事業活動収入	約8億5000万円	職員数	約170人
準拠している会計基準：社会福祉法人新会計基準			
外部監査：監査法人	評議委員会設置		

### ②経営の方向性

現在、若い人や子供たちは、認知症や高齢者と接する機会がない。自然に生活を行う中で高齢者と触れ合うなど認知症を知る機会を設けること、あるいは高齢者施設などを知ることによって、認知症や高齢者等に対する変な偏見や不安を持たない若い人を育てる手伝いをすることを検討している。若い彼らが、歳を重ね地域住民の中核となった時、これらの人々が認知症や高齢者等のことを「知っている」ことで、地域が施設にとけ込むための有力な受け手になってくれるはずである。施設側からも手を伸ばし、住民の方からも抵抗なく介護にもっと自然に取り組んでくれる人を育てることが、地域コミュニティに結びつき、まさに地域包括＝街づくりに発展する。

現代の日本社会は、生老病死を隠すようになってしまっており、自分がそれに直面した時に、どうしたらよいのかわからないという特殊な立ち位置になってしまっている。そこで、コミュニティの中でいろいろな人がいることを知る必要があり、それを共同体が再現できないのなら、介護の場である施設が肩代わりしてもよいのではないかと考える。何も介護職にならなくても、特別何かしなくともよい。認知症の人や体が動かない人がいるのだということが、ありのままに受け入れられる市民が育つということが、真のノーマライゼーションであると思う。

人の意識が変わらなければ何も変わらない。このような市民が育つことにより、介護保険料

を納めるのは何のためなのか、介護施設とどのように付き合っていけばよいのかなどが、わかるようになるはずである。そうやって初めて地域包括ケアという概念が完成するのだと思う。

実態は、本人も家族も、介護保険が何であるかもよく知らず、「介護」といったら昔のイメージで「そんな恥ずかしいこと」、と言う人も多い。需要は確実にあり、おそらく多くの人にとってサービス受給が役に立つと推定されるにもかかわらず、そこにリーチできていない。介護保険制度そのものや行政のやり方を批判するのは簡単だが、国が昨今言っている通り、介護に対する理解の推進は、本当は社会福祉法人がやらなければならないことではないかと考える。しかもこれは、単独ではなく、行政や地域の自治会あるいはNPO法人などと連帯し、より深く浸透しつつ、サービスを必要とする人にリーチするという方向性を練ることが、実際に行わなければならないことと思っている。しかし、どのような信念をもってサービスを行っても、その情報がサービスを求めている人に届かなければ、そのサービスは存在していないのと同じことである。この問題をいかに対処するかは、優れた事業所と言われているところでも結構悩ましい問題であり、「あー良かった」と思ってもらえるサービスであろうことも、それを知らないまま苦しんでおられて、終いには共倒れや殺傷など不幸な事故になりかねない現実がある。したがって、情報をどのように伝えていくのが重要な課題であると考えます。

### ③賃金等の処遇について

高い水準だとは思っていないが、地域の他業種の雇用者の賃金と比べて、特段低すぎるとは感じていない。賃金は、年1回の人事考課により決定し、職能給制を採用しているが、制度の見直しを検討中。

### ④人材の確保と定着について(評価・人事考課・教育・育成)

離職率は、大変低い。育児休業の積極的な取得、時短措置を推進している。子育て等の事情で一旦退職した者も復職しており、多様な勤務体制で働くことが可能である。

介護職員配置比率は、2.3対1。

採用は、新卒も中途も積極的に募集を行っているが、口コミによる採用も多い。

## (3)「株式会社C」の意見要旨

大阪府丙市 調査期間：2016年7月～2018年6月 対応者：代表取締役

### ①会社概要 (2011年設立)

サービス付き高齢者向け住宅「サ高住」	住宅型有料老人ホーム	2
高齢者施設専門給食サービス	在宅リハビリ鍼灸マッサージ治療院	
福祉用具貸与・販売	ケアプランセンター	訪問介護 他

### ②経営の方向性

当社のスタートは、フランチャイズの高齢者への給食サービスから、独自のメニューでお年寄りの役に立ちたいと独立開業したことにある。食事を提供することで、本当に困っている人を救い上げることを目指したが、訪問介護においてケアマネジャーがその思いをなかなか救い

上げてもらえないジレンマから、自社でケアマネジメントができるように、ケアプランセンターを設立。給食・ケアプラン・福祉用具レンタル・出張マッサージリハビリテーションの事業展開を行っていたことから、2013年に既存の住宅型有料老人ホームの経営立て直しを引き受けることとなった。利用者・家族が何を求めているのかを親身になって受け入れることにより、口コミで発展し、全床入所し、待機者まで生ずるに至った。その後「サ高住」の少ないニュータウンに「サ高住」をオープンした。

特別養護老人ホームの数が増えないことから、特別養護老人ホーム以外でも、経済的に難しい層が入所できるように低価格で入れる施設を運営することにより、少しでも社会貢献をすることを、活動理念としている。

社会福祉法人との関係性においては、当方は社会福祉法人を非難する立場にはないが、「公益性」を有しているのは社会福祉法人だけではないと考えている。もし、私共民間に特別養護老人ホームの経営を認めてもらえるのなら、おそらくサービス面、ハード面・ソフト面を含めて、もっとより良いものが提供できるのではないかと、常日頃思っている。しかし、現実には、特別養護老人ホームをすることができないのであるから、次のことを考えている。現在の方向性としては、特別養護老人ホーム待機者にも収入面で入所可能な施設を作るように動いている。つまり、特別養護老人ホーム程度に引き下げた価格帯で、民間の施設によるサービスの提供を可能にすることである。有料老人ホームは、ピンからキリまでと言われているが、当方は、「キリ」の基準は、生活保護の水準であると考えている。具体的には、生活保護受給者が入所することとなっても、本人の手元に小遣い程度の金銭が残る価格、または生活保護受給に抵抗があり、少ない年金(6万～8万円程度)でお金がないため、食事も1日1～2回、介護保険サービスも受けられないという生活をしている方でも安心して入所できる価格を設定し、本当に困った人が入れる施設を目指している。具体的には、自社購入の施設をリフォームし、スプリンクラー・エレベーターも設置し、きちんと有料老人ホームとして申請し、特別養護老人ホーム水準価格で入所可能としている。

行政は、もっと、社会貢献を考えている民間企業(株式会社)の力を活用すべきである。

介護事業は、介護保険制度だけを頼りにしていると、振り回されてしまう。「介護は儲る」というイメージを持つ人も多いが、儲かるか儲からないかは利用者の選別にかかっている。株式会社だからこそできる社会貢献の方法もあることを知ってほしい。民間営利企業としては、行政に対して、助成金だけではなく経営の方法の指導等の支援を求める。介護の問題は介護事業者(社会福祉法人も含めて)だけで考える問題ではなく、メディアの情報等に振り回されずに社会全体で考えていかなければならない。

### ③賃金等の処遇について

介護保険(介護報酬)の適用がある業務と適用外業務の均衡を考え、賃金体系を決定している。高齢者施設専門給食サービスはパート労働者も多く、また、リハビリ鍼灸マッサージ治療は出来高による請負がメインだが、他の事業では、正規社員として雇用している。

#### ④人材の確保と定着について((評価・人事考課・教育・育成)

募集採用については、概ね口コミによる採用者が多い。当社は8割を正規社員として雇用することにより、人の入れ替わりが少なく、通常は求人広告を出さなくてよい状態にある。社員として定着しなければ、質の向上が図れない。当社では全員の資格者そして介護福祉士を目指すこととし、資格手当の支給などを活用し、役職(管理者・施設長など)と資格とで多角化することにより、若い男性の活躍の場の拡大を進めている。

収益については、従業員の処遇等を考えると、単体事業では難しい。訪問介護は、有料老人ホーム・「サ高住」等の内部のみならず、外部にもヘルパーを派遣し、給食サービス・マッサージ等と総体的に事業を運営している。正規社員として採用していることにより、空き時間には相互の仕事をフォローしあうメリットも生まれている。しかし、ケアマネジャーとヘルパーなどをはじめ、他事業体で働く者同士が一堂に会することがないので、意思疎通が難しいことから情報交換の関係づくりをする場を、経営者として設定している。

#### (4) インタビュー結果による考察

インタビュー協力の上記3事業者の共通点は、離職率が低く、概ね人材の確保には苦慮していない点である。法人Aと法人Bは、厚生労働省が示している特別養護老人ホーム等の入所者と介護職員の人員基準の3対1を大きく上回っており、人材の確保に余裕が見られる。これは、事業者がより良い介護サービスを提供しようとする企業努力の表れであると同時に、介護労働者にとっても、休暇や自己研鑽の時間が取り易いなどの職場環境が整っていることによると解することができる。業態は異なるが、会社Cにおいても正社員化が進んでいることから、有給休暇等の取得には支障がないと思われるとの回答を得られている。但し、反面、人材に余裕があるということは、人件費率の上昇につながり易いと推察できる。人件費率の高い介護事業において、経営の効率化は往々にして人件費の削減に走りやすい。しかし、賃金水準が決して高いとは言えないこの分野において、人件費の削減は、そのまま介護サービスの低下に直結する。これが、事業の業績を悪化させ悪循環に陥る。しかし上記の施設経営が示すように、介護事業の要である「人」の配置を十分に考慮し、介護福祉士が占める割合等、介護報酬の処遇改善加算に該当させる等で、人件費の確保を一定の範囲で可能にしている。この部分について各施設は、介護報酬制度の加算等評価に照準を合わせて、人員配置を向上させ、職員の賃金に反映させている。

会社Cを含めて各事業者は、多角的に事業を展開している。複合化および多角経営による事業規模の拡大により、共通経費が分散され、収益全体が向上し、さらには地域における当該事業所および法人の知名度が向上する等の効果が得られ、そのメリットにより地域に密着した広がりを持つことが可能となり、利用者にとっても様々なサービス利用の選択肢が増えると思われる。事業所の評判は、利用者の獲得のみならず、口コミ採用の多い介護の業界においては、人材の確保や離職の防止に大いに影響を及ぼしている。

本来、サービスの価格は、一般市場ではコスト・需要・競争など多くの要因で決定されるが、

介護サービスの価格は、介護報酬として公的に価格がコントロールされており、価格競争が行われないことから、サービスの質の低下等は、一般的に警戒されるところではある。しかし、保険外のサービスも含めて介護サービスに係る営利企業等の市場競争により、好ましくないサービスが排除される機能が想定され、普及すべきサービス等と、淘汰すべきサービスや供給者の退出を促す市場の機能が期待される。「居宅サービス」を中心として、有料老人ホーム・「サ高住」などの株式会社等の参入は、現に市場の活発化をもたらしている。介護サービス市場における民間営利企業の活用については、依然として株式会社コムスン(グッドウィル・グループ)等の一連の事件を例に挙げ、過度の利潤の追求に対する警戒心や事業承継についての議論がなされている。さらに、昨今の倒産件数の増加傾向も議論の対象となっている。しかし、既述のように株式会社は、投資効率や資産効率の向上による利益の増大や企業価値の増大を目指す経済主体であり、そのため徹底した顧客満足の向上・サービスの向上や無駄なコストを省く効率的な経営に資することが可能であり、取締役会・監査役会等の主体がガバナンスに優れた面を持つとともに、株主や社債等の債権者による外部チェックにより、経営の透明性・健全性が追及されている。民間営利企業の有する競争力や経営に関する自由度は、従来と異なる経営戦略や介護技術および新たなサービス等の知識情報等が開発検討され<sup>62</sup>、介護サービス市場の活性化とともに、当該市場の不変的課題とされる人材不足について人的資源の再配分が生じる可能性も含んでいると言える。なお、政策的には公正取引委員会において混合介護<sup>63</sup>について規制緩和(弾力化)が進んでおり、様々なメリットが期待されている。事業者にとっては、サービスの提供が柔軟に行えるようになり、利益の増額につながり、介護業界の全体的な増益は、介護労働者の賃金水準の向上の可能性により、人材の確保に期待感が高まると推測される。

以上の限られた数のインタビュー結果から、何らかの決定的な結論を導き出すことはできないが、いずれの事業者においても、労働者の定着に関する施策が積極的に行われていることが確認でき、介護労働者の確保促進の施策を探る上で、有効な事例であることは否定できない。事業展開の方法・経営理念の実現など経営モデルを基盤として、財政上の安定が図られ、これらが介護人材の確保に強く影響を及ぼしているであろうことが示されたと言える。

---

<sup>62</sup> パナソニックは介護関連4社を統合した新会社のパナソニックエイジフリー(大阪府門真市)を設立するなど事業拡大に向けて体制を整えてきた。4社を統合して総合力を高め、適材適所で生涯を通じ介護関連の仕事をしてもらえるようにし、人材採用に力を入れる考えである。介護業界では人材採用が難しく経営が悪化する企業も増えている。パナソニックはパナソニックエイジフリーを受け皿に企業買収も検討している。2016/4/21 日本経済新聞電子版より。[http://www.nikkei.com/news/printarticle/?R\\_FLG=0&bf=0&ng=DGXLZ099897190Q6A420C1TI5000&uah=DF\\_SOKUHO\\_0002](http://www.nikkei.com/news/printarticle/?R_FLG=0&bf=0&ng=DGXLZ099897190Q6A420C1TI5000&uah=DF_SOKUHO_0002) 2016年4月25日アクセス。

<sup>63</sup> 介護保険によるサービスと保険外サービスを組み合わせて行う介護をいう。

## 第三章 介護労働および介護労働者の特性

### 1. 介護労働者不足の実態の把握

#### (1) 介護労働力不足の動向と実態

##### ① 介護労働力の不足感

介護労働安定センターの「平成 29 年度介護労働実態調査」の「介護労働者の就業実態と就業意識調査」<sup>1</sup>では、介護サービスに従事する従業員の不足感は、66.6%（「大いに不足」9.6%+「不足」24.4%+「やや不足」32.6%）を示している。不足している理由については「採用が困難である」が 88.5%（前年 73.1%）と高く、その原因について、「同業他社との人材獲得競争が激しい」56.9%、「他産業と比べて、労働条件が良くない」55.9%、「景気が良いため、介護業界に人材が集まらない」44.5%と人材確保（採用）の難しさを示している。一方、不足している理由として「離職率が高い」は 18.4%と、低い傾向にあったことから、今よりさらなる介護のための労働力の増加が望まれていることが明白である。2013 年以降その不足感は増加しているが、これはあくまでも不足を感じている「不足感」<sup>2</sup>であり、人員基準の「不足」そのものを表す数字ではないことに留意しなければならない。「不足感」は主観的指標であることから、人員基準が満たされていても感じる実数（量）の不足感のみならず、「質」に対する不足感の可能性も含意の上、介護労働の人材の確保を検討しなければならないと認識すべきである。

2005 年時点で川越（2009）は、現存する 104 万人の介護職員<sup>3</sup>は 2025 年には 170 万人必要となると推計し、これを実現するには年平均 3.3 万人の介護職員の純増が必要であると試算し、「増加分の 9 割程度を介護福祉士の増加分とすると、現在の年間の介護福祉士の純増加数とほぼ一致しており、現在の新規養成制度や離職、再就業のバランスが維持できれば、全体としては達成可能な水準にあると考えられる」との結論を見出している<sup>4</sup>。しかし、社会保障国民会議<sup>5</sup>の「医療・介護費用のシミュレーション」2008 年版の政府試算によれば、2025 年には 2007 年の約 162 万人から、さらに 281 万人～339 万人程度の介護職員の確保が必要であると見込まれると示し

<sup>1</sup> 財団法人介護労働安定センターが「平成 29 年度介護労働実態調査」として介護労働者を対象に行った「介護労働者の就業実態と就業意識」についてのアンケート調査の実施結果である。調査実施期間は 2017 年 10 月 1 日から 31 日。調査対象事業所 17,638 事業所、回答事業所数 8,782 事業所（回収率 49.8%）。回答労働者数 21,250 人（回答率 40.2%）。

<sup>2</sup> 不足感の割合は同調査において、介護職員が「やや不足」「不足」「大いに不足」感じた介護保険施設数を介護保険施設総数で除したものである。

<sup>3</sup> 川越（2009）における「介護職員」とは、介護保険施設及び居宅サービス事業所等における従事者のうち、介護福祉士、訪問介護員等の介護関係業務に従事する者をいう。

<sup>4</sup> 川越（2009）222-227 頁。

<sup>5</sup> 社会保障国民会議は、社会保障のあるべき姿について、国民にわかりやすく議論を行うことを目的として、2008 年 1 月 25 日に閣議決定により開催が決定され、年金・雇用、医療・介護・福祉、少子化・仕事と生活の調和の各分科会での議論を展開している。

ており、さらに、2018年5月の経済産業省試算<sup>6</sup>では、2015年の不足は4万人だったが、2025年には43万人、2035年(団塊世代が85歳超)には79万人に不足が膨らむと、看過できない数字を示している<sup>7</sup>。したがって、川越(2009)の「達成可能な水準」の見通しは、著しい高齢化の進展と労働力人口の減少などを斟酌すると難しい結論となることが十分推測され、現状における諸所の推論では、主観的な「不足感」はもとより、客観的な数字により、今後のさらなる介護労働者の「不足」が示されている。

## ②有効求人倍率および離職率の動向

有効求人倍率の動向から、労働力の過不足の一面を判断することができる。厚生労働省介護人材確保地域戦略会議(2018)の資料<sup>8</sup>によると、全職業で2010年以降有効求人倍率は上昇傾向を続けているが、2017年時点を例に用いると、全職業の有効求人倍率1.50倍に対して、介護分野は3.50倍と大きく上回っている。有効求人倍率が高いということは、企業がより多くの労働者を求めている状態を示していることから、産業全体の中で介護関連の事業所は、極めて労働力を求めていることは容易に判断することができる。

また、有効求人倍率は地域格差も大きい。介護保険の保険者は市町村であることから、地域密着度が高く、提供されるサービスも各々の地域性が明確に表れると同時に、地域間のばらつきも顕著となる。2018年の介護関係職種<sup>9</sup>の有効求人倍率を都道府県別にみると<sup>10</sup>、有効求人倍率(介護平均4.09倍)が著しく高いのは、東京7.38倍、愛知の6.23倍、奈良の5.68倍であり、低めの都道府県(高知・大分・宮崎等)においても2倍台と産業全体平均の1.49倍を大きく上回る状態が示されている。これらの都道府県別のデータを概観すると、全体的な傾向として、有効求人倍率が比較的高く充足されていない地域は、離職率が高く、労働者の移動が多い傾向にあるという雇用状態の地域格差を読み取ることができる。首都圏と地方では土地の価格や人件費等で、イニシャルコスト、ランニングコストに関して生じる大幅な差異ばかりでなく、他の産業も含めて、就労の場・求人の情報量の多寡等も、有効求人倍率に影響を及ぼしている。

しかし、厚生労働省(2018)「平成29年雇用動向調査」<sup>11</sup>によると、産業計の離職率14.9%と

<sup>6</sup> [https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/sokai/pdf/022\\_02\\_01.pdf](https://www.meti.go.jp/shingikai/sankoshin/sokai/pdf/022_02_01.pdf) 2018年5月「世界の構造変化と日本の対応」49頁。最終アクセス日：2019年5月10日。

<sup>7</sup> 第7期介護保険事業計画における介護サービス見込み量等に基づき都道府県が推計した人材の需要は、2020年度末には約216万人、2025年末には約245万人が必要であるとし、2020年度末までに約26万人、2025年度末までに約55万人と年間6万人程度の介護人材を確保する必要があると公表している。

<sup>8</sup> 第6回介護人材確保地域戦略会議(2018年9月6日開催)配布参考資料『福祉・介護人材の確保に向けた取組について』より「(平成16年から29年度の歴年度別)介護分野における人材確保の状況と労働市場の動向-有効求人倍率と失業率の動向-」による。

<sup>9</sup> 当該介護関連職種は、ホームヘルパー、ケアマネジャー、介護福祉士等を言う。

<sup>10</sup> 厚生労働省(2018)「職業安定業務統計」に基づく資料「介護労働の現状」(2018)による。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000482541.pdf> 最終アクセス日：2019年6月15日。

<sup>11</sup> <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/18-2/dl/gaikyou.pdf> 厚生労働省2018年8月9日公表。最終アクセス日：2019年8月5日。

産業別「医療、福祉」の離職率は14.5%と概ね同程度であると報告されている。産業別の他の離職率の状況を見ると「宿泊業、飲食サービス業」30.0%が最も高く、「生活関連サービス、娯楽業」22.1%、「その他サービス業」19.1%と、医療・福祉(14.5%)よりも高いのが実態である。また、介護労働安定センターの「平成29年度介護労働実態調査」によると、介護職員の離職率は、2018年度は16.2%と示されており、2011年度以降横ばい傾向にある。これらのデータを見ると一見、介護分野の人材の定着は改善されつつあると読み取る事ができるが、有効求人倍率のデータは、高い数字を示しており、その区分も「介護分野」として包括されており、前述の産業別離職率においても「医療・福祉」に統括されてしまい、各々の職種等に分化されて示されていないこともあり、求められている人材が、訪問介護なのか、施設介護なのか、あるいは介護に従事する医師や看護師なのかが不明である。また、事業所別にみた離職率の割合では、「訪問介護員」と「介護職員」<sup>12</sup>の2職種合計の離職率は16.2%であったが、事業所別の分布をみると、2職種合計は、「10%未満」の事業所は全体の39.9%を占めており、離職率が低い事業所が多いといえる。経年でみると、「10%未満」は年々減少傾向にあったが、今年度は増加している。離職率の改善は全産業にみられる傾向であり、人材確保の格差は依然として埋っていないと推定するのが妥当である。

### ③介護福祉士等の入職の現状

介護福祉士は介護労働者の中枢と捉えることができるが、その有資格者が活かされていない。厚生労働省のデータによると、介護福祉士の登録者は、2008年9月末時点で約72万9千人であったが、2018年9月末には、約162万3千人に上っており、順当に増加の様を呈している<sup>13</sup>が、実際に福祉・介護サービスに従事している者は約6割にとどまっており<sup>14</sup>、いわゆる「潜在的」介護福祉士が多数存在する。

加えて、介護福祉士養成機関（専門学校・大学・短期大学等）の2018年度入学者も減少している。公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会による「平成30年4月入学生の介護福祉士養成施設定員充足状況」調査結果によると<sup>15</sup>、入学者全体では前年の7,258人から6,856人と402人減少しており、定員充足率は44.2%<sup>16</sup>と低迷が続いている。これは介護労働の入り口に立つ段階ですでに「不足」状態にあることを意味している。

既に述べたが、2019年4月に公表された、独立行政法人福祉医療機構による『社会福祉法人

<sup>12</sup> 当該調査において「訪問介護員」とは、介護保険法の指定を受けた訪問介護事業所で働き、高齢者等の家庭を訪問して家事などの生活援助、入浴などの身体介護を行う者を言い、「介護職員」とは、訪問介護以外の介護保険の指定介護事業所で働き、直接介護を行う者をいう。

<sup>13</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi1/shakai-kaigo-fukushi6.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi1/shakai-kaigo-fukushi6.html) 最終アクセス日：2019年5月1日。

<sup>14</sup> 平成29年4月1日において、現に業務に従事していない介護福祉士等の介護人材の届出システムを稼働させたが、現状では潜在介護福祉士等の数の正確な人数は把握されていない。

<sup>15</sup> [http://kaiyokyo.net/member/20181012\\_news\\_no.27.pdf](http://kaiyokyo.net/member/20181012_news_no.27.pdf) 最終アクセス日：2019年5月1日。

<sup>16</sup> 過去の充足率は、2015年度50.0%、2016年度46.4%、2017年度45.7%と減少が続いている。一方外国人留学生は前年591人から1,142人にと551人増加している。

経営動向調査の概要』(2019年3月時点)<sup>17</sup>によると、特別養護老人ホームの人材確保の問題は制度継続の上でも深刻化しつつあることを示している。特別養護老人ホームの入所待機者は、2017年度において約36万人以上<sup>18</sup>が存在するにも関わらず、実際には空床が生じているというミスマッチが起きていることが示されており、その主たる要因は介護労働者の確保の困難さにあると判断することができ、即戦力労働者となりうる潜在的介護福祉士の活用と共に、介護労働の入り口に立つ人材の育成も課題となっている。

## (2)介護労働者の確保に対する政策上の施策

国は、介護職員の処遇改善、多様な人材の確保・育成、離職防止・定着促進・生産性向上、介護職の魅力向上、外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策の取組みを、第7期介護保険事業計画で示している<sup>19</sup>。そこで、これらの取組みについての進捗を概観する。

### ①雇用管理改善や負担軽減に資する生産性向上等の推進と働き方改革

厚生労働省(2019)は、介護人材の離職事由の上位を占める要因に対し、総合的な施策の実施を推進している。「介護人材確保に向けた取組」として、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上など、総合的な介護人材確保対策の実施を推進している<sup>20</sup>。

①介護職員の処遇改善については、介護報酬の改定も踏まえて、後述する。

②多様な人材の確保・育成については、都道府県や社会福祉協議会、関係団体が実施主体となって、国からの補助や地域医療介護総合確保基金を活用しながら、介護職を目指す学生の修学や介護分野への就労支援に加え、元気な高齢者をはじめ介護未経験者に対する介護業務の入門的な研修の実施・受講者と事業所とのマッチングなど、介護人材のすそ野を拡げ、多様な人材の参入を促進する取組を進めていると公表している。

③離職防止・定着促進・生産性向上については、職場の人間関係や事業所の理念・運営等への不満が介護労働者の離職につながっていることを踏まえれば、定着促進には、介護労働者の負担軽減や人事・労務管理の見直しなど雇用管理の改善が重要であり、介護福祉機器の導入や賃金制度の整備などの雇用管理改善に取り組んだ事業主への助成、雇用管理に関する相談援助

---

<sup>17</sup> <https://www.wam.go.jp/hp/guide-keiei-survey-tabid-2274/> 最終アクセス日：2019年5月10日。

<sup>18</sup> 2014年の厚生労働省の調査では、2013年度は52万4000人に上ると結果であったが、2015年の介護保険法の改正による入居基準の厳格化により減少はしたものの、いまだ36万人を超える待機者がいるとされている。

<sup>19</sup> 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室2018年9月6日公表「福祉・介護人材の確保に向けた取組みについて」より。ここでの介護人材数とは、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等のサービスに従事する介護職員数を加えたものを言う。

<sup>20</sup> 厚生労働省老健局社会保障審議会介護保険部会第79回(2019年7月26日)における配布資料「介護人材の確保・介護現場の革新」 最終アクセス日：2019年8月2日。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000531296.pdf>

等を行っている。また、人材育成や就労環境等の改善につながる介護事業者の取組について、都道府県において認証する制度を推進しているとのことである。さらに、職場内外での身体的・精神的暴力やセクシャルハラスメント等が生じている中、ハラスメントのない労働環境を構築すべく、「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書」<sup>21</sup>により「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」<sup>22</sup>を2019年3月に公表している。また、仕事と家庭の両立支援の観点からは、事業者に対して、地域医療介護総合確保基金を活用し、事業所内保育や子育て支援のための代替職員の確保への支援および介護ロボット・ICTの活用を、2018年の「生産性向上に資するガイドライン」<sup>23</sup>で示している。

④介護職の魅力向上については、介護の仕事の魅力発信のための福祉・介護の体験型イベントの実施に加えて、若年層、子育てを終えた層、アクティブシニア層に対して、それぞれ個別のアプローチにより、介護のイメージ転換を図っている。

⑤外国人材の受入環境整備は、詳細を後述するが、2019年4月より、在留資格「特定技能」に基づく外国人材の受入れ制度を開始している。

以上のように、業務上での身体的負担軽減や事務の効率化等による生産性向上にむけて、介護ロボットの効果的活用方法の検討・開発・導入支援と業務上の書類削減・ペーパーレス化の推進を進めている。本稿インタビュー対象の法人Aにおいても、HALが導入されているが、介護ロボットの活用については「介護ロボット導入支援事業」<sup>24</sup>として、地域医療介護総合確保基金によって実施され、介護労働者の負担軽減のみならず、人手不足をロボットによりカバーすることにより利用者にとってもプラス傾向になっている。また、介護事業の生産性向上のため、ICTの活用や作成文書の削減・簡素化による文書量の半減など、実際現場では事務負担の軽減を推進しつつ、業務プロセスの改善が現場において進められている。

また、介護労働者のキャリア・アップを支援する事業者に対しての助成金や、優良な雇用管理改善に取り組む事業者に対する表彰や認証・評価制度を設けるなどを推進しているが、現状ではこれらの施策についての効果は示されていない。しかし、様々な施策の実効性を高めるために、モデル事業者の公表等が盛んにおこなわれており、事業者はこれらのモデルから自らの事業所に活用できることを、学び吸収する努力が求められる。

また、2018年7月1日に公布された「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」(平成30年法律第71号、以後「働き方改革推進関連法」)は、介護業界にも労働に関す

---

<sup>21</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000532738.pdf> 平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として、株式会社三菱総合研究所が実施団体として、介護現場における利用者や家族等からのハラスメントの実態調査。最終アクセス日：2019年8月20日。

<sup>22</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000532737.pdf> 最終アクセス日：2019年8月20日。上記調査報告により、有識者による検討委員会での議論を踏まえ介護事業者向けに作成。

<sup>23</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094\\_00013.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00013.html) 厚生労働省2019年4月公表。最終アクセス日：2019年7月1日。

<sup>24</sup> <https://kaigorobot-online.com/subsidy> 最終アクセス日：2019年5月15日。

る改革を促すきっかけとなっている。

介護事業者向け経営支援サービス「カイポケ」を運営する株式会社エス・エム・エスは2018年1月11日、「介護現場における働き方改革実態調査」<sup>25</sup>の結果を発表した。当該結果によると、働き方改革の取り組み状況は、「実施済み」が19.7%、「取り組み中」が22.7%、「検討中」の23.0%と、合わせて66.4%の事業者が何らかのアクションを起こしていた。また、働き方改革の具体的な取り組み内容の上位項目を見ると、「柔軟な働き方の対応」が50.8%で最も多く、「業務内容の見直し」(46.2%)、「長時間労働の是正」(42.2%)が続いている。それぞれの取り組み内容をさらに細かく見ると、「柔軟な働き方の対応」では、「短時間勤務の導入」(68.3%)、「業務内容の見直し」では「業務プロセスの見直しや簡素化、廃止・統合等」(77.2%)、「長時間労働の是正」では「業務終了時間の設定と帰宅促進」(83.3%)という回答が多かった。さらに、働き方改革を「実施済み」と答えた人に効果を聞くと、「効果があった」という回答が73.3%に上っている。具体的には、「職員の満足度が上がった」(45.5%)、「業務効率化・生産性向上ができた」(31.8%)、「長時間労働が抑制できた」(29.5%)などの効果を読み取ることができる。しかし、反対に働き方改革を進める上で苦勞している(した)ことがあるかを聞くと、「ある」が67.3%に上り、具体的には、「人材不足による取り組みへのリソース不足」(37.3%)、「現状を変えようという現場職員の意識の低さ」(29.9%)、「多数の関係者や関係機関との調整や働きかけ、意識のギャップ」(29.1%)などが上位にランクインしていると公表されている。

いわゆる働き方改革をも含め、介護人材の確保について、国が推進すべきこと、および介護事業者に対する施策の道筋の提示等が推進されていることは認識できるが、現実の介護人材の確保には、成果が得られてはいない。

## ②介護人材の処遇改善策について

準市場の性格を有する我が国の介護サービスは、事業者の指定、専門職の配置および人員基準・施設設置基準・運営基準等の介護サービスの質の維持のために多くの規制とともに、介護報酬の公定の価格統制による公的介入が行われている。介護報酬は介護サービスの対価として事業者を支払われることから、当然に介護労働者の賃金に影響を及ぼすこととなる。

3年毎に行われる介護報酬改定において、2003年4月改定では、全体で2.3%引き上げられた。「在宅重視・自立支援」を進めるためとして、訪問介護などの居宅サービスはプラス0.1%となったが、特別養護老人ホームなどの施設サービスは平均4%引き下げられた。次の改定の2006年では軽度者向けサービスの報酬を減らし、介護の必要性が高い中重度者向けの在宅によるサービスの報酬を手厚くすることにより、0.5%マイナスに留まったが、2005年10月の食費・住居費の一部負担制度の導入により、結果として全体で2.4%マイナスとなった。これらの介護報酬の引き下げは、事業の減収に直結し経営を圧迫したと推定することができる。2009年改定では、全体で3%引き上げられ、その後2012年4月改定では、1.2%プラスとし、在宅における

<sup>25</sup> 調査は2017年12月14日～21日に指定介護サービス事業者を対象に実施した(回答304人)。  
[https://www.bm-sms.co.jp/prs\\_180111\\_kaipokeresearch/](https://www.bm-sms.co.jp/prs_180111_kaipokeresearch/) 最終アクセス日：2019年6月1日。

介護や重度者向けサービスに重点配分するものとされた。2015年度改定では、改定率が全体ではマイナス2.27%ではあるが、重点化対象とした「中重度の要介護者・認知症高齢者への対応強化」については、プラス0.56%、「介護職員の処遇改善」はプラス1.65%となり、それ以外がマイナス4.48%とされた。2017年度の期中改定では「介護人材の処遇改善」について臨時にプラス1.14%の改定が行われ、2018年度は0.54%のプラス改定となっている。2017年度の改定は、介護人材の職場定着の必要性、介護福祉士に期待される役割の増大、介護による昇給や評価を含む賃金制度の整備・運用状況を踏まえ、事業者による昇級と結びついた形でのキャリア・アップの仕組みの構築を促すため、更なる処遇改善の加算の拡充を行った<sup>26</sup>。2018年度介護報酬改定においては、報酬体系の簡素化の観点の踏まえ、一定の経過期間を設け、これまでの処遇改善の加算を廃止し、新たに「特定処遇改善加算」の実施を進めた。

2017年12月の閣議では、2020年代初頭までに、50万人分の介護の受け皿を整備するための最大の課題は介護人材の確保であるとして、キャリアパス要件や職場環境等要件等を設けつつ、処遇改善の取組みを進めている。また、2019年10月の消費税率引上げに合わせ、これまでの処遇改善に加え、リーダー級の介護職員について他産業と遜色ない水準を目指し、公費1000億円、総額2000億円を投じ、更なる介護職員の処遇改善を行うこととしている。具体的には、介護職員が長く働き続けられるよう、経験・技能のある介護職員に重点化を図りながら介護職員の処遇改善を進め、その趣旨を損なわない程度で、介護職以外の職員も一定程度処遇改善を可能とすることとしている。当該新たな処遇改善加算(特定処遇改善加算)は、介護人材確保のための取組みを一層進めるために、経験・技能に重点化を図ることを目指している<sup>27</sup>。

### ③外国人労働者の受入れについて

1980年代後半頃から、バブル経済がもたらした企業の「人手不足」を補うことを建前として、外国人労働者の受け入れについて注目され始めた。その後、バブル崩壊後の不況へ突入すると、外国人労働者受け入れの議論は下火になっていった。しかし1990年代末になると、少子高齢化やグローバル化を迎える中での労働力不足が懸念され、経済競争力に対する危機感、周辺各国からの受け入れ要請などを背景として、産業界を中心として再び受け入れに関する論議が起こった。当時の政府は1999年の「アジア経済再生ミッション」の報告書の中で「急速に高齢化しつつある日本社会では、介護の問題が大きな社会問題となりつつあるが、介護要員については、そもそも『介護』あるいはそれに類するものが、現在の在留資格には存在していないという状況であった。我が国自身に介護要員が不足し、また多くの要介護者が介護をうけるための金銭的負担に耐えられない現実が深刻化しつつある時代に、このような制度は見直されるべきであろう」と述べており、外国人の介護に対する在留資格要件の緩和など受け入れの促進が図られた。これに伴い、従来「専門的・技術的」分野の範囲の職種<sup>28</sup>に含まれてこなかった

<sup>26</sup> 2009年「介護職員処遇改善交付金」は、2012年「介護職員処遇改善加算」に変更された。

<sup>27</sup> 厚生労働省老健局老人保健課『介護保険最新情報』Vol. 719(2019年4月12日)参考。

<sup>28</sup> 1989年の改正入管法により、合計27の在留資格が整備され、受け入れる職種については「専門的・技術的分野」の外国人のみとされ、原則として単純労働者の受け入れを認めていない。

「介護福祉士」を、少子高齢化による「人手不足」の懸念を根拠に「専門的・技術労働者」の枠に含めることとした。

現在、政府は、外国人労働者の本格的な受け入れに向けて舵を取る方向性となり、人手不足の分野に広く門戸を開放する規制緩和の法改正が行われた。介護労働への受入れ方法は、現行では「外国人技能実習制度の活用」「EPA（経済連携協定）による候補者の雇用」「在留資格『介護』を持つ者の雇用」「在留資格『特定技能1号』を持つ者の雇用」のいずれかであるが、その経緯も制度目的も異なる。

ちなみに、現状では、介護の仕事をしている外国人労働者は「いない」91.4%、「いる」が5.4%であり、今後の活用について「予定がある」が15.9%であった。そのうち「外国人技能実習生」としての受け入れを考えている事業所は51.9%であり、「予定がある」中の半数を超えている<sup>29</sup>。

「外国人技能実習制度」は、1993年に「技能実習制度に係る出入国管理上の取扱いに関する指針」をもとに創設され、農業・漁業・工場労働などに限定していたが、2017年11月1日施行の「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」（平成28年法律第89号）において介護職種が追加された。「技能実習制度」の目的は、働きながら日本の技能や技術知識等を学び、本国へ技能移転を目的とする人材育成貢献にある<sup>30</sup>。

「EPA（経済連携協定）」Economic Partnership Agreementは、貿易の自由化にとどまらず、投資活動、人材の交流、知的財産の保護や競争政策におけるルール策定などにより、特定の国や地域との間の経済関係の強化を目的として締結する協定である。この協定内において経済交流・連携強化の一環として、特例的に介護労働の人材の候補者を受け入れ（特定活動）、介護福祉士の資格取得を目的としており、単純な看護・介護分野の労働力不足への対応は主意ではない<sup>31</sup>。なお、2018年度までに、介護福祉士候補者4302名（就学コース含む）を受入れている。

在留資格「介護」については、2013年に閣議決定した第二次安倍政権における成長戦略「日本再興戦略」では、2014年の改訂で「担い手を生み出す：女性の活躍促進と働き方改革—外国人が日本で活躍できる社会へ」と明記され、介護分野においても外国人の新たな就労制度の検討が行われ、2016年11月18日の「出入国管理及び難民認定法」（昭和26年政令第319号）改正により、在留資格として新たに「介護」が創設され、2017年9月より施行されている。これにより日本国内の介護福祉士養成施設等の課程を修了・卒業し、介護福祉士などの国家資格を取得し、介護または介護の指導を行う業務に従事するために、契約に基づいて介護事業所で就労する外国人については、在留資格を「留学」から「介護」に変更することにより永続的な就

<sup>29</sup> 前出の財団法人 介護労働安定センター「平成29年度介護労働実態調査」を参照されたい。

<sup>30</sup> 資料：「アジア健康構想」に関する取組状況と今後の方向性について

[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/kenkokoso\\_suishin\\_dai2/siryou2.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/kenkokoso_suishin_dai2/siryou2.pdf) 最終アクセス日：2019年5月10日。

<sup>31</sup> 経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れ概要参照。

最終アクセス日：2019年5月10日。 [http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-ShokugyouanteiShokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa\\_base\\_2909.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-ShokugyouanteiShokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa_base_2909.pdf)

労が可能であり在留期間の更新ができ、家族の帯同も認められている<sup>32</sup>。

そして、「特定技能1号」は、2019年4月より施行された、就労目的で外国人材を受け入れるための在留資格で、対象となる外国人は、技能水準・日本語能力水準を試験等で確認された上で入国する。介護事業所で最大5年間雇用することが可能であり、介護福祉士の資格取得により、在留資格「介護」に変更して、永続的に働くことが可能となり、行政は6万人の受入れを見込んでいる<sup>33</sup>。「特定技能1号」に係る制度は、中小・小規模事業者をはじめとした深刻化する人手不足に対応するため、特定産業分野(14分野)に属する相当程度の知識又は経験を必要とする技能を要する業務に従事する外国人に向けたものである。

特に「特定技能1号」は、人材不足のための一定の専門性・技能性を有する外国人の受入れが目的であることから、今後介護の分野にさらに外国人が参入してくることが推測される。しかし、単に「人手」不足を理由として、日本人の人材確保の阻害要因が改善されないまま、外国人労働者でカバーすることで、人材不足の解消を望むことは論外である。介護労働者の働きやすい環境の実現に対峙した上で、外国人労働者を受け入れるべきである。受け入れの目的を考慮せず、安易に外国人労働者の労働力に頼ることは避けるべきである。前述のように「潜在的」介護福祉士が60万人超という現実において、外国人労働者でこの不足及び不足感を充足することでは、介護労働者の人材確保問題の解決にはならない。

### (3)介護労働者の就労意識のサーベイ

介護労働者の確保について検証を行うにあたり、実際に介護に従事している者の意識やその動向を確認し、介護労働者について具体的な認識を進める必要がある。ここでは、介護労働者の就労意識の概要を「平成29年度介護労働実態調査」の「介護労働者の就業実態と就業意識調査」<sup>34</sup>から、施設系の事業所を中心として「介護」に従事する労働者の実情を探ることとする。

#### ①労働条件・仕事の負担についての悩み、不安等について

複数回答による上記調査の結果では、「仕事内容のわりに賃金が低い」が59.9%(全体50.2%)、「人手が足りない」47.9%(全体39.4%)、「身体的負担が大きい(腰痛や体力に不安がある)」41.9%(全体33.0%)、「夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある」45.9%(全体22.3%)と、介護労働者全体と比較して施設労働者の属性の特徴が表れている。また、「業務に対する社会的評価が低い」40.6%(全体36.4%)および「精神的にきつい」37.2%(全体31.1%)は、いずれの属性<sup>35</sup>の介護労働者も感じている結果となっている。なお、入所型施設は、訪問系

<sup>32</sup> 参考資料：在留資格「介護」の創設。「出入国管理及び難民認定法」別表第1の2による。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000151592.pdf> 最終アクセス日：2019年5月10日。

<sup>33</sup> <https://www.jitco.or.jp/ja/skill/> 最終アクセス日：2019年7月15日。

<sup>34</sup> 財団法人介護労働安定センターが平成29年度に介護労働者を対象に「介護労働者の就業実態と就業意識調査」についてアンケート調査を実施したものである(有効回答2万1250人)。

<sup>35</sup> 当該アンケートは「訪問系」、「施設系(入所型)」、「施設系(通所型)」、「その他」に属性を分類している。

や通所型施設と比して正社員の比率が高いことから<sup>36</sup>「正社員(正規職員)人になれない」悩みは6.0%(全体7.8%)と低い数字を示している。いずれの労働者も感じている「業務に対する社会的評価の低さ」「精神的なきつき」については、複雑な要因が絡み合っていると推測されることから、さらに具体的にその内容を精査する必要がある。

### ②現在の職場を選んだ理由等について

現在の「介護」の仕事を選んだ理由を、同様の就業意識調査結果から、介護労働者の就労意識として検証することができる。

複数回答により、「働きがいがある仕事だと思ったから」が58.2%と最も多く、「人や社会の役に立ちたいから」35.7%、「今後もニーズが高まる仕事だから」36.2%、「資格・技術が活かせるから」26.0%、などと高い就労意識を表す結果が得られている。また現在の仕事の満足度においても「仕事の内容・やりがい」に満足している介護労働者の割合は53.9%と高い水準にあるが、それに反して「賃金」に対する満足度は16.2%と低い結果となっている。

これについて下山(2008)は、東京都社会福祉協議会の資料<sup>37</sup>をもとに、「介護サービス求職者に特徴的な就労意識は、労働に対する経済的対価の面では報われることの少ない仕事であると知りながらも、やりがいのある仕事をもとめていることにより、社会的意義や価値のある仕事に従事するという「価値追求的態度」、その仕事に携わることによって社会的責任を果たしているという「心理的充足感」を重視しているのではないだろうか」と分析しており、さらに介護の仕事に対する「社会貢献意識」が強く、使命感のようなものが、介護サービスの求職者の就労意識の中に潜在化していることを指摘している<sup>38</sup>。

### ③離職の実相

では、離職の理由はどこにあるのだろうか。前出の就業意識調査結果においては、正社員が直前の介護の仕事をやめた理由として「職場の人間関係に問題があったため」が20.0%(前年23.9%)、「結婚・出産・妊娠・育児のため」18.3%(20.5%)、「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があったため」17.8%(18.6%)であり、職場環境や経営理念に対する理由が高い。「収入が少なかったため」は15.0%(16.5%)を示している。労働者にとって「賃金」は労働の対価であり、一般に職務遂行能力の代理指標と考えられることから、仕事の割には賃金が低いと感じ、離職をする場合も十分想定できる。しかし、それだけが離職理由ではない。介護労働者は就労意識が高く、その仕事にやりがいを感じているが、人間関係も含めて、複合的に有する不安や不満が、離職を引き起こしている理由の一因となっている現状を、読み取ることができる。

日本経済新聞(2019年6月16日付)の社説<sup>39</sup>では、介護人材の確保のために、介護職へのハラ

<sup>36</sup> 同一アンケート結果では、入所施設正社員比率は63.6%であるが、訪問系は29.8%である。

<sup>37</sup> 東京都社会福祉協議会(2004)『福祉職場への求職希望者意向・動向調査結果報告書』[http://www.tcsw.tvac.or.jp/info/report/0405\\_01.htm](http://www.tcsw.tvac.or.jp/info/report/0405_01.htm) 最終アクセス日:2019年7月25日。

<sup>38</sup> 下山(2008)163-167頁。

<sup>39</sup> 日本経済新聞電子版 <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO46163670V10C19A6SHF000/>

メントについて提言をしている。厚生労働省委託の「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書」(2019)によると、「これまでに」利用者・家族等のどちらかからハラスメントを受けたことがある人からの回答によると、ハラスメントを受けて仕事を辞めたいと思ったことの有無をみると、「はい」が2～4割であった。サービス種別でみると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護では36.7%、介護老人福祉施設では36.4%であった。さらに、ハラスメントを受けて実際に仕事を辞めたいと思ったことのある者のうち、「辞めたことがある」が1.8～11.6%と示されている<sup>40</sup>。離職者の数字としては決して多くはないが、離職の実相として看過できない問題であり、その問題の性質から、実態は表面化しにくいと考えられる。

## 2. 介護労働の特色

### (1) 介護の担い手の変遷

わが国における高齢者介護は、その大部分が家族によって支えられてきた。特に2000年に介護保険制度がスタートする以前の措置制度を中心とするシステムの中では、「社会」が介護を担う側面は限られており、措置制度における施設介護は、「福祉のお世話になる」こととして忌避される傾向にあり、介護は「家庭内の問題」の色彩が濃く、家庭における女性（妻・娘・嫁など）の仕事（家事）の延長線上に存在していた。しかし、高齢化の進展にともない介護を必要とする人が増加していく一方で、一般の家庭における介護は、行政からの十分な支援もなされず、家族の肉体的、精神的、経済的負担が社会的に座視できない状況に至った<sup>41</sup>。さらに、核家族化・女性の社会進出などの社会構造の変化により、家庭の介護機能は低下し、ますます高齢者介護の外部化が求められ、第三者のサービス導入が必要となり、社会的な連帯という色彩を強めていこうとする動きとして、「介護の社会化」が推進されることとなった<sup>42</sup>。下山(2001)は、「介護の社会化」とは高齢者の介護において、「介護にかかる責任主体の基軸を変更すること」と定義している<sup>43</sup>が、それは、社会経済情勢の変化や核家族化といった家族変動により、家族を担い手の主軸とする私的な介護から、専門的な介護者による社会的介護へ基軸の変更が必要となったことを意味しており、「労働としての介護」の必然性が明確となったと言える。

---

<sup>40</sup> 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金による株式会社三菱総合研究所による調査研究結果。  
[https://www.mri.co.jp/project\\_related/roujinhoken/uploadfiles/h30/H30\\_144\\_2\\_report.pdf](https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h30/H30_144_2_report.pdf)  
最終アクセス日：2019年8月3日。

<sup>41</sup> 1970年代のベストセラーであった有吉佐和子の小説『恍惚の人』や、1980年代前半のベストセラーとなった沖藤典子の『女が職場を去る日』により、女性の特に嫁の介護を担う役割と過酷さがクローズアップされた。

<sup>42</sup> 泉(2005)、田坂(1998)らは、人口の高齢化の進展により介護需要が飛躍的に拡大した一方で、家庭内での介護機能は女性の社会進出などにより低下し、「介護の社会化」が求められるようになったと述べている。

<sup>43</sup> 下山(2001)1頁。

遡って、家庭内に、外部から介護のサービス提供者を導入したのは、「家庭奉仕員制度」が嚆矢と考えることができる。その経緯は、1956年に長野県上田市等13市町村で開始された「家庭養護婦派遣事業」<sup>44</sup>、および1958年の大阪における「家庭奉仕員制度」に遡る。家庭奉仕員は、1962年には国庫補助事業となり、翌年には「老人福祉法」第12条に規定されることにより法的根拠をもつに至った。この家庭奉仕員について、須賀(1996)、堀田(2008)、渋谷(2010)<sup>45</sup>は、政策的背景とその業務の実態を明らかにしており、当時の低所得者層の老人世帯、特に独居老人世帯で生活に支障が生じた際、近隣の相互扶助を含めた私的扶養が困難で、社会的扶養が必要とされた場合においても、対象老人の施設保護を保障できるだけの施設数はなく、できる限り居宅での生活を継続させる施策として創設された。また、大阪市は家庭奉仕員に対して、「老人福祉に対する深い理解と熱意を有し、かなり厳しく骨の折れる訪問と仕事を続けて行う程度に肉体的精神的に健全であることに加え、確実な身元保証があること」と規定していた<sup>46</sup>。この認識は、1962年の『厚生白書』においても「この事業は老人に喜ばれているが、当面貧困層のしかも老衰の著しい老人が大半であるため、家庭奉仕員の業務は容易なものではなく、むしろ文字通り奉仕的な気持ちが必要なわけである」としたうえで、家庭内における介護を家庭外の労働力に依拠するシステムを登場させており、1983年の「老人保健法」制定とほぼ同時に、老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱が改訂され、それまでの派遣対象が、生活保護世帯と所得税非課税世帯に限られていた範囲を、一般の所得税課税世帯にまで拡大した。

その後1989年の「ゴールドプラン」において、家庭奉仕員制度が廃止され、ホームヘルパー<sup>47</sup>の名称が用いられるようになり、社会的介護サービスとして、身体介護を担う職業として明確化され、1991年からは、ホームヘルパー研修が制度化されるに至っている。古瀬(1996)は「1987年に介護福祉士という専門的資格制度をその専門性の頂点と位置づけたことにより、ホームヘルパーの社会的な位置づけも明確となり、量的にもかなりのレベル目標を視野におさめるまでになった」と分析しており、加えて「1990年の福祉八法<sup>48</sup>改正により、老人、身体障害者、知的障害者、児童、母子家庭、父子家庭等の領域において、在宅における介護の専門職種としてホームヘルパ

---

<sup>44</sup> 長野県の家庭養護婦派遣事業では、「職業安定法」(昭和22年11月30日法律第141号)との関連を明記して、家庭養護婦を労働者として雇用していた。

<sup>45</sup> 須賀(1996)87-122頁、堀田(2008)25-33頁、渋谷(2010)241-250頁。

<sup>46</sup> 大阪市の臨時家政婦派遣制度実施要綱による。当初は「臨時家政婦」と呼ばれていたが、1958年に「家庭奉仕員」と改称された。また、山田(2005)178-198頁では、「かなり厳しく骨の折れる」労働の担い手の確保について、当時は、戦争未亡人など寡婦の生活の困窮化が社会問題となっており、その生活援助と雇用対策の一環として「かなり厳しく骨の折れる」労働の担い手に、それらの寡婦を充てることを想起していたと分析している。

<sup>47</sup> 介護保険では「訪問介護員」と位置付けているが、ホームヘルパーの資格については、2011年から介護福祉士に1本化する流れとなり、ホームヘルパー2級の資格は、2013年3月で廃止され、2013年4月から、「介護職員初任者研修」資格がスタートした。しかし本稿においては、一般通念に準じて、居宅によりホームヘルプを行う訪問介護職者を、「ホームヘルパー」と表記する。

<sup>48</sup> 「児童福祉法」、「身体障害者福祉法」、「知的障害者福祉法」、「老人福祉法」、「母子および寡婦福祉法」、「高齢者の医療の確保に関する法律」(老人保健法)、「社会福祉法」、「生活保護法」の8法。

一をとらえられるようになったことにより、ホームヘルパーの社会的な位置づけも明確となり、量的にもかなりのレベル目標を視野におさめるまでになった」と述べている<sup>49</sup>。現在のホームヘルパーには資格試験というものはなく、特定の講習(介護職員初任者研修)を修了することで認められてしまうことから、「介護」の専門性と高度な能力を担保するために、ホームヘルパーの資格については、2011年から介護福祉士に一本化する流れとなっている。しかし、訪問介護におけるその役割を鑑みると、ホームヘルパーの位置づけについての議論は継続されるべきと考える。現状においても、特に居宅介護サービスにおいては、ホームヘルパーは欠かすことのできない介護労働者である。

次に、施設における介護の担い手は、どのような経緯を経て現在に至っているのでしょうか。施設介護についてわが国の推移を仄聞すると、既述のように、第二次世界大戦前1929年成立の救護法により「救護施設」が規定されたことが法的には端緒となるが、介護職員の資格要件などはなかった。第二次世界大戦後は、社会福祉制度が再編され、福祉三法として、1946年に「生活保護法」、翌1947年に「児童福祉法」、1949年に「身体障害者福祉法」、そして1951年には「社会福祉事業法」が整備され、施設による介護が登場することとなった。これらの施設については各々の施設最低基準が設けられ、介護を担当する職員として「寮母」の配置が義務づけられたが、詳細な業務内容や職員要件が定められているわけではなく、形としては「介護」が業務として担われることとなったが、ここではまだ、専門的労働として資格化するまでには至らなかった<sup>50</sup>。

1963年に制定された「老人福祉法」において、従来生活保護法の中に組み込まれていた高齢者に対する施策が、生活保護者に限定せず高齢者そのものを対象とする制度として構築された。「老人福祉法」第11条では、老人ホームへの収容等が示され、職員の配置基準が明確となり、特別養護老人ホーム等に寮母の配置が規定された。1978年には、老人福祉施設協議会が「福祉寮母」の資格を作り、主任寮母及びそれに準じるものを受講資格者として、講習会修了者に資格を与えることにより、寮母の果たす役割を重要視していたことがうかがわれる<sup>51</sup>。しかし、国としては、寮母職を資格化せず、専門職としての取り扱いを軽視してきたと言える。なお、現在も寮母・寮夫という呼び名は、厚生労働省の職員設置基準において職名として用いられているが、介護職員と同義と解しており、近年あまり一般的には使われていない呼称となっている。

1987年の「社会福祉士および介護福祉士法」(昭和62年5月26日法律第30号)の制定より、「介護福祉士」の養成が開始された。当時厚生省(現・厚生労働省)は、この法案提出の理由を、①高齢化と福祉ニードへの専門的な対応のため、②国際化と福祉専門家の養成の必要性、③福祉関係者の人材の確保と資質の向上、④シルバー・サービスの動向と資格制度の必要性であると説明している<sup>52</sup>。「介護福祉士の名称を用いて専門的知識・技術をもって、身体上または精神上の障

<sup>49</sup> 古瀬(1996)278頁。

<sup>50</sup> 平野(2007)60-61頁。

<sup>51</sup> 國定(2003)22~23頁。

<sup>52</sup> <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/313.pdf>  
厚生省(1987)福祉関係者の資格制度について(意見具申) 最終アクセス日:2019年8月3日。

害があることにより、日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者およびその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする」と同法第2条第2項に定められ、国家資格である介護福祉士により介護の専門性を担保し、「お金」と「人」を投入することで、介護サービスという「労働」を構築し、介護労働を社会のシステムに組み込んでいく体制の整備が進行したといえるが、今日に至るまで介護福祉士の専門職としての処遇は確立されているとは言い難い。

2000年に介護保険制度が構築されたことにより、漸く介護が家庭内の問題から、社会的問題として顕在化したと言える。その結果、介護の専門性を有する「人」や「場」において、介護が有償労働としてフォーマルに提供されることとなったが、家庭内において、妻や嫁が介護の担い手であった慣例は根強く残っているばかりでなく、親の介護等を理由に、これまでの働き方が続けられなくなる「介護離職」が社会問題となっており<sup>53</sup>、介護を担う労働者を社会のシステムの中で十分機能させるための議論がさらに求められている。

## (2) 介護労働の専門性

前述の介護労働者の就業意識でも明らかのように、「自らの専門技能や資格をいかして、やりがいのある介護の職に従事したい」という「専門職志向」の高い就労意識を有している介護労働者にとって、仕事へのやりがい、専門職としての社会的認知への期待は高いと言える。

しかしながら、介護労働者の専門職としての「介護福祉士」の位置づけをはじめとして、その専門性の理論は確固としたものが形成されていないのが現実である。介護は、家族が担い手であった経緯はもとより、介護に携わる者について明確な「専門性」が問われることなく、施設経営においては、介護職員等の人数の規制はあるものの、「資格」は必須の条件ではないことなど、介護従事者が専門職として社会に認識されているとは言い難い。これらのことが職業としての介護の「専門性」の研究が確立していない理由の一つであると考えられる。現在、介護労働者の専門性に関する研究は、下山(2008)、岡田(2008)、高木(2008)などに散見されるように、概ね、専門職としての人材育成のあり方、専門職としての労働条件や労働環境、専門職の質の向上などを論ずることにより評価を得ており、職業として介護労働の専門性を定義する研究は限られており、介護職の「専門家の責任」に係る研究は、管見の限りない。

一般に言うところの「専門性」は、特定の領域に関する知識や経験のことであり、権威を意味する側面と、職務遂行に必要とされる職能を意味する側面とがあるとされているが、介護労働においては、後者の職務遂行に必要とされる職能と考えるのが妥当である。

社会福祉の仕事が「専門職」といえるか否かという議論は、その多くがアメリカにおける研究の影響を受けており、1970年前後にわが国でも盛んに行われ、そのなかでも、嶋田(1971)<sup>54</sup>は、

<sup>53</sup> 総務省が公開している「平成24年就業構造基本調査結果」によれば、2007年から2012年の5年間に、介護・看護のため前職を離職した者は48万7000人で、うち女性は38万9000人で約8割を占める状況にある。安倍政権でも「介護離職ゼロ」目標が掲げられている。

<sup>54</sup> 嶋田(1971)17頁。

介護労働を「スペシャリストが編み出す行動様式に従って特定動作の反復による断片的な仕事に技能を鍛錬する特殊技能家であるスペシャライズド・ワーカー(specialized worker)」と位置付け、一般に専門家と言われるスペシャリスト(specialist)と区分している<sup>55</sup>。

これらの議論<sup>56</sup>を背景とし、1971年に中央社会福祉審議会において「社会福祉士法制定試案」が公表されたが、1976年に時期尚早として廃案となった。だがこの時の案に、老人福祉施設等の介護職である「主任寮母」が介護の専門職として含まれていたことを、新野(2003)<sup>57</sup>は評価している。その後、社会福祉士および介護福祉士に係る法律制定直前の1987年2月に、日本学術会議・社会福祉社会保障研究連絡委員会が発表した「社会福祉におけるケアワーカー(介護職員)の専門性と資格制度について(意見)」において、「生命の尊厳、高齢時における生活の意味についての深い認識と、ケアワーカーとしての責任感と倫理感をともなう専門性が要求されることはいうまでもない。」と提言された<sup>58</sup>。

専門性を客観的に担保するためには、資格は有効であるが、その資格に社会的認知の面でコンセンサスが得られており、一定の社会的評価が必要とされる。資格とは、ある行為を行うことを権限者(認定者)から許された地位であるが、それはその認定者によって、国家資格・公的資格・民間資格に分類<sup>59</sup>することができる。専門職性の検討においては、資格の認定者、資格制度の根拠が法定化されているか否かがポイントの一つとなる。資格の効用としては、資格の所有により特定の業務や職種について独占的・排他的な地位が保障される「業務独占」資格と、一定の資格を取得していないと、その名称を名乗れない「名称独占」資格がある。前者は医師や社会保険労務士などで、後者の「名称独占」の資格は、その業務の遂行には必ずしも資格は必要ないが、資格試験に合格した者のみが名乗ることができるもので、介護福祉士はその典型である<sup>60</sup>。能田(2008)<sup>61</sup>は、介護現場が長年、専門性が確立されていない無資格の介護従事者により支えられてきたという経緯と、在宅の介護は家族介護が主流をなしている現状から、介護福祉士を「業務独占」と位置づけられなかったのではないかと推測している。現実において、介護を特定の職種や有資格者だけが行う業務とすることは、実態的に困難な部分もあると考えられる。しかし、介護福祉士が「名称独占」資格であることが、社会的に専門職としてのコンセンサスが充分得られていない一因である可能性は否定できない。介護福祉士を「業務独占」資格とした場合、職域が拡大し、

<sup>55</sup> その他には、細川順正(1972)『専門職労働』としての社会福祉労働序説」、副田義也(1972)「福祉労働論の基本的枠組」、石村善助(1969)『現代のプロフェッション』等が代表とされる。

<sup>56</sup> 時井(2007)は、29-33頁において、欧米における専門職概念の分析の動向を示している。

<sup>57</sup> 新野(2003)65-66頁。

<sup>58</sup> 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会(1987)最終アクセス日：2019年6月25日。  
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/312.pdf>

<sup>59</sup> 国家資格は国が法律に基づき与える資格であり、知識・技術を判定する国家試験が実施され、試験は都道府県や指定団体により実施されることもある。公的資格は、国家資格と民間資格の中間的な位置づけにあり、資格付与についての一定の基準を所轄庁が認可し、試験等の業務を外部の財団法人等の公益法人が運営する。民間資格は数も多く、社会的評価も認定基準もまちまちである。

<sup>60</sup> 下山(2011)114-115頁。

<sup>61</sup> 能田(2008)565-566頁。

有資格者の就労が優位になり、専門性が高まる可能性を考慮すべきである。しかし、このことにより、例えば車いす利用者が電車から乗り降りする際に、介助する駅員等も資格がなければ手を出せないというように、一般的な介護活動が大きく制約されることとなり、ノーマライゼーションに逆行することにもなりかねない等、独占業務とする判断は慎重にならざるを得ないのは確かである。なお、厚生労働省は「名称独占としたのは、介護という行為は、一般家庭の家族によって日常的に行われていることからしても介護行為自体を規制対象とするのは困難であり、また業として行う者に限定して有資格者の必置義務または設置義務を課すことは、善意によって行われるボランティア活動を規制するおそれもあるため業務独占とすることはなじまない分野と考えられる」としている<sup>62</sup>。つまり、国は、介護は誰にでもできる仕事だと考え、国家資格である介護福祉士に独占の業務を認めないという姿勢をとることにより、その専門職としてのコンセンサスを、間接的に否定したものと解することができ、ここでも、介護労働の専門性に係る見解の曖昧さが露呈していると考えられる。

資格と専門職の理論上の関係について、池上(1988)は、『厚生白書』<sup>63</sup>の「他のサービス業従事者以上に専門性・技術性が要求されるだけではなく、同時に『豊かな人間性』や強い『倫理性』が要求される」という文言を強調することにより、『豊かな人間性』や『倫理性』という目的は、資格制度だけでは達成できない」としている<sup>64</sup>。また、「資格は、『危険物取扱』や『クレーン運転士』などの例に見られるように知識、技能について最低基準を満たしているときに交付される認定証明であって、業務遂行上の規範面を規定する性格を有していない」とし<sup>65</sup>、「専門職」と「資格職」の相違点を検証する中で、専門職の特性と資格職の概念を以下のように峻別している。

まず、「専門職」は、養成課程において長期の学園生活を共有することにより、知識の有無よりも、そのアイデンティティと行動規範の確立に重点が置かれており、これに反して「資格職」の養成の目的は、必要とされる最低レベルの技能、知識の修得であり、受験に際して特別な制限を設けていないことをあげている。次に労働市場において、「専門職」の制度下では、原則的には他の職務に従事することがなく、業務独占により専門職者以外が参入できないリジッドな労働市場を形成しており、これに反して「資格職」の制度下では、資格を取得しても従事する業務の内容が即規定されるわけではなく、有資格者の供給と雇用条件は基本的には、労働市場でフレキシブルに決定されているとしている。「専門職」の場合、専門職同士の内在的な動きによって、身分が確立されており、日常業務において非専門職者(layman)の管理から独立しており、これに反して「資格職」は社会の外在的な要請によって資格そのものが創設され、試験される内容についても他律的に規定されるとして両者を対比している。つまり、介護は「資格職」の色彩が強い「専門職」と捉える事ができる。

<sup>62</sup> 『社会福祉概論』(1988)中央法規出版 147 頁により。

<sup>63</sup> 厚生省編(1988)『厚生白書 昭和 62 年版』 厚生統計協会発行、29 頁。

<sup>64</sup> 池上(1988)138-139 頁。

<sup>65</sup> 今野浩一郎・下田健人(1995)は『資格の経済学』36 頁において「資格とは、一定の能力を習得したことを認定する称号」と述べている。

その上で、下山(2001)は、池上(1988)等を素材として、社会福祉分野における専門職の構成要件を、介護の実践を支え裏付けることのできる体系的な高度な専門的な知識や技術の存在であるとし、専門職養成を目的にした長期間の学園生活による特定の高等教育機関が用意され、修了段階に一定の資格試験を通過し、取得した知識や技術の水準を維持するために継続的な研修制度を必要とするとしている。また、従事する職業や業務についての名称あるいは業務上の独占的な地位が必要であり、無資格者の参入を容易に許していない。つまり、下山(2001)は、通常の方法では解決困難な生活問題等を解決することによる社会的有用性や存在意義が広く社会全体に共有される職業上の権威の存在や、独自の判断で仕事をすることができる職業上の自律性が求められ、仕事に誇りを持ち、仕事自体が生きがいであるという内発的な動機づけによる職業上の強い倫理が要請されているとして、「専門性」の定義を示している<sup>66</sup>。

さらに、中嶋(2006)<sup>67</sup>は、専門職の定義から介護の質の向上とその資格に重点をおき、まず、福祉・介護に関する基礎的な専門知識・技能、次に利用者の日常生活に即した実践的・技能、そしてそれらの専門的知識・技能の生涯学習(自己啓発)の3点の必要性を説いている。

しかし、いかなる定義を持って専門職としての位置づけを確定し、その専門性が認知されたとしても、結果として、「介護の専門性を保障し、それを高い質において引き出すためには、安定した雇用条件の確保や人員配置等働き続ける条件を整えることが必要だ」と、大和田(2009)<sup>68</sup>は述べている。加えて、浅井(2002)<sup>69</sup>も「専門性とは、その領域で利用者が抱えている社会的・精神的・身体的・経済的・文化的な状況課題に対する解決能力のことであり、それらを高めるためには、労働諸条件の改善、研究活動の活発化、職場の民主的な運営の要件が問われる」としている。つまり、何をもち「専門性」であるかを議論することより、専門性を活かすための事業所へのアプローチの意義を示している。

また、下山(2008)<sup>70</sup>は、「介護サービス職の労働市場における専門職化の程度を測定する基準の一つとして、特定の職種内における、介護福祉士等の資格所有者の占有率があろう」と述べている。政策面では、国家資格である介護福祉士の位置づけと介護従事者の専門性等に係る適切な評価およびキャリア・アップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて、介護報酬の加算基準に反映させることにより、資格所有者の占有率を評価している。介護職員総数に対する介護福祉士の占める割合が50%以上を保持することができる施設事業所には、サービス提供体制強化として、介護報酬の加算が行われている。しかし有資格者の占有率をいかにあげたとしても、専門職としての十分な処遇が検討されなければ、それは意味をなさない。問題は、知識・実践技能、態度的価値・精神的価値を提供する人間性を加味して、介護とは何か、介護労働の専門性とは何か、何をもち専門職であると言える

---

<sup>66</sup> 下山(2001)110-112頁。

<sup>67</sup> 中嶋(2006)29頁。

<sup>68</sup> 大和田(2009)145頁。

<sup>69</sup> 浅井(2002)52頁。

<sup>70</sup> 下山(2008)176-177頁。

かについて、明確な定義がなされていないことにある。

介護の専門性の考察には、介護は従来「家庭内の問題」的色彩が濃く、家庭における女の仕事(家事)の延長線上に存在し、極めて閉鎖的で密室的な空間で行われていた経緯から、社会に見えにくいという負の特性を認識しなければならない。

介護労働は、入浴や排せつの介助等の身体介護を中心とした場面の「肉体労働」、利用者に対して場面場面に応じて適切な判断が求められる「頭脳労働」、そして、多く感情の受け渡しが行われる「感情労働」の3つの形態で成り立っていると考えることができるが、最も見えにくい労働が「感情労働」であると言える。

「感情労働」という概念は、アメリカの社会学者 A. R. Hochschild により「Emotional Labor」と表現され、ホックシールド(1983)において、サービス提供者側の「感情」を商品価値として認め、「相手の中に適切な精神状態をつくり出すために、自分の感情を誘発したり抑制したりしながら、自分の外見を維持することを要求」する労働と定義され、個々人の感情経験が、感情に関して人々と共有された感情規則(feeling rules)とのかかわりの中で、個々人の抱いた感情がその場において当然抱かれるべきものと捉え、それを調整しようとする感情管理(emotion management)を、職務の中で課せられることをもって、「感情労働」と呼んでいる<sup>71</sup>。

感情労働が求められる職業の特徴は、①直接的な対面による接触、直接対話による接触が不可欠であること、②労働者は、何らかの感情操作(特定の感情喚起など)のために自分の感情管理を行わなければならないこと、③経営者側が、研究や管理体制(教育や指導)を通じて労働者の感情管理にある程度影響することにあるとしている<sup>72</sup>。①②については、対人サービス労働において顕著に認められる特徴であり、介護労働にも該当する。③の特徴についての蓋然性は、議論の余地もある<sup>73</sup>が、介護保険制度下における介護労働については、介護事業所の感情規則および制度システムによって、労働者の感情が管理されていると推察されることから、③についても、現行の介護労働における感情労働の認識に関して象徴的であると考えられる。

特に、近年増加傾向にあり問題となっている認知症を対象とした介護について、二木(2010)は、介護労働者自身の感情を管理し、利用者を理解する、信頼関係を構築する、利用者の立場に立って考える、ニーズを察知する、利用者に関わる中でその人の生きる気力ややる気など好ましい感情を引き出すなど、高度な感情労働が不可欠である<sup>74</sup>と、その専門性を示唆している。

専門性はホームヘルパーにも求められるが、そのサービスは、制度上「身体介護」と「生活援助」という具体的なサービス提供に特化しているが、利用者ヘルパーの間には、その業務の性質上密度の濃い人間関係が存在する。したがってヘルパーの仕事には「肉体労働」「頭脳労働」に加え「感情労働」の視点による専門性が求められている。水谷(2018)は、①感情労働は、コミュニケーション領域の拡大を背景として、職務遂行に際して極めて重要な要素であることから、メ

<sup>71</sup> ホックシールド(1983) 7頁。

<sup>72</sup> *Ibid*, 170頁。

<sup>73</sup> 長谷川(2008)においては、③については半分しか認められないとしている。

<sup>74</sup> 二木(2010)89頁。

ンタル不全に陥りやすい特質があり、②感情労働は、自己もしくは他者の感情管理を中核とする労働であることから、その労務提供の内容は、無限定・無定量性を帯びざるを得なくなり、個々のサービスや労働者の労務提供行為に依存せざるを得ないという側面を有し、③その労働は、量的評価ではなく質的評価がなじむものであり、賃金決定が労務提供そのものより、労務提供に付着したその時代や社会における社会的地位、もしくは職場に対する評価や人々の意識と結びつきやすい。そして、④感情労働は、介護において労務提供は必然的に一回性であり、労働者が感情管理を怠ったことにより、場合によっては致命的なトラブルとなると、介護労働の独特な困難さを示している<sup>75</sup>。すなわち、感情管理をふまえた介護労働の遂行には、感情管理のスキルが不可欠な要素となる。しかしながら、ホームヘルパーは、在宅における介護の専門職種であるにも関わらず、従来資格試験というものはなく、特定の講習を修了することで認められてしまっており、介護福祉士においても、その資格取得のカリキュラムに、感情労働に対する項目は散見されない。

2013年度より「介護」の専門性と高度な能力を担保するために、介護福祉士に一本化する構想の一環として、ホームヘルパーの資格については、「介護職員初任者研修課程」資格に改められた。

「介護職員初任者研修課程」<sup>76</sup>のカリキュラムは、「介護における尊厳の保持・自立支援」「介護・福祉サービスの理解と医療の連帯」「認知症の理解」「生活支援技術」などで構成され、講習と演習の受講は、従来のホームヘルパー2級と同じだが、新たに受講後に筆記試験が課せられることになった。従来のホームヘルパー2級取得者は、この後は「介護職員初任者」とみなされることおよび介護福祉士の資格への一本化の流れ<sup>77</sup>に進んでいる。2004年7月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた意見書<sup>78</sup>では、「将来は、介護福祉士を基本とすべき」として、その方針に沿って進捗しつつあり、介護の専門性を介護福祉士資格者に求める方向性を示している<sup>79</sup>。しかし、介護福祉士においても、その資格取得のカリキュラムに、感情労働に対する項目は見当たらない。

「介護福祉士」養成の開始は、1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和62年5月26日法律第30号最終改正：平成19年12月5日法律第125号）制定による。「介護保険法」では「介護サービス」については、「介護保険法」第1条に示されているが、「介護」および「介護サービス」

---

<sup>75</sup> 水谷(2018)20-21頁。

<sup>76</sup> ホームヘルパー3級は2012年度末に廃止された。従来においてもホームヘルパー3級者は、生活援助のみの従事であったため、ホームヘルパーとしての雇用はされていなかった。なお、「介護職員初任者研修課程取得者」についても汎用的な「ホームヘルパー」の表現をそのまま用いる。

<sup>77</sup> 厚生労働省によるキャリアパスの基本の新ルートは、「介護職員初任者研修」⇒「介護福祉士実務者研修」⇒「介護福祉士」⇒「認定介護福祉士（新設予定）」と将来ステップアップを目指す人にとっては目標を立てやすい一本の養成ルートになる。

<sup>78</sup> 社会保障審議会介護保険部会(2004)による『介護保険制度の見直しに関する意見』55頁。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf> 最終アクセス日：2019年7月28日。

<sup>79</sup> 現在、居宅サービスでは、原則としてホームヘルパー（介護職員初任者研修課程取得者）以上の資格を有していなければ、介護業務に従事することはできないが、施設介護では法定の有資格者の数を確保していれば、他の介護職員に対する資格規定はない。したがって介護福祉士の資格を有していなくとも、特別養護老人ホーム等の施設において介護に従事することができる。つまり、専門性を担保する資格を問われることなく施設における介護に従事することができるのが現状である。

の定義は明記されていないが、既述のように「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項において初めて具体的に示され、国家資格として「介護」が認知された<sup>80</sup>が、介護サービスは、社会福祉、医療、看護、家政などがクロスした領域の対人サービスであることから、固有の専門性は理解され難く、その理論的な裏付けは医療や看護の専門性と比して脆弱である。例えば、厚生労働省は「介護福祉士」について「介護の専門職」という表現を用いており、また、厚生労働省所管の労働政策研究・研修機構が作成する「職業分類番号別索引表」では、施設に勤務する介護福祉士は、医師・看護師等と同様の「専門的・技術的職業」に分類され「社会福祉専門の職業」とされているが、訪問介護員としての介護労働者は「サービスの職業」として家政婦等と同様に分類され「家庭生活支援サービスの職業(ホームヘルパー)」とされている。「介護福祉士」は施設においても居宅においても、要介護者等の生活支援を主たる業務としていることは変わらず、このような分類方法が用いられていることから、国の介護労働に係る見解の曖昧さを露呈している。

また、職務分類上、介護福祉士は、医師・看護師等と同様に「専門職・技術的職業」とされているが、医師・看護師等に匹敵する本格的な専門職と捉える社会的認識はない。西川(2008)は、医療・福祉専門職域には、医師を頂点とした厳格な職業ヒエラルキーが存在し、これらの中でも比較的新しい職業として位置づけられている介護職は、専門的な理論の発達は他の医療・福祉関連職に比べると遅れをとっており、これらの関連他職(特に看護職)との関係上、従属的な地位にとどまらざるを得ない要因になっている<sup>81</sup>と述べている。つまり、介護労働は、専門領域および専門性が他の専門職と比べて不明瞭であるため、専門職としての立場を正当に主張することを難しくしているのである。これらの情勢が、後述するところの、介護労働者のヒューマン・ライツに影響を及ぼしていると推認することができる。

公益社団法人日本介護福祉士会<sup>82</sup>によると、「介護福祉士の専門性」はよく使われる言葉ではあるが、その内容についてははっきり示されたものはないことから、当該会では「介護福祉士の専門性」について明文化を考え、「介護福祉士の専門性とは、利用者の生活をより良い方向へ変化させるために、根拠に基づいた介護の実践とともに環境を整備することができること」であり、①利用者の自立に向けた介護過程を展開し、根拠に基づいた質の高い介護を実践し、②自ら介護等に関する知識および技能の向上に努めるだけでなく、自立支援に向けた介護技術等、具体的な指導・助言を行い、③利用者の心身その他の状況に応じて、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるよう、物的・人的・制度的等、様々な環境整備を行うとともに、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならないと示したが<sup>83</sup>、専門性をアピールするには至っていない。

---

<sup>80</sup> 介護福祉士は「名称独占」の資格であり、この資格をもたない者が「介護福祉士」という名称を勝手に使用してはならないということを規定したものであり、当該資格をもっていなければ、本条に定める業務を行ってはならないということではない。

<sup>81</sup> 西川(2008)160頁。

<sup>82</sup> 介護福祉士の職業倫理の向上、介護に関する専門的教育及び研究を通して、その専門性を高め、介護福祉士の資質の向上と介護に関する知識、技術の普及を図り、国民の福祉の増進に寄与することを目的とし、1994年2月に設立。介護福祉士の有資格者を会員とする。

<sup>83</sup> <http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/senmon.php> 最終アクセス日：2019年7月14日。

これについて、青木(2017)は、看護師やソーシャルワーカーのなどのように、国際団体による定義への依拠がなく、さらに介護職員による医療的ケアが可能になったことが、介護福祉士の専門性に関して、笠原(2014)<sup>84</sup>の言うところの「介護福祉士に何ができるのか、具体的な成果を科学的に実証してこなかったままになっている」と述べている<sup>85</sup>。介護従事者による医療行為については、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成23年法律第72号)第5条をうけて、「社会福祉士及び介護福祉士法」の中で、介護福祉士等による、たんの吸引等の実施を行うための一部改正が行われた。この医療行為を一定の条件のもと、介護福祉士等の介護従事者に行わせることにより、介護の専門性の拡張を主意としたものではなく、利用者と家族の負担軽減と、看護師が十分に確保できないことに対する施策であり、違法性の阻却に過ぎず、事故発生時の責任の所在が不明確である等、介護従事者からの不安の声も上がっている。

これらの専門職性をめぐる議論は今日においても活発であるが、逆にそれはこれらの専門性の定義やそれを担保する確固たる理論が確立されていないことを意味していると思われる。2000年代初頭の景気低迷による雇用の縮小に対して、政府は「人手不足」と言われている介護分野に雇用創出の期待を寄せていたが、介護には知識・実践技能は勿論のこと、それ以外に態度的価値・精神的価値を提供する人間性をも加味した専門的なスキルが求められることなどもあり、介護職の雇用拡大は思惑通りにはいかなかった。それは、下山(2001)や中嶋(2006)が先行研究で述べている「専門性」の必要性を、少なからず社会が認識したと捉えることができる。したがって、介護の分野における人材の確保は、他業種からの流入による確保より、第一義的には、現在介護の分野で就労をしている専門的なスキルを有する人材を育成し、その流出を防ぐことが重要である。

以上のように介護労働は、専門性について確固たる定義や位置づけがまだまだ明確にはなっていない。しかし、介護には知識・実践技能は勿論のこと、それ以外に態度的価値・精神的価値を提供する「感情労働」をも加味した専門的なスキルが期待されている職種であることは既述のとおりである。一方、介護の業務に関して家事や介護の経験があれば、だれもが容易に参入できるのではないかと、その専門性に疑義が持たれているという一面も有している。問題は、介護事業者が、知識・実践技能、態度的価値・精神的価値を提供する介護労働者を、専門性を有する「人」として尊重し、労働者がそのスキルを十分発揮することができる労働環境を整えることができるかにある。

### (3)介護労働の評価

介護労働の評価は、一般的に福祉・介護の分野では歴史的背景から「人が人を評価する」ことが馴染まない職種と言われており、他の一般企業と比べて、人事評価システムの構築は先進的とは言えない。

実際に「措置制度」のもとでは、あまり必要とされていなかった人事評価制度は、介護保険制

---

<sup>84</sup> 笠原(2014)141頁。

<sup>85</sup> 青木(2017)189-191頁。

度の導入を転換期として、民間企業を参考にして積極的に導入が図られている。人事評価は、従業員の能力や業績などの日常的な勤務状況、行動を評価し、その評価が賃金の決定、昇進・昇格、配置転換、能力開発など人事管理の重要な判断材料となる。そしてその人事評価の中核をなすのが人事考課制度である。

人事考課は、一般的には、「能力」「業績」「情意」の3つの評価項目から成り、評価者個人の価値観ではなく、一定ルールに則して行われる。「能力考課」は、職能資格制度の運用のベースになり、職務を遂行するための能力(職務遂行能力)を考課要素とする。人事考課に基づく「職能資格制度」は年功的な処遇を排除する目的で、評価の基準を「年功」から「職務遂行能力」に変更したものである。この制度は、長期雇用を前提に、職務遂行能力の向上過程を「ランク」であらわして、それに賃金を反映させることにより、従業員の能力を育成開発することを可能にしたものである。しかし、職務遂行能力は、経験を積むことにより能力が高まることから、経験を蓄積することと、年齢を重ねることが同一視され、能力考課が年功序列化してしまう問題点を有している。

「業績考課」は、業務の達成度が数値化できる職種においては導入しやすいが、介護のように仕事の「質」を問う職務については、運用が困難である。本稿の実態調査における施設においても、人事考課は能力考課と情意考課により実施されていることから、これを確認することができる。

「情意考課」は、勤怠状況、仕事への取り組みの姿勢、やる気などを、規律性・積極性・協調性・改善努力・自己管理・チャレンジ意欲・責任感などの考課要素により査定するが、これらの要素は抽象的であることから、その内容の実態に即した定義づけや目標設定の周知が重要であり、介護労働においては、人事考課についても、一般論をそのまま適用することは困難である。

具体的に示される数字としては、林(2001)(2006)<sup>86</sup>の調査結果によると、特別養護老人ホームにおいて、人事考課制度が「ある」施設が2001年の27.3%から、2006年には53.7%と倍増しており<sup>87</sup>、人事考課制度とともに「職能給」の導入(41.7%)、「職能資格制度」の導入(38.3%)が進んでいる。加えて人事考課制度の存在を前提とする「職能給」、「職能資格制度」のそれぞれについて、「導入検討」、「導入予定」の施設も増加している結果が得られている。その後の動向として、2009年より開始された「介護職員処遇改善交付金」<sup>88</sup>制度による影響が、背景にあることは認識しておかなければならない。当該交付金は、2010年10月から交付要件として、介護職員のキャリアパス要件を具体的に設定し、全職員にそれを周知しなければならなくなり、職員の資格や能力、勤続年数等に応じて、具体的な処遇や役職のステップアップ経路を決める等級制度と、それに応じた賃金体系、および、そのステップアップを支援する事業者の取り組みが求められている。厚生労働省が求める要件と介護現場のギャップに関する可否は別として、この交付金制度により、立ち

<sup>86</sup> 林和彦が、全国社会福祉協議会(2001年、2006年)による調査を『「社会福祉施設の人事労務管理」実態調査報告書』にまとめている(同報告書10頁、17頁)。

<sup>87</sup> 2017年の独立行政法人福祉医療機構経営サポートセンターリサーチグループによる「介護人材」に関するアンケート調査では67.4%を示している。

<sup>88</sup> 厚生労働省が2009年10月～の加算は、介護職員の確保と定着のための施策として助成を行っているものであり、介護職員一人当たり月額1.5万円交付を原則としている。

遅れていた介護界の人事評価制度が前進したことは否定できない<sup>89</sup>。

「評価」には、外的な「社会的評価」と内的な「経営者による評価」が考えられる。

既述の先行研究において、下山(2008)<sup>90</sup>は、介護労働者の就労意識には、やりがいのある仕事を求めて、社会的意義や価値のある仕事に従事するという「価値追求的态度」、その仕事に携わることによって社会的責任を果たしているという「心理的充足感」を確認しており、さらに介護の仕事に対する「社会貢献意識」も強く、「ハイモラルな意識状態」の人たちであり、自らの専門技能や資格を活かしたいという「専門職志向」も就労意識の特徴であると指摘している。これらの労働者意識を充足させることができる「評価」が「社会的評価」である。まず、学校教育をはじめ、国民全体が、介護労働の意義について理解を深めることが必要である。「介護」に係る国民的理解は、介護保険制度等社会保障の安定と持続と発展のためにも重要であるばかりでなく、介護従事者が介護の分野で働き続ける力につながる。高い就労意識を有している介護従事者にとって、専門職として社会的な評価が得られることは、職業への誇りをますます深めることができ、モチベーションが高まり、結果として介護の質の向上につながる。筆者がインタビューを行った前章掲載の3施設からも、次に掲載する介護労働者からも、「介護」について社会的理解が欠けていることが問題点として指摘されている。介護労働については、賃金が低い、仕事がきついなどのマイナス面ばかりがクローズアップされていることは否めない。現在のマイナス的评价は、専門職の発出の問題にも影響を及ぼしている。介護福祉士等を養成する大学等の専門教育機関では、定員割れが続いていることの要因の一つとして、このマイナス的评价があげられている。行政も施策として、正しい情報の周知、情報公開、PRは不可欠であり、我が国にとって介護労働者の確保に係る問題が、いかに重要であるかをアピールしなければならない。つまり、「介護」という仕事の社会的意義と社会的責任を承認する「評価」が必要なのである。また、各介護事業所においても、国民的理解が得られる様、個々のサービス展開を通じ、地域において信頼される事業経営に積極的に取り組み、プラスの社会的評価に反映されるよう努めることが、質の高い介護労働者の確保につながると考える。また、いかなる仕事でも、自分の成した仕事について正当な評価がなされることは、労働意欲を向上させる。特に「価値追求的态度」を有する就労意識の高い介護労働者にとって、「評価」は介護の仕事が続けていく上で、欠かすことができないものであると考える。仕事に対する「経営者による評価」つまり人事評価は、労働意欲の向上において重要なツールとなる。

評価制度として、近時に注目されているのが、内閣府により2012年度からスタートした「実践キャリア・アップ戦略」の一つである「プロフェッショナルキャリア段位制度」である。職場における実践的なスキルについて目指すべき水準を明確にするとともに、これを処遇や社会的評価の改善に結び付けていくことを目的としている制度であり、資格の有無や研修の修了のみならず、

---

<sup>89</sup> キャリアパス要件の設定とともに、過去に取り組んだ処遇改善を具体的に示し、その費用を明示するという処遇改善に関する定量要件も加わり、いずれかの要件が欠けると10%の減額、両方欠く場合には20%減額の措置が取られる。

<sup>90</sup> 下山(2008)163-167頁。

「職場で実際に何ができるか」を証明できるとしている。職業能力を共通のものさしで評価し、エントリーレベルからトップ・プロフェッショナルまで7段階のレベル(現行では4段階で実施)で認定する。介護プロフェッショナルについては、既存の国家資格制度や研修制度との関係も考慮し、実践的スキルについて重点的に評価するとされているが、介護の専門性や介護福祉士等の専門職としての位置づけが明確ではない現状においては、実践的な職務の評価と段位との関係及び内容が、適正妥当であるとは言い難く、専門職として評価が適正になされているかについては、懐疑的ではあるが、人事評価制度の導入が遅れている介護の分野においては、その推進が図られたことはもとより、介護職員のやりがいやスキルアップの目標につながることを鑑みても、適正な専門性に関する明確化とその分析による評価は必須である。

しかし、前節においても問題とした「感情労働」については、いかに評価すべきかが大きな課題となっている。介護労働の専門性は、利用者の身体に直接接触して行われる「身体介護」については、介護報酬システムにおいて介護のスキルとして評価されている。身体介護以外で利用者が日常生活を営むことを支援する「生活支援」は、誰でもできる労働として評価は低い。しかし「感情労働」については、専門的スキルが必要とされるにも関わらず、全く評価対象とされていない。専門性の習得は、専門教育機関や資格制度のカリキュラム等により習得が担保されているが、感情労働に求められる感情管理は教育機関やテキストで学ぶことが難しい領域であり、田中(2010)は、個の経験を通して身に付けていくような、見えない労働や知識の専門性を正当に評価することについて論じている<sup>91</sup>。また、田中(2008)は、ホームヘルパーたちへの聞き取り調査から、「身体介護は場数を踏めばその技能は上達するが、生活支援はそうはいかない。ホームヘルパーの職場は利用者の生活の場であり、その人なりの生活習慣に即した生活支援を行うにも、ヘルパーは利用者との間に人間関係をつくっていかないと、介護を任せてもらえない。個々の目に見える作業タスクを介護の仕事とみなしがちだが、目に見えない労働である感情労働が十分できないと、介護の仕事が成り立たない。しかし、この目に見えない感情労働が、まったく評価の対象になってこない」とまとめている<sup>92</sup>。

なお、感情労働の評価について、西川(2006)は、感情と労働の関係について論じており、感情労働に対する2つのアプローチの仕方として、感情労働をその職務特性に注目して emotional labour とするアプローチと、その職務遂行に必要な能力である EI(emotional intelligence)に注目し emotional work/management とするアプローチを示している。また感情労働には質的に異なるタイプが存在し、そのタイプによって適切な評価の方法が異なることを議論している。感情労働を、顧客との関係が短期であり、場面に応じたスクリプトの準備により「演技」で対応が可能なものと、顧客との関係が長期に渡り、互いの信頼関係の構築が不可欠で相手を援助したり相手の成長を促したりすることが必要なものとで区別している。在宅介護は後者に位置づけられるとした上で、今後産業構造のサービス化や専門化が進み、少子高齢化によって生活の質の向上が注

---

<sup>91</sup> 田中(2010)56-57頁。

<sup>92</sup> 田中(2008)21頁。

目され、あらゆる労働の場面において感情労働の重要性が高まってくるであろうと述べ、その特徴やその類型化について未だ共通した見解は得られていないが、これらが明らかになると、感情労働を要する仕事をどのように評価し、またそれに従事する者をどのように処遇するかという視点が定まってくると示唆している<sup>93</sup>。今後は、医療とのかかわり等多くの専門職の協働の下、より具体的に介護の専門性が定義され生成され、適正な評価に帰結することが、労働者の定着・確保に少なからず影響を及ぼすと考えられる。

### 3. 介護労働に係る実地調査(インタビュー)の概要

#### (1) 調査の内容と目的

介護労働者の確保について検証を行うにあたり、実際に介護に従事している者の意識やその動向を確認し、介護労働者について具体的な認識を進める必要がある。介護労働者の就労意識および抱えている問題等は、個々に異なることから、大数のアンケート結果を補足し参考資料とすべく、介護に従事する者に2017年から2018年にインタビューを行った。その中から、社会福祉法人(特別養護老人ホーム)勤務の男性、株式会社(介護付き有料老人ホーム)に勤務の女性、8年勤務した特別養護老人ホームを退職した女性、の3名へのインタビュー内容から、介護に従事する労働者の実情を探ることとする。なお、インタビュー対象者には、書面にて目的を伝え、個人情報保護に努めることを説明し、同意を得て実施している。なお、文章表現については、インタビュー対象者の言葉をできるだけ尊重して記載している。

#### (2) 介護労働者に対するインタビュー

①D氏(男性) 1978年生まれ 静岡県N市在住 2017年8月18日実施  
(静岡県)社会福祉法人M特別養護老人ホームS:約15年勤務(介護職歴約20年)  
保有資格:介護福祉士/ケアマネジャー 家族構成:配偶者・子(2人)

##### 【今の仕事を選んだ経緯】

長男なので地元に残って暮らしたいと考えていた。しかし、特に勤めたいと思う企業は地元にはなかったため、信用金庫や役所に勤めることを漠然と考えていた。当時、父方の祖父・祖母と同居していて、少しずつ母の負担が増えていく様子を見て、母を助けてお年寄りのお世話をする仕事があるのだろうかと思い、自分で調べて、社会福祉法人Rの老人ホーム(特別養護老人ホームおよび養護老人ホーム)に就職した。

母は反対だったが、お年寄りは好きだったし、周囲に「偉いねえ、若いのに」と褒められて、あまり深くは考えずに就職したが、「人の役に立ちたい」という気持ちは強かった。

##### 【就労の状況】

---

<sup>93</sup> 西川(2006) 1-13頁。

施設は古く仕事も大変だったが、若い男子の入職は歓迎されていた。2年目には、デイサービスの送迎バスの運転も任せられ、このまま介護の仕事が続けようと思えるようになり、介護福祉士の国家資格を実務経験(3年)資格で受験を目指し、5年目で資格を取得した。2000年に介護保険制度がスタートしたのを機に、ケアマネジャーの資格を取得し、2002年に新しく特別養護老人ホームを開設する社会福祉法人Mに転職した。

現在は、現場で介護に携わるばかりでなく、ケアマネジャーのチーフとユニットの総括マネジャーを任せられ、充実している。施設長への昇進の可能性もある。

#### 【介護労働に対する感想・意見】

選択した介護の仕事は、自分に合っているし、人間関係をはじめ職場環境にも恵まれている。当該施設の特徴として、法人所属内にもう一つ介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)があることから、採用・研修に関しては、費用効果等の面も含めて、法人が統括して行い、採用は定期的に新卒者を対象として行っており、就職希望者も多い。地域的な雇用情勢もあり、採用にあたっては十分に人選が可能な状態にあると思われる。また必要に応じて中途採用も行っているが、新卒の介護福祉士有資格者の正社員採用を基本とし、非正規職員は、食堂のスタッフと労働者本人の希望によるものであるとのこと。

また、離職率は大変低く、定着率も高い。当該施設においては介護職員配置比率が1.8人対1であることから、労働力は十分に確保できている状態にあると判断している。したがって人員配置に余裕があるため、休日もちんちんと確保できている。しかし、ここ数年福祉系の学校の定員割れが続いているため、今後は採用に若干の不安もあるが、報道はマイナスばかり誇張した情報が過剰であり、実際に現場で働いている人間にとっては憤りを覚えている。確かに大変な仕事だが、どのような仕事でも大変だと思うし、労働環境は決して「劣悪」と報道されるようなことはなく、やりがいもあり、感謝もされ、社会の役に立っているという自負もある。高校の進路指導の先生方に、この仕事を理解してほしい。

当法人は「明るく、楽しく、無理をしない」をモットーにしており、「無理をしない」とは、自分の中にトラブルや悩みを抱え込まない、休めるときには休む、という心も体も無理をしないことにより、仕事も潤沢に進み、人の定着が図れていると考える。また、職務の上で「できないこと」に直面した時、まず「どうしたらよいかを、よく考える」ことを提唱し、「できないことを、できる限りできるように工夫をする」方法をスタッフで検討するよう、立場上、ミーティング等で指導を行っている。

現時点では、人材の確保定着については、特に問題視する点はないと感じている。法人の設立は1973年<sup>94</sup>と比較的歴史があり、地元での地名度もあり、しかも施設が新しいことがうまく作用して、人材の確保定着にプラスに働いていると感じている。また同地域の

<sup>94</sup> 独立行政法人福祉医療機構(2010)によると、全国の社会福祉法人の設立時期は、介護保険導入を見越した平成7年以降設立が34%、昭和60年から平成6年が26%、昭和50年代が29%、昭和40年代9%、昭和30年代4%である。

他産業の賃金水準と比べても決して低い賃金ではない。報道では「男性の寿退社」などと揶揄されているが、資格取得や役職等により、結婚しても子供ができてもしっかりやっている。自分たち先輩の働き方を見ているので、若い男性職員も頑張っているように思う。さらに新人研修の徹底、研修機会の積極的付与、介護福祉士等の資格取得の奨励等も離職者が少ない理由であると推測している。

新人研修はOJTを中心とし、集合研修も含めて半年から1年の期間をかけて行っている。採用は有資格者を基本とするが、入職後も資格取得に対して積極的なバックアップがあるので、介護従事者の全員が介護福祉士有資格を目指しており、ケアマネジャー等の資格取得によるキャリア・アップも推進している。

介護以外の仕事は、高校生の時のアルバイト以外経験がないが、介護の仕事は、世の中の人が言うほど悪い仕事ではないと思う。

②S氏（女性） 1968年生まれ 埼玉県T市在住 2018年5月26日実施

（埼玉県）株式会社介護付き有料老人ホームA： 5年勤務

保有資格：（旧）ホームヘルパー2級 家族構成：配偶者・子（1人）

【今の仕事を選んだ経緯】

子育てが落ち着いたので、働きに出てみようと考えて、パートの仕事を探していたところ、訪問介護の仕事が目についた。数年前に将来自分の親の介護の際に役に立つかもしれないと思い、ホームヘルパーの勉強をして取得した資格がそのままになっていたこと、他の近隣のパートタイムの仕事よりかなり時給が高いこと、訪問先に直行・直帰が可能で、時間の調整がうまくできそうと感じたことなどから、訪問介護の仕事を考え検討した。しかし、お宅に伺って一人で利用者のお世話をすることに不安を感じ、同じ介護の仕事でも、チームで仕事ができる「施設」系の仕事を探すことにした。比較的通勤にも便利な介護付き有料老人ホームにパートタイマーで就労することにした。

はじめは慣れない仕事と、利用者様の状況や気持ちを把握するのに苦労したが、お年寄りに「頼りにされている」と感じられるようになった頃（入職から1年半ほど経過時）に、正社員にならないかとお話があり、2年目から正社員として就労している。

【就労の状況】

年齢の割には経験が不足しているが、先輩たちのスキルを学びながら、この仕事を続けていこうと思っている。しかし、会社の必須の研修などは業務の一環として認められるので参加できるが、自発的に学ぶ機会と時間が限られてしまうのが気になっている。

【介護労働に対する感想・意見】

友人や親せきに「介護のような大変な仕事をなぜしているの？」的なことをよく言われる。私自身も仕事に就くまで、「介護」の仕事や仕組みなど、何も知らなかったが、世の中人は知らないことに無頓着だと痛感した。皆必ず歳をとるのに・・・と思う。

「介護って家事の延長で、だれでもできる」って大間違い。特に認知症の方への対応は専門的な知識や気持ちが重要。これらのスキルをどのようにして身に付けたらよいか悩んでいる。問題が多い利用者さんは、自分の介護技術が不足しているせいだと思ってしまう。そのように思っている先輩の方もいる。

他の施設等を知らないのも、労働環境や賃金、人の確保など良いか悪いか判断はできないが、人がもっと増えたら仕事がやりやすいと思う。社会経験が少ない中年の女性が、正規社員として仕事ができるチャンスが「介護」にはあると思う。

③F氏（女性） 1989年生まれ 東京都下在住 2018年11月4日実施  
（東京都）2018年3月末にて、社会福祉法人特別養護老人ホームを8年勤務で退職  
保有資格：介護福祉士 家族構成：独身・一人暮らし

#### 【介護の仕事を選んだ経緯】

「おばあちゃん子」で育ったので、祖母が大好きだったが、何もお世話ができないまま他界してしまったことを悔やんでいる。福祉系の養成施設（短期大学）に進学して、保育ではなく介護の道を選んだ。介護福祉士の資格を取得し、特別養護老人ホーム2件をはじめとして、多角的に事業を行っている比較的大きな規模の社会福祉法人に採用された。

#### 【離職の理由】

入職当時は、「国家資格は持っていないけど何にもできない子」としての扱いに、人間関係がイヤになったこともあったが、それでやめようとは思わなかった。3年目には新人さんの教育を任せられ、5年目くらいからは、何があっても少々のことでは動じることなく、ベテラン介護士の域に達してきたなあと自負してきたころ、法人全体が合理化による生産性の向上を強く打ち出すようになっていた。実際今までの介護ができなくなりつつあり、施設長も異動になった。利用者にとっても不都合が感じられる方針に、現場で鬱々としていたころ、男性利用者から著しいハラスメントを受けるようになった。だんだん酷くなるハラスメントについて、新施設長に相談したところ、「君が若くて可愛いから」と的外れな回答をされた。これが引き金となり、退職を決意した。今は生命保険の会社で働いているが、いずれ介護の仕事に戻りたいと思っている。「介護」の仕事は、やはり、やりがいがあるし、好きだから。今は、もうしばらくほかの分野で働くことで、人間として成長して、介護の世界に戻りたいと考えている。

#### 【介護労働に対する感想・意見】

介護職の賃金は安いと言われている。確かに高いとは言えないが、20歳代としては普通ではないかと思う。今、どの産業でも人手不足なので、楽しんでもっと給料がもらえる仕事は山ほどある。では、お給料が高ければなんでも良いかということ、それは違うと考えている。一旦介護の仕事を離れて、介護のやりがいも楽しさも大変さも再認識している。

法人の考え方がきちんと見抜けるような眼を養って、次の就職を考えたい。やる気のあ

るベテランの介護者が辞めていくのは、法人の責任だ。組織が自らの姿勢を見直すことなく、職員が辞めていくことを責めるのは、本末転倒だと思う。

### (3)インタビューによる見解

F氏へのインタビューから、介護労働安定センターの調査データの退職の理由の上位に挙げられていた「職場の人間関係に問題があったため」、「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があったため」等職場環境や経営理念が、労働者の離職に大きく影響することを、あらためて確認することができた。

三者から共通して感じられたのは、メディアをはじめとする「介護」に対する風評が、人材の確保に大きく影響していることに憤っていることである。社会全体に、介護労働と介護のシステムを理解周知させることが、逼迫した人材の確保問題解決に必要とされる要素であろう。

当該インタビューの内容は、非常に少数の意見ではあるが、介護労働安定センターの「介護労働者の就業実態と就業意識調査」(2018)の結果との乖離はなかった。

賃金は勿論重要な要素だが、人間関係に係る問題の方がさらに重要度が高いことを、インタビューのすべてから認識することができた。事業者と介護労働者、介護労働者同士、介護する者とされる者およびその家族等、人間関係は複雑であり、就労の継続に大きく影響を及ぼしている。前章における事業者へのインタビューと重ねて鑑みると、人材の確保において、個々の事業者が何をなすべきかを問われている現状を認識することができる。

## 第IV章 人材確保の阻害要因とその検討

### 1. 人材確保阻害要因の整理

#### (1)介護報酬と賃金に係る先行研究

一般的には、介護労働者不足の重要な要因は「賃金」にあると言われている。

通常自由労働市場の中では、労働力の不足が生じれば、「賃金」引き上げという価格調整が行われる。その結果、労働供給が増加し需要が低下し、やがて労働力の需要と供給の一致点で均衡賃金が達成されることにより、労働力の不足問題は解消される。しかし準市場である介護保険制度の下では、これら通常の理論は通用しない。その理由は、介護事業の収入の基本は公定価格である介護報酬にあることに他ならない。かつては、措置委託による公費によって事業が運営されており、事業収入は安定していたと言ってもよい。しかし介護保険制度施行以後は、介護報酬により「経営」を成り立たせなければならないこととなった。ここでは、この介護報酬が、人材確保の阻害要因として、事業所から労働者に支払われる賃金にどのように影響を及ぼしているかを先行研究から検証する。

介護報酬の改定については、既に概要を述べたが、介護保険制度の下では、介護サービスの価額は「単位」により定められた介護報酬が基本となり、介護事業者は介護報酬収入の枠内で、事業の効率化とコストの削減を考えることとなる。現行では、その介護報酬は3年ごとに見直しが行われているが、あらためて、介護報酬の改定がどのように介護労働者の確保に影響を及ぼしているかを概観する。

介護報酬の改定の影響として、鈴木(2009)は、経済的観点から、介護労働力不足の原因の一つとして「介護労働市場が逼迫していたにもかかわらず、主に財政的な理由から、2006年4月に介護報酬が大幅に引下げられてしまい、さらに労働市場の不均衡を拡大させた」と示し、「介護報酬の引き上げに期待する関係者は多いが、論理的に考えて、介護報酬がたとえ労働力不足問題が起きる以前の状態に戻ったとしても、その効果は限定的であると思われる」として、労働者は介護報酬の引き上げによる賃金の反映を期待していないと解し、介護報酬の改定と賃金の変動が、直接的に影響すると断定することはできないと述べている<sup>1</sup>。さらに、鈴木(2010)では、「介護報酬の実施立案にあたり事前の試算・検討に基づく政策的プロセスが存在せず、2006年の引き下げにあたって、介護労働市場への影響を事前に検討していれば、ここまで事態が深刻化することはなく、2009年の引き上げも含めて、介護保険行政の根拠のない、政治的・感覚的な政策決定が続く限り、同じ失敗が繰り返される可能性がある」と指摘している<sup>2</sup>。

周(2009)は、これを「政策ショック仮説」として「介護報酬の低下により介護施設の収入が減

<sup>1</sup> 鈴木(2009)440頁。

<sup>2</sup> 鈴木(2010)417-420頁。

ることは確実だが、収入を維持又は増やすためには、経営効率を高められる余地がどのくらい残されているかが重要であり、その残された余地の多寡により、介護職員の賃金に影響が生じる度合いに違いが生じ、それが介護職員の不足問題につながる」と原因仮説の1つにあげている。そして、介護労働安定センターが行った「介護労働実態調査」のデータ<sup>3</sup>を用いて、仮説を検証し、「介護報酬が引き下げられた後は、正社員の実賃金が推定3.2%低下した」ことから、「政策ショック仮説」が支持されたと結論付けている。さらに、周(2009)は「同じショックを受けながら、事業所と事業所の間に明暗が分かれてしまっていることも興味深い」と述べており、施設の経営主体、兼業の有無、施設規模などの経営モデルがもたらす影響の大きさに注目しており、介護報酬の変動のみが賃金に直接影響を及ぼしているのではないことを示唆したうえで、介護労働者の不足の問題の本質は賃金問題であり、賃金の決定要因から労働力不足の原因を究明すべきと述べている<sup>4</sup>。

このように、介護報酬の政策的改定は、介護事業経営に深刻な影響を及ぼすことは論をまたないが、しかし、厚生労働省職業安定局(2008)「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」による「中間とりまとめ」では、介護報酬が引き下げられる前も後も介護労働者の賃金にはほとんど変化がなく、労働市場の逼迫が賃金引上げにつながる契機になるのではないかと指摘している<sup>5</sup>。

日本介護福祉協会では、「介護報酬改定に伴う介護従事者の処遇改善に関する調査」を2009年に日本介護福祉協会会員(介護保険事業所に勤務している介護福祉士)を対象として実施しており、その結果「平成21年4月以降において若干の処遇改善傾向はみられるものの、今回の介護報酬改定が確実に介護従事者の処遇改善に反映されたとはいえない」<sup>6</sup>との結論を得ている。つまり、介護報酬の改定による賃金への影響は、限定的だと考えられる。

低賃金と就労の継続性について、花岡(2009a)(2009b)(2011)、下野(2009)<sup>7</sup>は議論を進めている。花岡(2009a)は、介護従事者の離職行動に与えるであろう影響を、介護従事者の賃金率と、介護従事者が、介護サービス職以外に従事した場合に得られるであろう期待賃金率との差を、介護労働安定センターが実施した「介護労働実態調査」(2007)をもとに分析し、第1に介護サービス職と他職種との賃金格差の介護従事者の離職率に与える影響について、検証の結果「離職率が相当低い事業所と高い事業所との比較では、離職率の高い介護事業所の方が、介護従事者の相対賃金の

---

<sup>3</sup> 周は介護労働安定センターが、毎年行っている「介護労働実態調査」から、2006年および、2007年の各年の「介護労働実態調査」より「事業所における介護労働実態調査」のデータを用いて検証している。

<sup>4</sup> 周(2009)153-157頁、164-168頁。

<sup>5</sup> 当該研究会は、厚生労働省職業安定局長が参集を委嘱した学識経験者による研究会であり、介護保険事業に従事する介護労働者の確保・定着を中心に、我が国が重点的・効果的に取り組むべき政策の方向性について、各介護関係事業主団体・事業所等よりヒアリングを行いつつ検討を重ね、2008年7月に中間的な検討結果が取りまとめられ公表された。

<sup>6</sup> 社団法人日本介護福祉士会(2010)「介護報酬改定に伴う介護従事者の処遇改善に関する調査結果」より。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000sj2d-att/2r985200000sj79.pdf> 最終アクセス日：2018年12月10日。

<sup>7</sup> 下野(2009)17-21頁。

上昇により、就業形態別離職率を低下させる影響が大きいことが認められ、介護報酬の引き上げに応じて介護事業者の賃金を上げた場合、離職率の高い介護事業所は、離職率の低い事業所と比較して、介護従事者の相対的賃金の上昇による離職率の低下への影響が大きいことを示唆している」としている。第2に介護サービス職と他職種との賃金格差が、介護従事者の離職率と地域的に与える影響について、介護報酬の引き上げに応じて、介護従事者が賃金を上げた場合に、特に相対的に人件費の高い地域において、離職率が高い事業所の定着率に与える影響が大きいことが示され、このため地域区分<sup>8</sup> 1級地・2級地のように相対的に人件費が高い地域においては、他職種と比較した場合において、介護従事者の相対賃金が低い状態が継続すれば、結果として慢性的な介護労働不足が生じやすい可能性があるとした。第3に介護サービス職と他職種との賃金格差が介護従業者の離職率に勤続年数が与える影響については、勤続年数が短いほど、より影響が大きく、就業した当初の賃金水準が上昇すれば、早期離職者の減少につながるとしている<sup>9</sup>。

また、花岡(2009b)は、介護労働者の相対賃金について、他の職種と比較した賃金格差と離職行動について、統計的には有意な影響は見られないと示したうえで、賃金よりも教育訓練や職場環境などが影響を与えている可能性を示唆している<sup>10</sup>。

山田・石井(2009)では就業構造基本統計調査の個票データを用いて、労働者の賃金関数の推計を行い、介護労働者の賃金が他の産業に比べて本当に低いのか、そして低賃金が介護労働者の離職に影響を与えているのかについて分析を行い、介護職の賃金水準は、看護師より低いとはいえ、全産業の中間からやや上に位置することを明らかにし、賃金の引き上げは、特に男性介護労働者の離職防止に効果的であると示している<sup>11</sup>。また、小檜山(2010)は、相対賃金の上昇が、離職率または離職の意向を減少させることを回帰分析により示し、労働環境では、賃金率上昇のみでなく、相談できる管理者や相談窓口によるサポート体制の整備を推進し、政策と事業者の両面からのアプローチが必要だと述べており<sup>12</sup>、いずれも賃金以外の影響を否定するものではない。

近年まで、福祉介護の世界において、「経営」という考え方を持ち込むことは、タブーに近い感覚であった。その意識はこの業界に長く携わってきた人ほど「経営」＝「金儲け」として認識しており排斥されてきた。既述のように「措置制度」のもとでは、行政の委託事業として一定収入が約束されており、介護の「市場」は形成されていなかったことによる。しかし、現行制度では、前出の佐藤(2006)の言葉を借りると、「契約による利用者の選択権の確保、サービスを供給する事業者間の競争、事業経営や運営の透明性の確保」が求められ、介護サービスの質の向上や事業の

---

<sup>8</sup> 地域区分とは、地域間における人件費の差を勘案して、地域間の介護保険費用の配分方法を調整するために設けられた区分。平成24年度報酬改定までは「特別区・特甲地・甲地・乙地・その他」の5区分であったが、平成24年度報酬改定以降「1級地・2級地・3級地・4級地・5級地・6級地・その他」の7区分、平成27年度報酬改定以降「1級地・2級地・3級地・4級地・5級地・6級地・7級地・その他」の8区分となった。1級地は東京都、2級地は東京都下、横浜市、川崎市、大阪市等。

<sup>9</sup> 花岡(2009a)166-167頁。

<sup>10</sup> 花岡(2009b)269-286頁。

<sup>11</sup> 山田・石井(2009)229-246頁。

<sup>12</sup> 小檜山(2010)444-457頁。

効率化により、公益性が高いとされている社会福祉法人であっても、適正な利益を確保し、それを利用者のみならず労働者にも還元していく責務がある。介護事業者が適正な利益を確保できなければ、介護の質は低下し、労働者の処遇の改善も困難となり、労働力の確保と定着が阻害されることになる。したがって検討課題は、限られた介護報酬の原資の中で安定した収益の確保を考えなければならないことにある。この場合利益の確保には、介護報酬以外の収益の拡大と事業支出の削減の2つの道が考えられる。人材の集積によって成り立っている介護事業にとって、事業支出の削減に効果的なのは、人件費の縮小である。しかし、本稿においても示した通り、それでは、健全な雇用管理を欠くこととなり、労働者の質は低下し、結果として事業経営は悪化し、人材の確保が困難となるという悪循環が生じることは想像に難くない。したがって、残るもう一つの道である収益の拡大について検討を重ねなければならない。事業主体が社会福祉法人という公共性の高い法人であっても、営利法人と同様に事業経営を行い、介護サービス市場において事業体として存続していかなければならず、今後は経営主体の改革、兼業の有無、保険給付外収入の有無、施設規模などの営利法人的要素を加味する必要があると思われる。例えば、一般的に考えられるのは通所系サービスや居宅介護支援事業の併用である。介護保険制度下におけるこれらの事業は、介護3施設に比べて、延べの利用者数が多いことによる利益率が高いばかりでなく、利用者のニーズを理解しビジネス全体を見渡すためにも有効である。また、俗に「横出しサービス」と言われている保険給付外のサービスとして、移送・配食・散髪・買い物代行などのサポートサービスを組み合わせることにより、利益の確保とネットワークの広がりを進めることができる。

問題の根源である介護報酬については、既にサーベイを行った周(2009)や鈴木(2009)の先行研究においては、介護報酬のプラス改定がどの程度の賃金上昇につながり、労働力がどの程度増えたかを実証するデータが、管見の限りないとしている。しかし、2009年の時点において、U Aゼンセン日本介護クラフトユニオン(NCCU)<sup>13</sup>が組合員4000人に対して行ったアンケート調査によると、介護報酬の改定前後で介護職員の月給は3%程度上昇した<sup>14</sup>とのデータがあり、また、全国の313施設を対象とした別データ<sup>15</sup>においては、介護報酬の改定により、「給与に還元する」が54.7%と最も多く、次いで「職員の増員」(30.1%)、「賞与に還元する」(25.5%)と示されている。以上のデータから、介護報酬の引き上げは、介護労働者の賃金の上昇と労働力の増加に寄与しているとして、問題は生じないと考える。

鈴木(2009)は、経済的観点から介護労働力不足の原因の一つとして「2004年ごろから始まった景気回復により、介護分野以外の市場賃金が上昇したにもかかわらず、介護報酬が固定されてい

---

<sup>13</sup> 「職業別労働組合(クラフトユニオン)」は、2019年7月現在8万人超が加盟している介護業界および介護事業関連で働く者が加入している。上部団体はU Iゼンセン同盟。

<sup>14</sup> 日本介護クラフトユニオン(2009)が、介護報酬の改定により介護従事者の賃金がどのように改善されたかを調査した結果を発表した「処遇改善緊急調査報告書」による。

[https://nccu.meclib.jp/2009shoguukaizen/book/#target/page\\_no=9](https://nccu.meclib.jp/2009shoguukaizen/book/#target/page_no=9)を参考にされたい。

<sup>15</sup> 社会福祉法人ユーアイ二十一「太陽の家附属高齢者総合福祉研究所」(2010)「全国特別養護老人ホームの現状に関する実態調査報告」より。当該報告書は、大阪市Y区「介護老人福祉士施設R苑」事務長より提供された資料である。

たために、介護労働者が他の労働市場にシフトしたこと」を指摘しており<sup>16</sup>、まさに一般労働市場では、景気回復の兆候により労働力需要が活発となり、市場賃金も上昇傾向にあったにもかかわらず、介護分野の労働市場では賃金が固定されたままとなり、他の労働市場に労働者がシフトしたと考えられる。周(2009)も「労働市場における求人増と市場賃金の上昇によるマクロ経済的ショックによる可能性」として、厚生労働省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」、財団法人介護労働安定センター「事業所における介護労働実態調査」の各年度のデータから、2002年以降における外部労働力市場の逼迫度と介護職員の不足感の変化を検証している。これにより、介護施設以外の労働市場の求人増と市場賃金の上昇によるショックが、介護職員不足を発生させるとして「外部市場ショック仮説」を提示している<sup>17</sup>。また、前述の先行研究のサーベイにおいても述べられているように、周(2009)は人手不足の要因について、介護報酬の改変という同じショックを受けながら、事業所間に経営の明暗が分かれてしまっていると指摘している。

つまり、賃金が人材確保問題の根幹にあることは否定できないが、同時に賃金以外の要因も否定することはできない。賃金の財源となる介護報酬の価格および3年毎の見直し策等については、事業者には如何ともし難いが、賃金と労働力確保の関係性については、事業者に向けて、介護報酬の政策的改定に大きく左右されない賃金の決定要因の明確化と、賃金財源となる事業業績の向上(拡大)を施策することを示唆することができる。

## (2)介護労働の人材育成

以上の先行研究から、人材確保の阻害要因として賃金以外の要素を検証する必要がある。

既述のように、少子高齢化の進展、核家族化、女性の社会進出などの社会構造の変化により「介護」は、一定の専門職によりフォーマルに提供されることとなった。介護の質は、それを提供する人材の質で決まり、その人材の質がサービスの質に直結している。したがって、個々の事業者にとって、優れた人材をどう確保し、その人材をどう育成し、そして定着を図るかは大きな課題である。高い就労意識を有している介護労働者にとって、仕事へのやりがい、即ち従業員満足度(ES)の期待も高いと言える。これらをないがしろにしては、定着率の向上は望めない。

近年、グローバル化や情報化の進展による変化に直面した一般の企業では、経営環境の激変や不透明性の増大に対処すべく、経営戦略や人事戦略の見直しを図り、変化に柔軟かつ機能的に対応できる組織づくりや人事制度が課題となっている。介護の分野は、一般の企業と異なる特異的な問題を有しているとはいえ、雇用の多様化・雇用の流動化・年功制からの脱却等、変化への対応が求められていることに違いはない。特に人材の確保に大きな課題を抱えているこの分野にとって、量的な確保ばかりでなく、現在の経営環境に対応するための質の確保は、より重大な課題となっている。つまり経営理念に沿った人材育成、専門性を重視した高い質の人材の育成等の対応は、喫緊の課題であると言える。

---

<sup>16</sup> 鈴木(2009)214頁。

<sup>17</sup> 周(2009)152頁。

事業所が人材育成に取り組む際に、重要なツールとなるのが研修の実施である。本稿の現地調査においても、事業所が積極的に研修等を実施することは、人材の定着にプラスの作用を及ぼすことが明らかであり、調査対象3施設のいずれにおいても、各々の経営理念に重点を置いた、計画的体系的な研修等がなされていることが、確認できている。前出の介護労働安定センターの資料においても、高い数字でその実施状況が示されていることからその重要性が判断できる。

このように介護の分野では、労働者も事業者も共に、研修等に対する強い意欲を持っていることが特徴的である。本来企業にとって教育訓練は、仕事を遂行してもらうための必要な能力を身につけさせることが主眼であるが、労働者の定着を課題としている介護事業所では、それを足がかりとして、専門性の向上を図り、昇進・昇格・昇給に結びつけることにより、従業員満足度の高揚を図ることをその効果として求めていかなければならない。スキルアップ等に対する積極的な意欲を、ヒューマン・マネジメントという視点から事業所はバックアップすることにより、個々の労働者のモチベーションの形成維持を有効とし、介護労働者の定着の促進に寄与し、介護サービスの質の向上は、結果として経営の安定と拡大につながる。

以上のように、介護は多面的・多角的な対人援助サービス労働を担う専門職であり、専門職としての人材育成・継続教育・社会評価・労働条件等多面的に、かつ総合的に研究や議論を進めることが、介護労働者の人材の確保に欠かすことができないのは明らかである。

「評価」と「人材育成」を課題として裏付ける理論に、アメリカの臨床心理学者、フレデリック・ハーズバーグの二要因理論(動機付け・衛生理論)がある。これは職務満足および職務不満足を引き起こす要因に関する古典的な理論であり、人間の仕事における満足度は、ある特定の要因が満たされると満足度が上がり、不足すると満足度が下がるということではなく、「満足」に関わる要因(動機付け要因)と「不満足」に関わる要因(衛生要因)は別のものであるとする考え方である。これは、1959年にハーズバーグとピッツバーグ心理学研究所が、約200人のエンジニアと経理担当事務員を対象として行った調査分析から判明したものある。「仕事上どんなことによって幸福と感じ、また満足に感じたか」「どんなことによって不幸や不満を感じたか」という質問から分析を行ったところ、人の欲求には二つの種類があり、それぞれ人間の行動に異なった作用を及ぼしていることがわかった。例えば、人間が仕事に不満を感じる時は、その人の関心は自身の作業環境に向いているのに対して、人間が仕事に満足を感じる時は、その人の関心は仕事そのものに向いているというものである。ハーズバーグは、前者を衛生要因、後者を動機付け要因と名づけているが<sup>18</sup>、前者は人間の環境に関するものであり、仕事の不満を予防する働きを持つ要因であるのに対して、後者はより高い業績へと人々を動機づける要因として作用しているというものである。動機付け要因の中には、「仕事の達成」「仕事の成果が承認されること」「仕事自体の特徴」「仕事に要求される責任」などが含まれる。つまり、従業員の満足度を高めるには、賃金や人間関係等の衛生要因を満たすだけでは充分とはいえ、評価・目標達成・仕事の内容などの要因も

---

<sup>18</sup> これらについては、田尾雅夫(1993)『モチベーション理論』日経文庫、および、金井壽宏(1999)『経営組織』日経文庫等を参考にされたい。

充足させなければならないということである。この理論を介護分野の現状に当てはめると、既述のように介護労働者は「自らの専門技能や資格をいかして、やりがいのある介護の職に従事したい」という意識が高く、衛生要因である賃金の水準を保持しただけでは、その意識を満足させることはできない。確かに賃金についての問題は、離職理由の一つとしてあげられており、労働者の定着に関して重要な要因であることは論をまたないが、それだけでは、「介護」の職に人を留めておくことはできない。職務上の目標とその達成、そしてその成果が承認されることこそが、より重要であると考えられる。したがって、職務上の目標を設定しその達成と成果を適正に「評価」するシステムの構築と、高い就労意識を満足させる「育成(研修)」にその課題は集約されていると言える。

また現状では、入職・定着以前の人材育成の問題として、専門職の発出の問題も生じている点も看過できない。2009年の介護福祉士養成大学連絡協議会において井上千津子氏(京都女子大学)は「資格レベルは、資格の社会評価と連動することは、周知のとおりである。社会的評価を高めるためには、介護という労働評価を高めることであり(中略)大学教育における資格の取得は、資格のレベルをあげることに結びつき、介護福祉の質の向上に連動し、結果的に社会的評価をあげることにつながっていくことになる」<sup>19</sup>と述べている。「介護」、特に施設におけるそれは、「医療・看護」等と異なり専門の資格がなければできないという性質のものではない。しかしながら、現実の介護労働には、専門性が求められ、その生成は重要である。先行研究において、下山(2001)は専門職の構成要件を、「介護の実践を支え裏付けることのできる体系的な高度な専門的な知識や技術の存在」及び「専門職養成を目的にした長期間の学園生活による特定の高等教育機関が用意され、修了段階において一定の資格試験を通過し、取得した知識や技術の水準を維持するために継続的な研修制度を必要とする」<sup>20</sup>とその育成と学校教育の位置づけを示しており、大学等の専門教育機関での介護専門職の人材育成が求められる。

しかし、現実には介護福祉士等を養成する教育機関は定員割れが相次いでいる。つまり、資格取得のハードルをあげて専門職としての社会的評価を高めるといった質の向上に対する施策と、不足している介護専門職の人材を社会に発出するという量の確保の施策がバランスを失ってしまっている現状を垣間見ることができる。そこで、今後の介護従事者の量的確保を考える場合、介護福祉士の受験資格の一つである、実務経験3年以上の者の存在が重要になってくる<sup>21</sup>。これは、介護福祉士養成施設において所定のカリキュラムを修めることなく、実務経験3年以上で国家試験を

---

<sup>19</sup> 井上氏の当該指摘は、介護福祉士養成大学連絡協議会 2009年度総会(7月18日)において行われた公開シンポジウムで示されたものである。公開シンポジウムの詳細については、以下を参照されたい。<http://www.caresapo.jp/fukushi/catchup/83dn3a000000jn6o.html> 最終アクセス日：2019年7月10日。

<sup>20</sup> 下山(2001)112-114頁。

<sup>21</sup> 但し平成19年12月5日法律第125号「社会福祉士及び介護福祉士等の一部を改正する法律」及び平成19年12月5日厚生労働省令144号、平成19年12月5日厚生労働省告示406号により、2013年1月からは、3年以上の実務経験に加えて6カ月以上600時間程度の養成課程を経た後でなければ、受験をすることができなくなっている。

受けることができるのである。したがって、経営者は介護労働者の3年の実務経験が達成でき、国家試験の受験が遂行できるよう諸条件を整えなければならない。介護従事者が介護福祉士の資格取得ができるよう条件を整備することも、労働者の定着には大きく作用すると思われる。

したがって、これらの要因から人材確保の施策について、事業者は、専門性の向上を図り、適正な評価を行い従業員満足度の高揚を図ることを実行し、その効果を社会にアピールし、個々の労働者のモチベーションの形成維持をバックアップすることが必要とされる。

### (3)介護労働者の特性を中心とした要因

人材の確保と定着は、一般の企業においても重要な課題ではあるが、賃金等以外にも介護分野においては、特有の問題点が確認できる。阻害要因として考えなければならないのが、介護労働の特性を背景とした問題である。

介護は従来家族が担うことが通例とされ、家事労働の一つとして長い間位置付けられ、職業としてではなく家族の役割であると捉えられてきた経緯から、介護労働を専門職とする社会的認識が遅滞していると思われる。介護が労働力により担われている現状においては、居宅介護・施設介護を問わず、介護労働者は専門的なスキル、特に感情に係るスキルが不可欠であるにもかかわらず、専門的な職業としての評価が適正になされていない。「感情労働」については、「肉体労働」や「頭脳労働」、つまり「技術」や「知識」のように体系化や明示化は容易ではなく、研修や資格試験のシステムに組み込むことも難しく、したがって、専門職としての評価の対象になっていないのが現状である。

居宅介護サービスにおいてホームヘルパーは、概ね個人対応である。利用者の心身の状況・住まいの状況など多岐にわたって確認・判断が必要とされる。サービスは居宅内で、利用者と介護従事者1対1の状態を提供されることが多く、ホームヘルパーのスキルや感情的な配慮などを客観的に評価することが難しい。介護福祉士が介護分野の中心的な資格であることもあり、ホームヘルパーは、家事労働の延長であり社会奉仕的な仕事であるという歴史的固定観念もあり、その仕事の困難さや専門的なスキルなどは、周知されていないのが現状である。さらに、措置の時代においては「福祉の世話」と考えられていたサービスが、介護保険導入により「保険があるから」「受けなければ損」「お金払っているのだから」といった介護保険のサービスに対する不適正な依存がある。利用者からの不適正な行為・ハラスメントはもとより、認知症などにより利用者とコミュニケーションが取れない状況の場合もあり、さらに利用者の家族からの労働者への権利侵害など、専門的なスキルによる感情労働性や社会貢献意識を逆手に取った現実が存在する。これらは、人材確保の大きな阻害要因となっていると推測される。介護保険の基本理念は「自立」の支援である。この制度理念に基づく介護労働について、事業者は社会全体にさらなる理解と周知を促し、労働者の人間性の尊重をすることが、介護事業運営上求められる。

施設系のサービスについて鑑みると、利用者の個々の状態はそれぞれ異なるが、施設という同一の場所である居住環境におけるサービスの提供である点が、居宅介護労働にかかる負担とは異

なるが、施設系においては365日24時間の介護が求められる負担が大きい。しかし、場こそ異なるが、介護労働者と利用者との間に生じる状況は、同じ様を呈している。

介護事業運営において人材の確保の問題は、現状において、介護労働者と利用者、とりわけ利用者だけではなくその家族との関係性から生じる問題が積み残されようとしている。これは、介護労働の要となる労働者の尊厳に係ることと認識し、その人権擁護を視点として、人材確保に対する検討を重ねることの重要性を示唆するものである。

## 2. 阻害要因に対する検討の方向性

これまでの先行研究を踏まえると、賃金水準の問題は、労働者の離職理由の一因であるとされているように、介護労働者の確保を阻害する要因でもある。介護報酬の改定は、確かに事業経営および賃金に影響を及ぼしている可能性は既述の通りであり、少なからず準市場における介護報酬の制約との係わりを否定することはできない。しかしながら、労働者を確保するために求められる賃金水準は、介護報酬のみに拘束されるものではなく、また、賃金水準によってのみ、介護労働への入職や定着が阻止されているとは考え難い。介護事業者が、人材確保の阻害要因として、賃金について考える場合、介護報酬の改定や加算措置との関連性は大きいですが、これらは政策的なものであることから、事業者では如何ともしがたい事象のひとつである。しかし、介護ビジネスの市場規模はとてつもなく大きく、人材確保について介護報酬と加算措置を十分に考慮した上で、保険外サービスなどの事業展開の方法、経営理念、施設規模などの経営モデルが事業運営上にもたらす影響をも、事業者はさらに検討すべきである。

事業者に課せられた「人材育成」は、介護労働者の定着および安定した事業経営の重要なポイントとなる。専門性を高め、その専門的力量を維持・向上させるよう不断に努力することは専門職労働者の義務であり、これに対して経営者は介護労働者の専門的力量形成を遂行できるよう諸条件を整えなければならない。介護従事者の能力・経験等に対応した研修の実施・勉強会や研究活動の支援・スキルアップのチャンス等の条件整備の推進が求められる。これは既述の先行研究における浅井(2002)の「専門性」の定義からも読み取ることができる。専門職としてのスキルや資格に裏付けられる「専門性」は、介護労働者の個々の能力に帰属するものではあるが、その育成に事業所がいかに関与するか、またそれをどう評価するかが、人材の定着に大きな影響を及ぼすことになる。つまり介護の事業内容はサービスの提供に集約され、サービスの提供の「質」は人材の「質」に大きく左右されるということである。介護事業経営において、事業の安定化を考えると、職員の質の向上とその定着促進は重要であり、事業者の「人材育成」への取り組みが、労働者のスキルアップや職務の満足度につながり、持続的な人材確保につながる。

介護においてはその業務の性質から、特に人材の質が大きく問われる。働く者にとって、自分の努力や工夫が正当に評価され、それが賃金や人事に反映されることは、モチベーションの向上につながり、また、評価の結果がフィードバックされることにより、自己能力の開発意欲を刺激

し、スキルアップの目標となる。的確な能力の把握と納得性が得られる評価は、経営者と労働者の相互信頼関係が高まり、結果として労働者の定着に結びつく。したがって、人事考課制度の導入は不可欠であるが、現在の介護分野における人事考課及び職能資格制度は、実地調査の上では、いずれの施設も一応は制度が導入されているが、成熟したシステムとはなっていない。導入のきっかけも、労働者の定着率の推進のため積極的に検討されたというより、行政の指導が入ったから、介護職員処遇改善交付金の受給要件として求められたから等の消極的な理由による。しかし、導入の経緯にかかわらず、介護施設においては、目下、人事考課制度の活用が介護労働者の確保定着には、不可欠なものであることは論をまたない。これは、既述のように、ハーズバーグ等の古典的な理論においても、動機付け要因の中には、「仕事の達成」「仕事の成果が承認されること」「仕事自体の特徴」「仕事に要求される責任」などが含まれ、従業員満足度を高めるには、賃金や人間関係等の衛生要因を満たしただけでは十分ではなく、評価・目標達成・仕事の内容などの要因を充足させなければならないとしていることにも裏付けられる。

以上の阻害要因については、これまでも多くの研究者により、介護報酬や介護保険制度のシステムなど、事業者の力では如何ともしがたい政策的な要因や、事業者の事業運営上における、労働者との関係性による要因などが検討されている。しかし、介護サービスにおける人材不足は、既述のように問題となって久しいが、改善が進んでいるとは言い難く、事業者がさらになすべきこととして、介護労働の直接の対象である利用者との関係性について検討を行わなければならない。利用者と事業者と労働者の三者間に係る問題の考察から、人材確保を考える必要に迫られている。まさに、それは、労働者のヒューマン・ライツに係る重大な問題として捉えなければならない。

## 第V章 人材確保における介護労働者のヒューマン・ライツ

### 1. 介護労働者のヒューマン・ライツ考察の意義

「日本国憲法」第13条では、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」としている。「介護保険法」の趣旨に沿った適正な介護サービスを提供することにより、利用者に対する虐待を防止し、利用者の尊厳が保持される。これは、利用者保護の観点からだけでなく、事業者自身の経営の観点からも極めて重要である。利用者の尊厳の保持及びサービスの質の確保・向上を目的とした取組み（介護従事者向け研修など）を事業者が継続的に行い、介護従事者が利用者に対し「介護保険法」の趣旨に沿った適正なサービスを提供できる体制を整備することにより事業経営の安定につながる。「すべての国民は」とあるように、利用者の尊厳と介護従事者の尊厳は同等のはずである。介護労働者も当然「労働者」として、労働諸法令により保護の対象となっているが、介護現場においては、制度の理念および業務の性質から、利用者の人権擁護に比重がかかっている。現行の介護保険制度は、介護労働者の存在がなければ成り立たない。しかし、既述のように社会的評価や労働環境は、介護労働者を尊重しているとは言い難い。さらに、介護労働者の個人としての尊厳や労働者としての権利といった隠されていた問題が、表面化しつつあり、この問題が介護人材の確保を阻害している重要な要因の一つとなっている。まさに、ヒューマン・ライツの尊重の問題である。

ヒューマン・ライツとは、直訳すると「人権」となるが、「人権」とは、人間が人間として決して侵されてはならない個人の尊厳に由来する権利のことであり、「日本国憲法」において法の下での平等や思想・良心の自由、学問の自由などが実定化されていることは、周知のとおりである。本研究においては、介護労働者について問われているのは、抽象的な人権問題ではなく、生身の人間が関わる現実的・具体的な問題であり、法律等の規定の有無を問わず、尊厳ある人間として自律的生存のために不可欠であると当事者が考える権利を想定し、「人権」の射程を広くとらえた「ヒューマン・ライツ」という新たな立脚点を用いて論ずることは、本稿の目的である介護人材の確保に関する考察には不可欠であると考えられる。

ヒューマン・ライツを視座として、人材の確保を考えた場合、近時において、特に問題となるのがハラスメントである。介護人材の離職事由の上位を占める要因として、職場内外での身体的・精神的暴力やセクシャルハラスメント等が生じている。それは、厚生労働省(2019)<sup>1</sup>とUAゼンセン日本介護クラフトユニオン(NCCU)<sup>2</sup>による調査結果の公表、および、本稿インタビューの協力者

<sup>1</sup> 平成30年度厚生労働省老人保健健康事業による。最終アクセス日：2019年8月20日。

[https://www.mri.co.jp/project\\_related/roujinhoken/uploadfiles/h30/H30\\_144\\_2\\_report.pdf](https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h30/H30_144_2_report.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.nccu.gr.jp/rw/contents/C03/20180709000101.pdf>「ご利用者・ご家庭からのハラスメントに関するアンケート調査結果報告」（引用許可済）最終アクセス日：2019年8月20日。

であるC氏の事例からも、人材確保における喫緊の問題であることが明らかである。特に介護の現場においては、労働者に対して利用者およびその家族からのハラスメントは、その両者の関係だけでなく、事業者の対応が重要となる。さらに、労働者に対する事業者の対応としては、介護事故の問題も浮上する。介護事故については、利用者の権利擁護を中心として、事業者のフォローおよび使用者責任等及び経営上のリスクマネジメントについては、論じられているが、実際に介護を担っている「労働者」については置きざりにされたまま議論されていない。

以下、介護労働の人材確保のために事業者が何をなすべきかを、ハラスメントおよび介護事故をその素材として、介護労働者のヒューマン・ライツの視点から論じる。

## 2. 介護労働におけるハラスメントについて

### (1) ハラスメントの定義と動向

ハラスメント (Harassment) とは様々な場面での「嫌がらせ、いじめ」を言い、他者に対する発言・行動等が、本人の意図には関係なく、相手を不快にさせたり、尊厳を傷つけたり、不利益を与えたり、脅威を与えることを指す<sup>3</sup>。

近年「ハラスメント」問題は、社会的に顕在化している。特に、職場におけるハラスメントは、職場風土の悪化、生産性の低下、人材流出、及び重大なコンプライアンス問題に大きく関わってくることから、企業の損失は決して少なくなく、労働者にとっても企業にとっても大きなリスクとなっている。「ハラスメント」という言葉は、現在一般的に様々な状況下において多用されているが<sup>4</sup>、その定義について法的根拠が明らかにされているのは、セクシャルハラスメントとパワーハラスメントのみであると言ってよい。

セクシャルハラスメントについては、「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」(昭和47年7月1日法律第103号。以下「男女雇用機会均等法」)第11条および当該条項に基づく「事業主が職場における性的言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置についての指針」<sup>5</sup>等により雇用管理上の使用者に対する措置義務として明確に定義されている。性的な言動により当該労働者の就業環境が害されることを、環境型セクシャルハラスメントと定義し、性的な言動に対するその雇用する労働者の対応により当該労働者がその労働条件につき不利益を受けることを、対価型セクシャルハラスメントと定義しており、具体的な事例を指針で示している。さらに、2014年7月より、施行規則・厚生労働省指針により「職場におけるセクシャルハラスメントには、同性に対するものも含まれるものである」ことが明示され、同時に、

<sup>3</sup> <http://office.osaka-med.ac.jp/harassment/>大阪医科大学ハラスメント等防止委員会による「ハラスメントの定義」を引用。最終アクセス日：2019年9月10日。

<sup>4</sup> 法律的定義ではないが、モラルハラスメント・エイジハラスメント・シルバーハラスメント・カスタマーハラスメントなど、メディアなどでは30以上のハラスメントに分類されている。

<sup>5</sup> 平成18年厚生労働省告示第615号、最終改正平成28年8月2日厚生労働省告示第314号。

労働政策審議会雇用均等分科会において「性的マイノリティ（LGBT 等）」に対する（差別的な）言動もセクシャルハラスメントとみなす」と明示している。また、2017年1月からは、俗に言うところのマタニティハラスメントに対して、妊娠・出産等に関するハラスメント防止措置が指針<sup>6</sup>で示されている。

パワーハラスメントについては、2018年6月29日に、「雇用対策法」を改め「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」（昭和41年7月21日法律第132号/平成30年法律第71号改称/平成30年法律第102号一部改正、以後「労働施策総合推進法」）を成立させた。今回の動きは、2017年3月の「働き方改革実行計画」にパワーハラスメントの防止が盛り込まれたことを受け、同年5月に設置された「職場のパワーハラスメント防止対策についての検討会」のスタートにある<sup>7</sup>。同検討会の議論を労働政策審議会（雇用環境・均等分科会）が引き継ぎ、厚生労働大臣への建議等を経て、今回の改正に至ったものである。注目すべき重要な内容として、同法第30条の2第1項に「職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによりその雇用する労働者の就業環境が害されること」という法律上の定義が示されたことにある。さらに、①周知・啓発（研修等）②相談窓口等の設置・整備、③発生した場合に迅速で適切な対応をとることが、企業等の事業主に義務付けられた。もう一つ注目すべき点として、同法第30条の2第2項に、パワーハラスメントに対する相談や調査に対し事実を述べるなど、相談対応に協力したことを理由とする解雇その他の不利益取扱いが明文で禁止された。また、同様の規定がセクシャルハラスメントに関しても、「男女雇用機会均等法」および「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（平成3年法律第67号/平成30年法律第71号改正。以下「育児介護休業法」）に新たに盛り込まれ、ハラスメント防止措置義務と不利益取扱いの禁止がセットで定められた。

これらの、禁止規定が置かれたことによって、企業への注意喚起も容易になり、不利益取り扱いによる紛争の発生を予防する効果が期待されている<sup>8</sup>。

職場におけるハラスメントは、一定の定義が示されているセクシャルハラスメント・パワーハラスメント以外の、所謂「〇〇ハラスメント」と称されている場合においても、ハラスメントが行われることによって被害を受けた労働者が心身の不調に陥り、休職や離職に追い込まれることも少なくない。被害者個人が受けるダメージは、非常に深刻な問題であるばかりではなく、ハラスメントによる職場環境の悪化は労働者の離職を促し、業務に悪影響が及び事業経営のマイナスにつながることは論をまたない。これらの事態は、介護の職場においても、重大な問題としてクローズアップされている。

---

<sup>6</sup> 「労働者に対する性別を理由とする差別の禁止等に関する規定に定める事項に関し、事業主が適切に対処するための指針」（平成18年厚生労働省告示第614号）

<sup>7</sup> これ以前には、厚生労働省が「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキンググループ」により、①身体的な攻撃（暴行・傷害）②精神的な攻撃（脅迫・暴言等）③人間関係からの切り離し④過大な要求⑤過小な要求⑥個の侵害の6類型を2012年1月30日に報告している。

<sup>8</sup> 原(2019)50-51頁。

## (2)介護労働者に対するハラスメントの実態

介護分野におけるハラスメントは、産業全体に顕在化しているハラスメントに加えて、介護事業独特の事象が相乗効果となり、さらに重大な社会問題と化し、人材の確保に顕著な影響を示している。

介護労働の現場におけるハラスメントを分類すると、以下の3つが考えられる。

まず、介護労働者・介護事業所が加害者となり、利用者が被害者となる場合である。これは、高齢者に対する虐待と同様に考えることが妥当であり、介護保険制度の基本的な理念遵守と「高齢者虐待防止法」により、高齢者への尊厳と虐待の防止に対し、介護労働者・事業者に一定の認識は得られている。当該ハラスメントは、利用者の人権保護の観点および介護事業の健全な運営等においては、極めて重要であるが、ここでは検証の対象としない。

次に、産業全般にみられる、労働者（同僚・部下・上司）間のハラスメントおよび労働者と事業者（経営者）の間での、一般的なパワーハラスメントに類するハラスメントが、介護現場においてもあげられる。当該ハラスメントについては、職場に被害を申し立てたととしても、迅速で適切な対応が行われず、解決が期待できない・職場のコミュニケーション不足・企業内の教育不足・行為者の資質とハラスメントに対する意識の欠如・個人に対する尊厳（人権意識）と人間関係の希薄化・パワーハラスメントの定義が曖昧で判断が難しい等の理由により、ハラスメント訴訟は増加傾向にある<sup>9</sup>。特に、業務上の指導との線引きが困難であり、パワーハラスメントに該当するか否かの判断基準化も難しいが、今般「労働施策総合推進法」の施行により、事業主が行うべき防止措置・解決施策の明確化が図られている。これらの関係におけるハラスメントも、介護現場において、人材の確保には大きな影響を及ぼしていることは明白であるが、同様の課題を抱えている他産業界の現状による先行研究、および増加傾向にある近時の判例から、事業者は労働者に対する対応策を検討する余地は十分に示されている。

そして、最も人材の確保に影響を及ぼしていると考えられ、本稿において、特に問題とすべき関係性は、介護労働者が利用者やその家族から受けるハラスメントである。介護労働者が被害者となることから、労働者のヒューマン・ライツが脅かされ、介護職からの退出につながっていることは明らかであるが、当該ハラスメントに係る調査および研究は限られており、この介護労働者が利用者やその家族から受けるハラスメントに係る統一的な定義や見解はなく、裁判事例も管見の限りない。先行研究において、篠崎(2008)は、利用者側が社会的強者となり、介護労働者が社会的弱者となっている場面があるとして、「介護労働者が自ら職務を遂行する過程において、その環境や他社からの言動によって受けた心理的ストレス。あるいは、介護労働者の人権や職域を侵害する環境や言動」をケアハラスメントと定義しており<sup>10</sup>、また、吉田(2009)は、「介護業務

<sup>9</sup> 君嶋護男(2017)『パワハラ裁判例 85』、吉川英一郎(2016)『職場・学校のセクハラ・パワハラ』等を参照されたい。

<sup>10</sup> 篠崎(2008)55頁。なお、篠崎は、「ケア・ハラスメント」と表記している。

上職務を遂行する過程において、利用者その家族から被る嫌がらせ」と定義している<sup>11</sup>。本稿では、汎用的な「ケアハラスメント」の用語を用いて「介護の現場において、介護労働者が利用者とその家族から被る、労働者のヒューマン・ライツを侵害する行為・言動等」を想定して検討を進める。

介護労働者の離職の要因等を検討する多くの先行研究において、介護事業者と介護従事者、および介護労働者間のいじめ・ハラスメントに関するものは、産業全体のハラスメント研究と並行して増加傾向にある。一方、介護労働者が利用者やその家族から受けるハラスメントについての調査研究は限定的であるが、篠崎(2008)は、介護労働者が利用者およびその家族から受ける様々な嫌がらせや人権侵害をケアハラスメントと位置づけ、実態調査をもとに介護現場の問題を明らかにしている。また、吉田(2009)は、施設介護労働者が被っているケアの展開中に起こるハラスメントの現状を調査によって明らかにし、それを踏まえて、厚生労働省(2008)の介護労働者の確保・定着等に関する研究会中間とりまとめをもとに、介護労働者支援のあり方を考察している。

しかし、上記両氏による研究が発表され、社会的にも注視し関心を持つべき事象であるにもかかわらず、その後の実態調査の進捗はみられなかった。厚生労働省が調査を示唆したのが2018年であり、就労環境の改善を図ることで人材確保につなげたいという狙いから、2019年3月、厚生労働省老人保健健康増進等事業の委託をうけた三菱総合研究所が、『介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書』(以後『厚労省委託調査報告書』と表記する)を公表した。国は「介護人材に向けた取組」として、離職防止・定着促進・生産性向上に関し、職場内外の身体的・精神的暴力やセクシャルハラスメントを看過できない問題と捉え、当該『厚労省委託調査報告書』(2019)をもとに、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」を公表したことは既述のとおりである。

それに先行して、2018年6月に、UAゼンセン日本介護クラフトユニオン(NCCU)が、組合員である介護職員2,411人から回答を得たアンケート結果を公表した<sup>12</sup>(以後「UAゼンセン報告書」と表記する)。サービス利用者やその家族から何らかのハラスメントを受けたことがあると答えた人は、調査対象者全体の74.2%に上っており、そのうち、セクシャルハラスメントに該当する行為を受けた人は40.1%、パワーハラスメントに該当する行為を受けた人は94.2%(複数回答)であったと、ケアハラスメントの被害の実態を把握している。

ケアハラスメントの種類については、前出の篠崎(2008)の分類<sup>13</sup>を斟酌し、『厚労省委託調査報告書』『UAゼンセン報告書』<sup>14</sup>に伴うアンケート回答者による自由記述(約600名)から、特に、パワーハラスメントに該当する「暴力・暴言」、セクシャルハラスメントである「性的嫌がらせ」、

<sup>11</sup> 吉田(2009)92頁。

<sup>12</sup> 当該調査報告のまとめは、本稿の巻末に参考資料としてその抜粋を添付した。

<sup>13</sup> 篠崎(2009)56頁。①不適正行為 ②医療行為 ③性的嫌がらせ ④身体的暴力 ⑤精神的暴力 ⑥意識・態度 ⑦制度 ⑧事業所・上司 ⑨他職種による9種類に分類している。

<sup>14</sup> 攻撃的態度で大声を出す61%、暴力22%、「バカ」「グズ」などの暴言22%、土下座の強要3%、不必要に身体に触れる54%、性的な冗談を繰り返す53%、性的な関係の要求14%。

そして「不適正行為の強要」が介護労働者に重大な影響を及ぼしていることが推察できる。但し、これらは、分類別の単独行為ではなく、複合的に被っている実態に注意をしなければならない。利用者やその家族から、介護保険法上のサービスでは行うことのできない行為を強要され、「それはできません」と断ると「バカ」「使い物にならないヤツ」とののしられ、「足蹴にされた」等と調査における自由記述に記載されている例からも、表面化しにくい介護現場特有の複合的なハラスメントの実態を認識することができる。

介護労働者に対する利用者やその家族からのハラスメントは、利用者への虐待などと異なり、その問題が隠された状態にあり、報道等で語られるようになったのは 2018 年になってからである。問題が表面化され難い理由としては、被害を受けた労働者が、「利用者は認知症など病気だから仕方がない」、「相談者がいない」、「相談してもきちんと聞いてくれない」、「プロ意識が足りない」と言われる、「受け流せてこそプロ」、などの介護労働者特有の思いから、公にすることを躊躇していることにある。

「UAゼンセン報告書」では、被害にあった労働者の 79.4%が誰かに相談していたが、そのうち約 5 割が相談後も状況が変わらなかったと答えている。誰にも相談しなかった約 40%が、介護労働者自身が「介護職は我慢するのが当然と言われているので、力不足と考えられてしまう」「プロはその程度は受け流すべきと言われる」「その程度のことは、自分で対応すべき」「認知症だから仕方がない」「性的なハラスメントは、恥ずかしくて人には言えない」と、相談しても解決しないと考えた理由を述べている。また、事業者や上司に対しては、ハラスメント行為に対する受取り方の違い<sup>15</sup>がもととなり「親身に聞いてもらえない」「真摯に受け止めてくれない」等に加えて、利用者至上主義による利用者や世間に対する体裁から、表面化が阻止されている。

介護労働者は、利用者からばかりでなく家族からもハラスメントを被り、人として心身ともに傷ついている上に、事業者等管理者に訴えて解決を望むことをも難しい状況にあり、まさに、これにより介護労働者のヒューマン・ライツの尊重が阻害されていることは否定できない。

これらのハラスメントの原因は、前出の調査等の結果から読み取ることができる。当然、認知症や精神疾患等に伴う症状である場合もあるが、利用者及びその家族の生活歴や性格に伴うものが多くを占めているとされている。それと同程度に介護労働者の尊厳が低くみられていることを原因としてあげていることは注目すべき点である。介護は入浴や着替えなど直接的な身体接触、日常生活への介入などが業務の一環であること、および訪問介護においては居宅において 1 対 1 の状態で、しかも女性労働者の比率が高いことが、ハラスメントに結びつきやすい上、利用者および家族のストレスのはけ口になりやすい状況にある。また、介護保険制度が導入されて、利用者および家族の過剰な権利意識、介護保険上の介護サービスに対する無理解、介護労働者の感情労働や社会貢献的心理に対する過剰な依存等も大きな原因と考えることができる。

---

<sup>15</sup> 「若いから」「好かれているからお尻触られるのよ」「利用者にもてるのね」「隙があるから」等上司や同僚からの的外れなコメントにさらに傷ついたが、ハラスメントを受けるのも業務のうちだとあきらめたとの意見も見られる。

### (3)人材確保におけるハラスメントに対する施策

『厚労省委託調査報告書』等の公表や「労働施策総合推進法」の施行等により、社会全体としてハラスメントの被害を看過してはならないという意識が醸成されつつある。「労働施策総合推進法」第1条第2項の目的条文では、「この法律の運用に当っては、労働者の職業選択の自由及び事業主の雇用の管理についての自主性を尊重しなければならない、また、職業能力の開発及び向上を図り、職業を通じて自律しようとする労働者の意欲を高め、かつ、労働者の職業を安定させるための事業主の努力を助長するように努めなければならない」と事業者に対する責務を示すとともに、同法第30条の3では、国、事業主、経営者、労働者の四者に対し、努力義務ではあるが、パワーハラスメント問題への取り組みや理解を求める規定が置かれ、各当事者の心構えや姿勢を説いている。

ハラスメントに対する事業者の責任は、研修や相談体制の整備は基本的なことであり、近時の判例においては、使用者責任(民法第715条)・安全配慮義務違反による不法行為(民法第7条)、もしくは「労働契約法」(平成19年12月5日法律第128号)第5条違反による債務不履行(民法第415条)が事業者に対する訴訟の根拠となっている。介護事業において、ケアハラスメントの深刻さを考えると、人材の確保を課題として介護労働者のヒューマン・ライツを尊重した施策は猶予が許されない状況にある。

事業者がまず行うべき施策は、現状の正確な把握と介護労働への理解であり、労働者の安全保持である。事業所の状況、業務の種類、利用者の特性等により、尽くすべき施策は各々異なるであろうが、いかなる場合においても、事業運営者はハラスメントから労働者を護る意思が必要であり、ハラスメントに対する対応を労働者のスキルに依存することには限界がある。利用者およびその家族に対する説明責任と対応も重要であり、加えて事業所内での情報共有とコミュニケーションの充実に努めなければならない。

ケアハラスメントから介護労働者を護るために、UAゼンセン日本介護クラフトユニオンと介護事業者42社が、2019年2月に「ご利用者・ご家族からのハラスメントに関する集団協定」<sup>16</sup>を締結した。集団協定書にはハラスメントを防ぐために実施する対策、および新規の契約を行う際に、介護労働者へのハラスメントに関する禁止事項やハラスメントがあった場合の法人としての対処方針を、利用者・家族に説明するとしている。社内に職員用の相談窓口を設けることに加え、そこに相談・通報した人が不利益を被ることのないようにすることも盛り込んでいる。今後、自治体のルールや国の指針等により介護労働者を護るために、ハラスメント行為が著しい利用者の退去・退所措置やサービス提供拒否に対するマニュアル等の作成を含めた介護基準の明確化を望むところではあるが、安定的な人材の確保のためには、介護事業者が介護労働者を護る事業経営が必要とされる。

---

<sup>16</sup> 2019年3月1日協定内容確認 <http://www.nccu.gr.jp/rw/contents/C03/20190307000124.pdf>

### 3. 介護事故における事業者の対応

#### (1) 介護事故とは

介護事故とは、事業形態を問わず、事業者の過失の有無にかかわらず、介護の現場で起きる利用者の身体・生命に危害が及ぶ可能性のある事故と考えるが、定義は明確となっていない。厚生労働省による医療事故の定義<sup>17</sup>を参考にすると、介護事故は、サービス管理下にある事故すべてが対象となり、けがの有無等の有害に限定せず、対象高齢者(利用者)に発生した事故であるといえることができる。

介護サービスは、高齢者の「生活の場」において、利用者の日々の営みを支えている。高齢者の多くは、身体的機能および認知機能の低下が伴うため、一般のサービス以上に、事故が発生しやすい環境にある。介護が必要である高齢者が対象であることは、些細な時間や空間で人命の危険に陥る場合も考えられる特殊な状況下でのサービス提供であり、人対人のサービスにおいてヒューマン・エラーは避けることは難しく、事故は必ず発生するものと言っても過言ではない。事故の発生の防止につとめるのは当然のことだが、事故の防止だけを介護の目的とすると、転落事故防止のための身体拘束<sup>18</sup>、転倒防止や誤嚥防止のため残存機能を抑制し自立を妨げる介護(歩けるのに車椅子で移動、固形物が食べられるのに流動食になど)により、利用者の尊厳および高齢者のQOL(Quality of Life)が阻害されることとなる。介護サービスを提供する上で、「介護保険法」第1条および「社会福祉法」第3条において、利用者の尊厳を保持したサービスの提供について規定されており、事故の発生を回避するために、利用者の拘束等、安全確保のためと称して利用者の自由を奪うことは否定されている。つまり、利用者の尊厳に配慮し、利用者の自由を尊重しようとするればするほど事故の発生可能性は高まると言える。

介護労働において事故は必ず発生するものであり、そのような状況下で介護が行われていることを認識しておく必要があり、事業者も労働者も、いつか自分がその当事者になる可能性があることを、十分認識しておかなければならない。

#### (2) 介護事故の実態

介護事故の類型として、転落・誤嚥・物品の紛失・医療的事故・個人情報の流出など多面化しているが、『平成29年度介護サービスの利用に係る事故の防止に関する調査研究事業報告書』に

---

<sup>17</sup> 厚生労働省医政局総務課 医療安全推進室(2015) 第6回医療事故調査制度の施行に係る検討会資料「医療事故の定義について」 最終アクセス:2019年8月8日。

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000075316.pdf>

<sup>18</sup> 介護保険指定基準上、「当該入所者(利用者)又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合」には身体拘束が認められているが、これは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。

よると<sup>19</sup>、介護施設内で最も多い事故は、転倒・転落等が 65.6%、誤嚥等が 13%と続き、「不明である」が 12%と示されている<sup>20</sup>。

これらの介護事故が生じた際、問われる責任は、法的には行政上・刑事上・民事上の 3 つに大きく分けることができる。

行政上の責任は、介護事業者が地方公共団体から指定等を受けた際の基準や法的義務を満たさなければならないことから、介護保険指定事業者として継続することが不適切であるような場合には指定取り消し処分等が行われる。行政上の責任については、事業者に問われるものであり、介護労働者に課せられることはない。

刑事上の責任は、刑法上の業務上過失致死傷罪等に問われるもので、事故の行為者である介護労働者が故意または過失により利用者の心身に損害を与えた場合、刑事上の責任を問われる可能性はあるが、悪質な違法行為でない限り課せられる実態は希少である<sup>21</sup>。

民事上の責任は、利用者に対する契約当事者である事業者と、介護の行為者である労働者の両者が、問われる可能性がある。介護事業者は利用者との間で介護保険契約が締結されていることから、契約で定めたサービスを提供する義務(債務)が発生している。事業者は、介護サービスの提供過程で利用者の心身の安全を配慮する義務(安全配慮義務)があり、介護従事者の行為により利用者に損害が発生した場合に、使用者である介護事業者が、「民法」第 415 条による債務不履行責任を負うことになる。介護労働者は、利用者との間に直接契約の締結はないことから、債務不履行責任は生じないが、契約に基づかず発生する同法第 709 条による不法行為責任は生じることとなる。この場合、使用者である事業者においても、同法第 715 条の使用者責任による不法行為責任を負うことになる。また、施設等物的設備に瑕疵があったような場合は、事業者にも同法第 717 条による不法行為責任が生じることとなる。

介護事故の発生をもって、直ちに法的責任が生ずるわけではないが、債務不履行または不法行為の要件に該当することにより、法的責任を負うことになる。事業者の債務不履行責任は、個々の労働者が行った行為について事業者の行為とみなされ、個々の労働者の過失は事業者の過失との考えられることから、事業者は、日常的な指導監督をしていたことや養成・研修などを実施していたことなどを理由に責任を逃れることはできない。また、個々の労働者に不法行為の責任が認められたからといって、事業者の契約上の責任が免れるわけでもない。つまり、発生した介護

---

<sup>19</sup> 介護労働安定センター (2018) 老人保健健康増進等事業 最終アクセス：2019 年 8 月 10 日。  
[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h30\\_kaigojiko\\_houkoku\\_20180402.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h30_kaigojiko_houkoku_20180402.pdf)

<sup>20</sup> 実際の事故発生の参考として、本稿巻末に、介護付き有料老人ホーム(株式会社 S) から提供を受けた事故の発生状況資料を添付する。

<sup>21</sup> 現在、即日控訴による係争中であるが、長野県安曇野市の特別養護老人ホームにおいて、2013 年 12 月に入居者(女性 85 歳)が、おやつのだんごを食べた後に意識を失い約 1 か月後に死亡した事故で、2019 年 3 月、長野地裁松本支部は、注意義務を怠ったとして、松本市の准看護師に対して、業務上過失致死罪の求刑通り罰金 20 万円の有罪判決を言い渡した(平成 31 年 3 月 25 日長野地裁松本支部判決)。当該裁判は、介護施設での事故で職員の刑事責任が問われた異例の裁判であり、悪質な虐待以外での刑事裁判は、議論的的となっている。

事故に対しては、「事業者の責任」として対応し、介護労働者個人の責任に転嫁することは相当ではない<sup>22</sup>と考えられる。業務の執行につきなされた労働者の行為により、損害賠償責任を負うことにより事業者が損害を被った場合には、民法第 715 条第 3 項により事業者から労働者への求償権が認められているが、1976 年の最高裁の判決<sup>23</sup>を参酌すると、介護事故における求償は、介護労働者に問題があり、故意または故意の犯罪行為により生じた事故のような限定的な場面でなければ、労働者に損害賠償ないし求償は求められないと考えるのが妥当である。

事業者が加入する損害賠償保険は、一般的には、介護従事者の不注意によって発生した事故等による損害に対して保険金が支払われるスキームになっている。つまり、事業者が、介護事故に対して、利用者の保護と共に、優先的に行われなければならないことは、事故の当事者の個々の責任追及や賠償金等の金銭の工面ではなく、原因究明と再発防止策の検討である。

事故は何か一つの原因で発生することは少なく、様々な要因が重なって発生し、事故の当事者となった労働者は、その最後の要因に該当してしまったと考えることができる。通常事故が想定される場合には、事故に対する物理的な安全対策、知識や技術的な対策、組織的な安全への取り組みなど、いくつかの「防護壁」を設ける必要がある。リーズン(2012)が提唱する「スイスチーズモデル」では、チーズを事故発生の防御壁と捉え、その防護壁を重複することによって事故を防止して、安全を維持しようとするが、事故は、これらの防護壁の脆弱な部分やエラーなどをチーズにあいている穴に例え、それをすり抜けて結果的に発生すると述べている<sup>24</sup>。つまり、防護壁がいくつも重ねられていることにより防ぐことができるはずの事故が、穴が重なることにより、事故とは必ずしも個人によるヒューマン・エラーだけでなく、複数の人々や組織的な要因によって発生することが多いことを示している。誰が悪かったのかと安易に責任追及をするのではなく、どのような要因が事故につながったかを分析することが重要である。

実際には、介護事故が発生した場合、介護労働者および事業者の法的な責任の有無が明らかにされる前に、利用者の保護と事態の早期解決の目的において、利用者・利用者家族等と事業者との間に示談が行われ、和解金が支払われるケースが多い。そのため、事故の経緯や事実が克明にならない事態が生じていることから、事故発生の要因の分析が疎かになっている。

そのため、事故の当事者である労働者は、なぜ事故につながったのかが明確にされないまま、日常の業務を続けざるを得ないこととなり、大きな心理的負担となっている。前掲の報告書による事故について、転倒・転落等が 65.6%、誤嚥等が 13%と続き、12%が「不明」であったが、誤嚥等と同程度に原因が「不明である」事故が生じているというこの数字は、事故の分析に係る不

---

<sup>22</sup> 青木(2009)16-17 頁。

<sup>23</sup> 最一小判昭和 51 年 7 月 8 日民集第 30 卷 7 号 689 頁。「使用者が、その事業の執行につきなされた被用者の加害行為により、直接損害を被り又は使用者としての損害賠償責任を負担したことに基づき損害を被った場合には、使用者は、その事業の性格、規模、施設の状況、被用者の業務の内容、労働条件、勤務態度、加害行為の態様、加害行為の予防もしくは損失の公平な負担という見地から、信義則上相当と認められる限度において、被用者に対し右損害の賠償又は求償をすることができる者と解すべきである」と判断している。

<sup>24</sup> リーズン(2012)11-15 頁。

確実性を露呈している。介護事故の裁判例は、発生事故の一部に過ぎず、示談等で折り合いがつかず紛争に至ったものであるが、判例事案においては、法的責任・事故の原因などが明らかとなることから、判例から事故発生の要因分析や予防策を検討することができる。

### (3)判例から読み解く介護事故に対する判断

判例から事故の具体的な発生状況を見ると、積極的な介護行為(入浴・着替え・排泄介助等)自体に直接起因した事故の発生は多くはない。積極的な介護行為、つまり介護技術はマニュアル化やスキルアップ(訓練)により事故防止策につながり易いが、裁判例は、積極的な介護を受けている場面ではなく、恒常的な生活の中で事故が発生していると判断している。介護に従事する者も、積極的な介護行為を行う場合には事故が起きないように専門的なスキルと注意を払うが、それ以外の生活場面では、注意が払いきれず、「ちょっと目を離した隙」に事故が起こりやすいと考えられる。

長沼(2011)は、事故の種類が誤嚥や失踪等の場合、死亡に至らなければ「事故以前の状態」に戻ることが多く、その場合は具体的な損害の算定が困難であることから、裁判にはなり難いと考えられるが、他方、転倒では、それによりただちに死に至ることはむしろ稀であるが、重大な転倒の場合「事故以前の状態に戻る」ことはできず、介護度の引き上げ、後遺障害を残すなどが多いことから、裁判になりやすいと述べている<sup>25</sup>。

桑原(2013)は、介護事業者(介護施設)の責任を検討するにあたり、介護保険契約における専門性、特殊性を考慮する必要があるとし、契約の当事者である介護事業者が、その専門性から高い注意義務を負うと説明しており、事故抑制の観点から見て、事故を防止できる中心は介護労働者であり、その責任を事業者に負わせることで、事故の減少にも資すると述べ、介護事故をめぐる訴訟の重要性も増してきている今日、責任保険の加入手段のある事業者側に高度な注意義務が課せられることの正当性を述べている<sup>26</sup>。

また、品田(2006)は、介護サービスの利用者は、資格の有無にかかわらず、対価を得てサービスを提供している以上、介護に従事する者が一定の専門性を持っており、安全性は確保されているという期待を抱くのは当然であろうと述べている<sup>27</sup>。

本稿において、判例を検証する目的は、介護事故における事業者の責任とともに、介護事故の行為者である労働者の行動および責任について裁判ではどのような判断がされているかを検証することにある。この検証から、介護事故は必ず発生するものであり、そのような状況下で業務を遂行するにあたり、加害的立場となりうる労働者のヒューマン・ライツに係る現状を把握する。検証対象とする判例は、事故の中でも訴訟に至ることが比較的多い傾向にある転倒事故の裁判例から、労働者の行為と事故の関係性について何らかの意見が述べられている判例を抽出した<sup>28</sup>。

<sup>25</sup> 長沼(2011)124頁。

<sup>26</sup> 桑原(2013)92-100頁。

<sup>27</sup> 品田(2006)172頁。

<sup>28</sup> その他検証を行った判例については、本稿巻末においてその一覧を資料として掲載している。

## ①横浜地裁平成 17 年3月 22 日判決(判例時報 1895 号 91 頁)

### 【事件の概要】

X (85 歳女性・要介護 2) は、平成 12 年 2 月より週に 1 回、社会福祉法人 Y の介護施設において通所介護サービスを受けていた。平成 14 年 7 月 1 日午後 3 時 30 分頃、X は、帰宅するため送迎車を待つ間、いつもどおりトイレに行っておこうと思い、杖をついてソファから立ち上がろうとした。それを見た職員 B は、X が前かがみになりそうになったことから転倒の危険を感じ、転倒防止のための介助をしようと考え、X に「一緒にしましょう」と声をかけた。X は「1 人で大丈夫」と言ったが、B は「トイレまでとりあえず一緒にしましょう」と言い、ソファから本件トイレの入口までの数メートルの間、付き添って歩き、歩行の介護をした。X が本件トイレに入ろうとしたので、B はスライド式の戸を半分まで開けたところ、X は本件トイレの中に入っていった。X は、本件トイレの中に入った段階で、B に対し「自分一人で大丈夫だから」と言って、内側から本件トイレの戸を自分で完全に閉めた。その後 X は、本件トイレ内を便器に向かって杖をつきながら歩き始めたが、数歩、歩いたところで転倒した。その結果、X は右大腿骨頸部内側骨折の傷害を負い、後遺障害を残し平成 15 年 1 月 24 日に要介護 4 の認定を受ける。そこで X から Y に対し、損害賠償を求めて訴えに及んだ。なお、平成 14 年に要介護 2 認定の際の主治医の意見書には「筋力が落ちているため、転倒に注意を」との記載あり。認定調査票には「両下肢に麻痺があり、加齢による筋力低下で歩行が不安定である」、「両足での立位歩行は、支えがないとふらついてできず、杖が必要である。室内歩行時も杖を使用している。」との記載がある。

### 【判旨】 請求一部認容

Y としては、通所介護契約上、介護サービスの提供を受ける者の心身の状態を的確に把握し、施設利用に伴う転倒等の事故を防止する安全配慮義務を負うべきであり、送迎時や X が本件施設内にいる間、X が転倒することを防止するため、X の歩行時において、安全の確保がされている場合等特段の事情がない限り、常に歩行の介護をする義務を負っていたものというべきである。

本件トイレは、身体障害者用であり入口から便器まで 1.8 メートルの距離があり、横幅も 1.6 メートルと広く、しかも、入口から便器までの壁には手すりがないのであるから、X が本件トイレの入口から便器まで杖を使って歩行する場合、転倒する危険があることは十分予想し得るところであり、また、転倒した場合には X の年齢や健康状態から大きな結果が生じることも予想しうる。なお、平成 13 年 2 月 12 日、X が施設の玄関ホールでつまずき、しりもちをついて転倒したことがあり、これを機に施設職員は、X の移動については、全職員がその日の X の様子に注意し、見守りまたは介助をするようにして、転倒防止に気をつけていたと認定されている。そうであれば、B としては、X が拒絶したからといって直ちに X を一人で歩かせるのではなく X を説得して、X が便器まで歩くのを介護する義務があったというべきであり、これをすることなく、X を一人で歩かせたことについては、安全配慮義務違反があったといわざるを得

ない。

確かに、要介護者に対して介護義務を負う者であっても、意思能力に問題のない要介護者が介護拒絶の意思を示した場合、介護義務を免れる事態が考えられないではない。しかし、そのような介護拒絶の意思が示された場合であっても、介護の専門知識を有すべき介護義務者においては、要介護者に対し、介護を受けない場合の危険性とその危険を回避するための介護の必要性とを専門的見地から意を尽くして説明し、介護を受けるよう説得すべきであり、それでもなお要介護者が真摯な介護拒絶の態度を示したという場合でなければ、介護義務を免れることにはならないというべきである。(認容額：3割の過失相殺・1253万719円確定)

#### 【考察】

本件事案で考察すべきは、意思能力に問題のないX個人のプライバシーと密接に関わるトイレ内を自力で歩行する意向を表明した介護拒否と、Bの介護義務違反との問題である。介護事故において責任の有無を判断するにあたって、予見可能性(事故が発生する可能性があらかじめ認識できたか)と結果回避可能性(何らかの措置を講ずれば事故の結果を回避することができたか)が争点となる。当該事件においては、利用者の年齢、けが等の経歴、事業者側に与えられた情報の内容、場所などの属性等の要素を判断すると、予見可能性による義務は否定できない。

Xに限らず、特にトイレ介助については、自尊心・羞恥心等のために職員の手を借りずに自分で行おうとする傾向が強い。しかし、介護拒絶の意思が示された場合であっても、「介護の専門知識を有すべき介護義務者においては、要介護者に対し、介護を受けない場合の危険性とその危険を回避するための介護の必要性とを、専門的見地から意を尽くして説明し、介護を受けるよう説得すべきであり、それでもなお要介護者が真摯な介護拒絶の態度を示したという場合でなければ、介護義務を免れることにはならない」と、介護の専門的知識を有するものとしての義務を課している。この判決は、介護専門職としての結果回避可能性による説得義務が課されたものであったが、当該判決については既に多くの議論があり<sup>29</sup>、実際問題としては釈然としない判断であると言える。

BはXの歩行状態が不安定であることを認識しており、いつでも支えられるように絶えずXを見守り、近くにいて歩行介護をしていたことは認められている。本件の場合、Xがトイレの介助を拒んだことを、そのまま受け入れてしまったことで事故が起きている。Bの主張は、「Xは痴呆もなく、自らの意思を明確に表明でき、意思確認のできる状態であったところ、かかるXがトイレの入口においてトイレ内での介護を強く拒否した以上、Xの選択が優先されるのは当然である。職員Bは、Xのそのような意思表示から、トイレ内での自力による動作が安全であると信頼し、Xの意思に従ったのである。したがって、本件施設の職員がXと一緒にトイレ内に入らなかったことは相当であり、本人の意思を無視してまで介護せよとのXの主張は、今まで介護福祉の中で培われた倫理を大きく揺るがす主張であり、認められない」としている。つまり、可能な限りXに対する安全配慮をしてきたから、安全配慮義務違反はないとの主張で

<sup>29</sup> 菅(2006)28-36頁、菊池(2006)42-44頁などを参考にされたい。

ある。身体障害者用トイレ(手すりがなく入口から距離があり、横幅も広い)であったことも、事故につながった要因であるが、このトイレを選択したのもXである。しかし、判決は上記の通り「介護を受けない場合の危険性とその危険を回避するための介護の必要性とを専門的見地から意を尽くして説明し、介護を受けるよう説得すべきであり、それでもなお要介護者が真摯な介護拒絶の態度を示したという場合でなければ、介護義務を免れることにはならない」とした。既に述べてきたように、社会的評価において介護労働は専門性を認知されているとは言いがたく、前節記載のハラスメントに表れているように、人としての尊厳さえ失われかけているという状況下において、専門的知識を有する介護者であることを理由に、Bの主張を採用できないとしていることに矛盾を感じる。介護事業者は、介護拒絶に対する判断が誤っていたとされた介護労働者に対して、フォローを忘れてはならない。意思表示に問題のない利用者による介護拒否について、説得により利用者の意に沿わない介護を進めることにより、今後利用者からの他の介護を拒否されうる可能性もあり、嫌がることを無理に行ったといった施設に対する苦情にもつながる可能性も否定できないのが高齢者介護であるとも言え、現場労働者の個々の判断のみによる対応は、労働者に大きな負荷となる。事業者は介護労働者に対して、判断の誤りを責めるのではなく、個々の介護拒否に対する事業所としての共通認識を示すとともに、要因の整理と再発防止についてマネジメントを行う必要性がある。

## ②東京地裁平成 28 年8月 23 日判決(平成 27 年(ワ)第 19572 号)

### 【事件の概要】

X(87歳女性・要介護1)は、平成25年4月に要支援2の認定を受け、週2回デイホームに通所するようになり、同年7月に要介護1の認定を受けた。Xは、左膝関節症・右足関節症・外反母趾等の身体症状と認知症があり、転倒やよろめいてケガをしたこともあり、家庭内での介護が困難となり、平成26年2月25日に、介護付き有料老人ホームYと契約を締結し、翌26日より4415室に入居した。

Xは同年5月12日午後0時55分頃、本件施設4階リビングにおいて、立ち上がろうとしたところ転倒。転倒事故発生時、施設4階には職員AB2名いたが、リビングで食事をしていた入居者のうち、移動に介助が必要な入居者をそれぞれの居室へ移動させていた。同時刻頃職員はリビングからドンと音がしたことから、直ちに向かったところ、Xが床に倒れている状況であった。Xは職員に対し「トイレに行こうと立ち上がったところ、足を滑らせて転倒した」旨を述べた。左大腿部の痛みと脱力感を訴え立つことができなかったことから、病院に搬送したところ、左大腿骨転子部骨折の事実が判明し、同年6月9日まで28日間入院の後、同月13日から平成27年2月27日まで通院した。これによりXからYに対し、損害賠償を求めて訴えに及んだ。なお、本件事故後平成26年6月30日に要介護3認定されている。

### 【判旨】棄却

Xは、本件転倒事故当時、脳血管性認知症と診断されていたが、失禁時の対応や帰宅願望が

あるほかは、会話による意思疎通は可能であり、本件施設において、個室で日常的な起居を自ら行い、食事、排せつ、衣服の着脱等も自立で行っており、運動等レクリエーション、食事、排せつのための移動場面においても、一人で歩行していたことが認められる。また、医師作成の居宅療養管理指導書には、平成 26 年 5 月に至り、転倒に留意すべき旨の記載はされているものの、その根拠となる具体的な記載はなく、本件施設職員による観察およびその分析、情報共有の結果によるも、歩行能力について格別具体的な問題は観察されず、本件各契約締結後、本施設において X が転倒したことはなく、入所オリエンテーション時、およびその後の連絡や面接の機会においても X の家族から、転倒に対する具体的な不安は聞かれていない。また、本件転倒事故は、X の問題行動となっている帰宅願望の高まりや施設内徘徊によるものではなく、昼食後の落ち着いた時間帯にトイレに移動しようとして発生したものである。以上の事実によれば Y および職員 A B において本件事故を具体的に予見することは困難であったとみとめられ、安全配慮義務違反により生じたものとは言えず、したがって、X の債務不履行または不法行為に基づく損害賠償請求はいずれも理由がないとした。

#### 【考察】

裁判では、利用側(Xおよび家族)が施設入所時に、転倒の不安を述べたことはなかったと認定された。まさに、「言った、言わない」が争点となったが、Xは入所以来歩行状態の不安をうかがわせる事実はなく、本件各契約締結後にXの家族から本件施設Yおよび職員に対し、具体的に転倒への不安が聞かれた事実は認められなかった。このことを認めた根拠は、詳細に記録された介護日誌であったと推測される。判決文では明確な証拠の引用は見られないものの、Xに対する行動記録とやり取りの詳細記録が残されており、その中に「書かれていなかった」こと自体が、その事実の不存在を指示していると判断されたと考えられる<sup>30</sup>。

本裁判においては、詳細な介護記録が有利な証拠となり得たが、裁判で不利になる場合もあり得る。しかし、介護記録や事故報告書が適正に書かれることにより、事実の確認が行われる。介護労働者の行為の正当性が曖昧になったまま、事故の行為者として不本意ではありながら、示談が成立した場合等、労働者の心理的負担は今後の業務に差し支えるものとなることが推察される。和解の内容にかかわらず、事業者等に行為労働者の正当性が認識されることで、労働者の救済につながる効果が得られる。

### ③大阪高裁平成 19 年 3 月 6 日判決(賃金と社会保障 1447 号 55 頁)

#### 【事件の概要】

亡 A (当時 79 歳)は、平成 12 年 6 月多発性脳梗塞を発症し、徘徊等の認知症の症状が発現したため、同年 9 月、Y が経営する指定痴呆対応型共同生活施設(2005 年介護保険法改正前の呼称、現行では認知症対応型共同生活介護施設、以下グループホームという)に入居した。A は、入居時は要介護 2 で利用契約(本件契約)を締結し、平成 13 年 7 月要介護 3 の認定を受け本件契

<sup>30</sup> 外岡(2018)133-142 頁。

約を更新した。本件施設職員B(介護福祉士)は、同年12月12日午後2時40分頃、Aを浴室で入浴(全介助)させるため、1階食堂からAの手を引いて階段を上がり、リビングに誘導した。Bはその途中でAに対しトイレに行くかどうか尋ねたが、Aは行くとは答えなかった。BはAをリビングの椅子に座らせ、「ここで待っていてくださいね」と言ってAの許を離れ、浴室で湯温の確認、脱衣所のマットの整えをしていたところ、Aはその間にトイレに行こうとして歩き出し、トイレの出入り口付近で転倒し、右大腿骨頸部骨折の傷害を負った。Aは整形外科に入院し、同年12月14日観血的接合術を受け、リハビリ訓練の後、平成14年3月28日に骨癒合が完成し症状が固定した。Aは、本件事故後要介護度が重度化し、転倒・骨折、誤嚥などによる入退院を繰り返した後、平成16年1月12日死亡し、Aの遺族であるX1・X2・X3からYに対し、損害賠償を求めて出訴に及んだ。

第1審判決(京都地裁判決平成18年5月26日)は、「10数秒ないし2~30秒の間でも、椅子に座っているAから目を離してはならないという法的義務がBやYにあったとは認め難い(仮にかかる法的義務を認めるとすれば、グループホームの運営に関して著しく過重な業務が課されていることとなり、グループホームが同様の状態にある高齢者の引受けを躊躇する事態も生じかねないといえる)。」として請求を棄却した。これに対して、原告は大阪高等裁判所に控訴した。

#### 【判旨】請求一部認容

「排泄、入浴、階段の昇降等、AのADL<sup>31</sup>の状態に即して危険が予想される場合の配慮は当然としても、通常危険が予想される場合でもなく、かつ平坦な本件リビングに待機させているのに、わずか10数秒ないし2~30秒の短時間すら目を離してはならないという極端な注意義務を課せられることになれば、生活面の介助を提供しながらも自立した日常生活を援助するという、およそグループホームの本来の役割を果たすべき施設運営を遂行することはでき」とYは主張した。

判旨は、転倒による骨折等の受傷を防止する安全配慮義務を、「信義則上の義務」として認めており、これについては、Yも否定しないところである。本件施設は、認知症対応型のグループホームであり、心身の障害で常時介護を要する者を対象とする介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や医療ケアと介護が必要となる者を対象とする老人保健施設とは設置の目的・性格は異なり、加えてAは独立歩行が可能であり、これまで施設内で独立歩行による転倒事故は一度もなかったと認定されている。

本判決は「Aが本件リビングに着座したまま落ち着いて待機指示を守れるか否か、仮に歩行を開始したとしてもそれが常と変わらぬ歩行態様を維持し、独歩に委ねても差し支えないか否か等の見通しだけは事前確認すべきとする注意義務」については違反を認めた。ただし、結論

<sup>31</sup> 日常生活の中で生じる基本的な動作を、ADL (Activities of Daily Living) という。介護を受ける人が、「どれだけ他者の力を借りずに独立して生活できるか」を示す指標として用いられる。具体的には、決まった時間の起床、着替え、整髪、洗顔に始まり、食事、排せつ、入浴、外出時の移動(歩行)などが該当する。

に至る背景要因として2点指摘できるとし、第1に、本件施設は要介護状態区分1または2の認知症高齢者施設であり、Aは要介護3の認定を受けてG園への転所を申し出たが、本件施設側で、今までどおり責任をもって介助をするというので、契約を継続した旨認定されている(平成13年6月8日の医師の診察に係る意見書では、グループホームでの介護が最適であり、本件施設に馴染んでいたと記載されているが、控訴人らは施設側の対応が不十分と考えていた)。第2に「家族が毎日のように本件施設に赴くため、施設側のトイレ誘導や入浴介護の予定に支障を来すことからか、本件施設から出入りを少し遠慮して欲しいとの申し出があり、本件事故前日にも同様の申し出があった」とも認定されている。

本判決は、本件事故が2年余の長きにわたる入院治療のきっかけとなったことは確かであるが、「本件事故以後における転倒、胃潰瘍、うっ血性心不全、髄膜腫、認知症の亢進、嚥下障害による窒息等々をすべて骨折に帰責するには、生体を取り巻くあまりにも複雑な要素が交錯混在しており、骨折と死亡との間の相当因果関係までは肯認できない」とし、転院するまでの間の整形外科的な損害に限定した(損害総額は、傷害慰謝料400万円を含め、合計652万円余)。

本件は、グループホームでの介助中の認知症高齢者の骨折事故につき、施設側の安全配慮義務違反が認められた事案であり、原告の請求を棄却した原審を覆して請求を一部認容した。

#### 【考察】

医療事故と異なり、介護事故は地裁で結審がされる例が多い中、高裁に持ち込まれた裁判例であることから推測されるように、判断が難しい事案であったといえる。結論に至る背景要因として2点指摘していることから、あえて規定(要介護状態区分1または2)を上回る介護度(要介護3)の入居者をグループホームで継続して引き受けたことに対し、相応の加重された注意義務が問われたことに加えて、施設と家族との関係性等が、判断の背景要因になっている可能性がある。利用者の家族との関係性については、労働者が行う本来の介護労働に影響を及ぼす可能性にも事業者は留意しなければならない。家族への対応および説明責任は、事業者の責務であることは明白である。

さらに、注意義務について、同判決は「通常の本件施設における見守りと異なる高度な注意義務を設定するものとは言えない」としている。グループホームにおいては、特に認知症に対する専門的認識が必要とされる。これらを踏まえたうえで、Xに対する安全の見通しを確認する義務、および見守りを行うことが検討されるべき事案である。介護事故は、日常生活上の世話の過程で起こることから、どこまで介護をすればいいのかといった介護行為そのものが、争いの対象となっている。本件のように、わずか10数秒ないし2~30秒の短時間目を離したことによる、いわゆる「ちょっと目を離した隙に」起こりうる事故に対して、「一瞬たりとも目を離さない」ことは介護行為の本質ではなく、また、物理的にも可能ではない。つまり、これらの判断が現場の労働者のみの責任として問われることなく、やむを得ず加害者になってしまう可能性を含む介護労働者について、ヒューマン・ライツの視点において擁護すべきことを、事業者としての安全配慮に係る方向性を示すことが必要とされる。

#### (4)介護事故における労働者と事業者の関係性

ここまで、一般のサービス事業以上に、介護サービスでは、事故が発生しやすいことを立証し、事故発生要因を分析し、事業所全体で再発防止策を講じる必要があることを述べた。

事故発生のメカニズムとして、個人によるヒューマン・エラーだけでなく、複数の人々や組織的な要因によって発生することが多いことを示している理論として、既述のリーズンの「スイスチーズモデル(軌道モデル)」の他、「ハインリッヒの法則」の概念が考えられる。

ハインリッヒ(H. W. Heinrich)は、その著書『産業災害防止論』のなかで、労働災害の発生メカニズムを説明している。ハインリッヒの法則は古典的な理論ではあるが、これを介護事故に適用すると、一つの原因が次の原因を呼び、それがドミノを倒すように進行した結果生ずるものであり、三角形の頂点にある1件の死亡事故等重大な事故のもとには、29件ほどの中程度(障害が残らない程度)の事故があり、さらにそのもとには300件程度の軽微な事故が潜んでいるという理論が、そのまま当てはまる。つまり1回の事故を根絶させるためには、300回の軽微な事故を防止しなければならないことを示している<sup>32</sup>。これらの理論は、事故は何か一つの原因で発生することは少なく、様々な要因が重なって発生することを事業者は十分認識し、事故の発生要因の分析を疎かにすべきでないことを示唆している。29:300の意味は、原著では、「同一の人間に類似したaccidentが330回起きるとき、そのうち300回はケガを伴わず(no injury)、29回には軽いケガ(minor injury)、1回には重いケガ(major injury)が伴う」と述べられており<sup>33</sup>、介護事故発生のメカニズムと理論上一致する。言うまでもなく、重要なことは比率の数字ではなく、介護事故の発生という事象の背景には、原因となる要素が数多くあるということであり、ヒヤリハット(重大な事故には至らないものの、直結してもおかしくない一步手前の事例)等の情報をできるだけ把握し、迅速、的確にその対応策を講ずることが必要とされるということである。

また、政策的には、介護保険施設(特別養護老人ホーム等)の事業者に対して、2006年の改正において「事故発生の防止」策として、運営基準上の事故の対応内容が定められた<sup>34</sup>。①介護事故発生時の対応・事故発生の防止のための指針を整備、②事故・ヒヤリハット・事故に結びつく可能性があるもの(以下「介護事故等」)についての報告および分析を通じた改善策の従事者に対する周知徹底、③事故発生の防止のための委員会(専任の安全対策担当者)、④事故の発生防止のための従事者に対する研修(年2回以上)、加えて従業員の懲罰を目的でないことに留意することが明記された。これにより、介護事故等の発生ごとの報告や発生原因や結果の取りまとめにより防止策を検討し、報告事例や分析結果を従業員に周知徹底すること等が要求されている。しかしこれらは、運営基準上の要求であることから、十分に行われているとは言い難いが、介護事故に対す

<sup>32</sup> 上田(2018)12-14頁。

<sup>33</sup> ハインリッヒ(1982)59-60頁。

<sup>34</sup> 「指定介護老人福祉施設の人員、設備、及び運営に関する基準」(平成11年3月31日厚生労働省令第39号)第35条、「指定介護老人福祉施設の人員、設備、及び運営に関する基準について」(平成12年3月17日老企第43老人保健福祉局企画課長通知)第4の31等。

る対応措置について、従業員の懲罰が目的でないことが明記されたことには意義があると考えられる。

高齢者の介護事故等は、利用者自身の判断能力の低下が背景にあり、介護事故を防ぐための事故原因が特定し難いこと、利用者本人の希望に答えて事業者や労働者が善意で行った行為であっても、いったん事故が発生すると事故が起きたという結果だけで、介護事業者および介護労働者の責任が追及されることになる。しかしながら、介護事故に限らず、事故は予見できない限り、結果を回避することも困難である。このことから介護事故の裁判においても、予見可能性と結果回避可能性が大きな判断基準となっている。この点からも、裁判例を検証し防止策を検討すべきことは明白である。

介護事故において、予見可能性を構成する要件としては、以下の3つがあげられる。第1に、被害者となった要介護高齢者の病歴や病気の症状、さらにはADLや性癖など、いわば本人特有の要件(本人要件)であり、第2に、当該事件や事故を予想させる施設内事故の履歴など、経験に関する要件(経験要件)である。そして第3は、人員配置や設備の状況など環境を問題とする要件(環境要件)である。予見可能性があれば、結果回避義務が生じるが、その判断を作用する要素としては、結果を回避する具体的な行動の期待可能性であり、事態発生時の初期対応を含め、いかに適切な対応をしたかが問われる要素(行動期待要素)と、当該事態の結果回避を期待できないような環境や職務習慣状態の有無(職務習慣要素)である<sup>35</sup>。本人要件・経験要件に基づく行動期待要素は、介護事業者のみならず介護労働者にも該当するが、環境要件に基づく職務習慣要素は、主として事業者に対して該当する要素であると言える。

事故の発生およびその事態を悪化させないために期待される行動は、ケース・バイ・ケースであり、一般的な期待可能性をもって論じることは難しい。しかし、裁判例から読み解くと、一定の訓練を受けた専門家、あるいはそれに準ずる者として期待される行動を取ったか、常識的にみて為すべき手段を講じたか、さらには防ごうとすれば防ぐことが容易であったかといった視点から、結果回避に係る行動期待可能性を論じているが、そこには、介護事業が直面している制度に係る人員配置や設備の実態は何ら考慮されていない<sup>36</sup>。

前掲の判例は、まさに、事故は何か一つの要因で起こるものではないことを明らかに示している。しかも、その点が著しく複雑である。事故の要因の複雑さは、介護労働者と利用者との関係を、信頼関係から対立関係に変えてしまい、事業者の責任のみならず、労働者に対しての予見可能性および結果回避可能性が問われている。「介護保険法」の制定によって「介護」が対価性を持ち、契約によるサービスが行われるようになったが、現場では、感情労働等による働きが求められている。事故の裁判においては、感情労働を含めて介護労働の特徴および制度の実態を取り上げられて判断された例は見当たらない。介護事業者の判断が大きく問われるところであるが、結果として、当該制度の中で、利用者ばかりでなく行為者である労働者も傷ついていることを忘れてはならない。

---

<sup>35</sup> 品田(2006)175頁。

<sup>36</sup> 品田(2006)178-179頁。

訴訟に持ち込まれ、事業者に損害賠償の判断がされた場合、実際には賠償責任保険で賄われる。介護労働者の賠償が求められた場合でも、通常は保険でカバーされ、前述したように労働者が損害に関わっていたとしても通常、求償はされない。しかし、いくつかの要因により最終的に事故の当事者となった労働者は、たとえ訴訟に至らず和解となった場合でも、予見可能性の有無にかかわらず精神的に追い込まれ、精神疾患や離職につながる可能性があることを、事業者は認識しなければならない。事故が起きると、事業者および担当責任者は、事後処理に追われ、利用者の尊厳を理念とする介護業界においては、保険の支払い基準の規約もあり、速やかにミス(過失)を認め示談和解へと進める傾向にある。実際の行為者は、過失ではないと自らの行為を認識していても、それについて争うことなく和解となるケースが多い。早い解決は、発生時の被害拡大防止、事業所の評判の悪化防止、および利用者の保護等にとって望ましいことではあるが、行為者は実際の事故発生の状況について、真実が語られることがないという事態に陥ることは目に見えている。この流れは、発生要因の分析がお座成りとなり、事故の予防策の構築に繋がらないだけでなく、介護労働者のヒューマン・ライツを著しく損ねていることを、事業者が十分に認識していないことが、人材の定着確保に大きく影響を及ぼしていると考えられるべきである。

介護は、事業形態を問わず、そして事業者および労働者の過失の有無にかかわらず、事故が発生しやすい現場である。いかに危機管理を徹底していても、ミスやヒヤリハットがまったく起きない現場はあり得ないと言ってよい。そこで、事業者は、事故の防止策はもとより、事故が起きる可能性を加味した準備が必要とされる。事故が起きた時の具体的な対処方法の検討、ガイドラインの整備、シミュレーション型のトレーニングなどの社内教育や情報の共有周知が、予防の第一歩になろう。事故が発生した場合は、初動から事態の鎮静化まで迅速に対応し、その後は、事故の事実を社内で共有し、なぜ起きたのか、今後どう防ぐのかについて、再発防止するための対策を講じることが重要である。しかし、介護労働者のヒューマン・ライツの保護の視点で人材の確保を考える場合、事業者はまず、契約の際に利用者や家族への理解を促すことを忘れてはならない。事故が発生した場合には、利用者の保護処置を行い、被害拡大の防止を優先すべきことは明白であるが、同時に事故の行為者である労働者のフォローと、組織全体の適正な情報伝達が重要な鍵となる。

以上の理論的な検証をはじめとし、介護事故に係る判例分析をすることにより、利用者との間で介護労働者に起きている事象に対して、介護労働者のヒューマン・ライツの尊重に事業者がどのように向き合うべきかを読み解くことで、現状における人材確保の方向性を認識しなければならない。

## 第Ⅵ章 ヒューマン・ライツを視座とした人材確保

### 1. 介護事業者の責務

我が国の社会保障制度は、国民の生活を守る公的支援制度として、「社会保険」「社会福祉」「公的扶助」「保健医療・公衆衛生」の4つの柱から成り立っているのは周知のとおりである。介護保険は、高齢者の健康な生活を国民全体で支える社会保険の一つである。そのシステムは、被保険者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者(被保険者)の選択に基づき、居宅・施設を問わず多様な事業者等から、総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう、「介護保険法」で定められている。つまり、介護ビジネスは社会的な事業であり、介護事業者はその社会的責任を自覚しなければならない。

施設介護の代表的位置づけにある特別養護老人ホームの、主たる供給主体は社会福祉法人であるが、その社会的な責任は、民間営利企業がなし得ない「公益性」を有する本来の事業の推進にある。社会福祉法人の優遇措置等は、措置時代の非競争的市場において獲得したものであり、社会福祉法人の「公益性」の希薄化が課題となっている現状において、介護サービスシステムが抱える多くの課題解決のアプローチとして、営利企業には行えない業務を担う役割を負っている。具体的には、特別養護老人ホームばかりでなく、養護老人ホーム・軽費老人ホーム等の「第1種社会福祉事業」の充実と低所得高齢者への支援、僻地介護等のクリームスキミング防止に貢献した事業を行う。つまり、税制優遇措置等を担保として社会福祉法人が「公益性」を強化し、地域格差や地理的条件により民間営利事業の参入が難しい局面や、低所得者等の救済および税や補助金により稼得した利益の一部を地域に還元する地域貢献等、社会福祉法人等でなければなし得ない事業が社会的責任の射程とされている。社会福祉法人は、社会福祉事業に係る福祉サービスの供給確保の中心的役割を果たすだけでなく、既存の制度の対象とならないサービスに対応していくことを本旨とする法人であることはもとより、国が示す改革に関する情報をキャッチして、法改正等による規制にただ従うのではなく、自ら改革の意味を理解して取り組むべき局面にあると考える。

一方、多様な介護サービスの提供を可能とする民間営利企業は、利潤を追求するのは当然のことであるが、利潤追求の度が過ぎた例として、いまだに2006年のコムスの事件があげられていることは情報の偏向と言わざるを得ない。介護サービスの供給主体となる営利企業は、一般企業と異なり、収入源の大半が公的負担を内包する介護報酬によるシステムを享受して「公益性」の一端を担っていると考えることが妥当である。そのうえで、経営努力・経営ノウハウを駆使して、民間企業の自由度を発揮し、介護保険制度以外の介護サービス(横出しサービス等)等の展開により、介護に従事する者の処遇の改善および、介護サービスシステムへの寄与につながる。

つまり、介護事業は、超高齢社会の社会保障において重要な位置づけにあり、社会的な責任や企業倫理は、営利・非営利を問わずいずれの供給主体においても、他の一般事業よりも厳格に求

められている。介護事業は、高齢者の増加とともに、拡大が見込まれている市場であるが、介護報酬の改定、人口動態の変化に係る地域格差、不祥事によるレピュテーションの低下、そして人材確保の問題等、解決すべき課題は山積している。それ故、これらの課題に対する取り組みの姿勢が、事業の安定と継続に繋がり、社会的責任を果たす方向性を示すこととなる。

介護事業は「人」がいなければ成立しない労働集約的事業の典型である。介護事業者は、事業経営の要である人材確保に関して、今何ができるのか、今後何をすべきかの検討を多様な視野をもって進めなければ、自らの事業の安定的継続はもとより、事業基盤である介護保険制度の継続さえ危ぶまれる状態に陥ることとなる。

## 2. 労働者のヒューマン・ライツに係る事業者の課題

介護労働を、社会保障制度の下で高齢者の生活を支え、利用者の人権擁護のシステムとして確立しようとする流れと、その対抗の狭間におかれた介護労働者のヒューマン・ライツを保護しようとする流れは、現代の労働問題の中でもとりわけ複雑な状況下にある。現在の介護労働の問題や人材不足の問題を根本から解決の方向へと向かわせるためには、その中で介護を担う労働者の地位の在り方をあらためて検討することが必要である。

介護労働は、利用者の人権・権利を擁護し、その自立性・主体性が尊重されなくてはならず、それは介護労働の労働過程において、労働者と利用者の相互の人間の共感・信頼関係を軸に構築されている。そこで、介護事業者には、知識・実践技能、態度的価値・精神的価値を提供する介護労働者を「人」として尊重し、労働者自身の主体的裁量権と本来の特性および専門性が発揮できる労働環境を整えることが求められている。

既に述べたように、介護労働は単に身体介護という形で要介護者の身体に働きかけるだけでなく、様々なコミュニケーションを通じて人格に働きかけ、その人の潜在的な能力を顕在化・開花させることを目的とする側面があり、感情労働の部分が多くを占めている労働であると位置づけられている。コミュニケーションを中心軸としながら、介護技術や相談援助技術が展開され、その過程で相手の発する言葉や態度にお互いに反応を示すことが繰り返される。しかし、相手の状況によっては介護労働者の予想を超えた意図しない反応により、コミュニケーションが遮断され、介護拒否・ハラスメント・事故の発生などとなって表れる場合がある。コミュニケーションによる意思疎通は、通常の間人間関係においても容易ではないが、介護労働の場合、対象者が高齢者であり、加齢に伴う疾病や認知症などに起因するコミュニケーション障害を抱えていることも多いためより困難さが伴う。前章でも取り上げたが、利用者やその家族から向けられた身体的・言語的・性的な暴力的行為(ハラスメント)を受けた場合、対処の方法は労働者個人の資質や経験に委ねられていることが多い。相手は、「高齢者だから」「認知症だから」仕方がない、我慢するしかないと諦め、さらには「自分の介護スキルが足りないから」と自ら責めるに至っている。また、利用者等からのこれらの行為について、事業者側に何らかの対応を求めているにも関わらず聞き

入れてもらえなかったり、支援体制が整備されていなかったりと、介護労働者の心身が傷ついているのが実態である。まさに、ヒューマン・ライツの侵害である。ハラスメントをはじめとする利用者等に係る問題の解決を、労働者の個人要因に帰結させ、対処方法を労働者に委ねるのは望ましいことではなく、人材確保を課題とする介護事業全体で取り組むべき問題である。

介護事故においても、事故は何か一つの要因で起こるものではなく、事故の要因の複雑さは、介護労働者と利用者との関係性を、信頼関係から対立関係に変えてしまい、事業者の責任のみならず、労働者の予見可能性および結果回避可能性が問われる。現場では、感情労働等による働きが求められているが、事故の裁判においては、介護労働の特徴および制度の実態を取り上げられて判断された例は見当たらない。つまり、「人対人」を中心とした職場における感情管理が強く求められているにもかかわらず、労働者と使用者間の労働関係においては、かかる事実が十分に認識されていない。感情管理が、労務提供の対価としての賃金にほとんど反映されることがないだけでなく、ヒューマン・ライツに係る労働環境の悪化に対しても、適切に対応することができない要因となっている。

また、介護労働の専門性に対する社会的評価の低さが、介護労働者のヒューマン・ライツ軽視の傾向の要因の一つとしてあげられる。介護の専門性は、介護が家事の延長線上に存在した経緯からも、特に感情労働等に対する社会的認識の低さが大きく影響している。介護労働の専門性は多くの研究者によって論じられ、その体系化や社会的認知への取り組みへの検討が進められているが、介護労働者の地位・待遇の向上を十分にもたらすには至っていない。介護労働に対する風評や「誰にでもできる仕事」の認識の誤りを是正すること等をはじめ、介護労働の専門性と社会的意義を、政策的な配慮に基づき社会全体で考えていかなければならないが、実際に介護労働者を雇用する事業者がその先導的役割を担うことが求められる。

つまり、介護事業者は、介護の質の向上と人材確保のために、知識・実践技能、態度的価値・精神的価値を提供する介護労働者を「人」としてそのヒューマン・ライツを尊重し、専門職として自律的な労働を定着させる環境を整える必要がある。介護労働は、単に高齢者の世話をするのではない。介護労働は生命の再生産や生活援助、すなわち高齢や障害などにより困難が生じるようになった生活の維持、日常生活動作(ADL)、および、生活の質(QOL)の向上を目的とし、その従事者は、専門的スキルをもって、要介護者の生活問題と主体的に向かい合うことが求められる。特に、近年増加傾向にあり問題となっている認知症を対象とした介護について、利用者に関わる中で、介護労働者自身の感情を管理すること、利用者を理解すること、信頼関係を構築すること、利用者の立場に立って考えること、ニーズを察知すること、そして、その人の生きる気力ややる気などの好ましい感情を引き出すことなど、高度な感情労働が不可欠であるとされている<sup>37</sup>。事業者は、利用者等に対して、システムとして介護労働者にできないこと、やってはいけないこと、そして高い就労意識と、有する専門的スキルと意識をもって、介護に従事していることの周知を徹底する努力を重ねなければならない。

---

<sup>37</sup> 再掲、二木(2010)89頁。

## 終章—まとめにかえて—

介護労働の人材不足は、介護事業者にとって適正なサービス運営を妨げるリスクに直結する。

最もストレートなケースを想定すると、必要な人材確保が困難な事業者では、介護保険法令上の人員基準を満たせない状況に陥ることにより、改善勧告の対象となり、さらには事業の一部または全部の停止に追い込まれ、最悪の場合、指定取り消し処分に至り、事業を廃止さざるを得ないこととなる可能性も否定できない。人材不足は、仮に人員基準を満たしていたとしても、「見守り」の目の減少や特定の職員への業務の集中等により、介護事故やトラブル発生の危険が高まると想定される。

つまり、介護事業にとって「人」は事業経営の要であり、安定した事業の継続や発展のみならず、倒産や廃業の増加にも影響を及ぼすなど、現行の介護のシステムの持続にとって、人材の確保の重要性は論をまたない。本稿において既に述べてきたように、本格的な超高齢社会に突入している現状では、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）の年齢を迎える2025年には、約37.7万人の介護人材が不足するとの見通しが示されている。こうした現場の厳しい状況に対し、国も処遇改善加算や外国人労働者の受入れ等、様々な政策を打ち出しているが、現状において大きな効果を得られているとは言い難い。

介護保険制度導入により、措置制度から契約制度へ転換され、「介護の社会化」の理念のもと、租税財源方式から社会保険方式に変わり、介護サービス市場の登場と供給主体の多元化とともに介護に従事する労働者の確保が必須となった。そこに形成された「市場」は「準市場」であり、供給サイドが組織特性や行動原理の異なる多様な組織で構成されており、需要サイドに対しては保険財源を含む公的資金の投入による限られた原資の中で人件費を捻出し、安定した事業経営を検討しなければならない。事業者介護保険給付対象サービス（介護報酬）について価格決定権がなく、「賃金」が公的価格である介護報酬に大きく影響されていることから、多くの先行研究により、「賃金」が介護労働者の確保を阻害する要因の一つであるとして論じられている。

既述のとおり少なからず準市場における介護報酬の制約との係わりを否定することはできず、介護報酬の改定が、事業経営および賃金に影響を及ぼしている可能性は大きい。しかしながら、労働者を確保するために求められる「賃金」は、介護報酬のみに拘束されるものではなく、また、賃金水準によってのみ、介護労働への入職や定着が阻止されているとは考え難い。つまり、「賃金」が人材確保問題の根幹にあることは否定できないが、同時に賃金以外の要因も重要な要素であり、労働環境・経営理念・研修体制・人間関係等、介護労働者の特性を考慮したマネジメントによる人材確保のための施策については、事業者が鍵を握っているといえる。超高齢社会の現在のわが国において、介護システムの重要なプレイヤーである介護事業者には、その安定と継続の社会的責任が課せられている。

そこで、実際に介護労働者を雇用する介護事業者が、人材確保に関して、何ができるのか、何をすべきかを、介護労働と介護労働者の特徴を中心として、検討を進めることを主意として、介

護事業にとって介護労働者のヒューマン・ライツが尊重される労働環境を整備することの重要性を指摘することにより、介護人材の確保に益する議論を進展させることを本稿の目的とした。

介護においては、特にその業務の性質から、人材の質が大きく問われる。働く者にとって、自分の努力や工夫が正当に評価され、それが賃金や人事に反映されることは、モチベーションの向上につながり、また、評価の結果がフィードバックされることにより、自己能力の開発意欲を刺激し、スキルアップの目標となる。的確な能力の把握と納得性が得られる評価は、経営者と労働者に相互信頼関係が高まり、結果として労働者の定着に結びつく。また、介護労働者は、「自らの専門技能や資格をいかして、やりがいのある介護の職に従事したい」という高い就労意識を有しており、仕事へのやりがいや、専門職としての社会的認知への期待は高いと言える。しかし、社会的に重要な役割を担っている彼らに対して、特に感情労働とその専門性について社会的評価は低い。そこで、事業者は介護従事者の能力・経験等に対応した研修の実施・勉強会や研究活動の支援・スキルアップのチャンス等の条件整備の推進が求められる。「専門性」は、介護労働者の個々の能力に帰属するものではあるが、その育成に事業者がいかに取り組むか、またそれをいかに評価するかが、人材の確保に大きな影響を及ぼすことになる。

さらに、介護労働者の人材確保について、大きな問題として浮上しているのが、労働者のヒューマン・ライツ擁護の問題である。利用者およびその家族からのハラスメントに関しても、介護事故に関しても、その他の介護労働の直接の対象である利用者との関係性について、事象の検証、情報の共有および危険因子に対する研修の徹底と、利用者等に対する説明責任等により、介護労働者を「護る」責任は、事業者にある。今まさに、利用者と事業者と労働者の三者間に係る問題の検討から人材確保を考える必要に迫られていると言ってよい。そこで、労働者のヒューマン・ライツ擁護の問題は、人材確保の上で最重要な問題のひとつとして浮上してきているのである。

既に述べたように、介護労働は単に身体介護という形で要介護者の身体に働きかけるだけでなく、様々なコミュニケーションを通じて人格に働きかけ、その人の潜在的能力を顕在化・開花させることを目的とする側面があり、感情労働の部分が多くを占めている労働であると位置づけられている。コミュニケーションを中心軸としながら、介護技術や相談援助技術が展開され、その過程で相手の発する言葉や態度の繰り返しを、専門的スキルをもって受け止めることが続けられている。前述のように、コミュニケーションによる意思疎通は、通常の間人間関係においても容易ではないが、介護労働の場合、対象者が高齢者であり、加齢に伴う疾病や認知症などに起因するコミュニケーション障害を抱えていることも多いため、より困難さが伴う。本稿においては、ハラスメントと介護事故をその例として取り上げ、介護労働者が負っている実態を概観した。ハラスメントをはじめとする利用者等に係る問題の解決を、労働者の個人要因に帰結させ、対処方法を労働者に委ねるのは望ましいことではなく、人材確保を課題とする介護事業全体で取り組むべき問題である。介護事故においても、事故は何か一つの要因で起こるものではなく、事故の要因の複雑さは、介護労働者と利用者との関係を、信頼関係から対立関係に変えてしまい、事業者の責任のみならず、労働者の予見可能性および結果回避可能性が問われている。現場では、感情労

働等による働きが求められているが、事故の裁判においては、介護労働の特徴および制度の実態を取り上げられて判断された例は見当たらなかった。

先行研究において下山(2001)も述べているように、介護労働者は、高齢者等が有する困難な生活問題等の解決の支援に力を尽くすことによる社会的有用性や存在意義が大きく、独自の判断で仕事をすることができる職業上の自律性を有しており、やりがいや社会的意義の価値のある仕事に携わること誇りをもって、社会的責任を果たすことを重視する高い就業意識を有しているとされている。しかし、現実には、介護労働について、特に感情労働に係る社会的意義や価値が評価されていない。介護労働の人材確保に係る検討課題として、適正な社会的評価を構築することと共に、介護労働の特質を背景とした、介護労働者と利用者、そしてその家族との関係から生じる問題の重要性を繰り返し指摘する。あらためて、「賃金」のみが人材確保の阻害要因ではなく、介護労働の特質を中心とし、今まであまり表面化してこなかった介護労働者のヒューマン・ライツ擁護の視点に立って、人材確保を考えなければならない。

人材確保の大局は、介護労働の正当な有用性が社会的に認識されることにより、労働者の待遇や地位の向上が図られ、介護労働者の自律性や裁量が奪われることなく、専門性が発揮できうる環境を整えられ、それに対する正当な評価や対価が付与されることにある。しかし、現実にはハラスメントや事故処理等に表れているように、専門性どころか「人」として、個人としての尊厳を源流とするヒューマン・ライツの擁護さえ十分なされていないことを認識すべきである。

超高齢社会のわが国において、介護ビジネスの市場規模は今後も拡大の必要性が想定され、介護の人材確保は、多面的に議論を要する継続的課題である。

以上

## 主要引用文献一覧

- Le Grand, J. and Bartlett, W. (1993) “*QUASI-MARKETS AND SOCIAL POLICY*”, MACMILAN PRESS LTD
- Herbert William Heinrich/ Dan Petersen/Nestor Roos(1980) “*Industrial Accident Prevention: A Safety Management Approach. 5th ed.*” 井上威恭監修/総合安全工学研究所訳(1982)『ハインリッヒ産業災害防止論』、海文堂出版
- Hochschild Arlie (1983) “*The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*” Berkeley:University of California Press. 石川准・室伏亜希訳(2000)『管理される心—感情が商品になるとき—』、世界思想社
- James Reason (1997) “*MANAGING THE RISKS OF ORGANIZATIONAL ACCIDENTS*”, Ashgate Publishing Limited, 塩見弘・高野研一・佐相邦英訳(2012)『組織事故—起こるべくして起こる事故からの脱出—』第12刷版、日科技連出版社
- Le Grand, J. (2007) “*THE OTHER INVISIBLE HAND :Delivering Public Services through Choice and Competition*”, Princeton University Press, 後房雄訳(2010)『準市場 もう一つの見えざる手—選択と競争による公共サービス—』、法律文化社
- 青木 紀(2017)『ケア専門職養成教育の研究—看護・介護・保育・福祉 分断から連帯へ』、明石書店
- 青木佳史(2009)「福祉サービス契約における法的責任の基準」高野範城・青木佳史編『介護事故とリスクマネジメント』、あけび書房
- 浅井春夫(2002)「岐路に立つ社会福祉労働—福祉労働者と福祉運動」植田章・垣内国光・加藤菌子編『社会福祉労働の専門性と現実』、かもがわ出版
- 池上直己(1988)「『専門職』と『資格職』」『季刊社会保障研究』Vol.24 No. 2、国立社会保障・人口問題研究所
- 石畝剛士(2012)「介護保険契約の規制枠組—序論」『法政理論』第44巻第4号、新潟大学法学会
- 石村善助(1969)『現代のプロフェッション』、至誠堂
- 泉眞樹子(2005)「高齢者介護制度の現状と課題」『少子化・高齢化とその対策:総合調査報告書』、国立国会図書館調査及び立法考査局
- 伊藤周平(2001)「検証 介護保険」、青木書店
- 伊藤周平(2004)「改革提言 介護保険」、青木書店
- 今野浩一郎・下田健人(1995)『資格の経済学』、中公新書
- 植北康嗣(2010)「介護労働環境整備と離職率の関係についての一考察」四条啜学園短期大学紀要編集委員会編『四条啜学園短期大学紀要』、四条啜学園短期大学

- 上田和勇(2018)『ビジネス・レジリエンス思考法ーリスクマネジメントによる危機克服と成長ー』  
第3版、同文館出版
- 埋橋孝文(2010)「日本における介護ケアワーク」『海外社会保障研究』No. 170、国立社会保障・  
人口問題研究所
- 柄澤昌樹(2008)「事例 トイレ時の事故」古笛恵子編『事例解説 介護事故における注意義務と責  
任』、新日本法規出版株式会社
- 大和田猛(2009)「特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)における福祉労働者の課題」青森県立  
保健大学研究推進・知的財産センター研究開発科雑誌編集専門部会編『青森保健大学雑誌』第  
10巻2号、青森県立保健大学研究推進・知的財産センター研究開発科雑誌編集専門部会
- 沖藤典子(1979)『女が職場を去る日』、新潮社
- 奥平康弘(1988)「“ヒューマン・ライツ”考」『戦後憲法学の展開』、日本評論社
- 垣内国光(2002)「市場化路線のもとでの福祉労働者の現実」植田章・垣内国光・加藤菌子編『社  
会福祉労働の専門性と現実』、かもがわ出版
- 垣内恵子(2008)「事例 移動時の事故」古笛恵子編『事例解説 介護事故における注意義務と責任』、  
新日本法規出版
- 笠原幸子(2014)「介護福祉士の専門性」日本介護福祉学事典編集委員会編『介護福祉学事典』、ミネ  
ルヴァ書房
- 加藤菌子(2002)「社会福祉政策と福祉労働」植田章・垣内国光・加藤菌子編『社会福祉労働の専  
門性と現実』、かもがわ出版
- 金井壽宏(1999)『経営組織』、日経文庫
- 菊池馨実(2006)「高齢者介護事故をめぐる裁判例の総合的検討(1)(2)」『賃金と社会保障』No.1427・  
No.1428、労働旬報社
- 菊池馨実(2014)『社会保障法』、有斐閣
- 岸田研作・谷垣静子(2013)「介護職員が働き続けるには何が必要か」『日本経済研究』No. 69、日  
本経済研究センター
- 君嶋護男(2017)『パワハラ裁判例 85』、労働調査会
- 國定美香(2003)「わが国における介護福祉の歴史的変遷」成清美治・加藤光子・久保田トミ子編  
『新・介護福祉概論』、学文社
- 黒田美亜紀(2011)「老人ホームの入居契約をめぐる法的問題」『明治学院大学法律学研究所年報』  
27号、明治学院大学法律学研究所
- 桑原義浩(2013)「介護施設における過失判断についての若干の考察」『賃金と社会保障』No.1591-  
92、労働旬報社
- 古笛恵子(2008)「概説 事故の責任」古笛恵子編『事例解説 介護事故における注意義務と責任』、  
新日本法規出版

- 小檜山希(2010)「介護職の仕事の満足度と離職意向」『季刊社会保障研究』Vol. 45 No. 4、国立社会保障・人口問題研究所
- 小山秀夫(2011)「介護サービスの市場のソーシャル・イノベーション」田中滋・栃本一三郎編著『介護イノベーション—介護ビジネスをつくる、つなげる、創造する—』、第一法規株式会社
- 児山正史(2004)「準市場の概念」『年報行政学 39』、日本行政学会
- 佐藤卓利(2006)「基礎自治体における介護サービス市場の管理と調整」『賃金と社会保障』No. 1415、旬報社
- 佐藤卓利(2008)『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房
- 佐橋克彦(2002)「わが国の介護サービスにおける準市場の形成とその特異性」『社会福祉学』第42巻第2号、日本社会福祉学会
- 佐橋克彦(2006)『福祉サービスの準市場化—保育・介護・支援費制度の比較から—』、ミネルヴァ書房
- 佐橋克彦(2008)「「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適用」『季刊社会保障研究』Vol. 44 No. 1、国立社会保障・人口問題研究所
- 佐橋克彦(2011)「福祉サービスにおける措置委託制度の理論的意義と契約化の課題」『北星論集』第48号、北星学園大学社会福祉学部
- 品川充儀(2006)「福祉契約と契約当事者—介護事故における損賠賠償の法理—」新井誠/秋元美世/本沢巳代子編著『福祉契約と利用者の権利擁護』、日本加除出版
- 篠崎良勝(2002)「介護労働者の「実態と意識」および「今後の方向性の検討」」『日本労働研究雑誌』No. 502、日本労働研究機構
- 篠崎良勝(2008)『介護労働学入門—ケア・ハラスメントの実態をとおして—』一橋出版
- 篠塚英子(1996)「高齢者介護のマンパワー問題」『社会保障研究』Vol. 32 No. 3、国立社会保障・人口問題研究所
- 渋谷光美(2010)「在宅介護福祉労働としての家庭奉仕員制度創設と、その担い手政策に関する考察」『Core Ethics』Vol. 6、立命館大学大学院先端総合学術研究科
- 嶋田啓一郎(1971)「社会福祉と専門職制度」同志社大学人文学会編『評論・社会科学』第2号、同志社大学人文学会
- 下野恵子(2009)「介護サービス産業と人材確保」『季刊家計経済研究』No. 82、家計経済研究所
- 下山昭夫(2001)『介護の社会化と福祉・介護マンパワー』、学文社
- 下山昭夫(2008)『少子高齢化社会の福祉・介護サービス職』、学文社
- 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
- 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」医療科学研究所編『医療と社会』Vol. 19 No. 2、医療科学研究所
- 新野三四子(2003)「介護の専門職」成清美治・加藤光子・久保田トミ子編『新・介護福祉概論』、学文社

- 菅富美枝(2006)「本人の介護拒絶と介護施設の安全配慮義務」『賃金と社会保障』No.1420号、労働旬報社
- 須賀美明(1996)「日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史」熊本学園大学社会関係学会編『社会関係研究』Vol. 2 No. 1、熊本学園大学社会関係学会
- 鈴木 亘(2009)『だまされないための年金・医療・介護入門』、東洋経済新報社
- 鈴木 亘(2010)「パートタイム介護労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』Vol. 45 No. 4、国立社会保障・人口問題研究所
- 外岡 潤(2018)『裁判例から学ぶ介護事故対応』、第一法規
- 高木博史(2008)『介護労働者問題はなぜ語られなかったのか』、本の泉社
- 高橋博子(1988)「介護のマンパワーについて」『季刊社会保障研究』Vol. 24 No. 2、国立社会保障・人口問題研究所
- 高橋万由美(2003)「多元的福祉と利用者選択の拡大—介護保険・保育にみる多元的福祉へ向けた条件整備の現状」武智秀之編『福祉国家のガバナンス』、ミネルヴァ書房
- 田尾雅夫(1993)『モチベーション理論』、日経文庫
- 田坂 治(1998)「日本経済における福祉の現状」『介護の経済学』、東洋経済新報社
- 田中かず子(2008)「介護と「感情労働」—「見えない労働」に正当な評価を」『女も男も』春・夏号 No. 111、労働研究センター
- 田中かず子(2010)「感情労働としての介護」『現代のエスプリ』No. 519、ぎょうせい
- 田村尚子(2018)『感情労働マネジメント—対人サービスで働く人々の組織的支援—』、生産性出版
- 坪井 真(2015)「社会福祉の歴史」井村圭壯・武藤大司編著『社会福祉の制度と課題』、学文社
- 時井 聡(2007)「福祉・介護労働の専門性とキャリア形成」染谷淑子編『福祉労働とキャリア形成』、ミネルヴァ書房
- 中嶋 洋(2006)「介護福祉職の専門化に関する一考察」『介護福祉学』Vol. 112、介護福祉学会
- 長沼建一郎(2011)『介護事故の法政策と保険政策』、法律文化社
- 中野秀一郎(1983)「専門職をめぐる諸問題」保健・医療社会学研究会編『保険・医療における専門職』、垣内出版
- 成瀬龍夫(1997)「社会福祉措置制度の意義と課題」『彦根論叢』第309号、滋賀大学経済学会
- 二木 泉(2010)「認知症介護は困難か—介護職員の行う感情労働に焦点を当てて—」『社会科学ジャーナル』No. 69、国際基督教大学社会科学研究所
- 二木 立(2007)『介護保険制度の総合的研究』、勁草書房
- 西川真規子(2006)「感情労働とその評価」『大原社会問題研究雑誌』No. 567、法政大学大原社会問題研究所
- 西川真規子(2008)『ケアワーカー 支える力をどう育むか』、日本経済新聞社
- 西川真規子(2009)「介護人材の質を高めるための望ましいマネジメントのあり方とは」『介護分野における労働者の確保等に関する研究』(労働政策研究報告書 No. 113)労働政策研究・研修機構

- 額田洋一(2001)「福祉契約論序説」『自由と正義』Vol. 52 No. 7、日本弁護士連合会
- 能田茂代(2008)「介護福祉士の専門性についての一考察」『四天王寺国際仏教大学紀要』第45号、四天王寺国際仏教大学
- 野口定久(2007)「サービス保障の種類と特質」仲村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修『エンサイクロペディア社会福祉学』、中央法規出版
- 野寺康幸(2008)『危機にある介護労働』、労働新聞社
- 長谷川美貴子(2008)「介護援助行為における感情労働の問題」『淑徳短期大学研究紀要47号』、淑徳短期大学
- 花岡智恵(2009a)「介護労働者の離職：他職種との賃金格差が離職に与える影響」『介護分野における労働者の確保等に関する研究』(労働政策研究報告書No. 113)、労働政策研究・研修機構
- 花岡智恵(2009b)「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障研究』Vol. 45 No. 3、国立社会保障・人口問題研究所
- 花岡智恵(2015)「介護労働力不足はなぜ生じているのか」『日本労働研究雑誌』No. 658、日本労働研究機構
- 林 和彦(2010)「介護事業の規制緩和と介護労働の法的課題」『季刊労働法』228号、労働開発研究会
- 原 昌登(2019)「パワハラ防止の法制化を受けて」『月刊社労士』第55巻第8号、全国社会保険労務士会連合会
- 平岡公一(2006)「社会福祉の市場化と公益性—介護サービスを中心に—」『社会福祉研究』第96号、財団法人鉄道弘済会社会福祉部
- 平田 厚(2019)『介護事故の法律相談』、青木書院
- 平野方紹(2007)「福祉専門職と資格制度」染谷椒子編『福祉労働とキャリア形成』、ミネルヴァ書房
- 廣末利弥(2002)「介護保険制度導入後の高齢者福祉労働」植田章・垣内国光・加藤菌子編『社会福祉労働の専門性と現実』、かもがわ出版
- 副田義也(1972)「福祉労働論の基本的枠組」『社会福祉研究』Vol. 10、鉄道弘済会社会福祉部
- 藤原千沙(2001)「福祉の市場化と介護サービスの供給に関する考察」『アルテス リベラレス(岩手大学人文社会科学部紀要)』第68号、岩手大学人文社会科学部
- 古川孝順(1996)「公的介護保険と福祉マンパワー問題」『ジュリスト』No. 1094、有斐閣
- 古瀬 徹(1996)「社会福祉士及び介護福祉士資格の課題」『季刊社会保障研究』Vol. 32 No. 3、国立社会保障・人口問題研究所
- 堀田聡子(2008)「訪問介護員の定着・能力開発と雇用管理」『東京大学社会科学研究所人材ビジネス研究寄付研究部門研究シリーズ』No. 11、東京大学社会科学研究所人材ビジネス研究寄付研究部門

- 堀田聡子(2009)「施設事業所における介護職のストレス軽減と雇用管理」『介護分野における労働者の確保等に関する研究』(労働政策研究報告書 No. 113)、労働政策研究・研修機構
- 細川順正(1972)「『専門職労働』としての社会福祉労働論序説」『社会福祉学』第 12 号、社会福祉学会
- 増田雅暢(2004)「『2015 年の高齢者介護』を読む」『教育と医学』第 52 卷 7 号、慶應義塾大学出版会株式会社
- 増田雅暢(2009)「介護従事者の処遇改善問題」『社会保険旬報』2367 号、社会保険研究所
- 松田亮三(2000)「社会的対人サービスの産業化と介護労働」国民医療研究所編『21 世紀の医療・介護労働』、本の泉社
- 三重野卓(2005)「福祉政策の公平・効率性と社会計画」三重野卓・平岡公一編『改訂版：社会政策の理論と実際－福祉社会学研究入門－』、東信堂
- 三浦文夫(2004)「社会福祉基礎構造改革の展開とその具体化」宇山勝儀・小林良二編著、三浦文夫監修『新しい社会福祉の焦点』、光生館
- 水谷英夫(2012)『感情労働と法』、信山社
- 水谷英夫(2018)「感情(管理)労働」における労働者の安全と健康確保『法学セミナー』No. 767、日本評論社
- 三好春樹(2005)『介護の専門性とは何か』、雲母書房
- 森川美絵(2015)『介護はいかにして「労働」となったか－制度としての承認と評価のメカニズム－』、ミネルヴァ書房
- 山田篤裕・石井加代子(2009)「介護労働者の賃金要因と離職意向」『社会保障研究』Vol. 45No. 3、国立社会保障・人口問題研究所
- 山田知子(2005)「わが国のホームヘルプ事業における女性職性に関する研究」大正大学企画広報室編『大正大学研究紀要』Vol. 90、大正大学人間学部・文学部
- 吉川英一郎(2016)『職場・学校のセクハラ・パワハラ』、文眞堂
- 吉田輝美(2009)「介護労働者の労働環境支援についての一考察」『仙台白百合女子大学紀要』No.13、学校法人白百合学園仙台白百合女子大学
- 吉田輝美(2014)『感情労働としての介護労働』、旬報社
- 吉田初恵(2007)「介護保険制度とモラルハザード」『関西福祉科学大学紀要』第 11 号、関西福祉科学大学
- 渡邊容子(2011)「介護労働者の確保と定着に関する一考察－介護施設における実態調査を踏まえて－」2010 年度明治大学大学院経営学研究科修士論文
- 渡邊容子(2012)「パワーハラスメントに関する一考察」『実践危機管理』第 26 号、ソーシャル・リスクマネジメント学会
- 渡邊容子(2013)「パワーハラスメントに関する企業リスク」『危険と管理』第 44 号、日本リスクマネジメント学会

- 渡邊容子(2014)「介護労働の専門性に関する一考察 ―介護労働者不足の問題を中心に―」  
『情報コミュニケーション研究論集』第8号、明治大学大学院
- 渡邊容子(2014)「外国人労働者の受入れに関する一考察―介護労働者不足の問題を中心に―」  
『情報コミュニケーション研究論集』第9号、明治大学大学院
- 渡邊容子(2015)「介護分野における外国人労働者のリスクと課題」『危険と管理』第46号、日本  
リスクマネジメント学会
- 渡邊容子(2015)「介護の供給主体に関する一考察」『情報コミュニケーション研究論集』第10号、  
明治大学大学院
- 渡邊容子(2016)「介護施設の多様化とその問題点」『危険と管理』第47号、日本リスクマネジメ  
ント学会

## 調査資料まとめ 2000年1月～2016年8月

筆者は介護保険制度の理念と利用者の意識との間に乖離が推測されたことから、高齢者介護の実態と介護保険に対する周知と期待を把握するべく、2000年1月～3月の介護保険法施行直前に、山梨県・東京都・静岡県・大阪府の高齢者家庭(65歳以上の高齢者のみで生活している家庭)に訪問インタビュー調査を行った。当該調査では、行政側の混乱を反映し、制度の周知理解については、いずれの自治体においてもほとんど理解されていない状況を把握することができた。このことから当該調査を発端とし、静岡県K市在住のA家の協力を得て、介護保険制度導入後の意識とニーズの変化を把握することを目的として、インタビューおよび観察調査を継続することができた。調査は6月ごと定期的に、さらに家族に変化があった際にはその都度訪問し、高齢者世帯における介護ニーズの実態と介護に対する意識の変容および介護保険制度との関係性について、協力者Mの認知症状が進行する2016年3月まで、生活観察および会話の聴取を行った。

### (1)対象者の基礎情報

A氏家族が在住する静岡県K市は、人口約47000人、65歳以上が占める割合は20%前後、そのうち75歳以上が10%前後を占める割合で平均的に推移している高齢社会の典型といえる。市の主たる産業は茶業である。地域の風土としては、長子相続性が根強く残っており、「介護は長男の嫁」が当然視されていることが感じられる。

A家の家族構成は、2000年当時、1902(明治35)年4月生まれのSさん(Yさんの母親)、1926(大正15)年1月生まれのYさん(世帯主)、1929(昭和4)年9月生まれのMさん(Yさんの妻)の3人である。子供は成人した男子2名がいるが、首都圏において仕事と家庭を得ているため、同居はしていない。なお、S(以下敬称略)の配偶者(祖父)は1980年9月に死去している。

### (2)2000年1月～2001年12月

#### 【Sについて】

Sは、2000年1月当時、すでに間もなく98歳に達しようとしていたが、矍鑠とした姿と会話に驚かされた。加齢に伴う身体的動作に若干不自由はあるものの、介護を要する状態ではなく、行政が実施する「デイサービス」に積極的に参加し楽しんでいる様子が見て取れた。S自身は、シルバーカーを押して近所を散歩するなど、「自分のことは自分です」と自立的な生活に努める意思が十分感じられた。介護に対しては、「M(嫁)に面倒をみてもらう」と言っており、Mもそれは当然の役割としている様子が日常の会話のなかでも見て取れた。

Sは、2001年後半ごろから、体調を崩し(医師によると、高齢による臓器不全とのこと)、半年間に入退院を繰り返したが、自宅では、Mが同室にて就寝することによる見守りは行われたが、トイレ・食事等は自立していた。最後は病院にて99歳8カ月で天寿を全うした。したがって、介護保険制度に係ることはなく、家族も大きな負担を担うことはなかった。

#### 【Mについて】

Mは、長男の嫁として、自宅における親の介護は当然の役割との考えであり、施設に入れることは「みっともない」ことと捉えている。介護保険制度導入前の措置制度における施設介護は、「福祉のお世話になる」こととして忌避されており、Mの生家地域(K市近隣市町村D市)も含めて地域の風土は、「親の介護は家で嫁がみる」ことが、確実に根付いていると認識できる。Mは、自宅の棟続きで洋品店を営んでいたため、家事はSがかなり晩年まで(家族の話では90歳ころまで)担っていたため、Sの加齢により家事の負担は増えたが、介護の負担はなかったと語っている。

介護保険制度導入については、介護保険料の新たな負担に対する世論の反発を避けるため、導入当初は半年間徴収が凍結され、2000年10月から半額徴収、2001年10月から全額徴収という経緯をたどっていたが、A家にとっては介護保険によるサービスへの期待感よりも、介護保険料徴収という高齢(2000年当時Y74歳・M71歳)になってからの負担増加に不満を述べている。覚悟をしていた姑Sの介護が、想像していたより楽であったこともあろうが、制度に対する理解はこの時点においては感じられない。制度に対する期待感も全く感じられない。

M自身の健康状態は、白内障等複数の通院既往はあるが、日常生活に大きな問題はない。収入は、洋品店の利益と老齢基礎年金(振替加算なし)約4万円程度である。

#### 【Yについて】

長子としての性格もあり、Sの世話や家事の手助けには頓着しない。定年退職後は畑仕事に励むが、年齢とともに、いくつかの持病がある。食事に関して好き嫌いがあり、妻であるMを悩ましている様子が見て取れたが、夜間の頻尿以外に日常生活に特に支障は見られない。

収入は、老齢厚生年金(加給年金額あり)・老齢基礎年金の合計で約20万円程度。

2001年12月のS(Yの母親)の死亡は、精神的に打撃が大きかったと見受けられた。

### (3)2002年1月～2007年12月

この6年間は、大きな変化はなく、6月に一度の訪問においても、急激な変化は見られなかったが、両者ともかかりつけの病院通いが増えるとともに、投薬の数も多くなり、Mの管理がなければYは、通院や薬の服用が適正に行われない事態が散見された。

両者とも、社交的ではなく老人会やゲートボールなどの集まりには消極的である。Mは「ボケ防止」と称して商売を継続していることもあり、加えて、日常的な買い物や近所とのお付き合いなど、人とのかかわりは少なくはないが、Yは妻Mとの会話も含めて、人との会話は限られている。2006年改正による「予防給付」に関しても、興味は示していない。

### (4)2008年1月～2009年8月

#### 【Yについて】

2008年1月、Yは夕刻近い午後散歩に出て、夜になっても帰宅しないという事件が起きる。

翌朝、警察により発見されるに至ったが、町内を流れる川の河川敷から足を滑らせ落下し、足腰の弱体とともに、周辺が工事中であったこともあり、翌朝発見まで動けなかったとのことで、幸い防寒の服装をしていたため、命には別条はなく1週間ほどの入院で退院することができた。しかし、この入院生活中に、看護師から介護認定申請のすすめがあり、Yの長男が申請手続きを行い、要介護2と認定されるに至った。家族から見ても、筆者の観察からも、足腰の弱体と夜間頻尿以外に特段の変化を感じ取ることはできなかったが、徐々に介護を要する状態に変化していたのだと痛感した。認定は受けたが、介護保険のサービスを受けることはなかったが、担当のケアマネジャーは丁寧に対応してくれていた。

要介護状態が、さらに具体的に表出したのが、同年の4月、足が動かなくなり、立てない・歩けない状態に陥り、妻Mは小柄の体系であり、近所の親戚等の支援の手も借りたが、居宅においてヘルパーのサービスでは対応が難しく、Mから施設への入所の依頼の意思が示された。しかし、すぐに入所ができる施設はなく、担当のケアマネジャーの近隣市町村に至るまでの親身な働きかけにより、K市の東隣接のM市の特別養護老人ホームにひとまず1カ月ショートステイ(短期入所生活介護)が可能となり、その間受け入れ先を探すこととなった。幸い1カ月のショートステイを経て、近隣のF市の介護付き有料老人ホームに入所することができた。

この時点において、家族はK市の特別養護老人ホーム2か所に入所申し込みを行った。2009年7月、入所待機中であった特別養護老人ホームの一つから、入所の順位が上がり入所審査に有料老人ホームに来るとの知らせがきた。この時点において、Yは歩行車の補助があれば歩行が可能となっていた。

#### 【Mについて】

Yの事故、入院、介護認定等精神的な負担は大きかったようだが、それなりの対処はできていたように見えたが、このころから「何度も同じことを繰り返す」会話が目立つようになった。Yの自宅介護が難しく、施設に入れることについては明確に意思表示を行っていたが、各施設において担当者からのYの状況に関する質問に十分答えることができないこと、各書類の内容の理解及び必要事項の記入が困難なことが明らかとなった。Yの入所の衣類等の準備は積極的に行い、その後家族とともに、Yの面会には、日常と変わらぬ様子で出向いていた。

Yの入所により、ホッとした部分はあったものの、生まれて初めて1人きりの生活となり、はっきりと不安を口にしている。Mの姉妹、近所の親戚、Yの元担当であったケアマネジャーが頻りに様子を見に来てくれている。この時点で、筆者もできる限り頻りに訪問を心がけた。

2009年の初めの頃から、Yの元ケアマネジャーから、Mの様子が少し変だとの連絡が家族にあり、認定申請を行い、要支援2と判断される。要支援判定によりMのケアマネジャーが決まり<sup>1</sup>、デイサービス(介護予防通所介護)を中心にケアプランが作成されたが、本人Mの家に

---

<sup>1</sup> 要支援者のケアプラン作成等は、地域包括支援センターのケアマネジャーが行う。したがって、要介護認定者であるYを担当していたケアマネジャーが、Mを担当することはできないため、M本人も家族も落胆していた。

知らない人が入ることを拒否する意思表示により、ホームヘルパーによる家事等の支援は利用せず、Mの姉妹のたびたびの訪問により、生活が維持されている状態であった。デイサービスもプランには組み込まれていたが、なかなか出かけようとせず、順調に進められているとは、観察者には見えなかった。家族の心配とは裏腹に、本人の「やめたらボケてしまう」という意思で、商売は継続している。

## (5)2009年9月～2013年3月

### 【Yについて】

2009年8月31日付けで、K市のユニット型特別養護老人ホームに入所が決定される。K市の郊外の高台にある、平屋の明るいやつたりしたスペースの施設に、家族の安堵感が伝わり、Y本人も落ち着きが見られた。入所時点においては要介護認定2、2010年に3に更新されている。トイレ付きの個室であるため、見守り装置(マット)の元ではあるが、自分で用が足せる状況にあり、食事も歩行車の補助による歩行で自ら食堂にて楽しむことができる。施設内の行事にも参加し、良い状態が続いていることが十分感じられる。

### 【Mについて】

ケアプランがなかなかしっくりいかないようにみうけられ、いくつかのトラブル(サービスの内容・場所・入浴の問題等)が続き、デイサービスに消極的な状況が多くみられ、観察者もケアマネジャーとの相談に同席する事態も生じる。

家事および入浴、通院の付き添いについては、近隣の市町村に住む妹たちの親身な世話に頼り、その依存度は増したが、介護保険のサービスはあまり活用されていない。この間介護認定1に更新される。

2012年、商売を整理し、家の改築を行った頃から、判断能力・気力等に著しい低下がみられるようになり、観察者から見ても一人暮らしには危惧をいだく状態となった。介護認定は2に更新され、妹たちからも自宅での介護の限界の声が聞こえてきた。

## (6)2013年4月～2014年6月

### 【Yについて】

施設内の見守りが十分に行われており、家で好きなものだけをわがままに食していた日常から、施設の十分な栄養管理により、体重等がコントロールされ、歩行の状況に好転がうかがわれる。施設の環境にも慣れ、穏やかに日常を過ごしている様子が見て取れる。若干認識に危うい点はみられるが、著しい問題は生じていない。施設の生活を楽しんでいるようにも見える。

### 【Mについて】

居宅介護の限界を感じた家族は、2件の特別養護老人ホームに入所申し込みを提出するが、入所待機のため、2013年4月にG市の介護付き有料老人ホームに入所する。Mの年金では、費用が賅えないため、長男がその負担を担うこととなる。エレベーター等今までの生活から鑑み

て、不慣れな環境に戸惑いと不安が明らかに見て取れた。

収入は、老齢基礎年金(介護保険料等控除)月額約 41,000 円と個人年金(生命保険会社)が月額約 21,000 円あり、支出として、介護付き有料老人ホーム費用(含む医療費等)が、月額 185,000 ～194,000 円の範囲で支払われている。

入所当時は、環境の変化に順応することが難しい点が多く見られたが、入所3カ月が経過する頃には、施設の行事にも参加し、家族がY(夫)の施設へ行く際に同行するなど行動的な部分も見られていたが、2014年に入るところから、自動車の乗り降りが困難となり、Yの施設へも同行しなくなり、要介護も3に更新され、認知の症状の進行が見られた。

2014年6月にYが入所する特別養護老人ホームの入所が可能となる。

## (7)2014年7月～2016年8月

### 【Yについて】

2016年8月(90歳)の現状は、要介護4であり、きわめて安定した生活を特別養護老人ホームにて送っている。自宅では見られなかった、書道を楽しんでいる様子が見られた。

収入は、老齢厚生年金が年額 1,450,196 円であり、所得金額は年額 250,196 円であり、市民税は非課税となっている。所得段階は3に該当し、介護保険料(特別徴収)は、年額 45,900 円の決定を受けている。2016年6月の費用明細によると、費用合計は 294,930 円であり本人負担額 29,493 円となる。施設利用料金 76,409 円(住居費負担限度額(ユニット個室)1,310 円/日・食費負担限度額 650 円/日)であり、合計 105,902 円の支出となっている。以上の直近のデータが示すように、特別養護老人ホームにおいて自らの年金額をもって、費用が賄えている。

### 【Mについて】

2016年8月(86歳)の現状は、要介護5であり、認知症状の進行が見られるが、2014年6月に入所した特別養護老人ホームにて穏やかにすごしている。寝ていることが多く、来訪者の認識は難しい状態にある。

収入は、老齢基礎年金が年額 524,594 円であり、所得金額は 0 円となり、市民税は非課税。個人年金(生保)が、年間 256,000 円支給されているが、所得段階は1に該当し、介護保険料(特別徴収)は、年額 27,540 円である。

2016年6月の費用明細によると、費用合計 316,070 円であり本人負担額は 31,607 円となる。施設利用料金 42,187 円(住居費負担限度額(ユニット個室)820 円/日・食費負担限度額 390 円/日)であり、合計 73,794 円の支出になっている。ぎりぎりではあるが、特別養護老人ホームにおいて自らの年金額をもって、費用が賄えている。

## 参考判例(本文掲載を除く)

### 「誤嚥」

- ・大阪地裁平成27年9月17日判決 (判例時報2293号95頁)
- ・東京地裁平成26年9月11日判決 (判例時報2269号38頁)
- ・大阪高裁平成25年5月22日判決 (判例タイムズ1395号160頁)
- ・神戸地裁平成24年3月30日判決 (判例タイムズ1395号164頁)
- ・水戸地裁平成23年6月16日判決 (判例時報2122号109頁)
- ・東京地裁立川支部平成22年12月8日判決 (判例タイムズ1346号199頁)
- ・横浜地裁平成22年8月26日判決 (判例時報2105号59頁)
- ・東京地裁平成22年7月28日判決 (判例時報2092号99頁)
- ・名古屋地裁一宮支部平成20年9月24日判決 (判例時報2035号104頁)
- ・名古屋地裁平成16年7月30日判決 (判例時報1991号81頁)
- ・横浜地裁平成12年6月13日判決 (賃金と社会保障1303号60頁)
- ・横浜地裁川崎支部平成12年2月23日判決 (賃金と社会保障1284号43頁)

### 「転倒・転落」

- ・東京地裁平成29年2月15日判決(控訴) (判例タイムズ1445号219頁)
- ・東京地裁平成29年2月2日判決(控訴) (判例タイムズ1438号172頁)
- ・東京高裁平成28年3月23日判決 平成26年(ネ)第5371号 (LEX/DB文献番号25542671)
- ・東京地裁平成25年10月25日判決 判例集未登載 (LEX/DB文献番号25515600)
- ・東京地裁平成25年5月20日判決 (判例時報2208号67頁)
- ・東京地裁平成24年5月30日判決 判例集未登載 (TKC 文献番号25494121)
- ・東京地裁平成24年3月28日判決 (判例時報2153号40頁)
- ・大阪地裁平成19年11月7日判決 (判例時報2025号96頁)
- ・福岡地裁平成15年8月27日判決 (判例時報1843号133頁)
- ・福岡地裁白河支部平成15年6月3日判決 (判例時報1838号116頁)
- ・東京地裁平成15年3月20日判決 (判例時報1840号20頁)
- ・東京地裁平成12年6月7日判決 (賃金と社会保障1280号14頁)

## 事故報告例

介護付き有料老人ホーム（東京都）（定員85名中78名入所） 株式会社S社経営

### 「事故の報告と対策の取り組みについて」2018年10月～2019年3月の事故発生状況

注：事故の定義：身体的・精神的被害や過誤・過失に関係なくサービスの全過程において発生する全ての人身事故や機器の故障など

	件数	構成比	10月	11月	12月	1月	2月	3月
転倒	60	57.7%	4	7	8	9	22	10
ずり落ち	3	2.9%	0	1	1	1	0	0
転落	5	4.8%	2	1	0	2	0	0
薬の誤薬・誤飲	7	6.7%	2	1	1	1	2	0
誤嚥	0	0.0%	0	0	0	0	0	0
徘徊・行方不明	0	0.0%	0	0	0	0	0	0
自傷・自殺	1	1.0%	0	0	0	1	0	0
感染・食中毒	0	0.0%	0	0	0	0	0	0
暴力	0	0.0%	0	0	0	0	0	0
溺れ・のぼせ	0	0.0%	0	0	0	0	0	0
虐待	0	0.0%	0	0	0	0	0	0
その他	18	17.3%	4	2	3	4	5	0
不明	10	9.6%	3	0	2	5	0	0
<b>合計</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>10</b>
行政に報告件数	7	6.7%	1	1	1	4	0	0
有傷事故数	40	38.5%	8	4	8	10	8	2

株式会社Sの提供資料に基づき、著者作成

※事故により「受診」が発生した場合、ケガの軽重に関わらず、すべて行政に報告。

「有傷」には、小さな擦り傷、痣等から骨折等まで含む。

※薬の誤薬については、6か月間で7件起きていることから、原因を検討したところ、薬介助担当のスタッフの服薬介助に集中できる環境が整っていなかった点があげられた。その為、薬介助をスタッフの業務の整理を行い、取り組み後は、事故報告0件となっているとの報告が、筆者に届いた。

「ご利用者・ご家族からのハラスメントに関するアンケート」2018年4月～5月実施

1. 調査概要

(1) 調査の目的

介護現場では、利用者やその家族からどのようなハラスメントが存在し、どのように対応しているのか、さらにその原因などを把握し、今後のNCCUの活動に反映させる目的で本調査を行った。

(2) 調査時期：平成30年4月～5月

(3) 調査対象：NCCUの組合員 約78,000人

(4) 回答方式：択一選択式 および 複数選択式 および 自由記述式

(5) 実施の方法：調査票は、組合員の自宅へ届けられる機関誌（NCCU NEWS）に同封する方法にて配布した。組合員が各自回答後、同封の返信用封筒（宛先はNCCU本部）に調査票を入れ、ポストへ投函する方法で回収を行った。

(6) 回答者数 (%) 女性 2,107 (87.4)・男性 293 (12.2)・無回答 11(0.5) 計 2,411(100)

2. ハラスメントの実態

ハラスメントを受けたことがある 74.2% 内：セクハラが40.1% パワハラが《94.2%》  
 ハラスメントは受けたことがない 22.2% 無回答 3.5%

(1-1) セクシャルハラスメントの実態

サービス提供上、不必要に個人的な接触をはかる	53.5%
性的冗談を繰り返したり、しつこく言う	52.6%
サービス提供中に胸や腰などをじっと見る	26.7%
性的な関係を要求する	13.6%
食事やデートへの執拗な誘い	9.9%
繰り返しの性的な電話をかけた、他者に対し吹聴する	3.6%
その他	6.8%
無回答	0.1%

(1-2) 《パワーハラスメント》の実態

攻撃的態度で大声を出す	61.4%
「〇〇さんはやってくれた」等他者を引き合いに出し強要する	52.4%
サービス契約上受けていないサービスを要求する	34.3%
制度上認められていないサービス強要する	31.9%
強くこづいたり、身体的暴力をふるう	21.7%
「バカ」「クズ」など、人格を否定するようなことを言う	21.6%
からかいや皮肉を言う	20.3%

「市へ訴えてやる」「裁判するぞ」と脅す	19.0%
事業所へのクレームをちらつかせて要求する	17.0%
机や椅子などを叩いたり蹴ったりする	16.6%
「ハゲ」「デブ」「ネクラ」など、身体や性格の特徴をなじる	7.6%
土下座の強要	2.6%
書類をやぶる	2.0%
その他	7.4%
無回答	0.2%

(2) ハラスメントから受けた自身への影響	セクハラ	《パワハラ》
強いストレスを感じた	55.1%	55.1%
軽いストレスを感じた	34.6%	34.4%
影響なし	4.7%	5.1%
精神疾患になったことがある	3.5%	2.6%
その他	1.0%	1.1%
無回答	1.1%	1.7%

(3) 誰かに相談した人 (セクハラ79.4% 《パワハラ75.1%》)のうち、最初に相談した相手は		
上司 45.8% 《47.2%》	職場の同僚 42.1% 《40.9%》	自分の家族 3.0% 《.8%》
友人・知人 1.4% 《0.7%》	公的機関 0.4% 《0.5%》	部下 0.2% 《0.3%》
所属法人の相談窓口 0.2% 《0.1%》	労働組合 0.0% 《0.0%》	
その他 0.4% 《0.6%》	無回答 6.6% 《6.9%》	

(4) 相談した結果は	
変わらない 48.5% 《43.5%》	担当を変えてもらった 27.9% 《21.8%》
収まった 14.9% 《21.4%》	サービス提供を断られた 6.7% 《7.4%》
更に態度がエスカレートした 2.5% 《2.9%》	その他 16.0% 《16.3%》
	無回答 1.6% 《1.5%》

(5) 相談しなかった理由	
相談しても解決しないと思ったから	40.0% 《43.9%》
認知症に伴う周辺症状だから	35.6% 《32.5%》
自分自身でうまく対応できているから	30.4% 《31.5%》
生活歴や性格に伴うものだから	28.9% 《29.1%》
相談するほど大きな問題と思わなかったから	27.4% 《18.4%》
問題が大きくなると面倒だから	20.0% 《14.4%》
精神疾患等に伴う症状だから	15.6% 《12.9%》
高次脳機能障害等に伴う症状だから	11.1% 《9.4%》
相談したことが分かってしまった後(サービス入室)が怖いと思ったから	9.6% 《8.1%》
相手のことを考えたから	9.6% 《7.6%》
誰に相談すれば良いかわからなかったから	7.4% 《7.1%》
その他	3.7% 《4.2%》
無回答	1.5% 《1.3%》

### 3. 相談しても解決しないと思った理由

#### (1) 介護職のイメージ

- \* 介護職は我慢するのが当然という風潮。力量不足と考えられてしまう。
- \* プロの介護職はその程度のことは受け流すべき、と言われる。
- \* 利用者からのハラスメントは、専門職だからうまくかわす、辛抱するという風潮。

#### (2) 自分の考え

- \* その程度のことは、自分でうまく対応すべきと考えていた。
- \* みんなが、セクハラはよくある、と言っているし、あしらえなければならない、と思ったから。
- \* 自分だけではないと思ったから。
- \* みんなが受けていたから当たり前。日常茶飯事。
- \* ハラスメントを受けるのも業務のうち、と思っていた。
- \* 自分が我慢すればいいだけ、と思っていた。
- \* 性的ハラスメントは、恥ずかしくて言えなかった。

#### (3) 事業所・管理職の態度

- \* 上長に言っても親身に聞いてもらえない、対応してくれない、聞き流された。
- \* 上長に報告した際に、真摯な態度ではないと感じたから。
- \* 上司はクレーム対応能力が乏しい。 \* 管理者が他事業所へ移したまらない。
- \* 隙を作る方が悪い、と言われる。自分が悪い、と言われる。
- \* 眼鏡を壊されてもあざやけがをしたとしても、自己責任として受け入れるしかない。
- \* 事業所はご利用者大事。お客様至上主義。
- \* 事業所は常にご利用者への体裁しか考えていない。
- \* 会社の代表が「すべてはご利用者様のためにある」と発言

### 4. ハラスメントが発生している原因

生活歴や性格に伴うもの	63.9%	《55.7%》
介護従事者の尊厳が低く見られている	61.3%	《54.4%》
ストレスのはけ口になりやすい	58.1%	《53.7%》
認知症に伴う周辺症状	50.3%	《46.5%》
ご利用者・ご家族のモラル低下	46.0%	《44.0%》
ご利用者・ご家族のサービスの無理解	44.0%	《43.5%》
ご利用者・ご家族のサービスへの過剰な期待	41.5%	《42.9%》
精神疾患等に伴う症状	31.2%	《30.1%》
ご利用者・ご家族に対するサービスへの事前説明不足	21.6%	《22.6%》
高次脳機能障害等に伴う症状	19.2%	《17.0%》
ご利用者・ご家族と介護従事者のコミュニケーション不足	11.7%	《13.8%》