

高齢者介護人材の確保・定着のために  
—ケアワークの経済評価の再検討—

岩田彩楓

# 目次

はじめに

1. 高齢者介護のニーズと社会的評価
  - 1.1 超高齢化社会と介護ニーズ
  - 1.2 介護職の社会評価
2. 高齢者介護の現状と課題
  - 2.1 高齢者介護の担い手
  - 2.2 介護制度の在り方
3. 高齢者介護サービスの変遷
  - 3.1 介護保険法施行前の高齢者介護
  - 3.2 介護保険法施行による介護の疑似市場化
4. ケアワークの経済評価
  - 4.1 介護の「労働生産性」
  - 4.2 介護職のジェンダーバランス
  - 4.3 介護と看護
5. 高齢者介護の人材確保・定着のために
  - 5.1 政策提言
  - 5.2 介護職のあり方を変えるために

おわりに

参考・引用文献

## はじめに

就職活動をしていく中で介護業界に興味を持ち、介護業界への就職を考えていると周囲の人に伝えたとき、「早稲田なのになんで介護なの?」「新卒で介護はもったいない」「介護ならいつでも転職できるから他の業界にしたら?」など、介護業界に進むことに対して否定的な意見を言われることが多かった。おそらく「早稲田」という言葉には、高学歴で社会の上位にいるというプラスの意味が含まれ、「介護」には「きつい・きたない・きけん」、いわゆる「3K」と呼ばれるマイナスな意味が込められているため、そのギャップが周囲の人を驚かせたのだと考える。また就職活動の一環で介護業界についての業界研究をしたところ、介護業界には様々な課題があることが分かった。中でも特に課題だと感じたのは、介護業界の人材不足である。この理由としては、先に述べたような周囲の反応の通り、介護に対するマイナスイメージに加え、労働内容に見合わない給与と勤務時間などの労働条件が挙げられる。

就職先が介護業界というだけで複数人に自分の選択を否定される不快さを感じながらも、介護職のマイナスイメージに納得できる部分があったため、反論できない自分がもどかしかった。そこで自分が介護業界の課題を解決し、介護へのマイナスイメージを変えたいと感じるようになり、本論文のテーマとすることに決めた。

本論文では、超高齢社会の日本において高齢者介護のニーズが高まっているにもかかわらず、慢性的な介護人材不足が生じている原因を明らかにする。そして、その背景にあるケアワークの経済評価について介護業界と他業界の待遇を比較することで、介護職の妥当な経済評価を検討し、介護人材を確保・定着を図るための解決法を導き出すことを目的とする。

第1章では、現在の日本の高齢者介護のニーズと介護職への社会的なイメージを確認する。第2章では、高齢者介護の担い手のジェンダー差を示したのち、介護保険制度について整理する。第3章では、高齢者介護サービスの変遷を整理し、現在の介護サービスの特徴を述べる。第4章では、ケアワークの経済評価の低さを取り上げて、介護職に対する妥当な経済評価を検討し、第5章では、4章までの内容を踏まえて介護業界の人材確保・定着を推進するために必要な政策を考察し、本論文を終括する。

## 1. 高齢者介護のニーズと社会的評価

本章の第1節では、現在日本ではどれくらい高齢化が進んでいるのか、どれくらい要介護高齢者がいるのかを確認し、日本社会における介護の必要性を確認する。そして第2節では、他の職業よりもネガティブなイメージが多い介護職の社会的評価について述べる。

### 1. 1 超高齢社会と介護ニーズ

内閣府の令和4年度版高齢社会白書(内閣府, 2022)によると、我が国の総人口は、令和3年10月1日現在、1億2,550万人、そのうち、65歳以上人口は、3,621万人となっている。65歳

以上人口は、昭和 25 年には総人口の 5%に満たなかったが、昭和 45 年に 7%を超え、さらに、平成 6 年には 14%を超えた。高齢化率はその後も上昇を続け、令和 3 年 10 月 1 日現在、28.9%に達している。一般に、総人口に対して 65 歳以上人口が占める割合=高齢化率が 7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」と呼んでおり<sup>1</sup>、高齢社会が進行し、高齢化が 21%を超えた社会は「超高齢社会」と呼ばれている<sup>2</sup>。つまり、現在の日本は「超高齢社会」と定義づけられる。

そして今後さらに超高齢社会が進行することが予想されている。内閣府によると、総人口が減少する中で 65 歳以上の者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、令和 18 年に 33.3%となり、国民の 3 人に 1 人が 65 歳以上の者となる。令和 24 年以降は 65 歳以上人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、令和 47 年には 38.4%に達して、国民の約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上の者となる社会が到来すると推計されている。総人口に占める 75 歳以上人口の割合は、令和 47 年には 25.5%となり、約 3.9 人に 1 人が 75 歳以上の者となると推計されている。昭和 25 年には 65 歳以上の者 1 人に対して現役世代（15～64 歳の者）12.1 人がいたのに対して、令和 2 年には 65 歳以上の者 1 人に対して現役世代 2.1 人になっている。今後、高齢化率は上昇し、現役世代の割合は低下し、令和 47 年には、65 歳以上の者 1 人に対して現役世代 1.3 人という比率になる。

以上のことから、人口減少と少子高齢化が著しく進行していく日本社会において、急増する高齢者を支えながらすべての国民が暮らしやすい社会を実現するためには、高齢者政策に力を入れ、福祉制度を整えていかなければならないことは明らかである。

次に、高齢化する社会にとって大きな課題となる介護の必要性について考察する。

令和 2 年度介護保険事業状況報告<sup>3</sup>によると、令和 2 年 3 月末から令和 3 年 3 月末にかけて、介護保険制度の第 1 号被保険者数は、3,555 万人 から 3,579 万人に増加、要介護（要支援）認定者数は 669 万人から 682 万人に増加、第 1 号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）は、18.4% から 18.7%に増加している。また、令和元年度から令和 2 年度にかけて、サービス受給者数（1 ヶ月平均）は 567 万人から 575 万人に増加、費用額は 10 兆 7,812 億円 から 11 兆 542 億円、給付費（利用者負担を除いた額）は、9 兆 9,622 億円 から 10 兆 2,311 億円に増加している。

このように介護を必要とする高齢者の数、介護にかかる費用は年々増加しており、社会の介護ニーズは非常に高まっているといえる。しかし現在の日本はこのようなニーズ応える体制が十

---

<sup>1</sup>HITOWA ホールディングス株式会社「高齢化社会・高齢社会・超高齢社会の定義とは？  
問題点や対策について解説」

<https://www.hitowa.com/magazine/super-aging-society.html>  
(2022 年 12 月 25 日最終閲覧)

<sup>2</sup>コトバンク「超高齢社会とは」

<https://kotobank.jp/word/%E8%B6%85%E9%AB%98%E9%BD%A2%E7%A4BE%E4%BC%9A-1692046>

<sup>3</sup>厚生労働省「令和 2 年度 介護保険事業状況報告（年報）」

[https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/20/dl/r02\\_point.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/20/dl/r02_point.pdf)  
(2022 年 12 月 18 日最終閲覧)

分に整えられているとは言えない。その主な理由は、介護職員の不足である。

厚生労働省の調査によると、第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、2023年度には約233万人、2025年度には約243万人、2040年度には約280万人となる<sup>4</sup>。この推定値は2019年度の介護職員数221万人を比とした場合、2023年度には約22万人、2025年度には約32万人、2040年度には約69万人の介護職員が不足することを意味する。さらに問題となるのが、認知症患者の増加である。厚生労働省の高齢者介護研究会報告によると、2005年に169万人だった認知症高齢者は、2015年に250万人に達し、2040年には385万人にまで増えると推計されている。(松田2009:26)認知症患者に適切な介護を行うためには専門的な知識や技術、経験が求められるため、介護職員の確保はもちろん離職者を防止し、高度な介護スキルを身につけることのできる長期的な介護従事者が必要になると考えられる。ところが、介護職は世間的に「3K」と呼ばれる職業であり、そのイメージは「きつい」「きたない」「給与が低い」など他の職業と比べてマイナス要素が強い。

このまま世間の介護職に対するイメージが変わらず介護業界の人手不足が継続していけば、一人の職員が過剰な人数を介護せざるを得なくなってしまう。その結果、その仕事の大変さから介護業界を敬遠する者が増え、さらに人手不足に拍車がかかり、急増する高齢者を十分にケアできない社会になってしまうのではないか。誰もが年を取り、いつかは誰かにケアされる側になる。誰もがなりおこるこうした依存状態に対して、ケアという配慮と援助の活動が提供されることにより、人は元気さや生活の安定性を一定程度持続的に保っていくことができる(広井2013:126)。高齢になってもその人らしく過ごせる豊かな暮らしのためにも、介護人材を確保することをはじめとして、社会全体で高齢者を支える体制を用意する必要があると考える。

## 1. 2 介護職の社会評価

前の節でも触れたように、世間的な介護職のイメージは他の職業よりもネガティブなものが多い。株式会社リクルートキャリアが行う、日本の介護サービス業の就業人口を増やすためのプロジェクト『HELPMAN JAPAN』によって行われた「介護職非従事者の意識調査」<sup>5</sup>によると、介護職非従事者<sup>6</sup>が就業をためらう主な理由は、1位「体力的にきつい仕事の多い業界だと思うから」(49.8%)、2位「精神的にきつい仕事の多い業界だと思うから」(41.8%)、3位「給与水準が低め

<sup>4</sup> 厚生労働省「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323_00005.html)

(2022年12月18日最終閲覧)

<sup>5</sup> HELPMAN JAPAN 「介護職非従事者の意識調査」

<https://www.recruit.co.jp/newsroom/recruitcareer/news/20190712.pdf>

(2022年12月20日最終閲覧)

<sup>6</sup> 調査対象は18～59歳の全国の男女で、「就業・転職意向者：今までに介護職従事者の経験がなく、介護サービス（高齢者分野：介護福祉士・ケアマネージャー等）の仕事を就業・転職の意向先として考えている」300人と「就業・転職非意向者：今までに介護職従事者の経験がなく、介護サービス（高齢者分野：介護福祉士・ケアマネージャー等）の仕事を就業・転職の意向先として考えていない」200人の計500人に対して行われた。

の業界だと思ふから」(31.2%)、4位「離職率が高い業界だと思ふから」(24.2%)、5位「休暇が取りやすい雰囲気や仕組みがなさそうな業界だと思ふから」(20.2%)だった。また、同調査によると、就職先を探す際の重視点は、1位「精神的にそれほどきつい仕事ではないこと」(39.4%)、2位「勤務地が自宅から近いこと」(38.4%)、3位「体力的にそれほどきつい仕事ではないこと」(33.8%)、4位「休暇が取りやすい雰囲気や仕組みがあること」(33.2%)、5位「仕事にやりがいがあること」(31.8%)だった。

この結果から、「体力的、精神的にきつい」というイメージが、就職先を選ぶ際に介護職を敬遠する最初の理由であることが分かる。しかし、同調査の「介護サービス業の仕事・介護業界の事実に対する認知状況」の結果を見ると、「介護技術の進化によって腰などを痛めず、身体負荷をかけずに生涯働ける環境になっている」という事実を認知している人は全体の13.6%にとどまっている。他にも「約4割の事業所は1年以内の離職率10%未満であること」を認知している人は12.8%、「介護業界で働く人の5割強は残業がないこと」を認知している人は11.8%である。この調査の全10項目の事実のうち、最も認知率の高かった「資格の有無に関わらず、未経験からでもスタートできる職種であること」でさえ29.0%しか認知されていない。

以上のことから、介護職に対して事実よりもネガティブなイメージを持っている人が多く、介護職の社会的な評価が低くなっていることが分かる。そして、このネガティブなイメージは介護業界への就職を遠ざけ、介護業界の慢性的な人手不足につながっていると考えられる。しかし、介護職非従事者が就業をためらう理由の3位になった「給与水準が低めの業界だと思ふから」というイメージに関しては、介護サービス業の仕事・介護業界の事実と乖離していない。「労働内容に見合わない低い給与水準」は人々が介護職を遠ざける明確な理由であり、介護業界の課題になっている。この介護職の経済評価の問題については第4章で具体的に述べていく。

## 2. 高齢者介護の現状と課題

ここまで今の日本は高齢者介護の必要性が高まっていながらも社会の介護ニーズに対応できていない現状があること、そして介護職に対する世間一般のマイナスイメージが介護職員の不足を引き起こしていることを述べてきた。第2章の第1項では、現在の高齢者介護の担い手の現状を確認し、そこで発生している問題点を考察する。第1項では介護保険制度の概要を整理し、課題を考察していく。

### 2. 1 高齢者介護の担い手

かつては「家族」による介護が当たり前とされていたが、戦後、福祉制度が整えられていく過程を経て、2000年に介護保険制度がスタートし、介護の社会化が図られることになった。その結果、民間企業やNPOといった多様な主体が介護サービス業界に参入できるようになり、介護の担い手が必ずしも家族である必要はなくなった。しかし現在でも、多くの要介護者の主な介護者は家族であり、家族が抱える介護の負担は決して軽いものではない(新美2017:11)。

厚生労働省が行った「2019年国民生活基礎調査の概況」<sup>7</sup>によると、介護保険法の要支援又は要介護と認定された者のうち、在宅の者のいる世帯の世帯構造は、「核家族世帯」が40.3%で最も多く、次いで「単独世帯」が28.3%、「三世帯世帯」が12.8%となっている。また、要介護度の状況を世帯構造別にみると、「単独世帯」では要介護度の低い者のいる世帯の割合が高く、「核家族世帯」「三世帯世帯」では要介護度の高い者のいる世帯の割合が高くなっている。2001年時点の在宅の者のいる世帯の世帯構造が「核家族世帯」は29.2%、「単独世帯」は15.7%、「三世帯世帯」は32.5%だったことから考えると、日本は核家族化と三世帯世帯の減少が進み、従来よりも少ない人数で家族を介護しなければならなくなっているにもかかわらず、より要介護度の高い家族をケアする必要がある、今までよりもさらに家族介護者の負担が増えていると推測できる。

また、同調査の、同居している主な介護者を性別にみると、男35.0%、女65.0%で女が多い。介護時間が「ほとんど終日」の同居の主な介護者は、「男」が27.3%、「女」が72.7%となっている。続柄別にみると、女の「配偶者」が最も多く、次いで女の「子」、男の「配偶者」の順となっている。さらに中西(中西2009:112)が行った、親の介護に対する子どもの介護志向の調査によると、男性が将来の親の介護を想定する場合、自分自身が介護にかかわるという選択肢よりも、配偶者(妻)に頼むという選択肢が想定されやすかった。一方、女性(妻)が夫に、親の介護を頼むという選択肢は、男女双方にとって想定外であった。女性の認識においても、男性自身が介護を行うという選択肢はほとんど認識されていない。たとえば、兄を持つ女性の場合、妹は自分自身で介護を行い、兄は妻に介護を依頼することを前提とした交渉が想定されていた。兄と妹の間の交渉は、事実上は兄の妻と妹の間の交渉であり、どちらに転んでも女性が介護を行うものとして認識されていた。

これらのことから、介護を担う性別が固定化され、ひどく偏ったジェンダーバランスになっていることが分かる。この介護負担の家族と女性への偏りの背景にある社会通念は、「介護」という生活領域は、老親扶養の一端として、昔から家事全般に含まれ、主に女性成員によって担われ続けてきた、というものである。(春日2011:32)有配偶者女性にとって親の介護の次に来るのは、配偶者の介護である。男性と女性の平均寿命の差が6~7歳あり、夫の年齢が平均2~3歳上であることから、妻が夫の終末介護をして看取ったあと、女性は一人になる期間がおおよそ9年間あり、それが女性の平均的ライフコースになっている。したがって、女性のライフコースの後半は、老親と配偶者の介護に費やされる人生になりがちである、といっても過言ではない。(染谷2007:95)近年、女性の社会進出が進んでいるように見えるが、「男性は外に出て働き、女性は家庭内でケア労働をする役割」、「女性は家族愛によってケアを施すべき」という古くからの性別役割分業、良妻賢母親はいまだに社会規範として深く根付いてしまっていることが分かる。

そしてこのジェンダーバランスの不均衡は、家庭外の介護労働にも見られる。介護労働者の主な職種別の男女比を見ると、「訪問介護員」は男性19.1%・女性78.1%、「介護職員」は男性11.1%・女性85.6%、「介護支援専門員(ケアマネジャー)」男性4.5%、女性93.0%、

---

<sup>7</sup> 厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査の概況」IV 介護の状況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/d1/05.pdf>

(2022年12月21日最終閲覧)

「生活支援相談員または支援相談員」男性 21.6%・女性 73.2%となっている<sup>8</sup>。また、令和3年の日本の介護事業者の経営主体構成を見ると、民間企業が 58.8%で最も大きい割合を占め、次いで社会福祉法人が 15.4%、医療法人が 10.2%を占めている<sup>9</sup>。約 6 割の介護事業が市場経済の枠内で提供されているながらも、そのほとんどを女性が占めているという状況であれば、たとえ従来の価値観でいう男性の領域、つまり家庭の外に女性が進出したとしても、「ケア労働を担うのは女性」というジェンダー役割の固定化が解消されない社会になってしまうのではないか。

以上のことから、日本社会における高齢者介護の担い手に関して、大きく 2 つの問題があると考えられる。

一つめは、家族による介護の負担が大きいことである。従来よりも家族の構成人数の減少と高齢化が進んだ現代では、一世帯あたりの介護負担が増大していると考えられる。家族による介護負担を軽減するためには、第 1 章で述べた、介護業界の人手不足の解消が重要であると考えられる。少し単純であるが、高齢者の介護を支える人手が増えれば、それだけ各地域に住む人々が高齢者介護にアクセスしやすくなると考えられる。昨今の国の方針でも「地域包括ケアシステム」というネーミングで、高齢者に何らかの医療や介護サービスの必要性が生じて、病院や施設でケアされるのではなく、できれば住み慣れた自宅で最期まで暮らしていけるシステムを構築することを推進している。(結城 2015 : 8) 「地域包括ケアシステム」を確実に機能させるためにも、介護人材を確保し、地域社会全体で高齢者介護を支える体制を整えて今後の超高齢社会に対応していく必要があると考える。

二つめの問題は、介護の担い手のジェンダーバランスの不均衡である。家庭内で介護役割を任されるのはたいていの場合女性であり、介護職として働く労働者の大半も女性である。内藤(上野ほか 2008 : 130)は、『「ケアすること」をめぐるジェンダー規範は、“女性”と“ケア労働”と“社会的劣位”を繋ぎ含むものである』と述べ、介護労働の労働条件の劣悪さを指摘している。つまり、かつて家庭内で女性の仕事として見なされていた介護は、職業として認められた現在でもなお、他の職業と比べて社会評価、経済評価が低く見なされているのだ。介護業界の重大課題となっている「給与水準の低さ」の背景には、こうしたジェンダー問題も潜んでいると考えられる。“女性”と“ケア労働”と“社会的劣位”の繋がりを絶つためには、ケア労働に対する社会評価を見直し、介護職の給与水準を上げることによって、介護職の地位向上を目指すべきだと考える。そして、女性だけでなく男性もケア労働に参加することが普遍的になるように、全労働者が家庭と仕事を両立できる労働環境(勤務時間・休暇制度・社内文化など)を整えるなど、ジェンダー役割が染みついた社会規範に変化をも

---

<sup>8</sup> 公益財団法人介護労働安定センター「介護労働の現状について 令和元年度 介護労働実態調査の結果と特徴」

[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02\\_roudou\\_genjyou.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02_roudou_genjyou.pdf)  
(2022年12月20日最終閲覧)

<sup>9</sup> 公益財団法人 介護労働安定センター「令和3年度「介護労働実態調査」結果の概要について」

[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2022r01\\_chousa\\_kekka\\_gaiyou\\_0822.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2022r01_chousa_kekka_gaiyou_0822.pdf)  
(2022年12月20日最終閲覧)



たらすための策を講じる必要があると考える。

## 2. 2 介護保険制度の在り方

次に介護保険制度について、厚生労働省の資料<sup>10</sup>を参考しながら整理していく。

介護保険制度が設立された社会的背景は、①高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大したこと、②その一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況が変化したこと、③従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界があったこと、以上の3つである。このような社会的背景を基に、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして1997年介護保険法が成立し、2000年に施行された。かつて高齢者介護などの福祉サービスは、社会福祉法のもとに定められた措置制度によって運用されていた。しかし、高齢化の進行とともに家族のあり方、財政状態などが変化し、これまでの措置制度では対応できなくなった結果、創設されたのが介護保険制度である。

介護保険制度には、「自立支援」「利用者本位」「社会保険方式」という3つの基本的な考えがある。具体的に言うと、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とし、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度であり、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用しているということである。かつての措置制度では財源として税金を使い、行政が個別の利用者についてサービス提供の決定から給付まで行うしくみだった。その特徴は、サービスの利用や事業者の選択について、行政が決定権を持つことにあった。(松田 2009: 34)つまり、国民には、自分の意思でサービスを請求し、事業者を選ぶ権利がなかったが、介護保険制度導入後は、利用者主体で事業者を選択できるようになった。また、社会保険<sup>11</sup>制度の導入により、要介護のリスクを支え合うしくみに転換し、「必要なサービスを・必要な人が・一定の上限額の範囲で利用できるサービス」として構築された。(長谷 2004: 56)

被保険者は、①65歳以上の者(第1号被保険者)と、②40～64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)の2つに区分される。第1号被保険者は、原因を問わず要支援・要介護状態となったときに介護サービスを利用できるが、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化など特定疾病が原因で要支援・要介護状態になった場合に、介護サービスを受けることができる。

要介護認定は、「自立」「要支援1～2」「要介護1～5」の全8段階に区分されている。要支援に認定された人は、悪化を防止し健康状態を回復するための予防給付を、要介護に認定さ

---

<sup>10</sup> 厚生労働省「介護保険制度の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>

(2022年12月21日最終閲覧)

<sup>11</sup>国民の生活の安定を図ることを目的とした強制加入の保険制度。介護保険の他に、年金制度、医療保険がある。

れた人は介護支援のための「介護給付」を受けられる。非該当者は介護保険サービスを利用できないが、市町村独自で行う福祉サービスや、介護予防としての地域支援事業等を受けられるケースがある。(松田 2009 : 40)

保険料は、第1号保険者は、本人が住んでいる市町村(保険者)の介護保険サービスの総事業費に比例するため、地域の状況に大きく影響を受ける。一方、第2号被保険者の保険料は国内全体で調整するので、地域のサービスの影響を直接受けない。介護保険料は3年に1度改定されているが、年々値上がりしている傾向にある。第1号被保険者の2018~2020年までの介護保険料の全国平均は月額5,869円だったが、2021年の全国平均は月額6,014円で、初めて6,000円を超えた。介護保険料の地域格差も広がっており、下は3,000円台、上は9,000円以上と、3倍近い差がある<sup>12</sup>。

財源は、第1号被保険者、第2号被保険者の保険料、国・都道府県・市町村が負担する税、介護保険サービス利用者の利用料で構成されている。費用負担割合は、介護報酬額の1割相当を利用者、残りの9割を保険料と税で折半する。

介護保険制度のもとでは、都道府県、市町村の指定を受けた事業者が介護サービスを提供している。これらの事業者は、介護報酬<sup>13</sup>という公定価格に基づき収益を得ることになる。(松田 2009 : 44)つまり、介護のサービス価格が国によって定められているため、介護事業所は職員の給与を上げることが難しい。このことが介護職の低賃金労働がなかなか解決されない根本の原因になっていると考えられる。

ここまで、介護保険制度の概要を整理してきたが、ここで特に財源構成と介護報酬について指摘したい。その理由は、この2つが介護業界の人手不足の大きな原因になっていると考えるからだ。

まず、介護報酬について述べる。先述したように、介護職員の給与は公定価格に委ねられている。つまり、国が介護報酬をプラスに改定し、介護職員の処遇改善を推進しなければ、介護職員の給与水準は一向に上がらず、さらなる人手不足に陥ることが予想される。介護保険制度は、抜本的な見直し・改正を5年度ごと、評価や報酬など細かいルール変更を3年ごとに行う。2000年の制度導入以来、介護報酬は下げトレンドが続き、2003年度には-2.3%、2006年度は-0.5%だった。2009年度、12年度は、不足する介護従業者の処遇改善が大きな課題となり、それぞれ3%、1.2%アップに改定された。その後2015年度は-2.27%、2018年度0.54%、2021年度は0.7%と推移している<sup>14</sup>。令和4年度には臨時の報

---

<sup>12</sup> 三井のリハウス「介護保険料はいくら？年齢や収入によって変わる金額や納付方法を解説」

[https://www.rehouse.co.jp/relifemode/home/senior/at\\_038/](https://www.rehouse.co.jp/relifemode/home/senior/at_038/)  
(2022年12月22日最終閲覧)

<sup>13</sup> 介護報酬とは、「事業者が利用者(要介護者又は要支援者)に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用」をいう。法律上、事業所が所在する地域等も考慮した、サービス提供に要する平均的な費用の額を勘案して設定することとされている。(介護保険法第41条第4項等)

<sup>14</sup> 社会実情データ図録「介護報酬改定率の推移」  
<https://honkawa2.sakura.ne.jp/2058.html>

酬改定が行われることになっているが、この改定も満足のいく内容とは言えない。

厚生労働省の発表によると、介護処遇改善・障害福祉職員の処遇改善について、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を踏まえ、令和4年10月以降について臨時の報酬改定を行い、収入を3%程度（月額平均9,000円相当）引き上げるための措置を講じることが決定されている<sup>15</sup>。この処遇改善は国費にすると150億円程度、改定率に換算する1.13%アップのプラス改定である。しかし、月に9,000円、つまり年間108,000円の給与アップにつながるようになったとしても、他業界の平均給与には到底及ばない。さらに言うと、この改定の加算額は、常勤換算<sup>16</sup>された介護職員数に対する金額であり、各介護施設で働くすべての職員数に対して加算される額ではない。非常勤の介護職員も含めた職員数に対して加算額が設定されなければ、介護業界全体の賃金底上げにはならず、介護職の低賃金問題の抜本的な解決にはならないのではないかと考える。介護報酬改定率がマイナスになるより、少しでもプラスに改定される方が良いだろうが、介護業界の低賃金問題を解決するためには、もっと大幅な改定が必要だと考える。

次に、財源構成について述べる。令和2年度予算では、第1号保険料23%(2.6兆円)、第2号保険料27%(3.1兆円)、国25%(2.7兆円)、都道府県12.5%(1.6兆円)、市町村12.5%(1.4兆円)である<sup>17</sup>。介護保険制度が始まった2000年度の総費用は3.6兆円であったが、年々右肩上がりが増加し、2017年度には初めて10兆円を越え、2022年現在、11兆542億円になっている。今後も介護保険費用が増大していくことは明らかであり、さらなる財源確保が課題になっている。財源を確保しなければ、大幅な介護報酬改定もできず、介護職の処遇改善はこの先も十分に進められることはないだろう。財源確保のためにも国家予算の分配を見直し、社会保障関係の歳出割合を増やすべきだと考える。

### 3. 高齢者介護サービスの変遷

第2章では現在の介護保険制度の概要を整理した。第3章では、日本の高齢者介護を介護保険法施行前と介護保険法施行後に分け、家庭的ケアから社会的ケアへの変遷をたどり、そこから見えてくる課題について考察する。

---

(2022年12月22日最終閲覧)

<sup>15</sup> 厚生労働省「令和4年度介護報酬改定について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000955675.pdf>

(2022年12月22日最終閲覧)

<sup>16</sup> 常勤換算とは事業所で働く人の平均人数のこと。介護施設はさまざまな形態の働き方があるため、働く人の正確な人数を算出するために通常の常勤の人、1人あたりの仕事量に換算する必要がある。

<sup>17</sup> 厚生労働省「介護保険制度の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>

(2022年12月21日最終閲覧)

### 3. 1 介護保険法施行前の高齢者介護

これまで日本社会で介護を担ってきたのはほとんどが家族である。家族による介護は、古代社会から封建社会を経て、資本主義を基調とする近代社会に至ってもなお変わることなく続けられ、今日でもなお基本的には継承されている。(染谷 2007 : 60)

社会的な介護の始まりは、第二次世界大戦後前にさかのぼる。第二次世界大戦前の1929(昭和4)年成立(1932年施行)の救護法により「救護施設」が規定され、既存の社会事業施設がこれに該当することになった。この救護施設での介護が社会的介護の始まりである。ただし、救護施設で働く介護職員に資格要件などはなかった。(染谷 2007 : 60)

第二次世界大戦後、社会福祉制度が再編され、昭和20年に福祉三法(生活保護法・児童福祉法・身体障害者福祉法)と社会福祉事業法が整備され、今日に至る社会福祉の基礎構造が形成された。そのなかで、介護を想定とした施設群が登場することとなった。(染谷 2007 : 60)

このように日本の福祉は戦後の緊急対策として始まり、1951年の社会福祉事業法により一応の完成を見た「措置制度」を基本に運用されていた。措置制度とは、政府がサービスの決定から給付まで責任を持ち、供給するシステムである。(長谷 2004 : 52)ただしこの措置制度は、一部の社会的弱者を救済するという性格が強く、高齢者の面倒は原則的に家族や地域が見るが、それが難しい人に対してのみ、施設入所を軸にサポートするという形を取っていた。

措置制度のもとでは、国民に対し直接福祉の責任を負う行政が、介護サービスの提供を事業者に委託するしくみが採用され、これにより、ある水準以上のサービスを保障する狙いは一定程度達成された。(松田 2009 : 34)しかしその反面、事業を委託できる社会福祉法人等の条件は厳しく規定され、新規参入は困難で、社会全体に供給できるサービスの絶対量はなかなか増えていかなかった。福祉サービスを受けられない人たちが老人病院に「社会的入院」<sup>18</sup>を強いられる事態が進み、資料保険財政が悪化するという副作用も生まれた。(松田 2009 : 34)さらに1980年代に入ると、高齢化社会が進行し、人口構成比のバランスが崩れ、相対的に高齢者の数が増えることにより、財政的にも、施設や人手の面でも、従来のしくみではその生活が支えられなくなった。(松田 2009 : 34)他にも、工業化の進展、家族構成の変化、女性の社会進出など生活様式の変化が起これ、これまでの措置制度は限界を迎え、新たに介護保険制度が創設されることになった。

以上のことから、介護保険法施行前の福祉政策及び高齢者介護制度の特徴は、国が権限を強く持ち、限られた国民に対して福祉サービスを提供する選別主義的な制度であったことが分かる。

### 3. 2 介護保険法施行による介護の準市場化

次に介護保険法施行後の高齢者介護について述べる。先述の通り、日本の高齢者介護は措置制度を中心として対応されてきたが、1990年代中盤より、措置制度に対する批判がバブ

---

<sup>18</sup> 治療の必要はないが、家族による在宅介護が困難なための入院のこと。

ル崩壊後の経済情勢ともあいまって、声高に叫ばれるようになった。批判の論点は措置制度が持つ行政処分としての性格、また税を中心とした応能負担方式であり、それが負担の不公平や非効率をもたらすとされた。(佐橋 2006 : 117-118)。措置制度という極めて規制色の強いシステムが採用されていたことに加えて、事実上、国の一般会計予算であらかじめ供給総量が設定されるため、急速な高齢化の進展に対し必要な介護サービスの供給が十分確保されない事態に陥ってしまった(大守ほか編 1998)介護保険制度はそのような諸問題に対応すべく導入されたが、措置制度時代との違いは主に4つある。

一つめは、行政による選別主義的的制度から「誰でも利用できるしくみ」に転換したこと(長谷 2004 : 56)である。被保険者になれば、介護が必要になったとき、全国一律の客観的な基準に基づいて要否の判定が行われ、「要介護」と認定されれば、自分で事業者を選択して利用できるようになった。事業者と利用者が対等な立場で契約を結び、サービスを利用するということは、措置制度と比べて画期的なことであった。(長谷 2004 : 57) 染谷(染谷 2007 : 97)も、介護保険が従来の高齢者福祉サービスと決定的に異なるのは、「長年低所得者を対象に救済事業として無料で提供されてきた高齢者福祉サービスが、収入により応能負担する段階を経て、まったく収入の程度を問わずに国民全体を対象とする普遍的サービスへと拡大した点にある」と述べている。

二つめは、サービス事業主体が変化し、「利用者本位」のサービス提供が可能になった(長谷 2004 : 57)とである。介護保険法が施行され、民間の事業者も参入できるようになったことから、競争原理が働いて、利用者の立場に立ったサービスの提供や質の確保が求められるようになった。この「利用者本位のサービス提供」という考え方は、既存の事業者に大きなインパクトをもたらし、パターンリズムが通用しなくなった。(長谷 2004 : 57)

三つめは、行政の役割が変化したこと(長谷 2004 : 57)である。措置制度時代は、介護サービスの提供主体という役割だったが、介護保険法施行後は、利用者がサービスを安心して受けられるようにサービスのしくみを調整したり、また利用者が被害を受けないように利用者保護のしくみをつくることを中心となってきた。(長谷 2004 : 57)

四つめは、利用者が主体的にサービスにアクセスできるようになった(長谷 2004 : 57)ことである。措置制度時代は、利用者は自由に事業者を選択することができず、自分の生き方を実現するため、サービスを組み合わせて利用するといったことが難しかったが、利用者本人が自分の選択基準で、数ある事業者の中から自由に選択できるようになった。(長谷 2004 : 58)

このように、日本の高齢者介護は、介護保険法施行前よりも主体的に選択して介護サービスを受けられるようになったことが分かる。介護保険法施行後、介護業界は市場経済に組み込まれるようになり、多くの民間企業が参入できるようになった。ところが、業界の特殊な市場構造が原因で、多くの事業者が投資に見合う利益を上げられず、安定した経営基盤を築いているのはごく一部である。(松田 2009 : 48)

松田が言うには、介護・福祉サービス市場は、完全な自由市場ではなく、「疑似自由市場」(松田 2009 : 48)である。「疑似自由市場」とは、一般的には「準市場」と呼ばれ、政府の意向や法改正によって大きく在り方を左右される市場構造を意味する。一般の企業では、各事業者が自由に商品開発を行い、市場でその商品サービスの価値を問うことができるが、介護・福祉業界では、提供できる商品サービスの内容、および価格は、大枠において介護保険制度と介護報酬額によって規定されてしまう。(松田 2009 : 49-50)つまり、営利目的であ

る民間の介護事業者といっても、行政の規制が背後にある「準市場」の中で経営していくしかないため、介護業界は他の業界よりも収益をあげにくくなっているのだ。もしも介護業界が自由市場だったら、より質の高いサービスを提供する事業者はより多くの顧客(利用者)を獲得し、莫大な利益を上げることが出来るだろう。また、高度な技術や知識を持つ介護職員は、他の介護職員よりも高い報酬を貰いながら働くことができるようになる。しかし、介護・福祉サービスは国民が平等に利用できるサービスでなければならず、完全な自由市場にすることは不可能である。したがって、介護事業者は行政の規制の範囲内でしか収益を得るしかなく、介護職員の給与水準を上げるためには、国が規定する介護報酬額の増額を待つしかないことが分かる。

## 4. ケアワークの経済評価

第4章では介護職の経済評価についてまとめる。それを踏まえて、介護業界と他の業界を比較し、どれくらい給与水準を上げるのが妥当か考察する。また、特に看護職と介護職の働内容・労働条件・給与水準を比較し、介護職の社会的、経済評価を見直していく。

### 4. 1 介護の「労働生産性」

現代社会におけるケアのあり方を考えていくにあたり、きわめて重要でありながら、十分な理論的考察が行われていないテーマとして「ケア労働の経済評価」がある。たとえば介護従事者の低賃金や、そのことから介護分野での離職者が多いことあるいはその是正策としての(介護保険制度における)介護報酬の改定といった話題は、これまでも様々な形で論じられてきた。しかしそうした状況はなお十分に改善されておらず、またその1つの背景として、上記のように「ケア労働の経済評価」についての原理的な考察が不足していることが挙げられると思われる。(広井 2013 : 12)

労働市場で経済的利益を求める際に重要になるのが「生産性」である。いくつかある「生産性」の指標の中で最も一般的なのは「付加価値労働生産性」で、これは労働者1人あたり(または労働者1人が1時間あたり)、どれだけの付加価値を生み出したかという数字である<sup>19</sup>。生産性が高ければ高いほど、少ない労働力で大きな利益を上げることが出来るため、市場では効率性が求められる。しかし、その中でケアを行おうとする個人は、効率性を追求する企業の原理と相容れず、あたかも経済の主軸からはじき出され、社会の周辺に追いやられたような状態に陥りがちである。経済的な価値や成功が社会的に高く認められるほど、地道で地味なケアがそこに入り込むことは難しい。(広井 2013 : 127)

つまり、介護の経済評価が社会的に低くみなされている原因は、「ケア労働」の性質が経済評価と結びつくことがないということにある。したがって、ケアや農業のように、「コミ

---

<sup>19</sup> 厚生労働省山形局「生産性とは」

[https://jsite.mhlw.go.jp/yamagata-roudoukyoku/seisansei\\_keisanhouhou.html](https://jsite.mhlw.go.jp/yamagata-roudoukyoku/seisansei_keisanhouhou.html)

(最終閲覧 2022 年 12 月 22 日)

ユニティ」や「自然」に関する財やサービスは、何らかの公共政策によってその価値づけ (pricing) を是正し、本来の価値を実現させる必要がある。具体的には、その価値づけ自体を公的な制度の中で適切に行うか (たとえば介護保険制度における介護報酬の引き上げ)、あるいは何らかの「再分配」の仕組みを導入することである (広井 2013 : 14-15)

また、介護・福祉業界は労働集約的な産業である。介護・福祉業界では、多くの場合、収益を生み出す価値の源泉が介護福祉士やホームヘルパーといった介護職=「人間」が利用者 に提供するケアサービスの中に含まれている。(松田 2009 : 136) しかし、何が生産的活動かについての人々の認識は、時代や社会に依存する。例えばサービス産業について考えてみよう。かつて経済計画の方式をとる国々ではサービスは生産とみなされず、MPS(material product system) という、モノの生産のみを基に行われてきた。しかしいまやほとんどの国でサービス産業は第3次産業の重要な一部として位置づけられている。その背景にはサービスへの需要の所得弾力性が高くサービスへの支出が次第に重要な位置を占めるようになったことがあげられる。介護・医療・保育などの福祉に関する認識も今後同様に変化し、需要を満たす活動が生産であるとの認識が広まっていくものと思われる。(大守ほか 1998 : 21)

以上のことから、そもそも「ケア」の性質が「労働生産性」を基準とした社会の経済的評価と合わないことが原因で、介護をはじめとするケア職業の経済的価値が低く見なされていることが分かる。広井が言うように、公共政策によって「ケア労働」への価値づけを是正し、社会全体の「介護」に対するイメージや評価を変えていかなければ、介護業界の低賃金や人手不足は解消されないと考える。また、大守が言うように、時代や社会状況によって、ある労働への認識は変化していくものだと考えられる。政府が超高齢社会の日本における介護の重要性を再認識し、介護職の処遇改善を進めるために国家予算を分配することで、介護職の社会的評価、経済評価も良い方向に変化するのではないかと考える。

#### 4. 2 介護職のジェンダーバランス

まず、福祉・介護分野の職場の状況を見ると、(1)他の産業と比較して離職率が高い、(2)常態的に求人募集が行われ、一部の地域では人手不足感が生じている、(3)介護福祉士国家資格取得者約 47 万人のうち、実際に福祉・介護分野で従事している方々は約 27 万人に留まっており、残りの約 20 万人はいわゆる「潜在介護福祉士」となっている、など様々な課題がある<sup>20</sup>。また、現在の仕事に就く直前に介護の仕事をしていた人が前職を止めた理由を見ると、介護職員では「待遇に不満(賃金・労働時間)」3割を超え最も多く、次いで「自分・家庭の事情(結婚・出産・転勤等)」、「職場の人間関係に不満」となる。(上野ほか 2008 : 88) このことから、特に給与水準の低さや労働時間が介護業界の人手不足の要因になっていることが分かる。

国税庁の民間給与実態統計調査<sup>21</sup>によると、令和三年の全国の平均給与は 443 万円とな

<sup>20</sup> 厚生労働省「福祉・介護人材確保対策について」

<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/09.html>

(2022年12月23日最終閲覧)

<sup>21</sup> 国税庁「令和3年分 民間給与実態統計調査」

っている。男女別にみると平均給与は男性 545 万円、女性 302 万円となっている。介護職の年収は、男性介護職の年収は約 379 万円、女性介護職の年収は約 338 万円である。したがって、介護職の男女の平均を求めると、約 358 万円になる。つまり、介護職員は全国の平均年収よりも約 100 万円低いことが分かる。

さらに介護業界が他の多くの業界と比べて特異である点は、その大半を女性が占めているということである。第 2 章で述べたように、介護職の男女構成比を見ると、「訪問介護員」は男性 19.1%・女性 78.1%、「介護職員」は男性 11.1%・女性 85.6%、「介護支援専門員(ケアマネジャー)」男性 4.5%、女性 93.0%、「生活支援相談員または支援相談員」男性 21.6%・女性 73.2%となっている。女性の方がはるかに多く介護職員として働いており、ジェンダーバランスの不均衡が見られる。また、このような男女割合の不均衡は介護に限らず、保育、看護などにも当てはまる。そして保育士も介護職員と同様に低賃金が問題になっており、保育士の平均年収はおよそ 374 万円である<sup>22</sup>。このことから、従来 of 家庭内で行われていたケア労働を職業になっている業界は、女性比率が高く、さらに低賃金労働力として働いている。これは、「労働現場が主に家庭であり、労働内容が家庭内労働にルーツを持つ」ために、「主婦労働の延長とみなされ、伝統的なジェンダー観とクロスしたメディカルケアの知識体系における専門領域では低くランクされ、＜主婦が家庭内で行う労働＞であるがゆえにそれが有償化しても単純＝低賃金労働とみなされる）」(上野ほか 2008 : 128)からではないだろうか。前項で述べた「ケア労働」の経済評価の低さの裏には、こうしたジェンダーの問題も孕んでいるということが考えられる。

以上のことから、介護業界では、賃金や労働時間などの待遇に不満があることが原因で離職率が高く、慢性的な人手不足が生じているということが分かった。そして特に問題なのは、給与水準の低さであり、その背景にはジェンダー問題が絡まったケア労働の社会的評価の低さがあることが考えられる。これまでケア労働は、当たり前のように家庭内の無償労働として認識され、ケアに関する職業はその延長線にある仕事としての社会の中で低い評価を与えられていた。しかし、現在は介護職も保育士も職業として認められており、家庭内で行うケアよりも、専門的で高度なスキルを求められている。給与水準を上げ、専門職としての評価を高めて、職業的な地位を向上させることが必要だと考える。

#### 4. 3 介護と看護

看護師は介護士や保育士と同じように、人に「ケア」を施す仕事でありながらも、看護師の給与水準はそれほど低くはない。厚生労働省の調査によると、看護師の平均年収は 498 万 6200 円であり、介護士の平均給与よりも高いことはもちろん、全国平均よりも高い給与水

---

<https://www.nta.go.jp/publication/statistics/kokuzeicho/minkan/gaiyou/2021.htm>  
(2022 年 12 月 26 日最終閲覧)

<sup>22</sup> 保育士バンク「【2022 年最新版】保育士さんの平均給料はいくら？引き上げによって今後賃金は上がるのか」

[https://www.hoikushibank.com/column/post\\_632](https://www.hoikushibank.com/column/post_632)  
(最終閲覧 2022 年 12 月 23 日)



準である。同じケア的職業であるにも関わらず、なぜ看護師の方が介護士よりも給与水準が高くなっているのか。

介護士と看護師の業務内容を比べてみる。まず介護士の業務内容は、①身体介護(食事や入浴、排せつ、着替え、移動など、利用者さんの身体に直接触れておこなう介助)と、②生活援助(掃除、洗濯、調理といった、利用者さんの身体には触れずにおこなう身の回りのお世話)がメインである。次に看護師の業務内容は、問診、バイタル測定、点滴、注射、採血、与薬、患者さんの食事、排泄の補助、患者さんの入浴介助、療養相談などである。

両者の共通点は、排せつの介助や食事の補助など、それぞれの利用者さん・患者さんの身体介護をすることである。相違点は、看護師は医療従事者であり、医師の指示の元で医療行為ができるということである。介護士と看護師は業務内容を見ると重なる部分はあるが、介護士は医療従事者ではないため、原則的に医療行為をおこなうことは許されていない。

つまり「医療行為を行うこと」が、看護師の給与水準が介護士よりも高くなっている理由として考えられる。たしかに、医療行為を行うには専門的な知識やスキル、資格が必要であり、人命に対する責任も大きくなるため、社会的な評価、それに伴う経済的評価も高くなることは理解できる。しかし、前項で述べたように、職業としての介護も医療とは異なるが専門的な知識と技術が必要な資格職である。介護士が身体介護や生活の援助を行わなければ、高齢者の命に関わる重大な問題が生じることは間違いなく、医療職と同様の常に生死と隣り合わせの職業である。また、近年、認知症患者が増えたり、ターミナルケアのニーズが高まるにつれて介護と医療の連携が重要なテーマになっている。そのため、これからの介護職は、一定程度の医療知識を学ぶことが必須となる。現在医療行為を行うことができるのは、医師資格を持つ医師と看護師、理学療法士に限定されているが、体温や血圧の想定、内服薬の服用介助、座薬注入、軟膏の塗布などは、条件付きながら介護職が行うことが認められている。(松田 2009 : 160)

これらのことから、介護士の平均年収を少なくとも全国平均と同じレベルにまで引き上げるのが妥当だと考える。3項で介護士と看護師を比較した結果、看護師は、介護士と同様のケア職業でありながらも、医療行為を行うことができる点で介護士より高度な技術や知識を必要とすることが分かった。したがって、介護士の年収が看護師の年収よりも低い水準であることに不当性はないと考える。しかし、介護も看護と同じように専門的技術や知識を必要とする職業である。このような専門職にしては給与水準が低すぎるため、少なくとも全国平均と同じレベルに引き上げ、さらに医療行為を行うことができる介護士には看護師と同レベルにまで給与水準まで引き上げるのが妥当だと考える。

## 5. 高齢者介護の人材確保・定着のために

### 5. 1 政策提言

ここまで4章にわたって述べてきたことを踏まえ、介護業界の人材確保・定着を推進するための政策提言をする。

まずは、介護職の給与水準を上げることが必須である。具体的な数字でいうと、現在の介護業

界の平均年収よりも約 100 万円、月に 80,000 円ほど給与を上げることで全国の平均年収に追いつく。これを実現するためには介護財源を確保し、介護報酬を増やさなければならない。第 3 章に記したように、介護業界の市場構造は特殊であり、「準市場」と呼ばれる。一般的市場では、受給の一致点において価格が決定され、その関係に応じて価格は変動しつつ、消費者の嗜好・選択や財・サービスが持つ代替性によって開発調整が行われる。しかしながら、準市場ではそのような一般的市場に資源配分を委ねた場合に偏在を生み出す種類の財・サービスに対し、価格を公的に規制する。(佐藤 2006 : 121)つまり、介護保険制度の財源を増やし、そこから介護サービス事業者に分配する介護報酬額を増やすことで、介護職員の給与水準向上する必要がある。そのためには、日本の財政の配分を見直し、社会保障分野の予算を増やすことが望ましい。

2022 年度の補正後予算では、社会保障費(年金、医療、介護、子ども・子育て等のための支出)32.9%で36.3兆円、国債費(国の借金の元本の返済と利払いを行うための経費)22.1%で24.3兆円、地方交付税交付金(どこでも一定のサービス水準が維持されるよう、国が調整して地方団体に配分する経費)14.4%で15.9兆円、公共事業5.5%で6.1兆円、文教及び科学振興4.9%で5.4兆円、防衛4.9%で5.4兆円、その他15.4%で17.0兆円となっている<sup>23</sup>。社会保障給付費の財源は、保険料(約6割)と公費(国・地方)(約4割)などの組合せにより賄われている。2022年度の社会保障給付費の131.1兆円の内訳を見ると、年金が58.9兆円(44.9%)、医療が40.8兆円(31.1%)、福祉その他が31.5兆円(24%)でそのうち介護が13.1兆円である<sup>24</sup>。年金と医療の2つで社会保障給付の約8割を占め、介護分野は社会保障給付費全体の約1割しかない。介護職の給与水準アップのために、介護分野への給付を増やし、介護財源を確保すべきだと考える。

ここで先ほど述べた、介護職の年間約 100 万円の給与増加にはどれくらいの金額が必要なのか考えてみる。令和元年度の介護職員数は、約 210.6 万人<sup>25</sup>であるため、全職員の年収を約 100 万円増加させるためには、単純計算で約 2.1 兆円が必要になる。ただしこの調査は、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職員数を示したものであり、実際にはより多くの額が必要になるかもしれないが、少なくとも 2 兆円の財源を確保することで、介護職の低賃金問題を解消できると考えられる。したがって、社会保障分野に国家予算を分配することで財源を確保することに加え、社会保障給付費の内訳(年金・医療・福祉その他)も見直して介護分野への給付を充実させることで、介護職の待遇改善を進め、人手不足を解消する必要があると考える。

ところが、現政府は、社会保障の充実よりも国防予算の確保を優先している。岸田文雄首相は5月23日に行われた日米首脳会談で「防衛費の相当な増額」を表明し、「防衛費をGDPの2%の

---

<sup>23</sup> 財務省「日本の財政を考える」

<https://www.mof.go.jp/zaisei/current-situation/index.html>

(2022年12月27日最終閲覧)

<sup>24</sup> 厚生労働省「令和4年度予算 国の一般歳出における社会保障関係費」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000986415.pdf>

(2023年1月3日最終閲覧)

<sup>25</sup> 厚生労働省「介護職数の推移」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804139.pdf>

(2023年1月3日最終閲覧)

水準にする」ことを掲げている。<sup>26</sup>今年度の防衛費当初予算 5.4 兆円と昨年度に成立した補正予算 7738 億円と合わせると 6 兆 1744 億円。政府は今年度の GDP は 564 兆 6 千億円と見積もっており、その 2%を防衛費にすれば約 11 兆 3 千億円（約 890 億ドル）となり、今年度よりおよそ 5 兆 1 千億円の増額枠を認めることになる<sup>27</sup>。もしこれが実現されると、日本はアメリカ、中国に次ぐ世界第 3 位の国防予算額になる。超高齢社会に対応するために日本は社会保障を充実させる必要があるにも関わらず、社会支出の対 GDP 比は、我が国よりも高齢化率が低いフランス、スウェーデン、ドイツの方が我が国を上回っている<sup>28</sup>。ただでさえ社会保障支出が充実していないにもかかわらず、防衛費に予算を分配するのは国民のための政治とは言えない。もし増枠分の防衛費 5 兆 1 千億円分を社会保障に回し、その 4 割を使えば介護職の給与水準を全国平均並にすることができる。今、政府がすべきことは防衛費の倍増ではなく、社会保障に財源を割き超高齢社会に対応することではないか。超高齢社会を支えるために介護保険財政を充実させ、介護人材を確保することが重要だと考える。

加えて、介護職のイメージアップを図ることで、介護の社会評価を見直すことも重要だと考える。第 1 章で述べたように、介護業界のイメージは事実よりもマイナスに評価されている。例えば、実際の介護現場では ICT 化や介護ロボットの導入が進み、介護職員の負担が軽減されつつあるにも関わらず、それが認知されないまま「体力的にきつい」というイメージが固定化されている。このような誤ったイメージを変えて、介護業界のイメージをプラスに変化させることで、介護業界に興味を持つ人が増え、人材確保が進むと考えられる。

現在、国は「介護の仕事の魅力発信などによる普及啓発に向けた取組」を行っている。介護についての理解と認識を深め、介護サービス利用者及びその家族、介護従事者数等を支援するとともに、これらの人たちを取り巻く地域社会における支え合い交流を促進する観点から、「いい日、いい日、毎日あったか介護ありがとう」を念頭に、「いい日、いい日」をかけた「11 月 11 日」を介護の日として、高齢者や障がい者等に対する介護への啓発を重点的に行う日として設定している。この取組の一貫として、「介護の日」の前後 2 週間である 11 月 4 日から 11 月 17 日を「福祉人材確保重点期間」とし、関係機関と連携して、福祉介護サービスの意義の理解を一層深めるための普及啓発および福祉人材確保・定着を促進するための取組に努めている<sup>29</sup>。他にも「介護のしごと魅力発信等事業」として、全国的なイベント、テレビ、新聞、SNS 等を活かした取組等

---

<sup>26</sup> AERAdot. 「防衛費「対 GDP 比 2%」なら世界 3 位の軍事大国へ 増額しても「自衛隊の規模拡大はほぼ不可能」と専門家」

<https://dot.asahi.com/aera/2022060800042.html?page=1>

(2022 年 12 月 27 日 2022 年 12 月 27 日)

<sup>27</sup> 注 27 に同じ

<sup>28</sup> 厚生労働省「令和 2 年版 厚生労働白書」

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19/dl/1-01.pdf>

(2023 年 1 月 4 日最終閲覧)

<sup>29</sup> 厚生労働省「介護人材確保に向けた取り組み」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02977.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02977.html)

(2022 年 12 月 27 日最終閲覧)

を通じて、全国に向けた情報発信を行っている<sup>30</sup>。

このように、給与水準の引き上げや労働環境の整備など実際に現場で働く人たちに還元していくことだけではなく、非介護労働者への働きかけを行うことが介護人材を確保し、定着させるために重要だと考える。ICT化や介護ロボットの導入が進み、介護現場が働きやすくなっているとしても、そのことを知る機会がない人々にとっては、「3K」という従来の介護イメージが固定化されたままになる。しかも、介護職の労働環境の改善について知る機会があるのは、元々介護や福祉に興味がある人であり、社会全体で見ると関心がない人の方が多いと考える。先に述べたメディアを通じた啓発運動も、福祉に関心を持たない多くの人は素通りする情報になっているのではないだろうか。そこで、より介護を身近に感じてもらうために、例えば学校教育の一環として、高齢者施設でのボランティアや介護体験を実施したり、多くの地域住民が集まるような祭りを高齢者施設と連携して開催するなど、より地域密着で介護のイメージアップ活動を行い、高齢者や介護への親近感を持たせることが必要なのではないかと考える。

介護現場の待遇改善と同時に啓発活動を進めることが、介護職の社会的地位向上とイメージアップに繋がり、介護業界の慢性的な人手不足の解消と人材定着が推進されると考える。

## 5. 2 介護職のあり方を変えるために

5.1 では、介護人材の確保と定着を図るには、介護職の処遇改善と介護へのイメージアップが必要だと述べた。給与水準を上げるには、介護報酬を上げることが必要である。しかし単に、介護報酬を上げたとしても、過疎地に比べ人件費が高い都市部の事業者、認知症介護や夜勤の多い事業所、介護福祉士など常勤の国家資格所有者が多い事業所などに優先的に加算されることになっているため（松田 2009：28）、すべての介護事業者、介護職員の処遇改善が直ちに推進されることはない。財源を確保し介護報酬を上げること必須であると分かったが、地域格差や事業所格差の解決は残された課題とする。

またそもそも「ケア＝女性の仕事」というジェンダー規範の存在が、介護職の低賃金、社会評価の低さの背景にあることが問題だと考える。介護、保育、看護などのケア的職業は、他の職業よりも女性の割合が圧倒的に多く、家庭の中でも外でもケアを担うのは男性よりも女性である。本人がその役割を主体的に選択しているつもりでも、その選択肢のありかたはジェンダーによって異なった形で構造化されている（中西 2009：36）。つまりジェンダー規範が原因で、家庭内でもケア役割を選択する女性が多く、家庭の外でもケア的職業に就く女性が多くなっているのだ。また、春日はスウェーデンの「在宅福祉政策」の結果について、「女性が労働市場に進出して形成されたのは、男性＝民間セクターのフルタイム安定的職業、女性＝ケア・サービスを中心としたパブリックセクターのパートタイム労働者という新たな性別役割分業体制」（春日 2011：34）だと述べている。これは日本の労働市場でも同様に生じているジェンダー差別であり、「ケア」「パートタイム」「低賃金」というキーワードは女性に関連付けられることが多く、女性の社会進出を阻害している。

これらのことから、介護の経済評価・社会評価の低さを根本的に解決するためには、まず社会

---

<sup>30</sup> 注 29 に同じ

の性別役割分業意識やジェンダー規範を解消する必要があると考える。これに加え、労働における男女格差を解消する政策を進めることで、先ほど述べた女性に関連付けられる3つのキーワード、女性・ケア・社会的劣位を切り離し、ジェンダー規範の根底にある女性差別を解消する必要があると考える。

介護の経済評価・社会評価が変わることは、介護職員だけではなく、社会全体に良い影響を及ぼすことが考えられる。たとえば、家族介護の負担軽減である。介護職の処遇改善が進み、介護職の人材が十分に確保できれば、介護の社会化が進むことになり、家族介護の負担が軽減されることが期待される。介護の社会化には労働供給を増加させる効果もあり、これには、新規の就業を促すという側面と、就業の継続を可能にするという側面の2つが考えられる。前者は、介護負担がなくなることによって自由時間の増加した世帯員があらたに働きに出ようとするというものである。後者は、すでに働いている者が介護のために退職せざるをえなくなるという事態が減少する。(大守ほか1998:71-72)

このように介護人材が増えれば、介護離職者を防ぎ、一人ひとりが自分の時間を確保できるようになる。また介護現場では、職員一人あたりの負担が減り、よりよい労働環境になることが期待できる。社会全体の利益のためにも介護業界の処遇改善を進め、介護職の地位向上を目指し、介護人材の確保・定着を図ることが必要だと考える。

## おわりに

高齢者介護の人材確保を確保するには、介護職の経済評価を見直すことと、介護の社会評価を見直すことが必要であると結論付けた。また、介護職の社会評価が低い根本的理由は、「ケア」は女性の仕事という社会規範と、女性の社会地位の低さが関連していることにあることが分かった。しかし、高齢者介護の人材確保に必要なだと述べたイメージアップ政策については、その効果が十分にあるのかは怪しい。メディアを活用し、介護の魅力を発信しても、介護に興味がある人が情報を目にするだけで、社会的に広く介護のイメージアップが図ることは難しいのではないか。どのような啓発活動がイメージアップに効果的なのかという考察は今後の残された課題とする。また、本論文で十分に考察しなかったテーマが、ジェンダー規範の解消についてである。社会に深く根付いたジェンダー規範を解消するには時間がかかるだろうが、今後、介護をはじめとするケア労働が正当な経済評価・社会評価を獲得し、ジェンダー規範のない平等な社会になることに期待する。

大学卒業後、介護業界に進む私にとって、本論文を執筆するために介護業界の特徴や課題について調べ、自分なりに考えたことは非常に勉強になった。卒業後は実際の介護現場で経験を積んだのち、その知見を活かして介護の労働環境を改善するために尽力することで、介護業界の人手不足の解消に貢献したい。

## 参考・引用文献

- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也，2008『ケア その思想と実践2 ケアすること』岩波書店
- 大守隆・田坂治・宇野雄一・一瀬智弘，1998『介護の経済学』東洋経済新報社
- 春日キスヨ，2011『介護問題の社会学』岩波書店
- 佐橋克彦，2006『福祉サービスの準市場化』ミネルヴァ書房
- 新見陽子，2017「東アジアへの視点」『家族が抱える高齢者介護の負担－現状と課題－』28巻1号11-23
- 染谷倅子，2007『福祉労働とキャリア形成 専門性は高まったか』ミネルヴァ書房
- 内閣府，2022，「令和4年版高齢社会白書(全体版)」  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1_1_1.html)
- 中西泰子，2009『若者の介護意識 親子関係とジェンダー不均衡』勁草書房
- 長谷憲明，2004『介護保険制度入門～成立の背景・法のしくみ・制度の見直し～』瀬谷出版
- 広井良典，2013.『ケアとは何だろうか 領域の壁を越えて』，ミネルヴァ書房
- 松田尚之，2009『介護・福祉業界大研究』産学社
- 結城康博，2015『在宅介護－「自分で選ぶ」観点から』岩波書店