

2013年7月1日公表

## 介護難民をなくせ

2013年度研究生介護班<sup>1</sup>

### <要旨>

年々増加する要介護者数。厚生労働省によると、2012年には約550万人、2025年には約700万人になると試算されている。それに伴い施設でも在宅でも介護を受けられない、いわゆる「介護難民」が今後ますます社会問題化して行く可能性がある。

介護難民をなくすには介護職員の増加が急務だ。介護職員数は年々増加してはいるものの、高い離職率もあって不足を訴える事業所が多い。その背景として一番問題視されているのが賃金の低さである。ならば賃金を引き上げれば良いということになるのだが、現行の介護保険制度のもとでは現実的に難しい。

そこで、例えば住宅介護に比べ相対的に利用者負担の軽い施設介護利用者の自己負担比率を、現行の1割から2割に引き上げてはどうか。そうすれば約3,300億円が捻出でき、これを賃金引き上げに充当すると、月収ベースで一人当たり2.7万円の増加になる。

また、介護職員の担い手を増やすには、介護職員の社会的地位を向上させる努力も欠かせない。さらに、外国人介護士を積極的に受け入れることも検討すべきだ。すでにインドネシアやフィリピンから受け入れている介護士は、その仕事振りが施設関係者から高い評価を受けているほか、人手不足の介護分野であれば日本人の職を奪うという心配もない。

こうして介護職員が増加して行けば、介護難民を減らすだけでなく、家庭内における介護負担を軽減することを通じて、アベノミクスが標榜する女性の労働参加率アップにも貢献する可能性がある。いずれにせよ、介護問題は国策として真剣に議論すべき段階に入っている。

### 【はじめに ～問題意識～】⇒プレゼン資料 1頁

わが国が直面する構造問題の一つに「介護難民」がある。介護難民とは、「介護が必要であるにもかかわらず、施設でも在宅でも受け入れができない高齢者のこと」を指し、2006年に成立した「医療制度改革関連法」で療養病床数の削減が盛り込まれたのを機に大きな話題となった。最近では報道等で取り上げられることも少なくなったが、決して問題自体が解消に向かっているというわけではない。詳しくは後ほど述べるが、例えば全国で約6,000ある特別養護老人ホーム（以下特養）では、入所を希望しながら待機を余儀なくされている高齢者が、全入所者数とほぼ同じ42万人に上ると言われている。

少子高齢化が顕在化する以前の日本では、介護は家庭内の問題として処理され、決して表に出てくることはなかった。しかし、少子高齢化が進み、要介護（要支援）認定者数が増加の一途を辿る中で、もはや国全体で取り組まなければならない構造問題であることは誰の目にも明らかである。本稿では、改めて介護の現状や介護保険制度の問題点を整理し、海外の事例も参考にしながら対応策を検討する。

<sup>1</sup> 稲垣 賢秀(日本政策金融公庫)、森脇 敬介(アフラック)、片岡 久昭(千葉興業銀行)。愛宕 伸康(主任研究員)が監修。

**【 介護保険制度の現状と課題 】 ⇒プレゼン資料 4～12 頁**

厚生労働省の予測によると、65歳以上の高齢者数は2025年に約3,658万人となり、2042年には約3,878万人とピークを迎える。こうした中、要介護（要支援）認定者数を見ると、介護保険制度が施行された2000年は約250万人だったが、2012年末時点で約550万人と、この10年間で2倍以上になった<sup>2</sup>。これが2025年には約700万人以上にまで拡大する見通しだ。同じく2025年には高齢世帯の約3分の2が単身世帯か夫婦のみの世帯になると見られているので<sup>3</sup>、家族で介護できないという状況がますます増えて行く可能性が高い。

他方、介護職員数も大幅に増加している。介護保険制度が創設された2000年度に約55万人だった介護職員数は2010年末に約133万人と、約10年で2.4倍になった。しかし、それでも全く足りていないのが実情だ。介護労働安定センターの「介護労働実態調査結果(2010)」では、介護サービスに従事する従業員の過不足状況について「不足している」と回答した先が50.3%を占める。有効求人倍率を見ても、介護業界は1.58倍(2011年度)と、全産業(0.67倍)の2倍以上だ。さらに、「2012 社会保障と税の一体改革」の資料によれば、2025年度に必要となる介護職員数は230万～244万人になると試算されており、人手不足がますます深刻化すると見られる。

なぜ、このように介護職員が足りないのか。その背景の一つとして賃金の低さが挙げられる。2011年の「賃金構造基本統計調査」(厚生労働省)によると、介護事業の平均月給は23.9万円で、全産業の一般労働者(平均32.3万円)より約3割も低い。こうした状況では離職率も高くなる。介護職員の離職率を見ると、全産業の平均が14.4%であるのに対し16.1%だ。「介護労働実態調査結果(2010)」のアンケートでも、「労働条件等の不満は」との質問に対して「仕事内容のわりに賃金が低い」と回答した介護職員が全体の44.2%を占めている。我々のヒアリング調査からも、賃金の低さや離職率の高さなどを問題視する声が聞かれた。

また、介護施設数も大幅に不足している。例えば、介護施設の中でもっとも数が多い特養は、「平成23年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」によると全国で約6,000存在するが、入所を希望しながら待機を余儀なくされている高齢者が全国で42万人に上ると言われている。この数は全入所者数とほぼ同じ人数だ。厚生労働省の介護保険事業状況報告書を見ると、在宅介護中の高齢者は約324万人おり、この中には申し込みはしていないが、特養への入所を希望している高齢者やその家族も多数存在するだろう。政府の推計によると、1年間で亡くなる日本人は2025年に約165万人となり、その内の約140万人が高齢者である(2012年約95万人)。その165万人の看取り場所として医療機関89万人、介護施設9万人、自宅20万人が想定されているが、残りの47万人は看取り場所が無く、その大多数が高齢者ということになる。

財政面でも厳しさを増している。厚生労働省によると、介護保険制度がスタートした2000年度の総費用は3.6兆円。これが2012年度には8.9兆円と約2.5倍に膨み、2025年度には約21兆円になる見通しだ。それに伴って被保険者が負担する介護保険料も上昇する。2000年度の月2,911円(全国平均)から、2012年度は約4,972円になり、2025年度には約8,200円まで上昇すると予測されている。

<sup>2</sup> WAMNET要介護(要支援)認定者数(2012年12月末時点)

<sup>3</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012)」

**【 介護職員不足の現状 】 ⇒プレゼン資料 13～17 頁**

以上の現状を踏まえたうえで、現行の介護保険制度の下で何か取りうる改善策はあるのか、以下では介護職員と介護施設の不足という2点に焦点を当て考察する。

最初に、介護職員の不足について考えたい。現行の介護保険制度の仕組みを前提とすれば、予算制約によって介護職員の賃金を引き上げるのは難しい<sup>4</sup>。したがって、ここでは賃金以外の改善策を模索する。具体的には、介護士の海外からの受け入れと、介護ロボットの活用である。

**<介護士の海外からの受け入れ>**

日本では、経済連携協定に基づき、インドネシアについては2008年度から、フィリピンについては2009年度から、年度毎に外国人候補者の受け入れを実施している。さらに、ベトナムからの候補生の受け入れについても調整が行われている。受け入れ方法としては、看護学校卒業者や母国での介護士資格認定者が来日し、日本の介護施設で就労・研修をしながら、日本の介護福祉士の資格取得を目指すという枠組みになっている。

実際、これまで受け入れた外国人候補者の質は予想以上に高い。外国人候補者を受け入れた施設に対するアンケート調査によると<sup>5</sup>、外国人候補者による事故やクレームは「発生していない」との回答が大多数を占め、「発生した」と回答した事業所についても、発生頻度は日本人と概ね変わらないとの回答であった。施設の利用者側に対する質問でも、外国人候補者との意思疎通やサービスの質、仕事振りに対して満足や評価を示す回答が多数を占め、外国人候補者が問題なく受け入れられている様子が確認できる。

外国人候補者の賃金については、日本人職員が受け取る賃金水準と同等のものとしなければならない。しかし、研修を受け入れている介護事業者が、外国人候補者が行った介護サービスについて市町村に報酬として請求できるのは、一定の要件を満たした外国人候補者の夜間勤務に限定されていた。これは、受け入れ施設側の負担に配慮した措置だったが、2013年4月、就労から半年が経過した外国人候補者に限って、全面的に報酬として請求ができるよう制度改正が行われた。

しかし、そもそもこの外国人候補者の受け入れ、わが国と相手国との経済的な連携強化が目的であり、介護士不足への対応を狙ったものではない。そのため受入人数に上限が設けられ（2012年度は、各国300人）、日本語研修と3年以上の介護施設での就労・研修、さらには介護福祉士国家試験の受験が義務付けられている（合格できなければ原則帰国）。2012年度の合格率を見ると、日本人を含めた全体の平均が64.4%であるのに対し、外国人候補者の合格率は「日本語の壁」によって39.8%と低い。もちろん、こうした厳格な運用をしているからこそ上記のようにトラブルがないとの見方も可能なのだが、そもそも母国において看護学校を卒業していたり、介護士資格を取得している者が来日しているわけなので、「日本語の壁」を高くし過ぎではないかと疑問を感じざるを得ない。

—— もっとも、仮に毎年フィリピンとインドネシアから上限人数（計600人）を受け入れ、

<sup>4</sup> 詳細は後述するが、サービス業平均並みに賃金を引き上げるには、追加で1.3兆円の総費用が必要となる。

<sup>5</sup> みずほ情報総研「経済連携協定(EPA)に基づく介護福祉士候補者受入れ施設の配置基準に関する調査・研究報告書(2013)」

国家試験合格率 39.8%を前提に外国人介護福祉士が増えたとしても、今年度から 2025 年度までの 12 年間で僅か 2,866 人の増加にしかならず、現行の枠組みを利用するだけでは介護職員不足の抜本的な解決には到底なり得ない。

### <介護ロボット>

それでは、介護ロボットを活用してはどうか。介護ロボットの開発はこれまでも進められてきてはいるが、明確な安全基準がないこともあって、現場での実証試験が進まず普及が進んでこなかったのが実情だ。そこで、経済産業省と厚生労働省では、ロボット技術の介護現場への利用に向け、移乗介助や移動支援などの 4 分野 5 項目を重点分野と定め、「ロボット介護機器開発・導入促進事業」としての経費を平成 25 年度予算に盛り込むなどの対応をとっている。安全基準についても年内にまとめる意向が明らかにされるなど、介護ロボット普及のための体制作りは徐々にではあるが着実に整備されつつある。

介護ロボットの普及については現場の期待も大きい<sup>6</sup>。価格が高いつか用途が限られるといった問題は一部にあるものの、現場のニーズに細かく対応していけば、今後介護ロボットが普及していく可能性は大いにあり得る。しかし、そもそも介護ロボットは要介護者や介護士の行動や作業をサポートするためのものであって、介護士を完全に代替するものではない。介護ロボットの導入により介護士の負担が軽減されることはあっても、操作する介護士はどうしても必要になるため、介護ロボットの導入が介護職員の不足を穴埋めすることにはならないのが現実である。

### 【介護施設不足の現状】⇒プレゼン資料 18～19 頁

介護施設も不足している。介護施設の代表とされるのが特養であるが、特養は公的な老人介護施設であるため、もともと費用が割安に設定されているが、所得などによってはさらに減免されることもあって、入居申し込みが増加の一途を辿っている。しかし、公的な施設であるがゆえに数が増やせないという事情がある。介護施設だけでなく、保育施設や医療機関の不足問題も抱えるなかで、特養だけ特別扱いするわけにはいかないのが実情だからだ。政府では、既存施設の老朽化対応すら厳しい状況のなかで、施設介護よりも住宅介護の利用促進を目指し、地域包括ケアシステムの基盤強化を打ち出すなど、住宅・居住系サービスの充実化を図ろうとしている。

このように、現行の介護保険制度のもとでは、介護職員と介護施設の不足を抜本的に解決するのは相当難しい。それでは、海外ではどのような対応策を講じているのだろうか。以下では、福祉先進国デンマークの例を見てみよう。

### 【介護先進国デンマークの事例】⇒プレゼン資料 21～24 頁

デンマークは日本よりも早く高齢化に直面しながら、経済成長と社会保障の両立を実現してきた福祉先進国である。医療、福祉、教育は原則無料であり、失業時の保障や国民年金の支給、高齢者住宅の保障等といった充実した保障制度もある。こうした高福祉が実現している背景には、国民の高い税負担がある。所得税は 51.5%、付加価値税は 25%であり、国民負担率は 69.5%と日本の 38.3%（財務省）を大きく上回る。

<sup>6</sup> 厚生労働省「福祉用具・介護ロボット実用化支援事業 事業報告書(2012)」

### <施設介護から住宅介護へ>

デンマークでは1960年代には高齢化率が10%を超え、日本の特養にあたる高齢者施設（プライエム）や保護住宅の建設が進められた。しかし、待機者が常に存在し、運営する自治体（コムーネ）の財政負担も大きくなった。また、施設における集団介護は効率性を重視するため、高齢者の自立や自己機会を奪い、生活力の喪失をもたらすことになった。

そうした問題を解決するために居住機能とケア機能の分離の必要性が強調され、1982年に「自己決定の尊重」、「自己資源の活用」、「継続性の維持」からなる「高齢者三原則」が唱えられた。すなわち、高齢者自らが決定した暮らし方を尊重し、高齢者の残っている自己資源（残存能力）を活用して、高齢者の生活をできるだけ変化させずに支援するという考え方である。これを受けて1988年以降、新たなプライエムの建設は禁止され、高齢者住宅、介護型住宅といった地域居住型のスタイルへと移行していった。この新たな体制のもとで、高齢者は自立した生活を送りながら24時間体制でケアを受けられ、家庭医登録制により、介護スタッフと看護師が連携して介護サービスと医療サービスを効率よく提供している。

### <専門プログラムによる高い教育水準とそれに見合った高い賃金>

デンマークでは、高齢者三原則に従い施設型から住宅型へ介護のシステムを移行する中で、地域に根ざした住宅介護の担い手を育てることが急務となった。そこで、介護・看護・保健の教育体系を統合し、より専門的な理論と実践を身につけるためのプログラムが整備された。

プログラムを受講する学生は、自治体が経営する施設やケアセンターと雇用契約を結び、月19万円から37万円程度の給料を得ながら資格取得を目指すことができる。このように、授業料負担を取り除き生活を保障することによって、学生自身に早い段階から介護士としての自覚と高い責任感が芽生えることとなり、離職の防止にもつながっている。

国民の間でも、介護職は人の命を預かる大切な仕事であるという認識が定着しており、介護士の社会的地位は高い。これは「介護職員の怪我が国費の損失になる」という意識のもと、労働環境法によって介護現場での労働安全衛生が徹底されていることからもうかがえる。また、賃金に関しても、2007年時点で月給約49万円（週労働時間37時間）と、概ね他の産業の平均並みであり、日本に比べ高水準である。

### 【供給不足解消に向けて ～提言～】⇒プレゼン資料 27～32頁

以上のように、地域の高齢者が主体的に介護政策の策定に参加し、地方自治体と一体となって社会福祉システムを構築していくデンマークの事例は、財政が逼迫する中で介護職員や介護施設の不足に悩む我が国にとって、参考にすべき貴重なお手本である。こうしたデンマークの事例も参考に、我が国の介護政策の今後のあり方についての提言をまとめてみた。

#### <提言1:介護職員の賃金体系の改善>

一つ目は、介護職員の賃金引き上げのための対応である。最初に、介護職員の賃金をサービス業の平均並みにまで引き上げるとした場合、財政負担がどの程度膨らむかを見てみよう。今、介護保険の総費用に占める介護職員の人件費の割合から、追加で必要となる介護保険の

費用を計算すると 1.3 兆円（2010 年度ベース）になる<sup>7</sup>。消費税率が 10%に引き上げられた際に、医療・介護分野へ振分けられる額が 1.6 兆円であることを考えると<sup>8</sup>、如何に巨額の財政負担が追加的に生じるかが分かる。現行の介護保険制度のもとでこうした巨額の追加支出を賄うことは現実的には難しい。

そこで注目したのが、在宅介護と施設介護における利用者の負担に差がある点だ。在宅介護の利用者が、施設に入所した場合に受けられる介護サービスと同等のサービスを受けると仮定した場合<sup>9</sup>、施設介護利用者の 1 ヶ月の負担が 13 万円であるのに対し<sup>10</sup>、在宅介護利用者は 24.8 万円と相当高い（ともに介護度が 5 の場合）<sup>11</sup>。このように、在宅介護利用者の費用負担が大きくなる主な要因は、施設介護と同等の介護サービスを受けることによる費用 51.1 万円が、介護保険の上限（35.8 万円）を上回り、その超過分 15.3 万円が自己負担となるからだ。この差額は、今後在宅サービスへのシフトを考えて行くうえで必ず議論を呼ぶ問題に違いないが、ここではその差額を是正するため、施設介護利用者の自己負担を引き上げることを考えた。仮に、自己負担を現状の 1 割から 2 割に引き上げた場合、在宅介護の利用者の 1 ヶ月の負担は 24 万円に減少し、施設介護の利用者の負担は 15.8 万円に増加する。これだけ見れば是正効果はさほど大きくないと言わざるを得ないが、施設介護利用者が 2012 年で 98 万人いることからすると<sup>12</sup>、介護保険の給付金は 3,293 億円削減でき、バカにならない金額となる。こうして捻出した資金を、在宅介護の充実に当ててはどうか（ちなみに、施設介護利用者の自己負担を 3 割に引き上げた場合、1 ヶ月の施設介護利用者の負担が 18.6 万円となるのに対し、在宅介護利用者の負担が 23.1 万円となり、介護保険給付金の削減効果は 2012 年で 6,586 億円となる）。

住宅介護の充実に係る給付金は、住宅介護職員の賃金体系の改善につながる。住宅介護と施設介護の介護職員数の比率はおおよそ 3 : 1 であることから<sup>13</sup>、これを 2010 年度の介護職員数 133 万人にあてはめると、100 万人が住宅介護職員となる。これに先ほど捻出した資金を賃金として充当すれば、一人当たりの月収ベースで 2.7 万円の引き上げが可能となる計算だ。さらに、サービス業平均の賃金水準を目指すならば、3.8 万円の増加が必要であることから、不足額については、消費税 10%引き上げ時の医療・介護分野への振分け額 1.6 兆円から、500 億円程度を当てることとしてはどうか。

## <提言 2:介護職員の社会的地位の向上>

二つ目は、介護職員の社会的地位を向上させるための対応である。我々のヒアリングでも、介護職員がサービス利用者の家族等から軽んじられることがあるとの声が聞かれた。介護分

<sup>7</sup> (介護職員の平均月商 : 239,500 円 × 2010 年度介護職員数 : 133 万人 × 12 ヶ月) / (2010 年度介護保険総費用 : 7.8 兆円) = 49%

(サービス業平均月商 : 278,000 円 × 133 万人 × 12 ヶ月) / 49% = 9.1 兆円

9.1 兆円 - 7.8 兆円 = 1.3 兆円

<sup>8</sup> 「社会保障・税一体改革成案 (2011)」

<sup>9</sup> 身体介護(1日2回)、生活援助(1日2回)、デイサービス(週2回)、訪問看護(週1回)、ショートステイ(年6日)、訪問入浴介護(週2回)、訪問リハビリテーション(週1回)を想定。

<sup>10</sup> 厚生労働省「介護保険施設について(2011)」

<sup>11</sup> 脚注 10 のサービス費用以外の食費・居住費は、総務省「家計調査」の(65歳以上の平均値)より。

<sup>12</sup> 厚生労働省「第5期市町村介護保険事業計画の策定過程等について(2012)」

<sup>13</sup> 首相官邸「介護人材の現状(2010)」より、2008年の介護職員数は施設が340,916人、住宅が938,816人である。

野への求職者数を増やすためには、介護職員の必要性を国民全体が認識し、その社会的地位を向上させる必要がある。一方で、社会的地位を向上させるためには、介護職員の質を高めるということも必要だ。しかし、人手不足もあって事業所単位では十分な教育体制が準備できないとの声が聞かれた。地方公共団体の中には介護職員教育を補完しているところもあるようだが、事業者単位で困難ならば、デンマークのような公的機関による教育制度の確立が重要となるだろう。

### <提言 3:外国人介護士の積極的な受け入れ>

三つ目は、外国人介護士の積極的な受け入れである。これまでは日本人の介護職員を増加させる策について述べてきたが、日本人の生産年齢人口が減少していくことを考えると、外国人介護士を積極的に受け入れることも検討すべきだ。すでに経済連携協定に基づきインドネシアやフィリピンから受け入れている介護士は、その仕事振りが施設関係者から高い評価を受けている。また、人手不足が深刻な介護分野であれば、日本人介護士の職を奪うという心配もない。受入人数の上限撤廃や、研修・国家試験の仕組みの見直しを行い、外国人介護士をもっと積極的に受け入れてはどうか。

### 【まとめ】⇒プレゼン資料 33頁

これまで見てきたとおり、要介護者の増加が見込まれている日本では、介護職員を増加させていくことが必要である。介護職員が増加して行けば、介護難民を減らす効果があるだけでなく、家庭内における介護負担を軽減することを通じて、アベノミクスが標榜する女性や健康な高齢者の労働参加率アップにも貢献する可能性がある。いずれにせよ、介護問題は国策として真剣に議論すべき段階に入っている。