

介護保険の課題解決に向けて

—経営と人材問題を中心に—

藤井 賢一郎

日本社会事業大学大学院
福祉マネジメント研究科准教授

1. 制度としての定着

介護保険制度が創設されて、今年が10年目にあたる。この間、当初予想された規模（2010年度6.9兆円）¹を上回るペースでサービスは拡大し（2007年度6.95兆円）、財源規模ではすでに医療保険の5分の1を超えている²。

介護保険制度の目標は、大きく分けて、2つあった³。1つは、介護サービスを効果的効率的に使いやすくし、全国民に行きわたらせるというものである。介護保険制度施行以前、福祉制度は国民にとって使いづらい上に効果的効率的とはいえず、また、サービス量は地方公共団体によって大きな格差があった。一方、医療制度は使いやすかったものの、高齢者の社会的入院などの歪みが目立っていた。ここに、社会保険という全国一律の制度によって、要介護認

定、限度額、ケアマネジメントという仕組みとを導入したのが、介護保険制度である。

もう1つの目的は、急速な高齢化に対応した財源確保を行うことである。わが国では、土光臨調以降の国民負担増の抑制が維持され、先進国の中でも、最も高齢化が進みながら、最も負担が少ない国家の一つを形成した。結果、シーリング強化により、人口的に自然増を避けたい社会保障の予算確保が困難となりつつあった。こうした中で、介護保険制度は、「社会保険」といういわば「目的税」による特別枠を財務当局に認めさせたものであり、財源獲得の「方便」という面が強い⁴。

介護保険制度は大きな混乱もなく制度として定着し、当初の2つの目的そのものは、達成されたと言ってもよいだろう。

これには、適切な制度設計がなされただけでなく、マスコミや国民のあらゆる層、あるいは地方公共団体や産業界に対して、ていねいに情報を行きわたらせるとともに、その意見を十分聴取し必要に応じて制度を修正したことがある。こうした「キャンペーン」は成功し、多くのマスコミは好意的に取り上げ、市町村は保険者としての自覚に目覚め優秀な職員を介護部署に集中させ⁵、多くの人々が介護産業を未来のある産業と考えた⁶。

しかし、当初の成功から10年がたち、制度には様々な課題が生まれ、その維持可能性に懸念が生じ始めているわけである。以下、こうした面から、現状

ふじい けんいちろう

1963年生。東京大学大学院医学系研究科第1種博士課程単位取得退学。博士（保健学）。専攻は福祉・介護経営、福祉・介護制度。三菱総合研主任研究員を経て、現職。

著書に、『介護保険制度とは』（東京都社会福祉協議会監修）、『社会福祉協議会財務・経営Q&A』（全国社会福祉協議会、共著）、『地域密着型サービスマニュアル』（日本厚生協会 編著）など。

と課題をまとめる。

2. 「在宅重視」を方便でなくするために

介護保険サービスは金額ベースでは、十分な伸びを示しているが、必要なサービスが充足されてきているかという点については、疑問である。

特養（特別養護老人ホーム）待機者は、全国で38万人いるといわれ⁷、この数は入居者数にほぼ匹敵する。こうした状況でありながら、2006～2008年度の地方公共団体の施設計画上の施設・居住系サービス定員総数の増加見込み11.5万床に対し、実績は8.1万床であった。確かに、国や都道府県は、財政負担を考え、施設・居住系施設の増加に対して消極的である。また、特に都市部では、人材の確保が困難であったり、整備・運営のためのコストが高いために、なかなか整備が進まないという実態もある。ただ、入居施設が足りないなら造ればよい、という単純な問題ではない。

そもそも、高齢者の側で施設を望むのは、家族や周囲の人に迷惑をかけたくないからという理由がほとんどだ。認知症等で、家族が入所させる場合も、「やむをえない」という意識だろう。入居施設では、馴染みの生活や住みなれた環境や人間関係などを引きはがさざるをえず、プライバシーが守られにくく、一律集団的な処遇が行われやすい。国の方針で、入居施設の小規模地域化、個室化、ケアの個別化が進められつつあり、これは評価すべきことと考えるが、やはり、積極的に入居施設を選ぶ者は少数である。

そもそも介護保険制度では、「在宅重視」という方針をとり、在宅サービスの量の拡大は十分に図ってきたはずである。しかし、実際には、「施設入居圧力」はむしろ高まっている。この大きな原因は、現在の在宅サービスが、家族の犠牲を必要とせざるをえない状況を変えていないことにある。

このような状況を変えるためには、第1に、在宅サービス体系をより地域密着なものとして、いざという時や見守りの対応を行い、安全と安心を確保でき

るようにすること、第2に、在宅医療・看護サービスの充実と、介護職員に生活支援に関係する医療行為を実施可能とすることにより、医療面でも安心を確保することであろう。また、重介護になって入居する施設は必要最低限にするとともに、早めの移り住みが可能となるケア付き住宅の整備の拡大も必要であろう。

さて、以上の点は、地域密着型サービス、小規模多機能型居宅介護、在宅療養支援診療所、高齢者専用賃貸住宅などを含め、少なくとも制度上では新しく取組が始められている。また、次の大きな制度改革（2012年）をめざし、「地域包括ケア」をキーワードとした検討が進められている⁸。

しかし、制度の改革だけでこうした状況を変えることは困難であり、以下で述べる介護経営、人材確保、財源確保といった点の課題が克服されることが必須である。

3. サービスの質と介護経営の課題

介護保険制度は、基本的にサービス提供を営利・非営利民間事業者にゆだねている。また、介護保険施設を除き、営利法人や特定非営利活動法人の参入を幅広く認めた。特に、営利法人の参入は、都市部における在宅サービスの急拡大を達成した面で貢献が大きい。

介護サービスは、医療のような情報の非対称性の側面は少なく、消費者選択により不適切なサービスは淘汰されることを前提として制度設計されてきた。

しかし、ここにきて、コムスン事件に代表される、消費者選択がうまく働いていない現状が問題となってきた。サービス利用者（高齢者）自身がサービスを選択していないため遠慮や我慢が働きやすい場合もあれば、1割負担によるモラルハザードも働く（制度で認められていない家事サービスまで提供する不正事業者が選択されるなど）。

特に特養では、少ない選択肢の中から「終いの住まい」として選択されているため、最も、本人・家族の

「選択」の働きが弱くなる。そうすると、片方で、高い理念と倫理性を掲げ、質を高める努力を欠かさず、そのために従業員を養成する事業者もいれば、ほとんど質を考慮せず、従業員を低賃金で使い捨てるような事業者も淘汰されずに残ってしまう。前述のとおり、国は特養の質を高めるために、入居施設の小規模地域化、個室化、ケアの個別化が進めているが、これに積極的に対応しようとする事業者は多くない。

特養は、基本的に社会福祉法人等しか運営できないために、「経営努力」が不足しているという意見がある。しかし、筆者はそうは思わない。介護サービスの選択がうまく働かない現状では、経営側が強い倫理性を持たない限り、利潤を最大化しようとする行為は、コストを下げ、質を下げる行為にしか結び付かないからだ。実際、特養とほぼ同様のサービスを提供し、特養以上の収益をあげている営利法人の有料老人ホームにおいて、質の面では、特養以下のサービスしか提供していない場合も、決して珍しくない。

選択がうまく働かないことを前提とすると、必要となるのは、経営側に対する法令順守、倫理の向上を求めるとともに、質の評価によるインセンティブメカニズムの構築である。ただし、介護サービスの質の評価は容易ではない。なぜなら、介護サービスは、コア、サブ、コンティンジェントの区分⁹が明確でなく、サービス成果 (outcome) が明示しがたい上に、outcomeのみでサービスを評価することは困難だからである。

サービス評価の考え方については、現在、国で議論を進めているところである。質の向上と「地域包括ケアシステム」構築のためには、消費者選択がうまく働くようにするとともに、事業者にとってインセンティブコンパティブルとなるような仕組みの構築が必須である。事業者へのインセンティブは、介護報酬 (いわば、介護サービスの単価) 改定を中心に行われきているが、はたして、サービス単価だけで適切なインセンティブが与えられるかどうかも検討すべき課題かもしれない。

4. 人材の確保

団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、介護職員は現在の80～117%増の212～255万人必要と推計されており、医療・介護分野全体の人材が551～684万人労働力人口に占める割合が8.7～11.8%と推計されている¹⁰。これだけの人材を新たに確保・育成できるかどうか、介護保険に課せられた最大の課題といつてよい。

しかし、将来のことを考える以前に、2008年度の介護分野の有効求人倍率が2.2倍であり、現時点で介護職員を確保することすら困難な状況にある¹¹。

介護職員の確保が困難な理由として、仕事の過酷さの割には、賃金が低いことが指摘されることが多い。そのため、2009年の介護報酬改定においては、初めて単価の引き上げが行われたが十分な効果がなく、職員給与の月額を1.5万円直接引き上げる「介護職員処遇改善交付金」が制度化された。新政策では、これをさらに4万円引き上げることがマニフェストに示されている。

地域差・事業者差はあるが、介護保険が始まって2003年くらいまでは、極めて人材の確保が容易だった。これは、長期化した不況の賜物だけでなく、前述の「介護保険キャンペーン」の成果でもあったと考えてよいだろう。この間、多くの事業者は、恵まれた環境の中で、容易に人材を確保できた。また、前述の通り、極めて劣悪な雇用条件で、人材を使い捨てることも可能だった。こうした劣悪な状態が、マスコミの報道を惹起し、ひいては介護という仕事に対するネガティブキャンペーンとなった面もある。

現時点でも、真剣に人材の確保育成に取り組まない事業者は多くない。これは、「過去の人材確保が容易だった時代」を相変わらず所与としている場合と、次に示すような2つのケースがある。

第一に、多くの事業者が小規模零細であり、真剣に人材の確保育成をやろうと思っていたとして、やれない状況にある。介護サービスを提供している法

人のうち、4分の3 (92.5%)の法人は従業員規模が100人未満であり、半数 (62.2%)は30人未満である。小規模零細であるがゆえに、採用が定期的計画的に行えず、職員教育が体系的に行えない、さらに、組織内のキャリアパスが描けず、安定的な雇用が困難な場合も多いのである。

事業者が小規模零細であるのは、介護保険事業の参入障壁が低く設定されていることが1つの大きな要因であり、この問題になんらかの適正な規制や誘導策を行うことが、有効な策であると筆者は考える。

第二に、前述したような、サービスの質による選択や競争が起こっていないことである。制度上、介護職員は特別な資格を求められておらず¹²、最低限の質を確保するためだけならば、人材を大事にして教育する必要もない。

この状況に対しては、前述のとおりサービスの質をなんらかの形で評価されるようにするか、職員の資格規制を強化するかである（介護報酬によるインセンティブを含む）。

いずれにせよ、介護の仕事は過酷といわれるが、適正な教育と個々人をエンパワメントする組織のもとで、サービスの質を高める努力をする限りにおいて、やりがいのある創造的な仕事である。こうした環境が醸成され、それがアピールできない限り、人材確保の道筋は見えてこない。この道筋がないところで、外国人労働を議論するのは拙速である。

5. 財源の確保——新政権への期待

2006年に大きな介護保険制度改革が行われ、その考え方や理念には多くの事業者・従事者が共鳴した。しかし、実際には、財源カットを伴う改革であったため、企図した改革がなかなか円滑に進んでいない。

2911円で始まった介護保険の平均月額保険料は現在4160円となっており、これに後期高齢者医療制度の月額平均（約6000円）を加えると、ほぼ月額1万円となっている。このこともあってか（特別な根拠もなく）、介護保険の月額保険料は5000円が限

界ではないかという俗説がある。しかし、いうまでもなく、2～4で述べた課題は、全て、財源的な裏付けがあつて可能となる話である。負担増なくしては、財源増などありえない¹³。

介護保険制度導入以降、社会保障の大きな制度改革（年金改革、障害者自立支援法、後期高齢者医療制度）はことごとく混乱の中にある。人口減少・高齢化社会において、あらゆる社会保障改革は、給付減か負担増を伴う。それが、官僚主導による「擦り合わせ」政策の限界を生んでいると考え、むしろこれが当然の姿なのかもしれない。

新政権には、国民に負担を強いることなしに、介護保険制度の維持と発展は不可能であることを理解して、真の意味の「政治主導」を蛮勇を持って進めていただきたい。■

《注》

- 1 厚生労働省介護保険制度 Q & A (制度創設時のもの) Q 10 http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html#10
- 2 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション (シミュレーション・バックデータ) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu.html>
- 3 厚生労働省介護保険制度 Q & A (制度創設時のもの) Q 1、2 http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html#2
- 4 当然のことながら、表向きは、「給付と負担の関係が明確」という言い方が強調され、露骨に「財源確保の方便」という言い方はされなかった。当時、厚生省内部では、消費税による財源確保を本筋と考える意見も強かったが、結局、政策技術的面から「社会保険」が選択された。
- 5 当時は、「介護保険は地方自治の試金石」と喧伝され、多くの市町村が「その気」になった。しかし、介護保険制度にはいくつかの市町村独自ルールの設定が認められているとしても、中央集権的な社会保険制度である点を、当時指摘する者は少なかった。
- 6 筆者は当時、財閥系シンクタンクで、主として厚生省をクライアントとして新制度設計のための調査研究を行いつつ、企業の介護保険事業参入の

- コンサルタントも行ってた。当時は、日本を代表する企業が、本業と介護保険の関連が薄いにもかかわらず介護保険事業の参入を検討していた。社会的な理解と合意の盛り上がり示すものとして、こうした現象は明記しておくべきだろう。
- 7 09/01/26 共同通信配信。ただし、より負担が大きい入所・入居施設に入所し、負担の少ない特養を待機している者や、将来に備えて一応待機者として登録している者も相当数含まれるものと想定される。
- 8 「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>
- 9 近藤隆雄(1991)「サービスのデザイン」
Diamond ハーバードビジネス 1991,11,95-98
- 10 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション (Aシナリオ、B2及びB3シナリオ)
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu.html>
- 11 厚生労働省「職業安定業務統計」
- 12 ただし、訪問介護については、最低 130 時間の研修を受けていることが求められる。
- 13 少なくとも、衆議院選挙前には、与野党 6 党が公費負担引き上げ(つまり、保険料負担をできるだけ上げないで、その分税負担を広げる)という方針を示していた(2009/5/13「介護保険を持続・発展させる 1000 万人の輪」(介護 1000 万人の輪)の介護政策公開政策討論会)

