

# 社会福祉基礎構造改革・介護保険制度 と介護施設の労働問題

——人手不足の作出・助長から先端技術導入・科学的介護，介護労働の解体へ

井口 克郎

---

はじめに

- 1 介護保険制度の発足と人手不足の作出・助長
- 2 人手不足と処遇改善策
- 3 近年の人手不足への政策的対応
- 4 先端技術・機械の導入および「科学的介護」
- 5 半公的セクターにおける労働基本権の曖昧化  
おわりに

はじめに

2000年に介護保険制度が始まった当時，少子高齢化が進みつつあった日本において，高齢者介護領域は雇用の場として，また新たな産業として期待される雰囲気もあった。しかし，それから20余年を経た今日，介護分野は慢性的な事業所の経営難や「人手不足」がメディアで取り上げられる分野となるに至った<sup>(1)</sup>。

本稿では，介護保険制度下において生じた介護施設労働者の労働条件の変化や介護労働の変質について論じ，介護労働問題の一つの象徴である人手不足が社会問題化したプロセスについて論じる<sup>(2)</sup>。その上で，現在，人手不足がいつそう激化・慢性化する中で進められている介護労働をめぐる政策動向について考察する。

なお，高齢者介護においては，大別して要介護者が介護事業所に入居もしくは通所する施設系サービスや，介護労働者が要介護者の自宅を訪問する訪問サービスなどが存在する。それらによ

---

(1) 東京商工リサーチの調べによると，2022年1月から9月期の「老人福祉・介護事業」倒産件数は100件となり，介護保険制度が始まった2000年以降で最多ペースとなっている（東京商工リサーチ，[https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20221007\\_01.html](https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20221007_01.html)（2023年1月16日最終閲覧））。「人手不足」については後述。

(2) 介護事業所における労働者の不足を表す用語としては「人手不足」「人材不足」が用いられる。厳密には政策文書やメディアなど，使用される場や文脈によって微妙なニュアンスの違いがあるが，本稿では文脈に応じて適宜両方の用語を用いる。

て介護労働者の労働問題の中身は共通点もあれば、やや質が異なる点もある。

たとえば、大枠で見れば施設系、訪問系双方において、非正規雇用化が進んでいることや、人手不足が慢性化していることなどは共通する。他方で詳細に見ると、それらの進捗の程度や、介護労働過程の分業・協業のあり方、介護サービスを構成する機械・機器および居住環境（建物・部屋等）と労働者の労働といった要素の有機的結合のあり方、夜勤のあり方、訪問系に見られる利用者宅訪問の際の移動や待機の問題など、やや状況が異なる点もある。本稿では、施設系事業所で高齢者の介護を担う労働者の問題を主眼に論じる<sup>(3)</sup>。

## 1 介護保険制度の発足と人手不足の作出・助長

### (1) 新自由主義「構造改革」政策と介護労働条件の大幅引き下げ

介護保険制度が発足した2000年代当初、介護労働者の人手不足は現在ほどには問題になっていなかった。むしろ、建前上「介護の社会化」の大看板を掲げた介護保険制度の登場や、バブル経済崩壊と1990年代中葉以降の新自由主義「構造改革」政策による完全失業率の上昇（不良債権処理の強行やリストラ等を背景とする）などの社会的背景の下、若者や女性、高齢者などの新たな雇用の場としての期待を込められて語られることも多かった<sup>(4)</sup>。

その介護現場で人手不足が問題化するのには介護保険制度が始まって数年後の2006年以降である。その契機となった大きな要因の一つが、経済界からの強い支持を受けた自公小泉政権（2001年9月～06年9月）による社会保障費抑制政策の一環である2003年と06年の介護報酬の大幅なマイナス改定である。

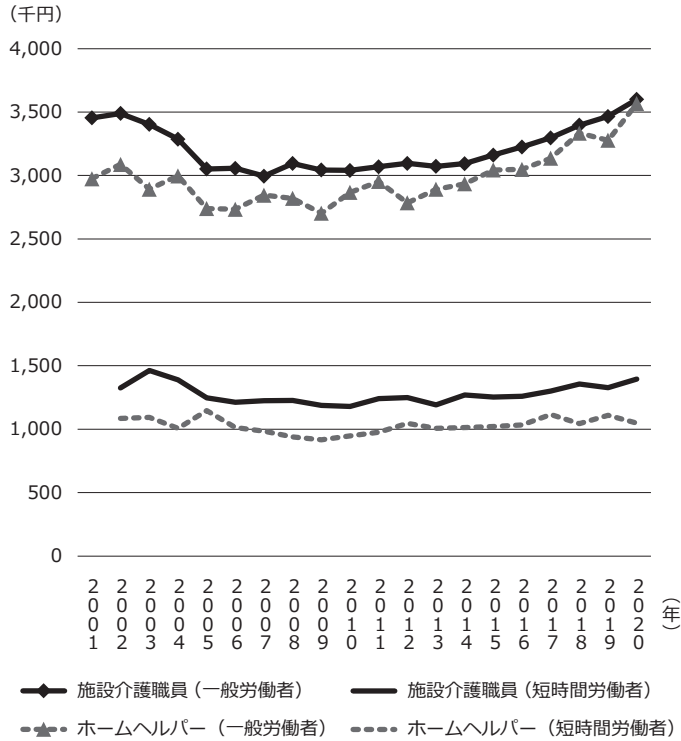
次頁図1は、介護労働者の平均年収の推移である。制度発足当初2002年頃までは、1990年代後半の措置制度時代の賃金水準を引き継ぎ、「施設介護職員（一般労働者）」（この中には正規雇用労働者を多く含む）では、349万円ほどあった。この給与水準は当時、高齢化による介護需要の増大や職業としての介護の発展が期待される中で、若年層が介護職を安定した職業として選ぶのに希望を持つことができるものであった。しかし、当時の小泉政権による「構造改革」政策が強力に推し進めた介護報酬マイナス改定により、「施設介護職員（一般労働者）」の平均年収は300万円付近まで大幅に引き下げられた。

また、介護保険制度は、人員配置基準について「常勤換算方式」を本格的に導入した。常勤換算とは、労働者の配置計算に際し、勤務延べ時間数（サービス提供に従事する合計時間数）をその事業所の一般常勤職員の所定労働時間（週32時間を下回る場合は32時間）で除して、非常勤職員ま

(3) 介護保険制度におけるサービス事業所形態の分類としては、「訪問系」（訪問介護、訪問入浴介護等）、「施設系（通所型）」（通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション等）、「施設系（入所型）」（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等）、「居住系」（認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等）、「居宅介護支援」（居宅介護支援、介護予防支援事業所（地域包括支援センター））などが存在する。本稿でいう施設ないし施設系は、「施設系（通所型）」「施設系（入所型）」に加え、それらとサービス提供形態に類似性を持つ「居住系」を含めることとする。

(4) 日本の完全失業率（年平均）は、1990年代前半は2%台であったが、その後上昇し、2002年には5.4%の高水準に達した（厚生労働省「労働力調査」）。

図1 介護労働者の平均年収の推移



注) 残業代、賞与等の諸手当を含む金額。  
 出所) 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」より算出。

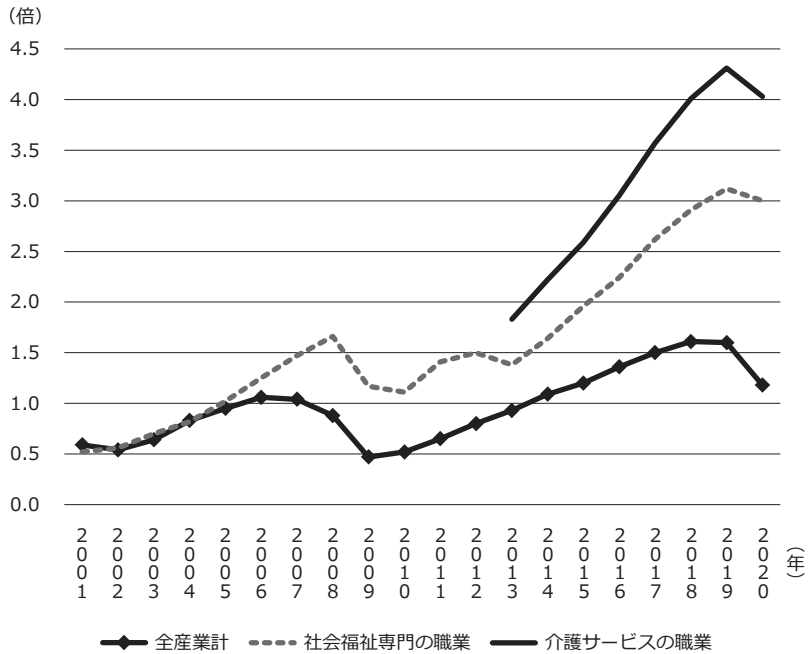
たはパート職員の人数を一般常勤職員の人数に換算するものである。介護事業所にとって常勤労働者配置のインセンティブを低下させる作用がある。

これらにより、介護分野は非正規雇用の多用が全産業に先行し常態化した。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（2007年）」によれば、この時期すでに、訪問系で72.0%、施設系（入所型）で35.4%、施設系（通所型）で57.9%、全体では50.9%が「非正社員」の労働者であった<sup>(5)</sup>。要介護者が入居し、スケジュールに沿ったシフトを組んで介護が行われる施設系（入所型）などよりも、特に対象となる要介護者の状況に応じてサービスが流動的となる訪問系事業所において、非正規雇用が顕著に常態化した。

介護分野に限らず、「構造改革」によって2000年代以降、雇用の場面では日本全体で非正規雇用化が進行し社会問題化していったが、総務省が5年ごとに行っている「就業構造基本調査」から算

(5) 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（2007年）」。

図2 介護関係職種の有効求人倍率の推移



注) 職業分類の変更により、2013年からは従来の「社会福祉専門の職業」から、介護職員等の介護サービスを担う労働者が一部分離され、「介護サービスの職業」という項目が新設された。値はパートタイムを含む常用。出所) 厚生労働省「一般職業紹介状況(職業安定業務統計)」より作成。

出すると、全産業労働者の非正規雇用率が4割を超えるのは2012年調査からである<sup>(6)</sup>。

こうして2000年代中葉以降、介護労働者の賃金低下や雇用形態の不安定化が絡み合い、労働者が働き続けることが困難な労働条件が作出されたことにより、人手不足が社会問題化するに至った。図2は、介護関係職種の有効求人倍率の推移である。「社会福祉専門の職業」の有効求人倍率は06年以降「全産業計」の平均から乖離して上昇し、人手不足は当時メディアでも大きく取り上げられた。

## (2) 介護保険制度下における介護労働の変質

### ①人権保障、発達保障労働としての介護労働

介護保険制度の発足後、介護報酬のマイナス改定により介護労働条件は大幅に引き下げられたが、別の形で労働者の持続可能な就労を阻害した。それは介護労働の変質である。

専門職としての介護労働者の労働がどうあるべきかについては、介護福祉学や看護学、社会福祉学、人間科学としての経済学などの学問領域で関連する研究が行われてきた。その要点を整理する

(6) 総務省「就業構造基本調査」から雇用者における非正規雇用の割合を算出すると、2002年に31.9%、2007年に35.8%であったが、2012年には40.7%となった。なお「正規雇用」とは厳密には、①フルタイム、②常用雇用、③直接雇用の3点を満たす労働者である。これらを満たさない雇用形態は「非正規雇用」に分類される。上記の非正規雇用率はこれに基づいて筆者が算出した値である。

と柱はおおよそ以下の2点である。第1に、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）の向上を目的とする。具体的には、食事、排泄、入浴などの援助が大きな柱になるが、その際には細分化・細切れ化され定型化されたサービスを行えばよいというのではなく、介護労働者が要介護者およびその生活問題と主体的かつ全人的に向き合うことが求められる。

第2は、上記の一連のプロセスを通じて、要介護者の人権保障や人間発達、または自律的生活の保障を担うことである。専門職としての介護労働者は、憲法25条（生存、生活、健康、文化権）をはじめとする人権保障の担い手である。そして、介護労働は単に身体介助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（言語的、非言語的）を通じて人格に働きかけて人間発達、すなわち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。要介護者との人格的なコミュニケーション関係を通じて介護労働者は要介護者の発達や自律を目指す必要がある（「コミュニケーション労働」）<sup>(7)</sup>。要介護者に寄り添い、その固有のニーズを把握し、それをどう実現するか方向性を見出すことが必要であり、その際には、介護労働者と要介護者との間に相互の人間の共感・信頼関係が構築されることが必要である。

ただし、人権や人間発達を保障する労働としての介護労働は、必ずしも要介護者の「要介護度の改善」を追求するものではない。人が避けられない死期に向かう中、身体や精神が衰えゆく状況にある中においても、段階や状況に応じて要介護者にじっくりと向き合い、思いをくみ取り、寄り添い続けることが必要である。

こういった対人格のかつ全人的な、要介護者との人間的な精神代謝関係のある介護労働が、若者らが介護職を目指す大きな動機でもある<sup>(8)</sup>。

## ②介護保険制度による労働過程の細分化——低位な介護報酬、人員配置基準と「効率化」圧力

しかし、このような介護労働を実現することは、介護保険制度下では困難となっていった。その原因は、介護労働やサービスの質のあり方を規定する介護保険制度や介護報酬といった制度・経済的土台の構造にある。

介護保険制度は、2003年、06年の介護報酬改定によって介護報酬が大幅に引き下げられ、その後の改定においても日本経団連などの経済界が主導する社会保障費抑制政策の下で全体的には強い抑制圧力の下に置かれ続けている。それに加え、制度が求める入居者対看護・介護職員の人員配置基準もそもそも低位であり（特別養護老人ホームなどでは一般に3対1）、有資格者の必置規制も脆弱である。

筆者は、2000年代に介護事業所において介護労働者の労働過程の質的実態調査を行ってきた<sup>(9)</sup>。

(7) 「コミュニケーション労働」の特性については、二宮（2005、2006）参照。

(8) 井口（2008）参照。2007年当時、北陸・中部地方の介護福祉士養成施設の学生を対象に介護職への就職意向に関するアンケート調査を行った。当時、介護福祉士養成施設に在籍する学生は、高齢者や障害のある人との人間的なふれあいや社会貢献という積極的な要因から介護職としての就職を希望する者が多く、他方で、肉体的・精神的不安や賃金の低さ、勤務体制の過酷さが、若者に介護職としての就労を躊躇させる主な要因となっていた。

(9) 専門職および介護労働の「専門性」に関する議論動向の整理や、介護保険下におけるその解体圧力の実態の詳細については、井口（2009、2011、2013）など参照。

介護保険制度の下で進んだのは、まず、一人の労働者内における介護労働過程の細分化・細切れ化である。特に入居者人数が100名規模の特別養護老人ホーム（以下、特養）や老人保健施設（以下、老健）などの大施設では、限られた人数で入居者のケアを行うべく業務の効率化を図るため、基本的に日々決められたスケジュールに沿った介護を行うことが多い。しばしば「工場」のような多職種分業による「流れ作業」的介護をせざるを得ないことが多い。その中で労働者の自律性が奪われ、対応もマニュアル的になりがちになり、特定の利用者に対する連続的な働きかけが容易ではなく、利用者と向き合い、寄り添った介護をすることが非常に困難な状況となっていた。

ただ、介護労働の内容や、分業のあり方は、施設の規模や形態によってやや異なることに注目しなければならない。たとえばグループホームなど（グループホームの場合、1ユニット9名程度）の少人数の入居者を対象とする事業所では、大人数の特養や老健に比べ、労働者が入居者の人格に向き合う時間が相対的にとりやすい環境にあり、業務の幅も広い傾向にある。大規模な施設では要介護者に向き合ったケアが困難なことから、小規模事業所に転職をする労働者もしばしば見られる。

他方で、小規模な介護事業所は、看護師などの医療職種の配置が脆弱になりがちであり、入居者に医療的ケアが必要になった際の対応が難しいことが多い。また、賃金水準も一般に大規模施設に比べ小規模の事業所は低い傾向にある。介護労働者の労働のあり方や処遇は、事業所・施設の形態や介護保険制度のあり方によって構造的に規定されている。

### ③国家資格等を軸とした介護労働の分業・細分化の助長

低位な介護報酬や人員配置基準が、介護の「効率化」を求める圧力となり、介護労働の変質・分業をもたらしているが、それをいっそう助長する要素となっているのが、日本におけるスペシャリスト志向の強い国家資格や資格のあり方である<sup>(10)</sup>。

日本の介護現場の職種にみられる国家資格、たとえば看護師、介護福祉士、社会福祉士は別の養成カリキュラムであり、看護師は診療補助や医療的ケア、介護福祉士は身体介助、社会福祉士は相談援助やソーシャルワークというそれぞれの限定された領域に特化した専門家として労働を行うことが想定されている。制度的に分立した日本の国家資格の「枠」のあり方は、介護労働者が要介護者の生活全体を見渡し、かかわりうる余地をごく限定的なものにする傾向がある。

分かりやすく言えば、人権保障・発達保障労働としての介護労働は、要介護者の人格を身体的な側面から精神的な側面まで、また生活・社会環境とその人の状態の関係性に至るまで、トータルで視野に入れる必要があるが、実際には身体介助を行う介護福祉士ないし介護職と、相談援助を行う社会福祉士ないし相談員、といった具合に、要介護者の人格・身体に向き合う過程が、双方の職種間の引継ぎ等は一定あったとしても、分業され細分化される、といったことである。

しかし、要介護者に対する人間的ケアの実現のために、介護事業者や労働者もこういった現状を

(10) 専門職としての介護労働の業務内容の範囲については、日本では介護福祉学や社会福祉学が労働者の「専門性」を明確化し、社会的評価を獲得するために職務範囲を限定したスペシャリスト化を志向する傾向が強いのにに対し、人間科学としての経済学などの領域では、要介護者の人格からその人のあり方を規定する社会環境・制度等まで視野に入れたジェネラリストとして提起される傾向がある。

よしとしているわけではない。注目すべきは、低額な介護報酬下でとにかく作業数をこなす観点からすれば分業化や労働過程の細分化はある意味で理に適っているのであるが、あえてそうした分業の誘発圧力に抵抗し、各資格職種が本来資格上課されている役割以上のことを担おうとする実践が現場では散見される。

典型的なのはケアプランの作成である。分業による「効率性」のみを追求しようと思えば、要介護者のケアプランを作成するのはケアマネジャー資格を有する労働者が想定されるが、実際の介護現場ではケアマネジャー資格を持つ労働者のみがケアプラン作成を行うのではなく、要介護者のニーズをより反映させるために、資格は持たないが要介護者の実際のケアを最も身近で行っている労働者などもケアプラン作成の過程に参加している様子が見られる。

こうしたことは、社会保障費抑制政策とその下で推進される専門的介護労働の変質・解体圧力の下で、現場労働者が抵抗し、人権としてのケアを実現しようと葛藤していた、せめぎあいの様相を表している。

## 2 人手不足と処遇改善策

### (1) 人手不足の激化と処遇「改善」

2000年代中葉までの社会保障費抑制政策によって介護現場の人手不足が社会問題化した結果、2009年介護報酬改定では、当時の自公麻生政権もこの改善のために一定の譲歩の姿勢を示さざるを得なかった。介護労働者の労働条件を一定程度改善する意図等を込め、在宅1.7%、施設1.3%、合計3%のプラス改定が行われ、またこの時期、介護職員処遇改善交付金（全国平均で介護職員（常勤換算）1人当たり月1.5万円に相当）が打ち出された。その後、民主党政権（2009～12年）下の2012年介護報酬改定ではこれが介護報酬上の加算となり（介護職員処遇改善加算）、2012年年末の第2次安倍政権以降の自公政権下においても、こうした加算等による介護労働者の賃金改善策が現在に至るまで試みられている。

ただし、今日の日本の介護分野は、労働者の賃金改善策が人手不足の改善にダイレクトにつながらない状況となっている。この間の事態は以下のように整理できる。

先述のように、2009年の麻生政権下で介護職員処遇改善交付金が打ち出され、その後民主党政権下でのその介護報酬上の加算化が行われた。しかし、当時、これによる介護労働者の賃金水準改善効果はほとんどなかった。図1を見ると、2009～14年までは、賃金水準に大きな変化は見られない<sup>(11)</sup>。

次に、その状況に変化が表れるのは、2015年からである。この年からようやく賃金水準は改善基調に転じる。その後押しとなった最大の要因は、前年の2014年からの有効求人倍率の急上昇である。2003年、06年の介護報酬マイナス改定は、人手不足を社会問題化させたが、2014年以降の人手不足は当時の比ではない深刻な状況となった。2000年代の有効求人倍率は全国平均で2倍に

(11) この時期、介護労働者の処遇改善はしなかったが、2008年秋からのリーマン・ショックの影響で、他産業からの離職者が介護現場に流入するなどし、一時的に人手不足はわずかに緩和された。

満たなかったが、14年に「介護サービスの職業」で2倍を超え、19年には4.31倍という高水準となった(図2)。

図1に見るように、介護労働者全体の平均としてみれば、2015年から一般労働者については賃金水準が回復傾向に転じ、2020年時点で「施設介護職員(一般労働者)」については、介護保険制度発足時の水準に回復し、「ホームヘルパー(一般労働者)」については、制度発足時をかなり上回る水準に上昇している<sup>(12)</sup>。ただ、細かく分析すると、非正規雇用労働者等の中には改善がなかったり、逆に下がったりしている層も見受けられ、ベテラン・リーダー級の労働者と一般の介護労働者、非正規雇用介護労働者との格差が拡大している。

今日の賃金回復は、処遇改善加算等の施策の寄与も一部あるが、人手不足の深化によって、賃金を引き上げてベテラン労働者を引き留めないとはいえ目先の事業が成り立たないことから、介護事業者がかなり無理をして捻出している背景がある。この間の政権による介護労働者の処遇改善策は、介護労働者の一部の層の賃金を改善することに一定の寄与はしているが、人手不足の激化が事業者に賃上げを余儀なくさせる状況となっており、人材不足解消には程遠いように感じられる。

こうした中、しばしば介護労働者の離職要因として、賃金以上に「職場の人間関係」の問題が指摘されている<sup>(13)</sup>。たとえば、介護労働安定センター「介護労働者の就業実態と就業意識調査」(2021年)は、労働者に対して直近の介護関係の仕事を辞めた理由を質問(複数回答)しているが、そこで最も回答の多い選択肢は、「職場の人間関係に問題があったため」(18.8%)であり、「収入が少なかつたため」(14.9%)に比べて高い。こうした調査結果は、しばしば人手不足対策のための賃金の向上の必要性を低下させ、人材不足の解決法として職場の人間関係の改善といった事項に目を向けさせる。

しかし、上記調査のこの質問は、調査時点で介護事業所に雇用されている労働者で、かつ、以前一度介護の仕事を離職したが、再び介護の仕事に戻ってきた労働者(現在の介護労働者の賃金水準でも何とか生活することができる環境にある労働者)を対象としたものである。現在の介護労働者の賃金水準では生活できず離職した労働者(すなわち賃金水準に大きな不満がある労働者)は、他産業に流出するなどしており、そのような労働者の意向は同調査では把握できていないことに注意する必要がある。

賃上げによって人材確保を行おうとするのであれば今以上の賃上げが必要になると考えられる。また、「職場の人間関係」の悪化は、しばしば社会保障費抑制政策の下で介護事業所の経営状態が逼迫させられ余裕が失われていることにより、構造的に生じていることに注意する必要がある。

## (2) 減少する介護福祉士志望者、介護保険制度がもたらした介護人材政策の失敗

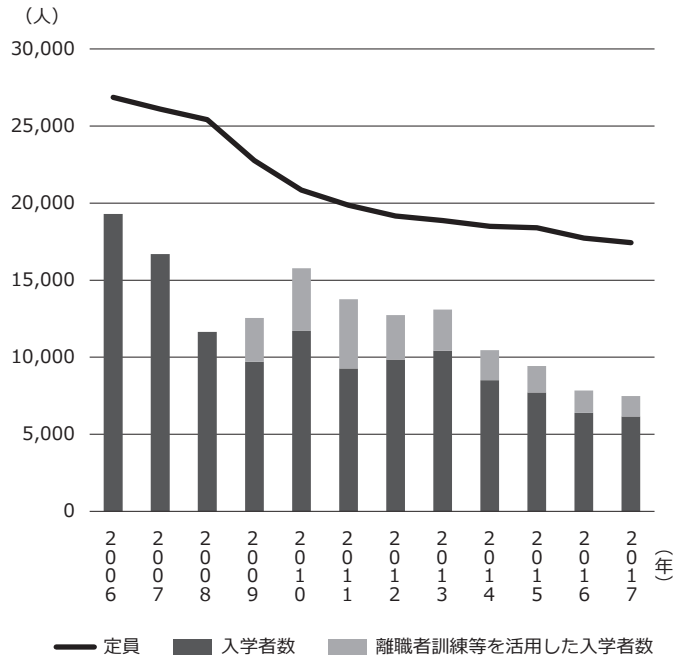
賃金水準の一定程度の回復が、人材不足の改善につながらない今日の状況を生み出した大きな要因として、先述の2000年代の初期の社会保障費抑制政策による介護労働の「ブラック」イメージ

(12) ただし、「ホームヘルパー」はその大半がパートなどの非正規労働者であることに注意する必要がある。「ホームヘルパー(短時間労働者)」の賃金は改善していない。

(13) 厚生労働省「介護現場革新会議基本方針～介護職員と介護サービス利用者のための『介護現場革新プラン』～」(2018年12月)7頁、など。



図3 介護福祉士養成施設定員および入学者数の推移



出所) 厚生労働省老健局「介護人材対策について」(2018年12月) <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000453332.pdf> (2022年12月23日最終閲覧) より作成。

の定着がある。いったん定着したイメージを払拭することにはしばしば困難を伴う。

図3は、介護職の基幹的な資格である介護福祉士の養成施設定員および入学者数の推移である。2006年当時、介護福祉士養成施設定員は2万6855人であったが、2017年には1万7425人まで減少した。実際の入学者数(離職者訓練等を活用した者を含む)も、2006年の1万9289人から2017年には7,474人へと4割以下に激減している。

また、介護福祉士国家試験の合格者数も、26回(2014年)の9万9689名をピークに、以後減少傾向をたどっている<sup>(14)</sup>。2000年代中葉の介護労働の「ブラック化」以降、高校や親などが、生徒に進路・就職先としてあまり介護現場を勧めない風潮が助長された<sup>(15)</sup>。

特定の産業分野における労働力の確保・育成は、中長期的な視点が必要である。将来を見据えて、若年層人口のうちの医療・福祉への就業者数・割合を増加させていけば、若年層人口が一定の減少傾向にある中においても、医療・福祉労働者数を確保する展望を立てることは可能である。日本では1990年代からすでに少子高齢化の進行の可能性が取り沙汰されてきた。故に、介護保障を実現するのであれば、介護を若年層が安定してやりがいを持って働ける職業として発展させること

(14) 厚生労働省「介護福祉士国家試験の受験者・合格者の推移」<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000757036.pdf> (2022年12月28日最終閲覧)。

(15) 介護保険以降の介護福祉士養成施設側の問題については、藤田(2009)参照。また、介護職に関するネガティブイメージの助長や養成上の問題については、川口(2020)など参照。

が不可欠であった。

また、少子高齢化についてもそれを所与の条件とするのではなく、改善するために若年層が家族を持つことを展望できるような雇用・労働政策等を展開すべきであった。しかし、当時の政権は逆に、新自由主義政策の展開によって介護労働者の処遇を政策的に悪化させ、日本全体の雇用・労働条件についても労働法制の規制緩和により非正規雇用を増大させるなど、少子化にいつその拍車をかける政策を進めた。

介護保険制度による介護保障ないし、制度を担う人材の育成・確保を軌道に乗せるために、2000年代初頭は本来、非常に重要な時期であった。この時期に介護報酬マイナス改定等によって介護労働者の労働条件の大幅引き下げを行った経済界・政府の政策が、今日の破局的な人手不足の根底にある。介護人材育成・確保の視点からして取り返しのつかない失策であった。

### 3 近年の人手不足への政策的対応

#### (1) 介護保険サービス受給阻害策と人材確保策の一体的展開

高齢化に伴う介護需要は、今後も増加し続ける見通しである。厚生労働省（以下、厚労省）は2015年に「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」を発表したが、2025年度の介護人材の需要見込みを253万人、現状ペースで介護人材が推移した場合の介護人材供給見込みを215.2万人、需給ギャップを37.7万人と推計している<sup>(16)</sup>。

人手不足の激化の中、介護労働者の処遇改善策の他にも、2010年代に入って介護労働者の労働や労働条件のあり方に対して政策的に大きな変革が進められようとしている。その全体的な動向を検討しておきたい。

人手不足が深刻化する中、政府・厚労省は一定の対策を示してきたが、まず、注意しなければならないのは、それが単純に介護サービス供給側の人材確保によって需給逼迫を回避しようとするのではなく、サービス需要側のサービス利用抑制・阻害にも相当の力を入れていることである。

2012年8月に民主・自民・公明の3党協議によって、社会保障制度改革推進法が成立した。同法は、以後の社会保障制度改革を、国民が「自立」した生活を営むことを目標とし、「家族相互及び国民相互の助け合い」の仕組みを通じてそれを実現していくことを明文化したものであり、社会保障を「自助・互助」に置き換えていくことを意図したものである。実質的には憲法25条を空文化させる違憲立法と言える。

同法に基づき、2012年末に誕生した第2次安倍政権以降、社会保障費抑制を進めるべく、介護保険制度についても強力なサービス利用抑制策が従来にも増して展開された。代表的な施策としては、特養への入居を要介護3以上に制限（2015年～）、一部利用者自己負担2割化（2015年～）、要支援1・2の介護予防給付（訪問介護・通所介護）の「総合事業」への移行（2015年～）、一部

---

(16) 厚生労働省「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」[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)（2022年10月17日最終閲覧）。なお、今の介護保険制度上の人員配置基準でひとまず業務を回すために人が足りているか、ということと、人権保障・発達保障としての介護労働を実現するために人が足りているか、ということは別問題である。

利用者自己負担3割化（2018年～）などである。

こうした政策の下で、介護サービスを剥奪された要介護者や、在宅介護者には過酷な状況がもたらされる<sup>(17)</sup>。介護サービス受給を阻害すれば、人手不足の一定の緩和や、一時的な介護労働者の業務負担の緩和は理屈上期待できるが、介護保険制度の目的である介護保障は劣化することとなり、それでは意味がない。

## （2）厚労省の掲げる「総合的な確保方策」

厚労省は介護サービス供給側、特にその要となる人材問題については、2014年頃から介護人材確保地域戦略会議を開催し、その中で「総合的な確保方策」（以下、「確保方策」）を掲げている<sup>(18)</sup>。その柱は、以下の3つである。

第1は、「すそ野を広げる～多様な人材の参入促進を図る～」ことである。具体的には、介護の魅力の発信によるイメージアップ、高校教師・親の理解促進等による若者の掘り起こし、他産業からの参入促進、中高年齢者の地域ボランティア参画等の促進、福祉人材センターの機能強化である。

第2は、「労働環境・処遇の改善」である。介護人材の月給改善（処遇改善加算等含む）、介護人材のキャリアパスシステム整備の推進、雇用管理改善の推進（介護ロボット導入支援やICT（情報通信技術）の活用等）、離職した介護福祉士（いわゆる潜在介護福祉士）の再就業支援対策の強化などである。

第3は、「資質の向上」である。介護福祉士資格取得方法の見直し、介護福祉士配置割合の高い施設・事業所に対する報酬上の評価、能力や役割分担に応じた人材の組み合わせや養成のあり方の検討（人材の機能分化、明確な分業体制の促進）、などである。

ただし、これらの方策は、この間の介護現場の実態を考慮すると、問題が多いと考えられる。まず、第1の点に関してであるが、厚労省の「介護人材」確保策は、必ずしも専門職の介護労働者の育成や確保を意味しない。確保方策では、中高年齢者の地域ボランティア参画等の促進が掲げられているが、これについては2015年から要支援1・2の介護予防給付（訪問介護・通所介護）を「総合事業」へ移行する政策が行われた。これは、社会保障費抑制のために本来介護保険給付の下で専門職が提供すべきケアを、一部地域ボランティアに置き換えていくことを意図するものであり、介護保障を劣化しサービスの質の低下をもたらすものである。

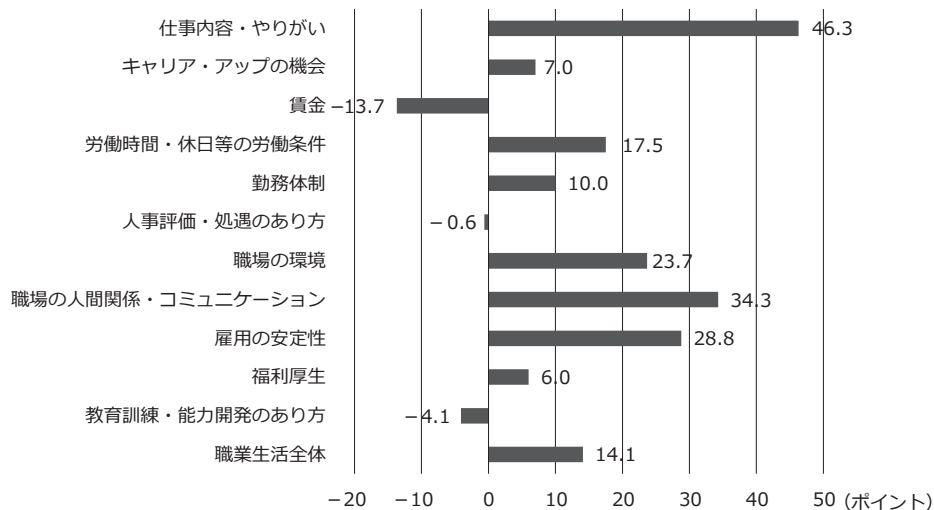
介護の魅力の発信によるイメージアップ、高校教師・親の理解促進による若者の掘り起こしについても、実際の介護労働者の労働条件や労働環境が改善されなければ精神論である。

第2の点の「労働環境・処遇の改善」はこの点への対応策という意味合いもあるが、この介護労働者の処遇改善をめぐる議論では、常に第3の点の「資質の向上」がセットで提示されていることに注意する必要がある。

(17) 社会保障費抑制政策の中で疲弊する在宅介護者等の状況については、井口（2017）など参照。

(18) 厚生労働省社会・援護局「介護人材確保の総合的・計画的な推進」介護人材確保地域戦略会議（第3回）資料、2015年8月、7頁、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihoukushibu-Kikakuka/document2-1.pdf>（2023年1月13日最終閲覧）。

図4 介護労働者の労働条件・職場環境に関する満足度 (DI)



出所) 介護労働安定センター「介護労働者の就業実態と就業意識調査結果」(2021年)より作成。

この間の厚労省における処遇改善をめぐる議論では、介護労働者の賃金を無条件に一律に底上げをするのではなく、労働者の能力評価(ないしその指標としての資格)と賃金を連動させようとする傾向が根強い。その結果、処遇改善加算等の施策の影響を見ても、ベテランや事業所内での地位のある有資格者の賃金が一定改善したのに対し、非正規雇用等の相対的に低く見なされる労働者の賃金が伸び悩む事態が生じている。

人材の定着や確保を図るため、介護労働者の階層化やキャリア・アップ制度の構築に関する議論が2000年代後半から盛んに行われてきた<sup>(19)</sup>。日本介護福祉士会などの職能団体もこうした発想が強く、厚労省の社会保障審議会等において、キャリア・アップ、キャリアパスの構築が議論されてきた。無条件に現在の労働者の賃金を引き上げるのではなく、キャリア・アップによって賃金を向上させる道筋を作り、それによって離職を引き留めようとするものであり、能力のある労働者に賃金向上を限定する発想である<sup>(20)</sup>。

しかしこれは、介護労働者の意思を反映したものとは言い難い。介護労働者の意見の大勢はキャリア・アップによる評価を求めるものではなく、それ以前に現在の仕事をもっと評価してほしい、というものである。

たとえば図4は、介護労働安定センター「介護労働者の就業実態と就業意識調査結果」(2021年)による介護労働者の労働条件・職場環境に関する満足度(DI)である。「賃金」への満足度は

(19) 井口(2011), 78-88頁参照。2000年代半ば以降の人手不足や、EPA(経済連携協定)による外国人労働者受け入れ議論の過程では、厚労省は介護労働者の労働条件の底上げを求める医労連などの労働組合よりも、キャリア・アップや能力に応じた処遇の向上を志向する日本介護福祉士会(職能団体)との接近を見た。

(20) 介護事業所が介護職員処遇改善加算を申請する際も、加算の金額に応じて「キャリアパス要件」(職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系の整備、資質向上のための計画の策定、経験若しくは資格等に応じた昇給や判定の仕組みなど)が要求される。

- 13.7 ポイントであるが、「キャリア・アップの機会」は+ 7.0 ポイントである。DIは「満足」「やや満足」「普通」「やや不満足」「不満足」の5段階の回答から算出されるが、「キャリア・アップの機会」の機会について詳細を見ると、56.2%が「普通」と答えており、介護労働者が大勢としてキャリア・アップの機会の構築を熱望している様子は窺えない。

この他にも同調査では介護労働者に労働条件等の悩み、不安、不満等（複数回答）を質問している。2021年調査によると、労働者が回答した1位の選択肢項目は、「人手が足りない」（52.3%）であるが、2位は「仕事のわりに賃金が低い」（38.3%）というものである。

キャリア・アップ体系の構築ないし階層化を進め、仮に限られた上位の資格や技能を持つ労働者に対し処遇上の優遇を行うとした場合、そのことはそこに該当しない労働者の現在の低い賃金を正当化して時にそれをさらに引き下げる理由ともなる。賃金改善のために今以上にキャリア・アップの努力を求めることは、介護労働者の就労継続意欲に対しむしろ逆の影響を与えかねない。

また、第3の点の「資質の向上」において、能力や役割分担に応じた人材の組み合わせや養成のあり方の検討（人材の機能分化）が掲げられている。介護保険制度発足後の2000年代、低額な介護報酬と資格の下で介護労働過程が細分化され、要介護者と介護労働者が向き合う介護労働過程（介護労働の魅力）に困難がもたらされてきたことは先に論じた。そのような中で、現場の労働者らは何とか人間的介護を行おうと試行錯誤し、ただ身体介助をこなすだけの「効率化」された介護に陥らぬよう、施設・事業所形態の特殊性に応じて、各職種の役割や資格に規定された役割を乗り越えて様々な介護過程に携わる実践を行ってきた。

現に介護現場では、同じ介護福祉士の資格を持つ介護職であっても、就業場所となる施設・事業所の形態や要介護者の状況によって、どこからどこまでを介護職の仕事内容とするか、労働内容はかなり異なりうる。役割が混在することは、ある意味介護労働の本質からすれば自然であり、全人的なケアを行うための現場の試行錯誤の現れであるとも言える。

しかし、厚労省はこうした状況を、「専門性が不明確」「役割が混在」として問題視し、いっそうの介護労働過程の明確な分業を推進する構えである。今以上に介護労働過程を「効率化」の名の下に上から分業・細分化し解体していくことは、介護労働の人間的魅力をいっそう破壊し、介護労働者の定着や志望者の増加に対し逆効果となる危険性がある。専門職としての介護労働者を確保し、要介護者の介護保障を実現するためには、介護労働を分業・細分化し疎外された労働へと変質するのではなく、やりがいのある人権保障・発達保障として実現する必要がある。

#### 4 先端技術・機械の導入および「科学的介護」

##### (1) 先端技術と介護労働の徹底した分業・細分化

先述の確保方策の第2の点では、雇用管理改善の推進（介護ロボット導入支援やICTの活用等）が掲げられていた。現在の慢性的な介護現場の人手不足は、国・経済界の社会保障費抑制政策が作出・助長したものであるが、それを利用しテコにする形で、経済界がいっそうの社会保障費抑制を行い、かつ、先端技術を様々な形で医療・介護現場に売り込み、社会保障財政を利潤追求の対象にしようとする動向がみられる。それがロボット・ICT・AI（人工知能）等の先端技術を利用した介

護の効率化や、「科学的介護」ないしケアの標準化の動向である。2020年初頭からのコロナ禍による医療・介護現場の逼迫や「非接触」の風潮が、こうした議論の追い風となっている。

2018年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続可能な成長経路の実現」(骨太の方針)では、「科学的介護」の推進と称し、自立支援・重度化防止等に資するAIを活用した科学的ケアプランの実用化等が掲げられた<sup>(21)</sup>。

また、同年12月からは厚労省において介護現場革新会議が開催され、2019年3月に「介護現場革新会議基本方針～介護職員と介護サービス利用者のための『介護現場革新プラン』～」(以下、「革新プラン」)が取りまとめられた<sup>(22)</sup>。

革新プランでは、ロボット・センサー・ICTを活用した「生産性」の向上が掲げられ、業務の切り分けと役割分担の明確化、介護労働過程の徹底した分業・細分化が提案されている。たとえば、介護の業務を「経験・技能を有する専門職が行うべきもの」「他の専門職が行うべきもの」「専門職でない職員が行えるもの」に「切り分け」ることに加え、革新プランが「周辺業務」と見なすベッドメイキングや配膳、清掃等に「元気高齢者」を採用する提案などがなされている。

介護労働においては先述のように、ベッドメイキングや配膳などの厚労省が「周辺業務」と見なす業務過程におけるコミュニケーションや様々な気付きから、要介護者の変化等を把握し、シームレスに個別のケアに反映させる一連の過程が必要であるが、革新プランの分業・細分化発想はそうした介護労働の特性を全く視野に入れていない。

また、介護現場では、要介護者の状態の記録がしばしば労働者の大きな業務負担となっている。こうした負担の軽減につながるものとして、革新プランでは、「見守りセンサー」について、夜勤の効率化やケア記録の省力化などの効果を期待している。しかしこのことは、「生活の場」である介護事業所において、センサー等によって入居者を恒常的に監視するものとも捉えられ、プライバシーの観点からも慎重な議論が必要であろう。

## (2) 「科学的介護」

先端技術の導入と密接な関係性を持ちながら進められているのが、「科学的介護」やケアの標準化である。安倍政権下で2019年に開始された全世代型社会保障検討会議(議長:安倍首相)では、人手不足への対応として介護現場への新テクノロジーの導入を進め、その効果をデータとして把握・分析し、「エビデンス」に基づき、不断に介護報酬や人員配置基準について見直しを図ることが方針として提示された<sup>(23)</sup>。

この間の全世代型社会保障検討会議において、経済界のメンバー(SOMPOホールディングス株式会社社長、櫻田謙悟氏)らが、先端技術の医療・介護現場への導入による効率化を提案し、介護

(21) 首相官邸「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続可能な成長経路の実現」2018年6月、58頁。

(22) 厚生労働省老健局「介護現場革新会議基本方針～介護職員と介護サービス利用者のための『介護現場革新プラン』～」<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000494186.pdf> (2022年12月28日最終閲覧)。

(23) 全世代型社会保障検討会議「全世代型社会保障検討会議第2次中間報告」2020年6月。

サービスの提供における人員配置基準の緩和・引き下げを主張してきた<sup>(24)</sup>。

また、2021年の介護報酬改定においては、コロナ禍の中、科学的介護情報システム「LIFE（ライフ）」の運用によって、高齢者の通所や訪問によるリハビリの記録、ケアの内容などのデータを登録して改善効果のあるケアに報酬を重点化し、ケアサービスを標準化し、社会保障費抑制につなげていく動向が強まってきている。これら一連のIoT（Internet of Things）技術の導入や、利用者に関するデータ取得の強化は、生活の場である介護現場が、社会保障費抑制という国策に統制されパノプティコン（刑務所等の一望監視施設）化する危険性を秘めている。

介護現場への先端技術の導入や「科学的介護」については、要介護者のプライバシーや自己情報をコントロールする権利、生活の場がパノプティコン化する危険性、公権力によるデータ独占およびその恣意的利用の危険性等の問題がある。しかし今のところ、介護現場ではこれらのことについて関心が薄い<sup>(25)</sup>。

なお、先端技術等の導入は、今までは見過ごされていた要介護者のニーズ等を明らかにする場合もある。そうしたことに対応するためには、しばしば今までよりも介護労働者の配置を手厚くしなければならないこともありうる。経済界が提唱するような人員配置基準の緩和という結論ありきの議論は避けなければならないであろう。LIFE運用が本格化した2021年の介護報酬改定では、併せて「業務効率化・業務負担軽減」を名目に、見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和など、人員基準や運営基準の緩和が実施されている<sup>(26)</sup>。

### （3） 議論過程における要介護者・労働者の不在

この間の厚労省の介護現場の「生産性」向上を主張する文書では表向き、「生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現」<sup>(27)</sup> などという文言が見られる。しかし、資本主義経済システム下における、企業による利潤追求や納税回避・社会保障費負担軽減欲求が前面に押し出された政治的状況下では、機械や先端技術の導入は、労働者の熟練の強引な解体やマニュアル化・単純労働化、効率化・合理化による過密労働の中の人員削減をもたらすことはあっても、要介護者のニーズと労働者の専門的裁量に基づいたゆとりある労働を実現することには多くの場合つながらない。仮に一時的にゆとりができたとしても、絶え間なき社会保障費抑制圧力の中では、新たな労働強化に追いやられていくことが常である。先述のように、先端技術の導入とセットで人員配置基準の緩和が展開されていることはその典型である。

もちろん、ロボット・ICT・AI等の導入はやり方によっては積極的な意味が全くないわけではないが、要介護者や現場労働者の政策参加能力が剥奪された状況下では、労働者の労働条件の改善にはつながらず、逆に専門職の地位の解体を促進する作用をもたらす。介護現場の機械化と業務の

(24) 全世代型社会保障検討会議「全世代型社会保障検討会議（第6回）議事録」2020年2月。

(25) 背景としては、科学的介護推進体制加算（LIFE加算）という形で介護報酬上の加算対象となること、政府の啓蒙によって要介護者のケアの向上につながるものであると認識されていること、情報が行きわたっていないこと、業務逼迫につき対応する余力がないことなど、様々な要因が考えられる。

(26) 厚生労働省「令和3年度介護報酬改定の主な事項について」<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>（2023年1月9日最終閲覧）。

(27) 厚生労働省社会保障審議会介護保険分科会「介護保険制度の見直しに関する意見」2022年12月、24頁。

切り分けや細分化は、専門職による全人的な介護労働プロセスをいくつかの工程の単純労働に置き換え、介護専門職の熟練や裁量、やりがいを解体しマニュアル労働化していく可能性が非常に高い<sup>(28)</sup>。こうしたことは介護職の魅力を喪失させ、また要介護者の固有のニーズの実現を脅かす危険性も大きい。介護労働者の確保や定着においては、仕事のやりがいも非常に重要であるが、それをいっそう解体する可能性がある。

専門職や熟練労働者の労働の解体、単純労働への置き換え、それらを通じた労働者の低賃金化や資本への抵抗力の剝奪は、歴史的に資本金・経営者側が利潤追求のためにしばしば使ってきた手段である。今日の「人材確保」を建前とした介護労働の解体とも呼ぶべき状況は、経済界が旗を振り、その支持を受ける自公政権下で厚労省が介護施設・事業所経営者らを取り込む形で進められている。

たとえば、先述の全世代型社会保障検討会議のメンバー構成も、中西宏明氏（当時、日本経団連会長・日立製作所取締役会長）、櫻田謙悟氏（当時、経済同友会代表幹事・SOMPOホールディングス株式会社社長）など、経済界の利益を代表する者に極端に偏っており、社会保障の権利主体である市民や専門職等の当事者団体の代表は一切入っていない。

また、厚労省の介護現場革新会議も、メンバーには介護職能団体や労働組合は含まれておらず、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、日本認知症グループホーム協会といった法人としての介護施設・事業者側の代表が主である。また、議論内容も非公開である。厚労省は、非公開の理由を「委員が所属する組織等の立場を離れて、自由闊達な議論を行うため」としている<sup>(29)</sup>。近年、政府検討会などにおいて、議事録を非公開とするなどの秘密主義的傾向が強まっている。

経済界、財務省の社会保障費抑制意向を、厚労省に施設経営・運営側を抱き込んで（要介護者や家族、職能団体や労働組合を排除して）実行させる政治プロセスのように思われる。

## 5 半公的セクターにおける労働基本権の曖昧化

この間の介護労働者の処遇改善策や人手不足対策は、介護労働者や要介護者およびその家族といった介護の当事者の意見が主導権を握ってきたというよりは、経済界の意向を受けた政権のトップダウンで行われてきたか、その時々々の政治情勢の中で政権側による最小限の譲歩として打ち出されてきた色彩が強い。介護労働者の政策参加の力量は相当に制限されている現状がある。

社会福祉基礎構造改革・介護保険制度の導入は、直接に公的機関が介護保障の役割や責任を担う方向性で介護保障を拡充するのではなく、準市場の枠組みで一定の公的規制を行いながらも、介護分野に民間事業体を多く参入させる方向性をとった<sup>(30)</sup>。介護保険制度の下で、介護という産業領域

(28) 介護現場革新会議では、介護現場での業務効率化のパイロット事例が紹介されている。たとえば、ある老人福祉施設では、業務の「標準化」「簡素化」「平準化」のため、業務のビデオ撮影・動画分析によって手順をマニュアル化するなどし、3:1の職員配置を2.5:1にすることができたとされる（厚労省老健局「介護現場革新会議（第5回）」資料、<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000621046.pdf>（2023年1月6日最終閲覧））。

(29) 厚生労働省老健局「介護現場革新会議（第1回）」開催案内、[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196642\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196642_00003.html)（2023年1月4日最終閲覧）。

(30) 社会保障の市場化・営利化と準市場の概念については、横山（2003）参照。



はいわば、「半公的セクター」として形成されてきた。

現在、介護サービスを担う事業所は多くが社会福祉法人、医療法人、NPO、株式会社といった民間事業体であり、介護労働者の多くは公務員ではない。故に介護保険以降、民間事業体に雇用される労働者については、本来は労働基本権の行使によって労働条件の維持・拡充を追求することが期待されてもいいはずであったが、実質的には以下論じるような状況から、公務員と類似の労働基本権の制限ないし機能不全とも呼ぶべき状況が生じている<sup>(31)</sup>。

### (1) 団結権の阻害

介護を含む「医療・福祉」の産業分野は、全産業の中でも特に労働組合組織率が低い。労働組合（単位労働組合）組織率（推定組織率）は、全産業では2003年には2割を下回って19.6%となり、その後低下傾向にある。「医療・福祉」産業は、2003年に9.2%であったが2021年には6.1%にまで低下した<sup>(32)</sup>。

「医療・福祉」産業における組織率の低さは、以下のような要因が複雑に絡み合って形成される。第1に、離職や転職による労働者の入れ替わりの頻繁性、非正規雇用化の進行による職場単位の組織化の困難である。

第2に、非正規雇用・低賃金労働者が多いことによる組合費抛出の困難である。

第3に、労働者の多忙・疲弊による組合活動の困難である。人手不足下における労働強化や、夜勤等の負担は、労働者の労働時間外の活動の余力を減退させる。

第4に、組合の結成や加入を阻害する職場の雰囲気である。上司等から直接的に圧力がかかる場合もあれば、職場の暗黙の雰囲気で労働者に対するプレッシャーがかかることもある。

第5に、福祉現場・教育においてしばしば見られる「社会貢献」「奉仕精神」教育の弊害である。福祉＝「奉仕」「貢献」という前近代的価値観が、労働者自身の権利意識や要求を封じ込める方向に作用している。

以上に加え、医療・福祉分野のような「半公的セクター」に特有な要因として第6に考えられるのが、次に論じる「団体交渉の機能不全」である。このことが労働者が組合に加入するメリットを減衰させ、組合加入率低下のスパイラルを生じさせていると考えられる。

### (2) 団体交渉権の機能不全

民間事業体において就労する介護労働者には、団結権と併せて、団体交渉権や争議権が形式上は保障される。しかし、実際には事業所・法人を交渉相手とした団体交渉の効果にはかなりの限界がある<sup>(33)</sup>。

(31) 井口（2018）、61-62頁。ちなみに、公務員の労働基本権については、地方公務員・国家公務員ともに団結権については概ね認められるものの（一部制約される職種あり）、団体交渉権については一定の制約（団体協約の締結や扱いなど）が課されている部分がある。また、争議行為は禁止されている。

(32) 厚生労働省「労使関係総合調査（労働組合基礎調査）」。

(33) 同様のことは、新自由主義路線の中で民間化された他の公共サービス分野の労働者においてもみられる（たとえば、旧国立大学等の研究・教育分野など）。

介護分野では、介護事業者の収入の大部分は介護保険制度の介護報酬によって賄われるが、その水準は経済界による社会保障費抑制の要求などの政治的理由から、その時々財務省や厚労省の意向が大きく反映される。先述のように2000年代には介護報酬引き下げという国の政策によって労働者の賃金は低下し、2009年以降は介護職員処遇改善加算など、介護報酬額の調整によって、介護労働者の賃金・労働条件水準は政策的にコントロールされてきた事実がある。介護労働者の賃金・労働条件は介護報酬などの国の決定する財源に大きく規定されており、このことが、介護労働者・労働組合による事業所単位での団体交渉の効果を極めて限定的なものとしている。

介護報酬や制度の改定にあたっては、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会での審議を経る。ただし、一部の職能団体等の介護労働の当事者が参加しているものの、政府・経済界側のイニシアチブが非常に強く、介護労働者や要介護者および家族等の介護の当事者の参加はかなり「形式的」なものとなっている。

しかも、社会保障審議会は飽くまで諮問機関であり、団体交渉の際に保障されるべき実質的賃金決定権者と、労働者の対等な立場が確保された場ではない。憲法28条上保障されるべき団体交渉権は、実質的に形骸化していると言える。

各介護事業所および法人における団体交渉のみならず、たとえば厚労省に介護労働者の労働組合との団体交渉窓口機関を設置するなど、実質的な団体交渉権の保障を求めることが急務である<sup>(34)</sup>。国との団体交渉を見据えた医療・介護労働者の横断的組合の発展もセットで追求されなければならない。

もちろん、この間の介護保険制度・報酬改定の局面では、医療・介護労働者の労働組合等も活発に政策要求を行い、社会保障費抑制政策への抵抗の力を見せてきたが、労働基本権が機能不全化された状況の中で、その声が政策に反映され辛い状況が続いている。社会福祉基礎構造改革による介護保険制度の導入は、要介護者への介護保障の公的責任を曖昧にするだけでなく、先に論じてきたような諸要因が絡み合い、労働者の労働基本権をも曖昧にし、形骸化・解体する作用がある。

## おわりに

医療や介護という領域は市場原理に委ねておいては適切な財・サービスの配分が実現できない（いわゆる「市場の欠陥」）領域である。そこにおいて、公的責任を軽減し社会保障費を抑制しながら、営利対象化する介護保険制度の構想自体が本来、矛盾をはらむものであった。介護保険制度が発足して20年が過ぎるが、今日の人手不足や介護保障の困難は、こうした矛盾の政策の中で起こるべくして起きたと言える。

現在政策的に進められている介護の「生産性」の向上、先端技術の導入と並行して進められる労働過程の細分化やいっそうの分業化、介護労働の解体は、社会保障費抑制政策が生み出した人手不足という状況をテコにして進められ、そのことによって、人権保障の担い手である介護労働者の専

(34) 介護労働者の労働条件をめぐっては、訪問介護ヘルパーの労働条件の劣悪性の原因を介護保険制度に求め、国の責任を追及する「ホームヘルパー国家賠償訴訟」<https://helper-saiban.net/index.html>（2023年1月6日最終閲覧）が現在展開されており、注目される。

門職としての熟練や地位がいつそう解体される方向へと向かいつつある。こうして経済界がいつそうの社会保障費抑制と、介護現場への先端機器の売り込み等によって利潤追求を試みる構図である。

最後に、施設の介護労働問題をめぐる課題として、以下を提示しておきたい。第1に、介護施設は、施設という建物インフラに入居者が集住ないし通い、多職種が配置される特性上、訪問系などに比べ、本稿でも論じてきたように施設内における分業・協業の編成替えや、先端機器の導入による効率化、「規模の経済」の追求の標的となりやすい。介護現場への先端技術の導入が介護労働者の労働のあり方や労働条件および社会的地位、また要介護者にもたらす影響については、今後重要な研究課題である。また、「科学的介護」の動向についても、公権力による情報独占や、要介護者の自己情報をコントロールする権利の観点等から、慎重に検討・考察されていく必要がある。

第2に、介護保険制度の下で進む供給主体の多様化に伴い、介護施設内の状況の質的な調査・把握が困難になってきている現状もある。介護保険施設・事業所については、介護保険制度の管理下に置かれていること、また、人手不足が長年問題となってきたことから、マクロレベルでは介護労働安定センター等によって継続的な調査が行われてきており、一定の時系列的な変遷の把握が可能である。ただし、近年増加している民間営利企業による有料老人ホームや、介護保険制度発足当時にはなかったサービス付き高齢者住宅などにおける介護労働の実態把握には課題が多い<sup>(35)</sup>。

また、社会保障＝人権保障の領域である介護分野においては、人権としての介護保障を実現するために、要介護者や家族等と専門職との対話や協働関係、またこうした現場当事者による実質的な政策参加の実現が本来不可欠である。介護現場における民主主義や要介護者の権利保障のために求められる専門職の役割は大きい。経済界主導の社会保障費抑制政策によって人権としての介護保障が抑制・変質されかねない中で、こうした動向に対して専門職がいかに臨むのか、労働者の労働基本権の実質的实现を含め、運動・実践的な課題も多い。

（いのくち・かつろう 神戸大学大学院人間発達環境学研究科准教授）

#### 【参考文献】

- 井口克郎（2008）「介護現場の『人手不足』と若者の介護への就職意識——『介護福祉士養成施設における学生の就職意識に関する調査』結果から」『人間社会環境研究』15号、金沢大学大学院人間社会環境研究科、69-84頁
- 井口克郎（2009）「介護労働者の専門職化に関する考察」『日本医療経済学会会報』28巻1号、日本医療経済学会編、26-56頁
- 井口克郎（2011）『介護保険制度下の介護労働者の地位に関する研究——介護人材政策批判序説』金沢大学大学院人間社会環境研究科、博士論文
- 井口克郎（2013）「介護の質の把握と改善のための基本視角——介護サービスと労働や介護保障制度の関係性に着目して」『日本医療経済学会会報』30巻1号、日本医療経済学会編、1-27頁
- 井口克郎（2017）「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会会報』33巻1号、日本医療経済学会編、5-32頁
- 井口克郎（2018）「介護労働者におけるディーセント・ワークの実現をめぐる現状と課題」『国民医療』No.339、日本医療総合研究所編、47-65頁

(35) この点に関する数少ない研究としては、野口（2021）など参照。

- 井口克郎（2020）「介護人材政策の総括と課題」, 芝田英昭編著『検証介護保険施行 20 年——介護保障は達成できたのか』自治体研究社, 95-117 頁
- 川口啓子（2020）「介護人材の不足——根底に横たわるネガティブイメージ」『国民医療』No.345, 日本医療総合研究所編, 4-14 頁
- 基礎経済科学研究所（1982）『人間発達の経済学』青木書店
- 二宮厚美（2005）『発達保障と教育・福祉労働』全障研出版部
- 二宮厚美（2006）『ジェンダー平等の経済学』新日本出版社
- 野口史緒（2021）「看護・介護労働者からみた住宅型有料老人ホームの問題」『医療福祉政策研究』4 巻 1 号, 日本医療福祉政策学会編, 107-131 頁
- 藤田礎史郎（2009）「介護福祉士養成を市場に任せて良いか」『医療・福祉研究』第 18 号, 医療・福祉問題研究会編, 83-86 頁
- 横山壽一（2003）『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社