

## 「介護従事者の処遇改善問題」

### 初の介護報酬引上げ

介護報酬が初めて引上げられることとなった。

介護報酬は原則として 3 年に 1 度の改定であるが、2003 年度はマイナス 2.3%、2006 年度はマイナス 0.5%であったのが、2009 年度は 3.0%の増額となった。

今回の引上げの最大のねらいは、介護従事者の処遇改善と人材確保にある。

すでに一昨年頃から、NHKの番組などを通じて介護従事者の低賃金や離職率の高さが世に伝えられ、景気回復による雇用環境の好転とあいまって、介護現場における人材確保難や、介護福祉士養成施設における入学希望者の減少等が顕著となっていた。介護従事者の給与水準改善のためには介護報酬の引上げが必要であるが、それには財源の確保が必要である。厳しい国の財政状況下では引上げは困難なこととみられていたが、昨年 10 月 30 日の政府・与党の追加景気対策において、介護報酬 3%引き上げが決定された。

通常の前編成過程では、財務省と厚生労働省の予算折衝の中で年末に決まるものであるが、今回は、政治主導により引き上げ幅が決定されたことに大きな特徴がある。昨年 4 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」が議員立法で制定されたことや、5 月の介護保険法一部改正法案の付帯決議において介護報酬改定の際に処遇改善のための措置を講ずることとされたことが、介護報酬引上げの「追い風」となった。

新聞各紙では、「給与反映には課題も」(読売)、「介護危機 解消遠く」(日経)、「賃上げ スズメの涙」(毎日)等の辛口の見出しが掲載されている。追加経済対策の頃は、3%の引上げによって介護職員の給与を「月 2 万円アップ」という考えが打ち出されたが、実際には、介護事業者によって経営状況はさまざまであり、引上げ分がストレートに介護従事者の給与に反映するという点には不明な点がある。しかし、制度実施以来マイナス改定が続いたのが、制度実施以来 10 年目にして初めてプラス改定となったのであって、介護事業者にとって一応の評価ができる改定であったといえる。

### 介護報酬改定の課題

改定の具体的な中身を見ると、夜間勤務等の負担が重い現場、介護福祉士や看護師等を厚めに配置している施設、人件費が高い都市部の評価、認知症ケア対策など、評価すべき部分に対して報酬引上げと、きめ細かな対応がなされている。個々の事業の改定の評価は別の機会にゆずるが、今回の改定過程をみると、はからずも介護報酬改定の課題が浮き彫りになる。

まず、引上げにあたって、国費約 1,200 億円が投入されるが、これは介護保険料の急激な上昇を抑制するために充当されることになったことである。すなわち、第 4 期

(平成 21 年度から 3 年間)における 3%引上げ影響分の半分は国費で対応されることにより、高齢者の保険料(1号保険料)の上昇を抑えることとなった。第4期の1号保険料は月額平均4,270円と見込まれ、第3期の保険料(月額平均4,090円)と比べて4.4%の伸びにとどまる。

介護保険の財源は基本的には公費半分、保険料半分であるので、仮に、国費投入分にあわせて、介護保険の財源割合に応じて地方自治体の負担や保険料負担も引きあげれば、約5,000億円の引上げ財源になり、大幅な報酬引上げが可能であった。もちろんそうしなかったのは、地方自治体の財政状況が厳しいことや、1号保険料の引上げは困難でないかという事情が存在する。となると、次期改定においても、国費を外側から注入しない限り介護報酬引上げは難しいことを示唆するものであるが、はたしてそれでよいのかどうか。介護保険は、「国民の共同連帯の理念に基づくもの」(介護保険法第1条)であって、「介護従事者の確保」という介護保険制度維持のための基本的な方策については、国、地方自治体、被保険者が応分の負担をすべきものである。

もう1点は、今回の改定では政治主導により国費投入が決定されたことから、引上げ財源を見出すための制度見直しの検討が行われなかったことだ。それによって本来見直すべき課題が温存された。たとえば、居住費・食費の自己負担化という措置を実質的に骨抜きにし、あるいは不自然な世帯分離などを引き起こしている補足給付の問題や、一般的な高齢者施策であり、かつ、介護予防事業などその効果が不明な地域支援事業の在り方について見直しに着手すべきであった(いずれも、社会保険ではなく福祉制度で対応すべきもの)。

## 介護保険の「壁」

今回の介護報酬3%引上げにより、介護従事者の給与や介護事業者の経営状況は改善されるが、まだまだ不十分という現場の声は大きい。従事者の給与引上げや事業の経営改善のためには、介護報酬の引上げや事業の収入拡大が必要であるが、前者については公費負担増や保険料負担増という「壁」が、後者については、介護保険制度の構造的な問題が「壁」となって立ちほだかることになる。

介護報酬は、医療における出来高払いの診療報酬とは異なり、基本的には要介護者1人当たりの定額払いである。したがって、利用者が定員一杯になればそれ以上収入拡大の余地はなくなる。あるいは1日あたりのサービス提供者数に応じた収入しか得ることができない。グループホームであれば、9名の入所者からの収入が最大値、ヘルパーであれば1日4人程度の介護による収入(1万8千円前後)が最大値である。この収入を前提に事務所経費等を考慮すると、これらの事業の従事者の収入は月額ベースにして多くて25万円程度にならざるを得ない。

さらに、利用者が1人でもかければただちに収入減となる。人員配置基準により一定数の職員が存在しなければ違反となるために、突発的な利用者減に対する機動的な対応が難しい。結果的に、非常勤の職員や派遣職員を組み込まざるを得なくなる。

「介護サービスの質の向上」が叫ばれながらも、介護現場ではあやうい状況となっているのが実態である。

それではこうした構造的な問題に対応しつつ、従事者の処遇改善や介護事業の経営安定化を図るにはどうしたらよいのだろうか。

まず、介護職員の専門性を評価する観点から、介護福祉士の有資格者に対する標準的な給与設定をしたうえで、報酬全体を見直す必要がある。介護分野の道を選ぶ若者

たちの意欲をそがないためにも、看護職に近づけた給与水準を設定し、それを前提に介護保険施設等の報酬体系を見直す。介護報酬は、2000年施行前の老人福祉分野の措置費等を前提に設定された経緯があるが、制度実施10年を契機に、介護保険制度の視点から介護報酬の水準を見直す時期に至っている。仮にこれにより保険給付の負担が増えるとしても一定の質のサービスを楽しむ負担として、国民は甘受すべきである。

一方、介護サービスのすべてを高コストの専門家にゆだねるべきではない。家族や知人、ボランティア等のインフォーマルケアで対応可能な介護部分は、そちらへの代替を図るべきである。インフォーマルケアの介護を指定事業者よりも低い報酬で設定することにより、保険財政上は軽減が図られる上に、要介護者の心理面においても望ましい場合が多いであろう。

3番目は、保険給付外の収入拡大の道を開くことである。この点で、介護保険制度上で何でも保険給付に組み込むことは、事業者の自由を制限することになる。訪問介護事業者における保険給付外の支援サービス、介護保険施設における医療や看取りサービスなどがその例となる。これまで看取り機能については保険給付に組み込む流れであるが、必要最小限のことであればともかく、本人や家族の希望に即した看取りについては保険外の特別サービスとした方が適当ではないかと考えられる。