

# 準市場における在宅介護労働の日英比較

山根 純佳

実践女子大学人間社会学部

## 1. 目的

「介護の社会化」を謳った介護保険制度開始から 15 年が経過した。この間、給付費は 3 兆円から 10.1 兆円（2015 年度）まで増大し、保険料の増額、利用者負担の増額、労働者不足などのさまざまな課題に直面している。2025 年までに必要とされる介護労働者は 37.7 万人と推計されているなか、なかでも訪問介護サービスを担うホームヘルパーは非正規割合の高さ、低い賃金水準により、男性の参入もすすまず、9 割を女性が占める女性職となっている。介護保険制度は、低賃金・不安定な介護労働という新たな女性労働問題をうみだしたといえる。

こうした介護保険制度の下での介護労働は、純粋な「市場」ではなく、国家の規制・監督のもとでの多様な事業所が競争する「準市場」に位置づけられる。高齢者介護の領域における「準市場」をめぐるのは、サービス供給や制度の枠組みの評価について理論的、実証的研究がおこなわれている（平岡 2000; 2011）（佐橋 2006; 2008）（駒村 2008）（李 2015）。一方で、準市場の形成が「介護労働」にもたらした影響については、十分な検討がおこなわれていない。1970 年代から現在までの訪問介護労働をめぐる制度的言説の歴史的変遷を分析した森川（2015）は、介護保険制度は、保険給付の対象となる業務範囲のみの「限定的」「標準化」された労働として介護観と、担い手の社会的市民権を無視した低評価をもたらしたとするが、このような労働の変化は、日本型介護保険制度の特徴なのか、それとも「準市場」に内在する課題なのか。本論では日本の高齢者介護政策が影響を受けてきたイギリスのコミュニティケア改革以後の在宅介護労働との比較をとおして、「準市場」における在宅介護労働の特徴について考察する。

なお本論の対象は日本の介護保険制度における「訪問介護」を指すが、英国における home care の概念にあわせて、「在宅介護」として表記する。また、イギリスについては、英国内の England における政策を中心にとりあげる。

## 2. 準市場理論における「介護労働」

「準市場 quasi-market」の概念を広めたのは、イギリスの経済学者 Le Grand と Bartlett（1993）

である。準市場論の基本的な枠組みを確認してみたい。彼らの準市場論は、イギリスにおいて1980年代後半から、教育、医療と並んでコミュニティケアの分野でおこなわれた一連の改革の理論な支えとなってきた。

彼らによれば、準市場の特徴は以下の点にある (Le Grand and Bartlett 1993: 10)。第一に、供給サイドについては、民間事業者が参入し競争がおこなわれていること。ただし従来の市場と異なり、利益の最大化を目的にしていたり、私的に所有されていなくてよい、すなわち非営利の事業者も参入している。第二に、需要サイドについては、消費者の購買力は金銭によってではなく、用途が限定された予算やバウチャーをとおして、もしくは単一の公的機関に集中される。第三に、サービス購入の選択をするのは直接の利用者ではなく、ケアマネジャーなど第三者 third party である。行政の役割は、直接的な供給主体ではなく、購入者 purchasing もしくは、調整 enabling 的役割を果たすことに限定される (ibid: 5)。

Le Grand らは、準市場が成功しているかを評価する基準として、生産効率性の上昇、応答性の向上、選択肢の拡充、公平性の4点をあげる (ibid: 13-19)。①「生産効率性」とは、最小のコストで一定の質量のサービスを提供しうること、②「応答性」とは、利用者ニーズと欲求に応答的なサービスを供給すること、③選択肢の拡充はサービスと提供者の選択が可能であること、④「公平性」は、低所得者に対する費用負担の無料化・減免措置によって、支払い能力や民族、性別に関係なくニーズに対応したサービスの利用を可能にすることとされる。これらはいずれも行政直営方式との比較からの準市場の利点とされている。

一方準市場が達成されるための条件として、①市場構造の転換（サービス提供者間での競争の促進と公定価格）、②情報の非対称性（消費者よりも供給者のほうがサービスの質に関する情報を多くもっている）の防止、③取引費用と不確実性への対応（モニタリングや契約等の取引コストが高すぎないこと）、④動機づけ（サービス提供者は、利潤追求動機を持ち、購入者は利用者の福祉追求という動機をもつこと）、⑤クリームスキミング（事業者が自らの利益を増大させるような利用者を選択すること）の防止があげられている。理論上は、これらの条件が整えば、質の高い応答的で効率的なサービスの供給が実現しうるのであり、国家による一元的な供給よりも、完全な市場よりも、「準市場」が優れているとされる。これらの条件の実現可能性をめぐることは、実証的・理論的限界が指摘されているが、特に社会サービスにおいては、サービス利用者側のもっている情報が少ないという指摘 (Knapp 2001) や、サービスの質に対するモニタリングのコストが高く、費用対効果としての効率性の達成が難しいとする指摘 (山本 2007) は重要である。

以上の、Le Grand らの議論には「政府」「消費者（利用者）」「供給者」の3つのアクターの相互作用と「サービスの質」は存在するが、供給者である事業者のなかの雇用－被雇用関係は視野に入っていない。また「サービスの質」を支える「労働の質」は準市場の成功条件としてとりあげられない。彼らは「市場構造」をめぐる議論では、NHSのような独占的な雇用者による雇用は労働者の搾取をうむが、多数の事業者が競争している状況では労働者の賃金はあがるとも指摘する (Le Grand and Bartlett 1993: 22) が、この指摘は、準市場の現実を正しく反映しているだろうか。少なくとも介護労働者の労働条件が、行政直営方式よりも、生産効率性を追求する準市場方式におい

て改善されているかどうかは検討の余地がある。

こうした問題を次節以降で検討するとして、ここではまずイギリスと日本の高齢者介護における準市場の制度の枠組みを確認しよう。イギリスでは高齢者介護は「社会的ケア」のひとつとして位置づけられ、1970年代から地方自治体が直接、社会サービスを提供してきたが、1989年のサッチャー政権以降、市場化の流れが加速する。1990年（93年施行）の「国民保健サービスおよびコミュニティケア法（NHS & Community Care Act）」によるコミュニティケア改革によって、自治体の役割は、供給者から「購入者 purchaser」へと移行した。「サービスの購入」は、地方自治体に雇われたケアマネジャーによって、事業者との交渉をへておこなわれ、「サービスの供給」は、購入部門から独立した地方自治体のサービス部門、もしくは民間事業者がおこなう<sup>1</sup>。日本のようにサービスに公定価格はなく、サービス価格の設定は地方自治体と事業者間の交渉に委ねられる。自治体はサービスの効率性や効果を評価し、安い価格でよいサービスを購入することが求められる。財源は税であり、所得とサービス利用料に応じた応能負担となっている。

一方日本では、介護保険制度の開始にともなう社会福祉基礎構造改革（社会福祉事業法他関連7法）によって、行政処分としてサービス利用に関する決定をおこなう「措置」制度から、利用者が直接、事業者と「契約」する制度へと移行した。また社会福祉事業者として、在宅サービスには、営利・非営利事業者が参入できることとなり、多様な事業主が参入のもと利用者の「選択」とおして競争がおこなわれる準市場が形成された。「サービスの供給」は、自治体から民間（営利・非営利）へと委ねられ、国家は財政を通じた規制、監督へとその役割を変えた。

財源は被保険者の保険料と国と自治体の税からなる。サービスの価格についてはイギリスと異なり、一律のサービス単価（介護報酬）が定められており、事業者は提供したサービスを算定し介護報酬を受け取る。「サービスの購入」については、利用者とケアマネジャーがおこない、費用は、介護保険料とは別に1割（2割）の応益負担で、政府と利用者が負担する形をとっている。また日本の場合、ケアマネジャーは事業所に所属するため、サービスや事業所選択は利用者ニーズではなく、営利的な動機によっておこなわれることもある（Yamane 2014）。

以上の事業者（供給）、利用者（需要）行政、三者の関係をめぐって、平岡公一は、日本とイギリスの準市場の制度設計の違いを「サービス購入型」「利用者補助型」に分けて整理している（平岡 2000）。イギリスは自治体がサービスを購入する「サービス購入型」であり、日本の場合には、反対給付として1割の応益負担でサービスを利用できる「利用者補助型」にあたる。そのうえで平岡は「サービス購入型」に比べ「利用者補助型」はより利用者の選択の自由が広まるとする。一方で、高齢者介護の分野では利用者の選択をとおした質の向上は機能しておらず、市場メカニズムは「サービスの質を向上させる方向で機能していない」（平岡 2008: 138）との指摘もある。いずれにせよ、「供給」は民間の事業者がおこない、財源は政府と利用者が担い、国・自治体は規制・監督者としての役割を果たすという構図は日英で共通している。

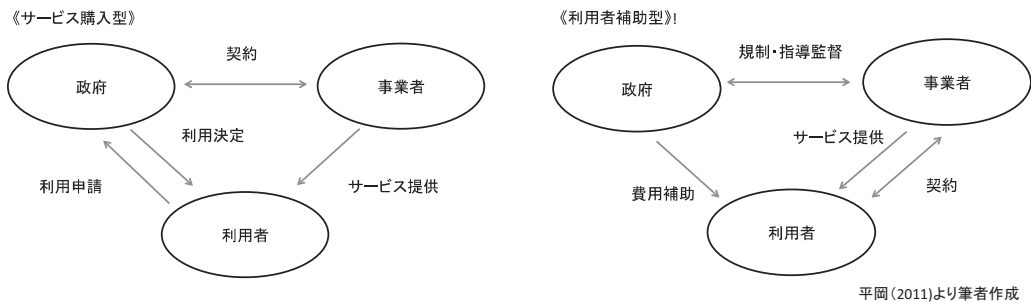


図1. 平岡による準市場の類型

このように準市場は、供給を多元化し、利用者の選択を保障しながら、国・自治体の規制・監督のもとで最適な資源分配をおこなうことを企図したものといえる。

さて、こうした制度設計がもたらす介護労働へのインパクトについては、以下の3点からの検討が必要だと考えられる。第一に、最小のコストで一定の質量のサービスを供給するという「生産効率性」の追求が、賃金水準などの労働条件にどのような影響を与えるのか。サービスの購入価格、もしくは公定価格が人件費を規定するため、「価格」の設定のされ方に注目する必要がある。イギリスは購入者である自治体のサービス購入価格、日本の場合には公定価格としての介護報酬が、それぞれ介護労働者の賃金水準や労働時間を規定している。介護保険制度では5年ごとの法改正、3年ごとの介護報酬改定をとおして資源のコントロールと効率化が図られている。公定価格はサービス提供者にとってのインセンティブとなるが、3年に一度の調整により、事業所が利益を出すと次の介護報酬改定でこの部分についてカットされるため、さらなる利益を出すために賃金抑制を目指すというサイクルに陥り、賃金をあげることが構造的に不可能になっていると指摘される(駒村2008)。また、事業者が利潤追求の動機をもつ営利事業所の場合、雇用という面ではケアワーカーを低賃金で雇うことによって経営効率をあげるという選択がおこなわれうるし、株主に利潤を分配するために従業員の賃金を下げるインセンティブももちうる(佐橋2008)。

第二にケアの担い手の「応答性」について、既婚女性が活用されてきた高齢者介護の分野では、準市場化以前にも低賃金でもニーズへの柔軟な応答をとおした「やりがい」が重視されてきた歴史がある。「応答性」は、労働満足度という点での労働条件の重要な要素であるが、はたして、Le Grandらが指摘するように準市場化が事業者間の競争をとおして応答性を促進するという関係はなり立っているのか、検討する必要がある。

第三に、利用者側の「選択」の保証が、労働にとってどのようなインパクトを与えるのかである。イギリスでは「選択とコントロール」をスローガンにした「ケアの個人化」政策によって、現金給付によって利用者が直接介護労働者を雇用することが可能になっている。利用者の選択の増大と「労働の質」の関係についてイギリスの状況から考察したい。

以上の3つの点から、3、4節では、日本の2000年の介護保険制度以後(3節)、イギリスの1990年のコミュニティケア政策以降(4節)の在宅介護労働の変化について考察する。

### 3. 日本の準市場と在宅介護労働

#### (1) 介護保険制度の成立と在宅介護労働

まず介護保険制度以後 15 年の日本の在宅介護労働市場の変化を、各種統計調査からみてみたい。

介護保険制度導入に伴い、訪問介護、デイサービス、ショートステイを含む「居宅介護サービス」の市場には、第二種社会福祉事業者として民間・非営利・営利の事業所が参入した。訪問介護サービス事業所数は 2000 年の 9,833 から 2015 年には、33,911 に増加、訪問介護員の人数は 2000 年の 18 万人から 2015 年には 45 万人と増加しつづけている（厚生労働省「介護サービス事業所調査」各年度より）。この 15 年の経営主体別構成比の変化をみると地方公共団体は 12%（2000）から 0.5%（2015）に、営利法人は 22.3%（2000）から 64.8%（2015）と、営利法人の割合の増加が著しい。

3 年ごとの介護報酬改定のうち在宅介護サービス関連の変動をみると、2006 年がマイナス 1.0%、人手不足が深刻化した 2009 年にはプラス 1.7%、2012 年にはプラス 1.0%とあがっているが、2015 年には再び 1.42%のマイナス改定となっている。訪問介護員の賃金は、正社員月給で 2006 年 186.1 千円、2009 年 181 千円、2012 年 194.4 千円、2015 年で 191.1 千円とわずかながらあがっているものの、一般労働者の賃金 304 千円に対し 10 万円以上のひらきがある<sup>2</sup>。雇用形態では、約 7 割の労働者が非正規のいわゆる「登録ヘルパー」であり、時間給で働いている。非正規の登録ヘルパーの時間給は 1202 円で、全産業の非正規の短時間労働者の平均賃金 1044 円を上回っている<sup>3</sup>。ただし、非正規の週あたり労働時間は 22.7 時間であり、週 5 日に換算すれば 1 日 4.54 時間、日給にすると 5400 円程度である。利用者宅の間の移動時間の拘束を含めて 1 日 7 時間勤務とすれば、時給 800 円弱に満たない。月に換算すれば月給 10 万円程度で、非正規の訪問介護員の平均月給のデータ 104 千円とも符号する（介護労働安定センター 2015）。

上述したように介護保険制度の下での介護労働においては、政府の介護報酬の水準が賃金を決定する。特養などの施設型サービスにおいては入居者の要介護度によって報酬が決まるのとは異なり、訪問介護では介護報酬は、「身体介護」「生活援助」「介護予防サービス」といったサービスごとに定められている。次節にみるイギリスのスポット契約と同様、利用者のスケジュール変更、入院や死亡等によりサービスがなくなれば報酬が支払われないため、事業所の収入が不安定となるという問題がおきる。

ただし訪問介護において、こうしたサービスごとの支払いは、必然ではない。介護保険制度以前には、訪問介護の報酬が人件費として支払われた時期もあった<sup>4</sup>。措置の時代には自治体の正規職員に対しては、一月あたりの給与を補助する人件費補助方式をとっており、「家事、介護、相談や話し相手」の業務はバラバラに提供されるのではなくひとつのサービスのなかに融合されていた（近藤 2014）。1989 年にヘルパー委託の国庫補助金が「介護型」と「家事型」に差異化され、1997 年からは「事業費補助方式」へと全面移行し、「身体介護中心業務」2860 円「家事援助中心業務」2100 円と、それぞれの単価が設けられサービス内容の細分化がはじまった。介護保険制度ではこの「身体介護」「家事援助」の区分は引き継がれ、さらにサービス行為の区分が規定される。

2000 年の厚生省老人保健福祉局老計第 10 号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等につ

いて」では、「身体介護」は「排せつ・食事介助」「清拭・入浴・身体整容」「体位変換、移動・移乗介助、外出介助」、「家事援助」は「掃除」「洗濯」「一般的な調理」「ベッドメイク」「買い物・薬の受け取り」等に区分された。ここで家事援助は「利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう」と家事の代行であるという規定がなされる。介護報酬は「身体介護」402単位、「家事援助」153単位と、家事援助の価格は低く位置づけられる。介護業界側から家事援助の単価の引き上げの要求もあり、2003年には「家事援助」が「生活援助」に変更され208単位まであげられるが、その後も「身体介護」よりも低い単価設定がつづくこととなる。このように「人件費」ではなく、細分化されたサービス単価への支払いと、なかでも「家事援助」に対する低い単価設定が、低賃金と非正規の登録ヘルパー依存の雇用を強化している。また、介護保険制度では「相談や話し相手」は、ホームヘルパーの業務から姿を消し、介護支援専門員（ケアマネジャー）の設置により「専門化」され、正規雇用のケアマネジャーと登録ヘルパーのあいだに賃金格差をうみだしている。

一方、事業所で「相談業務」「管理業務」を担っているサービス提供責任者は、その職務や専門性が評価されていない。サービス提供責任者には訪問介護計画の作成・変更、利用申し込みの調整、利用者の状態の変化やサービスに関する意向を把握すること、訪問介護員に対する研修、指導など管理業務が委ねられているが、これらの業務は、以下でみる「加算」以外には、介護報酬の対象となっておらず、サービス提供責任者の月給は21.5千円にとどまっている。サービス提供責任者の賃金は、現場のホームヘルパー、サービス提供責任者自身による訪問介護による収入でカバーされており、1ヶ月にサービス提供責任者が利用者宅で介護サービスを提供する時間は63.4時間と、管理業務と介護サービスの提供の両方が求められている（介護労働安定センター 2009）。訪問介護員のなかでもサービス提供責任者の週あたり平均労働時間は42.4時間（2012）、41.8時間（2015）と長くなっている。訪問介護事業所においては、管理職となり長時間労働をしても、非正規の「登録型ヘルパー」を選んでも、賃金が低い状況は変わらない。

また国は、介護報酬の「加算」「減算」というかたちで人材確保と「サービスの質」向上へのインセンティブを与えようとしているが、労働条件の改善にはつながっていない。人材に対する加算としては、2009年に一定の要件を満たした事業所が提供するサービスに対し行われる「特定事業所加算」、サービス提供責任者の労力に着目した評価を行うものとして、①「初回加算」と②「緊急時訪問介護加算」が新たに設定された。また、2012年度からは、職位や職責の要件や賃金体系の制度化といった「キャリアパス要件」を満たした事業所には介護職員処遇改善加算として1人1万5千円が加算される制度が開始された。2015年度にはさらに1万2千円の処遇改善加算を追加しているが、同時に介護報酬の1.42%のマイナス改訂をおこなっている。全国労働組合総連合の調査では、月収とボーナスなどの一時金を合算して収入が増えたというヘルパーは16.1%にとどまっており、8割の労働者が処遇改善加算の「実感はない」と回答している（全労連 2015）。

訪問介護業務にかかわる資格制度もたびたび改変されているが、専門性の評価や待遇の改善にはつながっていない。介護保険制度当初は、サービス従事者にホームヘルパー1級、2級、3級の資格保持が義務づけられたが、これらは認定資格であり、国家資格である介護福祉士と専門性の差が

設けられた。2006 年度からは、訪問介護・施設介護、いずれにも必要な技能と知識を得ることができる 500 時間の「介護職員基礎研修」が新たに追加され、2013 年度からは介護職員基礎研修とホームヘルパー 1 級が「実務者研修」に、ホームヘルパー 2 級が「介護職員初任者研修」に変更され、介護福祉士にいたるまでのキャリアパスの形成が試みられている。ただし、資格による月給の違いをみても、「実務者研修」で 188.1 千円に対し、「介護職員初任者研修」で 181.8 千円と差がみられない（2015）。待遇改善と連動しないまま、資格とキャリアパスの制度化だけがおこなわれている。

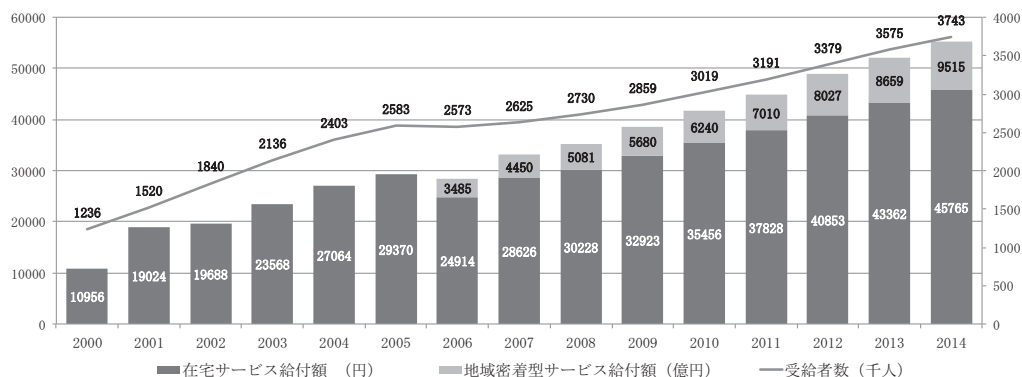
このような状況のなかで人手不足は解消されることはなく、近年の調査でも訪問介護事業所の 77% が「人手不足」としており、採用が困難な理由として半数の事業所が「賃金が低い」と回答している（介護労働安定センター 2015）。

## （2）サービスの抑制と短時間化

次に、「応答性」にかかわる部分としてサービス時間と内容の変化についてみていきたい。

介護給付費は、2000 年の 3 兆円から 2016 年には 10.4 兆円にまで膨らんでおり、なかでも訪問介護を含む居宅介護サービスの伸びは大きい。政府は給付費の伸びを、受給者の制限、介護報酬の改定によって抑制、効率化をすすめてきた。

図 2. 介護保険 居宅介護サービス給付費推移



介護保険事業状況報告各年（厚生労働省）より筆者作成

訪問介護においては、サービスの制限や短時間化が労働条件の変更＝改悪をもたらしてきた。2005 年の改正では、生活援助が家事代行サービスになっており、本来の目的を果たしていないという批判から「要支援 1・2」が創設、要支援者への予防給付における介護予防サービスに移行した。訪問介護と通所介護は月単位の定額制となったが、実質的な利用の削減となった。生活援助は 2 時間から 1 時間半と短縮され、また「介護給付費適正化」として同居家族がいる場合の生活援助の利用制限や、「散歩の同行介助」が制限された。利用者にとっては、今まで満たされていたニーズが満たされない、労働者にとってはこれまでしてあげられなかったことができないという葛藤をもたらすこととなる。筆者の調査では、この改正を機に介護保険事業所をやめ、保険外のサービスをおこなう事業所を立ちあげたヘルパーもいた<sup>5</sup>。

また時間外の労働時間も増えている。2006年地域密着型サービスとして、夜間対応型訪問介護、2012年には24時間地域巡回型サービスが導入され、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的、密接に連携させながらの、短時間、複数回の巡回型の訪問サービスが開始された。これらは定額報酬であり固定収入となるが、利用回数が増えれば移動に要するコスト、人件費コストがかさむことになる。2015年には「夜勤あり」とする訪問介護員が10%、月の平均夜勤回数は5.2回となっている（介護労働安定センター2015）。

その後も3年ごとにサービス時間は短縮され、2009年には効率化の推進という点から、短時間の訪問の報酬が上がっている。さらに2012年の介護報酬の改正によって生活援助のサービス時間は「1時間未満」から「45分未満」と短縮、それに伴い介護報酬も下がっている。

表1. 介護報酬の改定

	30分未満		30分以上		1時間以上		以降、30分超過	
	身体介護中心	生活援助中心	身体介護中心	生活援助中心	身体介護中心	生活援助中心	身体介護中心	生活援助中心
2000～2002	231	設定なし	402	153	584	222	219単位加算	83単位加算
2003～2005	231	設定なし	402	208	584	291	83単位加算	83単位加算
2006～2008	231	設定なし	402	208	584	291	83単位加算	廃止
2009～2011	254	設定なし	402	229	584	291	83単位加算	設定なし

	20分未満		30分未満	45分未満	1時間未満		以降、30分超過	
	身体介護中心	生活援助中心	身体介護中心	生活援助中心	身体介護中心	生活援助中心	身体介護中心	生活援助中心
2012～2015	170	設定なし	254	190	402	235	83単位加算	設定なし
2015～	165	設定なし	245	183	388	225	80単位加算	設定なし

厚生労働省告示「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」をもとに作成

この、2012年の改正による生活援助の1時間から45分未満の短縮が、在宅介護労働に与えた影響は大きい。サービス時間が短縮されても、利用者のニーズは変わるわけではなく、ヘルパーにとっては同じ量の仕事を短時間でこなす労働強化が進んだ。生活援助の45分への短縮を提案している2011年の社会保障審議会介護給付分科会<sup>6</sup>では、生活援助の平均時間のイメージとして「準備6分、掃除15分、調理15分」という例があげられているが、掃除や洗濯をこの時間でおこなうとすれば、洗濯機をまわすだけ、調理であればできているものを温めて配膳できる程度である。さらに単に時間が短縮されただけでなく、報酬そのものも1時間229単位から45分190単位と、およそ2割減っている。

2012年7月に堺市南区訪問介護事業者連絡会が実施したアンケートでは、制度の改正によるサービス内容の変化として、「利用者の話しや相談を聞く時間が減少」91.9%、「掃除の範囲や内容などの見直し」87.1%、「調理の内容や品数などを見直し」43.5%と、話しを聞く時間が削られているとの結果が報告されている。また2012年に全労連が介護職を対象におこなったアンケートによると、「ケア内容を制限するようになった」と回答した介護職は6割、「時間内に仕事が終わらない」との回答が半数、サービス時間が減ったことで「収入が減った」という回答は4割に達している。この報告書では、生活援助の短時間化についてヘルパーから以下のような声があがっている。

利用者の自立支援をするのが、介護保険の目的であったはず。時間があれば一緒に調理をする事が



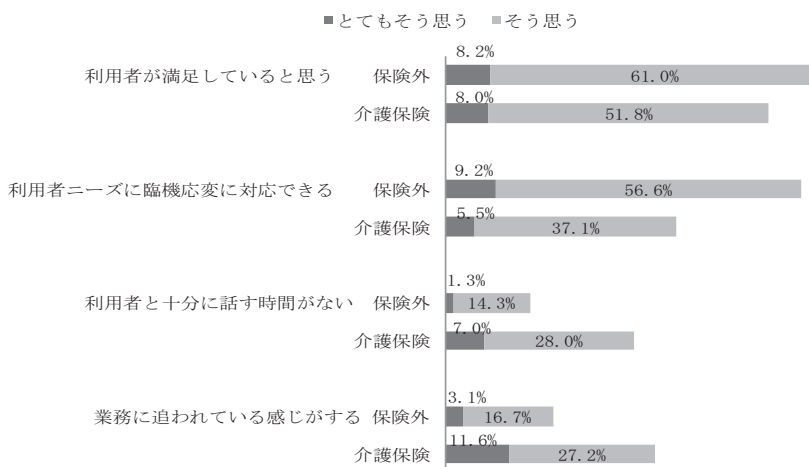
できるが、45 分では介護者が全部やってあげるのではなければ終わらない。自立支援でなく生活の全介助になってしまう（全労連 2013: 46）。

ぎりぎりで生活をされている方をみて、出来る限り援助をしたいが、時間がなくては始められません。絶対 60 分に戻してほしいと思います。安全に暮らすことができるように、生活を援助するには、介護の充実が必要です。削るのは間違っています（全労連 2013: 46）。

また労働時間に対する移動時間の長さへの不満として「働く時間が短時間で 1 日何回移動して交通費も少なく、遠くへ行く時など移動の時間の方が時間がかかり、何しているかわからない」「45 分や 50 分の活動の為に往復 5 分前着をするために、45 分～ 60 分前に仕事に出ます。移動分も含めた報酬として時給（最賃が）1600 円以上は頂いても（交通費別で）よいと思われる」（全労連 2013: 49）という声があげられている。

筆者が東京都の 34 の NPO 事業所を対象に、介護保険制度サービスと保険外の独自サービスの比較をおこなった調査（配布数 1319、回収 827 票では）、「利用者と十分に話す時間がない」「業務に追われている感じがする」の回答が、介護保険サービスでより多く、「利用者ニーズに臨機応変に対応できる」「利用者が満足していると思う」との回答は、介護保険外の独自サービスのほうが高かった。

図 3. 介護保険サービスと保険外サービスのサービス評価



山根（2013）「ワーカーズ・コレクティブがつくるケア：介護保険サービスに関する調査」

このように在宅介護労働は、介護報酬の改定をとおした資源配分の効率化によって、重度者への重点化とサービス時間の短縮というスポットのケアに変わってきている。スポット化は、以下の 3 点において労働条件の悪化をもたらしている。第一に介護報酬の対象となる「労働時間」に対する移動時間割合の増加をもたらし、結果として賃金を低下させている。第二に、移動時間と移動労力の増加、限られた時間内での「業務化」（山根 2014）をすすめる、労働強化をもたらしている。第三

に利用者ニーズへの応答を不可能にし、結果として在宅介護労働者の裁量や労働に対する満足度を低減させている。

さらに「費用の効率化」の一貫として、2015年から要支援者（要支援1・2）に対する介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、市町村が地域の実情において取り組む「介護予防・日常生活支援総合事業」へと移行した。この「生活支援・介護予防サービス」の担い手には、NPOや民間企業と並んでボランティアがあげられており、「専門的職としてのホームヘルパーと、一般市民でもできるサービスが一つの制度として体系化」（結城2014: 279）されている。現在の介護保険サービスの介護報酬よりも、さらに低い報酬によって担われるサービスが登場することは、在宅介護サービス全体の賃金下落にもつながると予想される。

#### 4. イギリスの在宅介護労働

次にイギリスの在宅介護労働の状況をコミュニティケア改革と、その延長としての「ケアの個人化」施策の影響に分けて考察する。

##### （1）コミュニティケア改革と供給の民営化の影響

上述したように、コミュニティケア改革のねらいは、利用者の選択とサービス供給間の競争を通じて、サービスの質の向上と効率化の実現にある。コミュニティケア改革においては、民間サービスの積極的な活用がすすめられ、英国全体で「社会的ケア」の民間セクターの供給は、1992年の2%から10年後の2002年には64%にまで達している（Department of Health 1999; 2003）。

1970年代には、高齢者の在宅サービスは地方自治体の直営で、家事援助中心のホームヘルプ home help としておこなわれてきた。一方コミュニティケア改革では、在宅ケア優先の方針のもと、地方自治体の施設の閉鎖や削減がすすみ、重度の利用者への24時間のケアのニーズを抱えた利用者が地域での介護を受けることになる。ここでホームヘルプは、身体介護や医療的ケアをとまなうホームケア home care として再定義された<sup>7</sup>。イングランドにおける在宅介護の契約時間は、1992年から1998年までに53%増加し、1994年の時点で、在宅ケアの総契約時間が、施設介護のそれを上回る（Knapp et al. 2001: 290-291）。一方在宅介護利用者の人数自体は減り、重度の利用者に集中的に提供する“重点化”の傾向が強まる（平岡2003: 91）。

在宅介護労働者の賃金は、最低賃金をわずかに上回る水準にとどまっている。こうした低い賃金水準を決定しているのが、自治体のサービス購入価格である。日本のようにサービスの公定価格はなく、地方自治体との契約をめぐる、事業者同士が競争にさらされることになる。概して、地方自治体は事業者との交渉では優位な立場にあるといわれており、自治体は購入するサービス価格を引き下げようとする（山本2007）。サービス購入価格が下がれば、その影響は介護労働者の賃金にも及ぶ。2003年時点で、営利企業の平均の時間給は5～6ポンドであり、自治体雇用のケア労働者の6.94ポンドを下回っている（三富2005: 149-52）。

地方自治体と事業者の契約は、一定量のサービスに対して事前に支払がなされる「ブロック契

約」、また利用者やサービスごとに金額を決め、実際にサービスが提供されたときに支払われる「スポット契約」等がある。民間事業所との契約では「スポット契約」の占める割合が多く、事業者側の収入を不安定にしている。また、清拭など「個人的ケア personal care」と買い物や掃除の「家事的ケア practical care」に分かれており、前者の契約金額は高く設定されている (Matosevic et al. 2001)。重度の利用者への重点化に伴い、15 分の短時間のケアや時間外のケアも増加している (Hardy and Wistow 1999)。

三富は 1990 年代以降の「ホームケア」としての在宅介護労働の特徴を、従来の「ホームヘルプ」との違いから以下の 4 点にまとめている。第一に夜間や週末など生活時間との両立になじまない時間帯の労働の広がり、第二に労働時間帯や曜日が労働契約に記載されず、最低労働時間の保証がない労働契約、第三に利用者の住宅間の移動時間の未払い、第 4 に不払い労働である (三富 2005: 88-9)。なかでも、移動時間が支払いの対象とならないことは深刻である。ロンドンのタワーハムレッツ自治区におけるデータによれば、自治体から委託民間事業所の職員は 30 分もしくは 45 分の訪問を 1 日 4 回おこない、拘束時間は朝 7 時半～夜の 19 時半にまたがる。しかし移動時間には賃金が支払われないため、賃金の支払いの対象となる労働時間は、拘束時間の 15% ～ 23.1% にすぎない (ibid: 153)。

このような低賃金、不安定な在宅介護労働は、日本同様に 95% を女性が占める女性職である (英国在宅介護協会 2000)。英国在宅介護協会 (UK Home Care Association) の調査では、在宅介護労働者の週平均労働時間は 27 時間だが、なかでも 30 歳～ 39 歳層の週労働時間が短くなっており、家事育児の責任を担う女性の子育てと両立しながらの就労がうかがえる。多くの自治体がスポット契約をおこなうため、労働者の労働時間を保証することができない。そのため職員が定着せず、他産業にうつる労働者も多く平均勤続年数は 4 年となっている。また、労働者が介護サービス事業者の間を渡りあるくジョブホッピングが広く認められ、4 分の 3 の事業者が労働者採用の難しさを経験している。15 分の短時間のケアでは、利用者とのコミュニケーションの時間も確保されないことから、仕事への満足感は減退している。英国在宅介護協会によれば、在宅介護労働の特徴は「低い賃金、不安定な雇用、(労働) 時間保障の欠如」である。訪問介護労働者の供給源は家庭の主婦であり、介護労働は家庭の家事の延長とみなされている (英国在宅介護協会 2000)。

家事援助から重度の身体介護への移行に伴う「短時間化」は、仕事への満足感と同時に「応答性」を制約してきた。2003 年にイングランドでは利用者のニーズレベルが 4 つの範囲 (重度、やや重度、中程度、軽度) に分けられたが、ほとんどの自治体が、給付資格を「やや重度」の利用者に限定した。H. Land らによれば、かつて「自治体に雇用されていたケアワーカーは、決してよい賃金を支払われていなかったが、自分たちの仕事に誇りをもち、利用者とのよい関係を楽しんでいた」。それに対し、現在の在宅介護労働者は、規定の業務リストを与えられ、15 分の短時間ケアの提供を求められるため、利用者ニーズに応える能力を低下させている (Land and Himmelweit 2010: 17)。

イギリスでは、在宅介護に従事するための専門資格はなく、「全国職業資格」(NVQ) 2 級から 4 級の取得が推奨されているが、労働者個人や事業所が訓練費用や時間的コストを支払わねばならず、取得がすすんでいない。2003 年には NVQ 2 級を保持しているスタッフの割合が最低基準と

して設けられたが、資格を取得しても、賃金水準にほとんど変化がみられず、在宅介護労働者の賃金は最低賃金水準の1ポンド前後に集まっている (Rubery et al. 2011)。

## (2) 「ケアの個人化」と在宅介護労働の変化

イギリスにおける在宅介護の大きな変化は、「ケアの個人化」のスローガンのもとですすめられた利用者へのバウチャー制度の導入である。1996年コミュニティケアとダイレクト・ペイメント法 (Community Care Direct Payments Act 1996) によって、18歳以上64歳以下の障害者を対象とした利用者への直接給付 (Direct Payment, DP) が制度化され、2000年には65歳以上の高齢者にも適用が開始される。DPを給付された利用者は、自らが雇用主となってパーソナル・アシスタントを雇用することができる。加えて2005年労働党政権期には「パーソナライゼーション Personalisation」の方針がだされ、アセスメントに基づいて配分された予算のなかで利用者がサービスを選択できる個人予算 (Personal Budget, PB) が創設された。PBは、DPよりさらに大きな選択肢と裁量を与えるもので、この制度の導入によって、ケアマネジャーではなく利用者本人が、消費者として個人予算を使ってサービスを購入する消費者主義がさらに推進された。利用者にとっては、どのサービスを利用するかという供給主体だけでなく、提供されるサービスの内容についても選択が可能となる。上述の平岡の分類では、「サービス購入型」から「利用者補助型」の移行と位置づけられる。この「ケアの個人化」はケアの受け手に購買能力を持たせ、競争をとおしてケアの質の保証を狙うという点では、「準市場化」の徹底といえる。ただし、DPは、高齢者の介護の分野では利用が進まず、2011年から2012年のデータでは、18歳から65歳までの身体障害者では、在宅介護の支出のうちDPが57%を占めているのに対し、65歳以上の高齢者では15%にとどまっている (HSCI 2013)。

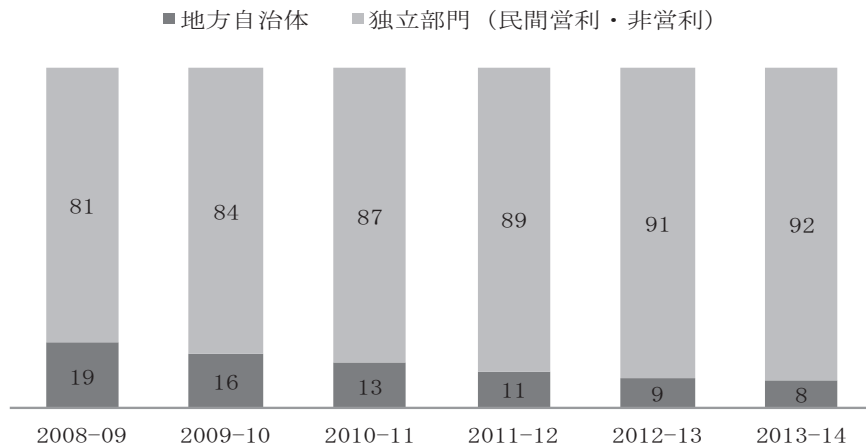
一方、DPをつうじて利用者に雇われる側の労働者や雇用に対する規制は追いついていない。(Glendinning 2012)。労働組合会議 Trade Union Congress の報告書は「雇用者としての責任を負わない社会的ケアの利用者への十分な支援のないままでのDPの導入は、労働者を脆弱な雇用のもとで危機にさらしている」(TUC 2008: 25) と警告している。パーソナル・アシスタントの5分の2は、週の労働時間が8時間以下であり短時間の労働しかできないため、社会保険への加入や病気休暇など雇用上の権利が守られておらず、曖昧な雇用上の地位におかれている。DPを利用する高齢者が雇用者としての責任を果たすことを避けるため、週8時間以下の就労にとどめるようコントロールしている例もある。また住み込みの24時間のケアには、大量の移住労働者がついている (TUC 2008)。

こうした労働者の置かれた状況に対する London School of Economics の J. Lewis らの指摘は厳しい。政府は、競争と選択をとおしてケアの質を高めるために、独立したサービス利用者が消費者のようにケア市場でふるまい、雇用者にケアの質を保証することを求めているが、「介護労働力の計画、規制、教育について関心を払っていない」(Lewis 2014: 14)。「ケアは誰でもできる」という前提のもと、若年層や失業者がケア労働に入ることをすすめており、パーソナル・アシスタントは、熟練し自立した労働者ではなく、召使い domestic servant に近い状況に置かれている (Lewis

2014: 13)。

近年、パーソナル・アシスタント以外の在宅介護労働者の労働条件も厳しくなっている。2010 年、英国政府が緊縮財政プログラムによって予算を削減したことにより、地方自治体の 79% が民間事業者に支払う報酬を凍結、もしくは減少させている (Lewis 2014)。2009 年～2010 年 1 時間あたりのホームヘルプの費用は自治体直営で 30.85 ポンドに対し、民間委託で 15.10 ポンドであり、民間委託による低賃金労働を増加させている (UKCHA 2012b)。自治体の週あたりのサービス購入時間も、2009 年の 383 万時間から 2015 年には 338 万時間に減少している (UKCHA2016a)。

図 4. ホームケアの部門別、週あたりのサービス提供割合



Community Care Statics: Social Service Activity 2013-14, England NHS Information Centre より筆者作成

公共サービス組合 UNISON の 2013 年の報告書「ケアの時間」によれば、介護労働者の賃金は調査時の最低賃金 (2011 年 10 月～2012 年 9 月) の 6.08 ポンドから 8 ポンドであり、6 割の労働者は移動時間の賃金を支払われていない (UNISON 2013)。在宅介護の 5 分の 1 が、深夜もしくは 24 時間介護、16% が時間外サービスであり、こうした労働は、在宅介護労働者の生活時間との調和を困難にしている (CSCI 2012: 36)。また利用者の重度化の一方で、公共サービス組合の調査では 41% の在宅介護労働者が、認知症や発作などの医療的ニーズを扱う専門的教育を受けていない (UNISON 2013)。

サービスの時間については、短時間のケアが増加し、73% のケアが 30 分以下の短時間のケアとなっている。在宅介護労働者のうち 79.1% が利用者宅にかけつけ、急いで立ち去り、次の利用者宅にかけこむ、といった働き方をしている。また 34% の事業者がこのような短時間の訪問時間では、高齢者の尊厳がそこなわれると報告しており、ケアワーカーの滞在時間が短いことが、利用者や家族からの不満の原因となっている。工作中に他の労働者に会うことがある労働者は 43.7% しかおらず、それ以外の労働者は孤独な状況に置かれている。(UNISON 2013)。UNISON の報告書は、短時間のサービスに対する以下のような労働者の不満をあげている。

15分の訪問では何もできない。家族がおらず私たち以外に会う人がいない利用者の家でも、時間どおりに入り出ていかなければいけない。私たちの責任ではないのにもかかわらず、このような時間設定によりケアワーカーの評判は悪くなる。

現在は本当にあわただしい。高齢女性の話しに耳を傾けている時間がないため、ミスをしてしまうのではないかと不安だ。高齢者は私たちと同じペースで考えてくれないし、よく忘れる。以前は彼女の話しを聞くことができたので何をすべきか判断を誤ることはなかった。

このようにコミュニティ・ケア改革以降のイギリスでは、第一に自治体直営から民間事業所への委託による賃金水準の低下、第二に、スポット契約による不安定収入、第三に重度者への重点化と短時間化、第四に利用者による直接雇用の下で、在宅介護労働者の労働条件が低下している。短時間化によって「応答性」が蝕まれるという状況は、日本と同じである。

## 5. 「労働の質」を保障する準市場にむけて

準市場のメリットとされる「効率性」「応答性」「利用者の選択性」に照準し、準市場がもたらす在宅介護労働への影響を考察してきた。日英とも、「効率化」を重度者への重点化とサービスの制限・短時間化によってすすめてきた点は共通する。サービス単価と時間がセットになっている在宅介護では、サービス時間の短縮は報酬の減少に結びつく。移動時間の未払いも課題であり、拘束時間を含めた賃金の保障を可能にする報酬額が求められる。

またサービス時間の短縮は、それまで可能になっていた介護労働者の「応答性」を制約し低賃金労働からさらにやりがいという労働満足感を奪っているといえる。「応答性」を担保するためには、要介護度の改善といった「結果」だけでなく、介護労働者と利用者の相互行為の「プロセス」から「ケアの質」を評価すべきである<sup>8</sup>。「プロセス」への注目によって、「よいケア」には利用者との関係性構築と相互行為のための一定の時間が必要であること、ひいてはスポット化された細切れの労働が、利用者－労働者双方にとって望ましくないことが明確にされる。

イギリスのダイレクト・ペイメントは（DP）、利用者によるサービス選択を追求したものであるが、一方で労働者保護を伴わない形でのケアの市場化をすすめている。日本においては、介護保険外サービスへのニーズがこうした市場化を推し進める可能性もある。直接雇用による脆弱な労働者をうみださないためには、労働者の福利厚生費まで入れたサービス価格の公定化や、労働者の組織化などの労働者保護の施策が求められる。

イギリスでも日本でも福祉サービスにおける供給の多元化は、選択による市場原理の導入という名目で、低賃金の女性労働力の拡大させている。「準市場」は、「質のよいサービス」は「質のよい労働」によって提供されることを前提に、利用者－労働者間の相互作用をも視野にいれたものとして再構築される必要がある。

## 注

- <sup>1</sup> 自治体直営のサービス供給が否定されたわけではなく、自治体が直接的なサービス供給主体となるのは、直営サービスと民間サービスを比較して、費用対効果の点で直営のサービスのほうが優れていると評価できる場合に限定するという原則が定められた（平岡 2003: 77）。
- <sup>2</sup> 平成 27 年度「賃金構造基本統計調査」より
- <sup>3</sup> 経営主体別の月給をみると、地方自治体で 224.9 千円に対し、医療法人 203.2 千円、社会福祉法人 196.2 千円、営利企業 181.6 千円、NPO158.2 千円（2015）と経営主体によって格差がある。同一の介護報酬において賃金に差が生じるのは、訪問介護事業以外での収益、株主への利益分配などさまざまな要因が考えられる。
- <sup>4</sup> 介護保険制度以前も介護労働は「伝統的女性職」であったが、ホームヘルパーの歴史は単線的な「不安定・低賃金労働」の歴史ではない。1970 年代には、厚生省はヘルパーの自治体雇用と常勤化をすすめており、公務労働として自治体の正規雇用公務員として定着した時代があった（笹谷 2000）。
- <sup>5</sup> この事業所の調査では、措置時代からのホームヘルプの違いが以下のように語られた。「措置の時代と比較するとまるまるサービス時間、内容が変わってしまった。介護保険がはじまったころ、なんでもやってくよかった。5 年の見直しですっかり変わった。利用者は使い勝手が悪くなった。以前はいっしょに買い物に行って選べたが、見直しで、メモに書いてもらったものを大急ぎで買いにいく。『なんの楽しみもないわね』という利用者の声。散歩も通院介助も規制がかかった」（山根 2014）。
- <sup>6</sup> この分科会では、株式会社 EBP が実施した掃除 27 分、買い物や薬の受け取りが 29.7 分、洗濯が 16.6 分という調査結果を根拠に生活援助の短縮が議論されているが、たとえば 16 分の洗濯では洗濯機をまわす、もしくは洗濯物を干す、どちらか一方しかできない。生活援助を必要としている利用者への現実的なサービスの見直しとはいえない。
- <sup>7</sup> ホームヘルプからホームケアへ移行したときの在宅介護労働者の仕事の規定 job description には、家事援助に加え、家族や友人、コミュニティとの関係構築への手助け、買い物やレクリエーションの援助を含めて、利用者が最大限に自立を達成するための環境づくりを狙った社会的義務が含まれてきた（Sinclair et al. 1990: 164）。
- <sup>8</sup> 「ケアの質」を測定する要素として Le Grand は、利用者にとっては「サービスの丁寧さ、配慮、スピード」といった「サービスのプロセス」がもっとも重要だが、実務において用いられるのは、測定しやすい人材や施設への投資という「インプット」と、患者の健康状態などの「成果」であると指摘する（Le Grand 2007= 2010: 8）。

## 参考文献

- Le Grand, J. and Bartlett W. (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*, London: Macmillan.
- Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*, Princeton University Press (= 後房雄訳『準市場 もうひとつの見えざる手——選択と競争による公共サービス』法律文化社。)
- Glendinning, C. (2008) “Increasing choice and control for older and disabled people: A critical review of new developments in England”, *Social Policy & Administration*, 42 (5) 451-469.
- Glendinning, C. (2012) “Home care in England: Markets in the context of under-funding”, *Health and Social Care*, 20: 3, 292-9.
- 英国在宅介護協会 (2000) 「誰が世話をするのか——イングランドの民間部門の在宅介護労働力の特徴」三富紀敬・三富道子訳『賃金と社会保障』1330, 16-30.
- Hardy, B. and Wistow, G. (1999) “Changes in the private sector” Hudson, B., ed., *The Changing Role of Social Care*, London: Jessica Kingsley Publishers.

- 平岡公一 (2000) , 「社会サービスの多元化と市場化——その理論と政策をめぐる一考察」 大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡公一編『福祉国家への視座』 ミネルヴァ書房, 30-52.
- (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究』 ミネルヴァ書房.
- (2004) 「社会サービスの市場化をめぐる若干の論点」 渋谷博史・平岡公一編『福祉の市場化を見る眼』 ミネルヴァ書房, 293-312.
- (2008) 「ケアの市場化の可能性と限界」 上野千鶴子他編『ケアを支えるしくみ』 岩波書店, 125-142.
- (2011) 「社会福祉の運営体制」 平岡公一・杉野昭博・所道彦・鎮目真人『社会福祉学』 有斐閣, 455-480.
- Health and Social Care Information Center (HSCI) (2013) *Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs England, 2011-12, Final Results*.
- 介護労働安定センター「介護労働実態調査」各年
- Knapp, M., Hardy, B. and Forder, J. (2001) "Commissioning for quality: Ten years of Social care markets in England," *Journal of Social Policy*, 30 (2), 283-306.
- 駒村康平 (2008) 「準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築」『季刊社会保障研究』44 (1), 4-18.
- 近藤けい子 (2014) 「ホームヘルパーを取り巻く環境」 結城康博・松下やえ子・中塚さちよ編『介護保険法改正でホームヘルパーの生活援助はどう変わるのか』 ミネルヴァ書房.
- Land, H. and Himmelweit, S. (2010) *Who Cares; Who Pays: A Report on Personalization in Social Care*, The Open University Press. <http://oro.open.ac.uk/26419/1/>
- Lewis, J. and A. West (2014) "Re-Shaping social care services for older people in England: Policy development and the problem of achieving 'good care'", *Journal of Social Politics*, 43: (1), 1-18.
- 李宣英 (2015) 『準市場の成立はケアサービスを変えられるか——日韓の比較実証分析』 ミネルヴァ書房.
- Matosevic, T., Knapp, M. and Kendall, J. et al. (2001) *Domiciliary Care Providers in the Independent Sector*, PSSRU.
- 森川美絵 (2015) 『介護はいかにして「労働」となったのか——制度としての承認と評価のメカニズム』 ミネルヴァ書房.
- 長澤紀美子 (2009) 「イギリスブレア政権以降のコミュニティケア改革——高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択」『海外社会保障研究』No. 169, 54-70.
- Rubery, J., Hebson, G. and Grimshaw, D. et al. (2011) *The Recruitment and Retention of a Care Workforce for Older People*, Manchester: European Work and Employment Research Centre, University of Manchester.
- 佐橋克彦 (2006) 『福祉サービスの準市場化——保育・介護・支援費制度の比較から』 ミネルヴァ書房.
- 佐橋克彦 (2008) 「『準市場』の介護・障害者福祉サービスへの適用」『季刊社会保障研究』44 (1), 30-40



- 笹谷春美（2000）「伝統的女性職」の新編成——ホームヘルプ労働の専門性」木本喜美子・深澤和子編『現代日本の女性労働とジェンダー』ミネルヴァ書房, 175-215.
- Sinclair, I. ed. (1990) *The Kaleidoscope of Care: A Review of Research on Welfare Provision for Elderly People*, London: HMSO.
- Trade Union Congress TUC Commission on Vulnerable Employment (2008) *Hard Work, Hidden Lives*.
- UK Homecare Association (2012a) *Care Is Not a Commodity, Commissioning Survey*, London: UKHCA.
- UK Homecare Association (2012b) *An Overview of the UK Domiciliary Care Sector*, London: UKHCA.
- UK Homecare Association (2016) *An Overview of the Domiciliary Care in the United Kingdom*, London: UKHCA.
- UNISON the Public Social Union (2013) *Time to Care: A UNISON Report into home care*.
- Yamane, S. (2014) “The uneven structure of home care service provision between for-profit and non-profit organizations in a quasi-market system,” RC19 session on “Marketization in Welfare State Policies and New Social Cleavage” at the ISA 2014 Conference.
- 山根純佳（2014）「介護保険下におけるホームヘルプ労働の変化——業務化する個別ケアの現場」『日本労働社会学会年報』第25号特集論文, 3-21.
- 山本恵子（2007）「英国における疑似市場の展開と高齢者福祉政策」『社会福祉学』48（2）, 3-15.
- Yeandle, S. and T. Kroger and B. Cass, (2012) “Voice and choice for users and carers? Developments in patterns of care for older people in Australia, England and Finland”, *Journal of European Social Policy*, 22（4）, 432-445.
- 結城康博・松下やえ子・中塚さちよ（2014）『介護保険改正でホームヘルパーの生活援助はどう変わるのか』ミネルヴァ書房
- 全国労働組合総連合（2013）『介護施設で働くヘルパーアンケート』
- 全国労働組合総連合（2015）『介護報酬改定・処遇改善加算による介護労働者の賃金・処遇状況アンケート』