

労働市場における介護職の現状と特徴

阿部正昭

はじめに

もともとは家族機能のひとつであった介護が家族を越えた社会問題となって久しい。現在、介護はさまざまなかたちで外部化が進んでいる。たとえば、近隣の助け合いとしての介護、ボランティア活動やNPO等の住民参加型で供給される介護、そして政府・行政部門や民間営利企業を通じて介護職によって供給される介護等である。

その要因としては、少子高齢化に伴う要介護高齢者の増大、要介護期間の長期化、要介護状態の重度化があげられるが、さらにその背景には、近代産業化による第2次・第3次産業が発達したことで、雇用労働者が増大し、家族形態の小規模化が進行して、単身世帯や高齢夫婦世帯、ひとり親世帯が増加したことがあげられる。家族形態の小規模化は、家庭内で介護を担う家族の介護負担を増大させ、女性の社会進出と重なって、家族に替わる社会的介護の担い手が必要であることを示している。このように考えると、介護の外部化・社会化は、近代産業化の進行によって引き起こされる必然的な社会の変化であると考えられる。

家族の介護力の減退に対して、家族に代わって介護を担うようになってきたのが介護福祉士やヘルパー等の介護職である。もちろん、介護は依然としてその多くが私的な家庭内労働の領域に存在しているが、1990年代におけるゴールドプランや2000年からはじまった介護保険等、制度として介護を供給する仕組みがつくられたことにより、介護職が家族に代わる介護の担い手となる時代がはじまったといえるだろう。実際、国家資格としての介護福祉士の数は近年急速に伸びる傾向にある。介護福祉士は1987年に

国家資格化され、介護福祉士養成施設はカリキュラムの内容を充実させ、専門性を向上させることで社会的認知を高め、専門職としての確立を目指してきた。2007年現在、その数は60万人を超え、今や看護師に次ぐ規模となってきた。

職業集団として急速に増大している介護職であるが、オルタナティブな専門職としてその役割が積極的に評価される一方で、業務独占の欠如、他の医療・保健専門職に対する相対的な自律性の欠如、専門職としての定義の曖昧さ等の課題を抱えており、それは介護職の専門職としての社会的な承認を困難にしてきた。また、他業種に比較して給与水準が低く設定されているために、従事者の経済的安定が保障されていないことは、高い離職率の要因のひとつもなっている。このことは、介護事業の経営者にとっては、安定的な人材の確保や一定の介護の質を維持することが困難になることであり、ひいては、介護サービスを必要とする利用者や家族の生活を脅かすことにつながっていく。

そこで本研究では、介護職の今後の方向性を示す前提として、介護職が現在置かれている状況を明らかにすることを目的とする。

第1章 介護職の現状

1 労働市場全体における就業の現況と今後の見通し

国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計」（2006年12月推計）の注意推計によれば、少子化の進行等により、生産年齢人口は2005年の8442万人から、団塊の世代が65才以上に達する2015年には7681万人にまで減少すると見込まれており、これに伴い、労働人

口も減少することが見込まれている。

2 福祉・介護サービスにおける従事者の拡大

現在、福祉・介護サービスの従事者は2005年度現在で約328万人である¹⁾。2000年の介護保険法の施行や2006年度の障害者自立支援法の施行等による福祉・介護サービスの質的・量的拡大に伴い、その数は急速に増加しており、1993年度に比べて4.6倍となっている。とりわけ高齢者に関連するサービス従事者の伸びは著しく、1993年度の約17万人と比べて、2005年度には約197万人と、約1.2倍に達しており、従事者の6割を占めている。

3 従事者の特徴

3-1 女性の就業比率

介護サービスの従事者には、女性が占める割合が高く、介護保険サービス全体の平均においては、平成16年の実績で約77.8%を占めている。特に女性の比率が高いのが訪問介護であり、91.8%となっている。

ここで問題となっているのは、訪問介護事業においては、従事者の多数を占めているのが、非定型的パートタイムヘルパー（以後登録型ヘルパーとする）の労働条件である。というのは、自宅から利用者宅に直行して直帰するという訪問介護事業特有の勤務形態に従事している登録型ヘルパーが労働者でなく、「委託」や「請負」とみなされて、労災保険が認定されず、労働時間も利用者宅で働いている時間だけとされる等の問題が多発してきた。そこで、厚生労働省労働基準局では、「訪問介護労働者の法定労働時間の確保について」（平成16年8月27日付け基発第08271001号）によって、ホームヘルパーを労働者として位置づける通達を発出した²⁾。

3-2 非常勤職員の比率

非常勤職員の占める比率が近年増加してきており、

介護保険サービスにおいては、2005年の実績で41.6%である。このうち在宅サービスにおいては、介護保険の導入時に53.1%だったのが、2002年には55.6%へと上がったが、その後下がりをはじめ、2004以降は横ばい状態となっている。一方、入所施設においては、年々上がり続けており、2000年に10.8%だったのが、2005年には14.1%となっている。

非常勤化を促進する直接的な要因は、2000年の介護保険制度施行によって、それまで都市部の都道府県を中心に支給されていた多額の補助金が廃止されたことである。また、2000年以降2度に渡って行われた介護報酬の改定で、施設介護部門はユニット型を除いていずれも介護報酬が引き下げられたことも大きな要因といえる。その結果、多くの施設経営者は、施設経営の効率化を図るために人件費を削減する必要に迫られ、常勤職員が退職するとパート職員や非常勤職員に切り替えていった。

ところが、パート職員や非常勤職員に法人への帰属意識を持つことを期待するのは簡単ではなく、意図的な働きかけがない場合は、この後述べるように、常勤職員に比較して法人への定着率は低くなる。そのため、職員構成に占めるパート職員や非常勤職員の比率が増えていくと職員全体で法人理念を共有し、帰属意識を醸成することが難しくなっていくとともに、職場全体の定着率が低下していくことになる。

また、職員構成に占めるパート職員や非常勤職員が増えることは、介護の非熟練者が増えることでもあるので、それまで常勤職員が一定の経験を蓄積することで保ってきた介護サービスの質を維持することが困難となる。そのいちばんの犠牲者となるのは介護職員からサービスを受ける施設の入居者だが、ゆとりのない職員体制のなかで意欲や能力を発揮することが難しくなった中堅職員が抜けてしまう状況となれば、先輩から必要な技能を習得することができなくなった新任職員の離職傾向がさらに高まるという負のスパイラルに陥っていくことになる。

図表1 事業所種別ごとの男女別介護職員の状況 (単位:%)

	男	女
全体計	22.2	77.8
訪問介護	8.2	91.8
グループホーム	16.7	83.3
介護老人福祉施設	26.5	73.5
介護老人保健施設	28.9	71.1
介護療養型医療施設	16.2	83.8

資料出所:「介護サービス施設・事業所調査」(平成16年)(厚生労働省大臣官房統計情報部)

図表2 常勤・非常勤別介護職員数の推移(実人数)

		平成12年		平成13年		平成14年		平成15年		平成16年		平成17年	
		介護職員数	割合	介護職員数	割合	介護職員数	割合	介護職員数	割合	介護職員数	割合	介護職員数	割合
合 計	常勤	357,283	65.1%	409,294	61.9%	450,269	59.6%	517,247	59.4%	592,666	59.1%	656,874	58.4%
	非常勤	191,641	34.9%	252,294	38.1%	305,541	40.4%	367,736	41.6%	409,478	40.9%	467,817	41.6%
	総計	548,924	100.0%	661,588	100.0%	755,810	100.0%	884,983	100.0%	1,002,144	100.0%	1,124,691	100.0%
施 設	常勤	210,770	89.2%	223,575	88.0%	232,772	87.7%	245,305	87.1%	258,577	86.7%	268,477	85.9%
	非常勤	25,443	10.8%	30,376	12.0%	32,788	12.3%	36,175	12.9%	39,564	13.3%	43,892	14.1%
	計	236,213	100.0%	253,951	100.0%	265,560	100.0%	281,480	100.0%	298,141	100.0%	312,369	100.0%
在宅サービス	常勤	146,513	46.9%	185,719	45.6%	217,497	44.4%	271,942	45.1%	334,089	47.5%	388,397	47.8%
	非常勤	166,198	53.1%	221,918	54.4%	272,753	55.6%	331,561	54.9%	369,914	52.5%	423,925	52.2%
	計	312,711	100.0%	407,637	100.0%	490,250	100.0%	603,503	100.0%	704,003	100.0%	812,322	100.0%

資料出所:「介護サービス・事業所調査」(厚生労働大臣官房統計情報部)

3-3 入職率と離職率

2006年における介護労働安定センターの資料によると、介護サービスの従事者は、全労働者に比べて入職者及び離職者の割合が高く、全労働者の場合、入職率が17.4%、離職率が17.5%(2005年1月から1年間)であったのに対し、介護サービス従事者の場合(ホームヘルパーまたは介護職員として従事する者の2004年10月から1年間)、入職率は約28%、離職率は20%

図表6で正社員と非正社員を比較すると、正職員の入職率が23.5%、離職率が16.8%であったのに対し、非正規職員の場合、入職率は約30.8%、離職率は22.2%となっており、特に非正規職員における入職率・離職率が高いことがわかる。入職率が高いということは、求人(雇用)が多いということであり、離職率が高いということは、不安定な職業分野であるということだが、介護職の非正規職員においては、十分な雇用能力を持ち合わせていないことから、いわゆるジョブショッ

ピング (job shopping) やジョブサーチ (job search)³⁾が行われている状況となっていることが考えられる。

介護職の入職率約28%、離職率20%という数値は、2005年度の産業別入職率・離職率と比較しても、飲食店・宿泊業に次いで高いことがわかる。一方、入職率と離職率の差をみてみると、介護職は正規職員、非正規職員のいずれにおいても、他の産業分野に比較して入職率と離職率の差が大きい。つまり、入職率に対する離職率が少なく、最も従事者が増えている分野であるということもわかる。

ところで、非正規職員の離職率が22.2%であるのに対して、正規職員の離職率が16.8%と10パーセント代にとどまっていることを考えると、介護の労働市場は、正規職員と非正規員との間で、異なる層が形成されていることが考えられる。非正規職員は「主婦パート」的な待遇を受け入れた「家計補助的労働」層を中心に形成され、正規職員は有資格専門職としての位置づけを目指す層を中心に形成されていると考えられる。しかし、後に述べるように、社会的認知と経済的評価が進んでいない介護職においては、「家計補助的労働」か

らの脱却が困難な実態があり、専門職としてのやりがい求めて介護職に就いている者が、「生計維持的労働」を必要とする立場に置かれるようになると、そのうちの少なからず転職を選ばざるを得ない状況となっている。

介護労働安定センターが行った「平成18年度介護労働実態調査」の「介護労働者の年齢構成」によると、介護労働者のうち、女性の場合は、20歳以上25歳未満が4.9%、25歳以上30歳未満が9.6%と徐々に上昇し、45歳以上50歳未満の15.7%をピークに60歳まで10%代で推移している。これに対し、男性の場合は、25才以上30歳未満が23.7%、30歳以上35歳未満が23.2%と全体の半数近くが25歳から35歳の間に集中し、その後は急激に落ち込んでいく年齢構成となっている。また、同調査における「生計維持者」の調査では、自分が生計維持者である介護職は、35.1%にとどまっている。この調査結果からも、介護職は、「家計補助的労働」からの脱却が難しく、「生計維持者」が安定した職業として選択することが困難となっている実態が浮き彫りとなっている。

		入職率	離職率 ^(%)
訪問介護員+介護職員	計	28.2	20.2
	正社員	23.5	16.8
	非正社員	30.8	22.2
(参考) 全労働者	計	17.4	17.5
	男	14.2	14.6
	女	21.8	21.7
	一般労働者	13.4	13.8
	パートタイム労働者	31.0	30.3

図表3 入職率・離職率(全体)

資料出所

訪問介護員+介護職員:事業所における介護労働安定実態調査(2006年6月)(介護労働安定センター)
全労働者:雇用動向調査(2005年)(厚生労働省大臣官房統計情報部)

図表4 2005年度産業別入職率・離職率 (単位:%)

	入職率	離職率	差
調査産業計	17.4	17.5	0.1
鉱業	6.9	8.4	1.5
建設業	11.4	15.2	3.8
製造業	11.9	11.7	-0.2
電気・ガス・熱供給・水道業	4.6	6.8	2.2
情報通信業	15.0	12.2	-2.8
運輸業	12.2	13.1	0.9
卸売・小売業	19.7	20.1	0.4
金融・保険業	12.7	12.1	-0.6
不動産業	20.5	19.7	-0.8
飲食店・宿泊業	31.8	32.3	0.5
医療・福祉	19.2	18.5	-0.7
介護（正社員）	23.5	16.8	-6.7
介護（非正社員）	30.8	22.2	-8.6
教育、学習産業	13.9	13.3	-0.6
複合サービス事業	18.3	14.7	-3.6
サービス業（他分類されないもの）	22.2	22.3	0.1

図表5 介護労働者の年齢構成 (%)

	調査数	平均年齢 (歳)	20歳未満	25歳未満	30歳未満	35歳未満	40歳未満	45歳未満	50歳未満	55歳未満	60歳未満	60歳以上	無回答
合計(全体)	29,124	41.7	0.2	5.6	12.3	13.1	11.8	13.4	14.0	12.7	10.8	4.9	1.1
男	5,681	36.3	0.2	8.4	23.7	23.2	13.1	8.3	7.3	5.6	6.1	3.4	0.6
女	23,330	43.0	0.2	4.9	9.6	10.7	11.6	14.7	15.7	14.4	12.0	5.3	0.8

資料出所：介護労働者の就業実態と就業意識調査(平成18年度)(介護労働安定センター)

次に、介護職の入職率・離職率を運営法人別に比較すると、入職率・離職率ともに高いのは、民間企業（営利法人）であり、入職率52.5%・離職率33.0%となっている。また、入職率に限ってはNPO（非営利法人）が40.3%と高く、社協以外の社会福祉法人、医療法人も30%代と高く、それ以外の法人もすべて20%代を超えた数値を示している。離職率においては民間企業（営利法人）の33.0%に次いで、NPO（非営利法人）、協同組合（農協・生協）、医療法人、社協以外の社会福祉法人がそれぞれ20%代の高い数値となっている。

また、介護サービス運営法人は、その多くが1

～3ヶ所程度の事業を運営している規模の小さい法人であるが、この規模の大きさが入職率・離職率に大きくかかわっており、規模が大きい運営法人ほど入職率・離職率ともに低くなることが示されている。

これは、給与水準や休暇の取りやすさ等の労働条件において、規模の大きい事業所ほどスケールメリットによる利点を活かすことができ、職員のキャリア形成という点でも、運営している事業所の数や種別が多いほど同一法人内で移動することが可能となり、離職を避けることができるためである。一方、規模の小さい事業所では労働条件での制約が少なくないことが推察される。

図表6 介護職員の入職率・離職率(運営法人別) (単位:%)

	入職率	離職率
社会福祉協議会	24.7	14.0
社会福祉協議会以外の社会福祉法人	31.2	21.9
医療法人	33.4	22.2
社団・財団法人	15.3	11.1
協同組合（農協・生協）	26.7	25.0
民間企業（営利法人）	52.5	33.0
NPO（非営利法人）	40.3	25.0
その他	21.4	13.0

資料出所:事業所における介護労働の実態調査(2006年6月)(介護労働安定センター)

図表7 介護職員の入職率・離職率(運営法人規模別) (単位:%)

	入職率	離職率
9人以下	43.0	23.5
10～19人以下	44.7	26.7
20～29人以下	40.7	27.6
30～99人以下	31.9	21.7
100～299人以下	29.6	21.9
300～499人以下	20.4	15.5
500人以上	—	—

資料出所:事業所における介護労働の実態調査(2006年6月)(介護労働安定センター)

図表8 介護職員の入職率・離職率(開設経過年数別) (単位: %)

	入職率	離職率
1年未満	180.9	30.0
1年～2年未満	51.7	35.0
2年～3年未満	47.8	37.4
3年～4年未満	36.2	25.5
4年～5年未満	28.7	25.0
5年～10年未満	28.2	21.4
10年以上	23.8	17.4

資料出所:事業所における介護労働の実態調査(2006年6月)(介護労働安定センター)

このことは、運営法人の開設経過年数とも関連しており、開設経過年数が長い法人ほど入職率・離職率ともに低くなる傾向が示されている。規模が拡大するには相当の年数を要することに加え、人材が育って組織が形成され、職場環境が整うのにはそれ相当の期間を要するということであろう。

このように、全般的に介護施設においては、入職率・離職率のいずれも高く、労働移動が激しい状況にあることから、常態的に求人募集が行われている状況となっている。

開設経過年数が1年未満の施設においては、180.9%という高い入職率となっているが、東京や横浜等の都市部ではそれでもなお人材が足りていない状況である。東京や横浜等の都市部では、入所施設への待機者を解消するために、新たに開設される施設が多い。横浜市を例にあげると、介護保険施設の整備状況は、特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、特定施設、認知症高齢者グループホームを合計すると2003年度が19,190床、2004年度が23,444床、2005年度が28,537床となっており、毎年4000～5000名以上の要介護者が新たに施設に入所している。この増床分に対して3対1の割合で介護職を配置した場合、横浜市の介護保険施設だけでも毎年1200人～150

0人の新たな介護職が必要となることがわかる。一方、神奈川県内の介護福祉士養成施設を毎年卒業する介護福祉士の総数は450人前後である。この数字をみただけでも、介護職の絶対数が足りていない状況は極めて深刻であることがわかる。

それに加え、離職率の高さが指摘されている。ただし、この離職には他業種への転職ばかりでなく、施設数が増えたことで雇用の機会や選択肢が増え、他の介護施設へ横断的に移動している状況も含んでいることが考えられる。他業種への転職の場合は、序章で述べたように、「働きがい」を見出すことができない、「能力・個性・資格」が活かせない、そして、給与等の労働条件の低さを背景とした離職であるが、非常勤職員が資格を取得したことを契機に他の事業所に移動して正職員として雇用される場合もある。介護保険施設間での移動の場合は、キャリア形成としての離職ということもできるだろう。

このように、介護施設において労働移動が起こるようになったことは、否定的な面ばかりではないとはいえ、常態的に求人募集が行われている状況は、職員の労働環境を悪化させ、ひいては施設で暮らす入居者に必要な介護サービスの質が維持できなくなることにつながっていく。

3-4 介護職の増加と介護福祉士の割合

介護職の数は2000（平成12）年の約55万人から2005（平成17）年には約122万人と約2倍に増加しており、最近では毎年10万人ずつ増加している。

その内、国家資格として位置づけられている介護福祉士の割合は、在宅サービスにおいては、2000（平成12）年から2005（平成17）年までの間は18%前後で推移しているが、入所施設においては、2000（平成12）年の31.7%から2005（平成17）年には38.1%に達してきている。

一方、2005（平成17）年までに介護福祉士の国家資格を取得した約47万人のうち、実際に介護職として従事している者は約27万人にとどまっており、いわゆる「潜在的介護福祉士」が多数存在しているとされている。ただし、このなかには、実務経験を積んで介護支援専門員の資格を取得し、ケアマネージャーとなっている場合や社会福祉士の資格を取得してソーシャルワーカー

として就労しているケースが含まれる。また、新たに進学して看護師や理学療法士等資格を取得し、保健職になるケースもあるが、いずれにしても介護福祉士の国家資格を取得していながら介護職に留まらず、他の福祉・保健サービス職に移動していくケースや他職種に転職していくケースが多数存在していることは確かである。

これに対して、厚生労働省は「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」（平成19年8月28日厚生労働省告示289号）の「第3人材確保の方策 / 4 潜在的有資格者等の参入の促進等」のなかでこの問題を取り上げ、方向性を示している⁴⁾。このうち、(2)-①「潜在的有資格者等について、就業の現状や離職の理由、福祉・介護サービス分野への最終行の意向等の実態を把握すること」は重要であるが、その他の対策は、福祉人材センター、福祉人材バンク、その他の関係団体、国等を通じて、就業の支援に取り組むといった内容であり、戦略的な計画といえるような具体的な方策が示されているわけではない。

図表9 介護職員数の推移と介護福祉士の割合(実人員)

	平成12年		平成13年		平成14年		平成15年		平成16年		平成17年		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
合計	介護職員	548,924		661,568		755,810		884,981		1,002,144		1,124,691	
	《介護職員》(介護福祉士数把握可能な施設・サービスのみ)	543,780	24.2%	650,386	24.1%	734,214	24.0%	844,517	23.0%	917,892	23.9%	1,124,691	23.4%
	うち介護福祉士数	131,554		156,436		176,257		194,567		219,331		263,048	
施設	介護職員	236,213		253,951		285,580		281,478		298,141		312,369	
	うち介護福祉士数	74,863	31.7%	86,774	34.2%	93,573	35.2%	101,412	36.0%	110,498	37.1%	118,930	38.1%
在宅サービス (※)	介護職員	307,567		396,435		468,654		563,039		619,751		812,322	
	うち介護福祉士数	56,891	18.4%	69,662	17.6%	82,684	17.6%	93,155	16.5%	108,833	17.6%	144,118	17.7%

資料出所:「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働大臣官房統計情報部)

	(千円)				
	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
全労働者	333.3	329.2	329.8	330.2	330.8 (12.0)
男性	373.5	367.7	368.6	367.7	372.1 (13.4)
女性	237.1	238.8	239.4	241.7	239.0 (8.7)
福祉施設介護員(全体)	227.7	232.2	226.8	221.4	211.3 (5.1)
男性	244.3	252.7	244.2	238.1	227.9 (4.9)
女性	222.1	224.4	219.9	214.1	204.3 (5.1)
ホームヘルパー(全体)	208.2	211.1	200.1	212.6	198.6 (4.6)
男性	224.1	226.2	213.1	248.5	197.2 (2.8)
女性	206.6	209.5	199.0	207.5	198.8 (4.9)
医療・福祉(全体)	-	-	-	296.2	299.3 (7.9)
男性	-	-	-	403.5	400.5 (8.6)
女性	-	-	-	262.8	264.0 (7.6)
社会保険・社会福祉・介護事業(全体)	-	-	-	247.8	241.3 (7.0)
男性	-	-	-	292.5	286.3 (7.5)
女性	-	-	-	233.3	225.3 (6.8)

図表10 福祉施設職員の給与の推移)

資料出所:賃金構造基本統計調査 平成17年度(厚生労働省大臣官房統計情報部)

※平成17年の()内は勤続年数である。

※調査対象は常勤職員であり、臨時職員は含まない。

3-5 介護職の給与水準

2005(平成17)年の賃金構造基本統計調査によると福祉施設職員及びホームヘルパーの給与は、2002(平成14)をピークに減少傾向にあり、2001(平成13)年から2005(平成17)年までの4年間で約1万5千円以上下がったことがわかる。全労働者平均と比べた水準は、68.3%から63.9%に低下している。

この背景には、2度に渡る介護報酬の見直しがある。

2000年の介護保険制度開始時に3.6兆円だった介護保険の総費用は高齢化で急増し、2007年度予算で7.4兆円に達した。保険料も上昇し、「持続可能な制度」を旗印に給付抑制が重要課題となった。2003年度の初改定で、介護報酬は2.3%、施設に限ると4%引き下げられた。2006年度(05年10月改定分を含む)も2.4%、施設は4%減った。

介護サービスの値段は介護報酬といういわば公定価格である。そのため、職員の配置基準も決められ、大幅な人減らしはできない。報酬が大きくなると、事業者が利益を確保する方法は人件費カットしかない。ところが、報酬を上げて事業

者が儲かるだけという指摘もあり、実際、介護報酬の見直しに先立って行われた介護保険事業所調査では、入所施設を中心に、措置の時代よりも利益を出している事業所があったことは無視できない。しかし、このような低賃金で、将来の昇給の展望が描けなければ、いずれ人材難による「介護崩壊」は避けられないだろう。

介護職の労働条件改善は抜本的に考え直さなければならない時期にきている。しかし、そのためには、介護報酬をただ上げればいいわけではなく、報酬を人件費とそれ以外に分け、一定の給与水準を保証する仕組みをつくる必要がある。

3-6 介護職に対する社会的認知

介護の社会化の必要性が叫ばれるなか、介護は、依然としてその多くが私的な家庭内労働の領域に存在しているが、一方で、家族機能から外部化され、近隣での支え合いに加えて、NPO等の住民参加型で供給される介護が進められている。また、政府・行政部門や民間営利企業による有給の介護職によって供給される介護も行われるようになった。現在、介護職をどう認知し、評価していけばよいか、ということは、検討されるべき大きな課題である。

NPO等の非営利団体によって行われる「賃金獲得を中心目的としない市民活動・住民活動」という名目で存在している介護に対しては、その社会的意義・役割の重要性を指摘する言説があふれている。その一方で、外部化された介護職の経済的評価は、「低賃金不安定雇用」「パート就労」、登録型ヘルパーにみられるような「家計補助的」といった点が顕在化する。しかも「介護福祉士」が国家資格として制度化されているにもかかわらず、介護専門職に対する社会的認知は浸透せず、その経済的評価も低い。このように、介護職においては、非金銭的な評価と経済的評価との間に大きな不均衡が生じており、介護職は、『社会的意義の有無』『市民的態度の成熟／未成熟』といった威信的评价の指標と、『就労形態としての安定／不安定』『労働力の価格の高低』『職業身分としての熟練／非熟練』といった経済的評価の指標を同時に抱え込む存在⁵⁾、であることが指摘されている。

では、介護職の社会的意義・役割の重要性は誰もが認める状況であるにもかかわらず、経済的評価との間に大きな不均衡が生じているのは何故だろうか。森川美絵(1995)は、介護が「これまで主婦の家事労働の延長、主婦なら誰でもできるという考えのもとで実施されてきた」⁶⁾ために、社会的意義としての重要性が認められているにもかかわらず、職業としての社会的認識・経済的評価が低く位置づけられてきた、と説明している。しかし、家事や介護はいつ頃から主婦の労働とされてきたのだろうか。この問いに対して、かつて大きな影響力を持っていたのは、構造機能主義アプローチによる性別役割理論である。夫は職業的役割を家族外で果たすことで社会的分業の一端を担い、妻は家庭内役割である家事、育児等をするにより、家族の情緒的側面や統合機能を担う、というものである。この理論の文脈では、介護を担うことも女性の所与のものとしてみなされてきた。しかし、近代家族史研究に沿って考えるならば、近代産業社会における「母性」は、女性が家事や育児、そして介護を内発的に担うことを期待されて政治的・経済的・性的に役割制度化されたものであることがわかる。近代産業社会において、家事は女性が担う「シャドー・ワーク」⁷⁾であり、介

護も家族機能のなかでも専ら主婦・女性の家事役割とされてきた。このようなジェンダーにもとづく偏見は介護労働に対する社会的・経済的評価をも引き下げる要因となってきたことが考えられる。

また、春日キスヨ(2001)は要介護高齢者の社会的地位と介護者として女性が選ばれることに着目し、「介護する側とされる側の相互行為的実践の中で、介護をめぐる『性別秩序』が構成されるという見解をとるとき、重要になってくるのは、要介護高齢者の置かれた社会的地位と成人を対象とした身体性に関わる介護労働の特殊性」⁸⁾であることを指摘している。病気や障害によって「依存」の状態になることは、「負い目」意識を生み、援助を与える側の勢力下におかれることであり、それは地位の失墜に他ならない。病気の場合は治療を受け、回復すれば、元の地位に復帰することができる、障害の場合は治るということはなく、失墜した地位に留まることになる。さらに、病気の治療では、部位による「点」の関係だが、障害の場合は、生活全体にわたる「面」の関係が形成され、依存性は増大する。したがって、障害者は病人よりも、より下位の地位に置かれることになる。要介護者がおかれるこの社会的地位の劣位性こそが介護者として女性が選ばれる理由だという。そのことに加えて、「介護は成人を対象とした労働であり、保育では現象しない『羞恥心』『当惑』『不浄感』『性的おぞましさ』などさまざまな否定的感情が介護関係のなかで生起し、それが交互関係を規定していく」⁹⁾。このような介護関係においては、介護される側の負担感が性別の差異につながり、介護者として、女性がより選考される一因となっているという。ここでも、ジェンダーにもとづく偏見が介護労働に対する社会的・経済的評価をも引き下げる要因となってきたことができるだろう。

3-7 介護職とバーンアウト

介護職とバーンアウトに関する先行研究としては、矢富(1991)¹⁾(1995)¹⁾、宇良(1995)¹⁾、原田(2000)¹⁾、小野寺(2007)¹⁾等があげられる。バーンアウトの測定尺度としては、マスラッ

ク・バーンアウト尺度 (Maslach's Burnout Inventory, MBI と略称されている) が著名である¹⁾。MBI では、バーンアウトの測定尺度を「情緒的消耗感」、「個人的達成感」、「脱人格化」の3つに分類している。一方、高齢者介護施設において介護職員が経験するストレスには、「上司とのコンフリクト」、「介護的仕事の負荷」、「利用者とのコンフリクト」、「事務的仕事の負荷」、「同僚とのコンフリクト」の5つが示されている¹⁾。

これらの先行研究から、「上司とのコンフリクト」、「介護的仕事の負荷」、「利用者とのコンフリクト」、「事務的仕事の負荷」、「同僚とのコンフリクト」等のストレスが高まると、「情緒的消耗感」、「脱人格化」のバーンアウト症状は強くなり、「個人的達成感」は減退することが明らかとなっている。

言い換えると、介護職員にとって、「介護的仕事の負荷」、や「事務的仕事の負荷」が過重な状況が続き、利用者との関係ではこちらの言っていることが利用者に通じず、同じ訴えが繰り返されたり、高圧的な態度をとる利用者への対応に追われるなか、上司からの適切なアドバイスも同僚からのサポートも得られない、そのような状況下ではバーンアウト症状が強まるということである。

ところで、バーンアウトは介護や看護職に限らず、対人サービスの職業に従事する者なら誰でも経験する危険性がある問題であるが、対人サービスには、クライアントの多様なニーズに応じて、自分の感情等の内面と態度等の外見をコントロールしなければならないという側面がある。ホックシール (1983)¹⁾ は、これを賃金と引き替えに売られ、〈交換価値〉を有する「感情労働 (emotional labor)」であるとし、「この労働を行う人は自分の感情を誘発したり抑圧しながら、相手の中に適切な精神状態 — (中略) — を作り出すために、自分の外見を維持しなければならない。この種の労働は精神と感情の強調を要請し、ひいては、人格にとって深くかつ必須のものとして私たちが重んじている自己の源泉をもしばしば使い込む」¹⁾ と論じている。ホックシールドは、さらに「感情労働」を伴う職業は次の3つの共通する特徴を備えていると述べている。「まず第1に、このような職

種では、対面あるいは声による顧客との接触が不可欠である。第2に、それらの従事者は、他人の中に何らかの感情変化 — 感謝の念や恐怖心等 — を起こさせなければならない。第3に、そのような職種における雇用者は、研修や管理体制を通じて労働者の感情活動のある程度支配するのである」¹⁾。このように「感情労働」には、普段は私的な文脈で行われている感情作業や感情管理が職業として行われ、賃金を対価として交換価値を持つ、という側面がある。

加えて、これらの対人サービスの職業の中でも、介護や看護の場合は、さらに特異の問題がある。介護や看護はどちらも「ケア (care)」を通じてクライアントと関わる職種であるが、ケアには「配慮」、「気遣い」、「注意」、「世話」、「保護」といった意味の他に「悲しみ」や「苦悩」といった意味がある。そのため、プロ意識を持って誠実にクライアントと関わるほどに、クライアントが抱える「悲しみ」や「苦悩」をも引き受けざるを得ない状況に置かれる。スタム (1995) はこれを「共感疲労」、「共感ストレス」、「二次的外傷ストレス」と言い、「二次的外傷ストレス」については、「配偶者など親しい間柄の者がトラウマとなる出来事を体験したことを知るにより自然に必然的に起こる行動と感情であり、トラウマを受けた人あるいは苦しんでいる人を支える、支えようとするにより生じるストレスである」¹⁾ と定義している。

高齢者介護施設等の現場において介護職が置かれている状況に絞ってこれらの問題を検討してみると、さらにいくつかの問題が挙げられる。第1に、他の職種と比較して、労働時間を機械的に設定することが難しいため、利用者と一緒に過ごす時間が長くなるという特殊性がある。その結果、気疲れが重なり、ストレス症状にいたることがある。

第2に、介護職が主に担当する利用者の生活領域は、食事、排泄、入浴、着替え、移動等の ADL (日常生活動作) の生活領域と掃除、調理、買い物、外出等の IADL (手段的日常生活動作) の生活領域であるが、実際にこれらの生活領域にかかわる介護を行っていくためには、生活領域全体の把握が必要であり、さらにより利用者の個別性を

配慮した介護を行うためには、過去の生活歴等も含めた全人的な理解が必要となってくる。介護がこのような特殊性を持った職業であることは、介護職の「働きがい」に通じているという側面もある。しかし、この過程において「二次的外傷ストレス」を抱え、心理的に囚われていくことで、ストレス症状になるケースがあることも無視できない事実である。

ところで、バーンアウトに対するコーピングとして、田尾(1996)²⁾は、①教育研修制度の充実、②キャリア開発、③作業条件の整備と改善、④参加と自律性の保障、⑤ネットワーク構築への支援、の5つの対処方策を示している。

しかし、介護保険制度により導入されたユニットケアの現場では、そのほとんどがこれらの支援体制が整備されておらず、そのため「感情労働」によるバーンアウトの危険性は多床室の特養よりもむしろ高まっているとの指摘がされている²⁾。

おわりに

以上、介護職の現状についてみてきたが、労働市場全体における就業の現況と今後の見通しについては、少子化の進行等により、労働人口が減っているが、介護サービスにおける従事者は急速に拡大している状況である。

従事者の特徴としては、女性の就業比率が8割近くであり、非常勤職員の比率が年々高まっている。入職率と離職率は共に高いがそれはサービスの拡大に人材確保が追いついていない状況であり、常勤職員と非常勤職員では異なった層が形成されている。

介護職の増加と介護福祉士の割合は、介護福祉士は毎年10万人ずつ増加している状況であり、介護福祉士の割合は入所施設の場合、約38%に達している。

介護職の給与水準は、専門職としてのやりがいを求めて介護職に就いている者が、「生計維持的労働」を必要とする立場に置かれるようになると、そのうちの少なからず転職を選ばざるを得ない状況となっている。そのため、介護職は、「家計補助的労働」からの脱却が難しく、「生計維持者」が安

定した職業として選択することが困難となっている実態が浮き彫りとなっている。介護職の労働条件改善は抜本的に考え直さなければならない時期にきているといえるだろう。

介護職に対する社会的認知については、介護職においては、非金銭的な評価と経済的評価との間に大きな不均衡が生じており、ジェンダーにもとづく偏見は介護職に対する社会的・経済的評価をも引き下げる要因となってきたことが考えられる。

介護職とバーンアウトについては、介護負荷の重さ、サービス業種特有の「感情労働」やケアサービスにおける「二次的外傷ストレス」が問題として上げられる。

注・引用文献

- 1) 社会保障審議会福祉部会 2007年7月4日参考資料 2頁
 - 2) I 労働条件の明示、II 労働時間及びその把握について(利用者宅で働いている時間だけでなく、移動時間、業務報告書の作成時間、待機時間、研修時間も労働時間とし、その上で労働時間を適性に把握すること)、III 休業手当について、IV 賃金の算定について、V 年次有給休暇の付与について、VI 就業規則の作成及び確保について、VII 労働者名簿、賃金台帳の調製及びその保存について、VIII 安全衛生の確保について、IX 労働保険の手続きについて、を明示した。
 - 3) 「個人がさまざまな動機や願望に従って、時には試行錯誤を繰り返し、一定のキャリア形成の路線を発見し、最終的な停泊地にたどり着くまでの探索と移動の試みが繰り返される状況」(寿里茂(1993)『職業と社会/シリーズ社会学』(株)学文社 117頁)
 - 4) 「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」(平成19年8月28日厚生労働省告示289号)の「第3人材確保の方策」のなかで「4 潜在的有資格者等の参入の促進等」として取り上げている。その内容は以下の通りである。(1) 「介護福祉士や社会福祉士等の有資格者の活用の促進」
- 介護福祉士や社会福祉士等の資格制度の普及を図るとともに、これらの有資格者の活用等の促進を

図ること(経営者、関係団体等、国、地方公共団体)。

(2)「潜在的有資格者等の参入の促進」

①潜在的有資格者等について、就業の現状や離職の理由、福祉・介護サービス分野への最終行の意向等の実態を把握すること(関係団体等)。

②潜在的有資格者等に対して、就職説明会の実施等を通じて、関心を喚起し、福祉・介護サービス分野への再就業を働きかけること(福祉人材センター、福祉人材バンクその他の関係団体等、国)。

③潜在的有資格者等のうち、再就業を希望する者に対して再就業が円滑に進むよう、関係団体等や公共職業安定所等との十分な連携による無料職業紹介所等の実施や再教育等を通じて、就業の支援に取り組むこと(福祉人材センター、福祉人材バンク、その他の関係団体等、国)。

④福祉・介護サービス分野へ就業した潜在的有資格者等について、将来にわたって安定的に仕事ができるよう、相談体制を整備するなど、その定着の支援に取り組むこと(福祉人材センター、福祉人材バンク、その他の関係団体等)。

5)森川美絵(1997.11)「『参加型』供給システムにおける在宅介護労働の認知形成」『第70回日本社会学会報告』

6)森川美絵「在宅介護労働の制度化過程」『大原社会問題研究所雑誌』No.486/1999.5 23~39 頁

7)市場経済が機能するために必要とされはするが、その背後ないしは外部にあって、フォーマルな市場経済に登場しない労働。市場で交換されないため代価を支払われず、潜在化したままインフォーマルな経済の一環として、市場経済の下支えをする周辺部分に位置する点で影の労働といわれる。その典型は主婦の行う家事労働である。(イヴァン・イリイチ『シャドウ・ワーク』岩波書店 2005 2~3 頁)

8)春日キスヨ(2001)『介護問題の社会学』岩波書店 38 頁

9)春日キスヨ 『同掲書』 41 頁

10)矢富直美他(1991)「老人介護スタッフのストレス—評価尺度の開発」『社会老年学』Vol.31 49-59 頁

11)矢富直美他(1995)「特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス」『老年社会科学』Vol.17No.1 30-39 頁

12)宇良千秋他(1995)「特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響」『老年社会科学』Vol.16No.2 164-171 頁

13)原田和宏他(2000)「特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト尺度の因子モデル」『老年社会科学』Vol.22No.1 46-58 頁

14)小野寺敦志他(2007)「高齢者介護職員のストレス—とバーンアウトの関連」『老年社会科学』Vol.28No.4 464-475 頁

15)Maslach,C.,& Jackson,S.E.(1981)The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

16)矢富直美他(1991)『同掲書』10 49-59 頁

17)A.R.ホックシールド(2000)『管理される心』世界思想社 7 頁

18)A.R.ホックシールド(2000)『同書』 7 頁

19)A.R.ホックシールド(2000)『同書』 170 頁

20)B.H.スタム(1995)『二次的外傷ストレス』誠心書房 2003 4 頁

21)田尾雅夫・久保真人(1996)『バーンアウトの理論と実際』誠信書房 90-95 頁

22)春日キスヨ(2003.11)「高齢者介護倫理のパラダイム転換とケア労働」『世界』 216-236 頁