

訪問介護における付帯労働時間についての研究 — 愛媛県 A 市の調査から

坪 井 良 史

要旨

訪問介護は、訪問時間に付帯する移動、待機、報告書作成時間等の存在により、そしてそれらの時間に賃金が支払われないことで、非常に不利な労働となっている。

そこで本研究では、訪問介護にはこのような付帯労働時間がどの程度存在するのかについて、愛媛県 A 市においてアンケート調査を行った。

調査の結果、全労働時間に占める付帯労働時間の割合は約 40% となり、相当数の付帯労働時間の存在が明らかとなった。つまり、サービス提供にかかる総時間が 60 分であった場合、その約 24 分は(移動時間等の)付帯労働時間が占めることとなる(この場合、訪問時間は約 36 分となる)。そして、付帯時間の内訳としては、移動時間が約 60%、記録時間が約 30% とその約 90% をこれらの時間が占めた。この結果から、少なくとも現在の訪問介護員の賃金を 36% 改善する余地があるという結論に至った。

キーワード：訪問介護、人材確保、付帯労働時間、サービスの効率化

1. はじめに—訪問介護従事者の深刻な人材不足

訪問介護は、自分や家族だけで日常生活を営むことが難しくなった要介護者に対して、介護福祉士や訪問介護員が自宅に赴き、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の支援を行うサービスである。在宅の利用者(特に単身者)にとっては欠かすことのできないサービスであり、介護保険制度における様々なサービスの中でも中心的なサービスであるといえる。

現在、政府は地域包括ケアシステム^{*1}の実現へ向けて在宅サービスのさらなる拡充を図ってお

*1 自宅や(サービス付き高齢者住宅など)自宅に近い住まいが前提とされ、介護が必要となってもできる限りその自宅などにおいて医療・介護のサービスを利用できる環境を構築するもの。厚生労働省「地域包括ケアシステムの実現に向けて」参照。http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2014/10/31 アクセス)

り、24時間対応可能な訪問介護である「定期巡回・随時対応型訪問介護看護^{*2}」の拡充が期待されている。

しかし、一方で訪問介護は介護サービスの中でも最も深刻な人材不足の状況となっている^{*3}。例えば原田(2003:266)は、ホームヘルプが抱える問題としてヘルパーの定着率が低く、都市部、過疎地に限らず慢性的に訪問介護従事者が不足していることを挙げている。また、訪問介護従事者の人材不足について下野(2009:16)は、「平成15(2003)年に訪問介護事業所で働くホームヘルパーは46万人であり、平成37(2025)年に平成16(2004)年時点のサービス水準を維持しようとするならばホームヘルパーが65万人必要となるが、平成17(2005)年以降、ホームヘルパーの確保は困難となっており、利用者数、利用回数ともに減少している」と指摘する。さらに、大澤(2012:130)は、介護サービスの再編により訪問介護員に対する需要が今後、より一層高まる反面、訪問介護員数は過去5年間減少傾向にあり、今後訪問介護員の労働供給不足が懸念されていると指摘する。実際の介護現場でも、伊藤(2003b:69)が指摘するように、ヘルパーを募集しても応募者がこないという事業者が増えている。

(1) 介護職員初任者研修における意向調査

a. 調査の概要

筆者は、このような深刻な人材不足の状況を受けて、平成26(2014)年に滋賀県と奈良県において介護職員初任者研修受講生に対するアンケート調査を実施した。滋賀県の研修では、55歳以上を対象とする22名の受講生に調査を実施した。また、奈良県の研修では、対象年齢には制限のない15名の受講生に調査を実施した(有効回答14)。質問内容は、主として受講生の基本属性および研修修了後の就職先の希望についてである。

なお、受講生には、調査で得た情報はプライバシーの保護に十分配慮すること、回答を拒否することができることなどについて説明を行い、倫理的配慮を行った。

介護職員初任者研修は、平成25(2013)年4月に、これまでのホームヘルパー2級養成講座を再編成し、新たに創設されたものである。これは、在宅・施設を問わず、介護の業務に従事しようとする者が対象として行われるものであり、介護職員への入り口に位置付けられる研修といえる^{*4}。当該研修は、ハローワークにおける職業訓練として、或いは、シルバー人材センターにおけるシニアワークプログラム事業^{*5}においても介護職員初任者研修コースが位置づけられ、全国

^{*2} 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うものであり、平成24(2012)年4月に創設された。厚生労働省「定期巡回・随時対応サービス」参照。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/teikijunkai.html (2014/10/31 アクセス)

^{*3} 介護労働安定センター(2013)参照。

^{*4} 日本ホームヘルパー協会ホームページ参照。

<http://nihonhelper.sharepoint.com/Pages/yousei.aspx> (2015/8/17 アクセス)

^{*5} 高齢者が長年培った知識・経験を生かし、意欲と能力に応じた労働等を通じて、福祉の受け手から

各地で介護職員の新規参入が図られている。ちなみに、奈良県での研修は（全年齢を対象とした）職業訓練として実施され、滋賀県のそれは（55歳以上を対象とした）シニアワークプログラム事業として実施されるものである。

b. 調査結果

まず、滋賀県の調査においては、通所・施設^{*6}を選択する人が19人（95%）を占め、訪問介護を選択する人が1名であった。次に、奈良県の調査では、就職先は「未定」が大半を占めたが、訪問介護を選択する受講生がほとんどいないという結果では滋賀県の調査結果と一致していた（表1-1）。

表 1-1 介護職員初任者研修受講生の基本属性および調査結果

基本属性（奈良）

男性	4	26.7%
女性	10	66.7%
無回答	1	6.7%

20代	2	13.3%
30代	4	26.7%
40代	2	13.3%
50代	4	26.7%
60代以上	2	13.3%
無回答	1	6.7%

調査結果（奈良）

希望就職先		
施設・通所	6	42.9%
訪問介護	1	7.1%
未定	7	50.0%
計	14	100.0%

基本属性（滋賀）

男性	10	45.5%
女性	12	54.5%

20代	0	0.0%
30代	0	0.0%
40代	0	0.0%
50代	9	40.9%
60代以上	13	59.1%

調査結果（滋賀）

希望就職先		
施設・通所	19	95.0%
訪問	1	5.0%
計	20	100.0%

出典：筆者アンケート調査による

社会を支える側に回れるよう、その実現に向け、地域及び企業のニーズに沿った高齢者向けの技能講習を充実させ、55歳以上の高齢求職者を対象に、地域の事業主団体等の参画・協力のもとに、地域・産業別の労働力需要等に対応した技能講習及び面接会を一体的に実施して、高齢者に対して雇用・就業の支援を行うもの。

*6 当該調査においては、通所・施設の項目には介護保険施設に加え、民間の施設、地域密着型サービスを含めた。

これらの調査結果からは、受講生の多くが当該研修修了後の就職先として施設等で従事する介護職員を選択しており、訪問介護員を選択する者はほとんどいないという結果が得られた。この結果は、訪問介護員の深刻な人材不足の状況を裏付けるものとなった。

(2) 訪問介護労働の特徴－細分化されたスポット労働

このように、訪問介護において人材不足が深刻となる背景にはどのような原因が考えられるのだろうか。ここでは、介護労働を、訪問介護サービスで従事する「訪問介護員」と施設やデイサービスで従事する「介護職員」とに分類し、その両者の労働条件を比較することで考察を行うこととする。

表1-2によれば、まず、(1) サービス提供については、訪問介護員の場合、利用者の自宅での提供となるが、これに対し介護職員は、施設など事業所での提供となる。次に、(2) 収入については、訪問介護員の時給が(介護職員と比較し)約200円高くなっているが、月収をみると、逆に介護職員のそれが約3万円高くなっている。そして、(3) 労働の特徴については、介護職員が例えば、9時から17時というような連続的な労働であるのに対し、訪問介護員は、高松(2009:27)が「スポット労働」と指摘するように、30分や60分などの細切れの労働が中心となっている。

図1-1は、通所介護と訪問介護の労働形態を比較したものであり、上段は通所介護の労働形態を、下段は訪問介護のそれを示している(いずれも1日8時間程度の労働を行った場合の形態を(任意に)抜粋した)。これによれば、通所介護が連続的な労働となっているのに対し、訪問介護は、非連続的な、細切れの労働となっていることがわかる。

この状況について、松下(2014:110)や下野(2009:20)は、多少時間給が高くても安定した労働時間(すなわち、収入)が見込めないと指摘する。

また、労働が細分化されることにより、図1-1、或いは図2-1(ケースB)が示すように、移動時間や待機時間など(実働に)付帯した労働が生じることとなる。さらに伊藤(2003:67-68)

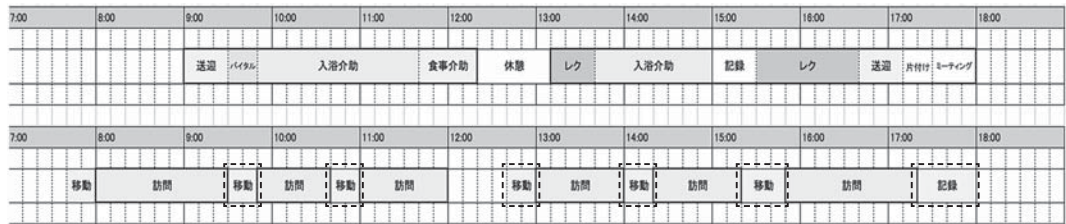
表1-2 訪問介護員と介護職員における労働条件の比較

訪問介護員		介護職員
・正規職員 18.3% ・非正規職員 80.1%	職員構成	・正規職員 57.2% ・非正規職員 42.1%
利用者の自宅	サービス提供	施設やデイサービスセンターなどの事業所
・時間給 1,116円 ・月収 72,428円	収入	・時間給 892円 ・月収 103,264円
・細分化されたスポット労働 ・移動時間などの付帯労働が生じやすい(不払い労働)	労働の特徴	・連続的な労働 ・付帯労働は生じにくい

出典：(財)介護労働安定センター「平成20年 事業所における介護労働実態調査」、「平成24年度介護労働実態調査」をもとに筆者作成

が指摘するように、これらの労働時間に適切に賃金が支払われていないという問題も生じている。これについては後述する。

このように、本論では訪問介護労働において特有の、そしてその労働を（介護職員と比較し）不利なものとしてしている「付帯労働」に着目する。



上段：通所介護，下段：訪問介護

図 1-1 通所介護と訪問介護との 1 日の労働形態の比較

出典：筆者アンケート調査より一部抜粋

2. 問題の所在－訪問介護における付帯労働

(1) 本論における付帯労働の定義

本論においては付帯労働を、厚生労働省通達（2008：3-4）及び伊藤（2003b：95）の先行研究を踏まえ、(1) 移動、(2) 業務報告書等の作成、(3) 待機及び(4) 研修時間と定義する。

(1) は、利用者宅におけるサービス提供というサービスの性格上、サービス本体と不可分な関係にある。厚生労働省（1999:3）によれば、当該時間は報酬単価に含まれると考えられる^{*7}。(2) は、サービス提供の証明および利用者情報の共有、他機関との連携などのために不可欠なものとなる。(3) は、各利用者の希望を聞き調整を行う関係上、この時間の発生は不可避とされる（しかし、各事業所は効率的なサービス提供を実施するため当該時間の発生をできる限り少なくする努力を行っている）。(4) は、スタッフおよび事業所全体のサービスの質を向上するために不可欠なものである。これらはサービス本体と密接に関連するものといえる。

(2) 付帯労働の取り扱い－通達と現場との齟齬

さらに、厚生労働省通達（2008：3-4）では、この「付帯労働」は以下のように取り扱うことが求められている。

*7 「経常事務費、減価償却費等の間接経費や移動時間等を勘案して仮単価を引き上げ」という文言があり、移動時間は単価のなかに含まれるものとされる。厚生労働省（1999:3）「介護報酬の仮単価について」（全国担当課長会議 資料 No.4）参照。

- (1) 移動時間については、使用者が業務に従事するために必要な移動を命じ、当該時間の自由利用が労働者に保障されていないと認められる場合には、労働時間に該当する。
- (2) 業務報告書等の作成時間については、その作成が介護保険制度や業務規定等により業務上義務づけられているものであって、使用者の指揮監督に基づき、事業場や利用者宅等において作成している場合には、労働時間に該当する。
- (3) 待機時間については、使用者が急な需要等に対応するため事業場等において待機を命じ、当該時間の自由利用が労働者に保障されていないと認められる場合には、労働時間に該当する。
- (4) 研修時間については、使用者の明示的な指示に基づいて行われる場合は、労働時間に該当する。

先に定義した「付帯労働」は、このように（使用者の指揮監督の下にあれば）労働時間とみなし、これらの時間に賃金を支払うことが求められている（図 2-1）。

しかし、実際の現場ではこれらの時間に賃金が支払われないケースが少なくない。例えば大場（2004：7）は、訪問介護において、業務のための移動時間を労働時間として賃金支払いの対象としているのは50.6%、また、業務中の待機時間について賃金支払いの対象としているのは64.0%にすぎず、さらに、業務に必要な打ち合わせ時間が賃金支払いの対象とされているのは79.2%となっていることを指摘する。また、シルバーサービス振興会（2010）の調査においても、約54%の事業所において移動時間は賃金支払いの対象外という結果が得られている。加えて、伊藤（2003：67）もこれらの労働に賃金が支払われないケースが多いことを指摘している。

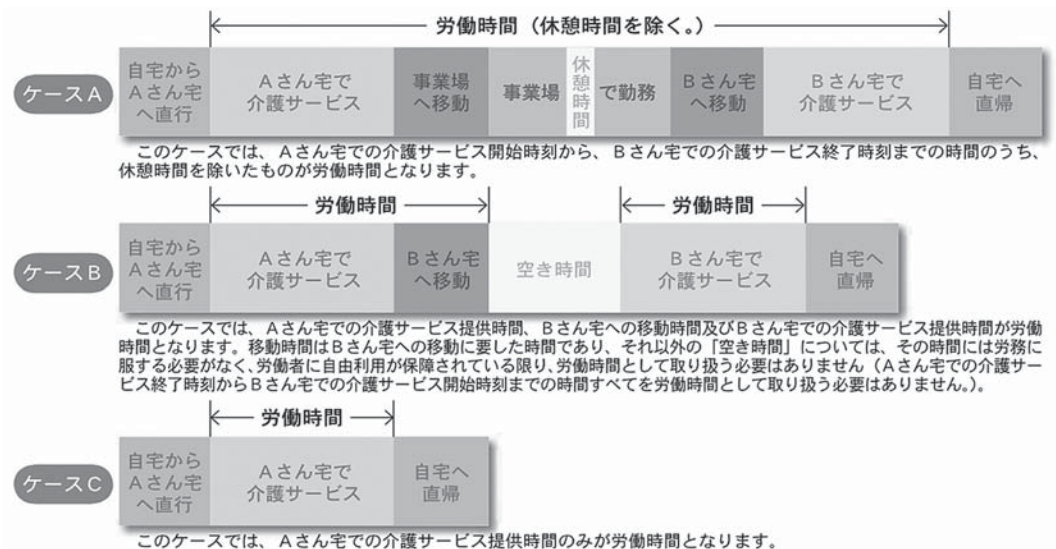


図 2-1 訪問介護における労働時間の取り扱い

出典：厚生労働省（2008）「訪問介護労働者の法定労働条件の確保のために」

図 1-1 では通所介護と訪問介護の労働形態の比較を示したが、ここで、訪問介護員の移動時間と記録作成時間がその労働時間から除外されれば、1日当たり約 170 分が不払い労働となってしまう^{*8}。

このように、訪問介護は、訪問時間に付帯する移動、待機、報告書作成時間等などの付帯時間の存在により非常に不利な労働となっているといえる（それらの時間に賃金が支払われない場合もある）。そして、このようなケースが相当数存在するのが実態といえる。

(3) 付帯労働が生じる背景—サービスの効率化

通達と現場での間でどうしてこのような矛盾が生じるのだろうか。その原因の一つとしてサービスの効率化が考えられる。ここでは、訪問介護における介護報酬の効率化と、それに適応するための（訪問介護）事業所運営の面から考察を行う。

a. 訪問介護における介護報酬の効率化

平成 12（2000）年、介護保険制度が創設され、各介護事業者は政府が定める介護報酬による収入の枠内での事業運営が基本となった。各事業所はこのような介護報酬による収入の枠内での事業運営が求められ、営利法人のみならず社会福祉法人などの非営利法人も、事業の効率化とコスト削減を迫られるようになった。

以下では、このように事業所運営に大きな影響を及ぼす介護報酬（の変遷）について考察する。表 2-1 は訪問介護における介護報酬の変遷を示している。まず、「基本報酬」についてみると、傾向として「身体介護」・「生活援助」双方において短時間のサービスが評価されるようになっていくことがわかる。特に平成 21（2009）年以降、その傾向が強くなっており、「生活援助」においてこの傾向が顕著にみられている。

例えば「生活援助」では、平成 18（2006）年の改定において、1 時間を超えた場合の報酬の追加（30 分を増すごとに 83 単位を増加）が削除されている。また、平成 21（2009）年の改定以降は、短時間の訪問により多くの報酬が設定されるようになっていく。さらに平成 24（2012）年の改定では、「20 分以上 45 分未満」という時間区分が新たに創設され、サービスの短時間化にインセンティブを与える報酬体系へと移行しているといえる。

b. 訪問介護事業運営

このような介護報酬体系の変化に対応するために、事業所は（長時間の訪問には報酬が加算されないことから）短時間の訪問を数多く積み重ねていくことが求められる。例えば表 2-2 からは、訪問介護事業所の 1 月当たりの延べ訪問回数と収支差率の関係を捉えることが可能となる。これによれば、200 回以下の場合の収支差率はマイナス 11.6%、401~600 回のそれはプラス 1.2%、

*8 図 1-1 は、1 日当たり 8 時間従事した場合のモデルケースを示している。これによれば、訪問介護の場合、その移動時間と記録作成時間を合算すると約 150 分となることがわかる。

表 2-1 訪問介護における介護報酬の変遷

	平成12(2000)年	平成15(2003)年改定	平成18(2006)年改定	平成21(2009)年改定	平成24(2012)年改定	平成27(2015)年改定
基本報酬	身体介護中心	210	231	254	170	165
	30分未満	402	402	402	254	245
	30分以上1時間未満	584	584	584	402	388
	1時間以上	30分を増すごとに219単位を追加	30分を増すごとに83単位を追加	30分を増すごとに83単位を追加	584	564
生活援助中心	家事援助中心	153	208	229	229	183
	30分以上1時間未満	222	291	291	190	225
	1時間以上	30分を増すごとに89単位を追加	30分を増すごとに83単位を追加	30分を増すごとに83単位を追加	235	225
	30分を増すごとに89単位を追加	100	100	100	100	97
身体介護・家事援助が同程度	30分以上1時間未満	278				
	1時間以上	403				
30分を増すごとに8151単位を追加						
主な加算	夜間・早期加算					
	特別地域訪問介護加算					
夜間・早期加算						
	特別地域訪問介護加算					
特別地域訪問介護加算						
	特定事業所加算					
初回加算						
	緊急時訪問介護加算					
生活機能向上連携加算						
	介護職員処遇改善加算					

出典：厚生労働省(2000)「介護報酬等に係る告示」(平成12年2月10日)、厚生労働省(2006)「介護報酬単位の見直し案(介護サービス(既存))」(第39回社会保険審議会介護給付費分科会)、厚生労働省(2009)「介護報酬単位の見直し案」(第63回社会保険審議会介護給付費分科会)、厚生労働省(2012)「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」(第88回社会保険審議会介護給付費分科会資料)、厚生労働省(2015)「平成27年度介護報酬改定 介護報酬の見直し案」(第119回社会保険審議会介護給付費分科会資料)をもとに筆者作成

表 2-2 1月当たりの延べ訪問回数と収支差率の関係

		200回以下	201~400回	401~600回	601~800回	801~1000回
		千円	千円	千円	千円	千円
I 介護事業収益	(1)介護料収入	484	1,074	1,811	2,370	2,976
	(2)保険外の利用料	7	26	28	27	47
	(3)補助金収入	7	4	0	9	2
	(4)国庫補助金等特別債立金取崩額	1	2	1	1	2
	(5)介護報酬査定減	0	0	1	0	0
II 介護事業費用	(1)給与費	432 86.6%	905 81.9%	1,429 77.7%	1,774 73.6%	2,222 73.4%
	(2)減価償却費	8 1.5%	23 2.1%	24 1.3%	34 1.4%	31 1.0%
	(3)その他	104 21.0%	213 19.3%	324 17.6%	349 14.5%	431 14.2%
	うち委託費	4 0.8%	6 0.5%	12 0.6%	19 0.8%	15 0.5%
III 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	0	0	1	5	1
IV 介護事業外費用	(1)借入金利息	1	3	3	5	6
V 特別損失	(1)本部費繰入	4	12	28	47	68
収入	①=I-I(4)+III	498	1,105	1,840	2,411	3,025
支出	②=II+IV+V-I(4)	548	1,154	1,809	2,208	2,756
差引	③=①-②	-50 -10.1%	-49 -4.5%	31 1.7%	203 8.4%	270 8.9%
	法人税等	7 1.5%	7 0.6%	10 0.5%	12 0.5%	22 0.7%
法人税等差引	④=③-法人税等	-58 -11.6%	-56 -5.1%	22 1.2%	190 7.9%	247 8.2%
施設数		282	601	447	380	242

※ 比率は収入に対する割合

出典：厚生労働省（2015）「平成 26 年介護事業経営実態調査結果」

601~800回のそれはプラス7.9%となっており、訪問回数に比例して収益差率も高くなっている。つまり、事業所運営を維持するためには、1月400回を超える訪問が求められる。そして、このように数多くの訪問が必要になれば、それに相応した付帯労働の現出が避けられない。

また、事業の効率化に影響を与えるのが訪問介護事業所の人件費率の高さである。例えば、厚生労働省「平成26年介護事業経営実態調査結果」をもとに、主要介護事業所の給与費率を比較すると、介護老人福祉施設における給与費率が57.6%、通所介護事業所のそれは55.8%となっているのに対して、訪問介護事業所のそれは73.7%と高くなっている。

先では、営利法人のみならず社会福祉法人などの非営利法人も、事業の効率化とコスト削減を迫られると指摘した。藤井（2013：42）は、このような状況について、訪問介護事業所では利益を生み出すために経費を削ることができる部分は、基本的には人件費でしかないと指摘している。規模のメリットが働きにくい訪問介護において、事業の安定的な運営を行っていくためには、従事者の給与を抑制し、徹底したパート化や登録ヘルパー化による人件費の削減が求められる（また、その他の手段を見つけることが難しい）。

このように、訪問介護における人件費率の高さはサービスの効率化をより困難なものとする。

(4) 付帯労働の計量化

これまで見たように、近年の介護報酬改定はサービスの効率（短時間）化を要請する。そこにおいては、これまで以上に付帯労働が出現することとなる。それでは、このような付帯労働は実際の現場でどの程度みられているのだろうか？

訪問介護における付帯労働についての先行研究をみると、まず、上野（2011：304-306）は、訪問介護員の「未払い労働時間」について、ワーカーズ・コレクティブが運営する訪問介護の経

営コストを時間費用で測定し、収益事業に対する経営コストが時間費用でほぼ2倍となる(つまり1時間の利用時間があれば、ほぼ同じだけの付帯業務が発生する)ことを明らかにしている。しかし、ここではサービス提供主体が、ワーカーズ・コレクティブに限定され、また、ここでの未払い労働時間の内訳は(ワーカーズ・コレクティブにおいて重要な役割をもつ)会議時間とされていることに注意が必要である。

また、小林(1999:26-30)は、1997年にホームヘルパーの活動時間(実働、移動、待機、研修時間など)について調査を行っているが、この調査は介護保険制度施行前に実施されており、制度施行後においてこれと同様の調査はほとんどみられていない。

そこで、以下では、愛媛県A市における訪問介護従事者アンケート調査を踏まえ、実際のサービス事業所において付帯労働がどの程度存在するのかについて計量化を試みる。そして、サービスの効率化がサービスに与える影響について考察し、当該労働をどのように取り扱えばよいのかについて提言を行う。

3. 愛媛県A市における付帯労働時間に関する調査

(1) 調査の概要と調査方法

愛媛県内のA市は、人口およそ10万人の地方都市である。同市内には市街地を形成する中心部、中山間地域、ベッドタウンを形成する両者の中間の地域が存在する。同市は市街地など一定地域に偏らず多様な地域にわたっていることから、偏りのないデータが得られると考え、当該地域を調査対象とした。また、調査対象の選定においては上記の地域特性を踏まえ、無作為に10事業所を選定し、調査協力依頼を送付した。

その結果、同意が得られたA、B事業所(いずれも市内全域をサービス提供地域とする)に所属する訪問介護従事者(事務職員を除く)に対し、1週間の平均的な勤務状況についてアンケート調査を実施した(平成26(2014)年9月)。

従事者84人に回答用紙を配布し、個別に郵送する方法で回収を行い、70人から回答を得た(回収率83%)。

具体的には、両事業所の従事者から1週間の平均的なシフトを記入してもらうことで、サービス提供時間(訪問時間)と、それに伴い派生する付帯労働時間を定量化した。なお、当該調査では付帯労働時間を(1)移動時間、(2)待機時間、(3)記録時間、(4)会議・研修時間の合計とした。

(2) 倫理的配慮

調査対象事業所に対し、研究協力依頼書を用い、研究の目的・内容を説明し了解を得た。当該調査においては、施設や個人が特定されないこと、調査協力を拒否する権利を有していること、研究に同意しない場合でも不利益が生じないこと、研究の結果は学術目的以外には使用しないこ

とを説明した。データファイルの管理については、他者が閲覧できないように細心の注意を払った。

(3) 調査結果

調査の結果、全労働時間に占める付帯労働時間の割合は約40%となり、相当数の時間の存在が明らかとなった。つまり、サービス提供にかかる総時間が60分であった場合、その約24分は（移動時間等の）付帯労働が占めることとなる。そして、その付帯労働時間の内訳は、移動時間が約60%、記録作成時間が約30%、待機時間が約6%、会議・研修時間が約4%であった。このように、付帯労働時間の約90%を移動と記録作成時間が占めた。以下ではその具体的内容について確認する。

a. 従事者の基本属性

従事者の属性については、すべて女性であった。そして、その中で既婚者が約81%を、40代以上が約92%を占めていた。

従事者の勤務形態については、正社員が約14%、非正規社員が約81%であった。また、非正規社員のうちフルタイムが約11%、パートタイムが約64%であった。職種については、サービス提供責任者が15%、訪問介護員が63%、その他が2%であった。また、勤続年数については、勤続5年以上が約69%を占め、勤続10年以上が約52%を占めた（表3-1）。これらは、全国的な調査と整合的な結果であった。

b. 訪問時間と付帯労働時間の比較

まず、サービス提供時間^{*9}に占める付帯労働時間は39%となった（図3-1）。この結果は、事業所から利用者宅までの往復時間を含め、サービス提供のために60分を要した場合、（実働時間は36分に対し）その約24分は付帯労働となることを表している。

次に、付帯労働時間の内訳をみると移動時間が60%と最も多くを占め、続いて報告書作成時間が30%を占めた。以下、待機時間が5%、会議・研修時間が4%となり、付帯労働のほとんどが移動と報告書作成時間で占めていることが明らかとなった。（図3-2）。この調査結果からは、例えば、利用者宅を訪問し約36分のサービス提供を行った場合、その往復の移動に約14分、報告書作成に約7分、待機と会議・研修にそれぞれ約1分要するということがいえる。

また、待機時間の出現は約6%にとどまっていた。これは、サービス提供責任者が、利用者と従事者との間のサービス調整を行い、効率的なシフトが作成されていることが考えられる。

しかし、先に図1-1（ケースB）で確認したように、訪問介護にはサービスの性格上、（サービスとサービスとの間の）空き時間が少なからず生じてしまう。本調査では、1週あたり平均約94

*9 利用者宅を訪問し、サービスを提供する時間（訪問時間）の他に、移動、待機、報告書作成、会議・研修時間などの付帯労働時間すべてを含む。

表 3-1 従事者の基本属性 (n=70)

年齢構成			勤務形態		
20代	2	2.9%	正社員	10	14.3%
30代	4	5.7%	非正社員(フルタイム)	8	11.4%
40代	20	28.6%	非正社員(パートタイム)	45	64.3%
50代	27	38.6%	その他	4	5.7%
60代以上	17	24.3%	無回答	3	4.3%

結婚の別			勤続年数		
既婚	57	81.4%	1年未満	2	2.9%
未婚(離別)	12	17.1%	1年以上3年未満	4	5.7%
無回答	1	1.4%	3年以上5年未満	13	18.6%
			5年以上10年未満	12	17.1%
			10年以上15年未満	25	35.7%
			15年以上20年未満	9	12.9%
			20年以上	2	2.9%
			無回答	3	4.3%

生計維持者の別		
本人	16	22.9%
配偶者	53	75.7%
無回答	1	1.4%

出典：筆者作成

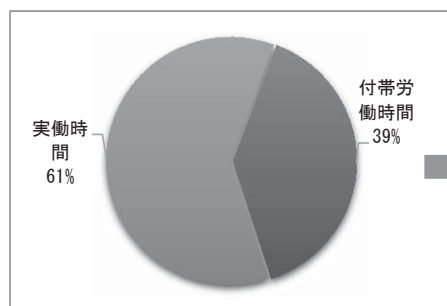


図 3-1 サービス提供時間に占める実働時間と付帯労働時間の割合

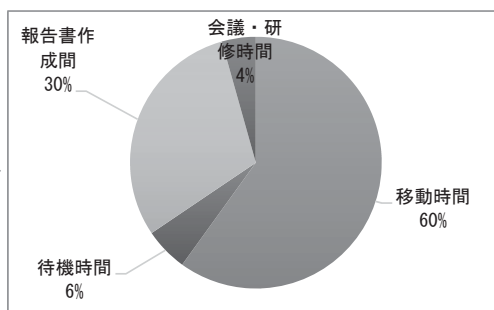


図 3-2 付帯労働時間の内訳

出典：筆者作成

分の空き時間が生じていた。この時間を有効に活用できれば、訪問介護に従事するメリットが生じるが、そうでなければ、当該労働のデメリットが強調されてしまうだろう。

このように、サービス提供においては、少なくない付帯労働時間が発生しているといえる。そしてこれらの時間は、実働時間に不可欠なものであり、(待機時間のように)効率化することが容易ではないものといえる。

c. 訪問時間と移動時間の地区別比較

A市においては、市街地や中山間地域を含む多様な地域が存在する。例えば西岡（2006:37）は、サービス供給量において大きな地域差が認められること、また、地理的な制約によりサービスが利用できない状況について指摘する。このような地域の差異は、付帯労働時間の多寡に影響を与える重要な変数となる。

ここでは、その付帯労働時間の中でも移動時間に着目する。そして、サービス提供地域が異なれば、移動時間にどのような差異が生ずるのかを明らかにするために、実働時間と移動時間の地区別の比較を行う。

A地区はベッドタウンを形成し、その人口は1万人程度、また、B・C両地区は市街地を形成し、その人口はそれぞれ3.5万人程度、そしてD地区は中山間地域であり、その人口は1,000人程度となっている。

図3-3は、地区別の1週間あたりのサービス提供（実働）時間と移動時間との比較を示している。これを見ると、A、B、C地区では、訪問時間に占める移動時間の割合は低く抑えられているのに対し、D（C地区を含む^{*10}）地区については当該時間がその多くを占めていることがわかる。例えば、A市の中で最も人口が多いB地区と中山間地域であるD地区との移動時間の比較を行ったところ、B地区においては（サービス提供における）1件あたりの移動時間が（往復）23分となっているのに対し、中山間地域であるD地区へのそれは（往復）40分となり、約2倍の開きがみられた。

先に、事業所運営を維持するためには1月400回を超える訪問（つまり、短時間のサービス提供）が求められることを確認したが、このような事業所の運営状況を踏まえれば、一定程度人口

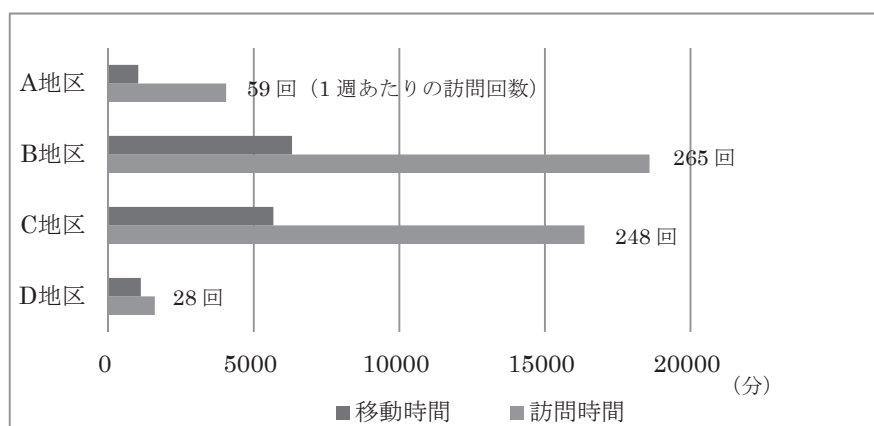


図3-3 訪問時間と移動時間の地区別比較

出典：筆者作成

*10 D地区への訪問には多くの時間を要する。このため事業所は効率よくサービスを提供するためにD地区を訪問する場合、近接するC地区の訪問を組み合わせることがある。

が密集しており、移動時間の発生をできる限り抑えられる地域が選ばれ、そうでない地域は選ばれないということが容易に考えられる。実際、過疎地域へのサービス提供は、多くの時間的コストを要すことから事業所運営面では著しく不利なものとなるだろう。

d. 過疎地域へのサービス提供—事業所の運営努力

各事業所は、市内全域を移動コストのかかるサービス提供にどのように対応しているのだろうか。ここでは当該事業所の運営努力を挙げる。

表3-2は、正規社員と非正規社員との比較を示している。これをみると、正規社員の付帯労働時間、その中でも移動時間が非正規社員のそれよりも多くなっている。この結果からは、移動にかかると時間のかかる訪問を、正規社員も担当していることが伺える。つまり、中山間地域など移動に時間のかかる非効率なサービス提供を正規社員が代替することで、(パートタイムなど)非正規社員の時間的コストだけでなく、収入の減少をカバーしようとする配慮がなされているといえる^{*11}。

調査対象となったA・B両事業所は、ともに母体法人の安定した運営の下で運営を行っている。このような事業の体制が維持されていることで、過疎地域へのサービス提供が可能となり、また、正規社員が(非正規社員の待遇悪化を防ぐために)非効率な労働を代替することが可能となるものと考えられる。

しかし、事業所の体制が整っていない場合は状況が異なる。厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査の概況」によれば、訪問系サービスの経営主体は、その約64%が民間企業となっている。民間企業においては、(社会福祉法人などの公益法人よりも)一層のサービスの効率化が求められることは容易に想像できる。そこにおいては、時間的コストがかかる過疎地域へのサービス提供は困難となるだろう。

(4) 考察

a. 訪問介護の非効率性

今回の調査では、従事者の全てのサービス時間に占める付帯労働時間の割合は約40%となった。この中でも待機時間は、管理者が従事者のシフトを調整することにより効率化が可能となる。しかし、移動と報告書作成時間については、サービス提供上避けられないものといえる。

介護労働の特徴について、井口(2012:135-136)は、(その商品の生産が機械化されておらず)人間の労働が多く含まれている労働集約的な分野であると指摘する。また、上野(2011:445)は、生産された労働がその場で消費されるという特性をもったサービスであり、その生産のためには労働者を消費者のいる場に運ばなければならないと指摘する。訪問介護は、(上野が指摘するように)戸別訪問しサービスを提供することから(他のサービスと比較し)より労働集約的となる。さらに、移動時間をはじめとする付帯労働時間の発生が避けられず、そのサービスは非効率となる。

*11 この点について、サービス事業所の管理者へのインタビュー調査からも確認を行った。

表 3-2 訪問時間と付帯労働時間の比較

正規職員の場合 (n=5)

	時間(分)	%		時間(分)	%	
実働	1935	48.2%	}	移動	1415	67.9%
付帯労働	2083	51.8%		待機	0	0%
計	4018	100.0%		記録	450	21.6%
				会議・研修	218	10.5%
				計	2083	100.0%

非正規職員の場合 (n=46)

	時間(分)	%		時間(分)	%	
実働	39740	64.0%	}	移動	13311	59.5%
付帯労働	22359	36.0%		待機	1470	6.6%
計	62099	100.0%		記録	6725	30.1%
				会議・研修	853	3.8%
				計	22359	100.0%

出典：筆者作成

しかし、近年の介護報酬体系は、労働集約的な訪問介護に（サービスの）さらなる効率化を要求する。この状況は、サービス提供において様々な問題を生じさせる。以下では、サービス時間の短縮（効率）化の影響について確認する。

b. サービスの効率化と付帯労働

近年の介護報酬改定により、訪問介護におけるサービス提供は短時間（効率）化されることで報酬上評価されるようになった。しかし、今までどおりのサービス供給量を維持するためには、（短時間（効率）化されることによって）より多くの訪問回数が求められることになる。事業所は、利益を確保するために、短時間のサービスを数多く提供することが求められていることはすでに確認した。このように、訪問回数が増えれば増えるほど、移動や報告書作成時間などの付帯労働時間も増加する。そして、これらの時間に賃金が支払われなければ、訪問介護は（賃金）不払い時間の多い、より不利な労働となっていく。

このような状況について、坂本（2012：18）は、これまでと同様のサービスを短時間で行うこととなり、労働の過密化につながると指摘する。

c. サービスの効率化と地域格差

サービス時間の短縮化は、従事者だけでなく、移動に時間がかかる地域へのサービス提供へも消極的な影響を及ぼす。図 3-3 では、中山間地域において多くの移動時間を要すことを確認した。サービスの効率化を促す近年の介護報酬体系においては、日本総合研究所（2008：3）が指摘す

るように、移動時間や待機時間などの付帯労働時間をいかに削減するかが事業所の収益安定化のポイントとなる。このような中で事業所の収益を確保するためには、安定した母体法人の存在や、非効率的なサービス提供をカバーできるスタッフの存在が求められる。しかし、現実的にそのような事業所は少数派であり、多くの事業所は、移動に時間のかかる地域へのサービス提供に消極的となることが考えられる。

介護保険制度は、社会保険制度という性格上、居住する地域にかかわらずサービスの平等性が担保されなければならない。しかし、(訪問介護に限らず)サービス供給量(体制)についてみると、地域によっては著しい格差が存在する。例えば川村(2014:117)は、「中山間地域や離島などの過疎地域では指定介護老人福祉施設などのサービスが整備されていない。また、ケアマネジャーがいないにもかかわらず、介護保険料は毎月徴収されている」と指摘する。実際に中山間地域などの過疎地域をサービス提供地域から除外している訪問介護事業所も少なからず存在する^{*12}。

このように、訪問介護における効率化の追求により、過疎地域へのサービス提供が忌避され、サービス供給における地域格差が加速することが懸念される。

4. まとめ—訪問介護における人材確保

現在、訪問介護は深刻な人材不足にあることはすでに確認した。訪問介護は、利用者の自宅において1対1で提供するサービスであり、労働集約的性格が強く、その人材不足がサービス供給量に直結しやすい。訪問介護サービスの拡充のためには、(他のサービスと比較し)より多くの人材の参入が求められることになる。しかし、サービスの効率化の要請は、従事者の労働を強化させるとともに新たな人材の参入を妨げていると考えられる。加えて、サービスの地域格差にも消極的な影響を及ぼしている。

このような状況を克服し、人材を確保するためには、効率化の行き過ぎによって強化されている従事者の労働条件を改善することが不可欠となる。例えば吉田ら(2010:121)は、移動時間等の非定型的労働への支払いは時給を低下させるとした上で、移動時間などの付帯時間に給与を支払う代わりに、時給が低下するような(つまり全体のパイは変わらない)方法では人材確保において何の意味ももたないと指摘する。また、大澤(2012:140)も、介護サービス提供時間以外の業務時間に対する賃金の支払いがあることが、短時間訪問介護員の労働供給を増やすことを指摘している。

今回の調査結果からは、サービス提供時間に占める付帯労働時間の割合が約40%であること、また、そのなかで移動と報告書作成時間が約90%を占めることが明らかとなった。この調査結果からは、少なくとも、現在の訪問介護員の報酬(待遇)を36%改善する余地があるというこ

*12 中山間地域や島嶼部をサービス提供地域から除いている事業所が少なからず存在する。介護サービス情報公表システム参照。<http://www.kaigokensaku.jp/> (2014/2/21 アクセス)

とができる。

表 1-2 では、訪問介護には付帯労働が存在すること、また、これらの労働時間に適切に賃金が支払われない場合があることを確認した。このような付帯労働の取り扱いのばらつきを整えるために、当該労働を介護報酬上評価することが考えられる。そこにおいては、少なくとも（表 1-2 で確認した）介護職員との労働条件の格差を解消することが求められ、そして、訪問介護における人材を拡充するためには、訪問介護員（の労働条件）にインセンティブを与えるような待遇改善策が求められるだろう。

5. おわりに—人材確保策の提案

本論では、訪問介護員への待遇改善の必要性を指摘したが、そのためには具体的にどのような方法が考えられるのだろうか。本論を閉じる前に若干の指摘をしておく。

まず、移動時間と報告書作成時間を介護報酬に組み込み、介護報酬の基本報酬部分を 36% 引き上げることが考えられる。

次に、移動手当ての支給が考えられる。例えば表 5-1 は、（介護保険制度創設以前の）訪問介護単価の変遷を表している。介護保険制度創設以前は、移動時間に応じた手当てが支給されていた。このような手当てを介護報酬における加算として創設することが考えられるだろう。

しかし、これらの提案をすすめるためには、1 月当たりのサービスの利用制限である区分支給限度額^{*13}に配慮する必要がある。

例えば堤（2010：74）は、「支給限度額が存在するために、望ましいサービスを受けるために加算を算定している事業所を選択した場合、結果として限度額の範囲内ではサービスが受けられないということが発生する」と指摘する。訪問介護の場合、1 回当たりの単価設定となっていること、また、（利用者によっては）1 日 3 回など多くの利用回数が必要となることなどから、報酬単価の引き上げや加算の算定などで 1 回あたりの利用料が引き上げられると、（場合によっては）希望するサービスが利用できないケースが生じる。

前者の提案の場合、介護報酬が引き上げられることにより、利用者負担が増加し、それが結果として利用回数の減少につながることも考えられる。また、後者についても、加算を算定することで利用者負担の増加となることが考えられる。このようなことから（介護報酬の枠組みの中で考える場合）、いずれも区分支給限度基準額の算定対象から除外するような仕組みが求められるだろう。

ここまで介護報酬の枠組みの中における評価方法を示したが、もちろん、介護報酬とは別次元

*13 居宅介護サービス及び地域密着型サービスについて、要介護度別に区分支給限度基準額（以下「限度額」という。）を設定し、一定の制約を設けるとともに、その範囲内でサービスの選択を可能とする仕組みとなっている。例えば、要介護 1 の場合は、165,800 円 / 月、要介護 5 の場合は 358,300 円 / 月と設定されている。厚生労働省（2014b）「区分支給限度額について」（第 103 回（平成 26 年 6 月 25 日）介護給付費分科会 資料 1）参照。

表 5-1 訪問介護の単価設定 (介護保険制度依然および介護報酬)

	平成9年 ¹⁾	平成11年 ²⁾	平成12年 ³⁾	(介護報酬) (平成12年)
身体介護中心業務				
巡回型1回(30分程度)	¥1,430	¥1,870	¥1,870	¥2,100
滞在型1回(1時間程度)	¥2,860	¥3,730	¥3,740	¥4,020
家事援助中心業務				
滞在型1回(1時間程度)	¥2,100	¥1,460	¥1,470	¥1,530
移動時間(訪問先→次の派遣先)	¥2,100	¥1,460	¥1,470	¥0
30分未満 換算せず				
30分以上1時間未満 *単価×0.5				
1時間以上 *単価×1				

(注) 1) 厚生省発老第82号平成9年10月1日。
 2) 厚生省発老第99号平成11年12月9日。
 3) 厚生省発老第120号平成12年12月20日。

出典：森川美絵(2012, p87)「『介護労働の低評価』再考 - 日本の介護保険制度における介護労働評価の枠組み」『社会政策』No. 3 (3)

の助成も考えられる。例えばエスピン-アンデルセン G.Esping-Andersen (1999: 166-167) は、「サービス主導型の経済では、コスト病^{*14}により生産性が低下するという問題が生じ、これを克服するために、政府の事業として直接的にか、それとも、消費者への助成により間接的にか、いずれかの形によるサービスへの助成が考えられる^{*15}」と指摘する。

このように、訪問介護における人材確保を考える場合、介護報酬とは別次元のアプローチも考えられる。そして、これに介護報酬体系を見直すアプローチを加えた重層的な方策が考えられてもよいだろう。これらの具体的な検討については、今後の課題としたい。

参考文献

- ・ G. Esping-Andersen (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press. (=2000. 渡辺雅男・渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎 市場・福祉国家・家族の政治経済学』桜井書店.)
- ・ 藤井渉 (2013) 「介護報酬改定が介護保険事業所に与える影響について - 富田林市の事例から」『四天王寺大学大学院研究論集』No.8, pp.39-55.
- ・ 原田由美子 (2003) 「ホームヘルプ制度の現状と課題」『現代社会福祉の諸課題 - 介護保険の現状と財政を中心に』(第Ⅲ部第2章) 晃洋書房.

*14 自動車製造部門や小売部門のような商業部門では、機械や器具の技術革新によって絶えず生産性は上昇している。それに対して、実演芸術や看護、教育のような労働集約的な部門では、人的活動に大きく依存しているため、生産性はほとんどあるいはまったく上昇しない。また、人件費の削減も難しい。こうしたコスト病の指摘は、ポーモルとポーエンによる (W. Baumol & W. Bowen 1994: 218)。

*15 エスピン-アンデルセン (2000: 166-167) は、先進諸国はすべて程度の差はあれ、この助成戦略を採用していると指摘する。

- ・石田一紀、植田章ほか（2000）『介護保険とホームヘルパー－ホームヘルプ労働の原点を見つめ直す』萌文社.
- ・伊藤周平（2003）「構造改革と社会保障の権利（8）介護事業者・介護従事者の現状とサービス利用者の権利（その1）（社会保障をめぐって何が始まったか資料（第1回）「高齢者よ譲れ！」の大合唱）『賃金と社会保障』 pp.56-71.
- ・伊藤周平（2003b）「構造改革と社会保障の権利－第一部 介護保険法と社会保障の権利（8）介護事業者・介護従事者の現状とサービス利用者の権利（その2）」『賃金と社会保障』, pp.84-102.
- ・川村匡由（2014）『介護保険再点検－制度実施10年の評価と2050年のグランドデザイン』 ミネルヴァ書房.
- ・小林良二（1999）「ホームヘルプサービスの効率化とその問題点」『社会福祉学』 No.15, pp.17-36.
- ・松下やえ子（2014）「深刻化する人材不足－サービス提供責任者・登録型ホームヘルパーそれぞれの立場から」『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』 結城康博、松下やえ子、中塚さちよ編著 ミネルヴァ書房.
- ・森川美絵（2012）「「介護労働の低評価」再考－日本の介護保険制度における介護労働評価の枠組み」『社会政策』 No. 3（3）, pp.78-89.
- ・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.
- ・中井清美（2003）『介護保険 地域格差を考える』 岩波新書.
- ・西岡陸子（2006）「介護保険制度における地域格差の現状－高知県大正町 地域包括モデルの提案」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』 No.55, pp.31-40.
- ・大場敏彦（2004：7）「訪問介護労働者の労働実態と厚生労働省「通達」の意義」『労働法律旬報』 No.1590, pp.4-10.
- ・大澤理沙（2012）「短時間訪問介護員の労働供給関数の推定：労働条件の改善は短時間訪問介護員の労働時間数を増加させるか」『GEMC journal：グローバル時代の男女共同参画と多文化共生：Gender equality and multicultural conviviality in the age of globalization』 No.7, pp.130-142.
- ・坂本忠次編（2003）『現代社会の諸問題－介護保険の現状と財政を中心に』 晃洋書房（第Ⅲ部第2章）
- ・白崎朝子（2009）『介護労働を生きる－公務員ヘルパーから派遣ヘルパーの22年』 現代書館.
- ・高橋龍太郎・須田木綿子（編）（2010）『在宅介護における高齢者と家族－都市と地方の比較分析』 ミネルヴァ書房.
- ・高松智画（2009）「介護労働者の現状と課題」『龍谷大学社会学部紀要』 No.34, pp.19-30.
- ・堤修三（2010）『介護保険の意味論 制度の本質から介護保険のこれからを考える』 中央法規出版.
- ・上野千鶴子（2011）『ケアの社会学 当事者主権の福祉社会へ』 太田出版.
- ・吉田和夫、水野利英、車井浩子（2010）「訪問介護員の賃金関数の推定」『商大論集』 No. 61（2/3）, pp.119-149.

資 料

- ・介護労働安定センター(2013)「平成24年度 介護労働実態調査結果について(事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の従業実態と就業意識調査)」
- ・厚生労働省(1999)「介護報酬の仮単価について」(全国担当課長会議 資料No.4)
- ・厚生労働省(2000)「介護報酬等に係る告示」(平成12年2月10日)
- ・厚生労働省(2003)「介護報酬単位の見直し案」(第18回社会保障審議会介護給付費分科会)
- ・厚生労働省(2004)「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」
- ・厚生労働省(2006)「介護報酬単位の見直し案(介護サービス(既存))」(第39回社会保障審議会介護給付費分科会)
- ・厚生労働省(2008)「訪問介護労働者の法定労働条件の確保のために」
- ・厚生労働省(2009)「介護報酬単位の見直し案」(第63回社会保障審議会介護給付費分科会)
- ・厚生労働省(2010)「訪問介護員のための魅力ある就労環境づくり～労働条件改善に向けた実践方策～」(平成22年度 厚生労働省委託事業「訪問介護労働者の労働条件改善事業」,pp.24-28.)
- ・厚生労働省(2012)「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」(第88回社会保障審議会介護給付費分科会資料)
- ・厚生労働省(2014)「平成25年介護サービス施設・事業所調査の概況」
- ・厚生労働省(2015)「平成27年度介護報酬改定 介護報酬の見直し案」(第119回社会保障審議会介護給付費分科会資料)
- ・厚生労働省(2015)「平成26年介護事業経営実態調査結果」
- ・シルバーサービス振興会(2010)「介護事業者の経営実態の把握並びに効率的、効果的なサービス提供のための事業収支シミュレーションの構築に関する調査研究事業報告書」
- ・日本総合研究所(2008)「介護支援ビジネスの発展に向けた制度改革の視点－経営改善のインセンティブが強い報酬体系に」

(2015年10月1日受理)

(つばい よしふみ 公共政策学研究科 大学院生)