

介護サービスにおける公私の役割分担と公的支援の必要性

——日本とオーストラリアの介護サービスの比較——

名古屋市立大学経済学部附属経済研究所 下野 恵子

1. はじめに

介護サービス産業は、雇用が縮小している現在の日本経済において、雇用の拡大が期待できる数少ない産業である。長期的にみても、今後高齢者の増加は続く、特に80歳以上の後期高齢者は急激に増加すると予測されており、介護サービス需要は確実に高まる。

この論文では、まず、オーストラリアの介護産業の現状を紹介し、日本の現状と比較する。その上で、介護サービス産業を発展させるためには公的支援が不可欠であることを明らかにし、さらに、オーストラリア並みの介護サービス提供のために

はどの程度の公的支援が必要であるのか、を論じる。また、日本の在宅介護の担い手であるホームヘルパーの特徴、問題点についても、オーストラリアと比較して述べる。

この論文で、オーストラリアを取り上げたのは、介護サービスが政府の責任において実施されている北欧諸国とはことなり、民間企業を生かす形で介護サービスが提供されているためである。北欧諸国は手厚い介護サービス（高齢者、障害者などすべてのハンディキャップを持った人に対して）を提供しているが、所得の半分以上が税金であり、さらに、施設・在宅を含めて介護サービスが完全に公務員（女性、part timeが大部分）によって提

表1 日本とオーストラリアの比較

	日 本	オーストラリア
人口 (1999)	1億2,700万人	1,900万人
高齢者数	2,100万人	220万人
人口の伸び率 (1990-97の平均)	0.30%	1.20%
高齢化率 (2000)	17%	12%
2020年の予測値	27%	17%
平均寿命 (1997)	男性	75.6歳
	女性	81.3歳
1人あたり GDP (1997)	37,850US\$	20,540US\$
GDPに占める税収の比率 (1996)	28.40%	31.10%
特別養護老人ホーム数(*)	3,942	1,500
定員あるいは在所者数(**)(***)	266,568	64,300
1施設あたり定員あるいは在所者数(**)(***)	67.6	42.9
ホーム・ヘルパー数(**)(***)	157,711	85,912

注1. この表は、各種統計から、著者によって作成された。

注2. * 日本は1998年実績値で、オーストラリアは1996年6月の値。

** 日本は定員、オーストラリアは在所者数。

*** オーストラリアのホームヘルパー数は民間部門のみ。訪問介護の利用者の8割が政府団体を利用している。

供されているという点で、日本の現状とあまりに差が大きい。北欧並の高い税金、雇用者の3分の1を占める大量の公務員の存在を日本人が受け入れられるとは思えない。一方、オーストラリアは、介護サービス水準は日本より遙かに高いが、税金は北欧ほど高くないし、介護サービス産業でも民間団体が活躍しているという点で、日本との類似性もある(表1を参照)。いわば到達可能な目標であり、最近日本人専門家のオーストラリア訪問も多くなっており、ヘルパーの研修も増加しているそうである(福原・浅川(2000)を参照)。オーストラリアの介護水準については、2.1節で述べるが、表1をみても日本よりかなり施設、在宅とも充実していることがわかるであろう。

オーストラリアでは、社会保険方式ではなく、税方式によって、介護サービスを運営している。ちなみに、介護サービスの提供を、社会保険として実行しているのは、日本以外ではドイツの例しかない。ただし、ドイツは完全な社会保険であり、日本のように半分は税金を投入するという折衷的な方式ではない。日本、ドイツで介護保険を社会保険方式にした理由は、医療保険が社会保険方式であったことが大きい。医療と介護は密接に関わっており、収入が見込める方での活動が盛んになりやすい。例えば、日本では2000年まで介護保険がなかったため、医療ではなく介護の必要な高齢者のための施設が老人病院であった。老人病院が増加し、医療保険の大きな負担となったことが、介護保険の導入を促したのである。

さらに、日本の介護保険は、公的支援の半分が税金、半分が保険加入者(40歳以上)からの保険料である(ドイツは全額保険料である)。日本で折衷的な保険方式をとった理由は、医療保険がすでに社会保険方式であったこと、および、急いで介護サービスを整える必要性があったためである。その間の経緯は、岡本編(1995)に詳しい。

ところで、介護サービスは、医療と同様に、公的支援が必要な分野であることに異論はないであろう。実際、日本でも介護サービス分野に急激に民間企業が参入し始め、介護サービスの利用者が増加したのは、2000年4月に導入された公的介護保険の実施が契機となった。公的介護保険実施以前は、介護サービスは「福祉」であり、サービス利用者は低所得者(非課税世帯)にほぼ限られてきた。特別養護老人ホームに関しても、数が少なく、低所得者が優先された。平均的な世帯にとって、訪問介護サービスも特別養護老人ホームも遠い存在であった。その結果、介護が必要になった場合の選択肢は、家族介護(妻か嫁)か、老人病院(あるいは精神病院)しかなかった。その結果、高齢者の急増は医療保険の悪化を招き、介護保険の導入が計画された。

介護保険は、家族介護の限界に気づいた世論を味方に付けて、多くの反対がありながらも2000年4月に実施された。公的介護保険の導入により、介護サービスは、低所得者に限定された「福祉」ではなく、必要とする人が誰でも利用できる「権利」となった。しかし、現在の高齢者の多くが、家族以外の世話を想定していないこと、さらに、過去の記憶を引きずり「福祉」の世話にはなりたくないという意識を持ち、外部の介護サービスの利用を拒んでいる。厚生省(現、厚生労働省)は、2000年度の介護保険の在宅訪問サービス利用者を約200万人と見込んでいたが、開始時では130万人にとどまった。さらに、岐阜県経済振興センター(2001)のアンケート調査でも、公的介護保険実施後半年の10月時点で、要介護認定を受けた高齢者の16%の人は利用せず、利用したとしても介護サービス利用の平均は限度額の半分程度にとどまっている。そのため、介護保険実施前には、介護サービス供給の不足が危ぶまれていたが、その点は、今のところ全く問題となっていない。逆

にサービス需要が少なく、赤字企業が大半を占め、経営が成り立たずサービス供給を縮小する動きさえあった。しかし、今後、権利意識の強い団塊の世代が高齢者の仲間入りをするところには、介護サービス供給の不足が起こるであろう。介護サービス産業を育成することは、比重を増していく高齢者の生活の安定、日本の経済に対する経済効果を考えても、非常に重要である。

論文の構成は以下のとおりである。2節では、オーストラリアの介護サービス産業の規模や公私の役割分担について述べる、3節では、訪問介護サービスで働くヘルパーに注目する。4節では、オーストラリアの介護サービス産業の収支表を分析することにより、介護サービス分野においては手厚い公的支援が行われていることを明らかにし、オーストラリアと日本の高齢者介護に対する公的支援の規模を比較する。5節はまとめである。

2. オーストラリアの介護サービス産業

2.1 介護サービス産業の概要

最初に、オーストラリアでは、日本と異なり退職金制度やボーナスもないため、平均的な高齢者の資産は持家と少額の金融資産に限られることを強調しておきたい。老後の生活資金は、一律給付の公的年金（資産、所得による減額制度がある）が主であり、それに加えて、superannuationと呼ばれる職域年金あるいは積立年金、多少の利子所得、家賃などからなっている。平均的な高齢者が膨大な資産（土地、金融資産とも）を抱え込んでいる日本とは全く異なる（日本の高齢者の現状については橋木編（2001）の第8章を参照）。

表2によってオーストラリアの介護サービス供給量を先進諸国間で国際比較してみると、施設介護、在宅介護とも、ほぼ平均的である。1990年前後のデータでは、65歳以上人口の6.2%が介護施

表2 施設介護と訪問介護の65歳以上人口あたり利用率の国際比較

	介護施設	ホームヘルプ	合計
オーストラリア	7.0 (1981) 6.2 (1991)	7 (1988)	13%
デンマーク	6.0 (1980) 5.2 (1992)	14 (1980) 17 (1991)	22%
フランス	5.4 (1982) 5.0 (1990)	7 (1985)	12%
ドイツ	4.3 (1980) 5.4 (1992)	1-3 (1992)	6-8%
イタリア	1.9 (1981) 2.4 (1988)	1 (1988)	3%
日本	2.7 (1993)	2 (1993)	5%
スペイン	2.0 (1981) 2.4 (1988)	1 (1985) 2 (1994)	4%
スウェーデン	6.0 (1980) 5.3 (1990)	17 (1980) 13 (1990)	18%
イギリス	3.7 (1980) 5.1 (1990)	13 (1991)	18%
アメリカ	5.2 (1980) 5.2 (1990)	4 (1990)	9%

注1. 利用率はOECD（1996）より作成。

注2. 日本の介護施設利用者には、6ヶ月以上入院の高齢者を含む。

設を使用し、訪問介護サービスは65歳以上の7%が利用している。介護施設の利用率については、高齢者人口の5%程度の国が多く、オーストラリアの介護施設利用率は平均以上である。訪問介護利用率については、イギリスや北欧諸国の高齢者の13%前後という高い比率には及ばないものの、アメリカの4%に比べると高い水準にある。

ちなみに、日本はヨーロッパでも最低の介護水準であるスペイン、イタリアとほぼ同じで、介護施設（6ヶ月以上の老人病院入院者も含む）の利用率は高齢者の2.5%程度、訪問介護の高齢者の1-2%にとどまっている。介護施設の利用率では欧米の平均並のドイツも、1995年の介護保険実施前の1992年における訪問介護の利用者は高齢者の1-3%にとどまった。日本とドイツについては、公

的介護保険の導入によって、利用者は大きく伸びている。この事実は、介護サービス供給を増加させるためには、社会保険あるいは税金の形での公的資金の導入が必要であることを意味している。

さて、オーストラリアの介護サービス産業の歴史を簡単に振り返ってみよう。オーストラリアの介護サービスは、北欧諸国と同様に、施設介護が先行した。介護施設としては、介護の程度が重い高齢者のための施設、日本の特別養護老人ホームにあたる Nursing home と、介護の程度が軽い高齢者の住む、日本でいうケアハウスにあたる Hostel がある。

高齢者の増加と共に、介護施設も増加し、1980年代には高齢者福祉関連の予算の90%近くが施設介護に占められ、その伸びも急激であった。特に、Nursing home は需要が多くその結果予算が付きやすく、民間営利企業による建設が活発に行われた。

このような施設に偏った介護サービスを見直すべく、1985年には、HACC (the Home and Community Care Program)法が制定され、訪問介護サービスの発展、充実が図られることとなった。HACCの予算は連邦政府が60%、州や他の地方自治体が40%の分担割合である。1997年には、連邦政府が4.23億ドル、地方政府が2.70億ドル、合計7億ドルを支出している。オーストラリアのGDPの1.5%にあたる。

1997年にはさらなる介護サービスの充実を目指して、高齢者福祉機構改革が実施された。その目的は、以下の4つである。

1. 地域によるサービス格差をなくし、地域サービスそのものの質を上げる。
2. 古い施設の建物、設備の改善。
3. そのための資金として、一時入居金制度の Nursing home への導入 (Hostel では80年代半ばから実施)。

4. Nursing home と Hostel の一体化。

2番目の施設の改善に関しては、非常に厳しい基準が設けられた。Nursing home は古い建物が多く問題とされていたが、2007年までに、二階建て以上は認めない、居室は個室あるいは2人部屋、居室内あるいはすぐ近くにシャワー・トイレがあること、という基準を満たさなくてはならない。満たせない場合には運営停止となる。すでに、この基準を満たせる可能性がないので、運営を止めた Nursing home も出てきている。民間営利企業が1960年代に建てた Nursing home の多くはこの基準を満たせないだろうと言われている(福原・浅川(2000)を参照)。

Nursing home と Hostel を比べてみると、Hostel のほうが新しく設備も整っている。Hostel ではシャワー・トイレ付きの個室が大半であるが、古い Nursing home には4人以上の部屋もある(私も4人部屋を見たが、日本より部屋は広く、プライバシーの配慮もあったことを申し添えておく)。Nursing home の設備改善の資金として期待されているのが、3番目の入居一時金である。Nursing home, Hostel の利用料は年金額の85%であり、入居一時金とは、単身2万2,500ドル、夫婦で4万5,000ドル以上の金融資産を持っている場合、それを施設に預ける制度である。自宅を処分してまで資金を用意する必要はない。Hostel では、この入居一時金から年間2,600ドル、最高5年間分を利用料に上乗せできる。また、入居一時金の利子は施設の収入になる。ちなみに、現在1オーストラリアドルは約70円である。

さらに、Nursing home と Hostel の統合は、介護度が高くなった場合に Hostel から Nursing home に移る必要がでてくるのを避けようとしたこと、また、要介護度の高い高齢者の増加を見越して Hostel を Nursing home 化しようという試みである。しかし、3.1節で見るように、高齢者あ

たり雇用者数は、両施設で2倍以上異なり、特に民間営利団体の Hostel にとっては対応が難しいようである。

以上の歴史をふまえて、オーストラリアの介護施設が町中にあること、さらに、個室化を強力に押し進めようとしている点を強調しておきたい。日本では特別養護老人ホームは、低所得で身よりのない高齢者に対する「福祉」の一環であったため、個室ではなく4人部屋が一般的であったし、介護保険が導入されても政府の政策、建設基準は変わっていない。しかし、今や介護施設は「福祉」ではなく「権利」である。親に経済的に依存している学生でさえバス・トイレ付きの個室を求める時代に、高額の資産を持ち豊かな年金生活をしている平均的な高齢者の生活の場として、4人部屋は全く時代錯誤である。

多くの福祉の関係者、役人、政治家がオーストラリアにも視察に来るそうである。誰もが利用できる、生活の場として介護施設を想定すれば、バス・トイレ付きの個室は当然の要求ではないだろうか。まして、日本の一人あたり GDP はオーストラリアの2倍近く、不況とはいえ日本は豊かな社会なのである(表1を参照)。豊かな社会で病院、介護施設がなぜこんなにみすぼらしいのであろうか。居住水準の向上に見合った、病院や介護施設にする必要があろう。

今回のオーストラリア滞在中(2001年4月から6月)、いくつかの Hostel(日本でいうケアハウス)と Nursing home(特別養護老人ホーム)を訪問したが、シャワー・トイレ付きの明るく十分な広さのある個室が主であった。古い建物では4人部屋もあったが、日本とは全く広さが違った。日本の養護老人ホームで個室主体の所はほとんどなく、また個室であってもシャワー・トイレは別になっている。今後、特別養護老人ホームの早急な整備が必要であるが、その際、シャワー・トイ

レ付きの個室化、そして、都会に近いことが重要であろう。日本でも養護老人ホームを何か所か訪問したが、その際、景色ではなく利便性、特に近親者が訪れやすいことの重要性を実感した。シドニーのごくふつうの住宅地の中に他の住宅と変わらない姿で存在している Nursing home は感動的であった。小さな表札を見なければ、それが介護施設であるとは誰も気がつかないであろう。

次に、訪問介護サービスであるが、オーストラリアでは、子供の世話の援助、障害者および高齢者の介護・家事援助サービス、失業者・移民などを含めた生活困難者に対する援助が住民サービス(Community Services)として統合されている。そのため、この論文では、施設介護、訪問介護とも、日本の概念に可能な限り近づけるように努めているが、高齢者に対する介護サービスのみを統計数値として取り出すことが時として困難であった。特に、訪問介護サービスは、高齢者だけでなく障害者も含めて提供されているので、両者を峻別することは不可能である。

訪問介護サービス供給の主体は、民間非営利団体と政府団体であり、この分野の民間営利団体はほとんど無いに等しい(表3を参照)。オーストラリアでの訪問介護サービスは所得に応じて無料から1時間あたり20ドルまでの差がある。多くは1時間あたり2~3ドルであり、週21~30ドルが平均である。実際にかかっている費用は週あたり160~250ドル(日本円で11,200~17,500円)であり、自己負担率は12%程度で日本と同じ程度である。ただし、自己負担は年金額の17.5%以内と定められており、サービスの上限はない。しかし、必要な介護サービスに関しては、医者、看護婦、ホームヘルパーからなるグループによる評価(グループアセスメント)がなされるので、過剰なサービス利用はできない仕組みとなっている。

最後に、オーストラリア人が、無料で十分な介

扱っており、民間部門の扱っているのは全利用者の2割にすぎない。このように、訪問介護において公的部門の比重が高いことは、訪問介護サービスは採算に乗りにくいことを意味している。後で見ると、オーストラリアの訪問介護サービスを支えているのは、雇用者の2倍以上という大量のボランティアである（表5を参照）。

なお、日本でも介護施設は大半が民営であるが、オーストラリアと同様に主な収入は公的資金である。訪問介護は社会福祉協議会が行っている場合が多いことは、オーストラリアの現状に対応しているように思われる。最近では、大都市を中心に民間企業に訪問介護サービスを委ねようとしているが、オーストラリアの例を見ると、ヘルパーの賃金、身分保障を行うこと採算とを両立させることはかなり難しいことかも知れない（3節を参照）。

さらに、表3をみると、民間のNursing homeでは一人あたり年額約37,000ドル（年額260万円、月21万7000円）、Hostelは17,000ドル（年額118万円、月9万8000円）かかっている。

Domiciliary Supportは、訪問介護サービス以外を含み、訪問介護の概念に完全に対応していないが、その利用者の2割を民間非営利団体が扱い、8割を政府団体が扱っている点が印象的である。継続的な利用者に関しては、1週間あたり160～250ドルがかかっているとされる。利用者の自己負担は21～30ドルである。実際にかかった額を年額に直すと、8,300～13,000ドル（年額58～90万円、月4.8～7.5万円）である。Hostelより費用は低くなっている。

次に介護サービス産業における民間団体に注目する。民間団体は日本の特別養護老人ホームにあたるNursing homeで、営利団体537、非営利団体323で、合計860である。Hostelは日本でいうケアハウスにあたり、元気であるが何らかの手助けが必要な人、あるいは独りで住むことに不安を感じる高齢者が住んでいる。その数は全部で693、営利団体が159に対して非営利団体が534である。Nursing homeのように介護の必要度の高い施設では営利団体の割合が63%と高いが、介護の

表4 オーストラリアの民間介護サービス関連団体の数

施設介護	営利団体	非営利団体	合計
Nursing homes (特別養護老人ホームにあたる)	537 62.4%	323 37.6%	860
Hostels (ケアハウスにあたる)	159 22.9%	534 77.1%	693
訪問介護など			
Non-residential care service n. e. c. (訪問介護以外の活動も含む)	50 2.2%	2191 97.8%	2241

出所：ABS “Community Services” (1998)から介護サービス部分にあたる部分をまとめた。1996年6月調査。

注1. Nursing homesの営利団体数が538になっていたが、他の統計数値からも明らかな誤りなので、修正してある。

注2. Non-residential care service n. e. c.には、高齢者、障害者に対する訪問介護サービスだけでなく、活動のための募金活動、食事配給、福祉情報全般の提供・アドバイスなど目的を異にする多くの団体が含まれる。

注3. 訪問介護サービス供給に関しては、政府団体の関与が大きい（表2を参照）。ただし、地域サービス一般を行っているため、ここには掲載していない。全部で540の政府団体が、高齢者、障害者、失業者、移民などへの直接のサービス情報提供、教育提供などを行っている。

必要度の低い高齢者向けの Hostel の 77% は非営利団体である。なお、1 団体で複数持つところも多く、政府団体も含むと施設数は Nursing home が約 1,500, Hostel 約 1,400 となっている。施設の運営主体を、民間営利、民間非営利、政府とすると、Nursing home は 48 : 38 : 14, Hostel は 7 : 88 : 5 となっており、Hostel では非営利団体（特に宗教系 NPO）が活躍していることがわかる。

団体規模に関しては、Nursing home のほうが Hostel より相対的に大きい。Nursing home については、34% が雇用者 20 人から 99 人規模、29% が 100 人以上であるが、Hostel の 55% が雇用者 20 人未満の小規模な団体である。雇用者 100 人以上であるような大規模な団体は全体の 8% でしかない。

訪問介護を行う民間団体のほとんどは非営利団体である。民間の介護サービス関連団体 2241 のうち、非営利団体の割合は 98% にもなり、また、80% は雇用者 20 人未満の小さな団体である。表 3 で示したように、訪問介護全般の利用者の 8 割を政府団体が扱うことを考え合わせると、オーストラリアの訪問介護サービス分野は、採算を考慮しなくてはならない営利企業が進出できる市場ではないと考えられる。

3. 介護サービス産業労働者

3.1 オーストラリアの介護サービス産業労働者

オーストラリアの介護サービス産業で働く雇用者数をまとめたものが表 5 である。表 5 を見てすぐ気がつくことは、この分野で働く雇用者の大部分が女性であること、さらに、part-time 雇用者の比率が非常に高いことである。

なお、この論文では、短時間労働者をパートタイムではなく、part-time であらわす。日本以外の

国では、part-time は単に労働時間が短い雇用者を意味し、時間給には差がなく、全員が所得申告をし、所得に応じて税金を支払う義務を持つ。日本では、パートタイムと正規従業員の時間給の格差は大きく、パートタイム雇用者といいつながら、その 30% は週 35 時間以上働いている。つまり、日本では「パートタイム」という言葉は雇用者の身分を表す言葉であり、単に短時間労働者を表す言葉ではない。そこで、誤解を避けるため、労働時間だけが異なる場合については、full-time, part-time を用い、身分の違いを意味する場合にはパートタイムを用いる。

まず、Nursing home で働く雇用者は全部で 99,000 人、そのうち 90% が女性である。また 78% が part-time, つまり週 35 時間未満の短時間労働者である。このように、オーストラリアでは Nursing home で働く雇用者だけでも、10 万人に近い。1 団体あたりの高齢者在所者数が 84 人に対して、雇用者数は 115 人、1 施設あたりにすると、在所者 72 人、雇用者 99 人となる。雇用者は高齢者数の 1.37 倍である。

それに対し、日本では、介護施設数が足りないのもさることながら、1 施設あたりの職員数が少ない。特別養護老人ホームの設置基準によれば、高齢者 100 人あたり介護職員 31 名、看護師 3 名、介護支援専門員 1 名、その他の職員合計約 40 名で十分である。つまり、雇用者は高齢者数よりも少ない状態であり、職員が忙しいのは当然である。

病院でも同様であるが、日本の介護施設でも常に手が足りない状況にある。その理由は、公的支援の不足、その結果としての設置基準の低さにあると思われる。その点については節を改めて論じる（4 節を参照）。

次に、介護度の低い高齢者用の施設である Hostel で働く雇用者数をみると、693 団体で 33,000 人である。1 団体あたり高齢者数は 91 人に対して

表5 オーストラリアの民間介護サービス産業の雇用者数

〈Nursing homes〉		営利団体(537)	非営利団体(323)	合計(860)
Full-time	男	1,260	2,530	3,790
	女	8,608	9,545	18,153
	合計	9,868	12,075	21,943
part-time	男	3,259	3,153	6,412
	女	35,548	34,994	70,542
	合計	39,807	38,147	76,954
total	男	4,519	5,683	10,202
	%	9.3%	11.3%	10.3%
	女	44,156	44,539	88,695
	%	90.7%	88.7%	89.7%
	合計	48,675	50,222	98,897
契約労働者		2,732	1,392	4,124
ボランティア数		1,188	14,392	15,579
総労働者数		52,595	66,006	118,600
一団体あたり雇用者		90.6	155.5	115.0
一団体あたり在所者		64.1	95.7	75.9
在所者1人あたり雇用者数		1.4	1.6	1.5

〈Hostels〉		営利団体(159)	非営利団体(534)	合計(693)
Full-time	男	101	3,429	3,530
	女	212	6,234	6,446
	合計	313	9,662	9,976
part-time	男	127	2,381	2,508
	女	1,196	19,741	20,937
	合計	1,323	22,122	23,445
total	男	228	5,809	6,038
	%	13.9%	18.3%	18.1%
	女	1,408	25,975	27,383
	%	86.0%	81.7%	81.9%
	合計	1,637	31,784	33,421
契約労働者		49	511	560
ボランティア数		93	18,591	18,684
総労働者数		1,779	50,886	52,665
一団体あたり雇用者		10.3	59.5	48.2
一団体あたり在所者		42.1	103.1	87.4
在所者1人あたり雇用者数		0.2	0.6	0.6

〈Non-residential care service n. e. c.〉		営利団体(50)	非営利団体(2191)	合計(2241)
Full-time	男	—	—	10,461
	女	—	—	14,543
	合計	—	—	25,004
part-time	男	—	—	8,543
	女	—	—	30,107
	合計	—	—	38,650
total	男	—	—	19,004
	%	—	—	29.9%
	女	—	—	44,650
	%	—	—	70.1%
	合計	—	—	63,654
家族介護者				13,293
契約労働者				8,965
ボランティア数				146,444
総労働者数				232,356
1団体あたり利用者数		92.0	136.5	135.5

出所：ABS “Community Services” (1998) から必要な数値を抜き出して作成。1996年6月調査。

雇用者は48人であり、1施設にすると在所者45人、雇用者24人である。人員配置は、2人の高齢者に対して雇用者1人となっている。この割合は日本の特別養護老人ホームの職員と在所者の比率よりも高い。日本ではケアハウスの設置基準は、高齢者50人あたり事務職員を含めて14人である。オーストラリアではpart-time雇用者が多い事を考慮しても、日本との人員数の格差は大きい。ちなみに、Hostelで働く雇用者の82%が女性であり、70%がpart-timeである。

訪問介護サービス（障害者にたいするサービスも含む）の分野では64,000人の雇用者が働いている。ほかに、自宅で高齢者あるいは障害者を介護している人（大部分が家族）が13,000人おり、賃金が支払われている。訪問介護分野で働く雇用者の90%以上が女性であり、多くがpart-timeである。この点は日本とよく似ている。ただし、年齢構成、労働時間においては大きな差がある。これらの点については後で述べる（3.2節を参照）。

さらに、オーストラリアでは、ボランティア活動の活発なことにふれておかななくてはならない。そして、訪問介護を始めとする地域サービスはボランティアの活動に依存している。表5に示されているように、1996年の6月に、訪問介護分野で活動したボランティア数は146,000人と推定されており、雇用者数の2倍以上である。ボランティアは月平均14時間働いている。非常に多くの人が、ボランティア活動に参加して、地域活動を支えていることがわかる。労働時間が短いこと、ボランティア活動に参加することが特別な事でない風土、を考慮しても、驚くべき数字である。

3.2 ホームヘルパーという職業：日本とオーストラリアの比較

ここで、オーストラリアと日本のホームヘルパーの比較をする（以下、ヘルパーとする）。日本

の平均的なヘルパーをあらわすデータとして、名古屋市社会福祉協議会所属のヘルパーの調査を用いる。この調査は、下野と大津によって行われたものであり、概略は下野・大津（1999）にまとめられている。1999年9月時点で、名古屋市福祉協議会で活動しているヘルパー総数は2,225名で、そのうち1,937名（87%）が登録ヘルパーであり、残りの288名が何らかの形で雇用関係を持つヘルパーである。内訳は、88名が週15時間以上働くパートヘルパー、200名が嘱託雇用のケアヘルパーである。

名古屋市の訪問介護サービスは名古屋市福祉協議会が中心として担っている。1990年前には多くのボランティア団体がそれぞれの団体の信念に基づき介護サービスを供給していたが、1990年に介護サービスの充実を目指して社会福祉協議会が中心となりボランティア団体を統合し介護サービスを提供することとなった。

その後、名古屋市社会福祉協議会が熱心にヘルパーの育成を図った結果、所属するヘルパー数は年々多くなり、2000年4月の公的介護保険の導入後も、名古屋市では社会福祉協議会が介護サービス提供の中心である。そのため、市場への参入を図ろうとする民間企業からは、社会福祉協議会がサービスを独占しているという批判さえある。この状況は、名古屋市独自のものではない。東京、横浜、大阪などの大都市以外では、社会福祉協議会による介護サービスが主役である。民間企業の進出がなく、社会福祉協議会が唯一の介護サービスの担い手である市町村も決して少なくない。

ここでは、オーストラリアの訪問介護のヘルパー（Home-helperではなくCarerと言われる）と比較することにより、名古屋市社会福祉協議会に属するヘルパーの特徴を明らかにする。

まず、年齢構成をみよう。ヘルパーの年齢は、明らかにオーストラリアの方が若い。名古屋のへ

ルパーは40代後半から50代が70%以上を占める。オーストラリアでは他のサービス産業従事者に比べると年齢が高いが、日本より若い年齢の比率が高い。なぜ、日本では、若い人がヘルパーとして働いていないのであろうか。

図2の労働時間をみよう。日本では登録ヘルパーがヘルパーの大半を占めている。彼らは、登録しておいて、利用者の希望と合致すれば働くという労働形態をとっている。そのため、一日あたりの労働時間は3、4時間、週3日が平均であり、週10時間働くのがせいぜいである。時間給1,040

円なので週1万円となるが、とうてい自活できる額ではない。

名古屋市社会福祉協議会に属するヘルパーには、月給が定額(約19万円)の嘱託のケアヘルパーとパートヘルパー(時間給1080円で週15時間以上)があるが、ヘルパー全体の1割程度に限られている。ヘルパーの9割は週労働時間10時間前後の登録ヘルパーであり、ボランティアに近い。東京、大阪などの大都会では、ヘルパーの資格を持ち、やる気もありながら、その時間給の低さと労働時間が保障されないことから、他のパートタイ

図1 名古屋とオーストラリアのヘルパーの年齢構成

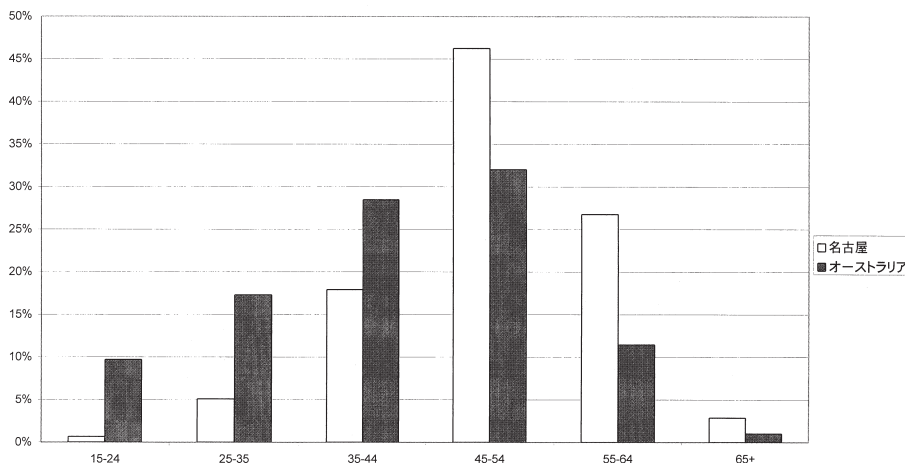
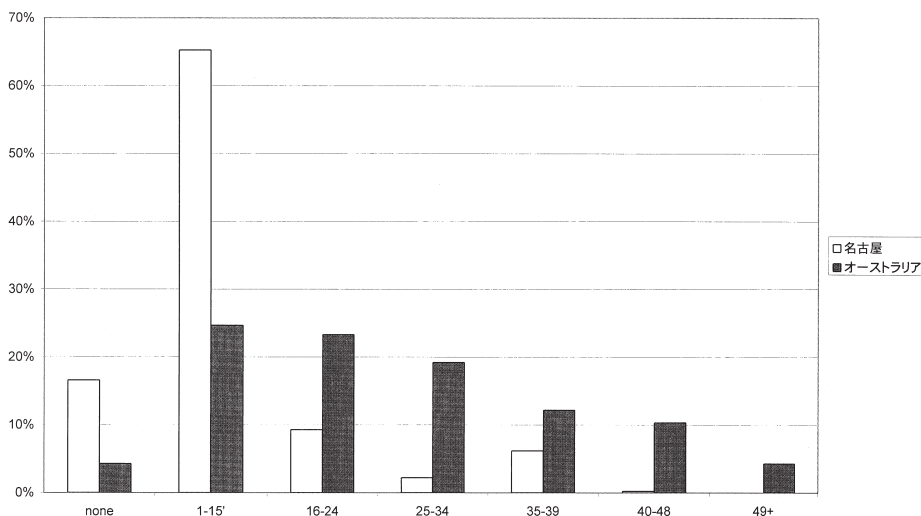


図2 名古屋とオーストラリアのヘルパーの労働時間



ム（スーパーのレジなど）を選択する人も少なくない（下野・大津（1999）を参照）。

一方、オーストラリアでは、ヘルパーの賃金が低いことは常に問題となっているが、選択の対象となりうる職業として確立しており、働き次第では出世の可能性のある仕事となっている。日本とオーストラリアでは多くのヘルパーが公的団体に属するという共通点を持つが、ヘルパーの賃金、身分保障には大きな違いがある。

介護だけでなく、福祉の分野では奉仕の精神が強調され、低賃金を表だって問題にする事をはばかる風潮がある。しかし、介護分野においても、有能な人材の確保のためには賃金・身分の保障、出世の可能性など職業として成り立つ必要がある。ちなみに、オーストラリアでは、保健および社会福祉分野で働く雇用者は、全雇用者の9.3%（1997年）を占めている。

4. 介護サービス産業に対する公的支援の必要性

4.1 オーストラリアの民間介護サービス団体の収支

ここでは、民間介護サービス産業の収入と支出の構成に注目する。表6はNursing home, Hostel, および、障害者を含む高齢者に対する訪問介護サービス等活動の収支決算をまとめたものである。各活動の収支をみると、収入源として最も大きな項目は、連邦政府、州政府、各自治体からの補助金である。

Nursing home の場合には収入の60%、Hostel の場合には45%、Non-residential care services（訪問介護以外も含む）では47%が直接的な補助である。一方、利用料の占める割合は、Nursing home の場合には32%、Hostel では35%であるが、訪問介護サービス等では7.5%にとどまっている。訪問介護については、寄付金や物品販売も大きい比率を占める（収入の14%、13%を占める）。

表6 オーストラリアの民間介護産業の収支（1996年6月）

	〈Nursing homes〉			〈Hostels〉			〈Non-residential care services〉	
	営利団体(537)	非営利団体(323)	合計(860)	営利団体(159)	非営利団体(534)	合計(693)	合計(2241)	
収入	1402.7	1530.5	2933.2	72	997.6	1069.6	1989.6	
政府補助金	854.2 60.9%	907.4 59.3%	1761.6 60.1%	6.5 9.0%	458 45.9%	464.5 43.4%	926.9 46.6%	
利用料	497.0 35.4%	443.0 28.9%	490.0 32.0%	54.3 75.4%	324.1 32.5%	378.4 35.4%	150.0 7.5%	
寄付金	0.1 0.0%	16.1 1.1%	16.2 0.6%	0 0.0%	17.8 1.8%	17.8 1.7%	285.2 14.3%	
物品販売	16.3 1.2%	9.3 0.6%	25.6 0.9%	0.4 0.6%	43.3 4.3%	43.7 4.1%	259 13.0%	
利子所得	4.4 0.3%	52.3 3.4%	56.7 1.9%	2.8 3.9%	42.6 4.3%	45.4 4.2%	52.3 2.6%	
支出	1363.6	1429.1	2792.7	68.0	923.9	991.9	1870.5	
人件費	1004.1 73.6%	1052.4 73.6%	2056.5 73.7%	22.6 33.2%	595.6 64.5%	618.2 62.3%	971.8 52.0%	
保険料支払い	5.7 0.4%	9.4 0.7%	15.1 0.5%	0.9 1.3%	7.6 0.8%	8.5 0.9%	12.3 0.7%	
物品購入	69.1 5.1%	97.2 6.8%	166.3 6.0%	7.0 10.3%	79.2 8.6%	86.2 8.7%	120.9 6.5%	
利子支払い	33.9 2.5%	6.3 0.4%	40.2 1.4%	4.6 6.8%	9.1 1.0%	13.7 1.4%	4.9 0.3%	
減価償却	21.9 1.6%	73.3 5.1%	95.2 3.4%	3.3 4.9%	61.7 6.7%	65.0 6.6%	330.7 17.7%	
税引き後利益（剰余）	35.3	102.6	137.9	4.1	74.3	78.4		
利潤率	2.5%	—	—	5.6%				
産業の総生産	1075.7	1124.2	2199.9	28.3	644.2	672.5	1005.1	

出所：表5と同じ。収支の項目は必要と思われるものを著者が選択。

注1. 一番下の欄の数字は民間団体の総生産である。訪問介護サービスの80%は政府団体が扱っている。Non-residential care services は民間の総生産である。

注2. 単位は百万ドル。

次に、営利団体と非営利団体の収支を比較する。まず、Nursing home では営利団体、非営利団体とも収入のほぼ60%が連邦政府等からの補助金である。利用料収入は、営利団体の収入の35%、非営利団体の29%である。支出に関しては両者とも支出の74%が人件費となっている。さらに、表3の入所者1人あたりの費用もほとんど同じである。つまり、Nursing home に関しては、営利団体と非営利団体の収支構造はあまり差がない。

一方、Hostel では、営利団体に対する連邦政府等の補助金が収入の10%以下であるのに対し、非営利団体では収入の46%を占める。営利団体、非営利団体に対する補助割合には大きな差がある。逆に、営利団体では利用料収入が全収入の75%を占め、非営利団体では33%となっている。この違いは、非営利団体が相対的に低所得者を受け入れ、その分政府からの補助金を得ていることからくる。さらに、人件費比率は、人員配置の少ない営利団体が支出の33%、非営利団体が65%と大きな開きがあり、非営利団体が相対的に介護度の高い高齢者を受け入れていることを反映している。

表4でみたように、訪問介護で活動する民間団体の大半が非営利団体であり、ABS (1998) の民間団体の収支表では、営利、非営利団体の区別がしてない。訪問介護サービス分野では民間非営利団体と政府団体が、利用者のそれぞれ2割と8割を扱っている。

訪問介護サービス団体の収入の半分が政府からの支援であり、寄付金14%、物品販売13%、そして、利用者の自己負担7.5%となる。なお、日本では介護サービス限度内の購入であれば、高齢者のサービス支払い額は購入額の1割である。オーストラリアでも自己負担の割合は12%程度となっている。

訪問介護でも支出項目で最も大きいのは人件費である。Nursing home では支出額の74%が人件

費であり、Hostel では高齢者あたり雇用者が少ないため人件費は支出額の62%、訪問介護ではこの割合はさらに落ちるが52%と半分以上を占める。訪問介護分野で人件費割合の低いのは、ボランティア的な小さな非営利団体が主体であるため、労働者の労働時間が短く、人件費も少なくなっているためと推察される。具体的に数字を示すと、33,000人が働くHostelと64,000人が働く訪問介護サービスでは、後者の雇用者は1.9倍であるのに、人件費は1.6倍にしかっていない。

4.2 介護サービスに対する公的支援の必要性

2節で論じたように、日本の介護施設は明らかに不足している。介護後進国であるイタリア、スペインを除く欧米先進国では、高齢者人口のほぼ5%が利用可能な介護施設が用意されている。日本では6ヶ月以上の病院入院者を含めても3%に達しない。さらに、介護サービスは福祉として、長年支出を抑えられてきた結果、介護の必要な高齢者の多くが介護施設ではなく、(老人)病院に收容されてきたので、介護施設が圧倒的に不足している。厚生省(現、厚生労働省)は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、療養型病床群を含めて、高齢者人口の3.4%の介護施設を整備しようとしている。そして、3つの施設の比率は、順に8:7:5を想定している。

しかし、介護老人保健施設や老人病院からの転換である療養型病床群は、高齢者の生活の場としては狭すぎる。設置基準によれば、養護老人ホームは4人部屋が基本であるが、居室の1人あたり広さは他の設備を含めて10.65平米以上、本人分の広さは4.99平米以上であればよいことになっている。他の介護施設はもっと狭く、介護老人保健施設の療養室は1人あたり8平米以上、介護療養型病床群は病室の1人あたり広さは6.4平米以上となっている。さらに、特別養護老人ホームは、

最初から長期の生活の場と想定されていたので、食堂、談話室、浴室などの共有スペースが広くとられおり、廊下も広くとられているが、病院は生活の場としては作られていないため、廊下も狭く、共有設備も少ない。

(老人) 病院を介護施設に転換するよりは、4人部屋主体ではなくバス・トイレ付きの個室を主体とした特別養護老人ホームの整備をした方が税金の使い方として望ましいように思われる。どうせ投資するならば、小手先の改築よりも将来も使いうる設備の整った施設を新築する方が、長い目で見た場合、効率的であろう。大守・田坂・宇野・一瀬(1998)が述べているように、介護サービス分野への投資は、公共投資とほぼ同じ経済効果を持ち、長期の雇用効果は公共事業よりも大きいのである。

また、介護の手厚いと言われる特別養護老人ホームでも、高齢者1人あたり基準職員数はオーストラリアの3分の1でしかない。4人の雑居部屋が一般であるから、この人数でなんとかなると考えられているのかもしれない。しかし、常に夜勤を含めて忙しい仕事となっている。オーストラリア並みとは言わないまでも、せめて現在の倍程度の人員が必要であろう。

さらに、3節で示したように、日本では、ヘルパーはまだ職業となり得ていない。ボランティア感覚の登録ヘルパー主体の介護サービス供給は、介護需要が大きくなったときに対処できない可能性が大きい(下野(2002)を参照)。また、高齢者が最も援助を必要とする起床時、朝食時、夕食時、夜間の介護サービスを提供できるのは、ボランティアではなく、プロのヘルパーである。

岐阜県の民間企業への聞き取りでは、社会福祉協議会が楽なところをとり、世話の大変な人やヘルパーを手当てできない時間(早朝、夜間)を民間に押しつけているという話を聞いた(岐阜県産

業経済振興センター(2001)を参照)。実際、主婦主体の登録ヘルパーでは、早朝、夜間の対処は難しく、社会福祉協議会で夜間、土曜・日曜、休日のヘルパー派遣を行っているところは20%程度であり、民間団体よりもその比率が低い。民間企業であれ、社会福祉協議会であれ、プロのヘルパーを主体として24時間365日の介護サービス供給を行える体制を整えていく必要がある。

このように、日本の介護施設は明らかな人員不足である。オーストラリアの3分の1の人員でゆとりある高齢者介護ができるわけではない。訪問介護についても、ボランティア感覚の登録ヘルパー中心ではなく、雇用・身分保障を伴った職業人として成り立つ賃金を支払われるヘルパーがサービス供給の中核となる必要がある。今後、介護サービス産業を振興していくためにも、介護サービスを充実させていくためにも、介護サービス分野への公的支出が今以上に必要にならう。

オーストラリアでは、高齢者福祉のために、連邦政府4.23億ドル、地方政府2.70億ドル、計7億ドルの支出をしている(1997年)。GDP比で約1.5%である。一方、介護保険は2000年度で4.5兆円の支出を見込んでいた(表7を参照。実際にはこれより低かったが)。利用者数は高齢者の12.5%にあたる270万人を見込み、介護サービス支出は、介護保険から4兆円、利用者の自己負担が5000億円と計算された。介護保険からの支出はGDPの0.8%であり、政府支援(税金投入)はその半分のGDPの0.4%になる。

オーストラリア並みの介護水準を達成するためには、介護サービス分野への税金投入を増加させる必要がある。介護施設の増加・改築、ヘルパーの増員、さらに、ヘルパーを職業として成り立たせるためにも、公的支援は必要である。介護分野は労働集約的な分野であり、人件費が主要な出費となる。人員不足はただちに介護サービスの低下、

うか。今年度、看護婦が看護師となった。これを契機に男性の進出が進めば、現在の状況が変化する可能性もある。

介護施設についていえば、オーストラリアの3分の1の人員配置（特別養護老人ホーム）で、高齢者の満足する介護が可能か、真剣に考える必要がある。私は、日本の現状は明らかに人員不足であると考えている。少ない人員で世話をしようとするから、個室ではなく4人の雑居部屋になるのである。

参考文献

Australian Bureau of Statistics, *Community Services*, no. 8696, 1998.

Australian Institute of Health and Welfare, *Health and Community Services Labour Force 1996*, no. 19, 2001.

OECD, *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evaluation*, OECD Publishers, 1996.

大熊『老人病棟』, 朝日新聞社,

大守隆・田坂治・宇野裕・一瀬智宏『介護の経済学』, 東洋経済新報社, 1998.

岡本祐三『公的介護保険のすべて: 不安なき老後への福祉革命』, 朝日カルチャーセンター, 1995.

岐阜県産業経済振興センター『介護サービス事業に関する報告書』, 2001.

下野恵子・大津廣子「ホームヘルパーに関するアンケート調査結果」, 国際地域経済研究, no. 1, 2000.

下野恵子「高齢期の生活費用と資産管理リスク」, 橘木俊詔編著『ライフサイクルとリスク』, 197-220, 2001.

下野恵子「登録ヘルパーの労働供給分析」, mineo.

染谷淑子『オーストラリアの高齢者福祉』, 中央法規, 1999.

内閣府編『高齢社会白書』, 2001.

福原忠昭・浅川澄一『明日が見える介護』, 日本経済新聞社, 2000.

三浦文夫編『図説高齢者白書 2000』, 全国社会福祉協議会, 2000.

Private and Government Organizations in the Long-term Care : A Comparison of Japan and Australia

In this paper, I will focus on the importance of government funding in the long-term care services in Australia. Australia has a better long-term care system than Japan's. For instance, near 6 percent of her population aged 65 and over live in nursing homes and hostels. In Japan, the figure is under 3 per cent, even including the elderly in long-term hospitals. Also the number of carers per the elderly population in Australia is much larger than that in Japan, and Australian carers have more stable employment positions.

Generally, long-term care services are not good for profit sector in Australia. Half the number of nursing homes is a profit organisation, however, most hostels belong non-profit organisations and some 80 per cent of community care services are supplied by government organisations.

Satisfactory amount of long-term care services needs a lots of government funding. The government spending for long-term care in Australia was 1.5% of GDP in 1997. On the other hand, the government spending in Japan was planed 0.4% of GDP and expenditure from contributions of long-term insurance was the same in 2000.