

# 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—

A study of the influence that Revision of the Reward for Nursing Care has on the Nursing Care Service Provider : A Case of Tondabayashi City.

藤 井 渉

## 抄録

本稿は、介護報酬の改定が介護保険サービス現場にどのような影響を与えるものであるかを、主に在宅サービス事業所を中心に取り上げて検討したものである。具体的には介護報酬の役割や機能について分析を行い、2012年度の介護報酬改定の傾向を整理した上で、その影響について大阪府富田林市で行われた社会調査をもとに検討を行った。その結果、介護報酬には事業者と利用者との利害関係を一致させない仕組みがあること、2012年度の介護報酬改定では実質的にマイナス改定となり、実態として富田林市では介護事業所のサービス提供やヘルパー賃金などに影響を与えていた傾向を看取できた。その上で、介護報酬引き上げに向けて事業者と利用者との利害関係を越える共通基盤に関する提言を行った。

キーワード：介護保険、介護報酬、富田林市

## はじめに

筆者は介護保険の現場を大きく左右し、規定する要素として介護報酬を重視している。介護報酬と介護現場が具体的にどのような規定関係にあるのか、今日の介護報酬の動向が介護現場にどのような影響を与えているかを正確に把握できなければ、今後のより適正な介護報酬の設定はもとより、より実態に即した介護保険制度へと改善していくことは困難であると考え<sup>1)</sup>。本稿はこのような問題意識から、まずは介護報酬にどのような役割や機能があるのかを検討した上で、2012年度に改定された介護報酬の特徴を整理し、それが実際に介護現場にどのような影響を与えているかを富田林市の事例をもとに考察を行い、これからの介護報酬のあり方を考える上での提言を述べたい<sup>2)</sup>。

## 1 介護報酬の役割・機能

### (1) 介護報酬の性格とその推移

介護報酬とは、介護保険制度に基づきサービスを提供した事業者に対して介護給付費単位数表に従って保険者から支払われる公定価格のことである。介護給付費単位数表は社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聞いて厚生労働大臣が定めることになっている。介護報酬

は介護保険制度の根幹を成す制度であり、政策主体にとっては介護現場を利益誘導するために有効な手段であり、政策がもっとも明確な形で示されるものである。介護報酬は厚生労働省令によって3年ごとに改定され、周知の通りその低さ故に介護職員の低い給与水準や高い離職率、人材不足が問題となっている。

ところが、介護報酬の引き上げには歯止めがかかる仕組みになっている。介護保険制度では保険財政の1/2を被保険者による保険料で賄うことになっているため、介護報酬の引き上げがそのまま被保険者の負担に直結する仕組みとなっており、これが介護報酬を安易に引き上げられない装置として機能している点が指摘できる。

介護報酬のこれまでの動向は、表1のようになっている。なお、参考として診療報酬の動向とそれらをグラフ化したものを図1.1に示す。

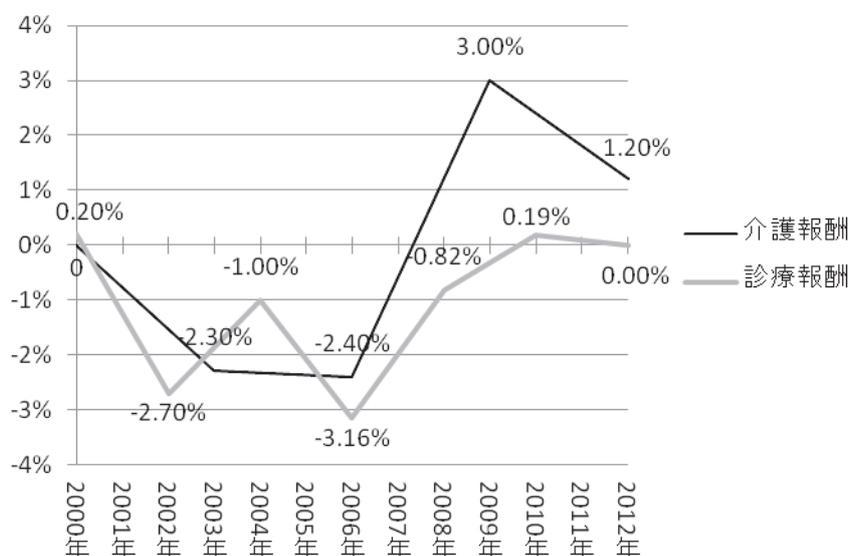
表1 介護報酬と診療報酬の推移

年度	介護報酬	診療報酬	介護報酬に関する備考
2000年	0.0%	0.2%	介護保険制度のスタート
2002年		-2.7%	
2003年	-2.3%		
2004年		-1.0%	
2006年	-2.4%	-3.16%	2005年度の改定分を除くと-0.5%
2008年		-0.82%	
2009年	3.0%		介護職員処遇改善交付金分を含めると5.0%
2010年		0.19%	
2012年	1.2%	0.004%	介護職員処遇改善交付金分を除くと実質-0.8%

※1 厚生労働統計協会編『国民の福祉と介護の動向・厚生指標 増刊・第59巻第10号』厚生労働統計協会、2012年、147頁および厚生労働省大臣官房統計情報部編「平成21年度 国民医療費」、厚生労働省「平成24年度診療報酬改定について」から作成。

※2 診療報酬は薬価等を含めた数値である。

図 1.1 介護報酬の推移



1) 表 1 より作成。

表 1 では、介護職員の所得向上をねらいとして実施された介護職員処遇改善交付金の扱いを除外している。したがって、2012 年度の改定は 1.2% のプラス改定と発表されているが、このとき介護職員処遇改善交付金が介護職員処遇改善加算として介護報酬本体に組み入れられたため、この部分を含めると実質 0.8% のマイナス改定となる。

これまでの介護報酬の動向はマイナス改定が目立つが、2009 年度では大幅なプラス改定が行われて今日に至っている。2009 年度のプラス改定の中身を見ていくと、坂本圭によれば、2009 年度の改定ではとりわけ医療分野に重点化されたものであったという<sup>3)</sup>。また、介護報酬は基本報酬と加算に分類されるが、2009 年度の改定では加算が増やされ基本報酬のアップは基本的になかったという<sup>4)</sup>。後に述べるが、このような傾向は 2012 年度の改定にも基本的には引き継がれているといえる。

また、鎌谷勇宏によれば診療報酬はおおよそ 4～5 年前の経済成長率の動向が反映されている仮説が提示されるといふ<sup>5)</sup>。2009 年度はリーマンショック後となるため、財政悪化に伴いマイナス改定が予想されることになるが、診療報酬決定に用いるデータは好景気であったものであり、リーマンショックは考慮の対象外となるため、プラス改定が行われたことになる。介護報酬も診療報酬の動向にある程度沿っている傾向が見受けられなくはないが、本図からの断定は不可能である。仮に診療報酬と介護報酬が連動しているならば、介護報酬も経済成長率と無縁ではなくなることになる。

介護報酬の動向が直接的に影響を与える部分は、サービスを提供する介護保険事業者（以下、事業者と略す）の運営である。なぜなら、ほとんどの事業者にとって収入源は介護報酬に限

られるからである。介護報酬が引き上げられるとその分事業者は収入が増え、引き下げられると事業者の収入は減少する。介護報酬の動向が間接的に影響を受ける部分が事業者に雇用されて働く介護職員の処遇である。事業者は収入に応じて介護職員を雇用し、また支払うべき給与を設定することになる。

ただし、営利法人では介護報酬の引き上げが即座に介護職員の処遇改善になりにくい点が指摘できる。営利法人でも限りなく非営利に近い事業体から、コムスンのように一般企業と同様のスタンスで営業を行う事業体まで幅広く存在するため一概にはいえないが、営利法人の場合、介護報酬を引き上げてもそれが給与水準の引き上げに連動しにくいようである。厚生労働省の調査によれば、営利法人は運営費に占める給与費の割合が低く、その結果職員一人当たりの給与も他の法人に比べ最も低くなっている<sup>6)</sup>。例えば社会福祉協議会では運営費の86.8%が給与に使われているが、営利法人は66.1%と相当低く抑えられている。また、同省による調査から介護職員処遇改善交付金による介護職員の給与への影響を見ると、営利法人の給与引き上げ率は低い状況が示されていた<sup>7)</sup>。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。介護報酬を引き上げたとしても、その分を利益とされるか、少なくとも介護職員のベースアップには消極的な姿勢となり、たとえ給与として反映されたとしても「手当」として基本給からは切り離して臨時的に支給されるだけで、恒常的なものにはなりにくいと思われる。

実際、介護職員処遇改善交付金によって介護職員の所得向上を目指した際には、その交付金が介護職員の給与等に充てられたことを確認するため、使途に関する複雑で詳細な事務手続きが必要となった。結果として自治体行政や事業者にとって大きな負担と経費を発生させ、さらに申請そのものを断念する事業者も出てきた。営利法人の参入を前提とし、現行の介護報酬の仕組みで介護職員の処遇を改善するのであれば、そこに付随して発生する大きな事務経費をさらにカバーするための財政出動が必要となり、合理的とはいえない。

## (2) 介護報酬における利用者と事業者の関係

介護報酬における事業者と利用者の利害関係は必ずしも一致しない。図1.2は、介護報酬から見た事業者と利用者との規定関係を図式化したものである。

事業者にとって介護報酬が高い方が運営に有利であることはいうまでもない。ところが、利用者にとって受けられるサービスの量は区分支給限度基準額によって上限が規定されるため、介護報酬は直接的には関係せず、介護報酬はむしろ低い方が有利に見える。

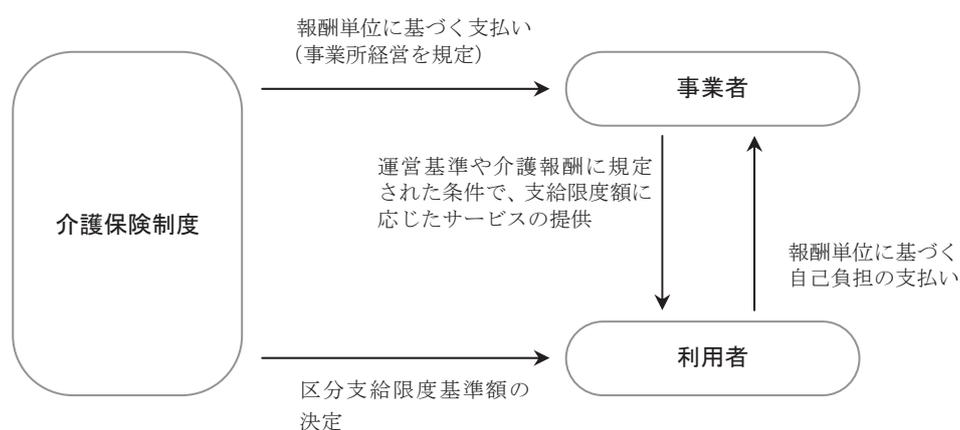
例えば訪問介護の介護報酬が引き下げられると、その分利用者にとっては区分支給限度基準額内で受けられる回数が増え、一回毎に支払う自己負担も減るように見える。さらには、介護報酬が下がると介護保険財政が負担しなければならない事業者の運営コストを抑えられるため、介護保険財政を抑制でき、介護保険料の負担が減るかのように見える。しかし、事業者にとってはただでさえ低い介護報酬がさらに下がるとその分介護職員の処遇を引き下げ

ざるを得ない。そうなるとう職率が増える一方で、事業者は他の業種に比べ一層不利な条件で人を雇うことになり、人材不足が深刻化し、さらに労働条件が低下し、高い離職率へと跳ね返るという負のスパイラルが加速しかねない。また、事業者は研修や会議などサービス向上に努める余裕がなくなり、利用者との信頼関係が構築できず、職員はやりがいも得られず、事業所には一向に知識と経験が蓄積されず、サービスの質が向上しない。それだけではない。介護報酬に起因するサービスの質の低下であったとしても、利用者にとっては複雑な介護報酬の仕組みを理解することは難しく、結果として利用者に不利益が生じた場合は事業所にその不満をぶつける他なく、そうなるとう事業者と利用者との関係はますます悪化することになる。

介護報酬が引き上げられた場合、利用者にとってはそれだけ自己負担に跳ね返るため、負担感が増えるように見える。加えて、利用者が区分支給限度基準額で必要なサービスを賄えない場合、全額自己負担でサービスを受けることになる。そのときの費用は通常介護報酬の単位が参考にされるため、上乘せサービスで負担する金額も高くなってしまう。さらに被保険者にとっては、介護報酬が引き上げられるとそれだけ介護保険財政の規模が大きくなるためその分介護保険料が引き上げられることになりかねない。ところが事業者にとっては介護報酬が引き上げられると、それだけ運営状態が改善することを意味する。事業者は増えた収入で不足がちな職員を増員し、また必要な会議や研修の機会を増やすことができ、結果として介護サービスの質が向上する。

このように、介護報酬では事業者と利用者との利害関係が一致できず、介護報酬の引き上げに合意形成が得られにくい仕組みにあるといえる。

図 1.2 介護報酬から見た介護保険事業者と利用者との規定関係



※1 筆者作成。

※2 ただし、居宅介護サービス計画費は自己負担がない。

## 2 2012年度の介護報酬改定

2012年度の介護報酬は全体で1.2%のプラス改定と発表され、そのうち1.0%が在宅サービス、0.2%が施設サービスとしていた。ところが、2012年度の介護報酬改定では介護職員処遇改善交付金の2.0%分が介護職員処遇改善加算として介護報酬本体に組み入れられたため、実質は0.8%のマイナス改定となる。

政府や厚生労働省は2012年度の介護報酬改定のコンセプトを次のように示していた。地域包括ケア<sup>8)</sup>の推進を目標に、①在宅サービスの充実と施設の重点化、②自立支援型サービスの強化と重点化、③医療と介護の連携・機能分担、④介護人材の確保とサービスの質の向上である<sup>9)</sup>。

このようなコンセプトで行われた介護報酬の特徴を具体的に整理すると、次の6点が挙げられる。

第一に、在宅サービスの充実として、新たに定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスを新設したことである<sup>10)</sup>。複合型サービスは小規模多機能型居宅介護に訪問看護を組み合わせ合わせたサービスで、医療的なニーズに対応しようとするものである。また、医療的なニーズへの対応に関連するものとして、訪問看護サービスでは短時間のサービスについて報酬が引き上げられた。さらに、小規模多機能型居宅介護の普及を促すため、人員基準や登録定員が緩和されたサテライト型事業所の設置を可能とした。

第二に、多種多様な加算が新たに加えられたことである。介護職員処遇改善交付金が介護職員処遇改善加算として組み入れられたことに加え、利用者の自立支援として医療との連携を評価するための各種加算が設けられたことなどが挙げられる。具体的には生活機能向上連携加算を新設し、訪問リハビリのときに訪問介護事業所のサービス提供責任者が同行し、訪問介護計画を立てた場合に加算を設けたことや、介護老人保健施設でリハビリ職が利用者の自宅に訪問した場合に評価するため入所前後訪問指導加算やリハビリテーションマネジメント加算などが設けられた。なかには、居宅介護支援事業所でケアマネジャーが医療機関を直接訪問して情報提供した場合と電話やファクスで情報提供した場合の評価に差を設けるため、入院時情報連携加算が新設されるなど、現場職員の細部にわたる行為にまで介護報酬の仕組みが及んでいる。

第三に、訪問介護でサービス提供の時間区分が変更されたことである。具体的には、生活援助の時間区分を60分から45分に短縮し、身体介護に20分未満の時間区分を創設する一方で、長時間サービスの介護報酬を引き下げた。政府はこれを自立支援型サービスの強化と重点化のためとしている。生活援助では、それまで60分のサービスを提供していたものが45分に移行すると39単位のマイナスとなり、45分以上に移行できれば6単位プラスとなる。したがって、生活援助を60分未満の時間区分でサービスを提供していた訪問介護事業所にとっては、できるだけ45分以上の時間区分に移行させる経営的インセンティブが働くことになる<sup>11)</sup>。ところが、利用者にとっては区分支給限度基準額によってあらかじめサービス利用

の上限額が決められているため、回数を増やしたい場合や自己負担を低くしたい場合に、できるだけ45分未満の時間区分に移行させるインセンティブが働くことがあり、その場合、事業者と利用者との利害関係にギャップを生み出す原因となり得る。

第四に、通所介護のサービス提供の時間区分の再編である。具体的には、従来の時間区分が3～4時間・4～6時間・6～8時間であったものを、3～5時間・5～7時間・7～9時間に再編した。これにともない、従来6～8時間の区分（901単位）で提供していた多くの通所介護事業所は今回の改定で1ランク下の5～7時間の区分（814単位）に移行することになり、事実上の介護報酬の引き下げとなる。従来の通所介護は他のサービスに比べて収益率が高く、通所介護から別に運営する事業所の収支をカバーしていた事業者にとっては痛手となる。7～9時間の区分に移行すると937単位で36単位プラスとなるが、そうすると利用者の意向に反した長時間の利用や介護職員の長時間労働化といった現象を招くことになる。

第五に、介護保険施設で軽度者の介護報酬を中心に全面的に引き下げが行われたことである。介護老人福祉施設では重度者に対する報酬も含めて基本報酬が引き下げられ、とりわけ多床室の引き下げ幅が大きく、例えば要介護1では651単位だったものが630単位に、要介護5では933単位だったものが907単位となった。介護老人保健施設では、在宅復帰を積極的に行う場合（在宅復帰強化型）は報酬単価が引き上げられ、それ以外の場合は引き下げられ、ベッドの回転率向上へのインセンティブが強められた。ただし、在宅復帰強化型になるためには極めて厳しい要件が定められており、ほとんどの施設では不可能である。さらに、2017年度末までに廃止が延長された介護療養型医療施設も、一律に介護報酬が1.9%引き下げられ、介護療養型老人保健施設（転換老健）への移行支援策として転換交付金が増額された。短期入所生活介護では全面的に引き下げられ、特定施設入居者生活介護は基本報酬が引き下げられ、軽度者ほど引き下げ幅が拡大された。認知症対応型共同生活介護は入所者の要介護度に応じて余り差を設けない報酬体系へと見直された。

第六に、介護職員の処遇改善を利用者の自己負担に直結させたことである。今回の改定では、介護職員処遇改善交付金を介護職員処遇改善加算として介護報酬本体に組み入れた。つまり、従来利用者の自己負担に反映されない形で事実上の大幅な介護報酬引き上げが行われていた部分を、介護報酬の一部にしたことで自己負担に反映されることになり<sup>12)</sup>、利用者にとって大きな負担が生み出される結果となった。自己負担に反映させない方法で介護職員の処遇改善を行っていた部分を、今回わざわざ介護報酬本体に組み入れたことで、利用者にとってますます介護報酬の引き上げに拒否感を募らせる影響を与えたといえる。

以上のように、2012年度の介護報酬改定は、在宅サービスでは介護報酬のサービス提供の時間区分を細かく分類し、様々な加算が設けられ、施設サービスでも基本報酬の引き下げや退所を促すような仕組みが導入され、さらに介護職員処遇改善加算で新たな自己負担が設けられるなど、少しでも財源を切り詰める政策の意図が読み取れる。今回の介護報酬改定は1.2%のプラス改定との発表であったが、実際には介護現場をできるだけコスト抑制の方向に誘導

しようとしたといえよう。

### 3 介護報酬改定に伴う富田林市における事業所への影響調査

#### (1) 社会調査の概要

2012年度の介護報酬改定が介護現場にどのように影響したかを、大阪府富田林市で行われた社会調査をもとに述べる。この社会調査は、2012年度の介護報酬改定が市内にある介護保険事業所にどのような影響を与えたかを明らかにすることを目的に富田林社会保障推進協議会と筆者が共同で行ったものである。なお、本調査は坂本毅啓が「改正介護保険制度の課題と地方自治体の役割—富田林市を例にした介護保障の考察—」で報告した社会調査を引き続き定点観測的に行ったもので、調査項目や内容などは基本的に踏襲している<sup>13)</sup>。

社会調査は富田林市の訪問介護、通所介護、居宅介護支援、介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、その他介護保険法に基づく施設）を対象に、2012年11月～2013年2月（郵送配布、郵送回収）にアンケート調査を依頼し、回収した。アンケート回収状況は表3.1の通りである。なお、アンケート回答者の状況は表3.2の通りで、そのほとんどは管理者であった。

表 3.1 アンケート回収状況

	訪問介護	通所介護	居宅介護支援	介護保険施設	合計
郵送数	47	29	45	20	141
回収数	24	12	22	8	66
回収率	51.1%	41.4%	48.9%	40.0%	46.8%

表 3.2 アンケート回答者

事業所種別	管理者	ケアマネ	支援員	その他
訪問介護事業所	20	1	-	4
通所介護事業所	8	1	-	3
居宅介護支援事業所	17	11	-	0
介護保険施設	6	1	1	0

※1 訪問介護事業所の回答者は管理者・その他兼務を含む。

※2 居宅介護事業所の回答者は管理者・ケアマネ兼務を含む。

#### (2) 介護報酬における時間区分の再編に伴う影響

今回の介護報酬改定のポイントの一つが訪問介護と通所介護の時間区分の再編であった。訪問介護では24の事業所のうち18の事業所の223人がプラン変更となっていた（表3.3）。

その中身については訪問介護および居宅介護支援ではサービス時間の変更が圧倒的に多い結果となった（表 3.4）。

表 3.3 プラン変更の有無

	プラン変更者が あった事業所	全事業所数	プラン変更者数	全利用者数
訪問介護事業所	18	24	223	794
通所介護事業所	4	12	127	888
居宅介護支援事業所	7	14	147	1,106

表 3.4 プラン変更の内容

	身体介護	サービス時間	通院介助	利用回数	その他
訪問介護事業所	3	18	1	7	1
居宅介護支援事業所	3	12	1	8	1

生活援助の時間区分が見直されたことで、サービス提供時間内で業務が終了できているかを示したのが表 3.5 である。計画時間内で業務が終了できていると答えた事業所は 11 であるのに対し、業務は終了できていないため残業をしている、あるいは業務内容を減らしたと答えた事業所は延べ 18 であった。また、計画時間内で業務が終了できていないため業務内容を減らしたと答えた事業所に対し、減らした業務を示したのが表 3.6 である。とりわけ掃除の時間やコミュニケーションの時間を中心に減らしている傾向にあった。なかには自立意欲を高める支援のための時間も回答が 2 あり、今回の介護報酬改定のねらいとされた自立支援に矛盾する部分も見られる。

表 3.5 訪問介護計画時間内で業務を終了できているか（複数回答）

	回答数
計画時間内で業務は終了できている	11
計画時間内で業務は終了できないため、(無報酬) サービス残業をしている	9
計画時間内で業務は終了できないため業務内容を減らした	9
その他	0
N/A	1

表 3.6 プラン変更で減らした内容（複数回答）

	回答数
コミュニケーションの時間	7
炊事の時間	5
洗濯の時間	3
掃除の時間	8
記録の時間	3
買い物の時間	3
自立意欲を高める支援のための時間	2
その他	1

### （3）事業所運営への影響

介護報酬改定に伴い、事業所経営への影響を示したのが表 3.7 である。経営が困難と答えた事業所は計 16 にのぼり、少し影響あるが経営できると答えた事業所が計 20、経営に影響なしと答えた事業所は計 11 であった。質問項目としてあくまで抽象的かつ体感的であるにしても、回答者のほとんどは経営に携わる管理者であることを考慮すると、今回の介護報酬改定は経営に少なからずマイナスの影響を与えている実態が見られる<sup>14)</sup>。なお、通所介護事業所は事実上大幅な引き下げが行われた部分でもあるが、他の事業種別に比べ、あまり深刻な影響は生じていないようである。時間区分の変更に伴い、利用者をより単価の高い長時間のサービスに移行したことが推測される。

表 3.7 事業所経営への影響

	経営に影響なし	少し影響あるが経営できる	経営が困難	分からない	その他	N/A
訪問介護事業所	3	5	8	3	1	4
通所介護事業所	0	8	3	0	0	1
居宅介護支援事業所	7	3	4	6	1	1
介護保険施設	1	4	1	2	0	0
計	11	20	16	11	2	6

事業所経営にマイナスの影響があると、それは従業員の賃金に影響する。訪問介護ではサービス提供の時間区分が見直され、生活援助では 60 分括りが 45 分括りとなった。表 3.8 に示すとおり、24 の回答事業所のうち 13 の事業所が 45 分の給与に引き下げている。登録型のへ

ルパーにとっては1回分の訪問で45分しか稼働できないことを意味しており、利用者宅への訪問前後の移動時間や交通費などを考慮すると大きなマイナス要因となる。また、4の事業所が45分サービスでも1時間分の稼働と見なして給与を支給しており、従前の給与を引き下げまいと持ち出しで対応している事業所の苦心が見られる。なお、通所介護事業所では今回の介護報酬改定で従業員の賃金に大きな影響は与えていないようである（表3.9）。

表 3.8 訪問介護事業所におけるヘルパー賃金への影響

	回答数
45分でも従来通りの1時間分の時給を支給した	4
45分の給与に引き下げた	13
45分の給与に引き下げたが他の諸手当を厚くするか、新たな手当を加えた	2
その他	5

表 3.9 通所介護事業所における従業員の給与への影響

	回答数
賃金が上がった	1
賃金が下がった	1
特に賃金の変化はない	8
移動手当が削られた	0
会議や研修の手当てが削られた	0
その他	0
N/A	2

表3.10は、今回の介護報酬改定によって、事業所が受けた苦情の有無を示したものである。また、表3.11はその苦情の内容を示したものである。およそ7割の事業所が苦情を経験しており、訪問介護事業所ではサービスの利用時間や内容といった部分の不満に直面していた。介護報酬改定によって大きくサービス提供に修正が加えられることになり、その結果が利用者の苦情となって現れたといえる。今回の介護報酬改定によるサービス提供の時間区分の再編や経営的な影響は、結果的には利用者にとってもなんらかの不利益をもたらした実態が看取されるのである。

表 3.10 介護報酬改定に伴う事業所への苦情の有無

	苦情有り	苦情なし	N/A
訪問介護事業所	17	7	0
通所介護事業所	8	4	0
居宅介護支援事業所	14	7	1
合計	39	18	1

表 3.11 介護報酬改定に伴う訪問介護事業所への苦情内容（複数回答）

	回答数
サービス利用時間が制限された	15
サービス利用回数が制限された	5
サービス内容に不満をもった	9
サービス内容の変更がよく理解できない	8
利用料があがった	4
その他	0

#### 4 2012年度介護報酬改定に伴う影響と考察

##### (1) 介護報酬改定のコンセプトとの矛盾

2012年度の介護報酬改定は、在宅サービスの充実と施設の重点化や自立支援型サービスの強化と重点化、医療と介護の連携・機能分担、介護人材の確保とサービスの質の向上といったコンセプトが政府によって示されていた。また、生活援助の時間区分の再編をめぐる報道や論議では、45分未満のサービスが不十分であれば回数を増やしたり、45分以上のサービスに切り替えて従来通りのサービスを提供したりすれば良いので、現場には影響しないことがいわれてきた。ところが、今回の介護報酬改定の動向や富田林市の事例によると実際にはこれらと矛盾する内容が見られる。

在宅サービスの充実としながらも、実際には介護報酬の具体的内容を見る限り、訪問介護や通所介護といった分野は改善された部分が見当たらず、富田林市の事例ではむしろ事業所経営やヘルパーにとってマイナスに作用している様が観測された。

また、政府は自立支援型サービスの強化と重点化のためとして生活援助の時間区分を変更したが、自立支援型サービスの強化をするのであれば、本来はその支援をヘルパーができるようゆったりとしたサービス時間が確保されなければならない。ところが、東京都社会福祉協議会の調査（339の事業所から回答）によれば、時間区分の変更に伴い提供時間を減らして訪問回数を増やしたケースは1/4だけで、訪問回数は変わらず提供時間を減らしたのが

58.2%で最も多かったとの報告がある<sup>15)</sup>。富田林市の事例でも、時間区分の見直しで利用者はサービス利用時間を「制限された」と感じ、事業所に苦情を出すケースが目立っていた。時間区分を60分から45分に見直したことが、実際には必要とされていた60分のうち15分の「切り下げ」として作用していたと考えられる。その場合、利用者が身のまわりのことについて自身で取り組もうとする場合、それをヘルパーがじっくりと支えたり見守ったりといった自立支援に費やす時間は減らさざるを得ない。

さらに、今回の介護報酬改定で介護人材の確保やサービスの質の向上が目指されていたが、富田林市の事例では、生活援助に従事する登録型ヘルパーにとってはむしろ不利となる状況が見られた。現行の介護報酬ではヘルパーの移動時間や交通費は前提されていない。したがって、一回の訪問につき稼働できる時間が細くなればなるほどヘルパーにとっては非効率となる。また、生活援助の時間区分が60分から45分に変更されたことで計画時間内にサービスが終了できなくなった実態もあり、その場合にヘルパーによるサービス残業で対応している状況も見られた。ヘルパーの負担は高まり、処遇はむしろ後退している傾向が見られ、人材確保やサービスの質の向上にとってむしろマイナス要因となっている。

## (2) 介護報酬引き上げに向けた事業者と利用者との共通基盤

低水準に止まる介護報酬をより引き上げていくためには、介護保険の利用者や被保険者からの合意形成が欠かせないとする。ところが、介護報酬では、事業者と利用者との利害関係を直接的には一致させない仕組みにあることをすでに指摘した。全般的に引き下げが目立った今回の介護報酬改定は、利用者にとって直接的には自己負担や保険料の軽減につながる「メリット」として受け取られやすい。一方で、今回の介護報酬改定は多くの事業所経営にとってマイナスにあり、富田林市の事例では事業所が利用者からの苦情に直面している姿が見られた。一見すると、事業者と利用者との乖離はさらに広がっているかのようである。しかし、富田林市の事例からは次のような点も指摘できよう。

今回の介護報酬改定は、事業者によるサービスを経て最終的には利用者の苦情として現れていた傾向が見られた。つまり、事業者にとってマイナスとなる介護報酬の改定は、結果的には利用者にとっても不利益を伴う状況をもたらすことを示している。たとえ実態に即さない介護報酬の改定であったとしても、事業者にとってはその改定に基づいてサービスを提供せざるを得ない。結果的にその矛盾は利用者に降りかかることになる。また、介護サービスの質は、良い人材を確保するための有利な雇用条件の設定や、研修や学習会など事業所でのより良いサービスへの取り組みなどによって基礎づけられる。利用者がサービスの質に不満を持ったとしても、事業者は介護報酬で経営している以上、その範囲内でしかこうしたサービスの質の向上にも取り組めないのである。

さらに、富田林市の事例では、今回の介護報酬改定が事業所経営にとってマイナスの影響を与えている状況が見られた。介護サービスの提供は、営利法人を含め民間に大きく委ねら

れている以上、採算のとれない分野になれば撤退する事業者が現れる。そこを利用していた利用者にとっては、サービス契約の打ち切りという致命的な不利益を招くことになりかねない。

このように、介護報酬の多寡は、利用者にとってどの程度の質のサービスを受けられるかにかかわってくるのであり、介護報酬の減少は利用者にとっても結果的には不利益を招きかねない。介護報酬の動向は事業所現場を直撃しつつ、結果的に利用者をも巻き込む形で影響するのであり、事業者と利用者との利害関係は動学的に見ると一致してくる。今後の介護保険をより良い方向へと改正していくためには、事業者と利用者との介護報酬の仕組みに囚われ、衝突するのではなく、このような共通基盤を見据えて検討していく必要があるものと思われる。

以上を踏まえると、介護報酬引き上げの合意形成には次のような課題が挙げられる。

介護職員処遇改善交付金のように、利用者負担が伴わない方法で事業所経営をバックアップしていくことは可能である。ただしこの場合は前述の通り営利法人の参入を許す限り手続きが煩雑となる。

介護保険制度と対象や仕組みが近い障害福祉サービス分野では、障害者自立支援法で応益負担の仕組みが導入されたことに対し、障害者運動が積極的に展開されたこともあり次のような動きを見せている。すなわち、各自治体では独自の自己負担軽減策が実施され、障害者自立支援法改正の「つなぎ法」による自己負担の大幅軽減策の実施および応能負担への制度改革に至ったところである。自己負担の軽減策や応能負担の実施によって、介護報酬の動向がなるべく利用者の自己負担に跳ね返らない仕組みにするなど、介護報酬の引き上げの合意形成には、介護報酬の引き上げが事業者と利用者が利益共有できる基盤の整備が求められる。

最近出された社会保障制度改革国民会議の報告書（2013年8月5日決定）では、介護保険の自己負担を一定以上の所得がある者に対し2割へアップする案が示された。このような案を実施すると、事業者と利用者との利害衝突をより深めてしまいかねない。

## おわりに

本稿では介護報酬を取り上げ、その性格や現場への影響について述べてきた。具体的には、介護報酬には介護現場を政策的に利益誘導する役割や機能を持ち、その引き上げには利用者の抵抗を伴うため事業者と利用者との利害衝突をもたらすことを指摘した。そして、2012年度の介護報酬の特徴を整理し、全体的には引き締め傾向にあること、富田林市の事例からは政府が掲げたコンセプトに実態は必ずしも一致していないことを指摘した上で、介護報酬の引き上げの合意形成に向けて、事業者と利用者との利害関係を乗り越える共通基盤の整備を提言した。

今後の介護報酬は、財政的・政治的状況を踏まえると大幅な改善の余地は限られており、むしろ抑制が進むことが懸念される。

具体的には、今回の介護報酬改定で加算の種類が増やされたねらいには、事業所を適性に評価するためというよりは、できるだけコストを抑制する手段であることに加え、次の点も指摘できる。すなわち、基本報酬から予め加算を切り離しておくことで、その加算部分がある種プラスアルファとして事業所に対して認識をもたせ、今後さらに政策的に介護費抑制を進める場合に、その部分の廃止をスムーズに進めていくための布石として基本報酬に組み込まなかったものと考えられる。

また、介護予防・日常生活支援総合事業は要支援者への給付切り下げを市町村に選択・実施させ、将来的にはボランティアといった民間の「善意」に委ねるなど、要支援者を対象から除外していくための布石にあることが指摘されている<sup>16)</sup>。

さらに、介護職員処遇改善加算はあくまで2014年度までの例外的かつ経過的な措置であるため、その後の政治状況によってはさらなる大幅な介護報酬のマイナス改定を招きかねない。そうなると、介護職員の給与水準は大きく引き下がるどころか、多くの介護事業所が閉鎖に追い込まれかねない。その場合予測されるのが、資金的に体力が低い中・小の事業所経営が悪化し、撤退が進むことである。介護サービスの事業者を確保していくのであれば、介護報酬を引き下げるのではなく、プラスに改定していく努力が求められよう。

なお、本稿では介護報酬概念がいつ、どのようにして登場し、それぞれの単位がどんな根拠を伴って設定されたかといった歴史分析に立ち入っていない<sup>17)</sup>。また、本稿で用いた富田林市の社会調査では、その結果が推測の域をでなかった部分があったことは否めない。調査対象となる事業者数が限られているため数量的な実証は困難であり、精度を上げていくためにはより詳細で客観的な調査項目に基づく追跡調査が必要である。また、最近と同様の介護保険サービスの地域調査も散見され、これらを比較検討することでより普遍性を持った成果が期待できると思われる。これらは今後の研究課題としたい。

#### (謝辞)

本論で扱った富田林市の社会調査では、代表の谷口氏、事務局長の武田氏をはじめ富田林社会保障推進協議会の方々に大変お世話になった。この場を借りて御礼申し上げたい。

#### (参考文献)

- 1) 伊藤周平『保険化する社会福祉と対抗構想 「改正」された障害者・高齢者の法と社会保障・税一体改革』山吹書店、2011年。
- 2) 沖藤典子『介護保険は老いを守るか』岩波書店、2010年。
- 3) 坂本圭「介護報酬単位の推移と社会福祉専門職の雇用」『季刊・社会保障研究』第47巻第2号、2011年9月。
- 4) 坂本毅啓「改正介護保険制度の課題と地方自治体の役割 ―富田林市を例にした介護保障の考察―」『四天王寺国際仏教大学大学院研究論集』第2号、2008年3月。
- 5) 坂本毅啓「介護職員確保のための介護報酬改定とその前提条件」『創発 大阪健康福祉短期大学紀要』第

8号、2009年3月。

- 6) 坂本毅啓編『指定介護保険事業所の抱える悩み ―富田林の介護保障を考える―』富田林社会保障推進協議会、2007年。
- 7) 坂本忠治『現代社会福祉行財政論 ―社会保障をどうするか―』大学教育出版、2009年。
- 8) 社会保障研究所『社会保障の財源政策』東京大学出版会、1994年。
- 9) 藤井新一「夜間対応型訪問介護事業の実践と24時間定期巡回型サービス（モデル事業）にとりくんで」『民医連医療』第475号、2012年3月。
- 10) 藤井渉編『富田林における平成24年度介護報酬改定に伴い介護保険事業所が抱える悩み』富田林社会保障推進協議会、2013年。
- 11) 二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房、2012年。
- 12) 野村拓編『医療の政治力学』桐書房、2011年。
- 13) 吉田及美「介護保険制度の現状と今後の動向について」『医療労働』第550号、2012年10月。
- 14) 結城康博『介護 現場からの検証』岩波書店、2008年。

(注)

- 1) 介護報酬を分析対象にした先行研究は非常に限られるが、例えば坂本圭「介護報酬単位の推移と社会福祉専門職の雇用」『季刊・社会保障研究』第47巻第2号、2011年9月や、坂本毅啓「介護職員確保のための介護報酬改定とその前提条件」『創発 大阪健康福祉短期大学紀要』第8号、2009年3月などがある。また、2012年度の介護報酬改定の影響を調べた社会調査報告には、吉田及美「介護保険制度の現状と今後の動向について」『医療労働』第550号、日本医療労働会館、2012年10月や、坂本論「生活援助削減は大問題！―北海道での事例調査から―」『医療労働』第550号、日本医療労働会館、2012年10月などがある。
- 2) なお、本稿は坂本毅啓が「改正介護保険制度の課題と地方自治体の役割 ―富田林市を例にした介護保障の考察―」『四天王寺国際仏教大学大学院研究論集』第2号、2008年3月で取り上げた社会調査の続編として行った調査を用いて述べるものであり、本稿を執筆するに当たって同論文を参考にした。
- 3) 坂本圭「介護報酬単位の推移と社会福祉専門職の雇用」『季刊・社会保障研究』第47巻第2号、2011年9月。
- 4) 沖藤典子『介護保険は老いを守るか』岩波書店、2010年、192頁。
- 5) 鎌谷勇宏「診療報酬の政治力学」野村拓編『医療の政治力学』桐書房、2011年、61-91頁。
- 6) 厚生労働省「平成22年介護事業経営概況調査」。
- 7) 厚生労働省「平成22年介護従事者処遇状況等調査」および厚生労働省「平成21年介護従事者処遇状況等調査」。
- 8) 用語の定義は政策に影響を与えるため、こういった文言は今後厳密に吟味していく必要があるだろう。なお、2010年の「地域包括ケア研究会報告」を契機に使用されるようになった「地域包括ケア」の文言は、政府の文書では2003年の「2015年高齢者の尊厳を支えるケア（高齢者介護ビジョン）」に登場してきたといわれている。山田智「2011年度介護・福祉責任者会議は何を打ち出したか」『民医連医療』第475号、2012年3月。
- 9) 「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」、2011年12月7日、および「財務大臣・厚労大臣合意・政調会長確認文書」、2011年12月21日、厚生労働省老健局「平成24年度介護報酬改定について」などを参照されたい。
- 10) ただし、実際にはその実現可能性には疑問の声が出ている。24時間定期巡回・随時対応型訪問サービスのモデル事業へ参加した事業所からは次のような指摘がなされている。実際には20分以内ではできないことは限られているため、毎日2回以上の定期巡回が組めない、利用回数が増えると経済的負担が高まるなど

の理由で、実際には利用が進まず、20人の利用を目標に対して2人しかいなかった。これは人件費が限られているなか、夜間に業務をお願いできる人材確保は極めて厳しく、24時間定期巡回型訪問サービスが全国に普及するとは到底思えないとのことである。藤井新一「夜間対応型訪問介護事業の実践と24時間定期巡回型サービス（モデル事業）にとりくんで」『民医連医療』第475号、2012年3月。

- 11) 身体介護も30分未満で254単位だったものを見直し、20分未満で170単位、20～30分未満で254単位とした。ただし、20分未満のサービスには要件があり、8～18時に提供する場合は要介護度が3～5であることや定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定の有無、引き続いて生活援助を提供してはいけないことといった厳しい制限が定められている。
- 12) ただし、区分支給限度基準額には反映されない。
- 13) 坂本毅啓「改正介護保険制度の課題と地方自治体の役割 ―富田林市を例にした介護保障の考察―」『四天王寺国際仏教大学大学院研究論集』第2号、2008年3月。富田林市の地域的特徴については同論文で詳述されているので参照されたい。
- 14) この部分の検証は各事業所の決算書など会計データに基づく分析を必要とするため、別稿で論じることにした。
- 15) 吉田及美「介護保険制度の現状と今後の動向について」『医療労働』第550号、日本医療労働会館、2012年10月、10頁。
- 16) 伊藤周平『保険化する社会福祉と対抗構想 「改正」された障害者・高齢者の法と社会保障・税一体改革』山吹書店、2011年、93-96頁。
- 17) 例えば、健康保険法（1922年制定）では保険者にとっては保険経済の安定、被保険者にとっては医師の選択の自由、保険医にとっては業務上の機会均等と地位の保障といった三角関係の利害をどう調和するかが問われ、具体的な数値に基づく計算式を用いて診療報酬は決められていた。では介護保険ではどのような事情に基づいて介護報酬が決められていったのか、体系的に整理していく研究が今後待たれる。大塚要『社会保険の諸問題』社会保険法規出版社、1940年。

