

公共政策学研究科 博士論文

訪問介護における介護報酬についての研究

—介護報酬体系の多角的分析および包括的評価—

京都府立大学大学院 公共政策学研究科

福祉社会学専攻 博士後期課程

坪井良史

要 約

本研究の目的は、訪問介護における介護報酬が内包する課題について多角的に分析すること、また、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかを包括的に評価することである。

本研究ではまず訪問介護に焦点を当てる。訪問介護は在宅介護の中でも中核的なサービスとして位置づけられる。さらに今後は、介護が必要となっても、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような医療および介護の提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が目指されるが、そこでは、訪問介護の果たす役割はさらに重要なものとなる。しかしその一方で、訪問介護は介護サービスの中で人材不足が最も深刻な状況となっている。このような矛盾した状態が維持されたままで、在宅福祉の拡充を推し進めていくことができるのだろうか。本研究ではこのような問題意識を有している。

また本研究では介護報酬に着目する。介護人材を確保する上では、介護従事者の賃金水準を改善することが重要な論点となる。これまで多くの先行研究では、介護人材を確保するためには、彼らの賃金の改善が有効な手段となることが指摘されてきた。訪問介護人材の確保においても賃金の改善は有効な手段といえる。そして、彼らの賃金水準に直接的な影響を及ぼすのが、介護サービスの公定価格となる介護報酬である。

介護報酬は本来、良質なサービスを確保できる水準に設定されるものであるが、多くの先行研究では、訪問介護における介護報酬は、公定価格として十分な水準となっていないことが指摘されてきた。それでは、訪問介護における介護報酬が低い水準となっている要因はどこに見いだすことができるのだろうか。これについてみるために本研究では、介護報酬における主たる評価項目である基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から訪問介護における介護報酬について多角的に分析を行う。一方、訪問介護における介護報酬は改定が実施されるたび加算が追加され、その報酬体系が複雑化されてきた。このような動向は、介護報酬を総体として評価することを困難とさせている。介護報酬に着目する研究をみても、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善などその研究対象が細分化されるようになっている。介護報酬の見直しが繰り返される中、介護報酬は総体としてどのように機能しているとい

えるのだろうか。これについて評価することも本研究の目的となる。そして、これらの分析および評価をふまえ、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について提案を行う。

まず第 1 章では、訪問介護における介護報酬についての先行研究レビューをふまえ、本研究における研究課題を設定する。介護保険制度創設当初は、介護報酬に着目する研究の視点は基本報酬が十分な水準となっているのかに向けられる傾向にあった。一方、近年の研究では、新たな項目が追加され複雑化する加算や、介護従事者に向けた待遇（賃金）改善にその重心が移される傾向にある。これをふまえ本研究では、（介護報酬における主たる評価項目である）基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の 3 つの視点から先行研究の検討を行う。そして、これら先行研究の限界を指摘するとともに、本研究における研究課題を設定する。本研究における具体的な研究課題は次のとおりである。まず基本報酬では、1 回当たりに設定され、また身体介護が中心に提供されることが前提とされる訪問介護の報酬単価は利用者の要介護度に応じたものとなっているのか、また時間区分の短時間化は、実際のサービス提供にどのような影響を及ぼしているのかが課題となる（第 3 章）。次に加算では、各加算項目を算定するためにどのような要件が規定されているのか、また各加算はどの程度算定されているのか、そして加算の算定率が著しく低い場合、その要因はどの部分に見出すことができるのかが課題となる（第 4 章）。さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、賃金改善効果を得るためにはどのような要件が求められるのか、また訪問介護従事者にはどの程度の待遇改善効果が及ぼされているのか、そして待遇改善効果が十分に及ぼされていない場合、その要因はどこに見出すことができるのかが課題となる（第 5 章）。

第 2 章では、準市場メカニズムにおける評価項目および介護労働を経済的に評価する枠組みを参照し訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかを包括的に評価するための枠組みを設定する。具体的には、政府が実施する介護報酬改定の動向をふまえ、次のような評価項目を設定する。まず基本報酬では、サービスの品質の維持とサービスの効率化を同時に達成できているか、また基本報酬単価が設定された基準（考え方）は介護サービスの公定価格を考える上で適切なものとなっているかという評価項目を設定する。次に加算では、加算を算定することによりサービスの質の向上が達成されているか、またサービスの質を支える従事者の熟練や技術を報酬上適切に評価できているかという評価項目を設定する。さらに介護従事者に向けた待遇改

善策を評価する上では、訪問介護従事者に十分な賃金改善が実施されているかという評価項目を設定する。そして終章では、訪問介護における介護報酬が総体としてどのように機能しているのかについて上記評価枠組みから評価を行う。

第3章以下では、訪問介護における介護報酬が内包する課題について多角的に分析するために、その報酬がどのように設定され、また機能しているのかについて考察を行っていく。まず第3章では、基本報酬が内包する課題に目を向ける。これまでの先行研究では、訪問介護における基本報酬が低い水準となっている要因について、家事援助(生活援助)が身体介護よりも低い報酬設定となっていることが指摘されてきた。しかし、基本報酬の妥当性を問うためには、その報酬単価が設定された基準(考え方)についても目を向ける必要がある。それはつまり、施設サービスの基本報酬は利用者の要介護度別の設定となっているのに対し、訪問介護の基本報酬は利用者の要介護度に関係なく、1回当たりの設定となっていること、また身体介護に高い評価を付与していることである。そして本章では、このような報酬設定が介護サービスの公定価格として妥当性を有するのかについて考察を行った。ここからは、身体介護では、利用者の要介護度がサービスの時間に反映されているといえる一方で、生活援助ではそれが反映されていないこと、また近年では、生活援助の需要が増加する傾向にあり、身体介護と生活援助との両サービス区分が提供される比率はほぼ同程度となっていることが明らかとなった。これに加えて、近年では、基本報酬の時間区分の効率化(短時間化)が推し進められているが、このようなサービスの短時間化は、訪問介護従事者の労働を強化させ、また利用者ニーズにきめ細やかに対応することを困難とさせていることも明らかとなった。このように、訪問介護では介護報酬の改定が重ねられることにより、介護報酬単価設定時に想定された考え方とは異なる状況が生じている。

第4章では、加算が内包する課題に目を向ける。近年の介護報酬改定においては、改定が重ねられるたびに加算が新設・拡充され、報酬上の評価において重要な役割を担うようになっている。しかし、施設系サービスでは加算が機能しやすい一方、訪問介護においてはその要件を満たしていても加算の算定を回避するなど、加算が適切に算定できないケースがみられている。なぜ訪問介護のみこのような課題が顕在化しているのだろうか。本章ではこの要因について考察を行った。本考察ではまず、訪問介護においては、通常のサービス提供に直接的に関連づけられる加算項目が非常に少なく、またその算定が困難となっている状況について確認した。そしてこの要因とし

て加算の項目数が少ないものとなっていること、加算の算定要件が包括的なものとなっていること、区分支給限度基準額が設定されていること、主たるサービスの担い手である訪問介護員の業務が報酬上適切に評価されていないことが明らかとなった。

第5章では、介護従事者に向けた待遇改善策が内包する課題に目を向ける。近年の介護報酬改定の動向をみると、介護従事者の待遇（賃金）を改善することに重点が置かれている。しかし、そのために創設された介護職員処遇改善交付金および介護職員処遇改善加算はその目的とする賃金改善効果を介護従事者に十分もたらしていない。なぜ、このような状況が生じているのであろうか。本章ではこの要因について考察を行った。本考察ではまず、訪問介護従事者に向けた待遇（賃金）改善効果は介護サービス全体の実績よりも小さいものとなっていること、さらに訪問介護従事者の大部分を構成する非常勤職に対してその効果がほとんど及ぼされていないことを確認した。そしてこの要因として、算定要件が複雑となっていること、本加算の効果は正規職の賃金改善に向けられていること、賃金改善の方法やその程度が介護事業所の判断に委ねられていること、例外的かつ経過的な措置となっていることなどが明らかとなった。

終章では、これらの考察をふまえ、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかについて包括的な評価を行った。まず基本報酬についてみると、1回当たりに設定される基本報酬は、利用者の要介護度に応じた報酬単価とはなっておらず、基本報酬として十分な水準とはなっていなかった。またサービスの効率化がサービスの品質を低下させていることも懸念される。次に加算についてみると、訪問介護ではサービスの質を向上させる取り組みや直接サービスを提供する従事者の資質が加算によって適切に評価できていなかった。さらに介護従事者に向けた待遇改善策についてみると、訪問介護従事者に対し十分な賃金改善を実施できる仕組みとはなっていなかった。このように、訪問介護における介護報酬は適切に機能しているとはいえず、訪問介護は介護報酬という評価の枠組みから疎外されているといえる。そして本評価をふまえ、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について具体的な提案を行った。まず基本報酬では、安定した事業運営を可能とし、労働力再生産を可能とする報酬単価設定が、また利用者にきめ細やかなサービスを提供できる時間設定とすることを提案した。次に加算では、サービスの質を高める取り組み、あるいはそのサービスの質を支える非正規従事者の業務を加算によって積極的に評価することを提案した。さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、その事業規模や雇用形態に関係なく、すべて

の従事者にその効果が公平にもたらされるような仕組みを提案した。

本研究から得られた結果は、今後の訪問介護における介護報酬のあり方を考える上で、少なからず示唆を提供するものと考えられる。

目次

序章：研究の背景

I．訪問介護ニーズの高まりとそこにおける深刻な人材不足.....	2
1. 在宅福祉における中核的サービス.....	2
2. 訪問介護人材の深刻な不足.....	3
3. 小括.....	5
II．訪問介護従事者に対する賃金改善の必要性.....	5
1. 訪問介護従事者の賃金水準.....	6
2. 訪問介護従事者に対する賃金改善をめぐる議論と賃金改善の必要性.....	8
3. 訪問介護従事者像の変容.....	9
4. 小括.....	11
III．訪問介護における介護報酬の課題.....	12
1. 介護サービスの公定価格としての介護報酬.....	12
2. 訪問介護における介護報酬の水準.....	13
IV．本論の構成.....	14

第1章 訪問介護における介護報酬をめぐる先行研究

I．介護保険制度を政策的に分析する主要な研究.....	19
II．訪問介護における介護報酬をめぐる研究.....	21
1. 基本報酬設定に関する先行研究.....	21
2. 加算部分に関する先行研究.....	28
3. 介護従事者に向けた待遇改善策に関する先行研究.....	32
III．本研究における研究課題.....	34
1. 基本報酬の妥当性を考える上での課題.....	34
2. 加算の妥当性を考える上での課題.....	35
3. 介護従事者に向けた待遇改善策の妥当性を考える上での課題.....	36

4. まとめ：訪問介護における介護報酬が内包する課題についての多角的分析	37
--------------------------------------	----

第2章 訪問介護における介護報酬を評価するための研究枠組み

I. はじめに	41
II. 訪問介護における介護報酬を評価するための枠組み：準市場メカニズムにおける評価項目	42
1. 準市場の定義	43
2. 準市場における成功条件および評価項目	44
3. 訪問介護における介護報酬を評価するための論点	47
III. 訪問介護における介護報酬を評価するための枠組み：介護労働を経済的に評価する枠組み	49
1. 介護労働を経済的に評価する枠組み	49
2. 訪問介護における介護報酬を評価するための論点	50
IV. おわりに	52
1. まとめ	52
2. 本研究における研究課題の提示	54

第3章 訪問介護における基本報酬設定についての考察

I. はじめに	57
II. 訪問介護における介護報酬単価（基本報酬）設定のプロセス	58
1. 第8回介護給付費部会（1998年10月26日）	58
2. 第10回介護給付費部会（1999年5月17日）	59
3. 第16回介護給付費部会（2000年1月17日）	61
4. 老企第36号および老計第10号通知：身体介護と家事援助および複合型の定義	63
5. 小括	65

Ⅲ．訪問介護における利用状況の分析.....	66
1. 身体介護と生活援助における利用状況.....	66
2. 身体介護と生活援助の利用割合.....	68
Ⅳ．サービスの効率化が及ぼす影響.....	70
1. サービスの短時間化.....	70
2. 利用者ニーズへの十分な対応が困難となっていること.....	70
3. 移動や記録作成時間などにかかる時間の増加.....	71
Ⅴ．おわりに：訪問介護における基本報酬の妥当性.....	72

第4章 訪問介護における加算についての研究：訪問介護と通所介護における加算項目の比較をととして

Ⅰ．はじめに.....	79
Ⅱ．訪問介護と通所介護における主たる加算項目の加算率および加算要件についての比較.....	80
1. 通所介護における加算要件およびその加算率.....	80
2. 訪問介護における加算要件およびその加算率.....	82
3. 小括.....	89
Ⅲ．訪問介護と通所介護における加算項目および加算要件についての比較：特定事業所加算の算定が困難となる要因.....	90
1. 算定できる加算が限定されていること.....	90
2. 加算要件が包括的なものとなっていること.....	91
3. 区分支給限度基準額の影響を大きく受けること.....	92
4. 訪問介護員の業務について評価する項目がほとんど存在しないこと.....	93
Ⅳ．おわりに.....	95

第5章 訪問介護従事者に向けた待遇改善策についての考察

I. はじめに.....	97
II. 介護職員処遇改善交付金の創設から 2012 年にかけての介護従事者に向けた待遇改善策の展開.....	98
1. 介護職員処遇改善交付金の概要.....	98
2. 2012 年に創設された介護職員処遇改善加算の概要.....	102
3. 小括.....	103
III. 2015 年から 2018 年にかけての介護従事者に向けた待遇改善策の展開.....	104
1. 2015 年に改定された介護職員処遇改善加算の概要.....	104
2. 2017 年に改定された介護職員処遇改善加算の概要.....	109
3. 小括.....	113
IV. 介護職員処遇改善加算が及ぼす効果.....	113
1. 介護職員処遇改善加算の届出状況.....	113
2. 事業所の待遇改善方法.....	115
3. 介護従事者の平均給与額および平均基本給の推移.....	115
4. 小括.....	117
V. 待遇改善策の効果が訪問介護従事者に及ぼされていない要因.....	119
1. 算定要件が複雑となっていること.....	119
2. 加算の効果は正規職の待遇改善に向けられていること.....	120
3. 事業所の判断に基づき待遇改善が実施されること.....	121
4. 例外的かつ経過的な措置となっていること.....	121
5. 介護報酬体系の中で待遇改善を図る仕組みとなっていること.....	122
VI. おわりに.....	122

終章：訪問介護における介護報酬の包括的評価と今後の介護報酬のあり方の展望

I. はじめに.....	125
II. 訪問介護における介護報酬についての包括的評価.....	126
1. 基本報酬についての評価.....	126

2. 加算についての評価.....	127
3. 介護従事者に向けた待遇改善策についての評価.....	128
Ⅲ. 今後の訪問介護における介護報酬のあり方.....	129
1. 今後の基本報酬のあり方.....	129
2. 今後の加算のあり方.....	133
3. 今後の介護従事者に向けた待遇改善策のあり方.....	136
4. 小括.....	138
Ⅳ. 本研究の意義および今後の課題.....	139
1. 本研究の意義.....	139
2. 今後の課題.....	141
3. さいごに.....	144
初出一覧、引用文献.....	147

序章：研究の背景

訪問介護は在宅サービスの本命である（森 1972）と指摘されるように、訪問介護はこれまで介護サービスの中でも中核的な役割を果たしてきたといえる。今後地域包括ケアシステムを推進していく上において、訪問介護の果たす役割はさらに重要なものとなることが考えられる。しかし訪問介護は、後述するように、深刻な人材不足の状況にある。このような状況について久谷監修（2007）は、このままでは、訪問介護を担う人々がいなくなってしまうと警鐘を鳴らしている。そこで本研究では、このような状況を改善することに研究の関心を向ける。

また本研究では、介護従事者の賃金水準の源泉となる介護報酬に着目する。これまでの多くの先行研究では、介護人材を確保するためには、従事者の賃金を改善することが有効であると指摘がなされてきた。そして、彼らの賃金水準に直接的かつ多大な影響を及ぼすのが介護報酬である。介護報酬は、良質なサービスを確保できる水準のものとして設定される必要がある。しかし、介護報酬は低い水準に設定されていることがこれまでの先行研究で指摘されている。それでは、訪問介護における介護報酬はどのように設定され、機能しているのだろうか。また、適切に機能していないのであれば、その要因は介護報酬のどの部分に見出せるのだろうか、さらに、介護サービスの公定価格としてふさわしい水準とするためにはどのような見直しが求められるだろうか。本研究では、このような視点に研究の関心を向ける。

訪問介護は要支援 1 および 2、また要介護 1～5 と認定された被保険者に対し、必要な介護や家事支援を行うものであるが、介護保険制度創設以降、訪問介護にはいくつかのバリエーションが追加されている。例えば 2006 年介護報酬改定では、自立度の高い要支援 1 および 2 と認定された利用者に向けた「介護予防訪問介護」や、地域密着型サービスとして「夜間対応型訪問介護」が創設された。また 2012 年の改定では、同じく地域密着型サービスの中に「定期巡回随時対応型訪問介護看護」が追加された。これらのサービスはいずれも訪問介護と同様の機能を有するものであるが、対象利用者は少ないものとなっている。

本研究では、このうち要介護 1～5 と認定された人々に向けた「介護給付」に位置づけられる訪問介護を対象とする。このため、要支援 1 および 2 と認定された人々に向

けた「介護予防給付」および「地域密着型サービス」に位置づけられる夜間対応型訪問介護や定期巡回随時対応型訪問介護看護は対象外とする。また訪問介護に従事する者は、主として管理的業務を担う「サービス提供責任者（正規職）」と、利用者に直接サービスを提供する「訪問介護員（非正規職）」とに大別することができる。本論では、この両者を区別して論じる¹⁾が、「訪問介護従事者」という場合、この両者を含むものとする。

I. 訪問介護ニーズの高まりとそこにおける深刻な人材不足

1. 在宅福祉における中核的サービス

訪問介護は介護介護の中でも中核的なサービスとして位置づけられる。また訪問介護は、利用者 1 人ひとりの尊厳に配慮するとともに、そのニーズに向けられたサービスといえる。例えば、厚生労働省「第 52 回介護給付費分科会」の中では、多くの高齢要介護者は、住み慣れたわが家で人生を全うしたいと願²⁾い、訪問介護はその希望を叶えるために必要不可欠な援助であるということが述べられている（厚生労働省 2008a）。介護保険制度の中でも、これまで一貫して在宅介護の拡充が目指されてきた。例えば介護保険法第 2 条第 4 項では、「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と規定されている。また厚生労働省老健局（2003）では、これからの高齢社会において、高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすることを目指すことが、また、そのために可能なかぎり自宅で暮らすことを目指していくことが示されている。

訪問介護は、利用者の自宅において、利用者と提供者との 1 対 1 の関係性の中で行われる。このため、30 分や 1 時間などのサービス提供時間は対象となる利用者のために用いることが可能となる。これに対し、介護保険施設や通所・短期入所サービスなどの施設系サービスの場合、管理された非日常的な空間で、また集団を単位として行われる（上野 2011：194-195）というサービスの性格上、1 人ひとりの利用者のニーズにきめ細やかに対応することは困難となる。

さらに今後は、介護が必要となっても、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続す

ることができるように、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場で 24 時間 365 日提供できるような包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）を構築することが目指されている（厚生労働省 2013）。また、2012 年に施行された改正介護保険法（第 5 条）では、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、本ケアシステムに法的根拠が与えられている。

一方、在宅介護が拡充される中、訪問介護においては高齢化の伸展によって多様化・複雑化する利用者ニーズへの対応が求められている。近年の在宅介護実践に目を向けると、高齢者夫婦世帯で夫婦がともに認知症を有するケースや、寝たきりの夫を妻が介護するなどの老老介護のケース、あるいは知的障害を有する息子と同居する要介護高齢者のケースなどの困難事例がみられている。このように、今後はより多くの介護、あるいは特別な支援を必要とする利用者の増加が予想される。それゆえ、今後の訪問介護においてはマンパワーの量的確保だけでなく、そのサービスの質の向上も求められている。

2. 訪問介護人材の深刻な不足

しかし、訪問介護は深刻な人材不足の状況にある³⁾。近年、わが国においては高齢者人口の増加に伴い、介護を必要とする人々の数も増大している。例えば、要介護認定者数の推移をみると、2018 年度末で約 658 万人となっており、介護保険制度が創設された 2000 年（約 218 万人）と比較すると、約 3 倍に増加している（厚生労働省 2018a）。

このような状況の中では、サービス供給の拡充とそれを支えるマンパワーの確保が喫緊の課題となる。厚生労働省（2018b）によれば、今後 2020 年度末までに約 26 万人、また 2025 年度末までに約 55 万人の介護従事者を確保する必要があることが示されている。また、第 15 回社会保障審議会福祉部会では、現状の施策を継続した場合、2025 年には約 30 万人の介護人材が不足するとの見通しが示されている（厚生労働省社会・援護局総務課 2015）。

しかし、介護従事者の厳しい労働条件や低い賃金水準などが社会問題となり、その人材確保は困難な状況となっている。近年の介護従事者数の推移（表 1）をみると、2014 年が 176.4 万人、2015 年が 183.1 万人、2016 年が 183.3 万人と微増の状況なっ

ており、政府が目標とする人材確保が容易ではないことが伺える（内閣府 2018:38）。また介護労働安定センター（2011；2014；2017）の調査結果をみても、「介護従事者が不足している」と回答する事業所は 2011 年が 50.3%、2014 年が 56.5%、そして 2017 年が 62.6%となっており、この数値は年々増加する傾向にある。一方、介護福祉士養成施設の定員充足率に目を向けても、2006 年に 71.8%であった数値が、2009 年には 55.1%、そして 2018 年には 44.2%となり、年々減少が続いている（宮本 2012：160；日本介護福祉士養成施設協会 2018）。

表 1 介護従事者数の推移

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年
介護従事者全体	54.9	63.5	72.4	84.9	96.4	108.6	114.1	119.6	123.3
訪問系	18.0	23.7	27.7	34.2	36.8	41.3	39.7	39.1	37.1
入所系	32.1	33.9	37.5	41.9	49.2	54.8	60.3	64.0	67.8

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	
介護従事者全体	136.4	142.7	151.0	163.0	170.7	176.4	183.1	183.3	
訪問系	42.3	43.2	45.8	48.5	50.2	50.7	52.8	51.4	
入所系	72.4	75.3	78.2	83.6	86.9	89.5	92.0	93.1	(万人)

内閣府（2018）を参考に筆者作成。

このように、わが国では介護人材不足が社会問題として認識されているが、中でも訪問介護における人材不足が顕著なものとなっている。訪問介護従事者として従事する者の数は、介護保険制度創設時（2000 年）には 18.0 万人となっていたが、2016 年には約 51.4 万人となっており、16 年の間に約 3 倍の増加がみられている。しかし、近年の訪問介護従事者数は、2014 年が 50.7 万人、2015 年が 52.8 万人、2016 年が 51.4 万人と推移しており、近年その著しい増加はみられていない（表 1）⁴⁾。また、介護労働安定センター（2017）の調査結果では、訪問介護従事者が不足していると回答する事業所は 82.4%であり、介護施設等で従事する介護職員の場合（66.9%）と比較し高い数値となっている。さらに、この数値は、2015 年が 75.1%、2016 年が 80.2%、2017 年が 82.4%と年々増加する傾向にある。実際の訪問介護サービス事業所に目を向けても、繰り返し募集をしても応募者なしの状況が常態化しており、訪問介護人材の確保が困難な状況となっている（松下 2014：98）。これに加えて坪井（2020）は、2017

から 2018 年にかけて新規介護人材の参入状況を捉えるためにアンケート調査 (n=575) を実施しているが、この中では、介護保険施設や通所介護等の施設系サービスを希望する人々が 78.8%を占める一方、訪問介護を希望する人々は 7.4%となり、圧倒的に少ないものとなっていることが明らかとなっている。

3. 小括

訪問介護は、地域包括ケアシステムを展開する上で中核的なサービスといえる。そこでの訪問介護従事者は、多様化・複雑化を伴いながら増大する利用者ニーズへの対応が求められている。しかしその一方で、深刻な人材不足の状況にあり、安定的なサービス供給が困難となることが懸念されている。このように、訪問介護労働は、その役割への期待と人材不足という矛盾を内包している。このような状況が維持されたままで、地域包括ケアシステムを推し進めていくことができるのだろうか。また、どのようにすればこれらの課題を解決し、在宅福祉を拡充することができるであろうか。本研究の関心はこれらの点に向けられている。

Ⅱ．訪問介護従事者に対する賃金改善の必要性

先に、訪問介護は深刻な人材不足の状況にあることを確認したが、介護人材を確保する上では、介護従事者の賃金水準を改善することが重要な論点となる。これまでの先行研究でも、介護人材不足を引き起こす要因の 1 つとして介護従事者の賃金が低い水準となっていることが指摘されてきた (Folbre and Weisskopf 1998 : 186 ; England and Folbre 1999 ; England, Budig and Folbre 2002 ; 上野 2011 : 442 ; 井口 2012 ; 森川 2015 : 179)。政府が発出する行政資料等をみても介護人材の確保に向けてこれと同様の方向性が示されている。厚生労働省 (2007) 「『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』の見直しについて」によると、今後複雑・多様化する介護ニーズに対応できる質の高い人材を安定的に確保していくことを喫緊の課題とした上で、介護従事者に対し社会的評価に見合う処遇の確保を図ることが示されている。また、内閣府 (2010) 「介護保険制度に関する世論調査」の中でも、介護人材確保のためには、(国や自治体が) 賃金を引き上げるなどの処遇改善を実施することが必要であると回答する人が 52.0%と最も多くを占める結果となっている。こ

れに加えて花岡（2015）も、介護従事者の賃金引き上げは、他産業への転職を抑制するとともに、その労働供給の増大につながると指摘をしている。このように、介護従事者を確保するためにはその賃金を改善することが最も有効な手段と考えられる。

しかし、介護従事者の賃金は低い水準となっており、社会問題として認識されるに至っている。以下では、訪問介護従事者の賃金が低い水準にあること、そして彼らの賃金水準を改善する必要性が高まっていることについて指摘を行う。

1. 訪問介護従事者の賃金水準

介護従事者の平均賃金（所定内給与）をみると、2017 年の数値では、（施設等で従事する）介護職員は 199,900 円、訪問介護従事者は 209,550 円となっている（介護労働安定センター 2017）。これに対し、全産業の平均賃金をみると、2017 年の数値では 304,300 円となっている（厚生労働省 2017）。このように、介護従事者の賃金水準は全産業の約 65～69%となっており、他産業と比較し低いものとなっている。

近年の訪問介護従事者の平均賃金の変遷をみると、正規職の平均賃金は、2006 年は 186,000 円となっていたが、2017 年は 209,550 円となっている（表 2）。この 11 年間で多少の増減がみられてはいるものの、約 2 万円の上昇となっており、微増傾向にある。一方、非正規職の平均賃金の推移をみると、2006 年は 110,200 円となっていたが、2017 年は 108,300 円となっている（表 2）。彼らの平均賃金は、この 11 年間で約 2,000 円の減少となっており、著しい改善はみられていない。さらに、短時間労働者の時給の変遷をみても、2006 年が 1,140 円、また 2017 年が 1,160 円となっており、この 11 年間で 20 円の上昇にとどまっており、非正規職の平均賃金と同様に、ほぼ同じ水準で推移している（表 2）。一方、介護職員の平均賃金についてみても、正規職はこの 11 年間で 9,000 円程度の上昇がみられているのに対し、非正規職は 6,000 円程度の減少となっている。また、短時間労働者の時給は 70 円程度の上昇にとどまっている。このように、介護従事者の賃金水準の低さは介護保険制度創設時より指摘されてきているが、その中でも非正規労働者の賃金水準は、正規職の 50～60%と、さらに低い水準となっている。そして訪問介護の場合、その従事者の約 80%がパートなどの非正規職で構成されている。介護労働安定センター（2017）の調査結果によれば、施設等で従事する介護職員の場合、非正規職が占める割合は 39.5%となっているのに対し、訪問介護員のそれは 79.4%となっている⁶⁾。このため、その従事者全体の賃金水準は介護職

員よりも低いものとなる。

表 2 介護従事者における平均賃金（所定内給与）の変遷

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	
訪問 介護 従事者	正規職（月給）	186,000	165,050	198,050	202,450	203,300	205,300	
	非正規職（月給）	110,200		108,600	101,700	103,700	102,700	
	時給	1,140	1,072	1,100	1,154	1,137	1,138	
介護 職員	正規職（月給）	190,800	165,800	195,300	199,700	200,600	202,300	(円)
	非正規職（月給）	125,400		122,100	120,600	121,700	125,300	
	時給	869	874	850	877	884	895	
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
訪問 介護 従事者	正規職（月給）	206,950	206,150	209,850	203,350	203,450	209,550	
	非正規職（月給）	104,000	107,100	108,000	104,700	108,500	108,300	
	時給	1,202	1,122	1,140	1,139	1,161	1,160	
介護 職員	正規職（月給）	203,600	206,200	205,000	192,700	196,000	199,900	(円)
	非正規職（月給）	128,700	127,000	121,300	115,700	118,600	119,200	
	時給	910	900	899	912	927	937	

注) 訪問介護従事者の正規職（月給）の値は、サービス提供責任者と訪問介護との平均値となっている。

注) 2007 年については、調査結果のフォーマットが異なり、正規・非正規の内訳はなされていない。

出典：介護労働安定センター「介護労働実態調査」（各年版）をもとに筆者作成。

これに加えて、訪問介護の労働条件は、介護職員のそれと比較し劣位な状況におかれている。例えば高松（2009）は、介護職員の労働は 9 時から 18 時というような連続的な勤務であるのに対し、（非正規である）訪問介護従事者は、30 分や 60 分などの細切れの勤務を積み上げるスポット労働となっていることを指摘している。また松下（2014）は、「訪問介護員の 1 時間当たりの平均賃金は 1,202 円であり、介護職員の 910 円に比べれば高いと考えられがちであるが、仮に 8～18 時の間に 1 日 3 ケース（合計 4.5 時間）の訪問介護を担当した場合、賃金は 5,409 円となる。これに対して介護職員であれば、仮に 9～16 時の間の 6 時間で 5,460 円が得られることとなる」と指摘

している。さらに、このようなスポット労働は、業務遂行に不可欠となる移動や待機、記録作成などの労働時間を生じさせることにつながっている。そして、これらの労働時間には賃金が支払われないことが多い（大場 2004；松下 2014）。なお、この詳細については後述する。

2. 訪問介護従事者に対する賃金改善をめぐる議論と賃金改善の必要性

先述したように、介護従事者を確保するとともにその労働供給を増大させるためには賃金の改善が有効といえる。しかし訪問介護の場合、賃金の改善が必ずしも有効とはならないことが考えられる。その要因として、訪問介護では、（先述したように）その従事者のほとんどがパートなどの非正規従事者で構成されており、彼らは配偶者控除など税制の範囲内で労働時間を調整していること（上野 2011:413）があげられる。このような労働の性格上、彼らの賃金（時給）を引き上げることは、結果としてその労働時間の減少につながってしまうのである（厚生労働省 2008b）。それでは、パートなどの非正規従事者を中心に構成される訪問介護においては、その人材を確保する上で、従事者に対する賃金の改善は有効な方策とはならないのであろうか。訪問介護における人材確保を考える上では、これについて検討する必要がある。そこで以下では、訪問介護従事者の賃金改善の是非をめぐる議論について確認を行う。

パート職などの訪問介護従事者に対する賃金の引き上げがその労働供給を減少させることを指摘する主要な研究として、安部・大竹（1995）、鈴木（2010）などがあげられる。まず安部・大竹（1995）は、配偶者（特別）控除制度や配偶者手当などの社会保障制度は、パートタイム労働者に 100 万円を超えないように就業調整を行わせる原因となっていること、そして、パートタイム労働者の賃金が上昇すれば、その労働供給が減少することを指摘している。また鈴木（2010）は、介護労働における短時間労働者の賃金弾力性について分析を行っているが、この中では短時間労働者者の賃金弾力性は負の値（ $-0.3 \sim -0.4$ ）となっており、彼らの賃金が仮に 3% 引き上げられるとすると、その労働時間は訪問介護で 1% 程度減少することが明らかにされている⁷。これらの先行研究からは、パートタイムなどの非正規職である訪問介護従事者の賃金を改善することは、その労働時間の減少につながることを示唆される。

これに対し、非正規職である訪問介護従事者の賃金を改善することがその労働供給を拡大させるという指摘も存在する。この主要な研究として大澤（2012）や下野（2003）

などがあげられる。まず大澤（2012）は、介護労働実態調査結果を参照し、労働条件の改善が短時間（訪問介護）従事者の労働供給に与える影響について分析を行っている。この中では、従事者の賃金の上昇が労働時間数の増加につながることで、また移動時間や研修時間など介護サービス提供以外の業務時間に対する賃金の支払いがあることがその労働時間を増加させることが明らかとなっている。また下野（2003）は、登録型ヘルパーに対する労働時間調査をふまえ、訪問介護人材を確保するためには、現状の賃金・雇用条件のままではほぼ不可能であるとし、彼らの労働条件を改善する必要があると提言を行っている⁸⁾。

このように、非正規である訪問介護従事者に対する賃金改善については有効／無効とする両立場が存在する。それでは、訪問介護の労働供給を増加させるためには、どちらの方策が有効となるのであろうか。安部・大竹や鈴木の研究では、利用者ニーズに対してそのサービス供給量（マンパワー）が確保されている、あるいは供給過多の状態にあることが前提とされている。しかし、先に確認したように、訪問介護においては新規参入がほとんどなく、人材確保が介護サービスの中で最も深刻な状況となっている。このような状況の中で（その労働供給の拡大を図るために）従事者の賃金を引き下げてしまえば、さらなる人材不足の状況を引き起こし、結果、その労働供給を縮減させることにつながることで懸念される。それゆえ、今後訪問介護における労働供給を増大させるためには、大澤や下野が指摘するように従事者の賃金の改善を図ることが有効な手段であると考えられる。

3. 訪問介護従事者像の変容

介護保険制度創設をきっかけに市場原理が導入され、介護従事者を取り巻く環境は大きく変化している。これにより、訪問介護従事者の就労意識も変容していることが考えられる。訪問介護従事者に対する賃金改善の必要性について論じる上では、このような変化にも目を向ける必要がある。以下では、訪問介護従事者を取り巻く環境の変化と、彼らの就労意識の変容についてみていく。

従来、訪問介護に従事する上では、賃金よりも仕事のやりがいや奉仕の精神などが重視されてきたといえる。それは訪問介護の前身である「家庭奉仕員派遣事業」という呼称にも反映されているように、本事業では職業人というよりは奉仕の精神が色濃く残っていることが考えられる（古瀬 1987；笹谷 2000）。また渋谷（2014：216）

は、1980 年代以降、家庭奉仕員の量的拡大が図られた要因として、(男性稼ぎ主世帯が主流となる中) 家計へ補助的な収入を得ることや社会貢献を目的化する活動の高まりなどをあげ、そこへ主婦層が参入するようになったと指摘する。同様に、森川 (2015: 85) も、老人家庭奉仕員の仕事について「育児に手がかからなくなったから、何か社会奉仕を」という主婦たちにはやりがいのある仕事であるとし、その仕事は主婦の職業機会であるというよりも、むしろ社会活動の機会として受け取られていたと指摘する。これらの先行研究からは、訪問介護従事者は、その労働において賃金を得るなどの経済的な動機よりもやりがいなどの利他的な動機を重視している傾向が見受けられる。

一方、介護保険制度創設以降、介護サービスを取り巻く環境は大きく変容している。例えば Brugere (2011=2014:80) は、ケアの実践は経済的収益性や管理経営の基準に従属されるようになってきていると指摘する。また Fine (2006: 201-202) は、多くの先進諸国の公的部門に民間企業における経営手法が導入され、行政運営の効率化が目指されるようになってきていると指摘する。さらに英国では、市場原理を活用しつつ公的規制をも併存させる制度的仕組みである「準市場」が創出されるに至っている (Le Grand and Bartlett 1993: 10)。そして近年では、日本国内においても英国の準市場が参照されるとともに、介護サービスに市場原理が一部導入され、多様な提供主体間での競争が促進されるようになってきている。このような変容について川村 (2014: 211) は、介護事業所は自主的に創意工夫を行い、かつ、より質の高いサービスの提供に努めるとともに、事業の効率性や透明性を確保すべく企業努力を行うことが求められていると指摘する。また宮本 (2012: 20) も、「介護報酬による運営のもとでは、いかに多くの介護報酬を得るかを経営の原則とし、ヒト・モノ・カネといった経営資源を最大限効率的に管理するなどの経営努力が課題になる」と指摘している。このように、介護保険制度創設をきっかけに介護事業者にはマネジメントの要素、つまり効率的なサービス提供や収益の確保などが以前よりも強く意識されるようになってきている。

このような変化は、そこで従事する人々の就労意識に少なからず影響を及ぼすことが考えられる。例えば久場 (2003) は、訪問介護職に着目するとともに、従来はパートタイムを中心として家計を補助してきた女性がフルタイムや正規職員として従事する必要性が高まってきていると指摘する。また上野 (2011: 311) も、介護保険制度の創設によってサービスへの対価性が高まり、責任も仕事も、そして収入ももっと増

やしたい「仕事志向ワーカー」が出現していると指摘する。このように、介護従事者を取り巻く環境が大きく変容する中で、訪問介護従事者の有する就労意識は、奉仕することや社会貢献などの利他的なものから生計の維持などの経済的なものへと変化していくことが推察できる⁹⁾。

4. 小括

介護従事者の賃金水準は他産業と比較し低い水準となっている。その中でも非正規従事者の平均賃金はより低い水準となっている。訪問介護は、そのほとんどがパートをはじめとする非正規職で構成されていることから、彼らの賃金は低い水準に置かれることとなる。さらに訪問介護従事者の場合、スポット労働という性質上、不払い労働時間が発生するなど、その労働条件はより劣悪なものとなっていると考えられる。

一方、非正規従事者は、税制を意識しながら労働調整を行っていることが少なくない。それゆえ、従来の先行研究では、彼らに対する賃金の引き上げはその労働供給を減少させることにつながると指摘がなされてきた。しかし、介護保険制度創設をきっかけに、介護労働を取り巻く環境は大きく変化している。介護サービスに市場原理が（部分的に）導入されることにより、これまでの訪問介護従事者像は変容していくことが推察できる。近年の研究では、経済的な動機を重視する訪問介護従事者が増加していることが指摘されている。このように、従事者の就労意識が変容していく中では、賃金の引き上げを行うことはその人材確保を図る上でより重要な手段となっていくことが考えられる。

そして、(訪問)介護従事者の賃金の多寡に直接的な影響を及ぼすのが介護報酬である。介護報酬は、介護サービスごとの公定価格であるとともに、介護従事者の給与の源泉となるものである。介護事業所収入の大半は介護報酬による収入であり、その収入の多くは介護従事者の人件費が占めている。例えば、介護老人福祉施設の給与費は64.6%、通所介護のそれは64.2%、認知症対応型共同生活介護のそれは62.7%、さらに本研究の研究対象である訪問介護のそれは76.1%となっている（厚生労働省2018c）。森川（2015：162）も、「介護従事者のおかれている低い賃金水準の状況を理解するためには、介護サービスの経済的評価の枠組みである介護報酬というツールを通じた介護労働の評価の課題や可能性を問う必要がある」と指摘する。これをふまえ本研究では、訪問介護における介護報酬に着目するとともに、これがどのように設定

され、そして機能しているのかに研究の視点を向ける。

Ⅲ．訪問介護における介護報酬の課題

本研究では、介護従事者の賃金の源泉といえる介護報酬に着目するが、後述するように、介護報酬は低い水準に設定されていることが社会的課題として認識されている。これをふまえ本節では、介護報酬が有する役割とそれが適切に機能していない現状について指摘を行う。

1. 介護サービスの公定価格としての介護報酬

介護保険制度創設をきっかけとして、多様な事業主体が参入し、サービスの質を基準として競争を行う仕組み（準市場）が形成されることとなった。このような枠組みの中で、介護サービスは介護報酬という公定価格によって経済的に評価されるようになっていく。一般的に介護報酬は、事業者が利用者に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われる報酬である（厚生労働省 2006）。介護報酬は、介護サービスの価格を公式に設定するものであり、誰にとっても明確な指標となる。また介護報酬は基本報酬と加算とで構成される。基本報酬は、サービス提供に不可欠となる人件費や運営費などが含まれるのに対して、加算では、サービスの質を向上させるために、利用者の多様な介護ニーズに対応することや専門性の高いサービスを提供する体制を整えていることなどが評価される。さらに近年では、加算の枠組みの中で介護従事者の待遇改善が実施されている。そして、最終的に介護サービスは、この両者を組み合わせることで報酬上評価されることとなる。一方、介護報酬の算定方法は次の3類型に分類できる。それは（1）サービス提供時間別のもの、（2）要支援・要介護度別のもの、（3）均一点数である（小山 2000）。まず（1）は訪問介護と訪問看護のみに設定されている。また（2）は、すべての施設サービスと通所介護、通所リハビリテーション、短期入所、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護などに設定されている。そして（3）は（1）および（2）以外のもの（例えば加算など）となる。これに加えて、介護報酬は政府によってコントロール（政策誘導）されている。介護報酬は、社会的な要請に応えることや公定価格としてあるべき姿に向かうよう、その報酬単価は3年に1回見直される（福井・齋藤 2018：35）。

このように、介護報酬は事業者にとっては事業運営の基本となり、また従事者にとっては給与水準の基本となる数値となる（増田 2016：61）。このような性格上、介護サービスの公定価格としての介護報酬の多寡は、介護サービスの経済的評価に直接的な影響を及ぼすとともに、介護サービスに関わる人々にとって重要な関心事となる。

2. 訪問介護における介護報酬の水準

先述したように、介護報酬は介護サービスの公定価格であると同時に、介護従事者の給与水準を規定するものである。それゆえ、介護報酬は良質なサービスを確保できる水準に設定される必要がある（堤 2010：71）。伊藤（1999）も、常勤で安心して働ける身分保障と労働条件を確立しない限り、必要な人材は確保できないと指摘をしている。厚生労働省（2008c）の中でも、介護サービスの質の維持向上、また人材の量的・質的確保、その定着のためには、適切な介護報酬の改定が必要であるという意見が示されている。

しかしながら、これまで多くの先行研究では、介護報酬は十分な水準となっていないことが指摘されてきた。介護報酬の低さは社会問題として認識されており（石田 2012：193）、介護従事者には低廉な賃金や不安定な雇用状況などがもたらされている（米沢 2018）。訪問介護における介護報酬をみても、これと同様の指摘がなされている。これについて森川（2014）は、介護保険制度の介護報酬を通じた介護労働力の評価の手法が、必ずしも訪問介護従事者への公平な配分に帰結していないのではないかと、また、現場で求められるスキルを備えたワーカーに適正な評価が提供されていないのではないかと懸念を示している。また石田（2012：200）は、介護保険制度導入後、訪問介護事業者にとって介護報酬から得られる収入だけでは人件費を十分に捻出できないことが共通の認識となっていると指摘する。さらに二木（2007：196）も、訪問介護事業所は質の高い介護を行うために良質の人材の確保を考えているが、介護福祉士を常勤で雇用したいと思っても、現在の介護報酬体系を前提とする限り経営が成り立たず、訪問介護人材の確保は難しいと指摘する。このように、（訪問介護における）介護報酬設定が低い水準となっているために、その従事者や事業者に消極的な影響が及ぼされていると考えられる。

ここからは、訪問介護における介護報酬が適切に機能していないことが考えられる。先述したように、介護報酬は基本報酬と加算から構成される。さらに近年では、加算

の枠組みの中で介護従事者の待遇改善が実施されている。実際の運用では、これらを組み合わせることで最終的に介護サービスを報酬上評価する。それゆえ、これらは介護報酬における重要な評価項目といえる。

しかし先述したように、訪問介護における介護報酬は低い設定となっている。それでは、訪問介護における介護報酬はどのように機能し、またどのような課題を内包しているのだろうか。そして今後どのように見直すことができるのだろうか。このような視点から分析を行う研究は、後述するように十分に蓄積されていない。そこで本研究では、このような視点から考察を行っていく。

IV. 本論の構成

本節では、研究の全体像について示したい。本研究の目的は、訪問介護における介護報酬が内包する課題について多角的に分析すること、また、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかを包括的に評価することにある。そしてこの分析および評価をふまえ、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について提案を行う。

まず第 1 章では、訪問介護における介護報酬についての先行研究レビューをふまえ、本研究における研究課題を設定する。介護保険制度創設当初は、介護報酬に着目する研究の視点は基本報酬（の妥当性）に向けられる傾向にあった。一方、近年の研究では、新たな項目が追加され複雑化する加算や、介護職員処遇改善加算をはじめとする待遇改善策にその重心が移される傾向にある。これをふまえ本研究では、介護報酬の主たる評価項目である基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の 3 つの視点から先行研究のレビューを行う。そして、これら先行研究の検討をふまえ、本研究における研究課題を設定する。

第 2 章では、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかを包括的に評価するための枠組みを設定する。本枠組みを設定する上では、日本の介護保険制度の枠組みを形成する準市場メカニズムにおける評価項目（Le Grand and Bartlett 1993）および介護労働を経済的に評価する枠組み（森川 2015）を参照する。先述したように、介護報酬は改定が実施されるたびに複雑化される傾向にある。このため、介護報酬が総体としてどのように機能しているのかについて評価を行うことが困難となっている。介護報酬に着目する研究をみても、その体系の複雑化によって基本報酬、加算、

介護従事者に向けた待遇改善といったようにその研究領域が細分化される傾向にある。それゆえ、介護報酬を包括的な視点から評価するための枠組みを設定することは、公定価格のあり方を考える上で有意義といえる。なお、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかについては、第 3～第 5 章の考察をふまえ、終章で評価を行うこととする。

介護報酬は、(良質な)介護サービスの公定価格を規定するものといえるが、訪問介護における介護報酬は低い水準に設定されていると指摘がなされてきた。それでは、訪問介護における基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策はそれぞれどのように設定され、また機能しているのだろうか。第 3 章以下では、これらについて考察を行っていく。

第 3 章では、基本報酬に目を向ける。基本報酬は、サービス提供に不可欠となる人件費や運営費などが含まれるものであり、介護報酬のなかで最も重要な部分といえる。これまでの先行研究では、基本報酬が低い水準となっている要因として、生活援助と身体介護との報酬単価に 2.5 倍以上の差があるなど、身体介護を優位、家事支援を劣位においた業務内容となっていることが指摘されてきた。しかし、基本報酬の妥当性を問うためには、これ以外にも検討すべき課題が存在する。それは、施設系サービスと訪問介護とでは、その基本報酬単価設定における考え方が異なっていることである。具体的には、施設系サービスの基本報酬が利用者の要介護度に応じたものとなっているのに対し、訪問介護の基本報酬は 1 回を基準として設定されている。さらに、身体介護が中心に提供されることが想定され、その報酬は身体介護に傾斜配分されることで、施設系サービスと同様に、利用者の要介護度に応じた評価を可能にするものと考えられた。本章では、このような考え方がサービスの公定価格として妥当なものとなっているかについて考察を行う。具体的には、訪問介護のサービスを「身体介護」と「生活援助」とに分類した上で、この両サービスがそれぞれどの程度提供されているのか、また、それぞれのサービス種別において介護の程度がサービスの時間あるいは回数にあらわれているのかについて考察する(介護の程度がサービスの時間・回数にあらわれることにより利用者の要介護度に応じた報酬となる)。一方、訪問介護における基本報酬では効率的な資源配分の観点から、サービスの時間区分の短時間化が図られてきている。このような動向は実際のサービス提供にどのような影響を及ぼしているのだろうか。介護保険制度創設以降、基本報酬は幾度の見直しを重ねられその姿

を大きく変容させている。基本報酬の妥当性を問うためには、このような視点から考察を行うことも有意義と考えられる。

第4章では、加算に目を向ける。加算は、入浴や機能訓練などの特定のサービス、認知症をはじめとする重度利用者に対する支援、従事者の資格や経験年数、他職種と連携したサービス提供などを報酬上評価するものである。近年の介護報酬改定においては、改定が重ねられるたびに加算が新設・拡充され、報酬上の評価において重要な役割を担うようになってきている。そして加算の算定（如何）は、安定した事業運営にも少なからず影響を及ぼしているといえる。しかし、施設系サービスでは加算（方式）が機能しやすい一方、訪問介護においては加算が適切に算定できないケースがみられている（増子 2013）。なぜ訪問介護のみこのような課題が顕在化しているのであろうか。このような課題について取り扱う研究は十分に蓄積されていない。そこで本章では、訪問介護において加算の算定が困難となっている要因について明らかにする。具体的には、訪問介護の各加算項目にはどのような要件が規定され、またどの程度算定されているのか、そして加算の算定率が著しく低い場合、その要因はどこに見出すことができるのかについて考察を行う。

第5章では、介護従事者に向けた待遇改善策に目を向ける。今日の介護労働をめぐる最も大きな問題は人材不足であるといえる。近年の介護保険制度改正の動向をみても、介護従事者の待遇（賃金）を改善することに重点が置かれている。具体的には、2009年に「介護職員処遇改善交付金」が創設され、租税を財源として介護従事者の賃金改善が実施されることになった。また2012年からは、本交付金に代わり、新たに「介護職員処遇改善加算」が創設され、介護報酬を財源として賃金改善が実施されている。しかし、これまでの先行研究では、これらの方策はその目的とする効果を訪問介護従事者に十分もたらしたものでないことが指摘されてきた（日本介護福祉士会 2011；日本ホームヘルパー協会 2013；全国労働組合総連合 2015）。なぜ、このような状況が生じているのであろうか。この要因について明らかにする研究は蓄積されていない。そこで本章では、政府が実施する待遇改善策が訪問介護従事者に賃金改善効果を及ぼしていない要因について明らかにする。具体的には、賃金改善効果を得るためにはどのような要件が求められるのか、また訪問介護従事者に対してどの程度の賃金改善効果が及ぼされているのか、そして本効果が及ぼされていない場合、その要因はどこに見出すことができるのかについて考察を行う。なお、介護職員処遇改

善加算は加算体系に位置づけられるが、本加算の目的は従事者の待遇（賃金）改善を図ることにあり、他の加算項目とはその目的を異にしていることから、他の加算項目とは切り離して考察を行うこととする。

終章では、これまでの考察をふまえ、第 2 章で設定した評価枠組みに基づき、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかについて包括的に評価を行う。そして、今後の訪問介護における介護報酬のあり方についていくつかの提案を行う。本研究から得られた結果は、今後の訪問介護における介護報酬のあり方を考える上で、また訪問介護人材の確保を図る上で少なからず示唆を提供するものと考えられる。

-
- 1) 本研究では、訪問介護従事者のほとんどを構成する「訪問介護員」に着目する。
 - 2) 内閣府（2018）『平成 29 年版 高齢社会白書』の中でも、「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」という質問を行っているが、60 歳以上の男女においては、「自宅で介護してほしい」が最も多くを占めている（男性：42.2%、女性：30.2%）。一方、「治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいか」という質問についてみても、「自宅」が 54.6%で最も多くを占めている。このように、何らかの支援が必要となった場合でも、自宅で過ごしたいと考えている人が多くを占めている。
 - 3) 例えば、第 87 回社会保障審議会介護給付費分科会の中では「2025 年までさらに介護職員は 90 万から 100 万人の方々を必要とするという数値が示されている」こと、また、「介護労働に多くの方々が参入していかなければ、2025 年問題も解決していない」ことが示されている（厚生労働省 2011）。
 - 4) 表 1 は訪問系サービスで従事する介護従事者数を示しているが、このうち訪問介護と訪問入浴介護の従事者数がそのほとんどを占めていることが考えられる。さらに、訪問入浴介護の利用ニーズは非常に少ないため、この数値のほとんどは訪問介護従事者によって占められていることが考えられる。ちなみに、厚生労働省「介護給付費等実態調査」では、訪問介護の事業所数は 33,262、また、その受給者数は 982,200 人となっているのに対し、訪問入浴介護の事業所数は 2,054、また、その受給者数は 69,800 人となっている。
 - 5) 本調査では、施設系サービスはキャリアアップの動機づけが強いと考えられる若年層（特に新卒学生）に選好される（ $p<.01$ ）一方、訪問サービスは社会貢献や社会参加の意識が強い高年層（特に定年退職者）に選好される傾向（ $p<.01$ ）がみられた。ここからは、受講者の属性やその意識傾向は、施設系介護を志向する場合と訪問介護を志向する場合とで大きく異なっていることが明らかとなった。
 - 6) 全国労働組合総連合（2014）の調査結果（ $n=3,989$ ）においても、全職員のうち、パート職や登録型の従事者が 79.0%を占める結果となっている。
 - 7) この中では、介護労働安定センターの介護労働実態調査のデータが参照されている。
 - 8) 下野（2003）は、名古屋市の訪問介護事業所に所属する登録型ヘルパーに対して労働時間調査（ $n=384$ ）を実施している。この中では、多少時間級が高くても安定した労働時間が見込めない登録ヘルパーよりも、一定の収入が確保できるスーパーのレジなどの一般的なパートタイマー職が選ばれていることが明らかにされてい

る。

- 9) これに加えて、坪井（2021）は、介護労働に関する資格制度の入り口に位置づけられる介護職員初任者研修の受講者に対して就労意識に関するアンケート調査を実施している。この中では、若年および中年層は介護労働に従事する動機として生計維持を重視する傾向にあることが示されている（その一方、高年層はやりがいを重視する傾向にあることも示されている）。

第 1 章 訪問介護における介護報酬をめぐる先行研究

序章では、介護報酬は介護サービスの公定価格であり、それゆえ良質なサービスを確保できる水準に設定される必要があること、その一方で、訪問介護における介護報酬は低い水準となっていることを指摘した。

これまで、訪問介護における介護報酬をめぐるっては、どのような視点から研究がなされてきたのであろうか、またそこではどのような課題が生じているのであろうか。本章では、介護報酬における重要な評価項目である基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善の 3 つの視点からこれらの先行研究について検討を行う。

以下第 1 節では、介護保険制度を政策的に分析する主要な先行研究において、介護報酬の課題がどのように取り扱われてきたのかについて確認する。第 2 節では、訪問介護における介護報酬をめぐる先行研究についてレビューを行う。そしてこれをふまえて第 3 節では、本研究における研究課題を提示する。

I. 介護保険制度を政策的に分析する研究

これまでの介護保険制度に関する先行研究をみると、保険者・被保険者、保険料、財源、要介護認定、介護保険サービスなど、制度を包括的に捉える視点から研究が蓄積されてきたといえる。このような中、介護報酬については制度研究の一環として指摘がなされてきたといえる。この主要な研究として、二木（2007）、堤（2010）、結城（2011）、増田（2016）などがあげられる。

二木（2007）は、1995 年から 2000 年までの介護保険制度の創設過程と、制度創設から 2006 年の介護予防給付創設までの政策の動向について継続的かつ包括的な視点から分析を行っている。この中では、介護保険制度の政策研究と実態調査を統合するなど、現場の状況もふまえた実践的な研究が試みられている。この一例として、訪問介護において人材確保が難しい状況となっていることや、現在の訪問介護における介護報酬が低い水準に設定されていることなどがあげられる（二木 2007：196-197）。

堤（2010）は、介護保険制度創設以降 10 年間の制度の動向およびその課題について指摘を行っている。この中で堤は、これまでの制度を振り返り、サービスの拡大に

よって制度が国民に定着し、国民生活に不可欠のもの（制度）となったこと、しかしその一方で、国庫負担を抑制するための給付抑制などが進み、介護従事者の不足などの課題を生じさせるに至っていると指摘をしている¹⁾。さらに、今後は持続可能な制度とするために、保険料を引き上げたり被保険者の範囲を拡大するなどし、財源を確保することが求められると指摘している（堤 2010：129-133）。一方堤は、介護報酬の特徴として、個別的行為や専門職への評価が少なく、職員体制に基づく包括評価やサービス時間に基づく積み上げ評価が中心となっていることや介護報酬が複雑化していることなどをあげている。さらに、介護報酬の複雑化によって個別の介護行為に関する政策的な報酬設定が診療報酬の場合のように機能しにくくなっていること、また被保険者にとって介護報酬は理解しづらいものとなり、保険料の妥当性を判断することが困難となると指摘をしている（堤 2010：79）。

結城（2011）は、介護保険制度創設から 2010 年に至るまでの介護システムの変遷を長期的な視点から時系列的に考察を行っている。結城は、制度創設以降、介護保険制度は現場のニーズから乖離するものとなっており、それゆえ多くの高齢者が困窮していると指摘を行っている。そして、現場から乖離しないシステムづくりのために、シンプルな仕組み、本制度に救貧的システムを加えた二層のシステム、医療と介護の政策過程の一本化、現場のニーズを把握した上でその財源を長期的に試算する仕組みなどの提案を行っている（結城 2011：214-248）。一方で結城は、訪問介護の課題として、ホームヘルパーの低賃金が社会問題となっていることや、長時間のサービスに対する加算が縮小され、短時間のサービス提供を基本とする考え方がとられていることなどをあげている。

高齢者介護対策本部の一員として介護保険制度の創設に携わった増田（2016）は、介護保険制度創設に至るまでの過程について、当時の政治的動向をふまえた考察を行っている。また増田は、制度創設時から 2015 年の介護報酬改定までの動向を通史的な視点から分析を行っている。増田の研究は、制度創設前の 1994 年から 2015 年という最も長い視点で制度の変遷を捉えるものとなっている（それゆえ、深い考察には至っていない）。そして、今後の介護保険制度を持続可能なものとするために、被保険者の範囲の拡大と介護者支援制度の必要性を提案している。一方増田は、これまでの実施された介護報酬改定のポイントとその課題についても整理を行っている。この中では、介護報酬のマイナス改定がなされると、介護事業を不安定化させる等の反対意見

が関係者から出されるが、これまでの介護報酬改定でマイナス改定がなされたとしても、保険給付全体がマイナスとなった年度はないとし、厚生労働省による介護報酬改定を通じた政策誘導が効果を発揮していると指摘を行っている（増田 2016：61-64）。

このように、これらの政策的研究は財源や保険料、保険者と被保険者、介護サービスや介護人材が内包する課題など政策的視点から介護保険制度を検証するものとなっている。この中では、介護報酬が内包する課題についても指摘がなされているものの、制度全体を捉える研究という性格上、介護報酬に焦点を当て、これを詳細に分析するまでには至っていない。

Ⅱ．訪問介護における介護報酬をめぐる研究

一方、訪問介護における介護報酬をめぐる先行研究にフォーカスすると、介護保険制度創設当初は、その研究の視点は基本報酬が介護サービスの公定価格として十分な水準となっているのかに向けられる傾向にあった。これに対し近年の研究では、新たな項目が追加され複雑化する加算や、介護職員処遇改善加算をはじめとする介護従事者に向けた待遇改善策にその重心が移される傾向にある。これをふまえ本研究では、介護報酬における主たる評価項目と考えられる基本報酬、加算、介護従事者の待遇改善策の3つの視点から先行研究のレビューを行う。

なお、介護従事者の待遇改善を図る「介護職員処遇改善加算」は加算体系の1つに位置づけられているが、本加算の目的は従事者の待遇改善を図ることにあり、他の加算項目とはその目的を異にするものである。このため本研究では、本加算は他の加算と切り離し、「介護従事者に向けた待遇改善策」という括りで考察を行うこととする。

1. 基本報酬設定に関する先行研究

1) 身体介護と生活援助との報酬格差

まず、訪問介護における基本報酬の妥当性に焦点を当てる研究として、石田（2012）や森川（2015）、西島（2009, 2011）などがあげられる。これらの研究は、措置制度から介護保険制度の創設へ向かう中で、訪問介護の報酬単価がどのような考え方のもとで設定されていたのか、また設定された報酬単価はサービスの公定価格として妥当な水準となっているのかについて問うものとなっている。

石田（2012）の研究は、介護労働は人間の生命と発達保障に直接的にかかわる尊厳性の高い専門職による労働であるとした上で、介護労働の本質について検証することを目的としている。具体的には、介護労働の普遍的特性を歴史的に検証すること、介護労働者の状態像を分析すること、介護過程を体系化することをそのねらいとしている。また石田は、介護労働を歴史的に分析する中で、介護報酬単価の設定における厚生省（当時）の考え方（介護をどのように規定し、身体介護および家事援助の介護報酬を組み立てるのか）について分析を行っている。石田は、厚生省の認識は「介護＝身体介護」であるとした上で、介護報酬は、「特定」の要介護者に、「直接」「対面」して行われる「対人身体介護」場面に傾斜配分されていること、これに対し、家事援助（生活援助）は厚生省にとって身体介護の付帯条件と認識されていると指摘を行っている（石田 2012：194-196）。これに加えて石田は、介護報酬単価の水準が低く設定されていることにより、事業所は厳しい運営状況となり、また介護従事者は荷重労働による心身的な負担が増大し、さらに、利用者においてはその提供されるサービスの質が低下するなど、介護サービスを取り巻く人々に消極的な影響が及ぼされていると指摘している（石田 2012：200-201）。

森川（2015）の研究は、介護保険制度は介護をいかなる労働として可視化し、介護の社会的評価にいかなる貢献と課題をもたらしたのかについて、通史的観点から検証を行うものである。この中で森川は、介護保険制度創設時の介護報酬の基本的考え方とその算定方法に着目し、訪問介護における介護報酬単価がどのような過程を経て設定されたのかについて考察を行っている。森川は、この介護報酬単価の設定プロセスをふまえ、訪問介護の介護報酬の特徴として、家事と身体介護との報酬単価に 2.5 倍以上の差があるなど、身体介護を優位、家事支援を劣位においた業務内容となっていること、また 30 分という時間単位を設定するなど、細かい時間管理と対になった業務標準化が志向されていることなどをあげている（森川 2015：178）。さらに森川は、訪問介護の介護報酬は、登録型ヘルパーの時給単価の人件費を前提とし、「単位化された活動」を細かい単位で管理することを志向した経済評価のシステムとして制度化されているとし、訪問介護の報酬設定が労働力の再生産を可能とするものとはなっていないと指摘を行っている（森川 2015：179）。

西島（2009, 2011）の研究は、訪問介護の介護報酬の妥当性に焦点を当て、訪問介護の特徴と専門性をふまえつつ、措置制度から介護保険制度への移行にともない、訪

間介護労働がどのように変容していったのかについて検討することを目的としている。まず西島（2009）の研究では、介護保険制度創設に向けて、サービスを効率的に提供する体制を整備するための新たな財政方式である事業費補助方式が導入されたことが、訪問介護のあり方を大きく変容させるきっかけとなったと指摘がなされている。また事業費補助方式の最も大きな特徴として、補助金単価の低さをあげ、本方式の導入によって不安定・不規則な労働形態にある非常勤ヘルパーの採用が奨励されるようになったと指摘がなされている。これに対し西島（2011）の研究は、介護保険制度創設後の訪問介護における基本報酬設定に着目するとともに、その妥当性について分析を行うものとなっている。この中では、厚生省（当時）の基本的な考え方やその算定方法などをふまえ、措置制度から介護保険制度へ移行する中で、どのようなプロセスを経て訪問介護の介護報酬単価が設定されたのか、また、その設定された報酬単価がどのように見直されていったのかについて詳細な分析がなされている。この中では、訪問介護の報酬単価の課題として、生活援助の報酬単価が身体介護に比べ著しく低いものとなっていることがあげられている。そしてこれについて西島は、生活援助は利用者の日常生活を管理し、自立を支援するためのケアマネジメントの一環として行われる専門的な支援であるとし、身体介護と生活援助との報酬格差を是正することを提案している²⁾。

2) 基本報酬単価設定における考え方

一方、訪問介護における介護報酬単価は、施設系サービスとは異なる考え方のもとで設定がなされている。このような特徴を捉える研究として大坪（2000）や介護保険制度史研究会編（2016）、厚生省（1999）があげられる。

まず大坪（2000）は、介護サービスを施設介護サービスと在宅サービスとに整理した上で、政府がどのような考え方に基づいて両サービスの仮単価を設定したのかについて考察を行っている。この中で大坪は、1998年7月に開催された介護給付費部会で示された論点を参照し、施設介護サービスの報酬単価は、介護・看護職員の人件費やそれら以外の介護サービスにかかる費用、施設運営に関わる基本的な管理経費など包括して評価する部分は、利用者の要介護度に応じて評価するものとされている³⁾のに対し、訪問介護や訪問看護など在宅介護の報酬単価は、（介護サービスにかかる費用や運営経費など包括して評価する部分は）利用者の要介護度は勘案せず1回当たりの設定

とされていると指摘している（図 1 および図 2）。

○ 包括して評価する部分(地域差を勘案)

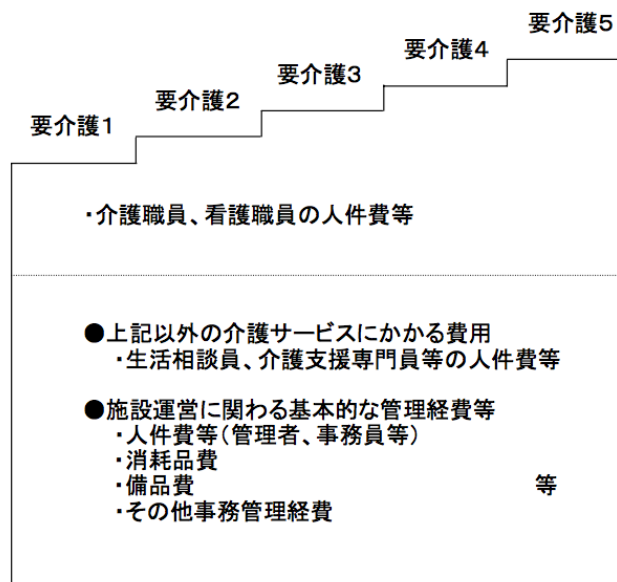


図 1 介護老人福祉施設における介護報酬設定のイメージ

出典：大坪（2000），厚生労働省（2000）をもとに筆者作成。

○ 包括して評価する部分(地域差を勘案)

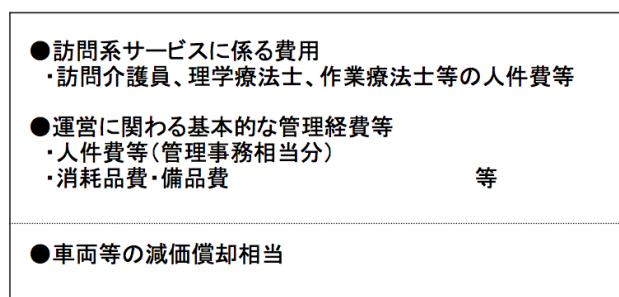


図 2 訪問介護における介護報酬設定の考え方

出典：大坪（2000），厚生労働省（2000）をもとに筆者作成。

一方、介護保険制度史研究会編（2016）の研究は、介護保険制度の基本構想から制度施行までの変遷を通史的に描き出すものであるが、この中においても施設介護サービスと訪問介護との介護報酬設定の考え方が示されている。まず施設介護サービスにおける介護報酬の考え方についてみると、「介護報酬の基本構造は、要介護度に合わせ

て人員配置も加味した報酬を設定すべきである」と示されている。これに対し、訪問介護における介護報酬の考え方をみると、「訪問介護では、介護の必要の程度がサービスの内容や時間に現れることとなるので、要介護度別に評価する必要はないと考えられる」と示されている（介護保険制度史研究会編 2016：504）。

さらに厚生省（1999）では、介護保険施設における要介護度別の報酬設定の考え方が示されている。この中では、介護報酬単価を設定する上では、看護・介護職員等の直接処遇職員における要介護者ごとの手のかけ具合を基本として、それぞれの状態区分における状態像により認定を行うという要介護認定基準の考え方が勘案されたこと、そしてこれをふまえ、利用者の要介護度別に介護報酬単価が設定されていることが示されている。その一方、訪問介護における介護報酬設定では、大坪の指摘にもあったように 1 回単位の報酬単価が設定され、要介護認定基準の考え方は勘案されていない。

このように、介護報酬は利用者の要介護度に応じた単価設定が前提となっているといえるが、訪問介護と施設介護ではその基本報酬設定における考え方（アプローチ）が大きく異なっているのである。

3) サービスの時間区分の変化

一方、基本報酬はサービスの効率化を図る観点からサービスの短時間化が推し進められている。基本報酬の妥当性を考える上では、このような動向にも目を向ける必要がある。

介護報酬は介護サービスの公定価格であり、政府によって設定されコントロール（改定）される。介護報酬は、先述したように、社会的な要請に応えることや公定価格としてあるべき姿に向かうよう 3 年に 1 回改定される。そして介護保険制度創設以降、6 回の改定が重ねられてきている⁴⁾。これまでの介護報酬の改定率をみると、2003 年：-2.3%、2006 年：-0.5%、2009 年：+3.0%、2012 年：+1.2%、2015 年：-2.27%、2018 年：+0.54%となっており、プラスとマイナスの見直しが同程度実施されてきたといえる（表 1）。

一方、訪問介護における基本報酬単価をみると、介護保険制度創設当初、身体介護では、30 分未満：210 単位、30 分以上 1 時間未満：402 単位、1 時間以上：584 単位と、また生活援助では、30 分以上 1 時間未満：153 単位、1 時間以上：222 単位と設定され、さらに長時間のサービスには 30 分ごとに加算が設けられ、時間数に応じた単価が

設定された（月刊介護保険編集部編 2000）。

表 1 介護報酬改定率の推移

	2003	2006	2009	2012	2015	2018
	△2.3%	△0.5%	3.0%	1.2%	△2.27%	0.5%
改定率	在宅：0.1%	在宅：△1%	在宅：1.7%	在宅：1.0%	在宅：△1.42%	記載なし
	施設：△4.0%	施設：±0%	施設：1.3%	施設：0.2%	施設：△0.85%	

注）2014 年改定（消費税の引き上げへの対応）および 2017 年改定（介護人材の処遇改善）は除く。

出典：厚生労働省（2003a；2006；2008a；2012a；2015a；2018）をもとに筆者作成。

しかし近年では、介護保険制度創設当初の設定からその姿を大きく変容させてきている（表 2）。具体的には、より短い時間でサービスを実施することにインセンティブが付与される傾向にある。例えば 2006 年の介護報酬改定では、生活援助においては 1 時間を超える長時間のサービスに加算が算定できなくなった（厚生労働省 2006）。また 2009 年改定では、身体介護および生活援助の両サービスにおいて最も短い「30 分未満」のサービス区分の報酬単価が引き上げられた（厚生労働省 2008a）。さらに 2012 年の介護報酬改定では、生活援助において、従来の「30 分以上 60 分未満」および「60 分以上」に代わり、「45 分未満」および「45 分以上」の新たな時間区分⁵⁾が、また身体介護をみても「20 分未満」という新たな時間区分⁶⁾が追加されている（厚生労働省 2012b）。そして、より短い時間区分に高い報酬単価が設定される傾向にある。

このように、訪問介護の基本的なサービス提供のあり方は、短時間のサービスを数多く提供することで、増大する利用者のニーズに応えるとともに、事業所の収益を確保していくことと認識されるようになった（厚生労働省 2011）。身体介護では、中重度の在宅利用者の生活を総合的に支援する観点から、また生活援助では、限られた介護人材の効果的活用を図りサービスを効率的に提供する観点からサービスの短時間化が図られている。そして、このような動向は生活援助において著しいものとなっている。

このように、訪問介護では限られた財政的・人的資源の効率的な配分を行うために、短時間のサービスを積み上げていくことが重要となっている。例えば高松（2009）は、このようなサービスの短時間化によって訪問介護はスポット労働化していると指摘し

表2 訪問介護における基本報酬の変遷

身体介護中心型													
2000年		2003年		2006年		2009年		2012年		2015年		2018年	
項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位
30分未満	210	同左	231	同左	231	同左	254	20分未満	170	同左	165	同左	165
30分以上1時間未満	402	同左	402	同左	402	同左	402	30分未満	254	同左	245	同左	248
1時間以上	584	同左	584	同左	584	同左	584	30分以上1時間未満	402	同左	388	同左	394
30分超過ごとに加算	219	同左	83	同左	83	同左	83	1時間以上	584	同左	564	同左	575
								30分超過ごとに加算	83	同左	80	同左	83
家事援助中心型													
30分以上1時間未満	153	同左	208	同左	208	同左	229	20分以上45分未満	190	同左	183	同左	181
1時間以上	222	同左	291	同左	291	同左	291	45分以上	235	同左	225	同左	223
30分超過ごとに加算	83	同左	83										
								通院乗降介助	100	同左	97	同左	98

出典：月刊介護保険編集部編（2000），厚生労働省（2003b），厚生労働省（2006），厚生労働省（2008a），厚生労働省（2012b），厚生労働省（2015b），厚生労働省（2018）をもとに筆者作成。

ている。そしてこのようなスポット労働化は、サービスの担い手や受け手に消極的な影響を及ぼしていることが懸念されている。これについて山根（2017）は、細切れの労働となることで、（給与が支払われないことが多い）移動時間が増加し、また限られ

た時間内でのサービスを強いられることから利用者ニーズへの応答性を不可能とさせていると指摘している。この詳細については第 3 章で述べることとする。

2. 加算部分に関する先行研究

加算では、サービスの質を向上させるために、利用者の多様な介護ニーズに対応することや専門性の高いサービスを提供する体制を整えていることが報酬上評価される。介護保険制度創設以降、厚生労働省は、介護サービスの質を高めていくことへインセンティブを与えるために数多くの加算を作り出してきた（増子 2013：99）。近年の介護報酬改定では、この加算による評価が拡充される傾向にある。例えば、訪問介護における加算項目をみると、制度創設当初は 3 項目が設定されていたが、2018 年には 10 項目へ増加するとともに、主要な加算項目の内容が拡充されている（表 3）。訪問介護と同様に、在宅サービスにおいて主要なサービスである通所介護の加算項目をみても、制度創設時 5 項目であったものが、2018 年には 15 項目へと増加され、主要な加算項目の拡充が図られている（表 4）⁷。このような加算の拡充は、介護事業所運営にも影響を及ぼしている。これについて総合社会福祉研究所（2015）は、近年の介護報酬見直しでは基本報酬が引き下げられており、加算を取得しないと運営が成り立たない構造となっていると指摘をしている。また井口（2011）も、各事業者は基本報酬の引き下げ分を取り戻すため、重点評価された加算をいかに算定するかが重要となっていると指摘を行っている。このように、基本報酬が引き下げられる傾向にある中、安定した事業運営を行うためには、加算をいかに算定するかが重要な要素となっている。

介護報酬における加算部分に着目する先行研究として、結城（2011）、柳本（2012）、増子（2013）などがあげられる。結城（2011）は、2009 年の介護報酬改定に着目するとともに、本改定の特徴として、在宅系サービスにおいて加算項目が新設され、介護報酬体系が複雑化されたことをあげている。さらに結城は、本来であれば報酬本体部分を引き上げることが望まれるが、本改定ではそのようにはなっていないと指摘を行っている（結城 2011：29）。また東京三鷹市で介護事業所を運営する柳本（2012）は、介護報酬の複雑化が介護事業所および従事者にもたらす影響について指摘を行っている。この中で柳本は、2012 年の介護報酬改定に着目するとともに、本改定の特徴として、基本報酬を抑える代わりに条件付きの加算が増加したことをあげている。さ

らに柳本は、今回の改定によって介護サービス以外の（事務的業務などの）間接的業務にかかる負担⁸⁾が途方もなく肥大化していることや、訪問介護やデイサービスなどで従事する介護職の労働が強化されていると指摘している。さらに増子（2013）は、在宅サービスにおいては加算の算定が困難となるケースがあることを指摘している。増子は、より質の高いサービスに対し一定の報酬を付加できる加算方式は、施設では問題なく機能しているが、訪問介護ではこれが適切に機能していないと指摘する。そしてこの要因として、加算の算定に伴ってサービス価格が上昇すると、その総計が区分支給限度基準額⁹⁾を超えること、また当該限度額を超えた部分は自己負担となり、その価格は時間単位でおよそ 10 倍にもなってしまうと指摘を行っている（増子 2013：102）。同様に堤（2010：74）も、在宅サービスの場合、区分支給限度基準額があるために、望ましいサービスを受けようと思って加算を算定している事業所を選んだら、本限度額の範囲では利用できないケースがあると指摘している。

一方、訪問介護事業所において加算の算定が困難となっている状況を示す調査結果も存在する。例えば、シルバーサービス振興会（2010）や三菱総合研究所（2016）の調査結果では、サービスの質を評価する上で最も重要な加算項目と位置づけられる「特定事業所加算¹⁰⁾」の算定が困難となっていることが指摘されている。まず、シルバーサービス振興会（2010）は、訪問介護事業所の運営実態の把握を目的としてアンケートおよびヒアリング調査（n=1,002）を実施している。本調査は、2009 年の介護報酬改定が及ぼす影響や、サービスの質の向上を図る上で必要となる経費が適切に確保されているかなど、事業運営をコスト面から分析することをねらいとしている。この中では、特定事業所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）を「算定する」と回答した事業所は 14.4%¹¹⁾にとどまる一方、当該加算を算定しない事業所は 85.6%とそのほとんどを占める結果となっていることが示されている。また三菱総合研究所（2016）は、2015 年の介護報酬改定が、訪問介護サービスの提供状況や利用状況にどのような影響を及ぼしているのかを把握するためにアンケート調査（n=581）を実施している。この中では、特定事業所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）を実施している事業所は 33.6%¹²⁾となる一方、本加算を算定していない事業所は 59.6%と最も多くなっていることが示されている。これに加えて、厚生労働省（2008b）「第 57 回介護給付費分科会」の中では、特定事業所加算は、サービスの質の高い事業所を評価するため設けられた仕組みであるが、算定の条件が厳しいことや、利用者にとっては本加算の趣旨が理解されにくいなどの理由から、

表 3 訪問介護における加算の推移

平成12 (2000) 年	平成15 (2003) 年	平成18 (2006) 年	平成21 (2009) 年	平成24 (2012) 年	平成27 (2015) 年	平成30 (2018) 年	
項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位
2人での介護	200/100	2人での介護	200/100	2人での介護	200/100	2人での介護	200/100
夜間・早朝加算	50/100	夜間・早朝加算	50/100	夜間・早朝加算	50/100	夜間・早朝加算	50/100
特別地域訪問介護加算	15/100	特別地域訪問介護加算	15/100	特別地域訪問介護加算	15/100	特別地域訪問介護加算	15/100
		中山間地域小規模事業所加算	10/100	中山間地域小規模事業所加算	10/100	中山間地域小規模事業所加算	10/100
		中山間地域へのサービス提供	5/100	中山間地域へのサービス提供	5/100	中山間地域へのサービス提供	5/100
		特定事業所加算	特定事業所加算	特定事業所加算	特定事業所加算	特定事業所加算	
		(Ⅰ) 20/100、 (Ⅱ)・(Ⅲ) 10/100	(Ⅰ) 20/100 (Ⅱ)・(Ⅲ) 10/100	(Ⅰ) 20/100、 (Ⅱ)・(Ⅲ) 10/100、(Ⅳ) 5/100	(Ⅰ) 20/100、 (Ⅱ)・(Ⅲ) 10/100、(Ⅳ) 5/100	(Ⅰ) 20/100、 (Ⅱ)・(Ⅲ) 10/100、(Ⅳ) 5/100	
		初回加算	200 (月)	初回加算	200 (月)	初回加算	200 (月)
		緊急時訪問介護加算	100 (1回)	緊急時訪問介護加算	100 (1回)	緊急時訪問介護加算	100 (1回)
		生活機能向上連携加算	100	生活機能向上連携加算	100	生活機能向上連携加算	(Ⅰ) 100 (Ⅱ) 200
		介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算	
		(Ⅰ) 40/1000、(Ⅱ) Ⅰの90% (Ⅲ) Ⅰの80%	(Ⅰ) 40/1000、(Ⅱ) Ⅰの90% (Ⅲ) Ⅰの80%	(Ⅰ) 86/1000、(Ⅱ) 48/1000、 (Ⅲ) Ⅱの90%、(Ⅳ) Ⅱの80%	(Ⅰ) 137/1000、(Ⅱ) 100/1000、 (Ⅲ) 55/1000、(Ⅳ) Ⅲの90%、 (Ⅴ) Ⅲの80%	(Ⅰ) 100/1000、 (Ⅱ) 100/1000、 (Ⅲ) 55/1000、(Ⅳ) Ⅲの90%、 (Ⅴ) Ⅲの80%	

出典：月刊介護保険編集部編（2000），厚生労働省（2003b），厚生労働省（2006），厚生労働省（2008a），厚生労働省（2012b），厚生労働省（2015a），厚生労働省（2018）をもとに筆者作成。

表 4 通所介護における加算の推移

平成12 (2000) 年	平成15 (2003) 年	平成18 (2006) 年	平成21 (2009) 年	平成24 (2012) 年	平成27 (2015) 年	平成30 (2018) 年	
項目	単位	項目	単位	項目	単位	項目	単位
機能訓練加算	27	機能訓練加算	27	特別地域加算	5/100	特別地域加算	5/100
食事提供加算	39	食事提供加算	39	個別機能訓練加算		個別機能訓練加算	
送迎加算	44	送迎加算	47	(Ⅰ) 27、(Ⅱ) 42	(Ⅰ) 42、(Ⅱ) 50	(Ⅰ) 46、(Ⅱ) 56	(Ⅰ) 46、(Ⅱ) 56
入浴介助加算	39	入浴介助加算	44	入浴介助加算	50	入浴介助加算	50
特別入浴介助加算	60	特別入浴介助加算	65	若年性認知症ケア加算	60	若年性認知症受入加算	60
		栄養マネジメント加算	100	栄養改善加算	150	栄養改善加算	150
		口腔機能向上加算	100	口腔機能向上加算	150	口腔機能向上加算	150
		サービス提供体制強化加算		サービス提供体制強化加算		サービス提供体制強化加算	
		(Ⅰ) 12、(Ⅱ) 6、(Ⅲ) 6		(Ⅰ) 12、(Ⅱ) 6、(Ⅲ) 6	(Ⅰ) 18、(Ⅱ) 6、(Ⅲ) 6	(Ⅰ) 18、(Ⅱ) 6、(Ⅲ) 6	(Ⅰ) 18、(Ⅱ) 6、(Ⅲ) 6
		介護職員処遇改善加算		介護職員処遇改善加算		介護職員処遇改善加算	
		(Ⅰ) 19/1000、(Ⅱ) 1の80%、(Ⅲ) 1の90%		(Ⅰ) 19/1000、(Ⅱ) 1の80%、(Ⅲ) 1の90%、(Ⅳ) Ⅱの80%	(Ⅰ) 40/1000、(Ⅱ) 22/1000、(Ⅲ) 23/1000 (Ⅳ) Ⅱの90% (Ⅴ) Ⅳの80%	(Ⅰ) 59/1000、(Ⅱ) 43/1000 (Ⅲ) 23/1000 (Ⅳ) Ⅱの90% (Ⅴ) Ⅳの80%	(Ⅰ) 59/1000、(Ⅱ) 43/1000 (Ⅲ) 23/1000 (Ⅳ) Ⅱの90% (Ⅴ) Ⅳの80%
延長加算	延長加算	延長加算	延長加算	延長加算	延長加算	延長加算	延長加算
8時間以上9時間未満の場合	50	8時間以上9時間未満の場合	50	9時間以上10時間未満	50	9時間以上10時間未満	50
9時間以上の場合	100	9時間以上の場合	100	10時間以上11時間未満	100	10時間以上11時間未満	100
				11時間以上12時間未満	150	11時間以上12時間未満	150
						12時間以上13時間未満	200
						13時間以上14時間未満	250
						中重度者ケア体制加算	45
						認知症加算	60
						生活機能向上連携加算	200
						ADL維持等加算	
						(Ⅰ) 3、(Ⅱ) 6	(Ⅰ) 3、(Ⅱ) 6
						栄養スクリーニング加算	5
						生活相談員配置等加算	13

出典：月刊介護保険編集部編（2000）、厚生労働省（2003b）、厚生労働省（2006）、厚生労働省（2008a）、厚生労働省（2012b）、厚生労働省（2015a）、厚生労働省（2018）をもとに筆者作成。

たとえ要件を満たせる事業所であっても算定を敬遠しているのが実情であると指摘がなされている。

3. 介護従事者に向けた待遇改善策に関する先行研究

これまでわが国では、介護従事者の深刻な人材不足を背景として、マンパワーの確保を図るために介護従事者の待遇を改善するための方策が実施されてきた。まず 2008 年には、「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が制定され、将来にわたって安定的に人材を確保するための仕組みづくりが推し進められることとなった。また 2015 年には、「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策―成長と分配の好循環の形成に向けて」が発出され、介護人材の育成・確保・待遇改善に取り組んでいくことが示された¹³⁾。さらに 2016 年には、『「未来への投資を実現する経済対策」について」が閣議決定され、介護人材のさらなる処遇改善に向けた取り組みを実施することが示された¹⁴⁾。そして介護従事者の待遇改善に向けては、次のような具体的方策が実施されることとなった。まず 2009 年に「介護職員処遇改善交付金」が創設され、租税を財源として介護従事者の待遇（賃金）改善が実施されることになった。また 2012 年からは本交付金に代わり、新たに「介護職員処遇改善加算」が創設され、介護報酬を財源として賃金の改善が実施されることとなった。そして本加算は、後述するように、介護報酬改定が重ねられるたびにその内容の拡充がなされている。

介護従事者に向けた待遇改善策に着目する研究は新しい研究分野であり、それゆえ基本報酬や加算と比較し、先行研究は少ないものとなっている。まず、介護職員処遇改善交付金が介護従事者に及ぼす効果について指摘する先行研究として、日本介護福祉士会（2011）があげられる。日本介護福祉士会（2011）は、2009 年に創設された介護職員処遇改善交付金が介護従事者の賃金改善にどのような影響を及ぼしているのかについて検証を行っている。この中では、賃金の改善を実施した事業所は 69.9%を占める一方、実施していない事業所が 28.5%存在することが示されている。また、その賃金改善の内容をみると、「一時金の支給」が 58.8%、「手当が増えた」が 37.0%と多くを占めるものとなっている。これに対し、「基本給に反映された」は 12.4%、「定期昇給が行われた」が 5.0%と少ないものとなっている。さらに、本交付金を導入したことによる賃金改善額は、月額平均 6,972 円となっている¹⁵⁾。このように、本調査結

果からは、多くの事業所において賃金の改善がなされているものの、賃金改善がなされていない事業所も約 30%程度存在していること、また本交付金の実際の効果は、目標とする額(従事者 1 人当たり 15,000 円)の半分以下にとどまっていることがわかる。

これに対し、介護職員処遇改善加算が訪問介護従事者に及ぼす影響について指摘する先行研究として、日本ホームヘルパー協会（2013）や全国労働組合総連合（2015）などの調査結果が存在する。まず日本ホームヘルパー協会（2013）は、新たに創設された介護職員処遇改善加算が訪問介護従事者に及ぼす影響について把握するためにアンケート調査（n=1,108）を実施している。これによれば、毎月の収入が「以前よりも増えた」と回答した従事者は 13.5%、また「以前と変わらない」と回答した従事者は 62.1%、さらに、「以前より減った」と回答した従事者は 20.6%となっていることが示されている。一方、登録ヘルパーに及ぼす影響に焦点を絞ると、「前よりも増えた」が 7.7%、「前よりも減った」が 38.1%、「以前と変わらない」が 49.4%となっている。また、全国労働組合総連合（2015）は、2015 年に見直された介護職員処遇改善加算が訪問介護従事者にどのような影響を及ぼしているのかについてみるためにアンケート調査（n=3,353）を実施している¹⁶⁾。この中では、「給与等が改善された」と回答した従事者は 16.1%にとどまっていることが示されている。さらにこれを職種別にみると、正規職は 23.1%、フルタイム職が 16.3%、パート職が 6.3%、登録型が 2.7%となっており、正規職であっても給与等が改善された従事者は 4 人に 1 人以下にすぎず、パート職や登録型にはほとんど賃金改善効果が及んでいないことが示されている。これに加えて、本調査結果の中では、8 割を超える従事者が賃金の改善を実感できていないことも指摘されている。

一方、これらの待遇改善策が訪問介護従事者の賃金を十分に改善するものとなっていない要因について指摘する先行研究は十分に蓄積されていない。この数少ない研究として、川瀬（2009）や高田（2018）があげられる。まず川瀬（2009）は、介護職員処遇改善交付金に着目し、その交付方法や内容などについて詳細な考察を行っている。この中で川瀬は、本交付金の効果が介護従事者に十分に及ぼされない要因として、対象者を直接介護にあたる職員に限定していること、事業者に交付された全額が職員に支払われない可能性があること、本交付金は 2012 年 3 月末で終了することなどをあげている。さらに川瀬は、本交付金は介護従事者の賃金を改善するものとはなっておらず、介護人材不足を抜本的に解決するものとはなっていないと指摘している。一方、

高田（2018）は、障害者支援施設における「福祉・介護職員処遇改善加算」の適用状況について指摘を行っている。この中で高田は、施設側は本来介護職員の待遇改善を図るために支給される本加算の支給額（改定によって拡充された部分）を施設運営の赤字を補填するために用いていると指摘を行っている。

Ⅲ．本研究における研究課題

これまで、訪問介護における介護報酬に関する先行研究について、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の３つの視点から確認を行ってきた。基本報酬に着目する研究は制度創設以降より研究が行われ、その成果が徐々に蓄積されてきているといえる。しかし、加算や介護従事者に向けた待遇改善策に着目する研究は比較的新しい研究分野といえ、それゆえ研究が十分に蓄積されているとはいえない。

以下では、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策のそれぞれにおける先行研究の限界をふまえ、本研究における研究課題を提示する。

1. 基本報酬の妥当性を考える上での課題

基本報酬は、サービス提供に不可欠となる人件費や運営費などが含まれるものであり、介護報酬の中で最も重要な部分といえる。これまでの先行研究では、身体介護と家事援助（生活援助）との報酬格差に着目するとともに、訪問介護における基本報酬が低い水準となっていることを、家事援助（生活援助）が低い報酬設定となっていることによって説明するものであったといえる。終章でも述べるように、訪問介護を提供する上では、ADL（日常生活動作）の維持・向上を目的とする身体介護と IADL（手段的日常生活動作）の維持・向上を図る生活援助とを組み合わせることが重要となる。実際のサービス提供においても、身体介護と生活援助とに明確に区分することは容易ではなく、決して双方ともおろそかにはできない技術であるといえる（宇野 1995：81；井上 2000）。それゆえ、生活援助の介護報酬が低い水準となっていることは、サービスの公定価格として課題を内包していると考えられる。

しかしながら、基本報酬部分の妥当性について詳細に分析を行うためには、施設系サービスと訪問介護とでは基本報酬設定の考え方が大きく異なっていることにも目を向ける必要がある。それは先述したように、施設サービスの基本報酬は利用者の要介

介護度別の設定となっているのに対し、訪問介護の基本報酬は利用者の要介護度に関係なく、1 回当たりの設定となっていることである。この考え方によれば、訪問介護の場合、(1 回当たりの単価設定となっても) 利用者の要介護度に比例してサービスの時間あるいは回数が増えることから、結果として利用者の要介護度に応じた報酬額となることが想定されている。さらにこの考え方の中では、身体介護を中心としたサービス提供がなされることも前提とされている。それではこのような考え方を前提として設定された基本報酬は、利用者の要介護度を反映したものとなっているのであろうか。基本報酬の妥当性を問うためにはこれについて考察することが不可欠となる。しかし、これまでこのような視点から基本報酬を捉える研究は筆者の管見する限り存在していない。

一方、介護報酬の改定によって、介護報酬単価やその時間区分が見直され、介護保険制度創設当初の基本報酬単価は大きく変容している。訪問介護では、(人的) 資源の効率的な配分を行うなど、そのサービスの効率化を図るために短時間のサービスを数多く積み重ねることが、基本的なサービス提供のあり方であると認識されるようになっていく。それでは、このような基本報酬あるいはサービス提供のあり方の変容は実際のサービスにどのような影響を及ぼしているのだろうか。基本報酬の妥当性を問う上では、このような視点からも考察を行う必要がある。

2. 加算の妥当性を考える上での課題

加算は、サービスの質を向上させるために、利用者の多様な介護ニーズに対応することや専門性の高いサービスを提供する体制を整えていることなどを報酬上評価するものである。近年の介護報酬改定では、基本報酬が引き下げられる一方で、新たな加算項目が追加される傾向にある。このため、介護報酬体系において加算が果たす役割は多大なものとなっている。

加算をめぐる先行研究をみると、施設系サービスでは加算方式が機能しやすい一方、訪問介護ではこの仕組みが適切に機能していないことが指摘されてきた。さらに訪問介護では、要件を満たしていても加算の算定を敬遠するケースもみられていた。そしてこの主たる要因として、在宅サービスには 1 ヶ月当たりの(保険適用となる) 介護サービスの利用限度である区分支給限度基準額が設定されていることが指摘されてきた(堤 2010 ; 増子 2013)。しかし、訪問介護同様、在宅サービスに位置づけられ、

当該基準額が適用される他の在宅系サービスでは、加算の算定が困難となっていることや要件を満たせる事業所であっても加算の算定を敬遠するなどの問題は指摘されていない。ここからは、訪問介護において加算の算定が困難となる要因は、当該限度額が設定されていること以外にも存在することが推察できる。そしてこの要因について問うためには、訪問介護の加算項目を詳細に分析することが求められる。具体的には、各加算項目にはどのような要件が規定され、またどの程度算定されているのかなどについて分析することが求められる。さらに、これらについて他の介護サービスと比較を行うことも必要となる。これまで、このような視点から分析を行う研究は筆者の管見する限り存在していない。

3. 介護従事者に向けた待遇改善策の妥当性を考える上での課題

2009 年以降、介護従事者の待遇改善を図るための制度が創設され、その内容が拡充されてきた。具体的にはまず、2009 年に介護職員処遇改善交付金が創設された。また 2012 年には、本交付金の枠組みを引き継ぐかたちで介護職員処遇改善加算が創設された。しかし、いずれの制度も政府が目標とする待遇（賃金）改善効果を訪問介護従事者に及ぼすものとはなっておらず、その中でも非正規職の従事者にその効果がもたらされていないという結果がみられていた。

その一方、この要因について指摘を行う先行研究はほとんど存在していない。日本ホームヘルパー協会（2013）や全国労働組合総連合（2015）の調査結果は客観的な結果のみを示すものであり、なぜ訪問介護従事者に待遇改善効果が十分に及んでいないのかの要因を明らかにするまでには至っていない。これに対し、川瀬（2009）や高田（2018）の研究は、政府が実施する待遇改善策が従事者に十分な効果を及ぼしていない要因について分析を行うものである。しかしながら、川瀬の研究は、2012 年度末に打ち切られた介護職員処遇改善交付金を対象とするものとなっている。現在の待遇改善策は、本交付金を引き継ぐかたちで創設された介護職員処遇改善加算によって実施されている。また本加算は介護報酬を財源とするものであり、2015 年、2017 年（臨時改定）、2018 年と制度の変更が繰り返されている。さらに川瀬の研究は、介護従事者全体を対象としていることから、改めて訪問介護従事者への効果に焦点を当てた検証が必要と考えられる。一方、高田（2018）の研究は障害者福祉領域の従事者に向けられた福祉・介護職員処遇改善加算に着目するものとなっている。介護保険制度と障

害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（いわゆる障害者総合支援法）とでは、制度の目的や仕組み、その財源などが異なることから、本指摘を介護保険制度にそのまま援用することは適切とはいえない。これに加えて、高田の研究では障害者支援施設で従事する介護従事者が対象となっており、訪問介護従事者に焦点を当てるものとはなっていない。これに加えて、川瀬と高田の両研究は単年度における数値を示すにとどまっている。待遇改善の効果は介護報酬が改定されるたびに拡充されており、この効果を正しく捉えるためには、長期的な視点で分析する必要がある。

以上の先行研究をふまれば、訪問介護従事者に向けた待遇改善策の妥当性を考える上では、これらの方策の内容や実績などについて詳細に分析するとともに、その効果がもたらされていない要因を明らかにすることが課題となる。また制度創設以降、訪問介護従事者の賃金がどの程度改善されてきたのかについて長期的な視点から分析を行うことも求められる。これまで、このような視点から介護従事者に向けた待遇改善策について分析を行う研究は十分に蓄積されていない。

4. まとめ：訪問介護における介護報酬が内包する課題についての多角的分析

以上のように、訪問介護における介護報酬では、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善のそれぞれの領域において課題が生じていた。先に確認したように、介護報酬は基本報酬と加算を組み合わせることで最終的に介護サービスを報酬上評価するものである。このため、訪問介護における介護報酬が内包する課題について明らかにするためには、介護報酬がどのように設定され、また機能しているのかについて、基本報酬、加算部分、そして介護従事者に向けた待遇改善策のそれぞれの視点から多角的に分析を行うことが求められる。しかしながら、訪問介護における介護報酬の妥当性を問う先行研究をみると、これらのそれぞれの視点から、また異なる研究者によってばらばらにアプローチが行われてきた。そこで本研究では、これらの3つの視点から訪問介護における介護報酬について分析することを目的とする。

本研究における具体的な研究課題は、以下のように整理できる。まず基本報酬では、1 回当たりに設定され、また身体介護が中心に提供されることを前提とした報酬単価は利用者の要介護度に応じたものとなっているのか、また時間区分の短時間化は、実際のサービス提供にどのような影響を及ぼしているのかが課題となる。次に加算では、各加算項目にどのような要件が規定されているのか、また各加算項目はどの程度算定

されているのか、そして加算の算定率が著しく低い場合、その要因はどこに見出すことができるのかが課題となる。さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、賃金改善効果を得るためにはどのような要件が求められるのか、また訪問介護従事者にはどの程度の賃金改善効果が及ぼされてきたのか、そして本効果が十分に及ぼされていない場合、その要因はどこに見出すことができるのかが課題となる。

このような視点から分析を行うことにより、現在の訪問介護における介護報酬がどのような課題を内包しているのかについて体系的に整理することが可能となる。また本分析は、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について展望することに寄与することも期待できる。

-
- 1) この中では、10年を経過した制度の課題として、介護サービスの拡大により国民生活に不可欠な制度となった一方、国庫負担を抑制するための給付抑制などが進み、介護人材不足の課題が生じたこと、給付の抑制が図られたこと、制度が複雑化したこと、長期的な運営（人材養成）の視点が欠如していることなども指摘されている（堤 2010：119-128）。
 - 2) 西島（2011）は、介護報酬単価を妥当なものとするために、（身体介護と家事援助との中間に位置づけられる）複合型の報酬単価設定を参照し、身体介護と生活援助の両報酬単価を一本化するとともに、複合型の報酬単価よりも引き上げることを提案している。
 - 3) 在宅介護であっても通所サービスや短期入所サービスなどの施設系サービスはこれと同様の設定とされている（大坪 2000）。
 - 4) 2014年改定（消費税の引き上げへの対応）および2017年改定（介護人材の処遇改善）は除く。
 - 5) この中では、生活援助の平均時間が示されている。具体的には、(1)「準備 6 分、掃除 15 分、調理 15 分」、(2)「準備 6 分、洗濯 15 分、掃除 15 分」、(3)「準備 6 分、洗濯 15 分、調理 15 分、掃除 30 分」、(4)「準備 6 分、洗濯 15 分、調理・配下膳 30 分、掃除 30 分」の 4 つのイメージが示されている（厚生労働省 2011）。また生活援助については、複数行為を組み合わせで行われることが多いが、一つの行為は 15 分未満ですむ場合もあり、組み合わせによっては 30~40 分程度になるということも示されている。
 - 6) 身体介護では、行為ごとの平均提供時間は起床・就寝介助および服薬介助を除き、20 分~30 分程度となっていることをふまえ、10~15 分などのより短時間の区分を設定することが提案された。（厚生労働省 2011）。
 - 7) 介護保険施設をみても、制度創設時 7 項目から 2018 年には 32 項目へと増加している。
 - 8) ここでは、単価と収支をにらみ、事業計画を急いでつくり変える負担、オペレーションや人繰りを変更する負担、利用者への説明とケア内容の細かな見直しと、契約をあらためて取り交わす負担、生活援助 20 分・45 分・70 分、身体介護 20 分・30 分・60 分・90 分（そしてそれらの組み合わせ）など、勤怠管理と実績管理の負担、

給与計算の変更と説明の負担、仕事に倦み離職する人材を補うための採用と再教育の負担、請求事務とシステム会社の負担などがあげられている（柳本 2012）。

- 9) 区分支給限度額は、要介護度に応じて給付される在宅サービスの利用額の上限をいい、要支援・要介護認定者にとっては、サービス費用の1割を自己負担する際に指標となるものである（川村 2014）。身体への侵襲等を伴い利用に一定の歯止めがかかりやすい医療サービスとは異なり、介護サービスは、生活に密接に関連し利用に歯止めが利きにくいこと、また、同じ要介護度であっても利用者のニーズが多様であること等の特性があることから、居宅介護サービスおよび地域密着型サービスについて、要介護度別に上限額を設定し、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。なお、介護老人福祉施設、介護老人保険施設、あるいは認知症対応型共同生活介護などの施設サービスにおいては、当該限度額は設定されていない（川村 2014）。
- 10) 特定事業所加算は、重度利用者への支援や有資格者等を配置していること、従事者間の連絡調整の体制を整備したり定期的に研修を実施するなど、より質の高いサービスを提供している事業所が算定できるものである（社会保険研究所 2012）。
- 11) 特定事業所加算を算定する事業所（14.4%）の内訳をみると、加算（Ⅰ）が4.5%、加算（Ⅱ）が7.5%、加算（Ⅲ）が2.4%となっている（n=1,002）。
- 12) 特定事業所加算を算定する事業所（33.6%）の内訳をみると、加算（Ⅰ）が9.6%、加算（Ⅱ）が21.5%、加算（Ⅲ）が2.2%、加算（Ⅳ）が0.3%となっている（n=581）。
- 13) この中では、一人ひとりが、個性と多様性を尊重され、家庭で、地域で、職場で、それぞれの能力を発揮でき、それぞれが生きがいを感じることができる社会をつくることを目指すこと、また、それにより、国民一人ひとりの安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費の底上げや投資の拡大が促され、経済の好循環がより一層強化されると述べられている（一億総活躍国民会議 2015）。
- 14) 「『未来への投資を実現する経済対策』について（2016年8月2日閣議決定）」参照。
- 15) この具体的な支給額をみると、1,000円から25,000円程度と幅の広いものとなっている（日本介護福祉士会 2011）。
- 16) 2015年の介護報酬改定では、介護報酬のマイナス改定（-2.27%）が実施されているが、本調査は本改定が介護従事者の待遇改善にどのような影響を及ぼしているのかについて明らかにするものとなっている。

第2章 訪問介護における介護報酬を包括的に評価するための 研究枠組みの設定

I. はじめに

先に確認したように、本研究では、訪問介護における介護報酬が内包している課題について、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から分析することを目的とする。一方、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策は、具体的にどのような状態にあれば適切に機能している（あるいは機能していない）といえるのだろうか。これについてみるために本章では、訪問介護における介護報酬を包括的な視点から評価するための枠組みを設定する。

なお、本枠組みを設定するに当たっては、準市場メカニズムにおける評価項目および介護労働を経済的に評価する枠組みを参照する。まず前者についてみると、準市場は日本の介護保険制度の枠組みを形成するものといえる。準市場の考え方のもとでは、契約を通じた利用者による選択、事業者間での競争などの仕組みを導入することによりサービスの質は向上し、利用者の満足度は高まり、さらにサービスの効率的な提供が可能となるとされた（この詳細については後述する）。日本の介護保険制度をみても、利用者本位の選択、サービスの効率的な提供、価格統制の実施による公平性の確保などをそのねらいとしており、準市場の原理における目標と共通する部分が多くみられている（佐橋 2006：118）。このように、準市場は日本の介護保険制度の根幹をなすものといえるが、その中でも公定価格（介護報酬単価）は重要な構成要素となっている。これについて埋橋（2010）は、準市場メカニズムの考え方は政府による介護報酬単価のコントロールに顕著にあらわれると指摘する。先述したように、準市場の主たるねらいはサービスの効率化とその質の向上を同時に達成することにあるといえるが、介護報酬という経済的評価のツールはこれを具現化するものと考えることができる。

一方、後者についてみると、介護報酬は介護サービスの公定価格であるとともに介護従事者の賃金の源泉となる。さらに現在では、介護報酬の枠組みの中で介護従事者の待遇（賃金）改善が実施されている。このため、介護報酬の機能を評価する上では、介護従事者に対して公正な賃金水準を保障するものとなっているかという視点を付加

することも求められる。例えば森川（2015：169）は、介護労働を経済的に評価する枠組みとして、インフォーマルな介護者への保護・保障、介護労働に従事する者への保護・保障、単位化された活動への適切な報酬設定の3項目をあげている（この詳細については後述する）。この枠組みは、近年政策的に重点が置かれる介護従事者に向けた待遇改善策はもちろん、介護報酬体系を包括的に評価する上で有意義な基準となることが考えられる。

このように、本章では準市場メカニズムにおける評価項目および介護労働の経済的評価の枠組みを援用しつつ、訪問介護における介護報酬を包括的に評価するための枠組みを設定する。なお、介護報酬の評価項目を設定する上では政府が実施する介護報酬改定の考え方を勘案する。第1章で確認したように、基本報酬ではサービス提供時間の適正化（効率化）が、また加算では多様な加算項目の創設・拡充が、そして介護従事者に向けた待遇改善策でも待遇改善のための制度の創設・拡充が図られている。本章では、政府がコントロール（政策誘導）する介護報酬がどのように機能しているのかについてみるために、このような動向をふまえた評価枠組みを設定する。

以下第2節ではまず、準市場メカニズムにおける定義や達成条件、評価項目などについて概観する。そして本評価項目を援用し、訪問介護における介護報酬を評価するための枠組みを設定する。また第3節では、森川が指摘する介護労働の経済的評価する枠組みについて概観する。そして上記同様に、本枠組みを援用し、訪問介護の介護報酬を評価するための枠組みを設定する。そして第4節では、あらためて本研究における研究課題を提示する。

先に確認したように、介護報酬は改定が実施されるたびに複雑化される傾向にあり、介護報酬が総体としてどのように機能しているのかについて評価を行うことが困難となっている。介護報酬に着目する研究をみても、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善といったように細分化される傾向にあった。それゆえ、訪問介護における介護報酬を包括的な視点から評価するための枠組みを設定することは、その公定価格のあり方を考える上で有意義と考えられる。

Ⅱ．訪問介護における介護報酬を評価するための枠組み：準市場メカニズムにおける評価項目

ここでは、準市場メカニズムの考え方について概観する。具体的には、準市場における代表的研究者である Le Grand and Bartlett の先行研究を参照し、準市場の定義、その達成条件および評価項目について確認する。彼らの研究は日本における準市場研究にも多大な影響を及ぼすものとなっている。

1. 準市場の定義

Le Grand and Bartlett (1993) は、「準市場」とは政府が費用を負担し、当事者間に交換関係がある方式であるとする。そして準市場が「市場」であるのは、国家による独占的な提供体制を、競争的・独立的なものへと転換することを意味する。これに対し、準市場が「準」であるのは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担することなど政府の介入が存在することを意味する (Le Grand and Bartlett 1993 : 10)。また準市場は、次の 3 つの特徴を有している。第一に、供給サイドでは、生産者やサービス提供者間の競争が存在し、公的部門も含むさまざまな動機にもとづく独立した主体 (学校、企業、病院、レジデンシャルホーム、ハウジングアソシエーション、ボランティア組織、個人家主など) が利用者を巡って競争している。ただし、従来の市場と異なり、すべての組織が自らの利潤の拡大化を求めているのではない。第二に、需要サイドでは、消費者の購買力は貨幣で示されてはいない。それは、特定の目的に割り当てられた予算やバウチャーなどの形式がとられている。さらに第三には、利用者の代わりに、ケースマネージャーや、GP (家庭医)、保険当局などの第三者がエージェントとして必要な需要を決定し、その効果を監視する (Le Grand and Bartlett 1993 : 10)。

つまり準市場は、競争に代表される市場原理を活用しつつ、公的規制も併存させる制度的仕組みであるといえる。そしてこの仕組みの中では、サービス提供者間の競争が存在し、また利用者は市場における消費者として位置づけられるようになり、さらに専門知識を有する第三者が利用者に代わって需要を決定し、その効果を監視することとなる。このように、準市場は、供給、需要、調整といった 3 つの点で純粋市場と異なる特徴を有している (駒村 2004)。

ちなみに、日本の介護保険制度におけるケアサービスをみても、この 3 つの条件を備えているといえる。まず供給サイドについてみると、営利事業者と多様な性格をもつ非営利事業者 (社会福祉法人、医療法人、NPO 法人、協同組合等) がサービスの供

給を行うものとなっている。次に需要サイドについてみると、原則としてサービス費用の 9 割が、介護保険制度から給付される仕組みとなっている。さらにサービスの購入の選択についてみると、介護支援専門員が利用者の同意を得て、個別的なニーズに即したケアプランを作成し、サービス利用の手配をすることとなっている（平岡 2008）。このように、準市場は日本の介護保険制度の枠組みを形成するものといえる。

なお、日本と英国では準市場の形態に違いがみられていることに留意する必要がある。準市場は、サービスの利用に関する意思決定の権限の所在に基づいて、「政府購入型」「専門職購入型」「利用者選択型」の 3 つに類型化される（児山 2004）。英国の準市場は、「利用者—購入者—提供者」という構造であり、供給者（つまり提供者や購入者）への権限移譲に重点を置くものとなっており、政府購入型や専門職購入型が多くなっている。これに対し、日本における準市場は、サービスの購入者＝利用者と位置づけられており、利用者選択型がとられている（佐橋 2006：119-120）。

2. 準市場における成功条件および評価項目

また準市場は、市場構造の転換、情報の非対称性の防止、取引費用と不確実性への対応、動機づけ、クリームスキミング（いいとこどり）への対策を行うことで、最終的に効率的、応答的、選択的、公平的なサービス提供が達成される市場形態であるとされる（Le Grand and Bartlett 1993：14, 19）。

以下ではまず、準市場における 5 つの成功条件について確認する。第一に市場構造の転換では、サービス提供者間で競争する環境と公定価格が求められる。まず前者では、市場が効率的で応答的で選択的であるためには、競争的な環境が求められる。そのためには多くの提供者と購入者の存在が必要となる。そして提供者間の競争が存在することにより、新規参入者を引き込み、効率的な提供者の退出を防ぐことにつながる（Le Grand and Bartlett 1993：19-22）。一方後者では、純粹市場のように需要と供給の相互作用によって価格が形成されるのではなく、管理価格または交渉価格が設定され、この価格に基づいて競争が行われる（Le Grand and Bartlett 1993：23-24）。

第二に情報の非対称性の防止では、サービスの購入者がサービスの価格や質について正確な情報を安価に入手できることが求められる。このため、提供者は適切な価格を設定するために、その活動の費用（原価）を計算する必要がある。これに対し購入者は提供者がサービスの品質を下げることでコストを削減することを防ぐために、購入

したサービスの質を継続的に監視することが必要となる。一方、情報の非対称性を利用して利用者に不利益をもたらす行動としてモラルハザード²⁾と逆選択³⁾があげられており、このような提供者の行動が、サービスの質の低下を招くとされる（Le Grand and Bartlett 1993 : 24-26）。

第三に取引費用と不確実性への対応では、不測の事態が発生することなどによって取引費用が高くなることが求められる。取引費用（コスト）とは、社会的な不確実性と比例する取引にかかる費用、もしくは取引を行うことで失われる費用とされる。準市場における取引は従来の市場よりも複雑で多面的であり、不測の事態が起こる可能性が高い。その中でもケアサービスは、その需要や効果の確実な予測が難しいという不確実性が数多く存在する。それゆえ、その取引コストは高額なものとなる可能性がある。このため、サービス提供者は、不測の事態にかかるコストを考慮（リスク分散）することにより、不確実性を最小限に抑える必要がある（Le Grand and Bartlett 1993 : 26-30）。

第四に動機づけでは、サービス提供者は、市場から好反応を得るために利潤追求動機を持つことが求められる。これに対し、購入者は利用者の福祉追求という動機を持つことが求められる（その一方、利用者と購入者が同一の場合は問題とはならない）。この場合、サービスの購入者は自身の方針ではなく、利用者の興味関心に従うことが重要となる（Le Grand and Bartlett 1993 : 30-31）。

第五にクリームスキミングへの対策では、サービスの購入者または提供者が自らの利益を最大化するために購入者や利用者を選別することを防ぐことが求められる。クリームスキミングとは、購入者または提供者による、慢性疾患の患者や混乱した高齢者、破壊的な児童など、より多くの費用のかかる利用者に対する差別とされる。この例として、提供者が自らの都合の良いように利用者を選別することがあげられる⁴⁾。このように、購入者あるいは提供者が利用者を選択できる場合、そのサービスはもっとも必要とする人々に届かず、公平的なサービス提供が困難となる（Le Grand and Bartlett 1993 : 31-33）。

一方、準市場の評価項目として、効率性、応答性、選択性、公平性の4つがあげられる。まず効率性では、利用者に対して量・質ともに優れたサービスの提供が求められる。従来の市場では、効率的なサービスとは、最小のコストで一定のサービスを提供することとされている。しかし、コスト削減（粗効率性）の追求は、低い品質ある

いは少ないサービス提供につながる可能性がある。これに対し準市場では、特定の量と品質のサービスを可能な限り低いコストで提供すること（生産性効率）が目指される（Le Grand and Bartlett 1993 : 14-15）。次に応答性では、利用者ニーズに柔軟かつ敏感に対応することが求められる。応答性は、福祉官僚や専門家が利用者のニーズよりも、自身の利益を追求してきたことへの反省から生まれたものである（Le Grand and Bartlett 1993 : 15-16）。そして選択性では、サービス提供者の選択を可能とすることが求められる。この場合の選択は、サービスの選択と提供者の選択を意味している。この両者に向けた選択を増やすことで、人々が利用するサービスを自由に選択でき、またその選択は権利の保障にもつながる（Le Grand and Bartlett 1993 : 16-18）。さらに公平性では、収入、社会経済的地位、性別、人種などの属性に関係なく、そのニーズによって利用を可能にすることが求められる（Le Grand and Bartlett 1993 : 18-19）。

このように、準市場は、市場構造の転換、情報の非対称性の防止、取引費用と不確実性への対応、動機づけ、クリームスキミング（いいとこどり）への対策を行うことで、最終的に効率的で、利用者のニーズに応じた、選択可能で公平なサービス提供が実現しうるとされる（Le Grand and Bartlett 1993 : 14, 19）。なお、準市場における成功条件と評価項目との関係は表 1 のように示すことができる。

表 1 準市場における成功条件と評価項目との関係

	市場構造	情 報	取引費用・不確実	動機付け	クリームスキム
効率性	○	○	○	○	—
応答性	—	○	○	—	○
選 択	○	○	—	—	○
公平性	—	—	—	○	○

出典：佐橋克彦（2002）。

しかし、準市場原理は理論的想定であり、現実には理論どおりに機能していないとする指摘も存在する。佐橋（2006 : 128）は、日本の介護サービスにおける準市場化は、それが目標とする基準に照らすと、現状では発展途上か、もしくは方向性が異なるものであると指摘を行っている。また駒村（2004）も、英国においても、クリームスキミングの発生やサービスの質が低下するなど準市場が適切に機能していないケースが

みられていると指摘をしている⁵⁾。このように、理論で想定されたように準市場メカニズムを機能させることは容易ではないことがわかる。

ここまで、準市場メカニズムの定義や、その成功条件および評価項目について概観してきた。これをふまえ次節では、訪問介護における介護報酬を評価するための枠組みを設定する。

3. 訪問介護における介護報酬を評価するための論点

1) 効率性

先に確認した準市場の評価項目の中で介護報酬に最も影響を及ぼす項目は「効率性」といえる。効率性とは、一般的には、所与の資源と技術の制約のもとで人々の必要や欲求を最大限に満たすことと理解される。これまでの準市場研究でも、準市場の機能を評価する上で効率性は重要なキーワードとされている（佐橋 2006：93）。先述したように、準市場における効率性では、サービスの品質の維持・向上とコストの抑制を同時に達成することが目指されるが、日本の介護保険制度では、これは介護報酬というツールによって具現化されることとなる。佐橋（2008：121）も、介護報酬単価はサービスの価格を公的に規制することによって、質と効率性を達成するものであると指摘している。

一方、介護報酬は「基本報酬」と「加算」とで構成されるが、基本報酬単価設定を考える上では、サービスの質を維持しつつ、非効率的なサービスを抑制していくことが意識される。つまり、「生産性効率」を高めることが目指される。これに対し、加算項目の設定では、報酬上のインセンティブを付与することでサービスの質を向上させることが意識される。これをふまえれば、「効率性」の評価項目は基本報酬および加算に援用することが可能となる。以下では、これを援用する上での論点について詳しくみていく。

2) 基本報酬への適用

近年の介護報酬改定では、限りある資源を有効に活用する観点から、より効率的なサービスを提供することが基本的な視点となっている（厚生労働省 2014）。まず訪問介護における基本報酬についてみると、第1章でも確認したように、人的資源を最大限活用するために（つまり、サービスの効率化を図るために）、サービス提供にかかる

時間を短縮し、より多くの利用者に対応することが求められている。厚生労働省(2011)の中でも、訪問介護のサービスのあり方は、短時間のサービスを数多く積み上げることでであると示されている。このように、訪問介護においてサービスの効率化を推し進める上では、より短い時間でサービスを提供することが鍵となる。

一方、生産性効率を高めるためには、(サービスを効率化しつつ)そのサービスの品質を維持することも重要となる。しかし、実際の介護サービス提供では、サービスの品質よりも収益の確保に力点が置かれるケースもみられている。これについて駒村(2008)は、特に民間介護事業者は、常に利益を最大化することが求められており、コストカットし利益を出すことが指向されていると指摘している。同様に駒村は、このようなコストの削減は、不安定雇用や人材不足を引き起こすことにつながり、結果としてサービスの品質に消極的な影響を及ぼしているとも指摘を行っている。さらに訪問介護では、サービスが短時間化されることにより、利用者ニーズに十分に対応できないケースもみられている(これについては第3章で述べる)。

このような状況をふまえると、訪問介護における基本報酬を評価する上では、サービスの効率化を図りつつ、その品質が維持できているか、具体的には、サービスの短時間化を図りつつ、利用者ニーズに対応することができているかが課題となる。

3) 加算への適用

これに対し加算では、特定のサービスや重度者への対応、専門職の配置などのサービス提供体制などを報酬上評価することにより、サービスの質の向上へのインセンティブを付与することをねらいとするものである。佐橋(2006:129)も、日本の介護報酬では、減算・加算策が講じられており、効率性と質へのインセンティブがみられていると指摘する。

しかし、先に確認したように、加算方式は施設系サービスでは問題なく機能しているものの、訪問介護ではこれが適切に機能していないこと、また訪問介護では加算の算定を敬遠するケースもみられていることなどが指摘されていた。つまり、訪問介護では、サービスの質を向上させる取り組みが加算によって適切に評価できていないことが懸念される。

このように、加算を評価する上では、専門性を要する特定のサービスやより多くの介護や配慮を要する利用者への対応、さらにこれらに対応するために専門職を配置す

ることなどが加算によって適切に評価されているかが課題となる。

Ⅲ．訪問介護における介護報酬を評価するための枠組み：介護労働を経済的に評価する枠組み

1. 介護労働を経済的に評価する枠組み

前節では、準市場メカニズムにおける評価項目を援用し、訪問介護における基本報酬および加算を評価するための枠組みを設定した。しかし、先に確認したように、近年の介護報酬改定では介護従事者に向けた待遇改善のための加算が創設・拡充されており、介護報酬（の評価）において重要な役割を果たすようになっている。この待遇改善のための加算を含め、介護報酬がどのように機能しているのかについてみるためには、森川（2015）の介護労働を経済的に評価する枠組みが参考となる。森川は、これまでの介護労働の経済的評価をめぐる先行研究を整理するとともに、これを評価する枠組みとして（1）インフォーマルな介護者への保護・保障、（2）介護従事者への保護・保障、（3）単位化された活動への報酬の3つの類型（次元）をあげている（森川 2015: 169）。

まず（1）では、家庭内などにおけるケアの担い手に対する市民権の保障が求められる。福祉国家のジェンターアプローチの研究では、家庭内の不払いのインフォーマルケアを担うことが福祉国家の所得保障上の給付資格等の社会市民権に結びついておらず、介護する人々（女性）に対する市民権付与のあり方が問題となっていた。この課題を克服するためには、このような活動に対する保障が必要となる。そして、そのための具体策として、介護に対する手当、年金、税等、所得保障上の配慮、機会費用の保障などがあげられている。

次に（2）では、職業としてのケアの担い手に対する市民権の保障が求められる。これまでの福祉国家論や社会政策論においては、インフォーマルなケアの担い手だけでなく、フォーマルな領域のケアの担い手が職としての相対的な劣悪さという問題を抱えていることが指摘されてきた。これをふまえ、このような担い手（介護従事者）に対し、（サービス市場における職としての劣悪さをふまえつつ）国家や自治体による一定の雇用保障を推進することが求められる。そして、このための方策として、介護労働に従事する際の最低限の保護や安全確保と合わせ、社会的標準に照らした公正な賃

金水準や労働力再生産が可能な対価設定などがあげられている。

そして（3）では、提供するサービス内容に見合う報酬設定が求められる。この中では、提供されるサービスを適切に測定する仕組み、測定結果を経済的報酬にリンクさせる仕組みをどのようにつくるか、精緻化するかなどが問題となる。具体的には、どのような単位、基準、手法により活動を測定するか、どの程度の報酬水準を設定するかが課題となる。さらにこの枠組みの中では、提供される行為の質を支える熟練や技術を可視化し、経済的評価につなげることも課題となる。

2. 訪問介護における介護報酬を評価するための論点

このように、森川は介護に携わる人々の活動（労働）を経済的に評価する3つの枠組みを示している。そして、訪問介護における介護報酬を評価する上では、3つ目の「単位化された活動への報酬」が最も適切な枠組みと考えられる。

1) 基本報酬への適用

まず基本報酬を評価する上では、提供されるサービスを適切に測定する基準（つまり、基本報酬単価の基準）は適切なものとなっているかが課題となる。訪問介護の報酬単価は、先に確認したように、施設系サービスとは異なる基準に基づいて設定されている。具体的には、利用者の要介護度に応じたものではなく、1回当たりに設定され、また身体介護が中心に提供されることが前提とされた報酬単価設定となっていた。このような報酬設定は、サービスの公定価格の考え方（つまり、利用者の要介護度に応じた報酬単価）に依拠するものとなっているのであろうか。基本報酬の妥当性を考える上では、これについて問うことが課題となる。

一方、介護報酬は3年に1回改定され、介護保険制度創設以降、6回の改定が重ねられてきている⁶⁾。訪問介護における基本報酬単価をみると、訪問介護では見直しが重ねられる度に、サービスの「効率化」を図る観点からサービスの「短時間化」が図られており、その報酬単価は制度創設当初の姿とは大きく異なるものとなっている。つまり、介護報酬改定によってサービスの短時間化が推し進められることで、介護報酬単価が設定された当初の基準（考え方）が曖昧なものとなっていることが考えられるのである。それゆえ、基本報酬の妥当性を考える上では、サービスの短時間化がどのような影響を及ぼしているのかについても目を向ける必要がある。

2) 加算への適用

また加算を評価する上では、サービスの質を支える従事者の熟練や技術を報酬として適切に評価できているかが課題となる。訪問介護では、利用者の自宅において、利用者と従事者が1対1の関係でサービスを提供する。それゆえ、そのサービスの品質は、サービス提供者である従事者の質に直結しやすい。先述したように、加算では、特定のサービスや重度利用者への支援などが評価されるが、このようなサービスの提供には、従事者が専門的な知識や技術、あるいは豊富な経験を有していることが欠かせない。

そして従事者の熟練や技術を評価する上では、経験年数や資格の有無が重要な判断基準の1つとなる。加算項目の中にも、このような従事者の資格や経験年数を評価する項目が存在する。それゆえ、加算を評価する上では、このような従事者の資質が報酬上適切に評価できているかが課題となる。

3) 介護従事者に向けた待遇改善策への適用

近年の介護保険制度では、深刻な介護人材不足の状況を受け、介護従事者の待遇改善が重要課題となっている。具体的には、2008年の「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律（いわゆる介護人材確保法）」の制定をきっかけとして、将来にわたって安定的に人材を確保するための仕組みづくりが目指されてきた。現在では、介護報酬の枠組みの中で介護従事者の賃金の改善が実施されている。このような状況をふまえれば、訪問介護における介護報酬を評価する上では、（基本報酬や加算に加え）この待遇改善のための方策を評価する枠組みが必要となる。

Le Grandらの準市場研究の中では、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生むが、多数の事業者が競争している状況では、労働者の賃金は上がると指摘されている（Le Grand and Bartlett 1993 : 22）。しかし、これまでみてきたように、日本の介護保険制度では、介護従事者の賃金は低い水準にあり、それが深刻な人材不足を引き起こしていた。第1章では、このような状況に対応するために待遇改善策が創設・拡充されてきたこと、しかしその一方、これらの方策は介護従事者にその効果を十分に及ぼしていないことを確認した。これについて山根（2017）も、日本の準市場の公定価格の下では、純粋市場とは異なり、賃金による労働力の需給調整が

起きないため、人手不足が生じても賃金が上がらないという状況が生み出されていること、また準市場の考え方の中では、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ていないと指摘している。

これをふまえれば、介護従事者に向けた待遇（賃金）改善は、介護報酬を評価するための重要な要素といえ、それゆえ、これに向けた評価項目を設定することが求められる。そして、そのために援用することができるのが、森川の 2 つ目の研究枠組みである「職業としてのケアの担い手に対する市民権の保障」である。この枠組みの中では、介護従事者に対し、公正な賃金を保障することができているかが評価基準とされているが、本研究ではこれを修正し、政府が実施する待遇改善策はその目標値を達成するものとなっているかという評価項目を設定する。2009 年に創設された介護職員処遇改善交付金では、職員（常勤換算）1 人当たり 1.5 万円の賃金改善が目標とされた。また 2012 年には、本交付金の効果を引き継ぐかたちで介護職員処遇改善加算が創設された。さらに 2015 年の介護報酬改定では、これに 1.2 万円の上乗せがなされた。2017 年の改定でも、（経験・技能のある職員に重点が置かれているものの）さらに 1 万円の上乗せがなされている。このように、介護従事者に向けた待遇改善策の内容は介護報酬改定が重ねられるたびに拡充され、2018 年現在、最大 3.7 万円の賃金改善が目指されている。このような動向をふまえれば、介護従事者に向けた待遇改善策を評価する上では、現行の待遇改善策である「介護職員処遇改善加算⁷⁾」の効果は政府が示す賃金改善の目標値を達成しているかが課題となる。

IV. おわりに

1. まとめ

本章では、準市場メカニズムにおける評価項目および森川（2015）の介護労働を経済的に評価する枠組みを参照し、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかについて包括的に評価するための枠組みを設定した。先に確認したように、介護報酬体系は見直しが実施されるたびに複雑化がなされてきた。このような動向は、介護報酬体系を俯瞰的視点から評価することを困難とさせている。これまでの先行研究をみても、介護報酬体系を総体として評価する研究は十分に蓄積されていない。それゆえ、本章で設定した研究枠組みは、訪問介護における介護報酬を評価する上で新

たな知見を提供するものと考えられる。

以下では、訪問介護における介護報酬を包括的に評価するための枠組みについて確認したい。本枠組みは、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善の3つの視点から、次のように整理できる。まず基本報酬を評価する上では、サービスの品質の維持とサービスの効率化を同時に達成できているか、また基本報酬単価が設定された基準（考え方）は介護サービスの公定価格を考える上で適切なものとなっているかが重要な要素となる。具体的には、前者ではサービスの短時間化を図りつつ、利用者に応答的なサービスが提供できているかが、また後者では、1回当たりに設定され、また身体介護が中心に提供されることを前提とした報酬単価は、公定価格として適切なものとなっているかが課題となる。次に加算を評価する上では、加算を算定することによりサービスの質の向上が達成されているか、またサービスの質を支える従事者の熟練や技術を報酬上適切に評価できているかが重要な要素となる。具体的には、前者ではサービスの付加価値を高める（リハビリなど）特定のサービスや重度者への対応な

表2 訪問介護における介護報酬を包括的に評価するための枠組み

(1) 基本報酬を評価する視点
<ul style="list-style-type: none">・サービスの品質の維持とサービスの効率化を同時に達成できているか<ul style="list-style-type: none">・サービスの短時間化を図りつつ、利用者ニーズに応答的なサービスが提供できているか・基本報酬単価が設定された基準（考え方）は介護サービスの公定価格を考える上で適切といえるか<ul style="list-style-type: none">・1回当たりに設定され、また身体介護が中心に提供されることを前提とした報酬単価は、公定価格として適切なものとなっているか
(2) 加算を評価する視点
<ul style="list-style-type: none">・加算を算定することによりサービスの質の向上が達成されているか<ul style="list-style-type: none">・（リハビリなど）特定のサービスや重度者への対応など付加価値の高いサービスの評価できているか・サービスの質を支える従事者の熟練や技術を評価できているか<ul style="list-style-type: none">・介護従事者の資格や経験年数が評価できているか
(3) 介護従事者に向けた待遇改善策を評価する視点
<ul style="list-style-type: none">・介護従事者に十分な待遇（賃金）改善が実施されているか<ul style="list-style-type: none">・政府が実施する待遇改善策は賃金改善の目標値を達成しているか

Le Grand and Bartlett（1993）および森川（2015）をもとに筆者作成。

どの付加価値の高いサービスを加算によって適切に評価できているかが、また後者では、介護従事者の資格や経験年数を適切に評価できているかが課題となる。さらに介護従事者に向けた待遇改善策を評価する上では、介護従事者に十分な賃金改善が実施されているかが重要な要素となる。具体的には、政府が実施する待遇改善策はその賃金改善の目標値を達成しているかが課題となる（表 2）。

なお、これらの評価項目は近年の介護報酬改定の動向をふまえたものといえる。それゆえ、政府が実施する（してきた）介護報酬のコントロールがどのように機能しているのかについて評価することが可能となる。

2. 本研究における研究課題の提示

ここでは、あらためて本研究における研究課題を確認したい。本研究では、訪問介護における介護報酬が内包する課題について多角的な視点から分析を行う。まず基本報酬についての分析では、1 回当たりに設定され、身体介護が中心に提供されることを前提とした報酬単価は利用者の要介護度に応じたものとなっているのか、また時間区分の短時間化は、実際のサービス提供にどのような影響を及ぼしているのかという問いを設定する。次に加算についての分析では、各加算項目にどのような要件が規定されているのか、また各加算項目はどの程度算定されているのか、そして加算の算定率が著しく低い場合、その要因はどこに見出すことができるのかという問いを設定する。さらに介護従事者に向けた待遇改善策についての分析では、賃金改善効果を得るためにはどのような要件が求められるのか、また訪問介護従事者にはどの程度の賃金改善効果が及ぼされてきたのか、そして本効果が十分に及ぼされていない場合、その要因はどこに見出すことができるのかという問いを設定する。そして、基本報酬については第 3 章で、また加算については第 4 章で、そして介護従事者に向けた待遇改善策については第 5 章でそれぞれ考察を行っていく。

これに加えて、本研究では訪問介護における介護報酬が総体としてどのように機能しているのかを評価するための枠組みを設定する。この具体的な評価項目は先述したとおりである。そして、この評価は、第 3～5 章の考察をふまえ、終章で行うこととする。

このように、本研究では訪問介護における介護報酬（基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策）を、どのような課題を有しているのか（多角的分析）、またどの

ように機能しているのか（包括的評価）という 2 つの視点から立体的に捉えることを試みる。これにより、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかについて評価するとともに、（訪問介護における介護報酬が内包する課題をふまえ）今後の介護報酬のあり方について提案することが可能となる。なお、本研究の全体像は図 1 のように示すことができる。

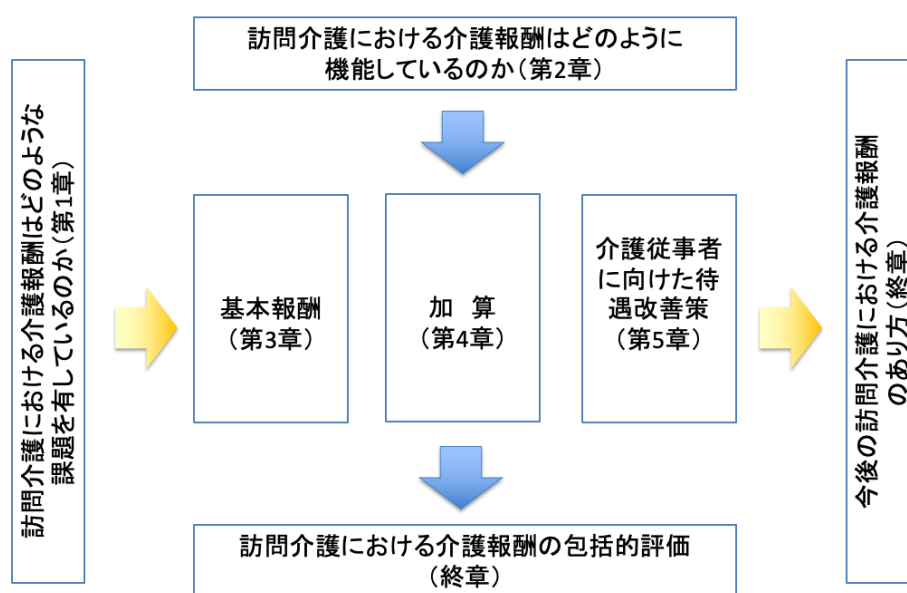


図 1 本研究の全体像

出典：筆者作成。

- 1) 佐橋（2006：118）も、日本の介護保険制度の特徴について、在宅福祉事業に営利企業を含む民間事業者が参入し、従来は税＝措置費を中心としていたものを、公費と利用者負担（保険料・利用料）によって収入を得ること、介護サービスの公定価格が設定されること、多様な提供者の参入によって競争原理が導入されることなどをあげている。
- 2) モラルハザードは、提供者がサービスの提供に際して契約事項に記載されている事項より少ない資源を投入する場合に発生する（Le Grand and Bartlett 1993：24-26）。
- 3) 逆選択は、提供者がサービスの供給に不利益な影響を与えるかもしれない情報を購入者には明かさない場合に生じるとされる（Le Grand and Bartlett 1993：31）。
- 4) この他にも提供者サイドにおいては、ケアの必要性に関係なく合意された価格など、その契約構造によってクリームスキミングが発生することが指摘されている（Le Grand and Bartlett 1993：31-33）。

-
- 5) この具体例として、病院サービスへのアクセスの公平性が阻害されたこと、臨床上のプライオリティが軽視され、財政が優先され質の悪いサービスが提供されたこと、運営面での情報が非公開であり、病院は見かけ上の効率を争ったこと、患者の選別が行われ、クリームスキミングが発生したこと、管理コストが上昇したこと、地域保険医療の連携を崩壊させたことなどがあげられている（駒村 2004）。
- 6) 2014 年改定（消費税の引き上げへの対応）および 2017 年改定（介護人材の処遇改善）は除く。
- 7) ここでは、2019 年 10 月から新設された「介護職員等特定処遇改善加算」は対象外とする。

第3章 訪問介護における基本報酬設定についての考察

I. はじめに

本章では、訪問介護における基本報酬が内包する課題に目を向ける。先に確認したように、訪問介護における基本報酬は低い水準に設定されている。この要因についてみるためには、その報酬単価設定における基準（考え方）について考察を行うことが求められる。具体的には、訪問介護の基本報酬は1回を基準として設定されたこと、また身体介護が中心に提供されることが前提とされ、身体介護により高い報酬単価が設定されたことなどがあげられる。本章では、このような考え方がサービスの公定価格として妥当なものとなっているかについて考察を行う。具体的には、訪問介護のサービスを「身体介護」と「生活援助」とに分類した上で、この両サービスが実際のサービス提供ではどの程度提供されているのか、また、それぞれのサービス種別において介護の程度が利用者の要介護度を反映したものとなっているかについて考察する。

一方、先述したように、制度創設以降、基本報酬は見直しが重ねられ、身体介護および生活援助の両サービスにおいては徹底的な効率化が図られてきた。このような動向は実際のサービス提供にどのような影響を及ぼしているのだろうか。本章ではこれについても考察を行う。基本報酬の妥当性を考える上では、このような観点からの分析も重要となる。

以下第2節では、訪問介護における基本報酬がどのような考え方のもとで、またどのような過程を経て設定されたのかについて確認する。第3節では、実際のサービス提供においては、介護報酬単価設定の基本的考え方に則ったかたちでサービス提供が実施されているのかについて考察を行う。第4節では、サービスの短時間化がサービス提供にどのような影響を及ぼしているのかについて考察を行う。そして第5節では、これまでの考察をふまえまとめを行う。

なお「生活援助」は、2003年の介護報酬改定時に、従来の「家事援助」から名称変更がなされている。これをふまえ、介護保険制度創設に至るプロセスについて考察する第2節では「家事援助」という名称を、また現在の訪問介護におけるサービス提供実績について考察する第3節では「生活援助」という名称を用いる。

Ⅱ．訪問介護における介護報酬単価（基本報酬）設定のプロセス

本節では、訪問介護における介護報酬単価がどのような考え方のもとで設定されたのかについて確認する。具体的には、介護報酬設定の基本的な考え方やその算定方法に着目する。この基本的な考え方や算定方法は、医療保険福祉審議会介護給付費部会で議論されている。その中でも重要なポイントは、(1) 第 8 回介護給付費部会「介護報酬の主な論点と基本的考え方」（1998 年 10 月 26 日）、(2) 第 10 回介護給付費部会（1999 年 5 月 17 日）、(3) 第 16 回介護給付費部会（2000 年 1 月 17 日）の 3 つの部会に見出すことができる（森川 2015：174）。本研究では、これら 3 つの部会で用いられた資料を参照する。これに加えて、身体介護と生活援助の定義について規定した「老企第 36 号」、「老計第 10 号」も参照する。

1. 第 8 回介護給付費部会（1998 年 10 月 26 日）

介護報酬についての具体的な検討は、1998 年 4 月、医療保険福祉審議会介護給付費部会において開始され、同部会での精力的な審議をふまえ、同年 10 月 26 日に「介護報酬の主な論点と基本的考え方」のかたちで中間的に議論がとりまとめられた（介護保険制度史研究会 2016：502）。ここでは、報酬設定の基本的な考え方や訪問介護に係る主な論点などが示された。この中では、施設・在宅サービス共通の論点として、介護報酬における地域差の勘案方法、要介護度の改善の誘因の付け方、国が定める額より低い価格の設定が示された。

本部会ではまず、施設サービスと在宅サービスのそれぞれの介護報酬における論点が表示されている。このうち、訪問介護に着目すれば、報酬設定の基本的な考え方として、(1) 家事援助や介護に関する行為を細分化して積み上げを行い、評価する方法、(2) 時間単位で報酬を設定し、その時間により提供できるサービスの組合せを示す方法、(3) 入浴、排泄等の主要な介護サービスにより大枠でサービスの組合せを設定し評価する方法の 3 つが示されている¹⁾。

さらに、訪問介護の介護報酬のあり方として、訪問に不可欠となる交通費は報酬設定上費用として評価することが適当であること、またサービスに要する時間を念頭に置き、標準的なサービスの組合せを考慮の上、介護報酬を設定することが現実的であ

ること、さらに介護の必要の程度がサービスの内容や時間にあらわれることとなるので、(利用者の) 要介護度別に評価する必要はないという考え方が示された。

これに加えて、訪問介護の報酬の水準については、「その専門性を確保するため身体介護を中心に、必要な供給量を確保することができるよう、適切に評価する必要性がある」とし、身体介護を中心としてサービス内容と報酬設定を行う方向性が打ち出されている(西島 2011)。

2. 第 10 回介護給付費部会(1999 年 5 月 17 日)

第 10 回介護給付費部会では、訪問介護における介護報酬設定の考え方が提示されるとともに、介護報酬設定のイメージが示された。一方、大坪(2000)も介護給付費部会での論点をもとに施設サービスと在宅サービスの各種サービスにおける介護報酬単価設定のそれぞれのイメージについて詳細に指摘を行っている。以下では、大坪の指摘を参照しながら、訪問介護における介護報酬設定の考え方について確認を行う。

訪問介護における介護報酬設定の考え方をみると、包括部分と加算部分の組み合わせとなっていることが示されている(図 1)。前者には、訪問介護員等の人件費、運営に関わる管理経費、車輛等の減価償却相当などが含まれている。これに対し後者には、離島や山村等の訪問介護で移動に長時間を要する場合の加算、早朝や夜間に訪問介護を実施した場合の加算、さらに、深夜の訪問介護における訪問介護員の安全確保のための加算(例えば、警備会社への非常連絡体制の整備等)が含まれている。

このうち、包括して評価する部分(つまり基本報酬)に着目すると、訪問介護や訪問看護など訪問系サービスの報酬単価は 1 回単位に設定する考え方が示された(その一方、介護保険施設をはじめとする施設系サービスの報酬は、利用者の要介護度に応じて 1 日単位で包括して評価するものとされている)。この理由としては、訪問介護では要介護度が高くなればそれに比例してより多くのサービスが提供されることとなり、また要介護度が高くなれば身体介護の利用割合が増加することがあげられる。このように訪問介護では、1 回当たりの報酬設定であっても最終的に利用者の要介護度に応じた評価となることが前提とされた。また訪問介護における包括部分をみると、身体介護型と家事援助型の 2 つのタイプが示され、それぞれのタイプごとに 30 分単位で時間設定がなされることとなった。そしてこの所要時間は、標準的なサービス内容にどのような身体介護／家事援助サービスを付け加えるかによっていくつか分類がなさ

れている（大坪 2000）。例えば身体介護サービスについてみると、「基本サービス＋簡単な排泄介助」あるいは「基本サービス＋体位交換」が 30 分未満のサービスとして、また「基本サービス＋部分清拭」あるいは「基本サービス＋食事介助」が 30 分から 1 時間程度のサービスとして、さらに、「基本サービス＋食事介助（嚥下困難者等）または全身入浴介助」が 1 時間から 1.5 時間程度のサービスとして例示された（図 2）。これに対し、家事援助サービスについてみると、「基本サービス＋簡単な清掃」あるいは「基本サービス＋簡単な食事の用意」が 30 分未満のサービスとして、また「基本サービス＋清掃」あるいは「基本サービス＋調理」、「基本サービス＋買い物」が 30 分から 1 時間程度のサービスとして、さらに、「基本サービス＋清掃（多問題事例等）」が 1 時間から 1.5 時間程度のサービスとして例示された（図 2）。

○ 包括して評価する部分（地域差を勘案）

●訪問介護サービスにかかる費用

・訪問介護員等の人件費等

●運営に関わる基本的な管理経費等

・人件費等（管理事務相当分）

・交通費

・消耗品費・備品費

・その他事務管理経費

●車両等の減価償却相当

+

○ 加算等

・離島等の長時間移動を要する場合の加算

・早朝、夜間等の加算

※・深夜１人で訪問介護を行う場合の非常連絡体制の加算

※印は、現行制度になく、新たに加算として設けるもの

【包括部分の設定イメージ】

		標準的な 所要時間	要支援、要 介護１～５
身体介護		30分ごと	点
	巡回型	20分程度 (30分未満)	
家事援助		30分ごと	

図 1 訪問介護における介護報酬設定の考え方

出典：大坪（2000）.

○ 身体介護サービス

標準的な所要時間の目安	サービス内容
30分未満	基本サービス＋簡単な排泄介助
	基本サービス＋体位変換
30分～1時間程度	基本サービス＋部分清拭
	基本サービス＋食事介助
1時間～ 1.5時間程度	基本サービス＋食事介助 (嚥下困難者等)
	基本サービス＋全身入浴介助

※基本サービスとは、状況把握（健康チェック・情報収集）、簡易な環境整備、相談・助言等を言う。

○ 家事援助サービス

標準的な所要時間の目安	サービス内容
30分未満	基本サービス＋簡単な清掃
	基本サービス＋簡単な食事の用意
30分～1時間程度	基本サービス＋清掃
	基本サービス＋調理
	基本サービス＋買い物
1時間～ 1.5時間程度	基本サービス＋清掃 (多問題事例等)

※基本サービスとは、状況把握（健康チェック・情報収集）、簡易な環境整備、相談・助言等を言う。

図 2 訪問介護における標準的なサービス内容

出典：大坪（2000）。

3. 第 16 回介護給付費部会（2000 年 1 月 17 日）

第 16 回介護給付費部会では、介護報酬の設定に関する基本的な考え方や、各サービスに対する介護報酬の算定方法と報酬単価について参考資料が明示された（厚生省医療保健福祉審議会 2000a；2000b）。

まず、本部会で提出された参考資料「介護報酬設定の主な考え方」の中では、訪問介護における報酬単価の算出手順は以下のように示されている（厚生省医療保健福祉審議会 2000a）。それは、(1) 1 事業所当たりの総収入額と総サービス提供時間を算出する、(2) 1 時間当たりの収入額（総収入額／総サービス時間）を算出する。ここでは 1 時間当たりの収入額は、介護報酬実態調査に基づき、営利法人の運営する事業所の収入および支出が参考とされている。(3) 身体介護および家事援助の 1 時間当たりの収入額を算出する。ここでは、それぞれの 1 時間当たりの収入額について、身体介護中心業務と家事援助中心業務の時間数の割合（身体介護：家事援助＝2：1）で按分

がなされている。(4) 1 時間当たりの単価をもとに、30 分未満、或いは 1 時間以上 1 時間 30 分未満の単価を算出するという手順である。

また、本部会で提出された参考資料「介護報酬の設定に関する基本的な考え方」の中では、身体介護と家事援助がほぼ同程度提供されると判断される場合のために、両者を折衷した単価が示された（厚生省医療保健福祉審議会 2000b）。この中では、身体介護と家事援助のそれぞれの区分における介護報酬単価は、図 3 のように設定された。例えば、30 分以上 1 時間未満の業務の報酬単価は、身体介護中心型が 4,020 円、家事援助中心型が 1,530 円、そして折衷型が 2,780 円と設定された。訪問介護の介護報酬単価は、このような部会でのプロセスを経て設定されることとなった。

		一回当たり 平均収入額 (千円)	1 時間当たり 収入額 (千円)	報酬額 (単位)		
				30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間 30 分未満
訪問介護	身体介護	—	3. 5 ^{*1}	210	402 ^{*2}	584
	折衷型			—	278	403
	家事援助			—	153 ^{*2}	222
訪問看護 (ステーション)		9. 4 ^{*3}	8. 9	425	830	1, 198

(* 1 : 介護報酬実態調査に基づき、営利法人の運営する事業所の収入及び支出を基に黒字の事業所の収入及び赤字の事業所の支出を参考に算出される額を総収入とし、総サービス提供時間数で除して算出。)

(* 2 : 介護報酬実態調査に基づき、身体介護提供時間 : 家事援助提供時間 = 2 : 1 で按分。)

(* 3 : 平均交通費 (200 円) は含まず。一人当たり平均提供時間 63. 5 分。)

図 3 訪問介護の介護報酬単価設定

出典：厚生省医療保健福祉審議会（2000c）「第 16 回 介護給付費部会資料 単価の算定に用いた数値について」

さらに訪問介護の報酬単価設定においては、事業者の参入を確保する観点等からの政策的配慮が行われた。具体的には、身体介護の報酬単価はそれまでの事業費補助方式のもとでの報酬単価よりも高い水準に設定された。一方で生活援助の報酬単価は、それまでの単価とほとんど変わらない水準とされた（表 1）。なお、この経緯について介護保険制度史研究会（2016：506-507）は、身体介護の報酬単価が引き上げられたことで、事業者の参入にプラスの影響を与えることとなったと指摘をしている。しかしその一方で、このような政策的な配慮は身体介護の報酬単価のみに実施されたことから、身体介護と家事援助（生活援助）との報酬単価の格差を生じさせるきっかけとなったとする指摘（佐藤 2000）も存在する。

表 1 訪問介護の報酬単価設定の推移

	事業費補助方式			介護報酬
	1997年	1999年	2000年	2000年
身体介護中心業務				
滞在型1回（1時間程度）	2,860円	3,730円	3,740円	4,020円
家事援助中心業務				
滞在型1回（1時間程度）	2,100円	1,460円		1,530円
移動時間（訪問先→次の派遣先）	2,100円	1,460円	1,470円	0円
30分未満：換算せず				
30分以上1時間未満：表示単価×0.5				
1時間以上：表示単価×1				

出典：森川（2012）をもとに筆者作成．

4. 老企第 36 号および老計第 10 号通知：身体介護と家事援助および複合型の定義

訪問介護の業務については、先述したように、(1) 身体介護が中心である場合、(2) 家事援助が中心である場合、(3) 身体介護及び家事援助がそれぞれ同程度行われる場合（折衷型）の 3 類型が設定されることとなった。複合型が設定されたことで、実際の介護報酬の算定の際には、身体介護と家事援助のどちらを中心に行ったか、またどの程度の時間行ったかによって両者の区分を明確化するとともに、その介護内容を厳密に定義することが求められることとなった（西島 2011）。以下では、この身体介護と家事援助との定義について確認を行いたい。

制度施行が間近に迫った 2000 年 3 月に発出された「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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（老企第 36 号）の中では、身体介護と家事援助のそれぞれの定義や、身体介護と家事援助が混在する場合の考え方が示された（厚生省老人保健福祉局 2000a）。一方、身体介護と家事援助の定義については、同年 3 月に発出された「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計第 10 号）」において示されている（厚生省老人保健福祉局 2000b）。老計第 10 号では、身体介護と家事援助との定義が老企第 36 号通知よりも具体的かつ詳細に示されていることから、これを参照し、両者の定義を確認する。

まず身体介護とは次のような定義がなされている。

身体介護とは、(1) 利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、(2) 利用者の日常生活動作能力 (ADL) や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービス、(3) その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう（仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要となる行為であるということができる）²⁾。

これに対し、家事援助は次のように定義がなされている。

家事援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、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（家事援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということができる）。なお、商品の販売・農作業等生業の援助的な行為や直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為は家事援助の内容に含まれない³⁾。

さらに「身体介護」と「生活援助」の折衷型については、老企第 36 号の中で規定がなされている。具体的には、「身体介護中心型または家事援助中心型のいずれかへの区分が困難な場合に適用されるもの」と示されている。また老企第 36 号では、折衷型の報酬単価を設定する上では、「1 回の訪問介護（全体時間が 1 時間 30 分未満のものを想定）において、身体介護と家事援助が混在するような場合において、各サービス行為の個々の時間によって細かく区分するのではなく、身体介護に該当する行為がどの程度含まれているかを目安に、全体としていずれの型の単位数を算定するかを判断すること」と示されている。

一方老企第 36 号では、身体介護と家事援助のいずれの単位数を算定するのかを判断

する際は、まず、身体介護に要する一般的な時間や内容からみて、身体介護を構成する個々の行為について、(1) 動作介護、(2) 身の回り介護、(3) 生活介護の3つに大きく分類することとされた。(1) は、比較的手間のかからない体位変換、移動介助、移乗介助、起床介助（寝床から起こす介助）、就寝介助（寝床に寝かす介助）などの介護が、(2) は、ある程度手間のかかる排泄介助、部分清拭、部分浴介助、整容介助、更衣介助などの介護が、(3) は、さらに長い時間で手間のかかる食事介助、全身清拭、全身浴介助などの介護が含まれる。そして、この3つの分類を基準として、専ら身体介護を行う場合や、主として「生活介護」や「身の回り介護」を行うとともに、これに関連して若干の家事援助を行う場合は、身体介護中心型の所定単位数が算定される⁴⁾。これに対し、専ら家事援助を行う場合や、家事援助に伴い若干の「動作介護」を行う場合は、家事援助中心型の所定単位数が算定される⁵⁾。さらに身体介護と家事援助のいずれが中心ともいいがたい場合は、折衷型の所定単位数が算定されることとされた。

このように、「身体介護」と「家事援助」が混在する場合の考え方を整理するために、この両者の明確な基準が示されることとなった。また、この両者の報酬単価は、どの程度手間がかかり時間を要するかという基準として設定されることとなった。これについて西島（2011）は、訪問介護の介護報酬は、個々の行為とその手間でサービス内容を定型化した上で、それぞれの行為を含む介護サービスを全体でどれだけ実施したかという所要時間で報酬を決定するものであると指摘している。

5. 小括

ここまで、3つの部会での議論を参照しながら訪問介護における介護報酬の基本的な考え方や算定方法などについて確認した。

訪問介護における介護報酬単価設定をめぐるのは、1998年から2000年に開催された第8回、第10回、第16回の3つの介護給付費部会の中に重要なポイントが示されていた。この中ではまず、訪問介護の介護報酬を設定する上では、家事援助や介護に関する行為を細分化して積み上げを行うこと、時間単位で報酬を設定すること、身体介護を中心にサービスを提供することなどがその基本的な考え方とされた。これをふまえて、訪問介護では身体介護中心型、家事援助中心型、両者の折衷型の3つの報酬単価が設定された。そしてそこにおいては、1回当たりの報酬単価とすること、また身体介護・家事援助の収入額をそれぞれ2:1で按分することが前提とされた。さらにそ

の報酬単価を設定する上では、サービス事業者の収支がそれまでの事業費補助方式による委託事業の収支とかけ離れないよう配慮がなされた。これに加えて、2000年に発出された「老計第10号通知」では身体介護と家事援助の定義が明確に示され、また同年の「老企第36号通知」では、身体介護型・家事援助型・折衷型の3つの区分における報酬単価を算定する上での基準が示された。訪問介護における介護報酬単価は、このような考え方あるいは手続きを経て設定されることとなった。

Ⅲ．訪問介護における利用状況の分析

前説では、訪問介護の基本報酬はどの程度手間がかかり時間を要するかが基準とされたことを確認した。本節では、現在の身体介護および生活援助の両サービスがどの程度提供されているのかについて確認を行う。そして身体介護および生活援助の両サービスが、それぞれ利用者の要介護状態に応じた（報酬上の）評価となっているかについて考察を行う。なお本考察では、利用者の介護の程度が（サービス提供）時間あるいは回数に反映されるかにその焦点を絞ることとする。

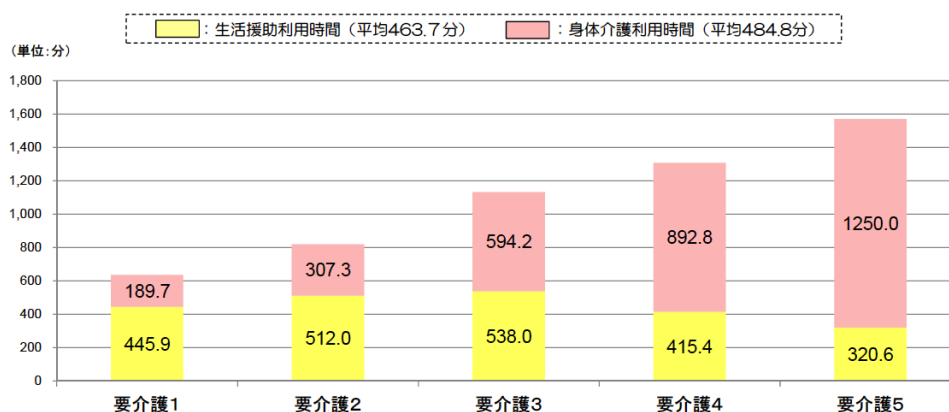
1. 身体介護と生活援助における利用状況

本節では、近年の訪問介護における利用状況について確認する。具体的には、訪問介護全体の利用状況を確認した上で、身体介護と生活援助のサービス種別ごとの利用状況を確認する。またそこにおいては、サービス提供時間に関係する（1）1月当たりの利用者1人当たりの平均利用時間（図4）と、（2）1月当たりのサービス延べ利用回数（表2）の2つの資料を参照する。

まず、訪問介護全体における要介護度別の（1）利用者1人当たり平均利用時間をみると、要介護1が635.6分、要介護2が819.3分、要介護3が1132.2分、要介護4が1308.2分、要介護5が1570.6分となっている（厚生労働省 2017a）。次に、（2）1月当たりのサービスの延べ利用回数をみると、身体介護では、要介護1が21回、要介護2が36回、要介護3が46回、要介護4が59回、要介護5が67回となり、要介護4および5で過半数以上を占める結果⁶⁾となる（シルバーサービス振興会 2010）。このように、訪問介護においては、要介護度が高くなるにつれて利用者の平均利用時間およびその延べ利用回数が増大することがわかる。ここからは、利用者の介護の程度は

時間あるいは回数にあらわれていると考えられる。

しかし、先述したように、訪問介護には身体介護と生活援助の 2 つのサービス種別が存在する。これを身体介護と生活援助とに分類するとその様相は異なってくる。例えば、身体介護における (1) 利用者 1 人当たりの平均利用時間をみると、要介護 1 が 189.7 分、要介護 2 が 307.3 分、要介護 3 が 594.2 分、要介護 4 が 892.8 分、要介護 5 が 1,250 分となっている（厚生労働省 2017）。また、(2) 1 月当たりのサービスの述べ利用回数は、先に示したとおりとなる。このように、身体介護におけるサービス利用状況は、先に確認したように、利用者の介護の程度が時間あるいは回数に反映されるものとなっている。



注 1) 平成 27 年 10 月サービス分 (11 月審査分) の介護報酬請求上の時間で分類し、集計したもの。集計上、生活援助中心型は生活援助の利用時間、身体介護中心型は身体介護の利用時間に分類した。ただし、「身体介護中心型＋生活援助加算」での請求は、その中で請求されるそれぞれの時間を分離し、「身体介護の利用時間」と「生活援助の利用時間」に分類した。

注 2) 各時間区分における階級値 (中間値) を時間として使用し、回数を掛けることにより、利用時間を計算した。

図 4 身体介護と生活援助における平均利用時間

出典：厚生労働省 (2017) 「訪問介護及び訪問入浴介護 (参考資料) 介護給付費分科会 第 142 回参考資料」。

それでは、もう 1 つのサービス種別である生活援助におけるサービス利用状況はどのようなになっているのだろうか。以下では、上記同様に生活援助における (1) 利用者 1 人当たりの平均利用時間、(2) 1 月当たりのサービスの述べ利用回数について確認する。まず (1) では、要介護 1 が 445.9 分、要介護 2 が 512 分、要介護 3 が 538 分、要介護 4 が 415.4 分、要介護 5 が 320.6 分となっている (厚生労働省 2017)。次に (2)

では、要介護 1 が 53 回、要介護 2 が 50 回、要介護 3 が 28 回、要介護 4 が 11 回、要介護 5 が 4 回となり、要介護 1 および 2 で全体の約 7 割を占める結果⁷⁾となっている（シルバーサービス振興会 2010）。このように、生活援助においては要介護 1 や要介護 2 など比較的自立度の高い利用者に対するサービス提供が多くなっている。また、利用者の要介護度が高くなるにつれて、その平均利用時間および延べ利用回数は減少していることがわかる。ここからは、生活援助では利用者の介護の程度がサービスの時間あるいは回数にあらわれていないことが考えられる。

表 2 要介護度別・要介護度別延べ訪問回数

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	認定 申請中	n	平均 訪問 回数
身体介護	訪問時間 (%)	17,365 (8.9)	29,990 (15.4)	39,181 (20.1)	49,968 (25.7)	56,700 (29.1)	1,474 (0.8)	194,588 (100.0)	230.6
	1月当たりの 訪問回数	20.5	35.5	46.3	59.2	67.1	——	——	
生活援助	訪問時間 (%)	41,815 (35.8)	40,025 (34.3)	22,440 (19.2)	8,762 (7.5)	2,990 (2.6)	663 (0.6)	116,695 (100.0)	146.4
	1月当たりの 訪問回数	52.4	50.2	28.1	10.9	3.8	——	——	

出典：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」をもとに筆者作成。

2. 身体介護と生活援助の利用割合

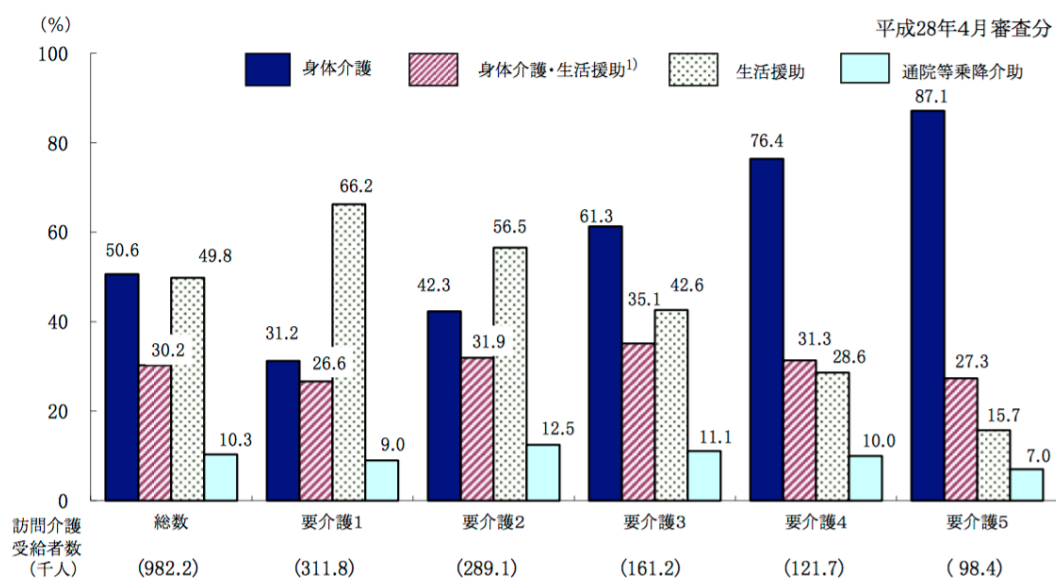
先述したように、第 16 回介護給付費部会では、訪問介護における身体介護・家事援助の単価の算出手順について、身体介護・家事援助の収入額をそれぞれの業務の時間数の割合（身体介護：家事援助＝2：1）で按分することで両者の報酬設定がなされていた。つまり、報酬単価の設定に際しては、身体介護の業務時間は家事援助の 2 倍と考えられた。

しかし、厚生労働省（2016）によれば、要介護状態区分別にみた訪問介護内容類型別受給者数の利用割合⁸⁾は、全利用者をとおして身体介護が 50.6%、生活援助が 49.8% とほぼ同程度となっている（図 5）。これによれば、身体介護と生活援助のそれぞれの業務の時間数の割合はほぼ 1：1 となる。実際に、現在の身体介護と生活援助の一人当

たり平均利用時間をみると、前者が約 464 分、後者が約 485 分とほぼ同程度となっている（厚生労働省 2017）。

第 16 回介護給付部会で示された身体介護と家事援助の両者の業務時間の割合（2：1）は、現在 1：1 となっており、介護報酬単価の設定当初の考え方とは異なる状況が生じている。そして、その中でも報酬単価の低い生活援助の割合が増加する傾向にある。これについて「第 7 回介護給付費分科会議事録」の中では、「身体介護と生活援助（家事援助）の割合が 2：1 であれば黒字で、1：1 であれば赤字となる」と指摘がなされている（厚生労働省 2002）。

このように、実際のサービス提供では介護報酬単価を設定する上で前提とされた考え方とは異なる状況が生じており、現在の介護報酬単価は安定した事業所運営を行う上で決して十分な水準となっていないことが推察される。



注) 訪問介護内容類型別受給者の利用割合 (%) = 内容類型別の受給者数 / 訪問介護受給者数 × 100.

注) 「身体介護・生活援助」とは、身体介護に引き続き生活援助を行った場合をいう。

図 5 要介護状態区別にみた訪問介護内容類型別受給者数の利用割合

出典：厚生労働省（2016）「平成 27 年度 介護給付費等実態調査の概況（平成 27 年 5 月審査分～平成 28 年 4 月審査分）」。

IV. サービスの効率化が及ぼす影響

1. サービスの短時間化

近年の介護報酬改定では、逼迫する保険財政を背景に介護サービスの効率的な提供が重要なキーワードとなっている。

訪問介護におけるサービスの効率化は、そのサービスの提供時間を短時間化することによって図られている。先に確認したように、生活援助では従来の 30 分や 60 分といった時間区分に代わり、「45 分未満／以上」という新たな時間区分が創設され、また身体介護についても「20 分未満」という新たな時間区分が追加されている。そして、より短時間のサービス提供に報酬上のインセンティブが付与されるようになっている（その一方、長時間のサービスに対する報酬上の評価は縮減される傾向にある）。例えば、厚生労働省（2008a）「訪問介護の利用状況」をみると、訪問介護における訪問回数が利用者の要介護度別で示されている。この中では、身体介護については、中重度者の訪問回数が増加するとともに、30 分未満のサービス提供が増加している。一方、生活援助についてみても、訪問回数の著しい増加はみられないものの、30 分～1 時間未満のサービスが多くなっている。また厚生労働省（2013）の中では、利用者 1 人当たりの訪問回数が見られているが、この中では、持ち家の場合（n=229）の訪問回数は 12.66 回（週）となっていること、また、このうち 20 分未満の訪問は 6.93 回となっており⁹⁾、全訪問回数に占める短時間（20 分未満）訪問の割合は過半数を上回っていることが示されている¹⁰⁾。このように、訪問介護では、訪問時間の短時間化というカタチでサービスの効率化が推し進められていることが考えられる。

しかし、このような訪問回数の増加によって、サービスを取り巻く人々へ消極的な影響が及ぼされていることが考えられる。具体的には、利用者ニーズへの十分な対応が困難となっていること、またサービス提供に不可欠となる移動や待機、記録作成などにかかる時間が増大し、従事者の労働が強化されていることが指摘できる。

2. 利用者ニーズへの十分な対応が困難となっていること

訪問回数の増加は、利用者ニーズに対応したサービス提供を困難とさせていることが懸念される。厚生労働省（2011）では、これまでよりも短い時間でサービス提供を行うことが求められることにより、1 回のサービスを 2 回に分けて提供しなければなら

らないことや、認知症高齢者に対してはコミュニケーションなどを通じた十分な支援が提供できないことなどが示されている。また山根（2017）は、2012年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調査を参照し、サービスがより短い時間へ誘導されることによって「利用者の話や相談を聞く時間が減少した」と回答した従事者が91.9%、「掃除の範囲や内容などを見直した」と回答した従事者が87.1%、「調理の内容や品数などを見直した」と回答した従事者が43.5%を占める結果となっていることを指摘している。さらに全国労働組合総連合（2014）の調査結果をみても、サービス提供時間が短時間化されることにより、「時間内に仕事が終わらない」と回答した従事者が58.1%を、「サービス内容を制限するようになった」と回答した従事者が63.2%を、さらに「利用者と会話をする時間がとれなくなった」と回答する従事者が74.2%を占めていることが示されている。なお、この中では「労働が過密になった」と回答する従事者も51.6%と、過半数を占める結果となっている。このように、厳しい時間的制約の中でサービスを行うことは、利用者のニーズに対応することを困難とさせていることが考えられる。

3. 移動や記録作成時間などにかかる時間の増加

さらに訪問回数の増加は、訪問介護従事者の労働をより厳しいものとさせていることが考えられる。訪問介護の場合、利用者の自宅においてサービスを提供するという性格上、移動や待機、さらには記録作成などにかかる労働時間が発生する。例えば坪井（2015）は、訪問介護従事者に対して労働時間調査を実施しているが、この中では、全労働時間に占める移動や待機、記録作成などの割合は約40%に登っていることが示されている¹¹⁾。これらの時間は、基本報酬の中に含まれるものであり、給与の対象とされることが示されている。厚生労働省（2008b）によれば、移動時間や待機時間、記録作成時間は、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示されている¹²⁾。

しかしながら、多くの事業所においてこれらの時間が賃金の対象となっていない状況が生じている。大場（2004）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%、また待機時間を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%となっていると指摘している。シルバーサービス振興

会（2010）の調査結果をみても、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。近年では厚生労働省からの指導などによってこれらの時間に対して賃金や手当が支払われるようになっているが、事業所によってその取り扱いとは異なっており（松下 2014）、これらの時間に賃金が支払われていないケースが少なからず存在することが考えられる。

訪問介護ではサービスの短時間化が図られているが、このような動向によって、（サービスの供給量を維持するためには）これまで以上の訪問回数が求められることとなる。そして訪問回数が増加すれば、サービス提供に不可欠となる移動や記録作成などの時間の増大につながっていく。このように、サービスの短時間化は、無給であることが少なくない労働時間を増大させ、その労働をより厳しいものとさせていることが懸念される。

V. おわりに：訪問介護における基本報酬の妥当性

本章では、1 回当たりに設定され、身体介護を中心に提供されることを前提とした報酬単価は利用者の要介護度を反映したものとなっているのか、また時間区分の短時間化は、実際のサービス提供にどのような影響を及ぼしているのかについて考察を行ってきた。

まず前者についてみると、従来、訪問介護における介護報酬設定における基本的な考え方の中では、介護の必要の程度がサービスの「時間」にあらわれるとされてきた。また専門性が高いとされる身体介護が中心に提供されることが想定されていた。しかし、実際のサービス実績をみると、身体介護では、利用者の要介護度がサービスの時間や回数に反映されている一方で、生活援助ではそのようになっていなかった。また近年では、生活援助の需要が増加する傾向にあり、身体介護と生活援助との両サービスの比率はほぼ同程度となっていた。このように、訪問介護では介護の必要の程度が時間や回数に必ずしも反映されておらず、また身体介護を中心としたサービス提供ともなっていない。次に後者についてみると、サービスの提供時間は制度創設当初、30 分や 1 時間など 30 分単位で設定されたが、近年では 20 分や 45 分といった新たな時間区分が創設されていた。そして、サービスの効率化を促す観点から、より短時間のサービスに報酬上のインセンティブが付与される傾向にあった。その一方、このよ

うなサービスの短時間化は、訪問介護従事者の労働を強化するとともに、利用者ニーズに応答的なサービスを阻害することにつながっていることが懸念される。

このように、近年の訪問介護における基本報酬は、介護報酬の改定が重ねられることにより、介護報酬創設時に想定されたサービス提供のあり方とは異なる姿へと変貌を遂げていることがわかる。そして、1 回当たりに設定される報酬単価は利用者の要介護度に応じた報酬となっているとはいい難く、また時間区分の短時間化は、(サービスの効率化を図ろうとはしているものの) サービスを取り巻く人々に消極的な影響を及ぼしていることが考えられる。それゆえ、基本報酬を規定する基準は、改めて問い直される必要があるといえる。

これまで介護報酬の基本報酬が低い水準にあることを指摘する研究では、その要因を身体介護と生活援助との報酬格差に求めてきたといえる。これに対し本研究では、1 回当たりに設定されている介護報酬設定は利用者の要介護状態を反映しているのか、またサービスの短時間化がサービス提供にどのような影響を及ぼしているのかという新たな研究視角から考察を行った。それゆえ本研究から得られた結果は、訪問介護における基本報酬の妥当性を考える上で新たな知見を提供するものといえるだろう。

-
- 1) なお、施設サービスにおける基本報酬単価設定では、報酬の基本構造、定員別の報酬設定、入院・入所期間に応じた報酬設定の考え方などが主たる論点とされた。
 - 2) 厚生省老人保健福祉局(2000b)「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(老計第10号)」によれば、身体介護の具体例について、以下のように示されている。

1-0 サービス準備・記録等

サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

1-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック

1-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等

1-0-3 相談援助、情報収集・提供

1-0-4 サービス提供後の記録等

1-1 排泄・食事介助

1-1-1 排泄介助

1-1-1-1 トイレ利用

- ・トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動(見守りを含む)
→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作

-
- ・（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む）

1-1-1-2 ポータブルトイレ利用

- ・安全確認→声かけ・説明→環境整備（防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど）→立位をとり脱衣（失禁の確認）→ポータブルトイレへの移乗→排便・排尿→後始末→立位をとり着衣→利用者の清潔介助→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作
- ・（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助）

1-1-1-3 おむつ交換

- ・声かけ・説明→物品準備（湯・タオル・ティッシュペーパー等）→新しいおむつの準備→脱衣（おむつを開く→尿パットをとる）→陰部・臀部洗浄（皮膚の状態などの観察、パッティング、乾燥）→おむつの装着→おむつの具合の確認→着衣→汚れたおむつの後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作
- ・（場合により）おむつから漏れて汚れたりネン等の交換
- ・（必要に応じ）水分補給

1-1-2 食事介助

- ・声かけ・説明（覚醒確認）→安全確認（誤飲兆候の観察）→ヘルパー自身の清潔動作→準備（利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備）→食事場所の環境整備→食事姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをきざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作

1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理

- ・嚥下困難者のための流動食等の調理

1-2 清拭・入浴、身体整容

1-2-1 清拭（全身清拭）

- ・ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオル・着替えなど）→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-2 部分浴

1-2-2-1 手浴及び足浴

- ・ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→身体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-2-2 洗髪

- ・ヘルパー自身の身支度→物品準備（湯・タオルなど）→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-3 全身浴

- ・安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備

(タオル・着替えなど)→ヘルパー自身の身支度→排泄の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作

1-2-4 洗面等

・洗面所までの安全確認→声かけ・説明→洗面所への移動→座位確保→物品準備(歯ブラシ、歯磨き粉、ガーゼなど)→洗面用具準備→洗面(タオルで顔を拭く、歯磨き見守り・介助、うがい見守り・介助)→居室への移動(見守りを含む)→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-5 身体整容(日常的な行為としての身体整容)

・声かけ・説明→鏡台等への移動(見守りを含む)→座位確保→物品の準備→整容(手足の爪きり、耳そうじ、髭の手入れ、髪の手入れ、簡単な化粧)→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

1-2-6 更衣介助

・声かけ・説明→着替えの準備(寝間着・下着・外出着・靴下等)→上半身脱衣→上半身着衣→下半身脱衣→下半身着衣→靴下を脱がせる→靴下を履かせる→着替えた衣類を洗濯物置き場に運ぶ→スリッパや靴を履かせる

1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助

1-3-1 体位変換

・声かけ、説明→体位変換(仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位)→良肢位の確保(腰・肩をひく等)→安楽な姿勢の保持(座布団・パットなどあて物をする等)→確認(安楽なのか、めまいはないのかなど)

1-3-2 移乗・移動介助

1-3-2-1 移乗

・車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベッドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保(後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど)→フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認

・その他の補装具(歩行器、杖)の準備→声かけ・説明→移乗→気分の確認

1-3-2-2 移動

・安全移動のための通路の確保(廊下・居室内等)→声かけ・説明→移動(車いすを押す、歩行器に手をかける、手を引くなど)→気分の確認

1-2-3 通院・外出介助

・声かけ・説明→目的地(病院等)に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き

・(場合により)院内の移動等の介助

1-4 起床及び就寝介助

1-4-1 起床・就寝介助

1-4-1-1 起床介助

・声かけ・説明(覚醒確認)→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッドサイドでの起きあがり→ベッドからの移動(両手を引いて介助)→気分の確認

・(場合により)布団をたたみ押入に入れる

1-4-1-2 就寝介助

・声かけ・説明→準備(シーツのしわをのぼし食べかすやほこりをはらう、布団やベッド上のものを片づける等)→ベッドへの移動(両手を引いて介助)→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッド上での仰臥位又は側臥位の

確保→リネンの快適さの確認（掛け物を気温によって調整する等）→気分の確認

- ・（場合により）布団を敷く

1-5 服薬介助

- ・水の準備→配剤された薬をテーブルの上に出し、確認（飲み忘れないようにする）→本人が薬を飲むのを手伝う→後かたづけ、確認

1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

- ・利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ・入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
- ・ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）
- ・移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ・車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- ・洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
- ・痴呆性の高齢者の方といっしょに冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

- 3) 厚生省老人保健福祉局（2000b）「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計第10号）」によれば、上記同様、家事援助の具体例について、以下のよう示されている。

2-0 サービス準備等

サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

2-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

2-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

2-0-3 相談援助、情報収集・提供

2-0-4 サービスの提供後の記録等

2-1 掃除

- ・居室内やトイレ、卓上等の清掃
- ・ゴミ出し
- ・準備・後片づけ

2-2 洗濯

- ・洗濯機または手洗いによる洗濯
- ・洗濯物の乾燥（物干し）
- ・洗濯物の取り入れと収納
- ・アイロンがけ

2-3 ベッドメイク

- ・利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

2-4 衣類の整理・被服の補修

- ・衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）
- ・被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）

2-5 一般的な調理、配下膳

- ・配膳、後片づけのみ
- ・一般的な調理

2-6 買い物・薬の受け取り

- ・日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）
- ・薬の受け取り

- 4) ここでは、所要時間 30 分以上 1 時間未満の身体介護中心型の例として、簡単な調理の後（5 分程度）、食事介助を行う（50 分程度）ケースがあげられている（老企第 36 号通知）。
- 5) ここでは、所要時間 30 分以上 1 時間未満の家事援助中心型として、利用者の居室から居間までの移動介助を行った後（5 分程度）、居室の掃除（50 分程度）を行うケースがあげられている（老企第 36 号通知）。
- 6) 実際のデータでは「%」表記となっているが、ここではこれを回数に換算した。
- 7) 上記同様、ここではこれを回数に換算した。
- 8) ここでは、要介護状態区分別に訪問介護内容類型（身体介護、生活援助、身体介護・生活援助など）の利用割合を示している。
- 9) ちなみに、サービス付き高齢者住宅の場合（n=1358）は、18.33 回（週）となっており、このうち 20 分未満が 11.21 回となっている。
- 10) さらに、日本医療経営学会（2014）の「訪問滞在時間別訪問介護利用者数の構成割合」をみても、比較的重度といえる要介護 5 の利用者に対する訪問時間は、30～60 分未満が 43.0%と最も多くを占め、次いで 60～90 分未満が 22.7%となっている。要介護 3 および 4 の利用者の数値をみてもこれと同様の傾向がみられている。
- 11) 坪井の調査結果は地方都市での結果を示すものではあるが、実際のサービス提供において移動や記録作成など、サービス提供に不可欠となる（労働）時間が相当数生じていることが考えられる。
- 12) 厚生労働省通達（2008b）によれば、このような労働時間は、以下のように取り扱うことが求められている。
 - (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。

以上のように、厚生労働省（2008）では、これらの時間は（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。

第4章 訪問介護における加算についての研究

訪問介護と通所介護における加算項目の比較をととして

I. はじめに

本章では、訪問介護における加算が内包する課題に目を向ける。加算は、入浴や機能訓練などの特定のサービス、認知症をはじめとする重度利用者に対する支援、従事者の資格や経験年数、他職種と連携したサービス提供などを報酬上評価するものである。

一方、近年の介護報酬改定の動向をみると、基本報酬はサービスの短時間化や報酬単価の引き下げを伴う適正化が図られる一方、加算項目は多様な項目が設定されるとともに、主要な加算項目については拡充が図られる傾向にある。今後、高齢化の伸展によって利用者ニーズの多様化・複雑化が想定されることから、加算の果たす役割はさらに高まっていくことが考えられる。このような状況の中、質の高いサービスを報酬上評価する上で、また（基本報酬の引き上げが困難な状況にある中）安定した事業運営を行う上においても加算の果たす役割は多大なものとなる。

しかし、先に確認したように、施設系サービスでは加算（方式）が機能しやすい一方、訪問介護においては加算が適切に算定できないケースがみられている。なぜ訪問介護のみこのような課題が顕在化しているのであろうか。本章ではこれについて考察を行う。具体的には、訪問介護における各加算項目にどのような要件が規定されているのか、また各加算項目はどの程度算定されているのか、そして加算の算定率が著しく低い場合、その要因はどこに見出すことができるのかについて考察を行う。

また本章では、通所介護と訪問介護との比較考察を行う。その理由は以下とおりである。それはまず、同じ在宅サービスでも通所介護は要介護度別あるいは1日当たりの単価設定がなされており、介護保険施設などをはじめとする施設系サービスの介護報酬設定の特徴を備えていることである。これにより、施設系サービスと訪問系サービスのそれぞれが有する介護報酬体系の特徴を明らかにすることができる。次に、通所介護は在宅サービスに位置づけられ、訪問介護と同様に区分支給限度基準額の中でサービスを調整していることである。これにより、同じ条件の中でなぜ訪問介護において加算を算定することが困難となっているのかについて明らかにすることができる。

なお、近年の介護報酬改定における加算の重点項目の1つである「介護職員処遇改善加算」については本研究の対象外とする。その理由は、本加算はその目的が介護職員の待遇改善にあり、より質の高いサービスを評価するという加算本来の目的とは異なっていること、また本加算は区分支給限度基準額の適用からは除外されており（社会保険研究所 2012：51）、他の加算項目と比較しその性格を異にしているからである。

以下第2節では、訪問介護と通所介護における加算項目にはどのような要件が規定され、またこれらの加算がどの程度算定されているのかについて考察を行う。これをふまえ第3節では、訪問介護において加算の算定が困難となっている要因について考察を行う。

Ⅱ．訪問介護と通所介護における主たる加算項目の加算率および加算要件についての比較

本節では、通所介護と訪問介護における加算項目がどの程度算定されているのか、また、加算を算定するためにどのような要件が規定されているのかについて確認する。そしてそこにおいては、通常のサービス提供に直接的に関係する加算項目（主たる加算項目）に着目する。なお、この比較考察に際しては、2018年の介護報酬改定において設定されている加算項目を参照する。

通所介護における加算項目とその加算要件については表1に、また訪問介護における加算項目とその加算要件については表2に、そして、通所介護と訪問介護における主たる加算項目の算定率については表3に示した。

1. 通所介護における加算要件およびその加算率

まず、通所介護における加算項目についてみると、(1) 延長加算、(2) 生活指導員配置等加算、(3) 中山間地域に居住する者へのサービス提供加算、(4) 入浴介助加算、(5) 中重度者ケア体制加算、(6) 生活機能向上連携加算、(7) 個別機能訓練加算、(8) ADL維持等加算、(9) 認知症加算、(10) 若年性認知症利用者受入加算、(11) 栄養改善加算、(12) 栄養スクリーニング加算、(13) 口腔機能向上加算、(14) サービス提供体制強化加算の14項目が設定されている（表1）。このように、通所介護においては中山間地域など特定の地域におけるサービス提供、入浴や栄養改善などの特定のケア、機能訓練や

口腔機能改善などのリハビリテーション、重度者への介護、他のサービス事業所と連携したサービス提供、従事者の資格や経験年数などが報酬上評価されるようになっている。なお、先述したように、ここでは介護職員処遇改善加算は考察の対象外とする。

通所介護において通常提供されるサービスは、主として入浴介助、食事の提供およびその介助、機能訓練や創作活動と考えられる。これをふまえ本研究では、これらの加算項目から通常のサービス提供に強く関連づけられ、かつそのサービスの質に直接的に影響を及ぼすことが考えられる項目に着目する。具体的には、(4) 入浴介助加算、(5) 中重度者ケア体制加算、(7) 個別機能訓練加算、(8) ADL 維持等加算、(9) 認知症加算、(14) サービス提供体制強化加算の 6 項目を対象とする¹⁾。(4)、(7)、(8) は入浴介助や機能訓練など通所介護における主たるサービスに位置づけられる。また (5) および (9) は、より多くの介護が必要となる利用者への対応を評価するものとなっている。さらに (14) は従事者の資格や経験年数を評価することで事業所の（サービス提供）体制を強化するものとなっている。このように、これらの項目は通常のサービスに直接的に関連づけられるとともに、提供するサービスの質を高めることを目的とするものといえる。

次に、上記に示した主たる加算項目を算定するためにはどのような要件が求められているのかについて確認を行う。まず入浴介助加算を算定するためには、適切に入浴介助が実施できる人員および設備が求められている。また中重度者ケア体制加算を算定するためには、要介護 3・4・5 の利用者が全利用者の一定割合を占めていることが求められる。そして個別機能訓練加算（Ⅰ・Ⅱ）を算定するためには、理学療法士や作業療法士などの専門職が配置されていることや、個別計画が作成され、また当該計画に基づき機能訓練が実施され、そして当該計画の見直しが行われていることなどが求められる。さらに ADL 維持等加算を算定するためには、一定数以上の利用者が一定期間および一定の時間以上利用することや、要介護 3・4・5 の利用者が全利用者の一定割合を占めていること、ADL 利得値を提出するとともに、一定数以上の利用者の ADL 利得値が一定の数値（現状維持もしくは状態の改善）以上であることなどが求められる。認知症加算を算定するためには、看護職や介護職などの専門職を一定数以上配置していることや、全利用者のうち認知症を有する利用者が一定割合を占めていることが求められる。サービス提供体制強化加算を算定するためには、全職員のうち専門職（介護福祉士）が一定割合を占めていることや、全職員のうち一定の経験年数を有する者が一定割合を占めてい

ることが求められる（表 1）。

一方、これらの主たる加算項目がどの程度算定（取得）されているのかについてみると、（4）入浴介助加算が 73.8%、（5）中重度者ケア体制加算が 22.7%、（7）個別機能訓練加算は（Ⅰ）が 35.6%、（Ⅱ）が 31.3%（両者を合わせて 66.9%）、（8）ADL 維持等加算は 1.1%（Ⅰ：0.9%、Ⅱ：0.2%）、（9）認知症加算は 12.5%、（14）サービス提供体制強化加算は 50.3%（（Ⅰ）イ）となっている（表 3）²⁾。

2. 訪問介護における加算要件およびその加算率

まず、訪問介護における加算項目についてみると、（1）2 人の訪問介護員等による訪問介護加算、（2）夜間・早朝加算、（3）特定事業所加算、（4）特別地域訪問介護加算、（5）中山間地域の小規模事業所加算、（6）中山間地域へのサービス提供加算、（7）緊急時訪問介護加算、（8）初回加算、（9）生活機能向上連携加算の 9 項目が設定されている（表 2）。このように、訪問介護においては中山間地域など特定の地域におけるサービス提供、夜間や早朝あるいは緊急時や初回など特別なサービス提供、事業所の体制、他のサービス事業所との連携などが報酬上評価されるようになっている。

本研究では、これらのうち、通所介護同様、通常のサービス提供に強く関連づけられるとともにそのサービスの質に直接的に影響を及ぼすと考えられる項目にその焦点を絞る。具体的には、事業所におけるサービスの質を評価することを目的とする（3）特定事業所加算が該当する³⁾。

次に、この特定事業所加算を算定するためにどのような要件が求められるのかについてみると、本加算においては、（1）体制要件、（2）人材要件、（3）重度要介護者等対応要件の 3 つの要件が規定されている。まず（1）では、職員ごとに研修計画を作成し、研修を実施していることや、技術指導などを目的とする会議を定期的を実施すること、サービス提供責任者と訪問介護員との間で、サービス提供における留意事項などについて確実に伝達・報告を行うこと、健康診断を実施することが求められる。次に（2）では、専門職あるいは一定の研修を修了している職員が一定割合を占めていることや、すべてのサービス提供責任者が一定以上の経験を有し、あるいは一定以上の研修を修了していることが求められる。さらに（3）では、すべての利用者のうち、要介護 4・5 や認知症など重度の利用者が一定割合を占めていることが求められる（表 2）。これに加えて、「特定事業所加算を算定するためには、体制要件、人材要件、重度要介護者等対応

表 1 通所介護における加算項目および加算要件

項 目	内 容	単位数	要 件
1 延長加算	所要時間8時間以上、9時間未満の通所介護の前後に連続して日常生活の世話を行う場合に算定	9h以上10h未満 50単位 10h以上11h未満 100単位 11h以上12h未満 150単位 12h以上13h未満 200単位 13h以上14h未満 250単位	・特に規定なし
2 生活指導員配置等加算	共生型サービスを実施する事業所について評価する	1日につき13単位	・生活指導員を1名以上配置している場合 ・地域に貢献する活動を行っていること
3 中山間地域に居住する者へのサービス提供加算	項目と同じ	1日につき100分の5単位	・厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合
4 入浴介助加算	基準該当による入浴介助を行った場合に算定	1日につき50単位	・入浴介助を適切に行うことができる人員および設備を有して入浴介助を行った場合
5 中重度者ケア体制加算	中重度者への支援を評価する	1日につき45単位	・看護職員または介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること ・前3ヶ月の利用者総数のうち、要介護3・4・5である者の割合が100分の30以上であること ・専ら通所介護の提供に当たたる看護職員を1名以上配置していること
6 生活機能向上連携加算	外部のリハビリスタッフなどとの連携により機能訓練を実施することを評価	1月につき200単位	・外部の理学療法士などが当該通所介護の機能訓練指導員などと連携し、アセスメント、個別機能訓練計画の作成を行っていること ・機能訓練を適切に実施していること ・3ヶ月に1回以上、計画の評価を行っていること（個別機能訓練加算を算定する場合、1月につき100単位を算定）
7 個別機能訓練加算	立つ、歩く、座るといった身体機能の向上のための機能訓練を評価	(Ⅰ) 1日につき46単位 (Ⅱ) 1日につき56単位	・理学療法士などを1名以上配置していること ・時間帯を通じて機能訓練員などが、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること ・複数の種類の機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員などが個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施していること ・3ヶ月に1回以上、利用者の自宅を訪問し、計画の内容について見直しを行っていること
	日常生活動作、生活能力、体と精神の心身機能などの維持・向上を目的とした機能訓練を評価		・理学療法士などを1名以上配置していること ・機能訓練員などが、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に行っていること ・理学療法士などが、心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること ・利用者の自宅を訪問し、計画の内容について見直しを行っていること（3ヶ月に1回以上）

出典：社会保険研究所（2018）をもとに筆者作成。

表 1 通所介護における加算項目および加算要件（続き）

項 目	内 容	単位数	要 件
8 ADL維持等加算	利用者のADLの維持・改善	(Ⅰ) 1月につき3単位	<ul style="list-style-type: none"> ・6月以上利用し、5時間以上の利用が5時間未満の利用時間を上回ること、利用者の総数は20名以上 ・要介護3・4・5である者の占める割合が100分の15以上であること ・要介護認定月から12ヶ月以内である者の占める割合が100分の15以下であること ・利用開始後6月目にADL利得値が測定・提出されていること（100分の90以上） ・ADL利得値が多い順に、上位100分の85に相当する者について、ADL利得値が0以上であること
9 認知症加算	認知症利用者への支援を評価	(Ⅱ) 1月につき6単位 1日につき60単位	<ul style="list-style-type: none"> ・（Ⅰ）の要件をすべて満たすこと ・ADL利得値が測定・提出されていること ・看護職員または介護職員を常勤換算方法で2以上確保していること ・前3ヶ月間の利用者の総数のうち、認知症の占める割合が100分の20以上であること ・専ら認知症介護の指導に係る者（実践的な研修を修了した者）を1名以上配置していること
10 若年性認知症利用者受入加算	項目と同じ	1日につき60単位	<ul style="list-style-type: none"> ・個別に担当者を定め、その者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていること（認知症加算を算定している場合は算定しない）
11 栄養改善加算	利用者の低栄養状態の改善を目的	1回につき150単位	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者または外部との連携により、管理栄養士を1名以上配置していること ・管理栄養士などが共同して、利用者ごとの栄養ケア計画を作成していること ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、栄養改善サービスを実施していること ・栄養ケア計画を定期的に評価していること ・利用定員の超過や人員基準欠がないこと
12 栄養スクリーニング加算	定期的に栄養状態の確認を行うことに ついて評価	1回につき5単位	<ul style="list-style-type: none"> ・6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を介護支援専門員に提供していること
13 口腔機能向上加算	口腔機能が低下またはそのおそれがある利用者に対して、口腔機能の向上を図る	1回につき150単位	<ul style="list-style-type: none"> ・言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置していること ・言語聴覚士などが共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理計画を作成していること ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士などがサービスを実施していること ・利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を定期的に評価すること ・利用定員の超過や人員基準欠がないこと

出典：社会保険研究所（2018）をもとに筆者作成。

表 1 通所介護における加算項目および加算要件（続き）

項 目	内 容	単位数	要 件
14	サービス提供体制強化加算 介護従事者の専門性やキャリアなどについて評価	(I) イ 1回につき18単位 (I) ロ 1回につき12単位 (II) 1回につき6単位	<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること ・利用定員の超過や人員基準欠がないこと ・介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること ・利用定員の超過や人員基準欠がないこと ・経験年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること ・利用定員の超過や人員基準欠がないこと

出典：社会保険研究所（2018）をもとに筆者作成。

表 2 訪問介護における加算項目および加算要件

項 目	内 容	単位数	要 件
1 2人の訪問介護員等による訪問介護	項目と同様	所定単位数に100分の200単位を加算	<ul style="list-style-type: none"> ・1人での介護が困難である場合 ・暴力行為や著しい迷惑行為などが認められる場合（いずれも家族の同意を得ている場合）
2 夜間・早朝加算	項目と同様	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早朝 1回につき100分の25単位 ・ 夜間 1回につき100分の50単位 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早朝については、午前6時～8時の時間帯にサービスを実施した場合 ・ 夜間については、午後10時～午前6時にサービスを実施した場合
3 特定事業所加算	質の高いサービスを提供するための体制を整えている事業所を評価	(Ⅰ) 1回につき100分の20単位	<p>(1) 訪問介護員ごとに研修計画を作成し、これに従い研修を実施（予定）していること</p> <p>(2) 次の要件をいずれも満たすこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス実施における留意事項や技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること ・ サービス提供責任者が訪問介護員に対し、サービス提供における留意事項を文書などの確実な方法により伝達を行うこと、また、サービス終了後に報告を受けること ・ 健康診断などを定期的に実施すること ・ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること ・ 介護福祉士の占める割合が100分の30または介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者の占める割合が100分の50以上であること ・ (6) すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、もしくは介護職員基礎研修修了者であること ・ (7) 前3月間における利用者の総数のうち、要介護4・5である者、認知症である者などの占める割合が100分の20以上であること
		(Ⅱ) 1回につき100分の10単位	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算 (Ⅰ) の (1) ～ (4) の基準をいずれも満たすこと ・ 特定事業所加算 (Ⅰ) の (5) または (6) のいずれかに該当すること
		(Ⅲ) 1回につき100分の10単位	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算 (Ⅰ) の (1) ～ (4) および (7) の基準をいずれも満たすこと
		(Ⅳ) 1回につき100分の5単位	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定事業所加算 (Ⅰ) の (2) ～ (4) の基準をいずれも満たすこと ・ すべてのサービス提供責任者に対し、研修計画を作成し、これに従い、研修を実施（予定）していること ・ 常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、サービス提供責任者を常勤により配置し、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること ・ 前3月間における利用者の総数のうち、要介護4・5である者、認知症である者などの占める割合が100分の60以上であること

出典：社会保険研究所（2018）をもとに筆者作成。

表 2 訪問介護における加算項目および加算要件（続き）

項 目	内 容	単位数	要 件
4 特別地域訪問介護加算	離島など特定の地域におけるサービス提供を評価	1回につき100分の15単位	・厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問介護事業所がサービスを提供した場合に算定
5 中山間地域の小規模事業所加算	項目と同様	1回につき100分の10単位	・1月当たり添べ訪問時間が200回以下の事業所が特定の地域においてサービスを提供した場合に算定
6 中山間地域へのサービス提供	項目と同様	1回につき100分の5単位	・特定の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えてサービス提供を行った場合に算定
7 緊急時訪問介護加算	緊急時のサービス提供について評価	1回につき100単位	・介護支援専門員と連携し、計画的に実施することとなっていないサービスを緊急に行った場合に算定
8 初回加算	サービスの提供開始にかかるサービス担当責任者の負担を評価	1月につき200単位	・サービス提供責任者が初回に訪問介護を行った場合、または、サービス提供責任者が同行し、その他の訪問介護員が初回の訪問介護を行った場合に算定
9 生活機能向上連携加算	外部のリハビリスタッフなどとの連携について評価	(Ⅰ) 1月につき100単位 (Ⅱ) 1月につき200単位	・訪問リハビリ、通所リハビリ、医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービスを提供した場合に算定（初回月に算定できる） ・訪問リハビリ、通所リハビリなどの一環として、利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行するなどにより、利用者の身体状況などの評価を共同して行い、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合であって、理学療法士などと連携し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定（初回のサービスが行われた以降の3月の間算定できる）

出典：社会保険研究所（2018）をもとに筆者作成。

表 3 通所介護と訪問介護における主たる加算項目の算定率

通所介護					
項 目	算定率	n	備 考	出 典	
入浴介助加算	73.8%	不明		厚生労働省（2013）「第48回社会保障審議会 介護保険部会（資料1）在宅サービスについて」	
中重度者ケア体制加算	22.7%	2,574		荒牧登史治（2019a）「WAMレポート 平成29年度 通所介護事業所の経営状況について」	
個別機能訓練加算（Ⅰ）	35.6%	2,574		同上	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	31.3%	2,574		同上	
ADL維持等加算	1.1%	820		荒牧登史治（2019b）「WAMレポート 平成30年度 介護報酬改定の影響に関するアンケート調査の結果について」	
認知症加算	12.5%	2,574		荒牧登史治（2019a）「WAMレポート 平成29年度 通所介護事業所の経営状況について」	
サービス提供体制強化加算	53.3%	2,574	（Ⅰ）イ 53.3%、（Ⅰ）ロ 不明 （Ⅱ）不明、（Ⅲ）不明	同上	
訪問介護					
項 目	算定率	n	備 考	出 典	
特定事業所加算	33.6%	581	（Ⅰ）9.6%、（Ⅱ）21.5%、 （Ⅲ）2.2%、（Ⅳ）0.3%	三菱総合研究所（2016：41）「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」	

注）「個別機能訓練加算Ⅰ」と「個別機能訓練加算Ⅱ」では目的や趣旨が異なることから、併用算定することが可能となっている。

要件をすべて、あるいは複数満たすことが求められる。例えば特定事業所加算（Ⅰ）を算定するためには、体制要件、人材要件、重度要介護者等対応要件のすべてを満たすことが、また特定事業所加算（Ⅱ）を算定するためには、体制要件および人材要件の一部を満たすことが、そして特定事業所加算（Ⅲ）を算定するためには、体制要件および重度要介護者等対応要件を満たすことが、さらに特定事業所加算（Ⅳ）を満たすためには、体制要件に加え、以下の要件を満たすことが求められる（表 2）。

- ・ サービス提供責任者について、計画に基づき研修を実施していること
- ・ 常勤のサービス提供責任者が 2 人以下の事業所について、常勤のサービス提供責任者を 1 人以上配置していること
- ・ 要介護 3・4・5 あるいは認知症などの重度の利用者が全利用者の 60%以上を占めていること

一方、特定事業所加算がどの程度算定（取得）されているのかについてみると、通所介護と比較し低い水準となっている。例えば、厚生労働省（2008a）「第 57 回介護給付費分科会」の中では、本加算を算定している事業所は 4.6%（平成 20 年 4 月審査分）と示されている⁴⁾。また、表 3 に示している三菱総合研究所（2016）の調査結果をみても 33.6%となっており、いずれも低い数値を示している。さらに三菱総合研究所の調査結果の中では、当該加算を算定していない事業所は 59.6%となり、全体の最も多くを占めていることが示されている。一方、当該加算を算定しない理由についてみると、「要介護 3～5 の利用者をはじめとする重度要介護者対応要件を満たすことができない」が 56.4%、「常勤のサービス提供責任者を確保できない」が 21.7%となり、多くを占める結果となっている。なお、「要件は満たしているが算定していない」という回答(11.6%)も少なからず存在している（三菱総合研究所 2016）。

3. 小括

本節では、訪問介護おける主たる加算項目を算定するためにはどのような要件が求められ、またこれらの主たる加算がどの程度算定されているかについて、通所介護との比較を行った。

まず、主たる加算項目やその要件についてみると、通所介護では、入浴介助加算、個別機能訓練加算、認知症加算、サービス提供体制強化加算など 6 つの項目が設定されていた。またこれらの加算を算定するためには、特定のサービスを実施する体制が整えられていること、専門性を有するスタッフが配置されていること、重度の利用者に対してサービスを提供していること、個別計画に基づいてサービスを提供していることなどが求められていた。これに対し、訪問介護では特定事業所加算の 1 項目のみが設定されていた。またこれらの加算を算定するためには、スタッフの管理体制が整えられていること、専門性を有するスタッフが配置されていること、重度の利用者に対してサービスを提供していることなどが求められていた。さらに訪問介護の場合、これら 3 つの要件（体制・人材・重度要介護者等対応要件）をすべて、あるいは複数満たすことが求められていた。このように、訪問介護の場合、事業所の体制や職員の資質、重度者への対応が 1 つの加算の中で包括的に評価されている（これに対し、通所介護では、これらは個

別の加算によって評価されている)。それゆえ、訪問介護では（通所介護よりも）より多くの要件を満たすことが求められることとなる。

次に、主たる加算の算定状況についてみると、通所介護では、入浴介助加算が約 70%、個別機能訓練加算が（Ⅰ）および（Ⅱ）を合わせて約 67%、そしてサービス提供体制強化加算が約 50%となっており比較的高い算定率となっていた（これに対し、認知症加算や ADL 維持等加算の算定率は低い水準となっている）。これに対し、訪問介護では、唯一の加算である特定事業所加算の算定率は（Ⅰ）～（Ⅳ）を合わせて 30%程度と低い水準となっていた。

このように、訪問介護においては通所介護と比較し、加算のバリエーションが少なく、その算定率も低い水準となっていた。

Ⅲ．訪問介護と通所介護における加算項目および加算要件についての比較：特定事業所加算の算定が困難となる要因

本節では、訪問介護と通所介護の両サービスにおける加算項目およびその加算要件についての比較考察をふまえ、訪問介護において加算の算定が困難となっている要因について明らかにする。

1. 算定できる加算が限定されていること

表 1 および表 2 をみると、訪問介護においては 9 項目の加算が設定されているものの、通所介護の 14 項目と比較し少ないものとなっている。さらに先に確認したように、通常のサービス提供に関連づけられた加算項目に限定すると、通所介護が 6 項目であるのに対し、訪問介護は 1 項目となっている。

例えば、通所介護事業所における人員配置基準をみると、管理者の他に看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練員を配置することが求められている⁵⁾。このように、同一の事業所に異なる専門職が配置されることで、各専門職の機能に関連づけられた多様な加算項目が設定されている。例えば、看護職員に向けた加算として、中重度者ケア体制加算、認知症加算、口腔機能向上加算などが、また介護職員に向けた加算として、中重度者ケア体制加算、認知症加算、サービス提供体制強化加算などが、さらに機能訓練員に向けた加算として、個別機能訓練加算、ADL 維持等加算などがあげられる。

一方、訪問介護における人員基準をみると、管理者の他に、サービス提供責任者と訪問介護員を配置することが規定されている⁶⁾が、訪問介護の場合、配置される職種は介護職に限定されていることから加算の項目数は少ないものとなっている。さらに、訪問介護の加算項目をみると、2人での対応や夜間・早朝時のサービス提供、緊急時や初回など一時的あるいは例外的なケースへの対応について評価する項目がほとんどであり、通常提供されるサービスの質について評価する項目は特定事業所加算のみとなっている。このようなことから、訪問介護における加算算定の選択肢は極めて限られたものとなっていると考えられる。

2. 加算要件が包括的なものとなっていること

訪問介護は、通所介護と比較し、1つの加算を算定するためにより多くの要件を満たす必要がある。表1および表2で示した両サービスの加算要件の数を平均すると、通所介護では1つの加算に対し3つの要件が求められるのに対し、訪問介護では、1つの加算に対し5.6の要件が求められることとなる⁷⁾。このように、訪問介護の場合、加算を算定するためには（通所介護よりも）より多くの要件を満たす必要がある。例えば、訪問介護における「特定事業所加算Ⅰ」についてみると、当該加算を算定するためには、先述したように、(1) 体制要件、(2) 人材要件、(3) 重度要介護者等対応要件の3つの要件を満たすことが求められる（表2）。改めてこれらの要件について確認したい。まず(1)では、計画的な研修や会議を定期的に行うこと、サービス提供における留意事項を文書等により指示することやサービス提供後に報告することなどが求められる。また(2)では、すべての訪問介護員のうち介護福祉士や実務者研修修了者などの占める割合が一定数以上を占めることや、サービス提供責任者については一定年数以上の経験や資格を有していることなどが求められる。さらに(3)では、要介護4・5など重度の利用者が全利用者の一定数以上を占めていることなどが求められる（表2）。そして、特定事業所加算（Ⅰ）を算定するためにはこれらすべての要件を満たすことが求められる。

一方、通所介護においても、（訪問介護同様に）特定のサービスを実施する体制を整えていること、専門職が一定数以上配置されることや一定の経験年数を有すること、比較的多くの介護を必要とする利用者が一定数以上を占めていることなどが求められている。例えば「個別機能訓練加算」の中では、専門職の一定数以上の配置や計画に基づ

くサービス提供が、また「認知症加算」の中では、重度利用者が一定数を占めることや専門職の一定数の配置が、さらに「サービス提供体制強化加算」の中では、専門職を一定数以上の配置することや、スタッフが一定の経験年数を有することが求められている（表 1）。

このように、通所介護における加算要件では、体制や人材、重度利用者への対応などの要件のうち 1 つ、もしくは 2 つを満たすことが求められているのに対し、訪問介護では、体制、人材、重度利用者への対応などの要件をすべて、あるいは複数満たすことが求められる。それゆえ訪問介護の場合、加算を算定するためのハードルは高いものとなる。厚生労働省（2008b）「第 57 回介護給付費分科会」の中でも、「特定事業所加算は、サービスの質の高い事業所を評価するため設けられた仕組みであるが、算定の条件が厳しいことから加算を受けている事業所数は少ない」ことや「たとえ要件を満たせる事業所であっても敬遠しているのが実情である」と指摘がなされている。

3. 区分支給限度基準額の影響を大きく受けること

訪問介護において加算の算定が困難となっている要因について考察を行う上では、1 ヶ月ごとに設定される介護サービス利用における限度額である「区分支給限度基準額」が介護報酬単価の引き上げに及ぼす影響についても確認しておく必要がある。

訪問介護の介護報酬単価は、（これまでみてきたように）30 分や 1 時間など時間当たりに設定されているのに対し、通所介護のそれは、3 時間～9 時間などの幅はあるものの、実質的に 1 日当たりに設定されている。このような報酬単価設定の性格上、訪問介護は時間単位のサービスを数多く積み上げる必要がある。例えば厚生労働省（2015a）の中では、事業所運営を維持するためには 1 ヶ月当たり 400 回を超える訪問が求められている⁸⁾ことが、また厚生労働省（2008c）では、より短時間のサービス提供が増加していることにより、1 ヶ月当たりの訪問回数が増加していることが示されている。さらに近年、訪問介護においては、「20 分未満」（身体介護）や「20 分以上 45 分未満」あるいは「45 分以上」（生活援助）など、従来よりも短い時間区分が設定され、さらなるサービスの短時間化が図られる傾向がある。

しかしながら、このようなサービスの短時間化および頻回なサービス提供は、より質の高いサービスを評価するために加算を算定し、単価を引き上げることに消極的な影響を及ぼしていることが考えられる。つまり、加算を算定することによって 1 回当たりの

サービス単価が上昇すると、区分支給限度基準額が設定されていることにより、必要なサービスが保険給付の範囲内で利用できなくなるケースが発生することが考えられる。これについて増子（2013：102）は、重度の利用者などより多くのサービスを必要とする利用者にとっては、1回当たりの報酬単価が高くなれば、当該限度額の範囲内でサービスが利用できないケースが発生すること、また、これにより単価が低く専門性の低いサービスが選好されるケースがあることを指摘していた。これに加えて、要件を満たしているにもかかわらず、敢えて算定しない事業所も少なからず存在する。例えば、厚生労働省老健局（2014）「第111回介護給付費分科会」の中では、「区分支給限度基準額を超えてしまうという理由から、加算を取得できる状況にある事業者が加算を取得しないという状態が存在している」ことや、「サービスの質の向上を図るために創設された加算が、サービスの質の向上を図っている事業所において取得できないケースが生じている」などの問題が指摘されている。これに対し、通所介護においては、そのサービス提供は1日単位を基準とするものであり、加算の算定によって報酬単価が引き上げられても利用回数を減らしたり、加算を敢えて算定しないというケースは想定しにくい。

このように、区分支給限度基準額の設定は、訪問介護において加算の算定を躊躇させる要因の1つとなっているといえる。

4. 訪問介護員の業務について評価する項目がほとんど存在しないこと

これに加えて、本考察からは、サービスの直接的な担い手である「訪問介護員」の業務が報酬上適切に評価されていないという課題も指摘できる。本課題は、加算の算定に直接的に影響を及ぼすものとは考えにくいですが、より質の高い介護を報酬上評価するという加算の趣旨を勘案すると重要な視点と考えられる。

介護報酬においては、介護の質はスタッフが有する資格や経験年数によって評価されることとなっている（社会保険研究所 2012：51；厚生労働省 2015b）。これを評価する加算として、通所介護においては「サービス提供体制強化加算」が、訪問介護においては「特定事業所加算（人材要件）」が該当する。前者においては、介護従事者が一定の資格を有することや、一定の経験年数を有していることなどが評価される。しかし後者においては、主として管理的業務を担う「サービス提供責任者（正規職）」については一定の資格および経験年数を有していることが求められるのに対して、直接利用者にサービスを提供する「訪問介護員（非正規職）」については、一定の資格等を有している

ことのみが求められる（表 2）。このように、訪問介護においては職種によって求められる要件が異なっており、サービス提供の要となる訪問介護員の勤続年数について報酬上評価する項目はみられていない⁹⁾。

非正規職である訪問介護員は、正規職と同様に資格を有し、また豊富な経験を有していることが少なくない。例えば上野（2011：157-158）は、訪問介護労働は経験と熟練を要する労働であると指摘する。日本医療経営学会（2014：256）の調査結果をみても、訪問介護員の平均勤続年数は 8.6 年となっており、介護職員の 4.9 年よりも長いものとなっている。坪井（2015）の調査結果（n=70）をみても、5 年以上の経験を有する従事者が全体の 68.6%を、また 10 年以上の経験を有する従事者が 51.5%を占めている。さらに厚生労働省（2008d）の中では、ホームヘルパーの属性・キャリアなどと介護能力の関係を分析した結果が示されているが、これによれば、介護の仕事やヘルパーの経験年数が長いこと、介護福祉士やヘルパー1級の資格を持っていることなどの場合に、ヘルパーの介護能力が高くなる結果が示されている。このように、直接利用者にサービスを提供する彼らの経験の蓄積がそのサービスの質を左右するものとなっていることが推察される。

これに加えて、訪問介護におけるサービス提供体制をみると、一般的に少数のサービス提供責任者と多数の訪問介護員で構成されていることが少なくない。例えば、三菱総合研究所（2016）の調査結果（n=581）によれば、1つの事業所においてサービス提供責任者を1人もしくは2人配置する事業所が全体の 65.1%を占めている¹⁰⁾。一方、訪問介護員を11人以上配置する事業所が全体で最も多く 42.9%を占めている¹¹⁾。しかしながら、訪問介護における加算要件をみると、サービス提供責任者の業務に評価の視点が向けられている傾向がある。例えば初回加算では、サービス提供責任者の訪問もしくは同行が要件とされ、また、緊急時訪問介護加算および生活機能向上連携加算では、サービス提供責任者が介護支援専門員やリハビリスタッフなどとの連携を行うことが要件とされている（表 2）。このように、訪問介護における加算項目においては、事業所に数名配置されるサービス提供責任者の業務に評価の視点が向けられる一方、スタッフの大多数を占める訪問介護員の業務にはその視点が向けられにくい。

このように、訪問介護における加算では、利用者に直接サービスを提供するスタッフの業務は不可視化され、介護報酬上適切な評価がなされていないといえる。

IV. おわりに

本章では、通所介護との比較をとおり、主たる加算項目にどのような要件が規定され、またこれらの項目がどの程度算定されているのか、そして加算率が著しく低い場合、その要因はどこに見出すことができるのかについて考察を行った。

まず訪問介護における主たる加算である特定事業所加算の要件をみると、事業所の体制、職員の質、重度者への対応などをすべてあるいは複数満たすことが求められていた。このように訪問介護では、（通所介護と比較し）加算を算定するためにより多くの要件が求められることとなる。また訪問介護では、そのサービスの質を評価する上で重要となる（唯一の）加算である特定事業所加算の算定率が 30%と低い水準となっていることが明らかとなった。そしてこれらをふまえ、訪問介護において加算の算定が困難となる要因として、以下の3点が指摘できる。それはまず、加算の項目数が少ないことから、算定できる加算の選択肢が限定されること、次に、加算の算定要件が包括的なものとなっているために、より多くの要件を満たす必要があること、そして、区分支給限度基準額設定の影響を大きく受けることが加算の算定を消極的にさせることである。これに加えて、主たるサービスの担い手である訪問介護員の業務が報酬上適切に評価されていないことも指摘できる。以上のような要因が複層的に存在することが、訪問介護において加算の算定を困難とさせることにつながっていることが考えられる。さらにこれらの要因は、より質の高いサービスを報酬上評価することを阻害するとともに、介護報酬における加算の意義を曖昧なものとしているといえる。

訪問介護における加算がどのように機能しているのかに着目する研究をみると、「特定事業所加算」や「介護職員処遇改善加算」など個別の加算項目に着目するものが多く、加算体系を俯瞰する視点から介護報酬を捉える研究は蓄積がなされてこなかった。それゆえ、本研究はこれについて新たな知見を提供するものといえるだろう。

1) これ以外の加算項目については、例外的な利用ニーズに対する加算となっていることや、算定要件が通常のサービス提供の状況をふまえると困難なものとなっていることなどの理由から考察の対象外とした。

2) これらの項目以外の加算率をみると、若年性認知症利用者受入加算の取得率は 0.05%、栄養改善加算のそれは 0.01%、口腔機能向上加算のそれは 0.7%となって

いる（厚生労働省 2013）。

- 3) 上記同様、これ以外の加算項目については、例外的な利用ニーズに対する加算となっていることや、算定要件が通常のサービス提供の状況をふまえると困難なものとなっていることなどの理由から考察の対象外とした。
- 4) 特定事業所加算以外の項目の加算率をみると、厚生労働省（2010）「第 65 回介護給付費分科会」の中では、初回加算の取得率は 0.2%、緊急時訪問介護加算のそれは 0.05%、初回加算のそれは 2.8%、特定事業所加算のそれは 12.8%と示されている。また、厚生労働省（2004）「第 8 回介護保険部会」の中では、夜間早朝加算の取得率は 11.5%、深夜加算のそれは 2.6%と示されている。
- 5) 「指定居宅サービス等の事業の人員，設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」参照。
- 6) 同上。
- 7) 通所介護においては、表 3 に示された 6 つの項目において求められる要件の数を平均した。また、訪問介護においても同様に、表 3 に示された特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）において求められる要件の数を平均した。
- 8) 厚生労働省（2015a）では、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%、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ことが示されている。
- 9) ちなみに、2021 年の介護報酬改定では、特定事業所加算の人材要件の中に、「訪問介護員等の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること」という要件が新たに追加され、訪問介護員の経験が評価されることとなっている（厚生労働省 2021）。
- 10) 本調査結果では、サービス提供責任者（常勤）を 1 名配置する事業所は 33.9%、2 名配置する事業所は 31.2%、3～5 名配置する事業所は 29.8%となっている（n=581）。
- 11) 本調査結果では、訪問介護員（非常勤）を 11 人以上配置する事業所が 42.9%、6～10 人配置する事業所が 20.1%となり、全体の 63%を占める結果となっている（n=581）。

第 5 章 訪問介護従事者に向けた待遇改善策についての考察

I. はじめに

本章では、訪問介護従事者に向けた待遇改善策が内包する課題に目を向ける。先に確認したように、近年では、介護従事者に向けた待遇改善は介護保険制度における重要な政策の 1 つとして位置づけられている。そして、そのための具体的方策（制度）としては、介護職員処遇改善交付金および介護職員処遇改善加算があげられる。前者は 2009 年に創設され、租税を財源として介護従事者の賃金改善を行うものである。一方後者は、2012 年に本交付金に代わり新たに創設され、介護報酬を財源として彼らの賃金改善を行うものである。なお本加算は、2015 年、2017 年の介護報酬改定において、その賃金改善の内容が拡充されている。

しかしながら、先に確認したように、これらの待遇改善策は訪問介護従事者にその効果を十分にもたらすものとはなっていない。介護従事者に向けた待遇改善策が拡充される中であって、なぜこのような状況が生じているのであろうか。本章ではこの要因について考察を行う。具体的には、介護従事者に向けた待遇改善策ではどのような要件が求められるのか、また訪問介護従事者にはどの程度の賃金改善効果が及ぼされてきたのか、そして本効果が及ぼされていない場合、その要因はどこに見出すことができるのかについて考察を行う。

以下第 2 節では、2009 年に創設された介護職員処遇改善交付金および 2012 年に当該交付金に代わり創設された介護職員処遇改善加算の内容について、また第 3 節では 2015 年および 2017 年に見直しがなされた本加算の内容について確認を行う。第 4 節では現行の待遇改善策である介護職員処遇改善加算が訪問介護従事者の賃金をどの程度改善するものとなっているのかについて、厚生労働省の資料を参照しつつ考察を行う。そして以上をふまえ、第 5 節では、本加算が訪問介護従事者の待遇を十分に改善するものとなっていない要因について考察を加える。

なお先に確認したように、介護職員処遇改善加算は加算体系に位置づけられるが、本加算は他の加算項目とはその目的を異にすることから、（他の加算と切り離し）「介護従事者に向けた待遇改善策」という括りで考察を行うこととする。

以下では、行政資料を分析する関係上、この中で用いられている「処遇改善」あるいは「待遇改善」という表現をそのまま用いるが、これらの用語は「賃金改善」と同義とする。

Ⅱ．介護職員処遇改善交付金の創設から 2012 年にかけての介護従事者に向けた待遇改善策の展開

1. 介護職員処遇改善交付金の概要

2009 年に創設された介護職員処遇改善交付金は、介護保険施設やグループホーム、通所介護などで従事する介護従事者の賃金改善を図ることを目的とするものである。本交付金は、先述したように、介護従事者の待遇改善に取り組む事業者に対して 2011 年度末までの間、介護従事者（常勤換算）1 人当たり平均 15,000 円（月）を交付するものである。また本交付金は、介護報酬とは別に公費を財源として交付されるものである。

以下では厚生労働省（2009）「介護職員処遇改善交付金事業実施要領」を参照しつつ、本交付金における支給要件や給付水準などについて確認する。

1) 支給要件

まず介護職員処遇改善交付金を受給するためには、次の 5 つの要件を満たす必要がある。それは、(1) 規定された介護サービスを提供する見込みがあること、(2) 交付金見込額を上回る賃金改善が見込まれた計画を策定していること、(3) 賃金改善の実施期間および方法、賃金改善以外の待遇改善の内容が記載された介護職員処遇改善計画書を作成し、事業所の職員に周知を行った上で、都道府県に提出していること、(4) 労働基準法などの違反により罰金刑以上の刑に処せられていないこと、(5) 労働保険に加入していることである。さらに介護事業所等は、各事業年度における最終の交付金支払いがあった月の翌々月の末日までに、都道府県に対して介護職員処遇改善実績報告書を提出することが求められる。

また上記の要件に加えて、キャリアパスに関する要件と待遇改善に関する定量的要件の 2 つの要件（この 2 つを合わせて「キャリアパス要件等」という）も設定されている。これらの要件をどの程度満たすかによって異なる交付水準が設定されている。

まずキャリアパス要件では、介護職員の職位、職責または職務内容に応じた任用等の要件を定めていること、またその任用要件に応じた賃金体系を定めていること、さらに、これらの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての職員に周知していることが求められる。一方で、この要件を満たすことが困難な場合は、その旨をすべての介護職員に周知した上で、介護職員の職務内容をふまえ、介護

表１ キャリアパス要件および定量的要件の内容

キャリアパス要件

ア. 次の①から③までに掲げる要件に該当していること

- ① 介護職員の職位、職責または職務内容に応じた任用等の要件を定めていること
- ② ①に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く）について定めていること
- ③ ①および②の内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての職員に周知していること

イ. 「ア」によりがたい場合は、その旨をすべての介護職員に周知した上で、次に掲げる要件に該当していること

介護職員の職務内容をふまえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上のための目標および次の①又は②に掲げる具体的な取り組みを定め、すべての介護職員に周知していること

- ① 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと
- ② 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の実施

定量的要件

平成20年10月から届け出を要する月の前月までに実施した、平成21年の介護報酬改定をふまえた処遇改善（賃金改善を除く）の内容および当該改善に要した費用の概算額を、すべての介護職員の周知していること

処遇全般

賃金体系等の人事制度の整備、非正規職員から正規職員の転換、短時間正規職員制度の導入、昇給または昇格等の要件の明確化、休暇制度・労働時間等の改善、職員の増員による業務負担の軽減など

教育・研修

人材育成環境の整備、資格取得・能力向上のための措置、能力向上が認められた職員への処遇・配置の反映など

職場環境

出産・子育て支援の強化、ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化、事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成、介護補助器具等の購入・整備等、健康診断・腰痛対策・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・喫煙スペース等の整備など

出典：厚生労働省（2009）「介護職員処遇改善交付金事業実施要領」をもとに筆者作成。

職員と意見を交換しながら、資質向上のための目標、研修機会や技術指導、介護職員の能力評価、資格取得のための支援などの取り組みを定め、すべての介護職員に周知することが求められる（表 1）。

これに対し定量的要件では、2008 年 10 月から届け出を要する月の前月までに実施した賃金改善を除く待遇改善の内容、および当該改善に要した費用の概算額をすべての介護職員の周知していることが求められる。具体的には、(1) 処遇全般、(2) 教育・研修、(3) 職場環境の 3 項目が定められている。まず (1) では、賃金体系等の人事制度の整備、非正規職員から正規職員の転換、昇給または昇格等の要件の明確化、休暇制度・労働時間等の改善などが、また (2) では、人材育成環境の整備、資格取得・能力向上のための措置、能力向上が認められた職員への処遇・配置の反映などが、さらに (3) では、出産・子育て支援の強化、ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化、事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成、健康診断・腰痛対策・こころの健康等の健康管理面の強化などが示されている（表 1）。

このように、当該交付金を受けるためには先述した 5 つの要件に加え、キャリアパス要件および定量的要件を満たす必要がある。

2) 給付水準

次に介護職員処遇改善交付金の給付水準についてみると、サービス区分やキャリアパス要件等の適合状況ごとに定める交付率を乗じて得た額とされる（表 2）。また本交付金はサービスごとに異なる交付率が設定されている。例えば（介護予防）訪問介護は 4.0%、（介護予防）通所介護は 1.9%、介護福祉施設サービスは 2.5%となっている。さらに本交付金には、(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ) の 3 段階の交付率が設定されている。まず (Ⅰ) では設定された交付率の 100%が介護報酬に付加され、また (Ⅱ) では (Ⅰ) で設定された交付率の 90%が、さらに (Ⅲ) では (Ⅰ) の交付率の 80%が付加される。そして、本交付金は介護報酬総単位数にサービス別に設定された加算率を乗じることで算出される。交付率 (Ⅰ) を算定（取得）するためには、(1) から (5) の支給要件に加え、キャリアパス要件・定量的要件を満たすことが求められる。また (Ⅱ) を算定するためには、(1) から (5) の支給要件を満たすことに加え、キャリアパス要件または定量的要件のいずれかを満たすことが求められる。さらに (Ⅲ) を算定するためには、(1) から (5) の支給要件を満たすことが求められる。このように、本交付金

の給付額は介護サービスの種別によって、またキャリアパス要件等をどの程度満たしているのかによって異なることとなる。

なお、本交付金の取得にあたっては、賃金改善の見込額、実施期間、賃金改善を行う給与の項目、賃金改善を行う方法などを定めることが求められる。また具体的な賃金改善の方法を見ると、基本給、手当、賞与または一時金などの方法が規定されている。そして事業所は、賃金改善の実施時期や1人当たりの賃金改善見込額を具体的に記載することが求められる。

表2 介護サービスごとの交付率

サービス区分	交付率 (I)	交付率 (II)	交付率 (III)
(介護予防) 訪問介護 夜間対応型訪問介護	4.0%		
(介護予防) 訪問入浴介護	1.8%		
(介護予防) 通所介護	1.9%		
(介護予防) 通所リハビリテーション	1.7%		
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	3.0%		
(介護予防) 認知症対応型通所介護	2.9%		
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	4.2%	(I) の率 ×0.9	(I) の率 ×0.8
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	3.9%		
介護福祉施設サービス 地域密着型介護法人福祉施設 (介護予防) 短期入所生活介護	2.5%		
介護保険施設サービス (介護予防) 短期入所療養介護 (老健)	1.5%		
介護療養施設サービス (介護予防) 短期入所療養介護 (老健以外)	1.1%		
<hr/>			
(I)	キャリアパス要件および定量的要件をすべて満たす事業者		
(II)	キャリアパス要件または定量的要件のいずれかを満たす事業者		
(III)	キャリアパス要件または定量的要件のいずれも満たしていない事業者		

出典：厚生労働省（2009）「介護職員処遇改善交付金事業実施要領」をもとに筆者作成。

2. 2012 年に創設された介護職員処遇改善加算の概要

2012 年に創設された「介護職員処遇改善加算」は、2011 年度まで実施されていた介護職員処遇改善交付金による賃金善の効果を継続する観点から、当該交付金を円滑に介護報酬に移行し、介護従事者の賃金改善に充てることを目的とするものである。このため、介護サービス事業者は介護職員処遇改善加算を算定するに当たり、原則として介護職員処遇改善交付金による賃金改善の水準を維持することが求められる。また、加算を算定するための要件やその算定方法は、当該交付金の仕組みを踏襲するものとなっている¹⁾。なお、本加算は、区分支給限度基準額から除外するという政策的配慮がなされている。これは、本加算を算定することによって報酬単価が上昇し、当該限度額内（つまり保険給付の中で）でサービスが利用できないケースの発生を避けるためである。

以下では厚生労働省（2012）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照しつつ、本加算における算定要件、加算水準などについて確認する。

1) 算定要件

まず、介護職員処遇改善加算を算定するためには次の（1）から（6）までの要件を満たすことが求められる。介護職員処遇改善交付金における支給要件からは一部変更が加えられている。

- （1）賃金の改善に要する費用の見込額が、介護職員処遇改善加算の算定金見込額を上回る賃金改善が見込まれた計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること
- （2）賃金改善に関する計画、賃金改善の実施期間および方法、その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、事業所の職員に周知を行った上で、都道府県等に提出していること
- （3）介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること
- （4）事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事に報告すること
- （5）算定日が属する月の前 12 月間において、労働基準法などの違反により罰金刑

以上の刑に処せられていないこと

(6) 労働保険料の納付が適切に行われていること

また、キャリアパス要件および定量的要件の内容は、いずれも介護職員処遇改善交付金で設定されたものと同様となっている（表 1）。

2) 加算率

次に介護職員処遇改善加算の加算率についてみると、キャリアパス要件等と同様に、介護職員処遇改善交付金で設定された交付率が適用されている（表 2）²⁾。同様に、本加算は、当該交付金と同様の計算式（介護報酬総単位数×サービスごとに設定された加算率）によって算出される。

一方その加算率をみると、当該交付金と同様に、(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)の3段階が設定されており、その給付額もこれまで同様、サービス区分およびキャリアパス要件等の適合状況ごとに定める加算率を乗じて得た額とされている。具体的には、加算(Ⅰ)を算定するためには、上記の基準の(1)から(6)の要件に加え、キャリアパス要件・定量的要件のすべてを満たすことが求められる。また加算(Ⅱ)を算定するためには、(1)から(6)の要件に加え、キャリアパス要件または定量的要件のいずれかを満たすことが求められる。さらに加算(Ⅲ)を算定するためには、(1)から(6)の要件を満たすことが求められる。

さらに本加算の算定にあたっては、当該交付金同様、賃金改善の見込額、実施期間、賃金改善を行う給与の項目、賃金改善を行う方法などを定めることが求められる。また具体的な賃金改善の方法も、(当該交付金と同様に)基本給、手当、賞与のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うものとされている。

なお、本加算は、2015年3月31日までの間の例外的かつ経過的な取り扱いとされている（社会保険研究所 2012：51）。

3. 小括

2009年より実施された介護職員処遇改善交付金は、2011年度末までの緊急的措置として介護従事者1人当たり15,000円の待遇(賃金)改善を行うものであった。一方、2012年の介護報酬改定では、当該交付金の効果を発展的に継続するかたちで、介護従

事者の賃金改善のための新たな仕組み（介護職員処遇改善加算）が創設された。また介護職員処遇改善交付金では租税が財源とされ、介護報酬の評価を補完するかたちで待遇改善が実施されたが、介護職員処遇改善加算ではその財源が介護報酬体系へと移され、加算という枠組みの中で賃金改善やキャリアパスの構築などが目指されることとなった。

なお、介護職員処遇改善交付金および介護職員処遇改善加算のいずれにおいても、賃金改善の実施の如何やその手段は事業所の裁量に委ねられるかたちとなっている。

Ⅲ．2015 年から 2018 年にかけての介護従事者に向けた待遇改善策の展開

1. 2015 年に改定された介護職員処遇改善加算の概要

「第 117 回介護給付費分科会」では、今後の介護人材確保対策のあり方について、「地域包括ケアシステムの構築とそのさらなる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、さらなる資質向上への取組を推進する」という考え方が示された（厚生労働省 2014）。この考え方をふまえ、2015 年の介護報酬改定では、介護従事者が積極的に資質向上やキャリア形成を行うことができる労働環境を整備することなどを目的として、介護職員処遇改善加算の拡充が図られた。

2015 年介護報酬改定では、現行の加算の仕組みは維持しつつ、資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、さらなる上乗せ評価を行うための区分が創設された。2012 年に創設された介護職員処遇改善加算では、介護従事者 1 人あたり月額 15,000 円相当の改善が目指されたが、本改定では、これに 12,000 円相当額を上乗せするための新しい加算区分が創設された。そして、これにより最大 27,000 円の待遇改善を図ることが目標とされた。さらに、新しい加算を算定するための要件として、新たな定量的要件となる「職場環境等要件」も創設された。

以下では、厚生労働省老健局老人保健課（2015）『『介護職員処遇改善加算に関する取り扱い』の送付について』を参照しつつ、本加算における加算要件や加算水準などについて確認する。

1) 算定要件

介護職員処遇改善加算を算定するためには、2012年に設けられた算定要件と同様、(1) 介護職員処遇改善加算の算定金見込額を上回る賃金改善が見込まれた計画を策定し、適切な措置を講じること、(2) 介護職員処遇改善計画書を作成すること、(3) 本加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること、(4) 待遇改善に関する実績を都道府県知事等に報告すること、(5) 労働基準法などの法令違反（罰金刑以上）がないこと、(6) 労働保険料の納付が適切に行われていることの6つの項目を満たすことが求められる。

また2015年改定では、新しい加算区分が新設されたことにより、これまでのキャリアパス要件および定量的要件に変更が加えられた（表3）。まずキャリアパス要件では、これまでの内容はそのままに、(Ⅰ) および(Ⅱ) の2つの項目に整理されることとなった。(Ⅰ) では、職務内容に応じた任用要件や賃金体系などを規定・周知することが、また(Ⅱ) では、資質向上のための取り組みなどを規定・周知することが求められる。これに対し定量的要件では、これまでの要件に代わり、新たに「職場環境等要件」が設けられた。この中では、賃金改善以外の処遇改善（職場環境の改善など）の取組を実施するとともに、その内容をすべての介護職員に周知していることが求められる。具体的には、(1) 資質の向上、(2) 職場環境・処遇改善、(3) その他の3つ

表3 キャリアパス要件および職場環境等要件の内容

キャリアパス要件

キャリアパス要件(Ⅰ) 次のイ、ロ及びハのすべてに適合すること

- イ. 介護職員の職位、職責または職務内容に応じた任用等の要件を定めていること
- ロ. イに応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く）について定めていること
- ハ. イおよびロの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての職員に周知していること

キャリアパス要件(Ⅱ) 次のイ及びロの全てに適合すること

- イ. 介護職員の職務内容をふまえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上のための目標および次の①又は②に掲げる具体的な取り組みを定め、すべての介護職員に周知していること
 - ① 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと
 - ② 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の実施
- ロ. イについて、全ての介護職員に周知していること。

表 3 キャリアパス要件および職場環境等要件の内容（続き）

資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する者への実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む） ・研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 ・小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 ・キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る） ・その他
職場環境・ 処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度等導入 ・雇用管理改善のため管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実 ・ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化 ・介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入 ・子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備 ・ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 ・事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化 ・健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備 ・その他
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化 ・中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等） ・障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮 ・地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上 ・非正規職員から正規職員への転換 ・職員の増員による業務負担の軽減 ・その他

注）加算（Ⅰ）を算定するための職場環境等要件

平成 27 年 4 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していること。

加算（Ⅱ）・（Ⅲ）を算定するための職場環境等要件

平成 20 年 10 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していること。

出典：厚生労働省老健局（2015）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」をもとに筆者作成。

の領域が設けられた（表 3）。まず（1）では、介護福祉士を目指す従事者や、より専門性の高い介護技術を取得する従事者への支援などが、また（2）では、新人職員の離職防止支援、介護従事者の心身の負担軽減、職務環境の改善などが、さらに（3）では、人事育成理念の見える化、誰でも働きやすい職場環境の構築などが規定されている。なお、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を算定するためには、2015 年 4 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることが求められる³⁾。これに対し、加算（Ⅱ）および（Ⅲ）を算定するためには、2008 年 10 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることが求められる。

2) 加算率

次に、介護職員処遇改善加算における加算率についてみると、これまで同様、サービス区分やキャリアパス要件等の適合状況ごとに定める加算率を乗じて得た額とされている。

2015 年介護報酬改定では、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）が新設されたことにより 4 段階となり、さらなる区分の細分化が図られている。また、介護サービス全体で加算率の引き上げが実施されている。例えば（介護予防）訪問介護の加算率をみると、加算（Ⅰ）が 8.6%、加算（Ⅱ）が 4.8%となっており、従来の 2 倍以上の引き上げがなされている。なお加算（Ⅲ）では、加算（Ⅱ）で設定された加算率の 90%が、さらに加算（Ⅳ）では、加算（Ⅱ）で設定された加算率の 80%が加算される（表 4）。

そして加算（Ⅰ）を算定するためには、前述した（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）および（Ⅱ）、そして新たに設けられた職場環境等要件のすべてを満たすことが求められる。また加算（Ⅱ）を算定するためには、（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）または（Ⅱ）のどちらかを満たすこと、さらに、これまでの定量的要件を満たすことが求められる。さらに加算（Ⅲ）を算定するためには、（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）、キャリアパス要件（Ⅱ）、既存の定量的要件のいずれかの要件を満たすことが求められる。これに加えて加算（Ⅳ）は、（1）から（6）の要件を満たすことが求められる。

表 4 介護職員処遇改善加算の加算率

サービス区分	キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率			
	介護職員 処遇改善 加算 (I) (ア)	介護職員 処遇改善 加算 (II) (イ)	介護職員 処遇改善 加算 (III) (ウ)	介護職員 処遇改善 加算 (IV) (エ)
(介護予防) 訪問介護	8.6%	4.8%		
(介護予防) 訪問入浴介護	3.4%	1.9%		
(介護予防) 通所介護	4.0%	2.2%		
(介護予防) 通所リハビリテーション	3.4%	1.9%		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8.6%	4.8%		
夜間対応型訪問介護	8.6%	4.8%		
(介護予防) 認知症対応型通所介護	6.8%	3.8%		
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	7.6%	4.2%		
看護小規模多機能型居宅介護	7.6%	4.2%	(イ)により 算出した 単位×0.9	(イ)により 算出した 単位×0.8
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	8.3%	4.6%		
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	6.1%	3.4%		
介護老人福祉施設 地域密着型介護法人福祉施設 (介護予防) 短期入所生活介護	5.9%	3.3%		
介護老人保健施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (老健)	2.7%	1.5%		
介護療養型医療施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (病院等)	2.0%	1.1%		
介護職員処遇改善加算 (I)	キャリアパス要件 (I)、キャリアパス要件 (II) および職場環境等要件をすべて満たす対象事業者			
介護職員処遇改善加算 (II)	キャリアパス要件 (I) またはキャリアパス要件 (II) のどちらかを満たすことに加え、職場環境等 要件を満たす対象事業者			
介護職員処遇改善加算 (III)	キャリアパス要件 (I)、キャリアパス要件 (II) または職場環境等要件のいずれかを満たす対象事 業者			
介護職員処遇改善加算 (IV)	キャリアパス要件及および職場環境等要件のいづれ も満たしていない対象事業者			

出典：厚生労働省老健局（2015）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方
並びに事務処理手順及び様式例の提示について」をもとに筆者作成。

本加算を算定するためには、これまで同様、賃金改善の見込額、実施期間、賃金改善を行う給与の項目、賃金改善を行う方法などを定めることが求められる。また賃金改善の方法は、基本給、手当、賞与などが設定されている。また本加算では、個々の介護従事者に対する具体的な待遇改善の方法については事業者が判断するものであるため、すべての従事者の賃金が一律に月額 27,000 円または 15,000 円引き上がる仕組みではないことが示されている（厚生労働省老健局老人保健課 2015）。なお、本加算は 2018 年 3 月 31 日までの間の例外的かつ経過的な取り扱いとされている。

2. 2017 年に改定された介護職員処遇改善加算の概要

2016 年 6 月に閣議決定された「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」や、同年 8 月に閣議決定された「未来への投資を実現する経済対策」の中では、介護人材の賃金が対人サービス業と比較し低い水準にあること等をふまえ、この賃金差がなくなるよう、介護保険制度の下でキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均 1 万円相当の改善を 2017（平成 29）年度から実施することが示された。

これらの政策決定をふまえ、2017 年には臨時的措置として介護報酬改定が実施されることとなった。この中では、介護人材の職場定着の必要性、介護福祉士に期待される役割の増大、介護サービス事業者等による昇給や評価を含む賃金制度の整備・運用状況などをふまえ、事業者による昇給と結びついたかたちでのキャリアアップの仕組みの構築を促すため、さらなる加算の拡充を図ることとされた。具体的には、2015 年改定の待遇改善効果をさらに拡大し、最大で 37,000 円の待遇改善を図ることが目指された。

以下では厚生労働省老健局（2017，2018）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照しつつ、本加算における支給要件、加算水準などについて確認する。なお、2017 年改定は臨時的な改定となっているが、その改定の内容は、後述するように、加算水準をさらに拡大するものであり、通常の見直しである 2018 年改定の内容よりも大きな変更を伴うものとなっている。このため、以下では 2017 年改定の内容についてみていく。

1) 加算要件

まず加算要件についてみると、これまで同様に、介護職員処遇改善計画書の作成や

賃金改善の実施、待遇改善に関する実績の報告をはじめとする 6 つの項目が設定されている。また本改定では、介護従事者の待遇改善を拡充するために新たな加算区分が追加されることとなった。そして、これに連動するかたちでキャリアパス要件等についても変更が加えられている。具体的には、従来のキャリアパス要件（Ⅰ）および（Ⅱ）に加えて新たにキャリアパス要件（Ⅲ）が創設されている。新たに追加された要件（Ⅲ）の中では、介護職員の経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み、または一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていることが求められる。そして、これらの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての介護職員に周知していることが求められる（表 5）。なお、キャリアパス要件（Ⅰ）および（Ⅱ）の内容には変更は加えられていない。

一方、職場環境等要件は、2015 年介護報酬改定の内容（表 3）と同様のものになっているが、算定のために必要となる要件をみると、加算（Ⅰ）および（Ⅱ）と加算（Ⅲ）および（Ⅳ）とで異なる内容が設定されている⁴⁾。

2) 加算率

2017 年介護報酬改定では、新たな区分が追加されたことで加算区分は（Ⅰ）から（Ⅴ）の 5 段階となり、その細分化がさらに推し進められている。一方、訪問介護の加算率をみると、加算（Ⅰ）が 13.7%、加算（Ⅱ）が 10.0%、加算（Ⅲ）が 5.5%となっており、従来の加算率はさらに引き上げがなされ、他の介護サービスの中でも最も高い加算率が設定されている（表 6）。なお加算（Ⅳ）では、加算（Ⅲ）で設定された加算率の 90%が、また加算（Ⅴ）では、加算（Ⅲ）で設定された加算率の 80%が加算される。

そして加算（Ⅰ）を算定するためには、前述した（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）および職場環境等要件のすべてを満たすことが求められる。また加算（Ⅱ）を算定するためには、（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）・（Ⅱ）および職場環境等要件を満たすことが求められる。さらに加算（Ⅲ）を算定するためは、（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）またはキャリアパス要件（Ⅱ）のいずれか、そして職場環境等要件を満たすことが求められる。これに加えて加算（Ⅳ）を算定するためは、（1）から（6）の要件に加え、キャリアパス要件（Ⅰ）、キャリアパス要件（Ⅱ）、職場環境等要件のいずれかの要件を

満たすことが求められる。加算（Ⅴ）は、（1）から（6）の基準を満たすことが求められる（表 6）。

さらに本改定では、加算内容の拡充が図られたが、これによって得られた財源をキャリアアップの観点から、どのように従事者に（重点的に）配分するのかについては、事業者の判断に委ねられることとなっている（厚生労働省老健局 2017）。なおこの加算率は、これまで同様、2021 年 3 月 31 日までの間適用されることとなっている（社会保険研究所 2018：155）。

表 5 キャリアパス要件の内容

キャリアパス要件（Ⅰ） 次のイ、ロおよびハのすべてに適合すること

- イ．介護職員の職位、職責または職務内容に応じた任用等の要件を定めていること
- ロ．イに応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く）について定めていること
- ハ．イおよびロの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての職員に周知していること

キャリアパス要件（Ⅱ） 次のイおよびロの全てに適合すること

- イ．介護職員の職務内容をふまえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上のための目標および次の①又は②に掲げる具体的な取り組みを定め、すべての介護職員に周知していること
 - ① 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと
 - ② 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の実施
- ロ．イについて、全ての介護職員に周知していること。

キャリアパス要件（Ⅲ） 次のイおよびロの全てに適合すること

- イ．介護職員について、経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み、または一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の①から③までのいずれかに該当する仕組みであること。
 - ① 経験に応じて昇給する仕組み
「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること
 - ② 資格等に応じて昇給する仕組み
「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること
 - ③ 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み
「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること
ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する
- ロ．イの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

注）職場環境等要件については 2015 年改定の内容と同様となっている。

出典：厚生労働省老健局（2017）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」をもとに筆者作成。

表 6 介護職員処遇改善加算の加算率

サービス区分	キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率				
	介護職員 処遇改善 加算 (Ⅰ) (ア)	介護職員 処遇改善 加算 (Ⅱ) (イ)	介護職員 処遇改善 加算 (Ⅲ) (ウ)	介護職員 処遇改善 加算 (Ⅳ) (エ)	介護職員 処遇改善 加算 (Ⅴ) (オ)
(介護予防) 訪問介護 夜間対応型訪問介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13.7%	10.0%	5.5%		
(介護予防) 訪問入浴介護	5.8%	4.2%	2.3%		
(介護予防) 通所介護 地域密着型通所介護	5.9%	4.3%	2.3%		
(介護予防) 通所リハビリテーション	4.7%	3.4%	1.9%		
(介護予防) 認知症対応型通所介護	10.4%	7.6%	4.2%		
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護 複合型サービス	10.2%	7.4%	4.1%	(ウ)により 算出した 単位×0.9	(ウ)により 算出した 単位×0.8
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	11.1%	8.1%	4.5%		
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	8.2%	6.0%	3.3%		
介護老人福祉施設 地域密着型介護法人福祉施設 (介護予防) 短期入所生活介護	8.3%	6.0%	3.3%		
介護老人保健施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (老健)	3.9%	2.9%	1.6%		
介護療養型医療施設 (介護予防) 短期入所療養介護 (病院等)	2.6%	1.9%	1.0%		
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	キャリアパス要件 (Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)、職場環境等要件のすべてを満たす対象事業者				
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	キャリアパス要件 (Ⅰ)・(Ⅱ) および職場環境等要件をすべて満たす対象事業者				
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	キャリアパス要件 (Ⅰ) またはキャリアパス要件 (Ⅱ) のどちらかを満たすことに加え、職場環境等要件を満たす対象事業者				
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	キャリアパス要件 (Ⅰ)、キャリアパス要件 (Ⅱ) または職場環境等要件のいずれかを満たす対象事業者				
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たしていない対象事業者				

注) 加算 (Ⅳ) および (Ⅴ) については、一定の経過措置期間の後、廃止されることとなっている。具体的な期間は未定である。

出典：厚生労働省老健局（2017）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」をもとに筆者作成。

3. 小括

2012年に創設された介護職員処遇改善加算は、その評価の枠組みは維持しながらも、2015年、2017年と介護報酬改定が重ねられる度にその内容の拡充がなされてきた。2012年の創設時は、介護従事者1人当たり15,000円（月）の賃金改善が目指されたが、2015年の改定では、その賃金改善額は最大27,000円（月）に引き上げられ、さらに2017年の改定では、その額は最大37,000円まで引き上げられている。

また待遇改善を行うための財源となる加算率をみると、介護報酬改定が重ねられるたびに引き上げられている。そして現在、訪問介護の加算率は13.7%と介護サービスの中で最も高いものとなっている。一方、加算を算定するためには規定された要件を満たす必要があるが、この要件は本加算の内容が拡充される度に複雑なものとなっている。このため介護事業所は、より高い加算を算定するためには、従来よりも多くの、あるいは高次の要件を満たすことが求められるようになっている。

さらに近年では、拡大される本加算の内容は従事者のキャリアアップと結びつけられる傾向にある。これにより事業所は、特定の従事者を選定し、彼らの待遇を重点的に改善するなど、拡大される加算の配分方法を判断・決定していくことも求められている。このように、本加算の内容の拡充により、介護事業所の裁量はこれまで以上に拡大される傾向にある。

なお本加算は、次の介護報酬改定が実施されるまでの間の例外的かつ経過的な措置という位置づけとされ、このような措置が介護報酬の改定ごとに繰り返されている状況となっている。

IV. 介護職員処遇改善加算が及ぼす効果

それでは現行の待遇改善策である介護職員処遇改善加算は、訪問介護従事者にどの程度の待遇（賃金）改善効果を及ぼすものとなっているのであろうか。ここでは、(1) 加算の届出状況、(2) 待遇改善方法、(3) 介護従事者の平均給与額および平均基本給額の推移の3つの視点から考察を行う。

1. 介護職員処遇改善加算の届出状況

まず2018年の介護職員処遇改善加算の届出状況をみると、サービス全体で91.1%、訪問介護で88.4%となっており、約90%の事業所が届出を行っている（表7）。

次に、本加算の届出率を事業規模別にみると、その事業規模が大きくなるにつれて届出率が高くなる傾向にある。訪問介護の場合、本加算の届出率（2018年）は、1月当たりの訪問回数が200回以下の事業所では70.5%、また400～600回以下の事業所では91.4%、さらに1,000回以上の事業所では97.5%となっている。一方、最も大きな効果を得ることができる「加算（Ⅰ）」の届出率をみても、1月当たりの訪問回数が200回以下の事業所では40.3%、また400～600回以下の事業所では72.8%、さらに1,000回以上の事業所では77.9%となっている（表8）。これに対し、介護老人福祉施設の場合、本加算の届出率（2018年）は、利用者数にかかわらず96.5～98.6%の間で推移し、また加算（Ⅰ）の届出率も、本加算の届出率からは若干低くなるものの（利

表7 介護職員処遇改善加算の届出状況

		2012年	2013年	2015年	2016年	2017年	2018年
サービス全体	届け出をしている	86.7%	87.2%	88.5%	90.0%	91.2%	91.1%
	届け出をしていない	12.6%	11.6%	9.6%	10.0%	8.8%	8.9%
訪問介護	届け出をしている	82.6%	83.9%	86.2%	87.8%	88.2%	88.4%
	届け出をしていない	16.4%	14.1%	11.4%	12.2%	11.8%	11.6%

注）2014年のデータは存在せず。

出典：厚生労働省「介護従事者処遇状況等調査結果（各年度版）」をもとに筆者作成。

表8 事業規模別の届出状況

		訪問介護			介護老人福祉施設				
		1月当たりの 訪問回数	2016年	2017年	2018年	利用者数	2016年	2017年	2018年
介護職員処遇 改善加算 届出状況	200回以下	69.0%	69.9%	70.5%	30人	96.2%	98.8%	96.5%	
	401回～600回	90.5%	91.8%	91.4%	51人～80人	98.9%	99.3%	99.1%	
	1001回以上	95.8%	98.0%	97.5%	101人以上	98.7%	98.6%	98.6%	
加算（Ⅰ） 届出状況	200回以下	40.3%	35.2%	41.7%	30人	81.7%	76.0%	84.7%	
	401回～600回	64.5%	62.8%	72.8%	51人～80人	90.2%	78.1%	85.7%	
	1001回以上	81.0%	71.8%	77.9%	101人以上	91.8%	82.6%	89.8%	

注）2015年以前のデータは存在せず。

出典：厚生労働省「介護従事者処遇状況等調査結果（各年度版）」をもとに筆者作成。

用者数にかかわらず) 84.7～89.8%で推移している(表 8)。

このように、介護老人福祉施設の場合、その事業規模に関わらず全体的に高い数値を示しているのに対し、訪問介護の場合、事業規模に比例して届出率が高くなる傾向がみてとれる。そして、この傾向は加算(Ⅰ)の届出率において著しいものとなっている。

2. 事業所の待遇改善方法

また、待遇(賃金)改善がどのような方法で実施されているかについてみると、訪問介護の場合、2018年の数値では、定期昇給の実施(予定)が57.7%、各種手当の引き上げまたは新設(予定)が38.5%、賞与等の支給金額の引き上げまたは新設(予定)が19.6%となっている(表 9)。ちなみに、介護サービス全体のこれらの数値は、それぞれ69.6%、31.3%、16.0%となっている。このように、従事者に対する待遇改善は、定期昇給による方法が最も多くを占めているが、訪問介護においては、手当による方法も比較的多く選択されていることがわかる。表 9 の中でも、「各種手当の引き上げまたは新設(予定)」と回答する事業所が、2015年には54.6%、2017年には54.4%となっており、すべての項目の中で最も多くを占めている⁵⁾。

これに加えて、「給与水準を改善しない」という選択をする事業所が一定程度存在することに留意する必要がある。厚生労働省(2019)の中では、「前年度の給与水準を維持しているため、給与等を引き上げる予定はない」と考えている事業所がサービス全体で20.7%、訪問介護で22.0%を占めていることが示されている⁶⁾。

3. 介護従事者の平均給与額および平均基本給額の推移

それでは、介護職員処遇改善加算を算定することにより、訪問介護従事者の賃金がどの程度改善されているのだろうか。ここでは、(手当や賞与などの一時金すべてを含む)平均給与額および平均基本給額の推移について確認を行う。なお、平均給与額の推移は表 10 に、また平均基本給額の推移は表 11 に示した。

1) 平均給与額の推移

まず、月給・正規職の平均給与額をみると、訪問介護従事者の額は、2012年では264,250円となっていたが、毎年引き上げがなされ2018年には291,930円となってい

表 9 具体的な処遇改善方法

		2012年	2013年	2015年	2016年	2017年	2018年
サービス全体	給与表を改定して賃金水準を引き上げ(予定)	13.5%	12.7%	17.7%	16.4%	22.5%	21.1%
	定期昇給を実施(予定)	75.1%	77.3%	59.8%	69.7%	66.40%	69.60%
	各種手当の引き上げまたは新設(予定)	21.8%	18.4%	50.7%	29.9%	44.7%	31.3%
	賞与等の支給金額の引き上げまたは新設(予定)	12.3%	11.2%	19.1%	14.8%	19.1%	16.0%
	その他	4.2%	4.1%	4.1%	3.9%	—	—
訪問介護	給与表を改定して賃金水準を引き上げ(予定)	20.8%	17.5%	20.4%	19.2%	27.2%	23.9%
	定期昇給を実施(予定)	60.4%	63.2%	47.6%	56.2%	53.7%	57.7%
	各種手当の引き上げまたは新設(予定)	26.3%	24.6%	54.6%	40.4%	54.4%	38.5%
	賞与等の支給金額の引き上げまたは新設(予定)	16.5%	16.0%	21.2%	19.5%	27.0%	19.6%
	その他	6.5%	5.1%	3.5%	3.0%	—	—

(複数回答)

注) 2017 年および 2018 年では、「その他」についてのデータは示されていない。

注) 2014 年のデータは存在せず。

出典：厚生労働省「介護従事者処遇状況等調査結果（各年度版）」をもとに筆者作成。

る。この 6 年間で 27,680 円の引き上げが行われている。改善率は 10.5%であり、1 年あたりに換算すると 4,613 円の改善がなされたこととなる。一方、介護サービス全体の額は、2012 年が 275,700 円、そして 2018 年が 300,970 円となっており、この 6 年間で 25,270 円の引き上げが行われている。改善率は 9.2%であり、1 年あたりに換算すると 4,212 円の改善がなされたこととなる。

次に、時給・非常勤職の平均給与額をみると、訪問介護従事者の額は 2012 年では 84,340 円となっていたが、2018 年には 93,790 円となっており、この 6 年間で 9,450 円の引き上げが行われている。改善率は 11.2%であり、1 年あたりに換算すると 1,575 円の改善がなされたこととなる。一方、介護サービス全体の額は、2012 年が 92,500

円、そして 2018 年が 105,030 円となっており、この 6 年間で 12,530 円の引き上げが行われている。改善率は 13.5%であり、1 年当たりに換算すると 2,088 円の改善がなされたこととなる。

2) 平均基本給額の推移

一方、給与額のうち基本給額はどの程度の改善がなされているのであろうか。

まず、月給・正規職の平均基本給額をみると、訪問介護従事者の額は 2012 年に 182,800 円となっていたが、2018 年には 184,740 円となっており、2012 年から 2018 年の 6 年間で 1,940 円の引き上げが行われている。改善率は 1.1%であり、1 年当たりに換算すると 323 円の引き上げがなされたこととなる。一方、介護サービス全体の額は、2012 年が 175,830 円、そして 2018 年が 181,220 円となっており、この 6 年間で 5,390 円の引き上げが行われている。改善率は 3.1%であり、1 年当たりに換算すると 898 円の引き上げがなされたこととなる。

次に、時給・非常勤職の平均基本給額（時給）をみると、訪問介護従事者の額は、2012 年では 1,230 円となっていたが、2018 年には 1,240 円となっており、この 6 年間で 10 円の引き上げ（改善率は 0.8%）にとどまっている。ちなみに、2018 年の彼らの平均労働時間は 60.9 時間となっており、1 月当たりの改善額は平均 600 円と算出することができる。一方、介護サービス全体の額は、2012 年が 1,080 円、そして 2018 年では 1,110 円となっており、この 6 年間で 30 円の引き上げ（改善率は 2.8%）にとどまっている。また彼らの平均労働時間は 78.8 時間となっており、1 月当たりの改善額は平均 2,364 円と算出することができる。

4. 小括

本節では、介護職員処遇改善加算の算定状況、介護従事者の待遇改善方法、そして本加算が訪問介護従事者の賃金改善に及ぼす効果について確認を行った。

まず本加算の算定（取得）率をみると、約 90%の訪問介護事業所で算定がなされていた。また、待遇改善の実施方法をみると、訪問介護の場合、定期昇給の実施を選択する事業所が最も多くを占めているものの、手当などの一時金の支給による方法も比較的多く選択されていた。さらに、（介護従事者が一定程度の給与水準を満たしていることから）待遇改善を実施しない事業所も一定程度存在していた。これに加えて、従

表 10 介護従事者の平均給与額の推移

職 種	2012年		2013年		2015年		2016年		2017年		2018年		2012- 2018 改善率	
	給 与	n	給 与	n	給 与	n	給 与	n	給 与	n	給 与	n		
訪問介護	月給・常勤	(円)	264,250	2,074	264,680	2,027	272,800	1,988	278,830	2,571	286,170	2,404	291,930	2,458
	改善率	(%)			0.2		3.1		2.2		2.6		2.0	10.5
	時給・非常勤	(円)	84,340	2,602	80,140	2,387	81,790	2,277	86,710	3,591	88,450	2,785	93,790	2,283
	改善率	(%)			-5.0		2.1		6.0		2.0		6.0	11.2
サービス 全体	月給・常勤	(円)	275,700	19,951	276,940	20,312	284,410	18,094	284,360	23,201	293,450	20,172	300,970	19,319
	改善率	(%)			0.4		2.7		-0.02		3.2		2.6	9.2
	時給・非常勤	(円)	92,500	6,144	90,450	5,865	94,220	5,661	93,690	8,818	98,430	6,915	105,030	6,288
	改善率	(%)			-2.2		4.2		-0.6		5.1		6.7	13.5

表 11 介護従事者の平均基本給額の推移

職 種	2012年		2013年		2015年		2016年		2017年		2018年		2012- 2018 改善率	
	基本給	n	基本給	n	基本給	n	基本給	n	基本給	n	基本給	n		
訪問介護	月給・常勤	(円)	182,800	2,074	184,130	2,027	181,060	1,988	188,440	2,331	187,910	2,404	184,740	2,458
	改善率	(%)			0.7		-1.7		4.1		-0.3		-1.7	1.1
	時給・非常勤	(円)	1,230	2,602	1,230	2,387	1,230	2,277	1,230	3,221	1,250	2,785	1,240	2,283
	改善率	(%)			0.0		0.0		0.0		1.6		-0.8	0.8
サービス 全体	月給・常勤	(円)	175,830	19,951	177,090	20,312	177,120	18,049	179,680	21,059	180,030	20,172	181,220	19,319
	改善率	(%)			0.7		0.02		1.4		0.2		0.7	3.1
	時給・非常勤	(円)	1,080	6,144	1,090	5,865	1,100	5,661	1,110	7,468	1,110	6,915	1,110	6,288
	改善率	(%)			0.9		0.9		0.9		0.0		0.0	2.8

注) 2014年のデータでは、常勤・非常勤および月給・時給の区別がなされていなかったため、同年の数値は除外している。

出典：厚生労働省「介護従事者処遇状況等調査結果(各年度版)」をもとに筆者作成。

事者に対する待遇改善の程度はその事業規模に少なからず影響を受けていることも指摘できる。

一方、訪問介護従事者の平均給与額の推移についてみると、2012年から2018年の6年間で正規職が約28,000円、非正規職が約9,000円の引き上げがなされており、それぞれ10%程度の改善が実施されていた。このように、正規職の改善額は2015年改定で設定された賃金改善の目標値(27,000円)の水準を満たすものといえる。しかし、現行制度の目標値である37,000円に届くものとはなっていない。また全産業の平均賃金⁷⁾(362,000円・賞与を含む)と比較すると、その平均給与は依然低い水準にあるといえる。一方、非正規職の状況をみると、改善率こそ正規職の数値よりも若干高くなっているものの、その改善額は正規職の3分の1程度にとどまっている。

さらに訪問介護従事者の平均基本給額をみると、この6年間で正規職が約1,900円、非正規職が10円の引き上げにとどまるものであり、先の平均給与額と比較しほとんど改善はみられていなかった。いずれの職種も改善率は1%程度であり、本加算が創設された2012年の水準と同程度となっている。

このように、訪問介護従事者への待遇(賃金)改善は介護サービス全体の実績と比較して小さいものとなっており、その効果は正規職により多く配分されているといえる。

V. 待遇改善策の効果が訪問介護従事者に及ぼされていない要因

それではなぜ、拡充が重ねられてきた待遇改善策が訪問介護従事者にその効果を十分に及ぼすものとなっていないのであろうか。以下では、非正規職に向けた効果に焦点を絞るとともに、この要因について考察を行う。

1. 算定要件が複雑となっていること

まず、介護職員処遇改善加算を算定するための要件が複雑となっていることが指摘できる。先述したように、最も大きな待遇(賃金)改善効果を得ることができる介護職員処遇改善加算(I)を算定するためには、介護職員処遇改善計画書の作成、賃金改善の実施、処遇改善実績報告書の提出などをはじめとする6つの要件の他に、キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要がある。さらに近年では、キャリアパス

要件や定量的要件は細分化され、より多くの条件やプロセスを満たすことが求められている。そして、このような複雑な算定要件は、事業所に過重な事務負担を生じさせていることが考えられる。これについて柳本（2012）は、加算を算定するために厚生省の発出する基準や解釈通知を読み込むだけでも大変となっていること、また制度が複雑でわかりにくいものとなることで介護事業所の事務的負担が増大していると指摘している。

一方、訪問介護事業所の事業規模は小さく、少ない職員体制で事業を運営していることも指摘できる。例えばシルバーサービス振興会（2010）の中では、訪問介護事業所の約 90%はその従事者が 30 人未満となっていることが指摘されている。また厚生労働省（2018）の中でも、1 事業所当たりの常勤換算従事者数は、訪問介護が 7.9 人であり、他の介護サービスの数値の中で最も低いものとなっている⁸⁾。そしてこのような小規模事業所では、加算算定のための事務的負担が多大なものとなっていることが考えられる。厚生労働省（2019）の中でも、訪問介護事業所が介護職員処遇改善加算の届け出を行わない理由として、「事務作業が煩雑であるため」と回答するケースが 56.9%となっており、介護サービスの中で最も高い数値となっていることが指摘されている。さらに表 8 の中でも、訪問介護事業所における本加算および加算（Ⅰ）の届出率は、その事業規模が小さくなるほど低いものとなっていた。

このように、加算を算定するための要件が複雑となっていることは、規模の小さい事業所では加算の算定を断念せざるをえない状況や、あるいは待遇（賃金）改善効果が小さくても算定しやすい加算項目を選択する状況を生じさせていることが考えられる。

2. 加算の効果は正規職の待遇改善に向けられていること

次に、政府の待遇改善策では、その効果が主として正規職員に向けられていることが指摘できる。表 10 および表 11 の中でも確認したように、介護職員処遇改善加算の効果は正規職により多く配分されていた。さらに近年の介護報酬改定では、待遇（賃金）改善内容の拡充が図られているものの、新たに拡充される部分は正規職へ、さらに正規職の中でも一定の経験年数や資格を有する従事者へ配分される傾向にある。

その一方、先に確認したように、訪問介護従事者はそのほとんどがパートなどの非正規職で構成されている。このため、本加算の効果は主として管理的業務を担う少数

の「サービス提供責任者（正規職）」に配分される一方、利用者に直接サービスを提供する大多数の「訪問介護員（非正規職）」にはその効果がほとんど及ぼされないこととなる。

このように、近年の待遇改善における考え方は、正規職と非正規職との間の待遇改善格差を拡大させることにつながっていることが懸念される。

3. 事業所の判断に基づき待遇改善が実施されること

そして、介護職員処遇改善加算を算定するか否か、あるいは個々の介護従事者にどのような方法で、またどの程度の賃金改善を実施するかは事業者の判断に委ねられていることが指摘できる。例えば厚生労働省（2019）の中では、「従事者全員に対して、給与等を引き上げ（または予定）している」と回答した事業所の割合は、訪問介護では 42.1%となっており、介護サービスの中で最も低い数値となっている⁹⁾。また先に確認したように、訪問介護事業所では、（前年度の給与水準を維持しているため）給与の引き上げを実施しないケースが一定程度みられており、この数値はサービス全体と比較し高いものとなっていた。さらに 2017 年に改定された本加算の中では、重点的に待遇改善を実施する従事者の選定についても事業者の判断に委ねられており、事業所の裁量の範囲が拡大される傾向にある¹⁰⁾。

このように、賃金改善を事業所の裁量に委ねる仕組みのもとでは、すべての介護従事者に政府が目的とする待遇改善効果をもたらすものとはなっていない。さらに、事業所の運営状況や待遇改善に対する考え方などが異なることにより、従事者が得られる賃金改善効果に格差が生じていることも推察できる。

4. 例外的かつ経過的な措置となっていること

さらに、介護職員処遇改善加算は次の介護報酬改定が実施されるまでの間の例外的かつ経過的な取り扱いとされていることも指摘できる。本加算のこのような特徴について堤（2010：78，138）は、介護事業所は介護報酬が上がるか下がるかわからないという見通しの立たない状況に置かれていると指摘している。このため、事業所は当該加算が廃止あるいはその効果が減殺されるリスクを考慮しつつ、できる範囲で待遇（賃金）改善を実施していることが考えられる。

介護従事者の賃金改善を図るにあたっては、長期的かつ安定的な方法である基本給

の引き上げが望ましいとされる（厚生労働省 2011b；社会保険研究所 2018：1361）。しかし、先に確認したように、訪問介護では他の介護サービスと比較し、賞与や手当などの短期的あるいは臨時的方法によって待遇改善が実施される傾向にあった。表 10 および表 11 の中でもこれと同様の傾向がみてとれた。

このように、本加算が時限的な措置であることは、事業所が従事者の賃金改善に積極的に取り組むことを阻害することにつながっていることが懸念される。

5. 介護報酬体系の中で待遇改善を図る仕組みとなっていること

これに加え、介護職員処遇改善加算は介護報酬体系の中に位置づけられていることも指摘できる。本加算は、先に確認したように、介護サービスごとに設定される基本報酬に一定率を乗じることにより算定される。このため、介護報酬の改定により基本報酬単価が引き下げられた場合、（たとえ本加算の加算率が引き上げられたとしても）全体として得られる効果は減殺されてしまう。例えば、119 回介護給付費分科会の中では、2015 年の介護報酬改定では、身体介護中心型（20 分未満）の基本報酬は、171 単位から 165 単位へと引き下げられたことにより、新しい加算を上積みしてもほぼ現状どおりとなってしまうと述べられている¹¹⁾。全国労働組合総連合（2015）の中でも、2015 年の介護報酬改定では、介護サービス全体の報酬単価が大幅に引き下げられたことにより、多くの事業所は深刻な経営困難となり、介護職員処遇改善加算を算定しても従事者の賃金改善にはつながっていないことが指摘されている。このように、本加算は、定期的な見直しを前提とした（不安定な）介護報酬体系の中に組み込まれており、待遇改善策として構造的な課題を内包していると考えられる¹²⁾。

VI. おわりに

本章では、賃金改善効果を得るためにはどのような要件が求められるのか、また訪問介護従事者にはどの程度の賃金改善効果が及ぼされてきたのか、そして本効果が十分に及ぼされていない場合、その要因はどこに見出すことができるのかについて考察を行ってきた。

介護従事者の厳しい労働条件と深刻な人材不足の状況を受け、2008 年以降、介護従事者の待遇（賃金）改善を目的とする施策が実施されてきた。近年では、介護職員処

遇改善加算がそのための主たる方策として位置づけられ、介護報酬改定が重ねられるたびにその内容が拡充されている。訪問介護における加算（給付）率をみると、2012年の創設時では4.0%、2015年の介護報酬改定では8.6%、2017年の改定では13.7%と、他の介護サービスの中で最も高い加算率が設定されてきた。しかしながら、訪問介護従事者に向けた賃金改善効果は介護サービス全体の平均値よりも小さいものとなっていた。さらに、その大部分を構成する非正規職に対してはその効果がほとんど及ぼされていなかった。そしてこのような状況を生じさせる要因として、算定要件が複雑となっていること、本加算の効果は正規職の賃金改善に向けられていること、賃金改善の方法やその程度が介護事業所の判断に委ねられていること、例外的かつ経過的な措置となっていることが明らかになった。これに加えて、介護報酬体系の中で賃金改善を図る仕組みとなっていることも指摘できる。このような要因が複層的に存在していることが、訪問介護従事者に向けた待遇（賃金）改善に消極的な影響を及ぼしていると考えられる¹³⁾。

先に確認したように、訪問介護のサービス供給を支えるのは非正規従事者である。それゆえ、今後訪問介護サービスの拡充を図るためには彼らの存在が不可欠となる。しかし、政府が実施する待遇改善策の枠組みから彼らは疎外されてきたといえる。今後の訪問介護従事者に向けた待遇改善策を考える上では、非正規職もその対象と明確に位置づけた上で、積極的な賃金改善を実施する必要がある。

政府が実施する待遇改善策の効果が訪問介護従事者に及ぼされていないことは経験的に認識されてきたといえる。しかし、この要因について実証的に明らかにする研究は十分に蓄積されていない。それゆえ、本研究から得られた結果は、これについて新たな知見を提供するものといえるだろう。

-
- 1) 「第82回介護給付費分科会」の中では、介護職員処遇改善加算についての厚生労働省の説明が行われている。この中で事務局は「基本的には、現行の処遇改善交付金の考え方を踏襲するようなやり方を提案している」と述べている（厚生労働省2011a）。
 - 2) 介護職員処遇改善加算では、サービス区分の中に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（加算率：4.0%）が追加されている。
 - 3) ただし、平成27年9月末までに届出を行う場合は、実施予定である処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることをもって、本要件を満

たすことができる。

- 4) 具体的には、次のような要件が設定されている。まず加算（Ⅰ）および（Ⅱ）を算定するためには、平成 27 年 4 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることが求められる。これに対し、加算（Ⅲ）および（Ⅳ）を算定するためには、平成 20 年 10 月から届出を要する日の属する月の前月までに実施した処遇改善（賃金改善を除く）の内容を全ての介護職員に周知していることが求められる。つまり、加算（Ⅲ）および（Ⅳ）では、定量的要件の内容を満たすことが求められている。
- 5) 厚生労働省（2019）の中でも、賞与や手当などによる待遇改善が約 70%を占める結果となっている。この中では、基本給の引き上げによって待遇改善を実施する事業所は 29.8%、手当によって実施する事業所が 33.3%、賞与などの一時金によって実施する事業所が 37.0%となっている。
- 6) これは 2018 年度の数値である。また、この数値は事業所の規模によって差異が認められる。例えば、1 月当たりの訪問回数が 200 回以下の事業所では 32.8%、また 400～600 回以下の事業所では 18.3%、さらに 1,000 回以上の事業所では 12.4%となっている（厚生労働省 2019）。このように、事業規模が小さくなるほど、給与を改善しないと判断する事業所が増加する傾向がうかがえる。
- 7) これは 2018 年の数値である。
- 8) ちなみにこの数値は、通所介護では 11.3 人、介護老人福祉施設では 44.8 人となっている。
- 9) なお、介護サービス全体の平均値は 53.3%となっている。
- 10) 「何らかの要件に該当した従事者のみ、給与等を引き上げる（または予定）」と回答した事業所は、訪問介護で 31.7%となり、介護サービスの中で最も高い数値となっている（介護サービス全体の平均値は 27.2%）。
- 11) 本分科会の中では、介護報酬改定によって基本報酬が引き下げられることにより、本加算を積み重ねても得られる効果はマイナスとなってしまうと述べられている。また本分科会では、介護職員処遇改善加算が継続され、その内容が充実したということは評価しつつも、介護報酬改定によって、基本報酬の単価が大幅なマイナスになることには相当な影響があると指摘されている（厚生労働省 2015）。
- 12) これは介護サービス全体に共通する課題といえる。しかし、訪問介護では、基本報酬の時間区分が短時間化されるなど、徹底的な効率化が図られる傾向にあり、介護報酬の枠組みの中で待遇改善を図る現在の仕組みは十分に機能していないと考えられる。
- 13) これに加えて、本研究からは訪問介護は小規模かつ非正規職中心型のサービス提供体制となっていることが介護職員処遇改善加算の算定を困難とすることにつながっていることが指摘できる。

終章：訪問介護における介護報酬の包括的評価と 今後の介護報酬のあり方の展望

I. はじめに

第1章では、訪問介護における介護報酬では、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善のそれぞれの領域において課題が生じていることを確認した。そして、これをふまえ第3～5章では、訪問介護における介護報酬がどのように設定され、また機能しているのかについて、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から多角的に分析を行った。まず第3章では、1回単位を基準として、また身体介護が中心に提供されることを前提として設定される基本報酬は、利用者の要介護度を反映するものとはなっていないことが明らかとなった。具体的には、身体介護では利用者の要介護度が報酬に反映されているのに対し、生活援助では利用者の要介護度が高くなるにつれてそのサービス供給は減少する結果となっていた。またその基本報酬設定では、身体介護：家事（生活）援助が2：1の割合で提供されることが前提とされたが、実際のサービス提供をみると、生活援助のニーズが増加する傾向にあり、この両サービス区分の比率はほぼ1：1となっていた。これに加えて、基本報酬ではサービスの効率化を図るために時間区分の短時間化が推し進められていたが、このような見直しは訪問介護従事者の労働を強化し、また利用者ニーズに十分に対応することを困難とさせていることにつながっていることも確認した。次に第4章では、訪問介護においては、通常のサービス提供に直接的に関連づけられる加算が非常に少なく、かつその算定が困難となっている状況が明らかとなった。またその要因として、加算の項目数が少ないものとなっていること、加算の算定要件が包括的なものとなっていること、区分支給限度基準額が設定されていること、主たるサービスの担い手である訪問介護員の業務が報酬上適切に評価されていないことを指摘した。そして第5章では、訪問介護従事者に向けた待遇（賃金）改善効果は介護サービス全体の実績よりも小さいものとなっていること、さらに、訪問介護従事者の大部分を構成する非常勤職に対してはその効果がほとんど及ぼされていないことを確認した。そしてこの要因として、算定要件が複雑となっていること、本加算の効果は正規職の賃金改善に向けられてい

ること、賃金改善の方法やその程度が介護事業所の判断に委ねられていること、例外のかつ経過的な措置となっていることなどを指摘した。このように、訪問介護における介護報酬は、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策のそれぞれにおいて課題を有しているといえる。これまで、訪問介護における介護報酬の課題を指摘する研究は、異なる研究者によってばらばらに行われてきた。介護報酬を多角的に分析することによって、訪問介護における課題を体系的に整理することが可能となった。また本考察は、後述するように、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について展望することにも貢献するものである。

一方、本章ではこれらの分析をふまえ、訪問介護における介護報酬が総体として、どのように機能しているのかについて包括的な視点から評価を行う。具体的には、基本報酬では、サービスの品質の維持とサービスの効率化を同時に達成できているか、また基本報酬単価が設定された基準は適切なものとなっているかという視点から、次に加算では、加算を算定することによりサービスの質の向上が達成されているか、またサービスの質を支える従事者の熟練や技術を加算によって適切に評価できているかという視点から、さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、介護従事者に十分な賃金改善が実施されているかという視点からそれぞれ評価を行う。

以下第2節では、訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかについて包括的な評価を行う。第3節ではこの評価をふまえ、今後の訪問介護における介護報酬のあり方を展望する。そして第4節では、本研究の意義および今後の研究課題について述べる。

Ⅱ．訪問介護における介護報酬についての包括的評価

1. 基本報酬についての評価

基本報酬を評価する上では、(1) サービスの短時間化を図りつつ、利用者ニーズに応答的なサービスが提供できているかが、また(2) 1回当たりに設定され、また身体介護が中心に提供されることを前提とした報酬単価は、介護サービスの公定価格として適切なものとなっているかが課題となる。

まず(1)についてみると、訪問介護では限られた人的資源を最大限有効活用する観点からサービスの短時間化が推し進められていた。具体的には、サービスの時間区分

が短時間化され、より短い時間区分に報酬上のインセンティブが付与される傾向にあった。このように、訪問介護における効率的なサービス提供のあり方は、短時間のサービスを数多く提供することで、増大する利用者のニーズに応えていくことであるといえる。しかし、このようなサービスの短時間化は、利用者が希望するサービス提供を困難とさせていた。この一例として、コミュニケーションを通じた支援が困難となるケースやサービスの内容を制限しなければならないケースなどがみられていたり。このように、訪問介護ではサービスの短時間化というかたちでその効率化を推進しようとしているが、このような動向は利用者ニーズに応答的なサービス提供を困難とさせるなど、結果としてそのサービスの品質の低下をもたらしていると考えられる。

次に(2)についてみると、訪問介護では利用者の要介護度に関係なく1回当たりに報酬単価が設定されていた。そこでは、要介護度が高くなればそれに比例してより多くのサービスが提供されることにより、結果として利用者の要介護度が反映された報酬額となると考えられた。しかし、先述したように、身体介護では利用者の要介護度が報酬に反映されているのに対し、生活援助ではそのようにはなっていなかった。またその基本報酬設定では、身体介護が中心に提供されることが前提とされたが、実際のサービス提供実績をみると、両サービス区分の比率は1:1とほぼ同水準となっていた。このように、実際のサービス提供では、介護報酬創設時に想定されたサービス提供の前提（考え方）とは異なる状況が生じており、利用者の要介護度を反映したものとなっているとはいえない。

以上をふまれば、訪問介護の基本報酬は、サービスの品質の維持とその効率化を同時に達成するものとはいえず、また報酬単価が設定された基準に基づいたサービス提供ともなっていない。

2. 加算についての評価

加算を評価する上では、(1) 特定のサービスや重度者への対応などを加算によって適切に評価できているかが、また(2) サービスの質を支える介護従事者の資格や経験年数が加算によって適切に評価できているかが課題となる。

まず(1)についてみると、訪問介護では、通所介護と比較し設定される加算項目が少ないものとなっていた。例えば通所介護では、通常のサービス提供に関連づけられた加算（主たる加算）は、2018年の介護報酬改定時点で6項目が設定されていたのに

対し、訪問介護は 1 項目のみとなっていた。さらに訪問介護における主たる加算（特定事業所加算）を算定するためには、体制要件、人材要件、重度要介護者等対応要件の 3 つの要件を同時に、あるいは複数満たすことが求められていた。このように、訪問介護では、特定のサービスや重度者への対応、従事者の専門性などを 1 つの加算で包括的に評価するものとなっていた。このため、サービスの質を高める各種のサービスを加算によって評価できているとはいえない（その一方、通所介護では、これらの要件は独立した加算項目として設定されている）。

次に（2）についてみると、訪問介護では加算における評価の視点は、主として管理的業務を担う「サービス提供責任者（正規職）」に向けられていた。これに対し、利用者に直接サービスを提供する「訪問介護員（非正規職）」の資格や経験年数を評価する項目はほとんど存在していなかった。一般的に介護労働では、経験年数や資格を有していることが高い介護能力につながっており（厚生労働省 2008a）、その中でも訪問介護労働は経験と熟練を要する労働であるといえる（上野 2011：157-158）。しかしながら、訪問介護における加算では、実質的なサービスの提供者である訪問介護員の熟練性や経験が適切に評価されていなかった²⁾。

以上をふまえば、訪問介護では、特定のサービスや重度者への対応などその質を高めるサービスを加算によって適切に評価できているとはいえない。またサービスの質を左右する訪問介護員の資格や経験も加算によって適切に評価されていないといえる。

3. 介護従事者に向けた待遇改善策についての評価

介護従事者に向けた待遇改善策を評価する上では、政府が実施する待遇改善策は賃金改善の目標値を達成しているかが課題となる。

介護人材を安定的に確保するための仕組みとして、2009 年に介護職員処遇改善交付金が創設された。そして 2012 年からは、当該交付金を引き継ぐかたちで介護職員処遇改善加算が創設され、その内容の拡充が図られてきている。しかしながら、これらの方策は訪問介護従事者に対して十分な効果をもたらしてはいなかった。訪問介護従事者の平均給与額をみると、2012～2018 年の 6 年間で正規職では約 28,000 円、非正規職では約 9,000 円の改善が実施されていた。しかし、政府が示す（最大）37,000 円の賃金改善の目標値に届くものとはなっていなかった。とりわけ非正規職の賃金につ

いてはほとんど改善がなされていなかった。一方、介護従事者の賃金改善を図るにあたっては、長期的かつ安定的な方法である基本給の引き上げが望ましいとされるが、平均基本給額をみると、この6年間で正規職が約1,900円、非正規職が10円の引き上げ（約1%の改善）にとどまるものとなっていた³⁾。

以上をふまれば、政府の待遇改善策は訪問介護従事者に対してその賃金改善の目標値を達成するものとはなっておらず、また従事者の大部分を占める非正規職に対して賃金改善効果をほとんど及ぼすものとなっていない。

Ⅲ．今後の訪問介護における介護報酬のあり方

以上のように、訪問介護における介護報酬は、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善のいずれの評価項目も達成するものとはなっておらず、総体として適切に機能していないといえる。

政府が政策誘導する介護報酬改定の動向をみると、基本報酬は適正化（効率化）される一方、多様な加算項目が創設・拡充されてきた。さらに近年では、介護従事者に向けた待遇改善のための制度が創設・拡充されている。しかしながら、このような見直しのあり方は、訪問介護における（サービスの公定価格としての）介護報酬の機能を阻害することにつながっていると考えられる。

それでは今後、訪問介護における介護報酬体系をどのように見直していくことが求められるだろうか。以下では、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から提案を行いたい。

1. 今後の基本報酬のあり方

1) 身体介護と生活援助とを統合した単一の報酬単価の設定

基本報酬はサービス提供に不可欠となる人件費や諸経費などが含まれるものであり、介護報酬の中でも最も重要な評価項目といえる。しかしながら、これまでの先行研究では、訪問介護における基本報酬がサービスの公定価格として十分な水準となっていないことが指摘されてきた。この要因として、現在の訪問介護におけるサービス提供においては、その報酬単価設定に際し前提とされた考え方や基準とは乖離した状況が生じていることがあげられる。具体的には、身体介護では介護の必要の程度が利用者

の要介護度に応じたものとなっていたのに対し、生活援助ではそのようになっていないこと、また身体介護と生活援助の両サービスの比率はほぼ同程度となっていること、さらにサービスの時間区分の短時間化が図られていることの3点があげられる。このような状況は、サービス提供に不可欠となる人件費や運営費を規定する基本報酬の機能を曖昧なものにしていることが考えられる。先に確認したように、基本報酬単価がどのような基準のもとで設定されたのかについては多角的分析および包括的評価のいずれにおいても共通した検討事項となっており、介護報酬の妥当性について考える上で最も重要な項目と考えられる。

今後の訪問介護における基本報酬のあり方を考える上ではまず、生活援助をどのように報酬上評価するのが課題となる。本研究からは、今後の基本報酬のあり方として2つの方向性を示すことができる。それは、生活援助を非専門的サービスと位置づけ、身体介護と生活援助の報酬単価を明確に区別する方向性と、生活援助を報酬上評価するとともに、身体介護と生活援助の報酬単価を一本化する方向性である。以下ではこの2つの方向性について検討を行う。

まず前者では、身体介護については現行の評価の枠組みを維持する一方、生活援助では、介護の程度を利用者の要介護度に反映させるのではなく新たに「生活援助にかかる手間」を反映した新たな報酬単価を創設することが考えられる。2018年の介護報酬改定では、身体介護を利用者の自立支援を行う専門的サービスと位置づける一方、生活援助は非専門的な代行型サービスと位置づけ、その報酬単価を引き下げる考え方が示されたが、前者の方向性はこのような考え方と親和性を有するものといえる。そして生活援助における新たな報酬単価を創設する場合、利用者の要介護度に応じた単価設定を前提とする現行の介護報酬（の考え方）とは異なる基準や考え方に基づく仕組みが設けられることが考えられることから、身体介護を含め、改めてその基本報酬の大幅な見直しが求められる。一方、生活援助を非専門的な代行型サービスと位置づける場合、2018年の介護報酬改定でも示されたように、規制緩和によって保険給付から切り離されることも想定される。このようなケースが及ぼす影響についてもふれておきたい。仮に生活援助が保険給付の対象外とされれば、介護保険サービスとして提供できるサービスは身体介護中心に限定されることとなる。先述したように、今後高齢化の伸展によって、在宅介護ニーズは多様化、複雑化する傾向にある。また認知症を有する利用者の増加も予想される。このような状況の中、生活援助の必要性が高ま

っていくことが予想される。それゆえ、保険給付を身体介護に限定化することによって、利用者の在宅生活に十分に対応できなくなることが推察される。一方、保険給付から切り離した場合、その担い手として期待される相互扶助型の活動は縮小傾向にある（森川 2015：204）。「第 142 回介護給付費分科会」の中でも、「生活援助の担い手としてボランティアなどが想定されているが、基準を緩和し、結果として報酬の引き下げまで行って、その担い手が本当に存在するのか」という懸念が示されている（厚生労働省 2017）。このように、生活援助を保険給付から外部化することは、今後増大することが予想される在宅介護ニーズに対応することを困難とさせ、結果としてそのサービスの質を低下させることにつながることを懸念される。

これに対し後者では、介護保険制度創設時に設定された「身体介護および家事援助がそれぞれ同程度行われる場合（複合型）」の報酬単価のように、身体介護と生活援助とを統合し単一の報酬単価とすることが考えられる。先述したように、身体介護ではサービスの時間や回数が利用者の要介護度に反映される一方、生活援助ではこれを反映するものとはなっていなかった。それゆえ、両サービスにおける評価の基準を統一することによって、利用者の要介護度に応じた報酬設定とすることが可能となる。これまで多くの先行研究では、生活援助は利用者の自立を支援するものであり、その在宅生活を支える上で重要な役割を果たしていることが指摘されてきた（Dexter and Harbert 1983=1987：60；小川 1998；須賀 2013：245；近藤 2014；日本ホームヘルパー協会 2017）。それゆえ、訪問介護サービスを提供する上では、ADL（日常生活動作）の維持・向上を目的とする身体介護と IADL（手段的日常生活動作）の維持・向上を図る生活援助とを組み合わせることが在宅利用者の支援を行う上で重要となる。宇野（1995：81）や井上（2000）も、実際の訪問介護サービスの内容は、身体介護と生活援助とに明確に区分することは容易ではなく、決して双方ともおろそかにはできない技術であると指摘している。身体介護に位置づけられる食事介助を例にあげると、その中核である摂食介助の前後に多くの動作介助や家事援助的な準備や後片付けなどがある成立している。「第 142 回介護給付費分科会」の中でも、「訪問介護サービスは、身体介護、生活援助が現場で一体的、総合的に提供されることで、合理的に利用者の生活を支えているものである」、「生活援助のみを切り出すような対応は慎重にしないと、利用者の生活基盤を揺るがし、サービスレベルの低下を招きかねない」などの意見が示されている（厚生労働省 2017）。

このように、身体介護と生活援助は、その業務内容の違いこそあれ、利用者の自立支援という共通の目的を有するものといえる。また先述したように、今後の在宅介護においては、多くの介護を必要とする利用者の増加やその利用ニーズの多様化・複雑化が想定される。そこにおいては、身体介護と生活援助との一体的な提供の必要性がこれまで以上に重要となっていくことが考えられる。それゆえ、今後の訪問介護における基本報酬のあり方を考える上では、身体介護と生活援助とを統合した単一の報酬単価の設定がより望ましい方策と考えられる。この具体案として、西島（2011）は、（2003 年まで存在した）「複合型」の報酬単価を参照し、これよりも高い水準に設定することを提案している。今後の基本報酬単価を設定考える上では、西島の提案が 1 つの準拠値となるだろう。

2) 時間区分の短時間化を見直すこと

これに加えて、サービスの徹底的な短時間化を図るという介護報酬改定の方角性を見直すことも求められる。サービスの短時間（効率）化が図られることにより、介護従事者は時間に急ぎ立てられてサービスを提供していることが少なくない。例えば、全国労働組合総連合（2014）の中では、「サービスの短時間化によって、時間に追われ、利用者の細かな変化などの観察が十分にできない」、「利用者とのコミュニケーションが十分にできない」などの意見が示されている⁴⁾。これに加えて高木（2006）は、細切れのサービスとなることによって、慢性疾患や心身の障害を抱えた対象者に対するサービスの質の確保が困難となっていると指摘している。このようにサービスの短時間化は、これまでと同じ量の仕事をより短い時間で提供することを要請するものであり、結果として要介護者に対するきめ細やかな支援を阻害していることが懸念される。先述したように、地域包括ケアシステムという潮流の中、今後は多くの介護を必要とする場合や認知症を有する場合であっても、自宅を拠点とし必要な支援を利用できる環境・体制が求められる。在宅介護の中核を担う訪問介護においては、このような重度の利用者に対して生活支援を含めきめ細やかなサービスの提供が求められる。そのためには、状態観察やコミュニケーション（を通じた支援）のための時間を適切に組み込んだ時間設定が不可欠となる。

またサービスが短時間化されることにより、サービス提供に不可欠となる移動や待機、記録作成などにかかる時間が増大することも考えられる。先述したように、これ

らの時間は基本報酬に含まれると解釈がなされているが、実際のサービス提供では、これらの時間は無給であることが少なくなく、その取り扱いは事業所によって異なっている（松下 2014：112）。訪問介護では短時間の訪問を積み上げていくことがサービス提供の基本的なあり方と認識されてきたが、（訪問時間が短縮され）より多くの訪問回数が求められるようになることで、今後移動時間をはじめとしてこれらの時間が増大していくことは不可避となる。このような状況は、結果的として従事者の労働強化につながることも考えられる（山根 2017）。

今後の基本報酬設定を考える上では、利用者ニーズへきめ細やかに対応する観点からも、また訪問介護従事者の労働を報酬上適切に評価する観点からも、現在の徹底したサービスの効率化を見直すとともに、移動や記録作成などの時間を適切に組み込んだ時間区分の設定が求められる。

2. 今後の加算のあり方

加算は、より質の高いサービスを報酬上評価するものであった。具体的には、一定の資格や経験を有した専門職が配置されていること、入浴や機能訓練、栄養改善など特定のサービスを実施していること、重度の利用者への対応を行っていること、支援者の資質（資格や経験）などが報酬上評価される。近年では、介護報酬改定が重ねられるたびに新たな加算項目が創設されるとともに、主要な加算項目の内容が拡充される傾向にある。その一方、基本報酬はサービスの効率化などの観点から適正化される傾向にある。このような状況の中では、事業所は加算をいかに算定できるかが安定した事業運営を行う上で重要な要素となっている。

しかしながら、訪問介護においては加算の算定が困難な状況となっていた。場合によっては、要件を満たしていても算定を回避するケースもみられていた。この要因として、算定できる加算の選択肢が限定されること、算定要件が包括的なものとなっているために、より多くの要件を満たす必要があること、区分支給限度基準額が設定されていることが（事業所の）加算算定の動機づけを阻害していることなどがあげられる。これに加えて、加算における評価の視点はサービス提供責任者に向けられているのに対し、直接的なサービスの担い手である「訪問介護員」の業務を報酬上評価する項目がほとんど存在していないことも指摘できる。

このような課題を解決するためにはどのような方策が求められるのであろうか。ま

ず、加算の項目数が少ないことや、算定要件が包括的なものとなっているという課題に対しては、訪問介護における特定事業所加算を算定するために求められる「体制要件」や「人材要件」、「重度要介護者等対応要件」を分離するとともに、サービスの内容や機能に関連づけた加算項目へと再編することが考えられる。例えば人材要件は、通所介護における「サービス提供体制強化加算」のように、介護従事者の資格や経験に焦点化して評価することが、また重度要介護者等対応要件についても、通所介護における「認知症加算」のように、多くの介護を必要とする利用者への支援に焦点化して評価するなど、それぞれ独立した加算へと再編することが考えられる。加算のあり方を見直す上では、2006年時の通所介護における加算項目が参考となる。当時、通所介護の加算項目として(1)入浴加算、(2)個別機能訓練加算、(3)若年性認知症ケア加算、(4)栄養マネジメント加算、(5)口腔機能向上加算、(6)延長加算などが設定されていた。このうち(1)や(6)の評価の視点は、特定のサービスに向けられており、また(3)の評価の視点は、利用者の特性やニーズに応じたサービスに向けられ、さらに(2)・(4)・(5)の評価の視点は、理学療法士などの機能訓練員や管理栄養士、歯科衛生士などの有資格者による専門的な支援に向けられている。これらは、加算項目と対象となるサービス(行為)が直接関連づけられており、利用者からみてもその加算の目的がわかりやすいものとなっている。これを参照すれば、今後の訪問介護における加算のあり方は次のように整理できる。それはまず、特別なケースへの対応や負担の大きい支援を評価するための項目として、2人での介護加算、夜間・早朝加算、特定事業所加算における重度要介護者等要件部分、初回加算、緊急時訪問介護加算を位置づけることができる。また、特定の地域におけるサービス提供を評価するための項目として、特別地域訪問介護加算、中山間地域小規模事業所加算、中山間地域へのサービス提供加算を位置づけることができる。そして事業所の管理体制を評価するための項目として、特定事業所加算における「体制要件」部分を位置づけることができる。さらに、訪問介護従事者の資格や経験を評価するための項目として、特定事業所加算における「人材要件」部分を位置づけることができる。これに加えて、多職種との連携を評価するための項目として、生活機能向上連携加算を位置づけることができる(表1)。

また、訪問介護員の業務を報酬上評価する項目がほとんど存在していない課題については、例えば通所介護で設定されていたサービス提供体制強化加算のような従事者

の資質を評価するための項目を創設することが考えられる。先述したように、訪問介護労働は経験と熟練を要する労働であるといえ、彼らの有する経験や熟練性がそのサービスの質を左右しているといえる⁵⁾。それゆえ、利用者に直接サービスを提供する訪問介護員の資格や経験などを評価する項目を創設・拡充することがそのサービスの質を向上させることにつながっていくと考えられる。

一方、区分支給限度基準額が設定されている課題については、介護職員処遇改善加算の算定で実施されているように、加算部分は当該限度額の対象外とすることが考えられる。これにより、加算を算定することによって当該限度額を超過してしまうことを心配する必要がなくなり、事業所の加算を算定する動機づけが高まることが考えられる。あるいは、1回当たりに設定されている報酬単価を、施設系サービスの報酬単

表1 今後の訪問介護における加算体系のあり方

目 的	項 目	評価対象
特別なケースへの対応や負担の大きい支援を評価	2人での介護	全従事者
	夜間・早朝加算	全従事者
	重度利用者への対応 (特定事業所加算における重度要介護者等要件部分)	全従事者
	初回加算	サービス提供責任者
	緊急時訪問介護加算	サービス提供責任者
特定の地域におけるサービス提供を評価	特別地域訪問介護加算	事業所
	中山間地域小規模事業所加算	
	中山間地域へのサービス提供	
事業所の(管理)体制を評価	特定事業所加算 (特定事業所加算における体制要件部分)	事業所
従事者の資格や経験を評価	サービス提供体制強化加算 (特定事業所加算における人材要件部分)	全従事者
他職種との連携を評価	生活機能向上連携加算	サービス提供責任者

注) 介護職員処遇改善加算については、加算の目的が異なるためここでは除外している。

出典：筆者作成。

価のように、利用者の要介護度に応じた1日当たりの設定とするなど、まとまった単位の報酬単価へと再編することも指摘できる。このような報酬単価とすることで、加算方式を適切に機能させることにつながることが期待できる。例えば地域密着型サービスに位置づけられる定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、1月当たりの包括的な報酬単価が設定されている⁶⁾。同様に、介護予防訪問介護においても、1月当たりの報酬単価が設定されている⁷⁾。このように、訪問介護では包括的な報酬単価が設定されているサービスも存在していることから、報酬単価設定の変更は技術的に可能と考えられる。

3. 今後の介護従事者に向けた待遇改善策のあり方

近年では、介護従事者の待遇（賃金）改善は重要な政策課題の1つとなっており、2009年以降、彼らの賃金改善に向けた方策が創設・拡充されてきた。しかしながら、訪問介護従事者には、政府の待遇改善策の果実が十分にもたらされていなかった。そして、その中でも非正規職にはその果実がほとんど及ぼされていなかった。この要因として、訪問介護が内包する事業運営の特徴が指摘できる。具体的には、事業規模が小さいことや従事者の大多数が非正規職で構成されていることがあげられる。また、介護職員処遇改善加算のスキーム（枠組み）に起因する要因も指摘できる。具体的には、本加算は例外的かつ経過的な措置となっていることや賃金改善の方法やその程度が介護事業所の判断に委ねられていることである⁸⁾。さらに、介護報酬の枠組みの中で賃金改善を実施することに構造的な限界が存在することも指摘できる。このような要因が複層的に存在することにより、その賃金改善の果実を訪問介護従事者にもたらすことを困難とさせていると考えられる。

それでは、このような課題を解決するためにはどのような方策が求められるだろうか。本研究からは（1）事業所の規模に関係なく賃金改善の効果が及ぶ仕組み、（2）従事者の雇用形態に関係なく賃金改善の効果が及ぶ仕組み、（3）恒久的な仕組み、（4）賃金改善の効果が従事者に直接及ぶ仕組みの4点が指摘できる。まず（1）では、複雑化される加算要件を見直し、その要件を簡素化することが求められる。これについて例えば、現在5段階に設定されている加算区分を減らすとともに、基本となる6つの要件やキャリアパス要件、職場環境等要件などを再編し、これらの要件を緩和することが指摘できる。これにより、事業所の加算の算定にかかる事務的負担が軽減され、

事業規模による賃金改善の格差を解消することにつながることを期待される。また(2)では、非正規職に対しても賃金改善の効果をもたらすことが求められる。先に確認したように、近年の待遇改善策では、正規職、またその中でも一定の経験年数を有する者に対する賃金改善が重視される傾向にあった。その一方、非正規職には政策の視点が向けられていない。訪問介護では(先述したように)主として非正規従事者が利用者に対し直接支援を行っており、サービスを提供する上で彼らの存在は不可欠なものとなる。それゆえ、賃金改善の効果が従事者全体に公平に及ぶ仕組みが求められる。このような方策の一例として、算定した加算総額を従事者の労働時間に比例させて配分するような仕組みが指摘できる。このように、従事者の労働時間を賃金改善効果と結びつけることで、雇用形態を問わず、すべての従事者にその効果をもたらすことが可能となる。今後の訪問介護人材の確保を考える上では、能力のある者や有資格者を重点的に評価するような労働力の階層化ではなく、非正規職を含めた従事者全体の賃金の底上げが求められる。そして(3)では、現在の例外的かつ経過的な措置としての仕組みを、(介護報酬改定に左右されない恒)久的な仕組みへと転換することが求められる。いずれにしても、事業所が従事者の賃金改善に長期的な視点から取り組むことができる仕組みへと見直すことが求められる。さらに(4)では、事業所の裁量によって賃金改善の方法や程度に格差が生じないような仕組みが求められる。そのためには、賃金改善の実施を事業所の判断に委ねるのではなく、政府が賃金改善の実施に関して明確なガイドラインを示すことが求められる。これについて例えば、賃金改善の実施方法を基本給の引き上げなどに特定することや、雇用形態に応じた賃金引き上げの目標値を示すことなどが指摘できる。

しかし一方で、介護報酬の枠組みの中で賃金改善を実施することには、構造的な限界が内包されていることも指摘できる。介護職員処遇改善加算は、基本報酬に一定率を乗じることにより算定されるが、この計算式のもとでは、介護報酬の改定により基本報酬単価が引き下げられてしまえば、(本加算の加算率が引き上げられたとしても)全体として得られる効果は減殺されてしまうこととなる。また、介護報酬の枠組みの中に位置づけられる以上、基本報酬を含めたプラス／マイナスの改定結果にも少なからず影響を受けることとなる⁹⁾。これまでの介護報酬改定を振り返れば、訪問介護における基本報酬は、時間区分を短時間化することでマイナスに誘導される傾向にあったといえる。さらに、現在の逼迫した介護保険財政状況を鑑みれば、介護報酬の著しい

引き上げを期待することは難しい。このようなことから、本加算を見直すことで賃金改善効果が安定的に得られるのかについては疑念が残る。それゆえ、今後訪問介護従事者に対し効果的に賃金の改善を実施するためには、介護報酬体系とは別建ての方策を創設することも考えられる。これについて坪井（2016）は、訪問介護従事者を対象として、介護報酬体系とは独立した直接給付や減税の仕組み（給付付き税額控除）を提案している。このように、賃金改善のための方策を介護報酬体系と切り離すことで、介護報酬改定の影響を受けることがなく、安定的な賃金改善が可能となることが考えられる。

4. 小括

ここまで、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から提案を行ってきた。

まず基本報酬では、サービスの効率化（短時間化）によって、十分な運営費や人件費を確保できていないという課題が存在した。第1章では、基本報酬が引き下げられる傾向にある中、安定した事業運営を行うためには、加算をいかに算定するかが重要な要素となっていることを確認した。さらに、介護従事者の低い賃金水準を改善するために介護職員処遇改善加算が創設・拡充されている。ここからは、訪問介護における基本報酬は十分な設定とはなっておらず、加算などのプラスアルファの要素を加えなければ運営が成り立たない構造となっていることが考えられる。それゆえ、今後の訪問介護における基本報酬のあり方を考える上では、事業者に対して安定した事業運営を可能とし、また従事者に対しては労働力再生産を可能とする報酬単価設定が求められる¹⁰⁾。これに加えて、利用者に対しては十分な時間設定を行い、そのニーズに十分に対応できるサービスを保障することも求められる。

次に加算では、要件を満たしていても算定を回避するケースがみられるなど、サービスの質を向上させる取り組みを加算によって適切に評価できていないという課題が存在した。近年の介護報酬改定では、サービスの質を向上させることは重要な政策課題の1つとなっている。今後、高齢化が伸展することで利用者の介護ニーズは複雑化・多様化することが予想される。それゆえ、今後介護報酬体系において加算が果たす役割は多大なものとなっていく。そのような中、今後の訪問介護における加算のあり方を考える上では、質の高いサービスを加算によって積極的に評価することが求められ

る。さらに、サービスの質を直接左右する訪問介護員（非正規従事者）の業務に向けた評価項目を創設・拡充していくことも求められる。

さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、訪問介護従事者の賃金改善が十分なものとなっていないという課題が存在した。現行の待遇改善策をみると、「加算」という消極的・臨時的な措置というかたちで実施されている。また近年では、特定の従事者を対象とし、彼らの賃金改善に重点を置く階層的な仕組みとなっている。さらに、その事業規模の大小によって加算の算定や得られる効果などにおいて格差が生じていることも考えられる。このようなことから、現行の方策は介護従事者の賃金を抜本的に改善に貢献する仕組みとはなっていないといえる。それゆえ、今後の訪問介護における待遇改善策のあり方を考える上では、その事業規模や雇用形態に関係なく、すべての従事者にその効果がもたらされるような積極的な賃金改善の仕組みが求められる。

これまでの考察をふまえれば、訪問介護は介護報酬という評価の枠組みから疎外されてきたといえる。今後訪問介護を拡充していくためには、現在の評価の枠組みを改めて問い直すことが求められる。さらに、今後在宅介護を拡充していくためには、訪問介護に従事することにより高いインセンティブを与えるなどの積極的な政策誘導も求められるだろう。

IV. 本研究の意義および今後の課題

1. 本研究の意義

本研究の意義として、訪問介護における介護報酬を多角的に分析し、また包括的に評価を行ったことがあげられる。このような視点から介護報酬を捉えることにより、現在の介護報酬が内包する課題について指摘するとともに、今後の介護報酬のあり方について展望することが可能となった。以下では、それぞれの意義について指摘を行う。

1) 訪問介護における介護報酬の多角的分析

これまで訪問介護における介護報酬の妥当性を問う研究は、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策のそれぞれの視点から、異なる研究者によってばらばらにアプローチがなされてきた。それゆえ、訪問介護における介護報酬がどのような課題

を内包しているのか、あるいは介護サービスの公定価格として妥当性を有するのかについては断片的にしか捉えきれていなかったといえる。

これをふまえ本研究では、訪問介護における介護報酬がどのように設定され、また機能しているのかについて、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から考察を行った。まず基本報酬では、1回単位を基準とし、また身体介護に重点を置いた報酬単価が利用者の要介護度に応じたものとなっているのか、また時間区分の短時間化がサービス提供に及ぼす影響について、また加算では、主たる加算における要件や加算率などの考察をふまえ、加算の算定が困難となっている要因について、さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、待遇改善策で求められる要件や賃金改善実績などの考察をふまえ、待遇改善策の効果が訪問介護従事者に及ぼされていない要因について分析を行った。そして、このような視点から分析を行うことにより、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策のそれぞれにおいて、公定価格のあり方を考える上で課題が内包されていることが明らかとなった。

これまで、訪問介護における介護報酬が低い水準となっていることは経験的に認識されてきたが、この要因が具体的に介護報酬のどの部分に見出せるのかについて実証的に明らかにする研究は十分に蓄積されてこなかった。本研究はこれについて新たな知見を提供するものといえる。また本研究から得られた結果は、今後の訪問介護における介護報酬のあり方を考える上で少なからず示唆を提供するものといえる。

2) 訪問介護における介護報酬の包括的評価

また本研究では、訪問介護における介護報酬が総体としてどのように機能しているのかを包括的に評価するための研究枠組みを設定した。先に確認したように、介護報酬は介護サービスの公定価格であると同時に、介護従事者の給与水準を規定するものである。そして介護報酬体系は3年に1度の見直しが実施されるたびに複雑化されてきた。さらに近年では、本体系の中に介護従事者に向けた待遇改善のための加算が創設・拡充されている。このような動向は、介護報酬体系がどのように機能しているのかについて包括的に評価することを困難とさせている。それゆえ制度創設以降、幾度の見直しをふまえ現在の体系へと辿り着いた介護報酬が、公定価格としてどのように機能しているのかについて捉える研究は十分に蓄積されていない。

これをふまえ本研究では、訪問介護における介護報酬を包括的に評価するための枠

組みを設定した。そしてこの枠組みに基づき訪問介護における介護報酬を基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から評価を行った。ここからは、現行の訪問介護における介護報酬が上記の3つの視点においていずれも適切に機能していないことが明らかとなった。さらに政府が政策誘導してきた介護報酬改定は、訪問介護における報酬上の評価を阻害する結果を及ぼしていることも指摘できる。このように、本研究は訪問介護における介護報酬がどのように機能しているのかを俯瞰的視点から評価する上で新たな知見を提供するものといえる¹¹⁾。これに加え本研究で設定した評価枠組みは、他の介護サービスにおける介護報酬を評価することに援用することも期待できるだろう。

2. 今後の課題

本研究で実施した訪問介護における介護報酬の多角的分析およびその包括的評価はこれまでに試みてこられなかった新たな研究視角であり、それゆえ本研究は介護報酬研究において新たな知見を提供するものといえる。一方、課題も残されている。本研究では、訪問介護における今後のあり方について一定の方向性は示したが、その具体的な検討までには至っていない。これについて基本報酬や待遇改善策の水準をどの程度に設定するのか、また介護報酬とは独立した仕組みを検討することなどがあげられる。これに加えて、訪問介護のサービス提供体制を転換させることも指摘できる。以下では、これらについてみていきたい。

1) 基本報酬や待遇改善策のあり方についての具体的な検討

今後は、介護報酬の中でも介護従事者の賃金水準に直接的な影響を及ぼす基本報酬や待遇改善策のあり方についてさらに詳細に提示することが求められる。

これについて検討する上ではまず、基本報酬をどの程度の水準に設定するのが課題となる。本研究では、今後の基本報酬のあり方について、身体介護と生活援助とを統合した単一の報酬単価とすることを提案した。両者の報酬単価を一本化することにより、利用者の要介護度に応じた報酬設定とすることが期待できる。また生活援助を（身体介護と同様に）利用者の自立生活を支援する専門的なサービスとして位置づけることが可能となる¹²⁾。さらに本研究では、この単一の報酬単価について、身体介護

と生活援助との中間値よりも高い水準とすることを提案した。それでは、新たな基本報酬単価はどの程度の水準に設定すればよいのだろうか。これについての具体的検討は今後の課題となる。一方、本研究では訪問介護の基本報酬について、1日当たりなどのまとまった単位とすることについても言及した。例えば通所や短期入所サービスの報酬単価のように、利用者の要介護度に応じた1日当たりの報酬設定とすることで、区分支給限度基準額を超過する懸念が緩和され、加算を算定しやすくすることにつながることも考えられる。それでは、その場合の報酬単価はどの程度の水準に設定すればよいだろうか。今後の基本報酬のあり方を考える上では、このような視点からの検討が重要となる。そしてそこにおいては、労働力再生産を可能とする観点から検討を加えることが求められる。このように、今後の基本報酬のあり方をめぐっては、その具体的な水準について検討していくことが今後の課題となる。

さらに基本報酬の妥当性を考える上では、海外の医療保険制度における報酬のあり方を援用することも指摘できる。例えば海外の医療保険制度では、ホスピタルフィーとドクターフィーの2つの報酬形態が存在している。今後の訪問介護における基本報酬のあり方を考える上では、このような報酬形態が参考となる。まずドクターフィーは医師の技量を評価するものであり、具体的には、初診料、手術料、各種指導料などの出来高払いの報酬があげられる。これに対しホスピタルフィーは、入院医療に必要な基本的費用であり、施設使用料に近い性格を有するものである。具体的には、入院基本料や各種管理料、室料などの包括払いの報酬があげられる（社団法人全日本病院協会全日病総研 2010）。そしてこのように、専門職（ヒト）に対する報酬と施設（モノ）に対する報酬とを明確に分離し、それぞれの機能に応じた報酬を設定することで、公定価格としての基準をより明確化することが可能となる¹³⁾。その一方、介護サービスの基本報酬においては、これまで確認したように、専門職に対する報酬と運営経費に対する報酬とが包括して評価されていた。このような設定となっていることで、両者に向けた評価がどのように配分されているのかが曖昧なものとなっていることが考えられる。例えば、社会保障審議会における介護従事者に向けた待遇改善策の策定プロセス（厚生労働省 2014）をみると、本来は基本報酬を引き上げることが望ましいとされたが、基本報酬を引き上げた場合、当該部分が従事者の待遇改善ではなく施設運営に使用される可能性があるために、（確実に処遇改善を担保するために）様々な要件が設けられた加算という消極的なかたちで実施に至っている。そしてこれ

までみてきたように、本方策は訪問介護従事者に十分な賃金改善効果を及ぼしていなかった。このような課題を克服するとともに、今後の訪問介護における基本報酬の妥当性を考える上では、専門職に向けた報酬と施設（運営経費等）に向けた報酬とを明確に分離することも有効な手段の 1 つと考えられる。そしてこのような見直しを行うことによって、公定価格としての透明性が担保され、また従事者の積極的な賃金改善にもつながっていくことが期待される。このように、今後は新たな基本報酬のあり方を追求していくことも課題となる。

一方、今後の効果的な待遇改善策のあり方について検討することも課題となる。前節では、訪問介護従事者に対し賃金改善効果を効果的にもたらすことを目的として、介護報酬体系とは別建ての仕組み（給付付き税額控除）を創設することを提案した。待遇改善のための方策を介護報酬の枠組みから切り離すことで、介護報酬改定の動向に関係なく、効果的かつ継続的に賃金改善効果を従事者にもたらすことが期待できる。それでは、給付あるいは減税をつうじた賃金改善の水準はどの程度に設定すればよいだろうか。この具体的な検討は今後の課題となる。一方、先に確認したように、介護従事者の給与水準は全産業の平均賃金の約 65%程度水準となっていた。また介護職員処遇改善加算の効果は、他の介護サービスにおいても決して十分なものとはなっていなかった。それゆえ、給付付き税額控除など新たな賃金改善のための仕組みを導入するに際しては、その対象を訪問介護従事者に限定するのか、あるいは全介護従事者を対象とするのかについても検討していく必要がある。このような見直しは現行の仕組みを大きく変更するものであり、慎重な手続きが求められる。この方策の具体的な検討についても今後の課題となる。

2) サービス提供体制の転換

さらに、訪問介護における介護報酬を機能させるためには、そのサービスの提供体制を見直すことも有効な手段となることが考えられる。

先に確認したように、訪問介護は、パートなどの非正規職を中心に構成されている。しかしその一方、介護報酬における評価の視点は、主として正規職、そしてその中でも資格や経験を有する者に向けられる傾向にあった。このように、非正規職は介護報酬の評価の枠組みから疎外されているといえる。

一方、序章では介護労働を取り巻く環境の変化によって、従来の訪問介護従事者像

が変容していることを確認した。今後は、訪問介護においてもフルタイムや正規職として従事する人々が多数を占めるようになっていくことも考えられる。このような動向をふまえれば、今後訪問介護において介護報酬を適切に機能させるための方策の1つとして、従来のパートをはじめとする非正規職を中心とした職員構成を、(施設系サービスの職員構成のように)フルタイム職を中心とするものへと転換することが指摘できる。訪問介護において介護報酬の評価の枠組みを適切に機能させていくためには、このような観点からのアプローチも有効な手段の1つと考えられる。しかしながら、訪問介護における非正規職から正規職への転換の動きは直ちに一般化できる段階には至っていない。このため、今後は彼らがどのような就労意識を有しているのかについてより詳細に捉えていくことが求められる。

3) 賃金改善以外の広い視点からの検討

本研究では、訪問介護従事者の賃金改善に着目するとともに、介護報酬という視点からアプローチを行ってきた。しかし、訪問介護従事者を確保するためには、第5章(職場環境等要件)でも確認したように、従事者の資質を向上させるための研修の実施や彼らの心身の負担を軽減するための職場環境の改善など賃金改善以外の取り組みも重要となる。このため、今後、訪問介護従事者の確保を考える上では、賃金改善以外の要素も含めた、幅広い視点から検討を加えていく必要がある。これについても今後の課題となる。

3. さいごに

これまでの介護報酬改定の変遷を振り返れば、一貫して在宅介護の拡充が叫ばれてきた。近年では、地域包括ケアシステムの構築という明確な方向性が示され、在宅介護拡充への機運はさらに高まっている。厚生労働省(2008c)「第53回介護給付費分科会」の中では、多くの要介護者は、住み慣れた自宅で人生を全うしたいと願っており、訪問介護はその希望を叶えるために必要不可欠なサービスであること、また今後、高齢者世帯が増加する中、訪問介護は要介護高齢者の命綱となることなどが述べられている。このように、訪問介護は在宅福祉を推進する上で欠くことのできない重要なサービスといえる。

しかしその一方で、訪問介護は深刻な人材不足の状況にあり、安定的なサービス供

給が困難となることが懸念されていた。今後、高齢化のさらなる伸展により在宅介護のニーズは増大し、またそのニーズは多様化・複雑化していくことが予想される。このようなニーズにきめ細やかに対応していくためにも、これまで訪問介護が果たしてきた在宅介護における要としての役割を、介護報酬をつうじて積極的に評価していくことが求められる。

一方、介護報酬では訪問介護サービスを適切に報酬上評価できていなかったといえる。これまでの介護報酬改定の変遷を振り返れば、限られた資源を有効活用しながら、サービスの質を高めていくために、制度の持続可能性に重点を置いた見直しがなされる傾向にあったといえる（厚生労働省 2002；厚生労働省 2005；厚生労働省 2013；厚生労働省 2015）。このような政策的事由を背景とする見直しが繰り返されることによって、サービス提供に不可欠となる人件費や諸経費が含まれる基本報酬が引き下げられ、また適正化（効率化）されてきたといえる。一方、介護従事者に向けた待遇改善策をみても、（基本報酬の引き上げではなく）加算というかたちで実施され、積極的な賃金改善を図るための仕組みとはなっていなかった。そして、このような考え方に基づいた介護報酬の見直しは、サービスの公定価格を曖昧なものとしているといえる。

それゆえ、今後の訪問介護における介護報酬（公定価格）のあり方を考える上では、基本報酬を良質なサービスを確保できる水準のものとして設定すること、また質の高いサービスを加算によって積極的に評価すること、さらに（非正規を含む）すべての介護従事者の賃金水準を底上げするなど積極的な待遇改善策を展開することが求められる。そしてこれに加えて、訪問介護に従事することにインセンティブを付与する仕掛けも求められる。本研究が、訪問介護人材の確保、さらにはその労働供給の拡充に少しでも寄与できればと考えている。

-
- 1) さらに、サービスの効率化（短時間化）は従事者に厳しい時間的制約の中でサービス提供を行うことを強めていることも考えられる。
 - 2) 第4章でも指摘したように、2021年介護報酬改定では、特定事業所加算の中で訪問介護員の経験が評価されるようになっている（厚生労働省 2021）。
 - 3) ここからは、賃金改善が長期的な基本給の引き上げによってではなく、一時的な手当での支給によって実施されていることが推察される。
 - 4) この中では、「余裕がないので、細かいところまで気配りができず、作業も雑にな

ってしまう」、「以前（短時間化される前）と同様のサービスが提供できなくなった」、「以前は全身の清拭ができていたが、短時間化により上半身だけしかできなくなった」、「自立支援として利用者と一緒に行っていたことが十分にできなくなった」などの意見が示されている（全国労働組合総連合 2014）。

- 5) 二宮（2005：92）も、熟練は手業のそれであれ、知的なものであれ、すべて経験を通じて獲得されるものであると指摘する。
- 6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては、利用者の身体介護に応じた 1 月当たりの報酬設定がなされている。それは、要介護 1（5,666 単位）、要介護 2（10,144 単位）、要介護 3（16,793 単位）、要介護 4（21,242 単位）、要介護 5（25,690 単位）である。なお、この報酬単価は、訪問看護を行わない場合のものである（社会保険研究所 2018）。
- 7) 介護予防訪問介護では、1 週当たりの訪問回数により 1 月当たりの報酬設定がなされていた。例えば、1 週に 1 回程度のサービスを提供する場合は 1,226 単位が、また 1 週に 2 回程度のサービスを提供する場合は 2,452 単位が、さらに、2 回以上を超える場合は 3,889 単位が設定されている。なお、これは 2015 年介護報酬改定時のものである。2018 年介護報酬改定より、介護予防訪問介護は、介護予防・日常生活支援総合事業へ移行されている。
- 8) これらは訪問介護だけでなく、介護サービス全体に共通する要因といえる。
- 9) 先述したように、「第 74 回介護給付費分科会」の中では、本介護報酬の報酬改定が必ずしも介護職員の処遇改善に結びつかないおそれがあることが示されている。
- 10) 厚生労働省（2008b）「第 62 回介護給付費分科会」の中では、介護従事者の給与水準を考える上では生活給の視点が必要となるという意見が述べられている。
- 11) さらに、本研究で設定した評価枠組みは、他の介護サービスにも援用することが期待できる。
- 12) その一方、身体介護と生活援助との保険料を一定とすれば、身体介護の報酬を下げることとなり、身体介護の専門性を高める観点から適切ではないのではないかと指摘も存在する（厚生労働省老健局 2001）。
- 13) しかし、海外においてもドクターフィーとホスピタルフィーを明確に分離している国は少ないものとなっている。例えば、MEDIFAXweb（2010）によれば、ドクターフィーとホスピタルフィーを明確に区別していたのは民間保険が中心の米国であること、またフランスでは、民間病院でのみこの両者が区別されていたことが指摘されている。その一方、ドイツや英国ではこの両者は明確に区別されていなかったことも示されている。

初出一覧

本論文は、下記の査読論文を大幅に修正、加筆して執筆している。

3 章 坪井良史「訪問介護における介護報酬設定についての研究：基本報酬の妥当性に焦点を当てて」『社会福祉学』59（3），2018 年，44～54 項．

4 章 坪井良史「訪問介護において加算の算定が困難となる要因：訪問介護と通所介護における加算項目の比較をとおして」『社会福祉学』61（1）．2020 年，17～31 項．

5 章 坪井良史「介護職員処遇改善加算が訪問介護従事者に対して十分な待遇改善効果を及ぼしていない要因」『社会福祉学』62（1）．2021 年，38～51 項．

引用文献

序章

- 安部由起子・大竹文雄（1995）「税制・社会保障制度とパートタイム労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』31(2), 120-134.
- Brugere, F. (2011) L'ethique du "care", Universitaires de France, Paris. (= 2014, 原山哲・山下りえ子訳『ケアの倫理——ネオリベラリズムへの反論』白水社.)
- England, P. and Folbre, N. (1999) The Cost of Caring, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 39-51.
- England, P., Budig, M. and Folbre, N. (2002) Wages of Virtue : The Relative Pay of Care Work, *Social Problems*, 49 (4), 455-473.
- (https://www.researchgate.net/publication/259694576_Wages_of_Virtue_The_Relative_Pay_of_Care_Work, 2019.11.30).
- Fine, M. (2006) *A Caring Society? : "Care and the Dilemmas of Human Services in the 21st Century"*, Houndmills : Palgrave Macmillan.
- Folbre, N. and Weisskopf, T. (1998) "Did Farther Know Best? Families, Markets and the Supply of Caring Labour", in Avner, B. and Louis, P. eds, *Economics : Values and Organization*, Cambridge : Cambridge University Press.
- 福井トシ子・齋藤訓子編（2018）『診療報酬・介護報酬のしくみと考え方——改定の意図を知り看護管理に活かす』日本看護協会出版会.
- 古瀬徹（1987）「ホームヘルプ制度の現状と課題」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』23, 41-66.
- 花岡智恵（2015）「介護労働力不足はなぜ生じているのか」『日本労働研究雑誌』57(5), 16-25.
- 井口克郎（2012）「介護労働者の低賃金構造の理論的考察——介護・サービス労働の特性と社会保障制度」『人間社会環境研究』24, 125-140.
- 石田一紀（2012）『人間発達と介護労働』かもがわ出版.
- 伊藤 周平（1999）「介護保険制度のジェンダー問題」『女性労働研究』36, 26-31.
- 介護労働安定センター（2011）「平成 22 年度介護労働実態調査」(<http://www.kaigo->

center.or.jp/report/pdf/h23_chousa_jigyousho_toukeihyo.pdf, 2019.8.10).

介護労働安定センター (2014)「平成 25 年度介護労働実態調査」(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h26_chousa_jigyousho_toukeihyou.pdf, , 2019.8.10).

介護労働安定センター (2017)「平成 28 年度介護労働実態調査」(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h28_chousa_roudousha_toukeihyou.pdf, 2019.8.10).

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.

厚生労働省 (2006)「介護報酬の仕組みについて 第 1 回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 (資料 3-2)」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/10/dl/s1005-4f.pdf>, 2017.5.28).

厚生労働省 (2007)「『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』の見直しについて」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/fukusijinzhai.pdf>, 2020.1.31).

厚生労働省 (2008a)「介護報酬改定についての意見書 NPO 事業者のヒアリングから 第 52 回社会保障審議会介護給付費分科会 (沖藤委員提出資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0717-6h.pdf>, 2020.1.28).

厚生労働省 (2008b)「第 55 回～第 59 回給付費分科会における主なご意見 第 60 回社会保障審議会介護給付費分科会 (参考資料 1)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1128-8h.pdf>, 2020.2.10).

厚生労働省 (2008c)「介護労働者の確保・定着等に関する研究会 (中間とりまとめ) 第 53 回介護給付費分科会 (参考資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0918-12h.pdf>, 2020.1.28).

厚生労働省 (2011)「第 87 回社会保障審議会介護給付費分科会 議事録」(<https://www.stf/shingi/2r9852000001z7hf.html>, 2020.2.12).

厚生労働省 (2013)「地域包括ケアシステムの実現に向けて 第 46 回社会保障審議会介護保険部会 (資料 3)」(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutouka-tsukan-Sanjikanshit-su-Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf>, 2018.12.10).

厚生労働省 (2017)「平成 29 年賃金構造基本統計調査の概況」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2017/dl/13.pdf>, 2019.8.5).

- 厚生労働省（2018a）「介護保険事業状況報告（暫定）」（[https:// www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html](https://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html), 2019.8.6）.
- 厚生労働省（2018b）「福祉・介護人材の確保に向けた取組について」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000363270.pdf>, 2019.8.4）.
- 厚生労働省（2018c）「平成 29 年介護事業経営実態調査結果」（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittai17/dl/h29_soukatu.pdf, 2020.8.25）.
- 厚生労働省老健局（2003）「2015 年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」（<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>, 2019.9.16）.
- 厚生労働省社会・援護局総務課（2015）「2025 年に向けた介護人材の確保——量と質の好循環の確立に向けて 第 15 回社会保障審議会福祉部会（資料）」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075711.pdf, 2020.2.17）.
- 小山秀夫（2000）「介護報酬」『季刊社会保障研究』 36（2），224-234.
- 久場嬉子（2003）「ジェンダー視点からみる周辺労働問題——ホームヘルプ労働をめぐる」『日本労働社会学会年報』 14, 45-66.
- 久谷興四郎監修（2007）『介護労働——現場からの叫び』日本リーダーズ協会.
- Le Grand, J. and Bartlett, W.（1993） *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan, UK.
- 増田雅暢（2016）『介護保険の検証——軌跡の考察と今後の課題』法律文化社.
- 増子忠道（2013）『やりなおし介護保険——制度を生まれ変わらせる 20 の方法』筑摩書房.
- 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」結城康博・松下やえ子・中塚さちよ編著『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, 93-119.
- 宮本恭子（2012）『介護現場における人材の確保と定着——持続可能性の高い施策をめざして』学術出版.
- 森幹郎（1972）「ホームヘルプサービス——歴史・現状・展望」『季刊社会保障研究』 8（2）, 31-39.
- 森川美絵（2014）「社会政策におけるケアの労働としての可視化 ——介護労働の評価

- からみた介護保険制度の課題」『社会政策』5 (3), 25-37.
- 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.
- 内閣府 (2010)「介護保険制度に関する世論調査」(<https://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/2-4.html>, 2020.1.31).
- 内閣府 (2018)『平成 30 年版 高齢社会白書』日経印刷.
- 日本ホームヘルパー協会 (2013)「平成 24 年度介護報酬改定後の影響調査報告」([https://nihonhelper.sharepoint.com/Documents/調査 H25.3 \(介護報酬改定後の影響調査%E3%80%80 解説.pdf](https://nihonhelper.sharepoint.com/Documents/調査 H25.3 (介護報酬改定後の影響調査%E3%80%80 解説.pdf), 2017.6.11).
- 日本介護福祉士会 (2011)「介護職員処遇改善交付金の効果等に関する調査結果 (概要)」(<http://www.jaccw.or.jp/pdf/yoboshoteigensho/201110syoguukaizentyousa.pdf>, 2017.12.15).
- 日本介護福祉士養成施設協会 (2018)「介護福祉士養成施設への入学者数と外国人留学生」(http://kaiyokyo.net/member/01_nyuugakusha_ryuugakusei.pdf, 2018.8.12).
- 二木立 (2007)『介護保険制度の総合的研究』勁草書房.
- 大場敏彦 (2004)「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』1590, 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』7, 130-142.
- 笹谷春美 (2000)「『伝統的女性職』の新構成——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.
- 渋谷光美 (2014)『家庭奉仕員・ホームヘルパーの現代史——社会福祉サービスとしての在宅介護労働の変遷』生活書院.
- 下野恵子 (2003)「ホームヘルパーの行動分析と介護サービスの質」下野恵子・大日廉史・大津広子『介護サービスの経済分析』東洋経済新聞社, 105-119.
- 鈴木亘 (2010)「パートタイム介護労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』45 (4), 417-443.
- 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』34, 19-30.
- 坪井良史 (2020)「訪問介護における新規人材確保に関する一考察——介護職員初任

- 者研修受講者に対するアンケート調査結果から」『社会福祉学』61 (1), 59-73.
- 坪井良史 (2021)「新たに介護職に入職しようとする人々が有する就労働機——介護職員初任者研修におけるアンケート調査分析」『社会福祉学』61 (4), 87-99.
- 堤修三 (2010)『介護保険の意味論』中央法規.
- 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.
- 米沢哲 (2018)「介護労働の実態——人間らしい働き方の実現に向けて」『女性労働研究』62, 79-97.
- 全国労働組合総連合 (2014)「2014 年度版『介護施設で働く労働者のアンケート』と『ヘルパーアンケート』報告集」(http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/2014/140805_01.pdf, 2018.11.10).
- 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」(http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/2015/151107_01.pdf, 2019.2.25) .

第 1 章

- 月刊介護保険編集部編 (2000)『介護報酬算定基準』法研.
- 井口克郎 (2011)「介護保険制度下の介護人材確保政策と介護労働者の地位」『医療・福祉研究』20, 30-41.
- 井上千津子 (2000)「介護とは」一番ヶ瀬康子監修『新・介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房, 2-17.
- 石田一紀 (2012)『人間発達と介護労働』かもがわ出版.
- 介護保険制度史研究会編 (2016)『介護保険制度史——基本構想から法施行まで』社会保険研究所.
- 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.
- 川瀬善美 (2009)「介護職員不足問題と『介護職員等処遇改善交付金』」『白鷗大学教育学部論集』3 (2), 285-325.
- 厚生労働省 (2000)「介護報酬設定の基本的な考え方 (案)」(http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/ap/563.pdf, 2017.5.24).

厚生労働省（2003a）「介護報酬単位の見直し案 第 19 回 社会保障審議会介護給付費分科会資料（別紙 1）」（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/01/s0120-4f.html>, 2017.11.25）.

厚生労働省（2003b）「平成 15 年度介護報酬見直しの概要 第 2 回社会保障審議会介護保険部会（資料 4）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0707-4e.html>, 2020.2.15）.

厚生労働省（2006）「平成 18 年度介護報酬等の改定について（概要）第 39 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 2）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/dl/s0126-9c1.pdf>, 2020.1.28）.

厚生労働省（2008a）「平成 21 年度介護報酬改定の概要 第 63 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1-2）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1226-5c.pdf>, 2020.2.25）.

厚生労働省（2008b）「介護報酬見直しに係る要望事項（稲葉雅之委員提出資料）第 57 回介護給付費分科会」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1030-2p.pdf>, 2020.1.28）.

厚生労働省（2011）「訪問介護の基準・報酬について 第 82 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1-1）」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ryva-att/2r9852000001ryxf.pdf>, 2020.2.10）.

厚生労働省（2012a）「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（別紙 1）」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r9852000002123j.pdf>, 2017.11.26）.

厚生労働省（2012b）「平成 24 年度介護報酬改定の概要 第 88 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1-2）」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf>, 2020.2.25）.

厚生労働省（2015a）「平成 27 年度 介護報酬改定介護報酬の見直し案（改） 第 119 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1-3）」（http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshouta-ntou/000000073618.pdf, 2017.11.26）.

厚生労働省（2015b）「平成 27 年度介護報酬改定の概要（案）第 119 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1-1 改）」（<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai>

- 12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000073617.pdf, 2020.2.25).
- 厚生労働省（2018）「平成 30 年度 介護報酬改定介護報酬の見直し案 第 158 回社会保障審議会介護給付費分科会（別紙）」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000192311.pdf, 2018.7.19).
- 厚生省（1999）「介護保険施設における要介護度別の報酬設定の考え方等について」（[https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/b663e2b660a2c0054925689a003b8745/\\$FILE/ATTN3OFV/介護保険施設における要介護度別の報酬設定の考え方.pdf](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/b663e2b660a2c0054925689a003b8745/$FILE/ATTN3OFV/介護保険施設における要介護度別の報酬設定の考え方.pdf), 2021.1.18).
- 増田雅暢（2016）『介護保険の検証——軌跡の考察と今後の課題』法律文化社.
- 増子忠道（2013）『やりなおし介護保険——制度を生まれ変わらせる 20 の方法』筑摩書房.
- 三菱総合研究所（2016）「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」（http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h27/h27_06.pdf, 2017.8.9).
- 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.
- 日本ホームヘルパー協会（2013）「平成 24 年度介護報酬改定後の影響調査報告」（<https://nihonhelper.sharepoint.com/Documents/調査 H25.3（介護報酬改定後の影響調査%E3%80%80 解説.pdf>, 2017.6.11).
- 日本介護福祉士会（2011）「介護職員処遇改善交付金の効果等に関する調査結果（概要）」（<http://www.jaccw.or.jp/pdf/yoboshoteigensho/201110syoguukaizentyousa.pdf>, 2015.9.25).
- 二木立（2007）『介護保険制度の総合的研究』勁草書房.
- 西島文香（2009）「介護労働の変容と財政課題——訪問介護の特質と財政方式の検（1）」高知論叢（95），77-100.
- 西島文香（2011）「介護労働の変容と財政課題——訪問介護の特質と財政方式の検討（2）」高知論叢（100），55-84.
- 大坪宏至（2000）「わが国介護保険制度における介護報酬に関する基礎的考察」『経営

研究所論集』(23), 187-223.

社会保険研究所 (2012)『介護報酬の解釈 1——単位数表編』社会保障研究所.

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」(http://www.espa.or.jp/surveillance/pdf/surveillance/h21/h21_03report_07.pdf, 2017.7.27).

総合社会福祉研究所 (2015)「基本報酬が削られ職員の非正規化が加速——介護報酬の考え方と経緯」『福祉のひろば』189, 10-15.

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』34, 19-30.

高田和江 (2018)「福祉・介護職員処遇改善加算制度の問題点」『社会主義』(669), 56-60.

堤修三 (2010)『介護保険の意味論』中央法規.

宇野裕 (1995)『職業としての福祉 21 世紀の福祉マンパワーを求めて』中央法規出版.

柳本文貴 (2012)「介護保険、報酬の抑制はせめて美しく」『SYNODOS』(<https://synodos.jp/welfare/1441>, 2019.12.27).

山根純佳 (2017)「準市場における在宅介護労働の日英比較」『実践女子大学人間社会学部紀要』13, 111-127.

結城康博 (2011)『日本の介護システム——政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店.

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」(http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/2015/151107_01.pdf, 2019.2.25).

第 2 章

平岡公一 (2008)「ケア市場化の可能性と限界」上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理他編『ケアを支える仕組み——ケア その思想と実践 5』岩波書店.

駒村康平 (2004)「擬似市場論 社会福祉基礎構造改革と介護保険に与えた影響」渋谷博史・平岡公一編著『福祉の市場化をみる眼 資本主義メカニズムとの整合性』

ミネルヴァ書房, 213-236.

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.

厚生労働省 (2011) 「訪問介護の基準・報酬について 第 82 回社会保障審議会介護給付費分科会 (資料 1-1)」 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ryva-att/2r9852000001ryxf.pdf>, 2020.2.10).

厚生労働省 (2014) 「平成 27 年度介護報酬改定に向けた基本的な視点 (案) 第 110 回介護給付費分科会 (資料 3)」 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000061289.pdf, 2020.1.29).

児山正史 (2004) 「準市場の概念」『年報行政研究』39, 129-146.

Le Grand, J. and Bartlett, W. (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan, UK.

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.

佐橋克彦 (2002) 「対人社会サービスの準市場化と本質：英国国民保健サービス・コミュニティケア改革の経験から」『帯広大谷短期大学紀要』39 (0), 99-108.

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応」『季刊社会保障研究』44 (1), 30-40.

埋橋孝文 (2010) 「日本における介護ケアワーク——特徴と問題点」『海外社会保障研究』170, 50-61.

山根純佳 (2017) 「準市場における在宅介護労働の日英比較」『実践女子大学人間社会学部紀要』13, 111-127.

第 3 章

井上千津子 (2000) 「介護とは」一番ヶ瀬康子監修『新・介護福祉学とは何か』ミネ

ルヴァ書房, 2-17.

介護保険制度史研究会 (2016)『介護保険制度史——基本構想から法施行まで』社会保険研究所.

厚生労働省 (2002)「第 7 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/txt/s0408-1.txt>, 2020.2.10).

厚生労働省 (2008a)「訪問介護の利用状況」(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1030-2d_0002.pdf, 2017.7.27.)

厚生労働省 (2008b)「訪問介護労働者の法定労働条件の確保のために」(https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/kantoku/dl/041115-1a_0001.pdf, 2019.4.25).

厚生労働省 (2011)「訪問介護の基準・報酬について 第 82 回社会保障審議会介護給付費分科会(資料 1-1)」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ryva-att/2r9852000001ryxf.pdf>, 2020.2.10).

厚生労働省 (2013)「訪問介護サービスにおける短時間の身体介護の提供状況に関する調査研究事業(結果概要) 第 99 回介護給付費分科会(別紙 5)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000042430_3.pdf, 2020.1.29).

厚生労働省 (2015)「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(平成 27 年 4 月 1 日施行)」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000080824.pdf>, 2017.5.1.)

厚生労働省 (2016)「平成 27 年度介護給付費等実態調査の概況(平成 27 年 5 月審査分～平成 28 年 4 月審査分)」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/15/dl/04.pdf>, 2017.6.5.)

厚生労働省 (2017)「訪問介護及び訪問入浴介護 第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会(参考 資料 1)」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170289.pdf, 2017.7.26.)

厚生省医療保健福祉審議会 (1998)「第 8 回介護給付費部会 介護報酬の主な論点と基本的考え方(中間とりまとめ)」(http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo11.html, 2017.5.1.)

- 厚生省医療保健福祉審議会（2000a）「第16回介護給付費部会資料 介護報酬設定の主な考え方」（https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kaigo99_4/54pdf/4-2.pdf, 2020.1.20）.
- 厚生省医療保健福祉審議会（2000b）「第16回介護給付費部会資料 介護報酬の設定に関する基本的な考え方」（https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kaigo99_4/54pdf/5.pdf 2019.12.21）.
- 厚生省医療保健福祉審議会（2000c）「第16回介護給付費部会資料 単価の算出に用いた数値」（https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kaigo99_4/54pdf/4-1.pdf, 2020.1.20）.
- 厚生省老人保健福祉局（2000a）「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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（老企第36号）」（<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/seido/0604/dl/02.pdf>, 2020.1.28）.
- 厚生省老人保健福祉局（2000b）「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計第10号）」（http://www.kaigoseido.net/kaigohoken/k_document/rokei10.htm, 2020.1.28）.
- 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」結城康博・松下やえ子・中塚さちよ編著『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, 93-119.
- 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』3（3）, 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.
- 日本医療経営学会（2014）『介護・看護サービス統計データ集』三冬社.
- 西島文香（2011）「介護労働の変容と財政課題——訪問介護の特質と財政方式の検討（2）」高知論叢（100）, 55-84.
- 大場敏彦（2004）「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』1590, 4-10.
- 大坪宏至（2000）「わが国介護保険制度における介護報酬に関する基礎的考察」『経営

研究所論集』(23),187-223.

佐藤卓利 (2000)「介護保険とホームヘルプ労働についての考察」『賃金と社会保障』1281, 60-74.

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」(http://www.espa.or.jp/surveillance/pdf/surveillance/h21/h21_03report_07.pdf, 2017.7.27).

坪井良史 (2015)「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」『公共政策』7, 77-96.

山根純佳 (2017)「準市場における在宅介護労働の日英比較」『実践女子大学人間社会学部紀要』13, 111-127.

全国労働組合総連合 (2014)「2014 年度版『介護施設で働く労働者のアンケート』と『ヘルパーアンケート』報告集」(http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/2014/140805_01.pdf, 2018.11.10).

第 4 章

荒牧登史治 (2019a)「WAM レポート 平成 29 年度 通所介護事業所の経営状況について」(https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/190628_No002.pdf, 2019.11.5).

荒牧登史治 (2019b)「WAM レポート 平成 30 年度 介護報酬改定の影響に関するアンケート調査の結果について」(https://www.wam.go.jp/content/files/pcpub/top/scr/181105_No005.pdf, 2019.11.5).

厚生労働省 (2004)「第 8 回社会保障審議会介護保険部会 (資料 4)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-7e1.html>, 2020.1.30).

厚生労働省 (2008a)「訪問介護について 第 57 回介護給付費分科会 (資料 2-1)」(https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1030-2d_0003.pdf, 2020.1.28)

厚生労働省 (2008b)「介護報酬見直しに係る要望事項 第 57 回社会保障審議会介護給付費分科会 (稲葉委員提出資料)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1030-2p.pdf>, 2020.1.31).

- 厚生労働省(2008c)「訪問介護の利用状況」(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1030-2d_0002.pdf, 2017.7.27).
- 厚生労働省(2008d)「介護従事者のキャリアアップの仕組みについて 第56回社会保障審議会介護給付費分委会(資料4)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1009-6e.pdf>, 2020.2.10).
- 厚生労働省(2010)「(参考)介護報酬改定後の動向 第65回社会保障審議会介護給付費分科会(資料3)」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0325-18o.pdf>, 2020.2.12).
- 厚生労働省(2013)「在宅サービスについて 第48回社会保障審議会介護保険部会(資料1)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000023270.pdf, 2020.2.2).
- 厚生労働省(2014)「第111回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000066920.html>, 2020.2.17).
- 厚生労働省(2015a)「平成26年介護事業経営実態調査結果」(https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittai14/dl/h25_gaiyo.pdf, 2017.11.26).
- 厚生労働省(2015b)「介護報酬でのサービスの質の評価の導入に関する取組について 第123回社保審—介護給付費分科会(資料6)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000089752.pdf, 2019.11.13).
- 厚生労働省(2021)「令和3年度介護報酬改定における改定事項について 第199回介護給付費分科会(参考資料1)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000750362.pdf>, 2021.6.18.)
- 増子忠道(2013)『やりなおし介護保険——制度を生まれ変わらせる20の方法』筑摩書房.
- 三菱総合研究所(2016)「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」(https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h27/h27_06.pdf, 2017.11.20).
- 日本医療経営学会(2014)『介護・看護サービス統計データ集』三冬社.
- 社会保険研究所(2012)『介護報酬の解釈1——単位数表編』社会保障研究所.
- 社会保険研究所(2018)『介護報酬の解釈1——単位数表編』社会保障研究所.

坪井良史（2015）「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」『京都府立大学学術報告 公共政策』7, 77-96.

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.

第 5 章

厚生労働省（2009）「介護職員処遇改善交付金事業実施要領」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/10/dl/tp1023-1k.pdf>, 2019.12.5）.

厚生労働省（2011a）「第 82 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wei0.html> 2020.2.10）.

厚生労働省（2011b）「社会保障審議会介護保険部会 社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wnbh-att/2r9852000001wnf1.pdf>, 2020.2.3）.

厚生労働省（2012）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c05.pdf>, 2020.2.1）.

厚生労働省（2014）「平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告（案）第 117 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1）」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000069423.pdf, 2020.1.29）.

厚生労働省（2015）「第 119 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000076726.html>, 2020.2.17）.

厚生労働省（2018）「平成 29 年度介護従事者処遇状況等調査結果」（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/18/dl/29kekka.pdf>, 2020.2.1）.

厚生労働省（2019）「平成 30 年度介護従事者処遇状況等調査結果」（<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/19/dl/30kekka.pdf>, 2020.2.10）.

厚生労働省老健局（2017）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/09.pdf>, 2019.12.10）.

厚生労働省老健局（2018）「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務

- 処理手順及び様式例の提示について」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199135.pdf>, 2019.12.10).
- 厚生労働省老健局老人保健課（2015）『「介護職員処遇改善加算に関する取り扱い」の送付について（平成 27 年 3 月 17 日）」(<http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2015/03/edf38a7d802af568a141418fb7a1b2bb.pdf>, 2019.12.7).
- 社会保険研究所（2012）『介護報酬の解釈 1——単位数表編』社会保険研究所.
- 社会保険研究所（2018）『介護報酬の解釈 1——単位数表編』社会保険研究所.
- 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」(http://www.espa.or.jp/surveillance/pdf/surveillance/h21/h21_03report_07.pdf, 2017.7.27).
- 堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規.
- 柳本文貴（2012）「介護保険、報酬の抑制はせめて美しく」『SYNODOS』(<https://synodos.jp/welfare/1441>, 2019.12.27).
- 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」(http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/2015/151107_01.pdf, 2019.2.25).

終章

- Dexter, M. and Harbert, W. (1983) *The home help service*, Tavistock Publications.
 (=1987. 岡田藤太郎訳『ホームヘルプサービス』相川書房.)
- 井上千津子（2000）「介護とは」一番ヶ瀬康子監修『新・介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房，2-17.
- 近藤けい子（2014）「ホームヘルパーの専門性——家政婦との違いに関する議論をめぐって」結城康博・松下やえ子・中塚さちよ『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，76-119.
- 厚生労働省（2002）「介護保険施行後のサービスの課題と介護報酬見直しの方向 第 15 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 3）」(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/10/s1028-7d.html>, 2020.1.28).

厚生労働省（2005）「介護保険制度改革参考資料 第 22 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 1-2）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/dl/s0318-9c3.pdf>, 2020.1.28）.

厚生労働省（2008a）「介護従事者のキャリアアップの仕組みについて 第 56 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 4）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1009-6e.pdf>, 2020.2.10）.

厚生労働省（2008b）「平成 21 年介護報酬改定に関する委員の主なご意見 第 62 回介護給付費分科会」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1212-7f.pdf>, 2020.1.25）.

厚生労働省（2008c）「「介護労働者の確保・定着等に関する研究会（中間とりまとめ）第 53 回 介護給付費分科会」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0918-12h.pdf>, 2020.1.25）

厚生労働省（2013）「介護保険制度の見直しに関する意見（素案）第 97 回社会保障審議会介護給付費分科会（参考資料 2）」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031915.pdf, 2020.1.29）.

厚生労働省（2014）「介護人材の処遇改善の充実に向けて（案）第 115 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 7）」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065678.pdf, 2020.1.25）.

厚生労働省（2015）「平成 27 年度介護報酬改定を踏まえた今度の課題（案）第 121 回社会保障審議会介護給付費分科会（資料 3）」（https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000084037.pdf, 2020.1.30）.

厚生労働省（2017）「第 142 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000174375.html>, 2020.2.18）.

厚生労働省（2021）「令和 3 年度介護報酬改定における改定事項について 第 199 回介護給付費分科会（参考資料 1）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000750362.pdf>, 2021.6.18.）

厚生労働省老健局（2001）「第 2 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」

- (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0111/txt/s1105-2.txt> 2020.2.10).
- 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」結城康博・松下やえ子・中塚さちよ編著『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, 93-119.
- MEDIFAXweb (2010)「諸外国のドクターフィー、現状を調査 日医総研」(<https://mf.jiho.jp/article/p-1300853356862>, 2021.2.10).
- 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.
- 日本ホームヘルパー協会 (2017)「訪問介護の専門性に関する調査研究報告書」(https://www.helpa.jp/pdf/research/visit_care_rearch.pdf, 2020.3.15).
- 二宮厚美 (2005)『発達保障と教育・福祉労働——コミュニケーション労働の視点から』全国障害者問題研究会出版部.
- 西島文香 (2011)「介護労働の変容と財政課題——訪問介護の特質と財政方式の検討(2)」高知論叢 (100), 55-84.
- 小川栄二 (1998)「ホームヘルプ労働のあるべき姿と改善課題」河合克義編著『ホームヘルプサービスにおける公的責任を考える』あけび書房, 80-114.
- 社団法人全日本病院協会全日病総研 (2010)「ホスピタルフィーの考え方について(研究報告書)」(https://www.ajha.or.jp/about_us/thinktank/pdf/100611.pdf, 2021.1.13)
- 社会保険研究所 (2018)『介護報酬の解釈 1——単位数表編』社会保険研究所.
- 須加美明 (2013)『訪問介護の評価と専門性』日本評論社.
- 高木和美 (2006)「ホームヘルプサービス政策の推移——看護・介護労働者の差別的利用構造の展開」『賃金と社会保障』1411, 4-18.
- 坪井良史 (2016)「訪問介護における人材確保についての研究——給付付き税額控除と処遇改善給付金の提案」福祉社会研究 (16), 35-53.
- 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.
- 宇野裕 (1995)『職業としての福祉 21 世紀の福祉マンパワーを求めて』中央法規出版.
- 山根純佳 (2017)「準市場における在宅介護労働の日英比較」『実践女子大学人間社会学部紀要』13, 111-127.

全国労働組合総連合（2014）「2014 年度版『介護施設で働く労働者のアンケート』と
『ヘルパーアンケート』報告集」（[http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/](http://www.zenroren.gr.jp/jp/kurashi/data/2014/140805_01.pdf)
2014/140805_01.pdf, 2018.11.10）.