

訪問介護における介護報酬改定の変遷（I）

介護保険制度創設時から2018年介護報酬改定までの動向に着目して

坪井良史

要旨

介護報酬は介護サービスの公定価格であるとともに、政府によって設定されコントロールされる。介護報酬は3年に1回改定され、制度創設以降、6回の改定が重ねられている。しかし、これまでの改定結果は、介護報酬改定時に刊行されるポイント解説やQ&Aなどによって時事評論的に論じられることが多かった。それゆえ、介護報酬が公定価格として妥当性を有しているかについて長期的な視点から分析を行う研究は十分に蓄積がなされていない。そこで本研究では、これについてみるために、介護保険制度創設時から2018年の介護報酬改定の間、介護報酬がどのような考え方のもとで、どのように見直されてきたのかについて通史的観点から考察を行う。本考察では、在宅介護における中核的なサービスである訪問介護に着目する。また、介護報酬に関する研究において主たる論点とされてきた基本報酬、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う。

章構成

I. はじめに

1. 研究の背景
2. 先行研究および研究目的

II. 訪問介護における介護報酬設定と2003年改定に向けた動向

1. 介護保険制度創設当初の介護報酬設定
2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方
3. 2003年介護報酬改定における考え方および概要
4. 小括

III. 2006年介護報酬改定へ向けた動向

1. 2006年介護報酬改定へ向けた基本的考え方
2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方

3. 2006年介護報酬改定における考え方および概要
4. 小括
- IV. 2009年介護報酬改定へ向けた動向
 1. 2009年介護報酬改定へ向けた基本的考え方
 2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方
 - 1) 訪問介護における介護報酬見直しに向けた検討課題
 - 2) 訪問介護における介護報酬の体系的見直し
 - 3) 移動時間や記録作成時間などの位置づけ
 3. 2009年介護報酬改定における考え方および概要
 4. 小括、以上、本号掲載、以下、次号以降掲載予定
- V. 2012年介護報酬改定へ向けた動向
 1. 2012年介護報酬改定へ向けた基本的考え方
 2. 介護従事者に向けた待遇改善策についての考え方
 3. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方
 4. 2012年介護報酬改定の概要
 5. 小括
- VI. 2015年介護報酬改定へ向けた動向
 1. 2015年介護報酬改定へ向けた基本的考え方
 2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方
 3. 介護従事者に向けた待遇改善策についての考え方
 4. 2015年介護報酬改定の概要
 5. 小括
- VII. 2018年介護報酬改定へ向けた動向
 1. 2018年介護報酬改定へ向けた基本的考え方
 2. 介護従事者に向けた待遇改善策についての考え方
 3. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方
 4. 2018年介護報酬改定の概要
 5. 小括
- VIII. 考察：介護報酬改定の変遷の整理および今後の訪問介護における介護報酬のあり方
 1. 基本報酬の見直し
 - 1) 2000年から2009年までの動向
 - 2) 2009年から2018年までの動向
 2. 加算における見直し
 - 1) 2000年から2009年までの動向
 - 2) 2009年から2018年までの動向

3. 介護従事者に向けた待遇改善策の見直し
 - 1) 2000年から2009年までの動向
 - 2) 2009年から2018年までの動向
4. 今後の訪問介護における介護報酬のあり方

IX. 結語

I. はじめに

1. 研究の背景

本研究では、訪問介護における介護報酬が、どのような考え方のもとで、どのように見直されてきたのかについて通史的観点から考察を行う。

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 2006a）。また介護報酬は、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。さらに、介護報酬は基本報酬と加算部分とで構成されている。基本報酬は、サービス提供において不可欠となる人件費や諸経費が含まれるのに対して、加算部分は、国家資格を有する者や一定の勤続年数以上の職員が一定基準を超えて配置されているなど、より質の高いサービスの提供に努める事業所を評価するものである。そして、最終的に介護サービスは、基本報酬と加算とを組み合わせることで報酬上評価される。さらに近年では、介護従事者に向けた待遇改善が加算の中に組み込まれるようになってきている。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り（増田 2016：61）、さらに利用者にとっては、保険料の増減や利用者の自己負担の増減にも影響を及ぼすこととなる（大坪 2000）。このような性格上、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。

この介護報酬は政府によって設定されコントロール（改定）されている。介護報酬は3年に1回改定され、これまで臨時的過程を除けば6回の改定が重ねられてきている。報酬単価を定期的に見直すことにより、社会的な要請に応え、またあるべき姿に向かうよう報酬単価を政策的に誘導することが期待される（福井・齋藤 2018：35）。しかし、これまで介護報酬の改定が介護サービスに及ぼす影響については、介護報酬改定時に刊行されるポイント解説やQ&Aなどによって時事評論的に論じられることが多かった。それゆえ、介護報酬がサービスの公定価格として妥当性を有しているのかについて長期的な視点から分析を行う研究は十分に蓄積がなされていない。結城（2011：34-35）も、あるべき介護保険制度を考えるためには、（3年おきなど）短期的な視野で議論するだけでは十分ではなく、時系列的にその軌跡を見ていくことが重要であると指摘をしている。これをふまえ本研究では、介護報酬改定の変遷を通史的観点から捉えることを目的とする。

本研究では、訪問介護における介護報酬の変遷に着目する。訪問介護は、これまで「在宅サー

ビスの本命」と指摘される（森 1972）ように、在宅福祉においてその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の実現が目指される中においては、その役割のさらなる拡大が期待される。しかし一方で、訪問介護従事者は、厳しい労働環境の下に置かれており、介護人材確保や介護報酬上の評価における政策の視点から疎外されている（森川 2015）。このように、訪問介護は、在宅介護における重要なサービスであるにもかかわらず、政策の視点が向けられない状況にある。本研究の関心は、このような矛盾を解消する点に向けられている。

2. 先行研究および研究目的

先述したように、介護報酬は介護サービスの公定価格となる。しかし、これまでの研究では、訪問介護における介護報酬は適切に機能していないことが指摘されてきた。

まず、基本報酬部分についてみると、生活援助をはじめとして低い水準に設定されていることが指摘されてきた。まず石田（2012：196）の研究では、介護報酬は要介護者に「直接」「対面」して行われる「対人身体介護」に傾斜配分されていることが指摘されている。森川（2015：179）の研究でも、訪問介護における介護報酬では、身体介護を家事援助（生活援助）よりも大幅に優位に評価していると指摘がなされている。次に加算部分では、加算が新たに新設され介護報酬体系が複雑化されたことや、訪問介護においては加算の算定が困難となっていることなどが指摘されてきた。まず結城（2011：29）の研究では、近年の介護報酬改定の特徴として、加算項目の新設が目立つことが指摘されている。また柳本（2012）の研究の中では、近年の介護報酬改定の特徴として、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があげられている。さらに増子（2013：99）の研究では、加算方式はとりわけ施設では問題なく機能しているが、訪問サービスではこの加算方式が機能していないことが指摘されている。これに加えて、介護従事者に向けた待遇改善策では、介護従事者の待遇改善を目的として創設された「介護職員処遇改善交付金」および「介護職員処遇改善加算」が介護従事者に十分な賃金改善を及ぼしていないことなどが指摘されている。まず日本ホームヘルパー協会（2013）の調査（n=1,108）では、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%である一方、「以前と変わらない」と回答した従事者は62.1%、「以前より減った」と回答した従事者は20.6%となっている。さらに、登録ヘルパーに及ぼす影響に目を向けると、「前よりも増えた」が7.7%、「前よりも減った」が38.1%、「そんなに変わらない」が49.4%となっている。全国労働組合総連合（2015）の調査（n=3,353）をみても、「給与等が改善された」と回答した従事者は16.1%と、6人に1人とどまっていることが示されている。またこの内訳をみると、正規職は23.1%、フルタイム非正規職は16.3%、パート職6.3%、登録型ヘルパーは2.7%となっている。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の部分において、サービスの公定価格としてふさわしい設定となっていないことが考えられる。

一方、訪問介護における介護報酬を長期的な視点から捉える研究は非常に少ないものとなっている。この数少ない研究として西島（2011）があげられる。西島は、介護報酬がどのような過程

を経て設定されたのか、また介護報酬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を行っている。西島は、介護保険制度創設当初、身体介護中心型、生活援助中心型、さらには両者の中間的な位置づけである複合型の三類型が設定されたが、2003年、2006年、2009年と介護報酬改定が重ねられる中で、身体介護と生活援助の報酬を一本化する方向が示されたこと、その一方、この一本化は先送りされ、身体介護と生活援助との両サービスの報酬格差が維持されていると指摘している。そして、このような介護報酬改定の動向をふまえ、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。このように、西島の研究は、訪問介護における介護報酬のあり方を長期的な視点から捉えるものとなっている。しかしながら、その研究の視点は、基本報酬に向けられており、加算や待遇改善策については、どのような考え方のもとで、どのような見直しがなされていったのかについて長期的視点から考察がなされていない。これに加えて、西島の研究は、介護保険創設時から2009年の介護報酬改定までの期間を対象とするものとなっている。2012年以降の介護報酬改定では、地域包括ケアシステムの推進やサービスの質の向上、介護職員処遇改善加算の創設など、介護保険制度における重要な見直しが行われているが、これらの見直しが訪問介護の介護報酬にどのような影響を及ぼしているのかについては考察がなされていない。

それでは、現在の訪問介護における介護報酬は、介護サービスの公定価格として妥当なものとなっているのであろうか、また公定価格としてふさわしいものへと見直しがなされてきたのだろうか。これについてみるために本研究では、介護報酬改定の変遷を通史的な視点から捉えることを試みる。具体的には、介護報酬に関する研究において主たる論点とされてきた基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点に着目する。そして、介護保険制度創設時から2018年の介護報酬改定の間、これらがどのような考えに基づき、またどのように見直されていったのかについて考察を行う。そして、今後の訪問介護における介護報酬のあり方を展望する。本研究は、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。

本考察では、厚生労働大臣の諮問に応じて介護サービスにおける介護報酬のあり方や人員基準などを審議する「社会保障審議会介護給付費分科会」に着目する。そして、本分科会において公開されている資料や議事録を参照する。なお生活援助は、介護保険制度創設時は「家事援助」と呼称されていたが、2003年の介護報酬改定により「生活援助」へと名称変更されている。このため、本研究では2000年から2003年介護報酬改定までは「家事援助」という名称を、また、2003年介護報酬改定以降は「生活援助」という名称を用いる。

以下第2章では、訪問介護における介護報酬単価がどのように設定されたのか、また2003年介護報酬改定に向けて、訪問介護の介護報酬見直しがどのような考え方に基づき行われていったのかについて考察を行う。また第3章では、2006年の介護報酬改定に向けて、訪問介護の介護報酬がどのように見直されていったのかについて考察を行う。同様に、第4章では、2009年の介護報酬改定に向けた動向、第5章では、2012年の介護報酬改定に向けた動向、第6章では、

2015年の介護報酬改定に向けた動向、そして第7章では2018年の介護報酬改定に向けた動向について考察を行う。これをふまえ、第8章では、これまでの介護報酬改定の変遷について整理を行うとともに、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を行う。なお本稿では、介護保険制度創設時から2009年の介護報酬改定までの動向（第1～4章）を対象とする。

Ⅱ. 訪問介護における介護報酬設定と2003年改定に向けた動向

1. 介護保険制度創設当初の介護報酬設定

ここではまず、介護報酬単価が設定された経緯について概観する。訪問介護における介護報酬の設定では、実際に提供したサービスの量（時間および回数）に応じて補助金を交付する事業費補助方式が土台とされた。本方式では、その訪問形態によって、一定時間利用者宅にとどまり援助を行う「巡回型」と、定期的に必要な介助を短時間で行う「滞在型」とに区分され、それぞれ「単位」というかたちで基準が設けられた。さらに、「滞在型」は、「身体介護中心業務」と「家事援助中心業務」に区分され、30分を1単位として単価が設定された（西島2009）。例えば「滞在型」の補助単価をみると、「身体介護中心業務」（1時間程度）が3,740円、また「家事援助中心業務」（1時間程度）が1,790円と設定されている（森川2012）。

一方、介護保険制度創設当初の報酬単価は、介護人材の参入を促進するために、この補助単価を引き上げるかたちで設定されることとなった。具体的な介護報酬単価をみると、(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の3つの区分が設けられ、それぞれ、4,020円（30分以上1時間未満）、2,220円（1時間以上）、2,780円（30分以上1時間未満）と設定された（月刊介護保険編集部編2000：22）。さらに、(1) 2人の訪問介護員によるサービス提供、(2) 早朝・夜間、深夜のサービス提供、(3) 特定の地域におけるサービス提供については、上記の単価に上乘せを行う「加算」が設定された。まず(1)では、体重が重い利用者などに多くの介護を提供する場合^{*1}などが該当し、この場合、所定単位数の100分の200に相当する単位数が設定された。また(2)では、早朝（午前6時から午前8時）や夜間（午後6時から午後10時）、深夜（午後10時から翌朝6時）の時間帯にサービスを実施した場合、所定単位数の100分の15に相当する単位数が設定された。さらに(3)では、離島振興法や山村振興法などによって指定された離島や中山間地域においてサービスを提供する場合^{*2}、所定単位数の100分の15に相当する単位数が設定された（表1）。

*1 具体的には、体重が重い利用者に入浴介助等の重介護を内容とする場合（平成12年2月厚生省告示第23号第二号イ）やエレベーターのない建物の2階以上の居室から歩行困難な利用者を外出させる場合（平成12年2月厚生省告示第23号第二号ハ）などが該当する。

*2 ここでは、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により指定された離島振興対策実施地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島、山村振興法（昭和40年法律第64号）第7条第1項の規定により指定された振興山村、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島、沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第3号に規定する離島が対象とされている。

2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方

「第2回介護給付費分科会」の中では、2003年の介護報酬改定に向けた訪問介護の報酬体系を考える視点として、(1) 基本報酬のあり方、(2) 移動時間および特別地域加算のあり方、(3) サービス提供責任者の人員基準、(4) 3級訪問介護員の取り扱いの4点が示された（厚生労働省2001）。まず(1)では、身体介護と家事援助の報酬単価を一本化するのか、あるいは両区分の報酬単価に差を設けるべきかが、また(2)では、特に過疎地域などへのサービス提供では移動時間がかかるために採算が採れなくなることが考えられるが、この状況をどのように考えるか、さらに(3)では、サービス提供責任者を常勤とすることやサービス提供時間・訪問介護員数に比例した配置基準とすることが、これに加えて(4)では、3級訪問介護員のサービス提供を減算とすることが議論された。このうち、(1)の報酬単価の一本化についての議論をみると、「報酬単価を一本化することで分かりやすいものとなるが、保険料を一定とすることを前提とすると、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」また、「(身体介護と家事援助の)複合型は、身体介護と家事援助を同一のワーカーが行うため、認知症高齢者から非常に評判がよく、また、金額的にも複合型の金額で満足している方が多い」、「複合型の報酬単価を基準として一本化するのがいいのではないか」などの意見が出されている³。これに加えて本分科会では、サービス提供に不可欠となる移動時間についても議論がなされている。この中では、「実際に人口過密地域と過疎地域を比べれば、移動時間に極端に幅があること」、また「移動時間が大きく異なっているのに同じ報酬単価となっているのは適切ではないのではないか」などの意見が出されている⁴。

一方、「第7回介護給付費分科会」の中では、訪問介護の基本報酬設定のあり方について、介護事業者団体から提出された意見や要望が示されている（厚生労働省2002a）。まず、シルバーサービス振興会からは、「健全な事業運営を行うため、雇用の確保をはじめとして必要なコストが賄えるような水準としてほしい」、「家事援助をはじめ報酬単価の設定においては、サービスの重要性やその実態に即して適切な評価をしてほしい」などの要望が提出されている⁵。また、日本在宅サービス事業者協会からは、「訪問介護三類型のうち複合型を廃止するべきではないか」、「家事援助の報酬単価を引き上げてほしい」、「サービス提供に不可欠となる移動時間にかかるコストが少なからず発生することをふまえ、地域差を織り込んだきめ細やかな加算を行ってほしい」などの要望が提出されている⁶。さらに、全国農業協同組合中央会からは、「訪問介護区分の一本化が望ましいが、少なくとも身体介護と家事援助との区分の簡素化を行なうべきである」、「身体介護

³ 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）参照。

⁴ 同上。

⁵ 第7回社会保障審議会介護給付費分科会「シルバーサービス振興会 介護給付費分科会団体ヒアリング補足資料」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/s0408-1/s0408-1c.html>, 2020.2.5）参照。

⁶ 第7回介護給付費分科会「日本在宅サービス事業者協会介護報酬に関する意見（事業者団体ヒアリング）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/s0408-1/dl/s0408-1am.pdf>, 2020.2.5）参照。

と『生活介護』の二区分とし、生活介護の中に従来の複合型・家事援助を含めるような区分設定・報酬単価の検討を行うべきではないか」、「家事援助の重要性を適正に評価し、家事援助の報酬単価は大幅に引き上げるべきである」などの提案がなされている⁷。

このような、介護給付費分科会での議論や事業団体からの要望を受け、「第9回介護給付費分科会」では、これまでの議論をふまえ、訪問介護の報酬単価について3つの見直し案が示された（厚生労働省 2002b）。具体的には(1) 現行の三類型の区分を維持しつつ、単価を見直すこと、(2) 身体介護と家事援助との二類型とし、身体介護の報酬単価は現行のものよりも低い水準とし、家事援助のそれは現行のものよりも高い水準とすること、(3) (両者を統合した) 一類型とし、その報酬単価は、身体介護よりも低く、家事援助よりも高い水準の単価とすることである。また本分科会の中では、本見直し案について次のような意見が出されている⁸。まずサービス区分の一本化を進める意見として、「現在の複雑な報酬体系を改善することは事務の簡素化につながり、利用者にとっても分かりやすいものとなるので、一本化するのがよいのではないか」、「在宅サービスはあくまでも一連のもので、身体介護と家事援助はつながっているので、パッケージとしてサービスを提供した方がよいのではないか」などの意見が示されている。これに対し、身体介護と家事援助の二類型を維持する意見として、「本来は一本化が望ましいが、介護技術の水準を上げていく段階であり、家事援助の単価を3割近く上げることを前提に、二類型にするのがいいのではないか」、「身体介護の単価を現行より下げるのは望ましくなく、現行の身体介護の単価の水準で保つべきである」、「身体介護を引き下げることなく、家事援助と複合型の間で調整して全体のバランスを取ればいいのではないか」などの意見が示されている。このように、訪問介護における介護報酬単価の一本化については、各委員から肯定／否定の両視点から様々な意見が出された。そして、訪問介護における介護報酬設定のあり方をめぐっては、身体介護と家事援助との区分を一本化するのか、あるいは身体介護と家事援助の二類型を維持するのが重要な論点とされ、慎重な議論が重ねられた。

この議論をふまえ、「第15回介護給付費分科会」では、2003年介護報酬改定に向けた見直し案が示された（厚生労働省 2002c）。訪問介護における見直し案をみると、身体介護および家事援助の実施割合、要介護度別の訪問回数割合、所要時間別の訪問回数割合、訪問1回当たり平均滞在時間などの実績データをふまえつつ、身体介護と家事援助が混在した複合型を廃止し、身体介護と生活援助の二類型に再編することが示されている。さらに、本見直し案では、1日に短時間の複数回訪問により在宅生活を支援する観点から、より短時間のサービスを報酬上評価することが示されている（厚生労働省 2002d）。なお、短時間のサービスを報酬上評価することについては、厚生労働省事務局より「短時間のサービスでは頻回な訪問が求められ、それに伴い移動時

*7 第7回介護給付費分科会「全国農業協同組合中央会介護保険制度の改善要望事項について」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/s0408-1/dl/s0408-1at.pdf>, 2020.2.5）参照。

*8 厚生労働省老健局（2002）「第9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/2002/05/txt/s0513-1.txt>, 2020.2.10）参照。

間も発生することとから非効率的となるが、短時間サービスの報酬単価を引き上げることで、この非効率性を相殺することができる」と説明がなされている⁹。

3. 2003年介護報酬改定における考え方および概要

「第15回介護給付費分科会」では、介護報酬見直しの方向性が示された（厚生労働省 2002c）。この中では、要介護状態になることや要介護度の上昇を予防するとともに、要介護になってもできる限り自立した在宅生活を継続することができるよう支援すること、また、一旦施設に入所した場合でもできる限り在宅生活に復帰できるよう支援すること、そして、そのために在宅の介護サービスを重視することが示されている。このように、今後の介護サービスの提供においては在宅介護を重視することが示された。その一方、限られた財源を有効に活用するために、介護サービスの効率化・適正化を図っていくことも示されている。

また「第19回介護給付費分科会」では、先の介護給付費分科会で示された見直しの方向性や、介護保険制度施行後の介護事業者の経営実態などをふまえ、マイナス2.3%（在宅：+0.1%、施設：-4.0%）の改定を行うことが示された（厚生労働省 2003）。訪問介護についてみると、(1) サービス区分の体系的な見直しと、(2) 減算の算定範囲等の見直しが実施された。まず(1)では、適正なアセスメントを図る観点から、身体介護と家事援助が混在した「複合型」が廃止されることとなった。また、「家事援助」は「生活援助」へその名称を改めることとなった。さらに、自立支援、在宅生活支援の観点から、短時間のサービスが重点的に報酬上評価されることとなった。例えば身体介護では、30分未満の報酬単価は、210から231単位へと引き上げられる一方、長時間（1時間30分以上）のサービスに付加される加算は、219から83単位へ引き下げられている。また(2)では、訪問介護の質の向上の観点から、訪問介護員養成研修3級課程を有する訪問介護員（いわゆる3級ヘルパー）によるサービス提供の場合の減算の算定範囲に家事援助が追加された。

4. 小括

2003年の介護報酬改定に向けた議論においては、介護保険財政に配慮する観点から、介護サービスの効率化・適正化を図ること、またその中で、在宅サービスを拡充していくことが前提とされた。このような考え方の下、訪問介護における介護報酬の見直しをめぐることは、身体介護と家事援助の区分別の報酬単価を一本化するのか、また、移動時間をどのように介護報酬に位置づけるのかなど、基本報酬設定のあり方に焦点が当てられた。

なお表1は、介護保険制度創設時と2003年介護報酬改定時における訪問介護の介護報酬単価を比較したものであるが、ここからは、複合型が廃止され、身体介護と生活援助との二類型とされたこと、また短時間のサービスの報酬単価が引き上げられていることがわかる。

⁹ 厚生労働省老健局（2003）「第19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/2003/01/txt/s0123-1.txt>, 2020.2.10）参照。

表1 訪問介護における介護報酬単価：2000年と2003年の比較

2000年		2003年	
身体介護中心		身体介護中心	
項目	単位	項目	単位
30分未満	210	30分未満	231
30分以上1時間未満	402	30分以上1時間未満	402
1時間以上	584	1時間以上	584
30分超過ごとに加算	219	30分超過ごとに加算	83
家事援助中心		家事援助中心	
項目	単位	項目	単位
30分以上1時間未満	153	30分以上1時間未満	208
1時間以上	222	1時間以上	291
30分超過ごとに加算	83	30分超過ごとに加算	83
身体介護と家事援助が同程度			
項目	単位		
30分以上1時間未満	278		
1時間以上	403		
30分超過ごとに加算	151		
加算項目		加算項目	
項目	単位	項目	単位
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
特別地域訪問介護加算	15/100	特別地域訪問介護加算	15/100

注) 通院乗降介助は除く。

月刊介護保険編集部編（2000），厚生労働省（2003）をもとに筆者作成。

Ⅲ. 2006年介護報酬改定へ向けた動向

1. 2006年介護報酬改定へ向けた基本的考え方

2006年介護報酬改定は、介護保険制度改正とその軌を一にするものであり、それゆえ、介護予防給付の創設をはじめとして大幅な見直しがなされることとなった。以下では、2006年改定に向けて、どのような議論が蓄積されていったのかについて確認する。

まず、「第22回介護給付費分科会」の中では、介護保険制度改正の基本的視点およびその具体的な内容が示された。この中では、制度の持続可能性、明るく活力ある超高齢社会の構築、社会

保障の総合化の3つを基本視点として、予防重視型システムへと転換を図ること、施設給付の見直しを行うこと、新たなサービス体系を確立すること、サービスの質を向上すること、負担のあり方・制度運営を見直すこと、被保険者・受給者の範囲を見直すことという6つの方向性が示された（厚生労働省 2005a）。また本分科会では、制度の持続可能性に重点が置かれることに関して、「今回の改正は給付費の抑制を大きな目的として行われる」、「制度の持続可能性という観点から、厳しい見直し内容が含まれている」などの意見が出されている¹⁰。

また「第27回介護給付費分科会」の中では、先の介護保険制度改正の基本的視点および具体的な内容をふまえ、「介護保険法等の一部を改正する法律（2005年6月法律第77号）」が2006年4月より施行されることが示された（厚生労働省 2005b）。本法改正により、予防給付の見直しや地域密着型サービスの創設、ケアマネジメントの見直しなど、給付・サービス体系に関わる制度的な見直しが行われることとなった（厚生労働省 2005b）。そしてこの法改正をベースとし、介護報酬の見直しについて具体的な検討が進められていった。

2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方

「第32回介護給付費分科会」の中では、2006年改定に向けた訪問介護の報酬・基準に関する論点として、(1) 将来的な報酬体系の機能別再編に向けた、身体介護、生活援助の取り扱いの見直し、(2) 効果的・効率的なサービス提供の推進、(3) 人材の資質向上とサービス提供責任体制の確保があげられている。

また、本分科会では、これらの論点をふまえ、身体介護と生活援助との区分別の報酬単価の見直し案が示された。それはまず、(1) 現行体系を維持しつつ、長時間利用の適正化を図ること、次に(2) 生活援助は月単位の定額とすること、そして(3) 身体介護、生活援助を一本化することである。(1) では、身体介護と生活援助を区分した上で、身体介護、生活援助とも現行どおり時間単位の評価とすること（ただし、生活援助については、長時間利用を適正化する）、また(2) では、身体介護と生活援助を区分した上で、身体介護は現行どおり時間単位の評価とすることに対し、生活援助は月単位の定額化とすること、さらに(3) では、身体介護と生活援助を一本化するとともに、現行どおり時間単位の評価または月単位の定額化とすることなどの案が示された（厚生労働省 2005c）。

さらに本分科会では、サービスの水準が高い事業所を評価する観点から、サービス提供責任者に介護福祉士または1級ヘルパーを有する者が配置されている場合や介護福祉士が一定割合以上配置されている場合、ヘルパー研修が実施されている場合、ケア会議が開催されている場合、登録ヘルパーとの間で利用者情報の共有がなされている場合などは、加算を設けることで報酬上の評価を行ってはどうかという案が示された。これに対し、3級ヘルパーによるサービス提供については、減算率を引き上げるとともに、年限を定めて廃止してはどうかという案が示されている。

¹⁰ 厚生労働省老健局（2005）「第22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/2005/03/txt/s0318-5.txt>, 2020.2.10）参照。

これに加えて本分科会では、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の課題も示されている。具体的には、訪問介護サービス区分の行為別・機能再編と登録型ヘルパーの雇用管理の2点である。まず前者では、個別ケアの推進、生活機能の向上等の観点から、「身体介護型」「生活援助型」という区分を行為別に再編し、その機能に応じ基準や報酬の設定を見直す必要があると指摘がなされた。また、掃除、調理などの「家事代行」型サービスについては、自立支援の観点から、給付の対象、期間、方法などの見直しを検討する必要があることも指摘されている。これに対し後者では、ホームヘルパーの実働者数の8割は非常勤（登録型ヘルパー）となっていること、また、登録型ヘルパーの大半は直行直帰型であるため、情報共有や技術蓄積が困難でチームとしてのケアが成り立ちにくいために、彼らに対する雇用管理のあり方について今後検討していく必要があると指摘されている。

このような提案・議論をふまえ「第37回介護給付費分科会」の中では、訪問介護における介護報酬見直しについての考え方が示された（厚生労働省 2005d）。この中ではまず、身体介護・生活援助の区分を維持し、生活援助の長時間利用の適正化を図ること、また、サービス提供の責任体制やヘルパーの活動環境・雇用環境の整備、介護福祉士の配置など質の高いサービス提供体制が整った事業所に対しては報酬上の評価を行うこととされた。さらに、人材の資質向上やサービス提供責任体制の確保の観点から、サービス提供責任者は介護福祉士または1級ヘルパーとする一方、3級ヘルパーには介護報酬の減算率を拡大し、3年後には対象としないこととされた。なお、身体介護と生活援助の機能別再編については、訪問介護の行為内容の調査研究を行い、次の介護報酬改定までに結論を得ることとされた。

3. 2006年介護報酬改定における考え方および概要

「第39回介護給付費分科会」では、2006年介護報酬改定の基本的な考え方が示された（厚生労働省 2006b）。今回の改定では、高齢者の「尊厳の保持」と「自立支援」という介護保険の基本理念をふまえつつ、次の5つの視点が重視された。それは、(1) 中重度者への支援強化、(2) 介護予防、リハビリテーションの推進、(3) 地域包括ケア、認知症ケアの確立、(4) サービスの質の向上、(5) 医療と介護の機能分担・連携の明確化の5点である。まず(1)では、在宅の中重度者に対するサービスの充実が図られることとなった。また(2)では、軽度者の状態をふまえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築するために介護予防サービスが創設されることとなった。さらに(3)では、施設から在宅へという方向性の中で、在宅生活の継続を支える環境づくりを進めるために、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用することが目指されることとなった。同時に、認知症ケアを推進するために、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質・機能の向上、認知症対応型通所介護、若年性認知症ケアなどのサービスの充実が図られた。(4)では、サービスの質や機能などを、そのプロセスや成果の視点から積極的に評価することが重視されることとなった。(5)では、在宅及び施設における医療と介護の機能分担を明確化するとともに両者の連携が図られることと

なった。このように本改定では、介護保険制度改正によって介護予防給付や地域密着型サービスなどが創設されたことをきっかけとして大幅な見直しがなされた。そして本改定では、2003年同様、制度の維持可能性を高め、保険料負担の上昇をできる限り抑制する観点から、全体で-0.5%（在宅：-1%、施設±0%）の改定が実施された。

一方、訪問介護の介護報酬では、先に確認したように、(1)生活援助の評価の見直し、(2)「特定事業所加算」の創設、(3)3級ヘルパーが提供するサービスに対する減算の見直しが行われた。まず(1)では、効率的なサービス提供を促進する観点から、1時間を超える長時間のサービス提供に加算が算定できなくなった。また(2)では、サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応などを行っている事業所が報酬上評価されることとなった¹¹。さらに(3)では、(サービスの質の向上を図る観点から)3級ヘルパーによるサービスの報酬単価が引き下げられることとなった。

4. 小括

今回の改定では、給付費の抑制が主たる目的の1つとされ、2003年に引き続き介護報酬はマイナス改定となった。また本改定では、「介護保険法等の一部を改正する法律」の施行をきっかけとし、サービスの大幅な見直しが行われた。具体的には、介護予防給付が創設され、軽度者に向けた予防的なサービスが推進されることとなった（その一方で、認知症などをはじめとした重度者への対応にも目が向けられている）。また、地域包括支援センターや地域密着型サービスが創設され、利用者の住み慣れた地域の中でサービスを提供していく体制が推し進められることとなった。

訪問介護における介護報酬の変更点についてみると、生活援助のサービス区分で、長時間のサービスに対して付加される加算が廃止されていることや、新たに「特定事業所加算」が創設されていることがわかる（表1および表2）。このように、訪問介護においては、生活援助の区分でサービスの効率化が図られるとともに、サービスの質を向上させる取り組みに対しては加算というかたちで報酬上評価がなされることとなった。なお、制度創設以来、検討課題とされてきた身体介護と生活援助の機能別再編については、今後も検討を行っていくこととされた。

*11 この算定要件として(1)体制要件、(2)人材要件、(3)重度要介護者等対応要件の3つが規定された。(1)では、事業所のヘルパーに対して計画的に研修を実施していること、サービス提供責任者が、ヘルパーに対し、サービス提供前に文書等確実な方法により、利用者に関する情報等の伝達を行うとともに事後に報告を受けていること、ヘルパーの健康診断等を定期的に行っていることが求められる。(2)では、事業所のヘルパーについて介護福祉士の割合が30%以上であること、サービス提供責任者のすべてが5年以上の経験を有する介護福祉士であることが求められる。(3)では、当該事業所の訪問介護サービスの利用者（予防給付を含む）のうち、要介護4または5の割合が20%以上であることが求められる。そして、体制要件、人材要件、重度対応要件のいずれにも適合する場合は基本単位数の20%が加算され、また、体制要件および人材要件に適合する場合は基本単位数の10%が加算され、同様に、体制要件および重度要介護者等対応要件に適合する場合も、基本単位数の10%が加算されることとなった。

IV. 2009年介護報酬改定へ向けた動向

1. 2009年介護報酬改定へ向けた基本的考え方

先に確認したように、2003年、2006年の介護報酬改定ではいずれも介護報酬のマイナス改定が実施された。このような改定は、介護事業の安定的な運営や介護従事者の労働環境に消極的な影響を及ぼすこととなった。その中でも介護サービスを担うマンパワーは深刻な不足状況に陥り、社会問題として認識されるようになった。これをふまえ、2009年改定に向けては、このような深刻な介護人材不足にいかに対処するかが重要な論点とされた。

「第45回介護給付費分科会」の中では、介護サービスの質を向上させるために、介護サービス事業の安定的かつ効率的な経営と介護従事者の確保・育成が不可欠であることが示されている（厚生労働省 2007）。この中では、介護サービス事業運営の実態把握とその分析をふまえ、今後の各サービスに共通する検討課題として、次の5点があげられた。それはまず、介護労働者の定着を図るための措置を講じる際には、例えば正規職とパート労働をはじめとする非正規職など労働者の属性に応じた対策を講じること、また、介護労働者のキャリアアップに資する基準や取組に対する評価等を検討すること、そして、書類作成や事務にかかる負担が可能な限り軽減されるような規制の見直し、さらに、介護労働者に対する適切な処遇の確保を可能とする介護報酬の水準について分析すること、これに加えて、給与水準等の地域差を適切に反映させる仕組みである。

また、「第53回介護給付費分科会」の中では、約4割の事業所が経営難により労働条件および福利環境の改善が困難となっていることや、介護報酬が低すぎるために仕事や能力、資格や経験に応じた賃金管理ができないといった問題が生じていることなどが報告されている。訪問介護従事者の状況をもても、深刻な人材不足の状況にあり、「介護サービスを受けたいと思っても、人材不足のためにそのニーズに応じられない」などの状況が報告されている（厚生労働省 2008a）。このような状況をふまえ、2009年の介護報酬改定に向けては、今後介護サービスの質を維持向上させていくために、質の高い人材を安定的に確保していくことや、その定着・育成を図ることが重要な課題として示された。

さらに、「第56回介護給付費分科会」の中では、介護従事者を確保するための論点が示されている。具体的には、多様な人材の参入を促進するために、潜在的な有資格者の参入を促進することや事業者の従業者の雇い入れに対して支援を行うこと、介護従事者の処遇を改善するために、事業者の雇用管理改善に係る取組やキャリアアップの仕組みの構築、サービス提供責任者などの人員配置、介護従事者の資格や経験年数などを報酬上評価することなどがあげられている（厚生労働省 2008b）。

この他にも、2008年5月には、介護従事者等の賃金をはじめとする処遇の改善を図ることを目的として「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）」が制定され、また同年10月には、政府・与党会議において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」が決定されている。このように、2009年の介護報酬改定に向け

ては、介護人材を確保し、その定着・育成を図ることが最重要課題と認識されることとなった。

2. 訪問介護における介護報酬の見直しについての考え方

訪問介護においては、2009年の介護報酬改定に向けて、これまで重要な検討事項とされてきた、行為別・機能再編や移動時間などの取り扱いについて検討が加えられるとともに一定の方向性が示された。

1) 訪問介護における介護報酬見直しに向けた検討課題

「第57回介護給付費分科会」の中では、訪問介護におけるこれまでのサービス提供実績やその課題が示されている（厚生労働省 2008c）。まず訪問介護の利用状況をみると、身体介護では、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のに対し、生活援助では、軽度者の訪問回数が多く、身体介護同様、短時間化の傾向がみられている。これに対し、特定事業所加算の請求事業所数をみると、全請求事業所の4.6%（2008年4月審査分）にとどまっていることが示されている¹²。また、本加算の算定が困難となっている要因については、多くの事務負担が発生することや、人材要件および重度要介護者等対応要件を満たすことが難しくなっていることも示されている。このように、訪問介護におけるサービス提供実績からは、身体介護と生活援助いずれにおいても短時間のサービス提供となっていることや、特定事業所加算の算定が困難となっている状況がうかがえる。

さらに本分科会では、2009年の介護報酬改定に向け、訪問介護における介護報酬の見直しにおける基本的な考え方が示されている。この中では、(1) 訪問介護サービスの効果的推進、(2) 訪問介護員のキャリアアップに資するよう、有資格者や経験年数を評価すること、(3) サービス提供責任者の業務に応じた評価を行うことの3点が示されている（厚生労働省 2008c）。まず(1)では、短時間の頻回訪問や夜間訪問介護の推進など、サービスの効果的な提供により経営の安定化を図る必要があるのではないか、また(2)では、質の高いサービスを提供する事業所を積極的に評価するため導入された特定事業所加算の普及が進んでいないため、利用者側の視点に立った要件とすること、介護従事者のキャリアアップなど処遇改善の観点からふまえた要件とすること、サービス提供責任者の評価に着目した要件とすること、認知症高齢者の対応実績をふまえた要件とすることなどの観点から見直しを行ってはどうか、さらに(3)では、サービス提供責任者に対しては、その業務に見合う評価がなされていないという意見があることから、その業務の重要性に鑑み、緊急時にサービス提供責任者が居宅介護支援専門員と連携をとり、居宅サービス計画を見直した場合につき、加算で評価してはどうかなどの提案がなされている。

*12 本分科会資料によれば、加算の要件を満たしているとしている事業所は17.8%。そのうち、届出を行っている（加算を取得している）事業所は37.0%となっている。さらに、加算を取得している68事業所のうち、収支差が改善した事業所は20カ所（29%）、悪化した事業所は25カ所（37%）となっている。

2) 訪問介護における介護報酬の体系的見直し

これまでの訪問介護における介護報酬の見直しにおいては、身体介護と生活援助との区分をどのように位置づけ直すのが重要な検討課題の1つとされてきた。「第57回介護給付費分科会」では、訪問介護における介護報酬の体系的見直し（行為別・機能再編）を目的とした調査結果が示されている（厚生労働省 2008c）。この中では、訪問介護の行為内容やその時間を詳細に把握するために、(1) タイムスタディ調査（11事業所、223件）、(2) 映像記録調査（4事業所、13件）、(3) 実務時間調査（11事業所、サ責調査20件、介護員調査90件）が実施されている。まず(1)では、5分や10分間隔での時間経過ごとに介護行為の構成比を集計した結果、時間経過に沿ったおよその介護の流れを把握することが可能であると指摘されている。また(2)では、訪問介護行為の流れを確認することをねらいとしているが、ここからは、身体介護と生活援助のサービス特性の違いや同じ利用者における介護員によるサービスの違いについて定量的に把握できる可能性が示されている¹³。さらに(3)では、サービス提供責任者の全業務時間の56%を事務作業が占めている一方、常勤ヘルパーでは事務作業時間が20%程度となっていることや移動・休憩時間を差し引いたサービス提供時間は50%あまりであることなどが明らかになっている。これらの調査結果からは、時間経過に沿った、おおよそのサービスの流れが把握され、訪問介護の標準化の可能性が示唆されている。しかしながら、サービスの標準化に向けては、介護員の熟練度やサービス利用者の身体状況等の変動要素が多いことなどの課題が存在することから、介護報酬の体系的見直しは慎重に進めるべきであるとも指摘がなされている。このように、本分科会では、これまで訪問介護において重要な検討課題とされてきた基本報酬の行為別・機能再編について科学的な根拠をもとに検討が行われた。

3) 移動時間や記録作成時間などの位置づけ

訪問介護では、（施設系サービスとは異なり）サービスを実施する上で、移動時間、待機時間、記録作成時間などが発生する。訪問介護における介護報酬の妥当性を考える上では、これらの時間をどのように介護報酬に位置づけるのかも重要な課題の1つとされてきた。

例えば「第32回介護給付費分科会」の中では、日本在宅介護協会が、「実サービス実施時間、移動時間、記録時間などの内訳を示すことで、訪問介護サービスの標準的な時間設定を行うべきである」と、また、市民福祉団体協議会や全国農業協同組合中央会は、「介護報酬に、移動、事務処理時間等を明確に位置づけるべきである」と提言を行っている（厚生労働省 2005e）。

一方「第45回介護給付費分科会」の中では、「介護報酬には、移動時間や待機時間、書類作成などに対しても給与が支払われなければならないが、実際にはサービス提供時間のみに給与が支払われ、これらの時間には給与が支払われていないケースがみられている」という意見が出され

*13 この中では、身体介護の行為内容は、利用者による差異が大きいですが、利用者ごとであればある程度の振幅を予測できる可能性が高いことが、また生活援助では、身体介護と異なり、利用者の状態や介護員のスキル、居住環境などが変動要素として大きいことなどが明らかにされている。

たが、この意見に対して、厚生労働省事務局から「移動時間や待機時間などにかかる費用は、事業所全体の収益部分から事業者が適切に配分すべきものである」という解釈が示されている¹⁴。このように本部会では、移動や待機、書類作成時間は介護報酬に内包されており、給与の対象とされることが確認された。

3. 2009年介護報酬改定における考え方および概要

「第57回介護給付費分科会」では、2009年の介護報酬改定に向けた論点が示された。それは、(1) 介護従事者の人材確保対策、(2) 医療と介護の連携、(3) 認知症高齢者の増加をふまえた認知症対策の推進、(4) 2006年介護報酬改定で新たに導入されたサービスの検証、(5) サービスの質の確保、効率化等の5つである（厚生労働省 2008c）。まず(1)では、介護従事者の給与水準や地域格差に関する問題、経営が苦しい小規模事業者に対する対応など、介護従事者の離職を防ぐための方策の検討を行う必要があるのではないか、また(2)では、医療と介護の機能分化・連携に資する方策の検討を行う必要があるのではないか、そして(3)では、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を受け、認知症に対するケアの充実のための検討を行う必要があるのではないか、さらに(4)では、新予防給付や地域密着型サービスについて、これらの実施状況や効果等をふまえ、必要に応じ見直しの検討を行う必要があるのではないか、これに加えて(5)では、事務作業の時間を減らしサービスを効果的かつ効率的に提供するため、要件・基準等の見直しや事務負担の軽減などの検討を行う必要があるのではないかという提案がなされた。

また「第60回介護給付費分科会」では、(1) 介護報酬の給与水準、(2) 加算のあり方、(3) 介護従事者が有するキャリアに向けた評価のあり方、(4) サービスの地域格差などの視点から、これまで分科会各委員から出された意見の整理がなされている（厚生労働省 2008d）。まず(1)では、「給与水準の低さが介護サービスの質の低下につながるのではないか」、「介護従事者自身が将来を見通せるような給与体系とするべきではないか」などの意見が示されている。また(2)では、「加算や減算が複雑・多岐になりつつあるので、整理するべきではないか」、「新たな加算を創設すると、従来どおりの利用でも支給限度額に到達し、サービス利用が制限される懸念がある」、「加算の要件が、効率的な事業運営の妨げになっているのではないか」などの意見が示されている。そして(3)では、「有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべきである」、「有資格者やその経験年数などを報酬上評価し、賃金に反映させることが必要ではないか」などの意見が示されている。さらに(4)では、「都市部におけるサービス提供のみ加算で評価することは公平性を欠くのではないか」、「中山間地域におけるサービス提供についても、加算などにより評価をすべきではないか」、「地域区分を見直す必要があるのではないか」、「中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が

¹⁴ 厚生労働省老健局（2007）「社会保障審議会第45回介護給付費分科会議事録」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/txt/s1210-2.txt>, 2020.1.31）参照。

増大することから、必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないか」などの意見が示されている。

このような介護報酬改定に向けての論点や介護給付費分科会委員から示された意見などをふまえ、「第63回介護給付費分科会」では、2009年介護報酬改定における基本的な考え方が示された。それは、(1) 介護従事者の人材確保・処遇改善、(2) 医療との連携や認知症ケアの充実、(3) 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証の3点である。まず(1)では、人材確保が困難となっている現状を改善するとともに、質の高いサービスを安定的に提供するために、介護従事者の処遇改善を図るための見直しを行うこととされた^{*15}。また(2)では、介護が必要となっても住み慣れた地域で自立した生活を続けることができるよう、医療と介護の継ぎ目のないサービスを効果的に利用できるようにするための見直しを行うこと、また、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大など専門的なケア提供体制を構築するための見直しを行うこととされた。さらに(3)では、サービスの質の確保を図りつつ、介護サービス事業の運営の効率化を図るための見直しを行うこととされた。この中でも重要課題といえる介護従事者の処遇改善にかかる見直しは、サービスの特性に応じた業務負担に着目した評価とすること、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価とすることなどを通じて実施されることとなった。そして、介護報酬は全体でプラス3.0%（在宅：+1.7%、施設：+1.3%）の改定となり、介護保険制度創設以来はじめてのプラス改定となった（厚生労働省2008e）。

一方、訪問介護における介護報酬は、(1) 短時間の訪問に対する評価、(2) 「特定事業所加算」の要件、(3) サービス提供責任者の労力に着目した評価の3点から見直しが行われた。まず(1)では、サービスの効果的な推進を図るために、最も短い時間区分（身体介護：30分未満、生活援助：30分以上1時間未満）の報酬単価が引き上げられることとなった。また(2)では、当該加算の算定要件の見直しがなされた。具体的には、介護福祉士資格の取得など段階的なキャリアアップを図っていることや、重度者に加えて認知症高齢者へサービスを行っていることなどが報酬上評価されることとなった。さらに(3)では、特に労力のかかる初回および緊急時の対応を報酬上評価するために「初回加算」および「緊急時訪問介護加算」が創設されることとなった。これに加え、サービス提供責任者の要件については、サービスの質を確保しつつ非常勤従事者のキャリアアップを図る等の観点から、常勤職員を基本としつつ、非常勤職員の登用を一定程度可能とする方向で見直されることとなった。これに対し、3級ヘルパーが実施するサービスでは、原則として2009年3月で報酬上の評価がなされないこととなった。

なお、訪問介護における報酬の体系的見直しについては、タイムスタディ調査や実務時間調査などが実施され、詳細なデータが示されたものの、最終的な結論には至らず、今後も訪問介護の

*15 ここでは、安定的に人材を確保するとともに、その定着・育成を図るために「サービス提供体制強化加算」が新設された。本加算では、介護従事者の資格や経験年数が報酬上評価される。なお、訪問介護においては「特定事業所加算」の中で評価することとされた。

行為内容の調査研究を引き続き実施していくこととされた。

4. 小括

2009年の介護報酬改定では、深刻な介護人材不足を受け、人材の確保やその処遇改善に向けた法律の制定や政策決定がなされたことをきっかけに、制度創設以来、初めてのプラス改定となった。本改定では、安定的に人材を確保するとともに、その定着・育成を図ることが最重要課題とされた。また本改定では、介護が必要となっても、自宅を中心として生活できるケア環境づくりや認知症高齢者への対応、サービスの質の向上、効率的なサービス提供などにも重点がおかれた。

訪問介護についてみると、基本報酬の中で、最も短い時間区分の報酬単価が引き上げられた（表2）。これまでの介護給付費分科会の議論の中では、短時間サービスの推進はサービスの質の低下を招くのではないかという意見もみられたが、今後の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サービスの拡充を図ることが政府（介護報酬）の考え方として示された。また、サービス提供責任者の業務を報酬上評価するために新たな加算項目が追加され、その要件や配置基準が見直された（表2）。これに加えて、介護報酬の度重なるマイナス改定を受け、従事者の待遇改善を図る機運が高まっていった。

このように、2009年の介護報酬に向けては、サービスの効率化を図ることや、新たな加算項目を創設し、質の高いサービスを積極的に評価することが指向されている。そして、このような考え方に基づいた介護報酬見直しによって、介護報酬体系は複雑なものとなっていくこととなった。

表2 訪問介護における介護報酬単価：2006年と2009年の比較

2006年		2009年	
身体介護中心		身体介護中心	
項目	単位	項目	単位
30分未満	231	30分未満	254
30分以上1時間未満	402	30分以上1時間未満	402
1時間以上	584	1時間以上	584
30分超過ごとに加算	83	30分超過ごとに加算	83
家事援助中心		家事援助中心	
項目	単位	項目	単位
30分以上1時間未満	208	30分以上1時間未満	229
1時間以上	291	1時間以上	291

加算項目		加算項目	
項目	単位	項目	単位
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
特別地域訪問介護加算	15/100	特別地域訪問介護加算	15/100
特定事業所加算	(Ⅰ): 20/100	特定事業所加算	(Ⅰ): 20/100
	(Ⅱ): 10/100		(Ⅱ): 10/100
	(Ⅲ): 10/100		(Ⅲ): 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
		初回加算	200 (月)
		緊急時訪問介護加算	100 (1回)

注) 通院乗降介助は除く。

厚生労働省 (2006b ; 2008e) をもとに筆者作成。

引用文献

- 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。
- 月刊介護保険編集部編 (2000) 『介護報酬算定基準』法研。
- 石田一紀 (2012) 『人間発達と介護労働』かもがわ出版。
- 厚生労働省 (2001) 「訪問介護の報酬体系を考える視点 第2回社会保障審議会介護給付費分科会 (資料2)」 (<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/shingi/syakai/1105-1e.html#2>, 2020.2.5)。
- 厚生労働省 (2002a) 「介護報酬に関する事業者団体ヒアリング及び意見公募 第7回社会保障審議会介護給付費分科会」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/s0408-1/dl/s0408-1a.pdf>, 2020.2.1)。
- 厚生労働省 (2002b) 「訪問介護 第9回社会保障審議会介護給付費分科会 (資料1)」 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/05/s0513-2b.html>, 2020.1.28)。
- 厚生労働省 (2002c) 「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 (2002d) 「訪問介護 第15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/2002/10/s1028-7d.html>, 2020.2.5)。
- 厚生労働省 (2003) 「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 (2005a) 「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 (2005b) 「介護報酬改定の基本的論点と今後の検討の進め方 (案) 第27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/2005/09/dl/s0905-5c.pdf> 2020.1.28）
- 厚生労働省（2005c）「訪問介護・訪問入浴介護の報酬・基準について 第32回社会保障審議会介護給付費分科会」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/dl/s1024-7b1.pdf>, 2020.1.28）。
- 厚生労働省（2005d）「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告 第37回社会保障審議会介護給付費分科会」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1213-4b.pdf>, 2020.1.28）。
- 厚生労働省（2005e）「事業者団体ヒアリング（9月29日）における主な意見等 第32回介護給付費分科会資料」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/dl/s1024-7b1.pdf>, 2020.1.30）。
- 厚生労働省（2006a）「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（2006b）「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（2007）「介護サービス事業の経営の安定化・効率化と介護労働者の処遇向上を図るための今後の検討課題について 第45回社会保障審議会介護給付費分科会（資料1）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1210-4b.pdf>, 2020.1.31）。
- 厚生労働省（2008a）「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回社会保障審議会介護給付費分科会（参考資料）」（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0918-12h.pdf>, 2020.1.28）。
- 厚生労働省（2008b）「平成21年度介護報酬改定の視点 第56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/2008/10/dl/s1009-6f.pdf>, 2020.2.1）。
- 厚生労働省（2008c）「訪問介護について 第57回社会保障審議会介護給付費分科会（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（2008d）「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（2008e）「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）。
- 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。
- 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（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://94e26611-33a6-44b3-9877-dccb2f22ea1.filesusr.com/ugd/297d33_2a660d506041462e8162f576914a82de.pdf, 2020.6.11）.
- 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.
- 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）.
- 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）.

（2020年9月24日受理）

（つばい よしふみ 京都府立大学公共政策学研究所 博士後期課程3回生）