

論 説

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) ——

西 島 文 香

はじめに

第1章 介護労働の特質と「看護」代替性

1. 介護労働の特質と専門性
2. 介護労働の担い手と「看護」代替性

第2章 訪問介護の制度化と国庫補助方式の変遷

1. 訪問介護の制度化と人件費補助方式
2. 事業費補助方式の導入とその影響

(以上, 第95号掲載)

(以下, 本号掲載)

第3章 介護保険制度の創設と訪問介護の変容

1. 介護保険制度と介護報酬
2. 「身体介護」の再定義と訪問介護の変容

第4章 介護報酬の現状と課題

1. 介護報酬の改定とその問題点
2. 介護報酬のあり方¹

おわりに

第3章 介護保険制度の創設と訪問介護の変容

1. 介護保険制度と介護報酬

(1) 新たな制度構想の経緯

「介護の社会化」, 「利用者の自立支援」という崇高な理念が掲げられ1997年

高知論叢 (社会科学) 第100号 2011年3月

¹ このタイトルに関しては, その後の加筆をふまえ, 第95号において掲載予定としたものから修正している。

に制定された介護保険制度であるが、そのねらいは、「介護の社会化」を「介護の保険化」という方法で実現させ、介護にかかる費用を要介護者と要「介護予防」者（第1号被保険者）、及び、家族介護者とその予備軍（第2号被保険者）から重点的に徴収することにあるといえる。また、今後さらに高齢化が進展するなかで、確実に増大する介護費用を保険料と利用料（利用者負担）に連動させることにより、システムの負担の増大と給付の抑制を行うことが可能となる。

介護の私事性を払拭し、家族の負担を軽減するだけでなく、民間事業所がサービス提供者として参入することで、従来の介護サービスの量的・質的な不十分さを大幅に改善できるとされた介護保険であったが、当初からむしろ社会保険「神話」に対する大いなる危惧があった。以下では、介護保険制度の創設に際して活発に行われた議論を簡単に振り返り、政策的な論点を見ていく。

新たな介護保障制度に関する議論は、1994年3月、厚生大臣の私的諮問機関である「高齢社会福祉ビジョン懇談会」が発表した報告書「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」から始まった。ここでは、「寝たきりや痴呆といった状況は、（中略）誰にでも起こりうるものであり、（中略）社会の必然としてとらえる」という考えが示され、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」として新たな制度を構築することが提案された。

その後、政府関係機関が初めて新たな介護保障制度を社会保険方式で実施することを提起したのは、社会保障制度審議会の報告「社会保障将来像委員会第二次報告」（1994年9月8日）においてである。この報告は、「はじめに（21世紀へのグランドデザイン）」、「1. 社会保障の展開」、「2. 21世紀に向けての社会保障の基本的な考え方」、「3. 21世紀に向けての社会保障各制度等の見直し」、「おわりに（社会保障の国民理解）」から構成され、公的介護保険制度の創設については、「3. 21世紀に向けての社会保障各制度等の見直し」の「(3) 介護保障の確立」のなかで提起された。ここではまず、介護保障のあり方として、「介護保障とは、寝たきりなど生活上手助けを必要とする人とその手助けを行う家族の生活を守るために、その者が必要とする介護サービスを負担能力に妨げられずに受けられることを保障し、加えて、供給量と質的水準の確保を行う公的

施策である」と述べたうえで、「今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、当面の基盤整備は一般財源に依存するにしても、将来的には、財源を主として保険料に依存する公的保険制度を導入する必要がある」と、初めて公的介護保険制度の創設を明言した。またその理由として、「長寿社会にあっては、すべての人が、期間はともかく相当程度の確率で介護の必要な状態になり得ることから、保険のシステムに馴染む」と説明した。

さらにこれに引き続き、公的介護保険制度の特徴として、①「保険制度であるから、保険料を負担する見返りとして、受給は権利であるという意識を持たせることができる」、②「負担とサービスの対応関係が比較的わかりやすいことから、ニーズの増大に対し量的拡大、質的向上を図っていくことに国民の合意が得られやすい」、③「介護保険が、一定の質的水準を有する公営、民営の介護サービスの費用を負担するようになれば、利用者にとって選択が可能になり、供給者間の競争を強め、サービスの量的拡大とともに質の向上を図ることができる」、④「民間保険と違い、(中略)強制加入となることによりすべての人の要介護のリスクをカバーできる」などの点をあげた。

これらの指摘は、①介護保障の権利性及び社会保険における権利性をどう考えるか、②社会保険における負担と給付の対応関係をどうとらえるか、③民間参入によりサービスの量的・質的拡充が図られ、契約方式によりサービスの選択性が確保されるか、④社会保険によって真に普遍的な給付が実現できるか、といった重要な論点に関わるものである。

社会保障将来像委員会の提起は、その後、厚生省の高齢者介護対策本部に設置された高齢者介護・自立支援システム研究会に引き継がれ、同年12月、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題された報告書において、公的介護保険制度の理念と基本的な考え方が示された。この報告書ではまず、介護の基本理念を「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、すなわち『高齢者の自立支援』」としたうえで、基本的な考え方として、①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯によ

る支え合い, ⑥介護基盤の整備, ⑦重層的で効率的なシステム, の7点をあげた。

社会保険方式が明示されたのは上記の「社会連帯による支えあい」においてであり, 「普遍的なリスクである介護問題を社会的に解決していくためには, 個人の自立と尊厳を基本にしながら, 社会全体で介護リスクを支え合うという『リスクの共同化』の視点が必要である。その意味で, 本格的な高齢社会における介護リスクは, 社会連帯を基本とした相互扶助である『社会保険方式』に基礎を置いたシステムによってカバーされることが望ましい」と述べて, 新たな介護保障システムを社会保険方式で構築することを提起した。

(2) 介護保険制度における政策的論点

介護のニーズを普遍的にとらえ, 誰でもいつでもどこでも公的な介護サービスが受けられるという政策理念をふまえ, その後, 新たな制度を社会保険方式で運営すべきか, あるいは公費負担方式で運営すべきかをめぐり, 活発な政策論争が行われた²。政府サイドから社会保険方式の採用が提起されるなか, 具体的には, 社会保険方式の論拠とされる優位性に対し, 批判的な検討を加えるかたちで議論がなされた。以下では, これらの議論における重要な政策的論点に関して, 簡単に紹介することとする³。

まず第1に, 介護サービスの普遍的保障についてである。民間における私保険と同様に, 介護保険の給付は保険料拠出を条件とするものであり, 社会保険方式においては保険料を負担できないものが制度から脱落し, 保険給付から排除される。これは, 現在の日本における無年金・無保険問題からも明らかな点であるが, 公費負担方式の場合, 原理的な排除の仕組みが存在しない点で明らかな優位性をもつ。

第2に, 給付における権利性についてである。社会保険方式においては, 被保険者は保険料を拠出することの見返りとして, 保険給付を「権利として」受

² これについては, 里見賢治・二木立・伊東敬文〔1996〕『公的介護保険に異議あり—もう一つの提案(増補版)』を参照。ここでは, 社会保険方式の優位性に関し, 審議会報告や勧告など政府関係の文書や研究者の議論をふまえ, 7つの論点に対して検討が加えられている。

³ 里見賢治〔2010〕『改定新版 現代社会保障論—皆保障体制をめざして』, p. 200参照。

けることができる。しかし、このような権利性は保険料を拠出した場合にのみ得られる制限的なものであり、介護のニーズに基づくものとして得られる真の権利性ではない。

第3に、サービスの選択性についてである。従来の介護サービスはその量的・質的な整備が不十分であり、利用者にとって十分な選択性が確保されているとはいえない状況であった。しかしここで重要なことは、サービスの拡充に必要な人材の確保や施設整備のための施策と財源措置をより積極的に行うことであり、社会保険方式か公費負担方式かという制度の運営方式の選択に左右される論点ではない。

第4は、財源調達容易さについてである。社会保険方式においては、負担と給付の対応関係が明確であり、保険料負担とその増大に対する合意が得やすいとされる。しかし現物給付型の介護保険などでは、個々の被保険者の保険料負担の程度が給付の程度に対応することはない。多額の保険料を負担した者が多額のサービスを受けられるわけではないことから、この点については社会保険方式に対する幻想といえる。また、マクロ的な財源確保という点では、社会保険料はその用途が特定されるのに対し、用途が特定されない租税の場合はその負担に対し抵抗感もたれる。特に政治不信の強い日本においてこの傾向は根強いが、用途を特定した目的税として負担を求めることも可能である。したがってこの点からも、社会保険方式に優位性があるとはいえない。

以上4つの論点の検討から、公的な介護保障制度を社会保険方式によって運営することに論理的・現実的な優位性は認められないにも関わらず、その後政府サイドも含め十分な政策論争がなされないままに、1997年12月に介護保険法が成立し、2000年4月から施行された。

(3) 介護報酬への移行と新体系

介護保険制度の導入にともない、それまでの「事業費補助方式」に代わり介護の費用として新たに介護報酬が算定されることとなった。ここでは、介護保険制度におけるいわば介護の「公道価格」である介護報酬がどのように議論され決定されていったか、以下で検討していく。

表5 事業費補助方式による補助単価

(単位：円)

年度	滞在型		巡回型		
	介護中心	家事中心	昼間帯	早朝・夜間帯	深夜帯
1997	2,860	2,100	1,430	1,790	2,860
1998	2,890	1,790	1,450	1,810	2,890
1999	2,890	1,790	1,450	1,810	2,890

注1) 滞在型については、表中の単価に延べ活動単位数を乗じたものが補助額となる。

2) 巡回型については、表中の単価に延べ派遣回数を乗じたものが補助額となる。

3) 「主任ヘルパー手当」については省略。

出所) 厚生事務次官通知「在宅福祉事業費補助金の国庫補助について」別紙「在宅福祉事業費補助金交付要綱」(各年)より作成。

まず、当時の事業費補助方式による補助単価と比較するに際し、単価設定の単位と区分を確認する必要がある。事業費補助方式においては、実際の介護サービス提供時間にもとづき、滞在型(「身体介護中心業務」, 「家事援助中心業務」の2類型)では1時間1単位、巡回型(「昼間帯」, 「早朝・夜間帯」, 「深夜帯」の3類型)では30分1単位として、補助単価が適用された(表5参照)。

一方、2000年の制度施行に伴い新たに導入された介護報酬においては、従来からの「身体介護中心」, 「家事援助中心」にその折衷型である「複合型」が加わり3類型となり、それぞれの類型において30分を1単位とするサービス提供時間による区分が設けられた。それまでの「巡回型」は、短時間で行われる身体介護として、「身体介護中心」のなかに組み込まれることとなり、「滞在型」・「巡回型」という区分は廃止された。また、「巡回型」における時間帯加算は、3類型それぞれにおいて、早朝・夜間で25%、深夜で50%の加算が行われるようになった。

また、サービスの種類と提供時間に応じて設定された介護報酬の単位はさらに、全国を5つの地域に区分したうえで報酬換算される仕組みが導入された。これは、介護従事者の人件費部分の地域差が大きいことを考慮し、各サービスにおける人件費割合をもとに特に都市部において報酬を加算するものである(表6参照)。

では、こうした介護報酬が設定された経緯について、以下で簡単に振り返る

表6 介護報酬(2000～2002年度)

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上	以降, 30分増すごと
身体介護中心型	210単位	402単位	584単位	219単位加算
複合型	設定なし	278単位	403単位	151単位加算
家事援助中心型	設定なし	153単位	222単位	83単位加算

注) 単位は5つの地域区分に応じ, 1単位=10.00～10.72円の5段階に設定される。

出所) 厚生労働省告示「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」(介護保険制度研究会『介護保険関係法令実務便覧』)を参照し, 筆者作成。

こととする。介護報酬に関する基本的な考え方が示されたのは、1998年の医療保険福祉審議会介護給付費部会(第8回)における「介護報酬の主な論点と基本的考え方——中間とりまとめ」(1998年10月26日)である⁴。このなかで、報酬設定方法の選択肢として、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が提示された。そのうえで、「利用者の便宜や現場でのサービスの柔軟性を考慮すると、(中略)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」であるとした。さらに、「訪問介護の報酬の水準について、その専門性を確保するため身体介護を中心に、必要な供給量が確保できるよう、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たといえる。

1999年5月、第10回介護給付費部会において、介護報酬設定のイメージが示された⁵。訪問介護については、包括部分と加算部分の組合せで算定する考えが示され、包括部分には、①訪問介護サービスにかかる費用(訪問介護員⁶等の

⁴ 森川美絵〔2010〕「『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」社会政策学会第121回大会テーマ別分科会・高齢者ケアの供給システム：従事者の連携・確保・労働評価, 2010年10月30日, 於・愛媛大学。

⁵ 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』第23号, pp. 198-200。

⁶ 介護保険法の制定に伴い、それまでの「ホームヘルパー」から「訪問介護員」へ、「ホー

人件費等), ②運営に関わる基本的な管理経費等(管理事務相当分の人件費等, 交通費, 消耗品・備品費, その他事務管理経費)及び, ③車両等の減価償却相当を含むものである。一方加算部分は, ①離島等の長時間移動を要する場合の加算, ②早朝, 夜間等の加算, 新たに設けられた, ③深夜1人で訪問介護を行う場合の非常連絡体制整備の加算から構成される。

さらに包括部分において, 「身体介護」と「家事援助」の2つのタイプを示し, それぞれ30分を1単位として設定した。そのうえで, サービスの所要時間ごとに「基本サービス+ α 」として標準的なサービス内容が示された。30分未満の身体介護の場合は「基本サービス+簡単な排泄または体位変換」が, 30分~1時間程度の身体介護では「基本サービス+部分清拭または食事介助」などが例示された。家事援助についても, 30分未満の場合は「基本サービス+簡単な清掃あるいは簡単な食事の用意」が, 30分~1時間程度の場合は「基本サービス+清掃または調理または買い物」などが例示された。

同年8月, それまでの審議をふまえ, 医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会で介護報酬の仮単価が公表された。それらは当時の事業費補助方式による補助単価を前提にし, 特に訪問介護を含む訪問系サービスについては, 民間事業者の参入を促進し, サービスを確保する観点から, 単価がそれまでより高く設定された。ここで示された訪問介護に関わる仮単価はそのまま正式決定されたが, 翌2000年1月の介護給付費部会で訪問介護に新たな類型(「複合型」)を追加する提起がなされた。それは, 「費用の実態を踏まえた報酬の適正化」として, 「身体介護中心と家事援助中心の折衷単価」を設定するというものであり, 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, 両者を折衷した類型であると説明された⁷。

したがって, 実際の介護報酬の算定の際には, 従来からの「身体介護」と「家事援助」のどちらを中心に行ったか, どの程度(時間)行ったかを常に明確にし, 利用者, 訪問介護員, 事業者がサービスの内容や基準について同じ認識をもつ

ムヘルプサービス」から「訪問介護」へとその名称が変更された。行政資料等における用語法と整合性を保つために, 本章以下では「訪問介護員」と呼称する。

⁷ 森川〔2010〕前掲。

ことが不可欠となり、より厳密に介護内容を定義し、区分の基準を明確化することが求められることとなった。

2. 「身体介護」の再定義と訪問介護の変容

(1) 「身体介護」と「家事援助」

では、制度の具体的な運用の中で介護報酬を適用し請求するために、これまでの「身体介護」はどのように再定義、あるいは例示され、新たに類型化されていったのだろうか。制度施行が目前に迫った2000年3月、各都道府県介護保険主管部(局)長あてに出された「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(訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分)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」(厚生省老人保健福祉局企画課長通知, 老企第36号, 2000年3月1日)(以下、「老企第36号通知」と略称する)では、訪問介護を構成する「身体介護」と「家事援助」について、次のように説明している。

まず、「身体介護」については、『身体介護』とは、利用者の身体に直接接触して行う介助並びにこれを行うために必要な準備及び後始末並びに利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助である」としたうえで、「食事介助」を例にあげ、具体的に説明している。すなわち、食事摂取のための介助と、そのための一連の行為として、声かけ・説明→介護員自身の手洗い→利用者の手拭、エプロンがけ等→食事姿勢の保持→配膳→おかずを刻む、つぶす等→摂食介助→食後安楽な姿勢に戻す→気分の確認→食べこぼしの処理→エプロン・タオル等の後始末・下膳等が該当するとし、「具体的な運用にあたっては、利用者の自立支援に資する観点からサービスの実態を踏まえた取り扱いとすること」と付け加えている。

一方、「家事援助」については、『家事援助』とは身体介護以外の介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助」とし、商品販売や農作業などの生業の援助や、直接日常生活の援助に属さない行為については家事援助に含まないとする留意点も付されている。

ここで明らかのように、「身体介護」である食事介助は、その中核たる摂食介

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があって初めて成立するものである。体調や姿勢保持への配慮、咀嚼や嚥下の確認など身体介護としての専門性が求められる一方で、それを支える膨大な「家事援助」的なものと一体化したものとして、その専門性を総体的に捉えるべきものといえる。

また、同じく2000年3月に示された「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知, 老計第10号, 2000年3月17日)においては、訪問介護におけるサービス行為の一連の流れが具体的かつ詳細に示された。

ここでは、先の「老企第36号」をふまえ、身体介護を、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を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(傍線部は筆者)、と整理した。

(2) 訪問介護の3類型と「身体介護」の再定義

新たな「複合型」の導入による混乱が予想されるなか、先の「老企第36号通知」において、身体介護が中心である場合の「身体介護中心型」、家事援助が中心である場合の「家事援助中心型」および身体介護と家事援助が同程度行われる場合の「複合型」という3類型の区分についての解釈が示された。

ここで「複合型」は、「身体介護中心、家事援助中心型の2区分のいずれかへの区分が困難な場合に適用されるもの」であるとしたうえで、「一回の訪問介護(全体時間が一時間三〇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るか(傍線部は筆者)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」と示した。

さらにその説明のすぐ後に、「身体介護を構成する個々の行為」を、「①比較

の手間のかからない体位変換、移動介助、移乗介助、起床介助（寢床から起こす介助）、就寝介助（寢床に寝かす介助）等の『動作介護』、②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、更衣介助等の『身の回り介護』、③さらに長い時間で手間のかかる（傍線部は筆者）食事介助、全身清拭、全身浴介助等の『生活介護』の3つに大きく分類した。

そのうえで、この分類に即して、「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」は身体介護中心型が算定され、「家事援助に伴い若干の『動作介護』を行う場合」は家事援助中心型を算定し、両者の「中間的な場合」は複合型が算定されると定義した。

このように、介護報酬の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にもとづき設定されることとなり、個々の行為とその手間でサービス内容を定型化したうえで、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。いうまでもなく、介護サービスの専門性や重要性（重大性）は手間や所要時間で決まるものではない。例えば、体位変換や就寝介助（寢床に寝かす介助）は「動作介護」に含まれ、身体介護の例のなかでも最も所要時間の短いものの1つとして挙げられているが、その専門性と重要性は顕著である。特に、ADLが低下している利用者の場合には褥瘡（床ずれ）ができやすい。褥瘡は腰や肩、かかと、膝など骨の出っ張った部分にできやすく、適切なケアをしなかった場合、創傷は皮下組織を超え、骨にまで達する。その痛みから起床や離床も難しくなり、大量の体液が染み出すことなどから重大な感染症を引き起こす可能性もある。したがって、ADLの低下を防ぎ、QOLを保つためには、頻繁に体位変換し、かつ、その都度寝具やクッションなどを用いて体圧を管理し、分散させるなどの専門的な知識や経験、及び手間が欠かせない。「動作介護」などは手間のかからない介護（行為）として報酬が算定され、一定の時間内で、他の介護（行為）も含め実施することが求められることになり、現実の介護の現場で質の高い適切な介護を行うことが困難になる可能性があるといえる。

4章 介護報酬の現状と課題

1. 介護報酬の改定とその問題点

2000年4月から施行された介護保険制度は、経済的状況や家族の状況に関わらず、被保険者の要介護状態（身体状況）のみにもとづきニーズの有無や必要なサービス量を認定し、給付することが実質化し、新たなニーズを掘り起こすことにつながった。介護保険の給付費が伸びるとともに、制度上の問題点や課題も様々に指摘されるようになったが、以下では、訪問介護の介護報酬に関する議論と改定の経緯、その問題点について検討していく。

(1) 2003年改定：「複合型」の廃止

介護報酬は介護保険法において3年ごとに見直しをすることが規定されているが、介護保険制度の施行後、それまでの医療保険福祉審議会介護給付費部会が、新たに設置された社会保障審議会介護給付費分科会に引き継がれ、その後、介護保険の報酬・運営基準などが中心に審議された。2001年11月、第2回介護給付費分科会において「訪問介護の報酬体系を考える視点」の1つとして、訪問介護の類型化や報酬の水準などに関する意見や論点が示された。

まず、訪問介護の類型化に関しては、現行(当時)の3類型を一本化すべきという意見が紹介され、その理由として①単価の低い家事援助の割合が高く、事業の採算をとれない、②身体介護と家事援助でコストの差がない、③身体介護と家事援助は明確に区別できない、④サービスは身体介護だが、利用者が一部負担の低い家事援助を選択する、などがあげられた。反対に、従来通り身体介護と家事援助に差を設けるべきという意見も紹介され、①身体介護の専門性を確保するために、高く評価すべき、②家事援助のニーズは要介護者に限られないため、低く評価するか、保険給付から除外すべき、③家事援助は、利用者と事業者の間で価格を設定し、公定上限の範囲で給付すべき、という考えが示された⁸。

⁸ 第2回介護給付費分科会(2001年11月5日)議事録参照。

見直しの方向性が異なることの背景として考えられる論点は、①身体介護と家事援助の専門性をそれぞれどのように考えるか、②現場で実際に行われている身体介護と家事援助のサービスがどのように適用されているか、③家事援助のニーズをどう捉えるか、④介護報酬の設定に際し、専門性やコストの違いをどう考慮すべきか、などがあげられる。特に、事業者は採算の面から単価の高い身体介護の提供にインセンティブを持ち、反対に、利用者は利用料が高くなることから身体介護を選択しなくなるという現状があるなか、ニーズに応じたサービスを過不足なく適切に給付できるよう、報酬のあり方を見直す必要があった。

その後、介護給付費分科会は事業者団体に対し介護報酬に関するヒアリングや意見公募を実施し、第7回介護給付費分科会(2002年4月8日)においてその結果を公表した。このなかで、各団体から様々な問題提起がなされたが、そのいくつかを以下で見ていく。

民間介護事業者の代表団体である日本在宅サービス事業者協会⁹は、訪問介護における複合型を廃止するとともに家事援助の報酬単価を引き上げるべきだとする意見を示した。具体的には、①3類型の解釈において、ケアマネージャー、利用者ともに区分理解に苦しみ、現場混乱を招いており、その原因は複合型である、②民間事業所の身体介護の平均サービス提供時間当たり単価は、2,800円弱と介護保険スタート時の試算3,500円を20%割り込んだ水準にあり、事業採算が厳しい大きな一因となっている、これは、家事援助がスタート時の予測よりニーズが高く、3区分の中で3分の1強を占める状況のためである、③家事援助は、単なる家事サービスではなく、「ケアマネジメントに基づく介護」の一環として行われるものであり、介護の専門性による配慮を必要とすることから、家事援助を再評価し、報酬単価に反映すべきである、などの問題を指摘した。

また全国農業協同組合中央会¹⁰は、3類型について、「利用者の日常生活を

⁹ 会員の全指定事業所数は、全国民間事業者(営利法人)の約40%を占める。第7回介護給付費分科会(2002年4月8日)資料参照。

¹⁰ 農業協同組合(JA)の総合指導機関。福祉に関しては、JAの介護保険事業所の運営・

みたとき、身体介護と家事援助の双方が含まれたサービス提供がごく自然な自立支援の形であり、身体・複合・家事の序列や区分を設けること自体が目的とニーズにあったサービス提供を妨げている面がある」と指摘したうえで、「基本的には訪問介護区分の一本化が望ましいが、少なくとも区分の簡素化を行うべきである。区分の簡素化については、身体介護と生活介護の2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・報酬単価について検討を行うべきである」と提起した。家事援助についても、「訪問介護の家事援助は、単なる家事の代わり・手伝いではなく、利用者の全人格と全生活に関わるサービスであり、きわめて専門性があり細やかな配慮が必要な在宅生活を支える基盤サービスである」と指摘したうえで、「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」と提起した。

日本生活協同組合連合会¹¹も、3類型について、「訪問介護サービスは、(中略)介護、家事援助、相談援助が一体的に提供されるべきもので、(中略)区分することの是非も含めて見直しが必要」とした。また、家事援助の報酬単価は身体介護よりも極端に低いとし、その結果、利用者のモラルハザードを助長し、人的資源の確保にも大きな影響を与え、経営収支も悪化していると問題点を指摘した。さらに、訪問介護員の多くが移動時間や記録、ケースカンファレンスの時間やその賃金が保障されず、研修なども十分ではないなど、業務を行ううえで必要な条件・基盤整備が不十分であるという問題にも言及した。

上記をはじめとする事業者団体の意見をふまえ、第9回介護給付費分科会(2002年5月13日)では、訪問介護の報酬体系の見直し案が3つ示された。A案は3類型を維持するもの、B案は「複合型」を廃止し、「身体介護」と「生活支援(仮称)¹²」の2類型とし、それまでの「家事援助」に加え、身体介護の

経営指導や情報連絡などの業務を行う。当時362のJAで訪問介護、通所介護、居宅介護支援事業等を実施する。第7回介護給付費分科会(2002年4月8日)資料参照。

¹¹ 生活協同組合の全国連合会。1983年から開始した福祉活動を基盤として、介護保険事業を実施している。当時会員数は587生協、47都道府県連である。第7回介護給付費分科会(2002年4月8日)資料参照。

¹² 介護給付費部会での議論や事業者団体へのヒアリングのなかで、従来の「家事援助」の名称に問題があるとする意見が出され、最終的には「生活援助」へ名称変更とされた。

表7 介護報酬 (2003～2005年度)

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上	以降, 30分増すごと
身体介護中心型	231単位	402単位	584単位	83単位加算
生活援助中心型	設定なし	208単位	291単位	83単位加算

注) 単位は5つの地域区分に応じ、1単位=10.00～10.72円の5段階に設定される。

出所) 厚生労働省告示「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」(介護保険制度研究会『介護保険関係法令実務便覧』)を参照し、筆者作成。

うちの通院・外出介助や自立支援のための見守りの援助といった行為を含むものとし、報酬単価を従来より高い水準に設定するというものである。また、C案は「訪問介護」のみの1類型とし、報酬の水準はそれまでの「身体介護」よりも低く、「家事援助」よりも高い水準で一本化するものである。

事業者団体などからの意見・要望もふまえた分科会における議論¹³では、「家事援助を介護から切り離すことはできない」、「身体介護と家事援助はつながっており、在宅サービスは一連のもの」、「利用者にとって分かりやすい」として、報酬の一本化が望ましいとする意見も多く出されたが、介護保険制度以前は2類型だったこともあり、現実的には2類型化が妥当であるとする意見が大勢となり、第12回介護給付費分科会(2002年6月17日)において次回介護報酬改定案として2類型化が提起され、その後改定に至った。

2003年度からの訪問介護では、「複合型」が廃止され「身体介護中心型」と「生活援助中心型」の2類型となった。短時間のサービスを重点的に評価する体系となり、特に生活援助は30分以上1時間未満、1時間以上1時間30分未満の場合で報酬が大幅に引き上げられた。一方、1時間30分を超える身体介護の単価は生活援助と同じとなり、報酬が引き下げられた(表7参照)。

(2) 2006年改定：「介護予防訪問介護」の創設

様々な課題や論点を積み残したまま施行され、前出の分科会等でも「走りながら考えていく」とされる介護保険制度は、介護保険法の附則第2条において

¹³ 第9回介護給付費分科会(2002年5月13日)議事録参照。

「法律の施行後五年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきもの」とされている。この規定により、2003年5月に社会保障審議会介護保険部会が新たに設置され、制度全般に関わる見直しの議論が行われた。以下では、介護報酬体系に関わり、かつ介護保険制度の理念やあり方に関わる非常に重大な改定となる「新・予防給付」について検討する。

介護保険部会は2004年7月、それまでの審議をまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」を提出した¹⁴。第1部の「制度見直しの基本的な考え方」において、「見直しの基本的視点」として、①制度の「持続可能性」、②「明るく活力ある超高齢社会」の構築、③社会保障の総合化があげられ、②のなかで、「要介護状態の予防・改善を重視した『予防重視型システム』への転換を図ることが重要である。また、経済活性化や雇用創出、地域再生の面で期待される役割は大きい」とし、新たな給付システムへの転換を示唆した。また、「新たな課題への対応」として、その最初に「介護予防の推進」をあげ、要介護状態になる前の段階から軽度の要介護者（要支援、要介護1程度）に対して、「統一的な体系の下で、効果的な介護予防サービスが提供される『総合的な介護予防システム』を確立する」必要性を述べた。

さらに、第2部の「制度見直しの具体的内容」において、サービスの現状について、①介護予防に関連する制度・事業は一貫性・連続性に欠け、内容が不十分、②要支援、要介護1が増加し全体の5割近くに達しているが、これら軽度者に対するサービスが、利用者の状態の改善につながっていない、という問題を指摘した。

そのうえで、①市町村を責任主体とする統一的な介護予防マネジメントの確立、②市町村の老人保健事業を基本的に見直し、介護保険制度に基づく事業に位置づけることの検討、③要支援、要介護1などの軽度者を対象とした「新・予防給付」の創設、という具体策が提起された。さらに「新・予防給付」として、「筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、

¹⁴ 第16回介護保険部会（2004年7月30日）資料参照。

低栄養改善、口腔ケア、閉じこもり予防等」といったサービスを例示し、訪問介護については、「現行区分（身体介護、生活援助）を行為別・機能別に再編」し、「『家事代行』型サービスについては、給付の対象、期間等について見直しを検討する」とされた。

介護保険部会での議論¹⁵には、制度施行後、要支援や要介護1といった軽度の利用者が増加しているが、リハビリテーションなどのサービス（予防給付）を利用しても状態は改善せず、むしろ重度化しているとし、本当に介護保険で対応すべきものかといった疑問や、要支援の廃止を求める意見などがみられる。一方、保険給付から外し、市町村の独自事業にすることによる市町村負担の増加が危惧されること、軽度者の身体機能の強化だけでなく、精神面での自立支援や社会性の強化などの必要性も指摘され、そうした専門的支援のあり方や担い手の問題も論点となった。

その後具体的な議論は、介護給付費分科会の下に設置された「介護予防ワーキングチーム」¹⁶に移った。第27回介護給付費分科会（2005年9月5日）に提出された中間報告では、「新予防給付は、日常生活上の基本的動作がほぼ自立しており、状態の維持・改善可能性も高い者を対象とするものである。サービス提供に当たっては、利用者の状態像の特性を踏まえ、『本人のできることはできる限り本人が行う』ことが重要」と強調された。さらに、訪問介護のサービス区分については、「身体介護」と「生活援助」を一本化するとともに、介護報酬の設定については、「現行の『時間単位』の支払い方式を見直し、月単位の定額報酬など、『包括的な報酬設定』としていくことが適当」とし、新予防給付の報酬を定額方式で算定する案を示した。

これを受けてその後、介護給付費分科会で行われた議論¹⁷では、予防給付における「身体介護」と「生活援助」の一本化に関して、「本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるという『生活援助』型サービスの趣旨を徹底

¹⁵ 第12回介護保険部会（2004年4月26日）資料（「介護保険部会におけるこれまでの議論の整理」）参照。

¹⁶ 第23回介護給付費分科会（2005年6月20日）において設置された。

¹⁷ 第38回介護給付費分科会（2005年12月28日）資料（「報酬体系に関するこれまでの議論等の整理」）参照。

する形で、制限的に運用すべきである」などの意見があった。また、定額制の介護報酬について、「利用者の状態やサービス利用の実態等を踏まえ、複数段階での定額化の検討を行う」ことが提案された。

一方、従来からの訪問介護の介護報酬については、「将来的な『機能別再編』を視野に入れつつ、平成18年4月改定においては、『身体介護』と『生活援助』という現行の2区分の体系を維持しつつ、生活援助についての見直しを行う必要がある」という意見が多く出された。これに対し、重度者に利用の多い「身体介護」の単価が引き下げられることになり、在宅における中重度者へのサービスの充実」という点から問題があるという意見もあった。

さらに、従来からの「生活援助」についても、時間単位ではなく月単位の定額化を行うべきとの意見があったが、これに対しては、利用頻度にはばらつきがあるなかでは、時間単位により長時間利用を「適正化する」ことが現実的であると反論があった。

こうした議論をふまえて、2006年1月、介護給付費分科会は介護報酬の機能別再編に向けて、今後訪問介護の行為内容の調査研究を行う必要性を併記した答申を行い、最終的な改定に至った。2006年から導入された新たな予防給付は要支援1、2¹⁸の軽度者を対象にするもので、訪問介護は「介護予防訪問介護」という名称で給付されることになった。特に、「本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族等の支え合いや他の福祉施策等の代替サービスが利用できない場合について、適切なマネジメントに基づき、サービスを提供」するとして、サービス利用の厳格化が図られた。具体的には、独居や同居家族の障害・疾病などのため自ら日常生活上必要な家事を行うことが困難な要支援者に対し、①入浴、排泄、食事等の介護、②調理、洗濯、掃除等の家事、③生活等に関する相談及び助言などを行う¹⁹ものである。

また、「介護予防訪問介護」の報酬は、「身体介護」、「生活援助」の区分を一

¹⁸ この制度改正により要介護区分が変更され、「要支援」に新たな区分が設けられた。これにより、従来の「要支援」は「要支援1」に、「要介護1」が「要支援2」あるいは「要介護1」に移行することとなった。

¹⁹ 介護保険事業運営の手引編集委員会〔2010〕『介護保険事業運営の手引 訪問介護編改訂版』参照。

表8 介護報酬（介護予防訪問介護）（2006～2008年度）

	1ヶ月
介護予防訪問介護（Ⅰ）	1234単位
介護予防訪問介護（Ⅱ）	2468単位
介護予防訪問介護（Ⅲ）	4010単位

注）単位は5つの地域区分に応じ、1単位=10.00～10.72円の5段階に設定される。

出所）厚生労働省告示「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」（介護保険制度研究会『介護保険関係法令実務便覧』）を参照し、筆者作成。

表9 介護報酬（訪問介護）（2006～2008年度）

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上	以降、30分増すごと
身体介護中心型	231単位	402単位	584単位	83単位加算
生活援助中心型	設定なし	208単位	291単位	廃止

注）単位は5つの地域区分に応じ、1単位=10.00～10.72円の5段階に設定される。

出所）厚生労働省告示「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」（介護保険制度研究会『介護保険関係法令実務便覧』）を参照し、筆者作成。

本化し、時間単位ではなく月単位の定額制となった。利用の回数に応じ、①週1回程度の利用が必要な場合の「介護予防訪問介護費（Ⅰ）」、②週2回程度の利用が必要な場合の「介護予防訪問介護費（Ⅱ）」、③週2回程度を超える利用が必要な場合の「介護予防訪問介護費（Ⅲ）」の3類型が設定され、①、②は要支援1、2の者を、③は要支援2の者のみを対象とするとされた（表8参照）。こうした定額制のもとでは事業者のインセンティブが損なわれ、軽度者に対するサービス給付から民間事業所が撤退していく可能性もある。

従来からの訪問介護は、最終的に「将来的な報酬体系の機能別再編を視野に入れつつ、当面は現行の身体介護・生活援助の区分を維持」するとされ、「身体介護」の単価はすべて前回改定のまま据え置かれた。一方「生活援助」については、長時間利用の「適正化を図る」ことを目的に、1時間30分を超える場合の加算が廃止された（表9参照）。

(3) 2009年改定：「先祖返り」的改定

高齢化の進展にともない確実に介護給付費が増大するなかで、それまでの2回の報酬改定はマイナス改定が行われたが、特に不況が深刻化した2008年以降、介護従事者の離職率が高まった。こうした状況の背景には、介護従事者の賃金水準は全産業平均と比べても低く、業務に対する社会的評価も低いことがある²⁰。一方事業者にとっても、特に訪問介護などの事業所数が増加し競争が激化するなかで、現行の介護報酬水準では経営が厳しく、介護従事者に対する十分な処遇を確保することが難しいため、人材の確保・育成が困難となっている²¹。このような状況に危機感をもった政府が2008年5月、「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」を制定するなかで、2009年の介護報酬改定における報酬引き上げに対して大きな期待が寄せられた。

同年10月、政府与党が「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」を策定し、次の介護報酬改定率をプラス3%とすることを決定した。この決定を受け具体的な議論を行った介護給付費分科会では、①介護報酬はサービス提供の対価として事業者を支払われるものであり、個別の事業者や労働者の状況は様々であるなかで、介護報酬の引き上げが介護従事者の処遇改善に結びつくか、②介護報酬の引き上げだけでなく、事業主への助成や経営効率化のための経営モデルの提示が必要である、③介護従事者の賃金水準の向上だけでなく、研修やキャリアアップのシステムを導入することが不可欠であるなどといった意見を示した²²。

特に介護従事者の人材確保対策として、①負担の大きい夜勤や認知症・重度者対応、サービス提供責任者の業務などに対する人員確保を行う場合に対する評価を行う、②介護従事者の能力や専門性などのキャリアに着目した評価を行うため、介護福祉士の資格保有者や常勤職員、一定以上の勤務年数を有する者を一定割合雇用する場合に対する評価を行う、③介護従事者の賃金の地域差に

²⁰ 介護労働安定センター「介護労働実態調査結果」等参照。

²¹ 厚生労働省「介護事業経営概況調査結果」等参照。

²² 第63回介護給付費分科会（2008年12月26日）資料（「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告」）参照。

対応するため、サービスごとの人件費割合をふまえ、介護報酬の地域区分の単価設定を見直す、という具体的方針が示された。

以下では、訪問介護に関わる見直し部分についてみていく²³。第1に、訪問

図2 特定事業所加算の算定要件

<算定要件>

【特定事業所加算（Ⅰ）】

体制要件，人材要件（①及び②），重度要介護者等対応要件のいずれにも適合

【特定事業所加算（Ⅱ）】

体制要件，人材要件（①又は②）のいずれにも適合

【特定事業所加算（Ⅲ）】

体制要件，重度要介護者等対応要件のいずれにも適合

<体制要件>

- ①すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。
- ②利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
- ③サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。
- ④すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的に実施していること。
- ⑤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。

<人材要件>

- ①訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員の合計が50%以上であること。
- ②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介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員であること。ただし、居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

<重度要介護者等対応要件>

前年度又は前3月の利用者のうち、要介護4～5・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が20%以上であること。

注) 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）は、いずれか一つのみを算定することができる。
出所) 金子勝・結城康博〔2009b〕『介護保険再改正と報酬改定の課題』, p. 272。

²³ 同上、資料（「諮問書（平成21年度介護報酬改定について）」）参照。

介護員及びサービス提供責任者の介護職員基礎研修の受講や資格取得（介護福祉士、1級訪問介護員など）などに関する一定の要件を満たした事業所が提供するサービスに対し行われる「特定事業所加算」である。要件ごとに、①所定単位数の20%を加算する「特定事業所加算（Ⅰ）」、②所定単位数の10%を加算する「特定事業所加算（Ⅱ）」、③所定単位数の5%を加算する「特定事業所加算（Ⅲ）」の3類型が設定され、その要件が見直された（図2参照）。

第2に、サービス提供責任者の労力に着目した評価を行うものとして、①「初回加算」と②「緊急時訪問介護加算」が新たに設定された²⁴。①は新規に訪問介護計画を策定した利用者に対し、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合または他の訪問介護員などが訪問介護を行う際に同行訪問した場合の加算で、月当たり200単位が算定される。また②は、利用者やその家族から要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者またはその他の訪問介護員などが居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合の加算で、1回当たり100単位が加算される。

第3に、介護従事者の賃金の「地域差」への対応についてである。第3章で触れたように、特に都市部の事業所において人件費が高く経営を圧迫することから、そうした地域差をふまえて報酬単価に一定の加算をするしくみがあった。これは全国を5つの地域（特別区、特甲地、甲地、乙地、その他）に区分し、加算割合をそれぞれ12%、10%、6%、3%、0%としていたものを、2009年から15%、10%、6%、5%、0%へと見直すこととした。さらに、各サービスの「人件費割合」とその区分も見直され、訪問介護の人件費割合は60%から70%へと引き上げられた（図3参照）。

2009年度の改定では3%のプラス改定（うち、在宅分1.7%、施設分1.3%）が行われたが、この改定における最も重要な点は、介護従事者の所有資格や勤続年数、勤務形態、地域間の賃金格差、事業所の研修体制の有無といった、事業運営やサービス提供にかかる人件費部分を重点的に評価し、報酬算定に明確に

²⁴ 金子勝・結城康博〔2009b〕『介護保険再改正と報酬改定の課題』、p. 272。

図3 地域区分における報酬単価

<人件費割合>

60%	訪問介護／訪問入浴介護／通所介護／特定施設入居者生活介護／夜間対応型訪問介護／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／認知症対応型共同生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護／居宅介護支援	→	70%	訪問介護／訪問入浴介護／夜間対応型訪問介護／居宅介護支援
	40%		訪問看護／訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／短期入所生活介護／短期入所療養介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	55%
			45%	通所介護／短期入所生活介護／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／地域密着型特定施設入居者生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

※ 介護予防サービスのある居宅サービスおよび地域密着型サービスについては、いずれも介護予防サービスを含む。

<介護報酬1単位当たりの単価の見直しの全体像と見直し後の単価>

<現行>

		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乘せ割合		12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	60%	10.72円	10.60円	10.36円	10.18円	10円
	40%	10.48円	10.40円	10.24円	10.12円	10円

<見直し後>

		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
上乘せ割合		15%	10%	6%	5%	0%
人件費割合	70%	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円
	55%	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円
	45%	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円

表10 介護報酬 (2009～2011年度)

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上	以降, 30分増すごと
身体介護中心型	254単位	402単位	584単位	83単位加算
生活援助中心型	設定なし	229単位	291単位	設定なし

注) 単位は5つの地域区分に応じ、1単位=10.00～11.05円の5段階に設定される。

出所) 厚生労働省告示「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」(介護保険制度研究会『介護保険関係法令実務便覧』)を参照し、筆者作成。

反映させることであり、介護保険導入以前の「人件費補助方式」(本稿第2章参照)における算定方式に部分的に立ち返るものであるといえる。しかし、実際にこうした報酬算定・加算の基準や水準のもとで、専門性の高い介護従事者を確保し、サービスの質の向が図られるかについては疑問が残る。また、介護の手に応じてサービス内容を定型化し、所要時間に着目した報酬算定を基本とする点に変わりはなく、「身体介護」と「家事援助」の2類型も維持された。訪問介護の介護報酬は、30分未満の「身体介護」と30分以上1時間未満の「生活援助」で単価の引き上げがあった(表10参照)。また、介護予防訪問介護の報酬単価はこの改定では据え置かれた(表8参照)。

2. 介護報酬のあり方

(1) 訪問介護の専門性と類型化

2006年改定に関する議論において、訪問介護における「身体介護」と「生活援助」の報酬を将来的に一本化する方向が示されたものの、その実現は先送りされたままである。制度施行当初は、「身体介護」と「生活援助」(当時の呼称は「家事援助」)の報酬単価には2.6倍程度の開きがあったが、「生活援助」は誰でもできる家事サービスあるいは家事労働の代替のように捉えられ、その専門性に対する評価が「身体介護」に比べ相当に低いことは明らかである。

訪問介護における「生活援助」は決して家事サービスと同様な、あるいはその延長上で遂行できるものではなく、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やケアプランの一環として行われるべき専門的な支援である。提供するサービスが掃除、洗濯、調理などであっても、利用者

の生活状況を把握し、利用者の有する能力や身体・精神状態の変化に応じてADLを維持・向上させて、より質の高い生活を送ることのできるよう支援するためには欠かせないものである。利用者の生活環境や習慣に対する配慮や柔軟な対応を求められ、そのために現場で問題やトラブルも生じやすい。さらに、2003年改定から認知症の見守りなどのサービスが「生活支援」に位置づけられたが、認知症の症状や心理状態を理解し対応するためには専門的な知識や経験は欠かせない。

また第3章でみたように、食事介助や入浴介助などの「身体介護」は、その前後に膨大な準備や後片付けが必要であり、こうした「生活支援」に支えられて初めて成り立つサービスである。「身体介護」と「家事援助」のサービスを併用する場合に、どこまでが「身体介護に含まれる一連の行為」であり、どこからが「家事援助」であるか、区別することは困難であり、また、区別することで利用者や訪問介護員、報酬を算定する事業者に混乱をもたらしていることは否めない。かつての「複合型」よりも高い水準の報酬で一本化する方向をめざし、今後さらに検討を重ねるべきである。

(2) 報酬引き上げと加算のあり方

介護従事者の処遇改善を一大目標において行われた2009年改定であるが、その実効性を危ぶむ声が大きかった。この改定の検証を行うために、2009年10月に厚生労働省が介護保険施設・事業所とそこで雇用される介護従事者を対象に調査(母集団91,067, 調査対象7,381)を行った²⁵。まず、施設・事業所における同年4～9月の間の介護従事者の給与等の引き上げについては、複数回答で、「定期昇給実施」が42.7%、「介護報酬改定を踏まえて引き上げた」が23.8%、「介護報酬改定に関わらず引き上げた」が20.5%であった。また、訪問介護事業所で見ると、複数回答で、「定期昇給実施」が31.2%、「介護報酬改定を踏まえて引き上げた」が30.9%、「介護報酬改定に関わらず引き上げた」が18.7%であった。一方、営利法人では給与等の引き上げを実施していないところが39.6%で

²⁵ 厚生労働省「平成21年度介護従事者処遇状況等調査」参照。

あり、他の経営主体よりその割合が高かった。

また、介護従事者の平均給与は229,930円であり、前年と比較して平均8,930円増加していた。しかし、施設・事業所別に見ると大きな差がある。介護老人福祉施設で281,880円、介護老人保健施設で295,230円であるのに対し、訪問介護事業所は134,910円に過ぎない。特に訪問介護事業所では非常勤やパートタイマーが多いことがこの背景にある。

さらに、職種別に平均給与を見ると、生活相談員・支援相談員は296,700円、介護支援専門員は314,650円であるのに対し、介護職員（訪問介護員を含む）では197,960円に過ぎない。相談員やケアマネージャーに比べ、実際に介護を担う介護職の給与の低さが際立っている。

一方、給与等以外の処遇全般については、「職員の増員による業務負担の軽減」で実際に改善が図られた施設・事業所が17.3%であり、「夜勤職員配置加算」の創設などの効果が伺える。また今後の実施予定としては、「昇給または昇進・昇格要件の明確化」が24.8%、「賃金体系等の人事制度の整備」が23.2%、「能力や仕事ぶりの評価と配置・処遇への反映」が21.6%であった。

職員の教育・研修については、「資格取得や能力向上に向けた教育研修機会の充実や対象者の拡大」で実際に改善が図られた施設・事業所が18.9%、「資格取得や外部の研修参加にかかる費用等の負担（一部を含む）」が12.8%であり、「特定事業所加算」等の効果が伺える。

本章で介護報酬の改定の経緯を見てきたが、報酬の引き上げや加算の導入が検討される際、必ず議論されるのは保険料や利用料への影響についてである。「保険」制度である以上「収支の相等」を図る必要があり、給付が増えれば、それを賄う財源を確保する必要がある。しかし、介護保険は「社会」保険であり、その財源として保険料や利用料だけでなく、公費負担が当然に求められている。サービスの質の向上や従事者の処遇改善は公的責任および社会的責任において行うべきであり、被保険者や利用者には負担させるべきものではない。特に「特定事業所加算」などでは、加算の対象となる事業所か否かにより、介護報酬が異なり、利用料も異なることになる。同じサービスを利用しながら、提供する事業所によりその利用料が異なることに正当性があるか疑問が残る。ま

た処遇改善のために介護報酬の引き上げられても、それを受けとる事業者が実際の給与改善に向ける保証はない。

2009年10月から、介護職員の処遇改善に取り組む事業者を対象に、他の業種との賃金格差を縮小し、介護における雇用の安定を図り、優秀な人材を確保することを目的に、常勤職員1人(常勤換算)当たり月額1.5万円に相当する額の交付金制度(「介護職員処遇改善交付金」)が創設された。しかしこれは、2011年度末までの時限措置であって、先に紹介した厚生労働省による検証調査の結果をみても、処遇改善効果は小さく、限定的であるといわざるを得ない。

介護保険制度における公費負担割合は介護保険給付費(介護保険総費用から1割の利用者負担(利用料)を除いたもの)の50%であるが、サービスの量的整備と質的向上を図り、焦眉の課題である介護従事者の処遇改善を行うための財政措置を介護報酬の枠外、さらには介護保険制度の枠外で行う仕組みをさらに充実させ、継続的に実施していく必要がある。

おわりに

最後になったが、介護保険のあり方を大きく左右する「介護予防」について述べたい。2006年改定により導入された「介護予防」給付は「自立支援」を名目に、要支援者を従来の介護給付から排除し、別枠で対応するものであり、これにより、利用者のサービス利用が大幅に制限されることとなった。同時に、介護保険の対象外となった者(「自立」と認定された者)を対象とした市町村事業(「介護予防・地域支え合い事業」)も「介護予防」事業の対象に再編され、その財源に保険料が充てられることとなった。

これに対し、要介護状態にあることが介護保険が対象とするリスクであり、リスクが発生する以前の要支援者や自立と認定された者の「介護予防」は保険給付になじまないという指摘もある。とはいえ、介護保険は「被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うもの」(介護保険法第2条)であり、保険給付は「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」(同法第2条2)とされており、介護予防のための施策や

サービスは必須である。公費で行われる市町村の保健事業をより充実させ、そのなかで健康増進や介護予防を普遍的・包括的に実施すると同時に、保険料を財源として「介護予防」を給付することの是非を議論する必要はあるのではないだろうか。

こうした議論は制度の理念・目的や制度設計に関するものであり、多くの論点をふまえる必要があるが、今後の制度の行方を見守りながら介護保障のあり方に関する議論をより具体化していくことを筆者の今後の課題としたい。

【参考文献】

- 井上由美子〔2000〕「介護保険に家事援助サービスの見直しを提言する」『世界』2000年10月号
- 石田一紀・植田章他〔2000〕『介護保険とホームヘルパー ―ホームヘルプ労働の原点を見つめ直す―』萌文社
- 伊藤周平〔2005〕『「改正」介護保険と社会保障改革』山吹書店
- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也〔2008a〕『ケアすること（ケアその思想と実践2）』岩波書店
- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也〔2008b〕『ケアを支えるしくみ（ケアその思想と実践5）』岩波書店
- 大井川裕代〔2009〕『医療と介護の連携・調整（実践・高齢者介護第3巻）』ぎょうせい
- 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』第23号
- 小笠原祐次〔1978〕「老人福祉従事者の現状と問題点」『ジュリスト増刊総合特集No.12 高齢化社会と老人問題』
- 金子勝・結城康博〔2009a〕『検証！改正後の介護保険（実践・高齢者介護第1巻）』ぎょうせい
- 金子勝・結城康博〔2009b〕『介護保険再改正と報酬改定の課題（実践・高齢者介護第6巻）』ぎょうせい
- 鎌田ケイ子〔1993〕老人看護論 全国老人ケア研究会
- 川口弘・川上則道〔1989〕『高齢化社会は本当に危機か』あけび書房
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修〔1995〕『新たな高齢者介護システムの構築を目指して 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい
- 国民医療研究所〔2000〕『21世紀の医療・介護労働』本の泉社
- 是枝祥子編〔2009〕『これからの訪問介護と施設介護の視点（実践・高齢者介護第2巻）』ぎょうせい
- 里見賢治〔1993〕『「10か年戦略」と『老人保健福祉計画』—その問題点と実効性確保の

課題—『社会問題研究』第43巻第1号

里見賢治・二木立・伊東敬文〔1996〕『公的介護保険に異議あり—もう一つの提案(増補版)』ミネルヴァ書房

里見賢治〔2010〕『改定新版 現代社会保障論—皆保障体制をめざして』高学出版

島津淳〔2000〕「訪問介護からみた介護報酬上の政策課題」『社会福祉研究』第79号

島津淳〔2008〕『介護保険制度と政策形成過程』久美株式会社

全国保険医団体連合会〔2003〕『介護報酬改定のポイント(月刊保団連椿事増刊号)』第781号

武田宏〔1995〕『高齢者福祉の財政課題—分権型福祉の財源を展望する—』あけび書房

武智秀之〔1993〕「ホームヘルパー派遣事業の実施構造」『季刊社会保障研究』Vol. 29, No. 2

成瀬龍夫・小沢修司・武田宏・山本隆〔1989〕『福祉改革と福祉補助金』ミネルヴァ書房

二木立〔2007〕『介護保険制度の総合的研究』勁草書房

日本福祉大学社会福祉学会〔1998〕『真の公的介護保障めざして—福祉現場から具体的に考える』あけび書房

八田和子〔2004〕「訪問介護における家事援助の実態と自立支援の課題—訪問介護利用者・訪問介護員調査をふまえて—」『創発 大阪健康福祉短期大学紀要』第2号

八田和子〔2005〕「介護保険制度改革における『自立支援』の政策的含意」『社会問題研究』第54巻第2号

舟場正富・齋藤香里〔2003〕『介護財政の国際的展開—イギリス, ドイツ, 日本の現状と課題』ミネルヴァ書房

ヘルスケア総合政策研究所〔2001〕『ホームヘルパー消滅の危機』日本医療企画ホームヘルパー全国連絡会〔2005〕『介護保険見直しの中でヘルパーの役割の重要性を見つめ直す—第5回ホームヘルパー全国交流会「報告集」—』萌文社

増田雅暢〔2003〕『介護保険見直しの争点』法律文化社

森詩恵〔2008〕『現代日本の介護保険改革』法律文化社

和田忠志〔2007〕「介護職に必要な『医療行為外の医療行為』を知る」『訪問看護と介護』Vol. 12 No. 7

【参考資料】

介護保険事業運営の手引編集委員会〔2010〕『介護保険事業運営の手引 訪問介護編改訂版』

介護保険制度研究会『介護保険関係法令実務便覧』

介護労働安定センター「介護労働実態調査」各年版

厚生労働省「介護保険事業状況報告調査」各年版

厚生労働省「介護給付費実態調査」各年版

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」各年版

厚生労働省「介護事業経営実態調査」各年版

- 厚生労働省「介護事業経営概況調査」各年版
厚生労働省「平成21年度介護従事者処遇状況等調査」
厚生労働省「厚生労働省関係審議会議事録等 社会保障審議会」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000008f07.html#shingi10>)
高齢社会福祉ビジョン懇談会〔1994〕「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」
社会保障制度審議会社会保障将来像委員会〔1993〕「社会保障将来像委員会 第一次報告
—社会保障の理念等の見直しについて—」
社会保障制度審議会社会保障将来像委員会〔1994〕「社会保障将来像委員会 第二次
報告」
東京都社会福祉審議会〔2006〕『介護保険制度における平成18年度介護報酬・指定基準
の改定資料集』
老人福祉関係法令研究会『老人福祉関係法令通知集』各年版, 第一法規