

訪問介護における介護報酬改定の変遷（Ⅱ）

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

V. 2012年介護報酬改定へ向けた動向

本稿では、2009年の介護報酬改定以降、2018年の介護報酬改定までの期間に着目するとともに、訪問介護における介護報酬がどのような考え方にに基づき、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、これをふまえ、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について展望する。なお、前稿「訪問介護における介護報酬改定の変遷（Ⅰ）」では、第1章から第4章までの内容について論じたが、本稿では第5章から9章の内容について述べることとする。

1. 2012年介護報酬改定へ向けた基本的考え方

2012年介護報酬改定に向けては、地域包括ケアシステムという方向性が示されるとともに、地域で支える医療・介護の提供体制の構築に重点が置かれた。

「第64回介護給付費分科会」では、次期の介護報酬改定に向けて、次のような対応を着実に行うことが求められた。それはまず、2009年の介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかの検証を適切に実施すること、また、介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について検討を行うこと、さらに、介護サービス事業者がより効率的かつ効果的なサービス提供を行うことができるよう引き続き検討を行うことである（厚生労働省2009）。これに加えて、介護分野の魅力を高め、介護分野に入職する若者を増やすことを通じて量・質ともに拡大する介護ニーズを充足することが必要であることも指摘されている。

また、「第72回介護給付費分科会」の中では、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」の概要が示された。本法案では、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」実現に向けた取組を進めること、また、この具体的な取り組みとして、医療と介護の連携の強化等、介護人材の確保とサービスの質の向上、高齢者の住まいの整備等、認知症対策の推進、保険者による主体的な取組の推進の5つがあげられている（厚生労働省2011a）。さら

に本法案を受け、本分科会では、2012年度介護報酬改定における基本的な視点として、地域包括ケアシステムの基盤整備、医療と介護との役割分担・連携により、効率的で利用者にもふさわしいサービスを提供すること、質の高いサービスを確保するため、利用者、事業者、サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与すること、認知症にもふさわしいサービスを提供すること、地域間、サービス間のバランス・公平性に配慮することの5点が示された¹⁾。

2. 介護従事者に向けた待遇改善策についての考え方

また、2012年の介護報酬改定に向けては、介護従事者に向けた待遇改善策をどのように継続していくのかについて議論が重ねられた。

まず「第74回介護給付費分科会」の中では、2009年10月より実施されている介護職員処遇改善交付金に代わる処遇改善策のあり方について議論が行われた（厚生労働省 2011b）。この中では、介護職員の賃金は、将来的に労使間の自立的な取組によって決定する仕組みにする必要があることや、介護報酬で評価することとした場合、現在の賃金水準が引き下がらないようにするためには、どういった方策が考えられるのか、さらに、キャリアアップの仕組みなど賃金以外の処遇改善をどのように考えるのかなどの論点が示された²⁾。

また「第82回介護給付費分科会」の中では、今後の介護従事者に向けた処遇改善のあり方についても示されている。具体的には、現在、公費を財源として介護職員処遇改善交付金が交付されているが、これを介護報酬の枠組みの中で実施する場合の考え方が示された。この中では、算定率や算定要件（賃金要件、キャリアパス要件）、サービスごとの交付率などは概ね現行の仕組みと同様とする案が示された（厚生労働省 2011c）。なお本分科会では、処遇改善を加算に位置づけることに対する慎重な立場も示されている³⁾。

このように、今後の介護従事者に向けた待遇改善策のあり方は、2012年介護報酬改定における重要な案件であったといえる。そして、その待遇改善は介護報酬体系（加算）の枠組みの中で実施する方向性が示されたが、これには賛否両論があり、慎重な議論が重ねられていった。

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

「第82回介護給付費分科会」の中では、今後の訪問介護の報酬見直しの考え方が提示された。

*1 これに加えて配慮すべき点として、給付の重点化を図ること、新たな報酬の設定のみならず、既存の報酬の点検を併せて行うこと、2006年および2009年改定の検証を行うことなども示されている（厚生労働省 2011a）。

*2 この中では、介護報酬で対応する場合には、保険料の増額に直結しないような仕組みとする必要があること、加算で行う場合、利用者と事業者との利益の相反関係にどうしてもなるという要素をもっていること、介護報酬で対応するのが本来の姿であると考えられるが、介護報酬の引き上げが必ずしも介護職員の処遇改善に結びつかないといったおそれがあることなどの意見が出されている。

*3 具体的には、「介護従事者の賃金に国が介入することは慎むべきである」、「算定要件を満たすかどうかの監視と管理に関するコストが多くなるものとなる」などの意見が示されている（厚生労働省 2011）。

この中では、(1) 生活援助の時間区分等の見直し、(2) 自立支援型の訪問介護サービスの推進、(3) サービス提供責任者の任用要件の見直し、(4) サービス提供責任者の配置基準の見直しの4つの論点が示された（厚生労働省 2011d）。

まず (1) では、厚生労働省が実施した「平成 21 年介護サービス施設・事業所調査結果」から得られたデータ⁴を参考に、生活援助の時間区分を見直すことが提案された。具体的には、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」の新たな時間区分を導入することが提案された。この提案の中では、時間区分を短時間化することで、効率的に、またより多くの利用者にサービスを提供できるのではないかという考え方が示されている⁵。また (2) では、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職との協働に向けた評価項目を創設してはどうかという提案がなされた。具体的には、サービス提供責任者と作業療法士等が協働して訪問介護計画を作成した場合に、新たな加算を設け、報酬上の評価を行ってはどうかという案が提示されている⁶。そして (3) では、サービス提供責任者の質の向上を図るため、その任用要件の中から3年以上の実務経験を有する訪問介護員2級課程修了者を、段階的に削除してはどうかという提案がなされた⁷。さらに (4) では、主たる業務である訪問介護計画の作成に応じた適切な従事者を配置するため、その配置基準を、従来のサービス提供時間（450時間ごとに1人）や訪問介護員の数（10人ごとに1人）から、利用者人数（40人程度ごとに1人）としてはどうかという案が提示された。これに加えて、本分科会では、身体介護の行為ごとの平均提供時間は20～30分程度となっていることをふまえ、身体介護については、現行の報酬区分よりもさらに短時間（10～15分程度）を想定した区分を創設すべきではないかとの提案もあった。

なお、訪問介護における基本報酬の体系的見直しについては、「第72回介護給付費分科会」の中で、行為内容（身体介護・生活援助）の調査研究を引き続き実施し、次期（2012年）介護報酬改定に向けて一定の結論が得られるよう議論を行っていくことが確認されている（厚生労働省 2011a）。

⁴ 本調査結果の中では、サービス準備（6.0分）、掃除（27.0分）、洗濯（16.6分）、一般的な調理・配下膳（32.2分）など、行為ごとのサービス提供時間が示されている。また、株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業」の中では、生活援助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分程度になることが示されている。

⁵ なお本分科会では、生活援助において「45分未満」および「45分以上」という新たな時間区分が創設されることとなったが、この見直し案については、「特に認知症高齢者に対するサービス提供の実態からは、45分という時間区分では十分な支援が提供できない」、「効率的なサービス提供という観点からの見直しであるが、認知症高齢者にとっては会話も含めたコミュニケーションが、認知症ケアの1つの大切な関わりを持っている」などの否定的な意見が出されている。

⁶ ここでは、新設される加算の要件として、サービス提供責任者と作業療法士等が3月に1回以上、利用者の居宅に同行訪問し、生活機能向上の視点からのアセスメント・モニタリングを協働で行っていることや、このアセスメント・モニタリング結果を基にサービス提供責任者が訪問介護計画を作成していることの2点が提案されている。

⁷ ここでは、実務経験3年を有する2級ヘルパーのサービス提供責任者に対する減算を新設することが提案されている。

4. 2012年介護報酬改定の概要

「第87回介護給付費分科会」では、2011年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、また、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携の強化を背景とし、2012年の介護報酬改定に向けての基本的な考え方が示された（厚生労働省 2011e）。この中では、(1) 地域包括ケアシステムの基盤強化、(2) 医療と介護の役割分担・連携強化、(3) 認知症にふさわしいサービスの提供、(4) 介護職員の処遇改善等に関する見直しの4点があげられている。まず(1)では、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするため、要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスを提供すること、また、重度者への対応や在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に応じたサービス提供の強化を図ることが示された。また(2)では、医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供する観点から、在宅生活時の医療機能の強化に向けた新サービスの創設および訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化、入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進を進めることなどが示された。そして(3)では、認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくため、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、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において必要な見直しを行うことが示された。さらに(4)では、介護従事者の待遇改善は、事業者の自主的な努力によることを前提とした上で、事業者にとって安定的・継続的な事業収入が見込まれる介護報酬の枠組みの中で対応することが示された。

そして「第88回介護給付費分科会」では、2012年の介護報酬改定案が示された（厚生労働省 2012）。本改定では、2025年に向けたあるべき医療・介護の姿を念頭におき、また、先の介護給付費分科会で示された2012年の介護報酬改定に向けての基本的な考え方およびその重点課題をふまえ、介護サービス全体で1.2%（在宅：+1.0%、施設：+0.2%）のプラス改定となった。訪問介護についてみると、(1) 身体介護および生活援助の両サービスで新たな時間区分を創設すること、(2) 「生活機能向上連携加算」を創設すること、(3) サービス提供責任者の質の向上を図ることなどの視点から見直しが行われることとなった。まず(1)では、身体介護において、1日複数回の短時間訪問により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、新たに「20分未満」の時間区分が創設されることとなった。ただし、これは制限的な運用となっている^{*8}。これに対し、生活援助では、限られた人材の効果的活用を図り、より多くの利用者に対しそのニーズに応じたサービスを効率的に提供する観点から、従来の時間区分に代わり、新たに「45分未満」および「45分以上」の時間区分が創設されることとなった。また(2)では、自立支援型のサー

*8 日中の時間帯に20分未満の身体介護中心型を算定する場合には、対象となる利用者が、要介護3～5であって、障害老人の日常生活自立度においてランクB以上に該当することなどが求められる。なお、夜間、深夜および早朝の時間帯においては、すべての指定訪問介護事業所において20分未満の身体介護が算定できる。

ビスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、新たに「生活機能向上連携加算」が創設されることとなった。そして（3）では、サービス提供責任者の任用について、介護福祉士への段階的な移行を進めるため、「ホームヘルパー２級課程の研修を修了した者であって、３年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所は、その介護報酬が減算されることとなった。これに加えて、特定事業所加算の算定要件が見直され、重度要介護者等対応要件に「たんの吸引等が必要な者」が、また、人材要件に「実務者研修修了者」が加えられることとなった。

5. 小括

2012年の介護報酬改定は、2009年改定に続きプラス改定となった。本改定では、2011年の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の制定をきっかけとして、地域包括ケアシステムを実現させていく方向性が示された。また、そのための基盤整備を行うために、サービスの効率化とサービスの質の向上、医療と介護の連携、認知症をはじめとする中重度の利用者へ向けたサービスの拡充などに重点が置かれることとなった。

また、2012年の介護報酬改定に向けては、今後の介護従事者に向けた待遇改善策をどのように位置づけるのが重要な課題とされた。本課題をめぐっては、介護従事者の賃金をはじめとする労働条件に直結することから慎重な議論が行われた。そして、本改定では、従来の介護職員処遇改善交付金を廃止するとともに、新たに「介護職員処遇改善加算」を創設することで、介護従事者に向けた待遇改善を継続していくこととなった。本加算は、従来の介護職員処遇改善交付金の枠組みを維持しつつ、介護報酬の枠組みの中で待遇改善を実施する仕組みとされた。また、本加算は（当該交付金と同様に）例外的、時限的措置という位置づけとされた。

訪問介護の基本報酬についてみると、身体介護では、中重度の利用者に向けた支援を手厚くする観点から、また、生活援助では、より多くの利用者にサービスを効率的に提供する観点から、従来よりも短い時間区分が設定されることとなった。このうち生活援助の時間区分は大きく見直しがなされている（表1）。一方、加算についてみると、先述した介護職員処遇改善加算の他に、他職種との連携によるサービス提供を報酬上評価するために新たな加算項目が創設された（表1）。

また、サービスの質を高めるために、サービス提供責任者の要件が厳格化されることとなった。さらに本改定では、介護職員処遇改善加算をはじめ新たな加算項目が新設されたことにより、その報酬体系はさらに複雑なものとなっている。

表1 訪問介護における介護報酬単価：2009年と2012年の比較

2009年		2012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	254	20分未満	170
30分以上1時間未満	402	30分未満	254
1時間以上	584	30分以上1時間未満	402
30分超過ごとに加算	83	1時間以上	584
		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	229	20分以上45分未満	190
1時間以上	291	45分以上	235
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 (Ⅱ)：10/100 (Ⅲ)：10/100	特定事業所加算	(Ⅰ)：20/100 (Ⅱ)：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
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)
		生活機能向上連携加算	100
		介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)：40/1000 (Ⅱ)：Ⅰの90% (Ⅲ)：Ⅰの80%

注) 通院乗降介助は除く。

厚生労働省（2008；2012）をもとに筆者作成

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

2015年介護報酬改定に向けては、2012年の改定同様に、地域包括ケアシステムの構築や、2025年を睨んだ介護人材確保などに重点が置かれることとなった。

「第97回介護給付費分科会」では、今後の介護報酬の見直しに向けた基本的な考え方が示された（厚生労働省2013）。この中では、2015年の介護報酬改定における基本的考え方として、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保が示されている。またこの中では、地域包括ケアシステムの構築を実現するために、(1) 地域包括ケアシステムの構築に向け地域支援事業を見直すこと⁹、(2) 地域支援事業の見直しに合わせ予防給付を見直すこと、(3) 認知症など重度の要介護者や単身や夫婦のみの高齢者世帯の在宅生活を支えるために在宅サービスを見直すことなど、サービス提供体制にかかる見直しが行われている。また本分科会では、今後の介護人材確保の考え方についても示されている。この中では、団塊世代が75歳以上となる2025年に向けて毎年6.8～7.7万人の人材を確保していく必要があるとし、そのために新規入職者を増加させるとともに、その定着を支援することが重要であると示された。

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111回介護給付費分科会」では、訪問介護における見直し案として、次の5点が示された（厚生労働省2014a）。それはまず、(1) 在宅での中・重度要介護者の支援を促進するため、(定期巡回・随時対応サービスの普及と合わせ) 1日複数回サービスを提供する選択肢の1つとして、20分未満の身体介護の算定要件を見直してはどうか¹⁰。また、(2) 在宅中重度者への対応のさらなる強化を図るとともに、効率的な事業運営を図る観点から、サービス提供責任者の配置基準等を見直してはどうか¹¹。そして、(3) サービス提供責任者の任用要件を厳格化してはどうか¹²。さらに、(4)

*9 この中では、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、介護予防の推進、地域包括支援センターの機能強化などがあげられている。

*10 本算定要件の見直しに際しては、夜間・深夜・早朝時間帯について、日中の時間帯と同様に、要介護3以上であって一定の要件を満たす者に限り算定を認めること、「20分未満の身体介護」を算定する利用者に係る1月あたりの訪問介護費は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型（訪問看護サービスを行わない場合））における当該利用者の要介護度に対応する単位数の範囲内とすること、「20分未満の身体介護」を算定する場合、同一建物居住者へのサービス提供に係る減算割合を引き上げることなどの対応策が示されている。

*11 本見直しに際しては、中重度の要介護者を重点的に受け入れるとともに、人員基準を上回る常勤のサービス提供責任者を配置する事業者を特定事業所加算によって評価を行うこと、また、複数のサービス提供責任者が共同して利用者に関わる体制や、利用者情報の共有などサービス提供責任者が行う業務について効率化が図られている場合には、サービス提供責任者の配置基準を「利用者50人に対して1人以上」に緩和することなどの要件が示されている。

*12 具体的には、介護福祉士への段階的な移行を進める観点から、訪問介護員2級課程修了者がサービス提供責任者である場合の減算割合を30%に引き上げる案が示されている。

リハビリテーション専門職の意見をふまえた訪問介護計画の作成を促進してはどうか¹³。これに加えて、(5) 訪問介護と総合事業における訪問事業を同一の事業所で一体的に運営する場合の人員・設備の取扱いを、現行の介護予防訪問介護に準ずるものとしてはどうか¹⁴である。このように、訪問介護においては、中重度利用者への支援を手厚くするために、サービスを短時間化し、効率的なサービス提供を行うことや、サービス提供責任者の質を向上させることが提案されている。また、サービスの質の向上を図る観点から、サービス提供責任者の要件を厳格化することやリハビリテーション職と連携することも提案されている。

上記の見直し案については、制度の持続可能性を高める観点から「少子高齢化が進行する中で、制度の持続性を維持するためには、傾斜配分の議論をしていかざるを得ない」、「今後の高齢化の進展に伴う介護給付費の増大などをふまえると、限られた資源を最大限有効活用しながら、かつサービスの質を高めていく見直しを進めていく必要がある」などの意見が示されている（厚生労働省老健局老人保健課 2014）。

3. 介護従事者に向けた待遇改善策についての考え方

「第115回介護給付費分科会」の中では、今後の介護職員処遇改善加算のあり方についての考え方が示された（厚生労働省 2014b）。この具体的な考え方として、介護人材は地域包括ケアシステムの構築に不可欠の社会基盤であり、その量的確保・質的向上は最重要の課題であること、また、介護人材確保においては、「参入促進」「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」の視点からの対策を総合的に講じる必要があることなどが示されている。このような考え方をふまえ、今後の介護職員処遇改善加算の見直しにおいては、介護従事者に対する処遇改善が後退しないよう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、さらなる上乘せ評価を行うための区分を新設する具体案が示された。このように、本分科会では、2015年の介護報酬改定に向けて、現行の介護職員処遇改善加算をさらに拡充していく方向性が示された。

4. 2015年介護報酬改定の概要

「第119回介護給付費分科会」の中では、2015年介護報酬改定の概要案が示された（厚生労働省 2015a）。本改定では、地域包括ケアシステムの構築を実現していくために、(1) 中重度の要

*13 本見直しに際しては、訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行し、リハビリテーション専門職と利用者の身体の状況等の評価を共同して行った場合に限定している算定要件について、通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職が利用者の居宅訪問する際にサービス提供責任者が同行した場合も加算対象とすることが示されている。

*14 訪問介護事業者が、訪問介護と総合事業における訪問事業を同一の事業所において一体的に運営する場合の人員・設備の取扱いについては、訪問介護と「現行の訪問介護相当のサービス」を一体的に運営する場合、現行の介護予防訪問介護に準ずるものとする、また、訪問介護と「訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）」を一体的に運営する場合は、現行の訪問介護員等の人員基準を満たすことが必要であるとする対応策が示された。

介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化、(2) 介護人材確保対策の推進、(3) サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築の3つの基本視点から見直しを行うこととされた。まず(1)では、中重度の要介護者や認知症高齢者に対して在宅生活を支援するサービスの充実を図るための見直しが行われた。具体的には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせ提供する包括報酬サービスの機能を強化すること、質の高いリハビリテーションの提供を促すためのリハビリテーションマネジメントを充実させること、看取り期における対応の充実、口腔・栄養管理に係る取組などを報酬上評価することがあげられる。また(2)では、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の推進を図るための見直しが行われた。具体的には、介護職員処遇改善加算のさらなる拡充や介護福祉士に向けた評価の拡大などがあげられる。さらに(3)では、介護保険制度の持続可能性を高める観点から、サービス提供の実態をふまえつつ各介護サービスの適正化が図られることとなった。そして、2015年の介護報酬改定では、介護報酬は全体で-2.27%（在宅：-1.42%、施設：-0.85%）という大幅なマイナス改定となった。

一方、訪問介護の報酬単価は、身体介護および生活援助のほとんどの時間区分で引き下げが実施された。これに加えて、(1) 20分未満の身体介護の見直し、(2) 特定事業所加算の拡大、(3) 生活機能向上連携加算の拡大、(4) 介護職員処遇改善加算の拡大の4点から見直しが行われることとなった。まず(1)では、すべての訪問介護事業所で20分未満の身体介護の算定が可能となった。また、頻回の訪問を必要とする場合の算定要件を、日中と夜間・深夜・早朝で共通のものとすることや、対象利用者を拡大するなどの見直しがなされることとなった。また(2)では、中重度の要介護者を重点的に受け入れるとともに、人員基準を上回る常勤のサービス提供責任者を配置する事業所を報酬上評価することとされた。これに対し、訪問介護員2級課程修了者がサービス提供責任者である場合はその報酬単価が減算されることとなった。さらに(3)では、自立支援型サービスとしての機能強化を図るために、生活機能向上連携加算の対象が訪問リハビリテーションに加え、通所リハビリテーションへと拡大されることとなった。これに加え(4)では、先述したように、現行の加算の仕組みは維持しつつ、資質向上の取組や雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、さらなる上乘せ評価を行うための区分が創設されることとなった。

5. 小括

2015年の介護報酬改定は、介護サービス全体でマイナス2.7%という厳しい内容となった。この背景には、今後の高齢化の進展に伴う介護給付費の増大などをふまえ、限られた資源を最大限有効活用しながら、サービスの質を高めていくことで制度の持続可能性を高めようとする政府の

姿勢が伺える¹⁵。また本改定では、2012年の改定同様に、在宅医療・介護を充実させ、地域での包括的なサービス体制を構築することが目指されている。具体的には、在宅介護の限界点を高め、認知症をはじめとする重度の要介護者や単身や夫婦のみの高齢者世帯などを支えるためにサービス提供体制の見直しが目指されている。

一方、訪問介護についてみると、基本報酬を引き下げるとともに、加算によるインセンティブを高める見直しがなされている（表1および表2）。まず基本報酬についてみると、ほとんどの時間区分で報酬単価の引き下げがなされている。これに対し、加算では、特定事業所加算など重要な加算項目で、その内容の拡充が図られている。しかしながら本改定では、在宅介護の限界点を高めることが目指されているものの、実際の見直しの内容をみると、サービスの短時間化が推し進められており、このような見直しが在宅介護の拡充につながるのかは疑問である。さらに介護職員処遇改善加算では、新区分が創設されその内容の拡充がなされるなど、さらなる前進がなされたといえる。しかし本改定では、先述したように、全体の介護報酬単価が引き下げられていることから、本加算の効果に消極的な影響を及ぼすことが懸念される。

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

2018年介護報酬改定に向けては、政府の政策決定を受け、介護人材の確保を目的とした臨時的な介護報酬改定（2017年）が実施された。また、地域包括ケアシステムをさらに推し進める「地域共生社会」という考え方も示された。

「第121回介護給付費分科会」では、これまでの分科会で取りまとめられた検討事項などをふまえ、今後の介護サービスのあり方に向けた検討課題が示された（厚生労働省 2015b）。この課題として、介護保険制度の持続可能性、質の高い介護サービスの安定的な供給とそれを支える介護人材の確保、医療と介護の連携・機能分担、効果的・効率的なサービス提供を推進するための報酬体系の見直し、報酬体系の簡素化などがあげられている。また本分科会では、すべての介護サービスに共通する課題として、介護サービスの質の評価、ケアマネジメントの質的改善、中重度高齢者・認知症高齢者への対応などがあげられている。

一方、2015年から2016年にかけては、高齢化の進展や少子高齢化の進行が、（労働供給の減少のみならず）将来の経済規模の縮小や生活水準の低下を招き、経済の持続可能性を脆弱なものとしている状況をふまえ、様々な経済対策や政策決定が行われた。まず2015年11月には、「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」が発出された。この中では、「介護離職ゼロ」に直結する緊急対策として、必要な介護サービスの供

*15 このような厳しい改定内容について、「第148回介護給付費分科会」の中では、「今後の介護報酬改定では事業者の持続可能性を考えた報酬設計にすること」や、「本体報酬の引き上げがなければサービスの質の向上はもとより、従事者への処遇改善も継続できず、地域が崩壊しかねない」などの意見が表明されている（厚生労働省 2017g）。

給確保の観点から、ニーズに見合った介護施設・在宅サービスの整備、介護人材の育成・確保・待遇改善、介護事業の生産性向上に取り組んでいくことが示されている。また2016年8月には、『「未来への投資を実現する経済対策」について』が閣議決定された。この中では、介護人材のさらなる処遇改善に向けて、キャリアアップの仕組みを構築することが示された。さらに、同年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」の中では、「介護離職ゼロ」に向けた取組や、子ども・高齢者・障害者などすべての人々が役割をもち、支え合いながら、自分らしく活躍できる「地域共生社会」を実現することなどが示されている。この政策決定を受け、「第142回介護給付費分科会」では、地域共生社会を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけるとともに、これを実現していくために、介護保険サービスと障害福祉サービスの中に新たに「共生型サービス」を創設することが示された（厚生労働省2017d）。

このように、今後の経済社会のあり方に向けた政府の政策決定は、介護人材確保や、介護サービスのあり方（方向性）など今後の介護報酬の見直しに多大な影響を及ぼしていくこととなった。

2. 介護従事者に向けた待遇改善策についての考え方

先述した「未来への投資を実現する経済対策」の中では、2017年度よりキャリアアップの仕組みを構築するとともに、月額平均1万円相当の処遇改善を実施することが示された。これを受け、「第132回介護給付費分科会」の中では、介護報酬の枠組みの中で、どのように待遇改善を実施していくかが検討された（厚生労働省2016）。本分科会では、厚生労働省より、昇給と結びついたかたちでのキャリアアップを実施する事業者を手厚く評価するための区分を新設すること¹⁶、また、新たに措置する月額平均1万円相当の処遇改善が、介護人材の賃金改善に確実に結びつくことが重要であることから、介護職員処遇改善加算の対象となる従事者については現行の取扱いを維持することが提案された。

これをふまえ「第135回介護給付費分科会」では、2017年の介護報酬改定案が示された（厚生労働省2017a）。本改定では、「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」や「未来への投資を実現する経済対策」などの政策決定を受けた臨時的な改定であり、介護職員処遇改善加算を拡充し、月額平均1万円相当の処遇改善を実施するため、プラス1.14%の介護報酬改定を行うこととされた。さらにこの中では、昇給と結びついたかたちでのキャリアアップの仕組みを構築する事業所を評価するために、新しい加算区分が創設されることとなった。このように、2017年には、現行の介護職員処遇改善策をさらに拡充することを目的として臨時的な介護報酬改定が実施された。

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

「第142回介護給付費分科会」では、訪問介護における介護報酬の見直しについて、これまで

*16 この中では、現行の処遇改善加算（Ⅰ）の算定に必要な要件に加えて、新たに、「経験若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ること」などのキャリアパス要件を設け、これらを全て満たすこととしてはどうかという具体案が示された。

のサービス実績をふまえ、以下の論点が示された（厚生労働省 2017b）。それはまず、生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準や報酬を（要介護者に対する生活援助の意義をふまえ）どう考えるか、また「生活援助」のみのサービスは、（月31回以上など）必要以上のサービスが提供されている状況¹⁷をふまえ、その報酬のあり方をどう考えるか、そして、主として身体介護を行う者と生活援助を行う者の役割分担を進めていくことが重要との意見がある中で、サービス提供責任者の役割や任用要件をどう考えるか、さらに、身体介護における自立生活支援のための見守りの援助をどう考えるか、これに加えて、生活機能向上連携加算の取得状況を踏まえ、リハビリテーション専門職の意見をふまえた訪問介護の実施をどう考えるかなどである。

また、本分科会では、生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準や報酬を緩和する見直し案が示された。この中では、身体介護中心の場合は、現行の人員基準や報酬単価を維持する一方、生活援助中心の場合は人員基準を緩和し、それに応じた報酬の設定とする具体案が示されている（厚生労働省 2017c）。一方、この具体案に対しては、「生活援助のみを保険給付から切り離すことは、慎重に検討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くおそれがある」、「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」などの否定的な意見が示されている。この他にも、生活援助の規制緩和の検討に当たっては、「その定義を規定している老計第10号（自立生活支援のための見守りの援助）を見直すべきではないか」、「老計第10号は、作成後17年が経過しているので、改めてICFの視点や自立支援サービスの強化、介護予防の視点、医療介護連携の視点から、その定義や区分のあり方について、必要に応じて再度点検、見直しをするべきではないか」などの意見が出されている（厚生労働省老健局老人保健課 2017）。なお、このような指摘を受け、厚生労働省は、2018年3月末までに老計第10号の見直しを実施することを明らかにしている（厚生労働省老健局老人保健課 2018）。このように、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の機能を明確化することや、生活援助の規制緩和が重要な検討課題とされた。

4. 2018年介護報酬改定の概要

「第148回介護給付費分科会」では、2018年介護報酬改定に当たっての基本的な視点が示された。この中では、2025年以降の人口構造の変化も見据えつつ、活力ある社会を実現し、国民一人ひとりが安全・安心で効率的・効果的な質の高い介護を受けられるようにすることが必要とした上で、(1) 地域包括ケアシステムを推進すること、(2) 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現すること、(3) 多様な人材を確保するとともに生産性を向上させること、(4) 介護サービスを適正化することの4点が示されている（厚生労働省 2017e）。そのための具体的な取り組みとして、まず(1)では、本人の希望する場所において、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施、医療・介護の役割分担と連携の一層の推進、認知症高齢者への対応、地域

¹⁷ ここでは、厚生労働省から著しく多く生活援助を利用するケースのデータが示され、今後、生活援助をどのように保険給付に位置づけるのかについて検討がなされた（厚生労働省老健局老人保健課 2018）。

共生社会の実現に向けた取り組みの推進などが、また（2）では、高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減または悪化の防止に資する介護サービスを積極的に評価していくことなどが、そして（3）では、専門性などに応じた人材の有効活用、人員・設備基準の緩和を通じたサービス提供の効率化などが、さらに（4）では、制度の持続可能性の確保、評価の適正化・重点化、報酬体系の簡素化などがあげられている。なお、今回の改定は診療報酬との同時改定であり、医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることをふまえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くことが確認された（厚生労働省 2017f）

「第 158 回介護給付費分科会」では、先の第 148 回介護給付費分科会で示された基本的視点などをふまえ、プラス 0.54%の改定を行うことが示された。訪問介護の介護報酬をみると、次のような見直しがなされることとなった。まず、基本報酬では、（1）身体介護と生活援助の報酬単価の見直し、（2）生活援助中心型サービスの担い手の拡大、（3）老計第 10 号の明確化、（4）訪問回数の多い利用者への対応の 4 点の見直しがあげられている。（1）では、自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価する観点から、身体介護および生活援助の報酬が見直された。具体的には、身体介護の報酬が引き上げられる一方、生活援助の報酬は引き下げられることとなった。また（2）では、訪問介護事業所におけるさらなる人材確保の必要性をふまえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととする一方、生活援助中心型は、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ質を確保するため、生活援助中心型のサービスに対応した研修を修了した者が担うこととされた。そして（3）では、訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」の定義が明確化されることとなった¹⁸。これにより、身体介護と生活援助とを明確に区別することにつながる事が期待される。さらに（4）で

*18 老計第10号の見直しにおいては、従来の身体介護における「自立生活支援のための見守りの援助」を「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL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）」へと修正がなされている。また、この見直しにおいては、以下の項目が新たに身体介護として位置づけられている。

- ・ベッド上からポータブルトイレ等へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行うこと
- ・認知症等の高齢者がリハビリパンツやパットを交換する際、見守り・声かけを行うことにより、一人でできるだけ交換し後始末が出来るように支援すること
- ・認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援すること
- ・本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促すこと
- ・利用者と一緒を手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ・ゴミの分別が分からない利用者と一緒分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助すること
- ・利用者と一緒を手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- ・利用者と一緒を手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修

また、上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたものについても身体介護に位置づけられる（厚生労働省老健局振興課 2018）。

は、訪問回数の多いケアプランは、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくこと、また、ケアマネジャーが、通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとされた。次に、加算についてみると、(1) サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化、(2) 生活機能向上連携加算の見直し、(3) 介護職員処遇改善加算の見直しがなされることとなった。まず(1)では、初任者研修課程修了者および旧ホームヘルパー2級課程修了者は、サービス提供責任者の任用要件から対象外とすること（経過措置あり）、また利用者の口腔に関する問題や服薬状況等にかかる気づきを居宅介護支援事業者等のサービス関係者と情報共有することをその責務として明確化することとされた。また(2)では、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、従来の訪問・通所リハビリテーションに加え、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合も報酬上評価することとされた。そして(3)では、介護職員処遇改善加算(Ⅳ)および(Ⅴ)の2つ項目が廃止されることとなった。これらの2項目は、要件の一部を満たさない事業者に対し、減算された単位数での加算の取得を認めるものとなっていることや、本加算の報酬体系が複雑なものとなっていることなどから廃止されることとなった。これに加えて、本改定により共生型訪問介護が創設され、障害福祉制度における居宅介護、重度訪問介護の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型訪問介護の指定を受けられることとなった。

5. 小括

2017年には、介護従事者に向けた処遇改善を拡充するために、プラス1.14%の改定が臨時的に実施された。また、2018年の（通常の）改定でも0.54%のプラス改定となった。さらに2018年改定では、地域包括ケアシステムの推進、サービスの質の向上と効率的なサービス提供、介護従事者の処遇改善、制度の持続可能性などが重要なポイントとされた。これらは、これまでの介護報酬改定の考え方に則ったものといえる。また本改定では、地域包括ケアシステムをさらに推し進めるために、「地域共生社会」という新しい考え方が示された。さらに、2017年の臨時的な介護報酬改定では、2015年の「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」をはじめとする一連の政策決定をきっかけとして、介護職員処遇改善加算のさらなる拡充が実施されることとなった。

訪問介護における見直しについてみると、まず基本報酬では、身体介護と生活援助の機能を明確にすることが指向されている。具体的には、老計第10号の見直しを行い、身体介護と生活援助と整理した上で、利用者の自立支援に向けたサービスを身体介護に位置づける一方、代行的性格を有する支援を生活援助に位置づけ、両者の区分をより明確なものとする、そして、生活援助型の人員基準を緩和し、専門職以外の人々でも（研修を修了すれば）担うことができる仕組みとする考え方が示されている。これに対し加算では、新たな加算項目の追加はみられなかったが、他職種との連携を拡大するために生活機能向上連携加算の拡充が図られている（表2）。また、

訪問介護における介護報酬改定の変遷（Ⅱ）

サービス提供責任者の要件が厳格化されるとともに、その新たな責務が追加されている。これに加えて、介護職員処遇改善加算の内容が拡充されている。このように、訪問介護の改定内容をみると、基本報酬では、身体介護と生活援助の役割分担の見直しが検討され、また加算では既存の加算内容の拡充がなされるなど、これまでの介護報酬改定と同様の路線での改定が実施されたといえる。

表 2 訪問介護における介護報酬単価：2015年と2018年の比較

2015年		2018年	
身体介護中心		身体介護中心	
項目	単位	項目	単位
20分未満	165	20分未満	165
30分未満	245	30分未満	248
30分以上1時間未満	388	30分以上1時間未満	394
1時間以上	564	1時間以上	575
30分超過ごとに加算	80	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
20分以上45分未満	183	20分以上45分未満	181
45分以上	225	45分以上	223

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 (II): 10/100 (III): 10/100 (IV): 5/100	特定事業所加算	(I): 20/100 (II): 10/100 (III): 10/100 (IV): 5/100
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
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)
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	(I): 86/1000 (II): 48/1000 (III): IIの90% (IV): IIの80%	介護職員処遇改善加算	(I): 137/1000 (II): 100/1000 (III): 55/1000 (IV): IIIの90% (V): IIIの80%

注) 通院乗降介助は除く。

厚生労働省（2015a；2018）をもとに筆者作成

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

本研究では、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ついて確認した。まず制度創設時から2006年改定にかけては、急速に高齢化が進展する中で、制度の持続可能性を高める観点からマイナス改定が重ねられた。これに対し、2009年改定では、介護従事者の処遇改善を行い、サービスの質の向上を図るためにプラス改定が行われた。また2012年の介護報酬改定以降は、地域包括ケアシステムの構築が目指され、そのために必要となるサービスの整備やその担い手の確保に政策の視点が向けられてきた。しかしその一方で、制度の持続可能性を高める観点から、介護報酬の引き下げやサービスの効率化なども同時に推し進められてきている。それでは、このような考え方に基づく介護報酬改定は公定価格としてあるべき方向へ向かっているのだろうか。本章ではこれについて考察を行う。

以下では、これまでの介護報酬改定を前期（制度創設時～2009年改定）と後期（2009年改定後～2018年改定）に分け、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から整理を行う。そしてこれをふまえ、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について展望を行いたい。

1. 基本報酬の見直し

1) 2000年から2009年までの動向

基本報酬ではまず、身体介護と家事援助（生活援助）を行為別にどのように再編するのが課題とされてきた。介護保険制度創設当初、訪問介護の基本報酬は、身体介護中心型、家事援助中心型、複合型の三類型が設定された。2003年の介護報酬改定に向けた議論の中では、この三類型を維持するのか、また身体介護と家事援助との二類型とするのか、さらには両者を統合し一類型とするのが議論された。一方、2009年の介護報酬改定に向けた議論の中では、身体介護と生活援助の行為別・機能再編の可能性を模索するために、タイムスタディ調査や実務時間調査などの実態調査をふまえ、詳細な分析が行われた。これらの分析結果からは、サービスの標準化の可能性が示されたものの、介護従事者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も指摘されており、その体系的見直しは慎重に検討するべきとの考え方が示され、今後さらに検討を重ねていくこととされた。

また基本報酬は、サービスの効率化を図る観点から、短時間化が推し進められてきた。例えば2006年の介護報酬改定では、生活援助において、1時間を超える長時間のサービス提供の適正化が図られた。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サービス区分の報酬単価が引き上げられることとなった。なお、移動や待機、記録作成時間などを報酬上どのように位置づけるのかについても議論が行われた。この取り扱いについては、厚生労働省より、基本報酬の中に含まれるとの解釈が示された。

2) 2009年から2018年までの動向

2009年以降も、基本報酬の見直しにおいては、サービスの効率化や、身体介護と生活援助の体系的見直し（行為別・機能再編）が重要な論点とされてきた。まず、2009年の介護報酬改定以降も、引き続きサービスの短時間化が推し進められることとなった。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た。このように、訪問介護においては、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介護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が基本的なサービスのあり方と認識されるようになった。一方、基本報酬の体系的な見直しについては、2009年以降引き続き慎重な議論が重ねられた。そして2018年の介護報酬改定では、身体介護と生活援助の機能を明確に区分する考え方が示された。この中では、身体介護は利用者の自立支援に向けた専門的なサービスとして、また生活援助は規制を緩和し、（非専門的な）代行型サービスとして位置づけ両者の機能を整理する考え方が示されている。本改定における考え方をふまえると、今後身体介護は専門的サービスとして介護保険給付に位置づける一方、生活援助は非専門的サービスとして保険外サービスに位置づけるなど、両サービスの役割をより明確化していくことが想定される。このように、2018年改定では、身体介護と生活援助のあり方を考える上で一定の方向性が示された（しかし実際の

サービス提供においては、身体介護と生活援助の両サービスは今後も継続される）。

2. 加算における見直し

1) 2000年から2009年までの動向

介護保険制度創設以降、介護サービスの質を高めるために新たな加算項目が創設あるいは拡充されてきた。例えば、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が報酬上評価されるようになってきている。

訪問介護における加算項目は、制度創設当初は3項目が設定されていたが、2009年の介護報酬改定では8項目へと増加している。特に、2006年改定以降、新たな加算が創設され、介護報酬体系は複雑化されることとなった。2006年改定では、質の高いサービスを提供する事業所を評価する観点から「特定事業所加算」が創設された。また、2009年改定では、特に負担のかかる業務を評価する観点から、「初回加算」や「緊急時訪問介護加算」が創設された。そして、これらの加算における評価の視点は、管理的業務を行うサービス提供責任者（の業務）に向けられた。その一方で、利用者に直接サービスを提供する訪問介護員の業務を評価する項目はほとんど存在していない。

2) 2009年から2018年までの動向

2009年以降も、新たな加算が創設され、また既存の加算項目が拡充されるなど、介護報酬体系は複雑化される傾向にある¹⁹。例えば訪問介護における加算項目をみると、2009年改定時に8項目であったのが、2018年改定時には10項目へ増加している。また2012年の介護報酬改定では、介護従事者の待遇改善が加算体系の中で実施されることとなった。さらに、特定事業所加算や介護職員処遇改善加算などの重要な加算項目については、その内容が拡充されている。そして、このような加算の多様化・複雑化によって、介護報酬体系の中で加算の果たす役割が多大なものとなっている。これについて、柳本（2012）や井口（2011）、総合社会福祉研究所（2015）は、基本報酬が引き下げられる中、事業所にとっては加算をいかに算定するかが安定した事業運営に重要な要素となっていると指摘している。しかし訪問介護では、前稿（「訪問介護における介護報酬改定の変遷（I）」でも確認したように加算の算定が困難となっているケースがみられている（増子 2013：99）。このように、訪問介護においては、サービスの質の向上を図る加算のメカニズムが適切に機能していないことが考えられる。さらに加算が適切に機能しないことは、安定した事業運営にも消極的な影響を及ぼしていることが懸念される。

¹⁹ 2012年や2018年の介護報酬改定では介護報酬体系を簡素化するという考え方が示されてはいるものの、実際の介護報酬体系は改定が重ねられるたびに複雑なものとなっている。

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

介護保険制度創設後、2度にわたる介護報酬のマイナス改定もあり、介護従事者の深刻な人材不足が社会問題として認識されてきた。2008年には深刻な介護人材不足の状況を背景に、(いわゆる)介護人材確保法が制定され、本法をきっかけとし介護従事者の待遇(賃金)改善に向けた施策が創設されることとなった。そして2009年の介護報酬改定に向けては、質の高い人材を安定的に確保していくことや、その定着・育成を図ることが目指されることとなった。そしてそのために、基本報酬の引き上げや加算の新設などが図られている。

2) 2009年から2018年介護報酬改定までの動向

2009年以降、介護報酬改定においては、介護従事者の待遇(賃金)改善は常に重要な政策課題と位置づけられてきた。2009年には、介護人材の確保およびその定着を目的として「介護職員処遇改善交付金」が創設され、また2012年には、本交付金を引き継ぐかたちで「介護職員処遇改善加算」が創設された。さらに、2015年および2016年の政府決定をきっかけとし、介護従事者の待遇改善に向けた機運はさらに高まっていった。しかしその一方、訪問介護従事者に対しては、十分な賃金改善がなされていない(特に非正規従事者に対してはほとんど賃金改善がなされていない)ということが数多くの調査結果で指摘されており(日本ホームヘルパー協会2013; 全国労働組合総連合2015)^{*20}、政府が実施する待遇改善策が適切に機能していないことが考えられる。

4. 今後の訪問介護における介護報酬のあり方

それでは、今後の訪問介護における介護報酬を考える上においては、どのようなことが求められるだろうか。以下では、これについて若干の指摘を行いたい。

まず基本報酬では、サービスの時間区分の短時間化を見直すことが求められる。これまでの介護報酬改定の変遷を振り返ると、身体介護および生活援助の両サービスにおいて徹底したサービスの短時間化が図られてきたが、このような動きは結果としてサービスの質を低下させることにつながる懸念される。これについて厚生労働省(2011f)の中では、サービスが短時間化されることにより、1回のサービスを2回に分けて提供しなければならない(つまり、時間内に

*20 日本ホームヘルパー協会(2013)の調査結果では、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%、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。一方、全国労働組合総連合(2015)の調査結果では、「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。

必要なサービスが提供できない）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。全国労働組合総連合（2014）の中でも、「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²¹。今後はサービスの質を高めるためにも、過剰なサービスの効率化は見直すとともに、きめ細やかなサービスを可能とする時間区分の設定が求められる。一方で、生活援助を（専門性の低い）代行型サービスに位置づける方向性も見直すことが求められる。例えば宇野（1995:81）や井上（2000）は、訪問介護サービスは身体介護、生活援助が一体的、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るものであり、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。もし、生活援助の規制緩和がなされれば、在宅で生活する認知症など重度の要介護者は、必要な支援が利用できず、その生活基盤を揺るがすことにつながる懸念される。それゆえ、今後の在宅介護の拡充を考える上では、生活援助を専門的サービスとして位置づけることが求められる。そして、かつての「複合型」のような身体介護と生活援助とを統合した単一の報酬単価が求められるだろう。

次に加算では、質の高いサービスを加算によって適切に評価することが求められる。そのための1つの手段として算定要件を緩和することが考えられる。訪問介護の場合、加算を算定するために他の介護サービスよりも数多くの条件を満たす必要がある。例えば、主たる加算である「特定事業所加算」を算定するためには、体制要件（研修や会議、健康診断を実施していることなど）、人材要件（資格を有し、あるいは研修を修了している専門職が一定数以上配置されることなど）、重度要介護者等対応要件（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）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る（坪井 2020）²²。このように、訪問介護では1つの加算の中で様々なサービス（取り組み）を評価するものとなっている。さらに要件が複雑となっていることは、加算を取得するための事務負担を増大させることにつながっていることも考えられる。例えば柳本（2012）は、加算を算定するために厚労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や、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ことなどを指摘している。これをふまえれば、今後は、体制要件、人材要件、重度要介護者等対応要件を分離し、これらを独立した加算項目へ再編することが求められる。これにより、要件が緩和され、その算定可能性が高まることが期待できる。これに加えて、訪問介護員の業務を加算によって積極的に評価することも指摘できる。先に確認したように、訪問介護では、加算の評価の視点がサービス提供責任者の業務に向けられる傾向に

*21 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だけ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）。

*22 これに対し、訪問介護と同様、主たる在宅サービスである通所介護では、これらはそれぞれ独立した加算として設定されている。

あった。訪問介護においてそのサービスの質を左右するのは訪問介護員の業務にあるといえる。それゆえ、今後は彼らの経験や資格を加算によって積極的に評価していくことが求められる。

さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、政府が目標とする賃金改善効果を従事者に十分にもたらすことができるような仕組みとすることが求められる。先に政府の待遇改善策が適切に機能していないことについて指摘したが、この要因の1つとして、介護職員処遇改善加算が待遇改善を行う上で消極的な仕組みとなっていることが考えられる。介護従事者に向けた待遇改善策の検討に当たっては、本来、労使間で自律的に決定されるべきものであり、それゆえ基本報酬に組み込むことが望ましいとされた。しかし、労使間の自律性に任せてしまうと、引き上げた報酬部分が従事者の待遇改善に使用されない可能性があることが懸念された（つまり、他の目的のために配分される）。このため、引き上げ部分が確実に従事者の待遇改善に用いられるようにするために、様々な要件を設け「加算」というかたちで待遇改善を実施することとなった。このように、介護職員処遇改善加算は、基本報酬の引き上げというかたちを避け、しかし確実に待遇改善を図るためのやむを得ない方策といえる。坪井（2021）も、介護職員処遇改善加算の効果が訪問介護従事者にもたらされていない要因として、算定要件が複雑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などをあげている。このように、今後の効果的な待遇（賃金）改善策を考える上では、様々な条件が付された消極的な仕組みではなく、従事者に目標とする効果が十分に及ぶような積極的な仕組みが求められる。

IX. 結語

本研究では、訪問介護における介護報酬改定の変遷について、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から整理を行ってきた。介護保険制度創設以降、在宅福祉の拡充に向けたサービス供給体制の整備は重要な課題とされてきた。しかしその一方で、介護給付費をできる限り抑制し、財政基盤を安定させることも重要な論点の1つと位置づけられてきた。このように、近年の介護報酬の見直しにおいては、これらの（両極的といえる）目的をいかに実現していくかが問われてきたといえる。

これまでの介護報酬改定の動向をふまえれば、サービス提供に不可欠となる人件費や諸経費が含まれ、サービスの公定価格を考える上で最も重要となる基本報酬は引き下げられる傾向にあり、その一方で、多様化・複雑化する加算のウエイトが大きくなる傾向にあった。このような傾向にある中、訪問介護においては、次のような課題を指摘することができる。それはまず、基本報酬ではサービスの効率化を図る過程において、身体介護と生活援助の両サービスを体系的に見直すことが重要な論点とされてきたこと、次に加算では、他の介護サービスよりも数多くの要件を満たす必要があることや主たるサービス提供者の業務が加算によって評価されていないこと、さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、加算というかたちで実施される性格上、様々な要件が付されるなど消極的な仕組みとなっていることである。これに加えて、加算による評価に重点をおいた介護報酬改定は、介護サービスの公定価格を曖昧なものとするにつながっていること

も指摘できる。

そしてこれをふまえ、訪問介護における介護報酬を介護サービスの公定価格としてふさわしいものとするために、基本報酬、加算、介護従事者に向けた待遇改善策の3つの視点から次のような方策が提案できる。まず基本報酬では、身体介護と生活援助とを統合した単一の報酬単価が、またその時間区分は、きめ細やかなサービスが提供できる設定とすることが求められる。次に加算では、包括的となっている加算要件を整理・分割し、目的と加算項目とを明確に対応させることや、主たるサービス提供者である訪問介護員に向けた評価項目を設定することが求められる。さらに待遇改善策では、（加算という条件付きの仕組みではなく）積極的に賃金改善が実施できるような仕組みが求められる。いずれにしても、今後訪問介護における介護報酬のあり方を考える上では、そのサービスが内包する特徴を的確に捉え、これを積極的に評価する見直しが求められるだろう。

最後に本研究の意義と課題について指摘を行う。本研究では、訪問介護における介護報酬改定の変遷について長期的視点から考察を行った。これまで訪問介護における介護報酬がどのように見直されてきたのかについては、改定年ごとに時事評論的な考察がなされることが多く、長期的な視点からの考察はほとんど行われてこなかった。また本研究では基本報酬、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。これにより、これら3つの領域がそれぞれどのような課題を有しているのかについて指摘することも可能となった。このように、本研究は訪問介護における介護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。一方で課題も存在する。本研究では、今後の訪問介護における介護報酬のあり方について展望したが、本考察では具体的な報酬の水準について示すには至っていない。例えば基本報酬では、身体介護と生活援助とを統合した報酬単価をどの程度の水準に設定するのか、また加算では、訪問介護員の業務を評価するための加算としてどのような項目を設けるのか、さらに介護従事者に向けた待遇改善策では、積極的な待遇改善の仕組みとして、どのような方策が考えられるのか（基本報酬の引き上げか、あるいは加算を算定しやすくするのか）などについて具体的に検討していくことが求められる。このように、今後は介護サービスの公定価格としてふさわしい介護報酬のあり方について検討を深めていくことが求められる。

引用文献

- 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.
- 厚生労働省(2008)「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(2009)「社会保障国民会議 最終報告(抄)第64回社会保障審議会介護給付費分科会(資料6)」
(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0629-1n.pdf>,2020.2.12).

- 厚生労働省(2011a)「2012年度介護報酬改定に向けたメモ 第72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/stf/shingi/2r9852000001927p-att/2r985200000192x7.pdf>, 2020.2.12).
- 厚生労働省(2011b)「介護人材の確保と処遇の改善策について 第74回社会保障審議会介護給付費分科会(資料1)」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001c1kj-att/2r9852000001c1nl.pdf>, 2020.2.12).
- 厚生労働省(2011c)「介護報酬において処遇改善措置を実施する場合の考え方について 第82回社会保障審議会介護給付費分科会(資料2)」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ryva-att/2r9852000001rza5.pdf>, 2020.2.25).
- 厚生労働省(2011d)「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(2011e)「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告(概要)第87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/2r9852000001zmk-att/2r9852000001zmg1.pdf>, 2020.1.29).
- 厚生労働省(2011f)「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(2012)「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(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(2014a)「訪問介護の報酬・基準について(案)第111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/0000062102.pdf, 2020.1.29).
- 厚生労働省(2014b)「介護人材の処遇改善の充実に向けて(案)第115回介護給付費分科会(資料7)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065678.pdf, 2020.2.17).
- 厚生労働省(2015a)「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(2015b)「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(2016)「介護人材の処遇改善について 第132回介護給付費分科会(資料1)」(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-SanjikanShakaihoshoutantou/0000143076.pdf>, 2020.2.17).

- 厚生労働省(2017a)「平成29年度介護報酬改定の概要(案)第135回社会保障審議会介護給付費分科会」
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000148970.pdf, 2020.2.18).
- 厚生労働省(2017b)「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(資料1)」
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170285.pdf, 2020.1.30).
- 厚生労働省(2017c)「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)」
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170289.pdf, 2020.2.28).
- 厚生労働省(2017d)「共生型サービス 第142回社会保障審議会介護給付費分科会(参考資料4)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170292.pdf, 2020.2.25).
- 厚生労働省(2017e)「平成30年度介護報酬改定に向けた基本的な視点(概要)第148回社会保障審議会介護給付費分科会(資料4)」(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000182780.pdf, 2020.1.30).
- 厚生労働省(2017f)「次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等について 第148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/0000182786.pdf, 2020.1.30).
- 厚生労働省(2017g)「瀬戸雅嗣委員提出資料 第148回社会保障審議会介護給付費分科会(参考資料10)」
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000182791.pdf, 2020.1.30).
- 厚生労働省(2018)「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について 第158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/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000192302.pdf, 2020.3.1).
- 厚生労働省老健局(2011)「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>, 2020.2.25).
- 厚生労働省老健局老人保健課(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).
- 厚生労働省老健局老人保健課(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).
- 厚生労働省老健局老人保健課(2018)「第157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/shingi2/0000203992.html>, 2020.2.18).
- 厚生労働省老健局振興課(2018)「『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』の一部改正について」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000201799.pdf>, 2020.3.16).
- 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。

- 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).
- 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.
- 坪井良史(2020)「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),17-31.
- 坪井良史(2021)「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),38-51.
- 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).
- 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).

(2021年9月27日受理)

(つばい よしふみ 京都府立大学公共政策学研究科 博士後期課程卒業生)