

# 介護従事者の賃金労働条件改善の取り組みと課題

## — 介護報酬改定（2009年4月実施）と介護職員処遇改善交付金を中心に

横 山 純 一

### 1. よくない介護従事者の待遇

介護従事者の待遇がよくない。例えば、在宅福祉の軸となるホームヘルパーについてみると、ホームヘルパーの多くは登録型である。財団法人介護労働安定センターの2007年度の調査によれば<sup>(1)</sup>、「登録ヘルパーがいる」と回答した事業所において、ホームヘルパーのうち登録ヘルパーの占める割合は71.1%だった。また、回答のあったホームヘルパー（9,223人）の実に8割（7,447人）が時間給のホームヘルパー（そのほとんどは登録ヘルパー）だった。同調査では、登録ヘルパーの賃金は時給で1,200円となっており、コンビニエンスストアなどで働く他職種のパート職員の賃金を上回ってはいるけれども、サービス提供が単発的かつ短時間であり、待機時間が換算されない場合が多いことや、利用者宅から次の利用者宅に行く移動時間は交通費しか出ない場合が多いため、実質的な時給は、それを下回るケースが少なくない。ホームヘルパー、特に登録ヘルパーの場合、仕事の拘束感が強いにもかかわらず、それに見合う賃金体系になっていないのが実情なのである。さらに、常勤が多い月給制のホームヘルパー（深夜帯の勤務者が多い）の待遇も、他の介護職員や看護職員に比べて低く、平均賃金月額は18万6千円だった<sup>(2)</sup>。このような状況の中で、ホームヘルパーの定着率は低く、ホームヘルパーの平均勤続年数は3.2年になっている。

また、特別養護老人ホームでは、業務の多忙化と賃金の抑制、正規職員の減少、パート職員や派遣職員の増大が進行している。介護保険制度が施行された時に、「措置制度から契約制度になったので利用者が自由に施設を選ぶことができる」と喧伝されたが、当時、筆者は、需要（高齢者の入所ニーズ）と供給（特別養護老人ホームの総定員数）との間に大きなアンバランスがある限り、利用者の自由選択の余地は限られることを指摘した<sup>(3)</sup>。今日、高齢化が進行する中、2008年の特別養護老人ホームの入居者の3分の2は要介護4

と要介護5（2001年は要介護4と要介護5の占める割合は55%）で、2008年の平均要介護度は3.81（2001年は3.47）まで上がり<sup>(4)</sup>、特別養護老人ホームは重度の高齢者が入る施設としての性格を格段に強めている。2002年をピークに介護保険型の療養型病床群が減少に転じ（施設数は2001年3,792、2002年3,903、2006年2,929、在所要者数は2001年109,329人、2002年126,865人、2006年111,099人）、施設数を増やしてきた特別養護老人ホーム（施設数は2001年4,651、2006年5,716、在所要者数は2001年309,740人、2006年392,547人）がその有力な受け皿になっているのである<sup>(5)</sup>。

そのような中で、特別養護老人ホームがしっかりとしたケアを行おうとすれば、基準以上に介護職員や看護職員を配置しなければならない。ただ、そうなれば人件費が増えて経営が圧迫されるため、非正規職員を増やしたり、正規職員の給与を削減する必要がある。さらに、特別養護老人ホームでは、2回にわたる介護報酬の引下げ（2003年改定はサービス全体の平均でマイナス2.3%、施設サービスの平均でマイナス4.0%、2006年改定はサービス全体の平均でマイナス2.4%、施設サービスの平均でマイナス4.0%、2006年改定の数値は2005年10月改定分を含めた率）を受けたことも、介護従事者の待遇悪化に拍車をかけた。こうして、結果的に、特別養護老人ホームで勤務する一人一人の介護従事者の待遇が悪くなっていくサイクルができあがっていったのである。常勤換算従事者数という人員配置上の計算方法が定着していく中で<sup>(6)</sup>、非正規職員や非常勤職員が増大していったのである。また、先述した介護労働安定センターの「平成19年度事業所における介護労働実態調査」によれば、特別養護老人ホームを中軸とした月給制の介護従事者（ホームヘルパー、サービス提供責任者、看護職員、介護支援専門員を除く）の平均賃金月額は19万2,587円と低く、平均勤続年数も2.8年と短い。たとえ正社員として勤務した場合でも、他産業に比べてかなり低い給与になっていること、仕事がきついことが離職率が高いことにつながっているのである。

現在、「介護保険は介護労働者の不足で崩壊する」という懸念の声が、介護現場などから多数出てきている。実際、この数年間、大学や短大の福祉系学部や福祉・介護の専門学校の人気が急速に落ち込んでいる。授業の中身や方法、カリキュラム等が若者に魅力あるものになっているか否かの問題もあるだろうから、すべての原因を介護現場の労働条件に帰することはできないが、今や名門の4年制の福祉系大学でさえも定員確保に苦勞しているのである。北海道内のある大学出身の高校教員と話す機会があったが、彼は「私のクラスの子が私の出身大学の福祉系学部へ進学を希望していましたが、福祉の待遇が良くないことを知ったら、すぐに進学先を変えました」と述べた。多くの若者にとって福祉の仕事

が魅力のないものになってきているようで、筆者は強い危機感を覚えざるを得ないのである。

では、なぜこのような状況が生まれたのだろうか。介護保険（2000年4月施行）以前は、例えば常勤的な臨時職員のホームヘルパーの年収は300万円前後、非常勤職員のホームヘルパーの日額は身体介護11,200円、家事援助7,440円だった<sup>(7)</sup>。ところが介護保険で介護報酬が低めに設定されたことや、時間管理型のサービス提供やサービス提供の単発性・短時間制が強まったこと、移動時間や待機時間への配慮がほとんどなくなったこと、登録型のホームヘルパーを多数採用する事業者が増えたこと等により、ホームヘルパーの労働条件は急速に悪化した。さらに、特別養護老人ホームなどの施設職員の待遇も、施設建設費だけでなく運営費に対しても国庫補助負担金が支出されていた、介護保険以前のいわゆる措置制度の時よりも大幅に悪化したのである。

## 2. 介護報酬引上げとその特徴<sup>(8)</sup>

このような介護従事者のおかれた状況に対して、政府が手を打ってこなかったわけではない。2008年5月に「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」が成立し、それを受けて、麻生政権は、2008年10月30日に「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、介護報酬の改定率をプラス3.0%とすることを決定し、2009年4月から実施した（在宅分1.7%、施設分1.3%）。これまでの2回の介護報酬のマイナス改定とは異なり、介護報酬引上げで事業者の収入を増やすことにより、介護職員の賃金引上げにつなげようとしたのである。これに加え、2009年度補正予算においては介護職員処遇改善交付金（2009年秋実施）を計上し、一層の介護職員の待遇改善を目指したのである。

では、これらの施策で介護従事者の賃金労働条件は改善されたのだろうか？

まず、介護報酬の引上げについて検討してみよう。今回の介護報酬の改定の特徴は次の5点にまとめられよう。まず、介護従事者の処遇改善・人材確保に力点がおかれたが、それだけではなく、医療との連携や認知症ケアの充実、効率的なサービスの提供や2006年の介護保険法の改正で導入された介護予防サービス・地域密着型サービスの検証という3つの基本的視点に立って、改定が行われたことである。次に、基礎報酬の引上げはあまりなされず、もっぱら加算を充実させたことである。したがって、全部の事業者が一律に3%

の収入アップがなされたわけではなく、加算措置にほとんど該当しない事業者の場合は報酬アップの恩恵にあまり与ることができなかった。また、加算を受けるためには提出する事務書類が多いために、事務作業に人手と時間が取られることに事業者側の懸念があった。3つ目は、加算においては施設の夜勤業務負担や重度・認知症対応、訪問介護でのサービス提供責任者の緊急的な業務負担、ケアマネジャーの認知症や独居高齢者への対応等、サービスの特性に応じた業務分担に着目した評価がなされた。また、介護福祉士の資格保有者や勤続年数の長い者、常勤職員が雇用されている割合が高い事業所を優遇するなど、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価が行われた（資料1）。

4つ目は、大都市の事業所ほど給与費が高く経営を圧迫しているとして、各地域区分の報酬単価の上乗せ割合を見直し、特別区（東京23区）は12%から15%へ、乙地（札幌市、仙台市、大津市、姫路市等）は3%から5%へ引上げられた。特甲地（横浜市、川崎市、名古屋市、大阪市、京都市、神戸市、堺市、八王子市、武蔵野市、立川市、尼崎市、八尾市、寝屋川市等）は10%、甲地（さいたま市、千葉市、福岡市、岸和田市、泉佐野市、逗子市、葉山町等）は6%、その他地域（上記の地域に含まれないすべての市町村）は0%のまま据えおかれた。また、これまでは、「直接処遇職員（介護職員、看護職員等）」の人件費相当分についてのみ地域差を勘案していたが、より実態に即したものにするために、「人員配置基準において具体的に配置を規定されている職種の職員」に拡大した（ただし、医師の場合は必ずしも都市部が高いとは限らないので除外）。そして、その上で、サービスごとに地域差を勘案する職員の人件費の割合を見直すとともに、人件費割合を現行区分から3区分に変更した。多くのサービスにおいて、それぞれの率を上昇させたが、デイサービス（通所介護）やグループホーム（認知症対応型共同生活介護）のように60%（改定前）から45%（改定後）に引下げられたものもある（資料2）。以上にもとづく介護報酬1単位あたりの単価の見直しの全体像と見直し後の単価は資料3のようになる。

5つ目は、中山間地域における小規模事業所や中山間地域に居住する利用者にサービスを提供した事業所の評価を行ったことである。これは、中山間地域の小規模事業所の場合、規模の拡大や経営の効率化を図ることが難しいため人件費の割合が高くなって経営が厳しくなることや、訪問系の事業者が中山間地域の居住者にサービスを提供した場合には移動費用がかかることを踏まえて評価を行ったものである。つまり、これまで中山間地域の事業所が訪問介護等のサービスを行った場合、特別地域加算としてサービス費用の15%が加算され、その対象地域は840保険者（市町村、広域連合）にのぼっていたが<sup>(9)</sup>、特別地域加算の対象となる地域以外にも、人口が少ないなど特別地域加算の対象地域とほぼ同様な

資料1 介護報酬改定における介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

サービス	要件	単 位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。	24単位/回
夜間対応型訪問介護	① 介護福祉士が30%以上配置されていること。 ② 介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	12単位/回 (包括型 84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6 単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6 単位/回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ② 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：12単位/回 ②：6 単位/回 ※ 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 要支援1は ①：48単位/人・月 ②：24単位/人・月 要支援2は ①：96単位/人・月 ②：48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6 単位/回
小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ② 常勤職員が60%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：500単位/人・月 ②・③：350単位/人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 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 短期入所生活介護 短期入所療養介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 常勤職員が75%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①：12単位/人・日 ②・③：6 単位/人・日

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算の見直しを行う。

※2 表中①・②・③の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。

※3 介護福祉士に係る要件は「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者サービスを提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。

〔出所〕厚生労働省資料より作成

## 資料2 介護報酬改定による人件費の見直し

改 定 前			改 定 後	
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
			55%	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／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護
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	→	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及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。

〔出所〕 資料1に同じ

## 資料3 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 乗 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 乗 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

〔出所〕 資料1に同じ

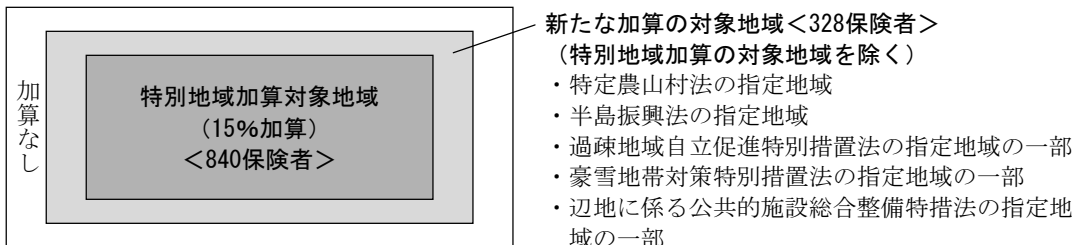
事情を抱えている地域が存在するため、このような地域への支援を行うために、今回の改定で新たな加算措置（所定単位数の10%）がとられるようになった。特別地域加算の対象となっていなかった特定農山村法の指定地域、半島振興法の指定地域、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域、辺地に係る公共的施設総合整備特別措置法の指定地域が該当し、その数は328保険者である（資料4）。対象となるサービスは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援、福祉用具貸与で、対象となる事業所は、訪問介護が訪問回数月200回以下、訪問入浴介護が訪問回数月20回以下、訪問看護が訪問回数月100回以下、居宅介護支援が実利用者数月20人以下、福祉用具貸与が実利用者数月15人以下の小規模事業所である。また、事業所そのものは中山間地域以外にあるが、その事業所が中山間地域の居住者にサービスを提供する場合には、移動費用がかかることを考慮して、移動に要するコストを新たな加算として評価した（所定単位数の5%）。この算定要件は資料5のようになる。

**資料4 中山間地域等における小規模事業所の評価（新たな加算の創設）**

	特 定 農山村法	半 島 振 興 法	山 村 振 興 法	離 島 振 興 法	沖 繩 振 興 法	奄美群島 振 興 法	小 笠 原 諸 島 振 興 法	過疎地域 自立促進 特 措 法	豪雪地帯 対 策 特 措 法	辺地に係 る公共的 施設総合 整備特 措 法
中山間地域	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×
特別地域加算	×	×	○	○	○	○	○	一部 ※	一部 ※	一部 ※
新たに創設する加算	○	○	×	×	×	×	×	一部 ※以外	一部 ※以外	一部 ※以外

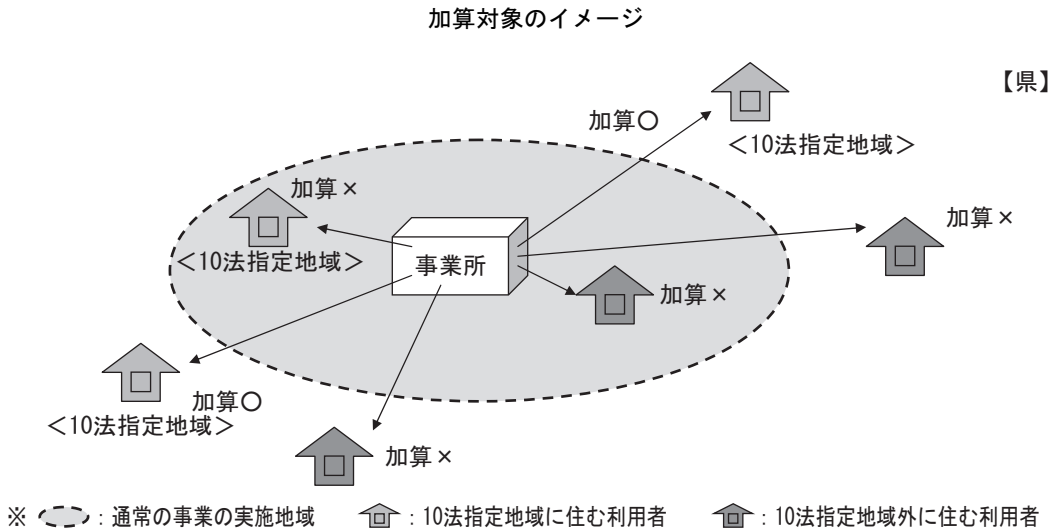
※ 一部指定については、各保険者へのアンケート調査によって指定地域を限定したものの。

<イメージ>



〔出所〕 介護保険研究会編『平成21年介護報酬改定のポイント』より作成

資料5 中山間地域等に居住する者にサービス提供した事業所への評価



**中山間地域等にサービスを提供する場合**  
→ 所定単位数の5%を加算

**【算定要件】**

- ① 対象となるサービスは、移動費用を要する訪問介護（予防含む）、訪問入浴介護（予防含む）、訪問看護（予防含む）、訪問リハビリテーション（予防含む）、通所介護（予防含む）、通所リハビリテーション（予防含む）、居宅介護支援及び福祉用具貸与（予防含む）
- ② 「中山間地域等」とは、半島振興法、特定農山村法、山村振興法、離島振興法、沖縄振興特別措置法、奄美群島振興開発特別措置法、小笠原諸島振興開発特別措置法、過疎地域自立促進特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に指定されている地域をいう。
- ③ 各事業者が、運営規程に定めている通常の事業実施地域を越えてサービスを提供する場合に認める。

[出所] 資料4に同じ。



### 3. 介護報酬引上げの内容<sup>(10)</sup>

介護報酬の引上げは、各サービスごとに、その特性に応じて行われた。重要なことは、基礎報酬の引上げは一部のサービスでのみ行われたのに対し、加算は新設、既存加算の単位数アップ、仕組みの変更等多岐にわたって行われた点である。以下、注目すべき報酬引上げが行われたサービスを中心に見ていくことにしたい。なお、介護予防サービスについては、紙数の関係上、本稿では扱わない。

#### (1) 訪問介護

訪問介護における介護報酬改定前と後の比較表をみてみよう（資料6）。まず、短時間の訪問介護サービスなどで基礎報酬が引上げられて単位数増加がなされた。改定以前は身体介護（30分未満）が1回231単位、生活援助（30分以上1時間未満）が1回208単位だったが、改定後は身体介護が254単位、生活援助が229単位となった。しかし、利用者要望が高い身体介護の延長分の介護報酬は83単位のまま据えおかれ、生活援助の2時間枠も見送られた。短時間型の訪問介護サービスが一層奨励される基礎報酬引上げだったとすることができるだろう。

次に、ホームヘルパーやサービス提供責任者について介護福祉士の資格取得など段階的なキャリアアップを推進するため、特定事業所加算（所定単位数の10～20%加算）に必要な人材要件、体制要件、重度要介護者対応要件の見直しが行われた（事業所がこの3つの要件のどれか1つもしくは2つを満たせば特定事業所加算を受けられる）。例えば、人材要件では、事業所において、これまでホームヘルパー総数のうち介護福祉士が30%以上とされていたが、今回の介護報酬改定では、これに加えて、「介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級ホームヘルパーの合計が50%以上」の場合でも、事業所は人材要件を満たすとされた。また、同じく人材要件で、これまでは「すべてのサービス提供責任者が5年以上の実務経験を有する介護福祉士」となっていたものを改定し、「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または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」場合も、事業所は人材要件をクリアできるとされた（ただし、サービス提供責任者を複数配置しなければならない事業所においては2人以上を常勤）。重度要介護者対応要件では、これまでは「前年度または前3か月の利用者の

資料6 訪問介護費・介護予防訪問介護費の改定前・後の比較表

				改定前	改定後	差 異	
基本単位	訪問介護	身体介護	30分未満	231単位	254単位	23単位	
			30分以上1時間未満	402単位	402単位	0単位	
			1時間以上1時間30分未満	584単位	584単位	0単位	
		生活援助	30分以上1時間未満	208単位	229単位	21単位	
			1時間以上1時間30分未満	291単位	291単位	0単位	
		通院等乗降介助			100単位	100単位	0単位
	介護予防訪問介護	介護予防訪問介護Ⅰ			1,234単位	1,234単位	0単位
		介護予防訪問介護Ⅱ			2,468単位	2,468単位	0単位
介護予防訪問介護Ⅲ			4,010単位	4,010単位	0単位		
加 算	訪問介護	特定事業所加算	特定事業所加算(Ⅰ)	20%	20%	0%	
			特定事業所加算(Ⅱ)	10%	10%	0%	
			特定事業所加算(Ⅲ)	10%	10%	0%	
	緊急時訪問介護加算				100単位	100単位	
	共 通	初回加算				200単位	200単位
		中山間地域等の小規模事業所がサービスを提供する場合				10%	10%
中山間地域等にサービスを提供する場合				5%	5%		
地域区分	特別区			10.72円	11.05円	0.33円	
	特甲地			10.60円	10.70円	0.10円	
	甲 地			10.36円	10.42円	0.06円	
	乙 地			10.18円	10.35円	0.17円	
	その他			10.00円	10.00円	0.00円	

〔出所〕 祐川尚素・安永享紀編『2009年介護報酬改定ポイント解説と経営シミュレーション』より作成。

うち、要介護4と要介護5の利用者が利用者総数の20%以上あること」とされていたが、今回の改定では「要介護4と要介護5、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が利用者総数の20%以上」で要件をクリアできることとなった。体制要件では、これまでになかった「緊急時などにおける対応方法が利用者に明示されていること」が、新たに加えられた。他の多くのサービスとは異なり、訪問介護サービスでは「段階的なキャリアアップの推進」ということで、介護従事者の専門性等については改定前よりも緩和されたと言うことができるのである。

3つ目は、サービス提供責任者の役割を評価し、特に労力のかかる初回時と緊急時の対応についての加算が新設された。つまり、新規に訪問介護計画を作成した利用者

に対して、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か、もしくは他のホームヘルパーが訪問介護を行う際にサービス提供責任者が同行訪問した場合に月200単位の加算（初回加算）が行われる。また、利用者・家族からの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時に、サービス提供責任者か他のホームヘルパーが居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合には、緊急時訪問介護加算（1回100単位）が受けられることになった。サービス提供責任者は、現場のホームヘルパーとは異なり、同一の利用者を担当するホームヘルパー間で利用者へのサービスや言動等対応が異なることを防ぐための調整、新規のホームヘルプサービス提供先の状況調査（ホームヘルパー派遣前の利用者の身体の状態、病歴、必要なサービス内容の確認）、ホームヘルプサービスの初回時の訪問、ホームヘルパーに対する具体的な援助目標や援助内容の指示等の幅広い業務を行うとともに重い責任を持っている<sup>(11)</sup>。このため、サービス提供責任者の多くは常勤職員であるにもかかわらず、これまでの報酬改定で配慮されることがなかったため、事業所にとっては厳しい経営を余儀なくされる要因の一つになっていた。今回の介護報酬改定では、サービス提供責任者の仕事の重要性を認め、ある程度の改善がなされたということが出来る。ただし、課題もある。というのは、サービス提供責任者の配置に関する規定が改定され、これまでの常勤要件が緩和され、「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にすること」ができることとされた。サービス提供責任者の業務内容を考えれば、サービス提供責任者の水準が下がる可能性が高くなり、結果、サービス提供のレベルが低下することが懸念されるのである。

なお、3級ホームヘルパーについては、原則として2009年3月末で報酬上の評価を廃止したが、現在従事しているホームヘルパーについては、事業者が当該ホームヘルパーに対して2級課程など上位の資格を取得するように通知することを条件に、1年間の経過措置（2010年3月末まで）が設けられることとなった。また、すでに2.で述べたように、中山間地域等における地域加算の新設と、地域区分ごとの報酬単価の見直しが行われた。

訪問介護では、従事者（ホームヘルパー）385,668人のうち介護福祉士は13%（52,775人）にすぎず、ホームヘルパー2級の者が70%（268,620人）を占めるとともに<sup>(12)</sup>、50歳代以上の登録ヘルパーが多く、他のサービスの介護従事者よりも勤務者の平均年齢が高い<sup>(13)</sup>。すでにみたように、今回の改定でも、これまでよりも緩和

されたとはいえ、介護福祉士等の有資格者重視が行われている。このような資格重視の考えに対しては、改定以前から「国家資格ありきの発想で一元化すれば人材の多様性を失う」<sup>(14)</sup>との懸念が表明されている。処遇改善の根拠として資格は外せないが、ホームヘルパーの現状を踏まえた処遇改善をいかに図るかが重要で、段階的なステップアップは欠かせないだろう。ただし、サービスを提供する場合に事務所に立ち寄らない直行直帰型勤務形態が多い現状は、サービスの質の向上のネックになっている。ホームヘルパーについては、段階的な資格重視、直行直帰型の改善、深夜ホームヘルプの2人勤務の強化、登録ヘルパーの段階的な廃止など、単に介護報酬の改定にとどまらない、抜本策が求められているのであろう。

## (2) 訪問看護

多数の加算措置の新設と既存の加算措置の充実が行われた（資料7）。まず、サービス提供体制強化加算（1回6単位）が新設された。これは、職員の専門性と一定以上の勤続年数のある職員が多いことを評価し、看護師への研修や技術指導を目的とした定期会議の開催等をしており、かつ3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている事業所の場合に加算がなされるものである。さらに、長時間訪問看護加算（1回300単位）、複数名訪問加算（30分未満1回254単位、30分以上1回402単位）が新設されるとともに、ターミナルケア加算の改定（1,200単位から2,000単位にアップ）が行われた。また、訪問看護において特別な管理を必要とする利用者の状態に重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）が追加された。

長時間訪問加算は、特別な管理を必要とする利用者（在宅自己腹膜灌流指導管理や在宅血液透析指導管理を受けている者、気管カニューレや留置カテーテルを使用している者等）に1回1時間30分を超過する訪問看護を行った場合に訪問看護の所定サービス費（1時間以上1時間30分未満）に1回300単位を加算するものである。複数名訪問加算は、利用者の身体的理由により1人の訪問看護師での訪問看護サービス提供が難しい場合や、暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められる場合に、利用者や家族の同意を得た上で、複数の訪問看護師による訪問看護サービスの提供が行われた時に加算が行われるものである。また、ターミナルケア加算の改定は、ターミナルケアの充実と医療保険との整合性を図る観点から行われたもので、単位数のアップとともに、これまでの算定要件が緩和された。つまり、死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施していること、主治医との連携のもとで訪問看護における

資料7 訪問看護費・介護予防訪問看護費の改定前・後の比較表

				改定前	改定後	差 異
基本単位	共 通	訪問看護ステーション	20分未満	285単位	285単位	0単位
			30分未満	425単位	425単位	0単位
			30分以上1時間未満	830単位	830単位	0単位
			1時間以上1時間30分未満	1,198単位	1,198単位	0単位
		病院または診療所	20分未満	230単位	230単位	0単位
			30分未満	343単位	343単位	0単位
			30分以上1時間未満	550単位	550単位	0単位
			1時間以上1時間30分未満	845単位	845単位	0単位
加 算	共 通	訪問看護費	ターミナルケア加算	1,200単位	2,000単位	800単位
		複数名訪問加算	所要時間30分未満		254単位	254単位
			所要時間30分以上		402単位	402単位
		長時間訪問看護加算		300単位	300単位	
		サービス提供体制強化加算		6単位	6単位	
		中山間地域等の小規模事業所がサービスを提供する場合		10%	10%	
		中山間地域等にサービスを提供する場合		5%	5%	
地域区分	特別区		10.48円	10.83円	0.35円	
	特甲地		10.40円	10.55円	0.15円	
	甲 地		10.24円	10.33円	0.09円	
	乙 地		10.12円	10.28円	0.16円	
	その他		10.00円	10.00円	0.00円	

〔出所〕資料6に同じ

ターミナルケアにかかわる計画や支援体制について利用者と家族に説明を行い、同意を得た上でターミナルケアを実施していることというふうに算定要件は変更されたのである。

また、中山間地域等における地域加算が新設されるとともに、地域区分ごとの報酬単価の見直しが行われた。

(3) 居宅介護支援

居宅介護支援では、他のサービスよりも新規の加算措置が多くとられるとともに、既存の加算措置についても、報酬アップが行われた(資料8)。

まず、ケアマネジャー1人あたりの担当件数が40件以上となる場合に、すべての担当件数に適用されるこれまでの逡減制の仕組みが、超過部分にのみ適用される仕組み

資料 8 居宅介護支援費・介護予防居宅介護支援費の改定前・後の比較表

				改定前	改定後	差 異	
基本単位	居宅介護支援費	居宅介護支援Ⅰ (40件未満)	要介護1、2	1,000単位	1,000単位	0単位	
			要介護3、4、5	1,300単位	1,300単位	0単位	
		居宅介護支援Ⅱ (40件以上60件未満)	要介護1、2	600単位	500単位	-100単位	
			要介護3、4、5	780単位	650単位	-130単位	
		居宅介護支援Ⅲ (60件以上)	要介護1、2	400単位	300単位	-100単位	
			要介護3、4、5	520単位	390単位	-130単位	
介護予防居宅介護支援費				400単位	412単位	12単位	
加 算	居宅介護支援費	初回加算	初回加算Ⅰ→初回加算に改定	250単位	300単位	50単位	
			初回加算Ⅱ	600単位		-600単位	
		特定事業所加算	特定事業所加算→特定事業所加算Ⅰに改定	500単位	500単位	0単位	
			特定事業所加算Ⅱ		300単位	300単位	
		医療連携加算				150単位	150単位
		退院・退所加算	退院・退所加算Ⅰ		400単位	400単位	
			退院・退所加算Ⅱ		600単位	600単位	
		認知症加算				150単位	150単位
		独居高齢者加算				150単位	150単位
		中山間地域等の小規模事業所がサービスを提供する場合				10%	10%
		中山間地域等にサービスを提供する場合				5%	5%
		介護予防居宅介護支援費	初回加算		250単位	300単位	50単位
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算				300単位	300単位		
地域区分	特別区			10.72円	11.05円	0.33円	
	特甲地			10.60円	10.70円	0.10円	
	甲 地			10.36円	10.42円	0.06円	
	乙 地			10.18円	10.35円	0.17円	
	その他			10.00円	10.00円	0.00円	

〔出所〕資料6に同じ。

に変更された。つまり、取扱件数が40件未満の場合（「居宅介護支援費Ⅰ」）、要介護1と要介護2は月1,000単位、要介護3と要介護4と要介護5は月1,300単位という仕組みは改定後も維持されたが、これまで取扱件数が40件以上60件未満の場合（「居宅介護支援費Ⅱ」）は、すべてのケースにおいて要介護1と要介護2が月600単位、要介護3と要介護4と要介護5が月780単位であったものを、今回の改定で、40件以

上60件未満の部分のみ要介護1と要介護2が月500単位、要介護3と要介護4と要介護5が月650単位となり、40件未満の部分は「居宅介護支援費Ⅰ」を適用することとなったのである。また、取扱件数が60件以上の場合（「居宅介護支援費Ⅲ」）は、すべてのケースにおいて要介護1と要介護2が月400単位、要介護3と要介護4と要介護5が月520単位だったものを、改定後は40件以上の部分のみを要介護1と要介護2が月300単位、要介護3と要介護4と要介護5が月390単位とし、40件未満の部分については「居宅介護支援費Ⅰ」を適用するものとした。

居宅介護支援については、要介護度が低くてもきめ細かく多様にサービスの組み合わせを作る必要があるため要介護度にかかわらず同一報酬にすべきであると筆者は考えるが、今回の改定でも、この点の改善策はなされなかった。今回の改定で、逓減制については担当件数が超過した部分についてのみ逓減する変更がなされたが、40件を超過すると半分もしくは3分の1に単位数が減少となり、逓減幅が大きくなった。しかし、例えば2.5人（常勤換算）のケアマネジャーで120人の高齢者（全員要介護3）のケアプランを作った場合、改定前は、月93,600単位だったが、改定後は、月112,650単位になる。また、1.5人（常勤換算）で取扱件数が80件（全員要介護2）の場合、改定前は48,000単位、改定後は69,500単位になる。現在、ケアマネジャーの多くは40件未満を担当しているが、40件を超過しているケアマネジャーもいる。また、居宅介護支援事業所の運営とくに独立系の居宅介護支援事業所において、現行の逓減制では、運営が厳しいこともずっと言われてきた。その意味では、今回の改定で一応の改善がなされるが、やはり、ケアマネジャーの担当件数は40件以内が基本であるべきで、運営の厳しさの改善策は、それを前提にして考えられるべきものであろう。

なお、居宅介護支援事業所については、このほかに次のような改定が行われた。まず、特定事業所加算（月500単位）の算定要件を緩和して特定事業所加算Ⅰ（月500単位）とするとともに、これよりも一層の緩和を行った特定事業所加算Ⅱ（月300単位）が新設された。これまでの特定事業所加算では、利用者のうち要介護3と要介護4と要介護5の者の占める割合が60%以上であったことや、主任介護支援専門員である管理者を配置していること等の要件があったため、事業所が加算を取りにくかった。今回の改定では、要介護3と要介護4と要介護5の者の占める割合を50%以上に引下げるとともに、介護支援専門員1人あたりの利用者数が35名以内だったものを40名未満に改めて加算適用をされやすくした。さらに、常勤の介護支援専門員の配置をこれまでの3名以上ではなく2名以上とするとともに、利用者の要介護度を問わないなど、

算定要件を一層緩和した特定事業所加算Ⅱがつくられたのである。

つまり、事業所は次の10項目の要件を満たせば特定事業所加算Ⅰが適用されることになった。(ア)主任介護支援専門員が配置されていること、(イ)常勤かつ専従の介護支援専門員が3名以上配置されていること、(ウ)算定日が属する月の利用者総数のうち要介護3と要介護4と要介護5の高齢者の割合が5割以上あること、(エ)介護支援専門員1人あたりの利用者の平均件数が40件未満のこと、(オ)24時間連絡体制の確保ならびに必要に応じての利用者等の相談に対応する体制が確保されていること、(カ)介護支援専門員への計画的な研修が実施されていること、(キ)利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項の伝達を目的とした会議が定期に開催されていること、(ク)地域包括支援センターから支援困難事例を紹介された場合も居宅介護支援を提供していること、(ケ)地域包括支援センター等が実施する事例検討会へ参加していること、(コ)運営基準減算や特定事業所集中減算の適用を受けていないこと、以上の要件を満たした場合に加算が受けられるのである。特定事業所加算Ⅱについては、上記の(エ)、(オ)、(キ)、(コ)を満たすとともに、主任介護支援専門員等を配置していることと、常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していれば、加算が受けられることになった。

また、医療と介護の連携を強化する観点から、新しく、入院時や退院・退所時に、病院と利用者に関する情報共有を行う際の評価が導入された。これが、医療連携加算（月150単位、利用者1人につき1回を限度）と退院・退所加算（退院退所加算Ⅰ、月400単位、退院退所加算Ⅱ、月600単位）である。さらに、認知症加算（月150単位）、独居高齢者加算（月150単位）が新設された。これは、ケアマネジメントを行う際に、特に労力がかかる認知症日常生活自立度Ⅲ以上の認知症高齢者、独居高齢者に対する業務について評価がなされたものである。また、小規模多機能型居宅介護事業所連携加算（300単位）が新設された。これは、居宅介護支援を受けていた利用者が居宅サービスから小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する際に、居宅介護支援事業者が持っている利用者情報を小規模多機能型居宅介護支援事業所に提供した場合に評価がなされるものである。また、ケアマネジメントの初回が労力を要するために、初回加算Ⅰ（月250単位）の報酬アップが行われた。これは新規に居宅サービス計画を策定した場合と要介護状態区分の2段階以上の変更認定を受けた場合に評価を行うもので、これまで月250単位だったものが月300単位に改定されたのである。一方、初回加算Ⅱ（月600単位）が、退院・退所加算の新設と連動して廃止されたため、初回



加算は1本にまとめられた。

さらに、中山間地域等における地域加算の新設と地域区分ごとの報酬単価の見直しが行われた。

以上のように、ケアマネジャーの業務への評価が多様に行われたのであるが、実態を踏まえ、負担が多い現場への配慮が行われたとあってよいだろう。2006年度の介護保険法改正にあたり、最も大きな課題の一つとして、議論の俎上にのせられていたのが、ケアマネジメントをめぐる課題の多さとその見直しの方向性だった<sup>(15)</sup>。併設事業所が9割を占める、多職種連携・継続的マネジメントが不十分、特定のサービスへの偏りや単品プランが多いことなどが指摘され、ケアマネジャーの担当件数の見直し（40件未満にする）や、ケアマネジメントプロセスに応じた報酬体系、医療と介護の連携の強化、独立性・中立性の確保等が見直しの方向性だった。今回の改定で行われた新設の加算措置の多くは、この見直しの方向性に沿ったものが多いとすることができよう。今回の加算措置によって独立的な居宅介護支援事業所の安定的な運営が即座に実現できるわけではないが、一步前進したことは間違いないだろう。

ただし、現在の要介護認定審査には、労力と金額がかかりすぎることや高齢者のニーズを正確に反映していないことなど問題が多いため、近い将来には要介護認定審査をやめ、ケアマネジャーが個々の高齢者のニーズを判定してケアプランをつくる仕組みを導入すべきである。この方法ではケアマネジャーの権限と責任が大きくなるため、ケアマネジャーのレベルアップのための研修と教育が欠かせない。そのために大学教育の場で保健医療と福祉の両方に精通した学生を育てあげることが必要である。現在は、福祉系の学部では学生はほとんど保健・看護・医療の科目は勉強していない。また、保健・看護系の学部では福祉系の科目がほとんど配置されていない。大学教育の場で保健・看護・医療・福祉の総合的な学習機会を設けることが必要なのである。

#### (4) グループホーム（認知症対応型共同生活介護）

グループホームでは、基礎報酬の改定はなかったが、加算の新設が多様に行われた（資料9）。まず、有資格者や常勤職員の多い事業所について評価が行われ、サービス提供体制強化加算が新設された。つまり、介護職員総数のうち介護福祉士が50%以上配置されている場合にはサービス提供体制強化加算Ⅰ（1人あたり1日12単位）が、看護・介護職員の総数のうち常勤職員が75%以上配置されている場合にはサービス提供体制強化加算Ⅱ（1人あたり1日6単位）が、サービスを提供する職員総数のうち

資料9 認知症対応型共同生活介護費・介護予防認知症対応型共同生活介護費の改定前・後の比較表

			改定前	改定後	差 異	
加 算	認知症対応型共同生活介護費	看取り介護加算		80単位	80単位	
		共 通	夜間ケア加算		25単位	25単位
	認知症行動・心理症状緊急対応加算			200単位	200単位	
	若年性認知症利用者受入加算			120単位	120単位	
	退居時相談援助加算			400単位	400単位	
	認知症専門ケア加算		認知症専門ケア加算(Ⅰ)		3単位	3単位
			認知症専門ケア加算(Ⅱ)		4単位	4単位
	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単位	12単位
		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		6単位	6単位	
		サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6単位	6単位	
地域区分	特別区		10.72円	10.68円	-0.04円	
	特甲地		10.60円	10.45円	-0.15円	
	甲 地		10.36円	10.27円	-0.09円	
	乙 地		10.18円	10.23円	0.05円	
	その他		10.00円	10.00円	0.00円	

〔出所〕資料6に同じ

勤続年数3年以上の者が30%以上配置されている場合にはサービス提供体制強化加算Ⅲ（1人あたり1日6単位）が講ぜられる。

また、認知症専門ケア加算、退去時相談援助加算、看取り介護加算、夜間ケア加算、若年性認知症利用者受入加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算などが新設された。

認知症専門ケア加算は、重い認知症の者（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者）が入居者数に占める割合が半分以上であり、認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合1名以上配置し（20人以上の場合は10またはその端数を増すごとに1名以上を配置）、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達や技術的指導会議を定期的実施した場合（認知症専門ケア加算Ⅰ、1日3単位）と、認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たすとともに、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が10人未満の場合は実践リーダー研修修了者と指導者研修修了者は同一人で可）、介護・看護職員ごとの研修計画を作成し実施した場合（認知症専門ケア加算Ⅱ、1日4単位）に加算措置がとら

れるもので、専門的な認知症ケアを普及するための加算である<sup>(16)</sup>。

また、グループホームを退去する利用者（利用期間が1か月以上）が自宅や地域での生活を継続できるように、グループホームが利用者と家族に相談援助し、かつ利用者の同意を得て退去日から2週間以内に市町村や地域包括支援センターに利用者の介護状況を示す文書を添えて利用者の認知症ケアサービスに必要な情報を提供した場合に退去時相談援助加算（1回400単位、1回を限度）が、夜勤職員の手厚い配置を行った場合（夜間と深夜の勤務を行わせるために必要な数に1を加えた数以上の介護従事者を配置した場合）に夜間ケア加算（1日25単位）が、利用者の重度化や看取りにも対応できるようにした場合（医師が回復の見込みがないと判断し、利用者と家族の同意を得て利用者の介護計画が作成され、医師、看護師、介護職員が共同して、随時、本人と家族に説明を行い、同意を得て介護が行われている場合）には看取り介護加算（1日80単位、死亡日以前30日を上限）が、新規にそれぞれ創設された。

さらに、若年性認知症利用者受入加算（宿泊による受け入れ1日120単位、通所による受け入れ1日60単位）が新設された。これは、グループホームだけではなく、施設系サービスや通所系サービス、短期入所系サービスにも適用されるもので、若年性認知症患者や家族に対する支援を進める観点から、本人や家族の希望を踏まえた介護サービスを提供したことへの評価を行うものである（ただし、次に述べる認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定されない）。なお、この加算の新設に伴い、通所介護と通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算は廃止された。また、在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出たことにより在宅での生活が難しくなった者をグループホームがショートステイとして緊急受け入れをした場合に評価を行うということで、認知症行動・心理症状緊急対応加算（1日200単位、入所日から7日を上限）が行われる（算定要件は認知症日常生活自立度Ⅲ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した者）。

グループホームにおいても、地域単価の見直しが行われたが、他の介護サービス事業に比べて地域差を勘案する職員の人件費の割合が低く抑えられたため、特別区、特甲地、甲地では改定前に比べて改定後の単価が引下がった（資料2、資料3）。グループホームでは施設サービス事業に比べて参入が容易なこともあり、株式会社やNPO法人の参入が多く、グループホーム間のサービスの格差は大きい。今回の改定で地域単価が低く抑えられるとともに基礎報酬が引上がらなかったため、積極的に加算

を受ける必要がある。特にサービス提供体制強化加算Ⅰと夜間ケア加算が重要である。このような加算に積極的に対応する中で、サービスの質の向上を図っていくことが望まれるのである。

#### (5) 特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームでは、基礎報酬の引上げと多様な加算措置が講ぜられた（資料10）。特に加算では、夜勤体制の充実や看護体制の強化、介護福祉士などの有資格者重視が打ち出されており、それらを通してサービスの質向上と介護従事者の待遇改善につなげていこうとする厚生労働省の姿勢がよく読み取れる。

基礎報酬は介護福祉施設サービス費とユニット型介護福祉施設サービス費に分けられ、その中が多床室と従来型個室、ユニット型準個室とユニット型個室にそれぞれ区分される。さらに、いずれにおいても、要介護度別に報酬が異なっている。今回の改定では、どのケースにおいても、12単位のアップとなった。

次に加算であるが、入所者のうち要介護4と要介護5の割合が65%以上または認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が60%以上で、かつ介護福祉士の配置が充実している場合（介護福祉士を入所者数が6またはその端数を増すごとに1以上配置している場合）に、1日22単位の日常生活継続支援加算（新設）が講ぜられることになった。また、夜勤職員配置加算が新設され、夜勤を行う介護職員・看護職員の数が最低基準を1人以上上回っていれば適用される。つまり、定員31-50人の施設は1日22単位、30人または51人以上の施設は1日13単位、地域密着型老人ホームは1日41単位<sup>(17)</sup>で、これに、ユニット型施設は1日5単位上乗せされる。

さらに、常勤の看護師を配置しているなど看護体制の充実を図った場合に看護体制加算（新設）がとられた。つまり、常勤の看護師を1名以上配置していれば看護体制加算Ⅰ（定員31-50人の施設1日6単位、定員30人または51人以上の施設1日4単位、地域密着型老人ホーム1日12単位）が、看護職員を常勤換算方法で入所者数が25またはその端数を増すごとに1名以上配置するとともに、最低基準を1人以上上回って看護職員を配置し、かつ当該施設の看護職員が病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している場合には看護体制加算Ⅱ（定員31-50人の施設1日13単位、定員30人または51人以上の施設1日8単位、地域密着型老人ホーム1日23単位）を受けることができることになった。また、これまで常勤医師を配置した場合は1日20単位だったが、常勤医師配置加算の見直しがなされ

資料10 介護福祉施設サービス費の改定前・後の比較表

			改定前	改定後	差 異	
基本単位	介護福祉施設サービス費	多 床 室	要介護1	639単位	651単位	12単位
			要介護2	710単位	722単位	12単位
			要介護3	780単位	792単位	12単位
			要介護4	851単位	863単位	12単位
			要介護5	921単位	933単位	12単位
		従 来 型 個 室	要介護1	577単位	589単位	12単位
			要介護2	648単位	660単位	12単位
			要介護3	718単位	730単位	12単位
			要介護4	789単位	801単位	12単位
			要介護5	859単位	871単位	12単位
	ユニット型介護福祉施設サービス費	ユニット型準個室	要介護1	657単位	669単位	12単位
			要介護2	728単位	740単位	12単位
			要介護3	798単位	810単位	12単位
			要介護4	869単位	881単位	12単位
			要介護5	929単位	941単位	12単位
		ユニット型個室	要介護1	657単位	669単位	12単位
			要介護2	728単位	740単位	12単位
			要介護3	798単位	810単位	12単位
要介護4			869単位	881単位	12単位	
要介護5			929単位	941単位	12単位	
加 算	重度化対応加算			10単位		-10単位
	日常生活継続支援加算				22単位	22単位
	看護体制加算	入所定員31人以上50人以下	看護体制加算(Ⅰ)イ		6単位	6単位
			看護体制加算(Ⅱ)イ		13単位	13単位
		入所定員30人又は51人以上	看護体制加算(Ⅰ)ロ		4単位	4単位
			看護体制加算(Ⅱ)ロ		8単位	8単位
	夜勤職員配置加算	介護福祉施設サービス費を算定	夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ		22単位	22単位
			夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ		13単位	13単位
		ユニット型介護福祉施設サービス費を算定	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ		27単位	27単位
			夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ		18単位	18単位
	若年性認知症入所者受入加算				120単位	120単位
	常勤医師配置加算			20単位	25単位	5単位
	外泊時費用			320単位	246単位	-74単位
	栄養管理体制加算	管理栄養士		12単位		-12単位
		栄養士		10単位		-10単位
	栄養マネジメント加算			12単位	14単位	2単位
	口腔機能維持管理加算				30単位	30単位
	看取り介護加算		看取り介護加算(Ⅰ)	160単位		-160単位
			看取り介護加算(Ⅱ)	80単位		-80単位
			死亡日以前4日以上30日以下		80単位	80単位
			死亡日の前日及び前々日		680単位	680単位
			死亡日		1,280単位	1,280単位
	認知症専門ケア加算		認知症専門ケア加算(Ⅰ)		3単位	3単位
			認知症専門ケア加算(Ⅱ)		4単位	4単位
	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単位	12単位
			サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		6単位	6単位
			サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		6単位	6単位
	地域区分	特別区		10.48円	10.68円	0.20円
特甲地		10.40円	10.45円	0.05円		
甲 地		10.24円	10.27円	0.03円		
乙 地		10.12円	10.23円	0.11円		
その他		10.00円	10.00円	0.00円		

〔出所〕 資料6に同じ

て25単位にアップした。

さらに、看取り介護加算の見直しが行われた。これまでは重度化対応加算（1日10単位）を算定している施設で、医師が回復の見込みがないと判断した入所者で、入所者・家族の同意を得て介護にかかわる計画が作成されていて、医師、看護師、介護職員が共同で、本人と家族の同意を得て看取り看護を行った場合には、死亡前30日を限度として看取り介護加算が算定されていた（看取り介護加算Ⅰ、施設・居宅で死亡した場合1日160単位、看取り介護加算Ⅱ、施設・居宅以外で死亡した場合1日80単位）。今回の改定では、事業者からの、死亡直前まで施設で介護したにもかかわらず死亡した場所が施設や居宅外のために単位数が半減となることへの不満に対応し、重度化対応加算を廃止し、重度化対応加算のうち看取りに関する要件を統合するとともに、看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行うこととなった（看取り介護加算、死亡日以前4～30日1日80単位、死亡日の前日・前々日1日680単位、死亡日1日1,280単位）。

また、外泊時費用については単位数の削減での方向での見直しが行われた（1日320単位が1日246単位に変更、算定日数にかかわる要件である1月に6日を限度は変更しない）。これは、入所者の外泊について、1か月に6日を限度として、所定単位数の代わりに1日320単位を算定できるシステムであったが、外泊期間中に利用者のために居室が確保されている場合は、外泊時費用（保険給付）に加え、居住費（保険外）を利用者から徴収できるため、実際にかかる施設のコストを勘案して報酬の引下げが行われたものである。ただし、外泊中の利用者からの居住費徴収は利用者の負担を大きくする。介護給付費の抑制効果をもたらすだろうが、利用者サービスの根本的な問題でもあり、再見直しが必要だろうと考える。

このほかにも、介護職員が入所者に対して計画的な口腔ケアができるように、歯科医師や歯科衛生士が介護職員に入所者の口腔ケアに関する技術的助言と指導を行う際の加算措置として口腔機能維持加算（30単位）が新設された。また、認知症専門ケア加算（認知症専門ケア加算Ⅰが3単位、認知症専門ケア加算Ⅱが4単位）、若年性認知症入所者受入加算（宿泊による受け入れ1日120単位）、サービス提供体制強化加算が新設された。認知症介護についての専門的な研修については、これまで介護報酬上特別な評価がなされてこなかったが、これを評価し、認知症日常生活自立度Ⅲの入所者1人1日あたり3単位もしくは4単位を加算することになったものである。また、これまでは、若年性認知症の受け入れについては、通所系サービスにおいて若年性認

知症ケア加算（1日60単位）があったが利用者数は少なく、一方施設や入居系サービスにおいては加算対象になっていなかったため、若年性認知症の受け入れは進んでいなかった。今回、加算を新設することによって、施設や入居系サービスでの若年性認知症の受け入れを促進しようとしたものである。サービス提供体制強化加算は介護従事者の専門性等のキャリアに注目した評価であるが、サービス提供体制強化加算Ⅰ（介護職員総数のうち介護福祉士が50%以上配置している場合、1日1人あたり12単位）、サービス提供体制強化加算Ⅱ（看護・介護職員の総数のうち、常勤職員が75%以上配置されている場合、1日1人あたり6単位）、サービス提供体制強化加算Ⅲ（サービスを提供する職員のうち3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合、1日1人あたり6単位）の3つに分かれる。ただし、日常生活継続支援加算を算定している場合は算定できない。

さらに、栄養マネジメント加算が1日12単位から1日14単位に引上げられたが、栄養管理体制加算（管理栄養士配置加算12単位、栄養士配置加算10単位）は廃止された。栄養管理体制加算は、2006年10月に食費の自己負担化が始まった際に基本食事サービス費が切り離され、これに代わって創設されたものだが（管理栄養士または栄養士が入所者の状態に応じて適切な食事を提供した場合に加算措置がとられる）、100%近い算定があるため基礎報酬に包括して算定されることになったため廃止された。基礎報酬が12ポイント引上げになったことを先述したが、この12ポイント引上げ分は、ちょうど栄養管理体制加算分に等しいのである（栄養管理体制加算のうち管理栄養士配置加算が85%を占める）。また、地域区分ごとの報酬単価の見直しが行われた。

特別養護老人ホームでは、サービスの質向上を通して介護従事者の待遇改善を目指した加算措置が多くみられる。このこと自体は賛成だが、大規模修繕を行って借金が多い施設も散見され、介護報酬引上げ分が職員にあまりまわらず借金返済にまわってしまうケースも多いと推測できる。また、地方の特別養護老人ホームでは、有資格者が少ないため加算をあまり受けられない施設も少なくない。有資格者（介護福祉士など）を募集しても応募者がいないケースもある。このような地方の特別養護老人ホームでは、現在勤めている職員に介護福祉士などの資格をとってもらうことが重要で、そのための勉強や研修のための時間を、施設側が職員のために提供する工夫が必要である。

## (6) 老人保健施設

老人保健施設の介護報酬を論ずる際には、まず、近年の厚生労働省による療養型病床群の再編成とそれに伴う介護療養型老人保健施設の創設について述べておかなければならない<sup>(18)</sup>。厚生労働省は療養型病床群の再編成の方針を打ち出し、2006年に健康保険法等の一部改正が行われた。具体的には、2011年度末までに介護保険適用の療養型病床群（13万床）は廃止し、医療保険適用の療養型病床群（25万床、回復期リハ病床2万床を含む）は15万床に縮小し、計23万床を老人保健施設やケアハウス等に転換を図るとした。その後、リハビリ専門の病床の必要性や都道府県の療養病床転換推進計画（「地域ケア体制整備構想」）の策定により、22万床程度は必要な医療病床として残ることとなった。療養型病床群の転換では、最も有力な受け皿として期待されたのが老人保健施設で、このような転換を行った老人保健施設は、既存の老人保健施設と区別して介護療養型老人保健施設とよぶことになった。

介護療養型老人保健施設は入所者の医療ニーズに適切に対応することと、夜間の日常的な医療措置や医師による医療的管理、看取りへの対応を行うことが必要とされ、そのために介護報酬上の評価を行うものとされ、2008年5月から介護療養型老人保健施設に関する新たな介護報酬と指定基準が実施に移されている。介護療養型老人保健施設と療養型病床群（医療保険型、介護保険型）の人員配置の比較表を資料11に示した。また、資料12で今回の介護報酬改定前の既存の老人保健施設と介護療養型老人保健施設、既存の介護療養型医療施設（療養型病床群）の介護報酬の比較を示した。施設サービス費が介護療養型老人保健施設の方が既存の老人保健施設よりも高いが、既存の療養型病床群に比べて低いこと、介護療養型老人保健施設は既存の老人保健施設と個別の加算では同一の数値になっているが、介護療養型老人保健施設にのみ適用されるいくつかの加算（ターミナルケア加算、療養体制維持特例加算、リハビリテーション指導管理加算・薬剤管理指導加算・初期入所診療管理加算・精神科作業療法加算などの特定療養費加算）があることが把握できる。

2009年の介護報酬の改定では、基礎報酬の引上げと多様な加算措置の新設がある一方、加算の廃止もいくつかみられた。また、介護療養型老人保健施設と既存の老人保健施設の間での加算での相異を少なくするとともに、基礎報酬（介護保健施設サービス費）で差を設けた（資料13）。

まず、基礎報酬の引上げが行われた。介護保健施設サービス費Ⅰが適用される既存の老人保健施設においては、多床室、従来型個室、ユニット型準個室、ユニット型個



室のいずれの場合でも、入所者の要介護度に関係なく32単位アップした。介護保健施設サービス費ⅡもしくはⅢが適用となる介護療養型老人保健施設については、最大197単位の増加となったが、ユニット型で入所者の要介護度が高いほど上昇した。

次に加算だが、まず、夜勤職員配置加算（1日24単位）が新設された。これは、現在の夜間における職員の配置実態を踏まえ、夜間の介護サービスの質の向上と職員の負担軽減の観点から、基準を上回っている施設を評価するとともに、老人保健施設における実態を勘案して看取りの際のケアについて評価を行ったものである。入所者数

資料11 介護療養型老人保健施設等の人員配置

療養病床		介護老人保健施設		
医療保険適用	介護保険適用			
(医師3名)	(医師3名) 【通常型】	(医師2名) 【経過型】(～H23)	(医師1+α名) 【介護療養型】	(医師1名) 【従来型】
看護 4:1 介護 4:1			※1 看護 6:1 介護 4:1	
看護 5:1 介護 5:1	看護 6:1 介護 4:1	看護 6:1 介護 4:1		
	看護 6:1 介護 5:1	看護 8:1 介護 4:1		
	看護 6:1 介護 6:1		看護 6:1 介護 4:1	看護・介護 3:1
	【ユニット型】	【経過型ユニット型】 (～H23)	【療養病床から転換・ ユニット型】	【ユニット型】
■ : 新規に報酬を 創設する類型	ユニット型 の報酬※2	経過型ユニット型 の報酬※2	転換型ユニット型 の報酬※2	ユニット型 の報酬

※1 今後、介護療養型老人保健施設の入所者の介護ニーズの実態を把握し、平成24年4月以降の対応を検討。

※2 ユニット型施設については、①日中はユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること、②ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること、③2のユニットごとに夜勤を行う看護職員又は介護職員の数が1以上、とされており、看護職員・介護職員については、概ね2:1の配置が評価されている。

〔出所〕 全国老人保健施設協会編『平成20年版介護白書』より作成

資料12 既存の介護老人保健施設と介護療養型老人保健施設、既存の介護療養型医療施設の介護報酬の比較（2009年改定前の介護報酬）

	既存の老健施設		転換型老健施設（介護療養型老健施設）						既存介護療養型医療施設						
	(既存老健と介護療養型老健との差) (A)	※夜勤あり。41床以上	療養体制維持特別加算 (27単位) + (A) (B)	(既存療養と介護療養型老健との差)		(既存療養と介護療養型老健との差)	(既存療養と介護療養型老健との差)	看護 6 : 1							
				既存療養との比較 4 : 1	療養体制維持特別加算を含む比較 (C)	既存療養との比較 5 : 1	既存療養との比較 6 : 1	介護 4 : 1	介護 5 : 1	介護 6 : 1					
従来型個室	要介護 1	702	1	703	28	32	59	92	122	671	611	581			
	要介護 2	751	35	786	62	5	32	66	94	781	720	692			
	要介護 3	804	56	860	83	-159	-132	-20	17	1,019	880	843			
	要介護 4	858	56	914	83	-206	-179	-122	-86	1,120	1,036	1,000			
	要介護 5	911	56	967	83	-244	-217	-111	-74	1,211	1,078	1,041			
多床室	要介護 1	781	1	782	28	0	27	60	90	782	722	692			
	要介護 2	830	35	865	62	-27	0	34	-62	892	831	803			
	要介護 3	883	56	939	83	-191	-164	-52	-15	1,130	991	954			
	要介護 4	937	56	993	83	-238	-211	-154	-118	1,231	1,147	1,111			
	要介護 5	990	56	1,046	83	-276	-249	-143	-106	1,322	1,189	1,152			
	身体拘束廃止未実施減算		-5	身体拘束廃止未実施減算		-5				身体拘束廃止未実施減算		-5			
	外泊時費用	444		外泊時費用		444				外泊時費用		444			
	試行的退所サービス費	800		試行的退所サービス費		800				他科受診時費用		444			
	初期加算	30		初期加算		30				初期加算		30			
	退所時指導等加算	退所前後訪問指導加算	460	退所時指導等加算	退所前後訪問指導加算	460	退所時指導等加算	退所前後訪問指導加算	460	退所時指導等加算	退所前後訪問指導加算	460	退所時指導等加算	退所前後訪問指導加算	460
		退所時指導加算	400		退所時指導加算	400		退所時指導加算	400		退所時指導加算	400		退所時指導加算	400
		退所時情報提供加算	500		退所時情報提供加算	500		退所時情報提供加算	500		退所時情報提供加算	500		退所時情報提供加算	500
		退所前連携加算	500		退所前連携加算	500		退所前連携加算	500		退所前連携加算	300		退所前連携加算	300
		老人訪問看護指示加算	300		老人訪問看護指示加算	300		老人訪問看護指示加算	300		老人訪問看護指示加算	300		老人訪問看護指示加算	300
	体制加算	管理栄養士配置加算	12	体制加算	管理栄養士配置加算	12	体制加算	管理栄養士配置加算	12	体制加算	管理栄養士配置加算	12	体制加算	管理栄養士配置加算	12
		栄養士配置加算	10		栄養士配置加算	10		栄養士配置加算	10		栄養士配置加算	10		栄養士配置加算	10
	栄養マネジメント加算	12		栄養マネジメント加算		12		栄養マネジメント加算		12		栄養マネジメント加算		12	
	経口移行加算	28		経口移行加算		28		経口移行加算		28		経口移行加算		28	
	加算	経口維持加算(I)	28	加算	経口維持加算(I)	28	加算	経口維持加算(I)	28	加算	経口維持加算(I)	28	加算	経口維持加算(I)	28
		経口維持加算(II)	5		経口維持加算(II)	5		経口維持加算(II)	5		経口維持加算(II)	5		経口維持加算(II)	5
	療養食加算	23		療養食加算		23		療養食加算		23		療養食加算		23	
	在宅復帰支援機能加算	10		在宅復帰支援機能加算		10		在宅復帰支援機能加算		10		在宅復帰支援機能加算		10	

既存の老健施設		転換型老健施設（介護療養型老健施設）		既存介護療養型医療施設			
設 療 養 費	緊 急 時 治 療 管 理 特 定 治 療	500	設 療 養 費	緊 急 時 治 療 管 理 特 定 治 療	500	特定診療費	
	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算	25		リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算	25		
	短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	60		短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	60		
	認 知 症 短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	60		認 知 症 短 期 集 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 実 施 加 算	60		
	認 知 症 ケ ア	76		認 知 症 ケ ア	76		
				ターミナルケア加算	240	療養環境減算	-25
				療養体制維持特別加算	27	医師配置	-12
			特別療養費	感染症対策指導管理	5	夜間勤務等看護職（Ⅰ）	23
				褥瘡対策指導管理	5	夜間勤務等看護職（Ⅱ）	14
				初期入所診療管理	250	夜間勤務等看護職（Ⅲ）	7
				重度療養管理	120		
				特定施設管理	250		
				重症皮膚潰瘍管理指導	18		
				薬剤管理指導	350		
				医学情報提供	250		
				リハビリテーション指導管理加算	10		
				言語聴覚療法	180		
				摂食機能療法	185		
			精神科作業療法	220			
			認知症入所精神療法	330			

〔出所〕 資料11に同じ

資料13 介護保健施設サービス費の改定前・後の比較表

			改定前	改定後	差 異	備 考	
基本単位	介護保健施設 サービス費(I)	多 床 室	要介護1	781単位	813単位	32単位	
			要介護2	830単位	862単位	32単位	
			要介護3	883単位	915単位	32単位	
			要介護4	937単位	969単位	32単位	
			要介護5	990単位	1,022単位	32単位	
		従 来 型 個 室	要介護1	702単位	734単位	32単位	
			要介護2	751単位	783単位	32単位	
			要介護3	804単位	836単位	32単位	
			要介護4	858単位	890単位	32単位	
			要介護5	911単位	943単位	32単位	
		ユニット型準個室	要介護1	784単位	816単位	32単位	
			要介護2	833単位	865単位	32単位	
			要介護3	886単位	918単位	32単位	
			要介護4	940単位	972単位	32単位	
			要介護5	993単位	1,025単位	32単位	
		ユニット型個室	要介護1	784単位	816単位	32単位	
			要介護2	833単位	865単位	32単位	
			要介護3	886単位	918単位	32単位	
			要介護4	940単位	972単位	32単位	
			要介護5	993単位	1,025単位	32単位	
	介護保健施設 サービス費(II) (療養型)	多 床 室	要介護1	782単位	814単位	32単位	
			要介護2	865単位	897単位	32単位	
			要介護3	939単位	1,012単位	73単位	
			要介護4	993単位	1,088単位	95単位	
			要介護5	1,046単位	1,164単位	118単位	
		従 来 型 個 室	要介護1	703単位	735単位	32単位	
			要介護2	786単位	818単位	32単位	
			要介護3	860単位	933単位	73単位	
			要介護4	914単位	1,009単位	95単位	
			要介護5	967単位	1,085単位	118単位	
		ユニット型準個室	要介護1	785単位	896単位	111単位	
			要介護2	868単位	979単位	111単位	
			要介護3	942単位	1,094単位	152単位	
			要介護4	996単位	1,170単位	174単位	
			要介護5	1,049単位	1,246単位	197単位	
		ユニット型個室	要介護1	785単位	896単位	111単位	
			要介護2	868単位	979単位	111単位	
			要介護3	942単位	1,094単位	152単位	
			要介護4	996単位	1,170単位	174単位	
			要介護5	1,049単位	1,246単位	197単位	
	介護保健施設 サービス費(III) (療養型)	多 床 室	要介護1	782単位	814単位	32単位	
			要介護2	859単位	891単位	32単位	
			要介護3	912単位	985単位	73単位	
			要介護4	966単位	1,061単位	95単位	
			要介護5	1,019単位	1,137単位	118単位	
従 来 型 個 室		要介護1	703単位	735単位	32単位		
		要介護2	780単位	812単位	32単位		
		要介護3	833単位	906単位	73単位		
		要介護4	887単位	982単位	95単位		
		要介護5	940単位	1,058単位	118単位		

			改定前	改定後	差 異	備 考	
基本単位	介護保健施設 サービス費(Ⅲ) (療養型)	ユニット型準個室	要介護 1	785単位	896単位	111単位	
			要介護 2	862単位	973単位	111単位	
			要介護 3	915単位	1,067単位	152単位	
			要介護 4	969単位	1,143単位	174単位	
			要介護 5	1,022単位	1,219単位	197単位	
		ユニット型個室	要介護 1	785単位	896単位	111単位	
			要介護 2	862単位	973単位	111単位	
			要介護 3	915単位	1,067単位	152単位	
			要介護 4	969単位	1,143単位	174単位	
			要介護 5	1,022単位	1,219単位	197単位	
加 算	夜勤職員配置加算			24単位	24単位		
	リハビリテーションマネジメント加算		25単位		-25単位		
	短期集中リハビリテーション実施加算		60単位	240単位	180単位		
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算		60単位	240単位	180単位		
	若年性認知症入所者受入加算			120単位	120単位		
	外泊時費用		444単位	362単位	-82単位		
	試行的退所サービス加算		800単位		-800単位		
	ターミナルケア加算	死亡日以前30日を上限		240単位		-240単位	療養型老人保健施設のみ算定
		死亡日以前15日以上30日以下			200単位	200単位	
		死亡日以前14日まで			315単位	315単位	
	栄養管理体制加算	管理栄養士		12単位		-12単位	
		栄養士		10単位		-10単位	
	栄養マネジメント加算			12単位	14単位	2単位	
	口腔機能維持管理加算				30単位	30単位	
	在宅復帰支援機能加算	在宅復帰支援機能加算		10単位		-10単位	
		在宅復帰支援機能加算(Ⅰ)			15単位	15単位	
		在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)			5単位	5単位	
	認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算(Ⅰ)			3単位	3単位	
		認知症専門ケア加算(Ⅱ)			4単位	4単位	
	認知症情報提供加算				350単位	350単位	
	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単位	12単位	
		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)			6単位	6単位	
		サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			6単位	6単位	
地域区分	特別区		10.48円	10.68円	0.20円		
	特甲地		10.40円	10.45円	0.05円		
	甲 地		10.24円	10.27円	0.03円		
	乙 地		10.12円	10.23円	0.11円		
	その他		10.00円	10.00円	0.00円		

〔出所〕 資料6に同じ

が20またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う介護職員・看護職員を配置していることが算定要件になる。また、介護療養型老人保健施設のターミナルケア加算は、これまで1日240単位だったが、これを改定し、死亡日以前15-30日は1日200単位、死亡日以前14日までは1日315単位とした(算定要件は、医師が回復見込みがないと判断した者で、入所者と家族の同意を得て入所者のターミナルケアにかかわる計画が作成されていて、かつ医師・看護師・介護職員が共同して随時説明を行い、入

所者と家族の同意のもとでターミナルケアが行われている場合)。また、今回の改定で、これまではターミナルケア加算の対象となっていなかった既存の老人保健施設にも、同様の内容で適用されることになった。

さらに、在宅復帰支援機能加算（在宅復帰率が50%以上が算定要件）が見直され、これまで1日10単位だったものを、在宅への退所者の割合に応じた段階的な仕組みに変更され、在宅復帰支援機能加算Ⅰ（在宅復帰率が50%以上）は1日15単位、在宅復帰支援機能加算Ⅱ（在宅復帰率が30%以上）は1日5単位となった。また、入所もない期間に集中的に行うリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算が大幅に改定され、1日60単位から1日240単位になった。これに伴い、リハビリテーションマネジメント加算については、本体報酬に包括化されることになったため廃止された。さらに、外泊時費用の見直しが行われた。これは、利用者が外泊期間中に居室が当該利用者のために確保されている場合は、引き続き居住費を徴収できることや、必要なコスト実態を踏まえて1日444単位から1日362単位に引下げられたものである。外泊期間中の利用者からの居住費徴収については問題が多いことを、特別養護老人ホームのところですでに述べた。

このほかに、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が見直され、加算の対象者を中重度まで拡大するとともに、これまで1日60単位だった単位数を1日240単位にアップさせた。また、若年性認知症受入加算（1日120単位）の新設、試行的退所サービス加算の廃止と退所時指導加算の算定要件見直し、栄養管理体制加算の廃止、栄養マネジメント加算の報酬引上げ（1日12単位から1日14単位に改定）と算定要件の見直し、口腔機能維持管理加算の新設（月30単位）、認知症専門ケア加算の新設（認知症専門ケア加算Ⅰが1日3単位、認知症専門ケア加算Ⅱが1日4単位）、認知症情報提供加算の新設（認知症確定診断の促進、1回350単位）、サービス提供体制強化加算の新設（1日1人あたり12単位もしくは6単位）が行われた。さらに、老人保健施設の人員配置基準上、言語聴覚士が理学療法士と作業療法士と同等に位置づけられることになった。これは、老人保健施設において言語聴覚士が増えてきていることに対応するものであるが、人員不足により70%減算になる職種が1つ増えたことになる。

さらに、特別養護老人ホームと同様に地域区分ごとの報酬単価の見直しが行われた。

## 4. 今回の介護報酬引上げの利用者への影響

### (1) 介護報酬引上げと保険料、利用者負担

今回の介護報酬改定の利用者に及ぼす影響を考察してみよう。日本の介護制度は社会保険方式で行われているため、介護報酬を引上げれば利用者負担や保険料に必然的に跳ね返ることになる。これまでは介護報酬が引下げられてきたため、介護報酬との関連においては利用者負担や保険料についての問題が生じなかったが、今回は引上げ改定である。そうなれば当然、保険料の引上げ、利用者負担の増大もしくは利用者が負担の増大を嫌うことによる利用の抑制につながるようになるのである。

そこで、政府は緊急特別対策を実施し、2009年度は報酬改定による介護保険料上昇分の全額が、2010年度は半分が軽減される仕組みを作った。つまり、65歳以上の者の保険料については、介護従事者処遇臨時特例交付金を各市町村に交付し、各市町村は交付された特例交付金を基金として積み立て（特例基金条例にもとづく）、保険料軽減に充当するのである。また、40-64歳の者の保険料については、財政の厳しい組合等に限定して交付金を交付して軽減することになったのである。このための所要額は約1,200億円である。

しかし、利用者負担については対策がとられなかった。介護報酬の引上げに合わせて要介護度別の支給限度額の引上げが行われないので、これまで支給限度額一杯使ってきた利用者は、介護報酬改定により支給限度額を上回ることになるため、上回った分が全額自己負担となって大幅に利用者負担が増大することになる。利用者が負担の増大を避けるにはサービスを減らすしかないのである。また、限度額一杯使っていない利用者においても、もちろん負担は上昇する。例えば、東京都23区内に居住する高齢者が、身体介護（30分未満）の訪問介護サービスを月に30回、生活援助（30分以上1時間未満）の訪問介護サービスを月15回利用すれば、改定前は10,772円（ $231 \times 1.072 \times 30 + 208 \times 1.072 \times 15$ ）の自己負担だったが、改定後は12,215円（ $254 \times 1.105 \times 30 + 229 \times 1.105 \times 15$ ）と11%増加する。さらに、2009年4月からの要介護認定の見直しで要介護度が下がった利用者も多いので、介護報酬の引上げが利用者に与える影響は、かなり大きかったと言えるだろう。このような利用者負担の現状を踏まえて、たとえ加算の要件を満たしていても加算の取得を躊躇している事業所も出てきているのである。

## (2) 今回の改定の評価と抜本的解決策の展望

政府は、介護従事者の待遇改善を目的として、介護報酬を上げた。基礎報酬ではなく加算措置を重視したのは、資格取得者や勤続年数の長い者が多い事業所や、看護体制が充実している事業所を重視するなど、サービスの質を重視したからである。この方向性は間違っていないだろう。今後の介護従事者の待遇改善は、サービスの質の向上との関連で実現していくしかないからである。問題は、今回の報酬アップ分がどの程度介護従事者に回るかが不透明なことである。これまで介護報酬の引下げが続いたのだから、増えた介護報酬をこれまでの赤字分穴埋めに使いたいと考える事業所が多数出る可能性があるのである。

このような中、介護報酬アップを今回の改定のような小幅ではなく大幅にするべきだったとの意見もある。なるほど、そうすれば介護従事者の待遇改善にプラスに働くかもしれないが、すでに見たように、利用者負担や保険料に必ず跳ね返るのが社会保険方式である。そこで、介護保険のシステム上、報酬アップは小幅にとどめざるを得なかったのである。その意味では、社会保険方式の限界が露呈されたとみることができよう。

## 5. 介護職員処遇改善交付金事業について

### (1) 介護職員処遇改善交付金事業について

すでに述べたように、介護従事者80万人（常勤換算）の給与を月額2万円増やすことを意図して、介護報酬の初めてのプラス改定（3%）が行われ、2009年4月から実施に移された。しかし、課題もあった。つまり、介護報酬は事業者に入るため、報酬引上げ分が介護従事者に回らないケースが出てくることだ。これまでの2回のマイナス改定で事業所経営が厳しくなったため、引上げ分が運転資金や赤字分を埋めることに使われる可能性が高いのである。また、今回の改定では基礎報酬の引上げはあまり行われず、加算措置の新設や充実が図られた。勤続年数が長い職員や介護福祉士などの有資格者が多い事業所、夜間に手厚い職員配置を行っている事業所などが評価されたのである。これらの加算の多くはサービスの質向上につながるだろうが、中小事業所や地方の事業所を中心に加算をあまり受けられない事業所もあり、これらの事業所の介護職員の待遇改善は容易ではない。実際、加算をかなり受けられる事業所でも月



数千円の賃金アップにとどめているところが少なくないのである。

このような中で、政府は2009年度補正予算で、新たに介護職員（常勤換算）一人あたり月額平均15,000円の賃金引上げを目指した介護職員処遇改善交付金事業を打ち出した。介護報酬の引上げでは介護従事者ということで、介護に携わるすべての職員（介護職員、看護職員、理学療法士・作業療法士等）が対象だったが、介護職員処遇改善交付金事業は介護職員のみを対象としているところに特徴がある。したがって、介護職員以外は介護職員処遇改善交付金による待遇改善を行うことはできないが、後述するように、確実に賃金引上げを行う事業所にのみ交付されるので、介護報酬の引上げよりも介護職員の賃金の引上げに寄与するものになると思われる<sup>(19)</sup>。

## （2） 介護職員処遇改善交付金事業の執行の仕組み

介護職員処遇改善交付金事業は、賃金の確実な引上げなど介護職員の処遇改善に取り組む事業者に助成を行うもので、予算額は約4,000億円（国費10分の10）で2009年10月サービス分からの実施とし、2.5年分を予算計上した。一定の要件を満たした事業者が都道府県から交付を受けるが、実際に交付金の支払を行うのは都道府県から委託された国保連合会である。交付金の支払開始は2009年12月からで、交付金執行の仕組みは次のとおりである。

### A 準備

まず、事業開始前の準備として、都道府県は国から交付を受けた介護職員処遇改善交付金をもって基金を設置し、あわせてこのための条例（介護職員処遇改善等臨時特例基金条例、2012年3月31日失効）を整備しなければならない。また、事業者を審査するのは都道府県のため、都道府県は対象となる全事業所を把握する必要があり、市町村の指定を受けた地域密着型サービス事業者について市町村から情報提供を受ける。さらに、2009年10月から事業者が提供したサービスが助成のための算定対象となるため、基本的に都道府県は8月に事業者からの申請受付を始め、9月には交付する事業所を認定する。そこで、申請事務を円滑に進めるために7月中に事業者説明会を行い、事業者に申請手続や承認要件、交付額等についての事前の周知を徹底する。

### B 事業者からの申請と処遇改善計画書、都道府県による事業者審査と承認

事業者は申請書と処遇改善計画書を都道府県に提出して交付申請を行う。申請は事業所単位で受け付けるが、事業所単位の受付が実態にそぐわない場合は、事業者

単位（法人単位）での申請も可能である。

処遇改善計画書では、事業所は賃金改善について具体的に記載しなければならない。つまり、交付金の一か月あたり交付見込額、介護職員一人あたりの賃金改善見込額（月額）、改善しようとする給与項目（例えば基本給の増額、各種手当の増額、賞与または一時金の新設等）と改善対象期間、前年度の介護職員の常勤換算の総数、前年度の介護職員に支払った賃金等の総額を記載しなければならない（賃金改善額には、基本給や各種手当、賞与などのほかに定期昇給の実施、健康保険料や介護保険料、厚生年金保険料等の法定福利費における、交付金による賃金上昇分に応じた事業主負担増加分や、法人事業税における、交付金による賃金上昇分に応じた外形標準課税の付加価値増加分を含む）。なお、実際の賃金改善額は実績報告の段階（事業者は実績報告書を提出）で確認するものとされているので、事業者は計画の策定時点に見込額の積算内訳を求められないが、実現可能性のある金額設定が必要である。

また、処遇改善計画書には労働保険に加入していることが確認できる書類と就業規則を添付しなければならない（就業規則を改正した場合は、その都度、改正後のものを都道府県に提出）。申請は通年で受け付け、承認についてはその決定がなされた年度の末日まで有効とするが、承認を得られなかった事業所については再申請が認められる。

事業者を審査するのは都道府県である。処遇改善計画書で各事業所における介護職員一人あたりの交付金の交付見込額を上回る賃金改善を行うことが示されるとともに、事業者が処遇改善計画を職員に周知の上提出した場合に、都道府県は当該事業者を交付金の対象事業者として承認する<sup>(20)</sup>。ただし、2010年度以降はキャリア・パス要件（ポストに応じた給与水準など）を加えることとし、この要件を満たさない事業所は交付額が減額される。

### C 国保連合会へのデータ送付と国保連合会への資金移動

都道府県は、承認した事業者の経営する事業所（交付対象事業所）を国保連合会に通知する。一方、国保連合会は交付対象事業所について、事業所異動連絡票情報の受付・登録や、通常の介護報酬の請求時における介護職員処遇改善交付金事業の交付金額の算定を毎月行うとともに、都道府県に対して全交付対象事業所への交付金の支払額の請求を行う。

都道府県は、国保連合会からの全交付対象事業所への支払額の通知（伝達）を受

け、当該額を基金から支出して国保連合会に支払う。これを受けて国保連合会は、2009年12月から、各事業所に介護職員処遇改善交付金の支払いを開始する。つまり、10月のサービス提供分から対象になるため、まず、12月末日に10月サービス提供分の介護報酬総額（利用者負担分を含む）に交付率を乗じた金額が支払われることになるのである。

### （3） 介護職員処遇改善交付金の都道府県への配分方法、事業者への交付と交付率

各都道府県への介護職員処遇改善交付金の配分額は、4,000億円に各都道府県の第4期における交付金所要見込額を乗じた額を、全国の第4期における交付金所要見込額で除した額である。交付金所要見込額は、各都道府県が第4期の介護報酬総額に当該交付金の交付率を乗じて算出するが、実際の交付額はこのように算出された額と事業に要する費用のいずれか低い方の額になる。2009年6月までに各都道府県の交付金所要見込額を調査し、7－9月に交付額の配分を決定し、そのうち7割を内示する。そして、2010年1－3月には、各都道府県の10月以降の執行状況を踏まえた交付金所要見込額を調査するとともに、残りの額（全体の3割）を内示し、交付を決定する。

重要なのは交付率である。実際に事業者にわたる助成額は介護報酬総額にサービスごとに定める交付率を乗じた金額となるからである（介護報酬総額には利用者負担を含み、補足給付を含まない）。当該サービスの交付率は、常勤換算での当該サービスの介護職員数（全国計）に15,000（円）と12（か月）を乗じた額を当該サービスの総費用額（全国計）で除した額となる。交付率は、当初、サービスごとの介護職員の人件費比率に応じたものとする予定だったが、これでは給与水準が高くなるほど交付額が多くなるため、介護職員の賃金水準の底上げを図る趣旨が徹底されない。そこで、サービス間で一人あたり交付額の相異が生じないように、給与水準にかかわらずサービスごとに一人あたり15,000円となるように、サービスごとの介護職員数を反映した方式に変更されたのである（資料14）。

主なサービスの交付率は、訪問介護4.0%、通所介護1.9%、通所リハビリテーション（デイケア）1.7%、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）3.9%、特別養護老人ホーム2.5%、老人保健施設1.5%である。介護職員のみが助成の対象で、看護師、ケアマネジャー等は助成対象にならないため、居宅介護支援、訪問看護、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与等のサービスには、交付金は適用されない。

なお、注意すべきは、すべての事業者介護職員1人あたり月額15,000円の助成が

資料14 サービスごとの交付率

サービス名	交付率
・（介護予防）訪問介護 ・（介護予防）訪問入浴介護	4.0%
・（介護予防）通所介護	1.8%
・（介護予防）通所リハビリテーション	1.9%
・（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	1.7%
・（介護予防）認知症対応型通所介護	3.0%
・（介護予防）小規模多機能型居宅介護	2.9%
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護	4.2%
・介護福祉施設サービス ・（介護予防）短期入所生活介護	3.9%
・（介護予防）短期入所療養介護（老健）	2.5%
・介護療養施設サービス ・（介護予防）短期入所療養介護（病院等）	1.5%
【助成対象外】 ・（介護予防）訪問看護 ・居宅介護支援 ・（介護予防）福祉用具貸与	0%
・（介護予防）訪問リハビリテーション ・介護予防支援 ・（介護予防）居宅療養管理指導	

※ 当該サービスの交付率 =  $\frac{\text{当該サービスの介護職員数(常勤換算)(全国計)} \times 15,000\text{円} \times 12\text{ヶ月}}{\text{当該サービスの総費用額(全国計)}}$

〔出所〕資料1に同じ

行われるわけではないことである。例えば、実際の賃金改善額が計画における見込額を下回る場合も想定される。この場合、事業者は、交付金の受給総額から当該賃金改善にかかった費用の差額を年度ごとに都道府県に返還しなければならない<sup>(21)</sup>。また、事業者は全職員一律に交付金を分配する必要はない。賃金改善見込額は処遇改善計画書の作成単位全体の平均でみているため、事業者は全介護職員同額の賃金引上げを行わなくてもよいのである。また、労働基準法、労働安全衛生法、最低賃金法等の違反で罰金刑以上の刑に処せられた事業所に、都道府県は助成金の支給停止と支給済みの助成金の返還を行うことができるとされている。

## 6. むすびにかえて

介護職員処遇改善交付金事業は介護報酬の引上げによる処遇改善方法とは異なり、全額

が国の予算のため、利用者負担や保険料の引上げに直結しないし、介護報酬の引上げほどには事業所間の制度の恩恵を受ける度合に差はない。ただし、すべての事業者に介護職員1人あたり月額15,000円が支払われるわけではないこと、事業者は全職員に一律に交付金を分配する必要がないことに注意しなければならない。

また、交付金事業は介護分野での緊急経済対策である。このため、限定的な期間（2009年10月から2012年3月まで）における対策であって恒久措置ではない。そこで、2012年4月以降の扱いがどうなるかが注目される（2009年8月30日の総選挙で大勝した民主党がこれから政権を担うことになるが、2009年度補正予算の46基金のうち一部を執行停止し、独自政策の財源に転用しようと民主党は考えているようである。介護職員処遇改善交付金も46の基金の1つに入るが、民主党はこの執行停止を行うべきではない。本稿では2012年3月まで継続するものと考えている）。

2012年4月から介護保険の第5期が始まる。そこで、交付金事業での介護職員の処遇改善は、第5期の介護報酬を引上げて引き継ぐことも一方法として考えられる。しかし、すでに見てきたように、この方法は保険料や利用者負担に確実に跳ね返る。第4期の1号保険料基準額（月額）の全国平均は4,160円であり、1,628の保険者（市町村、広域連合）のうち5,000円を超過した保険者は60にのぼっている（資料15、1位は青森県十和田市5,770円、2位は長崎県江迎町5,750円）。また、青森県のように1号保険料基準額（月額）の県内平均が5,000円（正確には4,999円）に到達した県もある（資料16）。さらに、1号保

資料15 第4期保険料基準額の分布状況（保険者数：1,628）

区 分	保 険 者 数
2,001円以上 ～ 2,500円以下	5 (0.3%)
2,501円以上 ～ 3,000円以下	53 (3.3%)
3,001円以上 ～ 3,500円以下	217 (13.3%)
3,501円以上 ～ 4,000円以下	559 (34.3%)
4,001円以上 ～ 4,500円以下	504 (31.0%)
4,501円以上 ～ 5,000円以下	230 (14.1%)
5,001円以上 ～ 5,500円以下	47 (2.9%)
5,501円以上 ～ 6,000円以下	13 (0.8%)
6,001円以上 ～	0 (0.0%)
合 計	1,628

※ 百分率については、四捨五入をしている。

〔出所〕資料1に同じ

資料16 第4期計画期間における各都道府県平均保険料基準額

都道府県名	保険料額（月額）		都道府県名	保険料額（月額）	
	第3期 (H18-20)	第4期 (H21-23)		第3期 (H18-20)	第4期 (H21-23)
北海道	3,910	3,984	滋賀県	3,837	3,971
青森県	4,781	4,999	京都府	4,427	4,332
岩手県	3,686	3,990	大阪府	4,675	4,588
宮城県	3,648	3,999	兵庫県	4,306	4,312
秋田県	3,988	4,375	奈良県	3,957	4,017
山形県	3,799	3,902	和歌山県	4,513	4,625
福島県	3,496	3,717	鳥取県	4,321	4,488
茨城県	3,461	3,717	島根県	4,267	4,274
栃木県	3,549	3,730	岡山県	4,440	4,469
群馬県	3,980	3,997	広島県	4,444	4,462
埼玉県	3,581	3,722	山口県	4,088	3,996
千葉県	3,590	3,696	徳島県	4,861	4,854
東京都	4,102	4,045	香川県	3,812	4,198
神奈川県	3,977	4,106	愛媛県	4,526	4,626
新潟県	4,047	4,450	高知県	4,453	4,388
富山県	4,461	4,574	福岡県	4,584	4,467
石川県	4,548	4,635	佐賀県	4,514	4,338
福井県	4,128	4,253	長崎県	4,765	4,721
山梨県	3,616	3,948	熊本県	4,412	4,357
長野県	3,882	4,039	大分県	4,216	4,155
岐阜県	3,819	3,937	宮崎県	4,133	4,150
静岡県	3,590	3,975	鹿児島県	4,120	4,172
愛知県	3,993	3,941	沖縄県	4,875	4,882
三重県	4,089	4,189	全国平均	4,090	4,160

※ 各都道府県内の保険者ごとの保険料基準額を平均したものである。

〔出所〕資料1に同じ

保険料基準額（月額）の県平均が4,000円台の都府県が都道府県全体の実に4分の3を占めている。現在の高齢者の年金水準を考えれば、65歳以上の保険料が月額5,000円を超過すれば、一部の富裕な高齢者を除いた大部分の高齢者には厳しいと言えるだろう。

また、今回（第4期）の介護報酬改定でも指摘されたことだが、利用者負担への跳ね返りは高齢者の負担増と受けるサービス量の減少につながる。そのような中、2011年度に基

金が終了した途端に介護職員の待遇が引下がることがあってはならない。その意味で介護職員処遇改善交付金事業をどう引き継ぐかは重要な課題である。例えば、次回の介護報酬改定に、介護職員処遇改善交付金事業による介護職員の処遇改善分を反映させるとの意見もある。この場合、高齢者や利用者への影響を抑えるためには、介護報酬引上げにより必然的に生ずる保険料と利用者負担の上昇分を、税で軽減する策が一つの案として考えられるだろう。ただし、これは、緊急避難的には有効だが、あくまで一時的な策にすぎない。そもそも保険料収入が介護保険財政の半分にも満たない状況が長く続くのであれば保険方式として問題だからである。

介護保険施行から9年が経過したが、さまざまな面で制度のゆがみが目立ってきた。介護従事者の処遇改善策を通じて、改めて保険方式の限界が見えてきたと言えるのではないか。このように問題のある介護保険制度について、例えば、20歳からの保険料徴収などのパッチワーク的な見直しを行っても、あまり意義を持たない。さらに、今後は次の点も考慮に入れる必要がある。つまり、今後一層高齢化が進展する。年金、医療、介護の給付費は増加し、国民負担率は上昇せざるを得ない。その際に社会保険料雇用主負担の上昇についても目を向けていかなければならない。現在、赤字や黒字がわずかしか出ない中小零細企業が少なくない中で、これら企業にとって社会保険料の雇用主負担は今後ますます重くなることは間違いない。そして、それは労働コストが増えることによる雇用の抑制と正規社員の非正規社員への置き換えにつながる懸念がある。したがって、年金を保険方式として基本的に維持する一方で、高齢者医療や介護のようなlong-term insuranceは税方式に切り換えることが、この面でも模索されなければならないのである。筆者がかねてから主張している「保険料をやめて税に転換させる」介護の抜本的解決策<sup>(22)</sup>が、今日さまざまな面で、特に地方分権推進との連関の中で必要になってきていると言えるのであろう。

(よこやま じゅんいち 北海学園大学法学部教授)

#### 【注】

- (1) 財団法人介護労働安定センター『平成19年度事業所における介護労働実態調査』、2007年
- (2) 前掲『平成19年度事業所における介護労働実態調査』
- (3) 横山純一「介護保険法の全面改定を——地方分権をめざした税方式へ——」、神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言』、第2章、67-68ページ、1999年12月、岩波書店
- (4) 介護研究会編『平成21年介護報酬改定のポイント』、181ページ、2009年6月、中央法規
- (5) 社団法人全国老人保健施設協会編『平成20年版介護白書』、59-61ページ、2008年10月、TAC出版
- (6) 常勤換算従事者数とは、常勤者（当該施設・事業所において定められている勤務時間数のす

べてを勤務している者)の兼務および非常勤者について、その職務に従事した1週間の勤務時間を当該施設・事業所の通常の常勤者の1週間の勤務時間で除し、小数点以下第1位でもとめた数(小数点第2位以下は切り捨て)と常勤者の専従職員数の合計をいう。つまり、常勤職員の週の労働時間が40時間の場合、例えば非常勤職員5名の週の合計勤務時間数が110時間であれば $110 \div 40 = 2.75$ 人となって、非常勤職員5名の常勤換算は2.7人になる。常勤換算については、前掲『平成20年版介護白書』、91ページを参照

- (7) 横山純一『高齢者福祉と地方自治体』、第3章、92-95ページ、2003年4月、同文館出版
- (8) 介護報酬については、厚生労働省老健局出所の資料のほかに、前掲『平成21年介護報酬改定のポイント』ならびに前掲『平成20年版介護白書』、祐川尚素・安永亭紀編『2009年介護報酬改定ポイント解説と経営シミュレーション』、2009年3月、日本医療企画を参照
- (9) 前掲『平成21年介護報酬改定のポイント』、23-24ページを参照
- (10) 注8に同じ
- (11) ヘルスケア総合政策研究所編『ホームヘルパーの悲鳴』、123-127ページ、2005年5月、日本医療企画
- (12) 前掲『平成21年度介護報酬改定のポイント』、31ページ
- (13) 前掲『平成19年度事業所における介護労働実態調査』
- (14) 前掲『ホームヘルパーの悲鳴』、7ページ
- (15) 横山純一『現代地方自治の焦点』、第5章、126-128ページ、2006年2月、同文館出版
- (16) 認知症専門ケア加算が、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群においても、今回の介護報酬改定で同じ算定要件と単位数で新設された
- (17) 2006年の介護保険法改正で地域密着型サービスが創設された。地域密着型の特別養護老人ホームは、老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム(入所定員が29人以下)で、かつ介護保険法による市町村長の指定を受けた施設で、入所者に地域密着型サービス計画に基づいてケアを行うことを目的とする施設である。前掲『現代地方自治の焦点』、第5章、129ページを参照
- (18) 前掲『平成20年版介護白書』、25-29ページを参照
- (19) なお、介護職員以外は交付金による処遇改善はできない。一方、介護職員である派遣労働者や外部サービス利用型施設における委託サービスの介護職員は交付金の対象となる。そこで、事業者は派遣元と相談のうえ交付金を派遣料金の値上げ分に充当したり、委託費の上乗せに充当することが可能である。また、介護職員が不足しているため看護職員の余剰分を、人員基準の介護職員としている場合も交付金の対象となる。以上は、厚生労働省「介護職員処遇改善交付金Q&A」ならびに、北海道医療新聞社「介護新聞」2009年7月16日号(毎週木曜日発行)を参照
- (20) やや詳しく述べれば、賃金改善額は「比較対象年度である2008年度に適用されていた賃金算定ルールを当該年度に勤務している介護職員に適用した場合の賃金総額」と「当該年度に受給した交付金の総額」の合計額を、「実際に当該年度に支給した賃金総額」が上回っていればよい。その際に、例えば、手当を新設した場合や昇給額が計算できる場合等、賃金改善の方法によって明確に賃金改善額が区分できる場合は、当該改善額の総額が、交付金の総額を上回っていればよい。したがって、雇用する職員数や個別の職員の入れ替わりがあったとしても、以上のような賃金改善額の考え方で行われるので、職員構成の変化が生じて問題はおきないこと



になる。以上は厚生労働省「介護職員処遇改善交付金Q&A」ならびに前掲「介護新聞」2009年7月16日号を参照

- (21) 前掲「介護新聞」2009年7月16日号を参照
- (22) 前掲「介護保険法の全面改定を — 地方分権をめざした税方式に —」、第2章、78-91ページ