

研究ノート

第3回介護報酬改訂の影響と 介護事業経営

川瀬 善美

The 3rd Revision of Reward for Nursing Care and
Long Term Care Insurance Business Management

KAWASE Yoshimi

はじめに

2009年4月からの第4期介護保険の介護報酬は、2008年12月26日厚生労働大臣の諮問機関「社会保障審議会介護給付費分科会」第63回「2009年度介護報酬改訂」答申案として提出されたことにより事実上決定されました。

過去2回の改訂がいずれもマイナス改訂（第1回改訂-2.6%、第2回改訂-2.3%）であったため、今回の改訂では2008年10月6日の厚生労働大臣の「介護職員の処遇改善に大きく寄与できる」旨の記者団に対する発言もあり、介護業者・職員は大きな期待を持っていたのですが、結果は3%（在宅給付1.7%、施設給付1.3%）の引き上げという事になりました。

その意味では2009年度介護報酬改訂は、初のプラス改訂となりました。

問題は加算の中身という事になりますが、大半のサービスの基本報酬を据え置きにし、加算部分にプラス分を配分しました。

これについて、厚生労働省の老健局老人保健課は「基本報酬を一律に上げると、スタッフを手厚く配置した人件費の高い事業所より、それ以外の事業所の収益が大きくなり不公平が生じる。ケアの質を高める上でも、人員配置などの評価に基づく加算が望ましい」としています。

このことは、厳しい加算要件をクリアできた事業者は増収となるが、クリア出来なかった事業者は今回の介護報酬改訂の恩恵を何ら受けられない事を意味しています。

しかしながら、何故、加算要件がクリア出来なかったのか、出来ないのかについての分析が「社会保障審議会・介護給付費分科会」の審議会の中で十分に行われたとはいいい難いのも事実です。

そこで、今回の介護報酬改訂が介護事業者の経営にどのような影響を与えたのか、分析を行ってみることにします。

1. 介護職員の処遇（賃金）改善

今回の改訂の大きな柱は、劣悪な介護職員の処遇改善、とりわけ低すぎる賃金の底上げでした。

その為に、ほぼ全ての給付について「サービス提供体制強化加算」が行われました。これは、例えば施設給付の場合①介護福祉士の配置割合が50%以上、②常勤職員が75%以上、③介護職員の勤続年数3年以上の者が30%以上（配置割合は常勤職員換算）というのが要件です。そして、加算が算定されるためには前年度の平均値が上記の①から③までの要件を満たしていなければならないことになっています。（2009年度は申請月の前3ヶ月間の実績）

しかし、都市部、特に東京・大阪といった大都市部では、慢性的に介護

職員が不足しており介護福祉士の有資格者を選別して採用することは困難であり、また採用してもより賃金の高い他業種に流出していくという現実があります。このため、今回の加算が受けられなかった事例もみられました。

それどころか、都市部の事業者の中には「サービス提供体制強化加算」が算定できないばかりではなく、逆に減収になった事例も出現しています。

今回に介護報酬改訂に当たっては、厚生労働省が行っている、特に「2008年度介護事業経営実対調査」の結果を踏まえ「都市部を中心に人件費負担の増加により経営が圧迫されて居る実情から、人件費の負担が大きい都市部の介護報酬を引き上げる」という名目で地域区分ごとに定められている介護報酬単価を見直し、特別区、特甲地を中心に都市部4地域の介護報酬単価が引き上げられました。

しかしながら、サービスの種類毎に介護報酬の増減を見ると、例えば、訪問介護、居宅介護支援が加算されたのに対し、通所介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護では、逆に減算となるなど状況はさまざまです。その結果、基本報酬が引き上げられた特定施設を除けば他の通所介護、認知症対応型共同生活介護の2サービスについては実質引き下げ改訂となっています。これは、今回の介護報酬改訂では「2008年度介護事業経営実対調査」における収支差率を基に調整し、比較的収支差率の高かった介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護に2サービスに「しわ寄せ」を行ったとの見方も出来ます。

介護報酬改訂の具体的な影響については、例えば東京都社会福祉協議会が加入1,024の介護保険居宅事業者を対象に2009年5月25日から、6月4日まで行った調査を参照してみると（回答者数478事業者・回答率46.6%）

●2009年4月の収入見込みと前年同月を比較して

10%未満の増収	36.2%
10%未満の減収	20.5%

川 瀬 善 美

変わらない	13.6%
10～20%の増収	11.3%
20%以上の増収	7.7%
10～20%の減収	6.7%
20%以上の減収	2.3%

●増収につながった理由

地域区分ごとの介護報酬単価引き上げ・サービス提供体制加算による
30.7%

前記以外の加算も受けることができたので
26.5%

介護報酬単価そのものが増額したから
24.6%

介護報酬改訂以外の要因で増収となった
42.4%

介護報酬改訂以外の要因の内容は、「利用率・利用者数が増加した」「職員を増員し、サービスが拡大した」「利用者の要介護度が重度化した」などでした。

この調査結果からも分かるように報酬改訂により全体的には若干の収益増となっていますが介護報酬の恩恵を受けた事業者と、あまり恩恵が受けられなかった・減収となった事業者に二極分化している傾向が強くなっていることが見て取れます。

この結果、今回の介護報酬改訂の一大目的であった介護職員の処遇改善、とりわけ賃金の底上げは厚生労働省が期待したような効果が現れませんでした。

前述調査（東京都社会福祉協議会調査）から、介護職員の賃金引上げ状況についてみると

- ・基本給を引き上げた 37.2%
- ・基本給の引き上げを行わなかった・予定していない 54.2%

第3回介護報酬改訂の影響と介護事業経営

- ・(資格手当など)基本給以外の部分で手当を上げた・手当を新設し加算した 23.2%
- ・(資格手当など)基本給以外の部分の手当で引き上げを行わなかった・手当の新設による加算を行わなかった 62.1%

であり、定期昇給以外の今回の介護報酬改訂による賃金引き上げを行わなかった事業者が38.6%でありました。

複数の他調査(速報)結果からも同様の傾向が見られ、定期昇給分プラス1,000円程度というのが全国的に見た平均的な賃金引き上げ状況であったようです。

前述調査(東京都社会福祉協議会調査)で、介護職員の賃金引き上げが出来なかった理由(複数回答)としては、

- ・3年後の制度改正・介護報酬改訂を考えると基本給を引き上げることが出来なかった 39.7%
- ・『介護職員処遇改善交付金』の詳細を見て賃金改訂を検討する 38.1%
- ・今回の介護報酬改訂に程度での増収では、赤字補填にしかならず介護職員の賃金引き上げ出来なかった 36.6%

という結果でありました。

また、今回の介護報酬改訂では、介護報酬は引き上げられたが、一方利用者の支給限度額は据え置かれたままであったため、利用者負担が増えてしまった、あるいは利用サービスの量が減ってしまったなどの利用抑制に繋がるような影響が見られます。地域区分や人件費比率が見直されたことにより減収となった地域やサービスも出現しています。今回の介護報酬改訂での加算を受けるために、すでに職員配置などを加配してきた場合を除き、新たに惻隱を採用し人員配置などを行った場合生ずるコストと、それにより算定できた加算による増収分とではコストのほうが大きく、逆に減収となるなどの問題があります。

2. 新要介護認定基準の影響

介護職員の処遇改善とりわけ賃金の引き上げが求められる介護保険事業者にとって、今後大きな不安材料となっていたのが2009年4月から導入された新要介護認定基準と要介護認定システムです。

これらは、厚生労働省が「これまで介護認定の際行われる訪問調査（1次判定）の結果にバラツキが見られた。」とし、認定を受けようとする高齢者に対する訪問調査で行われる身体状況の把握の方法を見直すというものでした。

一次判定時にこれまでは、訪問調査員が対象者の自宅を訪問し家族等の介助の内容を観察しチェックシートの選択肢を選び記入する事になっていますが、その際対象者が寝たきりであるなどの理由で、毎日整容・洗顔など実際に行われない場合であっても、これまでは調査員が場面を想像し全介助を選択していた事が、「選択にバラツキが見られる原因である」とし、システムの変更を行い「介助なし」を選択した上で、特記事項に補足説明を行う事と変更しました。

この結果、2008年に実施されたモデル事業では要介護5に認定者されていた者の内、要介護4に認定変更された者が約20%近く有りました。

このモデル事業の結果は、介護保険事業の経営者にとって大きな不安材料となっていました。利用者の認定更新の結果次第では2009年4月の介護報酬改訂による増収分も胡散霧消となりかねないからでした。

しかしながら、新基準導入後、「利用者の状態が変わらないのに以前より軽度と判定され、必要なサービスが受けられなくなった」などの苦情が相次ぎ、利用者からも介護保険事業者からも批判が大きくなったことから、厚生労働省は全国の自治体を実施した、23万6千人分のデータを分析し、さらに新規申請者うち非該当となる者の割合が2008年の旧基準の2倍に上った事等から、2009年7月厚生労働省は新基準に基づく調査項目の74項目中43項目を旧基準に沿って大幅な「見直し」を行うことを

決めました。

具体的に43項目の「見直し」を行ったその中身を点検してみると「麻痺」の調査項目については「静止した状態を保持できるかどうか」の確認を追加し、「座位保持」の調査項目では「座った状態を1分程度保持できるかどうかを10分程度に変更」しました。

同様に「起き上がり・立ち上がり」の調査項目では「自分の身体の一部を支えに行う場合は、つかまらないで出来る」から「何かにつかまれば出来る」に選択変更することや、「食事摂取」では「食べやすくするための介助を含む」に変更されました。

また、「物や衣類を壊す」では「実際に壊れなくても、破壊しようとする行動を含める」、「薬の内服」では、「チューブから薬を注入する場合も含める」など多岐にわたり介護現場や専門家会議委員の調査結果などを基に見直しが行われています。

ただ、厚生労働省が認定基準を短時間で変更を行ったことから介護現場や、地方自治体とりわけ、介護保険の保険者となる市町村の混乱は避けがたいものになりました。

2008年実施のモデル事業の中ですでに、今回変更された調査項目の問題点が指摘されていた事から新認定基準の導入は拙速であったとの批判は免れないと考えます。

3. 介護保険サービス個々の介護報酬改訂の影響

では、今回の介護報酬で介護サービスとその経営にどのような影響を受けたのかについて、具体的に4つのサービスを取り上げ検証してみることになります。

A. 訪問介護サービス

訪問介護サービスは、今回の介護報酬改訂で基本報酬が引き上げられた

ものが数少ない中で、基本報酬が行き上げられました。

改訂のポイントは、以下の①～③の通りです。

- ① 短時間サービスの評価
- ② 特定事業所加算の算定要件の見直し
- ③ サービス提供責任者の人員基準の緩和

また、今回の介護報酬改訂では、地域区分ごとに定められている介護報酬の報酬単価が改訂されました。

	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
割増率	15%	10%	6%	5%	0%
人件費比率					
70%以上	11.05円	10.7円	10.42円	10.35円	10円
55%以上	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円
45%以上	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円

この結果、訪問介護サービスは人件費比率が70%以上に区分されているサービスに属することから都市部の介護報酬では0.58%～3.08%引き上げられる事になりました。

さらに、短時間の訪問介護の基本報酬が引き上げられました。具体的には

30分未満の身体介護	1回	231単位→245単位に
30分以上1時間未満の生活援助	1回	208単位→229単位に

それぞれ引き上げられました。

それに伴い、30分未満の身体介護に続けて生活援助を30分以上1時間未満行う場合や、1時間以上1時間30分未満行う場合も介護報酬は5%近くの引き上げとなりました。

基本報酬引き上げと同様に介護保険事業経営に大きな影響を与えたのが特定事業所加算の算定要件の見直しです。算定要件を満たし、これによる加算を算定すると基本報酬が10～20%引き上げられる事になり、事業経営の安定化に寄与する事になります。

具体的な特定事業所加算の算定要件は、①～③の通りです。

①体制要件

- ア、ヘルパーごとに計画的に研修を実施（または実施予定）
- イ、利用者情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達、または訪問介護員等の技術指導を目的とした会議の定期的な開催
- ウ、サービス提供責任者が文章などで利用者の情報やサービス提供の留意事項をヘルパーに伝達し、サービス提供後に報告を受けている
- エ、ヘルパーの健康診断等を定期的を実施
- オ、緊急時などの対応方法を利用者に明示

②人材要件

- ア、事業所ヘルパーのうち、介護福祉士の割合が3割以上、または介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級ヘルパーの合計が5割以上
- イ、すべてのサービス提供責任者の実務経験が3年以上の介護福祉士、または実務経験5年以上の介護職員基礎研修課程修了者もしくは1級ヘルパー居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者の配置が必要な事業所の場合、2人以上の常勤サービス提供責任者を配置

③重度要介護者対応要件

- ア、前年度または過去3ヶ月間の総利用者数のうち、要介護4・5の者、または認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合が2割以上
- さらに、特定事業所加算の算定には（Ⅰ）～（Ⅱ）のケースがあります。

（Ⅰ）①～③のすべてを満たす場合

基本単位数の20%を加算

（Ⅱ）①と②（アまたはイ）を満たす場合

基本単位数の10%を加算

（Ⅱ）①と③を満たす場合

基本単位数の10%を加算

以前と比較してみると、例えば、特定事業所加算の（Ⅱ）を算定する場

合、人件要件の②が改訂前は「ヘルパーのうち、介護福祉士の割合が3割以上」と「サービス提供責任者の全員が5年以上の経験を有する介護福祉士」の両方の条件を満たさなければならなかったのが、今回の改訂で「ヘルパー要件」と「サービス提供責任者要件」のどちらかを一方をクリアできれば算定できる事になり、さらにサービス提供責任者の経験年数も「5年以上」から「3年以上」に緩和されました。

同様に、特定事業所加算の(Ⅲ)を算定する場合、重度要介護者対応要件の③「利用者に占める重度要介護者の割合が2割以上」と言う条件は変わらないものの、対象の重度要介護者として、改訂前は「要介護認定4、5」の者だけであったのが、「認知症日常生活自立度Ⅲ以上」の者も対象とする事が出来る様になりました。さらに、この利用者数は「利用人数」の他「利用回数」で算定して良い事になり、利用者の中に「利用回数の多い、要介護度4、5認定者が一定程度いる」という事であれば、加算算定を受ける事はそれほど困難ではなくなりました。

ただ、特定事業所加算の算定を受ける基準が緩和されたからといって、単純にそれを請求して増収とはいかない事情も一方ではあります。

それは、特定事業所加算の算定を受けることによって、介護保険事業者の受け取る介護報酬は増大します。しかし、介護保険制度では、利用者の1割負担が求められている事から、当然利用者の負担も同時に増加する事になります。この結果、利用者は利用抑制行動をとる事になり、その結果、減収となるという問題が生じたからです。

さらに、今回の介護報酬改訂では、利用者の認定区分ごとに最大利用量を定めた支給限度額が引き上げられなかった為、介護報酬の引き上げは同時に利用者の利用回数の減少を余儀なくするからです。

介護報酬改訂により利用者負担が増える、また利用者によっては利用回数が減少する、さらには以前通り利用者が利用回数を確保したいとした時、全額自己負担部分が発生するなどという問題が生じました。

この事について事業者は、利用者に事前に説明書等を作成し、今回の介

介護報酬改訂の趣旨を説明して回らなくてはならなかったのですが、利用者にとっては「利用している事業所の介護職員は、介護福祉士の割合が高かったので利用費が高くなりました」という事は理解しにくい事でした。

この結果、利用者が自己負担増を嫌い、利用抑制行動をとる事を恐れ、特定事業所加算の算定を今回はあえて見送ると言う事業者も出現しています。

同様に、利用相談を受けたケアマネジャーが今回の特定事業所加算の算定により利用者負担の大きい事業所を避け、自己負担のより少ない事業所の利用を勧めるという事態の出現も問題となっています。

介護保険事業の多くの事業所は、自社のケアマネジャーのケアプランに基づく利用だけではなく、一定割合を他社のケアマネジャーの紹介による利用者によって事業が成り立っています。その為、特定事業所加算を算定するに際して、利用者に対する説明だけではなく、他社ケアマネジャーに対して加算の趣旨を十分説明し理解を得る事が求められました。

さらに、事業活動地域内の同業・競合事業所の動向によっては、加算算定を行うか否かの決定で大きな影響を受ける事になりました。

事業活動地域内の大半の事業所が、あえて加算を算定しない場合に、1社だけ算定してしまうと、事業者間の競争に負けてしまう恐れがあるからです。

この結果、特定事業所加算の算定要件が緩和されたにもかかわらず利用者負担の増大による利用抑制が中・長期に事業展開にとって、特定事業所加算の算定による収入増よりマイナス要因が多いと見て算定に慎重姿勢をとる事業者が散見されるのも現状です。

B. 通所介護

今回の介護報酬改訂で厳しい状況となったのが、「通所介護」です。事業所の所在地や、事業の規模によってはマイナス改訂となりました。

具体的には、地域区分ごとの報酬単価の見直しの結果、特別区でマイ

川 瀬 善 美

ナス0.37%、特甲地でマイナス1.42%、甲地はマイナス0.86%、乙地は+0.49%と都市部でおしなべて報酬単価が引き下げられました。

この結果、事業を全国展開している、あるいは他のサービスも合わせて経営している事業者では、引き下げ分が他のプラスとなった地域やプラスとなった事業部門との相殺で、切り抜けることが出来ましたが、通所介護の単独事業所では影響は大きなものとなりました。

また、1ヶ月の延べ利用者数が900人を超える事業所は、2006年度の第2回介護報酬改訂時に導入された「大規模事業所減算」によって10%減算されていたのですが、今回の報酬改訂では、1ヶ月の延べ利用者数が900人を超える事業所向けに新たに基本報酬「大規模型（Ⅱ）」が設けられたことにより、減算されていた介護報酬改訂前と比較して1日当たり39～64単位（平均6.4%）の増収となりました。

しかしながら、1ヶ月の延べ利用者数が751～900人以下の事業所では、第3回介護報酬改訂前は、「通常規模型」が適用されていましたが、今回の介護報酬改訂後は新設の「大規模型（Ⅰ）」が適用されることになり1日12単位～19単位（平均1.7%）減額される事になりました。

この根拠として、厚生労働省は「2008年度介護保険事業実態調査」の調査結果では、1ヶ月の延べ利用者数が900人をやや下回る事業所は、1ヶ月の延べ利用者数が900人を超える事業所より「収益の収支差」が大きく逆転現象となっています。

そこで、「事業規模が大きくなるにつれ、スケールメリットを活かし収益率が高くなるよう報酬単価を設定」を行ったと説明しています。

しかし、多くの事業者が前回の介護報酬改訂時に厚生労働省が多くの利用者を集中的に集めて事業を行うことで、介護の質が低下するとして、「大規模事業所減算」制を設けたことを受け1ヶ月の延べ利用者数を900人以下に抑制してきた経緯もあり、今回の改訂を見て、「本当はどっちが正しいのか、今後もこの方針が続くのか」といった疑問の声があります。

この結果、1ヶ月の延べ利用者数を900人以下に抑制して来た事業所で

は「大規模型（Ⅰ）」適用による減算を避けるための手段として、事業所面積が広く、利用者定員を増やすことが可能な場合、これまでの在り方に逆行して1ヶ月の延べ利用者数900人を超えて、より多くの利用者を積極的に受け入れ、スケールメリットを生かした経営が求められる事になります。

他方、都市部において事業所面積も限られており、利用者定員を増やすことが出来ない場合、通所介護、予防通所介護の基本報酬が減算された以上、新設の加算算定を取り、減収分をヘッジする以外に方法がない事になります。

今回の改訂での関連加算については、まず「個別機能訓練加算（Ⅱ）」が新設されました。これは、正規常勤職員である理学療法士、作業療法士を配置し利用者一人ひとりに対し「個別計画」を立て、それに基づき利用者に対し機能訓練を行った場合に算定出来る事になっています。

しかし、確かに「個別機能訓練加算（Ⅱ）」が新設されそれによって、42単位加算されるようになったものの、報酬改訂前の「個別機能訓練加算（Ⅰ）」（1日27単位）には個別機能訓練を行う訓練当日に専従の理学療法士、作業療法士を2時間以上配置さえすれば算定が可能で有ったもので、今回「個別機能訓練加算（Ⅱ）」が新設されたからといっても、さらに算定要件が厳しくなり、多くの事業者にとって相変わらず無縁のものとなりそうです。これも、多くの理学療法士、作業療法士を数多く抱える事業規模の大きな事業者のみに与えられる恩典となってしまいそうです。

また、介護予防通所介護については、今回新たに加えられたれた項目があります。「口腔機能向上加算」（1ヶ月100単位から150単位へ）、「栄養改善加算」（1ヶ月100単位から150単位へ）「アクティビティ実施加算」（1日330単位から340単位へ）の3つですが、従来、選択的サービス実施を届けた事業者は、集団レクリエーションを実施したとしてもアクティビティ加算を算定できませんでしたが、介護報酬改訂により「選択的サービス」を利用しない要支援認定利用者については、「アクティビティ実施

小規模多機能居宅介護が誕生した背景は、以下のような事によると考えます。

介護保険法の一部改正前の2005年から2006年当初の厚生労働省は、介護保険の利用者は、施設サービス利用者が約40%、在宅サービス利用者が約60%であるにもかかわらず、逆に介護給付の60%近くが少数の施設入所者の為に割り当てられていることに着目し、「逆転現象」が起きているので利用者の割合と給付割合が同じになることが必要であるとの見解に立ちました。

この見解の背後には、逼迫する介護保険財政事情から、施設サービスに比べて安上がりな在宅サービスへシフトすることで、問題緩和を図ろうとする意図があると考えます。

そこで、相対的に在宅サービスの給付率を高める方策として、「37%ルール」なる目標を打ち出し、それに基づき「総量規制」という事で介護施設の新設・増床について認めていません。

施設サービス利用者数は変わらず、在宅サービスの利用者数だけが拡大し続けることによって逆転現象は解消されるとしています。

同時に、その一環として、同時期38万床に上る「療養型病床」の内、23万床を削減し15万床を実現することで「37%ルール」の早期達成を試みようとなりました。それに対し、「療養型病床」に入所している者を中心に『介護難民』という言葉が創られ、マスメディアもこれに呼応し喧伝されたことから、「療養型病床」退所者の受け皿を作る必要に迫られ、その一つとして地域密着型サービスとして誕生させました。

しかし、制度創設時から介護報酬の低さ、人員配置基準の厳しさなどの運営上の制約の多さから、介護保険事業者からは敬遠され、新規参入は厚生労働省が当初期待していたものとは程遠いものでした。

そのような理由から、今回の介護報酬改訂では改訂前に期待された程ではなかったものの、小規模多機能型居宅介護の普及のため、言わば「誘い水」的な加算算定項目を創設しました。

川 瀬 善 美

まず、地域区分ごとの報酬単価では、特別区がプラス1.03%、乙地では、プラス0.98%であり、特甲地はマイナス0.47%、甲地ではマイナス0.29%であり、マイナス幅はそれほど大きなものとなってはいません。

また、基本報酬は据え置きとなったものの、多くの加算項目が新設されました。

特に目を引いたのが、「事業開始時支援加算」です。

これは、「小規模多機能型居宅介護」の事業開始時に稼働率80%に達していない事業者に対する収入補填です。具体的には、「小規模多機能型居宅介護」の事業開始時から1年未満で、登録者定員数に対する実際の利用者・登録者数が80%未満であれば、1人につき「事業開始時支援加算（Ⅰ）」の月500単位、1年以上2年未満では「事業開始時支援加算（Ⅱ）」が300単位算定してよい事になっています。

これは、全国の大多数の小規模多機能型居宅介護事業者が赤字経営を余儀無くされている事から、「恵みの雨」となったと思います。

その他、加算項目は増えたものの、事業開始時支援加算ほど算定をする事は容易ではありません。

例えば、「認知症加算」ですが、これは認知症利用者の介護は認知症の症状が見られない他の利用者の介護と比較して負担が大きいので、これを評価して今回加算となったのですが、具体的には

- ・「認知症加算（Ⅰ）」（1ヶ月800単位）の加算算定を行う場合利用者が常に見守り介護が必要な認知症日常生活自立度Ⅲ以上であること。
- ・「認知症加算（Ⅱ）」（1ヶ月500単位）の加算算定を行う場合利用者が認知症日常生活自立度Ⅱ以上で、要介護認定2以上の者に限られています。

今回「認知症加算（Ⅱ）」（1ヶ月500単位）を新設した理由は、「小規模多機能型居宅介護」の介護報酬では元々、軽度介護認定者と重度介護認定者では介護報酬額の乖離が大きく、例えば要介護2と要介護3では1ヶ月7,000単位ほどの差があるため、事業者は軽度介護認定者を敬遠しがち

でした。

そこで、加算新設を行うにあたって厚生労働省は「重度の認知症利用者だけでなく、軽度認知症利用者に行う介護も評価し加算算定することで、事業所経営を支援し、それにより事業者による利用者選別の弊害を少なくしたい」と加算新設を意味づけています。

ただし、この加算新設によって恩恵を受けるのは、施設入所待機者管理として、中・重度認知症者を多く登録者として抱え込んでいる小規模多機能型居宅介護事業者か、グループホーム併設型の小規模多機能型居宅介護事業者であって、小規模多機能型居宅介護事業単独型の事業者では算定の恩恵に浴するケースは少ないと考えられます。

さらに、「絵に描いた餅」となりそうなのが、「看護職員配置加算」です。これは、看護師1名以上常勤専従で配置すると「看護職員配置加算（Ⅰ）」（1ヶ月900単位）、准看護師1名以上常勤専従で配置すると「看護職員配置加算（Ⅱ）」（1ヶ月700単位）、の算定が出来ます。

しかし全国的見ても看護職員の不足・確保困難がこの介護業界では今や常識となっている状況下で、常勤、専従という加算要件は非現実的といえます。さらに、看護職員不足による給与の高騰化の現状では、看護職員配置加算による増収程度では、常勤専従看護職員を新規に採用した場合逆に、人件費にも満たなく、赤字になり現実的ではないといえます。

一方、気になるのが「過少サービスに対する減算」という項目が今回の介護報酬改訂で盛り込まれた事でしょう。

これは、厚生労働省の登録利用者が「通い」「訪問」「泊まり」と言うサービスを1種類に偏ることなく、まんべんなく利用させたいという意図によるもので「通い、訪問、泊まりのサービス提供実績が登録利用者1人当たり週4回未満になると介護報酬の30%を減額する」というものがあります。しかしながら、「登録利用者1人あたりの平均利用回数」が4回以下になるという事態だけが減額の対象となるのであって、利用者一人ひとり・利用者個々が、下回っていても平均回数で上回っていれば減額とな

川 瀬 善 美

らないので、今回は特に心配する事は有りません。

しかし、今回、厚生労働省がこの項目を盛り込んだ理由として事業者が利用者を自介護施設入所待機者として捉えその管理策として、あるいは利用者を囲い込む目的のみに小規模多機能型居宅介護をサービス展開している事があげられます。

このように小規模多機能型居宅介護に対して厚生労働省が期待していた目的とは異なった方向でサービス展開を行い始めていることに対する危機感の表れたとしたならば、第4回介護報酬改訂時にはこの条項は強化される事も考えられます。

D. 介護老人福祉施設

介護老人施設（特別養護老人ホーム）については、今回の介護報酬改訂では、重度要介護利用者や認知症利用者の受け入れを行うなどした場合、これを評価し加算算定に加えるなど加算新設が数多く行われました。したがって、今回の介護報酬改訂で、これらの新設加算をどれだけ算定することが出来たかによって増収、現状維持、減収へと分かれる事になりました。

まず、基本報酬が1日当たり12単位引き揚げられることになりました。実はこれには、ちょっとした「読み替え」が含まれています。以前から、加算算定を行う施設が大多数を占めていた「管理栄養士配置加算」（1日12単位）が基本報酬に含まれることになった為であり、実質的には基本報酬は据え置きであるといえるからです。

ただし、前述の地域区分ごとの介護報酬の引き揚げによって特別区、特甲地、甲地の都市部では、1単位当たり0.29%から1.91%増収となりました。

ところで、新設加算を注意深く点検してみると、第一に目を引いたのが、「日常生活継続支援加算」（1日22単位）です。

これは、施設入所者の内、要介護認定4・5の者の割合が65%以上で、または医師の判定や認定調査で認知症日常生活自立度Ⅲ以上の物の割合が

60%以上である事。かつ、入所者6人に対して1人以上の介護福祉士を配置すると算定できるというものです。具体的には、算定を届けた月の3ヶ月前の介護福祉士の常勤換算人数の平均を、前年度の平均入所者数で割った数が6分の1以上であれば算定できるというものです。

参考までに、今回新設された主な加算の列記してみます。

(1) 日常生活継続支援加算 22単位/日

算定要件 以下の①と②のいずれにも該当する場合

- ①入所者のうち、要介護4・5の者の割合が65%以上、または認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合が60%以上である事
- ②入所者数が6またはその端数を増すごとに、介護福祉士を常勤換算で1人以上配置していること

(2) 看護体制加算

- (I) 入所定員31～50人の施設 6単位/日
 - 入所定員30または51人の施設 4単位/日
 - 地域密着型介護老人福祉施設 12単位/日
- (II) 入所定員31～50人の施設 13単位/日
 - 入所定員30または51人の施設 8単位/日
 - 地域密着型介護老人福祉施設 23単位/日

算定要件

- (I) 常勤看護師を1人以上配置している
- (II) ①入所者数が25またはその端数を増すごとに、看護職員を常勤換算で1人以上配置
- ②看護職員を最低基準より1人以上加配
- ③当該施設の看護職員、または病院・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

(3) 夜勤職員配置加算

入所定員31～50人の施設 22単位/日

入所定員30または51人の施設 13単位／日

地域密着型介護老人福祉施設 41単位／日

ユニット・個室型の新型特養場合は、上記単位に5単位／日を加える

算定要件

夜勤を行う介護・看護職員を、最低基準より1名以上加配

その他、介護福祉士の配置は「サービス提供体制強化加算」（1日12単位）においても要件とされました。

サービス提供体制強化加算

算定要件 次のいずれかに該当すること

- ①介護職員のうち、介護福祉士が50%以上配置されていること
- ②介護職員のうち、常勤職人が70%以上配置されていること
- ③3年以上の勤続年数の有る者が30%以上配置されていること

これは、介護福祉士資格の取得など介護職員のキャリアアップの支援を行うことで有資格者比率を高めた事業所を評価する加算であると厚生労働省は説明しています。そして、これによってさらに一層各事業者に資格取得に向けた積極的な取り組みへの動機付けとしたいという意図もあるようです。

しかし、「社会福祉士および介護福祉士に関する法律」の一部改正により2012年からはこれまで潤沢といえないまでも、一定程度の介護福祉士を送り出してきた「介護福祉士養成校」からの供給は激減すると考えられます。

それどころか、もうすでに全国的に介護福祉士養成校への入学志願者が減っており、その為閉校を余儀なくされた介護福祉士養成校も出現しているのが現状です。

さらに、2012年からは2級ヘルパー等で3年以上の経験を有する者が介護福祉士資格取得の為の国家試験を受験する際の要件に「600時間以上の基礎研修終了」という条件が加えられたため、国家試験合格による資格

所得の道は事実上絶たれたといえます。従って、介護福祉士の供給は激減されると考えられます。

そう言う事態を厚生労働省は創り出しながら、一方では今回の介護福祉士配置に関する各種加算を創設したという事は自己矛盾であり、うがった見方をすれば事業者間での介護福祉士の争奪を想定して介護福祉士配置に関する各種加算を創設したとも考えられます。

今後は確実に介護福祉士の争奪戦が激化し、この事を原因として業者間のトラブルが発生することが十分考えられます。

ところで、日常生活継続支援加算とサービス提供体制強化加算の両方を算定することが出来ないことになっていますので、施設開設から日が浅く施設入所者の要介護度が日常生活継続支援加算算定要件を満たさない場合を除いて、より介護報酬の高い日常生活継続支援加算を算定の方が増収となります。

次に今回新設された「看護体制加算」（1日4単位～23単位）ですが、これまで看護職員を、最低基準を上回って手厚く配置してきた事業者に対し「重度化対応加算」（1日10単位）を算定してきましたが、今回介護報酬改訂に伴って廃止され、看護 職員の配置に特化した加算を新設しました。

この加算については、常勤看護職員が1人以上在職していれば重度化対応加算（Ⅰ）を算定し、さらに最低基準より1人以上の看護職員を配置することで常勤換算25対1以上であるとし、同時に24時間連絡体制を作れば重度化対応加算（Ⅱ）を算定することが出来ます。そして、加算（Ⅰ）と加算（Ⅱ）を合わせて算定する事が可能となっています。

また、夜勤職員配置加算（1日13単位～46単位）が新設されました。これまでも、夜間帯は職員配置が少なく介護・看護体制が手薄になるため、勤務に不安を訴える職員が多くいました。今回の加算により、職員の不安や負担が多少なりとも軽減され、ひいては職員の処遇改善に繋がると思われます。

川 瀬 善 美

具体的には、夜勤職員を最低基準より1人以上多く配置していれば算定可能となります。その際、いくつかの事業者に聞かれた声ですが、それは「夜勤職員を1人以上加配すれば加算による収入より、加算による人件費負担のほうが大きくなる」ので算定を行わないというものです。

しかし、実際には深夜帯を通じて職員を配置しなくても加算を算定することは可能です。

具体的には、夜勤職員数には1日平均夜勤職員数を用い、月ごとの夜勤時間帯（22時～翌5時までの時間を含めた連続する16時間）の職員延べ勤務時間数を当該月の日数に16を乗じた数で割り算出します。この数値から、人員配置基準で定められた夜勤職員数（入所定員61～80人では3人、81～100人では4人など）を引いた数が1以上になっていれば算定ができる事になります。

そのための計算方法として、延べ勤務時間数には、早出や遅出の職員の勤務時間のうち、夜勤時間帯に早出や遅出の職員の勤務時間の一部を算入します。例えば、夜勤帯の設定が「17時～翌9時」としている場合、早出勤務の「8時～17時」のうちの「8時～9時までの1時間分」が夜間時間の勤務として算入することで算定する事が可能になります。

このような計算方法を取り入れることで、夜勤者を新たに配置しなくても準夜帯や早朝の人員配置を工夫することによって加算が算定され、人件費抑制にもつながります。

このように、算定要件をさまざまな角度から検討する事で、算定漏れを防ぐ努力が今後の介護保険事業経営で求められます。

いずれにせよ、今回の介護報酬改訂では、介護老人福祉施設ではこれらの新設加算をいかに上手に算定するかによって増収、現状維持、減収の事業者へと分かれる事になります。

E. 介護老人保健施設

介護老人保健施設の多くは、今回の介護報酬改訂の加算の新設により増

収となりました。入所者の在宅復帰を推進するためとして「短期集中リハビリ加算」が新設され「夜勤職員配置加算」や「サービス提供体制強化加算」などが創設されたためです。

まず、介護老人保健施設の基本報酬（施設サービス費）ですが、今回の介護報酬改訂によって1日3単位引き上げられましたが、ただし以前の「リハビリテーションマネジメント加算」（1日25単位）と「管理栄養士配置加算」（1日12単位）が、基本報酬（施設サービス費）に含まれる事になった為、実質5単位のマイナスとなりました。

しかし、増収につながる新設加算も数多く見られました。

その代表的なものが「夜勤職員配置加算」（1日24単位）と「サービス提供体制強化加算」（1日6単位または12単位）です。

夜勤職員配置加算の加算要件は

①入所者41人以上の場合

入所者の数が20またはその端数を増すごとに夜勤を行う看護職員を1人以上で、かつ2人を超えて配置していること

②入所者41人以下の場合

入所者の数が20またはその端数を増すごとに夜勤を行う看護職員を1人以上で、かつ1人を超えて配置していること

夜勤職員数は、1日平均夜勤職員数である

〈1日平均夜勤職員数は、全職員の月延べ夜勤時間数÷（夜勤時間のベースとなる16時間×その月の日数）

この夜勤職員配置加算については介護老人保健施設の場合、実際は、すでに最低基準を超えて加配している施設が多く算定可能であると見ます。

また、サービス提供体制強化加算についても介護老人保健施設の場合の算定要件は

(I) 介護福祉士を50%以上配置 1日12単位

(II) 常勤職員が75%以上であるか、勤続年数3年以上の職員が30%以上 1日6単位

となっていて、厚生労働省の2006年の介護職員の実態調査によれば介護老人保健施設の介護福祉士の配置割合は46.7%、常勤職員の割合は93.8%でしたので、①について多少の不確定要素も有りますが、全国の介護老人保健施設の組織である「全老健」がこの3～4年の間、介護職員確保の為に介護福祉士養成校向けリフレットを作成したり、説明・相談会を開催したりの積極的な取り組み等から見て、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれの要件もクリアでき、加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する施設が多いと考えられます。

また、今回の介護報酬改訂では、介護老人保健施設本来の役割の一つである「在宅復帰機能」について目が向けられています。具体的には前回の介護報酬改訂で新設された「在宅復帰支援機能加算」が、今回の介護報酬改訂では加算要件を

（Ⅰ）過去6ヶ月間の在宅復帰率が50%以上 1日15単位

（Ⅱ）過去6ヶ月間の在宅復帰率が30%以上 1日5単位

に二分割し、算定要件を緩和しました。

さらに在宅復帰を促進するために「短期集中リハビリテーション実施加算」が1日60単位から240単位へと大幅に引き上げられました。

短期集中リハビリテーション実施加算

算定要件 入所から3ヶ月以内の入所者に対しおおむね週3日以上集中的に個別リハビリを行う。

厚生労働省が今回この加算を新設した理由は、「短期集中リハビリテーション実施加算」を算定する為に、事業者は常に一定の新規入所者を確保し入所させることが必要となり、結果として入所者を短期間で在宅復帰させようと努力するので、在宅復帰が促進されると厚生労働省は考えているからです。

さらに、「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」も同様に1回60単位（週3回を限度）から1日240単位（週3日を限度）へと大幅に引き上げられました。

加えて、今回の改訂では、以前は軽度認知症入所者に限られていましたが中・重度入所者に対しても算定が可能になりました。

ただ、認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、認知症入所者の平均入所日数が長期化する中で、短期集中リハビリテーション実施加算を算定する場合と同様に、加算対象者となる新規入所者確保し入所させ、その為の現在入所している認知症利用者を短期間で在宅復帰させる事は、容易な事ではないと考えます。

また、今回の介護報酬改訂で、入所者の看取りについての加算が「ターミナルケア加算」と言う事で新設されています。

これは、入所者が施設内で、あるいは退所後自宅や入院先の病院で死亡した場合に、死亡日以前15日～30日は1日200単位が14日までは315単位算定できることになりました。

以前は、「緊急時施設療養費加算」と言う事で死亡日の3日前まで3日間1日500単位加算されていたものです。

これについて、厚生労働省は「介護老人保健施設は在宅復帰のための中間施設であることには変更はないが、現実問題として入所者が重度化の傾向にあり看取りに取り組むケースも出ている事から加算対象とした」と加算新設の理由を説明しています。

たしかに、今後入所者の重度化が進むにつれて、看取りは確実に増加すると思います。だからこそ、ターミナルケアの中身を厚生労働省は示した上で、今回の加算要件の死亡日以前15日～30日、死亡日までの14日日間と言う算定となった日数の根拠を示すべきではなかったか考えます。また、利用者が死亡して初めて加算算定が行われるという今回の算定方式が、介護保険事業の経営の上でどのような影響となって現れるのかについて気掛かりとなっています。

4. 今後の介護保険事業経営の課題とまとめ

今回の介護報酬改訂のキーワードを探してみると、以下のようになると思われます

1. 介護職員の処遇改善

介護職員を確保し定着を図ることによって安定的に介護サービスの提供を行うため、特に人件費の高い都市部の事業所に加算を、さらに専門性の高い有資格者の配置により質の高いサービス提供を行いたいと介護福祉士等の配置加算が行われました。

2. 医療と介護の連携・機能分担

介護報酬改訂による加算をより多く獲得できた事業者はさらに経営が安定し、その結果、事業拡大へとつながります。一方、加算が取れなかった事業者は、一層苦しい経営が強いられることとなります。その結果、有能な人材の離職や新規職員の採用が困難になるという事態が起きてきます。これによって、介護保険事業業界の再編が始まると考えられます。

まず、今回の介護報酬改訂の一つの大きな目的であった「介護職員の処遇改善」について、特に低劣とマスメディアを始めとする各方面から指摘・批判されていた賃金の改善について、今回の介護報酬改訂の効果があったかについて考えてみると、結果は厚生労働省が期待したものとはならなかったと考えます。

それが証拠に、厚生労働省は2008年度予算の第3次補正として「介護職員等処遇改善交付金」として2009年10月以降、2年6ヶ月間にわたり介護職員の賃金上げのために4,000億円近くを追加して介護事業者に交付しなければなりませんでした。

厚生労働省は社会保障審議会介護給付費分会で今回の介護報酬改訂審議を行う過程で「特別調査委員会」を発足させ、今回の介護報酬改訂によって介護職員の賃金がどの程度引き上げられたかなどの介護職員処遇改善の

効果があったと言う事を実証しようとしています。

しかし、特別調査委員会の調査結果を待つまでもなく、その結果については前述の全国平均定期昇給プラス1,000円程度であったという結果が介護保険事業業界の各種団体から出始めています。

それにもかかわらず、厚生労働省は依然として「特別調査委員会」の実態調査によって、今回の介護報酬改訂の効果により介護職員処遇改善されたと言う事を証明しようとしています。具体的には2009年10月には全国的にサービスごとの追跡調査を実施する予定です。

ただし、特別調査委員会が調査を行う2009年10月には先に延べた介護職員等処遇改善交付金の申請受付が終了し12月には交付が開始されます。そうすると、介護報酬改訂の効果として介護職員の賃金が改善されたのか、介護職員等処遇改善交付金の交付により介護職員の賃金が改善されたのか判然としなくなります。

仮に介護職員の賃金が、今回の介護報酬改訂の効果により2008年10月6日の厚生労働大臣の発言通り「介護職員の賃金を一律12,000円引き上げ」につながったとしても、また、介護職員等処遇改善交付金の交付によって、厚生労働省が言うように1人当月額15,000円引き上げられたとしても現在の低劣であると言う状況が若干改善されるに過ぎず、本質的には全産業労働者の平均賃金から大きく乖離した配変わらず低すぎる賃金状況には変わりはないと考えます。

深刻な介護職員不足と言う状況下にある現在、効果がなかったと言う批判をかわす為に、介護報酬改訂は介護職員処遇改善に効果があったと言う事の証明のための調査を行うことより、「なぜ介護職員が介護現場からいなくなってしまうのか」、「介護職が魅力を失った原因は何か」と言うような本質的な究明を行うことが求められていると思います。

さらに、介護職員の確保が困難である、離職率が極めた高い等と言う深刻な現状の問題解決のために、原因の本質的な究明を行わず、僅かばかりの賃金の引き上げ工作でのみで問題解決を図ろうとするような、今回の介

介護報酬改訂・介護職員等処遇改善交付金による問題解決策では深刻な状況からの出口を見つけ出す事はできないと考えます。

今必要とされているのは、「介護とは何か」「介護サービスとは何か」と言う国民全体に対する問いかけと、政府の中長期にわたる介護保険についてのビジョンを示す事であり、その上で「介護保険制度の内容と限界」そして「負担」についての国民全体に理解と協力を求める事をすべき時期に来ていると考えます。

それは、現在の介護保険制度に象徴的に現れています。例えば、加算算定のための要件については詳細に規定されているにもかかわらず、最も肝心な介護サービスの基本報酬に含まれるサービスの具体的な内容や範囲が明らかにされていないということです。事業開設の申請、サービス利用の申請、事務処理、記録、介護認定等の方法については詳細に決められているながら利用者に日々提供される介護サービスの、より具体的な明確な内容と範囲を厚生労働省は示してはいないと考えます。

具体的なサービスの内容と範囲が示されることで、事業者は利用者・家族に理解と協力（自助努力）を求めることができます。同時に、それは介護職員の「過剰サービス」提供を抑えることになります。

過剰サービス提供は職員に過重労働を強いることになり、疲労感と負担感を与え、それが原因で離職へとつながっています。

限りのない介護サービスから、内容と限度が明確にされたサービスへ転換していくことが慢性的な介護職員不足の解決策の一つになると考えます。

次に、今回の介護報酬改訂で気になったことは様々な加算が新設されましたがその多くを算定する事が出来たのは、介護事業の経営規模が大きな、ある程度経営基盤が安定している事業者だけに限られ、事業規模が小さな零細な事業者は算定要件をクリアできず加算算定ができず、そのため増収どころか減収となってしまったという現象が起こっている事です。

具体的な例として、「サービス提供体制強化加算」が上げられます。こ

れは、有資格職員が確保できたか、定着させられたかという事に対する評価であり、加算です。

事業規模が小さな零細な事業者は、介護事業の経営規模の大きな事業者へと介護職員が集中してしまうため職員確保もままならず、また職員が離れていく現象が起これ、最低基準に示された職員数を配置が出来ず、加算算定どころか利用定員の返上を余儀なくされるという事例が都市部を中心に始まっています。この事は、職員不足を基点として経営的に見て「負のスパイラル」に陥るといふ問題をも内包しているように思えます。

今後の介護保険事業においては、大多数の事業者の経営規模は小さく、経営についても未だ措置時代の名残が色濃く、民間企業のように生産性の高いものとはなっていないのが現状です。

しかし、介護保険事業はこれらの経営規模の小さな事業者によって支えられ、日々利用者に提供されるサービスはこれらの事業者によって行われています。

今求められているのは介護職員の配置による加算要件を定めたり、引き上げたりする事ではなくこれらの経営規模の小さな事業者に対し介護職員確保支援を行う事であり、その介護職員のキャリアアップ、レベルアップの支援を具体的にまず行う事ではないでしょうか。

介護保険制度導入、措置制度から契約制度給の転換から9年しか時間は経過していない現在、これらの経営規模の小さな事業者の経営体質の改善を図ることが第一に必要であると考えます。

近い将来、介護事業業界は、業界の再編、特定事業者による寡占化、チェーン店化と言う状況になると考えます。しかし、介護保険制度導入時、厚生労働省が盛んに訴えた「市場原理」導入によりサービスの質の向上を図るといふ理念がまだ生きているとするならば、利用者と事業者の関係において自然淘汰が行われ、その結果、業界の再編・特定事業者による寡占化・チェーン店化が行われるべきです。厚生労働省（外的な圧力）の「加算要件」強化による収益の支配は、「市場原理」とはかけ離れた「統

制」以外の何者でもないと考えます。

一方、介護事業者も自助努力として如何に有資格職員を確保するかというところに取り組むことが求められると思います。具体的には、介護職員の供給について専ら介護福祉士養成校などの他人任せであった体制を自法人・自施設で職員研修等を行うことで行う体制を作ることが必要になります。

さらに、業務を見直し「業務の無駄（過剰サービスなど）」をなくすことなど効率化を図ることや、人事管理の改善に取り組む事（例えば、職能評価導入による昇給・昇格の明確化な透明性を図る）などで職場・労働環境の改善に常に取り組むことが求められます。

介護事業での商品の大きな部分は、ハード部分である施設の豪華さや機能性ではなく、ソフト部分であるサービスの中身と質の高さであるからであり、それを創り出すのは職員に負う事が大きいからです。

そしてこれが、今後、介護事業界で存在し続けていくための大きな条件になると考えます。

事業、経営理念を明確に示し、職員への浸透を図り、職員一人ひとりがそれを自覚し、介護サービスを機械的「作業」に陥ることなく、より質の高いサービス提供を行うことによってのみ、利用者本人・家族の理解と支持を得ることが考えられます。

介護サービスがますます高額商品（例えばユニット・個室型の新型特別養護老人ホームの一ヶ月の利用者負担の全国平均額は145,000円）となる時、利用者・家族の不満は、費用と提供されるサービス内容と質とのアンバランスに起因することになると考えられるからです。

大きな事業者は今後の経営戦略としてスケールメリットを生かし、より安価な商品提供を考えることが容易に想像できるからです。それができない、中小事業者は利用者・家族のCSに注目しながら、より質の高いサービス提供を心がけることが、M&A、法人合併、事業譲渡などの状況が到来した時、存在し続けるために必要であると考えます。

(本学教育学部教授)