

## REPORT II

# 介護報酬・2006年改定が担う「制度見直し」の真価

- 報酬改定の“やりっぱなし”を回避する処方せん -

社会研究部門 阿部 崇  
abe@nli-research.co.jp

### 1. はじめに

2005年2月の通常国会提出に向け、介護保険法改正法案の詰め作業が進められている。

2003年6月公表の「2015年の高齢者介護」の延長線上で行われた社会保障審議会介護保険部会は、2004年末に滑り込みで議論を終了させた感が強い。実質2年を費やして行われた議論では、当初目的を達成したのもあれば、最後まで世論形成ができなかったものもある。保険給付の効率化は前者に、保険料負担者の拡大は後者に当てはまる。

いずれにせよ、2006年4月からの新生介護保険制度の骨格がほぼ固まった(図表-1)。新予防給付の導入、居住費・食費の自己負担化(施設給付の見直し)、地域密着型サービスの創設などを柱とする制度改正の内容は、新制度施行までにその詳細が整理されることになるが、この制度改正が「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」「社会保障の総合化」(制度見直しの基本的視点)を本当に実現するのか、きちんと見届けなければならない。

2005年は、新制度を前提に行われる介護報酬改定の議論が本格化する。報酬設定は社会保険制度の中核となるものであり、介護保険制度改

正を生かすも殺すも、妥当な介護報酬改定次第と言っても過言ではない。

本稿では、介護報酬改定の仕組みを確認するとともに、「制度見直し」の内容を具現化する上で重要なポイントとなる介護報酬・2006年改定について考察する。

図表 - 1 介護保険制度改革の骨格

- 介護保険制度改革の全体像  
～ 持続可能な介護保険制度の構築 ～
1. 予防重視型システムへの転換
    - (1) 新予防給付の創設
    - (2) 地域支援事業の創設
  2. 施設給付の見直し(2005.10施行)
    - (1) 居住費用・食費の見直し
    - (2) 低所得者等に対する措置
  3. 新たなサービス体系の確立
    - (1) 地域密着型サービスの創設
    - (2) 地域包括支援センターの創設
    - (3) 医療と介護の連携の強化
  4. サービスの質の向上
    - (1) 情報開示の標準化
    - (2) 事業者規制の見直し
    - (3) ケアマネジメントの見直し
    - (4) 人材育成
  5. 負担の在り方・制度運営の見直し
    - (1) 第1号保険料の見直し
    - (2) 市町村の保険者機能の強化
    - (3) 要介護認定の見直し
    - (4) 介護サービスの適正化・効率化

(資料)厚生労働省資料をニッセイ基礎研究所が一部改変

## 2. 介護報酬とは

### (1) 介護報酬とは

介護報酬とは、介護保険サービスの「単価」のことである。サービス種類ごとにその特性を踏まえて、回数単位、時間単位、日数単位等で設定される単価（一部サービスは割引設定可能）である。介護報酬の単位は「単位」と表現され、例えば、200単位のサービスであれば、それは「2,000円<sup>(注1)</sup>」のサービスということになる。

サービスの単価は、在宅サービスでは要介護度に応じて設定される支給限度額<sup>(注2)</sup>の範囲内でサービスを組み合わせて利用することから、サービス利用者にとってサービスの利用量を画する要素となる（保険給付額＝サービス単価×利用量）。他方、サービス事業者にとっては、提供したサービスの単価総額は対価である。

介護報酬はこのように保険「給付（額）」であると同時に、サービス「対価」であるという二面性を有し、その校正、水準および設定プロセスは制度上重要な地位を占める。

なお、法体系的には、介護保険法第41条第5項をはじめとする「サービスに要する費用の額の算定に関する基準」を定める「厚生労働省告示」、および、それに付随して「サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」を定める「厚生労働省令」に、具体的な報酬（単位数）や算定の詳細ルールが規定される。

### (2) 介護報酬の決められ方

介護報酬の設定はいかに行われるのであろうか。その過程について、以下確認する。

#### どこで

介護報酬は、前述の通り、介護保険サービスの単価であるため、サービス利用量を乗じるこ

とで保険給付総額が導かれる。すなわち、介護報酬は介護保険財政を左右するものであり、社会保険の重要な要素として、その検討は介護保険法に基づいて設置される審議会に厚生労働大臣が諮問する形式で行われる。2000年の制度施行時は「医療保険福祉審議会介護給付費部会」、2003年改定では「社会保障審議会介護給付費分科会」において審議が行われた。

#### 誰が

審議会は制度関係者を中心に構成されている。また、審議会事務局は介護報酬を所管する厚生労働省老健局老人保健課である。

2003年改定を行った社会保障審議会介護給付費分科会の委員構成は図表-2の通りである。

図表-2 審議会の委員構成

区分 <sup>注</sup>	委員現職（組織名のみ）
学識 経験者	あいち健康の森健康科学総合センター
	日本社会事業大学（学長）
	慶応義塾大学（教授）
	国際基督教大学（教授）
	大正大学（教授）
保険者等	全国市長会
	島根県
	全国町村会
	健康保険組合連合会
	神奈川県国民健康保険団体連合会
	日本労働組合総連合会
	日本経営者団体連盟
事業者 団体等	日本医師会
	日本歯科医師会
	日本薬剤師会
	日本看護協会
	日本介護福祉士会
	全国介護老人福祉施設協議会
	全国老人保健施設協会
	介護療養型医療施設連絡協議会
被保険者 ・家族等	呆け老人をかかえる家族の会
	高齢社会をよくする女性の会
	全国老人クラブ連合会

（注）委員現職の区分は筆者による

（資料）社会保障審議会介護給付費分科会資料（2001.10.22）よりニッセイ基礎研究所が作成

どのように

具体的な審議は、要介護認定者等や保険給付の実態および将来予測、サービス事業者等の経営状況等を整理した資料をベースに、保険財政や制度運営等の政策的要素を加味して進められる。

制度施行時には、介護保険制度が従来の老人医療（医療保険制度）と老人福祉（措置制度）のサービスを統合したものであることから、各々の従来制度における単価を概ね踏襲する水準で設定された。また、2003年改定時には、当時の現行単価を基準にして給付の実態や将来予測、保険財政等の多角的な検討を加え再設定された。

### 3. 報酬改定

介護保険制度では、一応3年ごとに報酬が改定される（医療保険制度の診療報酬は2年ごとに改定）。2000年にスタートした介護保険制度は、前述の通り、2003年に報酬改定を1回経験し、2006年4月に2回目の改定を行う予定となっている。

#### （1）報酬改定の意義

報酬改定とは、報酬を定める告示および省令・通知等を変更し、物価動向等をサービス「単価」に反映させることが第一目的であるが、それに止まらず、報酬構造や算定要件などの変更を通じて、サービス体系そのものを変更する要素も含んでいる。すなわち、報酬改定によって、保険制度自体を大きく右にも左にも振ることができるのである。

例えば、制度上の位置付けが曖昧で、統一的な運用ができていなかったサービス（例；通院等乗降介助型の訪問介護（いわゆる介護タクシ

ー）の単価を新設して、給付範囲を明確化することができる。

また、制度政策として給付を縮小していきたいサービス（例；長時間の家事援助型訪問介護サービス）の単価を切り下げたり、算定要件を厳しく設定することにより、事実上のサービス縮小ないし廃止が可能になる。逆に、推進したい、または、質の向上を期待したいサービス（例；小規模生活単位（個室）型の介護老人福祉施設サービス）についてはインセンティブを付与し、算定の促進、つまり、給付の拡大となるような政策誘導的な単価設定を行うことができるのである。報酬の改定は、制度体系の変更・修正をも行う機能も有するのである。

加えて、保険財政の観点から、保険給付の「調整弁」の役割を果たす。即効性のある保険給付圧縮策として報酬改定が利用されるのである。単価の見かけ上、極わずかのマイナス改定（単価引下げ）であっても、算定（給付）件数の多いサービスであれば大幅な給付削減を実現することができる。（例えば、1ヶ月に1,600万回算定<sup>(注3)</sup>される訪問介護について、サービス1回あたり「5単位（50円）<sup>(注1)</sup>」削れば、計算上、年間で約10億円の給付費減となる。）

このように報酬改定は、単なるサービス単価の変更に止まらず、介護保険制度そのものを事実上コントロールできる仕組みなのである。

#### （2）2003年改定の内容（ポイント）

では、約2年前に行われた2003年改定は、どのような内容であったのだろうか。主なサービスについて、改定の内容と意義等について確認したい（図表-3）。

図表 - 3 2003年改定（訪問介護、通所リハビリ、居宅介護支援）

【訪問介護】 サービスの簡素化と重点化

	- 30分	30分 - 1時間	1時間 - 1時間30分	以降30分ごと
身体介護	231 単位	402 単位	584 単位	83 単位
生活援助		208 単位	291 単位	83 単位

通院等乗降介助	100 単位
---------	--------

- 1) サービス種類を従来の3類型「身体介護」「家事援助」「複合型」から「身体介護」「生活援助」の2類型に簡素化
- 2) 身体介護について、短時間のサービスを重点的に評価（長時間サービスの縮小）
- 3) 利用者ニーズを踏まえ、一定の要件のもとで「通院等乗降介助」（介護タクシー）を新設
- 4) 訪問介護サービスの質を向上させる観点から3級ホームヘルパーにかかる減算率を拡大（95/100 90/100）

【通所リハビリ】 通所介護との差別化、個別リハビリの充実

	3 - 4 時間	4 - 6 時間	6 - 8 時間
要支援	283 単位	404 単位	563 単位
要介護1・2	351 単位	500 単位	699 単位
要介護3・4・5	488 単位	694 単位	972 単位

加算項目	単位数	備考
個別リハ加算	130 単位/日	退院・退所から1年以内
	100 単位/日	退院・退所から1年超
延長加算	50 単位	前後通算8～9時間
	100 単位	前後通算9～10時間

- 1) 事業所種類別（「通常規模」「小規模診療所」「老健」）の単位数設定を廃止し、一本化
- 2) 利用者の状態に応じてPT・OT・言語聴覚士（ST）によって行われる個別のリハビリテーションを加算で評価
- 3) 「6 - 8時間化」のサービスの前後に設定される延長サービスを延長加算として設定、取り扱いを明確化

【居宅介護支援】 質の高いケアマネジメントの実現

要支援 - 要介護5	850 単位/月
------------	----------

加算減算項目	単位数
4種類以上加算	100 単位
運営基準違反 減算	30/100

- 1) 居宅介護支援サービスの実態等を踏まえ、要介護度に応じた評価を廃止し、一律の単位数を設定
- 2) ケアマネジメント業務や居宅サービス計画の内容等に応じた加算および減算を導入  
加算；支給限度額管理対象サービスのうち、4種類以上のサービスを含む、ケアプランを作成した場合  
減算；ケアプラン交付 月1回訪問 サービス担当者会議開催等の運営基準を満たさない場合
- 3) 1単位単価に地域差（10.00～10.72円）を導入

（資料）ニッセイ基礎研究所が作成

#### 4. 制度見直しと2006年改定

2006年改定の着目点は、介護報酬の制度上の意義と報酬改定の役割を踏まえれば、「制度見直し」の項目への対応がいかに図られるかに尽きる。前述の通り、介護報酬の設定如何によって、制度はいかようにも変わりうる。すなわち、制度見直しの真価（新生介護保険制度）は2006年改定が担っている。

図表 - 1 に示した「制度改革の骨格」の項目に従って、2006年改定の主なポイントについて考察する。

##### (1) 新予防給付の創設

要支援、要介護1の軽度要介護高齢者を中心に給付が行われる「予防訪問介護」「予防通所介護」等の新予防給付は、単なる給付費削減の目的ではなく、明るく活力ある超高齢社会の構築（制度見直しの基本的視点）のために導入されるものであると説明される。とすれば、介護報酬は、安易に介護給付より低額に設定されることなく、生活機能の維持向上という一定の成果を挙げるだけの評価（単価）が確保されなければならないだろう。

##### (2) 居住費用・食費の見直し

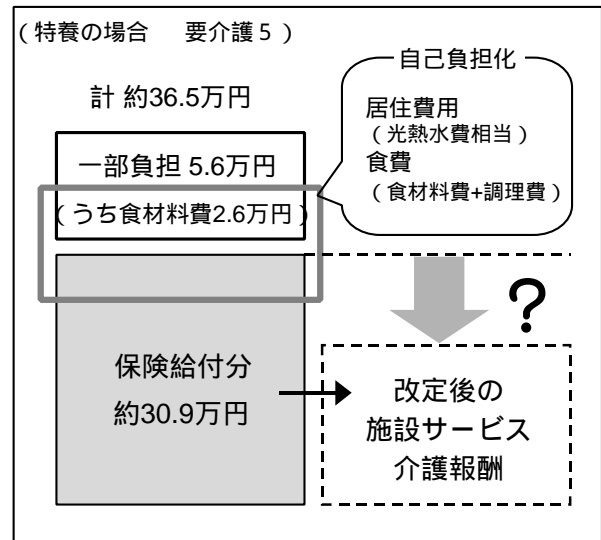
在宅サービスと施設サービスのバランス、施設給付と年金等の重複の是正を理由として、施設サービス利用者は居住費用と食費を自己負担することになるが、それに伴って、施設サービスにかかる介護報酬はマイナス改定となることが予測される。

居住費用および食費について、居住環境や所得状況に応じた負担額（基準額として「居住費用個室6.0万円/多床室1.0万円」「食費4.8万円」）が例示されているが、介護報酬の水準について

は、未だ示されていない。

居住費用・食費の自己負担化には、「在宅給付へのシフト」というもう一つの目的<sup>(注4)</sup>がある以上、介護報酬のマイナス幅は施設利用者に転嫁される額以上になることも当然考えられる（図表 - 4）

図表 - 4 施設給付の水準



（資料）厚生労働省資料をニッセイ基礎研究所が一部改定

##### (3) ケアマネジメントの見直し

ケアマネジメント（居宅介護支援）については、制度施行以来の課題であり、2003年改定においても大幅な修正が行われている。質を担保するためとしてプラス改定（単価引上げ）が行われたが、その成果は現れたのであろうか。プラス改定後に同様の課題が残っているのだとすれば、その評価を行うことが先である。

ケアマネジメントが制度見直しの骨格に位置付けられる点に異論はないが、さらなる報酬上の手当てをすることには疑問が残る。プロセスに応じた報酬体系や独立性の評価（マネジメントとサービスの分離）を理由として、再度プラス改定が行われた場合、相当の評価手法をセットで導入することが必要であろう。

## 5. おわりに

制度見直しの議論を反映した改正介護保険法案が国会を通れば、それを具体化する作業が2005年に本格化する。その代表格が介護報酬の2006年改定である。時期を同じくして行われる診療報酬改定との「横」の関係も重要であるが、何より「制度見直し」ならびに「過去の報酬設定・改定」といった「縦」の関係に着目した国民的チェックが重要である。一定の目的をもって行われた2003年改定を振り返り、その成果を確認すべきである。報酬改定の「やりっぱなし」があってはならない。改定後、各サービスに求める質的・量的な水準とその評価方法を設定しておくことも重要である。

報酬改定は、制度見直しの真価を担う作業である。粗雑な議論は、時間とお金をかけて行われた制度見直しを骨抜きにするおそれがある。制度の持続可能性のみでなく、基本的視点として掲げた3つの要素全てを実現する丁寧な介護報酬改定を期待したい。

「制度見直し」の作業は、「介護報酬・2006年改定」によって完結するのである。

-----  
(注1) 1単位は地域差として事業所所在地に応じて10.00～10.72円の格差が設定されている。

(注2) 在宅サービスでは、要介護度に応じて1ヵ月のサービス利用限度額が設定されている。

要支援 6,150 単位

要介護1 16,580 単位

要介護2 19,480 単位

要介護3 26,750 単位

要介護4 30,600 単位

要介護5 35,830 単位

(注3) 介護給付費実態調査(平成16年10月審査分)

厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課

(注4) ニッセイ基礎研レポート(2004年12月)

「在宅給付」へのシフトを担う居住費・食費の自己負担化 参照