

## 介護報酬

小山秀夫

### I 介護報酬の基本的性格

介護保険制度のうち、介護報酬をどのように設定するかは、大きな課題であった。措置費による特別養護老人ホーム、医療費による療養型病床群等、利用料と療養費を組み合わせた老人保健施設の3施設の報酬体系、利用者負担等の負担体系、利用方法、施設や人員あるいは運営基準などは、歴史的、社会的背景の違いから、まったく個別の体系であった。それぞれが主に介護を目的とした施設であっても、制度の細部を比較すれば、まさに水と油ほどの差である。

介護保険施設の介護報酬の設定は、その議論のスタートから困難が予想された。介護報酬自体は、医療保険福祉審議会の老人保健福祉部会と介護給付費部会で長い間審議されたが、①1998年10月26日に審議会に提出された「介護報酬の主な論点と基本的考え方(案)——中間とりまとめ——」、②1999年8月23日の「介護報酬の仮単価及びそれを踏まえた平均利用額について」、③2000年1月17日の「介護報酬基準(案)」の審議会への諮問の3時点で4区分できる。

①の「中間とりまとめ」までの時期は、それまでの報酬体系の説明や各サービス提供者側からの要望を中心に、審議会での合意の形成に努力した。この「中間とりまとめ」を読み返してみると、3施設の整合性を確保するための努力の成果を読み取ることができるし、現行介護報酬の問題点として積み残した課題も明らかになる。各施設の報酬体系は、それを前提として施設経営が実践されて

いるため、一部でも変更すれば、有利になる施設もあれば不利になる施設もあることになる。ただし施設経営が、介護保険導入により著しく困難となってしまうような事態となれば、だれも賛成しないことになる。逆の見方をすれば、施設経営が全体として確保することができれば、報酬の細部については、各施設が利害調整をおしまないという合意が大前提であったように思う。

②の「仮単価」についても、発表当時、激しい議論があったが、設定数値自体は無理がなく、この仮単価設定を基本にして、詳細な作業を進められることになった。また、諮問された介護報酬は、審議会委員の努力とともに、経営実態調査を加味した裏付けのある数値を提出することによって、合意を得ることができたといえよう。医療保険福祉審議会介護給付費部会において検討が続けられてきた介護報酬は、2000年1月17日に審議会に諮問、28日に原案通り答申され、2月10日に告示された。

介護報酬の考え方の全体像が示されたのは、1999年7月2日の医療保険福祉審議会介護給付費部会の席上である。その後同月26日の第15回部会で「介護報酬の基本骨格案等について」が審議され、8月3日の「全国介護保険担当課長会議」において公表された。ただし「この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後医療保険福祉審議会の審議等に伴い変更があり得る」ということわり書きがある。骨格案は「指定居宅サービス介護給付費点数」「指定居宅介護支援介護給付費点数」「指定施設サービス等介護給付費点数」の3

表1 介護報酬基準額

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
I. 指定居宅サービス介護給付費単位数						
1-イ. 訪問介護費(身体介護が中心)	① 210, ② 402, ③ 584, +219 (30分毎)*#1					
1-ロ. 訪問介護費(家事援助が中心)	① 153, ② 222, +83 (30分毎)*#2					
1-ハ. 訪問介護費(身体・家事同程度)	① 278, ② 403, +151 (30分毎)*#2					
2. 訪問入浴介護費	1,250					
3-イ. 訪問看護費(指定訪問看護ステーション)	① 425, ② 830, ③ 1,198*#3					
3-ロ. 訪問看護費(病院または診療所)	① 343, ② 550, ③ 845*#3					
4. 訪問リハビリテーション費	550					
5-イ. 居宅療養管理指導費(医師, 歯科医師)	I 940, II 510					
5-ロ. 居宅療養管理指導費(薬剤師)	550					
5-ハ. 居宅療養管理指導費(管理栄養士)	530					
5-ニ. 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等)	500					
6-イ(1). 単独型通所介護費(3時間以上4時間未満)	332	383			514	
6-イ(2). 単独型通所介護費(4時間以上6時間未満)	474	547			734	
6-イ(3). 単独型通所介護費(6時間以上8時間未満)	664	766			1,028	
6-ロ(1). 併設型通所介護費(3時間以上4時間未満)	280	331			462	
6-ロ(2). 併設型通所介護費(4時間以上6時間未満)	400	473			660	
6-ロ(3). 併設型通所介護費(6時間以上8時間未満)	560	662			924	
6-ハ(1). 痴呆専用単独型通所介護費(3時間以上4時間未満)	443	511			687	
6-ハ(2). 痴呆専用単独型通所介護費(4時間以上6時間未満)	633	730			981	
6-ハ(3). 痴呆専用単独型通所介護費(6時間以上8時間未満)	886	1,022			1,373	
6-ニ(1). 痴呆専用併設型通所介護費(3時間以上4時間未満)	373	441			616	
6-ニ(2). 痴呆専用併設型通所介護費(4時間以上6時間未満)	533	630			880	
6-ニ(3). 痴呆専用併設型通所介護費(6時間以上8時間未満)	746	882			1,232	
7-イ(1). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(3~4時間)	331	387			532	
7-イ(2). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(4~6時間)	490	575			789	
7-イ(3). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(6~8時間)	661	774			1,063	
7-ロ(1). 通所リハビリテーション費II(診療所)(3~4時間)	333	390			535	
7-ロ(2). 通所リハビリテーション費II(診療所)(4~6時間)	480	562			772	
7-ロ(3). 通所リハビリテーション費II(診療所)(6~8時間)	665	779			1,070	
7-ハ(1). 通所リハビリテーション費(老健施設)(3~4時間)	324	379			521	
7-ハ(2). 通所リハビリテーション費(老健施設)(4~6時間)	463	542			744	
7-ハ(3). 通所リハビリテーション費(老健施設)(6~8時間)	648	758			1,041	
8-イ(1). 単独型短期入所生活介護費I(介・看配置3:1)	948	976	1,021	1,065	1,110	1,154
8-イ(2). 単独型短期入所生活介護費II(介・看配置3.5:1)	872	897	937	977	1,017	1,057
8-イ(3). 単独型短期入所生活介護費III(介・看配置4.1:1)	828	851	889	926	964	1,001
8-ロ(1). 併設型短期入所生活介護費I(介・看配置3:1)	914	942	987	1,031	1,076	1,120
8-ロ(2). 併設型短期入所生活介護費II(介・看配置3.5:1)	838	863	903	943	983	1,023
8-ロ(3). 併設型短期入所生活介護費III(介・看配置4.1:1)	794	817	855	892	930	967
9-イ(1)(一). 老健施設短期入所療養介護費I(看・介3:1)	994	1,026	1,076	1,126	1,176	1,226
9-イ(1)(二). 老健施設短期入所療養介護費II(看・介3.6:1)	928	956	1,003	1,049	1,095	1,141
9-イ(2)(一). 緊急時施設療養費	500					
9-ロ(1)(一). 病院療養型病床群短期入所療養介護費I(看6:1, 介3:1)	1,331	1,359	1,405	1,451	1,497	1,543
9-ロ(1)(二). 病院療養型病床群短期入所療養介護費II(看6:1, 介4:1)	1,265	1,292	1,336	1,379	1,422	1,465
9-ロ(1)(三). 病院療養型病床群短期入所療養介護費III(看6:1, 介5:1)	1,219	1,245	1,286	1,328	1,369	1,411
9-ロ(1)(四). 病院療養型病床群短期入所療養介護費IV(看6:1, 介6:1)	1,188	1,214	1,254	1,294	1,334	1,375
9-ハ(1)(一). 診療所療養型病床群短期入所療養介護費I(看6:1, 介6:1)	1,037	1,048	1,066	1,084	1,101	1,119
9-ハ(1)(二). 診療所療養型病床群短期入所療養介護費II(看・介3:1)	939	948	964	980	996	1,011
9-ニ(1)(一). 痴呆疾患型短期入所療養介護費I(看6:1, 介4:1)	1,263	1,289	1,331	1,373	1,415	1,457
9-ニ(1)(二). 痴呆疾患型短期入所療養介護費II(看6:1, 介5:1)	1,233	1,259	1,300	1,340	1,381	1,422
9-ニ(1)(三). 痴呆疾患型短期入所療養介護費III(看6:1, 介6:1)	1,214	1,239	1,279	1,319	1,359	1,399
9-ニ(1)(四). 痴呆疾患型短期入所療養介護費IV(看6:1, 介8:1)	1,186	1,210	1,249	1,288	1,327	1,366
9-ホ. 基準適合診療所短期入所療養介護費	889	899	913	928	943	958
9-ヘ(1)(一). 介護力強化病院型短期入所療養介護費I(看6:1, 介3:1)	1,233	1,259	1,301	1,343	1,385	1,427
9-ヘ(1)(二). 介護力強化病院型短期入所療養介護費II(看6:1, 介4:1)	1,168	1,192	1,232	1,271	1,310	1,350
9-ヘ(1)(三). 介護力強化病院型短期入所療養介護費III(看6:1, 介5:1)	1,121	1,145	1,182	1,220	1,258	1,295
9-ヘ(1)(四). 介護力強化病院型短期入所療養介護費IV(看6:1, 介6:1)	1,091	1,114	1,150	1,186	1,223	1,259
10-イ. 痴呆対応型共同生活介護費	なし	809	825	841	857	874
10-ロ. 初期加算	30					
11. 特定施設入所者生活介護	238	549	616	683	750	818
12. 福祉用具貸与	均一敷					

表1 つづき

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
II. 指定居宅介護支援介護給付費単位数						
居宅介護サービス計画費(1月当たり)	650	720			840	
III. 指定施設サービス等介護給付費単位数						
1-イ(1)(一).介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	なし	796	841	885	930	974
1-イ(1)(二).介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	なし	717	757	797	837	877
1-イ(1)(三).介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	なし	671	709	746	784	821
1-イ(2)(一).小規模介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	なし	907	958	1,009	1,059	1,110
1-イ(2)(二).小規模介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	なし	760	802	844	887	929
1-イ(2)(三).小規模介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	なし	730	771	812	852	893
1-ロ(1)(一).旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	796(自立を含む)		866		950	
1-ロ(1)(二).旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	717(自立を含む)		779		855	
1-ロ(1)(三).旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	671(自立を含む)		730		801	
1-ロ(2)(一).小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	907(自立を含む)		986		1,082	
1-ロ(2)(二).小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	760(自立を含む)		826		906	
1-ロ(2)(三).小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	730(自立を含む)		794		871	
1-ハ.初期加算			30			
1-ニ(1).退所前後訪問相談援助加算			460			
1-ニ(2).退所時相談援助加算			570			
2-イ(1).介護保健施設サービス費Ⅰ(看・介3:1)	なし	880	930	980	1,030	1,080
2-イ(2).介護保健施設サービス費Ⅱ(看・介3.6:1)	なし	810	857	903	949	995
2-ロ.初期加算			30			
2-ハ(1)(一).退所前後訪問指導加算			460			
2-ハ(1)(二).退所時指導加算			1,070			
2-ハ(2).老人訪問看護指示加算			300			
2-ニ.緊急時施設療養費			500			
3-イ(1)(一).療養型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 3:1)	なし	1,193	1,239	1,285	1,331	1,377
3-イ(1)(二).療養型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介6:1, 4:1)	なし	1,126	1,170	1,213	1,256	1,299
3-イ(1)(三).療養型介護療養施設サービス費Ⅲ(看・介6:1, 5:1)	なし	1,079	1,120	1,162	1,203	1,245
3-イ(1)(四).療養型介護療養施設サービス費Ⅳ(看・介6:1, 6:1)	なし	1,048	1,088	1,128	1,168	1,209
3-イ(2).初期加算			30			
3-イ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-イ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-イ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
3-ロ(1)(一).診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 6:1)	なし	902	920	938	955	973
3-ロ(1)(二).診療所型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介併せて3:1看含む)	なし	802	818	834	850	865
3-ロ(2).初期加算			30			
3-ロ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-ロ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-ロ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
3-ハ(1)(一).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅰ(看6:1, 介4:1)	なし	1,123	1,165	1,207	1,249	1,291
3-ハ(1)(二).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅱ(看6:1, 介5:1)	なし	1,093	1,134	1,174	1,215	1,256
3-ハ(1)(三).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅲ(看6:1, 介6:1)	なし	1,073	1,113	1,153	1,193	1,233
3-ハ(1)(四).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅳ(看6:1, 介8:1)	なし	1,044	1,083	1,122	1,161	1,200
3-ハ(2).初期加算			30			
3-ハ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-ハ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-ハ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
3-ニ(1)(一).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 3:1)	なし	1,093	1,135	1,177	1,219	1,261
3-ニ(1)(二).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介6:1, 4:1)	なし	1,026	1,066	1,105	1,144	1,184
3-ニ(1)(三).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅲ(看・介6:1, 5:1)	なし	979	1,016	1,054	1,092	1,129
3-ニ(1)(四).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅳ(看・介6:1, 6:1)	なし	948	984	1,020	1,057	1,093
3-ニ(2).初期加算			30			
3-ニ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-ニ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-ニ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
基本食事サービス費			2,120円			
住宅改善			支給限度額20万円			

注) 1. ①30分未満, ②30分以上1時間未満, ③1時間以上1時間30分未満, 以降30分毎に219単位加算。

2. ①30分以上1時間未満, ②1時間以上1時間30分未満, 以降30分毎に151単位加算。

3. ①30分未満, ②30分以上1時間未満, ③1時間以上1時間30分未満。

部分の案からなり、これに加えて「食事の提供に要する費用の額の算定表(案)」と「介護報酬における地域差の勘案方法等について」考え方が示された。

8月23日の医療保険福祉審議会老人保健福祉・介護給付費合同部会に厚生省は「介護報酬の仮単価及びそれを踏まえた平均利用額について」を提出した。ここでも「事業者の事業参入の検討、市町村における給付費の見込み検討等の関係者の準備に資するために、厚生省の責任において公表するものであり、今後の関係審議会の議論等により、変更がありうるものである」ということわり書きがある。また、原則として、診療報酬、措置費等の単価を前提にしていることと、訪問系サービスについては、事業者の参入を確保するための政策的配慮から、仮単価を設定したとしている。このことは、介護報酬の基本的性格を端的に示しているといえよう。

さらに、介護保険施設の介護報酬に限っていえば、第1に施設ごとの経営状況を大幅に変更させない、第2に施設種別ごとにみても整合性が確保できる、第3に経営的に著しく不利になる施設ができないようにする、という3点が暗黙の前提であったと考えられる。

その上で、介護保険施設の報酬体系は、全体としては老人保健施設の体系に収斂させる方向で検討が進んでいったと考えることができる。3施設種別の整合性を確保するのであれば、どれかをモデルにせざるをえないし、その場合は比較的新しい制度がモデルになるはずである。このことは、介護保険施設の介護報酬の基本的性格といってもよい。

以下では、まず、介護報酬について概説し、その後、いくつかの問題について考察し、若干の私見を述べてみたい。

## II 介護報酬の構造

介護報酬の議論を正確に理解するためには、制度実施以前の各施設経営実態を踏まえるとともに、事業者の参入を促進するという政策的配慮から報

酬が検討されたことを明確に理解することが必要である。そして、1999年の仮単価の設定が各種の議論の前提となったと考えられるのである。介護報酬基準の概要を整理し一覧にした表を作成してみた。

この表1から、明らかなように報酬の基本的骨格は、仮単価とほぼ同一である。ただし、実際の報酬額にあたる点数は、「単位」と呼ばれることになった。これは、全国統一的な診療報酬と異なり、地域単価であることから「点」でなく「単位」という表現が採用されたことを意味する。地域別単価については、後述するように単位数に地域別単価10円から10.72円を乗じて算定される。報酬基準の算定方法には①サービス提供時間別のもの、②要支援・要介護度別のもの、③均一点数の3種類が混在している。

①の時間別は、訪問介護と訪問看護のみであり、身体介護が中心である訪問介護は30分未満、30分以上1時間未満、1時間以上1時間30分未満、1時間30分以上は、30分増すごとに219単位を加算することになっている。新設された身体介護と家事援助の複合型は30分以上1時間未満で278単位、1時間以上30分を増すごとに403単位に151単位を加算する。この両者について訪問介護員(ヘルパー)養成研修事業3級修了者に対しては、5%の減額基準があるが家事援助のみの場合はこの限りではない。体重が重い利用者等については、2人の訪問介護員でサービスしている場合には2人分の点数が算定でき、夜間、早朝25%、深夜の加算50%、離島、振興山村、豪雪地帯での特別地域訪問介護加算15%がある。

訪問看護についても、提供時間別に算定され、訪問介護と同様の加算がある。さらに、現行の訪問看護ステーション療養費とほぼ同様の算定内容となっている。末期の悪性腫瘍等厚生大臣の定める難病および急性憎悪時で医師が頻回な訪問看護を指示している場合は、全て医療保険から給付される。

②の介護度別のものは、施設サービス費の全てと、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所、痴呆対応型共同生活介護費、特定施設入所者

生活介護費である。注意を要するのは、通所介護、通所リハビリテーションが要支援、要介護1・2、要介護3・4・5の3段階となっていることと、2000年3月末日までに特別養護老人ホームに入居した旧措置入所者に対しては、自立・要支援・要介護1、要介護2・3、要介護4・5の3段階となっていることである。

③均一点数は、これら①と②以外ということになる。なお、このほかに人員配置別や機能別、あるいは施設基準別の加算、減額点数がある。また、通所系には、3時間以上4時間未満、4時間以上6時間未満、6時間以上8時間未満の3区分の点数が示されているほか、入浴介助加算(介助浴39単位、特別浴60単位)が新設された。

### III 介護療養施設サービスの単位

介護療養施設サービスは、療養型介護療養施設サービス、診療所型介護療養施設サービス、痴呆疾患型介護療養サービス、介護力強化型介護療養サービス費の4区分となっており、それぞれ人員配置別点数が示されている。このような単価配分は、基本的に施行前の老人診療報酬を踏襲していると考えてよい。ただし、いくつかの点において考え方を変更している部分があり、これらを中心に要点を述べてみたい。

第1に、老人診療報酬の入院時医学管理料の通減制は廃止されている。このことについては、介護給付費部会でも議論が進められてきたが、老人保健施設の通減制廃止の影響を受けたものと考えられる。なお、老人診療報酬点数と比較検討してみると老人入院時医学管理料は、6ヵ月から1年以内で140点、1年超が108点ということから、その中間で120単位が算定されたものと考えられる。1999年の仮単価で「報酬水準については、介護を主たる目的とした長期療養を前提としたものとし、在院期間が6ヵ月を超える患者を念頭に設定する」という一文があったが、介護報酬は6ヵ月以上の入院患者を想定して算定されたことになる。

療養型介護療養施設サービス費については、一

時46万1千円という試算のための金額が示されたが、その後下方修正された経緯がある。介護報酬を試算してみると、要介護3で療養型病床群に1年以上入院している老人患者は、現行点数と大差ない単位設定になっていることがわかる。2000年3月末日までの診療報酬では、療養2群入院医療管理料(I)で療養環境(I)の平均額は42万円程度にすぎない。ちなみに、療養2群入院医療管理料(II)で療養環境(II)で、4種地域(5点)、1年以上の場合、31日間で366,420円である。これが介護力強化病院での単なる老人病棟入院医療管理料の最低では、309,690円にすぎないことを考慮して、今回の報酬単位を理解することが求められる。

第2に、療養型の場合、環境加算(105点から10点)が廃止されている。これは、完全型の療養型を基本に算定するという考え方に基づいており、II, III, IVについては一定額が減額されるしくみに変更されることになった。

第3に、特養や老健施設との横並びで1ヵ月に6日を限度として外泊が444単位算定できるようになった。肯定的にみれば、在宅サービスへの移行措置として高く評価できるであろう。

第4に、3対1の施設サービス費(I)については「平成12年3月31日において6ヵ月以上、老人医科点数表第1章に掲げる療養第1群入院医療管理料(IV)、療養第2群入院医療管理料(I)又は老人病棟入院医療管理料(I)が算定されていた病棟のみにおいて、2003年3月31日までの間に限り算定するものとする」という規定がある。このことは、3対1施設は、いずれ廃止するが、すでに3対1の場合に限り、当分の間認めるということである。

第5に、介護療養型医療施設の介護報酬における特定診療費項目がある。その内容は①感染対策指導管理料、②特定施設管理料、③初期入院診療管理料、④重傷皮膚潰瘍指導管理料、⑤栄養食事指導料、⑥薬剤管理指導料、⑦医療情報提供料、⑧単純エックス線診断・撮影料、⑨理学療法I~IV、⑩作業療法I~II、老人リハビリテーション総合計画評価料、老人リハビリテーション計画

評価料, 入院生活リハビリテーション管理指導料, ⑪言語療法, ⑫摂食機能療法, ⑬精神科作業療法, ⑭痴呆性老人入院精神療料の14種類である。これらは, 計画料等を含めて原則として診療報酬の点数がそのまま算定できるが, ⑨理学療法Ⅰ～Ⅳ, ⑩作業療法Ⅰ～Ⅱは, 簡単なもの以外算定できない。

第6に, いわゆる「おむつ代」については, 介護療養施設サービス費に含まれており, 個別に病院等が徴収することはできない。なお, 基本食事サービス費は2,120円である。

最後に, 介護療養型医療施設では, 医師, 看護職員, 介護職員, 介護支援専門員が, 基準を満たさない場合は, 一定割合介護給付費がカットされる。その比率は, 医師の場合で1割, その他で3割である。なお, 介護老人保健施設の場合は, このほかに理学療法士と作業療法士の数も対象になる。ただし, 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士を50人対1人以上配置した場合は, 1日当たり12単位の加算が認められた。

#### IV 介護福祉施設の報酬問題

療養型病床群等は, 医療保険か介護保険かを各病院が独自に判断することになったことから, 介護保険が不利と考える病院は, それを選択しなかったか, あるいは有利と考えられる部分のみを介護保険対応としたことから, 介護報酬自体への大きな不満は存在しない。

介護老人保健施設は, 施設の全てが介護保険適用となることから, 施設報酬にもっとも敏感であることになる。しかし, 通所リハビリテーションや短期入所療養介護についての不満が一部にあっても, 施設報酬自体への強い反論を聴くことはない。これは, 介護保険制度によって, ほとんどの老人保健施設の経営が好転したことに関連しているように思う。

このような状況は, 大部分の介護老人福祉施設にもあてはまることであるが, これまで手厚く保護されてきた特別養護老人ホーム関係者の間では, 若干の不満があるようである。特養に入所するた

めには, 市町村長の措置を受けることが原則で, 費用については措置費によって賄われていた。したがって, 病院や老健施設のように利用者と施設側の契約による利用施設ではなく, 制度発足時から措置施設であった。

医療機関や老健施設に比べて, 特養の仕組みは単純そうで複雑である。単純だというのは, 基本的には措置費により全額賄うことが原則となっているからである。複雑だというのは, 特養の利用者本人と扶養義務者の負担能力に応じて費用徴収が行われていたが, この費用徴収と措置費の仕組みが複雑だからである。措置費は生活費(飲食費・光熱水料等)と事務費(人件費・管理費)の合計額であり, 所在地や定員区分によって細分化され, 生活費にも事務費にも多数の加算があった。生活費は, 生活保護基準の1級地2級地を甲地と呼び, 1ヵ月67,300円, 生活保護基準の3級地を乙地と呼び, 65,680円となっている。事務費は, 人事院規則に準じた8地域区分で, これに30人から301人までの定員を29区分した232分類となっている。同様に, 生活費と事務費の加算も複雑である。この結果, 入所者1人当たりの措置費は, 最低で22万円台, 最高で38万円台となっていた。同様な状態の高齢者に対してこのような差があるのは, 一物一価ではなく一物多価であり, サービスは必要に応じ費用は施設の所在地, 規模, 職員構成等で決定し, 負担は支払い能力に応じることになっていたことになる。

問題はこのようなシステムを介護保険制度に対応させることによって生じることになるのである。1998年10月26日の医療保険福祉審議会介護給付費部会に提出された「中間とりまとめ」では, この問題について次のような指摘がある。

- ①現在の特養については, 措置費上, 定員別に単価が設定されているが, サービスの観点からは適当でない。
- ②各種加算はできる限り整理し, 包括的な評価に統合することにより, 簡素化を図るべきである。
- ③民間施設給与費等改善費, 痴呆性老人等介護加算は, 要介護度に応じた基本的報酬に包含

していくことが適当である。

④特養の施設整備費補助および施設整備費に係る介護報酬上の評価については、中央社会福祉審議会における社会福祉法人のあり方の議論等にも留意して検討する。

これらの指摘は、3種類の介護保険施設の整合性という観点からのもので、この意味では適切な指摘と考えられる。しかし、各特養はどのように介護報酬が設定されても、これまで受け取ってきた措置費総額を下回ることが問題とならざるをえない。なぜならば、現在の収益に対して過不足なく運営することを求められてきたからであり、見込み収益に対して費用構造が組み立てられているからである。

特別養護老人ホーム関係者の介護報酬に関する不満として、入所者が入院した場合の報酬の取り扱いと、短期生活入所の取り扱いがある。これまでの特養では、入所者が入院した場合であっても3ヵ月間を限度として、いわゆる空床手当てが支給されていた。これが「入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき320単位を算定する。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は、算定できない」とされた。これまでは3ヵ月間、事務費相当額が算定できたものが、1ヵ月間で6日間、2ヵ月にまたがっても12日間を限度として1日3,200円しか支払われないことになったのである。

介護保険制度では、特養を措置施設から利用施設へと転換させることになったが、特養の入所者から「一度入院して、契約を解除され、その後退院しても前の施設に入所できないのは不安だ」という意見があり、考慮の結果、対応方法が検討された。厚生省令第39号、1999年3月31日付「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第19条では「指定介護老人福祉施設は、入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね3ヵ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必

要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしなければならない」と規定している。また、厚生省告示第27号、2000年2月10日付、「厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法を定める件」では、「施行規則第134条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規定に定められている入所定員を超えること（老人福祉法第10条の4第1項第3号又は第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置又は病院若しくは診療所に入院中の入所者の再入所の時期が見込みより早い時期となったことによりやむを得ず入所定員を超える場合にあつては、入所定員の数に100分の105を乗じて得た数（入所定員が40を超える場合にあつては、入所定員に2を加えて得た数を超えること。）」があつた場合、介護福祉施設サービスの30%が減額されることになっている。

省令、告示で規定されていることは、以上の通りであり、これを強制義務と読むのか、退院が予定より早くなった場合には、1人か2人であれば、やむを得ず定員追加してよいと読むかといった問題である。この問題は、利用者サイドに立てば、入院しても、住みなれた施設に帰りたいということになるし、施設側は、経営の効率化と優先再入所の義務の範囲について問題にしているわけである。しかし、最終的には、空床にしておくことの経営上のデメリットと施設全体の経営が以前より悪化したかどうかといったことで判断するしかないように思う。

介護福祉施設の介護報酬への疑問は、短期入所の利用状況にも起因しているように思う。老人保健施設の短期入所は、14日以内に退所した場合を「短期入所」とし、短期入所の加算を行うという、合理的な制度であった。つまり「入所の一部が日数によって短期入所になる」と考えれば、一体的運営をすればよいことになる。これに対して特養の「ショート・ステイ」は、措置入所分とは区分してスタートした関係で、施設入所とショー

ト・ステイは別という考え方で、会計も区分することになっていった。

介護保険制度では、入所と短期入所を区分することになったが、運営の一体性は老健施設の方が有利である。問題は、要支援・要介護度別に短期入所の区分限度支給額が設定されたことから、短期入所生活介護の利用者が激減したことにある。介護老人福祉施設の入所部門の経営は安定していても、短期入所の減少により、施設全体としては、2000年4月5月の2ヵ月間で、月当たり総収益が減少した施設もある。

短期入所部門の収益が減少した施設は、ほかの方法で収益の回復を検討することになる。もっとも単純な方法は、入所部門の利用率を限りなく100%に近づけることである。その他の方法としては、要介護度の高い入所者を優先的に入所させることであろう。しかし、実際には、このような方法には無理がある。残るは、日用品費や個室などの室料差額ということになる。しかし、日用品費については、曖昧な徴収は禁止されており、厳密には日々一品一品の利用を確認し、個別に料金計算することになる。特養は、このようなことが初体験であるばかりか、以前からの入所者もこのようにことに慣れていない。日用品費の一品毎の計算は、それだけで業務量を増加させることから、実際には日用品費を徴収していない施設も少なくない。また、個室などの室料差額については、公費を投入して建設された介護老人福祉施設では、その徴収を禁止する行政指導が行われている。そこで、改めて短期部門の利用日数の拡大等が要請され、この問題については、現在、審議会で審議中である。

## V 地域加算と価格競争

介護報酬の問題については、施行当初の若干の混乱も鎮静化しつつある。しかし、予想されていたように事業者間の地域内競争は、激化しているように思う。一般サービスの競争であれば、第1に価格競争、第2に製品やサービスの品質競争、第3に市場占有率競争、第4に販路取得競争など

が考えられるが、介護保険の事業者間の競争では、価格競争を実質的に制限している。無理な価格競争が、介護の質を低下させることは容易に予想できるが、厚生大臣が定める介護報酬という公定料金で競争することになる。

介護保険制度では、厚生大臣の定める基準により算定した費用額の100分の90に相当する額を介護給付として事業者が法定代理受領できることになっている。これは、介護給付費が原則として償還払いであることを意味し、そのためにあらかじめ居宅サービス計画を策定し、支給限度額の範囲で、指定事業者の指定サービスが行われた場合に、事業者が法定代理受領できるという仕組みになっている。このため地域内競争を目的とした1割の利用者負担の軽減は、低所得利用負担制度に該当する以外では認められていない。たとえば、1万円のサービスの利用者負担1千円を無料にした場合は、事業者が法定代理受領できる額は0円である。つまり、地域内の価格競争は、原則として禁止されていると理解することができる。

それでも、価格競争を挑みたいと考える事業者には、介護給付費の割引が可能である。2000年3月1日付、老企第39号「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて」では、次のように規定している。重要なことなので、その要点を確認しておきたい。

まず、基本的考え方として「介護保険法においては、保険者は要介護認定又は要支援認定を受けた被保険者が介護サービス事業を行う事業者等から介護サービスを受けたときに、当該サービスに要した費用について介護給付費を支払うこととしており、厚生大臣が定める基準により算定した額が現に要した費用の額を超えるときは、当該現に要した費用の額についてその9割に相当する額を支払うこととされていること。こうしたことから、事業者等が厚生大臣が定める基準により算定した額より低い費用の額で介護サービスを提供することが可能であること。なお、介護保険サービスを提供する事業者は、運営基準において法定代理受領サービスに該当しないサービスの利用料と法定代理受領サービスに該当する介護保険サービスの



費用額との間に、不合理な差額を設けてはならないとされていること。特に訪問看護等の医療系サービスについては、全国統一単価である診療報酬との間で、一般的には価格差を設けることはないものと考えられること」とした上で、次の例が示してある。

- ・「厚生大臣が定める基準」で100単位の介護サービスを提供する際に、5%の割引を行う場合。(その他地域「1単位=10円」の場合)
- ・事業所毎、介護サービス種類毎に定める割引率(5%)を100単位から割り引いた95単位を基に、保険請求額及び利用者負担額が決定される。

保険請求額： $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円/単位} \times 0.9 = 855 \text{ 円}$

利用者負担額＝ $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円/単位} - 855 = 95 \text{ 円}$

なお、割引を行う場合には、都道府県に事前に届出を行い、当該届出を受けた都道府県は当該割引の設定状況について、WAMNETへの掲載等の手段により周知を図る必要があることになっている。また、その際の事務手続き、居宅介護支援事業者等への周知等に時間を要することが想定されることから、事業者による事業所毎の低い費用の設定については、事業者からの都道府県へ

の当該届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から適用するものとして運用することが適切であるとされている。なお、実際WAMNET上で割引率を示している事業者は存在するが、ごくわずかにすぎない。

つぎに、地域内競争の割引率と、いわゆる地域加算について考えてみたい。介護保険制度では、介護報酬単価を地域別に設定しているほか、離島など厚生大臣の定める地域に所在する訪問系の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援の事業所について100分の15に相当する特別地域加算を単位数に加算することになっている。前者については、各種サービスごとに10円から10.72円まで9区分がある。この考え方は、表2に示すように、国家公務員の調整手当に関わる級地区分である甲地(特別区12%、特甲地10%、甲地6%の3区分)、乙地(3%)を基本に、経営実態調査によってえられた各サービスの人件費比率を掛け合わせて算定してある。

施設サービスでは、各施設の総収益を100%とした場合、人件費相当額が40%前後とし、甲地の6%に40%を乗じて2.4%とする。注意を要するのは、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、痴呆対応型共同生活介護、特定入所者生活介護の人

表2 各種サービスの地域差算定基準

		級地区分 調整率	特別区 (12/100)	特甲地 (10/100)	甲地 (6/100)	乙地 (3/100)	その他
施設サービス(推定人件費比率40%)			4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
在宅	短期入所生活介護(40%)		4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
	短期入所療養介護(40%)						
	通所リハビリ(40%)		4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
	訪問看護(40%)		4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
	訪問リハビリ(40%)						
	訪問介護(60%) 訪問入浴介護(60%) 通所介護(60%)		7.2%	6.0%	3.6%	1.8%	0.0%
痴呆対応型共同生活介護(60%) 特定施設入所者生活介護(60%)		7.2%	6.0%	3.6%	1.8%	0.0%	

注) 1. 居宅療養管理指導、福祉用具貸与、居宅介護支援については地域差を設定しない。

2. 実際の介護報酬の額は単位数×地域別単価(10円～10.72円)によって算定される。

件費相当額は60%となっていることである。各施設や事業者の件費相当額は、一定ではなくあくまでも平均的な相当額という考え方である。なお、地域別の介護報酬単価の設定に関しては、国家公務員の調整手当に関わる級地区分を基本としつつ、東京都、大阪府、兵庫県の27市と5町が級地区分を上位に変更してある。これは、東京都、大阪府、兵庫県で隣接地域別に級地区分が細分化されている現状を変更したものである。たとえば大阪府摂津市は隣接の全ての市が特甲地であるのに、区分上は乙地である。摂津市の事業者が隣接の吹田市、寝屋川市の利用者にサービスを提供することもあれば、その逆のことも容易に予想された。このような状況では、吹田市、寝屋川市の利用者は、摂津市の事業者から7%低い額でサービスを受けられることになり、価格競争が巻き起こることになる。そこで、摂津市の級地区分を隣接市と同様に変更したものと考えられる。

実は、離島など厚生大臣の定める地域に所在する訪問系の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援の事業所について100分の15に相当する特別地域加算についても、同様の地域間隣接価格競争が巻き起こることは予想できるが、地域が限定的であり、対象人口が比較的少ないことから、制度全体の影響は少ないものと考えられる。しかし、訪問看護の特別地域加算については、若干の検討余地がある。医療保険の訪問看護・指導料では、「特別地域訪問看護加算」として、離島など厚生大臣の定める地域にある訪問看護ステーションで、訪問に片道1時間以上要する場合、50%の割増しが可能である。これは、介護報酬と診療報酬の整合性がとれていないという問題であるが、利用者の一部負担自体も、医療保険制度改革の廃案で整合性がとれていない現状にあって、全ての整合性を確保することはできなかつたと考えられることでもできるであろう。

本来、診療報酬は、全国一律の報酬設定が前提であり、措置費等については、生活保護法の級地区分を前提に地域差を勘案してきたという歴史がある。そして、介護保険制度では、どちらかを採用するのではなく、国家公務員の調整手当に関わ

る級地区分を基本としつつ、最低限の級地区分の変更を行ったと考えられるのである。

仮に、介護保険制度の地域加算の考え方を、改めて地域内価格競争の激化という観点で検討してみると、介護報酬の設定の課程で、価格競争自体が起きにくい仕組みが検討されたのではないかと理解することもできる。ただし、今後の介護保険制度の動向によっては、地域加算のあり方が再検討される余地があろう。

## VI むすびにかえて

冒頭に述べたように、介護報酬をどのように設定するかは、大きな課題であったが、広範な議論をふまえて、全体としては整合性を確保することに成功したと結論することができる。今後は、介護保険施設と事業者の経営状況を慎重に観察しながら介護報酬問題が議論されることになろう。また、この過程で各事業者間の競争のあり方が問われることにもなろう。介護保険制度はもっとも熾烈な価格競争自体を実質的に禁止しているが、サービスの質という観点では、競争が質を向上させる限りにおいては、大いに競争した方が国民の利益になるはずである。確かに、安易な価格競争が、質を低下させる事例はいとまがない。逆に公定料金や再販制度が、企業の利益を擁護し、価格崩壊が起きないシステムを提供し、その結果、サービスの向上自体も進まないという状況をここ数年間で消費者は身をもって体験した。課題は、いかなる価格競争をも禁止することの是非と、価格競争以外の競争の公平性をどのように確保するかということであろう。この両者は、見方を変えれば同様の問題であるかもしれない。前者は、質が確保向上される何らかの根拠があれば価格競争を認めてもよいということになるし、後者は、価格競争以外の競争の公平性が確保できるほど市場が成熟化すれば、価格競争を禁止する根拠を失うことになる。

少なくとも政策立案者の間では、このような議論が十分行われたはずであるが、それでも価格競争は容認されなかつた。その理由は、不明である

が、価格競争による質の向上と低下を秤に掛ければ、明らかに市場が未成熟で、質が低下することが懸念されたのであろう。仮に、このようなことであったとすれば、介護保険制度の最重要課題は、改めてサービスの質を確保する手法の開発と、具体的な価格競争以外の競争の公平性確保をいかに開発するかということになる。

#### 参考文献

- 山崎泰彦他(1999)『介護保険システムのマネジメント』, 医学書院。  
小山秀夫(1997)『高齢者ケアのマネジメント論』, 厚生科学研究所。  
介護保険給付管理研究会編(2000)『これならわかる給付管理』, 医学書院。  
『月間介護保険』各号, 法研。  
WAMNET <http://www.wam.go.jp>  
(こやま・ひでお 国立医療・病院管理研究所  
医療経済研究部長)