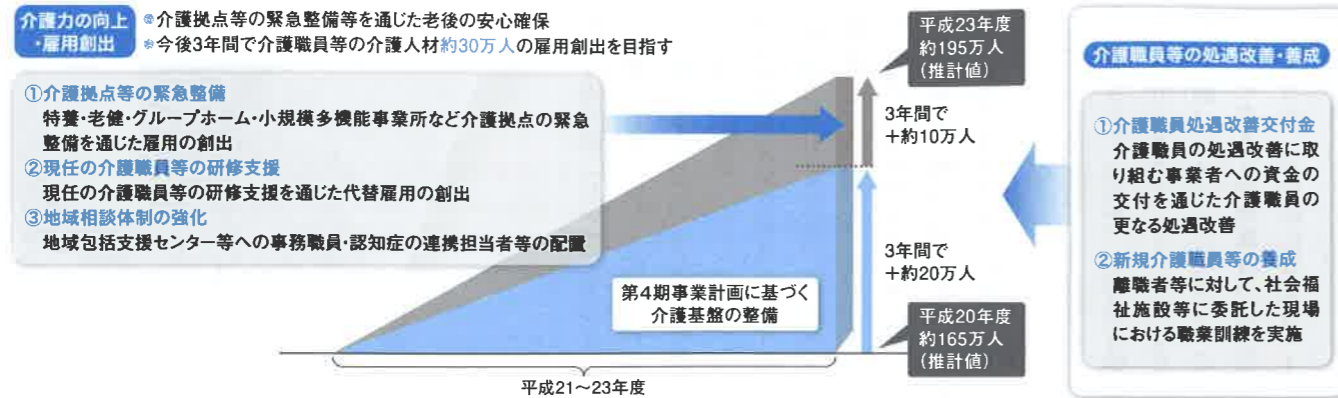


図表3 介護分野の経済危機対策と介護職員処遇改善交付金の創設



出典:「介護分野における経済危機対策について」(厚生労働省老健局・2009年4月13日)を改変

はじめに

2015年は、団塊の世代がすべて65歳以上になる年である。厚生労働省は、これまで本年を高齢化のメルクマールとして、さまざまな施策を施行してきた。その集大成ともいえるべきキーワードが「地域包括ケアシステム」である。地域包括ケアとは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療・介護のみならず福祉サービスも含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏)で適切に提供できるような地域での体制」(「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」地域包括ケア研究会・2013年3月)と定義される。

わが国がめざす「地域包括ケアシステム」

介護報酬改定にみる経営リスク

介護保険ビジネスは、価格決定権が国家にあり、サービス提供主体に規制がある「準市場」(擬似市場)といわれる特殊なマーケットである。制度変更リスクが経営にとっては最大のリスクといえる。このリスクは、投機的リスクであり、リスクテッキングによって、利益を生み出すこともあれば損失を生じさせることもある。

2015年の介護報酬改定はマイナス2・27%で決着をみた。厚生労働省の見解としては、これまでの最大下幅を回避した(できた)としている。また、報酬下げは9年ぶりとも報道されている。果たして、それが事実なのだろうか。

これまでの介護報酬改定率の推移は図表2の通りである。

経済危機対策としての介護職員処遇改善交付金

介護報酬がいかにか政治的・社会的なリスクを背負っているかを具体的に明らかにするため、介護職員の処遇改善にまつわる変遷を取り上げてみる。

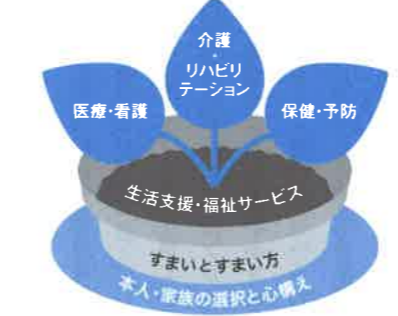
介護保険制度発足以降、2003年、2006年との二度の介護報酬改定(3年ごとに実施が原則)は、「制度

# 『地域包括ケア元年 顕在化する 介護経営のリスク』No.1

株式会社ウエルビー 代表取締役●青木正人



図表1 地域包括ケアの概念



出典:「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」地域包括ケア研究会・2014年3月

「はじめに」

2015年は、団塊の世代がすべて65歳以上になる年である。厚生労働省は、これまで本年を高齢化のメルクマールとして、さまざまな施策を施行してきた。その集大成ともいえるべきキーワードが「地域包括ケアシステム」である。地域包括ケアとは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療・介護のみならず福祉サービスも含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏)で適切に提供できるような地域での体制」(「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」地域包括ケア研究会・2013年3月)と定義される。

わが国がめざす「地域包括ケアシステム」

「住まいと住まい方」を地域生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」である。「生活・生活支援・福祉サービス」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても力を発揮できず枯れてしまう。つまり地域包括ケアシ

テム」は、国際的なヘルスケア政策の流れからとらえると、「integrated care」と「community-based care」という二つのコンセプトを統合させようという試みである。

「integrated care」(統合ケア)とは、医療パフォーマンスを効率化させる目的で、医療と介護の連携・統合をすすめるヘルスケアシステムである。他方、「community-based care」(地域を基盤としたケア)は、「コミュニティという地理的な概念をベースとして、さまざまなサービス提供主体が包括された仕組みといえる。

図表1にあるように、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」の5つの構成要素は、バラバラに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えることが求められる。

「住まいと住まい方」を地域生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」である。「生活・生活支援・福祉サービス」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても力を発揮できず枯れてしまう。つまり地域包括ケアシ

図表2 介護報酬改定率の推移

時期	改定率	ポイント
2003年4月	▲2.3%	施設引き下げ、在宅上乗せ
2005年10月	▲1.9%	▲2.4%
2006年4月	▲0.5%	
2009年4月	+3.0%	介護予防推進
2012年4月	+1.2% (介護職員処遇改善加算分 +2% 基本報酬▲0.8%)	介護職員処遇改善加算の創設
2014年4月	+0.63%	消費増税対応
2015年4月	▲2.27% (介護職員処遇改善加算+1.65%)	基本報酬切り下げ 中重度要介護者に重点化 介護職員処遇改善加算充実

システムにおいては、5つの要素は並列関係ではない。「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があるということだ。

本稿は、地域包括ケアを実現するという国家的な政策目標が、介護事業のパラダイムを根本的に転換させるという機序を明らかにするものである。

この交付金は、次期介護報酬改定までの「時限的な政策」として打ち出されたため、3年経つたらなくなるのか、継続されるのか、あるいは介護報酬として包括化されるのかは明らかではなかった。

交付金から加算への移行

3年後の介護報酬改定で打ち出されたのは、加算(どの事業所にも支払われる基本報酬ではなく、定められた要件を満たした場合に、上乗せされる報酬)への移行という施策であった。

「介護職員の処遇改善に関する見直し」として、「介護職員の根本的な処遇改善を実現するためには、補正予算のような一時的な財政措置によるのではなく、事業者の自主的な努力を前提とした上で、事業者にとって安定的・継続的な事業収入が見込まれる、介護報酬において対応することが望ましい。

介護職員の処遇を含む労働条件については、本来、労使間において自律的に決定されるべきものである。他方、介護人材の安定的確保及び資質の向上を図るためには、給与水準の向上を含めた処遇改善が確実かつ継続的に講じられることが必要である。そのため、当



果たされなかった約束

今年度から適用される介護報酬において、この介護職員処遇改善交付金相当分の介護報酬への移行は、果たされることがなかった。

2015年度の介護報酬改定の議論には、財務省の意向が大きく反映されている。財務省は2014年10月、2015年度の介護報酬改定について、6%以上のマイナス改定にする考えを財政制度等審議会財政制度分科会で示したのである。厚生労働省の「平成26年度介護事業経営実態調査」の介護サービスの平均収支差率(プラス8%前後)を根拠に、これを中小企業の平均的な水準(プラス2〜3%程度)に合わせよ、というのがその主張であった。

この主張には、かなりの無理があることは否めない。

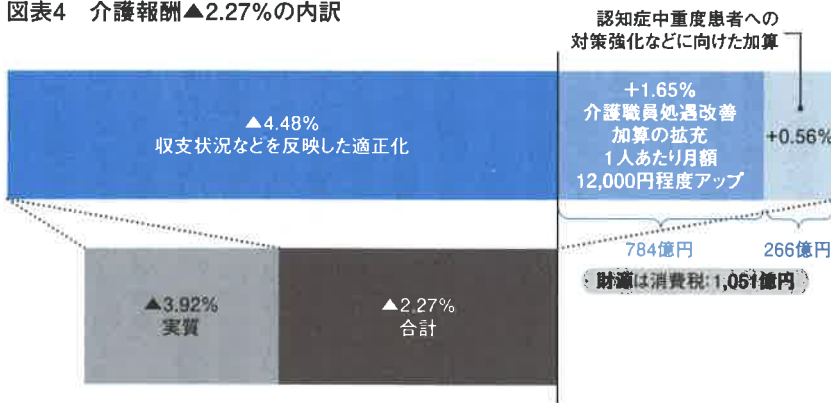
面、介護報酬において、事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するために必要な対応を講ずることはやむを得ない。これは、介護職員処遇改善交付金相当分の介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取扱いとして設けるものである(「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」社会保障審議会介護給付費分科会・2011年12月7日)とされた。

この年の改定は、1.2%のプラス改定とされているが、介護職員処遇改善加算分で2%アップされているため、基本報酬はマイナス0.8%。この加算は、そのまま介護職員の賃金に充当されるため、経営的には実質マイナス改定といえる結果となった。

厚生労働省の調査は、「サービス毎」の収支差率を示しており、財務省が根拠としている調査(中小企業実態基本調査)は「法人単位」の数値である。実際の事業は、介護事業者であっても、法人単位で実施され、法人としての収支や経営の状況は必ずしもサービス毎の収支差率等とは一致しない。さらに、根本的に、条件の全く異なった調査を単純に比較するなど、統計学上からも

大いに疑問がある。実際は、マイナス6%ではなく、マイナス2.27%で決着したが、この財政制度等審議会財政制度分科会の提案の影響は少なくない。さらに、この2.27%という数値も、介護事業者にとっては承服しかねるものである。政府関係者は、「2003年度の2.3%下げを上回る過去最大の下げには踏み込まなかった」としているが、事業者はそうとらえてはいない。

図表4 介護報酬▲2.27%の内訳



【参考文献】

- ◎青木正人「財政出動の波に乗り遅れるな!経済危機対策は産業としてインフラとしての介護事業発展の契機」『介護経営白書2009年度版』日本医療企画
- ◎青木正人「政権交代による介護政策10年の推移と成果—来る10年を見据えて」『介護経営白書2010年度版』日本医療企画
- ◎筒井孝子「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方—自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた—」『季刊社会保障研究』第47巻第4号国立社会保障・人口問題研究所・2012年3月
- ◎青木正人「『進化』する地域包括ケアの真実—過去と現在そしてこれから」『シルバー新報』環境新聞社・2013年5月24日号-6月28日号
- ◎青木正人「今月のウォッチ“分科会で了承された『運営基準』『審議報告』に託された意図をどう読むか”」『月刊老協協』公益社団法人全国老人福祉施設協議会・2015年2月号

平均8%という介護事業の収支状況を反映した「適正化」、つまり「引き下げ」分がマイナス4.48%に、認知症高齢者や中重度者への対策強化などに向けた加算でプラス0.56%、介護職員1人当たり月額1万2,000円程度をアップするという介護職員処遇改善加算の拡充でプラス1.65%という計算である。

しかし、前述したように、この介護職員処遇改善加算は、収入とは言い難い。実質は3.92%のマイナスという、史上最大の下げ幅の改定というのが真実である(図表4参照)。

介護事業経営がこのような、厳しい状況に置かれている原因と今後の見通し、そしてこのような経営リスクにどう対処すべきかは、次号に譲ることとする。