

原 著

介護・障害福祉サービスの給付形態に関する一考察 — 支援に対する抑制因子の検証と今後の展望 —

A Study on the form of care services and welfare services of persons with disabilities

— The verification of an inhibitory factor and the future view to support —

谷口 泰司

要約：給付形態を取り巻く今日的な課題としては、(1) 規制緩和と準市場化によるサービス提供主体の運営の硬直化、提供主体の人件費抑制策による質的低下、(2) 社会的交換の場に市場原理を導入したことによる介護・支援に関する連続的な領域の分断、報酬構造の抑制的因子による継続支援の困難性、(3) 個人給付化による実態なき給付と利用者負担問題、質的加算の有名無実化などが挙げられる。加えて財政状況からの価格抑制の影響もあり、利用契約制度を支える鼎の一つである提供主体の疲弊は急速に顕在化している。

制度の持続性・信頼性を回復するとともに、利用者の尊厳を維持するためにも、給付形態の見直しは急務であり、(1) 個人給付のみに依存した現行形態から、量的側面（個人給付）と質的側面（事業補助）の併用方式への転換、(2) 過度の状態比例報酬の見直しが行われるべきである。

Key Words：介護サービス、障害福祉サービス、個別給付、介護報酬、加算

1. 問題の視角と課題

わが国の社会福祉制度は2000年度を境に、措置制度から利用契約制度へと大きく舵を切りつつある。介護保険制度、支援費制度から障害者自立支援制度、児童福祉法の改正による障害児支援施設利用などであるが、利用契約制度における給付形態の共通点として、利用者への「個別給付（現金給付）」が挙げられる。これは、個々の制度におけるサービスを利用した場合に、その利用者に対しサービス費用が給付されるものである。⁽¹⁾

この原則に異論を唱えるものではない。それまでの措置制度における費用支弁なり、措置制度下において受給者が占めてきた位置を考えるならば、利用者を前面に出したこれらの給付形態は総論としては時代の要請に応えたものであると評価できる。

しかしながら、一般の売買契約をはじめとした自由市場とは異なり、これら社会福祉制度における準公共市場

のシステムにおいては、提供側の自由裁量の幅が極めて少ないことも事実である。この提供側に対して制度の運営主体（行政）が相当に関与し、提供側が強く規制を受ける仕組みにおいては、運営の安定性にかかる配慮を同時に行わない限り、提供側の疲弊によって給付システム全体が危機に瀕することも起こりえる。

残念ながら、財政サイドの要請に押される状況のなか、柔軟性を欠いたまま大原則を維持し続けてきた給付形態が、昨今の提供側の疲弊・混乱によりその限界を露呈しつつある。本論では、これらの要因について具体例を用いつつ検証を行うとともに、今後の給付形態にかかるいくつかの提言を試みることにする。

2. 介護・障害福祉サービスの給付形態の課題

介護保険制度・障害者自立支援制度については、その仕組みの多くを医療保険制度から引用していることは周知のとおりであるが、個人給付化を大前提に推し進められたことにより、様々な課題が顕在化してきている。加えて、昨今の報酬切り下げという政策上の課題があり、

それらが相まって受給者・提供者双方を困惑させているように見受けられる。

さらには、第二種社会福祉事業に属するサービスの提供主体にかかる位置付けは、1990年代に遡る事ができるが、民間参入が一举に進んだのは、利用選択制度への移行時であった。医療サービスについては、依然として参入が事実上困難であり、また、医療に携わる者の資格についても厳格なものがあるのに対し、第二種社会福祉事業については、事実上何らの規制も存在しないと云ってよい。この給付形態と規制緩和という、一見すると関連性が認めがたい両者は、実は利用者・提供者双方に無視しがたい影響を与えている。本節では、上記のうち、まず後者に言及した後、本論の中心となる給付形態の課題を考察することとする。

(1) 規制緩和とサービスの準市場化

1970年代末から徐々に進み、介護保険制度創設前後にかけて一挙に加速した「規制緩和」「民間事業者の参入促進」は、現時点では第二種社会福祉事業（及び訪問看護）に限定されたものであり、医療系サービスは「医療機関」であること、第一種社会福祉事業は原則として国・地方公共団体及び社会福祉法人に限定されている。ところで、介護保険制度の抱える諸課題のうち、給付形態に関するものは、この第二種社会福祉事業のあり方とその結果としての民間参入に最も象徴されたものとなっている。以下に、訪問介護サービスにおける法人種別ごとの構成比率を見ることとする。（表1）

表1に見るように、訪問介護分野は民間参入の状況を端的に表している。事業者数全体として、2000-2005年で2倍以上に伸びた事業者数であるが、社会福祉法人（1.29倍）・医療法人（1.55倍）等に対し、NPO法人（5.32倍）・営利法人（3.73倍）の伸びには著しいものがある。一方では、地方公共団体はその数を1/5にまで減じている。これは、サービスの空白を生じさせてはならないとして、公的機関が実施してきた状況が、民間参入

によりその意義を失ったことによるものと考えられる。

結果として、2000年10月時点で60%を超えていた地方公共団体・社会福祉法人・医療法人の構成比率は、2005年10月には34%にまで減少し、営利法人の比率だけでも54%と過半数を占めるに至っている。

介護保険制度は、介護の社会化を掲げて導入されたものであり、その合目的性としては少なくとも2005年の法改正までは一定の評価がなされるものであろう。しかしながら、新保守主義経済学に基づくメカニズム、特に市場化・商品化を試み、競争原理を導入することによって、サービスの質の向上と効率的な運用を図ろうとしたことは、コムソンの例を見るまでもなく、多くの課題を露呈することとなった。

端的に言えば、新保守主義経済学が提唱する市場化の失敗は、介護という機能について、貨幣換算が困難な領域を無視あるいは強制的に換算を強行したことにある。近代産業化社会以前において、家族・親族や地域社会内部の非貨幣的な「社会的交換」という性質を持った機能に公的に介入する意図なり必要性を持って形成されるべきメカニズムを、経済学的に市場化し、商品化することには無理があったと云ってよい。

本来的に、この市場化・商品化は社会保障制度の枠内においては不完全なものとならざるを得ない。社会保障制度は社会的弱者の救済なり公平性の観点を無視することは不可能であり、純粹に市場化することで資力の有無により救済の有無が左右されることがあってはならない。介護保険制度に見るならば、需要と供給の市場価格による調整のみに委ねるのではなく、社会保険という市場とは異質なものを介在させることで、介護に対して社会が直面している課題とその要求する機能的必要性を充足させようとするものであった。

結果として、市場とは異質なものを介在させたことにより、市場でもなく、社会的交換の場でもない、「準市場」が構成されることとなったが、公定価格と指定基準により規制された準市場は、結果的には市場化のもつ特

表1 開設主体別事業者数の推移

調査時点	総数	開設主体別事業所数						
		地方公共団体	社会福祉法人	医療法人	NPO法人	協同組合	営利法人	その他
2000年10月1日	9,833	652	4,250	1,023	208	452	2,975	273
	(構成比率)		60.3%			39.7%		
2005年10月1日	20,618	141	5,467	1,588	1,107	748	11,105	462
	(構成比率)		34.9%			65.1%		

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2000年・2005年)より抜粋

性を活かしきるには至っていない。加えて価格抑制はサービスの質の低下という、当初とは逆の結果を導き出している。この準市場の特性については以下のように整理することができる。

第一に、価格については、若干の例外を除き全て公定価格であり、事業主がこれを上回った価格を設定することはできない。また、これは本体価格だけでなく、オプション（加算）についても同様に価格が決められている。この公定価格を下回することは許されているが、実際にこの割引を行って価格を下げて提供している例は訪問介護事業者全体でも6.5%にとどまるなど、有名無実のものとなっている。（表2）

第二に、サービス内容についても一定の制約がある。訪問介護では、身体介護サービスとして認められる業務内容や生活援助サービスとして認められる業務内容が細かく規定されている。⁽²⁾

第三に、指定基準の課題があげられる。もとより、介護事業以外についても法令順守の義務は当然にある。例えば、外食産業にあつては、食品衛生管理法、食品衛生検査標準などの衛生関連規定のほか、消防法関連の規定についても遵守する必要があることは言うまでもない。

しかしながら、介護事業に関する諸規定の特徴は、それが価格設定にまで及ぶほか、提供内容や人員等についても相当に立ち入ったものとなっている。消費者の全額

負担を原則とする自由市場と、価格の大半（介護保険では原則9割）が公的な財源により賄われる準公共市場との違いとも言えるところである。

これまでは第二種社会福祉事業について、訪問介護を象徴的に取り上げて検証してきたわけであるが、規制緩和という一方の特性を持っていない第一種社会福祉事業についてもふれておくべきであろう。第一種社会福祉事業では、依然として参入規制があるために、訪問介護のような提供主体の多様化は起こらなかったが、報酬設定の面では同じく市場化の影響を受けている。介護報酬改定時に行われる経営実態調査に基づき単価が改定されるという仕組みは、本来が商品化・価格化されにくい質的側面を軽視したものとなりがちであり、純粋に経済学的側面により行われがちとなる。また、この仕組みで決定された報酬内での運営を余儀なくされる施設では、施設の存続のために質的側面を意識無意識を問わず切り捨てていく、その結果として生じた剰余金は、次の改定時に再び報酬抑制の根拠となる、といった悪循環に陥っていると言えるのではないだろうか。

その証左として、全国老人福祉施設協議会が行った経営実態調査を見る事としたい（表3）。

表3のうち、事業活動収入対経常収支差額比率を見ると、2003年に改定された報酬の影響により、2005年度比率は2002年度に比べ61.2%にまで低下していることがわ

表2 割引実施事業者の状況（訪問介護）

調査時点	総数	開設主体別事業所数						
		地方公共団体	社会福祉法人	医療法人	NPO法人	協同組合	営利法人	その他
総数	20,618	141	5,467	1,588	1,107	748	11,105	462
割引実施事業者	1,332	13	457	98	76	43	611	34
比率	6.5%	9.2%	8.4%	6.2%	6.9%	5.7%	5.5%	7.4%

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2005年）より抜粋

表3 施設経営指標の推移

事業活動収入対経常収支差額比率（補助金を除く）

	計	施設定員規模別				
		30人以下	31-50人	51-80人	81-100人	101人以上
2002年度 (n=1,872)	11.6	9.7	10.5	11.2	12.7	13.4
2005年度 (n=2,122)	7.1	5.6	6.3	7.0	8.5	9.0
増減	61.2	57.7	60.0	62.5	66.9	67.2

人件費比率

	計	施設定員規模別				
		30人以下	31-50人	51-80人	81-100人	101人以上
2002年度 (n=1,872)	57.3	59.2	57.7	56.9	57.5	57.0
2005年度 (n=2,122)	60.5	61.4	61.2	60.3	59.7	59.7
増減	105.6	103.7	106.1	106.0	103.8	104.7

非常勤職員割合

	計	施設定員規模別				
		30人以下	31-50人	51-80人	81-100人	101人以上
2002年度 (n=1,927)	16.3	20.3	16.8	16.0	16.0	16.1
2005年度 (n=2,122)	21.9	25.3	22.2	21.9	20.1	21.8
増減	134.4	124.6	132.1	136.9	125.6	135.4

社団法人全国老人福祉施設協議会「施設経営実態調査」（2002年・2005年）より抜粋

かる。特に小規模となるほど、その影響が大きく、101人以上の大規模施設と30人以下の小規模施設とでは10ポイント近くもの開きが生じている。

人件費比率は、全体としては6割(60.5%)を超えているが、対2002年度比では5.6%の増加にとどまっている。その主たる要因が非常勤職員割合に顕著に出たものとなっている。僅か3カ年の間に、非常勤職員の割合は約34%増加し、施設規模に関わらず20%を超えるに至った。これに施設入所者の重度化を重ね合わせると、施設での専門性・サービスの質の維持にとって、極めて深刻な状況に直面していることがわかる。

しかしながら、このような質的側面の主張は近年になるまで重要視されたとは言いがたく、2006-2008年度報酬においても、施設の運営危機の回避として採られた非常勤職員化による人件費抑制等による剰余金の存在が報酬低下の根拠とされることとなった。

(2) 報酬構造に由来する課題

医療における療養の給付の大半は個別評価であり、出来高払いを原則としている。また、被保険者資格以外に療養の給付を受けるにあたり統一的な事前審査等がない。これはごく当然のことであり、疾病の範囲は極めて広範囲にわたること及び個々の疾病に対する治療や投薬も広範囲に渡ることによる。また、療養の給付は基本的に治癒を目的としたものであるため、長期間にわたる事は一般的な形態ではなく、このために長期入院等の場合には診療報酬が逡減するなどのインセンティブが設けられている場合もある。

これに対して、介護サービスの場合は介護療養施設サービスにおける出来高部分を除き基本的に包括評価であり、また、要介護認定という事前のスクリーニングが絶対要件となっている。一方で、2000-2003年度介護報酬においては、それまで老人保健施設や療養病床において設定されていた報酬の逡減制は撤廃された。1999年度第四半期に示された介護報酬の仮単価及び同年度末の厚生大臣告示(本単価)の際の基本的考え方を見ても、“包括評価”を基本とする旨の表現が随所に見られるなど、相当に診療報酬との違いを意識したものとなっていること、医療における治癒と異なり、要介護状態が長期化することを前提とした体系であったことが伺える。⁽³⁾

しかしながら、介護サービスにおいては療養の給付では極めて少数派の報酬構造であった療養病床の考え方を訪問系サービス以外のほぼ全サービスにおいて導入し

た。これが状態別単価、つまり利用者の要介護度に応じて報酬が決まるという仕組みであった。

例えば、介護老人福祉施設の報酬構造は、共通経費として等しく按分される費用(施設維持管理経費等)と、個々の要介護度に応じて増減する費用により構成される。要介護度に応じて介護職員等の支援時間が異なることが、状態比例分の根拠とされたわけである。

ところで、状態別単価への移行や個別給付化は介護保険制度と同時に行われたものであるが、実はそれよりも大きな視点の転換が措置制度末期に行われている。それが“人件費補助方式”から“事業費補助方式”への転換であり、個別給付化への助走として導入されたものであったといえる。訪問介護措置費を例にとると、1998年度単価において、それまでの人件費補助方式から事業費補助方式へとその算定方法が変更されたが、その構造の違いを見ると、人件費補助方式とは、いわば“提供者側”を軸とした評価である。そこには利用者がどのような生活環境にあるか、心身状況はどうかといったことや、提供内容はどうかといった要素ではなく、提供者側において抱える人員に着目して算定がなされるものとなっていた。これに対し、事業費補助方式では、個別給付には至らないものの、従来の提供者側の体制評価ではなく、“提供内容”に着目した評価へと大きく転換が行われている。制度理念を抜きにすれば、個別給付と当時の事業費補助方式の違いは、その費用が全額個人に支払われる(個別給付)か、提供者側に支払われる(事業費補助)かの違いに過ぎなくなった。

さらに、訪問介護については、訪問介護として提供可能な業務範囲を省令で限定することとなり、施設報酬については、支援時間に応じた状態別比例報酬となったが、訪問介護の省令を見てもわかるように、そこにはもはや質的な関わりを評価するという視点は大きく後退し、表面上の具体的かつ技術的側面のみが算定の対象となっていることがわかる。

このことが、措置から契約への転換という以上に、従来の利用者と提供者の関係を大きく変えるものであったと言ってよい。家族や地域社会が相互行為を繰り返す、また、精神的なつながりを含めて持続的な社会関係を形成し、そこでの相互行為の一つとして、介護という行為が社会的交換として行われていた。この家族や地域社会に国家的介入という機能的必要が生じたことで制度化された従来の福祉システムも、人件費補助方式により、提供者と利用者の需給バランスという市場原理に立脚する

のではなく、提供者側を社会的交換の一方の当事者として包括的に評価するものであった。

このような関係性にのみ存在しうる包括的な介護に對し、持続的な社会関係を持たず、基本的に構成員の内と外を区別する境界というものを概念として持たず、加えて貨幣をメディアとする純粹の経済的交換を基本とする市場が相容れないものであったことは明白であろう。また、あえてこれを導入しようとするならば、提供者側の個としての状況を需給バランスに乗せることでその原理を外部から牽制される位置へと変更し、経済的交換として認知される行為のみを評価する（代償としてそれ以外の部分を切り捨てる）ことによってしか、達成しえないものであった。

さらには、状態別単価の構造が、例え貨幣的交換に限定されたものであったにせよ、その内部で行われる努力というものを抑制するという課題を浮き彫りにしている。

医療サービスにおいては、長期療養の場合を除き、基本的には治癒を目的としており、本来的に医療サービスが長期間継続することを想定していない。最終的には医療サービスを必要としなくなるように、短期間、集中的にサービスが投入されることが前提であり、次には対象者が入れ替わるといった、有期限、循環型、通過型の構造を基本としたものである。これに対し、年齢を無視しえない高齢者介護や症状固定を要件とする身体障害者介助は、基本的に長期間を前提としている。また、発達支援を主とした知的障害者支援も同様である。

また、入所施設である以上は、施設支援により仮に要介護度や障害程度区分が下がったとしても、退所しない限りは継続した支援が必要であり、そのための人件費は必要である。またこの支援も、仮に要介護度と比例したものであったとしても、それは介護に係る支援時間が軽減するかわりに、介護以外の支援時間の増加を意味しているため、支援の総量としてはほぼ変化はない。加えて、要介護度そのものの精度に問題があるとともに、これまでのタイムスタディからも、要介護3以上と要介護2以下では介護時間に一定の差が認められるものの、要介護3と要介護5の報酬で設定された差を立証する何らのデータも存在しない。つまり、要介護5から要介護3に区分が変化したとしても、単に報酬が減るのみで、介護時間は減らないこととなる。

表4は要介護度の変化が施設報酬に及ぼす影響を見たものである。要介護度が1度動くとも年間では概ね25万円

程度の影響があることがわかる。仮に施設職員の努力により、50人定員の施設で10人（2割）の要介護度が1度軽くなると、施設報酬は年間で250万円程度の減少となってしまう。

これほど、施設の支援にかかる努力を抑制する要因があるだろうか。施設サービス計画に基づき、施設の職員が各々の職分に応じて専門的なケアを献身的に行えば行うほど、施設運営に不可欠な収入が下がり、昨日まで常勤であった職員が非常勤となる、場合によっては職員数自体が削減されるという現象を生み出すのである。

この施設努力を評価する方法はないわけではない。いわゆる“成功報酬”の導入である。しかしながら、平成17年度以前にあっては、厚生労働省は介護保険制度において成功報酬的な要素を導入することには一貫して慎重であった。⁽⁴⁾

表4 要介護度変更と年間差額（円/年・人）

		更新時認定				
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
当初認定	要介護5	-1,029,300	-770,150	-514,650	-255,500	0
	要介護4	-773,800	-514,650	-259,150	0	255,500
	要介護3	-514,650	-255,500	0	259,150	514,650
	要介護2	-259,150	0	255,500	514,650	770,150
	要介護1	0	259,150	514,650	773,800	1,029,300

※ 本体給付のみの比較である。

これが導入されたのは、ようやく平成18年度の報酬改定以降であるが、要介護度に着目した成功報酬は介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおける「事業所評価加算」とどまり、施設サービスにあっては在宅に復帰したかどうかを問う「在宅復帰支援機能加算」のみであった。老人保健施設であればともかく、心身状況だけでなく家族等の環境により入所を余儀なくされる場合が多い特別養護老人ホームでは、要介護度が軽くなることで在宅復帰が可能となるわけではない。

では、重度化に対応して職員を加配した場合ではどうか。残念ながら職員加配については、介護保険施設においては特定要件の場合のみに限定され、基本的には入所者3人に対し1名の介護・看護職員比で固定であり、障害福祉サービスにおいては、生活介護及び施設入所支援の場合にのみ可変で、それ以外は固定である。また、生活介護及び施設入所支援についても、平均障害程度区分が最も高い場合に1.7:1までの配置を上限として設けられているが、旧身体障害者療護施設で医療的ケアが必要な者の比率が増す、旧知的障害者更生施設で行動上の問題に対応し1対1での支援が必要な者の比率が

増すといった場合が、特段考慮されているわけではない。

(3) 個人給付としての報酬上の課題

また、現行の介護サービス及び障害福祉サービスには、個人給付という点からは明らかに問題となる給付が存在する。介護保険サービスにあつては前述の成功報酬であり、障害福祉サービスにあつては平均障害程度区分別報酬であり、標準利用期間超過減算である。

介護保険サービスにおける事業所評価加算と在宅復帰支援機能加算は、その趣旨としては評価できる。要介護度の軽減や施設からの退所で生じる収入減を一定期間補填する効果を有するものでもある。しかしながら、これらがいずれも個人給付として位置付けられたことには疑問がある。事業所評価加算は要介護度が軽減したにも関わらず、これらの者に対しても当該加算が課され、在宅復帰支援機能加算については、退所した者ではなく依然として施設に入所している者に課される仕組みのため、これらの者にとっては、“実態のない給付”が行われる。また、現行の仕組みではこれに付随して“実態のない利用者負担”が生じることとなる。

障害福祉サービスの平均障害程度区分による単価設定は、施設入所者の平均障害程度により単価が変動するものである。介護保険サービスの要介護度別報酬は、「自身がどの区分に属するか」によって決まり、いずれの施設を利用するかは問われない。しかしながら、障害福祉サービスの平均障害程度区分別報酬では、「どの施設を利用するか」で単価が異なることとなる。施設によっては、利用者負担を含め自身の障害程度とは異なる給付及び負担となる。一方の標準利用期間超過減算は、訓練等給付のうち有期限制限のサービス（自立訓練・就労移行支援）に設定されているものであるが、標準利用期間を超えて利用する者が一定割合以上存する施設は、当該超過利用者だけでなく全利用者に対し、一律その単価が減じられることとなる。利用者負担としては軽減となるが、施設収入に与える影響は深刻なものがあるし、何よりも期間超過していない利用者に対しても減算が行われること自体が実態を伴うものではない。⁽⁵⁾

また、個人給付にかかる現実的な課題として、訪問介護サービスにおける「特定事業所加算」を指摘しておきたい。当該加算はいわゆる事業者の取り組みについて評価を行うものであり、I型は一般事業者の20%増、II型及びIII型は10%増の加算がなされることとなる(表5)。

表5 特定事業所加算の区分及び要件

区分	体制要件	人材要件	重度対応要件
I型	○	○	○
II型	○	○	×
III型	○	×	○

体制要件：①事業所の訪問介護員等(登録を含む)個々の研修計画を策定し、研修を実施又は実施を予定していること、②利用者情報・提供時の留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導のための会議が定期的に開催されていること、③全ての訪問介護員等に対し健康診断等を定期的に実施していること

人材要件：①訪問介護員等の30%以上が介護福祉士であること、②訪問介護員等に3級課程の者がいないこと、③サービス提供責任者の全てが5年以上の実務経験を有する介護福祉士であること

重度対応要件：①加算届出日が属する月の前3月における利用者総数の20%以上が要介護4又は要介護5であること(介護予防訪問介護の指定を受けている場合には要支援者を含む総数)

上記の加算を算定することは、極めて困難なことではない。II型については、これを上回る人材要件を備えた事業所は一定数存在し、また、III型についても、医療系事業所や医療機関と密な連携にあることで、重度者の割合が相当に高い事業所も存在する。

しかしながら、実際にこれらの要件を備えた事業所が加算を算定することは極めて困難な状況にあるとあってよい。ちなみに、兵庫県A市では市内に120の訪問介護事業所が存在するが、特定事業所加算を算定しているのは1事業所のみであり、1%にも満たない(0.83%)。なお、この1事業所とは社会福祉協議会である。A市の複数の事業所にヒアリングを行った結果から現状を述べるが、実際にA市社会福祉協議会と同等あるいはそれ以上に質の高い事業所はいくつも存在しており、また、重度者の割合の高い事業所も同様に存在している。

なぜ、これらの事業所が加算を算定せず、社会福祉協議会のみが算定しているかであるが、答えは簡単で、加算を算定すれば、報酬が高くなるが、同時に「利用者負担が高くなる」こと、さらには「居宅支給限度基準額の中で利用可能なサービス量が減少する」ことによる。利用者特に新規利用者にあつては、未だに社会福祉協議会神話が生きているため、社会福祉協議会はこれらの加算を算定しても一定の利用者確保が見込まれるが、同様の算定を他の事業所が行うことは利用者離れを招きかねないこと、また、介護保険制度においては、加算算定に伴う単価上昇が、居宅支給限度基準額内で利用可能なサービス量の減少を引き起こすことを懸念して、例え優れた事業所であっても加算算定を見送っているのが実情と

なっている。

つまり、当該加算算定が従事者の報酬を上げ、事業経営を安定させるものであっても、個人給付に連動する限り算定「できない」という状況にある。利用者が直接目で見える加算（例：入浴加算等）と違い、質的担保のための加算までも個人給付の仕組みに繰り入れることが、いかに現実的でないかを実証するものであろう。

以上の点からも、現在の介護保険サービス及び障害福祉サービスを取り巻く課題は、その内外にあることがわかる。規制緩和や準市場化により、公定価格と指定基準等との狭間で硬直化する一方の事業運営に加え、提供者側の状況以外の諸要素特に需給調整により抑制的に設定されがちな公定価格及び当該価格の設定の際に分断される介護・支援の質的低下、状態比例報酬により抑制されがちな施設支援の密度、個人給付とは相容れない実態のない給付の存在など、懸念すべき課題は多い。

3. 今後の給付形態にかかる提言

以上の課題については全く解決が困難なものばかりではなく、以下にいくつかの提言を試みることにしたい。これらは、現行法の枠組みを大幅に変えることなく実現が可能なものである。

(1) 個人給付と事業補助の併用

先に見た事業所評価や平均障害程度区分別報酬の課題は、いずれも利用者の実態にそぐわないか、実態そのものがない個別給付という点にある。これらはいずれも施設全体の取り組みに対して設定されたものである。これらの加算・減算については、個別給付の体系から切り離し、事業費として施設に支給することが望ましい。

このことを可能とするものが、介護保険法における「地域支援事業」であり、障害者自立支援法における「地域生活支援事業」である。これらはいずれも個別給付を前提にするものではなく、事業に対して支出が行われる。

個々の利用者に直接関係があるものについては個別給付とし、利用者に直接関係するものではないがサービスの安定的な提供に不可欠なものについては事業費として支出することで、給付と負担の整合性を維持するとともに、個別給付ではなくなることで利用者負担の問題を回避しつつ、施設の体制を評価することが可能となる。

前章で掲げた加算等はいずれも事業費方式へと移行さ

せることが望ましいものであり、これらの他に、重度化により施設の稼働率が低下した場合の補填のための支出を新たに創設することで、施設の地域拠点機能の維持に資するとともに、施設の安定的な運営を可能ならしめるものとする。

さらに言えば、筆者が特に強く望むものとして、措置制度下において設けられていた“民間施設給与等改善費（通称「民改費」）”の復活がある。この民改費の意義については、再考される必要があろう。

介護保険サービスや障害福祉サービスについては、措置制度からの移行時に民改費についても廃止されることとなったが、本来この民改費とは、福祉サービスの需要の増大に対し、公立以外の民間法人の活用が期待され始めた1970年代以降、公立施設と民間施設の給与格差を是正することで、民間施設から公立施設または他の業種への人材流出を防ぐとともに、入所者処遇の質の低下を回避しようとする意図を持ったものであった。

もちろん、民改費について全く課題がないわけではない。この制度は公務員の給料表に基づく補助であるため、各法人の給与体系の裁量性・自主性を損ねるものであるとともに、当該公務員の給与が勤続年数に着目するものであるため、個々の専門性・資格を含めた能力について評価することが少ないことなどが挙げられる。また、何よりも個人給付へと移行することで、これらを報酬として位置付けることに合理的な理由が見出しがなくなったことが廃止につながった背景である。

以上に見るように、民改費については、個々の利用者に関係する性格のものではないが、サービス提供主体である施設にとっては非常に重要な意義を持つものであることがわかる。また、三位一体改革以降の給付費抑制による弊害（人材流出等）により、これを能力主義によって代替する水準を下回っている現状にあっては、先に見た課題を指摘し続けることは困難ではないだろうか。となれば、かつて公立施設と民間施設との給与格差是正や人材流出防止策としての民改費の解釈を拡大し、福祉分野からの人材流出の抑制と安定雇用による質の向上を図るための民改費として再構築した後、これを事業費として、個別給付とは別に評価していくことが必要であると考えられる。

(2) 状態比例報酬の見直し

現行の要介護度別報酬、平均障害程度区分別報酬のうち、少なくとも後者については廃止又は個人の障害程度

区分別報酬へと改める必要がある。⁽⁶⁾

その上で、現行の状態比例報酬については、区分を統合し緩やかな傾斜とするか、環境上の理由による入所を評価する仕組みを導入することが必要である。

まず、区分統合及び報酬傾斜の緩和であるが、要介護度別の単価差には根拠がないことによる。少なくとも、要介護2と3を境界とする2区分ないしは介護保険制度創設時の経過措置として設定されていた3区分（軽度・中度・重度）程度に統合していくことが望まれる。

さらには、サービス利用は単なる心身状況だけで左右されるものではない。軽度であっても入所が必要な場合もあるが、これら軽度の者特に被虐待等の者で軽度の者を保護し入所させた場合の収入低下を補填するための支出が行われることが、施設の地域拠点化と安定的な運営にとって必要である。なお、この環境評価については、個別給付ではなく、事業費方式として導入されることが望ましい。

なお、要介護認定や障害程度区分そのものを見直し、ICFにおける環境因子や参加に属する項目を含めた評価とすることも考えられるが、これを状態比例報酬に反映させることには賛成できない。要介護認定そのものの精度に疑問があることに加え、ICFの観点を導入することは“支援”の方向性そのものを根底から考え直す必要があり、また、そもそもこのような統合化をもって報酬と連動させることは不可能であるといっていよい。報酬に反映すべく統合化を行うことは、ICFを用いた個人の状況の単純化が必要となるが、相当の意図的な操作を行わない限り不可能であろうし、それよりも状態別報酬（個別給付）と環境加算（事業費補助方式）の並立方式の方が合理的ではないだろうか。

4. むすびにかえて

社会福祉において、対象者の尊厳を保持することが重要であることは言うまでもなく、また、利用者主体の制度を目指して、これまでの制度改革が行われてきたことは否定されてはならず、今後も権利擁護をはじめとした支援策の充実が望まれるところである。

しかしながら、これまでの検証からも、利用者主体の制度を支えるための一方の鼎である事業者（提供主体）が相次ぐ報酬切り下げと過度の市場原理導入等により、疲弊の極に達していることも事実である。また、利用者を真に支えていくためには、個人給付の仕組みにのみ固

執している現行の給付形態に大きな課題を抱えていることも明らかとなった。

社会保険方式にせよ、税方式にせよ、利用者負担の問題については給付体系よりもさらに上位の理念と現実のすり合わせの中で議論されるべきものであるが、本論から言えることとして、少なくとも利用者負担と連動させるべきものは、あくまでも“量的”に確認可能なサービスに限るべきであり、“質的”担保は個別給付とは別に行われるべきである。もちろん、個人給付という仕組みの中で、利用者負担なり、支給限度額と切り離れた設定を行うことは不可能ではないが、そのような技術的運用ではなく、本源的な問題としてこれを個別給付から分離し、公的責任として取り扱うべきと考える次第である。

今後の給付形態についての議論についてであるが、個別給付という現行制度の中心をなす枠組みに囚われることなく、多角的な検証が行われるとともに、提供者、利用者のいずれかに偏することのない、一体的、互恵的な検証が行われることも必要であろう。

本論では、市場原理に独占された観のある現行給付形態の課題について一石を投じるとともに、市場原理から一部離脱を含んだ試みを通じ、各制度における利用者・提供者・公的責任のあり方について、給付形態の側面からもこれを考えるための素材を一定限度提供しえたものと考えている。

注

- (1) 原則は個人への現金給付であり、事業者の法定代理受領により現物給付化したものであるが、費用のやりとりが事業者と市町村間で行われるため、本来「利用者自身」に帰属するものであることが意識されにくい。
- (2) 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計第10号）に見るように、それぞれの行為について細かく規定されている。
- (3) 介護サービス・障害福祉サービスについては、長期間利用の場合の通減制ではなく、利用初期の支援の困難性等に着目した「初期加算」が設けられている。
- (4) 厚生労働省は、平成18年度までは一貫して医療と異なり要介護度の軽減がいずれのサービスによるものか特定が困難として、成功報酬には消極的であった。
- (5) 例として、障害福祉サービスの利用者本人の障害程度が区分4であっても、生活介護事業所の利用者の平均障害程

度区分が異なれば、単価が異なり、結果的に利用者負担も異なる。なお、介護保険ではこのようなことは生じず、本人の要介護度に応じて、施設種別が同じであれば単価は同じである。

- (6) 平成21年度より、平均障害程度区分に基づく報酬は撤廃され、個々の障害程度区分に基づく報酬へ改正される予定である（2009年2月告示案より）。

参考文献

- 富永健一（2001）『社会変動の中の福祉国家』中公新書
坂本忠次・住居広士編（2006）『介護保険の経済と財政』勁草書房
新村聡編（2008）『介護福祉のための経済学』弘文堂
厚生労働省（2007）『障害保健福祉関係主管課長会議資料』
厚生労働省（2007）『全国介護保険担当課長会議資料』
厚生労働省（2000・2005）『介護サービス施設・事業所調査』
（社）全国老人福祉施設協議会（2002・2005）『施設経営実態調査』
谷口泰司（2006）『老人福祉施設における地域障害者ケアについての調査研究報告書』（社）全国老人福祉施設協議会

