

持続可能な介護保険制度の構築に向けて

坂 本 圭^{*1}

要 約

本稿の目的は、介護給付費モデルからその増加要因を分析し、介護報酬に代わる新たな介護サービスの評価指標となりうる仕組みを検討することである。分析の結果、介護報酬改定が現場の介護サービスに影響を与えていることが分かった。具体的には、全体で見ると、介護給付費増加の要因は利用者増加によるものであり、その内訳は、約8割が要介護2以上の利用者で占められていた。また、需要効果の推移を見ると、実施される各時期の介護報酬改定前になると、利用料（自己負担額）など改正内容の様子見から、一時的に需要が抑制されたのではないかと結論づけた。一方、報酬効果の推移を見ると、増え続ける介護給付費抑制策のための改定に備え、現行の報酬体系に基づいた利益を上げようとするサービス提供者側の行動が反映されたのではないかと結論づけた。以上のことから、介護報酬改定に左右されない介護サービス本来の目的に照らした新しい評価指標の開発が必要であることを提案した。具体的には、福祉サービス第三者評価事業を普及させ、その枠組みの中に「アウトカム評価」と「プロセス評価」を導入させることである。

1. 緒言

介護保険制度は、高齢社会の到来や家族機能の低下に伴う介護サービスの需要増加に対応すべく2000（平成12）年4月に実施され、財政規模は今や総費用ベースで10.8兆円と国民医療費の約4分の1となっている¹⁾。具体的には、介護保険事業状況報告（各年）²⁾によると、第1号被保険者数は、2000（平成12）年は2,165万人であったのが2016（平成28）年には3,387万人と約1.6倍に、要介護・要支援認定者数は、同期間で218万人から622万人と約2.9倍に、サービス利用者数は、同期間で149万人から469万人と約3.3倍にまで増加している。したがって、介護保険制度は今やなくてはならない制度として定着しており、持続可能な制度運営が必要となってくるのは当然のことであろう。

これら介護サービスを支える介護保険制度の給付と負担の流れを図1に整理した。それによると、要介護・要支援認定を受けた被保険者は、高齢者施設などから①介護給付（介護サービス）を受けると、利用料として介護費用の1～3割②自己負担を支払うことになる。介護サービスを提供した高齢者施設などは、介護保険制度から提供した介護サービスの費

用の残り9～7割の③介護報酬を受けることで施設経営を維持している。一方、要介護・要支援認定を受けていない40歳以上の被保険者は全て④保険料を支払うことで介護保険制度は維持されており、その他に財源の残り50%は国、都道府県、市町村の公費（⑤税金）で賄われることになっている。ところが、前述の利用者数の増加は、①の増加を意味する一方で「2025年問題」や「2040年問題」と言われるように後期高齢者数の増加に加え生産年齢人口の減少は、図1の④や⑤の減少を意味している。したがって、国は、表1に整理した高齢者施設などに支払われる介護報酬の単価（価格）を調整したり、表2に整理した負担する保険料額を調整したりすることで対応している。そもそも、介護報酬とは、文字通り高齢者施設などが要介護・要支援認定を受けた被保険者に対し提供した介護サービスへの対価として支払われるものである。介護報酬には、施設を運営するための費用（建設費や修繕費、人件費や設備費など）が含まれており、高齢者施設などの運営には必要不可欠の要素であり、この関係性が崩れることは、本論のテーマである「持続可能な介護保険制度」が不可能になることは当然の帰結と言えよう。

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科
（連絡先）坂本圭 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-mail : kei@mw.kawasaki-m.ac.jp

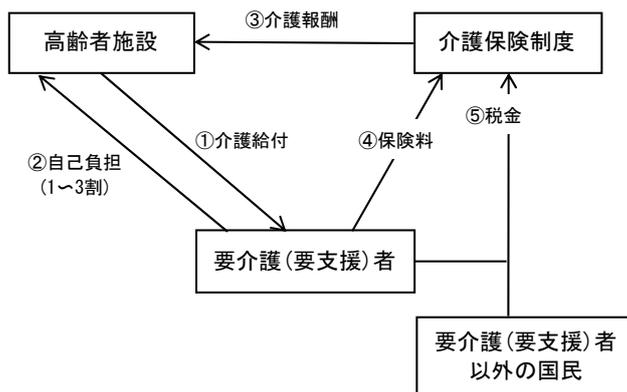


図1 介護保険制度の給付と負担の流れ

出所：筆者作成

表1 介護報酬改定率の推移

改定時期 (年)	改定率 (%)
2003	-2.3
2005	
2006	-2.4
2009	3.0
2012	1.2
2014	0.6
2015	-2.3
2017	1.1
通算	-1.0

出所：厚生労働省¹⁾より作成

表2 保険料額の推移

期間 (年度)	保険料 (円)
2000～2002	2911
2003～2005	3293
2006～2008	4090
2009～2011	4160
2012～2014	4972
2015～2017	5514
通算	+2603

注：保険料は、全国平均
出所：厚生労働省¹⁾より作成

ところで、施設を運営するための費用については前述したとおりであるが、その中の1つである人件費については、2008（平成20）年に社会保障国民会議が行ったシミュレーションで2025（平成37）年には介護職員が212～255万に必要となるとの指摘を受け、前述の介護報酬改定の一環として、2009（平成21）年以降介護職員処遇改善交付金制度が実施され、介護職員（常勤換算）1人当たり月額平均1.5万円を交付されることにより、介護職員不足の要因とされていた「勤続年数の短さ」と「所得の低さ」に対処しようとした^{†1),3)}。その結果、厚生労働省の平成29年度介護従事者処遇状況等調査結果の概要によると、2017（平成29）年9月時点の加算（I）^{†2)}を取得している高齢者福祉施設などは全体の64.9%であり、それら施設の介護職員（月給・常勤の者）の平均給与額は297,450円となっている^{†3)}。ところが、同じ施設に所属する他の専門職（看護職員371,430円、介護支援専門員348,760円、事務職員304,740円）に比べ低く、加算を取得していない高齢者福祉施設

などを加えると、単純に比較はできないが所定内賃金（月給の者）は平均227,275円（224,848円）であり、決して高いとは言えない^{†4),4,5)}。このような状況の中で、坂本³⁾は介護職員の給与額の源泉となる介護報酬体系について、介護サービスの種類を「医療系サービス」と「福祉系サービス」に分類したうえで、基本単位と加算・減算項目に着目し、3年に1度実施される介護報酬改定（2006年と2009年）で報酬単価を時系列で分析した。その結果、「医療系サービス」の配分率が0.90、「福祉系サービス」の配分率が0.10であるのに加え、1サービス当たり加算・減算項目でも「医療系サービス」の加算項目は26.4項目、減算項目は3.2項目、「福祉系サービス」の加算項目14.6項目、減算項目3.7項目）いずれも「医療系サービス」に手厚い改定であることを指摘した。そのうえで、介護保険制度の本来の目的と理念の視点から、「福祉系サービス」への介護報酬単位を通じた再評価が必要である」ことを指摘した一方、前述の少子高齢化の状況から限られた財政状況の中で成功報

酬の導入や介護サービスを提供するために必要な費用構造を明確化したうえで、それらを前述の介護職員処遇改善交付金制度に見られるように加算項目数の追加で対応するのではなく、基本単位数の中に組み込んで国民にその賛否を問う必要があることを提案した。

以上のことから、本論における持続可能な介護保険制度の構築の基礎となる介護報酬体系の方向性を確認したうえで、以下さらに分析を進めていきたい。つまり、本論では介護報酬体系の結果となる介護給付費の要因分析を進め、別の視点から介護報酬体系の問題点や課題を指摘したい。そのうえで、介護報酬体系とは別の方法で介護サービスを提供、さらには施設運営を評価する仕組みを提案し、持続可能な介護保険制度の構築を目指していきたい。

2. 介護給付費の要因分析のための理論モデル

ここでは、介護給付費の要因分析を行うため、齋藤^{7,9)}と坂本¹⁰⁾の先行研究で用いられた理論モデルを援用し、そのうえで介護保険制度の現状に沿ったモデルに精緻化した。まず、

- ・介護給付費:EC (Elderly care payment fee)
- ・介護報酬における医療系サービス費:EC_m
- ・介護報酬における福祉系サービス費:EC_c
- ・介護報酬単価(医療系サービス):PM (Payment of medical services)
- ・介護報酬単価(福祉系サービス):PC (Payment of care services)
- ・件数:DM (Medical demand)
- ・件数:DC (Care demand)

とする。

そこで、介護報酬改定年をt(2000, 2003, 2006, 2009, 2012, 2015)年とし、各年とも7個の要介護度(要支援1・2, 要介護1~5)が存在するので、例えば、2000年の要介護度i(i=1, 2, …, 7)の介護報酬単価(医療系サービス)はPM_{i,2000}、介護報酬単価(福祉系サービス)PC_{i,2000}となる。また、そのサービスを利用する利用者数(件数)は、医療系サービスの場合DM_{i,2000}、福祉系サービスの場合DC_{i,2000}となる。したがって、利用者に支払われた介護給付費の総計EC_tは、

$$EC_t = \sum_{i=1}^7 (EC_{m,t} + EC_{c,t}) \\ = \sum_{i=1}^7 (PM_{i,t} \cdot DM_{i,t} + PC_{i,t} \cdot DC_{i,t}) \quad \dots \textcircled{1}$$

と表すことができる。

ところで、介護報酬改定は3年ごとに実施されており、それによって介護保険サービスが新設されたり、既存の介護保険サービスの介護報酬単位が増減

されたりする。したがって、

$$EC_t = EC_{t-1} + \Delta EC_t \\ = \sum_{i=1}^7 [(PM_{i,t-1} + \Delta PM_{i,t})(DM_{i,t-1} + \Delta DM_{i,t}) \\ + (PC_{i,t-1} + \Delta PC_{i,t})(DC_{i,t-1} + \Delta DC_{i,t})] \dots \textcircled{2}$$

となる。②の式を展開し整理すると、

$$\Delta EC_t = \sum_{i=1}^7 [(PM_{i,t-1} \cdot \Delta DM_{i,t} + PC_{i,t-1} \cdot \Delta DC_{i,t}) \\ + (\Delta PM_{i,t} \cdot DM_{i,t-1} + \Delta PC_{i,t} \cdot DC_{i,t-1}) \\ + (\Delta PM_{i,t} \cdot \Delta DM_{i,t} + \Delta PC_{i,t} \cdot \Delta DC_{i,t})] \quad \dots \textcircled{3}$$

となる。すなわち、③式が意味するところは、介護給付費(EC_t)の増加は、利用者の増加による要因「需要増効果(ΔDM_{i,t}とΔDC_{i,t})」と要介護度別の介護報酬による要因「報酬効果(ΔPM_{i,t}とΔPC_{i,t})」、及び両者の相乗効果による要因「相乗効果(ΔPM_{i,t}・ΔDM_{i,t}とΔPC_{i,t}・ΔDC_{i,t})」の3要因から構成されているということである。

3. 結果

前章の③式で示したモデルに基づき、需要増効果(ΔDM_{i,t}とΔDC_{i,t})、報酬効果(ΔPM_{i,t}とΔPC_{i,t})、相乗効果(ΔPM_{i,t}・ΔDM_{i,t}とΔPC_{i,t}・ΔDC_{i,t})を要介護・要支援度別で計算した。使用するデータは、厚生労働省の介護保険事業状況報告²⁾から、「給付費」、「件数」を使用した。分析期間は、要介護・要支援度別の比較が可能な2006(平成18)年からデータの入手が可能な2015(平成27)年までとした。その結果を、表3に整理している。

それによると、2006年~2015年では「需要効果」が約98.0、「報酬効果」が約2.8と、介護給付費増加の要因は利用者の増加による「需要効果」の方が大きいことが明らかとなった。また、要介護・要支援度別にみると、要介護2以上の利用者が介護報酬の約8割を占めていることが分かった。但し、以前分析¹⁰⁾した2006年~2012年と比較すると、要介護5の効果が約4.6ポイント減少する一方、要介護1の効果が約4.7ポイント、要支援2の効果が1.4ポイントそれぞれ増加している。

次に、表3で整理した増加要因の効果を、2006年~2015年までの各年の推移として需要効果を図2に、報酬効果を図3に整理した。なお、制度改正の年には、便宜上、縦の点線を付している。

まず、需要効果寄与率の推移をみると、観察期間のうちで最初の改正年を迎える前年の2008~09年には70.5といったん減少しているものの、改正後の2009~10年には再び増加し109.1の値を示している。

表3 介護給付費の増加要因の構成比（2006年～2015年）

	増加要因			合計
	需要増効果	報酬効果	相乗効果	
要介護5	17.218	-0.072	-0.041	17.105
要介護4	20.477	0.317	0.201	20.996
要介護3	19.027	1.108	0.730	20.866
要介護2	22.545	-0.820	-0.791	20.933
要介護1	6.998	2.972	0.923	10.893
要支援2	8.150	-0.498	-1.490	6.162
要支援1	3.616	-0.172	-0.399	3.045
合計	98.031	2.834	-0.866	100.000

出所：筆者作成

その後の推移は同じような傾向が見られ、3年ごとに増減が繰り返されていることが分かる。但し、2015（平成27）年の介護報酬改定前には今までの傾向と異なり、需要効果が増加している。次に、報酬効果寄与率の推移をみると、需要効果と異なり、2008年～09年では28.2と増加している一方、改正後の2009年～10年では再び減少し-8.2の値を示している。その後の推移は同じような傾向が見られ、3年ごとに増減が繰り返されていることが分かる。但し、2015（平成27）年の介護報酬改定前には今までの傾向と異なり、報酬効果が減少している。

4. 考察

4.1 報酬制度の限界

前章の表3の結果から、介護給付費増加の要因は利用者増加によるものであることが分かった。その内訳は、約8割が要介護2以上の利用者で占められており、「2025年問題」その後の「2040年問題」を迎えるにあたり、介護サービスの提供体制をどのように確立していくか危急の課題であることが改めて確認出来た。別の見方をすれば、今までの介護保険制度は、その方向性が重度化する利用者に向けられており、福祉本来の目的である自立（軽度の要介護・

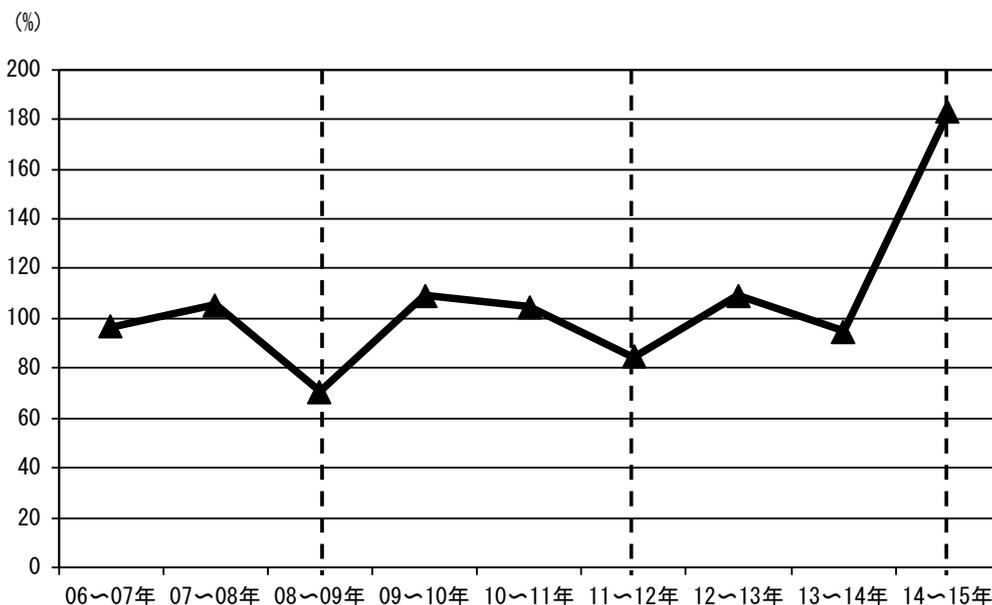


図2 需要効果寄与率の推移

出所：筆者作成

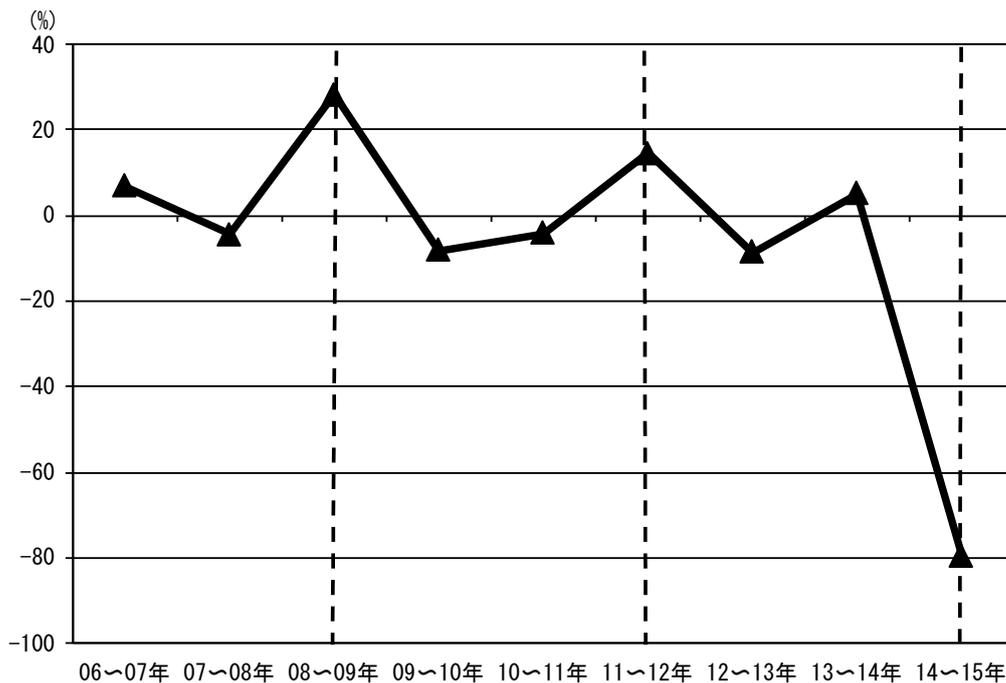


図3 報酬効果寄与率の推移

出所：筆者作成

要支援者も含めた福祉の向上) に向けた支援は余り行われてこなかったとも理解することができる。

一方、図2で整理したように、介護給付費の需要効果は介護報酬改定前にはその効果が減少する一方、改定後はその効果が増加していることから、実施される各時期の介護報酬改定前になると、利用料(自己負担額)など改正内容の様子見から、一時的に需要が抑制されることが推察される。また、図3で整理したように、介護給付費の報酬効果は介護報酬改定前にはその効果が増加する一方、改定後はどの効果が減少していることから、実施される各時期の介護報酬改定前になると、増え続ける介護給付費抑制策のための改定に備え、現行の報酬体系に基づいた利益を上げようとするサービス提供者側の行動が反映されたのではないかと推察される。いずれにしても、以上の結果から、もし国が言うように高齢化が進展しているのであれば、需要効果で示された3年に1回の周期的な動きは示されず、高齢化の進展に伴って需要効果は一定を示すことが想像でき、国の介護報酬改定に伴い介護サービスの提供がコントロールされていることが数字上明らかとなった^{†5)}。

4.2 介護サービスを評価する新たな仕組みの導入

緒言で述べたように、介護サービスを必要人は今後益々増加する一方で、本論で明らかになったよ

うに、現場は介護報酬改定に左右される施設運営をせざるを得なくなり、利用者が本当に必要なサービスが提供されているのか疑問が残る。また、職員不足の要因の1つとしてあげられている「所得の低さ」と関連している介護報酬は3年に1度改定されているが、その改定の根拠は明確にされていない。加えて、報酬の支払いも診療報酬と同じように、実際に提供した結果に基づいた支払となっており、例えば、老化や疾病による要介護・要支援度の重度化を予防し、向上や維持を評価した報酬体系とはなっていない^{†6)}。その一方で、高齢者福祉においては、全ての利用者が注6で述べたアウトカム評価を採用するのが適当かどうか^{†7)}も検証する必要がある。介護サービスの評価をどのようにするのかについては早急に検討する必要がある。そのための1つの方法として、以前の研究において費用構造の明確化を挙げている^{3,10)}が、ここでは評価の枠組みの1つとして、既存の仕組みである福祉サービス第三者評価事業を紹介し、この事業の新たな仕組みとしての可能性について検証していきたい。

福祉サービス第三者評価事業とは、表4の太枠内に整理した様に「福祉施設・事業所の福祉サービスの質について、公正・中立な第三者評価機関が、専門的・客観的な立場のもとに評価を行う仕組み」¹¹⁾

であり、その目的は、①施設の福祉サービスの質の向上（自分たちで質を改善する仕組みを作るという意識の醸成）、②市民への情報公開である。現在は、社会的養護関係施設第三者評価と異なり任意受審となっており義務化されていないが、監査確認要件や各種補助金の加算要件となっている。加えて、介護老人福祉施設に注目した全国の評価実績（2005年～2016年）の推移を図4に挙げているが、毎年400施設強の受審があり、累積では重複があるものの全国で7,891施設のうち2016（平成28）年では5,366施設が評価を終えており、今後も増加し続けることが予測されている。

ところで、福祉サービス第三者評価の根本となる質の評価は、もともと Avedis Donabedian が提唱した「質を評価するための3つの考え方（ドナベディアンモデル）」¹³⁾がもととなっている。すなわち、その3つとは、①構造（施設設備、人員配置、専門職数、組織体制や役割分担、マニュアルの整備など）、②過程（事例検討会やスーパービジョン、職員研修会など）、③結果（自立度、利用者・家族の満足度など）である。福祉サービス第三者評価事業は、表4で整理したように、各都道府県が決定した評価項目に則って実施されているが、一部を除き^{†8)}そのほとんどはドナヴェディアンモデルをもとに作成さ

表4 福祉サービス第三者評価の概要

	福祉サービス 第三者評価（岡山県）	社会的養護施設 第三者評価（全国共通）
受審	任意	3年に1回（義務化）
評価の種類	高齢者施設 障がい者施設 保育所 社会的養護施設	社会的養護施設（児童養護施設・乳児院・母子生活支援施設・児童心理治療施設・児童自立支援施設）
評価者	2名以上	
運営主体	都道府県推進組織	全国社会福祉協議会
評価主体	評価認証機関	左記機関で専門の評価者が在籍
調査内容	書面・訪問・利用者（利用者家族）	
公表	フムネット	全国社会福祉協議会ホームページ
評価項目	県独自の評価項目（全社協基準に沿った内容）	全国共通基準

出所：社会福祉法人全国社会福祉協議会¹¹⁾より作成

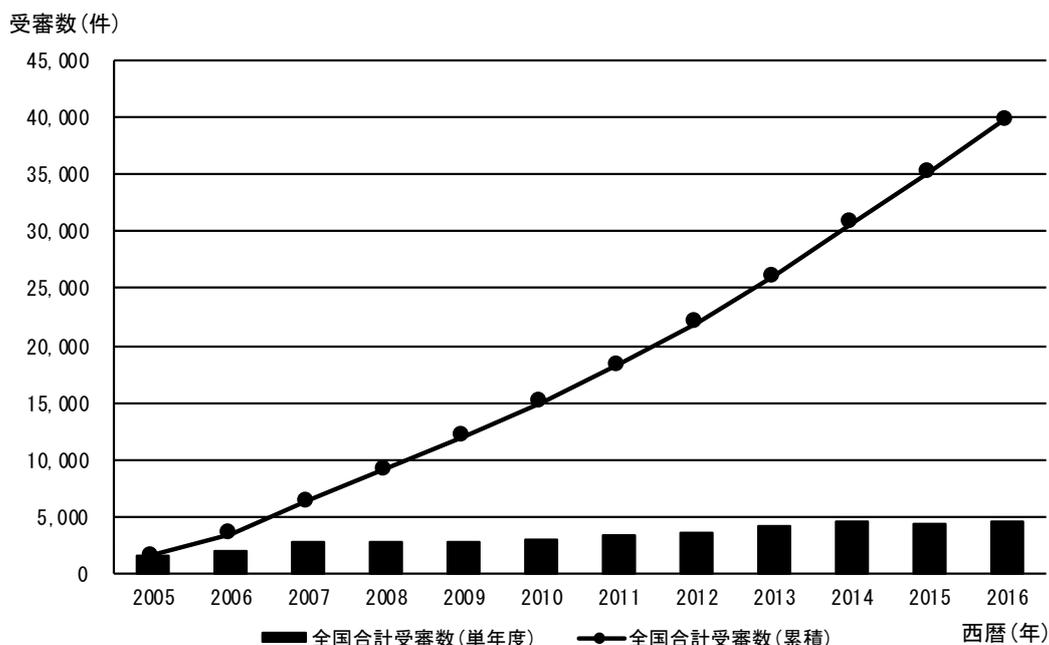


図4 全国の評価実績（2005年～2016年）

出所：全国社会福祉協議会¹¹⁾より作成

れた全国社会福祉協議会のガイドラインを踏襲する形で設定されている。

筆者は、福祉サービス第三者評価事業の評価者として約8年間、高齢福祉や障害福祉、保育の各分野のサービスの質評価を行ってきた。福祉サービス第三者評価事業は、前述のアウトカム評価や注7で指摘したように、利用者本人の身体的・精神的特徴や経済的事情によりアウトカム評価が不適當な場合、適切な評価項目が開発できれば比較的容易に新たにそれら評価を導入でき、利用可能な事業であることを確認している。すなわち、前述の通り、評価項目は表4の「評価項目」であげているように、「県独自の評価項目（全社協の基準に沿った内容）」を採用しているが、「岡山県福祉サービス第三者評価実施要領」¹²⁾第5条（評価基準）の条文には、「評価機関

は、別に定める県の評価基準により評価を実施する。ただし、評価機関は、事業者と協議の上、独自の評価項目を加えて評価を行うことができる。」と規定されている。すなわち、評価機関は、評価施設が利用者の視点に立った介護サービスを適正に評価できる評価項目を開発し、設定することが可能であることを意味している。そして、これら新たな評価項目が設定された福祉サービス第三者評価事業が普及していくことで、介護報酬の改定に左右されない最良な介護サービスの提供が可能になるのではなかろうか。今後は、以上のことを念頭に置きながら評価活動に取り組むとともに、アウトカム評価やプロセス評価⁹⁾といった新たな評価項目の開発を進めていけたらと考えている。

注

- †1) 介護職員処遇改善交付金制度は2009（平成21）年以降3回の改定が実施されている。
- †2) 加算（Ⅰ）が算定される施設とは、キャリアパスの要件Ⅰ～Ⅲと職場環境等要件（介護職員の職位や職責、職務内容などに応じた任用要件や賃金体系の定め、介護職員の資質向上のための研修の実施または研修の機会の確保、職場環境などの改善といった要件）の全ての要件を満たしていることを意味し、その場合介護職員1人当たり37,000円相当が加算される。
- †3) 2016（平成28）年9月時点と比べ13,660円の増加となっている。
- †4) 全産業における賃金は30.4万円（年齢42.5歳、勤続年数12.1年）であり⁶⁾、必ずしも高いとは言えない。
- †5) 但し、2015（平成27）年改定において需要効果並びに報酬効果の動きが何れもが今までとは逆の傾向を示した背景としては、過去2回（2009年と2012年）の改定では、要介護2以上の単価が1,000円を超える増加であったにもかかわらず、2015年度は全ての要支援・要介護度において487円～2,087円のマイナス（したがって、報酬効果はマイナス）であり、その部分を補おうと需要効果が増加したことが考えられる。
- †6) いわゆるアウトカム評価のことであるが、2019（平成31）年4月より地域密着型通所介護において Barthel Index を活用した「ADL維持加算」を新たに追加するが、その範囲は限定的である。
- †7) 利用者本人の身体的・精神的特徴や経済的事情により、どの条件がアウトカム評価を採用すべきかどうかの検討も必要である。
- †8) 東京都や京都府などは、独自の評価項目を設定し実施している。
- †9) プロセス評価とは、病院機能評価では既に2005（平成17）年より「ケアプロセス評価」として導入している。具体的には、患者が入院から退院までのどのような過程をとり、その際、医療従事者はどのように関わったのかを電子カルテやヒヤリングを通じて評価する方法である。具体的には、必要なときに同意書に署名してもらったかといったことを評価する。現在、福祉サービス第三者評価事業で使用している全国社会福祉協議会のガイドラインや評価機関が最も多い東京都のガイドラインを調査したが、アウトカム評価の項目はない。加えて、厚生労働省通知「「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」の全部改正について」には、福祉サービス第三者評価事業の実施に際してプロセス調査は含まれていない。

文 献

- 1) 厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会 第137回資料1介護分野の最近の動向。
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000163525.pdf, 2017. (2019.3.1確認)
- 2) 厚生労働省：介護保険事業状況報告（各年）。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>, 2006-2015. (2019.3.1確認)
- 3) 坂本圭：介護報酬単位の推移と社会福祉専門職の雇用。季刊社会保障研究, 47(2), 147-158, 2011.
- 4) 厚生労働省：平成29年度介護従事者処遇状況等調査結果の概要。

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/18/d1/29gaiyou.pdf>, 2017. (2019.2.25 確認)
- 5) 介護労働安定センター：平成29年度「介護労働実態調査」の結果。
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h29_chousa_kekka.pdf, 2017. (2019.2.25確認)
- 6) 厚生労働省：平成29年賃金構造基本統計調査の概要。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2017/d1/13.pdf>, 2017. (2019.2.25確認)
- 7) 斎藤観之助：病院費用構造の計量経済学的分析—準備的考察—。川崎医療福祉学会誌, 8(1), 21-30, 1998.
- 8) 斎藤観之助：病院費用構造の計量経済学的分析—実証分析 (1) —。川崎医療福祉学会誌, 9(1), 19-24, 1999.
- 9) 斎藤観之助：病院費用構造の計量経済学的分析—日米比較—。川崎医療福祉学会誌, 10(2), 299-304, 2000.
- 10) 坂本圭：介護報酬体系の再構築に向けて。社会福祉研究, 10, 1-3, 2017.
- 11) 社会福祉協議会・福祉サービス質の向上推進委員会評価調査者部会：福祉サービス第三者評価実践マニュアル Ver.2。社会福祉法人全国社会福祉協議会, 東京, 2014.
- 12) 岡山県：岡山県福祉サービス第三者評価事業について。
<http://www.pref.okayama.jp/page/421944.html>, 2019. (2019.2.26確認)
- 13) Avedis Donabedian 著, 東尚弘訳：医療の質の定義と評価方法。健康医療評価研究機構, 東京, 2007.

(令和元年5月30日受理)

Toward the Construction of a Sustainable Long-term Care Insurance

Kei SAKAMOTO

(Accepted May. 30, 2019)

Key words : long-term care cost, welfare service third party assessment, outcome assessment, process assessment

Abstract

The purpose of this paper is to analyze the causes of increases from the long-term care cost model and to consider the mechanism that can be an evaluation index of new long-term care cost service instead of the long-term care cost fee. As a result of the analysis, it was found that the revision of the care fee had an influence on the care service in the field. Specifically, overall, the cause of the increase in long-term care benefit costs is due to the increase in users, and about 80% of them were accounted for by users requiring long-term care level 2 or more. In addition, if we look at the transition of demand effect, it was concluded that before the long-term care fee revision was to be implemented each time, it may have been that demand was temporarily suppressed from the perspective of revision contents such as usage fee (self-paid amount). On the other hand, looking at the transition of compensation effects, it was concluded that possibly the service provider's action to make a profit based on the current compensation system was reflected in preparation for revisions to the ever-increasing nursing care cost control measures. From the above, it was suggested that it is necessary to develop a new evaluation index in light of the original purpose of the long-term care service that is not influenced by the revision of the long-term care fee. Specifically, it is to disseminate the welfare service third party assessment project and introduce "outcome assessment" and "process assessment" in the framework.

Correspondence to : Kei SAKAMOTO

Department of Health and Welfare Services Management
Faculty of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : kei@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.29, No.1, 2019 27 – 34)