



介護保険制度 完成を目指す第一歩
更なる地平に立ち向かう制度へ

令和4年9月9日

ケアマネ経営研究会 代表

株式会社日本高齢支援センター

代表取締役 戸田正雄



はじめにまたは要約

介護保険制度の令和3年度の改定はすべてのサービスに及び介護報酬を改定するだけでなく、指定に関する設備、人員、運営基準や報酬に関する省令も改定した。それに伴い各書式や様式の変更も行う広範囲で大規模な内容であった。いまはその改定の検証に追われているようだが、人口減少の進行など日本の社会状況の変化だけでなく世界情勢の動向、経済環境の変化のなかにあつて社会保障制度も検討の要にある。介護保険制度の改定にあつてもこうした変化に対応するだけでなく、介護保険の本来の目的を実現する政策として議論を進めなければならない。

そのような状況下にある介護保険制度の改定について幅広い検討項目を挙げた。内容が多岐にわたるため要約をすることが難しい。ここでは要約に変えて項目を挙げておく。

社会保障は安全保障と並んで国の基本でありその社会保障と安全保障は経済成長によって支えられる関係にあり、財政健全化の議論は社会保障費の抑制だけでなく経済成長も含めた議論がとなる。

社会保障のなかの介護保険制度での保険給付は高齢者数と要介護認定高齢者数、利用する介護サービスの種類とその量によって決定される。要介護状態の悪化も保険給付を増加させ、これを人為可変数値・項として捉える。

保険給付の現状は令和2年度に10兆円を超え受給者は538万人を数える。受給者数と保険給付費は増加しているが両者はほぼ同じ傾向で増え、自然増を越えて利用者が増えているということにはなっていない。

ただ平成30年度から令和2年度の3年間では受給者数を上回る保険給付という傾向を示している。その現象を要介護度の変化で見ると要介護度の全ての階層で改善をしている。これは介護サービスの利用がもたらした現象で、これにより受給者を上回る保険給付の増加を説明できる。保険者機能強化事業による保険者による要介護認定出現率に対する施策や保険者による指導の実施が要介護認定率の低下につながっている。こうした施策により受給者数と給付のバランスが取れる効果をもたらしており、平成18年度に実施した予防給付を保険給付から除外するといった軽度者除外・利用者負担増加は一時的効果にとどまる。

保険給付を抑制するため軽度者を保険給付から予防給付、日常生活支援総合事業に移行させる施策を講じたときは保険者の財政に新たな負担を与え自治体の財政力指数からみると財政規模が小さい保険者はこれらの施策を実施する財政負担が出来ない可能性がある。

保険給付の抑制には人為可変数値・項として高齢者数、要介護認定率、介護サービス利用と重度化を挙げた。保険給付の対象である第1号被保険者となる高齢者の定義議論を始める時期に来ている。

介護事業所を実質的に選定して介護サービスの利用によって利用者の状態を左右することから介護保険財政に係る立場にあるのが介護支援専門員で、その介護支援専門員の業務にアウトカム評価を導入する方法として、通所介護などですでに取り入れられているADI維持等加算の考えを基にまずは独立型と言われる居宅介護支援事業所の報酬に取り入れて利用者の状態の改善を図る。

居宅介護支援事業所の公平中立の議論は介護保険制度発足前後から始まり、いまにいたるまで議論がされている。長い議論だが居宅介護支援事業所の公平中立を確立する施策を決定する時期にある。

居宅介護支援費には初回加算をはじめ入院時情報連携、退院・退所時の支援、通院時情報連携、緊急時カ

ンファレンス、ターミナルケアマネジメントに加え特定事業所加算が設けられている。これら加算には居宅介護支援の基本業務に含まれない業務に対しての報酬設定となっており、加算を設けた趣旨を再確認したい。

居宅介護支援事業所での介護支援専門員が担当している利用者に係る作業量が一定とした場合、担当している利用者の数によって介護支援専門員の勤務時間に多寡が生じる。担当する利用者が少ない介護支援専門員には他の事業所での勤務を求めることで現下の介護人材不足に対応する助けになる。

給付管理ソフトの間での標準化を進めデータを共有することにより介護サービス事業所と居宅介護支援事業所の間でやり取りされる書類をデジタル化して業務の改善、効率化を図る。

居宅介護支援事業所がない中山間部の自治体で利用者が十分な居宅介護支援の恩恵を受けられないことは介護保険法の趣旨に悖り、中山間部の居宅介護支援を提供する体制を整える必要がある。

居宅介護支援費の利用者負担を導入することにより恩恵を受ける者がいるのか否か、利用者の立場から検討したい。

居宅介護支援において LIFE のデータを活用することにより、利用者の状態を改善する支援の提供が可能となることから LIFE の充実を図る。今進めている居宅介護支援事業所での LIFE 活用に関する調査では居宅介護支援事業所からも LIFE のデータを提供することの手間を含めて実態を把握して、関わり方を探るが居宅介護支援事業所が LIFE のデータを提供するとした際には利用者への居宅介護支援の開始に先立ち課題分析の実施を行うが改題分析標準項目との整合を検討したうえで、LIFE のデータ活用を図りたい。LIFE データ活用では基本は各介護サービス事業所からの提供されたデータをもとにするが初回には介護サービスの利用がない段階にあるため LIFE のデータ収集ができない。その解決には初回に介護支援専門員より LIFE に係るデータ提供をもとにする方法が検討される。

LIFE データは介護レセプトを含めいま構築しているケアプランデータ連携システムとも連携させ、NDB、健診データも含む KDB と連携されることで介護分野、特に居宅介護支援においてその有効性を高めることができる。

要介護認定調査の認定調査員はタブレット等の活用により認定項目を数値化し保険者の第1次判定の入力作業の効率化と入力間違いの排除を行い、画像解析も組み合わせて要介護認定の作業の効率を図る。

小規模・家族経営の傾向にある社会福祉法人に社会の変化に対応して社会福祉を継続して担っていくため社会福祉連携推進法人の推進は欠かせない。社会福祉連携推進法人の設立を促すには自治体による支援、関りと独立行政法人福祉医療機構による支援の実施も検討される。社会福祉法人への資金的補助にあってはリートという手法も検討され、社会福祉法人によるリートにも福祉医療機構によるリートとすることが欠かせない。

特別養護老人ホームにあっては在宅復帰を促す報酬設定により入居者の状態の改善を達成することができる。

業務継続計画の作成は介護事業者の責務で、単独での計画には限界がある。複数の事業所が連携しての業務継続計画を作成するためには利用者の情報の扱いを明確化することで連携した業務継続が可能となる。

人為可変数値・項に対する施策を講じることによりはじめは数%の介護給付費の抑制が実現し、施策を拡大、浸透していくにつれて10%以上の削減を実現させることが出来る。

目次

社会保障について

* 社会保障、安全保障と経済成長の基本認識	7
* 財政健全化と社会保障	7
* 介護保険制度の給付について	8
* 保険給付の現状	9
* 要介護度認定について	12
* 介護給付の抑制策	13
* 自治体における財源と負担	14
* 介護保険給付抑制策の充実	17
* 高齢者数	17
* 高齢者の定義変更の効果	19
* 保険受給者の抑制	19

居宅介護支援及び介護支援専門員

* 在宅サービスでの居宅介護支援の役割	19
* 執行業務対応支払い報酬	20
* ADL 維持等加算に準じた居宅介護支援の報酬	21
* ADL 維持等加算の算定要件	21
* 執行業務支払いもしくは ADL 維持等加算の導入（執行業務支払）	22
* 居宅介護支援事業所もしくは介護支援専門員の公平中立	22
* 居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立の対策	23
* 居宅介護支援の執行業務支払いの傾斜設定	23
* 居宅介護支援費の加算	23
* 居宅介護支援事業所による人材確保の関り	28
* 居宅介護支援業務の効率化	29
* 中山間部の居宅介護支援事業所	32
* 居宅介護支援費の利用者負担	33

居宅介護支援における科学的介護推進体制について

* 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会	34
* 科学的介護推進体制	35
* 居宅介護支援における科学的介護推進体制（LIFE）	36
* LIFE 活用居宅介護支援	37
* LIFE とケアプラン連携システム連動の効果	39
* 初回時の LIFE 活用	41
* 福祉用具貸与のみの居宅サービス計画	41

要介護認定調査について

- * 要介護認定適正化事業 42
- * 認定調査の効率化と精度向上 44

社会福祉法人もしくは介護老人福祉施設

- * 社会福祉法人・社会福祉連携推進法人の推移 47
- * 社会福祉連携推進法人の必要性 48
- * 自治体による社会福祉連携推進法人設立の促進案 49
- * 福祉医療機構による社会福祉連携推進法人設立促進案 49
- * 社会福祉連携推進法人設立後の支援 50
- * 社会福祉法人のREIT化 51
- * 身元保証 53
- * 介護施設からの在宅復帰 54

連携型業務継続計画

- * 制度化された業務継続計画 56
- * 単独型と連携型の業務継続計画 56
- * 連携型業務計画作成の障壁 57
- * 連携型業務継続計画における利用者情報の保護 58

まとめに変えて

社会保障について

* 社会保障、安全保障と経済成長の基本認識

社会保障は安全保障をならんで国の存続にかかわる重要な制度といえる。この安全保障と社会保障は経済成長に支えられている。一定の経済成長なくして社会保障も安全保障も支えることは難しい。一方、安全保障なくして国民の安全が保障されず国の存続は難しい。さらに社会保障の確保は国民の最低生活を確保することにより経済の活性、成長の前提を整える。

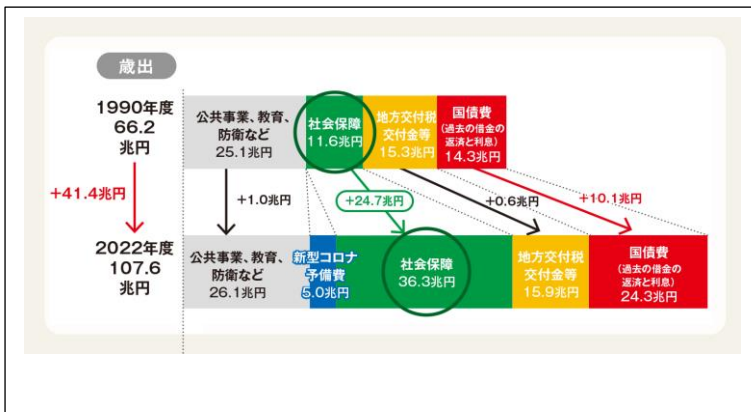
社会保障の給付が経済の成長を妨げるようでは、社会保障の本来の制度の趣旨に反する。同時に社会保障制度の趣旨の実現を阻害するような給付を抑制する施策は国民の最低保障を脅かし、結果として国の活力をそぐ政策は、施策の求めるものとは言えない。

社会保障の一部である介護保険制度も安全保障、経済成長の相互関係の例外ではない。

* 財政健全化と社会保障

国における財政が歳入に対して歳出が多いことから財政の健全化を求める議論がある。たとえば「経済財政運営と改革の基本方針2022」（骨太の方針2022）では「財政健全化の『旗』を下ろさず、これまでの財政健全化目標に取り組む。」としている。

財務省の資料においても歳出のうち社会保障費の伸びが1990年度に比べて2022年度は24.7兆円増加した一方で税収などの歳入は10兆円程度の増加にあり、その不足分31兆円は公債費などで

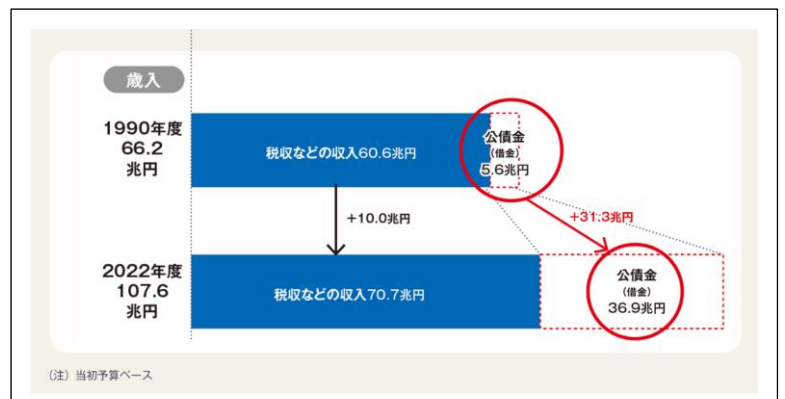


補っていることから財政健全化を求める。

しかし骨太の方針2022では財政健全化を社会保障の抑制に求めるのではなく、「経済あつての財政であり、現行の目標年度により、状況に応じたマクロ経済政策の選択肢が歪められてはならない。必要な政策対応と財政健全化目標に取り組むことは決して矛盾する

ものではない。経済をしっかり立て直し、そして財政健全化に向けて取り組んでいく。」p.33としている。

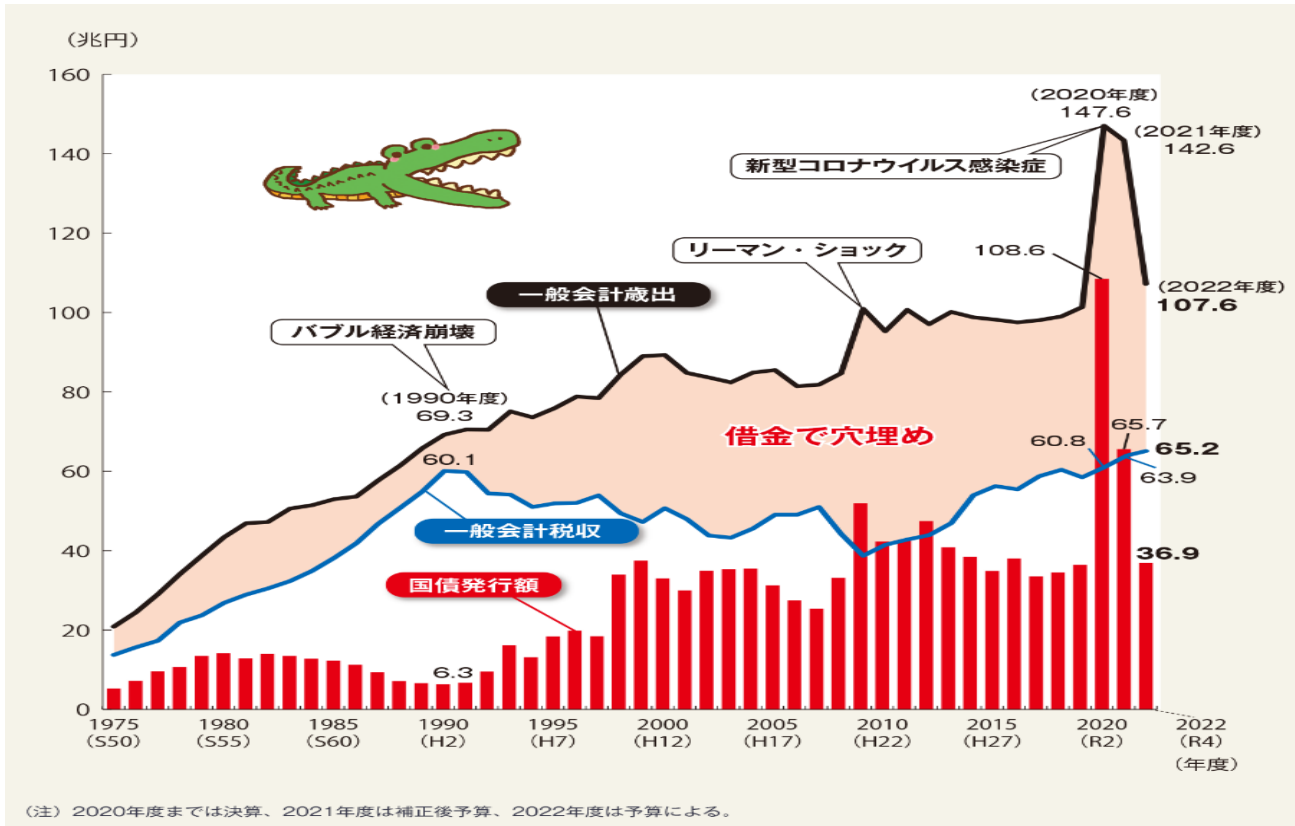
そのうえで社会保障について、「全世代型社会保障は、『成長と分配の好循環』を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、若年期、壮年期及び高齢期のそれぞれの世代で安心できるよう構築する必要がある。」と一方的な抑制ではなく成長と分配の好循環を求めている。ただし



「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保

する。」P.34ことにも留意しなければならない。

したがって社会保障費の一方的な抑制ではなく経済成長にも目を配った議論でありたい。

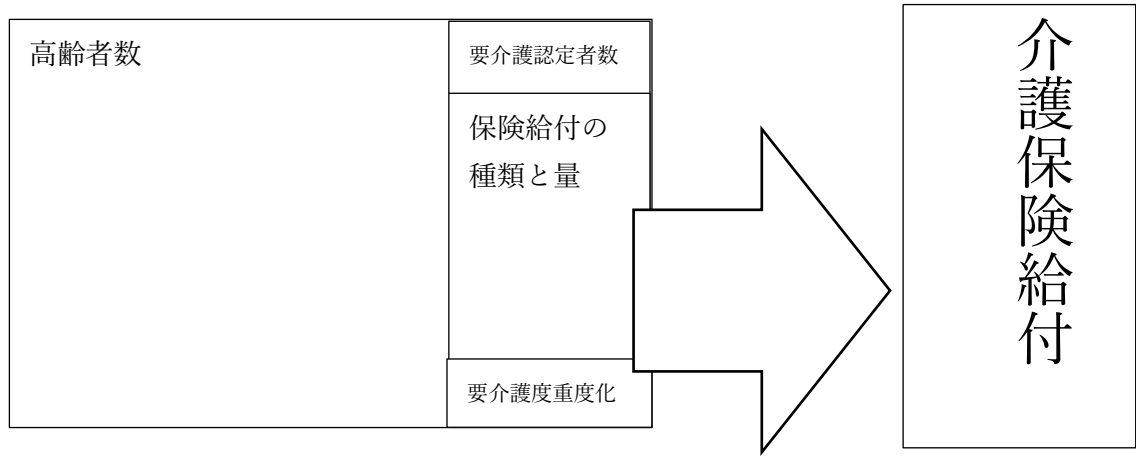


財務省の資料でも示されているようにコロナ関連の歳出を除き2010年度以降では歳出の伸びは抑えられている一方で歳入も伸びていることに注目した財政健全化の議論をしたい。

*介護保険制度の給付について

介護保険での介護給付抑制する方策として、軽度者の保険給付からの除外及び地域支援事業への移行、居宅サービス計画の居宅介護支援費の利用者負担導入並びに福祉用具貸与品目の見直しによる購入への移行などを検討の俎上に載せている。

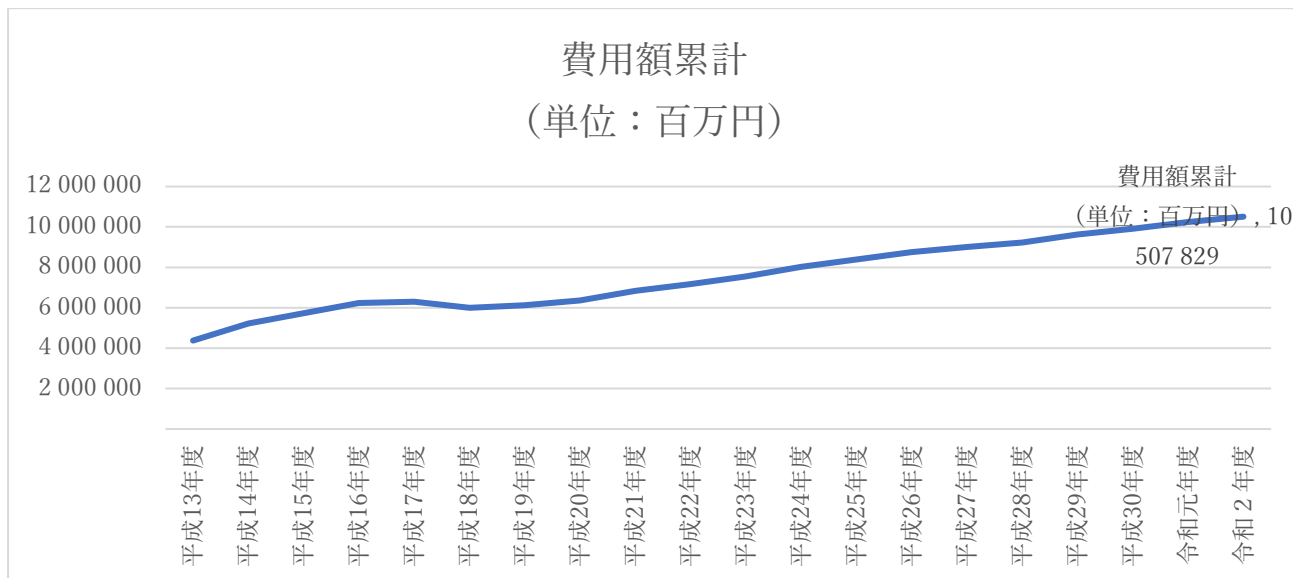
さまざま議論があるがその対象となっているは保険給付の増加にある。介護保険での保険給付は、対象となる高齢者数、高齢者のなかで受給対象となる要介護認定者数、要介護認定高齢者のうち保険給付の対象となる指定介護サービスの利用の種類とその量さらに要介護認定高齢者の状態の重度化による指定介護サービスの利用の種類と量の増加によって決定される。



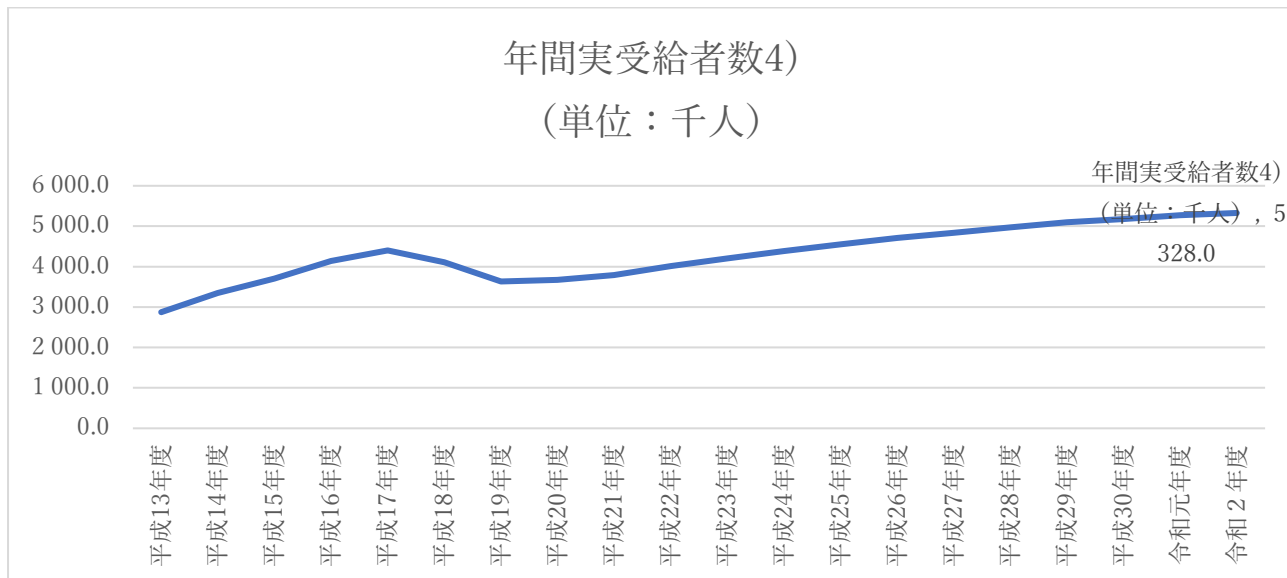
高齢者数、要介護認定高齢者数、受給額と重度化が保険給付を決定する。これらは政策によって可変可能と言える（人為可変数値・項）。

*** 保険給付の現状**

統計がある保険給付の額は令和2年度で約10兆円を超えた



同じく介護給付費実態統計・令和2年度によると受給者数は538万人が介護サービスを利用している。

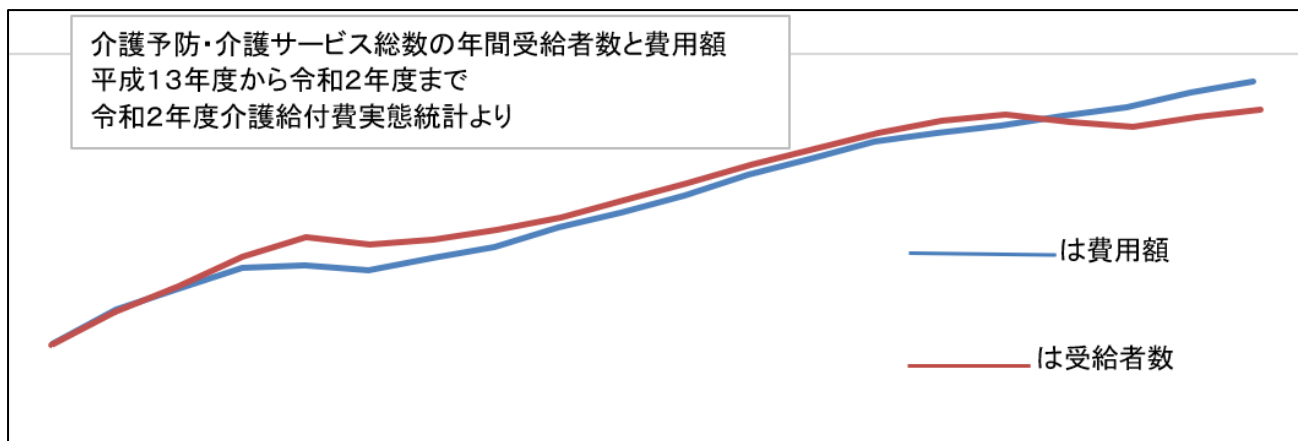


受給者と介護給付費の両者の傾向を見てみると、最近でこそ受給者数が受給者を上回る給付となっているが、全体的な傾向としては受給者数と給付はほぼ同じ傾向を示している。

したがって受給者を上回って給付がなされるという指摘は当たらない。要介護要支援高齢者の増加、いわゆる自然増を越えての保険給付とはなっていない。

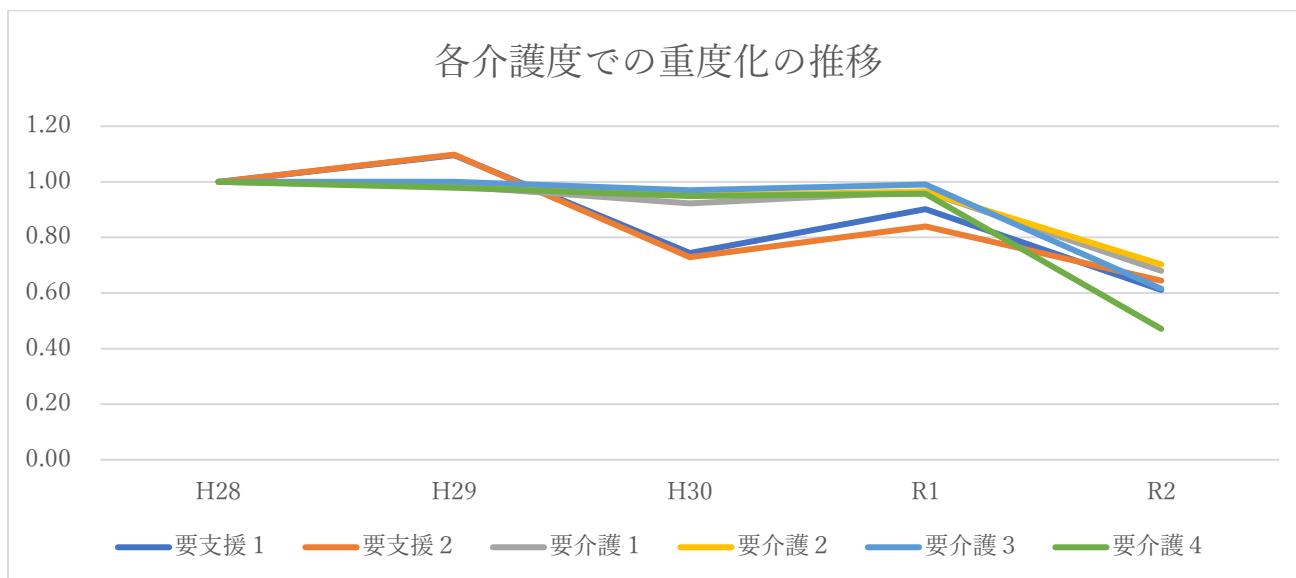
介護保険制度が要介護要支援高齢者を対象としているため、保険給付と高齢者数との対比を基にした議

論は範疇を外れている。

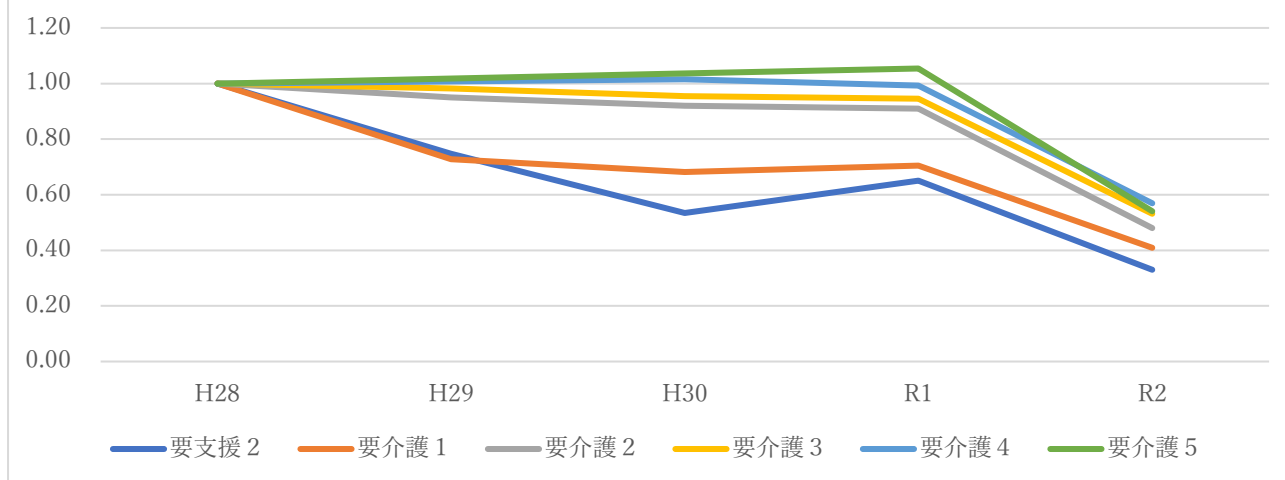


ただ、最近、平成30年度から令和2年度の3年間の傾向は、受給者数を上回る保険給付という傾向を示している。

平成30年度から令和2年度の間で受給者数を上回る受給額の増加の原因として、要介護度の変化からみると平成30年改定以降、全ての介護度で重度化傾向が改善している。この重度化の割合が減少した



各介護度での軽度化の推移

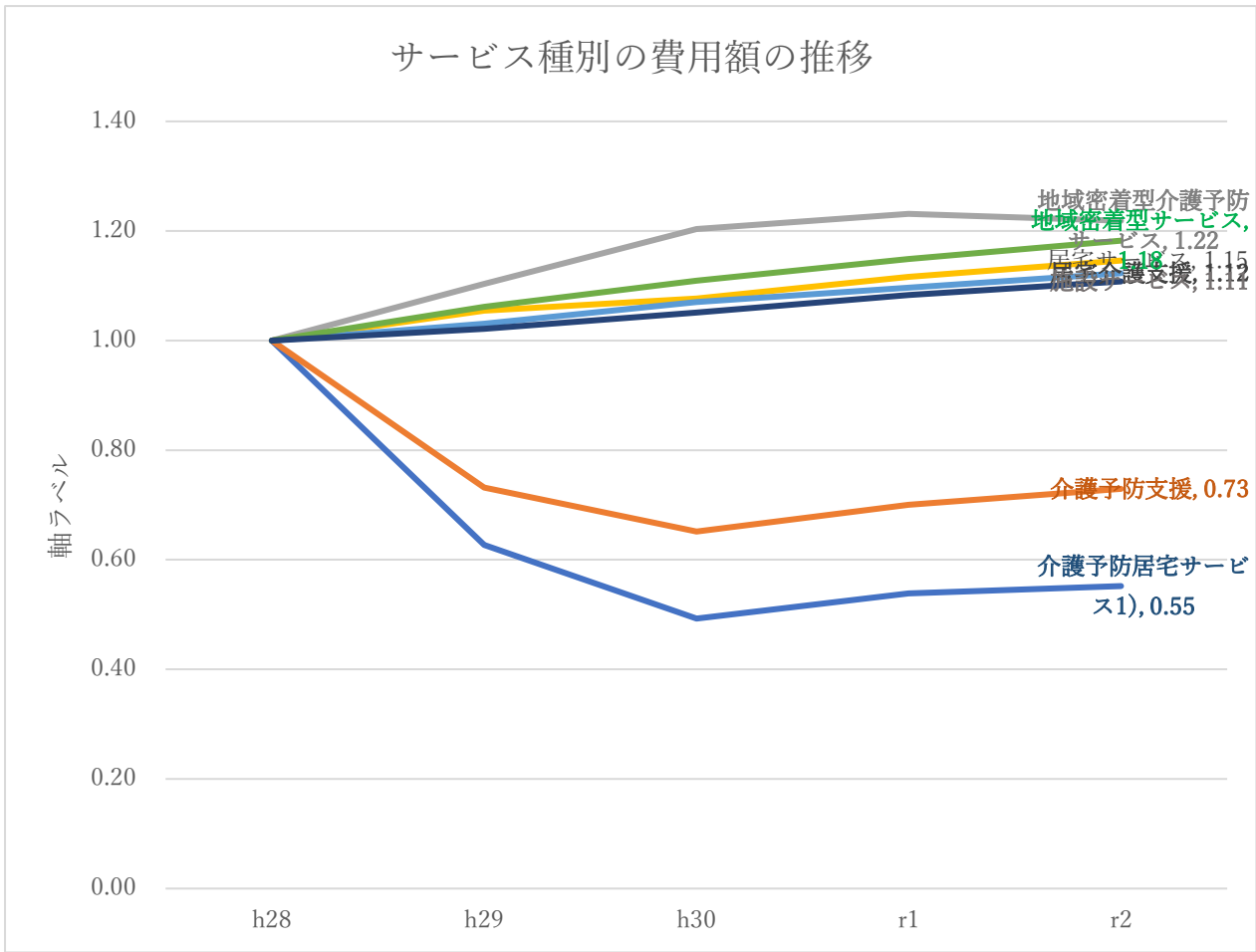


ことが貢献している。保険給付を受給することで介護度ごとの重度化の割合を減少させることになったと解釈できる。

平成30年度同時改定では「地域包括ケアシステムの推進」と共に「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」と「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を掲げた改定を行った結果が反映されたものと思われる。

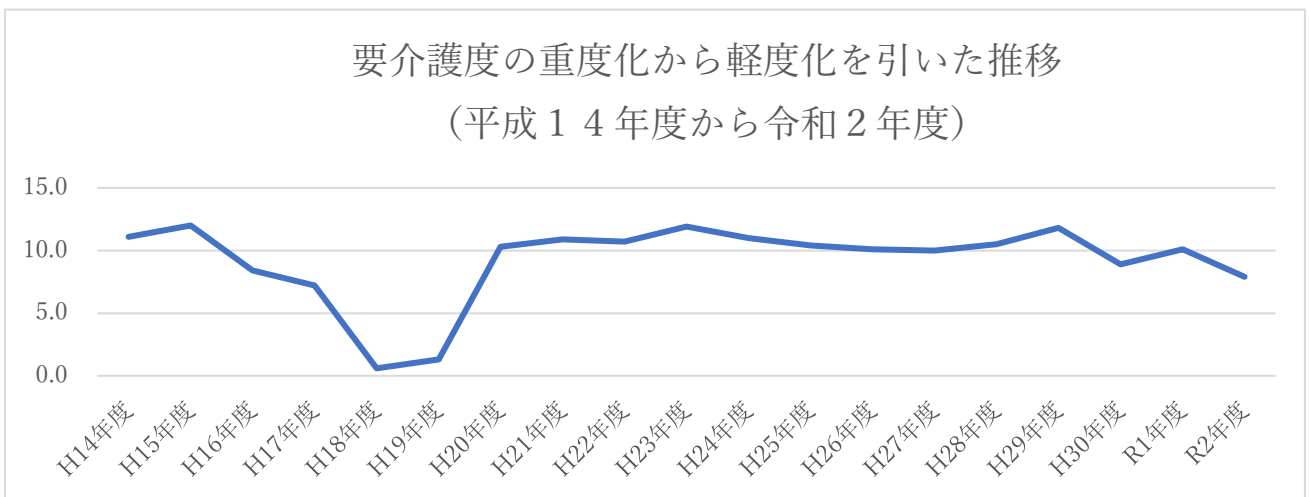
「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」ではリハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充と並び通所介護での心身機能の維持に係るアウトカム評価といったアウトカム評価と「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・自足可能性の確保」として福祉用具貸与価格の上限設定といった適正化に対する施策により、介護事業者に重度化防止の考えが普及、浸透したことが、要介護度の重度化の割合が減少したと言える。一方、制度改定において数次にわたる「自立支援・重度化防止」の施策により重度化防止が強調されたため、要介護度の軽度化の割合も減少してしまったのではないかとと思われる。重度化防止のみではなく介護保険法第2条の2項の「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する」との介護の負担の軽減も視野にいれたメッセージを介護事業者に出す施策を講じる必要がある。

加えて時給者数における給付額の増加は介護予防居宅サービスと介護予防支援を除いたサービスの給付が増加したことによる。なかでも地域密着型介護予防サービスと居宅サービスの増加が大きいことが介護給付費実態統計から示されている。



*** 要介護度認定について**

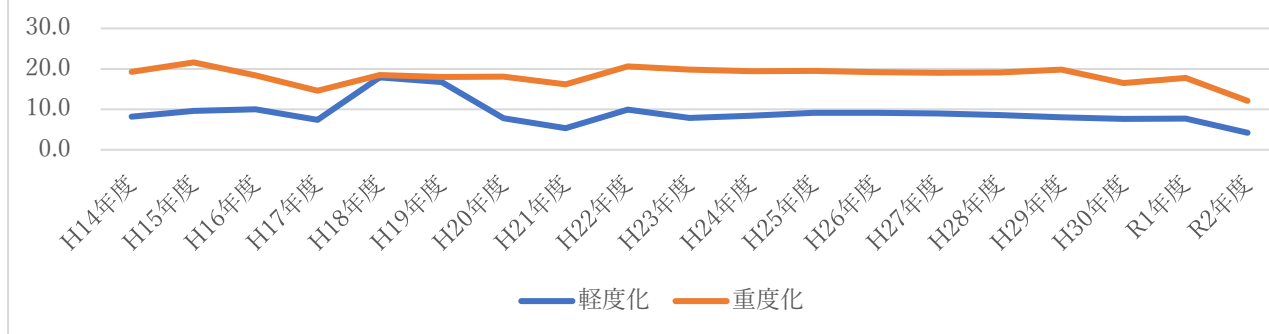
保険給付を受ける高齢者は要介護認定となることで給付を受給する。そのため受給者数の傾向は要介護認定率の推移が反映している。



介護給付費実態統計によれば要介護認定率の最近の傾向は軽度化の方向にある。

保険者機能強化事業による保険者による要介護認定出現率に対する施策や保険者による指導の実施が寄与しているかと推測される。

各年度の要介護度軽度化と重度化の推移
(平成14年度～令和2年度)



要介護度が軽度化する割合は9%前後で推移していたが、ここにきて軽度化する傾向が8%、7%と減少し、令和2年度では軽度化の割合はついに4.2%となった。一方で要介護度の重度化の傾向は拡大する傾向にありこれが要介護認定の出現率全体を改善している。

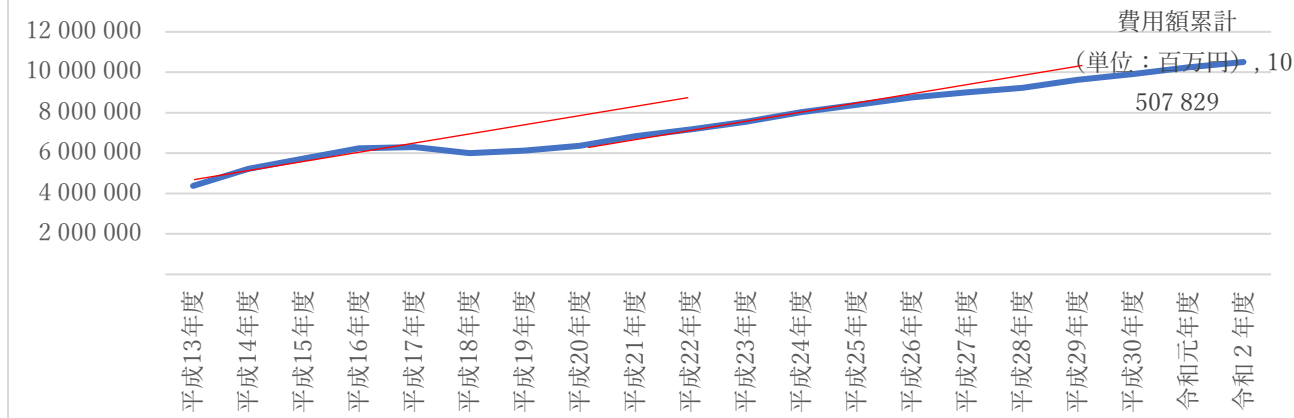
つまり、要介護状態の重度化を防ぎ維持する方向になってきている。これは介護保険制度の施策で重度化防止を掲げた施策が影響していると推測される。

*介護給付の抑制策

介護給付を抑制する施策として言われる軽度者を保険給付から除外して予防給付や日常生活総合支援事業へ移行すべしとの議論は、平成18年度に実施した要支援高齢者を保険給付から予防給付に移行したことによる結果から、その効果を計ることができる。

先に上げた介護給付費の推移のグラフから平成18年度19年度の給付額が抑制されていることが示される。しかし、その後の給付費の傾向はそれまでと同等の増加を示しており、この平成18・19年度の介護予防に移行した施策は給付額全体に及ぼす影響は限定されていることが判明する。

費用額累計
(単位：百万円)



要介護認定者を要介護度で判別する施策や利用者の自己負担の引き上げといった施策は効果が限定的、一時的であって、利用者に負担をかけるだけの施策となっている。

したがって、軽度者の保険給付からの移行や利用者の自己負担への施策は介護保険の給付の抑制に効果が無く、採択、実行することは避けたい。

仮に要介護度の軽度な高齢者を保険給付から予防給付などに移行した場合、その費用は保険者つまり自治体の財源によって賄われる。このため自治体の財源に余裕がなければ、あらたに軽度者を受け入れることで負担が発生する費用を賄うことが難しくなる。

*自治体における財源と負担

総務省が算出している財政力は、基財政収入額を基準財政需要額で除した過去3年間の平均値で、財政力指数が高いほど財源に余裕があることを示している数値で、自治体の財政状態を財政力指数で推し測ることができる。

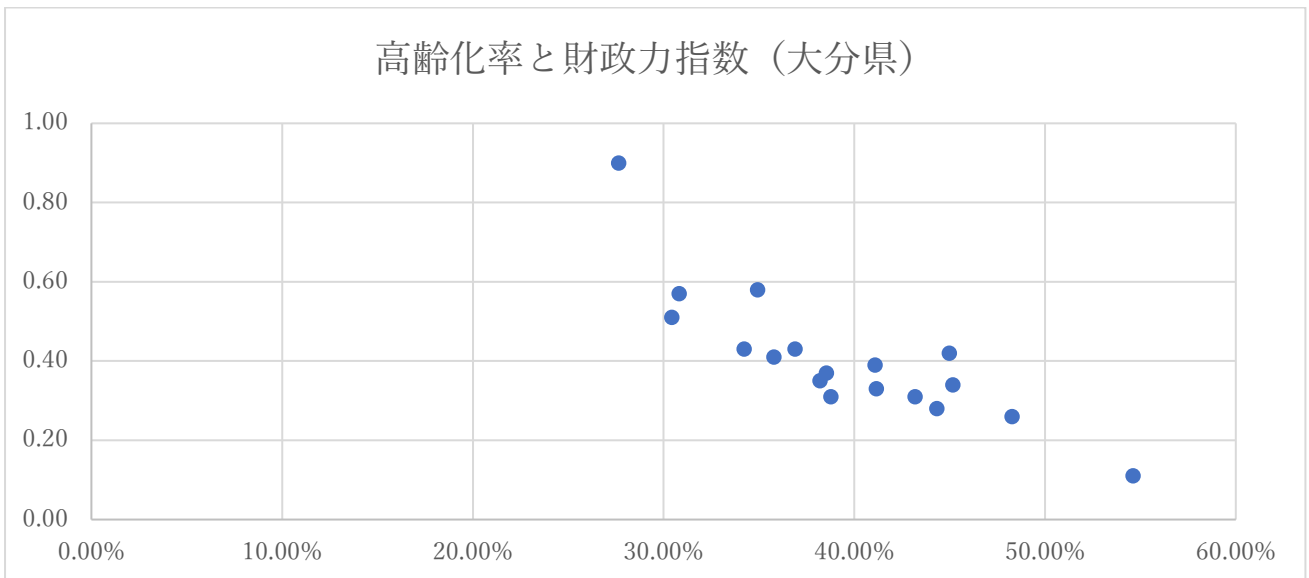
高齢者数が多いかを見るには高齢者数ではなくその自治体の住民数に占める高齢者の割合を見る高齢化率を財政力指数との関連で見ると、その自治体の高齢者対策にどれだけ支出しているかを判断する材料になる。

全国の自治体を見てみると概ね高齢化率が高い自治体は財政力指数も低く、高齢者対策に財源をさいていることが分かる。この傾向は人口数の多少にかかわらず、ほぼ、同じ傾向を示している。

高齢者対策に多くの財源をさいていることで、高齢者対策の効果を要介護出現率でみる事が出来るので、財政力指数と要介護認定率で見ると高齢化率が高い自治体では財政力指数は低いことが示される。

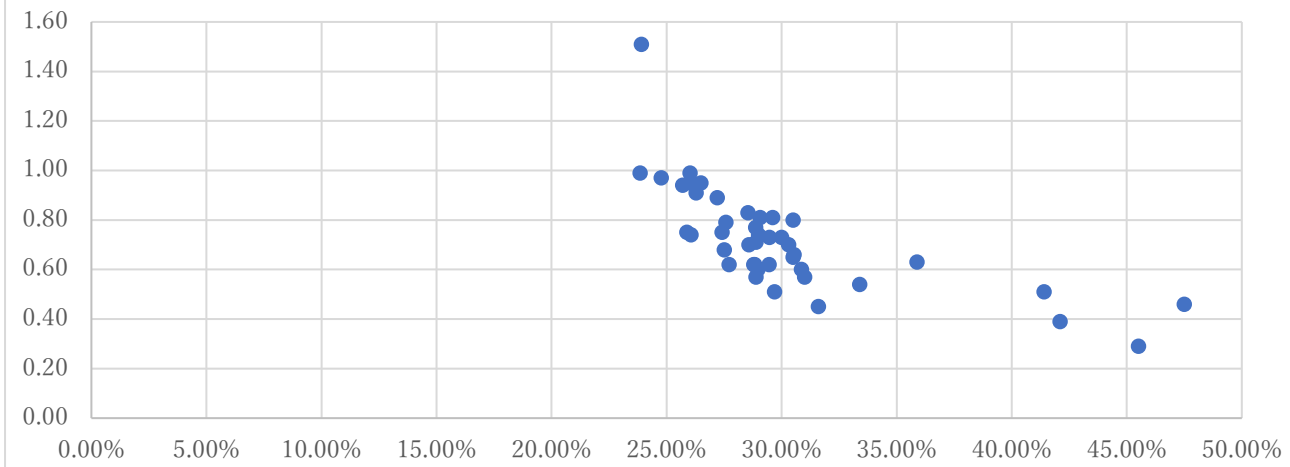
これは高齢者対策に自治体の多くの財源を当てている結果だと思われる。こうした高齢化率が高い自治体では、軽度者を保険給付から予防給付や日常生活支援総合事業に移行させる施策を講じた場合、新たに財源を充当することになるが、その財源を捻出するのが難しいことを示している。

高齢化率は令和2年度国勢調査をもとに算出、財政力指数は令和2年度の総務省の資料による



代表的な例として大分県と大阪府の状況を示す

高齢化率と財政力指数（大阪府）



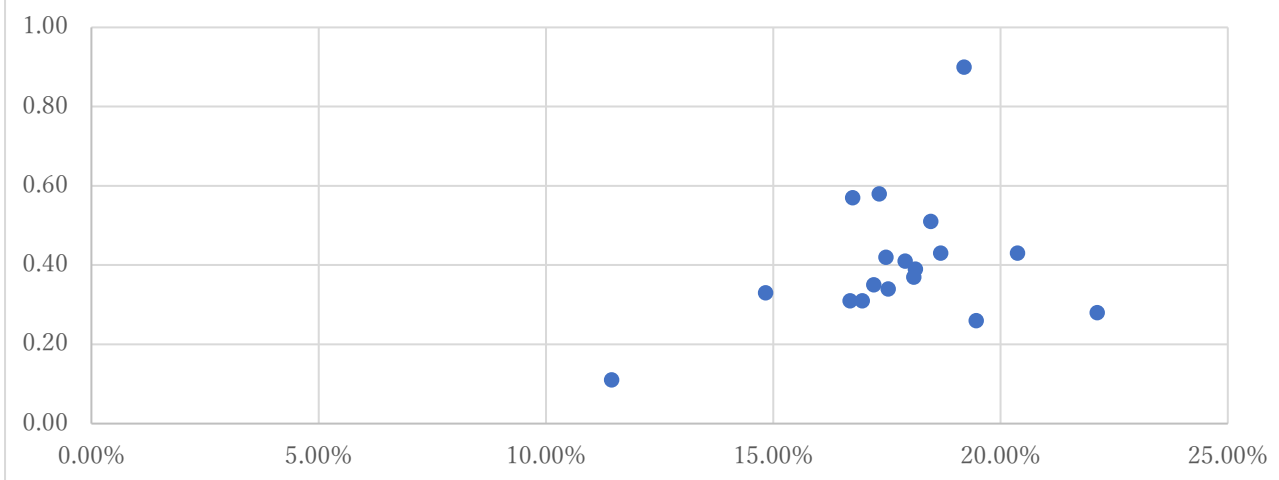
どちらも高齢化率が高いと財政力指数低くなる。

次に自治体の財政力と高齢者対策の関連を見てみると、こちらは高齢化率と財政力の関係が全国で同じような傾向を示したのに比べて、自治体によって差が生じている。これは自治体の行っている高齢者対策の有効性に差があることを示唆する。

全国の傾向としては自立支援・重度化防止が図られているが、自治体が講じる施策に個別性があることを示している。地域ケア会議の開催状況などの保険者機能強化推進事業の数値や介護事業者に対して行っている指導の内容を見ることで、施策の効果を見ることが出来るが、それらの資料の入手が出来ないことから概観としての傾向を把握するのにとどまる。

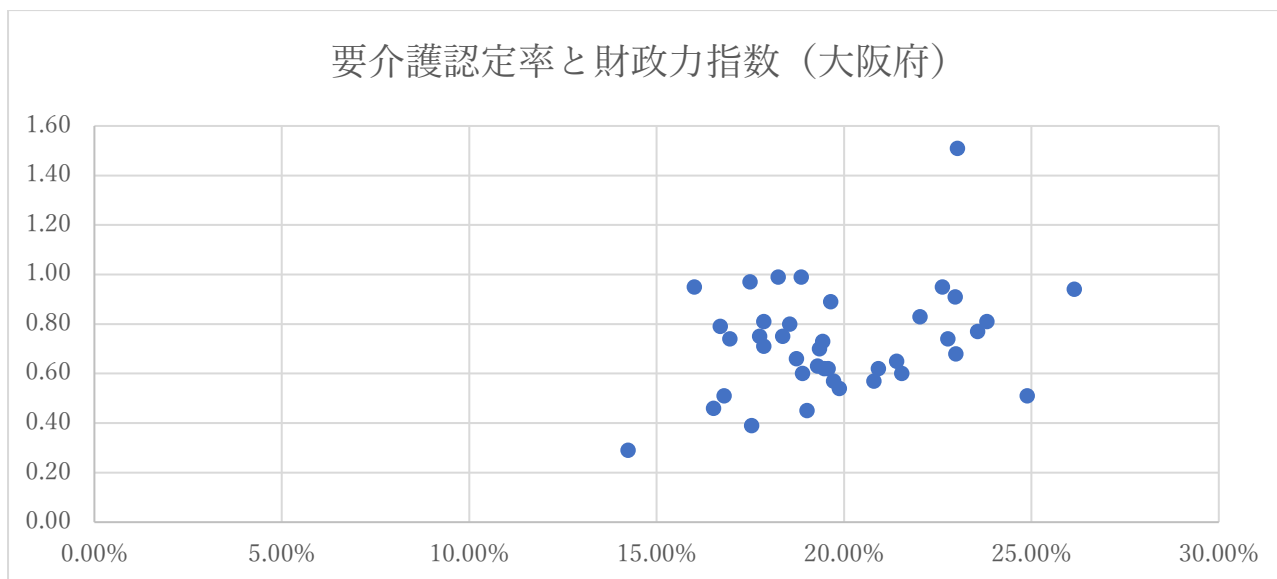
要介護認定率は厚労省資料の第1号被保険者数と第1号要介護認定者数を基に算出

要介護認定率と財政力指数（大分県）

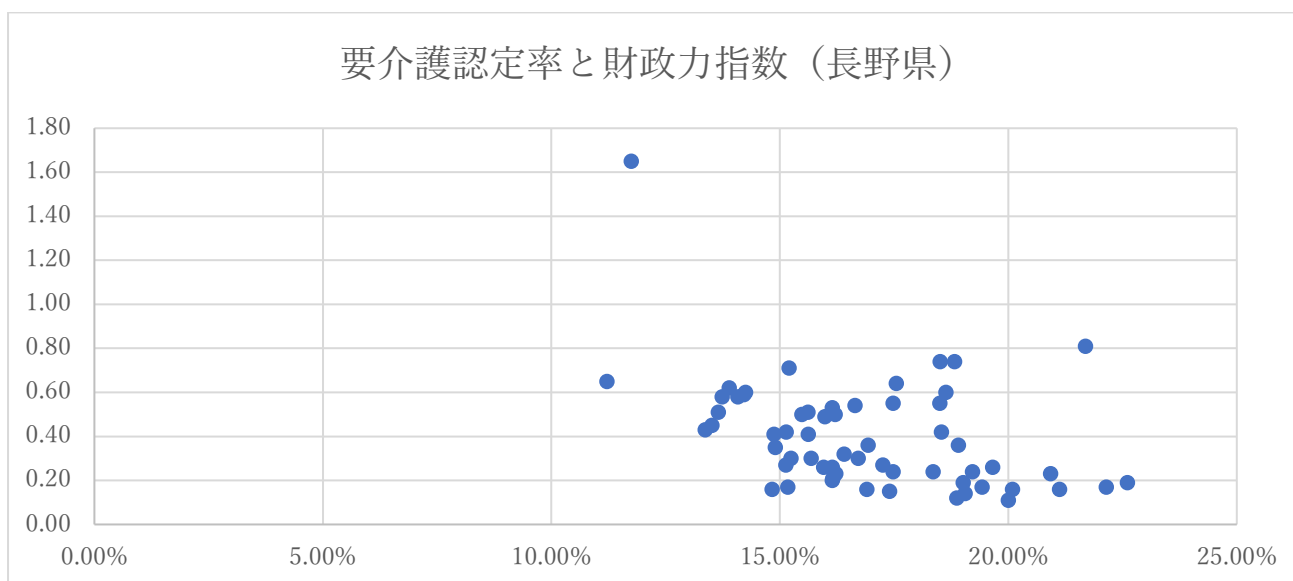


大分県の例では、同じ財政力でも認定率に差が生じている

大阪府でも同じ財政力で認定率に違いを生じている

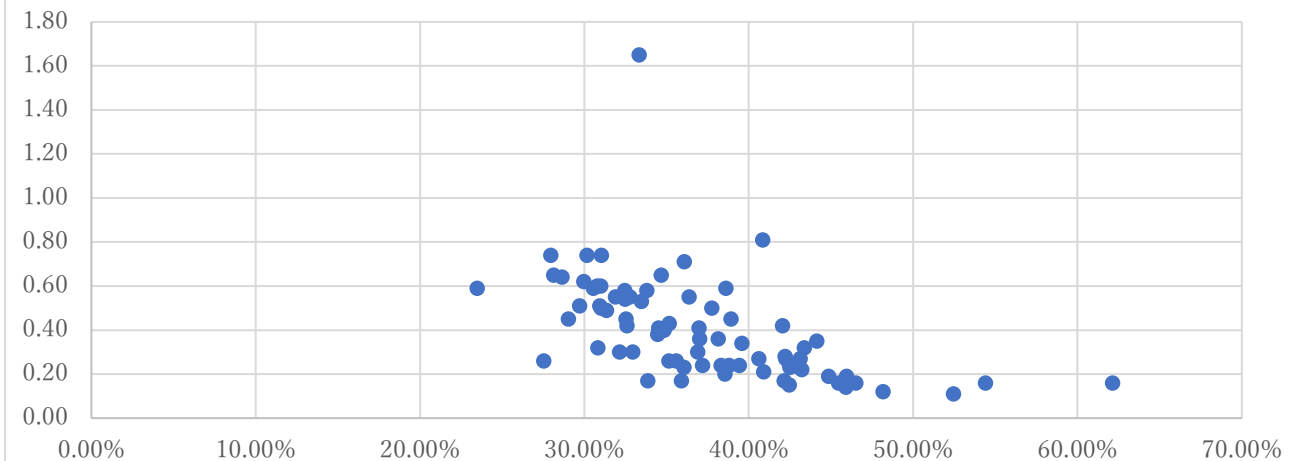


長野県では、財政力が高い自治体では要介護認定率が低い傾向がみられるが、同等の財政力の自治体で要介護認定率に違いも見て取れるので、やはり、自治体が講じている施策に効果の違いがあることが読み取れる。



その長野県でも高齢化率と財政力は、高齢者率が高いほど財政力が低い

高齢化率と財政力指数（長野県）



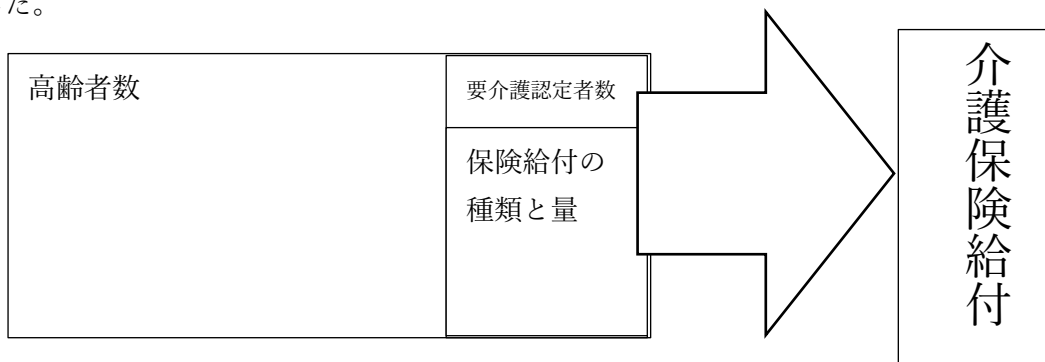
保険給付の抑制を図るために要介護状態の軽度者を保険給付から除外する施策は、一時的に給付額を押される事はあってもその後の給付は以前の給付と同等の増加を占めし、軽度者を保険給付から自治体の施策に移行させた場合の自治体の財政負担から新たな負担を賄えないこと、そして自治体による高齢者施策に一定の効果に差異が存在していることから、軽度者除外や利用者負担の引き上げという施策は介護保険財政に改善にならない。

要介護度の認定において自治体によってバラツキがあると指摘されるが、自治体ごとに自治体で要介護認定の作業は同じで全国統計はそれを集計している。しかたがって自治体ごとによっては認定にバラツキがあっても介護給付費実態統計など全国統計は同一の基準での統計と判断して間違いはない。

一方、介護保険制度で実施してきた施策を統計でみると政策受給者数、費用額とさまざまな事柄に反映されてきた。介護保険制度の保険給付の抑制は度者除外や利用者負担の引き上げという施策ではなく、介護保険制度で行ってきたいままの施策をもとに充実させる方向の施策を講じることで実現される。

*** 介護保険給付抑制策の充実**

介護給付は高齢者数、要介護認定者数、介護サービス利用状況、要介護度の変化に左右されることを示した。



これらは政策によって変化させることが可能であることも示した（人為可変数値・項）。

*** 高齢者数**

介護保険の受給資格は65歳以上の第1号被保険者としている。受給の対象となる要介護認定を介護給

付費実態統計から年代で見ると、令和2年で65歳から69歳で男性が2.3%女性は1.7%、70歳から74歳では男性4.3%、女性3.8%にとどまる。75歳から79歳で男性が7.9%、女性が9.2%と10%に達していない。要介護認定の割合が10%を超えるは80歳以上で、男性で15.2%、女性21.7%となり、65歳から79歳までを第1号被保険者つまり高齢者とするのに無理がある。

高齢者の定義を変更するよう、筆者は高齢者の定義を65歳から75歳に変更する見直しにより社会保障制度を再構築するよう、平成25年に当時の社会保障制度改革国民会議に要望を出した。

これに対して国民会議の報告書で、年金の受給開始年齢に触れて「今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、平均寿命が延び、個々人の人生が長期化する中で、ミクロ的には一人一人の人生における就労期間と引退期間のバランスをどう考えるか、マクロ的には社会全体が高齢化する中での就労人口と非就労人口のバランスをどう菅エルかという問題として検討されるべき」p.49と平均寿命が延び人生が長期化する中で受給と支える側とのバランスで検討すべきと結論した。

これを受けて年金制度では令和2年に「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律」により被用者保険の適用拡大、在職中の年金受給のあり方を見直し、受給開始次期の選択肢の拡大など改革を行った。

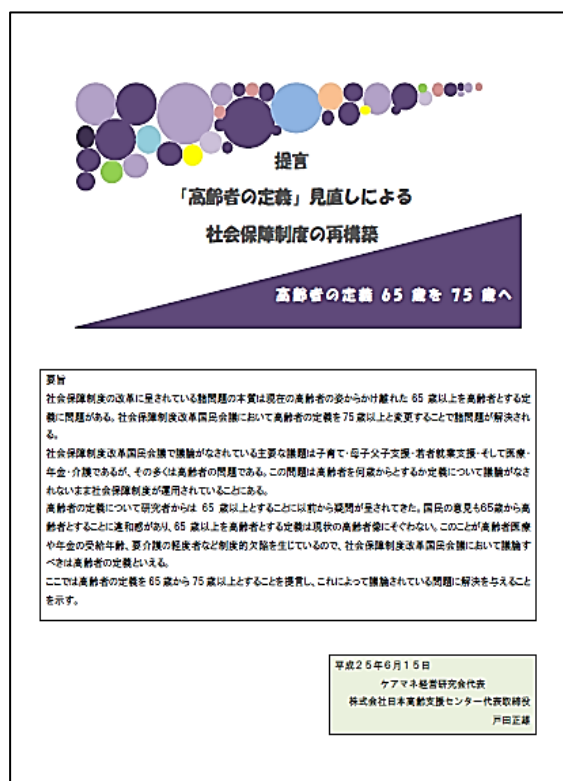
介護保険制度においても要介護認定の現状から社会保障制度改革国民会議の報告書の趣旨を生かすべきと考える。

高齢者の定義に関しては日本老年学会と日本老年医学会は平成29年に運動機能、認知機能、病気の発症率やそのことによる死亡率、国民全体の高齢者の年齢区分に対する意識などさまざまな観点から検討を加え、65歳以上を高齢者と定義づけたことと比較して、少なくとも75歳以上が当時の65歳以上に匹敵するくらいに若返っていることを明らかにして、65歳から74歳を准高齢者、75歳以上とし、そのなかでも90歳以上を超高齢者とするよう提言を出した。

この提言に関して大阪大学大学院の楽木宏美教授はこの提言は「いわゆるエイジズムとは異なり、医療的・社会的に支援が必要であったり、対応において特に注意を要したりする人の割合が多い集団を特定することを1つの目的にしており、実地医療や高齢者を対象とした研究、社会保障制度の構築に有用である。」との意見を2020年に長寿科学振興財団機関誌Aging & Health NO.92に出した。

令和2年版厚生白書で高齢者は何歳か、高齢者像に触れて「2014（平成26）年において「高齢者とは何歳以上か」という質問に対して「65歳以上」とする人は1割に満たず、「70歳以上」と「75歳以上」がそれぞれ約3割、「80歳以上」が約2割といった状況にある。」との調査などから「人々の意識における『高齢者像』は、より高年齢寄りに変化してきているといえよう。」p.15と高齢者を65歳からとすることに限界があることを示している。

介護保険制度の高齢者の定義変更は非就労の65歳以上の人の介護保険料の額と徴収の扱い、現状の第



2号被保険者との関係と高齢者の定義を変更することにより様々なことを変更しなければならない。高齢者の定義変更に伴い、要介護認定率の割合が高くなるが、社会保障制度改革国民会議報告書にも「高齢者についても、健康寿命が延伸することを踏まえ、高齢者が培ってきた知識や経験を活かせるよう、意欲と能力がある限り、年齢にかかわらず、働くことができる社会の実現に向けた取組が必要である。」9 P との指摘や学術からの意見や社会状況から介護保険制度において高齢者を65歳から定義を変更する時期に来ており、少なくとも高齢者の定義変更の議論を始める時期にある。

*** 高齢者の定義変更の効果**

介護保険制度での高齢者の定義変更は75歳以下もしくは80歳以下の人に対して介護保険の保険給付に対する意識を変える効果があるだけでなく、企業における定年の考えに変更をもたらし、雇用を継続するための職場環境の整備、労務制度の整備を促し就労の機会を提供することになり産業に若年層に合わせた現在の働き方を変えることになり、これはさらに健康寿命が伸延し、就労環境を整える作業方法の開発から新たな産業の創設も促す。

高齢者の定義を変更することにより生産人口年齢の変更も可能であり、これにより就業者の増加に国の政策を向け、産業界に新たな雇用・就業機会の創設に繋がる。高齢者の定義の変更は社会保障制度の給付を変えるだけでなく経済成長に繋がる政策となる。

*** 保険受給者の抑制**

介護給付の受給者数も人為可変数値・項であり、要介護認定者と要介護認定の変更がある。要介護認定者に対しては、主に保険者が行う介護予防、日常生活支援総合事業が関わる。先般の「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」によって高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施をさらに推進することで、着実な介護予防が期待される。

要介護度の変更は保険者機能強化推進事業による事業展開、介護事業者に対する的確な指導の実施が効果をあげていることは先に述べた。

ただ、要介護度の変化において軽度化の割合が低下したことは、重度化防止に重きを置いた結果であるから、今後は重度化防止に加えて介護保険法にいうように「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」（第2条2項）べく、要介護状態の軽減についても施策を講じる必要がある。

要介護認定の減少及び割合の軽度化は、先の制度改正において始まった科学的介護推進体制では事業所とサービスの質を改善するためにその数値を活用することから必然的にその事業所のサービスを利用している利用者の要介護状態の改善がもたらされる。化学的介護推進体制は介護施設や地域密着型サービスの一部と在宅サービスの通所介護などで加算が設けられているにとどまる。今後、在宅サービスでも訪問介護や福祉用具貸与などのサービスでも科学的介護推進体制が行われることが求められる。

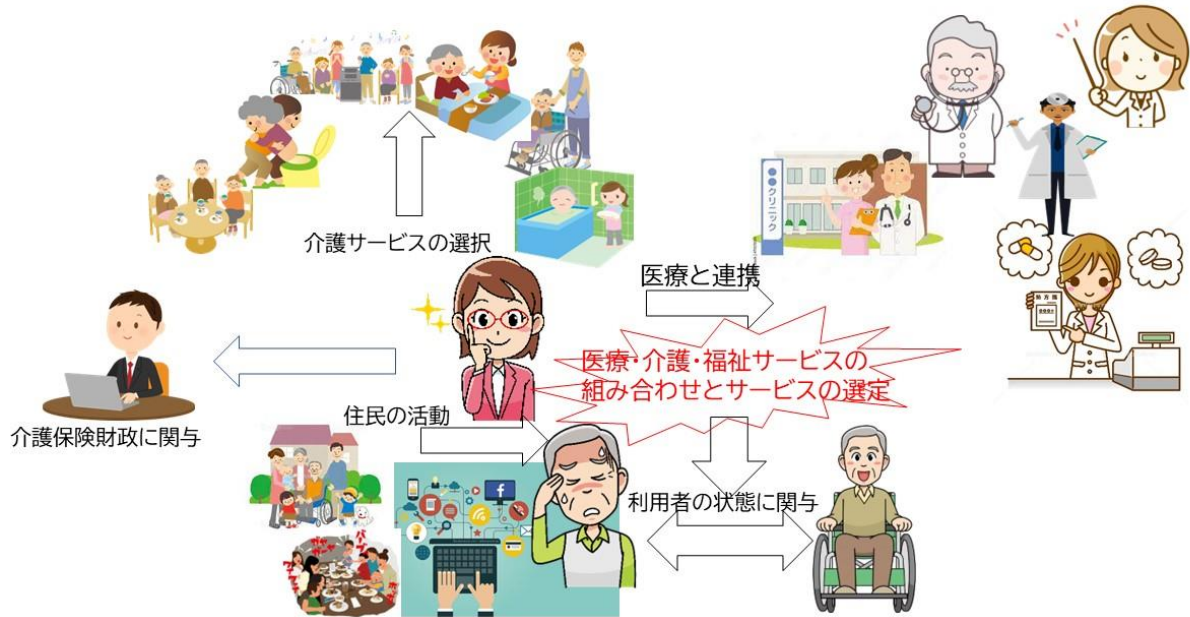
介護保険給付を抑制、適正に支給する制度とするためには高齢者の定義変更や要介護状態の改善・重度化防止の施策を講じることにより実現が可能で、軽度者除外や利用者負担の増加という施策では一時的な効果にとどまる。

居宅介護支援及び介護支援専門員

*** 在宅サービスでの居宅介護支援の役割**

介護保険制度における在宅サービスでの居宅介護支援及び介護支援専門員は、介護サービスはもとより医療サービス、住民の自主的な活動も含めて、それらを要介護居宅高齢者（利用者）の状態と本人の希望・同意にもとづいて選択しサービスの組み合わせを提示し、それぞれのサービスを提供する事業所により提供される居宅サービス計画を作成する。

介護支援専門員の役割と立ち位置



介護支援専門員が行う居宅介護支援は、これらの業務を通じて利用者の状態の改善もしくは悪化に係る。各サービスを組み合わせることから指定介護サービスに対して影響力を有し、指定介護サービスの選択に係るので介護保険財政にも影響を及ぼす立場にある。

この利用者、介護サービス事業者、保険者に影響を及ぼす立場にあるのは介護支援専門員のみであり、そのため介護支援専門員が行う居宅介護支援によって介護給付を受給する者の増減、要介護度の改善・悪化の変化に係る。

したがって居宅介護支援に要介護度の改善をもたらす施策を講じることで、前述の保険給付の受給者と費用額を左右させることが出来る。

要介護度改善を実現する居宅介護支援の業務を図る施策として、アウトカム評価の1つとして筆者は以前から介護支援専門員が行った業務に対応した報酬を支払う方式を主張してきた。

* 執行業務対応支払い報酬

居宅介護支援の業務には、「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令」の第2条に定める介護給付費等の請求業務と介護保険法第1条の「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」保険給付を定め、又同2条4項にある「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮され」とある生活支援業務、自立支援業務として同第2条の「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」業務がある。

生活支援業務と自立支援業務はそれぞれ指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の第1条の2と第13条に定められている。

居宅介護支援費は介護度1・2と3から5に応じた報酬額となっており、介護支援専門員の行う業務内容に対応した報酬となっていない。請求業務は利用者の要介護度の改善などにかかわらない業務内容を行っているとは解釈ができる。生活支援業務は利用者の介護状態の悪化の防止をもたらす業務に相当し、自立支援業務は自立した生活を営むための支援を行っているとは解釈ができる。

性格がことなる請求業務、生活支援業務、自立支援業務を1つの報酬に収める報酬支払いから、それぞれの業務の執結果に応じた報酬を支払う方法を採用する執行業務対応報酬支払方式は妥当な報酬を支払うことと言える。

執行業務対応報酬支払方式は従来、要介護度の変化割合に応じた報酬と考えて種々提案を行ってきた。これに変わる計算としてADL維持等加算の計算方法もあり得る。

***ADL維持等加算に準じた居宅介護支援の報酬**

給付管理・生活支援・自立支援の業務が包含されている介護支援専門員の居宅介護支援業務それぞれに対応した報酬とする考え方は「介護分野に係る事業分野別指針」(告示第284号・平成28年7月1日)にある「人事評価制度の導入による介護職員の適正な評価」にも基づくものと言える。

請求業務・生活支援業務・自立支援業務に対応した報酬の設定に参考になるのがこの度の介護報酬改定での通所介護等におけるADL維持等加算の考え方が参考になる。ADL維持等加算注16は通所介護等を利用したことで利用者のバーセルインデックス(BI Barthel Index)が一定改善したことに対する加算となっている。

ADL維持等加算の要件は以下に記すが、このADL維持等加算を参考に居宅介護支援事業所において、担当している利用者のBIの変化を算出、一定の改善が見られた居宅介護支援事業所には自立支援業務を執行しているとして高い報酬を、改善がない居宅介護支援事業所には生活支援業務の執行状態にあるという報酬を、一定の悪化が見られる居宅介護支援事業所に対する報酬は低く設定する方法が考えられる。この執行業務に対応した報酬を設けることでBIの改善が評価され、結果として介護サービスの利用量と種類の適正化が期待で、介護給付の利用者の増加にも対応できる。その際の要件として後述のLIFEにデータ提供する初回加算を条件とし、さらにこうしたアウトカム評価による結果の要因の分析と活用を条件とする。

***ADL維持等加算の算定要件**

ADL維持等加算の内容は以下の通りである。

< ADL維持等加算(I) >

- イ 利用者(当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること
- ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得(調整済ADL利得)の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること

< ADL維持等加算(II) >

- ・ 加算(I)のイとロの要件を満たすこと
- ・ 評価対象利用者の ADL 利得を平均して得た値（加算(I) のハと同様に算出した値）が2以上であること

*** 執行業務支払いもしくは ADL 維持等加算の導入（執行業務支払）**

居宅介護支援の業務は請求業務、生活支援業務と自立支援業務によって構成されていることから、それぞれの業務に対する対価を支払うのが妥当と考えられる。

ADL 維持等加算の Barthel Index を用いるかの検討をしたうえで、ADL維持等加算を参考に居宅介護支援費に同等の加算を設けることにより、居宅介護支援の3つの業務に対応した報酬とすることができる。この加算の導入は居宅介護支援の業務に対応した報酬であると同時に要介護度の変化に注目した報酬のため、要介護度の改善に作用することが期待できる。

執行業務支払を導入した際の、在宅サービス受給額の変化と執行業務支払いに要する費用の比較を試算してみると、仮に執行業務支払いを導入したことで要介護度の変化割合が10%改善したとき在宅サービスの受給額は令和2年度の受給額をもとに試算してみると4兆6094億円の受給額が4兆3087億円になり、3007億円が削減される。このとき執行業務支払いに要する報酬は50単位としたときは22億円、100単位では44億円を報酬となる。結果、大きな効果が得られる。

ADI 維持等加算導入による受給額の変化

独立型10%で試算(4000事業所)

令和2年度在宅サービス額 D	4兆6094億円
併設型による在宅サービス額の変化 (A)	4兆1485億円
独立型による在宅サービス額の変化 (B)	3134億円
在宅サービス受給額合計 C=(A+B)	4兆1798億円
良化の額 E=D-C	4296億円

加算算定額

算定事業所数(4000) × 利用者数(年)	4497600人
算定事業所数4000 × 単位数50(年)	22億円
算定事業所数4000 × 単位数100(年)	44億円

*** 居宅介護支援事業所もしくは介護支援専門員の公平中立**

居宅介護支援の業務は利用者の状態に合わせて、その課題を解決するための方法を介護サービスのほか医療サービスや住民の活動、知人・友人の力も借りて、サービス利用の計画を立案する。

そのため、指定介護サービス事業者にとって居宅介護支援の業務を行う介護支援専門員との関係が指定介護サービス事業所にとって重要になる。この構図から指定介護サービス事業所を運営する法人によっては居宅介護支援事業所を併設し、その利用者に同一法人が行う介護サービスの利用につなげようとする動きもある。

こうした介護サービス事業所と併設している居宅介護支援事業所に対して、公平中立を問題視する意見が散見する。

たとえば介護保険制度創設時には、同一系列事業体がより多くの利用者を獲得するため、指定居宅介護支援事業所を窓口に、要介護認定の申請代行を無料で行うことを強調する動きが



あったようで、これに対しその当時の介護保険施行準備室は「居宅介護支援事業者等の事業の公正中立な事業について」という通知を平成11年9月14日に出している。

その後も制度改定の度に居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立が議論されている。この度の令和3年度改定においても、居宅介護支援事業所における訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護のサービスが居宅サービス計画に占めるとその事業所の割合を利用者に説明するように改定して、居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立を図る施策を講じた。そうした対策を講じつつも介護報酬改定の審議にあっていた介護給付費分科会は令和3年度介護報酬改定に関する審議報告のなかで今後の課題に居宅介護支援について「ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る取組についても効果検証を行い、必要に応じて対応を検討すべきである。」と居宅介護支援における公平中立をさらに検討すべきと述べている。

今回、令和6年度改定においても引く続き、居宅介護支援の公平中立が議論されるかと思う。

居宅介護支援の公平中立を巡る議論が尽きないことは、居宅介護支援の公平中立を図る必要があることを示している。議論において結論を得られない原因は、介護支援専門員の業務に注目した対策を講じて居宅介護支援事業所の事業所形態の議論が深まらなかったことにある。

介護保険制度発足から常に課題となっている居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立を確立する施策を決定する時期にある。

*** 居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立の対策**

居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立にさまざまな議論、意見があることが、かえって居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立の対策を講じることを妨げている風がある。居宅介護支援事業所ならびに介護支援専門員の公平中立を講じる必要があるもののその対策を講じることが出来ないでいるのは、初めから公平中立を居宅介護支援全般に求めようとするので、たとえば独立型居宅介護支援事業所に対する評価は併設型居宅介護支援事業所を運営している多くの法人に与える影響が大きいことから、独立型居宅介護支援事業所に対する報酬設定を難しくしている。

居宅介護支援における公平中立を図るために限定的で規模も小さい部分に講じるのも選択したい。限定的対策として、ADL維持等加算の算定要件を独立型居宅介護支援事業所にすることもあり得る。ADL維持等加算は要介護度改善を図ることが条件となるのでその規模は小さく、要介護度改善を要件とするため併設型居宅介護支援事業所を運営している多くの法人から理解を得やすい。

*** 居宅介護支援の執行業務支払いの傾斜設定**

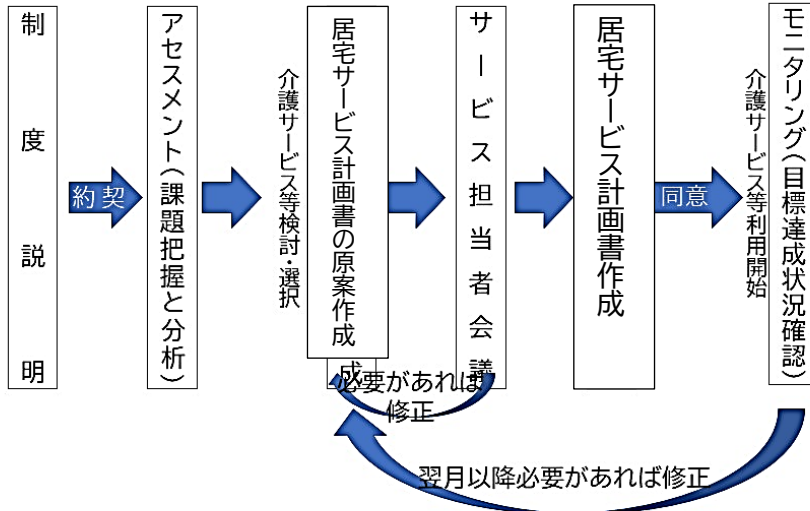
介護保険の受給額を抑制する観点から、居宅介護支援の執行業務支払いを見るとき、独立型居宅介護支援事業所にのみ適応するより居宅介護支援事業所全体に適応するほうが効果が大きい。そのときは併設型居宅介護支援事業所と独立型の事業所とで傾斜した設定が考えられる。たとえば独立型居宅介護支援事業所に対する報酬に比べて併設型では半分とか低く設定する考えもある。

*** 居宅介護支援費の加算**

居宅介護支援費の基礎報酬に加えて初回加算、特定事業所加算、入院時情報連携加算、他院・退所加算、通院時連携加算、救急時居宅カンファレンス加算、ターミナルケアマネジメント加算がある。加算は基礎報酬として行っている居宅介護支援の業務からはみ出している業務に対しての報酬設定となっている。

通常の居宅介護支援の業務

1, 新規担当開始時の流れ



2, 毎月の業務

- 月末月初・介護サービス事業所から実績報告受理
- 毎月10日までに給付管理と介護支援費の請求
- 毎月・利用者宅訪問モニタリングの実施
- 毎月・各介護サービス等へ提供票交付
- 他サービス調整・情報収集・事業所・家族へ連絡

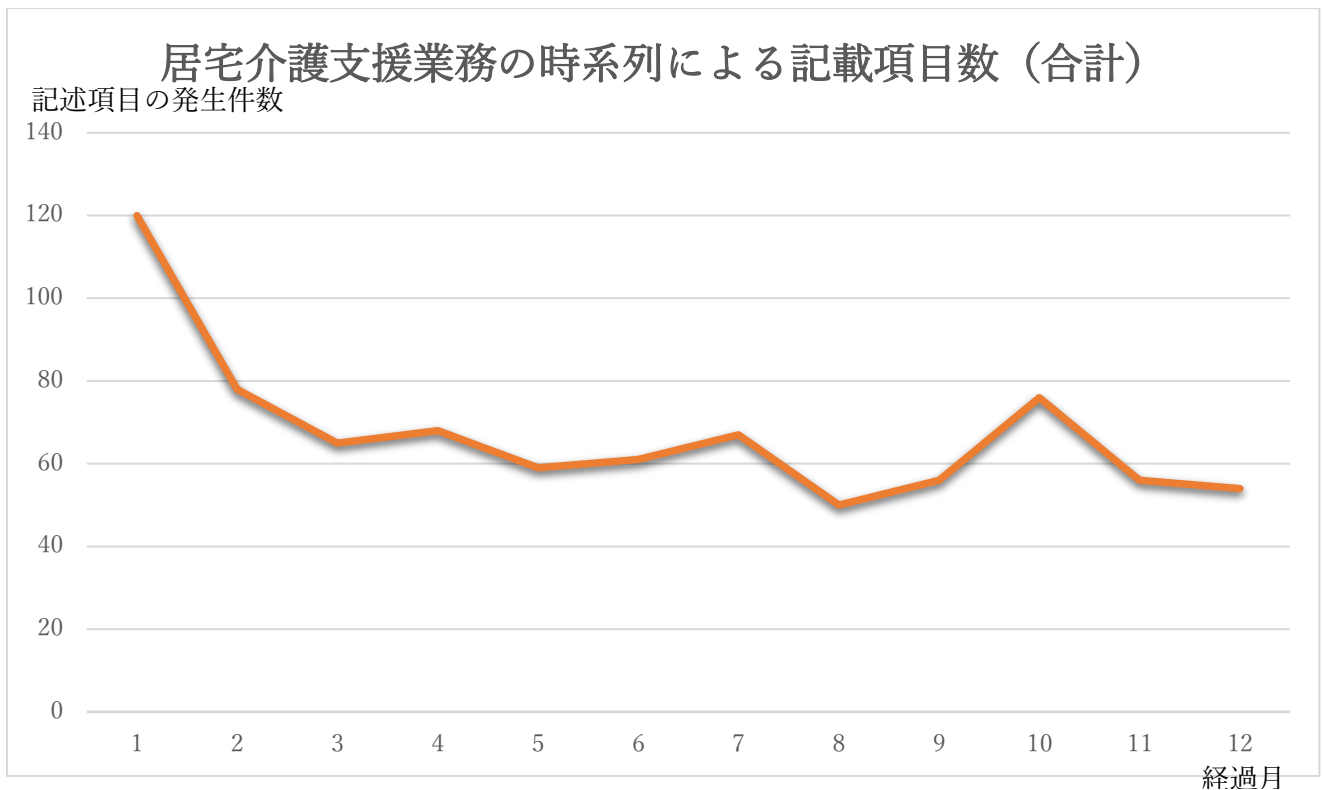
前提業務

社会資源の把握(介護サービス等地域の各種サービス含む)
法令理解

居宅介護支援の通常の業務は毎月利用者宅での利用状況の確認(モニタリング)を行い、その月の介護サービス利用に係る提供票を指定介護サービス事業所に交付し介護給付の管理と請求を行う。この一連の作業に対して設定されているのが居宅介護支援費となる。

これに加えて新たに担当をした際の業務では利用者家族に介護保険のサービスを始めて利用するため制度の説明を介護支援専門員からも行い介護支援専門員が行う業務の説明をして介護支援専門員が行うことが出来ること、できないことの理解を求めたうえで、介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所の説明ののち、利用者と居宅介護支援事業所を開設運営している法人との間で居宅介護支援に関する契約を結ぶため契約内容の説明から契約を結ぶ。契約が結ばれたことにより利用者家族の事情を把握し利用者の心身の状況、生活状況に係る課題分析の実施(アセスメント)を行い、利用者の課題を解決する方法を指定介護サービスだけでなく医療サービス、保健福祉サービスさらには保険外サービスや生活支援サービス、近隣の友人や知人の関り、経済活動も含めたさまざまな活動を視野にいれた居宅サービス計画を作成し、その計画に関係する事業者によるサービス担当者会議をえて作成した居宅サービス計画に利用者家族の了解をえたうえで各種サービスの利用に至る一連の業務を行う。

介護支援専門員は、介護支援専門員と利用者家族そしてサービス事業所などとの間での意見効果や意見の調整に要する項目を居宅介護支援経過に記録するが、要介護の認定を受けて初めて介護サービスを利用する利用者家族とのやり取りの項目を居宅介護支援経過の記録から時系列にグラフにすると初回時の業務量の多さが一瞥できる。

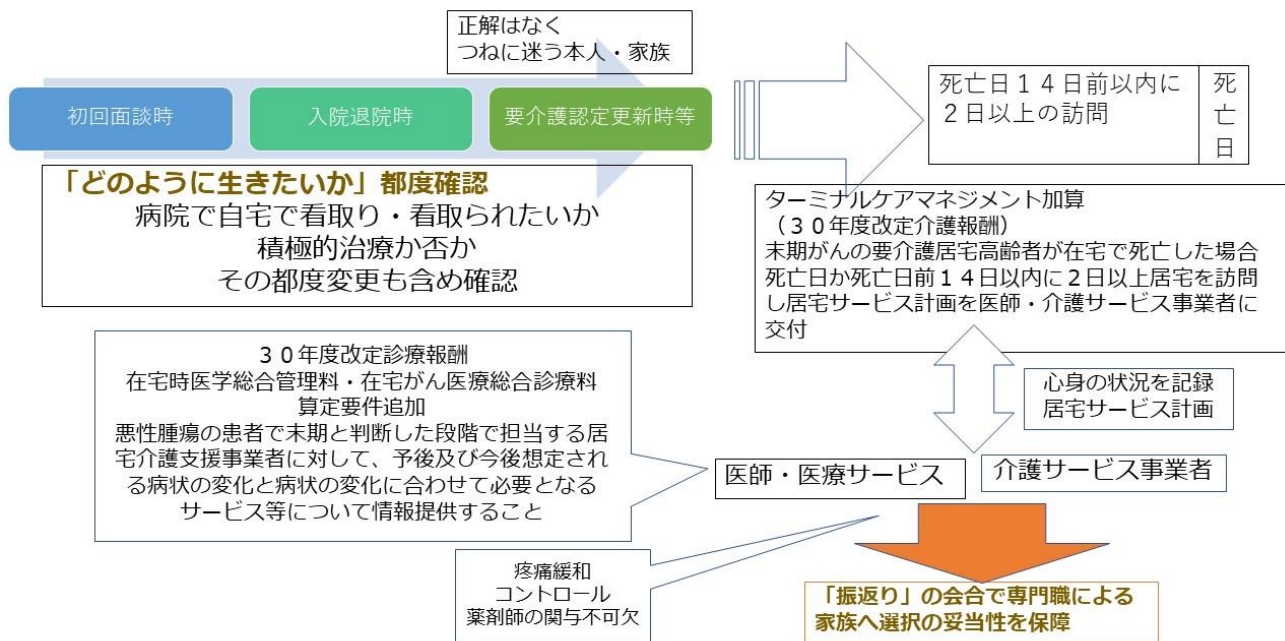


初回加算は、初回の業務は通常の業務量より多くの労力、時間を要することから初回加算として報酬を設けている。

この居宅介護支援費に、例えば利用者の病変により医療機関に入院した際の介護支援専門員の業務は、医療機関に利用者の社会的背景や自宅での療養状況、薬剤情報を医療機関に情報提供し、医療機関での診断、治療に役立つ情報を提供し退院時の支援として退院時共同指導の際の参考情報も提供する。入院時の情報提供及び退院時に医療機関から提供される治療内容・療養内容を参考にして退院後の居宅介護支援の参考として頻回の入院治療を回避する業務に対して入院時情報連携加算が設けられている。

入院時に医療機関に対して利用者の各種情報を提供するのは、もちろん、利用者の治療のためだが医療機関の治療のために負荷不可欠な情報を介護支援専門員から医療機関に提供することを実行するための加算となっている。入院時情報連携加算は診療報酬の入院支援加算と連動した加算であり、むしろ入院時情報連携加算は医療機関のための加算となっている。入院時情報連携加算を取りやめたときは診療報酬側でも対応が生じる。

ターミナルケアマネジメント加算の流れ



看取り期の支援に対して設けられているターミナルケアマネジメント加算の要件では死亡日14日前からの居宅サービス計画のたびたびの変更及びカンファレンスなどに対する報酬となっているが、自宅で看取る・看取られることの利用者家族の意思決定は死亡日14日から開始されるばかりでなく介護支援専門員がその利用者を担当した直後から状態のイベントのたび意思確認を行い、加えて死亡後の残された家族、親族への支援も含まれている。

自宅に限らず医療機関以外での看取りは「人生の最終段階での医療・ケアのプロセスの決定に関するガイドライン」に基づく利用者本人の意思の確認に係る一連の工程を行ってのことであり、これは短期間で利用者家族がそれぞれの意思を固める事は困難であり、看取りに関しての利用者の意思を確認する作業にも一定の時間を要する。

利用者が亡くなったあと、残された家族にとってその時々で選択したこと決定したことが果たして正しかったのかと思悩むことは多い。残された者への支援が提供されない場合、もしかすると精神疾患を患い社会生活に支障を生じ治療を要する事態も想起される。看取りにおける残された者への支援、その時々で下した判断への承認を他者特に医療福祉介護の専門職から与えるブリーフケアの提供が欠かせないことから、このターミナルケアマネジメント加算は含んでいる。

このターミナルケア加算を取りやめることで自宅での看取りは難しくなり医療機関で亡くなる件数が増加、診療報酬へ影響が生じる。さらには残された者の悩みから精神疾患の治療費が発生する可能もあり、社会生活に支障が生じたときには就労が困難になることでの費用も発生することを予想させる。

居宅介護支援費は制度発足時の報酬は居宅介護支援費と例外的に特別地域居宅介護支援加算が設けられていたに過ぎない。

平成15年度改定では質の向上を図るために4サービス利用加算がもうけられたがこの加算は次の改定時に効果が求められず廃止となっている。なお、この改定から運営基準減算も設けられている。

平成18年度改定では初回加算が設けられ、特定事業所加算も設けられた。

平成21年度改定では担当件数に応じたいわゆる逡減制が基礎報酬に導入され、入院時退院時に医療機関と連携する事への加算・医療連携加算が設けられた。また、独居高齢者と認知症高齢者の支援に対しそれぞれ独居加算、認知症高齢者支援加算が設けられ、この時設けられた小規模多機能型居宅介護事業所育成のため小規模多機能型居宅介護事業所に利用者紹介したことへの加算・小規模多機能型居宅介護事業所連携加算が設けられた。おな、この加算は今回令和3年度改定ではその役目を終えたことから加算は廃止された。

平成24年度改定で医療連携加算は入院時と退院時とに対応するため、入院時情報連携加算と退院・退所加算になった。緊急時カンファレンス加算、複合型サービス事業所連携加算も設けられた。

平成27年度改定では認知症加算と独居高齢者加算が基礎報酬に包含され、この改定で特定事業所集中減算が設けられた。

平成30年度改定でターミナルケアマネジメント加算が設けられた。

それぞれ改定時に加算の単位数、算定要件も改定されている。

居宅介護支援費の加算一覧

	平成15年度	平成18年度	平成21年度	平成24年度	平成27年度	平成30年度
居宅介護支援費			逡減制	逡減制	逡減制	逡減制
加算	4サービス利用加算	廃止				
		初回加算	初回加算	初回加算	初回加算	初回加算
		特定事業所加算	特定事業所加算	特定事業所加算	特定事業所加算	特定事業所加算
			医療連携加算	入院時情報連携加算と退院・退所加算に分割	入院時情報連携加算退院・退所加算	入院時情報連携加算退院・退所加算
			認知症高齢者加算		基礎報酬に包含	
			独居加算		基礎報酬に包含	
			小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	廃止
				緊急時カンファレンス加算	緊急時カンファレンス加算	緊急時カンファレンス加算
				複合型サービス事業所連携加算	廃止	
						ターミナルケアマネジメント加算
					特定事業所集中減算	特定事業所集中減算

ほかに運営基準減算がある

このような経緯から居宅介護支援費の加算はその役割を持って設けられてきた。加算を廃止することの

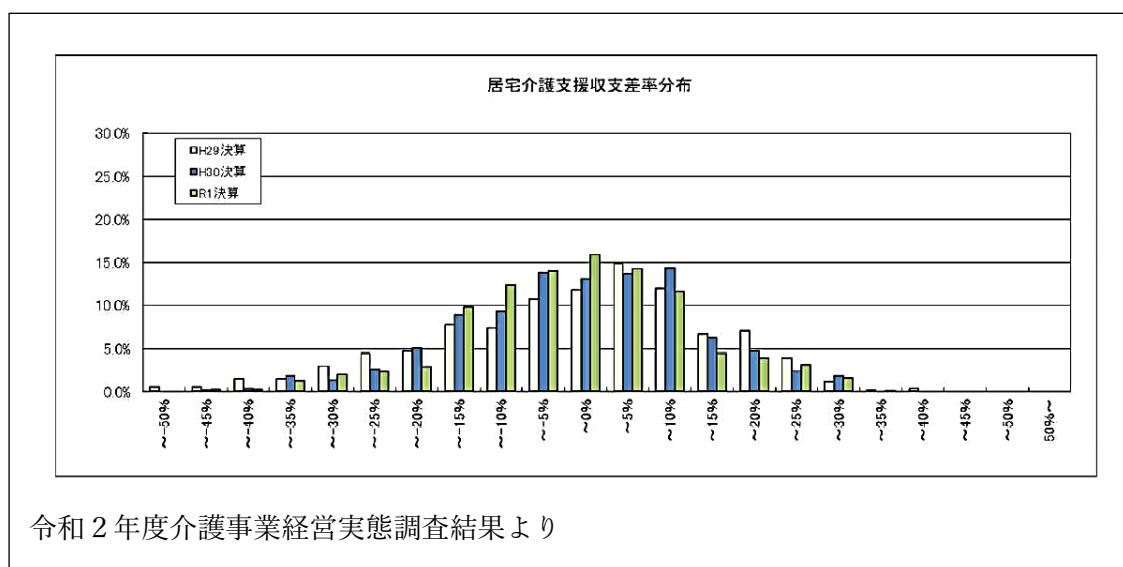
影響を考慮すると廃止との議論に御門が生じ、仮に介護給付費の削減するため加算を取りやめてもその額は少額で一時的あり、廃止による影響は大きい。

介護給付費の抑制は加算の廃止ではなく高齢者定義、要介護度など人為可変数値・項に注目した施策が効果的であることを前に述べた。

* 居宅介護支援事業所による人材確保の関り

日本の社会構造が少子高齢となっていることから生産年齢人口の減少と高齢者の増加をもたらしている。影響は介護分野も避けられず介護人材の確保が急がれ、対策も講じられている。

経営実態調査による居宅介護支援事業所の収支差率分布を見るとその分布の状況から事業所によって担当医している利用者数に差があることが推測される。介護支援専門員が行う居宅介護支援の業務は通常の業務であれば一定の時間で完結する。仮に利用者1人あたり利用状況の確認（モニタリング）や介護サービス事業所への提供票交付と実績報告の管理に要する時間数が合計で3時間程度だとすれば、44件担当している介護支援専門員は132時間/月の労働時間だが、これが利用者20人の介護支援専門員にとっては60時間/月にとどまる。



介護保険において指定居宅介護支援事業所において常勤を指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号）が定める。

上記の通知に常勤は、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいうもので、常勤の従業者が勤務すべき時間数を定めることを事業所に求めている。さらに週32時間を下回る場合は週32時間を基本とすると、介護支援専門員の勤務を時間評価の考えにある。

介護支援専門員が行う居宅介護支援の業務が利用者1人当たりで一定であれば、介護支援専門員が担当している利用者数によっては事業所が定める時間を下回ることもあり得る。このような勤務形態にある介護支援専門員の業務を時間で評価するのは実態にあってない。

介護支援専門員の業務実態を時間管理でなく業務内容で管理したとき、担当している利用者が少ない介護支援専門員の労働時間に空白が生じる。

この空白時間に他の事業所での業務に携わることについて、通知では「同一の事業者によって当該事業

所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、その勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする」と、併設の事業所で居宅介護支援の業務と同時並行的に執務することで兼務を認めている。

その例示として「例えば、同一の事業者によって指定訪問介護事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる」と管理者について兼務を認める。」と管理者の兼務を挙げている。

介護人材の確保の観点から上記の通達の条件を緩和し、併設の事業所での勤務を認めるよう緩和することで、介護職不足に少しでも充足することに繋がる。

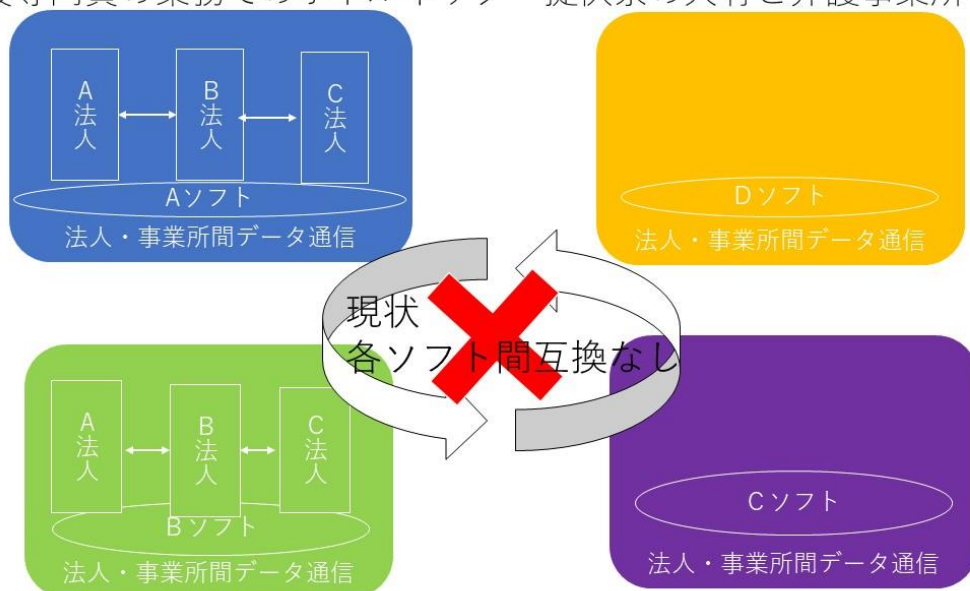
ちなみに労働時間について労働基準法第32条は「使用者は、労働者に、休憩時間を除き一週間について四十時間を超えて、労働させてはならない。」と2項では「使用者は、一週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き一日について八時間を超えて、労働させてはならない。」と一日8時間労働を既定しているが、これは上限設定で使用者が8時間以下の労働時間を定めるのを妨げるものではない。

* 居宅介護支援業務の効率化

法令によって居宅介護支援の業務は介護支援専門員の専管事項とされて介護支援専門員自らが執行するが、居宅介護支援に付随する業務たとえば書類のやり取りは効率化を図ることが出来る。

利用者に介護サービスを提供するためには介護支援専門員が作成した提供票にもとづいてサービスの提供が行われる。提供票自体は介護給付ソフトでほとんどが作成されるが介護給付ソフト間の互換性がないため、介護サービス提供事業所に提供票を交付する方法としては FAX、郵送、持参するなどの方法が取られている。

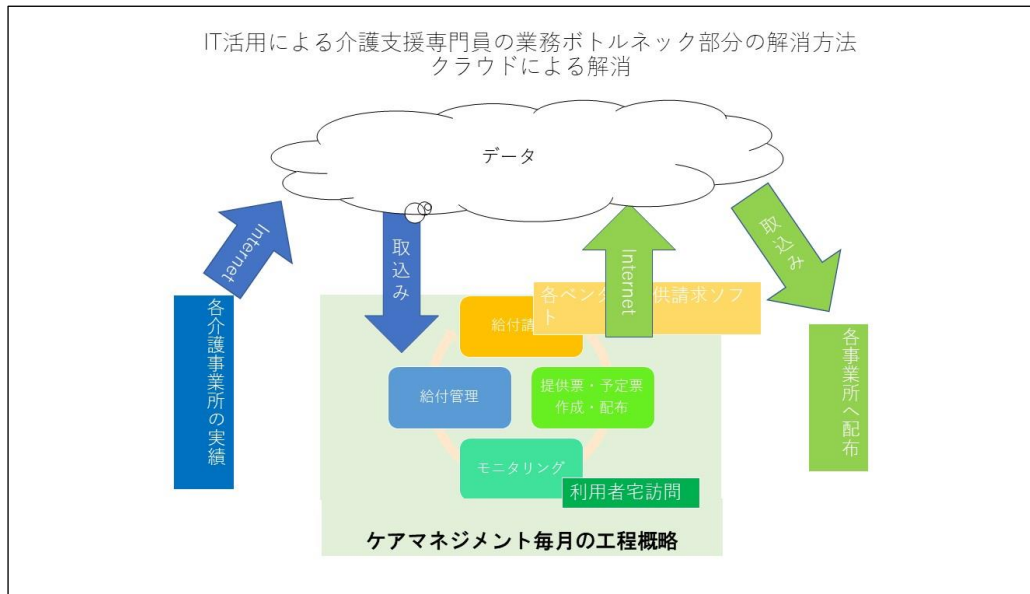
介護支援専門員の業務でのボトルネック・提供票の共有と介護事業所の実績共有



給付管理ソフト間の互換性がなく、居宅介護支援事業所・介護事業所での毎月の提供票・実績報告がデジタルで完結しない

各ソフト間の互換性があれば居宅介護支援の業務の効率化が図れることから平成30年にインターフェ

イスを整備することを述べた。



厚生労働省は居宅介護支援事業所と介護事業所間のデータ仕様の標準化を進め、同じころ「居宅介護支援事業所と訪問介護連携のなどのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」を作成し公開した。

介護分野におけるICTの標準仕様の作成イメージ

○ 介護事業所間の情報連携に関して、今後求められる情報の内容やセキュリティ等のあり方を検討するなど、ICTの標準仕様の作成に向けた取組を実施する。
 ⇒ 具体的には、ケアマネジャーと介護サービス事業所間の連携等に関するもの、介護サービス事業所間の連携等に関するものについて、情報連携のための項目の共通化を行うものである。
 (ケアプランの例)
 ◇ 居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所間のデータ連携を「異なる介護ソフト間」で実現するためには、連携されるデータ項目や定義がどの介護ソフトでも同じ項目である必要がある。
 ◇ 居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所間でのデータ連携を想定し、連携されるデータ項目とその定義（データ交換規約）を作成することにより、異なる介護ソフト間でもケアプランのデータの交換が可能となり、「ケアプランの情報共有の時間短縮」や「ケアマネジャーによる実績入力作業が不要」となるといったメリットがある。

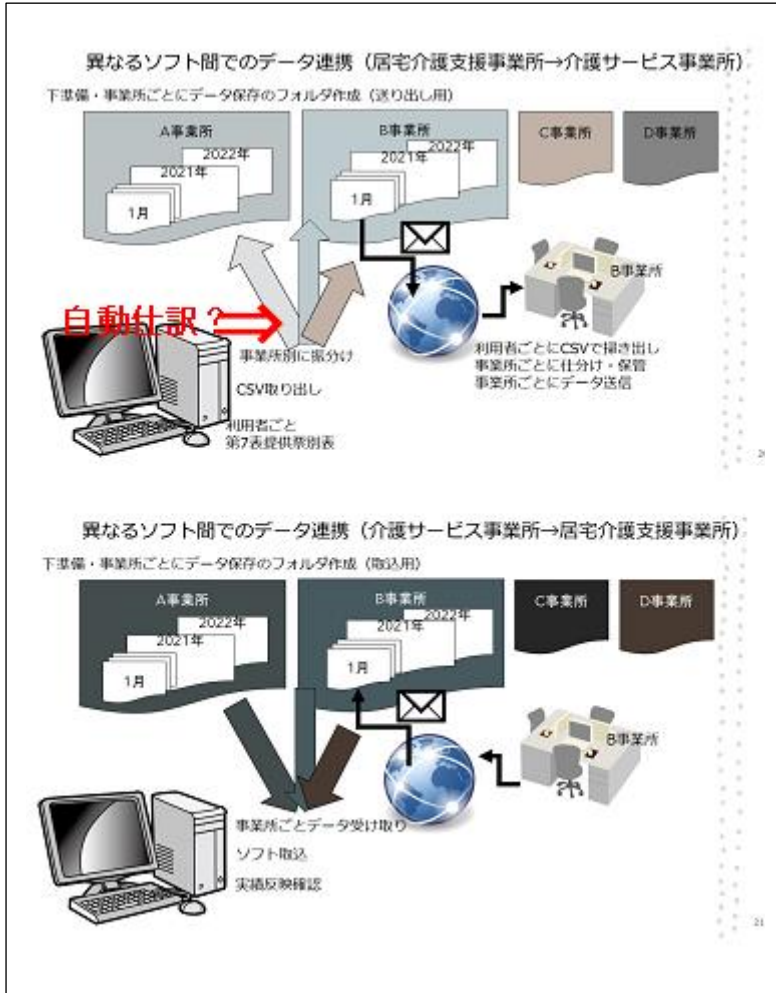
<イメージ図>

標準データ項目標準仕様	
項目名	書式・参照先など
1 介護事業者	業名、業種番号
2 介護サービス	業名、業種番号
3 居宅サービス計画書	YYYYMMDD
4 提供票	フリーテキスト
5 利用開始年月日	YYYYMMDD
6 利用終了年月日	XXXX-XXXX
7 介護事業者1	フリーテキスト
8 介護事業者2	フリーテキスト
9 居宅サービス計画書作成日	フリーテキスト
25 居宅サービス計画書の作成	フリーテキスト
26 居宅サービス計画書の作成	フリーテキスト
27 その他	フリーテキスト

厚生労働省資料より

この「居宅介護支援事業所と訪問介護連携のなどのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」の公開をうけて介護給付ソフトのベンダーの多くは標準仕様を取り入れ、基本的にはそれぞれの介護給付ソフト間のデータ連携が構築された。

「居宅介護支援事業所と訪問介護連携のなどのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」によってデータの連携は可能となったが、居宅介護支援の業務にかかわる書類のやり取りにはデータ連携

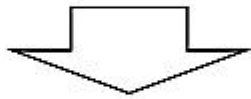
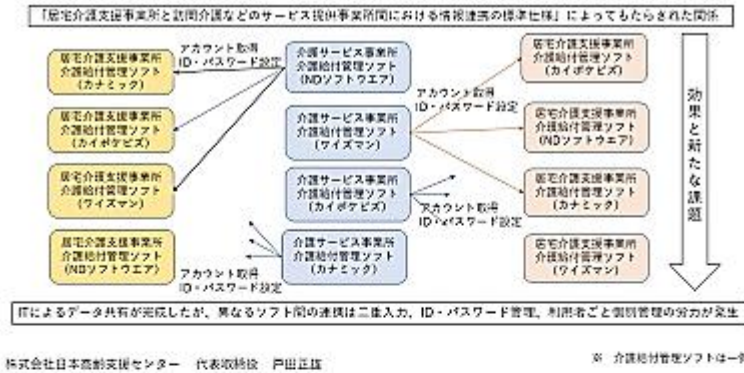


は欠かせないが、データのやり取りのためには介護サービス事業所ごとに利用者別の提供票を自動仕分けすることで効率化が図れる。

「居宅介護支援事業所と訪問介護連携のなどのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」が公開され各ベンダーが取り入れたことで各ベンダーのほとんどが自動仕分けを介護給付ソフトに実装した。これにより居宅介護支援事業所から介護サービス提供事業所にデータ提供するにはこれで効率化が図られた。一方、介護サービス提供事業所から居宅介護支援事業所にサービス提供の実績報告をするときは、居宅介護支援事業所が利用している介護給付ソフトに対応する必要がある。これにより介護サービス提供事業所では複数の介護給付ソフトに作業することになり、かえって作業工数が増える。

この介護給付ソフト任せのデータ連携による不効率の発生に対し、厚生労働省は「ケアプランデータ連携システム」の構築を急いでいる。ケアプランデータ連携システムの構築は令和4年度中に完成することから、居宅介護支援事業所、介護サービス提供事業所はケアプラン連携システムを活用して、それぞれの業務の効率化を図る必要がある。

介護分野におけるIT活用による業務改善効率化



「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」によってできたインターフェイスを改善



* 中山間部の居宅介護支援事業所

医療保険は受診機会を確保する目的とし創設されたことで無医村が解消され国民はだれでもがどきに居住していても受診の機会が与えられている。

介護保険において介護サービスを利用するために利用者が自ら居宅サービス計画を作成するのではなく、居宅介護支援事業所に計画作成を依頼する。最近の居宅介護支援事業所数の若干の減少の傾向から中山間部に居宅介護支援事業所の設置がなされていない地域があるとしたら、その地域の利用者にとって介護保険制度の十分な利用、保健の受給が確保されているか危惧を覚える。

特定の自治体において、その地域に居宅介護支援事業所が存在しないことによって利用者が被る不利益は不明だが、居宅介護支援事業所が存在していれば利用できるサービス—指定介護サービス以外、医療サービスや保健福祉サービス、住民の活動による支援を受けることが損なわれていることが予想される。

中山間部、離島などで居宅介護支援事業所が不在となっている地域の確認と不在によって生じている事象について把握を行い、仮に居宅介護支援事業所が不在で利用者が不利益を被っているときは、何らかの対策を講じる必要がある。

に見えるが、負担導入による居宅介護支援の業務の向上や介護支援専門員の能力向上は確かめられず、優良の定義がないなかで優良な居宅介護支援事業所の選択に資することもなく、ただ、利用者負担分の徴収事業

居宅介護支援費に利用者負担を導入したときのステークホルダーごとの損益		
ステークホルダー	メリット	デメリット
国民（要介護でない高齢者・利用者家族含む）	無	有
要介護状態高齢者	無	有
介保険料を負担する企業	無	無
居宅介護支援事業者	無	有
介護サービス事業者	無	無
保険者	無	無
国	有	有

の介護サービス

介護保険制度の保険者である市町村にとって、これも介護給付費削減に繋がることはなく介護サービス事業者と同様、影響がない。国にとっては居宅介護支援費に利用者負担を導入することをすすめてきた経緯から、利用者負担の導入は主張の実現となり主張を果たすことができたという成果を得る事が出来る。しかし、介護給付費の削減に繋がらないことから本当の効果を得る事が出来ないという面もある。介護保険のステークホルダーごとの損得で居宅介護支援費に利用者負担を導入することにより得る結果は一部の利益はあるがそれを上回るデメリットがある。

居宅介護支援費に利用者負担を導入する施策は全体としてみると不利益をもたらす。

居宅介護支援における科学的介護推進体制について

* 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

Barthel Index や障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度などのデータを利活用するいわゆる LIFE は、平成29年10月12日の第1回から令和元年7月16日まで9回行われた「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」の検討結果から作られた。この「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」では医療従事者が中心になった検討のため、ICFの活用やデータ不在を指摘した。データ活用の介護特に居宅介護支援においては普遍的介護という立場から「居宅介護支援では、利用者の状態を把握する課題の分析、介護サービスの種類と数そして利用者の要介護状態に合わせたサービスの選択と利用を勧めるための説明が普遍的介護の要素となる。」ことを述べたうえで、普遍的介護に期待を同検討会に寄せた。

検討会の取りまとめに際してはデータベース構築し時系列に従って解析分析することを訴えたことから LIFE のシステム構築を仕上げる事が出来た。

感覚によらない普遍としての介護の確立のための手法への考察
科学的裏付けに基づく介護に係る検討会・検討資料として

平成29年10月25日
ケアマネ経営研究会 代表
株式会社日本高齢支援センター 代表取締役
戸田正雄

要旨
筆者は介護支援事業を営む立場から、はやくから利用者の要介護状態の改善に注目してきた。居宅介護支援事業所において担当する利用者の要介護状態の改善を実現するために工夫をしたが、公的な介護保険制度においても要介護状態の改善を阻害する施策が欠かれないことから、今回の「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」の設置に期待をすることから日頃から行っているデータを提供し、考えの一端をまとめた。
20世紀において高齢はすくなく要介護状態高齢者も少なかったが、今日では高齢者が急激に急増し、それにつれて要介護状態の高齢者も急増している。
20世紀の時点で認識されていた要介護状態高齢者への、虚弱である状態はもとにもどらない、認識機能の低下は判断能力も低下するといった認識が定着していた。この20世紀に行われていた介護は感覚的な介護が提供されていた。

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会における「中間の取りまとめ」について
介護保険制度に活用されるデータベース構築に向けて

平成30年1月4日
株式会社日本高齢支援センター
代表取締役 戸田正雄

【はじめに】
介護保険制度において行われている介護は従来の経験による感覚的な介護から誰が行っても一定の効果をもたらすという、いわば普遍的な介護を利用者に提供していくことにより、介護保険制度を支えている国民のさらなる支持を獲得していくことになる。この普遍的な介護を作り上げていくためには構築の基礎となるデータの整備が欠かせないが、信頼性のあるデータがなく、また、普遍的介護として評価していく基準も確立されていないことは前の提案でお話しした通りである。
今回、検討の中間のとりまとめに際してはデータベース構築の目的を実現する立場からまとめることを期待したい。
データベースはデータを集めるにとどまらずにデータが活用され、活用によってえられる成果を実現することであり、したがって、データベース構築の目的と活用を意識した立場からのとりまとめとならなければ「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」で行われた検討が生かされない。
介護保険の事業から得られるデータは限定的でありサービスの実態を示すデータでないこと

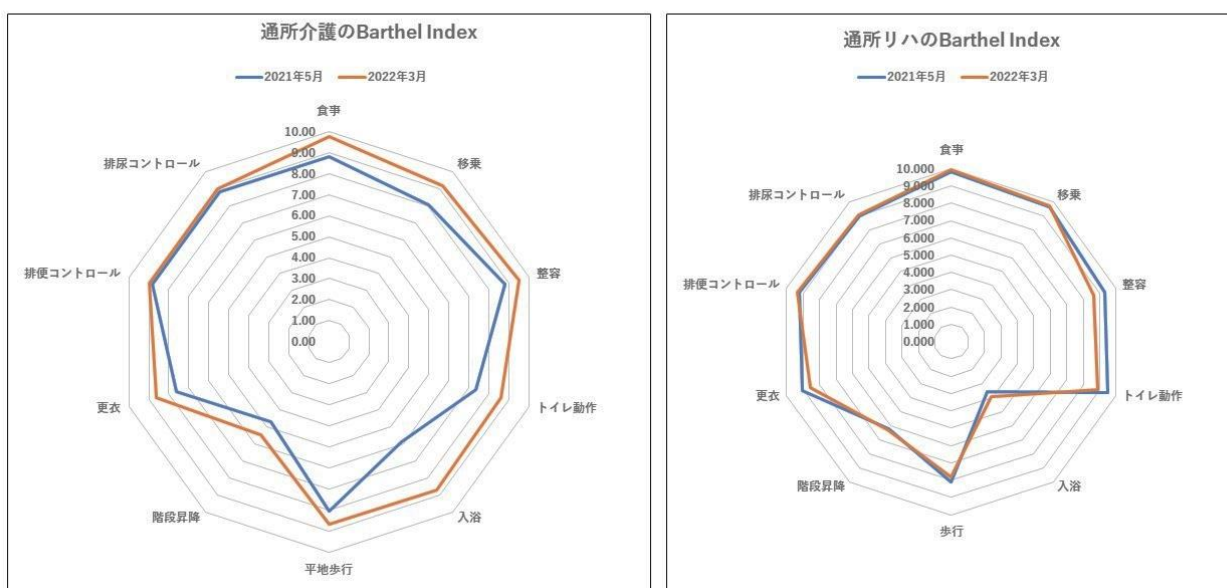
LIFEによって、これからの介護が経験ではなく客観的なデータからの介護の提供とデータ活用による事業所が提供する介護による利用者の自立支援・重度化防止が実現することが期待される。

***科学的介護推進体制**

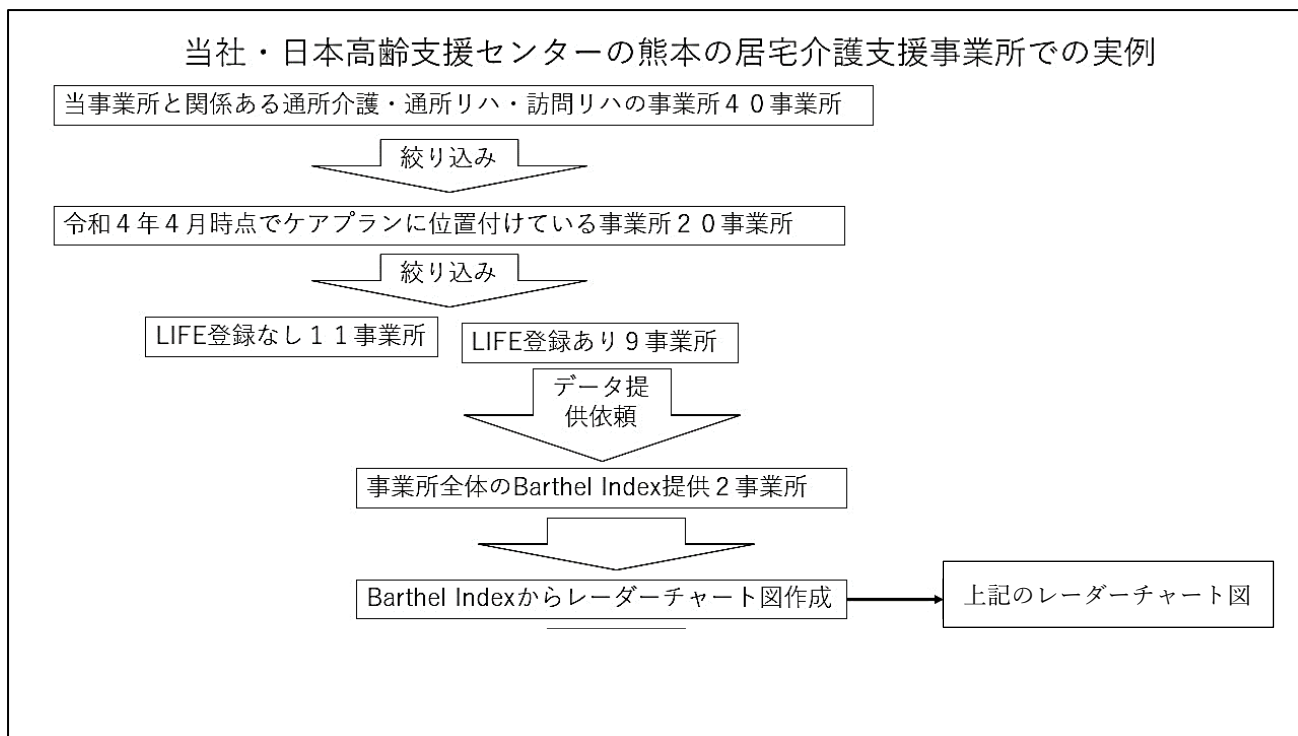
居宅介護支援において科学的介護推進体制の数値を用いることにより介護支援専門員は介護サービス事業所の介護内容を把握することが出来る。

当社の居宅介護支援事業所において、通所介護の事業所にこの数値の提供を求めたところ、介護支援専門員から事業所が行っている介護の内容と程度を知ることが出来た。この結果を利用者の支援に役立てることが出来るという反応があった。

当社・日本高齢支援センターの熊本の居宅介護支援事業所での実例
Barthel Indexデータによるレーダーチャート図



ただし、事業者からデータの提供があったのは通所介護の事業所のうち半数が科学的介護推進体制を整備しておらず、科学的介護推進体制のデータを提供している事業所から事業所のデータの提供を受けたのは2事業所にとどまった。こうしたことから科学的介護推進体制の整備、充実を図る必要がある。



居宅介護支援において、科学的介護推進体制が通所介護等にとどまっている数値を用いて利用者の全体像を把握することに限界がある。早急に訪問介護、福祉用具貸与等においても科学的介護推進体制を整える必要がある。

科学的介護推進体制が全ての介護サービスが整え、すべての事業所からデータの提供がされることにより要介護度の軽度化を図り、保険給付の受給者を減少させ給付額を抑制していくことが出来る。

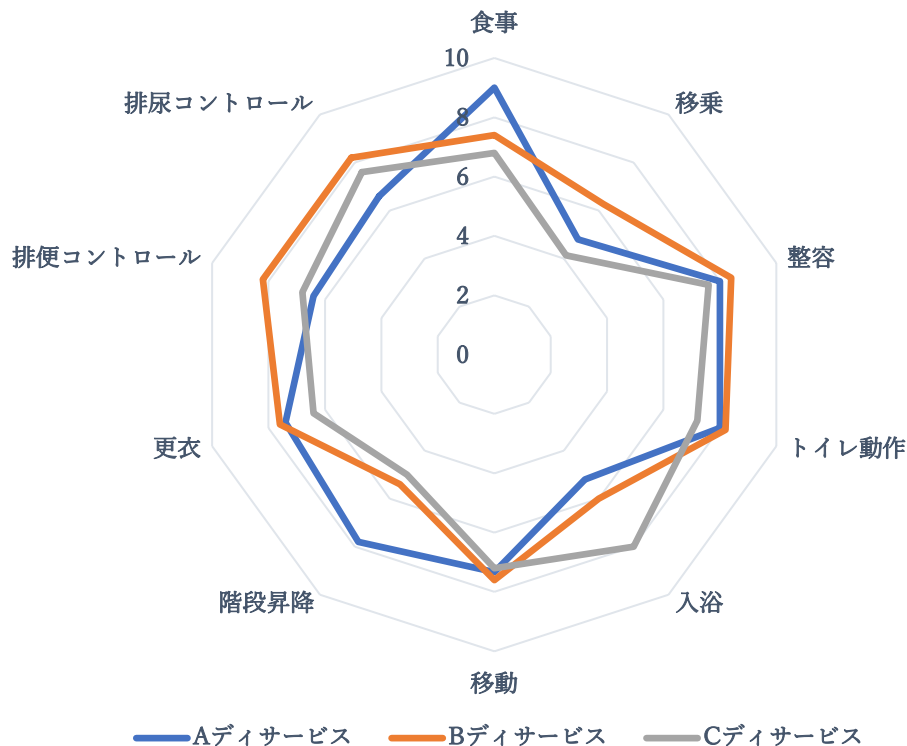
* 居宅介護支援における科学的介護推進体制 (LIFE)

居宅介護支援において現行、科学的介護推進体制に関わる介護報酬の設定はないが、介護保険法第118条の2や指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第1条の2では科学的介護いわゆるLIFEを活用した居宅介護支援の業務を行うこととなっている。ただ、現在のLIFEにおいては居宅介護支援で活用できるフィードバック利用者票の受け取りが未整備となっている。

そのため現状では居宅介護支援を適切かつ有効に執行する方法としてLIFEに関わるBIを介護サービス事業所から直接、情報提供を受ける方法が考えられる。

たとえば下図のような居宅介護支援で比較的多く利用されている通所介護（デイサービス）の事業所から提供を受けたBIのデータを基にチャート図を作成すると、A デイサービスでは食事と階段昇降で高い得点が見られ、B デイサービスはトイレ介助と整容に特徴が見られ、C デイサービスでは入浴に強みがあると推測できる。担当する利用者が自宅で入浴をするようになりたいと希望されまたその可能性がある利用者にはC デイサービスの利用を勧める科学的根拠があり、C デイサービスの利用により自宅で入浴ができるようになればデイサービスの利用が減るもしくは利用しなくなる可能性が見いだされる。同じように排泄に不安がある利用者にはB デイサービスの利用が考えられるし、食事面を充実したい利用者にはA デイサービスの利用により食事改善から体調の良化が期待される（下図参照）。

BIによるディサービスの特徴



* LIFE活用居宅介護支援

居宅介護支援において科学的介護推進体制を活用するために、これを活用することによる介護支援専門員の負担とサービス担当者会議での活用などの効果を「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究事業として調査している。

この調査では居宅介護支援事業所100カ所を対象に、モデル事業所を募集し、LIFEへのアカウント登録、データ登録（科学的介護推進体制加算の項目）を実施するようだ。

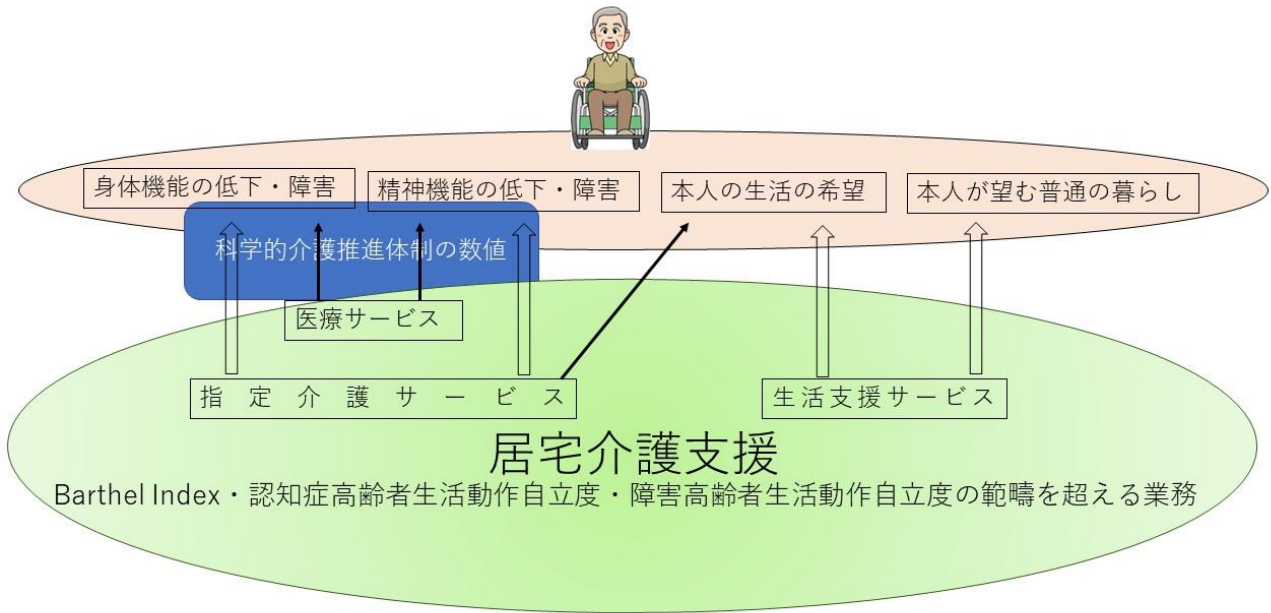
居宅介護支援は利用者の身体機能の低下・障害と精神機能の低下・障害に注目するだけでなく、利用者の生活に対する希望や要望にも留意して居宅介護支援の業務を行う。

利用者が望む生活や普通の暮らしには、たとえば、モーツァルトを危機ながらうまいコーヒーを飲みたい、一日一首を詠うことを望んでいる人や新聞投稿を続けたい、近所の知り合いと顔を合わせたいというささやかに望みを大切にしている生活を希望していることがある。これらはBL、障害高齢者日常動作自立度や認知症高齢者日常動作自立度では把握できない。

居宅介護支援において介護支援専門員が利用者のBLなどのデータを取得してLIFEに提供登録しLIFEからのその居宅介護支援事業所の分析解析というフィードバックを受けて居宅介護支援事業所のサービスの質の向上をはかるといふPDCAサイクルをまわしても、居宅介護支援はBLだけでは把握される範囲の業務を行っているため、介護支援事業所のサービスの質の向上は実現しない。さらに通所介護などの介護の評価があるのに対し居宅介護支援では通所介護と同じ評価の方法では、その業務内容は図れな

いことも考え合わせると、この科学的介護推進体制加算の項目データ登録という調査項目は意味がない。

科学的介護推進体制と居宅介護支援の関係



他にこの調査では、フィードバック票を提供（利用者が利用している通所介護事業所等で科学的介護推進体制加算を算定している場合、当該事業所が入力したデータを用いたフィードバック票も提供）し、ケアの質の向上に向けた取り組み（事業所内やサービス担当者会議での議論等）も実施するようだ。

現在、科学的介護推進体制では通所介護等からの LIFE へデータ提供があるのみで、訪問介護や訪問看護、福祉用具貸与などの在宅サービスに係る介護サービスからのデータ提供がない。在宅サービス全般からの LIFE データ提供がない現状において、居宅介護支援の業務の内容からケアの質の向上に向けた取組として事業所内での議論やサービス担当者会議での議論に用いても、限定的なサービスを議論するのにとどまり、居宅介護支援及び居宅介護支援事業所に関する有効な結論、ケアの質向上に繋がる結果は得られない。

居宅介護支援事業所を対象に LIFE 係る調査を行うときには、LIFE のデータが不完全な状態にある現状に対応するため、通所介護等だけでなく訪問介護や福祉用具貸与の事業所から個別にデータの提供を求め、そのデータを居宅介護支援に活用できるよう加工することが求められる。こうした準備を整えたうえで、居宅介護支援事業所を対象にした調査を実施しないと、本格的に居宅介護支援事業所での LIFE 活用は実現しない。

加えて「アンケート調査・ヒアリング調査でアセスメント・LIFE 活用のフィージビリティ及びフィードバックの活用可能性等の把握を行う」調査では、居宅介護支援事業所から科学的介護推進体制に係わるデータを LIFE に提供を前提にアセスメント・LIFE 活用のフィージビリティ及びフィードバックの活用可能性を検証するのであれば、BL と課題分析標準項目との関連も検討する必要がある。

課題分析標準項目（23項目）

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排便・排尿	失禁の状況、排便排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じく瘡・皮膚の問題	じく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

【出典】平成11年11月12日老企29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

46

課題分析標準項目に上げられている23項目を含むアセスメント手法も多く使用されており、居宅介護支援の業務ではこれらのアセスメント手法により把握される利用者のデータに基づいて居宅サービス計画が組み立てられることからこれらとの関連も検証される必要がある。

図表 7 主に使用しているアセスメント様式

	インターライ方式	MDS方式・MDS-HO方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	ケアマネジメント実践記録簿式	TAI方式・TAI-HO方式	日本訪問看護療養所方式	日本介護福祉士会方式	包括的自立支援プログラム方式	R4	独自様式	その他	名称不明	合計
介護老人保健施設	7 0.6%	131 11.5%	18 1.6%	15 1.3%	2 0.2%	0 0.0%	4 0.4%	332 29.2%	231 20.3%	262 23.0%	100 8.8%	36 3.2%	1138 100.0%
介護老人福祉施設	2 0.2%	67 5.9%	27 2.4%	16 1.4%	2 0.2%	1 0.1%	5 0.4%	558 49.3%	2 0.2%	302 26.7%	97 8.6%	52 4.6%	1131 100.0%
居宅介護支援事業所	7 0.7%	164 15.4%	399 37.6%	8 0.8%	22 2.1%	5 0.5%	16 1.5%	46 4.3%	3 0.3%	204 19.2%	133 12.5%	55 5.2%	1062 100.0%
合計	16 0.5%	362 10.9%	444 13.3%	39 1.2%	26 0.8%	6 0.2%	25 0.8%	936 28.1%	236 7.1%	768 23.1%	330 9.9%	143 4.3%	3331 100.0%

「平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成29年度調査）

（4）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業報告書」より

* LIFEとケアプラン連携システム連動の効果

介護支援専門員が担当している利用者の介護に関わるすべての事業所の LIFE データを LIFE が利用者ごとに統合し解析分析したデータをフィードバックすることで、利用者の身体機能と日常生活の動作を把握することが可能となるだろう。

そうして得たデータをもとに介護支援専門員はデータでは表されない気持ちや意向も考慮に入れて利用者の支援方針を立てることが出来る。LIFE からのフィードバックデータからは利用者の状態を改善する、

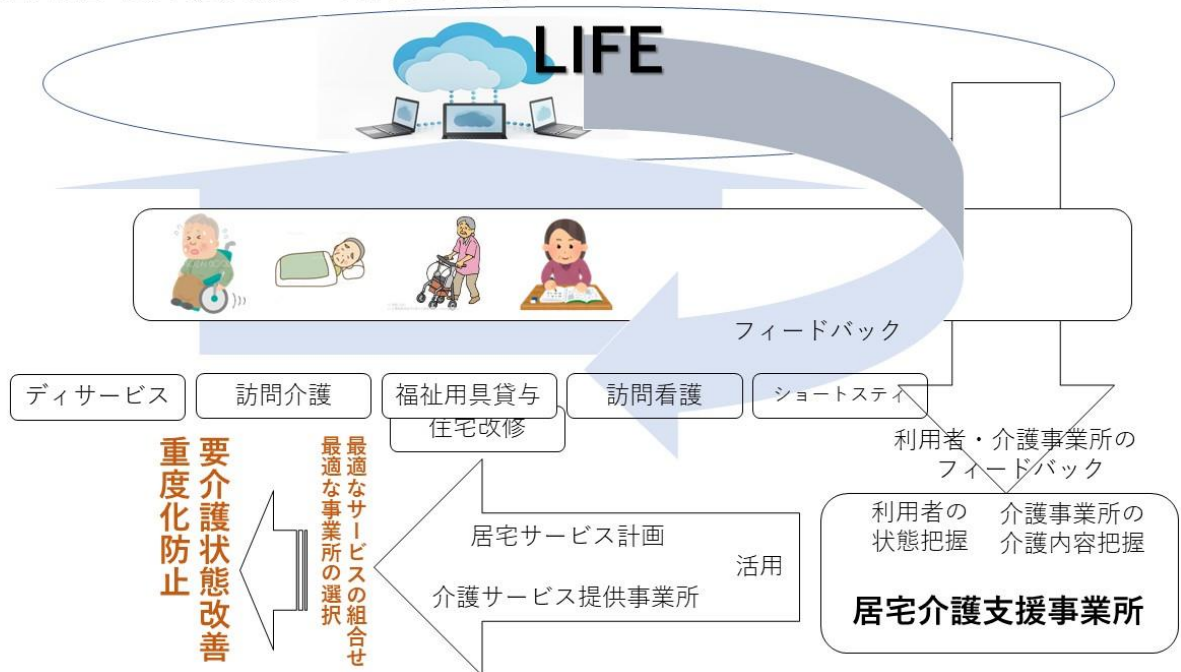
介護にふさわしい事業所に関する情報も提示されることが期待される。

こうした LIFE からのデータをもとに居宅サービス計画に組み入れるサービスの種類を考察し、そのサービスの種類における事業所を、介護支援専門員の経験や過去の付き合いにとらわれずに地域にある事業所のなかから LIFE は提示することも期待される。

そうしたサービスの組合せと事業所の情報をもとに介護支援専門員が作成し利用者が選択する居宅サービス計画とその実行サービス事業所の選択が行われることにより利用者の要介護状態の改善・重度化防止の方向にいくと言える。

LIFE の現状は限定的なデータ収集となっているが、利用者に関わる全ての事業所からデータの提出がなされ、医療レセプトデータ、健診データを含む NDB に介護側の保険者からの介護予防、日常生活支援総合事業のデータも収集している KDB のなかで LIFE が解析分析してフィードバックされるようになることで、さらに精度が向上する。

LIFE活用居宅介護支援の将来全体像



居宅介護支援を提供し利用者が利用するためには介護サービス提供事業所に交付される介護支援専門員が作成する提供票をもとに介護サービスが提供される。提供票のデータを厚労省が構築するケアプランデータ連携システムを用いることにより、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所間での帳票のやりとりがデータ化、業務の効率化が図られる。

ケアプランデータ連携システムに提供されるデータは利用者データと利用者に関わる介護事業所のデータで、このケアプランデータ連携システムと LIFE とのシステム連携を構築することにより、LIFE から利用者ごとに利用者が利用している事業所のフィードバックデータが、利用者のフィードバックデータを取り出す際に介護支援専門員に自動的に介護事業所のフィードバックデータを提示することが出来る。さらに利用者の状態から利用したとしたら利用者の状態に好影響を与える可能性のある現在は利用していないが地域にある介護事業所のデータも同時に提供することもできる。

ケアプランデータ連携システムと LIFE のシステム連携により、介護支援専門員が過去に関わった事業所

際に指摘され、改善がないときは居宅介護支援事業所の指定の取消も行われる。

福祉用具貸与のみの居宅サービス計画には利用者家族が第三者他人を家に入れたくないという意向や、人によるサービス利用そのものを拒否する利用者家族の存在がある。経済的理由によっても福祉用具貸与のみの計画となる場合もあって、福祉用具貸与のみの計画という理由だけでその計画を問題視するのは妥当とは言えない。

加えて福祉用具貸与のみの居宅サービス計画という理由で居宅介護支援費の単価を引き下げた場合、想起されるのは不必要な他の介護サービスを計画に組み入れることで単価の引き下げに対応しようとする事態がある。こうした事態が起こった場合、適切な居宅介護支援の業務を阻害する原因となるばかりでなく、福祉用具貸与以外に無理に他の介護サービスの利用となることから、かえって居宅介護支援費の増加をもたらすことにも考えを巡らす必要がある。

要介護認定調査について

* 要介護認定適正化事業

要介護認定調査について、ある企業では解析に用いるデータを保険者保有の要介護認定調査を基にAIケプランを提供していることから、2018年春に「訪問介護」誌上で前提となるデータである要介護認定調査の実施状況にバラツキあることを指摘した。



表 要介護認定の調査方法 (新規, 区変, 更新)

要介護認定調査方法 (実施: ○, 未実施: -)

	大塚市	堺市	大田区	足利区	八王子市	杉並区	板橋区	東大塚市	市川市	江東区	東葛飾区	福市	北区	新橋区
調査調査 (新規)	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業委託法人への委託 (新規)	○	-	○	○	-	○	○	-	-	○	○	○	○	○
調査調査 (更新・区変)	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業委託法人への委託 (更新・区変)	○	-	○	○	○	○	○	-	-	○	○	○	○	○
居宅支援事業所への委託 (更新・区変)	○	-	○	○	-	○	○	-	-	○	○	○	○	○

	中野市	豊島区	西葛飾区	有明市	港区	文京区	千代田市	三郷市	日野市	板橋市	本郷区	大塚市
調査調査 (新規)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業委託法人への委託 (新規)	○	-	-	○	-	○	○	-	-	○	○	-
調査調査 (更新・区変)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業委託法人への委託 (更新・区変)	○	-	-	○	-	-	-	-	-	○	○	-
居宅支援事業所への委託 (更新・区変)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	松原市	北守井市	東葛飾市	葛飾市	稲城市	多摩市	葛飾市	国立市	生駒市	鎌倉市	葛飾市	小笠原市
調査調査 (新規)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業委託法人への委託 (新規)	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
調査調査 (更新・区変)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業委託法人への委託 (更新・区変)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
居宅支援事業所への委託 (更新・区変)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会：介護保険「保険者シート」(平成27年度版)調査報告書, P.15, 2017.

医療経済研究機構・「大都市における地域包括ケアシステムをつくる政策研究会」「保険者シート」平成27年度版調査報告書より

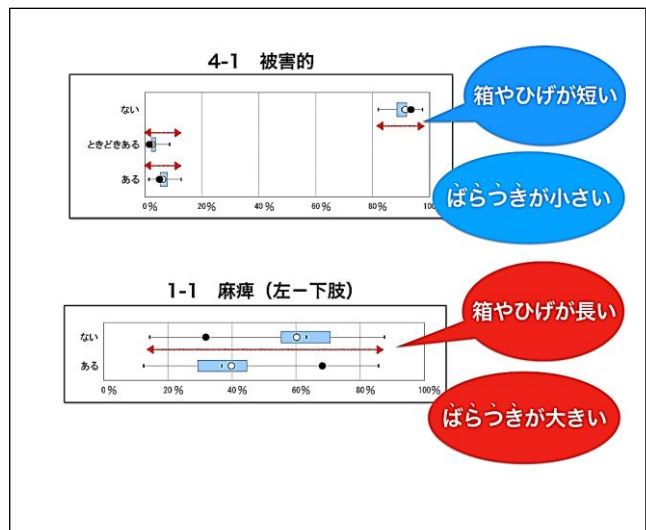
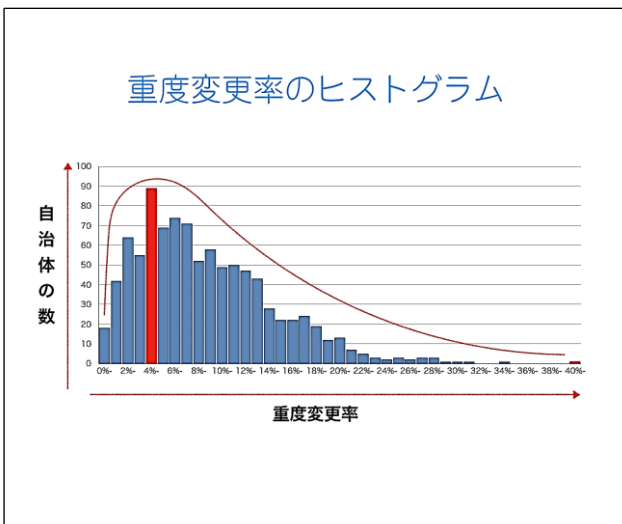
令和元年12月27日の第89回社会報審議会介護保険部会で「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」との文書に要介護認定制度に触れて認定調査にあたるものを介護支援専門員以外にも当たらせることに関連して「認定調査員の質の確保に留意する必要があると指摘し、認定調査の遅れは事業者にも影響を与えることから「認定調査の均てん化を更に進める」こと、「ICTや介護関連のデータの活用を検討」も重要だと指摘した。

こうした指摘をうけて令和元年「要介護認定業務の実施方法に関する調査」を行い、その調査研究事業報告書において、認定調査において、認定調査員の主観が入りやすい、調査の公平性が単肥出来ているのかの確認取れない、調査員テキスト等に準じた聞き取りがされていないことがあり、概況・特記の記

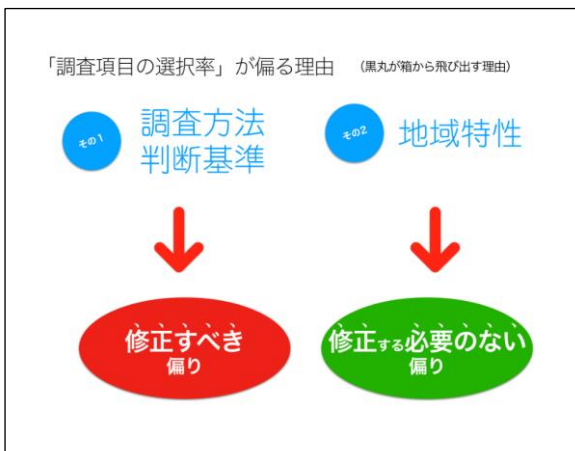
載が不十分なときがある、と課題をあげている。認定調査にあたる者からも、調査員の技量に差がある、調査員の聞き取りにバラツキが生じる、と指摘されている。保険者は研修を実施することでこうした課題を解決しようとしていることが報告されている。

以上のことを受けて、令和2年5月13日の老人保健課の文書「要介護認定適正化事業の実施状況について（平成30年度～令和2（平成32）年度）」では「要介護認定の運用について実態をみると、自治体によっては、認定調査の選択に偏りがみられたり」したと要介護認定調査に自治体によりバラツキがあるとの指摘を踏まえて、全国的な要介護認定の適正化を推進することを目的とする要介護認定適正化事業を推進するとしている。

要介護認定適正化事業は2015年度からたとえばe-ラーニングでの研修の実施、テキスト作成、調査報告、解説する動画の公開と行ってきた。最近においても業務分析データの読み方を動画で公開している。令和3年度の業務分析データの読み方を解説した動画では、業務分析データの説明はもとより第1次判定から軽度化・重度化へ判定が変わったヒストグラムと認定調査の項目ごとの調結果を表示した箱ひげ図をもとに自治体ごとのバラツキ具合を説明している。



認定調査で調査の選択項目で偏りがある理由として、1つは調査方法・判断基準にバラツキがある場合と地域特性として現われる場合を挙げている。そのうち



地域特性は修正の必要がない偏りだとしている。

一方、調査方法・判断基準に原因があって偏りがある場合は修正すべき偏りだと指摘している。

こうしたバラツキ、偏りの対策として令和2年度の要介護認定審査会事務局の機能強化に関する調査研究事業報告書をもとに要介護認定審査会で判定された要介護認定の結果によって介護サービスの給付額が変わるので要介護認定は全国一律に客観的に行うことから

「審査会事務局ハンドブック」を作成した。

要介護認定の精度を高め自治体ごとのバラツキを解消するため研修、テキスト作成とさまざま対策を講じている。従来の対策の成果を考えるとこれらに加えてITを用いた認定調査の方法も検討されてしか

るべきと考える。

*** 認定調査の効率化と精度向上**

65歳以上の高齢者が介護保険のサービス・保険給付を受けるには、該当する高齢者の申請により介護サービスの利用が必要かどうかの判定をする。サービス利用が必要かを判断するために状態の調査を保険者が行う。

認定調査員テキスト



認定調査票



認定調査票



要介護認定調査を行うに際し、認定調査員に対して認定調査員テキストを用いて調査方法の研修を行う。認定調査員は申請のあった高齢者宅を訪問して認定調査票に記入していく。認定調査票はほとんど紙を用いている。記入された認定調査票の各項目を一次判定にかけるためデータ化しパソコンなどに入力する。

これらに要する日数を「介護認定審議会事務局の機能強化に関する調査研究事業報告書」は

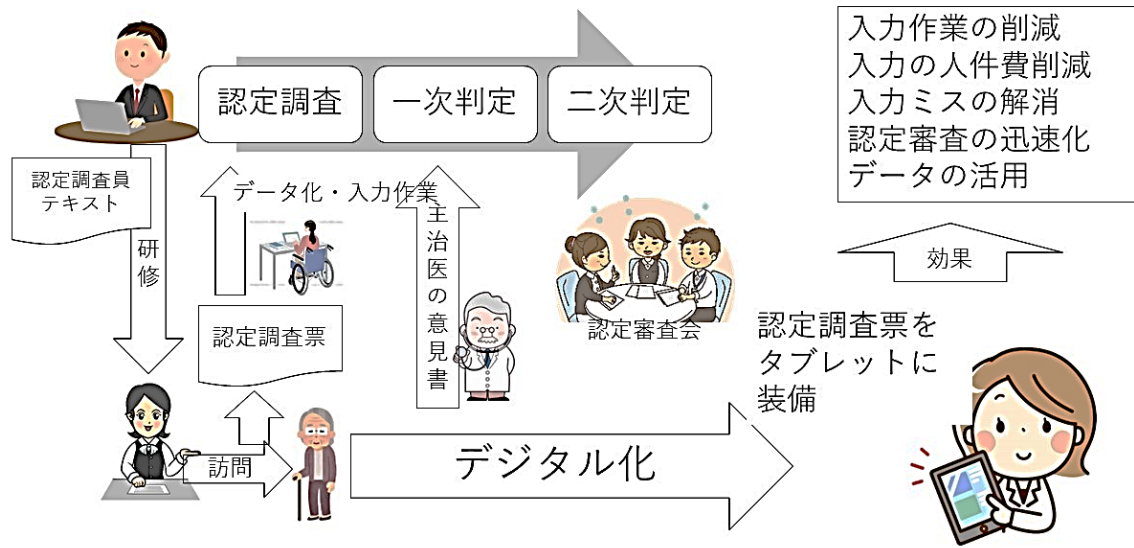
作業内容 1	申請日から認定調査の作成依頼書の発送まで	申請日から主治医意見書の作成依頼書の発送まで	認定調査の作成依頼書の発送日から認定調査票の回収完了まで	主治医意見書の作成依頼書の発送日から主治医意見書の回収完了まで
平均日数	2. 3	1. 8	13. 1	15. 6
作業内容 2	認定調査票の扱取完了から認定調査票の読取・照会・修正の完了まで	主治医意見書の回収完了から主治医意見書の読取・照会・修正まで	審査会委員への審査か資料の発送完了から認定審査会の開催まで	認定審査会の開催から認定結果通知書の発送完了まで
平均日数	4. 4	3. 4	7. 4	1. 9

それぞれの工程に係る日数を報告している。これによれば利用者から申請があった日から利用者に認定結果が発送されるまで49.9日、ほぼ50日を要し、原則30日で認定を行う日数を超過している。要介護認定の作業に50日を要する1つの原因はこれらの作業のほとんどはデジタル化されず手作業となっていることが上げられる。

認定調査に係る一連の作業はほとんどデジタル化されていないため、さらに入力時の誤転記、入力作業の負担があるが、これをデジタル化することにより大幅な改善がもたらされる。

要介護認定の作業の流れ

認定調査票・主治医の意見書のデータ化が手作業



介護業務の働き方改革 MCWEL介護保険 訪問調査モバイルV2 FUJITSU

「訪問調査モバイル」が調査員の残業ゼロに貢献！

介護保険 訪問調査における課題

- 調査票の送込確認、回答の矛盾修正に手間がかかる
- 特記事項の記載に時間がかかる
- 手書きの特記事項は読みにくい

訪問調査モバイルの導入で介護業務の働き方改革を実現

製品概要

MCWEL介護保険(認定)システムから調査対象者情報をタブレット(iPad)にダウンロードします。調査員は調査結果を入力し、補正してアップロードすることで、自動的に調査結果(データ)が取り込まれます。MCWEL介護保険システムのオプション製品のため、システム改修の必要がなく、標準的には2か月程度で追加導入することができます。*導入期間中のシステム改修、移行による業務停止。

導入イメージ

MCWEL介護保険V2 取込結果の確認 介護保険課職員

訪問調査モバイル データダウンロード/アップロード 移動中や訪問先で入力 認定調査員

新機能 最適な訪問ルートとスケジュールの作成を支援します！

POINT

1. 調査員のスケジュールと申請者の希望をマッチングし、最適な訪問スケジュール作成
2. 申請者の住所を地図上に自動マッピング
3. 訪問スケジュールの変更も訪問予定表・地図を画面で確認しながら調整可能
4. 訪問ルートをタブレットに表示確認しながら訪問可能

新機能 タッチパネルと音声での入力でキーボードレスを実現します！

- タブレットで選択形式のヒアリング 基本項目の自動設定 特記事項文章の自動生成 画面への反映 記載内容の誤り防止！
- 音声入力の特記事項の文章生成！ 移動の待ち時間の有効活用！
- 調査項目の回答の音声で自動チェック！ その場で確認チェック！

広島県東広島市ではMCWEL介護保険システムから認定調査の高齢者情報をタブレットにダウンロードし、調査員は調査結果を入力して帰庁後にアップロードする方法を取っている。

認定調査員は高齢者宅でタッチパネル形式の選択肢で入力ができ、特記事項の文章も自動作成される。

開発販売している企業担当者によると調査票作成時間が1件当たり20～760分短縮され職員のチェック時間も1件当たり3分短縮という成果を挙げていると効果を説明している。

このほか一部の自治体では自治体独自のシステムによりに認定調査票データの授受を行っているところもある。

タブレットを用いて認定調査を行うに際し、認定調査票をタブレットに内包して認定調査を行うだけでなく、認定項目に入力した結果を関連する調査項目との関係で不自然な入力となされたときはアラート表示されることも備えることができる

ろう。たとえば要介護認定ソフトに認定調査結果を入力した際に異なる2つの調査項目で同時に出現するのがおかしいと思われる組合せのデータが入力されたときに「警告コード」を参考にタブレ

ットに装備することで、認定調査を行っているその場でアラートが表示し、その場で直ちに調査の結果を修正することが出来る。

警告コード	説明
01	「1-3 寝返り」が「3.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
02	「1-4 起き上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
03	「1-4 起き上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
04	「1-5 座位保持」が「3.支えが必要」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
05	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-6 両足での立位」が「1.できる」
06	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-7 歩行」が「1.できる」
07	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
08	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
09	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
10	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-7 歩行」が「1.できる」
11	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」

警告コードの一例

認定調査票をタブレットなどの装備することによる省力化、業務改善が図れることから、認定調査のデジタル化を進めることに加えて、認定時に利用者の様子を撮影した画像を解析分析することも検討したい。

特記事項も同様に選択した調査項目に対応して特記事項を記載する必要があるときは、特記事項欄に誘導、表示するといった仕組みを入れ、文例も用意することにより、認定調査の精度が向上する。

□ 能力で評価する項目について、調査対象者に実際に行ってもらった状況とその結果が記載されているか

1-5 座位保持	1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
比較的不十分な特記事項	自分の手で支えれば確認動作ができた。			
比較的充実している特記事項	調査時は、右手で座面のマットをつかみ、左手でベッド欄をつかんで、10分程度は保持できた。体幹の筋力低下のため、日頃も同様と職員から聞き取り、「自分で支えれば可」とした。10分以上は左後方へ傾き背もたれ等の支えが必要。			

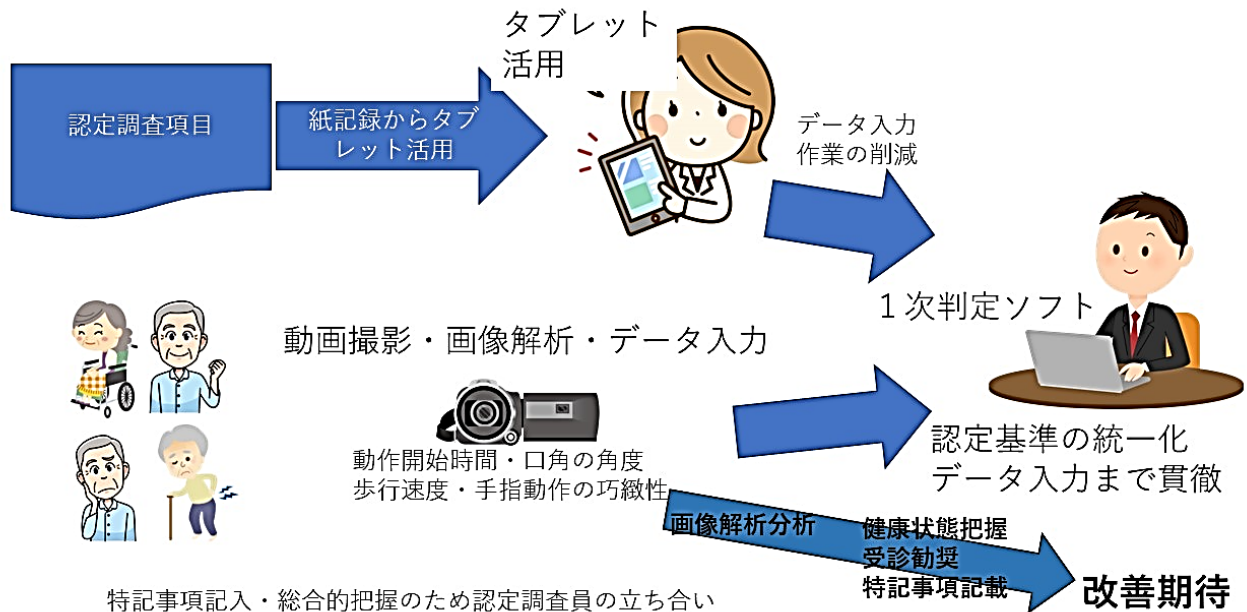
⇒ 調査対象者に実際に行ってもらった状況や、調査対象者や介護者から聞き取りした「日頃の状況」を具体的に記載することで、調査対象者の身体能力を審査委員が具体的にイメージすることができます。

□ 能力で評価する項目について、調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合、その理由や日頃の状況が記載されているか

1-3 寝返り	1. つかまらないでできる	2. 何かがつかまればできる	3. できない
比較的不十分な特記事項	確認動作が行えず、「できない」を選択。		
比較的充実している特記事項	試行しようとしたが、無言・無動で全く寝返りはできなかった。日頃も筋力低下や動作の緩慢さがあり、何かにつかまっても寝返りはできないことが多いと聞き取り、「できない」とした。体位交換は行っていない。		

⇒ 調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合でも、その理由や状況を記載することで、調査対象者の状態を審査委員が具体的にイメージすることができます。また、審査会の「一次判定の修正・確定」の手順において、選択肢が適切に選択されているかを判断することができます。

認定調査でのIT活用の例



画像解析では動作を起こすまでの時間の測定から運動器の機能が分かる可能性があり、臉のまばたきの回数から緊張の度合いが、口角の下がり具合によっては脳卒中の兆候が発見とともあり得るかもしれない。

画像に加えてヘルスケアデバイスを装備して生体情報からも高齢者の健康状態にかかわる判断材料を取得し、解析分析から高齢者の状態把握ができることで介護によって解決可能なサービスにつなげる、医療ニーズから受診を勧奨することもできるだろう。

データの集積によりその解析分析の精度は向上し、時系列で変化を発見することもできる。認定調査でのデジタル化は認定調査の精度を向上させるだけにとどまらず、作業効率の向上、誤入力の防止による訂正に係る労務と時間を削減し、認定審査にかかる時間の短縮をもたらす、利用者に認定結果の通知が早期に通知することにもつながる。それらのことから認定調査のデジタル化の整備は必然と考える。

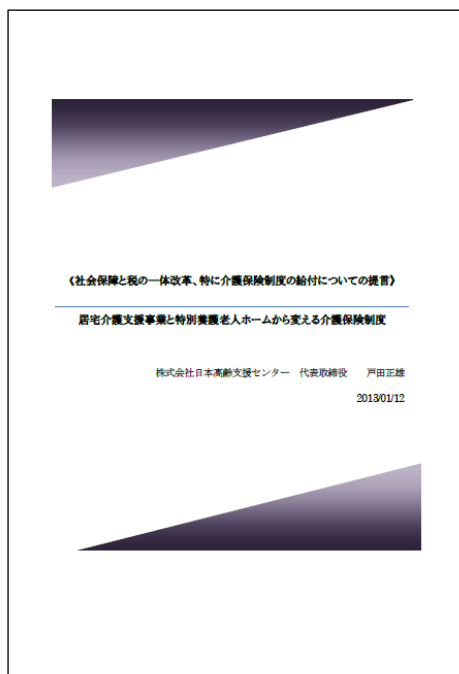
社会福祉法人もしくは介護老人福祉施設

* 社会福祉法人・社会福祉連携推進法人の推移

平成25年2013年の社会保障改革全般を議論していた社会保障制度改革国民会議に、社会福祉法人に関して人口減少に対応するには1つの社会福祉法人で臨むことの限界を示し、社会福祉法人の合併や複数の法人をおさめるホールディング制と法人経営を改革したうえでREITを組成すること、介護老人福祉施設で行われている介護の充実を図るために入所者に在宅への復帰を促すことを述べた。

社会保障制度改革国民会議報告書にはホールディング制に関して「医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある」ことが示され、ヘルスケアリートについても「あわせて、介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに

貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である」との報告が示された。



社会保障制度改革国民会議の報告書をもとに社会福祉法人の経営を確立するため社会福祉法等の一部を改正する法律を平成28年に成立させて議決機関として評議会の設置などを定めた。

さらに令和2年の「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」の成立により、社会福祉連携推進法人を創設することができるようになった。

これからの人口減少によって利用者が減少することの影響を受けて解散を余儀なくされる社会福祉法人が出てくるのが予想される。社会福祉法人の解散は地域の社会福祉の拠点を失い従事者の雇用も無くなるといった地域に及ぼす影響は大きい。人口が減少して社会福祉法人の解散という事態に備えるためにも、地域福祉連携推進法人の拡大が望まれる。

地域福祉連携推進法人を推進するため厚労省では合併・事業譲渡等マニュアルを作成し、令和2年に社会・援護局福祉基

盤課長から社援基発0911号第2号「社会福祉法人の事業展開に係るガイドラインの策定について」を出し、令和3年に自治体向け説明会を開き「社会福祉連携推進法人の認定に向けた一般社団法人の設立手続きと定款例について」を示して、社会福祉連携推進法人の拡大に対策している。

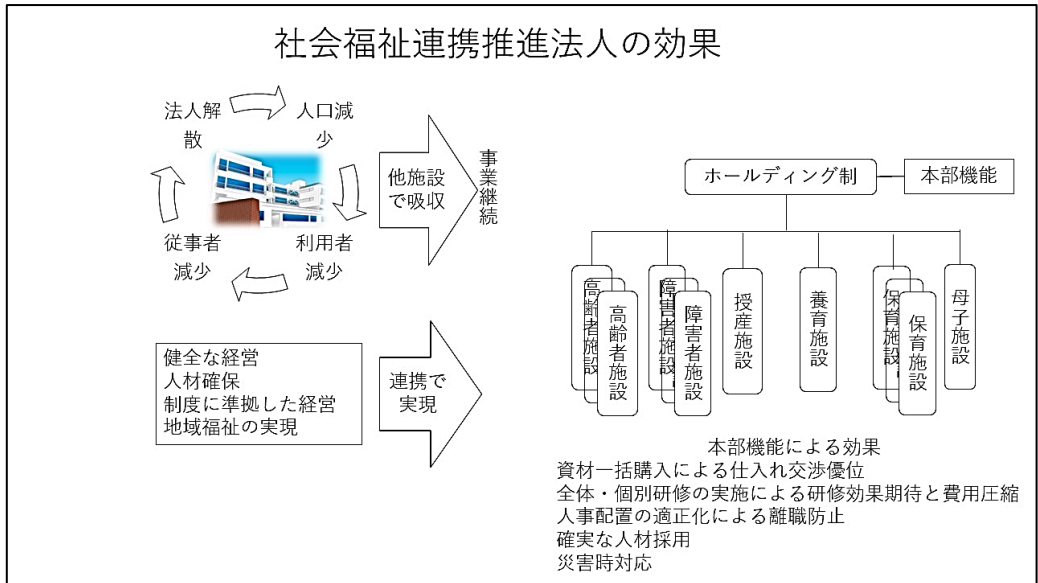
*社会福祉連携推進法人の必要性

戦後の混乱期に困窮者救済を目的に社会福祉法人が整備されたのちに人口の急増とその時に急増した者の高齢化、人口の増加や経済成長の恩恵により人々の価値観の多様性に伴い福祉サービスも多様化し、介護保険制度のサービス事業者のように福祉サービスの提供主体も多様となった現在での社会福祉法人にはいままでとは違った運営が求められることを社会福祉法人経営研究会は平成20年に「社会福祉法人における合併・事業譲渡・法人間連携の手引き」で指摘した。

社会福祉法人経営研究会の手引きの平成20年から10年以上たった現在では社会福祉法人の環境はさらに変化している。日本の人口が減少する今日において、地域によっては社会福祉法人の利用者となる高齢者や保育の幼児が減少し、社会福祉法人の定員を満たすことができず、まさに社会福祉法人の存在が脅かされてきている。

社会福祉法人の環境の変化により社会福祉法人の消滅は地域の雇用だけでなく、社会福祉法人は福祉だけでなく地域経済にとっても欠かせない重要なパートナーであり社会福祉法人と取引をしている企業にも影響を及ぼし地域経済の縮小に繋がる。

そうした環境にある社会福祉法人が存続して地域の福祉の拠点を提供し地域経済に貢献していくための選択肢の1つが社会福祉連携推進法人といえる。



*** 自治体による社会福祉連携推進法人設立の促進案**

平成28年と令和2年と社会福祉法を改定して社会福祉連携推進法人の設置に関する法整備を行ったが、社会福祉連携推進法人の設立が進んでいないのは法整備から時間がたっていないこともあるが、小規模で家族経営が多いという社会福祉法人の事情も無視できない。

社会福祉連携推進法人の設置を促進するためには社会福祉法人の事情に配慮して自治体が主導するのも1つの方法といえる。

自治体から社会福祉法人に対し

- 1-①社会福祉連携推進法人を知っているか
- 1-②社会福祉連携推進法人を理解しているかを調査し、

次いで

- 2-①社会福祉連携推進法人設置の意向確認
- 2-②社会福祉連携推進法人に参加意向確認を行い

設立意向がある社会福祉法人に対しては

- 3-①設立の手順・手続きを知っているか
- 3-②設立にあたっての課題を

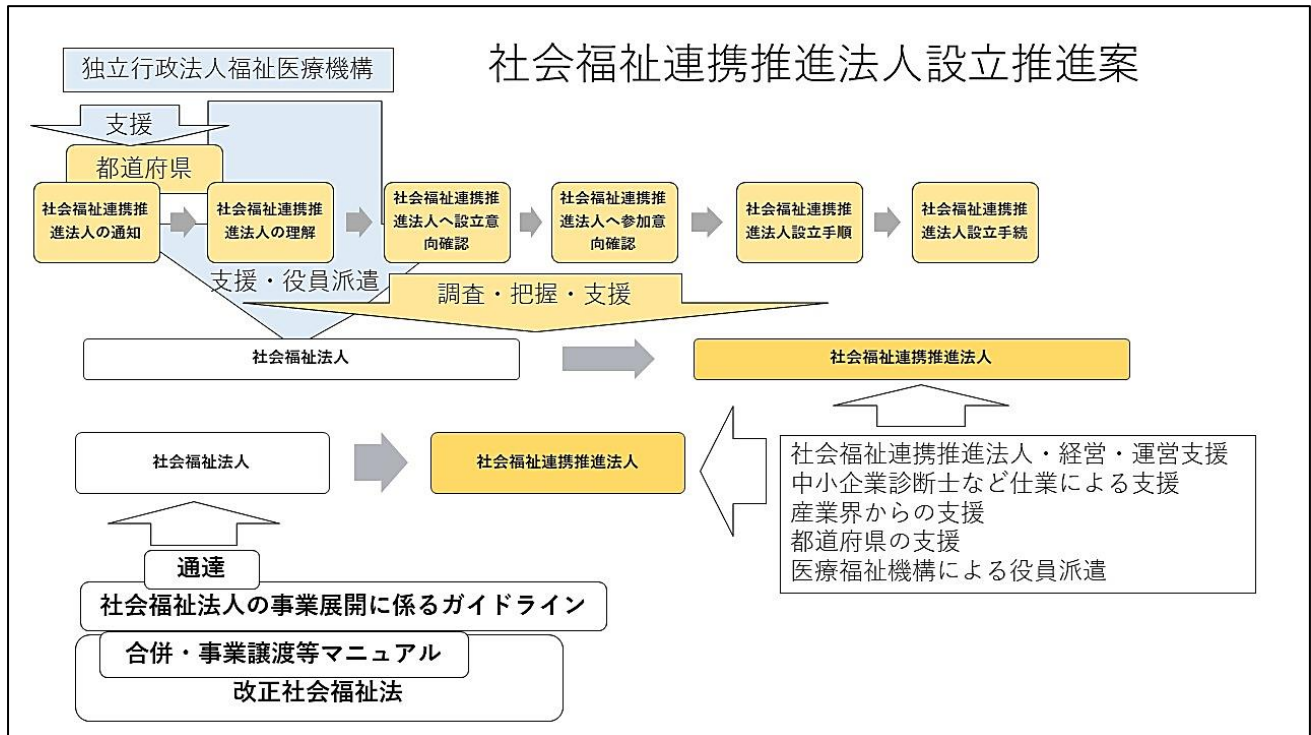
聞いたうえで自治体として支援できることを提供し、設立の手続きに伴走する支援策を講じたい。

以上の過程を自治体に支援し時には人材を派遣して設立を促進するために、独立行政法人福祉医療機構にも関わることも検討したい。

*** 福祉医療機構による社会福祉連携推進法人設立促進案**

福祉医療機構の業務の目的と範囲は独立行政法人福祉医療機構法の第3条と第12条に主に貸付業務とされているが、第3条では「これら施設に関する経営指導」「社会福祉事業に関する必要な助成」をもって福祉の増進並びに医療の普及及び向上を図ることを目的としている。さらに第12条の業務の範囲にも「社会福祉事業施設の設置、整備又は経営に必要な資金を貸し付けること」をあげて、さらに1項4号では「社会福祉事業施設の設置者又は病院等の開設者に対し、社会福祉事業施設又は病院等の経営の診断又は指導を行うこと」を定めている。

これらにより福祉医療機構が社会福祉法人に対して社会福祉連携推進法人の設置に向けた支援提供することを妨げない。ただ、自治体への支援はこの法では規程がないことから、自治体に対する支援を提供する事は難しいことから福祉医療機構法の改定も検討し、福祉医療機構による社会福祉連携推進法人の設置に向けた支援の提供ができるようにしたい。



*** 社会福祉連携推進法人設立後の支援**

社会福祉法人が社会福祉連携推進法人を設置するのはこの法人を設けることが目的ではなく、社会福祉法第125条に掲げる地域福祉の推進を共同で行う、災害時の事業継続を図ること、事業に必要な資金調達を図ること、人材確保と設備と物資の確保を行うのが設立の目的であることを忘れてはいけない。

いくつかの社会福祉法人によって設立された社会福祉連携推進法人は、上記の目的を果たすためには設立した社会福祉連携推進法人の法人にとって最適な法人とするために、傘下の社会福祉法人の経営資源を活用し、時には取捨選択を行い、最適化を図っていく。資金を調達するために公的法人の会計基準を基に見せ方を統一し金融機関を選別し、人材募集にあっては労務環境を整備し人材に訴求する法人の内容を作り込み、物資の調達にあってはいままでの取引先の整理と新たな取引条件と支払い方法と支払日を調整するといった社会福祉連携推進法人として傘下の社会福祉法人間の調整を行うという作業がある。新しい社会福祉連携推進法人では法人の中身をつくる作業があるが、この任を担う役員に求められる資格を社会福祉法第44条4項では

- 一 社会福祉事業の経営に関する識見を有する者
- 二 当該社会福祉法人が行う事業の区域における福祉に関する実情に通じている者
- 三 当該社会福祉法人が施設を設置している場合にあつては、当該施設の管理者を含むものと定めている。また、評議員は社会福祉法人の適正な運営に必要な識見を有する者のうちから選任される（第39条）ことから、新たに合併によって設立した法人運営を担う経営のプロともいう

べき役員が社会福祉連携推進法人に加わっていない可能性がある。

合併・吸収により新たに設置した法人を軌道に乗せるためには、たとえば中小企業診断士など土業の専門家や経営者による助言、指導、運用が必要となる。

こうした土業や経営者の参加できるように自治体及び福祉医療機構の関与が求められる。

* 社会福祉法人のREIT化

社会保障制度改革国民会議に対して要望をした際に社会福祉法人のリート化も織り込んだが、医療法人制度・社会福祉法人制度の見直しについて、平成25年2013年の社会保障制度改革国民会議報告書では「介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度など、総合的な規制の見直しが幅広い観点から必要である。」28Pとヘルスケアリートを取り上げている。

ここで触れているヘルスケアリートは、「医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し」の項で述べていることから、コンパクトシティをつくる資金調達に医療法人や社会福祉法人を対象としたリート化による方法を検討することを投げかけている。

厚生労働省は平成25年度の医療施設経営安定化推進事業において、ヘルスケアリートの資料を作成した。資料では「基本的には投資家から資金が集まらなければビジネスとならないことから、結局は投資家サイドにスタンスを置かざるを得ない立場にある」という立場からの内容となっている。資料ではヘルスケアリートの概観を述べ説明を行い「投資家保護は極めて大切なことなので、これは至極当然なことであるが、一方の当事者であるオペレーターや施設利用者の立場に立った議論がほとんど見られないのは気になるところである。」とリートをとらえている。リートによる利用者にとっての危惧を「オペレーターが契約どおりREITへ賃借料を支払っていても、経営指標の悪化などを理由に、コベナンツをたてに転売やオペレーターの変更などが生じる怖れがあり、その際には施設利用者の賃借料アップとなることが考えられる。

多くは年金生活者である施設利用者にとり、賃借料高騰に応じるのは容易ではない。

また、施設利用者が高騰した賃借料に耐えきれなくなり、終の棲家と考えていた施設を退去せざるを得ない状況になった場合、そのダメージは大きい。」と指摘している。

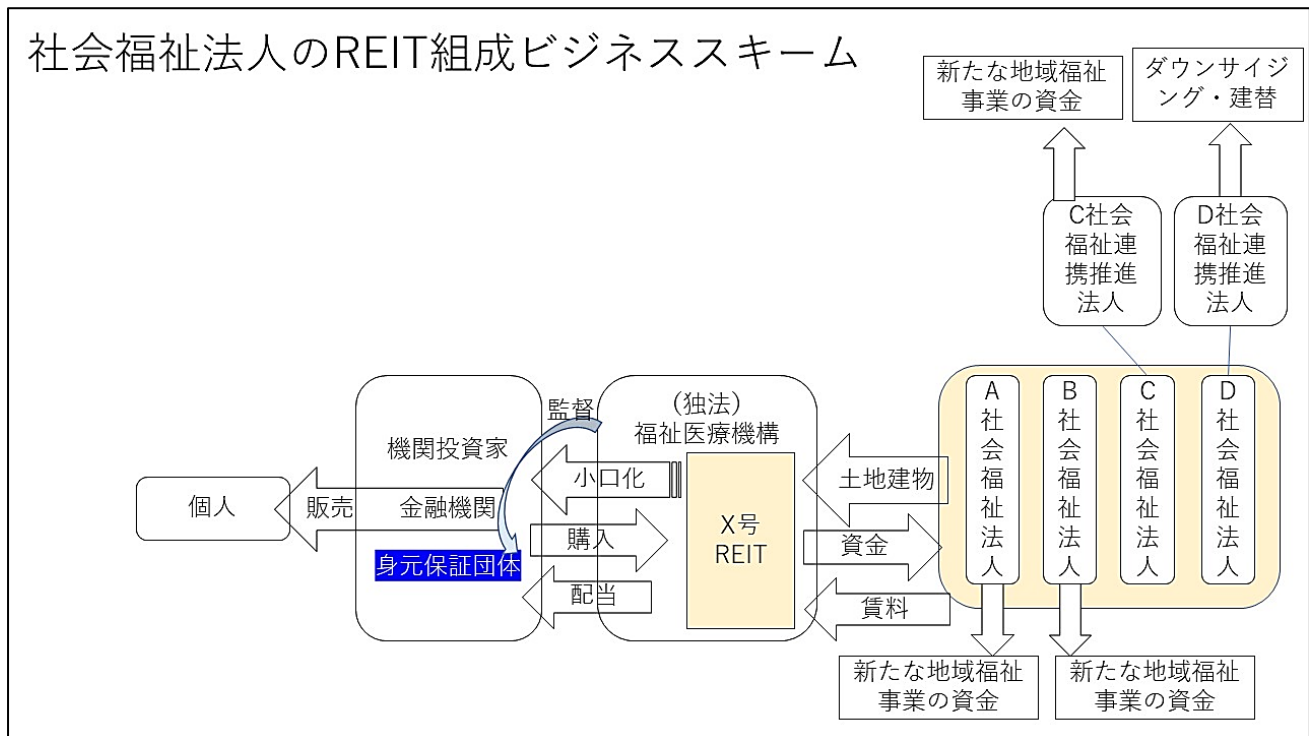
国土交通省は翌平成26年に「高齢者向け住宅等を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドライン」を作成公表した。ガイドラインでは、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホームを対象としたリートを運用する際には、ヘルスケア施設の事業特性を理解している者を配置し、外部の専門家から助言を得ることに加え運営状況を把握し情報の収集と開示に努め、さらに入居者へヘルスケアリートの仕組み、リート後の運営の確認と確保について説明を行うといった配慮を求める内容でヘルスケアでのリートについて方向性を示している。

現在、ヘルスケアリートの銘柄は2014年に初めて上場した日本ヘルスケア（NHI）の他、ヘルスケア&メディカル（HCM）、ジャパン・シニアリビング（JSL）の計3銘柄が上場している。これらヘルスケアリートは分配金利回りは高いが価格は低迷が続いている。それでも厚労省が指摘したような入居者の退去はもちろん転売も行われていない。ヘルスケアリートに組成する段階で十分にオペレーションを調べたうえで収益性を見込んで商品化していることに加え、国交省のガイドラインも機能していることが

ヘルスケアリートを安全に運用している結果を得ている。

厚生労働省の資料でしめされたリートによって利用者、入居者に与える影響への対策と国土交通省のガイドラインの内容を踏まえるリートとして後述する独立行政法人福祉医療機構によるリートの検討が解決を与える。

社会福祉法人の設立にあつては補助金が投入されることもあり、事業に係る税金も免除されるといった優遇がなされている。そうした優遇策に答える法人運営、事業展開を行っているが人口構造の変化、国民の価値観の多様化、社会の変化と世界を含めた経済環境にある現在、従来の補助金などに頼る社会福祉法人も変化に対応していくことが求められる。



リートはリート投資会社によって対象法人所有の資産（土地建物）を譲り受け、それを小口化して投資家・金融機関に投資を呼び掛ける。資産を譲渡した法人には預貯金を受け取り、それを次の事業展開を図る原資にし、資産の継続使用のために賃料を負担する。リート投資会社は賃料をもとに投資家に配当を行う。

社会福祉法人のリートを試算してみると、社会福祉法人保有の資産1億円をリートにする場合、リート投資会社は複数の法人をもってリートを組成し、それを100万円とか10万円といったリート商品として機関投資家や金融機関に販売する。社会福祉法人は資産の賃料として月50万円を支払い、リート投資会社は複数の法人から賃料を得てその収入を投資家に配当として分配する。賃料の一部を配当に分配するため賃料の一部を運用益として得て、加えて償還期限までリートに投資された原資を運用して利益を確保する。

社会福祉法人にとっては新たな事業を行う資金を借入で賄うときは返済金利子の負担に変えて賃料で済ませることができるため、その負担額を低く押されられるメリットを得られる。

投資家にとっては社会福祉法人のリートということで配当の原資となる入居者の確保が確実であり配当利回りが安定しているため、社会福祉法人リートを購入しやすい。さらに地方銀行にとっては地元の社

会福祉法人のリートということと地元で販売が行える。

リートを導入することで、補助金に頼らずに社会福祉法人はリートで得た資金を次に事業展開の原資とすることができる事ゆえ、社会福祉法人でのリートも検討されることが望まれる。

しかしながら公共性を有する社会福祉法人の資産を処分することは社会福祉法第45条の13に理事会の権限を定める4項に「理事会に、次に掲げる事項その他の重要な業務執行の決定を理事に委任することができない」という項目に1 重要な財産の処分及び譲受け・2 多額の借財を挙げている。さらに法人の解散にあっては、第47条に「解散した社会福祉法人の残余財産は、合併及び破産手続開始の決定による解散の場合を除くほか、所轄庁に対する清算終了の届出の時ににおいて、定款の定めるところにより、その帰属すべき者に帰属する。」と定め、残余財産については同2項に「前項の規定により処分されない財産は、国庫に帰属する。」と定めて法人の資産の処分を厳格にしている。

ヘルスケアリートを運用している投資会社による社会福祉法人のリート組成は、社会福祉法人の財産処分について定めていることから資産の処分を行うリートを社会福祉法人に適用することは、現行ではできないと考えられる。法に規程があるだけでなく、厚生労働省の資料で指摘されたようにリートとすることで利用者に不利益となる事態は現に避ける必要がある。それらを前提に社会福祉法人を対象としたリートにおいては投資会社によるリート化ではなく公的な団体によって行われることで、利用者の不利益の回避、投資会社の都合による転売移転の防止、安定的な運用の確保する必要がある。

社会福祉法人を対象としたリートを導入するためには社会福祉法において改正を行うとともに、社会福祉法人の役割、公共性からリート投資会社を民間の投資会社でない方法を模索しなければならない。福祉医療機構はすでに貸付業務をおこなっていることに加えて社会福祉法人の解散における処分しきれない残余財産が国庫に納められることは社会福祉法人の資産の扱いにおいて国庫納入の仕方を有している独立行政法人である福祉医療機構が社会福祉法人のリートを扱うにふさわしい法人として上げられる。ただ、福祉医療機構がリートを扱うためには福祉医療機構法に定める業務と業務の範囲にリート業務を加え、その扱いを委託できるとともにリートに投資された資金の棄損を防止する条項も定めた改正を行いたい。

* 身元保証

これから一人暮らし高齢者や高齢者だけの世帯が増えることから施設に入所する際に毎月の金銭負担の保障を求めることが増えることが予想される。

令和元年5月30日に国民生活センターが出した発表によると、契約内容がよく分からず高額なので解約したい、事業者に勧められるままにサービスを追加したため高額な契約になってしまった、預託金を払うよう言われたが詳細な説明がない、契約するつもりのないサービスまで含まれていた、解約を申し出たところ説明のないまま清算された、といった相談が毎年百件前後寄せられている。

厚労省においても平成30年8月30日に通知（老高発0830第1号・市町村や地域包括支援センターにおける身元保証等高齢者サポート事業に関する相談について）にて、「高齢者の単身世帯が増加していること等を背景に、身元保証等高齢者サポート事業の需要は今後も一層高まっていくことが見込まれているが、高齢者やその家族等が身元保証等高齢者サポート事業を利用する場合、高齢者等は、どのような点に着目してサービス内容や事業者を選択すれば良いのか分からない、どの機関に相談したら分からない等の不安を抱えている。」と指摘し、「市町村や地域包括支援センターにおいては、身元保証等高齢者サポート事業に関する相談を受けた場合は、別添のポイント集を適宜活用し、適切な助言を行

うようお願いする。」と呼びかけている。

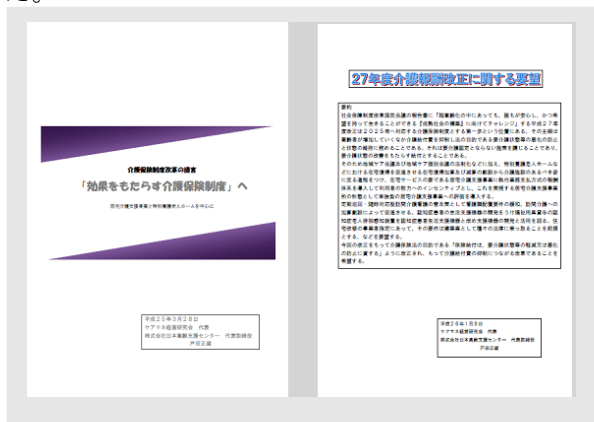
国民生活センターに毎年百件前後の相談が寄せられているが、これから身元保証の需要は施設側と利用者が一人暮らし高齢者若しくは高齢者世帯の増加といった事情にあわせて事業者によって拡大することが予想される。

一人暮らし高齢者や高齢者世帯という事情から「高齢者等は、どのような点に着目してサービス内容や事業者を選択すれば良いのか分からない、どの機関に相談したら分からない等の不安を抱えて」いて身元保証を巡るトラブルを抱えても相談されないかもしれない。こうした事情を厚労省は「こうしたサービスの需要は、今後一層高まっていくことが見込まれている一方で、指導監督に当たる行政機関が必ずしも明らかではなく、また、利用者からの苦情についてもほとんど把握されていない」との認識に立っている。身元保証の事業者を指導監督する立場が明確でない現状のまま、一人暮らし高齢者・高齢者世帯の増加を向かえるとき、この身元保証に係るトラブルは放置できない。

1つの解決として身元保証の事業者を指導する方法が想定される。身元保証の事業者を指導するには例えば先の福祉医療機構が行うリートを活用して指導することが考えられる。福祉医療機構のリートの購入を身元保証の事業者に求め、リートを購入した事業者に品質保証を与えることで高齢者による事業者の選択の目安を提供し、リート購入により事業者の把握と指導を行う構図が作れる。

*介護施設からの在宅復帰

特別養護老人ホームに在宅復帰率を導入することを平成25年の社会保障制度改革国民会議に具申したのを始め平成27年度改定時においても平成39年度の診療報酬との同時改定時においても要望してきた。

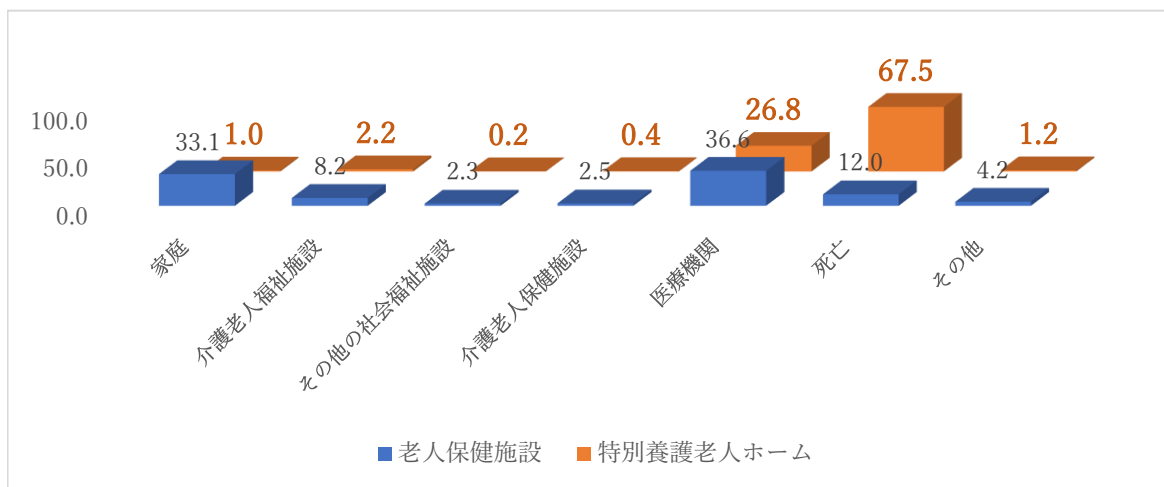


令和3年度の改定により特別養護老人ホームの報酬に、将来の在宅復帰を促進するため在宅復帰支援機能訓練や在宅・入所相互利用に対して報酬を設けた。

介護施設のうち介護老人保健施設は在宅復帰が報酬算定のなかに含まれ、介護医療院においても在宅復帰導入の考えに違和感はないと言える。一方、特別養護老人ホームでは終の棲家という感覚が残っており、特別養護老人ホームに入所した高齢者が在宅に帰る割合は少ない。

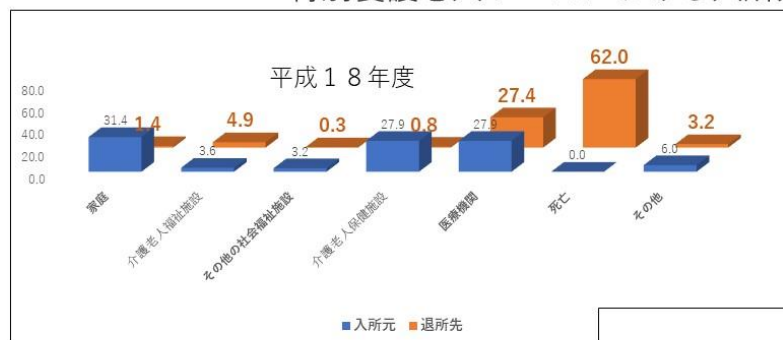
平成28年度の介護サービス・事業所調査結果によると老人保健施設で家庭にもどる割合は33.1%であるのに対し特別養護老人ホームでは1%と低い、一方、死亡の割合は老人保健施設では12%に対し特別養護老人ホームでは67.5%と施設の内容は逆となっている。施設に求められる役割の違いが表れているともいえるが、特別養護老人ホームから自宅に戻る入所者は少ない。

平成28年度介護サービス・事業者調査結果より作成・介護施設の退所先の割合



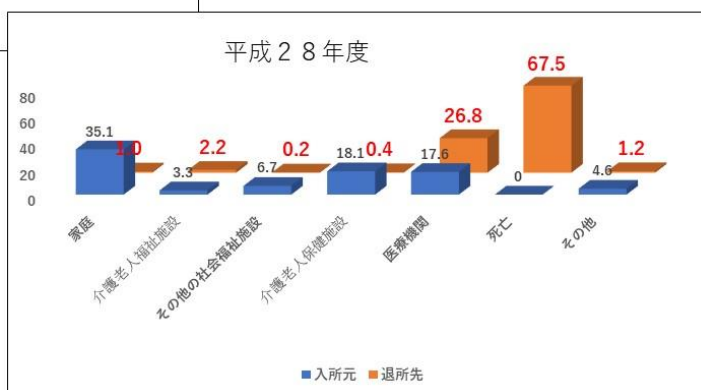
特別養護老人ホームでの自宅への復帰の事情を経年変化で見ると平成18年度では1.4%であったが10年後の平成28年度は1.0%と若干減少している。

特別養護老人ホームにおける入所元と退所先の経年比較



入所元の割合	平成18年度	平成28年度
	家庭から	31.4
老人保健施設から	27.9	18.1
医療機関から	27.9	17.6

退所先の割合	平成18年度	平成28年度
	家庭へ	1.4
医療機関へ	27.4	26.8
死亡	62.0	67.5



各年度介護サービス・事業所調査結果より

ちなみに医療機関へは27.4%が26.8%、死亡の割合は62.0%と67.5%と、少ない割合だがこれから推測すると在宅と入院が減り施設内で看取りが行われたことが伺われる。平均在所日数は18年度では1365.2日が平成28年度には1284.5日と短くなっている。軽々しく結論付けをしてはいけないが、あえて言うならば特別養護老人ホームでは平成18年度から28年度の10年間で平成18年度に比べて早めに死亡する入居者が増えたことが伺われる。

施設内で死亡が早まりその割合が増えた事態をどう考えるか、これからの調査結果を見ないと結論は得られないが、この統計だけでみるなら特別養護老人ホームで行われる介護は介護保険法の保険給付の目

的である「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」（第2条第2項）ものであって、同じく社会福祉法でも第24条に「社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上及び事業経営の透明性の確保を図らなければならない。」と確実、効果的、適正に行うことを求める法の趣旨にもとるとの指摘を逃れられない。こうした傾向を見せた原因の1つは介護報酬の構造、つまり要介護度が重くなるにつれて単価が上がるという仕組みも見逃せない。施設で提供される介護による影響は6年前の統計に基づいた判断であり、この6年間での変化に期待をしたい。まして令和3年度改定による一連の科学的介護推進体制の整備によって褥瘡マネジメント、排泄支援によって入所者に状態の改善がもたらされていることが想像される。こうした施策によって入所者の状態が改善されることにより介護施設の保険給付費削減が実現することが望める。

さらに入居者の改善を期すために在宅復帰支援機能訓練や在宅・入所相互利用を拡大して在宅復帰率に基づく、たとえば入居者の1%が在宅にもどることを評価するといった加算減算の報酬を設けることで単に保険給付総額1兆5078億円（令和2年度）に占める介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の給付額1兆9651億円18.7%の特別養護老人ホームの給付費削減だけでなく特別養護老人ホームの役割を格別なものとしたい。

介護を理由として住み慣れた場所から施設に移住する者にとって、介護状態の解消がもたらされるならば元の場所で居住可能な状態であれば元の場所にもどっての生活が本来の支援にあたる。地域包括ケアシステムは「在宅、本人の希望があれば入所、時々入院」と基本在宅ではなかったかと思う。その本人の希望に基づく施設入所とは介護状態でなければ希望しないものであろう。したがって施設入所は介護状態の改善に伴って在宅に復帰することは本来の生活を取り戻すことになる。

在宅復帰率1%は統計にあるように現行、在宅にもどる割合が1%程度という統計からしても無理のない実現可能な割合と言える。入居者が100人に満たない特別養護老人ホームにあっては定員数が100人に達する年数の期間を通算しての割合も考えられる。

特別養護老人ホームに在宅復帰率1%を導入することにより入居者の循環が起こり、いま入居の待機者が解消に至り新たな施設の増設に係る費用を削減が可能となるだけでなく、さらなる施設での保険給付費の減少といった効果を生む。

連携型業務継続計画

* 制度化された業務継続計画

令和3年度の介護報酬改定では単に介護報酬の改定だけではなく省令や通知の改定が行われた。そのなかには、近年の災害では発生の頻発と甚大な被害加えて未知の感染症の流行によってもたらされる各介護サービス事業所への影響に備えるための業務継続計画の策定を義務とする省令改定も行われた。日本においては毎年の台風に限らず大災害が起こるため、社会保障として要介護状態高齢者に係る介護事業者にとって、災害の被害を受けたとしても制度のよる規程の有無に関わらずその事業を継続していくことが求められる。

* 単独型と連携型の業務継続計画

この度の令和3年度介護保険制度の改定により「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」が改定され、そのなかで第19条の2において指定居宅介護支援における業務継続計画を作成することとされた。

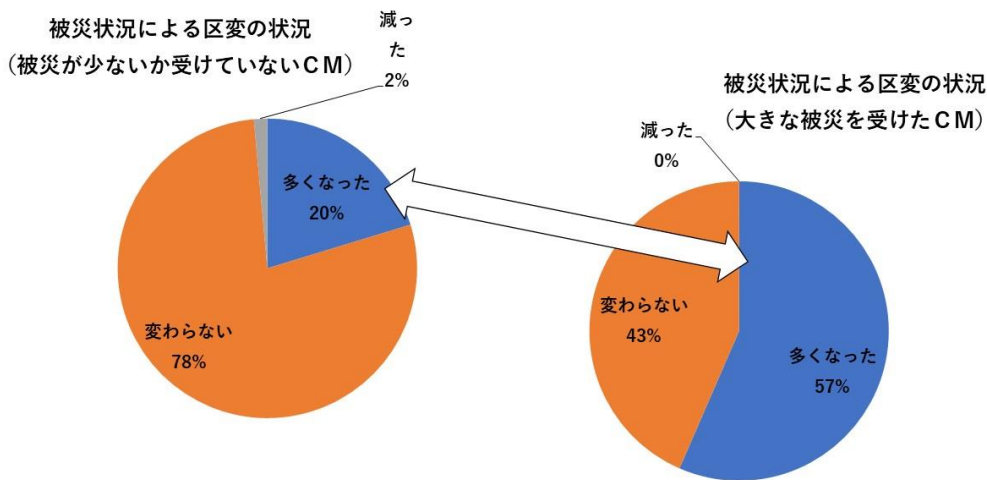
これにともない業務継続計画を作成したが、その策定作業及び他事業所に対しての作成支援を行うなかで、居宅介護支援事業所が単独でその業務の継続を図ることの限界が浮き彫りになった。

2011年平成23年の1年後に宮城県仙台市の全ての居宅介護支援事業所228カ所（当時）に葉書きによる調査を実施した。調査は介護支援専門員自身の被災の有無と介護支援専門員が担当している利用者における区分限度額変更の有無を聞いた。

調査した結果、被災しない介護支援専門員が担当している利用者の利用区分上限限度額の変更申請が20%であったのに被災した介護支援専門員が担当していた利用者の区分変更が57%と約3倍多かった。これは介護支援専門員の被災の有無が業務に影響することを示唆する。この調査で示されたように被災した介護支援専門員・居宅介護支援事業所が自力だけで業務を継続していくには困難が付きまとうことを示す。

被災状況別介護支援専門員の区変発生割合

平成25年第11回神奈川県介護支援専門員研究大会発表資料



業務継続計画では自事業所だけの業務継続を計画するだけでなく、他の事業所とも連携するいわゆる連携型とすることを厚生労働省も勧奨している。連携型業務継続計画を作成する際に、連携先居宅介護支援事業所に利用者の個人情報を提供する法的な裏付けがなく、連携先居宅介護支援事業所で受け取った利用者の個人情報を保護する規程もなく、現状の法では連携型業務継続計画を作成するのに困難さを覚える。

* 連携型業務計画作成の障壁

被災時に業務を継続していくため業務継続計画を作成する必要があるが、居宅介護支援事業所が単独で計画を作成するものの、実質的に業務を継続していくためには他の居宅介護支援事業所と連携しておくことが望ましい。連携して業務継続計画を作成するにはそれぞれの居宅介護支援事業所が担当している利用者の情報を共有することになる。その際の利用者の情報を連携先の居宅介護支援事業所に渡した際の連携先居宅介護支援事業所における利用者情報の保持、情報共有には、現状法規上の裏付けがない。したがって現状において利用者家族に対して連携型業務継続計画を作成することを理由に他の事業所に情

報を提供することの説明に対しての同意を得ることが難しい。

居宅介護支援事業所において災害及び感染症による被害を被ったとしても最低限の業務を継続していくためには他の事業所との連携が有効であり連携型業務継続計画を作成するにあたっては利用者の情報を共有する法的裏付けを設けることを求められる。

*** 連携型業務継続計画における利用者情報の保護**

連携型業務継続計画により利用者の情報を連携先居宅介護支援事業所に提供した際、利用者の情報を受け取った連携先居宅介護支援事業所での情報の取り扱いに介護保険法に基づく「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」に既定する秘密保持が及ばない恐れがある。

居宅介護支援事業所において利用者の情報の秘密の保持は上記基準の第23条に「指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。」とされているが、業務継続計画で連携型を作成したとき、利用者の情報の提供を受ける連携先居宅介護支援事業所にとって、この業務継続は自事業所の業務上に該当するか明確でなく、業務上知り得た秘密に該当するかも明確でない。

連携型業務継続計画を作成し利用者の情報を連携先に提供した際、情報を受け取った居宅介護支援事業所において利用者情報の秘密を保持することを定めておくことが利用者の保護に必要と言える。

まとめに変えて

受診の機会を確保するのが目的となっている医療保険制度と異なり、介護保険制度は21世紀における社会現象である急激に急増する高齢者施策の1つという性格を有している。最近の財政健全化により医療保険も医療だけでなくことで改定されるが、それでも医療保険制度に比べて高齢者施策の一環としての介護保険制度はその時々々の社会の状況や国の施策の影響を受ける傾向がある。

現下の介護保険制度のおかれている状況は高齢者の増加と要介護状態高齢者の対策にある。その対策には介護保険財政だけでなく公費が投入される。要介護状態高齢者の支援と財政を総合的に解決することがいまの介護保険制度に求められている。

令和3年度改定では介護保険制度を充実する改定でもあったが、その方向をさらに推し進めることに国民からの要望があるといっている。

今回示した内容には、そのような観点から制度の充実、特に在宅サービスの利用に関与する居宅介護支援と介護保険給付のなかで大きな割合を占める介護老人福祉施設特別養護老人ホームに焦点を当てたものとした。

居宅介護支援では、居宅介護支援の業務の結果を評価する報酬として独立型居宅介護支援事業所に利用者の状態が改善したことへの報酬設定とLIFEを活用して利用者の状態の改善に寄与する居宅介護支援業務を実施することを求めた。

特別養護老人ホームにあっては在宅復帰率の導入による入居者の状態改善と入居待機者解消を目指し、さらにはリートを導入することによる補助金の削減と資金の循環による地域経済への影響に期待を寄せた。

これらの施策を講じることにより、推定だがはじめは数%の介護給付費削減を実現することが可能である。次の施策ではたとえば居宅介護支援でのアウトカム評価の報酬設定の独立型居宅介護支援事業所以

外への拡大適用と福祉用具貸与などからのLIFEデータ提供のサービス拡大によるLIFE活用居宅介護支援の充実、特別養護老人ホームでの在宅復帰率導入による入居者の状態改善を目指す施設の増加さらに高齢者の定義が変更されることにより10%以上の給付費を削減することが可能となる。しかも軽度者除外や利用者負担増の施策のような一時的な効果ではなく、制度のシステムに取り入れる施策のため恒常的に効果を発揮する。

また、要介護認定調査のデジタル化は保険者の作業負担の軽減と費用削減だけでなく認定調査の精度を向上させて要介護認定に対する信頼を高め、さらには生体情報のデータ解析による要介護状態や病状の進行程度の予測による対策を講じることから医療費介護費全体に及ぶ。

将来の制度に登用していく大事な布石を打つ令和6年度の改定としたい