

基礎研 レポート

2021 年度介護報酬改定を読み解く

難しい人材不足への対応、科学化や予防重視の利害得失を考える

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～2021 年度介護報酬改定を読み解く～

2021 年 4 月から介護保険の「公定価格」である介護報酬が変わった。介護報酬は 3 年に一度の頻度で見直されており、全体の改定率は 0.7% 増となった。今回の改定では、新型コロナウイルスや水害被害を受けて、感染症や災害対応に備える業務継続への支援に力点が置かれたほか、データに基づく介護を目指す「科学的介護」に関する加算が創設されるなど、重度化防止の傾向が一層、強まった。さらに、人材不足に対応するための人員基準の緩和も盛り込まれた。

本稿では、厚生労働省の整理に沿って、介護報酬改定の内容を「感染症や災害への対応力強化」、「介護人材の確保・介護現場の革新」など 5 つの点で取り上げるとともに、改定内容から見えて来る制度の課題を読み解く。その際には人材と財源の「2 つの不足」、中でも人材不足が制度の制約条件となりつつある点を念頭に置きつつ、科学化や予防重視による利害得失も指摘する。

2—介護報酬改定の全体像

1 | 介護報酬改定を巡る政府・与党内の攻防

介護報酬は概ね 3 年に一度の頻度で改定されており、今回の改定率は 0.7% 増となった。これは 3 年前の改定率 (0.54%) を上回る規模であり、改定に際しては、財政当局と厚生労働省などの間で攻防が交わされた。

まず、財務省は 2020 年 11 月、財政制度等審議会 (財務相の諮問機関)¹の席上、介護報酬を 1% 減らした場合、国・地方の公費 (税金) を計 620 億円程度、高齢者が支払う保険料を約 250 億円、40～64 歳の人が支払う保険料を約 280 億円、自己負担は約 90 億円を減らせるとし、「介護報酬のプラス改定は保険料負担と利用者負担の更なる増加につながる。もとより慎重を期すべき」と訴えた。さらに、財務省は「介護サービス施設・事業所の収支差率は 2.4% と中小企業と同程度の水準」と指摘しつつ、この数字には各事業所から本部への繰入も含まれているとして、「少なくとも介護報酬のプラス改定 (国民負担増) をすべき事情は見出せない」との見解を示した。

¹ 2020 年 11 月 2 日、財政制度等審議会財政制度分科会資料。

ただ、コロナ禍への対応について、財務省は一定の配慮を見せた。具体的には、地域別、サービス別に異なる新型コロナウイルスによる影響に対応する上では、地域ごと、サービスごとに単価を定めている報酬の特性を生かしやすいとし、「臨時の報酬上の措置」の可能性に言及した。

これに対し、田村憲久厚生労働相は「(筆者注：現場の職員が)しっかりとやりがいを持って、誇りを持って介護現場で働いていただけるように、必要なものはしっかりと我々も要求してまいりたい²」、「介護事業者がしっかりと運営できるような報酬を決めていかなければならない³と語り、プラス改定が必要との見解を披露した。さらに与党内でも「マイナス改定になれば、介護保険制度が崩壊してしまう」との声も示された⁴ことで、最終的に0.7%のプラス改定、国費ベースで196億円の増額で決着した。さらに改定率のうち0.05%については、新型コロナウイルスへの特例的な評価として、基本報酬が2021年9月末まで0.1%上乘せされた。

なお、2021年10月以降の取り扱いに関して、2020年末の閣僚折衝では特例措置を延長しないことを原則としつつ、感染状況などを踏まえて今後、議論するとされている。

2 | 5項目で整理された介護報酬改定の柱

改定の柱については表1の通り、(1)感染症や災害への対応力強化、(2)地域包括ケアシステムの推進、(3)自立支援・重度化防止に向けた取組の推進、(4)介護人材の確保・介護現場の革新、(5)制度の安定性・持続可能性の確保——の5項目建てで整理されており、2020年12月の社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)介護給付費分科会の審議報告で示された。

これを前回改定と比べると、当時は「地域包括ケアシステムの推進」「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」「多様な人材の確保

表1：介護報酬改定の主な項目建て

- (1) 感染症や災害への対応力強化
- (2) 地域包括ケアシステムの推進
- (3) 自立支援・重度化防止に向けた取組の推進
- (4) 介護人材の確保・介護現場の革新
- (5) 制度の安定性・持続可能性の確保

出典：厚生労働省資料を基に作成

と生産性の向上」「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」という4項目に整理されていた。このため、言葉遣いの微妙な違いは別にしても、1番目の感染症や災害への対応力強化を除く4つの点は共通している。言い換えると、新型コロナウイルスの感染拡大や熊本県の水害を受けて、感染症対応と災害対応に力点が置かれたと言える。実際、厚生労働省サイドの説明では「2から5の柱は前回改定の1から4の柱」「一丁目一番地に感染症や災害への対応強化を持ってきた」とされている⁵。

では、どんな改定内容が各項目で盛り込まれたのだろうか。5つの論点に沿って主な内容を整理したい⁶。なお、制度創設から20年を経る中、介護報酬は極端に複雑化しつつあり、一部の説明を省略

² 2020年11月13日、第203回国国会議録衆議院厚生労働委員会における答弁。

³ 2020年11月11日、第203回国国会議録衆議院厚生労働委員会における答弁。

⁴ 2020年12月11日『読売新聞』。

⁵ 2021年2月5日に開催された慢性期リハビリテーション学会における老健局の眞鍋馨老人保健課長(当時)の説明。『社会保険旬報』No. 2812を参照。

⁶ 厳密に言うと、厚生労働省の説明資料では6番目の柱として「その他」が入っており、▽施設系サービスにおけるリスクマネジメントの強化、▽高齢者虐待防止に関する委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の指定、▽施設系サービスにおける食費基準額の引き上げ——などが盛り込まれている。

あるいは簡易にするなどの工夫を講じるが、かなり煩雑になる点はご了承頂きたい。さらに改定内容に関しては、厚生労働省の資料に加えて、報酬改定を報じた専門誌や専門媒体⁷、報酬改定に関して筆者が傍聴したセミナーなどを参考にしているが、発言を除いて引用は最小限にとどめる。細かい内容に興味のない方は「8——介護報酬改定から見える制度の将来像」から読み始めて頂きたい。

3——介護報酬改定の内容(1)～感染症や災害への対応力強化～

まず、「一丁目一番地」とされた感染症対応と災害への対応強化である。新型コロナウイルスへの対応では、感染を恐れる高齢者が外出を控えたことで、通所介護（以下、デイサービス）事業所の経営が悪化したほか、クラスター（感染者集団）の発生を防ぐため、マスクや消毒液などの備品購入や手洗い、消毒などの対応を迫られた。これらの対応を報酬面で下支えするため、①生活援助の提供時間が20分未満になっても、20分以上45分未満の報酬を請求できる訪問介護サービスの特例、②通常はケアプラン（介護サービス計画）に介護保険のサービスを組み込まないと報酬を受け取れないケアマネジメント（居宅介護支援費）に関して、予定されていた介護保険サービスの利用がなくても、必要なケアマネジメントに関して報酬を受け取れる特例、③高齢者を長く預かるほど事業所の収入が増えるデイサービスの報酬について、実際の提供時間よりも多い時間区分の報酬を受け取れる特例——などが設けられたほか、介護職員に対して最大10万円の慰労金も支給された⁸

さらに、2020年7月の熊本水害で特別養護老人ホーム（特養）が被災し、多くの入居者が命を落としたことも重なり、介護報酬改定では感染症対策と災害対応を意識しつつ、「業務継続計画」（BCP）の策定と実施が重視された。

具体的には、3年間の経過措置が設けられた上で、感染症や災害が発生した場合もサービスの継続が可能となるように、BCP計画の策定や研修・訓練の実施が義務付けられた。さらに、新型コロナウイルスに対応する4月から9月までの特例として、ほぼ全てのサービスで基本報酬が上乘せされた。このほか、3年間の経過措置期間を設けた上で、感染症が発生した場合でも、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する必要があるとして、施設系サービスについては、現行の委員会開催、指針の整備、研修の実施に加えて、訓練が義務化された。在宅など他のサービスに関しても、委員会の開催、指針の整備、訓練の実施などが義務付けられた。

災害への対応では市町村や防災組織など地域の関係者との連携が求められるとして、施設系サービスなどを対象に、訓練の実施に際して地域住民の参加を得られるように努める規定が省令に追加された。既に同様の仕組みに関しては、泊まり、通い、訪問を組み合わせる小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）で導入済みであり、この事例が参考として例示されている。

このほか、デイサービスや通所リハビリテーションなどを対象に、感染症や災害で利用者が減少した場合でも、安定的にサービスを提供できるようにする特例が設けられた。この仕組みは輪を掛けて複雑なので、図1を用いて説明する。デイサービスの報酬は要介護度別と事業所の規模、さらに高齢

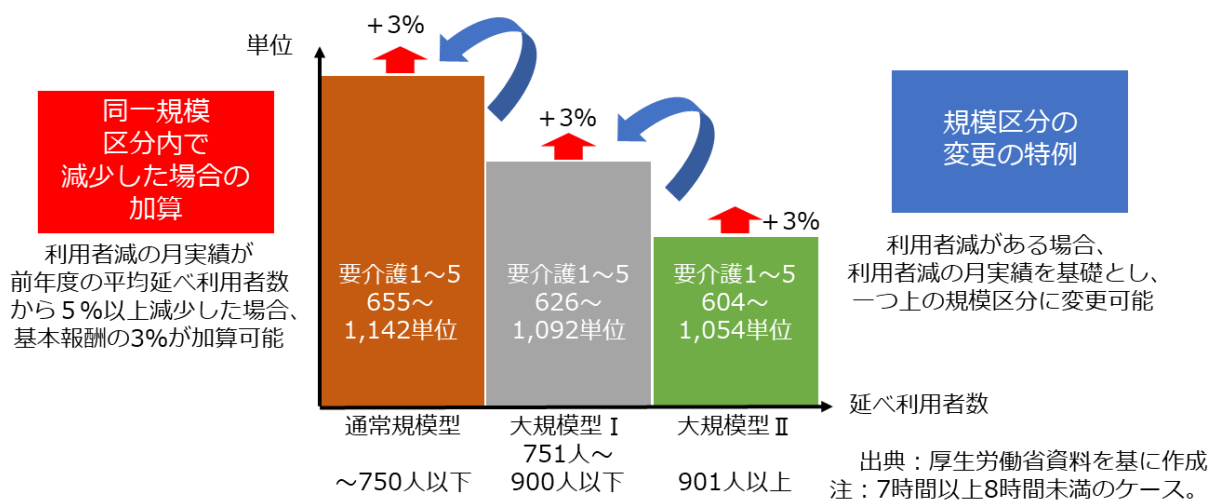
⁷ 専門誌や専門媒体については、『シルバー新報』『社会保険旬報』『週刊社会保障』のほか、『ケアマネジメントオンライン』『GemMed』などを参考にした。

⁸ 新型コロナウイルスの介護現場における影響については、2020年6月15日拙稿「[新型コロナへの対処として、介護現場では何が必要か](#)」を参照。感染症対策や水害対策に関しては、介護保険発足20年を期した連載コラムの[第22回](#)も参照。

者を受け入れる時間ごとに応じて細分化されており、2021年度改定後の報酬体系では、要介護1の高齢者を7時間以上8時間未満受け入れた場合、月750人以下の「通常規模型」では655単位となっており、要介護度2は773単位、要介護度3は896単位、要介護度4は1,018単位、要介護5は1,142単位となっている（単位は原則として1単位=10円、以下は同じ）。

2021年度介護報酬では、感染症や災害で利用者数が減った場合の対応策として、2つの特例が認められた。1つ目としては、延べ利用者数実績が前年度から5%以上減った場合、3カ月間は基本報酬を3%加算できる特例である（図1左の赤い部分の解説及び赤い矢印）。もう1つは事業所規模別の報酬区分を変えられる特例であり、利用者数が減った場合、一つ上の規模区分に変更が可能とされた（図1右の青い部分の解説及び青い矢印）。ただし、2つの特例を同時に申請することは認められていない。

図1：感染症や災害に対応したデイサービスに関する特例



4—介護報酬改定の内容(2)～地域包括ケアシステムの推進～

1 | 7つに整理された「地域包括ケア」関係の内容

第2に、「地域包括ケアシステムの推進」と説明されている部分である。地域包括ケアは2014年制定の地域医療介護総合確保推進法で、「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で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、

医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されているものの、この言葉は在宅医療の充実とか、医療・介護連携、認知症ケア、介護予防、保険外サ

表2：介護報酬改定のうち、地域包括ケアに関連する項目

- 認知症への対応力向上に向けた取組の推進
- 看取りへの対応の充実
- 医療と介護の連携の推進
- 在宅サービスの機能と連携の強化
- 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 地域の特性に応じたサービスの確保

出典：厚生労働省資料を基に作成

サービスの充実、介護保険制度の負担増など、かなり多義的かつ便利に使われている面がある⁹。2021年度介護報酬改定に際しても、「地域包括ケアシステムの推進」として、表2の通りに、①認知症への

⁹ 地域包括ケアの多義性については、介護保険発足20年を期したコラムの[第9回](#)を参照。

対応力向上に向けた取組の推進、②看取りへの対応の充実、③医療と介護の連携の推進、④在宅サービスの機能と連携の強化、⑤介護施設や高齢者住まいにおける対応の強化、⑥ケアマネジメントの質向上と公正中立性の確保、⑦地域の特性に応じたサービスの確保——などの内容が盛り込まれている。

しかし、これを一括りに「地域包括ケア」と称しても、却って分かりにくくなるため、7つの項目に沿って主な改定を記述する。

2 | 認知症への対応力向上に向けた取組の推進

最初の認知症ケアの関係では、訪問介護など訪問系サービスについて、「認知症ケア専門加算」が新設された。これは「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の人が利用者の半数以上」などの要件を満たした事業者を評価する加算であり、算定要件に応じて、1日当たり3単位または4単位を加算する。

さらに、小規模多機能などに関しては、暴言などの行動・心理症状（BPSD）で在宅生活が困難になったケースを支援する「認知症行動・心理症状緊急対応加算」（1日200単位）が設けられた。この加算では、BPSDへの対応策として、短期利用が緊急に必要となった場合、利用から開始まで7日間を限度に受け入れを評価する。

このほか、3年間の経過措置を設けた上で、介護サービスに携わる全ての職員が「認知症介護基礎研修」を受けている状態を目指す方針が示された。この研修は認知症ケアの初任者として、最低限の知識・技術と実践の考え方を学ぶ基本的な講座であり、義務化の対象は医療・福祉関係の資格を有さない人（いわゆる無資格者）。これを通じて、既に「認知症介護実践者研修」など上位の研修を受けた人も含めて、介護サービスに関わる全ての職員が受講している状態が目指されている。

3 | 看取りへの対応の充実

次に、看取りの関係では、本人や家族との話し合いや関係者間の連携を強化する観点に立ち、施設系サービスや介護付き有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）で高齢者を看取った際に加算する「看取り介護加算」が見直された。現在は「死亡日」「死亡日以前4～30日以下」など3つの区分に分かれているが、「死亡日31～45日以下」の区分が追加されるとともに、特養などでは1日72単位の加算が設定された。

さらに要件に関しても、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」に沿った対応を促す形で変更された。これは厚生労働省が「人生会議」という愛称で広めようとしているACP（Advance Care Planning）であり、人生の最終段階などに備えるため、患者が望む医療やケアについて事前に考え、家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うことで、その考え方や内容を共有する取り組みを指す。既に診療報酬に関しては、2018年度改定で幾つかの加算を算定する際の要件とされており、これを介護分野にも取り入れようとする試みと理解できる。

4 | 医療と介護の連携の推進

医療と介護の連携については、ここ10年ぐらいの制度改正の度に重視されているテーマ¹⁰であり、

¹⁰ 診療報酬と介護報酬の同時改定だった2012年度の「在宅医療地域連携事業」が創設された後、2013年度から2015年度に

今回の報酬改定でも細かい制度改正が積み重ねられた。例えば、医師などの在宅ケア支援を評価する居宅療養管理指導では、要介護者の社会生活面にも目を向ける必要があるとし、要件が見直された。これは元々、医師などがメンタル面で悩む患者に対し、薬の代わりに社会資源を紹介する「社会的処方」の考え方が反映された部分である¹¹。元々、社会的処方は英国で盛んであり、昨年7月の骨太方針では自民党に設置されている「明るい社会保障改革推進議員連盟」の要請を踏まえ、「社会的処方」のモデル事業を実施する方針が急に盛り込まれた。結局、診療報酬体系の違いなど、英国の医療制度との違いを踏まえると、「直輸入」は難しいと判断されたのか、こうした形で局所的な制度改正にとどまった。

さらに老人保健施設（以下、老健施設）に関する報酬のうち、高齢者を短期間受け入れる短期入所療養介護に関して、医療ニーズの高い人の受入促進を図るための措置が盛り込まれた。具体的には、老健施設が治療管理を目指して診療方針を定めた上で、投薬や検査、注射、処置、主治医に対する情報提供などを実施した場合、こうした医学的な管理を評価する「総合医学管理加算」（1日275単位）が創設された。

このほか、老健施設に関する報酬では、かかりつけ医との連携を評価する「かかりつけ医連携薬剤調整加算」（改定前は125単位）が見直された。これは多剤投薬されている入所者の処方方針について、かかりつけ医と老健施設の医師が事前に合意し、その方針に従って減薬する取り組みを評価する仕組みであり、2021年度改定では（Ⅰ）連携への加算（100単位）、（Ⅱ）かかりつけ医と連携した上で、後述する情報を用いたPDCAサイクル推進への上乗せ（240単位）、（Ⅲ）2番目の要件に加えて減薬に至った場合の上乗せ評価（100単位）——という形で3つに細分化された。

長期入院を前提とした介護療養病床と介護医療院に関する報酬も見直された。介護療養病床については、2023年度末までに介護医療院に移行するタイムリミットが迫っているため、より早期の意思決定を促す観点に立ち、一定の期間で検討状況を報告させるとともに、期限までに報告されない場合は基本報酬を1日当たり10%減らす「移行計画未提出減算」が創設された。一方、介護医療院に関しては、「入所者が療養病床に1年間以上入院している」などの要件を満たした場合、長期入院の受け入れ体制を評価する「長期療養生活移行加算」（1日60単位）が設けられた。

5 | 在宅サービスの機能と連携の強化

4番目は在宅サービスの機能と連携の強化である。在宅ケアの提供に際しては、患者・利用者の生活は「13時から介護保険」「14時から医療保険」と明確に線引きできない以上、医療・介護関係者が意思疎通を図る必要があり、多職種連携は近年の診療報酬や介護報酬の改定では必ず重視されている点である。

今回の改定でも、訪問入浴介護の事業所が新規利用者の自宅を訪ねて調整した上で利用者に対して初回のサービスを提供した場合、算定を認める「初回加算」（1カ月当たり200単位）が新設された。

在宅医療推進事業に継承された。その後、介護保険財源を「転用」した「在宅医療・介護連携推進事業」が2015年度改正で創設され、市町村を中心に医療介護資源マップの作成や専門職の研修などが実施されている。同時改定となった2018年度改定に関しては、拙稿2018年5月14日「[2018年度介護報酬改定を読み解く](#)」を参照。医療・介護連携については、介護保険発足20年を期した連載コラムの[第12回](#)も参照。

¹¹ 社会的処方については、拙稿2020年11月30日「[骨太方針に盛り込まれた『社会的処方』の是非を問う](#)」を参照。

このほか、▽訪問看護の「看護体制強化加算」の要件、加算額の見直し、▽グループホームなどにおける緊急時短期利用の要件緩和、▽小規模多機能に関して、登録者以外の短期利用に関する要件緩和——といった制度改正も盛り込まれた。

6 | 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化

5 点目の施設・住宅系の改定では、特養など施設系サービスや短期入所などのうち、少人数の利用者を一つの単位として集団ケアを実施する「ユニット型」に関する人員要件が緩和された。具体的には、1 ユニット当たり定員を 10 人以下と定めた省令を改正し、原則として概ね 10 人以下としつつも 15 人を超えない範囲で、実態を勘案した職員配置を認めるとされた。

7 | ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

利用者にとって、介護保険サービスを利用する際の「入口」となるケアマネジメントに関しては、①ケアマネジメントを担うケアマネジャー（介護支援専門員）が勤める居宅介護支援事業所同士の連携に向けた支援、②ICT を用いた事務効率化に向けた支援、③利用者が医療機関で診察を受ける際、ケアマネジャー同席による医師などへの情報提供、④軽度者のケアプランの作成を地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託する際の情報提供——に関して加算措置が盛り込まれた。

このうち、①では上級資格の主任ケアマネジャーを多く配置する居宅介護支援事業所に加算する「特定事業所加算」の加算額、体系

表3：ケアマネジメント費に関する特定事業所加算の改定内容

【改定前】		【改定後】
特定事業所加算（Ⅰ）500単位／月	➡	特定事業所加算（Ⅰ）505単位／月
特定事業所加算（Ⅱ）400単位／月		特定事業所加算（Ⅱ）407単位／月
特定事業所加算（Ⅲ）300単位／月		特定事業所加算（Ⅲ）309単位／月
		特定事業所加算（Ⅳ）100単位／月（新設）

出典：厚生労働省資料を基に作成

が見直された。具体的には、要件に応じて区分されている特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の加算額が表3の通りに引き上げられたほか、事業所間の連携に向けた体制確保を支援するため、（Ⅳ）という区分が創設された。これは小規模な事業所の連携を促すことが企図されており、他の加算に上って行くための「踊り場」「踏み台」的な位置付けと言える。

一方、特定事業所加算（Ⅳ）については、病院との連携や看取りへの対応の状況を要件に設定しているとして、医療と介護の連携を推進する観点に立ち、特定事業所加算から切り離れた別個の「特定事業所医療介護連携加算」に整理された。加算額は1カ月当たり125単位で変わらない。

このほか、ボランティアや民間企業が提供している制度以外のケア（いわゆる保険外サービス）を充実させる観点に立ち、多様な主体による生活支援サービスの提供も特定事業所加算の要件として加わった。この点はケアマネジメント改革の部分で改めて言及する。

次に、②ではICTを用いた場合、ケアマネジャーが受け持てる上限を事実上、引き上げる措置が取られた。改定前の仕組みでは、1人のケアマネジャーが40件以上のケアプラン作成を受け持った場合、居宅介護支援費が逡減する仕組みであり、例えば要介護3～5の場合は1,373単位から686単位に減る仕組みだった。しかし、今回の改定ではICTを用いた場合、44件まで受け持てるようにした上で、45件以上の場合には677単位まで引き下げる措置が盛り込まれた。

さらに、③の関係では、「通院時情報連携加算」(1カ月当たり50単位)が創設され、医療・介護連携の強化が企図された。具体的には、ケアマネジャーが利用者の通院に付き添うとともに、利用者の心身状況や生活環境などを医師などに情報提供したり、医師から情報を提供してもらったりした上で、これらをケアプランに記録した場合、加算を受け取れるようにした。この意味合いに関しては、ケアマネジメント改革の部分で改めて考察する。

このほか、④では軽度者のケアプラン作成について、「委託連携加算」(1カ月当たり300単位)が創設された。この加算では、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に軽度者のケアプランを委託した後、両者が情報共有などに取り組んだ場合、報酬の上乗せを受け取れる。

8 | 地域の特性に応じたサービスの確保

「地域包括ケアシステムの整備」の7番目は「地域の特性に応じたサービスの確保」と整理されており、地域の実情に応じた地方分権の対応と言える。具体的には、離島や中山間地域での介護サービス提供を促す観点に立ち、条件不利地域におけるサービス提供を後押しする「特別地域加算」を受けられるサービスの対象が拡大されたほか、▽グループホームのユニット数の弾力化、本体施設とは別の場所で運営される「サテライト型」事業所の創設、▽小規模多機能の基準・報酬・定員に関する市町村への部分的な権限移譲——といった内容が盛り込まれた。

5——介護報酬改定の内容(3)～自立支援・重度化防止に向けた取組の推進～

1 | 3項目に分かれた介護予防・重度化防止

3番目の柱である「自立支援・重度化防止に向けた取組の推進」に関しては、表4の通り、①リハビリテーション・機能訓練・口腔・栄養の取組の連携・強化、②介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進、③寝たきり防止など重度化防止の取組の推進——の3つに区分けされている。しかし、「自立」という言葉は元々、高齢者の自己決定を意味していたものの、近年は給付費抑制の観点で介護予防に力点が置かれる

表4：介護報酬改定のうち、自立支援・重度化防止に関する項目

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進
- 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

出典：厚生労働省資料を基に作成

過程で身体的自立を専ら意味するようになるなど、地域包括ケアと同じく多義的である。このため、施策や

実践を論じる際、「自立が何を意味するのか」という点を明らかにする必要があると考えている¹²。

一方、厚生労働省の改定資料を見ると、ここでの「自立」は専ら身体的な機能改善、つまり「身体的自立」を意味していると考えられるため、「自立支援」という言葉を使わず、原則として「介護予防・重度化防止」という言葉に置き換えて議論を進めたい。

2 | リハビリテーション・機能訓練・口腔・栄養の取組の連携・強化

まず、リハビリテーションや機能訓練、口腔ケア、栄養改善の関係から見る。これらが一体的に整

¹² 自立の多義性については、2019年2月8日拙稿「[社会保障関係法の『自立』を考える](#)」、2017年12月20日「[『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か](#)」を参照。介護保険発足20年を期した連載コラムの[第10回](#)でも取り上げた。

理されている理由として、厚生労働省は「リハ・機能訓練、口腔嚥下、栄養を三位一体で考えなければいけない」と説明¹³しており、細かい報酬改定が積み重ねられた。

この関係では、外部のリハビリテーション専門職との連携を強化するデイサービスや特養を支援する「生活機能向上連携加算」（改定前は1カ月当たり原則200単位）の要件が見直された。今回の改定では（Ⅰ）～（Ⅱ）という2つの類型に区分され、従前の要件・加算は（Ⅱ）で据え置かれた。一方、（Ⅰ）の要件では、外部のリハビリテーション専門職がICTを用いて事業所を訪ねなくても状態把握や助言などに従事した場合、1カ月当たり100単位が加算されることになった。

このほか、施設系サービスでは「口腔衛生管理体制加算」「栄養マネジメント加算」が廃止された一方、口腔衛生や栄養管理に関する体制整備が義務付けられたほか、計画的な栄養管理を評価する「栄養マネジメント強化加算」（1日当たり11単位）が創設された。デイサービスなどに関しては、専門的な栄養アセスメントの実施などを評価する「栄養アセスメント加算」（1カ月当たり50単位）が新設された。低栄養状態の利用者に対して管理栄養士を中心に栄養改善に取り組む「栄養改善加算」については、1回150単位から1回200単位に引き上げられた。

さらに、▽訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションの継続的な管理などを評価する「リハビリテーションマネジメント加算」の要件見直し、▽老健施設における継続的なリハビリの実施と管理を評価する「リハビリテーションマネジメント計画書情報加算」（1カ月当たり33単位）の創設、▽デイサービスにおけるリハビリテーションを評価する「個別機能訓練加算」に新たな区分を新設することで、2区分から3区分に細分化、▽適切な入浴介助に取り組むデイサービスなどを支援する「入浴介助加算」の新たな加算区分の創設、▽デイサービスなどが日常的な口腔・栄養状態をチェックした場合に受け取れる「口腔・栄養スクリーニング加算」の見直し、▽グループホームにおける日常的な栄養ケアの改善に向けて、管理栄養士が介護職を助言・指導した場合に受け取れる「栄養管理体制加算」（1カ月当たり30単位）の創設——など、細かい改定が積み重ねられた。

3 | 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

「介護予防・重度化防止」の2つ目として、介護サービスの質評価と科学的介護の関係を取り上げる。これは後述する通り、今回改定の重要なポイントと考えられるので、詳しく見て行こう。

まず、科学的介護¹⁴とは元々、2018年度制度改正で浮上した言葉であり、主な経緯は表5の通りである。具体的には、当時の塩崎恭久厚生労働相が2016年11月の未来投資会議（当時）で、「データ分析を通じた科学に裏付けられた介護に変えていき」「良くなるための介護のケア内容のデータがなく科学的分析がなされていない」と説明した¹⁵。つまり、身体的な自立を重視したデータを集めるとともに、それをリハビリテーションなどに役立てることを目指していた。その後、厚生労働省は2017年10月、有識者で構成する「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」（以下、検討会）を発足させ、18年3月に中間まとめ、19年7月に最終報告が公表された。この結果、利用者の基本情報やADL（日

¹³ 2021年2月5日に開催された慢性期リハビリテーション学会における老健局の眞鍋馨老人保健課長（当時）の説明。『社会保険旬報』No. 2812を参照。

¹⁴ 科学的介護の経緯や論点については、拙稿2019年6月25日「[介護の『科学化』はどこまで可能か](#)」を参照。

¹⁵ 2016年11月10日未来投資会議資料、議事概要。

常生活動作)、食事、栄養状態、認知症の状態などのデータを集める「CHASE」(Care, Health Status & Events)」というデータベースが2020年度から創設された。

表5：科学的介護に関する主な経緯

年月	科学的介護に関する主な出来事
2016年11月	▶ 政府の未来投資会議(議長:安倍晋三首相、当時)で科学的介護が論点に。
2017年4月	▶ 塩崎恭久厚生労働相が未来投資会議で、「科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現」の実現に向けてデータベースをゼロベースで構築すると表明。
2017年6月	▶ 政府の「骨太方針2017」。自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護に関するデータベースを構築し、2020年度の本格運用開始を目指す方針を規定。
2017年10月	▶ 有識者で構成する厚生労働省の「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」(検討会)が発足。
2017年12月	▶ 2018年度政府予算でデータベース構築の必要経費として約3億円を計上→翌3月の国会で予算成立。
2018年3月	▶ 検討会が中間取りまとめを公表。リハビリテーションと通所介護でのデータ収集に力点を置くことなどを規定。
2018年6月	▶ 政府の「骨太方針2018」。科学的介護の推進とともに、AI(人工知能)を活用した科学的なケアプランの実用化の推進を規定。
2018年12月	▶ 2019年度予算でデータベース構築に必要な費用として約5億円計上→翌3月の国会で予算成立
2019年2月	▶ 社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)介護保険部会で2021年度制度改正の議論がスタート。科学的介護の推進が主要議題の一つに位置付けられる。
2019年6月	▶ 政府の「骨太方針2019」でAIを活用した科学的なケアプランの実用化などを規定。
2019年7月	▶ 検討会がデータを集める項目として、「基本的な項目」(30項目)、加算取得事業者にできるだけ入力してもらう「目的に応じた項目」(47項目)に絞り込む方針を決定。
2020年度	▶ データベース「CHASE」構築。
2021年度	▶ 介護報酬改定。科学的介護推進体制加算などの創設。データベース「LIFE」の創設

出典：首相官邸、内閣府、厚生労働省、財務省ホームページを基に作成

一方、リハビリテーション系の情報を集める「VISIT」(monitoring & evaluation for rehabilitation services for long-term care)というデータベースも2016年度に作られていたため、これを統合して2021年度からは「科学的介護情報システム」(LIFE、Long-term care information system for evidence)というデータベースが構築されることになった。その上で、厚生労働省は加算の取得要件などに際して、介護事業者に対して情報の提供を義務付けることで、データベースを充実させている。さらにデータベースに集められた情報を現場にフィードバックすることで、ケアの質向上を図ると説明している。例えば、先に触れた老健施設における「かかりつけ医連携薬剤調整加算」(Ⅱ)や、デイサービスなどにおける「栄養アセスメント加算」の算定には、LIFEへの情報の提出とフィードバックの活用が要件となっている。

このほか、科学的介護の充実に向けた方策として、ほぼ全てのサービス類型について、「科学的介護推進体制加算」も創設された。この加算では表6

表6：科学的介護推進体制加算に関する報酬改定の主な内容

● 施設系サービス	▶ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 ▶ 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月
● 通所系・居住系・多機能系サービス	▶ 科学的介護推進体制加算 40単位/月

【主な加算要件】

- 施設系(Ⅰ)と通所系・居住系・多機能系に関しては、入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況などに関する基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
- (Ⅱ)に関しては、(Ⅰ)に加えて疾病の状況や服薬などの情報を厚生労働省に提出していること。

出典：厚生労働省資料を基に作成

の通り、施設系サービスでは(Ⅰ)(Ⅱ)の2区分が設けられており、(Ⅰ)は1カ月40単位、(Ⅱ)は1カ月60単位、デイサービスなど通所系、訪問介護など居住系、小規模多機能など多機能系は1

区分だけで1カ月40単位と区分けされている。このうち、施設系の（Ⅰ）と通所系、居住系、多機能系の算定要件としては、利用者や入居者の心身状況に関して基本的な情報を提出すること、さらにLIFEからのフィードバックをサービス提供に役立てていることが挙げられており、（Ⅱ）に関しては（Ⅰ）の要件に加えて、疾病、服薬の状況についても情報提供を義務付ける要件が設定されている。つまり、「計画書の作成→計画書に基づいたケアの実施→利用者の状態、ケアの実績などの評価・記録・入力→フィードバック情報による計画書の改善」というPDCAサイクルを生み出すことが意識されている（科学的介護で集められるデータの活用に関して、国の説明が不十分な点は後述する）。

さらに、デイサービスで2018年度から導入された「ADL維持等加算」が拡充された。これはADLを測定する「バーセル・インデックス」(Barthel Index)と呼ばれる評価指標を用い、一定期間内でADLの改善に取り組んだ事業所を評価する仕組みであり、2018年度改定の時点では「ADL等維持加算は試験的導入の意味合いも強い」と説明されていた¹⁶。

しかし、ADL等維持加算の取得率が極端に低く、大幅な見直しを求める声が強まった¹⁷ため、2021年度改定では加算を取得できる対象がデイサービスだけでなく、認知症対応型デイサービス、地域密着型デイサービス、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）、特養（地域密着型を含む）に拡大された。さらに、要件に応じて1カ月当たり3単位、または6単位だった加算額についても、30単位または60単位に大幅に引き上げられた。

さらにADL等維持加算の要件についても大幅に見直された。2018年度にADL等維持加算が創設された時、身体的な自立を期待できる軽度者だけを集める事業者の「クリームスキミング」（ソフトクリームのクリーム部分だけを食べるように、美味しいところだけを食べる行動）が懸念されていたため、「5時間以上と5時間未満の利用回数を比べた場合、5時間を上回る利用者の総数が20人以上」「評価対象利用期間の最初の月で、要介護度が3以上の利用者が15%以上」などの要件が細かく定められていた。しかし、2021年度改定では、前者の要件が20人以上から10人以上に引き下げられたほか、後者の要件が撤廃されるなど、加算の要件が大幅に緩和または廃止された。

4 | 寝たきり防止、重度化防止の取組の推進

「介護予防・重度化防止」の3つ目として、寝たきりや重度化を防ぐための改定である。ここでは、施設系サービスでのリハビリテーション、機能訓練などに関する医学的な評価について加算する「自立支援促進加算」（1カ月当たり300単位）が創設されたほか、▽寝たきりに伴う床ずれリスクを減らすため、2018年度改定で創設された「褥瘡マネジメント加算」（改定前1カ月当たり10単位）を2区分に細分化するとともに、1カ月当たり最大加算額を13単位に引き上げ、▽2018年度改定で創設された「排せつ支援加算」を3区分にする細分化——などが見直しが図られた。これらの加算についても、LIFEのデータベース充実を図る観点に立ち、厚生労働省に対する情報提供が義務付けられている。

6——介護報酬改定の内容(4)～介護人材の確保・介護現場の革新～

第4番目の柱である人材確保、現場革新については、表7の通りに、①介護職員の処遇改善や職場

¹⁶ 『日経ヘルスケア』2018年4月号における老健局老人保健課の鈴木健彦課長（当時）のインタビュー記事。

¹⁷ 2020年7月20日介護給付費分科会資料、議事録、同7月24日『シルバー新報』を参照。

環境の改善に向けた取組の推進、②テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進、③文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進——に区分されている。

いずれも深刻化する人材不足への対処に力点が置かれており、▽ヘルパーに対する研修やヘルパーの資格・専門性などを評価する

表7：介護報酬改定のうち、介護人材の確保・介護現場の革新に関する項目

- ▶ 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
- ▶ テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
- ▶ 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

出典：厚生労働省資料を基に作成

「特定事業所加算」に新たに加算区分を設けて、計5区分とする見直し、▽介護職員の給与を引き上げている「特定職員処遇改善加算」の要件見直し、▽サービスの質向上などを図る「サービス提供体制強化加算」の加算額や要件の見直し、▽事業所・施設におけるハラスメント対策の強化——などが盛り込まれた。

このほか、テクノロジーやICTを活用する観点に立ち、特養などの施設で見守り機器の導入を図るため、少ない人員配置を認める規制緩和が実施された。さらに、▽医療・介護関係者だけで開催する多職種連携の会議に関して、テレビ電話の活用、▽居宅療養管理指導で情報通信機器を用いた場合に1回当たり45単位を加算する措置の創設、▽グループホームに関して、夜勤職員体制の部分的な緩和——などが盛り込まれた。近年の「はんこ」廃止論議に合わせる形で、署名・押印を求めずに電磁データによる利用者の説明・同意も認められた。

7——介護報酬改定の内容(5)～制度の安定性・持続可能性の確保～

5番目の部分である「制度の安定性・持続可能性の確保」では給付費抑制に繋がる内容が盛り込まれた。例えば、2012年頃から問題視されているサービス付き高齢者向け住宅などに対する給付の見直しである。この問題では、同じ建物（同一建物）に住んでいる高齢者に対して、訪問介護などのサービスを提供すると、移動時間を少なく済ませられる分、収益性が高くなるため、住宅運営事業者とサービス提供者が連携し、区分支給限度基準額（以下、限度額）のギリギリまで訪問介護サービスを組み込むような「囲い込み」が問題視されるようになった。

そこで、最近の改定では必ず見直し項目が盛り込まれており、2021年度改定でも、▽デイサービスなどを対象に、20人以上の同一建物に住む高齢者を対象にサービスを提供する場合、限度額を特例的に減らしたり、基本報酬を抑えたりする措置の見直し、▽限度額に占める利用割合が高い場合、市町村が居宅介護支援事業所を抽出するとともに、居宅介護支援事業所を傘下に入れている併設事業所も特定する点検・検証の仕組み——などの制度改正が盛り込まれた。さらに、ほとんどのサービスで基本報酬が引き上げられる中、訪問看護でリハビリテーション専門職が訪問した場合の報酬単価がカットされたほか、介護医療院への移行が決まっている介護療養病床の基本報酬も減額となった。

このほか、ケアプランに関する規制も強化された。これは2018年10月から始まったルールであり、食事や洗濯などの生活援助を中心とした訪問介護を対象に、その利用回数が通常のから大きく乖離しているケアプランに関しては、市町村への届出が義務付けられたほか、多職種で構成する「地域ケア会議」の議論を通じて、市町村がケアプランの再考を求めることも想定されている。2021年度改定で

は「限度額に占める割合が高い」「訪問介護がサービスの大部分を占める」というケアプランを作成している居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出する点検の仕組みも2021年10月から始まることとなった。5番目では「制度の簡素化」も位置付けられており、処遇改善加算に関しては、「上位区分の算定が進んでいる」として、5つに分かれた現行の加算区分のうち、加算額が低い2つの下位区分が廃止された。

8——介護報酬改定から見える制度の将来像

1 | 制度の制約条件としての人材、財源の2つの「不足」

以上、厚生労働省資料の整理に従って、改定項目を網羅してきたが、ここまで読まれた方はウンザリされたかもしれない。それだけ細かい改定が数多く盛り込まれており、筆者が傍聴したセミナーなどでも厚生労働省の担当者が自ら「かなりの分量ですが…」と口にする場面もあった。

しかし、余りに細かい改定項目にこだわり過ぎると、介護保険の現状、あるいは制度の将来像が見えて来なくなる危険性がある。以下、「木を見て、森を見ず」のような状態に陥らないため、制度の現状と将来像を模索したい。

まず、制度の現状に関しては、人材と財源という2つの「不足」に見舞われている点を踏まえる必要がある。つまり、人材不足の関係では、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年に向けて、約55万人の労働力が不足すると試算されている。一方、財源不足という点でも、高齢者に課される介護保険料の平均基準保険料（2018～2020年度）は全国平均で5,869円であり、これは天引きされる基礎年金の平均支給額の1割近くに相当するため、大幅な引き上げは困難な情勢となっている。実際、保険料の滞納者は少しずつ増えており、2019年度現在では5年前の約2倍に相当する1万9,221人に上る。

中でも、悩ましいのが人材不足である¹⁸。これまで厚生労働省が実施して来た対応策を整理すると、①介護職員の給与を引き上げる処遇改善、②外国人労働力の受け入れ拡大、③介護ボランティアの受け入れ拡大、④技術革新、ロボットの導入、⑤文書量削減——などに整理できるが、これらで慢性的な人材不足を根本的に解消するとは考えにくい。現場からも「介護現場の外国人労働者は少しずつ増えているとはいえ、訪問介護では困難」「人材確保に取り組んでいるものの、全体のパイは増えておらず、他の市町村と取り合い（筆者注：になっている）」「こうした状態だと、在宅ケアが困難となり、介護保険以前に戻るのではないか」との懸念が示されている¹⁹。つまり、地方部では訪問介護を中心に人手不足が著しくなっており、十分にサービスを提供できない危険性が懸念されている。

そこで今回の改定では、人員配置基準の見直しとか、テクノロジーの導入に伴う加算・人員基準の特例が盛り込まれたことで、人材不足への対応策として、「報酬・人員基準の緩和」という選択肢が加わったと考えられるが、これで問題が解決するとは考えにくい。この結果、「2つの不足」、中でも人材不足への対応策として、「予防重視の傾向→実質的な給付対象を縮小」という流れが一層、加速する可能性が考えられる。

¹⁸ 人手不足の論点については、介護保険20年を期した連載コラムの[第20回](#)を参照。

¹⁹ 筆者も加わった2021年3月19日『厚生福祉』第6637号・合併号の座談会における熊本県山鹿市福祉部の佐藤アキ部長の発言。

しかし、この路線にも様々な問題点が想定される。以下、予防重視の狙いとともに、その方針が引き起す矛盾を詳しく見て行こう。

2 | 予防重視の狙いと矛盾

そもそも、予防重視の傾向とは制度創設時の議論と関係する。例えば、介護保険制度の創設に至った1994年12月の高齢者介護・自立支援システム研究会報告書では、制度の理念の一つとして、「予防重視の考え方は、介護サービスの提供においても貫かれる必要がある」という考え方が強調されていた。さらに、制度創設時には保険料を負担するだけで給付を受けられない「保険あってサービスなし」の状態が政治的に懸念されたことで、介護保険の給付対象は広げられた。実際、厚生労働省OBのオーラルヒストリーでは、『空くじなしにしる』という政治的な要請に応じて、『要支援』をつくることになった」とのコメントが残されている²⁰。さらに要支援者向け給付に関しては、十分に整理されないまま、要介護1～5の人とほぼ同じ内容となった。

その後、制度創設後に初めて大規模な改正となった2006年度改正では、要介護度の中・重度の人に限定するという案も考えられたようだが、「積極的に軽い時に対応して、重度にしないという予防のほうに行く」という予防重視の選択肢が選ばれた²¹。その結果、要支援を1区分から2区分に細分化するとともに、要支援・要介護状態になる恐れがある「特定高齢者」を対象とした介護予防事業がスタートしたものの、参加者が振るわなかった。

そこで、2015年度改正の結果、「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）が創設された。これは要支援者を対象とした訪問介護とデイサービスを介護予防事業と一体化するとともに、市町村の裁量で基準や報酬を変えられるようにすることで、住民やNPOなど多様な参加者の参画を促すことが企図された。さらに2018年度の制度改正では、要介護認定率の引き下げに成功したとされる埼玉県和光市や大分県の事例を参考にしつつ、市町村主導による要介護状態の維持・改善を促す「保険者機能強化推進交付金」が創設された²²。このほか、同じ時期の2018年度報酬改定では、身体的な自立支援を目指す観点に立ち、先に触れたADL等維持加算なども創設された。

つまり、軽度者向け給付を中心に、介護予防の強化は以前から焦点となっており、試行錯誤が続いていることになる。こうした経緯を踏まえつつ、「2つの不足」に伴う制約条件を考慮すると、思い切った財源確保、あるいは給付抑制に取り組まない限り、軽度者を中心に予防を強化していく流れは今後も避けられないと考えられる。

その典型例として、今回の改定では科学的介護の本格化とADL等維持加算の拡充が特筆される。まず、科学的介護に関しては、政府の「未来投資会議」（当時）で議論が始まった際に「良くなるための介護のケア内容のデータがなく科学的分析がなされていない」と説明されていた経緯を踏まえると、予防重視の一環であることは明らかである。さらに、ADL等維持加算についても加算額の大幅引き上げや要件の撤廃・緩和など本格実施に舵が切られており、予防重視の傾向が一層、強まったと解釈できる。

²⁰ 中村秀一（2019）『平成の社会保障』社会保険出版社 p314。

²¹ 同上 pp314-315。

²² その後、2020年度予算では介護予防に取り組む市町村を支援する「保険者努力支援制度」が創設された。

しかし、これは被保険者から見ると、保険料拠出の対価として給付を受け取れる権利性が失われる側面を持つ。つまり、被保険者から見ると、「要介護状態になったらサービスを受けられる前提で保険料を支払っていたのに、給付を受け取るような身体・心身状態になっても、予防を求められる」という危険性である。例えば、先に触れた総合事業に関しては、軽度者向け給付の選択肢を奪う意味合いを持っており、制度創設に関わった厚生労働省 OB からは「保険給付の対象範囲を縮小したのは社会保険制度としての裏切りだ」という手厳しい意見も聞かれる²³。

このため、予防強化の流れを一層、強化するのであれば、予防に振り向ける財源に関しては、反対給付を前提としない租税を用いるなど、本来であれば税制改革を視野に入れた議論が必要になると思われるが、そうした機運は現在の政府や国会では見受けられない。一方で今後、人材不足が深刻化し、全体として予防重視の傾向が進めば、権利性を巡る矛盾は一層、大きくなることは避けられない。

さらに全ての要介護者の状態が維持・改善するとは限らない点にも留意する必要がある。確かに要支援の軽度者に関しては、短期的かつ集中的なリハビリテーションを通じて、身体状態が維持・改善する可能性があり、2019年度の『国民生活基礎調査』を見ると、要介護・要支援状態が半年間で改善した人は8.0%に上る。

しかし、それでも全ての人が改善することは考えにくく、個人差があるとはいえ、加齢に伴って身体・認知機能が下がって行くのは避けられない。むしろ、予防を重視し過ぎると、その反動として要介護になった人が「予防できなかった人」と周囲から見なされるようになり、介護サービスを使いにくくなる危険性にも留意する必要がある。

さらに今回の改定を見ていると、医療機関向けの診療報酬の改定論議と重なる面を見て取れる。つまり、診療報酬のように極端な制度の複雑化が進んでいる点、さらにデータを重視し過ぎる弊害という2つの点である。以下、診療報酬と介護報酬を対比させつつ、この2つの点を論じる、

9— 診療報酬との近似性が深まる問題点

1 | 極端な制度の複雑化

第1に、極端な制度の複雑化である²⁴。診療報酬については、長い歴史を経る中で極端に複雑化しており、誰も全体像を把握していると思えない。これは2年に一度の改定に際して、日本医師会や健康保険組合連合会など利益集団（圧力団体）の意見を調整したり、財政当局の意見を反映させたりする過程で、足して2で割るような調整を繰り返した結果、「◎◎では加算」「××では減算」「加算の要件は△△を満たすこと」といった形でルールが細かく決まり、制度が複雑化している。

一方、介護報酬に関しても、制度創設から20年を経る中で、同じようなことが起きている。つまり、財務省は「給付の重点化・効率化」を主張し、厚生労働省が審議会で利益集団の意見を調整する過程で、制度が複雑化している状態である。実際、上記の説明を読んでウンザリした方は多かつたのではないだろうか。恐らく制度の細部も含めて、全体像を理解している人は限られていると思われる（筆

²³ 日本経済新聞社編 (2018) 『2030年からの警告 社会保障砂上の安心網』日本経済新聞出版 p127、堤修三氏インタビュー。

²⁴ 制度複雑化の弊害に関しては、介護保険20年を期した連載コラムの第23回で取り上げた。さらに、三原岳 (2015) 「報酬複雑化の過程と弊害」『介護保険情報』2015年7月号。学術的な考察としては、三原岳・郡司篤晃「介護報酬複雑化の過程と問題点」『社会政策』第7巻1号も参照。(DOI : <https://doi.org/10.24533/spls.7.1.175>)。

者も告示、省令レベルの全てを細かくチェックできているわけではない)。

ここで気を付けなければいけないのは医療と介護の違いである。医療の場合、患者—医師の間で情報の非対称性が存在しているため、患者は病気の理由、治療するための方策、その必要性や重症度などを判定できない。これに対し、介護では要介護状態になったことによる生活上の不便さを知っているのは利用者であり、医療に比べれば利用者が自己決定できる余地は大きい²⁵。言い換えると、介護の場合、制度が余りに複雑化し過ぎると、利用者の自己決定権を侵害する危険性を孕んでいるため、制度複雑化の弊害は診療報酬よりも深刻と言える。

しかも深刻なことがある。今回の改定における介護給付費分科会の議論では、「簡素化」の方針が盛り込まれていたのに、上記のような細かい改定論議が続き、制度複雑化の流れが止まらなかった点である。例えば、制度複雑化を定量的に把握する手段として、ケアプランの作成に際して使われる「サービスコード」がある。これはサービスの種類や単価などを特定する6ケタの番号であり、その総数は制度創設時の2020年度時点の2万4,970項目から2021年度で2万5,247項目に増加した。これは制度創設時と比べると、約14.5倍に及んでおり、極端な複雑化が今回も止まらなかった。

確かに細かく見ると、介護職員処遇改善加算の加算区分を減らすなど簡素化の動きもあったし、財務省の資料²⁶や厚生労働省の説明でもサービスコードの増加数を問題視する文言が出始めている。それにもかかわらず、結果的に項目数自体は変わらず、複雑化は止まらなかった。言い換えると、政策当局者が相当、制度の簡素化を意識しない限り、複雑化は止まらないと言える。厚生労働省OBの書籍では、日本医師会の当時の会長から「診療報酬みたいに複雑にしないでくれ」と言われたというエピソードが紹介されている²⁷が、このままでは診療報酬と同様に複雑化して行くことは避けられない。その結果、複雑な制度に知悉した官僚や専門職と、複雑な制度に関する情報を入手しにくい国民や利用者の情報格差が広がり、利用者による自己選択を重視した制度創設の理念が失われかねない。

2 | データを重視し過ぎる弊害

第2に、データを重視し過ぎる弊害である。医療の場合、最終的には治療データとして成果を数字で評価しやすいが、介護の成果はデータで評価しにくい。もちろん、医療でも生活を支える在宅医療の質は図りにくく、介護でも介護予防の充実による要介護度の改善などデータで把握できるため、「医療＝データで全て把握できる」「介護＝データで全て把握できない」とは言い切れない。ただ、それでも複雑で多様な生活を支える介護では、データ重視に限界があることは踏まえる必要がある。

この違いを踏まえて、今回の介護報酬改定を見ると、科学的介護の考え方が本格的かつ大々的に採用されたことで、データ重視の方針が鮮明になった点について、利害得失を整理する必要がある。

まず、プラス面の積極的な評価としては、身体的な改善を期待できる軽度者を中心に、リハビリテーションや機能訓練の情報を蓄積することで、より効果的な介護予防や重度化防止を進められる可能

²⁵ ここでは詳しく触れないが、医療では患者—医師の間で情報格差が大きい分、対等な関係性を結べない前提になっており、一般的には患者—医師の間で準委任契約が成り立つと考えられている。一方、介護では対等な関係性に基づく契約制度が採用されている。詳細は介護保険20年を期した連載コラムの[第6回](#)、[第17回](#)を参照。

²⁶ 例えば、2020年11月2日の財政制度等審議会（財務相の諮問機関）財政制度分科会に提出された資料では、「客観的なエビデンスに基づき、介護サービスの質や事業者の経営への効果・影響を検証するといったPDCAサイクルを確立し、真に有効な加算への重点化を行い、介護事業所・施設の事務負担の軽減と予見可能性の向上につなげるべき」との意見が示された。

²⁷ 堤修三（2018）『社会保険の政策原理』国際商業出版 p301。

性が考えられる。

さらに、データを介護現場にフィードバックすることで、利用者とサービス提供事業者、事業者と市町村、市町村と都道府県、国と都道府県・市町村、国と業界団体がコミュニケーションを取る上で、データを活用できる意味合いも大きい。例えば、「定員数が同じ事業所を比べることで、利用者のADLがどれだけ変わったか」「同じ市町村内の事業所を比較し、利用者の要介護度がどれだけ変わったか」といった点を可視化し、関係者のコミュニケーションツールにすれば、利用者の納得度を増せるかもしれないし、介護職の意欲も引き出せる可能性があり、介護の質向上が期待される。このほか、高齢者本人の情報をベースにしつつ、個別ケアに反映させる意義も大きい。今後のAI（人工知能）の発達を見据えれば、人間では分からない相関関係を把握できる効果も期待できる。

しかし、マイナス面も指摘せざるを得ない。先に触れた通り、介護の基本は生活支援であり、データで測定できる範囲だけ見ようとすると、利用者の生活歴や生き甲斐などを見落とす結果になる。そもその言葉遣いとして、手元の辞書で「科学」の意味を調べると、「一定領域の対象を系統的に研究する活動。特に自然科学をさすことが多い」と記されているが、介護現場ではデータで把握し切れない個人の生活歴や趣味、生き甲斐などを踏まえることが重要であり、社会学や人類学、民俗学などのアプローチを加味する必要がある。

例えば、医療社会学の用語を使うと、科学的介護は「医療化」のリスクを伴う危険性がある。医療社会学では、医学で解決しなくて済む領域にまで医療が浸透する結果、患者が不必要に医師の命令に服したり、生活が制限されたりする状態を「医療化」と呼び、その危険性が論じられて来た²⁸。つまり、介護を「科学」することで、介護の数値化を試みようとする、数値で測定しやすい医学的な管理が重視されるようになり、医療が必要以上に生活に入り込んで来る危険性が想起される。

さらにデータ以外の側面に着目する取組として、医療人類学では患者の語り（ナラティブ）を重視する動きがある²⁹ほか、利用者に対する聞き書きを通じて、利用者と介護職の理解を深める「介護民俗学」というアプローチもある³⁰。筆者自身も2019年度、ケアプランの自己作成経験者・実践者を対象にインタビューを実施する調査研究活動に関わったが、対象者の生活は一括りできない複雑さとドラマ性を有していた³¹。データとナラティブは必ずしも排他的な関係ではないが、こうした「個」にこだわる視点が科学的介護を通じて軽視されないか、懸念を感じている。

このほか、データの利活用策について、必ずしも明快な説明が示されていない点も指摘できる。先に触れた通り、厚生労働省は科学的介護の導入を通じて、「計画書の作成→計画書に基づいたケアの実

²⁸ 例えば、Ivan Illich (1976) "Limits to Medicine" [金子嗣郎訳 (1998) 『脱病院化社会』 p11] は「医療機構そのものが健康に対する主要な脅威になりつつある」「専門家が医療をコントロールすることの破壊的影響はいまや流行病の規模にまでいたっている。医原病というのが新しい流行病の名である」などと指摘した。

²⁹ 例えば、診療現場では病気の原因や症状の初期段階、病気の経過、治療法などについて、患者自身の「物語」を引き出し、それに基づいたケアを提供するナラティブケアが注目されている。佐藤伸彦 (2015) 『ナラティブホームの物語』医学書院を参照、さらに、近年は医療人類学や心理学などの領域でも患者の語りや経験が重視されている。皆藤章編・監訳 (2015) 『ケアをすることの意味』誠信書房、森岡正芳編著 (2015) 『臨床ナラティブアプローチ』ミネルヴァ書房、野口裕二 (2002) 『物語としてのケア』医学書院などを参照。

³⁰ 例えば、介護民俗学に関しては、六車由美 (2018) 『介護民俗学という希望』新潮文庫、同 (2012) 『驚きの介護民俗学』医学書院などを参照。

³¹ 全国マイケアプラン・ネットワーク編 (2020) 「ヒアリング調査で見てきた自己作成者の主体性と市民性」。詳細は下記のリンク先を参照。調査研究事業は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けた。

<http://www.mycareplan-net.com/reference/yuubi.html>。

施→利用者の状態、ケアの実績などの評価・記録・入力→フィードバック情報による計画書の改善」というPDCAサイクルの構築を意識しており、厚生労働省が委託した『ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き』³²を見ると、データベースで作成される「フィードバック票」を通じて、ケアの質を評価できると説明されている。具体的には、フィードバック票は事業所と利用者の2種類で構成し、前者の事業所票では自事業所・施設の利用者像の把握、ケアの実施状況や結果の把握、ケアの改善、施設内の管理指標などに活用できるとされている。一方、後者の利用者票では利用者像の把握、ケアの実施状況や結果の把握、利用者や家族への説明、職員間での情報共有などが活用の事例として例示されている³³。

しかし、フィードバックの具体的なイメージは現時点で明確に示されておらず、現場ではデータ入力などに伴う負担増に対する不安の声を耳にする。今後は介護現場の意欲と関心を引き付けるため、「何のために情報を集めるのか」「どんな有効活用が考えられるのか」といった点を詳しく説明するとともに、データを現場の統制手段として考えるのではなく、要介護者の生活を支援している現場とのコミュニケーションツールとして活用する必要がある。言い換えると、利活用に関する説明がなければ、人手不足で手一杯な現場の負担感を増すだけでなく、「加算をもらえるから科学的介護に取り組む」という意識を現場に植え付ける危険性がある。

10——ケアマネジメント改革の論点

最後に、ケアマネジメント改革について触れる。元々、ケアマネジメントは介護保険サービスを受ける際の「入口」に相当するだけでなく、介護保険サービスを超える幅の広さを持っている。具体的には、ケアマネジメントは本来、要介護高齢者の生き甲斐や目標、それを阻害する要因を分析した上で、介護保険サービスに限らず、様々な社会資源の活用も視野に入れつつ、生活支援を幅広く考えられる重要なツールである。

しかし、制度改正の度に「質の高いケアマネジメントの実現」とか、「ケアマネジャーの資質向上」が指摘されるなど、ケアマネジメントの見直しが論じられている³⁴。筆者自身としては、その制度的な背景として、①介護保険サービスをケアプランに1つでも組み込まないと、ケアマネジメント費を受け取れない報酬を受け取れない、②居宅介護支援事業所が他の介護サービスに併設されており、独立性が十分に担保されていない——という2つの点が大きく影響していると考えている³⁵。

このうち、前者の課題を挙げると、現行制度では高齢者が「夕焼け小焼けを歌うような画一的なデイサービスはイヤだ」と拒否する高齢者に対し、ケアマネジャーが十分にアセスメントを実施した上で、その人の趣味に合った俳句サークルなどインフォーマルケアを紹介するようなケアプランを作っても、居宅介護支援費の報酬は発生しない。

³² 三菱総合研究所（2021）『ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き』（老人保健事業推進費等補助金）。

³³ このほか、三菱総合研究所（2021）「介護サービスにおける科学的介護に資するデータの収集・活用に関する調査研究事業報告書」（老人保健事業推進費等補助金）、同（2021）「介護サービスの質の評価指標の開発に関する調査研究事業報告書」（老人保健事業推進費等補助金）を見ると、利活用策として身体的自立の側面が専ら想定されている。

³⁴ 例えば、2019年12月の介護保険部会審議報告では「ケアマネジャーがその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要」という考えが示されている。

³⁵ ケアマネジメントの論点については、拙稿2020年7月16日「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」を参照。

さらにケアマネジャーが通院に付き添っても、ケアマネジャーは報酬を受け取れない仕組みとなっている上、ケアマネジャーが退院カンファレンスに参加しても、高齢者が回復したり、亡くなったりして、介護保険サービスを使わない場合、居宅介護支援費の報酬は発生しない限界がある。むしろ、介護保険サービスを受け取るため、福祉用具をケアプランに組み込むような現象さえ起きている³⁶。

そこで、今回の報酬改定では、特定事業所加算の要件にインフォーマルケアの実施状況が考慮されることになった。さらに通院時の情報連携に関して加算が付いたほか、退院時に必要なケアマネジメント業務を実施している場合に関しても、退院後の状態変化でサービス利用の実績がなくても、一定の要件を満たせば、居宅介護支援費の算定が可能とされた。

後者の独立性に関して、同じ事業者のサービスを一定割合以上に入れた場合に減算する「特定事業所集中減算」という仕組みが作られているが、今回の改定では先に触れた通り、限度額に占める利用割合が高い場合、居宅介護支援事業所を抽出したり、併設事業所を特定したりする仕組みがスタートすることになった。この仕組みの下では、市町村が必要以上にケアプランの内容に介入することで、ケアマネジメントの独立性やサービス利用に関する利用者の権利性が損なわれる危険性を伴う反面、ケアマネジャーが併設事業所のサービス利用を誘発するような行動を抑制できる可能性もある。今後、今回の改定による現場への影響を見極める必要がある。

11—おわりに

以上、2021年度介護報酬改定の内容を詳しく見るとともに、その背景や論点を考察してきた。本稿を含めて、これまでも何度か述べてきた通り、介護保険は「人材」「財源」という2つの不足に直面しており、今回の報酬改定は問題解決に向けた動きがあったものの、解決策に至っていない。さらに、科学的介護の本格化に見られるような予防重視の方針が権利性を失わせる結果になりかねないなど、内在している矛盾が一層、大きくなる危険性も想定される。

一方、社会保障審議会の介護保険部会や介護給付費分科会では、利益集団との調整に終始するため、細かい議論に終始しがちであり、厚生労働省自身が3年に一度の制度改正・報酬改定に追われている印象も受ける。しかし、3年に一度の制度改正は別に必須ではない。今後は財源確保や給付範囲の縮小などの選択肢を視野に入れつつ、財源や人材の制約条件を踏まえた制度の在り方を議論する必要がある。

³⁶ 例えば、医療経済研究機構（2020）「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書」（老人保健事業推進費等補助金）によると、「本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した」と答えたケアマネジャーは過去1年に経験ありと答えた人は計3.4%、見たり聞いたりしたことがあると答えた人は15.7%に上った。回答数は1,332人。さらに、財務省が2020年度に実施した「予算執行調査」でも、福祉用具貸与のみのケアプランが全体の6.1%を占めた。市町村に対して2018年4月分と2019年4月分のケアプランを調査しており、有効回答は12,603件。