

特集論文：社会的コストの観点から社会福祉に向き合う

介護サービスの質向上に向けたマネジメントの
仕組みと機能面からみた課題

川越 雅弘

埼玉県立大学大学院教授

● 要約 ●

2040年にかけて85歳以上人口の急増と生産年齢人口の減少が同時進行する。介護給付費の増加により、2040年には介護保険料が月額9千円を超えると推計されている¹⁾。介護需要の増加、保険料負担の増大、介護従事者確保の困難化が進む中、制度の持続可能性確保の観点から、自立支援・重度化防止につながる効果的なサービスの提供が、今後さらに強く求められることになる。

介護保険制度では、サービスの質を高めるために、ケアマネジメントシステムが導入されている。また、サービス提供の実態や報酬改定の影響などを定期的に把握し、次期改定につなげるといった国レベルのマネジメントの仕組みも導入されているものの、これら仕組みが十分に機能しているとはいえない状況にある。

介護事業者には、自立支援を具現化するための実践力を、また、国には、介護現場の実態を踏まえた効果的な制度の立案力を高めていく必要がある。

● Key words : 介護保険, 自立支援, マネジメント, 介護サービス, サービスの質

人間福祉学研究, 15 (1) : 41-53, 2022

1. はじめに

介護保険法は、要支援・要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な支援・サービスを給付するものであり、自立支援がその基本理念となっている。法律で位置付けられている各種介護サービスにも、当然、自立支援・重度化防止に向けた取り組みや成果が期待されることになる。

こうした理念を具現化するために、介護サービスに対しては、介護支援専門員と介護サービス事業者の協働によるケアマネジメントの仕組みが導入されている。さらに、3年に1度行われる介護報酬の改定作業を通じて、介護サービスの現状を

把握し、目指す姿とのギャップから課題を抽出し、対策を検討・実行し、一定期間後に効果を確認し、次期介護報酬改定に向けた対策の見直しを図るといった国レベルのマネジメントの仕組みも用意されている。

さて、本稿の目的は、介護サービスの質向上に向けた国および事業者レベルのマネジメントの仕組みと機能面からみた課題を明らかにすることにある。そこで、まず、介護サービスに期待されている役割・機能を、取り巻く環境の変化、および法律上の規定の視点から解説する。次に、介護サービスの質を高めるためのマネジメントの仕組み、居宅サービスの質向上に向けた国の主な対策とその影響について解説する。最後に、自立支

援・重度化防止の実現に向けた課題について、多職種協働マネジメントの視点から私見を述べる。

2. 介護サービスに期待される役割

本章では、介護サービスに期待されている役割を、法律上の規定、ならびに人口構造の変化に伴う支援ニーズの変化の視点から解説する。

2.1. 法律上の規定から

介護サービスに関しては、介護保険法第二条第2項および第4項のなかで、「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とともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない」「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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なければならない」と明記されている。

したがって、介護事業者および医療・介護専門職には、高齢者の自立支援および重度化防止を図るといった目的意識と、目的達成のためにサービスの質を継続的に高めていく取り組みが求められることになる。

2.2. 人口構造の変化に伴う支援ニーズの変化の視点から

2.2.1. 人口構造の変化

表1に、2020年と2040年の年齢階級別人口とその変化を示す。

この20年間で、「15～64歳」は1,428万人（19.3%）、「65～74歳」は66万人（3.8%）、「75～84歳」は36万人（2.9%）減少する一方で、「85歳以上」は403万人（65.0%）増加し、2040年には総人口の9.2%を占める状況となる。

今後20年間は、医療・介護・生活支援に対するニーズが高い85歳以上高齢者の急増と生産年齢人口の減少が同時進行することになる。

2.2.2. 人口構造の変化に伴う支援ニーズの変化

年齢階級によって、医療や介護、生活支援に対するニーズは大きく異なる。今後85歳以上高齢者が急増するが、こうした人口構造の変化はニーズの変化をもたらすことになる。対象とする患者特性やニーズが変われば、当然、サービス提供体制だけでなく、支援内容や医療・介護職の関わり方も影響を受けることになる。

例えば、肺炎で入院するケースを考える。患者が40代であれば、肺炎治療が終了すれば即退院となる。特段、退院後の関係者と連携をとる必要はない。しかし、80代後半の、何度も誤嚥性肺炎を繰り返す要介護者が1～2週間入院した場合であったらどうか。入院前とは健康状態

表1 2020-2040年間の年齢階級別にみた人口の変化

	2020年		2040年		2020-2040年間の変化	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
総数	125,325	100.0	110,919	100.0	-14,406	-11.5
0-14歳	15,075	12.0	11,936	10.8	-3,139	-20.8
15-64歳	74,058	59.1	59,777	53.9	-14,281	-19.3
65-74歳	17,472	13.9	16,814	15.2	-658	-3.8
75-84歳	12,517	10.0	12,155	11.0	-362	-2.9
85歳以上	6,203	4.9	10,237	9.2	4,034	65.0

出所：国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成29年4月推計）より作成

も心身機能も体力も異なっている。入院によって日常生活活動（Activities of daily living, 以下ADL）や基本動作の自立度が低下している場合も多い。再発を防ぐため、食事方法を含めた退院後の生活の仕方を見直し、自宅環境下で、本人や家族の能力を見極めた上での食事指導（食事の用意を含む）を行っていく必要も生じるであろう。そのため、病院関係者と退院後に関わる在宅関係者間の連携や目線合わせ（本人の意向や嗜好・家族介護力・本人の現在の状態・今後の見通し・リスク・とるべき対策などのイメージをそろえる作業）が必要となる²⁾。

85歳以上高齢者の急増が及ぼす影響は、こうした連携の必要性の高まりだけではない。ここで、脳梗塞で入院したケースを考える。患者が50代であれば、歩行動作の改善、トイレ動作の改善、持久力向上などを目的としたリハビリテーション（以下、リハ）が行われるであろう。しかし、80代後半で要介護3の低栄養状態にある患者であったらどうであろうか。この場合、リハ職と管理栄養士などが連携しながら、介入方法やその手順を検討することになる。したがって、リハ職も、自身が介入する対象（歩行動作やトイレ動作への指導、トイレまでの導線やトイレ環境の確認など）だけでなく、栄養状態や排泄の状態、服薬の状況やその影響なども意識せざるを得なくなる。他の職種の得意分野を理解した上で、連携しながら、「患者と一緒に設定した生活目標」の達成に向けて、互いの役割を果たすといった協働作業が求められることになるのである。

また、支援を要する85歳以上高齢者が急増する一方で、生産年齢人口は年々減少していくため、介護職の需給バランスが悪化すると見込まれている。そのため、介護サービスには、より効率的かつ効果的なサービス提供が求められることになる。

3. 介護サービスの質向上を図るためのマネジメントの仕組み

介護サービスの質の向上を継続的に図っていくためには、国レベルおよび事業者レベルのマネジメントが必須となる。本章では、これら仕組みを解説する。

3.1. 国レベルのマネジメントの仕組み

3.1.1. 社会保障審議会の責務と構成

2001年の中央省庁再編に伴い、従前の社会保障関係の審議会が統合再編された。その過程の中で、厚生労働省設置法第6条第1項に基づき設置された審議会の1つが社会保障審議会である。なお、同審議会の責務は、厚生労働大臣の諮問に応じて、社会保障に関する制度横断的な基本事項、各種社会保障制度や人口問題等に関する事項を調査審議することである（厚生労働省設置法第7条）。

同審議会には、分野毎に分科会や部会が置かれているが、さらにその下に専門部会を置くことができる仕組みとなっている。介護分野における主たる分科会・部会が、介護給付費分科会および介護保険部会である。

3.1.2. 介護保険部会とは

介護保険制度については、法施行後5年を目途に、制度全般に関して検討を行い、その結果に基づき必要な見直し等の措置を講じることとされていた（介護保険法附則第2条）。

そこで、当初3年間の第1期事業運営期間（2000～2002年）の制度施行状況を踏まえ、介護保険制度に関する課題およびその対応方策等について議論を進めるために、2003年に社会保障審議会に設置された専門部会が介護保険部会である³⁾。

創設年度には計11回の会議が開催され、主な論点（①制度見直し全般、②保険者のあり方、③被保険者の範囲、④保険給付の内容・水準、⑤サービスの質の確保、⑥要介護認定、⑦保険料・

給付金の負担のあり方、⑧他制度との関連）について議論が行われている。

3.1.3. 介護給付費分科会および介護報酬改定検証・研究委員会とは

介護保険法および介護保険施行法の規定により、その権限に属された事項を処理するために設置されたのが介護給付費分科会である。同分科会では、3年毎に改定される介護報酬に関する審議、介護サービスの実態把握やあり方の検討、介護事業所の経営概況や介護従事者に対する処遇状況の調査および検討などが行われている。

また、介護報酬を改定するためには、過去に行った介護報酬改定の効果の検証や、介護報酬改定に関する審議報告において検討が必要と指摘された事項に関して実態調査等を行う必要があった。そこで、2015年の介護報酬改定に向け、2012年に介護給付費分科会に設置されたのが、介護報酬改定検証・研究委員会である。

2012年度には、2012年4月の介護報酬改定における個々の改定が企図した効果を挙げているかを検証・分析することを目的とした6本の調査（サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究など）、ならびに次期介護報酬改定に向け、必要な基礎資料を得ることを目的とした5本の調査（認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する研究など）が行われている。

このように、厚生労働省は、介護保険部会や介護給付費分科会等を通じて、定期的にサービスや介護保険制度運営に関する実態を把握し、課題の抽出と対策の見直しを図るといったPDCAサイクルを展開しているのである。

3.2. 事業者レベルのマネジメントの仕組み

介護保険制度では、介護支援専門員と介護事業者が連携・協働して自立支援を目指すための仕組み（＝ケアマネジメントシステム）が導入されている⁴⁾。

本節では、居宅サービス利用者について、その

仕組みの概要を解説する。

3.2.1. ケアマネジメントの目的と役割

介護保険制度の目的は、同法第1条で述べられているが、そのポイントは、①利用者の尊厳を重視する、②保険給付は、利用者の自立した生活を支援するためのものであるという点にある。

ただし、「自立支援」を実現するためには、個々の高齢者の心身の状況や置かれている環境、ニーズを踏まえた上で、総合的な援助方針の下、必要なサービスを計画的に提供するとともに、目的の達成状況を定期的に評価していく仕組みが必要となる。そこで導入されたのがケアマネジメントである。

複数領域に生活課題を有する高齢者の場合、介護サービスだけでは自立した生活を支え切れない場合も多い。そのため、介護サービスを中核しつつ、医療サービスやインフォーマルサービスなど、地域の様々な資源を統合した包括的なケア提供が必要となる。ただし、介護支援専門員は、直接的なサービス介入を行うわけではない。また、これらすべての領域に精通しているわけでもないため、多くの異なる分野の専門職との連携・協働が必須となる。

3.2.2. ケアマネジメントと生活機能

ケアマネジメントは「自立支援」を理念とするが、その具体化を図るために採用されたのが、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health、以下ICF）の生活機能モデルの考え方である⁵⁾。これは、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3要素を「生活機能」と定義した上で、これに影響を及ぼす「健康状態」「環境因子」「個人因子」を含めて、高齢者の障害を包括的に捉えるものである（図1）。

介護支援専門員も介護サービス提供者も、利用者本人の「生活機能」の維持・向上を図ることを通じて、可能な限り、その人らしい生活を本人自身が主体的に営むことができるよう支援すること

が求められている。

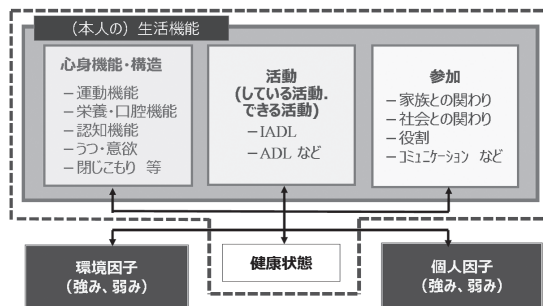


図1 ICFの概念図

出所) 障害者福祉研究会編：ICF 国際生活機能分類—国際障害者分類改訂版一、中央法規出版、2002、p.17 を一部改変

3.2.3. ケアマネジメントプロセスの全体像とその展開手順

ケアマネジメントは、おおむね、利用者の望む生活・意向の確認(インテーク)→アセスメント・情報収集→課題抽出および解決すべき課題の具体化→目標設定およびケアプラン原案の作成→サービス担当者会議でのケア方針・目標・役割分担の共有→個別援助計画に沿ったケアの提供→モニタリング→評価→計画の見直しといったプロセスから成り立つ(図2)。以下、主な手順の概要を解説する。

①利用者の望む生活／意向等の確認(インテーク)

一般的に、インテークとは、利用候補者をケアマネジメントの対象とするか否かの判断をした上で、利用者の主訴の傾聴、観察、インタビュー等を通じて、本人が望んでいる生活や意向の確認、生活課題の把握、家族の意向の確認などを行うことを意味する。

ケアマネジメントでは、「利用者が自分らしい、主体的な生活を営むこと」をできる限り支援することを目指す。そのため、本人がどのような生活を望んでいるのか、どのような生活を送りたいのかといった意向の確認が非常に重要となる。

②アセスメント・情報収集(課題抽出と具体化)

現状や今後の見通しを把握するために行われる

のがアセスメント・情報収集である。ケアマネジメントでは、ICFの6要素に対してアセスメントや関係者からの情報収集を行うことが求められている。

③解決すべき課題の具体化

生活課題とは、「現在の生活」と「本人が望む生活」のギャップのことである。介護支援専門員は、まず、アセスメント領域毎に課題を抽出した上で、本人の意向、課題の緊急性、課題間の相互関連性、改善や悪化の可能性(今後の見通し)などの情報を総合的に判断した上で、利用者との合意のもと、「解決すべき課題」を設定する。その上で、解決すべき課題を生じさせている要因分析を行う。

④目標設定およびケアプラン原案の作成

医療・介護専門職が見立てた今後の見通しに関する情報なども参考にしながら、解決すべき課題に対し、いつまでにどこまでのレベルを目指すのか(短期目標)を設定するとともに、短期目標の達成に向け、誰が何を行うのかといった役割分担を定めたケアプランの原案を策定する。

⑤サービス担当者会議でのケア方針・目標・役割分担の共有

本人・家族、介護支援専門員、サービス事業者が集まったサービス担当者会議の場を活用して、利用者はどのような生活を送りたいのか、有する課題は何か、長期・短期目標をどこに設定するか、目標達成に向けて誰が何を行うのかといった役割分担を関係者間で検討・共有する。

⑥個別援助計画に基づくサービスの提供

サービス担当者会議で合意されたケア方針に沿って、サービス事業者が策定するのが個別援助計画である。各サービス提供者においても、ケアマネジメントと同様、一連のマネジメントプロセスを展開することになる。

ケアマネジメントプロセスは、①介護支援専門員によるケアプラン策定、②関係者間のケア方針・目標・役割分担の共有のためのサービス担当

者会議，③ケア方針に基づく個別援助計画の作成，④個別援助計画に基づく介護サービスの提供から成り立っている。

自立支援を実現するためには，介護支援専門員と介護事業者間および各介護事業者間の連携強化，直接介入する介護事業者のサービスの質を如何に高めるかが重要となる。

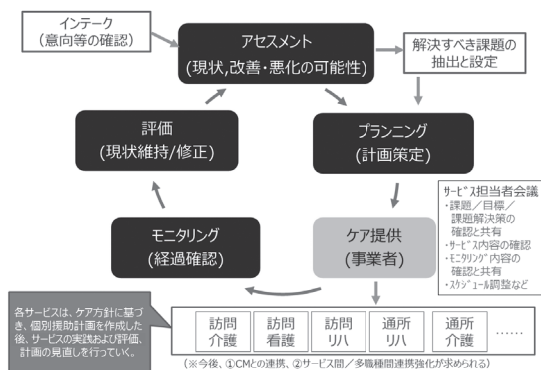


図2 ケアマネジメントプロセスの全体像
出所）筆者作成

4. 居宅サービスの質向上に向けた国の主な対策

介護サービスには，居宅・居住系・施設系のサービスがあるが，本章では，個別援助計画を策

定する居宅サービスの質向上に向けた国の主な対策について解説する。

4.1. 居宅サービスに求められる機能とは

居宅サービスは，①生活機能の維持・向上，②生活援助，③家族介護者の負担軽減のいずれかの機能を発揮して自立を支援するサービスと位置付けられている。今後増加が見込まれる認知症高齢者や重度要介護者の在宅生活を支えるためには，これら機能を効果的・効率的に組み合わせ，バランスよく働きかけることが必要となる。

厚生労働省は，居宅サービスの機能を一層高めていくために，各サービスの専門職間の連携を図るとともに，指定基準等に定められている基本的な手法や視点（①PDCAサイクルに基づくサービスの提供，②地域の他の事業所や専門職等との連携を通じたサービスの提供，③利用者の社会性の維持）に基づくサービス提供を推進していくとしている（図3）。

4.2. 居宅サービスの質向上に向けた主な対策

4.2.1. アウトカム指標の導入（通所介護を例に）

介護保険制度では，サービス事業者に支払われる介護報酬は，原則，利用者の要介護度が高いほど高くなる設定となっている。そのため，自立支

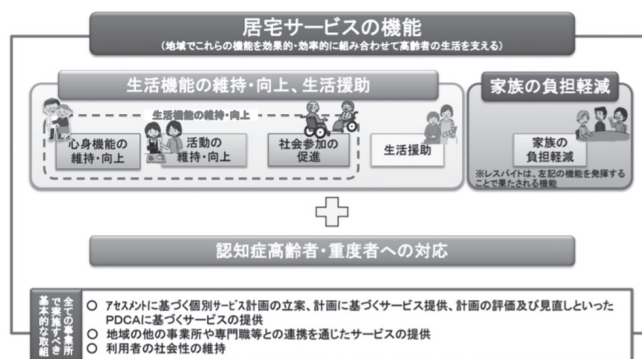


図3 居宅サービスに求められる機能（イメージ）
出所）厚生労働省：平成27年度介護報酬改定に向けて（通所系サービス，訪問系サービス等について），第106回介護給付費分科会（2014年8月27日），資料1より引用

援につながるサービスを提供している事業者ほど、結果的に報酬が下がり、経営が苦しくなるといった矛盾点が、厚生労働省の委員会でも再三指摘されてきた。

こうした状況を改善するため、要介護度改善に向けたインセンティブのあり方が検討され、2018年度の介護報酬改定において、通所介護および地域密着型通所介護に対し、利用者のADLの維持・改善の実績（アウトカム）に応じた加算として、ADL維持等加算が新設された。

4.2.2. ケア職とリハ職の協働の推進

介護支援専門員は全体計画（ケアプラン）を策定するものの、ADLや手段的ADL（Instrumental ADL、以下IADL）に直接介入するわけではない。直接介入するのは、リハ職およびケア職であり、自立支援・重度化予防を図るためには、両者の連携が重要となる。

これを推進するため、2012年の介護報酬改定で新設されたのが、「訪問介護事業者連携加算（リハ事業所が算定）」および「生活機能向上連携加算（訪問介護事業者が算定）」である。なお、同点数は、訪問介護サービス提供責任者と訪問リハ職が利用者宅を訪問し、両者が連携して、ADL等のアセスメントおよび訪問介護計画の作成を行う行為を評価したものである。

2018年改定では、自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、連携するリハ職の対象範囲の拡大やICTを活用した連携の評価などの見直しが行われるとともに、訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化が図られた。

さらに、訪問介護に加えて、通所介護の質の向上を図る観点から、通所介護事業者の職員と外部のリハ職等が連携して、機能訓練のマネジメントを行うことを評価する「生活機能向上連携加算」が、通所介護事業者にも適応拡大された。

4.2.3. 科学的介護の実現に向けたデータベースの整備

介護サービスの質を評価するためには、利用者特性（一定期間後の変化を含む）およびサービス内容に関するデータベース（以下DB）が必要となる。そこで、国は、以下の3つのDBの整備を推し進めてきた（図4）。

1つ目は、①要介護認定データ、②介護保険レセプトデータ、③日常生活圏域ニーズ調査データ等を統合した介護保険総合DBである。

2つ目は、科学的裏付けに基づく介護に関する検討会（座長：鳥羽研二）で検討が進められていたCHASE（Care, Health Status & Events）である。2018年3月に公表された中間とりまとめでは、①総論的項目（状態（ADL）、興味・関心チェックリストなど）、介入（訪問介護内容など）、イベント（入院、骨折、転倒など）、②各論的項目（認知症・口腔・栄養に関する状態や介入、イベント）を初期仕様として収集し、随時見直しを行う方向性が示された。

3つ目は、2016～2017年度の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」において、リハの質改善に向けて必要となる客観的かつ標準化されたデータを効率的に収集するために開発されたシステム（monitoring & evaluation for rehabilitation Services for long-Term care、以下VISIT）である⁶⁾。同システムでは、業務で使用している各種帳票類（リハ計画書（アセスメント）、リハ計画書など）を通所・訪問リハ事業者側で電子的に入力し、国に伝送する仕組みとなっている。2018年度介護報酬改定では、同システムを使って、アセスメント票やリハ計画書等のデータを厚生労働省に提出することを報酬上で評価するリハビリテーションマネジメント加算Ⅳが新設され、国が継続的にデータを収集し、リハの質を評価できる仕組みが導入された。

各DBに収集されたビッグデータが総合的に分析され、自立支援・重度化防止に資するサービス提供内容や方法が検証・開示され、より効果的な

サービス提供が促進されていく流れとなる。

4.2.4. DBを活用した個別援助計画の質の向上

2021年度の介護報酬改定では、科学的介護の取り組みを推進するため、施設系・通所系・居住系・多機能系サービスを対象に「科学的介護連携体制加算」が新設された。同加算の狙いは、

VISITとCHASEを統合したDB（Long-term care Information system For Evidence, 以下LIFE）を活用しながら、自立支援・重度化防止につながる効果的なサービス提供を促すことにある。

対人支援専門職は、自身と他職種のアセスメントを統合しながら、より適切な介入方法を検討す

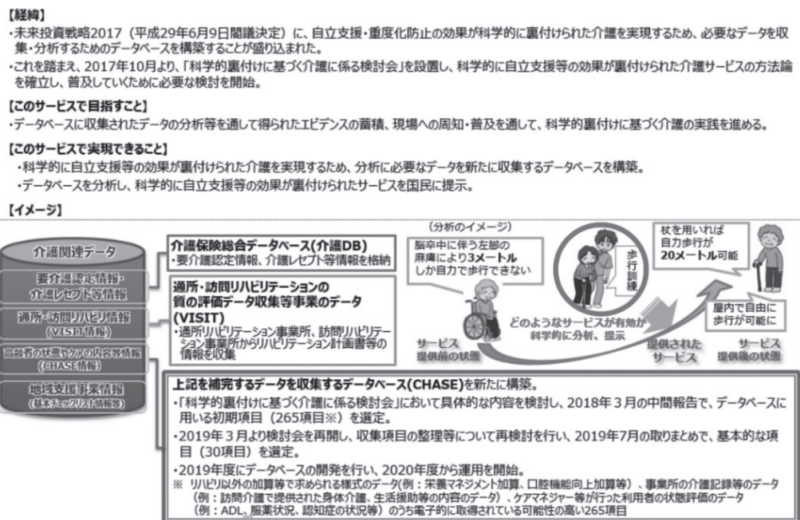


図4 科学的介護の実現のイメージ—自立支援・重度化防止に向けて—
出所）厚生労働省：令和3年度介護報酬改定に向けて（自立支援・重度化防止の推進），第178
回介護給付費分科会（2020年6月25日），資料1より引用

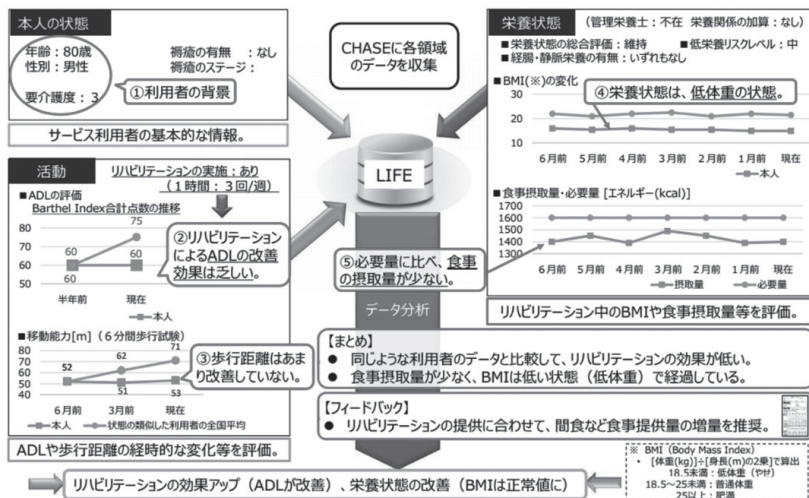


図5 統合化されたアセスメント情報に基づくマネジメントの展開（イメージ）
出所）厚生労働省：令和3年度介護報酬改定に向けて（自立支援・重度化防止の推進），第185
回介護給付費分科会（2020年9月14日），資料より引用

る力が求められることになる。

5. 報酬改定の影響とその後の対応：通所介護に対するADL維持等加算を例に

前述したように、厚生労働省は、3年に1度、介護報酬改定という手段を用いて、サービスの質向上を促す対策を講じている。

本章では、2018年の介護報酬改定で、通所介護を対象に新設された「ADL維持等加算」を例に、報酬改定の影響とその後の国の対応を解説する。

5.1. ADL維持等加算の目的・算定要件とは(2018年当時)

2018年度に新設されたADL維持等加算とは、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に、通所介護・地域密着型通所介護の利用者に対し、バーセルインデックス(Barthel Index, 以下BI)⁷⁾を用いてADLの維持または改善の度合いを評価した上で、その度合いが一定水準を超えた事業者を新たに評価するものである。加算区分としては、加算(Ⅰ)と加算(Ⅱ)があり、要件を満たせば、次年度の1年間、全利用者に対し、前者であれば3単位/月が、後者であれば6単位/月が算定可能となっていた。なお、2018年当時のADL維持等加算(Ⅰ)の算定要件は、評価対象期間に連続して6月以上利用した期間のある要介護者の総数が20名の事業者において、

要件1：評価対象利用期間の最初の月において
要介護度が3～5の利用者が15%以上含まれること

要件2：評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること

要件3：評価対象利用期間の最初の月と、当該最初の月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBI測定してお

り、その結果がそれぞれの月に報告されている者が90%以上であること

要件4：要件3を満たす者のうちADL利得⁸⁾が上位85%の者について、各々のADL利得が0より大きければ1, 0より小さければ-1, 0ならば0として合計したものが、0以上であること
を満たす場合となっていた。

5.2. 改定後の調査で分かったこと

2018年度介護報酬改定の影響を把握するため、介護報酬改定検証・研究委員会にて、「平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)」が実施された。令和元年度調査は合計7本あり、その1つが「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⁹⁾」である。この調査の中で、ADL維持等加算の算定状況に関する分析が、介護保険総合DBに登録されている全請求データを使って行われている。

その結果、①2019年4月時点でADL維持等加算の届け出を行っている事業所は、「通所介護」16.9%、「地域密着型通所介護」3.9%であること、②同年4月にADL維持等加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定している事業所の割合は、「通所介護」2.6%、「地域密着型通所介護」0.3%であること、③ADL維持等加算を届け出していない理由としては、「要介護度3～5の利用者割合が算定要件(15%以上)を満たさない」47.4%、「BIを用いた評価の負担が大きい」43.3%などが上位であることが明らかになった。

5.3. 2021年度介護報酬改定での対応

前述した調査から、同加算の算定率が低い水準に留まっている理由として、①算定要件のハードルの高さや報酬額の低さといった設計上の問題、②ADL評価の実施率が低いといった事業側のマネジメントの問題の両方があることが分かった。

そこで、厚生労働省は、2021年の介護報酬改

定において、①算定要件の緩和（利用者総数を20名以上から10名以上に変更など）、②現行報酬の改善（加算（Ⅰ）の点数を3単位／月から30単位／月に増額など）の対策を講じている。

6. 自立支援・重度化防止の実現に向けて： 本人を中心としたマネジメントの視点から

自立支援・重度化防止を実現するためには、自立支援の意味と求められる役割を理解した多職種が、利用者が送りたい暮らし・生活は何かを理解した上で、その実現を目指して協働していく必要がある。

本章では、対人支援専門職に求められる機能を概観した上で、自立支援・重度化防止の実現に向けたマネジメント上の課題について私見を述べる¹⁰⁾。

6.1. 対人支援専門職に求められる機能とは

2022年6月の介護サービス受給者数は548.4万人で、うち、316.2万人（57.7%）を85歳以上の高齢者が占めている。

85歳以上の高齢者の場合、健康面だけでなく、心身機能面、活動面、参加面など、多領域に生活課題を有する場合が多い。また、個人因子や環境因子に個人差が大きく、個別対応が必要となる場合が多い。こうした特徴を有する高齢者の自立を支援するためには、

- ①本人が望む「暮らし・生活」を正しく理解する力
- ②「暮らし・生活」の現状を正しく把握する力（観察・情報収集力）
- ③現在の「暮らし・生活」が生じている要因や原因を分析する力
- ④効果的対策を検討・選択できる力（地域の社会資源の活用を含めて）
- ⑤本人の望み、現状、課題、原因、解決へのシナリオを関係者間で共有する力

⑥他の職種や住民の強みや特徴を理解した上で、役割分担を検討・設定する力

⑦自身が担当する課題を適切に解決できる力が必要となる。

このうち、①～③は、事実を正確に把握するための科学性と、事実に基づく適切な判断を行うといった論理的思考に関連するもの、④～⑥は、関係者（本人・家族、他の専門職、地域住民など）の多様な価値観、関心領域、行動特性、有する解決手段を感じ取りながら、目標達成のための最適な道筋を探索し、役割分担を調整するといった連携に関するもの、⑦は、安全面を意識した上で、効果的なサービスを提供するといった、専門職としてのコアな技術・マインドに関するものである。

これら能力を高めながら、多職種・多主体連携のもと、本人の自立支援に貢献していくことが、地域包括ケアや地域共生社会に関連する領域で働く対人支援専門職には求められていくことになる。

6.2. マネジメント力の機能強化に向けた課題

6.2.1. 自身の価値観や物差しで利用者をみない、はめ込まない

マネジメントの本質は「課題を解決すること」にある。ここでの課題とは、「現状」と「利用者が望む姿（目標）」のギャップのことである。したがって、マネジメントでは、「利用者が望む姿」の設定が必須となる。ただし、これは、利用者自身が望んでいる姿であって、「利用者が望んでいると推察される姿」ではない。専門職の価値観や常識で相手をみてそれに相手をはめ込むのではなく、利用者の本当の想いを正しく認識する（自身が聞き出す、最もよく知っている人から話を聞くなど）ことが効果的な支援の起点となることに留意が必要である。

6.2.2. 多様な解決手段を知った上で、利用者の価値観に即した具体的対策を考える

マネジメントは、アセスメントに基づく課題抽出～要因分析～課題解決策の検討～対策の実施～

モニタリング～計画の見直しといった一連のサイクルを回すことで課題を解決する手法であるが、その中で最も重要なのが「効果的な対策の実施」である。

対策としては、「本人への介入」もあるが、それ以外に「環境への介入」といった手法もあり得る。例えば、買い物に行けない人がいて、その理由が「重いものが持てない」であった場合、「本人が重いものを持てるようにする」といった直接的な介入方法があれば、「重いものを一緒に持ってくれる人をアテンドする」「配達してくれるスーパーを紹介する」といった間接的な介入方法もある。専門職は直接的な介入を選択しがちであるが、利用者の視点に立てば、最も課題解決につながる方法が選択されるべきである。

利用者の視点、利用者ならびに一緒に関わった人にとってのメリットなどを総合的に判断した上で、最適な解決策を選択するといった態度と手法の展開が求められることとなる。

7. おわりに

マネジメントの概念を生み出したと言われている P.F. ドラッカーは、マネジメントのことを「人と組織を活かして成果を上げること」と定義しているが、その本質は「様々な課題を解決すること」にある。なお、ここでの課題とは、現状とあるべき姿（目標）のギャップのことを意味する。したがって、マネジメントとは、「目標を設定した上で、適切な手段の選択と実践を通じて目標を達成していく（現状を目標に限りなく近づける、ないし、ギャップの拡大（リスクの発生）を防ぐ）プロセスのこと」と定義できる。

さて、こうしたマネジメントを適切に展開するためには、「目的」、「目標」、「手段」の関係性を意識することが重要となる。目的とは、成し遂げようと目指す事柄のことで、「何のために行うのか」に重点が置かれる。目標とは、目的を達成するために設けた目印のことで、目指す地点、目指

す数値などに重点が置かれる。手段とは、目標を達成するための方法のことである。したがって、本来は、目的⇒目標⇒手段の順で物事を考えなければならない。ところが、サービス提供自体が目的化している事業者も少なからず散見される。

誰のための自立支援なのか、自立支援とは何を目指しているのかといった対象や目的を常に意識し、その目的を最も効果的に達成するための手法を、多様な選択肢の中から適切に選択し、適応を促すような人材となることを、利用者の生活や暮らしの実現への支援を本来業務とする医療・介護専門職には期待したい。

注

- 1) 内閣府資料を参照のこと <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wgl/301030/shiryous3-2-2.pdf>
- 2) 退院支援の目的や実践プロセスについては、宇都宮宏子 [2019] を参照されたい
- 3) 介護保険部会の設置の趣旨や審議事項に関しては、第1回介護保険部会（2003年5月27日開催）の資料を参照のこと（<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0527-3.html>, 2022年9月11日閲覧）。
- 4) ケアマネジメントシステムの考え方やその手法に関しては、佐藤 [2008] および野中 [1997] を参照されたい
- 5) ICF の特徴や活用に関しては、大川 [2009] を参照されたい
- 6) VISIT の導入過程やその概要に関しては、川越 [2019] を参照されたい
- 7) パーセルインデックスとは、ADL の評価表のことである。具体的には、ADL10 項目（食事、車いすからベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロール）の能力を「0点・5点・10点・15点」で採点し、点数を合計するもので、すべて自立の場合は100点満点となる。
- 8) 最初の月の BI を「事前 BI」、6月目の BI を「事後 BI」、事後 BI から事前 BI を控除したものを「ADL 利得」という。
- 9) 調査結果に関しては、第19回介護報酬改定検

証・研究委員会（令和2年3月26日開催）の資料1-1を参照のこと（<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000612878.pdf>）

- 10) マネジメントの課題に関しては、川越 [2015] を参照されたい

参考文献

川越雅弘(2015)「ケアマネジメントの課題と改善策」先見創意の会編『医療百論 2015』東京法規出版, 25-35.
川越雅弘 (2019)「VISIT とは何か, またそのデータはどのように活用されていくのか」『作業療

法ジャーナル』53(2), 158-163.

野中猛 (1997)『図説ケアマネジメント』中央法規出版.

大川弥生 (2009)「ICF から高齢者医療・介護を考える 生活機能学の立場から」『老年看護学』13(2), 18-27.

佐藤信人 (2008)『ケアプラン作成の基本的考え方』中央法規出版.

宇都宮宏子 (2019)「地域で“暮らす”そして“生ききる”に伴走する医療」『日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌』28(2), 212-216.

Management mechanisms for improving the quality of long-term care and related issues from a functional perspective

Masahiro Kawagoe

Professor, Graduate Course of Health and Social Services, Saitama Prefectural University

Recently, it has been predicted that the rapid increase in the population aged 85 and over and the decline in the working-age population in Japan will simultaneously proceed until 2040. Meanwhile, due to the increase in long-term care costs, it is estimated that monthly long-term care insurance premiums will exceed 9,000 yen by the same year. In this regard, as the demand for long-term care increases, the burden of insurance premiums also increases, making it increasingly difficult to secure long-term care workers. There will also be a stronger need to provide effective long-term care that supports independence and mitigates functional decline, from the perspective of ensuring the sustainability of the system. Thus, we introduced a care management system to improve the quality of long-term care, from a functional perspective, as well as a national-level management system to regularly monitor the provision of long-term care and the impact of changes in compensation on such care.

Care providers need to enhance their practical ability to embody support for the independence of elderly persons in need of care through multidisciplinary collaboration. And the government must also enhance its ability to develop effective systems that consider the actual conditions and intentions of the care workers.

Key words: long-term care insurance system, support for independence, management, long-term care, quality of services