

# 介護保険制度の歩み

## —その2 居宅介護支援事業—

金 善 英

### 1. はじめに

介護保険制度の介護サービスを利用するためには、被保険者であること（65歳以上の第1号被保険者もしくは40歳以上65歳未満の第2号被保険者で、第2号被保険者は特定疾病にかかった場合に限る）だけでなく、要介護認定申請をし、要介護度および要介護認定有効期間を保険者に決めてもらうことが要件となっている。

居宅介護支援事業所と居宅介護支援員とは介護保険制度の発足と共に新設されたものであり、介護保険制度発足前の居宅介護支援事業所に所属する居宅介護支援員は、要介護認定申請を代行し、介護サービスが利用できるよう各事業所との利用契約を調整するとともに、月ごとのサービス利用を要介護度別限度額内で調整してその実績について保険請求を行うことになった。

要介護認定申請中もしくは要介護度が確定された被保険者は、月々のサービス利用およびサービス利用料の支払いができるよう、一般的<sup>1</sup>に居宅介護支援事業所と計画作成の契約を結び、各種利用に関する申請や利用の相談等を行う。

制度発足時の居宅介護支援員の役割は、サービス利用において各種手続き等を代行することと、保険請求業務が義務付けられているため、旧措置制度における社会福祉事務所の主事業務から移管されたものとみて良い。

保険給付としては3年ごとの介護報酬改定を重ねて初期は居宅サービスと施設サービスで始まっていて、居宅介護支援員は主に居宅サービスの利用に関わるものであった。

制度発足当初は、介護サービス以外に介護予防サービスはなかったため、介護予防サービスの創設が加わり、地域包括支援センターが新設されたが、介護予防支援事業を担う基盤が整っていないため、居宅介護支援事業所が介護予防支援の委託を受けることになった。

現在、介護予防支援事業は、地域包括支援センターの介護予防支援事業と、居宅介護支援事業所の介護予防支援事業で実施されている。

居宅介護支援事業は、居宅サービスのサービス種類ごと、1回利用ごとの単位が設定されているため、月利用の合計を計算しながら要介護度別の限度額との調整を行うものであるが、予

---

<sup>1</sup> 介護が必要な被保険者自ら請求業務を行うことは想定していないため、一般的に被保険者は居宅介護支援事業所と計画作成の契約を行い、申請代行および給付管理を依頼する。居宅介護支援事業所との契約を結ばない場合、本人もしくは家族が自己プランを作成することは可能であり、その場合、保険者に所定の申請を行うことが必要である。介護保険給付額の請求は、居宅サービス等の事業所が請求した実績と居宅介護支援事業所が請求した実績が一致した場合支払われる仕組みである。居宅介護支援事業所が請求する実績を給付管理費という。

防居宅サービスは月定額の利用で利用頻度が増えることもできない上、月定額を超える利用も仕組み上は存在しない。

さらに、利用頻度は無限としながら利用額は月定固定額とする地域密着型サービスも新設されることにより、居宅介護支援事業の主業務である申請代行と請求業務だけではなくなったのである。これらの変遷をまず理解してもらうことは重要であり、「介護」を社会保険として提供する「介護保険制度」の本質およびあり方を論じるための基礎準備と位置づけ、本論文をまとめることとする。

## 2. 居宅介護支援の介護報酬改定に関する変遷

本論文では、改定が実施された時期の表記を介護報酬改定の根幹であった介護事業計画期に合せることとする。第1期は平成12年度(2000年度)から平成14年度(2002年度)までの期間、第2期は平成15年度(2003年度)から平成17年度(2005年度)までの期間、第3期は平成18年度(2006年度)から平成20年度(2008年度)までの期間、第4期は平成21年度(2009年度)から平成23年度(2011年度)までの期間、第5期は平成24年度(2012年度)から平成26年度(2014年度)までの期間、第6期は平成27年度(2015年度)から平成29年度(2017年度)までの期間とする。

介護保険の改定は、介護報酬改定を3年ごとにするのと、介護保険制度の見直しによる改定もあるが、社会保険審議会および介護給付審議会などの審議により、必要と判断された場合の改定も近年は省令で定めている状況で、社会保障関連諸制度との関連での改定も複数回実施された<sup>2</sup>。

居宅介護支援の介護報酬改定の変遷は第1期から第6期までの時期を追って整理することもできるが、大きく3つの区切りで説明することとする。まず一つ目は第1期から第3期までとし、二つ目は第4期と第5期、三つ目は第6期と整理できる。図1は、第1期から第3期までをまとめたものである。初期の居宅介護支援は、要介護度を要支援と要介護1と2、要介護3、4、5で分けてそれぞれの費用に差をおいてスタートした。これは、「介護の手間」を介護報酬の基本にしていることから軽度、中度、重度という区分で想定し、サービス利用の調整にも手間がかかる頻度で費用設定をしていたものである。このような第1期では、平成12年度の開始時は単なる要介護度別限度額管理業務が主であったことを示している。

第2期になると、要介護度はすべて同額で費用を設定し、利用サービスの種類が4つ以上の場合、変更などに係る手間を加算することと、居宅サービス計画書の作成を重視する動きが始まり、利用制限とも言えるサービス利用目的を明確にする部分が強くなってきた。これらの現象は、要介護度が同じであっても利用サービスの量が異なる事態をもたらす改訂であり、「要介護度」の定義が揺らいだものと見て良い。

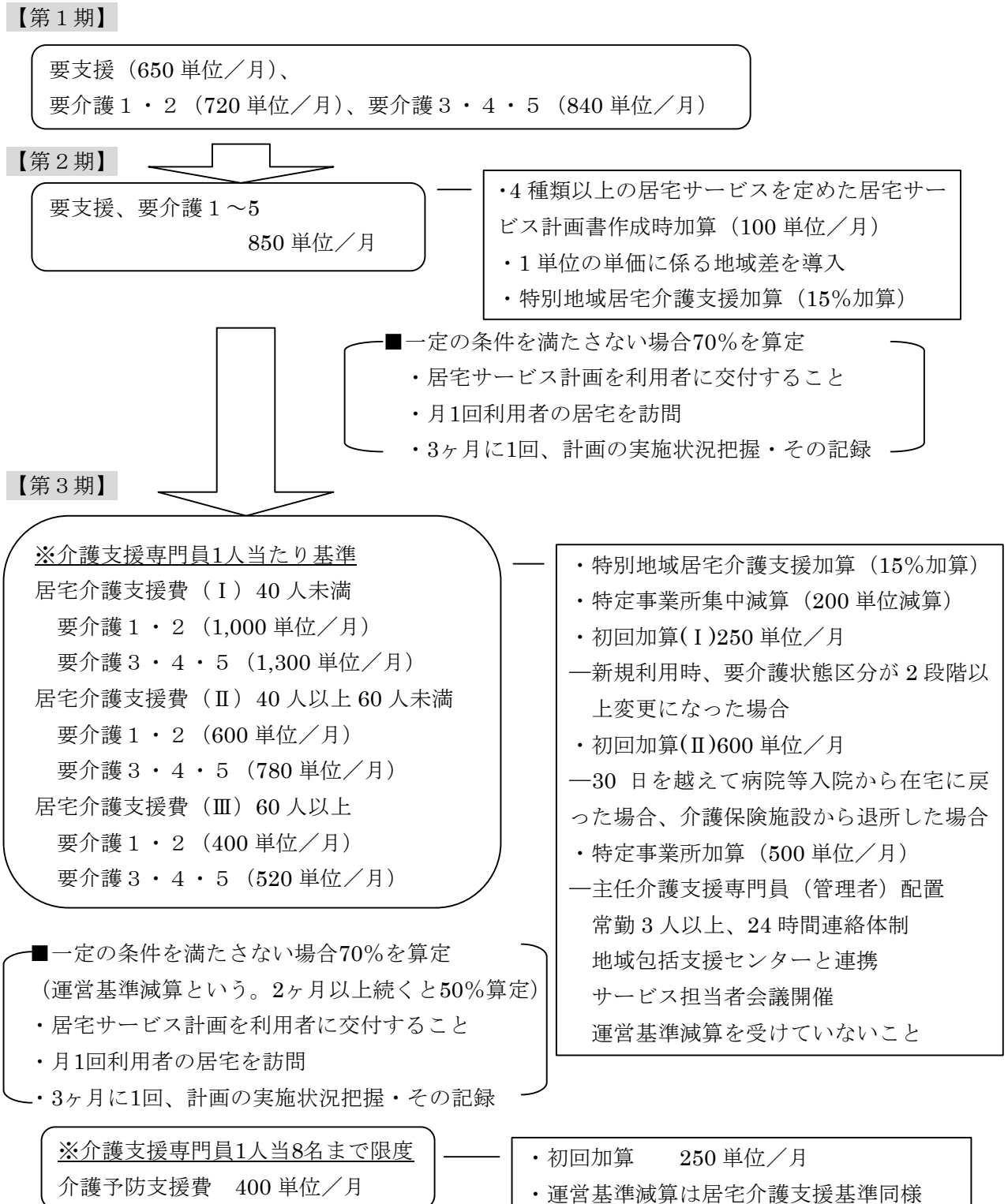
また、区市町村を保険者とし、保険者ごとのサービス利用を前提にしているが、実態として

---

<sup>2</sup> これまでに介護給付の適正化を目的とする業務管理体制導入による制度改正、平成26年度(2014年度)の消費税増税に伴う介護報酬改定が行われており、介護保険制度の介護給付費決定の3年ごとの改定以外、社会諸事情による制度改正・介護報酬改定は省令に基づき実施できるのである。

は住まいと住所は一致していないことなどもあり、利用料負担の保険者と利用事業所所在地の保険者間の利用を認める加算が設置された。

図1. 居宅介護支援の介護報酬基本構成と変遷 I (第1期～第3期)



本格的に居宅サービスの計画書を基準とした居宅介護支援事業実施が始まった第3期では、居宅サービスの利用目的を一つずつ記載すること、それぞれの利用頻度を明確にすること、利

用効果についても、サービス利用前に利用者本人だけでなく、家族にも説明、同意を得たうえ、居宅サービス事業所にも適宜知らせる義務が強調されるよう、特定事業所加算が新設された。

特定事業所加算は、居宅介護支援員一人当たり給付管理数を40件以下、40件以上から60件以下、60件以上という基準を設定し、40件以下と設定した事業所が算定できるものである。意図としては、利用前、利用時、利用後の関連により深く関わるようにすることであるが、方法として、要介護認定期間の更新時や長期目標および短期目標の更新を、居宅介護支援員の単独判断ではなく、利用者および家族と事業所からも利用状況を熟知し、居宅サービス計画に反映させたことを明確にするため、利用者の自宅でのサービス担当者会議という会議の開催をすることである。

また、毎月自宅を訪問してモニタリングを実施し、長・短期等目標見直し時はアセスメント実施をすることが強化され、実施回数に1回でも満たなかった場合、特定事業所加算は返還するものとし、独居加算と認知症加算も関連加算として返還すべきものと位置づけられている。

特定事業所加算が実施されることになり、居宅介護支援所は、事業所の管理者を配置しなければならないことで、管理者は5年以上計画作成業務に実務者として経歴を有し、保険者が実施する研修を履習したものには、主任居宅介護支援員という新たな資格も付与されるようになった。この時期は、居宅介護支援員の資質について議論され、給付管理時居宅介護支援員の固有番号を請求データとして国保連に提出することになり、5年ごと居宅介護支援員の資格更新制が導入された時期でもある。

とりわけ、予防介護給付サービスが新設された時期でもあり、定額制の予防介護給付サービスの給付管理は、要介護者の給付管理よりは手間がかからない概念で、居宅介護支援員が予防介護給付管理を行う際、予防介護給付2件を介護給付1件とみて、居宅介護支援員一人当たりの件数に含むことではあるが、8件までの制限を規定している。この基準は、地域包括支援センターの介護予防支援の件数から試算しているものである。

二つ目の第4期と第5期は、下記の図2であり、第4期で、基本サービス、加算サービスという区分がより具体的になった介護保険制度の全般の傾向にそって、第3期で実施したものの詳細が加わったものであり、第5期は、第4期とほぼ同様の改定であった。

予防給付が新設されて間もないが、地域密着型サービスがさらに加わった時期で、要介護者も要支援者も区分せず利用できる地域密着型サービスは、予防給付サービスのように月定額のサービスと介護給付サービスのように、1回の利用単位が構成されるサービスが併存されている。

要介護者は、要介護度別限度額内であるが、限度額を超えているかにより利用負担額が変動するが、要支援者は、介護予防給付サービスのみ利用した場合、利用負担額は変わらないが、短期入所生活介護（療養）サービスを利用する場合は、サービス種類は介護予防短期入所生活介護（療養）サービスを適用するが介護給付サービスと同様に1日の単位を利用日数合算で適用される。

その場合、予防給付サービスと介護給付サービスの併用は算定しない原則が働き、予防給付サービスは日割りの単位で介護給付サービスの利用日数を除いた合計で算定する。

図2. 居宅介護支援の介護報酬基本構成と変遷Ⅱ（第4期～第5期）

【第4期】

※介護支援専門員1人当たり基準

居宅介護支援費（Ⅰ）40人未満

要介護1・2（1,000単位/月）

要介護3・4・5（1,300単位/月）

居宅介護支援費（Ⅱ）40人以上60人未満

要介護1・2（500単位/月）

要介護3・4・5（650単位/月）

居宅介護支援費（Ⅲ）60人以上

要介護1・2（300単位/月）

要介護3・4・5（390単位/月）

■運営基準減算時、70%を算定  
（2ヶ月以上続くと50%算定）  
他、第3期と同様

※介護支援専門員1人当8名まで限度

介護予防支援費（412単位/月）

・初回加算（300単位/月）

・介護予防小規模多機能居宅介護事業  
所連携加算（300単位/月）

- ・特別地域居宅介護支援加算（15%加算）
- ・特定事業所集中減算（200単位減算）
- ・初回加算 300単位/月
- 新規利用時、要介護状態区分が2段階以上変更になった場合
- ・特定事業所加算（Ⅰ）（500単位/月）
- 主任介護支援専門員（管理者）配置  
常勤3人以上、24時間連絡体制  
地域包括支援センターと連携  
サービス担当者会議開催  
運営基準減算を受けていない
- ・特定事業所集中減算を受けていない
- ・特定事業所加算（Ⅱ）（300単位/月）
- 特定事業所加算（Ⅰ）のうち、  
主任介護支援専門員配置、常勤2名以上  
運営基準減算、特定事業所集中減算を  
受けていない
- ・医療連携加算（150単位/月）
- ・退院、通院加算（300単位/月）
- ・認知症加算（150単位/月）
- ・独居高齢者加算（150単位/月）
- ・小規模多機能型居宅介護事業所連携  
加算（300単位/月）

【第5期】

※介護支援専門員1人当たり基準

居宅介護支援費（Ⅰ）40人未満

居宅介護支援費（Ⅱ）40人以上60人未満

居宅介護支援費（Ⅲ）60人以上

【第4期】と同様

■運営基準減算時、70%を算定  
（2ヶ月以上続くと算定しない）  
他、第4期と同様

※介護支援専門員1人当制限なし

介護予防支援費（412単位/月）

第4期と同様

【第4期】と同様、他

※加算名変更

・入院時情報連携加算

（Ⅰ）200単位/月

（Ⅱ）100単位/月

※追加

・複合型サービス事業所連携加算  
（300単位/月）

・緊急時等居宅カンファレンス加算  
（200単位/月）

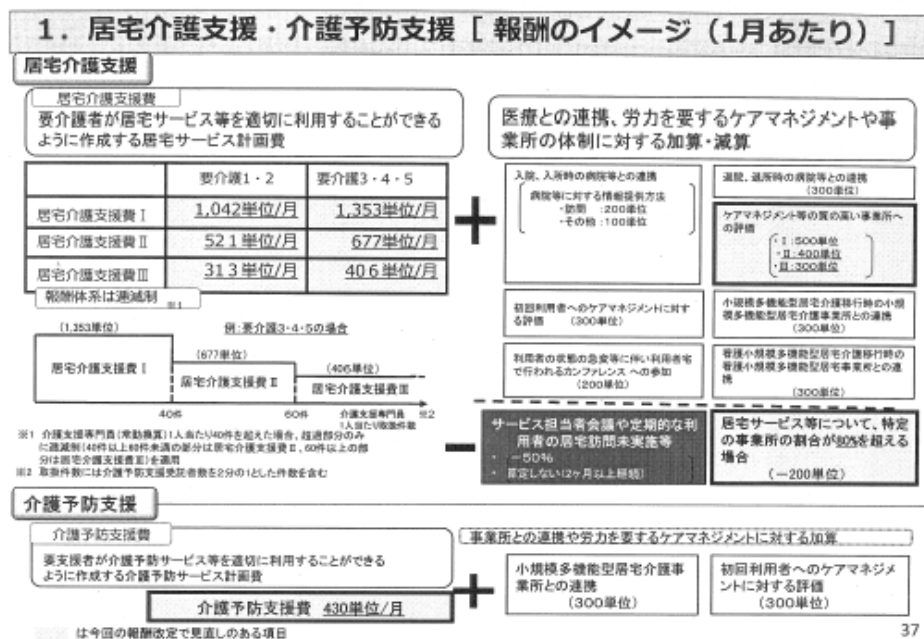
このように、給付サービスの変遷に従って居宅介護支援事業も動いているが、介護保険制度の創設当事の基本骨格は変わらなかった。給付サービス間の調整の有無によって改定ごとに対応の詳細を加算等で調整する仕組みになり、利用者および家族の利用ニーズを調整し、利用に必要な書類申請代行と居宅サービス計画作成および給付管理として国保連請求を代行することが根幹になっているため、サービス提供後の実地指導時は提供理由の追求に追われるようになっていく。保険者側からとすると、一般的で公平なサービス財の提供が最優先になるが、利用者の選択に基づいてサービス利用の手続き代行や利用調整を行うことが本来の役割である事業所側の居宅介護支援員は、普遍的な利用調整役割よりは、利用者に制度の限界を理解させ、介護保険サービスではない社会資源の利用まで調整する役割が期待されるようになった。

その他に、第4期までは運営基準減算が2ヶ月以上継続すると、5割算定の減算を受けていたが、居宅介護支援費の所定単位の算定をしないも強化された。介護予防支援業務の委託件数制限が廃止され、実質的には介護予防支援を居宅介護支援事業所から廃止する流れになった。

委託件数制限の廃止が言っている意味は、介護予防支援の2件を居宅介護支援員一人当たり件数で算定する際1件とすることは変わらないが、40件以下で特定事業所加算を算定する場合、事業所の人件費水準維持が成り立つ仕組みであるため、無制限に介護予防支援を実施する事業所は存在しない。介護保険制度が利用者を選別してはならないと言っているが、現実には事業所が利用者を選別する方向ように改定ごとシフトしている。

三つ目の第6期では、地域ケアという制度変換を大きく反映した改定が行われた。給付管理以外、医療サービス提供事業所との連携、地域資源との連携、地域独自のサービスを取り入れたサービス調整を基本として、図3のような改定の方向が発表されている。

図3. 居宅介護支援の介護報酬基本構成と変遷Ⅲ（第6期）<sup>3</sup>



<sup>3</sup> 厚生労働省老健局、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、【別冊】平成27年度介護報酬改定関係資料、平成27年度介護報酬改定の概要(案)、平成27年、3月3日、19頁抜粋

最大の変更点は、地域密着型サービスを利用する時の調整が強化されたことと、給付管理が発生しない入院期間中のかかわりであるが、退院を控え、在宅医療などの調整をする際、加算算定ができるなど、給付間の調整の役割がより強化されたものである。

### 3. 居宅介護支援とケアマネジメント

介護保険制度で定義されている居宅介護支援とされる専門職は、居宅介護支援（指定居宅介護支援事業所）と居宅介護支援員であるが、ケアマネジメントとケアマネジャーという呼び名で言われている場合もある。介護保険制度が創設された平成12年から、居宅介護支援員も新設されているが、平成5年ごろから一般的に在宅介護支援センターが各地方自治体で特別養護老人ホームに設置されるようになり、在宅での高齢者の相談員として高齢者在宅サービスセンターを運営していた。

制度上は、社会福祉法に根拠する福祉事務所の主事業務の介護保険法の利用額の月次確定業務を遂行する位置付けでスタートしている居宅介護支援事業であるが、利用目的や利用に必要なサービスの組み合わせを明確にするため、マネジメント部分を居宅介護支援専門員の資格者育成研修で強調され、給付管理に関する研修ではなく、利用者にとどのようにサービス利用を促すかを隠れてシステムで推奨してきた。

制度スタート時は、ケアワーカーの経歴をもっている人が選出され、ケースワーカー業務を行うようになり、介護が必要な人を理解し、日常生活が安定してすごせるよう支援する趣旨で、当時の人材は、特別養護老人ホームの介護員や相談員が主であった。

特別養護老人ホームの介護員や相談員は、国家試験である介護福祉士の資格取得ができるよう、育成の場で長年教育を受けてケアワーカーとして専門性を高めていたのである。

地域の高齢者における介護の理解や対応ができるようにその人材の活用が余儀なくされという背景において介護保険制度がスタートして新たに居宅介護支援員の資格取得者の力で第3期までの大混乱を乗り越えたことは評価しなければならない。

介護保険制度創設時は、親しみあるように法律用語ではなく、ケアマネジメント・ケアマネジャーと言っているかのようであったが、本質的には、ケースワーカーの役割を求めるために意図的に使われたものとみてよく、給付管理だけで介護保険制度が成り立たないため、居宅介護支援員とケアマネジャーが併用されていたと言える。

第4期からの変化は、ケアマネジャーの役割を重視するが、普遍的な保険給付サービスの調整はより重視されるため、居宅介護支援員に課される責任はますます重くなったことである。

第3期から居宅介護支援員として実務に関わるようになった人が制度創設時の資格取得者より多くなりはじめ、第1期から第3期までのケアマネジャーは、計画作成よりは利用者への支援を優先するいわゆるケアワーカーの理念が強い人であるのに対し、ケースワーカーとして計画作成を重視し、支援に制限があっても仕方ないと考える傾向があり、両者の間には葛藤も出始めている。

また、第5期から新設された複合型サービスは、看護のかかわりを加え、介護と看護が同一事業として利用できるようにすることを意図しているが、給付管理を必要としない定額制であるため、複合型サービスは居宅サービス計画を求めておらず、事業所の計画で実施するものと

想定している。

居宅介護支援とケアマネジメントの区別のように、居宅サービス計画と事業所計画は性質が違ふ基準によって作成されていることを理解しなければならない。居宅サービス計画は、給付管理の根拠として作成されるものであり、事業所計画は、利用目的と具体的な支援を利用者本人と支援者が相互に確認・同意し、同意された計算とおりに正しく支援されているかを確認できるようにすることを目的として作成されるものである。

#### 4. 終わりに

第6期は、地域包括支援センターを各市区町村ごと設置することを義務とし、地域ケアを基本理念とするなか、居宅介護支援は、地域ケアが実現できるよう、介護サービス事業所だけでなく医療サービス、地域資源、地域支援事業および介護予防等の日常生活に必要なサービスなどと連携しなければならないと定めている。

しかし、未だに居宅介護支援員の資質を論じることは続いているなか、資格取得および管理については強化されていない。専門性と言われるものは、各自の努力で形成するもののような位置づけしか見受けられない。

介護保険制度において居宅介護支援員は何を専門性としているのか、またその専門性を高めるためには、利用者からの負担で補うものなのか、公的に育成する社会資源なのか、さまざまな議論が必要と思われる。

一時期、地域包括支援センターを取りまとめる職種を医師とすべきという議論もあったが、どの職種であろう介護保険制度が表で言う専門性と裏で潜んでいる専門性は、制度の改定ごとにさまざまな要件と加算等々によって部分的、暫定的に示されているが、本質的、長期的な人材確保の青写真は描かれていない。

平成29年度までは現在の介護予防給付を廃止することがようやく公表されているなか、普遍的な介護と、個々人に合わせた対人ケアはどのように組み合わせて支援計画を立て、実施すべきだろうか。どのような資質の人材がどのような仕事を担うのか、その育成ツールはどのように確保するのか、人材に関する社会資源および公的資源のあり方はどのようにあるべきか、といった問いと深く関係する。介護保険制度における居宅介護支援員の存在はどのように位置づけられていくのだろうか。この点を制度のうえで明確に示していくことは、高齢者介護および慢性疾患におけるケアを担う日本の社会保障制度の在り方を示す物差しとして重要な意味を持っている。