

令和元年度 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

事業報告 概要

医療経済研究機構

(※) 当概要は調査報告書で述べられている内容の抜粋であり、意見や提案は委員会のものです。

医療経済研究機構としての見解を示すものではありません。

本年度事業の方向性について（全体像・背景）

● 経緯

ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組、質に関する指標については、運営基準や介護報酬での対応の他、研修の充実や主任介護支援専門員の創設、ケアプラン点検、地域ケア会議などによって実践が重ねられてきたが、平成30年度介護報酬改定等で以下のような指摘があった。

(1) ケアマネジメントの評価指標

ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくためには、これらを判断するための指標が必要であり、そのような指標のあり方についても検討するべきである。

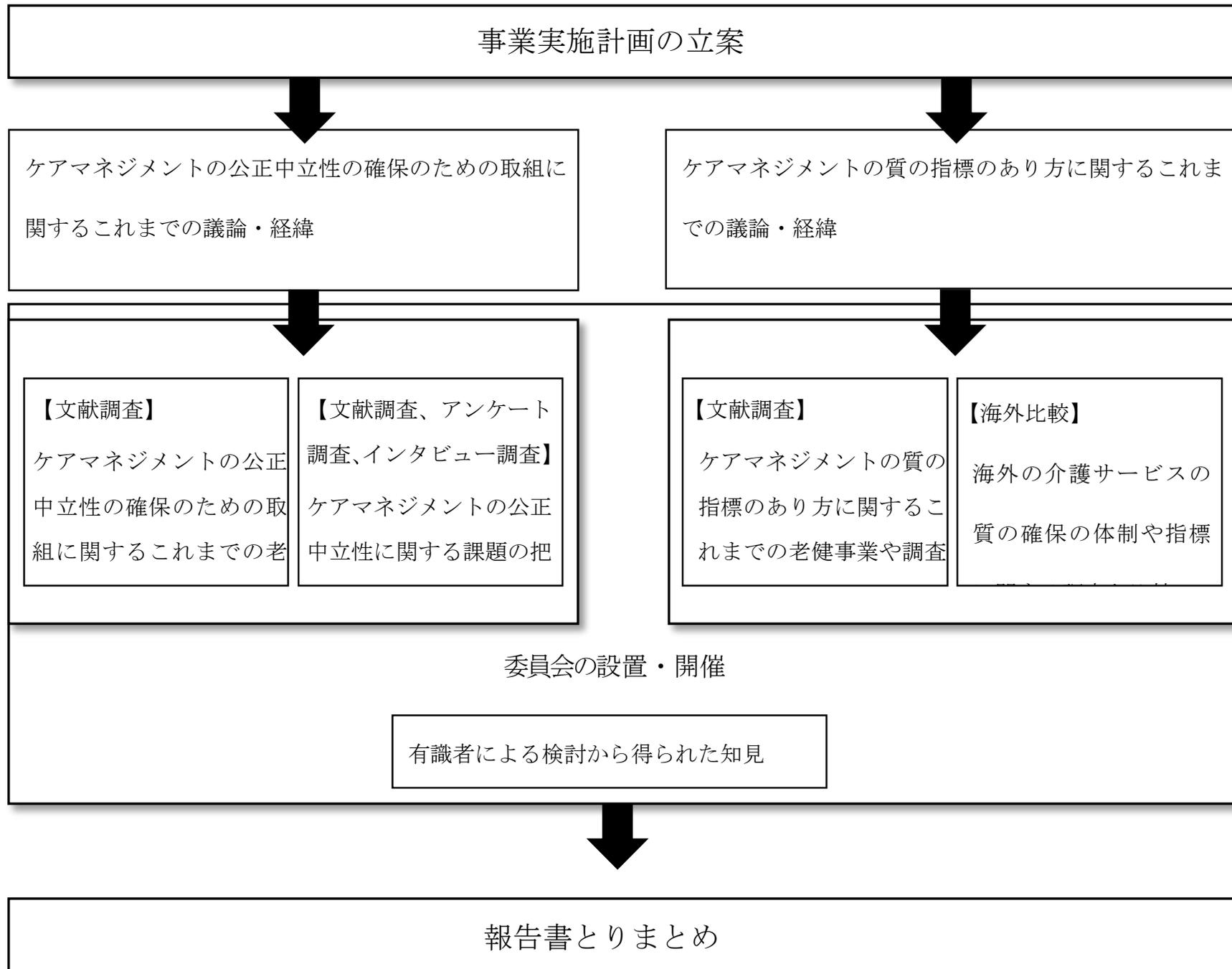
(2) ケアマネジャーの公正中立性の確保

ケアマネジメントの公正中立性の確保について、平成30年度介護報酬改定では、契約時の説明事項の追加や、特定事業所集中減算の見直しを行ったが、これらに加え、公正中立性を確保するための取組として、どのような方法が考えられるのか、引き続き検討していくべきである。

その他、居宅介護支援事業所の質の向上に向けて、学識経験者や職能団体等から、「事業所の大規模化（複数職員体制の促進）」「保険給付を伴わない、インフォーマルサービスのみのケアマネジメントの金銭的評価」「意思決定支援への対応」「利用者負担の導入」「主任介護支援専門員の質の向上」などの論点が挙げられている。

当調査研究事業では、**在宅におけるケアマネジメント（居宅介護支援、介護予防支援）を対象に、調査研究を実施**した。

事業の実施フロー



委員会 委員一覧

役職	氏名(所属)
座長	内藤 佳津雄 (日本大学文理学部心理学科 教授)
委員	鎌田 大啓 (株式会社TRAPE 代表取締役)
	熊谷 芳浩 (株式会社ナレッジ・ケア・マネジメント研究所 主任研究員)
	蔵本 博樹 (東京都介護支援専門員研究協議会 理事/事務局長)
	佐方 信夫 (医療法人平成博愛会世田谷記念病院 在宅医療部長)
	竹本 匡吾 (社会福祉法人 地域でくらす会 副理事長)
	都築 晃 (藤田医科大学 地域包括ケア中核センター 講師)
	中島 民恵子 (日本福祉大学福祉経営学部医療・福祉マネジメント学科 准教授)
	沼田 裕樹 (町田市介護サービスネットワーク 理事)
	松岡 洋子 (東京家政大学人文学部 准教授)
	松本 小牧 (愛知県豊明市 健康福祉部 健康長寿課 課長補佐)
	松本 博規 (株式会社千早ティー・スリー コンサルティング部 部長)
	吉江 悟 (一般社団法人Neighborhood Care 代表理事/ 東京都介護支援専門員研究協議会 理事)
	吉田 俊之 (株式会社NTTデータ経営研究所 情報未来イノベーション本部 戦略企画センター長)
	渡邊 大輔 (成蹊大学文学部現代社会学科 准教授)

第1部

ケアマネジメントの公正中立性の確保の取組

ケアマネジメントの公正中立性に関する既往事業報告・研究論文

厚生労働省の老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）で実施された近年の研究、及び国内のケアマネジメントに関わる研究論文等から、公正中立性に関する主要な研究・論文の概要を整理する。

分類	老健事業で実施された 既往研究	ケアマネジメントに関わる論文
公正中立性に関するテーマ	5	8

「平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究」

3) 介護支援専門員をとりまく環境の課題 (3) : 介護支援専門員の属する組織の課題

①居宅介護支援事業所の課題

○ 介護支援専門員の底上げのためには、研修だけではなくOJTも併せて実施していくことが重要だが、**介護支援専門員の人数が少ないために、実務経験の少ない介護支援専門員に対して、OJTの機会を十分に確保できない事業所がある。**このような人的リソースに限りのある事業所には、支援が必要である。

○ **介護支援専門員は組織の一員である以上、所属組織の方針や指示に従う必要がある。所属組織の指示がケアマネジャーの志すものと乖離している場合には、実施したいケアマネジメントをやむなく実行できていない場合がある。**

○ 介護支援専門員が所属する組織の経営方針により、必要を超えた過剰なサービスがケアプランに組み込まれているような場合があるのではないかと。このような状況においては、**研修等によって介護支援専門員個人の資質を高めても、効果が得られにくい。経営とケアマネジメントを切り離す仕組みづくりが必要ではないか。たとえば、全件のケアプランの妥当性をチェックする第三者機関を設けることが考えられる。**

「平成30年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究」

1) 公正中立なケアマネジメントとは

・公正中立なケアマネジメントの視点として、**①給付の観点からの中立性、②利用者本人のための中立性**が必要である。

・①については、**利用者にとって必要なサービス利用の要否や事業所の選択**について、サービスを位置づけることによる報酬や事業所の利益等の観点を排除した公正中立な判断が求められる。

・②については、特に**認知症の利用者の場合**など、**家族の意向に偏らない中立性**が重要である。また、**保険者が必ずしも利用者の立場や状況を理解していない場合**に、単に保険者に追従するのではなく、利用者の立場から適切なケアプランを提案するなど、**保険者との関係においても公正中立なケアマネジメント**が求められる。

2) 公正中立なケアマネジメントの現状の認識

・**ケアマネジャーの報酬が、介護保険サービスを入れなければ発生しないというところにも課題**を感じている。

ケアマネジャーの報酬を得るために、不要なサービスを入れることや、サービスを入れる際に自社サービスを誘導することがありえるのではないかと。

・**利用者の選択と意思決定が担保されていれば、同一経営の法人に事業所が集中していてもよい**のではないかと。

・公正中立の視点として委員会の議論では利用者本人と事業所の2つが挙がっている。これらに加えて、もう一つ、**保険者に対する公正中立の観点が必要**である。**行政には行政の立場があり、それは必ずしもいつどんな時も利用者の立場を理解したものとは限らない。**現状では、**事業所の指定権限が保険者に移譲され、行政に抗ってまでも利用者にとって最善のプランを作成しようとするケアマネジャーは減少傾向**なのではないかと。気をつけることは、**対利用者、対事業所、対保険者との関係において公正中立であること**である。

供給者誘発需要の存在を検討した先行研究

ケアマネジメントの公正中立性の確保が十分でないことによって介護費が増大していないか、介護サービス事業所による供給者誘発需要が存在しているか、を検討した先行研究もある。

○福田（No.1）は、「介護利用者単位での検証により、供給需要誘発仮説をより直接的に検証する」として、「仮説1：併設型CMは独立型CMに比べて介護サービス利用量が多い」、「仮説2：併設型CMによるサービス別の利用量は、併設する介護サービスによるものが多い」「仮説3：2015年8月からの自己負担割合引き上げ後、併設型CMは介護サービスを抑制させていない」について検証を行った。**その結果、「供給者誘発需要の可能性が示唆」されており、「併設型CMの利用者は独立型CMの利用者に比べ介護費用は多い」、「自己負担引き上げによるサービス利用の抑制は、併設型CM利用者の方が大きいことから、明らかな供給者誘発需要の存在は確認できない」としている。加えて、**独立型CMと併設型CMによってケアプランに違いがあることも挙げている。****

○岸田ら（No.7）は、「居宅介護支援事業とサービス事業者の併設関係」を捉え、いわゆる「供給者誘発需要仮説」について検証し、「**居宅介護サービス市場における供給者誘発需要の存在することを示していると考えられる。**」としている。

○菅原ら（No.8）では、「地域保険者データから集められたパネルデータセット」を用いて検証を行い、「私達の結果は、独立したケアマネジャーが需要を誘発しなかった。現在の介護保険のメカニズムは、ケアマネジャーの中立性を保証できていない。問題は、居宅介護支援費は独立したケアマネジメントをするには足りないということである。」、「ケアマネジャーが併設サービスからの補填によって、報酬を得る可能性があり、**供給者による需要を通じて保険に財政的負担をかける可能性がある。**」としている。

○野口ら（No.11）の研究では、「世帯・都道府県別の受給率・月あたり費用と事業者密度」について分析し、「**民間介護事業者シェアと、在宅介護サービスの需要との間にも何の関係もない。**これらの結果は、介護事業者の数と介護費用の両方が同時に増加しているが、**これは後者が前者によって引き起こされたことを意味しないことを示している。**供給者が自分の意志で需要を生み出すことは困難である。」としている。

○湯田ら（No.12）は「月別・都道府県別の介護費用・受給率・1件あたり費用と事業者密度」を分析し、「介護サービス市場において誘発需要が生じていると判断されるのは通所介護のみで、**福祉用具貸与と福祉施設については、誘発需要の影響は限定的であると判断される。**介護事業者の密度は、いくつかのタイプの介護サービスを受ける確率に影響を与えるが、介護利用者1人あたりの介護費用は変えない」と示唆した。

○山内ら（No.13）は「月別・都道府県別の訪問介護費と事業者密度」を分析し、「**訪問介護市場の競争度が高まると、サービス利用が誘発され、訪問介護費が増大する可能性、また、その誘発は利用頻度の増大によって引き起こされている可能性」**を指摘している。

大阪府内のサ高住等の入居者に対する給付実態

大阪府内の4市（堺市、茨木市、泉佐野市、泉南市）のサ高住等の入居者に対する給付実態

- ・**全ての要介護度において平均区分支給限度額利用率が高い**
- ・**区分支給限度額利用率別にみると、「80%以上」、特に「95%以上100%以下」の割合が顕著に高い**
- ・**「訪問介護」と「居宅療養管理指導」が顕著に高い**
- ・訪問介護の利用形態別利用者割合をみると、「身体介護」の利用割合が高い
- ・訪問介護の「身体介護」の回数別の利用者状況をみると、「30回以上40回未満」（1日1回目安）と「60回以上70回未満」（1日2回目安）の利用割合が高い

主な問題点として次の10点が報告されている。

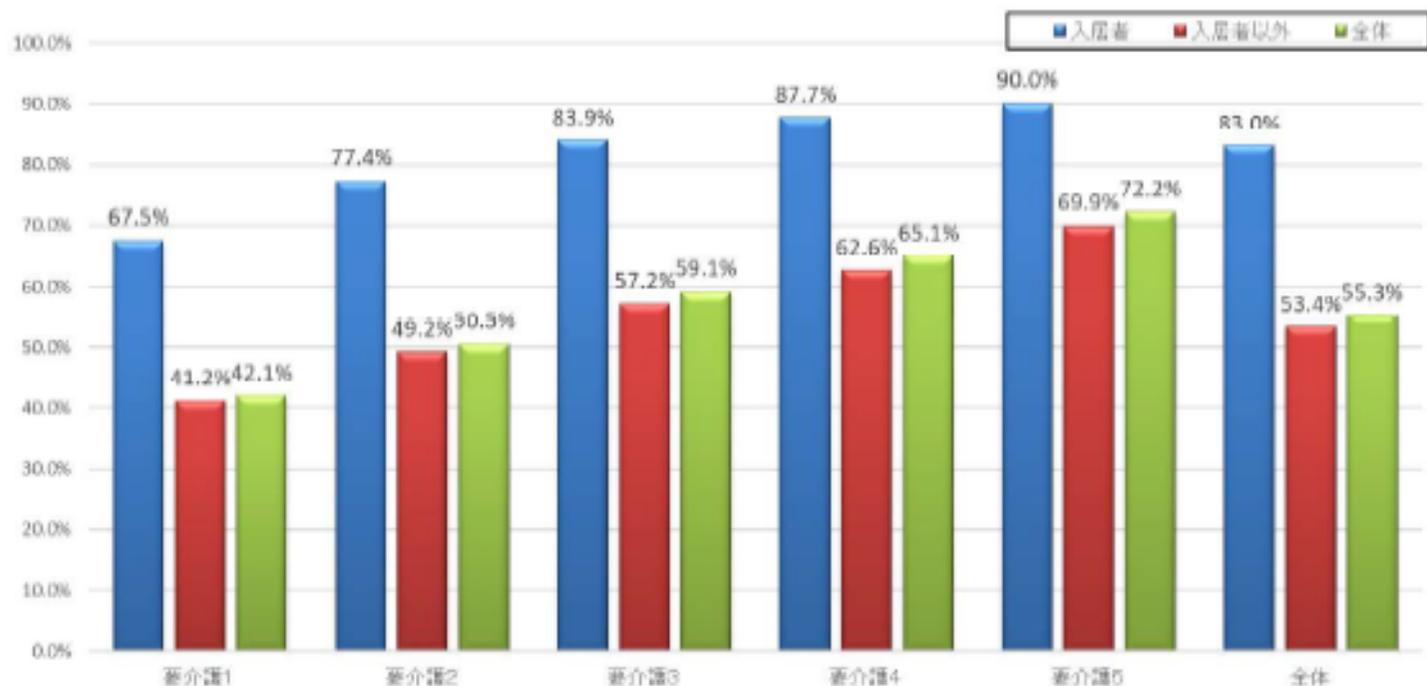
- ①要確認給付事例に関する給付の理由（妥当性）についての記載が無い
- ②目標やサービスが、自立支援、悪化防止を目指すものとなっていない
- ③訪問介護や通所介護等の過剰な利用で自立支援の阻害となっている
- ④同様の記載内容やサービス内容に合わせた目標等、個別性が低い記載内容になっている
- ⑤**サービスを利用することや、区分支給限度額内に収めること等が最優先になっている**
- ⑥「短期目標」が、達成する（できる）目標ではなく、継続的な目標となっている
- ⑦利用者の「できること」の記載が少なく、特に「サービス種別」への記載が殆ど無い
- ⑧介護保険サービス以外の「サービス種別」は、高齢者住宅等職員が大半を占める
- ⑨サービス担当者会議への利用者の参加率は高いが、サービス利用意向優先となっている
- ⑩モニタリングの実施率は高いが、モニタリングの確認の目的や内容が不明確、不適切

委員会では、ケアマネジメントの公正中立性の確保は、**研修などによる介護支援専門員個人の努力だけでは成し得ず、制度的に解決すべき課題**であることを認識した。

大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書

4. 高齢者住まい入居者の区分支給限度額利用率等の主な特徴 1) 要介護度別の平均区分支給限度額利用率

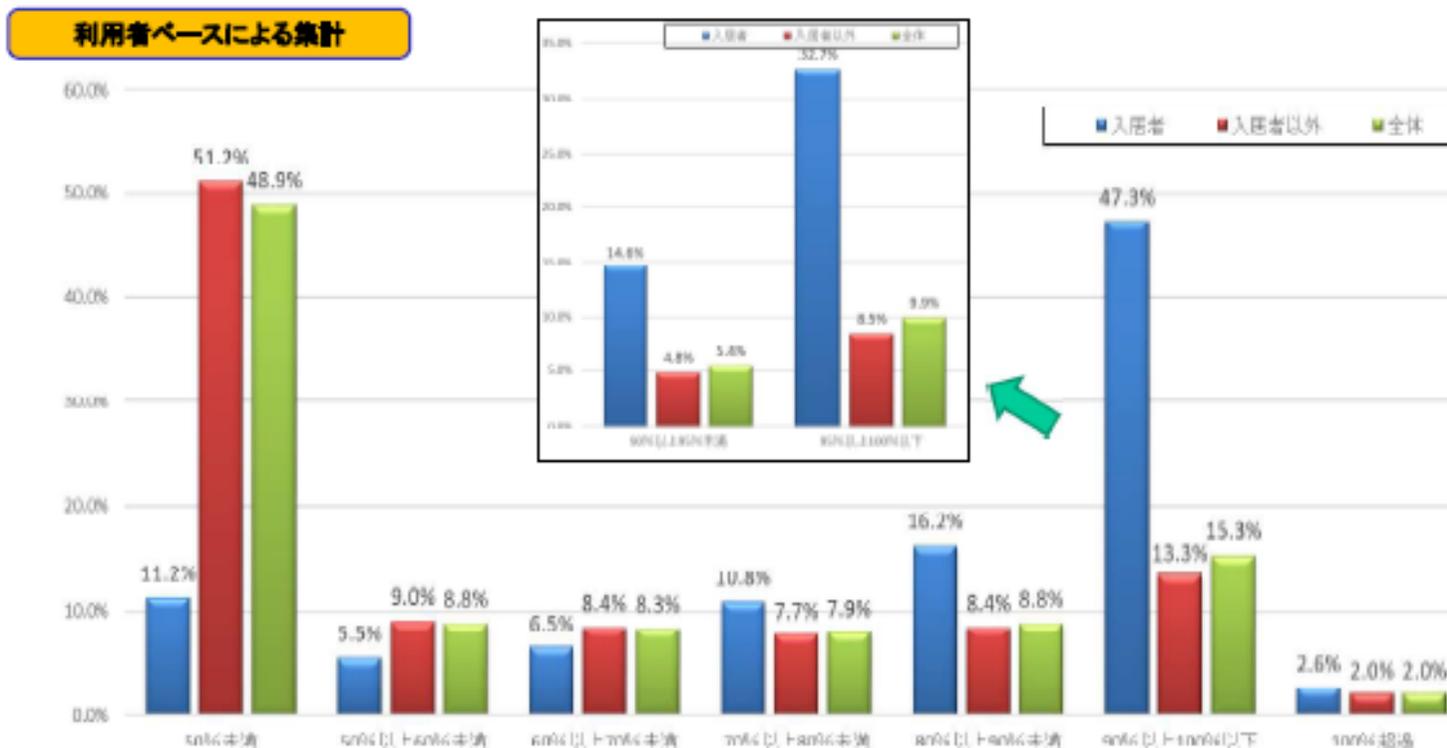
利用者ベースによる集計



- 要介護度別の平均区分支給限度額利用率をみると、入居者は、入居者以外と比較して全ての要介護度において、平均区分支給限度額利用率が高い。
- 平均区分支給限度額利用率の算定に当たっては、区分支給限度額対象サービスのみを対象とし、居宅療養管理指導等の限度額対象外サービス種類や、介護職員処遇改善加算、ターミナルケア加算等の限度額対象外サービス内容を対象外として算定。以降同様。

大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書

4. 高齢者住まい入居者の区分支給限度額利用率等の主な特徴 2) 区分支給限度額利用率別の利用者数割合

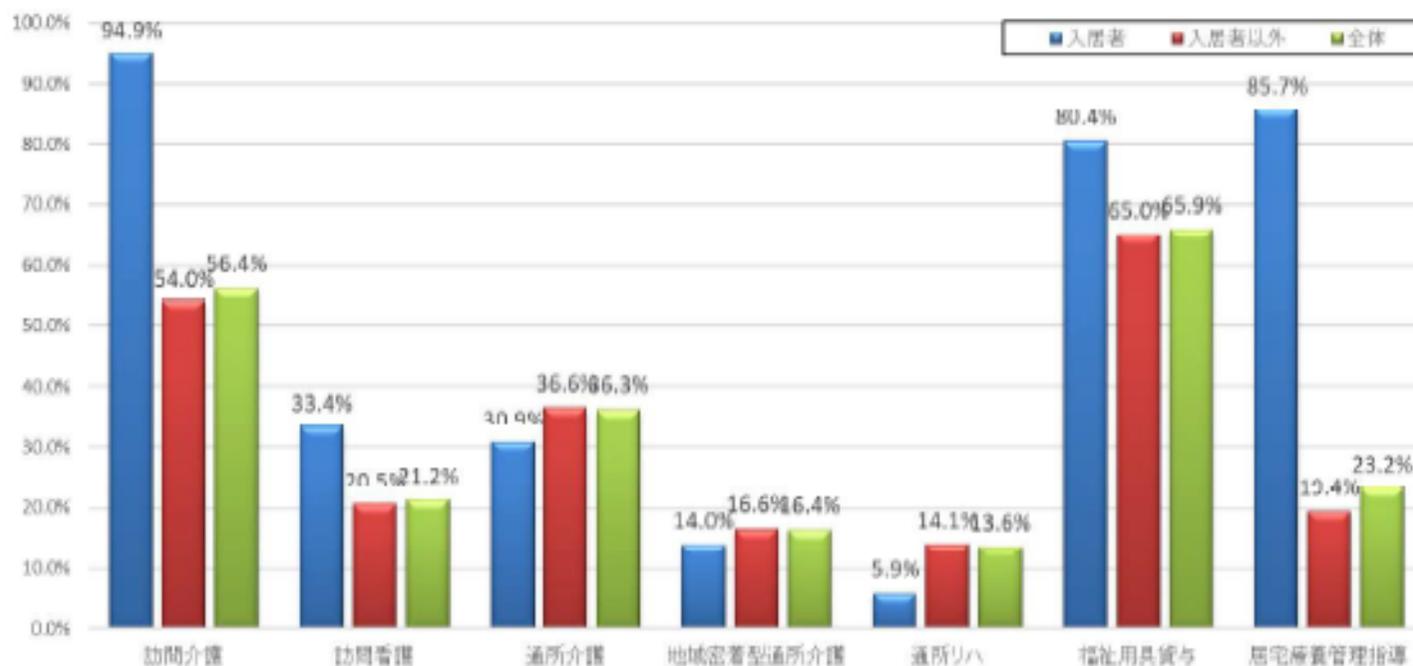


- 区分支給限度額利用率別をみると、入居者は、入居者以外と比較して「80%以上」、特に「95%以上100%以下」の割合が顕著に高い。
- 区分支給限度額の利用率は、区分支給限度額対象サービスのみを対象として算定。

大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書

5. 高齢者住まい入居者のサービス(訪問介護と福祉用具貸与等)の主な特徴 1) 主なサービス種類別の利用者数割合

利用者ベースによる集計



- 主なサービス種類別に各サービスの利用割合（居宅サービス利用者全体に対する利用割合）をみると、入居者の方が、「訪問介護」と「居宅療養管理指導」が顕著に高い。
- 入居者以外と比較して利用割合が低いのは、「通所介護」と「地域密着型通所介護」、「通所リハビリテーション」。

大阪府内、山形県内の居宅介護支援事業所の傾向分析

■大阪府居宅介護支援事業の傾向分析

居宅介護支援サービス給付費において府内上位65の居宅介護支援事業所について、大阪府より「事業所詳細情報（居宅介護支援事業所）令和元年6月分（国民保険中央会データ）」の提供を受け、当該65事業所の特徴を分析した。なお、当該上位65事業所の合計は、大阪府の居宅介護支援サービス給付費の約1割を占める規模である。

①区分支給限度基準額割合上位事業所の特徴

上位65の居宅介護支援事業所のうち、区分支給限度基準額割合が高い上位10事業所については、以下のような特徴がみられた。

- 経営形態は1社を除き営利法人、かつ大規模化の傾向
- 同一法人・同一敷地内において訪問介護等の介護サービスを併設
- 同一法人単位割合が高いケースと低いケース（分社、子会社）の2極分化
- 訪問介護サービスの割合が高い事業所が多い一方、通所リハビリは少ない
- ただし、利用者のうち要介護4・5の重度者割合が高い

■大阪府・支給限度額割合上位10の居宅介護支援事業所

	経営形態	サビ併設	支給限度割合	同一法人単位割合	全体単位数(千)	提供サービス割合1)				重度者割合
						訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハ	
1	株式会社	有	97.0%	99.9%	83,984	32.2%	29.3%	38.4%	0.0%	31.3%
2	株式会社	有	84.0%	78.6%	271,147	2)67.5%	9.1%	10.8%	1.7%	29.9%
3	有限会社	有	80.0%	1.2%	57,290	58.5%	21.0%	7.7%	3.2%	43.5%
4	有限会社	3)無	80.0%	0.0%	85,816	3)78.2%	7.6%	5.3%	1.7%	47.6%
5	株式会社	有	79.0%	69.6%	95,980	50.7%	37.4%	6.3%	2.6%	34.5%
6	株式会社	有	77.0%	28.6%	46,960	48.3%	16.5%	17.0%	5.3%	41.9%
7	有限会社	有	74.0%	3.5%	54,229	49.0%	22.8%	11.4%	1.8%	34.9%
8	株式会社	有	73.0%	2.1%	39,343	57.0%	25.2%	3.9%	1.8%	36.1%
9	医療法人	有	72.0%	3.0%	48,963	62.1%	9.1%	16.7%	3.0%	35.1%
10	株式会社	有	69.0%	58.9%	38,029	39.2%	29.3%	12.0%	6.3%	30.9%
65事業所平均			55.7%	33.2%	39,207	32.1%	14.8%	22.2%	12.0%	23.4%

1) 福祉用具貸与・販売を除く介護サービスを提供する計画単位数の割合

2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを含む

3) 居宅介護支援とは別の同一法人が訪問介護サービスを提供

(以上の調査は大規模事業所が対象であり、かつ65か所に限定されていることに留意が必要である)

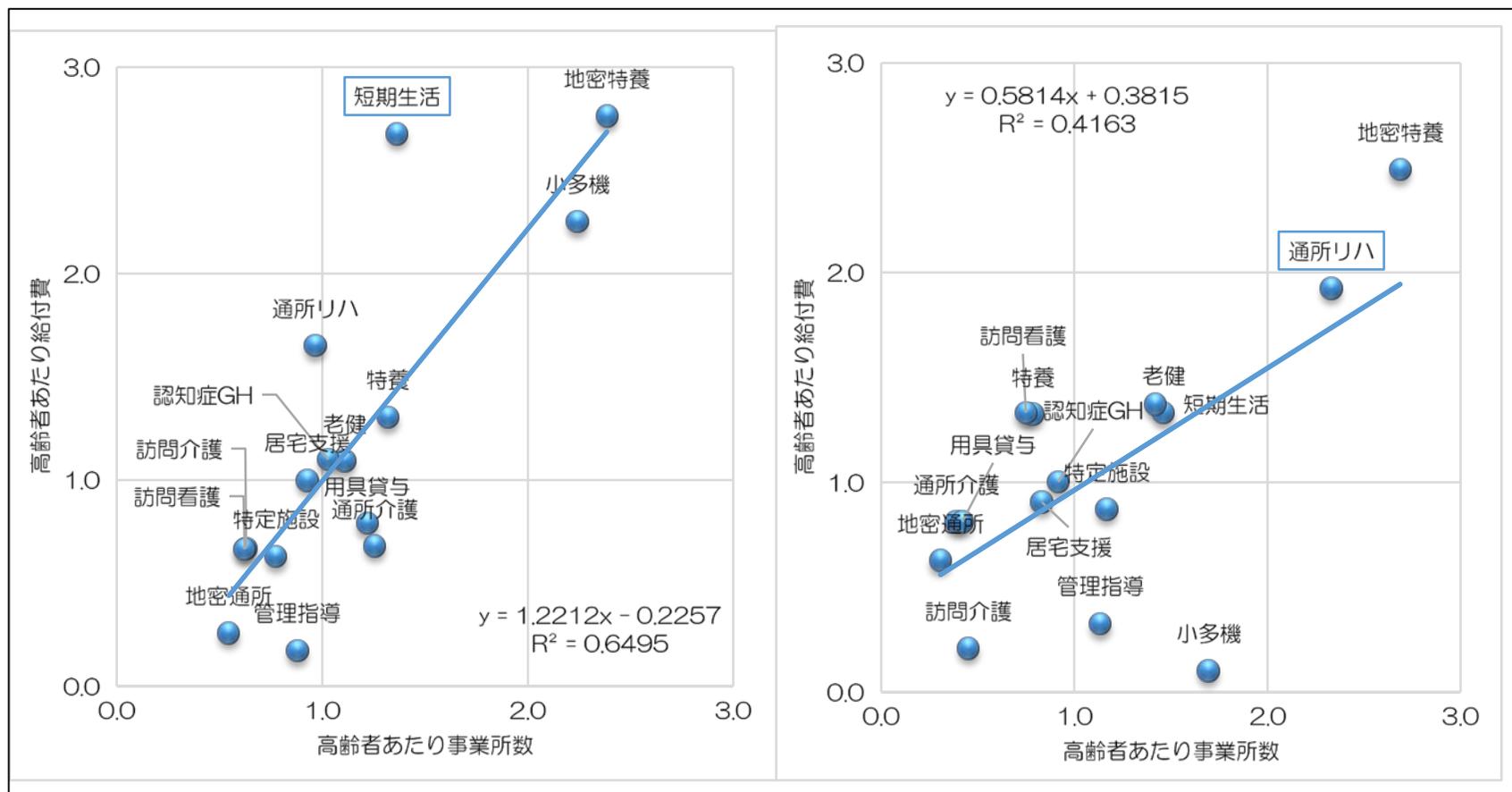
大阪府内、山形県内の傾向分析

■ 山形県居宅介護支援事業の傾向分析

山形県中央部に位置し、**気候風土や生活環境・生活習慣が類似している近隣のA市及びB町において、それぞれの介護サービス別割合をみると大きく異なっていた。**アクセスが容易な地域資源に応じてケアプランを作成していることが伺える。

例えば、A市及びB町の社会福祉協議会の居宅介護支援事業所に着目すると、両協議会とも、訪問介護以外のサービスを併設していないものの、供給量の多い介護サービス（それぞれ短期入所及び通所リハビリ）を多用している。

■ 高齢者あたりサービス別事業所数と給付費（全国平均 = 1との比較）
 <山形県A市> <山形県B町>



大阪府内、山形県内の傾向分析

■居宅介護支援事業所のサービス給付実績（山形県A市、上位5事業所）

	全国	山形県	A市	支援事業所Ⅰ	A市社協※	支援事業所Ⅱ	支援事業所Ⅲ	支援事業所Ⅳ
短期入所生活	9%	12%	23%	27%	29%	38%	39%	21%
通所介護	27%	33%	17%	12%	16%	28%	29%	26%
通所リハビリ	10%	10%	16%	25%	12%	7%	9%	17%
訪問介護	19%	11%	12%	14%	14%	8%	13%	11%
小多機	6%	13%	12%	0%	0%	0%	0%	0%
福祉用具貸与	7%	6%	5%	5%	6%	5%	4%	7%
短期入所療養	1%	1%	4%	3%	8%	1%	0%	1%
認知症型通所	2%	3%	4%	5%	5%	9%	2%	7%
訪問看護	6%	4%	4%	5%	5%	2%	2%	6%
地域密着通所	9%	5%	2%	1%	4%	2%	1%	1%
訪問入浴介護	1%	1%	1%	2%	2%	0%	1%	3%
看多機	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
定期巡回	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
訪問リハビリ	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
夜間型訪問	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
市内給付費割合	—	—	—	18%	17%	12%	7%	6%

(注) 網掛け箇所は同一法人による併設サービス。支援事業所Ⅰ・Ⅱ・Ⅳは同一グループ（社会福祉法人併設の社会医療法人）

(*) A市施設サービスの年齢調整済み給付費は全国平均を超えており、施設の不足による短期入所の代替利用とはみられない

大阪府内、山形県内の傾向分析

■居宅介護支援事業所のサービス給付実績（山形県 B 町、上位 5 事業所）

	全国	山形県	B 町	支援事業所ア	支援事業所イ	B 町社協※	支援事業所ウ	支援事業所エ
通所介護	27%	33%	27%	13%	44%	32%	31%	0%
通所リハビリ	10%	10%	25%	49%	10%	16%	13%	0%
短期入所生活	9%	12%	15%	12%	24%	7%	25%	0%
訪問看護	6%	4%	10%	7%	5%	21%	4%	57%
地域密着通所	9%	5%	7%	3%	8%	8%	19%	0%
福祉用具貸与	7%	6%	7%	7%	6%	8%	6%	4%
訪問介護	19%	11%	5%	1%	3%	4%	2%	38%
短期入所療養	1%	1%	1%	6%	0%	0%	0%	0%
訪問入浴	1%	1%	1%	1%	1%	3%	0%	0%
認知症通所	2%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
小多機	6%	13%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
訪問リハビリ	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
定期巡回	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
夜間型訪問	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
看多機	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
町内給付費割合	—	—	—	27%	26%	12%	10%	4%

(注) 網掛け箇所は同一法人・グループによる併設サービス。支援事業所エのグループは住宅型有料老人ホームを併設

(資料) 見える化システム、国保連合会・適正化「受給者別給付実績一覧表」令和元年 8 月実績

⇒居宅介護支援事業所によってサービス比率に特徴があることから、保険者のHP等で、各居宅介護支援事業所の「サービス別給付実績」を公開することが、利用者が選択する上での有益な情報提供になると考えられる。

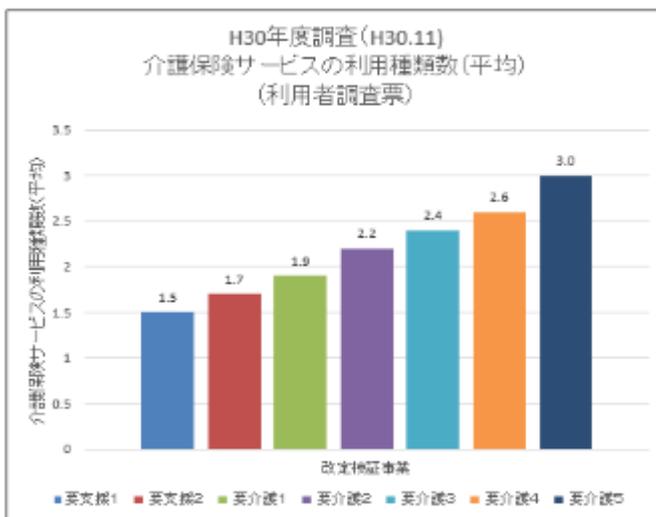
介護保険サービスの利用状況（サービスの種類数）

要介護度ごとに何種類のサービスが利用されているかを見ると、左が平成30年度の調査の結果であるが、要支援1であれば平均で1.5、要介護5であれば平均3.0である。右の平成24年度の調査では全体で「1種類」36.4%、「2種類」33.6%、「3種類」18.8%となっており、要介護度別では要介護度が上がるほど種類数が増えていくが、特に要介護1以下だと1種類だけ（デイサービスのみ、福祉用具のみ、など）が多いことが明らかになっている。

したがって、居宅介護支援事業所によって、担当する被保険者の要介護度の構成が異なることから、**情報公開の際には要介護度別のサービス別給付実績を示す**ことが考えられる。

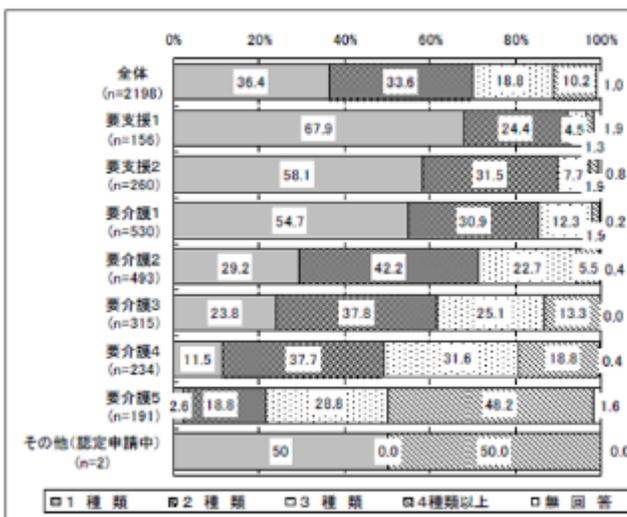
参考：介護保険サービスの利用状況（サービスの種類数）

介護保険サービスの利用状況(サービスの種類数)は平均2.2となっている。



出所：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（平成30年度調査）（3）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書より作成

介護保険サービスの利用状況(サービスの種類数)は「1種類」36.4%、「2種類」33.6%、「3種類」18.8%となっている。



出所：H24.3 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査 報告書

アンケート調査の概要・抜粋

○調査方法

・インターネットによる無記名調査

○回収数、有効回収数

・回収数：1,332

・有効回収数：1,303

・ケアマネジャー資格をもたないではない12票、および同資格について無回答17票の計29票、は除外した

○地域別回収数(下表)

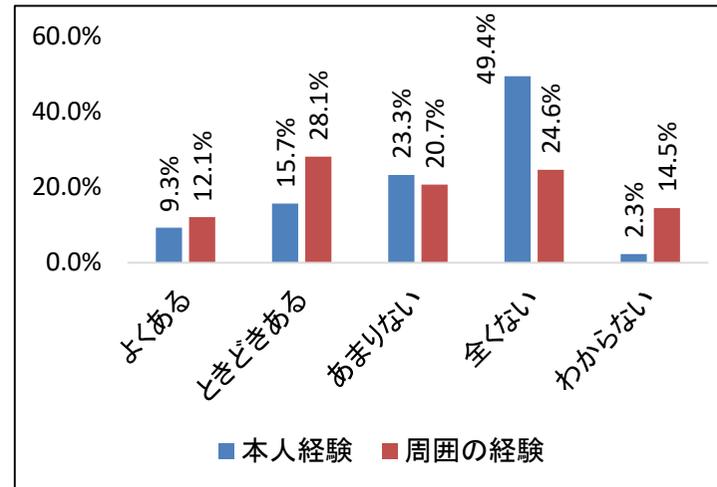
地域情報	N	%
東京都	461	35.4%
大阪府	285	21.9%
愛知県	102	7.8%
大分県	131	10.1%
山口県	79	6.1%
沖縄県	65	5.0%
その他・不明	180	13.8%
Total	1,303	

現場ケアマネジメントの公正中立性について、次のような結果を得た。

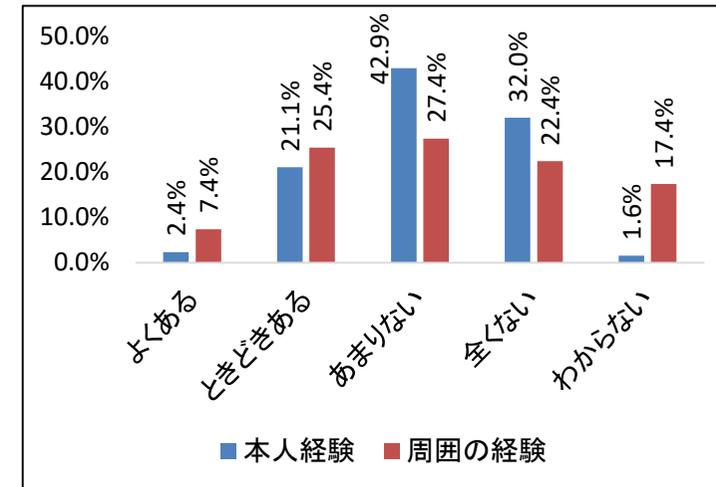
「あなたが過去1年間に以下のような経験をしたことがありますか」（以下、**本人経験**）という問いに対し、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」の経験については、**「よくある」「ときどきある」と回答した方が25.0%**、「あなたの事業所がある自治体では、過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことはありますか」（以下、**周囲の経験**）という問いに対し、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」の経験については、**「よくある」「ときどきある」と回答した方が40.2%**であった。

また、「自立支援が必ずしも目的とは言えない、利用者や家族から求められるままのサービスを調整した」の回答は、**本人経験が「よくある」「ときどきある」が23.5%**であり、**周囲の経験は、「よくある」「ときどきある」と回答した方が32.8%**であった。

図表：「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」経験



図表：「利用者や家族から求められるままのサービスを調整した」経験



インタビュー結果抜粋（9自治体、介護支援専門員）

●現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例

- 事業所から求められて本当はやりたくないプランを作るケースは、アンケートをとると出てこないが現場ではあると聞いている
- 独立型では事業所誘導はない。併設では稼働率が突き付けられる。ケアマネは営業マンという感じもある
- 経営者の意向により中立が保てない。単体の居宅ではほとんどない
- 併設の事業所で会社からいろいろ言われると、私は何のためにいるのだろうかと感じてしまうケアマネもいる
- 住宅型有料でケアマネを頼まれると、ほとんど向こうの言いなりで、ほぼ限度額いっぱい使うのが定例になっている。有料のケアマネは人質を取られているみたいだ
- マネジメント上、これが本当に必要かというプランがあったとしても、容易に替えられない。保険者として駄目と言えない。プランの根拠は話し合うし、保険者として見るが、だからと言って算定の基準を侵しているわけでもないところになると、保険者としてはなかなか難しい
- 大手の事業所だと、自社ではないところを使う理由を聞かれるようだ。事業所によっては「自分のところを使いなさい」と相当言われるところもあると聞いている
- いわゆる囲い込みと言われるような自法人の運営するサービス事業所への誘導について、一部のケアマネジャーから聞き取ったところ、法人に強制されているわけではないが、給料をもらっていることを考えると、自法人のサービス事業所を紹介しなければいけない気持ちになるとのこと
- 同一法人にサービス事業所があると、売上げのこととか、お金のこととかを言われ、自分の事業所を薦めないといけないのかと思う。赤字だと言われたらどうしたらいいのか

●公正・中立のために今後のあるべき方向

<ケアマネジャーの位置づけ>

- 基幹型とか、包括の中心となるようなものが要る。ケアマネジメントも含めて
- 単純に単独型事業をしていけば解決
- 独立しているケアマネでも好みはある。偏りは出てしまう
- 初めの制度の段階で、民間に任せの方が安くすむと思ったのかもしれないが、公的ところがプランを持てば利益誘導するということがない。そもそもケアマネというものを公的なものにしたらどうか
- 相談やフォローができるようなセンターが、別にかたまらなくて、一人でやっても、相談ができてプランが組めるという体制ができればいいと思う。
- 介護保険制度自体も複雑になってきているし、一方でケアマネジメントの質を見られるかという話になってくると行政の中にケアマネジャーを置くべき
- ケアマネジメントを総合事業として包括等公的機関が実施してはどうか
- 事業所から行政機関に招集（出向）して、そのメンバーで実施してはどうか。心意気のあるケアマネジャーはいるので、公的機関で募集すれば応募はある
- いろいろな所から人材が集まることによって、ケアマネジャーの質の向上、OJT が促進されやすくなる
- ケアマネは個人が抱え込んでしまう傾向が強い。隣に座って仲良く話していても、どういうケアプランを作っているか全然知らない。シェアはできないか
- 市の委託であれば受け入れられやすくなる
- ケアプランセンター化をしてほしい
- <その他の提案>
- 定額制にしたら楽になるかなと思う。ただ、有料の場合は定額にしても変わらない
- ケアプランを公開してはどうか
- 包括報酬にすればいい
- 業務形態、紹介率の意味が国民にわかるように公開
- 利用者がサービス事業所を選択する際の評価基準は必要だと感じる。サービス情報の公表は利用者にとっての指標ではない

解決すべきことは何なのか

■「公正中立性」が損なわれている事象

○事象 1

- ・**経営者からのプレッシャーにより、自法人のサービス利用を求められる。**
- ・介護支援専門員への特定のサービス事業所からの強い営業により、利用者を紹介せざるを得ない。
- ・地域包括支援センターが委託型の場合に、包括運営法人の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所が優先的に紹介される。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ① **サービス供給量の過多により競争激化。**
- ② **利用者確保が経営安定化のための死活問題に。**

○事象 2

- ・**利用する事業所から、利用回数を増やすよう勧められる**（往々にして利用者を通じて）。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・**新たな利用者確保よりも、現利用者に回数を増やしてもらう方が簡単。**
- ・通所介護などでは、定員数に余裕がある限り、利用回数が増えてもコストはそれほど増えない。

○事象 3

- ・**サービス付き高齢者向け住宅などにおける限度額いっぱいサービスを利用するプランや、必要性の薄い居宅療養管理指導を限度回数いっぱい利用するプランなど、自立支援とは考えられないプランの作成を強要される。**

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・**限度額までの利用を前提としたビジネスモデル。**

○事象 4

- ・**自立支援にそぐわない、不必要だと思われるサービスを、利用者や家族から求められるままに調整する。**（ニーズではなくデマンドでプラン作成）
- ・適切なアセスメントを行わず、事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼される。
（特に住宅改修、福祉用具、短時間デイ等）

【それを引き起こす構造的な課題】

- ・利用者や家族は、自己負担の範囲でどれだけ多くのサービスを楽しむことができるのかということに意識が集中しがちで、公正中立という概念は意識していない。
- ・適切なサービスを選択するための情報が十分に提供されていない。

【事象1～4 で誰が困るのか】

- ・保険者（給付適正化の観点）
- ・被保険者（介護保険料の上昇）
- ・道理をわきまえたプロ意識の高い介護支援専門員

※ **利用者とサービス事業所は、利害関係が一致している限り、どちらも困らない。**

（利用者は廃用症候群の進行などにより、無自覚に困る場合もある）

解決すべきことは何なのか

○事象5

多職種による多角的な視点が必要はらずであるが、そうしたケアプランが検討されていない。

(アセスメントやサービス選択について、複数の専門職の目が入らない。)

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・**介護支援専門員1人でも開業できる。**
- ・**制度的にケアマネジメントは介護支援専門員が行うものとされ、チームによりアセスメントし、サービス選択を支援するようになっていない** (サービス担当者会議は、介護支援専門員が一人でケアプラン原案を作成した後、プランに組み込まれたサービスの事業者により開催される)。

【それにより誰が困るのか】

- ・保険者
- ・利用者 (ケアマネジメントの質が悪ければ)

○事象6

フォーマルサービスが不要な場合でも、介護支援専門員はついてほしいため、必要のない福祉用具貸与等によりプラン作成。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・フォーマルサービス利用がなければ介護報酬が算定できない。

【それにより誰が困るのか】

- ・**利用者 (不要な費用を支払うことになるため)**
- ・**保険者 (不要な給付を支払うことになるため)**
- ・**被保険者 (介護保険料の上昇)**

ケアマネジメントの公正中立性が損なわれる真因

－利用者・経営者との関係性の難しさ－

- ケアマネジメントの公正中立性を求めるのは、保険者や被保険者（不必要な給付は、保険料の上昇を招く）であって、**サービス提供事業者と利用者**は、その利害が一致している限りにおいては、**必ずしも公正中立を求めるわけではない。**
- なぜなら、利用者の根底に、より多くのサービスを受けたいという権利意識があるとすれば、ケアプランに対する関心はその質ではなく、予算内でどれだけ希望が叶うのか、より多くの益が受けられるかである。
- また、事業者も事業を営む以上、競争が激化した市場においては、利用者から選ばれるために可能な限り利用者・家族の要求に従い、その満足を最大化しようとするのは当然のことである。

介護サービスを過度に市場化させる危険性

－ 2つの作られたニーズが膨張し、需要が制御不能になる －

利用者の「真のニーズ」ではなく、「顧客満足」に応える傾向が強くなる

介護サービスが過度に市場化されると、介護給付が「商品」、利用者が「顧客」となり公共精神が失われていく。ケアマネジメントの質は「顧客満足度」と同義として扱われ、利用者として必要なことではなく、顧客として求めていることに応じていく傾向が強くなる

① 提供者側が作り出すニーズ

利用者や家族が持つ不安や、サービスへの過剰な期待は、より多くのケアを受けたほうが安心というニーズを増大させる。

② 提供者側が作り出すニーズ

地域の利用者の真のニーズの総量を上回る過剰なサービスが提供者の経営 的都合により提供されれば、提供者の利益のために介護サービス市場が形作られる状況ができる（サービスが過剰かどうかは利用者が判断できず、むしろ、好意的に受け取られるという現実がこれを助長する）。

ケアマネジメントの公正中立性の確保のために解決すべきこと

- ① ケアマネジメント業務が営利による干渉を受ける環境の解消
- ② 介護給付の利用に縛られず、多様な地域資源で支えるケアマネジメントを評価すること
- ③ 特定の介護サービスの供給過多により競争が激化し、供給が需要を創り出す構造を解消すること（総量規制・機能分化）

②については、**制度的な対応が必要**な課題で、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告において、日本介護支援専門員協会が以下のように要望している（平成29年11月22日社会保障審議会介護給付費分科会）。

（一部抜粋）

・インフォーマルサポートの評価

現行制度において基本単位は、介護保険給付サービスを一つでも導入しないと算定できない仕組みである。介護保険給付につながらない業務、インフォーマルサービスのみでの組合せ等にも配慮をいただき、**保険給付を伴わないインフォーマルサポートのみのケアマネジメントへの評価**をお願いしたい。

要望のとおり、現在の介護報酬体系では、介護給付等対象サービスの利用がない場合は給付管理票を作成できず、居宅介護支援費を算定することはできない。省令でも、以下のように介護給付等対象サービスの利用が前提とされており、その上でインフォーマルサービスも位置付けることが求められているに過ぎない。

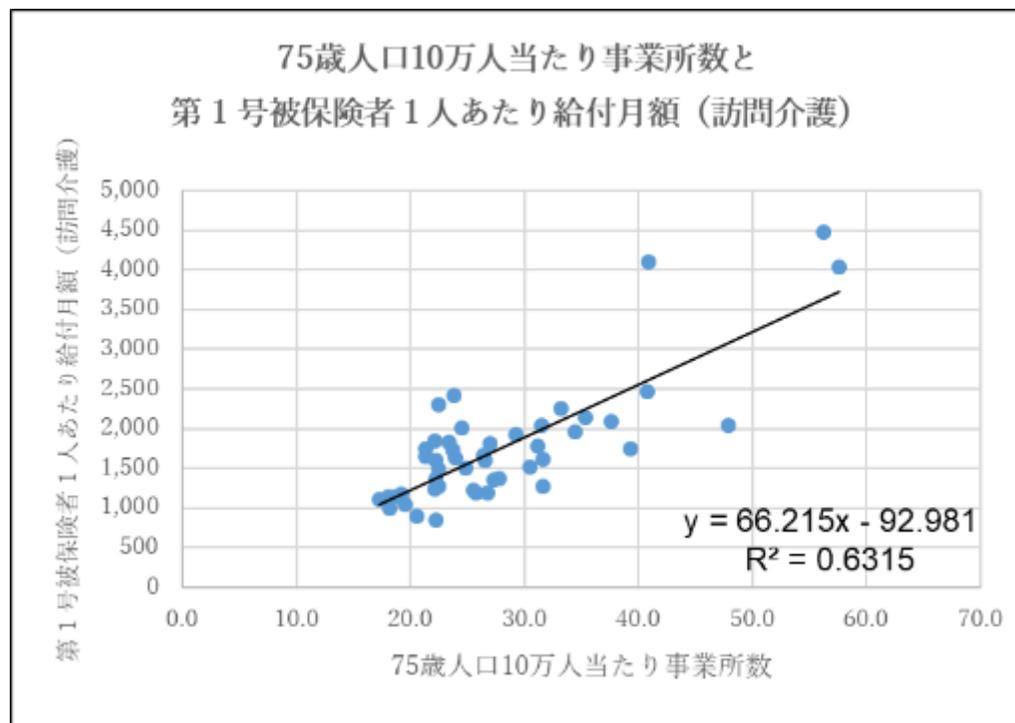
○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

（平成11年厚生省令第38号）（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

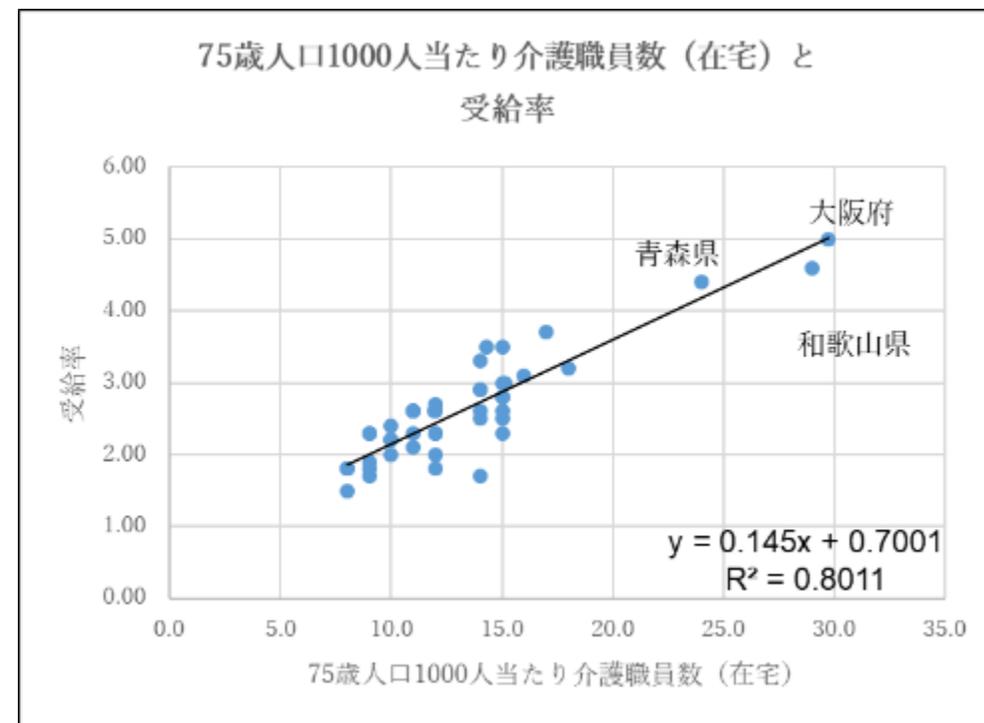
第十四条 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

ケアマネジメントの公正中立性の確保のために解決すべきこと

③については、訪問介護について調べたところ、第1号被保険者1人あたり給付月額（訪問介護）と70歳人口10万人当たり事業所数、受給率と75歳人口1000人当たり介護職員数（在宅）の間に強い相関が見られた。つまり、**介護支援専門員は、介護サービス事業所が地域に自由参入で開設され、経営のためにはその事業所の供給に見合う需要が必要な状況下で、かつ、居宅介護支援事業所に所属して従事する立場であるが故に、ケアマネジメント業務を通じた新規利用者の確保や頻回利用等を強いられる場合がある**と考えられる。



※事業所が多ければそれだけ利用も増え、給付費も増えるという強い相関が見られる。



※訪問介護は利用者と介護職員が1対1であるため、介護人材の量が受給率を左右すると考えられる。

ケアマネジメントの公正中立性の確保のために解決すべきこと

特定のサービスの供給過多により競争が激化した地域の居宅介護サービスの市場では、各事業者が自法人の経営上の最適化（部分最適）を図ろうとすると考えられ、地域内のステークホルダーの力学の調整はまさに介護保険事業計画によって保険者である市町村が行うべきこと（全体最適）であるが、市町村には施設や地域密着型サービスを除いて、いわゆる総量規制の権限がない。経営上の都合により必要性の薄い給付が行われれば、介護費用が増大するばかりか、それに割かれる介護人材のために不足しているサービスの人材が確保できなければ、介護人材の不足に拍車をかけることになる（地域において介護資源が適正配分されない）。

総量規制等によって受給者の適正利用（利用回数・要介護度等）を図り、限りある貴重な資源である介護人材の適正配置と量の確保を実現する（利用者・事業者・保険者の三方よしを創る）ことが必要である。

特に軽度者の訪問介護の生活援助や通所介護について、給付から介護予防・日常生活支援総合事業が検討されている理由の一つは①～③を実現するためと考えられるが（総合事業においては、ケアマネジメントは地域包括支援センターに限定され、多様な地域資源の活用が推奨され、予算制約という総量規制が組み込まれる）、その狙いを理解できている介護支援専門員は少ない。限りある介護資源を地域の中で適正配分する視点について、**保険者と介護支援専門員が共通認識を持つ**ことが求められる。

目指す姿・あるべき方向性

- 介護支援専門員がプロフェッショナルとして行うケアマネジメントを、経営都合でゆがめることなく利用者に提案ができる。
- 介護支援専門員が矜持を高く持ち、その専門性を高めることができる。やりがいをもって働くことができる。
- 介護支援専門員が介護給付の利用に縛られず、医療、介護、福祉、生活にまたがる生活課題を制度横断的に対応できるソーシャルワーカーとしての役割を果たしている。
- 複数の専門職の視点で検討された公正なケアマネジメントが提供できる環境が整備されている。
- 保険者と介護支援専門員は監査、指導といった関係ではなく、プロとしての倫理と行動規範で、あるべき方向（自立支援と尊厳の保持に基づくサービス調整）をともに作り上げていく（規範的統合）。

公正中立性を確保するための取組案1

利用者負担導入 + 質の評価指標導入

複合型サービスの活用（法改正要）

	利用者負担導入 + 質の評価指標導入	複合型サービスの活用（法改正要）
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者側からケアマネジャーの業務の質についてチェックできる。（平成30年4月11日財政制度等審議会） ・利用者負担分、給付額が減る。 ・ケアマネジメントに費用が発生していることがわかりやすい。 ・一部がセルフプランにシフトすることで、さらに居宅介護支援費が減る。 ・ケアマネジャーの専門性を評価する環境が生まれやすい。 ・ケアマネジメントも、介護サービスの一つであることが明確になるので、他の給付と一体的な質の評価の対象にしやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担を導入することで、複合型サービスの対象事業所に居宅介護支援を追加することができる。 例) 医療介護連携を促進 <ul style="list-style-type: none"> ① 訪問看護 + 居宅介護支援 ② 定期巡回 + 居宅介護支援 例) 通いを基盤とした居宅介護支援 <ul style="list-style-type: none"> (居宅介護支援に運営推進会議をセット可。包括報酬か) ③ 地域密着型通所介護 + 居宅介護支援・施設給付ではケアマネジメントサービスは包含されていることとの均衡を図ることができる。 ・居宅介護支援事業所の整理がしやすくなる（欧米型の重度者用ケースマネジメントの方向にシンプル化の可能性）。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担を導入しても、公正中立性の確保には寄与しない。むしろ、ケアマネジメントが介護サービスの一つであることが明確になり、公正中立性からは離れる可能性がある。 ・利用者が「金を払っている」という意識を持つため、いわゆる御用聞きプランが促進され、給付費が増える恐れがある。 ・利用者負担をしたくない、できない利用者がセルフマネジメントに移行し、自治体負担が増える。 ・虐待案件など、利用者負担の徴収が難しいケースが想定され、自治体負担が増える。 ・利用者負担の説明が必要になり、ケアマネジャーの業務負担がさらに増える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の居宅介護支援の存在意義が無くなる可能性がある（医療依存度が高い者は訪問介護ステーションが担い、軽度者は地域包括支援センターとなる可能性がある）。 ・ケアマネジメントはサービス事業所の中で実施されるものと位置づけがシフトし、抜本的な位置づけの変更となる可能性がある。

公正中立性を確保するための取組案2

	独立かつ一定規模以上事業所	
		独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議 (地域密着型居宅介護支援事業所の新設も)
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・経営的なプレッシャーのかかりにくい環境、専門性を担保しやすい環境になる。 ・一定規模以上にすることで、ケアマネジャーの研修の受講が容易になり、事業所内のOJTが促進される。 ・現在の制度の建てつけを大きく変更する必要がない(基準や介護報酬の変更のみ)。 ・ケアマネジャーが休暇を取得がしやすくなる。 ・独立型であることを好む介護支援専門員がいるため、採用が優位に働く場合があり、かつ離職率の低下につながる。 ・事業の透明性を図りやすく、新規の依頼を獲得しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の導入により、市民の監視の目が入ることで公正中立性の確保が期待できる。 ・運営推進会議の場で情報（集中減算の数字）が公開されることから、利用者の情報非対称性が薄まる可能性がある（モラルハザードの防止）。 ・地域密着型居宅介護支援事業所だけの基準緩和が可能になる（担当件数が35件以上担当できる、など）。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・公正の確保になるとは限らない。 ・独立型の効果検証、給付抑制の効果等が明らかになっていない。 ・独立性の担保が難しい(分社化・子会社化)。 ・いわゆる1人ケアマネが存在できなくなる。 ・併設型の居宅介護支援事業所から大きな反発を受ける可能性がある ・独立型は資源が限られる地方部では難しい。 ・地域包括支援センターが利用者が希望するサービスとセットでのケアマネジメントを好む場合があり、独立型は依頼を受けづらい 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議に出席が求められる市町村や包括の業務負担が増える ・運営推進会議自体が形骸化している場合が多く、期待される効果が見込めるか不明（運営推進会議の運営方法の検討が必要）

⇒ 一事業所当たりの紹介率を公表することなどが必要（マローサウンズカンパニー・大阪府調査）

一定規模以上で独立型居宅介護支援事業所の事例

●株式会社マロー・サウンズ・カンパニーより受けた情報提供

委員会では、東京都江戸川区を中心に独立型で居宅介護支援事業所を運営している田中紘太氏（株式会社マロー・サウンズ・カンパニー 代表取締役）より情報提供を受けた。田中氏は、**併設サービスを持たない独立型の居宅介護支援事業所を4事業所（介護支援専門員数：江戸川区一の江8名、葛西4名、千葉県浦安市7名、市川市6名）**運営している。

まず、特定の介護サービス事業所への偏りについては、「この居宅介護支援事業所では、所属する介護支援専門員に、それぞれがパフォーマンスを高められるチームを構成することを指導しているが、**各介護支援専門員がどのようなチームを構成するかは全く自由であることを約束し、純粋に利用者本位の支援ができるようにしている**。したがって、各介護支援専門員が組むチーム構成は多様であり、結果として、事業所全体では特定事業所集中減算を気にする必要が全くないほど一事業所当たりの紹介率が低くなっている。」とのことであった。

となれば、**独立型の居宅介護支援事業所が真に独立であるかのチェックは、一事業所当たりの紹介率を公表**することによって、ある程度可能となると考えられる。

また、居宅介護支援事業所として質の高い居宅介護支援を提供しようと考えていることが、当然に社内での主任介護支援専門員の育成や特定事業所加算の取得につながっており、**各種加算も取得することで利益率は前期決算で15%程度**にもなっている。居宅介護支援事業所の介護報酬は一般的に赤字とされ、そのことが併設の介護サービス事業所が必要となる理由と言われているが、この事業所には当てはまらない。8年間で離職は結婚出産による転居や育児、独立開業の3名のみであり、不満による離職は1名もない。独立型の居宅介護支援事業所の新規依頼の特徴としては、他社介護支援専門員の退職や事業所の閉鎖に伴う引き継ぎの依頼が多いことが挙げられるという。併設事業所を持つ居宅介護支援事業所は、自社のサービスを利用できない利用者は受けたがらない傾向にあり、引き継ぎのケースでは地域包括支援センターのファーストチョイスになるからである。逆に、**地域包括支援センターや行政は、利用者が利用したい介護サービスを示している場合、その介護サービスを併設している居宅介護支援事業所を紹介する傾向にあると感じている**とのことである。居宅介護支援事業所と介護サービス事業所が同一法人の方が連携がスムーズにいくと考えられているからだと思われるが、現場では、公正中立性の確保という観点ではそれほど重視されていない可能性がある。

なお、**地域包括支援センター併設の居宅介護支援事業所があり、困り込みが行われている場合**は、支援困難事例以外の依頼が一切貰えないことがあり、その地域は**事業所の開設に不適切な地域**と判断し、開設や営業エリアとして除外せざるを得ない状況がある。**居宅介護支援事業所の運営は、当該地域の地域包括支援センターの影響を強く受けると実感している**ということであった。

公正中立性を確保するための取組案3

	地域支援事業化
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の事業にすることで公正中立性が確保できる。 ・委託する場合でも、ケアマネジャーが雇用者ではなく、委託元である市町村の方針に従うようになる。 ・公正なケアマネジメントを行わない事業者は次年度以降委託しないことができる。 ・事業者都合の部分最適ではなく、地域全体の視点から介護資源の適正配分を図ることができ、介護資源と需要の最適化ができる（介護保険事業計画の策定と連動できる）。 ・事業であれば、医療のみ、インフォーマルのみの相談援助、ケアプラン作成でも委託料を支払うことができ、高齢者を多様な資源で支えるという理念や、国が目指す地域づくりに資する介護保険制度や制度横断型の共生社会の理念に沿う。 ・ケアマネジャーが、地域共生社会で推進される「断らない相談」、「伴走型支援」の担い手になり得る。 ・多職種によるプラン検討ができる環境が整う。 ・ケアマネジャーの研修の受講が容易になる。 ・ケアマネジャーが休暇を取得しやすくなる。 ・OJT教育が促進される。 ・ケアプラン点検がしやすくなる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・法や基準省令から居宅介護支援、介護予防支援を削除することになり大改正になる（給付管理に伴う介護報酬と、ソーシャルワーク活動に対する地域支援事業に区分する方法もあり得る）。 ・受託しているプランが複数市町村にまたがる場合、委託費の算定が難しい。 ・自法人のサービスに紐付けるケアマネジメントにより収益を得てきた事業者の経営者らが、経営が悪化することを懸念して反対する。 ・市町村にケアマネジメントをマネジメントできるスキルをもった人材が少なく、いたとしても、市町村は人事異動があるので、いずれ人材が失われる。

公正中立性を確保するための取組案 4

	ケアプランセンター化 (保険者がセンターを設置し、各法人から ケアマネジャーが出向する)
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村設置あるいは一法人の指定事業所のみにする事で公正中立性が確保可能。 ・制度改正や法人統合をすることなく、居宅介護支援事業所の大規模化が可能。 ・経営者からの影響が薄まる。 ・公正なケアマネジメントを行わない事業者の出向を受け入れないことが可能。 ・1事業所のみ指定になり、指定にかかる自治体、介護事業所双方の業務負担の軽減になる。 ・センターの運営体制を整えることにより、必ずしも市町村の担当職員の力量に左右されない（くるめ地域支援センター）。 ・ケアマネジャーが、地域共生社会で推進される「断らない相談」、「伴走型支援」の担い手になり得る。 ・多職種によるプラン検討ができる環境が整う。 ・ケアマネジャーの研修の受講が容易になる。 ・ケアマネジャーが休暇を取得しやすくなる。 ・OJT教育が促進される。 ・ケアプラン点検がしやすくなる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・導入時の市町村の負担が大きい（センターの事務所確保など） ・各ケアマネジャーの評価、給料体系が難しい。 ・自法人のサービスに紐付けるケアマネジメントにより収益を得てきた事業者の経営者らが、経営が悪化することを懸念して反対する。

事例Ⅰ．特定非営利活動法人 くるめ地域支援センターについて

○事業概要

平成18年3月27日に特定非営利活動法人くるめ地域支援センターを設立。同年、久留米市より「久留米市地域包括支援センター設置及び運営事業」を委託され、その事業を受託し、平成18年度～令和1年度にかけて、継続的に業務展開を行っている。

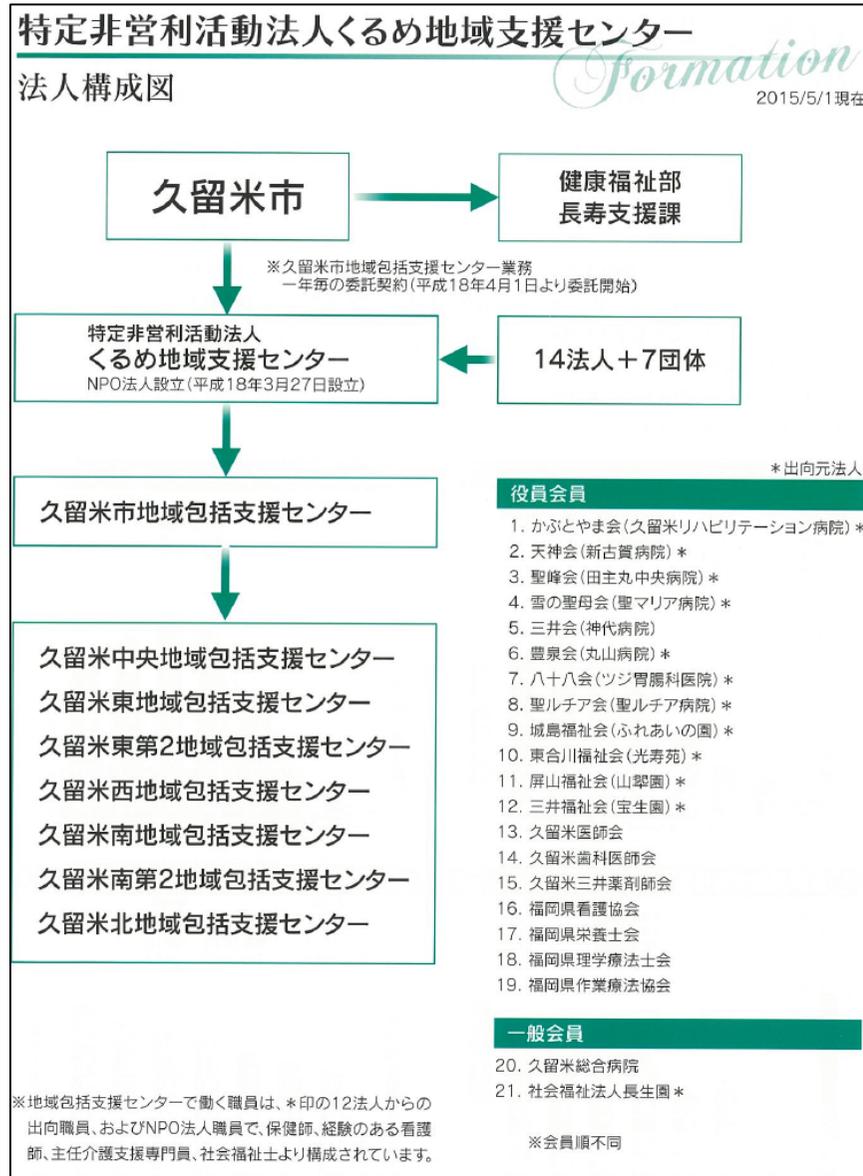
業務内容は、包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント業務）並びに指定介護予防支援事業、二次予防事業対象者把握事業である。

くるめ地域支援センターは14法人と7団体からの出向者とくるめ地域支援センターの直接雇用者により構成されている。日常生活圏域11か所に地域包括支援センターを有している。

法人設立当初から公正中立性の確保、社会的使命などをその理念とし、職員の教育指針や教育マニュアルを作成し、それを徹底してきた経緯がある。

出向元法人が所在する地区にはその法人からの出向職員は配置しないことを原則としており（人員配置の関係上、やむなく出向校区に配置している例もある）、これまでに出向元法人の意向でケアプランに影響を受けた事例はない。NPO法人の理事会でも、出向元法人に設立の理念等を繰り返し伝えているため、公正中立性の違反はこれまでにない。

加えて併設のケアプランセンターでは、介護サービスは提供していない。このため他法人に影響を受けることはない。なお、本事業は市の委託事業であるため年間予算額、人員配置基準、各センターの設置場所などには強い制限を受けるが、事業計画と運営等に関しては独自の理念と基本方針に沿って実施する仕組みを確立している。



公正中立性を確保するための取組案 5

	<p style="text-align: center;">サファリパーク型 (自由競争市場だが、在宅介護支援センターを活用することにより、 一定のルールと監視のチェック機構を設ける)</p>
<p style="text-align: center;">メリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認定調査に市の調査員と在宅支援センターがセットで初回は行って初回アセスメントまで行うため、利用者の状況が客観的に把握できる。 ・更新時は、在宅の場合は在宅介護・地域包括支援センターの職員が調査員も兼ねており、ケアプランのチェックと実態把握も行う。民間の居宅のケアマネジャーには一切委託をしていないため、判定にブレがない。 ・ある程度在支に全部権限を下ろして、在支が判断したら後付け決裁でもいいということで次の日からサービスが入ることもできる。 ・ケアプラン指導研修により、多職種によるケアプラン検討ができる環境が整う。 ・公社委託の「住宅改修・福祉用具相談支援センター」があり、専門職が常駐して福祉用具の相談・助言、事業所の紹介、同行訪問等を行っているため、必要性をチェックできる。 ・補助金にテンミリオンハウスを併設しないと、都の補助金を出さないという形にしているため、サ高住が新設されにくい。 ・住宅型は、そもそも要支援で委託をしていても、必ず基幹型包括の職員がサービス担当者会議に同席しているため、利用者の行動変容状態をチェックできる。
<p style="text-align: center;">デメリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・他の自治体と比較ができない。 ・いろいろ研修もあってやることが多いので、嫌だというケアマネや事業所も結構いて、武蔵野市を離れる事業所もある。 ・他の自治体には一般財源がない。 ・今はまだその創設当時から介護保険に関わっている職員がいるが、あと10年後いなくなるとどうなるか。

第2部

ケアマネジメントの質の指標のあり方について

ケアマネジメントの質のあり方に関する既往事業報告・研究論文

厚生労働省の老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）で実施された近年の研究、及び国内外のケアマネジメントに関する研究論文等から、質の指標に関する主要な研究・論文の概要を整理する。

分類	老健事業で実施された 既往研究	国内の ケアマネジメントの論文	海外における地域ケアの質に関 するレビュー論文
質の指標に関する テーマ	42	8	3（クオリティインディケーター34を 含む）

平成30年度老健保健健康等調査研究事業「地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究報告書」では、ケアマネジメントに関する介護保険制度の改定経緯の整理、ケアマネジメントに関するこれまでの老健事業の研究結果の整理、地域共生社会の考え方の整理に加え、有識者による検討から得られた知見と課題の整理を行っており、この中で質の高いケアマネジメントについて、以下のとおり、課題やその対応策をまとめている。

（一部抜粋）

5.2.1.（テーマ1）ケアマネジメントの質の向上について
ケアマネジメントの在り方と質の向上については、質の高いケアマネジメントの内容や、質を評価する視点や仕組み等について、意見が得られた。

1) 質の高いケアマネジメントとは
・ストラクチャー・プロセス・アウトカムの観点で整理すると、次のようなケアマネジメントは質が高いと言えるのではないかと。

- > **ストラクチャー：ケアプランの意図が反映されたサービスが行き届いている。**
- > **プロセス：利用者の意思決定を適切に支援しており、利用者本人の状況がケアプランを通して関係者に共有されている。**
- > **アウトカム：利用者のWell-being やQOL の向上、満足度、居宅生活の継続、地域のコスト、従事者の満足度、やりがい等の観点からの評価が高い（主観的評価となる点には留意が必要である）。**

5.3.1. 質の高いケアマネジメントについて

○評価の観点について

・アウトカムとしては、利用者のWell-beingやQOL の向上、満足度を取り入れるべきではないか。第3章の文献No.9 の「ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業」のpp.58-67 の記事では、ヨーロッパの研究者やWHO はケアマネジメントによるWell-being やQOL の向上といったエビデンスを掴んでいることがわかる。記事で引用されているのは、すべてシステムティックレビューの論文で、それぞれの論文では10～20本の論文のエビデンスが統合されている。

- > **ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) というイギリスのQOL 尺度を用い、ソーシャルサービスを受けることによるQOL を測る**、日本の事例を参考にしているかどうか。利用者本人、ケアマネジャー、事業所にASCOT をつけてもらい、結果のずれを分析し、支援に生かすことが想定されている。
- > よいストラクチャーとプロセスがあったとしても、アウトカムが低ければ結局は利用者のための取組とは言えない。また、居宅介護支援事業所の**アウトカムとしては、居宅生活の持続性を考慮することも必要だろう。**

○評価方法について

・職能団体が、自らの団体の専門職のレベルの底上げを図ることも重要ではないか。**訪問看護の領域では、各事業所の自己評価の評価基準を作っているが、ケアマネジャーの領域でも類似した仕組みを導入するとよいのではないかと。**具体的には、訪問看護では、各事業所が5分類40項目程度の自己評価を実施し、その結果を職能団体が集計して点数化し、平均値を算出した後に、レーダーチャートで各事業所にフィードバックする仕組みが作られている。

・事業所評価については松戸市の例が参考になる。松戸市では、地域包括支援センターに対する事業評価として、事業所による自己評価と行政評価を行い、結果を市のホームページ上で公表するところまでを一連の取組として実施している。**居宅介護事業所を市民が選べるように評価項目を出すことが、利用者の選択を促すものになる。**

社会的自立支援アウトカム尺度 (SIOS)

昭和大学保健医療学部と楓の風が協同開発したアウトカムスケール
社会的自立支援のアウトカム評価 & 適切なアセスメントを行うことができる

SIOS (サイオス)

Social **I**ndependence **S**upport **O**utcome **S**cale
社会的自立支援アウトカム尺度

下位尺度	評価項目	配点	最高点
活動 (Activities)	設問 1 : 移動範囲 (Moving range)	0-5 点	20 点
	設問 2 : セルフケア (Self-care)	0-5 点	
	設問 3 : 家事 (Household tasks)	0-5 点	
	設問 4 : 運動習慣 (Exercise habit)	0-5 点	
参加 (Participation)	設問 5 : 家庭での役割 (Role in the family)	0-10 点	20 点
	設問 6 : 社会参加 (Participation in society)	0-10 点	
主体性 (Identity)	設問 7 : 自己効力感 (Self-efficacy)	0-4 点	20 点
	設問 8 : 他者とのかかわり (Commitment and engagement)	0-4 点	
	設問 9 : 知識と理解 (Knowledge and understanding)	0-4 点	
	設問 10 : 主体的意思決定 (Self-decision making)	0-4 点	
	設問 11 : 自己管理 (Personal control)	0-4 点	

- アンケート形式になっており、援助者が質問し、被援助者が回答する
- これまで情緒的評価が主体であった社会的ケア要素視点を客観的に把握し定量評価
- 回答を通じて被援助者は自らの状況を俯瞰し、より自立した生活への一步を踏み出す
- 被援助者の語りを通じ、援助者が共有、ケアサービスの利用目的を相互にコミットメント
- **ICFに準拠**、援助者の経験資格バイアスの影響を受けずに状況とニーズを把握
- 被援助者の社会的ケア要素視点における最優先援助ニーズを捉えることが可能

ケアマネジメントプロセスの質の確保、向上のための取り組みに関する海外からの示唆

1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度

海外では長期介護制度と地域サービス制度は別制度である

海外では長期介護制度（例：オランダのWLZ・ドイツの介護保険・イギリスの継続ケアサービス）と地域サービス制度（例：オランダのWMO・ドイツの自治体施策・イギリスのソーシャルサービス）は別制度である。

長期介護制度は回復困難者を対象としており、認定給付の範囲で地域の事業者リストから本人・家族が選択してケアサービスの契約をする。

地域支援制度は回復可能者を対象として、地方自治体と本人の合意により確定したサービスについて、地域の事業者リストから本人が選択してケアサービスの契約をする。

介護保険では要介護認定でサービスの方向、給付額が決定され、利用者が事業者を選定する

オランダ、ドイツの介護保険制度は中～重度者および認知症の人を対象を限定しており、オランダではケアのタイプ分け（プロファイル）が示され、ドイツでは在宅の場合、現物給付（サービス）ではなく現金給付の選択が大半であり、いずれもサービスの種類が比較的限定的である。これを前提として、本人・家族が介護保険の地域拠点（オランダは保険会社、ドイツは介護金庫）から示された介護事業者一覧を参考にして事業者を選定し、ケアの内容を確認し、契約する。

2. 海外におけるケアマネジメントプロセスと海外のケア質確保のための一般的な取り組み

海外ではケアマネジャーは存在しないがケアマネジメントプロセスの評価は幅広く行われる

海外の介護保険制度、高齢者支援制度では日本型のケアマネジャーは存在せず、本人による介護事業者の選定が原則である。特定の疾病（認知症、パーキンソン病…）の際におかれるケースマネジャーはサービス事業者内の担当看護師である。オーストラリアのケアマネジャーはケアチームの長である。

しかし、相談支援からモニタリングに至るケアマネジメントプロセスについての質の評価はさまざまな形で行われている。

なお、オランダでは保険会社が医療・介護保険の運営を行っており、きびしい競争下にある保険会社も介護事業者の質の確保・向上の責任を担っている。

介護サービス全般に関して、質の確保はケア標準指標に基づいている
質の確保では、全国的なケア標準指標（スタンダード）が示され、介護事業者には定期的な自己評価が求められる。指標に合わせて、全国また地域単位での質の評価およびその結果報告も行われている。

3. 海外の介護事業検査の実際

介護保険サービスの介護事業検査は専門機関が行い、事前通告なしで公表される
介護事業検査では、政府系の単一専門機関が安全指標やケア標準指標などに基づいて全国の介護事業検査を実施している。それは、事前通告なしで行われ、結果をシンプルなランク付けなどで誰でも見やすいように公表している。検査にあたっては、利用者への聞き取り（利用者宅訪問も含め）を重視している。

4. 地域サービスを中心とした質の向上のためのしくみ（各国の実情）

地域サービス制度では地方自治体は介護事業所の質向上を手助けする努力をしている

地域サービスの質の確保・向上は自治体の責任である。地域サービスにおいては介護保険サービスの介護事業検査を取り入れる場合もあるが、多くは自治体のケア施策の方向（リエイブルメント重視など）に基づいて事業者に目標を明確にして委託すること、また定期的なコミュニケーションによって質の向上を図っている。

5. 社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）

地域サービス制度では近年アセットベースドアプローチを強化し、その評価も重視されている

地域サービスにおいてはアセットベースドアプローチ（本人の資源と地域の資源重視する自立支援の方法）の傾向が近年とりわけ強くなっており、自治体ではケアサービス供給第一ではなく本人と地域の力を基盤として在宅を継続するためのリエイブルメントサービス、社会的処方などが強調されている。

これらサービスの評価に際しては、自治体では医療・長期ケア供給の軽減を中心に政策評価を行い、また研究機関・民間の研修およびスケールを利用した評価を行っている。

利用者の状態像の分類

○委員会では、論点として、海外のように回復・改善可能（自立支援）グループ、回復・改善不可能（現状維持）グループに分けることを提案するべきかについても議論を行った。**回復・改善可能であれば、回復や改善ができたかどうかを評価**することになり、**回復・改善不可能であれば、QOL、Well-beingなどの評価**になると考えられる。

○海外では制度自体が分離されており、図表のとおり、オランダやドイツも、介護保険制度の対象者は基本的に回復・改善が期待されない者である（認定有効期間がない）。回復や改善が可能な高齢者は医療保険や福祉サービスの対象であり、**評価指標も異なる**。

○また、要介護者と要支援者は法令で明確に区分されているが、要支援者でさえ、介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業によって、介護サービスの利用を要しない状態までの回復を含む維持・改善のためのサービスが提供することとされているが、アウトカム指標が設けられていない。それも要支援者の中に回復・改善不可能な者が混在しているからだと考えられる。

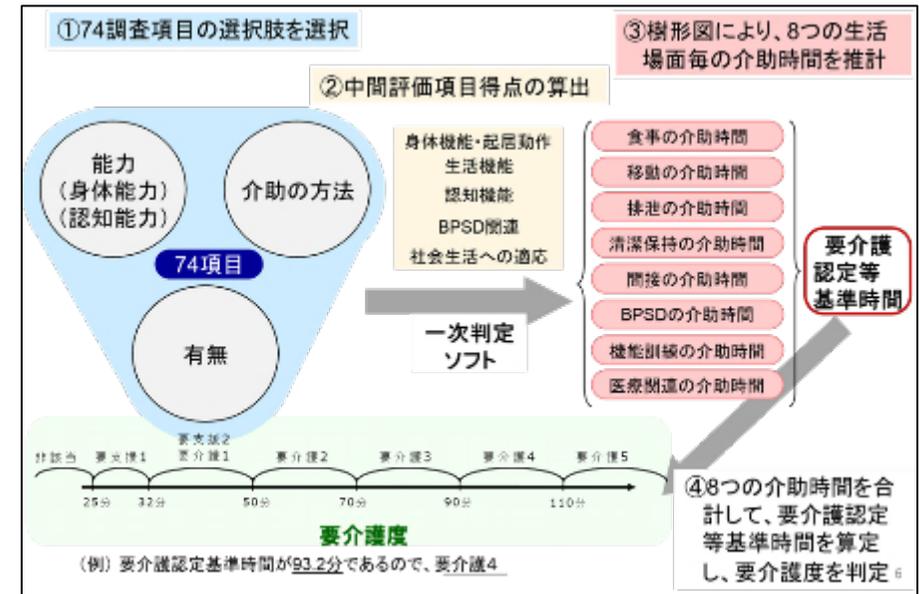
以上から、委員会としては、**同じ要介護度でも様々な状態の高齢者が混在していることが、ケアマネジメントの質の評価を困難にしている要因の一つであると指摘**したい。

図表：各国の要介護認定について

	日本：介護保険	オランダ：長期介護保険 (WLZ)	ドイツ：公的介護保険
判定機関	・保険者（市町村） 介護認定審査会	・CIZ ※保険者は保険会社 アッセラー（390名）	・保険者（介護金庫） MDK
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・7段階認定 ・要支援1～2/要介護1～5 ・介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者を含む程度から中重度までを対象に、区分支給限度額を認定 ・コンピュータ判定（一次判定）後、審査会で二次判定 ・要支援2と要介護1の振り分けのみ、「状態の維持・改善可能性」を判定 ・認定有効期間あり（6ヶ月～36ヶ月） 	<ul style="list-style-type: none"> ・7種類認定 ・VV04～VV10 ・回復が不可能で、継続的なモニタリングや24時間のケアを必要とする高齢者や障害者のみ ・ケアプロファイルを判定（身体疾患、認知症重症度、行動障害、重度身体疾患、リハビリが必要、緩和ケアなどタイプ別判定） ・認定有効期間なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・5段階認定 ・介護度1～介護度5 ・介護度は月125€の負担軽減手当のみ、介護度2～5も部分給付（必要な給付の5～6割程度） ・介護度1を除き、中重度者を対象に給付額（現金給付月額、現物給付月額等）を認定 ・リハビリテーション、予防策の勧告可（ただし、勧告の割合は0.7%） ・認定有効期間なし（ただし、現金給付受給者はモニタリングのため、半年（介護度2、3）ないし四半期（介護度4、5）毎に相談訪問）
評価軸	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定等基準時間（介護の手間） ・行な区分毎の時間の合計 食事/排泄/移動/清潔保持/間接/BPSD 関連/機能訓練/医療関連/認知症加算 	<ul style="list-style-type: none"> ・漏斗状のアセスメントモデル ・ケア状況 ・永続的な観察もしくは24時間のケアの必要性（なければ非該当） ・永続的なケアニーズ（改善/発達/回復の可能性があれば非該当） 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活における自立度と能力（本人に何ができるか、できないか） ※かつては介護の手間だったが、改正

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 事業報告書 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取り組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業より改変

図表：日本の要支援・要介護の認定について



出典：厚生労働省資料「要介護認定の仕組みと手順」

質の指標のあり方

第1部で挙げた、目指す姿、あるべき方向性を前提とし、質の評価指標のあり方について議論を行った。**アウトカム指標について、「介護サービスやケアにおける質の指標」と「ケアマネジメントの質の指標」をどのように整理して検討すべきか**を論点とした。

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会（平成29年10月12日）において、介護サービスは「利用者が自らの希望に基づいて」選択するものとされ、**「サービスタイプの選択」「サービス提供事業者の選択」「サービス提供頻度の選択」「当該事業者におけるサービスの具体的内容の選択」等の各段階での選択の支援のためのエビデンスの蓄積が必要**とされている。

（それぞれ一部抜粋）

● 基本的な問題意識について

介護保険制度は、「措置から選択へ」の趣旨のもと、利用者が自らの希望に基づいて介護サービス事業者を選択し、サービスを利用することとなっている。利用者のニーズに対応して多様なサービスタイプが用意され、また個々のサービスタイプの中で、サービスに独自の工夫を行っている事業者も多い。

利用者による介護サービス選択は、

- ・サービスタイプの選択
- ・サービス提供事業者の選択
- ・サービス提供頻度の選択
- ・当該事業者におけるサービスの具体的内容の選択

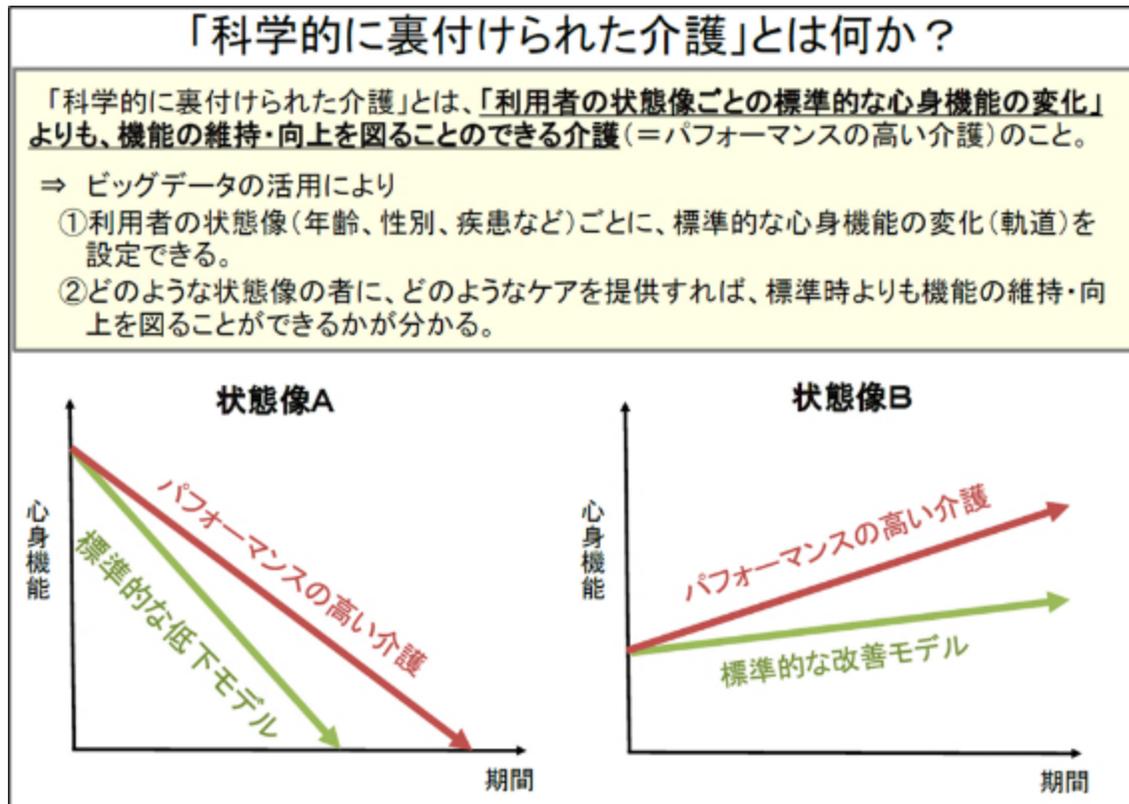
等の段階があり、それぞれの段階について、選択の支援に活用できるエビデンスを蓄積していくことが考えられる。

質の指標のあり方

科学的に裏付けられた介護とは、「標準的な心身機能の変化よりも機能の維持・向上を図ることができる介護」とであるとされている。

一方で、介護分野においては、目指す方向性として、医療における「治療効果」など関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在しうることに留意が必要である。

図表17-1：科学的に裏付けられた介護とは



(それぞれ一部抜粋)

2 科学的裏付けに基づく介護について

- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、
- ①エビデンスに基づいた介護の実践
- ②科学的に妥当性のある指標等を現場から収集、蓄積し、分析すること
- ③分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進といった、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護(以下「科学的介護」という。)を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。

○一方で、**介護分野においては、目指す方向性として、医療における「治療効果」など関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在しうることに留意が必要**である。

○また、科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。

○したがって、科学的介護を推進していくにあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要である。

出典：「科学的に裏付けられた介護」を基盤とした介護サービスの適正化 資料2-1

質の指標のあり方

○これまで介護支援専門員は、介護サービスのエビデンスが示されておらず、関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在しない中で、それぞれがアセスメントに基づいてどのような支援が必要かを導き出し、その必要な支援に合わせてサービス類型や事業者等の提案をしてきたのである。となれば、これまでケアマネジメントの質の指標を定めることができなかったのは当然であるし、もっと言えば、ケアマネジメントの質の向上を介護支援専門員個人に求めること自体に無理があったと思われる。だから、その対応として、個別ケースごとに多職種の見解の活用（地域ケア会議など）が推進されてきたのだろう。

○また、平成27年度に要支援者の訪問介護、通所介護が介護予防・日常生活支援総合事業に移行され、機能訓練を中心とした従来の介護予防から、社会参加や活動を重視する新しい介護予防が推進されることになった。中重度者においても、より一層の医療介護連携の推進、高齢者の権利擁護、認知症施策大綱の整備、看取りへの取組なども進められている。近年は高齢期の人生の価値観にも変化が表れ始め、ウェルビーイング向上、ウェルネス、ポジティブヘルスなど、新しい健康概念が高齢先進諸国で議論されるようになった。その概念の広がりとともに、諸外国でも医療と社会的ケアの融合やチームアプローチに注目が集まっている。

○このように考えると、海外の地域サービス制度における介護サービスの質の確保策が参考になる。すなわち、海外の地域サービスにおいて質の確保・向上は「自治体の責任」とされているということである。自治体のケア施策の方向に基づいて目標を明確にして事業者へ委託し、また、定期的なコミュニケーションによって質の向上を図っている。さらに、近年、アセットベースドアプローチの傾向がとりわけ強くなっており、自治体ではケアサービス供給第一ではなく、本人と地域の力を基盤として在宅を継続するためのリエイブルメントサービス、社会的処方などが強調されている。

以上から、我が国でも、その自治体で行われているケアマネジメントをマクロ（地域）で評価する仕組みや指標の検討が必要と考えられる。介護支援専門員個々のケアマネジメントの質の向上を図るためにも、まず自治体がケア施策の方向性を明示することが重要であり、その方向性に基づいて地域のケアマネジメントの質を評価して関係者で共有し、PDCAを回していく体制を構築する必要がある。

介護支援専門員はケアプラン点検でプロセス評価

○ケアマネジメントの質の評価の仕組みとしては、介護保険制度上は主に、「監査」、「ケアプラン点検」、「地域ケア会議」が挙げられるが、ケアプランが適切なプロセスを経て作成されているかを評価するためには、**「ケアプラン点検」の活用が重要**であろう。

ケアプラン点検は、地域によって様々な方法が採られているが、**東京都の「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」**のような、**介護支援専門員の自己点検にも、保険者によるケアプラン点検にも活用できるツールが参考になる。**

○評価に要するコストを考えると、評価者として第三者機関を想定するのは現実的ではなく、地域のケアマネジメント全体の質を協働で進めていくという意味でも、**介護支援専門員や居宅介護支援事業所の自己点検、自己評価をベースとし、自治体や地域包括支援センターのケアプラン点検担当者等との「対話を中心」にした評価体制**の検討が必要だろう。

○加えて、ケアマネジメントに本来、組み込まれている評価の仕組みとも言える**「サービス担当者会議」の有効活用のほか、入退院時など日頃が多職種連携、個別事例の地域ケア会議による規範的統合など、既にある仕組みが形骸化していないか、いかに効果的に活用していくかの検討も必要**となろう。

また、今後、介護支援専門員に期待されていることなどを踏まえれば、ソーシャルワーク機能や利用者・家族へのエンパワメント、複数の専門職によるケアプランへの関与などの評価も必要になる。

○**「監査」で評価できるのは「基準を満たしているか」、「書類が整っているか」といった「質を保証」するために最低限のことに留まり、それが満たされていないのであれば指定取消という強い姿勢が求められ、海外のように抜き打ちでの実施も検討されるべき**と考える。

ケアマネジメントの質の指標の提案

地域ケアマネジメントのロジックモデル

