

REPORT III

適正な報酬体系が担う「ケアマネジメントの質」

- 介護報酬2006年4月改定が目指すべきもの -

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

介護保険の在宅サービスは、原則として介護支援専門員が作成するケアプランに基づいて利用することになる。ケアプランとは、訪問介護（ホームヘルプサービス）や通所介護（デイサービス）等の12種類の在宅サービスを要介護高齢者の身体状況、痴呆の有無等に応じて組み合わせたものである。このケアプラン作成を中心とする要介護高齢者の在宅生活全般を支援する一連の作業を「ケアマネジメント」といい、その対価は居宅介護支援費として居宅介護支援事業者に保険給付される構造となっている。

「ケアマネジメントの質の向上」は、制度施行当初から言われ続けている課題の一つであるが、在宅サービスを利用する要介護高齢者が右肩上がり拡大することが予測される今後、かかる課題は最重要のテーマとなる。

在宅の要介護高齢者のケアマネジメントを担当するのは介護支援専門員である。したがって、ケアマネジメントの質の向上とは「介護支援専門員の能力・技術の向上」と置き換えることができる。国や自治体（保険者等）においては、現任研修等の実施や居宅介護支援事業者の運営基準の改正、ケアマネジメントリーダー制度の

導入等、様々な取り組みがなされてはいるが、いずれも明確な成果が得られていない状況にあるといえる。

本稿では、ケアマネジメントに対する報酬、すなわち、居宅介護支援費の側面からかかる課題について考察する。

2. 現行報酬体系の問題点

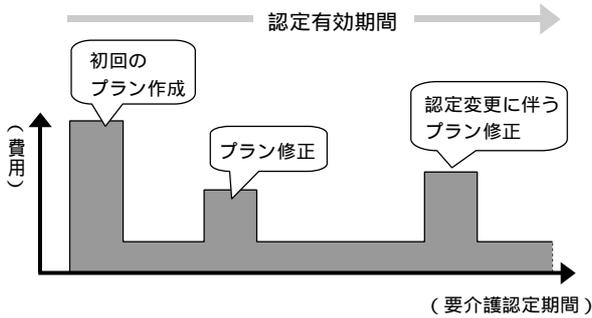
(1) 居宅介護支援費の成立過程

介護保険制度では、ケアプランに基づく在宅サービスの利用や支給限度額管理等といった形で、ケアマネジメントの概念が制度上の仕組みとして初めて導入され、それに対する評価方法（報酬体系）も新規に設計・設定された。

他の在宅サービスは、制度創設前から措置費（福祉サービス）や診療報酬（医療サービス）において一定の評価水準が存在していたが、ケアマネジメントについては、その費用構造や評価方法の根本からの検討が行われた。

介護報酬の設計段階における居宅介護支援の費用構造（図表 - 1、2）および、その評価の考え方は以下の通りである（図表 - 3）

図表 - 1 居宅介護支援の費用構造



(資料) 介護報酬の主な論点と基本的考え方(案)
1998年10月26日 医療保険福祉審議会介護給付費部会

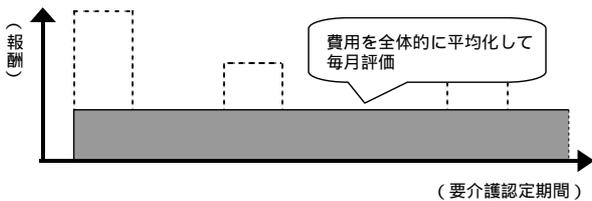
図表 - 2 費用の要素

- 計画作成のための訪問調査
- 課題分析およびサービス計画原案の作成
- サービス担当者会議の開催
- サービス事業者との連絡調整・情報交換
- サービス提供の継続的な管理
- サービス計画の修正
- 要介護者・家族に対する情報提供および説明

(資料) 介護報酬の主な論点と基本的考え方(案)
1998年10月26日 医療保険福祉審議会介護給付費部会

図表 - 3 居宅介護支援費の設定の考え方

【考え方1 毎月の平均的評価】



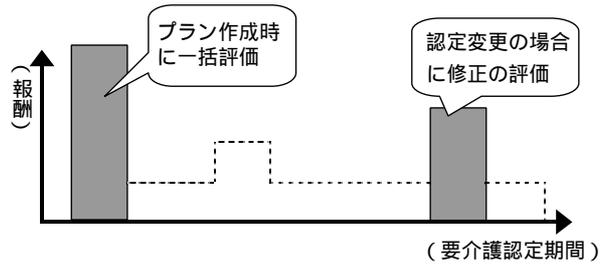
主なメリット

- ・個別業務量に左右されず安定的な事業収入確保

主なデメリット

- ・必ずしも費用と報酬が正確に対応しない
- ・状態不安定な場合など、頻回な計画変更にかかる費用の評価がなされない

【考え方2 プラン作成時の一括評価】



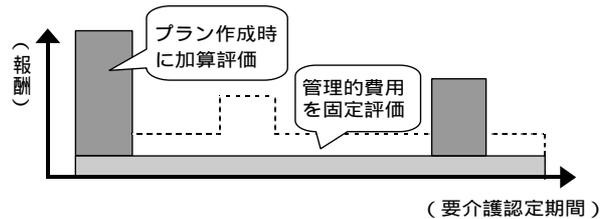
主なメリット

- ・費用請求事務が毎月発生しない
- ・必要性の低い計画変更を招く恐れがない

主なデメリット

- ・継続的な管理が疎かになる可能性がある
- ・計画修正の評価を目的とした、認定の変更申請が増える恐れがある

【考え方3 毎月固定評価+プラン作成時に加算】



主なメリット

- ・費用発生実態に近い報酬構造となる
- ・軽微な修正を誘発する恐れがない

主なデメリット

- ・計画作成のない時期の費用発生根拠を明確にする必要がある

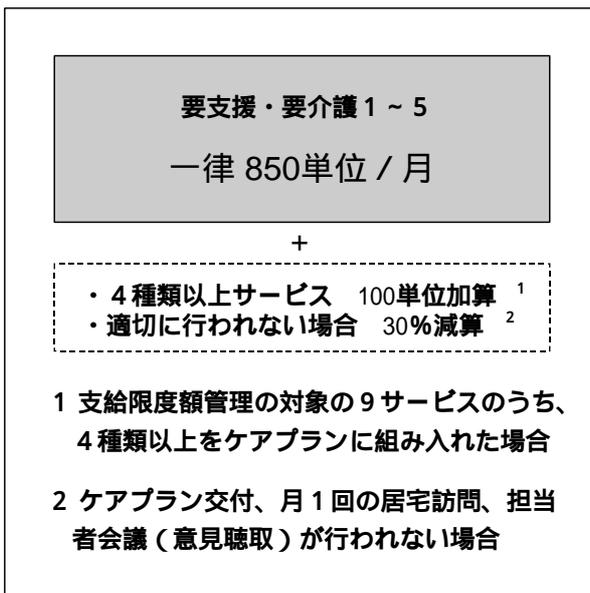
(資料) 介護報酬の主な論点と基本的考え方(案)
1998年10月26日 医療保険福祉審議会介護給付費部会

様々な評価方法の検討の末、当初の介護報酬は、居宅介護支援の要素とされる一連の過程に要する費用について平均化し、毎月一定額の評価とする考え方(考え方1)を基本に要介護度による段階評価として設定された(要支援・要介護1「650単位/月」、要介護2・3「720単位/月」、要介護4・5「840単位/月」)。

2002年4月の介護報酬改定では、ケアマネジ

メントにかかる業務量等の差異を要介護度による3段階の区分は適格に反映できていないとの理由により、要介護度別の段階評価が廃止され、居宅介護支援費は原則として一律の包括評価とされた。(利用者の要介護度にかかわらず「850単位/月」、図表-4)

図表-4 現行の居宅介護支援費
(2003年4月改定)



(2) 居宅介護支援費の構造的な問題点

現在の居宅介護支援費は「在宅要介護者の属性」および「発生する費用の時期」の二重の意味において、平均的かつ包括的な評価となっている。すなわち、どのような状態の在宅要介護者に対して、どのようなマネジメントを行っても、平均的・包括的な一定評価に止まるということになる。

担当する利用者数に応じた安定的な金銭的評価が確保される一方で、介護保険制度の本質とされる「要介護高齢者の個別性の尊重」について、介護支援専門員の属人的な技術力や人間性に頼る脆弱な制度設計になっていると言わざるを得ない。介護支援専門員が必要な利用者に必要なレベルのケアマネジメントを行うための制度的環境が整っていないのである。

また、評価方法のみならず、給付管理票の作成が報酬算定要件となっている点等、制度運用面の問題もある。介護支援専門員に求められる役割・業務が単なる給付管理業務に止まらない以上、一部分の業務のみを要件として評価するという制度設計は、介護支援専門員自身にもケアマネジメントの内容(この部分までであればいい)や水準(この程度のレベルのマネジメントで十分)等の誤解を生じさせる結果となりかねない。

3. 報酬体系の再設計

ケアマネジメントの質の向上を実現するために、前述した居宅介護支援費の「包括的評価」、介護支援専門員の「業務」にかかる問題点を乗り越える新しい報酬体系について考察する(図表-5)

(1) 利用者特性部分

ケアマネジメントは在宅の要介護高齢者の特性に量的・時期的に影響される。すなわち、身体・精神状況(ADL、痴呆、医療ニーズ等)や生活環境(介護者の有無、居住地等)などの要素が、介護支援専門員の業務レベルに大きな差異をもたらすこととなる。とすれば、その報酬上の評価についても「利用者特性」に応じた段階的な評価を導入することが望ましい。

具体的には、ケアマネジメントに量的・時期的差異を生じさせる特性を、一定の要素で分類し、評価の段階区分を設定することになる。ただし、直接的なケア(在宅サービス)とケア「マネジメント」の違いを踏まえ、あくまでケアマネジメントにかかる量的・時期的差異として検討することが重要である。すなわち、従前の要介護度による抽象的な区分ではなく、ケア

マネジメント業務の量と時期を決する要素を基礎とし、かつ、適正な段階区分差を設定することにより、実質的な利用者特性評価となるものとする。

また、現在、居宅介護支援費の実質的な算定要件となっている給付管理票の作成については、給付管理票の作成を伴うサービスを利用する利用者の特性と考えれば、前述の段階区分の一要素として捉えることができるであろう。とすれば、給付管理票の作成を制度上要さない要介護高齢者に対するケアマネジメントについても業務に応じた相当の評価を行うことが可能となる。

(2) 個別部分

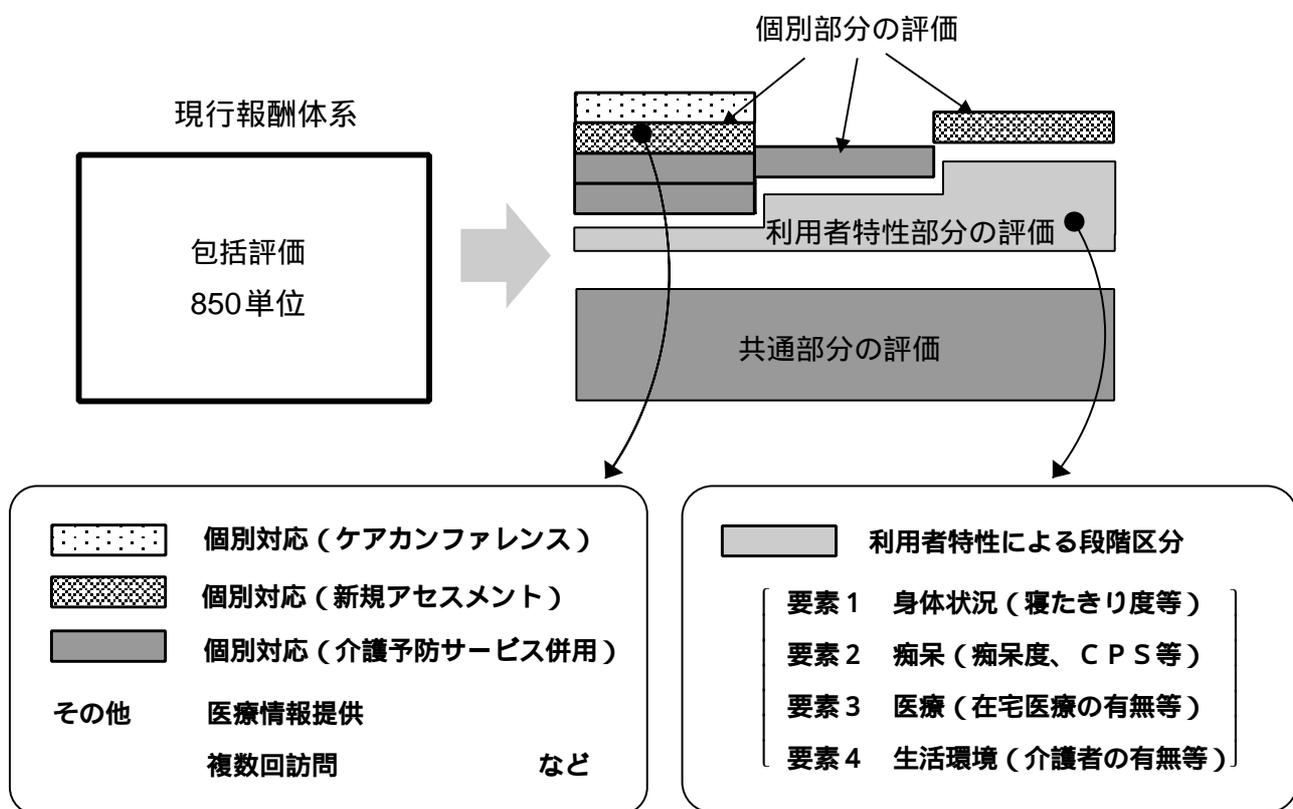
ケアマネジメント業務には、利用者の個別性に着目し、必要に応じて行われる業務が存在する。運営基準上一律に行うよう規定されるケア

カンファレンス（サービス担当者会議）も、状態変化時、更新認定時等の対応で足りると考えられる業務は、実施された場合に「個別」に評価することが望ましい。介護予防サービス（または社会資源サービス）との併用にかかる調整や急変時等における医療機関との連携なども同様の考え方ができる。

利用者の個別性に対応して行われるこれらの業務を包括的に評価するのではなく、その頻度、費用、レベルに応じて評価することが、利用者の個別性の尊重に資するケアマネジメントを担保することになると考える。

2004年8月を目途に取りまとめが予定される制度見直しの議論においては、介護支援専門員が、介護予防プログラムのマネジメントや障害者に対するケアマネジメント等の役割を果たす可能性にも触れている。ケアマネジメント対象者の多様性・個別性が益々増大することが

図表 - 5 新しい報酬体系イメージ



予測される中、質の向上を一方向的に介護支援専門員に求めるだけでなく、多様性・個別性に対応する評価方法の確立を急がねばならない。

(3) 共通部分

そして、利用者特性部分および個別部分の適正な評価の前提となるのが、「共通部分」の評価である。全ての利用者に共通する業務、具体的には給付管理にかかる事務的業務、サービス契約事務、などが想定される。

かかる共通部分については一律包括評価が妥当であり、現行の評価のどの程度の割合を占めているかを踏まえ、その評価水準（例えば現行単位数の50%程度など）を決定すべきである。

以上のような居宅介護支援費の再設計は、利用者の個別性に対応したケアマネジメントを実現するための前提といえる。必要な業務に対して相当の報酬上の評価を行う仕組み作りこそが「ケアマネジメントの質の向上」に直接的効果を発揮するのではないだろうか。

4. . 利用者からの評価

(1) 利用者負担の導入

居宅介護支援費は介護保険サービスの中で10%の利用者負担の設定がない唯一のサービスである。現在、自らのケアプラン作成等一連のケアマネジメントについて、月々8,500円が介護保険給付として居宅介護支援事業者に支払われていることを認識している要介護高齢者・家族がどのくらいいるであろうか。負担のないところにサービス選択の視点は期待できない。とすれば、選択されるための「質の高いケアマネジメント」の意識も同様であろう。

適正な報酬上の評価に併せて、利用者の選択を動機付ける「利用者負担の導入」を行うべき

である。支給限度額との関係や半強制的な負担となるといった予測されるテクニカルな問題に対しては、例えば、要介護認定有効期間の初回月のみ利用者負担ありとする、支給限度額管理の対象外とする、利用者特性部分および個別部分のみについて利用者負担ありとする、等の方法によっていかようにも回避しうる。

10%の利用者負担に耐える質の高いケアマネジメントを提供することは、介護支援専門員としての責務である。

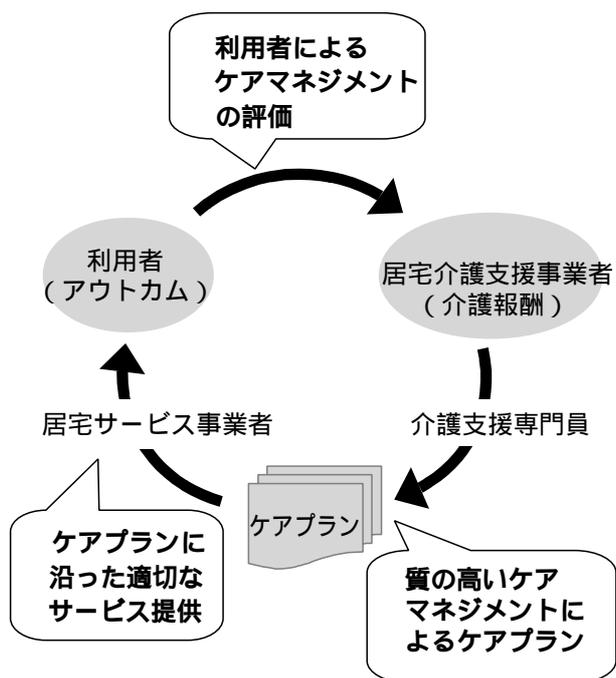
(2) アウトカム評価

利用者からの評価のもう一つの軸となりうるのが、利用者のアウトカムに基づくケアマネジメントの評価である。すなわち、「そのケアプランをどのようなプロセスで作成したのか」ではなく、「そのケアプランによって要介護高齢者の生活はどのようになったのか」に着目し、成果を挙げた（要介護高齢者の生活目標を達成した）ケアマネジメントを評価するという考え方である。

介護またはケアマネジメントによる利用者のアウトカムは、医療におけるそれ（疾病の治癒）とは異なり、目標設定や効果測定において困難を伴う。しかし、制度施行4年を経た現在、ケアマネジメントにかかる業務を網羅的に抽出し体系化した項目による自己評価に止まることなく、利用者のアウトカムに資する業務を標準化し、評価軸とする試みが必要であろう。

介護保険サービスが「誰の」「何の」ために提供されるのかという原則に立ち返るとき、ケアマネジメントの質の評価を在宅サービス利用者のアウトカムから帰納的に考え、報酬上のインセンティブを付与することも自然な発想であろう（図表 - 6）。

図表 - 6 アウトカム評価の可能性



5. おわりに

ケアマネジメントは、在宅サービス利用の要である。個々の在宅サービスの質が担保されていることももちろん必要であるが、利用者の個別性に応じた質の高いケアマネジメントによって、在宅サービスはよりその効果を発揮する。そのためには、まずは質の高いケアマネジメントを行う環境が確保されなければならない。そして、将来的には質の高いケアマネジメントが、「質」を享受する利用者から評価を受け、その評価にインセンティブが伴うことが必要であろう。「ケアマネジメントの質の向上」を達成するには、「適正な介護報酬体系による環境整備」、「利用者による評価の導入」とともに、三者が有機的に作用し自転していく仕組み作りが必要である。

2004年10月には2回目の介護報酬改定の審議がスタートするが、包括的評価の拡大縮小のみに着眼した財政論に終始してはならない。「ケ

アマネジメントの質の向上」という本質的課題を介護支援専門員の資質や自己研鑽に委ねるのではなく、適正な介護報酬体系の構築と利用者による評価の導入によって制度的に担保するシステム作りに向けた第一歩を踏み出さなければならない。

介護報酬の2006年4月改定は「ケアマネジメントの質の向上」の鍵を握っている。