

基礎研 レポート

介護保険の「ローカルルール」 問題をどうすべきか 国による一律規制にとどまらない是正策を

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

1—はじめに～介護保険のローカルルール問題を考える～

自民党内で介護保険の「ローカルルール」を見直す動きが進んでいる。介護保険制度におけるローカルルールとは、制度を運用する市町村ごとに書式、法令・通知の解釈などが異なることである。ローカルルールの存在は以前から一部で論じられていたが、介護事業者の事務負担を増やしているとして、その是正を通じて介護現場の生産性を上げる議論が持ち上がっている。確かに国が介護報酬の単価や施設・人員基準を設定している現行制度の下で、市町村ごとにルールや判断が違うのは奇怪に映るし、解釈・運用に関する国と市町村の齟齬から生じる不条理なルールの存在が事業者の負担増に繋がっている可能性は想定できる。

しかし、介護保険は元々、市町村を保険者（保険制度の運営主体）とし、法令に違反しない限りは市町村に裁量を与える「自治事務」に位置付けられた経緯があり、市町村の独自の判断が前提となっている面もある。さらに、ローカルルールが起きるプロセスは様々であり、国が一律に規制するだけで解決するとは考えにくい。

本レポートは介護保険のローカルルールを巡る経緯や議論を考察することで、ローカルルールが発生する理由を「国からの情報伝達の不足」「市町村の知識の不足」「市町村の意思」に整理する。その上で、国による書式・プロセスの統一の徹底や第三者機関の設置などを求める業界団体の提案を紹介するとともに、私見として「制度の簡素化」「ローカルルールの透明化」の重要性も指摘する。

2—介護保険のローカルルールを巡る議論(1)～老施協の指摘～

ローカルルールについては、必ずしも実態や全体像が明らかになっているとは言えないが、その是正を論じているのは、自民党厚生労働部会に設置された「国民起点プロジェクトチーム」である。ここではローカルルールが介護サービス事業者の事務負担を増やしているのではないかという考え方の下、業界団体に対するヒアリングなどを実施している。ヒアリングでは、特別養護老人ホームなどを運営する事業者で構成する全国老人福祉施設協議会（以下、老施協）は「介護現場では事故等の訴訟や、自治体側の責任回避の観点から、国が求めている以上の様式作成を行っている事業所も多くあります」として、「介護職員処遇改善加算の書類」「介護従事者に対する聞き取り」「報酬請求文書の保存

期間」についてのローカルルールを挙げた¹。その内容は以下の通りである。

【介護職員処遇改善加算の書類】

介護職員の給与を上乗せする「介護職員処遇改善加算」について、事業者が市町村に報酬を申請する際、多くの市町村は事業所単位で見た給与総額を報告するよう求めているのに対し、一部の市町村は「職員個人単位で給与がどれだけ改善したか」についても資料の提出を義務付けており、介護現場の事務負担を増やしている。

【介護事業者に対する聞き取り】

事件性はないにもかかわらず、介護従事者を別室に呼び出し、聞き取り内容の全てを文書に記録、署名、押印まで求める指導例がある。

【報酬請求文書の保存期間】

事業所の指定基準は文書保存義務を2年としているのに対し、公文書の保存期限や自治体の返還請求の時効消滅年限に沿って、文書保存義務を条例で5年と定めている保険者が多い。このため、事業者は実質的に3年間、過剰な期間の文書保存を求められている形になる。例えば市町村は「2015年度に請求があった報酬の加算に疑義があった」として、2019年度からさかのぼって、報酬の返還を請求できるため、「過剰な3年間」で市町村の判断が変わった場合、事業所としては対応できない。

ただ、ローカルルールが話題になったのは今回だけではない。最近では介護保険と、それ以外のサービスを組み合わせる「混合介護」の拡大を巡る議論でも焦点となった²。以下、その経緯や論点を見てみよう。

3——介護保険のローカルルールを巡る議論(2)～混合介護の解釈ルール

「(注:ルールの解釈が)まちまちであるために、事業者が多様な組み合わせたサービスを提供できない」——。政府の規制改革推進会議では2017年5月、こんな意見が話題になっていた³。つまり、自治体ごとに異なる運用が「混合介護」の拡大のハードルになっていると問題視したのである。

ここで「混合介護」の議論を簡単に整理すると、そもそも介護保険制度では、利用者の多様なニーズに対応するための方策として、保険サービスと、それ以外のサービスの組み合わせを認めてきた。

その一例として図1のような「訪問介護の前後に連続して自宅で保険外サービスを提供するサービス利用」を考える⁴と、訪問介護サービスでは日常ゴミを出せるが、粗大ごみの処分は認められていない。このため、日常ゴミの処理など制度的に認められている支援を訪問介護サービスの時間帯で、制

¹ 2019年2月20日の全国老人福祉施設協議会「介護サービス事業者の事務負担等の軽減について」、『シルバー新報』2019年3月1日を参照。

² ここでは詳しく述べないが、訪問介護に関する大阪府独自のローカルルールが国会で話題になった経緯がある。第169回参院厚生労働委員会会議録2008年5月20日などを参照。

³ 2017年5月23日、第18回規制改革推進会議終了後記者会見議事概要を参照。

⁴ このほかの「混合介護」の形態として、要介護度に応じて設定されるサービス利用額の上限(区分支給限度基準額)を超えたとしても、超過分を全額自己負担すれば、上限から外れる保険外サービスと保険サービスを一緒に利用できる。

度では認められていない支援を保険外サービスの時間帯で、それぞれ実施することが可能である。

だが、公正取引委員会は2016年9月の報告書で、同じ時間帯で一体的に組み合わせる「混合介護の弾力化」を提案し、その際に介護事業者に対するアンケート調査結果として、26.5%の株式会社と16.2%の社会福祉法人が「保険サービスと保険外サービスの併用に係るルールが曖昧であること又は地域差があること」と答えたことを明らかにした⁵。さらに、先に触れた通りに規制改革推進会議でもローカルルールの存在が話題になり、こうした議論を踏まえて、厚生労働省が自治体に対する実態調査を実施した⁶。

それによると、図1のような「訪問介護の前後に連続して自宅で保険外サービスを提供するサービス利用」に関して、自治体に対応状況を問うたところ、図2の通りに「不可とする」団体が0.8%あり、僅かながらローカルルールとして図1のようなサービス提供を認めていない事例があった。一方、「訪問介護と保険外サービスの区分・区切り

が明確となるような提供手順・方法とすること」を求めている団体が95%を超えた。

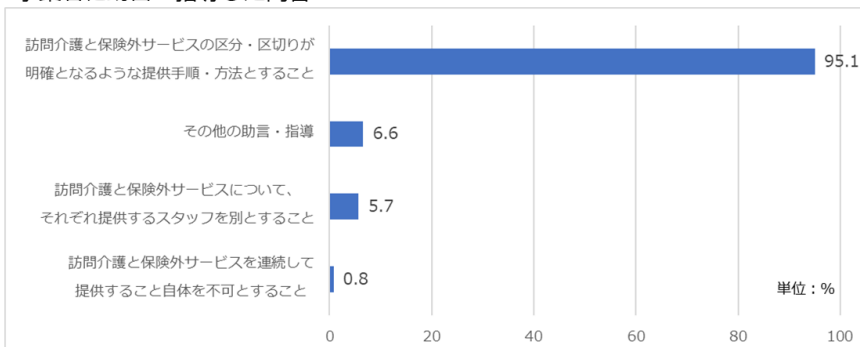
さらに、調査では「区分・区切り」を明確にするための指導・助言も尋ねており、図3のような結

図1：混合介護の一例



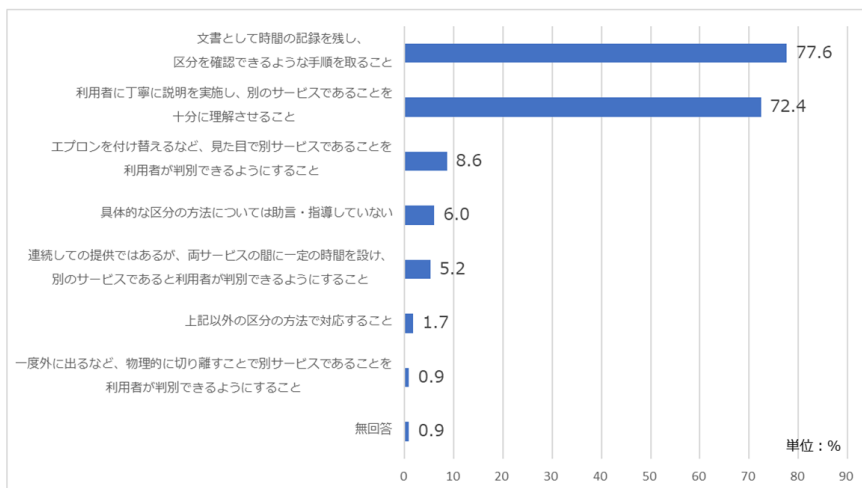
出典：日本総合研究所（2018）「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業報告書」（2017年度老人保健健康増進等事業）を基に作成
注：「訪問介護の前後に連続して自宅で保険外サービスを提供するサービス利用」の場合。

図2：訪問介護の前後に連続して自宅内で保険外サービスを提供することについて、事業者に助言・指導した内容



出典：日本総合研究所（2018）「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業報告書」（2017年度老人保健健康増進等事業）を基に作成
注1：複数回答可。
注2：回答数は保険者、都道府県の計122件。

図3：訪問介護の前後に連続して自宅内で保険外サービスを提供するサービス利用に際し、両サービスの区分の方法で具体的な内容の助言・指導



出典：日本総合研究所（2018）「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業報告書」（2017年度老人保健健康増進等事業）を基に作成
注1：複数回答可。
注2：回答数は保険者、都道府県の計116件。

⁵ 公正取引委員会2016年9月「介護分野に関する調査報告書」を参照。回答数は株式会社238件、社会福祉法人173件。

⁶ 厚生労働省の委託を受けた日本総合研究所（2018）「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業報告書」（2017年度老人保健健康増進等事業）を参照。

果となった。具体的には、「利用者に丁寧に説明を実施し、別のサービスであることを十分に理解させる」「文書として時間の記録を残し、区分を確認できるような手順を取る」という回答が7割以上に及ぶ一方、それ以外でも「エプロンを付け替える」「一度、外に出る」という回答が見受けられる。

こうした指導・助言に対し、利用者、ヘルパーが心理的な負担を感じている可能性は容易に想像できる。具体的には、訪問介護の現場ではヘルパーと利用者の信頼関係の下、日常生活の支援や身体介助が実施されており、ヘルパーが支えるのは利用者の生活そのものである。それにもかかわらず、保険サービスと保険外サービスの区分を生活に持ち込み、何らかの形で不連続を生じさせていることを考えれば、現場の利用者やヘルパーがルール必要性に疑問を持つのは当然の感情である。

しかし、保険財政を運営する市町村が「利用者から見た分かりやすさ」を区分の根拠にしつつ、「保険給付かどうかの範囲を区分けしたい」と判断することも理解できる。確かにエプロンを着け替えるように指導・助言され、例えば現場のヘルパーが「保険サービスの時は赤いエプロンを着用し、保険外サービスの間は白いエプロンに変える」といった運用を強いられるのは一見するとバカバカしいかもしれないが、独自の解釈・運用を加えることを通じて、保険者の立場で分かりやすい区分を求める自治体のスタンスが一定の合理性を持っているのも事実である。現に2018年9月に示された国の通知でも、利用者の同意や居宅サービス計画への記載、費用請求の別扱いなどとともに、「利用者が別サービスであることを認識できるような工夫を行う」旨を事業者へ順守させる必要性に言及している⁷。

以上のように考えると、ローカルルールは様々な場面で見られることが分かる。こうした多岐に渡るローカルルールの解消策を考える上では、発生する理由の分析が欠かせないだろう。以下、その考察を試みる。

4——ローカルルールが生まれる理由の考察

1 | 国・市町村の権限関係の整理

ローカルルールが発生する理由を考察する前に、介護保険を巡る国・自治体の権限を簡単に整理しておこう。介護保険制度が2000年度に創設された際、「地方分権の先駆け」と見なされ、法令に違反しない限り、保険者である市町村に自主的な判断を委ねる「自治事務」と位置付けられた。

しかし、国の権限は大きく、法改正を含めて全体的な制度を定めているほか、▽介護事業者に支払われる介護報酬の単価、▽加算の取得に必要な人員・施設基準——などを決定している。特に介護報酬について、3年に一度の見直しのタイミングでは介護報酬の単価や加算などを細かく定めた膨大な資料が厚生労働省から公表されており、これを基に事業者は厚生労働省に対し、加算取得に必要な条件や要件を確認している。それだけでなく、事業者の問い合わせに答える資料として、「Q&A」と称する疑義解釈が厚生労働省から公表されている。

一方、市町村は保険者として、▽65歳以上高齢者に課す保険料の設定、▽要介護認定の業務、▽財政運営に必要な介護保険事業計画の策定、▽サービス事業者への給付、▽高齢者から相談を受け付ける地域包括支援センターの設置と運営——などを実施しているほか、住み慣れた地域での暮らしを支

⁷ 2018年9月28日「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱いについて」。

援する「地域密着型サービス」など一部のサービスについては、事業所の指定権限も有している⁸。さらに、軽度者（要支援1～2）の訪問介護、通所介護を地域主体に移管する形で、2017年度から本格スタートした「介護予防・日常生活支援総合事業」（新しい総合事業）では、市町村の判断で報酬や人員基準を設定できるようになった。

こうした関係性の下、制度の円滑な運用に向けて国と市町村は緊密な連携が求められるが、ローカルルールが発生するのは解釈・運用について、国と市町村の間で何らかの齟齬が生じているためである。では、その齟齬はなぜ生まれるのであろうか。

2 | ローカルルールが発生する理由

第1に考えられる理由としては、法令に関する国の解釈・運用が現場の市町村に徹底されていない可能性である。この結果、市町村が国の解釈・運用を知らず、事業者から見れば国の解釈・運用とは異なるルールを強いられている可能性がある。これは言わば「国から伝達される情報の不足」に起因している。

第2の理由として、市町村サイドの理解が不足している可能性である。国の解釈・運用を十分に理解しておらず、国の考え方と反する形で独自に運用してしまうケースである。これは「市町村の理解不足」に原因を求めることができる。先に触れた図1のようなケースを認めない市町村の判断は「市町村の理解不足」に理由を求められるであろう。

第3に、混合介護を巡る議論で見た通り、市町村が独自の判断でルールを設定している可能性である。国から解釈・運用に関する考え方が十分に伝わり、現場の市町村職員が十分に理解していたとしても、保険財政を預かる市町村が独自にルールを設定することは考えられる。これは「市町村の意思」の問題となる。

以上を踏まえると、ローカルルールが発生する理由としては、「国からの情報伝達の不足」「市町村の知識の不足」「市町村の意思」という3つに整理できる。しかし、これまで見た通り、ローカルルールは様々な場面で見られ、その内容は多岐に渡る。さらに、この3つの理由はそれぞれが独立しているわけではなく、2つないし3つが絡み合っている可能性も想定され、対策を考える上では発生理由を分析した上で、個別事象に応じて丁寧に対応する必要がある。中でも3点目については、国の議論から見落とされる可能性があり、もう少し角度を変えて考察を深める。

3 | 介護保険制度の基本的な考え方

まず念頭に置かなければならないのが介護保険制度の基本的な考え方である。先に触れた通り、介護保険は法令に違反しない限り、市町村に広範な裁量権を委ねている「自治事務」であり、国が示す通知は本来、「技術的助言」に過ぎない。つまり、自治体は通知に従っても良いし、従わなくても良いのである。この枠組みの下では、法令に反しない限り、市町村がローカルルールを作ることは何の支障

⁸ 介護保険制度の運用に際しては、都道府県も事業所指定権限の多くを有しているが、ここでは国と市町村の関係に議論をとどめる。さらに細部の解釈・運用について、事業者や事業者団体が都道府県や市町村に確認すると、何らかの形で自治体は回答せざるを得なくなり、こうした事業者サイドのリスク回避的な行動がローカルルールを作り出している可能性も想定されるが、ここでは言及しない。

もないことになる。さらに介護保険サービスに関する施設基準などについても、「従うべき基準」、「標準」、「参酌すべき基準」の3つの規制レベルがあり、参酌すべき基準については、自治体が条例として定めることも可能であり、裁量の幅は広いと言える。

このほか、先に触れた通りに「介護予防・日常生活支援総合事業」（新しい総合事業）は市町村の判断で報酬や人員基準を設定できる仕組みであり、この制度の下では市町村ごとに解釈・運用が異なることを是認している面がある。

ローカルルールのは正策を考える上では、こうした介護保険制度の特性を踏まえる必要があり、国が上から抑え付ける中央集権的な選択肢だけでは自治体の裁量を失わせる危険性がある。

4 | ストリート・レベルの行政職員

さらに、ケアの現場は生活そのものであり、国が細かい問題の全てを一律に決めることは極めて難しい点にも留意する必要がある。つまり、日常的に様々な問題が起きている中で、どんなに国が規制したとしても細部の運用は現場に委ねざるを得ず、現場の最前線に立つ市町村の公務員には裁量の余地が生まれる。

このように現場で制度・政策の運用に裁量的に携わる公務員について、社会学や行政学では「ストリート・レベルの行政職員（street-level bureaucracies）」と呼ぶことがある⁹。それによると、ストリート・レベルの行政職員は現場に近いところで独立的に執務している人々のことを指し、現場での運用に広範な裁量権を持っているとする。そして、こうした人達は現場の人的・時間的な資源制約を勘案しつつ、「エネルギー振り分けの裁量」「法適用の裁量」を働かせるとする。

中でも、前者については、限られた勤務時間とエネルギーをどの業務に振り向けるか、自分達自身の判断で決めざるを得ないし、独立的な立場で決めることもできる。この状況で国が細部を決めたとしても、ストリート・レベルの行政職員は新たにローカルルールを作ることで、現場の資源制約に対応するかもしれない。

つまり、中国語で「上に政策あれば、下に対策あり」と言われる通り、先に触れた混合介護の「エプロンを取り換える」というバカバカしく映るルールも含めて、ローカルルールはストリート・レベルの行政職員にとって一定程度の合理性を有していると解釈できる。この状況では、いくら国が中央集権的な解決策を志向したとしても、課題解決に繋がるとは考えにくい。

では、ローカルルールを是正する方法は何だろうか。老施協が自民党のヒアリングで幾つかの改善策を提案しており、それを踏まえつつ是正に向けた論点を整理することとしよう。

5——ローカルルール是正に向けた論点

1 | 書式の統一・プロセス

老施協が示した提案は大きく分けて2つある。第1に、「国が最低限必要な書類が何か明確にすることとあわせて、自治体が個別様式を要求しないように、裁量による解釈の齟齬を極力排除」する必要があると強調している。これは言わば書式、プロセスの統一であり、中央集権的な解決策を通じて、先に触れ

⁹ ストリート・レベルの行政職員については、Michael Lipsky (1980) “Street-Level Bureaucracy” [田尾雅夫ほか訳 (1986) 『行政サービスのディレンマ』木鐸社]、西尾勝 (2001) 『行政学 [新版]』有斐閣を参照。

た3つの理由で言うと、「国からの情報伝達の不足」「市町村の知識の不足」という2つの理由に主に対応できる。中でも、介護報酬の算定を巡る判断など国が法令で定めている範囲については、こうした対応が有効と思われる。

2 | 第3者的な委員会の設置

第2の提案としては、自治体独自の解釈・運用に関する妥当性を判断する場として、市町村の解釈の妥当性を検証、仲裁する組織体を設置する必要性に言及している。これは3つの理由の全てに対応できるが、もし国の指示が徹底されたり、自治体の理解不足が解消したりすれば、紛争は解決に向かうはずであり、どちらかと言うと第3の理由、つまり「市町村の意思」に基づくローカルルールの紛争処理と解釈できるかもしれない。この提案に沿って、例えば労働者、使用者、有識者（公益委員）の3者構成で労使問題を仲裁する労働委員会などを参考にしつつ、第3者的な委員会を都道府県単位に設置することが考えられる。

これらは全て必要な手立てと考えられるが、十分とは思えない。以下、私見として「制度の簡素化」「ローカルルールの透明化」という視点を付け加えたい。

3 | 制度の簡素化

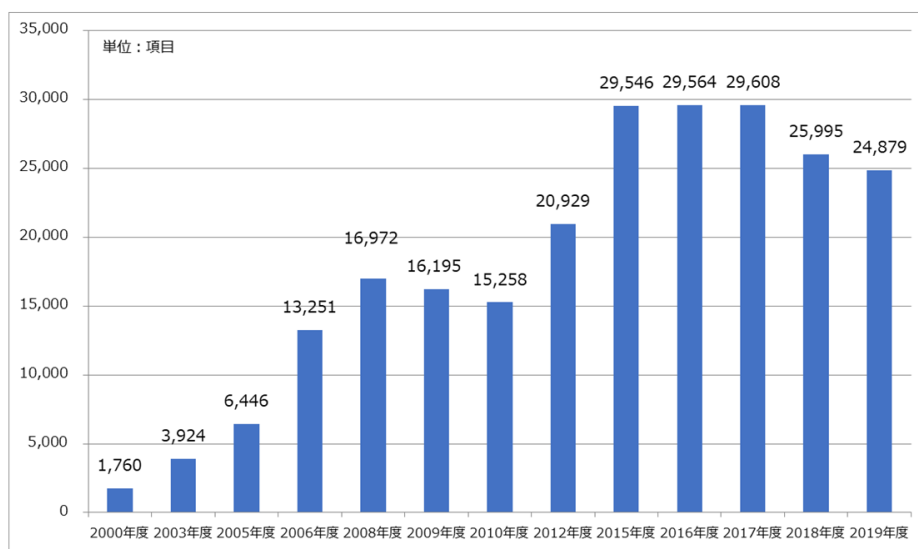
第1の私見としては、制度の簡素化である。介護保険は制度創設から約20年の歳月と3年に一度の改正を経て、複雑化し続けている。その一例が介護報酬の単価などを定める「サービスコード」の複雑化である。これは介護現場で用いられている「メニュー表」に相当し、その項目数はほぼ右肩上がりで増えている。その集計した結果が図4であり、近年は訪問介護サービスの報酬体系見直しに伴って項目数が減っているが、制度創設時の約14倍に膨らんでいる。

ここで少しだけサービスコードの構造を説明すると、コードは6ケタの数字で構成しており、最初の2ケタはサービスの種類を表している。具体的には、訪問介護は「11」、通所介護は「15」、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は「51」となっている。

そして残りの4ケタはサービスの提供時間、方法、人員基準、施設基準などに応じて細かく分かれている。例えば、訪問介護であれば訪問時間やサービスの提供内容に

じて「身体介護20分未満」「身体介護20分以上30分未満」などと区分されているだけでなく、それぞれに細かく単価と基準が決まっている。具体的には、「身体介護20分未満」の中でも「通常の場合：

図4：介護報酬サービスコードの推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

165 単位」「夜間早朝の場合：206 単位」「深夜の場合：248 単位」「2 人の介護職員の場合：330 単位」「2 人の介護職員が夜間早朝に訪ねた場合：413 単位」「2 人の介護職員が深夜に訪ねた場合：495 単位」などと細かく分かれている¹⁰。

さらに、サービスコードについては、それぞれ項目ごとに割り振られており、訪問介護の身体介護 20 分未満で通常の場合、6 ケタのコードは「114845」、身体介護 20 分未満で夜間早朝の場合は「114846」となる。現場のケアマネジャー（介護支援専門員）は、こうしたコードをケアプランに記入することで、サービスを特定しているわけである。

こうしたコード数の増加が現場の事務負担を増やしている¹¹だけでなく、ローカルルールを増やす要因として働いている可能性がある。先に触れたローカルルールを生む 3 つの理由（「国からの情報の伝達不足」「市町村の知識の不足」「市町村の意思」）に照合すると、第 1 の理由については、制度が複雑化すると国の説明資料が膨大になる結果、市町村に対して国の解釈・運用に関する情報が伝達しにくくなる危険性がある。第 2 の理由に関しても、制度が複雑化して全体像が見えにくくなると、市町村職員の知識習得のペースが制度改正に追い付かなくなり、結果として解釈・運用に関する国と市町村の齟齬を生み出す可能性がある。

最後に 3 番目の理由で見ると、制度が複雑化すると、市町村と事業者、利用者の中で、制度の理解に対する情報格差が広がり、ストリート・レベルの行政職員に相当する市町村の裁量が大きくなる。その結果としてストリート・レベルの行政職員が加算の要件や必要な書類などについて独自の運用・解釈を加えることで、現場の資源制約に対応しようとする誘因にもなる。

なお、ここでは詳しく触れない¹²が、異様と言えるほどコード数が増えているのは、国が報酬全体を抑える一方で、給付の「効率化・重点化」を図る観点に立ち、「●●を実施すれば加算」「××を満たさないと減算」といった形で、加算あるいは減算措置を相次いで設定しているためである。つまり、コード数増加の背景には介護保険財政の逼迫があり、制度は必然的に複雑化している以上、制度を簡素にすることは必ずしも容易ではない。

さらに、制度の簡素化がローカルルールの是正に直接繋がるわけでもない。しかし、制度の簡素化を通じてルールを分かりやすくすれば、解釈・運用に関する国と市町村の齟齬を減らすことに繋がり、結果的にローカルルールを是正できるのではないだろうか。

4 | ローカルルールの透明化

さらに私見として、市町村サイドでの解決策としてローカルルールの透明化を指摘したい。混合介護に関するローカルルールのように、保険財政を司る市町村が自らの意思を持ち、独自のルールを設定することは一定程度、止むを得ない面がある。しかし、これが場当たりに運用されたり、担当者ごとの判断が変わったりすると、事業者から見た予見可能性が失われる。

¹⁰ 1 単位は原則として 10 円だが、地域によって異なる。

¹¹ ここでは詳しく述べないが、老施協の提案では現場のヘルパーが残す記録について、「報酬上の加算が創設される度、新たな算定様式が求められている」として、重複する様式の排除も訴えている。

¹² 直近の制度改正が反映されていないが、詳細については、筆者と郡司篤晃氏の連名による「介護報酬複雑化の過程と問題点」『社会政策』2015 年 第 7 巻 第 1 号 (DOI : <https://doi.org/10.24533/spls.7.1.175>)、拙稿「報酬複雑化の過程と弊害」『介護保険情報』2015 年 7 月 1 日号を参照。

そこで、市町村が要綱、運用基準といった形でローカルルールを明文化するだけでなく、これらが介護事業者に対して事前に開示されれば、「担当者ごとに言っていることが違う」「担当者が代わった瞬間、運用が大幅に変わる」といった不透明な運用がなくなり、事業者の負担は軽減される可能性がある。実際、一部の自治体ではホームページなどで当該自治体の Q&A や指導例を開示しており、自治体の担当者が変わったとしても、自治体、事業者ともに従来の解釈・運用に齟齬がないか確認しやすくなる¹³。

実際、混合介護の促進に関連し、厚生労働省の委託を受けた報告書は「詳細なルールを定めることよりもむしろ、基本的な考え方や判断の前例などを示すことで、それらに照らせば個別具体的な疑問に対する判断が可能になるようにしていくことが現実的だろう」とした上で、改善策として自治体における事例蓄積、手続きのルーティン化などに言及している¹⁴。

6—おわりに

以上、本稿ではローカルルールが生まれる理由を「国からの情報の伝達不足」「市町村の知識の不足」「市町村の意思」の3つに整理しつつ、解決策の方向性として、老施協の提案に沿って「書式、プロセスの統一」「第三者的な仲裁機関の設置」だけでなく、「制度の簡素化」「ローカルルールの透明化」を挙げた。

しかし、上記で述べた通り、ローカルルールの発生する理由やプロセスは多様であり、その是正策は一つにとどまらない。国が市町村や現場を一律に規制する中央集権的な課題解決策だけに頼るのではなく、ローカルルールが発生する理由を分析した上で、それぞれに対応する課題解決策を丁寧に模索することが必要である。

¹³ 例えば、岩手県盛岡市は事業所に対する実地指導の様式や方針を事前に公開しているほか、2017年度の指導結果や指摘事項などを公開している。

¹⁴ 日本総合研究所（2019）「介護保険サービスと保険外サービスの組合せ等に関する調査研究事業報告書」（2018年度老人保健健康増進等事業）。