

# 研究員 の眼

## 20年を迎えた介護保険の再考 (4) ケアマネジメント

サービス担当者会議、ケアマネジャーの代理人機能の重要性

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

### 1—はじめに～ケアマネジメントを再考する～

加齢による要介護リスクをカバーするための社会保険制度として、介護保険制度が発足して4月で20年を迎えました。第2～3回では保険給付の範囲を限定することで、費用抑制を図るメカニズムとして、要介護認定と区分支給限度基準額が採用された点を解説しました。

第4回では、介護保険給付の前提となるケアプラン（介護サービス計画）を含めたケアマネジメント（居宅介護支援）を取り上げます。こちらは様々なサービスを統合することで、利用者に効果的なサービスを行き渡らせる目的を持っていた一方で、やはり費用抑制を図る狙いも秘められていました。このため、相反する側面を同居させたことによる運用の難しさを指摘します。

なお、どちらかと言うと、ここでは要介護1～5の在宅サービスに関して書いています。このため、特別養護老人ホームなどの施設サービス、地域包括支援センターがケアプランを策定する要支援1～2の人を対象とした介護予防ケアマネジメントは余り想定していませんので、ご留意下さい。

### 2—ケアマネジメントとは何か

#### 1 | ケアマネジメントの流れ

まず、ケアマネジメントの定義と大まかな流れを確認します<sup>1</sup>。ケアマネジメントの解説書を紐解くと、その定義は「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」<sup>2</sup>とされ、①地域生活を支援する「コミュニティ・ケア」の推進、②医療、心理、福祉など総合的なアプローチで利用者の地域生活を支援、③QOL（生活の質）の向上、④財源のコントロール——の4つを目標としているとのこと<sup>3</sup>。

さらに、厚生労働省の「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が2013年1月に取りまとめた「中間的な整理」では、ケアマネジメントについて、「アセスメ

<sup>1</sup> ケアマネジメントやケアマネジャーの機能や課題などについては、2021年度制度改正で浮上したケアマネジメント有料化の関係で以前に論じた。拙稿2019年9月6日「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」、11月25日「[ケアマネジャーは何を担う職種なのか](#)」を参照。

<sup>2</sup> 白澤政和（1992）『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版 p11。

<sup>3</sup> 白澤政和編著（2013）『改訂 ケアマネジメント』全国社会福祉協議会 pp12-13。

ントからサービス担当者会議を経てケアプランが確定した後のモニタリングまで一連の流れ」と定義した上で、ケアプラン作成を含めた具体的な流れとして、図のようなイメージを紹介しています。

具体的には、利用者の置かれている状況の把握や生活上の支障、要望に関する情報収集、心身機能が低下した背景や要因の分析、解決すべき生活課題の把握といったアセスメントを経て、ケアプランの原案を作成します。

さらにケアプランの原案を多職種で構成する「サービス担当者会議」に提出し、多様かつ専門的な視点を加味しつつ、利用者の同意を得た後、ケアプランを最終的に決定しています。その後、精算など給付管理を実施。支援開始後の状況を予想する「予後予測」に基づいて再アセスメントを実施し、必要に応じてケアプランを見直す流れになり、こうした手続きについて、ケアマネジャーの業務を評価する介護報酬として、「居宅介護支援費」という仕組みが整備されています。

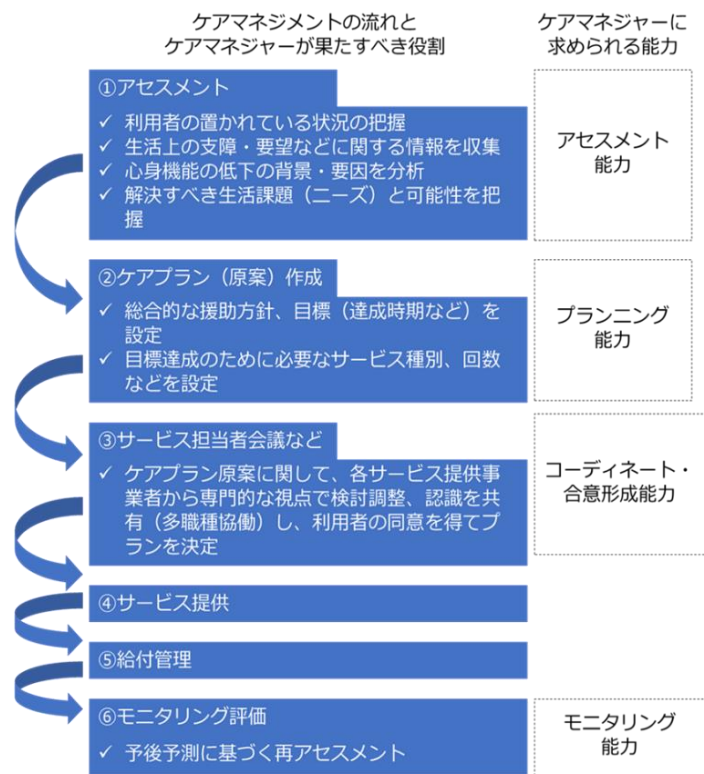
ここでのポイントとしては、「ケアマネジメントがケアプランの作成だけではない」という点です。つまり、本人の意思決定を支援するため、「アセスメント→ケアプラン作成→サービス担当者会議→給付管理→モニタリング評価→アセスメント」という PDCA サイクルを回すことを想定していることとなります。

中でも、支援に当たる関係者で構成するサービス担当者会議で連携を図りつつ、利用者を交えて「より良いケアマネジメント」を追求することが重要と考えられます。以下、「なぜ関係者の連携が必要なのか」「より良いケアマネジメントとは何か」という点について、制度創設の議論に立ち返り、この重要性を考えて行きたいと思います。

## 2 | なぜ関係者の連携が必要なのか

「高齢者の生活を支えるという観点からは、個々の症状だけでなく、心身の状態や日常生活の全体像を踏まえたニーズの把握、すなわち全人的な評価が必要」「(筆者注：高齢者の生活を支える)関係者が一緒になって、ケアの基本方針であるケアプランを策定し、実行していくシステム、すなわちケアマネジメントを確立することが重要」――。介護保険制度創設の流れを作った1994年12月の高齢者介護・自立支援システム研究会報告書には、こんな一節があります。つまり、生活を全体的に支える上では、関係者による連携が重要であり、そのためにケアプランを含めたケアマネジメントが必要と強調しています。

図：ケアマネジメントの大きな流れのイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

では、なぜ関係者の連携が必要なのでしょう。これは「自分事」として想定すれば、簡単に理解できます。私達の日常に思いを馳せると、様々な人達やサービスと繋がりつつ、生活を送っていることに気付きます。例えば、家族や知人との関係は欠かせない要素ですし、映画や本が好きな私にとって、映画館や図書館は生活の一部です。さらに四半世紀に及ぶホークスファンなので、パリーグの球界情報は常にチェックしています。こうした楽しみは「不急不要」と見なされ、コロナ禍の下で奪われましたが、筆者のこだわりは別にしても、生活や仕事、趣味に関して、何もこだわりを持っていない人は恐らく皆無でしょう。こうした複雑かつ多面的な日常生活について、誰か一人の人間が全て捕捉するのは無理です。

それにもかかわらず、私達が要介護状態になった時、「専門職」と称する人が次々と現れ、医療は医師、薬は薬剤師、看護は看護師、介護は介護福祉士、生活支援はボランティア……といった形でバラバラに支援が提供されれば、生活は細分化されます。その結果、生活全般を継続的に支えにくくなります。

だからこそ要介護者を中心に、多くの専門職が関わるのが重要であり、こうした多職種連携を促す場として、ケアマネジメントでもサービス担当者会議が組み込まれていると言えます。制度発足時点で、サービス担当者会議の開催は義務とされていませんでしたが、2012年度以降、開催することが義務と理解されるようになっていきます。さらに近年では市町村が中心となり、多職種でケアプランの改善を促す「地域ケア会議」も開催されるようになり、2015年度の制度改正で全町村に設置が義務付けられました（ただし名称や役割などは市町村ごとに異なります）。

### 3 | 「より良いケアマネジメント」とは何か

では、もう一つの問いである「より良いケアマネジメント」とは、どんな状態を指すのでしょうか。ここでも自分事として論じたいと思います。

私達は普段、様々な場面で自己決定を迫られています。例えば、「晩ご飯に何を食べようか」といった些細なことに始まり、学業や就職、結婚、子育てなど、死に至るまでに様々な意思決定を下しています。その時、「自分の選択肢が絶対に正解」と言い切れる人がどこまでいるのでしょうか。結果的に「成功だった」と考えられたらハッピーですが、時には思わぬ苦勞に直面し、「失敗だったな」と反省する時もあります。つまり、生活に「正解」を見付けるのは極めて困難ですし、意思決定に際しても、何となく「正解っぽい答え」を選んでいるに過ぎません。

この点は生活を支えるケアマネジメントも同じではないでしょうか。分かりやすい言葉で言うと、「正解」が存在しない以上、利用者の意向を含めて、多くの関係者の知恵や経験を持ち合って暫定的な答えを出した後、必要に応じて見直していくプロセスが重要になります。これが筆者の考える「より良いケアマネジメント」です。究極的に言えば、人生に「正解」が見えないのと同様、誰も「良いケアマネジメント」なんて分かりませんし、究極的に原理原則を言えば、「より良いケアマネジメント」を評価できるのは利用者自身です。

実際、介護保険制度の創設に関わった厚生省（現厚生労働省）OBは「偉い専門家たちが頭を傾げるような“愚かな”ケアプランでも、介護保険はその選択（筆者注：利用者の選択）を尊重しなければ

ならない」と原則を述べています<sup>4</sup>。このため、利用者とケアマネジャーなどの専門職が連携しつつ、「より良いケアマネジメント」を追求して行くしかないと思います。

#### 4 | ケアマネジャーに期待される役割は何か

では、こうした局面でケアマネジメントを主に担うケアマネジャーの役割とは何でしょうか。こちらにも制度創設時に論じられています。当時の国会会議録を紐解きます<sup>5</sup>。

**江利川毅(厚生省官房審議官):色々な分野の介護サービスがあり、専門的な知識の判断が必要になったり、幅広い情報が必要になったりする。それを本人、家族だけで全部把握するのはなかなか不可能で、利用者の代弁的な機能、代理的な機能が必要と思う。介護支援専門員が代弁的な機能を果たすことになる。**

つまり、ケアマネジャーが利用者の「代理人」機能を果たすべきだと指摘しています。さらに、ケアマネジメントの解説書では、要介護者が体感している「フェルト・ニーズ (felt needs)」と、ケアマネジャーが自身の専門知識や社会的規範（常識）に基づいて判断する「ノーマティブ・ニーズ (normative needs)」の間で調整を図ったり、利用者との信頼関係を構築したりすることを通じて、真のニーズ (real needs) が生まれると指摘されています<sup>6</sup>。

こうした議論に加えて、先に取り上げた「なぜ関係者の連携が必要なのか」「より良いケアマネジメントとは何か」という問いを絡めると、ケアマネジャーは利用者の意思決定を支援するため、多職種連携の下、「より良いケアマネジメント」を利用者とともに追求する役割を担っているとと言えます。

### 3——ケアマネジメントに秘められた費用抑制のメカニズム

#### 1 | 「両刃の刃」としてのケアマネジメント

しかし、これで話は終わりません。ケアマネジメントは[第2回](#)で触れた要介護認定、[第3回](#)で取り上げた区分支給限度基準額と並んで、費用抑制のメカニズムとしての側面を持っています。例えば、ケアマネジメントの専門家による書籍では、「ケアマネジャーは介護保険制度そのものを維持していく金庫番的な役割」を果たしているとされています<sup>7</sup>。さらに介護保険制度創設に関わった元厚生省幹部の書籍でも「サービス給付の効率化、適正化につながる新たな仕組みの導入」の一つとして、ケアマネジメントによる支援とケアプラン作成が挙がっています<sup>8</sup>。

その意味では、ケアマネジメントは「財源抑制のためにも、要援護者の生活の質を高めるためにも活用できる、いわば両刃の剣の側面」<sup>9</sup>を持っている点で、運用が非常に厳しい仕組みと言えるし、ケアマネジメントに当たるケアマネジャーも微妙な立ち位置で成り立っている専門職と言えます。

<sup>4</sup> 堤修三 (2018) 『社会保険の政策原理』 国際商業出版 p260。

<sup>5</sup> 第140国会会議録 1997年5月16日衆議院厚生委員会の発言。文意が変わらない範囲で、発言を編集した。

<sup>6</sup> 白澤政和 (2018) 『ケアマネジメントの本質』 中央法規出版 p176、323を参照。

<sup>7</sup> 白澤政和 (2011) 『「介護保険制度」のあるべき姿』 筒井書房 p219。

<sup>8</sup> 和田勝編著 (2007) 『介護保険制度の政策過程』 東洋経済新報社 p72。

<sup>9</sup> 白澤政和 (1998) 『介護保険とケアマネジメント』 中央法規出版 p128。

## 2 | 市町村の介入による措置への回帰？

こうした難しいバランスの下、介護保険給付費が増加する中、現在の議論は費用抑制の方に傾斜しています。その典型例が介護予防に力点を置く「自立支援介護」の動きでしょう<sup>10</sup>。厚生労働省は2018年度制度改正に際して、要介護認定の引き下げに成功したとされる埼玉県和光市や大分県の事例を引き合いに出しつつ、自治体が介護予防に取り組む必要性を盛んに強調しました。さらに、ケアマネジメントでもADL（日常生活動作）に着目した「身体的自立」が重視されるようになっており、ケアマネジャーに対する市町村の締め付けは強まっています。

実際、一部の市町村では地域ケア会議でケアプランの内容変更を強く迫っているようなケースがあると側聞していますし、こうした傾向は介護保険20年を総括する（下）で取り上げた通り、介護保険制度以前の「措置」の側面を持っています。つまり、介護保険制度以前の措置制度では、税金（公費）を使っている分、市町村が利用に際して家庭の状況などを厳しくチェックしていたため、利用者は「お上（行政）から支援を頂く」といった気分になりがちでした。これに対し、介護保険制度は市町村の関与を最小限に抑え、利用者による自己選択を強調しました。

しかし、現状では市町村がケアマネジメントやケアプランの内容に介入しているわけですから、措置への回帰という側面を持っていると考えられます。

## 3 | 生活援助を多く入れたケアプランを再検討する制度の是非

措置への回帰を考える上で、2018年10月から始まったケアプランの届出制度が一つの素材となります。この制度では、食事や洗濯などの生活援助を中心とした訪問会議について、その利用回数が通常の利用状況からかけ離れているケアプランは市町村への届出が義務付けられ、市町村が地域ケア会議の議論を通じて、ケアプランの再考を求めることも想定されています。

こうした制度の運用実態については、国の委託調査<sup>11</sup>で一端を把握できます。994市町村が回答した調査結果によると、2018年10月から2019年9月までの1年間で、届出があったケアプラン、つまり生活援助が著しく多いと判断されたケアプランは5,576件であり、うち地域ケア会議の議論を通じてケアプランの再考を促したのは327市町村、499件、実際にケアプランが変更されたのは134市町村、195件だったとのこと<sup>12</sup>。全体から見れば僅かかもしれませんが、こうした届出制度が生まれた背景には生活援助の抑制を主張する財政当局の意向があり、一部のケアプランについては、ケアマネジャーに対して一種の報告義務が課されている様子と言えます。

では、こうした制度をどう評価すべきなのでしょうか。プラス面としては、ケアプランの内容やケアマネジメントのプロセスについて、様々な視点が入る可能性が考えられます。先に述べた通り、「より良いケアマネジメント」を目指す上では、利用者を交えた様々な視点を反映する必要があり、地域ケア会議での議論を通じて、ケアプランの目標設定やアセスメント、サービス選択の判断などの問題がある場合、改善を促したり、ケアマネジャーの説明責任を課したりする機会になります。この結果、

<sup>10</sup> 自立支援介護に関しては、拙稿2017年12月20日『[『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か](#)』を参照。

<sup>11</sup> 三菱総合研究所（2020）「訪問介護等の居宅サービスに係る保険者の関与の在り方等に関する調査研究事業報告書」を参照。994市町村が回答。

<sup>12</sup> このほか、同上によると、地域ケア会議以外の方法に関しても、再考を促したケースが293市町村、694件、実際にケアプランが変更されたケース136市町村、234件あったという。

ケアマネジャーが一人だけで考えたケアプランに比べて、ケアマネジメントのレベルや質が高まるかもしれません。

一方、マイナス面も見逃せません。具体的には、市町村がケアプランの変更を促すなど過度に介入した場合、利用者の権利性が失われ、措置への回帰に繋がる危険性を孕む点です。増してや、市町村は介護保険制度の運営者（保険者）であり、ケアマネジャーが勤務する居宅介護支援事業所の指定権限なども持っています。このため、ケアマネジャーが市町村の意思決定に対して、物を言えなくなる危険性にも留意しなければならないのですが、その辺が現場でどこまで意識されているのか不安を感じる場面があります。

実際、同調査<sup>13</sup>によると、ケアマネジャーが同席しない場でケアプラン再考の必要性が判断されたケースについて、全体の6.8%に当たる68市町村が「あった」と答えています。具体的に、どんな状況だったのか調査結果だけでは分かりませんが、利用者だけでなく、利用者の「代理人」であるケアマネジャーが出席しないまま、ケアプランの内容について、市町村が再考を促す根拠がどこにあるのでしょうか。

さらに、筆者のような原理主義者の眼で見ると、「ケアプランの変更を要請されたという結果しか伝えられないケアマネジャーが利用者に対し、どんな風に説明しているのだろうか」という疑問も持ってしまいます。ケアマネジャーが地域ケア会議に立ち会っていれば、検討過程などを説明しつつ、利用者や家族とともに改善の方向性を模索できます。

しかし、もしケアマネジャーが利用者に対し、「市町村の判断で決まったんです」と単に説明しているだけだとすると、ケアマネジャーの専門性はどこにも発揮されないことになり、措置への回帰と言われても仕方がないと思います。

#### 4—おわりに

第4回では、制度創設時の議論に立ち返りつつ、サービスを受ける際に必要なケアマネジメントを論じ、最近の傾向を批判的に考察しました。

ここで述べた通り、ケアマネジメントは「利用者の生活を全人的に支える」「給付を抑制する」という2つの相反する目的を有しています。その分、利用者にとっては「両刃の剣」の側面を持っており、後者の議論に傾斜し過ぎれば、前者が損なわれるリスクを伴います。市町村やケアマネジャーが余程、気を付けなければ、措置への回帰現象は進行する可能性が高く、そのことを危惧しています。

第5回はケアマネジメントの中核であるケアプランを巡る誤解を取り上げます。

<sup>13</sup> 同上。994市町村が回答。