

# ケアプランの有料化で質は向上するのか

報酬体系の見直し、独立性の確保が先決



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  
mihara@nli-research.co.jp

※本稿は2019年9月6日発行「基礎研レポート」を加筆・修正したものである。

## 1—はじめに～ケアプラン有料化で質は確保できるのか～

2019年末に決着した2021年度の介護保険制度改正論議では、介護保険サービスを受ける際の前提となるケアプラン（介護サービス計画）の有料化が一つの焦点となった。ケアプラン作成を含めたケアマネジメントについては、利用者から自己負担を徴収しておらず、財務省はケアプランの有料化を通じて、介護給付費の抑制に繋がると主張。さらにケアプラン作成を担う専門職のケアマネジャー（介護支援専門員）の間で競争原理が働くようになり、結果的にケアマネジャーの質が上がる可能性を指摘した。

しかし、ケアプランの有料化による給付抑制のインパクトは小さいと見られていた。さらに質の問題についても、ケアマネジャーは介護を必要とする高齢者の意思決定を支援する「代理人機能」という本来の役割を持っているが、ケアプランの有料化論議とは別に、幾つかの課題を抱えている、

具体的には、代理人機能を阻害している要因として、(1) 介護保険サービスをケアプランに組み込まなければ、ケアプラン作成に関わる介護保険の報酬を受け取れない「報酬体系の問題」、(2) ケアマネジャーの勤める居宅介護支援事業所が他の介護保険サービス事業所に併設されており、利用者の代理人機能が発揮されにくい「独立性の問題」——という制度的な課題が大きく、ケアマネジャーやケアマネジメントの質の問題を考える上で本質的な論点である。結局、2019年末に決着した制度改正論議ではケアプランの有料化が見送られたが、2つの制度的な課題は残されたままである。

本レポートでは、制度創設時の理念や経緯にさかのぼりつつ、ケアプラン作成に至るプロセスであるケアマネジメントや、ケアマネジャーに期待されている本来の役割を考察した上で、ケアプラン有料化を巡る政府内の議論を取り上げる。その上で、ケアマネジャーが本来の専門性を発揮できる環境整備に向けて、報酬体系の見直しや独立性の強化など制度改正の選択肢を挙げる。

（※本稿は2019年9月6日に公表したレポートを基に、その後の制度改正論議などを反映して再構成した）

## 2—ケアプランとケアマネジメントとは何か

### 1 | ケアプラン作成に関する費用

まず、ケアプランやケアマネジメントの概要から説明する。要介護認定を受けた高齢者が介護保

険サービスを受けようとする、ケアプランの中で必要なサービスや時間などを事前に決める必要があり、その作成業務の大半はケアマネジャーが担っている。

その際、利用者はケアマネジャーに対して、ケアプラン作成に要する費用（居宅介護支援費<sup>1</sup>）を支払う必要がない。通常の介護保険サービスの場合、保険制度でカバーする給付率は原則 9 割、所得に応じて 7～8 割となっており、高齢者は残りの費用の 1～3 割を支払

う必要があるのに対し、ケアプラン作成費を含めたケアマネジメントについては、保険給付で 100% 対応しているため、自己負担が発生しない。そのイメージは図 1 の通りである。

このようにケアプラン作成が特例的な取り扱いとなっている理由について、介護保険制度の創設に深く関わった元厚生省幹部の書籍では「従来の医療保険にはない事務的サービスの給付であり、利用者に費用負担の対価であるという認識を持ってもらうには時間を要するのではないかという配慮から、（略）利用者負担の対象外とされている」と説明されている<sup>2</sup>。

さらに、1996 年 4 月の老人保健福祉審議会（厚相の諮問機関）報告書<sup>3</sup>でケアマネジメントについて、「サービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある」と記述されていた点も注目される。当時、介護保険料を徴収されるのに、サービスが提供されない「保険あってサービスなし」の状態が危惧されていたため、介護保険サービスを使う際の「入口」となるケアプラン作成を無料化することで、介護保険サービスを使いやすくする判断があったと思われる。

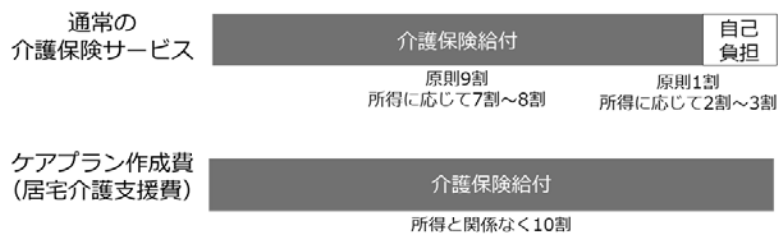
では、ケアプラン作成に至るケアマネジメントとは、どのようなことを実施しているのだろうか。あるいはケアプランには一体、どんな内容が盛り込まれているのだろうか。以下、その概要を見ることにする。

## 2 | ケアマネジメントとは何か

ケアマネジメント<sup>4</sup>は元々、1990 年にイギリスで制度化され、日本でも介護保険制度の導入に際して「輸入」された経緯がある。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>5</sup>とされており、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いう<sup>6</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

図1：ケアプラン作成に関する給付と自己負担のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

<sup>1</sup> 本レポートでは分かりやすさを追求するため、居宅介護支援費を「ケアプラン作成費」と言い換えるが、本来はケアマネジメントに関する対価と理解すべきである。

<sup>2</sup> 堤修三（2018）『社会保険の政策原理』国際商業出版 p241 を参照。

<sup>3</sup> 1996 年 4 月 22 日に公表された老人保健福祉審議会の「高齢者介護保険制度の創設について」を参照。

<sup>4</sup> ケアマネジメントは本来、高齢者介護に限らず、障害者福祉を含めた幅広い分野で使われるが、本レポートでは介護保険の議論に特化する。

<sup>5</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>6</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。

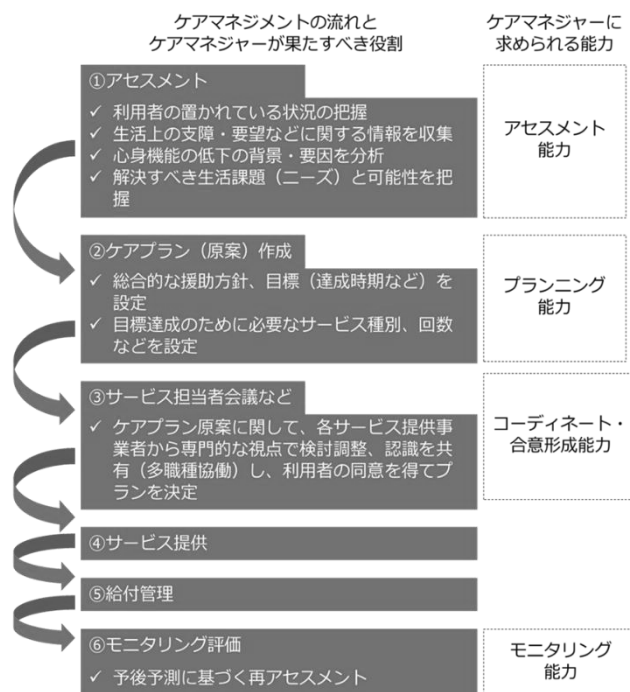
検討会」(以下、あり方検討会)が2013年1月に取りまとめた「中間的な整理」(以下、中間整理)では、ケアマネジメントについて、「アセスメントからサービス担当者会議を経てケアプランが確定した後のモニタリングまで一連の流れ」と定義した上で、ケアプラン作成を含めた具体的な流れとして、図2のようなイメージを紹介している。

まず、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する。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にプランを最終的に決定する。

その後、サービスが提供された後、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ことが想定されている。

つまり、「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が重視されている。

図2：ケアマネジメントの流れとケアマネジャーに求められる能力



出典：厚生労働省資料を基に作成

### 3 | ケアプランとは何か

この中で、中核を成すのがケアプラン作成である。利用者が介護保険サービスを受ける際、サービスの種類や内容、日時などをケアプランに位置付ける必要があるためだ。

しかし、ケアプランは介護保険サービスを受けるためだけに使われるわけではない。むしろ、本人のQOLやADL(日常生活動作)を向上するための「短期」「長期」の目標を定め、介護保険サービスだけでなく、自治体の福祉サービスや地域資源、民間企業が実施している配食サービスなど、目標の達成に必要な選択肢を幅広く盛り込める。例えば、高齢者から「近所の通所介護(デイサービス)が性に合わない」という不満が出た場合、その人の生活実態に沿って「大学や役所の生涯学習講座に出掛ける」といった日程をケアプランに入れた上で、これに必要な自費サービスや自治体の福祉サービス、地域のボランティアサービスを使うといった対応が認められている。この点に関連し、厚生省幹部は制度創設時、国会答弁では以下のように述べている(下線は筆者)<sup>7</sup>。

**サービスの計画(筆者注:ケアプランを指す)には、介護保険の給付だけではなくて、市町村独自のサービスでございませうとかボランティアのサービスなどを含みますいろいろな種類や内容を含んだサービスの目標で**

<sup>7</sup> 第145国会会議録 1999年4月13日参議院国民福祉委員会における厚生省の近藤純五郎老人保健福祉局長による答弁。

ございますとか、その目標が達成される時期なども盛り込むことになっているわけでございます。

このように幅広く社会資源を取り込みつつ、利用者の QOL を上げることは一般的にソーシャルワークと呼ばれており、ケアマネジメントとケアマネジャーに期待されている機能の一つである。

#### 4 | ケアマネジャーとはどんな専門職か

では、ケアプラン作成を含めたケアマネジメントに携わるケアマネジャーとは、どういったことが期待される専門職なのだろうか。図 2 で見たケアマネジメントの流れでは、アセスメント能力、プランニング能力、コーディネート・合意形成能力、モニタリング能力が挙がっており、最終的には利用者の意思決定支援が求められている。介護保険制度の創設に関わった有識者は当時、講演で以下のように述べていた<sup>8</sup>。

**自立支援の最も重要な機能としては、今回の制度の中のケアマネジメントであり、これを人で担う場合、ケアマネジャーということになっている。これが介護保険の最も本質的な部分となっているのです。(略)利用者、広く言えば自治体の住民の立場に立ち尽くすこと。それが大事なのです。決して、ケアマネジャーが雇われている事業者の立場に立って物事を考えない。住民の立場、利用者の立場に立ち尽くす。(略)プロとして助言の力があること。そのことを自分で鍛え、言葉で伝え、表情で伝え、そして利用者と利用者のケアの受給について、最も適切なケアが受けられることを助言できること。この微妙なところで成り立つ新しい職業として、ケアマネジャーというのを創設したのです。**

補足すると、ここの「自立支援」とは昨今の制度改正で重視されている「介護予防」の意味ではなく、「利用者による自己決定」を意味<sup>9</sup>しており、これを支えるため、適切なケアを受けられるように、住民や利用者の立場になって助言できるプロの専門職として、ケアマネジャーが創設されたと述べている。

こうした役割については、利用者の自己決定を支援する「代理人 (agent) 機能」という言葉で整理できる。制度創設に際して、利用者の代理人機能が期待されていたことを示す証左として、介護保険法が国会で審議された際のやり取りを紹介しよう (下線は筆者による追加)<sup>10</sup>。

**根本匠衆院議員(後に厚生労働相): (筆者注:介護保険制度では)利用者とサービス提供者は対等の契約者になります。対等な契約者ということになりますと、このケアプランを作成する際に利用者の意見、意向を適切に反映することが必要になってくる。(略)制度的に仕組む際には、身近である、専門性がある、あるいは客観的に判断できる、こういうことを備えた代弁者あるいは代弁機能、これが重要だと思います。**

**江利川毅厚生省官房審議官: いろいろな分野の介護サービスがありますし、その中には、専門的な知識の判断が必要になったり、あるいは幅広い情報が必要になったりするものがございます。そういうものを本人とか家族だけで全部把握するという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、こういうもの**

<sup>8</sup> 大森彌編著 (2002) 『高齢者介護と自立支援』 ミネルヴァ書房 pp25-26 を参照。

<sup>9</sup> 自立の多義性については、2019年2月8日掲載の拙稿レポート「社会保障関係法の『自立』を考える」を参照。

<sup>10</sup> 第140国会会議録 1997年5月16日衆議院厚生委員会のやり取り。

**が必要だと思います。(略)介護支援専門員がこの制度の中で先生の御指摘になるような代弁的機能、そういうものを果たすことになろうかと思っております。**

つまり、以前の「措置制度」では、市町村が福祉サービスの内容を一方的に決めていたのに対し、介護保険制度では利用者の自己選択を重視しつつ、事業者と対等な関係性の下で、利用者が契約を結ぶ方法を採用したが、福祉サービスの利用に際しては、専門的な知識や幅広い情報が必要になる。そこで、ケアマネジャーが「代理人機能」（国会では代弁者、代弁的機能と表記）を果たすことで、利用者の自己決定を支援することが必要と論じているのである。

しかし、「利用者の代理人」と言っても、利用者の言いなりになるという意味ではなく、必要なサービスを過不足なく提供できるように調整する役割が求められている。先に触れた解説書で、ケアマネジメントの目標の一つとして「財源のコントロール」が挙げられているのは、その一つの表れと言える。具体的には、ケアマネジャーが専門的な観点に立ち、不要なサービスの利用を避ける調整などに当たることが想定されており、「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」<sup>11</sup>を果たしている分、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>12</sup>を持っているという。実際、介護保険制度創設に関わった元厚生省幹部の書籍では「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げられている<sup>13</sup>。

言い換えると、ケアマネジメントを担うケアマネジャーは、意思決定を支援する「利用者の代理人機能」を第一の役割としつつも、介護保険の財政を運営する保険者である市町村の給付費抑制に貢献することが期待されている点で、「保険者の代理人機能」も併せ持っていることになる。

さらに、後述する通り、ケアマネジャーが所属する「居宅介護支援事業所」の大半は他の介護サービス事業所に併設されており、事業所の経営判断を受けやすい構造になっている。その意味では、ケアマネジャーは微妙な立ち位置で成り立っている専門職と言える。

## 5 | ケアマネジャーの資質向上問題

こうした微妙な立ち位置のケアマネジャーについて、資質を問う意見が示されている。例えば、あり方検討会が2013年1月に示した中間整理では、①利用者の課題や目標を導き出すプロセスの明確化、②サービス担当者会議における情報共有、③研修制度の見直し、④医療との連携促進——などが論じられた。

このうち、④については近年、在宅医療の充実が図られている中、医療と介護の境目が曖昧な自宅の療養生活を支えるため、医療・介護連携の充実が求められている。一方、現在は介護職出身のケアマネジャーが増えているため、多くのケアマネジャーが医療の知識を持っておらず、連携が上手く進まないとされており、両者の連携を促すような報酬改定や研修が実施されている。

近年は介護給付費を抑制する観点に立ち、介護予防に力点を置く「自立支援介護」と、ADLの改善を重視する「自立支援型ケアプラン」の必要性も論じられている<sup>14</sup>。この局面では「ケアマネジ

<sup>11</sup> 白澤政和（2011）『「介護保険制度」のあるべき姿』筒井書房 p219。

<sup>12</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。

<sup>13</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>14</sup> なお、介護予防に力点を置く「自立支援」について、筆者は懐疑的である。詳細は2017年12月20日掲載の拙稿レ

メントは利用者の QOL を高めることから、財源を抑制することのほうに、振り子が移行している」との指摘<sup>15</sup>がある通り、ケアマネジャーは「保険者の代理人」として、介護予防に貢献する必要性が問われていると言える。

このほか、2021 年度制度改正に向けて、質の問題と費用の問題をリンクさせる議論が取り沙汰された。その発火点となったのは財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）の問題提起である。以下は財政審の提案内容に加えて、その後の反応を見ることにしよう。

### 3—ケアプラン有料化を巡る動き

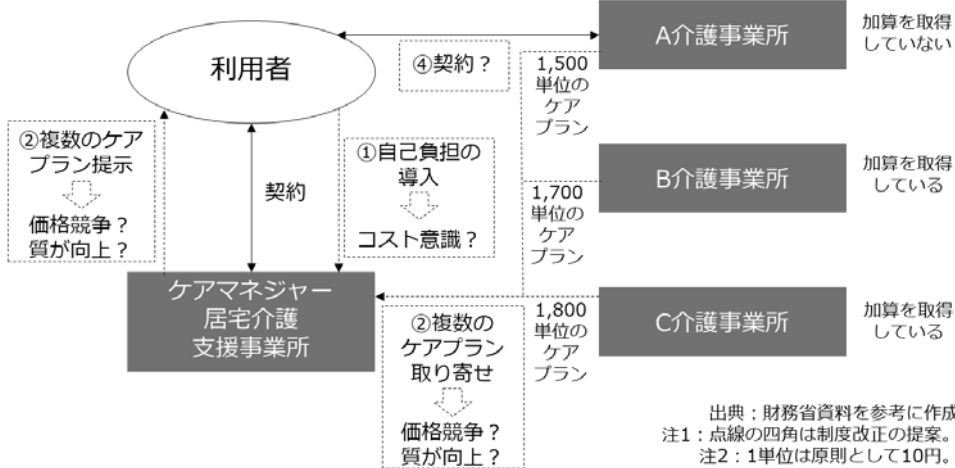
#### 1 | 質の問題と絡めて有料化を求める財政制度等審議会の主張

利用者負担がないことで利用者側からケアマネジャーの業務の質についてのチェックが働きにくい構造となっていると考えられるため、ケアマネジメントの質の向上を図る観点等から、居宅介護支援等にも利用料負担を設ける必要がある——。2018 年 5 月の財政審建議には以上のような文言が盛り込まれた<sup>16</sup>。

その後、年 2 回の頻度で公表される建議でも同様の文言が入っており、2019 年 4 月の議論<sup>17</sup>では

利用者本位を高める観点に立ち、利用者がサービス事業者ごとの価格を比較検討できる機会を確保すべきだと訴えた。具体的には、利用者から求められなくても、ケアマネジャーがケアプラン作成に際して、複数の事業者からサービス内容や利用者負担（加算減算などによる差額）について説明を受けることを義務付ける制度改正を提案した。

図3：財政審が提示したケアマネジャーに関する改革案



出典：財務省資料を参考に作成  
注1：点線の四角は制度改正の提案。  
注2：1単位は原則として10円。

つまり、利用者の自己負担を導入することで、ケアマネジャーに対する利用者の適切な選択を促すとともに、価格を比較できるようにすることで、ケアマネジャーや事業者を選ぶ利用者の目を養う必要があるとしていた。そのイメージは図3の通りである。

もちろん、ケアプラン有料化は歳出抑制策の側面を持っている。2018 年 5 月の財政審建議<sup>18</sup>では、ケアプラン有料化を「制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲」に関する制度改正の一つに位置付けられている。

ポート『『治る』介護、介護保険の『卒業』は可能か』を参照。

<sup>15</sup> 白澤政和 (2019) 『介護保険制度とケアマネジメント』中央法規出版 p55。

<sup>16</sup> 2018 年 5 月 23 日、財政制度等審議会「新たな財政健全化計画等に関する建議」を参照。

<sup>17</sup> 2019 年 4 月 23 日、財政制度等審議会財政制度分科会資料を参照。

<sup>18</sup> 2018 年 5 月 23 日、財政制度等審議会「新たな財政健全化計画等に関する建議」を参照。

## 2 | 有料化に向けて検討すると記述した骨太方針

こうした財政審の指摘を踏まえ、2018年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太方針2018）ではケアプラン有料化について、「給付の在り方を検討する」と規定した。その後、同年12月に改訂された「新経済・財政再生計画改革工程表」でも、2021年度制度改正に向けて、ケアプラン作成に関する給付と負担の在り方を検討した上で、必要な措置を講じるという趣旨の文言が盛り込まれており、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）介護保険部会の議論でもケアプラン有料化の是非は制度の持続可能性確保の一つとして論じられた。

なお、2019年6月に公表された自民党の参院選政策集<sup>19</sup>ではケアマネジャーの国家資格化を目指す方針とともに、「誰でも公平にケアマネジメントが受けられるように、介護保険制度で全額を賄う現行制度を堅持します」との考えを示していた。

## 3 | 有料化に反対する日本ケアマネ協会の主張

こうした議論に対し、日本介護支援専門員協会（以下、日本ケアマネ協会）は反対姿勢を示した。特に、複数の事業者からの説明を義務付ける財政審の案について、日本ケアマネ協会は2019年4月の意見書で、「ケアマネジャーの6割近くは利用者から費用の比較を求められていない」「サービス事業所の選定に際して、費用が影響していないと考えるケアマネジャーは半数程度に及ぶ」とする緊急調査（有効回答は259人）を引用しつつ、①「加算を算定しない事業所の方が安くていい」という誤解を与え、利用者による正当な事業者の評価を阻害する可能性がある、②利用者の多くは複数の事業所の紹介を求めている、③利用者の事業所選択で費用負担は重視されていない——と指摘した<sup>20</sup>。

こうした議論を踏まえると、歳出抑制の観点で「ケアプラン有料化が必要」という議論が浮上し、財政審はコストの問題と質の問題をリンクさせた。これに対し、日本ケアマネ協会は「利用者のニーズに合っていない」「現場の実情に沿っていない」といった理由で反対した。

では、ケアプラン有料化の論点として、どのようなことが想定されたのだろうか。以下、コストと質の2点について詳しく探る。

### 4——ケアプラン有料化の論点(1)～財源論からの視点～

#### 1 | 自己負担を導入した場合の給付抑制効果は500億円程度

まず、ケアプランを有料化した場合の給付抑制効果を探ろう。ケアプランを有料化した場合、利用者は原則として1カ月当たり1,000～1,500円程度の負担増を強いられるが、ケアプランの作成費に相当する居宅介護支援費は5,000億円前後であり、仮に一律で1割負担を導入したとしても、全体の給付抑制効果は約500億円にとどまると見られていた。一方、ケアプラン作成費を除く他の介護保険サービスは所得に応じた2～3割負担を導入しており、これに準じる形でケアプランの有料化を実施すれば、給付抑制の規模は少し大きくなるが、約10兆円に及ぶ全体の介護総予算（自己負担を含む）に比べれば、正に「雀の涙」に過ぎなかった。

もちろん、危機的な財政状況を踏まえれば、ケアプラン有料化は一つの選択肢だったが、その場

<sup>19</sup> 2019年6月17日、自民党「総合政策集2019 J-ファイル」を参照。

<sup>20</sup> 日本介護支援専門員協会が2019年4月26日に公表した「サービス価格の透明性向上・競争推進（在宅サービスの在り方の見直し）」についての意見表明」を参照。

合、どんな影響があるのか予想した上で、利害得失を考慮する必要があった。以下、①利用控えの懸念、②自己作成者の増加——という2点で、想定されたマイナス面の影響を予想する。

## 2 | 有料化によるマイナス面の予想①～利用控えの懸念～

第1に、利用控えの懸念である。ケアプラン有料化は利用者のアクセス悪化をもたらし、低所得者を中心に介護保険サービス全体の利用控えが起きる可能性が想定される。この場合、給付抑制は約500億円よりも大きくなる反面、適切に介護保険サービスが行き届かなくなるリスクも想定される。実際、2019年末に決着した制度改正論議<sup>21</sup>では、与党内で「自己負担が生じると低所得者が利用を控える恐れがある」「ケアマネジャーに対して利用者が強く迫るようになり、過剰なサービス利用に繋がる」といった慎重な意見が示されたほか、部会でも「利用控えが危惧される」といった声が出たことで、有料化が見送られた。

もしケアプラン有料化を実施することになった場合も、低所得者は引き続き無料または定額の自己負担にとどめるなど、所得に応じた配慮が必要になったと思われる。この選択肢を採用すると、給付抑制効果は一層、小さくなったはずである。

## 3 | 有料化によるマイナス面の予想②～自己作成者の増加による市町村の負担増～

第2に、自己作成者が増加することによる影響である。実は、ケアマネジャーの業務は独占ではなく、本人または家族による自己作成が可能<sup>22</sup>とされており、日本ケアマネ協会は2018年4月の意見表明<sup>23</sup>で、「利用者負担の導入（ケアプランの有料化）→利用者・家族による自己作成の増加→過度にサービスに依存するケースの増加」という経路<sup>24</sup>を経て、ケアプラン有料化が給付費の増加に跳ね返る危険性を指摘した。

ただ、これは一方的な見方に映る。自己作成者の場合、本人または家族がサービス担当者会議を開催するだけでなく、給付管理は保険者である市町村が担うことになり、過度にサービス依存したケアプランを一定程度、抑制できる仕組みがある。さらに、先に触れた通り、ケアマネジャーが「金庫番」としての側面を持っているにしても、日本ケアマネ協会の主張は「専門職であるケアマネジャーが無知な利用者の過度な利用を抑えている」というパターンリズム（父権主義）に映る。

確かにケアプラン有料化で自己負担者が増加した場合の懸念材料として、給付管理を担う市町村の事務負担に留意する必要がある。その場合でも、自己作成者は非常に少ない<sup>25</sup>上、事務負担が煩雑で難しい点などを踏まえると、ケアプラン有料化で自己作成者が急増するとは考えにくい。

<sup>21</sup> 2019年12月16日『週刊社会保障』、2019年11月19日『共同通信』配信記事を参照。なお、全世代型社会保障検討会議（議長：安倍晋三首相）が2019年末、中間報告を取りまめる際、原則1割の75歳以上高齢者に関する医療費自己負担を2割に引き上げることが決まり、「医療、介護双方の負担増は難しい」との判断が働いたという。2019年12月20日『朝日新聞』を参照。

<sup>22</sup> セルフケアプランなどの名称があるが、本レポートは本人または家族のケアプラン作成を「自己作成」と呼ぶ。

<sup>23</sup> 日本介護支援専門員協会が2018年4月26日に公表した「居宅介護支援費の利用者負担導入論についての意見表明」を参照。

<sup>24</sup> それ以外にも、自社サービスに偏った自己作成を代行するサービス業者が生まれる危険性に言及している。

<sup>25</sup> 全国マイケアプラン・ネットワーク編（2010）「全国保険者調査から見えてきたケアプラン自己作成の意義と課題」（老人保健事業推進費等補助金）によると、2009年7月現在で要介護者の0.01%、要支援者の0.04%だった。



## 4 | 本質は「質」の問題

このような議論を踏まえると、介護保険財政の逼迫を含めた厳しい財政事情の中、有料化は一つの選択肢になり得たが、全体の財政規模で見ると、「雀の涙」程度の給付抑制効果しか期待できない以上、財源論だけ見れば大きな争点になるとは言えなかった。

確かに自己負担なしで実施されてきた約 20 年間の経緯を踏まえると、有料化は「介護保険の変質」を示すシンボルになる可能性があった。中でも、ケアマネジメントとケアプラン作成は介護保険サービスにアクセスする際の「入口」に相当するため、有料化を実施する場合でも所得基準を導入しつつ、利用控えへの影響を見極める必要があった。

以上のように考えると、ケアマネジメント改革の本質はコストの問題ではなく、むしろ「質」の問題と言える。

## 5——ケアプラン有料化の論点(2)～質の観点～

### 1 | コストと質を同時に議論している財政審の問題点

財政審の案によると、複数の事業者のサービスを盛り込んだケアプランを作成することをケアマネジャーに義務付けることで、価格競争を期待していたようだ。

確かに介護保険制度は創設時、部分的に市場原理を採用した経緯があるため、価格競争を全て否定できない。具体的には、介護保険サービスを使う際、利用者はケアマネジャー、サービス事業者とそれぞれ契約する仕組みを採用するとともに、利用者の選択肢を広げるため、株式会社や NPO など幅広い業態の市場参入を認めることで、競争原理を取り入れている。

一方、価格や施設基準などについては、政府がコントロールするため、市場経済と計画経済の間を意識する「準市場」(quasi-market)の考え方となっている。その意味では、ケアマネジャーが中心となり、事業者ごとの競争を促す財政審の主張は準市場の概念に沿っていると言える<sup>26</sup>。

しかし、財政審の主張は価格競争しか考えていなかったと言わざるを得ない。一般の財やサービスの場合、消費者は価格だけで判断していないし、生活の質に深く関わる介護保険サービスについても、利用者が単純に安さでサービスを選ぶとは考えにくい。

さらに日本ケアマネ協会が指摘する通り、財政審の案は現在の介護報酬体系と符合しなかった面が多い。具体的には、3年に一度の介護報酬改定に際して、厚生労働省は「人員を手厚くしたら加算、満たさなかったら減算」「認知症の人を受け入れたら加算」といった形で、数多くの加算や減算を付けることで事業者の経営を誘導し、質を高めようとしている。つまり、「加算を取得していない事業者は質が悪く、加算を取得している事業者は良質」という前提に立っている。

ただ、この状況で単純に価格だけで比べると、加算を取っていない、あるいは減算措置を受けている事業者が選ばれるようになり、「加算を取っていない質の悪い事業者」、より正確に言えば「加算を取っておらず、質を確保していないと報酬上、評価されている事業者」が選ばれやすくなる危険性があった。

以上の点を踏まえると、財政審の提案には限界があったと言わざるを得ず、「質の向上」と言いつ

<sup>26</sup> 実際、2018年度介護報酬改定では、ケアプラン作成に際して、利用者への説明義務が強化された。具体的には、▽複数のサービス事業者を紹介、▽サービス事業者をケアプランに位置付けた理由——といった点について、利用者がケアマネジャーに説明を求められる点を利用者に周知する義務がケアマネジャーに対して課された。さらに、利用者がケアマネジャーの説明を理解したことを示すため、署名を利用者から得なければならないとした。

つ、実態は「コストの抑制」の問題を論じていたと言える。もちろん、財政再建を重視する財政審がコスト抑制に繋がる制度改正を提唱するのは止むを得ない面があるが、質とコストの問題は切り離して考えた方が良かったのではないだろうか。

## 2 | 良質なケアプラン、良質なケアマネジメントとは何か

では、「良質なケアマネジメント」「良質なケアプラン」とは何だろうか。一般的にケアの質は構造 (structure)、過程 (プロセス)、成果 (outcome) の3つで測定するが、ケアマネジメントやケアプランで支えられる生活は複雑かつ多様であり、一つの指標だけで検証するのが難しい。この結果、介護の場合、医療のように客観的な数字に基づく標準化が難しく、利用者とケアマネジャーの対話や、両者の信頼関係に基づく納得感や満足度など、両者の間で交わされるプロセスが重要になる。例えば、ケアマネジメントの解説書では、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)」と、要介護者が体感している「フェルト・ニーズ (felt needs)」の調整や信頼関係の構築を通じて、真のニーズ (real needs) が生まれると指摘している<sup>27</sup>。

その点で言うと、「ケアプランの短期目標が具体的ではない」「情報収集が不十分」といったプロセス面の問題点<sup>28</sup>は改善されなければならないが、ケアマネジメントやケアプランで支えられる生活に「正解」を見出すのが難しいのと同様、ケアマネジメントやケアプランに「正解」は存在しない。最終的な評価は本人のQOLが深く絡む分、その評価は難しいと言わざるを得ず、質の面だけで見れば「介護保険サービスを多く入れたケアプランが悪い」とは一概に言えない難しさがある。介護保険制度の創設に関わった元厚生省幹部も「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」と原則を述べている<sup>29</sup>。

## 3 | 質の向上に欠かせない利用者の納得感

では、質を担保する上では、どんな仕組みが想定されているのだろうか。ケアマネジメントでは本人の意思決定を支援しつつ、サービス担当者会議を通じて様々な視点を加味したり、サービス開始後も検証したりする前提になっている。やや正確性を犠牲にして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ただけで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視されていると言える。

もちろん、介護保険サービスを多く入れたケアプランを推奨するわけではないが、こうしたケアプランが増えた場合も、要介護度別に定められた区分支給限度基準額 (以下、限度額) で上限が定められており、一定の歯止めが掛かっている。さらに介護保険制度では負担と給付の関係が明確になっている<sup>30</sup>ため、サービスを多く利用すれば、利用者の自己負担だけでなく、市町村ごとに定められている高齢者の介護保険料が上昇する仕組みとなっており、負担面でも住民参加のシステムの下、

<sup>27</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>28</sup> ケアプランを詳細に検証したケースとしては、日本総合研究所 (2012) 「ケアプラン詳細分析結果報告書」(老人保健事業推進費等補助金)などを参照。

<sup>29</sup> 堤修三 (2018) 『社会保険の政策原理』国際商業出版 p260 を参照。

<sup>30</sup> ここでは詳しく述べないが、その一例として、国民健康保険のように赤字補填目的とした市町村税の追加投入 (法定外繰入) が認められていない。

一定程度の牽制が働くようになっている<sup>31</sup>。

分かりやすく言うと、「現場に近いところで、負担と給付の関係を意識しつつ、より良質なケアプラン、より良質なケアマネジメントに向けて、利用者を交えた合意形成を関係者で進めることで、利用者の納得感を高めて下さい」という前提になっていると言える。

では、現在のケアマネジャーが上記で述べた機能や役割を果たしているだろうか。以下、(1) 介護保険サービスをケアプランに組み込まなければ、ケアプラン作成に関わる介護保険の報酬を受け取れない「報酬体系の問題」、(2) ケアマネジャーの勤める居宅介護支援事業所が他の介護保険サービス事業所に併設されており、利用者の代理人機能が発揮されにくい「独立性の問題」——という2つの制度的な問題点を指摘する<sup>32</sup>。

## 6——ケアマネジャーを巡る制度的な課題(1)～報酬体系の問題～

### 1 | 介護支援専門員が介護「保険」支援専門員になるインセンティブ構造

第1に、報酬体系の問題である。先に触れた通り、ケアマネジャーにはソーシャルワーク的な機能が期待されているが、現在の報酬体系では介護保険サービスを組み込まないと、ケアマネジャーはケアプラン作成費に相当する居宅介護支援費を受け取れない。

具体的に言えば、あるケアマネジャーがアセスメントに沿って、「知的好奇心の旺盛な人であり、リハビリテーションで体の機能も回復したので、社会参加の方策としてはデイサービスではなく、大学の生涯学習講座に通ってもらおう。そのための移動は自費サービスと自治体の移送サービスを組み合わせる」といったケアプランを作成しても、ケアマネジャーはケアプラン作成費に当たる居宅介護支援費を受け取れない。

つまり、現在のシステムは実質的に給付管理に報酬を付けていることになる。少し分かりやすく言えば、ケアマネジャーは介護支援専門員ではなく、介護「保険」支援専門員として振る舞うことが想定されていることになる。

実際、筆者自身も利用者やケアマネジャーと話している際、「介護保険サービスを使わないと、ケアマネジャーが報酬を受け取れないので、そんなに必要ないけど、福祉用具のレンタルサービスをケアプランに入れた」「ケアマネジャー向け研修で社会資源を入れるように言われるのに、専門職としての対価を一銭も受け取れないのは変」といったエピソードを耳にする。つまり、現状では利用者にとっても、ケアマネジャーにとっても、日常生活を支援する選択肢が介護保険サービスに限定される構造になっており、ケアプランやケアマネジメントの質を高める方法が限定されていることになる。

さらに言えば、ケアマネジャーを介護「保険」支援専門員としてしまう現在の報酬体系は別の政策を進める上でも、阻害要因となる可能性がある。例えば、厚生労働省は現在、障害者や子育て支援まで包摂した「地域共生社会」の実現に向けて、地域づくりを重視している。その際、本来はソ

<sup>31</sup> なお、65歳以上高齢者が支払う介護保険料が財源に占めている割合は23%であるため、「保険料の上昇として跳ね返る部分が小さい」という批判が想定される。しかし、介護保険制度は3年に1回の見直しに際して、第1号被保険者と第2号被保険者のシェアを人口比に応じて変更しており、高齢者に応分の負担を求める仕組みとなっている。実際、2000年度の制度創設後の動きを見ると、高齢者人口の増加を受けて、第1号被保険者の割合が1%ずつ増加、第2号被保険者の割合が1%ずつ減っており、現在は第1号が23%、第2号が27%の割合となっている。

<sup>32</sup> それ以外の問題点として、サービス担当者会議が実質的な議論の場となっておらず、ケアプランの原案にお墨付きを与える場になっている点が挙げられる。あり方検討会の中間整理でも「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」と指摘されている。

ーシャルワーク的な機能を用いて、ケアマネジャーを含めた専門職が関与できる余地は大きいと思われるが、ケアマネジャーを介護保険制度の枠内に留める現在の報酬体系はネックとなり得る<sup>33</sup>。

## 2 | ケアマネジャーが「タダ働き」を強いられている実態

こうした実態の一端が医療経済研究機構の調査<sup>34</sup>で明らかになった。調査では過去1年間に経験した事象として、「入院、入所中に病院等からの依頼でカンファレンス等に参加し、居宅介護支援に至らなかったケース」の有無をケアマネジャーに尋ねたところ、表1の通りに本人自身に経験ある人が計55.4%、周囲のケアマネジャーが経験したという話を聞いたことがある人が計46.4%に上った（「よくある」「ときどきある」の合計）。つまり、上記の場面でケアマネジャーは「タダ働き」を強いられていることになる。

一方で、近年の医療・介護制度改革では、医療・介護連携を図る必要性が指摘されており、診療報酬と介護報酬を同じ時期に見直した2018年度改定では、患者の入院・退院に際して、病院とケアマネジャーが患者の状態に関する情報をスムーズにやり取りするための細かい制度改正が積み重ねられた。

それにもかかわらず、ケアマネジャーがカンファレンスに参加したり、病院と情報をやり取りしたりしても、退院した患者が介護保険サービスを利用せずに済んだ場合、介護保険の居宅介護支援費を受け取れないのは制度上の欠陥と言わざるを得ない。実質的に給付管理しか評価していない現状はケアマネジャーの「代理人」機能を阻害していると言える。

表1：カンファレンスに参加しても報酬を受け取れなかったと答えたケアマネジャーの比率

	入院、入所中に病院等からの依頼でカンファレンス等に参加し、居宅介護支援に至らなかったケースがある	
	本人の経験	周囲の経験
よくある	9.3%	9.0%
ときどきある	46.1%	37.4%
あまりない	24.6%	20.6%
全くない	18.3%	14.5%
わからない	1.8%	18.6%

出典：医療経済研究機構調査を基に作成  
注：有効回答者数は1,303人

## 3 | 給付管理にしか介護報酬が付かない制度創設の経緯

では、介護報酬が実質的に給付管理しか付いていないのはなぜだろうか。その理由の第1として、ケアマネジメントが介護保険サービスに位置付けられたことが影響していると思われる。介護保険制度を創設する際、ケアの手間暇を判断する要介護認定と、ケアマネジメントの関係が争点の一つとなった。当時の政策立案に関わった官僚や学者たちの書籍では、以下のように書かれている<sup>35</sup>。

**（筆者注：要介護認定の導入に伴う）問題の第1は、要介護認定は、性格上保険者が行うべき行為であるが、これによってサービス内容が一方向的に決定されるのであれば、実質的に措置制度と変わらないことになってしまうのではないかという点であり、問題の第2は、要介護認定においても評価（アセスメント）が行われるならば、ケアマネジメント機関が行うアセスメントと内容がほぼ重複してくるのではないかという点であった。**

つまり、介護保険制度の導入に際して、市町村が支援の内容を一方向的に決める「措置」制度を見

<sup>33</sup> 政府は介護保険サービスと介護保険外サービスを組み合わせる「混合介護」も推進しているが、ソーシャルワークを評価する報酬にすれば、介護保険サービス以外の社会資源や民間企業のサービスがケアプランに入りやすくなる可能性がある。

<sup>34</sup> 医療経済研究機構（2020）「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」（老人保健事業推進費等補助金）を参照。有効回答数は1,303人。

<sup>35</sup> 介護保険制度史研究会編著（2019）『新装版 介護保険制度史』東洋経済新報社 p76 を参照。

直すとともに、利用者の自己決定を重視する社会保険方式に切り替えることを重視したのに、市町村が実施する要介護認定の段階で、市町村がケアの内容を決めてしまえば、措置制度と何ら変わらなくなって来る、その場合はケアマネジメントとの関係が悩ましい課題だったというのである。

結局、要介護認定は「保険者である市町村が客観的な事実即して介護が必要かどうか確認する行為」、ケアマネジメントは「サービスの仲介」と整理することで、制度としては別建てとなった<sup>36</sup>。この結果、ケアプラン作成が「介護保険サービスを受けるための手続きの一つ」という形で、制度の枠内だけで理解されやすくなったと言える。

第2に、給付管理をケアマネジャーの仕事とした点である。介護保険制度の創設に関わった元厚生省幹部の書籍<sup>37</sup>によると、利用者が複数の異なるサービス事業者を同時に利用できるようにしたため、その合計をチェックする機能をケアマネジャーに担わせたとしている。

少し具体的に考えてみる。介護保険制度では要介護度ごとに上限を定められた限度額を超えると、全額が自己負担になる仕組みを採用しており、利用者が「A」「B」「C」と3つのサービス事業者を同時に選んだ場合、3つのサービスの合計が限度額を超えているかどうかチェックする必要がある。例えば、要介護度1と判定された利用者の場合、限度額は16,765単位<sup>38</sup>となり、A事業所で5,000単位、B事業所で5,000単位、C事業所で7,000単位を使った場合、限度額を超える部分は全額自己負担となる。しかし、3つの事業所から同時にサービスを利用した場合、報酬の支払い請求が別々に来ることになり、当時の技術では合算するのが難しかったため、ケアマネジャーに給付管理させることにしたというのである。実際、ケアプランの書類の一つである「利用票別表」を見ると、ケアマネジメントとケアプラン作成の時点で、「限度額の枠内に入っている単位数」「限度額の枠外にはみ出ている単位数」が区分される書式になっている。

ケアプラン作成を含めたケアマネジメントが実質的に介護保険サービスの枠内にとどまり、給付管理だけを報酬の対象として実情は、こうした制度創設時の判断や経緯が影響しており、利用者のQOL改善に向けた選択肢を広げる意味で見直しが必要と言える。

## 7—ケアマネジャーを巡る制度的な課題(2)～独立性の問題～

### 1 | 介護「保険サービス営業支援」専門員になる事業所経営の構造

第2に、独立性の問題である。ケアマネジャーは通常、居宅介護支援事業所に所属しているが、独立型事業所は1割程度に過ぎず、9割近くは他の介護サービス事業所に併設されている<sup>39</sup>。つまり、訪問介護事業所など別の介護事業所が居宅介護支援事業所を併営しており、その事業所にケアマネジャーが勤務しているというパターンが大半なのである。

ここで言う「独立性の問題」とは、居宅介護支援事業所が他の介護サービス事業所にぶら下がっている状況の下、ケアマネジャーが「利用者の代理人機能」を発揮できるかどうかという点である。

つまり、前半で引用した通り、本来の枠組みで言うと、ケアマネジャーには「利用者の代理人機能」を果たすことが期待されているのに、現状では雇われている事業者の立場で物を考えやすくな

<sup>36</sup> 同上 pp114-115 を参照。

<sup>37</sup> 堤修三 (2010)『介護保険の意味論』中央法規出版 p57 を参照。

<sup>38</sup> 通常、1単位は10円だが、地域ごとに異なる。

<sup>39</sup> 悉皆的な調査ではないが、過去の委託調査では概ね同じ結果となっている。三菱総合研究所 (2014)「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」(老人保健事業推進費等補助金)などを参照。

る構造になっている問題である。

誤解を恐れずに言えば、ケアマネジャーは介護支援専門員ではなく、介護「保険サービス営業」支援専門員になりやすい構造となっている。

## 2 | 制度創設時から焦点になっていたケアマネジャーの公正中立性問題

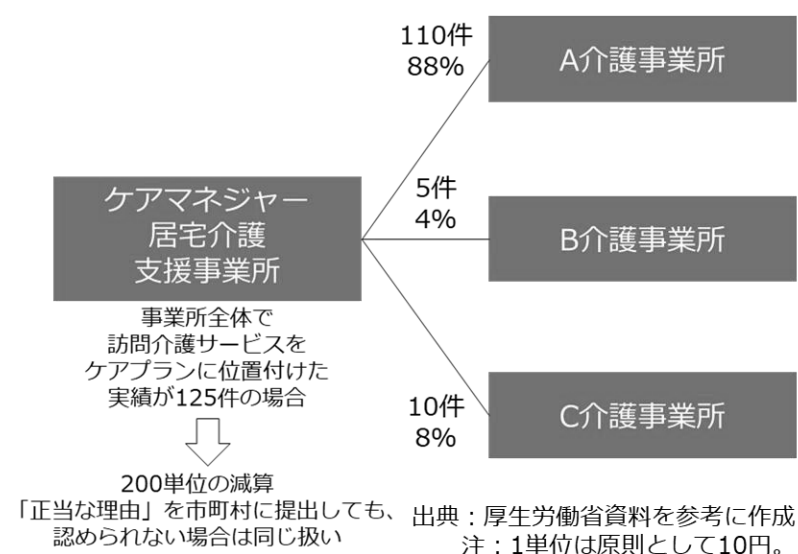
この点は「ケアマネジャーの公正中立性問題」として以前から論じられており、「古くて新しい問題」と言える。例えば、制度スタート直前の1999年9月に示された事務連絡<sup>40</sup>では、一部の介護事業者が利用者の獲得に向けて、系列ケアマネジャーを窓口にした勧誘が行われているとして、「個々のサービス事業者の事業とは独立した公正中立の遵守が極めて重要」と促した。

さらに、居宅介護支援事業所の運営基準に相当する厚生労働省令でも、利用者に提供される介護サービスが「不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない」という条文が制度スタート時から盛り込まれている。つまり、制度創設の時点から「事業所の立場に立つのか、利用者の立場に立つのか、企業論理と専門職としての倫理のジレンマ」<sup>41</sup>が「公正中立性問題」として顕在化していたと言える。

2006年度介護報酬改定に際して、「特定事業所集中減算」という仕組みが創設されたのも、公正中立性の確保を目的としていた。この減算措置は制度改正を経て、現在は図4の通り、「周辺地域に事業所の数が少ない」などの「正当な理由」を伴わない限り、同じ法人事業所のサービスが全体の80%を超える<sup>42</sup>と、居宅介護支援事業所の報酬を200単位減らす仕組みとなっている。

では、なぜ併設が多いのか。この点についても、制度スタート直前の1999年11月の国会論戦で早くも話題になっており、「所属する法人の他の在宅あるいは施設サービスと兼務しなければ人件費を賄えないような単価となっております。それではサービス事業者に対して中立的な立場で介護サービス計画を作成することは難しいのではないかと指摘されていた<sup>43</sup>。つまり、ケアプラン作成費用の見返りとして受け取れる報酬が低いため、ケアマネジャーが独立して居宅介護支援事業所を運営するのは難しく、別のサービスとの併設が多いと論じられていたのである。

図4：特定事業所集中減算のイメージ



<sup>40</sup> 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室が1999年9月14日に発した事務連絡「指定居宅介護支援事業者等の事業の公正中立な実施について」を参照。

<sup>41</sup> 山崎摩耶（2001）『ケアマネジャー バイブル』日本看護協会出版会 p21 を参照。

<sup>42</sup> 2006年度の制度創設当初、比率は90%であり、2015年度改定で80%に厳格化された。

<sup>43</sup> 第146回国国会議録1999年11月9日衆院厚生委員会における松本純衆議院議員の質問。この時、丹羽雄哉厚相は「介護サービス計画の作成につきましては、運営基準の中で、利用者に対して特定のサービス事業者のサービスの利用を指示してはならない、こういうくだりがございます。いずれにいたしましても、都道府県を通じまして十分に適切な指導をとっていきたい、こう考えているような次第であります」と答えている。

ここで少しだけケアマネジャーの月額報酬水準を見ると、制度創設時は要介護度に応じて1件当たり720～840単位と定められていた（要支援は除く）。その後、単価が引き上げられたり、加算・減算措置が設けられたりして、ケアマネジャーの1人当たり相談件数が40件未満である場合、要介護1～2で1件当たり1,057単位、要介護3～5で1,373単位を月単位で受け取れる仕組みとなっている。1単位は原則10円なので、1件当たり1万～1万4,000円前後の報酬を受け取れる計算であり、必ずしも採算が取れる水準とは言えない。

確かに事業所の経営に際しては、様々な加算減算の影響を受ける上、2017年の「介護事業経営実態調査」を見ると、実利用者が100人を超えると収支差が黒字になっており、一概に全ての居宅介護支援事業所が赤字とは言えない。

しかし、それでも採算を取りにくい水準であるのは事実であり、1人当たり担当件数を40件以上に増やすと減算される構造の下、量を増やす選択肢も採れないため、併設が多くなっている。

さらに独立性を確保する上での方法として、強制的に事業所を分離する方策も考えられたが、介護保険制度の立案に関わった元厚生省幹部の書籍では「ケアマネジャーがサービスの実態を十分把握できる立場にあることは必要ではないか、法人格だけ別にしても役員や資本などの実質的なつながりがある場合を排除できるかといった問題があることから、見送られたという経緯があります」と書かれている<sup>44</sup>。こうした経緯と判断を経て、併設型が居宅介護支援事業所の大半を占める構造を生んでおり、公正中立性問題が長らく論じられている状況に繋がっている。

### 3 | 「公正中立性」が損なわれていることを示す事実

では、ケアマネジャーの公正中立性を巡る実態はどうなっているのだろうか。実は、公正中立性が失われていることを示す明確な根拠は見当たらない。例えば、特定事業集中減算の適用を受けている事業所も全体の7.6%に相当する2,987事業所<sup>45</sup>であり、決して多いとは言えない。

さらに、ケアマネジャーに関する過去の実態調査を見ても、どこまで事業所からプレッシャーを受けているのか読み取れない。例えば、2015年度に実施されたケアマネジャーに対する実態調査を見ると、「勤務上の悩み」を答えさせる設問項目（複数回答可）で、「事業所や法人からのノルマや課題、営業目標が厳しい」という回答項目を選んだ人は7.9%にとどまる<sup>46</sup>。2014年度の調査でも「現在抱えている困難点・悩み」を問う設問項目（複数回答可）があり、「事業所から無理な課題・営業目標等を提示される」と答えたケアマネジャーは4.3%だった<sup>47</sup>。同じ設問は2003年以降、2年ごとの調査でも3%台後半から4%台の前半に収まっていた。

このほか、2016年度と2018年度に実施された調査研究事業の報告書<sup>48</sup>を見ても、「自法人の系列のサービスの利用を必要性を超えて推奨したことの有無」を尋ねており、「ある」と答えたケアマネジャーは2016年度で12.4%、2018年度で8.1%となっており、いずれも多数を占めているとは

<sup>44</sup> 堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規出版 p58。

<sup>45</sup> 2017年7月5日第142回社会保障審議会介護給付費分科会資料を参照。2016年5月審査分。

<sup>46</sup> 「居宅介護支援事業所およ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」（2015年度調査）を参照。有効回答数は4,772人。調査研究事業は三菱総合研究所の運営。

<sup>47</sup> 三菱総合研究所（2014）「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（老人保健事業推進費等補助金）を参照。有効回答数は2,132人。

<sup>48</sup> 「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」（2018年度調査）を参照。有効回答数は2016年度で4,682人、2018年度で3,489人。2016年度のデータは2018年度調査報告書から引用した。調査研究事業はエム・アール・アイリサーチアソシエイツの運営。

言えない。

一方、公正中立性を疑わせる結果も少なくない。2016年度と2018年度に実施された調査研究事業の報告書<sup>49</sup>を見ても、「ケアマネジャーが特定のサービスや事業所をケアプランに位置づけることの有無」を事業所に尋ねた質問では、「ある」と答えた事業所は2016年度で28.1%、2018年度で18.6%になっている。

さらに先に触れた医療経済研究機構の調査<sup>50</sup>では、法人・上司の圧力で自法人のサービス利用を求められた経験の有無をケアマネジャーに尋ねており、表2の通り、本人自身に経験ある人が25.0%、周囲のケアマネジャーが経験したという話を聞いたことがある人が40.2%に上った（「よくある」「ときどきある」の合計）。つまり、会社の都合を「付度」しなければならない点で、ケアマネジャーが本人の意思決定を支援する「代理人」として振る舞える余地を狭めている可能性がある。以上のように考えると、一定程度の囲い込みが存在することは間違いないだろう<sup>51</sup>。

筆者自身、「営業が始まったばかりの通所介護をケアマネジャーに薦められたので、調べてみたら担当ケアマネジャーと同じ系列の事業所だった」といった話を利用者から、「ケアマネジャーごとに系列事業者への誘導率が示され、管理職から営業するように求められた」「居宅介護支援事業所だけでは赤字なので、併設事業所の収入を増やす配慮が求められる」といった経験をケアマネジャーから、それぞれ耳にしている。

この問題では、会計検査院も2016年3月に取りまとめた意見書で、制度改正を促した。具体的には、特定事業所集中減算を回避するための調整が実施されているとして、特定事業所集中減算の見直しも含めて、「公正・中立を確保するための合理的で有効な施策の在り方」を検討するよう要請した<sup>52</sup>。筆者自身もケアマネジャーから「居宅介護支援事業所の間で、利用者を『トレード』することで、特定事業所集中減算の対象である80%を上回らないようにする調整が実施されている」という話を耳にしたことがあり、減算逃れの動きは現に存在しているようだ。

以上の点を踏まえると、ケアマネジャーの「公正中立性問題」は古くて新しく、かつ水面下で把握しにくいところで起きていると言えるのかもしれない。

表2：法人・上司の圧力で、自法人のサービスをケアプランに入れたと答えたケアマネジャーの比率

	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	
	本人の経験	周囲の経験
よくある	9.3%	12.1%
ときどきある	15.7%	28.1%
あまりない	23.3%	20.7%
全くない	49.4%	24.6%
わからない	2.3%	14.5%

出典：医療経済研究機構調査を基に作成  
注：有効回答者数は1,303人

<sup>49</sup> 同上を参照。有効回答数は2016年度で1,572事業所、2018年度で1,288事業所。2016年度のデータは2018年度調査報告書から引用した。

<sup>50</sup> 医療経済研究機構（2020）「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」（老人保健事業推進費等補助金）を参照。有効回答数は1,303人。

<sup>51</sup> 特定事業所集中減算が創設される2006年度以前の調査としては、2004年3月に公表された東京都の「都内の居宅介護支援事業所の運営及び介護支援専門員の現状についての実態調査」（有効回答数は1,716人）では、「ケアプラン作成時に、所属事務所による経営的な観点からの条件提示や指示が行われていますか」という問いに対し、「ほとんどの場合に行われる」「行われる場合もある」の合計は36.2%だった。2004年3月に公表された全国介護支援専門員連絡協議会（現在の日本介護支援専門員協会）の「介護支援専門員の業務実態と意識に関する調査」でも公正中立性問題に関して、「話し合いがしやすいので、つついと同じ所になってしまう」「どうしてもひも付きケアプランになってしまう」といった自由記述が見られる。

<sup>52</sup> 会計検査院が2016年3月25日に公表した「介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果についての報告書」を参照。



#### 4 | 公正中立性の欠落が需要を誘発？

公正中立性が失われている証左として、供給者が需要を生み出している可能性を挙げることができる。これは元々、医療経済学で「供給者需要誘発」(Supplier induced demand) 仮説と呼ばれ、都道府県別で見た1人当たり病床数と医療費の間に相関関係が見られることが有名である<sup>53</sup>。介護についても、論文数は医療ほど多くないが、同様の現象が起きているという先行研究が見られる<sup>54</sup>。

しかし、これは医療と介護の違いに着目すると、奇妙に映る。第1に、医療サービスで需要誘発が起きるのは、患者—医師の間で情報格差が大きいためである。どんなに患者が医療情報に精通したとしても、医師との間では情報格差が残るため、最後は医師の判断に委ねるしかなくなる。一方、医師も患者のためにベストなサービスを提供しようとするため、「念のための入院や検査」が生み出されるなど、医療サービスのレベルは臨牀的に許される範囲で、供給制約の上限に近づくことになる<sup>55</sup>。

しかし、介護保険制度では利用者—専門職の間で情報格差が小さい。分かりやすい例を挙げれば、医療の場合、「腹が痛い」という理由や原因、症状の深刻度、これを解消する方法を知っているのは医師であり、患者ではない。これに対し、「要介護になった後の生活上の不便」を理解しているのは利用者や家族であり、ケアマネジャーや介護職ではない。

実際、医療では患者—医師の間の情報格差が大きく、対等な関係性の下での契約が難しいが、介護では情報格差が小さいため、利用者と事業者が対等な立場で契約する前提になっている。もちろん、介護についても、リハビリテーションなど専門的な支援を要する場合、利用者と専門職の情報格差は大きくなるが、供給者需要誘発を起しやすいため医療と、本来は起りにくい介護の情報格差の違いに留意する必要がある。

第2に、制度的な違いである。表3の通り、医療の場合、(a) 治療の必要性を判断、(b) 治療の内容を決定、(c) 治療を提供—というプロセスを担うのは全て医師である<sup>56</sup>。つまり、全て同じ主体が担う以上、供

表3：専門職と利用者の関係性を巡る医療と介護の違い

		医療	介護
専門職と利用者の情報格差		大きい →契約が困難	小さい →契約が可能
治療やケアの決定に至るプロセス	(a) 必要性を判定する主体	医師	市町村 (要介護認定)
	(b) 内容を定める主体	医師	多くの場合、 ケアマネジャー (注2)
	(c) 提供する主体	医師 (注1)	介護職など 専門職 (注3)

出典：各種資料を基に筆者作成

注1：チーム医療が実施される場合、提供主体は医師とは限らない。

注2：ケアマネジャーは業務独占ではないため、自己作成が可能。

注3：看護職やリハビリ職も含む。

<sup>53</sup> 医師需要誘発仮説 (Physician induced demand) という言葉も使われているが、今回は介護も含めた議論なので、「供給者」という言葉を使う。日本の供給者需要誘発仮説については、西村周三 (1987)『医療の経済分析』東洋経済新報社、泉田信行ほか (1998)「医師需要誘発仮説の実証分析」『季刊・社会保障研究』Vol. 33 No. 4、地域差研究会編 (2001)『医療費の地域差』東洋経済新報社、印南一路編著 (2016)『再考・医療費適正化』有斐閣などを参照。

<sup>54</sup> 例えば、岸田研作 (2015)「在宅介護サービスにおける需要誘発仮説の検証」『医療経済研究』Vol. 27 No. 2、湯田道生「介護事業者密度が介護サービス需要に与える影響」『季刊・社会保障研究』Vol. 40 No. 4、山内康弘 (2004)「訪問介護費と事業者密度」『医療と社会』Vol. 14 No. 2などを参照。中でも岸田論文では「併設サービスのある居宅介護支援事業所でケアプランを作成した利用者の方が多くサービスを利用する」「誘発される需要は非営利セクターよりも、営利の方が大きい」という点を実証している。

<sup>55</sup> さらに公的医療保険制度の下では、患者、医師の双方は費用負担を気にせずに済むため、医療サービスは供給制約の上限に張り付きやすくなる。

<sup>56</sup> 最近ではチーム医療が増えているため、一概に医師が全て担うとは言えないが、日本の医療制度における関連専門職は「医師の指示」の下で動くことが法律で義務付けられており、医師の存在感は大きい。

給者である専門職が優位に立ちやすい構造となっている。これに対し、介護は表1の通り、(a)は市町村による要介護認定、(b)はケアマネジャー、(c)は介護職員などの専門職という形で異なる分、供給者である専門職優位になりにくい構造となっている<sup>57</sup>。

ただ、介護でも供給者需要誘発が起きているのであれば、(b)と(c)のプロセスが分離されおらず、供給者優位になっている可能性がある。こうした状況で、ケアマネジャーは「利用者の代理人機能」ではなく、「事業所の営業担当機能」を担っていることになり、利用者の納得感は高まらないし、利用者の信頼関係も得にくくなる。これは専門職として不幸な状況と言わざるを得ず、利用者の納得感や満足感が高まらなければ、ケアプランやケアマネジメントの質も上がりにくい。

では、ケアプランやケアマネジメントの質を引き上げる方策として、どんな選択肢が考えられるだろうか。先に触れた「報酬体系の問題」「独立性の問題」という2つの構造的な問題を意識しつつ、想定できる選択肢と利害得失を整理しよう。

## 8—ケアマネジメントの質を高めるための選択肢

### 1 | 報酬体系の見直し

第1に、「報酬体系の問題」「独立性の問題」という2つの問題のうち、前者を解決する方策として、報酬体系を見直す選択肢である。先に触れた通り、現在の報酬体系では、ケアマネジャーの仕事が介護「保険」支援専門員として、介護保険制度の枠内にとどまりやすい構造になっているため、ソーシャルワーク的な仕事を報酬として評価する制度改正が選択肢として考えられる。実際、厚生労働省のあり方検討会の中間整理では「利用者の支援に当たって、ケアプランに位置付けられたサービスがインフォーマルサービスのみであり、結果として給付管理が発生しない場合であっても、介護支援専門員のケアマネジメントを適切に評価する仕組みを検討すべきである」との文言が盛り込まれている。さらに、日本ケアマネ協会が2017年11月、社会保障審議会介護給付費分科会に提出した要望書でも、「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」「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」としている<sup>58</sup>。

### 2 | ケアマネジメントの報酬引き上げ

第2に、「独立性の問題」を解決する手段として、ケアマネジメントの報酬を引き上げる選択肢である。独立型ケアマネジャーが増えない一因として、報酬水準の低さが論じられていた経緯を踏まえると、この選択肢を見逃すことはできない。

中でも、実利用者が100人を超えると収支差が黒字になっている現状を踏まえると、報酬の引き上げを通じて事業規模を大きくするように誘導する選択肢が想定される。実際、日本ケアマネ協会は「独立的かつ一定以上の事業規模であることが重要」と指摘している<sup>59</sup>。

しかし、厳しい財政事情の中、認知症ケアや在宅ケアの充実など新しいニーズに対応しなければならない現状で、ケアマネジャー向け報酬を大幅に引き上げる選択肢は採りにくく、他の選択肢を組み合わせる方策が必要となりそうだ。

<sup>57</sup> 施設サービスの場合、(b)は施設所属のケアマネジャー、(c)は施設所属の介護職であり、ほぼ同じになる。

<sup>58</sup> 2017年11月22日、第152回社会保障審議会介護給付費分科会資料を参照。

<sup>59</sup> 同上を参照。

### 3 | 経営体の分離、あるいは情報交換の規制

第3に、「独立性の問題」を解決する手段として、居宅介護事業所と併設事業所の分離が考えられるが、制度が定着した現段階で、政府が民間の事業所を強制分離することは難しいのではないだろうか。

もう一つの選択肢として、情報交換などについて一定の規制を設定することも考えられる。その際に一つの参考になるのが、金融業界で実施されている「チャイニーズウォール規制」「ファイヤーウォール規制」かもしれない。これらのルールでは、例えば銀行が証券部門を通じて証券商品を顧客に買わせるといった利益相反の防止を図るため、情報交換などを制限している。

だが、医療・介護連携を含めた専門職同士の連携が求められている中、情報を遮断することは難しく、「利益相反が起きている」と判断する線引きが困難な側面もあり、この考え方を介護に適用することは現実的とは思えない。

### 4 | 給付から切り離す選択肢

第4に、「報酬体系の問題」「独立性の問題」を同時に解決する手段として、ケアプラン作成を含めた居宅介護支援費を給付から切り離す選択肢も想定される。この場合、居宅介護支援費については、地域包括支援センターの運営費などに充当している地域支援事業に組み込むことになり、ケアマネジャーが勤務する居宅介護支援事業所に対し、市町村が費用を支払う形に変わる。

この結果、ケアプラン作成費に相当する居宅介護支援費は単なる給付管理ではなく、社会資源を取り込むソーシャルワークを評価しやすくなり、ケアマネジャーの公共性も高められる。

実際、▽ケアマネジメントは公共性が強く、保険制度のサービスとして馴染みにくい、▽社会資源を含めて、介護保険サービスを越えた多様なサービスを結び付けることが求められている以上、介護保険制度の枠内に位置付けることが難しい——といった理由の下、ケアマネジメントの専門家は「介護保険制度にケアマネジメントを取り込むことに強い躊躇感」を持った<sup>60</sup>として、こうした選択肢を主張する意見が一部に見られる<sup>61</sup>。さらに、軽度な要支援者を対象としたケアプラン作成の一部は「介護予防・日常生活支援総合事業」の介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）に改組した経緯もある。筆者としては、この選択肢は（1）報酬体系の問題、（2）独立性の問題——をクリアする上で、重要と考えている。

しかし、この選択肢は「介護保険制度の転換」と受け止められる可能性がある。つまり、ケアプラン作成を含めたケアマネジメントを給付に組み込んだのは「居宅サービスの受給権に直結する（略）。その利用自体を権利として保障されるべきという考え方」だった<sup>62</sup>。このため、給付から切り離す選択肢に対し、「自己選択を重視した利用者の権利性を失わせる」という批判を招く恐れがある。

さらに、ケアマネジャーが元々、利用者の代理人であるとともに、「保険者の代理人」として介護給付費抑制の「尖兵」になり得る側面を併せて持っていることを考えると、ケアマネジャーの専門性を失わせるような形で、市町村の権限が乱用される危険性も想定される。

<sup>60</sup> 白澤政和（2011）『「介護保険制度」のあるべき姿』筒井書房 p168 を参照。

<sup>61</sup> 白澤政和（2019）『介護保険制度とケアマネジメント』中央法規出版 pp237-238。

<sup>62</sup> 堤修三（2018）『社会保険の政策原理』国際商業出版 p241 を参照。

## 5 | その他の制度改正

ケアマネジャーやケアマネジメントの質を高めるため、ケアマネジャー同士の競争を促す観点に立ち、「介護サービス情報公表システム」の充実を図ることが考えられる。これは居宅介護支援事業所に限らず、介護保険サービス事業所などについて事業所の名称や位置情報、介護報酬の加算取得状況、利用者の数、職員数などを開示するシステムであり、少しずつ機能が充実している。今後、居宅介護支援事業所については利用者の満足度や入退院支援の状況などを反映させるなど、一層の拡充を図る必要がある。

このほか、日本ケアマネ協会はケアマネジャーの国家資格化を主張しており、2019年7月の参院選に向けた自民党の政策集<sup>63</sup>でも「社会保障制度において重責を担う介護支援専門員の国家資格化を目指します」と書かれている。ケアマネジャーの法的根拠は現在、介護保険法に定められているに過ぎず、その権能を高めるために国家資格化が論じられているようだ。

ただ、国家資格に位置付けても、質が引き上げられるとは限らないし、「公正中立性問題」を含めた2つの課題が解消するとは思えない。むしろ、「利用者の代理人機能」を果たす点など、ケアマネジャーの本来の役割に立ち返った研修制度や試験の見直しなどが重要ではないだろうか。

## 9—おわりに

ケアマネジメントは十分な学問的な根拠もない状態で制度化された——。介護保険制度創設に関わった元厚生省幹部の解説書を読むと、こんな一節がある<sup>64</sup>。これを読むと、本格的に「輸入」されたケアマネジメントと、専門職のケアマネジャーの質を巡る問題は制度創設時点から懸案だったことが分かる。

しかし、これは制度創設から約20年を経た現在も解決されておらず、医療との連携など新たな問題が迫られる中、むしろ複雑化していると言えるかもしれない。ケアマネジャーが感じている「勤務上の悩み」を尋ねた調査結果<sup>65</sup>（複数回答可）を見ると、「自分の能力や資質に不安がある」という回答項目が半数近くに及んでおり、問題の深刻さを理解できる。

こうした観点に立てば、「介護保険制度の根幹を成すケアマネジメントをどうするか」「そのための費用負担をどうするか」「ケアマネジメントを担うケアマネジャーの質をどう高めていくか」といった点は真剣に考えなければならない課題であり、ケアプラン有料化は小さな問題に過ぎない。

結局、2021年度制度改正論議で有料化は見送られたが、ここで取り上げた「報酬体系の問題」「独立性の問題」は依然として手付かずのままである。

一方、介護保険財政は逼迫しており、今後の制度改正論議に向けて。有料化の選択肢は完全に消えたとは言いきれない。今後、議論を進める上では制度創設時の理念や経緯に立ち返りつつ、本レポートで挙げた選択肢の利害得失も勘案し、単なる自己負担の是非だけにとどまらない広範な議論を期待したい。

<sup>63</sup> 2019年6月17日、自民党「総合政策集2019 J-ファイル」を参照。

<sup>64</sup> 堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規出版 p55 を参照。

<sup>65</sup> 「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」（2015年度調査）を参照。有効回答数は4,772人であり、「自分の能力や資質に不安がある」という回答項目を44.1%のケアマネジャーが選んだ。調査研究事業は三菱総合研究所の運営。なお、この報告書では同じ設問項目について、2003年以降の結果も掲載しており、サンプル数に違いがあるが、「自分の能力や資質に不安がある」という回答項目が5~6割で推移している。