

# 公正中立なケアプランは、 ケアマネジャーの専門性を活かせる 環境づくりから生まれる



3年に1度の介護保険の報酬改訂を受け、今年4月から、居宅介護支援における新たな介護報酬がスタートした。今回の報酬改訂においては、医療との連携へのインセンティブの強化や管理者要件の見直しなど、ケアマネジャーに関する変更点が多いのが特徴だ。そこで主な改正のポイント、その評価や内包する課題について、桜美林大学大学院・白澤政和教授にお話を聞いた。

●プロフィール しらさわ・まさかず  
日本で最初にケアマネジメントに関する論文や著書を発表。日本の土壌でのケアマネジメントを提唱し、日本型のサービス・デリバリー・システムの構築に貢献した。近著にケアマネジメントのあり方を体系的にまとめた『ケアマネジメントの本質-生活支援のあり方と実践方法』（中央法規）がある。1994年に大阪市立大学生活科学部人間福祉学科 教授、2011年には大阪市立大学 名誉教授に就任し、現在は桜美林大学大学院老年学研究科 教授を務める。

桜美林大学大学院老年学研究科教授  
日本ケアマネジメント学会理事長  
**白澤 政和 氏**

## 「医療・介護の連携強化」と「公正中立の確保」が狙い —まずは、今回の改訂のポイントを教えてください。

二つの大きな特徴があります。一つは「医療と介護の連携強化」で、もう一つは「公正中立なケアマネジメントの確保、ならびに質の高いケアマネジメントの推進」です。

医療・介護連携の人員や運営基準については、具体的には、①利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供することの依頼の義務化、②利用者が医療系サービスの利用を希

望している場合等は、利用者の同意のもと、主治の医師等に対するケアプラン交付の義務化、③訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、またケアマネジャー自身がモニタリング等の際に把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達の義務化、の3点です。

また、末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメントでは、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすることが可能になりました。

## —介護報酬は、具体的にどのように変わりましたか。

報酬一覧（次ページの表）を見てわかるように、病院との連携を強化して、退院を円滑に進めていくことが一層促進されます。今回は、診療報酬と介護報酬の同時改定だったからこそ達成できたのですが、こういう道筋が具体的に示せたことを評価します。今後、病院からの退院が一層円滑になっていくと思います。

## —今回の改訂では、ケアマネジメントの公正中立性に焦点があてられました。

そこが第二のポイントです。公正

中立なケアマネジメントを確立すること、さらには質の高いケアマネジメントを実現していくために、いくつかの仕組みが生まれました。例えば利用者との契約にあたり、ケアマネジャーには、利用者が複数の居宅サービス事業所の紹介を求めることが可能であるという文書による説明義務が課せられました。また、生活援助中心型訪問介護において、訪問回数が多いケアプランについては市町村への届け出が義務化されました。さらには、質の高いケアマネジメント推進のために、居宅介護支援事業所の管理者の要件が主任ケアマネであること、となりました。これには3年間の経過措置期間が設けられています。

## 主任ケアマネであることが管理者の要件となる —主任ケアマネでないと管理者になれない、というのは大きな変化ですね。

今回、ケアプランに大きく関与する管理者の要件に着目したことは非常に重要なことだと思います。我々が昨年実施したケアマネジャー調査では、作成するケアプランについて管理者との間で葛藤があると答えたケアマネジャーが4分の1もいました。しかもその場合、3分の2の者は管理者の意向によるケアプランになっているとしています。逆に言えば、ケアマネジャーの考えるケアプランは3分の1しか通らなかったこととなります。管理者は、ケアプラン作成におけるキーパーソンなんです。そういう意味で、管理者を主任ケアマネという専門職に位置付けていく方向性は至極妥当であります。

ただ、これについてはもう少し慎重な検討が必要です。それは、今の主任ケアマネの研修体系だけで管理者の職責が果たせるかということです。これは正直議論の余地を残していると思います。主任ケアマネは今回の管理者要件以外に、地域包括支援センターの職員要件であったり、居宅介護支援事業者の特定事業所加算要件など、多様な資質が求められています。地域でのケアマネジャーの支援や地域づくりの担い手としての役割も果たさねばなりません。そのため、主任ケアマネの資格取得要件を含めて、法定研修の内容の再検討が必要不可欠です。管理者としての主任ケアマネの研修内容にはスーパービジョン研修の中でも、特にマネジメント的な視点から、利用者のQOLを高め、ケアマネジャーを支援していくスーパービジョンの強化が図られる必要があります。

## —1人ケアマネが増えていますが、この人たちが必ずしも管理者になれるとは限りませんね。

主任ケアマネを管理者要件としたことの大きな問題として、1人ケアマネの人たちがこの先3年間で主任ケアマネをとらなければならない、という問題があります。個人的には、1人でケアマネをやるには5年くらいの経験を積んだ人になる仕組みが望ましいと思います。今後は、1人ケアマネというよりも、

何人かがチームを組んで独立型の居宅介護支援事業所を作っていくことが増えていくと思います。そういう仕組みを市町村や地域包括支援センターなどがサポートしてほしいです。そうすることで、独立型の居宅介護支援事業所も増えていくのではないかと期待しています。

## 法人の理念と相容れず3分の1が離職を経験 —公正中立の確保を目的に、特定事業所集中減算の対象が絞られました。ということですか。

いずれかの介護サービスについ

居宅介護支援サービス（抜粋）	
＜居宅介護支援費＞	
<b>基本単位数</b>	
◆居宅介護支援費（1月につき）	
(1) 居宅介護支援費（Ⅰ） 要介護1・2	1053単位
要介護3・4・5	1368単位
(2) 居宅介護支援費（Ⅱ） 要介護1・2	527単位
要介護3・4・5	684単位
(3) 居宅介護支援費（Ⅲ） 要介護1・2	316単位
要介護3・4・5	410単位
<b>加算・減算</b>	
◆初回加算	+300単位/月
◆特定事業所加算	
(1) 特定事業所加算（Ⅰ）	+500単位/月
(2) 特定事業所加算（Ⅱ）	+400単位/月
(3) 特定事業所加算（Ⅲ）	+300単位/月
★(4) 特定事業所加算（Ⅳ）	+125単位/月
◆入院時情報連携加算	
(1) 入院時情報連携加算（Ⅰ）	+200単位/月
(2) 入院時情報連携加算（Ⅱ）	+100単位/月
★退院・退所加算（入院または入所期間中1回を限度）	
(1) 退院・退所加算（Ⅰ）イ	+450単位
(2) 退院・退所加算（Ⅰ）ロ	+600単位
(3) 退院・退所加算（Ⅱ）イ	+600単位
(4) 退院・退所加算（Ⅱ）ロ	+750単位
(5) 退院・退所加算（Ⅲ）	+900単位
◆小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	+300単位
◆看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	+300単位
◆緊急時等居宅カンファレンス加算 （1月に2回を限度に）	+200単位
◆ターミナルケアマネジメント加算 （死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅の訪問等を行った場合）	+400単位

…基本単位数及び加算・減算の追加・見直し箇所



て、8割を超えて利用している居宅介護支援事業者は、これまではすべての利用者について200点減算されていました。それを以前のように、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の三つのサービスに限定されました。ただ、どうでしょう。介護保険というのは本来いいサービスが選ばれるものですから、一定のサービスを決めて減算することについては疑問が生じます。

今回の改訂以前には、集中減算の適用を受けている居宅介護支援事業所が、1割弱ありました。これらの事業所では、自身の法人のサービスを100%使っていたり、支給限度額いっぱいまでサービスを提供している事業所もあるはずです。こうした事業所こそ、減算や監査で対応すべきであります。おしなべて8割をもって3つのサービスについて減算するのは、公正中立なケアマネジメントの確保に直結しないのではないのでしょうか。

公正中立論議ではもう一つ、集合住宅、すなわち住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅において、サービスが必要以上に使われて

いるのではないかという疑念が今回提示されました。対策として国は、訪問介護サービス利用のガイドラインを作成することを決めました。この件についても、私は再度検証すべきではないかと考えています。なぜなら、集合住宅居住者の介護保険料が高くなるのは、対象者が1人暮らしやそれに準じる人がほとんどであるからです。

#### ——集合住宅だからではなく、その人の置かれた状況によると。

この件に関して大阪府は、昨年9月、調査を実施しました。その結果は、住宅型有料老人ホームだけに限って言うと、要介護3の人の介護給付費の平均は月額25万1421円、要介護5の人は同33万7738円でした。これを、介護型有料老人ホーム（特養に近いかたち）と比較すると、要介護3は19万9880円、要介護5だと23万9400円の定額の介護給付費です。同じ集合住宅でも、介護型は介護報酬は低くなります。保険者である市町村は、えてして住宅型有料老人ホームに比べ介護型の設置に拒否的です。介護報酬が高くつくと思っているようだが、今回の調

査によれば逆に安い。そういうことも考え合わせると、行政はもう少し包括的報酬である介護型有料老人ホームのメリットを理解すべきではないのかと考えます。

住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は、一般市場での家賃、介護サービス、ケアマネジャー

のサービスが一法人で一体的に運営される場合が多く、公正中立が守りにくい構造になっていることは事実です。本来なら三者が独立してやっていくことが理想ですが、一体的にやっているところに課題が生じます。こうした観点から、公正中立の議論を始めるべきです。

#### ——公正中立の確保について、先生はどのような考えをお持ちですか。

海外は公務員や准公務員がケアマネジャーをやっているから、公正中立の議論は起こりません。日本の場合は残念ながら、サービスを売る人と買う人が同じ法人の中にいる。売り手は、介護サービスだけでなく、市場原理である家賃まで売っている人が入っています。どこの国も、売る人と買う人は分けるのが大原則です。今の日本の現状の中でやろうとすれば、居宅介護支援事業を地域包括支援センターのような保険者の委託事業とするのも一つの道筋かもしれません。あるいは、介護サービス事業者から独立した居宅介護支援事業所を育成していくことも考えねばならない時期に来ていると思います。

最近、我々が行った調査によると、ケアマネジャーの離職率は結構高く、約3分の1が離職を経験していることがわかりました。その第一の理由として、「法人や事業所の理念や運営の仕方に不満がある」ことを約半数が挙げています。せっかく身につけた専門性が活かされない職場にいる、そこにすべての弊害の根があるように思います。公正中立なケアマネジメントを実現するには、まずケアマネジャーの専門性が活かせる職場環境づくりから始めるべきかと考えます。

