



令和元年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

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 調査研究報告書

令和2年3月



目次

1. 事業概要	3
1.1. 背景と目的	3
1.2. はじめに	4
1.3. 実施体制	6
1.4. 謝辞	7
第1部	
2. ケアマネジメントの公正中立性の確保のための取組に関するこれまでの議論・経緯.....	11
2.1. ケアマネジメントの公正中立性とは	11
3. 老人保健健康増進等事業等の公正中立性の確保に関する既往研究・文献.....	14
3.1. ケアマネジメントの公正中立性に関する既往事業報告・研究論文.....	15
4. 諸外国のケアマネジメントと日本の介護支援専門員.....	27
5. アンケート調査の概要	29
5.1. 「ケアマネジメント」に関するアンケート調査 結果の概要.....	30
5.2. 「ケアマネジメント」に関するアンケート調査 結果の概要（表）	36
6. インタビュー調査の概要	39
6.1. 「ケアマネジメント」に関するインタビュー調査 （文責：国際長寿センター）	40
6.2. 「ケアマネジメント」に関するインタビュー調査 各自治体別概要.....	41
7. ケアマネジメントの公正中立性が損なわれている状態とはどういうことか.....	46
7.1. 大阪府の事例	46
7.2. 大阪府内、山形県内の傾向分析	50
8. ケアマネジメントの公正中立性に関する課題の整理.....	54
9. 解決すべきことは何なのか	56
10. ケアマネジメントの公正中立性が損なわれる真因－利用者・経営者との関係性の難しさ－	59
11. ケアマネジメントの公正中立性の確保のために解決すべきこと（課題）	60
12. 目指す姿・あるべき方向性	63
13. 解決策の検討	64

第2部

14. ケアマネジメントの質の指標のあり方に関するこれまでの議論	79
14. 1. 質の指標のあり方に関する国内の議論と経緯	79
15. 老人保健健康増進等事業等の質に関する既往研究・文献	86
15. 1. ケアマネジメントの質のあり方に関する既往事業報告・研究論文	87
16. ケアマネジメントプロセスの質の確保、向上のための取り組みに関する海外からの示唆...	149
16. 1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度の概要	151
16. 2. 高齢者支援の流れ（本人から見た場合）	153
16. 3. 海外のケア質確保のための全般的な取り組み	154
16. 4. 海外の介護事業検査の実態	155
16. 5. 社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）	156
17. 質の評価のあり方	158
18. 利用者の状態像の分類	162
19. ケアマネジメントの質の指標の提案	164
19. 1. 最終アウトカムの検討	164
19. 2. 利用者アウトカム	165
19. 3. 地域のアウトカム	172
19. 4. 評価対象者と評価者、評価の仕組み	175
19. 5. 地域ケアマネジメントのロジックモデル	176
参考資料	179

1. 事業概要

1.1. 背景と目的

ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組、質に関する指標については、第 36 回社会保障審議会介護保険部会（平成 22 年 11 月 19 日）をはじめ、これまで公式、非公式の場を問わず、継続的に検討されてきた。

これまで、運営基準や介護報酬での対応のほか、研修の充実や主任介護支援専門員の創設、ケアプラン点検、地域ケア会議などによって実践が重ねられてきたが、社会保障審議会介護給付費分科会の「平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告」において、以下の指摘があった。

「ケアマネジメントの公正中立性の確保については、今回は、契約時の説明事項の追加や、特定事業所集中減算の見直しを行ったが、これらに加えて、公正中立性を確保するための取組として、どのような方法が考えられるのか、引き続き検討していくべきである。

また、ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくためには、これらを判断するための指標が必要であり、そのような指標のあり方についても検討するべきである。」

本調査研究は、これを受けて「公正中立性を確保するための取組」や「質に関する指標」について、実態を把握するために介護支援専門員等に対してアンケート調査、インタビュー調査を行うとともに、先行研究や海外との比較なども踏まえて、委員会で検討したものである。

1.2. はじめに

在宅におけるケアマネジメント（居宅介護支援、介護予防支援）を対象に、以下の2つのテーマに区分して調査研究を実施した。

○テーマ1：ケアマネジメントの公正中立性の確保の取組

○テーマ2：ケアマネジメントの質に関する指標のあり方

テーマ1では、ケアマネジメントの公正中立性の確保のための取組に関する制度について、介護保険法の規定や、これまでの議論・経緯について網羅的に確認した。また、これまでに抽出されてきた課題およびそれらの課題に対する制度面での対応策について整理した。

次に、これまでの老人保健健康増進等事業（老健事業）や介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（改定検証）における様々な検討やその他の国内の調査研究を収集し、内容をレビューした。

それらを踏まえ、介護支援専門員へのアンケート調査、インタビュー調査を通じて実態を把握した。

最後に、委員会（ケアマネジメント、医療・看護、利用者、行政等について知見を有する学識研究者及び実務者により構成された委員会）において、ケアマネジメントの公正中立性に関する課題を整理し、目指す姿やあるべき方向性を固めた上で、解決策を提案した。

テーマ2では、ケアマネジメントの質の指標のあり方について、これまでの議論・経緯について網羅的に確認し、これまでに抽出されてきた課題を整理した。

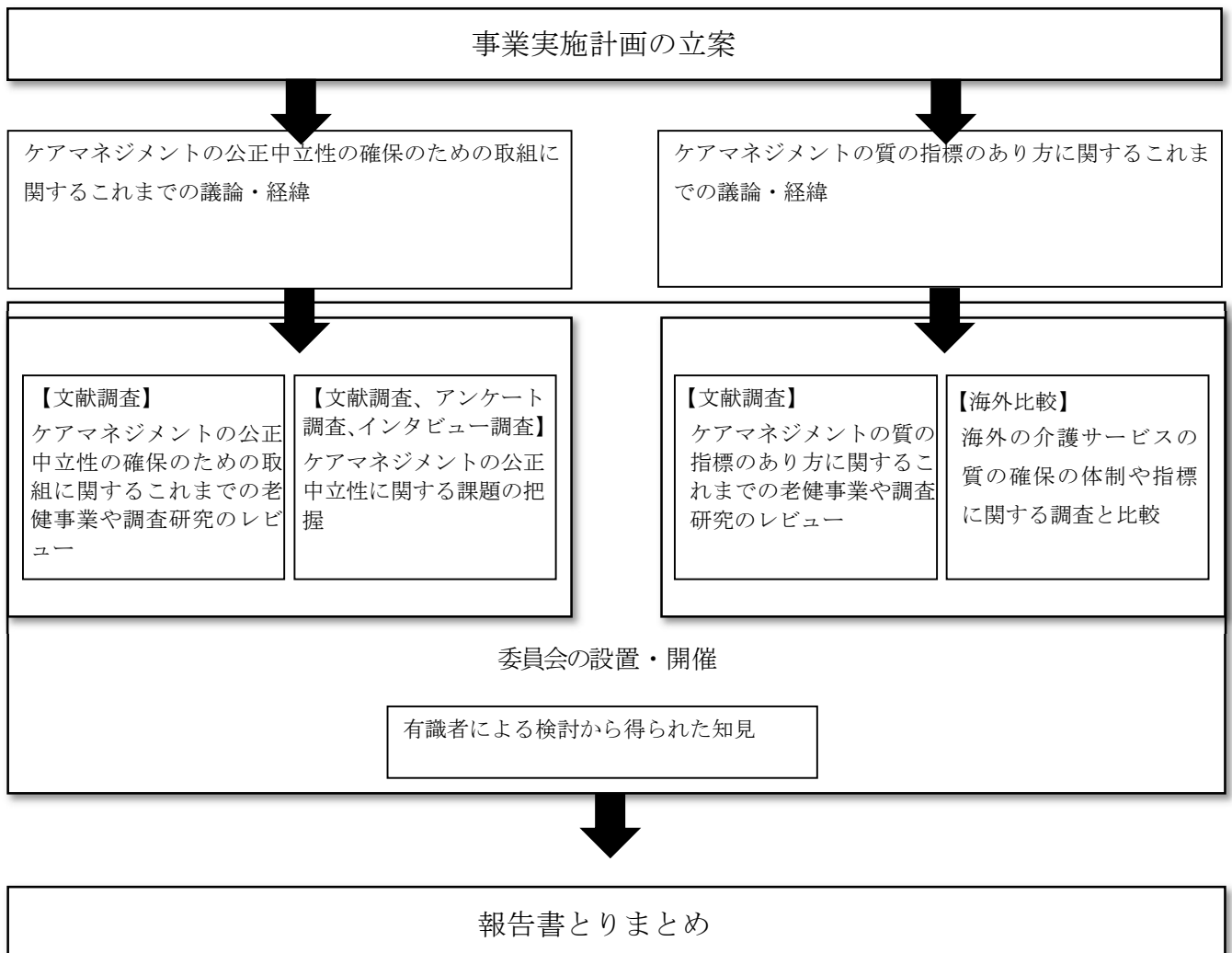
次に、これまでの老人保健健康増進等事業（老健事業）や介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（改定検証）における様々な検討やその他の調査研究を収集し、内容をレビューした。

加えて、海外における介護サービスの質の確保の体制や指標を調査し、我が国との比較を行った。

最後に、委員会でケアマネジメントの質の評価のあり方や指標を検討し、ケアマネジメントの質の指標のあり方を考える上でのロジックモデルを作成した。

以上の結果について、報告書にとりまとめた。

図表 1-1 事業の実施フロー



1.3. 実施体制

1.3.1. 委員会の設置・開催

調査事業の実施においては、「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」委員会を設置し、ケアマネジメント、医療・看護、利用者、行政等について知見を有する学識研究者、及び実務者により構成する委員会において専門的な意見、提案を収集した。

図表 1-2 委員会 委員一覧

役 職	氏名（所属）
座 長	内藤 佳津雄（日本大学文理学部心理学科 教授）
委 員	鎌田 大啓（株式会社TRAPE 代表取締役）
	熊谷 芳浩（株式会社ナレッジ・ケア・マネジメント研究所 主任研究員）
	蔵本 博樹（東京都介護支援専門員研究協議会 理事/事務局長）
	佐方 信夫（医療法人平成博愛会世田谷記念病院 在宅医療部長）
	竹本 匡吾（社会福祉法人 地域でくらす会 副理事長）
	都築 晃（藤田医科大学 地域包括ケア中核センター 講師）
	中島 民恵子（日本福祉大学福祉経営学部医療・福祉マネジメント学科 准教授）
	沼田 裕樹（町田市介護サービスネットワーク 理事）
	松岡 洋子（東京家政大学人文学部 准教授）
	松本 小牧（愛知県豊明市 健康福祉部 健康長寿課 課長補佐）
	松本 博規（株式会社千早ティール・スリー コンサルティング部 部長）
	吉江 悟（一般社団法人Neighborhood Care 代表理事/ 東京都介護支援専門員研究協議会 理事）
	吉田 俊之（株式会社NTTデータ経営研究所 情報未来イノベーション本部 戦略企画センター長）
	渡邊 大輔（成蹊大学文学部現代社会学科 准教授）

（敬称略）

【オブザーバー】

厚生労働省 老健局 振興課	課長補佐	川部 勝一
厚生労働省 老健局 振興課	人材研修係員	高田 陽介

【事務局】

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構	研究主幹	野中 祥子
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部	主任研究員	服部 真治
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 企画調査部	協力研究員	田村 元樹
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部	リサーチ アシスタント	櫻庭 唱子

【調査業務委託先】

一般財団法人 長寿社会開発センター 国際長寿センター	室長	大上 真一
一般財団法人 長寿社会開発センター 国際長寿センター	課長代理	福原 真美子

1. 4. 謝辞

本調査研究を行うにあたっては、調査企画段階から報告書作成に至るまで、委員会の先生方に懇切丁寧なご指導とご高配を賜りました。この場を借りて心より感謝申し上げます。

また、本調査研究事業の実施にあたり、調査にご協力いただいた東京都介護支援専門員研究協議会、大阪府介護支援専門員協会、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会、防府介護支援専門員協会、大阪府福祉部高齢介護室介護支援課企画調整グループ、大分県、大分市、沖縄県宜野湾市、沖縄県うるま市、愛知県岡崎市、愛知県豊明市、石川県能美市、東京都武蔵野市、大阪府寝屋川市、山口県防府市、株式会社マロー・サウンズ・カンパニー代表取締役 田中紘太氏、昭和大学保健医療学部 理学療法学科 教授 佐藤満氏、株式会社楓の風代表取締役 小室貴之氏、NPO 法人くるめ地域支援センター、NPO 法人地域福祉ネットワークいわきをはじめとする、皆様に厚く御礼申し上げます。

図表 1-3 委員会の開催日時と主な議題

回	日時	主な議題
第1回	令和元年 6 月 27 日 (木) 17 時 00 分～19 時 00 分	本年度事業の方向性について認識合わせ 本年度の調査研究事業について 公正中立性を確保するための取組についてこれまでの先行研究・議論・経緯
第2回	令和元年 8 月 1 日 (木) 10 時 00 分～12 時 00 分	公正中立性の確保をするための取組案について アンケート調査について
第3回	令和元年 9 月 24 日 (火) 10 時 00 分～12 時 00 分	アンケート調査結果について 大阪府の分析結果について 公正中立性の確保について中間とりまとめ案の報告
第4回	令和元年 10 月 28 日 (月) 19 時 00 分～21 時 00 分	質の評価指標のあり方についての情報提供 大分県、沖縄県インタビュー調査の報告 インタビュー調査の調査項目案の提示
第5回	令和2年 1 月 22 日 (水) 19 時 00 分～21 時 00 分	SIOSについてのご紹介 海外の質、監査の評価情報 インタビュー調査の報告 アンケート調査の分析報告 質の指標のあり方についてのご意見
第6回	令和2年 3 月 11 日 (水) 15 時 00 分～17 時 00 分	報告書原案についての議論

第 1 部

ケアマネジメントの公正中立性の確保の取組

2. ケアマネジメントの公正中立性の確保のための取組に関するこれまでの議論・経緯

2.1. ケアマネジメントの公正中立性とは

介護保険法に以下のように規定されているとおり、介護保険法は、要介護状態、要支援状態になった被保険者の「尊厳の保持」と「自立支援」を目的に必要な保険給付を行うものであり、その給付は、「被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じ、被保険者の選択に基づいた、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」とされている。

介護保険法 第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

そして、介護支援専門員については、介護保険法第 69 条の 34 第 1 項において

介護保険法第 69 条 34 第 1 項

介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

と規定され、指定居宅介護支援事業者についても、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）において、

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に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。

と規定されている。

したがって、ケアマネジメントの公正中立性の確保とは、法令上は、

「特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏すること」がないことであり、

つまり、介護事業者からの公正中立性の確保に主眼があると考えられる。

一方で、介護事業者からの公正中立性の確保については、介護保険制度の施行準備段階から課題とされてきた。

例えば、平成 11 年 9 月 14 日厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室の事務連絡「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」において、「居宅介護支援事業者等は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」と通知されている。

平成 11 年 9 月 14 日厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室の事務連絡
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

(以下抜粋)

特に、同一系列事業体がより多くの利用者を獲得するため、指定居宅介護支援事業者を窓口に、要介護認定の申請代行を無料で行うことを強調したり、その後の居宅サービス計画の作成や同一系列事業体による居宅サービスの利用の予約まで勧誘するような活動が散見されることは誠に遺憾であります。居宅介護支援事業者等は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・・・

そして、特に近年は、制度改正や介護報酬改定の度に介護事業所からの公正中立性の確保策の拡充が続けられており、現在は運営基準に以下のように定められ、また、介護報酬において、これらに違反した場合の運営基準減算、特定事業所集中減算などが設けられている。

- ・管理者はケアマネジャーに対して特定の事業者を優遇するよう指示することを禁止【運営基準】
- ・ケアマネジャーは利用者に対して特定の事業者を利用すべき旨の指示を禁止【運営基準】
- ・ケアマネジャーは利用者に特定の事業者を利用させた対償として当該事業者から金品等の收受を禁止【運営基準】
- ・利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務付け【運営基準】、
- ・これらに違反した場合は報酬を減額【運営基準減算】
- ・作成したケアプランについて、正当な理由なく特定のサービス事業所への集中割合が 80%を超える場合に報酬を減算【特定事業所集中減算】

図表 2-1: 居宅介護支援の介護報酬イメージ

居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）		
利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費		利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算
	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,053単位/月	1,368単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	527単位/月	684単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	316単位/月	410単位/月
【報酬体系は通減制】※1		初回利用者へのケアマネジメントに対する評価（300単位） 入院時の病院等との連携 ・入院後3日以内：200単位 ・入院後7日以内：100単位 退院・退所時の病院等との連携 ・退院・退所時カンファレンスへの参加あり（連携1回：600単位、連携2回：750単位、連携3回：900単位） ・退院・退所時カンファレンスへの参加なし（連携1回：450単位、連携2回：600単位） 利用者の状態の急変等に伴い利用者宅で行われるカンファレンスへの参加（200単位） 末期がん患者に対する頻回な居宅訪問や主治医・事業者との連携に対する評価（400単位） ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価（Ⅰ：500単位、Ⅱ：400単位、Ⅲ：300単位、Ⅳ：125単位） 小規模多機能型居宅介護事業所との連携（300単位） 看護小規模多機能型居宅介護事業所との連携（300単位） サービス担当者会議や定期的な利用者の居宅訪問未実施、契約時の説明不足等（▲50%） 訪問介護等において特定の事業所を位置付ける割合が80%を超える場合（▲200単位）
例：要介護3・4・5の場合 居宅介護支援費Ⅰ（1,368単位） 居宅介護支援費Ⅱ（684単位） 居宅介護支援費Ⅲ（410単位） 40件（介護支援専門員1人当たり取扱件数） 60件 ※1 介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに通減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用 ※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む		
介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）		
介護予防支援費	430単位/月	小規模多機能型居宅介護事業所との連携（300単位） 初回利用者へのケアマネジメントに対する評価（300単位）

出典：厚生労働省 社会保障審議会介護給付費分科会資料

また、質の高い居宅介護支援事業所を評価する加算である特定事業所加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの算定要件として、「運営基準減算または、特定事業所集中減算の適用を受けていないこと」が盛り込まれている。

図表 2-2: 特定事業所加算の算定要件等について

算定要件	(Ⅰ) 500単位	(Ⅱ) 400単位	(Ⅲ) 300単位
(1)常勤専従の主任介護支援専門員	2名以上	1名以上	1名以上
(2)常勤専従の介護支援専門員	3名以上	3名以上	2名以上
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的な開催	○	○	○
(4)24時間連絡体制、必要に応じた利用者等の相談に対応する体制の確保	○	○	○
(5)算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上	○	×	×
(6)事業所内の介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例として紹介をされた者に対する指定居宅介護支援の提供	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加	○	○	○
(9)運営基準減算又は特定事業所集中減算の未適用	○	○	○
(10)利用者数が介護支援専門員1人当たり40名未満	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する学習」等に協力又は協力体制の確保	○	○	○
(12)他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研修会等の実施	○	○	○

出典：厚生労働省 第152回社会保障審議会介護給付費分科会資料を一部改変

3. 老人保健健康増進等事業等の公正中立性の確保に関する既往研究・文献

ここでは、厚生労働省の老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）で実施された近年の研究、及び国内のケアマネジメントに関わる研究論文等から、公正中立性に関する主要な研究・論文の概要を整理する。

分類	老健事業で実施された 既往研究	ケアマネジメントに関わ る論文
公正中立性に関するテーマ	5	8

3.1. ケアマネジメンの公正中立性に関する既往事業報告・研究論文

1	介護レセプトデータを用いた供給者誘発需要の検証	Monthly IHEP No. 292 2019-2020 年 12-1 月号 福田 治久	2019-11	○目的：本研究は福岡県 A 市の要介護認定者を対象に、居宅介護支援事業所とサービス事業者の併設関係を捉えた上で供給者誘発需要仮説を直接的に検証し、当該仮説による介護サービス利用量の増大分を定量化し、それにより、介護サービス利用量の適正化の余地を明らかにすることを目的に実施したとされる。 ○方法：本研究では 2015 年 4 月～2016 年 9 月の A 市の介護レセプトデータ（仮説 3 は 2015 年 4 月～7 月、2016 年 4 月～7 月）と A 市が作成した介護サービス事業所ガイドブックのデータを使用した。「併設サービスを提供する事業所に所属するケアマネジャー」（併設型ケアマネジャー）と「併設サービスを提供しない事業所に所属するケアマネジャー」（独立型ケアマネジャー）の 2 群間における介護サービス利用量の比較を、以下の 3 仮説に基づいて検証した。仮説 1．併設型ケアマネジャーは独立型ケアマネジャーに比べて介護サービス利用量が多い。仮説 2．併設型ケアマネジャーによるサービス別の利用量は、併設する介護サービスによるものが多い。仮説 3．2015 年 8 月からの自己負担割合引き上げ後、併設型ケアマネジャーは介護サービスを抑制させていない、としている。 ○結論：併設型ケアマネジャーの利用者は独立型ケアマネジャーの利用者に比べ、介護費用は多かった。一方で、自己負担引き上げによるサービス利用の抑制は、併設型ケアマネジャー利用者の方が大きいことから、本研究からは介護サービス市場における明らかな供給者誘発需要の存在は確認できなかった。しかし、独立型ケアマネジャーと併設型ケアマネジャーによってケアプランに違いがあることが示され、その要因については供給者誘発需要の存在の有無も含め、さらなる検証が必要であるとしている。
2	平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメンの公正中立性を確保するための取り組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業報告書	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	2019-04	○目的：これまで「ケアマネジメンの公正中立」については、様々な場面で議論がなされ、サービスの選定時における偏った事業所の斡旋、または適切なアセスメントをしない、利用者選択の権利を無視するようなケアマネジメン等の不適切な事例に対しては、運営基準や介護報酬で対策がとられてきた。また介護支援専門員研修のカリキュラムの見直しも行われたが、未だに不適切な事例の報告があり、その成果は当協会が行った平成 29 年度の独自調査の結果からも一定の効果は見られるもの十分とは言えない状況であり、現状の議論だけではなく、多様な考え方を含めて検討する必要がある。そこで、より幅広く視野を広げるため、イギリス、オーストラリア、オランダ、ドイツの 4 か国にアメリカを参考国として加え、政策や論文などから制度や取組の内容を収集し、指標の有無、観点、実施方法等を分析し、効果が期待できる取組等について、我が国の制度や取組、国民性との比較検証を行い、ケアマネジメンの公正中立の確保をするための取組とケアマネジメンの質の指標の導入に向けた課題や方法を検討し、報告書を作成したとされる。 ○方法：国内におけるケアマネジメン機能に関する調査では、地域包括支援センターおよび所属の介護支援専門員（10 名）を対象にヒアリング調査を実施。海外における同様の調査においては、国際長寿センター（オランダ、イギリス、オーストラリア）、ドイツ（本事業委員の

				紹介)を対象に国内アンケート調査の内容に準じて実施とされる。 ○結論：今回の比較で、当事者が自主的にサービス事業所を選び、それを促進するシステム の構築が、他国においては「公正中立性の確保」と認識しているようであった。その点にお いては、我が国においても、事業所自身による業務評価や監査や実地指導システム、利用 者がサービスを管理、評価できるよう、現在の介護サービスの情報の公表の仕組みについ ては、まだ検討すべき必要性が確認された。このように、利用者の「主体性」を重んじ、それ に対して適切な情報提供や主体性を促進する働きかけが、「自立支援」「公正中立性の確保」等 の更なる向上に発展するのではないかと考えつつ、これらの促進や専門的・専門性のあるサ ポート役という新たな機能、役割を加味した、介護支援専門員の活躍が必要と考えるとして いる。
3	平成30年度厚生労働 省老人保健健康増進 等事業 地域共生社 会の実現等を見据え たケアマネジメン トやケアマネジャーの 在り方に関する調査 研究事業報告書	エム・アール・ア イ リサーチアソ シエイツ株式会社	2019- 03	○目的：地域共生社会におけるケアマネジメンツの方法論やその担い手を持つべき知識や技 術、必要な教育等に関する現在及び中長期的な課題を整理するとともに、その課題の解決に 向けた具体方策等について検討した。検討に際しては、平成21年度以降のケアマネジメン トに関する介護保険制度の変遷を整理し、過去に挙げられた課題に対する制度化の状況、積み残 された課題を把握した。また、地域共生社会の概念と要点をまとめるとともに、平成23年度 以降の「老人保健健康増進等事業」と「介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」 のうちケアマネジメンツに関する事業について、報告書をレビューして要点を把握し、今後 のケアマネジメンツの在り方を検討する上で、掘り下げて検討すべき内容を整理したとされ る。 ○方法：ケアマネジメンツ、医療・看護、社会福祉、行政等について知見を有する学識研究 者および実務者により構成する検討委員会を設置し、今後のケアマネジメンツの在り方やケ アマネジャーの役割、必要な教育等について議論を行ったとしている。 ○結論：公正中立なケアマネジメンツは、利用者に対して説明可能な状態にしておくこと で、利用者の不公平感を払拭できるのではないかと必ずしもそうではないのではないかと。利用者 が事業所が分散することが、公正中立かという点については、同一経営の法人に事業所が集中していてもよいので の選択と意思決定が担保されていけば、同一経営の法人に事業所が集中していてもよいので はないかと。公正中立については、二つの軸があり、第一の軸は、給付に関する公正中立であ る。給付によってお金を動かすという意味では、ある特定のサービスを使い続けるか、ある サービスの利用をやめるかという判断において公正中立の立場であることは非常に重要。第 二に、利用者本人にとつての公正中立である。認知症の利用者の場合など、家族の気持ちを 配慮するあまりに、利用者本人にとつての公正中立が成り立たない場合がある。利用者本人 にとつて、どうあるべきかを考えることが重要。日本のケアマネジャーは、ある種矛盾した 立場にいてることを認識する必要がある。海外のケアマネジメンツの実態を見ると、ケアマネ ジャーには二種類の位置づけがある。第一に、日本でいうところの行政のような立場で、コ スト意識が働かない形でケアマネジャーが位置づけられている場合がある。第二に、ケアマ

				ネジャーが民間の一事業所で雇用された専門職としてコスト意識が働く形で位置づけられている場合がある。民間の事業者に所属する場合は報酬が得られなければ運営できない。しかし、日本では、ケアマネジャーは、コストももたえず、行政でもないという立場に、制度上位置づけられている点が特徴的である。現実的な問題もあり、公正中立をどのように達成するかは難しいところであるが、まずはケアマネジャーが中間的な立場にあるという点を認識すると、そこから出発する必要があるのではないか。主任ケアマネジャーは、地域包括支援センターにも居宅介護支援事業所にもいる。それぞれコストを考慮する度合いが異なる。それぞれの立場から利用者の生活の質の向上を考えると、地域で果たす役割が変わり、地域の中での適切な役割分担をすることで、全体として、公正中立を達成できるのではないか。日本のケアマネジャーについて、矛盾した立場にあるとの意見が出たが、行政の立場、民間の立場のどちらにいたとしても公正中立の立場であるべきことには変わりはない。これを実現するためには徹底的なプロフェッショナル教育が必要であり、プロフェッショナルオートノミーを確立することが全てのケアマネジメント活動の礎である。報酬を上げたとしてもプロフェッショナルオートノミーが働かなければ、公正中立は崩れてしまう。公正中立の視点として委員会の議論では利用者本人と事業所の2つが挙がっている。これらに加えて、もう一つ、保険者に対する公正中立の観点が必要である。行政には行政の立場があり、それは必ずしもいつどんな時も利用者の立場を理解したものとは限らない。現状では、事業所の指定権限が保険者に移譲され、行政に抗ってまでも利用者にとって最善のプランを作成しようとするケアマネジャーは減少傾向なのではないか。気をつけることは、対利用者、対事業所、対保険者との関係において公正中立であることであるとされる。
4	平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業報告書	エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社	2018-03	○目的：平成33年度以降の制度改正を見据え、平成30年度以降の議論の土台とすべく、ケアマネジメントのあり方、ケアマネジャーの役割について中長期的な視点から検討した。ケアマネジメント、医療・看護、社会福祉、行政等について知見を有する学識研究者、および実務者により構成する検討委員会を設置し、全5回の検討委員会では、ケアマネジャーを取り巻く様々な課題やその解決方策、今後のケアマネジメントやケアマネジャーの役割等について議論を行ったとしている。 ○結論：主任介護支援専門員の研修において、スーパーバイザーについては「対人援助者監督指導」の科目があるが、スーパーバイズの概念を学ぶことばできても、スーパービジョンの技術を十分に取得できるまでの時間数は確保されていないため、スーパーバイズができる「主任介護支援専門員のリーダー」を養成する仕組みなどの制度化が必要と考えられる。①居宅介護支援事業所の課題として、実務経験の少ない介護支援専門員に対し、OJTの機会を十分に確保できない事業所がある場合には支援が必要であること、施設において、介護支援専門員の役割が不明確であることが挙げられた。②今後のケアマネジャーのあり方について、ソーシャルワーカーとしての機能を担うことを期待されている。今後さらに対応する領域が広がり、就学や就労までの範囲について支援する必要があると生じうる。③今後のケアマネジャーに

				は、多職種のチームのメンバーが相互に連携しながら目標が達成されるよう、関係者への働きかけや調整を行う高度なマネジメント能力が重視されると考えられる。したがってケアマネジャーの要件として、マネジメント能力を位置づける必要があると考えられる。④育成について、今後求められる新たなケアマネジメントに必要となる幅広い領域の知識を有し、多様な専門職間のネットワークの構築や連携、調整を行う新たな機能を担うケアマネジャーを養成する方向性も考えられる。⑤今後のケアマネジャー像について、広範かつ専門性の高い知識や能力を必要とする役割を担う人材として設定するのであれば、育成のために専門教育を充実させることや、必要に応じて国家資格とすることも検討する必要がある。⑥今後求められるケアマネジメントの総合性を踏まえ、現状の分野別・対象者別の相談支援制度について調査し、障害者相談支援専門員、児童家庭分野の相談員など、介護分野以外でケアマネジメントの機能を果たしている多様な専門職と介護支援専門員の位置づけについて整理が必要と考えられる必要であるとされる。
5	平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成 28 年度調査) (5) 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	エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社	2016-04	○目的：平成 30 年度の報酬改定や居宅介護支援事業所の指定権限が都道府県から市町村への移譲に鑑み、以下の論点について有効な方策を導くための具体的な検討を行う上で基本資料となるデータを収集するとしている。 1) 自立支援、公正中立、総合的かつ効率的なサービス提供の支援に基づき適切なケアマネジメントを確保するためにはどのような方策が考えられるか。 2) 市町村は保険者として、地域の中で適切なケアマネジメントの確保を一層進めるため、どのような方策を行うことが考えられるか。 3) 医療介護等の連携のためには、ケアマネジメントにおいて、専門職種や専門機関を有機的に結びつけるためにはどのような方策が考えられるか。 4) 給付管理や書類作成等の業務負担も踏まえて、ケアマネジャーの業務のあり方をどのように考えるか。 ○方法：全国の居宅介護支援事業所、ケアマネジャーおよび利用者を対象に郵送調査票、全国の地域包括支援センター(ブランチ、サブセンターを除く)を対象に Web 調査票を用いて調査を実施とされている。 ○結論：事業所、ケアマネジャー、利用者、利用者本人、地域包括支援センター調査票の有効回収数は、それぞれ 1572 票(回収率 52.4%)、4682 票、8061 票、7492 票、2339 票(49.9%)であった。調査票より、事業所に所属するケアマネジャーの実人数が 1 人の事業所(いわゆる 1 人ケアマネジャー事業所)は 314 箇所中 285 箇所であった。要介護度別に見た、ケアマネジャー 1 人あたりの利用者数は、「介護予防ケアマネジメント」、「要支援 1,2」および「要介護 5」で 1 人未満がそれぞれ 67.8%、42.7%、31.3%、27.4%と最も多かった。ケアマネジャーの年齢は、50 歳代が 34.9%、次いで 40 歳代が 31.2%であった。また、事業所のケアマネジャーが、退院時カンファレンスに参加するうえで問題と感じる点については、「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が最も多く 45.5%であり、次いで「退院時

				カンファレンスが行われていない」が28.0%、「退院時カンファレンスに呼ばれない」が20.3%、「疾病管理の話が中心で、退院後の在宅生活を支援するための協議がなされない」が18.3%であった。サービス提供事業所を選定するにあたり重視している点を見ると、全体を見ると「利用者の状態像に合ったサービス提供をしてくれる」が最も多く85.0%、「何か問題が生じた場合に適切に対応してくれる」が80.7%であった。ケアマネジャーの業務上の課題を加味した今後の対応が必要と考える、としている。
6	平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査) (5)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	株式会社三菱総合研究所	2016-03	○目的：平成27年度の介護報酬改定を踏まえ、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所(地域包括支援センター)並びに当該事業所に従事する介護支援専門員の業務実態を把握するとともに、利用者本位に基づき、公平・中立に機能し、サービスの質を担保するための効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を収集するとしている。 ○方法：全国の居宅介護支援事業所、ケアマネジャーおよび利用者を対象に郵送調査票、全国の地域包括支援センターを対象に、全国調査およびタイムスタディ調査を実施。主な調査項目全国調査(居宅介護支援事業所)は、1)事業所調査票：併設しているサービス・事業の有無、居宅介護支援費の状況、特定事業所加算の有無、利用者数の状況、職員の兼務状況、主任介護支援専門員の配置と役割、サービス担当者会議の開催状況、医療連携の状況、地域ケア会議の参加状況等 2)ケアマネジャー調査票：勤務状況・研修等、業務プロセスの実施状況および負担感、業務プロセスの実施状況、業務遂行の課題、医療機関との連携、地域ケア会議への参加状況等 3)利用者調査票：利用者の状況、心身状況、介護者、経済状態、サービスの利用状況、医療連携等の状況等 4)利用者本人票：ケアマネジャーの仕事内容についての認識、ケアマネジャーの対応に対する印象、期待する役割等 一全国調査(地域包括支援センター) 1)地域包括支援センター調査票 基本属性、主任介護支援専門員の業務の状況、地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員との関わり等としている。 ○結論：全国調査の回収数(回収率)は、事業所、ケアマネジャー、利用者、利用者本人、地域包括支援センター調査票の有効回収率は、それぞれ1648票(54.9%)、4890票、6174票、5969票、2462票(54.0%)であった。また、居宅介護支援事業所および地域包括支援センターへのタイムスタディ調査の回収率はともに80%を超えていた。調査票より、事業所の開設年、開設主体の分布は、平成26年介護サービス施設・事業所調査結果およびこれまでの調査結果と比較しても、今回調査における回答事業所の開設主体に特に偏りはみられず、併設サービスの状況は、「訪問介護」が39.2%と最も多く、次いで「通所介護」が37.6%であった。「併設サービスなし」と回答した事業所は9.8%であった。人材育成・資質向上のための体制・取り組み状況の比較について、特定事業所加算取得事業所と1人ケアマネ事業所の回答割合は「主任ケアマネジャー等がスーパーバイズを行っている」が、51.4%、3.3%であった。同様に、「研修の実施状況や効果を評価している」が、44.6%、19.1%であった。担当ケアマネジャーの割り当て方針については、特定事業所加算取得事業所では、「利用者の状況に対してケアマネジャーの経験や力量が十分であること」が74.4%、「ケアマネジャーの育成、経験の

				蓄積につながる」が 50.4%であった。ケアマネジャーの業務実態の比較では、特定事業所加算の有無別にケアマネジャー1人あたり平均業務時間を比較すると、特定事業所加算「有り」の事業所は平均 179 時間、「無し」の事業所は平均 169 時間であった。特定事業所加算「有り」の事業所は、「無し」の事業所より個別利用者への直接業務の平均業務時間が長く、例えば、「アセスメント票・ケアプラン作成、記入、入力等」が 49 時間であった。サービス提供事業所からの個別サービス計画の取得と活用については、事業所が管理している内容として、「提出された計画の内容がケアプランに沿っているか確認している」については、いずれの事業所においても 70%以上であった。また、「必要に応じて、ケアプランに反映している」については、特定事業所加算取得事業所では 66.3%、1人ケアマネ事業所では 55.6%で、あった。ただし、「提出状況を管理している」と回答した事業所は全体として約半数程度であり、「計画の内容について、サービス提供事業所と協議し、合意している」と回答した事業所は 4割に満たなかったとしている。
7	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 岸田 研作	2016-03	○目的：在宅介護サービス市場における供給者誘発需要の存在を検証することである。ケアマネジャーは、要介護者の選択に基づき効率的に介護サービスが提供されるようケアプランを作成することになっている。しかし、ケアマネジャーは、利用者の忠実な代理人としては働かず、介護サービスに関する利用者の選択を歪め、必要性の低いサービスをケアプランに盛り込む可能性がある。ケアマネジャーは、居宅介護支援事業所に勤務する。居宅介護支援事業所の 60%以上が、居宅介護サービス事業所との併設である。そのため、ケアマネジャーは雇用者から併設事業所のサービスをケアプランに組み込むよう圧力をかけられる可能性が指摘されてきた。しかし、先行研究では在宅介護サービス市場における誘発需要の存在について一致した結論が得られていない。先行研究では、伝統的な医師需要誘発需要で用いられてきた手法を用いている。しかし、伝統的な手法は、事業者間の競争の激しさを示す指標と操作変数が必要とするものの、いずれも適切な変数を得るのが難しいとしている。 ○方法：需要を誘発するインセンティブがあるのは、居宅介護サービス事業所に併設された居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーである。そこで、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された受給者と併設サービスのない居宅介護支援事業所でケアプランを作成された受給者のサービス利用状況を比較すること で、介護サービスの誘発需要の存在を検証した。先行研究と比べて、本稿の手法は誘発需要を引き起こすメカニズムをより直接的に扱っている。推定では、経営主体間で誘発需要の大きさが異なる可能性についても考慮したとされる。 ○結果：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された受給者の方が、併設サービスのない居宅介護支援事業所でケアプランを作成された受給者よりもサービスを利用する傾向があった。また、誘発需要の大きさは、営利主体の方が非営利主体よりも大きく、政府は需要を誘発しなかった。これは、経営主体間の行動原理の違いによって生じる誘

				発需要の大きさの違いと整合的である。それ故、本稿の結果は、居宅介護サービス市場における供給者誘発需要の存在することを示していると考えられるとされる。 ○目的：この研究は、ケアマネジメントがサービス料の支払いによって実際に補われているかどうかを判断するために、ケアマネジメントに供給者誘導需要が存在するかを調べた。ケアマネジャーは、その機能が専門家への紹介者に限定され、自身がケアを提供しないという点で、純粋なゲートキープとみなすことができる。ケアマネジャーは、保険にとって費用対効果の高い支払いメカニズムと考えられ、介護報酬で報われている。しかしながら、多くのケアマネジャーは、実際にはサービス提供者としても活動する企業で働いている。サービス提供者はサービス料の支払いによって介護報酬を受け取るため、過剰な消費者需要を誘発する動機を持っているとされている。 ○方法：実証分析は、地域保険者データから集められたパネルデータセットを使用している。プールされたデータを使用した単純な線形回帰分析を行っている。従属変数は、ケアプランごと在宅ケアの報酬点数。説明変数は、地域の観測可能な特性。これらの要素間に正の相関がある場合は、供給者が誘導する需要が存在する可能性があるとしている。 ○結果：独立したケアマネジャーが需要を誘発しないことを示している。現在の介護保険のメカニズムは、ケアマネジャーの中立性を保証することはできない。問題は、ケアマネジャーに対する報酬は独立したケアマネジメントをサポートするには足りないということである。ケアマネジャーが実際にサービス料支払いによって報酬を得る可能性があり、供給者による需要を通じて保険に財政的負担をかける可能性がある。地域保険者の蓄積されたパネルデータを使用して、ケアマネジャーの密度とサービスコストの間に正の相関関係が見つかったとしている。
8	Gatekeeper incentives and demand inducement: An empirical analysis of care managers in the Japanese long-term care insurance program	Sugawara, Shinya Nakamura, Jiro	2016-03	○目的：介護保険制度に位置づけられているケアマネジメントについて、その目的、構造と過程の評価について、現状から将来に向けての改革の提案。具体的には、ケアマネジメントの目的の確立に向けて、①自立支援の明確化、②介護者支援の追加。ケアマネジメント構造の改革としては、①中立公正な仕組みづくり、②ケアマネジメントと情報提供との機能分離、③認知症高齢者バリエーションのケアマネジメントの確立を提案されている。 ○方法：介護保険制度創設から15年目を迎えるが、その際に導入されたケアマネジメントはどのような現状にあるのかを概観的にとらえ、2025年に向けての長期的な展望に立ち、その効果・効率を高めていくために求められる改革案を提案する。ケアマネジメントはシステムと実践から成り立っているとされるが、前者の介護保険という制度面と後者のケアマネジャーという実践面の両面から、どのように改革すれば有効性の高いケアマネジメントになるのかを展望している。 ○結論：構造評価としてのケアマネジメントの現状の課題は3つ。①ケアマネジャーの中立公正が保ちにくい構造②ケアマネジメントは重度者には効果が大きく、軽度者にはケアマネジメントの効果・効率が低い③認知症高齢者バリエーションのケアマネジメントを確立されてい
9	ケアマネジメントの現状と将来への提案 効果的・効率的な提供に向けて	老年精神医学雑誌, 26(2): 159-167, 2015 白澤政和	2015-02	

				ない。モニタリングについて個々人のニーズの変化に合わせたモニタリング頻度になっていないのではないかといった危惧がある。また、中立公正なケアマネジメントのために、購入側と提供側の分離 (purchaser-provider split) といった諸外国の事例も参考にするべきではないかとされている。
10	ケアマネジメントの重要性とその中立性ならび公平性への評価に関する一考察：これまでの介護保険法改正の概要整理と平成 24 年度法改正に向けて	福岡医療福祉大学 紀要編集委員会 編 (9) 159-165 弓 洋平	2012-02	○目的：居宅介護支援費の考え方ほど揺れているものはない。ケアマネジメントの評価は、介護度のほか、事業所のサービス提供体制を反映させる「特定事業所加算」という新たな考え方が導入され、減算ルールも運営基準減算のほか「特定事業所集中減算」という福祉系 3 サービスに限ってプラン集中を減算にする減算ルールが導入された。しかし要介護度別報酬はケアマネジメントの評価としては問題があるのではないかとしている。 ○方法：①ケアマネジメント中立性ならびに公平性への評価について②供託介護支援費の算定額について (スケールメトリックの推進, 加算の要件など) ③職能団体の姿勢および方針、とされている。 ○結論：居宅介護支援費の充実が急務、規模の経済性からみれば、生産規模を拡大すると、原料の大量購入などにより単価あたりの生産額が下がるという利益が得られる。よって大量につくれば費用の殆どは人件費。介護報酬という名のもととサービス提供にかかる費用も国に決められ、提供する量 (数) まで制限されていれば、製造業と同様の市場原理という土俵にはあがれないのが現状とされる。
11	Supplier density and at-home care use in Japan: Evidence from a micro-level survey on long-term care receivers	Haruko Noguchi Satoshi Shimizutani, Japan and the World Economy, Elsevier, vol. 21 (4), pages 365-372,	2009-12	○目的：在宅介護サービスの介護保険制度導入と市場の規制緩和を受け、高齢者の介護費が大幅に増加した。家計レベルの調査データを用いて、規制緩和後の介護事業者数の増加に伴うサプライヤーの密度に関する介護費の増加が関連しているかどうかを実証的に検討する。 ○構成：セクション 2 では、日本の公的介護保険と在宅介護業界について説明。セクション 3 では、この研究で使用するデータセットについて説明。セクション 4 は 3 部構成のモデルに基づき経験的評価に変わり、セクション 5 は結論。この調査で使用するデータセットは、「介護利用者に関する調査」のマイクロレベルデータであり、2001 年、2002 年、2003 年の 3 回実施した。モデルは、公的保険プログラム (1 パート)、利用者が開始する介護利用の確率 (2 パート)、供給者による単位介護支出 (3 パート)、これらの要因のいずれかに対する提供者密度の影響を評価。世帯・都道府県別の受給率・月あたり費用と事業者密度の分析を行っている」とされる。 ○結果：在宅介護市場におけるサプライヤーの密度が、ケアやケア支出を使用する確率と正に相関している最も弱いエビデンスを提供する。また、民間介護事業者シェアと、在宅介護サービスの需要との間にも何の関係もない。これらの結果は、介護事業者の数と介護費用の両方が同時に増加しているが、これは後者が前者によって引き起こされたことを意味しないことを示している。SID に関する文献は、供給者と需要者の間の情報の非対称性が、供給者サービスの需要を生み出すことを可能にすることを示唆している。この文脈では、日本の介

12	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 湯田道生	2005-03	護市場でSIDが観察されにくい理由は、訪問介護サービス、訪問介護入浴などの供給者が提供するサービスが容易であるため、情報の非対称性がほとんどないからである。供給者が自分の意志で需要を生み出すことは困難であるとされている。 ○目的：介護サービス需要を要介護者の自発的需要と事業者による誘発需要を捉える部分に分けて分析を行う two-phase model に用いて、介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の検討を行っている。 ○方法：月別・都道府県別の介護費用・受給率・1件あたり費用と事業者密度を分析。two-phase model を用いて分析することによって、認定者当たりの介護費用の決定要因を、要介護認定者が介護サービスを選択することに依存する部分と、サービス供給者による誘発需要の影響を捉える部分に分けて分析を行ったとしている。 ○結果：介護サービス市場において誘発需要が生じていると判断されるのは通所介護のみで、福祉用具貸与と福祉施設については、誘発需要の影響は限定的であると判断される。介護事業者の密度は、いくつかのタイプの介護サービスの受ける確率に影響を与えるが、介護利用者1人あたりの介護費用は変えないと示唆している。
13	訪問介護費と事業者密度	『医療と社会』Vol.14 No.2 山内 康弘	2004-10	○目的：長年医療の分野で議論が重ねられてきた供給者誘発需要仮説 (Supplier-induced demand hypothesis) によるアプローチを活用し、訪問介護市場に潜むモラルハザードの存在可能性を検証した。仮説は「訪問介護市場の競争度が高くなると、サービス利用が誘発され、訪問介護給付は増大する」というものであるとしている。 ○方法：国民健康保険中央会発表の「介護費の状況」及び「認定者・受給者の状況」、社会福祉・医療事業団発表の「介護事業者情報」のいずれも月別・都道府県別によるパネルデータで検証。検証期間は2001年6月から2003年3月までの22か月。多岐に分かれている介護サービスメニューのうち、「訪問介護」を取り上げ、アクセスコストによる推計上のバイアスを回避することを試みている。 ○結果：訪問介護市場の競争度が高まると、サービス利用が誘発され、訪問介護費が増大する可能性、また、その誘発は利用頻度の増大によって引き起こされている可能性を指摘している。

以上から、直近の調査研究の特に重要な論点を抽出すると以下のとおりである。

エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社が行った「平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究 (No. 4 調査研究一覧における番号。以下、調査研究を番号で表記)」は、居宅介護支援事業所の課題として、介護支援専門員の人数が少ないこと、所属組織の方針や指示に従う必要があり、実施したいケアマネジメントをやむなく実行できていない場合があること、その対応として、研修等では効果が得られにくく、経営とケアマネジメントを切り離す仕組みづくりが必要としている。

3) 介護支援専門員をとりまく環境の課題 (3): 介護支援専門員の属する組織の課題

① 居宅介護支援事業所の課題

○ 介護支援専門員の底上げのためには、研修だけではなく OJT も併せて実施していくことが重要だが、介護支援専門員の人数が少ないために、実務経験の少ない介護支援専門員に対して、OJT の機会を十分に確保できない事業所がある。このような人的リソースに限りのある事業所には、支援が必要である。

○ 介護支援専門員は組織の一員である以上、所属組織の方針や指示に従う必要がある。所属組織の指示がケアマネジャーの志すものと乖離している場合には、実施したいケアマネジメントをやむなく実行できていない場合がある。

○ 介護支援専門員が所属する組織の経営方針により、必要を超えた過剰なサービスがケアプランに組み込まれているような場合があるのではないかと。このような状況においては、研修等によって介護支援専門員個人の資質を高めても、効果が得られにくい。経営とケアマネジメントを切り離す仕組みづくりが必要ではないか。たとえば、全件のケアプランの妥当性をチェックする第三者機関を設けることが考えられる。

一方で、ケアマネジメントの公正中立性について、単に介護事業者からの公正中立性だけでなく、利用者・家族から、さらには保険者からの公正中立性が確保されるべきとした調査研究もある。

以下は、「平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究」(No. 3) で取りまとめられた有識者意見の抜粋である。

1) 公正中立なケアマネジメントとは

- ・公正中立なケアマネジメントの視点として、①給付の観点からの中立性、②利用者本人のための中立性が必要である。
- ・①については、利用者にとって必要なサービス利用の可否や事業所の選択について、サービスを位置づけることによる報酬や事業所の利益等の観点を排除した公正中立な判断が求められる。
- ・②については、特に認知症の利用者の場合など、家族の意向に偏らない中立性が重要である。また、保険者が必ずしも利用者の立場や状況を理解していない場合に、単に保険者に追従するのではなく、利用者の立場から適切なケアプランを提案するなど、保険者との関係においても公正中立なケアマネジメントが求められる。

2) 公正中立なケアマネジメントを担保する仕組み

- ・利用者本人、家族等が自身で居宅介護事業所やサービス内容、サービス提供事業所を選択するために、適切なタイミングで選択に必要な情報を提供し、自己選択の機会を創出することが利用者にとっての公正中立を担保することに繋がるのではないかと。
- ・公正中立を担保するためには、どこにも属さない立場で、適切な基準や根拠のもとで判断することが求められる。こうした判断基準をケアマネジャーの間で共有することが必要ではないかと。
- ・公正中立なケアマネジメントを担保するためには、ケアマネジャー自身がケアマネジメントのプロフェッショナルであることを自覚することが重要であり、そのための教育が必要ではないか。
- ・地域包括支援センター（保険者視点）、居宅介護支援事業所（事業者視点）に所属している主任介護支援専門員について、それぞれの立場から地域の中で利用者にとって望ましい支援を行うための役割分担が必要ではないかと。

3) 公正中立なケアマネジメントの現状の認識

- ・公正中立については、二つの軸がある。第一の軸は、給付に関する公正中立である。給付によってお金を動かすという意味では、ある特定のサービスを使い続けるか、あるサービスの利用をやめるかという判断において公正中立の立場であることは非常に重要だ。第二に、利用者本人にとっての公正中立である。認知症の利用者の場合など、家族の気持ちを配慮するあまりに、利用者本人にとっての公正中立が成り立たない場合がある。利用者本人にとって、どうあるべきかを考えることが重要である。
- ・海外のケアマネジメントの実態を見ると、ケアマネジャーには二種類の位置づけがある。第一に、日本でいうところの行政のような立場で、コスト意識が働かない形でケアマネジャーが位置づけられている場合がある。第二に、ケアマネジャーが民間の一事業所で雇用された専門職としてコスト意識が働く形で位置づけられている場合がある。民間の事業者には報酬が得られなければ運営できない。しかし、日本では、ケアマネジャーは、コストももらえず、行政でもないという立場に、制度上位置づけられている点が特徴的である。現実的な問題もあり、公正中立をどのように達成するかは難しいところであるが、まずはケアマネジャーが中間的な立場にあるという点を認識するところから出発する必要があるのではないか。

4) 公正中立なケアマネジメントの現状の認識

- ・事業所を自ら選択することができる家族は良いが、事業所のリストを見たとき、事業所を選ぶことが難しい家族もいる。
今後、独居高齢者や老々介護の世帯が増加する中で、事業所を選ぶことが困難な利用者や家族が、ますます増えることが予想される。
➤ 利用者による選択と意思決定を担保するため、本人や家族に合った情報と情報量を適切なタイミングで提供することが重要である。
- ・ケアマネジャーの報酬が、介護保険サービスを入れなければ発生しないというところにも課題を感じている。
ケアマネジャーの報酬を得るために、不要なサービスを入れることや、サービスを入れる際に自社サービスを誘導することがありえるのではないか。
- ・利用者の選択と意思決定が担保されていれば、同一経営の法人に事業所が集中していてもよいのではないか。
- ・公正中立の視点として委員会の議論では利用者本人と事業所の2つが挙がっている。これらに加えて、もう一つ、保険者に対する公正中立の観点が必要である。行政には行政の立場があり、それは必ずしもいつどんな時も利用者の立場を理解したものとは限らない。現状では、事業所の指定権限が保険者に移譲され、行政に抗ってまでも利用者にとって最善のプランを作成しようとするケアマネジャーは減少傾向なのではないか。気をつけることは、対利用者、対事業所、対保険者との関係において公正中立であることである。

5) 公正中立なケアマネジメントに向けた方策について

- ・利用者に対して、いつでも説明できる状態にしておく必要がある。

また、ケアマネジメントの公正中立性の確保が十分でないことによって介護費が増大していないか、介護サービス事業所による供給者誘発需要が存在しているか、を検討した先行研究もある。

山内ら (No. 13) は「月別・都道府県別の訪問介護費と事業者密度」を分析し、「訪問介護市場の競争度が高まると、サービス利用が誘発され、訪問介護費が増大する可能性、また、その誘発は利用頻度の増大によって引き起こされている可能性」を指摘している。

湯田ら (No. 12) は「月別・都道府県別の介護費用・受給率・1件あたり費用と事業者密度」を分析し、「介護サービス市場において誘発需要が生じていると判断されるのは通所介護のみで、福祉用具貸与と福祉施設については、誘発需要の影響は限定的であると判断される。介護事業者の密度は、いくつかのタイプの介護サービスを受ける確率に影響を与えるが、介護利用者1人あたりの介護費用は変えない」と示唆した。

野口ら（No. 11）の研究では、「世帯・都道府県別の受給率・月あたり費用と事業者密度」について分析し、「民間介護事業者シェアと、在宅介護サービスの需要との間にも何の関係もない。これらの結果は、介護事業者の数と介護費用の両方が同時に増加しているが、これは後者が前者によって引き起こされたことを意味しないことを示している。供給者が自分の意志で需要を生み出すことは困難である。」としている。

岸田ら（No. 7）は、「居宅介護支援事業とサービス事業者の併設関係」を捉え、いわゆる「供給者誘発需要仮説」について検証し、「居宅介護サービス市場における供給者誘発需要の存在することを示していると考えられる。」としている。

菅原ら（No. 8）では、「地域保険者データから集められたパネルデータセット」を用いて検証を行い、「私達の結果は、独立したケアマネジャーが需要を誘発しなかった。現在の介護保険のメカニズムは、ケアマネジャーの中立性を保証できていない。問題は、居宅介護支援費は独立したケアマネジメントをするには足りないということである。」「ケアマネジャーが併設サービスからの補填によって、報酬を得る可能性があり、供給者による需要を通じて保険に財政的負担をかける可能性がある。」としている。

福田（No. 1）は、「介護利用者単位での検証により、供給需要誘発仮説をより直接的に検証する」として、「仮説 1：併設型 CM は独立型 CM に比べて介護サービス利用量が多い」、「仮説 2：併設型 CM によるサービス別の利用量は、併設する介護サービスによるものが多い」「仮説 3：2015 年 8 月からの自己負担割合引き上げ後、併設型 CM は介護サービスを抑制させていない」について検証を行った。その結果、「供給者誘発需要の可能性が示唆」されており、「併設型 CM の利用者は独立型 CM の利用者に比べ介護費用は多い」、「自己負担引き上げによるサービス利用の抑制は、併設型 CM 利用者の方が大きいことから、明らかな供給者誘発需要の存在は確認できない」としている。加えて、独立型 CM と併設型 CM によってケアプランに違いがあることも挙げている。

4. 諸外国のケアマネジメントと日本の介護支援専門員

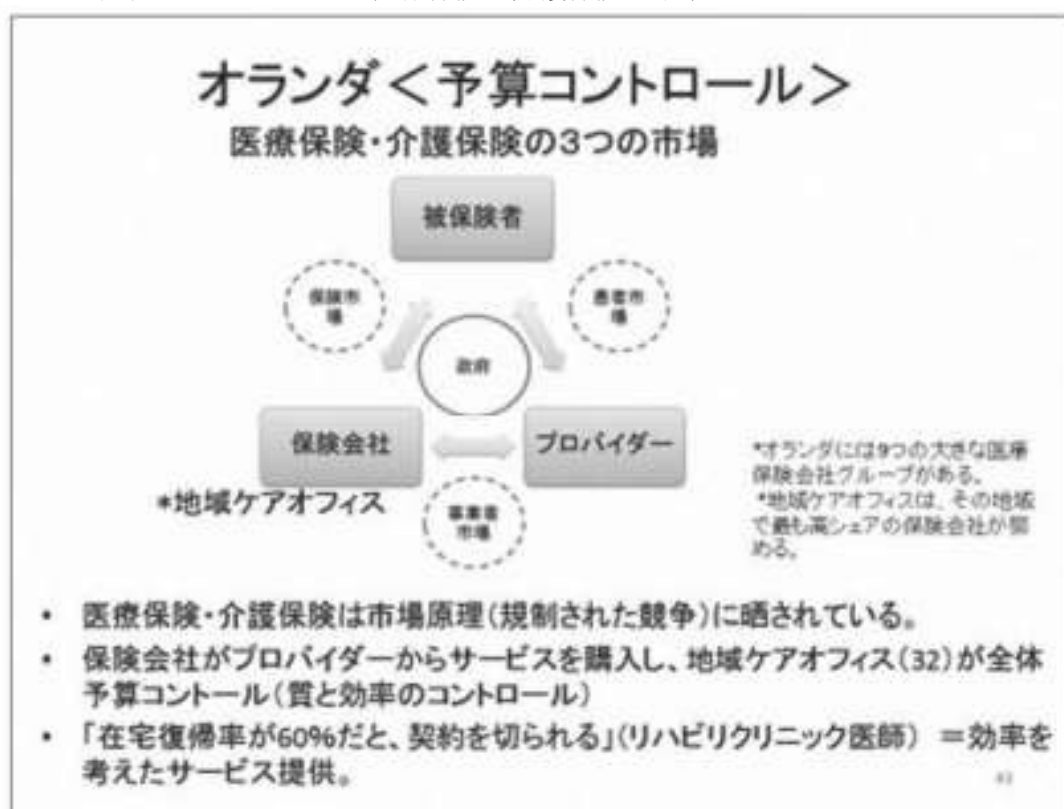
日本介護支援専門員協会による「平成 30 年度老人保健健康増進等事業ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」では、海外におけるケアマネジメントに関する政策や論文から公正中立性を確保するための取組や質に関する指標のあり方を検討している。対象 4 か国（オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリア）において、我が国の介護支援専門員に相当する職種は存在しなかったが、その機能に着目し、比較を行っている。概要は以下のとおり。

○諸外国には、特定の疾病（認知症、パーキンソン病、糖尿病等）の重度の段階で看護師が相談支援のためにケースマネジャーとなる場合はあるが、日本型の介護支援専門員という職種は存在しない。

○欧米諸国で介護保険制度があるのはオランダとドイツであるが、以下のとおり、ケアマネジメントの公正中立性の確保という課題自体が発生しない。

オランダでは、被保険者自身が事業者（プロバイダー）を選択するほか、国が保険者である保険会社をモニタリングし、保険会社はプロバイダーのパフォーマンスをチェックし、その購入の是非を決める（在宅復帰率が低いと契約解除もある）。また、利用者は年に 1 回保険会社を変更することができる。つまり、被保険者、保険者（保険会社）、事業者（プロバイダー）が独立し、保険市場、患者市場、事業者市場の 3 市場において市場原理に晒されることで、質と効率のコントロールがされていると報告している。

図表 4-1：オランダの医療保険・介護保険の市場コントロールについて



出典：平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 事業報告書ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業

ドイツの介護保険では、家族介護が前提で、かつ部分保険（必要な介護保険の一部を支給）で、主に現金給付が選択されるため、利用者は、査定機関によって決定された給付額と自己資金をあわせ、支払い能力に応じてサービスプロバイダーと話し合っサービスを選定する。

その他の介護保険制度がない国では、サービスの種類/給付額は公的機関が本人と話し合っ決め、サービス事業者の選択は本人が行っている。本人の希望や置かれている状況によっては、サービス選択を公的機関が支援する場合もある（イギリス、デンマーク、オーストラリア等）。アメリカでは高齢者支

援制度としては貧困層のためのメディケイドがあり、利用者は地域メディケイド事務所が決定した給付額にもとづいてサービスプロバイダーと契約する。

○以下は、介護保険のある国としてオランダ、ドイツのケアマネジメントプロセスの担当者と公正中立にかかわる仕組みをまとめたものである。

介護保険制度がある国の長期介護ケアマネジメントプロセスの担当者と公正中立にかかわる仕組み

	オランダ (介護保険〈主に施設、回復困難〉、 社会サービス〈回復可能〉)	ドイツ (介護保険)
相談	ソーシャルヴァイクチーム*、保険会社窓口、サービスプロバイダー窓口	介護金庫 SW (介護保険者)、介護支援センター(自治体+介護金庫)、大手福祉団体
サービス提供にあたってのアセスメント	介護保険はニーズアセスメントセンター(ケアのタイプを分類、ケアの方向まで示す) 社会サービスは自治体アセスメントチーム	介護保険鑑定でケアの方向も示す
ケアプラン策定	利用者がサービスプロバイダーと話し合っ てサービスを自ら選定する。 プロバイダー内ソーシャルワーカー、ボ ランティアコーディネーターが助言	介護保険の介護支援員(ソーシャルワ ーカー)が本人の自己決定を支援する場合 もある
給付管理	保険会社⇄サービスプロバイダー 社会サービス	介護金庫⇄サービスプロバイダー 後払い部分は、利用者⇄介護金庫
その他支援者	広汎なボランティア支援がある	介護保険の介護支援員が本人の自己決定 を支援する場合もある。市民後見人多数
公正中立にかかわる仕組み	国は保険者(保険会社)をモニタリング、 保険者は優良事業者を選定してサービス を購入。保険者、事業者が平均サービスを 大きく超えるとチェックが入る。利用者は 事業者を選択するほか、保険者を自由に 変えることができる。質と効率のコントロ ールは競争下で厳しく行われている。 したがって、介護支援専門員の公正中立 性の課題は発生しない。	介護保険は部分保険であり、決定された 給付額をみて利用者がサービスプロバイ ダーを選定。見積りと話し合いにより不 足分は自己負担してサービスを契約、購 入する。 したがって、介護支援専門員の公正中立 性の課題は発生しない。

*ソーシャルヴァイクチーム：自治体の地域近隣チーム、SW、看護師、セラピスト等で構成。自分自身で何ができるか、家族・近隣の人々の助けは得られないか、ボランティアの助けは得られないかを本人と話し合い、それらが不可能な場合に専門職のヘルプにつなぐ。地域資源開発の役目も担う

5. アンケート調査の概要

1 調査目的

本調査は、利用者、事業者との関係により、ケアマネジメントの公正中立性の確保が阻害されていないか、特に利用者数、介護事業者数の多い都市部（東京都、愛知県、大阪府）の介護支援専門員の置かれている実態を把握するほか、地域ケア会議等によりケアマネジメントの質の向上に先進的に取り組んでいる大分県や山口県防府市、通所介護の給付額が全国平均を大きく上回る特徴がある沖縄県（一部市町村）を対象に、介護支援専門員が抱えている課題を明確にすることを目的に実施した。

2 調査実施の概要

本調査は以下の協力機関を通じて、東京都、大阪府、愛知県、大分県、山口県（防府市）、沖縄県（宜野湾市、うるま市）で勤務する介護支援専門員を対象に実施した。

その他、調査方法、実施期間及び回収状況は以下のとおり。

3 協力機関

東京都介護支援専門員研究協議会
大阪府介護支援専門員協会
愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会
大分県庁
防府介護支援専門員協会
沖縄県介護支援専門員協会宜野湾支部
沖縄県介護支援専門員協会うるま支部

4 調査方法

Web 調査（SurveyMonkey アドバンテージを使用）ならびに上記自治体の研修会場で配布する用紙による、事業所を通さない匿名でのアンケート調査（介護支援専門員が所属する法人、居宅介護支援事業所等に配慮した回答になることを避けるため）

5 調査期間

2019 年 8 月～12 月

6 回収数、有効回収数

回収数：1,332

有効回収数：1,303（介護支援専門員資格をもたない 12 票、および同資格について無回答 17 票の計 29 票は除外した）

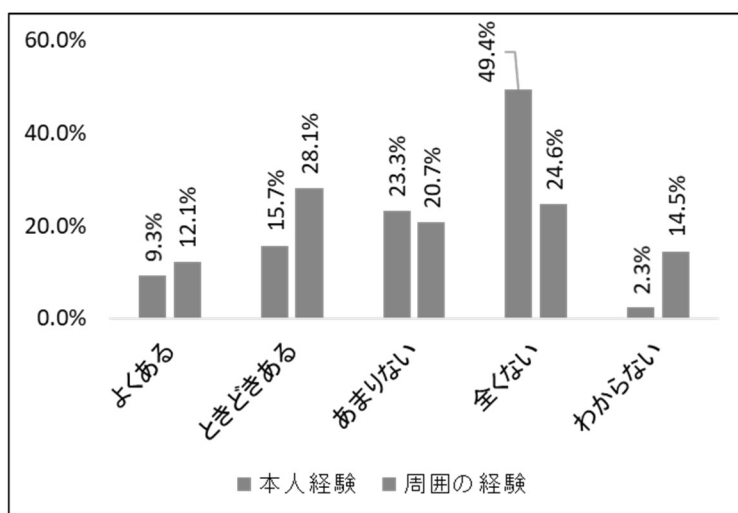
7 地域別回収数

地域情報	回答数	%
東京都	461	35.4%
大阪府	285	21.9%
愛知県	102	7.8%
大分県	131	10.1%
山口県	79	6.1%
沖縄県	65	5.0%
その他・不明	180	13.8%
合計	1,303	

5.1. 「ケアマネジメント」に関するアンケート調査 結果の概要

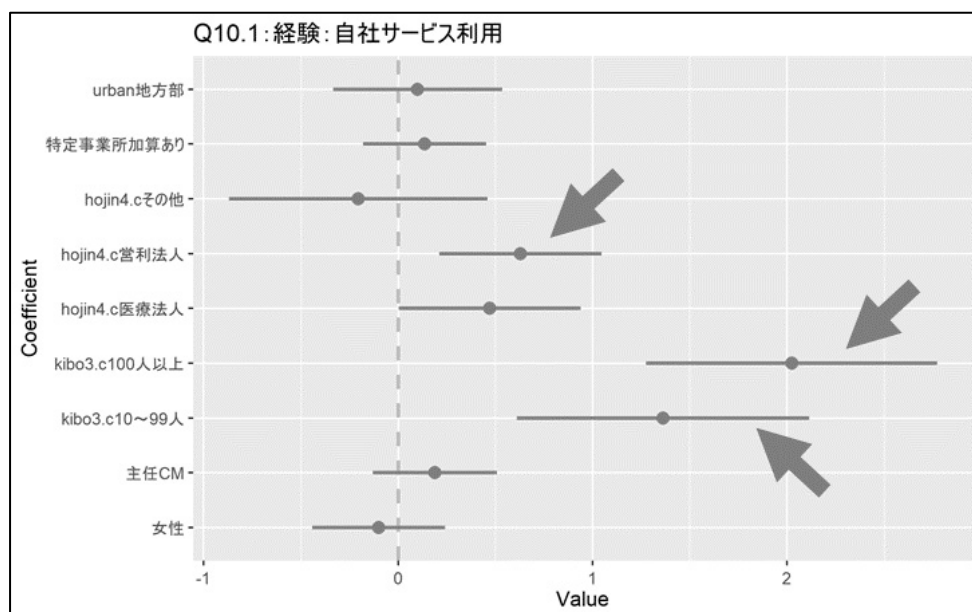
アンケート調査の結果のうち、特に論点となると考えられる一部を抜粋する（調査結果の詳細は本報告書の参考資料を参照）。

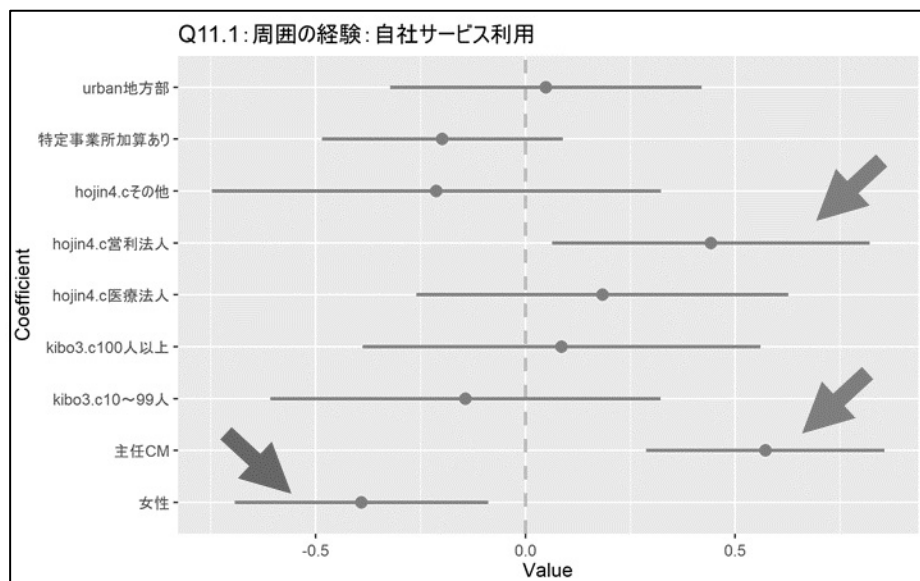
「あなたが過去1年間に以下のような経験をしたことがありますか」（以下、本人経験）という問いに対し、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」経験については、「よくある」「ときどきある」と回答した方が25.0%、「あなたの事業所がある自治体では、過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことはありますか」（以下、周囲の経験）という問いに対し、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」経験については、「よくある」「ときどきある」と回答した方が40.2%となっている。



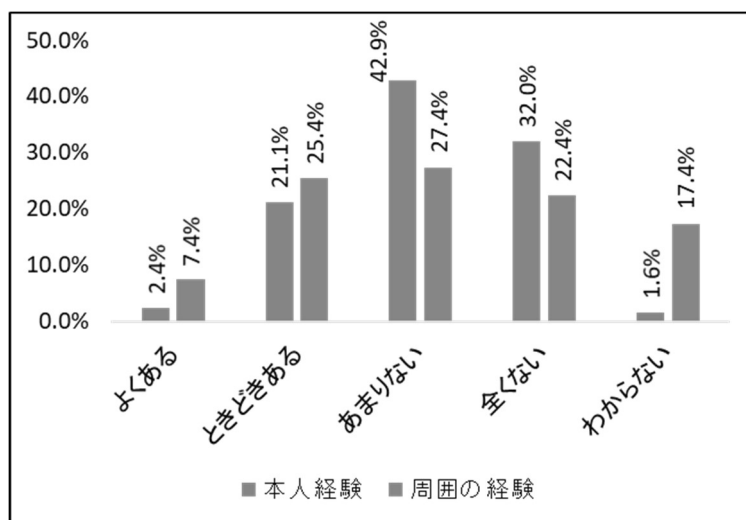
出典:問 10.1 問 11.1 アンケート調査結果

重回帰分析の結果、本人経験については、営利法人、事業所の規模が大きいほど、周囲の経験については、営利法人、主任 CM、男性が経験している。



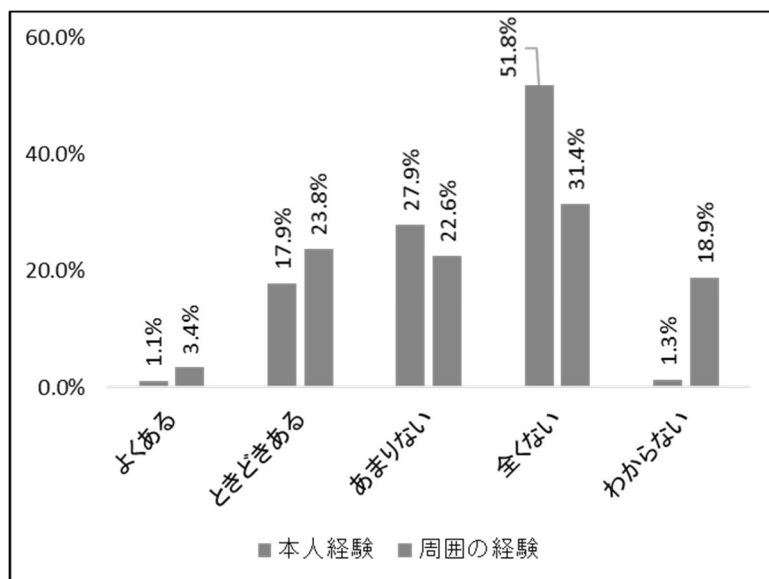


また、「自立支援が必ずしも目的とは言えない、利用者や家族から求められるままのサービスを調整した」の回答は、本人経験が「よくある」「ときどきある」が23.5%であり、周囲の経験は、「よくある」「ときどきある」が32.8%であった。



出典: 問 10.7 問 11.7 アンケート調査結果

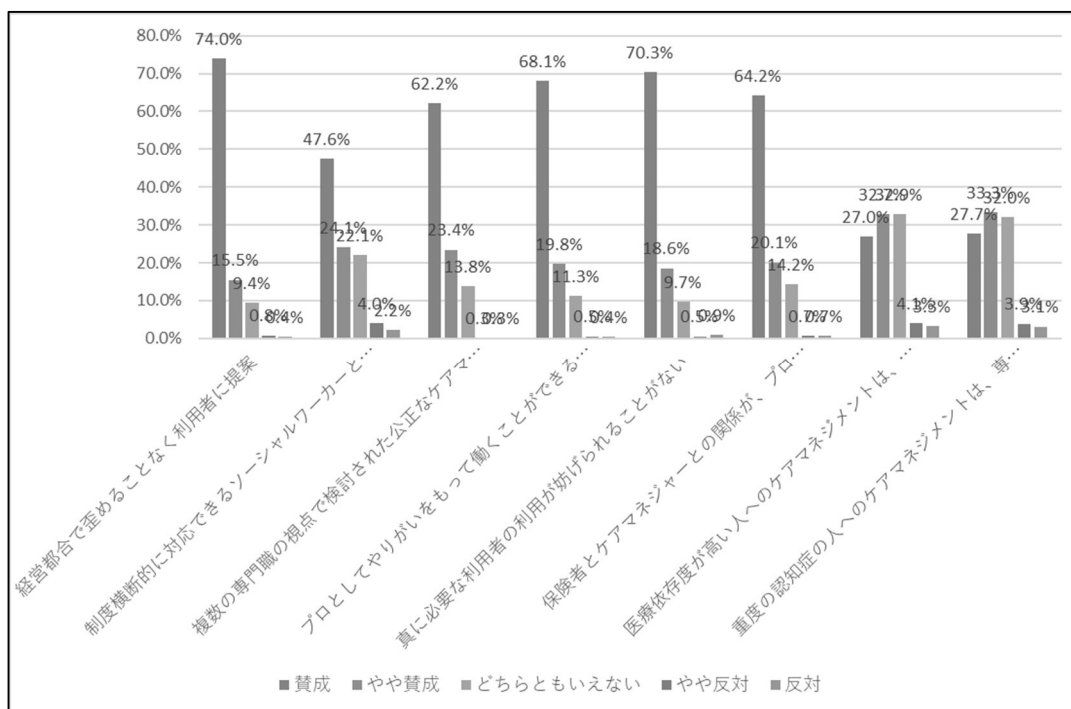
加えて、「事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された（住宅改修、福祉用具、短時間デイ等）」の回答は、本人経験が「よくある」「ときどきある」合わせて19.0%であり、周囲の経験が「よくある」「ときどきある」と回答した方は27.2%であり、こちらも周囲の経験が自身の経験よりも多くなっていた。



出典:問 10.5 問 11.5 アンケート調査結果

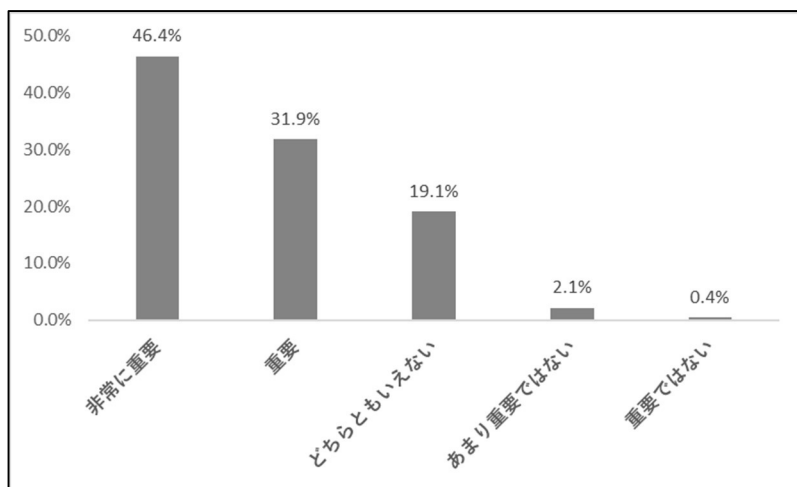
さらに、「あるべき姿を実現するための解決策として、あなたは以下の方法を重要だと思いますか」という問いについて次のような結果を得ている。

「ケアマネジャーがプロフェッショナルとして行うケアマネジメントを、経営都合で歪めることなく利用者に提案できる」は「賛成」「やや賛成」を合わせて89.4%、「過剰なサービス提供により、限りある資源である介護人材を無駄に割くことなく、真に必要な利用者の利用が妨げられることがない」は「賛成」「やや賛成」を合わせて88.9%の介護支援専門員が求めている。



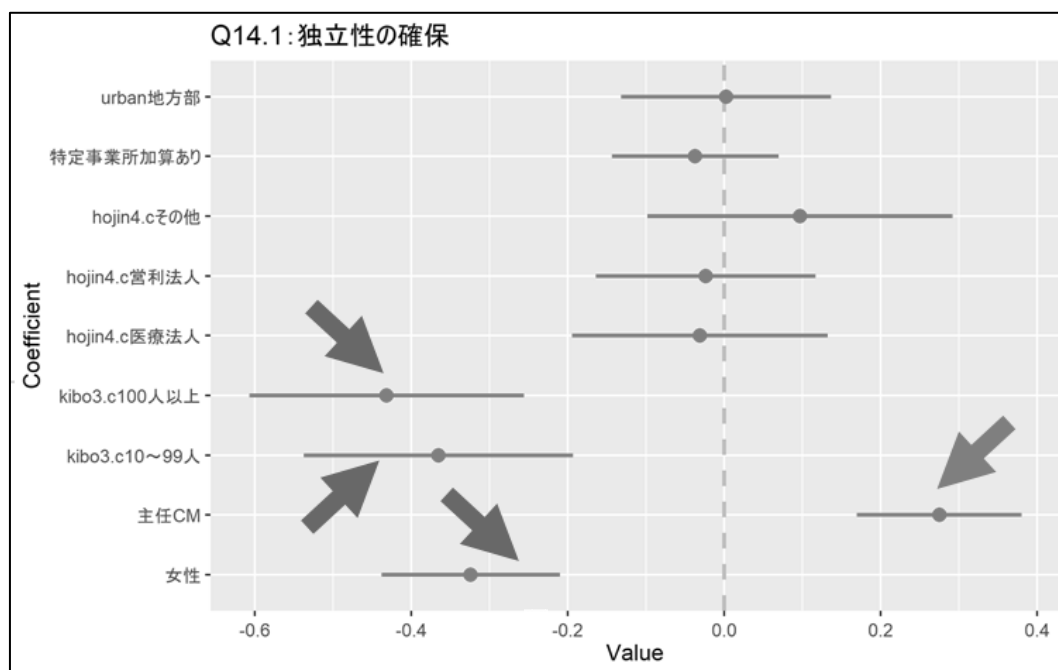
出典:問 13 アンケート調査結果

そして、そのあるべき姿を実現するための解決策として、「ケアマネジャー業務の独立性を確保する」ことが「非常に重要」「重要」と考える介護支援専門員が78.3%であった。

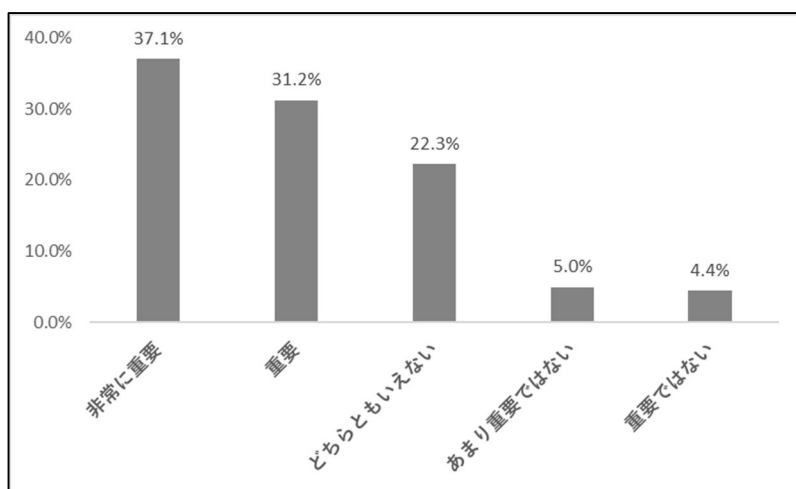


出典:問 14.1 アンケート調査結果

なお、重回帰分析の結果、ケアマネジャー業務の独立性の確保について主任介護支援専門員は肯定的であるが、中規模・大規模事業所、女性ほど否定的である。専門性が高いほど独立性を重視し、規模が大きい事業所ほど、独立性ではなく組織内の秩序等を重視していると考えられる。

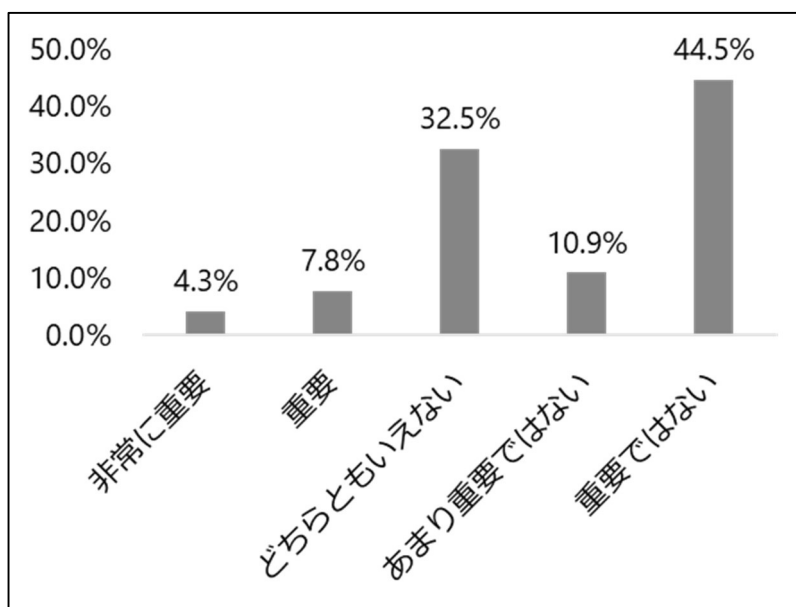


また、「相談援助だけでも報酬を算定する」が「非常に重要」「重要」と考える介護支援専門員は68.3%であった。



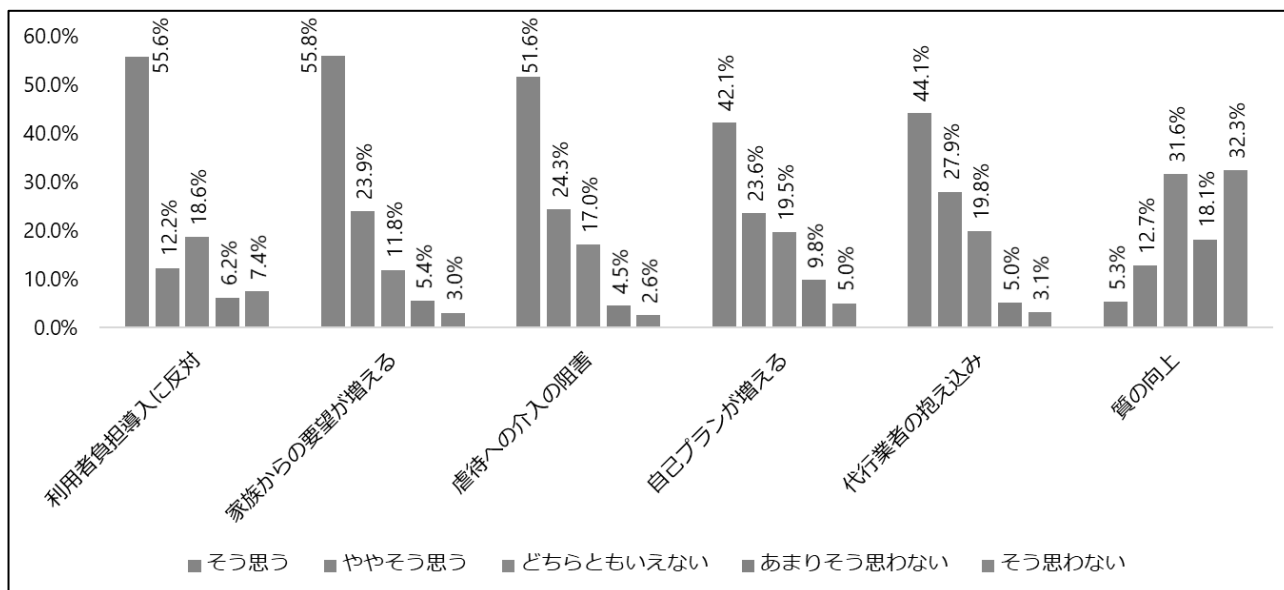
出典:問 14.6 アンケート調査結果

利用者負担の導入については、重要ではないと考えている比率が44.5%と高く、どちらともいえないも32.5%と高い。



出典:問 15.1 アンケート調査結果

利用者負担については、家族からの要望が増える、虐待への介入の阻害、自己プランが増える、代行業者の抱え込みなどを懸念する意見が多く、質の向上については否定的な意見が多かった。



5.2. 「ケアマネジメント」に関するアンケート調査 結果の概要（表）

	問 10 あなたは、過去 1 年間に以下のような経験をしたことがありますか。 （それぞれ○は 1 つ）					問 11 次に、あなたの事業所がある自治体では、過去 1 年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことはありますか。（それぞれ○は 1 つ）				
	よくある	ときどきある	あまりない	全くない	わからない	よくある	ときどきある	あまりない	全くない	わからない
1) 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	9.3%	15.7%	23.3%	49.4%	2.3%	12.1%	28.1%	20.7%	24.6%	14.5%
2) 法人の方針により、サービス付高齢者向け住宅などにおける限度額いっぱいサービスを利用するプランを作成した	4.0%	6.8%	10.2%	76.5%	2.6%	10.2%	21.9%	16.8%	33.5%	17.7%
3) 必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した	1.7%	4.6%	15.2%	77.2%	1.3%	3.7%	9.0%	23.1%	43.7%	20.4%
4) 特定のサービス事業者からの強い営業により、利用者を紹介せざるを得ない状況になった	0.9%	3.9%	12.9%	81.4%	1.0%	2.9%	9.9%	21.1%	44.9%	21.2%
5) 事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された（住宅改修、福祉用具、短時間デイ等）	1.1%	17.9%	27.9%	51.8%	1.3%	3.4%	23.8%	22.6%	31.4%	18.9%
6) 利用するサービス事業所から不必要に利用回数や時間数等を増やすように勧められた（利用者を通じた場合も含む）	2.1%	13.1%	29.3%	54.8%	0.7%	4.2%	21.3%	24.5%	33.4%	16.6%
7) 自立支援が必ずしも目的とは言えない、利用者や家族から求められるままのサービスを調整した	2.4%	21.1%	42.9%	32.0%	1.6%	7.4%	25.4%	27.4%	22.4%	17.4%
8) ケアプラン作成の際、多職種チームで検討するのではなく、1人でケアプランを作成した	5.4%	16.1%	34.5%	42.7%	1.3%	7.6%	19.4%	26.2%	26.5%	20.3%
9) 本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した	0.4%	3.0%	12.9%	82.2%	1.5%	3.3%	12.4%	22.7%	41.0%	20.6%
10) 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	9.3%	46.1%	24.6%	18.3%	1.8%	9.0%	37.4%	20.6%	14.5%	18.6%

11) 障がい、難病等の他制度の調整、つなぎのみで介護保険利用とならず包括や行政に戻したケースがある	3.3%	22.8%	25.6%	44.0%	4.3%	4.5%	22.3%	22.2%	26.5%	24.5%
12) 認知症等あるが、身体自立の要介護認定者で、通所介護、訪問介護を拒否するケースを、地域包括支援センターに引き継いだ	1.6%	13.7%	27.7%	53.5%	3.5%	3.4%	22.5%	23.5%	27.0%	23.6%

問 12 あなたが日々の業務の中で、利用者本人の自己選択と意思決定のために行っていることはありますか。（それぞれ○は1つ）

	よく行う	ときどき行う	あまり行わない	全く行わない
1) 複数の事業所を選択肢として提示している	81.1%	14.7%	2.3%	1.9%
2) 地域内の複数の事業所について、それぞれの自己負担、加算、サービス内容などの特徴を説明している	66.6%	26.1%	5.6%	1.8%
3) 複数のサービス事業所を選択肢として提示している	82.7%	13.9%	1.7%	1.7%
4) 提供可能なインフォーマルサービスを提示している	46.3%	42.9%	9.2%	1.6%
5) ケアマネは変更可能であることを説明している	80.2%	14.2%	3.7%	1.9%

問 13 ケアマネジメント業務・事業の今後のあるべき姿として、次の方向性についてあなたはどのように思いますか。（それぞれ○は1つ）

	賛成	やや賛成	どちらともいえない	やや反対	反対
1) ケアマネジャーがプロフェッショナルとして行うケアマネジメントを、経営都合で歪めることなく利用者に提案できる	74.0%	15.5%	9.4%	0.8%	0.4%
2) ケアマネジャーが介護給付の利用のみに縛られず、医療、介護、福祉、生活にまたがり制度横断的に対応できるソーシャルワーカーとしての役割を果たす	47.6%	24.1%	22.1%	4.0%	2.2%
3) 本人の意思決定支援が必要な場合において、複数の専門職の視点で検討された公正なケアマネジメントが提供できる環境が整備されている	62.2%	23.4%	13.8%	0.3%	0.3%
4) ケアマネジャーがプライド持を高く持ち、その専門性を高めることができる、プロとしてやりがいをもって働くことができる環境整備	68.1%	19.8%	11.3%	0.5%	0.4%
5) 過剰なサービス提供により、限りある資源である介護人材を無駄に割くことなく、真に必要な利用者の利用が妨げられることがない	70.3%	18.6%	9.7%	0.5%	0.9%
6) 保険者とケアマネジャーとの関係が、プロフェッショナルとしての行動規範に沿い自立支援と尊厳の保持に基づくサービス調整へ導いていくものになっているとの認識の下に築かれている	64.2%	20.1%	14.2%	0.7%	0.7%
7) 医療依存度が高い人へのケアマネジメントは、専門性が高いケアマネジャーが担う	27.0%	32.7%	32.9%	4.1%	3.3%
8) 重度の認知症の人へのケアマネジメントは、専門性が高いケアマネジャーが担う	27.7%	33.3%	32.0%	3.9%	3.1%

問 14 問 13 のあるべき姿を実現するための解決策として、あなたは以下の方法を重要だと思いますか（それぞれ〇は1つ）

	非常に重要	重要	どちらとも いえない	あまり重要 ではない	重要では ない
1) ケアマネジャー業務の独立性を確保する	46.4%	31.9%	19.1%	2.1%	0.4%
2) 居宅介護支援事業所は地域包括支援センターのみに設置する	2.3%	3.3%	32.3%	21.3%	40.8%
3) 医療系など元資格によりケアマネ資格を分類する	4.0%	9.9%	39.5%	22.7%	24.0%
4) 多職種によるチームアセスメントを義務化する	11.1%	31.7%	43.0%	8.6%	5.6%
5) 地域運営会議などによるチェック機能を導入する	4.1%	20.6%	51.7%	13.3%	10.3%
6) 相談援助だけでも報酬を算定する	37.1%	31.2%	22.3%	5.0%	4.4%
7) 利用者負担の導入を検討する	4.3%	7.8%	32.5%	10.9%	44.5%
8) 給付管理業務は事務職が行う	11.7%	20.5%	37.9%	14.3%	15.7%
9) 行政によるガイドライン等による指導を強化する	8.1%	25.8%	43.1%	13.0%	10.0%
10) 要介護2までのケアマネジメントは、地域包括支援センターが担うこととする	2.8%	4.0%	33.2%	20.0%	40.0%
11) 看取りや医療ニーズの高いケアマネジメントは、訪問看護ステーションが担うこととする	4.3%	13.3%	38.4%	16.8%	27.2%
12) 法定研修のカリキュラムを見直す	27.6%	31.5%	31.3%	5.4%	4.2%
13) 事業所の教育、人材育成の取り組みを評価する	25.9%	44.4%	24.9%	2.2%	2.6%

問 15 居宅介護支援のケアマネジメントについて、1割の利用者負担を求める議論が行われています。あなたは以下の考えについてどのように思いますか。（それぞれ〇は1つ）

	そう思う	ややそう 思う	どちらとも いえない	あまりそう 思わない	そう思わない
1) 利用者負担を導入することに反対である	55.6%	12.2%	18.6%	6.2%	7.4%
2) 利用者負担が導入されると、顧客意識が強まり、利用者や家族からの要望が一層大きくなると思う	55.8%	23.9%	11.8%	5.4%	3.0%
3) 利用者負担が導入されると、費用負担を理由に虐待ケースへのケアマネジャーの介入が妨げられる状況が発生し得ると思う	51.6%	24.3%	17.0%	4.5%	2.6%
4) 利用者負担が導入され、費用負担軽減を理由に自己プランを選択する人が増えると保険者が対応に苦慮すると思う	42.1%	23.6%	19.5%	9.8%	5.0%
5) 利用者負担導入によって、セルフプラン作成を無料で代行する介護事業者による抱え込み等が起き得ると思う	44.1%	27.9%	19.8%	5.0%	3.1%
6) 利用者負担導入によって、ケアマネジャーによるケアマネジメントの質が向上すると思う	5.3%	12.7%	31.6%	18.1%	32.3%

6. インタビュー調査の概要

1 調査目的

本調査は、ケアマネジメントの公正中立に関する問題点および今後のあるべき方向、さらにケアマネジメントの質の評価のあり方について聞き取り、課題解決を目指すための資料とすることを目的に実施した。

2 調査実施の概要

本調査は、地域ケア会議に積極的に取り組むなど居宅介護支援への意識の高い自治体の地域ケア会議コアメンバー（自治体職員、地域包括支援センター職員、主任介護支援専門員等）を対象に実施した。その他、実施時期は以下の通り。

3 調査期間

2019年 9月～12月

- ・大分県大分市 〈9/6〉
- ・沖縄県宜野湾市・うるま市 〈10/4〉
- ・愛知県豊明市・岡崎市 〈11/20〉
- ・石川県能美市 〈11/22〉
- ・東京都武蔵野市 〈11/27〉
- ・大阪府寝屋川市 〈12/4〉
- ・山口県防府市 〈12/6〉

4 方法

半構造化インタビュー

5 インタビュー項目

（地域属性）

- A. ケアプラン点検への取り組み
- B. ケアマネジャー研修の取り組み
- C. 指導監査の取り組み

（インタビュー対象者属性）

- 1. 年齢性別
- 2. 所属組織（組織の性格、業務概要）
- 3. 職種、勤務年数、役職

（課題）

- 4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…）
- 5. 上記事例で何が起きたか？
- 6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと

（今後の方向）

- 7. 公正中立のために今後のあるべき方向
- 8. 公正中立のための具体的解決策
- 9. 利用者負担についての意見

（質の評価）

- 10. 誰がどのような運用で評価すべきか
- 11. その際に使用すべき指標
- 12. その際の公開の方法
- 13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方

6.1. 「ケアマネジメント」に関するインタビュー調査（文責：国際長寿センター）

9 自治体、介護支援専門員 インタビュー結果のまとめ

●現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例

- ・事業所から求められて本当はやりたくないプランを作るケースは、アンケートをとると出てこないが現場ではあると聞いている
- ・独立型では事業所誘導はない。併設では稼働率が突き付けられる。ケアマネは営業マンという感じもある
- ・経営者の意向により中立が保てない。単体の居宅ではほとんどない
- ・併設の事業所で会社からいろいろ言われると、私は何のためにいるのだろうかと感じてしまうケアマネもいる
- ・住宅型有料でケアマネを頼まれると、ほとんど向こうの言いなりで、ほぼ限度額いっぱい使うのが定例になっている。有料のケアマネは人質を取られているみたいだ
- ・マネジメント上、これが本当に必要かというプランがあったとしても、容易に替えられない。保険者として駄目と言えない。プランの根拠は話し合うし、保険者として見るが、だからと言って算定の基準を侵しているわけでもないところになると、保険者としてはなかなか難しい
- ・大手の事業所だと、自社ではないところを使う理由を聞かれるようだ。事業所によっては「自分のところを使いなさい」と相当言われるところもあると聞いている
- ・いわゆる囲い込みと言われるような自法人の運営するサービス事業所への誘導について、一部のケアマネジャーから聞き取ったところ、法人に強制されているわけではないが、給料をもらっていることを考えると、自法人のサービス事業所を紹介しなければいけない気持ちになるとのこと
- ・同一法人にサービス事業所があると、売り上げのこととか、お金のこととかを言われ、自分の事業所を薦めないといけいいのかと思う。赤字だと言われるとどうしたらいいのか

●公正・中立のために今後のあるべき方向

<ケアマネジャーの位置づけ>

- ・基幹型とか、包括の中心となるようなものが要る。ケアマネジメントも含めて
- ・単純に単独型事業をしていれば解決
- ・独立しているケアマネでも好みはある。偏りは出てしまう
- ・初めの制度の段階で、民間に任せの方が安くすむと思ったのかもしれないが、公的なところがプランを持てば利益誘導するということがない。そもそもケアマネというものを公的なものにしたらどうか
- ・相談やフォローができるようなセンターが、別にかたまらなくて、一人でやっていても、相談ができてプランが組めるという体制ができればいいと思う。
- ・介護保険制度自体も複雑になってきているし、一方でケアマネジメントの質を見られるかという話になってくると行政の中にケアマネジャーを置くべき
- ・ケアマネジメントを総合事業として包括等公的機関が実施してはどうか
- ・事業所から行政機関に招集（出向）して、そのメンバーで実施してはどうか。心意気のあるケアマネジャーはいるので、公的機関で募集すれば応募はある
- ・いろいろな所から人材が集まることによって、ケアマネジャーの質の向上、OJT が促進されやすくなる
- ・ケアマネは個人が抱え込んでしまう傾向が強い。隣に座って仲良く話していても、どういうケアプランを作っているか全然知らない。シェアはできないか
- ・市の委託であれば受け入れられやすくなる
- ・ケアプランセンター化をしてほしい

<その他の提案>

- ・定額制にしたら楽になるかなと思う。ただ、有料の場合は定額にしても変わらない
- ・ケアプランを公開してはどうか
- ・包括報酬にすればいい
- ・業務形態、紹介率の意味が国民にわかるように公開

- ・利用者がサービス事業所を選択する際の評価基準は必要だと感じる。サービス情報の公表は利用者にとっての指標ではない

6.2. 「ケアマネジメント」に関するインタビュー調査 各自治体別概要

■大分県、大分市

- ・事業所から求められて本当はやりたくないプランを作るケースは、アンケートをとると出てこないが現場ではあると聞いている
- ・上の圧力をかわしながらプランを作るのは、職を失う可能性があるので難しい
- ・新人のケアマネは要支援レベルの人たちのケアプランを作らないと利用者の話は聞く機会がない。全部家族の言いなりになるのは、介護からしか作らないから。予防のプランを立てられるっていうことが一番大事。そこから自立支援に入る
- ・主任ケアマネが管理者をしている事業所は質が高い
- ・独立型事業所でも、ただ会社が分かれているだけのところもある
- ・包括が総合相談窓口できちんと仕分けをして、この人は介護だからケアマネにつなぐと最初からやったほうが、ケアマネとの信頼関係もできる
- ・基幹型とか、包括の中心となるようなものが要る。ケアマネジメントも含めて
- ・「自分の事業所につなげるために包括を取っている」と公言する法人のオーナーがいる（大分か不明）
- ・給付適性の部分でプラン点検で指導しているのは136ある事業所の中で、5か所ぐらいが毎年引っ掛かっている
- ・ケアマネジャーは、募集しても人が来ない

■沖縄県宜野湾市

- ・独立型では事業所誘導はない。併設では稼働率が突き付けられる。ケアマネは営業マンという感じもある
- ・自社紹介をどう逃れてきちんと紹介するか、みんな必死にやっている
- ・本当の意味の独立を求めたらやはり独立しても運営ができる居宅の報酬が必要だ
- ・沖縄では有料、サ高住に入所すると日中はデイサービスを使ってくださいというところが多い。子育て世代の選択としては、子との生活を取って、親には申し訳ないけれども有料などに入ってもらえないかという選択が多い

■沖縄県うるま市

- ・経営者の意向により中立が保てない。単体の居宅ではほとんどない
- ・独立しているケアマネでも好みはある。偏りは出てしまう
- ・介護（デイ）サービスで利益を出してもケアマネやホーム（有料、サービス付き）の費用を補填するというのが現実。デイを卒業してホーム（有料、サービス付き）には継続して入居・滞在したいというのは経営的にはづらい
- ・予防プランの単価も問題。予防だけではなく、単独事業所が成り立たない
- ・特定事業所加算を取らない事業所が多い。何かあったらご破算になってしまう。事例を聞いている
- ・沖縄の通所介護が多いのは感じる。家族は投げってしまう感じが多い
- ・ケアマネの評価は、書類がしっかりできている。ちゃんと目標が立てられているのが基本だ。一方、利用者と家族から見たとき、ケアマネ同士で見たとき、包括から見たとき、病院側から見たとき、見る角度で評価が同じではない。面談することで利用者、家族の評価も得られる。一つの評価に集中すると、別のことがおろそかになったり、多角的に評価されるのがいい反面、悩みどころだ。一生懸命やっているのに評価されないこともある

■愛知県岡崎市

- ・併設の事業所で会社からいろいろ言われると、私は何のためにいるのだろうかと感じてしまうケアマネもいる
- ・医療系の法人は、自分の法人の介護事業所に流していくことが多い。利用者の意向とは違わないと言う。病院が通所リハビリを運営している場合は、患者さんは大体、そこに行く。そこから何年もリハビリが続く
- ・介護保険制度が民間に委ねた時点で、営利法人はどうしても利益の追求がある

- ・現場の意見を無視してケアマネは営業マンだみたいと言われてしまうことも出てくる。うまくコントロールするには、ルール作りで国の力が必要
- ・ケアマネは半分営業マンだと経営者の頭の中にはあり、その中で、ケアマネは大変な思いをしている
- ・併設のケアマネジャーの中には、デイの送迎や夜勤もやっている人がいる。本来のケアマネ業務以外の業務をやらなければならないケアマネは辞めていく場合も多い
- ・本当に、ケアマネ業務だけで専念させてもらえるところであれば続く
- ・事業所のケアマネジャーの人数が多いと、情報交換や事例検討もできるので、離職率は低い
- ・住宅型の有料老人ホームやサ高住のプランでは、ほぼ9割方、併設のサービスをパッケージングとしてプランを立てざるを得ない状況を強いられる
- ・利用者に近い方が立場として強い。ケアマネジャーの倫理観を高めるのも大事だが、利用者と家族にどのように介護サービスを使うべきか、認識を深めていけるかが一番、改善効果が上がると感じる
- ・自分の居宅介護支援の収入だけでは自分の給料を賄えていないので、特養の給料から助けてもらって、やっと自分の給料が出ているのは分かっている
- ・ケアマネ業務は嫌だと言って、断っている人も中にはいる。実際、ケアマネをやりたいという人たちは本当に少ない
- ・ケアマネジャーが家族代わりになって、お金も下ろしに行って、病院の付き添いもやってしまっ、運転もやってしまっという話をたまに聞く
- ・改善をしていく事業所とか、平均要介護度が同じ利用者数であっても改善したところに対して、行政として評価して補助金を出すのがよい。加算となると、結局、人数に対しての加算なので、改善してしまうことによって収入が減ってしまう。改善したり、利用回数を減らすことによってお金が入るような収入体系が必要
- ・施設側からサービス内容、回数等の指定、特に支給限度基準額いっぱいまでの提案が当たり前のようにある
- ・併設サービス事業へのプラン組込みが、会社から言われがち。「ケアマネが営業マンに」なっている。ひどい場合、福祉用品を売りつけ、買わないと帰らないと住民に脅しめいたことがあったと聞いたことも
- ・管理者とガチで話し合い、かなりの抵抗を受けるも、適正を欠くプランを立てない旨、説得必要と言いつける。利用者様を盾にする。しかし本人の家族が望んでいない
- ・単純に単独型事業をしていれば解決
- ・お年寄りを不正に食べ物にする行為を許してはいけない。
- ・実地指導時に職員への聞き取り調査が必要
- ・業務形態、紹介率の意味が国民にわかるように公開
- ・併設であっても紹介率に目標定めてインセンティブをきめてもよいのでは
- ・現在は全く評価されていないことに問題を感じている

■愛知県豊明市

- ・住宅型有料でケアマネを頼まれると、ほとんど向こうの言いなりで、ほぼ限度額いっぱい使うのが定例になっている。有料のケアマネは人質を取られているみたいだ
- ・住宅型有料ではない普段業務をしている中でも、これだけ盛り盛りにしないといけないのかという抵抗はある
- ・ここが駄目なら他のところを探すと言われ、家族からもお願いと言われれば断る理由がないとなる
- ・安い料金で入れるところを紹介するが、そこのサービスをフルに使わせることがある。そうすると必要でないと思われるサービスも使うし、それを家族が断れない。いわばお願いしている立場になるので、家族の方が弱い立場になってしまっている
- ・介護度が高い方がもうかる。それだと自立支援とは全く反対だ。寝たきりの人は意外と手間がかからない。定期的なオムツ交換とか、食事介助とかはあるが。多分過剰にサービスを入れることは、自立した生活から多分本人さんは遠のいていく生活になっていくと思うので。結局依存度が高くなって何もできなくなっていつてしまう
- ・事業所が限度額マックスまで入れようとしたので、「行政の監査が入ったときに理由は言えませんのでやめてください」とはっきり言って闘った
- ・定額制にしたら楽になるかなと思う。ただ、有料の場合は定額にしても変わらない。追加料金、オプションにサインして入居しているので、追加分に関しては定額になっても変わらないが
- ・雇い主に内容を拘束される状況ではない形でケアマネジャーをやれる場所があるのだったら、ケアマネジャーが事業所から独立している意味はある。行政であることが与える安心感があるので、行政の機関で

すと言えるのは大きい

- ・包括報酬にすればいい
- ・初めの制度の段階で、民間に任せの方が安くすむと思ったのかもしれないが、公的なところがプランを持てば利益誘導するということがない。そもそもケアマネというものを公的なものにしたらどうか
- ・運営推進会議がどこまで見抜けるか。多機能でも地域の人が入っているが、さらっとサインだけもらって帰っていくイメージだ。町内会長さんが推進委員だった場合に、なんで毎日デイサービスを入れないのだと言っておしまいかもしれない
- ・委託であれば、委託契約上、私たちはできませんと経営に対して言える

■石川県能美市

- ・マネジメント上、これが本当に必要かというプランがあったとしても、容易に替えられない。保険者として駄目と言えない。プランの根拠は話し合うし、保険者として見るが、だからと言って算定の基準を侵しているわけでもないところになると、保険者としてはなかなか難しい
- ・サービス中心の傾向が非常に強かったのも、そこを担当課や主任ケアマネから指導という形で少しして、最後は再提出という形を取り、もちろん担当課が点検する。3 カ月後か半年後か、もう一度作り直したときに出していただくということで、本人の偏りであったり、姿勢の部分とか、反省であったりとかで、うまくいい方向にプランが流れている。全体の7割ぐらいが更新時に修正または再提出をかけている。21 件のうち14~15 件ぐらいは更新時に変わっている
- ・今の研修が育成に役立っているとは思っていない。質は全然上がっていないし、何回行っても変わらない人は変わらない。行って、そうだなと思っててもプランの作り方が変わるわけではない。昔、ICF の考え方を入れる前に取った人は、ずっと目標が「閉じこもり防止」ではないか
- ・家族を通して住宅に付いている居宅介護事業者に変更させるような仕組みになってしまっていることに疑問を感じる。施設に入ってしまうと私たち在宅ケアマネが全く関知できる部分ではない。介護給付費はなぜこんなに上がるのかと思ったら、この影響は大きい
- ・本人の思いを吸って、意向を高めてあげたいけど、家族が「それは困る」と言われる。「できる」というその理想像が、こちら側の思っている「できる」に無理やり持っていくようにすることが「自立」と勘違いし過ぎているのではないかということを感じている。むしろそれより、本人がどうしたいか、それを発揮できることの方が、本当はその人らしい生活を支援できる
- ・ほぼ全員、まずCで始めている
- ・通所リハがもう通いの場、生活の場になってしまって、住民にしても切れないし、経営者の方もそうだし。その板挟みになってしまう
- ・ソーシャルワーク的な仕事は、要支援2の方や、要介護2ぐらいまでの人がとても多く、3、4、5がそれほどいない。だからむしろ、要介護2ぐらいまでの単価を高くして、それ以外を安くしてくれたら、みんなもっと在宅で頑張るのではないか
- ・相談やフォローができるようなセンターが、別にかたまらなくて、一人でやっていても、相談ができてプランが組めるという体制ができればいいと思う。集まらないと相談ができないではないと思う。障害の基幹センターでは、金沢市など各事業所から出向し、各相談支援専門員が基幹センターの職員になって、各相談支援事業所に助言する
- ・地域ケア会議の枠組みの中で包括も入っているケアプラン会議は、職種で助言をしながら、基本には自立支援の指向に基づいているか、目標指向型であるか、インフォーマルの資源が入っているか、地域の課題に不足しているものは何かという課題の抽出に重きを置いてしている。要支援1、2全数と事業対象者は全数
- ・能美市主催のケアプラン点検を昨年度から始めた。抽出基準は支給限度額の7割超えの事業のプランで、計画サービスの1種類の割合と同一法人の割合が高い事業所のプラン、生活援助の訪問回数の多いケアプランの事業所。サ高住で毎日何をしているのかというプランや、ケアマネ1人の作成プランの数が多い事業所トップ3という基準でやっている

■東京都武蔵野市

- ・病院から退院支援依頼が在宅介護・地域包括センターに最初に連絡が入った時点で、すでに支援体制がセットされた状態であるケースがある
- ・住宅型有料老人ホームやサービス付高齢者住宅を担当するケアマネが、ケアプランを出してきたときに、認定区分支給限度まで漏れなくぴっちり、帯で入ってというのはある
- ・大手の事業所だと、自社ではないところを使う理由を聞かれるようだ。事業所によっては「自分のとこ

ろを使いなさい」と相当言われるところもあると聞いている

- ・サ高住を作るにあたっては、市独自基準として医療・介護連携型又はテンミリオンハウス併設型とすることを求めている
- ・要支援で委託をしていますが、必ず基幹型包括の職員がサービス担当者会議に同席する。サービス担当者会議は、行動変容には6カ月ぐらいかかるだろうということから、6カ月ごとにやっている
- ・介護保険制度自体も複雑になってきているし、一方でケアマネジメントの質を見られるかという話になってくると行政の中にケアマネジャーを置くべき
- ・ケアプラン指導研修事業を月1回（年12回実施）、1回10ケース程度を検討
- ・ケアマネを12のグループに分けて提出担当回を決定
- ・ケアマネ本人は出席不要
- ・市内と近隣にある居宅介護支援事業所に所属しているケアマネから市民の事例を1つずつ出してもらう。市外の事業所については市民を担当しているケースが多い大手の事業所にお願いをして出してもらっている
- ・約110のプランを年間通して見る。単なるケアプランチェック、保険者がするケアプランチェックではなく、アセスメントからケアプランに至るまで妥当なものになっているかどうかを各在宅介護・地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、OT、PT、ST、コンチネンスアドバイザー、基幹相談支援センター（障害者福祉課）、保険者が、それぞれ専門職の立場から意見を言う
- ・もらった意見については、各在宅介護・地域包括支援センターの主任ケアマネから事例を提出したケアマネに1対1の面接の形でリターンする。ケースの中身によって管理者にも話をした方がいいというような事例については、管理者にも同席してもらう
- ・公正中立でいえば、サービスの中身、種類の確認はしているが、事業所の偏りまではみていない。どちらかというとマネジメントの方を重視。きちんとアセスメントができていないか、このケアマネの経験年数からいって過不足がないかというような、得意・不得意もあると思うので、そういったところも併せてみて全体的に質の担保を図っている

■大阪府寝屋川市

- ・いわゆる囲い込みと言われるような自法人の運営するサービス事業所への誘導について、一部のケアマネジャーから聞き取ったところ、法人に強制されているわけではないが、給料をもらっていることを考えると、自法人のサービス事業所を紹介しなければいけない気持ちになるとのこと
- ・ケアマネジャーは他の人のケアマネ作ったプランを見る機会がない
- ・状態が変化しやすい要介護1と、寝たきりの要介護5の人を比べると、プランの作成に係る負担は、要介護1の方が大きいと感じる
- ・短期集中通所サービス利用後のケア会議では、短期集中通所サービス事業所が利用後2、3カ月で介護保険サービスから卒業できるという意見があっても、利用者本人の希望を聞き入れて利用し続ける内容のケアプランが提出されることがある
- ・利用者がサービス事業所を選択する際の評価基準は必要だと感じる。サービス情報の公表は利用者にとっての指標ではない
- ・運営推進会議について、小規模多機能型居宅介護事業所は開催しているが、地域密着型デイは形骸化していることが多い
- ・ケアプランを公開してはどうか
- ・ケアマネジメントを総合事業として包括等公的機関が実施してはどうか
- ・事業所から行政機関に招集（出向）して、そのメンバーで実施してはどうか
- ・心意気のあるケアマネジャーはいるので、公的機関で募集すれば応募はある
- ・措置と多様性の中にあるのが介護保険制度だと感じる。行政職員が実施することとなった場合であっても、介護保険の理念に沿って運用することが望ましい
- ・介護保険法第1条、第4条の理念を踏まえたプランが作成され、そのプランに基づいた支援ができているか
- ・主訴やデマンド（要望）とニーズ（必要性）は違う。専門職が専門的に課題分析した結果のニーズを把握する必要がある
- ・寝屋川市では、総合事業を利用したい人は訪問指導を実施し、短期集中通所サービスの利用を促している。短期集中通所サービスが終わる際の評価会議は必要
- ・神経難病、整形等の課題が改善できなかったことから、疾患と上手く付き合いながら、要介護状態にならないように支援を受け続ける場合と、改善したため支援は必要ないという場合と、2パターンに分ける

必要がある。評価会議の中でケアマネジャーが、そのように分けて考えることができない場合がある

■山口県防府市

- ・介護保険ができた当初にケアマネが独立しやすいように、例えば国家資格にするとか、独立採算が取れるような体制であればよかったと思う。おそらく何かのサービスと併設していないと難しい状況がある
- ・国家資格がイコール独立につながるとは思わない
- ・同一法人にサービス事業所があると、売り上げのこととか、お金のこととかを言われ、自分の事業所を薦めないといけないのかと思う。赤字だと言われるとどうしたらいいのか。ニーズに合っていればいいのだが
- ・サービス付高齢者向け住宅の丸飲みプランを頼まれることがある
- ・独立型の事業所は併設に比べれば自由度が高い
- ・ケアプランセンター化をしてほしい
- ・卒業が見込めない人はケアプランセンター化、包括は地域に帰る人を集中支援
- ・いろいろな所から人材が集まることによって、ケアマネジャーの質の向上、OJT が促進されやすくなる
- ・ケアマネは個人が抱え込んでしまう傾向が強い。隣に座って仲良く話していても、どういうケアプランを作っているか全然知らない。シェアはできないか
- ・市の委託であれば受け入れられやすくなる
- ・集中減算は歯止めにはならない。サ高住のケアマネは籠の鳥のような感じだ

7. ケアマネジメントの公正中立性が損なわれている状態とはどういうことか

7.1. 大阪府の事例

アンケート調査やインタビュー調査によって、ケアマネジメントの公正中立性の確保における根本的な課題として、介護支援専門員は「専門職としてケアマネジメントを行うための立場」が確保されていない可能性が確認された。

そこで委員会では、株式会社千早ティー・スリーの松本委員から情報提供を受け、「大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会」の報告書「平成 29 年度 サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業（厚生労働省介護保険事業補助金）」の結果について議論した。サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームにおいて、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされているなど、公正中立性が疑われる実態があるという指摘があるからである。

報告書によると、大阪府内の 4 市（堺市、茨木市、泉佐野市、泉南市）におけるサービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者に対する給付について、入居者以外と比較して、以下のような実態が見られた。

- ・ 全ての要介護度において平均区分支給限度額利用率が高い
- ・ 区分支給限度額利用率別にみると、「80%以上」、特に「95%以上 100%以下」の割合が顕著に高い
- ・ 「訪問介護」と「居宅療養管理指導」が顕著に高い
- ・ 訪問介護の利用形態別利用者割合をみると、「身体介護」の利用割合が高い
- ・ 訪問介護の「身体介護」の回数別の利用者状況をみると、「30 回以上 40 回未満」（1 日 1 回目安）と「60 回以上 70 回未満」（1 日 2 回目安）の利用割合が高い

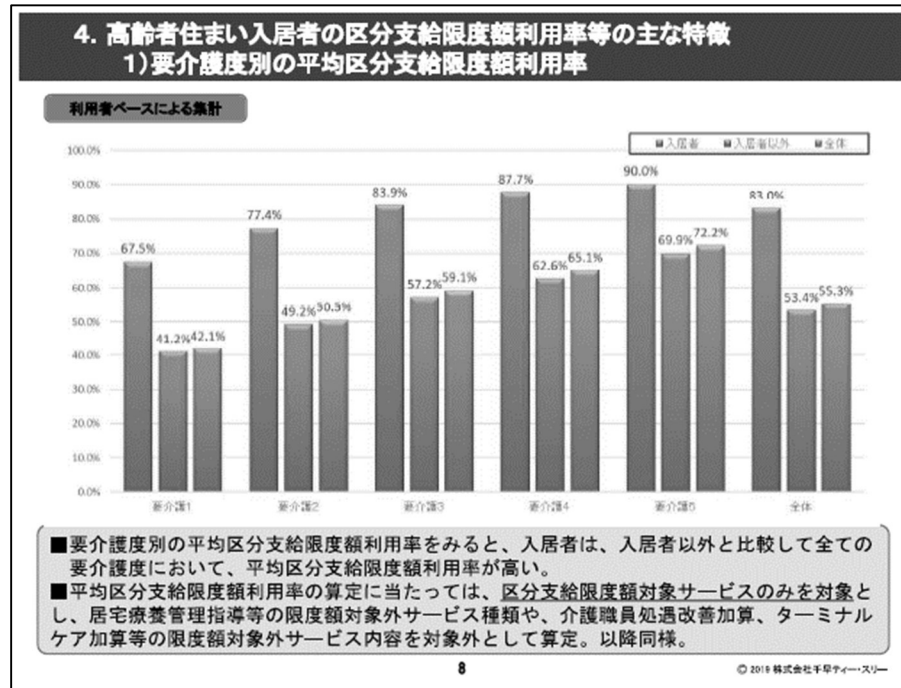
そして、主な問題点として次の 10 点が報告されている。

- ①要確認給付事例に関する給付の理由（妥当性）についての記載が無い
- ②目標やサービスが、自立支援、悪化防止を目指すものとなっていない
- ③訪問介護や通所介護等の過剰な利用で自立支援の阻害となっている
- ④同様の記載内容やサービス内容に合わせた目標等、個別性が低い記載内容になっている
- ⑤サービスを利用することや、区分支給限度額内に収めること等が最優先になっている
- ⑥「短期目標」が、達成する（できる）目標ではなく、継続的な目標となっている
- ⑦利用者の「できること」の記載が少なく、特に「サービス種別」への記載が殆ど無い
- ⑧介護保険サービス以外の「サービス種別」は、高齢者住宅等職員が大半を占める
- ⑨サービス担当者会議への利用者の参加率は高いが、サービス利用意向優先となっている
- ⑩モニタリングの実施率は高いが、モニタリングの確認の目的や内容が不明確、不適切

また、今後の課題として「（このようなケアプランの作成を強いられている）ケアマネジャーの離職による担当者の変更が多い」ことも確認され、「ケアマネジャーの問題ではなく、高齢者住まいの経営者等への対応が必要」とされていた。

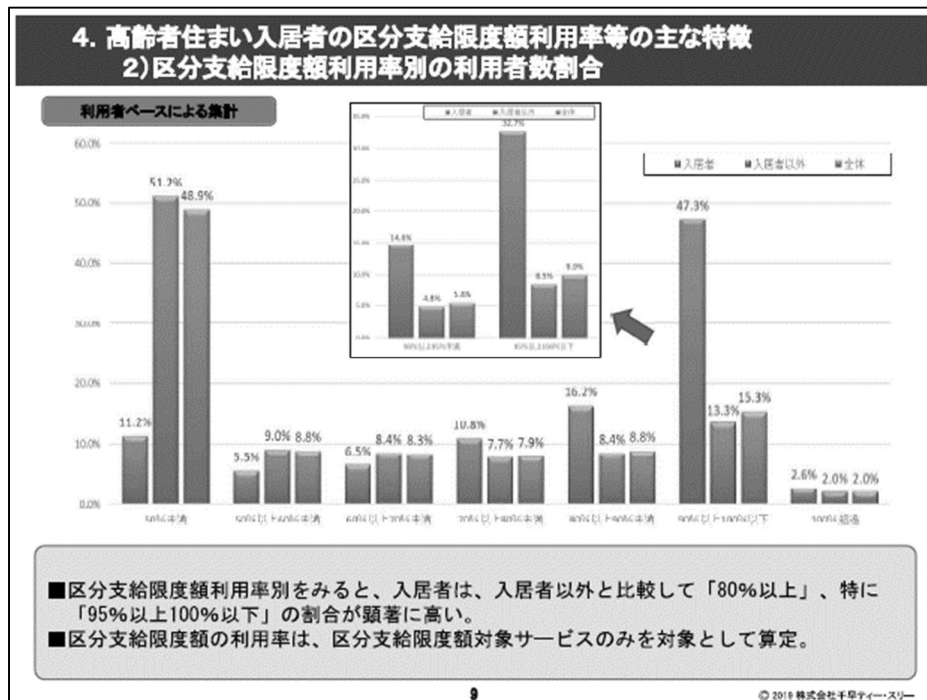
委員会では、ケアマネジメントの公正中立性の確保は、研修などによる介護支援専門員個人の努力だけでは成し得ず、制度的に解決すべき課題であることを認識した。

図表 7-1：全ての要介護において平均区分支給限度額利用率が高い



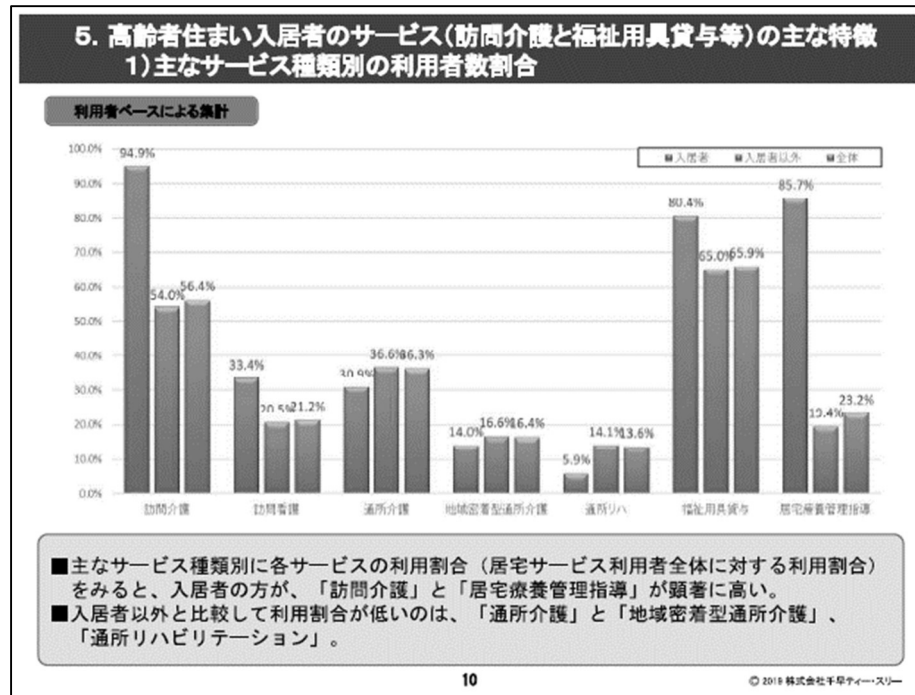
出所；大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書 平成 29 年度「サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業」（厚生労働省介護保険事業補助金）

図表 7-2：区分支給限度額利用率別にみると、
 「80%以上」、特に「95%以上 100%以下」の割合が顕著に高い



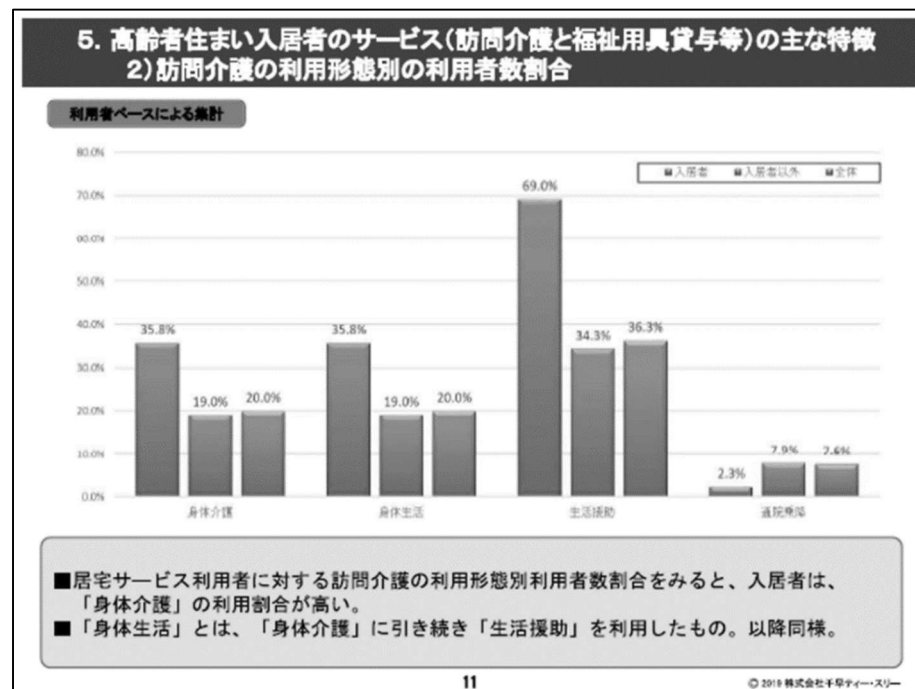
出所；大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書 平成 29 年度「サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業」（厚生労働省介護保険事業補助金）

図表 7-3：「訪問介護」と「居宅療養管理指導」が顕著に高い



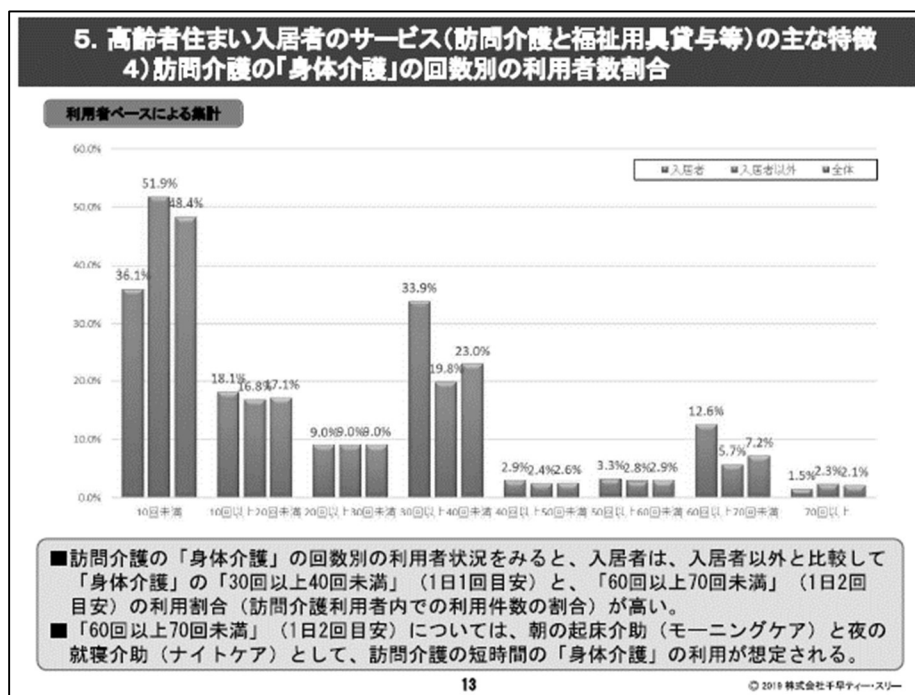
出所；大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書 平成 29 年度「サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業」（厚生労働省介護保険事業補助金）

図表 7-4：訪問介護の利用形態別利用者割合をみると、「身体介護」の利用割合が高い



出所；大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書 平成 29 年度「サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業」（厚生労働省介護保険事業補助金）

図表 7-5：訪問介護の「身体介護」の回数別の利用者状況をみると、
「30 回以上 40 回未満」（1 日 1 回目安）と「60 回以上 70 回未満」（1 日 2 回目安）の利用割合が高い



出所；大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会の報告書 平成 29 年度「サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業」（厚生労働省介護保険事業補助金）

7.2. 大阪府内、山形県内の傾向分析

さらに、委員会では、株式会社ナレッジ・マネジメント・ケア研究所の熊谷委員から情報提供を受け、大阪府と山形県の居宅介護支援事業の傾向について議論した。問題点として「利用者の状態像やニーズよりも、利用可能なサービスを優先して紹介し、ケアプランを作成している可能性が考えられる」ことが指摘された。

■大阪府居宅介護支援事業の傾向分析

居宅介護支援サービス給付費において府内上位 65 の居宅介護支援事業所について、大阪府より「事業所詳細情報（居宅介護支援事業所）令和元年 6 月分（国民保険中央会データ）」の提供を受け、当該 65 事業所の特徴を分析した。なお、当該上位 65 事業所の合計は、大阪府の居宅介護支援サービス給付費の約 1 割を占める規模である。

①区分支給限度基準額割合上位事業所の特徴

上位 65 の居宅介護支援事業所のうち、区分支給限度基準額割合が高い上位 10 事業所については、以下のような特徴がみられた。

- 経営形態は 1 社を除き営利法人、かつ大規模化の傾向
- 同一法人・同一敷地内において訪問介護等の介護サービスを併設
- 同一法人単位割合が高いケースと低いケース（分社、子会社）の 2 極分化
- 訪問介護サービスの割合が高い事業所が多い一方、通所リハビリは少ない
- 利用者のうち要介護 4・5 の重度者割合が高い

■大阪府・支給限度額割合上位 10 の居宅介護支援事業所

	経営形態	サビ 併設	支 給 限 度割合	同一法人 単位割合	全体単位 数（千）	提供サービス割合 1)				重 度 者 割合
						訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハ	
1	株式会社	有	97.0%	99.9%	83,984	32.2%	29.3%	38.4%	0.0%	31.3%
2	株式会社	有	84.0%	78.6%	271,147	2)67.5%	9.1%	10.8%	1.7%	29.9%
3	有限会社	有	80.0%	1.2%	57,290	58.5%	21.0%	7.7%	3.2%	43.5%
4	有限会社	3) 無	80.0%	0.0%	85,816	3)78.2%	7.6%	5.3%	1.7%	47.6%
5	株式会社	有	79.0%	69.6%	95,980	50.7%	37.4%	6.3%	2.6%	34.5%
6	株式会社	有	77.0%	28.6%	46,960	48.3%	16.5%	17.0%	5.3%	41.9%
7	有限会社	有	74.0%	3.5%	54,229	49.0%	22.8%	11.4%	1.8%	34.9%
8	株式会社	有	73.0%	2.1%	39,343	57.0%	25.2%	3.9%	1.8%	36.1%
9	医療法人	有	72.0%	3.0%	48,963	62.1%	9.1%	16.7%	3.0%	35.1%
10	株式会社	有	69.0%	58.9%	38,029	39.2%	29.3%	12.0%	6.3%	30.9%
65 事業所平均			55.7%	33.2%	39,207	32.1%	14.8%	22.2%	12.0%	23.4%

1) 福祉用具貸与・販売を除く介護サービスを提供する計画単位数の割合

2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを含む

3) 居宅介護支援とは別の同一法人が訪問介護サービスを提供

（以上の調査は大規模事業所が対象であり、かつ 65 か所に限定されていることに留意が必要である）

■山形県居宅介護支援事業の傾向分析

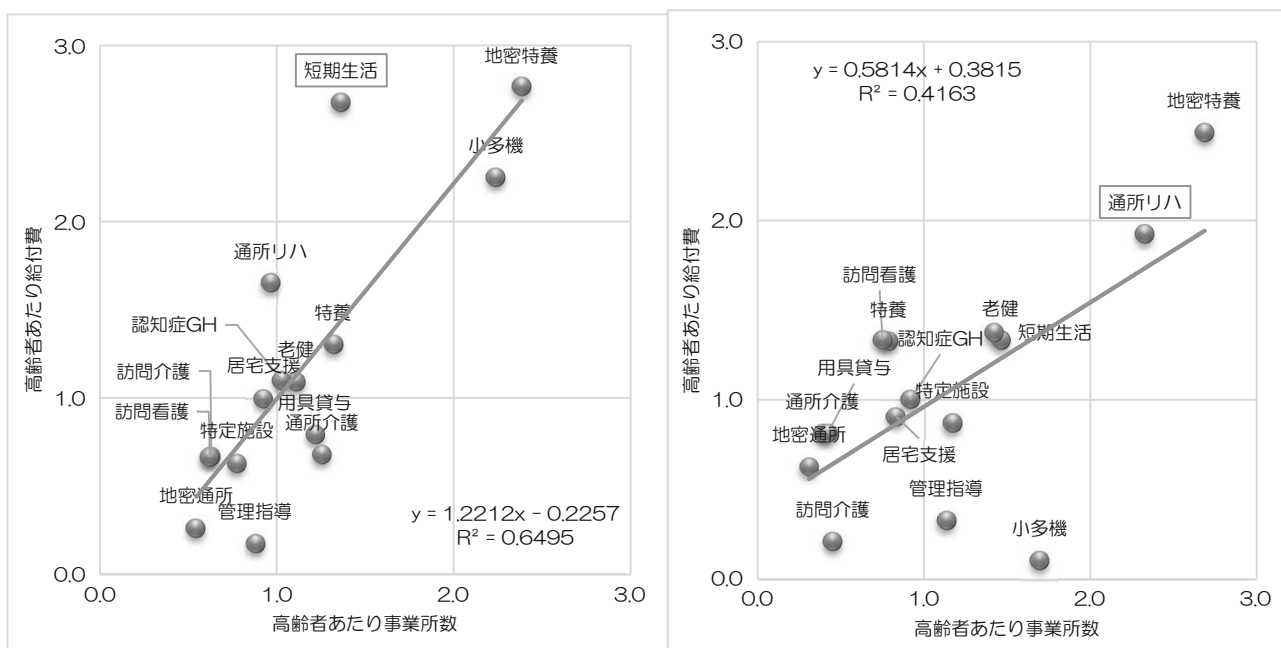
山形県中央部に位置し、気候風土や生活環境・生活習慣が類似している近隣のA市及びB町において、それぞれの介護サービス別割合をみると大きく異なっていた。アクセスが容易な地域資源に応じてケアプランを作成していることが伺える（図表7-6）。

例えば、A市及びB町の社会福祉協議会の居宅介護支援事業所に着目すると、両協議会とも、訪問介護以外のサービスを併設していないものの、供給量の多い介護サービス（それぞれ短期入所及び通所リハビリ）を多用している。

図表 7-6：高齢者あたりサービス別事業所数と給付費（全国平均=1 との比較）

<山形県 A 市>

<山形県 B 町>



■居宅介護支援事業所のサービス給付実績（山形県 A 市、上位 5 事業所）

	全国	山形県	A 市	支援事業所Ⅰ	A 市社協※	支援事業所Ⅱ	支援事業所Ⅲ	支援事業所Ⅳ
短期入所生活	9%	12%	23%	27%	29%	38%	39%	21%
通所介護	27%	33%	17%	12%	16%	28%	29%	26%
通所リハビリ	10%	10%	16%		12%	7%	9%	17%
訪問介護	19%	11%	12%	14%	14%	8%	13%	11%
小多機	6%	13%	12%	0%	0%	0%	0%	0%
福祉用具貸与	7%	6%	5%	5%	6%	5%	4%	7%
短期入所療養	1%	1%	4%	3%	8%	1%	0%	1%
認知症型通所	2%	3%	4%	5%	5%	9%	2%	7%
訪問看護	6%	4%	4%	5%	5%	2%	2%	6%
地域密着通所	9%	5%	2%	1%	4%	2%	1%	1%
訪問入浴介護	1%	1%	1%	2%	2%	0%	1%	3%
看多機	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
定期巡回	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
訪問リハビリ	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
夜間型訪問	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
市内給付費割合	—	—	—	18%	17%	12%	7%	6%

（注）網掛け箇所は同一法人による併設サービス。支援事業所Ⅰ・Ⅱ・Ⅳは同一グループ（社会福祉法人併設の社会医療法人）

（＊）A 市施設サービスの年齢調整済み給付費は全国平均を超えており、施設の不足による短期入所の代替利用とはみられない

■居宅介護支援事業所のサービス給付実績（山形県 B 町、上位 5 事業所）

	全国	山形県	B 町	支援事業所ア	支援事業所イ	B 町社協※	支援事業所ウ	支援事業所エ
通所介護	27%	33%	27%	13%	44%	32%	31%	0%
通所リハビリ	10%	10%	25%	49%	10%	16%	13%	0%
短期入所生活	9%	12%	15%	12%	24%	7%	25%	0%
訪問看護	6%	4%	10%	7%	5%	21%	4%	57%
地域密着通所	9%	5%	7%	3%	8%	8%	19%	0%
福祉用具貸与	7%	6%	7%	7%	6%	8%	6%	4%
訪問介護	19%	11%	5%	1%	3%	4%	2%	38%
短期入所療養	1%	1%	1%	6%	0%	0%	0%	0%
訪問入浴	1%	1%	1%	1%	1%	3%	0%	0%
認知症通所	2%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
小多機	6%	13%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
訪問リハビリ	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
定期巡回	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
夜間型訪問	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
看多機	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
町内給付費割合	—	—	—	27%	26%	12%	10%	4%

（注）網掛け箇所は同一法人・グループによる併設サービス。支援事業所エのグループは住宅型有料老人ホームを併設

（資料）見える化システム、国保連合会・適正化「受給者別給付実績一覧表」令和元年 8 月実績

居宅介護支援事業所によってサービス比率に特徴があることから、保険者の HP 等で、各居宅介護支援事業所の「サービス別給付実績」を公開することが、利用者が選択する上での有益な情報提供になると考えられる。

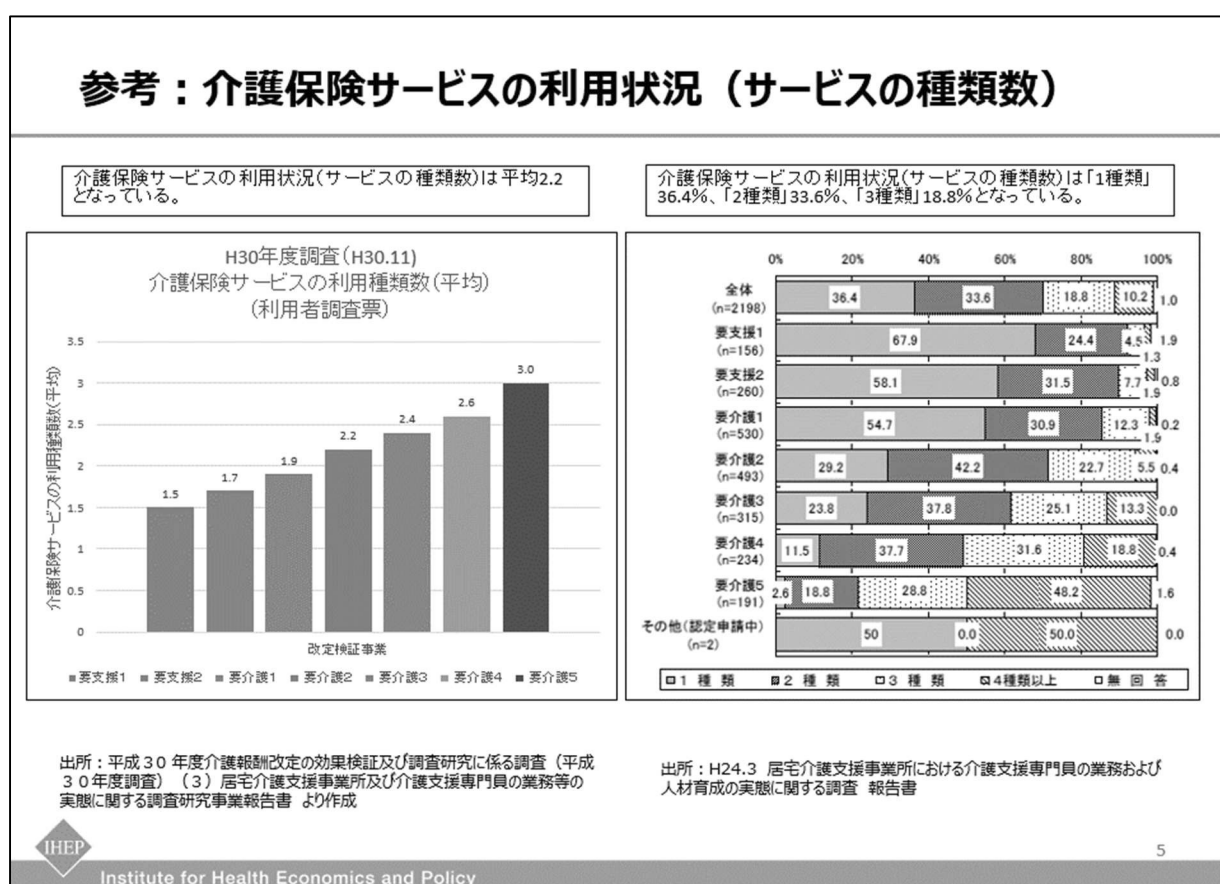
また、保険者にとっては、次期計画策定や給付適正化のための参考情報として活用することが期待され

る。さらに、各支援事業所に対して、現状のサービス比率の理由についての説明を求めることで気付きが得られるものと期待される。

ただし、以下のとおり、要介護度ごとに何種類のサービスが利用されているかを見ると、左が平成 30 年度の調査の結果であるが、要支援 1 であれば平均で 1.5、要介護 5 であれば平均 3.0 である。右の平成 24 年度の調査では全体で「1 種類」36.4%、「2 種類」33.6%、「3 種類」18.8%となっており、要介護度別では要介護度が上がるほど種類数が増えていくが、特に要介護 1 以下だと 1 種類だけ（デイサービスのみ、福祉用具のみ、など）が多いことが明らかになっている。

したがって、居宅介護支援事業所によって、担当する被保険者の要介護度の構成が異なることから、情報公開の際には要介護度別のサービス別給付実績を示すことが考えられる。

図表 7-7：介護保険サービスの利用状況（サービスの種類数）



出典：第 2 回委員会資料

8. ケアマネジメントの公正中立性に関する課題の整理

以上を踏まえて、委員会では、ケアマネジメントの公正中立性の確保に関して、何が問題になっていて、解決すべきことは何なのか、その問題を引き起こす要因は何か、そして、どうあるべきかを検討した。

これまでの老健事業では、事業所から公正中立性だけでなく、利用者・家族から公正中立性、保険者からの公正中立性の確保の必要性についても触れられている。

運営基準では、「指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に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。」とされており、特に介護サービス事業所からの公正中立性が求められ、介護支援専門員は、いわば利用者の代理人としての機能が求められている。しかし、居宅介護支援事業所は介護サービス事業所の一つであり、居宅介護支援事業所を訪問介護や通所介護などを運営する同一法人が運営することを認めている。実際、平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査によれば、居宅介護支援事業所で同一法人（同系列を含む）が運営する「併設施設あり」と回答した事業所は88.9%にのぼり、「併設施設なし」と回答した事業所は10.0%に過ぎない。

図表 8-1：併設施設のある居宅介護支援事業所

		全体	併設施設あり	併設施設なし	無回答
平成30年度	居宅介護支援事業所	1,288 100.0%	1,145 88.9%	129 10.0%	14 1.1%
	介護予防支援事業所	819 100.0%	485 59.2%	329 40.2%	5 0.6%
平成28年度	居宅介護支援事業所	1,572 100.0%	1,405 89.4%	151 9.6%	16 1.0%

出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査

そこで委員会では、まず、独立型の居宅介護支援事業所の実態を把握するため、東京都江戸川区を中心に独立型で居宅介護支援事業所を経営している田中紘太氏（株式会社マロー・サウンズ・カンパニー 代表取締役）より情報提供を受けた。田中氏は、併設サービスを持たない独立型の居宅介護支援事業所を4事業所（介護支援専門員数：江戸川区一の江8名、葛西4名、千葉県浦安市7名、市川市6名）運営している。

まず、特定の介護サービス事業所への偏りについては、「この居宅介護支援事業所では、所属する介護支援専門員に、それぞれがパフォーマンス力を高められるチームを構成することを指導しているが、各介護支援専門員がどのようなチームを構成するかは全く自由であることを約束し、純粹に利用者本位の支援ができるようにしている。したがって、各介護支援専門員が組むチーム構成は多様であり、結果として、事業所全体では特定事業所集中減算を気にする必要が全くないほど一事業所当たりの紹介率が低くなっている。」とのことであった。

となれば、独立型の居宅介護支援事業所が真に独立であるかのチェックは、一事業所当たりの紹介率を公表することによって、ある程度可能となると考えられる。

また、居宅介護支援事業所として質の高い居宅介護支援を提供しようと考えていることが、当然に社内での主任介護支援専門員の育成や特定事業所加算の取得につながっており、各種加算も取得することで利益率は前期決算で 15%程度にもなっている。居宅介護支援事業所の介護報酬は一般的に赤字とされ、そのことが併設の介護サービス事業所が必要となる理由と言われているが、この事業所には当てはまらない。8 年間で離職は結婚出産による転居や育児、独立開業の 3 名のみであり、不満による離職は 1 名もない。

独立型の居宅介護支援事業所の新規依頼の特徴としては、他社介護支援専門員の退職や事業所の閉鎖に伴う引き継ぎの依頼が多いことが挙げられるという。併設事業所を持つ居宅介護支援事業所は、自社のサービスを利用できない利用者は受けたがらない傾向にあり、引き継ぎのケースでは地域包括支援センターのファーストチョイスになるからである。逆に、地域包括支援センターや行政は、利用者が利用したい介護サービスを示している場合、その介護サービスを併設している居宅介護支援事業所を紹介する傾向にあると感じているとのことである。居宅介護支援事業所と介護サービス事業所が同一法人の方であれば連携がスムーズにいくと考えられているからだと思われるが、現場では、公正中立性の確保という観点はそれほど重視されていない可能性がある。

なお、地域包括支援センター併設の居宅介護支援事業所があり、囲い込みが行われている場合は、支援困難事例以外の依頼が一切貰えないことがあり、その地域は事業所の開設に不適切な地域と判断し、開設や営業エリアとして除外せざるを得ない状況がある。居宅介護支援事業所の運営は、当該地域の地域包括支援センターの影響を強く受けると実感しているということであった。

また、「保険者が必ずしも利用者の立場や状況を理解していない」のであれば、保険者からの公正中立性の確保という概念は成り立ち得る。しかし、介護保険法第 117 条第 2 項第 3 号及び第 4 号の規定により「市町村介護保険事業計画においては、介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるもの」とされ、保険者には給付適正化事業などの文脈で、サービスの質と効率のコントロールも求められ、介護支援専門員は、給付適正化事業の一つであるケアプラン点検のほか、地域ケア会議、研修などを通じて、点検、意見される立場でもある。

以上から、介護支援専門員は構造的に公正中立性の確保が難しい、曖昧な立場に置かれていると言える。

そこで、委員会では、「自立支援とは到底考えづらい不必要なサービスをプランに組み込むこと、逆に、必要なサービスをプランに組み込まないこと」を誘導もしくは強要する「環境」の改善方策を検討することとし、委員から情報提供された「公正中立性の課題について解決すべきことは何か」の資料をベースに議論した。

9. 解決すべきことは何なのか

介護支援専門員の役割を介護保険法に沿って考えれば、「要介護者または要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市区町村、サービス事業者等との連絡調整等を行う者」であり、「要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識および技術を有するもの」である。

そのために、介護支援専門員は各種研修や地域ケア会議等を通じて日々研鑽し、主任介護支援専門員がサポートする体制が整えられ、また、所属する居宅介護支援事業所には運営基準が定められ、介護報酬に減算加算が設けられている。にも関わらず、なぜ、心身の状況等に応じた適切なサービスではなく、自立支援とは到底考えづらい不必要なサービスがプランに組み込まれたり、逆に、必要なサービスがプランに組み込まれなかったりするのか。その有している専門性を阻害する事象について検討を行った。

■「公正中立性」が損なわれている事象

○事象1

- ・ 経営者からのプレッシャーにより、自法人のサービス利用を求められる。
- ・ 介護支援専門員への特定のサービス事業所からの強い営業により、利用者を紹介せざるを得ない。
- ・ 地域包括支援センターが委託型の場合に、包括運営法人の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所が優先的に紹介される。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ① サービス供給量の過多により競争激化。
- ② 利用者確保が経営安定化のための死活問題に。

○事象2

- ・ 利用する事業所から、利用回数を増やすよう勧められる（往々にして利用者を通じて）。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・ 新たな利用者確保よりも、現利用者に回数を増やしてもらう方が簡単。
- ・ 通所介護などでは、定員数に余裕がある限り、利用回数が増えてもコストはそれほど増えない。

○事象3

- ・ サービス付き高齢者向け住宅などにおける限度額いっぱいサービスを利用するプランや、必要性の薄い居宅療養管理指導を限度回数いっぱい利用するプランなど、自立支援とは考えられないプランの作成を強要される。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・ 限度額までの利用を前提としたビジネスモデル。

○事象4

- ・自立支援にそぐわない、不必要だと思われるサービスを、利用者や家族から求められるままに調整する。
(ニーズではなくデマンドでプラン作成)
- ・適切なアセスメントを行わず、事業者と利用者(家族)でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼される(特に住宅改修、福祉用具、短時間デイ等)。

【それを引き起こす構造的な課題】

- ・利用者や家族は、自己負担の範囲でどれだけ多くのサービスを享受できるのかということに意識が集中しがちで、公正中立という概念は意識していない。
- ・適切なサービスを選択するための情報が十分に提供されていない。

【事象1～4で誰が困るのか】

- ・保険者(給付適正化の観点)
- ・被保険者(介護保険料の上昇)
- ・道理をわきまえたプロ意識の高い介護支援専門員

※利用者とサービス事業所は、利害関係が一致している限り、どちらも困らない。(利用者は廃用症候群の進行などにより、無自覚に困る場合もある)

○事象5

多職種による多角的な視点が必要なはずであるが、そうしたケアプランが検討されていない。
(アセスメントやサービス選択について、複数の専門職の目が入らない。)

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・介護支援専門員1人でも開業できる。
- ・制度的にケアマネジメントは介護支援専門員が行うものとされ、チームによりアセスメントし、サービス選択を支援するようになっていない(サービス担当者会議は、介護支援専門員が一人でケアプラン原案を作成した後、プランに組み込まれたサービスの事業者により開催される)。

【それにより誰が困るのか】

- ・保険者
- ・利用者(ケアマネジメントの質が悪ければ)

○事象6

- ・本当はフォーマルサービスが不要な場合でも、介護支援専門員はついてほしいため、必要のない福祉用具貸与等によりプラン作成。

【それを引き起こす構造的な問題】

- ・フォーマルサービス利用がなければ介護報酬が算定できない。

【それにより誰が困るのか】

- ・利用者（不要な費用を支払うことになるため）
- ・保険者（不要な給付を支払うことになるため）
- ・被保険者（介護保険料の上昇）

10. ケアマネジメントの公正中立性が損なわれる真因

ー利用者・経営者との関係性の難しさー

ケアマネジメントの公正中立性を求めるのは、保険者や被保険者（不必要な給付は、保険料の上昇を招く）であって、サービス提供事業者と利用者は、その利害が一致している限りにおいては、必ずしも公正中立を求めるわけではない。

なぜなら、利用者の根底に、より多くのサービスを受けたいという権利意識があるとすれば、ケアプランに対する関心はその質ではなく、予算内でどれだけ希望が叶うのか、より多くの益が受けられるかである。

また、事業者も事業を営む以上、競争が激化した市場においては、利用者から選ばれるために可能な限り利用者・家族の要求に従い、その満足を最大化しようとするのは当然のことである。

○ 2つの作られたニーズ

①利用者心理が作り出すニーズ

利用者や家族が持つ不安や、サービスへの過剰な期待は、より多くのケアを受けたほうが安心というニーズを増大させる。

②提供者側が作り出すニーズ

地域の利用者の真のニーズの総量を上回る過剰なサービスが提供者の経営的都合により提供されれば、提供者の利益のために介護サービス市場が形作られる状況ができる（サービスが過剰かどうかは利用者が判断できず、むしろ、好意的に受け取られるという現実がこれを助長する）。

このような環境では、介護支援専門員にも、利用者の「真のニーズ」ではなく、「顧客満足」に応えることが求められる可能性がある。介護給付が「商品」、利用者が「顧客」となれば、「利用者本位」や「利用者に寄り添う」といったケアマネジメントの精神も歪められる。ケアマネジメントの質は「顧客満足度」と同義として扱われ、利用者として必要なことではなく、顧客として求めていることに応えざるを得なくなる。

このような状況では、介護支援専門員がプロとして本人の尊厳の保持と自立支援を目的に、まっとうなケアマネジメントをしたくても、雇用主、利用者双方から望まれないばかりか、反感を買ってしまうのではないかと。

一方で、経営的な力学により歪んだケアマネジメントによって、介護サービス市場の提供体制に偏りが生じて、市町村にはそれに対処する権限（居宅サービスの総量規制等）がなく、地域保険の保険者たる機能を発揮できる環境にない。

したがって、公正中立性が損なわれる真因は介護資源の配分における構造的な問題（ガバナンス、ファイナンス）であり、介護支援専門員の資質以前の問題であると考えられる。

11. ケアマネジメントの公正中立性の確保のために解決すべきこと（課題）

以上のように、ケアマネジメントの公正中立性が損なわれる真因は、介護資源の配分における構造的な問題（ガバナンス、ファイナンス）である。

したがって、この課題を解決するためには、

- ①ケアマネジメント業務が営利による干渉を受ける環境の解消
- ②介護給付の利用に縛られず、多様な地域資源で支えるケアマネジメントを評価すること
- ③特定の介護サービスの供給過多により競争が激化し、供給が需要を創り出す構造を解消すること（総量規制・機能分化）

が必要である。

②については、制度的な対応が必要な課題で、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告において、日本介護支援専門員協会が以下のように要望している（平成 29 年 11 月 22 日社会保障審議会介護給付費分科会）。

（一部抜粋）

- ・インフォーマルサポートの評価

現行制度において基本単位は、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仕組みである。介護保険給付につながらない業務、インフォーマルサービスのみの組合せ等にも配慮をいただき、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。

要望のとおり、現在の介護報酬体系では、介護給付等対象サービスの利用がない場合は給付管理票を作成できず、居宅介護支援費を算定することはできない。省令でも、以下のように介護給付等対象サービスの利用が前提とされており、その上でインフォーマルサービスも位置付けることが求められているに過ぎない。

○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

（平成 11 年厚生省令第 38 号）（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十四条 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

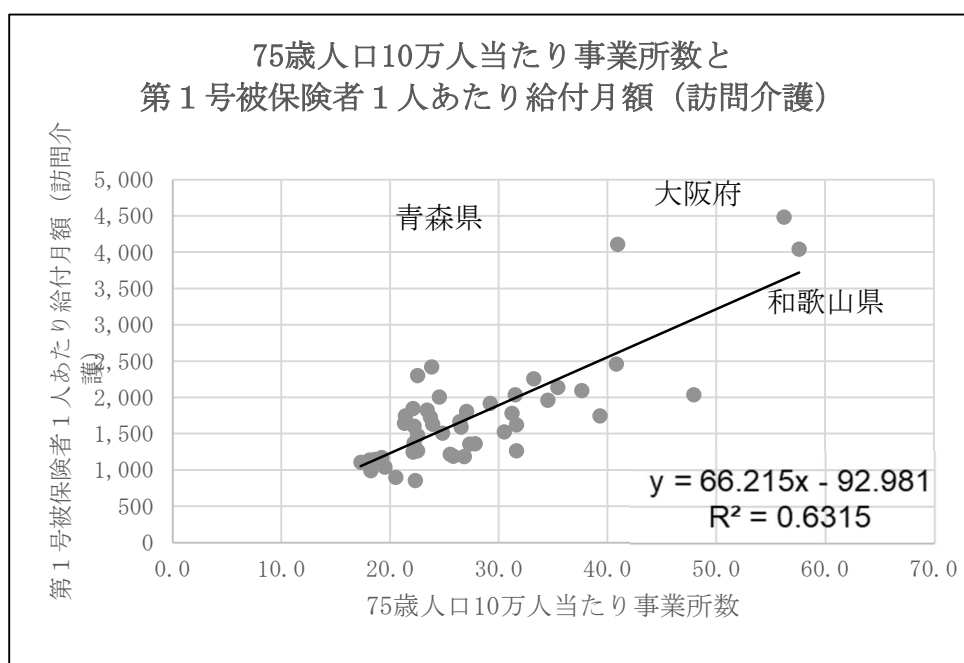
したがって、例えば、要介護者が通うことが可能な多様な地域資源があり、その利用が適切だったとしても、他に介護給付等対象サービスの利用がなく、通所介護と住民主体の通いの場の二択といった局面で

は、居宅介護支援事業所が報酬を得るためには通所介護を優先せざるを得ないのが現状で、ケアマネジメントを歪める原因となっている。

なお、「ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業（平成29年度老人保健健康増進等事業）」によれば、生活支援領域で提供される単価制の保険外サービスを活用したことがある介護支援専門員は7割超に過ぎず、これ以外に3種類以上の領域の保険外サービスを多数取り扱ったことがある者は約35%に留まるのが実態である。

③については、一見、ケアマネジメントの公正中立性の確保とは無関係に思えるが、以下のとおり、訪問介護について調べたところ、第1号被保険者1人あたり給付月額（訪問介護）と70歳人口10万人当たり事業所数、受給率と75歳人口1000人当たり介護職員数（在宅）の間に強い相関が見られた。

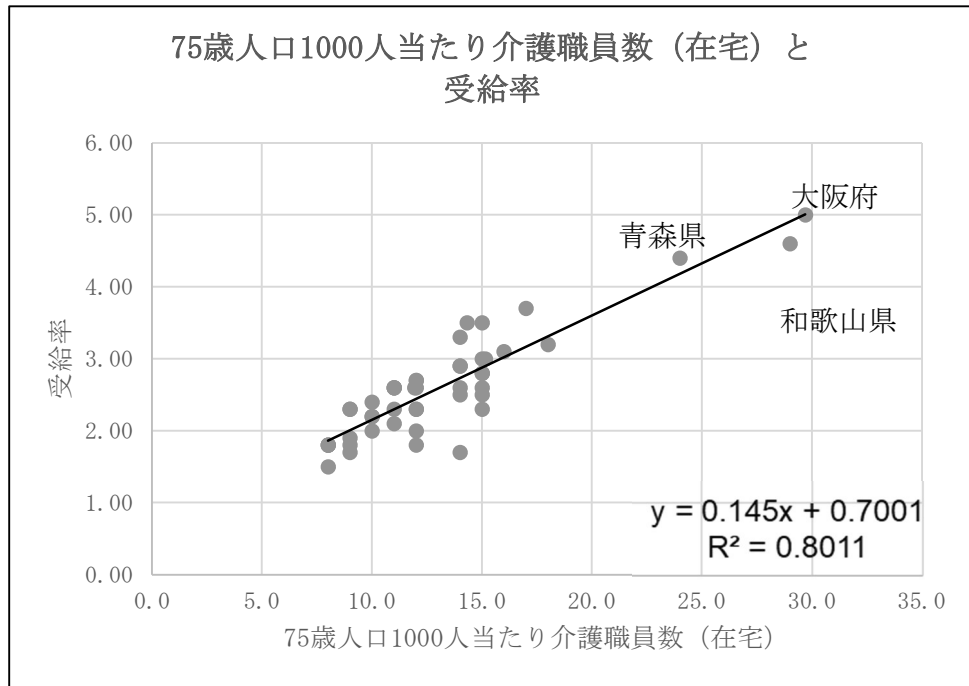
図表 11-1：訪問介護給付月額と事業所数



※事業所が多ければそれだけ利用も増え、給付費も増えるという強い相関が見られる。

出典：第2回委員会提出資料

図表 11-2：訪問介護の受給率と介護職員数



※訪問介護は利用者と介護職員が1対1であるため、介護人材の量が受給率を左右すると考えられる。

出典：第2回委員会提出資料

つまり、介護支援専門員は、介護サービス事業所が地域に自由参入で開設され、経営のためにはその事業所の供給に見合う需要が必要な状況下で、かつ、居宅介護支援事業所に所属して従事する立場であるが故に、ケアマネジメント業務を通じた新規利用者の確保や頻回利用等を強いられる場合があると考えられる。

特定のサービスの供給過多により競争が激化した地域の居宅介護サービスの市場では、各事業者が自法人の経営上の最適化（部分最適）を図ろうとすると考えられ、地域内のステークホルダーの力学の調整はまさに介護保険事業計画によって保険者である市町村が行うべきこと（全体最適）であるが、市町村には施設や地域密着型サービスを除いて、いわゆる総量規制の権限がない。経営上の都合により必要性の薄い給付が行われれば、介護費用が増大するばかりか、それに割かれる介護人材のために不足しているサービスの人材が確保できなければ、介護人材の不足に拍車をかけることになる（地域において介護資源が適正配分されない）。

総量規制等によって受給者の適正利用（利用回数・要介護度等）を図り、限りある貴重な資源である介護人材の適正配置と量の確保を実現する（利用者・事業者・保険者の三方よしを創る）ことが必要である。

特に軽度者の訪問介護の生活援助や通所介護について、給付から介護予防・日常生活支援総合事業が検討されている理由の一つは①～③を実現するためと考えられるが（総合事業においては、ケアマネジメントは地域包括支援センターに限定され、多様な地域資源の活用が推奨され、予算制約という総量規制が組み込まれる）、その狙いを理解できている介護支援専門員は少ない。限りある介護資源を地域の中で適正配分する視点について、保険者と介護支援専門員が共通認識を持つことが求められる。

12. 目指す姿・あるべき方向性

○介護支援専門員がプロフェッショナルとして行うケアマネジメントを、経営都合でゆがめることなく利用者に提案ができる。

○介護支援専門員が矜持を高く持ち、その専門性を高めることができる。やりがいをもって働くことができる。

○介護支援専門員が介護給付の利用に縛られず、医療、介護、福祉、生活にまたがる生活課題を制度横断的に対応できるソーシャルワーカーとしての役割を果たしている。

○複数の専門職の視点で検討された公正なケアマネジメントが提供できる環境が整備されている。

○保険者と介護支援専門員は監査、指導といった関係ではなく、プロとしての倫理と行動規範で、あるべき方向（自立支援と尊厳の保持に基づくサービス調整）をともに作り上げていく（規範的統合）。

13. 解決策の検討

委員会では、ケアマネジメントの公正中立性の確保に資すると考えられる解決策について、これまで提案、実施されてきたものを洗い出し、メリット、デメリットを検討した。以下はその概要である。

利用者負担導入＋質の評価指標導入	
複合型サービスの活用（法改正要）	
メリット	・利用者側からケアマネジャーの業務の質についてチェックできる。（平成30年4月11日財政制度等審議会） ・利用者負担分、給付額が減る。 ・ケアマネジメントに費用が発生していることがわかりやすい。 ・一部がセルフプランにシフトすることで、さらに居宅介護支援費が減る。 ・ケアマネジャーの専門性を評価する環境が生まれやすい。 ・ケアマネジメントも、介護サービスの一つであることが明確になるので、他の給付と一体的な質の評価の対象にしやすい。
デメリット	・利用者負担を導入しても、公正中立性の確保には寄与しない（むしろ、これまで有していた公的な性格を損なうのではないか）。 ・利用者が「金を払っている」という意識を持つため、いわゆる御用聞きプラン（デマンド優先プラン）が促進され、給付費が増える恐れがある。 ・利用者の自己負担が増える。 ・利用抑制になると、介護者の負担が増える。 ・利用抑制になると、重度化を促進しかねない。 ・手間のかかる利用者がセルフマネジメントに移行する。 ・利用者負担をしたくない、できない利用者がセルフマネジメントに移行する。 ・虐待案件など、利用者負担の徴収が難しいケースが想定され、地域包括支援センターの総合相談が増える。 ・自社サービスに偏ったセルフケアプラン作成を代行する事業者の出現も考えられる。 ・利用者負担の説明が必要になる（ケアマネジャーの業務負担がさらに増える）。 ・要支援者のケアプラン受託の事務負担がさらに増えるので、居宅介護支援事業所に受託を敬遠される。 ・システム改修が必要になる。 ・直営の場合、市町村に手数料収入事務が発生し、しかも相当重い。 ・これらのデメリットの対策のため、ケアプラン点検の重要性がこれまで以上に増す可能性がある。 ・市町村は事務体制を強化する必要がある。 ・質の評価の仕組みの併用が必須で、市町村負担が増える。

独立かつ一定規模以上事業所	
	独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議 (地域密着型居宅介護支援事業所の新設も)
メリット	・現在の制度の建てつけを大きく変更する必要がない（基準や介護報酬の変更のみ）。 ・経営的なプレッシャーのかかりにくい環境、専門性を担保しやすい環境である。 ・赤字を埋めるために併設事業所に業務を回す必要がない（利用者を100人以上抱える居宅介護支援事業所は黒字）。 ・真に独立型であれば、中立性は高い。 ・一定規模以上にする事で、ケアマネジャーの研修の受講が容易になる。 ・一定規模以上にする事で、ケアマネジャーの休暇の取得がしやすくなる。 ・一定規模以上にする事で、事業所内のOJTが促進される。 ・一定規模以上にする事で、ケアプラン点検の回数を増やすことができ、事業所内でのチェック機能を強化できる。 ・独立型であることを好む介護支援専門員がいるため、採用が優位に働く場合があり、かつ離職率の低下につながる。 ・事業の透明性を図りやすく、新規の依頼を獲得しやすい。 ・他事業所からの引継ぎの際に選択されやすい。
デメリット	・公正の確保になるとは限らない。 ・独立型の効果検証、給付抑制の効果等が明らかになっていない。 ・独立性の担保が難しい（分社化・子会社化）。 ・いわゆる1人ケアマネが存在できなくなる。 ・移行期間を設ける必要がある（独立型事業所は現在、1割）。 ・併設型の居宅介護支援事業所から大きな反発を受ける可能性がある。 ・単に独立型で一定規模以上にするだけでは利用者負担導入で期待される公費が浮かない。 ・独立型は資源に限られる地方部では難しい。 ・独立型は能力が高くないと事業展開が困難（東洋大学 高野 龍昭 先生）。 ・独立型は法人内で介護支援専門員をケアマネジャーを育てられないため、外部から介護支援専門員を採用しなくてはならない（介護支援専門員試験合格者のうち一定数はそのまま同一事業所内でケアマネの職に就く）（マロー・サウンズ・カンパニー）。 ・規模を大きくするだけで専門性、地域資源を育てる能力などが増すわけではない。 ・併設型で他のサービス事業所と兼務の介護支援専門員は、処遇改善加算の算定により、独立型より高い賃金を得ることが可能。 ・独立型の場合は、社内でケアマネジャーが育てたないため、採用が不利になることがある。 ・地域包括支援センターが、利用者が希望するサービスとセットでのケアマネジメントを好む場合があり、依頼を受けづらい。

	地域支援事業化	ケアプランセンター化 (保険者がセンターを設置し、各法人から ケアマネジャーが出向する)	サファリパーク型 (自由競争市場だが、一定のルールと監視の チェック機構があって、それぞれのポイント ではすみ分けと監視機能がある)
メリット	・自治体の委託契約にすることで、公正中立性が確保できる。 ・経営者の顔色をうかがう必要がなくなり、専門職として正しいと考える支援ができる。 ・ケアマネジャーが雇用者ではなく、委託元である保険者の方針に従うようになる。 ・公正なケアマネジメントを行わない事業者は次年度以降委託しないことができる。 ・数年（概ね6年）に1回の形だけの実地指導ではなく、日常的に指導管理が可能。 ・指定事務がなくなる。指定にかかる自治体、介護事業所双方の業務負担の軽減になる。 ・委託費で評価すれば、介護報酬を簡素化でき、加算算定にともなう書類作成事務が減る。 ・総合相談機能を居宅介護支援事業所も担うことで、地域包括支援センターの負担を分散できる。 ・ケアマネジメント業務を保険者が責任を持つことで、事業者都合の部分最適ではなく、地域全体の視点から介護資源の適正配分を図ることができ、介護資源と需要の最適化ができる（介護保険事業計画の策定と連動できる）。 ・医療のみ、インフォーマルのみの相談援助を担うことができ、高齢者を多様な資源で支えるという理念や、国が目指す地域づくりに資する介護保険制度や制度横断型の共生社会の理念に沿う（地域共生社会で推進される「断らない相談」、「伴走型支援」の担い手になり得る）。 ・基礎自治体スタッフが「対話」で行う具体的プロセスチェック表を導入して本質のできるケアマネジャーのあたりまえを標準化することができる。 ・ますます不足する介護資源の適正配分という観点からも、介護人材不足が解消できる。	・法人統合をすることなく、居宅介護支援事業所の大規模化が可能。 ・経営者からの影響が薄まる。 ・公正なケアマネジメントを行わない事業者からは、出向を受け入れないことができる。 ・日常的に指導管理が可能。 ・1事業所のみの指定になる。 ・指定事務がなくなる。指定にかかる自治体、介護事業所双方の業務負担の軽減になる。 ・多職種によるプラン検討ができる環境が整う。 ・ケアマネジャーの研修の受講が容易になる。 ・ケアマネジャーの休暇の取得がしやすくなる。 ・OJT教育が促進される。 ・ケアプラン点検がしやすくなる。	・地区ごとに在宅介護・地域包括支援センターがあり、市民の相談窓口が一本化され、在宅介護支援センター（以下、在支）がケアマネジャーをマッチングしているため、偏りがない。 ・在支がケアプランを作成していたが、地区別ケース検討会としてケアマネジャーをグループ化して、各在支に1カ所ずつ付けて育成し、少しずつ移行していった。事業所に振り回されずにケアマネジャーの質の向上を図ることができる。 ・在支は事業所ではなく、どの利用者にどのケアマネが合うか、ニーズとタイプでマッチングすることができる。 ・認定調査時、初回は市の調査員と在支が同行し、アセスメントまで行うため、利用者の状況が客観的に把握できる。 ・認定更新時は、在宅の場合は在宅介護・地域包括支援センターの職員が調査員も兼ねており、ケアプランのチェックと実態把握も行う。民間の居宅のケアマネジャーには一切委託をしていないため、判定にブレがない。 ・在支にある程度権限を持たせることで、在支が判断したら後付け決裁も認めている。次の日からサービスが入ることもできる。 ・ケアプラン指導研修により、多職種によるケアプラン検討ができる環境が整う。 ・公社委託の「住宅改修・福祉用具相談支援センター」があり、専門職が常駐して福祉用具の相談・助言、事業所の紹介、同行訪問等を行っているため、必要性をチェックできる。 ・補助金にテンミリオンハウスを併設しないと、都の補助金を出さない形にしているため、サ高住が新設されにくい。 ・住宅型は、要支援で委託をしていますが、必ず基幹型包括の職員がサービス担当者会議に出席しているため、利用者の行動変容状態をチェックできる。 ・一般財源事業が多く存在するため、高齢者は出来る限りそちらで対応。B・C型対象がそもそも少ない。
デメリット	・居宅介護支援という保険給付を受ける権利が損なわれる。 ・施設サービスや小規模多機能はケアマネジメント代がサービス費に含まれているので不公平。 ・受託しているプランが複数市町村にまたがる場合、総合相談部分の委託費の算定が難しい。 ・単に委託化するだけでは利用者負担導入で期待される公費が浮かない。 ・自法人のサービスに紐付けるケアマネジメントにより収益を得てきた事業者の経営者らが、経営が悪化することを懸念して猛烈に反対する。 ・基準省令から居宅介護支援事業、介護予防支援の削除になり大改正になる（給付管理に伴う介護報酬と、ソーシャルワーク活動に対する地域支援事業に区分する方法もあり得る）。 ・市町村にケアマネジメントをマネジメントできるスキルをもった人材が少ない。 ・市町村は人事異動があるので、いずれ人材が失われる。 ・移行期間を設ける必要がある。	・導入時の市町村の負担が非常に大きい（センターの事務所確保など）。 ・各ケアマネジャーの評価、給料体系が難しい。 ・保険者の力量によって大きな差が出る。 ・市町村にケアマネジメントをマネジメントできるスキルをもった人材は少ない。 ・移行期間を設ける必要がある。 ・単に委託化するだけでは利用者負担導入で期待される公費が浮かない。 ・自法人のサービスに紐付けるケアマネジメントにより収益を得てきた事業者の経営者らが、経営が悪化することを懸念して猛烈に反対する。	・他の自治体と比較ができない。 ・研修もあり、やる人が多いため、この枠組みが嫌だというケアマネジャーや事業所も一定数いるため、武蔵野市を離れる事業所もある。 ・他の自治体にはこのような一般財源がない。 ・現在はまだ、創設当時から介護保険に関わっている職員がいるが、あと10年後いなくなるとどうなるか。行政もエリアの在支・包括も「次をどう育てていくか」というのが大きな課題である。

第1案. 利用者負担導入かつ質の評価指標導入

財務省財政制度等審議会財政制度分科会（平成31年4月23日）で、以下のように改革案を提案している。

【論点】（抜粋）

○介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から利用者負担が設定されていない。このため、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。

○ ケアマネジメントの質の評価とあわせて、利用者自身が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるだけでなく、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資するのではないか。

これは、「保険者によるケアプランチェックやサービスの標準化の推進と併せ、世代間の公平の観点等も踏まえ、居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を設けるとともに、ケアマネジメントの質を評価する手法の確立や報酬への反映を通じて、利用者・介護支援専門員・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要がある」との改革案である。

委員会では、以下のようなメリット、デメリットが議論された。

- ・ケアマネジメントに費用が発生していることがわかりやすい。
- ・利用者負担分、給付額が減る。
- ・利用者側から介護支援専門員の業務の質についてチェックできる。
- ・ケアマネジメントも介護サービスの一つであることが明確になるので、他の給付と一体的な質の評価の対象にしやすい。
- ・利用者負担を導入しても、公正中立性の確保には寄与しない（むしろ、これまで有していた公的な性格を損なうのではないか）。
- ・利用者が「金を払っている」という意識を持つため、いわゆる御用聞きプラン（デマンド優先プラン）が促進され、給付費が増える恐れがある。

なお、指定居宅介護支援事業所の運営基準の解釈通知（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知））では、1 基本方針において、「介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところである。」とされている。これまで居宅介護支援が保険給付とされ、その保険給付率だけが特別に10割であった（利用者負担がなかった）理由は、「指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供される」ことの重要性からである。

また、委員会が行ったアンケート調査においては、「居宅介護支援のケアマネジメントについて、1割の

利用者負担を求める議論が行われています。あなたは以下の考えについてどのように思いますか。」という問いに対し、「利用者負担を導入することに反対である」について「そう思う」「ややそう思う」とした介護支援専門員が 77.8%であり、「利用者負担導入によって、ケアマネジャーによるケアマネジメントの質が向上すると思う」については、「あまり思わない」「そうは思わない」と回答した方が 50.4%であった。

第 1-2 案. 利用者負担導入かつ質の評価指標導入ならば、複合型サービスの活用をしてはどうか

上記の財政制度分科会の案では、公正中立性の確保から「むしろ遠ざかるのではないか」といったデメリットが委員会の意見として出たところである。

そこで、居宅介護支援に利用者負担を求めることで「介護サービスの一類型」としての色合いを強くするのであれば、ドイツやオランダのように、ケアマネジメントはサービス事業所の中で実施されるものと居宅介護支援の位置づけを変更する案（ケアマネジメントの公正中立性という課題自体が消失する案）が検討された。

具体的には、利用者負担を導入することにより、複合型サービスの対象事業所に居宅介護支援を追加することができるため（法改正が必要）、「訪問看護＋居宅介護支援」や、「定期巡回＋居宅介護支援」といった複合型サービスを新設することができる。オランダのように、医療依存度が高い利用者のケアマネジメントは訪問看護ステーションが担い、軽度者は地域包括支援センターが担うといったことも考えられる。

その他、通いを基盤とした居宅介護支援を推進するとすれば、「地域密着型通所介護＋居宅介護支援」といった複合型サービスも考えられ、地域密着型サービスと居宅介護支援の複合型サービスでは、運営推進会議によって公正中立性の担保を図ることも可能になる。

その他、以下のようなメリットも考えられる。

- ・施設給付において、ケアマネジメントサービスが包含されていることとの均衡を図ることができる。
- ・居宅介護支援事業所の整理がしやすくなる（欧米型の重度者用ケースマネジメントの方向にシンプル化の可能性）。
- ・諸外国のようなケアパッケージ化された包括報酬が推進され、同一法人や同一系列の一部として多職種連携することができる。

第2案. 独立かつ一定規模以上の居宅介護支援事業所への評価

日本介護支援専門員協会は介護給付費分科会（平成 29 年 11 月 22 日）で、以下のとおり要望している。

（抜粋）

①特定事業所加算について

介護支援専門員の中立性・独立性は「機能的」「構造的」「経済的」の3点を一体に考えるべきである。建物を別とする構造的な独立だけでは中立性は保てない。また、経済的支援が入っていれば独立・中立とは言い難い。適正なケアマネジメントを行い利用者の自立支援を促していることが、機能的独立を果たしていることにつながる。1人当たり標準担当件数を満たした場合、経済的に誰の助けもなく安定経営できることが前提である。ケアマネジメント及び介護支援専門員の公正中立性を担保するために、居宅介護支援事業所の運営環境として、独立的かつ一定以上の事業規模であることが重要である。このことの更なる評価をお願いしたい。

②管理者要件について

居宅介護支援事業所内において、管理者が当該事業所の介護支援専門員に継続的に適切な教育指導が実施されるために、その体制を整備していく必要がある。特に管理者は、適切な事業所運営とケアマネジメントの質を担保する役割を担うことが必須である。管理者を主任介護支援専門員とすべきと考える。また、その運用にあたっては、経過的・段階的な措置をお願いしたい。

③特定事業所集中減算について

特定事業所集中減算については、平成 27 年度介護報酬改定において、原則、サービス種別によらず適用することとなったが、ケアマネジメントの実践場面において混乱を来すことも見られた。特に、医師の関与や多職種協働が担保されている場合等においては、対象から除外することなど算定時の要件の整理が必要である。

日本介護支援専門員協会の要望は②、③とも実現している。では、「ケアマネジメント及び介護支援専門員の公正中立性を担保するために、居宅介護支援事業所の運営環境として、独立的かつ一定以上の事業規模であること」を、加算で評価することは困難なのであろうか。

「経済的に誰の助けもなく安定経営できる」とは、居宅介護支援事業所の運営が赤字ではない、ということであるが、平成 29 年度介護事業経営実態調査結果の参考表によれば、実利用者 100 人以下の居宅介護支援事業所は赤字であり、101 人～150 人で 5 千円 (0.3%) の黒字、151 人～200 人で 63 千円 (2.8%) の黒字、201 人以上で 200 千円 (5.7%) の黒字であった。居宅介護支援事業所の赤字を理由にケアマネジメントの公正中立性が歪められているのだとすれば、日本介護支援専門員協会が要望するように、実利用者 101 人規模以上を評価し、居宅介護支援事業所を一定規模以上にするのを促すことには効果があるだろう。実際に居宅介護支援の特定事業所加算には介護支援専門員の人数が要件に加えられており、基本報酬を減額し、特定事業所加算を増額する方法や、人員基準を経過的に 3 名以上にするといった方法もあり得る。

図表 13-1: 居宅介護支援 事業所当たり収支額や実利用者等

第74表 居宅介護支援 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目、実利用者数階級別		40人以下	41～60人	61～80人	81～100人	101～150人	151～200人	201人以上
I 介護事業収益	(1)介護料収入	千円 310	千円 502	千円 765	千円 1,050	千円 1,504	千円 2,231	千円 3,479
	(2)保険外の利用料	-	-	-	-	-	-	-
	(3)補助金収入	0	1	3	0	4	5	3
	(4)介護報酬査定減	-0	-0	-0	-0	-0	-0	-1
II 介護事業費用	(1)給与費	260 83.8%	420 83.4%	667 86.8%	979 93.3%	1,257 83.3%	1,888 84.4%	2,763 79.4%
	(2)減価償却費	5 1.5%	8 1.6%	13 1.7%	17 1.6%	15 1.0%	15 0.7%	32 0.9%
	(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-0	-0	-1	-2	-2	-2	-6
	(4)その他	72 23.2%	114 22.6%	127 16.5%	134 12.8%	198 13.1%	232 10.4%	449 12.9%
うち委託費		2 0.6%	2 0.5%	7 0.9%	5 0.4%	8 0.5%	9 0.4%	15 0.4%
III 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	0	0	0	0	0	0	0
IV 介護事業外費用	(1)借入金利息	1	1	1	0	2	0	4
V 特別損失	(1)本部費繰入	7	7	12	9	32	36	26
収入 ①＝I＋III		310	503	768	1,050	1,509	2,236	3,481
支出 ②＝II＋IV＋V		344	549	818	1,137	1,501	2,169	3,268
差引 ③＝①－②		-34 -10.9%	-46 -9.2%	-50 -6.5%	-87 -8.3%	7 0.5%	67 3.0%	213 6.1%
法人税等		2 0.7%	3 0.5%	3 0.4%	2 0.1%	3 0.2%	4 0.2%	13 0.4%
法人税等差引 ④＝③－法人税等		-36 -11.6%	-49 -9.7%	-53 -6.9%	-89 -8.5%	5 0.3%	63 2.8%	200 5.7%
有効回答数		202	113	130	101	188	98	78
※ 比率は収入に対する割合である。								
※ 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。								
※ 各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。								
19 実利用者数		27.5人	49.8人	70.7人	90.5人	122.1人	173.8人	268.7人
20 常勤換算職員数(常勤率)		0.9人 94.2%	1.6人 82.8%	2.3人 87.7%	2.8人 91.9%	3.5人 91.9%	5.1人 91.2%	7.4人 90.6%
21 介護支援専門員常勤換算数(常勤率)		0.8人 97.5%	1.3人 88.9%	2.0人 91.5%	2.7人 92.4%	3.5人 94.3%	4.9人 92.3%	7.3人 91.7%
常勤換算1人当たり給与								
22 常勤 介護支援専門員		320,034円	323,907円	362,336円	356,944円	372,559円	366,071円	367,685円
23 非常勤 介護支援専門員		290,785円	261,309円	351,684円	309,549円	312,106円	293,653円	367,358円
24 実利用者1人当たり収入		11,261円	10,111円	10,857円	11,598円	12,358円	12,864円	12,955円
25 実利用者1人当たり支出		12,490円	11,039円	11,567円	12,563円	12,298円	12,477円	12,162円
26 常勤換算職員1人当たり給与		316,230円	297,904円	360,672円	369,080円	381,066円	378,271円	395,011円
27 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり給与		319,300円	316,977円	361,427円	353,358円	369,085円	360,497円	367,658円
28 常勤換算職員1人当たり実利用者数		30.7人	30.9人	31.3人	32.4人	34.7人	34.2人	36.2人
29 介護支援専門員(常勤換算)1人当たり実利用者数		35.3人	38.5人	35.5人	33.3人	35.1人	35.6人	36.7人

出典:平成 29 年度介護事業経営実態調査結果 参考表

「独立的」については、介護サービスを持たない法人であることを確認することになるが、分社化・子会社化などの手段があり、一方で他事業所との連携も重要であることから、独立性の担保はなかなか難しいと考えられる。マロー・サウンズ・カンパニーの田中氏の提案のように、一事業所当たりの紹介率を公表することなどが必要だろう。

委員会では、その他、以下のようなメリット、デメリットが議論された。

- ・現在の制度の建てつけを大きく変更する必要がなく、基準や介護報酬の変更のみで対応できる。
- ・併設型の事業所からの反発が予想される。
- ・1人介護支援専門員が存在できなくなる。

第2-2案. 一定の事業規模かつ独立型居宅介護支援事業所への評価＋運営推進会議の導入

小規模多機能型居宅介護事業所は、ケアマネジメントを内包する包括報酬型のサービスであるが、事業所が自らその提供するサービスの質の評価として自己評価を行い、これを運営推進会議（利用者、利用者の家族、地域住民、市町村の職員、地域包括支援センターの職員等による会議 概ね2月に1回開催）に報告した上で公表する仕組みになっている。

この機能を居宅介護支援に組み込むことにより、独立性の担保を外部の目で確認する方法も検討された。運営推進会議が設置されるのは地域密着型サービスのみであるため、居宅介護支援事業所を地域密着型

サービスとする（地域密着型居宅介護支援事業所の新設）という方法もあり得る。

図表 13-2：運営推進会議における記入シート

【記入例】

事業所自己評価・ミーティング様式

1. 初期支援（はじめのかかわり）

実施日 平成 年 月 日（ : ~ : ）

メンバー

参加メンバーの氏名を記入。公表の際は人数のみ記載するようにすること。

実施日及び時間を記入

◆前回の改善計画に対する取り組み状況

個人チェック集計欄		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	合計（総人数）
①	前回の課題について取り組みましたか？	人	人	人	人	人

前回の改善計画

前回の改善計画を転記

前回の改善計画に対する取り組み結果

前回の改善計画からこれまでの間に、取り組まれた内容を記載（改善されたこと）

個別振り返りシートで各自が記入した箇所を集約し、人数を記入する。合計欄には総数を記入。

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	合計（総人数）
①	利用者の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか？					
②	ミーティングにおいて、かかわりの初期の目標を共有できていますか？					
③	利用者がまだなれていない時期に、訪問や通いで、声掛けや気遣いができていますか？					
④	初期の目標を念頭においたケアができていますか？					

ミーティングを通じた、チームによる「検討プロセス」が重要!!

できている点 200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること

「個別振り返りシート」をもとに話し合い、具体的にできている点を 200 字で、その理由も加え、記入する。

できていない点 200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

「個別振り返りシート」をもとに話し合い、具体的にできていない点を 200 字で、その理由も加え、記入する。

次回までの具体的な改善計画 (200 字以内)

「個別振り返りシート」をもとに話し合い、次回開催するまでの 1 年間に何を、どのように取り組むのかを示し、行動できるような改善計画を 200 字記入する。

出典：第 2 回委員会資料

図表 13-3：運営推進会議における記入シート

小規模多機能型居宅介護「サービス評価」 総括表

法人名	社会福祉法人 地域でくらす会	代表者	井上 徹
事業所名	小規模多機能型居宅 介護 木守舎	管理者	阪本 亜百美

法人・ 事業所の 特徴	社会福祉法人としての取り組みとしては、介護をしているご家族に対しての支援を行う為「やすらぎ支援員」としての養成講座や、介護予防サロン等の認知症予防対策と地域や市民への認知啓発活動に力を入れている。事業所としては、様々な行事を開催し地域住民へ呼びかけを行い、地域の行事に参加するなどし、地域と協働出来るように努めている。また、介護を提供するだけでなく『その人らしくどう生きたいかに立ち回り、関係性こそその人のらしさ、ひとりの支援が地域を変える』をモットーに、ご家族や地域・医療など、ご本人を取り巻く様々な関わりが一体となるよう働きかけている。				

出席者	市町村職員	加見を有するもの	地域住民・地域団体	利用者	利用者の家族	地域包括支援センター	近隣事業所	事業所職員	その他	合計
	人	1人	2人	1人	人	1人	1人	3人	人	10人

項目	前回の改善計画	前回の改善計画に対する取組み・結果	意見	今回の改善計画
A. 事業所自己評価の確認	1 気づいた事・ヒヤリとした事・事故に対して、早急に話し合い対応策を立てる。 1b 月ごととの会議で改善出来ているか振り返りを実施する。 2 興味ある研修への積極的な参加（研修情報は必ず閲覧出来るようにする） 3 全職員が計画を把握し実行できるよう、節目ごとに計画について周知する。	1 意見交換した時や、問題点・改善点がある時はすぐ報告し、朝礼時等に話し合い、対応や対策につなげている。業務の事やご利用者の事等、気づきノートや報告書を回覧し、内容によっては毎月の職員会議にて再検討し会議録を回覧している。 1b 振り返りがしっかりと行えていない時がある。 2 外部研修の要項を連絡ノートでお知らせし、参加を募っている。自発的に希望をしない職員もあるが、順に声掛けし参加できるようにしている。 3 出来ない。	・内部の事はわからない。 ・全体的にみるとよくやっていると思う。	1 迅速な情報周知を図るため、報告書の早期提出。 1 報告書、連絡ノート、気づきノート等への確認印（押印）の徹底。 2 研修に参加した職員が復命書の提出と、職員会議等で持ち帰り研修情報共有する。 3 気づきノートに上げた内容を、ご利用者個々の担当職員がミーティングに上げ、次の支援に繋げる。
B. 事業所のしつらえ・環境	1 餅つきや敬老会などの行事案内を地域に配布し、事業所に来ていただく働きかけを行う。 2 新人研修で、基本的な接遇につ	1 餅つき、防災訓練等の年中行事以外にも、まちの保健室や認知症サポーター養成講座を地域の方にも発信したくさんの方	・入りやすい工夫が分らない。 スロープ、バリアフリーになっている事が入りやすい工夫？ ・入りやすい。防犯の為か鍵がか	1 玄関に作品などの展示をする事にによって地域の方が入りやすい環境を作っていく（町内の方の作品等の展示をする。）

出典：第2回委員会資料

第3案. 居宅介護支援の地域支援事業化

居宅介護支援の地域支援事業化は、ケアマネジメントの公共性を確保し、経営的都合ではなく、介護支援専門員が公的な立場で専門職としてその専門性をいかんなく発揮できる環境を整えるため提案された。概要は以下のとおりである。

①居宅介護支援事業を給付から切り離し自治体からの委託事業とする

経営者から切り離し（独立性、公共性の確保）、専門職としてその専門性をいかんなく発揮できる環境を整える。平成30年4月から、居宅介護支援事業者の指定権限（指導・監査、勧告、命令、指定の取り消し、指定の効力停止の権限）が都道府県から市町村へ移譲されており、自然な流れではないか。

②地域包括支援センター同様、ケアプラン費と委託費（総合相談費）で財政補償し、居宅介護支援事業所が赤字となる構造を解消。

③総合相談機能を付与し、介護サービスの利用有無に縛られず、医療、介護、福祉、生活等にまたがる制度横断型のソーシャルワークを行う機関とする。

ケアマネジメントを保険者の責務とすることになるため、介護事業者や利用者からの公正中立性は確保されるが、保険者からの公正中立性（保険料上昇を理由とする不当な給付抑制など）が懸念される可能性がある。運営協議会や市町村議会によって統制されるものであるが、むしろ、介護支援専門員の専門性によって確保すべきであると考えられる。ケアマネジメントを通じて、保険者によるサービス提供量のコントロールや、地域の多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供も可能になる。

なお、この案は、介護予防・日常生活支援総合事業において、介護予防支援の一部が地域支援事業化されたことに端を発しており、全く実績のない案ではない。居宅介護支援事業所はこれまでと同様に存在し、所属している介護支援専門員のみが居宅介護支援を担うことに変わりはない。

さらに、要介護1・2の訪問介護の生活援助・通所介護についても、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた地域支援事業への移行が検討されていることから、その際には居宅介護支援の一部も地域支援事業化されるであろうことも見越している。

なお、デメリットとしては、あくまでも居宅介護支援の地域支援事業化であり、介護サービスの選択はあくまでも利用者によることに変わりはないものの、措置制度への逆戻りになるといった反対意見が予想されること、他の案を比べて改正の規模が大きい、保険者の力量次第といったことが挙げられる。

また、居宅介護支援の給付の全てを地域支援事業化するのではなく、給付管理に伴う給付と、ソーシャルワーク活動に対する地域支援事業に区分する方法もあり得るという意見もあった。

第3-2案. 保険者がセンターを設置し、各法人から介護支援専門員が出向するケアプランセンター化

ケアプランセンター化は、保険者が自ら居宅介護支援事業所を設置し、自治体内に展開している各居宅介護支援事業所等の介護支援専門員の出向により人員を構成することで、公正中立性、質をともに担保できるのではないかとこの観点から提案された。概要は以下のとおりである。

①自治体がケアプランセンターを設置し、1事業所のみを指定することで、法人統合をすることなく、居

宅介護支援事業所の大規模化が可能

- ②経営者からの影響が薄まり、公正なケアマネジメントを行わない事業者からは、出向を受け入れないことができる
- ③指定事務がなくなるため、指定にかかる自治体、介護事業所双方の業務負担の軽減になる

この案は、自治体が1事業所を指定することで、保険者が介護支援専門員の行う給付管理に対してより権限を持つことになり、サービス事業所からの干渉を受けにくくなるため、公正中立性が確保できる。

介護支援専門員はそれぞれの所属を持ちながら出向して1つの連合体を組むことになる。そのため、これまで研修を受講することが難しかった介護支援専門員についても受講が容易になり、OJTによるプラン検討ができる環境を整えることも可能になる。

なお、地域包括支援センターの運営、介護予防支援については、類似の形態として、福岡県久留米市にあるNPO法人くるめ地域支援センター、福島県いわき市にあるNPO法人地域福祉ネットワークいわき等の例が既にある。

必ずしも市町村の担当職員の力量に左右されないが、導入時にセンターの事務所確保などの市町村の負担が大きいことや各介護支援専門員の評価、給料体系に課題がある。また、このセンターそのものを評価する仕組みは課題となる。

なお、これまで自法人のサービスに紐付ける居宅介護支援より収益を得てきた事業者の経営者らが、経営が悪化することを懸念して反対することも考えられる。

■ケアプランセンター化のモデル事例：

事例Ⅰ．特定非営利活動法人　くるめ地域支援センターについて

○事業概要

平成18年3月27日に特定非営利活動法人くるめ地域支援センターを設立。同年、久留米市より「久留米市地域包括支援センター設置及び運営事業」を委託され、その事業を受託し、平成18年度～令和1年度にかけて、継続的に業務展開を行っている。

業務内容は、包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント業務）並びに指定介護予防支援事業、二次予防事業対象者把握事業である。

くるめ地域支援センターは14法人与7団体からの出向者とくるめ地域支援センターの直接雇用者により構成されている。日常生活圏域11か所に地域包括支援センターを有している。

法人設立当初から公正中立性の確保、社会的使命などをその理念とし、職員の教育指針や教育マニュアルを作成し、それを徹底してきた経緯がある。出向元法人が所在する地区にはその法人からの出向職員は配置しないことを原則としており（人員配置の関係上、やむなく出向校区に配置している例もある）、これまでに出向元法人の意向でケアプランに影響を受けた事例はない。NPO法人の理事会でも、出向元法人に設立の理念等を繰り返し伝えているため、公正中立性の違反はこれまでもない。

加えて併設のケアプランセンターでは、介護サービスは提供していない。このため他法人に影響を受けることはない。なお、本事業は市の委託事業であるため年間予算額、人員配置基準、各センターの設置場所などには強い制限を受けるが、事業計画と運営等に関しては独自の理念と基本方針に沿って実施する仕

組みを確立している。

事例Ⅱ．特定非営利活動法人 地域福祉ネットワークいわきについて

○事業概要

いわき市には、平成 18 年以前から在宅介護支援センターが 25 ケ所あり、社会福祉法人や医療法人等が委託を受けていた。地域に分け入って活動する法人もあれば、利益誘導する法人もあり、質にはバラツキがあった。昭和 41 年に 5 市 8 町村が合併した流れから、福祉事務所が市内に 7 か所あったこともあり、福祉事務所、保健センター、地域包括支援センターの 3 つのワンストップ化を目指したことで、現在の地域福祉ネットワークいわき（7 つの地域包括支援センターを運営）が設立されることになった。

平成 18 年度のみ、いわき市の直営として運営。平成 19 年度からは、いわき市が NPO 法人を立ち上げて委託した。NPO 法人には、在宅介護支援センターを退職した職員 11 人とともに、NPO 法人の採用職員、市からの派遣職員が集い、地域包括支援センター業務にあたった。設立に際し市が目指したのは、公正・中立であること及び専門性の蓄積。市職員の派遣については当初より 5 年を想定し、この間、NPO 法人の職員を順次雇用していった。現在、いわき市からの派遣職員はいない。

2 名の主任介護支援専門員へのインタビューでは、「中立に働けることに魅力を感じた」「利用者に対して、施設の名刺で訪問すると警戒されることもあるが、公的な立場として中立に見てもらえるので、仕事がやりやすかった」とのコメントがある。

第 4 案．自由競争市場だが、在宅介護支援センターを活用することにより、一定のルールと監視のチェック機構を設ける武蔵野市方式

武蔵野市方式は、介護保険の理念である市場競争や措置から契約へ、の理念を大切にしつつ、保険者が一定程度、民間事業者の活動をグリップする方法である。

民間事業者が一定のルールや監視のチェックもなく自由に活動することは弊害が出る可能性もあるため、ある程度は枠をつくった中でやってもらうという観点から生まれた。この方法は「サファリパーク型」と例えられている（全く枠がない状態を「ジャングル型」、枠の中で餌を与えられるような状態を「動物園型」と例えている）。

例えば、初回の認定調査に在宅介護支援センターの職員が同行し、初回アセスメントまで行うことで、利用者の状況を客観的に把握している。その他、要介護認定の更新の際は、在宅介護支援センターや地域包括支援センターの職員が認定調査を行い、ケアプランのチェックと実態把握も行う。民間の居宅介護支援事業所の介護支援専門員には一切委託をしていないため、要介護認定の平準化も確保できている。その他、ケアプラン指導研修により、多職種によるケアプラン検討ができる環境が整えられることも挙げられる。

他にも、公社委託の「住宅改修・福祉用具相談支援センター」があり、専門職が常駐して福祉用具の相談・助言、事業所の紹介、同行訪問等を行っているため、必要性をチェックできる。

なお、デメリットとして、在宅介護支援センターの運営に相応の一般財源が必要であること、保険者の力量次第であることが挙げられる。武蔵野市には、介護保険創設当時、在宅介護支援センターと市の職員を出向させ合うなどして育てた職員が残っている。現在も現役でいるために成り立っているが、この職員たちが退職されてしまうと成り立たない可能性があるという示唆があった。

なお、先行研究で提案されていた「ケアプラン全件チェックを行う第三者機関の設置」案についても議論したが、保険者（在宅介護支援センター）が介護支援専門員とともにケアプランを作り、確認するこの方式で行うことが現実的という意見もあった。

第 2 部

ケアマネジメントの質の指標のあり方

14. ケアマネジメントの質の指標のあり方に関するこれまでの議論

14.1. 質の指標のあり方に関する国内の議論と経緯

ケアマネジメントの質についての本格的な議論としては、厚生労働省が設置した「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方検討会」によるものが挙げられる。

この検討会は、社会保障審議会介護給付費分科会（平成 23 年 12 月 7 日）において、「次期介護報酬改定までの間に、地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取組みを通じて多職種協働を推進するとともに、保険者によるケアプランチェック、ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める。」と指摘があったことを受け、設置されたものである。平成 25 年 1 月 7 日に公表された「中間的な整理」（これ以降の検討はされていない）では、「ケアマネジメントの質の向上を図っていく基盤として、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を整えていくことが重要であり、ケアマネジメントプロセスの評価、アウトカムの指標について、より具体的な調査・研究を進めるとともに、その基盤となるデータ収集・集積を継続的に進める必要がある。」とされている。

それらを受け、老人保健健康増進等事業では、平成 23 年度以降、毎年度、ケアマネジメントの「質の向上」やケアマネジャーの「資質」に関する調査研究事業が行われている。しかし、これまでにケアマネジメントの質を評価する客観的な指標は明示されていない。

そこで、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告では、ケアマネジメントの質が継続審議とされており、「ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくためには、これらを判断するための指標が必要であり、そのような指標のあり方についても検討するべき」とされた。

一方で、ケアマネジメントの標準化が進められている。ニッポン一億総活躍プラン（平成 28 年 6 月 2 日閣議決定）において、自立支援と介護の重度化防止の推進を目的として、10 年間の工程（2016 年～2026 年）で「適切なケアマネジメント手法の策定」を行うこととされ、社会保障審議会介護保険部会においても、平成 28 年 12 月 9 日に取りまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」で、適切なケアマネジメント（ケアマネジメントの標準化）の推進が求められた。

（一部抜粋）

（５）適切なケアマネジメントの推進等

【適切なケアマネジメントの推進】

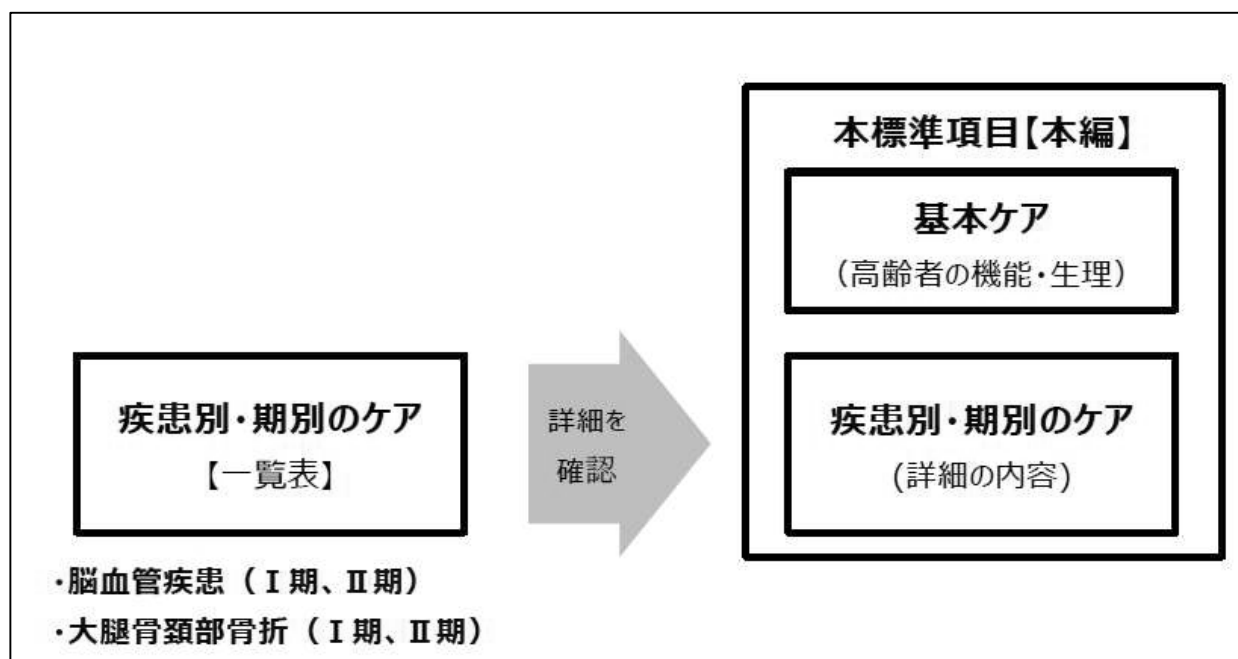
○ また、ケアマネジャーの資質向上を図る観点からは、適切なケアマネジメント手法の策定も重要である。国においてもこの取り組みに着手しているところであるが、今後、ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組を順次進めていくことが適当であり、本部会ではアセスメントやプロセスの手法の標準化を推進すべきとの意見があった。

そこで、ケアマネジメントの標準化に向けて、平成 28 年度から老人保健健康増進等事業が実施されており、平成 28 年度：脳血管疾患・大腿骨頸部骨折がある方のケア、平成 29 年度：心疾患（心不全）がある方のケア、平成 30 年度：認知症がある方のケア、令和元年度：肺炎がある方のケア（当調査研究実施

時点では、実施中）が成果として公表されている。

平成 28 年度の報告書によれば、「多様な背景を持つ介護支援専門員が実務に就いていることから、担当する介護支援専門員の資質のばらつきによって、このような不適切なケアマネジメントが行われる事がないように、ケアマネジメントの標準化に向けた検討が必要」という考え方のもと、標準項目は、基本ケアと疾患別・期別のケア（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折）で構成されている。基本ケアでは、高齢者の機能と整理を踏まえ、その高齢者が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容が提示されている。

図表 14-1 ケアマネジメントの標準化



出典：適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究報告書

基本ケアの標準項目は以下のとおりである。

基本ケアの関連する項目（抜粋）

第 2 章 基本ケア

1. 病状・病態予測と予防の重要性

1-1 食事と栄養

1-1-1 健康を維持するための栄養の確保と指導

1-1-2 食事の状態の確認

1-2 嚥下

1-2-1 食事するための環境の確保

1-2-2 食形態の工夫

1-2-3 生活リズムを整える

1-3 口腔ケア

1-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

1-3-2 口腔ケアの援助

1-3-3 口腔乾燥の防止

1-4 服薬管理の支援

1-4-1 服薬支援

2. 家庭や地域での役割を見出す

2-1 身体機能の維持・向上

2-1-1 自宅での活動の確保

2-1-2 外出の機会の確保

2-2 排泄

2-2-1 排泄に関わる本人の状態を確認する

2-2-2 排泄環境を確保する

2-3 コミュニケーション

2-3-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

2-3-2 コミュニケーション方法の再構築

3. 生活の場における安全管理

3-1 身体機能の低下を防ぐ

3-1-1 転倒・骨折予防

3-1-2 廃用予防

3-2 嚥下

3-2-1 食事するための環境の確保

3-2-1 食形態の工夫

3-3 口腔ケア

3-3-1 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保

3-3-2 口腔ケアの援助

3-3-3 口腔乾燥の防止

4-3 排泄

4-3-1 状態の把握

4-3-2 支援

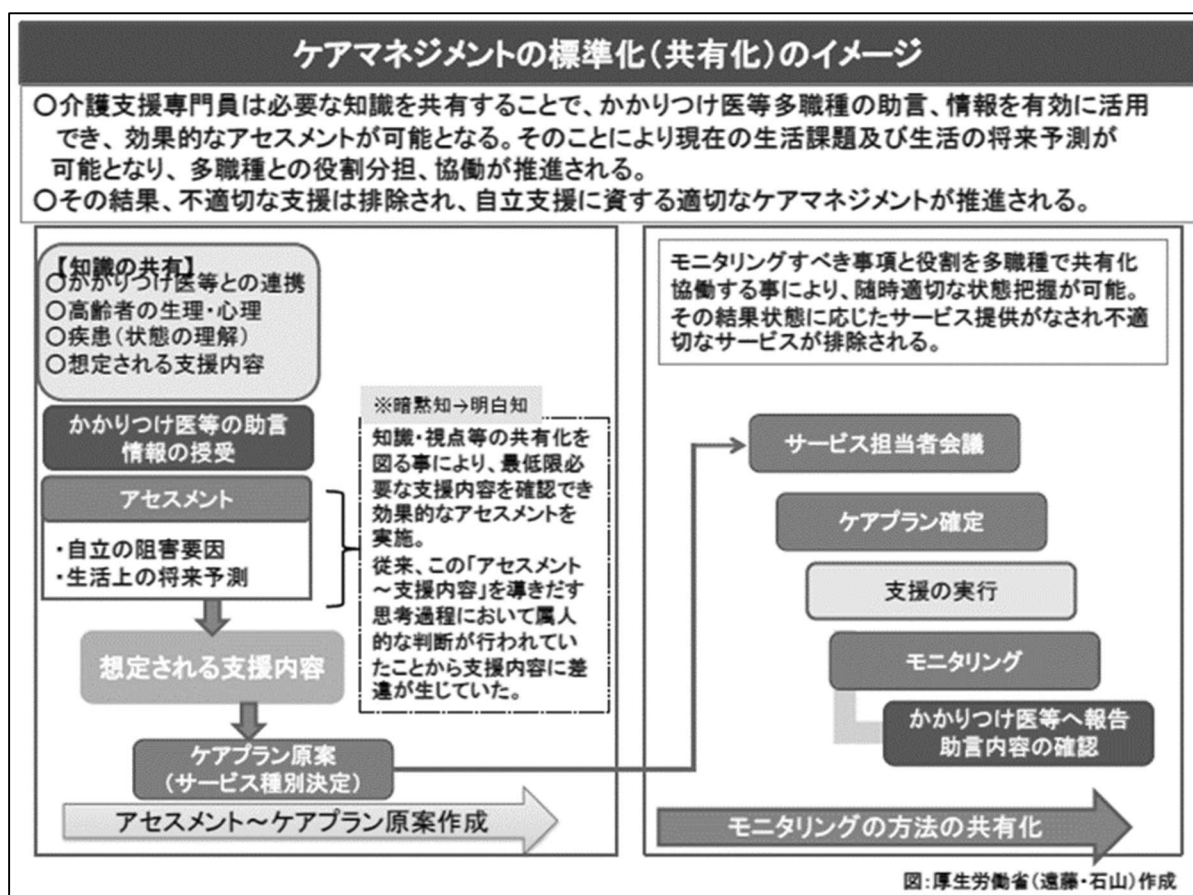
4-4 コミュニケーション

4-4-1 コミュニケーションを難しくしている要因の特定

4-4-2 コミュニケーション方法の再構築

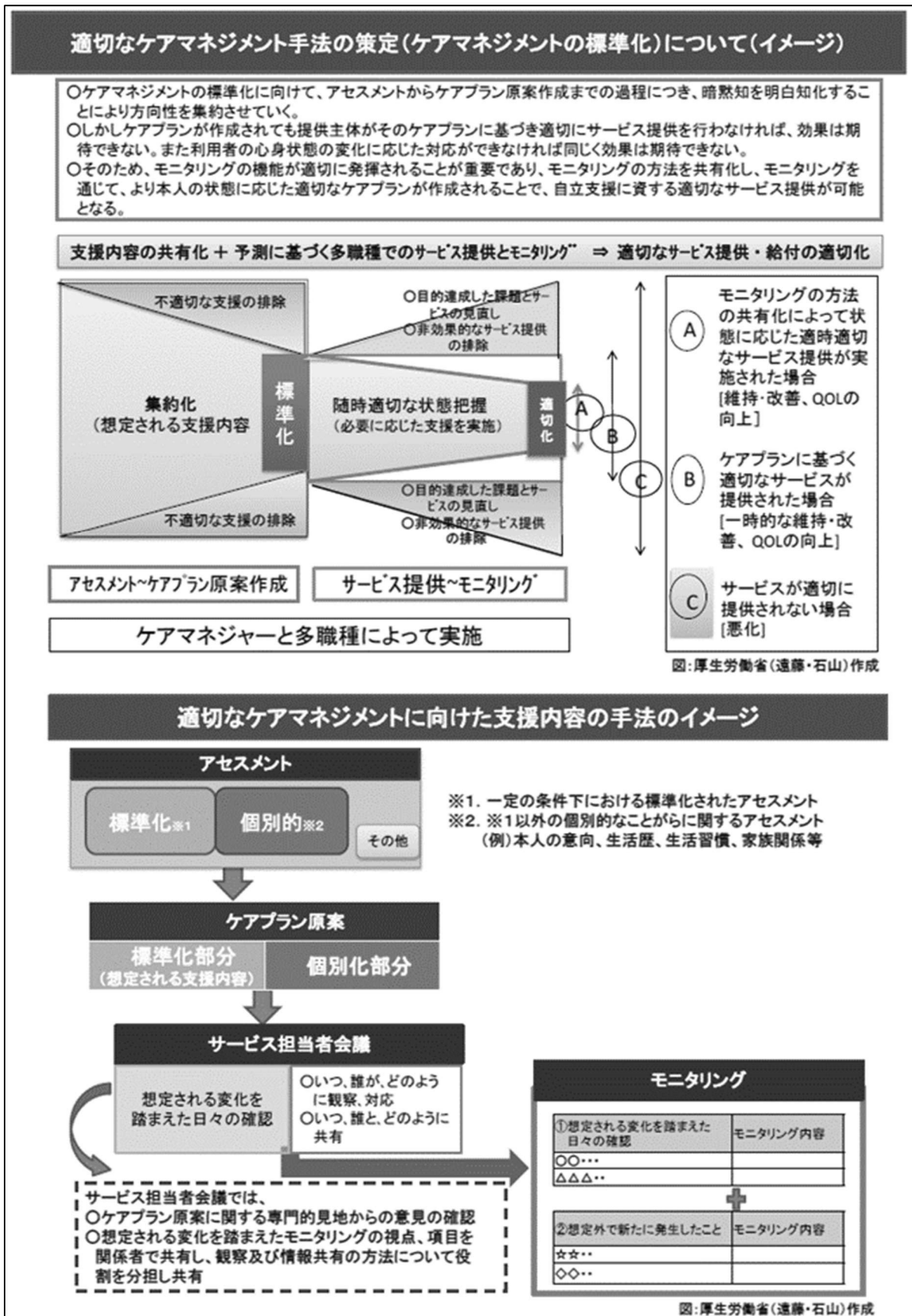
なお、ケアマネジメントの標準化は、以下のようなイメージで進められている。

図表 14-2：ケアマネジメントの標準化について



出典：適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業報告書

図表 14-3：適切なケアマネジメントの手法の策定



出典：適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業報告書

これまでケアマネジメント手法が標準化されていなかったことが、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を定められなかった理由の一つと考えられ、今後、さらに調査研究が進行することで、疾患別に質の評価指標を検討することも可能になるだろう。

なお、直近の議論としては、令和元年 12 月 27 日に取りまとめられた社会保障審議会介護保険部会の介護保険制度の見直しに関する意見において、ケアマネジメントやケアマネジメントに関する給付の在り方（利用者負担を導入すること）は以下のとおりとされている。地域ケア会議の積極的活用などの相談しやすい環境の整備や、介護支援専門員の処遇改善、事務負担軽減などが図られれば、ケアマネジメントの質の向上が期待できる。

3. ケアマネジメント

○ 高齢化の進展に伴い、居宅介護支援事業所の数、ケアマネジメントの利用者数は年々増加してきている。ケアマネジメントが国民の間に普及・浸透してきている状況もある中で、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）には、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことも期待されている。

○ ケアマネジメントについて、自立支援に資する質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備の方策等について、議論を行った。

○ ケアマネジメントについて、高齢者の多様なニーズに対応した自立支援に資する適切なサービス提供の観点から、ケアマネジャーがその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要である。

○ 医療をはじめ、多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントが行われることが必要である。そのために、地域ケア会議の積極的な活用などケアマネジャーが専門家と相談しやすい環境の整備が重要である。介護報酬上の対応についても検討が必要である。なお、地域ケア会議については、利用者や家族の参加を確保するとともに、地域ケア会議の内容を利用者や家族に丁寧に説明すべきとの意見があった。

○ 高齢者が地域とのつながりを保ちながら生活を継続していくためには、医療や介護に加え、インフォーマルサービスも含めた多様な生活支援が包括的に提供されることが重要であり、インフォーマルサービスも盛り込まれた居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）の作成を推進していくことが必要である。なお、インフォーマルサービスへの信用の確保のために、国、都道府県、市町村はケアマネジャーへの情報提供などの支援をすることが必要であるとの意見があった。

○ 公正中立なケアマネジメントの確保や、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を一層進めることが必要である。適切な修了評価や ICT 等を活用した受講環境の整備など、研修の充実や受講者の負担軽減等が重要である。

○ 適切なケアマネジメントを実現するため、ケアマネジャーの処遇の改善等を通じた質の高いケアマネジャーの安定的な確保や、事務負担軽減等を通じたケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図ることが必要である。ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を踏まえ、ケアマネジャーに求められる役割を明確化していくことも重要である。

（４）ケアマネジメントに関する給付の在り方

（一部抜粋）

○ ケアマネジメントに関する給付の見直し（利用者負担を導入すること）について、見直しに慎重な立場から、以下の意見があった。

- ・ 利用者負担が増えることは容認できない。有料だからとサービス利用をやめてしまう人が出ないように、今後も 10 割給付を維持していくべき。
- ・ 入口での利用控えが危惧される中で、拙速な利用者負担の導入は反対。
- ・ 介護保険制度においてはケアマネジメントにより自立支援の調整が図られてきており、今後単身世帯の増加や年金水準の低下も懸念される中では、相談支援でインフォーマルサービスにつなげることも必要となる。ケアマネジャーは保険者の代理人、市町村の代わりを担う立場とも言え、利用者負担を求めることになじむのか疑問。現行給付を維持することが適当。
- ・ 利用者や家族の言いなりにならないか、セルフケアプランが増加し自立につながらないケアプランとならないかなどの課題を踏まえた上で、質の高いケアマネジメントの実現等の観点から慎重に検討すべき。今が適切な時期か否か冷静に見極める必要がある。また、障害者総合支援法における計画相談支援との整合性に鑑み、利用者負担の導入は慎重に検討すべき。

○ 一方で、見直しに積極的な立場から、以下の意見があった。

- ・ 社会保険料の負担増により中小企業や現役世代の負担は限界に達しており、制度の持続可能性を確保するため、見直しを確実に実施すべき。見直しを行わない場合には、その要因と対応策を検討するなど、見直しに向けた道筋を示すべき。
- ・ 能力のある人には負担していただくことも重要であり、見直しが必要。ケアマネジャーの処遇改善を図るのであれば財源を確保するために利用者負担を導入すべき。
- ・ 介護保険制度創設から約 20 年が経ち、サービス利用も定着する中で、他のサービスでは利用者負担があることを踏まえ、見直しを実施すべき。
- ・ 現役世代の理解、利用者本位のケアプラン作成、質の高いケアマネジメントの観点から、利用機会の確保の点には留意しつつ、見直しを実施すべき。

○ このほか、ケアプランについて、ケアマネジャーが保険者に代わって考えるものということであれば利用者負担は不要であるが、介護サービスの一部ということであれば利用者負担を求めることが適当との意見、ケアマネジャーが保険者の代理人であれば市町村がケアマネジャーの質の評価を行っていく必要があるとの意見、ケアプランの質を確保していく上では、セルフケアプランによるサービス提供について給付対象とするか否かも検討すべきとの意見もあった。

○ ケアマネジメントに関する給付の在り方については、利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討を行うことが適当である。

そこで、委員会としては、「ケアマネジャーがその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備」を問題意識に置き、検討を行った。

15. 老人保健健康増進等事業等の質に関する既往研究・文献

ここでは、厚生労働省の老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）で実施された近年の研究、及び国内外のケアマネジメントに関わる研究論文等から、質の指標に関する主要な研究・論文の概要を整理する。

分類	老健事業で実施された 既往研究	国内のケアマネジメント を含む論文等	海外における地域ケアの 質に関するレビュー論文
質の指標に関する テーマ	42	9	3（クオリティインディケ ーター34を含む）

15.1. ケアマネジメンツの質のあり方に関する既往事業報告・研究論文

No	事業名	実施主体	発行	概要
1	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメンツの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業報告書	一般社団法人日本介護支援専門員協会	2019-04	○目的：これまで「ケアマネジメンツの公正中立」については、様々な場面で議論がなされ、サービスの選定時における偏った事業所の斡旋、または適切なアセスメントをしない、利用者の選択の権利を無視するようなケアマネジメンツ等の不適切な事例に対しては、運営基準や介護報酬で対策がとられてきた。また介護支援専門員研修のカリキュラムの見直しも行われたが、未だに不適切な事例の報告があり、その成果は当協会が行った平成29年度の独自調査の結果からも一定の効果は見られるものの十分とは言えない状況であり、現状の議論だけではなく、多様な考え方を含めて検討する必要がある。そこで、より幅広く視野を広げるため、イギリス、オーストラリア、オランダ、ドイツの4か国にアメリカを参考国として加え、政策や論文などから制度や取組の内容を収集し、指標の有無、観点、実施方法等を分析し、効果が期待できる取組等について、我が国の制度や取組、国民性との比較検証を行い、ケアマネジメンツの公正中立の確保をするための取組とケアマネジメンツの質の指標の導入に向けた課題や方法を検討し、報告書を作成したとされている。 ○結論：海外のケアマネジメンツとの比較の中で、そもそもの「高齢者への支援の伝え方」、それを踏まえた各国のシステムを考え、我が国の場合、他国と違い「様々な場面において、細やかな働きかけを介護支援専門員が行い、それにより、高齢者の自立支援や地域生活の継続などに一定の役割を果たしてきた」ように考える。しかし我が国は他国から学ぶ点もあると認識している。具体的な点では、イギリスのパーソナルバジェットの取組のように、本人が予算を把握し、併せてダイレクトペイメントにあるような、本人が直接、サービス事業所を選択、交渉することも、当事者の「セルフマネジメンツの意識の向上」及び「自立支援の促進」等を広めるにあたり、重要な取組と考える。また、利用者に関わる専門職の役割分担のあり方について、我が国は再検討してゆくことが大切であると考え。比較では、当事者が自主的にサービス事業所を選び、それを促進するシステムの構築が、他国においては「公正中立性の確保」と認識しているようであった。その点においては、我が国においても、事業所自身による業務評価や監査や実地指導システム、利用者がサービスを管理、評価できるよう、現在の介護サービスの情報の公表の仕組みについてはまだ検討すべき必要性が確認された、とされている。

2	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究事業報告書 ＜地域包括ケア研究会＞ 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―	三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社	2019-04	○目的：次期介護保険事業計画期間を念頭に制度改正のあるべき姿を直接提案するものではない。2040年の社会の姿を念頭に、これからおよそ20年の間に、私たちの社会が準備しなければならない取組を中長期的な視点から提案している。私たちは、目の前の現実社会が変化しているにも関わらず、考え方や発想が、前の時代のままで固定化されているような状態にしばしば陥る。次の世代に向けた新しい社会や新しい現実が目の前に現れているにも関わらず、古い考え方のまま、次の世代のケアのあり方を考えることがないよう、まずは、2040年の社会において着眼すべき変化について整理し、議論の出発点にしたい、とされている。 ○結論：2040年の日本社会が多元的な社会に転換していくことを軸に、地域包括ケアシステムのあり姿について提案してきた。これまでの医療・介護の仕組みは、全国共通のサービスと仕組みを基盤として、比較的標準化されたケアを提供する仕組みをベースに運営されてきた。今後は、医療・介護・生活支援等のニーズの増大と人口減少の中で、そして何よりも 社会の多元化の中で、いかにして個人また地域のそれぞれの実情にあったケアとサービスを各地域でデザインしていくかが大きな課題となる。国においては、介護サービスのデザインを出来高払いによる単品サービスから、「包括報酬型」在宅サービスに転換していく流れをさらに推し進めるべきである。またサービスの提供現場においては、個人の尊厳と個別性を尊重した生活を支援するため、決められたサービスを決められた時間に一方通行にサービス提供するのではなく、生活全体を利用者と共に支えるケアに転換していくことが、これまでに重要になるだろう。このことは、地域住民側からみれば、専門職や行政にお任せの地域の仕組みづくりではなく、住民や利用者も参加・協働するまちづくりとして地域包括ケアシステムを進めていくことを意味している。また、こうした地域づくりを推進するために、行政・保険者が、介護保険の制度運営を円滑に進めるための制度運用の業務から、地域デザインを住民関係者とともに進めるためのプラットフォームづくりに業務の重点を移していくことを意味されている。
3	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究事業報告書	エム・アール・アイリサーチ・アソシエーツ株式会社	2019-03	○目的：地域共生社会におけるケアマネジメントの方法論やその担い手を持つべき知識や技術、必要な教育等に関する現在及び中長期的な課題を整理するとともに、その課題の解決に向けた具体方策等について検討した。検討に際しては、平成21年度以降のケアマネジメントに関する介護保険制度の変遷を整理し、過去に挙げられた課題に対する制度化の状況、積み残された課題を把握した。また、地域共生社会の概念と要点をまとめるとともに、平成23年度以降の「老人保健健康増進等事業」と「介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」のうちケアマネジメントに関する事業について、報告書をレビューして要点を把握し、今後のケアマネジメントの在り方を検討する上で、掘り下げて検討すべき内容を整理されている。 ○方法：ケアマネジメント、医療・看護、社会福祉、行政等について知見を有する学識研究者および実務者により構成する検討委員会を設置し、今後のケアマネジメント

				の在り方やケアマネジャーの役割、必要な教育等について議論を行ったとされている。 ○結論：複合的な課題を抱える世帯の増加が想定される中で、地域共生社会の実現に向けて、ケアマネジャーはケアマネジメンツの対象が変わることを意識し、複合的な課題を抱える世帯を支援するための準備が必要である。課題の内容に応じて、他の専門職や相談支援の窓口につなげることも重要である。地域共生社会における支援者としての高度な専門性を証明する公的な資格を設定し、意欲的に学ぶことができる環境整備が求められる。介護支援専門員の上位の資格として位置付けることや、介護分野にとどまらず、医療や看護、障害者福祉等の他の分野からも目指すことができる資格とすることなどが考えられる。ただし、専門性に見合う報酬の設定が求められる点に留意する必要がある。ケアマネジメンツの質を、例えば次の観点から評価し、ケアマネジメンツ全体の底上げを図ることが重要である。①ストラクチャー：ケアプランの意図が反映されたサービスが、実際に提供されていること。②プロセス：利用者の意思決定を適切に支援しており、ケアプランを通して、利用者本人の状況について関係者に共有されていること。③アウトカム：利用者の観点から Well-being や QOL の向上、満足度、居宅生活の継続等、地域の観点からコスト、ケアマネジャー（従事者）の観点から満足度、やりがい等から評価されること。事業所評価について、居宅介護支援事業所における既存の自己評価の取り組みを参考に、事業所の自己評価の仕組みを検討することが考えられるとされている。
4	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護保険サービスにおけるケアマネジメントシステムの導入によるサービスの質の評価に係る調査研究事業報告書」	株式会社三菱総合研究所	2019-03	○目的：平成29年度の改定検証事業では、介護サービスの質の評価のあり方の更なる検討のため、利用者の状態の評価に用いられるアセスメント指標に対し、類似の評価項目の同等性等、各アセスメント指標の互換性の検証を行った。平成29年度の老人保健健康増進等事業「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」においては、ケアマネジメントシステムを介護保険施設に導入するための手引きの作成を行った。そこで本事業では、これらの経緯を踏まえ、平成29年度事業の手引きの付属資料作成を行うため、介護保険施設においてケアマネジメントシステムの試行的な導入（平成29年度事業手引きに記載した「準備期・計画期」）を行った。この中で得られた情報を、ケアマネジメントシステム導入時の課題として整理した上で、平成29年度事業の手引きの付属資料作成を行ったとされている。 ○結論：両施設における伴走支援を通じ、得られた本事業の効果としては、ケアマネジメントシステムの試行的な導入を通じ、 ① 施設内の文書が一覧化され、他部署と共有できた ② 施設内の文書の管理ルール（一次文書案）ができた ③ 組織体制の見直しができる（意思決定のプロセスを明確にできた） が実現できると言える。本事業で対象とした介護保険施設は介護保険法に基づく介護保険サービスであり、その特性からサービス提供に係る文書の種類・量は多く、3年

				に一度の介護報酬改定の都度、様式が増えることを鑑みると、①が実現できた意義は非常に大きい。また下図に示す通り、ISO9001等のマネジメントシステムを導入していない施設のほとんどは「一次文書」に該当する文書がない可能性が高く、一次文書案の作成により、文書の管理ルールが明文化され(②)、明文化する過程の中で組織の見直しが可能(③)となったことから、マネジメントシステムの介護保険施設への導入は、施設経営面からもサービスの質の向上の観点からも有効だと言えると思われる。
5	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業在宅生活を支える重度化予防のためのケアとその効果についての既存指標を用いた調査研究報告書	日本生活協同組合連合会	2019-03	○目的：自立支援・重度化予防に資する質の高いサービス提供が求められている。本事業では、介護実践現場で開発された自立支援・重度化予防ケアである「10の基本ケア」に着目し、その有用性について評価した。具体的には、事例検討や第三者評価、縦断調査の3つの方法を用いて、プロセスおよびアウトカムの評価を行い、また身体機能だけでなく活用や参加も視野に入れた多面的評価を行った。さらに、介護サービス事業所での応用するための導入手順を整理されている。 ○内容：「10の基本ケア」とは、利用者の尊厳を護り、住み慣れた在宅生活を取り戻すために、基本となる介護の考え方と支援の方法を整理したものである。具体的には右図の10項目がある。「10の基本ケア」では、「できないこと」をしてあげる介護ではなく「利用者の主体性を取り戻す介護」をチームとして目指している。これをプロセス評価、特養を対象とした訪問調査、特養を対象とした縦断調査を行ったとされている。 ○結論：本調査における多様な方法による多面的な評価によって、「10の基本ケア」は重度化予防の効果があることが示唆された。「10の基本ケア」実施群において悪化確率が有意に低かったアウトカム評価の7指標については、重度化予防のケアの質評価指標として活用できる可能性が示された。小規模多機能型居宅介護等での事例ベースの評価でも、認知症者を含む居宅サービス利用者の自立支援に有用であった。今後、「10の基本ケア」の他サービスへの普及が期待される。導入には、トップマネジメントによるコミットメントと、スタッフの理解と納得を得ながらボトムアップの双方向で取り組むこと、「10の基本ケア」を通じて「利用者の自立とQOLを高めるために職員が主体的に関わることでケアの質を高める」という確信を持つて進めることが重要であるとされている。

6	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 平成30年度介護保険制度改正等による訪問介護におけるサ ービス提供者の役割の 多様化・複雑化を踏まえ た業務実態の把握、およ びこれからのサ責に求め られる能力・実施体制に 関する調査研究事業報告書	一般社団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会	2019-03	○目的：全国の訪問介護事業所を対象とするタイムスタディ調査・アンケートおよびヒアリング調査を通じ、①サ責の役割の多様化を踏まえた業務実態の把握、②役割の多様化によりサ責に新たに必要となる知識・スキルの実態把握、③サ責の知識・スキル向上のための育成・研修の方策、④サ責の業務を支える事業所マネジメントのあり方等について研究を行った。また、研究の成果を、サ責を主な対象とした『サービス提供者責任者 業務ハンドブック』および調査結果報告書として取りまとめることで、同成果物と連動した成果報告会の開催、全国研修会（来年度以降実施）を通じ、全国の訪問介護事業所におけるサービスの質の向上につなげていくことを目的とされている。 ○提言：本調査研究事業を実施する中で、ハンドブックには盛り込むことが難しかったものの、訪問介護サービスやサ責の今後に向けて重要と考えられるいくつかの論点が浮かび上がってきた。本章では、そうした論点を政策提言の形で整理する。 ①サービス提供者責任者の介護報酬上あるいは介護保険制度上の位置付けについて ・訪問介護サービスにおけるサ責は、制度上、配置をしなければならないという点と求められる業務の大まかな方向性が定められている。その一方で、配置に対する介護報酬等の手当はなされておらず、短期的に見ると「収益を生まない人材」となってしまう面もある。 ・そのため、少なくない事業所において、常勤ヘルパーと同じような形で利用者宅へヘルパーとして訪問することが優先され、管理業務やケース管理業務に割く時間が圧迫されてしまう状況が見られる。 ・また、サ責が管理業務に従事できない状況が生まれる結果、ヘルパーに対する労務管理や育成・指導などが十分になされず、貴重なヘルパー人材の離職等が生じてしまったり、アセスメントの質の低下に伴う要介護者のQOL等の低下が生じているケースもある。 ・こうした問題に対応するため、制度上、サ責が管理業務に従事すべき時間などを明確に定めるとともに、ヘルパーとしての稼働が抑制されることによる追加的な人材確保等のコストに対応した基本報酬の上乗せ等を行うといったことも考えられる。 ②ヘルパー人材の確保に向けた支援 ・地域や法人の規模に関わらず、ヘルパー人材の確保と既存のヘルパーの高齢化は極めて深刻である。人材を募集しても数ヶ月単位で応募がないケースなどは、どの事業所においても耳にする問題であり、70歳代以上のヘルパーが多数現場で働いている。 ・現場の高齢化と新規人材の確保が同時に起きている以上、早晚、訪問介護サービスの担い手がいなくなり、事業が継続できなくなるリスクを抱えている事業所が多数存在しているものと推察される。また、こうしたリスクが顕在化した結果、訪問介護サービスに対する需要に対応できない地域が増大する恐れもある。

				・ヘルパ^①ー人材確保の問題は、個々の事業者の経営課題であると同時に、在宅での生活を支えるサービス提供基盤の維持に関わる問題と考えられ、国や保険者における積極的な取り組みが必要と考えられる。

7	平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 医療ニーズを有する利用者に対する介護支援専門員への相談支援に関する試行的調査研究事業報告書	公益財団法人日本看護協会	2019-03	○目的：介護支援専門員が地域の訪問看護ステーション等の看護師に医療ニーズを有する利用者のアセスメント等について相談し、助言を受けられる相談支援事業を試行的に実施し、その効果を検証。さらに、看護師による介護支援専門員への相談支援事業の実施スキームを有する利用者のケアマネジメントに関する看護師による介護支援専門員への相談支援事業 実施の手引き」を作成し、各地域の実状に即した効果的な取組の普及推進を図ることを目的として実施されている。 ○方法：「看護師によるケアマネジメント支援のあり方検討委員会」を組織し、相談支援事業の実施スキームや事業評価の視点について検討するとともに試行事業の実施・検証。検討委員会での議論を踏まえ、平成30年10月～12月の3か月間に、介護支援専門員が地域の訪問看護ステーション等の看護師に相談し、助言を受けられる相談支援事業を全国6地域（22協力事業者）で試行的に実施とされている。 ○調査結果：看護師による相談支援によって、介護支援専門員が今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られ、医療的なニーズを有する利用者に対して自信を持って対応できる、利用者・家族の理解促進や不安軽減につながる、医師等の他職種とのスキームな連携につながる等の効果が明らかになったとされている。

8	平成30年度産業経済研究委託事業（経済産業政策・第四次産業革命関係調査事業費）（新たな経済社会システムに対応した社会保障のあり方に関する調査研究）調査報告書	株式会社日本総合研究所	2018-12	○目的：医療・介護制度におけるアウトカム評価について、諸外国の状況や、メトリック・デメトリックを定性的・定量的に調査・評価することで、「アウトカム評価」や「pay for performance」の導入に係る課題を整理する。これにより、我が国の医療・介護に係る産業を、国民にとっての価値を追求する方向に転換することを促し、各ステークホルダー（国・自治体、保険者、医療介護事業者、機器メーカー、国民）の創意工夫、技術革新、産業創出等に結びつけることで、国際的な産業競争力の強化を図ることにつなげるとされている。 ○結論：これまでの我が国で導入あるいは検討されてきたアウトカム評価・費用対効果評価等について、医療・介護の質あるいは医療介護費適正化を目的に導入議論されてきており、入院日数短縮やADL維持向上については一定の効果が示されたという報告もなされている。一方で、医療サービス、介護サービス、薬価・保険医療材料等に共通する問題点として、議論が個別具体の評価対象・指標論から開始し、各ステークホルダーの納得感がない状況であること、いずれの領域においてもアウトカム評価・費用対効果評価等の本格的導入が進んでいない状況にあることが判明し、各ステークホルダーの合意形成は共通した課題であると言えるとされている。 （介護分野のみ一部抜粋）：次のことが報告されている。 1. 評価指標 各業界団体主導で、業界団体として、ケアの質をどの様に高めたいのかを合意してもらい、その実現に向けて選ぶ指標の合意形成を図ることが望ましい。 3-1. アウトカム評価導入による、費用効率化の可能性 要介護度と介護サービス費用が連動しており、終末期でも介護費用は増大しないため、介護でアウトカム評価を導入することができれば、費用効率化が目指せる（≠医療）。 3-2. 多様な評価の可能性 施設以外にも、ケアマネジャーや利用者自身が評価対象となり得ると示唆された。 （参考） 居宅系サービスにまで検討を拡大する際の論点 居宅系サービスを対象とした研究を進める際に、利用頻度やサービスの内容が異なる事による、研究の前提条件をそろえることの難しさが指摘され、「ケアプロセスの標準化」が必要となる。

9	社会的自立支援に特化した介護サービスのアウトカム尺度の開発	第65巻第7号「厚生 の指標」小室 貴之 か	2018- 07	○目的：介護サービス提供によってもたらされた対象者の主体的な選択による社会的活動の再獲得に関連する成果を測定するアウトカム尺度を構築するとされている。 ○方法：3つの下位尺度「活動」「参加」「主体性」を11項目で測定する社会的自立支援アウトカム尺度を開発し、これを用いて通所介護施設利用者104名から自記式での回答を得て、その妥当性と信頼性を評価した。分析方法は項目分析、因子分析を用いた構成概念妥当性、判別的妥当性による基準関連妥当性、内的整合性と再検査法による信頼性を検討されている。 ○結果：11項目のうち「運動習慣」が除外対象となった。残る10項目による探索的因子分析で「参加」「活動」に各3項目、「主体性」に4項目があてはまり、この因子モデルによる確証的因子分析のモデル適合度指標は良好な値を得た。下位尺度「主体性」は介護度による有意な得点差がなく、身体的自立状況に依存しない指標と考えられた。 ○結論：質問紙としての本尺度の妥当性と信頼性が確認された。介護度やADLなどの身体的自立指標と異なり、本尺度は慢性期や状態悪化に向かう対象者でも良質なサービス提供の成果を測定可能と考えられる。援助者が本尺度を対面聴き取りに使用すること、社会的生活の再獲得に向けた可能性発見と援助計画の立案、その達成に向けた方略を共有するためのツールとなると見込まれたとされる。

10	平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業」報告書	株式会社三菱総合研究所	2018 - 03	○目的：高齢障害者の支援においては、障害福祉サービスと介護保険サービスを併給するケースがある。各制度において活動している相談支援専門員と介護支援専門員が利用者の情報等を共有し、連携して対応する必要があるが現時点ではそれぞれの役割や連携の在り方が示されていない。本事業では、従来障害福祉サービスを利用していた障害者が、65 歳を迎え介護保険に行こう、障害福祉サービスを併給するための連携」に焦点を当て、両専門員の役割や連携の在り方等について検討している。 ○方法：以下のように事業が実施されている。 ・検討委員会の設置・開催（計 3 回） ・事業所アンケート調査の実施 特定相談支援事業所、居宅介護支援事業所を対象に、連携の実施状況等実態把握を目的に実施。 ・自治体ヒアリング調査の実施 すでに両専門員の連携に取り組んでいる自治体の好事例収集を目的に実施。 ・合同モデル研修会の開催 高齢障害者の支援における両専門員の役割分担、協働を促進するための研修会の開催および研修コンテンツの作成を行い、今後の研修に向けた課題を整理。 ○結論：本事業における調査結果を踏まえ、また、平成 30 年度から創設された共生型サービスの利用等も念頭におき、高齢障害者に対する相談支援専門員と介護支援専門員との連携の在り方について今後の方向性をまとめている。 ◆両専門員を支える体制への考慮 ・現在、地域包括ケアシステムの構築を目指しており、各制度が連携し、地域全体で取り組んでいくところであり、両専門員についてもこの仕組みの中で連携していく必要がある。 ・地域包括ケアシステムの実現のためには、市町村行政が自ら体制構築に取り組んでいくことが重要であり、両専門員の連携についてもその仕組みの中で考慮することが求められる。 ◆共通するケアマネジメントへの期待 ・障害福祉サービスと介護保険サービスの利用手続き等、異なる点が多いものの両専門員ともにケアマネジメントの質の向上が課題としてあげられている。 ・両専門員ともに利用者のアセスメントに基づいて、利用者ニーズに合わせたケアマネジメントを行うことが求められており、その目的に向かって協働することが期待される。 ◆研修・人材育成の在り方 ・地域包括ケアシステムの中では、相談支援専門員、介護支援専門員だけでなく多種協働によるサービス提供が進められることになる。 ・職種ごとにその専門性や資質の向上を図る必要がある。

				・上記も踏まえ、今後の研修カリキュラムや人材育成についても問われる。

11	平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジャーの資質の向上のための 方策等に関する調査研究事業報告書	エム・アール・アイ リサーチアソシエイ ツ株式会社	2018- 03	○目的：平成 33 年度以降の制度改正を見据え、平成 30 年度以降の議論の土台とすべく、ケアマネジメンのあり方、ケアマネジャーの役割について中長期的な視点から検討した。ケアマネジメン、医療・看護、社会福祉、行政等について知見を有する学識研究者、および実務者により構成する検討委員会を設置し、全 5 回の検討委員会で、ケアマネジャーを取り巻く様々な課題やその解決方策、今後のケアマネジメンやケアマネジャーの役割等について議論を行ったとされる。 ○結論：主任介護支援専門員の研修において、スーパーバイザーについては「対人援助者監督指導」の科目があるが、スーパーバイズ概念を学ぶことばできても、スーパービジョンの技術を十分に取得できるまでの時間数は確保されていないため、スーパーバイズができる「主任介護支援専門員のリーダー」を養成する仕組みなどの制度化が必要と考えられる。①居宅介護支援事業所の課題として、実務経験の少ない介護支援専門員に対し、0JT の機会を十分に確保できない事業所がある場合には支援が必要であること、施設において、介護支援専門員の役割が不明確であることが挙げた。 ②今後のケアマネジャーのあり方について、ソーシャルワーカーとしての機能を担うことを期待されている。今後さらに対応する領域が広がり、就学や就労までの範囲について支援する必要がある。③今後のケアマネジャーには、多職種のチームのメンバーが相互に連携しながら目標が達成されるよう、関係者への働きかけや調整を行う高度なマネジメン能力が重視されると考えられる。したがってケースマネジャーの要件として、マネジメン能力を位置づける必要があると考えられる。④育成について、今後求められる新たなケアマネジメンに必要となる幅広い領域の知識を有し、多様な専門職間のネットワークの構築や連携、調整を行う新たな機能を担うケアマネジャーを養成する方向性も考えられる。⑤今後のケアマネジャー像について、広範かつ専門性の高い知識や能力を必要とする役割を担う人材として設定するのであれば、育成のために専門教育を充実させることや、必要に応じて国家資格とすることも検討する必要がある。⑥今後求められるケアマネジメンの総合性を踏まえ、現状の分野別・対象者別の相談支援制度について調査し、障害者相談支援専門員、児童家庭分野の相談員など、介護分野以外でケアマネジメンの機能を果たしている多様な専門職と介護支援専門員の位置づけについて整理が必要と考えられるとされる。
12	平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業報告書	公益社団法人全日本 病院協会	2018- 03	○目的：地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携のさらなる促進が求められる。特に、入院中の要介護者等が、退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時における医療機関等の職員（看護職員、医療ソーシャルワーカー等）と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）との円滑な連携が重要である。一方、医療従事者と介護従事者とは扱っている情報の性質が異なるものも多く、情報共有の方法等について具体的に検討する必要がある。この事業では入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との連携方策を検討するためのモデル事業を実施し、モデル事業を通じて連携に向けた課題抽出を行うとともに、入退院時における適切なケアマネジ

			メントに向けた対応策の検討に資する基礎資料を整備したとされる。 ○方法：全日本病院協会の会員病院の中から協力施設4病院を選定し、モデル事業として、居宅介護支援事業所等と連携し、入退院患者について入院医療機関と居宅介護支援事業所等との情報共有等を行った。その成果等を踏まえ、効果的・効率的な連携に向けた課題の抽出を行ったとされる。なお、今回のモデル事業の主な特徴は以下の通りでまとめられている。 ・対象患者の入院時に、病院の地域連携室等スタッフが患者の入院前の担当ケアマネジャーと対面で情報収集すること ・院内スタッフをはじめとして、患者本人や家族、ケアマネジャー等外部事業者をまじえた退院前カンファレンスを開催すること ・退院前カンファレンスの先立ち、基本的な伝達事項を記載した資料をカンファレンス参加者に配布するとともに、当日の検討内容についての議事抄録を後日配布すること ○結論：モデル事業を通じて以下の課題が抽出されている。また、モデル事業に参加した医療機関で用いている対応フローや様式等が参考資料として掲載されている。 ◆入院時における円滑・迅速な情報共有の必要性 ・病院が患者のケアマネジャーを迅速に特定できる仕組みづくり。 ・ケアマネジャーの訪問・面談による「顔と顔の見える」関係性による情報共有。 ・病院側の連携窓口の必要性。 ◆ケアマネジャーと病院等職員とが共有する情報 ・在宅における看護・リハビリテーションに関する情報の共有。 ・退院後の療養生活を意識した情報提供。 ・退院後の情報共有。 ◆その他の課題 ・人生の最終段階における医療・ケアに関する意向の把握。 ・病院による地域活動の必要性。 ・情報共有ツールの検討。 ◆今後の検討に向けて ・病院から円滑に在宅への移行を行うためには多職種での連携が必要であり、地域全体での円滑かつ効果的な連携について検討することが必要。 →他職種でも理解できる共通言語での情報共有の方策検討。 →立場の異なる専門職同士による専門知識に基づいた情報共有の方策検討。

13	平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 適切なケアマネメント手法の策定に向けた調査研究事業 報告書	株式会社日本総合研究所	2018-03	○目的：本調査研究においては、2016年までに実施された検討内容も踏まえ、ケアマネジャーが行うケアマネメントの差・ばらつきを最小限に留めるための適切なケアマネメント手法策定に向けた検討および2016年度までに検討されている内容の実証を通じた検証作業を行うことを目的としたとされている。 ○方法：高齢者が要介護者等になっても尊厳を持って生活を送るためには、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるような環境を整備することが必要である。そのためには、高齢者の状態とニーズを踏まえて、介護サービス、保健医療サービス、インフォーマルサービス等が総合的に提供されることが求められ、介護支援専門員には、その環境整備に資する適切なケアマネメントが期待される。残念ながら現時点では、介護支援専門員の属性や経験、考え方、所属事業所の属性等による相違がみられ、その相違点は、ケアプランの中身や、マネジメントプロセス、利用者との関与の度合い、時間の使い方等、さまざまな部分に生じている。中には、アセスメントや多職種連携が必ずしも十分ではないなど、適切なケアマネメントが行われておらず、疾患の再発予防の基本事項が守られていない例や、生活の困りごとの解消を優先した結果、本人の自立を損なうような支援が提供されている例がみられる。多様な背景を持つ介護支援専門員が実務に就いていることから、担当する介護支援専門員の資質のばらつきによって、このような不適切なケアマネメントが行われる事がないように、ケアマネメントの標準化に向けた検討が必要とされている。 ○結論：2017年「検討案」の活用効果の検証では、介護支援専門員からの評価として、検討案に対する使いやすさ、分かりやすさについて、「とても使いやすいと思う」が14.1%、「使いやすいと思う」が63.3%と、肯定的な回答が全体の77.4%であった。さらに経験年数別、主任の有無別、保有資格別にみた場合においても、全体として肯定的な回答が多数を占めた。また、実務において想定される活用場面ごとの評価では、いずれの場面においても、「とても参考になると思う」または「参考になると思う」と肯定的な回答の割合が7割以上であった。活用効果の検証結果より、特に次の2点が標準化の効果といえることが分かった。①情報収集状況の「見える化」②支援の見直しの必要性への気づき。これらの結果より、当初期待したとおり、経験年数や保有資格に関わらず実務やOJTにおいて検討案が活用し得るものであることが確認できたとされている。

14	平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの質の向上を図るための支援のあり方に関する調査研究事業報告書	株式会社日本総合研究所	2018-03	○目的：保険外サービスの契約は利用者本人が行うものであるが、認知機能の低下等により利用者本人が意思決定することが困難な場合、日常生活自立支援事業や成年後見制度において支援が可能である。しかし、その対象者は限定的であり、死後の事務業務等については対応できないなど、対応可能範囲に限られている。また、認知機能が低下した高齢者が不利な内容の契約を締結してしまい、生命や生活が損なわれるリスクもある。このようなことがないよう、介護保険制度によるサービス提供については事業者の許認可制や指定制が採られている。これらを踏まえ、高齢の契約者に対して契約支援が必要とされる状況を把握し、その支援内容等を検討する必要がある、また、高齢者に提供される自費サービスについて何らかの制約が必要かについて検討が必要とされた。 ○方法：実施内容は下記の通りとされている。 自費サービスの一例として、独居高齢者等を対象とした身元保証等高齢者サポート事業について、実態を把握し課題とその解決策について検討されている。(身元保証等高齢者サポート事業の選択理由は、公益財団法人日本ライフ協会の経営破たんにより、本事業の存在が注目されるようになったため) 【事業内容】 ・検討委員会の設置・開催（計4回） ・事業者の実態把握 ・事業者ヒアリング調査（10事業者） ・類似サービスを提供する自治体・社会福祉協議会ヒアリング調査 ・事業者アンケート調査及び電話調査（81事業者） ・利用者の実態把握 ・身元保証等に関する消費生活相談データの分析 ・自治体（地域包括支援センター、社会福祉協議会を含む）ヒアリング調査 ○結論：身元保証等高齢者サポート事業において提供されているサービス内容を整理し、利用者にとつての課題およびその解決策（対応方法案）をまとめている。 ◆提供されているサービス内容 以下の個別サービスを組み合わせ、パッケージとして提供している事業者が多い。 ・身元保証人になること。 ・転院等手続きのフォロー。 ・緊急時の病院への駆けつけ。 ・治療方針・ケアプラン等説明への同席。 ・病院等への外出の付き添い。 ・日常的な見守り。 ・金銭管理・支払い代行。 ◆サービス利用に関する課題

				・事業者の信頼性、価格の妥当性の判断が困難。 ・利用判断の時間的猶予がない（入院時に病院から保証人を求められるなど）。 ・サービス提供している事業者の情報が少ない、入手困難。 ・契約内容が理解しにくい。 ◆課題への対応方法（案） ・利用者・家族向け啓発資料の作成・配布（巻末資料としてポイント集案が掲載されている） →ケアマネジャー等の専門職へも普及が必要としている。 ・先進的な取り組みの情報発信。 ・事業者の健全な事業運営、利用者への理解促進。 ◆今後の検討課題 ・身元保証人に期待される機能の検討。 ・身元保証の必要性及び代替機能の検討。 ・より小規模に提供される身元保証等高齢者サポートの実態把握。 ・身元保証等高齢者サポート事業の利用者実態の詳細把握。 ・今後、身元保証等高齢者サポートの需要が増大する社会における制度の在り方。

15	平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの普及促進に関する調査研究事業報告書	株式会社日本総合研究所	2018-03	○目的：高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、介護保険サービスだけでなく、利用者のニーズに合わせて介護保険サービスでは対応できない部分を保険外サービスの提供で充足させることも必要であることは、これまでの調査研究でも整理されている。地域包括ケアシステムの構築を推進するにあたっては、保険外サービスの活用を促進することは重要であるが、情報不足や事業所不足などにより活用されていない地域（地方自治体）がある。既に保険外サービスを活用している（しつつある）自治体の事例研究を行い、地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて自治体に期待される役割、課題等を整理しているとされる。 ○方法：事業内容は下記のようなものである。 ・検討委員会の設置・開催（計 4 回） ・地方自治体に対するヒアリング調査・事例収集（全国 21 自治体） 保険外サービスの活用に取り組んでいる・取り組みつつある自治体を対象に実施。 ・上記のヒアリング調査に基づくポイント集・事例集の作成 「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集～多様な担い手による、豊かで暮らしやすい地域づくり～」の作成。 ・シンポジウムの開催 自治体職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、サービス提供事業者、新聞・雑誌記者等を対象に、本調査研究で実施した調査検討成果を広く周知するために、シンポジウムを開催。 ○結論：本事業の結果は全て別冊になっている事例集「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集～多様な担い手による、豊かで暮らしやすい地域づくり～」にて整理されている。 ◆自治体に期待される役割 ・地域の課題や利用者ニーズを把握する。 ・活用できる資源や地域の事業者を把握する。 ・利用者目線で情報発信を行う。 ・不足しているサービスについては創出を支援する。 ・生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）、協議体※との連携し、利用者と事業者のマッチングに取り組む。 ※生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組として、平成 29 年度までの間に充実を目指すとしてされているもの ◆課題の解決 ・上記課題に対し、地方自治体へのヒアリングで収集した具体的な事例を基に具体的な解決策を紹介している。

16	平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業報告書	株式会社日本総合研究所	2018-03	○目的：要介護高齢者の増加や高齢者の生活における課題の多様化に伴い、介護保険サービスだけでは解決できないものもあり、要介護高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するため、ケアマネジャーはこれまでに以上に自助（保険外サービス）の活用が不可欠となっている。ケアマネジャーが、保険外サービスを活用し、高齢者および高齢者家族のQOL向上を目指すケアマネジメントを行うための課題や留意点、工夫などを整理している。 ○方法：事業内容は下記の通りである。 ・委員会の設置・開催（計4回） ・ワーキンググループの開催 ・保険外サービス活用事例の収集 ・アンケート調査（保険外サービスの活用実態調査） ○結論：通常、ケアマネジャーが実施しているケアマネジメントプロセスに沿って、実態と課題、効果および今後の課題を整理している。また、事例収集等で整理された内容を「保険外サービス活用に向けたポイント集」としてケアマネジャー向けの冊子にまとめている。 ◆保険外サービスの取り扱いの実態 ・保険外サービスを活用した経験があるケアマネジャーは7割超だが、多様な保険外サービスを取り扱ったことがあるケアマネジャーは限られる。 →多くは「単価制の生活支援サービス（一時間当たりの料金単価が決まっており、利用した分だけを支払うサービス）」である。 ◆保険外サービス取扱いの課題 ・利用者本人や家族の資産や所得に関する情報収集が困難。 ・サービスの価格・品質が妥当なものか判断が困難。 ・サービス提供できる事業者が少ない。 ◆保険外サービス取扱いの効果 ・在宅での生活を継続することが可能。 ・介護保険サービスでは対象とならない支援内容の提案が可能。 ・利用者ニーズに沿ったサービス提案・提供が可能。 ◆今後の検討課題 ・ケアマネジャーに対し、多様な保険外サービスの内容・事業者情報、提供されるサービスの質の判断等の情報提供が必要。 ・ケアマネジャーと保険外サービス事業者との円滑な情報共有ツール等の検討が必要。 ・意思決定が困難な利用者・家族の保険外サービス利用時の意思決定における、支援の仕組みの構築。

17	平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業報告書	株式会社三菱総合研究所	2018-03	○目的：介護サービスの質の評価については、平成 25 年度～平成 28 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（以下、改定検証事業）のうち「（7）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」の中で、7 つのハザード（要介護度を悪化させるアクシデント）に関しての文献調査、データ収集・分析を進めてきた。この結果、この 7 つのハザードのうち「褥瘡」や「転倒」等といったハザードの発生とその発生プロセスに着目することが、介護サービスの質の評価の足掛かりとなるということが整理できた。本事業では、介護サービスの質の評価の実現に向けて、ハザードとして「褥瘡」を例に、ハザードの発生予防及びハザードの発生プロセスの改善に繋げることを念頭に、マネジメントシステムを介護保険施設に導入するための手引き作成を行ったとされている。 ○内容： （1）検討委員会の開催 有識者から構成する検討委員会を設置し、本事業で作成する介護保険施設にマネジメントシステムを導入するための手引きの方針策定、内容検討等を行った。 （2）ヒアリング調査の実施・分析 手引き作成にあたって、マネジメントシステムの具体的な導入方法を明らかにするため、既に ISO を取得している介護保険施設を対象に、ヒアリング調査を行った。 （3）手引きの作成 （1）、（2）を踏まえ、介護保険施設においてマネジメントシステムを導入するための手引きを作成したとされている。 ○結論：既にマネジメントシステムの 1 つである ISO を取得している介護保険施設を対象としたヒアリング調査を行い、マネジメントシステムの具体的な導入方法、介護保険施設においてマネジメントシステムを導入するためのノウハウ・ポイント等の情報を収集した。これらの情報を基に、手引きにおいては、介護保険施設におけるマネジメントシステムの導入フローと具体的な進め方を示すとともに、具体的な文書の事例として運営マニュアル例を紹介している。マネジメントシステムとは、方針及び目標を定め、それらを達成するために組織を適切に管理・維持し、改善するための仕組みのことである。先行してマネジメントシステムを導入している施設からは、マネジメントシステムを導入したことにより、「業務の可視化」「サービスの標準化」「人材育成」「事故防止」等のメリットを得ることができたとする報告があった。また、これらはサービスの質の向上につながり、利用者・家族及び職員の満足度向上、ひいては介護業界全体のボトムアップにもつながることが示唆されている。今般の平成 30 年度介護報酬改定では、有害事象の一例である褥瘡（床ずれ）について発生予防のための管理に対する評価（加算）が介護老人福祉施設、介護老人保健施設を対象に新設された。本加算では褥瘡の発生と関連の強い項目について定期的な評価を実施し、関連職種の方が共同して作成した褥瘡ケア計画に基づいて、計画的に管理することが求めら

18	平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 自立支援・重度化防止に向けた訪問によるサービス提供に関する調査研究事業報告書	一般社団法人日本作業療法士協会	2018-03	れている。マネジメントシステムは本加算で念頭においている有害事象の発生予防において有効な手段であると言えたとされている。 ○目的：介護保険サービスを利用しながら在宅生活や施設生活を送る重度高齢者に対して、ICF 等に基づいたアセスメントを行い、利用者の生活課題と活動参加の目標に対して、介護保険サービスにおけるリハビリテーションやケア（身体介護・生活援助）がどのようにに関わり変化するか、多職種の連携の在り方について調査研究をしたとされている。 ○方法：調査計画として、①自立支援・重度化防止のための多職種連携の実態調査。訪問サービスを提供を受ける重度高齢者に対して訪問サービスを提供する事業所（訪問リハビリテーション、訪問看護、訪問介護）を対象とし、アンケート調査の結果は、重度高齢者の現状を把握するとともに、②の介入研究に関する比較分析資料として活用された。②自立支援および重度化防止のための活動参加に資する離床マニュアルリハビリテーション介入研究。②については、在宅で生活する要介護度 1～5 の高齢者に対して、活動参加に資する目標を設定し、生活目標を達成するためのリハビリテーションに関する介入を行い、目標に設定した活動や参加の獲得ができるまでの期間や目標が達成できない場合の要因を検討されている。 ○調査結果：アンケート調査結果から、訪問リハ、訪問看護、訪問介護のいずれの事業所においても、自立支援・重度化防止の重要性は概ね理解されており、自立支援・重度化防止に向けた取り組みの必要性が認識されていることが把握された。介入調査の結果から、「生活行為向上マネジメント」を行った 41 事例のうち、35 件で MTDLP の実行度が向上しており、生活行為向上マネジメントが有効であることが確認された。また、実行度が向上した群、と維持、低下した群について、生活を妨げる要因となる ICF、強みとなる ICF についても比較を行った。合意した生活行為の目標を 3 つに類型化し、利用者の状態像の 2 区分で、介入プログラムの内容や変遷について、比較を行った。さらに、個々の事例について、合意した生活行為の目標の達成に向けて、関与した各専門職の役割と連携のポイントを整理した。この調査および検討の結果より、以下のことが把握されたとしている。 ①合意目標の立案と多職種における共有について ・ICF の健康状態、個人因子（特に生育歴、役割、価値観）、環境から本人・家族の動機付けや意欲につながる目標を立案することが重要である。 ・合意目標は、多職種の間で共有され、多職種が一丸となって達成を目指すような内容になっていることも重要である。 ②合意目標の達成に向けた OT 評価の実施および OT プログラム立案とその実施 ・利用者の残存機能を活用し、利用者本人・家族の真のリハニーズを導けるよう、生活機能にバランス良く働きかける包括的な OT 評価と OT プログラムの立案が重要である。

19	平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業	公益財団法人日本訪問看護財団	2018-03	・OTプログラムの実施においては、合意目標を達成するための環境調整とその役割分担、移乗・移動の支援の調整を現場で行うことが有効である。 ③合意目標の達成に向けた各専門職の役割分担と連携 ・各専門職が自らの専門性を明確にし、役割分担することが重要である。 ・介護支援専門員は、ケアプランに各専門職の役割を反映することが重要である。 ④合意目標を達成するための環境調整 ・残存能力の活用には、環境調整が必要である。 ・福祉用具の利用に際しては、試用期間を設け、作業療法士は、本人・家族、介助者が日常生活の中で有効に使える福祉用具であるか否かを、福祉用具貸与事業者、介護支援専門員らと連携し、評価する必要がある。 ⑤目標以外の活動・参加や心身機能の変化、希望（デマンド）の変化への対応 ・合意目標への介入を進める中で、波及効果として、他の活動や参加、身体機能に有効な改善が見られる場合がある。 ・合意目標の追加やプログラム修正を行いつつ、本人・家族が主体的に介護サービスを利用できるように促すことが重要である。 とされている。 ○目的：介護支援専門員が地域の訪問看護ステーション等の看護師に医療ニーズを有する利用者のアセスメント等について相談し、助言を受けられる相談支援事業を試行的に実施し、その効果を検証。さらに、看護師による介護支援専門員への相談支援事業の実施スキームを整理した上で、自治体や訪問看護ステーション等が活用可能な「医療ニーズを有する利用者のケアマネジメント」を作成し、各地域の実状に即した効果的な取組専門員への相談支援事業 実施の手引き」を作成し、各地域の実状に即した効果的な取組の普及推進を図ることを目的として実施されている。 ○方法：介護支援専門員に対し、医療ニーズのある要介護者への対応の実態およびニーズを把握し、看護職員から助言を得られる仕組みについて検討し、今後に向けた提言がまとめられている。 事業内容は、 ・検討委員会の設置・開催（計3回） ・アンケート調査の実施 ・ヒアリング調査の実施 ○調査結果：アンケート調査およびヒアリング調査の結果を踏まえ、提言を取りまとめている。主な内容は以下のとおり。 ◆アンケート調査の結果から ・医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントについて負担や困難を感じている介護支援専門員は5割を超えている。 ・介護支援専門員のスキルアップのため、適切なタイミングで医療職に相談ができる

				機能の充実が必要である。 ◆今後求められる取り組み ・地域包括支援センターや地域支援事業（在宅医療・介護推進事業）における相談窓口の更なる充実。 ・上記相談窓口については、訪問看護ステーションが事業を受託できるようにすることもある。 ・今後は複数のサービス制度による給付を受ける利用者が出てくるため、相談窓口を担当する人材として、地域をよく知る訪問看護経験者や保健師の配置が望ましく、制度を超えた相談対応の在り方を検討すべきとされている。 ○目的：アセスメントや多職種連携が必ずしも十分ではないなど、適切なケアマネジメントが行われておらず、疾患の再発予防の基本事項が守られていない例や、生活の困りごとの解消を優先した結果、本人の自立を損なうような支援が提供されている例がみられる。介護支援専門員の属性によって、このような不適切なケアマネジメントが行われる事がない様に、ケアマネジメントの標準化に向けた検討が必要と考えられる。当調査研究事業では、ケアマネジメント手法の適切化・標準化に向けた論点の明確化を行った。合わせて、モデル的なケアマネジメントにおけるアセスメント、モニタリングの方法、考え方を整理することで、介護支援専門員によるケアマネジメントを標準化し、全体のレベルを改善するための基礎資料の一つとすることを目的としている。 ○内容：ケアマネジメントの標準化は、本人の個性に基づくケアプランの作成を排除するものではない。むしろ、標準化された部分と個性とを融合させることで、本人の状態や環境に適合するケアプランを作成することを目指すものである。標準化された部分があることで、本人の健康的な生活の維持や疾患の管理といった最低限の支援が標準的に実現されるが、それだけでは本人の個性が軽視される可能性がある。標準化された部分に、個性への配慮を融合させることで、本人の尊厳の維持や、本人らしい従前の暮らしを可能な限り維持するための支援が可能となるのであり、個性の配慮の視点を加えることが重要である。ケアマネジメントの標準化によって、高齢者の機能と生理や、疾患別の留意事項を踏まえて、行われるべき支援が確実に行われ、行われるべきではない支援が排除されることを目指すこととした。また、随時適切な状態の把握によって、本人の状態の変化を確認し、目的を達成した支援サービスが見直されたり、本人の状態に合わないサービスが見直されたり排除されることを企図しているとされている。 ○結論：本調査研究事業の成果は、「昨年度検討案の実践現場における活用効果の検証結果」と、「心不全について、一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」とされており、①成果物の構成②活用方法（介護支援専門員、指導担当者、地域包括支援センター、保険者（自治体）それぞれ）③活用上の留意点（本人の生活を総
20	平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業 報告書	株式会社日本総合研究所	2017-03	○目的：アセスメントや多職種連携が必ずしも十分ではないなど、適切なケアマネジメントが行われておらず、疾患の再発予防の基本事項が守られていない例や、生活の困りごとの解消を優先した結果、本人の自立を損なうような支援が提供されている例がみられる。介護支援専門員の属性によって、このような不適切なケアマネジメントが行われる事がない様に、ケアマネジメントの標準化に向けた検討が必要と考えられる。当調査研究事業では、ケアマネジメント手法の適切化・標準化に向けた論点の明確化を行った。合わせて、モデル的なケアマネジメントにおけるアセスメント、モニタリングの方法、考え方を整理することで、介護支援専門員によるケアマネジメントを標準化し、全体のレベルを改善するための基礎資料の一つとすることを目的としている。 ○内容：ケアマネジメントの標準化は、本人の個性に基づくケアプランの作成を排除するものではない。むしろ、標準化された部分と個性とを融合させることで、本人の状態や環境に適合するケアプランを作成することを目指すものである。標準化された部分があることで、本人の健康的な生活の維持や疾患の管理といった最低限の支援が標準的に実現されるが、それだけでは本人の個性が軽視される可能性がある。標準化された部分に、個性への配慮を融合させることで、本人の尊厳の維持や、本人らしい従前の暮らしを可能な限り維持するための支援が可能となるのであり、個性の配慮の視点を加えることが重要である。ケアマネジメントの標準化によって、高齢者の機能と生理や、疾患別の留意事項を踏まえて、行われるべき支援が確実に行われ、行われるべきではない支援が排除されることを目指すこととした。また、随時適切な状態の把握によって、本人の状態の変化を確認し、目的を達成した支援サービスが見直されたり、本人の状態に合わないサービスが見直されたり排除されることを企図しているとされている。 ○結論：本調査研究事業の成果は、「昨年度検討案の実践現場における活用効果の検証結果」と、「心不全について、一定の条件下において想定される支援内容と知識の整理」とされており、①成果物の構成②活用方法（介護支援専門員、指導担当者、地域包括支援センター、保険者（自治体）それぞれ）③活用上の留意点（本人の生活を総

合的に捉え、個別化することが必要、多職種間で情報共有し、各職種の意見を把握する、入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを実現する）とされている。				

21	平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 適切なケアマネジメンを推進するための保険者機能のあり方に関する調査研究事業報告書	株式会社三菱総合研究所	2017-03	○目的：自立支援に資する適切なケアマネジメンを推進するために必要な保険者の機能および関係機関の役割を検討する。さらに、平成28年度に実施される「ケアマネジメン適正化推進事業」と連携しケアマネジメン適正化推進事業を実施する保険者の取り組みに関する効果検証等を行いつつ、自立支援に資する適切なケアマネジメンに関する保険者の事例集の作成等を行うための調査研究を行ったとされている。 ○結論：取り組みの実施状況および成果の報告、意見交換等を通じて、保険者によるケアプラン点検の要点を以下のように整理されている。 1) 方向性を定める ・ 自立と自立支援について定義付けを行い、ケアプラン点検の目的を明確にし、関連する活動全体を統合化する。 ・ 点検の効果を評価する指標を設定する。量的測定が比較的容易な身体面の測定に加え、量的把握が困難なQOL 向上へ貢献する重要性を認識した評価を目標としている。 2) 対象を定める ・ ケアプラン点検において働きかける対象を明確にする。介護支援専門員だけでなく、その利用者にも働きかけながら点検する取り組みが報告された。 ・ ケアプラン点検の成果を、同じ地域内の介護支援専門員の研修に活用する事例や、サービス事業者と共有する事例、保険者の職員のスキルアップに展開する事例もあった。 3) 方法を定める ・ 「方向性」と「対象」を明確にした上で、具体的な方法（点検者の体制、点検対象、点検を行う場所、点検の進め方等）を検討する。 ・ 介護支援専門員との関係性や、保険者からの圧力として受けとられないことに配慮するとともに、何より利用者が自らのケアプランを選択するにあたって必要な情報を知る権利と決定する権利に配慮した方法が必要となる。 ・ 他の専門職がアドバイザーとして同席し助言を行う場合には、専門職の自立性を尊重した運営方法、特に介護支援専門員はケアプランを作成できる唯一の専門職であることに留意する。

22	平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 入院時に介護を受けるケアマネジャーと医療機関等職員との連携を踏まえたケアマネジメンの質の向上に関する調査研究事業報告書	株式会社日本能率協会総合研究所	2017-03	○目的：入退院時における一連のケアマネジメンの質の向上を図るために、ケアマネジャーは入院直後から患者の退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、利用者の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を検討し、標準的な工程作りを行うことを目的とされている。 ○方法：事業内容は以下の通りとされている。 ・委員会の開催（計2回） 医師をはじめとした専門家・識者によって構成されており、「入退院時における医療機関等とケアマネジャーとの連携を踏まえたケアマネジメンの質の向上の在り方」についての検討、作業部会で作成した手引き案についての意見を聴取している。 ・作業部会の開催（計3回） 標準的な工程管理表案、各種フォーマット（様式類）および手引き案の作成を行っている。 ・現状把握（オープン情報の収集・整理、ヒアリング） 入院時、退院時についての様式はあるものの、退院前カンファレンス前、退院前カンファレンスのタイミングで活用する様式がないことが課題であると整理。 ヒアリング調査を訪問によるグループインタビューで実施。 ○結論：好事例施設のケアマネジャー等へのヒアリング調査において、入院中から退院、在宅移行までの多職種連携の主なポイントは以下のとおり。 ・事前準備（ケアプランの原案作成）の上、退院前カンファレンスに参加することが望ましい。 ・退院前カンファレンスの前に、ケアマネジャーが情報収集するためのサポートツールがあるとよい。 ・入院後の早い時期（3日～7日以内）に、患者の入院前の生活や状態像を医療職側と共有して、お互いに患者の在宅でのイメージを持って協働することが重要など 上記のポイントを踏まえ最終成果物として「入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き」が作成されており、具体的な様式および様式の活用方法等が示されている。
23	平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 入院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメンの在り方に関する調査研究事業報告書	株式会社日本能率協会総合研究所	2017-03	○目的：先行研究事業である平成27年度「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」（以下、平成27年度モデル事業）において、脳卒中発症経験者をターゲットに、再発予防のためのセルフマネジメンのモデル事業に取り組んでいる。その結果、支援者がいることでセルフマネジメン、所謂リスク管理の動機づけとなること、また脳血管疾患という既往症を踏まえ介護職が支援を検討することが求められるため、医療職と介護職の連携が図られることが確認できている。その一方で、使用したツール（情報連携シートやセルフマネジメンシート）に改善の余地があること、また脳血管疾患は介護が必要となった1原因であ

24	平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な介護予防ケアマネジメントに関する調査	株式会社日本能率協会総合研究所	2016-03	り、脳血管疾患以外の介護が必要となった原因とされる疾患について、セルフマネジメントの在り方やその有効性についてまでは確認できておらず、課題として残されていた。この事業においては、平成27年度事業の課題を踏まえてツールの改善を図りつつ、新たに認知症、心疾患、廃用性症候群等地域が抱える個別課題に対象を広げ、実施された。 ○方法：具体的な進め方は以下の通りであった。 ・モデル事業の準備 - ア.モデル事業参加の検討 - イ.平成27年度モデル事業セルフマネジメントの記録の分析 - ウ.様式の検討 - エ.情報共有体制の整備（サイボウズ） ・実施 - オ.モデル事業の実施 - カ.ヒアリングの実施 ・評価 - キ.モデル事業の評価（成果と課題の把握） ○結論：この研究事業で行ったことをまとめると、当該地域の中核的な医療機関と介護事業所等とのコーディネートレベルの連携を実現するとともに、これら連携する協働体を介護保険制度の保険者である市町村が中核となってコーディネートするというシステム（このシステムは、「セルフマネジメント支援システム」ということができる。）を創るという国際的にも稀少な取り組みを実施したとされる。さらに、この連携のプロセスを可視化するとともに、高齢者へのセルフマネジメントへの効果をも明らかにされていると報告されている。 期待された重要な成果は、以下の通りとされる。 1.高齢者のセルフマネジメントを実施するための様式を開発し、専門職がどのように関わり、その結果患者個人がどのように関与したかを記録した。 2.慢性疾患患者に利用可能なサポートの内容を検討した、これは、日本におけるセルフマネジメント支援を実現するためのサポートとして、どのような種類があるかを明らかにすることとなった。 3.セルフマネジメント支援の利用者像を検討した、これは効率的にサポートを提供できるのはどういう特徴をもった集団かを明らかにすることとなった。 ○目的：基本チェックリスト等の活用を踏まえて、アセスメントから自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定を行い、必要なサービスへつなげる手法等を含め、事例の収集を行い、調査分析することにより、介護予防ケアマネジメントの実施が円滑に行われていない、又はこれから実施する自治体・地域包括支援センターにとって、参考となる情報を整理することであるとされている。

	研究事業報告書			○方法：アンケート調査を行い、総合事業における介護予防ケアマネジメンツの実施体制等について、実施又は実施予定の市区町村の状況を定量的に分析し、全国的な状況を把握して頂く資料を提供。ヒアリング調査では、アンケート調査の実施を受けて、介護予防ケアマネジメンツ業務の実態を把握し、これから介護予防・日常生活支援総合事業へ移行する自治体にとって、どのような体制・業務内容となっているかを定性的に把握することを目的に実施されている。 ○結論：アンケート調査については、(1) 総合事業移行状況 (2) 介護予防ケアマネジメンツ実施体制・ルール等 (3) 介護予防ケアマネジメンツ取り組み状況でまとめられている。ヒアリング調査については、自治体毎に新しい介護予防・日常生活支援総合事業の全体構成、介護予防ケアマネジメンツ (第1号介護予防支援事業) の実施について、介護予防ケアマネジメンツのサービスの流れについて、介護予防ケアマネジメンツのサービスの相談窓口の運用ツールについて/介護予防ケアマネジメンツ実施において、市が独自で作成している書類について、介護予防ケアマネジメンツ支援について取組んでいること (予定含む)、介護予防ケアマネジメンツの今後の課題で構成されている。
25	平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業より良質で効果的なケアマネジメンツを実践するためのケアマネジャーのあり方と、支援を担う事業所の運営や体制に関する調査研究事業報告書	一般社団法人日本介護支援専門員協会	2016-03	○目的：本事業においては、居宅介護支援事業所及び介護支援専門員が事業所全体及び個別のケアマネジメンツの実践の中、ケアマネジメンツのプロセスにおいて、どのような視点を重視し、具体的な目標に対する適切なサービス事業所の選定基準とそのサービスの提供状況・結果の把握、様々な社会資源の活用等を行っているか調査を行う。もって、より良質かつ自立支援に資するケアマネジメンツを実践していくための視点を明確にするとともに、そのケアマネジメンツを行う介護支援専門員の育成のあり方を検討することと、目指すべき介護支援専門員のあり方を提案する。また、利用者本位のケアプラン作成の実践を支援する居宅介護支援事業所については、公正・中立性の確保を含めた適切な良質なサービスを提供するため、人材育成、ケアマネジメンツの点検や事例検討のための体制作りやネットワーク構築、研修機会の提供や地域の介護支援専門員の教育、地域活動への貢献など、その活動状況と経営状況の実態を調査することにより、得られた結果から適切な経営モデルの等の提案を行ったとされる。 ○結論：① ケアマネジメンツの実践状況/この結果を総括すると、介護支援専門員個人の要因としては業務経験年数が3年程度までの間については、業務経験年数の影響が大きい一方で、それ以上の業務経験年数の介護支援専門員については事業所の環境の影響を受けていると言える。ヒアリング調査結果等も踏まえると、介護支援専門員が、多職種をはじめインフォーマルサービスのスタッフや地域住民など、情報の収集に活用できる多様なネットワークを持っているほど、こうした情報を収集しやすいと考えられる。つまり、介護支援専門員にとって必要な情報を集めやすいような環境の工夫も課題と言える。② ケアマネジメンツの実践に共同的に影響を与えている事業

26	平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメンツの効果的運用に関する調査研究事業報告書	一般社団法人日本ケアマネジメンツ学会	2016-03	所の環境/阻害要因の可能性については、事業所の環境として、育成計画、研修や事例検討、法定外研修内容の共有といった、人こそが資源であるケアマネジメンツ業務において最低限実施されてしかるべき取り組みが十分に実施されていないと捉えられてしまうような状況にあると、事業所における評価制度への満足度も低く、結果的により良いケアマネジメンツの実践を妨げることにつながっている。一方で、人事制度や育成計画の整備、事例検討や法定外研修の実施といった取り組みについては、特定事業所加算を取得している事業所の方が実施している割合が大きい。つまり、特定事業所加算を取得している事業所の方が、ケアマネジメンツの実践を阻害している要因が少ないという評価ができる。③ ケアマネジメンツの実践に影響を与える可能性のある環境の工夫/調査結果からは、事業所の運営環境がオープンであり、運営方針に対する満足度が高く、かつ地域とのつながりを作るような取り組みへの積極性が見られると、より良いケアマネジメンツの実践を促進する影響が期待できることが明らかにあった。ただし、こうした事業所環境に関する取り組みの有無については、特定事業所加算の有無や事業所の規模との間に関係性が見られない。このことはつまり、ケアマネジメンツの実践の『促進』については、事業所の規模や特定事業所加算の有無に関係なく、事業所の置かれた環境に応じた工夫によって取り組みを推進できることを示している。④ 地域包括支援センターあるいは自治体による地域内での連携促進の取り組みの必要性/本調査の結果からは、地域とのつながりが多い事業環境であるほど、ケアマネジメンツの実践を促進させる可能性が指摘された。一方で、例えば地域ケア会議への事例提供については、「地域ケア会議が開催されていない」という回答も一定数あった。地域ケア会議は、介護支援専門員と地域とのつながりを作る機会の一つでもあり、今後は地域包括支援センターや自治体が、こうした地域内における介護支援専門員と他のステークホルダーとの関係構築を促進する機会の創出の取り組みも必要であるとされる。 ○目的：「ケアマネジメンツプロセスの手引き」は、自立支援の理念のもとケアマネジメンツのプロセスを示すことにより、質の高いケアマネジメンツ人材を育成することを目的として本学会で作成されている。この手引きは介護支援専門員がケアマネジメンツを実践する現場で、直面する様々な課題を解決するための指針となることを目指したものである。昨年度調査では手引きの素案が作成されたが、基本的な内容にすぎず項目数が過多である等、改善の必要があった。今年度調査では地域包括ケアにおける今後のケアマネジメンツとしてより重要度が増す「入退院」、「認知症」、「ターミナルケア（看取り）」、「多職種連携」、「障害から介護への移行」の5つの観点から、手引きの改訂と検証を目的に調査を実施したとされる。 ○内容：以下の3つの調査を実施されている。(1) ケアマネジメンツプロセス手引きの改訂と検証 (2) 「地域同行型研修」講師人材養成研修の実施と検証 (3) 「地域同行型研修」講師人材バンクの設立と運用であったとされる。

27	平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 人・家族の視点を重視する認知症ケアに向けたグループホームの地域拠点化と新たな本人視点の質確保策のプロセス開発に関する調査研究事業報告書	特定非営利活動法人 地域生活サポートセンタ	2016-03	○結論：1) 手引きの項目の分かりやすさ、有用性に関する調査2) ケアマネジメン トプロセスの実践度、重要度に関する調査。特に、2) においては、介護支援専門員が 自らのケアマネジメン トプロセスを「評価」する機会が制度的に確保されているとは 言えない。現状を踏まえると、「評価」プロセスにおいて本手引きを活用することによ り、各ケアマネジメン トプロセスが適切に実施されたかを確認することが重要であ る。今後、介護支援専門員がケアマネジメン トプロセスを実践し、質の高いケアマネ ジメン トを提供するために、介護支援専門員が自己評価を行う機会や他者からの客観 的な評価を受ける機会を確保することが望ましいとされる。 ○目的：これまでのグループホームにおけるサービスの質確保・向上をプロセスで評 価する視点から、認知症の人自身がより良く暮らしているかを「本人の暮らしの状況」 や「より良い暮らしの実現の支援」によって評価する視点へ移行することが求められ ており、それに対応するため、本人視点に基づく質確保のプロセス開発を行うことを 目的とする。また、各評価制度や運営推進会議等の特徴を活かしつつ、本人の状況把 握とより良い暮らしに向けた支援の点検、協議、共創の場の創出にかかる有効な取組 や運営手法について検討を行うことも、併せて目的とされる。 ○結論：本研究事業の目的に沿って、グループホームの運営推進会議や外部評価につ いて、その実態や現状の把握に進展が見られたその一方で、本事業の実施を通じて新 たに認識された課題や、本事業では検討対象としなかった課題が改めて認識された。 こうした諸課題についても、解決・改善に向けて前向きに取組みを進めていくことが 重要であるとされる。 － 残された課題 ・ ツール（各シート）を使用する目的の再整理 ・ ツール類の位置づけ（アセスメントとコミュニケーションの機能整理） ・ ツール（各シート）の工夫と改善、ツール（各シート）の目的と活用に関する説明 （使用方法や活用方法を分かりやすい表現で説明すること） ・ 事業所負担を低減化するための仕組み（全体の流れ）の構築・改善 ・ 運営推進会議や外部評価を単に制度上の義務として捉えるのではなく、「本人本位 のケア」や「グループホームにおけるケアの質向上」を実践・実現していくために必 要な一連の取組として捉えるべきということを、いかに参加者や関係者の共通認識と して周知徹底を図っていくか。また、その効果的な取組み方など ・ 運営推進会議の効果的な実施方法等を含めた、グループホーム事業所や地域の方に 対するサポート策の検討（普及ガイド、推進研修等） ・ 各評価制度や運営推進会議等、制度面の見直し・点検やそれに伴い必要となる対応 や作業、ツール類の洗い出し

28	平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメンツの質の評価及びケアマネジメンツへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告書	株式会社日本能率協会総合研究所	2015-03	○目的：本事業においては、介護支援専門員によるケアマネジメンツの質を評価するにあたり、ケアマネジメンツ過程における具体的な業務内容、実施状況を明らかにすることを目的とし、特に「臨床的統合」の実現を図ると考えられるサービス担当者会議に焦点をあて、今後の介護支援専門員におけるケアマネジメンツ機能の向上に資する基礎的資料を提供することを目的とされている。 ○結論：以下のようにまとめられている。 メザニンとは中2階の意味を指す。白木によると、高齢者の大多数を占めるがアクティブシニアと呼ばれる元気な高齢者で、アクティブシニアの割合は全体うち83 %とされている。このアクティブシニアでもなく、要介護認定を受ける虚弱高齢者でもない中2階にある、ハイリスクで今後介護認定を受ける可能性の高いグループをメザニンシニアとしている。アクティブシニアのうち、30～40%がこのメザニンシニアに該当するといわれている。今後の介護保険サービスを利用する利用者の意識や、いわゆる認定にはいたらないが、要支援状態の利用者で、改善が期待されるといった像だけでなく、現在は、なんとか健康を維持しているが、FRAIL な状態をもった、いわゆるメザニンシニアが増加することを予想し、居宅介護支援計画の作成や給付管理に加え、介護保険サービスの利用の有無に関わらないセルフケアおよびセルフマネジメンツに、介護支援専門員がどのようににかかわるかといった新たな役割について検討を行っている。これから、メザニンシニアが自らの健康を維持するために、本研究で示された網羅的な項目を利用することで、セルフマネジメンツの工程を明示化できたことは、利用者自らが、マネジメントをする際の有用なメルクマールとなる可能性がある。これまで、介護支援専門員の実施するケアマネジメンツプロセスが、利用者の利用するサービスの種類や利用者自身の状態像によって、どのように変わるかといったことについては、臨床的な知見が示されていたが、エビデンスに基づいた報告はほとんどなされてこなかったが、今回の分析から、少なくとも職種でサービス調整を行うとされてきたサービス担当者会議の工程には、利用者の状態像や、サービス種類数によって差異があることが明らかになった。つまり、ケアマネジメンツプロセスは、利用者の状態像や利用するサービスによって、実態として、すべてに異なった工程が採られている。このため、今後は実態を吟味し、画一的にサービス担当者会議の在り方を規定するのではなく、利用者の実態に即した会議開催の在り方を検討すべきと考えられる。その際に、先に述べた、メザニンシニアから、要支援状態の利用者には、慢性疾患の管理を含めたセルフマネジメンツ支援に注力できるようケアマネジメンツプロセスを新たに検討すべきとされている。

29	ケアマネジメンの現状と 将来への提案 効果的・効率 的な提供に向けて	老年精神医学雑誌, 26(2):159-167, 2015 白澤政和	2015- 02	○目的：介護保険制度に位置づけられているケアマネジメンについて、その目的、構造と過程の評価について、現状から将来に向けての改革の提案。具体的には、ケアマネジメンの目的の確立に向けて、①自立支援の明確化、②介護者支援の追加。ケアマネジメン構造の改革としては、①中立公正な仕組みづくり、②ケアマネジメンと情報提供との機能分離、③認知症高齢者バージョンのケアマネジメンの確立を提案されている。 ○方法：介護保険制度創設から15年目を迎えるが、その際に導入されたケアマネジメンはどのような現状にあるのかを概観的にとらえ、2025年に向けての長期的な展望に立ち、その効果・効率を高めていくために求められる改革案を提案する。ケアマネジメンはシステムと実践から成り立っていると考えられるが、前者の介護保険という制度面と後者のケアマネジャーという実践面の両面から、どのように改革すれば有効性の高いケアマネジメンになるのかを展望している。 ○結論：構造評価としてのケアマネジメンの現状の課題は3つ。①ケアマネジャーの中立公正が保ちにくい構造②ケアマネジメンは重度者には効果が大きく、軽度者にはケアマネジメンの効果・効率が低い③認知症高齢者バージョンのケアマネジメンを確立されていない。モニタリングについて個々人のニーズの変化に合わせたモニタリング頻度になっていないのではないかといった危惧がある。また、中立公正なケアマネジメンのために、購入側と提供側の分離(purchaser-provider split)とといった諸外国の事例も参考にすべきではないかとされている。
30	平成26年度厚生労働省老人 保健健康増進等事業 介護 保険サービスにおける質の 評価に関する調査研究事業 報告書	株式会社三菱総合研 究所	2014- 03	○目的：我が国におけるアウトカム評価については第81回介護給付費分科会において以下の整理がなされている。 －利用者の状態像の改善に取り組む質の高い事業所にインセンティブを付与することとは重要な取り組み。 －直接的にアウトカム評価を行うことは問題点が多いが間接的に評価する方策は考えられる（アウトカム指標と関連のあるストラクチャー指標、プロセス指標等を評価する方法、pay for reporting の考え方を取り入れる方法） －評価方法の検討に向けては事業所・施設にとって負担とならない仕組みによって、さらなるデータ収集が必要。本調査研究は、介護保険サービスの質の評価手法の検討に向けて、今後、持続的・現実に収集可能なデータ及び収集の仕組みについて検討を行うことを目的として実施したとされる。 ○結論：ケアの質を評価するための項目（評価指標）の考え方については下記のようにある。 本研究事業では、現在の仕組みで収集することが困難なプロセス・アウトカム情報として提供されているサービス内容及び身体・精神状況の情報を収集し、持続的に蓄積・分析が可能かどうかの検討を行った。その結果として、今後、現実に収集が可能な情報及び、それを活用したサービスの質の評価手法の検討に向けた可能性を明らかに

31	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業介護支援専門員及びケアマネジメンツの質の評価に関する調査研究事業報告書	株式会社日本能率協会総合研究所	2014-03	した。ただし、先行的に取り組みられている事例によるデータでは記録の定量化等の面で課題があり、今後、介護保険制度に導入する項目については、留意が必要と考えられたとされる。 ○目的：介護支援専門員によるケアマネジメントの質を評価するにあたり、ケアマネジメンツ過程における具体的な業務内容、実施状況を明らかにすることを目的とし、とくに「臨床的統合」の実現を図ると考えられるサービス担当者会議に焦点をあて、今後の介護支援専門員におけるケアマネジメント機能の向上に資する基礎的資料を提供することを目的とされている。 ○内容：介護支援専門員によるケアマネジメントの質を評価するにあたって具体的な業務内容、実施状況のなかで、サービス担当者会議に焦点を当て、今後の介護支援専門員におけるケアマネジメント機能の向上に資する基礎的資料を整理することを目的とし、以下の事業内容とともに、本調査で設置された委員およびワーキングメンバーの執筆とともに、今後のケアマネジメントの質の評価、多職種協働の考え方や職能団体、保険者からみた介護支援専門相談員の評価等についての課題や今後の在り方を提示されている。 ○結果：掲載されているテーマおよび介護支援専門相談員に求められている内容は以下のとおりとされる。 アンケート調査の結果を踏まえ、サービス担当者会議の今後の在り方について委員会で議論されている。論点は以下のとおり。 ◆よいケアプランが作成できるサービス担当者会議 ・よいケアプランを作成するために多職種が集い専門的な立場からアセスメントを行い、ケアの方向性について共有するため、会議の開催が義務づけられている。 ・調査結果から、重要な会議として位置づけられておらず形骸化していることがわかった。サービス担当者会議の開催は義務であるが、会議の開催は必要かという意見あり。 ◆サービス担当者会議を行わなくても問題のないケース ・義務であるサービス担当者会議の在り方を見直す場合は、国として「開催すべきケース」「開催の必要のないケース」を示す必要がある。利用者の状態像別に本実態調査の結果を詳細に分析し、客観的な判断基準を提示する必要がある。 ◆サービス担当者会議における医師の関わり方 ・サービス担当者会議への必須参加は困難だが、書面での意見提示は可能。 ・医師を含むサービス担当者会議の参加者との合意形成において、ケアマネジャーのスキル向上も必要。 その他、報告書への寄稿として委員個々の課題認識および介護支援専門員の今後の在り方等が掲載されている。掲載されているテーマおよび介護支援専門相談員に求められている内容は以下のとおり。

32	平成25年度老厚生労働省老人保健健康増進等事業 アマネジメンツへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告書	株式会社日本能率協会総合研究所	2014-03	◆介護支援専門員によるケアマネジメント機能の評価の考え方（サービス担当者会議に着目して） ・サービス担当者会議の機能、現状を整理したうえで、他職種協働を実現するために介護支援専門員が実施すべき事項を整理している。 ◆介護支援専門員の評価においては多職種協働をマネジメントしていけるかが重要なポイントとしている。 ・介護支援専門員及びケアマネジメントにおける多職種協働の考え方 ・地域ケアシステムの構築において、介護支援専門員は他職種が地域の中で担っている役割・機能を学び、職種間の専門性をつなぐスキルが求められる。 ・個別支援だけでなく、地域に責任を持つ地域支援についても期待される。 ◆介護支援専門員の保険者による評価の視点 ・武蔵野市におけるケアプラン指導研修事業および保険者としての評価の視点を紹介している。 ・今後、政策提言（市単独サービスへの提案）、地域包括ケアを推進することを目指した居宅サービス計画書の書式の見直しに関する国や保険者への提案を、介護支援専門員に期待するとしている。 ◆保険者におけるケアマネジメントの質の評価の視点 ・和光市における介護支援専門員への多職種連携のための支援内容について紹介している。 ・地域包括ケアのあるべき姿とその必要性が記載されている。 ◆介護支援専門員によるケアマネジメント機能とは ・地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員に求められるスキルや今後の育成、資質の標準化を今後の課題としている。 ○目的：本調査研究事業は、地域包括ケアシステムにおける保険者において、セルフケアの推進は喫緊の課題であり、今後、全国の自治体でセルフケアの在り方を検討する際には、本調査研究事業結果が職員の基礎知識向上に寄与することを目的に、介護予防事業等から派生した自主グループ活動に焦点を当て、国内の取り組み状況を調査分析するとともに、海外の先進事例について調査を行ったとされる。 ○結論：高齢者が慢性症状を持つている中で、高齢者自らが自身の健康管理において主体的な役割を担うよう要請していくための方策として、セルフケアの支援方法や支援内容を明確にするために実施された。この結果、海外の先進事例として、イギリスの調査結果からは、日本の現在の規範意識の改革の難しさを克服するための方策の必要性が提言された。しかしながら、全国の自治体の調査によって、わずかながらあるがセルフケア支援も実施され、興味深いプログラムも存在していることから、普及に向けての可能性があることも示された。将来的には、日本版「養生のすすめ」の在り方を検討することが必要であり、また、その素地も示されつつあることから、本調査研

33	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業報告書	特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	2014-03	究事業結果もまた、これらの在り方を検討する際の参考となると考えられるとされた。 ○目的：地域密着型サービス・小規模多機能型居宅介護が創設され丸7年が経過し、全国で約4,267か所の事業所が展開している（平成26年1月請求分）。このたびの事業は、質の高い小規模多機能型居宅介護の推進を図ることを目的に実施したとされる。（1）小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた取組事例の収集（事業所の基本情報及び運営推進会議の積極的活用、事業所内の人材育成や研修、行政や地域連絡会等協働しての人材育成・研修等）（2）日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方、地域での役割・拠点機能の検証（日常生活圏域の地域住民の役割、機能、あり方）（3）小規模多機能型居宅介護の運営推進会議等の地域住民の参画による地域からの評価及びその前提となる自己評価等のあり方及び項目、担い手の育成、公表等） ○方法：2013年9月時点において、サービスを提供している小規模多機能型居宅介護事業所全数4,194件を対象とし、調査票を郵送配布・郵送回収とした。回収件数は、1641件（39.1%）、有効回答は1,627件（38.8%）だった。先駆的実践を取り組む事業所及び自治体へのヒアリング調査を実施。質の確保・向上に向けた実態調査を実施。調査だけでは出てこない部分を、各地に連絡会と意見交換も含め、情報を集約したとされる。 ○結果：明らかになったことは、小規模多機能型居宅介護利用者平均像 ・平均年齢84.09歳女性8割 ・要介護度2.56 ・日常生活自立度A2が多い。 ・認知症自立度Ⅱb又はⅢaが多い ・利用開始3年未満 ・子世帯同居が減り独居・老老世帯が増えている ・戸建てに暮らす人が多い ・小規模多機能までの距離は5キロ程度が多い ○1日当たりの訪問延べ回数の増加 ・小規模多機能型居宅介護の制度開始当初は「通いを中心に訪問や宿泊を組み合わせて・・・」という文言通り、自宅から通うことが利用の中心であった。しかし、近年は、利用者の独居を支えることが多くなるなど、通うだけでは利用者を自宅から離すことにもつながり、多様な支援を模索してきた。そういった中で、連絡会等を中心にした研修などで独居の高齢者の暮らしを地域と共に支える事例発表などが行われ、職員は利用者が自宅で暮らし続けていくための多様な支援をしてきた。一方、職員数をみると常勤換算で10.61人であり過去3年を見ても大きな変化はない職員数が増加し

34	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業報告書	一般社団法人日本作業療法士協会	2014-03	ていないにもかかわらず、訪問という人手のかかる支援が増加している状況をみると、現場職員に負担が重くなっていると推測できるとされる。 ○目的：生活行為向上マネジメントの効果の効用値の変化を明らかにする。入所時に在宅での訪問を行い、インテーク時にADLやIADLの課題と本人・家族の生活の希望のギャップを含め、生活行為向上マネジメントを実施することでのスムーズな退所に向けた効果を検証するものとした。マネジメントの質を測定する評価方法を開発し、質の向上にむけた研修や連携スキルの在り方についても検討、実践したとされる。 ○結果：以下のことが報告されている。 1. 介護保険領域における生活行為向上マネジメントによる介入効果;通所事業利用者について、生活行為向上マネジメントによる介入は効果が持続していることを確認した。老人保健施設入所者では、介入後に示すように介入群の健康関連QOLが向上したが、その後は徐々に低下し、対照群との差を認めない程度になった。老健に入所し続けているという、対象者の特性が影響しているのかもしれない。その観点では、退所した対象者の特性にこそ、生活行為向上マネジメントの効果が表れている可能性もある。 2. 老人保健施設入所時インテークにおける介入の効果検討事業;OTが立案したマネジメントに基づいた計画は、約9割の対象者のケアプランに反映され、そのうちの多くの対象者では、他職種で連携して行う内容としてケアプランに盛り込まれていた。2月末日の段階では、全対象者のうちの4分の1が退所していた。他職種の約5割は、通常の計画書に基づきリハビリとマネジメントに基づいたリハビリの違い、およびマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じていた。他職種は、退所支援におけるOTの入所前からの介入について、有効であると考えていることが分かった。 3. 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業;生活行為向上マネジメントを理解する上での研修の在り方を検討 従来の作業療法と異なり、生活行為向上マネジメントには作業療法の実践を通して対象者の在宅生活を視野に生活全般のマネジメントをする視点、またチームに対する積極的提案ができればよいなどチームマネジメント視点、地域の社会資源の活用を視野に本人のしたい生活行為が在宅で継続できるための地域の社会資源をマネジメントする視点が求められる。このことから、研修で必要な知識は1マネジメントの知識、2地域の社会資源を含め制度の知識などが必要であると言える。 4. 生活行為支援モデル事業 ;1)生活行為確認表について (1)生活行為の不自由さは、年齢とともに増加することと男性より女性の方が不自由さを感じていることがわかった。(2)50歳代の就労年齢の方々も20項目のうちの一項目以上約4割の方が感じていることがわかった。(3)生活行為確認表は、している生活行為の不自由さを特定高齢者になる前の早期の段階で把握できることがわかった。(4)要支援ではほとん

				どの者が生活行為に不自由さを一項目以上感じていることがわかった。(5)一方、要介護者では、していない生活行為が増えるため、1割の者が生活行為に不自由を感じていないと答えていた。(6)不自由を感じる生活行為は年齢、性別ともに関係なく「重い物の運搬」や「階段昇降」「立ち座り」が挙げられ、ライフステージに伴せた運搬方法や生活環境の工夫の情報提供・周知が必要であると考えられた。また、併せて起居動作や筋力を強くする運動や体操などのアプローチが求められる。2)高齢者嗜好調査表について 地域の特性や歴史によって、地域の住民が「してみたい・興味がある」項目が異なることがわかった。「高齢者嗜好調査表」は地域の高齢者の活動のニーズを把握する上で活用できるツールである。活動のニーズに合わせた社会資源の開発または場を提供していくことが求められる。3)市町村自治体を実施する生活圏域ニーズ調査に「生活行為確認表」や「高齢者嗜好調査表」を活用することで、地域の住民の生活行為のニーズにあった生活行為を取り組むべき運動の内容を把握できる。さらに、高齢者の活動のニーズも把握でき、地域の社会資源の開発、再利用など地域づくりのツールにも活用できると考えられる。 ○目的：サービス評価の現状とその効果、ならびに課題について検証することとおして、サービス評価制度のあり方そのものについて検討を行うことを目的とする。また、検証結果に基づき、効果的に外部評価を実施するための評価機関・評価調査員の要件を明らかにし、全国レベルで評価調査員の均質化を図るための人材育成プログラムの開発ならびに評価機関の質向上に関して取り組むとともに、サービス評価の理解と活用に向けた啓発、情報提供を行う。これらによって、地域密着型サービスの質の確保・向上に資することを本研究事業の目的とされている。 ○方法：サービス評価制度における現状調査・分析を、サービス評価対象事業所へアンケートにより行ったとされている。 ○結果：①自己評価の実施状況や自己評価の効果、意義に関する意識②外部評価機関を選ぶ際の理由、効果、意義に関する意識③評価実施後の取組について④運営推進会議における評価の活用状況⑤自己評価や外部評価の制度に関する意見・要望等についてまとめられている。
35	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 地域密着型サービスの質向上のためのサービス評価制度のあり方に関する調査研究事業報告書	特定非営利活動法人 地域生活サポートセンター	2014-03	○目的：東京都では、平成25年度にケアマネジメントの質の向上について、「東京都高齢者保健福祉施策推進委員会 地域ケア会議推進部会」に「ケアマネジメントの質の向上分科会」を設置して検討し、その結果をガイドラインとしてまとめている。 ○結論：本ガイドラインでは、ケアプランに着眼した①「自己点検」、②「ケアプラン点検」、③「多職種との連携・協働」の手法によるケアマネジメントの質の向上について記載されている。「自己点検」は、「ケアプラン点検」と「多職種との連携・協働」とを一緒に行う内容となっている。なお、ケアマネジメントの質の向上は「自己点検」「ケアプラン点検」「多職種との連携・協働」のみで達成されるものではなく、介護支

				援専門員が日々の業務における内省や研修への参加等により、自己研鑽を積みながら身に付けていくものであるとされている。また、「基本情報シート」や「リ・アセスメント支援シート」「ケアプラン第1表～第3表」といったツールについても作成、整理されている。
37	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護支援専門員の資質向上及びケアマネジメンの質の向上に資する研修制度に関する調査研究事業報告書	一般財団法人長寿社会開発センター	2014-01	○目的：介護支援専門員の資質に差があるとの指摘があり、「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における議論の中間的な整理」においては、資質向上に向けて介護支援専門員の養成、研修の見直しを図る必要があるとの指摘がなされた。介護保険制度の理念の実現に向けて、自らに期待されている役割を果たせる介護支援専門員を要請するため、現行の養成や研修のあり方の見直しを急務にしていた。そこで、介護支援専門員の専門性を高め、その資質を向上させていくため、介護支援専門員に係る各種法廷研修の実施方法や研修時間数、研修カリキュラム等について調査研究を行い、介護支援専門員の養成のあり方に資することを目的としたとされる。 ○方法：学識経験者、在宅や施設の現場で活動している介護支援専門員、ケアマネジメンに関わる様々な職種にて構成される「介護支援専門員研修カリキュラムの在り方検討委員会」を設置。検討委員会は、年度内に6回開催。カリキュラム内容の詳細を検討するため、随時、委員へのヒアリングの機会を検討委員会とは別に設けたとされている。 ○結論：介護支援専門員の養成の在り方に対する提案として、次のように挙げられている。 基本的な考え方 (1) 養成の方向性 ・高齢者が尊厳を持って、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう（在宅の限界点を高めるよう）、地域包括ケアシステムの中で、各サービスの橋渡しをするケアマネジメンが行える介護支援専門員を養成する必要がある。そのような利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援を行う上では、重要なプロセスの1つである「アセスメント」の能力を特に強化していく必要がある。また、医療等との連携も行いつつ適切なケアマネジメンを行い、多職種協働を機能させるためには、相談援助とマネジメンの専門性を徹底させるべきである。このような能力は、ケアマネジメントに関する理論に基づき、実践における利用者・家族や地域との関わりの中で初めて修得できることから、介護支援専門員の養成は、生涯学習を前提とし、法定研修と、職場や地域におけるOJT、OFF-JT（自己研鑽を含む）を組み合わせたものとなる。 ・したがって、法定研修は、介護支援専門員の養成の各段階において、ケアマネジメントに関する理論の修得・再確認と、実践の振り返りを促す内容とすることが望ましい。

				(2) 養成の全体像と各研修の位置づけ ・上記の養成の方向性を踏まえた、介護支援専門員の養成の全体像について整理を行った。全体像では、養成の各段階における実践の目標と、そこに至るまでの法定研修、職場や地域における OJT、OFF-JT の位置づけを示した。 ・養成の全体像における、各法定研修の位置づけは以下の通りである。 1 実務研修:実務に就く前に、ケアマネジメントの基本に関する理解を徹底する。 2 専門研修課程 I :就業後 6 ヶ月~概ね 3 年程度で受講し、実践の振り返りと、多様な事例への対応力を強化する。(概ね 2 年未満に受講を開始する必要がある) 3 専門研修課程 II :就業後 3 年~5 年で受講し、個々の事例の実践を一般化して実践のレベルアップにつなげる視点を強化する。 新「実務研修のカリキュラム」(案)、新「専門研修課程 II」のカリキュラム (案) を作成し、報告されている。

38	平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業介護支援専門員の資質向上とケアマネジメンの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書	株式会社日本総合研究所	2013-06	○目的：質の高い介護保険サービスの提供において質の高いケアマネジメンの重要性とされているが、質の評価手法が確立されていない。また、平成23年12月に出生された社会保障審議会介護給付費分科会でも「利用者の適切なアセスメントの実施不足、サービス担当者会議における多職種協働の機能不足、医療関係職種との連携不足」として、ケアプランやケアマネジメンの評価・検証手法についての検討の必要性が指摘されている。 ○内容：質の高いケアマネジメンの提供のためには、ケアマネジメンの質の概念を整理した上で、評価手法の確立に向けた検討が必要であるとして、以下の事業内容を通じてケアマネジメンの質的評価を検討するための基本的な枠組み（ケアマネジメンの質的評価モデル素案）を取りまとめている。 ○結果：以下の通りとされている。 ◆ケアマネジメンの質的評価に関する文献調査 ・先行研究の結果では質的評価の指標として「構造（ストラクチャー）」「経過（プロセス）」「結果（アウトカム）」が示されており、個々の調査評価指標の検討は実施されているが、総合的に評価するための検討がない。 ・上記を踏まえ、「構造（ストラクチャー）」「経過（プロセス）」「結果（アウトカム）」を総合的に評価するために「ケアマネジメンの質的評価を考えるための全体フレームワーク」を作成。 ◆ケアマネジメンの質の構成概念に関するインタビュー調査 ・上記「ケアマネジメンの質的評価を考えるための全体フレームワーク」の中で、介護支援専門員における「構造（ストラクチャー）」「経過（プロセス）」について、インタビュー調査の結果を基に「介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメンのプロセス評価項目」を検討。 ◆ケアマネジメンの質的評価を行うための評価軸の整理 ・文献調査、インタビュー調査を踏まえ、実際に評価を行う際の評価軸の整理を実施。 ◆今後の課題 ・評価の精度向上に向けたデータの蓄積および検証が必要。 ・プロセス評価以外の項目の検討が不足（考え方のみを整理）。 ・事業所における自己評価、第三者評価での活用を視野にいった様式が必要。
39	平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業介護支援専門員の資質向上とケアマネジメンのあり方に関する調査研究事業「ケアマネジメン詳細検討結果に基づく新様式（案）等	株式会社日本総合研究所	2013-06	○目的：平成23年度に実施した「介護支援専門員の資質向上と今後の在り方に関する調査研究事業」（No.1）では、介護支援専門員が実施しているアセスメントの思考過程の可視化に寄与する様式として「課題整理表（仮称）」を提案しており、この課題整理表（仮称）の具体的な活用方法の実証が必要とされていた。 ○内容：課題整理表（仮称）の活用方法の実証に向け、同表の活用方法に関する活用方法の研修会を企画・開催し、研修テキスト、カリキュラム等の妥当性の評価および、同表を活用するための課題について整理されている。

	活用に関する実証事業」		【事業内容】 ・研修テキスト作成 中央研修講師の助言を踏まえ、課題整理表（仮称）および評価表の記載方法に関する研修テキストを作成した。テキストは、全てのブロック研修で共通して使用した。中央研修カリキュラム（ブロック講師の養成）、ブロック研修カリキュラム（介護支援専門員向け）を検討。テキストは両研修共通。 ・証に向けたブロック研修講師の養成（中央研修） 全国 6 ブロックのブロック指導者（計 17 名）を選定し、中央研修を実施した。課題整理表（仮称）および評価表の活用に関する研修と、各講師によるブロック研修の進め方の指導、質疑応答を実施した。 ・証に向けた課題整理表（仮称）等の活用研修（ブロック研修） 中央研修を受講した講師が説明役となり、全国 6 ブロックで計 11 回の研修会を開催した（参加合計：132 事業所、274 名）。 ○結果：【事業の評価】は次の通り。 ◆カリキュラムならびにテキストの妥当性 ・「課題整理表（仮称）」の活用の納得感が得られた。 ・地域包括ケアの実現のため、多職種連携が必要であり共通の様式が必要かつ有効であることの理解が得られた。 ・研修で使用した書式を前提とすれば、研修テキストの妥当性が確認できた。ブロック研修参加者の大半が演習を円滑に進めることができていたことから、説明に用いた研修テキストが妥当であったと評価できる。 ・介護支援専門員の資質向上のため、地域のリーダーが研修講師を務めたことによる人材育成が進んだ。 ◆今後の課題 ・「課題整理表（仮称）」の記載例不足（研修では 2 例提示にとどまる）。 ・演習用事例の情報不足→情報不足により演習が止まる受講者が発生。 ・演習時間不足。 ・業務経験年数が短く、情報の収集と分析に十分習熟していない受講者に対しては、アセスメントに関する振り返り学習を含め、演習の時間を多く取る必要がある。 ・研修テキストでは記載例（事例）として 2 例を掲載したが、今後の実証的活用の結果を踏まえつつ、より多くの記載例をテキストに加筆する必要がある。

40	平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの実態調査をふまえた保険者の機能強化に関する調査研究事業 保険者の機能強化に資する「圏域別・状態像別の地域分析」の手引き報告書	株式会社日本総合研究所	2013-03	○目的：本手引きでは、保険者がこれらの取り組み、すなわち「地域包括ケアマネジメント」を進める上で土台となる情報を得られるよう、「地域の高齢者の状態像と、サービス利用状況を総合的に分析する方法」を提案している。既存の分析と異なり、状態像とサービス利用状況を紐づけて分析することで、介護保険制度が目指す「状態像に応じたサービス提供」を実現する一助になることを狙いとしていている。 ○手引きの特徴は次の通りとされる。 ・基本編と実践編の2部構成。 ・基本編では、介護保険制度の現状を踏まえ、保険者が現在直面している課題と、その解決に向けてどのような保険者機能の強化が求められているかを解説。 ・実践編では、保険者機能の強化の第一歩として、圏域別の高齢者の状態像、及び状態像別のサービス利用状況を把握することで、地域の高齢者の特徴を捉えるためのデータ活用の方法を紹介。 ○結果：基礎編では、保険者がいま取り組むべき3つの課題と、対応にあたるための基本的な考え方、取り組みの選択肢を紹介。介護支援専門員、介護職の専門性向上の支援法等についてまとめられている。実践編では、これらの取り組みのベースとなる「情報の収集・活用」を取り上げている。示唆については、「サービスの妥当性に関わる示唆」、「サービス供給量（の過不足）に関わる示唆」、「マネジメント上の示唆」、「その他の示唆」のいずれに分類されるものであるのかを整理されている。
41	平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアプランの質的評価指標の開発に関する調査研究事業報告書	公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団	2013-03	○目的：本研究事業は、高齢者の包括的なアセスメントツールとして評価の高いMDS-HC（現インタライ方式ケアアセスメント）を、居宅介護支援事業所のサービスの質評価・改善に生かす取り組みである。本研究事業では、以下の点を目的とする。① MDS方式の”HC-QI（Home Care Quality Indicators）”を居宅介護支援事業者に適用し、介護支援専門員がケアプラン作成時に記録した利用者のアセスメントデータに基づいてケアのプロセスやアウトカムを表わす指標を算出する。② 算出された指標が我が国においても活用可能であるかを検証したとされる。 ○方法：報告書によると次の通りとされている。① 居宅介護支援事業所で入力されたアセスメントデータを、ソフトベンダーのシステムを介してダウンロードし、データベースを構築する。② 構築されたデータベースをもとに HC-QI 値を算出する。③ HC-QI 値を居宅介護支援事業所にフィードバックし、介護支援専門員がケアプランの見直しを行う④ ケアプランの見直しに関するアンケートを提出する。 ○結果：結果については次の通りとされる。居宅介護支援事業所5法人 15 事業所より、5994 件（利用者 2619 人分）のアセスメントデータをダウンロードし、データベースを構築した。HC-QI の 22 の指標の算出には、このうち 1975 名分のデータを用いた。まず、算出された HC-QI 実測値をもとに、事業所全体の平均をアメリカ・カナダのデータと比較した。また、全事業所のリーダーチャートを作成してケアの質を可視化した。さらに、HC-QI の結果を事業所にフィードバックし、介護支援専門員に

42	平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書	株式会社日本総合研究所	2013-03	ケアプランの見直しを行ってもらったところ、具体的なケアプランの改善策が示された。HC-QI の有用性に関するアンケートには 76 名(70.3%)の介護支援専門員が回答し、そのうち 7 割以上から肯定的な意見を得た。以上の結果から、わが国における居宅支援事業所の質の評価指標への、HC-QI の活用可能性が示唆された。なお、本事業の成果を広く公表するために、専用ウェブサイト(http://www.dia.or.jp)を開設した。 ○目的：介護保険制度の中において、ケアマネジメントが中核的役割を果たし得るためには、ケアマネジメントの質の向上に向けてケアマネジメントの質の概念をどう捉え、評価するかが重要になる。そこで、本事業では、以下を実施目的とした。①文献検討およびインタビュー調査に基づき、ケアマネジメントの質の構成概念を抽出する。②抽出した質の構成概念に基づいて、ケアマネジメントの質の評価モデル(素案)を作成するとともに、評価項目を整理する。③ケアマネジメントの質の評価を行うに当たっての課題や今後の方向性をとりまとめたこととされる。 ○方法：本事業では、①文献レビューによる現状把握、②インタビュー調査の逐語録による質的分析の実施、③評価モデル(素案)作成、および評価項目の検討、という方法で事業を実施したとされる。 ○結果：質の高いケアマネジメントの提供のためには、ケアマネジメントの質の概念を整理した上で、評価手法の確立に向けた検討が必要であるとして、以下の事業内容を通じてケアマネジメントの質の評価を検討するための基本的な枠組み(ケアマネジメントの質の評価モデル素案)を取りまとめている。 ・ケアマネジメントの質の評価に関する文献検討(8 文献) ・ケアマネジメントの質の構成概念に関するインタビュー調査(介護支援専門員 9 名) ・ケアマネジメントの質の評価モデル(素案)の作成及び評価項目の検討 ・検討委員会の開催(計 4 回) 調査結果として、下記等を記載している。 ◆ケアマネジメントの質の評価に関する文献調査 ・先行研究の結果では質の評価の指標として「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」が示されており、個々の調査評価指標の検討は実施されているが、総合的に評価するための検討がない。 ・上記を踏まえ、「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」を総合的に評価するために「ケアマネジメントの質の評価を考えるための全体フレームワーク」を作成。 ◆ケアマネジメントの質の構成概念に関するインタビュー調査 ・上記「ケアマネジメントの質の評価を考えるための全体フレームワーク」の中で、介護支援専門員における「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」について、イ

				ンタビュー調査の結果を基に「介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセス評価項目」を検討。 ◆ケアマネジメントの質的評価を行うための評価軸の整理 ・文献調査、インタビュー調査を踏まえ、実際に評価を行う際の評価軸の整理を実施。 ◆今後の課題 ・評価の精度向上に向けたデータの蓄積および検証が必要。 ・プロセス評価以外の項目の検討が不足（考え方のみを整理）。 ・事業所における自己評価、第三者評価での活用を視野にいれた様式が必要。

43	平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究報告書	桜美林大学大学院老年学研究科	2013-03	○目的：ケアマネジメンツの評価には、高齢者のQOLの維持、向上にどのように寄与するかを客観的に測定する必要がある。そこで調査研究では枠組みを探ってきた。本年度は介護支援専門員とその利用者の両者にアンケート調査を継続実施し、QOL指標項目について質問し、前年度、前々年度との比較で、どのようにQOLが変化するのかを明らかにするためとされる。 ○結論：本研究では、ケアマネジメンツの効果を客観的QOLとして捉え、この客観的QOLを①身体面、②心理面、③社会面に分けて分析をした。これについて3回の調査での変化をみると、以下のようなことが明らかになった。高齢者の客観的QOLとして位置づけた身体面、心理面、社会面いずれについても、1回目と2回目の調査を比較すると、高齢者もケアマネジャーも悪くなっていく意識傾向が強かったが、2回目と3回目の比較では維持できている意識傾向が多くなりみられた。また、高齢者とケアマネジャーの比較では、身体面、心理面、社会面のいずれにおいても、3回の調査とも、ケアマネジャーの方が高齢者よりも高く評価する傾向が見られた。次に、高齢者の身体面、心理面、社会面での3回の調査での経年での状態変化について、高齢者とケアマネジャーはそれぞれどのようなリスク要因を示したかの分析では、高齢者とケアマネジャーでは異なった結果になっている。例えば、ケアマネジャーは認知症が「排泄」と「意思疎通」のリスク要因としているが、高齢者は認知症が「家事」のリスク要因としている。また、独居をリスク要因とするには、ケアマネジャーの場合は「意思疎通」に、高齢者では「食事」と「介護負担」であった。さらに、3回の調査でのケアマネジャーと高齢者のマッチング分析から明らかになったこととして、高齢者の身体状況・心理状況・社会状況・将来に対する意向について、ケアマネジャーと認知と高齢者の自己認識についての一致度をみてみた。その結果、高齢者の身体状況を除いた心理状況、社会状況、将来に対する意向は両者の一致度は時間の経過により低くなった。これは、ケアマネジャーのアセスメントが経年につれ弱くなっていることとあり、ケアマネジャーのモニタリング能力を強化することが必要不可欠であることが分かった。さらに、ケアマネジャーに対する高齢者の満足度を3回の調査ともに尋ねたが、3回ともに高い満足度が得られた。具体的には、「不安や心配なことの話をきいてもらう」「介護サービスの調整をしてもらう」「病院や診療所への連絡をしてもらう」「何かあった時のために見守ってもらう」の4点についてであるが、高齢者は多様な側面でケアマネジャーに対する満足度示しており、ケアマネジャーに対してそれなりに高い評価をすることができるといえる。ただし、医療サービスと調整する「病院や診療所への連絡をしてもらう」については、他の項目に比べて満足度が3回とも低く、ケアマネジャーの大きな課題であるとされている。

44	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： 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に おける議論の中間的な整理	厚生労働省	2013- 01	○方法：社会保障審議会等で指摘された課題を踏まえ、本検討会において、これまで議論を重ね、主な検討すべき課題として以下のように整理されている。 ① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。② 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない。③ 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。④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。⑤ 重度者に対する医療サービスとの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。⑥ インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービスの）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。 ⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。 ○結論：介護支援専門員やケアマネジメントに係る課題に対応し、介護支援専門員の資質向上やケアマネジメントの質の向上が図られるよう具体的な改善策についてとりまとめたとしている。 （１）ケアマネジメントの質の向上について ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組、②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し、③介護支援専門員に係る研修制度の見直し、④主任介護支援専門員についての見直し、⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組 （２）保険者機能の強化等による介護支援専門員の支援について ①地域ケア会議の機能強化、②居宅介護支援事業者の指定等のあり方、③介護予防支援のあり方、④ケアマネジメントの評価の見直し
45	介護保険制度の導入・改定 前後における居宅サービス 利用と介護負担感の変化： 反復横断調査に基づく経年 変化の把握	第 59 巻第 15 号「厚 生の指標」杉原陽子 ほか	2012- 12	○目的：介護保険制度の導入 4 年前から制度実施 10 年までの間の要介護高齢者と介護者の変化を、特定地域における反復横断調査データを基に把握し、居宅サービス利用の量的拡大と介護負担の軽減の観点から介護の社会化の到達状況を検証したとされる。 ○方法：1996、1998、2002、2004、2010 年に、東京都 A 市の 65 歳以上の住民に対して、日常生活動作能力と認知機能を調べるスクリーニング調査を郵送法（未回収者には訪問回収を併用）にて行った。スクリーニング調査の対象者は、1996 年は 65 歳以上の住民全数で、それ以降は 3～4 分の 1 の確率で無作為抽出した。日常生活動作能力と認知機能の状態から要介護高齢者を把握し、その介護を主に担当している家族・親族に対して訪問面接調査を行った（独居等で介護者がいない場合は本人に調査を依頼）。各年における面接調査の完了数は、941 人、404 人、595 人、441 人、414 人であった。結果 14 年間で単身世帯と二身世帯がいずれも約 10 ポイント増加し、2010 年

46	平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護支援専門員の資質向上と今後 2 年間の取り組みに関する調査研究事業報告書	株式会社日本総合研究所	2012-05	時点では回答者の過半数を占めた。要介護高齢者と介護者ともに高齢化が進み、介護年数が 10 年以上の長期介護の割合は約 8 ポイント増加していた。居宅サービスの利用率や利用希望の充足率は、介護保険導入前よりは増加していたが、導入以降も経年的に増加していたのは通所サービスだけであった。訪問介護は 2005 年の制度改定以降、減少傾向で、短期入所や訪問看護は、制度導入後は増加していなかった。介護者の負担については、毎日かかりきりで介護している人の割合や介護者の身体的・精神的・社会的負担、特養入所希望のいずれの指標とも、介護保険導入前と比べて改善する傾向は確認できなかった。 ○結論：居宅サービス利用の量的拡大の観点からは、介護保険導入前よりは介護の社会化は進展したといえる。しかし、制度導入以降はサービスの種類の種類によって進展に差があり、特に短期入所や訪問看護のように家族による代替が難しいサービスほど進展していないかった。さらに、介護負担や入所希望の軽減の観点からは、介護の社会化は未だ不十分であることが示唆された。その理由として、居宅サービスの量的不足やサービスメニューの乏しさの問題とともに、家族の介護力の低下や介護の長期化、社会的経済的な問題の増加等で介護状況が複雑・多様化しており、現行の介護保険制度で対応するには限界がある可能性が考えられたとされる。 ○目的：望ましいケアマネジメントのあり方、及びそれを実現する際、利用者によりずらず共通して求められるケアマネジャーの行動様式を抽出する。現在行われているケアマネジャーの現状を明らかにするとともに、ケアマネジメントの質とケアマネジャーの資質を比較・分析できる基礎データを収集したとされる。 ○方法：全国の居宅介護支援事業所・予防支援事業所のうち、災害救助法適用市町村（平成 23 年 3 月 14 日、東京都を除く）を除外して調査対象とし、平成 23 年 1 月時点で WAM-NET に掲載された指定居宅介護支援事業所 32571 ヶ所、指定介護予防支援事業所 1101 ヶ所のうち約 25%を抽出。1 事業所あたり、管理者 1 名、介護支援専門員 3 名を対象とした。介護支援専門員向け調査票には 1 名につき 3 件のケアプランの調査を郵送配布、郵送回収にて実施したとされる。 ○結果：ケアマネジメントの実態と評価結果を整理し、今後取り組むべき課題を抽出しまとめられている。 ◆ケアマネジメントの実態と評価結果 ・利用者・家族等の状況の把握（家族の誰の意向かが不明確、通院・服薬状況の把握が不十分、日常生活のスケジュールが記載されていない） ・課題の整理と優先順位づけ（課題整理と解決の優先順位が不十分、要介護となった原因疾患をケアプランに記載できていない、医療ニーズへの課題の整理が不足、「～したい」との記述方法にとらわれている） ・援助の方針と具体的な目標の設定（評価できる程度までの具体的な短期目標設定がされていない）

				・課題と目標に応じたサービスの位置づけ(状態像に応じたサービスの整理が不十分、週単位以外のサービスの記載が不十分) ◆今後取り組むべき課題 ・ケアプランの作成に関する課題(様式への記載方法が定着していない、利用者の状態像に応じた参考となるケアプランの情報不足、課題の整理の根拠となった情報の記録方法が定まっていない、記述方法にとられ課題分析が不十分) ・情報収集とアセスメントに関する課題(情報収集が不十分、主治医からの情報収集が不十分、情報の分析と課題解決の優先順位付けが不十分、短期目標が曖昧) ・個別サービスの検証に関する課題(サービス内容とその結果が把握しにくい、サービスの充足度の検証が必要) ・ケアマネジメントの検証方法に関する課題(介護支援専門員の負担が小さい検証方法の構築) ◆課題解決に向けた提言 ・研修等によるケアプランの記載方法の定着促進(参考記載例の発信、地域包括支援センターの相談支援機能の強化、事業所における主任介護支援専門員による指導、研修における演習・実習の強化) ・ケアプラン様式の見直し(利用者・家族等の状況・要因等を記録する様式の追加、記述方法の見直し、介護予防計画との様式統一の検討) ・ケアプランの運用方法の見直し(利用者本位による短期間のケアプランの活用促進、利用者及び家族にわかりやすい要約版プランの活用、ケアプランの取り扱いの見直し) ・情報収集とアセスメントをより確実にするためのルール化(主治医意見書提出の明確化、地域ケア会議開催の促進および多職種参加) ・ケアプラン点検の拡充(行政職を対象とした研修の充実、専門職の同席、加算事業所の個別点検) ・ケアプランと個別サービス計画との連携強化(ケアプランの理解促進と個別サービスの検証、個別サービスの計画書の記載事項の見直しとサービス担当者会議の充実) ◆ケアプラン検証を通じて明らかにした課題を解決するための新様式(案) ・課題のうち、アセスメントとケアプランの評価・見直しに関する課題を解決するために新様式を検討

47	ケアマネジメント業務自己評価尺度の開発－介護支援専門員が業務遂行のために必要とする技能修得度の測定－	第58巻第6号「厚生 の指標」西村 昌記ほか	2011-06	○目的：介護支援専門員が業務遂行のために必要とする技能の修得度を簡便に自己評価するための尺度として「ケアマネジメント業務自己評価尺度」を開発し、その構成概念妥当性（因子的妥当性）、基準関連妥当性（判別的妥当性）、および信頼性の検証を行ったとされている。 ○方法：兵庫県社会福祉協議会主催の専門研修に参加した介護支援専門員 600 名と主任介護支援専門員研修に参加した主任介護支援専門員 492 名を対象に集合調査を行い、それぞれ 538 名、389 名から回答を得た（回収率は各 89.7%、79.1%）。分析対象は実務経験 2 年未満の者と分析に関連する質問項目に欠損値のあった者を除く 769 名とした。探索的因子分析より析出した共通因子を第 1 次因子、総合的評価にあたる第 2 次因子を仮定した 2 段階の因子構造よりなる分析モデルを設定し、構造方程式モデリングにより解析を行った。尺度の信頼性の検討には、信頼性係数 α を算出した。判別的妥当性の検証には、経験年数を外的基準として、尺度得点の比較がされている。 ○結果：探索的因子分析の結果、「制度理解」「ニーズ尊重」「利用者主体」「情報活用」「環境開拓」の 5 因子が析出された。15 項目の観測変数と 5 つの第 1 次因子、1 つの第 2 次因子よりなる高次因子分析モデルを構築し、構造方程式モデリングを行った結果、モデルの適合度は受容基準を満たしていることが明らかになった。また、15 項目を単純加算した総合的評価および 5 つの下位尺度の信頼性係数 α は、いずれも受容基準を満たしていた。経験年数を外的基準とした判別的妥当性の検証においては、総合的評価といずれの下位尺度とも、経験年数の長い層の方が平均得点が有意に高いことが明らかになったと報告されている。 ○結論：本研究で開発された「ケアマネジメント業務自己評価尺度」は、構成概念妥当性、基準関連妥当性、および信頼性を有する尺度であることが示されている。
48	ケアマネジメントのあり方～ケアマネジャーの必要ない人、そうでない人に焦点をあてて～報告書	ケアマネジメントシステム研究会	2008-09	○目的：ケアマネジメントにおいて要介護者・要支援者本人やその家族が自らケアマネジメントが行うことを「セルフケアマネジメント」と定義して、セルフケアマネジメントのあり方と、そのときのケアマネジャーの専門職としての関わり方について整理することにより、ケアマネジャーと要介護者等との新たな関係を提言することを目的とされる。 ○結論：ケアマネジメントが必要な人と必要でない人との考え方を、ケアマネジメントにおける「アセスメント力」と「コーディネート力」とに着目して、整理を進めてきた。またセルフケアマネジメントを進めるうえで、ケアマネジャーがサポートすべき視点を、この 2 つの力の視点から、具体的な要素を挙げ、指標化することができた。さらに、ケアマネジャーによるケアマネジメントとの割合は連続的なものであり、セルフケアマネジメントの割合を増やす一つの鍵として、本人やその周囲の力（家族など）の「意欲」を高めることの重要性についても言及した。このことは介護保険制度が成熟する過程において、ケアマネジャーと要介護者やその家族との新たな関係を示唆している。従来の介護予防は心身の機能低下の予防という観点から行われてい

				るが、周囲の力や本人の意欲が自らケアマネジメントを実施していくうえで重要な役割を果たしていることが明らかになったとされている。
49	行政保健婦・士によるケアマネジメント過程と構造要因の関連一質評価質問紙を用いた調査結果より	聖路加看護学会誌 岡本玲子	2000-12	○目的：ケアマネジメントの構造要因の質が、ケアマネジメントの実践過程の質に連するか、および最も関連する要因は何かを探り、地域保健における基盤整備の方向性を検討することであるとされている。 ○方法：調査は、ランダムに選んだ全国 121 市町の、経験年数 3 年以上の保健婦を対象に、郵送による自記式質問紙調査を行った。質問紙は、構造評価には QCM-S(Quality of Care Management-Structure Measurement)、過程評価には QCM-P(Quality of Care Management-Process Measurement)を用いている。 ○結果：有効回答は 356 であり、ケアマネジメントの構造評価の高い群のほうに過程評価が高いことが明らかになった。特にケアマネジメント過程の質評価の高さに関連していた構造要因は、ケアチームのアセスメント方法の共有化、チームアプローチができる関係形成とその体制づくり、社会資源の情報管理体制、地域全体のケアシステムの構築、ケアマネジメント実施時間の確保であった。今後行政保健婦・士は、地域保健全体のなかで、介護保険制度とうまく連動しながら、これらの要因の強化に向けた活動を展開する必要があるとされる。
50	ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性および社会福祉士の自己評価の特徴	老年社会科学 20 (1) ＝50－60, 1998 安梅 勲江ほか	1999-06	○目的：社会福祉士を対象に、保健福祉専門職が共有化可能なケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性を検討するとともに、自己評価、専門性に対する意識特性を明らかにすることを目的としたとされている。 ○方法：144 人の社会福祉士、および比較としての他の保健福祉関連専門職 988 人であり、調査は郵送法を用いたとされている。 ○結果：(1) 保健福祉専門職の共通基盤としてのケアマネジメント該当項目として、本試案項目の必要性に対する社会福祉士の認識が、3 項目を除き、90%以上と高いこと、(2) 本試案が、クラスター分析による構造の内容的妥当性が得られること、(3) 各領域におけるクロンバッチの係数は 0.95 以上であり、内的整合性が高く、信頼性の高いこと、また、(4) 社会福祉士は社会資源の調整に関する自己評価が高い傾向がみられたものの、専門職種間の自己評価に有意差のみられた項目は全般的に少なく、本試案項目が職種にかかわらず共有できるものである可能性が示唆されたと報告されている。
51	ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発一デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討	日本公衆衛生雑誌 岡本玲子	1999-06	○目的：ケアマネジメント過程の質を評価する測定用具を開発し、信頼性、妥当性の検討を行うことである。本稿におけるケアマネジメントの意味は、介護保険制度における要介護者および要支援者へのケアマネジメント(居宅介護支援)ではなく、年齢や健康レベルによって対象を限定しない広義のケアマネジメントとしている。 ○方法：質問紙(QCM-P(Quality of Care Management-Process Measurement))は、内容妥当性を高めるために熟練保健婦 96 人を対象にしたデルファイ調査を実施し、項目収集と内容の分析を 3 ラウンド繰り返し返して作成された。その質問紙を用いた郵送調

				査は、無作為抽出した全国の121市町に勤務する保健婦353人に行われている。 ○結果：クロンバック a 値は、質問紙全体および各因子ともに0.8以上であり、信頼性のうち内的整合性が認められた。主因子法バリマックス回転を用いた因子分析では、5つの因子が抽出され、それらは複数の研究者により分類された構成をよく反映しており、構成概念妥当性が認められた。また理論的に差があると考えられるケアマネジャーの年齢別・経験年数別等の各グループの群別にQOM-P得点を比較すると、有意な差がみられたことも、質問紙の妥当性を示す証拠となった。基準関連妥当性、および信頼性を示す安定性の検討は、今後の課題とされている。

以上から、直近の調査研究の特に重要な論点を抽出すると以下のとおりである。

平成 30 年度老健保健健康等調査研究事業「地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究報告書（No. 3：調査研究一覧における番号。以下、調査研究を番号で表記）」では、ケアマネジメントに関する介護保険制度の改定経緯の整理、ケアマネジメントに関するこれまでの老健事業の研究結果の整理、地域共生社会の考え方の整理に加え、有識者による検討から得られた知見と課題の整理を行っており、この中で質の高いケアマネジメントについて、以下のとおり、課題やその対応策をまとめている。

（一部抜粋）

5.2.1.（テーマ1）ケアマネジメントの質の向上について

ケアマネジメントの在り方と質の向上については、質の高いケアマネジメントの内容や、質を評価する視点や仕組み等について、意見が得られた。

1) 質の高いケアマネジメントとは

・ ストラクチャー・プロセス・アウトカムの観点で整理すると、次のようなケアマネジメントは質が高いと言えるのではないかと。

➤ ストラクチャー：ケアプランの意図が反映されたサービスが行き届いている。

➤ プロセス：利用者の意思決定を適切に支援しており、利用者本人の状況がケアプランを通して関係者に共有されている。

➤ アウトカム：利用者の Well-being や QOL の向上、満足度、居宅生活の継続、地域のコスト、従事者の満足度、やりがい等の観点からの評価が高い（主観的評価となる点には留意が必要である）。

・ 利用者の状態像や罹患している疾病に対する要点を押さえたケアマネジメントは質が高いと言えるのではないかと。

・ ケアマネジメントの質を担保するためには、ケアプランを複数の人の目でレビューする必要がある。担当ケアマネジャーが作成したケアプランについて、複数人のケアマネジャーによる検討を行い、事業所として質を担保することが望ましい。

5.3. 有識者による検討

検討委員会において得られた意見の概要は以下のとおりであった。

5.3.1. 質の高いケアマネジメントについて

○評価の観点について

・ アウトカムとしては、利用者の Well-being や QOL の向上、満足度を取り入れるべきではないかと。第 3 章の文献 No. 9 の「ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業」の pp. 58-67 の記事では、ヨーロッパの研究者や WHO はケアマネジメントによる Well-being や QOL の向上といったエビデンスを掴んでいることがわかる。記事で引用されているのは、すべてシステムティックレビューの論文で、それぞれの論文では 10～20 本の論文のエビデンスが統合されている。

➤ ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) というイギリスの QOL 尺度を用い、ソーシャルサービスを受けることによる QOL を測る、日本の事例を参考にしてはどうか。利用者本人、ケアマネジャー、事業所に ASCOT をつけてもらい、結果のずれを分析し、支援に生かすことが想定されている。

➤ よいストラクチャーとプロセスがあったとしても、アウトカムが低ければ結局は利用者のための取組とは言えない。また、居宅介護支援事業所の アウトカムとしては、居宅生活の持続性を考慮することも必要 だろう。

- ・アウトカムとしては、利用者の満足度の他に、地域のコスト、従事者の満足度ややりがい等の観点も必要ではないか。世界的にもトリプルエイム (Triple Aim of Healthcare)、日本では三方よしと言われており、重要な観点である。

- ・ストラクチャーとして、サービスがどのように届くかを評価することが重要である。

- ・プロセスとして、ケアプランと個別支援計画書をいつ照らし合わせるか、ヘルパーの指示書とどのようにリンクしているのかまで個別に確認し、提供するサービスの全体をマネジメントすることが重要である。

- ・プロセスとして、利用者の生活全体像が見えることが重要である。ケアプランに書くべきことが書けており、さらにケアプランが個別支援計画とリンクしているかをみるとよい。しっかりとたてられているケアプランはケアプランと個別支援計画がリンクされている。サービス利用のない日を含めて、アセスメントの内容とケアプランから利用者の生活が見えてくる。サービス担当者会議の要約をみても、話し合うべきことが話し合われていることが確認できる。

➤ 例えば居宅サービス計画書の第3表の週間サービス計画表に、同居している家族の出勤時間や、テレビを見ている時間帯だけでなく、例えば、好きなテレビ番組等が書かれており、その利用者らしさが表れるような情報が書かれている。

➤ 書類に利用者本人の状況が書かれていれば、関係者の間で利用者本人に関する情報共有ができ、家族が利用者本人について何度も同じ説明をせずに済む。特に、認知症の高齢者は個別性が高いため、詳細に記録し、共有することが重要である。

- ・よりよいサービスを組むことを評価するのではなく、利用者の意思決定を適切に支援するようなプロセスを評価することが必要である。具体的には、例えば、ケアマネジャーが利用者の話をきちんと聞き、利用者が納得できる説明をした上で、利用者が選択し、意思決定できるようなケアマネジメントを評価してはどうか。

2) ケアマネジメントの質の評価について

- ・利用者・家族が、質の高いケアマネジメントを受けるために、評価結果を活用できる仕組みが求められている。例えば松戸市では、地域包括支援センターに対する事業評価として、事業所による自己評価と行政評価を行い、評価結果をホームページで公開している。また、訪問看護では、事業所の自己評価の基準が作成されており、職能団体が評価結果を集約しフィードバックする仕組みが作られている。これらの取り組みを参考にして、居宅介護支援事業所においても事業所の自己評価の仕組みを検討することができるのではないかな。

○評価方法について

・ 職能団体が、自らの団体の専門職のレベルの底上げを図ることも重要ではないか。訪問看護の領域では、各事業所の自己評価の評価基準を作っているが、ケアマネジャーの領域でも類似した仕組みを導入するとよいのではないか。具体的には、訪問看護では、各事業所が5分類40項目程度の自己評価を実施し、その結果を職能団体が集計して点数化し、平均値を算出した後に、レーダーチャートで各事業所にフィードバックする仕組みが作られている。

・ 事業所評価については松戸市の例が参考になる。松戸市では、地域包括支援センターに対する事業評価として、事業所による自己評価と行政評価を行い、結果を市のホームページ上で公表するところまでを一連の取組として実施している。居宅介護事業所を市民が選べるように評価項目を出すことが、利用者の選択を促すものになる。

・ 行政評価だけでなく、自己評価、他者評価（誰にするかは要検討）が必要である。

・ 管理者の役割を明確にすることが必要である。運営基準では一元的に管理することとしたが、次期改正では役割を基準省令において明示してもらいたい。ただし省令に位置付けられれば実地指導の対象になるため事業所、確認する自治体にも負担は生じる。必要性和実効性の両面から、仮に基準省令を改定するなら慎重な議論が必要である。

平成 30 年度調査（No. 2）では、2040 年のケアマネジメントについて検討されており、以下のとおり、「生活全体を支える」ケアマネジメントについての議論がなされている。

（一部抜粋）

（5）2040 年のケアマネジメント

「生活全体を支えるマネジメント」へ

○ 2040 年に向けて、家族のニーズではなく、本人のニーズに合った生活の実現に向けて地域資源を結び付け、その活用を通じて、可能な限り本人の望む生活を支援していく個別性の高いケアマネジメントを実現していくことが求められる。

○ 介護支援専門員は、医師や看護師、介護福祉士等の資格とは異なり、歴史的に介護保険制度の中でその役割が規定されてきた経緯もあり、ケアマネジメントが介護保険制度内のサービス給付管理の範囲にとどまる傾向も見られる。今後、ケアマネジメントは、介護保険以外の公的制度と連携していくことは当然として、地域の民間サービスや住民主体の活動など、地域で生活を継続していく中で必要とされる資源を適切に組み合わせる能力がこれまで以上に求められるであろう。すでに、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や、自立支援型地域ケア会議において、ケアマネジメントの視点は、介護保険制度の枠をこえて、民間サービスや地域の住民活動までその範囲を広げている。

ケアマネジメントの業務改善

○ また、一方で、こうした役割を十分に果たすには、給付管理に追われる現在の業務のありかたについても再整理し、地域社会に関わるソーシャルワーク機能に注力できる環境を整備することも重要である。特にケアマネジメントの業務のうち、定型化されているもの、情報通信技術等で軽減できる業務は徹底して効率化を進め、ソーシャルワークにかかる業務により集中すべきである。

○ すでに民間の決済については、電子マネーだけでなく、スマホによるチケット発券、スマホとコンビニ端末の活用による宅配便伝票の宛先記入の省略などペーパーレス・キャッシュレスが普及しており、連絡調整には、メッセージや SNS が一般的になっている中で、介護保険の現場では、電話やファックスによる調整が依然として大きな役割を果たしている。効率化を進めるためには、現場の努力だけでなく、保険給付に関する書式や必要とされる情報の簡素化、実地指導等における証跡のデジタル化を認めるといった制度側の標準化に向けた取組も不可欠である。

○ 今後、地域包括ケアシステムが「生活全体を支える仕組み」に向かっていく中で、介護支援専門員の機能が変化しないのであれば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の計画作成責任者やサービス担当責任者、あるいは小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員が現在のケアマネジメント機能の大半を担うことも考えられるだろう。

平成 30 年度調査（No. 8）では、医療・介護制度におけるアウトカム評価について、諸外国の状況や、メリット・デメリットを定性的・定量的に調査・評価することで、「pay for performance」の導入に係る課題を整理し、要介護度のほか、「要介護認定で計測している 74 指標」の採用などを提言している。

図表 15-1：評価指標

1. 評価指標	
各業界団体主導で、業界団体として、ケアの質をどの様に高めたいのかを合意してもらい、その実現に向けて選ぶ指標の合意形成を図ることが望ましい。	
現時点で計測できる指標	有識者の見解
要介護度	- 計測しやすい指標であるが、要介護度だけでは質を評価する指標として不十分であるという点は、厚労省内でも一定の結論を出したと理解している。 ✓ 介護サービスの多様さ ✓ 利用者の主観的健康感や満足度などの精神的な側面が抜け落ちる - 研究では要介護度とサービスの質の相関が報告されている
要介護度認定に計測している74指標*	- 既存データとして要介護認定に使用されている74項目は全国共通で収集ができる最も細かな指標 - これらを活用し、当事者である施設や利用者にとってどんなメリットが得られるかを議論・合意形成を図るのが良いだろう。 *: 身体機能・起居動作、生活機能、認知機能、精神・行動障害、社会生活 への適応、その他、からなる
各業界団体で既に計測している指標	例えば、在宅復帰に特化しリハビリを行う介護老人保健施設（老健）では、ケアマネジメント方式R4システムが導入されており、アセスメントデータの提出が義務付けられ、DB化されている。各業界団体の合意形成の中で、これら既存のDBを使用することも考えられる。

出典：平成 30 年度産業経済研究委託事業（経済産業政策・第四次産業革命関係調査事業費）（新たな経済社会システムに対応した社会保障のあり方に関する調査研究）調査報告書

また、評価対象としては居宅介護支援事業所以外にも、介護支援専門員や利用者もなり得るとしているが、介護支援専門員が「評価を下げかねない利用者を除外する」可能性なども指摘している。

図表 15-2：多様な評価の可能性

3-2. 多様な評価の可能性	
施設以外にも、ケアマネージャーや利用者自身が評価対象となり得ると示唆された。	
評価対象	評価の概要
施設	質の高いサービスを提供する施設に対してインセンティブを提供し、サービスの質の底上げを図る。
ケアマネージャー	- ケアマネ自身の評価を行い公表することで、利用者側のリテラシー向上・質の高いケアマネへの切り替えを促す。 - ケアマネの評価を比較するにあたって、ケアプラン標準化が必要となる。 - ただし、ケアマネ評価は、ケアマネ自身で評価を下げかねない利用者を除外する可能性はある。
利用者	状態改善に繋がるサービス選択を行う利用者にインセンティブを付与することで、費用効率化に繋がる意思決定を促す。これまで利用者が、状態改善できるとわかっているにもかかわらず拒んできたようなサービス(例えばパワーリハ)に対して、インセンティブを付与する。

次世代の国づくり

235

出所：有識者ヒアリング、各種情報を基に日本総研作成
Copyright (C) 2018 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

出典：平成 30 年度産業経済研究委託事業（経済産業政策・第四次産業革命関係調査事業費）（新たな経済社会システムに対応した社会保障のあり方に関する調査研究）調査報告書

平成 29 年度調査（No. 11）では、現在、主任介護支援専門員研修で実施されているスーパービジョンが必ずしも成果を挙げられていない認識のもと、「主任介護支援専門員のリーダー」を養成する仕組みなどの制度化が必要であるとしている。また、今後、ソーシャルワーカーとしての機能を担うことが期待されることなどから、介護支援専門員像として、広範かつ専門性の高い知識や能力を必要とする役割を担う人材として設定するのであれば国家資格化の検討も必要としており、逆に言えば、現在の介護支援専門員にはその能力が不足しているという見解を示している。

（一部抜粋）

主任介護支援専門員の研修において、スーパーバイザーについては「対人援助者監督指導」の科目があるが、スーパーバイズ概念を学ぶことばできても、スーパービジョンの技術を十分に取得できるまでの時間数は確保されていないため、スーパーバイズができる「主任介護支援専門員のリーダー」を養成する仕組みなどの制度化が必要と考えられる。

②今後のケアマネジャーのあり方について、ソーシャルワーカーとしての機能を担うことを期待されている。今後さらに対応する領域が広がり、就学や就労までの範囲について支援する必要が生じうる。③今後のケアマネジャーには、多職種のチームのメンバーが相互に連携しながら目標が達成されるよう、関係者への働きかけや調整を行う高度なマネジメント能力が重視されることが考えられる。したがってケースマネジャーの要件として、マネジメント能力を位置づける必要があると考えられる。④育成について、今後求められる新たなケアマネジメントに必要となる幅広い領域の知識を有し、多様な専門職間のネットワークの構築や連携、調整を行う新たな機能を担うケアマネジャーを養成する方向性も考えられる。⑤今後のケアマネジャー像について、広範かつ専門性の高い知識や能力を必要とする役割を担う人材として設定するのであれば、育成のために専門教育を充実させることや、必要に応じて国家資格とすることも検討する必要がある。⑥今後求められるケアマネジメントの総合性を踏まえ、現状の分野別・対象者別の相談支援制度について調査し、障害者相談支援専門員、児童家庭分野の相談員など、介護分野以外でケアマネジメントの機能を果たしている多様な専門職と介護支援専門員の位置づけについて整理が必要と考えられる。

平成 28 年度調査 (No. 21) では、「平成 28 年度「ケアマネジメント適正化推進事業」を実施する 8 自治体の協力を得て、8 自治体（うち 2 自治体は協働実施）によるケアマネジメント適正化推進事業の取り組みの実施状況および成果の報告、意見交換等を通じて、保険者によるケアプラン点検の要点を整理している。まず方向性を定めることが必要であり、「自立と自立支援について定義付けを行い、ケアプラン点検の目的を明確にし、関連する活動全体を統合化」した上で、ケアプラン点検においても、その効果を評価する指標を設定する必要性を示している。また、その指標については、身体面の測定に加え、QOL の向上なども評価する必要があるとしている。

1) 方向性を定める

- ・ 自立と自立支援について定義付けを行い、ケアプラン点検の目的を明確にし、関連する活動全体を統合化する。
- ・ 点検の効果を評価する指標を設定する。量的測定が比較的容易な身体面の測定に加え、量的把握が困難な QOL 向上へ貢献する重要性を認識した評価を目指している。

2) 対象を定める

- ・ ケアプラン点検において働きかける対象を明確にする。介護支援専門員だけでなく、その利用者にも働きかけながら点検する取り組みが報告された。
- ・ ケアプラン点検の成果を、同じ地域内の介護支援専門員の研修に活用する事例や、サービス事業者と共有する事例、保険者の職員のスキルアップに展開する事例もあった。

3) 方法を定める

- ・ 「方向性」と「対象」を明確にした上で、具体的な方法（点検者の体制、点検対象、点検を行う場所、点検の進め方等を検討する。
- ・ 介護支援専門員との関係性や、保険者からの圧力として受けとられないことに配慮するとともに、何より利用者が自らのケアプランを選択するにあたって必要な情報を知る権利と決定する権利に配慮した方法が必要となる。
- ・ 他の専門職がアドバイザーとして同席し助言を行う場合には、専門職の自立性を尊重した運営方法、特に介護支援専門員はケアプランを作成できる唯一の専門職であることに留意する。

図表 15-3 ケアプラン点検の留意点



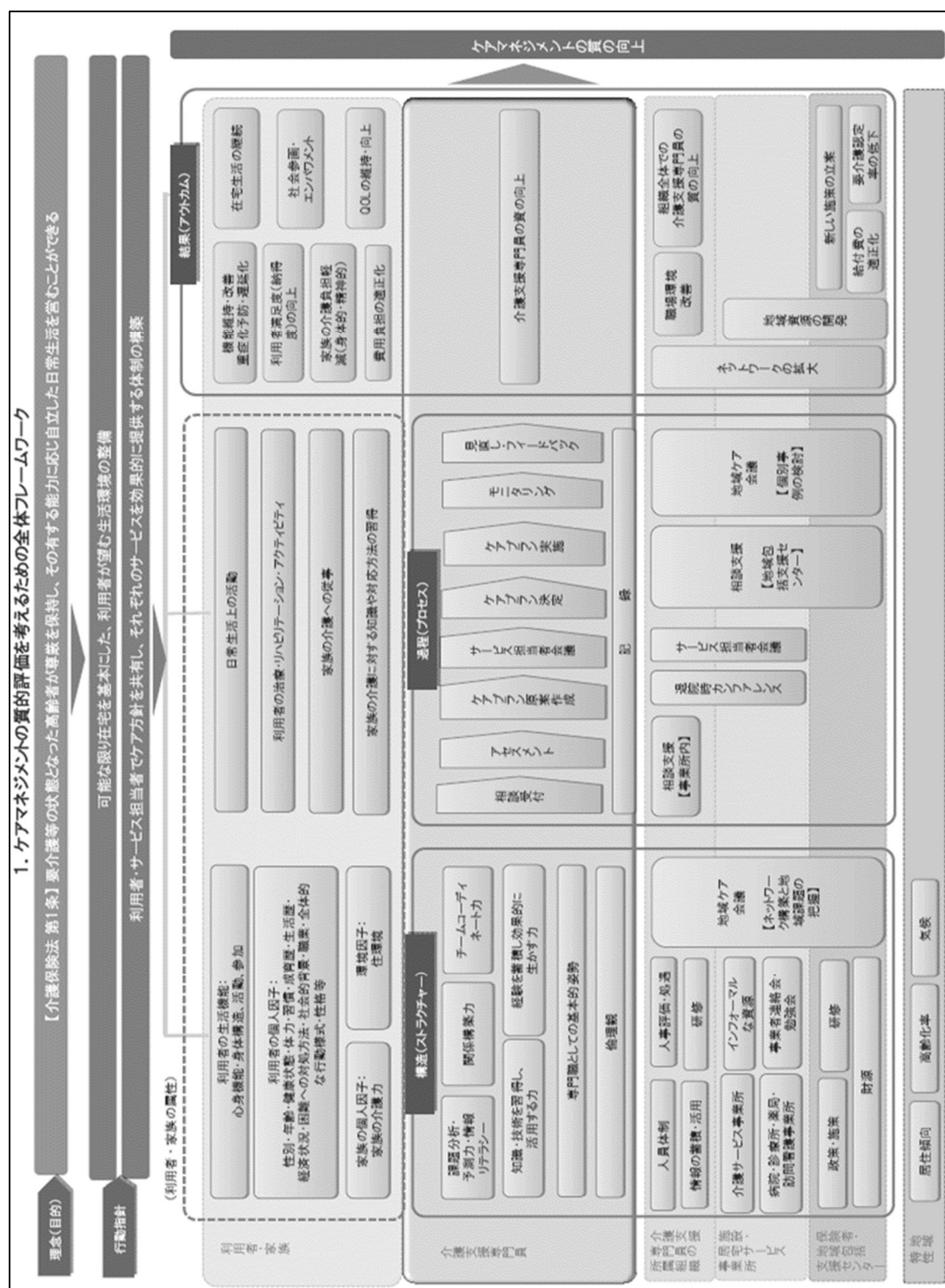
出典：適切なケアマネジメントを推進するための保険者機能のあり方に関する調査研究事業報告書

図表 15-4 ケアプラン点検を効果的に行うための取り組み

図表 3-3 ケアプラン点検を効果的に行うための取り組み			
取り組み	目的	概要	実施自治体の例
保険者を対象とした研修	ケアプラン点検やケアマネジメントに対する理解を深める	都道府県や介護支援専門員協会等が主体となり実施	東京都 大阪府
介護支援専門員を対象とした研修	介護支援専門員の資質の向上	都道府県や介護支援専門員協会等が主体となり実施	東京都 大阪府 福岡県
介護支援専門員を対象とした相談支援	介護支援専門員の資質の向上	介護支援専門員協会が主体となり、居宅介護支援事業所を訪問	宮崎県
マニュアルやツールの作成	ケアプラン点検の導入や実施の促進	保険者や介護支援専門員協会がマニュアル等を作成	八王子市 生駒市 東京都 広島県 福岡県 宮崎県、
アドバイザーの養成	ケアプラン点検の導入や実施の促進 介護支援専門員の資質の向上	ケアプラン点検の実施を支援する専門家として、アドバイザーや主任介護支援専門員の育成を行う	大阪府 福岡県
保険者へのアドバイザーの派遣	ケアプラン点検の導入や実施の促進	派遣されたアドバイザーとともにケアプラン点検を実施する	東京都 広島県 福岡県

出典：適切なケアマネジメントを推進するための保険者機能のあり方に関する調査研究事業報告書

図表 15-5：ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク



出典：ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書

図表 15-6：介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントのプロセス評価項目

[illegible]

16. ケアマネジメントプロセスの質の確保、向上のための取り組みに関する海外からの示唆

ここでは、国際長寿センターが国際比較の対象として調査を行っている、オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリアの主に在宅ケアの実情に基づいて報告する。

なお、各国で使用されている指標など詳細は、参考資料269頁以降の「ケアの質についての海外情報（在宅ケアを中心として）資料編を参照。

【サマリー】

16. 1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度の概要

海外では長期介護制度と地域サービス制度は別制度である

海外では長期介護制度（例：オランダの WLZ・ドイツの介護保険・イギリスの継続ケアサービス）と地域サービス制度（例：オランダの WMO・ドイツの自治体施策・イギリスのソーシャルサービス）は別制度である。

⇒「16. 1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度の概要」

長期介護制度は回復困難者を対象としており、認定給付の範囲で地域の事業者リストから本人・家族が選択してケアサービスの契約をする。

地域支援制度は回復可能者を対象として、地方自治体と本人の合意により確定したサービスについて、地域の事業者リストから本人が選択してケアサービスの契約をする。

16. 2. 高齢者支援の流れ（本人から見た場合）

介護保険では要介護認定でサービスの方向、給付額が決定され、利用者が事業者を選定する

オランダ、ドイツの介護保険制度は中～重度者および認知症の人に対象を限定しており、オランダではケアのタイプ分け（プロファイル）が示され、ドイツでは在宅の場合、現物給付（サービス）ではなく現金給付の選択が大半であり、いずれもサービスの種類が比較的限定的である。これを前提として、本人・家族が介護保険の地域拠点（オランダは保険会社、ドイツは介護金庫）から示された介護事業者一覧を参考にして事業者を選定し、ケアの内容を確認し、契約する。

⇒「16. 2. 高齢者支援の流れ（本人から見た場合）」

海外ではケアマネジャーは存在しないがケアマネジメントプロセスの評価は幅広く行われる

海外の介護保険制度、高齢者支援制度では日本型のケアマネジャーは存在せず、本人による介護事業者の選定が原則である。特定の疾病（認知症、パーキンソン病…）の際におかれるケースマネジャーはサービス事業者内の担当看護師である。オーストラリアのケアマネジャーはケアチームの長である。

しかし、相談支援からモニタリングに至るケアマネジメントプロセスについての質の評価はさまざまな形で行われている。なお、オランダでは保険会社が医療・介護保険の運営を行っており、きびしい競争下にある保険会社も介護事業者の質の確保・向上の責任を担っている。

⇒第1部 ケアマネジメントの公正中立性の確保の取組「諸外国のケアマネジメントと日本の介護支援専門員」

16. 3. 海外のケア質確保のための全般的な取組み

介護サービス全般に関して、質の確保はケア標準指標に基づいている

質の確保では、全国的なケア標準指標（スタンダード）が示され、介護事業者には定期的な自己評価が求められる。指標に合わせて、全国また地域単位での質の評価およびその結果報告も行われている。

⇒「16. 3. 海外のケア質確保のための全般的な取組み」

16. 4. 海外の介護事業検査の実際

介護保険サービスの介護事業検査は専門機関が行い、事前通告なしで公表される

介護事業検査では、政府系の単一専門機関が安全指標やケア標準指標などに基づいて全国の介護事業検査を実施している。それは、事前通告なしで行われ、結果をシンプルなランク付けなどで誰でも見やすいように公表している。検査にあたっては、利用者への聞き取り（利用者宅訪問も含め）を重視している。

⇒「16. 4. 海外の介護事業検査の実際」

地域サービス制度では地方自治体は介護事業所の質向上を手助けする努力をしている

地域サービスの質の確保・向上は自治体の責任である。地域サービスにおいては介護保険サービスの介護事業検査を取り入れる場合もあるが、多くは自治体のケア施策の方向（リエイブルメント重視など）に基づいて事業者目標を明確にして委託すること、また定期的なコミュニケーションによって質の向上を図っている。

16. 5. 社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）

地域サービス制度では近年アセットベースドアプローチを強化し、その評価も重視されている

地域サービスにおいてはアセットベースドアプローチ（本人の資源と地域の資源重視する自立支援の方法）の傾向が近年とりわけ強くなっており、自治体ではケアサービス供給第一ではなく本人と地域の力を基盤として在宅を継続するためのリエイブルメントサービス、社会的処方などが強調されている。

これらサービスの評価に際しては、自治体では医療・長期ケア供給の軽減を中心に政策評価を行い、また研究機関・民間の研修およびスケールを利用した評価を行っている。

⇒「16. 5. 社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）」

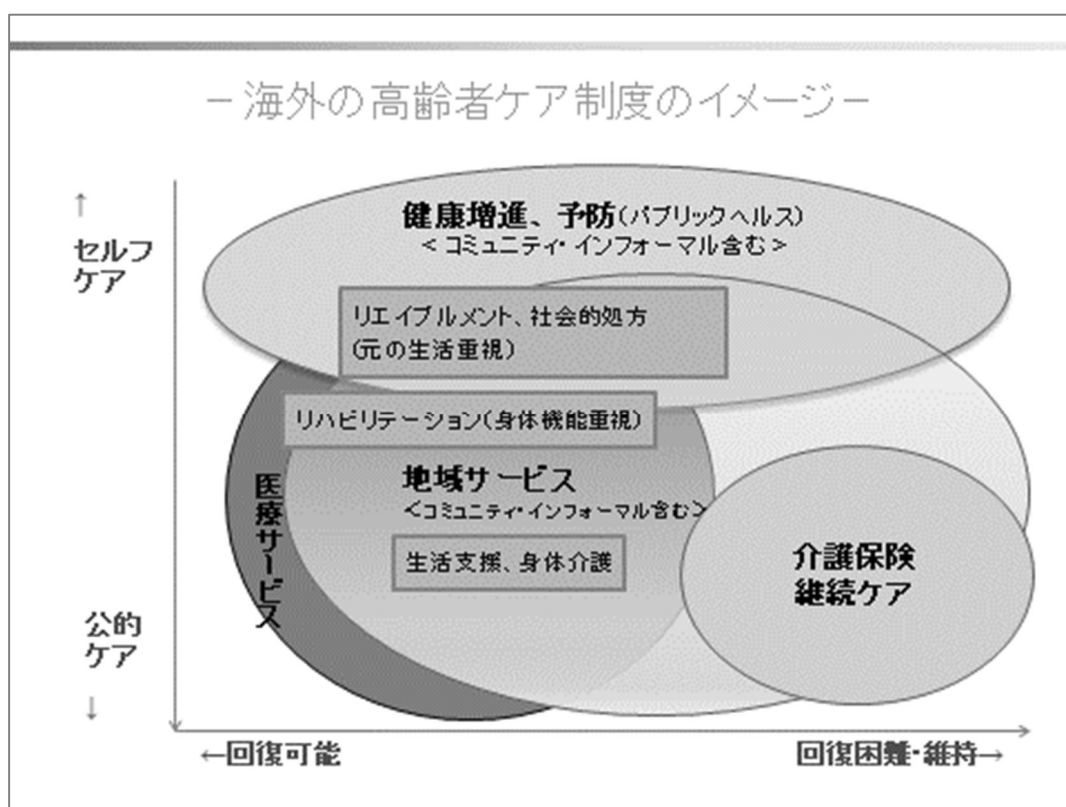
16. 1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度の概要

海外の長期ケア制度

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
介護保険（回復困難、維持）	介護保険	WLZ（介護保険）	介護保険	NHS 継続ケア	マイエイジドケア
地域サービス（回復可能）		WMO（地域サービス）		ソーシャルサービス	*軽度者は別アセスメント

○図表 16-1 は、海外の高齢者支援スキームのイメージ図である。介護保険のある国（ドイツ、オランダ WLZ）と英国の制度をベースに作成している。ドイツの介護保険は軽度化を前提としない制度で、オランダも回復不可能な人へのサービスである。イギリスには介護保険がないが NHS 継続ケアが長期ケアサービスに近く、終末期に近い人が主な対象である。

図表 16-1：海外の高齢者ケア制度のイメージ



出典：国際長寿センター作成

○オランダでは地域の公的サービスは WMO と介護保険で役割を分担し、ドイツでもコミュニティサービスと介護保険は役割が違う。イギリスではソーシャルサービスが地域公的サービスを担うがチャリティ組織に依存する割合が高い。

○一方、日本の介護保険はカバーする対象が非常に広いことが海外と比較した場合の特異な点である。

○近年では先進各国では、「コミュニティーベースドアプローチ（医療・介護で完結しない地域活動と結びついた健康増進、回復支援）」「リエイブルメントサービス（一時的に支援が必要となっても元の暮らしを地域の中で続けるための短期集中支援）」「社会的処方（GP が地域サービスを紹介）」などの自立支援型サービスが増加している。

16. 2. 高齢者支援の流れ（本人から見た場合）

	相談	判定 *各国ともリハビリは医療制度	サービスアセスメント、プロバイダー選定	質の確保
オランダ （回復困難者向け介護保険あり）	・GP（課題が重い場合は介護保険 WLZ（介護保険）、軽い場合はソーシャルバイクチームへ） ・ソーシャルバイクチーム（本人にできないか、家族・近隣でできないか、インフォーマルでできないか⇒最後に社会サービス WMO）	・（回復困難） 介護保険 WLZ では認定機関 CIZ でケアプロファイル（ケアの方向付け）決定、保険会社がプロバイダー提示 ・（回復可） ソーシャルサービス WMO でサービスアセスメント（生活支援中心）、ボランティアサービスも	・認定機関 CIZ からの通知で本人がプロバイダー選定、プロバイダーがサービスアセスメント⇒契約 ・ソーシャルサービス WMO - 本人がプロバイダー選定、プロバイダーがサービスアセスメント⇒契約	・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） ・プロバイダー責任で自己評価 ・社会サービス WMO は自治体が評価 ・自治体は質向上に研究機関などとも連携
ドイツ （回復困難者向け介護保険あり）	・GP、プロバイダーに相談 ・地域相談窓口は少ない ・軽度者は自治体・ボランティアのアクティビティなど	・（回復困難） 介護保険運営の介護金庫（リハビリの方向付けも）	・介護金庫 - 判定通知で本人がプロバイダーを選定、プロバイダーがサービスアセスメント⇒契約	・介護保険法で質確保/情報公開規定あり ・介護金庫がプロバイダー検査
イギリス	・GP、国民保健サービス NHS に相談 ・自治体に相談	・（重度） NHS 継続ケア ・（軽度・中度） 自治体ソーシャルケア（ミーンズテストあり、低所得用）	・決定通知で本人がプロバイダーを選定	・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） ・自治体ソーシャルケアは自治体が評価 ・自治体は質向上に研究機関などとも連携
オーストラリア	・GP に相談 ・連邦政府下のマイエイジドケア My Aged Care（Web システム）に連絡	・（重度） 総合アセスメント ACAT ・（軽度・中度） 在宅支援アセスメント RAS	・決定通知で本人がプロバイダーを選定。・（軽度・中度）では本人と RAS アセッサーが相談してサポートプラン作成 ・認定公開でプロバイダーからアプローチも	・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） ・プロバイダー責任で自己評価 ・プロバイダー検査 ・州は質向上に研究機関などとも連携
アメリカ	・長期介護制度はメディケイド（介護扶助）のみ。州メディケイド事務所に相談。スペントダウンが必要	・州メディケイド事務所	・州メディケイド事務所からの通知により本人が保険会社選定、保険会社が契約しているプロバイダーと契約（マネージドケア）	・プロバイダー検査

16. 3. 海外のケア質確保のための全般的な取組み

一般に海外では、以下のような「ケアの質」確保・向上のための取組がある。

A. 高齢者支援にかかわる国家戦略、フレームワーク、介護保険規定などを策定する

オランダ：介護保険（WLZ）、社会サービス（WMO）のサービス要件（requirements）

ドイツ：介護保険法 第 11 章 質の保証規定

イギリス：「高齢者サービスフレームワーク（National Service Framework for Older people）」

オーストラリア：高齢者ケアの質スタンダード Aged Care Quality Standards

アメリカ：Quality Assurance Reporting Requirements , QARR

B. 介護保険者、専門検査機関などが高齢者ケア基準を策定し、それに沿って事業所検査を行う

ドイツ：介護保険法品質規定、品質規制の枠組みの透明性基準

オーストラリア：「高齢者ケアの質スタンダード（Aged Care Quality Standards）」

C. 介護保険者、専門検査機関などに事業者がケア基準に沿った自己評価を提出する

オランダ、オーストラリア、アメリカ

D. 国が（あるいは自治体自身が）地域単位で地域サービスの効果を評価する

オランダ、イギリスで地域サービス評価のしくみあり

E. 自治体が特定施策に沿って、事業所を評価する

各種スケールを使用

F. 利用者団体、オンブズマン、事業所内利用者評議会などが事業所の問題点を指摘する

例：イギリスの「ヘルスウォッチ（Healthwatch）」、アメリカのオンブズマン

G. 研究機関などが独自に政策評価を行う

例：EU 各国のヘルスケア状況報告「Euro Health Consumer Index」など

各種スケールを使用

*別にケア事業者認証も行われる。オランダヘルスケア施設認証（主にガバナンス）Wet toelating zorginstellingen（WTZi）、イギリス CQC、オーストラリア Approved aged care provider

16. 4. 海外の介護事業検査の実際

	評価主体	データ収集	指標	調査方法	結果利用法	利用者・消費者の参加
イギリス NHS（医療）サービス…継続ケアサービス含む ソーシャルサービス（税）	CQC（ケアの質委員会）で行う。機関登録受付も	CQC Insight（CQC が情報収集）	・安全、効果的、思いやり、ニーズに敏感、管理（CQC） ・社会的処方等コミッショニング時に評価法も決める。	年 1 回 施設事前通知なし 在宅ケア 48 時間前（訪問業務を考慮）	CQC が情報公開プロバイダーは自ら揭示義務あり 自治体も結果を参考にする（委託解除の場合もある）	ヘルスウォッチ（利用者団体）
ドイツ 介護保険	介護金庫（保険者）	ストラクチャー、プロセス、アウトカム 事務所調査、利用者自宅調査	介護金庫指標 49 の基準 「活性化介護」が行われていなければ減点	年 1 回 事前通知なし	インターネットで調査報告書公表	世話人（後見人）利用者が約 120 万人
オランダ 介護保険 地域サービス（税）	ケアオフィス（保険会社）	ストラクチャー、プロセス、アウトカム	保険会社との契約で、一定の質の提供義務あり。リハビリ後に何人在宅に戻れたかなどの数字も含む	抜き打ち検査。正しい査定か、特に多くのケアは提供していないか、提供したケア記録点検	保険会社がサービスを購入しない/支払わないこともある。妥当性を超えたケアを多く提供すれば警告、またこれ以上は払えないという連絡が来る	プロバイダーには利用者審議会の設置義務がある
オーストラリア My Aged Care（税）…長期介護サービス、地域サービス含む	Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC（独立機関）	政府より資金を得ている高齢者施設はすべて、質の指標データを収集し、保健省に提出することが求められる	高齢者ケアの質基準（スタンダード）による	少なくとも 3 年に 1 回。通常は予告あり。問題ありと考えられるところは抜き打ち。利用者聞き取りも	調査結果は ACQSC の HP に全文公開。問題指摘された事業所は改善方法とスケジュール提出義務	高齢者アドボカシーネットワーク
（アメリカ） ニューヨーク州メディケイドの例（税）	1. クオリティ保証報告要件 2. メディケイド検査総合オフィス（詐欺、無駄、虐待の監視） 3. CMS 監査 包括的監査	1. マネージドケアプラン、プロバイダーが毎年提出 ストラクチャー、パーソンセンタープラン、目標達成度含む 3. ストラクチャー、プロセス、アウトカム	→	3. 抜き打ち	1. 品質評価を公表 2. 不適切な行為を行った個人、団体に民事上・行政上の執行措置を求める権限あり 3. 閲覧可	州の長期介護施設に何百人もの認定オンブズマンが割り当てられ、多くのオンブズマンは自分が担当する施設に自分の連絡先情報を掲載する

出所：各審査機関ホームページ、国際長寿センター国際比較調査（2012～2019）

16. 5. 社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）

社会的処方とは、患者の健康やウェルビーイングの向上などを目的に、医学的処方に加えて、治療の一環として患者を地域の活動やサービス等につなげる取り組みである。このアウトカム評価については、以下のようなフレームワークで行われている。

○背景

NHS イングランドは、コミッショナー、開業医、プロバイダー、評価者、その他のステークホルダーグループと協力して、社会的処方の効果を示すためにどのアウトカムおよびアウトプットを測定すべきかについて合意形成に取り組んだ。

○社会的処方の効果測定

本人への効果

社会的処方スキームはすでに、様々なツールを使って本人への効果に関するデータを収集している。本人への効果を示すため、2019/20 年もスキームは引き続き、既存のウェルビーイングツールを使用していくはずである。

本人が特定したニーズに応じて、ウェルビーイングに関する以下の側面のうち 1 つ以上で改善が見られる、と私たちは予想している。

- ・自分の健康やウェルビーイングを、よりコントロール・管理できていると感じる
- ・身体的な活動レベルが上がる
- ・債務、住宅およびモビリティなど、現実的な問題への対応能力が上がる
- ・他者とのつながりが増え、孤立や孤独が減る

患者の積極性評価尺度（PAM）、ONS ウェルビーイング尺度、Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale（SWEMWBS）など、既存のウェルビーイングアウトカム測定ツールの使用に関するフィードバックが求められる。

コミュニティグループへの効果

社会的処方の紹介を受けた効果について、「動向」調査を作成し分析していく。この調査では、地域レベルで社会的処方に関わった結果、コミュニティグループのレジリエンスが高まっているかどうかを分析する。ここには、ボランティア数の変化、紹介に対応するボランティアセクターの能力、および社会的処方を持続可能なものにするために必要な支援が含まれる。

医療およびケアシステムへの効果

- ・以下のアウトカムに関するデータを収集するよう勧める。
- ・社会的処方への紹介の結果、GP 受診件数に変化はあるか？
- ・社会的処方への紹介の結果、救急部門の受診件数に変化はあるか？
- ・社会的処方への紹介の結果、入院日数に変化はあるか？

- ・社会的処方への紹介の結果、処方薬の量に変化はあるか？
- ・GP および他の紹介機関におけるスタッフの士気に変化はあるか？

○アウトプットの測定

この枠組みでまとめられているアウトカムを補完し、一貫したアプローチを促すためにすべての社会的処方コネクター・スキームが以下のアウトプットを測定する必要がある。

- ・社会的処方コネクター・スキームに紹介された人の数、紹介に応じた人の数、紹介を断った人の数
- ・紹介された人々の特徴：年齢、障害、性転換、結婚または市民パートナーシップ、妊娠および出産、人種、宗教または信仰、性別、性的指向
- ・長期疾患または社会的ケアパッケージ受給などの紹介基準
- ・紹介プロセスと経路：スキームへの紹介者
- ・紹介されるコミュニティグループの数
- ・紹介されるコミュニティグループの特性：提供する支援の種類
- ・支援受給者との共同作成による、個別化された支援計画の数
- ・リンクワーカーの数
- ・ボランティアの数
- ・各利用者と費やした平均時間
- ・社会的処方コネクター・スキームへの総投資（インプットの測定）

(Common Outcomes Framework, Social prescribing and community-based support Summary guide, NHS England Jan. 2019)

17. 質の評価のあり方

介護支援専門員がその役割を効果的に果たしながら質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備として、委員会では「公正中立性の確保」によって、「目指す姿・あるべき方向性」を以下のとおりとした（第1部参照）。

【公正中立性の確保によって、目指す姿・あるべき方向性】

- ・介護支援専門員がプロフェッショナルとして行うケアマネジメントを、経営都合でゆがめることなく利用者に提案ができる。
- ・介護支援専門員が矜持を高く持ち、その専門性を高めることができる。やりがいをもって働くことができる。
- ・介護支援専門員が介護給付の利用に縛られず、医療、介護、福祉、生活にまたがる生活課題を制度横断的に対応できるソーシャルワーカーとしての役割を果たしている。
- ・複数の専門職の視点で検討された公正なケアマネジメントが提供できる環境が整備されている。
- ・保険者と介護支援専門員は監査、指導といった関係ではなく、プロとしての倫理と行動規範で、あるべき方向（自立支援と尊厳の保持に基づくサービス調整）をともに作り上げていく（規範的統合）。

そこで、この目指す姿、あるべき方向性を前提とし、質の評価指標のあり方について議論を行った。

まず、アウトカム指標について、「介護サービスやケアにおける質の指標」と「ケアマネジメントの質の指標」をどのように整理して検討すべきかを論点とした。

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会（平成29年10月12日）において、介護サービスは「利用者が自らの希望に基づいて」選択するものとされ、「サービス類型の選択」「サービス提供事業者の選択」「サービス提供頻度の選択」「当該事業者におけるサービスの具体的内容の選択」等の各段階での選択の支援のためのエビデンスの蓄積が必要とされている。

（それぞれ一部抜粋）

●基本的な問題意識について

介護保険制度は、「措置から選択へ」の趣旨のもと、利用者が自らの希望に基づいて介護サービス事業者を選択し、サービスを利用することとなっている。利用者のニーズに対応して多様なサービス類型が用意され、また個々のサービス類型の中で、サービスに独自の工夫を行っている事業者も多い。

利用者による介護サービス選択は、

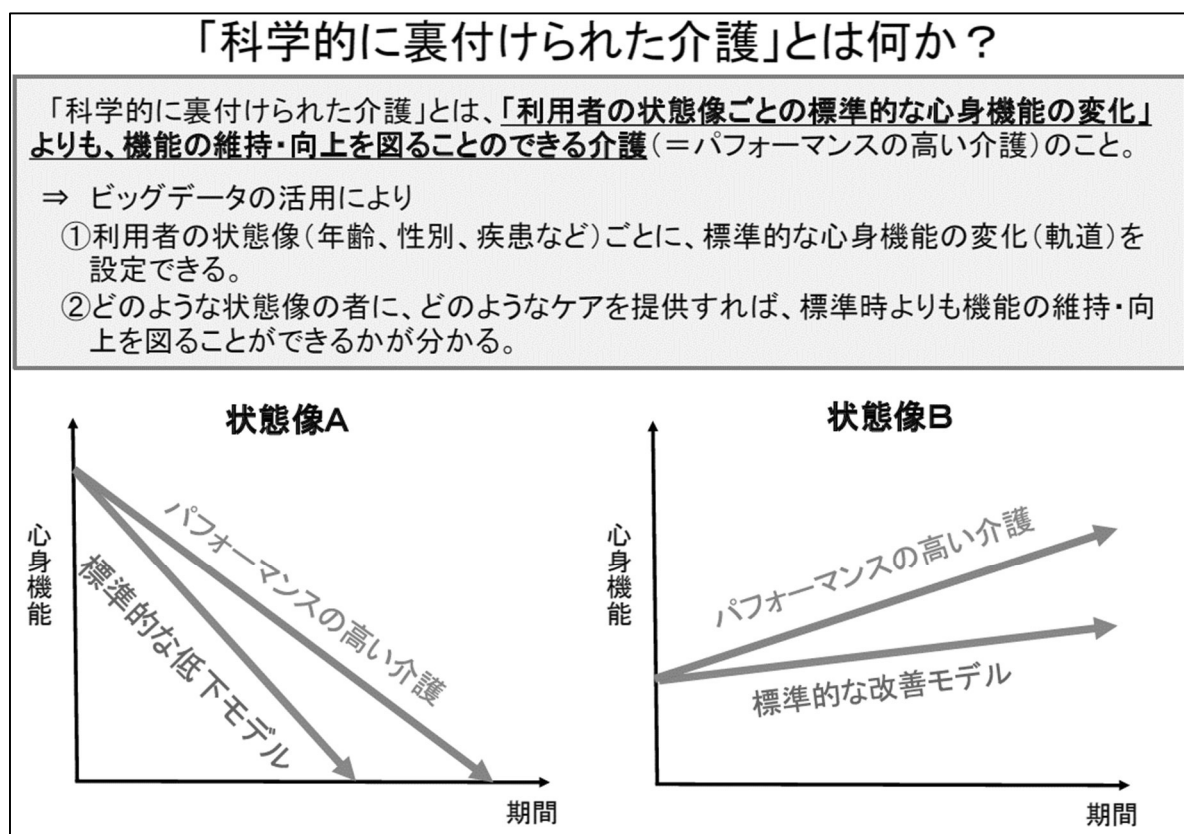
- ・サービス類型の選択
- ・サービス提供事業者の選択
- ・サービス提供頻度の選択
- ・当該事業者におけるサービスの具体的内容の選択

等の段階があり、それぞれの段階について、選択の支援に活用できるエビデンスを蓄積していくことが考えられる。

サービス選択の支援は、ケアマネジメントの中核であり、介護支援専門員はアセスメントによって利用者に必要なサービスを見極め、サービス類型、提供事業所、頻度、具体的内容を提案するとともに、目標の達成状況などをモニタリングして、必要に応じて再提案する。しかし、そのエビデンスの蓄積はこれから始まろうとしている段階である。

また、科学的に裏付けられた介護とは、「標準的な心身機能の変化よりも機能の維持・向上を図ることができる介護」であるとされている。

図表 17-1：科学的に裏付けられた介護とは



出典：「科学的に裏付けられた介護」を基盤とした介護サービスの適正化 資料 2-1

しかし、科学的裏付けに基づく介護に係る検討会の取りまとめ（令和元年7月16日）では、

（それぞれ一部抜粋）

2 科学的裏付けに基づく介護について

○エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、

①エビデンスに基づいた介護の実践

②科学的に妥当性のある指標等を現場から収集、蓄積し、分析すること

③分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進といった、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護（以下「科学的介護」という。）を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。

としつつも、

○一方で、介護分野においては、目指す方向性として、医療における「治療効果」など関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在しうることに留意が必要である。

○また、科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。

○したがって、科学的介護を推進していくにあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていくことが重要である。

ともされた。

つまり、今後、疾患別のケアマネジメントの標準化が進められ、介護に関するサービス・状態等を収集するデータベース「CHASE」が本格稼働し、エビデンスの裏付けに基づく介護実践、データの蓄積と分析、現場へのフィードバックという循環が動き始めるが、一方で、介護には共通のコンセンサスが必ずしも存在するわけではなく、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていく必要があることに何ら変わりはない、ということである。

考えてみれば、これまで介護支援専門員は、介護サービスのエビデンスが示されておらず、関係者に共通のコンセンサスが必ずしも存在しない中で、それぞれがアセスメントに基づいてどのような支援が必要かを導き出し、その必要な支援に合わせてサービス類型や事業者等の提案をしてきたのである。となれば、これまでケアマネジメントの質の指標を定めることができなかったのは当然である。言い換えれば、ケアマネジメントの質を介護支援専門員個人に求めることには無理があったと思われる。だから、その対応として、個別ケースごとに多職種の知見の活用（地域ケア会議など）が推進されてきたのだろう。

また、平成 27 年度に要支援者の訪問介護、通所介護が介護予防・日常生活支援総合事業に移行され、機能訓練を中心とした従来の介護予防から、社会参加や活動を重視する新しい介護予防が推進されることになった。中重度者においても、より一層の医療介護連携の推進、高齢者の権利擁護、認知症施策大綱の整備、看取りへの取組などが進められている。近年は高齢期の人生の価値観にも変化が表れ始め、Well-being（ウェルビーイング）の向上、ウェルネス、ポジティブヘルスなど、新しい健康概念が諸外国で議論されるようになって、その概念の広がりとともに、医療と社会的ケアの融合やチームアプローチに注目が集まっている。

このように考えると、海外の地域サービス制度における質の確保策が参考になる。すなわち、海外の地域サービスにおいて質の確保・向上は「自治体の責任」とされているということである。自治体のケア施策の方向性に基づいて目標を明確にして事業者に委託し、委託後も定期的なコミュニケーションによって質の向上を図っている。さらに、近年、アセットベースドアプローチの傾向がとりわけ強くなっており、自治体ではサービス供給第一ではなく、本人と地域の力を基盤として在宅を継続するためのリエイブルメ

ントサービス、社会的処方などが強調されている。

以上から、我が国でも、その自治体で行われているケアマネジメントをマクロ（地域）で評価する仕組みや指標の検討が必要と考えられる。介護支援専門員個々のケアマネジメントの質の向上を図るためにも、まず、自治体がケア施策の方向性を明示することが重要であり、その方向性に基づいて地域のケアマネジメントの質を評価して関係者で共有し、PDCA を回していく体制を構築する必要がある。

18. 利用者の状態像の分類

また、委員会では、論点として、海外のように回復・改善可能（自立支援）グループ、回復・改善不可能（現状維持）グループに分けることを提案するべきかについても議論を行った。回復・改善可能であれば、回復や改善ができたかどうかを評価することになり、回復・改善不可能であれば、QOL、Well-beingなどの評価になると考えられる。例えば、社会的ケアを評価する SIOS（サイオス：Social Independence Support Outcome Scale：後述）でも、認知症者の評価は難しい。

海外では制度自体が分離されており、図表 18-1 のとおり、オランダやドイツも、介護保険制度の対象者は基本的に回復・改善が期待されない者である（認定有効期間がない）。回復や改善が可能な高齢者は医療保険や福祉サービスの対象であり、評価指標も異なる。

図表 18-1：各国の要介護認定について

	日本：介護保険	オランダ：長期介護保険（WLZ）	ドイツ：公的介護保険
判定機関	・保険者（市町村） 介護認定審査会	・CIZ ※保険者は保険会社 アゼッサー（390名）	・保険者（介護金庫） MDK
概要	・7段階認定 ・要支援1～2/要介護1～5 ・介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者を含む軽度から中重度までを対象に、区分支給限度額を認定 ・コンピュータ判定（一次判定）後、審査会で二次判定 ・要支援2と要介護1の振り分け時のみ、「状態の維持・改善可能性」を判定 ・認定有効期間あり（6ヶ月～36ヶ月）	・7種類判定 ・VV04～VV10 ・回復が不可能で、継続的なモニタリングや24時間のケアを必要とする高齢者や障害者のみ ・ケアプロファイルを判定（身体疾患、認知症重度行動障害、重度身体疾患、リハビリが必要、緩和ケアなどタイプ別判定） ・認定有効期間なし	・5段階鑑定 ・介護度1～介護度5 ・介護度1は月125€の負担軽減手当のみ、介護度2～5も部分給付（必要な給付の5～6割程度） ・介護度1を除き、中重度者を対象に給付額（現金給付月額、現物給付月額等）を鑑定 ・リハビリテーション、予防策の勧告可（ただし、勧告の割合は0.7%） ・認定有効期間なし（ただし、現金給付受給者はモニタリングのため、半年（介護度2、3）ないし四半期（介護度4、5）毎に相談訪問）
評価軸	・要介護認定等基準時間（介護の手間） ・行為区分毎の時間の合計 ・食事/排泄/移動/清潔保持/間接/BPSD関連/機能訓練/医療関連/認知症加算	・漏斗状のアセスメントモデル ・ケア状況 ・永続的な観察もしくは24時間のケアの必要性（なければ非該当） ・永続的なケアニーズ（改善/発達/回復の可能性があれば非該当）	・日常生活における自立度と能力（本人に何が出来るか、できないか） ※かつては介護の手間だったが、改正

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 事業報告書 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取り組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業より改変

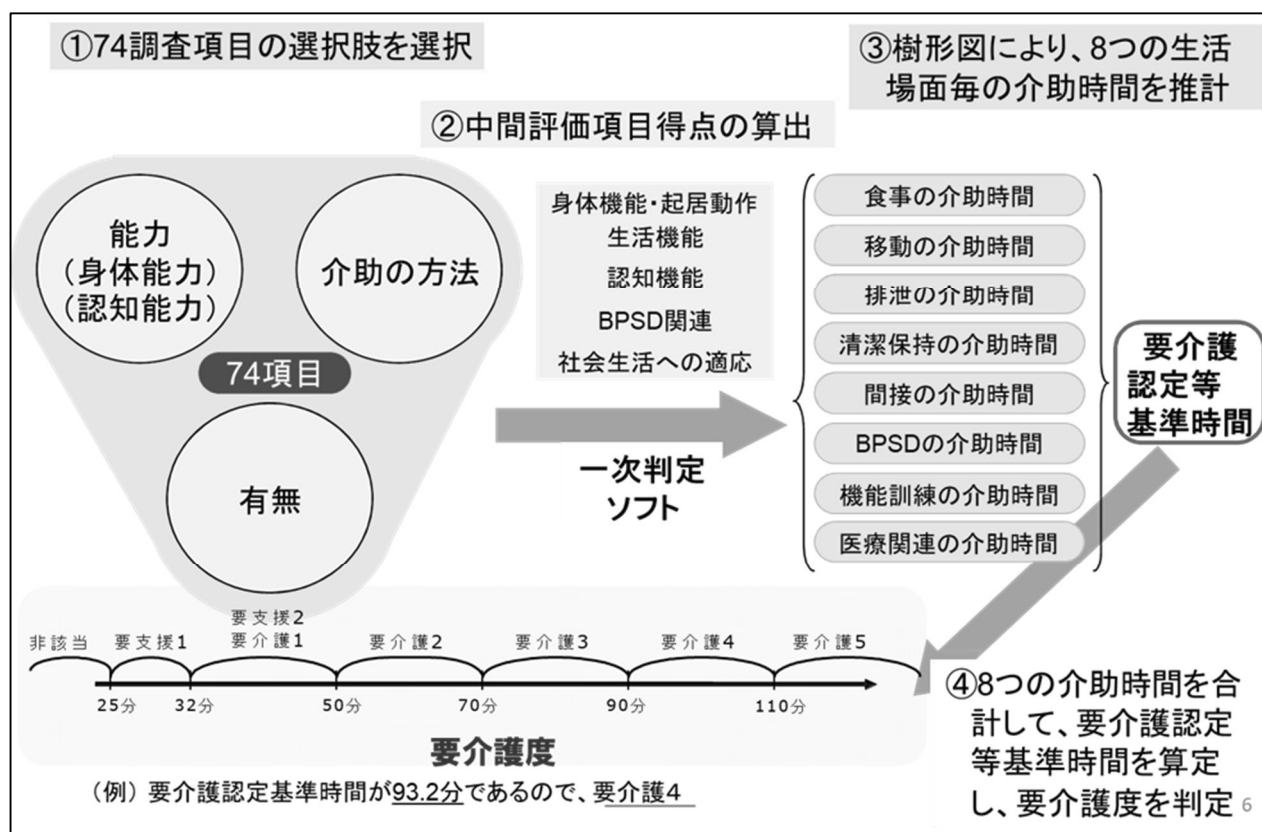
一方で、日本は要支援1から要介護5まで介護保険制度の対象の状態が非常に広く、図表 18-2 のとおり、要介護度は認定時点の介護の手間にかかる要介護認定等基準時間で決定される。状態の安定性と認知症の有無で要支援2と要介護1を振り分ける要介護1相当を除き、回復や改善の可能性が評価されておらず、認定結果からも判断できない。回復・改善可能な者に介護サービスを提供すれば、廃用症候群が進むことで要介護度の悪化につながる可能性があり、逆に、回復・改善不可能な者にリハビリテーションを行っても効果は望めないが、それは利用者の選択（介護支援専門員の支援）に委ねられている。

なお、介護の手間で認定しているため、要介護度が上がれば区分支給限度基準額が上がり、介護報酬が増える構造である。しばしば指摘されることであるが、自立支援・重度化防止の推進に際して、要介護度の改善が事業者のディスインセンティブであること（悪化させることに事業者のインセンティブがあること）が足枷になっている。

また、要介護者と要支援者は法令で明確に区分されているが、要支援者でさえ、介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業によって、介護サービスの利用を要しない状態までの回復を含む維持・改善のためのサービスが提供することとされているが、アウトカム指標が設けられていない。それも要支援者の中に回復・改善不可能な者が混在しているからだと考えられる。

以上から、委員会としては、同じ要介護度でも様々な状態の高齢者が混在していることが、ケアマネジメントの質の評価を困難にしている要因の一つであると指摘したい。

図表 18-2：日本の要支援・要介護の認定について



出典：厚生労働省資料「要介護認定の仕組みと手順」

19. ケアマネジメントの質の指標の提案

以上を踏まえ、ケアマネジメントの質の指標について検討した。

質の評価のあり方としては、介護支援専門員個々のケアマネジメントの質の向上を図るためにも、自治体がケア施策の方向性を明示することが重要であり、ケアマネジメントの質は市町村が担保するものであるとした。また、先行研究において、介護支援専門員をアウトカム指標で評価することにした場合、介護支援専門員が「評価を下げかねない利用者を除外する」可能性も指摘されている。

したがって、ケアマネジメントの質の指標のうち、特にアウトカム評価については、介護支援専門員個人が行うケアマネジメントを評価する指標ではなく、地域全体のケアマネジメント全体の質を評価する指標であるべきである。

また、地域のケアマネジメントの質は地域全体で高めていくものであり、海外の地域サービス制度のように、市町村と介護支援専門員、事業者、その他専門職などが協働して作り上げていくものというスタンスに立てば、介護支援専門員のみならず、多職種が連携するチーム、その他関係者の間で目指すケアマネジメントのアウトカムが共有されている必要があり、市町村や地域包括支援センターがそれを支えることが重要である。

一方で、利用者個々に対して提供された個別の「ケアの質の評価」は必要であり、その中で、ケアマネジメントの質の改善も図られることになるだろう。とはいえ、ケアの質の評価とそのサービスの効果を期待して作成したケアプランを完全に切り離し、ケアマネジメントだけの評価を行うことには無理がある。

そこで委員会では、地域のケアマネジメント全体を評価するロジックモデルを作成することを試みた。具体的には、先行研究や諸外国で使用されている評価指標を基礎資料とし、国内におけるアンケート調査やインタビュー調査結果も踏まえた。検討のベースとしては、平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業報告書（図表 15-5）」のフレームワークを参考にした。

19.1. 最終アウトカムの検討

ケアマネジメントの質の指標の検討にあたっては、まず、どのような価値の実現を目指すのかを設定する必要がある。

委員会では、先行研究や諸外国での検討も踏まえ、それを「Well-being の維持・向上」と設定することにした。Well-being とは、直訳すれば「well : よい」「being : 状態であること」であるが、WHO（世界保健機関）憲章（1948 年）の前文の「健康」の定義の中で、Well-being は以下のように用いられている。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にある。（日本 WHO 協会訳）

Well-being が高い状態は一人一人違い、多様である。個人の状態だけではなく、社会や人とのつながり、コミュニティの中での役割の有無、生きる目的の有無、帰属意識の有無などの影響も受ける概念である。地域のケアマネジメント全体が目指すものは、まさに Well-being ではないだろうか。

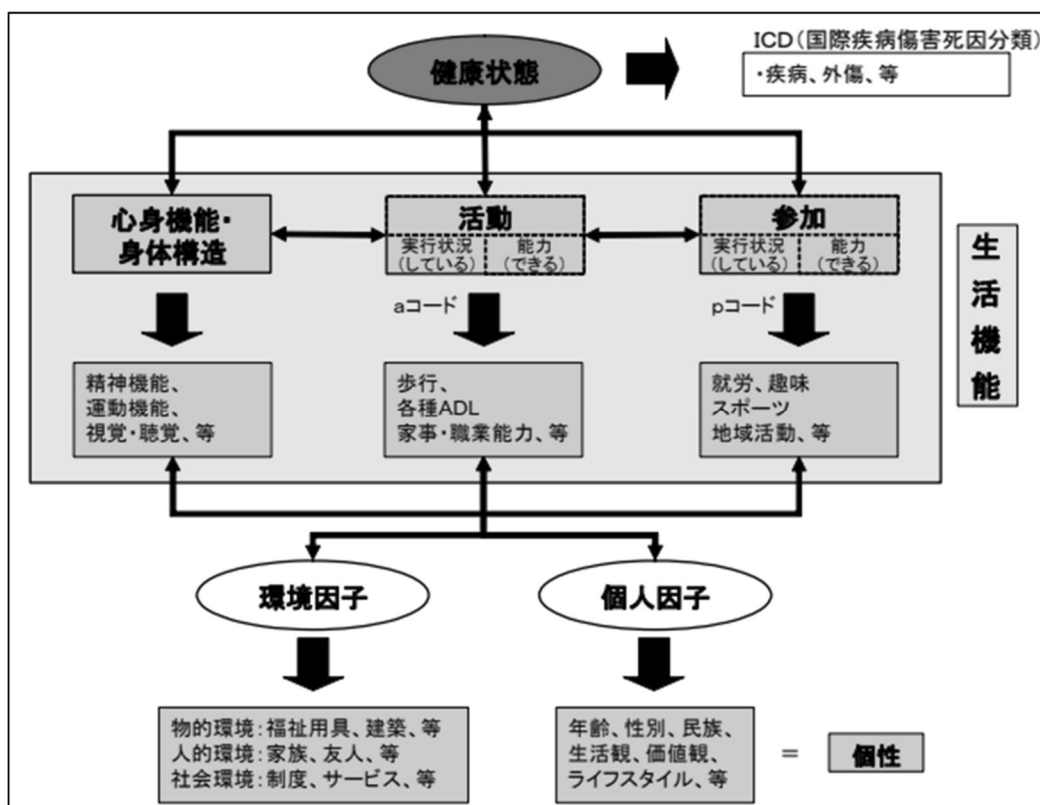
19.2. 利用者のアウトカム

平成 30 年度老健保健健康等調査研究事業「地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究報告書」では、アウトカム指標として、利用者は「Well-being」の他に、「QOL の向上」、「満足度」、「居宅生活の継続」、従事者は「満足度」、「やりがい」、地域は「コスト」等が挙げられていた。

その他の国内の老人保健健康等研究事業や先行調査研究のレビューでは、利用者のアウトカム指標の大半が、身体的な機能回復や ADL の改善・向上を目的としている指標であった。しかし、例えば一般に、要支援者の多くは介護の要らない状態まで回復する可能性があり、身体的な機能回復の指標が当てはまるかもしれないが、一方、要介護者 5 の多くは身体的な機能回復ができる可能性は低いだろう。となれば、ケアマネジメントの質のアウトカムは、それだけでは評価できない。

そこで、委員会では、Well-being の維持・向上を最終アウトカムとすれば、アウトカム評価は ICF（国際生活機能分類：International Classification of Functioning）に基づいて行うべきと捉え、その考え方を踏まえた国内外の評価指標を検討した。（海外の質の評価については参考資料 285 頁以降の各国の実情、339 頁以降の文献レビューとスケールを参照）

図表 19-1：概念図



出典：生活機能分類の活用に向けて－ICF（国際生活機能分類）：活動と参加の評価点基準－

国内の先行研究で ICF に基づく指標を開発したものとしては、「社会的自立支援アウトカム尺度」として、介護サービス事業所で実際に活用されている SIOS が挙げられる (No. 9)。そこで、委員会では SIOS について情報収集を行った。

■SIOS の概要

SIOS は、昭和大学保健医療学部と株式会社 楓の風が共同開発したアウトカムスケールであり、社会的自立支援のアウトカム評価に加えて、この活用を通して適切なアセスメントを行うことができる点が特徴である。

要支援や要介護者はコミュニティ参加の可能性を自身で判断することが難しい。支援者にとっても、対象者の思いの引き出しや広範な参加選択肢を想定した支援は高度な技術を要する。そこで WHO の国際生活機能分類 (ICF) に準拠した高齢者の社会参加 (18 要素) と家庭での役割 (17 要素) リストのほか、他の活動項目に加え、参加への主体性の状態も測定できる成果尺度を開発した。

アンケート形式になっており、援助者が質問し、被援助者が回答する。これまで情緒的評価が主体であった社会的ケア要素視点を客観的に把握し、定量評価することができるツールであり、回答を通じて被援助者は自らの状況を俯瞰し、より自立した生活への一歩を踏み出すことができるとされている。また、被援助者の語りを通じ、援助者が共有、ケアサービスの利用目的を相互にコミットメントすることで効果があるとされている。

図表 19-2 : SIOS の概要

社会的自立支援アウトカム尺度 (SIOS) Ver. 4.1 の概要

尺度構成

下位尺度	評価項目	配点	ICF第1レベル
活動 (Activities)	移動範囲 (Moving range)	1-5点	d4
	セルフケア (Self-care)	1-5点	d5
	家事 (Household tasks)	1-5点	d6
	運動習慣 (Exercise habit)	1-5点	d2
参加 (Participation)	家庭での役割 (Role in the family)	1-10点	d6・7・9
	社会参加 (Participation in society)	1-10点	d1・3・7・8・9
主体性 (Identity)	自己効力感 (Self-efficacy)	0-4点	-
	他者とのかかわり (Commitment and engagement)	0-4点	
	知識と理解 (Knowledge and understanding)	0-4点	
	主体的意思決定 (Self-decision making)	0-4点	
	自己管理 (Personal control)	0-4点	

対 象

居宅介護サービス、介護予防・日常生活支援事業の対象者

目 的

1. 「参加」「活動」の自立支援効果の定量化
2. 高齢者の「役割」「参加」の一覧化によるアセスメント支援

特 色

1. 要介護度や医学的指標 (ADL等) では測定できない状態の定量化
2. 「身体的自立」と異なる「社会的自立」に特化した状態把握
3. 長期ケア対象者でも測定可能な自立支援効果の定量化

出典：第5回委員会 提供資料

図表 19-3 : SIOS の特徴と活用

社会的自立支援アウトカム尺度（SIOS） Ver. 4.1 の特徴と活用																																																											
アウトカム尺度として																																																											
■ ICFと公知の知見を整理した活動・参加の網羅性 ■ 医学的ケア要素とは異なる社会的ケア要素の自立支援アウトカムを測定可能 ■ 慢性期や悪化傾向者でもサービスから得られるアウトカム（主体性の向上）が観察可能 ■ 尺度として十分な信頼性と妥当性 ■ 「要介護度」「ADL指標」「IADL指標」と異なる測定概念 ■ 介護サービスAIシステムのデータセットとして利用																																																											
アセスメントツールとして																																																											
■ 役割・参加の一覧性による評価者スキルの向上 ■ 対象者の価値観や過去の経験を効率よく把握 ■ 対面聞き取りで潜在能力の発見、目標の設定、手段の模索などを対象者と支援者が共有 ■ コミュニティー資源への誘導 ■ 社会参加ニーズの顕在化による資源開発への貢献																																																											
項目「社会参加」の測定要素リスト <table border="1"> <thead> <tr> <th>社会参加領域</th><th>項目</th><th>ICF 分類要素レベル</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>社会参加準備</td><td>1. 報酬をもらう仕事</td><td>d050 報酬をもらう仕事</td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>2. ボランティア活動</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>3. 地域行事への参加</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>4. 老人会や老人クラブへの参加</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>5. 市内会や市議会、マシソン管理組合での活動</td><td>d010 コミュニティライフ</td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>6. 団体活動・消費生活センター活動など（買い物など）</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>7. 結婚式や葬式、入学・卒業式、結婚会への参加</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>8. 学習活動（市民講座や公民館活動、公民館センターなど）</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>9. 延命要活動（シニアヘルプ、延命要センターなど）</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>10. 友人関係を訪問</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>11. 旅行</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>12. スポーツや運動（水泳を学ぶなど）</td><td>d020 レクリエーションとレジャー</td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>13. 芸術・文化に関する芸術活動（外出を学ぶなど）</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>14. 趣味に関する芸術活動（外出を学ぶなど）</td><td></td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>15. 芸術関係の活動（参加を学ぶなど、音楽も参加など）</td><td>d030 娯楽とレクリエーション</td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>16. 選挙権の行使</td><td>d040 政治活動と市民権</td></tr> <tr> <td>社会参加準備</td><td>17. 政治関係団体や党への参加</td><td></td></tr> <tr> <td>その他</td><td>18. ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動（参加を学ぶなど）</td><td>d060 コミュニケーション 電話や郵便の利用</td></tr> </tbody> </table>			社会参加領域	項目	ICF 分類要素レベル	社会参加準備	1. 報酬をもらう仕事	d050 報酬をもらう仕事	社会参加準備	2. ボランティア活動		社会参加準備	3. 地域行事への参加		社会参加準備	4. 老人会や老人クラブへの参加		社会参加準備	5. 市内会や市議会、マシソン管理組合での活動	d010 コミュニティライフ	社会参加準備	6. 団体活動・消費生活センター活動など（買い物など）		社会参加準備	7. 結婚式や葬式、入学・卒業式、結婚会への参加		社会参加準備	8. 学習活動（市民講座や公民館活動、公民館センターなど）		社会参加準備	9. 延命要活動（シニアヘルプ、延命要センターなど）		社会参加準備	10. 友人関係を訪問		社会参加準備	11. 旅行		社会参加準備	12. スポーツや運動（水泳を学ぶなど）	d020 レクリエーションとレジャー	社会参加準備	13. 芸術・文化に関する芸術活動（外出を学ぶなど）		社会参加準備	14. 趣味に関する芸術活動（外出を学ぶなど）		社会参加準備	15. 芸術関係の活動（参加を学ぶなど、音楽も参加など）	d030 娯楽とレクリエーション	社会参加準備	16. 選挙権の行使	d040 政治活動と市民権	社会参加準備	17. 政治関係団体や党への参加		その他	18. ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動（参加を学ぶなど）	d060 コミュニケーション 電話や郵便の利用
社会参加領域	項目	ICF 分類要素レベル																																																									
社会参加準備	1. 報酬をもらう仕事	d050 報酬をもらう仕事																																																									
社会参加準備	2. ボランティア活動																																																										
社会参加準備	3. 地域行事への参加																																																										
社会参加準備	4. 老人会や老人クラブへの参加																																																										
社会参加準備	5. 市内会や市議会、マシソン管理組合での活動	d010 コミュニティライフ																																																									
社会参加準備	6. 団体活動・消費生活センター活動など（買い物など）																																																										
社会参加準備	7. 結婚式や葬式、入学・卒業式、結婚会への参加																																																										
社会参加準備	8. 学習活動（市民講座や公民館活動、公民館センターなど）																																																										
社会参加準備	9. 延命要活動（シニアヘルプ、延命要センターなど）																																																										
社会参加準備	10. 友人関係を訪問																																																										
社会参加準備	11. 旅行																																																										
社会参加準備	12. スポーツや運動（水泳を学ぶなど）	d020 レクリエーションとレジャー																																																									
社会参加準備	13. 芸術・文化に関する芸術活動（外出を学ぶなど）																																																										
社会参加準備	14. 趣味に関する芸術活動（外出を学ぶなど）																																																										
社会参加準備	15. 芸術関係の活動（参加を学ぶなど、音楽も参加など）	d030 娯楽とレクリエーション																																																									
社会参加準備	16. 選挙権の行使	d040 政治活動と市民権																																																									
社会参加準備	17. 政治関係団体や党への参加																																																										
その他	18. ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動（参加を学ぶなど）	d060 コミュニケーション 電話や郵便の利用																																																									

出典：第5回委員会 提供資料

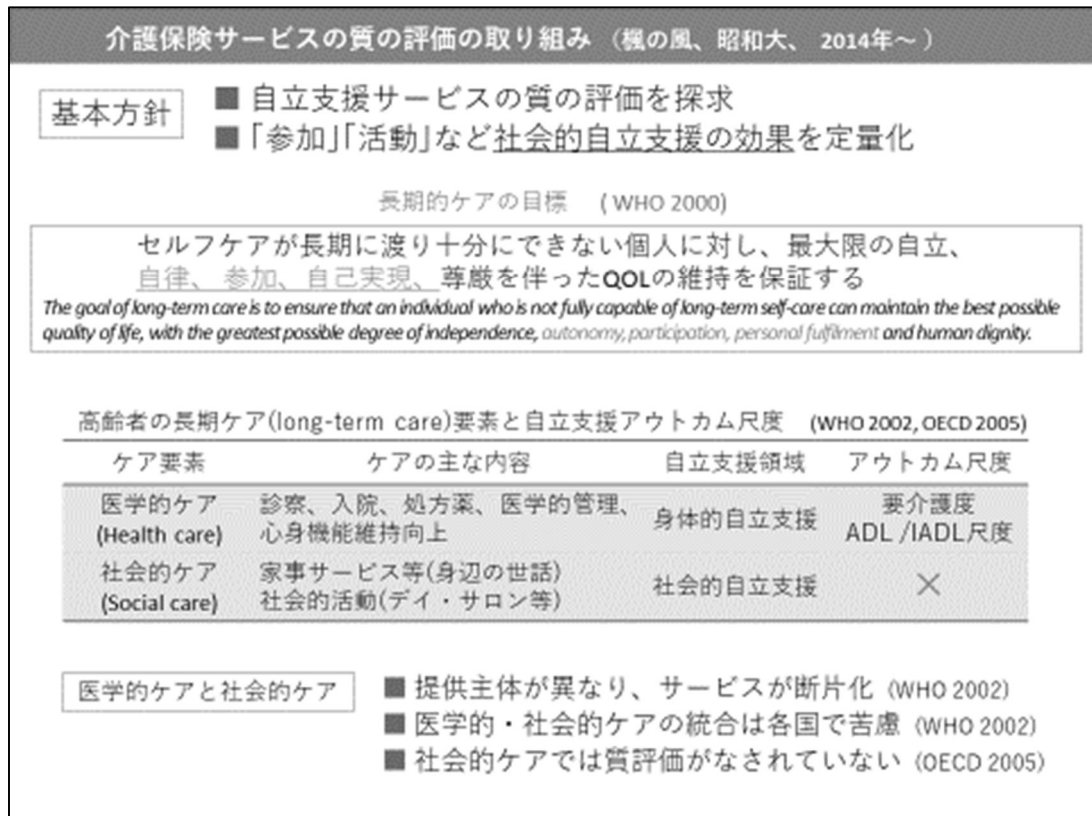
■SIOS 開発の経緯

介護保険サービスにおいて、「自立支援」が評価される方向性が明確になり、2014 年から、サービスの質を評価できる指標を探し始めたことがきっかけとされる。運動や栄養介入などの心身機能の自立支援方法は概ね確立しているが、社会参加を促進する支援の方法論は定式化されていなかった。

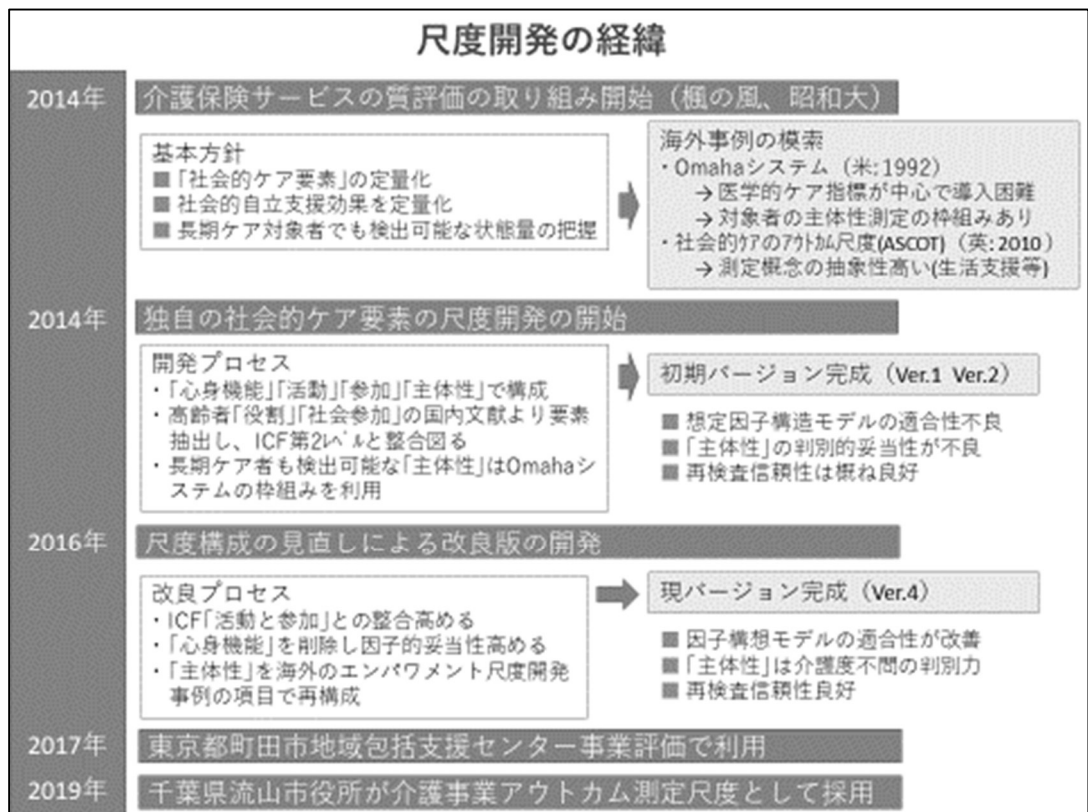
当時、WHO（世界保健機関：World Health Organization）による長期的ケアの目標は、最大限の自立、自律、参加、自己実現、尊厳を伴った QOL の維持であり、「長期ケア」は「医学的ケア」と「社会的なケア」に分かれるという報告が海外に多く見られた。医学的ケアは医学的管理や心身機能維持向上、社会的ケアは身近なお世話や社会的活動の促進であるが、自立支援の観点から分けると、「身体的自立支援」、「社会的自立支援」と呼ぶことができるのではないかと考え、「社会的自立支援」をキーワードに探索を開始したとされる。

医学的ケアのアウトカム尺度としては、要介護度や ADL/IADL 尺度が既にあった。しかし、社会的なケアのアウトカム尺度は国内を探しても見当たらなかった。長期ケア対象者でも検出可能であり、社会的ケア要素を定量化できる指標で、サービス開始時とサービス開始半年後などで計ることで社会的自立支援の効果を定量化できるものはないかという視点で国外事例も探索した。

図表 19-4：介護保険サービスの質の評価の取り組み



図表 19-5：尺度開発の経緯



出典：第5回委員会 提供資料

しかし、海外で使われている Omaha システムは医学的ケア中心の指標であり、ASCOT も測定概念の抽象性の高さが求めている指標とは異なったため、自主開発に取り組むことを決めたとされる。当初は、下位尺度として「心身機能」「活動」「参加」「主体性」でスケールを作るところから出発し、「活動」と「参加」に関しては ICF の第 2 レベルとの整合性をとるように考えた。

なお、ICD-11 の補助セクション V は、ICF の概念に基づいて WHO が開発した WHO-DAS2.0 (WHO-Disability Assessment Schedule 2.0) と MDS (Model Disability Survey)、それ以外の一般的生活機能領域 (Generic functioning domains) になっているが、DAS2.0 の項目は SIOS に直接的には反映させていない。なぜならば、若年者から高齢者までを包含する設問であることや測定概念が広範なことが介護サービスのプロセス評価とアウトカムの関連性を検討する際に不都合が生じると考えたためである。ただし、DAS2.0 の「セルフケア」は SIOS と近い内容であり、SIOS のバージョンを更新していくにあたって、構成要素が足りないと考え、ICF の第 2 レベルから要素を補増する形で Ver4.1 にアップデートしている。

MDS は、特に検討することなく現在に至っているが、障害の帰結を問う設問で、プロセス評価との関連を追及する際に支障が多いと考えている。

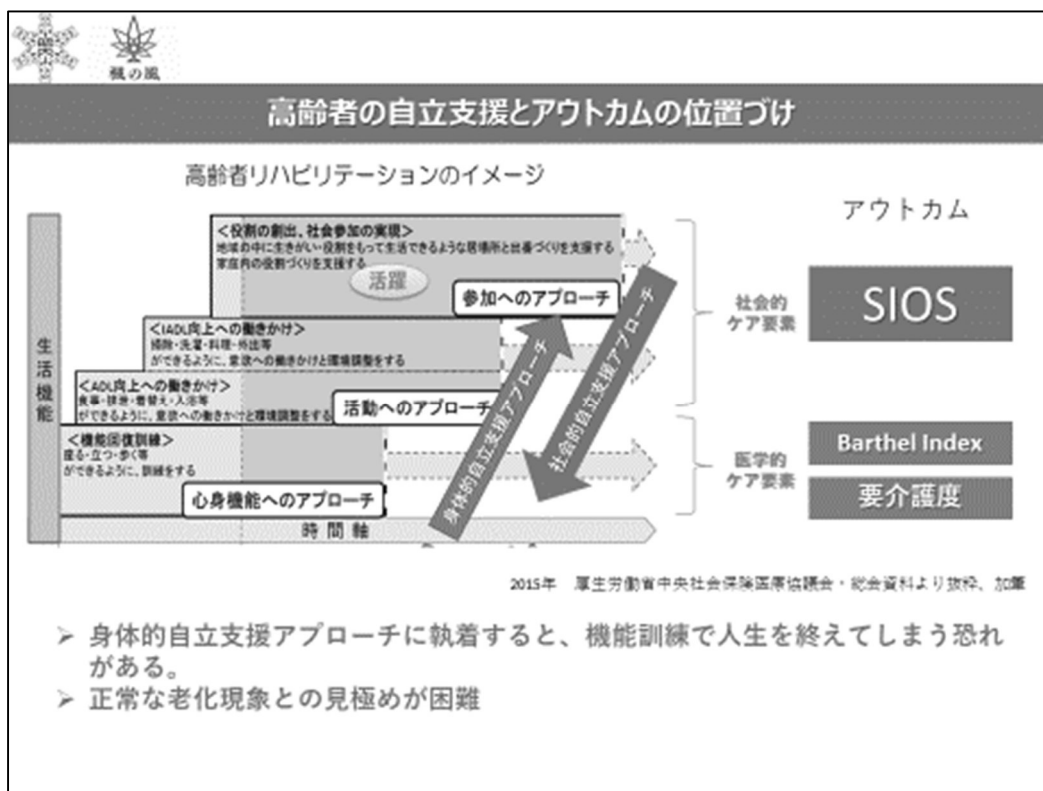
Generic Set と Rehabilitation Set は簡易版であり、例えば ICF「社会参加」では「d920 レクリエーションとレジャー」のみであり、役割や参加を詳細に捕捉しようとした SIOS の方針とは合致しなかったため、採用していないとしている。

■SIOS で引き出せるニーズとは

SIOS には 3 つのメリットがある。1 つ目は、課題点の抽出だけで終わらずに人生の過ごし方のニーズにケアマネジャーが着目できるようになること。2 つ目は利用者の思いを引き出してサービスの利用目的を明確にできること。3 つ目は、元気になったらとか、歩けるようになったらという条件で社会的自立の目標達成を先延ばしにせず、残存機能に着目し、機能的代替方法を考えて、最短でエンパワメントへ導けるという支援が実現できることであるとされる。

高齢者の自立支援は、図表 19-6 にある生活機能の階段モデルに沿って提供されることが一般的であり、心身機能を改善してから活動、参加へのアプローチへ移行する方向性が採用されやすい。そのために、機能訓練ありきの援助プランを必須とする観念が固定化される現象が起きているのではないか。「役割の創出、社会参加の実現」は、例えばプロ野球の応援しに行きたいという目標が立っても、階段の昇り降りとか歩けるとかいう身体機能を求める結果になってしまっていて、目標を達成する前に亡くなってしまいう現象が起きる可能性がある。高齢者介護は広義のターミナルケアであり、時間が限られている。残された時間を自分らしく生きるための目標を設定し、その実現に向けた主体性を持ち得た利用者にとって、機能訓練は手段であり、目標の達成こそが自身の QOL の向上に直結する。SIOS はこのような社会的自立支援を含むケアプランの作成を支援し、その成果を定量化する利点をもつ。

図表 19-6：高齢者の自立支援とアウトカムの位置づけ



出典：第5回委員会 提供資料

平成 27 年改正以降、「個別機能訓練加算Ⅰ、Ⅱ」が拡大され、デイサービスにはより一層自立支援に取り組むことが求められたが、個別機能訓練加算Ⅰは心身機能の維持向上、いわゆる ADL 自立支援の側面の加算となっている。埼玉県で自治体が行っている「高齢者元気アップ応援事業所認定事業」では、事業に参加している個別機能訓練加算Ⅱを算定している事業所を調査したところ、高齢者の利用者の主体性が置き去りにされ、主体性が伴っていない機能訓練が続けられている状況が明らかになった。自治体レベルで、事業所の自立支援の取り組みを評価する動きが広がりつつあるが、求められるアウトカムは介護度の改善や ADL の改善であることが多く、これでは機能訓練になってしまい、嫌がるお年寄りを無理に歩かせる現象が起きる可能性がある。ADL の改善の強要あるいは QOL を損ねてしまう可能性があるのではないのか。この内容については全国老人福祉施設協議会が提言している状況でもある。

図表 19-7：評価・表彰が広がる自立支援は主に ADL 回復

評価・表彰が広がる自立支援（自治体・保険者）は主にADL回復			
自治体	事業名	対象	インセンティブ
滋賀県	要介護度改善促進モデル事業	在宅サービス・施設サービス・地域密着型・居宅介護支援	要介護改善の取り組みのために要する費用の補助（成果が出たら年60万）
福井県	介護事業所における介護度改善促進事業	県内の介護事業所	要介護度改善プログラムを体系的に評価し、評価が上位の事業所に対しての要介護度改善者につき1人12万円支給と表彰
川崎市	かわさき健康強身プロジェクト	市内全ての介護保険指定事業所	ADLの大幅な改善が認められた事業所に利用者1人5万円の奨励金と市長による表彰
品川区	要介護度改善ケア奨励事業	品川区施設サービス向上研究会に参加する社会福祉法人等が運営する高齢者施設（13施設）	介護度が改善された入所者1人につき、改善した段階の区分に奨励金の交付対象施設間の月数を費した額を奨励金（介護度が1段階改善すると事業あたり8万円）
岡山市	デイサービス改善インセンティブ事業	市内デイサービス事業所で障害者に運営している事業所	日常生活機能評価の改善上位事業所に奨励金1事業所8万円と表彰と情報公開
埼玉県	高齢者元気アップ応援事業所認証事業	県内の通所介護事業所・認知ケア・地域密着型通所	2016,2017年は要介護度の改善事業所に奨励金、2018年より表彰のみ。また「高齢者元気アップ応援事業所」の認定



> 本人の意思に反して要介護度やADL改善を強要するサービスがまん延
 > 対象者のQOLを損ねる可能性

全国福祉ニュースNo.28-03、2017全国老人福祉施設協議会
 高齢者の自立支援・悪化防止に向けた取組の推進に対する声明 2017：日本社会福祉士会

出典：第5回委員会 提供資料

SIOS はアウトカムスケールのため、何を指してケアしたらいいのかわかりやすく示し、定量評価できるようになっているだけでなく、アセスメントツールとしての活用が有効である。具体的に SIOS を使った面談をしていくと、ADL・IADL の状態と、本人がその状態をどう捉えているかが把握できる。社会参加、家庭内の役割を丁寧に質問していき、できていないことに対してどう本人が捉えているか、あるいは昔はどうで将来どうしていきたいのか、利用者の主体性を伴った思いを引き出すことができる。エンパワメントとリンクする主体性の可視化（効力感、知識・理解、自己決定、自己管理、他者との関係）も支援の効率化にも貢献できるだろう。

要介護度の改善のみを追いかけていくと、状態像によっては悪化で終わってしまいかねず、それが悪かのようになってしまいかねない。たとえ重度の方でも残された時間を大切に生きようとする思いを測れないか、その意思を見出せないかを主体性の5つの設問を通じて対談をしていくと、利用者が何のために訓練をするのか、何のために介護サービスを使うのか、何のためにケアマネジャーに相談していくのかの明らになるメリットもある。

なお、SIOS を導入している事業所では、医学的ケア要素は、別途、従前の要介護の認定調査、Barthel、FIM 等のスケールで把握されている。

SIOS バージョン 4.1 は楓の風ホームページから無償でダウンロードして使用できる。

19.3. 地域のアウトカム

その自治体で行われているケアマネジメントのアウトカムをマクロ（地域）で評価するにあたっては、人口や高齢化率、人口密度といった地域の基本特性や、その地域の資源の量などを踏まえた上で、平均要介護度や要介護認定の変化率などを評価指標にすることが考えられる。その意味では、保険者機能強化推進交付金の評価指標のような自治体の取組を評価する指標が、地域のケアマネジメント全体の質の評価指標になり得ると考えられる。

以下は、令和元年度の保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の中で、ケアマネジメントに関連する指標である。

（一部抜粋、下線部は加筆）

Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

（2）介護支援専門員・介護サービス事業所（研修の指標）

①保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、介護支援専門員に対して伝えているか。

ア 保険者のケアマネジメントに関する基本方針を伝えるためのガイドライン又は文書を作成した上で、事業者連絡会議、研修又は集団指導等において周知している

②介護サービス事業所（居宅介護支援事業所を含む。）の質の向上に向けて、具体的なテーマを設定した研修等の具体的な取組を行っているか。

ア 市町村が主催する研修等の他、市町村として、民間事業所等における自主的な研修やスキルアップ等を促進するために財政支援を行う等具体的な取組を実施しているか

（3）地域包括支援センター

＜ケアマネジメント支援に関するもの＞

⑥地域包括支援センターと協議の上、地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか。

⑦介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者（例：医療機関や地域における様々な社会資源など）との意見交換の場を設けているか。

⑧管内の各地域包括支援センターが介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、件数を把握しているか。 【ア又はイのいずれかを選択】

ア 経年的に件数を把握している

イ 2018年度の件数を把握している

ケア会議の指標

＜地域ケア会議に関するもの＞

⑩地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか。

⑪個別事例の検討等を行う地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か。(個別ケースの検討件数／受給者数) ア 個別ケースの検討件数／受給者数 〇件以上(全保険者の上位3割) イ 個別ケースの検討件数／受給者数 〇件以上(全保険者の上位5割) 【ア又はイのいずれかに該当すれば加点】

⑬地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか。

ストラクチャー指標

⑫生活援助の訪問回数の多いケアプラン(生活援助ケアプラン)の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか。

プロセス指標

⑭地域ケア会議において、複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言しているか。 【ア又はイのいずれかを選択】

ア 複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村に提言している

イ 複数の個別事例から地域課題を明らかにしているが、解決するための政策を市町村に提言してはいない

⑮地域ケア会議の議事録や決定事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか。

多職種連携

(4) 在宅医療・介護連携

⑤医療・介護関係の多職種が合同で参加するグループワークや事例検討など参加型の研修会を、保険者として開催又は開催支援しているか。

居宅介護支援事業所の加算のストラクチャー評価指標

居宅介護支援の受給者における「入院時情報連携加算」又は「退院・退所加算」の取得率の状況はどうか。 【ア又はイに該当すれば加点】

ア 〇%以上(全保険者の上位5割) 入院時情報連携加算

イ 〇%以上(全保険者の上位5割) 退院・退所加算

アウトカム指標

(8) 要介護状態の維持・改善の状況等

(要介護認定等基準時間の変化)

①軽度 【要介護 1・2】

一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の変化率の状況はどのようになっているか。

ア 時点（１）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）

イ 時点（２）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）【ア又はイのいずれかに該当すれば加点】

(要介護認定の変化)

②軽度 【要介護 1・2】

一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の状況はどのようになっているか。

ア 時点（１）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）

イ 時点（２）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）【ア又はイのいずれかに該当すれば加点】

(要介護認定等基準時間の変化)

③中重度 【要介護 3～5】 一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準時間の変化率の状況はどのようになっているか。

ア 時点（１）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）

イ 時点（２）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）【ア又はイのいずれかに該当すれば加点】

(要介護認定の変化)

④中重度 【要介護 3～5】

一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の状況はどのようになっているか。

ア 時点（１）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）

イ 時点（２）の場合○% （全保険者の上位 5 割を評価）【ア又はイのいずれかに該当すれば加点】

プロセス指標 実施状況

Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進

(1) 介護給付の適正化

②ケアプラン点検をどの程度実施しているか。 【ア又はイいずれかに該当すれば加点】

ア ケアプラン数に対するケアプランの点検件数の割合が○%（全保険者の上位 3 割を評価）

イ ケアプラン数に対するケアプランの点検件数の割合が○%（全保険者の上位 5 割を評価）

19. 4. 評価対象者と評価者、評価の仕組み

委員会では、ケアマネジメントの質の指標のうち、特にアウトカム評価については、介護支援専門員個人が行うケアマネジメントではなく、地域全体のケアマネジメント全体の質を評価すべきであるとした。介護支援専門員は一人一人の利用者に対してケアマネジメントを実施するが、それによって

「Well-Being の維持向上」を実現できたかどうかの責任は介護支援専門員だけにあるのではなく、介護支援専門員が組織するケアチームにあり、また、良質なケアチームが構築されるために必要な支援を行う自治体や地域包括支援センターにあるからである。また、アウトカム評価は担当する利用者の状態像に左右されるため、介護支援専門員が「評価を下げかねない利用者を除外する」可能性も踏まえてのことでもあった。そして、最終アウトカムを「Well-Being の維持向上」とし、アウトカムを利用者（家族）、地域でそれぞれ設定した。

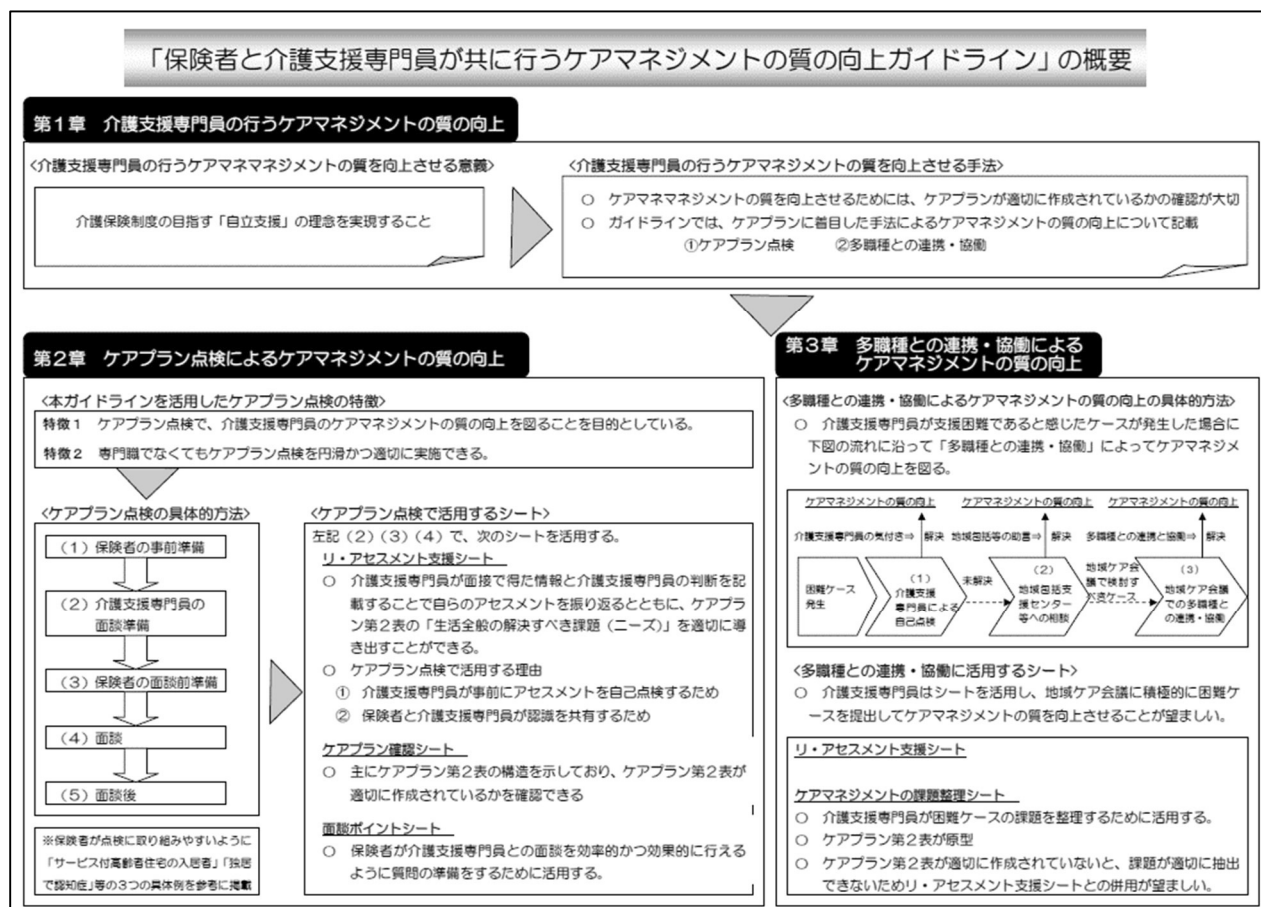
となれば、評価されるべき対象者は介護支援専門員個人だけでなく、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、医療機関、地域包括支援センター、地域住民、そして何より保険者（自治体）となる。ロジックモデルの作成にあたっては、それぞれがアウトカムの達成に向けて、どのようなインプットとアクティビティが求められるかを検討した。

とはいえ、介護支援専門員が実施するアクティビティについては、それが適切なケアマネジメントプロセスで実施されているか、プロセス評価を行う必要がある。一つ一つのケアマネジメントを積み上げて生み出したアウトプットが地域全体のケアマネジメントのアウトカムにつながるのも、また当然のことである。

したがって、ケアマネジメントの質の評価の仕組みとしては、介護保険制度上は主に、「監査」、「ケアプラン点検」、「地域ケア会議」が挙げられるが、ケアプランが適切なプロセスを経て作成されているかを評価するためには、「ケアプラン点検」の活用が重要であろう。

ケアプラン点検は、地域によって様々な方法が採られているが、東京都の「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」のような、介護支援専門員の自己点検にも、保険者によるケアプラン点検にも活用できるツールが参考になる。東京都では、点検の目的を介護保険制度の目指す「自立支援」の理念を実現することとし、保険者である自治体が多職種との連携・協働によってケアマネジメントの質の向上を目指すという姿勢が一貫している。

図表 19-8：「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」の概要



出典：「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」

なお、評価に要するコストを考えても、評価者として第三者機関を想定するのは現実的ではなく、地域のケアマネジメント全体の質を協働で進めていくという意味でも、介護支援専門員や居宅介護支援事業所の自己点検、自己評価をベースとし、自治体や地域包括支援センターのケアプラン点検担当者等との「対話を中心」にした評価体制の検討が必要だろう。

加えて、ケアマネジメントに本来、組み込まれている評価の仕組みとも言える「サービス担当者会議」の有効活用のほか、入退院時など日頃の多職種連携、個別事例の地域ケア会議による規範的統合など、既にある仕組みが形骸化していないか、いかに効果的に活用していくかの検討も必要となろう。

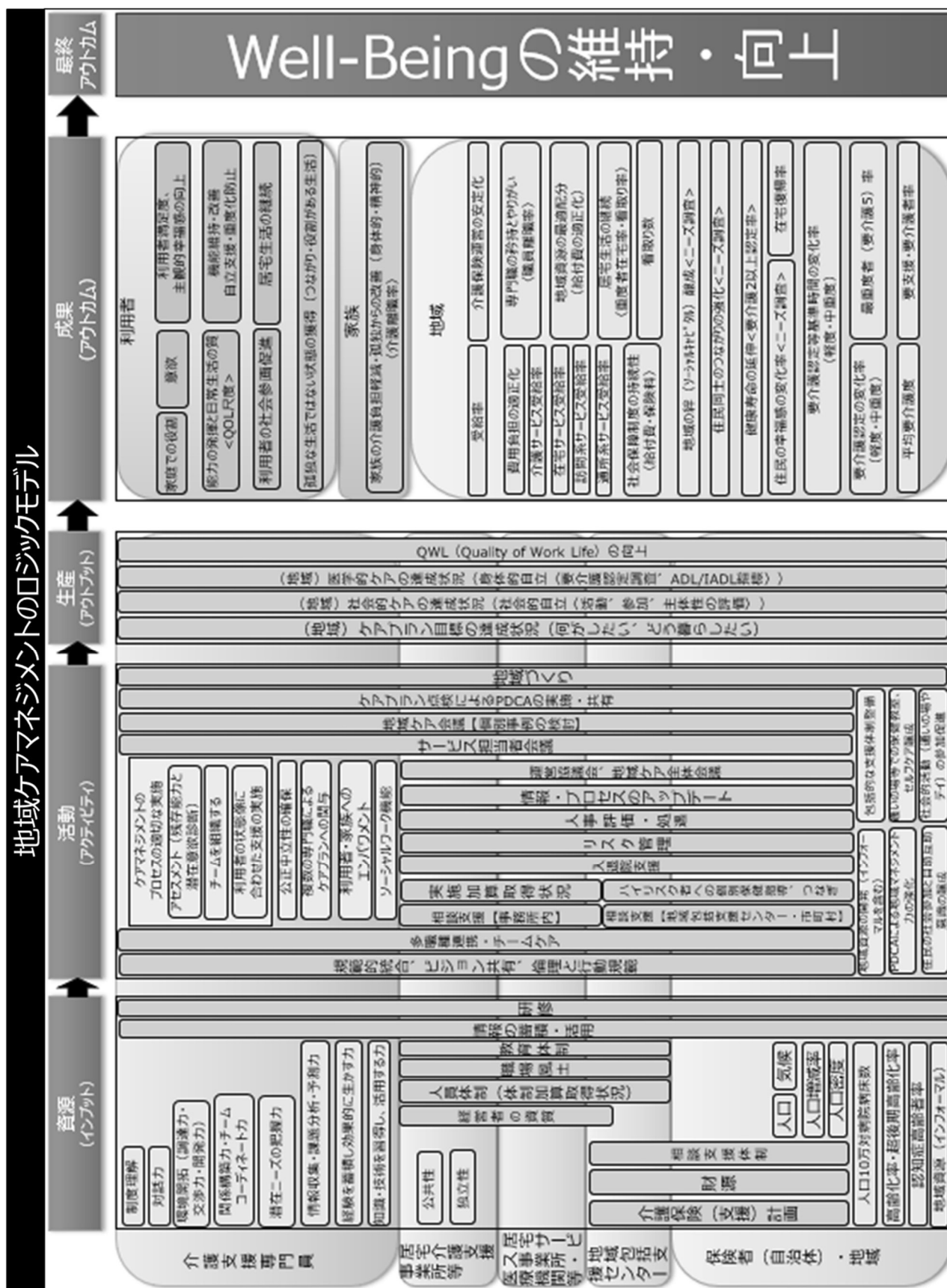
また、今後、介護支援専門員に期待されていることなどを踏まえれば、ソーシャルワーク機能や利用者・家族へのエンパワメント、複数の専門職によるケアプランへの関与などの評価も必要になる。

最後に、「監査」で評価できるのは「基準を満たしているか」、「書類が整っているか」といった「質を保証」するために最低限のことに留まり、それが満たされていないのであれば指定取消という強い姿勢が求められ、海外のように抜き打ちでの実施も検討されるべきと考える。

19.5. 地域ケアマネジメントのロジックモデル

以上を踏まえ、作成した地域ケアマネジメントのロジックモデルは以下のとおりである。

図表 19-9：地域ケアマネジメントのロジックモデル



出典：委員会作成資料

參考資料

株式会社マロー・サウンズ・カンパニーにおける 居宅介護支援事業所運営の特徴

株式会社マロー・サウンズ・カンパニーにおける
居宅介護支援事業所運営の特徴

令和元年 6 月 20 日

株式会社マロー・サウンズ・カンパニー
代表取締役 田中紘太

はじめに、当社は東京都江戸川区にて約 8 年前に創業した会社となっております。
併設サービスを持たない単独型の居宅介護支援事業所を 4 事業所運営しておりますが、自分自身では特
に変わったことをしているつもりは全くございません。
中立公平なケアマネジメントの実践については、ケアマネジャーであれば当然実践していることと認識
し、結果として集中減算の算定率は低い数値となっております。
社内で主任ケアマネジャーの育成や特定事業所加算の取得についても、当たり前のように行っているだ
けで特段変わっている事をしているといった認識はございません。
その点を踏まえた上で、当社の取り組みを発表できればと思います。

1、求人募集広告や面接時より単独型居宅介護支援事業所ということを前面に伝えている。

本来ケアマネジャーは会社からの指示で特定のサービスを位置づけることを非常にストレスに感じる
職種であり、それが原因で退職されることもあります。
運営基準上特定のサービス事業所をケアプランに位置づけることを禁止することや複数のサービスを紹
介することを義務付けられていますが、会社に所属している限り会社や上司に言いづらいことも多いよ
うです。

当社ではそのようなストレスは一切感じることなく、利用者本位の支援が出来ることをお約束し業務
に取り組んでもらっているため、特定事業所集中減算の計算を気にするまでもなく一事業所当たりの紹
介率は低いままに抑えられています。

同じ事業所内であっても、私が信頼して依頼を行うサービス事業所を必ずしも別のケアマネジャーも
信頼を寄せているわけではなく、ケアマネジャー毎にパフォーマンス力を高められるチームを構成する
ように指導しております。コミュニケーションが円滑に運ぶチームでケアをすることで質の高いケアを
実現することが出来ており、ケアマネジャー自身のケア満足度も上げる事が出来離職率の低下を実現で
きております。

2、低い離職率の達成

当社は設立 8 年目ですが、現在までケアマネジャーの入職 30 名に対し、離職者は 3 名程度となって

おります。

この3名も結婚出産による転居（育休中）、自身での独立開業、育児の都合によるもの等当社への不満によるものではなく、前向きな離職と捉えています。

この3名にしても昨年度動きが合ったもので、それまでの7年間離職者は一名もおりませんでした。

ケアマネジャーの感じるストレスの軽減、休みやすく働きやすい環境づくり、主任ケアマネジャーを含めた複数人のケアマネジャーの配置を意図的に行い相談しやすい環境を整え、未経験者の採用を積極的に進め新人を一から育て上げる土壌を作っております。

最近では令和元年6月10日より60歳で未経験新人ケアマネジャーが入社しましたが、7名で1名を半年から1年かけてゆっくり育てるように指導しています。

3、経験者よりも未経験者の採用を積極的に行う

他社の居宅介護支援事業所との違いでは、他社は経験者を積極的に採用しているようですが、当社の場合は反対に未経験者を積極的に採用しています。

時間をかけてゆっくりと1人1人のケアマネジャーを育てる組織文化があり、当社でケアマネジャーの仕事に初めて就いた方が殆どです。

反対に経験者を敬遠しているわけではないですが、法令の解釈や運営基準等を前職場で誤った知識の習得をしている者も過去にいたため、修正するのに時間かかり未経験者を一から育てる方を得意としています。

また60歳を超えたケアマネジャーも5名在籍しており、高年齢者の採用も積極的に行っています。現在定年を65歳に引き上げ、今後は段階的に70歳まで引き上げる予定となっております。

4、特定事業所加算の取得と収支黒字化による健全経営の実現

令和元年6月20日現在東京都江戸川区で2事業所、千葉県浦安市、千葉縣市川市で各1事業所運営しておりますが、全店舗で収支黒字化となっており、利益率も前期決算で15%程度となっております。

全事業所で特定事業所加算を算定し、うち2事業所では平成31年4月より新たに出来た「特定事業所加算Ⅳ」を算定しております。

初回加算、退院退所加算、入院入所加算、ターミナルケアマネジメント加算等の加算をしっかりと取得し、担当件数もケアマネジャー1人あたり35名を平均として担当することでしっかりと売り上げを確保するように意識してもらっています。

また労働分配率を概ね設定した上での給料設定、定期昇給、賞与年2回の支給を行ない、新人から主任ケアマネジャーの取得、管理者への昇進によりキャリアアップも行える組織づくりを行っています。

今後は日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの取得を支援し、主任ケアマネジャーの取得期間の短縮を図りたいと考えています。

専門研修Ⅰ、Ⅱ、主任ケアマネジャー研修、主任ケアマネジャー更新研修等法定研修受講費用は会社負担、研修期間中も出勤扱いにする等ケアマネジャーならではの福利厚生も準備しています。

反対に単独型の居宅介護支援事業所のデメリットとして思う点としては、社内からケアマネジャーが育つことがなく、ケアマネジャーの資格の取得した外部の方を採用しなくてはならないため、採用が不利になることがあります。

しかし最近では実習生で当社に実習に来られた方が、当社の理念に共感して下さり入社した事例もあります。

ケアマネジャーの実務者研修等でも、単独型の居宅介護支援事業所についての理解や併設型との違いについて説明をして下さると、ケアマネジャー自身が違いについて考えて下さるきっかけになるかと思っています。

5、単独型の居宅介護支援事業所としての新規依頼の特徴

沿革の通り、平成 23 年 10 月に一人ケアマネジャー事業所として開設しました。

当初は利用者がおらず新規の依頼を受ける為、支援困難事例、給付に繋がらない事例、単価が低い要支援者等の依頼等を断らずに積極的に対応していくことで、地域からの信頼を獲得し、現在も安定的な集客に繋がっていると自負しています。

単独型の居宅介護支援事業所として、依頼の内容で特に多いのが、他社ケアマネジャーの退職や事業所の閉鎖に伴う引き継ぎの依頼です。

他の併設を持つ居宅介護支援事業所はすでにサービスがくっついており、自社のサービスを利用できない利用者は受けたがらない傾向がありますが、当社はしがらみのない単独居宅介護支援事業所のため、引継ぎの際に地域包括支援センターからファーストチョイスされることが多いように思います。

他社からの引継ぎで苦勞している点としては、例えば同居家族がいる中で生活援助が正当な理由なく位置づけられている場合や不適切なケアマネジメントが行われていた場合、そこを正そうとすると利用者・家族より苦情を受けることがあります。

特に一人ケアマネジャー事業所であり独学でケアマネジメントをされており、誤った知識のまま何年も運営している方の引継ぎや併設サービスがかなりの量入っている場合には適正化することに苦勞することが多いです。

少なく見積もっても累計で 20 名以上のケアマネジャーや 10 事業所以上から引継ぎを行っております。

引継ぎ以外にも新規の依頼も積極的に断らず受けておりますが、いわゆる支援困難事例の依頼が多く見られている事も当社の特徴かと思っています。

特定事業所加算を算定している為、支援困難事例を積極的に受けてはいますが、支援困難事例ばかりを担当していると、通常業務が時間内に終わらないことも懸念されます。

また地域包括支援センターが併設の居宅介護支援事業所を持っている場合、比較的安定しているケースは自社、支援困難は他社といった流れになることも見受けられます。

新規の相談について、中立公平なケアマネジメントという点で言えば、地域包括支援センターや行政がケアマネジャーの選定をする際に、併設介護サービスとセットで居宅介護支援事業所に依頼をすることがあり、同一事業所の方が連携がスムーズにいくと考えている方も多いようです。そのような考え方

も利用者の希望であれば問題ないと思いますが、そのせいで併設サービス事業者の利用比率が上がっており、囲い込みになっている部分もあるかと思います。

地域包括支援センターや行政がケアマネジャーや居宅介護支援事業所の選定をする際に、少し工夫をすることで中立公平性の更なる向上に繋がる事と思われます。

6、単独型居宅介護支援事業所の多店舗展開について

当社は東京都江戸川区一之江の事業所が1事業所目となりますが、利用者増に伴い、順次ケアマネジャーの増員を行っていたところ、在籍人数が8名を超え、事業所に人数が収容しきれなくなってきたことをきっかけに、訪問までの移動時間や作業効率についても考えるようになり、近隣市町村である千葉県浦安市に平成28年4月に2事業所目を開設しました。

開設時点ですでに100名近い利用者があり、ケアマネジャー3名体制、特定事業所加算Ⅲを算定し黒字で事業開始致しました。

当社の特徴としては、他の居宅介護支援事業所よりもやや広めに移動距離を設定し、ドミナント戦略をしており、当該地域で利用者数が100名を超えた時点で事業所の開設を考えるようにしております。マーケティング戦略として、事業所を開設した後で全く仕事の依頼がなく、事業撤退にならないように考えた結果です。

近隣市町村以外であっても、ケアマネジャーの人数が足りていない地域やケアマネジャーの人数は足りていても、ケアマネジメントのレベルが低い地域では十分に新規の獲得が行えると現在では確信しております。

ただし、その地区の地域包括支援センターに併設の居宅介護支援事業所があり、囲い込みがある場合は、一切依頼が貰えない事があり、貰えたとしても支援困難事例のみの場合も多く、事業所の開設に不適切な地域と判断し開設や営業エリアとして除外しています。

当社のマーケティングとしては、首都圏であれば2駅に1事業所、地域包括支援センター3カ所に1事業所程度と考えています。

以上、簡単ではございますが当社の特徴と取り組みとなっております。
ご確認の程、お願い致します。

「ケアマネジメント」に関するアンケート調査 (調査票)

「ケアマネジメント」に関するアンケート調査

このアンケートは、「令和元年度 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（厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業による研究）」として実施するものです。一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、国際長寿センターが事務局を務めております。

次期制度改正に向け、現在、介護支援専門員の公正中立性を確保するための様々な改定案が出ています。ひとつの例では、居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントでも利用者から自己負担を徴収していくべきではないかといった施策案です。これに対し、「利用者のケアプランの内容に対する関心を高め、自立支援型のケアマネジメントが推進される」「利用者とケアマネのコミュニケーションが促進される」といった肯定的な意見も出ています。この調査では、以下の点を明らかにしようとしています。

- ① ご回答者のケアマネジメントの公正中立性が阻害された経験について（Ⅰ）
- ② ケアマネジメントの課題と解決策について（Ⅱ）
- ③ ご回答者の基本情報（Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）

結果は、報告書の形にまとめて、多くの方々に御覧いただけるようにホームページに開示いたします。その際、プライバシー保護については細心の注意を払います（下の枠内の倫理規定をご覧ください）

お願い

- ① 各事業所の介護支援専門員、それぞれ個人の方による回答をお願い致します。
- ② 調査票中の人数等を記入する項目では、全て回答時点の状況をお書きください。
- ③ 同封の返信用封筒に入れて、令和元年●月●日（●）までに郵送してください。

お忙しい時期に恐縮ではございますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。



のついた Web アンケート調査に回答しましたか。 はい いいえ

プライバシー保護などの倫理規定について

本調査は、事業者、個人のプライバシー保護には細心の注意を払って調査・分析を進めます。数量的な内容でお尋ねするものと自由記述がありますが、結果は統計的に処理し、個人や事業所が特定されないように匿名化を図ります。また、この調査は協力をお願いするものであって、ご回答いただかなくても不利益を蒙ることはありません。

【お問い合わせ先】

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構（担当：服部・田村）

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11

TEL 03-3506-8529 メール：motoki.tamura@ihp.jp

一般財団法人長寿社会開発センター 国際長寿センター（担当：大上・福原）

〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1 KDX 西新橋ビル6F

TEL 03-5470-6767 メール：ilc-japan@mba.sphere.ne.jp

はじめに、あなたご自身についてお聞きします。

問 1 あなたの性別を教えてください。(○は1つ)

1. 男	2. 女

問 2 あなたの年齢を教えてください。(○は1つ)

1. 29 歳未満	3. 40～49 歳	5. 60～69 歳
2. 30～39 歳	4. 50～59 歳	6. 70 歳以上

問 3 あなたの持っている資格について教えてください。(○はいくつでも)

1. 介護支援専門員	4. 准看護師	7. 介護福祉士養成のための実務者研修 (旧ヘルパー 1 級)
2. 主任介護支援専門員	5. 社会福祉士	8. 介護職員初任者研修 (旧ヘルパー 2 級)
3. 看護師	6. 介護福祉士	9. その他 ()

問 4 あなたの介護支援専門員としての経験年数を教えてください。(数字を記入してください)

1. 介護支援専門員として () 年	2. 主任介護支援専門員として () 年

問 5 あなたが日々行っている業務内容を教えてください。(○はいくつでも)

1. 管理業務	2. 介護支援専門員としての業務	3. その他 () <例：看護業務、介護業務 など>

問 6 あなたの組織での役職は何ですか。(○はいくつでも)

1. 経営者	2. 管理者・事業統括者	3. 介護支援専門員の仕事	4. その他 ()

問 7 あなたの就業形態を教えてください。(○は1つ)

1. 常勤専従	2. 常勤兼務	3. 非常勤	4. その他 ()

問 8 あなたが現在担当している利用者は何名ですか。(数字を記入し、いない場合は 0 を記入してください)

約 () 名

問 9 問 8 で答えた人数のうち、要介護度別の人数を教えてください。(それぞれ 数字を記入し、いない場合は 0 を記入してください)

1. 要介護 1 の方が () 名	4. 要介護 4 の方が () 名	
2. 要介護 2 の方が () 名	5. 要介護 5 の方が () 名	
3. 要介護 3 の方が () 名	6. 要支援の方が () 名	7. その他 () 名

I. 次に、あなたの日々の業務での経験についてお伺いします。

問 10 あなたは、過去 1 年間に以下のような経験をしたことがありますか。（それぞれ〇は 1 つ）

	よく ある	ときどき ある	あまり ない	全く ない	わから ない
1) 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	1	2	3	4	5
2) 法人の方針により、サービス付高齢者向け住宅などにおける限度額いっぱいサービスを利用するプランを作成した	1	2	3	4	5
3) 必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した	1	2	3	4	5
4) 特定のサービス事業者からの強い営業により、利用者を紹介せざるを得ない状況になった	1	2	3	4	5
5) 事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された（住宅改修、福祉用具、短時間デイ等）	1	2	3	4	5
6) 利用するサービス事業所から不必要に利用回数や時間数等を増やすように勧められた（利用者を通じた場合も含む）	1	2	3	4	5
7) 自立支援が必ずしも目的とは言えない、利用者や家族から求められるままのサービスを調整した	1	2	3	4	5
8) ケアプラン作成の際、多職種チームで検討するのではなく、1 人でケアプランを作成した	1	2	3	4	5
9) 本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した	1	2	3	4	5
10) 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	1	2	3	4	5
11) 障がい、難病等の他制度の調整、つなぎのみで介護保険利用とならず包括や行政に戻したケースがある	1	2	3	4	5
12) 認知症等あるが、身体自立の要介護認定者で、通所介護、訪問介護を拒否するケースを、地域包括支援センターに引き継いだ	1	2	3	4	5

問 11 次に、あなたの事業所がある自治体では、過去 1 年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことはありますか。（それぞれ〇は1つ）

	よくある	ときどきある	あまりない	全くない	わからない
1) 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	1	2	3	4	5
2) 法人の方針により、サービス付高齢者向け住宅などにおける限度額いっぱいサービスを利用するプランを作成した	1	2	3	4	5
3) 必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した	1	2	3	4	5
4) 特定のサービス事業者からの強い営業により、利用者を紹介せざるを得ない状況になった	1	2	3	4	5
5) 事業者と利用者（家族）でサービスを決めてきて、後からプラン作成だけ依頼された（住宅改修、福祉用具、短時間デイ等）	1	2	3	4	5
6) 利用するサービス事業所から不必要に利用回数や時間数等を増やすように勧められた（利用者を通じた場合も含む）	1	2	3	4	5
7) 自立支援が必ずしも目的とは言えない、利用者や家族から求められるままのサービスを調整した	1	2	3	4	5
8) ケアプラン作成の際、多職種チームで検討するのではなく、1人でケアプランを作成した	1	2	3	4	5
9) 本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した	1	2	3	4	5
10) 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	1	2	3	4	5
11) 障がい、難病等の他制度の調整、つなぎのみで介護保険利用とならず包括や行政に戻したケースがある	1	2	3	4	5
12) 認知症等があるが、身体自立の要介護認定者で、通所介護、訪問介護を拒否するケースを、地域包括支援センターに引き継いだ	1	2	3	4	5

問 12 あなたが日々の業務の中で、利用者本人の自己選択と意思決定のために行っていることはありますか。（それぞれ〇は1つ）

	よく行う	ときどき行う	あまり行わない	全く行わない
1) 複数の事業所を選択肢として提示している	1	2	3	4
2) 地域内の複数の事業所について、それぞれの自己負担、加算、サービス内容などの特徴を説明している	1	2	3	4
3) 複数のサービス事業所を選択肢として提示している	1	2	3	4
4) 提供可能な インフォーマルサービスを提示している	1	2	3	4
5) ケアマネは変更可能であることを説明している	1	2	3	4

Ⅱ. 続いて、ケアマネジメントの課題と解決策についてあなたの考えを伺います。

問 13 ケアマネジメント業務・事業の今後のあるべき姿として、次の方向性についてあなたはどのように思いますか。（それぞれ〇は1つ）

	賛成	やや賛成	どちらとも いえない	やや反対	反対
1) ケアマネジャーがプロフェッショナルとして行うケアマネジメントを、経営都合で歪めることなく利用者に提案できる	1	2	3	4	5
2) ケアマネジャーが介護給付の利用のみに縛られず、医療、介護、福祉、生活にまたがり制度横断的に対応できるソーシャルワーカーとしての役割を果たす	1	2	3	4	5
3) 本人の意思決定支援が必要な場合において、複数の専門職の視点で検討された公正なケアマネジメントが提供できる環境が整備されている	1	2	3	4	5
4) ケアマネジャーがプライド持を高く持ち、その専門性を高めることができる、プロとしてやりがいをもって働くことができる環境整備	1	2	3	4	5
5) 過剰なサービス提供により、限りある資源である介護人材を無駄に割くことなく、真に必要な利用者の利用が妨げられることがない	1	2	3	4	5
6) 保険者とケアマネジャーとの関係が、プロフェッショナルとしての行動規範に沿い自立支援と尊厳の保持に基づくサービス調整へ導いていくものになっているとの認識の下に築かれている	1	2	3	4	5
7) 医療依存度が高い人へのケアマネジメントは、専門性が高いケアマネジャーが担う	1	2	3	4	5
8) 重度の認知症の人へのケアマネジメントは、専門性が高いケアマネジャーが担う	1	2	3	4	5

問 14 問 13 のあるべき姿を実現するための解決策として、あなたは以下の方法を重要だと思いますか（それぞれ〇は1つ）

	非常に重要	重要	どちらとも いえない	あまり重要 ではない	重要 ではない
1) ケアマネジャー業務の独立性を確保する	1	2	3	4	5
2) 居宅介護支援事業所は地域包括支援センターのみに設置する	1	2	3	4	5
3) 医療系など元資格によりケアマネ資格を分類する	1	2	3	4	5
4) 多職種によるチームアセスメントを義務化する	1	2	3	4	5
5) 地域運営会議などによるチェック機能を導入する	1	2	3	4	5
6) 相談援助だけでも報酬を算定する	1	2	3	4	5
7) 利用者負担の導入を検討する	1	2	3	4	5
8) 給付管理業務は事務職が行う	1	2	3	4	5
9) 行政によるガイドライン等による指導を強化する	1	2	3	4	5
10) 要介護 2 までのケアマネジメントは、地域包括支援センターが担うこととする	1	2	3	4	5

次ページにつづきます

問 14 (続) 問 13 のあるべき姿を実現するための解決策として、あなたは以下の方法を重要だと思いますか (それぞれ〇は1つ)

	非常に 重要	重要	どちら とも いえない	あまり 重要 ではない	重要 ではな い
11) 看取りや医療ニーズの高いケアマネジメントは、訪問看護ステーションが担うこととする	1	2	3	4	5
12) 法定研修のカリキュラムを見直す	1	2	3	4	5
13) 事業所の教育、人材育成の取り組みを評価する	1	2	3	4	5

問 15 居宅介護支援のケアマネジメントについて、1割の利用者負担を求める議論が行われています。あなたは以下の考えについてどのように思いますか。(それぞれ〇は1つ)

	そう 思う	やや そう思 う	どちら とも いえない	あまり そう 思わない	そう 思わな い
1) 利用者負担を導入することに反対である	1	2	3	4	5
2) 利用者負担が導入されると、顧客意識が強まり、利用者や家族からの要望が一層大きくなると思う	1	2	3	4	5
3) 利用者負担が導入されると、費用負担を理由に虐待ケースへのケアマネジャーの介入が妨げられる状況が発生し得ると思う	1	2	3	4	5
4) 利用者負担が導入され、費用負担軽減を理由に自己プランを選択する人が増えると保険者が対応に苦慮すると思う	1	2	3	4	5
5) 利用者負担導入によって、セルフプラン作成を無料で代行する介護事業者による抱え込み等が起き得ると思う	1	2	3	4	5
6) 利用者負担導入によって、ケアマネジャーによるケアマネジメントの質が向上すると思う	1	2	3	4	5

Ⅲ. あなたの所属する法人についてお尋ねします

問 16 法人格を教えてください。(〇は1つ)

1. 自治体による直営	4. 社会福祉法人	7. 営利法人 (従業員数 100 人未満)
2. 社会福祉協議会	5. 医療法人	8. 営利法人 (従業員数 100 人以上)
3. 協同組合・連合会	6. NPO 法人	9. その他 ()

問 17 あなたの所属する法人の事業所が存在する範囲を教えてください。(〇は1つ)

1. 全国に複数	3. 同じ市区町村のみに複数	5. その他
2. 同じ都道府県に複数	4. 一拠点のみ	()

問 18 あなたの所属する法人では、他の介護保険事業・地域支援事業も行っていますか。(〇はいくつでも)

1. 介護保険事業として、居宅サービスから地域密着型サービス、施設サービスまである
2. 介護保険事業として、居宅サービスを持っている
3. 介護保険事業としては、居宅介護支援事業のみおこなっている
4. 地域支援事業として、地域包括支援センターを運営している

問 19 あなたの所属する法人全体の職員数を教えてください。（〇は 1 つ）

1. 10 人未満	3. 30 人以上 50 人未満	5. 100 人以上 500 人未満
2. 10 人以上 30 人未満	4. 50 人以上 100 人未満	6. 500 人以上

IV. あなたの所属する事業所についてお尋ねします

問 20 事業所の所在地を教えてください。（それぞれ、語句を記入してください）

() 都・府・県	() 市区町村

問 21 あなたの所属する事業所の職員数は事務も含めて何名ですか。（数字を記入してください）

職員数（事務を含む）は () 名

問 22 介護支援専門員、および、介護支援専門員を含め勤務形態別の職員の人数を教えてください。（それぞれに 数字を記入し、いない場合は 0 を記入してください）

1. 主任介護支援専門員	() 名	4. 非常勤職員	() 名
2. 介護支援専門員	() 名	5. 登録ヘルパー	() 名
3. 常勤職員	() 名	6. その他	() 名

問 23 あなたの所属する事業所では、ケアプラン作成対象は要介護者のみですかそれとも要支援者も含まれますか。（〇は1つ）

1. 要介護者のみ	2. 要介護者＋要支援者	3. とっていない、わからない	4. その他 ()

問 24 あなたの所属する事業所では、特定事業所加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲをとっていますか（〇は1つ）

1. 特定事業所加算Ⅰ	2. 特定事業所加算Ⅱ	3. 特定事業所加算Ⅲ	4. とっていない、わからない

問 25 上記 1. 2. 3 を選択した方の方に伺います。あなたの所属する事業所は特定事業所加算Ⅳをとっていますか。

1. とっている	2. とっていない

V. さいごに、あなたの所属する事業所に登録されている利用者についてお尋ねします

問 26 あなたの所属する事業所全体の利用者数は何名ですか。（数字を記入してください）

利用者数は () 名

問 27 あなたの所属する事業所には、現在、要支援 1、2 の人はそれぞれ何名いますか。（数字を記入してください。いない場合は 0 を記入してください）

1. 要支援 1 の方が () 名	2. 要支援 2 の方が () 名

問 28 利用者はどこに住んでいますか。（数字を記入し、いない場合は 0 を記入してください）

1. 自宅に住んでいる方が () 名
2. サービス付高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム等に住んでいる方が () 名

問 29 利用者の世帯構成を教えてください（数字を記入し、いない場合は 0 を記入してください）

1. 独居世帯の利用者が () 名	3. 子や孫世代と同居世帯の利用者が () 名
2. 夫婦のみ世帯の利用者が () 名	4. その他の世帯の利用者が () 名

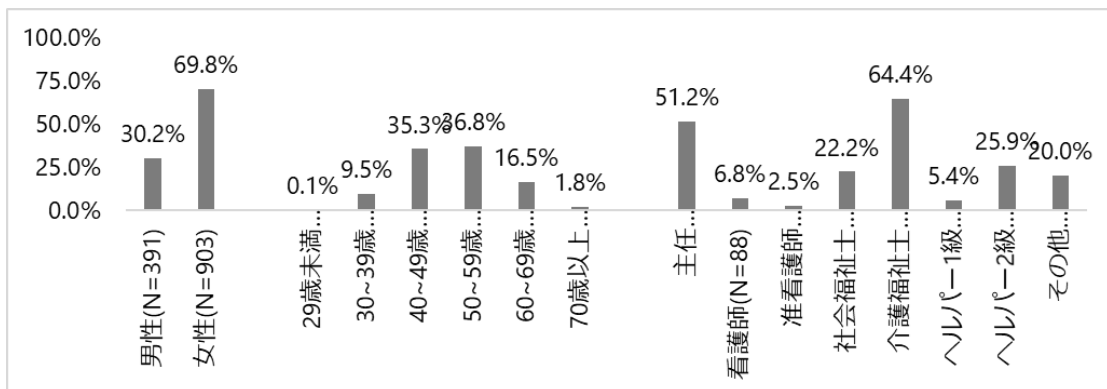
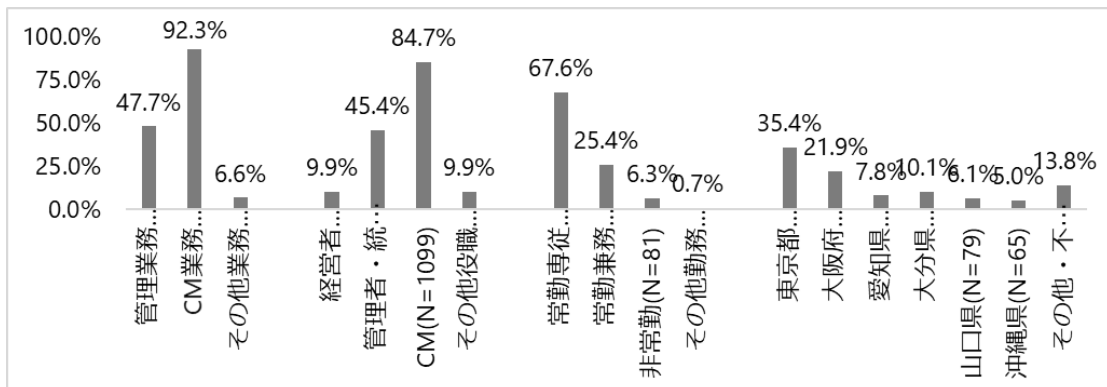
ご協力ありがとうございました。返信用封筒に入れてお送りください

この調査についてご意見・ご感想がございましたら、ぜひお聞かせください。

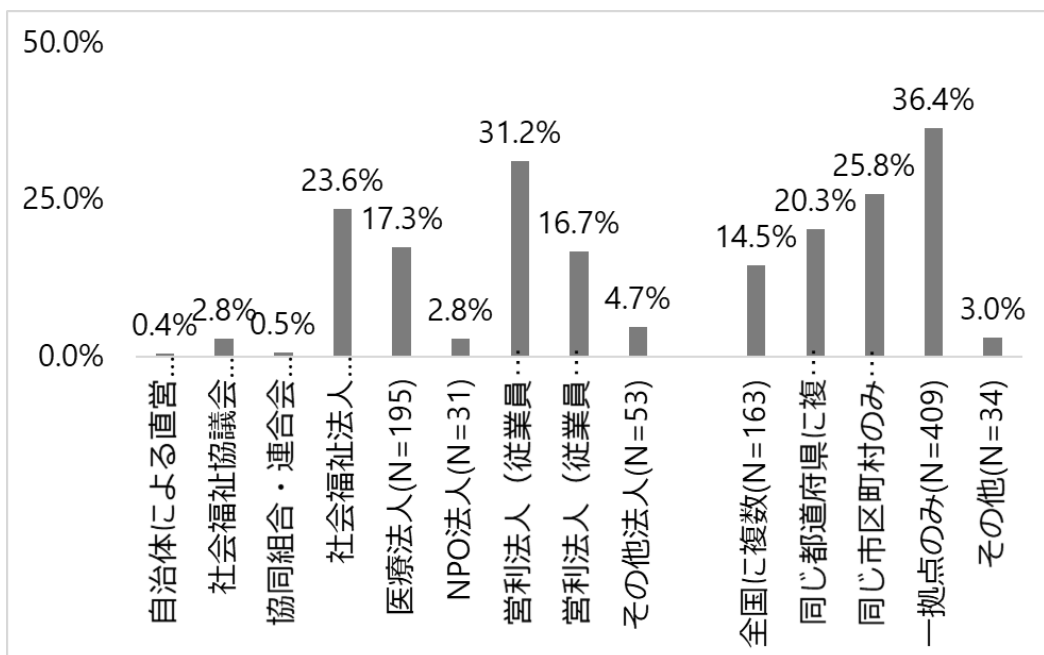
「ケアマネジメント」に関するアンケート調査 結果の分析概要

■結果の分析概要

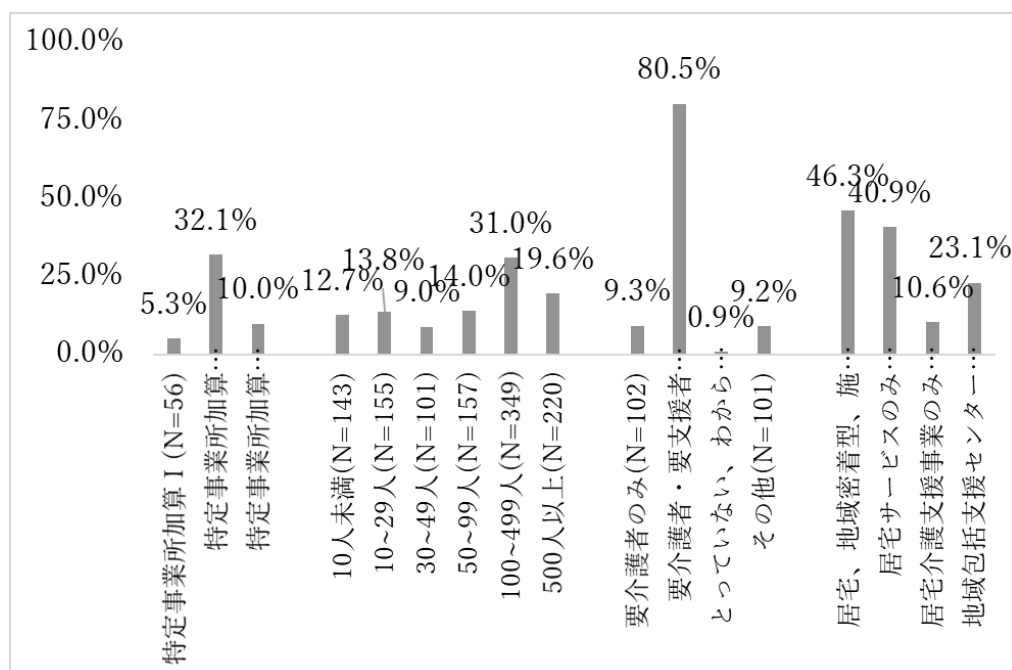
1. 回答者の属性（欠損値を除外した有効比率）



2. 法人の属性（欠損値を除外した有効比率，欠損ケースが多い）



3. 法人の属性（欠損値を除外した有効比率，欠損ケースが多い）



4. 分析手法

- ・従属変数は問 10～15 の各項目、独立変数は後述の 5 変数
- ・従属変数：問 10、11（経験、周囲の経験）
- ・経験の有無を 2 値化し、ロジスティック回帰分析
「わからない」は分析から除外
- ・従属変数：問 12～15
尺度を反転させて重回帰分析※
- ・また従属変数の各設問群ごとに因子分析（重みづけのない最小二乗法、プロマックス回転）を参考として実施した
- ・いずれももちいた変数の完備ケースを対象とし、欠損値があるケースは除外

5. 独立変数（基本の 5 項目）

- I. 性別（男性(ref.)、女性）
- II. 主任介護支援専門員の有無（無(ref.)、有）
 - ・CM としての経験・知識の代理指標
- III. 事業所の職員数 3 区分（10 人未満(ref.)、10～99 人、100 人以上）
 - ・事業規模の影響を分析
- IV. 法人格 4 区分（社会福祉法人(ref.)、医療法人、営利法人、その他法人）
 - ・利益を上げる必要性やその他事業展開の影響を分析
- V. 特定事業加算（I～III）あり（なし(ref.)、あり）
 - ・質の高いケアサービス提供
- VI. 都市部（東京、大阪、愛知）（地方部（その他）(ref.)）

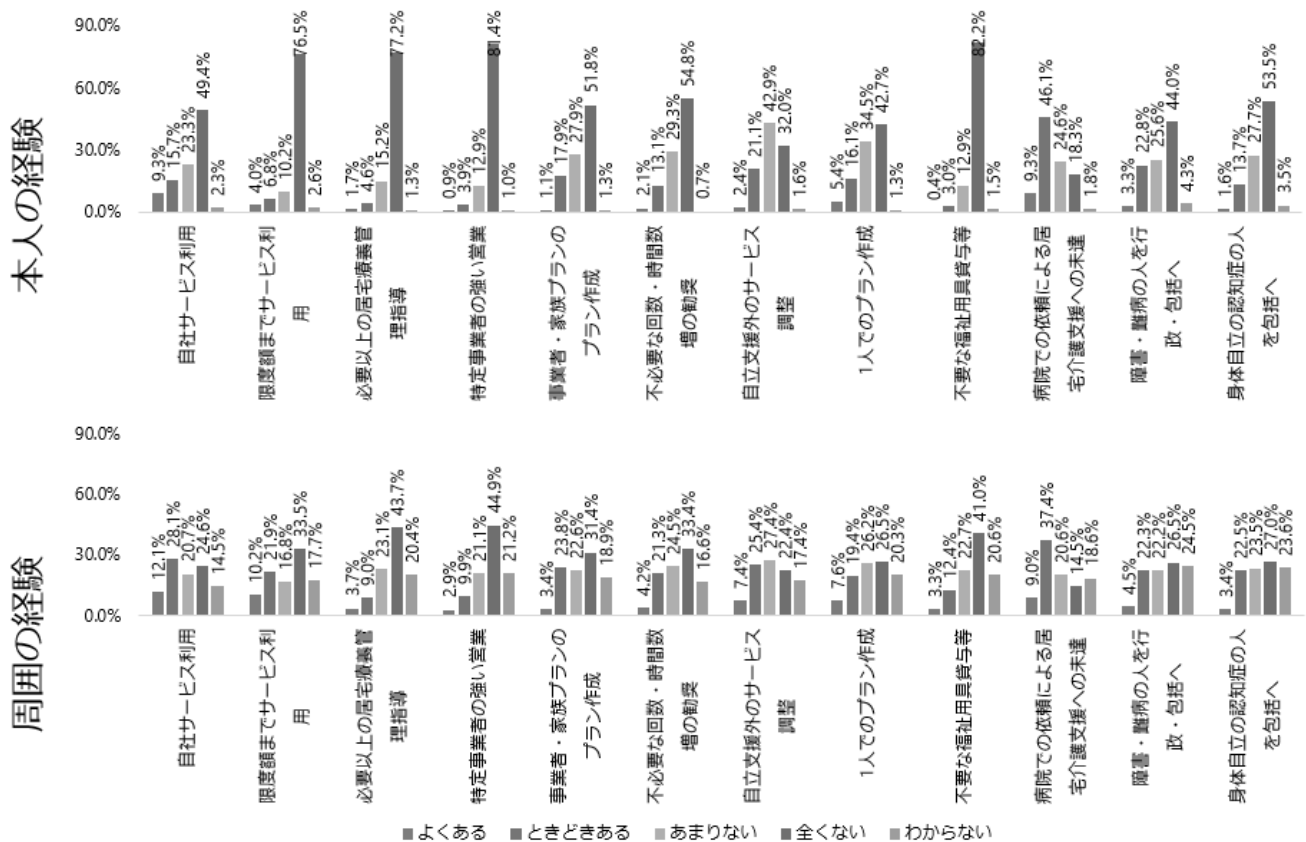
※以下は問 14 のみ

VII. 法人の事業（居宅介護支援事業のみ(ref.)、居宅、地域密着型、施設サービスを実施、居宅サービスのみのみ）

VIII. 地域包括支援センターの運営（なし(ref.)、あり）

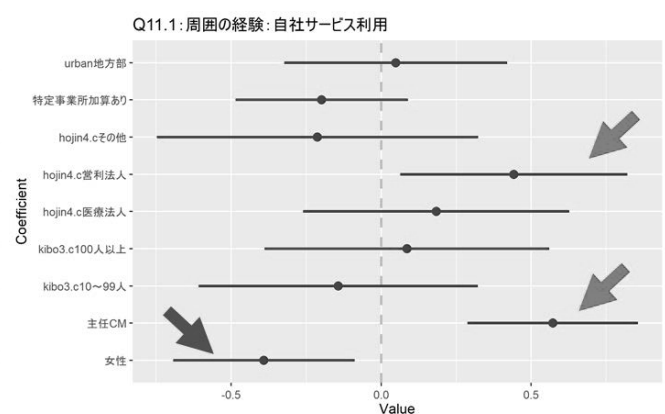
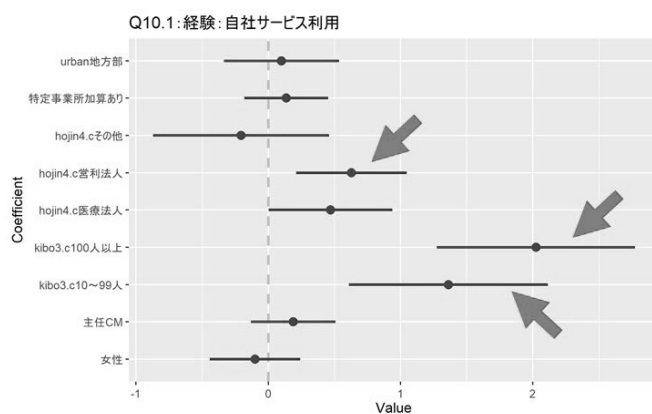
6. 問題経験

周囲での経験に比べ本人は経験せずの回答が多いが、項目によって差も大きい。周囲の経験からはこれらの経験が確実に存在していることもわかる



7. 自社サービスへの圧力の経験(問 10-1、11-1)

- ・営利法人、事業所の規模が大きいほど自身が経験している。
 - ・周囲の経験については、営利法人、主任 CM、男性が経験している。
- また、営利企業は同業に敏感であり、経験が豊かであることが影響していると考えられる。



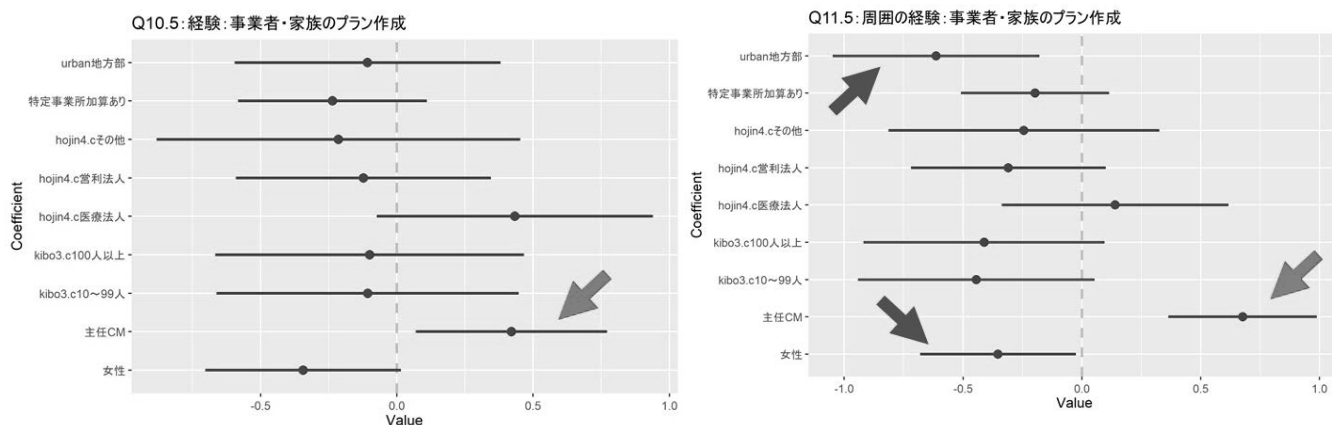
8. 事業所・家族で決めた後にプラン作成依頼(問 10-5、11-5)

- ・主任介護支援専門員の経験が正に有意と出ている。

これは、経験豊かであるがゆえに、事後的なプラン作成の依頼経験がある可能性がある。

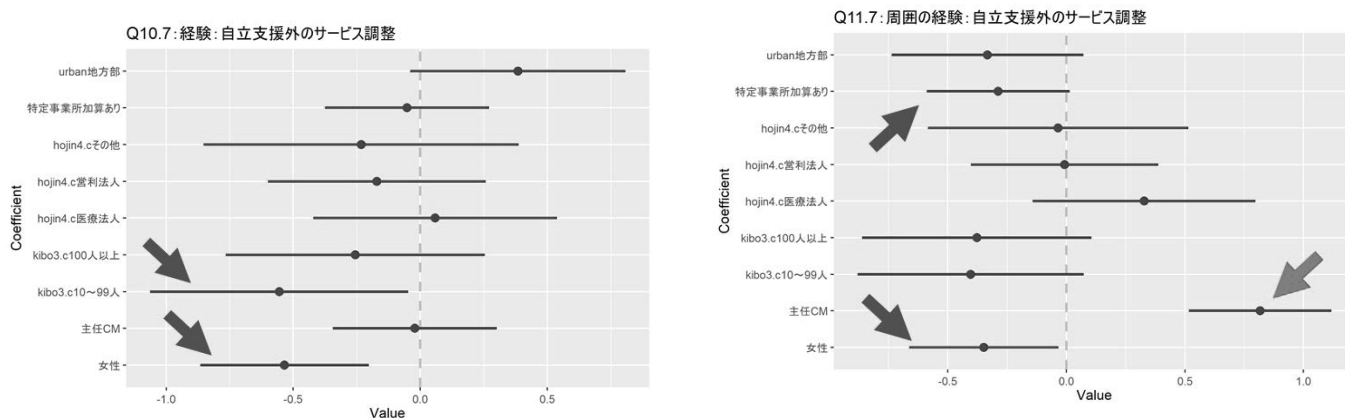
- ・周囲の経験では都市部ほどこのような経験は少ない。

ただし、東京都、大阪府、愛知県のみでは問 10-5 医療法人が正に有意であり、退院支援時の対応が異なる可能性がある。



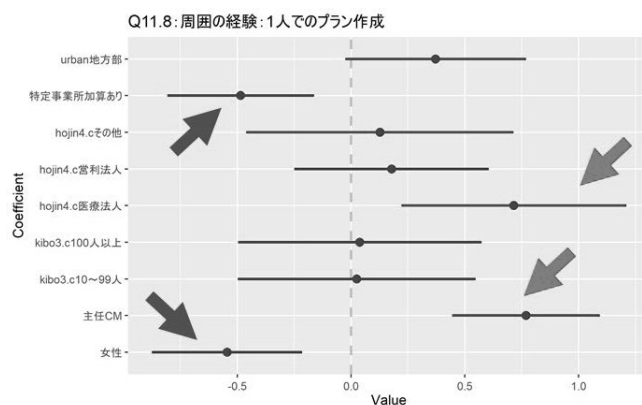
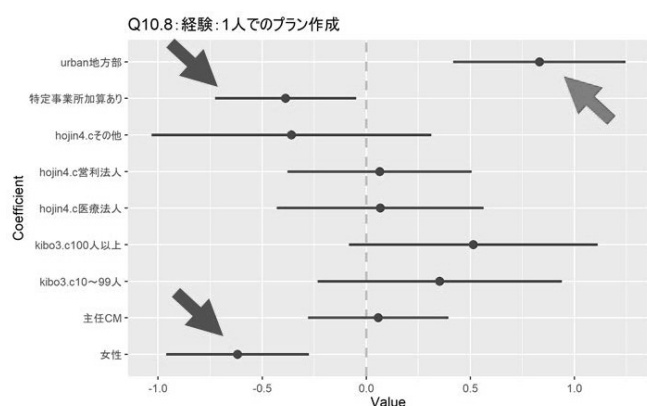
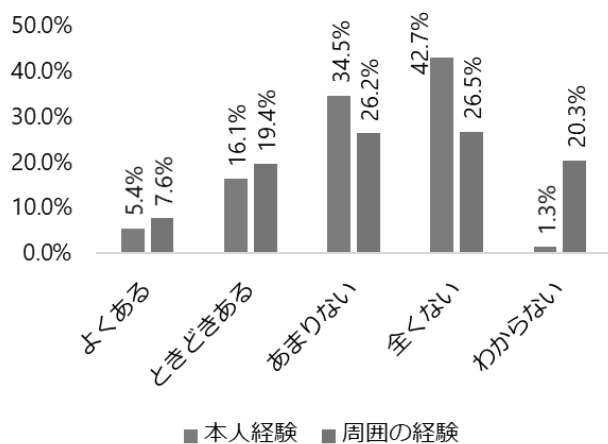
9. 自立支援といえないサービス調整(問 10-7、11-7)

- ・自立支援といえないサービス調整については、まったくないの回答が少なく、経験しているとの回答が多い。
- ・独立変数としては中規模の事業所、女性が経験していないと回答する傾向が多く、周囲の経験については主任介護支援専門員が経験しているが、これは経験の長さによると考えられる。
- ・独立変数によらず、より偏在している問題であるといえる。



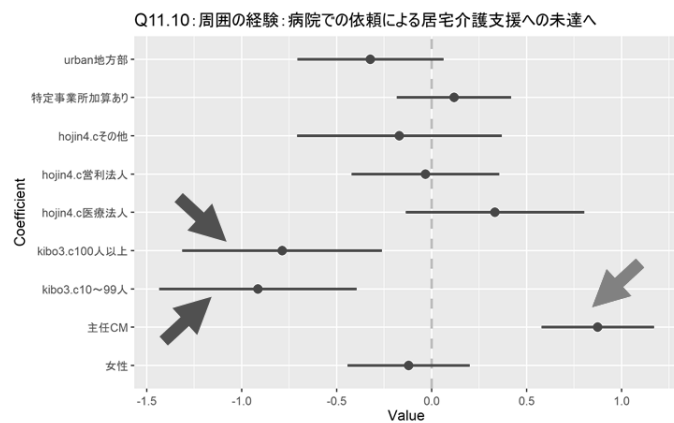
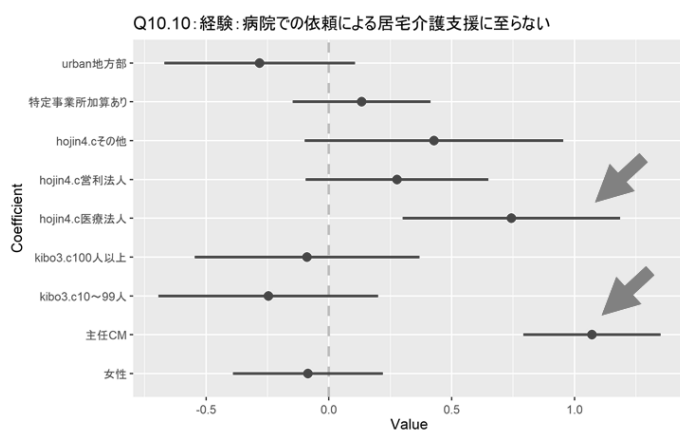
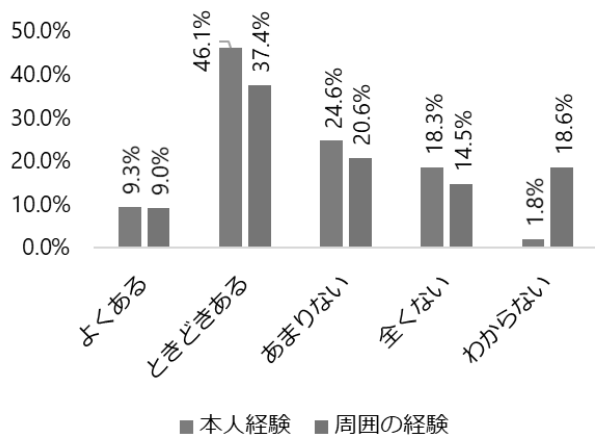
10. 一人でケアプラン作成(問 10-8、11-8)

- ・男性や3都府県ほど経験し、事業所加算を取得している先ほど経験していない。
- ・事業所加算（質の向上）を意識している事業所ほど連携していると考えられる。3都府県ほど一人が多いのは業務量やケア内容が異なる可能性がある。



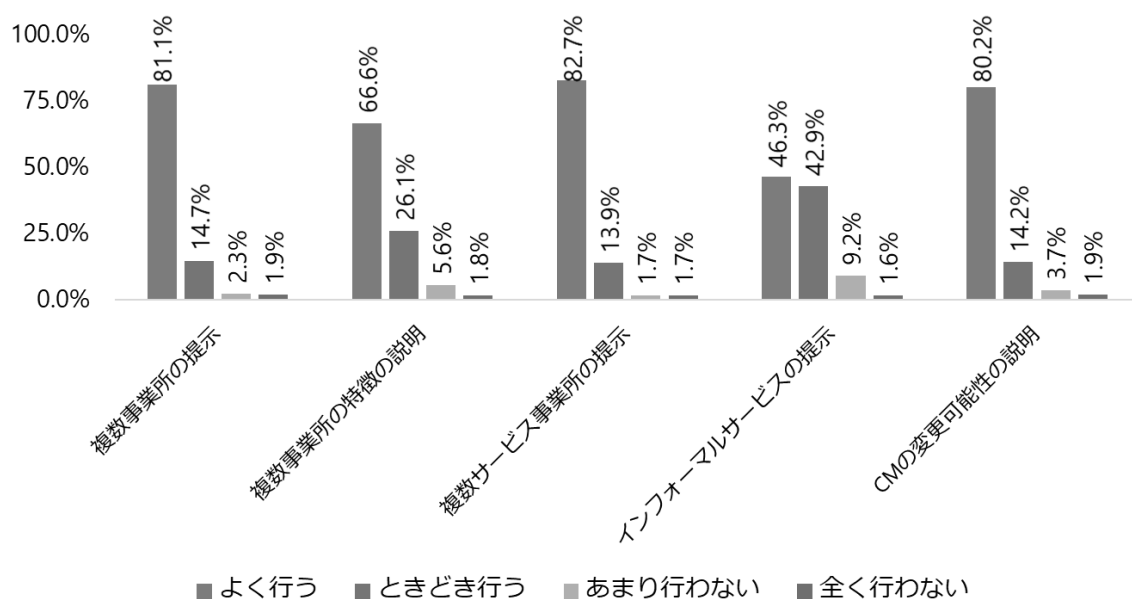
11. 病院での依頼でカンファレンスに参加し、居宅介護支援に至らなかったケース(問 10-10、11-10)

- ・他項目に比べて経験している割合が高い。
- ・主任介護支援専門員、医療法人で経験する傾向にある。また周囲の経験は主任介護支援専門員ほど経験し、規模が大きいほど経験していないと回答。
- ・医療法人では医療サービスを重視している可能性がある。



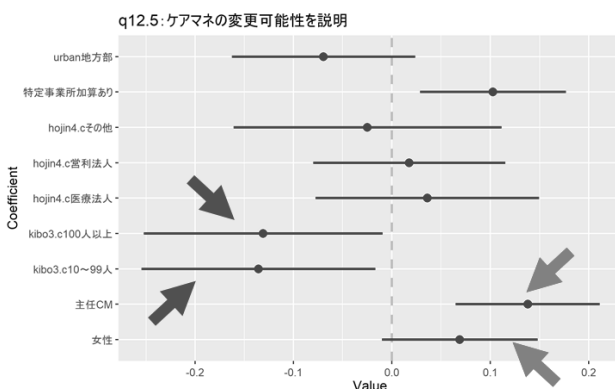
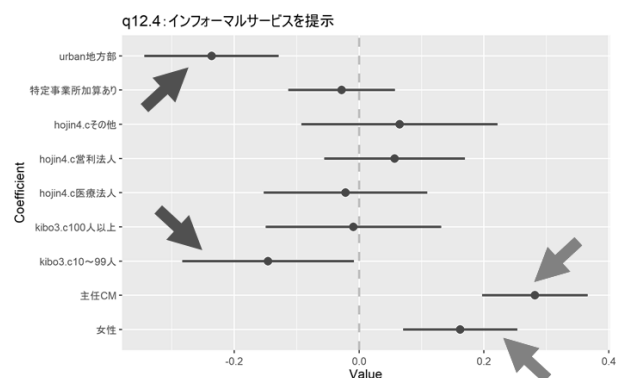
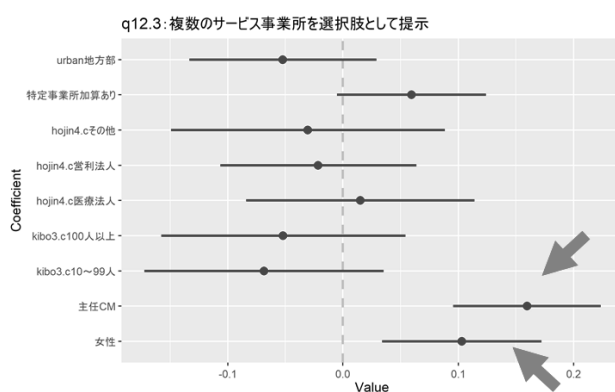
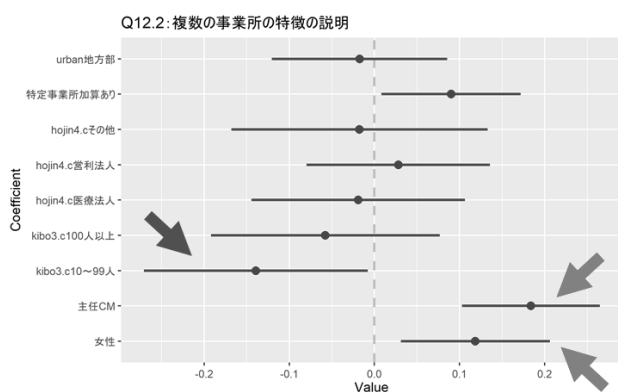
12. 問 12：利用者本人の自己選択と意思決定におこなっていること

- ・「よく行う」との回答が非常に多く、全般的に実施されている。



13. 問 12 の 5 項目は全般的に同じ傾向を示している (1 因子構造 (Cronbach $\alpha = .822$))

- ・女性や主任介護支援専門員ほど、これらの項目をよく実施している。
- ・中規模事業所ほど、これらの項目を実施せず、大規模事業所も介護支援専門員の変更可能性の提示等は実施していない。
- ・地方部ほどインフォーマルサービスを提示していないが、地域資源が関係している可能性がある。



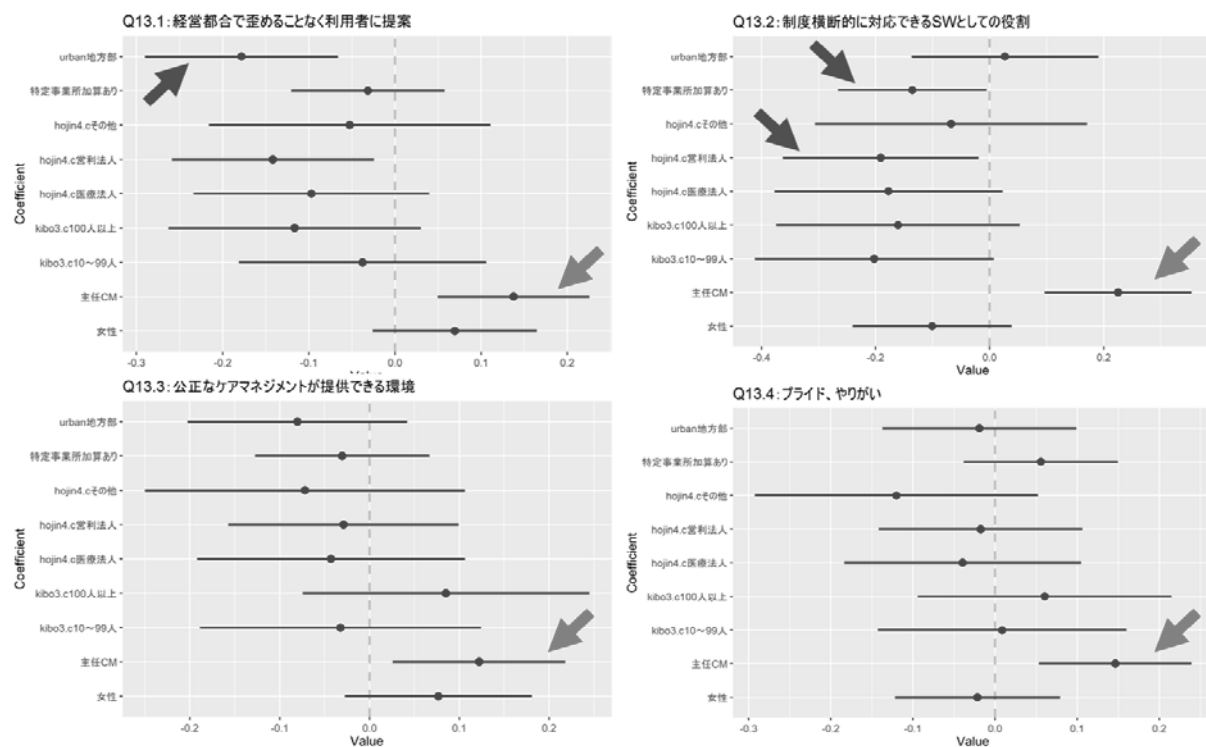
14. 問 13 : あるべき方向性

- ・ 問 13 の 8 変数では 2 因子構造をとる。問 1~6 ($\alpha = .780$)、7, 8 ($\alpha = .924$)
- ・ 前者：プロフェッショナルとしての介護支援専門員
- ・ 後者：困難ケースへの専門介護支援専門員への移行

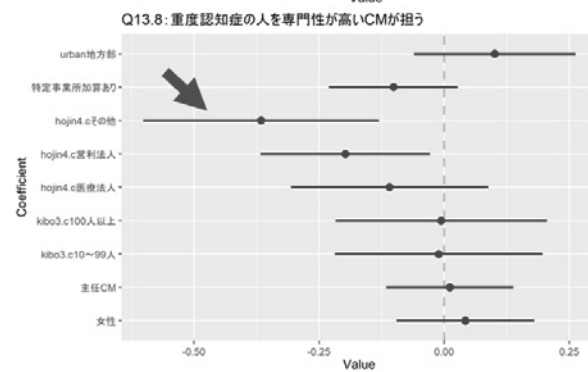
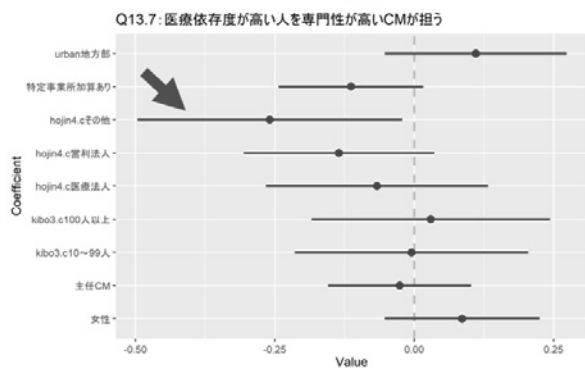
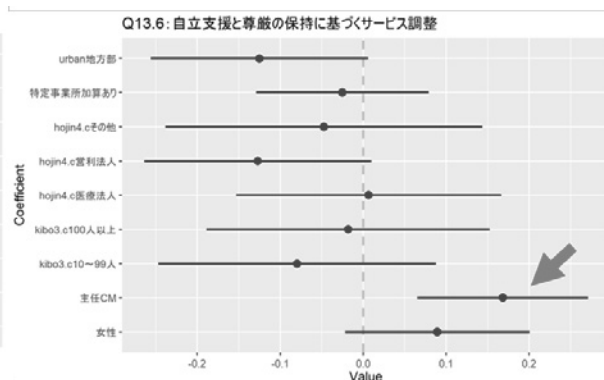
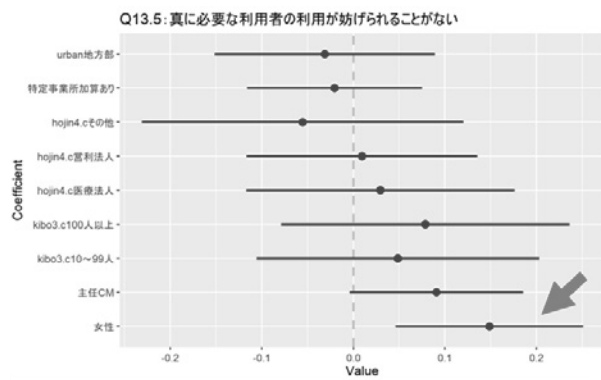
15. 重回帰分析の結果のポイント

- ・ プロフェッショナルとしての介護支援専門員 (1~6)
- ・ 主任介護支援専門員はほぼすべてで肯定的(5を除く)
- ・ 経験年数が長いことで専門性を重視していると考えられる。
- ・ 困難ケースへの専門介護支援専門員への移行 (7, 8)
- ・ 独立変数ではほとんど説明できていないことから、他の要素 (利用者の状態像や地域の医療資源等) などが関連していると考えられる。

16. 問 13 : あるべき方向性(1-4)



17. 問 13 : あるべき方向性(5-8)



18. 問 14：解決策への考え方

- ・ 問 14 のうち以下の 9 変数は 2 因子構造。
- ・ 2, 3, 7, 8, 10, 11 ($\alpha = .728$)：現行介護支援専門員業務の改革。
- ・ 4, 5, 9 ($\alpha = .698$)：地域・多職種連携の重視。
- ・ 1 の「独立性の確保」、6 の「相談援助だけでの報酬算定」はいずれの因子にも寄与せず独立。12「法定カリキュラムの見直し」、13「教育、育成の評価」も内的一貫性が低く ($\alpha = .452$)、独立と見た方がよい。

19. 重回帰分析の結果のポイント

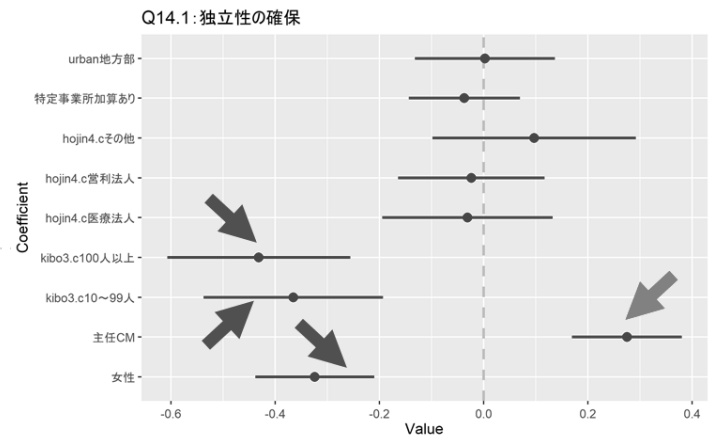
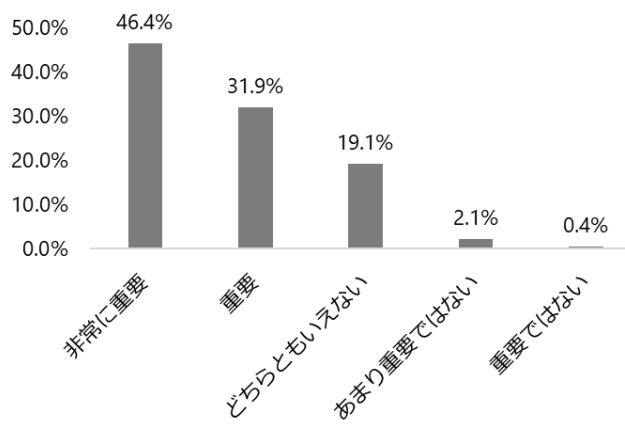
- ・ 主任介護支援専門員の影響は、多くの項目で明確な影響がみられる。
- ・ 「現行介護支援専門員業務への改革」群へは否定的である。
- ・ 「地域・多職種連携」群へは影響なし。
- ・ 「相談援助だけでの報酬算定」、「カリキュラム・教育重視」群へは肯定的である。
- ・ 逆に特定事業加算の有無はいずれの項目でも明確な影響がみられない。

20. 事業所規模の影響は下記の通り。

- ・ 「現行介護支援専門員業務への改革」群へは一部肯定的 (2、8、11) である。
- ・ 「相談援助だけの報酬算定」へは大規模事業所が否定的である。
- ・ 行政による指導強化(9)、育成の評価(13)は大規模事業所が肯定的である。
- ・ 法人格については系統的な影響は乏しく、肯定的な影響がない。
- ・ 医療法人は、給付管理業務の事務職化(8)、「カリキュラム・教育重視」群へは否定的である。
- ・ 営利法人は、居宅介護支援事業を地域包括支援センターのみ(2)、給付管理業務の事務職化(8)、教育・育成の評価(13)に否定的である。
- ・ 社会福祉法人で働く人が肯定的である。

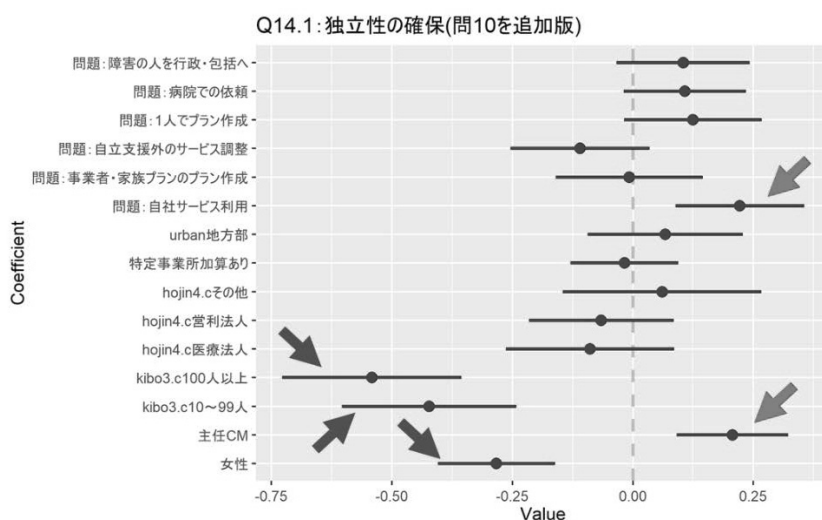
21. 独立性の確保(問 14-1)

- ・ 独立性の確保については、主任介護支援専門員は肯定的であり、中規模・大規模事業所、男性ほど否定的である。
- ・ 専門性が高いほど独立性を重視し、規模が大きい事業所ほど、独立性ではなく組織内の秩序等を重視していると考えられる。



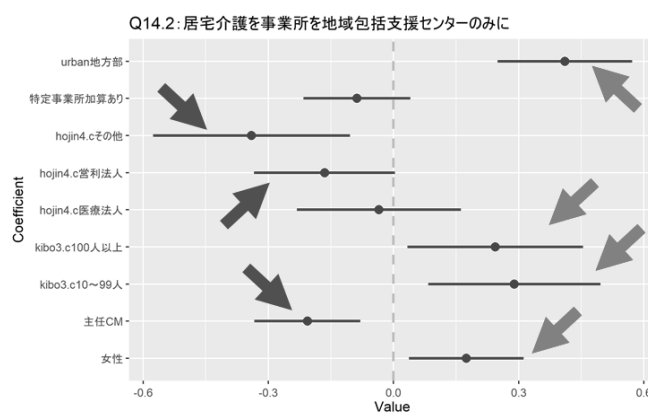
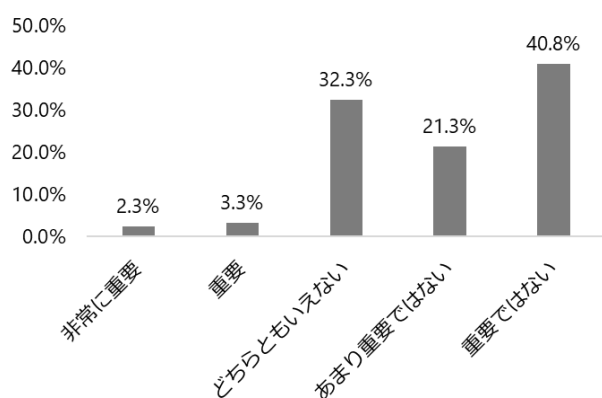
22. 独立性の確保(問 14-1) 問 10 追記版

- ・独立性の確保については、問 10 の本人の経験を追加したモデルでは、法人・上司からの圧力で自社サービスの利用を求められた人ほど重視している。



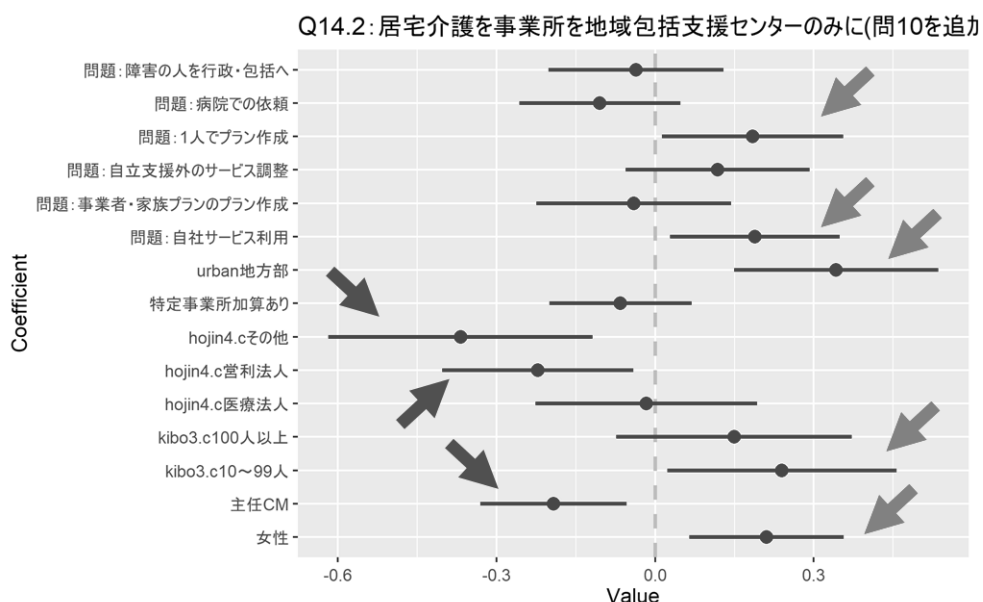
23. 居宅介護支援事業所を地域包括支援センターのみに(問 14-2)

- ・居宅介護支援事業所を地域包括支援センターのみ設置することについては、否定的な意見が大きい。
- ・女性や3都府県、小規模事業所に比べて中規模事業所、大規模事業所は肯定的である。主任介護支援専門員や営利法人、その他の法人は否定的である。
- ・主任介護支援専門員や営利法人は顧客喪失リスクを想定しているかもしれない。都市部や中・大規模ほど要介護度が高い人に注力したいと考え、あるいは、影響が少ないと考えている可能性がある。ただし、重要な比率が小さく、どちらともいえないという判断保留の回答の傾向を示している可能性もある。



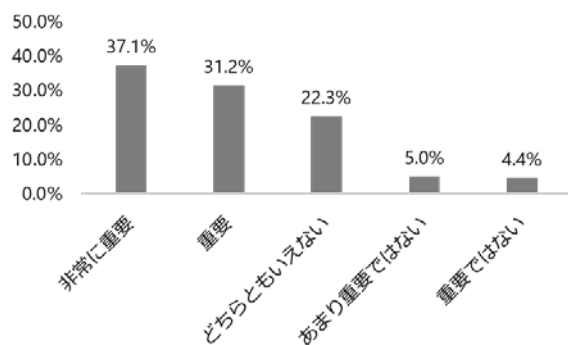
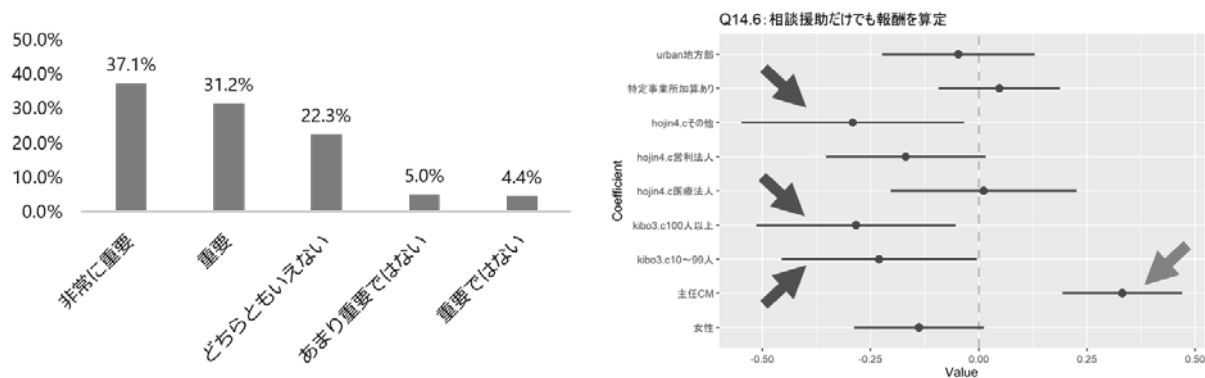
24. 居宅介護支援事業所を地域包括支援センターのみに(問 14-2) 問 10 追記版

- ・ 居宅介護支援事業所を地域包括支援センターのみに設置という提案について、問 10 の本人の経験を追加したモデルでは、法人・上司からの圧力で自社サービスの利用を求められた人や一人でプラン作成経験がある人が重視している。
- ・ また問 10 抜きのモデルに比べて規模の効果が消えている。



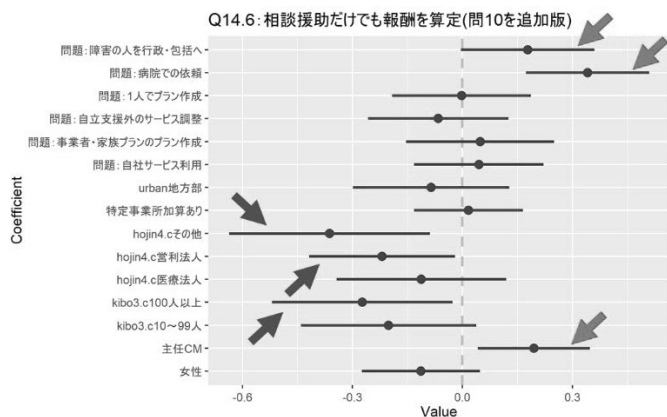
25. 相談援助だけでの報酬を算定(問 14-6)

- ・ 相談援助だけでの報酬の算定については、主任介護支援専門員は肯定的であり、中規模事業所、大規模事業所、その他法人ほど否定的である。
- ・ 経験が多い主任介護支援専門員ほど、自らの活動への報酬化を望んでいると考えられる。逆に、中規模、大規模事業所ほど、軽いプランなど機械的なプランがあり機会損失を考え、小規模事業所ほど柔軟に対応していることから相談援助を重視していると考えられる。



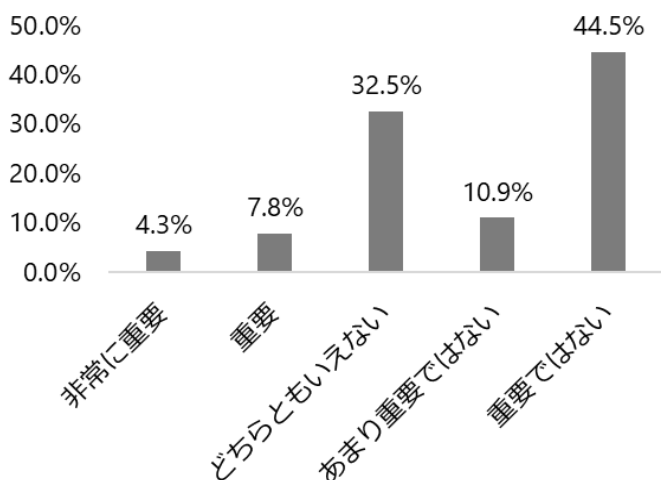
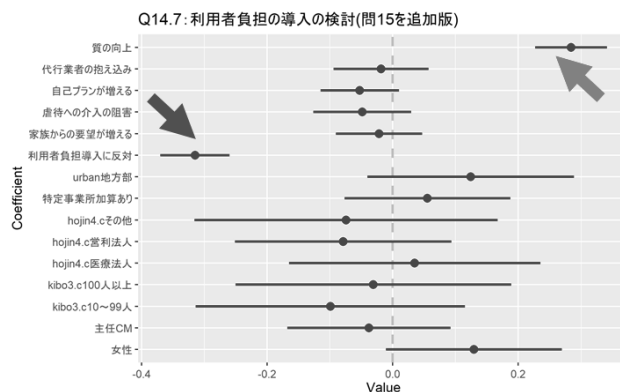
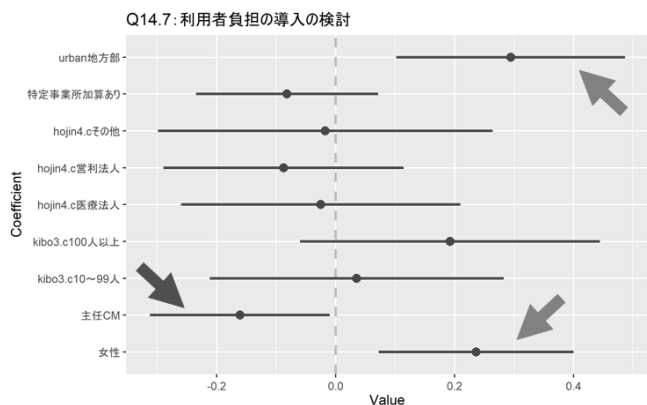
26. 相談援助だけでの報酬を算定(問 14-6) 問 10 追記版

- ・相談援助だけでの報酬を算定する提案について、問 10 の本人の経験を追加したモデルでは、病院等の依頼でカンファレンスに参加し居宅介護支援に至らないケースを経験している、障害の人を行政や地域包括支援センターに戻したケースを経験しているほど肯定的であった。
- ・また問 10 抜きのモデルに比べて特定事業所加算ありの効果がマイナスに影響している。



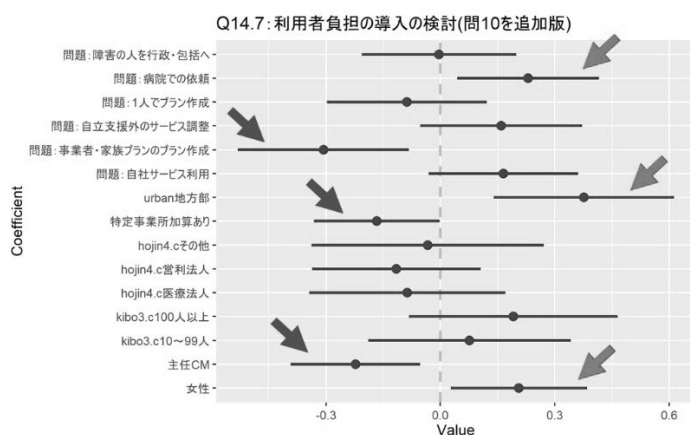
27. 利用者負担の導入の検討(問 14-7)

- ・利用者負担の導入については、重要ではないと考えている比率が高く、どちらともいえないも 32.5%と高い。判断に迷う介護支援専門員が多いことがわかる。
- ・主任介護支援専門員が導入に反対、都市部は賛成であった。ただし、説明があまりできていないため問 15 の設問群を加えると、利用者負担への導入に反対、利用者負担の導入がケアマネジメントの質の向上につながると考えている人は肯定的である。



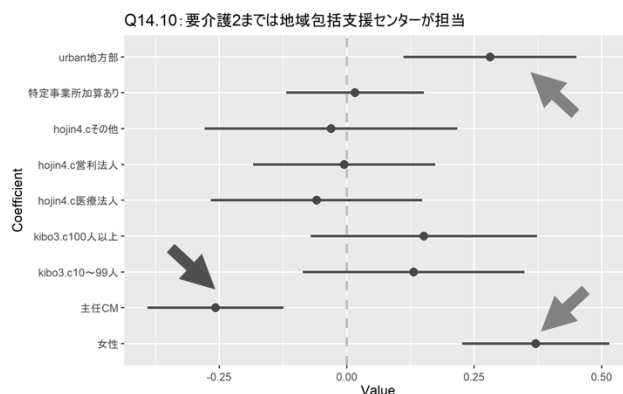
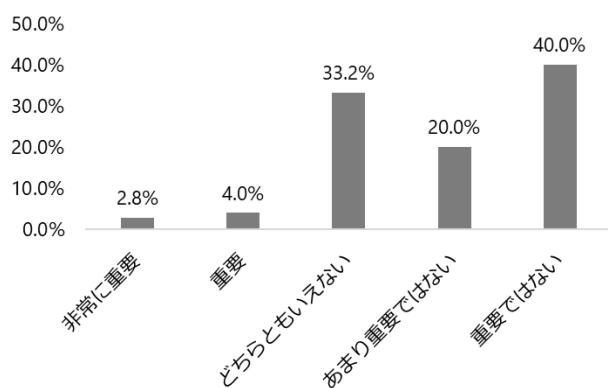
28. 利用者負担の導入の検討(問 14-7) 問 10 追記版

- ・利用者負担の導入の検討について、問 10 の本人の経験を追加したモデルでは、病院等の依頼でカンファレンスに参加し居宅介護支援に至らないケースを経験しているほど肯定的に、事業者や家族プランのプラン作成をしているほど否定的であった。
- ・問 10 抜きモデルに比べて主任介護支援専門員、特定事業所加算ありの効果がマイナスに影響している。
- ・利用者負担の導入については、かなり複雑な背景構造をもっている。



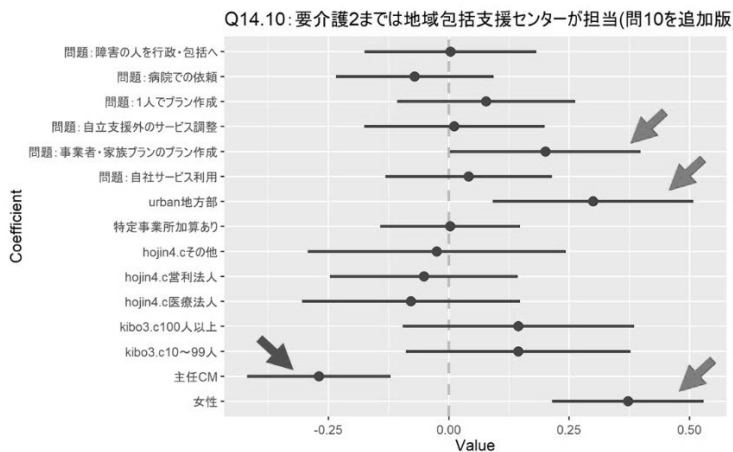
29. 要介護 2 までは地域包括支援センターが担当(問 14-10)

- ・問 14-2 と同様に否定的な意見が大きい。
- ・女性は肯定的であり、主任介護支援専門員は否定的である。また都市部のほうが肯定的であった。その他の独立変数の関連はみられない。



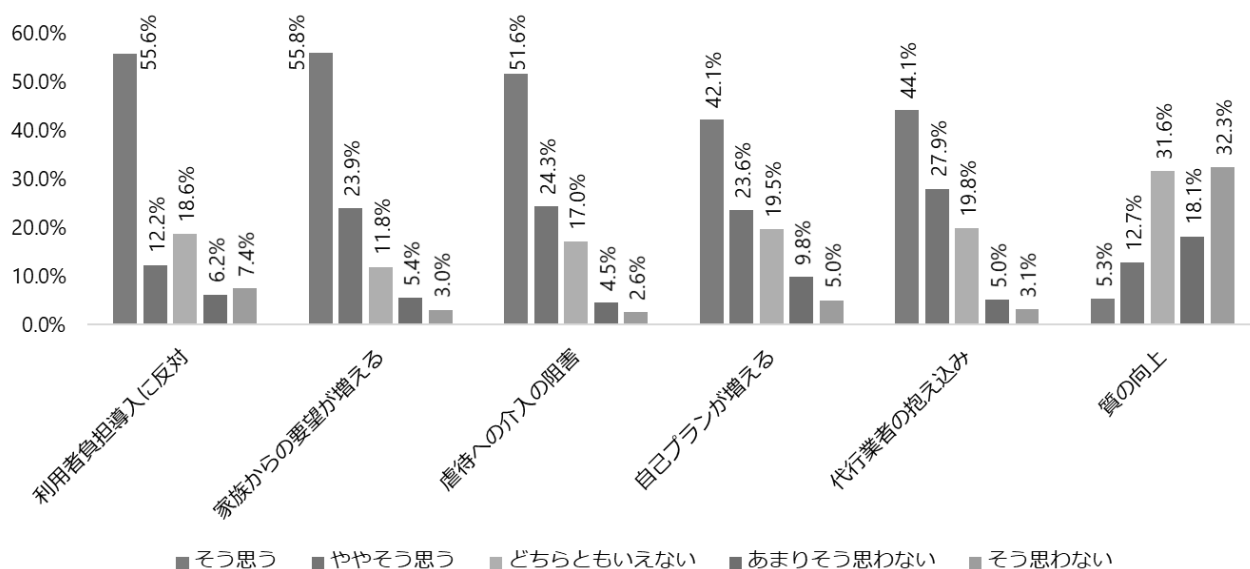
30. 要介護 2 までは地域包括支援センターが担当(問 14-10) 問 10 追記版

- ・要介護 2 までは地域包括支援センターが担当という提案について、問 10 の本人の経験を追加したモデルでは、事業所・家族プランでのプラン作成を経験しているほど肯定的であった。



31. 問 15 : 利用者負担への考え方

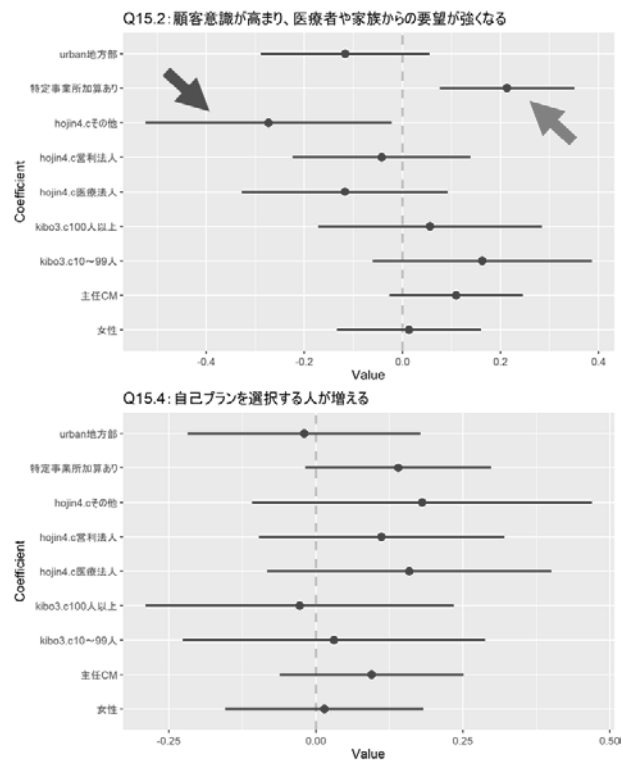
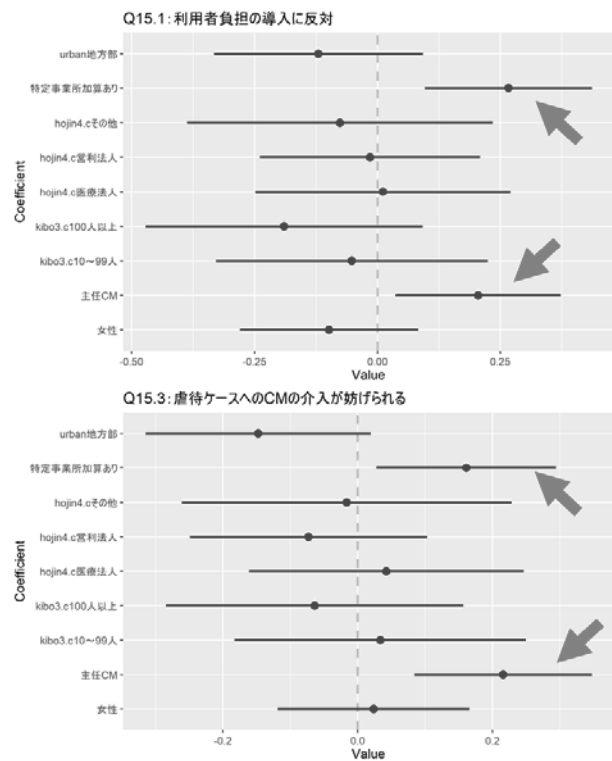
- ・利用者負担についての考え方は、1～5 は肯定的な意見が多い。
- ・質の向上については否定的な意見が多い。
- ・ただし、1～5 の内的一貫性 ($\alpha = .547$) は低く、必ずしも同じ人がすべてに肯定的ではない。



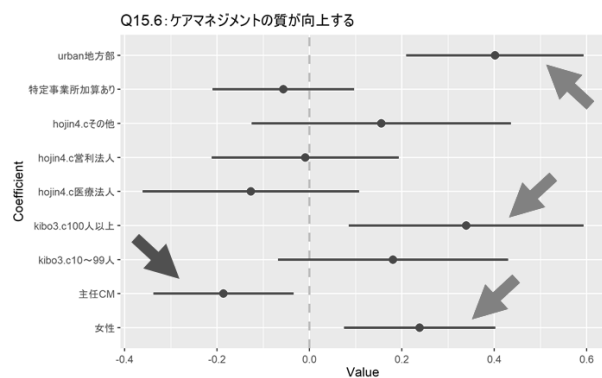
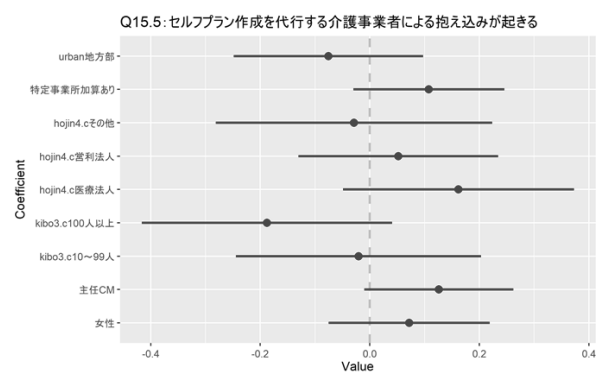
32. 重回帰分析の結果のポイント

- ・主任介護支援専門員は導入に反対であり、虐待ケースについて懸念し、質の向上に寄与するとは考えていない。
- ・事業所規模については、大規模事業所の人代行業者による抱え込みについては懸念せず、質の向上については肯定的である。
- ・法人格の違いについては明確な違いはない。
- ・特定事業所加算ありの事業所は、導入に反対であり、虐待ケースについて懸念している。

33. 問 15 : 利用者負担への考え方 (1-4)



34. 問 15 : 利用者負担への考え方 (5-6)



インタビュー調査結果概要

ケアマネジメントの公正中立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
(インタビュー調査のまとめ)

1. ケアマネジメントに関するインタビュー調査の概要

2. ケアマネジメントに関するインタビュー調査 結果の概要 松岡委員提供資料

3 個別インタビュー一覧表

- 1) 大分県、大分市
- 2) 沖縄県宜野湾市
- 3) 沖縄県うるま市
- 4) 愛知県岡崎市
- 5) 愛知県豊明市
- 6) 石川県能美市
- 7) 東京都武蔵野市
- 8) 大阪府寝屋川市
- 9) 山口県防府市

1. ケアマネジメントに関するインタビュー調査の概要

(1) 目的

ケアマネジメントの公正中立に関する問題点および今後のあるべき方向、さらにケアマネジメントの質の評価の在り方について聞き取り、課題解決を目指すための資料とする

(2) 対象と時期

地域ケア会議に積極的に取り組む自治体の地域ケア会議コアメンバーを対象とする

- ・大分県大分市〈9月6日〉
- ・沖縄県宜野湾市・うるま市〈10/4〉(以上プレ調査)
- ・愛知県豊明市・岡崎市〈11/20〉
- ・石川県能美市〈11/22〉
- ・東京都武蔵野市〈11/27〉
- ・大阪府寝屋川市〈12/4〉
- ・山口県防府市〈12/6〉

(3) 方法

半構造化インタビュー

(4) インタビュー項目

(地域属性)

- A. ケアプラン点検への取り組み
- B. ケアマネジャー研修の取り組み
- C. 指導監査の取り組み

(インタビュー対象者属性)

- 1. 年齢性別
- 2. 所属組織(組織の性格、業務概要)
- 3. 職種、勤務年数、役職

(課題)

- 4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因
(組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…)
- 5. 上記事例で何が起きたか?
- 6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと

(今後の方向)

- 7. 公正中立のために今後のあるべき方向
- 8. 公正中立のための具体的解決策
- 9. 1割負担についての意見

(質の評価)

- 10. 誰がどのような運用で評価すべきか
- 11. その際に使用すべき指標
- 12. その際の公開の方法
- 13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方

2. 「ケアマネジメント」に関するインタビュー調査 結果の概要 松岡委員提供資料

9 自治体へのケアマネジャー インタビュー結果のまとめ（多い意見、提案）

	【背景】	【公正中立に反している事例】	【方向性提案】	【未来へ向けて】
構造的課題	●<u>ケアプランだけでは黒字にならない構造</u> ・併設サービスで補う ・加算にとってようやく成り立つ ケアマネジャーとして関わる時間が短い	●<u>有料・サ付きでのケア・パッケージ化</u> ・沖縄では「有料＋デイ」が多い ・サ高住のケアマネジャーは「籠の鳥」 ・家族に特定の事業所を指名させる ・サ高住のケアマネジャーに変更させる	○<u>ケアマネジャーを公的なものに</u> ・行政がケアマネジャーを管理する方向へ ・ケアマネジャーを公的な存在に	●回復可能な人/困難な人を判断してケアの目的明確化必要 ●要介護認定の見直し ・認定審査会のありかた
社会変化・環境変化	○独居・夫婦の高齢者が増えている、見守り needs が増加 ○有料老人ホームが増えすぎている ○機能強化デイの増加	●<u>自社への利益誘導</u> ・経営者からのプレッシャー、暗黙の了解、ケアマネジャーは営業マン ○自社 80%、限度いっぱいプラン	○<u>地域包括支援センター（在支）を強化</u> ・要介護も包括で担当 ・包括が仕分け	●介護度高まると儲かるシステムは自立支援と相反 ・要支援を高報酬に ●ソーシャルワーク機能強化 ・軽度にソーシャルワーク機能の必要者多い ・声をよく聴いてアセスメント
ケアマネジャーの働き方、課題	○ケアマネジャーのなり手がなかなかいない、質がばらばら ○賢明にやっているのに評価されない ○ただ働きが多い ○問題が多く、悶々としている	●<u>ケアマネジャーの意識</u> ・「まずサービスありき」の発想で、ICF 以前の時代の発想が残っている ・ずっと同じサービスを使い続ける ・通所リハビリが集いの場化している ・主訴＝ニーズととらえてしまう	○<u>ケアマネジャーが相談できる場が欲しい</u> ・ケアマネジャーの人数多いと離職は減る ○<u>状態改善した所に加算を</u> ○<u>事業所の実態を公表すべきだが、その場合国の後押しが必要</u>	○現行研修の効果は疑問

3. 個別インタビュー一覧表

1) 大分県、大分市〈9月6日〉プレ調査

(地域属性)	
地域ケア会議	大分県における地域ケア会議普及にかかる市町村支援 大分県福祉保健部 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/oita.pdf
A. 指導監査	
B. ケアプラン点検	市で行っている。130ある居宅介護支援事業所 大分はケアプラン点検アドバイザー派遣事業がある。ケアマネ協会の人にケアプラン点検に行ってもらう（報告書は公表せず）
C. ケアマネジャー研修	
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別	A デイサービス事業所
2. 所属組織（組織の性格、業務概要）	B 介護支援事業所 独立型
3. 職種、勤務年数、役職	C 地域包括支援センター 委託
	D 大分市
	E 大分市
	F 大分市
	G 大分県
	H 大分県
(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…）	・介護保険当初は同居が多く機能訓練や介護者のレスパイトという意味合いが強く、週に何回か外に出るということで十分だった、そのころと比べ独居、夫婦の高齢者世帯が増えて見守り機能をデイサービスやヘルパーに求める側面が非常に大きくなった。認知症で独居の方ってマックス利用。また、有料老人ホームが増えすぎ ・地域包括の総合相談業務はあらゆる相談が来るので業務量が非常に多い。ゴミステーションの相談まで寄せられる ・事業所から求められて本当はやりたくないプランを作るケースは、アンケートをとると出てこないが現場ではあると聞いている ・上の圧力をかわしながらプランを作るのは、職を失う可能性があるのが難しい ・給付適性の部分でプラン点検で指導しているのは136ある事業所の中で、5か所ぐらいが毎年引っ掛かっている。 ・自分の所につなげるために包括を取っているんだと公言する法人のオーナーがいる（大分市の法人を指しているかは不明） ・ケアマネジャーを募集しても人が来ない
5. 上記事例で何が起きたか？	
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	・新人のケアマネは要支援レベルの人たちのケアプランを作らないと利用者の話は聞く機会がない。全部家族の言いなりになるのは、介護からしか作らないから。予防のプランを立てられるっていうことが一番大事。そこから自立支援に入る。包括の本来の業務を考えると予防プランは負担が大きいので居宅にしてもらった方がよい ・ケアマネはただ働き分が多分2割ぐらいある
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所	
A' (独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議)	
B 利用者負担導入＋質の評価指標導入	
B' (複合型サービスの活用(法改正要))	
C 地域支援事業化	
C' (居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化)	

7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	・主任ケアマネが管理者をしている事業所は質が高い ・独立型事業所でもただ会社が分かれてるだけのこともある ・包括が総合相談窓口できちんと仕分けをして、この人は介護だからケアマネにつなぐと最初からやったほうが、ケアマネとの信頼関係もできる ・基幹型とか包括の中心となるようなものが要る。ケアマネジメントも含めて ・ケアマネオフィス化は法人が違々と給料も違うのではないか
9.1 割負担についての意見	・ケアマネジメント費は介護度で差が出る ・1割負担は困る。利用料をもらうために事業所につなげたと思われる ・利用者の多くは単なる値上げとしか受け止めない可能性がある
10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち 11. その際に使用すべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	・離職率が低い所はいい事業所の可能性は高い ・集中減算ではなく、居宅介護事業所がどれだけ多くの事業所を使っているかが重要
12. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	・事業所公表には国の後押しが絶対要る。怒鳴り込んでくる ・事業所評価加算はずっと取っているが、それ見て来る人は誰もいない。マークを付けるなどわかりやすくすべき
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	

2) 沖縄県宜野湾市〈10/4〉プレ調査

(地域属性)	
地域ケア会議	(参考) 宜野湾市における新しい総合事業の取組について https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000143351.pdf
A. 指導監査	
B. ケアプラン点検	・ケアプラン点検は体制の問題もあり、なかなか手付かず。最近メンバーそろいはじめてきたので、適正化事業もどうやって役割分担していこうか話し合っている最中
C. ケアマネジャー研修	
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別 2. 所属組織(組織の性格、業務概要) 3. 職種、勤務年数、役職	A ケアマネジャー(介護支援専門員協会宜野湾支部) B ケアマネジャー(介護支援専門員協会宜野湾支部) C ケアマネジャー(介護支援専門員協会宜野湾支部) D ケアマネジャー(介護支援専門員協会宜野湾支部) E 地域包括支援センター F 地域包括支援センター J 地域包括支援センター K 地域包括支援センター L 宜野湾市 M 宜野湾市 N 宜野湾市 O 宜野湾市 (ケアマネ事業所独立型は25 か所中6 か所。うち1 人事業所3、複数名3。独立型は経営厳しい。特定事業所加算取得は2 か所)
(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因(組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…) 5. 上記事例で何が起きたか?	・独立型では事業所誘導はない。併設では稼働率が突き付けられる。ケアマネは営業マンという感じもある。誤解ないように言うが、自社紹介をどう逃れてきちんと紹介するか、みんな必死にやっている ・本当の意味の独立を求めたらやはり独立しても運営ができる居宅の報酬が必要だ ・施設の併設のサービスを利用することが条件でもないが、暗黙の了解になっていることが多いと思う。それで有料+デイというところが多いと思う ・市内の特養と老健合計で4施設、トータルで368名定員。有料とサ高住が679名 ・宜野湾はデイサービスの給付率、給付費1人当たりの額も利用日数も県内で3番目に高い。1番、2番は大都市だ ・沖縄では有料、サ高住に入所すると日中はデイサービスを使ってくださいというところが多い。子育て世代の選択としては、子との生活を取って、親には申し訳ないけれども有料などに入ってもらえないかという選択が多い
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	・自立できる方法があるが、最初からできるでしょとか、こういう方法に変えればいいですよと言うのでは、これもケアマネジメントにならない。持っている能力を最大限に引き出しつつ、要望も受け入れていくのも中立性ではないかと思う。ケース・バイ・ケースだ。身体機能的には同じようでも、生活歴とか家族背景や本人の精神的な強さでも違ってくる ・施設に入った場合、どうすれば本人が本当に自立していけるのか。しっかりと機能訓練や運動をしていかないといけないということもるし、あとは家族への説得だ
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所 A' (独立かつ一定規模以上事業所+運営推進会議) B 利用者負担導入+質の評価指標導入 B' (複合型サービスの活用(法改正要))	

C 地域支援事業化 C' (居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化)	
7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	・包括では事業所を選択することができると利用者に言っている。複数紹介している。ただ事業者に断られることもある。多く探すのはたいへんな地域もある ・地域ケア会議はこれからの方向性が見えるように強化してやっていく必要がある
9. 1 割負担についての意見	・「あんた方、雇ってあげてるんだよ」と言う利用者もいる。自己負担が入ると、もっとそれが強くなる
10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち 11. その際に使用すべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	・包括では公正中立性に関して、居宅にお願いするケースもある。包括内で例えば医療ニーズの高いケースはこことか、本人家族の要望がない場合は強みのあるところにする。あと、委託する場合は必ずプランチェックという形で包括から来ていただく
12. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	・もう少し在宅サービス、特に地域密着型の小規模多機能の通い、訪問、宿泊、あたりを整備すれば、在宅生活が継続できる可能性を大いに秘めているという感じはある

3) 沖縄県うるま市〈10/4〉プレ調査

(地域属性)	
地域ケア会議	(参考) うるま市地域ケア会議実施要綱 https://www1.g-reiki.net/uruma/reiki_honbun/r170RG00001622.html (参考) うるま市介護予防日常生活支援総合事業 H30 年度 自立 支援 ・ 介護 予防 に 向 け た 取 り 組 み Q&A https://www.city.uruma.lg.jp/userfiles/U015/files/QA%284%29.pdf
A. 指導監査	(参考) うるま市介護保険施設等指導要綱・監査要綱について https://www.city.uruma.lg.jp/sp/kurashi/121/7270/7271
B. ケアプラン点検	(参考) ケアプラン点検にかかわる各保険者への公開質問状について沖縄県介護支援専門員協会 http://www.okicare.jp/node/151
C. ケアマネジャー研修	主任ケアマネの更新研修で一緒だった同じグループのメンバーで、各地域でばらばらだが何かあるときには LINE でつながっているの。あるいはケアマネ同期の仲間であったり、こういった支部の仲間であったりもする。何か悩み事とか相談もしやすい
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別 2. 所属組織（組織の性格、業務概要） 3. 職種、勤務年数、役職	A ケアマネジャー（介護支援専門員協会うるま支部） C ケアマネジャー（介護支援専門員協会うるま支部） D ケアマネジャー（介護支援専門員協会うるま支部） E ケアマネジャー（介護支援専門員協会うるま支部） F 地域包括支援センター（ケアマネ） J 地域包括支援センター（看護師） K 地域包括支援センター L 地域包括支援センター M 地域包括支援センター N うるま市 O うるま市 P うるま市 Q うるま市 R さわやか福祉財団インストラクター
(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…） 5. 上記事例で何が起きたか？	・問題は多々ある。経営者の意向により中立が保てない。単体の居宅ではほとんどない ・独立しているケアマネでも好みはある。偏りは出てしまう ・介護（デイ）サービスで利益を出してもケアマネやホーム（有料、サービス付き）の費用を補填するというのが現実。デイを卒業してホーム（有料、サービス付き）には継続して入居・滞在したいというのは経営的にはつらい。家に帰りたい人はいるが、（家族の介護体制が整えられない事情 意向で）帰れない。デイサービス+有料ホーム・サービス付きという複合型の事業モデルが大半を占めるが、この事業モデルを転換するためには、家族の受け入れ態勢を整えてもらうという課題も同時に議論すべき。 ・予防プランの単価も問題。予防だけではなく、単独事業所が成り立たない ・施設から出られる状態でも、家の環境に問題があることと、施設の環境になれてしまうこと。施設も「何かあっても責任は持てません」という ・利用目的が不明確なのにシニアカー利用希望もある ・沖縄の通所介護が多いのは感じる。家族は投げってしまう感じが多い
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	・包括では持ちケースがどんどん多くなって悪循環。いつも受け入れてくれるところに頼んで送りがちになる ・包括では施設から出たいという声は聞かない。 ・アセスメントがいかんにできているか。何に困っているのか、生活背景なのか、経済的な ものなのか、いろんな背景をひもといてアセスメントするケアマネは勉強もしている
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所 A' (独立かつ一定規模以上事業所+運営推進会議)	

B 利用者負担導入＋質の評価指標導入 B' (複合型サービスの活用(法改正要)) C 地域支援事業化 C' (居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化)	
7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	・集中減算はあるが80%ぎりぎりまで持って行ったりする ・いいケアマネは外に出ていると思っていたが出すぎている人もいる。おむつを買いに行ったりする。ケアマネ間ではメール等のやり取りがあり相談し合っている。ただ研修に来ない人もいる ・事業所大規模化(分社化)に進むとしたら単独事業所では立ち向かえない ・行政がケアマネジメントを管理する方向は皆が思うことだ(全員賛成)。しかし、給料を確保できるか、役所がプランを作って事業所を選ぶのか。現実には我々はサラリーマンだ。
9. 1 割負担についての意見	
10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち 11. その際に使用するべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	・市では研修に来ている人きていない人のリストはある。これは出せると思う ・ケアマネの評価は、書類がしっかりできている。ちゃんと目標が立てられているのが基本だ。一方、利用者と家族から見たとき、ケアマネ同士で見たとき、包括から見たとき、病院側から見たとき、見る角度で評価が同じではない。面談することで利用者、家族の評価も得られる。一つの評価に集中すると、別のことがおそろかになったり、多角的に評価されるのがいい反面、悩みどころだ。一生懸命やっているのに評価されないこともある
12. その際の公開の方法 誰に報告?どこまで? WEB、閲覧、格付け	
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	・特定事業所加算を取らない事業所が多い。何かあったらご破算になってしまう。実例を聞いている

沖縄県内の通所系サービスの利用回数について(私見)

通所系サービスの利用回数が他の都道府県と比較して多いといわれる沖縄県。

その改善には、ケアマネジメントの適正化はもちろんのことですが、その前に、当事者の自立への動機づけ、そして、何より本当の意味での在宅復帰のための取り組みが必要と考えます。在宅とは、有料老人ホームでもなく、有料老人ホーム化したサービス付き高齢者向け住宅でもなく、自立或いは半自立した生活が可能となる暮らせる場所と考えております。

県内ほとんどのホームが要介護1～5を入居要件にしております。要介護の入居者をデイサービスの努力で要支援以下へ改善を図っても帰る場所が無いという現実があります。

本来、サービス付き高齢者向け住宅はそのような課題に対応すべく期待していたのですが? 今となっては、どれが有料老人ホームで、どれがサービス付き高齢者向け住宅か一般の方からしたら区別が付きません。

自立或いは半自立した生活が可能となる暮らせる場所を創出するためには、地域包括ケアシステムを構築し、支え合いのある地域、コミュニティ、ネットワークを増やしていくということでしょうか。

ケアマネジメントの適正化が先行するとどのような状況がみえるのでしょうか。デイサービスの回数(数値目標)だけが独り歩きし、沖縄県内の事業所を締め付けるだけの施策とならないことを願います。沖縄県内の有料老人ホームが介護職員の処遇改善も図りつつ、独立採算がとれる事業所となれば、この問題は解決が早いと思うのですが・・・？ 沖縄県民の一人当たりの所得、高齢者の年金(=国民年金)を考えると大胆な施策・政策が必要なのではと感じます。これは、もしかして国というより沖縄県、そして各自治体に積極的に考えてもらいたい、期待したい、とした方がよろしいのでしょうか。

4) 愛知県岡崎市 〈11/20〉

(地域属性)	
地域ケア会議	岡崎市は 20 か所の地域型の地域包括支援センター。地域ケア会議の専門職アドバイザーは 20 チームある。医師会、歯科医師会、薬剤師会、岡崎リハビリテーションネットワーク、介護サービス事業者連絡協議会の訪問看護ステーションから推薦された者および介護サービス事業所で個別のケア会議を開いている。のべ年間 60 回。要支援・要介護両方
A. 指導監査	指導監査は今は市町村のみ。3 年に 1 度と市内全ての事業所 いわゆる赤本を見ながらそれに基づいて要件の確認、人員基準に違反していないかどうか現地に、会社まで行って見る。要件を満たしていない場合には書面指示
B. ケアプラン点検	ケアプラン点検は実地指導に行った際に併せて行う（軽度者レンタルのプラン、サービス付き高齢者住宅、有料老人ホームに入居者、デイサービスが多いなどに注意している。インフォーマルサービスも聞く）
C. ケアマネジャー研修	県の研修は当然受講 介護サービス連絡協議会で月に 1 回開催（1 部は行政からの伝達事項やルールの改正点、2 部はケアマネジャーの質の向上、ケアマネジャーは医療職よりは福祉職が圧倒的に多いので足りないものを補う）正直言って 2 部になると帰ってしまう方あり 多職種研修を多数開催、ケアマネの出席率も比較的高い
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別 2. 所属組織（組織の性格、業務概要） 3. 職種、勤務年数、役職	A 主任ケアマネジャー（独立） B 主任ケアマネジャー（併設） C 地域包括支援センター（基幹型。主任ケアマネジャー） D 地域包括支援センター（主任ケアマネジャー） E 岡崎市 F 岡崎市 J 岡崎市 K 岡崎市 L 岡崎市
(課題)	
4. 現在のケアマネジメン 制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…） 5. 上記事例で何が起きたか？	・併設の事業所で会社からいろいろ言われると、私は何のためにいるのだろうかと感じてしまうケアマネもいる ・（包括）ある事業所にして、そこが医療系の併設の事業所だとすると、自分の法人の方の事業所に流れて行くというのもある。利用者の意向と違うのではないのというところもある。それと特に病院がやっている通所リハビリはその患者さんは大体、そこに行く。先生がうちに来なさいと言われたのでそこを調整してくださいというふうに、逆に指名される。そこから何年もリハビリが続いている。 ・介護保険で、民間に委ねた時点で営利法人となると利益の追求がどうしてもある。上から現場の意見を無視をしてケアマネは営業マンだと言われてしまうことなどが出てくる。うまくコントロールするにはルール作りで国の力が必要。特定事業所加算などができてやっと食べていける ・ケアマネは半分営業だと経営者の頭の中ではあり、その中でケアマネが大変な思いをする。併設のケアマネジャーはデイの送迎、夜勤をやってねというところもある。そういう本来のケアマネ業務だけでない業務をやらなければいけないケアマネは辞めていく方も多。本当にケアマネ業務だけで専念させてもらえるところであれば続く。 ・人数が多いと情報交換だとか事例検討もできるので、離職率は低い ・住宅型の有料老人ホームとか、サ高住のプランではほぼほぼ 9 割方、そこに併設のサービスをパッケージングとして立てざるを得ない状況を強いられる ・利用者に近い方が立場として強い。ケアマネジャーの倫理観とか高めるのも大事だが、利用者と家族にどのように、介護サービスに関する知識だとか、認識を深めていけるかが一番、改善として効果が上がると感じる
6. 本人自	・（併設）給料面でいくと、自分の今の居宅の収入だけでは自分の給料を賄えていないので、特養の給料から助けてもらって自分の給料が出ているのは分かっている。資格は資格手当がもらえるから取ってはいるけれどもケアマネ業務は嫌だと言って断っている人も中にはいる。実際やりたいという人たちは本当に少ない。 ・同じ法人の中の同じサービスを使っていると必ずといっていいほど認知機能の低下が進んでいく。月に 1 回とか 2 回の施設がやるサービスだけでは、とてもとても
6. 本人自	・（包括）例えば男のケアマネは嫌だとか、経験のあるケアマネがいいとか、家族関係

身による自己選択と意思決定のために必要なこと	が複雑な方とか、そういう状況を把握して今までのケアマネジャーさんとの関わりの中で、あのケアマネジャーだったら担当できるとか、このケアマネさんだとかこの家族は難しいなというのも基準に入れている。懇意にしているのであそこ介護をたくさんあげよう、予防はこちらにしようとかいうことは良くないので、うちでは公平にいつ、どこに、どのぐらいの介護の方を紹介したというのは一覧で持っている ・ケアマネの人材確保の方法が課題。すでにケアマネジャーは不足気味で選べない。業務が多くて複雑。利用者にもわかりやすいシンプルな制度設計でないとケアマネにお任せになる。
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所 A' (独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議) B 利用者負担導入＋質の評価指標導入 B' (複合型サービスの活用(法改正要)) C 地域支援事業化 C' (居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化)	
7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	・豊明市案に対して、一つのところに集約するという形のところも含めて、要は結果としてケアマネジャーとか法人がどれだけ賛同してくれるところがあるかどうか ・大規模センターは人材確保が本当に難しい。不必要な人は認定しないとかで改革してもらわないと ・ケアマネジャーの考えではなく、主治医や法人等の意見でプランは左右され、力が発揮できない環境。デイサービスだけでなくデイケアも総合事業として市町村に組み込むなど対策が必要 ・大規模センター化にするのは賛成。そのメリットはある。ただ、出向させる法人としては何のメリットがあるのかとか問題は出てくるかと思う。ただ人材が集まるかどうか ・一番近いのは協会案かなと思う。ただ、例えば1人～3人のケアマネの単独事業所を育て、そこも存続できて、かつ人材がどんどん魅力的な事業所になっていって、増えていって、結果として人数が確保できている事業所ができていくのがいいかなと思う ・認定審査会は無駄。悪ければ変更申請を出せばいいみたいになっていて、客観性に欠けるのであればコンピュータ判定だけでいいと言っている委員の先生が多い。 ・例えば家族代わりになってお金も下ろしに行き、病院の付き添いもやってしまっ、運転もやってしまっという話をたまに聞く。そこまでのことを良しとされてしまうと逆にコンプライアンスが整っている事業所が全然やってないのみたいな感じになってしまう。仕事の線引きも明確化してほしい ・例えば改善をしていく事業所とか、平均要介護度がこれだけれど同じ利用者数であつても改善したところに対して、行政として評価して補助金というかたち。加算となると結局、人数に対しての加算で、改善してしまうことによって収入が減ってしまう。改善をしたり利用回数を減らすことによってお金が入るような収入体系
9. 1割負担についての意見	特定事業所加算を取っている事業所では自己負担が多くなる 利用者がケアマネを選択するだけの情報を提供できないので、1割負担をとることはできないと思う 利用者や家族が権利のようにサービスを要求する環境を変える必要がある。良いケアマネはたくさんサービスを入れてくれる人ではない。負担をとることで主張が大きくなることが懸念される

10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち	・施設と在宅が同じ認定調査というのも疑問。施設では掃除と調理と洗濯は施設がやってしまう。そこが全介助になってしまう。在宅で調理という買い物をして、作って、片付けてという、その3段階を調理で全部まとめられてしまうと大変。そこ私たちはケアプランで補っていかねばいけない。誰が買い物に行き、誰が調理する、誰が片付ける、自分で食べられるのか。そこが同じ認定調査で、同じ3といっても在宅とのレベルが全然違う。施設は施設の認定調査があるべきだし、在宅は在宅の認定調査があってもいいのではないか ・介護保険法第4条の規定の国民の努力義務が抜けてしまっている。生活ニーズをどうプランの中に入れこむことによって効果が表れたという実証が、もっともっとたくさん出てくれば、もっといい方向性に動けるのだろう
11. その際に使用すべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	
12. その際の公開の方法 誰に報告?どこまで? WEB、閲覧、格付け	
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	・ケアマネジャーやサービスが足りない地域と足りている地域など特性が違う中で一律に評価するのは難しい。公正中立でない状況を起こしている要因をなくすべきで、ケアマネジャーの個人的な意図ではないところで問題は起きている。

*インタビュー対象者から提出されたメモ

- ①男性
- ②居宅介護支援事業
- ③主任ケアマネジャー
- ④住宅型有料等の住宅併設のサービス事業者の
 - B 対応に疑問

施設側からサービス内容、回数等の指定、特に支給限度基準額いっぱいまでの提案があたりまえのようにある。(サービスがそれ以上必要なので、出たところは施設サービスで“まるめ”であるとわけわからないことも・・・)
 - A 併設サービス事業へのプラン組込みが、会社から言われがちな現状。「ケアマネが、営業マンに。」ひどい場合、福祉用品を売りつけ、買わないと帰らないと住民に脅しめいたことがあったと聞いたことも。

「そもそも、利用者が選択する権利侵害行為である」
- ⑤ (B) については管理者とガチで話し合い、かなりの抵抗受けるも、適正を欠くプランを立てない旨、説得必要と言い張る 利用者様をたてに、しかし本人家族のぞまれてない。
 - B 行政へ相談する旨説明 (不適切な場合)
 - A 単純に単独型事業をしていれば解決
- ⑥
 - B お客様の選択を重視

そこに入っていることで適正プランが支障になるのなら、言いなりのCMを選択するしかない・・・
- ⑦
 - B CM×施設との間で摩擦、それがご家族へ伝わってしまうことが大変いかん。
- ⑧
 - A CMの完全独立性の確保
 - B 行政による管理を住宅にも適応すべき。

CMからの通報をつくる。

「お年寄りを不正にいいものにする行為を許してはいけない。」

サービス事業所自体の公共性の確保

(住宅併設のためだけのデイやヘルパー有り得ない)

☆住宅併設なら 定巡などがなじむ

在宅サービス利用を見直しては。

- ⑨
 - ・集中減算では不十分
 - ・報酬(収)の見直しをしては(独立型、併設)
 - ・CMのモラルを保つ
 - ・法人からの圧力に対応する行政窓口設置・通報あれば調査も必要
 - ・利用者様へのアンケート調査必要
 - ・実地指導時に自社サービスの不自然なカタよりなど調査(言い逃れなどがあり難しいとは思いますが・・・)
- ⑩ もつてのほか。
 - サービス利用すなわち負担しないといけない・・・おかしい(自己作成はあるものの・・・)
 - ・包括への相談は初回が多い。その状況でたとえ包括がプランの質など伝えたとしても、はじめての人にその差を認識することはまず不可能。
 - 「特定事業所は選べない。」
 - その時点で差が明らかなのは、価格のみといってもよい
 - すなわち、特定事業所は、淘汰されてしまう。特に「独立事業は経営悪化に直結。」
 - ・「医療連携」がすすまないどころか逆行。
 - 連携をとってほしくない利用者も出ています。
 - よって、
 - 加算について自己負担を課すことすなわち併設事業に依存して居宅を運営しないと、存続できず、その結果公正中立をそこなう営業マンケアマネが横行、それしか生き残れなくなる。大問題だ。
- ⑪ 行政しかないでしょ。紹介率とやらがいちばんデータになる。
- ⑫
 - ・業務形態への評価が今までされてこなかったことが大変残念である
 - しかしそれだけでは癒着など注意が必要なため必ず紹介率を行政がチェック(岡崎では40以上はおかしい)
 - ・実地指導時に職員への聞き取り調査必要
- ⑬
 - ・業務形態、紹介率の意味が国民にわかるように公開(情報公表システムでもよいが、どれだけの人が見られるか疑問)
 - ・市政だよりの方がみんな見ているのでは
- ⑭ 単独事業所への評価及び助成などがあると助かる
 - 岡崎では、紹介が40%超えるとおかしい・・・
 - 併設であっても紹介率に目標定めてインセンティブをきめてもよいのでは。
 - 現在は全く評価されていないことに問題を感じています。

5) 愛知県豊明市 (11/20)

(地域属性)	
地域ケア会議	「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」 地域ケア会議から新しい価値観の創造へ https://www.city.toyoake.lg.jp/secure/7729/kouseiseisakuseminar.pdf
A. 指導監査	豊明市社会福祉法人指導監査実施要綱 https://www1.g-reiki.net/toyoake/reiki_honbun/i531RG00001081.html
B. ケアプラン点検	
C. ケアマネジャー研修	
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別 2. 所属組織（組織の性格、業務概要） 3. 職種、勤務年数、役職	A 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） B 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） C 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） D 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） E 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） F 地域包括支援センター（ケアマネジャー） J 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） K 居宅介護事業所（主任ケアマネジャー、併設） L 地域包括支援センター M 地域包括支援センター（主任ケアマネジャー） N 居宅介護事業所（ケアマネジャー、併設）
(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…） 5. 上記事例で何が起きたか？	・ 住宅型有料でケアマネを頼まれると、ほとんど向こうの言いなりで、ほぼいっぱい使うのが定例になっている。有料のケアマネはほんと人質を取られているみたいだ ・ 住宅型有料ではない普段業務をしている中でも、これだけ盛り盛りにしないといけないのかという抵抗はある ・ ここが駄目なら他のところを探すと言われ、家族からもお願いと言われれば断る理由がないとなる ・ 安い料金で入れるところを紹介するが、そのサービスをフルに使わせることがある。そうすると必要でないと思われるサービスも使うし、それを家族が断れない。いわばお願いしている立場で家族の方が弱い立場になってしまっている ・ 介護度が高い方がもうかる。それだと自立支援とは全く反対だ。寝たきりの人は意外と手間がかからない。定期的なオムツ交換とか、食事介助とかはあるが。 多分過剰にサービスを入れることは、自立した生活から多分本人さんは遠のいていく生活になっていくと思うので。結局依存度が高くなって何もできなくなっていくってしまう
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所 A' （独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議） B 利用者負担導入＋質の評価指標導入 B' （複合型サービスの活用（法改正要）） C 地域支援事業化 C' （居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化）	

7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	・施設がマックスまで入れようとしたので「行政の監査が入ったときに理由は言えませんのでやめてください」とはっきり言って闘った ・定額制にしたら、楽になるかなと思う。ただ、有料の場合は定額にしても変わらない。追加料金、オプションにサインして入居しているので、追加分に関しては定額になっても変わらないが ・雇い主に内容を拘束される状況ではない形でケアプランがやれる場所があるのだったら、ケアマネジャーが事業所から独立している意味はある。行政であることが与える安心感はあるので、行政の機関ですと言えるのは大きい ・包括報酬にすればいい ・初めの制度の段階で、民間に任せの方が安くすむと思ったのかもしれないが、公的なところがプランを持てば利益誘導するということがない。そもそもケアマネというものを公的なものにしたらどうか ・運営推進会議がどこまで見抜けるか。多機能でも地域の人が入っているが、さらっとサインだけもらって帰っていくイメージだ。町内会長さんが推進委員だった場合になんで毎日デイサービスを入れないのだと言っておしまいかもしれない ・委託であれば、委託契約上、私たちはできませんと経営に対して言える
9. 1割負担についての意見	・経費が増える ・金を払ってんだから、お前らしっかりやれという利用者はたくさんいそう ・利用負担導入は賛成。やはり使った以上は負担はしてほしい ・重いほうの人は払うかもしれないが、支援や介護1ぐらいの方の場合に、一生懸命いろいろなインフォーマルサービスに結び付けて自立させようとしているときに自立を推進する形にはならないと思う。だから、プランの質は悪くなる
10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち 11. その際に使用すべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	・委託事業であれば常にコミュニケーションしているので監査というものの自体が必要ない
12. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	

6) 石川県能美市 (11/22)

(地域属性)	
地域ケア会議	地域ケア会議の枠組みの中で包括も入っているケアプラン会議は、職種で助言をしながら、基本には自立支援の指向に基づいているか、目標指向型であるか、インフォーマルの資源が入っているか、地域の課題に不足しているものは何かという課題の抽出に重きを置いてしている。要支援 1、2 全数と事業対象者は全数
A. 指導監査	
B. ケアプラン点検	能美市主催のケアプラン点検を昨年度から始めた。 サ高住が幾つか建ち出したときに介護給付が急に上がったので、ケアプラン点検と指導監査に力を入れようということで、担当課がケアプラン点検を抜き出しでする指導監査に力を入れ始めた。 去年のケアプラン点検は地域支援事業の予算を使って年間 1 回につき 3 ケースを検討することにして、昨年度は 21 件のケアプランを見た。能美市内の主任ケアマネに協力いただいて検討会をしている。抽出基準は支給限度額の 7 割超えの事業のプランで、計画サービスの 1 種類の割合と同一法人の割合が高い事業所のプラン、生活援助の訪問回数の多いケアプランの事業所。サ高住で毎日何をしているのかというプランや、ケアマネ 1 人の作成プランの数が多い事業所トップ 3 という基準でやっている。しかし、担当者に「去年の実績から見てどうか」と聞いた。課題はいろいろ出てくるが、保険者としては質の高いプランであれば限度額いっぱいでも良いと思うけれど、マネジメント上、これが本当に必要かというプランがあったとしても、容易に替えられない。保険者として駄目と言えない。プランの根拠は話し合うし、保険者として見るが、だからと言って算定の基準を侵しているわけでもないところになると、保険者としてはなかなか難しい。 構成メンバーが介護長寿課 2 名と、主任ケアマネの 3 名の 5 人で、1 事業主から事前に三つほどプランを出していただいて、それを事前に読み込みをしておいて、当日、主任ケアマネたちはプランを中心に見る サービス中心の傾向が非常に強かったのも、そこを担当課や主任ケアマネから指導という形で少しして、最後は再提出という形を取り、もちろん担当課が点検する。3 カ月後か半年後か、もう一度作り直したときに出していただくということで、本人の偏りであったり、姿勢の部分とか、反省であったりとかで、うまくいい方向にプランが流れている。全体の 7 割ぐらいが更新時に修正または再提出をかけている。21 件のうち 14~15 件ぐらいは更新時に変わっている ただ、初めての取り組みでやってみて、主任ケアマネにも本当にじっくり見ていただく機会にもなったし、来る事業所やプランを出してくださる方も、プランを通してマネジメントを振り返っていただく機会にはなった。そういう取り組みを積み重ねて、お互いに考えていくことが必要なのかと思う。取り組みに着手してまだ日が浅いので、私たちもまだ分析ができていないが、このような現状だ。
C. ケアマネジャー研修	今の研修が育成に役立っているとは思っていない。質は全然上がっていないし、何回行っても変わらない人は変わらない。行って、そうだなと思ってプランの作り方が変わるわけではない。昔、ICF の考え方を入れる前に取った人は、ずっと目標が「閉じこもり防止」ではないか。新しい研修を受ければ本当はそこで変わっていかねばいけないのに、転換できない人がケアプランを作っていたりする。
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別	A 居宅介護事業所 (主任ケアマネジャー、併設)
2. 所属組織 (組織の性格、業務概要)	B 居宅介護事業所 (主任ケアマネジャー、併設)
	C 居宅介護事業所 (主任ケアマネジャー、併設)
	D 地域包括支援センター (主任ケアマネジャー)
3. 職種、勤務年数、役職	E 地域包括支援センター (ケアマネジャー)
	F 地域包括支援センター (ケアマネジャー)
	J 能美市
	K 能美市
	L 能美市

(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…） 5. 上記事例で何が起きたか？	・家族を通して住宅に付いている居宅介護事業者に変更させるような仕組みになってしまっていることに疑問を感じる。施設に入ってしまうと私たち在宅ケアマネが全く関知できる部分ではない。介護給付費はなぜこんなに上がるのかと思ったら、この影響は大きい ・そういうものだと思い込んでいるケアマネは続いているかもしれないが、他でいろいろ考えながらやって来たケアマネは、長居せずに、離職率も高いのではないだろうか ・本人の思いを吸って、意向を高めてあげたいけど、家族が「それは困る」と言われる。本人さんの思いと家族さんの思いのずれをどうできるのか。本人もご家族も生活をしていく上で、私はある意味「覚悟」が必要だと思う。誰かが何かをしてくれるのだろうかでは公正中立は保ちにくい。「お互いにやることをやってくれないと、私たちもできることができませんから」と返すこともある ・そもそもの認定自体も、この間も驚いたことがあったが、調査員で違ったりする。明らかにおかしい人が支援1で出てきたり、先生も認知症と診断をつけているのに「自立」と出てきたりというのがあったりする
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	・「この人、家の中で安全に歩けないので」という相談がよくあるが、本人に聞いたら「転ぶと危ないから家の中を四つんばいで移動しているのだ」と言う。四つんばいで移動して、トイレまで来たら、何かを持って立ち上がっている。そうすると、その人は家の中で困っていない。それでできているのであればそれでいいのに、「家の中で歩けるように」という目標は別に要らないと思うことがよくある。だから、「できる」というその理想像が、こちら側の思っている「できる」に無理やり持っていこうとすることが「自立」と勘違いし過ぎているのではないかということを感じている。むしろそれより、本人がどうしたいか、それを発揮できることの方が、本当はその人らしい生活を支援できる ・ほぼ全員、まずCで始めている ・通所リハがもう通いの場、生活の場になってしまって、住民にしても切れないし、経営者の方もそうだし。その板挟みになってしまう
(今後の方向) 参 考 A 独立かつ一定規模以上事業所 A' (独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議) B 利用者負担導入＋質の評価指標導入 B' (複合型サービスの活用(法改正要)) C 地域支援事業化 C' (居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化)	
7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	ソーシャルワーク的な仕事は、要支援2の方や、要介護2ぐらいまでの人がとても多く、3、4、5がそれほどいない。だからむしろ、要介護2ぐらいまでの単価を高くして、それ以外を安くしてくれたら、みんなもっと在宅で頑張るのではないかな ・質に伴う指定や委託の形式であればいいかもしれない ・相談やフォローができるようなセンターが、別にかたまらなくて、一人でやっても、相談ができてプランが組めるという体制ができればいいと思う。集まらなないと相談ができないではないと思う。障害では基幹センターと言って、金沢だと各事業所から出向して、各相談支援専門員が基幹センターの職員になって、各相談支援事業所に助言する ・市町村によっては自分たちの言いやすい所を指定しておいた方が、自分たちのいうことを聞いてくれるというような関係になってしまうのではないかな。そこが絶対に大丈夫だと担保されないと難しい。一方で、そうして「ここはいつもしっかりしていて指定を受けています」となっていくと、そこに就職して頑張ろうという人が集まってくるかもしれない。そこは高い質を担保していける
9. 1割負担についての意見	利用者とケアマネは対等の立場とではないかなと思う。そこに料金が発生してくると対等ではなくなる

10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち	
11. その際に使用するべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	
12. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	

7) 東京都武蔵野市〈11/27〉

(地域属性)	
地域ケア会議	武蔵野市における地域ケア会議の体系 http://www.city.musashino.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/008/234/270117.pdf
A. 指導監査	
B. ケアプラン点検	ケアプラン指導研修事業（資料アリ） ・ 基幹で取りまとめ。月 1 回（年 12 回実施）、1 回 10 ケース程度を検討。 ・ ケアマネを 12 のグループに分けて提出担当回を決定 ・ ケアマネ本人は出席不要 ・ 市内と近隣にある居宅介護支援事業所に所属しているケアマネから市民の事例を 1 つずつ出してもらい。市外の事業所については市民を担当しているケースが多い大手の事業所をお願いをして出してもらっている。 ・ 約 110 のプランを年間通して見る。単なるケアプランチェック、保険者がするケアプラン点検ではなく、アセスメントからケアプランに至るまで妥当なものになっているかどうかを各在宅介護・地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、OT、PT、ST、コンチネンスアドバイザー、基幹相談支援センター（障害者福祉課）、保険者が、それぞれ専門職の立場から意見を言う。 ・ もらった意見については、各在宅介護・地域包括支援センターの主任ケアマネから事例を提出したケアマネに 1 対 1 の面接の形でリターンする。ケースの中身によって管理者にも話をした方がいいというような事例については、管理者にも同席してもらう。 ・ 公正中立でいえば、サービスの中身、種類の確認はしているが、事業所の偏りまではみていない。どちらかというとマネジメントの方を重視。きちんとアセスメントができていないか、このケアマネの基礎資格や、また、得意・不得意もあると思うので、そういったところも考え過不足ないかを併せてみて、全体的に質の担保を図っている。 （参考） 介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業 報告書 p 68～ 武蔵野市ケアプラン指導研修事業 http://jmar-im.com/healthcare/news/1-10Rep.pdf
C. ケアマネジャー研修	
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別 2. 所属組織（組織の性格、業務概要） 3. 職種、勤務年数、役職	A 地域包括支援センター（基幹型、主査） B 福祉公社 ケアプランセンター（主任ケアマネジャー、居宅介護支援事業者連絡協議会会長） C 在宅介護・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（主任ケアマネジャー、併設） D 武蔵野市 E 武蔵野市 F 武蔵野市 武蔵野市は、1 個市役所の基幹型があって、地域に委託型の在宅介護・地域包括支援センターが 6 カ所ある
(課題)	

4. 現在のケアマネ ジメント制度にお いて公正中立性に 問題がある事例と その原因（組織内 の問題、サービス事 業者との関係の問 題、介護家族との 関係の問題…）	・病院から退院支援依頼が在宅介護・地域包括センターに最初に連絡が入った時点で、すでに支援体制がセットされた状態であるケースがある。 ・住宅型有料老人ホームやサービス付高齢者住宅を担当するケアマネが、ケアプランを出してきたときに、認定区分支給限度まで漏れなくぴっちりと、帯で入ってというのはある。 ・大手の事業所だと、自社ではないところを使う理由を聞かれるようだ。事業所によっては「自分のところを使いなさい」と相当言われるところもあると聞いている。 ・居宅介護支援事業所を併設する訪問サービス事業者。居宅だけだとどうしても黒字にならない。その人たちの給料をヘルパーの事業から引っ張ってくる。「ヘルパーが入るケースでない」と受けるなど言われている」というのを過去に聞いたことがある。
5. 上記事例で何が 起きたか？	
6. 本人自身による 自己選択と意思決 定のために必要な こと	・本人に選んでもらうが、なかなか選べない場合は在支に相談してもらうというような流れになっている。
（今後の方向）参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所 A' （独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議） B 利用者負担導入＋質の評価指標導入 B' （複合型サービスの活用（法改正要）） C 地域支援事業化 C' （居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化）	
7. 公正中立のため に今後のあるべき 方向	武蔵野市型の「サファリパーク方式」。ある程度市がグリップするが、介護保険の理念である措置から契約へ移行し民間活力を活用するということは尊重するが、サービス事業者やケアマネ支援を通して市が関与をしていくということ。
8. 公正中立のため の具体的解決策	・認定調査は新規の場合、市の調査員と在宅支援センターがセットで初回は行く。認定調査と併せて在支の職員が実態把握を行っている。 ・更新のときは、在宅の場合は在宅介護・地域包括支援センターの職員が調査員も兼ねているので、併せて実態把握とさせてもらうので、民間の居宅のケアマネジャーには一切委託をしていない。したがって介護度のブレが少ない。 ・公社に業務委託している「住宅改修・福祉用具相談支援センター」が独自にある。PT、OT、ST がいる。住宅改修・福祉用具関係はチェックをかけているケースが多い。住宅改修が必要な理由書は、全件チェックする。センターの職員が同行訪問しているか・していないかというチェック欄があるが、7 割くらいは訪問している。 ・サ高住を作るにあたっては、市独自基準として医療・介護連携型又はテンミリオンハウス併設型とすることを求めている。 ・要支援で委託をしても、必ず基幹型包括の職員がサービス担当者会議に同席する。サービス担当者会議は、行動変容には6カ月ぐらいかかるだろうということから、6カ月ごとにやってもらっている。 ・介護保険制度自体も複雑になってきている。一方でケアマネジメントの質を見られるかという話になってくると行政の中にもケアマネジャーを置くべき。
9. 1 割負担につい ての意見	・費用抑制という観点からの話というよりも、制度創設の理念からすると1割負担導入には基本的には反対。 ・そもそも1割の自己負担も経済的に厳しい利用者が、ケアプランまで作れなくなってしまうたら誰がどう支援していくのか。 ・保険料の滞納があり給付制限のある利用者がサービスが必要になったときにどう考えればいいのかということも悩ましい。 ・自己負担が発生したことで、利用者がケアマネジメントというものを意識してくれるようになるだろうなとは思っている。今はケアマネジャーなのか、ヘルパー事業所のコーディネーターなのか、何だかもうよく分からない。在支ともごっちゃになって分からないという方がたくさんいる。
10. 誰がどのよう な運用で評価すべ きか （地域ケア会議、指導監	・サービスを紹介するときにご本人に合っていそうなところを、2、3カ所紹介。 ・事業所の評価と、そこに所属するケアマネジャーの評価は必ずしも一致しないので難しい。 ・在支によるマッチング機能。利用者にとっても何をもっといいとするかも違

査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方も含め) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち 1 1. その際に使用するべき指標 ・ストラクチャー ・プロセス ・アウトカム	うので、在支の職員などが行って「何をいいと思っているのか」ということも探りながらマッチングを考える。大手で名の知れたところがいいと思う人もいれば、地元の中小がいいと思う人もいるし、その逆もある。
1 2. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	
1 3. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	

8) 大阪府寝屋川市 (12/4)

(地域属性)	
地域ケア会議	市域、圏域、ネットワーク型、課題解決型、自立支援型の地域ケア会議を開催 平成 31 年 4 月以降、自立支援型地域ケア会議は短期集中通所サービス利用後の評価会議として開催
A. 指導監査	平成 31 年 4 月の機構改革で指導監査課が新設され実施
B. ケアプラン点検	高齢介護室に適正化を担当するケアマネジャー（任期付き職員）が配置されている。昨年 16 か所に実地点検を実施。プラン点検の評価票を用い、数値化。指導監査課で実施される実地指導と合同で実施している。
C. ケアマネジャー研修	
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別 2. 所属組織（組織の性格、業務概要） 3. 職種、勤務年数、役職	A 地域包括支援センター（主任ケアマネジャー、併設） B 老健（ケアマネジャー、OT） C 寝屋川市 D 寝屋川市
(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因（組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…） 5. 上記事例で何が起きたか？	・いわゆる囲い込みと言われるような自法人の運営するサービス事業所への誘導について、一部のケアマネジャーから聞き取ったところ、法人に強制されているわけではないが、給料をもらっていることを考えると、自法人のサービス事業所を紹介しなければいけない気持ちになるとのことだった。その他、自法人が運営するデイやヘルパーの事業所を利用しているので、担当してほしいと利用者から言われることも多く、結果としてケアマネジャーの自法人が運営するサービス事業所を利用する比率が高くなることもある。 ・必要性が不明確なまま、利用者の希望するサービスが提供されることがある。 ・短期集中通所サービス利用後のケア会議では、短期集中通所サービス事業所が利用後 2、3 カ月で介護保険サービスから卒業できるという意見があっても、利用者本人の希望を聞き入れて利用し続ける内容のケアプランが提出されることがある。 ・ケアマネジャーは他のケアマネジャーが作ったプランを見る機会が無い。 ・状態が変化しやすい要介護 1 と、寝たきりの要介護 5 の人を比べると、プランの作成に係る負担は、要介護 1 の方が大きいと感じる。
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所 A' （独立かつ一定規模以上事業所＋運営推進会議） B 利用者負担導入＋質の評価指標導入 B' （複合型サービスの活用（法改正要）） C 地域支援事業化 C' （居宅介護事業所の報酬を分ける＋地域支援事業化）	
7. 公正中立のために今後のあるべき方向 8. 公正中立のための具体的解決策	・利用者がサービス事業所を選択する際の評価基準は必要だと感じる。サービス情報の公表は利用者にとっての指標ではない。 ・運営推進会議について、小規模多機能型居宅介護事業所は開催しているが、地域密着型デイは形骸化していることが多い。 ・短期集中通所サービス後のケア会議において規範的統合を図ることは重要だと感じる。 ・ケアプランを公開してはどうか。 ・ケアマネジメントを総合事業として包括等公的機関が実施してはどうか。 ・事業所から行政機関に招集（出向）して、そのメンバーで実施してはどうか。 ・心意気のあるケアマネジャーはいるので、公的機関で募集すれば応募はある。 ・措置と多様性の中間にあるのが介護保険制度だと感じる。行政職員が実施することとなった場合であっても、介護保険の理念に沿って運用することが望ま

	しい。
9. 1 割負担についての意見	
1 0. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方等) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち 1 1. その際に使用すべき指標 ・ストラクチャー、プロセス、アウトカム	・介護保険法第1条、第4条の理念を踏まえたプランが作成され、そのプランに基づいた支援ができています。 ・主訴やデマンド（要望）とニーズ（必要性）は違う。専門職が専門的に課題分析した結果のニーズを把握する必要があります。 ・要望を聞くだけで利用者の要望が必要性と認識している支援者も多く、そこを変えなければならない。 ・透析を受けている利用者に透析を受けたくないと言われたら、「本人がそう言っているのだから」となるか。 ・寝屋川市では、総合事業を利用したい人は訪問指導を実施し、短期集中通所サービスの利用を促している。短期集中通所サービスが終わる際の評価会議は必要。 ・神経難病、整形等の課題が改善できなかったことから、疾患と上手く付き合いながら、要介護状態にならないように支援を受け続ける場合と、改善したため支援は必要ないという場合と、2パターンに分ける必要がある。評価会議の中でケアマネジャーが、そのように分けて考えることができない場合がある。 ・ケアマネジャーがサービス事業所を選択する際の指標として、例えば、訪問介護の場合、トラブルが起きたときのサービス提供責任者の処理能力を把握するようにしている。
1 2. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	
1 3. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	

*インタビュー対象者から提出されたメモ

①介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの制度統一化

自立支援に向けて努力しているケアマネジャーがインセンティブを得られるような介護予防ケアマネジメントに係る仕組みを検討したとしても、介護予防支援には適用できないため、ケアマネジャーの意欲向上を妨げる要因の一つになると考えられます。

②要支援1・2の入院時情報連携加算と退院退所加算の創設

2025年に向けて医療と介護の連携が急務である中、要介護のみに加算があることは合理性に欠けています。

診療報酬においては要介護と要支援による算定の違いが無いことから、介護報酬で要支援の加算算定を認める必要があると考えられます。

③総合事業のサービスの設定単位数上限撤廃

総合事業として、自治体が重点的に取り組みたい施策であっても、単位数上限があることで、「要支援はビジネス的に儲からない」とサービス事業所が認識し、行政が期待する効果が生まれにくく、介護予防にも自立支援にもつながりにくい状態になると考えられます。

④ケアマネジャーの資質が向上しない原因

ケアマネジャーは資格を更新するために多くの研修を受ける必要があり、研修時間の延長も繰り返されてきましたが、従前と同じ内容で時間を延長しているだけでは効果（資質の向上）が見込めないと感じています。

ケアマネジャーの更新研修については、自治体や地域包括支援センターが実施する研修に参加することで単位数を得られる単位数制とし、保険者の方針や地域の課題を把握することが重要であると考えます。

9) 山口県防府市 (12/6)

(地域属性)	
地域ケア会議	防府市地域ケア会議推進事業実施要綱 平成 31 年 4 月 1 日 http://www.city.hofu.yamaguchi.jp/uploaded/attachment/94038.pdf
A. 指導監査	
B. ケアプラン点検	
C. ケアマネジャー研修	
(インタビュー対象者属性)	
1. 年齢性別	A 主任ケアマネジャー (併設)
2. 所属組織 (組織の性格、業務概要)	B 主任ケアマネジャー (併設)
3. 職種、勤務年数、役職	C 主任ケアマネジャー (併設)
	D 主任ケアマネジャー (独立)
	E 主任ケアマネジャー (独立)
	F 地域包括支援センター (主任ケアマネジャー)
	J 地域包括支援センター (主任ケアマネジャー)
	K 地域包括支援センター (主任ケアマネジャー)
	L 地域包括支援センター (主任ケアマネジャー)
	M 老健 (PT)
	N 防府市
	O 防府市
	P 防府市
(課題)	
4. 現在のケアマネジメント制度において公正中立性に問題がある事例とその原因 (組織内の問題、サービス事業者との関係の問題、介護家族との関係の問題…)	・同一法人にサービス事業所があると、売り上げのこととか、お金のこととかを言われ、自分の事業所を薦めないといけないのかと思う。赤字だと言われるとどうしたらいいのか。ニーズに合っていればいいのだが ・介護保険ができた当初にケアマネが独立しやすいように、例えば国家資格にすると、独立採算が取れるような体制であればよかったと思う。おそらく何かのサービスと併設していないと難しい状況がある ・サービス付住宅の丸飲みプランを頼まれることがある ・小規模多機能の事業所のサービスが小規模多機能のメリットを生かしているのか、併設のサ高住に入っているからサービスがそうになっているのか区別が付きづらい。定期巡回の事業所もサ高住に併設すれば部屋にヘルパーは回数制限なく入れるので、定期巡回の事業所を併設している所も多い。その利用者さんに主に通っていて地域にどうやって出たらいいいのか分からない。居宅のケアマネにもっと定期巡回の良さをアピールしないといけない ・丸飲みプランになって要介護度が進んだ
5. 上記事例で何が起きたか?	
6. 本人自身による自己選択と意思決定のために必要なこと	
(今後の方向) 参 考	
A 独立かつ一定規模以上事業所	
A' (独立かつ一定規模以上事業所+運営推進会議)	
B 利用者負担導入+質の評価指標導入	
B' (複合型サービスの活用(法改正要))	
C 地域支援事業化	
C' (居宅介護事業所の報酬を分ける+地域支援事業化)	
7. 公正中立のために今後のあるべき方向	・国家資格がイコール独立につながるとは思わない - 独立型の事業所は併設に比べれば自由度が高い ・ケアプランセンター化をしてほしいと思っていた ・ケアセンター化
8. 公正中立のための具体的解決策	・ケアセンター化。ただし立ち上げコストの問題あり ・卒業が見込めない人はケアプランセンター化、包括は地域に帰る人を集中支援 ・いろいろな所から人材が集まることによって、ケアマネジャーの質の向上、OJT が促進されやすくなる

	・ケアマネは個人が抱え込んでしまう傾向が強い。隣に座って仲良く話していても、どういうケアプランを作っているか全然知らない。シェアはできないか ・運営推進会議は地域の人の負担増にならないか。活かせる場合もあるだろうが ・市の委託であれば受け入れられやすくなる
9. 1 割負担についての意見	・財務省案では放漫プランリスクがある ・利用者負担に納得しない人への説明負担が増える ・あってもよい。ケアマネジャーを選ぶことができるという意識を高めることにつながる
10. 誰がどのような運用で評価すべきか (地域ケア会議、指導監査、ケアプラン点検、ケアマネジャー研修のあり方等) 国、独立機関、都道府県、市区町村。事前通告、抜き打ち	
11. その際に使用すべき指標 ・ストラクチャー、プロセス、アウトカム	
12. その際の公開の方法 誰に報告？どこまで？ WEB、閲覧、格付け	
13. 公正中立にむけたインセンティブのあり方等 (集中減算、複数事業所提案…)	・特定事業所加算、処遇改善加算がついて点数も高い事業者さんがある。利用者に提案する時に利用者の経済状況も考えて、いい事業所だと思っても勧められないことも出てきた。安いほうがいいです、そんなに違う？と言われる場合もある。回数を減らす場合もある。加算がついているところが必ずしもいいとは限らない。利用者の個性ということもある ・集中減算は歯止めにはならない。サ高住のケアマネは籠の鳥のような感じだ

社会的自立支援アウトカム尺度

Social Independence Support Outcome Scale

SIOS Ver.4.1（アンケート形式改訂版）

社会的自立支援アウトカム尺度

Social Independence Support Outcome Scale

SIOS Ver. 4.1（アンケート形式改訂版）

介護保険サービスは今日、ICF の考えに基づき、心身機能の維持向上のみならず、その人の人生の過ごし方のアセスメントを踏まえ「活動」と「参加」の支援をすることとされています。ところがこの活動と参加の支援について、適切なケアの評価尺度が存在しません。目下、介護度や日常生活自立度などの測定が行われていますが、加齢に伴う心身機能の低下は誰もが避けることが出来ない自然な現象であるにもかかわらず、これらをケアの成果の尺度と捉えてしまうと、「要介護状態を悪とする偏見を助長する（日本社会福祉士協会）」ことになってしまいます。

そこで私たちは自立支援ケア実践の立場より、あるべきアウトカムとは何か、昭和大学保健医療学部理学療法研究科（佐藤満教授）と共に研究し続けてまいりました。その結果、私たち自立支援の専門家が介入することにより、例えば病気や障害があったとしても、あるいは余命がいくらかもない終末期にある方も、その人の「活動」と「参加」の状態像と共に、生きる姿たる「主体性」の測定を行うアウトカムスケールの開発を行いました。

本スケールの活用により、活動と参加、そして当該利用者の主体性の測定をすることだけでなく、アウトカムが明確になることで、スケールを導入するケア現場は「何を目指せばよいのか」が明確になり、目的的なケアが実現します。また、利用者自身も「何のために介護サービスを活用すればよいのか」がわかり、提供者側と目的を共にし、双方目的的にサービスを活用するようになるので、効果的なケアの実践となるのです。

特に通所系サービスは、例えば要介護状態にあっても自分らしく最後まで自分の居場所で生き抜くための援助を受けるための施設であることも知らずに、施設に通い、体操とお風呂や食事の世話を受けながら、アクティビティサービスを通じて楽しく過ごすことが目的となってしまう、漫然と利用し、今日の介護保険財源を苦しめる結果となっております。

私たちの願いは自立支援に効果的な目的的なケアが普及促進されることです。そのために社会的自立支援アウトカムスケール SIOS をご活用いただきたく、広く無償で配布させていただきます。皆様の施設における自立支援ケアの実践の場において、是非ともご活用ください。

2018 年 SIOS 開発チーム一同

1. 開発の背景

介護保険のエビデンス検証では、臨床試験での真のエンドポイントに相当する指標に関する合意は得られておらず、もっぱら「転倒発生率」や「筋力増強」等の代用エンドポイントが用いられています。「要介護度」も急性疾患後の反応性は高いですが、長期化事例では適切な指標に成り難く、介護保険の真のエンドポイントを提供する指標の構築は急務と考えます。

本件は「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを可能な限り続ける」という地域包括ケアシステムの理念を真のエンドポイントとして定量化する尺度を提案します。この尺度は介護サービス提供によるアウトカムを国際生活機能分類（ICF）に準拠した「活動」と「参加」、それらを達成する基盤である「主体性」の3つの下位尺度で測定し、その信頼性と妥当性、エビデンスを検証済みです。本尺度は聴き取りと自記に対応した簡便な形式であり、介護保険の各種サービスの介入エビデンスを測定する新たなツールとなり得えます。

2. アウトカム測定の内容

アウトカムの定義

アウトカム評価はさまざまな分野で実施されます。アウトカムの定義も分野によりさまざまですが、年度の事業成果（実績）を数量的に指し示す評価結果は、プロダクト（product）あるいはアウトプット（output）と呼ばれることが一般的です。それに対して、アウトカム（outcome）は、事業成果がもたらした本質的な価値と定義されます。価値の測定は、受益者による主観的な評価に基づく測定が基本とされています。

表1	アウトプット（output）	事業結果、または結果の外形的側面	アウトカム評価の考え方 独立行政法人製品評価基盤機構
	アウトカム（outcome）	事業成果の内容的側面、または成果に含まれる価値	
	インパクト（impact）	事業結果の活用が生み出す（社会的）影響	

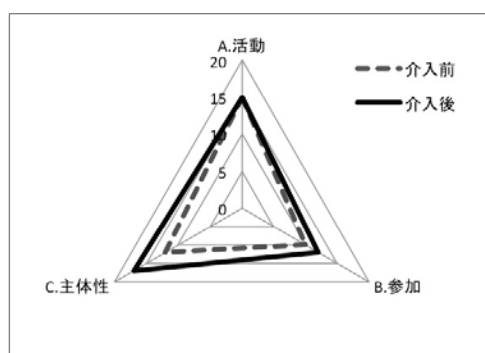
行動変容測定の主要な下位尺度は「活動」「参加」

ケアサービスには、医学的ケア要素と社会的ケア要素が含まれますが、社会的ケア要素を対象としたケアサービスのアウトカム測定事例は、本邦では確認されていません。社会的ケア要素の影響を多分に含む「活動」「参加」の状況を評価指標として行動変容の状態を測定する手法は、地域包括ケアのビジョンとも合致しており、さらにそれらの指標が世界保健機関（WHO）によって2001年に採択された「国際生活機能分類（ICF）」に準拠している場合は、一定の説得力を有すると推測できます。颯スケールは「活動」「参加」をICFに準拠した形で定量的に評価する点に特徴があります。

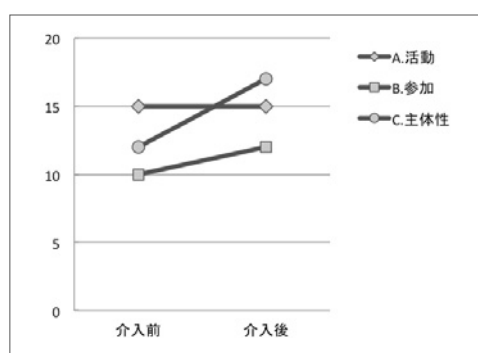
慢性・悪化の状態にある対象者に適した下位尺度「主体性」

さらに、慢性的な経過にある対象者や、健常状態が悪化する方向に向かう対象者では、介護サービスの質の高い介入があったとしても、心身機能の向上や介護度の軽減はもとより、「活動」や「参加」指標での向上を観察できない恐れがあります。しかし、質の高い働きかけが提供された結果、状態改善が見込めない対象者あっても、主体的に現状を改善させようとする意識の向上につながることは十分に考えられます。こうした側面を定量化するための下位尺度として、自己実現や問題解決に向けた知識の理解度や、それを実現する取り組みへの意欲などで構成される「エンパワーメント」を測定する下位尺度「主体性」を設定している点に「リハビリテーション颯アウトカムスケール」の特徴があります。「主体性」をアウトカムとして積極的に評価できる点は、他の指標にはない利点となります。

※ 分析例



対象者別アウトカムの分析例 1



対象者別アウトカムの分析例 2

3. 社会的自立支援アウトカムスケール SIOS 発表論文 一覧

- 通所介護サービスの質を評価するアウトカムスケールの信頼性と妥当性の検討 2017
- 社会的自立支援に特化した介護サービスのアウトカム尺度の開発 2018
- WHO Japan forum 2018「ICFを活用した介護サービス自立支援のアウトカム尺度」2018

※各調査において、昭和大学保健医療学部倫理委員会の承認取得済。

社会的自立支援アウトカム尺度

Social Independence Support Outcome Scale

SIOS Ver. 4.1 (アンケート形式改訂版)

下位尺度	評価項目	配点	最高点
活動 (Activities)	設問 1 : 移動範囲 (Moving range) 設問 2 : セルフケア (Self-care) 設問 3 : 家事 (Household tasks) 設問 4 : 運動習慣 (Exercise habit)	1-5 点 1-5 点 1-5 点 1-5 点	20 点
参加 (Participation)	設問 5 : 家庭での役割 (Role in the family) 設問 6 : 社会参加 (Participation in society)	1-10 点 1-10 点	20 点
主体性 (Identity)	設問 7 : 自己効力感 (Self - efficacy) 設問 8 : 他者とのかかわり (Commitment and engagement) 設問 9 : 知識と理解 (Knowledge and understanding) 設問 10 : 主体的意思決定 (Self-decision making) 設問 11 : 自己管理 (Personal control)	0-4 点 0-4 点 0-4 点 0-4 点 0-4 点	20 点

利用者様アンケート(ヒアリング調査)

- 該当する項目は、文頭の □ に ✓ を記入して下さい。
- 「該当するもの1つ」と「該当するものすべて」の質問があります。
- 「該当する位置に○」と書かれた質問は下の例のように記入して下さい。

1 2 3 ④ 5

1. 該当するもの すべて に印をつけて下さい。介護者や同伴者の有無は問いません。

- ☐ 自宅から一番近い店まで買い物に出かけられる
- ☐ 自家用車に同乗、またはタクシーで市区町村の外まで出かけられる
- ☐ バスや電車で市区町村の外まで出かけられる
- ☐ 鉄道や飛行機で遠方まで出かけられる(乗車・搭乗1時間以上)
- ☐ 自分で自転車、または自動車を運転して移動できる

2. 該当するもの すべて に印をつけて下さい。

- ☐ ひとりで入浴またはシャワー浴ができる
- ☐ ひとりで歯磨きと手足の爪切りの両方ができる
- ☐ ひとりでトイレを済ませることができる
- ☐ ひとりで着替えができる
- ☐ ひとりで食べ物が食べられる
- ☐ ひとりで健康診断や予防注射が受けられる

3. 以下の 1) から 5) の質問で、3つの中から該当するもの1つ に印をつけて下さい。

(自分でするほうが多い場合は「いつも」、週に数回ほどなら「たまに」を選びます)

1) 自分で調理をしていますか？	☐ いつも	☐ たまに	☐ しない
2) 自分で調理の材料を入手していますか？	☐ いつも	☐ たまに	☐ しない
3) 自分で衣服の洗濯と乾燥をしていますか？	☐ いつも	☐ たまに	☐ しない
4) 自分で家の掃除をしていますか？	☐ いつも	☐ たまに	☐ しない
5) 自分で生活ゴミを捨てていますか？	☐ いつも	☐ たまに	☐ しない

4. 該当するもの すべて に印をつけて下さい。

- ☐ 健康のために、より多く歩くように心がけている
- ☐ 健康のために、歩く以外の自主的な運動をしている
- ☐ 歩く以外の自主的な運動は、週2回以上の頻度で行っている
- ☐ 歩く以外の自主的な運動は、6ヶ月以上継続している

5. 以下の項目のうち、ご自宅で行っているもの すべて に印をつけて下さい。
(一部だけ実施または介助を受けての実施も可。ここ1ヶ月の状態で判断します)

☐ 家庭の物品を管理する

(例) 衣服の補修やアイロンがけ、履物の手入れ、衣替え、冷暖房器具の保存、節電用品の出し入れ

☐ 住居の内部を手入れする (業者依頼も含みます)

(例) 壁や床の手入れ・補修、害虫駆除、押入れ通風、排水管清掃、浴室等の防カビなど

☐ 住居の外部を手入れする (業者依頼も含みます)

(例) 屋根・外壁・塀・雨どいの補修、雨戸や網戸の清掃・補修、落葉清掃、除雪など

☐ 庭や植物の手入れをする (雑草とりも含みます)

☐ 物品を廃棄する (物品は生活ゴミ以外の経年物をさします)

☐ ペットを世話する (預かる場合や出向いて行う場合も含みます)

☐ 日常品を貯蔵する

(例) 漬け物などの保存食を作る、災害用品を備蓄する、灯油を備蓄する

☐ 家計・財産を管理する

☐ 家族・親族を介護する (出向いて行う場合も含みます)

す)

☐ 育児、または子供を預かる (出向いて行う場合も含みます)

☐ 留守番をする (出向いて行う場合も含みます)

す)

☐ 訪問者や電話への対応をする

☐ ご近所づきあいをする

☐ 親族関係の調整役をする

☐ 家族・親族の相談相手をする

☐ 神棚・仏壇を管理する

☐ 墓参り・法要の準備をする (直近の機会にできて、今もできると思える場合も含みます)

6. 社会参加に関する以下の項目のうち、行っているもの すべて に印をつけて下さい。
(介助を受けての実施も可。ここ1ヶ月の状態で判断します)

☐ 報酬を伴う仕事 (家業の手伝いを含む)

☐ ボランティア活動 (清掃や特技・経験等の伝承活動など)

☐ 地域行事への参加 (お祭りや盆踊りなど)

☐ 老人会・老人クラブへの参加 (忘年会や敬老会など)

☐ 町内会・自治会・マンション管理組合での活動

☐ 消費者団体・自然保護団体などの団体活動(NPO 法人含む)

☐ 結婚式・葬儀・入学式・卒業式・同窓会への参加

☐ 市民講座・各種講演会・カルチャーセンターでの学習活動

☐ シルバー人材(能力開発)センターなどでの技能研修活動

☐ 友人・親戚を訪問

☐ 旅行

☐ スポーツ・運動 (散歩や屋外でのラジオ体操など外出を伴うもの)

☐ 芸術・文化に関する余暇活動 (外出を伴うもの)

(例) 演劇・映画・博物館・美術館へ行く。華道、茶道、舞踊、演奏、手工芸、園芸をするなど

☐ 趣味に関する余暇活動 (外出を伴うもの)

(例) 囲碁、将棋、麻雀、骨董品収集、釣り、写真撮影、ギャンブルをするなど

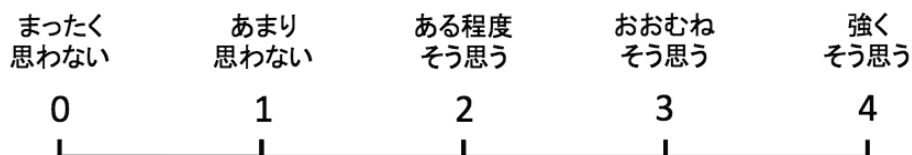
☐ 宗教関係の活動 (神社仏閣参り、教会礼拝など)

☐ 選挙権の行使

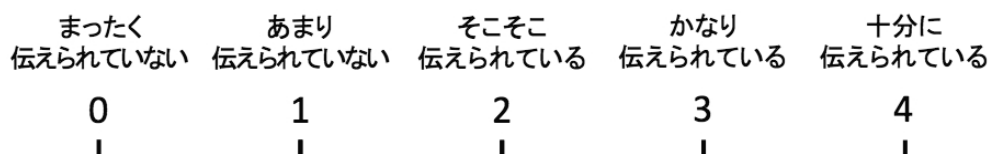
☐ 政治関係団体や会への参加

☐ ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動（家族以外への対人活動）

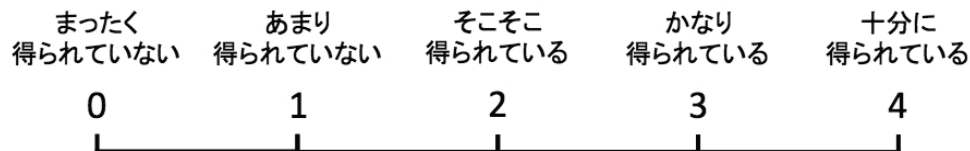
7. ご自身の健康や生活にさまざまな問題があっても、自分は活動的な生活を送っていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。



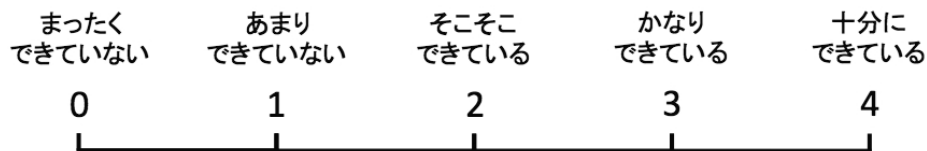
8. ご自身の思いや希望をどれだけ他者（支援の専門家を含む）に伝えられていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください



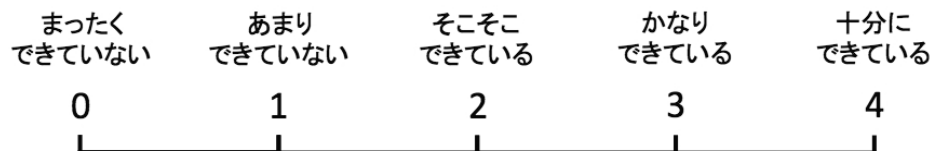
9. ご自身の健康や生活の問題解決に必要な情報をどれだけ得られていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。ここでの情報とは、医療的な情報や、日々の生活や活動に役立つさまざまな情報を指します。



10. ご自身がより活動的な生活を送るための意思決定は、自分でどれだけできていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。



11. ご自身がより活動的な生活を送るための取り組みは、自分でどれだけ実行できていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。ここでの取り組みとは、身体づくりや、必要となる手助け・道具・手段の手配や調整を指します。



以上です。ご回答ありがとうございました。

設問構成と評価の留意点

設問 1	該当するもの <u>すべて</u> に印をつけて下さい。介護者や同伴者の有無は問いません。		
	☐ 自宅から一番近い店まで買い物に出かけられる ☐ 自家用車に同乗、またはタクシーで市区町村の外まで出かけられる ☐ バスや電車で市区町村の外まで出かけられる ☐ 鉄道や飛行機で遠方まで出かけられる (乗車・搭乗 1 時間以上) ☐ 自分で自転車、または自動車を運転して移動できる		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
移動範囲	活動	1 点： 該当 0 項目 2 点： 該当 1 項目 3 点： 該当 2 項目 4 点： 該当 3 項目 5 点： 該当 4～5 項目	d460・d470 ① d4602：屋外の移動 ② d4701：私的交通機関の利用 ③ d4702：公共交通機関の利用 ④ d4702：公共交通機関の利用 ⑤ d4750：運転や操作

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：時間帯や体調等によって状況が異なる場合はどう回答すればよいですか？

A：良好な体調の際に出来ていれば該当とします。
 調査日前の 1 週間で 1 度でも出来たか、出来る状態であったら該当とします。

Q：福祉用具（杖や補装具等）を使用している場合も「できる」としていいですか？

A：福祉用具の有無にかかわらず該当するものを選択します。

Q：「市区町村外」とはどのような距離をさしますか？

A：自家用車やタクシーで 10 分以上かかる距離と考えて下さい。

Q：出掛けられるが、出不精で外出していない場合は「できる」としていいですか？

A：本人の忌避で外出が行われていなくても、その能力があれば「できる」とします。

設問 2	該当するもの <u>すべて</u> に印をつけて下さい。 ☐ ひとりで入浴またはシャワー浴ができる ☐ ひとりで歯磨きと手足の爪切りの両方ができる ☐ ひとりでトイレを済ますことができる ☐ ひとりで着替えができる ☐ ひとりで食べ物が食べられる ☐ ひとりで健康診断や予防注射が受けられる		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
セルフケア	活動	1 点 該当 0～1 項目 2 点 該当 2～3 項目 3 点 該当 4 項目 4 点 該当 5 項目 5 点 該当 6 項目	d510～d570 ①d510：自分の身体を洗うこと ②d520：身体各部を手入れ ③d530：排泄 ④d540：更衣 ⑤d550：食べること ⑥d570：健康に注意すること

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：時間帯や体調等によって状況が異なる場合はどう回答すればよいですか？

A：良好な体調の際に出来ていれば該当とします。
 調査日前の 1 週間で 1 度でも出来たか、出来る状態であったら該当とします。

Q：福祉用具（杖や補装具等）を使用している場合も「できる」としていいですか？

A：福祉用具の有無にかかわらず該当するものを選択します。

Q：食事準備をしてもらっていても「食べ物が食べられる」は「できる」としていいですか？

A：ひとりで食べられれば「できる」とします。

Q：「健康診断や予防注射が受けられる」は「病院に行ける」と同じと考えてよいですか？

A：同じと考えて下さい。

設問 3	以下の 1) から 5) の質問で、 <u>3 つの中から該当するもの 1 つ</u> に印をつけて下さい。 （自分であるほうが多い場合は「いつも」、週に 1 度程度なら「たまに」を選びます）		
	自分で調理をしていますか？	☐ いつも	☐ たまに
	☐ しない		
	自分で調理の材料を入手していますか？	☐ いつも	☐ たまに
	☐ しない		
	自分で洗濯と乾燥をしていますか？	☐ いつも	☐ たまに
	☐ しない		
	自分で家の掃除をしていますか？	☐ いつも	☐ たまに
☐ しない			
自分で生活ゴミを捨てていますか？	☐ いつも	☐ たまに	
☐ しない			
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
家 事	活動	合計点で判定 (1～5 点) いつも：1 点 たまに：0.5 点 しない：0.2 点	d630：調理 d6200：買い物 d6400：衣服や衣類の洗濯と乾燥 d6402：居住部分の掃除 d6405：ゴミ捨て

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：時間帯や体調等によって状況が異なる場合はどう回答すればよいですか？

A：良好な体調の際に出来ていれば該当とします。
調査日前の 1 週間で 1 度でも出来たか、出来る状態であったら該当とします。

Q：福祉用具（杖や補装具等）を使用している場合も「できる」としていいですか？

A：福祉用具の有無にかかわらず該当するものを選択します。

Q：「調理」には、後片付けやお茶などを入れることは含まれますか？

A：「配下膳、後片付け」「食材の買い物」「お茶・コーヒー等の準備」は含みません。

Q：自分でやればできるが、する必要がない場合はできると考えてよいですか？

A：あくまで実際に自分で行っているかどうかで選択して下さい。

Q：「調理」には、お菓子作りは含まれますか？

A：含まれます。おせち料理などの季節や節日が限定された料理も含みます。

設問 4	5. 該当するもの <u>すべて</u> に印をつけて下さい。 ☐ 健康のために、より多く歩くように心がけている ☐ 健康のために、歩く以外の自主的な運動をしている ☐ 歩く以外の自主的運動は、週 2 回以上の頻度で行っている ☐ 歩く以外の自主的運動は、6 ヶ月以上継続している		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
運動習慣	活動	1 点： 該当 0 項目 2 点： 該当 1 項目 3 点： 該当 2 項目 4 点： 該当 3 項目 5 点： 該当 4 項目	d230：日課の遂行 d410：基本的な姿勢の変換 d450：歩行 d570：健康に注意すること

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：訪問リハビリや通所施設の機能訓練で行っている運動は含まれますか？

A：含まれません。

訪問や通所で指導された運動を訪問・通所以外の時間に行っている場合は含まれます。

Q：風邪や体調不良があった期間だけ運動をお休みしたら、継続が途切れたことになりますか？

A：体調が回復してから運動を再開した場合は、継続しているとします。

設問 5	以下の項目のうち、ご自宅で行っているもの <u>すべて</u> に印をつけて下さい （一部だけ実施または介助を受けての実施も可。ここ 1 ヶ月の状態で判断します）。		
	☐ 家庭用品を管理する （例）衣服や履物の手入れ、衣替え、冷暖房器具の保存、節電用品の出し入れ ☐ 住居の内部を手入れする （業者依頼も含みます）（例）壁や床の手入れ・補修、害虫駆除、押入れ通風、排水管清掃、浴室等の防カビ ☐ 住居の外部を手入れする （業者依頼も含みます）（例）屋根・外壁・塀・雨どいの補修、雨戸や網戸の清掃補修、落葉清掃、除雪 ☐ 庭や植物の手入れをする （雑草とりも含みます） ☐ 物品を廃棄する （物品は生活ゴミ以外の経年物をさします） ☐ ペットを世話する （預かる場合や出向いて行う場合も含みます） ☐ 日用品を貯蔵する （例）漬け物などの保存食を作る、災害用品を備蓄する、灯油を備蓄する ☐ 家計・財産を管理する ☐ 家族・親族を介護する （出向いて行う場合も含みます） ☐ 育児、または子供を預かる （出向いて行う場合も含みます） ☐ 留守番をする （出向いて行う場合も含みます） ☐ 訪問者や電話への対応をする ☐ ご近所づきあいをする ☐ 親族関係の調整役をする ☐ 家族・親族の相談相手をする ☐ 神棚・仏壇を管理する ☐ 墓参り・法要の準備をする （直近の機会にできて今もできると思える場合も可） ☐		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
家庭での役割	参加	1 点 該当数 0 項目 2 点 該当数 1 項目 3 点 該当数 2 項目 4 点 該当数 3 項目 5 点 該当数 4 項目 6 点 該当数 5 項目 7 点 該当数 6～7 項目 8 点 該当数 8～9 項目 9 点 該当数 10～11 項目 10 点 該当数 12 項目以上	①d6500 衣服の作製と補修 ①d6502 家庭内器具の手入れ ②③⑤d6501 住居と家具の手入れ ④d6505 屋内外の植物の手入れ ⑥d6506 動物の世話 ⑦d6404 日常必需品の貯蔵 ⑧d870：経済的自給 ⑨⑩⑪d660：他者への援助 ⑫d730：よく知らない人との関係 ⑬d7501：隣人との非公式な関係 ⑭d7603：親戚との関係 ⑮d760 家族関係 ⑯⑰d930：宗教とスピリチュアリティ

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：時間帯や体調等によって状況が異なる場合はどう回答すればよいですか？

A：良好な体調の際に出来ていれば該当とします。

Q：福祉用具（杖や補装具等）を使用している場合も「できる」としていいですか？

A：福祉用具の有無にかかわらず該当するものを選択します。

Q：自分でやればできるが、する必要がない場合はできると考えてよいですか？

A：あくまで実際に自分で行っているかどうかで選択して下さい。

Q：「介護」には、様子を見たり話し相手をしたりする場合は含まれますか？

A：含みます。介護が必要な人の力になっていると感じていれば選択して下さい。

Q：自宅にひとりでいる時は「留守番」と考えてよいですか？

A：宅配便の受取りなど渉外的役割が予想されるために、それへの対応としてあえて家にいる場合が留守番と考えます。

Q：独居の方の「留守番」はどんな状態を指しますか？

A：独居の方では、親族の家庭に出向いて留守先での所用（宅配便等の訪問者対応）に対応するケースが該当します。出向く親族がいない場合は非該当になります。

Q：身寄りがまったくいない独居の方では「留守番」のほかに「家族や親族を介護する」「育児、または子供を預かる」、「親族関係の調整役」、「家族や親族の相談相手」は非該当になりますか？

A：身寄りが1人もいない方は非該当になります。疎遠であっても、遠方であっても親族がおられる場合には「親族関係の調整役」、「家族や親族の相談相手」は該当になります。

Q：「ご近所づきあい」には、挨拶程度の場合は含まれますか？

A：含みます。「ご近所づきあい」ができていると感じていれば選択して下さい。

設問 7	社会参加に関する以下の項目のうち、行っているもの <u>すべて</u> に印をつけて下さい。 (介助を受けての実施も可。ここ 1 ヶ月の状態で判断します)		
	☐ 報酬を伴う仕事 (家業の手伝いを含む)		
	☐ ボランティア活動 (清掃や特技・経験等の伝承活動など)		
	☐ 地域行事への参加 (お祭りや盆踊りなど)		
	☐ 老人会・老人クラブへの参加 (忘新年会や敬老会等、直近の機会です)		
	☐ 町内会・自治会・マンション管理組合での活動		
	☐ 消費者団体・自然保護団体などの団体活動 (NPO 法人を含む)		
	☐ 結婚式・葬儀・入学式・卒業式・同窓会への参加 (直近の機会です)		
	☐ 市民講座・各種講演会、カルチャーセンターでの学習活動		
	☐ シルバー人材 (能力開発) センターなどでの技能研修活動		
☐ 友人・親戚を訪問			
☐ 旅行			
☐ スポーツ・運動 (散歩や屋外でのラジオ体操など外出を伴うもの)			
☐ 芸術・文化に関する余暇活動 (外出を伴うもの)			
例：演劇、映画、博物館、美術館へ行く。華道、茶道、舞踊、演奏、手工芸、園芸をする			
☐ 趣味に関する余暇活動 (外出を伴うもの)			
例：囲碁、将棋、麻雀、骨董品収集、釣り、写真撮影、ギャンブルをする。			
☐ 宗教関係の活動 (神社仏閣参り・教会礼拝など)			
☐ 選挙権の行使 (直近の機会です)			
☐ 政治関係団体や会への参加			
☐ ネットや手紙等の通信手段で社会と接触する活動 (家族以外への対人活動)			
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
社会参加	参加	1 点 該当数 0 項目 2 点 該当数 1 項目 3 点 該当数 2 項目 4 点 該当数 3 項目 5 点 該当数 4 項目 6 点 該当数 5 項目 7 点 該当数 6～7 項目 8 点 該当数 8～9 項目 9 点 該当数 10～11 項目 10 点 該当数 12 項目以上	①d850：報酬を伴う仕事 ②d855：無報酬の仕事 ③④d9100：非公式の団体 ⑤⑥d9101：公式の団体 ⑦d9102：式典 ⑧d839：その他の特定の教育 ⑨d155：技能の修得 ⑩d9205：社交 ⑪d9208：その他の特定のレクリエーションとレジャー ⑫d9201：スポーツ ⑬d9202：芸術と文化 ⑭d9203：工芸 ⑮d9204：趣味 ⑯d9200：遊び ⑰d930：宗教とスピリチュアリティ ⑱⑲d950：政治活動と市民権 ⑳d750：非公式な社会的関係 ㉑d3600：遠隔通信用具の利用

評価の留意点 (想定される質問とその回答)

Q：時間帯や体調等によって状況が異なる場合はどう回答すればよいですか？

A：良好な体調の際に出来ていれば該当とします。

Q：福祉用具（杖や補装具等）を使用している場合も「できる」としていいですか？

A：福祉用具の有無にかかわらず該当するものを選択します。

Q：する機会に恵まれない場合はどう考えればよいですか？

A：あくまで実際に行っているかどうかで選択して下さい。

設問 7	ご自身の健康や生活にさまざまな問題があっても、自分は活動的な生活を送っていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。		
	まったく 思わない 0 あまり 思わない 1 ある程度 そう思う 2 おおむね そう思う 3 強く そう思う 4 		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
自己効力感	主体性	0-4 点 スケールの印から判断 (0.5 点刻みで読み取る)	

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：「活動的」とは、どんなことを指しますか？

A：ご自分で考え、ご自分で決定し、ご自分で行動する状態を指します。もちろん部分的であっても構いません。

Q：外出が多いほど「活動的」と判断してよいですか？

A：ご自分の意思が反映されての外出であれば、そう判断されて構いません。ただし、外出の頻度だけでなく、ご自分が主体的に日々の暮らしでの活動を決めていると思えるなら活動的だと考えて下さい。

Q：「活動的な生活」には通所サービスの利用を含めてよいですか？

A：ご自身の意思に基づく活動が出来ていれば活動的と判断します。通所サービス利用も活動的と捉える対象になりますが、あくまでご自身の主体的な選択であることが条件です。

Q：体調に波があるのですがどう判断すればよいですか？

A：体調が良好なときを基準に回答して下さい。

設問 8	ご自身の思いや希望をどれだけ他者（支援の専門家を含む）に伝えられていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。 まったく 伝えられていない 0 あまり 伝えられていない 1 そろそろ 伝えられている 2 かなり 伝えられている 3 十分に 伝えられている 4		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
他者との関わり	主体性	0-4 点 スケールの印から判断 (0.5 点刻みで読み取る)	

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：「他者」には、家族を含みますか？

A：含みます。

Q：相手によって話せる人と話せない人がいますが、どのように答えればよいですか？

A：ご自分で伝えたいと思うことがあるどの相手にも、伝えられているかどうかで判断をして下さい。

Q：他の人にできるだけ頼らないように心がけています。どう判断すればよいですか？

A：実は伝えたいと思うことがあるのでしたら、それを伝えられているかどうかで判断をして下さい。

Q：「他者」に伝えたいと思うことがありません。どのように答えればよいですか？

A：日頃から他者には何も伝えていないと考えて、「伝えられていない」を選択して下さい。

設問 9	ご自身の健康や生活の問題解決に必要な情報をどれだけ得られていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。ここでの情報とは、医療的な情報や、日々の生活や活動を支援してくれるさまざまな情報を指します。 まったく 得られていない あまり 得られていない そこそこ 得られている かなり 得られている 十分に 得られている 0 1 2 3 4 		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
知識と理解	主体性	0-4 点 スケールの印から判断 (0.5 点刻みで読み取る)	

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：必要と思う情報が思い当たりません。どのように答えればよいですか？

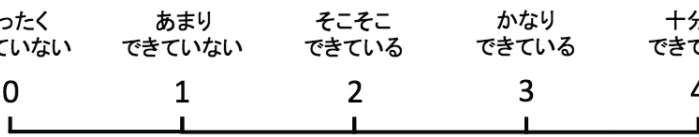
A：日頃から情報は何も伝えていないと考えて、「得られていない」を選択して下さい。

Q：特に問題を感じていないので「問題解決に必要な情報」がありません。

A：日頃から情報は何も伝えていないと考えて、「得られていない」を選択して下さい。

Q：友人や隣人、テレビなどから得た情報も対象ですか？

A：対象になります。ご自分が欲しいと思う情報がどの程度得られているかを基準に選択して下さい。

設問 1 0	ご自身がより活動的な生活を送るための意思決定は、自分でどれだけでできていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。 まったく あまり そこそこ かなり 十分に できていない できていない できている できている できている 0 1 2 3 4 		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
主体的意思決定	主体性	0-4 点 スケールの印から判断 (0.5 点刻みで読み取る)	

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：「活動的な生活」とは、どんなことを指しますか？

A：ご自分で考え、ご自分で決定し、ご自分で行動する生活を指します。そのために必要なご自分での意思決定がどの程度できているかで判断して下さい。

Q：外出が多いほど「活動的な生活」だと判断してよいですか？

A：ご自分の意思が反映されての外出であれば、そう判断されて構いません。ただし、外出の頻度だけでなく、ご自分が主体的に日々の暮らしの意思決定を行っているかどうかで判断して下さい。

Q：「活動的な生活」には通所サービスの利用を含めてよいですか？

A：ご自身の意思に基づく活動が出来ていれば活動的と判断します。通所サービス利用も活動的と捉える対象になりますが、あくまでご自身の主体的な選択であることが条件です。

Q：活動的に生活したいのですが、家族に止められます。どう判断すればよいですか？

A：ご自分で意思決定が思うようにできていないと判断して下さい。

Q：活動的に生活する必要性をまったく感じません、どう判断すればよいですか？

A：日頃から意思決定をしていないと考えて、「できていない」を選択して下さい。

Q：体調に波があり、意思決定もそれに併せてできたりできなかったりしているのですがどう判断すればよいですか？

A：体調が良好なときを基準に回答して下さい。

設問 1 1	ご自身がより活動的な生活を送るための取り組みは、自分でどれだけ実行できていると思いますか？ 該当する位置に○をつけてください。ここでの取り組みとは、身体づくりや、必要となる手助け・道具・手段の手配や調整を指します。 まったく あまり そこそこ かなり 十分に できていない できていない できている できている できている 0 1 2 3 4		
調査項目名	下位尺度	評価の基準	対応 ICF コード
自己管理	主体性	0-4 点 スケールの印から判断 (0.5 点刻みで読み取る)	

評価の留意点（想定される質問とその回答）

Q：「活動的な生活を送るための取り組み」とは、どんなことを指しますか？

A：ご自分で意思決定された活動的な生活を実現するために身体を鍛えたり、ご自宅の内外の環境をより安全になるよう整えたり、必要に応じて移動手段や付き添いなどの手助けを得るための手配や調整を取り組みと考えます。それらがどの程度ご自分でできているかで判断して下さい。

Q：「活動的な生活」とは、どんなことを指しますか？

A：ご自分で考え、ご自分で決定し、ご自分で行動する生活を指します。そのために必要な行動がご自分でどの程度できているかで判断して下さい。

Q：「活動的な生活」とは外出することですか？

A：必ずしもそれだけではありません。ご自分が主体的に日々の暮らしの意思決定とその行動を行っていれば、活動的な生活と考えて下さい。

Q：「活動的な生活」には通所サービスの利用を含めてよいですか？

A：ご自身の意思に基づく活動が出来ていれば活動的と判断します。通所サービス利用も活動的と捉える対象になりますが、あくまでご自身の主体的な選択であることが条件です。

Q：活動的に生活したいのですが、家族に止められます。どう判断すればよいですか？

A：現在は活動的な生活ができていなくても、それに向けた準備をご自分で主体的に実行しているかどうかで判断して下さい。

Q：活動的に生活する必要性をまったく感じません、どう判断すればよいですか？

A：日頃から取り組みを実行していないと考えて、「できていない」を選択します。

Q：体調に波があり、意思決定もそれに併せてできたりできなかったりしているのですがどう判断すればよいですか？

A：体調が良好なときを基準に回答して下さい。

ケアの質についての海外情報
(在宅ケアを中心として)
資料集

ケアの質についての海外情報（在宅ケアを中心として）
資料集

2020 年 3 月

長寿社会開発センター 国際長寿センター

目 次

(サマリー) 海外の取組みのまとめ

1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度
2. 海外におけるケアマネジメントプロセスと海外のケアの質確保のための全般的な取り組み
 - 1) 諸外国のケアマネジメントと日本の介護専門員
 - 2) 海外のケア質確保のための全般的な取り組み
 - 3) 高齢者支援の流れ（本人から見た場合）
 - 4) ヨーロッパの在宅ケア基準と公平性の観点
3. 海外の介護事業検査の実際
4. 地域サービスを中心とした質の向上のためのしくみ（各国の実情）
 - 1) オランダ
 - ①介護の質確保の原則 監査院報告
 - ②ケア供給者の品質要件 保健省
 - ③地域ケアの品質基準
 - ④オランダのホームケアの品質管理（国際比較レポート）
 - ⑤ヘルスケア検査官検査レポートの実際
 - ⑦WMO（社会サービス法）の評価基準
 - ⑧オランダにおける自治体、保険会社のプロバイダーのチェックの実際
 - 2) ドイツ
 - ①ドイツの品質管理
（在宅介護サービスの国家基準、ドイツの透明性基準全表を含む）
 - ②介護事業者監査の実際
 - 3) イギリス
 - ①地域ケア品質システムにおいてキーとなる役割
 - ②2017年サマリーレポート 全国中間ケア監査
 - ③ケアの質委員会（CQC）による監査の手順と内容
 - ④自治体によるサービス評価
 - ⑤NHSによるソーシャルケアのアウトカム報告
 - ⑥ケアの質委員会（CQC）による検査例
 - ⑥社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）
 - ⑧自治体による質の向上の取り組み例
 - ⑦ヘルスウォッチ
 - 4) オーストラリア
 - ①ケアスタンダード
 - ②事業所セルフアセスメント手順書
 - ③ケアの品質基準
 - 5) アメリカ
 - ①ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価
5. レビューとスケール
 - <レビュー>
 - 1) 「ヨーロッパのホームケア：文献系統的レビュー」
 - 2) 共通データ要素利用による長期介護科学の進展：個人、ウェルビーイング、生活の質測定法の候補
 - 3) 高齢者のコミュニティケアの品質指標：系統的レビュー
 - <スケール>
 - 4) Rockwood 臨床フレイルティスケール
 - 5) Social Prescription（社会的処方）で使用するメンタル・ウェルビーイング・スケール
 - 6) Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)
 - <参考>
 - 7) ポジティブヘルス指標

(サマリー) 海外の取組みのまとめ

1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度

海外では長期介護制度と地域サービス制度は別制度である

海外では長期介護制度（例：オランダの WLZ・ドイツの介護保険・イギリスの継続ケアサービス）と地域サービス制度（例：オランダの WMO・ドイツの自治体施策・イギリスのソーシャルサービス）は別制度である。

長期介護制度は回復困難者を対象としており、認定給付の範囲で地域の事業者リストから本人・家族が選択してケアサービスの契約をする。

地域支援制度は回復可能者を対象として、地方自治体と本人の合意により確定したサービスについて、地域の事業者リストから本人が選択してケアサービスの契約をする。

介護保険では要介護認定でサービスの方向、給付額が決定され、利用者が事業者を選定する

オランダ、ドイツの介護保険制度は中～重度者および認知症の人を対象を限定しており、オランダではケアのタイプ分け（プロファイル）が示され、ドイツでは在宅サービスは現金給付の選択が大半であり、いずれもサービスの種類が比較的限定的である。これを前提として、本人・家族は介護保険地域拠点（オランダは保険会社、ドイツは介護金庫）から示された介護事業者一覧を参考にして事業者を選定し、ケアの内容を確認し、契約する。

2. 海外におけるケアマネジメントプロセスと海外のケア質確保のための全般的な取組み

海外ではケアマネジャーは存在しないがケアマネジメントプロセスの評価は幅広く行われる

海外の介護保険制度、高齢者支援制度では日本型のケアマネジャーは存在せず、本人による介護事業者の選定が原則である。特定の疾病（認知症、パーキンソン病…）の際におかれるケースマネジャーはプロバイダー内の担当看護師である。オーストラリアのケアマネジャーはケアチームの長である。

しかし、相談支援からモニタリングに至るケアマネジメントプロセスについての質の評価はさまざまな形で行われている。なお、オランダでは保険会社が医療・介護保険の運営を行っており、きびしい競争下にある保険会社も介護事業者の質の確保・向上の責任を担っている。

介護サービス全般に関して、質の確保はケア標準指標に基づいている

質の確保では、全国的なケア標準指標（スタンダード）が示されて介護事業者の順守、また定期的な自己評価が求められる。指標に合わせて全国また地域単位での質の評価およびその結果報告も行われている

3. 海外の介護事業検査の実際

介護保険サービスの介護事業検査は専門機関が行い、事前通告なしで公表される

介護事業検査では、政府系の単一専門機関が安全指標やケア標準指標などに基づいて全国の介護事業検査を実施している。それは、事前通告なしで行われ、結果をシンプルなランク付けなどで誰でも見やすいように公表している。検査にあたっては、利用者への聞き取り（利用者宅訪問も含め）を重視している。

4. 地域サービスを中心とした質の向上のためのしくみ（各国の実情）

地域サービス制度では地方自治体は介護事業所の質向上を手助けする努力をしている

地域サービスの質の確保・向上は自治体の責任である。地域サービスにおいては介護保険サービスの介護事業検査を取り入れる場合もあるが、多くは自治体のケア施策の方向（リエイブルメント重視など）に基づいて事業者目標を明確にして委託すること、また定期的なコミュニケーションによって質の向上を図っている。

地域サービス制度では近年アセットベーストアプローチを強化し、その評価も重視されている

地域サービスにおいてはアセットベーストアプローチ（本人の資源と地域の資源重視する自立支援の方法）の傾向が近年とりわけ強くなっており、自治体ではケアサービス供給第一ではなく本人と地域の力を基盤として在宅を継続するためのリエイブルメントサービス、社会的処方などが強調されている。

これらサービスの評価に際しては、自治体では医療・長期ケア供給の軽減を中心に政策評価を行い、また研究機関・民間の研修およびスケールを利用した評価を行っている。

5. 海外の「ケアの質」に関する文献レビュー

*本報告では、国際長寿センターが国際比較の対象として調査を行っている、オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリアの主に在宅ケアの実情を紹介する。制度が我が国と大きく異なるアメリカは参考にとどめる。

1. 海外の長期介護制度と地域サービス制度

1) 海外の長期介護制度と地域サービス制度の概要

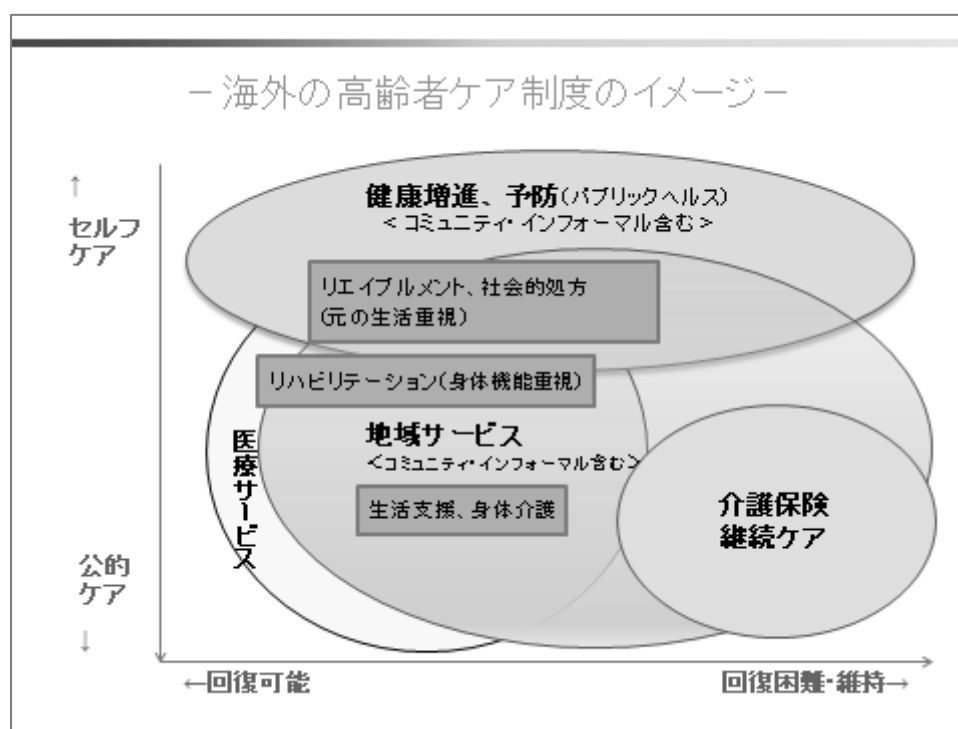
○以下は、海外の高齢者支援スキームのイメージ図である。介護保険のある国（ドイツ、オランダ WLZ）と英国の制度をベースに作成している。ドイツの介護保険は軽度化を前提としない制度で、オランダも回復不可能な人へのサービスである。イギリスには介護保険がないが NHS 継続ケアが長期ケアサービスに近く、終末期に近い人が主な対象である・

○オランダでは地域の公的サービスは WMO と介護保険で役割を分担し、ドイツでもコミュニティサービスと介護保険は役割が違う。イギリスではソーシャルサービスが地域公的サービスを担うがチャリティ組織に依存する割合が高い。

○一方日本の介護保険はカバーする対象が非常に広いことが海外と比較した場合の特異な点である。

海外の長期ケア制度

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
介護保険（回復困難、維持）	介護保険	WLZ（介護保険）	介護保険	NHS 継続ケア	マイエイジドケア
地域サービス（回復可能）		WMO（地域サービス）		ソーシャルサービス	*軽度者は別アセスメント



国際長寿センター作成

○近年では先進各国では、「コミュニティベースアプローチ（医療・介護で完結しない地域活動と結びついた健康増進、回復支援）」「リエイブルメントサービス（一時的に支援が必要となっても元の暮らしを地域の中で続けるための短期集中支援）」「社会的処方（GP が地域サービスを紹介）」などの自立支援型サービスが増加しており、これに関連するサービス評価についても以下に言及する。

2) 海外の制度と日本の制度

表 1 日本と海外の介護関係制度 (1)

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
高齢者支援長期介護制度	介護保険	主に施設：介護保険 WLZ (医療保険：ZVW) 地域支援：社会サービス WMO	介護保険 (リハビリと一部の介護は医療保険)	ソーシャルサービス (リハビリと一部の介護は医療制度 NHS)	高齢者ケアプログラム	メディケイド
GP 制度	—	あり	あり	あり	あり	保険会社によって異なる
制度の基本理念 (各国介護保険法等より)	共同連帯、国民は健康保持増進に努める	自助、社会参加を相互支援する	コミュニティ、家族による支援の補足	ウェルビーイング (尊厳、健康、安全、主体性、社会参加…の全体)	自立を原則とした最低保障を原則とする	国民皆保険制度なし
介護制度 (保険者)	介護保険 (市町村等)	①介護保険 (WLZ 国が保険者。9 保険会社に委託) ②自治体の社会サービス (WMO 財源は国)	介護保険 (介護金庫)	税方式。自治体ソーシャルサービス	原則、一般財源	メディケイド
被保険者、支援対象者	40-64 歳、65 歳+の 2 段階	全国民 (介護保険は強制保険)	20 歳以上	全国民	高齢者	低所得者用 (介護扶助)
給付対象者	40-64 歳特定疾病、65 歳+要介護・要支援者	全年齢層 (障害含む)	全年齢層 (障害含む)	全年齢層 (障害含む)	高齢者	子供、妊婦、高齢者、障害者など

○日本には GP 制度がないことが特徴である

○理念では、ドイツは家族の役割を明記している。多くの国では自助をベースにしている。またドイツでは部分的な「補足」、オーストラリアでは「最低保証」のサービス提供を明記している

○オーストラリアと日本が、高齢者のみを対象とする制度になっている。他の国では対象年齢が広く、また障害保険の役割も担っている

表2 日本と海外の介護関係制度（2）

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス ソーシャル サービス	オースト ラリア	アメリカ
制度への税、公費の割合	税・公費 50%	①は国庫補助 15%程度 ②は基本的に 全額国庫から	0% (全額 保険料)	100%	100%	100%
経済的 アセス メント、 利用者負 担	合計所得 金額によ って利用 者負担割 合1割～ 3割	①収入、資産、 年齢、家族構 成、利用額で変 動。2018年より 収入の1割以内 に ②2019年より 一律月額17.5 ユーロ	なし（部 分保険の ため）＊ 例：1か月 施設入居 費は約 3500～ 4500ユー ロで施設 現物支給 は125～ 2005ユー ロ	ミーンズテ スト（資産調 査）あり。 不動産を含 む全資産が 14250ポンド 以下 無料 ～ある程度 支払い～ 23250ポンド 以上全額自 費	施設ケアに ミーンズテ ストあり	ミーンズテスト（資 産調査）あり。 州によって異なる。 収入、家族数、妊娠、 障害、年齢等によっ て決まる
相談支 援	地域包括 支援セン ター（介 護保険） ＊すぐに サービス 志向	相談は WMO 窓 口、次にソーシ ャルヴァイク チームが訪問 して話し合い GP	相談セン ター増加 中	市の窓口。リ エイブルメ ント（再びで きるように する）サービ ス増加中 GP	My Aged Care 窓口 GP	州のメディケイド・ エージェンシー
判定	要支援2 段階、要 介護5段 階。給付 限度額設 定	①判定機関が7 種類判定。身体 疾患、認知症重 度行動障害、重 度身体疾患、リ ハビリが必要、 緩和ケアなど タイプ別判定 ②市が必要サ ービス決定	鑑定機関 が5段階 鑑定。結 果は推奨 される給 付形態等 も記入さ れて本人 に通知 リハビリ 推奨等も	市が判定	My Aged Care	州が判定

○介護保険のある国のなかでは、日本の公費割合は非常に高い

○介護保険のない国ではミーンズテストがあり、国によって違うが介護扶助の性格も帯びる

○相談支援では各国とも GP の役割が大きい

○介護保険制度のあるオランダ、ドイツの判定ではケアの方向性も示される

表3 日本と海外の介護関係制度（3）

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス ソーシャル サービス	オーストラ リア	アメリカ
サービス 購入	給付限度 額に応じてケアマ ネジャーがサービ ス決定支援	①判定結果、 ケアオフィス 推薦を勘案 し、本人がサ ービス購入 （ケアマネジ ャーはいな い）	鑑定結果を もとに各自 がサービス 購入（現金 給付6割以 上）。 （ケアマネ ジャーはい ない）	各自が（市 のサービス 供給能力、 本人支払い 能力に応じ て）サービ ス購入。 （ケアマネ ジャーはい ない）	本人が探して 申し込む	本人が探して 申し込む
介護サー ビス利用 者（65 歳以上）	（要介護 認定者） 第1号被 保険者 17.8% H27 （2015） *2010年 は16.5%	65歳以上の 13.3%（2015 年） *2010年は 19.5% ***	65歳以上の 13.6% （2016年） *2010年は 11.9% ***	65歳以上の 9.1%（2016 年） *2010年は 12.4% （松岡）	65歳以上の 12.0% （2016年） *2010年は 14.1%*** （20%）**	医療/介護利 用者の21%
デイサー ビス	介護保険 給付費の 約3割	デイサービス はボランティ ア活用が多い	デイケア施 設少ない。 レスパイト ケアあり	無料サービ スはほぼな くなってい る。制度外 へ	レスパイトケ アあり	デイケア等 は対象外。 一部の州で メディケイ ドの対象と している ところもあ る。
平均在院 日数（急 性期）*	16.3 （2016）	5.0（2016）	7.5（2016）	6.0（2016）	4.2（2015）	5.5（2015）

○各国ともに日本型のケアマネジャーはいない。（認知症、パーキンソン病の場合に看護師がケースマネジャーとなる場合はある）

○近年は日本とドイツを除いて介護サービス利用者割合は減少している。（ドイツの場合は介護保険料2割増の影響で利用者が増えている）

○デイサービス・デイケアの量は日本が際立って多い

○平均在院日数は日本が際立って多い

表 4 日本と海外の近年の動向

日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
自己負担 漸増 総合事業 医療介護 連携 地域共生	WM02015 でソーシ ャルヴァイクチ ーム 以下の順で支援 を検討 ・自分でできな いか⇒近隣/家族 でできないか⇒ ボランティアで できないか⇒サ ービス検討へ 2007 年 WMO 法 (介護保険と地 域サービスの分 離。地域サービ スは自治体責任 へ)	活性化するた めの介護 Aktivierende Pflege (本人の 力を最大限生か す) が原則。 2017 年より全 施設に有償ボラ ンティア配置。 2015 年より入 所を遅らせるた めの負担軽減手 当 Entlastungsbet rag。	リエイブル メントサー ビス拡大 ケア法 2014 でウェルビ ーイングを 目指すホリ スティック アプローチ 採用 (身体 だけではなく 個人の総 合的な幸福 度、充実し た生活確保 を目指す)	高齢者ケアは 変化しつつあ る。それは、 本人の尊厳を 尊重し、自立 を支える方法 で、高齢者の 幸福とケアの 提供をよりよ く支援するシ ステムへと進 化している。 消費者の選択 と管理への関 心が高まって いる。*	オバマケアのメ ディケイド拡大 で子どものいな い健常者も含む ようになり、FPL 138%未満ならメ ディケイド対象 にする方向。2 018 年 11 月 現在 35 州。

○各国ともに近年は自立支援（アセットベーストアプローチ、リエイブルメント）の方向に急速に向かっている

出典：財務省、統計局、Agedcaredata / agedcare、Eurostat、IMF、OECD、Worldbank、松岡洋子（国際長寿センター報告書）

2. 海外におけるケアマネジメントプロセスと海外のケアの質確保のための全般的な取り組み

1) 諸外国のケアマネジメントと日本の介護専門員

○諸外国には、特定の疾病（認知症、パーキンソン病、糖尿病等）の重度の段階で看護師がコントロール、相談支援のためにケースマネジャーとなる場合はあるが日本型のケアマネジャーという職種は存在しない。相談支援～給付管理等のケアマネジメント機能は下表のような担当が担っている。

○欧米諸国で介護保険制度があるのはオランダとドイツである。

オランダでは、国が保険者である保険会社が事業者のパフォーマンスを常時モニタリングしており、保険会社はサービスプロバイダーをチェックしてその購入の是非を決める（在宅復帰率が低いと契約解除もある）。利用者は年に1回保険会社を変更することができる。

ドイツの介護保険では家族介護が前提では部分保険（必要な介護保険の一部を支給）であるため利用者は査定機関によって決定された給付額と自己資金をあわせて支払い能力に応じてサービスプロバイダーと話し合っサービスを選定する。

○その他の介護保険制度がない国ではサービスの種類/給付額は公的機関が本人と話し合っ決め、サービス事業者は本人が決定している。本人の希望やおかれている状況によってサービス選択を公的機関が支援する場合もある（イギリス、デンマーク、オーストラリア等）。アメリカでは高齢者支援制度としては貧困層のためのメディケイドがあり、利用者は地域メディケイド事務所が決定した給付額にもとづいてサービスプロバイダーと契約する。

表1 介護保険制度がある国の長期介護ケアマネジメントプロセスの担当者と公正中立にかかわる仕組み

	オランダ (介護保険〈主に施設、回復困難〉、 社会サービス〈回復可能〉)	ドイツ (介護保険)
相談	ソーシャルヴァイクチーム*、保険会社窓口、 サービスプロバイダー窓口	介護金庫 SW (介護保険保険者)、介護 支援センター(自治体+介護金庫)、大手 福祉団体
サービス提供に あたってのアセ スメント	介護保険はニーズアセスメントセンター（ケア のタイプを分類、ケアの方向まで示す） 社会サービスは自治体アセスメントチーム	介護保険鑑定でケアの方向も示す
ケアプラン策定	利用者がサービスプロバイダーと話し合っ サービスを自ら選定する。 プロバイダー内ソーシャルワーカー、ボラン ティアコーディネーターが助言	介護保険の介護支援員（ソーシャルワ ーカー）が本人の自己決定を支援する 場合もある
給付管理	保険会社⇄サービスプロバイダー 社会サービス	介護金庫⇄サービスプロバイダー 後払い部分は、利用者⇄介護金庫
その他支援者	広汎なボランティア支援がある	介護保険の介護支援員が自己決定を支 援する場合もある。市民後見人多数
公正中立にかか わる仕組み	国は保険者（保険会社）をモニタリング、保険 者は優良事業者を選定してサービスを購入。保 険者、事業者が平均サービスを大きく超えると チェックが入る。利用者は保険者を自由に変 えることができる。保険者、事業者は質・給付 管理において競争下にある。質と効率のコント ロールは厳しく行われている	介護保険は部分保険であり、決定され た給付額をみて利用者がサービスプロ バイダーを選定。見積りと話し合いに より不足分は自己負担してサービスを 契約、購入。 ケアマネジャーの公正中立性の課題は 発生しない

*ソーシャルヴァイクチーム：自治体の地域近隣チーム、SW、看護師、セラピスト等で構成。自分自身で何ができるか、家族・近隣の人々の助けは得られないか、ボランティアの助けは得られないかを本人と話し合い、それらが不可能な場合に専門職のヘルプにつなぐ。地域資源開発の役目も担う

2) 海外のケア質確保のための全般的な取組み

一般に海外では、以下のような「ケアの質」確保・向上のための取組がある。

A. 高齢者支援にかかわる国家戦略、フレームワーク、介護保険規定などを策定する

オランダ：介護保険（WLZ）、社会サービス（WMO）のサービス要件（requirements）

ドイツ：介護保険法 第11章 質の保証規定

イギリス：「高齢者サービスフレームワーク（National Service Framework for Older people）」

オーストラリア：高齢者ケアの質スタンダード Aged Care Quality Standards

アメリカ：Quality Assurance Reporting Requirements , QARR

B. 介護保険者、専門検査機関などが高齢者ケア基準を策定し、それに沿って事業所検査を行う

ドイツ：介護保険法品質規定、品質規制の枠組みの透明性基準

オーストラリア：「高齢者ケアの質スタンダード（Aged Care Quality Standards）」

C. 介護保険者、専門検査機関などに事業者がケア基準に沿った自己評価を提出する

オランダ、オーストラリア、アメリカ

D. 国が（あるいは自治体自身が）地域単位で地域サービスの効果を評価する

オランダ、イギリスで地域サービス評価のしくみあり

E. 自治体が特定施策に沿って、事業所を評価する

各種スケールを使用

F. 利用者団体、オンブズマン、事業所内利用者評議会などが事業所の問題点を指摘する

例：イギリスの「ヘルスウォッチ（Healthwatch）」、アメリカのオンブズマン

G. 研究機関などが独自に政策評価を行う

例：EU各国のヘルスケア状況報告「Euro Health Consumer Index」など

各種スケールを使用

*別にケア事業者認証も行われる。オランダヘルスケア施設認証（主にガバナンス）Wet toelating zorginstellingen（WTZi、イギリス CQC、オーストラリア Approved aged care provider

3) 高齢者支援の流れ（本人から見た場合）

	相談	判定 *各国ともリハビリは医療制度	サービスアセスメント、プロバイダー選定	質の確保
オランダ （回復困難者向け介護保険あり）	・GP（課題が重い場合は介護保険 WLZ（介護保険）、軽い場合はソーシャルバイクチームへ） ・ソーシャルバイクチーム（本人にできないか、家族・近隣でできないか、インフォーマルでできないか⇒最後に社会サービス WMO）	・（回復困難）介護保険 WLZ では認定機関 CIZ でケアプロファイル（ケアの方向付け）決定、保険会社がプロバイダー提示 ・（回復可）ソーシャルサービス WMO でサービスアセスメント（生活支援中心）、ボランティアサービスも	・認定機関 CIZ からの通知で本人がプロバイダー選定、プロバイダーがサービスアセスメント⇒契約 ・ソーシャルサービス WMO - 本人がプロバイダー選定、プロバイダーがサービスアセスメント⇒契約	・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） ・プロバイダー責任で自己評価 ・社会サービス WMO は自治体が評価 ・自治体は質向上に研究機関などとも連携
ドイツ （回復困難者向け介護保険あり）	・GP、プロバイダーに相談 ・地域相談窓口は少ない ・軽度者は自治体・ボランティアのアクティブティなど	・（回復困難）介護保険運営の介護金庫（リハビリの方向付けも）	・介護金庫 - 判定通知で本人がプロバイダーを選定、プロバイダーがサービスアセスメント⇒契約	・介護保険法で質確保/情報公開規定あり ・介護金庫がプロバイダー検査
イギリス	・GP、国民保健サービス NHS に相談 ・自治体に相談	・（重度）NHS 継続ケア ・（軽度・中度）自治体ソーシャルケア（ミーンズテストあり、低所得用）	・決定通知で本人がプロバイダーを選定	・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） ・自治体ソーシャルケアは自治体が評価 ・自治体は質向上に研究機関などとも連携
オーストラリア	・GP に相談 ・連邦政府下のマイエイジドケア My Aged Care（Web システム）に連絡	・（重度）総合アセスメント ACAT ・（軽度・中度）在宅支援アセスメント RAS	・決定通知で本人がプロバイダーを選定。・（軽度・中度）では本人と RAS アセッサーが相談してサポートプラン作成 ・認定公開でプロバイダーからアプローチも	・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） ・プロバイダー責任で自己評価 ・プロバイダー検査 ・州は質向上に研究機関などとも連携
アメリカ	・長期介護制度はメディケイド（介護扶助）のみ。州メディケイド事務所に相談。スペントダウンが必要	・州メディケイド事務所	・州メディケイド事務所からの通知により本人が保険会社選定、保険会社が契約しているプロバイダーと契約（マネージドケア）	・プロバイダー検査

4) ヨーロッパの在宅ケア基準と公平性の観点

「ヨーロッパの 4 国におけるホームケアサービスの規則と財源—エビデンスレビュー (Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries —An evidence review)」では、以下のように述べている。

結論：スタンダード（標準計画）、透明性、協議、選択、公平性、持続可能性など、公的規制の元の在宅ケアにはいくつかの原則がある。これらの原則は、法律、政策、戦略、サービス計画、資金調達を通じて実施される。

在宅ケアの基準は、一般にステークホルダー間で合意されたベストプラクティスに基づいており、認定、トレーニング、モニタリング、および検査プロセスを通じて実施される。監視機関も苦情を調査する。公的な在宅介護サービスの標準では、ユーザーが情報に基づいて在宅介護提供者を選択できるように、透明性のあるパフォーマンス指標と公開レポートを使用している。

相談は公的規制の元の在宅ケアの主要な原則であり、要介護者や他のステークホルダーがスタンダードの策定に関して発言することによって達成される。被介護者自身のニーズ評価とケアの計画、およびユーザー満足度に関する調査は、相談プロセスを促進するのに役立つ。さらに、ほとんどの国と国民は、可能な場合は施設ケアよりも在宅ケアの方が望ましいことに明確に同意している。1つの形がすべてのアプローチに適合するのではなく、個人がニーズに合わせてサービスを選択できるサービスの入れ物を持つという幅広いアプローチは、コンサルテーション業務を強化し、ユーザーの選択を促進する。

患者の選択というものは多くの戦略において理想的であり、サービスの選択、資金調達アプローチの選択（個人予算またはサービス提供）およびプロバイダーの選択を通じて実施されることになる。既に述べたように、プロバイダーの選択は、公開されている品質レポートへのアクセスを通じて促進される。

公平性は、公的資金による在宅ケアへのアクセスにおいて実行される別の原則であり、標準化された健康ニーズ評価、ニーズに基づいたサービス提供、調整された支払いを通じて実施されるものである。

持続可能性は、強制介護保険を通じてドイツとオランダで非常に徹底的に進められており、これはすなわち調整された自己負担金を意味する。税ベースの国では、税ベースの資金調達を増やし、最高レベルのニーズを持つ人々のみがケアされるように公的な在宅ケアへのアクセスのしきい値を引き上げ、自己負担金を導入または増加させ、人々が支払う余裕がある場合はサービスの全費用を請求することによって持続可能性が確保される。パーソナルバジェットは、コストの管理にも使用される。

在宅介護の一番の費用は、訓練を受けた介護者に支払われる。それにもかかわらず、公的な在宅ケアのコストを管理していくと、訓練を受けた介護者の給与が減り、介護時間が短縮され、または時間給が安い未訓練の介護者の使用につながる可能性がある。個人予算のマイナス面は、規制基準の実施の欠如とケアの質の低下をもたらすかもしれないという点である。

3. 海外の介護事業検査の実際

	評価主体	データ収集	指標	調査方法	結果利用法	利用者・消費者の参加
イギリス NHS（医療）サービス…継続ケアサービス含む ソーシャルサービス（税）	CQC（ケアの質委員会）で行う。機関登録受付も	CQC Insight（CQC が情報収集）	・安全、効果的、思いやり、ニーズに敏感、管理（CQC） ・社会的処方等 コミッショニング時に評価法も決める。	年1回 施設事前通知なし 在宅ケア 48時間前（訪問業務を考慮）	CQC が情報公開 プロバイダーは自ら 揭示義務あり 自治体も結果を参考にする（委託解除の場合もある）	ヘルスウォッチ（利用者団体）
ドイツ 介護保険	介護金庫（保険者）	ストラクチャー、プロセス、アウトカム 事務所調査、利用者自宅調査	介護金庫指標 49 の基準 「活性化介護」が行われていない ければ減点	年1回 事前通知なし	インターネットで 調査報告書公表	世話人（後見人）利用者が約120 万人
オランダ 介護保険 地域サービス（税）	ケアオフィス（保険会社）	ストラクチャー、プロセス、アウトカム	保険会社との契約で、一定の質の提供義務あり。リハビリ後に何人在宅に戻れたかなどの数字も含む	抜き打ち検査。正しい査定か、特に多くのケアは提供していないか、提供したケア記録点検	保険会社がサービスを 購入しない/支払わないこともある。妥当性を超えたケアを多く提供すれば警告、またこれ以上は払えないという連絡が来る	プロバイダーには利用者審議会の設置義務がある
オーストラリア My Aged Care（税）…長期介護サービス、地域サービス含む	Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC（独立機関）	政府より資金を得ている高齢者施設はすべて、質の指標データを収集し、保健省に提出することが求められる	高齢者ケアの質基準（スタンダード）による	少なくとも3年に1回。通常は予告あり。問題ありと考えられるところは抜き打ち。利用者聞き取りも	調査結果は ACQSC の HP に全文公開。問題指摘された事業所は改善方法とスケジュール提出義務	高齢者アドボカシーネットワーク
（アメリカ） ニューヨーク州メディケイドの例（税）	1. クオリティ保証報告要件 2. メディケイド検査総合オフィス（詐欺、無駄、虐待の監視） 3. CMS 監査 包括的監査	1. マネージドケアプラン、プロバイダーが毎年提出 ストラクチャー、パーソンセンタープラン、目標達成度含む 3. ストラクチャー、プロセス、アウトカム	→	3. 抜き打ち	1. 品質評価を公表 2. 不適切な行為を行った個人、団体に民事上・行政上の執行措置を求める権限あり 3. 閲覧可	州の長期介護施設に何百人もの認定オンブズマンが割り当てられ、多くのオンブズマンは自分が担当する施設に自分の連絡先情報を掲載する

出所：各審査機関ホームページ、国際長寿センター国際比較調査（2012～2019）

4. 地域サービスを中心としたの質の向上のためのしくみ（各国の実情）

1) オランダ

下記の監査報告において、これまでの指標作成の取り組みが不十分であったことを指摘して、よりアウトカム志向、関係諸機関のデータ共有が必要であることを指摘している。また、保険会社、患者の役割も明確にしている。

①介護の質確保の原則 監査院報告 2013 年

ハーグ、2013 年 3 月 28 日

「ケアの質の指標（Indicatoren voor kwaliteit in de zorg）」オランダ監査院

（報告書の結論）

過去 16 年にわたって、保健・スポーツ大臣は、患者が自分の選択のために情報を使用し、監督のためにヘルスケア検査官を使用できるように、ケアの質の透明性を高めることに十分に成功していない。保険会社を送信する利用可能な情報はまだ十分ではない。透明性を高めるためのさまざまな取り組みがある。2012 年末には、ほとんどの医療部門が共通のビジョンを策定し、すべての部門が指標セットを開発した。同時に、私たちの研究は次のことを示している。

品質を測定するためのほとんどの指標セットの安定性と品質は限定的である。ケア提供のアウトカムを測定するための指標はほとんど開発されていない。

大臣は、医療分野に指標を開発させるために、過去 5 年間で 3,100 万ユーロを割り当てたが、これらの指標の有用性は期待はずれである。

また、われわれは現場の諸機関が既存のパートナーシップがばらばらになり、より小さなコンテキストで継続していることもわかった。これは、ヘルスケアにおける専門職の基準と質の判定ツールの確立に役割を果たす新しい品質研究所のスタート地点としては不十分である。

（Web 利用により）新しい可能性を使用してセクターごとに進捗を確認できるように、ケア関連の指標と組織上の指標とクライアントの経験との間のより良い持続可能なバランスを見つけることが必要である。

（報告書本文より）

1.1 医療機関品質法の中核部分

品質法の中核は、ケア提供者自身が適切で責任あるケアを提供する責任があるということである。法律は、この責任を自ら果たすように動機付ける枠組みを提供することを目的としています（セクターによる自主規制）。健康保険会社とケアオフィスは、ケアまたは十分な品質を購入する責任がある。

保健福祉スポーツ大臣は、ケアの質を促進し、ケアプロバイダーが責任あるケアを提供することを保証するシステムの設計と運用に責任を負う。政府は、ケア分野の関係者（ケアプロバイダー、患者/クライアント/被保険者、健康保険会社、およびその組織）および品質および知識機関と協議して、ケアの質の向上を支援するイニシアチブをとることが期待される。

Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2012-2013

<https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2013/03/28/indicatoren-voor-kwaliteit-in-de-zorg>

②ケア提供者の品質要件 保健省

以下はオランダにおいてケアプロバイダーが満たすべき品質基準の要件である。

「品質要件」

医療保険法（ZVW）または長期介護法（WLZ）に該当するケアプロバイダーは、以下の法律の要件を満たす必要がある。これらの要件には、ケアプロバイダーが苦情申し立て手順を実施する必要があることも含む。

ケア提供者の法的要件

ケア提供者はいくつかの法的要件を満たさなければならない。たとえば次のことを行う必要がある。

・ 関連する医療および専門団体によって設定された品質基準を満たす責任あるケアを提供する
BIG の下で登録されている介護専門家のみが特定の規制された手順を実行することを確認する

- ・ 患者のケアプランについて話し合う
- ・ 患者の参加を提供する
- ・ 苦情申し立て手続きを実施する
- ・ 年次報告書での品質管理を測る

これらの要件は、次の行為で規定されている。

- ・ 医療の質、苦情および紛争に関する法律（WKKGZ）
- ・ 医療従事者法（BIG）
- ・ ケアプロバイダー法（患者参加）
- ・ ケアプロバイダー法（認定）

ヘルスケア検査官 Healthcare Inspectorate（IGZ）は、新しい医療提供者がすべての法的要件を満たしていることを確認する。

ケア提供者の認定

ケアプロバイダー（認定）法（WTZI）の下で、ケアを提供する組織は認定されなければならない。認定されたケアプロバイダーは、健康保険でカバーされているケアまたは長期介護法に該当するケアを提供できる。

認定を求める医療提供者は、特定の要件を満たしている必要がある。主な要件は、緊急医療へのアクセス、管理構造、運用管理に関する透明性に関するものである。要件は、WTZI 実施令および WTZI 管理規則に定められている。

ケア提供者の品質マーク

オランダには、医療提供者向けの品質保証スキームがいくつかある。制度の特定の品質要件を満たすケア提供者は、その品質マークを表示できる。

施設ケアでのレッドテープ（お役所仕事、官僚主義的手続き）の削減

在宅ケアでは、スタッフが患者のケアをする時間を増やすために、事務処理を減らす必要がある。そのため、多くの医療提供者が規制負担を軽減する実験（ERAI）に参加している。実験では、どのような規制が不要で、ケアの質に影響を与えずに廃棄できるかを調べる。これらのルールは、その後、ヘルスケア部門全体で廃止される。

<https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/quality-requirements-for-care-providers>

③地域ケアの品質基準

以下は利用者用に提供されている地域ケア（この場合は地域看護師を指す）品質の基準である。

「地域看護の品質フレームワーク（公開版）」

オランダヘルスケア研究所 2018 年

自宅での看護と介護に期待できること

以下、地域看護と介護の品質フレームワークの詳細情報を読むことができます。

1. 地域看護師があなたと一緒にあなたが受けるケアを決定します

あなたが自宅で看護とケアを受けることができるかどうかは、地域看護師があなたと一緒に決定します。地域看護師は、物事がどのように進んでいるのか、あなたが何を支援する必要があるのかについて話し合います。通常、地域看護師はこのためにあなたの家に来て、それからどのケアが最も適切であるかをチェックします。地域看護師はまた、どのケアがあなたの願いやニーズに合っているかを確認します。そのため、地区の看護師は次のことに注目します。

- ・自分でできること。
- ・非公式の介護者が支援できる、またはしたい場所。
- ・看護師または介護者が支援できる場所。

目標は、健康と自立を維持するか、改善することです。このようにして、あなたが重要だと思うことを可能な限り実行し続けることができます。

2. 地域看護師はあなたの隣人と介護者のためにいます

地域看護師は、ケアがあなたの生活に合っているかどうかを監視します。看護師と介護者は、隣人と介護者にも目を向けています。彼らはあなたのケアや看護に参加できるか？そして、彼らは何が必要か？一緒に住んでいる場合には看護師と介護者はあなたのパートナーにとって何が良いかを見ます。

3. 自宅での看護とケアは、あなたが望む生活に貢献します

看護師と介護者は、あなたが自立し、自分の人生について自分で決めるのを助けます。日常生活で問題が発生した場合、解決策を見つけるのに一緒になって助けます。あなたは何が重要で、どのソリューションを選択するかを決定します。

4. 看護師と介護者はあなたとの良好な関係を確保します

看護師と介護者があなたの家に来ます。そのため、看護師と介護者があなたに注意、尊敬、プライバシー、安全を与えることが重要です。看護師と介護者はまた、あなたがそれらを理解することを確認にします。たとえオランダ語が苦手な場合であっても。

5. 介護者と看護師は資格があります

要件を満たすために来て、専門職の規則に従って働く看護師と介護者。彼らはあなたの世話をし、サ

ポートするための正しい知識、スキル、態度を持っています。彼らはまた、どのような場合にあなたが必要な助けを提供できないかを知っており、他の看護師や介護者の助けを求めます。

6. 常設チームからケアを受けます

看護師と介護者の常設チームからケアを受けます。このようにして、あなたとあなたの大切な人は彼らをよく知るようになります。自宅での看護とケアは、必要に応じて 24 時間年中無休で利用できます。状況が変わると、介護や在宅でのケアも変わります。必要に応じて、地域看護師は、かかりつけの医師、専門家、薬剤師、専門看護師、コメディカル（理学療法士や栄養士など）、地区チーム、ボランティア、インフォーマル介護者に連絡します。

7. 安全なケアを受けます

看護師と介護者は安全かつ慎重に行動します。彼らはあなたの家であなたの問題に潜在的なリスクを考え、あなたを助けるとき、それらのリスクを最小化します。看護師と介護者は、ケアのルールを適用する責任があります。

8. 地域看護師はあなたと明確な合意を作り、それを維持します

看護師と介護者は、あなたに最も合った時間にケアを提供します。看護師と介護者はこれについてあなたに予約をします。そして、それが変更された場合、彼らはあなたと話し合います。

9. ケアプランとケアファイルを表示できます

地域看護師があなたと一緒にケアプランを準備します。ケアプランには、どのケアを受けるか、どのようにケアを受けるか、いつケアを受けるかについての合意が含まれています。ケアプランの合意があなたの希望と生き方に合っていることが重要です。地域看護師は、チームの全員がこの計画について知っていることを確認します。ケアプランはケアファイルに表示されます。ケアファイルには、ケア、サポート、治療に重要なすべての情報が含まれています。状況が変化する可能性があるため、地域看護師はケアがまだ適切かどうかを定期的に話し合います。看護師と介護者は、ケアファイルにあなたのやり方を書きます。他のケアが必要な場合は、ケアプランが調整されます。いつでもどこでもケアプランとケアファイルを表示できます。このケアプランについては、地区の看護師にお尋ねください。

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/documents/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/wijkverpleging-kwaliteitskader/wijkverpleging-kwaliteitskader/files/2/Publieksversie-Kwaliteitskader-wijkverpleging.pdf>

④オランダのホームケアの品質管理（国際比較レポート）

以下は、国際比較研究の中にまとめられているオランダのホームケアの品質管理の方法である

「ヨーロッパの4つの国におけるホームケアの規則と資金へのアプローチ」

Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries
Health Research Board, Dublin 2017

在宅医療提供者は、適切で、効果的で、効率的で、患者中心のニーズに基づいたケアを確保するポリシーを確立するように法的に拘束され、体系的なモニタリングと年次報告を含む品質システムを導入しなければならない。年次報告書はIGZに送信される。年次報告書および進行中の監視プロセスで発生した苦情はIGZによるさらなる調査につながる可能性がある。ただし、IGZはこの点に関して積極的に行動せず、報告に含まれる情報にのみ対応する。

品質フレームワークレスポンシブルケア（QFRC）には消費者の品質指標も含まれる。CQI ホームケアは2年ごとにCQI ホームケアを使用して被介護者の経験の調査が行われる。市町村は在宅援助のプロバイダーを監督し、介護者の経験を毎年評価する義務がある。品質評価の結果は、ウェブサイト www.kiesbeter.nl で強制的に公開されている。QFRCは、在宅ケアプロバイダーの理事会が、経営陣がその質と責任あるケア提供を適切に管理しているかどうかをレビューすることを認めている。理事会のメンバー、従業員、および被介護者の代表で構成される品質委員会は、品質ポリシーによってどのようにサービスの質向上を行うか経営陣と議論する。

（上記レポートの付録に記載されている指標）

オランダのレスポンシブルケアの指標-全表 NIVELのCQインデックスも使用される

*NIVELはNetherlands institute for health services research (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

レスポンシブルケアの品質フレームワーク（QFRC）は2006年に開発され、2007年に開始され、看護と介護の分野で使用される。安全で、効果的で、効率的で、クライアント中心の在宅ケアに関する明確な基準を持っている。このフレームワークは、在宅ケアの消費者品質指標（CQI - Home Care）の基礎を形成する。レスポンシブル・ケアのフレームワーク内の測定可能な指標の一部は、ケア提供者自身によって測定されるが、CQIの一部であるものは独立機関によって測定される。

結果は、ケアを改善するための基礎として使用される。CQIはユーザー体験の調査を実施することを要求し、その結果はウェブサイト www.kiesbeter.nl 28で公開されている。レスポンシブルケアの品質フレームワークは、ケアの構造、プロセス、結果を反映し、在宅ケアの品質と基準に対する非常にユーザー満足度の高いアプローチを示す、品質指標に含まれる10の領域（テーマ）で構成される。

1. ケア/ライフプラン
2. コミュニケーションと情報
3. 身体健康
4. ケアの安全性
5. 国内および生活条件
6. 参加と自治
7. 精神的な幸福

8. 生活環境の安全

9. 十分で有能な人材

10. 一貫性のあるケア28

次の表は、品質フレームワークレスポンシブルケア2007から修正されたもので、関連するCQIの質問を含む、テーマごとのレスポンシブルケアの指標セットの例を示している。

オランダにおける責任あるケアの指標—詳細表

テーマ1	1. ケア（治療）／生活プラン
指標—CQ-I	1.1 良質なケアプランと同プランの良質な評価をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ケア機関からご自分が受けるケアについて、あなたと一緒に書面での契約が作られましたか？（どのようなケアが、どの時点で、誰から、どのくらいの頻度で、何日、何時に、など）
	あなたのケア関連書類／ファイルまたは日誌は、情報交換のために適切に使われていますか？（例：GPまたはあなたの親族によって？）
	提供されているケアについてあなたがどのように感じているか、この12か月間に、ケア機関の誰かと評価の話し合いを行いましたか？
	ケア機関で定期的に連絡を取れる人はいますか？
指標 - CQ-I	1.2 良質な参加と良質な相談をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ご自分が受ける在宅ケアの内容について、あなたはどのくらいの頻度で決定に参加していますか？
	ご自分が在宅ケアを受ける日時を決めるのに、あなたはどのくらいの頻度で参加していますか？
	ご自分が誰（どの介護者）から在宅ケアを受けるかについて、あなたはどのくらいの頻度で決定に参加していますか？
	ケア機関は、あなたの提案へ十分に耳を傾けていますか？
	あなたの質問、提案または苦情に対し、ケア機関（経営者または理事会）はどのくらいの頻度で適切な対応を行っていますか？
	何をしなければならないかについて、介護者はどのくらいの頻度であなたと相談していますか？
	提供している介護があなたの求める基準に達しているかどうか、介護者はどのくらいの頻度であなたに訊いていますか？
テーマ2	2. コミュニケーションと情報
指標 - CQ-I	2.1 良質な処遇をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	上手くいかなかった、とあなたが思う問題について、介護者はどれくらいの頻度であなたと進んで話していますか？
	あなたの質問へ、介護者はどのくらいの頻度できちんと答えていますか？
	介護者は、あなたと丁寧に接していますか？
	介護者は、あなたの話をしっかりと聞いていますか？
指標 - CQ-I	2.2 良質な情報をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ケア機関があなたへできることについて、あなたは同機関から十分な情報を受け取りましたか？（在宅ケアでの可能性、サービスのパッケージなど）
	ご自分の権利について、あなたはケア機関から十分な情報を受け取りましたか？（例：ケアに関する決定への参加や苦情を申し立てる権利）
	ご自分に求められること（自宅に揃えておくもの、あなた自身による貢献など）について、あなたはケア機関から十分な情報を受け取りましたか？
	クライアントの評議会について、あなたは十分な情報を受け取りましたか？（機能、任務、メンバーへの連絡方法）
	手紙、パンフレットおよびチラシは、あなたにとって分かりやすいものですか？
	質問、問題および苦情があった場合、ケア機関の誰に連絡すればよいか、あなたはご存知ですか？
指標 - CQ-I	2.3 クライアントが良質なコミュニケーションを体験し、また電話で簡単にスタッフへ連絡できる程度
CQ-インデックス質問	9時から5時の日中、ケア機関へはどのくらいの頻度で電話連絡ができますか？
	営業時間外（夕方、夜間、週末）で、ケア機関へはどのくらいの頻度で簡単に電話連

	絡ができますか？
	ケア機関でのあなたの担当者またはその代理へ、いっどのように電話連絡できるか、あなたはご存知ですか？
	電話で担当者につながらず伝言を残した場合、1 営業日以内に折り返し電話が来ますか？
テーマ 3	3. 身体的ウェルビーイング
指標 - CQ-I	3.1 良質なパーソナルケアをクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ご自分が希望する時間に、あなたはパーソナルケア（シャワー浴／洗身、着替え、整髪など）を受けていますか？
	ご自分が希望する方法で、あなたはケアを受けていますか？
テーマ 4	4. ケア関連の安全性
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.1 在宅ケア期間 (ZT) 中に組織の部門 (V&V) で、ステージ 2 からステージ 4 の褥瘡が発生したクライアントの割合
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.2b 前月に 3 キロ以上、または過去 6 か月間に 6 キロ以上、意図しない体重減少があったクライアントの割合
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.3 過去 30 日間で転倒事故に関わったクライアントの割合
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.7a 尿失禁が週 2 回または毎日あるクライアントの割合
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.7b 医師または排せつケア担当看護師が診断に関わった測定日／週に、失禁のあったクライアントの割合
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.8 2 週間以上前に挿入された尿道留置カテーテルを使用しているクライアントの割合
指標 - (CL) ケア組織が測定	4.11 組織の部門は、身体拘束防止に向けた明確な方針があることを証明できる
指標 - CQ-I	4.12 ケアの実施で十分な専門性（および安全性）をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ケア機関は、ケアに関連する合意事項を守っていますか？
	あなたが受ける在宅ケアを、様々な介護者が上手にコーディネートしていますか？
	介護者は、専門性をもって業務を行っていますか？
	介護者は、自立して業務を行っていますか？（何をしたらよいか分かっていますか？）
	介護者は、適切に清掃を行っていますか？
	介護者には、看護業務（注射、傷の手当、ストーマケア）を行う能力がありますか？
	あなたの病気や健康問題について、介護者は十分に知らされていますか？
	あなたが希望する方法で、介護者は業務を行っていますか？
	何かを行う際に、あなたができるかどうか、介護者は考慮していますか？
	介護者は、あなたの健康状態の変化に注意を払っていますか？あるいは、その変化に気づいていることを、あなたに伝えていますか？
	介護者は、あなたの正しい服薬方法に注意を払っていますか？（あなたが処方薬を正しい時間に正しい方法で飲むように）
	あなたが健康問題を訴えた時に、介護者は真摯に受け止めてくれますか？
テーマ 5	5. 家庭内および生活の状況
指標 - CQ-I	5.3 十分なプライバシー（および生活上の便宜）をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ご自宅を訪問する介護者が原因で、在宅ケアはあなたの日常生活を侵害していますか（あなたのプライバシー、日課、活動）？
テーマ 6	6. 参加と社会的利便性
指標 - CQ-I	6.1 一日の活動や社会参加への十分な可能性をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	あなたがどこかへ行きたい場合、介護者、ボランティアまたは親族からの支援はありますか？（外出、他の人を訪問、遠出、活動など）
	一日の活動、社会との接触および活動の方法を見つける上で、介護者はあなたへ十分な支援を行っていますか？
	実務的なことへの対応（例：電話の使用、書類の記入、補助金や金銭問題の対応など）で、介護者はあなたへ実務的な支援を十分に行っていますか？
指標 - CQ-I	6.2 十分な自立／自律をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	在宅ケアを使って、あなたは日常生活を楽に管理できていますか？

	一日をどのように過ごしたいか、あなたは決めることができますか？
	あなたは、好きな時に寝たり起きたりできますか？
	在宅ケアを受ける時間は、あなたにとって都合の良い時でしょうか？
	ご自分にとって大切なことを、あなたはできていますか？
	ご自宅の中で、あなたはどこでも行きたい所へ行けていますか？
	ご自宅の外で、あなたはどこでも行きたい所へ行けていますか？
テーマ 7	7. 精神的ウェルビーイング
指標 - CQ-I	7.1 適切な精神的支援をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	あなたはご自分のアパートで、くつろいでいますか？
	あなたはどのくらいの頻度で、不安を感じることがありますか？
	あなたは寂しいと感じていますか？
	あなたの様子について、介護者は十分に注意を払っていますか？
	介護者は、会話の中で十分な精神的支援を提供し、また話をよく聞いてくれますか？
指標 - (CL) ケア組織が測定	7.2 過去 3 日間に、うつ病の兆候を示したクライアントの割合
テーマ 8	8. 安全な生活／住居
指標 - CQ-I	8.1 安全な生活環境をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	ご自宅内および周辺でのあなたの安全や事故防止について、介護者は十分に注意を払っていますか？（例：滑りやすい床に敷かれたマット／敷物への警戒）
	ご自宅改修の可能性または、ある特定の補助器具の存在について、介護者はあなたに指摘しますか？
	食品の賞味期限について、介護者は注意を払っていますか？（食中毒予防のため）
	緊急時にすべきことについて、ケア機関はあなたと話し合いましたか？（連絡できる電話番号、いつどのように緊急事態を知らせることができるかなど）
指標 - CQ-I	8.2 十分に信頼できるスタッフをクライアントが体験できる程度
CQ-インデックス質問	介護者は、合意された任務を守っていますか？（業務は完了していますか？）
	介護者は、予約時間を守っていますか？（時間通りに来ていますか？早く退出していませんか？）
	介護者は、あなたに関する秘密の個人データや個人的な問題を、丁重に扱っていますか？
	介護者は、あなたの所有物（家具、食器、衣服など）を丁重に扱っていますか？
	あなたは、介護者を十分に信頼できますか？
	介護者と一緒にいる時、あなたは安全で安心だと感じますか？
指標 - (CL) ケア組織が測定	8.3 介護リフトを使用するスタッフが、指導を受けた上で業務を行っていることを、組織の部門は証明できる。
テーマ 9	9. 十分な数と能力のスタッフ
指標 - CQ-I	9.1 十分な数のスタッフ（および継続性）をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	1 か月間に何人の異なる介護者が、あなたのアパートに来ますか？（通常の場合、休みの期間外）
	支援のために訪問する介護者の数について、あなたはどのように思いますか？
	介護者が通常と異なる時間に来たり、または介護者が病気／休みの場合、遅れずに知らされていますか？
	通常介護者が病気／休みの場合、代理の人がきちんと手配されていますか？
	代理の介護者は、実施する任務／業務について十分知らされていますか？
	介護者は、あなたへ十分に時間を費やしていますか？
	あなたの希望に沿って、在宅ケアは柔軟に介護の時間を調整してくれますか？（異なる時間や日）
指標 - (CL) ケア組織が測定	9.4 報告された過去 1 年間に、指定のまたは危険な処置を行うスタッフの能力がテスト（実務テスト）され、基準に達していたことを組織の部門は示すことができる
テーマ 10	10. ケアの一貫性
指標 - CQ-I	10.1 ケアで十分な一貫性をクライアントが体験する程度
CQ-インデックス質問	介護者は、GP、専門医、理学療法士、栄養士など、他の分野とうまく協力していますか？

https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/Approaches_to_the_regulation_and_financing_of_home_care_services_in_four_European_countries.pdf

⑤ ヘルスケア検査官検査レポートの実際

「ヘルスケア検査官による ZorgHulp Westfriesland 検査レポート」

Rapport van het inspectiebezoek aan Stichting ZorgHulp Westfriesland in Nibbixwoud op 16 oktober 2019

2019 年 10 月 16 日

Nibbixwoud の Stichting ZorgHulp Westfriesland への視察訪問の報告

1 はじめに

2019 年 10 月 16 日に、Healthcare and Youth Inspectorate(以下、検査)は Nibbixwoud の WestFriesland Care Assistance Foundation を訪問しました。この訪問は、品質、苦情、紛争に関するケア法 (Wkkgz) による。

組織の説明

Stichting ZorgHulp Westfriesland は、商工会議所に番号 37144241 で登録された財団で 2008 年に実際のケアを開始した。

ZorgHulp Westfriesland Foundation は在宅ケア組織である。

ケア提供

ケア提供者は、身体的問題のある 280 人のクライアントにパーソナルケア、看護、カウンセリングを提供している。

これらのうち、21 のクライアントが Wlz の以下の介護認定がありケアプロファイルを持っている。

VV (看護とケア)

・集中的な監督と包括的ケアで保護された生活

・集中的な認知症ケアによる生活を保護

さらに、64 人のクライアントが Zvw からケアを受けている。メインおよびサブ契約者資格はない。

残りの 195 人のクライアントは、ソーシャルサポート法 (Wmo) から援助を受けている。この監督は、自治体の責任である。

スタッフ

直接関連するヘルスケア関連の従業員は、78 人の従業員で構成されている。

・ヘルスケア学位のない従業員 51 人

・レベル 2 7 人

・レベル 3 14 人

・レベル 4 の看護師 (A、B、Z) 3 人

・レベル 5 の看護師 3 人

2 視察の結果

方法

検査官は、安全で良いケアのために 15 の前提条件で Stichting ZorgHulp Westfriesland をテストした。

立証された判断に到達するために、検査官は訪問中に情報源を使用した。訪問中、検査官は運転手と話をし、文書と医療記録を検査した。結果を下の図に示す。必要に応じて、図の下に説明が続く。

前提条件		充足度			
		はい	いいえ	部分的	該当なし
1	優れたガバナンスの一環としての内部スーパービジョン	✓			
2	利用可能な知識豊富なスタッフ	✓			
3	法定認証と優良事業証明（VOG）	✓			
4	メインおよびサブ契約者と個人事業者との契約				✓
5	トレーニング計画	✓			
6	品質システム	✓			
7	クライアント除外規定	✓			
8	軽度インシデント報告（VIM）			✓	
9	予約制度（ケアタスク連携）	✓			
10	介護と強制に関する法律（Wzd）	✓			
11	投薬ポリシー			✓	
12	家庭内暴力と児童虐待の報告コード		✓		
13	苦情手続き	✓			
14	クライアント参加	✓			
15	ケア記録とケアプラン	✓			

解説

品質システム

医療提供者が医療提供者の証明書を取得し、新しいデジタル品質管理システム（km）を持っているにもかかわらず、検査で調べた文書には十分な文書管理プロパティが含まれていない。たとえば、さまざまな文書は最新ではなく（2005 年以降、評価は実施されていない）、すべてにデータ、責任、ステータスなどが提供されていなかった。これらの文書は、新しいサイクルに合わせて、行動チェックサイクルを実行する必要がある。

クライアント除外基準

除外基準。不安などの一般情報のみが含まれている。

肉体的な攻撃と中毒。情報はまだクライアントがすぐに利用できない。ヘルスケア契約またはウェブサイトを含めること。

VIM

報告フォームがあり、インシデントはチームの協議で議論され、統計のために収集される。現在の法律に準拠した文書化された内部手順、ステップバイステップ、インシデントと災害の内容、それらの報告方法、次に起こることは示されていない。

ケア提供者の検査官に報告する法的義務（ケア関係の暴力、（深刻な）機能不全による災害および解雇）を手順に含める必要がある。

予約制度（ケアタスク連携分担）

契約者には、予約制度のすべての実行要求が説明されているわけではない。これは医療機関が自ら取り組んでいる北ホラント州北部地域の在宅および院外環境における薬物安全規約と一致していない。

自由または強制の制限

実際に除外基準として使用されている自由と意思に反するケアの制限も除外基準に含める必要がある。

投薬ポリシー

Zorghulp West Friesland Foundation は、Noord Holland Noord 地域の在宅の状況と院外で、薬物安全規約にコミットしている。この契約は安全原則に基づいている。ただし、実際には、この方法は完全には機能しない。

たとえば、BEM フォームは使用されないため、クライアントが自分で薬物を管理できるかどうかは記録されません。現在の薬の概要とチェックリストは、クライアントの自宅のケアフォルダにあり、検査のために検査を行うことができなかった。近い将来、電子クライアントファイルのアプリケーションリストをデジタルで確認したいと考えている。このため、Stichting ZorgHulp Westfriesland の独自の作業方法をより具体的に確立する必要がある。これは、組織が自らコミットした契約に基づいているという事実を変更するものではない。

家庭内暴力と児童虐待の報告コード

医療提供者に起因する報告コードはない。

ケア記録とケアプラン

新しい電子クライアントファイルに関連して、訪問時にクライアント情報を含む3つのソースがあった。ケアフォルダ、ポータル、電子ファイルである。訪問時に完全で最新の情報を取得することは困難であったため、ソースへの移行に優先順位を付けることが望ましい。

前提条件の詳細については、以下を参照。

<https://www.registernieuwezorgaanbieders.nl/checklist-alles-op-orde>

3 結論と継続

おわりに

上記の調査結果に基づいて、検査官は、組織が安全かつ良好なケアのための前述の前提条件をまだ十分に説明していないと結論付ける。

取るべき措置

ケア提供者は、テストされた15の前提条件を満たさなければならない。そのため、検査では、遅くとも2019年9月12日までに Stichting ZorgHulp Westfriesland から以下を受け取る予定である。

- ・VIM ポリシー。
- ・組織に帰属する投薬ポリシー。
- ・家庭内暴力と児童虐待の報告規定に関する方針。

在宅でのケアのためのテストフレームワークに関するすみやかな考察

<https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/Zoekresultaat.aspx?Pagina=4>

⑦WMO（社会サービス法）の評価基準

WMO は、地方自治体が責任を持つことから、各自治体でさまざまな取り組みが行われている。例えば WMO スーパーバイザー（WMO Toezichtskader、地域ケア・福祉専門家。オランダ公衆衛生協会員が就任する場合があります）に任せているケース、複数の自治体が協定を結んでガイドラインを作っているケース、ヘルスケア検査官と密接に協働しているケースなどである。以下の評価基準は、ロッテルダム自治体の例で、ソーシャルサポート法に基づくサポートの品質の監督の実施のためのソーシャルサポート法に基づいて品質要件を詳細にしたものである。

「Rotterdam-Rijnmond の WMO スーパービジョン WMO2015 のサポートの質のモニタリング」

Toezicht Wmo Rotterdam-Rijnmond 5 september 2019

Voor het toezicht op de kwaliteit van ondersteuning in het kader van de Wmo 2015

1. 規定は、効率的で効果的であり、クライアント指向です（第 3.1 条、ソーシャルサポート法の第 2 段落）	
まとめ クライアントと協力して、どのプロビジョニングが行われているか、クライアントのサポートニーズと関連する目標が何であることを示す計画が作成されました。サポートも定期的に議論、評価、調整されます。その後、サポートは、クライアント自身の方向性と自立を促すために合意されたとおりに進みます。	
基準	詳細
ファイル 1.1 クライアントとそのサポートに関する情報が含まれる（書面またはデジタル）ファイルがあります 1.2 クライアントと一緒に計画が作成されました-該当する場合-ソーシャルネットワークまたは介護者の連絡先 1.3 計画には、非公式のケアが提供されるか、クライアントのソーシャルネットワークからのサポートが含まれるか クライアントのファイルには、自治体によって示された指示が含まれています。自治体が、例えば基礎となる計画、目標、期待される結果、または合意の形で適応の説明を策定している場合、これもファイルに含まれます。	この計画は、とりわけ以下を示しています。 ・クライアントの状況は何ですか（個人的な状況とケアの背景）。 ・クライアントが自立している程度。 ・クライアントのサポートのニーズは何ですか。 ・クライアントが介護行動を示すかどうか。 ・クライアント（ソーシャルネットワーク）の可能性と可能性は何か。 ・提供される規定、頻度および方法。 ・どの（スマートに策定された）目標に取り組んでいるか。 ・目標がクライアントのサポート要求と自治体の決定と一致すること。 ・クライアントが計画の内容に同意すること。 ・可能であれば、クライアントのソーシャルネットワークが計画の作成に関与していること。 ・介護者、またはクライアントのソーシャルネットワークの関係者/関係者が果たす役割。 ・クライアントが介護者であるが、プロバイダーがサポートを提供するように指示されている場合、最も極端な場合、プロバイダーは自立を促進する目標とプロバイダーがこれを達成する方法を策定します。 プロバイダーは、この目的に適したガイドラインを開発し、組織で実装および保証しています。
サポート 1.4 サポートは合意どおりに提供されます 1.5 提供されるサポートには十分な継続性があります	サポートが計画から外れている場合、これはクライアント（および該当する場合）とソーシャルネットワークで話し合い、登録されます。

サポートが計画から外れている場合、これはクライアント（および該当する場合）とソーシャルネットワークで話し合い、登録されます。 1.6 クライアント自身の指示と自立が奨励されます	
1.7 クライアントの開発、提供されるサポート、およびボトルネックについて従業員を登録する	登録には、たとえば次のように表示されます。クライアントの問題にどの程度注意が払われているか、従業員がソリューション指向の方法でどの程度考えているか、さまざまな方法を使用して、提供されたサポートがクライアントに付加価値があるという洞察をクライアントに提供します。
1.8 クライアントと提供されるサポートの開発は、定期的に実証的に評価されます	・プロバイダーは、組織内でこの目的のために適切なポリシーまたはガイドラインを開発、実装、および保護しています。 ・評価は、必要に応じて、目標、自立の程度、提供されるサポートに関する合意の調整につながります。 ・より重い、より軽い、またはさまざまな種類のサポートを必要とするクライアントの状況の暫定的な変更は、時間通りに通知および登録され、予見可能な将来内にフォローアップされます。
正式に PGB の場合、同じ期待に加えて、以下が追加されます。 1.9 ファイルには、クライアントまたはクライアントが作成した計画が含まれています 代表者が起草される 1.10 クライアントに代理人がいる場合、これはファイルに含まれ、代理人は関係する介護提供者から独立しています	・ケアプランがクライアントによって署名されている ・クライアントまたはその代理人は、計画の各部に名前を付けることができます。または、代表者の詳細がファイルに含まれています。 サポートの提供に利害の対立はありません ・所有者と従業員は、第1度または第2度の血縁者またはそれらを支持する者の親族ではありません。

<https://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/wat-doet-de-ggd/toezicht-wmo/Toezichtskader-definitief-2019.pdf>

⑧オランダにおける自治体、保険会社のプロバイダーのチェックの実際

国際長寿センターインタビューより

○2016 年オランダ保険会社インタビュー

(ほかのプロバイダーよりもクライアントあたり非常に多くのサービスを提供しているプロバイダーへの対応)

・実際にこちらで契約しているホームケア組織で、非常にクライアント 1 人当たり長い時間のケアを出している所がある。それはすぐ数字が上がって来る。そういう所には、こちらに来てもらって、なぜかということ聞く。結果として、そこは特定の病気の重病を持った人ばかりを集めている在宅介護組織だった。その場合は理解ができるので、時間が 1 人当たり統計の平均よりも多いからと言って今後の契約を断るようなことはしない。

同じようなクライアントであって、他に比べて相当時間が多いと思ったら話をするが、基本的にルールを決めてそれ以上ルールから外れたら契約停止というような姿勢は持っていない。

「高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究」

オランダインタビュー

http://www.ilc-japan.org/study/doc/2016_in_nether.pdf

○2018 年保険会社、ケア事業所インタビュー

(ケアの質については関係者はどのような努力をしているか)

市役所、保険会社、ケア事業所で、価格、ケアの人材、質について話し合いをし、年に 2 回ほど価格をチェックし、これが妥当であるかどうかを確認する。なお、私どもの対話は金銭面というよりは、クオリティ面での話し合いのほうが多い。例えば、過去 2 年より、現在は高品質のサービスを求める需要が強くなっているということを、市役所から強く言われる。

保険会社とケア事業所の間では契約の上で、ある一定の質を提供しなければならないという内容があるため、高齢者がリハビリ後に何人在宅に戻れたかという数字も明確に示す必要がある。

(質を測る方法は何か)

まず、信頼感だ。そして、それとは別に、外部チェックを入れるという意味で保険会社の人もケア事業所を見に来る。

その時には事業所の従業員に、自分たちのしている仕事に誇りを持っているかといった質問をする。

つまり、チェックリストのようなものや査定表によって決めるわけではない。

しかし、このほかに、利用者審議会があり、利用者の意見はそこで出される。

「多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較研究」オランダインタビュー

http://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2018_oranda.pdf

2) ドイツ

①ドイツの品質管理

以下は、ドイツにおけるホームケアの規則に関する報告である

「ヨーロッパの4つの国におけるホームケアの規則と資金へのアプローチ」

Approaches to the regulation and financing of home care services in four European countries

関連する国内基準の適用に関する在宅介護サービスの検査体制と定期的な監視

(パフォーマンス指標を含む)

品質管理と保証は本質的に LTCI（長期介護保険）法にリンクしている。MDK（医療介護金庫）は、品質保証手順を監督している。在宅ケアプロバイダーは、各機関で独自の内部品質保証を行う義務がある。MDK は、要件が満たされているかどうかを検査する。

MDK は、以前は二重検査の役割を果たしていた。1 つは、クライアントからの苦情への対応で、また事前の通知なしにケア提供機関のランダム検査を実施することであった。

これはその後、MDK による年次検査に置き換えられ、在宅ケアサービスの質に関する苦情のフォローアップが続けられている。在宅介護サービスには、検査の結果に基づいてスコアが与えられる。スコアの範囲は1（優秀）から5（不十分）である。これらの検査のスコアと結果は、一般消費者向けのケアガイド Web サイト www.pflegeleit.de に要約レポートとして公開されている。介護サービスの待ち時間についてのデータも収集される。

サービスの検査の増加が行われた 2011 年の変更（現在は毎年）で透明性の基準が導入された。透明性の基準は、MDK による検査の一般的なガイドラインから取られた項目と質問に基づいており、最も重要な利害関係者によって合意されている。

在宅サービスを含む非居住施設の品質検査は、4つの品質領域をカバーする49の基準による：

1. 介護サービス- 17 の基準
2. 医学的に規定された介護サービス- 10 の基準
3. サービスの提供と組織- 10 の基準
4. 顧客インタビュー-12 の基準。

これらの項目のうちの37項目は、公開されているサービスのスコアを通知するための透明性基準として使用される。クライアントのインタビューは透明性基準の一部ではないため、最終スコアには影響しない。GP が規定する10の活動、および10のサービス組織の品質基準が透明性の基準として使用される。

通常、年次検査は、資格のあるコミュニティワーカー、登録看護師、および管理従業員で構成されるチームによって実行される。受けた基本的な在宅看護の質、ホームヘルプサービスの質を調べる。ケア文書の評価も行われる。1日から2日間続く非通知検査中に、サービスのパフォーマンスは各領域および全体的なグレードの両方で評価される。検査チームは、在宅介護サービスの品質向上のためのアドバイスも行う。

「スキームによって管理されている基準のみに品質保証活動を集中させる」ことで、サービスが品質検査に対応する傾向があるとされたため、品質監視プロセスに対する批判もある。

在宅介護サービスの国家基準

長期介護保険（LTCI）法に固有の品質基準がある。これらは、規制機関としての LTCI と在宅介護サービスを含む介護サービス提供者の連合体との間で合意された品質の原則と基準に基づいている。介護保険法は、品質、構造、プロセス、結果の 3 つの側面に言及している。これらの包括的な基準は次のように定義される。

1. 主任看護師および他の看護スタッフの技術的および教育的能力に関連する構造的基準、およびさまざまなタイプの長期介護施設を運営するための基本的な基準
2. サービスの自己記述、看護プロセスの適用、提供されるサービスの文書化、サービスユーザーの家族、および他の職業や機関とのコラボレーションに関するプロセス基準
3. 受けたサービスに対するサービスユーザーの満足度と、ケアプランに記載されている目的に応じたケアの評価に関連する結果基準。

品質基準は、住宅レベルに関する法律（Heimgesetz）および長期介護保険に関する法律（SCB XI）を通じて、国内レベルの法律で規制される。在宅ケアは、社会規範 SGB XI によって規制されている。在宅介護の品質基準を導くその他の関連法には、介護保険法（SCB V）および介護支援に関する社会扶助法（SGB XII）がある。

看護に関するより具体的な専門家の基準も開発された。現在までに、以下の専門家の標準が開発されている。

- ・介護における褥瘡予防
- ・介護における退院管理
- ・看護における痛みの管理
- ・介護における転倒防止
- ・看護における尿失禁の促進
- ・慢性創傷を持つ人々の看護
- ・介護における経口栄養の確保と促進のための栄養管理。

年次検査を導入した 2008 年の政策改革では、具体的に特定された業績指標を定義する規制の枠組みも開発された。このフレームワークは 2011 年に運用可能になり、パフォーマンスインジケータは、MDK による検査の一般的なガイドラインから取得され、最も重要な利害関係者である契約保有者/ケアプロバイダー、MDK および LTCI 金庫によって合意された項目と質問に基づく「透明性基準」として知られている。このプロセスで収集された情報は、一般にアクセス可能な Web サイト（www.pflegelotse.de）で公開される。

ドイツの透明性基準 全表

ドイツの品質規制の枠組みの透明性基準例（介護者との満足度に関するインタビュー結果）
今後の事態が考慮されている
ケア契約が締結されている
合意されたケアサービスを実施
業務の時間は足りている
ケアは同じ人によって提供される
活性化を動機づけるケアが行われている
本院の意志に応じたケア提供
ハウスキーピングへの満足度
ケア状況（要介護者への訪問）
適切なケア状態
文書化とケアプロセス（ケア文書化）
利用者の健康とケアの状態に関する情報の収集
利用者の生活歴に関する情報
受給者の能力、不足、特別な問題に関する詳細
パーソナルケアの目標決定
パーソナルケア対策の計画
外部専門家が実施した対策の文書化
予防薬への考慮
提供されるサービスの文書化
継続的な文書化
緊急の場合に人員が適切に行動
ケアの結果のレビューと目標と手段の調整
プロセスおよび結果の品質
じょく瘡を予防する活動が適切
栄養と水分の供給は十分
失禁用品の供給は十分
精神疾患に苦しむ人々のサービスは適切
一般情報
事業を行う資格の存在
チーム会議が可能
アクセスできない個人文書管理
鍵の安全な預け入れ
基本的なケア理論
ビジョン/ケアの存在
介護の概念/モデル
実施するケアの概念
人員
実在の担当看護師
適切な担当看護師の資格
資格のある看護師の代理人が利用可能
適切な資格を持つ看護師の割合

https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/Approaches_to_the_regulation_and_financing_of_home_care_services_in_four_European_countries.pdf

②介護事業者監査の実際

国際長寿センターインタビューより

カリタス フランクフルト セントラルステーション

メディカルサービス（MDK）による介護事業者の検査は年に1回行われる。その際にはMDKの担当者が事前通知なく事務所を訪れて無作為に患者を選んで利用者の自宅を訪問し、適応する資格を持った人が適切なサービスを提供しているかを調べる。それぞれの患者の自宅にはどのような行為を行ったかという記録がある。看護、介護が満たさなければならない条件に沿って行われ、それが記録されているかどうかを見る。さらにそのサービスを行った専門職の資質、資格を確認する。それ以外に、コスト、経費に関する検査も行われる。

その結果によって事業所に対して点数がつけられ、インターネットで評価報告書として公表している。そこには、組織、看護・介護内容、個々の職員がきちんと対応しているか、親切か、時間を守るかなど患者の満足度も載る。

検査の際に介護事業者の責任者は事務所にいなければならない。予告なしの検査なので責任者は休暇をとっていても戻って来なければならない。

介護事業者が活性化にとって効果の薄いサービスを提供することはドイツでは考えにくい。

まず、ドイツでは要介護者はできるだけサービスを使いたくないと思っている。ドイツの介護保険は部分保険なので、サービスを受けている人はできるだけサービスの量を節約しようとする。問題は、必要なほど介護を提供できないという現状があるということだ。

また、「効率的な」介護を優先することは許されていない。MDK検査では「活性化する」介護をしていないと点数を引かれる。活性化する介護の法的根拠は社会法典11編の2条および11条にあり、2条には「支援は、要介護者の身体・知・精神力を再生または維持するように行われねばならない」とある。

『先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究』

ドイツインタビュー

http://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2017d2.pdf

3) イギリス

①地域ケア品質システムにおいてキーとなる役割

イギリスではサービス事業者の検査を行うのは主にケアの質委員会 (Care Quality Commission、CQC) である。対象は医療、自治体サービスの双方である。それ以外に、患者・利用者団体によるチェックも随時行われ、保健省に報告される。

地方自治体協会「実際のヘルスとケアの質のシステム 地域のリーダーのためのガイド」

Health and Care Quality Systems in practice A guide for local leaders 2015

Local Government Association (LGA)

レギュレーター（規定/取締りを行う）	プランニング、アドバイザー（計画を立案、諮問する）
例 ・ ケア品質委員会 (CQC) ・ 児童教育・サービス事務所 (Ofsted、児童へのサービスを監査) ・ モニター (Monitor、ファウンデーショントラスト内の監査部門) ・ トラスト開発局 (TDA、ファウンデーショントラスト以外の監査部門) 訳注：以上は CQC に統合されている	例 ・ヘルス・ウェルビーイング理事会（自治体内ヘルス・ケア関係者フォーラム） ・ヘルスウォッチ（患者・利用者団体。CQC と連携） ・概要とセキュリティ委員会（自治体内チェック機関） ・セーフガード理事会（児童保護） ・品質監視グループ（ヘルス/ケアの質のリスクに関するガイダンスを発行）
主要な活動 ・ 登録 ・ 検査 ・ 指針の執行 ・ パフォーマンスの監視	主要な活動 ・患者やユーザーへの声かけ ・公的説明責任の確保 ・アウトカムと患者の経験を精査する - ポリシーとサービスの設計に影響を与える ・介護サービスの質に関するエビデンスの検討 ・保護（セーフガード）計画の策定と見直し ・リスクと懸念の特定と拡大

<https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/health-and-care-quality-s-16a.pdf>

②全国中間ケア監査による監査

イギリスの中間ケア(在宅生活継続のためのケア、リエイブルメントサービスや在宅終末期ケアなどを含む)の監査を行う団体のレポートである。

「2017年サマリーレポート 全国中間ケア監査」

National Audit of Intermediate Care (NAIC)

Summary Report, 2017 England

2. 要約

中間ケアおよびリエイブルメントサービスは、自宅のより近くで医療やケアを提供し入院を回避する全国医療政策の、重要な要素である。NHS イングランドの「*Five Year Forward View and Next Steps for the Five Year Forward View* (今後5年間の見通しとそれに向けた次のステップ)」では、虚弱および高齢の人々が健康で自立し続けられる支援の必要性が強調されており、これは中間ケアの主要な役割である。政策文書では、入院の増加を抑え、ケアの質や経験を改善するために、医療とケアシステムの全部門をさらに統合するよう呼び掛けている。中間ケアは引き続き、このアジェンダの先頭に位置付けられている。

中間ケアサービスは、システム利用の流れを改善する。「*The High Impact Change Model for Managing Transfers of Care* (ケアの移行管理に向けた影響力の大きい変化モデル)」では、人々が病院でのアセスメントを無駄に待たなくてもよくなるよう、地域のシステムが利用者の自宅で短期ケアやリエイブルメントを提供すべき、または病院と自宅の隙間を埋めるために「ステップダウン」ベッドを活用すべきである、と提案している。十分な中間ケアおよびリエイブルメントを提供して、病院からケアのレベルを下げられるようにすることで、退院の遅れが減少し、患者の流れが改善する。また中間ケアの入院回避(ステップアップ)機能によって、不要な入院や施設入所が減少する。

現在5期目を迎える中間ケア全国監査(NAIC)では、自立度の最大化および病院やケアホームの利用減を目指す地域サービスの進捗状況について、独自の評価を行っている。この監査では、システムの移行期において、虚弱状態で高いニーズおよび複雑な共存症を有する人々(通常は高齢者)を支援するサービスのモデルおよび実績について、総合的に分析する。まこの監査では、4種類のサービスについて検討する。すなわち、crisis response(危機対応)、home based intermediate care(在宅中間ケア)、bed based intermediate care(施設中間ケア)およびre-ablement(リエイブルメント)サービスである。NAICには、サービス利用者の監査および患者が報告した経験の測定が含まれており、これらはイングランド、ウェールズおよび北アイルランドから今年得られた2万以上の回答結果である。これらのデータは、サービスの質や効果、経験についてユニークなエビデンスを提供するものである。

新たに発表されたNICEガイドラインNG74「*Intermediate Care including reablement* (リエイブルメントを含む中間ケア)」では、中間ケアサービスに重点を置いており、これは歓迎すべきことである。このガイドラインでは優れた実践を紹介し、アクセスの平等やさらに統合された提供アプローチについて勧告を行っている。この監査では、上記ガイドラインの主な勧告遵守の状況について、初期評価を行っている。

NAIC2017から明らかになった主なテーマは、以下の通りである。

中間ケアの効果

中間ケアではサービス期間中、利用者の 91%以上と ADL の自立度維持または改善に取り組んでいることが、監査のエビデンスで示された。

2017 年現在、記録された自立度改善の平均割合は、在宅で 31%、施設で 35%、リエイブルメントサービスで 36%だった。中間ケア開始時における利用者の自立度および、サービス期間中の改善度は、在宅とリエイブルメントサービスで 2015 年の結果と同様だった。しかし施設サービス利用者を見ると、ケア開始時の自立度は 2015 年より 2017 年の方が低かった。ただし、自立度の改善は両年で同様だった。

2017 年のサンプルで、施設サービス利用者の自立度が低下していた点を反映して、2017 年では 2015 年と比較して、自宅に戻る人の割合が低く、また急性期病院へ再入院した人の割合が高かった。ただし全体的に見ると、中間ケア 3 種類で自宅に戻った人の割合は引き続き高く、在宅では 80%、施設では 69%、リエイブルメントサービスでは 83%だった。

サービス利用者の経験

中間ケアサービス利用者の経験は全体的に好意的であり、Patient Reported Experience Measure (PREM、患者の報告による経験の尺度) で調査されたサービスのあらゆる側面で、高い評価が得られた。回答者の 91%以上が、尊厳と敬意をもって処遇されたと感じていた。在宅、施設およびリエイブルメントサービスにおける PREM の概要スコア中央値は、NAIC2015 での結果と同様だった。

自由回答の質問で最も多く見られた称賛の内容は、職員の態度と「良いサービスまたはケアを受けている」というものであった。サービス改善について最も多く見られたテーマは、施設（施設サービスで）、コミュニケーション、訪問のタイミング（リエイブルメントサービスで）および連携サービスへのニーズであった。

PREM の自由回答に関する詳細報告は、NAIC ウェブページで閲覧できる。

統合

戦略レベルにおける医療と社会的ケアの統合は引き続き前進しており、中間ケアおよび *Section 75 pooling arrangements*（第 75 筋プーリング協定）の権限を有する多機関委員会の数は、NAIC2017 で増加が見られた。

コミッショナーの半数以上は、統合サービスに委託している。しかし多くの場合は今も、*NICE* ガイドラインの勧告にある一元化された窓口や管理体制および単一のアセスメントプロセスを展開していない。この結果から、真に統合されたサービスを実現するためには、これらのより密接な運営面で、さらに取り組まなければならない点が残っていることが示唆される。

紹介元の分析では、医療と社会的ケアシステムの中で危機対応サービスが十分に統合されていることが示唆される。しかし他の種類のサービスでは、全国平均と比べて医療と社会的ケアのつながりが弱いようである。この結果から、たとえば紹介経路の最適化など、部門間のより密接な協働の必要性が示唆される。

出資と対応能力

中間ケアは需要へ応えるために、対応能力を約 2 倍に増やす必要がある、と NAIC2012 では計算された。人口高齢化や緊急受け入れの増加を踏まえると、この 5 年間で需要が増え続けた可能性が高い。しかしこれまでの監査と同様に、需要へ応えるために必要な出資や対応能力の変更が 2017 年に実現された、と示唆するエビデンスはない。中間ケアサービスへの合計出資額は、加重人口 10 万人あたり約 280 万ポンドである。

施設サービスでの支出額が若干増加したことに伴い、増額分は、対応能力の増強ではなく施設サービスの費用増に吸収された。エビデンスからは、加重人口 10 万人当たりの委託ベッド数が 2017 年に減少したことが示唆される。費用増の原因は配置職員数の増加であり、おそらくケアホーム部門での生活賃金実施も原因とみられる。配置職員数の増加は、施設サービスで利用者の依存度が高まっている状況を反映している可能性がある（セクション 6.1）。

現制度では、医療と社会的ケアシステムがそれぞれ別個で競合する資金調達モデルとなっている。このような制度の中で、コミッショナーが中間ケアへ資金を割り当てるのは難しく、これが出資額据え置きの一因となっている可能性がある。たとえば Accountable Care Systems（アカウンタブル・ケアシステム）のような新たな仕組みなど、資金調達モデルを検討するチャンスもある。これらに期待されるのは、たとえば高齢者向けの上限付き予算など、whole system approach（全体システム・アプローチ）への動機づけ改善である。

合計出資レベルに加え、中間ケアシステム内における「ステップアップ」と「ステップダウン」のバランスが考慮されるべきである。これは、「ステップダウン」への需要で圧力がかかる可能性のある「ステップアップ」サービスの対応能力を十分に整備するためである。今年の結果から、リエイブルメントサービスが「ステップダウン」で利用されるケースが増えていることが示唆されており、これはケアの移行における遅れを減少させる支援を行うよう、社会的ケアにかかる圧力を反映している可能性がある。

中間ケアサービスへのアクセス

待機期間は、アクセスしやすさに関する重要な尺度である。特に、急性期病院で中間ケアサービスを待つ間に状態が急速に悪化しかねない高齢者にとって、これは特に重要である。待機期間を制限することの重要性は、最近発表された *NICE* ガイドラインで認識されており、そこでは、施設中間ケアが適切な紹介を受けてから 2 日以内に開始されるべきである、と述べられている。

2 日間の待機期間という新たな質の基準は今年、3 種類のサービス（在宅、施設、リエイブルメント）で監査に導入された。紹介からサービス開始までの期間が 2 日を超えた割合は 100%から 0%まで、と実績にかなりばらつきが見られた。平均待機期間は若干減少し、在宅サービスでは 5.8 日（紹介からアセスメントまで）、施設サービスでは 2.5 日（紹介から開始まで）だった。期間の短縮は歓迎すべきだが、平均値は現在も、2 日という待機期間の基準より高い状況である。

在宅サービスの供給力は改善されており、週末に営業しているサービスの数が増加した一方で、9 時から 5 時までに限定されたサービスの数が減少した。

職員

スタッフの態度は、施設およびリエイブルメントサービスに関する PREM の自由回答で、最も多くの称賛が得られた内容となっており、中間ケアの職員による献身やプロ意識を反映している。

施設サービスでは配置職員数が増加しており、これが上記の費用増につながっている可能性がある。

より多様なスタッフが接触することで、サービス利用者と共に取り組む多職種チームのアウトカムが改善することを裏付けるエビデンスが、監査結果により提供されている。職種ミックスに関する分析では、医療ベースの中間ケアサービスで社会的ケアが現在もあまり代表されていないこと、また中間ケアサービス機関にはメンタルヘルスの職員がほとんど含まれないことが示唆されている。施設サービスでは療法分野でのインプットが現在も限定的で、職員全体の約 10% であり、またリエイブルメントサービスでは減少した様子で、職員全体のわずか 3% となってしまった。

中間ケアサービス内でのメンタルヘルスの提供

中間ケアサービス機関の中にメンタルヘルスの職員が含まれるのは、現在も珍しいことである（機関の 1% 未満）（セクション 6.7）。しかし、サービスの約 1/3 ではメンタルヘルスサービスへ直接アクセスできており、またコミッショナーの 1/4 以上は現在、統合チームにメンタルヘルスの専門家を組み入れている（在宅およびリエイブルメントサービスで）。

認知障害のある人の状況には、ばらつきが見られる。在宅サービスでは、ほぼすべて（96%）が認知障害のあるサービス利用者にかかっていると述べている一方で、施設サービスでは、認知障害のある人を受け入れていると述べている割合が比較的低い（81%）。

中間ケアサービス利用者の人口構成とプロセス

中間ケアサービス利用者の人口構成は、2015 年以降おおむね変化していない。NAIC2017 のサービス利用者サンプルにおける中間ケアサービス利用者の平均年齢は、在宅サービスで 80 歳、施設サービスで 83 歳、リエイブルメントサービスで 79 歳だった。施設サービスにおける 90 歳以上の人の割合は、2013–2015 年で毎年増加して以降、25% で横ばい状況となっている。

記録されたケア計画および多職種チームによって見直されたケア計画のあるサービス利用者は、アウトカムが比較的良好なことが、監査からのエビデンスから示唆される。

NAIC 2017 では、虚弱のスクリーニングに関する新たな質問が組み入れられた。スクリーニングを行う可能性が最も高かったのは、施設サービスである。

NAIC 2017 : 一目でわかる主な結果 key findings at a glance

臨床職員

在宅	施設	リエイブルメント
利用者 100 人あたり 2.7 人（常勤換算）	ベッド 1 床あたり 1.5 人（常勤換算）	利用者 100 人あたり 6.5 人（常勤換算）

出資（人口 10 万人あたり）

- 90 万ポンド：危機と在宅の合計
- 140 万ポンド：施設
- 60 万ポンド：リエイブルメント

紹介（人口 10 万人あたり）

在宅	施設	リエイブルメント	危機対応
873	236	436	726

委託ベッド（人口 10 万人あたり） 20.9

待機期間（紹介からアセスメントまで）

在宅	施設	リエイブルメント	危機対応
5.8 日	1.1 日	3.5 日	4.8 時間

受け入れサービス利用者 1 人あたりの直接費用

在宅	施設	リエイブルメント	危機対応
982 ポンド	5,965 ポンド	2,002 ポンド	791 ポンド

サービス提供期間（Halfway Home で推奨される上限の 6 週間に対して）

在宅	施設	リエイブルメント
31 日	27 日	31 日

アウトカム（自立度が維持または改善した患者の割合）

	在宅	施設	リエイブルメント
改善	72%	85%	75%
維持	21%	8%	16%
悪化	7%	6%	9%

[https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-](https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-static/NAIC+(Providers)/2017/NAIC+England+Summary+Report+-+upload+2.pdf)

[static/NAIC+\(Providers\)/2017/NAIC+England+Summary+Report+-+upload+2.pdf](https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-static/NAIC+(Providers)/2017/NAIC+England+Summary+Report+-+upload+2.pdf)

③ケアの質委員会（CQC）による監査の手順と内容

ケアの質委員会がプロバイダーに対して行う検査の概要。

CQC ホームページより

私たちが尋ねる 5 つの重要な質問

- ・安全か？（虐待や回避可能な危害から保護されている）
- ・効果的か？（ケア、治療、サポートは良好な結果を達成し、生活の質の維持に役立ち、利用可能な最高の証拠に基づいている）
- ・思いやりがあるか？（スタッフは、思いやり、優しさ、尊厳、敬意をもって顧客を包み、治療する）
- ・人々のニーズに敏感か？（サービスは、顧客のニーズを満たすように編成されている）
- ・うまく主導されているか？（組織のリーダーシップ、管理、およびガバナンスは、個々のニーズに基づいた質の高いケアを提供し、学習と革新を促進し、オープンで公正な文化を促進するようになっている）

検査の計画

検査前の情報収集には次のものが含まれる。

電話、手紙、メール、または体験ページの共有を通じて受け取ったコメント、地元のヘルスウォッチやその他の組織からの情報、ケアの経験を共有することを奨励するために計画した活動からのフィードバック、懸念を提起するスタッフからの情報、ケア提供者からの情報。

検査チーム

検査チームの多くには、臨床医や薬剤師などの専門家が含まれる。また、別のエキスパートも含まれる場合がある。これらは、介護サービスを利用したか、介護している人の世話をしたために、介護の個人的な経験を持っている人々である。

4 つの評価

秀（Outstanding このサービスは非常にうまく機能している）

良（Good サービスのパフォーマンスは良好で、期待に込めている）

改善が必要（Requires improvement サービスは期待どおりに機能していないため、サービスの改善方法を伝えた）

不十分（Inadequate サービスのパフォーマンスが悪いため、サービスを実行している個人または組織に対して措置を講じた）

評価の表示

法律により、ケア提供者は私たちが与えた評価を表示する必要がある。ケアを提供する場所、サービスを使用する人々がそれらを容易に見ることができる場所に表示しなければならない。病院のメインエントランスまたは GP 手術の待合室など。

また、ウェブサイトがある場合は、ウェブサイトでも評価を表示する必要がある。

<https://www.cqc.org.uk/>

○検査にあたっては、事前に利用者団体等からの情報も収集する

○検査内容は利用者からの聞き取りを重視し、「安全性」「効果」「対応のよさ」「ニーズ対応」「管理」で、4 段階の検査結果が該当施設に掲示され、また web でも公開される

④自治体によるサービス評価 国際長寿センターインタビューより

国際長寿センター2018年、2019年のリエイブルメントサービスに関するインタビューでは、長期介護ニーズの減少について以下のような数値が自治体より報告されている。

イギリスの自治体におけるリエイブルメントサービスの評価

■ロンドン Bexley Council (2019年8月インタビュー)

- ・ 昨年のリエイブルメントサービスへの紹介数合計：900件
- ・ ロックウッドの虚弱スコア：リエイブルメントの終了時には、クライアントの56.6%で虚弱スコアが改善
- ・ ダブルハンド（介助に2人を要する）からシングルハンド（介助を1人で行う）のケアパッケージへ。61%で、ダブルハンドからシングルハンドのケアへと、ケアニーズが低下

■ロンドン Merton Council (2019年8月インタビュー)

2018年

- ・ 552の顧客がリエイブルメントに紹介された
- ・ 459の顧客をリエイブルメントは受け入れた
- ・ 72%の顧客は自立となりリエイブルメントの終了時には長期介護ニーズが無くなった
- ・ 28%の顧客のケアパッケージが縮小されて2人介護から一人介護に移行するか4回訪問が1回あるいは2回訪問になり長期介護ニーズが減った

2019年の4月から7月

- ・ 185の顧客がリエイブルメントに紹介された
- ・ 161の顧客をリエイブルメントは受け入れた
- ・ 74%の顧客は自立となりリエイブルメントの終了時には長期介護ニーズが無くなった
- ・ 28%の顧客のケアパッケージが縮小され、最小限の長期介護ニーズとなった

■グレーター・マンチェスター Wigan Council 8月22日

- ・ 昨年は病院、コミュニティ・チームから2224件の紹介を受け、リエイブルメントが終わった後、受けられた人の72.78%でフォーマルケアが不必要となった。これにより、予算的にはかなりの節約になった。

『軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究事業』

○サービスの提供は事業者に委託（コミッショニング）されるが要求を満たせない事業者は委託解除があり得る

2018 年ロンドン ランベス区統合コミッショナーインタビューへのインタビュー

リエイブルメントサービスに関しては、過去には、民間の業者に委託していたが、失敗に終わったケースもある

まず、リエイブルメントそのものが市場にとって新しいコンセプトであった。従来の在宅ケアマーケットは、「何もかもやってあげる」という概念だったので、体を洗うことからベッドから起こしてあげることまで全てであった。リエイブルメントは、リハビリを重視するという全く異なるアプローチである。

最初の入札の際にこのプロバイダーだったら大丈夫という手応えはあったのだが、実際に提供されたサービスの質がまず低かったこと、アウトカムも芳しくなかったこと、また、適切なスタッフの確保にも失敗していた、という3つが重なり、失敗事例となった。

そういった失敗事例があったので、再び民間に委託するよりも、今までヘルスケアとソーシャルサービスの統合的連携面において成功を収めてきた事業所 をお願いすることになった。いまは新しい事業者が正式なリエイブルメント・サービスプロバイダーとしてサービスを提供してくれている。チームの構成員はPT、SW、ケアワーカーなどがいる。統合マネージメントストラクチャーを持っている。

『多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較研究』国際長寿センター イギリスインタビュー ロンドン ランベス区

http://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2018_england.pdf

⑤NHS によるソーシャルケアのアウトカム報告

以下は、NHS イングランドが実施したソーシャルケアの成果の調査報告である。

「成人ソーシャルケアアウトカムフレームワークからの諸指標、2018-2019 イングランド」

Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework, England, 2018-19

NHS Digital

アダルトソーシャルケアの成果フレームワーク 2018/19 -概要

指標	調査名	結果
1: ケアとサポートのニーズを持つ人々の生活の質の向上		
包括的な指標		
1A. ソーシャルケア関連の生活の質	Adult Social Care Survey (ASCS)	イングランドの全般的 QOL スコア (最大スコアは 24): 全体 19.1 男性:19.4 女性: 18.9 18-64:19.6 65+: 18.9
1J -調整されたソーシャルケア関連の生活の質-アダルトソーシャルケアサービスの影響	Adult Social Care Survey (ASCS)	0.403 計算方法は以下: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180328130852tf_/http://content.digital.nhs.uk/media/23160/Identifying-the-Impact-of-Adult-Social-Care-report-summary/pdf/IIASC_Report_Summary_2014-15.pdf/
アウトカム指標 人々は自分のサポートを望むだけ管理しており、ニーズに合わせてサポートの提供内容、方法、時期を管理している。		
1B. 日常生活を管理しているサービスを利用する人々の割合	Adult Social Care Survey (ASCS)	全体: 77.6% 男性:79.9% 女性:76.0% 18-64: 82.6% 65+: 74.4%
1C. ソーシャルケアを利用している人のうち、自主的に支援を受けている人、およびダイレクトペイメントを受けている人の割合 ・自主的に支援を受けている人の割合 ・ダイレクトペイメントを利用している人の割合	Short and Long Term Support (SALT)	・全体: 89.0% 介護者: 83.3% ・全体: 28.3% 介護者: 73.4%
介護者はケアの役割のバランスを取り、望む生活の質を維持できる		
1D. 介護者から報告された生活の質	Survey of Adult Carers (SACE)	イングランドの全般的 QOL スコア (最大スコアは 12) 全体: 7.5% 男性:7.7% 女性:7.4% 18-64: 7.2% 65+: 7.8%
人々は希望するときに雇用を見つけ、家族や社会生活を維持し、コミュニティ生活に貢献し、孤独や孤立を避けることができる		
1E. 有償雇用における学習障害 learning disability のある成人の割合	Mental Health Services Data Set (MHSDS)	全体: 5.9% 男性:6.4% 女性:5.2%

1F. 有給雇用において二次精神保健サービスと接触している成人の割合	Mental Health Services Data Set (MHSDS)	全体：8% 男性：7% 女性：10%
1G. 自宅に住んでいるかまたは家族と一緒に住んでいる学習障害 learning disability のある成人の割合	Mental Health Services Data Set (MHSDS)	全体：77.4% 男性：77.1% 女性：78.0%
1H. サポートの有無にかかわらず、独立して生活しており二次精神保健サービスと接触している成人の割合	Mental Health Services Data Set (MHSDS)	全体：58% 男性：56% 女性：60%
1I. サービスや介護者を利用している人のうち、自分が望む限り多くの社会的接触があると報告した人の割合	Adult Social Care Survey (ASCS) Survey of Adult Carers (SACE)	全体：45.9% 男性：47.8% 女性：44.6% 18-64：49.6% 65+：43.5% (介護者) 32.5% 男性：34.3% 女性：31.6% 18-64：29.5% 65+：34.5%
2：ケアとサポートの必要性を遅らせる、減らす		
包括的な指標		
2A. 住宅型および介護施設への入所により、長期的なサポートニーズが満たされている。人口 10 万人あたり	Short and Long Term Support (SALT)	長期支援のニーズが居住施設およびナーシングホームへの入所によって満たされた 18～64 歳の数、人口 10 万人当たり：13.9 居住施設およびナーシングホームへの入所によって長期的な支援ニーズが満たされた 65 歳以上の人々の数、人口 10 万人当たり：580.0
アウトカム指標 誰もが生涯を通じて最高の健康とウェルビーイングを享受する機会を持っており、サポートや情報にアクセスして、ケアのニーズを管理するのに役立たせることができる 初期の診断、介入、リエイブルメントは、人々とその介護者がインテンシブサービスにあまり依存しないことを意味する		
2B. 退院後 91 日でリエイブルメント/リハビリテーションサービスを受けてからまだ在宅している高齢者（65 歳以上）の割合 退院後にリエイブルメント/リハビリテーションサービスを受けた高齢者（65 歳以上）の割合	Short and Long Term Support (SALT)	82.4% 2.8%
2D. 短期サービスの結果：サービスの続き 継続的なサポートの要求がさらに行われることがなかった短期サービスを受けた新規クライアントの割合 (代替 2E：リエイブルメントサービスの有効性)	Short and Long Term Support (SALT)	全体：79.6% 18-64：84.3% 65+：78.8%
人々のケアニーズが発生した時、受けるサポートは最も適切な環境で行われ、独立を取り戻すことを可能にする		
2C. 病院からのケアの移管の遅延、および成人ソーシャルケアに起因する遅延 (2C(1)) 病院からのケアの移転の遅延、人口 10 万人あたり	NHS イングランド/ONS(統計局)	10.3

(2C(2)) 成人ソーシャルケアに起因する病院からのケアの移転の遅延、人口 10 万人あたり		0.8
(2C(3)) NHS と成人ソーシャルケアに起因する病院からのケアの移転の遅延、人口 10 万人あたり (代替 2F：認知症-独立を維持し、生活の質を改善する際の診断後ケアの有効性尺度)		3.1
2D. 継続的なサポートがそれ以上要求されなかった、短期サービスを受けた新規クライアントの割合	Short and Long Term Support (SALT)	全体：79.6% 18-64: 84.3% 65+: 78.8%
3：人々がケアとサポートについて前向きな経験を持つようにする		
包括的な指標 ソーシャルケアとその介護者を利用する人々は、ケアとサポートサービスの経験に満足している		
3A. ケアとサポートでサービスを利用する人々の全体的な満足度	Adult Social Care Survey (ASCS)	全体：64.3% 男性:66.2% 女性:63.0% 18-64: 68.1% 65+: 61.8%
3B. 社会サービスにおける介護者の全体的な満足度 (代替 3E. 統合ケアの有効性)	Survey of Adult Carers (SACE)	全体：38.6% 男性:40.4% 女性:37.8% 18-64: 36.1% 65+: 41.0%
アウトカム指標 介護者は、ケアプロセスを通じて平等なパートナーとして尊敬されていると感じている		
3C. ケアをしている人についての議論に参加または相談されたと報告する介護者の割合	Survey of Adult Carers (SACE)	全体：69.7% 男性:69.0% 女性:70.0% 18-64: 68.4% 65+: 70.6%
人々は、地元で利用可能な選択肢、利用資格の有無、支援が必要な場合の連絡先を知っている。		
3D. サービスを利用している人や介護者で、サポートに関する情報を見つけやすい人の割合	Adult Social Care Survey (ASCS)	全体：69.7% 男性:70.6% 女性:69.1% 18-64: 66.7% 65+: 71.7% (介護者) 62.3% 男性:64.5% 女性:61.3% 18-64: 57.4% 65+: 67.1%
社会的ケアに関する意思決定に関わる人々を含む関係者は、個人の尊厳を尊重し、サポートが各個人の状況に敏感であるという点を保証する この情報はアダルトソーシャルケア調査に含まれており、地域レベルでの分析に使用される		
4：本人の状況が脆弱さを招いてしまうような成人を保護し、回避可能な危害から保護する		
包括的な指標		
4A. 安全だと感じているサービス利用者の割合	Adult Social Care Survey (ASCS)	全体：70.0% 男性:72.2% 女性:68.5% 18-64: 68.3% 65+: 71.2%
アウトカム指標 誰もが身体上の活動を楽しみ、安全であると感じる 人々は身体的および感情的な虐待、嫌がらせ、ネグレクト、自傷行為から自由である 人々は回避可能な危害、病気、怪我から可能な限り保護されている 人々は、前もって計画し、希望する方法でリスクを管理する自由を手に入れることができるよう支援されている		
4B. サービスを使用して安全で安全だと感じていると言うサービス利用者の割合	Adult Social Care Survey (ASCS)	全体：86.9% 男性:87.1% 女性:86.8% 18-64: 88.0% 65+: 86.2%

Social Care User Surveys (ASCS and SACE Data Collections)

Each year we carry out user surveys to get feedback from service users. Survey information is gathered by councils with social services responsibility, and these pages contain guidance for them. p34
https://files.digital.nhs.uk/18/AA4698/meas-from-asc-of-eng-1819-ASCOF_2018-19_Report.pdf

⑥ケアの質委員会（CQC）による検査例

以下は、CQC による検査の実例である。

ウィガン自治体リエイブルメント・サービス調査報告 ケアの質委員会（CQC）

訪問調査実施日：2016 年 5 月 25 日 発行日：2016 年 9 月 20 日

評 価

このサービスの全体評価	極めて良い
サービスは安全か？	良い
サービスは効果的か？	良い
サービスには思いやりがあるか？	良い
サービスはニーズに responding しているか？	極めて良い
サービスの運営体制は効果的か？	極めて良い

リエイブルメントサービス 詳細結果

本調査の背景

私たちは Health and Social Care Act 2008（2008 年医療・社会的ケア法）第 60 節に基づき、自らの規制機能の一環としてこの調査を実施した。この調査は、2008 年医療・社会的ケア法および同法の関連規則に定められた要件を提供者が満たしているか確認し、サービスの全体的な質を調査し、また 2014 年ケア法対象サービスの評価を行うために計画されたものである。

この調査は 2016 年 5 月 25 日、事前に予告した上で行われた。現場では利用者の自宅で地域ケアサービスを提供しており、また登録管理者が確実に調査日にいるようにするため、訪問の 2 日前に登録管理者へ連絡した。

この調査はケアの質委員会（CQC）の調査官 2 名によって行われた。

サービス提供者訪問前に、私たちは同提供者に関して入手した情報を確認した。その中には、同提供者で発生した重大事象について報告するために私たちへ送られてきた通知が含まれる。調査日前に私たちから Provider Information Return（PIR、提供者情報申告書）を要請することはなかった。PIR は提供者に対して、サービスの主要な情報や長所、改善計画などを求める様式である。

私たちは調査中、利用者 7 名のケア記録および関連のやりとり、スタッフ 4 名の人事ファイル、品質保証記録、ならびに事故および事件に関する記録・方針・手順を調べた。調査の一環として私たちは、登録管理者、サービス管理者、2 名のチームリーダー、2 名の作業療法士（OT）、上級 OT、上級ケアラーおよび 4 名のケアワーカーと話した。また 6 名のサービス利用者と 2 名の親族とも話し、サービス利用の経験について話を伺った。調査後には電話にて、2 名の医療専門職からもフィードバックを得た。

サービスは安全か？ 良い

結果

利用者は、サービス提供者から支援を受けていて安全に感じている、と述べていた。私たちが話した人々からのフィードバックでは、利用者や親族が安全で思いやりを感じられるような効果的なコミュニケーションがとられていることが示された。ある利用者は、「私は安全だと感じています。このレベルの支援を受けているとわかっているのは、心強いです」と述べていた。もう一人の利用者は、「これは私にとって、セーフティーネットです。私は自分でなんとかやっていけると思いますが、苦しくなった時に頼れるものがあるのです」と述べていた。三人目のコメントは「以前のように転倒しなくなったので、安全と感じています」と述べていた。四人目の回答者は、「今は格段に安全だと感じています。各部屋に電話がありますし、転倒した場合の連絡先情報が全部ありますから」と述べていた。

スタッフは、成人の保護に関する研修を受けたと述べていた。この点について私たちは、スタッフ研修記録で確認できた。サービス提供者には、保護に関する方針や手順が整備されていた。また最近では保護に関する懸念は見当たらなかった。サービス提供者には「CQC ファイル」と呼ばれるファイルがあり、ここには CQC Fundamental Standards (CQC 基本的基準) に関連する様々な情報が含まれていた。その中には保護に関するセクションがあり、保護の手順や多機関での警告ガイダンス、内部通報方針、保護に関するスタッフ研修の詳細および必要な場合のアドボカシーサービスに関する情報が記載されていた。

スタッフは、誰かが虐待されている疑いがある場合にとる行動について、明確に述べることでできていた。具体的には、登録管理者と話し、必要な場合には地方自治体の保護チームおよび／または警察に連絡する、と述べていた。スタッフの一人は、「私は管理者に連絡しますし、私たちには保護や警察に関する様々な詳細情報があります。また、保護に関する研修も毎年行います。虐待の可能性のある兆候としては、たとえば利用者が怖がっていたり、痣があったり、あるいは異なるスタッフメンバーに対して感情的になったり緊張した様子を見せたりすることなどが挙げられます」と述べていた。地域の保護チームに勤める上級実務者から得られたコメントは、「リエイブルメントチームが適切かつタイムリーに警告してくれる、と信頼できます。チームの方々はプロセスに参加しようとしてくださいますし、弱い立場の成人の保護でご自身が担う役割を理解されています」という内容であった。

ケアプランは、利用者の自宅に紙で保管されているほか、「Mosaic (モザイク)」と呼ばれる自治体の利用者情報システムの中に、コンピューター上で電子媒体でも情報が保管されていた。

利用者の安全リスクについては、様々なリスクアセスメントを用いて評価されていることがわかった。サービス利用開始前と開始時には、チームリーダーと trusted assessor (委託アセスメント担当者) がリスクアセスメントを行い、ニーズが変化した場合には更新されていた。リスクアセスメントの例を確認したところ、そこには利用者の環境についての安全性評価、利用者の安全な動かし方、ケアワーカーが知っておくべき特有ニーズの有無が含まれていた。

サービス提供者は、重要な、または可能性として考えられるリスクについても強調しており、たとえば利用者がペットを飼っている、あるいはリスクの高い薬を使用しているといったケースが含まれていた。ある OT の話では、利用者宅のあらゆる機器は、使用する際の安全性を確認し、またスタッフ全員がわかるよう電子システムに注意書きがなされるとのことであった。

情報の中には、利用者の安全を守るためにスタッフがとるべき行動に関するガイダンスが含まれており、また利用者に他のリスク (例：転倒リスク、褥瘡発症、脱水や低栄養のリスク) が見られる場合には、リスクアセスメントで明確に強調されていた。

事故や事件を記録するための、事故／事件ファイルが使用されていた。ファイルにはまた、定型のインシデントレポート様式や、あらゆる事象の報告手順、労働安全資料、単独での業務手順、アセスメント様式および訪問手順が含まれていた。登録管理者が対応しなければならなかった懸念やパターンの有無を確認するために、インシデントレポートを分析した。その結果、調査日前 12 か月間に、サービス利用者へ直接関係した事件が 2 件見つかった。そのうち 1 件では、サービス利用者が自分で服薬管理を行っていたが、予定されていたスタッフ訪問の前夜に服薬していなかったことをスタッフが気づいた。しかし当該スタッフは利用者の親族へ報告しなかった。

本件についてチームリーダーは当該スタッフと話し合い、そのスタッフは服薬管理の実践について数回の観察を実施したほか、服薬に関する追加的な再訓練を受けた。本件については、記録で確認した。また投薬方法について家族とも話し合い、調剤薬局にも連絡して、サービス利用者

にとってよりわかりやすい他の投薬方法について話し合った。この事例から、サービス提供者が当該利用者の服薬管理について主な担当ではないものの利用者の安全を確保するためにあらゆる合理的な対策を講じていたことが示された。

私たちが話したケアスタッフは経験豊富であり、緊急時の対応方法や利用者のウェルビーイングに向けた支援を行うべきタイミングについて理解していた。スタッフは皆、重要な情報をフィードバックしなければならない場合には事務所へ連絡することをわかっており、また救急サービスを呼ぶなど、利用者が病気であると考えられる場合の対応方法についても理解していた。「時間外」の連絡用電話番号があり、これは通常の業務時間外に問題が発生した場合に利用されていた。

単独で業務を行うケアワーカーに、指導や情報を提供する手順が整備されていた。ケアワーカーの訪問時間に制限はなく、特定された様々な業務が完了するまで利用者と一緒にいた。たとえば一人での訪問などによる、ケアワーカーにとってリスクの可能性がある場合は、ケアスタッフがもう一人同行していた。このようなケースはたとえば、利用者があまり安全でない地域に住んでいる場合や、利用者がケアスタッフに対して危険を及ぼす可能性がある場合などである。私たちが話したケアスタッフによって、このような事実があることが確認された。

調査時点でサービス提供者は、電子媒体でスタッフのスケジュール調整を行う新システムの導入準備を進めていた。これが整備されるまでは、紙媒体で勤務表が事前にスタッフへ渡される。リエイブルメントチームに派遣スタッフは使われておらず、追加でスタッフが必要な場合には、他地域のリエイブルメントサービスから手配できる、と管理者は述べていた。

サービス提供者の中には、様々な役割を担う十分なスタッフがいた。チームリーダーや管理者はいつでも、支援職員がどこで業務を行っており訪問時間がどれくらいかかっているかわかるようになっていた。支援職員にはまた、訪問と訪問の間に移動時間が与えられていた。職員たちは区内で特定の地域をカバーしており、これによって移動時間が短縮されるとともに、利用者が職員の訪問を長く待たなくてもよくなっていた。

スタッフ4名の人事ファイルを調べたところ、しっかりとした募集手順が整備されているエビデンスが示された。ファイルには応募用紙、身元証明および推薦状が含まれていた。私たちが調べたファイルには、スタッフの Disclosure and Barring Service (DBS) checks (犯罪記録調査)の実施書類があった。犯罪記録調査は、応募者が弱い立場の人たちを対象に仕事を行うのに相応しい人物であることを、サービス提供者が確かめるのに役立つ。

サービス提供者がどのように服薬管理を行っているか調べたところ、「必要に応じた」(PRN)薬に関する手順に加え、医薬品に関する最新の方針が整備されていた。利用者の大半は、服薬の促しが必要だったり、あるいは親族が投薬を行っている、との話だった。各リエイブルメントサービスの現場には、服薬支援を必要とする利用者のリストがあった。このリストには、サービス開始日、服薬支援開始日(サービス開始日と異なる場合)、スタッフの支援が必要なレベル、投薬システムの詳細、および正しい支援の提供方法に関するスタッフへのアドバイスが記載されていた。利用者のうち、スタッフが投薬を行う必要があったのはわずか10%だった。投薬を行うスタッフは全員、必要な研修を受けており、投薬能力は定期的にチェックされていた。

サービス提供者が、どのように感染症を管理しているかについて調べたところ、スタッフは感染症拡大予防に役立つ対策について承知していた。たとえば利用者宅で支援を行う際には、定期的に手洗いを行い、エプロンや手袋を使用する、とスタッフは述べていた。感染管理の方針や手順が整備されており、そこでは感染症アウトブレイクの可能性を最小限に抑えるために、スタッフがとるべき行動を特定していた。ケアスタッフは全員、感染管理に関する研修を受けていた。

サービスは効果的か? 良い

結果

私たちが話した利用者たちからは、担当のケアワーカーおよび他のスタッフが有能であることが確認された。ある利用者は、「素晴らしいと私は思います。生まれてこのかた、こんなに良くしていただいたことはありません。これは大変素晴らしいサービスで、とても喜んでます。職員の方々が私にしてくださったことを、いくら称賛しても足りません」と述べていた。もう一人の利用者は、「私は6週間のサービスを終えたばかりですが、誉める言葉しかありません。職員

の方々は色々と助けてくださり、本当に素晴らしかったです。あの方々がいらっしゃらなければ、やっていけませんでした。このサービスの経験は、本当に素晴らしいものでした」と述べていた。三人目の利用者によるコメントは、「提供していただいたサービスへ、とても感謝しています。まるで魔法のようです。職員の方々は私に自信を取り戻してくださいました。私は少しずつ、自分が望む状態に戻りつつあります」という内容だった。

私たちが会ったスタッフは全員、利用者の個別ニーズへ応えるのに必要なスキルを確実に身につけるため、就任時および継続的な研修を受けたと述べていた。あるスタッフメンバーは、「就任時研修は約6週間のプログラムで、シャドウイングや必須の研修を行いました。研修はとてもしっかりとした内容です。一人で業務を行えるようになる前にまず、チームリーダーが私たちを観察してくださいました」と述べていた。もう一人のスタッフメンバーは、「My Time（マイ・タイム）はスーパービジョンの時間で、そこでは自分たちの業務について話し合えます。もちろん、私たちは上司にほったらかしにされていると感じたことはありません」と述べていた。また年次評価もスタッフを支援するもう一つの形態であり、そこでは職員の専門的能力開発や達成事項が検討され、次年度の目標を定めることができる。

また職員は定期的に対一およびグループでの支援を受けていることが、私たちが話したスタッフから裏付けられた。あらゆる問題は迅速に解決されている、とスタッフたちは述べていた。スタッフは、毎週3回行われるサービス利用者に関するフォーマルな会議への出席に加え、日時を問わずいつでも事務所に立ち寄ることができていた。事務所での会議も行われており、様々なスタッフメンバーが集まってサービスを検討するとともに、登録管理者から最新情報を聞く機会が提供されていた。

サービス提供者が保管するスタッフ研修記録を調べたところ、各サービス提供地域には、包括的な過去の記録が保管されていた。スタッフは様々な分野に関する研修を受けており、具体的にはたとえば、6週間の就任時研修、医療および社会的ケアに関する NVQ（全国職業資格）レベル3研修、trusted assessor（委託アセスメント担当者）、移動と介助、平等と多様性、火災への意識、食の安全、投薬レベル2研修、感染管理、データ保護、安全衛生、成人保護、行動障害、後天的脳損傷、意思決定能力法（MCA）、Deprivation of Liberty Safeguards（DoLS、自由剥奪の保護）、ケア法、転倒および骨折予防、感覚障害、カテーテル・ケア、自閉症への意識、認知症、糖尿病レベル2研修などである。

チーム内には、癌と認知症の「チャンピオン（擁護者）」となっているスタッフが数名おり、この人たちは関連の研修を受け、その結果、サービス利用者と同僚の両方に対して指導や助言を提供できていた。リエイブルメントスタッフはまた、OT とのピア・スーパービジョン／パネルにも参加し、事例を検討したり各利用者の進捗分野に関する助言を得たりしていた。スタッフは全員、感覚に関する研修を受けており、これによって、聴覚障害の利用者とより効果的にコミュニケーションをとる方法について、理解を深めていた。

上記の内容から、スタッフが幅広い研修に参加しており、それによって様々な利用者のニーズを自宅で支援するにあたって、役割を遂行するためのスキルや知識を得ていることが証明された。あるスタッフメンバーは、「研修は素晴らしいです。管理者はいつも私たちのために追加的な研修を探してくださり、さらに磨きをかけるよう私たちを励ましてくださいます」と述べていた。もう一人のスタッフメンバーによるコメントは、「私たちは最近、保護、移動と介助、安全衛生、そして DoLS について研修を受けました。研修の多くは、毎年更新されています」という内容であった。

Mental Capacity Act 2005（MCA、2005年意思決定能力法）は、自分のことに関する意思決定能力が欠けている可能性のある人に代わって、特定の決定を行う際の法的枠組みを提供している。MCA では、可能な限り本人が自己決定を行い、必要な場合には支援を受けるよう義務付けている。本人に特定の意思決定を行う能力が欠けている場合、代わりに行われた決定は本人にとって最善の内容であり、また可能な限り制約が最小限でなくてはならない。本人から自由を剥奪できるのは、ケアや治療を受けることがその人にとって最善であり、MCA に基づいて法的に認められた場合に、それらを受けられるようにする時のみに限定される。

私たちは、サービス提供者が MCA の原則内で業務を行っているか確認した。リエイブルメント・サービスはケアホームではないため、永続的な居住環境でサービスを提供しているわけではない。しかし利用者が自分の生活について意思決定を行う能力がない場合、その人のケアやウェ

ルビーイングに関して、本人にとって最善の決定を行える人を特定する話し合いを親族と持つために、必要であれば関連専門職に連絡することを、登録管理者は承知していた。

リエイブルメント・サービス利用者の大半は、自分の生活について選択する能力がある、と登録管理者は述べていた。利用者の支援やケアに関する決定は、本人および適宜親族と話し合われていた。特に問題のあることが示唆されない限り、本人には意思決定能力があるとみなされていた。この対応は、本人にとって最善の実践や決定を確実に行うようスタッフに指導する MCA の実施規則に沿っていた。スタッフは MCA についてよく理解しており、サービス提供者内で全スタッフに行われる適切な研修を受けていたことが、調査時に行われたスタッフとの話し合いで示された。あるスタッフメンバーは、「実はこの件に関する研修を行ったばかりです。特に明記されていない限り、私たちは利用者本人が自己決定を行えるようにすべきです。その決定がもたらす結果を私の方で説明しますが、本人がそれを選ぶならば、リスクを負うことができてよいはずですよ」と述べていた。

サービス提供者は利用者に、医療ニーズへ応える適切な支援を行っていた。ケアワーカーと他のスタッフは、医療専門職と連携して利用者の状況をモニタリングし、また利用者の医療ニーズが確実に満たされるようにしていた。作業療法士（OT）や理学療法士（PT）によるインプットがあったほか、必要に応じて感覚障害に対応するチームや GP による支援もあった。利用者を支援するスタッフが、あらゆる変更や問題を把握できるよう、専門職間のあらゆるコミュニケーションが記録されていることを確認できた。

調査時点では、低栄養や脱水のリスクが高いサービス利用者はいなかった。しかし、もしこの点に関して支援が必要だと特定された場合には、支援職員が利用者の栄養および水分摂取を記録していた。利用者が低体重または食欲不振の様子だった場合、スタッフは各訪問時に利用者へ食べるよう促すとともに、GP など適切な専門的支援へアクセスすることを視野に入れて管理者に報告する旨を、スタッフから確認できた。

サービスには思いやりがあるか？ 良い

結果

サービス利用者およびその親族は、自分たちが親切な待遇を受けている、と述べており、サービスに関して得られたコメントは好意的だった。ある利用者は、「それは見事である、と認めるほかありません。職員の方々は皆とてもフレンドリーに接してくださっています。スタッフの方々は、私がどのようにしないといけないのか、とてもわかりやすく説明して下さいます。欠点など何も見つかりません」と述べていた。もう一人の利用者は、「スタッフは優しく楽しい方々です。私の介護や薬について、皆さんあらゆる適切な質問をしてくださいます。コーヒーはいかがですか？と聞かれることが時々ありますが、自分で淹れることが大切なので、お断りします」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「支援職員の方々は皆、とても優しく何でもしてくださいます。私たちは思う存分笑いしましたし、職員の方々は私を元気づけてくださいました」という内容であった。四人目の利用者は、「スタッフはフレンドリーで打ち解けてくださり、また若い支援職員さんもとても、とても優秀です。職員の方々は皆、とても思いやりがあるといえます。皆さん、このお仕事がとても好きなのが伝わってきます」と述べていた。

提供者は利用者の自立も促進している、と利用者は述べていた。ある利用者は、「これは職員の方々が非常に得意としていることの一つです。できるだけ私を励まそうとしてくださいます」と述べていた。もう一人の利用者のコメントは、「この点について、職員の方々は本当に最高レベルの仕事をされています。私は一人でシャワーを浴びたり電子レンジで自分の食事を作ったりするよう、励ましていただいています」というものであった。三人目の利用者は、「たとえば歩行器を一人で使えるよう、見守りや励ましを下さることで、私が再び元気になれるよう励ましてくださっています」と述べていた。四人目の利用者は、「スタッフの方々は、私が自分のことをできるだけ自分でできるよう働きかけてくださいます。私はトイレで座ったり立ったりするのに介助が必要ですが、徐々に自分一人でやるようになっていきます」と述べていた。

サービス利用者に、自分たちが尊厳と敬意をもって対応されていたか尋ねたところ、ある利用者は、「私はいつも、最大限の敬意をもって対応していただきました。恥ずかしい思いをしたことは一度もありません」と述べていた。もう一人の利用者は、「もちろんです。職員の方々は、

お仕事が終わっても急いで出て行ったりせず、残ってお話してくださり、それはとても敬意をもってくださっている対応だと思います」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「心からそう思います。その点について、スタッフの方々は全員素晴らしいです」というものであった。四人目の利用者は、「私がシャワーを浴びている時、職員の方々は私の尊厳を守ってくださいます」と述べていた。

ケアスタッフに、利用者の尊厳やプライバシーをどのように守っているのか尋ねたところ、あるスタッフメンバーは、「本人に選択肢を提供することが重要です。身体介護を行う場合には、私が一緒に待っていた方がよいか外にいた方がよいか、利用者に選択肢を提供します。身体介護を終えた際、私はいつも利用者の方にタオルを渡してカーテンを閉めます」と回答した。もう一人のケアスタッフは、「まず何をするにも、事前に利用者ご本人の同意が必要です。そして利用者は、特定のジェンダーのスタッフによる支援を希望することができます。支援を行う際には、常に利用者が呼んでほしい名前を使うことが重要です。私は認知症の研修を受けたので、利用者のコミュニケーション方法に応じて、適宜アプローチを調整することがあります」と述べていた。

チームリーダーは、「スタッフの中には、British Sign Language (BSL、イギリス手話) の研修を受けている人もいれば、マカトンというコミュニケーション・エイドの研修を受けている人もいます。私もまた、スタッフが利用者宅で実践しているケアを観察して、正しいアプローチをとっているか確認します」と述べていた。マカトンは、サインとシンボルと用いて人々のコミュニケーションを支援する言語プログラムである。

調査の間、サービス提供者がいかにして平等を促し、多様性を認め、利用者の人権を保護していたか調べた。その結果、サービス提供者は本人中心（パーソンセンタード）の優れたケアプランを通じて、平等と人権を組み込むよう目指していることがわかった。サービス提供者で使われている支援計画書類によってスタッフは、様々なグループの利用者が充実した生活を送るのに必要な支援を確実に受けられるための情報をとらえることができていた。そしてこのような支援は、利用者の個別ニーズに応え自立を促すものであった。

利用者宅訪問時に、スタッフと利用者のやり取りを観察したところ、温かで親しい様子だった。スタッフメンバーが各利用者について詳細な知識を持っていること、また短期間で職業的に強い絆を築いてきたことは明らかだった。スタッフは利用者に敬意をもって話しかけており、またケアや支援を提供する際には利用者の尊厳を確保していた。

利用者は自らのケアや治療に関して意思決定を行う際、できる限り自分の意見を表明し関わるよう奨励されていた。私たちが見た一例では、口頭でコミュニケーションをとりにくい利用者が、特殊機器を使って動作の支援を必要としていた。利用者や家族が動作支援方法を確実に理解できるようにするため、チームリーダーはケアスタッフおよび PT と一緒に利用者宅を訪問した。PT は利用者の能力を評価し、また利用者とその「動作」を行い必要な機器を使いながら、特殊機器の使い方について助言を行った。その結果、利用者と家族の自信が高まった。

調査時点でサービス提供者は、終末期の利用者へのケアに関わっていなかった。

サービスはニーズに応えているか？ 極めて良い

結果

私たちが話した利用者およびその親族からは、必要としている支援や自分でできることを検討するケア計画時に、自分たちが大いに関わっていたことが確認された。例外なく皆が述べていたのは、サービス開始時に自分たちのケアを計画した際、チームリーダーが自分たちと多くの時間を割いて、希望することや、望む／必要なケアが何か、どのようにケアを提供してほしいかについて理解するよう努めてくれた、という内容だった。利用者の一人は、「今は格段に気分が良くなっています。以前は自信がなかった点について、スタッフの方々は行動で示してくださいました」と述べていた。もう一人の利用者は、「このサービスでは私の必要な事が何でもそろいます。私一人ではやっていけなかったでしょう。また誰かが私に会いに来てくださるとわかっていることで、私の娘も大いに自信を高めることができました。職員の方々が訪問してくださり、私が大丈夫であること、必要な支援をすべて受けていることを確認してくださいます。必要な場合には私が歩行器で歩くのを助けてくださいますが、この点でどのようにしたら私がより自立できるようになるか教えてください、これは私が必要としていることです」と述べていた。三人目の利用

者のコメントは、「職員の方々はあなたが必要としていることについて教えてくださり、素晴らしいです。あの方々はあなたのために何でもして下さいます」という内容であった。四人目の利用者は、「私は 6 週間のサービスを終えたばかりですが、誉める言葉しかありません。職員の方々は色々と助けてくださり、本当に素晴らしかったです。正直言って、あの方々がいらっしやらなければやっていけませんでした。このサービスの経験は、本当に素晴らしいものでした」と述べていた。五人目の利用者は、「職員の方々は私の移動能力について、とても大きな安心感を与えてくださり、自分の自立度が上がっているように感じます。以前は外出できませんでしたが、今は外出がかなり増えています」と述べていた。ある親族は、「職員の方々なしでは、私たちは本当にやっていけませんでした。このようなサービスがあることに、とても感謝しています」と述べていた。

利用者のサービス紹介経路を確認したところ、主に二種類の経路があることがわかった。一つ目は地域の病院を通じた紹介であり、これはすでに入院している人を対象としている。もう一つは地方自治体の地域チームを通じた紹介であり、これはまだ入院していない人を対象としている。両方の紹介経路は多職種によるものであり、その中には利用者宅への初回訪問が含まれていた。初回訪問の目的は、リスクアセスメントの実施、サービスの説明、ケアおよび治療への同意の取り付け、ならびに必要な機器や福祉用具の特定である。その後、業務表が作成されて支援スタッフに送られ、スタッフは最高で 1 日 4 回、最長で 6 週間サービスを提供する。つまり、多職種のアプローチおよび適切な支援技術の効率的かつ効果的な活用を通じて、サービス利用開始が遅れるあらゆる可能性が最小限に抑えられていたことを意味する。

利用者宅訪問には時間制限がなく、スタッフは定められた時間内で訪問を行う必要がなかった。つまりこのアプローチは単に業務中心ではなく、非常に本人中心（パーソンセンタード）であった。あるサービス利用者は、「スタッフの方々は私にシャワーを浴びよう励ましてくださいますが、私が必要と思えばそばにいてくださいます」と述べていた。もう一人の利用者は、「スタッフの方々はお仕事が終わっても急いで出て行ったりせず、残ってお話してくださり、それはとても敬意をもってくださっている対応だと思います」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「このサービスは私の生活に大きな影響を与えてくださり、これが無くてはやっていけませんでした。どうなっていたか、わかりません。もう二度とできないだろうと思っていたことを、私は毎日やっています」というものであった。スタッフメンバーは、「私たちの支援は時間に縛られておらず、本人のニーズによって決まります。ですから私たちは、毎回の訪問後に急いで出る必要がなく、また各訪問時には必要なだけ時間を使うことができます」と述べていた。

地方自治体の上級管理職からのコメントは、「スタッフの方々は、期待をはるかに超えた対応をしてくださっています。なぜならば、管理者がスタッフにそうなさっているからです。たとえば私はチームメンバーの一人に同行して、夜間に転倒した女性を訪問したことがあります。その際にスタッフの方は、医師に診てもらう必要があると感じたため、時間を延長してその手配を行われ、またご家族とも連絡をとられました。スタッフメンバーの方は、医師の手術手配で問題があった際にもご尽力され、またそのスタッフの方が行う予定でしたが遅れてしまった他の訪問を、同僚の方々は喜んでカバーなさっており、その姿に私は感銘を受けました」というものであった。サービスが、変化する利用者ニーズへ柔軟に responding していることを、上記の例は示していた。

利用者のケアプランおよびニーズは定期的に見直されており、これは利用者およびその親族が関わりながら行われていた。サービス提供者の事務所では週 2 回、多職種によるフォーマルなレビュー会議が行われていたほか、ケアスタッフは日常的に事務所を訪れて、必要に応じて利用者の最新情報を提供できていた。これは、問題へ迅速に対応するためである。利用者は消防本部より Safe and Well visit（火災安全訪問）を受けていた。スタッフもまた、自宅内での環境リスクを特定し、健康、ウェルビーイングおよび防犯を含む幅広い問題について助言や案内を行うほか、より専門的なアプローチが必要ならば適宜紹介を行っていた。

サービス提供者は、Inspiring Healthy Lifestyles（訳注：健康的なライフスタイルに向けたプログラム）の原則を推進しており、このプログラムでは、人々が自らの QOL 向上に向けて身体的活動を増やすのを支援することを目指している。あるスタッフメンバーは、「励ましは常にカギであり、私たちは利用者に対して、優しく支援して自分たちで物事を行うよう促しています。また地域へのアクセスも、ここで重要な役割を担うことができます。私たちが目指すのは、利用者が週を追うごとに前進し、支援期間が終わるまでに自分で物事を行えるようにすることです」

とコメントしていた。

利用者に提供されるケアや支援のあらゆる変更は、「Functional improvement measure (FIM、機能改善測定)」ツールの活用を通じて詳細に記録されていた。各「function (機能)」には対応する「task measure (課題測定)」の数字があり、利用者日誌に模写されていた。これによりケアスタッフは、最新情報を直ちに電子システムに入力でき、その後直ちにチーム内のあらゆる関連スタッフメンバーが見られるようになっていた。私たちが利用者宅で見た日誌は詳細に記載されており、最新状態だった。FIM ツールは、他のケアプラン資料「リエイブルメントアセスメントおよび目標設定」ならびに「リエイブルメント介入およびモニタリング」を補足していた。

利用者が目標の FIM スコアを実現するのに苦しんでいる、と支援職員が判断した場合には、チーム内の OT に関わってもらうよう要請し、プランの前進およびできるだけ良い利用者アウトカムの実現を図った。サービス提供者はまた、falls risk assessment tool (FRAT、転倒リスクアセスメントツール) を使用していた。これは、転倒リスクが高い人を特定するのに広く用いられている有効なツールである。支援職員とチームリーダーの両方が FRAT の記入に関わっており、この FRAT は記入後に Active living team (アクティブな生活チーム) へ送られ、必要に応じてさらなる介入が行われていた。

ある OT は、「リエイブルメントプログラムの初めと全体で FIM を使うことによって、利用者の願いを実現するために他の地域サービスへ紹介できます。ですから「community knowledge officers (地域知識オフィサー)」や他の専門職へ連絡して、地域の他のサービスを活用できるのです」と述べていた。もう一人の OT は、「療法士としての私の意見ですが、利用者のニーズへより効果的に対応できるよう、日常的にリエイブルメントチームと連携して自分の治療スキルを活用できるのは、新鮮なことです。リエイブルメントチームと療法士の関係は素晴らしく、チームの方々は熱心に学んだり聞いたりされ、思いやりにあふれています。私たちのサービスとの間には、強い信頼が築かれています。利用者を支援する新たな方法を見出すのに創意工夫をなさり、また地域コミュニティの中で沢山のつながりを作ってくれました」と述べていた。

工夫された考えや実践を通じて、サービス利用者の効果的なアウトカムが実現された例を、私たちは多数見ることができた。たとえばある利用者は、服薬時間の記憶力について地域看護チームからサービス提供者に紹介されてきた。リエイブルメントプログラムの一環として、新たな調剤方法が採り入れられ、これが上手くいくかスタッフが見守ることとなった。この利用者は特定のテレビ番組を見ていることがわかり、これを活用して服薬を促せるのではないかと感じられた。したがって調剤では、ある特定のテレビ番組を合図にして服薬時間を設定した。この方法は、利用者が服薬時間を覚えるのに役立ち、利用者はその結果、服薬に前向きな姿勢を持てるようになった。5 週間にわたる支援の後、この利用者は完全に自立して服薬できるようになった。この利用者ができるだけ充実した生活を送れるよう、画期的な方法をサービス提供者が見出したことが、上記の事例からわかる。

もう一つの例では、利用者が最近脳卒中にかかり、特に平日での情緒変化に家族が気づいた。利用者とその娘との話し合いを通じて、脳卒中の発作以前、朝はコーヒーを楽しみ、日中は地域の教会を訪れていたことがわかった。サービス提供者はその後、「The Deal (ザ・ディール)」として知られる「The Deal for Adult Social Care & Health (成人の社会的ケアおよび健康のためのディール)」と呼ばれる地域の取り組みについて説明し、このサービスがどのようにして、新たなグループへアクセスする初期の支援を提供できるか説明した。この利用者はその後、地域の活動へ戻って様々なグループに参加し、自分の地域に参加する自信を取り戻した。これによって本人の気分や見通しに前向きな効果が得られた。

さらにもう一つの例は、サービスを最近利用した人からの書面によるフィードバックであった。この人は病院で手術を受けた後に退院し、本人曰く最悪の状況であった。サービス提供者は本人が実現したいことを話し合った後、その人に寄り添って、もう一度一人で歩いて階段を上がれる方法を教えた。一方で、利用者宅の簡単な改修事項も特定しており、これは全体的な自立のために非常に重要であった。この利用者はその後、ほぼ完全に自立状態となり、地域活動へ定期的に参加するようになった。このような支援を通じて自信を取り戻してくれたリエイブルメントチームの助けがなくては、上記のどれも実現できなかったはずだ、とこの利用者は感じていた。こういったサービスが、幸福感や QOL の向上につながっていた。

ある利用者の親族は、「母は認知症です。家族は母に自宅で暮らしてほしいと思っていました

が、一人で暮らしたことがないため、やっていけるかどうか私たちは不安でした。チームの方々の取り組みによって、母がしっかりやっていけることが証明され、家族に安心感を与えてくださいました。チームの方々は全体的なプロセスを通じて、母と家族を支えてくださいました。私たちは初めのアセスメントを行い、技術機器が設置されました。チームの方々は毎日いらして、母が起きて顔を洗い、朝食を準備できているか確認してくださいました。母がこれらができることが確認できると、チームの方々は訪問時間を遅くに変更し、昼食を一人でできるようにしてくださいました。母は、チームの方々が支えになってくださると感じており、そのおかげで自信をいくらか取り戻しました。訪問してくださる方々はとても辛抱強く、座ってお話されながら、母が大丈夫か時間をとって確認してくださいました。家族が仕事中に母が誰かと一緒にいられるよう、デイケアを検討するために、サービス提供者の方は社会的ケア・アドバイザーにご紹介下さいました。おかげさまで家族は大いに心が安らぎました」と述べていた。

スタッフは全員、現在導入中のモザイクへ簡単にアクセスするのに必要な技術装置（スマートフォンや Surface-Pro など）を提供されていたことがわかった。電子版ケアプランシステムはまた、関連チームへ即時にアクセスできた。これにより、利用者の自立促進に必要な機器や自助具、改修（例：手すりや歩行補助機器など）を、直接発注できるようになった。つまり、新たな機器ニーズを初めに特定してからその機器を受け取るまでのプロセスが、たとえば手すりなどの固定型機器では平均してわずか7日間となったのである。歩行器など、他の可動型機器については、即座に利用可能であった。その結果サービスは、利用者のニーズやその変化へ直ちに対応できるようになった。また機器の提供は、利用者が自宅で生活する際に危険な状態が続いたり自立度が悪化したりするのを防ぐ可能性がある、予防策としての役割も担っていた。

さらに電子ケアプランシステムによって、保護担当への紹介へ即時につながることができた。つまり、懸念が生じた場合には直ちに地方自治体の保護チームがそれを受け、対応の遅れを防いだ可能性がある。保護関連の情報もまた、担当地域内であればチームリーダーが直ちに入手できるようになっていた。

私たちが話をしたスタッフによると、最近再設計されたモザイクシステムは、以前使っていた古いバージョンよりも良いとのことであった。あるスタッフメンバーは、「古いシステムから新しいシステムへの移行はスムーズでした。これはケア法の要件を満たすためのもので、大きな改善です。人々のウェルビーイングを促進することが私たちの役割であり、このシステムでは多職種のインプットをいつでも行えます。またチームはこの新たなシステムの開発へ、大いに関わってきました」と述べていた。

サービス提供者による苦情の管理方法を調べたところ、苦情に関する最新の方針が整備されており、サービス利用者やその親族は、どのように苦情を伝えればよいか理解している、と述べていた。コメント、称賛、苦情に関するサービス提供者の方針では、正式に苦情を申し出たい場合にとらなければならない行動について、明確な指示が記載されていた。ある利用者は、「提供者の方々からいただいたフォルダーの中に、苦情の申し立て方法に関する情報があります。でも私は苦情を言ったことはありませんが」と述べていた。もう一人の利用者は、「苦情を言わないといけなくなったことなどありません。とても満足しています」と述べていた。

私たちは、地方自治体の苦情・情報チームからの情報を調べた。このチームは、サービス提供者が受けたすべての苦情／コメント／称賛の詳細をまとめる担当部門である。その結果、調査日前の12か月間では苦情が全くなかった一方で、称賛の声は175件届いていた。

⑦社会的処方アウトカムフレームワーク（要約）

以下は、NHS が進めている社会的処方アウトカム測定のための共通基準作成の過程を示す文書である。

『共通のアウトカムフレームワーク、社会的処方コミュニティベースサポート サマリーガイド』
Common Outcomes Framework, Social prescribing and community-based support Summary guide

背景

NHS イングランドは、コミッショナー、開業医、プロバイダー、評価者、その他のステークホルダーグループと協力して、社会的処方の効果を示すためにどのアウトカムおよびアウトプットを測定すべきかについて合意形成に取り組んだ。

社会的処方の効果測定

本人への効果

社会的処方スキームはすでに、様々なツールを使って本人への効果に関するデータを収集しています。本人への効果を示すため、2019/20 年もスキームは引き続き、既存のウェルビーイングツールを使用していくはずで

本人が特定したニーズに応じて、ウェルビーイングに関する以下の側面のうち 1 つ以上で改善が見られる、と私たちは予想しています。

自分の健康やウェルビーイングを、よりコントロール・管理できていると感じる

身体的な活動レベルが上がる

債務、住宅およびモビリティなど、現実的な問題への対応能力が上がる

他者とのつながりが増え、孤立や孤独が減る

患者の積極性評価尺度（PAM）、ONS ウェルビーイング尺度、Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale（SWEMWBS）など、既存のウェルビーイングアウトカム測定ツールの使用に関するフィードバックが求められる。

コミュニティグループへの効果

社会的処方の紹介を受けた効果について、「動向」調査を作成し分析していく。この調査では、地域レベルで社会的処方に関わった結果、コミュニティグループのレジリエンスが高まっているかどうかを分析する。ここには、ボランティア数の変化、紹介に対応するボランティアセクターの能力、および社会的処方を持続可能なものにするために必要な支援が含まれる。

医療およびケアシステムへの効果

以下のアウトカムに関するデータを収集するよう勧める。

社会的処方への紹介の結果、GP 受診件数に変化はあるか？

社会的処方への紹介の結果、救急部門の受診件数に変化はあるか？

社会的処方への紹介の結果、入院日数に変化はあるか？

社会的処方への紹介の結果、処方薬の量に変化はあるか？

GP および他の紹介機関におけるスタッフの士気に変化はあるか？

アウトプットの測定

この枠組みでまとめられているアウトカムを補完し、一貫したアプローチを促すためにすべての社会的処方コネクター・スキームが以下のアウトプットを測定する必要がある。

- ・社会的処方コネクター・スキームに紹介された人の数、紹介に応じた人の数、紹介を断った人の数
- ・紹介された人々の特徴：年齢、障害、性転換、結婚または市民パートナーシップ、妊娠および出産、人種、宗教または信仰、性別、性的指向
- ・長期疾患または社会的ケアパッケージ受給などの紹介基準
- ・紹介プロセスと経路：スキームへの紹介者
- ・紹介されるコミュニティグループの数
- ・紹介されるコミュニティグループの特性：提供する支援の種類
- ・支援受給者との共同作成による、個別化された支援計画の数
- ・リンクワーカーの数
- ・ボランティアの数
- ・各利用者と費やした平均時間
- ・社会的処方コネクター・スキームへの総投資（インプットの測定）

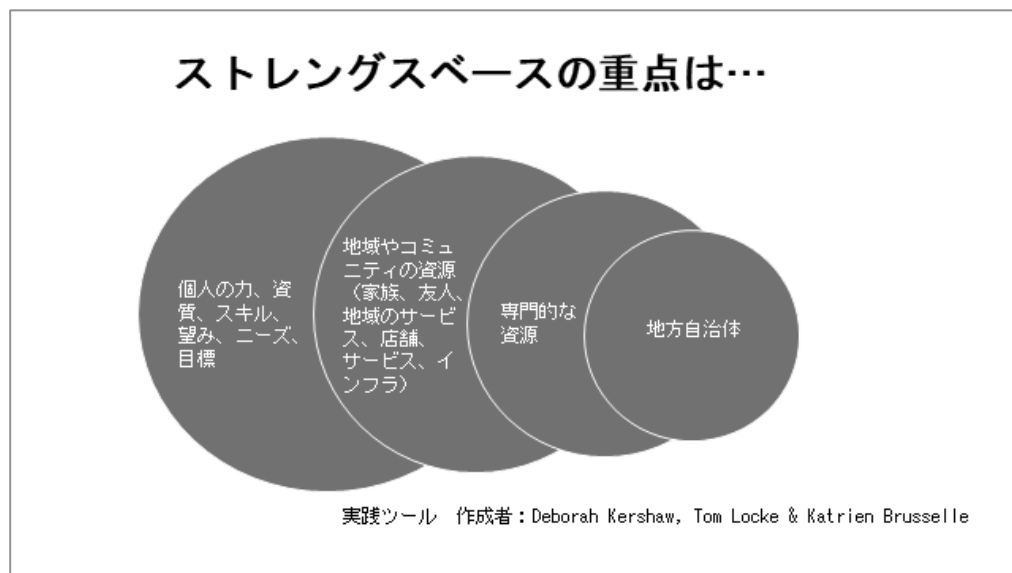
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/social-prescribing-community-based-support-summary-guide.pdf>

⑧自治体による質の向上の取組み例

以下は、ロンドン・バーネット区、ノーフォーク郡でソーシャルワーカーが本人のセルフアセスメントを活用するための研修資料である。

・ロンドン・バーネット（Barnet）カウンスル

『ストレングス・マッピングの活用（ソーシャルワーカー用研修資料）』より



問題と感情	将来図	ストレングス	外部の資源	第一歩
課題／問題を記載します。	どのような将来が見えますか？	あなたのストレングスは何ですか？	どのようなストレングスや資源を、あなたは周りから必要としていますか？	私たちはどのようにして、これを実現できますか？

バーネット区より国際長寿センターへの提供資料

- ・ノーフォーク郡 (Norfolk Count) カウンシル

『ウェルビーイングのサイン (Signs of Wellbeing、ソーシャルワーカー用研修資料) 』より

Signs of
Wellbeing
opportunities for greater independence
Norfolk County Council

振り返りの会話実施: 本人にとって大切なことは何ですか？

- ・質問する: あなたにとって何が大切ですか？それはなぜですか？
- ・自分の生活で何を希望し、それに向かってどのように自分が取り組めるか、本人に考えてもらう
- ・本人が話していることの裏にある考えを探る
- ・自分の状況や活用できる資源について、本人が振り返るのを支援する
- ・誰が現在支援を提供し、また目標に向けた取り組みで、この人たちがどのように本人を支援できるか特定する
- ・上記だけでウェルビーイングが実現されるか？されないければ、本人とさらに検討する

Reflective conversations

 What matters to the person

 ツール: 3つの家

 ツール: 支援サークル

Signs of
Wellbeing
opportunities for greater independence
Norfolk County Council

振り返りの会話実施:

ツール: ウェルビーイング尺度

振り返りの会話を始めるのに役立てたり、実務者と本人の間で合意に達する基礎として活用する

Signs of
Wellbeing
opportunities for greater independence
Norfolk County Council

ウェルビーイング尺度

尺度の役割は？

ここでは本人に対し、尺度で自分の段階を考えてもらいます(通常は1から10で、1が最も状況が悪く、10が最も理想的)。

尺度を使う際、自分のストレングスやコーピングの方法について本人に振り返ってもらうことができます。尺度の使用は個人の目標特定に役立ち、またこれによって目標達成に向けたステップを示すことができます。

どのように役立ちますか？

状況を違った視点から見ると役立ち、その結果、より前向きで、また多くの場合より合理的な視点から見ることが出来ます。これは振り返りの会話を始めるのに役立ち、また実務者と本人の間で合意に達する基礎として活用できます。

あなたは、本人のモチベーションや希望、憂鬱、自信、進展、次に考えられる小さなステップについて訊くことができます。

ノーフォーク郡より国際長寿センターへの提供資料

⑨ ヘルスウォッチ

ヘルスウォッチは利用者の代表として活動している。

ロンドン ランベス区ヘルスウォッチへのインタビュー

(ヘルスウォッチの設置者、権限について)

地域のパートナーシップである健康・福祉委員会の一員であり、そこに報告義務を持っている。過去には、権力のある監視委員会に報告していた。現在は、CQC（ケアの質委員会）に報告し、我々が提供する状況が、全国的なレベルの機関であるヘルスウォッチ・イングランドで活用されている。これは CRM s を通して、全国的な政策画定に使われている。

そこで、我々と CQC との関係性だが、CQC が焦点を絞って改善して欲しいこと等を我々に聞いてくれる。

私たちはコミッショナーと連携して、例えば、民間業者や外部に発注されている社会的ケアについて、ケアホームなどで問題が報告されたら、訪問の許可を要請するだけでなく、入所者の家族に対してアンケート調査を実施する権限もある。なぜ、家族の声が有用かというと、週末ごとに通っている家族は、職員の人手不足部分を普段から補っているからである。家族の声からホームの問題点が浮かび上がってくる。そして、そういった指摘があった点をケアホームの責任者に報告する。こういった大々的な調査を3回行っている。そのうち1回は、ただの人手不足だけでなく、入所者に対する深刻ないじめ問題が発覚したので、その施設は閉鎖された。

『多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較研究』国際長寿センター イギリスインタビュー ロンドン ランベス区

http://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2018_england.pdf

4) オーストラリア

①ケアスタンダード

以下はオーストラリアにおけるケアの質の基準 (Care Standard) である。

「高齢者ケアの質の基準」

高齢者ケアの質と安全の委員会 (Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC) により、高齢者ケアサービスの認定、質のレビュー、モニタリングおよび苦情処理が監督されている。それと同時に、ACQSC ではサービス提供者に対して情報と教育を提供している。これらは、高齢者ケアの質と安全の委員会法 2018 に基づいて制定された、「高齢者ケアの質と安全の委員会 2018」に従って、行われている。サービス提供者は、2019 年 7 月から新しい高齢者ケアの質の基準に準拠することが求められている。高齢者の質の基準の新旧の基準は、表 9 の通りである¹⁵⁾。基準の最初に、「利用者の尊厳と選択」が示されており、利用者が自律的に行動し、選択し、地域社会への参加の重要性が強調されている。

すべての高齢者施設は政府による資金を受けるために、認定基準を満たす必要がある。また、ケアの質の確保のために、質の指標プログラムが 2016 年 1 月から導入されている。なお、2019 年 7 月より、政府より資金を得ている高齢者施設はすべて、質の指標データを収集し、保健省に提出することが求められることとなった。事業所における継続的改善を促す取り組みも進められており、自己評価のプロセスを通して、事業所事体が自らの改善課題を抽出して改善に取り組むことが求められている¹⁶⁾。また、利用者権利擁護のサービスとしては、高齢者擁護ネットワーク (Older Person Advocacy Network) などにより提供されている。

高齢者ケアの質の基準

旧基準	新基準
基準 1. マネジメントシステム、人的資源、組織の向上 (Management systems, staffing and organisational development) 基準 2. ヘルス・パーソナルケア (Health and personal care) 基準 3. 入居者のライフスタイル (Care recipient lifestyle) 基準 4. 物理的環境と安全システム (Physical environment and safe systems)	基準 1. 利用者の尊厳と選択 (Consumer dignity and choice) 基準 2. 消費者との継続的な評価と計画 (ongoing assessment and planning with consumers) 基準 3. パーソナルケアとクリニカルケア (Personal care and clinical care) 基準 4. 日常生活のためのサービスとサポート (Services and supports for daily living) 基準 5. 組織のサービス環境 (Organisation's service environment) 基準 6. フィードバックと苦情 (Feedback and complaints) 基準 7. 人事 (Human resources) 基準 8. 組織ガバナンス (Organisational governance)

中島民恵子 第 6 章オーストラリア

平成 30 年度 ケアマネジメントの公正中立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 (日本介護支援専門員協会刊行、国際長寿センター (日本) 協力)

②事業所セルフアセスメント手順書

以下はオーストラリア政府による在宅サービス事業所で行われる自己評価および監査の手順である。

クオリティ・レビューQuality-review（品質審査）

このページの情報は、在宅サービスを対象としており、その中には在宅ケアサービス、連邦在宅支援プログラム（CHSP）サービスおよび、短期回復ケアを在宅で提供する柔軟なケアサービスが含まれます。

全国アボリジニおよびトレス海峡諸島民向け柔軟な高齢者ケアプログラムは、[同プログラムのガイドライン](#)に沿って品質審査が行われます。

コミッションの法規制

2020年1月1日より、the Aged Care Quality and Safety Commission Rules 2018（高齢者ケアの質と安全性に関する委員会規則 2018、以下「コミッション規則」）が変更しました。主な変更に関する事業者向けの情報は、[Commission Act and Rules](#)（コミッションの法規制）ページをご覧ください。

品質審査とは？

品質審査は、少なくとも3年に1度行われます。これは、提供されるサービスの質を品質基準に照らして審査するプロセスです。このプロセスには、現場での品質監査、品質監査報告および実績報告が含まれます。

品質審査の通知

品質審査には、在宅サービス事業者の現場品質監査が含まれます。The Aged Care Quality and Safety Commissioner（高齢者ケアの質と安全性に関するコミッショナー、以下「コミッショナー」）は通常、在宅サービス事業者の現場品質監査を実施する日程を、書面で事業所に通知します。そこには、品質監査に関して消費者およびその指名された代表へ伝えるための文言が含まれます。在宅サービス事業者が品質基準を順守していない、とコミッショナーが正当な理由に基づいて見なした場合は、現場訪問の事前通知は不要です。

消費者および指名された代表への通知

品質監査の日程を知らされた場合、在宅サービス事業者は、各消費者およびその指名された代表へ品質監査について伝えるために、書面通知での文言を使うようあらゆる合理的な措置を講じなければなりません。

自己評価（セルフアセスメント）

継続的な自己評価は在宅サービス事業者にとって、自分たちが消費者に届けるケアやサービスの質を確実に維持および向上させるのに役立ちます。品質審査で在宅サービス事業者は、品質基準に照らして自らの実績を示す自己評価の情報を提供するように求められます。事業者は、独自の自己評価ツールや方法を用いることもできますし、あるいは[私共のテンプレート](#)使用を選択することもできます。詳細情報は、[self-assessment（自己評価）](#)のページをご覧ください。

品質監査

品質評価担当者（品質アセッサー）は事業所に到着すると、規制上の目的による立ち入りおよび調査権限の行使へ同意するよう求めます。品質アセッサーは資格証明書を提示し、訪問を確認する書状を事業所責任者へ渡します。

品質アセッサーは、事業所責任者と面接を行います。面接には、主なリスク分野の特定に向けた以下の質問が含まれます。

1. 過去 12 か月間で、他の規制機関または監督機関によって悪い結果が見つかったか？
（例：医療苦情委員会または類似機関、食品安全局、労働局など）
2. 苦情データから、どのような傾向が見られるか？
3. 過去 1 か月間にこの事業所で、シフトが埋まらないことはあったか？
4. 認知症の人へのケア提供でスタッフを支援するために、この事業所では具体的な方策があるか？ある場合、どのような方策か？
5. 消費者の状況変化を特定し、それに対応するためのプロセスが、この事業所にあるか？ある場合、それはどのようなプロセスか？

品質アセッサーは品質基準に照らして、在宅サービス事業者を通じて提供されたケアやサービスの質を評価します。情報を収集し裏付けるために、品質アセッサーは標準化された評価方法を用い、そこでは面接、観察および書類審査を行います。

品質審査の一環として、品質アセッサーはサービス提供の現場を訪問することがあります。その中には請負業者の現場（例：離れた所にある食事準備の場）または在宅サービスを受けている消費者宅が含まれる可能性があります。品質アセッサーは、これらの現場への立ち入りに対する同意を求めます。

高齢者ケア消費者またはその指名された代表との面接

品質審査の前に、消費者またはその指名された代表の方は、ご自分が受けているケアやサービスについてフィードバックを提供するために、コミッションへ連絡することができます。

消費者またはその指名された代表の方が、品質監査中に品質アセッサーと会うことを求めた場合、在宅サービス事業者は、品質アセッサーが消費者またはその指名された代表と個別に会えるよう支援するために、あらゆる合理的な措置を講じなければなりません。

品質監査報告

品質アセッサーは、サービスに関する事業者の実績を品質基準に照らして評価した品質監査報告を、品質監査終了後 7 日以内にコミッションへ提出します。

品質監査報告への回答

コミッションは品質監査報告を在宅サービス事業者へ渡し、事業者が以下を行えるようにします。

- (a) 要改善点の特定および遵守に関する決定で、コミッショナーの代表者が拠り所とした理由、エビデンスおよび事実を理解する

(b) 品質監査報告で特定された事項で、コミッショナーの代表者が拠り所とした可能性のある内容について回答する

在宅サービス事業者は 14 日以内に、同報告への回答を書面で行えます。

回答では、事業所がいかにして品質基準を満たすかについて、事実情報を示さなければなりません。その中には、適切で持続可能なサービスを消費者へ保証するために、品質基準を満たす措置を講じたこと、または講じる予定であることを含めなければなりません。

在宅サービス事業者は、回答を準備する際、または消費者へのケアやサービスの継続的な改善を計画する際に、報告で示されたすべての情報を考慮すべきです。

実績報告

コミッションが品質監査報告のコピーを受け取ってから 28 日以内に、コミッショナーの代表者は実績報告を準備します。実績報告を作成する際、代表者は品質監査報告、事業者からの回答およびその他関連の情報や事項を考慮します。

実績報告では、

- 在宅サービスに関して、品質基準に照らした在宅サービス事業者の実績評価が含まれます（評価された各基準や要求水準（該当する場合）に関する遵守／違反の決定）。
- 品質基準を確実に遵守するための要改善点を明記することがあります。
- その他あらゆる関連事項を含むことがあります。

事業者は、実績報告のコピーを受け取ります。

事業者は Aged Care Quality and Safety Commission から求められた際に基準の項目（1～8）に沿って、自己評価、行っている活動の例、改善計画等を記したセルフアセスメントを提出します。事業者は常に業務改善を行うこととされており、セルフアセスメントでは、現在進行中の改善状況の報告が求められます。

各項目の自己評価では下の基準を使用します。

Aged Care Quality Standards

Self-Assessment Tool

September 2019

Version 1.4

3 段階評価とは

すべての基準要件について、組織が一貫した実績評価を行えるよう支援するために、3 段階での自己評価尺度が提供されています。

Exceeding（期待以上）	• この要件に関して、優れた実践の工夫および継続して好ましい消費者の体験やアウトカムを示す、体系的なエビデンスがある。 • 消費者との関係の中で、職員はこの要件を深く理解し受け入れており、したがってこの要件は、各スタッフの業務で不可欠な要素である。 • この要件を支えるために、組織では効果的なシステムおよびプロセスがあり、また組織でのあらゆる側面でこの要件を組み込んでいる。

	この要件に関して、組織には、消費者の短期および長期的な期待を理解、予測およびモニタリングし、またアウトカムを継続的に改善する成熟したシステムがある。
Meeting（期待通り）	- この要件に関して、消費者の体験やアウトカムが達成していることを、組織は明示できる。 - 職員はこの要件を、自らの役割や責任の関連で理解しており、業務で着実にそれを応用している。 - 組織はケアやサービスの提供で、この要件を着実に応用するためのシステムやプロセスを実施した。 - 組織には、この要件を効果的にモニタリングするシステムやプロセスがあり、また消費者がこのプロセスへどのように関わっているか明示できる。
Developing（発展中）	- 消費者の体験やアウトカムの改善が徐々に進んでいる。取り組みは先手というより後手の可能性があり、主に主要スタッフへ依存している。 - この要件達成において、職員は自分の役割や責任を着実に理解しているわけではない。その応用は、問題解決というよりも規範的な可能性あり。 - 組織では、ケアやサービスの提供へこの要件を着実に適用しているわけではない。いくつかのギャップが特定された。 - 消費者の体験やアウトカムをモニタリングするシステムやプロセスは、一部で整備されている。消費者によるインプットの機会は限定的。

<https://www.agedcarequality.gov.au/providers/assessment-processes/quality-review>

③ケアの品質基準

以下は、オーストラリアのサービスプロバイダーに求められる品質基準である。

インデックス	
要件	内容
基準 1：消費者の尊厳と選択	
消費者 アウトカム	私は尊厳と敬意を持った扱いを受けており、また自分のアイデンティティを維持できる。私は自分のケアやサービスについて、十分な情報に基づいた選択ができ、自分が選んだ生活を送れる。
組織声明	組織は： (a) 包摂や消費者尊重の文化を有し、 (b) 消費者の選択権行使や自立を支援し、また (c) 消費者のプライバシーを尊重する。
各消費者は、尊厳と敬意を持った扱いを受け、自らのアイデンティティや文化、多様性を尊重される。	
ケアやサービスは、文化的に安全である。	
各消費者は選択権の行使や自立を支援され、そこには以下が含まれる。 (i) 自らのケアや、ケア／サービスの提供方法について決定する、 (ii) 自らのケアで家族、友人、ケアラーまたはその他の者がいつ関わるべきかについて決定する、 (iii) 決定事項を伝える、および (iv) 他者とながたり自分で選んだ関係性（親密な関係を含む）を維持したりする。	
各消費者は、できるだけ最高の人生を送れるようリスクを負う支援を得る。	
各消費者に提供された情報は最新、正確およびタイムリーであり、また明確で分かりやすく利用者が選択権を行使しやすい方法で伝えられる。	
各消費者のプライバシーが尊重され、個人情報の秘密が守られる。	
基準 2：消費者との継続的なアセスメントと計画	
消費者 アウトカム	健康とウェルビーイングのために私が必要なケアやサービスを受けるのに役立つ、継続的なアセスメントと計画を行う上で、私はパートナーである。
組織声明	組織は消費者と協力して、ケアやサービスの初回および継続的なアセスメントと計画を実施する。アセスメントと計画では、消費者のニーズ、目標および好みに沿った健康およびウェルビーイングの最適化に重点を置く。
アセスメントと計画（消費者の健康やウェルビーイングへのリスク配慮を含む）は、安全で効果的なケアやサービス提供の参考となる。	
アセスメントと計画では、消費者の現在のニーズ、目標および好みを特定し、それに対応する。消費者の希望によっては、その中にアドバンス・ケア・プランニングや終末期の計画が含まれる。	
アセスメントと計画は、 (i) 消費者および、自らのケアやサービスのアセスメント・計画・見直しで消費者が関わってほしいと思う他者との継続的なパートナーシップに基づいており、また (ii) 消費者のケアに関わる、他の組織および他のケアやサービスを行う個人や事業者を含む。	
アセスメントと計画のアウトカムは消費者へ効果的に伝えられ、また消費者にとって、およびケアやサービスの提供場所ですぐ見られる形で、ケアおよびサービス計画に記録される。	
ケアやサービスは、効果を持たせるため定期的に見直し、また状況が変わったり何かの出来事で消費者のニーズ、目標または好みに影響があった場合にも見直す。	
基準 3：パーソナルケアと臨床ケア	
消費者 アウトカム	安全で私に合ったパーソナルケア、臨床ケア、またはその両方を私は受けている。
組織声明	健康とウェルビーイングの最適化に向け、組織は消費者のニーズ、目標および好みに沿って、安全で効果的なパーソナルケア、臨床ケアまたはその両方を提供する。
各消費者は、以下の特徴を有する安全で効果的なパーソナルケア、臨床ケアまたはその両方を受ける。	

(i) ベストプラクティスであり、 (ii) 本人のニーズに合わせ、また (iii) 本人の健康とウェルビーイングを最適化する。	
基準 4：日常生活のサービスや支援	
消費者 アウトカム	自分の健康やウェルビーイングにとって重要であり、また自分がやりたいことをできるような日常生活のサービスや支援を、私は受けている。
組織声明	組織は、消費者の自立、健康、ウェルビーイングおよび生活の質を最適化する、安全で効果的な日常生活のサービスや支援を提供する。
各消費者は、本人のニーズ、目標および好みに応じ、また自立、健康、ウェルビーイングおよび生活の質を最適化する、安全で効果的な日常生活のサービスや支援を受ける。	
日常生活のサービスや支援は、各消費者の精神的、スピリチュアルおよび心理的ウェルビーイングを促進する。	
日常生活のサービスや支援では、以下の点で各消費者を支援する。 (i) 当該組織内外のサービス環境における地域参加、 (ii) 社会的および個人的な関係作り、および (iii) 本人が関心を持っていることの実施。	
消費者の状態、ニーズおよび好みに関する情報は組織内で伝えられ、またケアの責任を共有する他者にも伝えられる。	
個人、他の組織および他のケアやサービス事業者へのタイムリーで適切な紹介。	
食事が提供される所では、メニューが多彩であり質と量が適切である。	
機器が提供される所では、それが安全、適切および清潔であり、また整備が行き届いている。	
基準 5：組織のサービス環境	
消費者 アウトカム	組織のサービス環境に私は親近感を持ち、また安全で快適だと感じている。
組織声明	組織は、消費者の自立、機能および楽しみを促す、安全で快適なサービス環境を提供する。
サービス環境は友好的で分かりやすく、また各消費者の親近感、自立、交流および機能を最適化するものである。	
サービス環境は、 (i) 安全、清潔で整備が行き届き快適であり、また、 (ii) 消費者が屋内外で自由に動けるようになっている。	
家具、備品および機器は安全、清潔で整備が行き届き、消費者に合っている。	
基準 6：フィードバックと苦情	
消費者 アウトカム	私は安心してフィードバックや苦情を述べることができ、またそれを行うことを奨励および支援されている。自分のフィードバックや苦情への対応プロセスに私は関わっており、また適切な措置が講じられている。
組織声明	組織は定期的に、消費者、ケアラー、職員およびその他の人からのインプットやフィードバックを求め、またそれらを参考にして、個々の消費者や組織全体の継続的な改善に活かす。
消費者、その家族、友人、ケアラーおよびその他の人は、フィードバックや苦情を述べるよう奨励および支援される。	
消費者は、代弁者、言語サービスならびに、苦情の申し立ておよび解決に向けた他の方法について知らされ、またそれらにアクセスできる。	
苦情に対して適切な措置が講じられ、また上手くいかない場合には開示プロセスが用いられる。	
フィードバックや苦情は検討され、ケアやサービスの質向上に活用される。	
基準 7：人材	
消費者 アウトカム	私は必要な時に、知識が豊富で能力と思いやりのある人たちから、質の高いケアやサービスを受けている。
組織声明	組織は十分な数の職員を有しており、職員たちは、安全で丁寧かつ質の高いケアやサービスを提供するスキルと資格を持っている。
職員は、安全で質の高いケアやサービスの提供や運営が可能となるよう計画されており、それは派遣された職員の数や組み合わせによって可能となる。	

職員と消費者との交流は優しく思いやりがあり、各消費者のアイデンティティ、文化および多様性を尊重するものである。	
職員は有能であり、また自分の役割を効果的に遂行する資格と知識を持っている。	
これらの基準で求められるアウトカムをもたらすために、職員は採用、教育、準備および支援される。	
各職員の仕事ぶりに関する、定期的なアセスメント、モニタリングおよび振り返り。	
基準 8 : 組織ガバナンス	
消費者 アウトカム	組織の運営は上手くいっている、と私は確信している。ケアやサービス提供の改善で、私は協力できる。
組織声明	組織のガバナンス機関は、安全で質の高いケアやサービスの提供に対して説明責任を負っている。
消費者は、ケアやサービスの開発、提供および評価に関わっており、またその関わりで支援されている。	
組織のガバナンス機関は、安全で包摂的かつ質の高いケアやサービスの文化を推進し、またその提供に対して説明責任を負う。	
以下に関する効果的な組織全体のガバナンスシステム。 (i) 情報管理 (ii) 継続的な改善 (iii) 財務ガバナンス (iv) 職員のガバナンス（明確な責任と説明責任の割り当てを含む） (v) 法規制の遵守	
効果的なリスク管理のシステムおよび実践。そこには以下が含まれるが、これらに限定されない。 (i) 消費者のケアに関連する、影響が大きいまたは発生率が高いリスクの管理 (ii) 消費者の虐待やネグレクトの特定および対応 (iii) できる限り最高の生活を消費者が送れる支援	
臨床ケアが提供される所では、臨床ガバナンスの枠組み。そこには以下が含まれるが、これらに限定されない。 (i) 抗菌薬適正使用支援 (ii) 身体拘束の最小化 (iii) 開示	

<https://www.agedcarequality.gov.au/providers/standards>

（参考）

セルフアセスメントの内容

<https://www.agedcarequality.gov.au/resources/self-assessment-tool-aged-care-quality-standards>

5) アメリカ

①ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価

以下はアメリカ（ニューヨーク州）における質の確保の概要である。

「ニューヨーク州におけるサービスの質の確保のための取組み」

1) ニューヨーク州における品質測定と結果の公表

ニューヨーク州保健局は1994年からクオリティ保証報告要件（Quality Assurance Reporting Requirements , QARR）を実施している。これは、主に国家クオリティ保証委員会（NCQA）によって確立された品質の尺度に基づく公的報告システムである。QARR用のデータは、マネージドケアプランとプロバイダーが毎年提出する。州はケアの品質を測定して、すべてのNYS マネージドケアプランのヘルスプランの品質評価を公表する。

2) メディケイド検査総合オフィス

メディケイド検査総合オフィス（Office of Medicaid Inspector General, OMIG）は、メディケイドのプロバイダーおよび利用者の調査、レビューを実施して適用法および規制を遵守していることを確認する。OMIGは、詐欺、虐待、違法または不適切な行為を行った個人または団体に対して民事上および行政上の執行措置を求める権限を持っている。

3) 州長期介護オンブズマン事務所

ニューヨーク州ではオンブズマン制度を採用している。州の中の長期介護施設に何百人もの認定オンブズマンが割り当てられ、多くのオンブズマンは自分が担当する施設に連絡先情報を掲載している。オンブズマンへの連絡先一覧はHPでも公開している。

中島民恵子 第7章アメリカ

平成30年度 ケアマネジメントの公正中立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（日本介護支援専門員協会刊行、国際長寿センター（日本）協力）

5. 海外の「ケアの質」に関する文献レビューとスケール

1) 「ヨーロッパのホームケア：文献系統的レビュー」

Home care in Europe: a systematic literature review

Nadine Genet et al., BMC Health Services Research volume 11, Article number: 207 (2011)

概要

バックグラウンド

在宅で提供される健康および社会サービスはますます重要になっている。したがって、ヨーロッパの在宅ケアに関する情報が必要である。この文献レビューの目的は、過去 10 年間に科学文献でヨーロッパの在宅ケアについて報告されたことを体系的に記述することにより、このニーズに応えることである。

方法

以下のデータベースを使用して、英語で公開されている在宅ケアに関する論文について体系的な文献検索を実施した：Cinahl、Cochrane Library、Embase、Medline、PsycINFO、Sociological Abstracts、Social Services Abstracts、Social Care Online。在宅ケアの定義に準拠し、1998 年 1 月から 2009 年 10 月の間に発表され、31 か国のうち少なくとも 1 か国を対象とした研究のみが対象となった。臨床的介入、機器開発、ローカルプロジェクト、レビューは除外した。抽出されたデータには、研究の特徴と在宅ケアの「ポリシーと規制」、「資金」、「組織とサービスの提供」、「クライアントとインフォーマル介護者」の側面が含まれる。

結果

関連する可能性のある 5,133 件の研究のうち 74 件が選択基準を満たし、18 か国に関する情報を得た。多くは在宅介護者の特性と在宅介護の組織に焦点を当てている。地理的不均衡、市場の力、サービスの品質と統合も、頻繁に議論されていた。

結論

在宅ケアシステムは、国家間および国内でも異なるように見えた。しかし、含まれている論文は、在宅ケアの限られた状況のみを提供していた。多くの研究は在宅ケアシステムの 1 つの側面のみに焦点を当てており、国際比較研究はまれであった。さらに、東ヨーロッパにおける在宅ケアの資金調達と在宅ケア全般に関する情報はほとんどなかった。このレビューは、在宅ケアに関するより科学的な出版物、特に国を比較する研究の必要性を明確に示している。ヨーロッパの在宅ケアの状態に関する包括的で完全な考察を得るには、統一されたフレームワークと方法論を使用して情報を収集する必要がある。

・品質の規制

いくつかの国では、品質とクライアント中心性に関する規制またはポリシーを導入している。ノルウェーでは、中央政府が市町村レベルでの品質改善を奨励しようとしている。英国では、熟練した労働力の開発

が社会的ケアの質に不可欠であると宣言され、政府が在宅ケアの専門家の質を刺激し監視する組織を開発するように導いた。ポルトガルとイングランドは、ケア提供者のトレーニングを促進している。ポーランドでは、在宅看護プロバイダーに厳しい教育要件が設定されている。

・ユーザーの選択肢の増加

ユーザーの選択を増やすポリシーは、いくつかの研究で議論されていた。デンマークの自治体は、顧客に民間プロバイダーの選択肢を与える義務があった。ノルウェーでは、重度の障害を持つ成人が「消費者」としての力を得るために、個人的な支援が導入された。自治体では、プロバイダーと購入者/評価の役割が分割された。また、バウチャーの手配と競争入札が導入されていた。ダイレクトペイメント（Cash-for-care）プログラムは、オランダ、フィンランド、アイルランド、イギリスでも開発された。ただし、すべての国でユーザーの選択とサービスの柔軟性を高めることが主な目的ではなかったことに注意する必要がある。ヨーロッパ全体で、消費者主導のアプローチは、プロバイダーや専門家が管理するサービスパッケージとプールされた資金と組み合わせられているように思われる。

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-207>

2) 共通データ要素利用による長期介護科学の進展：個人、ウェルビーイング、生活の質測定法の候補

(Advancing Long-Term Care Science Through Using Common Data Elements: Candidate Measures for Care Outcomes of Personhood, Well-Being, and Quality of Life
Gerontol Geriatr Med. 2019 Jan-Dec)

○このレビューの中では 25 の論文とその中で使われている 17 のクオリティインディケーター (QI) を分析している。以下は「結論とインプリケーション」の部分の訳である。

「この体系的な文献レビューは、過去数十年にわたって、コミュニティの高齢者のケアの質を評価するためにかなりの数の QI が開発または適用されてきたことを示している。

ケアの質を監視する場合、政策立案者、研究者、臨床医、およびその他の関連するステークホルダーが、新しい指標を開発する前に、すでに利用可能な QI を最初に検討することができる。

方法論の質のばらつきといくつかの側面はかなり低いスコアを考えると、優先事項は既存の指標をさらに改善しなければならない。たとえば、裏付けとなるエビデンスをより批判的に評価し、QI を日常業務でさらにテストし、他の国での使用に適合させ、データ収集に必要な労力を可能な限り減らすことは可能である。

現在、臨床的側面と特定の疾患に焦点を当てたプロセス QI は過大評価されている。ケアのパフォーマンスを測定する傾向は、プロセスから（患者報告による）アウトカム測定へと移行しているが、このレビューでは、高齢者のケアの質に対する有効なアウトカム指標がまだ比較的限られていることを示した。測定プロセスとアウトカムの間のより良いバランスを見つけることが望ましい。

この二つのタイプのインジケーターには、インジケーターの使用目的と使用者によって特定の長所と短所がある。臨床医にとっては、プロセス指標は品質の直接的な尺度であり、簡単な情報を提供するということになるために、より興味深いものになってしまう可能性がある。

したがって、ケアの質を改善するためにどのような行動をとる必要があるか、明確である。ただ、アウトカムの指標の違いの解釈はより困難になる可能性はある。その違いは、ケアの質の違いを本当に反映していると結論付ける前に、代替の説明を考慮する必要があるためである。

ただし、医療保険会社や患者などの他のステークホルダーにとっては、ケアの質の違いの原因はそれほど重要ではなく、結果はより興味深いものになると思われる。このレビューでは、プロセス、アウトカム、ストラクチャーの組み合わせを含む QI セットを一つだけ見出すことができた。

(Perry M, Draskovic I, van Achterberg T, van Eijken M, Lucassen P, Vernooij-Dassen M, et al. Development and validation of quality indicators for dementia diagnosis and management in a primary care setting. J Am Geriatr Soc. 2010; 58(3):557-63. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02726.x> PMID:20210818)。

プロセス、アウトカム、ケアのストラクチャーは相互に関連しているため、ケアの質を測定するにはすべてのタイプの QI を考慮することを勧める。さらに、調査結果は非臨床領域により多くの注意を払うことができることを示唆している。特に虚弱な高齢者にとって、機能的に安定した状態を保ち、可能な限り自宅で（心理社会的）健康を維持することは、医学的問題の治療と同じくらい重要である。

最後に、ほとんどの高齢患者に関連するケアの側面を測定する一般的な指標（例えば、急性入院、孤独感、痛みの予防）は過小評価されていた。ステークホルダーグループは、QI を開発または利用してコミュニティの高齢者のケアを最適化する際に、これらのギャップを認識する必要がある」

この論文では以下のスケールを推奨している。

ウェルビーイング

1. ICEpop CAPability Measure for Older (ICECAP-O)
2. Short Form 36 Health Survey (SF-36)
3. Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)

QoL

1. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)、
2. Quality of life EuroQoL (EQ5D)
3. Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)

認知症

1. Health-Related Quality of Life for People With Dementia (DEMQOL)、
2. Quality of Life in Dementia (QUALIDEM)、
3. Dementia Quality of Life Instrument (DQOL)

パーソナリティ

1. The Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS)、
2. The Experience of Home Scale (EOH)、
3. Personhood in Dementia Questionnaire (PDQ)

以下は、上の論文での測定法（メジャー）一覧である

名称	性格	スコア
<ウェルビーイング>		
・ Wellbeing Short Form 36 Health Survey (SF-36)	SF-36 は、患者の健康関連の QoL を測定する標準化されたセルフレポート調査。健康の 8 つの側面を測定する。身体機能、日常身体機能 role physical、身体的痛み、全般的な健康、活力、社会機能、感情機能 role emotional、精神的健康である。	SF-36 は、二分法と 6 点のリックート尺度を組み合わせた 36 の質問で構成され、スケールスコアを計算してから、生のスケールスコアを 0 から 100 のスケールに変換することでスコア付けされ、値が高いほど健康状態が高いことを示す。
・ ICEpop CAPability Measure for Older people (ICECAP-0)	ICECAP-0 は、全般的なウェルビーイングを計る。5 つの次元のウェルビーイングから成り、各質問に対して 4 つの回答レベルがある。5 つの次元は、愛着（愛と友情）、役割（自分に価値を感じるようなことをする）、楽しみ（楽しみと喜び）、安全（心配なく未来を考える）、そしてコントロール（独立している）。	ICECAP-0 の合計スコアは、スコアを有用性の値に変換することによって取得される。ユーティリティ値は、0（機能なし）から 1（フル機能）の間で変化する。
・ Health Utilities Index (HUI)	健康ユーティリティ・インデックス (HUI) は、健康の状態と健康関連の QoL を判断するスコアである。3 つの異なるバージョンが現在あり、例えば聴力、言語能力、歩行/機動性、痛み、手足の動き、セルフケア、感情と認識を判断する。	HUI は使用価値によってスコア付けされ、それは 0（まったく動かない）から 1（完全な健康）にわたる。HUI は、現在 35 の異なる言語で利用できる。
・ Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)	患者による測定値情報システム (PROMIS) は、身体的、精神的、社会的健康のアウトカムを測るために開発された本人中心のシステムである。PROMIS の 300 以上のバージョンが、現在異なる局面を判断し、例えば全般的な健康、認識機能、ポジティブな影響、痛みの強さ、社会的役割と活動に参加するさまざまな能力さまざまなターゲットグループを対象としている。また成人と子供のプロフィール調査もできる。	PROMIS スケールは、スコアをを標準化された t スコアに変換し記録され、20 カ国以上で使われている。
<QOL>		
・ Quality of life EuroQoL-EQ-5D (5L/3L)	生活の質 EuroQoL-EQ-5D (5L/3L) は、標準化された非疾病の計測法で、Visual Analog Scale (VAS) と記述システムを用いた健康関連 QoL によって健康状態を判断する。VAS は健康自己評価を温度計のようなスケールで 0 から 100 を計り、より高い値がより良い健康を示す。記述システムは、モビリティ、セルフケア、日常活動、痛み/不快、不安/うつに関連した 5 つの質問から成る。	記述システムへの反応は、個人の自己申告の健康を意味する 5 つの数値に変換される。この数値は国特有の価値によってウェイト付けされ、主観的健康を示し、5 つの異なる局面に基づく健康プロフィールを表現する。
・ World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF/WHOQOL-OLD)	世界保健機構生活の質 (WHOQOL-BREF/WHOQOL-OLD) は、26-アイテムによる QoL 生活アセスメント測定法である：身体的健康、精神的健康、社会的関係、環境の 4 つの領域からなる。ホリスティックな測定法で文化横断的に使われる。	WHOQOL-BREF はロースコアをドメインスコアに変換して記録され、各々の領域において 0~100 の範囲となる。
・ Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)	成人ソーシャルケアアウトカムツールキット (ASCOT) は、ソーシャルケアに関連する QoL を測るために開発された。ASCOT は、自己記入方式、インタビュー方式、これらの混合方式、やさしい言葉版があり、また代理版として家族/友人記入方式のバージョンもある。自己完成 ASCOT は、8 つの局面から成る：個人の清潔と快適さ、飲食物、安全、清潔で快適な住まい、社会参加と社会包摂、日常生活コントロール、職業、尊厳。それぞれについて 4 段階の回答レベルがある。	ASCOT はウェイト付けされたスコアを計算して記録される。そして、0（最悪な状態）から 1（理想的な状態）にわたる指数値が示される。

Quality of Life Questionnaire 15 D	・生活の質の質問票 15D、は成人の健康関連の QoL を測る一般的な自己記入式の測定法である。 15 の局面から成る：モビリティ、視力、聴力、呼吸、睡眠、食事、スピーチ、排泄、日常活動、精神的な機能、不快と症状、うつ、苦悩、活力、性行動。それぞれについて 5 つの回答レベルがある。	0（死亡状態）から 1（完全な健康関連の QoL が完全、どの局面の問題もない）の範囲で、計算するために重みづけを経て実際の得点を得る。
・Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI)	Ferrans・Powers 生活の質インデックス (QLI) は生活満足度に関する QoL を測る。そして、生活のさまざまな面に関して満足感と重要度を測る。 QLI には、4 つの領域がある：健康と機能、心理的/スピリチュアル、経済面、家族である。 満足度についての 33 の事項、重要度についての 33 の事項があり、それぞれに 6 つの回答レベルがある。 現在、QLI には例えば糖尿病版、透析版、ナーシングホーム版、てんかん版、がん版と包括版などの 15 のバージョンがある。	ロースコアを重みづけによって変換して、0～30 の範囲で全体スコアとする。より高い得点はよりよい QoL となる。
<認知症>		
・Quality of Life in Dementia (QUALIDEM)	認知症の生活の質 (QUALIDEM) は、代理回答ベースの認知症に特化した QOL ツールである。2 つのバージョンがある：軽度から重度の認知症のある人のための 37-アイテム版と非常に重度認知症のための 18-アイテム版である。 QUALIDEM 37-アイテム版は、9 つの領域から成る：ケアにおける関係性、ポジティブな傾向、ネガティブな傾向、落ちつかない緊張したふるまい、ポジティブな自己像、社会的関係、社会的な孤立、アトホームな感覚、なすべきことがある、という領域である。 18-アイテム版は、ポジティブな自己像、アトホームな感覚、なすべきことがある、を除外する。	QUALIDEM は、各々のサブスケールのアイテム得点を合計し、0 から 21 の点を得る。
・Health-Related Quality of Life for People With Dementia (DEMQOL)	認知症の人の健康に関する生活の質 (DEMQOL) は、認知症のすべてのステージで健康関連の QoL を測るために開発された評価ツールである。自己回答版と代理回答版がある。 DEMQOL 自己回答版は 31 のアイテムから成り、代理回答版は、28 アイテムからなる。4 つの回答レベルが各々のアイテムへあつて、前週までの状況が対象となる。 DEMQOL は、5 つの異なる領域を測る：健康とウェルビーイング、認知機能、社会的関係、日常活動、自己概念である。 DEMQOL 自己回答版と DEMQOL 代理回答版のための健康状態分類システムも開発中である。	各アイテムは 1 と 4 の間で記録され、自己回答版では合計 28～112 の総範囲になり、代理回答版では 31～124 の合計となり、高い値はより良い健康関連の QoL を示す。
・Dementia Quality of Life Instrument (DQOL)	認知症生活の質計測法 (DQOL) は、5 つの回答レベル（プロートら、1999）による認知症の人々のための生活の質評価ツールである。 DQOL は、5 つのサブスケールから成る：ポジティブな傾向、ネガティブな傾向、所属しているという感情、自尊心、美的感性。	DQOL は、サブスケールの各々のアイテムについて重みづけをせずに平均を計算する。
・Alzheimer' s Disease-Related Quality of Life (ADRQL)	アルツハイマー病に関する生活の質 (ADRQL) は代理回答ベースの方法で、アルツハイマー病の健康関連の QoL を測る。 ADRQL は、2 つの回答レベル（同意 / 同意しない）で、40 のアイテムから成って、5 つの局面を判断する：社会的相互性、自己認識、感情とムード、活動の享受、環境への反応、である。	得点は 0 から 100 のスコアにわたって、全体またはサブスケール得点を重みづけを経て計算する。
・Cornell Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS)	認知症の生活の質のための Cornell Brown スケール (CBS) は、認知症の人の生活の質の評価のために半構造化インタビューを利用する。 インタビューは臨床医によって行われ、一対一あるいは家族または介護者の助けを借りて行われる。	重度はインタビュアーによって測定され、－1（穏やかであるか漸続的）または－2（厳しいか慢性的）と評価される。ネガティブな

	CBS は、ポジティブあるいはネガティブの極を、気分、観念の妨害度、行動の妨害度、身体上のサインと症状に関連して設定して、19 のアイテムを含む。 ネガティブな極は、最初に評価される。	極がなければ、そのアイテムのポジティブな極が評価される。範囲はインタビューによって測定されて、+1（穏やかであるか断続的な）または+2（一定の）と評価される。ネガティブまたはポジティブな極が支持されないならば、0 の得点が与えられる。得点は-38 と+38 の間で変動し、ネガティブな得点はより低い QoL を示す。スケールは、個人が質問に応じることができない環境の場合や、または援助する家族または介護者がいないなら使用しない。
・ Quality of Life in Alzheimer' s Disease (QOL-AD)	アルツハイマー病の生活の質 (QOL-AD) は、自己回答または代理回答により身体的、社会的、心理的な領域について認知症の人の評価を行う。 スケールは、身体的な健康、エネルギー、気分、生活状況、記憶、関係性、能力、楽しみ、経済状況、QoL 全般に関して 13 のアイテムを含む。	これらのアイテムは 1（不十分）と 4（素晴らしい）の間で評価されて合計され、13 と 52 の間で得点が出る。より高い得点はより高い QoL を示す。 自己回答と代理回答のスコアは結合することが可能で、自己回答の方が重みづけされる。
・ Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID)	後期認知症の生活の質 (QUALID) は、後期の認知症の人の QoL をケア施設で代理評価者によって観察して評価を行う。 スケールは、11 の観察可能な様子（例えば微笑むこと、悲しみ、泣くこと、表情、不快な様子、短気、攻撃性、楽しみ、相互性、穏やかで快適な様子）を含む。	これらのアイテムは、リカート型スケールで 1~5 に段階を付けられ、11（高い QoL）と 55（最も低い QoL）の間で得点を得る。 評価は、以前の 7 日にの観察に基づいて記録される。
＜パーソナリティ、その他＞		
・ Personhood Patient Dignity Inventory (PDI)	人間性患者尊厳表 (PDI) は、人生の終わりに近づいている患者の間で尊厳関連の苦悩を測るように設計された自己回答スケールである。5 つのファクターは、症状による苦悩、実存的苦悩、依存、心の平和、ソーシャルサポートである。 調査がいろいろなクリニックで行われ、多くの翻訳がある。	25 のアイテムは、5 つのファクターにわたって、全体で 1（問題でない）と 5（非常に問題）の間で記録される
・ Personhood in Dementia Questionnaire (PDQ)	認知症における人間性質問票は、20 のアイテムからなる。	リカート式目盛りを用いた 0（強く不同意）から 7（強く同意）の回答で 0~140 の得点が記録される。 より高い得点はより積極的な態度を示す。 尺度とファクターストラクチャーは今後確立される。
・ The Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS)	高齢者成功アセスメントスケール (TOPAS) は自己回答式と代理回答式のスケールで、長期ケアにおいて入所者の成功度を評価する。 スケールは、5 つの局面から成っている 32 のアイテムを含む：入所者の態度（ナースিংホームの生活で）、ケアの質と介護者、参加とピア関係性、人々やさまざまな場所との関係維持、物理的環境の質である。	個々の回答は、スケールで 1（いいえ、完全に不同意）から 6（はい、私は完全に同意）まで分けられる。そして、32（成功の最低レベル）から 192（成功の最高レベル）までの得点が出る。

• The Experience of Home Scale (EOH) (VIII)	施設の経験スケール (EOH) は、25-アイテムにわたる自己回答式のスケールで、人と環境との関わりの経験の強さを測るように設計されている。EOH は、3つの要因から成る：(自分の) ホームである、ホームではない、両者の境界、である。	アイテムは、1 (強く不同意) から 5 (強く同意) にわたるリカート式目盛りを用いて評価される。すべてのアイテムの平均スコアが最終的なスケール得点で、より高い得点はホームのより強い経験を示す。
• Measurement Instrument for Dignity Amsterdam (MIDAM-LTC)	Amsterdam 尊厳のための測定法 (MIDAM-LTC) は、長期介護施設で4つの領域にわたって尊厳を自己判断するための尺度である：他者との関係における自己評価、機能の状態、精神的な状態、ケアと状況面である。	まず、個々のアイテムが以前の2日間の31のアイテムについて (イエス/ノー) 生活上当てはまるかどうかの程度を測る。1 (まったくない) から 5 (非常にある) にわたるリカート法目盛りを用いて尊厳の感覚に影響した範囲を評価される。個々のアイテムの高いスコアは、その特定分野についての尊厳関連の苦痛が潜在的にあると疑う必要を示す。
• Personhood Questionnaire (PQ)	人間性質問票 PQ がは、高齢者ヘルスケアサービスの中におけるニーズを測る。	スタッフは、特定の情報が人間性を保持するサービスの提供に確かに必要であると考える範囲に関して、1 (まったく必要ない) と 5 (本当に必要) の間で 15 のアイテムを評価する。これは、15 (最も低い程度の必要) から 75 (最も高い程度の必要) までの合計得点を示す。
• The Eden Warmth Survey (EWS-R)	Eden Warmth 調査 (EWS) は、パーソンセンタードケア提供について自己記入 (EWS-R)、家族 (EWS-F)、スタッフ (EWS-S) の満足度を計る。	20項目を1 (強く不同意) から 5 (強く同意) にわたっているスケールで評価され 20点から 100点の範囲で結果がでる。

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6506925/>

3) 高齢者のコミュニティケアの品質指標：系統的レビュー

Quality indicators for community care for older people: A systematic review

Article (PDF Available) in PLoS ONE 13(1):e0190298 · January 2018

Karlijn J Joling, Amsterdam University Medical Center

Liza Van Eenoo, KU Leuven

Davide L Vetrano, Karolinska Institutet

Veerle Smaardijk, Tilburg University

概要

背景

フレイルな高齢者の長期治療と入院を防ぐことに成功した医療システムは、公共支出を大幅に節約する。その鍵は、コミュニティの質の高いケアにあるだろう。十分な方法論レベルの品質指標（Quality Indicators、QI）は、ケアの質を監視、比較、改善するための前提条件である。この体系的なレビューにより、高齢者の地域医療に関する既存の QI が特定され、その方法論の質が評価された。

方法

関連する研究は、電子参照データベースでの検索によって特定され、2 人のレビューアが個別に選択した。対象の出版物は、高齢者の地域医療の質を評価するための QI の開発または適用について説明している。QI、研究サンプル、および特定の設定に関する情報が抽出された。QI セットの方法論的品質は、調査と評価（AIRE）手段による指標で評価された。ドメインの 50% 以上のスコアは、高い方法論的品質を示すと見なされた。

結果

検索の結果、25 の記事が含まれ、567 の QI を含む 17 の QI セットについて説明した。ほとんどの指標は、主にフォローアップ、モニタリング、検査、治療に関するケアプロセス（80%）と測定された臨床的問題（63%）に言及している。QI の約 3 分の 2 が特定の疾患グループに焦点を当てている。指標セットの方法論的品質はかなり異なっていた。総合的な最高レベルは、ドメイン「追加のエビデンス、定式化、使用」（51%）の場合に達成され、続いて「科学的エビデンス」（39%）と「ステークホルダーの関与」（28%）が達成された。

結論

高齢者の地域医療の質を評価するために、かなりの数の QI が利用可能である。しかし、一般的な QI、測定結果、および非臨床的側面は比較的少なく、ほとんどの QI セットは高い方法論的品質の基準を満たしていない。この研究は、政策立案者と臨床医が多数の QI をナビゲートし、目的に合わせて QI の選択を支援できる。

Table 1. コミュニティケアのタイプ別 質の指標セットの性格

Characteristics of the included quality indicator sets, presented by type of community care setting.					
著者, 年, (QI セット名, 適用 あれば)	国	QI セットの目的	インディケー ター数	対象	研究人数 (サンプルサイズ)
ホームケア セッティング					
Venables, 2006 [40]	イギリ ス	認知症の人のホーム ケア サービス のパフォーマンス	計: 52 アウトカム: 0 プロセス: 0 ストラクチャー: 52	ホーム ケア サ ービス	認知症の高齢者および/または在宅介護サービスを受けているインフォーマル介護者 (n = 113 サービス、229 クライアント)
Kogan, 2010 [29]	USA	看護師-医師コミュニ ケーション	計: 3 アウトカム: 0 プロセス: 3 ストラクチャー: 0	統合在 宅医療	介護が必要な虚弱な地域在住の高 齢者 (サンプルサイズは QI およ び測定値ごとに n = 30 から n = 394 まで異なる)
Foebel, 2015 [48] (InterRai- ホームケア QIs, 2nd generation) [50]	ヨーロ ッパ a	ホームケア サー ビスの質	計: 23 アウトカム: 22 プロセス: 1 ストラクチャー: 0	ホーム ケア組 織	少なくとも2週間にわたってコミ ュニティケアサービス (在宅介護 など) を受けている 65 歳以上の 人 (n = 1, 354)
Jones, 2007 [38]	イギリ ス	ホームケア サー ビスの質 (サービ ス ユーザーの経 験)	計: 2 b アウトカム: 0 プロセス: 3 ストラクチャー: 0	ホーム ケア サ ービス	65 歳以上の在宅介護サービスユー ザー (n = 21, 350)
Chang, 2015 [42]	台湾	障害のある在宅高 齢患者のためのケ アの質 (対施設居 住者)	計: 5 アウトカム: 5 プロセス: 0 ストラクチャー: 0	ホーム ケア (看護と 往診)	D 在宅または施設に居住し、2 年 間にわたって在宅医療の国民健康 保険の補償の最初の請求を提出し た 65 歳以上の障害のある高齢患 者。除外: 登録前 1 年 (365 日) 以内にホホームケアまたは施設ケ アを受けた患者、登録後 3 日以内 に死亡した、または登録後 1 年以 内にホームケアと施設ケアの間で 移行した患者、または完全なデー タがない記録 (n =在宅ケアグル ープと施設内ケアグループの両方 で 27, 894)
Kajonius, 2016 [43]	スウェ ーデン	ホームケア サー ビスのストラクチャーの質と患者 満足度	計: 6 c アウトカム: 0 プロセス: 4 ストラクチャー: 2	在宅ベ ースの サービ ス	在宅および介護施設で介護サービ スを利用している 65 歳以上の高 齢者 (在宅ケアで n = 61, 600、養 護施設で n = 33, 400)
Beerens, 2014 [47]	ヨーロ ッパ d	認知症の人の ホ ームケアの質	計: 8 e アウトカム: 6 プロセス: 2 ストラクチャー: 0	ホーム ケア	MMSE ≤ 24 の 65 歳以上の認知症患者で、在宅ケアを受けており、6 か月以内に長期ケア施設に入院す るリスクがあった人 (n = 1, 223 人が在宅、n = 791 が施設内ケ ア) プライマリケアセッティング

Fahey, 2003 [37]	イギリス	高齢者に対する不十分な臨床ケアの3つの要素：1) 有益な薬物の不十分な使用；2) 慢性疾患のモニタリング不良；3) 不適切または不必要な薬物の乱用	計：15 アウトカム：2 プロセス：13 ストラクチャー：0	GP によるプライマリケア	65 歳以上の高齢者は一般診療に登録されていた（自宅に住んでいる人は養護施設に住んでいる人と比較された）。除外：末期疾患の患者。（n = 526 人が在宅；n = 172 はナースিংホーム）
Lund, 2013 [31]	USA	薬の処方品質	計：4 アウトカム：3 プロセス：1 ストラクチャー：0	プライマリケア サービス	65 歳以上の退役軍人、退役軍人問題のプライマリケアサービスを受けている（n = 1, 549, 824）
Perry, 2010 [45]	オランダ	一次性認知症ケアの質（診断および管理）	計：23 アウトカム：1 プロセス：18 ストラクチャー：4	プライマリケア (GP)	認知障害と疑われる虚弱な高齢者（n = 63）
Shah, 2011 [39]	イギリス	慢性疾患管理（冠状動脈性心臓病、脳卒中、心房細動、糖尿病）	計：16 アウトカム：0 プロセス：16 ストラクチャー：0	GP によるプライマリケア	一般開業医に少なくとも 90 日間登録された 65～104 歳の介護施設および地域在住者の居住者。除外：例外のある患者（疾患全体の例外、特定の介入の禁忌またはサービスの利用不能または特定の介入の拒否を含む）。（n = コミュニティ内の 403, 259 人、n = ケアホームの 10 387 人の居住者）
Neumark, 2015 [49]	スウェーデン	国家ガイドラインに基づく糖尿病のケアの質	計：16 アウトカム：6 プロセス：10 ストラクチャー：0	プライマリヘルスケアセンター	80 歳以上の高齢者で、糖尿病の在宅で在宅医療をしている（在宅医療のない高齢者や養護施設の居住者と比較して）。除外：市の居住者ではなくなった患者、糖尿病と誤って診断された患者、緩和期に入った患者、または死亡した患者。（n = 277）
Van der Ploeg, 2008 [46] Applied in: Askari, 2016 f [44]	オランダ	脆弱な高齢者のための一般的な診療の質（虚弱の発達に関連する 8 つの条件に焦点を当てる）	計：81 g アウトカム：0 プロセス：81 ストラクチャー：0	GP ケア	脆弱な高齢者。2 年以上にわたって死亡または機能低下のリスクが高い 65 歳以上の地域在住の個人として定義される（n = 950 [44]） その他の地域医療設定
Vickrey, 2006 [34] Applied in: Chodosh, 2012 [25]	USA	認知症ガイドラインの遵守 推奨事項（アセスメント、治療、教育とサポート、安全性）	計：22 アウトカム：0 プロセス：22 ストラクチャー：0	プライマリケア 診療所、コミュニティエージェンシー	65 歳以上の認知症の患者および非公式の介護者を除く：18 歳以上の非公式の介護者のいない患者。（n = 408 [34]；n = 238 [25]）
Kim, 2011 [28] Applied in: Lemus, 2010 [30] (AHRQ Prevention QIs)	USA	潜在的に予防可能な入院。外来診療において要注意の状態（すなわち、質の高いプライマリケアと予防ケア	計：8 アウトカム：12 プロセス：0 ストラクチャー：0	外来ケア	65 歳以上の高齢者は除外：精神科、リハビリテーション、および長期病院での患者の入院、および AHRQ-PQI アルゴリズムで定義されているように、他の施設から移送された患者および/または医学的

h [51]		で予防可能な入院)			助言に反して退院した患者 (n = 555, 538 [28]; n = 66, 421 [30])
Wenger, 2007 [36] Applied in: Wenger, 2011 [35]; Reuben, 2013 [32]; Roth, 2012 [33]; Ganz, 2010 [26]; Jennings, 2016 [27] (ACOVE-3 Indicators)	USA	脆弱な高齢者に提供される医療のプロセスの質 (脆弱な高齢者にとって最も重要な 26 の条件)	計: 342 I アウトカム: 0 プロセス: 342 ストラクチャー: 0	コミュニティケア	脆弱な高齢者。2 年以上にわたって死亡または機能低下のリスクが高い 65 歳以上の地域在住の個人として定義される。 (n = 485 [32]; n = 231 [33]; n = 200 [26]; n = 797 [27])
Kroger, 2007 [41]	カナダ	認知障害または認知症の脆弱な高齢者のケアとサービスの質	計: 72 j アウトカム: 0 プロセス: 72 ストラクチャー: 0	統合コミュニティケア	認知障害/認知症で、統合サービスシステムで治療されている脆弱な高齢者。パイロット研究には、在宅介護サービスを受けている認知障害/認知症の診断を受けた 75 歳以上の 40 人の地域在住患者が含まれていました。 (n = 40)

略語: QI、品質指標 (QI, Quality Indicator)

a interRai-HCQI セットは、InterRai ネットワークに参加している国々で世界中で使用されている

b 2 つの品質尺度は分子と分母で表現されていないため除外した

c この研究で使用された 2 つの構造的 QI は、ナーシングホームでのみ適用されたため、このレビューには含まれていない

d 次の欧州 8 か国がこの調査に参加: イギリス、エストニア、フィンランド、フランス、ドイツ、オランダ、スペイン、スウェーデン

e この研究で在宅ケアの主観的品質を評価するために使用された 1 つの QI は、分子と分母で表されなかったため、このレビューには含まれていない

f Askari et al. (2016) は、Van der Ploeg et al. (2008) によるオランダのプライマリケア設定に若干適応している 9 の (12 の中の ACOVE 転倒関連 QI) を使用した

g Van der Ploeg et al. (2008) は、オランダのプライマリーケア向けに設定された ACOVE-3 QI の短縮および適合バージョンについて説明したが本研究の S2 付録では、Qis のみを抽出した

元のセットと比較して、新しく追加された (n = 5) または大幅に変更された (n = 4)。(非常に) 重なっている QI は、元のセットにのみリストされている (Wenger et al.、2007)。

h これらの QI は病院の入院患者データを使用して測定されたが、外来医療システムの品質に関する考察を提供することを目的としており、開発者からは、ヘルスケアへのアクセスとコミュニティのプライマリケアの品質の間接的な尺度として見なされている

i 全セットには 392 の QI が含まれていた。これらのうち、50 の QI が病院または養護施設でのケアを受けている高齢者に焦点を当てているため、この研究から除外された

j 更新された ACOVE セットは Wenger ら (2007) から抽出されているため、ACOVE インジケータセットからの 57 の QI はこの QI の概要に表示されない

25. Chodosh J, Pearson ML, Connor KI, Vassar SD, Kaisey M, Lee ML, et al. A dementia care management intervention: which components improve quality? Am J Manag Care. 2012; 18(2):85-94. PMID: 22435836
26. Ganz DA, Koretz BK, Bail JK, McCreath HE, Wenger NS, Roth CP, et al. Nurse practitioner comanagement for patients in an academic geriatric practice. Am J Manag Care. 2010; 16(12):e343-e55. PMID: 21291291
27. Jennings LA, Tan Z, Wenger NS, Cook EA, Han W, McCreath HE, et al. Quality of Care Provided by a Comprehensive Dementia Care Comanagement Program. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(8):1724-30. Epub 2016/06/30. <https://doi.org/10.1111/jgs.14251> PMID: 27355394
28. Kim H, Helmer DA, Zhao Z, Boockvar K. Potentially preventable hospitalizations among older adults with diabetes. Am J Manag Care. 2011; 17(11):e419-e26. PMID: 22200058

29. Kogan P, Underwood S, Desmond D, Hayes M, Lucien G. Performance improvement in managed long-term care: physician communication in managing community-dwelling older adults. *Home healthcare nurse*. 2010; 28(2):105-14. PMID: 20147805
30. Lemus FC, Tan A, Eschbach K, Freeman DHJ, Freeman JL. Correlates of bacterial pneumonia hospitalizations in elders, Texas border. *J Immigr Minor Health*. 2010; 12(4):423-32. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9241-z> PMID: 19294512
31. Lund BC, Charlton ME, Steinman MA, Kaboli PJ. Regional differences in prescribing quality among elder veterans and the impact of rural residence. *J Rural Health*. 2013; 29(2):172-9. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00428.x> PMID: 23551647
32. Reuben DB, Ganz DA, Roth CP, McCreath HE, Ramirez KD, Wenger NS. Effect of nurse practitioner comanagement on the care of geriatric conditions. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(6):857-67. <https://doi.org/10.1111/jgs.12268> PMID: 23772723
33. Roth CP, Ganz DA, Nickles L, Martin D, Beckman R, Wenger NS. Nurse care manager contribution to quality of care in a dual-eligible special needs plan. *J Gerontol Nurs*. 2012; 38(7):44-54. PMID: 22833891
34. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, et al. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145(10):713-26. Epub 2006/11/23. PMID: 17116916.
35. Wenger NS, Roth CP, Martin D, Nickels L, Beckman R, Kamberg C, et al. Quality of care provided in a special needs plan using a nurse care manager model. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(10):1810-22. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03599.x> PMID: 22091494
36. Wenger NS, Roth CP, Shekelle P. Introduction to the assessing care of vulnerable elders-3 quality indicator measurement set. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55 Suppl 2:S247-52. Epub 2007/10/04. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01328.x> PMID: 17910544.
37. Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: Controlled observational study. *British Medical Journal*. 2003; 326 (7389):580-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7389.580> PMID: 12637404
38. Jones K, Netten A, Francis J, Bebbington A. Using older home care user experiences in performance monitoring. *Health Soc Care community*. 2007; 15(4):322-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00687.x> PMID: 17578393
39. Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Cook DG. Quality of chronic disease care for older people in care homes and the community in a primary care pay for performance system: retrospective study. *BMJ*. 2011; 342:d912. <https://doi.org/10.1136/bmj.d912> PMID: 21385803
40. Venables D, Reilly S, Challis D, Hughes J, Abendstern M. Standards of care in home care services: a comparison of generic and specialist services for older people with dementia. *Aging & Mental Health*. 2006; 10(2):187-94.
41. Kroger E, Tourigny A, Morin D, Cote L, Kergoat MJ, Lebel P, et al. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC health services research*. 2007; 7:195. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-195> PMID: 18047668
42. Chang SC, Shiu MN, Chen HT, Ng YY, Lin LC, Wu SC. Evaluation of care quality for disabled older patients living at home and in institutions. *J Clin Nurs*. 2015; 24(23-24):3469-80. Epub 2015/09/04. <https://doi.org/10.1111/jocn.12946> PMID: 26333176.
- Quality indicators for community care for older people
PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298> January 9, 2018 18 / 19
43. Kajonius PJ, Kazemi A. Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care. *Gerontologist*. 2016; 56(5):928-36. Epub 2015/01/30. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu170> PMID: 25628300
44. Askari M, Eslami S, van Rijn M, Medlock S, Moll van Charante EP, van der Velde N, et al. Assessment of the quality of fall detection and management in primary care in the Netherlands based on the ACOVE quality indicators. *Osteoporos Int*. 2016; 27(2):569-76. Epub 2015/07/22. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3235-6> PMID: 26194490
45. Perry M, Draskovic I, van Achterberg T, van Eijken M, Lucassen P, Vernooij-Dassen M, et al. Development and validation of quality indicators for dementia diagnosis and management in a primary

care setting. J Am Geriatr Soc. 2010; 58(3):557-63. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02726.x> PMID: 20210818

46. van der Ploeg E, Depla MF, Shekelle P, Rigter H, Mackenbach JP. Developing quality indicators for general practice care for vulnerable elders; transfer from US to The Netherlands. Qual Saf Health Care. 2008; 17(4):291-5. Epub 2008/08/06. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023226> PMID: 18678728.

47. Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, et al. Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. J Am Med Dir Assoc. 2014; 15(1):54-61. Epub 2013/11/14. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.010> PMID: 24220139.

48. Foebel AD, van Hout HP, van der Roest HG, Topinkova E, Garms-Homolova V, Frijters D, et al. Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI home care Quality Indicators (HCQIs). BMC Geriatr. 2015; 15:148. Epub 2015/11/18. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5> PMID: 26572734

49. Neumark AS, Brudin L, Neumark T. Adherence to national diabetes guidelines through monitoring quality indicators-A comparison of three types of care for the elderly with special emphasis on HbA1c. Prim Care Diabetes. 2015; 9(4):253-60. Epub 2015/04/14. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.03.002> PMID: 25865853.

50. Morris JN, Fries BE, Frijters D, Hirdes JP, Steel RK. interRAI home care quality indicators. BMC Geriatr. 2013; 13:127. Epub 2013/11/20. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-127> PMID: 24245920

Quality indicators for community care for older people: A systematic review

Article (PDF Available) in PLoS ONE 13(1):e0190298 · January 2018

https://www.researchgate.net/publication/322344849_Quality_indicators_for_community_care_for_older_people_A_systematic_review

以下は、上記 Quality indicators for community care for older people: A systematic review 研究
 の中で紹介されている QI の一覧である。(567 の QI のうち冒頭<52>のみを収録)

QI no.	Author, year	Community care Setting	Domain	Subdomain in Clinical Issues	Condition	Description	Numerator	Denominator	Exclusion criteria of the QI	Performance standards	Type: Process (P) Outcome (O) Structure (S)	Original source by: Author, year (ID):	Also applied
1	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where risk assessment for user is conducted	Home care services where risk assessment for user is conducted	N/A: on organizational level	No	No	S		
2	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where health and safety for staff is assessed	Home care services where health and safety for staff is assessed	N/A: on organizational level	No	No	S		
3	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where users abilities and needs are assessed	Home care services where users abilities and needs are assessed	N/A: on organizational level	No	No	S		
4	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where planned reviews are undertaken	Home care services where planned reviews are undertaken	N/A: on organizational level	No	No	S		
5	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where briefing documents are kept in user' s home	Home care services where briefing documents are kept in user' s home	N/A: on organizational level	No	No	S		
6	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that operate within Care Programme Approach policies	Home care services that operate within Care Programme Approach policies	N/A: on organizational level	No	No	S		
7	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where a review was undertaken at least every two months	Home care services where a review was undertaken at least every two months	N/A: on organizational level	No	No	S		
8	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where the care coordinator is given a written report of review	Home care services where the care coordinator is given a written report of review	N/A: on organizational level	No	No	S		
9	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where a 24-hour service is provided if necessary	Home care services where a 24-hour service is provided if necessary	N/A: on organizational level	No	No	S		
10	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where a live-in	Home care services where a live-in service	N/A: on organizational level	No	No	S		

						service is provided if necessary	is provided if necessary							
11	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care service where day and night care is available, seven days a week	Home care service where day and night care is available, seven days a week	N/A: on organizational level	No	No	S			
12	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where memory/life story wallets are available	Home care services where memory/life story wallets are available	N/A: on organizational level	No	No	S			
13	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where is no uniform policy for staff	Home care services where is no uniform policy for staff	N/A: on organizational level	No	No	S			
14	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where personal care is provided	Home care services where personal care is provided	N/A: on organizational level	No	No	S			
15	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with special attention for language (e.g. translated leaflets)	Home care services with special attention for language (e.g. translated leaflets)	N/A: on organizational level	No	No	S			
16	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with special attention for food (e.g., specific dietary requirements)	Home care services with special attention for food (e.g., specific dietary requirements)	N/A: on organizational level	No	No	S			
17	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with special attention for religion (e.g. providing services at appropriate times)	Home care services with special attention for religion (e.g. providing services at appropriate times)	N/A: on organizational level	No	No	S			
18	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where a minimum hours contract is available	Home care services where a minimum hours contract is available	N/A: on organizational level	No	No	S			
19	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where sick pay is available	Home care services where sick pay is available	N/A: on organizational level	No	No	S			
20	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where holiday entitlement is available	Home care services where holiday entitlement is available	N/A: on organizational level	No	No	S			
21	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where a loyalty reward is available	Home care services where a loyalty reward is available	N/A: on organizational level	No	No	S			
22	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with frequent contact between hands on staff and supervisors	Home care services with frequent contact between hands on staff and supervisors	N/A: on organizational level	No	No	S			

23	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that share with other services: accommodation	Home care services share with other services: accommodation	N/A: on organizational level	No	No	S		
24	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that share with other services: management	Home care services share with other services: management	N/A: on organizational level	No	No	S		
25	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that have a single telephone number	Home care services that have a single telephone number	N/A: on organizational level	No	No	S		
26	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that have a single point of referral	Home care services that have a single point of referral	N/A: on organizational level	No	No	S		
27	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that have shared assessment forms	Home care services that have shared assessment forms	N/A: on organizational level	No	No	S		
28	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that have shared care plan forms	Home care services that have shared care plan forms	N/A: on organizational level	No	No	S		
29	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that have a shared client record databases system	Home care services that have a shared client record databases system	N/A: on organizational level	No	No	S		
30	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that have a shared case files/filing system	Home care services that have a shared case files/filing system	N/A: on organizational level	No	No	S		
31	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where new staff receive an induction	Home care services where new staff receive an induction	N/A: on organizational level	No	No	S		
32	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that provide training for staff qualifications	Home care services that provide training for staff qualifications	N/A: on organizational level	No	No	S		
33	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services that provide dementia-specific training for staff	Home care services that provide dementia-specific training for staff	N/A: on organizational level	No	No	S		
34	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with supervisor contact weekly or more often	Home care services with supervisor contact weekly or more often	N/A: on organizational level	No	No	S		
35	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where more than 60% of the staff have formal qualifications	Home care services where more than 60% of the staff have formal qualifications	N/A: on organizational level	No	No	S		
36	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with formal arrangements for	Home care services with formal arrangements for	N/A: on organizational level	No	No	S		

						providing support to friends/relatives	providing support to friends/relatives							
37	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where induction includes a component on caring for people with dementia	Home care services where induction includes a component on caring for people with dementia	N/A: on organizational level	No	No	S			
38	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where more than 50% of hands on staff have specific training for caring for people with dementia	Home care services where more than 50% of hands on staff have specific training for caring for people with dementia	N/A: on organizational level	No	No	S			
39	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where more than 60% of staff have formal qualifications	Home care services where more than 60% of staff have formal qualifications	N/A: on organizational level	No	No	S			
40	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services where local authority assists with training	Home care services where local authority assists with training	N/A: on organizational level	No	No	S			
41	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for client need	Home care services with space on form for client need	N/A: on organizational level	No	No	S			
42	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for client preferences	Home care services with space on form for client preferences	N/A: on organizational level	No	No	S			
43	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for history	Home care services with space on form for history	N/A: on organizational level	No	No	S			
44	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for profile of client's ability in ADL	Home care services with space on form for profile of client's ability in ADL	N/A: on organizational level	No	No	S			
45	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for goals	Home care services with space on form for goals	N/A: on organizational level	No	No	S			
46	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for changes to watch for	Home care services with space on form for changes to watch for	N/A: on organizational level	No	No	S			
47	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for changes in user/carer circumstances	Home care services with space on form for changes in user/carer circumstances	N/A: on organizational level	No	No	S			
48	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for time log	Home care services with space on form for time log	N/A: on organizational level	No	No	S			

49	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for staff names	Home care services with space on form for staff names	N/A: on organizational level	No	No	S		
50	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for tasks undertaken	Home care services with space on form for tasks undertaken	N/A: on organizational level	No	No	S		
51	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for observations	Home care services with space on form for observations	N/A: on organizational level	No	No	S		
52	Venables, 2006	Home care	Structure of care		Dementia	The proportion of home care services with space on form for messages to other workers	Home care services with space on form for messages to other workers	N/A: on organizational level	No	No	S		

4) Rockwood 臨床フレイルティスケール

Rockwood Clinical frailty Scale

- 1 非常に元気 (Very Fit) -頑健で、活動的で、エネルギッシュで、やる気のある人。一般的に定期的に運動をする。彼らは同年齢のなかで最も元気。
- 2 よい(Well)-アクティブな病気の症状はないが、カテゴリー1 よりも (季節的に) 元気ではない人々。多くの場合、時々 (例えば季節によって) 運動するか、非常に活発。
- 3 管理が良い (Managing Well) -医学的問題は十分に管理されているが、日常の歩行以外に定期的に活動していない人々。
- 4 脆弱 (Vulnerable) -日常の助けを他の人に依存していないが症状によって活動が制限されることがよくある。一般的な不満は、「のろのろしている」こと、および/または日中疲れること。
- 5 軽度フレイル- (Mildly Frail) これらの人々はしばしば、よりはっきりした活動の遅さを示し、高次の IADL (金銭管理、移送、重い家事、薬) で助けを必要とする。通常、軽度のフレイルは、ショッピングや一人での外出、食事の準備、家事の能力を徐々に損なわれる。
- 6 中度フレイル (Moderately Frail) -外での活動と家事に助けが必要。在宅では、しばしば階段昇降に問題があり、入浴、着衣に最低限の助け (助言、見守り) が必要。
- 7 重度フレイル (Severely Frail) -何らかの (身体的または認知的) 原因からパーソナルなケアに完全に依存。それでも、安定しているように見え、死ぬリスクが高いわけではない (~6 ヶ月以内)。
- 8 非常に重度のフレイル (Very Severely Frail) -完全に依存し、終末に近づいている。通常、軽度の病気からも回復できない。
9. 終末期の病気 (Terminally Ill) -終末に近づいている。このカテゴリーは、平均寿命が 6 か月未満の人に適用される。

認知症の人のフレイルティスコア付け

フレイルティの程度は、認知症の程度に対応する

- ・ 軽度認知症の一般的な症状には、最近の出来事の詳細を忘れることが含まれ、その出来事自体はまだ覚えていて、同じ質問/話や社会的引きこもりを繰り返す
- ・ 中等度の認知症では、過去の人生の出来事をよく覚えているように見えても、最近の記憶は非常に損なわれている
- 彼らは機敏に自分のケアを行うことができる
- ・ 重度の認知症では、助けがなければ自分のケアを行うことができない

1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people.
© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine
Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.
https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/rockwood_cfs.pdf

5) Social Prescription（社会的処方）で使用するメンタルウェルビーイングスケール

Warwick-Edinburgh メンタルウェルビーイングスケール (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS))

○2019 年 8 月国際長寿センターが Bexley Council から提供を受けた

○社会的処方ののちにコミュニティサービスの効果を定期的に測定するためのスケール

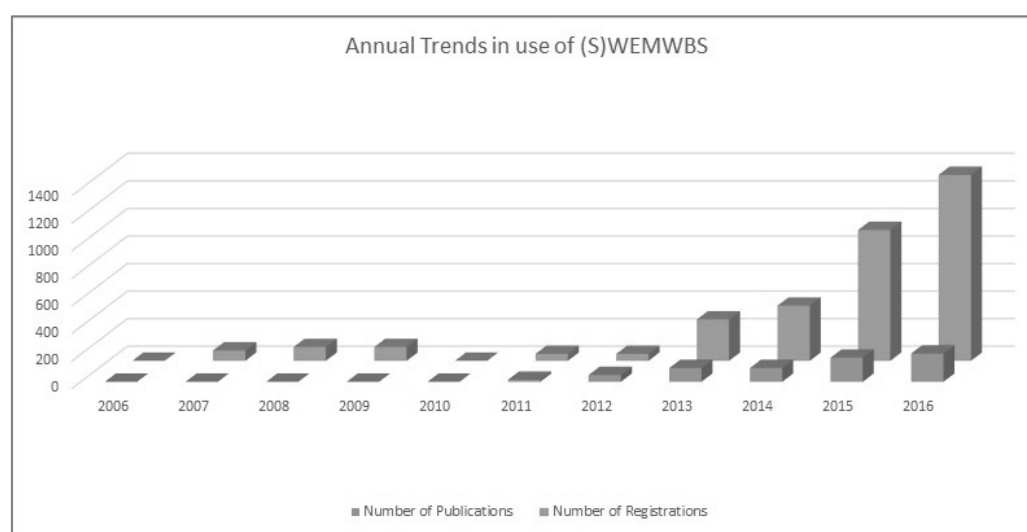
WEMWBS の使用方法と場所

14 項目のスケールの WEMWBS と 7 項目のスケールの SWEMWBS は、1 か月に 100 を超える登録が行われるさまざまなプロジェクト、プログラム、アプローチの成果測定として広く採用されています。次のものが含まれます。

- ・企業、公的機関、第三セクター組織内を含む職場の福祉を促進するプログラム
- ・健康関連の行動を変えること、健康のための芸術を提供すること、または緑豊かな環境に変えることを目的とする介入を評価する
- ・コミュニティプロジェクトと子育てプログラムの効果の評価
- ・心理療法的介入。通常、臨床現場で対面で実施されます。
- ・患者が精神的および身体的疾患の両方の治療を受ける NHS 内の臨床設定

ヘルスケアは、WEMWBS を使用するための最も一般的な機関ですが、教育、コミュニティ、および自主的なセクターでも頻繁に使用されます。

WEMWBS 利用の年間トレンド



この WEMWBS は、以下について「全くない」「ほとんどない」「ときどきある」「しばしばある」「いつもある」の 5 段階で評価するものである。

「未来について楽観的」
「有用だと感じる」
「リラックスしていると感じる」
「他の人に興味を持っていると感じる」
「人のためになることをするエネルギーを持っている (I' ve had enagy to spare) 」
「問題にうまく対処できる」
「はっきりとものを考えることができる」
「調子がいいと思う」
「他の人に近いと思う」
「自信を持っている」
「物事を決定することができる」
「愛されていると感じる」
「新しいことに興味がある」
「元気 (cheerful) だと感じる」

<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/use/>

Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)
© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh,
2006, all rights reserved.

4) Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT)

英国ケント大学が開発した社会的ケア関連 QOL (Social Care Related Quality of Life) の尺度

以下を参照。

保健医療科学 2018 Vol.67 No.3

『社会的ケア関連 QOL 尺度 the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) の日本語翻訳：言語的妥当性の検討』

森川美絵，中村裕美，森山葉子，白岩健

<https://www.niph.go.jp/journal/data/67-3/201867030009.pdf>

7) ポジティブヘルス指標

Positive Health Indicators

University of Bergen (ノルウェーBergen 大学)

(<https://www.uib.no/en/hemil/124921/positive-health-indicators#on-the-concept-of-health>)

健康の概念について

健康をどのように定義するか？

私たちは、健康の概念が争われていることを認識しており、この分野には多くの強い見解があることを尊重する。この目的のために、健康を広く定義して、多くの健康増進研究者に役立つデータベースを作成する。そのため、オタワ憲章に含まれる WHO の健康定義に基づいてプロジェクトを進めている。この定義は、健康の肯定的な側面を強調している。

健康は完全な身体的、精神的、社会的健康の状態であり、単に病気や病気がないことだけではない。
(<https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>)

「ポジティブヘルス」とは何か？健康は常にポジティブではないのか？

価値判断としてではなく、「存在」の意味で「ポジティブ」という言葉を使用します。

「特定の質または属性の存在で構成または特徴付けられる」
(www.thefreedictionary.com/positive)。

ポジティブな健康とは、「単なる病気や病気の欠如ではなく」特定の資質の存在を意味します (WHO の健康の定義を参照)。もちろん、どのような質が存在するべきかを考えた場合、コンセンサスが不足している分野であるが、私たちにはできることがある…

ポジティブヘルスインジケータとは何か？

ポジティブヘルスインジケータは、疾患または症状の欠如よりも、健康の 1 つまたはいくつかの側面の存在を評価する、1 つまたは一連の質問である。例としては、エネルギー、楽観、肉体の敏捷性、または人生の満足度をマッピングする。

ヘルスディメンションはいくつあるか？

WHO の定義では、身体的、精神的、社会的健康の 3 つの側面に言及しているが、社会的健康は心理的健康、時には感情的健康とも呼ばれている。WHO の 3 つの側面に加えて、多くの健康研究者がスピリチュアルな健康を 4 番目の側面として提案している。この次元は、宗教的な側面だけでなく、実存的な側面もカバーしていると見られている。また、文献で言及されている他の側面、たとえば労働衛生もある。多くの人々は、これを他の健康の側面を表現するための設定だと考えている。身体的、精神的、社会的健康と職場は複雑な相互作用にある。

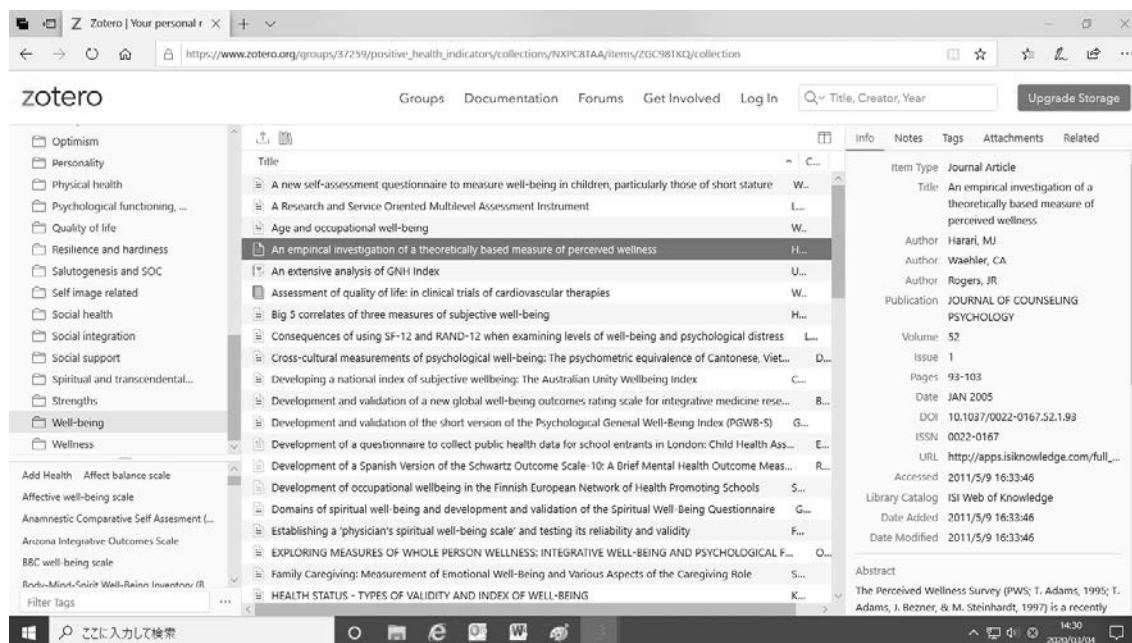
ポジティブヘルスインジケータデータベースでは、実用的なアプローチを選択し、身体的、精神的、社会的、精神的、職業的健康の測定とフォルダーを含めている。

ポジティブヘルス文献サーチ（上記大学の文献サーチページ）

メソッドレポート

<https://www.uib.no/en/hemil/124921/positive-health-indicators>

○wellbeing の範囲で 71 種類、elderly の範囲で 35 種類、またその他多数のインディケーターを収録している



https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/w2/me/methodological-report-for-literature-scoping-study_4.pdf

Methodological report for the literature reviews for the Positive Health Indicators database

Rullestad, Tove

Kvissellien, Ingvild

Servan, Annette

<本報告には以下の報告書も参照している>

国際長寿センター（日本）

- ・令和元年度 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究
- ・平成 30 年度 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究
- ・平成 29 年度 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究
- ・平成 28 年度 高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究
- ・平成 27 年度 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者に関する国際比較調査研究
- ・平成 26 年度 生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究
- ・平成 25 年度 プロダクティブ・エイジング（生涯現役社会）の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究
- ・平成 25 年度 高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究
- ・平成 24 年度 プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究

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
報告書

令和2年3月

発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11
11 東洋海事ビル
TEL : 03 (3506) 8529
FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 19314

