

平成 28 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

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

平成 29 (2017) 年 3 月

目次

1 事業概要	1
1.1 背景と目的	1
1.2 実施概要	2
(1) 実施計画	2
1.3 実施体制	4
(1) ケアプラン点検支援マニュアル見直しワーキング構成	4
(2) 開催日および議題	4
2 適切なケアマネジメントの考え方と保険者の関わり方に関する情報の確認	5
3 ケアマネジメント適正化推進事業	7
3.1 概要	7
(1) 目的	7
(2) 参加自治体	7
(3) 報告会開催実績	8
(4) 参加自治体の定量データ	9
3.2 報告結果：青森市	11
(1) ケアプラン点検の背景・目的	11
(2) ケアプラン点検の実施体制	13
(3) ケアプラン点検の手順と方法	14
(4) ケアプラン点検の効果	18
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	20
(6) 補足質問	21
(7) 今後の計画、展望	22
3.3 報告結果：外ヶ浜町	23
(1) ケアプラン点検の背景・目的	23
(2) ケアプラン点検の実施体制	24
(3) ケアプラン点検の手順と方法	25
(4) ケアプラン点検の効果	26
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	27
(6) 補足質問	29
(7) 今後の計画、展望	29
3.4 報告結果：葉山町・逗子市（協働事業）	30
(1) ケアプラン点検の背景・目的	30
(2) ケアプラン点検の実施体制	31
(3) ケアプラン点検の手順と方法	34

(4) ケアプラン点検の効果	35
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	38
(6) 補足質問	40
(7) 今後の計画、展望	41
3.5 報告結果：大東市	42
(1) ケアプラン点検の背景・目的	42
(2) ケアプラン点検の実施体制	43
(3) ケアプラン点検の手順と方法	45
(4) ケアプラン点検の効果	47
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	49
(6) 補足質問	49
(7) 今後の計画、展望	50
3.6 報告結果：藤井寺市	51
(1) ケアプラン点検の背景・目的	51
(2) ケアプラン点検の実施体制	54
(3) ケアプラン点検の手順と方法	56
(4) ケアプラン点検の効果	58
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	64
(6) 補足質問	69
(7) 今後の計画、展望	76
3.7 報告結果：生駒市	78
(1) ケアプラン点検の背景・目的	78
(2) ケアプラン点検の実施体制	79
(3) ケアプラン点検の手順と方法	80
(4) ケアプラン点検の効果	81
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	83
(6) 補足質問	84
(7) 今後の計画、展望	85
3.8 報告結果：松山市	86
(1) ケアプラン点検の背景・目的	86
(2) ケアプラン点検の実施体制	87
(3) ケアプラン点検の手順と方法	88
(4) ケアプラン点検の効果	89
(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題	91
(6) 補足質問	92
(7) 今後の計画、展望	92
3.9 ケアマネジメント適正化推進事業のまとめ	94
(1) 方向性を定める	97
(2) 対象を定める	97

(3) 方法を定める.....	97
4 ヒアリング調査.....	99
4.1 調査概要.....	99
(1) 目的・調査内容.....	99
(2) ヒアリング調査対象.....	99
4.2 ヒアリング結果：札幌市.....	100
(1) 背景・目的.....	100
(2) 実施体制.....	100
(3) 実施方法.....	100
(4) 関係機関との連携内容.....	103
(5) 実績・効果.....	103
(6) 今後の課題.....	103
4.3 ヒアリング結果：八王子市.....	105
(1) 背景・目的.....	105
(2) 実施体制.....	105
(3) 実施方法.....	105
(4) 関係機関との連携内容.....	108
(5) 実績・効果.....	108
(6) 今後の課題.....	108
4.4 ヒアリング結果：金沢市.....	110
(1) ケアプラン点検（ケアマネジメント支援会議）の背景・目的.....	110
(2) 実施体制.....	110
(3) 実施方法.....	112
(4) 関係機関との連携内容.....	113
(5) 実績・効果.....	113
(6) 今後の課題.....	115
4.5 ヒアリング結果：朝来市.....	116
(1) 「ケアプラン点検」の捉え方.....	116
(2) 「ケアマネジメント支援会議を通じたケアプランチェック」の考え方.....	116
(3) 「ケアマネジメント支援会議を通じたケアプランチェック」の取り組み.....	117
(4) これまでの経緯.....	120
(5) 実績・効果.....	123
(6) 今後の課題.....	123
(7) ケアプラン点検の現状等に対する所見.....	123
(8) 参考資料（『ケアマネジメント支援会議』のルールと枠組み）（抜粋）.....	125
4.6 ヒアリング結果：東京都.....	127
(1) 背景・目的.....	127
(2) 実施体制.....	127

(3) 実施方法.....	127
(4) 関係機関との連携内容.....	128
(5) 実績・効果.....	129
(6) 今後の課題.....	130
(7) その他の取り組み.....	130
4.7 ヒアリング結果：大阪府.....	135
(1) 背景・目的.....	135
(2) 実施体制.....	135
(3) 実施方法.....	135
(4) 関係機関との連携内容.....	136
(5) 実績・効果.....	136
(6) 今後の課題.....	136
(7) その他の取り組み.....	137
4.8 ヒアリング結果：広島県.....	140
(1) 背景・目的.....	140
(2) 実施体制.....	140
(3) 実施方法.....	140
(4) 関係機関との連携内容.....	141
(5) 実績・効果.....	141
(6) 今後の課題.....	142
4.9 ヒアリング結果：香川県.....	143
(1) 背景・目的.....	143
(2) 実施体制.....	143
(3) 実施方法.....	143
(4) 関係機関との連携内容.....	145
(5) 実績・効果.....	145
(6) 今後の課題.....	145
4.10 ヒアリング結果：福岡県.....	147
(1) 背景・目的.....	147
(2) 実施体制.....	147
(3) 実施方法.....	148
(4) 関係機関との連携内容.....	150
(5) 実績・効果.....	151
(6) 今後の課題.....	153
4.11 ヒアリング結果：宮崎県・宮崎県介護支援専門員協会.....	155
(1) 背景・目的.....	155
(2) 実施体制.....	155
(3) 実施方法.....	155
(4) 関係機関との連携内容.....	156

(5) 実績・効果	157
(6) 今後の課題	157
(7) その他の取り組み	157
4.12 ヒアリング結果：大阪介護支援専門員協会	161
(1) 背景・目的	161
(2) 実施体制	161
(3) 実施方法	161
(4) 関係機関との連携内容	166
(5) 実績・効果	166
(6) 今後の課題	167
(7) その他の取り組み	167
4.13 ヒアリング結果：福岡県介護支援専門員協会	168
(1) 背景・目的	168
(2) 実施・支援体制（アドバイザー派遣）	168
(3) 実施・支援方法	169
(4) 関係機関との連携内容	169
(5) 実績・効果	170
(6) 今後の課題	171
(7) その他の取り組み	172
4.14 ヒアリング調査のまとめ	174
(1) 背景・目的	174
(2) 実施体制	174
(3) 実施方法	174
(4) 関係機関との連携内容	174
(5) 実績・効果	174
(6) 今後の課題	174
5 ケアプラン点検支援マニュアルの見直し	175
5.1 見直しの目的	175
5.2 見直しの方法	175
5.3 ケアプラン点検支援マニュアル附属資料の作成	175
6 まとめと今後の課題	177
6.1 本事業の実施結果のまとめ	177
(1) 適切なケアマネジメントの考え方と保険者の関わり方に関する情報の確認	177
(2) ケアマネジメント適正化推進事業に基づく検証	177
(3) 事例調査	178
6.2 今後の方向性と課題	180
(1) 平成 30 年度の指定権限移譲後の保険者の役割	180

(2) 本来のケアプラン点検の目的と適切な実施の普及に向けた課題	180
(3) 適切なケアマネジメントの実現に向けた都道府県および保険者によるケアマネジメント支援の在り方.....	181
(4) 介護支援専門員の連絡会等の組織との連携の在り方.....	181
参 考 資 料	183

1 事業概要

1.1 背景と目的

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」における中間的な整理（平成25年1月）では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられた。高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援等に保険者が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、平成30年4月より居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲することとされている。こうした背景から、自立支援に資する適切なケアマネジメントを推進するために必要な保険者の機能や、関係機関の役割について明確にするとともに、利用者の状態に応じた適切なサービスの提供により、自立につながる適切なケアマネジメントを推進する必要がある。

そこで、本事業では、自立支援に資する適切なケアマネジメント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「ケアマネジメント適正化推進事業」と連携しケアマネジメント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ト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。

1.2 実施概要

本事業の概要は以下のとおりである。

(1) 実施計画

1) 適切なケアマネジメントの考え方と保険者の関わり方に関する情報の確認

適切なケアマネジメントの実現に向けて、保険者が果たすべき役割、機能、地域内の関係機関や居宅介護支援事業所との関わり方について参考情報を整理した。

2) 「ケアマネジメント適正化推進事業」に基づく検証

①「ケアマネジメント適正化推進事業」を通じた情報収集

平成28年度に実施される「ケアマネジメント適正化推進事業（モデル事業）」を通じて、具体的な取り組みの内容や効果等について、情報収集した。具体的には、ケアマネジメント適正化推進事業実施地域による進捗報告会を開催して関連情報を収集した。

時期	内容	方法
第1回進捗報告会 ＝ケアマネジメント適正化推進事業開始時	<ul style="list-style-type: none">自治体の基本情報ケアマネジメント適正化推進事業計画(体制、内容、スケジュール、目標等)	<ul style="list-style-type: none">情報収集シート関連資料の収集
第2回進捗報告会 ＝ケアマネジメント適正化推進事業終了後	<ul style="list-style-type: none">ケアプラン点検結果ケアプラン点検を受けて変更したケアプランおよびそれに対する自己評価、有識者評価等有識者や関係機関の関わり方の状況、関係者による評価	<ul style="list-style-type: none">情報収集シート関連資料の収集

②「ケアマネジメント適正化推進事業」の効果検証

①で収集した情報に基づき、「ケアマネジメント適正化推進事業」の効果について、分析、検証を行った。また、取り組みの効果とともに、効果を高めるためのポイント等についても分析を行った。

3) 取り組み事例調査

適切なケアマネジメントの推進に関して取り組む自治体（都道府県、市町村）等を対象とし、以下の項目についてヒアリング調査を行った。

- 具体的な取り組み内容
- 実施体制
- 実施プロセス
- 運用上の工夫と課題
- 事業による効果等

調査結果を取りまとめ、報告書に事例として紹介した。

4) ケアプラン点検支援マニュアルの見直し

平成20年に厚生労働省より「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省老健局振興課)(以下、「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省))が発行され、一部の保険者においては、この「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)を基にしたケアプラン点検が実施されている。

平成30年度から居宅介護支援事業所の指定権限が市町村に移譲されることから、保険者の介護保険制度やケアマネジメントに関する理解がより一層、重要となる。

こうした背景から、保険者職員がケアプラン点検の基礎知識を得ることを支援する資料を作成した。具体的には、「ケアプラン点検支援マニュアル見直しワーキング」を立ち上げ、ワーキングの委員の協議と執筆による「ケアプラン点検の基礎知識」を取りまとめた。「ケアプラン点検の基礎知識」は、ケアプラン点検を担当する保険者職員が、ケアプラン点検の基本姿勢、ケアマネジメントにおけるケアプランの位置付けや機能についての理解を深めることを支援するために、「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)の補足資料として活用されることを想定したものである。

5) 報告書の取りまとめ

上記の結果に基づいて、保険者における適切なケアマネジメントの推進にするためのポイントを整理し、ケアプラン点検の取り組みを中心とした事例を紹介する報告書を取りまとめた。

1.3 実施体制

(1) ケアプラン点検支援マニュアル見直しワーキング構成

本調査研究においてワーキングを設置し、「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）の見直しについて議論するとともに、「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）の附属資料の執筆を行った。ワーキングの委員は、介護保険制度、ケアマネジメントに関する知見を有している実務者や自治体職員等により構成した。

<委員メンバー> (五十音順・敬称略、※所属は平成29年3月末時点)

伊藤 重夫	多摩市 健康福祉部 健幸まちづくり推進室長
上野 泉	札幌市 清田区保健福祉部 保健福祉課 保健支援係長（保健師職）
田中 明美	生駒市 高齢施策課主幹 地域包括ケア推進室長
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長
濱田 和則	公益社団法人大阪介護支援専門員協会 会長
松川 竜也	特定非営利活動法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長 社会福祉法人藤の会 介護保険事業統括部長/主任介護支援専門員

<オブザーバー>

厚生労働省老健局振興課

<事務局>

株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

(2) 開催日および議題

回	日程	場所	議題
第1回	平成28年 10月31日	三菱総合研究所 4階会議室 CR-C	マニュアル補足資料の内容および執筆について
第2回	平成28年 12月8日	三菱総合研究所 4階会議室 CR-F	「ケアプラン点検支援マニュアル」補足資料の構成案について 各章の内容および「質問文」について
第3回	平成29年 2月1日	三菱総合研究所 4階会議室 CR-B	「ケアプラン点検支援マニュアル」補足資料の内容について
第4回	平成29年 3月2日	三菱総合研究所 4階会議室 CR-C	「ケアプラン点検支援マニュアル」補足資料の内容について 今後の進め方について

2 適切なケアマネジメントの考え方と保険者の関わり方に関する情報の確認

介護支援専門員の資質向上への取り組みを効果的なものとするため、保険者である市町村による介護支援専門員の支援を充実していくことが重要である。「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」（以下、中間報告）では、介護支援専門員への支援について、介護支援専門員実務研修受講試験の見直し、介護支援専門員に係る研修制度の見直し、主任介護支援専門員についての見直しに加えて、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在り方の見直し、③ 介護予防支援の在り方、④ ケアマネジメントの評価の見直し等をとおして、支援体制を充実すべきと整理されている¹。

また、保険者として、介護保険制度の目的・理念やケアマネジメントの意義等について、被保険者やその家族に周知していくことが重要であることも述べられている¹。

① 地域ケア会議の機能強化

地域ケア会議は、厚生労働省老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課長連名通知「地域包括支援センターの設置運営について」では「包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議」とされている²。

中間報告では、地域ケア会議は、日常生活圏域のものに加えて、市町村レベルで関係者が集まり協議していくことが重要であり、その際には、在宅医療の関係者との緊密な連携が望ましく、後述の在宅医療連携拠点事業と連携協働していくことが期待される、と整理されている。

地域の実情に応じた柔軟な取り組みを進めるとともに、すべての保険者で実施されるよう、国は法制度的な位置付けも含め、その制度的位置付けについて強化すべきである。保険者に対する地域ケア会議の普及・促進を図っていくためには、保険者が具体的なイメージを持って取り組んでいけるよう、国において、地域ケア会議の運営手順書の整備、事例の収集および全国の保険者へ事例の紹介、有益な情報を提供できる基盤の整備を進めることが必要である。さらに、地域ケア会議の開催で重要な役割を担う、コーディネーターを養成するための研修の取り組みも必要である¹。

保険者が実施しているケアプラン点検については、自立支援に資するケアプランを進める取り組みであり、地域ケア会議の取り組みとともに進めていくことが重要である¹。

また、厚生労働省老健局介護保険計画課長通知「『第3期介護給付適正化計画』に関する指針について」では、介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求める、又は訪問調査を行い、保険者職員等の第三者が点検および支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善するとされている³。

¹ 「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」（平成25年1月7日厚生労働省老健局振興課）

² 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成24年3月30日付厚生労働省老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課長連名通知）

³ 「第3期介護給付適正化計画」に関する指針について」（平成26年8月29日厚生労働省老健局介護保険計画課長通知）

② 居宅介護支援事業者の指定等の在り方の見直し

中間報告では、保険者による介護支援専門員の支援を充実していくにあたり、居宅介護支援事業者に対する保険者との関わりを強めていくことも重要であると指摘している。そこで、保険者機能の強化の一環として、居宅介護支援事業者の指定を保険者が行うことができるよう、見直しを検討すべきである。この場合、市町村をはじめとした体制面での課題等を考慮し、都道府県等との役割分担や連携の在り方を検討すべきであると整理されている¹。

③ 介護予防支援の在り方の見直し

中間報告では、地域包括支援センターでは、介護予防支援の業務を兼務しつつ、包括的・継続的ケアマネジメント支援や予防事業等の業務を実施している所が多いことから、その負担が大きくなっている現状があると指摘している。また、地域包括支援センターが担う役割に対する期待は今後も高まっていくと考えられる。地域包括支援センターの業務負担を軽減するとともに、適切な介護予防支援が行われるよう、介護予防支援を担当する介護支援専門員の配置を推進していくような方策を検討すべきである、と整理されている¹。

④ ケアマネジメントの評価の見直し

中間報告では、介護支援専門員が介護報酬を請求できるのは給付管理を行った場合に限り、介護保険の法定サービスは利用せずにインフォーマルサービスのみの利用となった場合には、ケアマネジメントに対する介護報酬の評価が行われない現状を指摘している。利用者の支援にあたって、ケアプランに位置付けられたサービスがインフォーマルサービスのみであり、結果として給付管理が発生しない場合であっても、介護支援専門員のケアマネジメントを適切に評価する仕組みを検討すべきである、と整理されている。

一方で、例えば福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケースについては、効率化も検討すべきであることも述べられている。

3 ケアマネジメント適正化推進事業

3.1 概要

(1) 目的

平成28年度ケアマネジメント適正化推進事業は、以下の事項を目的として、保険者において適切なケアマネジメント推進をするための取り組みを実施している。

- 利用者の状態に応じた適切なサービスを提供するとともに、利用者の自立を阻害するような過剰なサービス提供の防止を通じて、「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」の基本方針等に基づくケアマネジメントを実施すること
- ケアプラン点検に取り組む際の課題に対する対応方策を検討するとともに、効果的なケアプラン点検の実施方法について全国の市町村に幅広く普及すること
- 保険者としての市町村が、介護保険制度の運営状況や地域における社会資源の状況等を踏まえた適切なケアマネジメントを確保すること

本事業では、上記事業について、実施目的、計画、実施体制、実施結果、効果、課題等の具体的な情報を提供していただく「報告会」を開催した。

(2) 参加自治体

報告会には、以下の自治体関係者に参加いただいた。

- 青森市
- 外ヶ浜町
- 葉山町・逗子市（協働事業）
- 大東市
- 藤井寺市
- 生駒市
- 松山市

(3) 報告会開催実績

報告会は、以下の日程で開催した。

	開催日	場所	報告内容
第1回	平成28年 12月19日	TKP 東京駅 八重洲カンファレンスセンター カンファレンスルーム 1A (1階)	■報告：各自治体の取り組み内容 (目的・経緯、実施計画、実施状況、検討課題と今後の予定) ■意見交換 ①ケアプラン点検を通じて何を実現したいか ②ケアプラン点検実施上の課題 ③ケアプラン点検の効果測定 ④ケアプラン点検実施後のフォローアップについて
第2回	平成29年 3月10日	八重洲倶楽部 第2・第3会議室	■報告：各自治体の取り組み内容 (ケアプラン点検方法と実施状況、ケアプラン点検の効果、ケアプラン実施における困難点・課題・対応策、今後の計画・展望) ■意見交換 ①ケアプラン点検実施の効果 ②ケアプラン点検実施の課題 ③来年度に向けた展望 ④期待される点検を支援するツールや仕組み

(4) 参加自治体の定量データ

参加自治体の定量データは次のとおり。

①基礎情報

※平成 28 年 4 月 1 日現在

自治体名	青森市	外ヶ浜町	葉山町	逗子市	大東市	藤井寺市	生駒市	松山市
人口(人)	290,701	6,575	33,459	60,038	123,321	65,985	120,870	516,076
高齢化率(65歳以上)	28.3%	44.2%	30.4%	30.9%	25.4%	26.8%	25.8%	25.8%
管内における居宅介護支援事業所数	121	3	7	26	33	21	31	200
管内における介護支援専門員数(人)	340	11	17	91	81	66	86	200
介護保険事業計画における日常生活圏域数	11	3	1	3	3	1	10	40
地域包括支援センター数	11	1	1	4 ※1	3	1	7 ※2	10

注 ※1：逗子市「4か所」の内訳：基幹型1か所、委託型3か所

※2：生駒市「7か所」の内訳：6か所+1支所

②要介護度別人数(人)

※平成 28 年 4 月 1 日現在

自治体名	青森市	外ヶ浜町	葉山町	逗子市	大東市	藤井寺市	生駒市	松山市
要支援 1	1,660	83	302	539	1,131	843	485	5,649
要支援 2	1,992	65	191	637	1,044	562	710	3,942
要介護 1	3,405	83	347	577	774	529	894	5,493
要介護 2	3,146	101	234	689	912	645	893	3,917
要介護 3	2,175	105	207	444	669	375	614	3,125
要介護 4	2,030	108	195	421	560	362	582	3,032
要介護 5	1,858	72	179	449	528	332	425	2,970

③要介護(要支援)認定者全体に占める各区分の認定者数の割合(%)

※平成 28 年 4 月 1 日現在

自治体名	青森市	外ヶ浜町	葉山町	逗子市	大東市	藤井寺市	生駒市	松山市
要支援 1	10.2%	13.5%	18.2%	14.3%	20.1%	23.1%	10.5%	20.1%
要支援 2	12.2%	10.5%	11.5%	16.9%	18.6%	15.4%	15.4%	14.0%
要介護 1	20.9%	13.5%	21.0%	15.3%	13.8%	14.5%	19.4%	19.5%
要介護 2	19.3%	16.4%	14.1%	18.3%	16.2%	17.7%	19.4%	13.9%
要介護 3	13.4%	17.0%	12.5%	11.8%	11.9%	10.3%	13.3%	11.1%
要介護 4	12.5%	17.5%	11.8%	11.2%	10.0%	9.9%	12.6%	10.8%
要介護 5	11.4%	11.6%	10.8%	11.9%	9.4%	9.1%	9.2%	10.6%

④サービス事業所数（件）

※平成28年4月1日現在

自治体名	青森市	外ヶ浜町	葉山町	逗子市	大東市	藤井寺市	生駒市	松山市
01)居宅介護支援事業所	121	3	7	26	36	21	31	200
02)訪問介護（※1）	126	2	3	25	40	32	23	180
03)訪問入浴介護（※1）	7	0	0	2	0	2	1	6
04)訪問看護（※1）	54	0	0	5	17	7	11	不明①※4
05)訪問リハビリテーション（※1）	18	0	5	1	1	1	3	不明①※4
06)通所介護（※1）	84	3	3	19	22	15	33	120
07)通所リハビリテーション（※1）	22	1	2	47	7	3	4	不明①※4
08)短期入所生活介護（※1）	20	4	3	3	6	6	5	60
09)短期入所療養介護（※1）	17	1	4	2	3	1	2	25
10)福祉用具貸与（※1）	28	0	0	5	26	3	5	42
11)福祉用具販売（※1）	40 ※3	0	0	4	14	3	6	40
12)住宅改修を行っている事業所	166 ※3	0	56	148	89	—	—	不明②※5
13)夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0	0	1
14)定期巡回・随時対応型訪問介護	0	0	1	0	0	2	1	2
15)小規模多機能型居宅介護（※1）	3	0	1	2	2	0	4	55
16)看護小規模多機能型居宅介護	1	0	0	0	1	2	0	3
17)認知症対応型通所介護（※1）	7	1	1	2	2	2	3	18
18)介護老人福祉施設（地域密着型を含む）	19	4	2	3	8	6	5	36
19)介護老人保健施設	15	1	1	2	2	1	2	15
20)認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（※1）	59	3	2	6	7	7	4	115
21)サービス付高齢者住宅	15	0	1	1	3	0	5	68
22)有料老人ホーム（特定施設（※1）含む）	97	0	6	4	13	13	6	56
23)軽費老人ホーム（特定施設（※1）含む）	6	0	0	0	2	1	3	13
24)養護老人ホーム（特定施設（※1）含む）	2	0	0	0	0	0	1	2
25)生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）※2	—	2	—	—	—	—	—	—

注 ※1：介護予防含む

※2：外ヶ浜町のみ追記

※3：受領委任登録業者の数

※4：松山市「不明①」：みなしのため不明

※5：松山市「不明②」：登録制ではないため不明

3.2 報告結果：青森市

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

- ・ 高齢化の進展に伴う介護サービス利用者の増加が見込まれる中であって、介護サービスを必要とする高齢者に対し、真に必要とする過不足のないサービスを提供することで、持続可能な保険制度を維持していくため、「市嘱託員（介護支援専門員資格所有）によるケアプラン点検」を平成 21 年度より実施した。
- ・ 事務職員は 3 年程度で異動になる場合が多く、ケアマネジメントに精通した者が育たない環境にある。そのため、ケアプラン点検の実施にあたっては、実施開始年度から、介護支援専門員資格を持つ嘱託員（3 名）による点検を実施した。ただし、嘱託員自身が、点検対象である居宅介護支援事業所に復職する可能性があるため、過剰サービスの削減等の突っ込んだ点検を行いにくく、リハビリテーションや医療面等の幅広い助言ができないという課題があった。
- ・ こうした市嘱託員によるケアプラン点検での実施後の課題への対応に加え、訪問介護や通所介護の給付費が大幅に増加し、青森市第 5 期事業計画との大幅な乖離が生じていたことへの対応の必要性から、ケアプランの更なる質の向上とともに、利用者の状態に合った適切なサービス提供に向けた更なる取り組みの必要性が生じていた。介護サービスの過剰な供給の見直しを促すため、「多職種のアドバイザー（3 名）によるケアプラン点検」を、平成 27 年度より実施した。
- ・ 一方、平成 27 年 4 月から、国が定める「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」の一部追加施行により、介護支援専門員はサービス提供事業所に対し、「個別援助計画」の提出を求めることとなった。利用者が自立に向けた適切かつ効果的なサービスを受けるためには、「ケアプラン」と「個別援助計画」との連動性を高め、居宅介護支援事業所とサービス提供事業所の意識の共有を図ることが必要であるが、そういった視点においてのケアプラン点検をこれまで実施したことがなかった。
- ・ そこで、本事業では居宅介護支援事業所の「ケアプラン」のみならず、ケアプランに位置づけているサービス提供事業所の「個別援助計画」も合わせて点検対象とし、双方のつながりや、適切なアセスメントに基づいたサービス内容となっているか等について、多職種の専門家による指導・助言を行うこととした。

2) ケアプラン点検の目的

① 類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	○
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	○

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	
06・地域における課題の把握	
07・介護給付費の適正化	◎
08・不適正な算定の発見と是正	
09・その他（ ）	

②詳細

- ・ 「市嘱託員によるケアプラン点検」では、介護支援専門員と保険者が双方向でお互いに確認し合うことで、介護支援専門員自身の資質向上を図り、利用者の状態に合った過不足のないサービス提供を行う。
- ・ 「ケアプラン点検アドバイザーによるケアプラン点検」では、リハビリテーション・医療・各種社会資源の活用といった観点からケアプランを点検し、指導することによって、ケアマネジメントの更なる質の向上と介護サービスの適正な提供を行う。
- ・ 双方の点検を実施していくことで、不適切な給付の削減・介護保険制度の信頼確保・持続可能な介護保険制度の構築を図っていくことを目的とする。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

①数値目標

- ・ 青森市嘱託員点検 3件×12か月=36件
 - ・ アドバイザー点検 4件×11か月=44件
 - ・ ケアマネジメント支援員による点検 10件
- 計、年間 90件

②期待する効果等

- ・ 介護支援専門員へケアマネジメント過程にかかる気づきを提供することにより、点検対象者のみならず、他の利用者に対するケアマネジメントの更なる質の向上が図られる。
- ・ 利用者の状態に合ったサービスの提供を促すことにより、給付費の適正化を図る。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

	人員体制（1点検あたり）	理由
①市嘱託員によるケアプラン点検	<ul style="list-style-type: none"> ■市 嘱託員（介護支援専門員資格）2名 適正化担当職員1名 ■居宅介護支援事業所 担当介護支援専門員2名～3名 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員資格を持つ市嘱託員が、居宅介護支援専門員と対話形式で、ともに利用者への理解を深め、自立支援に基づくケアプランには何が必要かを考えていく場とすることで、居宅介護支援専門員に気づきを促し、ケアマネジメントの更なる質の向上が図られることに期待。
②ケアプラン点検アドバイザーによるケアプラン点検	<ul style="list-style-type: none"> ■アドバイザー 3名 「介護支援専門員・薬剤師」 「社会福祉士・介護福祉士」 「理学療法士」 ■市 介護保険課長・適正化担当リーダー職員 ■居宅介護支援事業所 4事業所の担当介護支援専門員 (1圏域あたり1事業所) ■地域包括支援センター 4圏域の地域包括支援センターの主任 介護支援専門員 ※点検中の司会、および、点検後のアドバイス実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションや医療面等、介護支援専門員が気づきづらい利用者の課題等について、多面的視点からの点検を行うことにより、適正な介護サービスを提供し、給付費適正化につなげていくことに期待。
③ケアマネジメント支援員による点検	<ul style="list-style-type: none"> ■ケアマネジメント支援員 (薬剤師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL・IADL、栄養面・口腔衛生面等、利用者の自立を阻害する要因について、それぞれの専門家による点検および状態確認を行うことで、適切なアセスメントに基づいたサービス提供と給付適正化につなげていくことに期待。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

- ・ 特になし

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

- ・ 介護支援専門員研修会の実施

■概要

- ・アドバイザーによるケアプラン点検の際、点検ツールとして用いている、「課題整理総括表」と「評価表」の活用方法について、研修を実施した。

■実施日時・実施内容

・平成 27 年 8 月 21 日 13:30～16:30

・「課題整理総括表」・「評価表」の活用について

■対象者・参加人数

・市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員および地域包括支援センターの介護支援専門員
216 人

■講師

・株式会社日本総合研究所 創発戦略センター シニアマネジャー 齊木 大 氏

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法について

	選定・抽出条件	理由
①市嘱託員によるケアプラン点検	■事業者選定 ・事業開始年度が直近の居宅介護支援事業所を優先的に選定。	・直近の居宅介護支援事業所は実務経験が少ない。 ・1 事業所に介護支援専門員が少なく(多くて3人程度)、相談相手がない、研修参加が少ない等の傾向がある。
②ケアプラン点検アドバイザーによるケアプラン点検	■事業者選定 ・1回の点検で4つの圏域を実施。それぞれの圏域から1事業者を選定。 ・国保連からデータ提供される「ケアプラン分析情報」から、同一圏域に所在する居宅介護支援事業所について、以下の条件で選定。 a.市の被保険者のケアプランを月10件以上作成している。 b.支給限度額に対する計画率が高い。 c.居宅介護支援事業者と訪問介護事業者が同一法人である割合が高い。 ■ケアプラン選定 a.支給限度額に対する利用率が70%以上。 b.要介護1～3、認知症自立度がⅡa以下。	・市第5期事業計画で推計した給付額のうち、特に訪問介護の伸びが著しかったため。
③ケアマネジメント支援員による点検	■点検対象者を選定 ・要介護1～2 80歳以下 ・限度額に対する計画率が70%以上の方	・高齢者の介護予防の強化という観点から、より状態の改善が見込める方であること。それに加えて、過剰なサービスと認められれば点検により見直しをすることも想定した。

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

	事前準備作業の内容
①市嘱託員によるケアプラン点検	<p>a.市から居宅介護支援事業所へ、点検実施通知の送付。</p> <p>b.居宅介護支援事業所から市へ、アセスメント表、ケアプラン第1表～第3表の提出。</p> <p>c.提出済みケアプランを読み込み、ケアプラン内容の疑問点や点検時の質問内容等を整理。</p>
②ケアプラン点検アドバイザーによるケアプラン点検	<p>a.市から居宅介護支援事業所並びに圏域の地域包括支援センターへ、点検実施通知の送付。</p> <p>b.居宅介護支援事業所から市へ、以下の資料を提出。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント表、ケアプラン第1表～第7表 ・ 課題整理総括表 ・ 評価表 ・ ケアプラン立案過程の概要（※） <p style="margin-left: 40px;">※ケアプラン立案過程において、専門職としてこだわった点や、アセスメント過程で着目した点等について介護支援専門員が記載する市独自の様式</p> <p>c.市からアドバイザー並びに地域包括支援センターへ、上記様式の送付</p>
③ケアマネジメント支援員による点検	<p>a.対象者の選定後、市から居宅介護支援事業所並びにケアプランに位置づけているサービス提供事業所へ、点検実施通知の送付。</p> <p>b.居宅介護支援事業所から市へ、以下の資料を提出。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント表、ケアプラン第1表～第3表 ・ 課題整理総括表 <p>サービス提供事業所から市へ、以下の資料を提出。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント表、個別援助計画 ・ 評価表 <p>c.市からケアマネジメント支援員へ、上記様式の送付。</p>

3) ケアプラン点検の実施方法

	ケアプラン点検の実施方法
①市嘱託員によるケアプラン点検	<p>■手順</p> <p>a.市から居宅介護支援事業所へ、点検実施通知の送付。</p> <p>b.居宅介護支援事業所から市へ、ケアプランの提出。</p> <p>c.市において、ケアプラン内容の疑問点や点検時の質問内容等を整理。</p> <p>d.面談形式による実地点検。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事前準備において整理した、疑問点・質問内容等の確認。 ・ 1事業所あたり点検対象者は3人。 ・ 1ケアプランあたり40分程度、総時間数2時間。 ・ 参加者は、居宅介護支援専門員、市嘱託員、市職員。

	ケアプラン点検の実施方法
	<p>e.点検結果のお知らせ・ケアプラン改善案の提出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市より実地点検の結果を文書で通知。 ・ 居宅介護支援事業所より当該点検結果を踏まえたケアプランの改善案を市へ提出。 <p>f.ケアプラン改善状況の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所より提出されたケアプラン改善案を市において確認。 <p>■所要期間</p> <p>a.から f.まで、2 か月程度。</p>
<p>②ケアプラン点検アドバイザーによるケアプラン点検</p>	<p>■手順</p> <p>a.居宅介護支援事業所並びに圏域の地域包括支援センターへ、点検実施通知の送付。</p> <p>b.居宅介護支援事業所から市へ、ケアプラン等の提出。</p> <p>c.市からアドバイザー並びに地域包括支援センターへ、上記様式の送付。</p> <p>d.面接点検の実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1事業所あたり点検対象者は1人。 ・ 1ケアプランあたり30分程度、総時間数2時間。 ・ 参加者は、アドバイザー、地域包括支援センターの主任介護支援専門員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員、市職員。 <p>e.居宅介護支援事業所の介護支援専門員と圏域の地域包括支援センターの主任介護支援専門員とで面談。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アドバイザーからのアドバイスを踏まえ、地域包括支援センターの主任介護支援専門員から居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、改善ケアプラン作成に向けて、追加でアドバイス。 <p>f.居宅介護支援事業所からケアプラン改善案、地域包括支援センターから e.の面談の概要を、市へ提出。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 提出された書面はアドバイザーに送付。 ・ 追加でアドバイザーからアドバイスがある際は、市から居宅介護支援事業所へ連絡。 <p>■所要期間</p> <p>a.から f.まで、2 か月程度。</p>
<p>③ケアマネジメント支援員による点検</p>	<p>■手順</p> <p>a.点検対象者(10名)を選定。</p> <p>b.対象者の「ケアプラン」、「個別援助計画」を居宅介護支援事業所、サービス提供事業所より市へ提出。</p> <p>c.ケアマネジメント支援員（薬剤師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士）による面接点検実施。 (他出席者－介護支援専門員、個別援助計画作成担当者)</p>

ケアプラン点検の実施方法	
	<p>面接点検では、対象者（10名）の「ケアプラン」・「個別援助計画」をもとに、アセスメントから導き出した課題、および課題に対応したサービス内容等について確認。</p> <p>d.対象者ごとに、確認項目の多い職種のケアマネジメント支援員が各対象者の自宅を訪問し、状態確認を実施。</p> <p>状態確認時は担当介護支援専門員も同行し、アセスメントの視点を現場で共に確認。</p> <p>e.状態確認により、「確認した内容」、「サービス内容」等についてまとめた「ケアマネジメント支援員からの提言（以下、「提言）」を、各ケアマネジメント支援員が作成し、市に提出。</p> <p>f.市は提出された「提言」を担当介護支援専門員に配布。担当介護支援専門員は、「提言」を個別援助計画作成担当者とも共有。</p> <p>g.担当介護支援専門員は、「提言」に基づき、該当サービスの見直しについてサービス担当者会議において協議した結果を、「サービス内容の推移」として市に報告。</p> <p>■所要期間</p> <p>a.からg.まで、3か月程度。</p>

【ケアマネジメント支援員による点検の流れ】

内容	H28.11月			H28.12月		
	1～10	11～20	21～30	1～10	11～20	21～31
○事業運営会議			第1回会議 (11/25)			
○ケアプラン点検の実施 (ケアマネジメント支援員)				◆ケアマネジメント支援員の依頼 (～12/14)	◆点検書面の提出 ◆点検書面を支援員に送付 (12/15～12/25)	
(点検対象事業所)			◆対象者の選定 ◆点検書面の提出依頼 (11/26～12/7)			

内容	H29.1月			H29.2月			H29.3月		
	1～10	11～20	21～31	1～10	11～20	21～28	1～10	11～20	21～31
○事業運営会議									第2回会議 (3/27)
○ケアプラン点検の実施 (ケアマネジメント支援員)	事業所面接 (1/4)	対象者 状態確認 (1/12～18)	◆サービス内容 への提言提出						
(点検対象事業所)			◆個別援助計画の推移についての報告 ◆(サービス担当者会議を経て)プランの変更 (～2/22)						
○「ケアマネジャー・個別援助計画作成担当者研修会」の実施 ＜講師＞工藤 英明氏(ケアマネジメント支援員・青森県立保健大学講師) ※受講者－居宅・包括ケアマネ 89事業所 200人 サービス提供事業所 81事業所 136人					研修会開催 (2/13)				

出典) 青森市資料

(4) ケアプラン点検の効果

■ケアマネジメント支援員による点検の実績

ケアマネジメント支援員による提言に基づくサービス内容の変更の例を以下に示す。

【専門職からの提言シート例】

対象者 ⑦ 様 担当ケアマネジャー 居宅介護支援事業所△△△ ○○ ○○ 様 ケアマネジメント支援員 理学療法士 確認年月日 平成29年1月13日		
面接にて確認した本人の状況	確認により気になった点	ケアマネジメント適正化(サービス内容等)に関する提言
●起居動作 ベッドでの寝返りや起き上がり動作はやや時間を要するが可能。 ●移乗動作 ベッド端座位からの立ち上がり動作、歩行車使用準備動作可能。股関節や肩の痛みを伴うため慎重に動作している。 ●歩行 歩行車使用で、安定した歩行が可能。一本杖(右手)使用での杖歩行(2点1点交互)近接監視で実施。居室から洗面所(トイレ)移動は歩行車を使用している。片道約10分(10m)～①歩行車使用＝29秒、②＝29秒。往復で20m歩行後心拍数～①使用72/分、②杖歩行80/分。 ●全身的に筋力は良好である。両股関節、肩関節の疼痛の訴えもあるも、日常生活をきたす程の重篤な運動制限は無い。 ●ベッド横に小型の低い背もたれ付きチェア置かれており、それに座ってテレビを見ていた。 ●足が浮腫んでくるとのことだが、面会時(一)。ベッドの脚上げ機能は使用していない。	●ベッド横の小型椅子を愛用されているが、不安定な椅子のため転倒転落のリスクを感じた。 ●ベッドの高さに関して、端座位から立ち上がり動作時、下肢の負担が大きいため、その場で若干高めに設定(42cm)したところ立ち上がりやすくなった。	①両下肢の変形性関節症(股関節膝関節)があり疼痛も大変だと話されていましたが、関節周囲の筋力は良好に維持・強化されているため、立位歩行能力も実用的に確保されています。歩行車は下肢の関節の負担を軽減しながら安定した歩行維持のため重要で、現在使用されているタイプも本人に適していると感じました。一方、足部の浮腫については、面接時は問題ありませんでした。
ケアマネジメント支援員 作業療法士 確認年月日 平成29年1月13日		
面接にて確認した本人の状況	確認により気になった点	ケアマネジメント適正化(サービス内容等)に関する提言
●腰痛・膝痛(右膝の方が痛い)・左肩関節軽度制限あり・杖をつく際、右手関節に痛みあり。 ●部屋の動線確認では、歩行器で問題なく移動できていた。 ●使用していない杖が足元とベッドサイドに置いてあり、動線の邪魔になっていた。 ●ベッドの高さが40cmでやや低い。 ●ベッド両サイドにサイドレールがあるが、壁側は使っていない。 ●左肩に痛みがあるが、左側のサイドレールを引っ張り、左側から力づくで起き上がり負担がかかっている。 ●下肢の浮腫はみられず、ベッドの足上げは使用していない。 ●普段過ごしている藤椅子は30cmと低く、回転して滑りやすく不安定。ベッドと高さが違い、やや離れているので、移乗しにくい。また、背もたれが低く、腰痛の負担が大きい。 ●立ち上がり動作時、握りこぶしで支持し、手関節	●杖は普段使用していないので、安全のためベッド下に置くようにアドバイス。 ●ベッドは+3cm(43cm)に高くし、立ち上がりやすいようにした。 ●サイドレールは大きく、かえって起居動作の妨げになっているので、半分位のサイズが使いやすいと感じる。 ●藤椅子は低いので、座布団を2枚敷いて対応。座布団の下と床接面に滑り止めマットを敷いた方が安全。背もたれも高くなった方が良い。 ●ベッド⇄椅子への移乗動作時、近づけた方が安全に移乗できる。 ●負担なく立ち上がり動作ができるように、ポイント(手の付き方・足の位置・重心の移動)を教え練習すると、上手にできていた。	①寝返り・起き上がり動作は訓練すれば、自力のできる形で動作向上の見込みあり。デイで起居動作の訓練をするようにケアマネに伝達。 ②浮腫はみられないので、3モーターベッドは必要ない。

【サービス内容の推移の例】

◆個別援助計画(該当するサービス提供機関の援助計画のサービス内容)の推移

対象者 ⑦ 様 担当ケアマネジャー 居宅介護支援事業所△△△ ○○ ○○ 様

サービス種類	サービス提供機関の個別援助計画該当部分サービス内容(以前)	サービス事業者への具体的指示事項	サービス提供機関の個別援助計画該当部分サービス内容(以後)
通所介護	機能訓練、歩行訓練、個別リハビリ、マッサージ(筋力をつけるトレーニング。立ち上がり杖歩行5分連続で歩く)	寝返り・起き上がり動作は訓練すれば、動作向上の見込みがあるので、起居動作の訓練を行う。	筋力をつけるトレーニング、起居動作訓練、歩行訓練等は今後も継続して行う。
福祉用具	電動ベッド、サイドレールを利用し、寝起き、立ち上がり動作が楽に出来る。	・両足の浮腫が軽減されていることから、足挙げ機能は必要ないため、ベッドを変更する。 ・サイドレールが大きく、起居動作の妨げになっていることから、使いやすいサイズに変更する。	・電動ベッドを3モーターから2モーターへ変更。 ・サイドレールを短い介助バーに変更。
訪問介護	生活援助(掃除、洗濯、リネン交換、買物代行等) 整理整頓や衣類の収納は本人が行っている。	不安定な環境で転倒などの事故が起こりやすいため、居室の環境整備や整理整頓もヘルパーと共に行っていく必要がある。	生活援助サービス時、ヘルパーと共に整理整頓や環境を整備する。
その他	<藤椅子について> ・不安定な椅子により転倒転落のリスクがあるため、藤椅子の床接地面、座布団の下部にすべり止めマットを使用する。⇒購入済み ・移乗を安全にするために、藤椅子をベッドに近づける必要がある。 <アレンドロン酸錠35mgの服用の仕方について> ・1週間に1回の服用だが、服用後少なくとも30分は横になれないため、本人の負担を考慮して4週間に1回の服用薬に変更する必要がある。 ⇒木村支援員より薬局対応して頂く話しがあったことを伝えた。今後、薬の変更があった際は、施設で管理していく。		

出典) 青森市資料

※サービス内容の変更については、専門職の提言に基づいてサービス担当者会議にて協議した結果が市に報告される。

【ケアプラン点検に基づくサービス変更の状況】

対象者	認知症 自立度	状態	年齢	性別	要介護度	住所	状態確認支援員	サービス利用状況 ※網掛け部分＝サービス変更内容				
								訪問介護1	訪問介護2	通所介護	通所リハ	福祉用具貸与
①	自立	脳梗塞後遺症 頸椎症	75	男	要介護2	有料老人 ホーム○○	理学療法士 作業療法士	○ (生活) 清掃後、ベッド高さ合わせを行う 転倒防止のため、本人に確認し ながら整理整頓	○		○ 変更 立上り練習 の追加	○
②	自立	糖尿病網膜症	75	男	要介護2		歯科衛生士 管理栄養士	○ (生活) インスリン自己注射の対応方法 の追加				
③	自立	自立 再発性脳梗塞 糖尿病	80	女	要介護2		歯科衛生士 管理栄養士 理学療法士 作業療法士	○ (生活) 買物の購入時は、糖尿病に制 限ある食べ物がなければ確認。			○ 昼食後の歯磨きを 追加	○
④	I	心気障害	70	女	要介護2	有料老人 ホーム△△	介護福祉士(社会福祉士)	○ (生活)ヘルパーと共に居室清 掃、整理整頓、拭き掃除を行う。	○	○		○ 2モーター→1モー ターベッドに変更
⑤	IIa	統合失調症 老人性認知症	76	男	要介護2		介護福祉士(社会福祉士)	○				
⑥	IIa	捻転ジスキネジア うつ病	80	女	要介護2	有料老人 ホーム◇◇	理学療法士	○	○	○		○
⑦	自立	骨粗しょう症 良変形性股関節症	77	女	要介護2		介護支援専門員(薬剤師) 理学療法士 作業療法士	○ (生活)ヘルパーと共に整理整頓 などを行う		○ 起居動作訓練の 追加		○ 3モーター→2モー ターへ変更 サイドレールを短い 介助バーに変更
⑧	I	腰痛性圧迫骨折	75	女	要介護2		介護支援専門員(薬剤師) 理学療法士	○		○		○ 3モーター→2モー ターへ変更
⑨	自立	脳出血後遺症	66	男	要介護1	有料老人 ホーム××	介護支援専門員(薬剤師) 歯科衛生士	○		○		○
⑩	I	II型糖尿病 糖尿病性筋萎縮	67	男	要介護1	有料老人 ホーム◆◆	介護支援専門員(薬剤師) 管理栄養士	○			○	

出典) 青森市資料

■点検結果の検証

- ①担当介護支援専門員より提出の「サービス内容の推移」に基づき、ケアマネジメント支援員の介入前と介入後のサービス内容、および、介護報酬額について比較。
- ②(今後実施予定)要介護認定更新時の「認定調査票」に基づく訪問調査を実施。
 - ・対象者の状態改善の度合いを見るため、ケアマネジメント支援員の介入により、訪問調査 74 項目の変化について比較する。

1) 点検の効果

効果の程度	具体的内容
①期待した効果が得られている	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の状態確認時に、担当介護支援専門員が同行、現場でも確認することで、介護支援専門員が把握すべきアセスメント時の視点について、ケアマネジメント支援員の確認方法から学べたこと。 ○ 対象者の状態確認を行ったケアマネジメント支援員からの提言に基づき、状態に即したサービス内容への見直しが行えたこと。 ・介護報酬の削減につながったこと(特殊寝台の見直し(3名)により、月額8,100円の報酬減)。

効果の程度		具体的内容
②期待していなかった効果が得られている		
③効果は得られていない		
④その他		
⑤わからない		

2) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	特になし
②居宅介護支援事業所の立場から	特になし
③介護支援専門員の立場から	特になし
④その他関係者（ ）の立場から	特になし

(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題

1) 実施の困難点および課題

①類型別

	点検実施の課題
01・費用負担が大きい	
02・時間が確保しにくい	
03・点検者の知識やスキルが不十分である	
04・ケアマネジメントについて専門的な知識を有する人材を確保しにくい	
05・目的、趣旨について関係者の理解が得にくい	
06・関係者との調整が困難である	
07・その他（ サービス内容見直し時のフォローアップ ）	○
08・わからない	

②詳細

- ・ ケアマネジメント支援員（専門家）からの提言を基に、担当介護支援専門員が、サービス内容の見直し等、新たに計画へ反映させるにあたり、それをフォローアップする仕組みが必要（提言の意図を介護支援専門員にきちんと把握してもらう）。

2) 点検実施の課題についての対応策

- ・ 点検時、圏域の地域包括支援センターの主任介護支援専門員にも参加していただき、専門家からのアドバイスを踏まえ、担当の介護支援専門員に対しアドバイスを行う。

- ・ 又は、担当の介護支援専門員が見直ししたプランについて、圏域の地域包括支援センターの主任介護支援専門員がモニタリングを行う。

(6) 補足質問

1) アドバイザー点検、ケアマネジメント支援員点検における多職種の確保の方法

- ・ 所属団体（理学療法士会等）へ事業の趣旨を説明の上、派遣承認依頼文書送付。

2) アドバイザー点検における専門職と市職員、地域包括支援センターの役割分担

①専門職

- ・ 提出済みケアプランに基づき、居宅介護支援専門員から聞き取りの上、専門的視点からアドバイスを実施。

②市職員

- ・ 点検前の出席者紹介。
- ・ ケアプラン等への意見があれば表明。

③地域包括支援センター

- ・ 点検時の司会進行。
- ・ 点検時のアドバイザーからのアドバイスを踏まえ、居宅介護支援専門員がケアプラン改善案を作成するにあたり、追加でアドバイスを行う。

3) 3つの方法のそれぞれの効果と課題

- ・ 市嘱託員によるケアプラン点検は、自立支援に基づくケアプランについて、居宅介護支援専門員とともに考えていく場とする（介護支援専門員に気づきを促す：介護支援専門員の人材育成）。
- ・ アドバイザーによる点検は、リハビリテーション、医療等、多面的視点からの点検により、適正なサービスの提供を促す（ケアマネジメントの更なる質の向上）。
- ・ ケアマネジメント支援員による点検は、多面的視点により、「ケアプラン」「個別援助計画」双方のつながりとともに、本人の状態も合わせて確認することで、適切なアセスメントに基づいたサービスの提供を促す。

4) 保険者にとっての効果の実感

①報酬減につながった例

- ・ 加算（認知症加算等）の算定要件可否の指摘によるもの（市嘱託員点検）。
※平成26年度までで、38,750単位の減
- ・ 生活援助の提供時間の削減によるもの（アドバイザー点検）。
※平成27年度点検分として、13,392円／月の減

②課題の共有について

- ・ 居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが点検時に同席し、後日、アドバイス内容に基づき、改善ケアプラン作成のためにそれぞれが面談することにより、その圏域における

対象者ごとの課題および課題に対する解決方法等について、双方が共有できているものと考えている。

- ・ さらには、各地域包括支援センター主催の勉強会実施の際、アドバイザー点検でのアドバイス内容等を点検対象外の居宅介護支援事業所にも共有するようにしている（アドバイザー点検）。

5) 平成 21 年度から実施しているケアプラン点検の経緯に基づく工夫点、改善点、効果等

■国民健康保険団体連合会「ケアプラン分析システム」を活用し、対象者の選出を効率的に行っている。

- ・ 圏域ごとに対象事業所を選定。
- ・ 担当介護支援専門員の選定。
- ・ 対象事業所、担当介護支援専門員ごとに、要介護度ごと、限度額に対する計画率を並べ替え。

(7) 今後の計画、展望

■担当課の見解として、「ケアプラン点検アドバイザーによる点検」、および、「ケアプラン・個別援助計画の点検」（「ケアマネジメント適正化推進事業」により実施したケアプラン点検）の継続。

- ・ アドバイザー点検 ⇒概ね年 6 回。
- ・ ケアプラン・個別援助計画の点検 ⇒概ね年 2 回。
- ・ サービス見直し後、3 か月後程度を目処に、「認定調査票」に基づく訪問調査により対象者の状態改善度について、評価を実施。

3.3 報告結果：外ヶ浜町

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

■ケアプラン点検を始めた時期

- 平成 27 年度末、青森県主催のケアプラン点検研修会を受けて初めて実施した。介護保険係および主任介護支援専門員の資格を持つ町直営地域包括支援センターの職員（計 2 名）の体制で 5 ケースの点検を行い、改善点を伝え必要な書類の再提出を求めたが、専門職の確保ができず、具体的な助言には至らなかった。

■課題

- ケアマネジメントに関して、サービス事業所やサービスの種類といった資源が少ない中で、どのようにサービス利用者の自立支援に資するケアプランを作成するのか。
- 利用者の現状に応じた福祉用具貸与がなされているか、真にサービス利用者の自立支援に資するケアプランが作成されているのか。また、個別援助（介護）計画が提供サービスに反映されているのか。
- 町内の病院や施設だけでは、様々な分野の専門職を集めることができないため、ケアマネジメント支援員をどう確保するのか。

2) ケアプラン点検の目的

①類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	◎
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	○
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	
06・地域における課題の把握	○
07・介護給付費の適正化	○
08・不適正な算定の発見と是正	○
09・その他（居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携）	○

②詳細

- 介護支援専門員がサービス利用者の心身の機能等を適正に判断したうえで、自立支援を第一に考えたケアプランを作成できるよう支援する。
- 専門職の意見を参考にして、介護支援専門員は作成したケアプランをサービス事業所に具体的に説明し、サービス事業所は利用者の心身機能に応じた支援方法でサービスを提供できる。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

①介護支援専門員

- ・ 利用者の心身機能の維持・向上を目標としたケアプランを作成し、サービス提供事業者に対して個別の事例に応じたケアプランを提示する等のマネジメント力の向上。

②サービス提供事業所

- ・ ケアプランや介護支援専門員との情報交換を基に、多視点から利用者の自立を促すことができるような個別援助計画を作成しサービス内容を拡充。

③利用者

- ・ 日常生活動作および心身機能の改善。
- ・ 点検後、介護支援専門員にケアプランの再提出を依頼し、実際にサービス提供を行う。
- ・ 1～2 か月後に地域包括支援センターの職員や介護支援専門員が認定調査を実施し、直近要介護認定時の認定調査の結果と比較することで、日常生活動作および心身機能の改善がみられるかを検証。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

- ・ 実施主体は町であった。運営委員会で定めた事業計画に基づき、外ヶ浜町内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成したケアプランを点検するケアマネジメント支援員の構成は、介護支援専門員（兼薬剤師）、歯科衛生士、作業療法士、理学療法士、管理栄養士、保健師、社会福祉士であった。
- ・ 介護支援専門員にサービス利用者の日常生活を総合的にマネジメントしていただくためには、介護支援専門員（青森県介護支援専門員協会）・社会福祉士の他に下記専門職の助言が必要と考えたためである。

①理学療法士・作業療法士

- ・ サービス利用者の身体機能の程度から、リハビリテーションの必要性や援助の要否の判断。

②管理栄養士

- ・ 普段の体調・持病、食生活を確認し、栄養面からの助言および具体的な改善策の提示。

③歯科衛生士

- ・ 一人一人の状況に応じた具体的な口腔ケアの方法および援助方法の提示。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

- ・ 町内の病院・施設だけでは専門職の数が少ないため、事業計画どおりに専門職を確保するのが困難だった。
- ・ 加えて、各協会に専門職の派遣を依頼しているが、日程等の都合ですべての点検に出席できない支援員がいた。

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

- ・ 運営委員会に、委員ではない点検者にオブザーバーとして参加してもらい説明会を行った。

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法

- ・ 直近認定時の認定調査の結果と、点検後のケアプランでサービス提供後の認定調査結果を比較するため、直近3か月以内に要介護認定を受けた対象者をできる限り抽出した。
- ・ 町内3居宅介護支援事業所の10名の介護支援専門員を対象に、1名につき2ケースを点検(全20ケース)した。対象は、福祉用具貸与を受けているケースを優先して抽出を行った。
- ・ 国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムについては、福祉用具貸与を受けている対象者の抽出に活用した。

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

■保険者・点検者

- ・ 基準に従って抽出された対象者のリストを送付し、下記書類を提出していただき、点検日までに内容を確認。それぞれの視点から課題・疑問点を整理した。
 - ・ フェースシート
 - ・ アセスメント表
 - ・ 第1表 居宅サービス計画書(1)
 - ・ 第2表 居宅サービス計画書(2)
 - ・ 第3表 週間サービス計画書
 - ・ 第4表 サービス担当者会議の要点
 - ・ 第5表 サービス担当者に対する照会(依頼)内容
 - ・ 第6表 居宅介護支援経過(直近1か月分程度)
 - ・ 第7表 サービス利用表(兼居宅サービス計画)
 - ・ 第8表 サービス利用表別表
 - ・ 課題整理総括表
 - ・ 評価表
 - ・ 個別援助計画書
 - ・ ケアプラン立案過程の概要
- ・ ケアプラン作成に関する基本的な書類および「ケアプラン立案過程の概要」の提出を依頼した。
- ・ 「ケアプラン立案過程の概要」については、ケアプラン作成時の問題点や悩んだ点を明記していただき、点検の際に専門職に相談できるようにした。

■介護支援専門員

- ・ 上記書類の提出および疑問点や点検者に確認したいこと等の意見をまとめておくよう依頼した。

■サービス事業所

- ・ 点検対象者のサービス内容について、どのようなことをどこまで支援しているのか等を確認した。

3) ケアプラン点検の実施方法

- ・ 運営委員会で定めた事業計画に基づき、ケアマネジメント支援員が外ヶ浜町内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成したケアプランを点検した。
- ・ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員 10 名を対象とし、介護支援専門員 1 名について 2 件を点検することとした。
- ・ ケアプラン点検は全部で 5 回開催し、1 回につき 4 件を点検した（1 件あたり 30 分）。

(4) ケアプラン点検の効果

1) 点検結果の検証方法

- ・ 具体的な効果指標等は作成していないが、各専門職からの意見や助言に関して分野別に集計し、再提出ケアプランと対象介護支援専門員への聞き取りおよびアンケートを実施することで、点検前後の変化を分析する予定である。
- ・ 結果は、点検後に介護保険担当者と地域包括支援センター職員で検証し、点検結果を介護支援専門員へフィードバックしている。
- ・ なお、合議体での検証はしていない。

2) 点検の効果

効果の程度		具体的内容
①期待した効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護支援専門員が専門職から様々な意見を聞いたことで、ケアプランについて多面的に考えるようになり、利用者に応じた個別自立支援の意識が高まった。また、介護支援専門員から介護サービス事業所へ具体的なサービス提供方法の指示を行うことができるようになった。 ・ 福祉用具貸与や訪問介護で、給付上不適切な部分が見られたため、サービス変更を行うことで給付の適正化につながった。 ・ リハビリテーション系の介護サービス事業所がない地域の介護支援専門員から、入所又は短期入所以外でリハビリテーションを行う専門職の指導が受けられるようにしてほしいと要望があったことから、そうしたニーズに町として対応する必要があることが分かった。
②期待していなかった効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今までは家族との関係性等の理由から、介護支援専門員が説明できていなかった部分（家族の支援、サービスの変更）があったようだが、点検を受けたことで説明する動機付けになった。 ・ 介護支援専門員および介護サービス事業所が、個別の自立支援という考え方を他の介護サービス利用者にも応用するようになった。 ・ アセスメント不足等の理由による各ケアプラン書類の不備が散

効果の程度		具体的内容
		見され、ケアプランの作成方法の学習が必要であることが分かった。
③効果は得られていない	○	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員に介護サービス提供重視の考え方が未だにある。サービスの種類が少ないなりに、介護保険以外のサービス利用やその他工夫によって自立支援を促していくという意識があまりない。 ・点検結果のフィードバックの遅れおよびケアプラン再提出の遅れによって、見直し予定サービスの提供に時間がかかってしまった。また、効果指標に用いる予定の認定調査が未実施である。
④その他		
⑤わからない		

3) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	・特になし
②居宅介護支援事業所の立場から	・特になし
③介護支援専門員の立場から	・短期間での事業実施となったため、点検への参加およびケアプラン再提出による負担が大きくなった。
④その他関係者（ ）の立場から	・特になし

(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題

1) 実施の困難点および課題

①類型別

	点検実施の課題
01・費用負担が大きい	
02・時間が確保しにくい	
03・点検者の知識やスキルが不十分である	
04・ケアマネジメントについて専門的な知識を有する人材を確保しにくい	
05・目的、趣旨について関係者の理解が得にくい	
06・関係者との調整が困難である	
07・その他（ 点検方法について ）	○
08・わからない	

②詳細

- ・ ケアマネジメント支援員、介護支援専門員、介護サービス事業所、保険者による面談形式の点検で、介護支援専門員から提出されたケアプランを基に、ケースごとに各専門職から現在の状態像に関する質問、指導・助言を行ったが、ケアプランのみでは状態像を把握することが困難で、下記のとおり課題や意見があった。
 - 各ケースの状態像を把握するのに時間がかかり、結果として1ケース30分を予定していた時間配分が1ケース45分程度（最長60分程度）となった。
 - 書類上での状態把握が難しいことや、介護支援専門員が状態を把握していない部分があったため、個別ケースとしての指導・助言ができず、一般的な助言に留まってしまうケースもあった。
 - 専門職から利用者を直接見て、より具体的な指導をしたいという意見も聞かれた。
 - ケアプランのみを点検資料としたため、ケアプランを普段目にしない専門職の方々への配慮が足りなかった。
- ・ また、ケアプランの記載に関して、居宅サービス計画書（ケアプラン）第2表、課題整理総括表、評価表の整合性がとれていないケアプランや、アセスメントを定期的に行っていないケアプラン、身長体重や口腔の状況、疾患名、服薬状況等基本情報の記載がないケアプランも見られた。

2) 実施の困難点および課題への対応策

- ・ 今年度は（5）の1）の課題に対応することができなかったが、来年度以降の実施で対応するならば、下記の対応の実施が考えられる。
 - 状態像を理解する方法の検討
 - ・ ケアプラン以外に対象者の状態像を理解するための指標を作成し、点検の際に添付する形で専門職に提示することが考えられる。そのためには、専門職が必要としている情報をアンケートおよび聞き取り等で調査する必要がある。
 - 点検方法自体の変更
 - ・ 今回は専門職・介護支援専門員・介護サービス事業所・保険者が参加する形式の点検となったが、対象者の状態把握の観点から考えると自宅等に訪問する同行型の点検や、対象者出席のサービス担当者会議と併せて点検を行うといった方法も考えられる。そうした点検を行う際には、対象者や家族との同意や関係職種との調整が必要になるため、点検対象者選定が困難になる可能性もある。
 - ケアプラン作成への支援
 - ・ 今回の点検で問題となった部分を町内介護支援専門員に提示し、ケアプランの記載方法および作成の基本的な考え方を学習する必要がある。

(6) 補足質問

1) 町の役割と関わり

- ・ 運営委員、ケアマネジメント支援員、介護支援専門員、介護サービス事業所との点検に係る連絡調整事務。
- ・ 介護支援専門員への点検結果のフィードバック。

2) 職種間の連携の方法

- ・ 第1回運営委員会に全ケアマネジメント支援員が参加し、点検方法および点検の際の注意点に関して確認を行った。

3) 事前準備の際の職種間の調整の方法

- ・ 運営委員およびケアマネジメント支援員については、各専門職協会代表を通して運営委員会および点検への派遣依頼を行った。

(7) 今後の計画、展望

- ・ 担当者の見解として、(5)の2)で示した対応策に関して、第2回運営委員会（平成29年3月17日）で運営委員およびケアマネジメント支援員と検討し、来年度以降の事業実施に活用していきたいと考えている。協議内容によっては、補正予算対応した上で事業実施を予定したい。
- ・ なお、介護支援専門員に対するケアプラン作成方法等の学習に関しては、早急に取り組む必要があると町介護保険担当および地域包括支援センター職員間で確認しており、平成29年4～5月中に実施予定である。

3.4 報告結果：葉山町・逗子市（協働事業）

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

①ケアプラン点検を始めたきっかけ、始めた時期

- 平成 27 年度より、逗子・葉山地域におけるケアマネジメントにおけるアセスメント力の向上を目指し、地域包括支援センター・介護保険事業所連絡会と協働で研修を開始した。

②ケアマネジメントに関する地域の課題

- 神奈川県内でも有数の高齢化率を示す逗子・葉山地域において自立支援に向けた適切なアセスメントが求められるが、アセスメント力において各介護支援専門員の力量に差が生じている。

③保険者としての問題意識

- 研修を実施しても、その効果を測ることができない点が問題と認識していた（研修を受講するだけで、その効果検証を測っていないことが問題である）。

④実施に至るまでの実務上の課題

- 介護支援専門員が作成した課題整理総括表を持参しグループワークを企画しても、参加率が下がる、又は出席しても発言がない等の課題があった。

2) ケアプラン点検の目的

①類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	◎
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	○
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	○
06・地域における課題の把握	○
07・介護給付費の適正化	○
08・不適正な算定の発見と是正	○
09・その他（ ）	

②詳細

- ケアマネジメント適正化推進事業においては、適切なアセスメント（課題把握）が十分にできているのかを検証し、効果的なケアプラン点検に資するチェックシートを開発するとともに、地域課題の発見・把握機能の強化を図ることで地域包括支援ネットワークの構築を図る

ことを目的とした。

- ・ 具体的には、葉山町・逗子市地域においては要支援者に焦点をあて、自立支援に資するケアプラン作成の基となる、適切なアセスメント力の向上を図るため、保険者（行政）、地域包括支援センター、地域の介護保険事業所連絡会が毎月顔を合わせて検討会を開催し、地域課題を把握しながら研修計画、ケアプラン点検チェックシートについて検討を行っている。
- ・ また、自立支援に資する適切なケアマネジメントを地域の介護支援専門員が一定水準以上のレベルで行うことができるよう底上げすることで、結果的に介護給付適正化につながることも目的としている。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

- ・ 地域の介護支援専門員が自立支援に資するアセスメント力を身につけ、その思考内容を可視化できるレベルにまで引き上げることで、利用者・家族、サービス事業者に対し自分が作成したケアマネジメントについて説明することができ、その結果、利用者に対する在宅支援の充実につながることを効果として期待している。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

①実施体制

- ・ 保険者、地域包括支援センター、介護事業所連絡会代表による協議体によるケアプラン点検を実施した。
- ・ 職種は、社会福祉士、主任介護支援専門員等 10 名程度で検討を行う。
- ・ その検討内容、結果について、医療・保健・福祉関係団体職員、学識経験者等、およそ 20 名の委員で構成されたケアマネジメント適正化推進事業運営委員会に諮ることで、事業計画を検討し、その効果を検証し、並びにその課題および方策について協議し、意見の建議を求めることとした。

②理由

- ・ 地域のケアマネジメント力を底上げすることが本事業の目的になっていることから、保険者だけでなく、地域包括支援センター、地域の介護保険事業所連絡会代表の意見を聴取し、地域でケアプラン点検を行うこととした。
- ・ その結果として、現場レベルの意見を聴取し、真に自立支援に資するケアマネジメント力の向上がなされることを期待したためである。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

- ・ 研修を行うだけでなく、その効果について自ら作成した課題整理総括表を持ち寄り、参加者同士でのグループワークにより測っていくこととしたが、介護支援専門員の参加率が減少してしまった。
- ・ 研修会に参加しても全く発言のない者、そもそも参加しない介護支援専門員もいることから、地域全体のケアマネジメント力底上げには時間を要するという点で苦労があった。

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

■平成 28 年度

- ・ 自立支援に資するケアマネジメントを行うため、課題整理総括表を用いて介護予防サービス計画書を作成する上での指標を作成し、全国モデルとして発信した。
- ・ 基本チェックリストを用いて利用者（要支援 1・2）の状態像の変化を検証した。
（平成 28 年 10 月と平成 29 年 3 月における基本チェックリスト点数の比較）
- ・ 神奈川県国民健康保険団体連合会との協働により、ケアマネジメント適正化に資する国保連情報の活用方法を作り、全国モデルとして発信した。

■平成 29 年度以降

- ・ 基本チェックリストによる状態像の検証により指標の修正を行う。
- ・ 自立支援型ケアプランの作成により介護認定、介護給付費に影響があるのかどうか検証する。
- ・ 介護支援専門員、地域包括支援センター職員が自立支援型ケアプランの作成過程で多職種間の連携や OJT における助言・指導等を行える能力を身につけ、地域ケア会議を通じた地域包括支援体制づくりを活発化させる。
- ・ 対象を要支援から要介護 1・2 まで広げ、軽度者に対する自立支援型ケアプランの指標を完成させる。

■研修体系

①ケアマネジメント適正化研修

日時：6 月 17 日（18 時～20 時）

目的：集団指導講習会形式で運営・報酬に関する研修会を実施。

対象：逗子市・葉山町内全居宅介護支援事業所管理者＋1 名程度とする。

参加者：48 名

講師：逗子市・葉山町職員

内容：3 部構成とする（1 部＋2 部＝1 時間 40 分、3 部＝20 分）

- 第 1 部 本事業の意義について説明（介護支援専門員の相談力向上、アセスメント力向上を通じて給付適正化を行う。また、最終的には地域の事業者がファシリテーターとなって演習を実践できるようにする）
- 第 2 部 介護支援専門員がケアマネジメントする時に必要な運営基準、加算・減算の注意点、逗子市・葉山町へのよくある質問についての説明
（介護支援専門員が自分で判断すべき事項、市町村に相談すべき事項について代表的な事例をもとに説明を含む）
- 第 3 部 地域包括支援センターによる予防給付の流れの説明

主催：逗子市・葉山町

②新任現任研修

日時：7月6日（9時30分～16時30分）

目的：新規セミナー方式で介護保険制度の基本に関する研修会を実施。

対象：逗子市・葉山町内全居宅介護支援事業所に勤務して1年以内の介護支援専門員＋参加希望者1名程度

参加者：37名

講師：逗子市・葉山町職員、地域包括支援センター職員、Zーケアネット

内容：介護保険制度の基本的な事項について講習会。逗子市、葉山町の高齢者福祉を取り巻く現状、国保連への請求方法、権利擁護、地域包括支援センターの役割、地域ケア会議の概要、生活保護への対応、障害福祉の仕組み等

主催：逗子市・葉山町

③相談力向上研修

日時：8月31日（10時～16時）

目的：自立支援型援助に資するよう相談支援の演習を行う

対象：逗子市・葉山町内居宅介護支援事業所

参加者：47名

講師：首都大学東京 長沼葉月准教授

内容：アセスメントを行う上で求められる相談力向上を目的に、講義形式で研修会を実施した

主催：逗子市・葉山町地域包括支援センター（4地域包括支援センター）共同実施

④アセスメント研修（1）

日時：9月30日（13時～16時）

目的：介護支援専門員としてのアセスメント力向上を図るため、アローチャート研修を行う

対象：逗子市・葉山町内居宅介護支援事業所の介護支援専門員

方法：居宅介護支援専門員に対し、一定の議題について居宅サービス計画書を持ち寄ってもらい、実戦形式でアローチャートの手法を学ぶ

講師：逗子市社会福祉協議会さくら貝サービス事業所に委託

主催：Zーケアネット

⑤アセスメント研修（2）課題整理総括表（入門編）

日時：10月20日（13時～16時）

目的：課題整理総括表を理解し、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」をどのように導き出したのか可視化する

対象：逗子市・葉山町内居宅介護支援事業所の介護支援専門員、地域包括支援センター職員

方法：課題整理総括表の意義、その課題について講義受講後、グループワークにより課題整理総括表を作成する

主催：逗子市・葉山町

⑥アセスメント研修 (3) 課題整理総括表 (実践編)

日時：11月30日(14時30分～16時30分)

目的：課題整理総括表を用いてアセスメント力の向上を図る

方法：各自課題整理総括表を持ち寄り、ロールプレイによりその課題を抽出しアセスメントの整合性を確認する

主催：逗子市・葉山町

⑦ケアマネジメント研修

日時：1月

目的：適切なケアマネジメント力を修得する

方法：「自立支援に向けたケアプランとは」をテーマに講義を行い、その後グループワークにより適切なケアマネジメントに係る課題を抽出する

主催：逗子市・葉山町

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法について、

- ・各自が作成した課題整理総括表を1枚持参するようにし、作成した経緯、アセスメント内容についてグループワークで発表するようにした。
- ・平成28年10月に課題整理総括表について研修会を行い、翌11月に研修会で修得したアセスメントを反映した課題整理総括表を各自持参し、グループワークを行った。
- ・なお、国民健康保険団体連合会「ケアプラン分析システム」の活用については、神奈川県国民健康保険団体連合会に依頼し、葉山町・逗子市の地域包括支援センターのケアプラン上の課題について抽出してもらっており、12月22日開催のケアマネジメント適正化推進事業運営委員会でその内容を発表し、活用方法について委員より意見を聴取した。

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

- ・参加者は、9月、10月に実施したアセスメント研修を受講することで、課題整理総括表を作成する基礎を修得したことから、その成果として自らのケアプラン作成の基となった課題整理総括表の提出を求めた。
- ・介護支援専門員のアセスメント内容を可視化するためには課題整理総括表が役立つものであることから、採用した。

3) ケアプラン点検の実施方法

①ケアプラン点検実施内容

平成28年度 アセスメント力向上研修(課題整理総括表の意義・内容を修得)。

↓

自分の課題整理総括表を持ち寄りグループワークにより課題を抽出。

↓

ケアマネジメント点検票を作成。



平成 29 年度 ケアマネジメント点検票によるケアプラン点検を実施。

②ケアプラン点検方法

- ・ 保険者との面談方式ではなく、研修参加者によるグループワーク形式による自己点検方法を採用した。

③点検に際しての客観的指標

- ・ 介護予防サービス計画書作成の上での基本チェックリスト、認定調査票、要介護度を客観的指標として採用した。

④各種関係者

- ・ 毎月 1 回、保険者、地域包括支援センター、介護保険事業所連絡会代表（介護支援専門員）が集まり、企画の立案を行った。
- ・ 平成 28 年度は 3 回、医療・保健・福祉関係団体職員、学識経験者、神奈川県職員等およそ 20 名からなるケアマネジメント適正化推進事業運営委員会で事業計画を検討し、その効果を検証するとともに、その課題および方策について協議し、意見の建議を求めた。
- ・ 平成 29 年度以降は同委員会を 2 回実施し、協議する予定である。

⑤点検するケアプランの総数

- ・ 課題整理総括表は、各介護支援専門員 1 枚。
- ・ 点検するケアプランは、各介護支援専門員 1 枚。

⑥点検結果のフィードバック、点検実施後のフォローの時期と内容

- ・ 1 年を通し体系化された研修計画を策定し、各事業所参加者にケアプラン点検結果を報告し、そのフォローを実施した。
- ・ 時期としては、毎年年度初旬は集団指導講習会を開催するため、夏場以降に実施した。

⑦ケアプラン点検の円滑、効果的な実施のために、工夫、配慮していること

- ・ 保険者のみではなく、地域包括支援センター、介護保険事業者等の意見を聞き、現場に則したケアプラン点検を実施した。

(4) ケアプラン点検の効果

1) 点検結果の検証方法

■概要

- ・ 当地域ではケアマネジメント点検では保険者からの一方向の指導になると考え、参加する介護支援専門員が各種研修で得られた知見を基に各自課題整理総括表を持ち寄りグループワー

クによるそれぞれの課題を抽出することで、アセスメント内容を他者へ説明する可視化能力の向上を図ることとした。

- ・ ケアプラン点検に相当する客観的な指標として、保険者、地域の介護保険事業者連絡会、地域包括支援センターの三者で作成したケアマネジメント点検票による点検を、事業開始前、終了後の2回実施することで介護支援専門員の意識を測定した。
- ・ 平成29年度は、アローチャートの手法を用いて各自の事例発表をグループワーク形式で行うことで、保険者からの一方向的なケアプラン点検ではなく、ファシリテーターによる課題の指摘および参加者自らの気づきによる自己点検によりケアマネジメント適正化を推進していく予定である。

■具体的な取り組み内容

- ・ 当地域では、自立支援に向けた相談援助技術向上研修、ケアマネジメント研修を開催するとともに、課題整理総括表を各自持ち寄りグループワークによりそれぞれの課題を抽出して意見交換を行うことで介護支援専門員の意識付けの向上を図り、客観的指標として事業開始時および終了時にケアマネジメント点検票による点検を行った。
- ・ その結果、介護支援専門員のアセスメントにおいて以下の5点について意識付けが改善され、環境因子等に配慮した自立支援型ケアマネジメントへの成果が見られた。
 - a.利用者だけでなく家族（介護者）の認識の違いに留意する
 - b.家族や友人への訪問等、交流の状況確認
 - c.評価可能な目標設定
 - d.利用者のリスクマネジメントを含む目標設定
 - e.セルフケア等の視点を含む目標設定
- ・ しかし、本事業から自立支援に資するケアマネジメントについて以下の3点が課題であると判明した。
 - a.セルフケア・インフォーマルサービスの活用
 - b.社会参加・対人関係・コミュニケーションに関する情報収集
 - c.支援につながらない課題分析
- ・ 自立支援に向けたケアマネジメントを行うためには社会資源を含めた総合的な視点が必要であり、本事業で得られた課題を基に、アセスメントを可視化するアローチャートの手法を用いたグループワークによる事例検討会を行うことで、来年度以降ケアマネジメント適正化の推進を図りたい。

2) 点検の効果

効果の程度		具体的内容
①期待した効果が得られている		
②期待していなかった効果が得られている		
③効果は得られていない		
④その他	○	<ul style="list-style-type: none"> ・当地域においては、ケアマネジメント点検ではなく、ケアマネジメントプロセスを重視する取り組みを行った。 ・アセスメント内容について、どういう理由で行ったのか、現に表れている状況だけでなく、その原因分析ができていのかどうかについて可視化し説明できる力を養うことが真に自立支援に資するケアマネジメント力向上につながると考え、グループワークにより課題を抽出する方式を取っており、今回その課題が抽出されたことは効果が得られたと考えている。
⑤わからない		

3) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	・特になし。
②居宅介護支援事業所の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし。 ・事業所のアンケート結果でも好評。
③介護支援専門員の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし。 ・事業所のアンケート結果でも好評。
④その他関係者（ ）の立場から	

(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題

1) 実施の困難点および課題

①類型別

	点検実施の課題
01・費用負担が大きい	
02・時間が確保しにくい	
03・点検者の知識やスキルが不十分である	○
04・ケアマネジメントについて専門的な知識を有する人材を確保しにくい	
05・目的、趣旨について関係者の理解が得にくい	
06・関係者との調整が困難である	
07・その他（参加者の数が減る傾向にある）	○
08・わからない	

②詳細

- ・ ケアマネジメント点検票から得られた膨大な点検結果に対する課題分析能力に課題がある。
- ・ 事例検討によるグループワークを行うと、ケアマネジメント力を問われることになり参加者が減る傾向にある。

2) 実施の困難点および課題への対応策

- ・ 事例検討によるグループワーク参加者の減少については、来年度以降、出席を促す取り組みを強化する、あるいは事業内容についての周知を徹底することで課題を改善していきたい。
- ・ ケアマネジメント点検票から得られた課題については、来年度以降、保険者職員だけでなく事業運営委員会委員による多職種で分析を行いたい。

図表 1 ケアマネジメント点検票から見た課題

2017年1月23日 2016年9月30日

点検項目	分類	評価項目(◎→出来ている、○→概ね出来ている、△→不十分)	N=51			N=82			ケアマネジャーの意識
			○	◎	△	○	◎	△	
1. 介護予防ケアマネジメントに関する点検項目	(1)アセスメント	i 原因や背景等を分析し、支援ニーズを明らかにしているか	65%	20%	16%	66%	26%	8%	
		ii 利用者の生活機能が低下した状態に配慮しているか	69%	29%	2%	61%	29%	10%	
		iii 目標とする生活は、個性を重視しているか	67%	22%	12%	63%	26%	11%	
		iv 現実的な改善可能性を予測しているか	80%	4%	16%	77%	11%	11%	
		v 活動性の向上後の生活をイメージしているか	67%	6%	27%	52%	15%	34%	
		vi 総合的観点から、領域を超えた根本的課題を探っているか	57%	6%	37%	45%	5%	50%	
	(2)プランニング	i 利用者の主体的な取組みを引き出しているか	76%	8%	16%	65%	10%	26%	
		ii セルフケア・インフォーマルサービスを活用しているか	37%	20%	43%	39%	19%	42%	意識されていない
		iii 利用者の状態に至る直接的・間接的原因に着目しているか	76%	12%	12%	73%	18%	10%	
	(3)モニタリング	i 生活状況の変化を把握しているか	67%	25%	8%	56%	34%	10%	
		ii 計画の進捗を確認しているか	75%	16%	10%	65%	23%	13%	
		iii サービス内容の適切な実施を確認しているか	69%	24%	8%	68%	29%	3%	
		iv 新しい課題を確認しているか	67%	12%	22%	60%	21%	19%	
(4)評価	i 目標の達成状況を確認しているか	67%	24%	10%	63%	23%	15%		
	ii 生活の自立を支援する観点で評価しているか	67%	4%	29%	56%	18%	26%		
	iii 予防給付と介護予防事業の両制度を意識しているか	51%	8%	41%	40%	13%	47%	意識されていない	
2. アセスメントの領域と現状に関する点検項目	(1)アセスメント領域の把握	i 日常的に行なっている生活状況を確認しているか	65%	29%	6%	65%	29%	6%	
		ii 利用者だけでなく家族(介護者)の認識の違いに留意しているか	63%	31%	6%	69%	21%	10%	
		iii 利用者の情報に限らず、専門職視点で状況観察をしているか	69%	20%	12%	56%	32%	11%	
	(2)日常生活動作	i 自宅や屋外を歩行や移動する方法や手段を確認しているか	63%	33%	4%	50%	47%	3%	意識されている
		ii 買い物や調理を自ら考えて行なうことを確認しているか	67%	22%	12%	55%	32%	13%	
		iii 家事(掃除、洗濯、ゴミ捨て等)の状況を確認しているか	59%	33%	8%	42%	42%	16%	
		iv 預貯金の出し入れを行なう状況を確認しているか	67%	18%	16%	50%	23%	27%	
	(3)社会参加、対人関係、コミュニケーション	i 家族や友人への訪問等、交流の状況を確認しているか	69%	20%	12%	55%	29%	16%	
		ii 趣味、楽しみの有無や継続性を確認しているか	53%	24%	24%	69%	21%	10%	
		iii 仕事や地域での役割を持ち、行なうことを確認しているか	61%	2%	37%	50%	15%	35%	
	(4)医療・健康管理	i 健診や受診状況を確認しているか	57%	41%	2%	47%	47%	6%	意識されている
		ii 病状説明や診断名を確認しているか	47%	47%	6%	55%	40%	5%	意識されている
		iii 服薬の状況を確認しているか	45%	45%	10%	47%	40%	13%	意識されている
iv 日常的な運動や活動の有無、程度を確認しているか		75%	20%	6%	65%	24%	11%		
3. 課題に対する見通しと目標に関する点検項目	(1)見通し	i 生活の阻害要因の解決に向けた援助をしているか	65%	10%	25%	76%	6%	18%	
		ii 援助の実施により、現在の状況の変化を見込んでいるか	75%	10%	16%	81%	11%	8%	
		iii 利用者のリスク軽減の視点を含んでいるか	80%	14%	6%	79%	13%	8%	
	(2)課題	i 利用者の全体像を理解した生活全体の課題となっているか	69%	14%	18%	61%	21%	18%	
		ii 直接的な原因に限らず間接的な原因を捉えているか	51%	12%	37%	66%	6%	27%	
		iii 課題の根拠を示しているか	61%	18%	22%	61%	8%	31%	
		iv 課題が複数の場合、原因や背景に応じて統合しているか	57%	16%	27%	50%	13%	37%	
		v 課題の優先度の高い順に捉えているか	71%	24%	6%	68%	21%	11%	
		vi 支援につながらない課題は明らかにされているか	45%	4%	51%	39%	6%	55%	意識されていない
	(3)目標	i 評価可能なものとなっているか	76%	12%	12%	65%	6%	29%	
		ii 生活機能低下の原因となる課題の解決につながっているか	76%	10%	14%	71%	8%	21%	
		iii 利用者の価値観や好みは考慮されているか	71%	16%	14%	65%	18%	18%	
		iv 利用者のリスクマネジメントを含んでいるか	76%	8%	16%	58%	15%	27%	
v セルフケアなどの視点を含んでいるか		49%	8%	43%	56%	15%	29%		
vi インフォーマルサービスの活用を意識しているか		49%	16%	35%	48%	18%	34%		

(6) 補足質問

1) 課題整理総括表の様式や特徴はどのようなものか

- ・ 様式は図表 2 葉山町・逗子市で使用した課題整理総括表の通りである。
- ・ 特徴としては、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した課程について、多職種協働の場面等で説明する際に役立つ様式であり、介護支援専門員が頭で考えたことを可視化できることが特徴である。

図表 2 葉山町・逗子市で使用した課題整理総括表

課題整理総括表					作成日			
利用者名					利用者及び家族の生活に対する意向			
自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)								
状況の事実 ※1					見通し ※5			
現在 ※2					生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】 ※6			
要因 ※3								
改善/維持の可能性 ※4								
備考(状況・支援内容等)								
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助			
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助			
食事	食事内容		支障なし	支障あり				
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助			
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助			
排泄	排泄・排便		支障なし	支障あり				
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助			
口腔	口腔衛生		支障なし	支障あり				
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助			
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助			
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助			
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助			
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助			
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助			
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助			
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助			
買物		自立	見守り	一部介助	全介助			
コミュニケーション能力			支障なし	支障あり				
認知			支障なし	支障あり				
社会との関わり			支障なし	支障あり				
褥瘡・皮膚の問題			支障なし	支障あり				
行動・心理症状(BPSD)			支障なし	支障あり				
介護力(家族関係含む)			支障なし	支障あり				
居住環境			支障なし	支障あり				

※1 本表は紙媒体でありアクセスコントロールではないため、必ず③に「課題の整理・整理」の各項目は詳細な情報項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が中心とした全職種の協働を促進する。要約欄に○を記入。
 ※3 現在の状況が変化している場合は、④以外で支障をきたしている原因も、種別上級の「原因」欄から選択し、数字上の番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定申請期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として要約欄に○を記入する。
 ※5 「要約」および改善/維持の可能性を踏まえ、要約を補完するための要約欄に、それが満たされることにより発生する課題の整理・整理を記載する。
 ※6 本表提出時に必要な事項を数字で記入し、ただし、解決が必要だが本申請期間に取り上げることが困難な課題には「-」を記入。

出典) 葉山町・逗子市資料

2) 課題整理総括表とケアマネジメント点検票の関係性

- ・ 葉山町・逗子市の取り組みはケアマネジメントプロセスを重視することにある。
- ・ 課題整理総括表を用いることでアセスメントを可視化することが可能になり、その結果ケアプラン点検を行う際の補助材料になると考えている。

3) 点検の方法は介護支援専門員の自己点検のみか

- ・ 当地域の事業では、課題整理総括表を持ち寄り、グループワークにより自らのアセスメントの課題について検討し合う場を設けており、介護支援専門員の自己点検のみではない。

(7) 今後の計画、展望

- ・ 今後も要支援者に対するケアマネジメントに焦点を絞り、アセスメント内容を可視化するアローチャートの手法を用いたグループワークによる事例検討会を行い、その効果についてはケアマネジメント点検票による課題抽出を行うことで総合的な観点を含めた自立支援に資するケアマネジメント力向上に努めていきたい。
- ・ 要支援者へのケアマネジメントについて一定の効果が表れてから要介護 1～2 程度まで対象を広げることで、地域の軽度者へのケアマネジメント能力の向上を図り、結果的に介護給付費の適正化につなげていきたい。
- ・ 予算化としては、葉山町・逗子市共催事業であることから、事業運営委員会経費は葉山町が、研修費用は逗子市が予算化することを考えている。

3.5 報告結果：大東市

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

- ・ 介護保険法に基づき、大東市ケアプラン点検事業実施要綱により平成 21 年度よりケアプラン点検を実施してきた。点検については、事業所から提出された様式を書面上で確認しその結果を書面で通知するという内容で実施してきた。
- ・ 平成 25 年に市独自のケアプラン点検票を作成し、この点検票を用いたケアプラン点検の実施後にケアプランを点数化したが、同じ介護支援専門員が作成するケアプランの点数がケアプラン点検実施前後で変化がなかった。
- ・ このため平成 26 年度には、新人介護支援専門員を対象にケアプラン点検票の使用に加えて個別面談方式での点検に変えたところ、面談前より面談後に点数が改善し新人介護支援専門員のケアプラン作成の質の向上が図れることが分かった。
- ・ 平成 27 年度には、ケアプラン点検票がケアプランの文書作成能力に左右されるという反省から、ケアプラン点検票の見直しを実施したが、机上のケアプラン点検では、自立支援に資するマネジメント能力の向上を図ることは困難であるという結論から「ケアマネジメント適正化推進事業」において、ケアプラン点検方法の確立を目指すことを目的に実施することに至った。
- ・ 平成 26 年度の大阪府の介護認定率、介護サービス給付率が全国ワースト 1 という現状を受け、介護保険法は自立支援の理念に基づき実施されるものと定められていたが実効性が伴っていなかったことに問題を感じ、大東市はケアプラン・サービスの内容を見直し、対象者が主体的に介護予防に取り組む力を引き出すマネジメント能力の構築に向けて重点的に取り組むことを決めた。
- ・ 専門職の知識と技術を提供して利用者の能力が高まるよう支援し、対象者の行動が生活の中に習慣化し、継続できるよう、更に自立支援を推進してゆく。

2) ケアプラン点検の目的

① 類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	◎
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	○
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	○
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	
06・地域における課題の把握	○
07・介護給付費の適正化	○

点検の目的		○：点検の目的 ◎：最も重視
08・不適正な算定の発見と是正		
09・その他（	）	

②詳細

- ・ 適切なケアマネジメントを推進するための取り組みを実施することにより、利用者の自立を阻害するような過剰なサービス提供を防止し、効果的なケアプラン点検の実施方法を検討すること。
- ・ 大東市における社会資源の状況等を踏まえた適切なケアマネジメントを確保すること。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

①設定目標

- ・ 地域包括支援センターの主任介護支援専門員および居宅主任介護支援専門員が自立支援の視点でケアプラン点検ができる。
- ・ 大東市の点検方法を確立する。

②期待する効果等

- ・ 介護支援専門員の質の向上（大東市における社会資源の活用を踏まえた自立支援に資するケアマネジメントの実施）。
- ・ 市民（利用者）に向けて自立の意識啓発。
- ・ 医療および多職種連携の促進。
- ・ 介護支援専門員がリハビリテーションを行う専門職の視点や助言を受けマネジメントに生かす関係性の構築。
- ・ 主任介護支援専門員の介護支援専門員に対する教育的指導力向上。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

①実施体制

- ・ ケアマネジメント適正化推進事業運営委員会にて実施した。
- ・ 委員は大東市の保険者職員、主任介護支援専門員、地域包括支援センター職員と有識者で構成した。大東市の保険者職員は理学療法士1名・保健師1名、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員は4名、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が3名、有識者1名。
- ・ 必要に応じて、高齢支援課の理学療法士1名・作業療法士2名、他課の理学療法士1名等が参加した。
- ・ 点検に協力する職能団体は、主任介護支援専門員連絡会および大東市ケアマネジャー研究会があり、事業の周知や研修会の開催等を実施した。

②理由

- ・ 平成 26 年地域ケア会議において多職種で大東市の自立支援の定義づくりに取り組み、「個人因子と環境因子の双方から個人を知り、それを利用者だけでなく、家族、近隣住民を含めた支援者で共有し、利用者の能力・意欲を最大限に引き出し、その人らしいいきいきとした生活を送ることができる環境を整えること。」という定義を作成した。
- ・ 平成 27 年には、仮事例を用いた事例検討会を多職種で実施し、その中で専門職からアドバイスを受けながらも、自立支援の視点が介護支援専門員の作成する自身のケアプランに落とし込めていない（実際のマネジメントに生かされていない）という状況があった。
- ・ その課題を解決するためにケアプラン点検で点検する介護支援専門員の事例を用いて運営委員とリハビリテーションを行う専門職で検討する会とした。
- ・ 介護支援専門員が自立支援に資する適切なケアマネジメントを実施することで、利用者の自立を促すとともに自立を阻害するような過剰なサービス提供を防止することをケアプラン点検の目的としている。
- ・ 多職種連携と言われながらもこれまで介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職等の職種の視点や助言を入れたマネジメントの実施がなかったのが、この事業の実施で関係性を築くことができた。大東市ケアマネジャー研究会には、この事業の学びを更に深める研修の実施や介護支援専門員の質の向上に向けた取り組みを期待し、主任介護支援専門員連絡会においては、自立支援におけるプラン点検の継続した実施と介護支援専門員に対する教育的指導を期待している。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

- ・ 事業実施にあたり保険者だけでは運営が成り立たないため、有識者や主任介護支援専門員が運営委員として、事業計画を検討し方向性を議論することが必要であった。
- ・ 今回は、運営委員として主任介護支援専門員の参画があり、積極的に意見をいただけたことや実施にあたる準備・運営を一体として取り組めた。
- ・ 事業について、各事業所団体に通知をしたが、研修会・アドバイス会議すべてに参加できない（参加しない）事業者等到大東市の方向性をいかに示して理解してもらえるかが課題である。

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

主催	開催時期	講座内容	講師（敬称略）
大東市主任介護支援専門員連絡会主催の研修・事例検討会	平成 28 年 5 月 11 日（水） 9:30～11:00	主任介護支援専門員に求められている役割・能力 （大阪府介護支援専門員資質向上事業実施要綱およびガイドラインの内容）	公益社団法人 大阪介護支援専門員協会 事務局次長 福田 弘子

大東市ケア マネジメント 適正化推進 事業研修会	平成 28 年 10 月 8 日 (土) 17:30～20:00	(SWOT 分析) リハビリテーション SWOT 分析 について～強みを生かして、弱み をコントロールするためのアクシ ョンプランを抽出する分析ツール ～	在宅りはびり研究所 理学療法士 吉良 健司
	平成 28 年 10 月 11 日 (火) 9:30～10:30	(自立支援研修会) 自立支援のケアマネジメントとは	国立社会保障・人口問 題研究所 社会保障基 礎理論研究部長 川越 雅弘
	平成 28 年 10 月 27 日 (木) 14:00～16:00	・自立支援のケアマネジメントと は～生活機能評価の考え方～ ・グループワークで生活機能アセ スメント表を検討する	国立社会保障・人口問 題研究所 社会保障基 礎理論研究部長 川越 雅弘
	平成 28 年 11 月 8 日 (火) 9:30～11:00	・自立支援のケアマネジメントと は～生活課題の解決にむけて～ ・グループワークで事例の解決策 を多職種で検討する	国立社会保障・人口問 題研究所 社会保障基 礎理論研究部長 川越 雅弘
	平成 28 年 11 月 24 日 (木) 9:30～11:00	自立支援のケアマネジメントにむ けてアセスメントを深めるための グループワーク～生活行為の動作 行程を考える～	—

- ・ 参加熱心な事業所・専門職がある一方で、参加のない事業所・専門職に対しての対応が課題である。介護支援専門員・事業所に対しては、DVD の貸し出しを通知している。

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法について

- ・ 要介護 1～2 の利用者のもので、平成 28 年 4 月以降に届け出された、主任介護支援専門員作成のケアプランを対象としている。
- ・ 主任介護支援専門員が自立支援の視点をもってケアプランを立案し同時に介護支援専門員にむけてそれを指導（教育）できるようになることを目指して実施を計画したことから、今回は居宅介護支援事業所に勤務する主任介護支援専門員作成の今年度新規届出のケアプランを点検することに決定した。要介護 1～2 に限定したのは、IADL は自立していないが、ADL はなんとか自立に近い身体機能をもち、ADL/IADL の自立に向けて支援することで介護度の改善に向かいやすいレベルと考えたためである。

※大東市のケアプラン点検においては、ケアプランの抽出においては特にルールを設けていないので、ケアプランを点検する目的に合わせて提出を依頼できる。ケアプラン点検については通年で実施、提出を依頼する居宅介護支援事業所は大東市内に開設している居宅介護支援事業所である。

- ・ 国保連介護給付適正化システムは活用していない。

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

■保険者

- ・ 大東市ケアプラン点検実施要綱に基づき、主任介護支援専門員（居宅介護支援事業所等）にケアプラン点検を通知する。
- ・ 以下の書類の提出を受ける。
 - ・ 居宅サービス計画書（ケアプラン）第1表～第3表の写し
 - ・ アセスメント表の写し
 - ・ 生活機能評価票
 - ・ 経過記録の写し（直近3か月以上の可能な範囲で）
- ・ 大東市ケアマネジメント適正化推進事業運営委員会の開催。
- ・ 大東市ケアマネジメント適正化推進事業研修会の開催。
- ・ 実施に際しての必要物品（事例および資料・出席名簿・アンケート・機器等）の用意、会場予約等。

■点検者（運営委員）

- ・ 運営委員会にて開催計画、反省まとめ、大東市のアセスメントツールの作成
- ・ 会場設営
- ・ 進行
- ・ 記録

3) ケアプラン点検の実施方法

- ・ 多職種アドバイス会議（ケアプラン点検、介護支援専門員支援の場として開催）

■メンバー：

- ・ 大東市保険者職員（理学療法士、作業療法士、保健師）
- ・ 運営委員として任命した主任介護支援専門員
- ・ 地域包括支援センター（主任介護支援専門員）
- ・ 有識者（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長 川越 雅弘 氏）

■事前準備

- ・ 大東市ケアプラン点検実施要綱に基づき、主任介護支援専門員（居宅介護支援事業所等）にケアプラン点検を通知し、以下の書類の提出を受ける（保険者が実施）。
 - ・ 居宅サービス計画書（ケアプラン）第1表～第3表の写し
 - ・ アセスメント表の写し
 - ・ 生活機能評価票
 - ・ 経過記録の写し（直近3か月以上の可能な範囲で）
- ・ 運営委員会にてケアプランを点検

■開催当日準備

- ・ 会場設営
- ・ 基本情報をホワイトボードに記載

(年齢、性別、介護度、主介護者と介護内容・負担感、利用サービス、生活歴、困りごと等)

- ・ 解決すべき課題をパソコン入力、映写する (運営委員にて実施)

■進行手順

- ・ 本会議の目的、進め方、会議運営上の留意点を述べる
- ・ 出席者紹介
- ・ 1 事例 30 分をめどに会議を進行 (地域包括支援センター主任介護支援専門員が実施)
 - ・ 事例提供者の介護支援専門員の自己紹介
 - ・ 利用者、家族の意向を確認
 - ・ 解決すべき課題を確認
 - ・ 介護支援専門員に支援上困っていること、専門職に聞きたいことを聞く
 - ・ 事例の読み込み (3~5 分)
 - ・ 解決すべき課題に関連する「事実確認」の確認を促す
 - ・ 対応策に対する専門職の助言を促す
 - ・ 意見や助言の内容確認を、議事録作成者が実施

■実施後のフォロー

- ・ ケアプランに対する助言や対応策について記録を残し、ケアマネジメントに生かしてもらう。
- ・ その後必要に応じて運営委員にて助言・指導する。
- ・ 点検中に明らかになった課題について、個人・大東市・その他の課題に分けて整理する (保険者が実施)。

■実績と課題

- ・ 多職種アドバイス会議における客観的指標はなく、事例に対するマネジメント支援を多職種でアドバイスする会議形式で実施している。
- ・ 平成 28 年度には 18 事例を点検した。開始当初は 1 事例 1 時間を費やしていたが、事業の後半では 40 分前後で点検できた。現在は、1 事例 30 分をめどにしている。
- ・ 点検実施後の個別のフォローの時期・内容等については、特に定めていないが適宜報告を受けている。これについては、運営委員会で今後の課題として検討する。大東市として解決すべき課題に対しては、保険者で各事業において解決策を図る。
- ・ 多職種アドバイス会議は、地域包括支援センターのケアプランナーや介護支援専門員の自由参加・傍聴を可とし公開で実施している。このことで自身の担当するマネジメントを振り返ってもらい、傍聴した感想・意見を述べてもらっている。
- ・ 点検の円滑・効果的な実施のために、運営委員のメンバーの一体感と自由に発言しやすい場づくりに、工夫・配慮している。

(4) ケアプラン点検の効果

1) 点検結果の検証方法

- ・ ケアマネジメント適正化推進事業で実施したケアプラン点検は、介護支援専門員に提出を依頼した要介護 1 および 2 の新規作成ケアプランのうち 17 事例を公開多職種アドバイス会議 (事例検討会) で実施した。

- ・ この会議は、大東市における自立支援に資するケアプランを作成する視点を構築することを目的に実施し、専門職から事例の生活課題解決のために多数の助言を受ける場としての位置付けである。
- ・ 会議出席者は、事例提供者（介護支援専門員）、マネジメント適正化推進運営委員（地域包括支援センター主任介護支援専門員、居宅主任介護支援専門員、有識者、理学療法士、保健師）、リハビリテーションを行う専門職（理学療法士、作業療法士等）であり、それ以外に介護支援専門員やサービス事業者等の傍聴希望者を受け付けている。

2) 点検の効果

効果の程度		具体的内容
①期待した効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険サービス以外の社会資源の活用の必要性、環境・個人因子の強みを生かす支援、意欲を引き出す支援、できないことの原因の追究から達成目標に基づく具体的なサービス提供内容等自立支援に向けたアセスメントが利用者の生活課題の解決につながり、自立に向けて進むということが理解できた。（これまではこのアセスメントが十分でなく、できないことの代替えとして介護保険サービスの利用というケアプランであったため。） ・ 多職種からのアドバイスを受けることで上記の自立支援のアセスメントの視点が育つとともに、ひとりで抱え込みがちな困難事例への助言や、不足しがちな医療・リハビリテーションに関する専門的な助言が介護支援専門員に対しての支援になった。 ・ 個別の事例に対する支援では解決できない市の課題を抽出することができた。
②期待していなかった効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主任介護支援専門員に自立支援のマネジメント実施の意識や介護支援専門員に伝えていくといった主体性が少し生まれてきた。
③効果は得られていない		
④その他		
⑤わからない		

3) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	・ 特になし
②居宅介護支援事業所の立場から	・ 特になし

③介護支援専門員の立場から	・特になし
④その他関係者（ ）の立場から	

(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題

1) 実施の困難点および課題

①類型別

	点検実施の課題
01・費用負担が大きい	
02・時間が確保しにくい	○
03・点検者の知識やスキルが不十分である	
04・ケアマネジメントについて専門的な知識を有する人材を確保しにくい	○
05・目的、趣旨について関係者の理解が得にくい	
06・関係者との調整が困難である	
07・その他（ 知識とスキルの伝達を要する ）	○
08・わからない	

②詳細

- ・ ケアプラン点検をどこまで実施するかにもよるが、仮に全件点検するとすれば、かなりの委員の活動時間を要することになることと、マネジメントの知識・スキルを学んだ運営委員の主任介護支援専門員が、他の主任介護支援専門員およびすべての介護支援専門員にその知識とスキルをいかにして伝達していくかが課題。

2) 実施の困難点および課題への対応策

- ・ マネジメントの知識・スキルの伝達には、継続して介護支援専門員やサービス提供事業者等に研修を実施していくこと、また、職能団体（大東市ケアマネジャー研究会、主任ケアマネジャー連絡会）等の理解・協力を得て、検証を実施していくことが必要。
- ・ 自立支援のマネジメント・サービス提供の必要性が理解できても、居宅介護支援事業所からは介護保険サービス利用重視を求められてジレンマを感じるという介護支援専門員の意見があり、自立支援を評価される仕組み（介護報酬等）が必要なのではないかと感じる。

(6) 補足質問

1) 多職種アドバイス会議と地域ケア会議との関係性。また、多職種アドバイス会議は、実施要領の事例検討会と同一か

- ・ 多職種アドバイス会議は、地域ケア会議の個別事例検討会の位置付けである。
- ・ 多職種アドバイス会議は、実施計画では事例検討会としていたので、実施要領もその名称になっているが、運営委員の意見から会議名称を現在のものに変更した。

2) 自立支援の阻害、過剰なサービスの判断は、どのような視点で行っているのか

- ・ アセスメントの内容、例えば利用者の困りごとから本当の思いを聞き取り、できることとできないことを知り、その原因を追究した具体的な目標設定であり、その目標を達成するためのサービス内容になっているか、介護保険サービスだけでなく社会資源の活用が十分にされているか、等の視点で確認している。

3) アセスメントツールの様式や特徴はどのようなものか

- ・ 興味・関心チェックシート。
- ・ 国際生活機能分類による6つの領域。
- ・ 生活機能評価表（地域ケア会議にて作成）。
- ・ 生活課題を分析するための生活行為の工程表（自立支援研修会にて作成）。

(7) 今後の計画、展望

- ・ 次年度も多職種アドバイス会議を通して、狙いとするすべての介護支援専門員のマネジメント能力の向上の取り組みを引き続き実施する（運営委員会での案であり、今後主任介護支援専門員に説明し、計画の修正等を行い実施していく予定）。
- ・ ケアマネジメント適正化推進運営委員会については、今年度の運営委員に加えて主任ケアマネジャー連絡会役員、自薦の主任介護支援専門員が参加。大東市の地域課題の解決に向けての検討を行う。
- ・ 多職種アドバイス会議については、5月の会議は大東市ケアマネジャー研究会の開催として実施する。
- ・ 研修会等の開催については、自立支援のケアマネジメントのスキルアップにつながる研修等を運営委員会で企画実施し、多数の介護支援専門員、関係者に参加を促す。
- ・ 大東市の三ツ星事業所、居宅介護支援事業所指定の仕組みづくり。

3.6 報告結果：藤井寺市

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

■取り組みを始めた経緯

①市の状況

- ・ 大阪府は被保険者1人あたりの介護費や要介護認定率が全国一高く、要支援1・2の認定者数や在宅サービス受給者数の増加率でも目立っている。
- ・ 藤井寺市はその中でも認定率の高さでは府内8位、サービス別受給率の高さでは通所介護で3位に位置するなど、客観的にサービス利用が多い状態である。

②保険者としての課題

- ・ 現行の給付適正化事業では、不正請求の抑制を図るための運営基準に沿った点検を行っているが、上記現状の中で、利用者への現在の支援の方向性が適切であるかどうか、サービスの利用が自立に資するものであるかという視点では、把握する手段を持たなかった。
- ・ 大分県作業療法士の佐藤孝臣氏による研修を受け、保険者として軽度者の自立支援に向けた取り組みの必要性を強く認識していた。

③介護支援専門員の課題

- ・ 藤井寺市内介護支援専門員の多くは経験年数が長く一定レベルのアセスメント力があるが、自立に向けた支援を行うにあたっては、利用者・家族との合意形成や自立意欲を引き出すことに苦慮しており、また、必要でないと思われるサービスであっても利用者・家族の希望であればそのままケアプランに導入するというケースもあり、自立支援に向けてのケアマネジメントに課題を抱えていた。
- ・ 多くの介護支援専門員が福祉職出身であり、医療面からの身体機能評価やサービスの必要性の見極めには不安があった。

④方向性の決定

- ・ 藤井寺市高齢介護課と地域包括支援センター（市に委託型1箇所）との協議で、方向性を検討。認定者の4割近くを占める要支援者をケアマネジメント適正化の対象とするが、軽度者のサービスについては「自立支援」の評価は難しく（サービス量の減少やサービス種類の縮小では単純に効果を測れないため、客観的に検証するための評価基準の置き方が難しい）、課題分析の過程を明確化し、維持／改善といった状態変化も評価・見直しができるよう、藤井寺市独自のアセスメントシートを作成することとした。
- ・ 介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメント力の向上を図るため、アセスメント等の各過程でリハビリテーションを行う専門職と協働することとした。

■取り組みの概要

①名称

- ・ Let's☆ヨボヨボ予防！事業（以下、「ヨボヨボ予防」）

②内容

- ・ 要支援認定者のアセスメント等へのリハビリテーションを行う専門職の同行訪問

③開始時期

- ・ 平成 28 年 10 月

④回数・頻度

- ・ 1 か月に 10～15 ケース

⑤リハビリテーションを行う専門職同行のタイミング

- ・ 初回訪問、サービス担当者会議、住宅改修、評価等実施時

⑥方針

- ・ 作成済・サービス導入済のケアプランに対して、事後的にケアプラン点検を行うのではなく、初回アセスメントの時点からリハビリテーションを行う専門職とともに行い、その視点を取り入れながらケアプランを協働で作り上げる。

■上記方針とした理由

- ・ ケアプラン点検をする側／される側を作ると、狭い市域の中で仕事をする上でのデメリット（信用・信頼関係の低下）を生む恐れがあるため。
- ・ ケアプラン点検を実施し、多職種の視点によって不要と思われるサービスがあった場合でも、サービスが既に導入されていれば利用廃止は困難と思われることから、事前のリハビリテーション視点の導入が効果的であると考えたため。

2) ケアプラン点検の目的

①類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	◎
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	○
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	○
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	
06・地域における課題の把握	○
07・介護給付費の適正化	○
08・不適正な算定の発見と是正	
09・その他（ ）	

②詳細

■目的

- ・ 利用者の活動性を高め、社会参加の促進につなげる自立支援型のケアマネジメントを推進する。

■具体的な目的と内容

○自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援および介護支援専門員の資質向上のための支援

- ・ アセスメント過程を具体化するための効果的・効率的な評価指標を定めたツールを提供する。
- ・ 介護予防・自立支援の分野で活躍する講師を招聘し、リハビリテーションを行う専門職の視点からの具体的な自立支援の実践に関する講義を行うとともに、多職種による意見交換の機会を設け、自立支援に向けた意識共有に働きかける。
- ・ 利用者宅への訪問にリハビリテーションを行う専門職が同行し、アセスメント等を直接現場で協働して行うことで、介護支援専門員がリハビリテーションの視点を取り入れ、課題の抽出やより具体的な目標設定におけるケアマネジメント力が向上するよう支援する。
- ・ 利用者自らが自立に向けて取り組もうとする意欲を引き出し、合意形成へとつなげるコーチング手法の研修を行う。

○介護支援専門員と他の専門職種との連携促進

- ・ 介護支援専門員と、地域活動に意識の高いリハビリテーションを行う専門職との相談助言体制を深める。

○地域における課題の把握

- ・ 利用者の自立に資するケアプランを作成する中で見えてくる、現在不足している地域資源や、創設の必要性のある活動等、多様なニーズを把握し、保険者としてその課題解決に向けた具体的支援策の検討を進める。このため、介護予防ケアプラン様式中の「適切な支援の実施に向けた方針」の欄の活用を推奨する。

○介護給付費の適正化

- ・ 適切なサービスの利用を促進することで、利用者の心身機能の回復を図り、将来的なサービス量の減少を目指す。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

■期待する効果

①保険者として期待する効果

- ・ 量・質ともに適切なサービスの利用促進により、長期的な給付費の減少につながる。
- ・ 介護支援専門員が必要性を感じる、地域に不足する社会資源や創設すべき活動等を把握し、具体的支援策の形成につなげる。

②利用者に期待する効果

- ・ リハビリテーションを行う専門職による日常生活動作の機能評価や医学的根拠に基づく説明を受けることにより、日常生活の自立に対する意欲が向上する。
- ・ 日常生活が自立することにより活動範囲が広がり、社会参加が促進される。

③介護支援専門員に期待する効果

- ・ 生活機能の低下要因を明確にでき、自立に向けた具体的な目標設定、サービスの継続や終了についてのタイミングの見極め等のスキルが向上する。
- ・ 利用者および家族の意欲を引き出す能力、合意形成能力が向上する。

④リハビリテーションを行う専門職に期待する効果

- ・ 介護支援専門員への助言や地域に必要な資源・サービスの提案等、地域リハビリテーション活動への関与が深まる。

⑤サービス事業者に期待する効果

- ・ お世話型ではなく利用者のできることを増やしていくためのサービス提供を行うという意識が向上し、自立支援に向けた具体的な目標達成に向けたサービス提供が行われる。

⑥住民に期待する効果

- ・ 市全体で、介護予防および自立支援に向かって取り組むという姿勢が理解される。
- ・ 介護保険制度の理念について、利用者本人や家族を含めた関係者全員の認識が深まり、有する能力の維持向上に努めるよう意識を持たせることができる。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

■実施体制

○実施主体：藤井寺市

○実施メンバー：Let's☆ヨボヨボ予防！事業運営委員会委員（14名）

- ・ 地域包括支援センター5名（介護支援専門員・社会福祉士・保健師等）
- ・ 藤井寺市介護保険事業者連絡協議会ケアマネ部会より介護支援専門員2名（会長・副会長）
- ・ 作業療法士2名（大阪府作業療法士会より推薦）
- ・ 理学療法士1名（大阪府理学療法士会より推薦）
- ・ 藤井寺市高齢介護課職員4名（事務職）

○委員会概要：

- ・ 平成28年9月より月1回程度開催。
- ・ アセスメントシートの開発、同行訪問の手順、研修会内容等について多職種で検討・検証しながら事業を推進。

■現在の実施体制とした理由

- ・ 藤井寺市域に1箇所のみである地域包括支援センター（社会福祉協議会に委託）とは日常から連携関係にあって協力は必須であり、また、保険者に専門職が不足しているため、実践的・専門的な知識や経験を持つ多職種からの幅広い意見の収集が必要であった。
- ・ 予防ケアプランは地域包括支援センターが担当しているため、まずモデルとして地域包括支援センターにて率先して事業を実施し、検証と見直しを行いながら、居宅介護支援事業所にもモデル方式を広げていくこととした。
- ・ 予め居宅介護支援事業所の介護支援専門員の意見も導入しながら事業を推進できるよう、代表的役職にある介護支援専門員に協力を依頼した。
- ・ 大阪府作業療法士会・大阪府理学療法士会には、療法士の市町村事業参画に向けたより積極的な支援（地域リハビリテーションへの意識の高い人材の育成、増員）をする役割を期待している。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

①リハビリテーションを行う専門職の確保

- ・ 大阪府作業療法士会・大阪府理学療法士会としては、保険者には研修課程を修了している療法士を推薦するとしているものの、市内に該当する人数が少ない。また、法人や事業所の考案として、市町村事業への療法士の参画に積極的でない場合もあるので、確保が難しい。
- ・ 保険者ごとに様々な形で協力依頼を行っているため、他保険者の例を必ずしも参考にできず、報酬額の設定や契約締結を一から進めることに苦労した。

②準備期間の不足

- ・ 予算確保、法規整備、契約、支払い等の事務作業が、年度途中であったため慌ただしく、予算確保後も流用等を繰り返し、非常に手間がかかった。
- ・ 実施までに市内事業所・法人に十分な説明を行う余裕がなく、望ましい手順を踏めなかった。

③介護支援専門員や居宅介護支援事業所の理解・合意

- ・ 作成する資料の増加、手順の変更による精神的負担、リハビリテーションを行う専門職との日程調整の困難さ等、デメリットとなる部分についても受け入れてもらえる説明が必要であった。
- ・ 保険者からの強制・押し付けといった印象を持たれがちであり、誤解を招かない趣旨説明が必要であった。

④市独自様式の作成

- ・ アセスメントシートの開発では、会議での多職種による意見交換と、訪問で実際に使用しながらの使いやすさの検証を重ね、課題整理総括表をヒントに阻害要因欄を設ける、リハビリテーションを行う専門職のチェック欄を設ける、用紙サイズを変更する等、何度も修正を加えた。

⑤その他

- ・ 保険者から発信する事業名として、「ヨボヨボ」という語に負のイメージが強かったが、関係者間では愛着を持っているこの事業名での推進を目指し、事業名に修飾語を加える、事業名について事前に反応を確認する等、工夫や事前確認を慎重に行い、実現させた。
- ・ 誰に向けて説明を行うかに応じて、効果的な表現か、反感を買わない表現を選ぶ配慮が常に必要である。

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

■研修会の実施

- 目的：先進的なモデルとされている大分県の中心的指導者による講義により、サービス提供の意識改革を図る。また、異なるサービス・異なる職種間でのグループワークの機会を設け、高齢者の自立支援に向けた意識の共有を図る。
- 講師：作業療法士 佐藤 孝臣 氏（株式会社ライフリー）

○対象と内容（各 4 時間）

日程	対象	内容
平成 28 年 12 月 5 日	介護支援専門員および全サービス事業所	・ 講義 ・ 多職種グループワーク
平成 28 年 12 月 6 日	介護支援専門員	・ 講義 ・ 個人ワークとグループワーク ・ 本事業の取り組みとアセスメントシートについての説明
平成 29 年 1 月 18 日 1 月 25 日	介護支援専門員	・ 具体的な目標や達成のための取り組みについて、高齢者自らが考え自己決定することができるよう導くコーチングのスキルアップの研修を対象に実施予定。（各 4 時間）
平成 29 年 3 月	介護支援専門員	・ 本ケアマネジメント適正化推進事業により、リハビリテーションを行う専門職が訪問同行した事例の発表・検討会を開催予定。

○工夫・配慮した点：

- ・ 藤井寺市内介護支援専門員の主任介護支援専門員資格更新の一助となるよう、更新研修受講要件として必要とされる研修時間数と研修内容を確保し修了書を発行した。
- ・ 講義前に考えていた各自にとっての「自立支援」について、講義を終えてからのグループワークで、多職種間の意見交換をする方式とし、異なる視点や立場からの意識共有・気づきの場となるよう工夫した。

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法について

■具体的な方法

○事業の実施期間

- ・ 平成 28 年 10 月から平成 29 年 3 月まで

○対象とする居宅介護支援事業所・介護支援専門員

- ・ 平成 28 年 10 月から地域包括支援センターの介護支援専門員にてモデルとして実施。今後、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に要支援ケースを委託する場合にも拡大予定（自立支援型ケアマネジメントに向けてのスキル向上や、リハビリテーション視点の取り入れ、多職種協働といった取り組みに意欲のある介護支援専門員を優先）。

○同行訪問の実施頻度

- ・ 1 か月に 10～20 件程度

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

■準備の内容

○介護支援専門員が行うこと

- ・ 利用者に事業趣旨を説明し、リハビリテーションを行う専門職の同行訪問の合意を得る。
- ・ 同行訪問の前に、リハビリテーションを行う専門職に作成したアセスメントシートを事前提供する。
- ・ サービス担当者会議に出席する各事業所に事業趣旨を説明する。
- ・ リハビリテーションを行う専門職との日程調整を行う。
- ・ ケアプランの交付の際にはアセスメントシート（図表 12）を添付する。

3) ケアプラン点検の実施方法

■対象とする高齢者

- ・ 主に新規で要支援 1・2 の認定者。そのうち生活が不活発な状態で心身機能の低下が見られる、転倒・手術後等でリハビリテーションにより改善の可能性が高いと見込まれる、訪問介護サービスを希望している（サービス終了の合意形成が必要になると思われる）、住宅改修を希望している（効果的な改修アドバイスが必要）といった状態像の高齢者を地域包括支援センターにて選定した。ターミナル期、進行性難病、認知症の症状が強いといった場合は除く等、一定の判断を行った。事業趣旨を説明し、合意を得た上で同行訪問を行った。

■実施の流れ（図表 3）

①対象者の選定と説明、合意

- ・ 対象者は上述のとおり

②介護支援専門員初回訪問

- ・ 契約手続き、基本情報の聞き取り
- ・ アセスメントシートを作成しリハビリテーションを行う専門職へ事前提供

③訪問同行

- ・ リハビリテーションを行う専門職が同行
- ・ 運動器機能評価、状態予測、具体的目標設定、達成期限の提示等について助言
- ・ ケアプラン原案作成

④サービス担当者会議

- ・ リハビリテーションを行う専門職が同席
- ・ サービス事業所に対して目標達成に向けたサービス提供のための技術的助言・指導

⑤ケアプラン交付

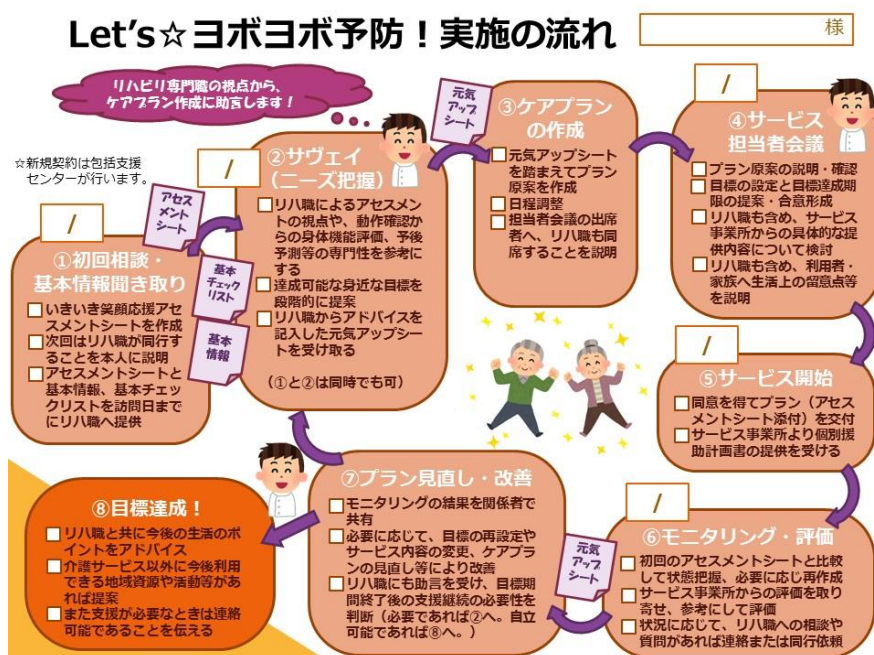
⑥サービス開始

⑦モニタリング

⑧評価

- ・ リハビリテーションを行う専門職が同行
- ・ 状態の見極め、サービス継続・終了の見極め、今後のサービス内容等について助言

図表 3 Let's☆ヨボヨボ予防！実施の流れ



出典）藤井寺市資料

■所要時間

- 同行訪問によるアセスメント：1時間程度

■工夫・配慮している点

- アセスメントシート（図表 12）は介護予防ケアプランと同様に領域を4つに分け、そのまま予防ケアプランに導入できる作りとした。
- アセスメントの過程を細かく明記することで個人の文章力による差異をなくすよう様式を作成した。
- 介護支援専門員の作成書類増加による負担を減らすため、予防ケアプランにアセスメントシートを添付することで、アセスメント内容の記入箇所には“別紙参照”と記載する扱いを可とした。

■フィードバックの方法

- リハビリテーションを行う専門職の関与によって得られた具体的な効果、個々の身体機能に応じたアプローチの方法、アセスメントの視点等を次のケースに生かせるよう、年度末にケース発表・事例検討会を開き、地域の介護支援専門員に共有する場を設ける予定。

(4) ケアプラン点検の効果

1) 点検結果の検証方法

①介護支援専門員へのアンケートによる検証

- リハビリテーションを行う専門職との同行訪問を行った介護支援専門員へのアンケートにより、介護支援専門員の気づきや意識の変化、ケアプランのサービス内容の変化等を検証。

②リハビリテーションを行う専門職からの実績報告書による検証

- ・ 同行訪問を行ったケースごとにリハビリテーションを行う専門職からの報告書作成を依頼しており、介護支援専門員のアセスメントの視点や目標設定等に対しアドバイスした内容や、リハビリテーションを行う専門職の助言によりサービス導入内容が変更となったこと等を報告書によって検証。

〈報告書の項目〉

- ・ 介護支援専門員への助言提案内容（自由記述）
- ・ サービス提供事業所への助言提案内容（自由記述）
- ・ 利用者および家族への助言提案内容（自由記述）
- ・ 介入による介護支援専門員に対する効果（チェック項目）
 - アセスメントの着眼点を増やすことができた
 - 自立を阻害する要因を明確にできた
 - 疾患からの身体状況を把握できた
 - 具体的で期限のある目標設定ができた
 - その他ケアマネジメント力向上を支援できた（自由記述）
- ・ 介入による利用者・家族・事業所に対する効果（チェック項目）
 - 利用者の自立意欲を高められた
 - 利用者・家族も気づいていなかった可能性を引き出した
 - サービス提供にあたっての事業所への具体的な依頼ができた
 - その他自立支援の促進につなげることができた（自由記述）
- ・ （本来行うべき支援ができない場合） 妥当な支援の実施に向けた方針（自由記述） 等

③委員会での検証

- ・ 月 1 回の運営委員会（メンバー：保険者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所介護支援専門員、作業療法士、理学療法士）にて、必要な様式の作成や訪問手順等を協議・検討しながら進めた（図表 4）。特に介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職の役割分担については時間をかけて議論した。
- ・ この他、事業に主として取り組むメンバーで、細かい課題に気づいた際にはその都度ミーティングを行う、介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職の利用者宅訪問へ行政職も同行する等を行った。

図表 4 委員会での検討事項

	協議・検討事項
平成 28 年 8 月 29 日	リハ職と顔合わせ、現状と課題、事業目的の共有、取り組み内容の整理等
9 月 4 日	事業計画、アセスメントシート案等
9 月 29 日	事業名称、広報誌での周知方法、ケアプランへの記載事項、同行訪問手順、第 1 回研修会内容、事業の効果見込みや評価方法等
10 月 27 日	事業実施要綱・同行訪問開始後の状況・アセスメントシート改善案・アンケート項目検討・事業周知方法 等

	協議・検討事項
11月24日	アセスメントシート改善案、介護支援専門員とリハ職の役割分担、第2回研修会内容、居宅介護支援事業所への委託時の手順 等
12月21日	研修会でのアンケート結果の確認、地域包括支援センターの介護支援専門員へのアンケート分析、第1回報告会の報告、広報誌での住民啓発、地域資源収集の必要性等
平成29年2月1日	モニタリング・評価時の同行訪問手順、事業成果の出し方、メッツや法第4条の普及啓発、自立支援に関するアンケートまとめ、定義づくりの必要性について、第3回研修会内容等
2月22日	平成29年度からの事業内容、介護支援専門員とリハ職の役割分担、実績報告書、リハ職からの指導書、アセスメントシート改善案、介護支援専門員へのアンケート案等

出典) 藤井寺市資料

2) 点検の効果

効果の程度	具体的内容
①期待した効果が得られている	<ul style="list-style-type: none"> ・「ヨボヨボ予防」では、利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種連携の下でその目標を共有し、利用者や家族の意欲を引き出しながら適切なサービス利用を進めていくことができるよう、図表5のようにSPDCAサイクルを意識している。 ・特に、計画の前に先立つ適切なニーズ把握やアセスメント(Survey)が重要であることから、介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職の同行訪問による十分な情報収集とその分析・評価からスタートし、自立支援につながるケアマネジメントのサイクルを実践している。 <p style="text-align: center;">図表5 「Let's☆ヨボヨボ予防！」のSPDCAサイクル</p> <p style="text-align: center;">Let's☆ヨボヨボ予防！のSPDCAサイクル</p> <p>Legend: Survey (情報収集とその分析・評価), Plan (計画), Do (実行), Check (評価), Act (改善)</p> <p>①初回相談・基本情報聞き取り ケアマネジャーが行います。現在の状況を明らかにしている要因を分析し、利用者の「できるようにになりたいこと」を引き出しながら意向を確認します。</p> <p>②サウエイ(ニーズ把握) ケアマネジャーとリハビリ職が同行訪問します。リハビリ職が利用者を実際に見て、基本動作やADL・IADL、環境要因などを把握し、改善の見込みや悪化のリスクなどを評価します。また、利用者の望む生活を聞き出し、具体的な目標や達成期限を提案します。</p> <p>③ケアプランの作成 把握したニーズと、リハビリ職からのアドバイスを踏まえ、利用者の日常生活に即した自立支援を実現できるようなケアプランを作成します。</p> <p>④サービス担当者会議 リハビリ職も参加します。リハビリ観点から、サービス提供者へ具体的な支援方法や回数・頻度などを助言し、利用者・家族へ日常生活上の留意点や介護の工夫などを具体的にアドバイスします。</p> <p>⑤サービス開始 ケアマネジャーはじめ関係者全員で、目標の達成に向けて利用者を支援します！</p> <p>⑥モニタリング・評価 ケアマネジャーが定期的に目標の達成度や心身状態、生活状況などの変化を把握します。支援の経過や状況に応じて必要があれば、リハビリ職も同行します。</p> <p>⑦プラン見直し・改善 モニタリング結果は関係者で共有し、目標の再設定やサービス内容の変更など、見直しを行います。生活状況の改善が見られ、介護サービスの利用がなくてもその人らしい生活が送れそうなら、リハビリ職からも卒業に向けての助言を行います。</p> <p>⑧目標達成！ ケアマネジャーとしての支援は終了することになります。終了後も継続して実施すべき自主トシや、生活のポイントなどをリハビリ職が利用者・家族に伝えます。</p> <p>出典) 藤井寺市資料</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 具体的に得られている効果 ● 利用者の意欲向上 ・ リハビリテーションを行う専門職による身体機能の動作確認や

効果の程度	具体的内容
	<p>医学的根拠のある説明を直接受ける機会を作ったことで、利用者の意欲を引き出し、提示された改善方法に対する利用者や家族の同意も得やすくなっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ヨボヨボ予防アセスメントシート」によって、利用者に「〇〇できるようになる」という目標の設定を促すとともに、目標に対する現在の実行度と満足度を聞き取り、リハビリテーションを行う専門職からの「元気アップポイント」として着目点を伝える等、元気を引き出すことを意識した仕組みとしているので、アセスメントの過程でも意欲が向上している。 <p>●自立支援型ケアマネジメントの促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションを行う専門職の視点からの状態予測や見極め、運動器機能評価、ADL 評価、IADL 評価、生活に密着した具体的目標設定等、実際にアセスメントを行う現場で介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職が協働することで、アセスメントの視点・方法を深めることができている。 ・ケアプランにはアセスメントシートをセットにして添付することとしているため、介護支援専門員の主観によってアセスメント内容の一部を抜き出しケアプランに転記するのではなく、アセスメント内容の全部を各サービス関係者が受け取り利用者の「できること」「できないこと」の情報を共有することができるので、より利用者の自立支援となるサービス提供内容を検討することが可能となっている。 <p>●サービス担当者会議の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議にリハビリテーションを行う専門職が入り、顔を合わせて具体的な助言や連携を行える仕組みとしたことで、参加するサービス提供事業所の意識向上にもつながっており、ケアプランを読み合わせて終了というような形骸的な会議ではなく、より協働して利用者支援を考えることができる、有効な会議の場とすることができている。 <p>●地域における課題の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・例えば、「3 か月で訪問介護を終了」という短期目標を設定するが、目標達成後に身近な地域で通える場を案内できない、あるいは「リハビリテーションを兼ねて得意な大作業がしたい」というニーズに対して紹介できる活動がない、といった、

効果の程度		具体的内容
		<p>自立支援のために介護サービスを導入したその次へのつなげ方を支援関係者が情報把握・共有できていないという課題が改めて浮き彫りになり、様々な地域資源を把握し提供することが急務であるという共通認識をより強めることができている。</p> <p>●関係者の意識向上と連携の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> このケアマネジメント適正化推進事業を機に、研修会を開き講師による講義を聴いたり同じ資料を読んだり、運営委員会以外の場でも常に相談しながら進めたりしていくことで、地域の高齢者の介護予防・自立支援に向けてできることにどんどん取り組んでいくという積極的な意識・意欲を関係者間で共有することができている。
②期待していなかった効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> 通常、リハビリテーションを行う専門職が関与するのは「介護支援専門員がケアプランに訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションのサービスを位置付けてから」、又は「サービス利用が始まってからのケアプラン点検会議等の場で」となるが、「ヨボヨボ予防」では、サービスとしてリハビリテーションを導入しなくてもリハビリテーションを行う専門職が介入できる、ということの特徴としている。 <p>■期待以上に得られている効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ●初期段階からのリハビリテーションの早期介入ができた <ul style="list-style-type: none"> 居宅における生活不活発病等のケースは、退院・退所ケースと違ってリハビリテーションの導入判断が遅れることがあると指摘されているが、ヨボヨボ予防においては可能性のあるケースは初回アセスメントからリハビリテーションを行う専門職も入ることで、必要なリハビリテーションを早期に促せる道筋ができた。 パーキンソニズムや脊髄小脳変性症といった初期の神経難病のケースに対し、初回からリハビリテーションを行う専門職が介入したことで生活機能の悪化防止のための援助方法や適切なサービスを早期に導入することができ、大きな効果があった。 ●リハビリテーションの役割に対する理解が深まった <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職と一緒に支援を行っていくうちに、「掃除ができないでいた人に対し、こんな方法で掃除ができるよう支援できる」「段階的な目標設定

効果の程度		具体的内容
		<p>でこんなに回復させることができる」といったリハビリテーションの役割やリハビリテーションを行う専門職の役割に対する理解がより深まり、連携促進にもつながっている。</p> <p>●相談関係ができた</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ヨボヨボ予防」による同行訪問を行っているケースだけでなく、各介護支援専門員が担当する他のケースについても、リハビリテーションの必要性に関する質問や悩みを日常的に相談することができるような、介護支援専門員とリハビリテーションを行う専門職間の関係性ができた。
③効果は得られていない		
④その他		
⑤わからない		

3) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護支援専門員にリハビリテーションを行う専門職を同行させる」ということに、「介護支援専門員の力を信用していないのではないか」という不信感・抵抗感を持たれることがある。そうではなく、「超高齢社会においてより自立支援に資するケアマネジメントを」と言われ、介護支援専門員に求められる役割が大きくなり続けている中で、ケアマネジメントの一助となるよう工夫した事業であるということが伝わりにくい。また、そもそも保険者が独自に新たな事業を始めたことに対しても反感を持たれ、一部事業者から強い反発を受けることがあった。
②居宅介護支援事業所の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援に比べ介護予防支援の単価は低い。そのため、介護支援専門員が要支援認定者宅へ訪問する回数が増える、手間や時間がかかることになると、収益にはつながらないため、前向きに受け止められにくく、居宅介護支援事業所としてはマイナスでもある。 ・軽度者の支援に力を注ぐためには、それに見合うインセンティブが必要であるという意見がある。
③介護支援専門員の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションを行う専門職とのアセスメントのため2度訪問することになると訪問回数が増え、介護支援専門員自身の業務量が増加することも負担であり、利用者や家族にとっても負担増となる懸念がある。 ・リハビリテーションを行う専門職との日程調整が困難で、訪問日が遅れることがある。

図表 6 リハビリテーションマネジメント加算と「Let's☆ヨボヨボ予防」の比較

例えば **通所リハで算定する
リハビリテーションマネジメント加算との比較**

	リハビリテーション マネジメント加算Ⅱ	ヨボヨボ予防
目的	医師やリハ職が協働して継続的にリハビリの質を管理する	軽度者へのリハビリ早期介入により自立支援を促進する
対象	要介護	軽度者
位置付け	保険給付における加算 (利用者負担あり)	地域支援事業の一つ (利用者負担なし)
リハ職の要件	医師の指示を受けたリハ職	府士会として必要な研修を受けたリハ職
リハ職訪問のタイミング	通所リハ開始から1月以内に訪問	アセスメント段階からケアマネと同行訪問 (モニタリングや都度の同行も可能)
プランへの反映	定期的に関リハビリ計画を見直し、ケアプランの変更が必要となればケアマネに伝える	同行訪問時のリハ職からのアドバイスを もとに、ケアマネがケアプランを作成
ケアマネとの連携	ケアマネは毎月リハビリ会議に出席	ケアマネは支援の状況に応じてリハ職への同行を依頼、または相談

出典) 藤井寺市資料

- なお、12月に市内の全介護支援専門員へ向けて事業説明をした際のアンケート結果(図表7)では、下表のように概ね好意的な意見が多いので、介護支援専門員個人としては受け入れられているが、所属する事業所・法人の方針等の事情もあることから、完全な理解を得ることは困難であると思われる。

図表 7 介護支援専門員への事業説明時のアンケート結果

質問「この事業の方式で、要支援ケースを受けてみたいと思いますか？」	
はい (75%)	リハビリ職によるアセスメント方法に興味がある。
	アセスメントの仕方を深められる。
	リハビリ職の視点を学べる。
	専門的な立場からのアセスメントによって、利用者の身体機能の状態をより詳しく理解できると思う。
	初回アセスメントでの同行訪問で、専門職での見極めをして頂くことで、以降のプロセスがスムーズとなり、無駄がなくなると思う。
	専門職の視点で意見をもらうことでプランにつなげられると思う。
	利用者が元気になっていくのを支援することは介護支援専門員の醍醐味なので。
	多職種とのネットワークを広げられる。
いいえ (12.5%)	現在担当しているケースに加えて、新方式のケースを受ける余力がない。
	とても理想的な事業方式だと思うが、実際のところ、今後の事業所経営が難しくなってくると思う。
どちらでもない (12.5%)	訪問の調整が難しい。
	利用者が希望すれば受けてみたい。
	サービスの利用を終了できる状況が予測できる可能性があるときは検討したい。

質問「実施の手順やアセスメントシートについてご意見をお願いします」	
肯定的意見	身体状況がよく分かり、課題も分かりやすくなる。
	介護支援専門員だけの説明よりも、専門的な意見の方が利用者さんも、納得されやすいかもしれないので良いと思う。
	項目が細かいため、しっかりアセスメントができ状況把握がしっかりできそう。
否定的意見	書類作成の手間が増える。

質問「リハビリ職の同行訪問についてご意見をお願いします」	
肯定的意見	専門職による意見は重要だと思う。
	専門的な意見は勉強になるので有難い。
	専門職の意見をその場で聞けるのでとても良いと思う。
	利用者の運動能力や身体能力を、専門的な視点からより詳しく知ることができるので心強く感じる。
	具体的にその人の体の状態を見て助言できると、利用者の意欲も上がると思う。
	サービスの必要性の説得力になると思う。できないことを補いながら、できるような身体に改善していくことができると思う。
否定的意見	日程調整に不安。
	専門職が同行することで、絶対に機能訓練を受けなければならない等と思い込み、サービスを押しつけてしまう形にならないか不安。

出典) 藤井寺市資料

c.利用者・家族・住民全体の意識不足

- 「ヨボヨボ予防」では、ADLは自立しているがIADLの一部がしづらくなっている状態等の利用者に対しては自分でできることを増やし、元気になってもらうことを目的として事業を行っている。しかし介護支援専門員や支援関係者のケアマネジメント力がアップしても、住民自身が介護保険制度の趣旨を理解していなければ効果は得られない。
- 基本的な趣旨の理解と同時に、利用者本人の自立に向かって頑張りたいという意欲を引き出すことが重要であるが、具体的に生活の中でやりたいことのイメージがない、行きたいところがない、という場合も多いため、生活に即した目標設定が行いにくい。

- ・ 介護支援専門員に行ったアンケートにおいても、自立に向けて支援していくにあたり不足していると思われることを分類すると下表のように、住民全体への介護保険制度の理念の説明や、意識改革であるという回答が多くあった（図表 8）。
- ・ また、サービス利用の予定はないが「安心のために」要介護認定が欲しい、期限が切れるから「念のために」更新したい、といった本来必要でない要介護認定申請が行われている現状がある。住民全体に働きかけ、正しい理解を得るための積極的な取り組みが必要である。

図表 8 介護支援専門員へのアンケート結果

	質問「どうすれば(どんな方法があれば)、「自立」に向けたケアプランが立てやすくなると思いますか？」
全体の意識改革	専門機関が自立支援に向かって連携したサービスが実施しやすくなるための、市全体での取り組み。
	本人の理解と、理解を得られるような説明。
	介護保険法第4条の理解と周知。
	保険者の制度の確立。保険者の支援と宣伝。
	住民が自立支援について学ぶ機会が地域の中に多くあると好ましい。
	本人、家族の意識改善（ヘルパーを家政婦のように考えている）。
利用者への説明	生活不活発病や自立支援について広く知ってもらう。
	専門職、保険者等いろいろな立場から、利用者に説明することが必要だと思います。
	保険者の統一した対応。説明と理解を市民に得る。
	サービス導入前から、自立とは何かをしっかりと説明し、できるようになればサービスの利用を終了することを、はじめに伝えておく。
	サービスの開始時に基本理念をしっかりと伝えること。
アセスメント	事業所も一緒に説明して欲しい。会議に参加しても何にも説明してくれない。
	本人のニーズ（必要性）の把握と評価。
	細かくアセスメントをとり、ご本人のことをより深く理解すること。
	アセスメント時にご本人の状態把握がわかりやすくチェック出来るものがあれば。
	アセスメントの取り方でプラン（方向性）が変わってくるので、慎重に行う。
意欲を引き出す	とにかくアセスメント、聞き取りで不十分であれば、動作確認も行う。
	本人や、周りがマンパワーを引き出せるよう、意欲向上できるような話をする。“やれるかも”を引き出せるようにしたい。
目標設定	本人、家族の気持ち、生活の様子をうかがうことがしっかりと出来るともっといいものが出来ると思っていますがなかなか難しいとも思います。
	目標設定目標をハッキリ決めて、達成をもって一旦自立すること。（自立できる具体的な目標の設定）
	専門職による課題抽出の手助けがあればより充実したプランが作成できる。
	本人がどうなりたいか興味があることを聞き出し、専門家の助言をできるだけたくさん出す。
	専門職による見極めをして頂くことがやはり必要だと感じます。
インセンティブ	サービス資源を出来るだけ共有する。専門士の助言、指導を受ける機会を増やす。
	自立に向けたケアプランを設定することが利益になる政策作り。
	（少なくとも介護と同じ程度の）インセンティブ。
地域の支援	介護支援専門員を含め、介護保険事業者も、利用者の自立に対し同じ方向性を持てる金銭的インセンティブ。
地域の支援	地域の支援や、介護保険の利用終了後、地域での支えあい等、地域支援等あれば、ご本人も支援者もイメージしやすい。

出典）藤井寺市資料

2) 実施の困難点および課題への対応策

●前記 a.、b. への対応策：関係者への説明機会を何度も確保

- 「ヨボヨボ予防」の一環として研修会を平成 28 年 12 月、平成 29 年 1 月、3 月の 3 回に開催し（図表 9）、その都度事業内容の説明や報告の機会を設け、関係者への周知を図った。また、各回の研修講師にも予め事業目的と趣旨を説明しておくことで、講義中にも「ヨボヨボ予防」の取り組み、リハビリテーションを行う専門職関与の必要性等に触れていただくことができた。

図表 9 研修会の日程と内容

日程	研修名称	対象
平成 28 年 12 月 5 日、6 日	第 1 弾「自立支援力 ブラッシュ・アップ！」	1 日目：全職種、2 日目：介護支援専門員
平成 29 年 1 月 18 日、25 日	第 2 弾「意欲を高めるコーチング・カンパセーション」	介護支援専門員
平成 29 年 3 月 21 日	第 3 弾「これからの自立支援と他職種連携」	全職種

出典) 藤井寺市資料

●c. への対応策その 1：意欲を引き出すためのコーチングスキルに着目

- サービス内容に対する利用者本人・家族との合意形成や、自立に向けた意欲を引き出すことが難しい、との実感を多くの介護支援専門員が持っていたことから、その援助方法としてのコーチングスキルの習得を目的とした研修会を 2 日に渡って開催した。ケアマネジメント過程での効果的な関わり方等を、ワークショップを交えた実践で学べる場となった。

●c. への対応策その 2：広報誌等による住民への啓発強化

- 介護保険法第 4 条にあるように、「国民は自ら要介護状態となることを予防する」「有する能力の維持向上に努める」努力および義務がある、ということを知りやすく周知していくため、広報誌にて毎月特集記事の掲載を行った（図表 10）。
 - 市の人口推移とこれからの高齢者の担い手不足の予測からの啓発
 - メッツを目安とした身体活動量アップの勧め
 - 介護保険費用負担の関係とサービス利用の心構え 等
- その他啓発活動としては、メッツを目安とした活動啓発のためのチラシ作成、藤井寺市ホームページの充実等。

図表 10 住民向けの広報誌

行政トピックス

いつでも元氣ハツラツな生活を楽しめるよう、ヨボヨボを予防しましょう

Let's★ヨボヨボ予防!

高齡介護課
〒939-1164

自立した日常生活を送るため

理学療法士・作業療法士が、ケアマネジャーと一緒に、ご自宅を訪問する事業を始めました!

市では10月から、要介護認定を受けた方の自宅へ、ケアマネジャーと一緒に理学療法士又は作業療法士が訪問する取り組み（Let'sヨボヨボ予防！事業）を始めました。

本人及び家族の、確り暮らしの意向や、こんなことができるようになるかという意向に対して、医学的リハビリテーションの機会を加えて、自立した暮らしを支援していく事業や、施設サービスも、生活の都合に合わせて、介護と医療の連携が一層進んでいます。

このよび認定された支援計画（ケアプラン）に基づき、サービスが利用できます。

自主的な介護予防の取り組みを

藤井寺市の高齢以上の高齢者人口は、平成22年9月1日現在、17,998人で、高齢人口に占める割合（高齢率）は27.0%となっています。少子化によって総人口が減少していく中、高齢者は今後も増加していくことから、高齢化は更に進む見込みです。

このよう高齢化が進む中で、高齢者の支え手や介護の負担が増えることとなります。そのため、高齢者自身が生き生きと暮らすことができるよう、自立した日常生活の支え手や、介護負担を減らすことなどの予防、認知症予防といった取り組みが、いっそう大切になります。

介護予防サービスに効果的なものはありますか。一人ひとりに合わせて、本人の意向や生活環境に合わせて、また、高齢者の生活環境や、必要な支援を取り組んでいきます。いつでも元氣で、自立した生活を営んでいきましょう。

◎ 藤井寺市 2010年11月発行

行政トピックス

いつでも元氣ハツラツな生活を楽しめるよう、ヨボヨボを予防しましょう

Let's★ヨボヨボ予防!

高齡介護課
〒939-1164

藤井寺市の人口の推移

～25年後、市民の3人に1人は高齢者に～

65歳以上の人口は、65歳未満の人口の2割強に達する見込みです。2025年（平成37年）には30%を超え、15歳から64歳の生産年齢人口割合は減少していき、介護保険制度が始まった2000年（平成12年）当時の、1人の高齢者を養育できる人で支えられていたのが、2040年（平成52年）には1人の高齢者を支える養育世代はわずか1.6人しかいない状況になると予想されています。

健康寿命に関する研究によると、大阪府では「自分が健康であると自覚している期間」は、女性平均73.6年、男性平均69.9年なので、平均寿命との差で日常生活に支障のある期間が、女性平均13.7年、男性平均9.3年と長くなっています。その期間は家で過ごす自由な生活を過ごすことが難しく、医療や介護を受けることが多くなるので、負担も大きく増えることとなります。

介護予防の取組をすすめていきます。体調や日々の歩歩など、少しでも体を動かす機会を持つように働きかけ、いつでも自分らしい生活を送れるようにしましょう。

◎ 藤井寺市 2010年11月発行

出典）藤井寺市資料

(6) 補足質問

1) リハビリテーションを行う専門職確保の方法

- 藤井寺市から大阪府作業療法士会および大阪府理学療法士会へ、事業目的、期間、内容等を説明し、会員の推薦を依頼。
- 大阪府作業療法士会および大阪府理学療法士会において、市町村事業への派遣にあたって必要としている研修を修了している療法士の中から、地域で活動できる会員を選び藤井寺市へ推薦。

※作業療法士会より2名、理学療法士会より1名の推薦を受けた。

※必要な研修を修了している療法士が地域に不足していたり、修了していても所属事業所の方針によって市町村事業への派遣が不可能であったりするため、多数確保することは現状では困難である。

2) リハビリテーションを行う専門職との同行訪問による効果

●介護支援専門員へのアンケート結果より

- 「利用者自身が自分の状態を正しく理解し、自分でできるという自信と意欲につながった」「ヘルパーに段階的な支援方法の提示ができた」「卒業目標をもってヘルパー援助を導入できた」「デイサービス事業所に生活課題解決に向けての具体的な指示ができた」等、同行訪問による具体的な効果が上がっている。

図表 11 介護支援専門員へのアンケート結果

質問項目	回答
リハ職の介入で本人に変化はありましたか？	意欲向上につながった。
	自分でできるという自信がついた。
	退院後の自分の身体がどんな状態かよく分かって、動き方を習得できた。
	利用者が自分の状態を理解できた。
	自分の身体能力を理解して家事や運動に取り組めた。
	具体的にどの部分を鍛えれば良いのかが分かり、その日から自宅でのリハビリが行え即効性があった。
目標の設定内容・達成期間に変化はありましたか？	目標の内容が具体的になった。
	より具体的で、少しの努力で達成可能な目標設定ができた。
	今までは漠然とした目標で、達成感が得にくかったと反省した。
	目標の設定は具体的にすることを意識していたのでケアマネだけでも行えたが、リハビリ職の後押しで意欲が高まったように思う。
目標に対する本人の意欲に変化はありましたか？	具体化されることでかなり意欲的になった。
	頑張りたいという意識づけになった。
	自分の身体状況を把握し、できること・できないことを認識することで何をどう頑張ればいいのかの方向づけができ、意欲向上につながった。
	3か月、6か月で評価を行うということに対し、利用者の意欲が促された。
当初予定していたサービス内容に変化はありましたか？	デイサービスでのリハビリが追加になった。
	福祉用具が不要になり、住宅改修が追加になった。
	デイサービスが不要になり、医療リハビリが導入になった。
	訪問リハビリを短期的に導入する等、目標により近づけられるアドバイスがもられた。
	ヘルパーの援助に達成期限を設けた。
サービス事業所への依頼内容に変化はありましたか？	利用者との介護支援専門員が期限を意識するようになった。
	提供するサービス内容がより具体的になった。
	デイサービスでの運動に対しリハ職からの専門的指導をもらった。
	リハ職提案の自主トレーニングをデイサービスでも引き続き指導してもらい、利用者が継続できる支援につながった。
	ヘルパーの段階的な支援方法の提示ができた。
	自分でできるようになるための具体的な家事援助の方法をヘルパーに依頼できた。
	疾患的な注意点だけで、リハビリのやり方は事業所にお任せしていたが、自宅で行うリハビリを教えてもらったことで、通所リハビリと連携を図り自宅でも訓練できるような支援となった。
自分自身勉強になったことはありますか？	視点の捉え方が違い、勉強になった。
	リハビリ職のアプローチの仕方や体操の意味等を勉強できた。
	疾患から身体状況を把握し、動作確認をし、リハビリにつなげるまでのリハビリ視点の一連のアセスメント方法が勉強になった。
	高齢者の力の再発見ができた。
	歩行を安定させるには下肢筋力を鍛えれば良いと思っていたが、股関節を軟らかくし、腹筋を鍛えることでも歩行が安定してくるということが分かった。

出典) 藤井寺市資料

3) 同行訪問を行った介護支援専門員およびリハビリテーションを行う専門職の意見

■介護支援専門員の意見

●勉強になったこと

- ・ 入浴やトイレ内動作、家事作業等、在宅での動作を実際に確認されていて、課題抽出には大事な作業だと思った。
- ・ 手段としての動作の改善方法の理解が深まった。
- ・ 改善の根拠が科学的に説明され、自信につながった。
- ・ 「自立支援」をより考える機会になった。
- ・ 無理をしないことと、積極的に動かないことを同じように考えていたが、「なぜできないのか」「どうしたらできないのか」と考えるようになった。
- ・ アセスメントでは利用者にいろいろと尋ねているつもりであったが、方向性を変えた質問で、見えなかった本人の生活や困りごとがわかった。

●課題・改善提案

- ・ 訪問や話し合いに非常に時間がかかるため、訪問時間の目安の設定が必要。
- ・ 介護支援専門員によるアセスメントと、同行訪問によるアセスメントを必ず2段階で行わなければならないとすると訪問回数が多くなり負担（介護支援専門員負担および利用者・家族負担）が増すので、場合によって選択可としたい。
(介護支援専門員によっては、初回は1人で訪問して利用者との関係性をまず構築してから、2回目に同行訪問をしたいと考える場合もある。また、利用者によっては訪問回数の増加を喜ばれる場合もある。ケースによって異なるので、柔軟な方式にする必要があると思われる。)
- ・ 通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションのサービスを導入している場合、その提供をしているリハビリテーションを行う専門職と、ヨボヨボ予防によるリハビリテーションを行う専門職との役割の違いを明確にしつつ、連携を図る必要がある。
(重複するような動作確認等は省かなければ利用者の負担となる。一方、日頃サービス提供しているリハビリテーションを行う専門職には、近くなりすぎて意外と見えなくなっていることもあるかもしれず、ヨボヨボ予防によって初回訪問から一定間隔を置いたあとに入るリハビリテーションを行う専門職の目線があることはメリットの1つであると言える。)

■リハビリテーションを行う専門職の意見

●本事業の特徴として感じたこと

- ・ リハビリテーションを行う専門職として、今までは1サービス（訪問リハビリテーション、訪問看護（リハビリテーション）、通所リハビリテーションというリハビリテーションを行う専門職の関わる介護保険サービス）としての介入、即ちケアプランに位置付けられてからの介入でしかなかった。導入が決まってから、インテークや、リハビリテーションを行う専門職と介護支援専門員の会議を実施した。リハビリテーションを行う専門職としての視点から

ニーズの把握と評価（Survey）を実施し、そこで出てきた課題や目標を介護支援専門員に情報提供し、共有を行った結果、ケアプランの見直しをお願いするケースが多くある。これらには効果があった一方で、

- 介護支援専門員が期待し、サービスを導入した目的と、リハビリテーションを行う専門職の考える目的に相違があると、利用者が不安になる
- ケアプランの作り直しを嫌う介護支援専門員も多い
- 利用者の窓口は介護支援専門員であり、介護支援専門員の視点からケアプランに位置づけられた利用者しか対応できない

という課題があった。介護保険制度下においては、介入時点でサービス担当者会議を開催し、目的を明確化し共有するものの、初回訪問で多職種が集まる中の Survey には、実施時間の制限もあるため、円滑な実施が困難な場合もある。

- ・ 「ヨボヨボ予防」では、ケアプラン策定時の共同作業であり、利用者にはリハビリテーションを行う専門職の視点から必要性を感じる部分の提案もでき、介護支援専門員もストレスなくケアプランが作成できたと感じる。

●介護支援専門員のアセスメントについて

- ・ 今まで、介護支援専門員のアセスメント場面を拝見することはなかったが、「ヨボヨボ予防」を通じて経験することができた。リハビリテーションを行う専門職が、「やりたいこと」「できないこと」に対して、「どうすればできるようになるか」を考えるのに対し、介護支援専門員の多くは、「今できないこと、できていないこと」を「今どのように補うか」という視点が強い。リハビリテーションを行う専門職は「どうすればできるようになるか」を考えるにあたり、その動作から身体機能評価し、予後予測につなげるが、介護支援専門員はその専門性を持ち合わせていない。
- ・ 要支援レベルの多くは生活不活発によるものが大半で、環境調整をすることで活動の幅を広げることができる。いつからできていないか、なぜできていないか、原因が制限のあるものでない限り、住宅改修や福祉用具の導入によりできる環境にすることで、「している」活動に変えることはできる。これは多くの介護支援専門員が意識としてあり、事業所に依頼されている。「ヨボヨボ予防」ではそこにリハビリテーションを行う専門職の助言を加えることで、予後も踏まえた助言をすることができた。
- ・ Let's☆ヨボヨボ予防！アセスメントシートは、課題整理総括表がベースとなっており、非常に書きやすい形になっていると感じた。

●介護支援専門員の目標設定について

- ・ 要支援のケアプランにあるとおり、利用者の希望に対して目標を掲げるが、「しっかり歩けるようになりたい」という希望に対し、「安定した歩行の獲得」といった曖昧な目標になると利用者も達成感がない。現実的に達成可能な身近な目標を段階づけることと、目標においては「数値化」することで、ケアプランは大きく変わると感じた。
- ・ 「しっかりと歩けるようになりたい」という希望には、歩けるようになって、何がしたいのかの部分に、真のニーズがあると考えられる。

- ・ 身体機能的課題を有する利用者のケアプランにおいて、多くは通所介護のマシントレーニングでその目標を達成しようとする傾向があり、個別性に欠けることが多い。介護支援専門員は個々の目標共有をしっかりとすべきだが、身体機能の評価は苦手なので、解決を通所に委ねる。通所介護もリハビリテーションを行う専門職を抱えていないところは多く、一律的なマシントレーニングの提供に終わる。
- ・ 掃除ができないという利用者に関しては、まずは、できる範囲を確認し、できる部分を継続することで、「していない」から「している」に変更。又はできない部分は手段検討することが重要。訪問介護導入で任せるのではなく、「一緒にやってみましょうよ」の声掛けが重要。できる範囲を拡大していき、ゆくゆくは自立へ。
- ・ サービス担当者会議に参加した際は、こういった通所介護や訪問介護といったサービス事業所に対しても、リハビリテーションを行う専門職として助言することができた。

●地域社会資源の課題

- ・ 介護支援専門員に同行し、ケアプランを一緒に考えるにあたって、インフォーマルな社会資源が周辺に非常に少ないことや、資源があっても介護支援専門員も知らないことが往々にしてあった。そのため、介護支援専門員が使い慣れたフォーマルなサービスの利用が増えるのは必然であると感じた。

●「窓口」の課題

- ・ 介護保険サービス申請の際に介護保険の理念が伝わっていないためか、利用者は「やってもらえる」と考えているおり、今困っているから申請し、今困っていることを訴える場合が多い。自身で予後のことを考えている利用者は少ない。
- ・ 自立へと誘導するケアプランを作成することが介護支援専門員の仕事であるが、「やってもらえる」と思い込んでいる利用者にとっては、「使わせてもらえない」という印象が残る。そもそも申請のための窓口対応時に、介護保険サービスは自立を促すものであることを強く伝えるべきであると感じた。

●課題

- ・ リハビリテーションを行う専門職のマンパワー不足、教育
 - ・ リハビリテーションを行う専門職所属施設の理解
 - ・ 同行訪問時の日程調整の困難さ
- ※大阪府では理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が合同で研修会を定期的を開催し、マンパワー不足解消に向けて取り組んでいる。

4) アセスメントシートの使いやすさについての現場からの意見

★独自の工夫として、詳細にアセスメント内容を記載できるよう様式作成した「Let's☆ヨボヨボ予防！アセスメントシート」をケアプランと一体として添付することで、ケアプラン本体の類似する項目は“別紙参照”と記載する取り扱いを可能として周知している。これにより、往

来はアセスメントを行った数多くの情報の中から、介護支援専門員が必要と考える部分が抜粋されたケアプランとなっていたところ、抜き取りなく全アセスメント項目を関係者が見ることのできる、アセスメント内容の“見える化”を行っている。

■アセスメントシートへの意見

- ・ モニタリングの際にもアセスメントシートを持参し、利用者の主観による「実行度」「満足度」等を前回と比べて聞きだすことができ、話題にもなる。利用者は変わっていないという気持ちでも、シートを見比べると変わっていることが“見える化”できた。
- ・ 項目は多いがどれも必要な事項であり、慣れれば使いやすい。
- ・ 項目によって書きたい分量の多い／少ないは差があると思うが、空いている特記事項のスペースを使えるので自由に書ける。
- ・ リハビリテーションを行う専門職としても、今できないところをできるように、今できているところを更に、というアドバイスとしての使い方ができる。
- ・ サービス担当者会議で、アセスメントシートがケアプランとセットとなり各関係者の手元に配られることで、各サービス提供者がそれぞれアセスメントシートにおいて「支障あり」となっている項目や特記事項に着目し、サービス提供にあたっての工夫や留意点を考えたりすることが可能となった。
- ・ 予防ケアプランの委託の場合は、介護支援専門員から地域包括支援センターへのケアプラン提出の際にもアセスメントシートが添付されているので、地域包括支援センターで点検することが可能。
- ・ 介護支援専門員本人にとっても、自己点検の役割を果たしている。
- ・ アセスメントシートにおいて「支障あり」となっているにも関わらずケアプランにおいては支援が講じられていないような項目については検証対象とできる。

図表 12 藤井寺市作成のアセスメントシート

《Let's ★ ヨボヨボ予防!》 アセスメントシート 氏名 _____ 年齢 _____ 日付 _____

私は元気であるために「 _____ 」します!

今はどの程度できていますか? /10 _____ どの程度満足されていますか? /10 _____ **元気アップポイント!**

アセスメント領域		現在の状況		特記
運動・移動	身体状況	痛み・痺れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位(_____)	
		関節拘縮・麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位(_____)	
	移動状況	室内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支障あり	
		屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支障あり	
		移動手段・範囲	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関	
		立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支障あり	
		階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支障あり	
転倒状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いつ頃(_____)			
日常・家庭生活	食事	調理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
		食服用意	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
		食事片付け	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
	買物	移動	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
		買物行為	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
	洗濯	洗う	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
		干す	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
	掃除	掃除	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
		整理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない	
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない		
	身だしなみ	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない		
	火の始末	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない		
市役所や銀行の手続き	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない			
社会参加・対人関係	外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> ほとんどなし		
	家族・地域での役割	<input type="checkbox"/> 役割がある(_____) <input type="checkbox"/> 特になし		
	家族との交流頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> ほとんどなし		
	友人知人との交流頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> ほとんどなし		
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	趣味活動	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 興味有 <input type="checkbox"/> 興味無		
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
健康管理	気分落ち込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	受診状況 主治医(_____)	<input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 必要時 <input type="checkbox"/> していない		
	医師からの運動制限の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	医師からの食事制限の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない		
	口腔状態	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	嚥下・咀嚼状態	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	食生活・栄養状況	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	水分摂取	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり (_____)ml/日		
	喫煙状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)本/日		
	飲酒状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)		
	排泄状況	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
	適切な運動	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない		
入浴状況	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> できがしてない			
生活リズム	<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則			
物忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある			

出典) 藤井寺市資料


(7) 今後の計画、展望

■ヨボヨボ予防の成果

- ・ 域包括ケアシステムの強化に向けて、自立支援・重度化防止のための取り組みが一層重要視され、地域の実情に応じた介護予防の実施が求められている。その中で、本市においては軽度者の自立支援に向けたケアマネジメントを推進するための方法を工夫したところ、結果としてリハビリテーションを行う専門職との同行訪問という形で、介護支援専門員のスキルアップだけではなく、今後のリハビリテーションを行う専門職との効果的な連携の在り方、支援の在り方も考えることができた。「ヨボヨボ予防」により、介護支援専門員がリハビリテーションを行う専門職と協働しながらその視点を取り入れつつ、リハビリテーションの早期介入や連携促進も実現でき、効果的な自立支援を推進できるものとする（図表 13、図表 14）。


図表 13 「Let's☆ヨボヨボ予防！」で目指していること（1）

Let's☆ヨボヨボ予防！で目指していること



従来のリハビリの介入方法で
課題とされていること

➔



ヨボヨボ予防の場合

アセスメント	事前段階でリハ職が利用者のことを十分に把握できていない	一緒に利用者宅を訪問するので十分にアセスメントして把握できる
プラン作成	リハ職によるリハビリ計画とケアプランとが乖離していることがある	リハビリ視点からのアドバイスを取り入れたケアプランを作成できる
サービス担当者会議	ケアプランの読み合わせみたいになることがあり、リハ職がケアプランに助言してもなかなか変更が反映されない	担当者会議に入る前から連携がとれているので、リハ視点を取り入れたケアプランに基づいた会議ができる
本人との合意	利用者本人を含めて再評価等の打ち合わせをすることが理想であるが、本人不在のことが多い	モニタリングや評価などケアマネジャーが訪問する際に、状況に応じてリハ職が同行できるので、本人を含めた合意形成ができる
サービス終了時	情報共有は書面での報告が中心となってしまう	リハ職が同行訪問するので終了後のフォローまで直接できる

高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書より（平成27年3月）

図表 14 「Let's☆ヨボヨボ予防！」で目指していること (2)

これからのリハビリの在り方として提案されていること	ヨボヨボ予防の場合
<p>廃用症候群への早期対応</p>	<p>サービス導入前から（ケアプランに位置付けなくても）介入し、リハビリにつなげられる</p>
<p>「活動」「参加」に向けた効果的なリハビリを行うために、利用者自身が取り組む自主トレの視点や家族指導を行うことも重要</p>	<p>同行訪問時にリハ職から必要な自主トレの提案ができ、ケアマネも現場にいてその後の声掛けがしやすく、継続につなげられる</p>
<p>最初に在宅で利用者の生活環境を把握し、設定すべき課題を掘り下げ、話し合う機会を持つため、サービス開始前に居宅訪問を行うことが望ましい</p>	<p>サービスとしての訪問や、加算の算定要件としての訪問ではないので、サービス開始前に居宅訪問ができる</p>
<p>利用者が「してみたい」「うまくできるようにになりたい」と思う生活行為を目標とする</p>	<p>生活の場実際に訪問しながらアセスメントを行うので、生活に即した目標設定ができる</p>
<p>一人が偏った視点で「本人の希望」を決めつけてしまうことがないよう配慮する</p>	<p>同行訪問時に、本人・家族・ケアマネ・リハ職の全員で合意形成できる</p>
<p>ケアマネの担当する他の利用者についても、リハビリの必要性に関する相談を受け付け、アドバイスを行う体制が出来上がると良い</p>	<p>日常的なケアマネ⇔リハ職の相談連携体制が構築できるので、早期相談ができる</p>

高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書より（平成27年3月）

■平成 29 年度の展望

- ・ 地域域リハビリテーション活動支援事業としてリハビリテーションを行う専門職同行訪問を継続する（図表 15）

図表 15 「Let's☆ヨボヨボ予防！」でできること


ヨボヨボ予防チームにできること

- ① リハ職早期介入により介護予防の効果を高める**

 - ・ 地域のケアマネジャー⇔リハ職の協働・連携体制を強化し、リハビリが持つ役割への認識を深め、ケアマネジャーが抱える様々なケースについて日常的にアドバイスを得やすい体制を広げる。かつ、生活不活発病や認知症、難病など、リハビリの必要な可能性のあるケースへの早期介入により、予防効果を高める。
- ② 訪問や通所の新たなサービス類型を検討**

 - ・ 近隣他市の事業にも入っているリハ職から比較した上での助言をもらえ、地域のケアマネジャーからも実情に即した意見をもらえるのがチームの強み。28年度ヨボヨボ予防の実績も踏まえ、藤井寺市ならではの訪問・通所等のサービス類型の検討を進め、実践する。※市内法人とは要調整。
- ③ 介護サービス卒業後の支援のつなげ方を検討**

 - ・ 自立促進と同時に、地域の通いの場などの活動を案内できることが不可欠。足りない資源の提案をケアマネジャーへも働きかけつつ、個々のケースからの課題をチームで議論し必要な検討を行う。（他チームとも連携）
- ④ しつこく自立支援型ケアマネジメントを推進**
- ⑤ しつこく介護保険の理念を住民教育**



同じ目的に向かうためにとにかくケアマネ・事業所・住民みんなの意識改革が、地味でありながら最も確実！みんなで同じ話をすればするほど、同じように考えられる。

3.7 報告結果：生駒市

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

- ・ 生駒市は坂道が多く、一旦膝や腰を痛めると閉じこもりがちな生活を余儀なくされ、活動量の低下に伴い廃用性が進行し、要支援認定者が増えるという状況にあり、自立支援に結びつける動機付け等が課題であった。
- ・ 平成 24 年 10 月頃より、自立支援型地域ケア会議を開催することになり、要支援者のケアプランを中心に点検を始めた。
- ・ 要支援者のケアプランを地域包括支援センターが中心にほぼ直営で 9 割程ケアプラン作成してきたが、高齢者数の伸びに応じて、センター職員の人員も増え、経験値が低い新人職員等におけるケアプランの質を担保することが課題となってきた。
- ・ 約 2 年かけて要支援者等におけるケアマネジメントに必要なアセスメントの視点を医療介護連携の場を借り、生駒市独自の「二次アセスメントツール」を作成し、利用しているが、適切なケアマネジメントに生きているかの検証がなされていないという問題意識を抱えていた。

2) ケアプラン点検の目的

①類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	◎
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	○
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	
06・地域における課題の把握	○
07・介護給付費の適正化	○
08・不適正な算定の発見と是正	
09・その他（ ）	

②詳細

- ・ ケアプランを点検するとともに、二次アセスメントツールを検証し、介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルを作成することにより、生駒市における介護予防ケアマネジメントの質の向上および平準化を図り、もって高齢者の尊厳を保持し、対象者がその人らしくいきいきと暮らせるよう支援することを目的とした。
- ・ 上記の支援を徹底していくことにより、結果的に重度化予防につながり、給付の抑制に資す

る結果が得られるものである。

- ・ さらに、総合事業も含めた要支援者等向けのケアマネジメントに関するマニュアルを先駆けて作成することにより、全国の各自治体に「自立支援」に導く視点等を発信することが可能となる。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

①設定目標

- ・ 地域包括支援センター職員および介護支援専門員の介護予防ケアマネジメントに関する質の向上および平準化を図るため、従前相当サービス利用のケアプランを 10 件、予防給付のケアプラン 10 件、総合事業の短期集中 C サービス利用のケアプランを 10 件確認することにより、ケアマネジメント過程の振り返り確認を行うことで、適切なマネジメントができていないかの検証を行うものである。

②期待する効果等

- ・ 要支援者等の心身の状態像を把握し、活動・参加を意識したケアマネジメントができていないかを検証し、「自立支援」に資する考え方を浸透させることを期待し、実施するものである。
- ・ 独自の二次アセスメントツールの活用を検証し、成果物として、ケアマネジメントの手法も踏まえたマニュアルを作成することにより、生駒市全体の介護予防ケアマネジメントの質の向上を期待するものである。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

①実施体制

- ・ ケアプラン点検の実施主体は、生駒市に置き、地域包括ケアシステム推進室にて対応。
- ・ ケアマネジメント適正化委員会（有識者、関係団体等計 9 人）から、ケアプラン点検に関する方針および介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアル作成にあたっての意見を聴取。
- ・ ケアマネジメント支援員（全国各地で実務に携わる主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士等で、計 6 人）によりケアプランの点検および作成者との面談の実施。
- ・ 二次アセスメントツールの作成を検討したアセスメントツール作成会議（生駒市の医療介護関係者計 10 人）による二次アセスメントツールの活用後の検証
- ・ 点検結果の取りまとめおよびマニュアル作成の実務については、外部の事業者等を活用した。

②理由

- ・ ケアマネジメント適正化委員会は、生駒市で実務を担当する団体等に委員になっていただくとともに、全国的に活躍されている学識経験者・有識者・専門職（医師・理学療法士・作業療法士・主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士等）に入っていただくことにより、生駒市の特性に応じつつ、全国にも発信できる介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルの作成を目的とした。

- ・ ケアマネジメント支援員は、対象となるケアプランや作成者に関わらず客観的に点検できるよう、全国各地で活躍されている実務者（主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士等）の方々に依頼し、専門的・実務的な視点から点検を依頼した。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

- ・ 議会での補正予算提案と実施体制構築にあたっての依頼等のタイミングの調整。
- ・ 全国各地の実務者にケアマネジメント支援員としてケアプラン点検を実施してもらうため、調整に時間を費やした。
- ・ 今回は介護予防ケアマネジメントに対する適正化を実施するが、介護給付に関するケアマネジメントの適正化についての期待の方が大きい。

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

- ・ ケアプラン点検実施にあたり、ケアマネジメント支援員に対し、点検の際に留意すべき点等の指導や生駒市の2次アセスメントツールに関する事前説明会を実施する予定であったがケアマネジメント支援員全員が参加できる日程の調整がつかず、個別に説明を実施した。日程の調整がついた3人については、三重県玉城町において説明会を開催した。
- ・ 介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアル作成後、地域包括支援センターおよび介護支援専門員を対象とした研修会を平成29年4月以降に実施予定である。

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法について、

- ・ 新規のケアプラン30件を無作為に抽出し、点検を実施した。ただし、各地域包括支援センターが万遍なく対象となるような抽出条件とした。
- ・ 内訳は、従前相当サービス利用のケアプラン10件、予防給付のケアプラン10件、総合事業の短期集中Cサービス利用のケアプラン10件。
- ・ 国保連介護給付適正化システムは活用しなかった。

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

- ・ ケアプラン支援員に対する事前説明会の実施する予定であったが、全員参加できる日の調整がつかず、個別に説明を実施した。
- ・ ケアプラン支援員は、ケアプランおよび二次アセスメントシートについて点検を行った。
- ・ ケアプラン支援員による点検後、当該ケアプランを作成した地域包括支援センター職員、介護支援専門員等に対して面談を実施した。

3) ケアプラン点検の実施方法

図表 16 ケアプラン点検実施の流れ

平成28年 11～12月	・ ケアプラン適正化委員会への参加およびケアマネジメント支援員への就任について打診。
-----------------	--

12月	・12月議会（補正予算提案）。
12月下旬	・ケアマネジメント適正化支援業務委託 入札公告。
平成29年 1月上旬	・ケアマネジメント適正化委員会への参加およびケアマネジメント支援員就任についての正式依頼。
1月	・第1回 ケアマネジメント適正化委員会開催 事業内容、事業実施計画の提示および意見聴取。
1月中旬	・対象ケアプランの抽出および点検についての依頼文書発送（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所あて）。
2月	・ケアマネジメント支援員によるケアプラン点検および面談の実施。 ・点検ケアプラン数30件。6人のケアマネジメント支援員が5件ずつ点検を担当。点検は1件当たり紙面確認と面談含めて3時間程度を想定。
2月21日	・ケアマネジメント支援員による市および包括支援センターの新人職員に対する介護予防ケアマネジメントに関する研修会の実施。
3月上旬	・アセスメントツール作成会議 ・点検結果をもとに、2次アセスメントツールの運用状況の検証。
3月中旬	・第2回ケアマネジメント適正化委員会開催（H29.3.21開催予定）。 ・点検結果のまとめ、全体報告、介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルについての意見聴取。
3月下旬	・介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルの作成および点検結果のフィードバック。
3月30日	・ケアマネジメント支援員による市職員に対する介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施
4月下旬	・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所向け介護予防ケアマネジメント研修の開催（マニュアルの配布）。

(4) ケアプラン点検の効果

1) 点検結果の検証方法

- ・点検を受ける者（地域包括支援センター職員）に対して、生駒市版自己点検（確認）シートの提出を求め、自己評価の状況を市で確認
- ・点検支援後の振り返り表の提出を求め、気づきを確認
- ・点検者（ケアプラン支援員）に関しては、点検後の結果表の提出を求め、点検結果をまとめ、生駒市全体の課題を抽出し、弱い部分については研修企画し、計画作成者（地域包括支援センター職員）全員にフィードバック
- ・点検結果は、担当者間での検証の後、合議体であるケアプラン点検検討委員会にて報告し、意見を求める

2) 点検の効果

効果の程度		具体的内容
①期待した効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントにおける過程において、現在起きている困りごとへの対処に追われ、根本的な解決を目指すよりも補完的な対応で終わってしまっていることに気づきを与えることができ、今一度、初心に戻ってケアプラン作成に向き合おうという反省ができた人が多くいた。 ・生活機能低下のきっかけとなった時期や要因を追及することなく、予後予測が不十分なまま目標設定しているケアプランが複数あり、再度、ケアマネジメントの基本に立ち返る必要性を成果物に残すことにより、多くの計画作成者にケアマネジメントの流れを再認識してもらいきっかけづくりができた。
②期待していなかった効果が得られている	○	<ul style="list-style-type: none"> ・新人職員（市職員・地域包括支援センター職員）たちが、改めてケアマネジメントの重要性に気づき、自主勉強会を開催したり、新人部会にてケアマネジメント研修を加えたりと、スキルアップにつながる自主的な活動を更に加速化させている。 ・ケアプラン点検支援に無関心だった職員も点検支援員につき、様々な視点を学ぶことができたため、今後も継続してケアプラン点検支援を実施していこうという気運が高まっている。
③効果は得られていない		
④その他		
⑤わからない		

3) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン点検支援は、計画作成者のケアマネジメントの癖を指摘することもあり、自身のマネジメントを全否定されると介護支援専門員に受け取られることもある。点検支援員との面談では、誤解をなくすための方法として、計画作成者と初対面でのやり取りとなった事前情報を、どれだけ保険者が支援員に渡すかが重要である。 ・事前情報の受け渡しを丁寧にしておかないと、計画作成者によっては非難されたと勘違いし、本来の目的が達成できずに終わってしまうリスクを抱えていると感じた。
②居宅介護支援事業所の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント技法に慣れている者と、新人等で今も悩みながら実施している者とは、スキルに大きな違いがある。 ・懸命に利用者に向き合おうとしながらもうまく計画に落とし込めていない者もい

立場別	マイナスの効果
	<p>て、紙面だけを捉えて質問攻めにあうと、責められているような感覚になることもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面談の方法については複数のケアマネジメント支援員がいる場合は、ある程度、ゴールの設定をどこにおくかを事前に保険者と詰めておいてもらう方が良いように感じた。
③介護支援専門員の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・最初のインテークが肝心なのはよく理解しているが、どうしても引き継ぎのケースや居宅から支援になったケアプラン等では、あらかじめ利用しているサービスが固定しており、なかなか過不足のないサービスに整理することが難しいと感じている。 ・初対面で担当して切り替えていくには、相当な技術と技量が必要だということを再確認したが、いざ、自身にできるかというところが簡単な問題でもないことが壁としてたちはだかる。 ・具体的にケアマネジメント支援員から様々な方法論が提示されれば、できる方法を模索しようと思えるが、詰問調になってしまうと、ケアマネジメント支援員との面談に距離を感じてしまう。 ・計画作成者がやる気になるような面談をしていくように配慮してもらえると更により点検支援ができるように感じた。
④その他関係者()の立場から	

(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題

1) 実施の困難点および課題

①類型別

	点検実施の課題
01・費用負担が大きい	
02・時間が確保しにくい	○
03・点検者の知識やスキルが不十分である	
04・ケアマネジメントについて専門的な知識を有する人材を確保しにくい	
05・目的、趣旨について関係者の理解が得にくい	
06・関係者との調整が困難である	○
07・その他()	
08・わからない	

②詳細

- ・ 今回のケアマネジメント適正化推進事業においては、全国からケアマネジメントの専門的な知識を有する人材を確保し、ケアマネジメント支援員となつていただくことができた。

- ・ 今後も市独自で実施することを考える場合、専門的な知識を有する人材の確保や教育が課題である。
- ・ 当面は外部からの協力依頼を行い、同時に市独自で適切に実施できる人材を育てていく必要があると考えている。

2) 実施の困難点および課題への対応策

- ・ 今回、作成した介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルを活用し、点検を実施することのできる人材の育成が急務である。今後は、介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルに基づき、市独自で点検支援ができる者の育成を行うと同時に当面は外部の人材の力を借りながら、気づきを促す点検支援を継続していきたいと考えている。
- ・ 平成 29 年度については、10 件のケアプラン点検の予算を要求中。10 件程度であれば、今回、早くから日程調整をすることにより、外部のケアマネジメント支援員に再度依頼することが可能と考えている。また、同時に市職員も指導していき、29 年度は少し担当しながら、外部の支援員からも助言・指導を仰ぐ等し、人材育成に努めていきたいと考えている。

(6) 補足質問

1) 「二次アセスメントツール」の様式

- ・ 二次アセスメントツールは、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントに活用するために作成しているものであるため、23 の課題分析表とは異なり、要支援状態のアセスメントに必要な情報が漏れなく聴き取れる項目が整理されている。
- ・ 興味・関心シートと同様の記載が含まれていたり、見落としがちな健康管理の部分が丁寧に記載できるようになっていたりするのが特徴である。

(例)

睡眠障害のある高齢者は多く、睡眠薬を常用している者も多い。なのに、夜間覚醒は続いており、夜間 3～4 回トイレに起きている高齢者が存在する。その高齢者の睡眠導入剤を確認すると中間作用型のものを成人量内服している者もあり、転倒リスクの危険性等が浮上してくるようなツールとなっている。

2) 二次アセスメントツールの活用方法

- ・ 要支援者のアセスメントが適正に行われているかを検証するために基本チェックリストの該当数と合わせて、正しくスクリーニングできているかの検証に活用する、ケアマネジメントに活用する等している。基本的に新規の要支援者のケアプラン作成時には必ず二次アセスメントツールを活用するように指導している。

3) 作成したマニュアルの活用予定

- ・ 地域包括支援センター職員および居宅介護支援事業所職員に配布するとともに、研修会を開催予定にしており、今回のケアプラン点検における課題や陥りやすい傾向等を分析して皆に報告し、自身のマネジメントを振り返る機会を作る予定にしている。

- ・ マニュアルを活用して、今後、市職員が自ら予防マネジメントに関して点検支援ができるよう人材育成にも活用する予定である。

4) ケアマネジメント支援員による点検と面談は、今後どのような形で継続するのか

- ・ 引き続き実施予定。次年度は 10 件分の予算を要求中。

(7) 今後の計画、展望

- ・ 今回のケアマネジメント適正化推進事業において「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を作成予定であり、平成 29 年度に地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の職員に対し研修会を開催する予定である。
- ・ 10 件分のケアプラン点検に係る予算を要求中であり、予算化は既に済んでいる。(平成 29 年 3 月現在)
- ・ 今回は、介護予防ケアマネジメントや介護予防支援を中心に担当課で実施したが、今後は介護給付も対象にしていくことができればよいと考えている。
- ・ そのためには給付担当課である介護保険課とも連携し、実施していくことも視野に入れながら、質の高いケアマネジメント実施者を同時に育てていきたいと考えている。
- ・ 今後は、計画的にケアマネジメント点検支援者の養成・育成にも力を入れながら、外部に頼らず実践できる体制を構築していきたいと考えている。
 - ・ 平成 29 年度：外部の人に依頼し、今年度と同様の方法で 10 件実施
 - ・ 平成 30 年度：外部の人に立ち会ってもらい、生駒市職員が実施。
実際に点検する内容を慣れている外部の人に見てもらいながら、不足を補う形で実施。
 - ・ 平成 31 年度：生駒市職員で対応

3.8 報告結果：松山市

(1) ケアプラン点検の背景・目的

1) ケアプラン点検の実施に至るまでの具体的な背景や経緯

①市職員が直接実施するケアプラン点検（平成 20 年度～）

- ・ 形式的チェック（介護度や限度額と提供できるサービスとの整合性の確認等）が中心。
- ・ 点検を実施する市職員の大半が事務職員であり専門性を確保することが難しいため、内容面のチェックにまでは十分には踏み込めていないという課題があった。

②松山市ケアプラン検討会の開催（平成 22 年度～）

- ・ 内容面のケアプランチェックが行えるよう、松山市職員による点検に加え、新たな仕組みを構築。松山市内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員によるケアプラン検討会を開催し、利用者の身体状況・生活状況等に応じた、自立に向けた支援が行われているかを確認する。
- ・ 要介護認定調査事務を委託している松山市社会福祉協議会に事業実施を委託し、認定調査の立ち会いも実施することで、要介護認定の適正化も併せて図っている。

2) ケアプラン点検の目的

①類型別

点検の目的	○：点検の目的 ◎：最も重視
01・自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援	◎
02・介護支援専門員の資質向上のための支援	○
03・介護支援専門員と他の専門職種との連携促進	
04・居宅介護支援事業所の効果的な運営のための支援	
05・保険者と居宅介護支援事業所・介護支援専門員とのコミュニケーションの促進	○
06・地域における課題の把握	
07・介護給付費の適正化	○
08・不適正な算定の発見と是正	○
09・その他（ ）	

②詳細

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 給付上の観点から、不適切なサービスの提供がないか（同居家族がいる場合の生活援助、軽度者の福祉用具貸与等）を確認し、必要な場合は是正を求めている。
- ・ 点検の際に現場の介護支援専門員の質問・要望等を聞くことも多く、保険者と介護支援専門員とのコミュニケーションの場にもなっている。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 提出されたケアプランが自立支援に資するものとなっているかどうかを点検・評価し、評価結果を提出者にフィードバックすることで、介護支援専門員の能力向上を図っている。
- ・ 副産物として、検討委員として点検・評価にあたる主任介護支援専門員のスーパーバイズ能力・ファシリテーション技術の向上にもつながっている。

3) ケアプラン点検の実施にあたって、設定した目標と期待する効果

①設定目標

- ・ 介護保険制度の要である介護支援専門員のケアマネジメント能力向上・ケアプランの質の向上を図ることにより、要介護認定者や要支援認定者が、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、介護サービスの質的向上に資することを目的としている。

②期待する効果等

- ・ 実地指導、集団指導以外にもケアプラン点検に特化した居宅介護事業所の訪問の機会があることで、居宅介護事業所に緊張感が生まれ一定の牽制効果が期待できる。

(2) ケアプラン点検の実施体制

1) 点検の具体的な実施体制とその理由

①実施体制

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 介護保険課職員のうち、介護給付担当職員および地域支援担当職員が中心となって実施。
- ・ 点検する市職員の大半は事務職（10名程度）で、介護支援専門員の資格を有する保健師（1名程度）が入る場合もある。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 松山市社会福祉協議会に事業実施を委託。検討会に検討委員として参加しケアプランの点検・評価を行うのは、松山市内の地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員（1回につき4名）。
- ・ 市職員もアドバイザー・オブザーバーとして参加。

②理由

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 介護保険業務の一環として、市職員が直接実施。
- ・ 配属の関係上、点検実施者の大半が事務職となるが、担当するグループに保健師（介護支援専門員資格を有する）が配属されている場合は、点検に従事する場合もある。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 検討委員として点検・評価してもらう地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員のスーパーバイズ能力・ファシリテーション技術の向上についても事業の副産物として期待されている。

- ・ 検討委員を固定せず、多くの主任介護支援専門員に検討委員を経験してもらい、全体的な底上げを図ることも狙っている。

2) 実施体制構築にあたっての苦労点

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 市職員の大半が事務職であるため、定期的な人事異動の影響もあり、点検に必要な知識・経験の蓄積・継承が課題になる。
- ・ 制度改正（費用負担の見直し）等による業務量の増加といった影響も受け、点検の実施に必要な時間の確保が難しい。
- ・ 愛媛県国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムの各種帳票（データ）について、職員のノウハウ不足等もあり十分な活用には至っていない。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ ケアプランの質の向上、ひいては介護サービスの質の向上を目的としているため、定量的な効果測定がしづらい上、短期的な効果が表れにくく、事業の重要性や効果がなかなか理解されにくい面がある。

3) ケアプラン点検に取り組む者の養成

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 点検を実施する市職員が、松山市ケアプラン検討会にオブザーバーとして出席し検討委員（主任介護支援専門員）の意見や協議を聞くことで、自らが点検を行う際の参考としている。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 検討委員に特化した養成には取り組んでいない。

(3) ケアプラン点検の手順と方法

1) ケアプラン点検の対象者や個々のケアプランの抽出方法

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 地域による偏りがなるべく生じないように、各地域包括圏域からまんべんなく抽出している。
- ・ 給付上の特徴があるものを一定程度抽出している。（軽度者の福祉用具貸与・同居家族がいる場合の生活援助・限度額超過の受給者・生活保護受給者・サービス付き高齢者向け住宅入居者等。）
- ・ 1年間で約20事業所の点検を実施している。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 事業者連絡会や介護支援専門員を対象とした研修の際に事例提出の呼びかけを行うほか、地域包括支援センターから紹介してもらい、訪問調査員の情報から居宅介護支援事業所に依頼する等している。

2) ケアプラン点検のために行う事前準備

- a.市職員によるケアプラン点検 ※事業所の負担に配慮し、提出書類は少なくしている。

- ・ アセスメント表等（事業所の様式で可）、居宅サービス計画書（ケアプラン）第1表～第3表、サービス利用票およびサービス利用票別表、担当者会議の要点又は居宅介護支援経過。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 評価依頼票、同意書、自己評価表、基本調査表・アセスメント表、居宅サービス計画書（ケアプラン）第1表～第3表、サービス利用票およびサービス利用票別表、担当者会議の要点又は居宅介護支援経過。

※基本調査表、アセスメント表は検討会所定の様式を使用している。

3) ケアプラン点検の実施方法

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 対象の居宅介護支援事業所および対象事例を選定し、介護保険課から居宅介護支援事業所宛に通知を送付。
- ・ 居宅介護支援事業所から介護保険課宛に対象事例のケアプラン等を提出。
- ・ 対象者宅を訪問し住宅改修・福祉用具（販売・貸与）等の点検を実施（事例による）。
- ・ 居宅介護支援事業所を訪問し介護支援専門員との面談を行い、ケアプラン等の聞き取りを実施。
（「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）をベースとしたチェックを実施）
その後、対象事例以外の事例についても、その場で簡易な点検を実施。
- ・ 後日、点検結果を介護保険課から居宅介護支援事業所宛に送付。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 対象の居宅介護支援事業所を選定し、事務局職員（介護保険課・市社協）が居宅介護支援事業所を訪問。
事業趣旨を説明した上で事例の提出を依頼。
- ・ 居宅介護支援事業所から事務局に対し、事例（ケアプラン等）の提出。
- ・ 要介護認定の更新にあたる事例の場合、訪問調査に事務局職員が同席。
認定調査の第三者的確認と併せ、利用者・家族にケアプランの満足度等を聞き取り。
- ・ 事例および関係資料（事例提出者・利用者・家族への聞き取り等）を検討委員に送付。
- ・ 検討委員から評価点・提案点を提出してもらい事務局で集約し、検討会の資料を調整。
- ・ ケアプラン検討会を開催し、各検討委員の評価点・提案点等のすり合わせを実施。
その他の評価・提案等があれば検討会において協議・検討する。
- ・ 検討内容を取りまとめ、事務局職員が事例提出者に報告（フィードバック）。
- ・ 事例提出者から更新後ケアプラン・アンケートを事務局に提出。

(4) ケアプラン点検の効果

1) 点検結果の検証方法

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 毎年度、年間の実施件数を念頭に置いて実施している。県へ提出する適正化事業の評価表においても活動指標として実施件数を設定し報告している。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 毎月1回開催し、1回につき2事例の検討を実施している。
- ・ 今回、ケアマネジメント適正化推進事業として平成29年1月～3月に実施した検討会事例に関しては、項目ごとの評価を行っており、年度内には検討委員による振り返りの会を開催し、現任者のウィークポイント等の傾向をみる等の検証を行う予定である。

2) 点検の効果

効果の程度		具体的内容
①期待した効果が得られている	○	<p>a.市職員によるケアプラン点検</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランの質やサービスの質の向上に一定程度寄与している。 ・ 不適正あるいは妥当性が低いサービスが発見された場合、是正を促している。 ・ 現場で利用者・家族と接する介護支援専門員から情報収集を行ったり、市職員から制度改正等の情報を提供したりする場となっている。 <p>b.松山市ケアプラン検討会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランの質やサービスの質の向上に一定程度寄与している。 ・ 不適正あるいは妥当性が低いサービスが発見された場合、是正を促している。 ・ 松山市社会福祉協議会の訪問調査員の資質向上・調査水準の平準化が図られた。
②期待していなかった効果が得られている	○	<p>○松山市ケアプラン検討会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検討委員として参加してもらっている主任介護支援専門員のファシリテーション技術・スーパーバイズ能力の向上が見られる。 ・ 主任介護支援専門員同士のネットワークづくりにつながる。 ・ ケアプラン点検に従事する市職員が検討会を傍聴することによる研修効果が上がった。
③効果は得られていない		
④その他		
⑤わからない		

3) ケアプラン点検の実施前後を比較して、マイナスの効果と考えられるもの

立場別	マイナスの効果
①保険者の立場から	・ 事業所の選定から実施に至るまでに要する労力が比較的大きい。

立場別	マイナスの効果
	・直接的な給付費の削減にはつながらないケースも多い。
②居宅介護支援事業所の立場から	・点検の対応に人手と時間を割かなければならない。
③介護支援専門員の立場から	・点検の対応に時間を割かなければならない。
④その他関係者（ ）の立場から	

(5) ケアプラン点検実施の困難点および課題

1) 実施の困難点および課題

①類型別

	点検実施の課題
01・費用負担が大きい	
02・時間が確保しにくい	○
03・点検者の知識やスキルが不十分である	○
04・ケアマネジメントについて専門的な知識を有する人材を確保しにくい	○
05・目的、趣旨について関係者の理解が得にくい	
06・関係者との調整が困難である	
07・その他（ ）	
08・わからない	

②詳細

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 制度改正等により、他の業務が増大し担当職員の負担が増える中で、ケアプラン点検に対して十分な時間を割くことが難しく、点検件数や点検事業所数を増やしていく。
- ・ 専門の職員を配置することが難しく事務職員が中心となって点検を行っている状況にあり、点検内容の専門性が十分とは言い難い。
- ・ 人事異動によってベテラン職員が不在になる可能性もあるが、担当職員間での点検に必要なノウハウの蓄積・継承が難しい。
- ・ 愛媛県国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムから提供される各種帳票（データ）の活用を十分には行っていない。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 個々の事例の検討に比較的時間と労力を要するため、開催回数や検討件数を増やすことが難しい。
- ・ 短期間で効果が表れにくい上、定量的効果を提示しにくい。

2) 実施の困難点および課題への対応策

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 愛媛県国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムの各種帳票（データ）の活用につ

いては、愛媛県国民健康保険団体連合会による積極的な支援が重要であり期待したい。他の保険者での具体的な活用事例や効果等の情報があれば、参考になると考えている。

- ・ 専門的な視点を有する職員が点検に従事できる仕組みがあれば、ケアプラン点検の実績・効果は一定程度担保できると思われる。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 個々の事例の検討で出された意見等を、居宅介護支援事業所や介護支援専門員の会合等を通して情報発信する。

(6) 補足質問

1) 市職員によるケアプラン点検と松山市ケアプラン点検検討会の取り組み方法を併用することの効果と課題の有無

①効果

- ・ ケアプラン点検を行う市職員がケアプラン検討会を傍聴することで、ベテランの主任介護支援専門員の意見を聞いたり着眼点に触れたりすることができ、職員自らが点検を行う際の参考となっている。

②課題

- ・ 「ケアプラン点検」と「ケアプラン検討会」の名称が類似していることも影響し、一部の介護支援専門員において混同が生じている。

2) これまでの取り組みによる保険者としての効果の実感

○松山市ケアプラン検討会

- ・ ケアプラン検討会に提出されるケアプランの変遷を通して、全体的なケアプランの質は一定程度向上が図られているのではないかと感じている。
- ・ ケアプラン検討会の事例提出者からのアンケート結果によると、フィードバックした検討結果については一定程度満足してもらえていることがうかがえる。

3) 市による点検を平成20年度から実施している経験に基づく工夫点、改善点、効果など

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 住宅改修の事後点検や福祉用具購入・貸与の実態把握も併せて実施し、利用者・家族への聞き取りを行うことで、ケアプランや介護支援専門員に対する満足度等も踏まえた点検を実施できており、関連する給付適正化の取り組みも効率よく実施できている。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 対象事業所の見直しを図る、地域包括支援センターとの共同開催を実施する等により、マンネリ化に陥らないように工夫している。

(7) 今後の計画、展望

a.市職員によるケアプラン点検

- ・ 愛媛県国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムの各種帳票（データ）を活用し、

特徴のある事業所を中心とした点検を行うことで、効率化を図る(平成 28 年度から試行中)。

- ・ 点検の際の提出書類を見直すことで、介護支援専門員および松山市職員の双方の負担を減らしつつ、代わりにより多くの居宅介護支援事業所のケアプランの点検を行えるようにする(平成 28 年度から試行中)。

b.松山市ケアプラン検討会

- ・ 従来は、事例提出者は出席せずに書面(ケアプラン) だけでの検討だったが、事例提出者に出席してもらい、検討委員との応答を通して検討を行う形式に変更する(平成 28 年度から試行中)。
- ・ 検討委員として、主任介護支援専門員に加え、医療・看護・リハビリテーションを行う専門職にも参加してもらい、それぞれの専門的な視点での意見を出してもらおう。(平成 28 年度から試行中)。
- ・ 担当者の個人的見解ではあるが、「介護予防のための地域ケア会議」と絡め、各地域包括支援センター単位で同様のケアプラン検討会を実施できないか、その準備期間にならないかを検討したいと考えている。

3.9 ケアマネジメント適正化推進事業のまとめ

- 平成 28 年度ケアマネジメント適正化推進事業に取り組む各自治体の事業の概要を整理すると、次のようになる。

モデル市町村事業概要(平成 29 年 2 月現在)

調査対象	①ケアマネジメント適正化推進事業開始前の課題	②CP 点検の理念、目的	③実施内容	④実施体制	⑤点検対象と点検方法、様式、ツール等	⑥課題、展望等	⑦追加の質問
青森市	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託職員(介護支援専門員資格有)によるケアプラン点検を実施していたが、事業所への復職の可能性などから深く踏み込めない ・リハビリテーションや医療面の助言ができない ・給付費の増大 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の資質向上、利用者の状態に合った過不足のないサービス提供 ・多職種の観点からケアマネジメントの質の向上と介護サービスの適正な提供 ・不適切な給付の削減・介護保険制度の信頼確保・持続可能な介護保険制度の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・市の嘱託職員による点検とアドバイザーによる点検を併用 ・アドバイザー点検では地域包括支援センターの主任介護支援専門員がケアプラン点検中の司会、および、点検後のアドバイス実施 ・多職種により構成されるケアマネジメント支援員による、ケアプランと個別援助計画との連動性について点検(面談および利用者宅を訪問) 	<ul style="list-style-type: none"> ・市 市 ー嘱託員(介護支援専門員資格)2 名+適正化担当職員1名 居宅ー担当(介護支援専門員 2 名～3 名) ・アドバイザー 介護支援専門員、薬剤師、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士 青森市職員(介護保険課長、適正化担当リーダー等) 居宅ー4 事業所の担当介護支援専門員(1 圏域あたり 1 事業所) 包括ー4 圏域の地域包括支援センターの主任介護支援専門員 ・ケアマネジメント支援員(薬剤師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士) 	<ul style="list-style-type: none"> ・市 事業開始年度が直近の事業所を優先的に選定 ・アドバイザー 4 圏域から 1 事業所 情報に基づき事業所を抽出した後、ケアプランを抽出 ・いずれも事前にケアプランとともに提出し、面談形式で点検 ・アドバイザー点検では、面接点検後、圏域の地域包括支援センター主任介護支援専門員と面談、改善に向けてアドバイス ・ケアマネジメント支援員による点検では、面談、訪問後に専門職の提言内容を介護支援専門員にフィードバックし、サービス提供事業者と共有、計画の内容変更を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・市 介護支援専門員資格を持つ市嘱託員が、居宅介護と対話形式でとともに利用者への理解を深め、自立支援に基づくプランには何かをともに考えていく場とすることで、介護支援専門員に気づきを促し、ケアマネジメントの更なる質の向上が図られることに期待 ・アドバイザー リハビリテーションや医療面等、介護支援専門員が気づきづらい利用者の課題等について、多面的視点からの点検を行うことにより、介護サービスの適正な提供を行うことで、給付費適正化につなげていくことに期待 	<ul style="list-style-type: none"> ・アドバイザー点検の多職種の確保の方法 ・アドバイザー点検における専門職と市職員、地域包括支援センターの役割分担 ・2 つの方法を併用することの効果と課題の有無 ・保険者にとっての効果の実感 ・市による点検を平成 21 年度から実施している経験に基づく工夫点、改善点、効果等

調査対象	①ケアマネジメント適正化推進事業開始前の課題	②CP点検の理念、目的	③実施内容	④実施体制	⑤点検対象と点検方法、様式、ツール等	⑥課題、展望等	⑦追加の質問
外ヶ浜市	<ul style="list-style-type: none"> サービス資源が少ない中、どのように自立支援に資するプランを作成するのか 多様な専門職が不足する中、ケアマネジメント支援員を確保できるか 	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員が利用者の心身の機能を適正に判断し、自立支援に資するプラン作成を支援する 専門職の意見を踏まえてプランをサービスに説明し、適切なサービスが提供される 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種により構成されるケアマネジメント支援員によりケアプラン点検を実施。 点検後のケアプランでサービス提供後の認定調査結果を比較する 	<ul style="list-style-type: none"> 青森県県介護支援専門員協会(介護支援専門員) 社会福祉士 理学療法士、作業療法士 管理栄養士 歯科衛生士 	<ul style="list-style-type: none"> 直近3か月以内に認定を受けた対象者の中から町内3居宅介護支援事業所の10名の介護支援専門員1名につき2ケースを点検 福祉用具貸与を受けているケースを優先して抽出 	<ul style="list-style-type: none"> 専門職の確保 認定調査の項目を客観的なエビデンスとする有効性の評価を実施予定 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の役割と関わり 職種間の連携の方法 事前準備の際の職種間の調整の方法 1件あたりの所要時間
葉山町 逗子市	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント力において、各介護支援専門員の力量に差が生じている 介護支援専門員へ研修を実施しても、その効果を測ることができない 	<ul style="list-style-type: none"> 効果的なケアプラン点検に資するチェックシートの開発 ケアマネジメント力の底上げによる、介護給付適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 保険者、地域包括支援センター、介護保険事業所連絡会が毎月顔を合わせて検討会を開催し、地域課題を把握しながら研修計画、ケアプラン点検チェックシートについて検討 	<ul style="list-style-type: none"> 検討会メンバーは、保険者、地域包括支援センター、介護保険事業所連絡会代表 職種は、社会福祉士、主任介護支援専門員等10名程度 	<ul style="list-style-type: none"> 要支援者を対象 介護支援専門員が自身のケアプランについて、課題整理総括表を作成し、グループワークにより課題を抽出 ケアマネジメント点検票による点検 	<ul style="list-style-type: none"> 研修会に参加しても全く発言しない介護支援専門員、研修会に参加しない介護支援専門員もいることから、地域全体のケアマネジメント力底上げに時間を要する 	<ul style="list-style-type: none"> 課題整理総括表の様式や特徴はどのようなものか 課題整理総括表とケアマネジメント点検票の関係性 点検の方法は介護支援専門員の自己点検のみか
大東市	<ul style="list-style-type: none"> 平成26年度の大東市の介護認定率、介護サービス給付率が全国ワースト1であったが、ケアマネジメントに実効性が伴わなかった 机上のケアプラン点検では、自立支援に資するマネジメント能力の向上が図れない 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の自立を阻害するような過剰なサービス提供の防止 大東市における社会資源の状況等を踏まえた適切なケアマネジメントの確保 	<ul style="list-style-type: none"> 大東市ケアプラン点検事例検討会実施要領にもとづいて、ケアマネジメント適正化推進事業運営委員会が開催する、多職種アドバイス会議にて点検する 点検者である委員はアセスメントツールを作成 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種アドバイスメetingの委員は、大東市の行政職員、主任介護支援専門員、地域包括支援センター職員と有識者で構成 	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年4月以降に届け出された、主任介護支援専門員が作成した要介護1～2のケアプランが対象 多職種アドバイス会議にて、対象事例について各職種からアドバイスをを行う(1事例30分程度) 	<ul style="list-style-type: none"> 研修会・多職種アドバイス会議のすべてに参加できない(参加しない)事業者等に、大東市の考え・方向性を示し、理解してもらうこと 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種アドバイス会議と地域ケア会議との関係。多職種アドバイス会議は、実施要領の事例検討会と同一か 自立支援の阻害、過剰なサービスの判断は、どのような視点で行っているのか。 アセスメントツールの様式や特徴はどのようなものか。

調査対象	①ケアマネジメント適正化推進事業開始前の課題	②CP 点検の理念、目的	③実施内容	④実施体制	⑤点検対象と点検方法、様式、ツールなど	⑥課題、展望など	⑦追加の質問
藤井寺市	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用が府内でも比較的多い ケアプランが自立支援に資するものか、という視点での点検を行っていなかった。 介護支援専門員が利用者・家族との合意形成や自立意欲を引き出すことに苦慮 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援 介護支援専門員と他の専門職種との連携促進 地域課題の把握 給付の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 要支援認定者のアセスメント等へのリハビリ職の同行訪問 アセスメント過程を具体化するためのアセスメントツールの作成および提供 介護支援専門員を対象とした研修会の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 市が主体 地域包括支援センター5名、作業療法士、理学療法士、市介護保険事業者連絡協議会ケアマネ部会、市職員 	<ul style="list-style-type: none"> 初回アセスメントをリハビリ職とともにを行い、リハビリ職の視点を取り入れたケアプランを作成する。 市独自のアセスメントシートを作成 	<ul style="list-style-type: none"> 事業に参画するリハビリ職の確保 介護支援専門員や事業所の理解と合意の形成 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ職をどのようにして確保したか。 リハビリ職との同行訪問による効果 同行訪問を行った介護支援専門員およびリハビリ職の意見 アセスメントシートの使いやすさについての現場からの意見
生駒市	<ul style="list-style-type: none"> 経験値が低い新人職員等におけるケアプランの質の担保 市独自の二次アセスメントツールの活用が検証されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援 介護予防ケアマネジメントの適正化 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン点検の実施 二次アセスメントツールの活用を検証 介護予防ケアマネジメントマニュアル(仮称)の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 実施主体は市の地域包括ケア推進室が対応 ケアマネジメント支援員による点検と作成者との面談 	<ul style="list-style-type: none"> 3 分類各 30 件のプランを点検 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメント支援員や外部専門家との調整 介護給付に関するケアマネジメントの適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 二次アセスメントツールの活用はどのようにして実施するのか。 作成したマニュアルはどのように活用する予定か ケアマネジメント支援員による点検と面談は、今後どのような形で継続するのか
松山市	<ul style="list-style-type: none"> 市職員点検において、内容面に踏み込めていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアプランの作成に向けた支援 	<ul style="list-style-type: none"> ①市職員によるケアプラン点検 ②松山市ケアプラン点検検討会 	<ul style="list-style-type: none"> ①介護保険課職員が実施 ②市社会福祉協議会に事業実施を委託 	<ul style="list-style-type: none"> 対象は各地域包括圏から偏りのないよう抽出。1年間で20事業所の点検を実施。 研修の際に事例提出を呼びかけ。 	<ul style="list-style-type: none"> 市職員における点検ノウハウの継承、点検実施時間の確保 定量的な効果測定がしづらい上、短期的な効果が表れにくく、事業の重要性や効果が理解されにくい 	<ul style="list-style-type: none"> 本ケアマネジメント適正化推進事業で行った事業や変更した部分は何か これまでに、①および②の取り組みからどのような効果、実績が見られたか

- ・ 以上の結果を踏まえ、平成 28 年度ケアマネジメント適正化推進事業に取り組む各自治体のケアプラン点検の留意点として、次の点が注目できる。

(1) 方向性を定める

1) 自立と自立支援の定義

- ・ 自立と自立支援について、自治体ごとに明確な定義づけを行っている。これにより、ケアプラン点検の目的が明確になり、関連する活動全体が統合化される。

2) 点検の効果を評価する指標の設定

- ・ 点検対象となるケアプランをどのように評価するかについて、自治体ごとに検討を深めている。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 向上への貢献の重要性を認識した評価を目指している。

(2) 対象を定める

1) はたらきかける対象

- ・ ケアプラン点検を実施するにあたって、はたらきかける対象を明確にしている。
- ・ 点検対象の多くは事業所に所属する介護支援専門員であるが、介護予防ケアプランを作成する地域包括支援センター所属の介護支援専門員を対象とする取り組み、さらには、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。

2) 気づきを求める対象

- ・ 点検の現場に同席する介護支援専門員だけでなく、そ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（経営者）と共有する事例、点検者としての保険者の職員のスキルアップに有効に展開する事例も報告された。

(3) 方法を定める

- ・ ケアプラン点検を事業化するにあたっては、既に述べたような「方向性」と「対象」を明確にした上で、有効な事業を実現するために、どのような情報を取り扱いたいのか、どこで点検を実施したいのか、その結果として介護支援専門員や保険者職員をどのように育成したいのか、等の具体的な方法を検討していることが報告された。
- ・ また、具体的な方法を定めるにあたっては、点検対象となる介護支援専門員に不快な思いをさせない、不信感をできるだけ抱かせないことに留意が必要であること、点検が保険者からの圧力と受けとられないこと、何よりケアプランは利用者によって選択されるものであるという考えを踏まえて利用者の知る権利と選択する権利の保証に配慮した方法が必要となることが報告された。
- ・ 加えて、多職種連携が進展する中、保険者職員以外の複数の専門職が助言する事業や、ケアプランに位置づけられた他職種も同席しケアプラン点検を受ける事業も報告された。また、ケアプラン点検の実施者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を再認識したとの報告がなされた。

I. 方向性を定める

自立と自立支援の定義

- 目指すものの定義づけ
- 目的・目標の設定
- 関係者間での意識の共有（規範的統合）
- 最初に取り組むべきポイント
- ケアプラン点検への意義を高めるために必須

評価指標の選定

- 点検の効果を評価する指標の選定
例1) 身体的指標（定量的）
例2) QOLの向上（定性的）

評価は難しいが重要な指標

- 指標の性質を考慮して選定する



**専門職の
自律性の尊重**
※保険者は、ここに留意が必要

II. 対象を定める

はたらきかける対象

介護支援専門員 ※ 居宅介護支援事業所所属	ケアプランを作成する専門職として
地域包括支援センター職員 市町村職員	点検者として ※ 地域包括支援センターの介護支援専門員を含む
利用者	当事者として（意欲喚起） ※ 意識変容、行動変容に直接関与する

気づきを求める対象

点検の席上で	介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・関与・かかわりの方法（介護支援専門員の悩みのポイント） ・利用者へ「気づき」の反映
	保険者（市町村職員）	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン点検の定義 ・保険者の役割 ・とるべき姿勢とは ・地域課題の抽出が可能 ・視点や技術の共有 ・住民啓発の必要性の再認識
会合、研修で	<ul style="list-style-type: none"> ・直接ケアプラン点検を受けない多くの介護支援専門員 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業者、等 	

III. 方法を定める

点検の方法

- 「誰が？」
 - 保険者の職員
 - 地域包括支援センター職員
 - 地域の専門職、等
- 「どんな点検者育成法で？」
（地域包括支援センターの主任介護支援専門員）
 - 被点検者を経験（市町村職員）
 - オブザーバーとして同席
- 「どんな情報で？」
 - 書面（ケアプラン第1表～第3表+α）
 - 書面+現場の情報（居宅介護事業所の事務所、利用者、周辺の環境）
- 「どこで？」
 - 会議室（会議等での事例検討、面談）
 - 現場（居宅介護事業所への訪問、利用者宅への同行訪問）

「不快な思いをさせない」
「不信感にならない」

・圧力にならない配慮
・利用者の知る権利、
選択する権利を保障することへの配慮

「ケアプランを作ることができる専門職は介護支援専門員だけ。他職種（介護支援専門員以外の専門職）と、介護支援専門員は違う。他職種は情報提供する立場で介護支援専門員を支援するべき。」（ケアプラン適正化推進事業報告会での意見より）

4 ヒアリング調査

4.1 調査概要

(1) 目的・調査内容

適切なケアマネジメントの推進に関して積極的に取り組む都道府県、市町村および介護支援専門員協会について、その取り組み状況を把握し、本調査研究に活用することを目的としている。

具体的には、各ヒアリング調査対象で行われているケアプラン点検を中心とした適切なケアマネジメントの推進に関する取り組みについて、実施の背景・目的、実施体制、実施方法、関係機関との連携内容、実績・効果、今後の課題を調査した。

(2) ヒアリング調査対象

以下の自治体および介護支援専門員協会を対象にヒアリングを行った。なお、宮崎県と宮崎県介護支援専門員協会は1つの調査対象として、合同でヒアリングを実施した。(順不同)

図表 17 ヒアリング調査の実施概要

	ヒアリング対象	ヒアリング先部署名	ヒアリング日程
市町村	札幌市	保健福祉局 高齢保健 福祉部 介護保険課	平成 29 年 1 月 12 日
	八王子市	福祉部 介護保険課	平成 29 年 1 月 10 日
	金沢市	福祉局介護保険課	平成 29 年 3 月 8 日
	朝来市	地域包括支援センタ ー	平成 29 年 2 月 2 日
都道府県	東京都	介護保険課	平成 28 年 12 月 13 日
	大阪府	福祉部 高齢介護室 介護支援課	平成 29 年月 19 日
	広島県	健康福祉局 医療介護 保険課	平成 29 年 2 月 7 日
	香川県	健康福祉部 長寿社会 対策課	平成 29 年 1 月 24 日
	福岡県	保健医療介護部介護 保険課	平成 28 年 12 月 15 日
	宮崎県	長寿介護課	平成 29 年 1 月 26 日
介護支援 専門員協会	大阪介護支援専門員協会	—	平成 29 年 1 月 19 日
	福岡県介護支援専門員協会	—	平成 28 年 12 月 15 日
	宮崎県介護支援専門員協会	—	平成 29 年 1 月 26 日

4.2 ヒアリング結果：札幌市

(1) 背景・目的

- 日常、保険者として保険給付を行う、事業所の指定権者（札幌市）として実地指導等を行う中で、必要性、効果に疑問を持たざるを得ないサービス提供や、事業者による不適正又は不正な請求事例が見られる。サービスの内容の適切性を点検することを重視している。
- ケアプラン点検は、介護保険サービスの質の向上や、保険給付適正化の推進に効果があるものと考え、重点を置いて実施している。ケアプラン点検の結果がすべて過誤・返還につながるわけではないが、加算算定の考え方など、介護報酬算定についての考え方に関する指導事項も多く、効果的な取り組みであると考えている。

(2) 実施体制

- 市役所介護保険課の介護認定と給付に係る担当職員（3名程度）および保健師（2名程度）と、区役所の保健福祉課保健師（40～45名程度）が担当している。専門職の視点と保険者の視点の両面を持つことが重要である。
- 介護事業所の運営指導および指定業務を所管している担当課から助言などを受けながら点検対象（テーマ）を選定している。アドバイザーの派遣は受けていない。

(3) 実施方法

（点検対象者の抽出）

- 日常業務（区保健福祉課におけるケース対応等、本庁給付・認定係における保険給付に関する問い合わせ対応等、事業指導担当における実地指導等）を行う中で、事業所からの問い合わせや介護報酬算定に誤りが多いサービスや適切なケアプランが作成されているか等の点検を要する内容を検討し、当該年度における点検対象（テーマ）を選定する。
- テーマに沿って給付実績から対象者、居宅介護支援事業所を無作為抽出により選定する。
- 当該年度における点検件数には限界があるため、人口規模の大きい市町村では、一度点検対象者となった方が再度の点検対象となることは、ほぼないと考えられる。

（点検対象（テーマ）の設定）

- 毎年新たなテーマを設定しているが、時間が経てば重要なテーマが継続する可能性もある。
- 事業者には、ケアプランの点検時にテーマの内容を説明する。テーマを事前に公開することはない。
- テーマの数は、1事業者に対する時間制限もあり2つ程度である。テーマの選択には自治体の工夫の余地がある。
- これまでのテーマ（例）は下記のとおりである。
 - 福祉用具貸与（特殊寝台）を利用している事例（利用者の状態とケアプランの適合を評

価することが必要)

- 前年度に開設された新規事業所（ノウハウ蓄積がない場合がある）、サービス付高齢者住宅に併設された事業所、「認知症加算」と「独居高齢者加算」の両方の加算を算定している事例（サービスのアセスメント評価）
- 通院等乗降介助を算定している事例

(点検者)

- 区保健福祉課保健師および本庁介護保険課保健師、給付担当職員

(点検の手順)

- ① 点検対象者を抽出後、対象事業所へ調査実施を通知し、ケアプランの提出を求める。
- ② 提出されたケアプランを区保健福祉課保健師と本庁介護保険課保健師もしくは給付担当者がそれぞれ内容確認（札幌市と区のクロスチェック）を行う。

【事前確認用シート】 区保健師と市担当者が事前に、要確認点を共有する

平成28年度ケアプランチェック(書類確認結果)

〇〇区保健福祉課 担当:保健支援係 〇〇

調査対象事業所名

介護支援専門員氏名

項目	区保健福祉課による指摘事項・面接時に確認が必要な事項	介護保険課による指摘事項	備考
課題分析 (アセスメント)			
第1表 (居宅サービス計画書(1))			
第2表 (居宅サービス計画書(2))			
第3表 (週間サービス計画表)			
第4表 (サービス担当者会議の要点)			
意見照会(旧5表サービス担当者に対する照会(依頼)内容)			
モニタリング			
第5表 (支援経過)			
第6表 (利用票・提供票) 第7表 (利用票別表・提供票別表)			
その他			

《給付・認定係に確認が必要な事項》

給付状況等、給付・認定係に確認してもらいたい事項がありましたら、ご記載下さい。

《介護保険課職員の面接時の同席の希望の有無》

同席希望の有無と同席希望する場合は介護保険課から事業所へ指導してもらいたい点についてご記載下さい。

- ③ 必要に応じて対象事業所（介護支援専門員、管理者等）と面接を実施する。
- ④ 点検の結果を対象事業所に通知する。また、点検の結果、必要に応じて過誤調整等を実施する。

- 基本的に面談する。面談は区役所で行う。
- 点検時には、事業者が「指導されるのではないかと緊張する傾向があるので、選定の理由や説明を十分に行う。点検内容によっては「自治体担当者と話せて良かった」と前向きに考えてもらえる場合や、事業の意図を理解してもらえる場合もあるが、問題が明らかになった場合には「指導された」と受け止められるケースもある。

(点検に用いるツール)

- 特別なツールは用いていない。「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）などを参考としている。

(標準的なスケジュール)

- 9月～10月：所管担当から寄せられる点検対象（テーマ）の決定
- 11月～12月：対象事業所への通知、ケアプランの提出要請
- 1月～2月：書面確認、対象事業者との面接
- 3月：対象事業所への結果通知

(所要時間)

- 担当職員によるケアプランの内容確認には1件あたり数時間かかる。内容に疑義がある場合や資料が不足する場合は、札幌市の担当職員間が協議する、対象事業所への資料追加提出を求めるなどのアクションが必要となる。事前の内容確認には数日を要する。

(上記点検方法とする理由、狙い)

- 面談により介護支援専門員の理解度を見極めたい。ケアプランの記載に不備があった場合、単なる記載の漏れなのか理解不足なのかは、面談で判断できる。ケアプランに根本的な問題があれば、事業者を確認する。
- 利用者に対して十分なアセスメントを行い適切なケアプランを作成しているか、介護報酬算定上適切か、運営指導に沿った事務処理を行っているかなど、ケアプラン点検の着眼点は様々であるため、市職員の担当する業務ごとに、複数の視点から点検を行うことがより効果的と考えている。
- 現在の方法による点検は、平成18年頃から始まって、その都度リニューアルしている。介護保険事業所に関する指定・指導監督の権限は、札幌市においては平成24年度から移譲されており、これ以降、「保険者」としての立場と、事業所の「指定権者」としての立場の連携がしやすくなった。

(結果の通知)

- 面談の結果を踏まえて、市長名で「札幌市介護給付適正化対策事業におけるケアプランチ

ェックの結果について（通知）」を事業所宛に発行している。

- アセスメント表、第 1 表、第 2 表等の各書式および「その他」の区分ごとに、条例や通知など根拠を明示しながら、要改善点や留意点などを伝えている。

（実施件数）

- 基本的に 1 事業所 1 ケースで、1 年に 20～40 件程度実施する。1 区あたり 2～4 か所を実施している。

（4）関係機関との連携内容

（北海道庁との連携の状況）

- 北海道庁と北海道国民健康保険団体連合会が開催している、給付適正化に関する研修に担当職員が出席している。

（職能団体等との連携の方法）

- 札幌市介護支援専門員連絡協議会が発行する広報誌への掲載や、研修会における説明などを通じて、運営基準や介護報酬請求に関する情報提供を行っている。

（5）実績・効果

- 効果の指標が難しい。数値化できる指標だけでは、サービスの質は評価できない。ケアプランチェックの結果がすべて介護報酬の過誤、返還につながるわけではないため、介護給付費の削減効果といった目に見える効果にはならない面もあるが、サービスの必要性を確認することや、加算算定の考え方の誤りを指摘することは、給付適正化の目的に対して効果的な事業である。
- 事業所や介護支援専門員にとっては、プランニングについて振り返りを行う機会となり、その結果、利用者の自立支援に資する効果的なケアプラン作成につながる事業所が増えることを目標としている。
- 日常業務で結果しか見えないことが、ケアプランの点検作業の過程で見えてくることがある。ベースを見極めれば、問題の発生を早期発見できることが分かった。「費用＜効果」までには至っていないが、問題を未然に防止する効果はあると考えられる。
- 問題が減ってきているかといえば難しいが、問題のポイントは指摘できるようになった。指導の方法が分かってきた効果はある。事業所でも、問題の指摘によって改善案を提示する等、ノウハウが継承されている。
- 面談を通じて、「顔が見える」ことの利点を生かし、保険者が事業者を応援していることを認識してほしい。
- アセスメント上の問題やサービス導入の問題などが確認できることも効果である。
- 定量的な評価で悩んでいる。国が求める効果の検証は、質よりも数値的な追求にならざるをえないことを強調したい。

（6）今後の課題

- 担当職員の作業負担が大きいため、実施件数を増やすことが難しい。

- ケアプラン点検には専門的な知識が必要であるため、担当職員の知識を高める方法についても課題である。外部アドバイザーは、参入の方法などがネックで難しい。
- 助言と指導の線引きが難しい。面談により書類の不備だけでなくサービス提供そのものの問題が明らかになることがある。そのような場合には、助言だけでなく指導を行う必要が発生する。
- いわゆる「一人ケアマネ」（単独の居宅介護支援事業所で、介護支援専門員一人で業務を行っている状態）のように、小規模で手が回らない事業者には、ケアプランチェックの方が適切である。この点検を機会に、ここを直してほしい、もっと頑張ろう、と言った点が互いに確認できれば喜ばしい。
- 個々の介護支援専門員の問題点よりも、事業所管理者の仕切りの問題やアドバイスの重要性を感じることもある。
- 現在の体制や年間スケジュールについては課題があるが、制度の改正もあり人数増加は難しく、効率化と簡素化を図るよう、検討すべき点がある。
- 保健師を中心とするチェックの体制は変わることなく、マニュアルの充実や個々に実績と経験を積むことにより、市のケアプラン点検をフォローする体制は改善されている。

4.3 ヒアリング結果：八王子市

(1) 背景・目的

(ケアプラン点検支援事業の経緯)

- 平成 21～22 年度当初は、「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）を参考に、ケアプラン点検事業を実施しようとしたが、具体的にどこから手を付けてよいか、分からなかった。
- 東京都の担当係長に相談し、先進自治体の 2 保険者を紹介いただいて視察を行った。A 保険者は能力の高い職員個人のリーダーシップで事業が推進されていること、B 保険者では指導・監査と一体で実施されていることを確認した。これらに加えて、都内 3 保険者、および神奈川県 の 1 保険者へのヒアリングによる実施状況調査を行ったが、いずれも八王子市の想定する事業目的とは異なると考え、八王子市独自の事業を構築することにした。
- その同時期に、自立支援のためのケアプラン作成方法に関する研修会に参加する機会があり、そこで講師を担当した学識経験者に相談し、その方の協力を得て八王子市独自のケアプラン点検マニュアルを作成するための検討委員会を立ち上げることとなった（検討委員会座長には当該学識経験者が就任）。

(ケアプラン点検の実施目的)

- 目的・理念は、給付費の抑制ではなく「自立支援に資するケアマネジメント」のためのケアプラン作成を推進することである。適正な給付の確定・維持は「自立支援に資するケアマネジメント」推進の結果の副産物という認識である。
- この事業の展開にあたっては、介護支援専門員との良好な関係を保つことに留意した。
- 介護支援専門員の悩みを聞き、介護支援専門員に寄り添うように心がける。介護支援専門員との親交関係の構築も目標とした。

(2) 実施体制

- ケアプラン点検担当は、主査 2 名、職員 3 名（兼務）、嘱託 2 名の体制である。

(3) 実施方法

- ケアプラン点検の対象となる居宅介護支援事業所に所属するすべての介護支援専門員から 1 人 1 件のケアプランを提出するよう依頼した。したがって、点検数＝点検対象事業所に所属する介護支援専門員数に相当する。平成 26 年度には 136 人の介護支援専門員に面談し、相当数のケアプランを点検したことになる。
- なお、対象とするケアプランの選定条件は、利用者の選定条件は、要介護 1～5、信頼関係が構築されている人（利用者の生活状況や生活歴を聞き取ることができている人、新規利用ではなく長年の利用がある人）、認知症の罹患がなく本人の意向確認を取り易い人としている。

レベルの高い介護支援専門員の場合は、認知症のケースもある。

- 要介護認定更新の時期を迎える利用者は、ケアプランの見直しのタイミングに合致するため、対象として適していることが多い。

(点検の流れ)

- 当市では年度実施計画を立てている。市内の居宅介護支援事業所に訪問 2 か月前に自己点検を依頼、点検の資料提出締め切りを訪問 1 か月前とし、点検日を毎週金曜日の午後実施している。
 - 1 自己点検の依頼
 - 2 自己点検の実施
 - 3 自己点検結果の内容を事前点検
 - 4 居宅介護支援事業所を訪問し面談
- 当市では、自己点検方式を採用し、日頃から自主的に点検することを要請している。自己点検結果を受けて、訪問日前日と訪問日午前中に、自己点検結果に対する助言内容の打ち合わせを実施している。「日々、自己点検している」という建前であるが、実際には依頼があってから慌てて自己点検を行っている介護支援専門員が多いのが実情であると思われる。多忙な介護支援専門員のことを考えるとやむを得ない面もあると感じる。

(点検前に用意する資料)

- 当市では、「八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル」を作成している
(右記 URL を参照→<http://www.city.hachioji.tokyo.jp/jigyosha/010/p003134.html>)。
- 「八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル」には、当時、東京都が法定研修において利用していた帳票を元に、前述の学識経験者が作成したアセスメントチェックシート等を掲載して作成した。利用者の状態を把握するために、認定調査票の特記事項や主治医意見書も参考にした上で、自己点検の内容について、アセスメント課題の抽出、点検前後のケアプランの比較を行い、助言や質問内容を事前に打合せし気づきを促すための工夫をしている。
- 「八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル」は、介護支援専門員との面談や質問を経て、用語解説や表現の分かりやすさを念頭に改定を続け今に至る。本マニュアルの内容は以下のとおりである。
 - ✓ 基本情報シート
(アセスメント表と項目が不一致なことは承知で書き写しを依頼。アセスメント表が無記入でも介護支援専門員の記憶している情報を基本情報シートに記入いただく。空欄部分(記入できない項目=視点として落ちている)が注目すべきポイント。
 - ✓ アセスメントチェックシート

（「状態欄」の点検では、空欄（記入できない項目＝視点として落ちている）が注目ポイント。「問題・困りごと、ニーズ欄」の点検、「優先順位」の点検にも注目。

- ✓ 点検前後のケアプラン（「第2表」、「第1表」、「第3表」、「面談後の感想の聴取」、「記録」、の順）
- ✓ ジャンプシート
- ✓ ハイジャンプシート

（訪問する際に市が用意する資料）

- ケアプラン点検担当者は、訪問する際に、関連する市の内部資料を確認することがある。なお、内部資料は、個人情報の「目的外使用」に抵触する可能性がある点を十分留意して取り扱っている。

（点検依頼から訪問準備まで）

- 当市側の作業は以下のとおり。
 - 1 点検作業のための訪問依頼
 - 2 コンタクト
 - 3 資料受理 訪問予定日の概ね2週間～1か月
 - 4 アポ取り 毎週金曜日13時から、が基本
 - 5 点検準備 訪問予定日の週の月曜日までに資料を印刷
 - 6 点検対象者資料を基に事前打ち合わせ（木曜日午後又は金曜日午前に実施、職員同士の意見交換会）
- 点検にあたっては、意見交換を重視し、事前の内容確認を行っている。助言するのは難しいが、経験によりアドバイスできればよいのではないかと考えている。点検には、平均1時間から1時間半程度の時間を要する。こちらの質問を理解できない方は時間がかかるが、最大2時間をめどに実施し、優秀な介護支援専門員は1時間程度、課題の多い介護支援専門員は3時間かかることもある。
- 新規事業所については、継続した関係づくりのために、立ち上げて1年後に訪問するようにしている。市域が広いので、新規事業所は毎年一定数必ず立ち上がり、増加傾向にある。加えて、研修事業を課全体で取り組んでいるためケアプラン点検に利用できる時間は限られる。研修作業でも人員が不足している。その結果、居宅介護支援事業所からみて、点検対象になるのは2年半～3年に1回程度となる。1日で行う点検は3名までとし、大手事業所の場合は、複数回に分けて行う。ケアプラン点検に関心のある管理者や担当外の介護支援専門員が同席を希望することもある。
- 2回程度のケアプラン点検を経て、介護支援専門員から、「非常によく分かった」との感想を寄せられることが多い。困ったことがある介護支援専門員や若手の介護支援専門員には好評である。年配の介護支援専門員の視点を切り替えるのは難しいようだ。

(点検報告書)

- ケアプラン点検後、市担当課職員の情報共有に活用するために、点検報告書を作成する。報告書は、介護支援専門員に関する事項と、事業所に関する事項から構成されている。
- なお、面談担当者による主観・印象に基づく内容であり、事業所へのフィードバックや公開等、対外発信は行っていない。

(4) 関係機関との連携内容

- 当市では、介護支援専門員研修事業に力を入れており、その特徴は段階的かつ継続的に受講できるカリキュラム構成にある。この事業を支える講師の選定にあたっては東京都や東京都介護支援専門員研究協議会などに相談しており、紹介のあった学識経験者、東京都の法定研修講師、市内の医師やリハビリテーションを行う専門職および薬剤師などに講依頼している。
- 研修事業の立ち上げ時には、介護支援専門員職能団体等と相談してカリキュラムを作成した。なお、最近では市で主導的に改定し、学識経験者からの意見を踏まえて実施している。

(5) 実績・効果

- ケアプラン点検は、必ずしも専門家ではない保険者の職員が、自立支援に資するケアプランを理解するために有効な業務である。職員の能力が高まり、職員が自立支援型ケアプランを読めるようになり、その結果、介護支援専門員と一緒に意見交換をすることでお互いにレベルアップを図ることができる。
- 利用者にとって楽しみのある暮らしや希望を理解し、目を向けるようになることで、その人らしい生活を支援するためのきっかけとなる。
- ケアプラン点検を通じて、介護支援専門員に不足する技術が見えてきたことを踏まえ、当市が実施する介護支援専門員研修事業では、基礎的なケアマネジメント技術、面接方法および事例検討などを中心に、系統立てたカリキュラムを策定して取り組んでいる。

(6) 今後の課題

- 継続性の課題がある。正職員には異動がある中でスキルの蓄積は難しいのが現状である。専門性が高い職種なので、そもそも適性があることが必要である。嘱託職員（介護給付適正化事務専門員）も離職や転職があり、ノウハウが残りにくい。人材の確保が懸念される。
- ケアプラン点検に対する介護支援専門員からの期待値が高い。経験の浅い介護支援専門員には基礎を教える必要がある一方で、能力ある介護支援専門員からは、より質の高い点検への期待が寄せられる。
- 客観的評価の指標も必要であるが、現状では主観的に評価せざるを得ない。
- 時間的制約として、すべてのケアプランを対象にはできない。市内全件に対して、1%程度

しか毎年点検できない。しかし、「点検の考え方」として、自立支援型のケアプランを作ろうという思考を理解していただければ十分と考える。

- 多（他）職種の視点について、介護職以外の医療や健康食などの視点が得られれば、より効果的である。「入浴=デイサービス」と単純に判断するのではなく、利用者の自宅入浴の要望を捉えたプランが必要と考えている。
- 地域ケア会議との関係として、介護支援専門員の負担が高まる一方で地域ケア会議の連携も課題と考えられる。
- その他として多職種の視点導入のために、ケアプランリーダー養成研修会を実施し、それを受講した主任介護支援専門員を活用してケアプラン点検に同行してもらおうアウトバウンド事業を考えている。新任の市職員向けにも拡大したい。

4.4 ヒアリング結果：金沢市

(1) ケアプラン点検（ケアマネジメント支援会議）の背景・目的

- 介護支援専門員には、サービスありきではなく利用者の自立支援に資するケアプラン作成のためのケアマネジメント力を養ってもらいたいとの理念に基づいて実施している。
- 介護支援専門員が個々にスキルアップした結果として介護保険給付費の減少につながる利用者が増えることを期待しているが、「給付費の減少イコール自立支援に資するケアマネジメントの実現」とは認識していないため、給付費抑制がケアプラン点検（ケアマネジメント支援）の第一目的ではないと考えている。
- サービス利用の根拠（どのように自立支援につながっていくのか）を明確にできる介護支援専門員を育成したい。さらに、介護サービス以外の家族、地域の支援および利用者自身が行うことも一体的に表現されたケアプランを作成するためのアセスメント力の向上および調整力（利用者と家族に寄り添う力を含む）を介護支援専門員に培ってほしい。
- 主任介護支援専門員を同一事業所内だけでなく、地域で活躍できる人材として育成することにより、少数の行政職員や地域包括支援センター職員では完全にスーパーバイズできない市内全域約 400 名の居宅介護事業所の介護支援専門員への継続的・組織的支援を可能にすることを目標としている。
- 一般的な面談方式のケアプラン点検との違いとして、介護支援専門員自身が担当する利用者以外のケアプランを、時間をかけて丁寧に検討することにより、1つの事例で複数（事例検討会に参加した 10 名以上）の介護支援専門員がより良いケアプランの作成やケアマネジメント支援を考察できることを目標としている。特に、日頃の介護支援専門員自身のケアマネジメントに応用できることを目指している。

(2) 実施体制

(取り組みのきっかけ)

- 当市では平成 21 年度から面談方式のケアプラン点検を進めているが、なかなか実施件数が増えなかった。平成 24 年度には、当時の介護保険課長より、介護保険制度の要である介護支援専門員が作成するケアプランについて、ケアプラン点検数が少ない（年間 4～6 事業所で計 12 件程度）との指摘を受けるとともに、改善策を検討するよう要請を受け、行政および地域包括支援センター職員と相談し、改善方法を検討した。朝来市の取り組みに触れて、市内全体でケアマネジメント支援を行う体制を、時間をかけて構築することにした。

(取り組み開始時期)

- 平成 24 年度後半から保険者職員および地域包括支援センター職員で事前打ち合わせを実施した。

- 平成 25 年度前半に保険者職員・地域包括支援センター職員・居宅介護支援事業所の介護支援専門員から構成される「金沢市ケアマネジメント支援プロジェクトチーム」を発足させた。
- 平成 25 年 8 月、市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員にケアプランに関するアンケートを実施し、実態を把握した。また、金沢市としてのケアマネジメント支援の方向性、実施方法等を複数の会議を重ねて決定していった。
- ケアプラン点検の担当者を増員できないため、実施件数は増やせないが、面談方式のケアプラン点検も年々進化しており、1 件 1 件丁寧にチェックできるようになっている。事前チェックで 3 時間、当日 3 時間程度かかる。
- 点検対象のケアプランは市が任意で選んでいる。近年では、要介護度の低い利用者のケアプランを意図的に抽出して、自立支援に向けたケアプランが作成されているかを重点的に確認している。
- 年度ごとに重点的に選択するテーマを設定している。なお、具体的なケアプランの抽出にあたっては国民健康保険団体連合会「ケアプラン分析システム」を活用している。
- 将来的には、面談方式のケアプラン点検と、ケアマネジメント支援の取り組みを連携していくような工夫も検討したい。

(現在の体制)

- 担当課には社会福祉士が 5 名いる（保健師はいない）。社会福祉士を意図的に配置したわけではないが、社会福祉士の層が厚いことは当市の特徴であると考えている。
- 平成 26 年度より、市内の主任介護支援専門員を対象とした 3 か年の研修「金沢市主任介護支援専門員リーダー研修」を実施し、主任介護支援専門員の育成を図っている。
- 「金沢市ケアマネジメント支援プロジェクトチーム（保険者職員・地域包括支援センター職員・居宅介護支援事業所の介護支援専門員から構成される）」で統括および全体研修の企画・内容調整を行っている。約 80 名の主任介護支援専門員（研修生）を、6 グループ（1 グループ 13 名程度）に分け、グループごとにリーダーと副リーダーを決め、グループ内の自主勉強会の主催やプロジェクトチームと研修生をつなぐ役割を果たしてもらっている。なお、80 名の研修生の年齢層は 30 代～50 代まで様々である。グループ分けについては、市内 19 か所の地域包括支援センターの地域分けに基づいて、あえて（近隣地域でグループ化するのではなく）隣接していない地域を組み合わせ（エリアミックス）、グループ分けを行った。

(保険者の役割)

- プロジェクトチームの事務局として会議日程の調整、講師との連絡調整、予算要求および 6 グループのリーダーとの連絡調整等を行っている。

- 研修の講師等は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所から要望を集めて、保険者の職員が依頼した。その意味では、研修の企画・運営は市全体の関係者で構築してきたものである。

(進め方)

- 平成 29 年度より、研修修了生がリーダー的な役割を果たして、市内全域の介護支援専門員を対象とした、各圏域の事例検討方式のケアマネジメント支援会議を開催し、日常的にケアマネジメント支援を行うことができる体制を徐々に構築していく予定である。ケアマネジメント支援の場は、事例を提供した介護支援専門員が批判されるような形ではなく、参加して良かったと思われるような形にしていきたい。
- 保険者の職員は各圏域の会議を巡回して確認することになるが、支援が必要な圏域の発生する可能性があり、その対応は今後検討する。

(3) 実施方法

- 年度ごとに目標設定し、主任介護支援専門員としてのスーパーバイズ力の向上とケアマネジメント支援会議を運営できる技術の向上を図った。
 - 1 年目：スーパーバイズの方法の習得
 - 2 年目：事例検討方法の修得
 - 3 年目：実際の事例検討会の開催

(事例検討会の結果は金沢市にも報告書を提出してもらっている。市では、事例検討会でケアプランがどのように変更されたか確認している。)
- 参加する主任介護支援専門員は、本人の意欲に基づいて選定した。具体的には平成 25 年の夏期に市内すべての居宅介護支援事業所に声をかけて事前説明会を開催し、その会に出席して、研修会にも参加したいと主任介護支援専門員が所属する事業所の許可を得た 80 人の主任介護支援専門員が参加した（途中で退出したケースがある。途中から参加したケースはない）。3 年間の研修を修了した後には、各地域でケアマネジメント支援会議を主催してもらうことになり、所属する事業所の業務にも少なからず影響があると思われるため、本人の意欲だけでなく、事業所の研修参加への理解も条件となる。
- 3 年間の研修での取り組みにおいては、地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員とのつながりづくりを狙いとした。
- 2 年目後半より、研修生を 6 グループに分けて自主勉強会を行うようになり、市主催の研修以外にも自ら企画し勉強する機会を持つようになった。平成 25 年度当初には予定していなかったことで、主任介護支援専門員のスキルアップに効果が表れていると考えている。結果的に、当初想定していたより多くの勉強量になった。自主的な勉強会の開催により、よ

り深く事例検討が進んだ面もある。

- 平成 28 年度前半に、金沢市の主任介護支援専門員の実情に合わせた独自のツールとして、「金沢版ケアマネジメント支援会議の流れと枠組み(案)」「情報整理シート 10 のステップ」および「ケアマネジメント支援会議報告書」を作成し、研修で活用している。
- 平成 26～28 年度と同様の研修を、平成 29 年度以降に実施するかどうかは、予算を考慮して検討中である。

(4) 関係機関との連携内容

(都道府県等との連携)

- 平成 26 年度には、石川中央圏域のケアマネジメント支援担当の自治体直営地域包括支援センターの職員が集まり、情報交換を行った。それぞれの自治体の現状と課題を把握できて有意義であった。(石川県長寿社会課はオブザーバーとして参加。平成 27 年度以降はメーリングリストによる、それぞれの自治体主催の研修等の情報交換および研修のオブザーバー参加のみとなっている。)
- 平成 27 年度には、石川県長寿社会課主催の面談方式のケアプラン点検についての研修を受講した。
- 近隣に同一規模の中核市がなく、日常的に情報交換等ができないという課題があるため、年に 1 回程度、北陸(中部)地方の中核市の担当者が情報交換する機会や研修をともに受講する機会がほしいと考えている。

(その他関連機関等との連携)

- 金沢市ケアマネジメント支援プロジェクトチームのメンバーの一員に、石川県介護支援専門員協会の理事および金沢市介護サービス事業者連絡会の居宅介護支援部会の役員であり、かつ 3 か年計画の研修生でもある主任介護支援専門員がおり、継続的に連携を図っている。

(5) 実績・効果

(実施状況)

- 「金沢市主任介護支援専門員リーダー研修」の実施状況(平成 26 年度から 3 か年の研修の内容・実施回数)については、下記の通りである。

▶ 平成 26 年度 金沢市主任介護支援専門員リーダー研修

回数	研修内容
第 1 回	自立支援に資するケアプランのための『ケアマネジメント支援』～介護支援専門員を育てることの意味～
第 2 回	ケアマネジメント支援の基礎Ⅰ～効果的な再アセスメント～
第 3 回	ケアマネジメント支援の基礎Ⅱ～わかりやすい文章表現～
第 4 回	介護支援専門員に対するスーパーバイズの視点の習得
第 5 回	介護支援専門員に対するスーパーバイズの視点の習得
第 6 回	対人援助の専門職としての「価値」について考える

▶ 平成 27 年度 金沢市主任介護支援専門員リーダー研修

回数	研修内容
第 1 回	事例検討会の効果的な開催方法について ～ホワイトボードで視覚的に表現する～
第 2 回	事例検討 演習 1 ～事例提供者が話しやすい質問の重ね方～
第 3 回	利用者の自立を支えるための共通のことば『ケアプラン』について ～自分の力・家族の力を導き出す表現～
第 4 回	ケアマネジメント支援会議の開催方法について ～共通の枠組みで事例検討を行おう～
第 5 回	ケアマネジメント支援会議の開催方法について ～家族システムを理解する視点からの事例検討～
第 6 回	1 年間の研修のまとめ

▶ 平成 28 年度 金沢市主任介護支援専門員リーダー研修計画（平成 29 年 2 月 6 日現在）

回数	研修内容
第 1 回	ケアマネジメント支援会議の開催方法・ルールについて ～当日の準備・会議・終了後の流れを中心に～
第 2 回 ①	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して① ～ホワイトボードで視覚的に表現～
第 2 回 ②	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して② ～ホワイトボードで視覚的に表現～
第 3 回	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して ～効果的な質問の重ね方～
第 4 回	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して ～エンパワメントの視点から～
第 5 回	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して
第 6 回 ①	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して① ～情報を整理して自立支援型ケアプランへ～
第 6 回 ②	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して② ～情報を整理して自立支援型ケアプランへ～
第 7 回	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して ～共通の枠組みの元～
第 8 回	【実践】 ケアマネジメント支援会議を通して ～1 年間のまとめ～

- そのほかに 6 グループがそれぞれ 2～3 か月に一度、自主勉強会（事例検討、ビデオ学習、制度の勉強等）を行っている。行政が予算化している研修についてはプロジェクトチームで金沢市外の講師を選定し、依頼することを継続実施したため、研修生からの感想としては、「その道のプロ（スーパーバイズや事例検討）の分かりやすく実践的な講義を受けるこ

とができた」と好評であった。

(定量的・定性的な効果)

- 平成 29 年度から本格的に金沢市全域に展開するため、現状では実績および効果を述べることはできないが、研修生には以下の変化が見られる。
 - ◇ 主任介護支援専門員・地域包括支援センター職員の意識の変化が促進された。(主任介護支援専門員がスーパーバイザーとして介護支援専門員を育てていく心構えを持つことができた)。
 - ◇ 事業所内で事例検討会を開催する、お互いのケアプランを確認し合う事業所が増加した。
 - ◇ 地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所の介護支援専門員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員同士のつながりが深まった。
 - ◇ スーパーバイズ、コーチングなどの専門的知識について、優れた講師陣から直接説明を受けることができ、本（活字）による学びだけでは得られない講師自身の経験や知識、思いに直接触れることができ、受講生の考えをより深めることができた。
 - ◇ アセスメントに関して、複数のアプローチ方法、視点を学び、「自立支援に資する」という言葉の定義（意味）を共有できた。

(6) 今後の課題

(課題)

- 主任介護支援専門員のスーパーバイズの維持・向上
- 各チームの今後の取り組み内容の質の均等化
- 自主的な活動サイクルの構築（自主的活動の定着）

(対応)

- 平成 29 年度より、ケアマネジメント支援会議を開始することが大切であると考えており、実情に合わせた形での実施方法を検討中である。
- 事業開始当初は、研修修了生を 36 チームに分け、1 チーム 2～3 名ずつの研修生が主催する形で、1 チームにつき年間 4 回以上、担当のチームでケアマネジメント支援会議を開催する計画であったが、実情に合わせて変更する予定である。(チーム数を減らし、1 チーム内の研修修了生の人数を増やし、リーダーとしてケアマネジメント支援会議を開催する研修修了生の負担を軽減する予定である。)
- 面談方式のケアプラン点検とケアマネジメント支援会議を組み合わせて取り組む予定である。

4.5 ヒアリング結果：朝来市

(1) 「ケアプラン点検」の捉え方

- 当市は「ケアプラン点検」という言葉は使わず「カンファレンスを通じたケアプラン作成技術指導」として取り組み、現在は「ケアマネジメント支援会議」として位置付けている。本取り組みは、平成 23 年度より進めているものであるが、同じ考え方に沿った取り組みは平成 18 年度に地域包括支援センターが導入された時期から継続的に行っている。
- 朝来市は、ケアマネジメント支援を通して地域づくりを重視しており、給付抑制には重点を置いていない。10 年かけてケアマネジメント支援に取り組むことで、自然に給付抑制につながるのではないかと考えている。

(2) 「ケアマネジメント支援会議を通じたケアプランチェック」の考え方

- 一連の取り組みを開始した平成 18 年当初から重点を置いていたのは、「自立支援とは何か」「介護支援専門員への支援とは何か」という問いを主任介護支援専門員が自ら考え実践する場を作ることであった。地域の主任介護支援専門員が部下や後輩の介護支援専門員に対して助言やアドバイスを行う、相談に乗る等する「スーパービジョン」を実践していくこと、そのための環境・場を整備することが、取り組みの中心的な要素である。
- 結果として、一人一人の介護支援専門員が、「自立支援に資するケアプラン」を作成し、利用者、家族、サービス提供者にその根拠を説明できるようになること、個別事例を蓄積、集約することにより、介護支援専門員全体の課題や地域の課題を抽出し、その解決に向けた資源開発につなげることをゴールに設定している。
- 各年度で年度目標も設定しており、平成 28 年度の目標は、「主任介護支援専門員が次の視点を獲得し、部下や後輩に関わることができる」である。
 - 家族システムの視点を獲得し、本人・家族の対処力を見つける
 - 地域アセスメントの視点を意識する

これらの年度目標は、前年度のケアマネジメント支援会議に提出された事例を集約・分析した結果から、多くの介護支援専門員がつまづきやすい箇所として、朝来市における『ケアマネジメント全体の課題』を導き出し、設定しているのが特徴である。

(「スーパービジョン」の 4 つの機能)

- スーパービジョンには 4 つの機能がある。
- ①支持的機能（サポート機能）、②教育機能、③評価機能（実践を第三者に評価、承認してもらう）、④居宅介護支援事業所で実施する管理機能である。
- まずは、地域や事業所内で、主任介護支援専門員が、スーパーバイザーの役割を果たすことができるようになること。そして、一人一人の介護支援専門員が、主任介護支援専門員

から適切な評価を得ることにより「もっともっと勉強して良い支援が提供できるようになりたい」という意欲が高まる（強制されるのではなく）ことが重要である。

- その結果、介護支援専門員という仕事をとおして人生が豊かになっていくことを一人一人が体感できること、いきいきとケアマネジメントができることを目指している。

（「スーパービジョン」を実践する仕掛け）

- 主任介護支援専門員が「スーパービジョン」の機能を地域や事業所の中で実践していくためには、仕掛け（いわゆる「場」づくり）が必要であると考えて、ケアマネジメント支援会議を作った。
- 介護支援専門員で5年間勤務してきた人が、10日間の主任介護支援専門員研修を受けても、すぐには主任介護支援専門員としての役割を実践することは難しい。まずは、地域の中で、主任介護支援専門員が自身の役割をしっかりと果たせる「場所」と「機会」の仕掛けを、『ケアマネジメント支援システム』という形で地域の中で構築しようと考えた。
- 1人の主任介護支援専門員が、「部下や後輩の立ちへの支援」を実施することは、大変難しい。介護支援専門員を事業所内だけで育てようとするのではなく、地域の事業所・主任介護支援専門員が協力・連携して、「スーパービジョン」の機能を果たしていく取り組みを念頭に置いており、そうした文化を地域全体で構築することが重要であると考えている。

（「スーパービジョン」の4つのステップ）

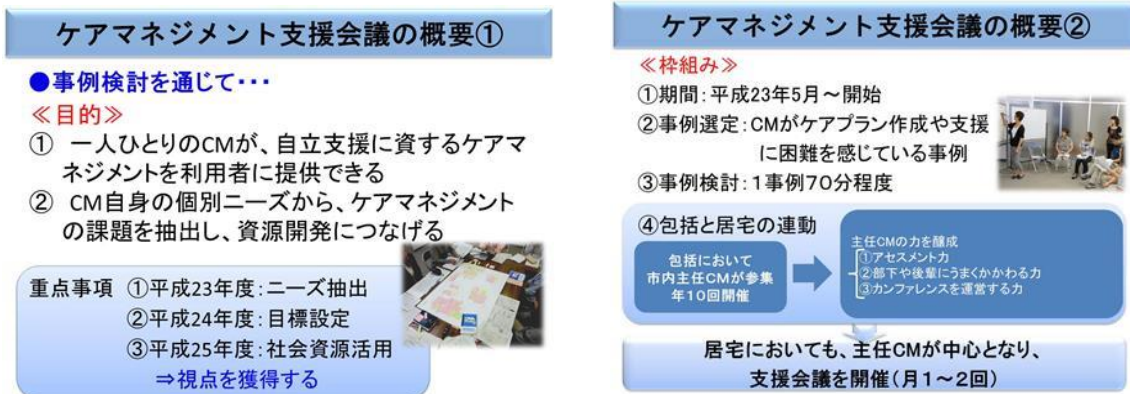
- スーパービジョンは一朝一夕に実現できるものではなく、主に4つのステップを適切に踏んで進んでいくことが必要である。また、以下の4つのステップは、地域の介護支援専門員全員が共通の認識の基に段階を踏んでステップアップしていく必要がある。
 - 第1ステップは、介護支援専門員が課題事例や悩みをオープンにすること。
 - 第2ステップは、それをテーブルに乗せて地域の主任介護支援専門員・介護支援専門員全体で議論すること。
 - 第3ステップは、概念化すること（学問的な理論や枠組みを駆使して、思考過程を言語化して整理すること）。
 - 第4ステップは、新たな一歩を確定すること（今後行うべきアクションを明確化すること）。
- スーパービジョンは、基本的に一対一で行うことが原則だと考えている。最初は一対一で行うことは難しいため、複数の主任介護支援専門員が協力して対応し、主任介護支援専門員の力がついたら一対一での指導・助言できるようにする。

（3）「ケアマネジメント支援会議を通じたケアプランチェック」の取り組み

- 国の進めているケアプラン点検は、朝来市ではケアマネジメント支援会議を通じたケアプ

ランチェックに該当する。

- 朝来市のケアマネジメント支援会議では、介護支援専門員が悩んでいる事例を出し合い、当日その場で議論する。司会者（主任介護支援専門員）と事例提供者が事前に打ち合わせを行うケースもある。司会者は事例提供者へのサポートを行いながら司会進行をして、課題の洗い出しや、解決に向けた方向性の明確化を行っていく。1回当たり 70～90 分の時間をかけて議論している。なお、正式な参加者でなくても、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が傍聴することも自由にできるようにしている。毎回傍聴者がいる。



出典) 朝来市資料

- ケアマネジメント支援会議の対象者は、市内の主任介護支援専門員・介護支援専門員全員である。各回の課題事例提供者（介護支援専門員）は、主任介護支援専門員の推薦によって決まる。介護支援専門員の時期に自分で悩んだ経験がないと、主任介護支援専門員になってからスーパービジョンは難しいため、真剣に悩んでいる介護支援専門員に課題事例を提供してもらうようにしている。
- 月に2回（地域包括支援センター主催、居宅介護支援事業所主催各1回ずつ）、ケアマネジメント支援会議を開催して、主任介護支援専門員に相談できる場を設定しているほか、事業所の中で主任介護支援専門員に相談できるような場を作っている。
- ケアマネジメント支援会議では、課題として提供されたケアプランについて議論を深めていくが、会議の中で個別のケアプランの修正を行うのではなく、会議後にそれぞれの居宅介護支援事業所内で主任介護支援専門員の指導のもと、ケアプランの修正を行う。そのことにより、ケアマネジメント支援会議で獲得したスキルやノウハウをそれぞれの介護事業所内で共有しやすくなる。
- ケアマネジメント支援会議のルールと枠組みは、(8) 参考資料を参照。特に、大きなルールとして、以下を取り決めている。
 - 時期尚早の助言・アドバイスはしない。
 - 避難・批判をしない。
 - 自分の考える解決法や推測がより現実に即していたとしても、それを事例提供者に押し付けない。

- 情報が足りない部分は、検討者からの「質問」によって事例提供者へ問いかけていく。
- 「質問」によって、利用者と利用者が抱える問題、事例提供者の引っ掛かりなどが、事例提供者自身の言葉で語られるプロセスを大切にする。
- 事例提供者に対して、クライアントの面接と「同様の配慮」をする。

(ケアマネジメント支援会議の報告)

- 課題事例を提出して、会議の場で指導・助言を受けた介護支援専門員は報告書を作成する。
- 報告書は毎年度枠組みを修正しており、ケアマネジメント全体の課題を抽出するために活用するほか、各年度の目標を設定する際にも参考にしている。平成27年度は自立を阻害する要因についてのアンケート調査も含めている。回答を集計したところ、脳梗塞などの疾病が第1位だったが、第2位は家族だった。家族は、要介護の高齢者の自立を支援する要素にもなるが、自立を阻害する要因にもなる。そうした課題が数値として明確になれば、次の段階として家族のケアに関する研修会につながる。また、その後の事例検討会の際に家族論を踏まえた質問を展開するなど、地域全体で議論が広がり・深みを持つようになる。毎年の課題を明確化する、主任介護支援専門員の指導力が向上する、現場の実践力も向上していく、という良い循環が生まれる契機ともなる。

朝来市・生野地域包括支援センター
平成28年度ケアマネジメント支援会議事例報告シート (案)

この評価シートは、今後の資源開発・政策形成の参考資料とさせていただきます。ご協力をお願いします。

1 事例提供者の属性についてお答えください。
所属() 氏名() CM経験 約()年

2 事例の属性・テーマについて教えてください。

要介護度	年齢
性別	主な病名
家族構成	
事例テーマ	
検討したいと思った理由	

3 ケアマネジメント支援会議で、次のカテゴリが「検討された割合」と、ご本人の「自立を阻害する要因」について、評価してください。

NO	項目	検討割合	自立を阻害する要因
		もっとも多く検討されたカテゴリを5点として、0点(全く検討されなかった)～5点(最も多く検討された)で、全てのカテゴリを評価してください。	要介護度が悪化する要因になっているものは何ですか？上位3つを選んで○をつけてください。
1	本人・家族の意向について		点
	病気・心身機能について		点
	活動(ADL・IADL)について		点
	参加と役割について		点
	個人特性について		点
2	システムとの関係(問題に関連している周囲の環境とその関係性)	家族	点
		地域	点
		医療	点
		介護	点
		その他	点
3	コーピング力(強さ、技術など問題解決に活かせる力や限界)		点
4	動機付け(問題解決への意欲)		点
5	問題解決に役立つ資源について		点

4 ケアマネジメント支援会議の視点について教えてください

	項目
家族システムの視点	<input type="checkbox"/> とても意識して検討できた <input type="checkbox"/> まあまあ意識して検討できた <input type="checkbox"/> 意識できなかった <input type="checkbox"/> その他()
本人・家族の対処力	<input type="checkbox"/> 本人・家族の対処力を見つけることができた <input type="checkbox"/> 本人の対処力を見つけることができた <input type="checkbox"/> 家族の対処力を見つけることができた <input type="checkbox"/> その他()
地域アセスメントの視点	<input type="checkbox"/> とても意識して検討できた <input type="checkbox"/> まあまあ意識して検討できた <input type="checkbox"/> 意識できなかった <input type="checkbox"/> その他()
地域の対処力	<input type="checkbox"/> 民生委員の力を見つけることができた <input type="checkbox"/> 近隣の力を見つけることができた <input type="checkbox"/> 本人と地域の接点を見つけることができた <input type="checkbox"/> その他()

5 ケアマネジメント支援会議を通じて、どのような気づき・ケアマネジャーとしての課題がありましたか？

自身で感じた気づきや課題

何故それを感じたか

何故今まで気づかなかったのか

6 ケアマネジメント支援会議により、今後新たに必要だと感じた「資源」や「支える仕組み」はどのようなものですか？あればご記入ください。

	必要だと感じた「資源」や「支える仕組み」の具体例
フォーマルな資源	
インフォーマルな資源	

記入日：平成28年 月 日

出典) 朝来市資料

(介護支援専門員の課題として感じること)

- 病気や障害を持って生きる意欲を失っている高齢者に、介護支援専門員がどのように関わっていくかが重要である。軽度の高齢者ほど障害を受容することが難しく、生きる意欲を失いやすい状況にあり、関わり方も難しい。軽度の高齢者の自立をどのように図るかは切実な課題である。その解決を議論することなしに、リハビリテーションや栄養改善の取り組みを行っても意味はないのではないか。

<ケアマネジメント支援会議の様子>



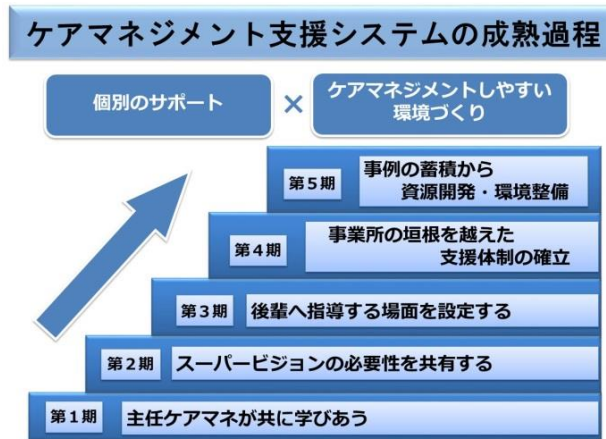
出典) 朝来市資料

(4) これまでの経緯

- 朝来市では、平成 18 年度に地域包括支援センターが設置されて以降、ケアマネジメント支援の取り組みを行っている。こうした取り組みは短期間で構築することは難しいため、5 つの段階を設定した。現在行っている「ケアマネジメント支援会議」の取り組みは第 5 期に該当する。
 - 第 1 期：主任介護支援専門員がともに学び合う
＝平成 19 年度より「気づきの事例検討会」を実施
 - 第 2 期：スーパービジョンの必要性を共有する
＝スーパービジョンの必要性を共有する研修会を開催
 - 第 3 期：後輩へ指導する場面を設定する
＝スーパーバイザー養成研修を 3 年間実施、平成 23 年度からケアプラン

作成技術指導を実施

- 第4期：事業所の垣根を越えた支援体制の確立
＝平成24年度から地域の主任介護支援専門員がチームで講師を務める
新人介護支援専門員研修を実施
- 第5期：事例の蓄積から資源開発・環境整備
＝ケアマネジメント支援会議の実施



- 上記のステップは、自治体の人口規模や地域性が異なっても多くは共通する要素であり、普遍性が高いと考えている。

(第1期のポイント)

- 他地域で同じような取り組みを展開する場合に、その第1段階は、地域の主任介護支援専門員が集まって勉強会を行うことが関係づくりの強化となるのではないかと。保険者の役割としては、そうした場を作ることが必要不可欠である。
- ただし、「学びの場」を作っても、当初は抵抗も多いと思われる。朝来市の取り組みも業務終了後の活動になるため、当初は抵抗があった。しかし、自分自身が良い支援を受けてきた主任介護支援専門員や、相談を受けて困っている主任介護支援専門員などが参加すると、自然と勉強会も活発になっていく。中核となる主任介護支援専門員の育成が重要である。
- 県の研修会を活用することも考えられる。他の保険者の好事例に触れ、刺激を受けて現場に帰り、学んだことを地域で広める仕掛けを作ること重要である。

(第2期のポイント)

- 第2期は、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が部下・後輩介護支援専門員の相談ごとを、地域包括支援センターや他事業所の主任介護支援専門員に託すことができるようにすることである（事業所の主任介護支援専門員は、自身のプライド等から、部下の相談ごとを外部のスーパービジョンにつなげることを嫌うケースもある）。そのため、地域内でスーパービジョンの重要性や役割について共通認識を持つことが必要となる。

- 地域の主任介護支援専門員と介護支援専門員の間には、尊敬と憧れの関係がなければならぬ。また、主任介護支援専門員は、尊敬され憧れるだけの技量・人間性を身につける必要がある。朝来市においては、介護支援専門員から主任介護支援専門員になるということは、非常に大きな役割を担うということである。
- 主任介護支援専門員内部、介護支援専門員内部それぞれにおいても階層がある。例えば、朝来市では主任介護支援専門員の中で更新研修を受講している人材は 5 人いる。更新研修を受けるクラス（主任介護支援専門員歴 10 年）の主任介護支援専門員とそれ以外の主任介護支援専門員の間にも、やはり尊敬と憧れの関係を作る必要がある。
- 縦の関係と横の関係の 2 つの視点から人材育成の取り組みを行っていく必要がある。

(第 3 期のポイント)

- キーポイントは、主任介護支援専門員自身が介護支援専門員時代にどのような苦勞をしてきたか、誰に支えてもらったか、等の状況を地域全体で共有することであり、誰かにきちんと支えてもらった介護支援専門員が主任介護支援専門員になってから部下・後輩の介護支援専門員を支える、という大きなサイクルを構築していくことが重要である。それを地域全体で共有する仕掛けが、ケアマネジメント支援会議の取り組みである。
- また、処遇困難ケースを抱えた介護支援専門員から相談を受ける主任介護支援専門員は、否応なしに助言・指導しなければならない状況を作っていくことである。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員に相談しやすい環境づくり・関係づくりも重要であり、そうした環境や関係性を地域全体で構築することができれば、介護支援専門員から主任介護支援専門員への相談が増え、相互の協力・連携も太くなっていく。

(第 4 期・第 5 期のポイント)

- 前述の「(3)「ケアマネジメント支援会議を通じたケアプランチェック」の取り組み」を参照。

(これまでの取り組みを振り返って)

- ケアマネジメント支援は朝来市でも従前はあまり重視されていない傾向があり、地域包括支援センターの業務 4 本柱のうちでは最も後回しにされていた。介護支援専門員への研修も実施しづらい状況だった。そうした状況の中で、地道に取り組むを続けることで、今日の第 5 期に至っている。
- 地域包括支援センターが設置されて 10 年たち、同時並行でケアマネジメント支援を行っているが、3 年ごとにステージが上がっている印象である。最初の 3 年間は軌道に乗せるまで非常に苦勞した。地域全体のケアマネジメント支援がうまく回っていると実感できたのは 3 年ほど前からである。

- 平成 19 年頃から兵庫県介護支援専門員協会の指導者養成研修が始まった。この取り組みは 3 年を 1 クールとして、指導者を養成するものであり、朝来市の主任介護支援専門員も受講したが、受講した効果が大きく、朝来市のケアマネジメント支援を深めることにつながった。
- 最近 3 年ほど、国・県がケアマネジメント支援の重要性を見直す冊子・資料の公表を行うようになりつつあり、朝来市の方向性は間違っていなかったと感じている。

(5) 実績・効果

(主任介護支援専門員から介護支援専門員への手厚い支援)

- 現在、介護支援専門員が 37 人、そのうち 15 人が主任介護支援専門員である（他地域よりは主任介護支援専門員の割合がやや高い）。朝来市は、途中で介護支援専門員を退職する人が少ない点が特徴である。
- 主任介護支援専門員の人数が多いこともあり、介護支援専門員に対する支援が手厚く、また、経験の浅い介護支援専門員から見て「憧れ」や「目標」としてのロールモデルの役割を果たしている。

(介護支援専門員の質の向上)

- 朝来市の介護支援専門員は他地域に比べても質の高い人材になっていると感じる。勉強も好きな人が多く、市の取り組みを本にする場合でも執筆する介護支援専門員が多い。
- ケアマネジメント支援会議の終了後には、参加した介護支援専門員が研修を受ける前後の自己評価を行っており、その結果を集計して点数化している。
- 点数そのものにはあまり大きな意味はないが、伸びている項目を見つけてモチベーションアップに活用していくことが重要である。
- なお自己評価の項目の設定は、ケアマネジメントの専門家（近隣在住）と協力して、朝来市独自に設定している。
- 毎年度終了後には、主任介護支援専門員の意見交換会も開催して、成果の確認・反省も行っている。

(6) 今後の課題

- 今後はさらに、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の協力・連携を強化していく必要があると感じる。

(7) ケアプラン点検の現状等に対する所見

1) 現状のケアプラン点検について感じること：

(ケアプラン点検のポイント)

- 形だけ整えても意味がない。介護支援専門員が自ら向上したいという意欲を持てるようにす

ることが大前提である。

- 形だけでケアプラン点検を実施すると、結局は「吊るし上げ」のようになってしまう。
- 地域ケア会議やケアプラン点検の取り組みは、形だけではなく哲学・スピリッツを持っていないと形骸化する可能性が高い。しかし、哲学・スピリッツの大切なことほど文字で伝えることが難しいため、全国に普及・浸透していくことは難しい。本来、保険給付を抑制しようと考えれば、要介護認定を受けずとも暮らしていけるような地域づくりを行うことが必要となり、地域ケア会議やケアプラン点検と合わせて行っていく必要がある。

(行政の役割)

- 行政の事務職員が異動で着任してケアプラン点検の担当になり、マニュアルだけを読んで現場でケアプラン点検を実施するのは難しいのではないかと。「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)をうまく使いこなすことは難しいと思う。
- 行政が直接ケアプラン点検を行うと、行政と専門職の溝を作る要因になりかねない。行政はむしろ、地域の中でスーパービジョンの役割を果たせる人材を育成する場を構築することに注力すべきではないか。
- 介護支援専門員の実践力を高めるために、この地域の強みは何か、課題は何か、そうした点から議論を始めるべきであろう。保険者の職員が身に付けておくべき「まちづくり」の枠組みを構築していくことが重要であり、そうした観点は行政のどの部署の職員にも共通するものである。
- 保険者のケアプラン点検の中で保健師が中心となって取り組んでいる自治体もあるが、現場に負担がかかることが多い。「現場のことを分かっていないくせに」という文句が出る時点で、ケアプラン点検の前提が崩れている。

(ケアプラン点検において発生している不整合)

- 適正化事業、特にケアプラン点検については、全体として、目的と手法、担当する人材の不一致・不整合が発生していると思われる。適正化事業やケアプラン点検の大目的が給付抑制から、自立支援・実践力向上に移行しているのであれば、それに合わせて手法や人材も変えていく必要がある。
- 現状のケアプラン点検は、現場で混乱が発生しており、不協和のもとになっている面が強い。

2) その他の所見：

- 特定の市の取り組みを形だけ全国展開するのは難しいのではないかと。各地域の現場の実践者は、自分たちの地域でどのような取り組みが必要かを自分たち自身で考える必要がある。
- 目的や理念、「自立とは何か」が地域に応じて確立すれば、方法は一つではない。地域で選択して進めればよい。

(8) 参考資料 (『ケアマネジメント支援会議』のルールと枠組み) (抜粋)

平成 28 年度

『ケアマネジメント支援会議』のルールと枠組み

1 はじめに

(1) 本事業のビジョン

- 一人ひとりの介護支援専門員が、「自立支援に資するケアプラン」を作成し、本人・家族・サービス提供者へその根拠が説明できるようになる。
⇒個別援助計画と連動し、利用者へ自立支援に資する個別ケアを提供する。
- 個別事例を蓄積・集約することにより、ケアマネジャー全体の課題や、地域の課題を抽出し、その解決に向けた資源開発につなげる。

(2) 28年度の目的

主任ケアマネジャーがケアマネジメント支援に必要な以下の力を獲得する

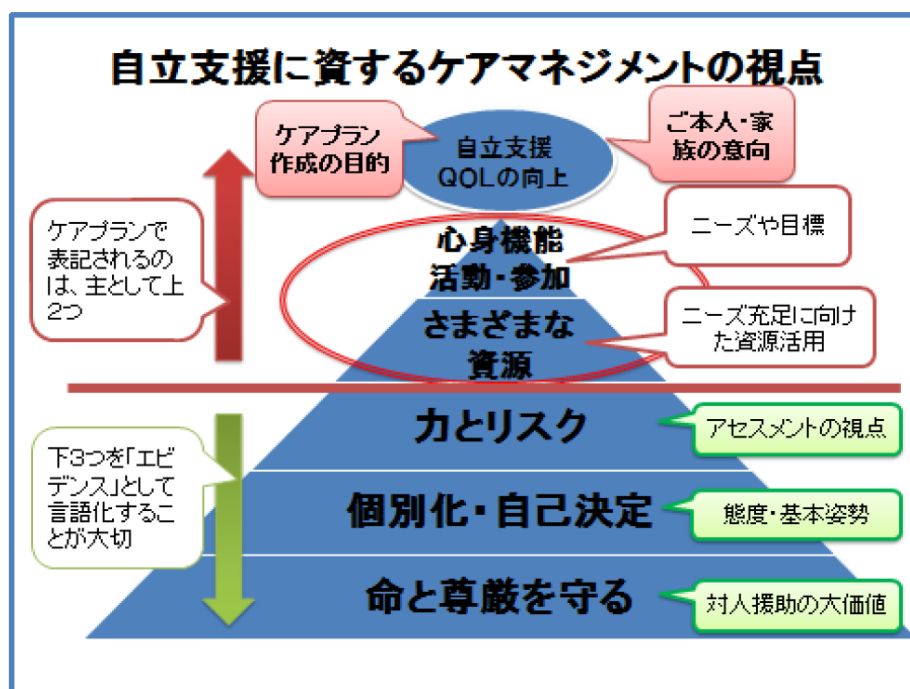
- 自立支援に資するケアマネジメントの視点を獲得する。
- 部下や後輩にうまくかかわる力 (スーパービジョンの技法) を身に着ける。
- カンファレンス運営の力を獲得する。

28年度の目標

主任ケアマネジャーが次の視点を獲得し部下や後輩に関わることができる

- 家族システム (生活歴を踏まえた家族のシステムを見る視点)
- 地域システム (地域の歴史や風土、近隣との交流度合い、規則等を見る視点)

2 自立支援に資するケアマネジメントの視点 (朝来市)



3 ルール・基本姿勢

(1) ある事例検討会のエピソード

今日の事例検討会の事例提供者は、対人援助職について5年目のAさんです。Aさんの隣には、今日の事例検討会の司会進行役をする経験年数20年のBさんが座っていました。事例検討会の会場に来ているのは、経験年数も仕事先も、バラバラの人々でした。Aさんの事例説明が終わると同時に、司会進行役のBさんは、「本当に初歩的なミスをいっぱいしているわね。こんな仕事をしていて恥ずかしいと思いませんか。」とみんなの前で、問題点だと考えられる点を次々に指摘し始めました。Aさんは、何もいうことができず、ただうつむいて、Bさんの指摘を受けるだけでした。会場に来ている人々は、自分たちの目の前で起こっていることを見聞きし、おじけづいているようでした。

(2) 最適だと考える『学習方法』の違い

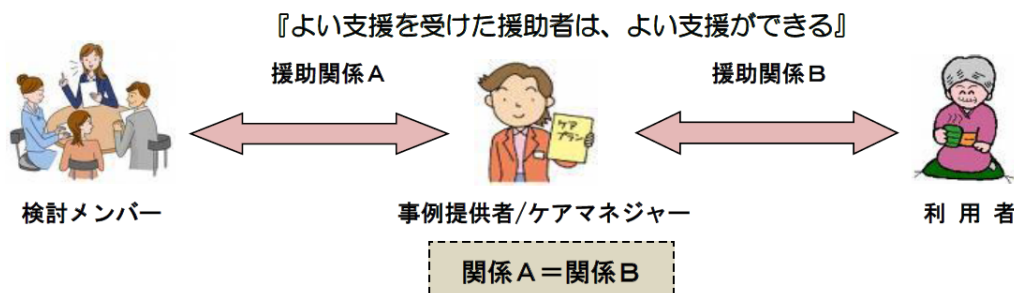
A：「間違いを指摘されることによって人は学習する」という考え方。このような考えを持つ人は、事例提供者の犯した過ちを見つけ出しそれを指摘することが大切だと考えています。

B：「人は自ら納得したとき、応用可能で有用な学習をする。この学習では、自ら思考するそのプロセスを尊重する。このような学習法を用いることで、学習に対してポジティブな経験をすることでその後の学習が自発的に行えるようになる」という考え方に基づいています。

⇒つまり、「ケアマネジメント支援会議」を、「応用可能で有用な学習の場」とするためには、多少時間がかかっても、事例検討者が、自ら考え、気づくプロセスを大切にすることが肝要なのです。

(3) ルール

- 時期早々の助言・アドバイスはしない。
- 非難・批判をしない。
- 自分の考える解決法や推測がより現実に即していたとしても、それを事例提供者に押し付けない。
- 情報が足りない部分は、検討者からの“質問”によって事例提供者へ問いかけていく。
- “質問”によって、利用者と利用者が抱える問題、事例提供者のひっかかりなどが、事例提供者自身の言葉で語られるプロセスを大切にする。
- 事例提供者に対して、クライアントとの面接と『同様の配慮』をする。



検討メンバーと事例提供者の「関係 A」は、実際の援助場面におけるケアマネジャーと利用者の「関係 B」と同じである。

4.6 ヒアリング結果：東京都

(1) 背景・目的

(期待・要望)

- ① 利用者の自立支援を目指すためにケアマネジメントの質を向上させることは保険者・介護支援専門員共通の目標であること。
- ② このため、保険者・介護支援専門員が、アセスメントやそれに基づくケアプランをともに点検し、自立支援に資するものとなっているか確認し、必要な修正を行っていく必要があること。
- ③ 全件について点検することは困難であるため、1 ケースの点検に相当程度の時間をかけ、点検したケースの集積により保険者が管内のケアマネジメント上の課題を明らかにし、指導・研修等に反映させることで全ケースへの波及を図ることが重要であること。
- ④ 利用者の自己負担、租税の投入、保険料への影響に鑑みれば「最小の投資で最大の効果を上げる」ことも求められること。

(2) 実施体制

(都が推奨する体制)

- 「地域の主任介護支援専門員や保険者の職員であって介護支援専門員資格を有する者と、専門職ではない事務職員による協働体制で点検」としている。（「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⁴」（平成 26 年 3 月東京都）（以下「ガイドライン」）より）

(保険者の実態)

- 専門職不在が理由でケアプラン点検に取り組むことができていない保険者もあるため、ガイドラインは保険者の事務職員のみで点検できる内容としているが、実態は、介護支援専門員資格を有する非常勤職員、主任介護支援専門員の活用等、保険者ごとに異なる。主任介護支援専門員の指導力向上、保険者との連携の確保のためにも主任介護支援専門員の点検への参画は有効と考えている。

(3) 実施方法

(都が推奨する標準的な方法)

- 推奨する方法をガイドライン中で提示している。流れとして、保険者が事前準備（ケアプ

⁴保険者がケアマネジメントの質の向上を図ることを目的としたケアプラン点検を適切に実施できるようにすること等を目的に東京都が作成。詳細は(7)①に記載。

(参考 URL : http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/guideline.html)

ランの選定、介護支援専門員への資料提出)のあと、介護支援専門員が面談前準備(提出資料の作成、保険者への資料提出依頼)を行い、保険者は提出資料の質問事項を整理し、保険者の面談前準備を行う。また、面談の実施にあたっては、保険者はガイドライン記載の「ケアプラン点検に当たっての基本姿勢」を読み直すなど、注意事項の確認を行う。面談当日は、まず、保険者がケアプラン点検の「目的」、「ルール」、「面談の進め方」の説明を介護支援専門員に対して行い、下表の区分ごとに介護支援専門員が説明を行い、保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していく流れで面談を進める。面談後はケアプランの修正と今後への反映、気づきの共有化、点検の整理・分析、課題解決を行う。

区分	確認該当箇所
1	「基本情報シート」 「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄
2	「リ・アセスメント支援シート」の「問題(困りごと)」欄、 「リ・アセスメント支援シート」の「意向・意見・判断」欄 「リ・アセスメント支援シート」の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(整理前)」欄
3	「リ・アセスメント支援シート」の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(整理後)」欄 「リ・アセスメント支援シート」の「優先順位」欄
4	「居宅サービス計画書(ケアプラン)第2表(介護支援専門員提出)」
5	「居宅サービス計画書(ケアプラン)第1表(介護支援専門員提出)」、「居宅サービス計画書(ケアプラン)第3表(介護支援専門員提出)」

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」
(保険者の実態)

- 推奨する方法を保険者の実情にあわせて変更し実施する等、保険者ごとに異なる。

(4) 関係機関との連携内容

(都と保険者との関係)

- 保険者の実態や保険者から東京都へのニーズの把握方法等
 - 技術的助言でのヒアリング(2年で全保険者をヒアリング)、保険者向けケアプラン点検研修会のアンケート、専門家を派遣し点検を支援した保険者への個別のヒアリング等で把握し、把握した内容は、研修内容に反映させる、個別に回答する等にて対応。
 - 保険者からは、特にガイドラインを活用した点検を実施するために地域の介護支援専門員に対するガイドラインの研修講師の紹介の依頼が多いため、介護支援専門員の理解を得られやすいよう、職能団体である東京都介護支援専門員研究協議会を紹介。加えて、他の保険者の取り組み等で参考になることがあれば、適宜情報提供。

- 主任介護支援専門員研修と主任介護支援専門員更新研修の受講要件として勤務地の保険者からの推薦を取り入れており、保険者と主任介護支援専門員の連携の促進を図ってきた。主任介護支援専門員更新研修では、さらにケアプラン点検への協力を受講要件の1つとして設定。
- ガイドライン作成以前より、自主的にケアプラン点検に取り組んでいる自治体に対して、ガイドラインを用いたケアプラン点検を強制していない。
- あまり積極的ではない保険者に対して、技術的助言をきっかけにして、アプローチを行っている。
- 保険者に対して、地域の主任介護支援専門員側からガイドラインを活用したケアプラン点検の実施についてアプローチをしているケースもある。研修の効果が介護支援専門員のネットワークの中で広まっている。
- 連携における課題
 - 保険者の人事異動

(東京都と東京都介護支援専門員研究協議会との連携)

- ガイドラインに関する研修講師の依頼
- 専門家を活用した点検支援の場に理事が同行

(東京都介護支援専門員研究協議会活用の効果)

- 東京都だけでガイドラインを普及させるのは限界がある。東京都が実施した点検研修の内容が介護支援専門員間で伝わり、区市町村の主任介護支援専門員の会が東京都介護支援専門員研究協議会へ直接研修を依頼する、という流れでもガイドラインが普及している。東京都介護支援専門員研究協議会もガイドライン普及に協力的である。また、研修を行った場合には、どの地区で研修を実施したか報告があり、研修時に聞いた現場の声も東京都に伝えてくれる。

(例) T市からガイドラインの理解とケアプラン点検に関する5回の研修の依頼を東京都介護支援専門員研究協議会が受けて、理事長と理事を中心に研修を10月～2月に実施。

- 東京都と東京都介護支援専門員研究協議会が別々に行うよりも、都と東京都介護支援専門員研究協議会が同じ方向を向いて、協力して研修等を行った方が保険者や介護支援専門員双方にガイドランを活用した点検が浸透しやすい。
- 東京都介護支援専門員研究協議会との連携は重要と考えている。東京都介護支援専門員研究協議会には、研修の講師などで協力いただいております、団体の中で考え方を広めていただけるよう、理事が専門家派遣を活用した点検に同席することも保険者の了解が得られれば認めている。

(5) 実績・効果

- 毎年度、ガイドランを活用した点検の実施状況等について調査票を送付して実施の有無を

把握

- 技術的助言で、ケアプラン点検の目標の達成状況、課題、効果等をヒアリング。

(効果の例)

- ガイドラインを活用したケアプラン点検の実施は、ガイドライン作成当時に比べて普及しつつある。
- 介護支援専門員からは、勉強になるという声や、再度点検を受けたい等の意見があがっており質の向上に寄与（点検で、利用者の意向の聞き取り不足、医療との連携不足、介護支援専門員判断がサービスありきになっていた等に気づく）。
- 点検では、主任介護支援専門員の協力等を推進しているため、主任介護支援専門員が自らのスキルアップに前向きになる。また、経験から自己流のケアマネジメントになりやすい主任介護支援専門員が法の理念に即した原点に戻ることにもつながる。
- 保険者については、介護支援専門員がサービスありきの計画を作成していることや、医療連携の不足や地域に不足するサービス・サポート等に気づく、というメリットがある。

(6) 今後の課題

- 点検の集積結果を、指導・研修等を通じて全体のケアプランに広げるまでには更に工夫が必要。
- 保険者に対しては、ケアプラン点検を行うことにより、不足している地域サービス・サポートを見つけ、地域ケア会議等を通じて政策形成につないでほしいと要望しているが、ケアプラン点検から発見された地域課題を、政策までつなげるためには、更に工夫が必要。

(課題に対する対応)

- 保険者がガイドラインを活用した点検を円滑に実施できるように、研修会や専門家の派遣事業の内容を改善しながら実施。

(その他の課題)

- 主任介護支援専門員の活用、ケアプラン点検の効果の検証と点検で把握した課題の研修や指導への反映。

(7) その他の取り組み

1) 「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」および様式作成

(背景、目的)

- 背景として、介護支援専門員側では、利用者へのアセスメントが十分にできておらず、適切なケアプランの作成ができない、資質に個人差がある、という課題があり、保険者側では、ケアマネジメントについての理解が十分ではなく、適切なケアプラン点検を実施できないという課題があった。

(作成経緯)

- 介護支援専門員によるアセスメントが十分でないことや保険者の事務職員がケアプラン点検を実施すること等が課題であったため、都として課題を解決することを目的として作成した。
- ケアプラン点検の実施については、「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)等を参考にして作成した。特に、「基本姿勢」は「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)と同じ姿勢としている。
- 学識経験者、区市町村職員、介護支援専門員、地域包括支援センター職員等を含む10名の委員背構成された「ケアマネジメントの質の向上分科会」を立ち上げ、4回の分科会を開催し、ガイドラインの内容の検討を行った。

(効果)

- アセスメントを振り返る様式を作成したため、点検に必要な情報が網羅されており、全ケース統一的な視点からの点検がしやすい(保険者からも質問を考えやすいという意見あり)。
- アセスメントの確認(医療連携のための主治医等の専門職の意見聴取の確認を含む)、ケアプランの確認、地域課題の把握までできるため、地域課題を基に、政策形成を行う地域ケア会議にも資するガイドラインとなっている。

(課題)

- 介護支援専門員が様式を適切に記載できないと、点検を効率的に行うことができない。

2) 保険者向けのケアプラン点検研修会

(目的)

- 保険者に対し「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」の活用方法を説明することで、適切なケアプラン点検の実施を支援する。

(内容)

- ① ガイドラインを活用したケアプラン点検の方法 (講義)
(新任の保険者を対象としているためアセスメントやケアプランに関する基礎的な講義も実施)
- ② ガイドラインを活用した模擬ケアプラン点検 (実演)
都職員が保険者役と介護支援専門員役を行い、事例を活用したケアプラン点検の様子を講師による点検のポイントの解説も加えながら実演して見せることにより一層の理解を促している。
なお、模擬ケアプラン点検の台本は、研修の振り返りや今後のケアプラン点検の参考のため研修終了後に保険者に配布している。

(日数及び時間)

- 1日 10時～16時30分(休憩含む 実研修時間 5時間20分)

(実施時期及び回数)

- 保険者の新任職員を対象としているため、年度当初の5月頃に1回実施。業務都合等で参加できなかった場合は、介護支援専門員向けの研修会の受講を案内。

(テキスト)

- ガイドライン、ケアマネジメントに関する講師作成資料、実際の専門家派遣による保険者支援でのケアプラン点検資料を匿名化して活用

(講師)

- ガイドライン作成検討委員会委員長
- 元行政事務職員のため、保険者の視点からの講義が可能

(カリキュラム検討の流れ)

- 研修の企画案を都が作成し、ガイドライン作成委員会の委員に確認、検討をしてもらい、委員からのコメントを元に都が修正を行う、という過程を経て作成した。
- 1年目の点検の実践を踏まえて、2年目(2015年度)は内容を変更したが、2016年度は前年と同じ内容で実施した。
- 模擬ケアプラン点検の台本は、専門家を活用した点検支援の資料をもとに、都が案を作成。素案の最終確認を委員数人に依頼。

(研修周知の方法)

- 全区市町村の介護保険課にメールで周知

(受講者属性)

- 主に新任の事務の保険者職員および介護支援専門員資格をもつ非常勤の保険者職員等

(研修に対する受講者からのニーズ、理解度・満足度等)

- 34区市町村から70名が参加した平成28年度ケアプラン点検研修会の参加者に対してアンケートを実施したところ68名から回答があり、「理解できた」「大変理解できた」という意見が99%であった。参加者からは、「模擬ケアプラン点検が参考になった」「面談ポイントシートの作成について詳しく聞きたかった」などの意見が挙げられた。

3) 介護支援専門員向けケアマネジメントの質の向上研修会

(設置経緯)

- ケアプラン点検を円滑に進めるためには、保険者だけでなく、介護支援専門員もガイドラインを理解する必要があるため研修会を実施。研修によって、「保険者と共に点検を実施できる介護支援専門員の養成」「ケアプランの自己点検によるケアマネジメントの質の向上」を推進する。
- 上記のために、研修の受講者は、保険者が連携できるように区市町村が推薦する主に主任介護支援専門員としている。

(研修内容)

- 介護支援専門員と保険者のケアプラン点検やケアマネジメントの認識に差が生じないように、保険者向けと介護支援専門員向けの研修内容は基本的に同一としている（ただし、介護支援専門員向けの研修はケアマネジメントの基礎部分の講義を除く）。
- 保険者と介護支援専門員が互いに同じ内容を知っていることで、安心感も生じる。基本は同じだが、保険者向けの研修は、行政官が知りたい内容を、介護支援専門員向けには介護支援専門員が知りたい内容をそれぞれ盛り込んでいる。
- 介護支援専門員向けの研修会では、ガイドラインに掲載したり・アセスメントシートの書き方を学ぶ目的で、実際にリ・アセスメント支援シートに自分の事例を記載してみることで、自身のケアプランを振り返ってもらっている。

※保険者向けの研修会と同内容にするための工夫

- 保険者向け研修講師に介護支援専門員向けの研修講師説明用の原稿の作成を依頼し、講師間で共有し研修内容に差が生じないようにする。また、東京都で事前に原稿の内容を確認。

(研修講師)

- ガイドライン作成検討委員会委員の介護支援専門員 3 名（2 名は、東京都介護支援専門員研究協議会理事長と副理事長）。講師数を増やすために、27 年度から、東京都介護支援専門員協会以外の職能団体の理事等にも講師を依頼。
- 保険者向けの研修と、介護支援専門員向けの研修とでは、それぞれの知りたい内容が異なることを踏まえて、それぞれにあった立場の者を講師としている。

4) 保険者がケアプラン点検を実施するための専門家の派遣

(実施の背景及び目的)

- ガイドラインを活用したケアプラン点検の円滑な実施を支援するため。研修の受講だけでは、ケアプラン点検を適切に実施することは、困難であるため、点検の事前準備から面談後まで専門家を派遣して支援。

(概要)

希望した保険者に次のとおり専門家を派遣。

① 面談前準備

- まずは、保険者が点検を受ける介護支援専門員を選定し、選定された介護支援専門員には介護支援専門員向けケアマネジメントの質の向上研修を受講してもらった上で、事前提出資料を作成し保険者に提出してもらう。
- 保険者は提出資料を確認し面談当日に行う質問を考え、都に質問を提出する。
ガイドライン作成委員会の委員 4 名が都庁に集まり、専門家として、保険者が作成した質問事項を追加、整理する。
- 都庁に保険者、専門家、都の職員が集まり、専門家から保険者に対して追加整理した質問事項の説明をしてもらう等、面談前の打ち合わせを実施。

- ・保険者には、事前にガイドラインに掲載している「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）の「基本姿勢」を読んでおいていただく。

② 面談当日

- ・支援先の役所でガイドラインに沿った面談を保険者は介護支援専門員に対して実施し、専門家は面談が円滑に進むように状況を確認しながら保険者に対して助言する。

（支援体制）

- ・ 専門家 1 名（ガイドライン作成委員の介護支援専門員と元行政職員の計 4 名の中から保険者の希望等を踏まえて選定）と都の非常勤主任介護支援専門員 1 名、都職員 2 名（介護支援専門員担当）程度で 1 保険者ごとに支援。

（実績）

- ・ 平成 28 年度の派遣実績は 6 区市である。
- ・ 事業の開始当初は、支援しても継続が困難なケースが多かった。次第に、どう継続するかを保険者自身が検討するようになっている。
- ・ 実績例
 - H 市では、月に一度、ガイドラインに沿った点検を実施している。
 - I 市では、市職員と主任介護支援専門員連絡会が連携した点検の実施を検討している。

（継続）

- ・ 1 回の支援で実施困難な場合は、保険者のニーズにあわせて、都職員の主任介護支援専門員の派遣や、ケアプラン点検での保険者の質問内容の作成支援等して、支援を継続。
- ・ 人事異動により、同じ保険者が複数回支援を希望するケースがある。必ず複数人の事務職と、地域包括支援センターの職員や区市町村の介護支援専門員の会などに参加してもらい、定着を目指している。

（課題）

- ・ 支援後の保険者による点検の継続。

4.7 ヒアリング結果：大阪府

(1) 背景・目的

- 介護給付等費用適正化事業の中でもケアプラン点検は重要な位置付けであり、介護給付費を抑制するだけでなく、利用者の自立につながる真に必要なサービスが適切に提供されているかを確認するためにも重要であると認識している。

(2) 実施体制

- ケアプラン点検は、基本的に保険者が実施するものであるが、大阪府として以下のような支援を行っている。
 - 計画の策定
 - 介護給付等費用適正化事業や保険者の担当者に対する研修
 - 事業者に対する指定・監査や実地指導等

(3) 実施方法

(保険者の取り組み)

- 実際にケアプラン点検を実施しているのは保険者であり、その実施方法・実績については報告書等で把握している。項目としては、実施内容、点検対象数、点検件数、事業所への問い合わせ件数、過誤申し立て件数、効果額、事業所への周知等の状況等である。
- 対象となるケアプランの抽出は、各保険者において基準を設けているが、例として以下のようなケースがある。
 - 国保連の分析システムを用いて、サービスに偏りのある事業者を抽出するケース
 - 支給限度額割合が90%を超えているケアプランを抽出するケース
 - サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホームに特化して点検するケース
- 点検方法については以下のとおり、ほとんどの保険者が面談方式で行っている。
 - 事前にケアプランの提出を求め精査後にヒアリングを行う
 - 事業所に訪問して介護支援専門員と一緒に「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）の内容を踏まえて行う

(保険者に対する支援)

- 大阪府としては、単独の保険者では難しい取り組みを実施していくことが広域自治体としての役割であると考えている。
- 例えば、意欲のある保険者に対して、モデル研修を実施していきたいと考えている。先進事例の共有として、会議体の設置も検討しており、平成29年度単年度事業として取り組んで、平成30年度からは、保険者それぞれにおいて積極的に取り組んでもらうようにしたい

と考えている。

- 保険者が研修する上での講師の紹介についても、大阪介護支援専門員協会との仲介を行っている。

(4) 関係機関との連携内容

(保険者等との連携)

- 大阪府介護給付適正化評価検討委員会を設置しており、大阪府内各ブロックから選ばれた13 保険者に委員として参加してもらい、計画策定について議論するほか実績（先進事例）の共有や研修会の要望等を幅広く意見を聞いている。

(大阪介護支援専門員協会との連携)

- 大阪介護支援専門員協会とは常に連携を図っている。介護支援専門員向け研修講師の依頼のほか、カリキュラムの作成に協力してもらっている。
- 介護支援専門員向け研修についても、大阪介護支援専門員協会と連携しながら発展させていきたい。研修の内容については、府も参画する資質向上委員会の中で検討している。
(※平成 29 年度から「研修向上委員会」に名称変更)

(5) 実績・効果

(実績)

- 保険者のケアプラン点検の実績は、前述した年1 回の大阪府への実施報告で把握している。
- 特徴的な取り組みは、以下のとおりである。
 - 第3 期大阪府介護給付適正化計画において「更なる取り組み」の目標の一つに掲げているサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの利用者を対象としたケアプラン点検の実施
 - ケアプラン点検のために専任の介護支援専門員を配置して4 チーム編成でケアプラン点検を実施

(効果)

- ケアプラン点検を面談方式で実施することで、保険者と現場の介護支援専門員の信頼関係が深まっている。
- ケアプラン点検を行うことで、現場の介護支援専門員の考え方がより「利用者の自立支援」に向けて意識付けされている。
- 一部保険者では、過誤申し立てにより多額の効果額をあげている。

(6) 今後の課題

(人材不足)

- 専門的知識を有する職員が不足している。
- 多忙のため、適正化業務を十分に行うことができない。
- 人事異動等で、スキルやノウハウが蓄積されない。

(標準的な手法やツール等の要望)

- 専門職でない保険者職員や新任担当者がすぐに活用できるようなわかりやすいマニュアル等があれば有効ではないかと考える。

(適正化事業の予算の確保)

- 保険者にとっては、適正化事業にかかる予算の確保が困難であることも課題となっている。
- 府および保険者において、専門知識を有する職種の確保が困難、適正化事業に係る経費の確保が困難なため、国庫補助等の財政措置を求める声があるなど、課題もある。

(7) その他の取り組み

1) 研修の開催

- 平成 27 年度は大阪介護支援専門員協会に委託して、「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)を活用した、ケアプラン点検の考え方等の研修を実施した。
 - ▶ 対象者は、大阪府内 41 保険者で、受講者数は 51 名であった。保険者職員の他、介護支援専門員資格、保健師資格をもつ職員も 1/3 程度参加した。
 - ▶ 感想としては、ケアプラン作成の流れ、ケアプラン点検の意義、基本が理解できたという意見がある一方で、もう少し踏み込んだ内容が聞きたかったという声があり、ケアプラン点検に携わった経験年数や専門知識の有無により研修内容に求めるニーズに差があった。
- 平成 29 年 1 月に大阪府国民健康保険団体連合会と連携して「給付実績の活用・ケアプラン点検に役立つ帳票の見方について」の研修を実施した。
- 適正なケアプランの作成に向け、介護支援専門員の研修も実施している。今年度から主任介護支援専門員の更新条件の一部に法定外研修の受講要件もあり、介護保険法の中に介護支援専門員自らによる資質向上の努力義務が盛り込まれた。そうした動きを受けて、今後、法定外研修の充実を予定している。具体的には、保険者が研修を開催する上で参考になるようなマニュアル(開催の仕方・運営や教材などをパッケージにする)の作成やモデル研修の実施に取り組む予定である。
- 保険者の担当者が参加する研修会等の実施後に、研修の感想や今後希望する研修のアンケートや聞き取りも行っている。そうした場では、「専門知識がないためケアプラン点検が難しい」「研修が網羅的かつマンネリ化しているため、各回テーマを絞った内容で実施してほしい」、「等」の声が上がっている。研修のマンネリ化に対しては、「広く浅く」実施すること

から短期的、集中的にポイントを絞って「狭く深く」対応することも検討している。

2) アドバイザー派遣等の仕組み

- アドバイザー派遣は、平成 28 年度の介護予防ケアマネジメント適正化事業として実施している。

(背景・目的)

- 今後、地域包括ケアシステムが推進されることにより、介護支援専門員の役割が一層重要になるため、介護支援専門員の資質向上および介護給付費の適正化の取り組みの一環として実施している。

(事業名)

- 介護予防ケアマネジメント適正化事業

(対象保険者)

- 大阪市、池田市、八尾市、寝屋川市、河内長野市、箕面市、岬町、太子町

(事業内容)

- (1) 地域ケア会議の訪問とケアプラン点検
- (2) 「介護予防・自立支援に向けたケアプラン作成マニュアル」の作成

(地域ケア会議訪問)

- 大阪介護支援専門員協会の講師レベルの介護支援専門員に、実際に地域ケア会議を訪問してもらい、地域ケア会議に参加している現場の介護支援専門員がどのような状況にあり、どのような課題を抱えているかを把握してもらう。

(ケアプラン点検)

- 各市町の居宅介護支援事業所からケアプランを提供してもらい、大阪介護支援専門員協会でも評価する。評価の結果は、当該ケアプランを作成した介護支援専門員にフィードバックするほか、介護支援専門員が気を付けるべきポイントなどは、マニュアルにも掲載していくことを考えている。

(マニュアル作成)

- 介護支援専門員が活用できる、「介護予防・自立支援に向けたケアプラン作成マニュアル」を作成する。

- 作成にあたっては、介護支援専門員だけの視点に偏らないように有識者委員会を設置し、様々な職種の方の意見を聞いて作成する。医師会、リハビリテーションを行う専門職、訪問看護ステーション協会などにも参画してもらい、多角的な観点から意見をもらうこととしている。
- マニュアルは、電子データでホームページに掲載して一般公開することを考えている。

4.8 ヒアリング結果：広島県

(1) 背景・目的

- 保険者において、利用者の自立支援に資する適切なケアプランであるか介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の気づきを促すことにより、ケアプランの質の向上、利用者の状態の維持改善を図るとともに、介護支援専門員の資質向上、介護保険制度の信頼性を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図る。

(2) 実施体制

- ケアプラン点検の実施主体は保険者であり、実施体制は各保険者によって異なっている。
- 各保険者の取り組み状況としては、以下のとおりである。（平成 26 年度介護給付適正化実施状況調査より）
 - 介護支援専門員がケアプラン点検に携わっている保険者：9 保険者
 - 保健師のみで対応：1 保険者
 - 事務職員のみで対応：10 保険者
 - 未記入：3 保険者

(3) 実施方法

- ケアプラン点検の実施主体は保険者であり、上記体制と同様に、実施方法も各保険者によって異なっている。
- 県としては、県作成の「ケアプラン点検・評価マニュアル」の内容を標準的な点検方法と考えている。

（「ケアプラン点検・評価マニュアル」について）

- 第 2 期介護給付適正化計画の中で、居宅介護支援事業所について 3 年間で 1 回はケアプラン点検を行うことを示していた。結果として、すべての保険者が 1 件以上のケアプラン点検を実施できたが、自立支援に資するケアプランであるかどうかを、効果的・効率的に点検できる手法が確立できていなかった。
- 平成 30 年度から、指定居宅介護支援事業所の指定権限が各市町（保険者）へ法定移譲されるが、保険者で取り組み状況に差があるとともに、保険者の担当者は必ずしもケアプラン等に関する専門家ではないことから、保険者と介護支援専門員で意識の共有が図られていない状況であった。そのため、県として統一的なマニュアル（ケアプラン点検・評価マニュアル）を作成した。本マニュアルは、保険者に対して、ケアプラン点検において最低限実施してほしい事項を示すツールである。
- 自立支援に向けたケアプラン点検や気づきを促すケアプラン点検も実施していく必要があるが、そうしたことを促進するための質問項目等も具体的に示していかなければならない。そのため、保険者の担当者と現場の介護支援専門員が、注意すべき点や気づきのポイント

等に関する共通認識を構築するためのツール（そして現場の介護支援専門員の質を高めていくためのツール）として活用することも念頭に置いた。

- 「ケアプラン点検・評価マニュアル」の作成にあたっては、他県の取り組み等も参考にしており、特に高知県の取り組みが参考になった。「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）は、必要な項目は網羅されていると思うが、すぐに保険者の職員が使いこなすことは難しいと感じる。
- 今後は、平成 29 年度に、本マニュアルの活用状況について保険者アンケートを実施し、その結果によって内容の改善を検討する予定である。

(4) 関係機関との連携内容

(保険者等との連携)

- 適正化計画の進捗状況は毎年度把握している。また、介護給付適正化計画策定に向けた保険者との意見交換等において、県へのニーズを把握したいと考えている。
- 第 7 期介護保険事業計画の段階から、インセンティブの制度が導入されると思われるが、その中で保険者への支援として都道府県が実施すべきことは明確化されると思う。その中にケアプラン点検も入るのではないかと想定している。
- 保険者からの要望があれば、県としても支援を行っていききたい。

(広島県介護支援専門員協会との連携)

- 広島県介護支援専門員協会との連携については、「ケアマネマイスター広島」（以下、ケアマネマイスター）等を含めて積極的に連携しており、各種の取り組みに関わっていただいている。ケアマネマイスターについては、広島県介護支援専門員協会が事務局として活動の調整を行っている。
- ケアプラン点検については保険者の事業であるため、広島県介護支援専門員協会が直接は関与していないが、広島県介護支援専門員協会の支部が関与している場合もある。海田町などでは保険者の職員や地域包括支援センター、介護支援専門員が共同で勉強会を開催している。そうした勉強会にケアマネマイスターが講師として参加するケースもある。

(5) 実績・効果

(実績)

- 平成 27 年度には、349 の居宅介護支援事業所を対象にケアプラン点検を実施した。
- 保険者が実施したケアプラン点検については、県に対して報告を上げてもらっている。（平成 28 年度の報告様式も用意している。県に対する報告は事業所名が入る形で、指摘事項等の内容報告が主となる。県が公表する際には事業所名は非公開となる。公表の仕方は今後検討することになっている。）
- 広島市、福山市は独自の手順でケアプラン点検を実施している。また、ケアプラン点検を担当する介護支援専門員を嘱託職員として雇用している。広島市はむしろ、良いケアプラ

ンの質を一層向上させる取り組みであり、他の保険者とは異なる段階にいると感じている（他の保険者では課題のありそうなケアプランを抽出するケースが大半である）。

(効果)

- 介護支援専門員とともにケアプランを点検することで、法的根拠に基づいた助言を具体的にを行うことができ、自立支援に資するケアマネジメントにつながりやすい。
- 保険者の職員が、介護支援専門員は利用者をどのように支援するかを考えている、ということを理解できた。
- 制度理解、給付の適正化に一定の効果がある。
- 事業所へ訪問することにより、地域のニーズや課題、介護支援専門員の状況等を知ることができる。
- ケアプランの根幹をなすアセスメントの重要性を介護支援専門員に認識してもらえた。

(6) 今後の課題

(人材不足)

- ケアプラン点検の担当部署に事務職のみを配置している保険者では、経験やノウハウの面で、なかなかケアプラン点検を実施することが難しい状況である。事務職員にとっては、ケアプランを読み込むことは非常に負担が大きい。
- 人数の面でも点検できる職員が不足している。
- 地域ケア会議等で、多職種の視点を入れたケアマネジメント支援の取り組みを行うことで、保険者の事務職員の負担を軽減することができるかもしれない。

(ケアプランの質の向上・改善)

- ケアプラン点検の研修を実施することによって、保険者にケアプランの理解を深めてもらうことができ、保険者のスキル・知識は向上することは確かであるが、その次の段階にレベルアップするための取り組みは別の形で必要となるのではないか。

(ケアマネジメントの適切化)

- ケアマネジメントの適切化は難しい。個別性の感じられないケアプランが見受けられるという声は聞くことがある（ケアプラン点検を行った保険者担当者から）。
- 広島県の地域ケア会議では、困難事例に対する個別検討は積極的に実施されているが、ケアマネジメントの向上に関する取り組みは今後の課題である。ただし、総合事業への移行に合わせて、広島市等はケアマネジメントの底上げに取り組んでいこうとしている。

4.9 ヒアリング結果：香川県

(1) 背景・目的

- 香川県の状況としては、全保険者がケアプランの点検を実施している。介護給付適正化実施状況調査において、具体的な内容を確認したところ、住宅改修や福祉用具購入が計画されているケアプランの点検のみに留まっている保険者が多かった。
- 本来のケアプラン点検の目的に立ち返り、自立支援に資するケアプラン作成になっているかを保険者が点検でき、介護支援専門員等に支援できるようになることを目的とする。

(2) 実施体制

- ケアプラン点検は保険者が行っており、県内 17 保険者で介護保険担当が 211 名、うち適正化担当が 57 名いるが、ほとんどの場合、ケアプラン点検の業務だけではなく、他業務も兼務している。香川県が実施した研修等に継続的に参加している保険者は点検率（当該保険者のケアプラン総数に対して、ケアプラン点検を実施ケアプランの割合）が高い傾向にあった。
- 香川県は保険者向けに、ケアプラン点検のスキルアップを図るためのワーキンググループを平成 24 年度から開催した。3 年目からは保険者と合同で指定居宅介護支援事業所に対する監査（重点検査）の事前説明会において、ケアプラン点検の研修を半日実施し、最終的に保険者独自でケアプラン点検ができる体制を構築した

(3) 実施方法

- 平成 25 年度に、香川県が開催するワーキンググループで、以前作成していたチェックリストの再検討を行い、修正したチェックリストを平成 26 年度から活用しているが、今後、チェックリストの内容について、自立支援につながるケアプランかどうかの視点で再検討していく予定である。

(ワーキンググループの概要)

- 保険者との意見交換の中で、ケアプラン点検の知識と点検スキルを持った職員が不足している保険者もあることがわかったため、平成 25 年 1 月にケアプラン点検のスキルアップを図るためのワーキンググループを設置し、保険者とともに実際のケアプランを点検しながら点検スキルを学ぶ研修会を開催するとともに、保険者の意見を取り入れながらケアプランチェックリストの作成を行う等の保険者支援を行った。
- 平成 24 年度（3 回開催）および平成 25 年度（9 回開催）は、参加を希望する保険者を対象に、実際のケアプランを使用しながら、点検スキルに合ったグループに分かれ、点検の手順や視点を確認した。また、ワーキンググループで意見交換しながら、「居宅サービス計画作成の手引き」、「ケアプランチェック項目と留意点（居宅サービス計画）」および「ケアプ

ランチェックリスト」を、平成 26 年 3 月に改訂し、県のホームページに掲載するとともに、保険者や介護支援専門員にも周知した。

- 平成 26 年度（7 回開催）は、全保険者参加のもと、ケアプランの質の向上を図るためのチェックや、自立支援の観点から介護支援専門員や居宅介護支援事業所に助言ができるようになることを目標として研修会を開催した。
- 保険者から、「点検の考え方や理論的な枠組みが分からない」との意見があったため、ケアプラン点検担当者のレベルに応じて、基礎コースと応用コースを設けた。
- 毎回、基礎も応用も合同でミニ講座の時間を設け、アセスメントについて、ケアプラン作成のポイント等の講義を県の担当が行ったあと、各グループに分かれて、ケアプランチェックを行い、疑問点や分からないことをグループで意見交換した。
- 応用コースでは、現行のケアプランチェックリストの内容の検討、改定を行った。平成 25 年度から指定居宅介護支援事業所向けの重点指導を開始しており、ワーキンググループ参加メンバーがその中でもケアプランチェックリストを使用し、終了後に意見を出し合い、改定を行った。

（ワーキンググループの開催概要）

- 平成 24 年度
 - 参加保険者：11 保険者
 - 課題：保険者職員のスキル不足
 - 目標：ワーキングを結成し、現状及び課題の共有を行う。
- 平成 25 年度
 - 参加保険者：10 保険者
 - 課題：保険者職員のスキル不足
 - 目標：事例演習や研修会等により職員の能力向上を図る。
- 平成 26 年度
 - 参加保険者：17 保険者
 - 課題：業務の中で定着化できていない。
 - 目標：保険者の実情に応じて、効率的効果的に実施できるよう検討する。

（重点検査等の体制）

- 平成 30 年度から保険者へ居宅介護支援事業所の指導監査事務を移譲することを踏まえ、香川県では保険者支援として、平成 25 年度から保険者と合同で居宅介護支援事業所に対する監査（重点検査）を実施した。自立支援につながるケアプランになっているかどうかの視点で監査（重点検査）ができるように、その事前説明会時にも、ケアプラン点検の研修を半日実施した。

- 平成 25、26 年度においては、監査後に共通の指導事項、問題点等を出してワーキンググループでも活用した。平成 27 年度以降は、事前説明会において、ケアプラン点検の研修を半日実施し、重点検査後、保険者も集団指導等に参加した。

(4) 関係機関との連携内容

(保険者等との連携)

- (2)、(3) で述べたワーキンググループによって、保険者のケアプラン点検能力の向上を図っている。
- 保険者と地域包括支援センターが連携し、包括的・継続的ケアマネジメントとして介護支援専門員等を支援していけるよう、県では地域包括支援センター職員研修やケアマネジメント研修も実施している。
- 香川県国民健康保険団体連合会が独自に導入しているケアプラン分析システムの操作研修を香川県国民健康保険団体連合会との共催で行い、点検すべきケアプランを効率よく抽出する方法や同システムから得られる情報等について保険者に説明した。

(国民健康保険団体連合会)

- ケアプラン分析システムや介護給付適正化システムのデータも活用し、効果的なケアプラン点検が実施でき、かつ居宅介護支援事業の分析・評価もできるように、香川県国民健康保険団体連合会と連携し、各保険者に対してケアプラン分析研修も実施した。

(香川県介護支援専門員協議会との連携)

- 香川県介護支援専門員協議会と連携して、介護支援専門員研修を開催している。

(5) 実績・効果

(実績)

- 平成 25 年度 県全体ケアプラン数 374,790 点検数 1,406 (0.375%)
- 平成 26 年度 県全体ケアプラン数 391,032 点検数 1,676 (0.429%)
- ケアプランの点検率は、県内の宇多津町が 3%、琴平町が 2.2%で高い方であり、県平均で 0.3%程度である。点検率が高い保険者はワーキンググループや説明会への参加率も高い傾向にある。
- 保険者としては、チェックリストを用いることで、点検作業の省力化につながっている。
- ワーキンググループの開催により、保険者間で抱えているケアプラン点検に関する課題や気づきが共有できるようになった。

(6) 今後の課題

- ケアプランの点検の前提は、ケアプランの作成手順を知ることであるが、すべての保険者がケアプランについて熟知しているわけではないという点は課題である。
- 現在、保険者が行っているケアプランの点検は、形式的な点検に留まっているケースが多

く、受給者の自立支援に資するケアプランであるかという視点で、質の向上を目指すための点検ができている保険者は少ない。ケアプランの点検は必要かつ効果的な事業であると全保険者が認識しているが、ケアプランを点検する明確な基準がないことや、知識やスキルがないと点検できない等の理由から、取り組むこと自体が難しいと考える保険者が多い。さらに、点検後に結果を具体的に介護支援専門員に伝えるのが難しい。

- 点検の必要のあるケアプランを効率よく抽出するために、香川県国民健康保険団体連合会が独自導入している介護給付適正化システムやケアプラン分析システムの有効活用を保険者に勧めているが、保険者が両システムをうまく活用できていないことも課題である。
- 全体的に、ケアプラン点検作業が細かく、点検項目も多いと感じる。本来の目的から離れて、採点のようになってしまっていることは課題と認識している。
- 保険者の職員は、限られた人員で、多種多様な業務を行っており、緊急業務や生命に関わるような業務、義務付けられている業務等、優先順位の高い業務から実施することとなる。適正化事業やケアプラン点検事業は大切な業務であることは認識しているが行えていない現状である。

4.10 ヒアリング結果：福岡県

(1) 背景・目的

- 国の介護給付適正化計画の5本柱の中でケアマネジメントの適正化が重要項目として挙げられており、ケアプランチェック（本節ではケアプラン点検を指す、以下同様）については、福岡県では以前から研修等を展開していた。平成30年度から介護保険事業者の指定権限が各保険者に移譲されることから、保険者の職員のスキル・ノウハウの底上げが大事になると思われるため、取り組んでいる。
- 介護給付適正化事業の具体的な取り組みとして、要介護認定の標準化と、ケアマネジメントの適正化の2つに取り組んでいる。ケアマネジメントの適正化では、保険者の職員と地域包括支援センターの職員でケアプランの基本的なチェックの考え方を研修するケアプランチェック指導研修会を展開している。
- (2)で述べるアドバイザー派遣の仕組みを確立させた背景には、平成21年から22年にかけて1年間のみ実施した事業に関わる。当時、ケアプラン抽出ソフトを独自で作成し、保険者において同ソフトの活用の可能性を考える事業に取り組んだ。内容は、平均的なサービス提供量等を一度作成し、平均からのふり幅の大きな特異点を出すといったものである。その取組の一環として、ケアプランチェックについても検討を行う中で、保険者から「研修の中で講座を行うのもよいが、現場での介護支援専門員とのやり取りややり返し方も知りたい」という意見が寄せられていた。さらに同時並行で、認定アドバイザーの取り組みも進めていた。依然取り組んでいたそれらの事業をもう一度行ってみようとして進めたことが現在の事業展開の源となっている。
- また、平成30年度から、保険者に居宅介護支援が移譲されることから、保険者の対応力強化のため、各保険者に平成27年度から3年間派遣する計画。
- 平成21年度の事業から一貫して、保険者と事業所の接点や共通認識を増やすことにより被保険者に対して過不足ない良いケアプラン作りを目指すことが、そもそもの出発点である。

(2) 実施体制

(福岡県の体制)

- 介護給付等費用適正化事業全体は主として保険医療介護部介護保険課財政係（以下、「財政係」）で取りまとめをしている。認定審査は財政係の管轄である。保険医療介護部介護保険課監査指導第二係では、ケアプランチェックや、事業所に対しての指導を行っている。介護支援専門員の育成や資質向上の取り組みなどについては高齢者地域包括ケア推進課介護人材係が担当し、介護支援専門員の資格の試験とそれに基づく各種研修を行っている。

(ケアプランチェックアドバイザー派遣事業)

- 保険者が行うケアプランチェックの場にアドバイザーを派遣し、保険者の担当職員に対してアドバイザーがアドバイスを行う。
- アドバイザーの派遣は、福岡県介護支援専門員協会のアドバイザーとアドバイザー養成指導者の2人がペアを組んで訪問している。1人のみの場合、行き違いもあるため2人に行っているという要素もある。保険者から見ると単純にアドバイザーが2人来たと思われるかもしれないが、それぞれの予算や派遣の意味合いは異なっている。
- 保健医療介護部介護保険課監査指導第二係では保険者に対してアドバイザーを派遣する費用について予算化しており、高齢者地域包括ケア推進課介護人材係は国の基金を利用してアドバイザー養成研修や実地講習を展開している。「資質向上事業」が介護人材係の事業に該当する。
- なお、「資質向上事業」の規模や研修の講師等について、詳細は福岡県介護支援専門員協会が把握している。平成28年度は約150万円の予算が計上されている（研修会を年2回。参加予定数が20人。初任者向けの参加予定者が16人。新規研修が10人程度の規模）。
- 保険者の職員に対する報告会において、フィードバックしていくことにしている。

(福岡県介護支援専門員協会のアドバイザー)

- 福岡県介護支援専門員協会のアドバイザーは様々な背景を持っており、副業を認めていない会社に所属しているケースや、所属先の立場が嘱託等のため日当を不要というケースもある。日当・旅費の支給等はケースバイケースで対応している。

(3) 実施方法

(ケアプランチェック指導研修会)

- 以前は2日間の開催であったがケアプランチェックアドバイザー派遣事業を始めてからは、研修会でケアプランの基本的な内容を説明し、次にアドバイザー派遣で実践を行う形になり、現在は1日のコースとなっている。
- 対象は、保険者の職員などの一般職員である。なお、人事異動もあるため一般職員の担当者が2、3年で代わってしまうことや、また保険者の介護支援専門員も非常勤や嘱託で、入れ替わりが激しいケースが多いため、基本的な内容について研修を行っている。
- 地域包括支援センターにおいても主任介護支援専門員が予防のプランの確認や、ケアプランチェック等を行っている。

(県下保険者に対するアドバイザー派遣の取り組み)

- 以前、保険者担当者向けに行ったアンケートの中でも、実際の現場で「どのように介護支援専門員と接してよいのか分からない」という声が上がったこともあり、平成27年度から3か年で福岡にある28の全保険者に対して、アドバイザーを派遣し、現場の職員に対して

アドバイスを行う取り組みを進めている。「3年間で全28保険者に」というのはあくまでも計画である。実際の展開は、3分の1ずつ実施している。予算上、平成27年度：10保険者→28年度：9保険者→29年度：9保険者、という計画となっている。それぞれの保険者においても、類似の取り組みを委託や独自事業で展開しているケースがあり、あくまでも28保険者の中で希望する所に派遣するという形である。

- なお、事業実施に当たっては各保険者にアンケートを行っており、このアンケートでアドバイザーの派遣を希望するか確認した。当初、独自に事業展開を行うという理由で9保険者から断りの連絡を受けたが、規模が大きく地域割が8地区あるような大規模保険者もあることから、地区別の希望をとっている。一方で、派遣の希望があったものの、その後保険者の方で事業実施のめどがつかないため、辞退されるケースもある。
- 継続的な派遣を希望する保険者もあると思うが、基本的にはアドバイザー派遣は1年毎で終了としており、まずは保険者を一通り回るような形にしている。回数ベースでは、希望で「2回来てほしい」というケースはあり、その場合、対応が可能な場合は対応し、アドバイザーを2回派遣する。ただし、状況によって希望通りに対応できない場合もある。
- アドバイザー派遣の1日目は事前点検で、2日目がヒアリングという形にしているが、昨年度からはヒアリングの最後に県職員も同席し、「事業を受けてどうだったか」という話も聞き取るようにしている。
- 今年度は、日程の都合上、すべてのケースに県職員が同行することはできなかった。ヒアリングの日程の都合がつかず、代わりに1日目の事前点検に同席する形を採ったケースもある。

(派遣の形)

- 保険者によっては、あらかじめスケジュールが組んであるところにアドバイザーが入るケースもあれば、初めての取り組みとしてアドバイザーに入ってもらって、そこから自分たちのやり方を構築しようというケースもある。また、再確認の意味を持っての保険者もあれば、今まで迷いながら実施してきたその保険者の実施方法の点検を含めて「アドバイザーと一緒に見てもらいたい」というケースもある。
- 実施の中身については「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)があるため、県が特別なマニュアルを定めているわけではない。研修では「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)に合わせた形をとっており、あとは各保険者独自のローカルルールを尊重しながら対応している。

(ケアプランチェック対象のケアプランの選定)

- ケアプランチェックの対象とする居宅介護支援事業所や介護支援専門員、ケアプランの選定に関しては保険者に委ねており、その部分で県が指導・助言することはない。

- ただし、選定について保険者が悩んでいるようであれば、例えば、国の適正化システムを活用し、「給付上限額の〇〇%以上を使っている事業所を選んで、その中で特に給付費が高い利用者を選んではどうか」とか、「要介護認定データと実際に受けているサービスの状況が異なる方も抽出できるので、そういった方を選んだらどうですか」等のアドバイスは行っている。

(アドバイザーに寄せられる質問や問い合わせ)

- アドバイザーに寄せられる質問や問い合わせについて、アドバイザーによくされる質問は「他の保険者はどのようにチェックしているのか」という点である。チェックの仕方そのものが分からないというよりも、「自分たちのやり方でよいのか」という迷いがあるのではないか。県としては、各保険者のやり方を構築してもらって、平成30年度以降に確立していただければ良いのではないかと考えている。県が実際にケアプランチェックを行っているわけではなく、また、具体的なやり方を提示することは難しいが、いろいろな保険者のやり方を収集しながら、「他の保険者ではこうでしたよ」と情報提供できるように努力している。ただし、チェックの方法について何らかのベースラインのようなものは県としても構築していきたいと考えている。

(保険者独自の取り組み)

- 各保険者の担当者が介護支援専門員の有資格者がいる場合には、おそらく保険者独自のケアプラン適正化は行っているのではないかと思う。相談事業や指導業務の嘱託として介護支援専門員有資格者を雇用して、その職員にケアプランチェックを依頼しているケースもあると聞いている。また、地域包括支援センターに配置されている主任介護支援専門員にケアプランチェックを依頼しているケースもあるようだ。

(4) 関係機関との連携内容

1) 自治体との連携

(ケアプランチェックアドバイザー派遣事業の事前打ち合わせ)

- ケアプランチェックアドバイザー派遣事業では事前打ち合わせの場を設定しており、そうした場で各保険者の状況を把握し共有するようにしている。事前打ち合わせには福岡県介護支援専門員協会のアドバイザーにも参加してもらうようにしている。保険者とアドバイザーの顔合わせの場としても機能している。なお、事前打ち合わせには、当該年度に派遣を希望する複数の保険者に参加してもらっており、参加保険者間の横の連携ができたりしている。事前打ち合わせを経て、実際のアドバイザー派遣が始まる。
- 事前打ち合わせ以外にも、適宜電話等で保険者からの問い合わせにも対応しており、そうした機会を通して、保険者の状況・ニーズを聞き取るようにしている。

(実地指導への保険者担当者の参加)

- 県介護保険課からの実地指導も年間 100 件あまり実施しているが、当県では実地指導の場にも当該保険者の担当者に同席していただいて、現場の状況を共有してもらうようにしている。保険者は給付データも把握しているため、そうしたデータに基づいて保険者独自に指導するケースもある。

(平成 30 年度以降における県と保険者との関係について)

- 指定権限が県から保険者に移譲した後は、県と保険者がどのように連携していくことになるのか現時点では未定である。介護保険の最も重要なポイントであるケアプランが崩れてしまうと給付の適正化等も意味がなくなる。そのため、県として何らかの保険者支援は続ける必要があると思われる。その支援として、ケアプランチェックアドバイザー派遣事業や研修会等で今のような形をある程度残しておく必要があるのではないかと考える。
- 県から保険者へのバックアップ体制は必要であるが、現時点では国からの提示はなく、指定権限が保険者に移譲される初年度はどのような事態が起こるか分からない状況である。実地指導についても、都道府県の関与を通知等で明確にしてもらった方が、県も財政や人事担当に話がしやすい。
- 現状でも可能な対応として、実地指導のやり方や手法等の伝達は実地指導担当者会議および研修等で行っている。しかし、各保険者の考え方にも差があり、「その時になって考えよう」という保険者もいれば、「今から徐々に準備態勢を整えよう」という保険者もいる。

(5) 実績・効果

(実績)

- 昨年度に事業を実施したのは 7 地域、6 保険者であった（複数の保険者が広域連合となっているケースもあり重複も発生する）。今年度の希望は 9 地域、8 保険者、来年度の予定については 10 地域、6 保険者となっている。
- 福岡県介護支援専門員協会から派遣されたアドバイザーの実人員は、昨年度で 4 人である。昨年度は派遣者を福岡県介護支援専門員協会から紹介してもらい、その時の日程調整を優先し、日程が可能なアドバイザーに訪問してもらうという形であった。そのため、県としては派遣者の詳細な情報は入手しておらず、連絡先程度しか把握していない状況であった。しかし、今年度からは、派遣者の詳細な情報を整理しているところである。福岡県介護支援専門員協会も、アドバイザーを育てよう考えているようであり、アドバイザーを継続的に確保するとともに人員を増やしており、現在はアドバイザー該当者が 10 人以上いる。

(効果)

- アドバイザー派遣終了後の保険者の声を聞いてみると、「自分たちでも取り組んでいるが、やり方が正しいのかが不安」という声が多かった。さらに聞いてみると、「ある程度の方向性や指針、方針が持てた」や、「介護支援専門員の言われたことに対してどう返してよいか分かった」、「介護支援専門員と意見交換ができて、共通意識が共有できるようになっ

た」等の声が聞かれた。「県が展開する関連事業の中で、一番まともな事業」と言われたこともある。

- 介護支援専門員でない職員がケアプランチェックを担当する保険者も多く、そうした担当者からは「どうしたらいいかわからない状況から始まったが、実際に介護支援専門員のアドバイザーがいる中であれば、安心です」という声は多く聞いた。
- その他のケアプランチェックの効果や実績で見ているポイントについて、チェックするケアプランによって、時間がかかるケースもあれば、簡単に終わるケースもあるので、「数だけで評価ができるのか」という点に疑問はある。
- ケアプランチェックで、「その後どの程度、介護給付費に削減等に反映されているのか」という費用対効果の評価が難しく、それも取り組みの優先度が低い原因の1つであろう。
- 地域の介護支援専門員と話をする中で、保険者の考え方や思いを伝える場にはなると思うことから、ケアプランチェックがそれ以外を行う場にもなると考えている。
- 介護支援専門員が保険者に相談しやすくなる効果もあると思う。ただそれも、ケアプランチェックをした後のフォローの体制が整っていないと難しい。
- 介護支援専門員の横のつながり・ネットワークは強く、1人の介護支援専門員に言ったことが、他の介護支援専門員に伝わるケースも多い。その意味では、具体的な根拠はないものの、ケアプランチェックを行っていけば見えないところで底上げになっている効果もあるのではないかと。最終的には、介護支援専門員から「受けて良かった」と思ってもらえるようになることを期待したいと考えている。

(成果確認のアンケート)

- アドバイザー派遣事業の成果確認については、書面で事後のアンケートを取っていて、「その後どういうふうに体制を変えたか」等の項目を確認している。アドバイザー派遣事業の具体的な成果については、今後取りまとめに入りたいと考えている段階である。
- アンケートについては標準的なことしか聞いておらず、例えば、「困っていることは何か」「アドバイザーを受けてどうだったか」「その後、改善したことは何か」くらいである。

(効果発表会)

- 全保険者が集まる場での報告会の場も作っており、効果発表について昨年1度参加した。ただし、昨年度の発表では担当者が感想だけを言っているような形になっており、準備が足りなかったと感じた。そのため、次の効果発表では保険者の許可をもらって具体的に事例について話をしてもらうことと、アドバイザー派遣を受けたことで実際に保険者として改善したところがあれば、それも発表してもらう形にしようと考えている。
- 具体的には、年に2~3回実施している福岡県介護給付適正化推進協議会で保険者が集まる場において効果発表をしていただく予定である。福岡県の介護給付適正化推進協議会はケ

アマネジメントだけではなく、適正化を含めた全般の話を議論している。

- アドバイザー派遣は1~2度しか実施できないため、上記のような場で他の保険者のやり方を知ることで、他の保険者のやり方を参考にして各保険者独自の取り組みを構築してほしいと考えている。結局、アドバイザー派遣を受けても、アドバイザーと一緒に検討したケアプランについては分かったが、他のケアプランには対応できないということでは問題となる。ある意味で、各保険者の応用力を高める取り組みとして効果発表会を考えている。

(6) 今後の課題

(保険者職員について)

- 人口規模等、県内保険者の間にばらつきはある。それだけでなく、例えば県職員では介護保険課だと介護保険しか行わないが、保険者は福祉課という範囲で、介護保険以外の業務も担当している。特に小さな保険者だと、介護保険も障害者福祉も担当するケースもあり、専門の職員を配置することは難しい面がある。また、介護支援専門員は専門職になるため給与体系をどのようにするかの問題も発生する。そのような要因から介護支援専門員有資格者を配置できない場合には、一般の行政職がケアプランチェックを行うことになるが、人によって熱心さやスキルに差が生じやすい。
- 介護支援専門員に適合した給与体系の導入や職務の確保等、介護支援専門員を雇用するための工夫は必要であると考えている。

(ケアプラン点検の外部委託について)

- ケアプランチェックを外部事業者へ委託している保険者もある。ただし、ケアプランの点検自体は委託事業者が行い、介護支援専門員へのヒアリングは保険者が行うというような役割分担をしているケースが多いようである。すべての点検業務を外部に委託してしまうと、保険者に情報が蓄積されていかない可能性があり、問題があるのではないかと感じる。
- 「ケアプランチェックを外部に委託している保険者を教えてほしい」という問い合わせを受けることもある。おそらく、保険者が直接実施する場合と外部委託する場合とで人的コストや費用を比較したいというニーズが大きいと感じる。

(ケアプラン点検を通しての所見)

- 有料老人ホーム併設の事業所については、適切なサービス提供が行われているかチェックを要するケースがある。
- 毎日デイサービスを利用し、毎日入浴している利用者もおり、「毎日必要なのか」という確認も行う必要がある。
- 「引き込もっている利用者に訪問介護ばかり行うのは適切なのか」、「家族がいるのに毎日、生活援助を行うのは適切なのか」といった様々な視点がある。

- ケアプランチェックがサービス提供の抑止力になる可能性もあるが、利用者や事業所の希望がある中で、介護支援専門員 1 人の力ではケアプランの適正化が不十分な面はある。介護支援専門員が利用者や事業所にきちんと説明できるよう、例えば「自治体から言われた」等を説明に活用できるよう、自治体が介護支援専門員を支援する体制を構築することも重要である。
- 介護事業者の意識転換には着実に貢献していると感じる。

4.11 ヒアリング結果：宮崎県・宮崎県介護支援専門員協会

(1) 背景・目的

- ケアプランがケアマネジメントプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なものになっているかを保険者が介護支援専門員と一緒に点検できるよう支援し、ケアマネジメントの質の向上を図るとともに、介護給付費の適正化を図ることを目的とする。

(2) 実施体制

- 保険者が行うケアプラン点検を支援する体制は以下のとおりである。
 - 平成 24～26 年度：「宮崎県ケアプラン点検支援事業」を宮崎県介護支援専門員協会が県からの委託事業として受託している。協会内に介護保険部（適正化支援委員会）を設置し、事業を担当した。これは、平成 24 年度～26 年度の 3 か年事業である。
 - 平成 27～28 年度：「在宅医療・介護連携ケアマネジメント推進事業」を県からの委託事業として、宮崎県介護支援専門員協会が受託して実施している。これは、平成 27 年度～29 年度の 3 か年事業である。

(3) 実施方法

(県における取り組み)

- 宮崎県介護支援専門員協会に委託して、「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」を作成した。

(保険者における取り組み)

- ケアプラン点検は基本的に保険者が実施する業務で、居宅介護支援事業所の数が少ない保険者や、保健師や介護支援専門員等専門職が確保できる保険者では点検の取り組みが進んでいるところもある。外部に委託している例もあって、熊本県の事業所に委託している市町村もある。

(宮崎県介護支援専門員協会の取り組み)

- ケアプラン点検は実施していないが、ケアプラン点検を支援する取り組みを行っている。
- 具体的な支援方法としては、以下の事業に取り組んでいる。
 - 宮崎県ケアプラン点検支援事業
 - ・ 保険者を対象にアンケートを実施し、ケアプラン点検の実施状況や課題の抽出・整理を行う。アンケート内容を踏まえ意見交換会を開催し、ケアプラン点検を実施している保険者の実践発表等を通して、実施できていない保険者の課題や今後の取り組み方法等について検討する。ケアプラン点検に関連する部署等に保健師を配置できている保険者はケアプラン点検も有効に機能している。人事の問題もあり、同じ担当者を同じ役職に長期間配置する自治体もあれば、ローテーションで複数の部署を回る形として経験を積ませる自治体もある。各自治体の人事配置の在り方には介

入できない面がある。

- ・ 介護保険部（適正化支援委員会）を中心に各保険者のケアプラン点検担当者を交えた「ケアプラン点検支援マニュアル作成部会」を設置し、標準的な点検方法の指標として「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」を作成した。
 - ・ 保健医療二次圏域毎にケアプラン点検担当者を対象に、宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアルの説明会を開催した。
 - ・ 保険者職員を対象に研修会を開催し、模擬ケアプラン点検等を実施し、ケアプラン点検の手順等について説明した。
- 在宅医療・介護連携ケアマネジメント推進事業
- ・ ケアプラン点検支援事業終了後（平成 26 年度終了）に、研修会や意見交換会の開催、宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアルの活用促進後の取り組み状況について保険者毎にヒアリングを実施している。
 - ・ ヒアリング内容を踏まえて、担当者に対し、ケアプラン点検に関する研修会を開催している。
- ・ 介護給付適正化の主要 5 事業の中のケアプラン点検とは別の事業であるが、宮崎県介護支援専門員協会の自主事業として、介護支援専門員の中から選考されたケアマネナビゲーターが巡回相談・助言指導を行い、介護支援専門員に対しスーパーバイズを実施する、「ケアマネナビゲーター相談・助言事業」を実施した。

(4) 関係機関との連携内容

1) 宮崎県と宮崎県介護支援専門員協会の連携

- ・ 宮崎県介護支援専門員協会は平成 20 年度に任意団体として設立し、平成 22 年に一般社団法人として新たに発足した。法人設立後、介護支援専門員の係わるすべての法定研修を県の指定を受けて実施している。
- ・ ケアマネジメントに係わる事業を数件受託しており、事業実施にあたっては、宮崎県と宮崎県介護支援専門員協会の両輪で推進できるよう、会議への出席や打ち合わせ、意見交換会を随時開催している。

2) 県内保険者と宮崎県介護支援専門員協会の連携

- ・ 保険者との連携に関しては、ケアマネナビゲーター相談・助言事業では、訪問を行う居宅介護支援事業所の相談内容やケアプラン点検の内容等について、保険者又は地域包括支援センターの情報提供に協力を依頼し、情報共有に努めている。

3) 関係機関と宮崎県介護支援専門員協会の連携

（ケアマネナビゲーター相談助言事業）

- ・ ケアマネナビゲーターの選考を行うために、①県医師会、②社会福祉協議会、③県老人福祉サービス協議会、④県看護協会、⑤県介護福祉士会、⑥学識経験者、⑦宮崎県等の関係

機関に協力を得てケアマネナビゲーター選考委員会を設置している。

(介護支援専門員研修向上支援事業)

- 研修内容の検討・評価を行う委員会として以下の団体が参加し、研修向上委員会を設置している。また、その下に作業部会（ワーキンググループ）を設置している。
- 研修向上委員会の構成メンバーとして、①県医師会、②県社会福祉士会、③県介護福祉士会、④県看護協会、⑤宮崎市、⑥宮崎県等がある。
- 作業部会（ワーキンググループ）としては、上記①～⑥および、⑦県理学療法士会、⑧県認知症指導者の会、他から構成されている。

(5) 実績・効果

(保険者の取り組み状況)

- 上記事業のアンケートやヒアリング内容から、平成 27 年度までに県内の約 80%の保険者がケアプラン点検を実施している。ただし、点検作業を実施している保険者にとって、効果が明確でなく、作業量が増えるだけとなると、積極的にケアプラン点検を実施する保険者は増えにくいと考えている。
- 介護支援専門員に対して、ケアプラン点検に対する考え方や、ケアプラン点検の実施前後を比較するようなアンケートを取れば、点検作業の効果が把握できると考えているが、アンケート調査の実施は、業務負担の課題もあり難しいところである。

(6) 今後の課題

(宮崎県介護支援専門員協会からみた課題と対応)

- 宮崎県介護支援専門員協会ではケアプラン点検作業を実施することは想定していないが、支援の際の留意点として、点検対象の事業の理解と通常業務を阻害しないような工夫、点検に必要な作業時間を取ってもらうことを依頼する等の工夫が必要であると考えられる。
- 支援する上での課題として、担当者の異動等により上記事業内容が十分に引き継ぎされない状況があり、ケアプラン点検の目的や効果が継続されない。担当者の異動により事業効果に支障が出ないように、定期的な研修会の実施と「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）の活用を促進している。

(県、市町村からみた課題と対応)

- 各保険者では人事異動もあって、スキルが定着しにくいことも課題である。介護支援専門員は、自分のスキル向上に不安があるようである。
- 今後、担当者を対象にケアマネジメントに関する研修会等を企画する予定である。

(7) その他の取り組み

- 1) 自立支援に向けたケアプランの作成を支援するための取り組み（「宮崎県ケアプラン適正化支援マニュアル」の作成）

(目的・背景)

- 前述したケアマネジメントに関する実態調査において、医療との連携に関することや住宅型有料老人ホームに関することが介護支援専門員業務を行う上での課題として多く意見が寄せられた。そうした課題を踏まえ、介護支援専門員のケアマネジメント力を、多職種連携等を通して高め、利用者の自立支援に向けたケアプランにつなげていただくために、「宮崎県ケアプラン適正化支援マニュアル」が作成された。利用者の「真のニーズ」や「真に必要なとされるサービス」を導き出していく手引きとして活用されることを狙いとしている。

(作成の体制)

- 宮崎県介護支援専門員協会が県委託事業として宮崎県ケアプラン適正化支援事業を受託し、協会内に介護保険部（適正化支援委員会）を設置した。これは、平成 25 年度～26 年度の 2 か年事業である。

(活用状況)

- 在宅医療・介護連携ケアマネジメント推進事業（在宅医療・介護連携推進事業）として研修会や県および県協会のホームページに掲載して周知する。また、県補助事業であるケアマネナビゲーター相談・助言事業において、ケアマネナビゲーターが県内の全居宅介護支援事業所を訪問する際に持参し、面談や提案内容に資する相談・助言の手引書として活用した。

(課題)

- 介護支援専門員に活用していただければと考えているが、活用実態の調査は実施しておらず、把握していない。最近の説明会での聞き取り調査では、マニュアルの認知度は、参加者の半分程度で、実際に利用しているのは、その更に半分程度という状況であり、周知と活用に一層取り組む必要があると考えられる。

2) ケアプラン点検を効果的に行うための取り組み（「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」の作成）

(目的・背景)

- ケアプラン点検を推進する理由は（1）背景・目的のとおりである。「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」は、保険者の担当者が、保険者としてケアプランを点検する際に、経験の有無や専門職であるかないかに関わらず、自立支援のためのケアプランとなっているかという視点で、介護支援専門員とともに確認していくことができるように作成した。

(作成の体制)

- 宮崎県介護支援専門員協会が県委託事業としてケアプラン点検支援事業を受託し、介護保険部（適正化支援委員会）を中心に各保険者のケアプラン点検担当者を交えたケアプラン点検支援マニュアル作成検討会を設置した。これは、平成 24 年度～26 年度の 3 か年事業である。

(活用状況)

- 「宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル」の内容は、アセスメント、居宅サービス計画書（ケアプラン）第1表～第7表、モニタリングのそれぞれについて、確認する項目や質問例、質問する際の留意事項をまとめたものとなっている。
- 保険者担当者向けに作成しているため、Web上での公開等を行っていない。
- 県内各保健所に保険者担当者を集め、マニュアル説明会を開催した。26市町村中16市町村で活用いただいている。外部委託でケアプラン点検を実施している保険者もあるため、すべての保険者で活用されているわけではないが、保険者が実施主体となってケアプラン点検を実施している保険者では、参考にしてもらっている。

(課題)

- 今後、マニュアルの見直しの必要性について検討する予定である。

3) ケアプラン点検を効果的に行うための取り組み（ケアマネナビゲーター相談・助言事業）

(目的・背景)

- 介護支援専門員の悩みや課題を保険者の職員が聞きだすことは立場上難しいことから、同じ立場である宮崎県介護支援専門員協会が主体となって状況を把握し、情報を保険者に伝えて地域課題の解決に結びつけることが目的である。

(実施体制)

- 宮崎県と宮崎県介護支援専門員協会が、初年度および次年度は1:1、最終年度は1:2の比率で予算を供出した。
- 経験と資格から選任されたスキルの豊富なケアマネナビゲーター（巡回地域から人数を確定した9名、宮崎県介護支援専門員協会が委嘱）が県内の全居宅介護支援事業所を訪問し、各事業所の介護支援専門員の相談を聞き取った。これは、平成26年度～28年度の3か年事業である。

(実施状況)

- 訪問の前にヒアリングシートを配布し、訪問の趣旨を理解してもらうように努めた。
- 主観的な評価を避けるために、可能な限り宮崎県介護支援専門員協会役員、地域包括支援センター職員、ケアマネナビゲーターの三者が同席して面談し、現場からの相談を受けられるようにした。ケアマネナビゲーターは、地域にある居宅介護支援事業所に出向き、ケアプランに係る業務の相談、介護報酬の解釈等の法的根拠を基に助言をする等、介護支援専門員が作成したケアプランに特化した個別具体的な支援等を行った。
- 面談内容や介護支援専門員業務環境（作業スペースや机の位置、自動車台数、携帯電話の個数等）、介護支援専門員への投資状況、悩みや課題を聞き取って、ナビゲーター・シートとして取りまとめて報告書を宮崎県介護支援専門員協会に提出した。
- ケアマネナビゲーターの訪問については、有給休暇を取得して業務外として活動する者、事業所の許可を得て業務として行っているものと様々であった。ケアマネナビゲーターには旅費と日当を支給した。

- 結果は現在分析中であるが、得られた結果や地域における課題については宮崎県介護支援専門員協会を通じて県に報告され、宮崎県長寿介護課を通じて、保険者の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員に情報提供される。
- ケアマネナビゲーター相談・助言事業は現場の事業所に直接出向くことに大きな意義があり、本音で意見交換できる場として機能している。地域の実態を理解しているケアマネナビゲーターと介護支援専門員は、同じ問題を抱えた同僚でもあるので、共感や信頼感が生まれる。役所に来訪してもらう形や、多人数の会議に参加する形ではなく、現場での個別面談やアドバイスを行う形が効果的である。ケアマネナビゲーターにはこうした業務を遂行しやすい環境と作業時間が必要である。

(課題)

- 継続的に実施する場合、予算やマンパワーが必要となる。

4.12 ヒアリング結果：大阪介護支援専門員協会

(1) 背景・目的

- 保険者による実地指導は、居宅介護支援事業所等が法規等を遵守できているか確認する。ケアプラン点検は介護支援専門員の支援の質を向上させることが目的となる。
- 指導を受ける立場に立てば、その道に熟達した人から指導を受けたいと考えるのが自然である。公益社団法人大阪介護支援専門員協会（以下、協会）に委託する意義がそこにある。
- 協会は、保険者機能等を勘案し事業を実施している。ケアプラン点検サイクルを、受ける側のメリットになるように展開していくことが重要であり、内容や方法もニーズに合わせて改善していくことが重要である。
- 力量が高く、現場経験も豊富な介護支援専門員が点検を実施している。介護支援専門員が自らの職務の専門性を担保するために、他者の点検を受ける機会は有益である。
- 書類を丁寧に見る技術と実践を想定できる技術を持って行っている。実際に、個別事例の評価が嬉しいという介護支援専門員もいる。そうしたケースが増えていけば、ケアプラン点検を推進する事で、ケアプラン適正化を促進できる。

(2) 実施体制

- 協会が設置している研修センターで事業運営を担っている。
- 点検を担当する者は79人（平成29年1月時点）である。介護支援専門員実務研修等の法定研修の講師を中心にケアマネジメントプロセスを理解しており、説明や指導ができることを就任条件としている。

(3) 実施方法

- 保険者は、単価委託契約によって、協会へケアプランチェック（個別のケアプラン評価）を委託している。
- 懇談会（指導・助言）、マネジメントレビューについても、別途料金を設定し、保険者から依頼を受けて行っている。

（ケアプランチェック事業の流れ）

- 1) 保険者と協会にて協議、契約締結
- 2) 保険者にてケアプランチェックの対象者を選定、事業所へ通知
- 3) 事業所は対象者に関する以下の書類を保険者に提出
 - 課題分析表
 - 居宅サービス計画書一式
 - サービス担当者会議録
 - 支援経過記録

- 4) 保険者は書類を協会に送付
- 5) 協会から点検担当者に書類を送付
- 6) 点検担当者は書類をチェックして、報告書を作成、書類と共に返送
- 7) 協会では報告書を確認後、保険者に送付

- 「ケアプラン点検マニュアル」（厚生労働省）と一般社団法人長寿社会開発センターの「居宅サービス計画書作成の手引」を指導の基本方針としている。
- 誰が対応しても同じように、客観的に点検できるよう、使用する報告書は全て同じ書式を活用している。

（個別評価）

- 個別評価については、「社会で普遍的に起こっていること以外は対象にしない」という方針をとっており、事例のアセスメント、背景、基本情報、3か月の支援経過推移、疾病に対する対処等を、個別支援の評価をしている。
- 大阪介護支援専門員協会では、利用者の生活変化（年月推移）の聞き取り評価をしている。
- 保険者レベルの独自評価や評価者個人が着目する点に限定された評価は、客観的な評価として取り上げていない。

（保険者への報告）

- 委託を受けた保険者に対しては必ず評価結果のレビューを行っている。なお、レビュー項目は個別評価と相互に連続している。
- 保険者職員向けの研修も行っている。

【研修資料】

事業を始める前に

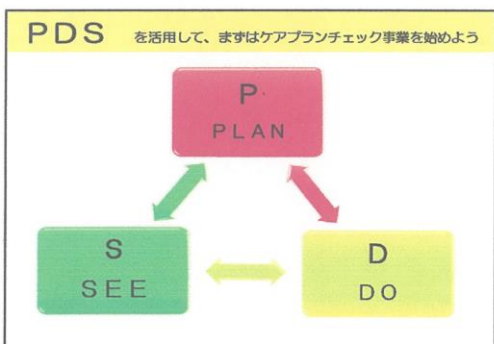


D DO

組織化
指揮
コミュニケーション
動機づけ




- 条件1 条件1
意味合いと目的を納得させる
 - ケアプランチェックの目的の提示
 - 効果・価値の伝達
- 条件2 条件2
ゴールの明示
 - 地域評価の収集
 - 当面の到達点について提示
- 条件3 条件3
発奮させるように伝える
 - 誰のための事業であるか
 - チェック後の反応の調整



S SEE


統制
調整
測定
評価



- 条件1 統制
 - 自発的に担当者が自己統制
 - 経験と意欲を持ってこなす
- 条件2 調整
 - ネットワークと折り合いをつける
 - ①強制力②妥協③統合を活用し調整する
- 条件3 測定
 - 目標に応じて測定する
- 条件4 評価
 - 公平な評価

P PLAN

情報収集
情報統合
計画
決定



- 条件1 条件1
適切性
 - 地域の情報をアセスメント
 - 高齢者の意見や情報の収集 等
- 条件2 条件2
基準性
 - 評価をどのようにおこなうか
 - どのような行動で実施するか
- 条件3 条件3
整合性
 - ネットワークへの影響の精査
 - 関係性の維持の測定

実施計画表（例）

事業名	実施期間		A月B日～ C月D日
責任機関	担当者（責任者）		
スケジュール			
目標			
事業評価	方法？		
	日程？		
必要資料			
実施担当者			
事業対象事業者	事業者名	担当者	連絡先
	〇〇ケアプランセンター	Aさん	☎〇〇-〇〇〇・メール

(介護支援専門員の自己評価の導入)

- 介護支援専門員の仕事は、ケアプラン作成にとどまらず、支援経過まで含めて考える必要がある。実際に現場経験がないと、ケアプランの指導や評価は十分にはできないのではないかと考える。
- 自己評価を基盤として、研修等にプロセス実施を目指すための目標を持って行いたいと考えている。

(ケアマネジメントのプロセスの評価)

- ケアマネジメントプロセスの実践について理解がないと評価を行うことは難しい。
- ケアプランの良し悪しに関する視点、利用者の生活機能に着目する必要がある。
- 利用者を中心とした、介護支援専門員や社会資源提供者との関係性は、経過記録を用いて、ケアマネジメントのプロセスの評価を行うことが必要である。

(介護支援専門員の引き継ぎについて)

- 利用者の担当の介護支援専門員が変更された際、改めて課題分析を行い、居宅サービス計画書原案を作成、サービス担当者会議を開催、居宅サービス計画の確定後に利用者から同意を頂くケアマネジメントサイクルを踏む必要がある。

(チェックするケアプランの抽出)

- ケアプランの抽出方法は、給付金額の推移確認、大阪府国民健康保険団体連合会データとのエラー項目チェック、ケアプランの内容等3つの視点がある。
- 居宅介護支援事業者からは、「なぜ当事業者がケアプラン点検の対象として抽出されたのか？」という問い合わせを受けることもある。
- 提出書類に不備がある場合として、指導の仕方やアセスメントのケアプランへの反映等の解釈が統一されていない事が多い。
- 生活保護の対応で、書類の提出内容を点検し、生活保護の相談窓口担当者に課題分析や居宅サービス計画書等の見方について研修をすることもある。
- 居宅介護支援事業所の規模や保険者の人口規模の大小で点検作業の具体的な内容は異なる。

(点検作業の1日当たり件数)

- 点検作業の実施件数は、1日当たり最大限2~3件程度である。
- 委託内容には、介護支援専門員又は保険者向けの研修業務もある。

(チェックするケアプランの受け渡し)

- ケアプランの受け渡しについては、郵送のケースも多いが、保険者によって違いがある。

- 小さい保険者では 20～60 件、大きい保険者では 500～600 件のケアプランを点検する。

(ケアプラン点検後のフォロー)

- 点検後のフォローとしては、個別評価の内容について介護支援専門員と 20～30 分程度の面接を行う場合もある。
- 面接には、必ず保険者が立ち会う。

【介護支援専門員に対するフィードバックの例】

H25 年度 プランチェック報告書

被保険者氏名	居宅介護支援事業所名	担当介護支援専門員
〇〇さま	ケアプラン〇〇	〇〇〇・・・

※記載内容について※

- 厚生労働省老健局振興課が平成 20 年 7 月 28 日通知のケアプラン点検マニュアルと財団法人長寿社会開発センター平成 22 年 2 月発行四訂居宅サービス計画書作成の手引き（第 2 版）をもとに記載した内容です。
- 提出いただいたケアプランに掲載されている内容により記載をしています。

チェック項目	問題点・留意点・意見等
(1) 課題分析手法を用いた課題分析（アセスメント）が適切に行なわれているか。	・利用者のこれまでの生活なども丁寧に記載があり特に問題となる点はありません。
(2) アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか。またその上でのサービス計画となっているか。	・アセスメントの結果を踏まえ、一人暮らしを続けたいという利用者の想いを支援するための目標設定がなされていると思います。
(3) 利用者の生活全体をとらえ、主訴等に配慮し、本人および家族の役割や能力を評価する視点に留意しているか。	・利用者のできる能力の記載がアセスメント記録にあり、利用者の行える生活行為に配慮し、必要時に支援提供を行う計画書になっています。利用者の状態変化の把握は難しいと思いますが、有する能力の活用に留意された計画書であると思います。 ・利用者の 1 日の生活内容がアセスメント記録で明らかにされており、利用者の生活全体の把握がなされているものと判断できます。また、家族による支援が難しい状況の理由がアセスメントに記載されてあることから、家族に対するアセスメントも行われています。
(4) サービス担当者会議が適切に行なわれているか。欠席者からの意見照会や各自の役割分担など合意を得ているか。	・認定更新時のサービス担当者会議においては、居宅サービス計画書原案に対するサービス担当所からの専門的意見の聴取が必要となります。訪問介護事業所へは意見照会を行い関係者で周知を図られていますが、主治医の意見共有の実施確認ができませんでした。主治医の意見は後日に得られていますが、共有できるように努めてください。
(5) 特定のサービス・特定の事業所に偏っていないか。適正なサービス量か。	・特に偏りがあるとは思えません。通所介護の利用日変更の迅速な対応や、訪問介護に対する不満への説明等、真摯に利用者に向き合っておられると思います。 ・週間サービス計画表へは受診も記載するように努めてください。
(6) 総合評価	・モニタリングの総括を丁寧にまとめられていると思います。もう少し、その状況に対する介護支援専門員の判断内容が加味されると良いのではないかと感じました。

確認欄	指導者氏名	〇 〇〇〇	事務局確認  印
-----	-------	-------	---

(保険者に対するアドバイザーとしての活動)

- アドバイザーとしての依頼を保険者から受けることもある（主にケアプラン点検評価の伝達のための面接時）。
- ケアプラン点検担当者がアドバイザーや講師としてとして出向くようにしている。

(4) 関係機関との連携内容

(大阪府庁等との連携)

- 専門職が行うケアプラン点検であることが、協会が担当する意義となる。保険者が直接行う場合、ケアプランを作成したことが無い職員が、介護支援専門員の作成するケアプランを点検して、ケアマネジメントの質を向上させる指導を行うことは難しい面がある。
- 保険者職員の新人教育も行っている。書類の記載漏れ等を単純に指摘するのではなく、例えば認知症のケースについての具体的な確認ポイントを示してコーチングの方法を伝達している。
- 保険者は事業者や被保険者等に対して権限があるので、その機能の強さを理解し、保険者が生活現場で発生する問題や疑問・質問等に対して的確に対処できることが必要である。
- アセスメント時には、利用者の情報が必ず収集されるよう、課題分析の標準項目 23 項目が網羅されていることが重要である。
- 法令違反が発見されるケースはほとんどない（法令違反が発見され、調査を経て、違反であれば公表される）。
- 情報不足により、法令遵守されずに対応するミスがある。
- 介護支援専門員の自己評価のレベルは、介護支援専門員資質向上ガイドラインにおいては、法令遵守について実践活動ごとに何度も確認する等の工夫がされている。

(5) 実績・効果

(ケアプラン点検の件数実績)

- ケアプラン点検事業開始当初は 1 年に 26 件、2015 年は 1,343 件、2016 年は 1,800 件程度まで増加し、2017 年は 2,000～2,800 件にまで増加する見込みである。

(効果)

- ケアプランを作成する介護支援専門員としては、ケアプラン作成時の法令遵守が促進される、ケアプランの書き方に関する不安が解消されつつあるといった効果が見られる。また、自己点検表の活用によって、被保険者から得られる情報の幅が広がった。
- 近年は介護支援専門員のレベルが向上し、点検者からの指摘の内容が、以前よりも具体的になっている。

- 保険者の理解も深まっており、ケアプラン点検の効果が拡大しつつあると感じる。

(6) 今後の課題

(国全体としての課題)

- 「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)について整理すると、以下のとおりである。
 - 現状は第1表から第3表まで解説されているが、第7表まで広げ、給付と結びつけた記載があれば更に良い。
 - また、サービス内容とサービス種別の対応で、給付、セルフケア、加算の関係についての説明が今以上にあると良い。
 - 保険者の解釈と相違するケースもあり、担当者の専門性が社会状況と相違し、申し伝え等も十分に行われていないケースも見受けられる。法令遵守を基に、様式の曖昧さを改善してほしい。
 - 実務的な点検作業では細かい点に言及しにくい、プロセス管理の点で書式の意味が分かっていない社会資源を担当する事業者もあるために マニュアルの改善を望みたい。
- 国の課題整理の動きを見ているとモニタリングの取り組みが不十分等の課題があるとしても、社会変革に合わせて研修の仕方も変革し、医師との連携が導入される等、具体的な改善策が打ち出されている印象を持っている。

(7) その他の取り組み

1) 職員向け研修会

- 介護支援専門員教育の実務研修講師にケアプランの点検を依頼している。アセスメント項目の根拠を確認し、記録抜けや解釈の違い等を、ケアプランを見て確認する。
- 個別評価担当については、契約や登録も個人情報保護方針を熟知し行っている。
- なお、レベルの平準化を図るために、研修講師に対する研修も実施している。
- 実践を知ること、講師の指導内容や方法も改善されることにつながると信じている。

2) その他の取り組み

- 保険者の希望によっては書類の見方を講義する。ただし、あくまでも書類の見方を示唆することが主眼であり、協会では専門性は担保しているが、書類に関する権限は保険者が保有しており、書類の改廃や改善等については保険者が主体的に対応すべきと考えている。

4.13 ヒアリング結果：福岡県介護支援専門員協会

(1) 背景・目的

- ケアプラン点検は保険者が主体的に実施するものであるが、職能団体としての福岡県介護支援専門員協会のケアプラン点検実施・支援の取り組みの出発点は以下の2点である。
 - ▶ 本来の趣旨は介護支援専門員の成長・資質向上であるにもかかわらず、実地指導的な状況になっており、本来の趣旨とは変化しつつある。
 - ▶ 専門職へのアドバイスや支援は専門職が行う必要がある。
- 上記の問題認識に対応すべく、福岡県介護支援専門員協会独自でケアプラン点検の事業を実施しようという話が以前からあった。予算的な問題もあり検討を続けていたが、介護人材確保基金の活用ができることになったこともあり、県に提案して実施することになった。また、同時期に県介護保険課でも、ケアプラン点検の担当者を養成する動きがあり、協会との協力が持ち上がり、保険者の担当者の育成のために、福岡県介護支援専門員協会から理事以下が参画することになった。
- 福岡県介護支援専門員協会が手掛けるケアプラン点検の事業については、福岡県の適正化事業に人材を派遣する事業と、福岡県介護支援専門員協会が主体的にケアプラン点検を実施していく事業の2つを実施している。

(参考：福岡県介護支援専門員協会の位置付け)

- 当協会は、公益団体としての性格を持つ介護支援専門員の職能団体であるため、基本的には、介護支援専門員を守る立場である。それと合わせて、介護支援専門員の資質を向上するという社会的な役割もある。
- 県内の介護支援専門員有資格者を母数としたときに、福岡県介護支援専門員協会の組織率を推定すると1割くらいであり、実働介護支援専門員を母数とすると、組織率3割強である。いずれにせよ組織率はまだ低い状況である。全国的な組織として組織化される前には、各地域単位で先行的に任意の介護支援専門員の事業者団体に設立されており、そこでの活動が地域で根付いていったという経緯もあり、全国単位の職能団体としての必要性の認識が低い状況である。今後認知度やプレゼンスを高めていきたいと考えている。

(2) 実施・支援体制（アドバイザー派遣）

- 福岡県介護支援専門員協会のケアプラン点検に関わる事業全体の枠組みを示すと以下のとおりである。
 - ▶ 当協会が実施する事業は ABCD で分けしている。
 - ▶ 事業 A はケアプランチェック・アドバイザー事業（人材の推薦）であり、事業 B はケアプランチェック・アドバイザー事業（当協会が実施するもの）である。事業 B は介護保険人材確保基金を活用して取り組んでいる。現在実施しているのは、適切なケアプランチェックが行われているかを確認し、もし保険者担当者が介護支援専門員を過剰に攻撃

するようなケースがあれば介護支援専門員側に立って橋渡しする取り組みである。事業 A と事業 B がこれまで実施しているものである。なお、スーパーバイザー養成研修等は事業 B に含まれる。

- ▶ 事業 C は実際に保険者から委託を受けてケアプランチェックを行うものである。この事業はまだ実施には至っていない。
- ▶ 事業 D は、新規の居宅介護支援事業所や運営に困難が生じている居宅介護支援事業所を対象にして、福岡県介護支援専門員協会が独自にケアプランチェックを行うものである。この事業はまだ実施に至っていない。市町村保険者のケアプランチェックとも連動していきたい。これから保険者と調整を行う予定である。

(3) 実施・支援方法

- 福岡県介護支援専門員協会が最終的に目指す方向性は、事業 C や事業 D である。事業 C を実施するためには、各保険者の委託要件を満たし、かつ、保険者からの信頼を得た上で、保険者からの委託を受ける必要がある。現在のところ、県と一緒に事業 A や事業 B を進めることで、保険者からの信頼獲得を図っている段階である。また、介護支援専門員の資質向上という意味では、課題のある事業所に直接訪問してアドバイスや支援を行うことが効果的であり、それを行うものが事業 D である。
- 事業 C や事業 D は福岡県介護支援専門員としては即座に実施できるものであり、実施していきたいと考えているが、保険者の財源の問題等から未実施となっている。
- 事業 C については、どこまでの内容を委託するかは保険者によって異なると思うが、(チェック対象の抽出等も含めて) ケアプランチェックを丸ごと委託されることを想定している。実際に、保険者から見積依頼のあった案件も 1 件ある。
 - ▶ (保険者から見積依頼のあった例) 依頼があったのは、その保険者が事前に抽出したケアプランを確認して指摘事項をフィードバックする、という内容であり、介護支援専門員へのヒアリング等は保険者の担当者が行うことになっていた。チェックするケアプランは年間 50 件で、保険者の担当者とは 2 回打ち合わせ行う (25 件ずつ) という仕様だった。以上の業務内容で見積作成依頼があった。まだ正式な見積を回答していないが、1 件当たり 5,000 円の単価で提示する予定である。その単価は内々伝達しているが、「そんなに安くて実施可能なのか」という反応があった。

(4) 関係機関との連携内容

(県・市町村等との連携)

- 福岡県介護支援専門員協会は県の組織ということもあり、これまでは県との関係が強かった。しかし、介護事業所の指定権限が市町村に移管されることもあり、今後は市町村との連携も深めていきたいと考えている。福岡県介護支援専門員協会にも各地域の代表がいるので、地域ごとでの連携強化を進めていきたいと考えている。

- 自治体が実施するケアプラン点検も、一定の質を保つためには、福岡県介護支援専門員協会のような職能団体が保険者担当者と現場介護支援専門員の仲介を行う必要があると思われる。いずれにせよ、ケアプラン点検の前に事前情報を共有しておくことが重要であり、そうすることで当日の面談や話し合いの有効性が高まると考えている。

(5) 実績・効果

(実績)

- 当協会ではケアプラン点検を行うための委員会を設置しており、そこで実績の報告会も 2 回行っている。
- 県のアドバイザー派遣事業に対する保険者の意識はまだ低く、予算に対して実績額が過少となる現状である。保険者が積極的に取り組まないと、当協会から無理やり押しかけていくわけにもいかない。
- なお、事業 A と事業 B の区分けについては、広域連合に参加していない保険者から県に依頼があった場合には事業 A としており、広域連合に参加している保険者から県に依頼があった場合には事業 B とやや機械的に区分けされている。(本来は、内容によって A と B の区分けを考えていくことになっているが。)

(効果)

- アドバイザー派遣事業を実施してみて効果を感じた保険者では、他の様々な面に波及効果が及んでいるようだ。

(当協会がケアプラン点検に取り組む意義)

- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員の役割の 1 つは、地域で活動している介護支援専門員の支援であり、その主任介護支援専門員が管轄地域のケアプラン点検を行うという意見もあるが、地域包括支援センターの主任介護支援専門員の本来業務にはケアプラン点検は含まれていない。ケアプラン点検は今後も、当協会のような職能団体の役割ではないかと考えている。筑後市の地域包括支援センターの担当者も、「ケアプラン点検まではできない」と述べていた。
- アドバイザーとして派遣される介護支援専門員は、自分が活動している地域には派遣されないルール（他の地域に派遣される）になっている。地域の主任介護支援専門員が地域内のケアプランを点検するような取り組みは将来的にも難しいのではないかと。各地域で主任介護支援専門員の団体があり、様々な活動を行っていて、その中の一環としてケアプランの事例検討や勉強会の取り組みを行うケースは多い。ただし、ケアプラン点検までは考えていないのではないかと。
- 当協会のような職能団体は責任と自覚に基づいて、ケアプラン点検を実施しており、地域の自主的な取り組みとは少し次元が異なるものである。国全体の制度に基づいたケアマネジメントを適正に行える人材の育成を目標とするのであれば、職能団体が行うべきではないかと。ケアプラン点検が地域の取り組みとして実施されていくと、ローカルルールだけが重視され、国全体としての介護支援専門員の質の底上げにはつながりにくいのではないかと。

と感じる。

- また、株式会社としてケアプラン点検の事業を行っているケースもあるが、認定調査や研修会等他事業とのセットで行っているのではないか。ケアプラン点検の研修会に参加したこともあるが、(勉強にはなるが) 内容に深みがないと感じた。

(6) 今後の課題

(自治体における予算の確保)

- ケアプラン点検の事業については、自治体における予算の確保が最大の課題である。当協会としては、当面、ケアプラン点検事業を拡大していきたいと考えており、そのためには交通費だけ出していただければボランティアとしてでも訪問したいと考えている。

(当協会のケアプラン点検事業の認知度向上)

- 事業 C や事業 D を予算ベースに乗せていけるかは課題である。現在は事業 A や事業 B で保険者での実績を構築している段階である。当面、当協会のケアプラン点検の実績を保険者に知っていただくこと、および自治体における予算確保を行っていくことに注力している。

(保険者の担当者によるケアプラン点検の内容の違い)

- 保険者の担当者によって、ケアプラン点検の在り方が大きく異なってしまう点も課題ではないかと感じている。保険者の担当者が、「介護支援専門員の資質を高めたい」「介護保険制度のより良い運用を図っていききたい」等の前向きな考え方をしているケースであれば、保険者の担当者と現場の介護支援専門員が顔合わせして一緒に話し合い、人間関係を構築していくことが望ましいと考えられる。しかし、そのような保険者の担当者はあまりいないのが現状である。保険者職員が、他の業務で忙しいことも、ケアプラン点検の実施を難しくしている要因である。また、保険者内の人事ローテーションで担当者が定期的に変わってしまう状況では、人間関係の構築を重視する意味は小さいかもしれない。やはり、当協会のような職能団体が仲介して、保険者と現場介護支援専門員の橋渡しをしていく方が結果的にはよいのではないかと考えている。
- 保険者によってケアプラン点検に対する考え方が大きく違う。現場の介護支援専門員と一緒に学んでいこうと考える前向きな担当者もあり、そうしたケースでは、参加者の満足度も高く、継続的な研修会の取り組み等の次のステップにつながる可能性が高い。今年度そうしたケースは筑後市と広域連合の 2 件ほどあった。筑後市では地域包括支援センターの予算から財源を確保したと聞いている。筑後市のような例もあるものの、担当者が代わると考え方も変わってしまうケースが多い。
- 反対に、問題点の指摘や給付の制限を前提と考える担当者もいるが、アドバイザー事業等でそうした担当者と一緒に訪問すると、最初から介護支援専門員が「固い殻に閉じこもっ

てしまう」ようになり、積極的な意見交換も難しい。

- チェックするケアプランの抽出についても保険者の特徴が出る。一緒に学ぼうと考える保険者は条件抽出ではなく全件を対象にするケースが多い。それはケアプランチェックを通して全ての介護支援専門員と交流したいと考えるからである。反対に、問題点の指摘や給付制限を前提と考える保険者は、国保連のデータから「8割以上給付」の事業所等の条件を設定して抽出するケースが多い。

(7) その他の取り組み

1) 県実施のアドバイザー派遣事業

- 保険者が行うケアプラン点検の場に、主任介護支援専門員等（アドバイザー）を派遣し、専門職の視点で介護支援専門員に指導・助言等を実施している。具体的には、福岡県が県内の保険者にアドバイザー派遣の希望を聴取し、その希望に応じてアドバイザーを派遣ができるよう県から当協会に依頼がある。保険者が行うケアプラン点検の場に、県協会から派遣された主任介護支援専門員等の豊富な経験と知識を有した者が同席し、専門的な視点から介護支援専門員に必要な指導・助言等を行う。併せて、アドバイザーを養成するための研修を県協会の事業として実施している。
- 県実施のアドバイザー派遣事業では、1件のケアプランを1日かけてチェックするケースもあれば、10件のケアプランをチェックするケースもある。チェック件数はばらばらである。10件のケアプランチェックは1日では足りない面もあるし、複数（ケースによっては4~5人）の介護支援専門員と面談しなければならないケースもある。チェックするケアプランの件数や面談する介護支援専門員の人数等は事前には分からず書類も事前には入手できないため、当日訪問してみて初めてチェックするケアプランの概要等が分かるケースがほとんどである。
- チェックする件数や面談の人数が多いと、内容やアドバイスが薄くなる可能性が高くなる。
- 実際には、1プランを1時間でチェック（関係するすべての書類に目を通し課題抽出も行う）し、その後当該ケアプランを作成した介護支援専門員や保険者担当者と面談・摺合せを行うため、1件のケアプランチェックに2時間程度はかかる。1日10件のケアプランチェックを行うのは、数が多すぎるため、実際には難しい。ただし、保険者担当者のレベルによってもチェックにかかる時間は変わるので、1日の標準的なチェック件数は明確に定められない。

(アドバイザー派遣の費用)

- 実際に基準額のようなものは出していないが、県実施のアドバイザー派遣事業の料金設定がベースとなる。1保険者1回当たり1時間3,900円×6時間=2~3万円くらいとなり、原則として1保険者には2回派遣しているの、1保険者2回分5~6万円の費用が必要とな

る。この額はケアプランチェック件数によらず設定されている。(スーパーバイザーとして派遣される人には4万6千円の謝金を支給している。)その金額が高いか低いかは整理がついていないが、その他の手間や運営経費を考慮すると、相当の件数を引き受けないと、事業として継続するのは難しい状況である。

- 契約の形をどのようにしていけばよいか、金額の水準をどの程度に設定していけばよいか、という点はまだ整理がついていない部分が多い。

2) アドバイザー養成研修

- アドバイザー養成研修については、初年度は、当協会の役員13名とケアプラン点検委員4名が研修を受けた。当初は公募の形を考えていたが、まずは役員や過去にケアプラン点検に携わった方を中心に最初の養成研修を実施した。
- アドバイザー養成研修は県の主催で実施されるものである。最初に当協会会長が全体的なお話をしたが、実際の研修講師はケアプラン点検等の業務経験の豊富な人が行った。事例の検討や、面接のロールプレイ等も行った。研修は前半・後半の2回に分けて実施している。その後、保険者担当者との打ち合わせ会等も実施している。
- ケアプラン点検に派遣されるのは、アドバイザー養成研修を受講した人員であり、研修の受講が絶対条件となっている。

3) その他の取り組み

- 個別的に居宅介護支援事業所からの相談もあり、そういった相談への対応も重要であると考えているため、会員向けの事業として展開することを検討している。おそらく当初は予算を福岡県介護支援専門員協会から持ち出しする事業になるだろう。

4.14 ヒアリング調査のまとめ

(1) 背景・目的

ケアプラン点検の背景、目的としては、いずれの事例でも自立支援に資するケアマネジメントの推進を第一に掲げている。また、それを目指した結果として、介護給付の適正化にもつなげたという事例も見られた。

(2) 実施体制

ケアプラン点検の実施体制としては、保険者の担当者が自身で点検する事例が最も多く、保険者による点検を、介護支援専門員協会等が派遣するアドバイザーが支援する事例、又は都道府県職員が点検に同席する事例もある。また、点検自体を都道府県の介護支援専門員協会に委託する事例も見られた。

(3) 実施方法

ケアプラン点検の実施方法としては、マニュアル類（国のマニュアル又は独自作成のマニュアル等）を用いて点検し、面談によってフィードバックを行っている事例が多い。また、会議形式でケアプランをチェックし、ケアプラン作成を支援する事例もある。その他、毎年テーマを設定してケアプランを抽出する事例、介護支援専門員による自己点検も行う事例、点検前に事前レビューを行い問題点・課題を整理する事例等、様々な取り組みが見られた。

(4) 関係機関との連携内容

ケアプラン点検における関係機関との連携内容としては、都道府県又は介護支援専門員協会が保険者、介護支援専門員向けの研修等を実施している事例が多い。研修の内容は、ケアマネジメントの理解、ケアプラン点検の方法、国民健康保険団体連合会のケアプラン分析システムの操作方法等、様々である。その他、前述の都道府県又は介護支援専門員協会によるマニュアル類の作成、都道府県による保険者のニーズ把握、情報提供等の各種支援も挙げられた。

(5) 実績・効果

前述の取り組みによって、実績としては、ケアプラン点検数が増加した事例が多く見られた。

効果としては、介護支援専門員の視点からは、ケアプラン点検によって、法令遵守、自立支援の考え方が促進されたという事例が多い。また、点検を受けた介護支援専門員が得られた気づきを、所属する居宅介護支援事業所内等、他の介護支援専門員と共有することで、ケアマネジメントの質を底上げできたという事例も見られた。保険者の視点からは、ケアプラン点検に関する研修等の開催によって、ケアマネジメントの理解が深められ、保険者間で課題・気づきが共有できるという事例が見られた。また、アドバイザーによる支援によって、ケアプラン点検のスキル向上に加え、保険者に安心感が生まれるという効果も確認された。

(6) 今後の課題

ケアプラン点検の今後の課題としては、点検の件数や質に関する地域差の解消、保険者の人事異動に影響されない点検の継続性の担保、点検に必要な人員の確保等が挙げられた。

5 ケアプラン点検支援マニュアルの見直し

5.1 見直しの目的

「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）は、平成 20 年に同省老健局振興課が、各都道府県介護保険担当課、各保険者の介護保険担当課、各介護保険関係団体に向けて送付したものである。「ケアプラン点検マニュアル」に記載された理念や基本姿勢は、作成から 8 年が経過した現在でも通じるものであり、一部の自治体においては、この「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）を基にしたケアプラン点検の実施が行われている。

ケアプランは利用者の生活に大きく影響する。ケアプランを作成する居宅介護支援事業所の指定権限が市町村に移譲されることで、居宅介護支援事業所と保険者の距離が近くなることから、居宅介護支援事業所、ひいてはケアプランが保険者から受ける影響が大きくなることが予想される。結果として、保険者の考え方は、介護保険制度の利用者の生活のありようを左右することが想像される。そのため、介護保険を所管する保険者職員は、介護保険制度の理念や目的、ケアマネジメントの基本を適切に理解することが重要となる。特に、ケアプラン点検を担当する保険者職員は、ケアプランを点検するにあたり、ケアマネジメントにおけるケアプラン点検の位置づけや機能を理解する必要がある。併せて、ケアプラン点検に際しては、介護支援専門員の専門性を尊重し、保険者職員等と介護支援専門員等、ケアプラン点検に関わる者の相互の気づきの場となるような配慮が求められる。

本事業では、平成 30 年度の市町村への居宅介護支援事業所の指定権限の移譲を見据え、ケアプラン点検を担当する自治体職員が、ケアプラン点検の基本姿勢、ケアマネジメントにおけるケアプランの位置付けや機能を理解できるよう、支援するための附属資料「ケアプラン点検の基礎知識」を作成することとした。

5.2 見直しの方法

作成の手順として、ケアマネジメントやケアプラン点検の実態についての知見を有するケアマネジメント実務者や自治体職員からなるワーキングを発足し、4 回の会議を開催した。

第 1 回では、全体の構成を議論した。第 2 回の会議では、委員が作成した「問」の全体を見直し、過不足を整理するとともに、どのような「回答」を作成するかを議論した。

第 2 回の会議後、第 3 回の会議の前までに、「回答」の執筆を委員に依頼し、執筆された「回答（案）」を集約した。「回答」の内容は、「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）や、「介護支援専門員実務研修テキスト」等、介護保険の現場で使用されている文献や、長年介護保険の現場で実務に携わってきた専門職のコンセンサスに基づいて作成した。

第 3 回では作成された「回答」内容の妥当性や、他の「問」および「回答」との整合性を協議した。第 4 回では「問」と「回答案」の全体を見直した。

5.3 ケアプラン点検支援マニュアル附属資料の作成

ケアプラン点検を担当する保険者職員が、ケアプランを点検するにあたり、介護保険制度や地域包括ケアシステムの理念を踏まえ、ケアプラン点検を行う自治体職員等としての基本姿勢、ケア

マネジメントの機能やケアプランの位置づけを理解するための参考資料として用いることを想定して、ケアプラン点検支援マニュアル附属資料を、下記の4章で構成した。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 介護保険法に関する基礎理解2. ケアマネジメントに関する基礎理解3. ケアプラン点検について4. ケアプラン第1表~第7表の機能と相互関係 |
|---|

「1. 介護保険法に関する基礎理解」では、ケアプラン点検に関わる「介護保険法」について、理念をはじめ、介護支援専門員の位置付け等、基本的な知識について解説した。

「2. ケアマネジメントに関する基礎理解」では、「ケアマネジメントとは」「ケアプランとは」という基本事項について解説した。

「3. ケアプラン点検について」では、ケアプラン点検の目的や意義、具体的な方法、期待される効果、保険者としての心構え等について示した。

「4. ケアプラン第1表~第7表の機能と相互関係」では、各様式の概要と機能について紹介し、特に重要な項目について、更に理解を深めていただくために解説した。

各章の内容は、「問 (Q)」とその「回答 (A)」から構成した。ケアプラン点検を担当する新任の保険者職員が疑問を持つことが想定される項目「Q」に対して、「A」として回答や考え方を示している。「A」末尾には、出典元の資料を「出典」として、参考となる資料を「参考」として示しており、「Q」に取り上げられた項目について、より詳しく内容を知りたい場合は、「出典」や「参考」を参照していただくことを想定した。

6 まとめと今後の課題

6.1 本事業の実施結果のまとめ

本事業では、以下の内容について実施し、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在り方の検討に資する成果を得た。

(1) 適切なケアマネジメントの考え方と保険者の関わり方に関する情報の確認

適切なケアマネジメントの実現に向けて、保険者が果たすべき役割、機能、地域内の関係機関や居宅介護支援事業所との関わり方についての参考情報の確認を行った。

(2) ケアマネジメント適正化推進事業に基づく検証

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、具体的な取り組みの目的、内容（体制、方法、手順、スケジュール）や効果（実績、介護支援専門員、居宅介護支援事業所、保険者にとっての効果等）、今後の課題等について、情報収集し、得られた成果を集約した。

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は以下のような内容であった。

- ① 保険者の嘱託職員による点検とアドバイザー（ケアマネジメント支援員）による点検を併用。後者では、介護支援専門員との面談後、利用者の居宅を訪問して状態確認を実施する。
- ② 多職種により構成されるケアマネジメント支援員によりケアプラン点検を実施。点検前と点検をとおして変更したケアプランに沿ってサービスを提供した後の本人の状態の変化を認定調査の基本調査項目で比較する。
- ③ 保険者、地域包括支援センター、介護保険事業所連絡会が毎月顔を合わせて検討会を開催し、地域課題を把握しながら研修計画、ケアプラン点検チェックシートについて検討する。
- ④ 独自のケアプラン点検事例検討会実施要領に基づいて、ケアマネジメント適正化推進事業運営委員会が開催する、多職種アドバイス会議にて点検する。点検者である委員がアセスメントツールを作成している。
- ⑤ 要支援認定者のアセスメント等にリハビリテーションを行う専門職が同行訪問する。アセスメント過程を具体化するためのアセスメントツールを作成し、提供するとともに、介護支援専門員を対象とした研修会を実施。
- ⑥ 市の地域包括ケア推進室が対応し、ケアマネジメント支援員による点検と作成者との面談ケアプラン点検を実施。二次アセスメントツールを検証し、介護予防ケアマネジメント点検（確認）支援マニュアルを作成した。
- ⑦ 保険者職員が実施する事業所訪問による面談形式のケアプラン点検（事前の利用者宅の訪問や満足度調査を含む）と、地域包括支援センター主任介護支援専門員等による検討委員が実施するケアプラン点検検討会を実施。

これら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以下のように整理した。

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。

(3) 事例調査

適切なケアマネジメントの推進に関して積極的に取り組む自治体(都道府県6件、市町村4件)、都道府県の介護支援専門員協会3件を対象とし、取り組みの目的、内容、実施体制、プロセス、運用上の工夫と課題、効果等についてヒアリング調査を行った。

保険者による取り組みの内容と都道府県による支援の在り方、都道府県の介護支援専門員協会や主任介護支援専門員による専門的視点からの支援、三者の連携の形態等が把握された。また、点検による課題や効果等についても整理した。以下に概要を示す。

背景・目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援に資するケアマネジメントの推進を主目的とする ・ 上記を目指した結果として、介護給付の適正化にもつなげる
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者の担当者が自身で点検する事例が最も多かった。 ・ 保険者による点検を介護支援専門員協会等が派遣するアドバイザーが支援する事例、又は県職員が点検に同席する事例もある。 ・ 点検自体を介護支援専門員協会に委託する事例も見られた。
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアル類（国のマニュアル又は独自作成のマニュアル等）を用いて点検

	<p>し、面談形式で介護支援専門員に対するフィードバックを行っている事例が多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会議形式でケアプラン作成を支援する事例もある。 ・ 抽出方法は、テーマを設定して国保連データを用いて事業所やケアプランを抽出する方法のほか、比較的小規模の自治体では数年間かけて全事業所を網羅する方法等があった。 ・ 介護支援専門員による自己点検結果の提出を求める方法、点検前に関係者が事前レビューを行い問題点・課題を整理する事例等があった。
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県又は介護支援専門員協会による保険者（ケアプラン点検担当者）、介護支援専門員向けの研修等を実施している事例が多い。 ・ 研修の内容は、ケアマネジメントの理解、ケアプラン点検の方法、国保連のケアプラン分析システムの操作方法等であった。 ・ 介護支援専門員協会によるマニュアル類の作成、都道府県による保険者のニーズ把握、情報提供等の各種支援も挙げられた。
実績と効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実績としてケアプラン点検数が増加した事例が多く見られた。 ・ 介護支援専門員の視点からは、ケアプラン点検によって、法令遵守、自立支援の考え方が促進されたという事例が多い。 ・ 所属する居宅介護支援事業所内等、他の介護支援専門員と共有することで、ケアマネジメントの質を底上げできたという事例も見られた。 ・ 保険者の視点からは、ケアプラン点検に関する研修等の開催によって、ケアマネジメントの理解が深められ、保険者間で課題・気づきが共有できるという事例が見られた。 ・ アドバイザーによる支援によって、ケアプラン点検のスキル向上に加え、保険者に安心感が生まれるという効果も確認された。
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 点検の件数や質に関する地域差の解消、保険者の人事異動に影響されない点検の継続性の担保、点検に必要な人員の確保等が挙げられた。

6.2 今後の方向性と課題

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資する適切なケアマネジメントが強く求められている。平成 30 年度からは居宅介護支援事業者の指定権限が市町村に移譲され、介護保険制度においてケアマネジメントの役割を担う介護支援専門員の育成や支援に保険者が積極的に関わる等、保険者機能の強化が期待されている。

本事業では、ケアマネジメント適正化推進事業の実施自治体によるケアプラン点検の取り組み事例の収集や、自治体等へのヒアリング調査を通じて、自立支援に資する適切なケアマネジメント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した。調査結果を踏まえ、今後の方向性と課題を以下のように整理した。

(1) 平成 30 年度の指定権限移譲後の保険者の役割

平成 30 年度以降、居宅介護支援事業所の指定権限は市町村へと移譲される。保険者として市町村に求められる役割は、指定権者として指導、監査を行う側面と、給付費の管理、さらにケアマネジメントの質向上に向けた支援を行う側面を併せ持ち、より密接に居宅介護支援事業所および介護支援専門員と関わりを持つと考えられる。

政令指定都市では、指定権者および保険者としての機能を所管する各担当課が、日常的な情報交換や連携を行いながら、市としての課題認識や方針を共有しつつ、解決策・対応策それぞれの役割を通して推進している事例もあった。一方で、居宅介護支援事業所側の視点に立てば、市町村の機能が強化することから混乱が生じること、指導・監査の側面を強く受け止めることも想定される。居宅介護支援事業所に対しては、保険者として一貫した目標、方針を示しつつ、複数の機能を明確に分離した上で、居宅介護支援事業所との信頼関係を構築し、ともにケアマネジメントの質向上と地域包括ケアシステムの推進に向けて取り組む姿勢を示すことが重要であると考えられる。

(2) 本来のケアプラン点検の目的と適切な実施の普及に向けた課題

ケアプラン点検は給付適正化事業の主要な項目として位置付けられていることから、保険者、居宅介護支援事業所ともに給付費削減の文脈で捉えることもありうる。平成 20 年に発行された「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）では、ケアプラン点検の目的は「ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ、『自立支援』に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項について介護支援専門員と共に検証確認しながら、介護支援専門員の『気づき』を促すと共に『自立支援に資するケアマネジメント』とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援する」ことであると示している。こうした基本理解を改めて周知する必要があると考えられる。

本調査で把握したケアマネジメント適正化推進における取り組み内容や、ヒアリング調査の結果では、ケアプラン点検本来の理念を重視しつつ、結果として給費の適正化につながる可能性があるとの認識のもと、ケアプラン点検対象ケースのみならず、当該の事業所、地域の介護支援専門員、そして他サービス事業所にも効果が波及することや、利用者に対する理解促進にもつながること、そして保険者自身にとってもケアマネジメントに対する理解促進とともに地域課題の把

握と解決に向けた効果が認められている。こうした成果を活用し、ケアプラン点検の意義や効果、中長期的な視点で取り組む必要性を広く保険者の理解を求めることが重要である。

(3) 適切なケアマネジメントの実現に向けた都道府県および保険者によるケアマネジメント支援の在り方

本事業では「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）の附属資料として、「ケアプラン点検の基礎知識」を作成している。多くの自治体で直面している人材不足やケアマネジメントに対する専門性不足という状況の中で、保険者におけるケアプラン点検の担当者が、ケアプラン点検に携わる上で必要となる介護保険制度やケアマネジメント、ケアプラン等に関する知識や、ケアプラン点検の意義、目的等の理解を深めた上で、ケアプラン点検に臨むことができるような取り組みが重要である。あわせて、主任介護支援専門員や他の専門職種の支援を得て、より専門的な視点からの助言を得ながら効果的なケアプラン点検を行う体制を構築することを検討することも必要と考えられる。

本調査では、都道府県による支援としては、県の介護支援専門員協会等と連携の上で、保険者又は介護支援専門員向けの研修の開催、マニュアル等の作成・配布、主任介護支援専門員をアドバイザーとして派遣する事業を行うケース等が把握された。また、主任介護支援専門員のスーパーバイズ的能力を高めることにより、主任介護支援専門員によるケアマネジメント支援機能を強化する取り組みを、保険者が積極的に支援しているケースもあった。

こうした取り組みを参考とし、都道府県、市町村の特徴や資源に応じて、実現可能な方法で実践することが望まれる。その際には、形式的に手法を取り入れるのではなく、まずはその地域のケアマネジメントに関わる実態を把握することが必要であり、地域の現状に照らしたケアプラン点検の目的や意義を明確に設定した上で、ケアプラン点検に関わる体制、それぞれの役割（例えば、保険者の職員と専門職アドバイザーが同席する場合のそれぞれが関わる視点や、他の専門職がアドバイザーとして参加する場合の関わり方や助言の目的、範囲等）、効果的な実施方法を検討することが重要である。

(4) 介護支援専門員の連絡会等の組織との連携の在り方

保険者の人的資源に限りがあり、十分な体制でのケアプラン点検を行うことが困難な場合には、都道府県の介護支援専門員の連絡会等の組織と連携することも効果的と考えられる。連携の方法は多様であり、研修の開催等による基礎知識の普及促進のほか、ケアプラン点検においては、事前の準備の段階から、面談、フィードバックのプロセスの中で、様々な関わり方をしている事例が把握された。特に、都道府県からの要請を受けて、又は市町村との個別の契約により、アドバイザーとしてケアプラン点検に関わり、介護支援専門員、保険者の双方に支援やフィードバックを行う事例等もあった。こうした取り組みを参考として、都道府県、保険者としては、地域の介護支援専門員の連絡会等とともに、地域の実態に即した連携の仕組みを構築し実践することが望まれる。

本調査の対象とした介護支援専門員の連絡会等は、ケアマネジメントの専門性を有する職能団体として、ケアマネジメントの適正化に貢献する姿勢で取り組んでいる団体も多かった。各地域の専門職組織が、地域の中でこうした役割を積極的に果たしていくことが期待される。

参 考 資 料

- 実践事例から学ぶ効果的なケアプラン点検の実施方法
- ケアプラン点検支援マニュアル附属資料ケアプラン点検の基礎知識
～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～

平成 28 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分）

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

平成 29（2017）年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03（6705）6022 FAX 03（5157）2143

不許複製