

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)

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 29 (2017) 年 3 月

 株式
会社 **三菱総合研究所**

はじめに

背景と目的

ケアプラン点検は、平成 18 年の厚生労働省老健局長通知において、介護給付費適正化事業の一つとして位置づけられ、平成 20 年には、厚生労働省老健局振興課より、「ケアプラン点検支援マニュアル」が公表されました。

ケアプラン点検とは、介護支援専門員が作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、保険者が介護支援専門員とともに検証確認することです。その目的には、点検を通じて介護支援専門員の「気づき」を促し、介護支援専門員資質向上に資することも含まれます。

ケアプランは利用者の生活に大きく影響します。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ます。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ます。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です。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ります。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ます。

本資料は、本来の目的に沿ったケアプラン点検の実施を目指し、ケアプラン点検を担当する保険者職員の皆様が、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づけや機能を理解できるよう、支援することを目的としたものです。

構成と使い方

本資料は以下のように 4 章で構成されています。

「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など、基本的な知識について解説しています。

「2. ケアマネジメントについての基礎理解」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ています。

「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などについて簡潔に示しています。

「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、さらに理解を深めていただくために解説しています。

各章の内容は、「問い（Q）」とその「回答(A)」から構成されています。ケアプラン点検を担当する新任の保険者職員の方々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ます。「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、「A」末尾の「出典」や「参考」を参照してください。

目次

(1) 介護保険法に関する基礎理解	1
1) 介護保険法の理念と目的	1
Q1 介護保険サービスは、どのような理念のもとで提供されるのですか？	1
Q2 「尊厳の保持」とは、どのようなことでしょうか？	2
Q3 「自立支援」とは、どのようなことでしょうか？	3
2) 介護支援専門員の概要	4
Q4 介護支援専門員は介護保険制度上、どのように位置づけられているのでしょうか？	4
Q5 介護支援専門員は、実際にどのような役割を担っていますか？	5
(2) ケアマネジメントについての基礎理解	6
1) ケアマネジメントの基本	6
Q6 「ケアマネジメント」とはどのようなものですか？	6
Q7 「ケアマネジメント」の流れを教えてください。	7
2) ケアマネジメントにおけるケアプランの位置づけと機能	8
Q8 点検すべき「ケアプラン」とは、何をさすのですか？	8
Q9 ケアマネジメントにおいて、ケアプランはどのような視点で作成されるものなの でしょうか？	8
3) 地域包括ケアにおけるケアマネジメント	9
Q10 地域包括ケアシステムとは何ですか？	9
Q11 ケアプラン点検と地域包括ケアシステムとの関係を教えてください。	10
Q12 ケアプラン点検をする際に知っておくべき法律は介護保険法だけでしょうか？	11
Q13 ケアプラン点検をする際に知っておくべき政令、省令、通知を教えてください。	12
Q14 他法についての知識は、介護支援専門員にはあるのでしょうか？	14
Q15 他法に関することを、介護支援専門員にどこまで依頼することが可能でしょうか？ ..	15

(3) ケアプラン点検について	16
1) ケアプラン点検の目的.....	16
Q16 ケアプラン点検の目的は何ですか？	16
Q17 なぜケアプランの点検をしなければならないのですか？	16
Q18 なぜケアプラン点検支援マニュアルは『指導』ではなく『支援』なのでしょう？ ..	17
Q19 ケアプラン点検における介護支援専門員への支援のポイントは何ですか？ ...	17
Q20 保険者はどのような心構えでケアプラン点検を行えばよいのでしょうか？	18
Q21 ケアプラン点検をすると給付費が下がるのですか？	18
2) 介護保険制度におけるケアプラン点検の位置づけ.....	19
Q22 ケアプラン点検と実地指導の違いは何ですか？	19
3) ケアプラン点検の方法と実施体制	20
Q23 ケアプラン点検の方法、手順はどのように行えばよいですか？	20
Q24 ケアプラン点検の実施者は誰ですか？	21
Q25 ケアプランの点検を保険者が行う意義を教えてください。	21
Q26 ケアマネジメントに精通していない保険者職員がケアプラン点検を行う際に留意することは何ですか？	22
Q27 ケアプランの点検を外部団体等に業務委託する場合に留意すべきことは何ですか。 ..	23
Q28 点検の対象とするのは居宅介護支援事業所のケアプランのみでよいのでしょうか？	23
Q29 点検するケアプラン点検の抽出方法について具体例を教えてください。	24
Q30 ケアプランが実際のサービスと連動しているかの確認はどのようにすればよい のですか？	25
Q31 ケアプラン点検後のフォローアップはどうすればいいですか？	26
4) ケアプラン点検の効果.....	27
Q32 ケアプラン点検をすることで、どのような効果が期待できますか？	27
Q33 ケアプラン点検を行う上での留意点はどのようなことですか？	27

(4) ケアプラン第1表~第7表の機能と相互関係	28
1) 様式を理解.....	28
Q34 ケアプランにはどのような様式がありますか?	28
Q35 第1表の機能は何ですか?	29
Q36 第2表の機能は何ですか?	30
Q37 第3表の機能は何ですか?	31
2) 様式を理解をより促進するための問い	32
Q38 長期目標とは、どのようなことに留意して作成する必要がありますか?	32
Q39 短期目標とはどのようなことに留意して作成する必要がありますか?	33
Q40 週間サービス計画表では、どのようなことに留意する必要がありますか? ...	34

(1) 介護保険法に関する基礎理解

1) 介護保険法の理念と目的

Q1 介護保険サービスは、どのような理念のもとで提供されるのですか？

A1

介護保険法第1章総則第1条(目的)には、「(前略)“**尊厳を保持**”し、**その有する能力に応じ“自立した日常生活”を営むことができるよう(後略)**」と記されています。つまり「尊厳の保持」と「自立支援」が介護保険サービスの理念であると言えます。「地域包括ケア研究会(座長:田中滋慶應義塾大学名誉教授)」の平成26年3月報告書では、地域包括ケアシステムの基本理念として「尊厳の保持」と「自立生活の支援」が整理されています。

介護保険サービスにかかわらず、地域での暮らしを支援する際には、「自立支援」と「尊厳の保持」の理念について、地域における共通認識の醸成(「規範的統合」)が必要です。ケアプランを点検する際にもこの二つの理念が反映されているかどうかを確認します。

(出典;平成25年度 <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書【本編】p3、三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

Q2 「尊厳の保持」とは、どのようなことでしょうか？

A2

「尊厳の保持」とは、高齢者等が自らの意思に基づいた生活を継続できること、本人の自己決定が尊重されることと言えます。高齢者等が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所などを選択する社会の在り方、とも言えます。

高齢者等の自己決定には、その本人を取り巻く環境も大きく影響を与えます。環境が整っていないければ、本当に望む選択は行えません。つまり、「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援体制と、適切な情報提供、意思決定支援が必要になります。

ケアプラン点検の場面においては、「尊厳の保持」のために不可欠となる自己決定の機会が保障されているか、自己決定のための適切な情報提供等の支援が行われているか、などについて、支援・サービスを決定したプロセスを確認するなどして点検していくことになります。

(出典・参考；平成 25 年度〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムを構築するための制度等に関する調査研究事業 報告書【本編】p3、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)

Q3 「自立支援」とは、どのようなことでしょうか？

A3

「自立」とは広辞苑によると「他の援助や支配を受けず、自分の力で判断したり身を立てたりすること。ひとりだち」とあります。

介護保険制度の理念としての「自立」には、

- ・ **介護が必要になっても自分でできることを可能な限り維持し、増やしていく（身体的自立）**
- ・ **人の暮らしに不可欠な、地域とのつながりや他者との交流や活動を大切にした暮らしをする（社会的・精神的自立）**
- ・ **必要に応じ、社会保障の機能を発揮させつつ、経済的な継続性をもつ（経済的自立）**

などの自立があります。

また、重要なのは「自分の力で判断」という点です。「尊厳の保持」とも重なりますが、「自立支援」の視点においても、利用者が適切な情報提供や支援を通して自己選択・自己決定ができる環境を整えることが必要です。ケアマネジメント機能を活用して、利用者の意思決定を支え、状況に則した身体的・精神的・社会的・経済的等の側面から総合的に「自立を支援」することが求められます。

（参考；平成 13 年度版厚生労働省白書）

2) 介護支援専門員の概要

Q4 介護支援専門員は介護保険制度上、どのように位置づけられているのでしょうか？

A4

介護支援専門員は、介護保険法第7条5項で、「要介護者又は要支援者（及びその家族等）からの相談に応じ、その心身の状況に応じた適切な介護保険サービス（居宅、地域密着型、施設、介護予防、日常生活支援総合事業他）及び生活支援のための各種サービス等を利用できるよう連絡調整を行う者（一部略）」と定義づけられています。

一方、同法第69条の34では、「介護支援専門員は要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な、援助に関する介護・医療・福祉等の専門的知識及び技術を有するもの」とされており、「業務にあたっては常に当該（担当する）要介護者等の立場に立って公正かつ誠実にその業務を行わなければならない」と定められています。このため、特定の種類または事業者若しくは施設に、利用者等の意思に反して不当に偏ることのないように業務を行わなければならない義務が課せられています。また、介護支援専門員は専門的知識及び技術の水準を向上させ、自らの資質向上を図るよう努めなければならないとする規定も設けられています。

（出典；介護保険法第7条、第69条の34）

Q5 介護支援専門員は、実際にどのような役割を担っていますか？

A5

介護支援専門員は、介護保険制度の中核をなす機能である「ケアマネジメント」の技術と、介護・医療・福祉等の知識をもった上で、公正・誠実に業務を行うという価値・倫理に基づいて業務を行います。「ケアマネジメント」を活用して、要介護者等が日常生活を送る支援をするには、幅広い知識・技術と高い価値・倫理が求められるため、これらを習得した専門職が支援を担う必要があります。このため、介護支援専門員の養成は、専門職としての職責を果たすべく、法定研修をはじめとした各種の研修等により行われ、その資格が登録及び更新されています。

介護支援専門員の役割は、狭義には、要介護者等が各種サービスを利用できるよう連絡調整を行うことですが、広義には、利用者等をはじめとした地域住民が、要介護状態等となっても、住み慣れた地域で、尊厳ある、その人らしい生活を継続できるように支援するという地域包括ケアシステム構築の実現を図る一翼を担っています。

(参考；六訂「介護支援専門員実務研修テキスト」上巻 p24、64)

(2) ケアマネジメントについての基礎理解

1) ケアマネジメントの基本

Q6 「ケアマネジメント」とはどのようなものですか？

A6

「ケアマネジメント」とは、地域での生活を継続的に支援する実践のことです。心身や生活に困難をきたすような問題が生じたときに、その問題を解決するために、さまざまなサービスなどの社会資源のネットワークが推進されるように調整して提供します。介護保険制度では「ケアマネジャー」とも呼ばれる介護支援専門員がその業務を行います。一方、障害者総合支援法においては相談支援専門員がその業務を行っています。制度によって定められた様式や手続き方法は異なりますが、ケアマネジメントに関する考え方は、介護保険制度も障害者総合支援法も同じです。例えば、一人の利用者が介護保険サービスと障害福祉サービスを併用しても、利用者から見て一体的な支援になることが、ケアマネジメントには重要です。

Q7 「ケアマネジメント」の流れを教えてください。

A7

ケアマネジメントのプロセスは、

- ① インテーク（初回面談）
- ② アセスメント（情報収集と課題分析）
- ③ ケアプラン（居宅サービス計画）原案作成
- ④ サービス担当者会議・ケアプラン確定
- ⑤ 支援実行（ケアプランに基づいてサービス事業所がたてる個別サービス計画書に基づき実行）
- ⑥ モニタリング（評価）
- ⑦ 終結

という流れが一般的です。サービスなどを併用する場合は、制度ごとに決められた様式等を使用しなければいけません。ケアマネジメントは高齢者支援固有の手法ではありませんので、一般的なプロセスは同様であると考えられます。

適切なケアプランにつなげるためには、ひとつひとつのプロセスをしっかりと行わなければなりません。

2) ケアマネジメントにおけるケアプランの位置づけと機能

Q8 点検すべき「ケアプラン」とは、何をさすのですか？

A8

「ケアプラン」とは、介護保険制度で要介護認定を受けた場合、本人の希望や必要性等を踏まえて作成される介護サービスの計画のことを指し、居宅介護サービス計画書ともいいます。

ケアプラン点検の対象となるのは、ケアマネジメントプロセスを経て合意・確定し、実際に実行されているケアプランです。介護保険制度における標準様式では、介護支援専門員が作成し管理する、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」が、ケアプラン点検の主な対象となります。

しかし、ケアプランは、一連のケアマネジメントプロセスの中で介護支援専門員と利用者、利用者の家族、多職種等と協議しながら協働して作成されていますので、これら第1～3表様式以外の書類も必要に応じて併せて確認していくことになります。

※問29も参照してください。

Q9 ケアマネジメントにおいて、ケアプランはどのような視点で作成されるものなのでしょうか？

A9

ケアプランは、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画です。地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための計画でなければなりません。利用者ひとり一人の「地域包括ケア」を実現・推進するためのものとも言えます。

そのためケアプラン点検においては、（1）基本理念である自立支援・尊厳保持の視点、（2）自助・互助・共助・公助の総合的支援の視点、（3）地域との関係性を大切にした暮らしを支える視点、（4）医療と介護が一体的に提供される視点、など地域包括ケアシステムに必要な視点が反映されているかを確認する必要があります。

3) 地域包括ケアにおけるケアマネジメント

Q10 地域包括ケアシステムとは何ですか？

A10

厚生労働白書では、地域包括ケアシステムを「医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制」と記しています。また、ある保険者は住民に理解しやすいようにと、「2025 年に向けた“まちぐるみの支え合いの仕組みづくり” 」と言い換えて説明しています。

当面は団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年に向けて、さらには団塊ジュニア世代が 65 歳を迎える 2040 年に向けて、人口減少・少子高齢化が進み、介護福祉を必要とする人が増える中で、高齢者だけでなく、子ども、障害者を含む全ての住民が地域で共に自立した尊厳ある暮らしを続けるために不可欠なシステムであると言えます（地域共生社会の視点）。

既に各市町村ごとにさまざまな取り組みが行われていますが、（1）地域の現状や課題をしっかりと把握し、（2）把握した地域の状況や課題を住民、専門機関、行政が共有し、（3）そのうえで必要な取り組みを行う、という手順が必要であるとされています。

（出典；平成 27 年度版厚生労働白書）

（出典・参考；平成 27 年度〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムと地域マネジメント 報告書 p6、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）

Q11 ケアプラン点検と地域包括ケアシステムとの関係を教えてください。

A11

地域包括ケアシステムは、「地域」での「包括」的な「ケア」の仕組みであるとも言い換えることができます。世界保健機関（WHO）は、利用者から見た包括的ケア（＝統合ケア）は、アクセス、サービスの質、利用者の満足度、更に効率性をも高めると定義しています。

人口減少・少子高齢化が進み、介護福祉を必要する人が増加する社会において求められる「質」と「効率」を両立するためには、ケアマネジメントにおけるさまざまな支援が利用者から見て統合的となるようにしなければなりません。適切なケアマネジメントは、地域包括ケアシステムを推進させることにつながると理解する必要があります。ケアプラン点検をする際には法令遵守や手続きの適否だけに着目するのではなく、地域包括ケアシステムを推進するという視点が大切になります。

（出典；WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated Care. Working Definition; 2001.）

Q12 ケアプラン点検をする際に知っておくべき法律は介護保険法だけでしょうか？

A12

ケアプランは利用者の生活課題の解決に向け、目標を立て、支援の全体像を示す総合計画です。このため、介護保険制度はもちろんのこと、各種の保険や保健、医療、福祉等の公的制度を始め、地域のインフォーマルサポートも、必要に応じてケアプランの中に位置づけられていることが大切です。

例えば生活保護法では、補足性の原理により、他法他施策を優先して利用する必要がありますが、介護保険制度でも、労働災害や公務災害の補償給付の法律、戦傷病者特別援護法などが介護保険よりも優先されます。(根拠；生活保護法4条2項、介護保険法20条)

生活保護法、障害者総合支援法によるサービスについては介護保険制度と特に関連が深いため、これらについても知っておく必要があります。一方、地域包括ケアシステムの視点では、公的な制度以外にも、多様なインフォーマルサポートにより、利用者の生活課題を解決することが重要です。

なお、実際には介護保険サービス以外に他制度やインフォーマルサポートが提供されているにも関わらず、ケアプランには介護保険サービスしか位置づけられていない(又は記入されていない)事例が見受けられますので、ケアプラン点検の際は留意が必要です。

Q13 ケアプラン点検をする際に知っておくべき政令、省令、通知を教えてください。

A13

介護保険制度は法令等によってルールが定められているため、法令等の階層（別表 1）とそれらの関係、また介護支援専門員の業務や役割と法令等の関係を理解することが大切です。

介護保険制度に関する法令等は、（1）法律である「介護保険法」によって、介護（予防）給付の対象となる居宅サービス、地域密着型サービス、介護保険施設サービス等の介護保険サービス全体が定義づけられており、（2）政令の「介護保険法施行令」では法律の規定について詳細な内容が定められています。

さらに（3）省令である「介護保険法施行規則」ではより詳細な規定が定められており、サービス提供に伴って支払われる介護報酬の規定は（4）「告示」によって定められています。これらの規定に加えて補足や留意事項を示すために、（5）「各通知」や（6）「事務連絡」、（7）「Q & A」等が発出されています。

全体的には、別表 1 のような関連イメージになっています。

別表 1 省令等構造イメージ 介護保険制度法令等の階層

区分等	居宅サービス	居宅介護支援サービス	介護予防サービス	居宅介護予防支援サービス	地域密着型サービス	地域密着型予防サービス	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設 (※参考)
(1) 法律									
(2) 政令				①介護保険法(平成9年法律第123号)					
				②介護保険法施行令(平成10年政令第412号)					
				③介護保険法施行規則(平成11年省令第36号)					
(3) 省令									
	「運営基準」	運営基準(支援)	運営基準(予防)	運営基準(予防支援)	運営基準(密着)	運営基準(密着予防)	運営基準(老福)	運営基準(老健)	運営基準(療養)
	④平成11年省令第37号	⑤平成11年省令第38号	⑥平成18年省令第35号	⑦平成18年省令第37号	⑧平成18年省令第34号	⑨平成18年省令第36号	⑩平成11年省令第39号	⑪平成11年省令第40号	⑫平成11年省令第41号
	「算定基準」	報酬告示(支援)	報酬告示(予防)	報酬告示(予防支援)	報酬告示(密着)	報酬告示(密着予防)	報酬告示(施設)		
	⑬平成12年告示第19号	⑭平成12年告示第20号	⑮平成18年告示第127号	⑯平成18年告示第129号	⑰平成18年告示第126号	⑱平成18年告示第128号	⑲平成12年告示第21号		
(4) 告示									
	厚生労働大臣が定めるもの								
				報酬告示(単価・級地) ⑳平成12年告示第22号(→全部改正:平成27年告示第93号)					
				報酬告示(利用者基準) ㉑平成12年告示第23号(→全部改正:平成27年告示第94号)					
				報酬告示(基準) ㉒平成12年告示第25号(→全部改正:平成27年告示第95号)					
				報酬告示(施設基準) ㉓平成12年告示第26号(→全部改正:平成27年告示第96号)					
		解釈通知(居宅・予防)	解釈通知(支援)	解釈通知(居宅・予防)	解釈通知(予防支援)	解釈通知(密着等)	解釈通知(老福)	解釈通知(老健)	解釈通知(療養)
	「運営基準の解釈通知」	㉔平成11年老企第25号	㉕平成11年老企第22号	㉖平成11年老企第25号	㉗平成18年老企発第0331003号・老老発第0331016号	㉘平成18年老企発第0331004号・老老発第0331017号	㉙平成12年老企第43号	㉚平成12年老企第44号	㉛平成12年老企第45号
(5) 通知									
				報酬通知(訪問所等)	報酬通知(予防等)	報酬通知(密着等)	報酬通知(短期・施設)		
	「算定基準の留意事項通知」	㉜平成12年老企第36号		㉝平成18年老企発第0317001号・老老発第0317001号	㉞平成18年老企発第0317001号・老老発第0317001号	㉟平成18年老企発第0331005号・老老発第0331018号	㊱平成12年老企第40号		
		報酬通知(短期・施設)							
		㉟平成12年老企第40号							
(6) 事務連絡				例:介護給付費請求書の記載要領について(平成13年11月16日老老発31号厚生労働省老健局老人保健課長通知)					
(7) Q&A				例:「人員・設備及び運営基準」及び「報酬算定基準」等に関するQ&A(厚生労働省公式HP)					

※参考:介護療養型医療施設は平成29年度末で廃止 新心の施設類型が「仮称」介護医療院」運営基準等は未定(平成29年2月末現在)

出典:六訂介護支援専門員実務研修テキスト」一般財団法人長寿社会開発センターを一部改編

Q14 他法についての知識は、介護支援専門員にはあるのでしょうか？

A14

平成 28（2016）年度に施行された「（新）介護支援専門員実務研修」では、新たな研修課目として「ケアマネジメントに係る法令等の理解」が追加されています。このため、介護支援専門員は一定程度、介護保険法以外の法令等の知識を身につけていると考えられます。介護支援専門員の業務を適切に進めるためには、ケアマネジメントに必要な法令等を正しく理解し、遵守した上で業務を行うことがとても大切です。また、ケアマネジメントに関連する法令等を理解し実践に結びつけることは、地域包括ケアシステム構築の一助にもなります。

さらに、法令等を理解することは、単に知識を増やすということではなく、結果として根拠に基づいた「適切なケアプラン」の作成につながり、利用者の尊厳の保持や自立支援、さらには利用者から信頼される公正中立な業務を行なうことにもなります。

Q15 他法に関することを、介護支援専門員にどこまで依頼することが可能でしょうか？

A15

利用者の生活課題の解決に向けた支援を担うという観点から、介護支援専門員は、ケアプラン作成等の際に他法との調整を行う必要があります。特に利用者が生活保護を受給している場合や障害福祉サービスを利用しているような場合には、市町村・保険者との連絡、連携を密にすることが大変重要です。また、利用者の日常生活全般を支援する観点から、同法が規定するサービスにとどまらず、介護保険外のさまざまなサービスについてもその調整を行うことが求められています。

介護支援専門員は、他法等の概要を理解し、必要な機関や窓口と連携して、サービスの調整を行います。

(3) ケアプラン点検について

1) ケアプラン点検の目的

Q16 ケアプラン点検の目的は何ですか？

A16

ケアプラン点検は、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」を促すとともに「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ためのものです。

また、ケアプラン点検を保険者と介護支援専門員が協働で行うことにより、介護支援専門員だけではなく、保険者にも気づきが促され、地域包括ケアシステムの構築につながっていくことも期待されます。

(出典；「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)

Q17 なぜケアプランの点検をしなければならないのですか？

A17

「自立支援」に資する適切なケアプランの作成のために、第三者の目でケアプランを確認することにより、ケアマネジャー個人の視点を補い、支援することが必要であるためです。

介護が必要になった人が、可能な範囲で自分らしい生活、その人が望む生活ができるような、自立支援に資するケアマネジメントを推進していくためには、ケアプラン点検を通じて、ケアプランの内容が適切かどうかをチェックし、ケアプランの適切化を図るとともに、介護支援専門員が自身の課題や良さに気づき、資質向上に取り組めるように支援することが求められます。

(出典；「介護保険 ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引き」、ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引編集委員会 (編集))

Q18 なぜケアプラン点検支援マニュアルは『指導』ではなく『支援』なのでしょう？

A18

『指導』は法令等明確な根拠に基づき実施するものであり、公共性の確保から必要不可欠なものです。そのため、保険者（市町村）職員の個人的な判断による指導ということがあってはなりませんし、法令等明確な根拠に基づかない指導は逆効果にもなります。

一方で、『支援』は他者に配慮をもって働きかけることにより、その人自らの力で課題を認識し解決していく能力を醸成することです。

「ケアプラン点検支援マニュアル」の目的は后者であるため、『指導』ではなく『支援』となっています。

Q19 ケアプラン点検における介護支援専門員への支援のポイントは何ですか？

A19

ケアプラン点検を行うことで、点検対象以外の事例にも、介護支援専門員の気づきが反映されることを意識して、点検を実施することがポイントです。

そのためには、支援を行うにあたり、まず先入観をもたず相手を尊重する姿勢が大切です。その上で、目的や目標を共有することが重要となります。そして、一方的に指摘するのではなく、双方向のやりとりから相手の考えなどを引き出すことにより、気づきが促され、介護支援専門員が自らの課題を認識しやすくなります。

介護支援専門員が自らの課題を認識することで、ケアプラン点検の対象となった事例だけでなく、介護支援専門員が担当している他の事例についても気づきが反映されます。

Q20 保険者はどのような心構えでケアプラン点検を行えばよいのでしょうか？

A20

保険者と介護支援専門員で、ケアプランを共に確認し合う、という姿勢で臨むことを基本とします。介護支援専門員を批判するのではなく、介護支援専門員の悩みやつまずきを把握し、適切なケアマネジメントへの気づきを促しながら、一緒に質の向上を図ることができるように支援します。介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、適切なケアプラン作成ができるように支援を行うことが大切です。また、継続的に支援が必要となることも踏まえ、ケアプラン点検における事務負担が大きくなるよう配慮する必要があります。

Q21 ケアプラン点検をすると給付費が下がるのですか？

A21

ケアプラン点検では、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるような、適切なケアプランとなっているかを、保険者と介護支援専門員の双方向で検討・点検を行います。ケアプラン点検を通じて、真に必要な支援が個々の利用者に過不足なく提供されるように支援を行うことが目的です。ケアプラン点検により、給付費が適正値となり、結果として給付費が増加することもあります。必ずしも給付費が削減されるわけではありません。

2) 介護保険制度におけるケアプラン点検の位置づけ

Q22 ケアプラン点検と実地指導の違いは何ですか？

A22

ケアプラン点検の対象事業所やケアプランの選定等は、事業所の規模や給付実績の推移等を踏まえ、保険者の判断で決めることができます。また、ケアプラン点検の重要な側面は、紙面のチェックだけではなく、利用者の状況、サービス水準等によるケアプランへの影響、介護支援専門員の力量を保険者として読み取り、ケアマネジメントとサービスの向上につながるよう、自治体で行う研修や事業に生かすことです。

これに対して実地指導は、介護保険法第23条（市町村）第24条（国・都道府県）を根拠に運営上の指導、不適正な請求の防止とより良いケアへの質の向上を図る観点から、事業者等の取組みに対して実地での援助的指導を行うものです。

なお、地域支援事業の中の任意事業として給付適正化事業があり、その1つの手法にケアプラン点検があり、これを活用することもできます。

（出典；介護保険法第23条、第24条、第115条の4第3項第1号）

3) ケアプラン点検の方法と実施体制

Q23 ケアプラン点検の方法、手順はどのように行えばよいですか？

A23

まず、点検事業を実施する関係者で主な目的、基本姿勢、進め方の手順について確認します。

- (1) ケアプラン（1～3表、及びアセスメント表）の提出を依頼
- (2) 事前準備、疑義事項の整理
- (3) 「対話方式」による介護支援専門員との協働点検作業
- (4) 必要に応じてケアプランの修正
- (5) 回答などを集積し、整理・分析
- (6) 支援システムの構築・課題の克服

の手順で行います。

特に、(2)の事前準備の段階では

(ア)課題が明確でない、目標とサービスが連動していない、根拠のないサービスが入っていないかなどの把握

(イ)アセスメント不足や視点欠如の項目がある可能性などの疑義の整理

(ウ) (ア) (イ) を踏まえた質問の内容の整理

(エ)適正化・適切化、自立支援、介護予防のプランの考え方など、助言内容等の整理について事前に考えておくとよいでしょう。

(参考；「ケアプラン点検支援マニュアル」 p5～7、厚生労働省老健局振興課)

Q24 ケアプラン点検の実施者は誰ですか？

A24

ケアプラン点検は保険者が直接実施するものですが、他に、適正に点検・確認ができる団体等に委託して実施する方法や、点検・確認ができる専門職を活用しながら実施する方法等もあります。

具体的な例を、一部以下にお示しします。

- (1) 保険者が直接実施する
(保健師、主任介護支援専門員、事務職、直営の地域包括支援センター職員等)
- (2) 保険者が、嘱託等で点検・確認ができる専門職を配置、もしくは外部から専門職を報酬費等で雇用することにより実施する
- (3) 外部に委託する
 - ①委託先地域包括支援センターに、通常業務以外として別途、業務委託
 - ②介護支援専門員の連絡会等の、ケアプラン点検の適切な実施が可能な団体等に委託

いずれも保険者の実情に応じた方法で実施することが大切です。

Q25 ケアプランの点検を保険者が行う意義を教えてください。

A25

- (1) 健全で持続可能な介護保険制度の運営を行う上で、インフォーマルサポートも含め、地域の社会資源との過不足状況との調整ができているかを確認でき、結果的に適切な給付につながるというメリットがあります。
- (2) 保険者がケアプラン点検（確認）を行うことにより、介護支援専門員と帳票に沿って面談を進めていくことで、地域課題を知ることができ、政策形成へと発展させることにつながるというメリットもあります。
- (3) 保険者の職員が、介護支援専門員と交流し、介護保険の現場を知る機会となります。

Q26 ケアマネジメントに精通していない保険者職員がケアプラン点検を行う際に留意することは何ですか？

A26

ケアプラン点検を行う保険者職員は、必ずしもケアマネジメントに精通している必要はありません。保険者職員は、市民から保険料や税を預かる立場として、また、保険事務をつかさどる保険者機能の立場として、ケアプラン点検に携わることになるからです。しかし、ケアプラン点検を適切に実施するためには、最低限、ケアマネジメントの一定の流れや目的などを事前に理解しておく必要があります。ケアマネジメントに精通することよりも、ケアプラン点検を通じて、保険者としてより良いケアマネジメントのあり方を介護支援専門員とともに学び、普及していくというスタンスを持つことが必要です。そのためには、ケアプラン点検の業務に携わる前に、例えば下記の資料などを熟読しておき、前任者からしっかり引継ぎを受けておくことをお勧めします。

<参考資料>

- (1) ケアマネジメントのプロセスを理解するために
⇒「介護支援専門員実務研修テキスト」 など
- (2) ケアプラン点検の進め方や点検すべきポイントを確認するために
⇒「ケアプラン点検支援マニュアル」(厚生労働省)、
「ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル【川崎版】」(川崎市)
- (3) 介護予防の観点から、ケアマネジメントを理解するために
⇒「介護予防ケアマネジメント点検(確認)支援マニュアル」(生駒市)

Q27 ケアプランの点検を外部団体等に業務委託する場合に留意すべきことは何ですか。

A27

まず、業務委託を請ける法人や直接担当する人等が、ケアプラン点検業務を行うことができるだけの実績や専門性（知識、技術、価値・倫理他）があるかの確認を行います。主な委託先としては介護支援専門員の職能団体等や、介護支援専門員に関する法定研修等を受託している団体や個人等が想定されます。

個人情報保護が遵守できることはもちろんのこと、可能な限り点検を受ける居宅介護支援事業所や介護支援専門員と直接的な関係を持たないこと、さらには利害関係者でないことが望ましいでしょう。特に、法人や直接担当する人等が、委託者である各保険者におけるケアプラン点検の方針や目的を十分理解し、「自立支援」に資する適切なケアマネジメントを追求する意欲が見られるかなどにも留意が必要です。

また保険者側においても、委託業務を確認し指導・助言を行うことが必要な場合もあり、チェックが可能な担当者の配置が必要です。

Q28 点検の対象とするのは居宅介護支援事業所のケアプランのみでよいでしょうか？

A28

基本的には、居宅介護支援事業所のケアプランが対象となりますが、場合によっては、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護も対象となります。また、介護予防支援や介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）も対象になり得るため、地域包括支援センター等も点検の対象となることがあります。

（参考；「六訂 介護支援専門員実践研修テキスト」p74、表 2-1-4）

Q29 点検するケアプラン点検の抽出方法について具体例を教えてください。

A29

すべての利用者からランダムに抽出する方法もあれば、状態像の改善が見られた事例や、保険者が課題と思っている部分に焦点をあて、抽出する方法があります。以下に一例をお示しします。

- 利用者に着目した抽出
 - ・ 要介護1以上で介護タクシー（訪問介護の乗降介助）を利用している人のプラン
 - ・ 訪問系サービスのみを利用している人のプラン
 - ・ 福祉用具のレンタルのみを利用している人のプラン
 - ・ 医療ニーズの高い人のプラン（要介護3以上の中重度の利用者で、訪問看護等のサービスが定期的に入っている、など）
 - ・ 要支援認定から要介護認定へと悪化した人のプラン
 - ・ 要介護から要支援へと状態が改善した人のプラン
 - ・ 2区分以上悪化や改善が見られた人のプラン
- 事業者に着目した抽出
 - ・ 各居宅介護支援事業所から○件ずつ抽出
 - ・ 区分支給限度基準額の一定割合以上を利用しているケアプランの割合が一定以上を占める居宅介護支援事業所のプラン
- 介護支援専門員に着目した抽出
 - ・ 経験1年未満の介護支援専門員によるプラン

Q30 ケアプランが実際のサービスと連動しているかの確認はどのようにすればよいのですか？

A30

サービス事業所は、ケアプランに沿って、個別サービス計画を作成することになっています。個別サービス計画（訪問介護計画等省令第13条12）とは、ケアプランに沿って作成される介護保険の指定を受けたサービス事業所が提供するサービス計画のことを言います。各サービス事業所の担当者に対してケアプランを交付する際には、趣旨及び内容等について十分に説明し、各サービス事業所の担当者との共有、連携を図った上で、居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要です。このため、各サービス事業所の担当者に居宅サービス計画を交付したときは、各サービス事業所の担当者に対し、個別サービス計画の提出を求めるよう運営基準に位置づけられています。提出された個別サービス計画の内容を確認し、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認するようにし、ケアプランと個別サービス計画の内容にずれがある場合は、改めて各サービス事業所の担当者と意識共有を図り、ケアプランの趣旨及び内容に沿ってサービスが提供されるよう、個別サービス計画の作成へとつなげます。

Q31 ケアプラン点検後のフォローアップはどうすればいいですか？

A31

ケアプラン点検には様々な方法がありますが、どのような方法で実施したとしても、ケアプラン点検がその場限りにならないようにしなければなりません。

点検後のケアプランに修正があったか、点検後のケアプランや点検時の指摘等が事業所内で共有されたかどうか、点検による介護支援専門員の気づきがプラン修正等に活かされたかどうか、などを確認し、ケアプラン点検が有効に活用されるよう、必要に応じて介護支援専門員へフォローの支援を行うことも必要になります。

また、点検を行う保険者にとっても、点検によってもたらされた気づきが、介護支援専門員への支援に活かされているかどうかを自ら確認しておくことも大切です。

4) ケアプラン点検の効果

Q32 ケアプラン点検をすることで、どのような効果が期待できますか？

A32

ケアプラン点検をすることで、保険者が介護支援専門員の悩みやつまづきを把握することができ、その機会を通じて考え方や方向性について助言や支援を行うことが可能となり、ケアマネジメントの質の向上につながる効果が期待できます。

また保険者は、複数の介護支援専門員の間で類似する悩みやつまづきを、介護支援専門員の全体的な課題として把握できるようになり、質の向上に向けた研修企画やマニュアルの作成、地域包括支援センター等が行う後方支援の在り方などの検討につながるなどの効果も期待できます。

地域の介護支援専門員が立案するケアプランの全体的な傾向から地域にどのような課題が生まれているのかを保険者が知ることで、行政や関係機関、地域住民で何かできることはないかと模索・検討する機会の創出にもつながっていきます。

Q33 ケアプラン点検を行う上での留意点はどのようなことですか？

A33

ケアプラン点検は双方向の点検ではありますが、点検者となる保険者職員等は、あくまでも帳票からの読み取りにとどまり、実際に利用者と対面し、意向や生活環境を確認したわけではありません。したがって利用者や家族の生活実態を直接知ることができないため、点検者の思い込みや勘違いによって介護支援専門員を一方向的に責めることや、不快な思いをさせるようなことがあってはなりません。点検を受ける者・点検を行う者の両者がケアプラン点検を行う意義や目的を共有し、実施していくことが重要です。

ケアプラン点検は点検に不慣れな保険者においては、ケアマネジメントの意義や大切さについて、知見を高めることにもつながります。また、保険者意識の向上にも良い影響を与えるものであることについても、介護支援専門員と保険者と共有しておくことが必要です。

(4) ケアプラン第1表～第7表の機能と相互関係

1) 様式の理解

Q34 ケアプランにはどのような様式がありますか？

A34

ケアプランの様式は第1表から第7表まであります。

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）

はケアプランの本体となる帳票です。

第4表（サービス担当者会議の要点）、

第5表（居宅介護支援経過）

は介護支援専門員等がケアマネジメントを進めるための判断根拠となる帳票であり、

第6表（サービス利用票）

第7表（サービス利用票別表）

はサービスの利用状況や費用について管理するための帳票です。

第1表～第3表は課題分析（アセスメント）の結果を踏まえ、利用者と家族及び介護支援専門員が共同作業で作成するものです。

第4表は介護支援サービス（ケアマネジメント）の進行にあわせてケアチーム全体の意思を確認・共有し、第5表は介護支援専門員がその時々判断を行うための根拠になる情報を、責任を持って記載していくものです。

ケアプラン点検では、第1表～第3表が中心になります。

（出典；「四訂 居宅サービス計画書作成の手引 第2版」、p9、長寿社会開発センター）

Q35 第 1 表の機能は何ですか？

A35

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票であり、ケアプランの中で、利用者及び家族の生活に対する意向が明確に示されている最も重要な帳票ともいえます。

第 1 表は、利用者・家族の意向・生活の目標をどのように実現していくのか、今後どのようなリスクが予測されるのか、悪化を防ぐにはどのような生活を送り、どのような支援をするのかを協議した上で文章化する計画書です。協議の際には、利用者・家族・利用者の生活を支援するケアチームが目指すべき方向性を確認しあい、利用者と共に同じ方向に歩いていくための総合的な援助方針が記載される必要があります。

(参考 1 ; 「ケアプラン点検支援マニュアル」 p 10～12、厚生労働省老健局振興課)

(参考 2 ; 「六訂 介護支援専門員実務研修テキスト」上巻 p 462、長寿社会開発センター)

Q36 第2表の機能は何ですか？

A36

居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。第1表で示された利用者及び家族の「望む生活」を実現するために、アセスメントから導き出された生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）を、利用者の「自立」を支援する観点で、具体的な手段を示しながら解決していくための手順を表したものです。

第2表では、利用者の生活課題の中で解決すべき課題の優先順位を見立て、目標を立てます。「長期目標」は利用者自身が課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点について記載し、「短期目標」は、「長期目標」を達成するための具体的な活動（支援）の目標を記載します。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

（参考；「ケアプラン点検支援マニュアル」 p10～12、厚生労働省老健局振興課）

Q37 第3表の機能は何ですか？

A37

第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズム（主な日常生活上の活動）を把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、それぞれの役割を認識し、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など週単位以外のサービスや、介護給付以外の取り組み（家族の支援やインフォーマルサポート等）についても記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

（参考；「ケアプラン点検支援マニュアル」p15～16、厚生労働省老健局振興課）

2) 様式の理解をより促進するための問い

Q38 長期目標とは、どのようなことに留意して作成する必要がありますか？

A38

長期目標とは、解決すべき課題（ニーズ）が解決したときに、利用者が望む生活の姿や生活のありようを示したものです。

目標は利用者自身のものですので、作成上の留意点として、利用者自身が目標の設定に参加し、目標を理解、納得、実行できるように支援しているかが重要です。

一方で、十分に意思表示できない利用者の長期目標は、「（ニーズに記載した内容が）できるようになる」といった表現で終始する場合や、抽象的な表現になる場合が少なくありません。また、状態が変化しても見直しが行われず、何年も同じ表現になっている場合もあります。その場合は達成できる内容の見直しを考えてみるのも一つの方法と言えるでしょう。

また、目標達成までの期間について記入が必要（※）ですが、未記入である場合や、目標達成が見込まれる時期が十分に検討されずに記入されている場合が多く見られます。十分に検討を行った上で、記入するよう留意が必要です。

※終了時期が特定できない場合は、開始時期のみを記載することも認められています
(参考；「ケアプラン点検支援マニュアル」 p41～42、厚生労働省老健局振興課)

Q39 短期目標とはどのようなことに留意して作成する必要がありますか？

A39

短期目標は長期目標を達成するために段階的に計画する具体的な目標です。

作成上の留意点としては、具体的な表現で、短期に達成可能と見込まれる内容とすることが重要です。長期目標と同じく、単に生活上の解決すべき課題（ニーズ）に記載した内容が「できるようになる」といった表現で終始する場合や、抽象的な表現になる場合も少なくありません。ニーズには、課題分析標準項目に関するものが想定されます。たとえば、数週間から数か月以内など、短期的に解決が可能なものかどうかをヒアリングなどで確認します。ヒアリングの結果、解決が難しい課題や、解決できる可能性があるものの、その時期が見通せない課題については、別の目標を考える、あるいは長期目標として整理する、などの見直しを必要とする場合もあります。そのような場合は、担当する介護支援専門員だけでなく、連携する医療・福祉関係者など、他の専門職等からの意見が考慮されているかなどを確認します。

なお、最も解決したい課題に対して設定するゴール（結果）が短期的に達成される場合は、長期目標と短期目標が同じ表現となる場合も稀にありますので留意しましょう。

（参考 1 ; 「ケアプラン点検支援マニュアル」 p 41～42、厚生労働省老健局振興課）

（参考 2 ; 「六訂 介護支援専門員実務研修テキスト」上巻 p 449、長寿社会開発センター）

Q40 週間サービス計画表では、どのようなことに留意する必要がありますか？

A40

週間サービス計画表（第3表）には利用する介護保険サービスだけでなく、週単位で行われる定期受診や介護保険サービス以外の支援、インフォーマルサポートについても記載するようにします。また、週単位以外のサービスやインフォーマルサポートなどについては、不定期なものを含めて表の下部に記載できる欄がありますが、介護保険外サービスが記入されていない場合もありますので留意が必要です。

また、利用者目線で一日の活動を記載できる「主な日常生活上の活動」の欄がありますが、記載漏れなどがあり、活用されていない場合もあります。毎日の活動が決まっていなくても「主な」ものとして記入を試みるよう促すことが必要です。

利用者の状態像にもよりますが、常時介護が必要な利用者の場合に休日・夜間などサービス利用時間帯以外の見守り体制がどのようになっているかなども記入することで、生活の全体像がわかりやすくなる場合もあります。

（参考；「ケアプラン点検支援マニュアル」 p 54～58、厚生労働省老健局振興課）

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

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

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