

自治体におけるケアプラン点検等で 求められる視点・留意点



高野 龍 昭

東洋大学 ライフデザイン学部 准教授

1. 介護保険制度と「ケアプランの点検」

2. 各地での「ケアプランの点検」「地域
ケア個別会議」での経験から（サ高
住・住宅型有老を中心に）

ケアマネジメントの源流

- 1970年代の米国での精神障害者の地域生活支援・・・
 - * 施設ケアから在宅（地域）ケアへ
 - * 「要援護者用の住宅」と「包括的・学際的な相談援助」の必要性
 - * 公的施策の不十分な米国において、地域に散在する「多様な社会資源の活用」の必要性
 - 1980年代の英国での政策研究
 - * 「財源の行き詰まり」と「少子高齢化」の同時進行
 - * 「福祉多元化」と「コミュニティ・ケア」
 - * 基礎自治体への「権限移譲」と「行政計画」
- ⇒「グリフィス報告」（1988）から「国民保健サービス及びコミュニティケア改革法」（1990）へ

そもそもケア（ケース）マネジメントとは…

- 「臨床ケースマネジメント」「サービスコーディネーション」「総合的な心理社会的機能増進策」には、欠くことのできない、しかしときに矛盾する、2つの目的をもっている。

①脆弱な人びとに対するケアの質を改善すること

②そうしたケアに要する費用を統制(コントロール)すること

出典：A.J.フランケル他著/野中猛監訳/羽根潤子訳『ケースマネジメントの技術』

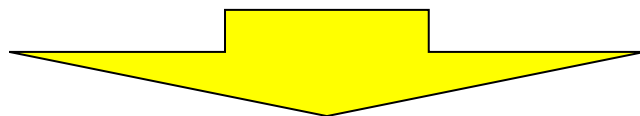
p20,金剛出版,2006

ケアプラン作成＝支給決定権限の行使

- 私の経験・・・

- ＊ ケアマネジャーとして35件/月を担当

- 1件あたり平均約16万円/月の介護保険給付を
ケアプラン上に位置づけ



恣意的な判断はないか？

- ＊ 月額 16万円 × 35件 = 560万円

- 年額 560万円 × 12ヶ月 = 6,720万円

- ・・・の保険給付の支給決定をしていた！

介護支援専門員はケアプラン作成の業務により一定範囲で
自由に保険者（自治体）の財源支出の権限を有する！

2021年度介護保険制度注目すべき改正点のひとつ

• 高齢者向け住まいの在り方（住宅型有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅

『介護保険制度に関する意見』（社保審介護保険部会・2019年12月）より

○高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）が都市部を中心に多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、これらの整備状況等も踏まえながら介護保険事業（支援）計画を策定し、介護サービス基盤整備を適切に進めていくことが必要である。国は自治体に対して適正な計画策定に向けた支援を行うことが重要である。なお、特別養護老人ホーム等の整備を適切に進め、所得の多寡により入居先の確保が困難になることのないよう留意が必要である。

○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するとともに、適切に介護基盤整備を進めるため、都道府県に届け出られた住宅型有料老人ホームに関する情報について市町村に通知し、市町村がこれらを把握できるようにするなど、行政による現状把握と関与の強化を図ることが適当である。未届けの有料老人ホームへの対応や、介護サービス利用の適正化を進めることも重要である。利用者の適正な事業者の選択につなげるため、事業者に係る情報公表の取組を充実させることが重要である。地域支援事業の介護相談員等も活用しながら「外部の目」を入れる取組を進めることも重要である。地域に開かれた透明性のある運営につなげることも重要である。

⇒住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の整備量を介護保険事業（支援）計画に位置付ける。

⇒（併設の）介護サービス利用の「適正化」やその利用者の「適切な選択」のため、保険者の権限・関与を強める。

「介護給付適正化事業」を巡って

* 保険者機能強化推進交付金（2018年度以降）

・ 市町村評価指標における「介護給付の適正化」の配点

2018年度 = 612点中 60点 (9.8%)

2019年度 = 692点中 59点 (8.5%)

2020年度 = 1,575点中 120点 (7.6%)

2021年度 = 1,590点中 120点 (7.5%)

2022年度 = 1,375点中 260点 (18.9%)

注) 「介護保険保険者努力支援交付金」の
評価指標・配点は除く(2020年度以降)

1. 介護保険制度と「ケアプランの点検」
2. 各地での「ケアプランの点検」「地域
ケア個別会議」での経験から（サ高
住・住宅型有老を中心に）

要介護（要支援）状態区分別の 居宅サービス平均利用率

（出典：厚生労働省『令和2年度介護給付費等実態統計報告』をもとに筆者にて作図）

＊ 平均利用率＝平均給付単位数／支給限度基準額（単位数）

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
全国	27.6%	21.6%	45.7%	53.6%	59.0%	62.7%	66.9%
島根県	29.7%	22.5%	50.1%	58.9%	61.9%	67.2%	69.5%

「介護給付適正化計画に関する指針」における

“ケアプランの点検”（2020年～） ※下線は筆者追記

（事業の趣旨）

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又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なとする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。

（実施方法）

基本となる事項を介護支援専門員とともに確認検証しながら、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」の実践に向けた取組の支援を目指して、①保険者によるチェックシート等を活用したケアプランの内容確認、②明らかになった改善すべき事項の介護支援専門員への伝達、③自己点検シートによる介護支援専門員による自己チェック及び保険者による評価、を行うとともに、④介護支援専門員への講習会の開催などを一体的に実施する。

その際には、過誤申立だけでなく、ケアプランの改善状況を把握することにより、ケアプランの点検を実施したことによる効果を把握することが望ましい。

また、継続的にケアプランの質の向上を図るとともに点検割合についても増加することが望ましいことから、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」及び同マニュアルの附属資料である「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～の積極的活用を進めるとともに、点検に携わる職員のケアマネジメントに関する都道府県が主催する研修会等への参加を促し、点検内容を充実する。

さらに、毎月漫然と同様のケアプランを作成している介護支援専門員や居宅介護支援事業所が存在する場合もあることから、適正化システムの活用等により地域の個々の介護支援専門員のケアプラン作成傾向を分析し、受給者の自立支援に資する適切なケアプランになっているかという観点から対象事業所を絞り込んで点検することを検討する。

加えて、近年増加が顕著なサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てたケアプランの点検等も実施されることが望ましい。

なお、ケアプラン点検の手法については、保険者がケアプランの点検を実施するだけでなく、地域の介護支援専門員同士、あるいは主任介護支援専門員や介護支援専門員の職能団体によるケアプランの点検の機会を保険者として設けることや、職能団体に点検を委託することも有効である。

「介護給付費適正化事業」の経験から

- 利用者や家族に「選択の自由」を説明および保障していないことの疑念（基準第1条の2第3号に関連）
- 利用者の「自立支援・重度化防止」の視点の欠如（基準第13条第3号に関連）
- 「総合的なケアプラン作成」の視点の欠如（基準第13条第4号に関連）
- 「居宅の訪問」を軽視（基準第13条第14号のイに関連）
- いわゆる「ロングのショートステイ」を漫然と連続している問題（基準第13条第21号に関連）

* アセスメントを実施したうえでケアプランを作成しているのか？

* 利用するサービスを先に決めて、その後にケアプランを作成しているのではないか？

ある保険者での「ケアプランの点検」における 外部の居宅介護支援事業所のケアマネジャーの意見

- 通常であれば、本人・家族の意向やアセスメントからのニーズに基づいて必要なサービスを導入できますが、住宅型有料ではそれができないので担当したくありません。
- 高齢者向け住まいでは、①自法人のサービスを限度額いっぱい利用することを要求（あるいは限度額超過プランを立て、後で限度額内に収まるように調整）、②自法人や系列法人以外の事業所の利用を拒否、③認定調査時に要介護度が重くなるように対応…などが散見されます。
- 不必要なサービスの削除や、必要性のある外部事業所のサービス利用（多くは医療系サービス）を相談しても、住まいの職員に「経営方針でそのようなことはできない」「嫌なら退居を」と拒否されます。
- 自宅では近隣の協力やボランティアさんの関わりをプランに位置づけることができるが、高齢者向け住まいに入居するとインフォーマルサポートが位置づけにくくなり、介護保険サービスとその住まいが実施する有償サービスに組み替えざるを得なくなることが多いです。

※高野が関わった事業におけるアンケートから原文を抜粋し
地域や事業所が特定されないように一部修正。

ケアマネジメントの過程

①入り口（利用者の発見）

└─▶ ②受付・契約（相談受理・インテーク）

└─▶ ③アセスメント

└─▶ ④目標の設定とケアプラン作成

サービス担当者会議・利用者の同意

└─▶ ⑤ケアプランの実施

└─▶ ⑥モニタリングとフォローアップ

└─▶ ⑦再アセスメント

└─▶ ⑧終結

計画化
チームアプローチ
評価

出典：白澤政和他編著『福祉キーワードシリーズ
ケアマネジメント』p3,中央法規出版,2002

高齢者向け住まい入居者のケアプラン

- 「囲い込み・使い切り型」ケアプランが最大の問題である（＝アセスメントに基づいていない）。
- 利用者への「説明と同意」が損なわれている傾向が強い（＝利用者の選択に基づいていない）。
- アセスメントやモニタリング・評価（見直し）など、ケアマネジメントの過程全般が疎かになっている傾向が強い（＝ケアマネジメントが機能していない）。

「囲い込み・使い切り型」であっても、
「アセスメント」「利用者の選択」「ケアマネジメント過程」が
適切に実施されているのであれば、
何ら問題とはならない！

課題（ニーズ）	目標（長期/短期）	サービス内容	サービス種別 /担当者
問題状況の原因を明らかにして 問題が軽減したときの利用者本人の「望ましい状態」を検討して 目標に利用者本人が到達するための支援内容を明らかにする その適切なサービス種別/担当者を決める			

「囲い込み・使い切り型」ケアプランが多い 高齢者向け住まいは「損」をしている！？

- （アセスメントが不十分なので）入居者の心身機能が悪化しやすい。そのため、周囲の評価が低くなる。
- （アセスメントが不十分なので）入居者に入院が多くなり、空室率が上がる。そのため、収益が悪化する。
- （アセスメントが不十分なので）訪問・通所サービスの質が低下する。そのため、介護職員の離職率が高まる。
- （ケアマネジメント過程を否定的に扱うので）ケアマネジャーが働く意欲を失う。
そのため、地域のケアマネジャーからの紹介率が減少し、営業コストが増大する。

「囲い込み・使い切り型」ケアプランが
ケアマネジメントを腐らせる！

ケアプラン点検事業の経験から

- ケアプランの「構造」の確認

【課題（ニーズ）】があるが、

【サービス内容】の支援を受けることで、

【短期目標】のような状態になれそうだ！

（そして、いずれは

【長期目標】の状態にもなれそうだ！）

高齢者向け住まいの入居者のケアプラン点検は
「担当のケアマネジャー」だけを対象に実施しても
さほどの意味はもたない！

ある保険者でのケアプラン点検の対象プランの例の見直し

課題(ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
安心して入浴したい	不安なく入浴できる	安全に入浴できる	安楽な入浴介助	通所介護 (週7回)

* 入浴ができない理由

脳梗塞後遺症で片麻痺、家族介護者が高齢、浴室での転倒などが不安

* 入浴ができないことによるリスク

皮膚のトラブル、陰部の不衛生による尿路感染

* その他

BMI低値・友人と会いたい

課題(ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
片麻痺のため身体が動きにくい が、入浴を続けたい	外出を楽しめるようになる	皮膚のトラブルと尿路感染を起こさない	自宅の浴室での入浴の介助を行う (入浴の一連動作・更衣)	訪問介護 (週4回)
			入浴のための浴室の準備を行う	本人の妻

+ 食事量とBMI増加のためのプランも

※高野が関わった事業における資料から抜粋し、地域や事業所が特定されないように一部修正。19

ケアプランの原則

B.Schneider (1988) による

過不足のない
ケアプラン

- ①アセスメント（包括的な評価）結果に基づくこと
- ②利用者あるいは家族が作成過程へ参加していること
- ③前もって計画される目標の達成に向かうものであること
- ④特定期間のものであり、必要に応じて随時変更されるものであること
- ⑤フォーマル、インフォーマル、さまざまな社会資源を位置づけるものであること
- ⑥利用者・家族の自己負担額を意識して作成されるものであること
- ⑦定型化された計画用紙に文書化されるものであり、書面により本人の同意を得るものであること