

はじめに

ケアプラン自己作成の実態調査から

平成12年4月、高齢者の介護を社会問題としてとらえ、社会保険の対象として介護サービスを給付の対象とした介護保険制度がスタートしました。どのような実態に落ち着くのか不安はあったものの、制度の理念や基本方針は本来あるべきものとして多くの人から歓迎され、推進に向けての社会的期待が込められたものでした。個々の要支援・要介護者の尊厳が保持され、自立支援を目的として保健・医療・福祉・住宅環境など行政の縦割りをなくして、ひとり1人に必要な援助が総合的に提供され、利用者主体を基本方針としています。目標志向型支援を方法とするケアマネジメントが組み込まれていることは、住み慣れた地域での暮らしを継続するうえで欠かせない条件であり、明るい高齢社会への第一歩として期待されたものでした。主体的な行動が厳しい人には介護支援専門員が当事者に代わって活動するものの、要支援・要介護者の全てが主体的な行動が困難な人ではなく、また介護保険法の第4条に謳われている国民の努力及び義務を果たすためにもケアプランの自己作成は、選択肢の一つとして当然、確保されるべき方法であると私たちは現在も考えています。

しかし、ケアプラン自己作成の選択は、当初から路は開かれていたものの、実態はいつでもどこでもオープンマインドで迎えられたわけではありません。制度開始から10年を経た現在に至っても、自己作成者は特別扱いされるという状況は続いています。さらに予防給付と介護給付のケアマネジメントが別立てになってからは、「自己作成扱い」と称する、まぎらわしいものが、同じ枠組みでとらえられているという報告もあります。

今般、平成21年度老人保健事業推進費等の補助金を得て、全国の1629保険者に対して①ケアプラン自己作成に対する認識、②自己作成に対するスタンスや課題意識、③自己作成者の実態と保険者としての支援内容等のアンケート調査を実施し、55%に相当する896の保険者から回答をいただきました。この結果から、回答をいただいた保険者には2009年7月1日現在、合計360人の要支援者と312人の要介護者の自己作成者がいることが分かりました。また、アンケート調査の結果のみならず、保険者へのヒアリング、自己作成者へのヒアリング、サービス提供事業者へのアンケート調査など可能な限り多方面からの調査も重ね合わせることができました。その結果は本報告書にも記載したように、保険者の考え方も多様であり、自己作成者として扱われている中にもいろいろな人がいることが分かりました。そのなかでも、本来の自己作成希望者にふさわしいと思われる、自らの意思で自覚を持って自発的に自己作成している人たちは数は少ないものの、自らの状況を客観視し、介護予防の効果を高めています。そして、介護保険の理念に沿ってサービスを選択し自らの責任を自覚しています。さらに自分らしいケアプランの追求により介護保険制度以外の社会資源を開拓し、活用している人もいます。しかし、共通の悩みは制度改正等の情報が不足し、自己作成者が積極的に求めなければ必要な情報が届かないことでした。

以上を踏まえると、本来の自己作成者は現在のところ少ないものの社会全体のレベルアップの牽引力となる可能性が高いと分析しました。本報告書では、市民がより主体的に育つために寄与する具体的な提案もしています。

「自分や自分の家族の生活に深く関係する計画だから、自分で立てたい」「専門的な知識が踏まえていないのであれば、教えてほしい」「制度に対する理解が不足しているならば、丁寧に教えてもらい、理解したい」という自己作成者の自発性を尊重し普及していくことが私たちが望む利用者主体であり、制度の理念としていないところではないでしょうか。

本調査にご協力いただきました保険者ならびに関係者の皆様に調査の結果を報告するとともに、個性性の高い個人の尊厳を尊重しつつ、多様な高齢者の要介護・要支援問題を考え、発信し、行動する全国マイケアプラン・ネットワークが広く・強くなることを願っています。

ケアプラン自己作成効果課題検討委員会
委員長 國光 登志子

目 次

第 1 章 調査研究報告	6
I. 研究の概要	6
1. 背景と目的	6
2. 実施体制	7
3. 経過	9
II. 調査設計	10
1. 調査の位置づけとねらい	10
2. 調査概要	12
III. 調査結果	13
1. 保険者の声（アンケート・ヒアリング）	13
① 保険者へのアンケート調査	13
A) 方法と概要	13
B) 結果	13
② 保険者へのヒアリング調査	20
A) 方法と概要	20
B) 結果	20
③ 保険者の声についてのまとめ	23
2. 現場の声（自己作成者・サービス提供事業者）	25
① 利用者へのヒアリング	25
A) 方法と概要	25
B) 結果	25
C) 利用者へのヒアリング結果まとめ	28
② サービス提供事業者へのアンケート調査	29
A) 方法と概要	29
B) 結果	29
C) サービス提供事業者へのアンケート結果まとめ	31
3. 自己作成手引書の実態調査	32
① 方法と概要	32

② 結果	32
4.厚生労働省へのヒアリング	32
① 経緯	32
② 結果	32
③ 厚生労働省から出された自己作成に関する記載	33

第2章 考察と提案	40
I. 考察	40
1.自己作成の種類	40
2.めざすべき自己作成と普及のありかた	42
3.めざすべき自己作成の普及についての諸問題	44
4.めざすべき自己作成の普及に向けて	46
1)めざすべき自己作成の円滑な普及に向けての諸条件	47
2)適切なケアプランの自己作成のための諸条件	47
II. 具体的提案	49
1.自己作成に主体的にかかわるために	49
2.適切なケアプランの自己作成のために	49
3.提案	50
① 提案1 自己作成啓発パンフレット作成	50
② 提案2 自己作成手順	52
③ 提案3 自己作成用アセスメントシート、活用様式	54
書式活用にあたって	58
【参考】ケアマネジャー作成と自己作成の流れ対比・関係図	59
III. 検討委員・事務局コメント	60

資料編	
1 アンケート用紙	71
1) 保険者	71
2) サービス提供事業者	76
3) 保険者への手引き依頼文書	78
2 保険者へのアンケート調査	79
1) 回答保険者の都道府県別データ	79
2) 継続的自己作成者数(都道府県別)	80
3) 自己作成実績経験(都道府県別)	81
4) 単純集計	82
5) クロス集計	86
6) 自由記述	91
アンケート回答：自由記述欄の項目別一覧	91
A 自己作成の普及に消極的な理由(1～5)	92
B ケアプラン自己作成者に対する自由意見(1～4)	112
3 保険者ヒアリング調査	124
4 自己作成者調査	128
5 サービス提供事業者アンケート調査	131
6 自己作成手引書等、関連制作物の提供協力保険者	135
7 全国マイケアプラン・ネットワーク概要	136

第1章 調査研究報告

I. 研究の概要

1. 背景と目的

ケアプランの自己作成は、制度上認められたものであり、「利用者本位」「自己選択」「自己決定」といった介護保険の理念を具現化したものであると考えられます。

本調査の事務局である全国マイケアプラン・ネットワークは、介護保険のケアプランの自己作成をしている利用者や家族と、趣旨に賛同する人たちのネットワークですが、自己作成経験者は、ケアプラン自己作成について意義・有益性を強く体感しており、とりわけ介護予防においては、予防ケアマネジメントは他者に委ねるのではなく自らが行うことにより、介護予防効果がより一層期待できると感じています。

介護保険法第四条には、次のように掲げられています。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

このように、自ら QOL を維持しようとする国民が増え、国民体質が依存的から自律的に変容していくことが求められていますが、そのための手段として、ケアプランの自己作成の普及は有効な取り組みであると考えます。

しかしながら、自己作成の効果や課題についての客観的な検証は不十分であり、また、自己作成者への支援体制やケアプランの確認手続きなどのフローは未整備で、制度的には認められていながらも、多くの市区町村で自己作成はほとんど普及していないのが現状です。そこで、次のことを目的に、本調査研究事業（以下、本事業という）を行います。

- ① 自己作成について、保険者やケアマネジメントなど多角的な立場からの専門的な視点を加え、意義・有益性についての根拠を明確化する。
- ② 同時に、自己作成の問題点を抽出し、有益性をより効果的に引き出すための諸条件等の整理を行う。

その上で、一定の根拠を持った『自己作成の健全な普及についての仮説構築』と『具体的な提案』を行います。

2. 実施体制

ケアプラン自己作成効果課題検討委員会の設置運営

① ケアプラン自己作成効果課題検討委員会の機能

- ・本事業の意思決定・統括機能
- ・自己作成の有効性と普及にむけての課題の検討

② 名簿

検討委員 (平成 22 年 3 月 31 日現在)

	氏名	所属等
	石黒秀喜	財団法人長寿社会開発センター常務理事
	石田淳子	府中市福祉保健部高齢者支援課府中市地域包括支援センター主査
◎	國光登志子	立正大学社会福祉学部教授
	佐藤修	コミュニティケア活動支援センター事務局長
	島村八重子	全国マイケアプラン・ネットワーク代表
	須田正子	地域交流ボランティア・よりあい＊ええげえし代表
	中村達雄	自己作成経験者

◎：委員長 50 音順

事務局

	井手智子	全国マイケアプラン・ネットワーク
○	島村八重子	全国マイケアプラン・ネットワーク
	須田正子	全国マイケアプラン・ネットワーク
	高木洋子	全国マイケアプラン・ネットワーク
	橋本典之	全国マイケアプラン・ネットワーク
	山田圭子	全国マイケアプラン・ネットワーク

○：事務局長 50 音順

③ 開催内容：

第 1 回：平成 21 年 8 月 16 日（日） 15：00～17：00 於：東京国際フォーラム会議室

- (1) 調査研究の目的と進め方について
- (2) ヒアリングの報告
- (3) アンケート項目内容、文案についての検討
- (4) ヒアリング先についての検討

3. 経過

		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
経過記録											
作業内容											
1. 検討委員会											
① 第1回委員会			●								
調査研究の目的と進め方について											
ヒアリングの報告											
アンケート項目・文案についての検討											
ヒアリング先についての検討											
② 第2回委員会					●						
アンケート単独集計結果報告											
アンケートの報告											
クロス集計項目についての検討											
アンケート自由記述についての検討											
ヒアリング先についての検討											
③ 第3回委員会						●					
アンケートクロス集計結果報告											
アンケート報告											
報告書の方向性について									●		
④ 第4回委員会										●	
報告書についての検討											
報告セミナーについての検討											
2. 実施調査											
① 保険者へのアンケート調査											
・アンケート項目、アンケート実施要綱の検討 （アンケートを行う対象の検討も含む）				→							
・アンケート実施					→						
・アンケートの集計・分析						→					
② 保険者へのヒアリング調査											
・東京都千代田区			●								
・東京都板橋区				●							
・広島県東広島市					●						
・山口県下松市					●						
・鹿児島県鹿児島市					●						
・東京都多摩市					●						
・東京都府中市					●						
・群馬県高崎市						●					
・福島県いわき市						●					
・京都府京都市						●					
③ 自己作成者へのヒアリング調査											
関西							●				
九州							●				
中国							●				
東北								●			
④ 自己作成者へのメールによる意見募集											
⑤ サービス提供事業者へのアンケート調査											
・アンケート実施											
⑥ 自己作成アンケートの実態調査											
・報告書提供依頼、返送											
⑦ 厚生労働省へのヒアリング											
3. 報告書の作成											
		</									

第2回：平成21年10月26日（月）19：00～21：00 於：コンセプトワークショップ湯島

- (1) アンケート単純集計結果報告
- (2) ヒアリングの報告
- (3) クロス集計項目についての検討
- (4) アンケート自由記述についての検討
- (5) ヒアリング先についての検討

第3回：平成21年11月20日（金）19：00～21：00 於：コンセプトワークショップ湯島

- (1) アンケートクロス集計結果報告
- (2) ヒアリングの報告
- (3) 報告書の方向性について

第4回：平成22年2月7日（日）15：00～17：00 於：コンセプトワークショップ湯島

- (1) 報告書についての検討

II. 調査設計

1. 調査の位置づけとねらい

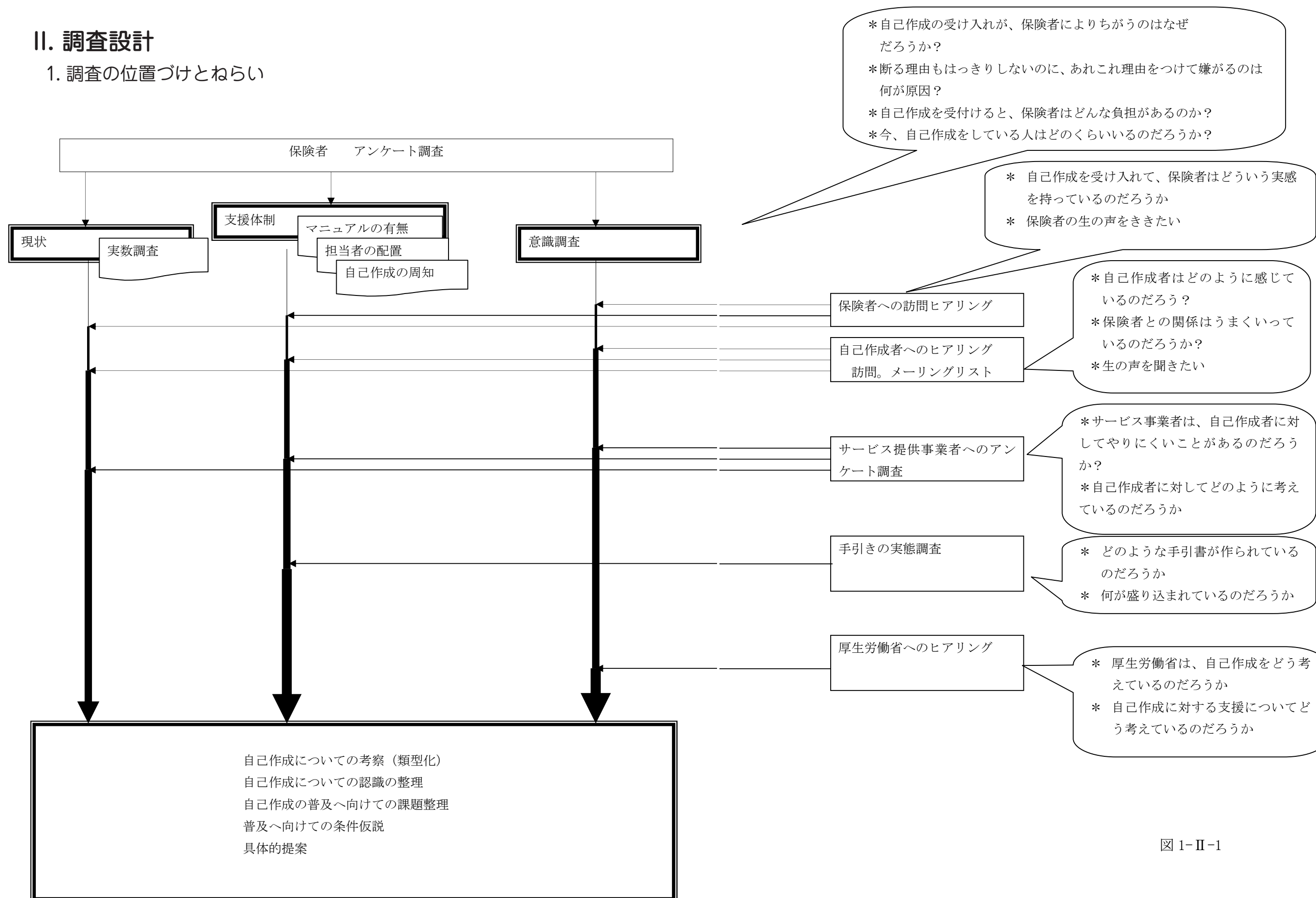


図 1-II-1

2. 調査概要

	対象	依頼者数	回答（回収）数
① 保険者へのアンケート調査	全保険者	1629	896（回収率 55％）
② 保険者へのヒアリング調査	アンケート回答保険者の中から抽出		10 保険者
③ 自己作成者へのヒアリング調査	全国マイケアプラン・ネットワーク会員の自己作成者		4 人
④ 自己作成者へのメールによる意見募集	全国マイケアプラン・ネットワーク会員のうちメール会員	約 50	9 人のべ 18 通
⑤ サービス提供事業者へのアンケート調査	自己作成者が利用しているサービス提供事業者	自己作成者 約 50	11 事業者
⑥ 自己作成手引書実態調査	アンケートに「手引書がある」と回答した保険者	154	85（回収率 55.2％）
⑦ 厚生労働省へのヒアリング	厚生労働省老健局振興課		

表 1 - Ⅱ - 2

Ⅲ . 調査結果

1. 保険者の声（アンケート・ヒアリング）

① 保険者へのアンケート調査

A) 方法と概要

アンケートは、1629 の全保険者に郵送しました。うち、広域連合は 42 保険者です。あて先は、介護保険担当部署・自己作成担当者（給付担当係）としました。

回答は、55％に当たる 896 保険者からありました。

また高齢化率は、最高が 56.61％、最低が 11.35％ と、保険者によって大きな差が見られました。

回答があった保険者における、要介護・要支援認定者総数は、要支援者が 828,017 人、要介護者が 2,348,724 人の計 3,176,741 人でした。これは、高齢者人口の 16.4％にあたります。（表 1 - Ⅲ - 1）

訪問ヒアリング可であったのは 110 保険者（回答保険者の 12.3％）、自由記述欄に何らかの記載があったのは、503 保険者（回答保険者の 56.1％）でした。

●アンケート回答保険者について（平成21年 7 月 1 日現在）

	回答保険者	全国
保険者数	896（55％）	1629
要支援者数	828,017 人	1,249,431 人 ※ 1
要介護認定者	2,348,724 人	3,503,523 人 ※ 2
最高高齢化率	56.61％	56.5％ ※ 3
最低高齢化率	11.35％	11.3％ ※ 4

※ 1,2…平成 21 年 7 月末現在 WAM NET より
※ 3,4…平成 21 年 3 月末現在 総務省統計局住民住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数より
表 1 - Ⅲ - 1

B) 結果

1) 自己作成についての数量的現状

調査時における自己作成者の実態を知るために、前年度（平成 20 年度）1 年間で自己作成として処理した件数、平成 21 年 7 月 1 日現在、継続的に自己作成を行っている人数、平成 12 年～平成 19 年までの自己作成実績、自己作成についての相談の有無を尋ねました。（表 1 - Ⅲ - 2）

回答があった保険者において、平成 21 年 7 月 1 日時点で継続的自己作成者がいる保険者は、896 保険者中、要支援 61 保険者（6.8％）、要介護 156 保険者（17.4％）でした。

継続的自己作成者数は、要支援 360 人、要介護 312 人。回答があった保険者における要支援認定者数（828,017 人）の 0.04％、要介護認定者（2,348,724 人）の 0.01％でした。（表 1 - Ⅲ - 3, 4）

しかし、平成 12 年度から平成 19 年度までの自己作成の実績は、38.0％の 340 保険者が「あった」と答えており、これに平成 20、21 年の自己作成実績を加味すると、57.7％の 517 保険者が自己作成の経験を有しています。また、自己作成には結びつかなかったが相談を受けたことのある保険者は 75（8.4％）でした。つまり、これまでに自己作成を選択肢として考えた利用者がいる保険者は、592（66.1％）に上ります。（表 1 - Ⅲ - 5）

地域的には、①東京都（要支援 177 人、要介護 65 人）、②大阪府（要支援 75 人、要介護 27 人）、③兵庫県（要支援 34 人、要介護 22 人）など、首都圏・関西に自己作成者が多い傾向が見られました。（表 1 - Ⅲ - 6）

ただし、自己作成者の数はひと月ごとに変化するので、このアンケートをとった時点での人数は参考程度の数値です。アンケート時点とヒアリング時点で、自己作成者の数に変化があった保険者もありました。

●回答保険者のうち、自己作成者がいる保険者・いない保険者

	いる	いない	無回答	総数
要支援	61	779	56	896
	6.8%	86.9%	6.3%	100%
要介護	156	857	39	896
	17.4%	95.6%	4.4%	100%

表 1 - Ⅲ - 2

●回答保険者の、平成21年7月1日現在、継続的に自己作成を行っている利用者の数

要支援		
		備考
合計	360 人	要支援者全体の 0.04%
平均	0.43 人	
最大値	147 人	東京都府中市
最小値	0 人	

表 1 - Ⅲ - 3

要介護		
		備考
合計	312 人	要介護者全体の 0.01%
平均	0.36 人	
最大値	13 人	東京都世田谷区・大阪府堺市
最小値	0 人	

表 1 - Ⅲ - 4

●これまで（現在も含む）に自己作成者がいた保険者、相談を受けたことのある保険者（回答保険者内）

自己作成者がいた	517	回答保険者の 57.7%
自己作成者はいないが相談をうけたことがある	75	回答保険者の 8.4%
※自己作成を考えたことのある利用者がいたところ	592	回答保険者の 66.1%

表 1 - Ⅲ - 5

●回答保険者の県別自己作成件数

都道府県	要支援者・自己作成	要介護者・自己作成
全体	360	312
北海道	1	6
青森県	0	1
岩手県	0	2
宮城県	1	3
秋田県	0	0
山形県	3	1
福島県	1	2
茨城県	0	4
栃木県	0	1
群馬県	6	7
埼玉県	0	10
千葉県	0	17
東京都	177	65
神奈川県	13	16
新潟県	0	1
富山県	2	2
石川県	1	3
福井県	0	0
山梨県	0	0
長野県	2	13
岐阜県	0	4
静岡県	3	7
愛知県	7	5
三重県	2	3
滋賀県	3	12
京都府	3	12
大阪府	75	27
兵庫県	34	22
奈良県	3	5
和歌山県	0	2
鳥取県	1	1
島根県	1	1
岡山県	4	4
広島県	2	8
山口県	0	8
徳島県	2	3
香川県	0	1
愛媛県	1	3
高知県	2	6
福岡県	1	6
佐賀県	0	1
長崎県	6	7
熊本県	0	0
大分県	0	0
宮崎県	1	0
鹿児島県	0	8
沖縄県	2	2

(表 1 - Ⅲ - 6)

2) 自己作成に対する支援体制

支援体制として、

- ①パンフレットに「自己作成ができる」記載があるか
- ②自己作成の担当者が決まっているか
- ③担当者は、介護支援専門員実務研修修了者か
- ④自己作成についての手引書があるか

を尋ねました。

自己作成を支援するすべての体制を整えている保険者は9件（1％）でしたが、いずれの支援も、自己作成者がある保険者、実績がある保険者での整備率が高く、自己作成者がでることで、整備が進むことがうかがえました。

また、「パンフレットに『自己作成ができる』という記載はないが、要介護認定の通知に添える案内文書には記載されている」とする回答もありました。（表1 - Ⅲ - 7）

●支援体制

	ある	なし	無回答	総数
パンフレットに「自己作成ができる」記載	198	685	13	896
	22.1%	76.6%	1.3%	100%
自己作成の担当者が決まっている	302	582	12	896
	33.7%	65.0%	1.3%	100%
担当者が介護支援専門員実務研修修了者	173	112	17	302
	57.3%	37.1%	5.6%	100%
自己作成の利用者向け手引書	103	786	7	896
	11.5%	87.7%	0.8%	100%
自己作成の内部向け手引書	108	767	21	896
	12.1%	85.6%	2.3%	100%

表 1 - Ⅲ - 7

3) 自己作成に対する意識や認識

自己作成の普及に対する意識については、「積極的」「やや積極的」が34（3.8%）「やや消極的」「消極的」が528（58.9%）と、消極的な姿勢が大勢を占めました。（表1 - Ⅲ - 8）

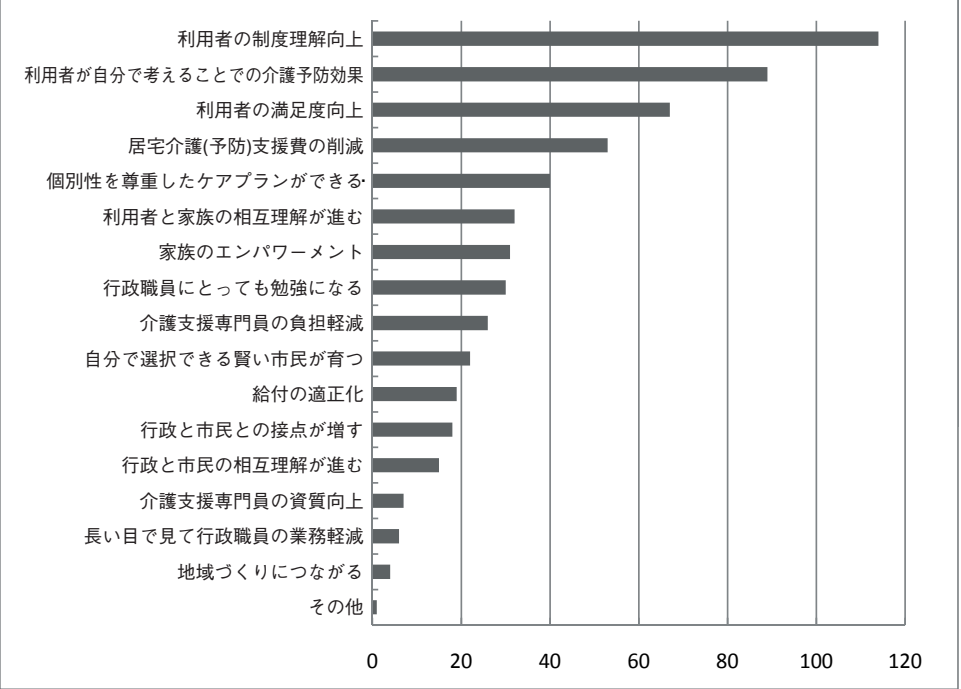
●自己作成の普及に対する意識

積極的	やや積極的	やや消極的	消極的	分からない	無回答
2	32	201	327	315	19
0.2%	3.6%	22.4%	36.5%	35.2%	2.1%

表 1 - Ⅲ - 8

保険者が考える自己作成のメリットについては、「利用者の制度理解向上」「介護予防効果」が上位でした。（図1 - Ⅲ - 9）

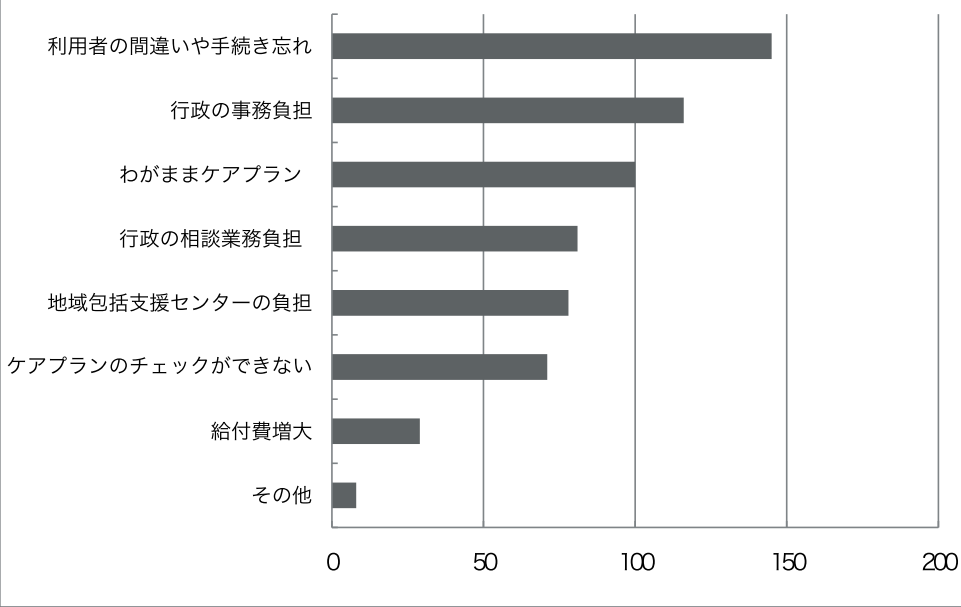
●自己作成普及のメリット（回答数 161）



(図 1 - Ⅲ - 9)

保険者が自己作成について心配することは、「間違いや手続き忘れ」「行政の事務負担」が上位でした。（図1 - Ⅲ - 10）

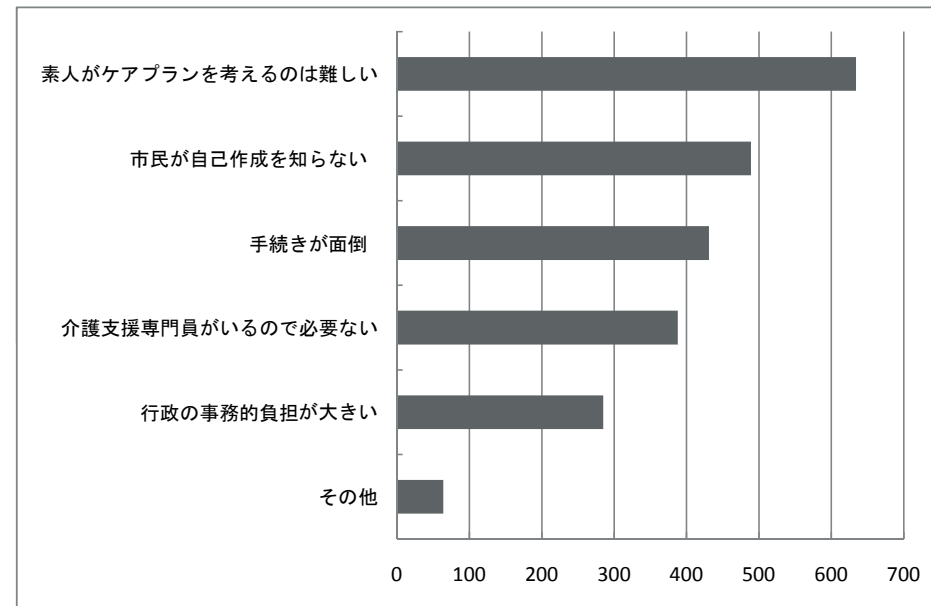
●自己作成について心配すること（回答数 218）



(図 1 - Ⅲ - 10)

自己作成の普及が進んでいないことに対する理由としては「素人には難しい」「市民が自己作成を知らない」が上位に挙がりました。(図1-Ⅲ-11)

●自己作成の普及が進んでいないことに対する理由(回答数 861)



(図1-Ⅲ-11)

「自己作成の普及について、『消極的・やや消極的』の理由」「自己作成についての意見」についての自由記述には、半数以上の503保険者が記載してくれました。これらの記述を分解し、以下の項目で整理しました。

* 消極的・やや消極的の理由

1. 行政側にある要因
2. 行政から見て利用者側にある要因
3. 制度的なしくみに見る要因
4. 自己作成をするかどうかは保険者ではなく被保険者が選択するもの
5. その他

* 自己作成についての意見

1. 自己作成についての意見
2. 困難な現状
3. ケアマネジャーへ言及した意見
4. 番外

アンケート自由記述「自己作成の普及に消極的な理由」…計530件
5つの概念に分けてみると…

1. 行政側にある要因：190件

- ・負担 (67件)
- ・人員配置・支援体制が整っていない (44件)
- ・仕事が多く余裕がない (7件)
- ・行政の、介護保険等への知識不足・説明できない (9件)
- ・ケアマネジャー等専門的人材不足・専門職がない (34件)
- ・自己作成プランのケアプランチェックができない (21件)
- ・その他 (8件)

2. 行政から見て利用者側にある要因：198件

- ・利用者にとって難しい・手間・負担なのではないか (106件)
- ・利用者からのニーズ、希望がない (43件)
- ・素人が立てるケアプランの内容が心配 (49件)

4. 自己作成をするかどうかは保険者ではなく被保険者が選択するもの：3件

5. その他：23件

- ・国・県の方針である (3件)
- ・心配要因がある (8件)
- ・以前の自己作成事例がよくなかった (5件)
- ・必要がない・考えていない (7件)

3. 制度的なしくみに見る要因：116件

- ・制度が複雑 (6件)
- ・専門のケアマネジャーがいる (102件)
- ・居宅介護支援の利用者負担がない (8件)

アンケート自由記述「ケアプラン自己作成に対する自由意見」…計198件

1. 自己作成についての意見：81件

- ・意義がある (10件)
- ・こんな取り組みをしている (7件)
- ・こんなケースは自己作成が可能 (4件)
- ・問題点・疑問点 (24件)
- ・自己作成のメリットは？ (7件)
- ・こんなことが必要・こんなものがあれば・今後の姿勢 (29件)

2. 困難な現状：74件

- ・行政側の現状から (35件)
- ・利用者側の現状から (27件)
- ・事業所が敬遠 (1件)
- ・事例 (11件)

3. ケアマネジャーへ言及した意見：28件

- ・ケアマネジャー作成のほうがいいのでは (20件)
- ・ケアマネジャーの職域を侵すものでは (5件)
- ・ケアマネジャーの資質向上が先 (3件)

4. 番外：15件

- ・便宜上の自己作成 (7件)
- ・ケアマネジャーが確保できない場合という視点・請求できない時の方策としての自己作成 (8件)

自由記述の内容については資料編を参照。

②保険者へのヒアリング調査

A) 方法と概要

ヒアリング調査は以下の保険者に対して行いました。(平成21年7月～12月)

- ・これまでに当会と意見交換を行うなど、自己作成に関心があると思われた保険者
- ・アンケートに「自治体の事務負担」「利用者のわがまま」等の懸念の声が多かったため、ヒアリング可能と回答のあった110の保険者のうち、自由記述欄に、解決のヒントとなりそうな意見があった保険者のうち数ヶ所

(表1・Ⅲ-1-12)

●ヒアリングへの協力保険者

	都道府県	保険者	人口(人)	高齢化率(%)	地域包括支援センター数
1	福島県	いわき市	395,548	24.5	7
2	群馬県	高崎市	374,160	21.7	1 (支所 6)
3	東京都	千代田区	46,904	19.7	2
4	東京都	板橋区	518,286	20.4	16
5	東京都	府中市	249,263	17.8	4
6	東京都	多摩市	145,657	19.7	6
7	京都府	京都市	1,429,250	22.7	62
8	広島県	東広島市	182,373	18.7	6
9	山口県	下松市	55,701	24.4	1
10	鹿児島県	鹿児島市	601,790	20.5	15

表1・Ⅲ-12

B) 結果

1) 自己作成者への支援体制

人口46,904人～1,429,250人の10保険者へのヒアリングを行いましたが、地域包括支援センターの設置のあり方、部署内の配置等、保険者によって体制が異なる中、自己作成についての体制は、それぞれの保険者の状況に応じそれぞれにあった体制を整えていました。

2) 自己作成者への支援として行っていること、困難と感じていること

- ・自己作成希望者とのコミュニケーションを重視し、話をじっくりきく
- ・自己作成が、書類を書くだけではなく、事業者との連絡調整も行わなければならないことを伝える
- ・書類の書き方や手続きについての支援
- ・質問等について、調べて回答する
- ・自己作成のケアプラン内容のチェックについては指針が不確定でなかなかできない
- ・行政が行う支援の範囲について線引きが難しく、事業者との連絡調整までせざるを得なくなるケースもある

3) 提出(提示)書類

- ・利用票・別表はすべての保険者が提出を求める
- ・ケアプラン作成の過程・根拠を示す書類については、保険者の考え方により次のケースがある
 - ＊独自の書式を用意している
 - ＊ケアマネジャーの書式を流用し初回と変更時に提出してもらっている
 - ＊任意
 - ＊保険者に内容のチェックができないので求めない
 - ＊利用者にとって負担なので求めない

4) 自己作成についての認識

- ・行政が推進するものではなく、希望者が来たら普通に受けるもの
- ・自己作成を希望する人の思いを聞くことが大切
- ・対応することは業務の一部と考えている
- ・市民が育つ良い機会
- ・きちんとした自己作成ならば、大歓迎
- ・市民にも勉強をしてほしい。また勉強の機会を設けるべき
- ・慣れないうちは、行政にとっても利用者にとっても負担なのではないか
- ・長く介護保険を使ってきて、理解ができた人などは、できるのではないか

5) 自己作成の良いところ

- ・利用者が制度や自分のサービス内容を理解できる
- ・利用者がサービス提供事業者とじかに連絡調整をすることで、事業者のレベルアップにつながる。また、事業者は顧客に対する意識付けになる
- ・要支援者などは自立支援という理念に合っている
- ・自分の納得できるサービスを選択することができる
- ・行政と利用者のコミュニケーションが増す
- ・給付費の削減につながる

6) 不安なところ

- ・行政でどこまで支援できるか、行政のスキルについて
- ・制度改正時などの情報提供、フォローがきちんとできるか
- ・給付の適正の担保をどうするか。
- ・わがまま勝手にするための自己作成だと困る
- ・ケアマネジャーに丸投げをする感覚で、行政に丸投げをされると困る
- ・サービス提供事業者に誘導されて自己作成にいたるケースがあるが、囲い込みにつながるため、自発性を重視すべきだ

7) 自己作成について

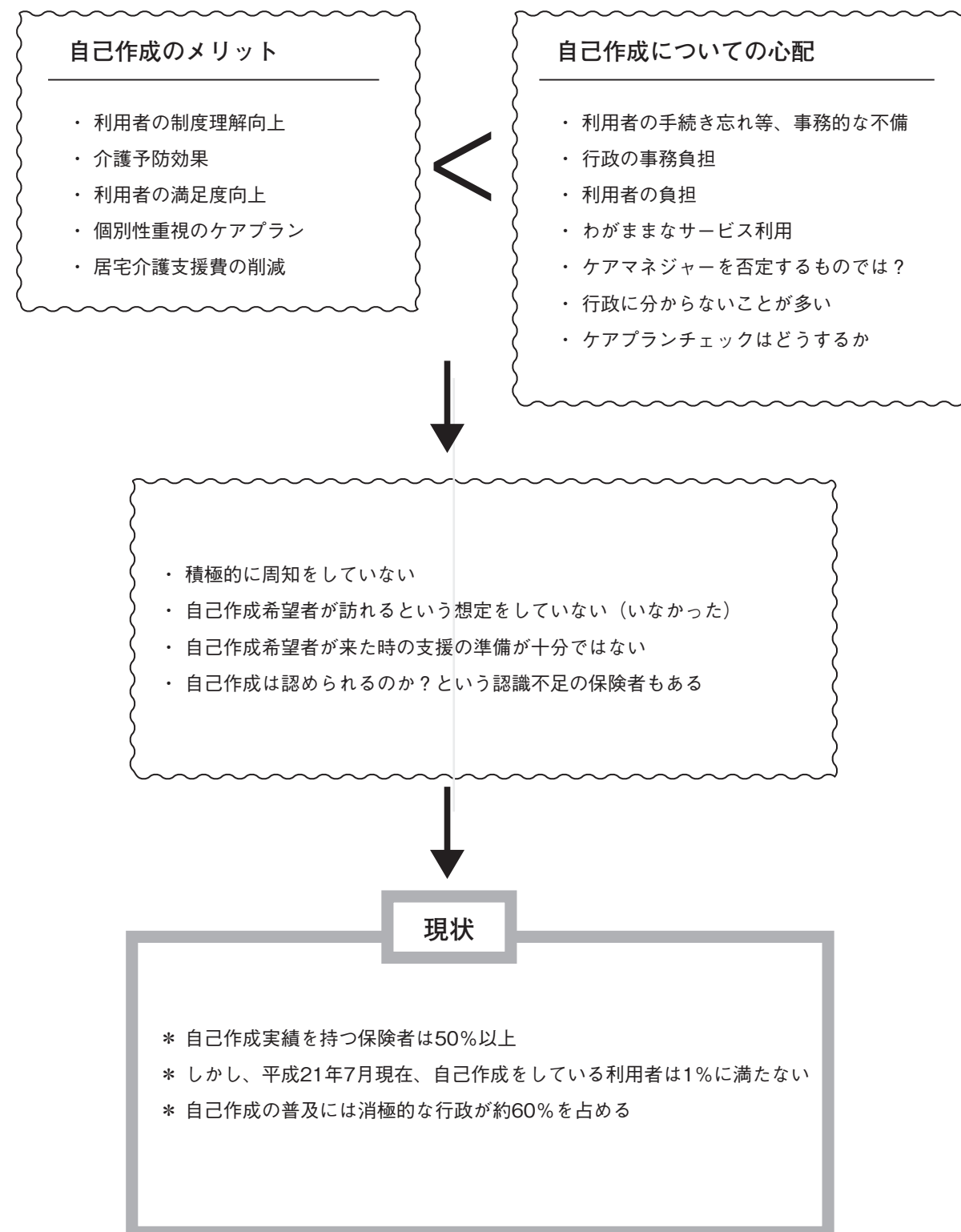
- ・市民が自己作成を通じてしっかりしていけば、質の悪い事業者は淘汰されていくはず。質の高

いケアプランとなるように支援したい

- ・希望者がどの程度本気なのか、どの程度の基礎知識を持っているか図れないので、研修会などを行って、受講することで一定のラインにしたらいいのではないか
- ・サービス担当者会議の開催や、提出書類などをどうするのか、流れを示唆するものを出してほしい
- ・行政でイニシアチブをとるというよりも、自発的な市民を支援しつつ、介護予防につながる生活のため、口コミ的な広がり期待している。
- ・自分勝手な自己作成ではなく、きちんとした思いのある自己作成者が増えるとうれしい
- ・居宅介護支援費が減るので、自己作成が増えるとうれしい
- ・件数が少ないうちは対応できるが、多くなると体制を変えないといけないかもしれない

③ 保険者の声についてのまとめ

***** アンケートより *****



***** ヒアリングより *****

自己作成への対応を通じて

- ・ 常時自己作成者がいる保険者は、それぞれの保険者の状況に応じて事務フローを作り、業務として当たり前に行っている
- ・ 給付管理業務は正規の業務の一部であり、慣れれば負担ではない
- ・ 自己作成者の相談を総合相談として捉えれば、日常の業務の中で対応できる
- ・ あきらかに自己利益偏重のプランは書類を見れば分かる
- ・ コミュニケーションがカギ。市民と顔の見える関係が構築できる
- ・ 市民がレベルアップする
- ・ 事例に対応することで行政のレベルアップにもつながる
- ・ ケアプランに関する相談者には、自己作成という方法を紹介することもある
- ・ 自己作成者が出ることにより手引書等を作成、フローを整備



見えてきた問題点

- ・ 手続き不備、連絡調整などを怠る自己作成者の対応に苦慮
- ・ サービス提供事業者誘導の自己作成の兆しも見られ、趣旨を外れていると感じている
- ・ 利用者の本気度合いの見きわめが難しい
- ・ はじめは、利用者にとっても保険者にとっても負担の時期もある
- ・ 保険者にとって、給付がスムーズに流れることが第一義であり、ケアプラン内容・過程について関心が薄い



- ・ 自己作成者を支援することにより、支援体制が整備される
- ・ 「きちんとした自己作成」と「困った自己作成」の存在



共通したメッセージ「きちんとした自己作成者は支援していきたい」

- * 行政にとっての「きちんとした自己作成者」とは？
- * 市民を『きちんとした自己作成者』に育てる支援のあり方の検証はなされていない

2. 現場の声（自己作成者・サービス提供事業者）

① 利用者へのヒアリング

A) 方法と概要

当ネットワークには、自己作成者及び経験のある会員が約 60 人います。メール環境にある会員は、日常的にメーリングリストで情報を交換しています。

当事業を行うにあたって、ネットワークの中のこれら自己作成者の声を集めることにしました。

まず、九州、中国、関西、東北に、自己作成者を訪ねました。

続いてメーリングリストで、そのほかの自己作成者および経験者に呼びかけ、自己作成に関する意見を書き込んでもらいました。9 人から、延べ 18 通のメールがありました。

B) 結果

訪問した自己作成者は、50 代～ 70 代。作成は、親のケアプラン、配偶者のケアプランです。

そのうちのひとりケアマネジャー資格を有し、自らもケアマネジャーとして仕事をしていますが、父親のケアプランは自己作成として立てています。他は介護保険についての事前知識はほとんどありませんでした。

自己作成以前は知識を有していなくても、自己作成をしながら、介護保険についても、利用しようと思うサービス関連についても、調べたり勉強をして、積極的に深い知識を求め、得ていることがうかがえました。

また、サービスを選ぶ際にはいくつかの事業者自ら連絡を取り、本人と一緒に見学に行き比較して選ぶ、常にアンテナを張りながら情報をキャッチしているなど、積極的に選択をする姿勢が見られました。

自己作成をしたことについて、全員が「やってよかった」と答えています。

事務や手続きについては負担を感じていませんが、事業者についてや制度改正についての情報が届かないことに不満を持っており、事業者や行政に迷惑のかからないように、「きちんとやりたい」という姿勢を持っていました。

メールでの意見でも同様の結果が得られました。

1) 自己作成を始めた動機

- ・ 長い間介護をしてきており、介護保険以前にもマネジメントを行ってきたため、自然に
- ・ ケアマネジャーとのトラブル、ケアマネジャーへの不信感
- ・ 身内らしい良い暮らしのため
- ・ 介護保険の理念に合っている

などさまざま

2) 自己作成をどうやって知ったか

- ・ 介護保険のパンフレットに書かれていた
- ・ サービス提供事業者に教えてもらった
- ・ 新聞・雑誌等で知った

- ・介護保険をもともとよく知っていたなど

3) 自己作成を申し出た時の保険者の対応

- ・「難色を示された」が多いが、「自然に受け入れてもらった」「歓迎された」という回答もあり、保険者によってさまざまであることがわかりました

4) 提出している書類

- ・利用票・別表のみが多数（訪問ヒアリングを行った利用者は全員）

その他、

- ・利用票・別表のほか、ケアマネジャーが作成する書類と同じもの
- ・利用票・別表のほか、保険者独自の書式が少数派ではあるが、存在する

5) 介護保険に関する知識

- ・多くが、「ほとんどなかった」だが、ケアマネジャーであるなどもとあった人、長年介護保険サービスを利用する中で、詳細については詳しくないが、流れは理解するに至った人もいる
- ・知識がほとんどないところから自己作成を始めた人も、続けるうちに知識を得ていく

6) 事務負担について

- ・はじめのうちは慣れないが、続けるうちに負担とは感じなくなり、ルーティンワークになる
- ・現在行っている事務に関しての負担感はない
- ・煩雑で困るという意見もある

7) 困っていること

- ・事業者についての情報不足
- ・制度改正等について情報が届くルートがないこと
- ・相談に行く場所がない

8) やってよかったか

- ・よかった…全員

9) 自己作成についての感想

- ・自己作成をすることで特に実感するメリットは、サービス提供者、行政等関係者とのコミュニケーションがよくなること
- ・自己作成を通じて、介護保険制度への理解が深まった
- ・家族間での意思疎通が活発になった
- ・本人・介護者が前向きになった

- ・自己作成を行いながら家族を看取った介護者に納得感が残る
- ・事務的な負担感はほとんどの人が感じていない

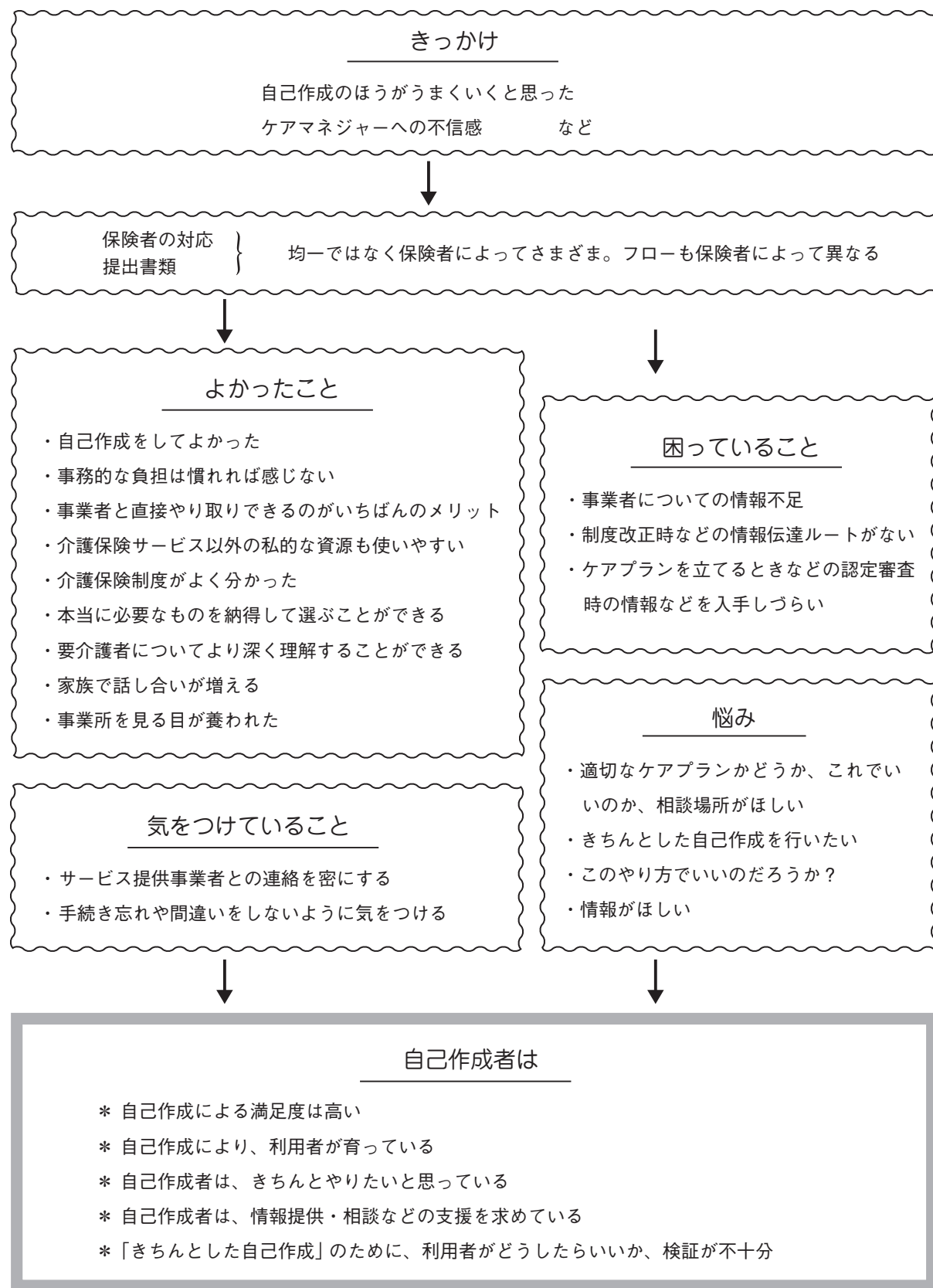
10) 困ったこと

- ・情報不足（制度改正、事業者、認定過程など）。分かりやすい情報提供を求めたい
- ・「ケアプランの内容はこれでいいのか、作成はこのやり方でいいのか？」という不安がある
- ・相談できるところがない
- ・自己作成が一般にほとんど周知されていないことへの疑問は大きい

11) 気をつけていること

- ・サービス提供事業者と、対面、あるいは電話でなるべく密に連絡をとる
- ・行政の窓口の方に迷惑をかけないように、提出期日を守る・記載間違いがないよう気をつける

C) 利用者へのヒアリング結果まとめ



② サービス提供事業者へのアンケート調査

A) 方法と概要

自己作成者にメーリングリストで呼びかけ、自己作成者を通じて記名任意のアンケートを依頼しました。

依頼：約 50 人の自己作成者を通じて

回答数：全国から 11 事業者

サービス種別	
訪問介護	3
デイサービス	2
ショートステイ	1
訪問看護	1
福祉用具	2
不明	2

表 1 - Ⅲ - 13

B) 結果

1) 良いところ

- ・ ケアプランの中に、本人や家族の思いがこもっている。本人や家族の生活に即したプランが立てられる
- ・ 利用者とサービス提供事業者のコミュニケーションが活発になり、調整が行いやすい

2) 気になるところ

■ ケアプランについて

- ・ 本人より介護者の考えが優先されがちではないか
- ・ ニーズよりデマンドが優先されがちではないか
- ・ 日程変更が頻繁になりがちではないか
- ・ サービス提供事業者選びがスムーズに行えるのか

■ 自己作成をする利用者について

- ・ 書類の作成が難しいのではないか
- ・ ケアプラン作成者に何かがあったとき、連絡が取れなくなるかもしれない
- ・ 居宅支援事業者ではなく個人だと、気を使う
- ・ トラブルの際に話し合いが難しくなるのではないか

■ 行政について

- ・ 自己作成者に伝わるべき、制度改正や事業者についての情報が届きづらい
- ・ 自己作成者に対する情報提供やアドバイスなどの支援が十分に行えるか？
- ・ ケアプランの作成過程に関する書類がないので、目標などが不明確

■ 連携に関して

- ・利用者との連携はうまくいくが、他事業者の状況が分かりづらく、サービス提供事業者間の連携が取りづらくなる恐れがある
- ・急な入院など連絡が必要な時の連絡手段のすりあわせができていない

3) サービス提供事業者から見て自己作成とケアマネジャー依頼と違うところ、同じところ

■ 事務的な手間

- ・変わりなし
- ・自己作成者はケアプランの作成過程に関する書類作成が課せられていない

■ 連携について

- ・サービス担当者会議の呼びかけが少ない
- ・口頭でのみの連絡で、書面がない

4) 自己作成者に気をつけてほしいことなどアドバイス

■ 介護保険制度の主体は利用者本人で、自己決定が基本であるということをしっかり認識する

■ 身近な人が立てる場合、本人のためのケアプランになるように

■ 相談相手、場所があるといい

■ 厚生労働省から出されている Q&A 等についてよく理解してほしい

■ 保険者と情報を共有してほしい

■ 国保連への請求もれがないよう十分に対応してほしい

■ ケアを受けるのは、家族ではない。本人のためのプランを作成してほしい

■ 事業所と直接やり取りする中で、口頭だけでなく書面できちんと残した方が良い

■ サービス提供事業者との連絡・調整の方法を決めておいた方が良い

■ 自己作成者は、自己の思いをプランに反映させる時、利用するサービス事業の利用状況を把握し、必要な助言が受けられるよう、話し合いの機会を持つことが望ましい

■ 第三者へ聞くこと（情報）や意見をもらうことを忘れないでほしい

■ いろいろ相談して、自分のニーズにあった事業所を選んでほしい

■ 状態変化があったときはもちろん、常日頃からのコミュニケーションを大切にしてほしい

■ 居宅サービス計画書を作成して目標・サービスの目的などを明確にしてほしい

■ 制度を十分に理解し、法の下での利用であるという認識を持てほしい

5) 自己作成について

■ ケアプランは自己作成できるということの周知がほとんどされていない

■ 理想は自己作成だと思う

■ 利用者をよく理解した人が立てることにより生活の質を保ちやすい

■ 介護保険サービスがもっと充実してくれば、もっと自己作成の良さが生きていると思う

■ ケアマネジャーに依頼することがいい場合もあれば自己作成がいい場合もある
条件がそろえば、自己作成がどんどん増えればいいと思う

■ 自己作成は、いかに客観性が保たれるかが課題

C) サービス提供事業者へのアンケート結果まとめ

自己作成者にかかわりながら見えてきたこと	
プラス面	課題
・ 本人の生活歴、価値観を反映したプランが作れる ・ 連絡が密に行えるので意思の疎通が日常的に図れる ・ 連絡調整が迅速に行える ・ 自己作成は、利用者に一番身近な家族が作る場合が多く、利用者の生活の質を維持しやすい。 ・ サービス提供事業者が行う事務は、ケアマネジャー作成と変わらない。	■ 情報 ・ 制度自体が複雑になりつつあり、周知しておくべき情報が伝わりにくい ・ 厚生労働省から出されている Q&A 等についてよく理解してほしい。 ・ 事業所の情報を得て納得して事業者を選んでほしい ・ 保険者と情報を共有してほしい。 ■ 透明性 ・ 利用者の全体像が見えないことがある ・ ほかの事業者との連携が取りづらい ■ コミュニケーション ・ 事業所とのやり取りは、口頭だけでなく書面できちんと残した方が良い。 ・ サービス提供事業者との連絡・調整の方法を決めておくこと。 ・ 話し合いの機会（サービス担当者会議）を持てほしい。 ■ 客観性 ・ いかに客観性が保たれるかが課題 ■ 継続性 ・ キーパーソンが体調を崩した時など連絡がつかなくなる心配がある ■ その他 ・ 事務手続きの手違いがないように。
自己作成についての認識 ■ ケアプランは自己作成できるということの周知がほとんどされていない。 ■ 理想は自己作成だと思う ■ 利用者をよく理解した人が立てることにより生活の質を保ちやすい ■ 介護保険サービスがもっと充実してくれば、もっと自己作成の良さが生きていると思う ■ ケアマネジャーに依頼することがいい場合もあれば自己作成がいい場合もある。 条件がそろえば、自己作成がどんどん増えればいいと思う	
サービス提供事業者は 自己作成には意義を見出している 実際に介護を担う立場から、現状の自己作成の流れには、足りないところ、解決すべき多くの具体的な課題も感じている	

3. 自己作成手引書の実態調査

① 方法と概要

自己作成についての支援体制で、利用者向け自己作成手引書、行政内部向け自己作成手引書がいずれかあるいは両方がある、と回答があった保険者は、回答保険者の17.2%の154でした。

そこで、保険者が作成している手引書の実態を知るために、手引書を作成している保険者に郵送で提供を依頼しました。

55.2%にあたる85の保険者から手引書の提供協力がありました。

② 結果

A) ページ数

1ページから30ページを超えるものまで、さまざま

B) 内容

- ・厚生労働省から出された事務フローをコピーしたもの
- ・独自に作成したもの
- ・事務手続きのみを解説したもの
- ・ケアプラン作成過程に言及したもの

給付の流れ、給付に必要な書類の作成方法についてはすべての手引書に掲載されていましたが、自己作成の意義・留意点・注意点やケアプランの作成過程の方法に言及したものは少ないことが分かりました。

4. 厚生労働省へのヒアリング

① 経緯

自由記述の中に、保険者の「自己作成の普及に消極的な理由」として以下のような趣旨の記述がありました。

- 「居宅サービス計画は、原則として居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するものであり、市町村などは、自己作成希望する利用者に対しても居宅介護支援事業者への紹介や仲介をおこなう」と国から出されている

そこで、自己作成に対する厚生労働省の見解を聞くために、厚生労働省老健局振興課 介護支援専門官にヒアリングを行いました。

② 結果

厚生労働省から「自己作成」に関係する通知等は、これまでに4回出されており、平成19年1月の『地域包括支援センター業務マニュアル』には、自己作成の支援についての記載があります。

これについて、現在の見解をたずねました。

その結果、平成12年3月8日の介護保険担当課長会議資料には、上記の「居宅サービス計画は、原則として居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するものであり、市町村などは、自己作成希

望する利用者に対しても居宅介護支援事業者への紹介や仲介をおこなう」という記述があったが、これは、「介護保険制度開始直後の混乱が予想されたため」であり、「現在は平成17年以降の考え方に拠っている」との回答を得ました。

③ 厚生労働省から出された自己作成に関する記載 (P34～P39)

・平成12年3月8日開催 全国介護保険担当課長会議資料 (P34 参照)

・平成17年8月5日開催 全国介護保険担当課長会議資料 (P36 参照)

・平成18年3月13日開催 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (P37 参照)

・平成18年6月9日開催 第1回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料 (P38 参照)

・平成19年1月 地域包括支援センター業務マニュアル (P39 参照)

(4)利用者が居宅サービス計画を自己作成する場合について

○利用者が自己作成による「居宅サービス計画」を希望する場合においても、

- ・「サービス利用票」等の帳票作成業務が適切に実施される必要があること
- ・計画作成後のサービス実施月間での適切な限度額上限管理が行われる必要があること
- ・月を単位とし、計画作成業務が継続的に実施される必要があること

等、「居宅サービス計画」は、居宅介護支援事業者において作成されるものと考えているため、まず、

- ① 市町村等が居宅介護支援事業者への紹介、仲介等を行うものと考えているが、それに拠り難い場合には、
- ② 行政(市町村)窓口における「居宅サービス計画」の作成(一次ページ図参照)
- ③ 在宅介護支援センターにおける「居宅サービス計画」の作成

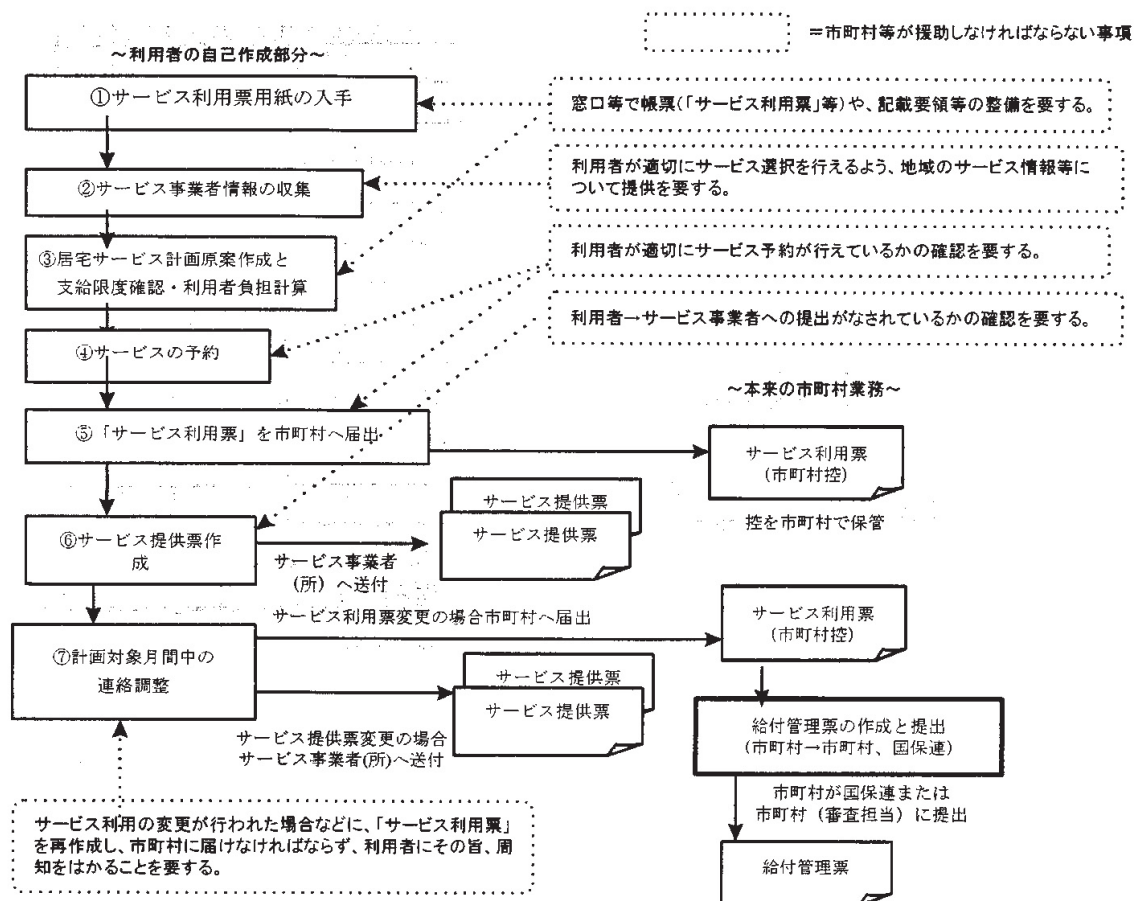
等、可能な限り、利用者の負担を軽減するための方策を講じ、対応するものと考えている。

○なお、上記①において、市町村等が居宅介護支援事業者の紹介、仲介等行う場合においても、

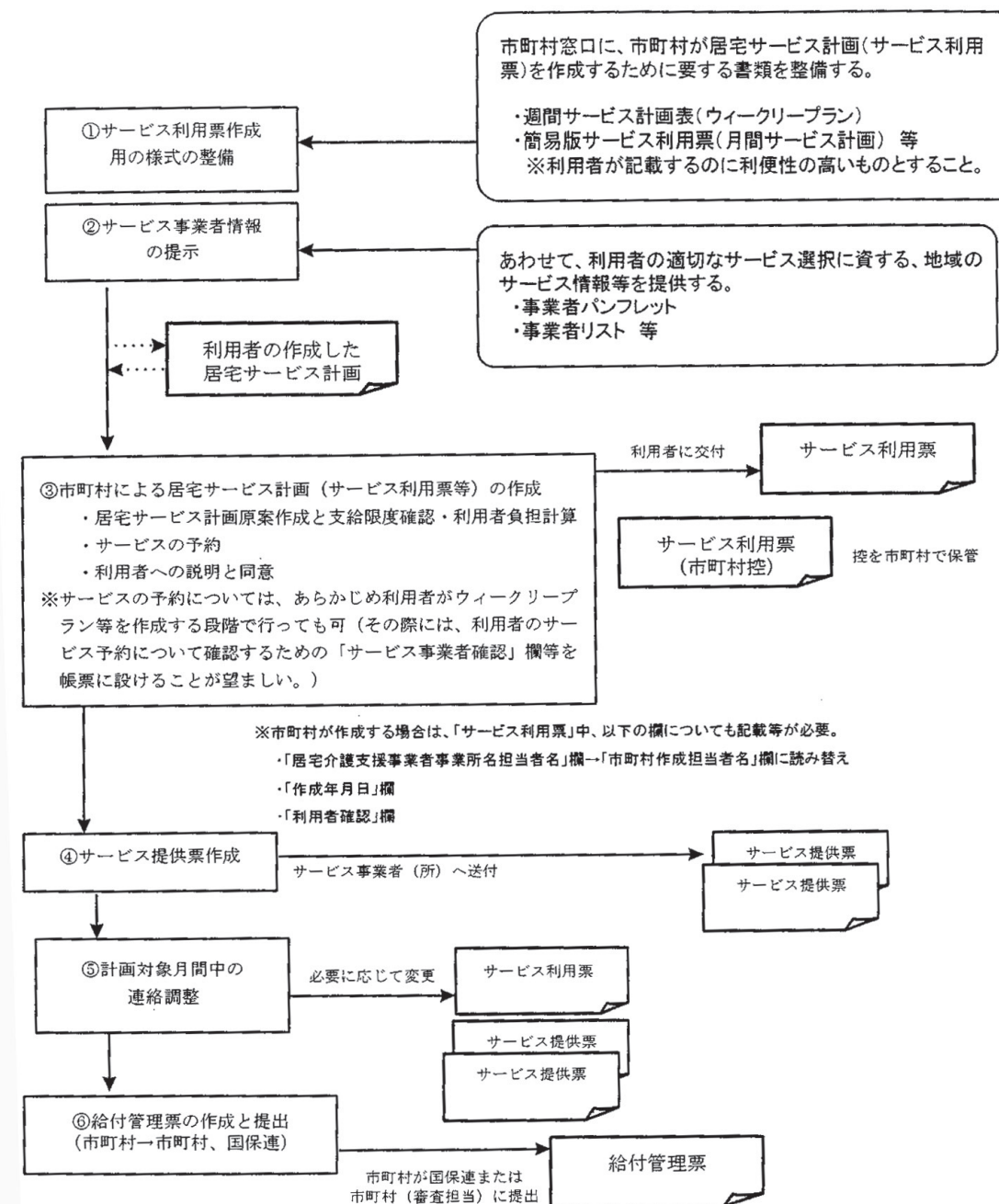
- ・ 介護保険のパンフレット等を活用した「居宅サービス計画」作成の必要についての説明
- ・ 近隣の居宅介護支援事業者等の住所、連絡先等についての情報提供(事業者リスト等)

などにより、利用者の意思に基づき、適切な居宅介護支援事業者の選択が行われるよう注意していただきたい。

(参考)仮に利用者本人が自己作成で行う場合、市町村等による援助が必要と想定される事項について



～市町村の支援による自己作成居宅サービス計画の作成例～



平成 17 年 8 月 5 日開催 全国介護保険担当課長会議資料より

2. また、地域包括支援センターが新予防給付の業務の一部を居宅介護支援事業者に委託した場合に、地域包括支援センターが、当該委託した居宅介護支援事業者の中から利用者が選択する居宅介護支援事業者に、当該利用者に係る新予防給付のケアプランの業務の一部を委託することも、差し支えない。

(問 5) 利用者は、新予防給付に係るケアプランを自分で作ることはできるのか(セルフケアプランは認められるのか)。

(答)

1. 新予防給付については、地域支援事業と連続的・一体的にサービスを提供していく必要があること、地域における介護保険以外の様々なサービスとの連携や整合性に配慮したケアプランを作成する必要があることなどから、地域全体に目配りできる地域包括支援センターにおいてケアマネジメントを行うこととしている。
2. 一方、利用者本位という介護保険の基本理念に照らし、利用者が自らケアプランを作成することは、新予防給付でも保障される必要があり、利用者があらかじめ市町村に自ら作成したケアプランを届け出て、当該ケアプランの内容について市町村(又は市町村から委託を受けた地域包括支援センター)が専門的な見地から確認を行った場合には、当該ケアプランに基づいた新予防給付が提供される仕組みを設けることとしている。
ただし、新予防給付は、あらかじめ適切なケアマネジメントを行い、それに基づいてサービスを利用するという仕組みを原則としていることから、サービスの利用後にケアプランを提出する仕組み(現行制度でいえば、償還払いでサービスを利用するケース)は設けないこととしている。
3. 具体的には、改正介護保険法第 53 条第 1 項において、新予防給付の費用の支給は、居宅要支援被保険者が「指定介護予防支援を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出ている場合であって、当該指定介護予防サービスが当該指定介護予防支援の対象となっているときその他の厚生労働省令で定めるとき」に行うとしているので、この厚生労働省令において、「居宅要支援被保険者が指定介護予防サービスの使用に係る計画(注：セルフケアプラン)をあらかじめ市町村に届け出ているとき」を規定する予定である。
なお、セルフケアプランの届出先については、市町村が自ら確認することに代えて、当該確認の事務を市町村が地域包括支援センターに委託することにより、地域包括支援センターにセルフケアプランを届け出て、地域包括支援センターが確認する取り扱いとしても差し支えない。

平成 18 年 3 月 13 日開催 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議・資料より

16. 介護予防サービスの利用に係るセルフケアプランの取扱

介護保険法上、利用者が指定居宅介護支援を利用することをあらかじめ市町村に届けている場合又はあらかじめ利用する居宅サービスに係る計画(いわゆるセルフケアプラン)を市町村に届け出ている場合には、市町村は、当該居宅介護サービス費を利用者に代わって事業者に支給することができる仕組みとしている。

予防給付については、地域包括支援センターがケアマネジメントを行うこととしているが、利用者本位という介護保険の基本理念に照らし合わせれば、現行と同様、利用者が自らケアプランを作成し、サービスを利用できる機会を確保することも重要である。

このため、利用者があらかじめ市町村に自ら作成したケアプランを届け出て、当該ケアプランの内容について市町村(又は市町村から委託を受けた地域包括支援センター)が専門的な見地から確認を行った場合には、当該ケアプランに基づいた予防給付が提供される仕組みを設けることとしている。

また、このように介護予防サービスの利用の際はもとより、居宅サービスの利用に際しても、利用者が自らケアプランを作成しようとしている場合には、市町村においては、例えば地域包括支援センターにおいて利用者に対する必要な相談・援助等を行うなど利用者に対する支援について配慮願いたい。

平成 18 年 6 月 9 日
厚生労働省老健局振興課

介護予防サービス計画を自ら作成する場合の取扱いについて

介護予防サービスは、状態の維持や改善が期待できることにかんがみ、「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本としつつ、目標指向型の計画作成と事後の評価を重視しているものである。

この介護予防サービスについては、地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者として、介護予防サービス計画を作成することとされているが、当該計画については、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 83 条の 9 第 1 号ニの規定により、利用者自らが計画を作成することについても認められているところである。

この場合、利用者はあらかじめ市町村に自ら作成した計画を届け出て、当該計画の内容について市町村による確認が行われたときは、当該計画に基づいた指定介護予防サービスが提供されることとなる。その実施に当たっては、次の点に留意されたい。

- 1 市町村又は地域包括支援センターによる相談・援助
市町村又は地域包括支援センターは、自ら介護予防サービス計画を作成しようとする者に対し、必要な相談・援助を行うよう努めるものとする。
- 2 市町村への届出
介護予防サービス計画を自ら作成した者が当該計画を市町村に届け出たのち、市町村において専門的な見地からその内容の確認を行う必要がある。この場合、当該業務の具体的な実施に当たっては、市町村の判断により地域包括支援センターに行わせることとしても差し支えない。
- 3 介護予防サービス計画を自ら作成する場合の留意点
目標指向型の計画作成を行い事後の評価を重視するという介護予防サービスの趣旨を踏まえ、介護予防サービス計画を自ら作成する場合においても、介護予防サービスのケアマネジメントのプロセスのうち、サービス提供前の「介護予防サービス・支援計画原案の作成」段階における内容の確認及びサービス提供後の「評価」に係る部分については、第三者の立場として実施する必要があるため、必ず市町村又は地域包括支援センターにおいて行うものとする。

なお、具体的には、【別紙】介護予防支援業務の流れを参照の上、介護予防サービス計画の自己作成の相談等があった場合においては、市町村又は地域包括支援センターにおいて適切に対処されたい。

2.9 予防給付の自己作成(セルフケアプラン)について

- 現行の介護保険法では、利用者が指定居宅介護支援を利用することをあらかじめ市町村に届けている場合、又は、あらかじめ利用する居宅サービスに係る計画（いわゆるセルフケアプラン）を市町村に届け出ている場合は、市町村は当該居宅介護サービス費を利用者に代わって事業者に支給することができる仕組みとしています。
- 予防給付については、地域包括支援センターがケアマネジメントを行うこととしていますが、利用者本位という介護保険の基本理念に照らし合わせれば、現行と同様、利用者が自らケアプランを作成し、サービスを利用できる機会を確保することも重要です。
このため、利用者があらかじめ市町村に自ら作成したケアプランを届け出て、当該ケアプランの内容について市町村（又は市町村から委託を受けた地域包括支援センター）が専門的な見地から確認を行った場合には、当該ケアプランに基づいた予防給付が提供される仕組みを設けることとしています。
- このように利用者が自らケアプランを作成しようとしている場合、地域包括支援センターの利用者に対する必要な相談・援助等の積極的な支援が望まれます。

第2章 考察と提案

I . 考察

1. 自己作成の類型

自己作成の経緯をひも解いていくと、さまざまな自己作成があることがわかりました。行政からのアンケート・ヒアリング結果から、自己作成を次のような4類型に分けました。介護保険制度上は、これらがすべて「自己作成」として処理されています。

自己作成の4類型

- ① 自らの意思で自覚を持って自発的に行う（P41 図2-I-1 A群）
- ② 困難事例・その他、制度の理念を理解しないまま自己作成をする（P41 図2-I-1 F群）
→行政・事業者との関係がうまく作れないままのことがある
- ③ 利用者はケアマネジャーへ依頼を希望しているが、ケアマネジャーが不足している場合など、担当するケアマネジャーがいない時に滞りなく給付を行うために便宜上自己作成として行政がケアプランを立てる
- ④ 要介護⇔要支援など、認定の遅れ等でケアプラン作成が間に合わなくなる場合などに、滞りなくサービスを受けるために便宜上自己作成扱いにしているケース
→行政（地域包括支援センター）がケアプランを立てており、利用者は自覚していない。

ただし、③、④は、制度上のひずみへの措置的な処理方法として利用されており、本来はあるべきではないと考えます。ゆえに、本調査の対象外とします。

自己作成①、②について、ケアマネジャー作成も含め、サービス利用者のケアプランへのかかわり方という視点で位置づけてみます。（P41 図2-I-1）

介護保険サービス利用者のケアプランへのかかわり方のイメージ

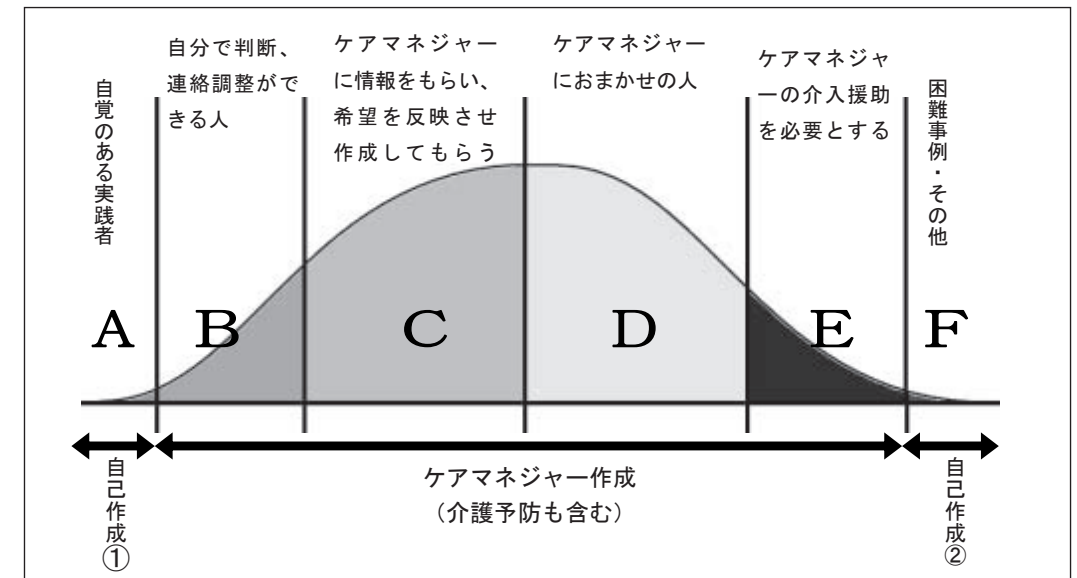


図2-I-1

なお、図2-I-1はイメージ図であり、数量的には正確なものではありません。

◆類型①＝A群

動機はさまざまですが、利用者が主体的・自発的に自己作成を選び自律意識も高い利用者です。25ページ～27ページで意見が寄せられた自己作成者はこの群と考えられますが、自律に向けたケアプランの作成をめざして行政や事業者ともいい関係を構築する努力を惜しまない姿が浮かび上がります。それぞれ、自己作成の有益性を実感しています。（25ページ～28ページ参照）

◆類型②＝F群

サービス提供事業者との連絡調整が不十分など信頼関係もなかなか構築できず、ヒアリングでも、「手続き不備、連絡調整などを怠る自己作成者には困っている」など、行政では対応に苦慮している様子がうかがえました。

** 利用者からの相談 ****

全国マイケアプラン・ネットワークでは、メール、電話での相談を受けています。

利用者からの自己作成の動機には大まかに2つの傾向が見られます。

① ケアマネジャー、介護保険制度に不信感。制度についてはあまり詳しくないが、「自己作成で何とかなるのではないか」との相談。→自己作成をしていく中で、介護保険を知り、自分の状況を整理できてくる。

② サービスを使ってきた中でケアマネジャーを通さずに事業者と連絡・調整をするようになり、ケアマネジャーが持ってくる書類の見方も分かってきて、ケアマネジャーが必要なくなってきた。

当初はほとんど①でしたが近年、特に2006年の改定後は②が多くなってきました。相談者の多くが介護をしている団塊の世代であることも特徴です。長く制度を使ってきた中で制度について理解が進んだ、報道などで制度に対する関心が高まってきた、団塊の世代にとって介護が身近なものになってきた、などが考えられ、団塊の世代の高齢化に伴い、この傾向はさらに進むのではないかと考えます。

2. めざすべき自己作成と普及のありかた

41 ページ図 2 - I にあるように類型① (A 群) と類型② (F 群) は両極にあると考えられますが、保険者において両者は区別をされておらず、保険者が持つ自己作成というイメージには、むしろ自分勝手な自己作成者 (F 群) を危惧する声が多いということが、アンケートから分かりました。(12 ページ～ 19 ページ参照) (図 2 - I - 2)

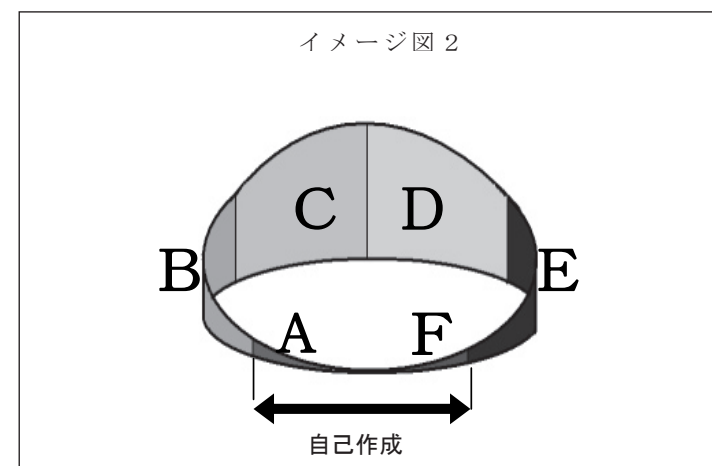


図 2 - I - 2

しかし、調査によって集まった自己作成者の意見、保険者からのヒアリング、サービス提供事業者からのアンケートからは、類型① (A 群) には次のような効果を見ることができました。(20 ページ～ 31 ページ参照)

類型① (A 群) の効果

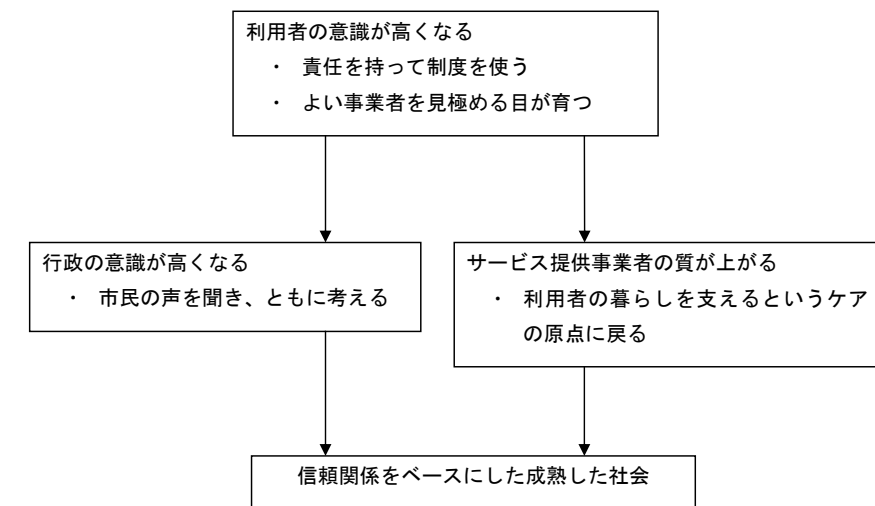
- ・自分で自分のケアプランを立てることで自分の状況を客観的に把握し、自分でどうすれば良いかを考えることにより、介護予防の効果が期待できる。特に要支援者において顕著である。
- ・利用者主体という介護保険の理念に添った経緯でサービスを選択することができ、利用者が自らの責任について自覚することができる。
- ・その人らしいケアプランの追求により、介護保険制度にしばられない社会資源等を活用したケアプランの作成が行える。
- ・事業者、行政とのコミュニケーションが増す。
- ・家族間のコミュニケーションが増す。
- ・介護保険制度への理解が深まり、将来を含めて社会への関心が高まり、高齢化社会へ向けての意識が高くなる。
- ・次の世代へ、自らの老いの準備をする意識を植え付けることができる。
- ・後にケアマネジャー利用に移行しても、ケアマネジャーとともにケアプランを作成するという姿勢が身に付き、丸投げはしない。
- ・居宅介護支援費を削減できる。

ただし、現在は類型① (A 群) に属する自己作成者も、初めから介護保険制度を網羅する知識を持ち合わせていた利用者ばかりではありません。当初の動機は「ケアマネジャーへの不満」等であり、

介護保険についての知識は持ち合わせていなかった利用者が多いことも分かりました (25 ページ～ 28 ページ)

自己作成を続けることにより、知識を身につけるとともに、類型① (A 群) へと成長したものと考えられます。

利用者がこうした変容を遂げることにより、行政や事業者、そして社会にも次のような波及効果が期待できることが見えています。(20 ページ、31 ページ参照)



このように、自己作成希望者が類型① (A 群) に属し賢くなっていくことは、社会全体のレベルアップを牽引する力となる可能性を持っていると考えられます。

つまり自己作成の普及を考える際に心に留めなくてはならないのは、めざすべき自己作成が社会に及ぼす意義についてであり、保険者に求められるのは、自己作成者の数的増加に目を奪われずに、自己作成希望者を類型① (A 群) へと育てる姿勢を持つことであると考えます。

また、これからの日本にとって、自律した市民を増やすために、自己作成者のみではなく、ケアマネジャーに依頼している利用者のかかわり方も、「ケアマネジャーにおまかせ」(D 群) から「自分で判断、連絡調整ができる人」(B 群) 方向へとシフトしていくことが肝要であるといえます。(図 2 - I - 3)

現時点では、保険者のアンケート自由記述からは、利用者の分布はむしろ右方向に偏っていると考えられているようです (図 2 - I - 4)

本報告書においては、自己作成、ケアマネジャー作成にかかわらず市民がより主体的に育つために寄与する具体的な提案をします。(49 ページ～ 58 ページ)

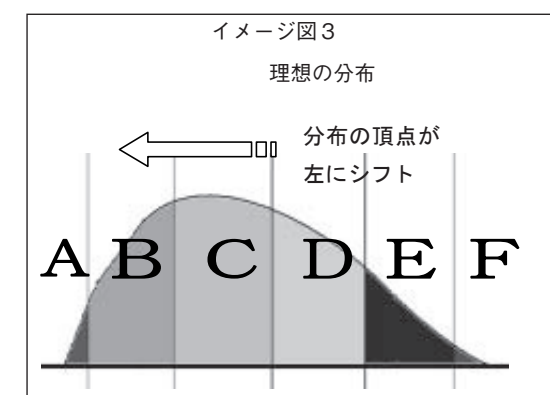


図 2 - I - 3

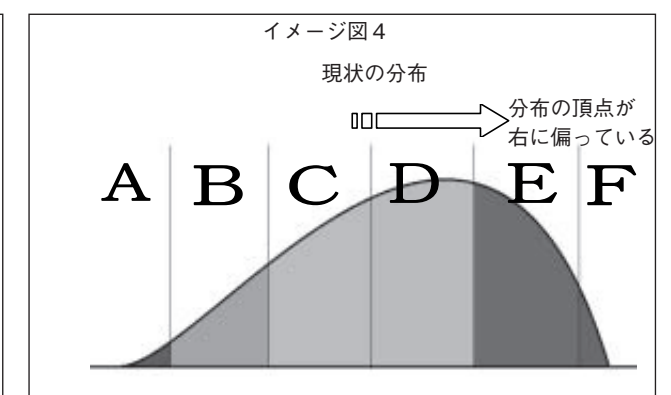


図 2 - I - 4

3. めざすべき自己作成の普及についての諸問題

①自己作成の対応を経験している保険者は57.7%

回答保険者の調査時（2009年度）現在の自己作成をめぐる状況は、第一章でも述べたように、以下のとおりです。66%超の保険者が、「自己作成者がいたことがある」、「相談を受けたことがある」と回答しています。（表2-I-5）

●これまで（現在も含む）に自己作成者がいた保険者、相談を受けたことのある保険者

自己作成者がいた	517	回答保険者の57.8%
自己作成に結びつかなかったが相談をうけたことがある	75	回答保険者の8.4%
※自己作成を考えたことのある利用者がいるところ（合計）	592	回答保険者の66.1%

表2-I-5

②継続的な自己作成者は1%にも満たない

しかし、継続的な自己作成者は1%にも満たないのが現状です。（表2-I-6、7）

●継続的な自己作成者の数（平成21年7月1日現在）

要支援	360人	要支援者合計の0.04%
要介護	312人	要介護者合計の0.01%

表2-I-6

●平成21年7月1日現在、継続的に自己作成を行っている利用者がいる保険者の数

要支援	61	回答保険者の6.8%
要介護	156	回答保険者の17.4%

表2-I-7

③自己作成の普及には、消極的な保険者が多い

自己作成の普及についての保険者の意識を見ると、「消極的」「やや消極的」が約60%を占めます。

●自己作成の普及に対する意識（回答保険者877）

積極的	やや積極的	やや消極的	消極的	分からない	無回答
2	32	201	327	315	19
0.2%	3.6%	22.4%	36.5%	35.2%	2.1%

表2-I-8

消極的である理由を尋ねると、

- ・行政にとって負担（67件）
- ・利用者にとって負担（106件）

が上位に挙がり、自己作成がマイナスイメージで捉えられていることが見えてきます。

④保険者が行っている支援の現状

●自己作成に向けての支援体制の現状

支援体制	ある	なし	無回答	総数
パンフレットに「自己作成ができる」記載	198	685	13	896
	22.1%	76.6%	1.3%	100%
自己作成の担当者が決まっている	302	582	12	896
	33.7%	65.0%	1.3%	100%
担当者が介護支援専門員実務研修修了者	173	112	17	302
	57.3%	37.1%	5.6%	100%
自己作成の利用者向け手引書	103	786	7	896
	11.5%	87.7%	0.8%	100%
自己作成の内部向け手引書	108	767	21	896
	12.1%	85.6%	2.3%	100%

表2-I-9

⑤自己作成の手順はさまざま

さらに、保険者、自己作成者のヒアリングから保険者が求める自己作成の手順についてみると、保険者の考え方によりまちまちであることがわかりました。

その中では、滞りなく給付が行えることを第一義に考え、利用者の負担軽減を配慮して、ケアプランの作成過程の文書化やサービス担当者会議については求めている保険者が多くなっています。（表2-I-10）

●保険者が自己作成者に求める手順

手順	保険者	保険者が求めること
利用票と別表の行政への提出	すべての保険者において求められている	
ケアプランの過程が分かる書類の提出	A 保険者	ケアマネジャーが作成する書類を利用し、自己作成者にも求めている
	B 保険者	独自の書式を作成し、自己作成者に求めている
	C 保険者	利用者に負担なので求めない
	D 保険者	見方が分からないので求めない
サービス担当者会議	A 保険者	自己作成者にも開催を求めている
	B 保険者	特に求めている

表2-I-10

⑥保険者とサービス提供事業者のケアプランに対する認識の乖離

これに対してサービス提供事業者からのアンケートでは不安の声が挙がっています。ケアプランの「何が大切か」という認識に保険者とサービス提供事業者間で乖離が見えました。(表2-I-11)

●ケアプランに対する認識

	保険者の認識	サービス提供事業者の認識
大切なこと	給付が滞りなく行えること	適切なサービスが提供できること
利用票と別表の行政への提出	給付を行うために必要	給付を行うために必要
ケアプランの過程が分かる書類	利用者にとって負担	適切なサービスを提供するために必要
	書類の見方が分からない	
サービス担当者会議	利用者には調整が難しい	適切なサービスを提供するためには開催をしてほしいと感じている。

表2-I-11

⑦自己作成者の思い

自己作成者も、「きちんとしたい」と考えています。事務的な負担感は、保険者が考えるほど感じておらず、むしろ、「いい加減にはしたくない」という気持ちが勝っており、難解な書式には抵抗感があるものの、必要な過程を踏むことについては当然と考えています。

これらのことをまとめると、現状には以下のような問題があると考えられます。

- 【1】自己作成ができるということが周知されていないため、市民から選択の機会が奪われている。
- 【2】自己作成のあるべき姿、あるべき自己作成がもたらす効果について、現状に即した評価が認識されていない。
- 【3】自己作成は市民の側からの働きかけから生まれるため、いつ最初の一人の自己作成希望者が訪れるか分からないが、保険者の支援準備が整っていない。
- 【4】ケアプランが何のためにあるのか、何が大切なのか、どうすべきかについて、保険者と現場に認識の乖離がある。
- 【5】市民を育てる、市民は育つという視点が欠けている。

4. めざすべき自己作成の普及に向けて

保険者アンケートの意見欄に、自己作成の場合の適正な給付の担保はどうするのかを危惧する声が多くありました。

給付の適正化は、個別の事例に応じた適切なケアプランが立てられ、これにそって適切なサービスが提供されることで行えるものと考えます。逆に、この過程をおろそかにすれば、適正化が個別性を無視した一律な規制強化に向かわざるを得なくなり、むしろ状態の悪化を招いたり、現場の信頼関係が崩れたりすることもあるという悪循環へ進む危険をはらんでいます。

つまり、給付の適正化のためには、ケアプランが適切に立てられること、サービスがケアプランに沿って提供されることが必須条件であり、自己作成ケアプランの場合も例外ではありません。

自己作成の適切なケアプラン作成のためには、十分なコミュニケーションをとり、関係者とともに作成し、サービス提供過程を共有する透明性を重視するという姿勢が大切であることが、自己作成者やサービス提供事業者の声から見えています。

そのためには、現場が適切にサービスを行うために必要であるとする過程を丁寧に行っていくことが、適正化に向けても最も効率的な方策であると考えます。

したがって、自己作成者も適切なケアプランを追求することにより、調査から見てきた保険者と現場の認識の乖離を埋めることにつながると考えます。

そこで、諸問題を解決し、めざすべき自己作成が円滑に普及し、適切な自己作成ケアプランを作成するための諸条件を提案します。

(1) めざすべき自己作成の円滑な普及に向けての諸条件

- ①誰もが選択肢として考えられるように、自己作成という方法を周知する。
- ②介護保険の理念、ケアプラン、自己作成について、市民（介護保険を利用する年代に達していない世代も含め）、保険者、サービス提供事業者間で共通認識と共通理解を持てるようにする。
- ③自己作成希望者を育てるという視点と、市民に対する信頼感をもつ。
- ④保険者は、自己作成希望者が現れることを想定して支援の準備をする。

(2) 適切なケアプランの自己作成のための諸条件

- ①自己作成を行うにあたっては、利用者の自発的意思によるものであること。主体性があれば、自己作成者は負担を感じない。
- ②ケアプランは指示型ではなく協議型に。
- ③自己作成者が、制度やサービス提供事業者や認定等についての情報を得られるようにし、納得のいく選択ができるようにする。
- ④ケアプラン作成、実行、振り返りの過程を、利用者・サービス提供事業者・保険者が共有する。
- ⑤関係者同士で密なコミュニケーションをもち、信頼関係を大切にする。
- ⑥介護現場の透明性を確保する。
- ⑦事務的な手続き遅れ、間違いなどをしないようにする。

めざすべき、利用者と保険者・サービス提供事業者との関係性

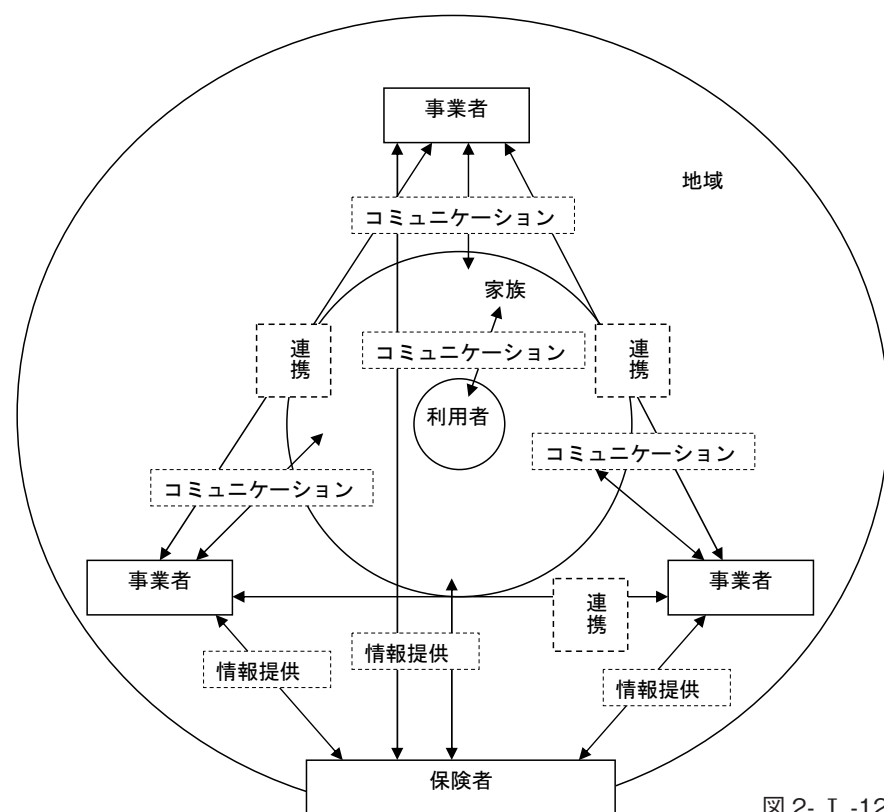


図 2- I -12

** サービス提供事業者からの相談 ****

当ネットワークが受ける相談の中には、サービス提供事業者からのものも少なくありません。「サービスを利用している利用者に自己作成をすすめて無償で支援していきたい」というものです。確かに、給付管理に必要な書類を整えて自己作成として届け出れば、介護保険制度は滞りなくまわります。

でも、利用者の自発性、自覚が見られない中での自己作成支援は、たとえ事業者が100%善意で支援しても、利用者側からすれば、丸投げすることと同じ感覚になりかねません。それが、サービス誘導（利用者の視点からは事業者依存）、につながるものが危惧されます。

自己作成においては、いつも状態を把握してくれているサービス提供事業者の意見を聞き、相談しながら行うということはとても大切ですが、キーパーソンはあくまでも利用者。自覚をもって行うことが重要であると考えています。

Ⅱ．具体的提案

1. 自己作成に主体的にかかわるために

普及に関して留意しなくてはならないことは、単に自己作成者の数が増えることを指して普及と考えてはいけないということです。

自己作成の本質を理解し実践する自己作成者が増えることが大切だと考えます。利用者、保険者、サービス事業者が良い関係性を構築し、めざすべき自己作成の趣旨を理解するために、また、利用者が主体的にかかわる意識を持つために具体的に必要と考える提案をします。

- ①保険者が、給付管理事務のみではなくケアプランの自己作成過程についての理解を有するようにする。
- ②自己作成について、パンフレット、要介護認定の結果通知等で周知し、利用者の選択肢として提示する。
- ③パンフレットにおけるケアプランについての記載は、「ケアマネジャーに立ててもらいます」といった、ケアマネジャーへの丸投げを誘導するような表現を改める。
- ④保険者・事業者・市民がケアプランや自己作成について、正しく理解し認識を共有できるように、PR用パンフレット、自己作成手引書等を整備する。

【参考】提案1 自己作成 PR 用パンフレットの要素…50 ページ参照

2. 適切なケアプランの自己作成のために

十分なコミュニケーションの元で関係者が作成・サービス提供過程を共有し、透明性を重視しつつ適切なケアプランを立てるために整備すべき事項を提案します。

- ①透明性とコミュニケーション、信頼関係の構築を重視した自己作成の手順を普遍化する。
- ②事務手続きだけでなく、自己作成の意義や注意点などを盛り込んだ手引書を整備する。
- ③他者からの視点で専門職であるケアマネジャーが主導して記入する書式の利用ではなく、本人や家族が暮らしを振り返って考えることを助け、本人や家族だからこそ書ける、自己作成者用のアセスメントシート、ケアプラン作成シートを整える。

【参考】提案2（自己作成用アセスメントシート、自己作成用ケアプラン作成シート）…54 ページ参照

3. 提案

① 提案1 以下の要素を盛り込んだパンフレットの作成の提案

「自己作成とは」

介護保険サービスを利用するためには、前月中にケアプランを作成する必要があります。これによって、翌月に間違いなくサービスを受けることができますし、費用がどのくらいかが分かります。

ケアマネジャーに依頼せずに自己作成を行う場合は、

- 「利用者に合った適切なサービスと事業所を選んで翌月のケアプランを立てる」
- 「事業所との日程等の調整や、日常の密な連絡を行う」
- 「介護保険に必要な事務作業を行う」

という過程のすべてにおいて、利用者（家族）がキーパーソンとなります。

面倒なところもありますが、「自分でやりたい」という「やる気」があれば大丈夫です。

「自己作成のいいところ」

- * 要介護者本人の暮らしや性格に合ったケアプランに直結します。
- * 介護保険制度の仕組みや流れについての理解が深まります。
- * 自分で自分の暮らしを考えることは、介護予防につながります。
- * 事業者や行政とのコミュニケーションが増えます。
- * 介護がある暮らしの全体が見渡せるため、不安が少なくなります。

「自己作成をする際に気をつけてほしいこと」

- * 計算間違いや手続き忘れ等には気をつけて、やるからにはきちんとやりましょう。
- * 事業所や行政との連絡を密にして、誤解が生じないようにしましょう。
- * サービス提供事業者や地域包括支援センター、家族などに助言をもらいましょう。

「分からないことがある時、相談したいことがある時は」

- * 地域包括支援センターや行政の窓口で相談してください。

連絡先 ◎○○○－●●○－××○○

参考URL：全国マイケアプラン・ネットワーク

<http://mycareplan-net.com/>

** あたまの整理箱と玉手箱のこと ****

当ネットワークでは、『あたまの整理箱』『玉手箱』という冊子を作成し、2003年からこれまでに1万冊ほど手に取っていただいています。

『あたまの整理箱』は、ケアマネジャーが作成を義務付けられている書類をもとに、分かりづらい行政用語を一般にも理解できるような言葉に置き換え、当事者からの視点で書けるようにしたシートです。

また、『玉手箱』は、要介護になる前、高齢になる前に、自分を整理し、ケアプランの土台となるものを整えておくための冊子です。

これらは自己作成者はもちろんですが、ケアマネジャーにも多く活用されており、利用者に説明する際に有効、という評価をもらっています。ケアマネジャーが一生懸命にケアプランを立てても当の利用者に理解できないのでは本末転倒ですし、自己作成でも、きちんとした過程を踏み、根拠のあるケアプランを立てて、それを事業者や家族、保険者と共有していかなければならないと思っています。

自己作成のためには、手続きを簡略化したほうが良いという意見をよく聞きますが、適切なケアプランの過程には透明性を持たせることが必要です。素人だからといって手続きを省略するのではなく、むしろ必要な手順は見えるようにした方がよいと考えます。

そのためには、現在多くの保険者で使われているケアマネジャー用の書式の利用ではなく、一般向けの分かりやすい書式、本人や家族でなければ考えられないところが見えるような書式の開発が必要であると思います。

②提案2 自己作成基本的な手順（個別ケースに応じて応用してください）

		自己作成者				保険者		サービス提供事業者		
		自己作成者が行うこと	詳細・注意点	書くもの	提出するもの	提出先	保険者が行うこと	保険者が渡すもの	サービス提供事業者がやること	サービス提供事業者が用意するもの
導入	①	問い合わせ					聞き取り 自己作成について説明	自己作成のパンフレット 自己作成届出用紙		
	②	自己作成を届出る	かかりつけ医を事前に 持っているといい	自己作成届出用紙	自己作成届出用紙	保険者	マニュアルを手渡す 書式を渡す 手順、作成書類について 説明	手引書 自己アセスメントシート 自己作成用ケアプラン作成 シート サービス利用票・別表 事業者の情報		
ケア プラン 作成	③	自己アセスメント	よく振り返る 本人・家族等で話し合う	自己アセスメントシート						
	④	ケアプランを考える	本人・家族等で話し合う	自己作成用ケアプラン作 成シート			必要に応じて、地域包括支 援センターが相談を受ける （総合相談として）		問い合わせを受けて、 検 討する	
		サービス提供事業者を 選ぶ	電話・見学する…など							
	⑤	サービス提供事業者と契 約する	サービス事業者からの説 明を受ける 分からないことは質問	サービス提供事業者が 用意する契約書・重要事 項説明書に署名捺印	契約書 重要事項説明書	サービス提供事業者			重要事項などを説明して、 利用者と契約する	契約書 重要事項説明書
	⑥	ケアプラン原案を作成	本人・家族等で話し合う	自己作成用ケアプラン作 成シート			必要に応じて、地域包括支 援センターが相談を受ける （総合相談として）			
	⑦		サービス事業者にケア プラン原案を渡す		自己作成用ケアプラン作 成シート 原案	サービス提供事業者			ケアプラン原案を受け取る	
	⑧								利用者宅を訪問してアセス メント 個別サービス計画書を作 り、個別サービス計画書を渡 して説明する	個別サービス計画書
		個別サービス計画の検 討（サービス事業所ごと	個別サービス計画の説 明を受けて、詳細を調整 すべての事業者に集まっ てもらって話し合い※ 記録を、出席者に渡す							
	⑨	ケアプランの最終調整		記録をとる（様式は自由）			地域包括支援センターから の出席があればなおいい		ケアプランの最終調整	
	⑩	ケアプランの最終決定	ケアプランを完成させる	ケアプラン作成シート					記録を受け取る	
事務 手続 き	⑪	給付管理に必要な書類 の作成	利用（提供）票・別表を書 く	利用（提供）票・別表			地域単位、サービスコー ド、サービス事業者コード や、書き方などわからない ことについての質問を受け るなど、できる限り支援す る			
	⑫	行政への書類の提示	保険者窓口にもって行く		利用（提供）票・別表 ケアプラン作成シート最 終コピー	保険者 保険者	確認の上、証印を押し、コピーを保管、原本は返す			
	⑬	証印のある書類をコピー してサービス事業所に渡			利用（提供）票・別表コ ピー ケアプラン作成シート最 終コピー	サービス提供事業者 サービス提供事業者			書類を受け取り翌月から サービスに入る	
サー ビス 開 始	⑭	サービスを受ける	サービス提供事業者と情 報を共有するようにする	経過記録・連絡記録など を一括して書けるノートな ど、各自工夫	経過記録・連絡の記録な ど	サービス提供事業者			密なコミュニケーション、報 告・連絡を行いながら、 サービス提供	サービス提供事業者独自 のサービス記録・連絡帳な ど
			サービス事業者と密に連 絡を取り合う	連絡内容は記録に残し て、後で行き違いのない ようにする						
	⑮	自己モニタリング	予定通りにサービスが行 われているか 効果はあるか サービス、事業者の選択 はこれでいいか	利用票に実績を記録す る 経過記録をとる			必要に応じて、地域包括支 援センターが相談を受ける （総合相談として）		実績を記録 話し合いをした方がいいと 思ったら、提案	
事務 手続 き	⑯	翌月のサービス手続き	書類を整える	変更がなければ利用（提 供）票と別表 変更があれば、理由が 分かるように	サービス利用（提供）票・ 別表	保険者 保険者	⑪以降繰り返し			
		以下⑪以降繰り返し								
	⑰	給付管理のための手続 き	事業者からもらった実績 記録が自分の記録と 違ってないか確認 実績を行政に届ける		サービス利用票実績表	サービス利用票実績表	保険者		ひと月終わったら実績記録 を利用者へわたす	
							実績に基づいて国民健康 保険団体連合会へ請求業 務		国民健康保険団体連合会 へ請求業務	

※介護保険用語ではサービス担当者会議

③ 提案3 自己作成用アセスメントシート、活用様式

「1.介護保険に関すること」

①

介護保険に関する基本情報

名前

生年月日

年

月

日

住所

〒

介護保険の被保険者番号

緊急連絡先（1）

間柄

緊急連絡先（2）

間柄

要介護状態区分

要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

認定日

年

月

日

認定の有効期間

年

月

日

～

年

月

日

ケアプラン作成者氏名

間柄

作成者の住所

〒

医療機関名

主治医の名前

医療機関の住所

〒

病名・身体状況

通院または訪問診療の頻度

回／

薬局

住所

〒

飲んでいる薬

介護保険の要介護度履歴

初回

年

月

日

（

）

変更

年

月

日

（

）

変更

年

月

日

（

）

変更

年

月

日

（

）

変更

年

月

日

（

）

変更

年

月

日

（

）

変更

年

月

日

（

）

あなたの介護プランシート①

©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003.4

「2.自分を振り返ってみよう」

②

名前

自分を振り返ってみよう

年

月

日

年齢

（

0

）

で生まれる

人生の出来事

身体のこと

人との交流

性格

自力でできること・できないこと

趣味・好きなこと

あなたの介護プランシート②

©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003.4

「3.わが家の「暮らし」を考えてみよう」

③名前

こんな風に暮らしたい

わが家の「暮らし」を考えてみよう

こんなことをやってみたい

こんな風にかかわりたい

こんな風にかかわれる

暮らししている家の間取り

家族構成（同居に●、キーパーソンに○、主たる介護者に△、ケアプラン作成者に＊）

近隣関係

わが家族、「暮らし」についての考え、方針

あなたの介護プランシート③

©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003.4

「4.自分らしい生活を送るために」

④

自分らしい生活を送るために

作成日

年

月

日

名前

どうしたいか・どうになりたいか

そのために支障となること

解決のために具体的な解決手段を考えてみる

解決の方法

担い手

サービス内容

サービス事業者名

頻度

期間

※

※…介護保険給付対象内サービスについては○印を付ける

あなたの整理箱ワークシート④

©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003.4

⑤

平均的な1週間の過ごし方

名前 _____

年 _____ 月 _____

	4:00	日常生活	月	火	水	木	金	土	日
深夜 早期	6:00								
	8:00								
午 前	10:00								
	12:00								
午 後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜 間	20:00								
	22:00								
深 夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外 のサービス	
当月の イベント	

あたまたの整理箱ワークシート⑤

©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003.4

⑧ <u>サービス事業者との連絡・相談・質問記録</u>					
年 月 日 名前 _____ ケアプラン作成者 氏名 _____					
事業者名	利用サービス	サービス担当者	事業所責任者	連絡・相談の手段（℡・fax など）	相談相手に○
相談したこと					
検討したこと					
結論					
残された課題					
あたまたの整理箱ワークシート⑧ ©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003.4					

⑨
質問・連絡・相談表

名前 _____
質問・連絡・相談者 _____

年月日	連絡・相談先	連絡・相談内容	回答年月日	回答者	回答内容

あたなの整理箱ワークシート⑨
©全国マイケアプラン・ネットワーク 2003. 4

[illegible]

書式活用にあたって

●ケアプランを考えるためにやらなくてはならないこと

1. 自分を知る

- ① 自分のこれまで歩いてきた道を振り返る
- ② 自分のこれからの生き方と暮らしを考える
- ③ 周りの人の生き方と暮らしを考える
- ④ 周りの人とわかり合う

2. 地域を知る

- ① 隣近所を知る
- ② 地域にある制度を知る
- ③ 地域にある資源を知る

3. 介護保険制度を知る

- ① 介護保険制度の理念を知る
- ② 介護保険の仕組みを知る
- ③ 介護保険制度で提供されるサービスの中身を知る

●ケアプランを立てるコツ

- ・ **最初から完璧なものをつくろうと思わない**（ケアプランは進化させていくもの）
- ・ **はじめは自分にとって必要最低限のサービス利用からはじめる**
- ・ **みんなで考える**
ケアプランはみんなで考えるもの。人と人を結ぶものでもあります。
- ・ **ケアプランの见えない生活が送れたら大成功**
ケアプランに振り回される生活ではなく、自分の生活リズムにケアプランを合わせていきましょう。

●ケアプランを立てる上で大切なこと

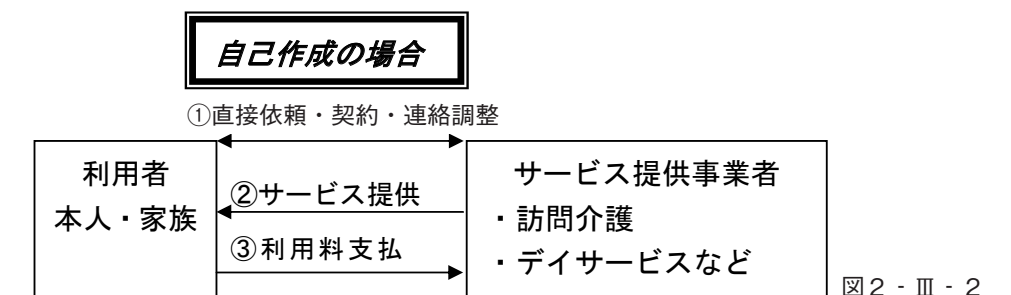
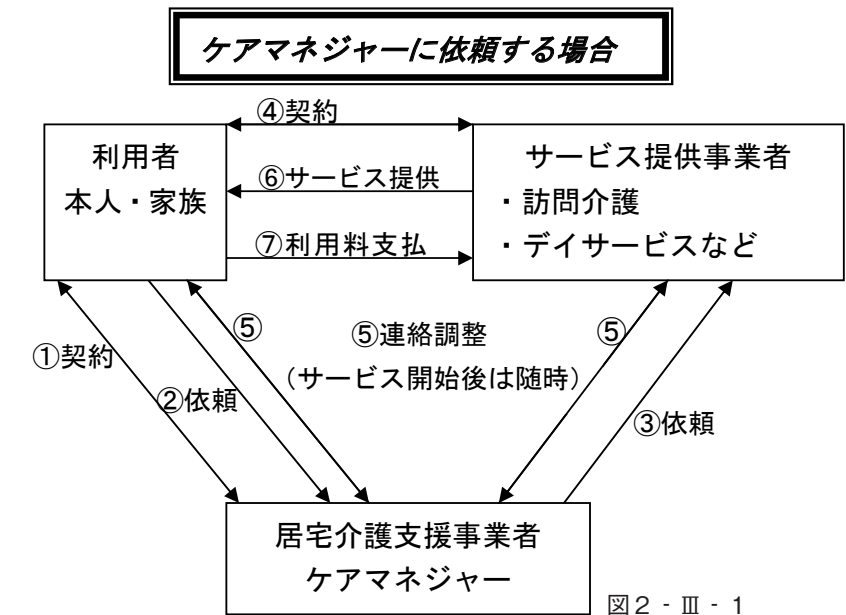
- ・ **コミュニケーション**
- ・ **透明性**
- ・ **信頼関係**

●陥りやすい落とし穴

- ・ **お買い物ゲームになってしまう**
点数の範囲内でうまく効率よくサービスを組み入れることは大切ですが、限度額がまわっているからといって、いらないサービスまで入れるのは本末転倒。必要なものだけ考えましょう。
- ・ **ジグソーパズルになってしまう**
時間が空いていると、そこにサービスを組み込みたくなるかもしれません。でも、自分の生活リズムを大切にしましょう。
- ・ **殻をつくってしまう**
自分ひとりで考えると、どんどん視野が狭くなってしまいます。周りの人の知恵や助けを借りると、思いがけない道が開けることがあります。一人で考えず、みんなのあたまと手を借りましょう。

◦全国マイケアプラン・ネットワーク

【参考】ケアマネジャー作成と自己作成の流れ対比・関係図



Ⅲ. 検討委員・事務局コメント

ケアプラン自己作成調査研究事業に参画してみて

財団法人 長寿社会開発センター 石黒秀喜

はじめに

介護保険制度は高邁な理念を掲げた制度である。尊厳の保持と自立支援を基本理念とし、要支援・要介護状態になった高齢者の生活支援に必要な社会サービスを提供するため、国民の連帯という名目の下に40歳以上の国民と企業に財源の半分を保険料として拠出を求めている。

一方、国民に対しては、人は加齢に伴って身体機能が低下する宿命を負っているにしても、なお健康保持に努めるよう義務を課している。また、介護が必要な状態になっても状態ができるだけ悪化しないようにリハビリ等に努めることも義務としている。(介護保険法第4条)

そして、国民に課せられた義務を履行できるようにサポートしコーディネートする役目を担う専門機関が設けられたのである。それが、居宅介護支援事業所であり、そこで働く人がケアマネジャーと言われる人たちである。

ケアマネジャーは、状態ができるだけ悪化しないように配慮しながら、一方では日常生活上に不具合をもたらす真の背景を洞察し、それを軽減するためのケアプランを作成して、サービス事業所にオーダーを出すなど自立支援に向けた専門知識を持った支援者という建前である。

自分(家族)がケアプランを作るということ

一言でいえば、自分の生活の組み立てをケアマネジャーという他人任せにせずに、自分が決めるという主体性の表れであると考えられる。要支援・要介護状態になった個人因子・環境因子を分析し、悪化しないためあるいは改善を図るために必要な個人因子・環境因子は何か、と洞察して自分で対応方針を立て必要なサービスを活用する力量がある人である。

若干の危惧があるとすれば、人体生理学、認知症ケアなどに関する専門的知識がないことによって、解決すべき課題が見過ごされて悪化を防止できないことになってしまうことである。しかし、主治医がいる場合は、主治医によく相談し助言を得ることにより弱点はカバーできるものと考えられる。

もう一点、複数のサービス事業所を利用しているときに、チームケアの共通認識を醸成するためのサービス担当者会議をタイムリーに開催するという、調整・交渉力も求められる。

自己作成者は極めて少数派

その要因は、介護保険制度の中にそういう仕組みがあるということをほとんどの人は知らないことにある。今回の調査では、「もし、自分でケアプランを作成して所定の手続きをすれば、ケアマネジャーを介さなくても介護保険サービスを利用できる仕組みがありますが、あなたは自分でケアプランを作成したいとおもいますか。」という意識調査はしていないので、真に自己作成をしたい人がどの程度いるのかは予測がつかない。

私見では、自己作成の途を知っていたとしても、サービスの利用計画を作り自分で事業所と交渉することが面倒であるという人が圧倒的に多いと思っている。また、仮に自分でマネジメントしたいと市町村に申し出ても、市町村の窓口の職員が仕組みを承知していない場合や、事務処理が発生するのが煩わしいとか時間を割かれるのが嫌という理由から拒否的であることも影響していると考えられる。さらに、窓口の職員はケアのマネジメントについての視点や基礎知識も持ち合わせていない場合も多々あるので、自己作成の届出者からの相談助言に応じる自信がないことも拒否的になる要因であろう。

介護予防とケアプラン自己作成

特定高齢者や要支援1・2の人たちの介護予防(分かりやすく言えば「悪化防止」)効果を上げようとしても、単に表面的な生活をサポートをするだけでは成果が期待できない。これまでの日ごろの暮らしぶりを振り返り、生活行為能力の劣化を防ぎ、それを取り戻すという意識に立って、暮らしぶりを変えていくように誘導しなければ、介護予防の効果は上がらない。

いくら介護予防ケアマネジメント担当者がプランを作って週1・2回のサービスを利用したとしても、残りの時間の過ごし方がこれまで通りであれば、これまでと同様のペースで機能低下は進んでいくという理屈である(例えて言えば、下りのエスカレーターに乗っていて、だんだんそのスピードが速まっていくというイメージである)。

生活を営んでいる本人が自ら生活行為能力をできるだけ維持することが自分にとってハッピーだと思ひ直し、行動変容することが基本である。介護保険法第4条の趣旨に照らせば、まずは本人が自己をマネジメントするところから介護予防が始まるのであると言える。

このように考えると、地域包括支援センターの役割の一つとして、介護予防に関して自己マネジメントできる国民を増やす助言機関という機能を持つべきであるべきという考え方も成り立つ。真のセルフマネジメントができる国民が増えることは喜ばしいことであり、長寿化と団塊世代の影響で爆発的に増加する超高齢少子・大量死の時代に備え、過度に行政に依存しない成熟市民を育てていく文化が期待される場所である。

市町村や地域包括支援センターにとって歓迎せざる自己作成者かも知れませんが、制度の持続可能性という観点から、長期的な視点に立って迂遠ではありますが、そういう成熟市民グループを育てていくのも、地域包括支援センターを支えるネットワーク形成の一つのツールになる可能性も秘めているような気がします。

結局は自分の人生

介護保険を語る際によく耳にする「利用者本位」、「自己決定」という言葉からイメージされることは、「保険料を払っているのだから自分の好きなようにサービスを使ってどこが悪いのだ」という響きである。ケアマネジャーと言われる人の中には、真の課題を探りその解決に向けた思考作業をしてプロの見識に基づく提案をすることもなく、利用者の要望に応えればいいのだという誤った風潮もみられる。

冒頭に記したように介護保険法は国民に義務を課している制度であり、自分の人生を制度が期待するよりよい方向へ努力することが求められている。ケアマネジャーにケアのマネジメントを依頼しようが自分でケアのマネジメントしようが、本来はその人の持てる能力の維持向上を目指すという方向は一緒であるべきものと思います。

要は、ケアマネジャーに自分の人生を丸投げせずに、何らかの事情で不自由に陥った生活をどのよ

うに再構築していくか、先ずは自分たちが一旦主体的考えてみましょう、と提案しているのが全国マイケアプラン・ネットワークの活動だと思います。ケアマネジャーを利用する場合であっても、自己の主体性を確保しつつ相談役として活用しながら保険給付に必要な事務処理役を担わせるという意識であって欲しいと思います。

現実には、自己洞察をしてケアマネジャーを介さずに自分で決断して市町村に事務処理手続きを自ら行うというケアプラン自己作成派はほんの一握りです。市町村にとっては窓口業務を増やす歓迎せざる人たちと映るようです。確かに自己作成を受け付ける市町村はその分事務量が增大するが、別の角度からみるとサービス計画費というケアマネジャーに支払う出費は発生しないという利点もあるし、前述したように何よりも自分のことを自分で律する市民を育てるという、これからの超々高齢社会を乗り切るための人材育成という捉え方もできると思います。

団塊の世代へ

団塊の世代は、長い老後のマネジメントをしっかりと考え、人生のゴール（死）の迎え方の情報を知るとともに、PPK（ピンピン・コロリ）を目指した暮らしぶりに努めましょう。そして、仮に介護保険サービスを使うような状態になった場合であっても、自分の生き方を介護保険事業者に丸投げするようなことをせずに、できるだけ生活行為能力をそれ以上低下させないことを念頭にケアプランを考える姿勢を保持することが大切です。そういう姿勢に立脚していれば、サービス利用手続きは、自分で市町村に行ってもいいし、あるいはケアマネジャーを活用してもどちらでも構わないと思います。

ケアプランを自己作成するということは、長い間介護保険料を支払ってきたのだから元を取り戻すために我がまま勝手にサービスを利用するという趣旨ではありません。市町村の心配ごとはこの点にあります。そうではなく、本当の意味するところは、介護保険制度の基本理念である自立支援を自分の手で行うという誇り高い行為なのです。

おわりに

今回の調査分析報告書が、今後の制度運営のあり方に関して、利用者、事業者、市町村にとって何らかの示唆を提供し得るものであるならば、調査にご協力いただいた市町村や自己作成者のご好意に報いるものであり、貴重な国費を活用させていただいた目的は満たされるものと思います。是非ともそうあって欲しいものと念ずる次第です。

自己作成プランを支援して思うこと

府中市福祉保健部高齢者支援課
府中市地域包括支援センター
石田 淳子

直営の地域包括支援センターで要支援1・2の方への介護予防支援業務と一般高齢者や特定高齢者の方への介護予防事業を担当しています。府中市地域包括支援センターでは介護保険の介護予防サービスや介護予防事業を利用してもらう前にプランを利用者と一緒に立てたり、利用者ご自身で立てて

いただくという取り組みをしています（プランを自己作成してもらい利用票などの作成はお手伝いするという自己作成プランの支援です）。

自己作成プランを選ばれた方の言葉や文章を紹介します。

- ・これからどのように暮らしていきたいかを考えているときの言葉「日本人はこれ考えることをしていないよね。だから高齢になってから困ることが多いんだよ。みんな若いときから考えられるといいね。」と。
- ・生まれつき下肢の障害で松葉杖歩行をしている方が、人生の振り返りの中に書いた文章「若いときは障害がなかったらと思っていましたが、今はこれで良かったと思っています。」
- ・要支援2で日中ほとんど椅子に座ってすごされている方が人生の振り返りの中で現在の心境を書いた文章「毎日充実しています。」

自己作成プランの支援では人生の先輩の深い言葉や文章に多く出会うことができ、驚きや感動があります。その方の気持ちが心に入ってきます。

自己作成プランの支援を行ってきてわかったことは、人生を振り返り今後の人生をどのように過ごしていくのかを考えていく自己作成プランは介護保険制度の「地域包括ケア」が目指す、高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするための重要なサービスの一つであるということです。介護予防の事業の中で自己作成の支援を始め実施してきましたが、自己作成プランは介護予防にとどまるものではないのです。

介護保険サービスの利用のための自己作成プランという位置づけだけでなく、自己作成プランは高齢者が住み慣れた地域でその人らしい生活を過ごす事ができるようにするため地域包括ケアという広い視点の取り組みとして広がっていくべきものだと思います。

介護の「市場化」から「社会化」への期待

コミュニティケア活動支援センター事務局長：佐藤修

このプロジェクトに参加して、改めて「介護の社会化」について考える機会をいただきました。しかし、調査結果から見てきたのは、「社会化」というよりも「市場化」といったほうがいい実態でした。

関係当事者たちが支え合うのではなく、むしろ利害を対立させて綱引きしている構図です。しかも経済性や効率性を基準にした「介護サービス」という事業発想が色濃く感じられます。そこには、表情ある人と人とのつながりを感じさせる「ケアリング」の発想があまり感じられません。関係当事者相互の信頼関係も希薄なように感じました。

少子高齢化のなかで、家族だけでは解決が難しくなってきた介護問題、しかもその負担が女性に覆いかぶさるという状況を打破するものとして、「介護の社会化」を目指す介護保険制度の導入には大きな期待がありました。しかし、介護保険制度は果たして「介護の社会化」を進めてきたでしょうか。

介護を必要としている人たちは、介護保険制度で守られてきているのでしょうか。必ずしもそうとはいえないように思います。むしろ、介護の行為が「専門家」の「仕事」になってしまったために、近隣社会や血縁社会から、お互いに支え合う関係が消えてしまったという声さえ聞こえてきます。

そもそも社会化とはなんでしょうか。社会は人のつながりによって支えられています。家庭も地域社会も「社会」です。昔はそうした社会で、子育ても高齢者介護も障害支援も行われていました。つ

まり福祉とか介護はもともと社会的に行われていたのです。それが人間という種が他の生物を押しつけてまで大きな存在になってきた理由ではないかという人もいます。そこにあるのは、お互いに支え合う人と人のつながり、ケアリングの文化です。

ところが、最近の日本はそれを壊してきました。「社会」を壊しながら、解決できなくなった個別問題に対処する制度をつくり、そこにビジネスを発生させる。そうして「市場」は大きくなり、経済は発展してきました。その結果、社会は豊かになってきましたが、そうしたなかで失ってきたものも少なくありません。

最近、老老介護の厳しい現実がよく話題になりますが、その基本にあるのは、家族や血縁社会、地域社会などといった、人のつながりを軸にした社会の崩壊です。その問題に目を向けることが大切です。介護の社会化を目指すのであれば、介護保険制度もそうした視点をもつ必要があります。それは、「市場化」とは全く別のものになるはずです。

社会化とは外部の人にサービスをしてもらうことではないはずです。もちろんお金で解決することでもありません。何よりも介護を必要としている表情のある個人を中心にして、家族と専門家、地域社会の人たちや行政や事業者が、お互いの信頼関係のうえに、みんなが気持ちよく支え合えるつながりを育てていくことだろうと思います。そのためにこそ、介護に関わる制度は存在してほしいものです。

ケアプランを自分で、あるいは家族と一緒に考えていくということは、生活の視点から考えれば当然のことです。その当然のことが、「介護保険制度」によって、もしやりにくくなっているとしたら、それこそ問題です。

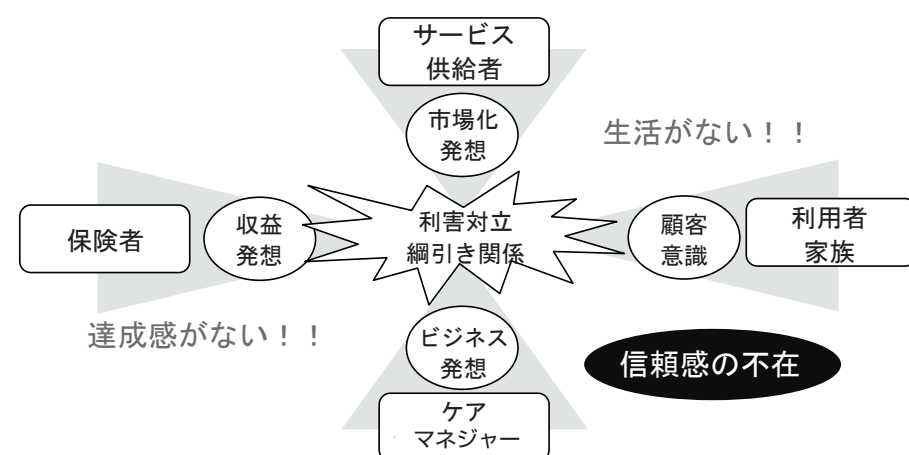
ケアプランの自己作成は、制度に縛られて無機質な「業務」になってしまいがちな介護を、再び「生活」へと引き戻す契機になるのではないかと思います。そこでは、利用者やその家族は「サービスの顧客」ではありません。ケアマネジャーとサービス提供者、さらには保険者と一緒になって、自らの生活を豊かにしていくための主役です。当然そこには責任も発生しますが、同時に主役としての喜びや誇りは得られるでしょう。

市場化された介護関係をつなぐものは「金銭」ですが、社会化された介護関係をつなぐものは喜びと誇り、あるいはケアリングの発想です。それぞれの専門性が、当事者たちの生活という視点から効果的に組み合わせられていくことができれば、関係者たちも喜びと誇りをもてるはずです。そうしたなかで、関係者相互の信頼関係が育っていくことで、無駄な摩擦や作業はなくなっていくでしょう。さらには、「介護」問題を解決するだけでなく、それを通して新しい価値を育てていくこともできるはずです。ケアプランの自己作成は、介護保険制度にケアリングの魂を埋め込む可能性を持っているように思います。

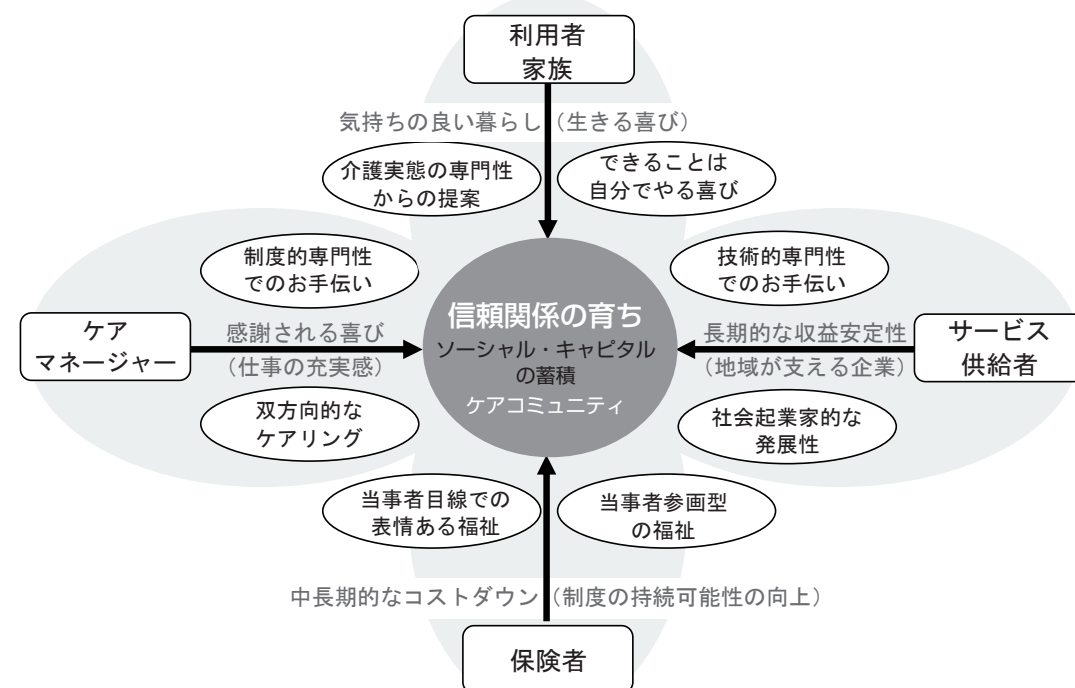
ケアプランの自己作成を広げていくことこそ、介護の世界に再び「表情とつながり」を回復させ、介護の社会化を促進していく大きな契機になるのではないかと、そしてお互いに支え合う文化を社会に広げていく風を起こしていくのではないかと。

今回のプロジェクトの調査結果をみながら、改めてそんなことを思いました。

現状：介護の市場化



展望：介護の社会化



事業に参加して

よりあい・ええげえし代表 須田正子

検討委員会と事務局の双方に関わらせていただき、ケアプランの自己作成について深く考える機会となりました。

7年間にわたる義母の介護で、介護保険サービスのケアプランを、ケアマネジャー作成プランから自己作成に切り替えたのが2001年。ごく少数派であることを感じていましたが、今も自己作成者の数があまり変わらないことが分かりました。

しかし、自己作成経験者は確実に増えていきますし、全国マイケアプラン・ネットワークの活動からも理解者が増えてきたことを感じていたところであり、今回の調査でその実感が裏付けられた結果となりました。行政の姿勢もさまざまでしたが、ヒアリング先で伺った保険者の担当者のみなさまからは、アンケートに書ききれない真摯な思いを伺うことができ、市民への信頼感を感じました。また、普段お目にかかることの少ない、自己作成している遠隔地のかたがたとも直にお目にかかる機会となり、旧知のごとお話を伺いながら、市民の目線の確かさ、ネットワークの力をつくづく感じました。

2000年介護保険制度開始と相まって、地方自治、自己選択自己決定へと時代が大きく変わる中、地元のボランティアたちと新しい形を模索すべく「よりあい＊ええげえし」の活動がはじまりました。従来の、ボランティアする側とされる側、あるいは障がい別のボランティア活動というのではなく、互いに支え合い、学び合いながら、「地域で元気に自分らしく生きる」ための自分づくり～まちづくりを目標に、地域に根ざして出会いの輪をひろげて来ました。全国各地の状況を知ることができ、我がまちへの関心も深まった今、地域での出会いを大切にしながら、自律した市民になれるよう学び合って行くことが大切との思いを新たにしました。

事業にかかわって

自己作成経験者 中村達雄

まずもって、事務局のみなさまのここに至るまでの大変な努力に感謝申し上げます。

さて、私たち自己作成に関心をもっている者にとって、一体、実態はどうか？という疑問を持っている人がほとんどではないでしょうか。

今回の調査はそれをだいたいはっきりさせてくれました。そして、私の（もしかしたら私たちの）想像していた実態とほぼ同じものでした。つまり、自己作成は件数からいえば、ごくわずかだ、と。それがわかっただけでも大きな収穫かもしれません。そして、そういう捉え方ばかりではなく、数は少ないけれども全国各地に自己作成に取り組む人がいるということも把握できました。自治体（保険者）の受け止め方も、自己作成者は歓迎されざる客というところが多いようでした。

今回の調査で多くの自治体にその理由を聞くことができたのは収穫でした。

住民から見れば、カウンターの反対側に座っている職員は専門家だと思って相談するに違いありま

せんが、職員の中には異動してきたばかりで介護保険のイロハも分からずおっかなびっくり受付しているのかもしれません。（ヒアリングでそんな実態が垣間見えました。）

そして、担当職員が自己作成を理解してきたころには、異動してしまう。そんな繰り返しなので、いつまでたっても自己作成が「醜いあひるの子」みたいに自治体の担当者には受け止められている。

それと、自己作成という手段を設けておかないと制度のはざままで被保険者が自己負担を強いられる場合が生じてしまう、ということがあることも。（このようなケースは、今回の調査の対象外ではありますが。）

自己作成経験者として委員会に参加しているのに、否定的なことばかり述べてしまいました。

自己作成の意義をきちんと理解して、自己作成を支える仕組みがしっかりしてくれば、自分らしい生活を送るためにも自己作成を始めよう、という人が増えてくると思います。

そのためにも、全国マイケアプラン・ネットワークはコツコツと活動を続けていくべきなんだろうね。

事業を終えて

事務局（50音順）

井手智子

私は、保険者へのアンケートの自由記述の入力作業を担当させていただいたおかげで、相談者の立場にたつ人、行政の立場から考える人、ケアマネジャーや事業所の立場を重んじる人などいろいろなタイプの行政の方の意見を読むことができました。

答えは1つではない、利用者の話をきいて、答えを導く姿勢のある人、こういう考えの人に当たったらラッキーだな、と感じました。

でも、はずれたら納得するまで、話し合うことが大事だと思いました。

高木洋子

利用者主体といわれスタートした介護保険制度への期待に利用者としての存在場所を見出せなかった当初、私はとても戸惑いました。大きな違和感をぬぐい去ることができず、しばしば立ち止まり迷いました。

そんな私を後ろから押してくれたのが自己作成だったのです。

それは恐る恐るの一歩だったかもしれません。後戻りができないようなこわさがありました。

ただ、そんな不安より確信できたものは自分自身を確実に取り戻しているという喜びであり手応えでした。

何もできない人、役に立たない人であることの苦しさ、もどかしさから、支えられて生きていけることの快さという当たり前の思いに至ることで、私は自分らしさを取り戻すことができたのです。

支援というささやかな手助けを私は望んでいます。おそらく多くの人がそのことにより最期まで自

立した生活を送りたいと願っているのではないのでしょうか。

介護すること、されることが決して人生を投げ出すことではなく、長い人生の道のりの一部に過ぎないと私は思います。

この事業を通じて多くの人々にお話をうかがうことにより、なおいっそうその思いを強くすることができたような気がします。

橋本典之

1日かけて、全国の1629の保険者に送る封入作業を終え、果たしてどれだけ返ってくるのだろうか
と封筒の山を見ながら思っていたのですが、蓋を開ければ、なんと896の保険者から回答がありました。
回答のあった保険者の数が増えるのを喜びつつも、その中身には切実な自己作成の現状が詰まってい
ました。自己作成の道はまだまだ狭く、舗装されていないでこぼこ道であると実感しました。しかし、
狭い道ですが、この研究事業を通して、保険者である市町村の職員の方の思いを聞き、お互いの伝え
られなかった思いが重なり合う機会となり得たと実感しています。今後は、誰にとっても自己作成と
いう道が快適な道だと思えるよう、建設的で、創造的な取り組みが生まれればと思います。この報告
書も、また封筒に入って、全国に飛び立ちます。そこから、自己作成の意義が、再考され、地域に活
力となるものへと生まれ変われば幸いです。

山田圭子

全国マイケアプラン・ネットワークには、毎月の例会やフォーラム、メーリングリストの声、相談
の電話などから、自己作成の思いをたくさん聴き、積み上げてきた軌跡があることを知りました。こ
の声を世に送り出すことはとても大事なことだと思います。何がきっかけだったか忘れましたが、そ
の機会を得ることができました。研究し、報告をすることは大変な作業ではあると思いますが、委員
の皆さまが思いの丈を議論してくださり、積み上げてきた軌跡が整理できたのではないかと思います。
とかく研究委員会という堅苦しく、議論も乏しいこともありますが、関係者の皆さまが議論す
るときの笑顔が印象的でした。今回の研究事業報告は単なる事業報告では終わらず、次期介護保険法
改正における「自立支援」について、焦点を明確にする材料になることを期待します。

調査研究を終えて

全国マイケアプラン・ネットワーク代表
島村八重子

全国マイケアプラン・ネットワークの活動は、足かけ10年を迎えます。この間、もっぱら利用者
の視点から介護保険制度の変遷を眺めてきました。

そうした中、平成21年度は調査研究に取り組み、利用者の視点に保険者の視点とサービス提供事
業者の視点を重ねて考える機会をいただくことができました。

今回のアンケート調査で、自己作成をめぐる数的な状況は、10年間変わっていないことがわかり
ました。また保険者の意識もほとんど変わっていないように思えました。

しかし、いくつかの保険者に直接ヒアリングをさせていただいたところ、自己作成者を間近に見て
きた保険者の中には、自己作成に対してプラスの認識を持ってくださっているところがたくさんある
と知りました。これは大きな喜びでしたが、一方で、中にはマイナスのイメージを植え付けてしまう
ような自己作成者もいるという事実も突きつけられました。

また、サービス提供事業者の声からは、自己作成については意義を認めながらも、その手順に不安
感を持っている事業者が多いということがわかりました。

そして自己作成者は皆、自己作成をして良かったと思いつつ、迷惑をかけていないだろうか、でき
る限りきちんとしていたと思っています。

こうして多くの立場から話を聞き、検討委員会でメリットや問題点を整理していくにつれ、芯の通っ
た自己作成の道をきちんと提案しなければいけない時期に来ていると、改めて認識しました。

足かけ10年の全国マイケアプラン・ネットワークの活動の中で、自己作成者は壁にぶつかりなが
らも皆で知恵を出し合って自らの道を踏み固めながら歩いてきました。そしてその道は、自律した市
民の道であると自負しています。

でも、今回の調査研究事業でさまざまな声を聞いた結果わかったのは、ひとつの視点だけでは袋小
路に入り込むだけだということでした。保険者・サービス事業者・ケアマネジャー・ケアマネジャー
に依頼している利用者も、さらに介護保険を利用する年齢に達していない次の世代も、それぞれの道
を合流させて、一緒に手をつないで通れる道にしてみれば、市民にとっても保険者にとってもサー
ビス提供事業者にとってもケアマネジャーにとっても、次の世代にとっても、誰もが納得のいく社会
へつながる道となるのではないかと思います。

今回の調査研究がそのための基盤工事になればと思っています。この報告書で提示した具体的な提
案を、何らかの参考にしていただけたら幸いです。

調査研究に当たり、協力してくださった保険者、サービス提供事業者、自己作成をしている人たち、
お忙しいのに集まって考えてくださった検討委員の皆さんに、厚くお礼を申し上げます。

資料編

1	アンケート用紙	71
1)	保険者	71
2)	サービス提供事業者	76
3)	保険者への手引き依頼文書	78
2	保険者へのアンケート調査	79
1)	回答保険者の都道府県別データ	79
2)	継続的自己作成者数(都道府県別)	80
3)	自己作成実績経験(都道府県別)	81
4)	単純集計	82
5)	クロス集計	86
6)	自由記述	91
	アンケート回答：自由記述欄の項目別一覧	91
	A 自己作成の普及に消極的な理由	92
	B ケアプラン自己作成者に対する自由意見	112
3	保険者ヒアリング調査	124
4	自己作成者調査	128
5	サービス提供者アンケート調査	131
6	自己作成手引書等、関連制作物の提供協力保険者	135
7	全国マイケアプラン・ネットワーク概要	136

1. アンケート用紙

1) 保険者

介護保険担当部署
自己作成ご担当者様
給付係ご担当者様

平成 21 年 9 月 1 日

全国マイケアプラン・ネットワーク
代表 島村 八重子

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-37-8
本郷春木町ビル9 階 インキュベーションハウス内
老人保健健康増進等事業事務局
TEL:090-8451-4540 FAX:042-405-5950
E-mail: info@mycareplan-net.com
URL: http://www.mycareplan-net.com/

厚生労働省平成 21 年度老人保健健康増進等事業
「ケアプラン自己作成の普及に関する実態調査」におけるアンケートご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、当ネットワークはケアプランの自己作成者と応援団で構成する団体ですが、このたび、平成 21 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）事業として、「ケアプランの自己作成についての実態調査と自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業」を実施することとなりました。

ケアプランの自己作成は、介護保険制度上は認められてはおりますが、利用者の間ではほとんど知られておらず、普及していないのが現状です。

また、自己作成への行政の対応は、保険者間で大きな違いがあるようです。

そこで本研究事業では、すべての保険者を対象に、各地域における自己作成の普及状況、自己作成に対する保険者の姿勢や対応状況などの現況等についてアンケートを行い、自己作成の健全な普及のための課題と施策を検討するための基礎資料としたいと考えております。

お答えいただきました内容は、調査の目的以外に利用することは一切ございません。

また、調査結果は報告書にまとめ、後日送付させていただきます。

お忙しいところ恐縮ですが、ぜひとも調査の趣旨をご理解いただき、アンケート調査にご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

敬具

【アンケート調査票ご記入にあたって】

- 各保険者の、介護保険部署自己作成のご担当者、あるいは給付係ご担当者にご回答ください。
- ご記入が済みましたら、回答用紙のみを同封の返信封筒あるいは FAX にて、平成 21 年 9 月 18 日（金）までにお戻しく下さい。（FAX 番号：042-405-5950）
- メール添付でのご回答をご希望の場合は、メールにてお申し出をいただきましたら電子データでファイルをお送りします。（メールアドレス：info@mycareplan-net.com）
- その他お問い合わせはできる限りメールにてお願いできれば幸いです。（担当：島村・須田・井手）

以上

厚生労働省 平成 21 年度老人保健健康増進等事業
自己作成の普及に関する実態調査 アンケート

※別紙「アンケート回答用紙」にご記入下さい。

① 平成 21 年 7 月 1 日現在の、介護保険に関する基本的な状況についてうかがいます。回答用紙の空欄を、分かる範囲でお答え下さい。

② 平成 20 年度のケアプラン自己作成の給付実績は、何件ありましたか？1 年間の延べ請求件数でお答え下さい。

【ケアプラン自己作成が 1 件以上あった方にお聞きします。】

(1) ケアプラン自己作成のうち、要介護認定の区分変更に伴いサービス利用を継続するために暫定的に下記の Q&A（問 52）の扱いとしてカウントしているケースは何件ありましたか？

*平成 18 年 4 月改正関係 Q&A（問 52）
居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合に
ついては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがない
ようにすることが望ましい。

③ 平成 21 年 7 月 1 日現在で、継続的な自己作成者は何人いますか？

④ 平成 12 年度から平成 19 年度の間に、ケアプラン自己作成の実績はありますか？

【ケアプラン自己作成の実績が 1 件以上あった方にお聞きします。】

(1) 何件ありましたか？おおよそ分かる範囲でお答え下さい。

⑤ 平成 18 年度制度改正以降、相談のみで、自己作成までにつながらなかったケースはありますか？

⑥ 市民に向けた介護保険のパンフレットに、「自己作成できる」という記載はありますか？

⑦ 自己作成の支援や相談の担当者は決まっていますか？

【決まっていると答えた方にお聞きします。】

(1) 担当者は医療・福祉等の有資格者ですか？（保健師、社会福祉士など）
(2) 担当者は、介護支援専門員実務研修修了者ですか？

⑧ 自己作成者に作成を求める書類はどのようなものですか？（当てはまるものすべてに○を付けて下さい。）

⑨ 自己作成希望者用の手引きはありますか？

【あると答えた方にお聞きします。】

(1) 作成日および改訂日はいつですか？

⑩ 内部職員向けの対応手引き（事務フローを含む）はありますか？

【あると答えた方にお聞きします。】

(1) 作成日および改訂日はいつですか？

⑪ 自己作成についての具体的な支援について、当てはまるものすべてに○を付けて下さい。

⑫ 自己作成の普及について課あるいは係り内で検討したことがありますか？

⑬ 保険者の自己作成の普及についての姿勢をお聞かせ下さい。

【「積極的」「やや積極的」と答えた方にお聞きします。】

(1) 自己作成が普及するとよくなると思うことは何だとお考えですか？（当てはまるものすべてに○を付けて下さい。）

(2) 自己作成の普及にあたって心配だと思うことは何だとお考えですか？（当てはまるものすべてに○を付けて下さい。）

【「やや消極的」「消極的」と答えた方にお聞きします。】

(3) その理由をお聞かせ下さい。

⑭ 現在、全国でも自己作成はあまり普及していない現状がありますが、それはどうしてだと思いますか？
（当てはまるものすべてに○を付けて下さい。）

⑮ 自己作成について、何でもご意見をお聞かせ下さい。

⑯ 当研究事業では、このアンケートと併せて、後日、ヒアリング（電話もしくは訪問）をさせていただければと思っております。ヒアリングにご協力いただけるようでしたら、回答用紙に○を付けて下さい。

以上

ご協力ありがとうございました。

◎全国マイケアプラン・ネットワーク

- 回答用紙のみを同封の返信封筒あるいは FAX にて、平成 21 年 9 月 18 日（金）までにお戻しく下さい。
- メール添付でのご回答をご希望の場合は、メールにてお申し出をいただきましたら電子データでファイルをお送りします。（メールアドレス：info@mycareplan-net.com）

FAX 番号：042-405-5950

厚生労働省平成 21 年度老人保健健康増進等事業 自己作成の普及に関する実態調査
アンケート回答用紙 (FAX: 042-405-5950)

記入日： 年 月 日

①

都道府県		保険者名	
担当部署名		担当者名	
連絡先（電話）		メールアドレス	

平成 21 年 7 月 1 日現在の人口と
65 歳以上の人口（高齢化率）

人口	()人	65 歳以上 (高齢化率)	()人 (%)
----	------	------------------	--------------

地域包括支援センター数
予防支援担当者数（予防給付ケアプラン）

直営	()ヶ所	委託	()ヶ所
直営	()人	委託	()人

貴市町村に事業所を置く居宅介護支援事業者数 (広域連合の場合は、広域連合内)	()ヶ所	所属している 介護支援専門員数	()人
---	-------	--------------------	------

平成 21 年 7 月 1 日現在の介護保険認定者数
平成 21 年 6 月の給付実績数

要支援	()人	要介護	()人
要支援	()人	要介護	()人

②

要支援	()件	要介護	()件
-----	------	-----	------

②-(1)

要支援	()件	要介護	()件
-----	------	-----	------

③

要支援	()人	要介護	()人
-----	------	-----	------

④

()あった	()ない	()分からない
--------	-------	----------

④-(1)

H12()件	H13()件	H14()件	H15()件	H16()件	H17()件	H18()件	H19()件
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

⑤

()あった	()ない	()分からない
--------	-------	----------

⑥

()ある	()ない
-------	-------

⑦

()決まっている	()決まっていない
-----------	------------

⑦-(1)

資格	
----	--

⑦-(2)

()実務研修修了者	()内に○か×
------------	----------

⑧

*あてはまるものすべてに()内に○	
()1 表	()2 表
()3 表	()4 表
()5 表	()6 表
()7 表	()独自の書式
()その他	

⑨

()ある	()ない
-------	-------

⑨-(1)

作成日		改訂日	
-----	--	-----	--

⑩

()ある	()ない
-------	-------

⑨-(1)

作成日		改訂日	
-----	--	-----	--

⑪

*あてはまるものすべてに()内に○	
()ケアプランについての窓口相談	()サービス事業者についての情報提供
()制度についての情報提供	()介護保険以外のサービスについての情報提供
()利用者の状況確認〔窓口・電話・訪問など〕	()サービス事業者との調整
()サービス担当者会議設定	()ケアプランのチェック
()点数計算の間違いチェック	()その他

⑫

()ある	()ない
-------	-------

保険者名

⑬

()積極的		()やや積極的	()やや消極的	()消極的	()分からない
--------	--	----------	----------	--------	----------

⑬-(1)

*あてはまるものすべてに()内に○	
()利用者が自分で考えることでの介護予防効果	()利用者の満足度向上
()利用者の制度理解向上	()自分で選択できる賢い市民が育つ
()家族のエンパワーメント	()利用者と家族の相互理解が進む
()個別性を尊重したケアプランができる	()地域づくりにつながる
()行政と市民との接点が増す	()行政と市民の相互理解が進む
()行政職員にとっても勉強になる	()長い目で見て行政職員の業務軽減
()居宅介護(予防)支援費の削減	()介護支援専門員の負担軽減
()介護支援専門員の資質向上	()給付の適正化
()その他	

⑬-(2)

*あてはまるものすべてに()内に○	
()わがままケアプラン	()ケアプランのチェックができない
()利用者の間違いや手続き忘れ	()地域包括支援センターの負担
()行政の事務負担	()行政の相談業務負担
()給付費増大	()その他

理由

⑬-(3)

⑭

*あてはまるものすべてに()内に○	
()市民が自己作成を知らない	()素人がケアプランを考えるのは難しい
()手続きが面倒	()介護支援専門員がいるので必要ない
()行政の事務的負担が大きい	()その他

⑮

自己作成に関する自由ご意見

⑯

()訪問ヒアリング協力可能	()内に○か×
----------------	----------

以上

©全国マイケアプラン・ネットワーク
2009 年 9 月 18 日(金)までに返信用封筒にて郵送もしくは FAX にてお送りください
→FAX 番号：042-405-5950

2) サービス提供事業者

平成 21 年 12 月吉日

自己作成者を支援してくださっているサービス提供事業者さま

全国マイケアプラン・ネットワーク
代表 島村 八重子
TEL：090-8451-4540 FAX：042-405-5950
E-mail：info@mycareplan-net.com
URL：http://www.mycareplan-net.com/

厚生労働省平成 21 年度老人保健健康増進等事業
「ケアプラン自己作成の普及に関する実態調査」へご協力をお願い

全国マイケアプラン・ネットワークはケアプランの自己作成者と応援団で構成する団体です。自己作成者のほか、ケアマネジャー、行政職、一般の方などさまざまな立場から、全国に 200 人ほどの会員がいます。

このたび、平成 21 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）事業として、「ケアプランの自己作成についての実態調査と自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業」を行うことになり、現在進行中です。

ケアプランの自己作成は、介護保険制度上は認められていますが、利用者の間ではほとんど知られておらず、自己作成をしている利用者はとても少数です。

しかし、最近は当ネットワークへの問い合わせも増えてきました。特に団塊の世代を中心にした介護者からの問い合わせが増えています。

そのようなことから、今後は利用者の側からの希望が増えていくのではないかと考えています。

そこで本事業では、保険者を対象にアンケートとヒアリングを行って保険者の意識を知るとともに、自己作成をしている利用者からも話を聞き、自己作成の健全な普及へ向けての提言をしたいと考えています。

同時に、サービス提供事業者さまのお考えもうかがえたらと思い、お願いをするところです。

別紙の質問に、お差支えのない範囲でご記入いただき、以下へ F A X していただければ幸いです。

FAX 042 — 405 — 5950

お忙しいところ恐縮ですが、ぜひとも趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

敬具

★ お聞きしたいのは、次のような点です。

1. 自己作成のいいところ、気になるところ
2. サービス事業者から見て自己作成とケアマネジャー依頼と違うところ、同じところ
 - サービス事業者が行う事務的な手間
 - プランの内容
 - 利用者との連絡や、変更・日程の調整などの点
 - その他、お気づきのこと
3. 自己作成者に気をつけてほしいことなどアドバイス
4. 今後自己作成者が増えていくとしたら、心配なこと、危惧されること
5. その他自己作成についてなんでもご意見やご感想

よろしければ

市町村：

事業所名：

記入者：

連絡先：

3) 保険者への手引き依頼文書

平成 21 年 12 月吉日

介護保険担当部署
自己作成ご担当者様

全国マイケアプラン・ネットワーク
代表 島村 八重子
〒113-0033 東京都文京区本郷 3-37-8
本郷春木町ビル 9 階 インキュベーションハウス内
老人保健健康増進等事業事務局
TEL : 090-8451-4540 FAX : 042-405-5950
E-mail : info@mycareplan-net.com
URL : http://www.mycareplan-net.com/

厚生労働省平成 21 年度老人保健健康増進等事業
「ケアプラン自己作成の普及に関する実態調査」
「自己作成の手引き」ご提供のお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

先般、当ネットワークよりお願いしました「ケアプラン自己作成の普及に関する実態調査」アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

おかげさまで、たくさんの保険者からご回答をいただき、ただいま集計・分析作業を行っております。

さて本日は、ご回答をいただきました中から、「ケアプラン自己作成に関する手引書（利用者向け、職員向け、その両方）がある」とお答えくださいました保険者さまへお願いをさせていただきたく、再びお便りを差し上げております。

本調査研究事業では、最終的には自己作成の健全な普及に向けて、具体的な提案をめざしています。

そのために、ぜひとも参考とさせていただきたく、自己作成マニュアル（利用者向けあるいは職員向けあるいは両方）をご提供いただけないでしょうか？

お忙しい中、大変お手数とは存じますが、同封の返送用封筒にて手引書をお送りいただければ幸いです。また、大変勝手なお願いなのですが、できましたら 12 月中にいただければ助かります。

ご参考までに、現時点での中間集計の資料の一部を同封いたしますのでごらんいただければと存じます。

お忙しいところ恐縮ですが、ぜひとも事業の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

敬具

2. 保険者へのアンケート調査結果

1) 回答保険者の都道府県別データ

	都道府県	回収率			人口		高齢化率			
		全保険者数	回収数	回収率	回答件数	人	回答件数	平均	最大値	最小値
	全体	1629	896	55.0%	895	88741113	884	26.1	56.6	11.3
1	北海道	157	69	43.9%	69	1957036	67	29.7	38.3	19.9
2	青森県	40	17	42.5%	17	597237	17	29.0	40.8	19.8
3	岩手県	25	17	68.0%	17	1160895	17	27.5	40.7	16.0
4	宮城県	36	14	38.9%	14	1578402	14	25.3	33.6	17.7
5	秋田県	22	14	63.6%	14	1033989	14	29.7	38.1	16.9
6	山形県	35	22	62.9%	22	955788	22	29.1	34.4	23.4
7	福島県	59	26	44.1%	26	1135051	25	28.5	45.6	21.1
8	茨城県	44	28	63.6%	28	2042887	28	22.9	35.6	15.9
9	栃木県	30	13	43.3%	13	744911	13	23.4	30.1	16.7
10	群馬県	36	23	63.9%	23	1739392	23	25.9	56.6	15.5
11	埼玉県	68	39	57.4%	39	5780114	39	20.1	30.1	13.6
12	千葉県	56	40	71.4%	40	4368240	39	24.7	39.3	11.3
13	東京都	62	44	71.0%	44	10240548	43	20.8	36.7	16.3
14	神奈川県	33	22	66.7%	22	4676363	21	22.1	31.4	16.1
15	新潟県	31	13	41.9%	13	971675	13	26.7	36.4	20.3
16	富山県	9	8	88.9%	8	1047332	8	26.1	29.3	23.4
17	石川県	19	12	63.2%	12	887648	12	25.4	39.0	15.0
18	福井県	16	10	62.5%	10	470314	10	27.5	38.0	21.6
19	山梨県	28	11	39.3%	11	441654	11	28.4	38.9	20.8
20	長野県	66	37	56.1%	37	1894835	36	29.3	44.8	21.4
21	岐阜県	36	22	61.1%	22	1438931	22	25.6	36.6	18.1
22	静岡県	37	23	62.2%	23	2766252	22	25.7	40.8	18.2
23	愛知県	58	41	70.7%	41	6783030	41	20.0	43.9	12.9
24	三重県	25	14	56.0%	14	1339868	14	25.2	34.8	18.5
25	滋賀県	26	16	61.5%	16	1044297	15	21.8	28.1	15.3
26	京都府	26	15	57.7%	15	2110293	15	25.4	35.7	17.6
27	大阪府	41	25	61.0%	25	6754135	25	21.0	25.6	17.6
28	兵庫県	41	26	63.4%	26	4064002	26	24.9	31.9	18.5
29	奈良県	39	11	28.2%	11	834442	11	26.1	47.0	17.1
30	和歌山県	30	11	36.7%	11	612742	11	27.9	45.6	15.4
31	鳥取県	17	9	52.9%	9	270554	9	30.0	39.9	23.3
32	島根県	13	6	46.2%	6	427860	6	31.4	40.6	24.2
33	岡山県	27	16	59.3%	16	1659800	16	30.0	37.8	20.9
34	広島県	23	14	60.9%	14	2394743	14	30.2	42.8	18.7
35	山口県	20	12	60.0%	12	1072932	12	30.6	49.3	22.6
36	徳島県	23	10	43.5%	10	470737	10	33.2	49.6	19.5
37	香川県	17	9	52.9%	9	724645	9	27.3	35.0	16.9
38	愛媛県	20	16	80.0%	16	1393119	16	29.6	43.4	21.1
39	高知県	30	10	33.3%	10	525729	9	33.8	52.7	22.6
40	福岡県	28	17	60.7%	17	2243177	17	22.4	29.3	14.3
41	佐賀県	7	4	57.1%	4	428270	4	24.1	26.3	20.9
42	長崎県	21	12	57.1%	12	871263	12	28.9	42.2	19.2
43	熊本県	47	19	40.4%	19	701046	19	29.7	37.7	19.1
44	大分県	18	9	50.0%	9	953861	9	28.3	39.8	19.5
45	宮崎県	28	17	60.7%	17	890427	16	30.0	42.8	15.7
46	鹿児島県	45	23	51.1%	23	1272006	23	30.9	38.5	20.5
47	沖縄県	14	9	64.3%	9	968641	9	16.5	24.0	13.7

2) 継続の自己作成者数(都道府県別)

	都道府県	要支援					要介護				
		回答件数	自己作成合計	平均	最大値	最小値	回答件数	自己作成合計	平均	最大値	最小値
	全体	840	360.0	0.4	147.0	0.0	857	312.0	0.4	13.0	0.0
1	北海道	67	1.0	0.0	1.0	0.0	67	6.0	0.1	2.0	0.0
2	青森県	17	0.0	0.0	0.0	0.0	17	1.0	0.1	1.0	0.0
3	岩手県	15	0.0	0.0	0.0	0.0	15	2.0	0.1	2.0	0.0
4	宮城県	14	1.0	0.1	1.0	0.0	13	3.0	0.2	1.0	0.0
5	秋田県	11	0.0	0.0	0.0	0.0	11	0.0	0.0	0.0	0.0
6	山形県	19	3.0	0.2	3.0	0.0	19	1.0	0.1	1.0	0.0
7	福島県	24	1.0	0.0	1.0	0.0	25	2.0	0.1	1.0	0.0
8	茨城県	26	0.0	0.0	0.0	0.0	26	4.0	0.2	1.0	0.0
9	栃木県	13	0.0	0.0	0.0	0.0	13	1.0	0.1	1.0	0.0
10	群馬県	22	6.0	0.3	2.0	0.0	21	7.0	0.3	3.0	0.0
11	埼玉県	35	0.0	0.0	0.0	0.0	36	10.0	0.3	2.0	0.0
12	千葉県	38	0.0	0.0	0.0	0.0	39	17.0	0.4	11.0	0.0
13	東京都	38	177.0	4.7	147.0	0.0	44	65.0	1.5	13.0	0.0
14	神奈川県	21	13.0	0.6	12.0	0.0	21	16.0	0.8	5.0	0.0
15	新潟県	13	0.0	0.0	0.0	0.0	13	1.0	0.1	1.0	0.0
16	富山県	8	2.0	0.3	1.0	0.0	8	2.0	0.3	1.0	0.0
17	石川県	12	1.0	0.1	1.0	0.0	11	3.0	0.3	1.0	0.0
18	福井県	8	0.0	0.0	0.0	0.0	8	0.0	0.0	0.0	0.0
19	山梨県	11	0.0	0.0	0.0	0.0	11	0.0	0.0	0.0	0.0
20	長野県	37	2.0	0.1	2.0	0.0	36	13.0	0.4	12.0	0.0
21	岐阜県	21	0.0	0.0	0.0	0.0	22	4.0	0.2	3.0	0.0
22	静岡県	21	3.0	0.1	1.0	0.0	22	7.0	0.3	2.0	0.0
23	愛知県	41	7.0	0.2	6.0	0.0	41	5.0	0.1	4.0	0.0
24	三重県	13	2.0	0.2	1.0	0.0	13	3.0	0.2	1.0	0.0
25	滋賀県	15	3.0	0.2	2.0	0.0	14	12.0	0.9	6.0	0.0
26	京都府	13	3.0	0.2	2.0	0.0	15	12.0	0.8	7.0	0.0
27	大阪府	20	75.0	3.8	59.0	0.0	24	27.0	1.1	13.0	0.0
28	兵庫県	26	34.0	1.3	26.0	0.0	25	22.0	0.9	12.0	0.0
29	奈良県	10	3.0	0.3	3.0	0.0	11	5.0	0.5	3.0	0.0
30	和歌山県	11	0.0	0.0	0.0	0.0	11	2.0	0.2	2.0	0.0
31	鳥取県	9	1.0	0.1	1.0	0.0	9	1.0	0.1	1.0	0.0
32	島根県	5	1.0	0.2	1.0	0.0	5	1.0	0.2	1.0	0.0
33	岡山県	16	4.0	0.3	4.0	0.0	16	4.0	0.3	3.0	0.0
34	広島県	14	2.0	0.1	2.0	0.0	14	8.0	0.6	6.0	0.0
35	山口県	11	0.0	0.0	0.0	0.0	11	8.0	0.7	5.0	0.0
36	徳島県	9	2.0	0.2	2.0	0.0	10	3.0	0.3	2.0	0.0
37	香川県	9	0.0	0.0	0.0	0.0	9	1.0	0.1	1.0	0.0
38	愛媛県	16	1.0	0.1	1.0	0.0	16	3.0	0.2	1.0	0.0
39	高知県	9	2.0	0.2	1.0	0.0	10	6.0	0.6	3.0	0.0
40	福岡県	17	1.0	0.1	1.0	0.0	16	6.0	0.4	5.0	0.0
41	佐賀県	3	0.0	0.0	0.0	0.0	4	1.0	0.3	1.0	0.0
42	長崎県	10	6.0	0.6	5.0	0.0	11	7.0	0.6	4.0	0.0
43	熊本県	17	0.0	0.0	0.0	0.0	17	0.0	0.0	0.0	0.0
44	大分県	9	0.0	0.0	0.0	0.0	9	0.0	0.0	0.0	0.0
45	宮崎県	16	1.0	0.1	1.0	0.0	16	0.0	0.0	0.0	0.0
46	鹿児島県	21	0.0	0.0	0.0	0.0	23	8.0	0.3	4.0	0.0
47	沖縄県	9	2.0	0.2	1.0	0.0	9	2.0	0.2	2.0	0.0

3) 自己作成実績経験(都道府県別)

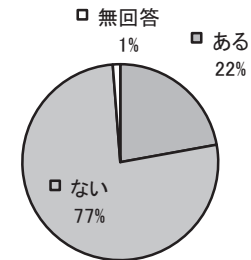
	合計	ある	ない	無回答
全体	896 100.0	517 57.8%	375 41.9%	4 0.4%
北海道	69 100.0	25 36.2%	44 63.8%	0 0.0%
青森県	17 100.0	10 58.8%	7 41.2%	0 0.0%
岩手県	18 100.0	9 50.0%	9 50.0%	0 0.0%
宮城県	14 100.0	8 57.1%	6 42.9%	0 0.0%
秋田県	13 100.0	7 53.8%	6 46.2%	1 7.7%
山形県	21 100.0	10 47.6%	11 52.4%	1 4.8%
福島県	26 100.0	9 34.6%	17 65.4%	0 0.0%
茨城県	27 100.0	11 40.7%	16 59.3%	1 3.7%
栃木県	13 100.0	9 69.2%	4 30.8%	0 0.0%
群馬県	23 100.0	15 65.2%	8 34.8%	0 0.0%
埼玉県	39 100.0	30 76.9%	9 23.1%	0 0.0%
千葉県	40 100.0	26 65.0%	14 35.0%	0 0.0%
東京都	44 100.0	37 84.1%	7 15.9%	0 0.0%
神奈川県	22 100.0	15 68.2%	7 31.8%	0 0.0%
新潟県	13 100.0	6 46.2%	7 53.8%	0 0.0%
富山県	8 100.0	7 87.5%	1 12.5%	0 0.0%
石川県	12 100.0	6 50.0%	6 50.0%	0 0.0%
福井県	10 100.0	8 80.0%	2 20.0%	0 0.0%
山梨県	11 100.0	2 18.2%	9 81.8%	0 0.0%
長野県	37 100.0	19 51.4%	18 48.6%	0 0.0%
岐阜県	22 100.0	9 40.9%	13 59.1%	0 0.0%
静岡県	23 100.0	14 60.9%	9 39.1%	0 0.0%
愛知県	41 100.0	15 36.6%	26 63.4%	0 0.0%

	合計	ある	ない	無回答
三重県	14 100.0	8 57.1%	6 42.9%	0 0.0%
滋賀県	16 100.0	12 75.0%	4 25.0%	0 0.0%
京都府	15 100.0	10 66.7%	5 33.3%	0 0.0%
大阪府	25 100.0	23 92.0%	2 8.0%	0 0.0%
兵庫県	26 100.0	12 46.2%	14 53.8%	0 0.0%
奈良県	11 100.0	4 36.4%	7 63.6%	0 0.0%
和歌山県	11 100.0	5 45.5%	6 54.5%	0 0.0%
鳥取県	9 100.0	2 22.2%	7 77.8%	0 0.0%
島根県	6 100.0	4 66.7%	2 33.3%	0 0.0%
岡山県	16 100.0	14 87.5%	2 12.5%	0 0.0%
広島県	14 100.0	8 57.1%	6 42.9%	0 0.0%
山口県	12 100.0	10 83.3%	2 16.7%	0 0.0%
徳島県	10 100.0	9 90.0%	1 10.0%	0 0.0%
香川県	9 100.0	8 88.9%	1 11.1%	0 0.0%
愛媛県	16 100.0	9 56.3%	7 43.8%	0 0.0%
高知県	10 100.0	8 80.0%	2 20.0%	0 0.0%
福岡県	17 100.0	10 58.8%	7 41.2%	0 0.0%
佐賀県	4 100.0	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%
長崎県	11 100.0	4 36.4%	7 63.6%	1 9.1%
熊本県	19 100.0	9 47.4%	10 52.6%	0 0.0%
大分県	9 100.0	4 44.4%	5 55.6%	0 0.0%
宮崎県	17 100.0	11 64.7%	6 35.3%	0 0.0%
鹿児島県	23 100.0	15 65.2%	8 34.8%	0 0.0%
沖縄県	9 100.0	8 88.9%	1 11.1%	0 0.0%

4) 単純集計

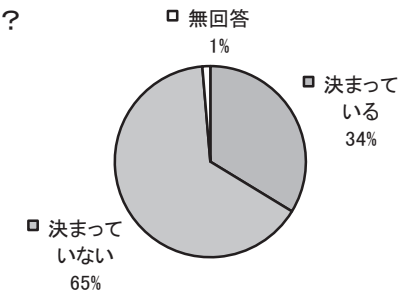
■ 市民に向けた介護保険のパンフレットに、「自己作成できる」という記載はありますか？

	n	%
ある	198	22.1
ない	685	76.6
無回答	11	1.2
全体	894	100.0



■ 自己作成の支援や相談の担当者は決まっていますか？

	n	%
決まっている	302	33.7
決まっていない	582	65.0
無回答	12	1.3
全体	896	100.0

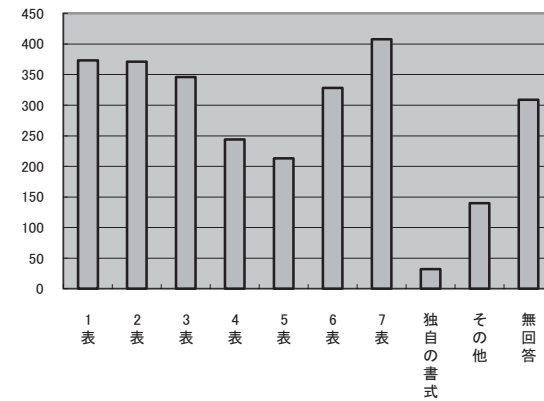


■ 担当者は、介護支援専門員実務研修修了者ですか？

	n	%
○	173	57.3
×	112	37.1
無回答	17	5.6
非該当	594	
全体	302	100.0

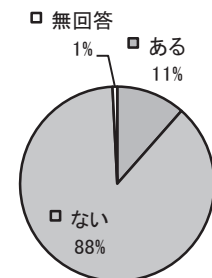
■ 自己作成者に作成を求める書類はどのようなものですか？（複数回答）

	n	%
1表	373	41.6
2表	371	41.4
3表	346	38.6
4表	244	27.2
5表	213	23.8
6表	328	36.6
7表	408	45.5
独自の書式	32	3.6
その他	140	15.6
無回答	309	34.5
全体	896	100.0
累計	2764	308.5



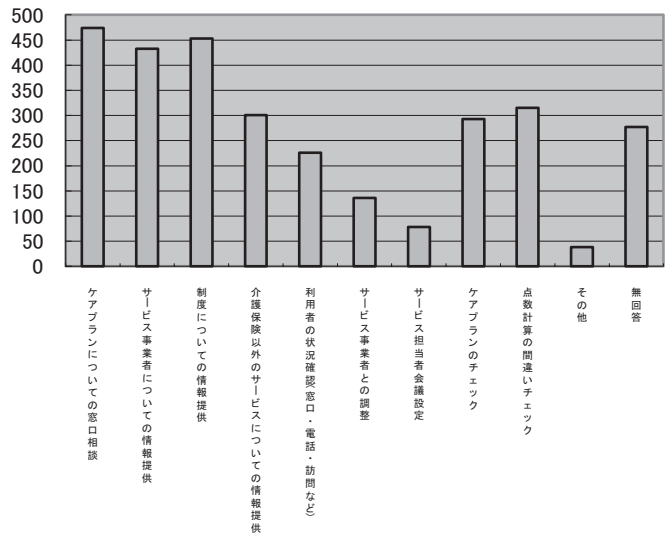
■ 自己作成希望者用の手引きはありますか？

	n	%
ある	103	11.5
ない	786	87.7
無回答	7	0.8
全体	896	100.0



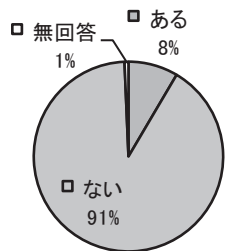
■ 自己作成についての具体的な支援について当てはまるものは何ですか？（複数回答）

	n	%
ケアプランについての窓口相談	474	52.9
サービス事業者についての情報提供	433	48.3
制度についての情報提供	453	50.6
介護保険以外のサービスについての情報提供	301	33.6
利用者の状況確認(窓口・電話・訪問など)	226	25.2
サービス事業者との調整	136	15.2
サービス担当者会議設定	78	8.7
ケアプランのチェック	293	32.7
点数計算の間違いチェック	315	35.2
その他	38	4.2
無回答	277	30.9
全体	896	100.0
累計	3024	337.5



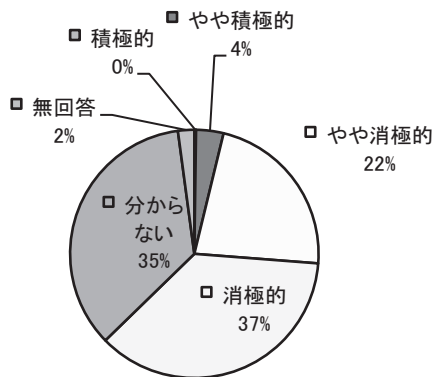
■ 自己作成の普及について課あるいは係り内で検討したことがありますか？

	n	%
ある	76	8.5
ない	814	90.8
無回答	6	0.7
全体	896	100.0



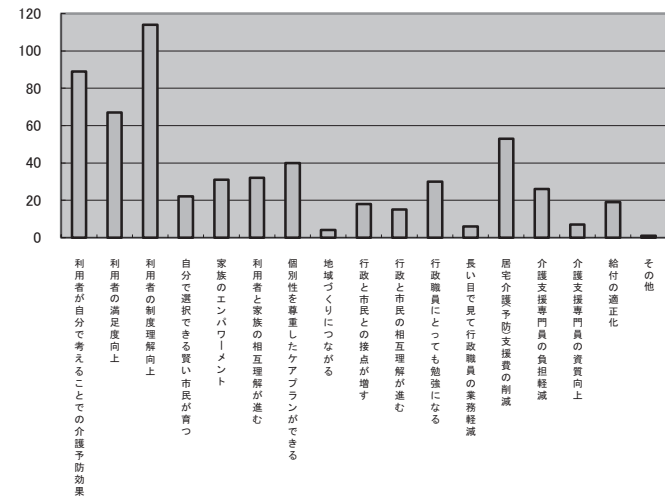
■ 保険者の自己作成の普及についての姿勢をお聞かせ下さい。

	n	%
積極的	2	0.2
やや積極的	32	3.6
やや消極的	201	22.4
消極的	327	36.5
分からない	315	35.2
無回答	19	2.1
全体	896	100.0



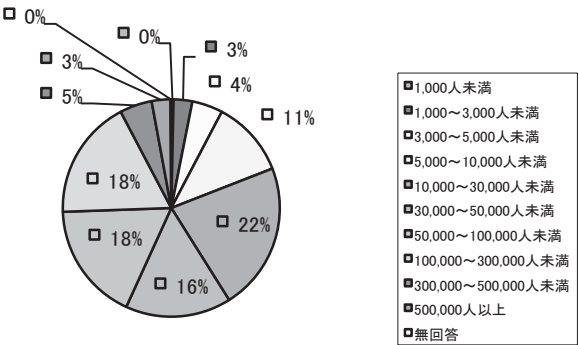
■(1) 自己作成が普及するとよくなると思うことは何だとお考えですか？（複数回答）

	n	%
利用者が自分で考えることでの介護予防効果	89	9.9
利用者の満足度向上	67	7.5
利用者の制度理解向上	114	12.7
自分で選択できる賢い市民が育つ	22	2.5
家族のエンパワメント	31	3.5
利用者と家族の相互理解が進む	32	3.6
個別性を尊重したケアプランができる	40	4.5
地域づくりにつながる	4	0.4
行政と市民との接点が増す	18	2.0
行政と市民の相互理解が進む	15	1.7
行政職員にとっても勉強になる	30	3.3
長い目で見て行政職員の業務軽減	6	0.7
居宅介護(予防)支援費の削減	53	5.9
介護支援専門員の負担軽減	26	2.9
介護支援専門員の資質向上	7	0.8
給付の適正化	19	2.1
その他	1	0.1
無回答	735	82.0
非該当	0	
全体	896	100.0
累計	1309	146.1



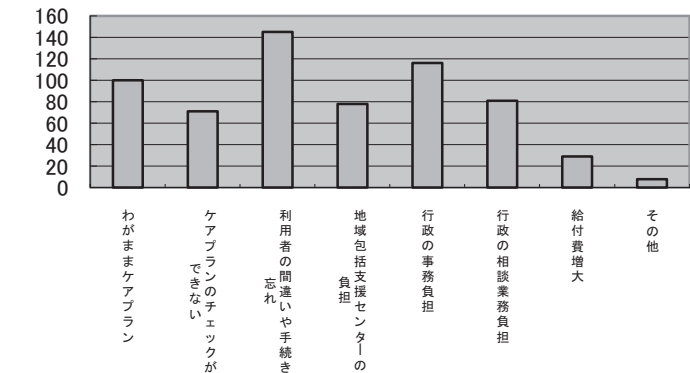
■人口規模

	n	%
1,000人未満	3	0.3
1,000～3,000人未満	25	2.8
3,000～5,000人未満	41	4.6
5,000～10,000人未満	102	11.4
10,000～30,000人未満	197	22.0
30,000～50,000人未満	141	15.7
50,000～100,000人未満	158	17.6
100,000～300,000人未満	160	17.9
300,000～500,000人未満	43	4.8
500,000人以上	25	2.8
無回答	1	0.1
全体	896	100.0



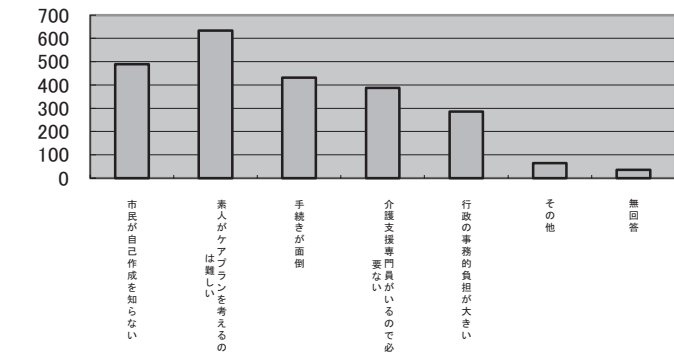
■自己作成が普及すると心配だと思うことは何だとお考えですか？（複数回答）

	n	%
わがままケアプラン	100	11.2
ケアプランのチェックができない	71	7.9
利用者の間違いや手続き忘れ	145	16.2
地域包括支援センターの負担	78	8.7
行政の事務負担	116	12.9
行政の相談業務負担	81	9.0
給付費増大	29	3.2
その他	8	0.9
無回答	678	75.7
非該当	0	
全体	896	100.0
累計	1306	145.8



■自己作成はあまり普及していない現状がありますが、それはどうしてだと思いますか？（複数回答）

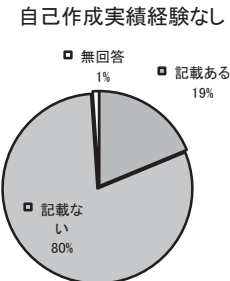
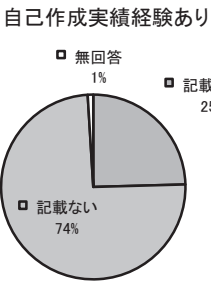
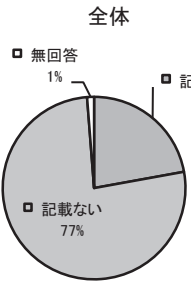
	n	%
市民が自己作成を知らない	489	54.6
素人がケアプランを考えるのは難しい	634	70.8
手続きが面倒	431	48.1
介護支援専門員がいるので必要ない	388	43.3
行政の事務的負担が大きい	285	31.8
その他	64	7.1
無回答	35	3.9
全体	896	100.0
累計	2326	259.6



5) クロス集計

■パンフレットへの記載有無と、自己作成実績経験の有無の関係

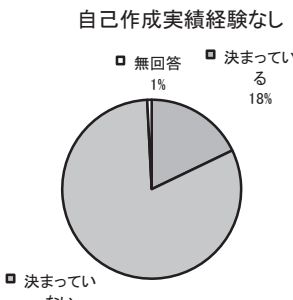
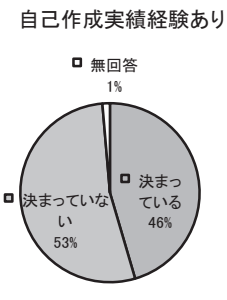
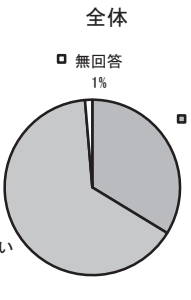
	合計	パンフレット記載		
		記載ある	記載ない	無回答
全体	894 100.0	198 22.1	685 76.6	11 1.2
自己作成実績経験あり	517 100.0	127 24.6	385 74.5	5 1.0
自己作成実績経験なし	373 100.0	70 18.8	299 80.2	4 1.1



パンフレットの記載有無はさほど関係なし。実績のあるほうが少し多い程度。パンフレットには記載なくても、要介護認定結果の通知に記載してあるところもある。

■自己作成実績経験の有無と、担当者の関係

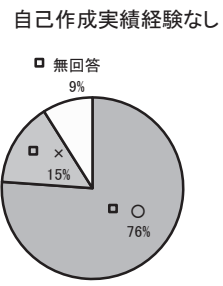
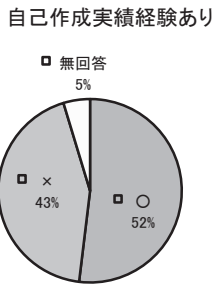
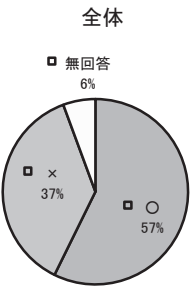
	合計	自己作成者担当者		
		決まっている	決まっていない	無回答
全体	896 100.0	302 33.7	582 65.0	12 1.3
自己作成実績経験あり	517 100.0	235 45.5	275 53.2	7 1.4
自己作成実績経験なし	375 100.0	67 17.9	305 81.3	3 0.8



実績のあるほうが担当者は決っている割合が高い。

■自己作成実績経験の有無と、担当者は実務研修修了者の関係

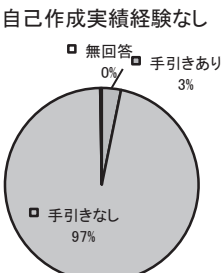
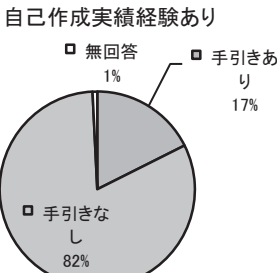
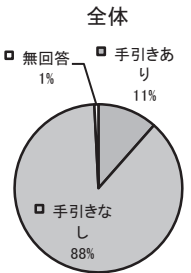
	合計	実務研修修了者		
		○	×	無回答
全体	302 100.0	173 57.3	112 37.1	17 5.6
自己作成実績経験あり	235 100.0	122 51.9	102 43.4	11 4.7
自己作成実績経験なし	67 100.0	51 76.1	10 14.9	6 9.0



実績がないほうが、担当者として実務研修修了者を充てている割合が高い。

■自己作成実績経験の有無と、利用者手引きの有無の関係

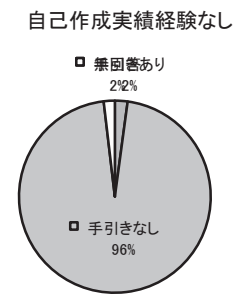
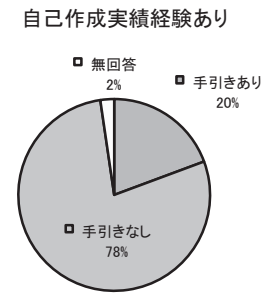
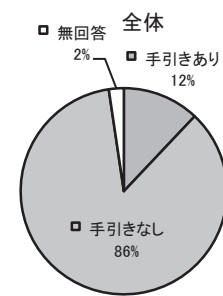
	合計	利用者手引き		
		手引きあり	手引きなし	無回答
全体	896 100.0	103 11.5	786 87.7	7 0.8
自己作成実績経験あり	517 100.0	91 17.6	422 81.6	4 0.8
自己作成実績経験なし	375 100.0	12 3.2	362 96.5	1 0.3



実績のあるところは利用者手引きがある割合が高い。

●自己作成実績経験の有無と、職員手引きの有無の関係

	合計	職員手引き		
		手引きあり	手引きなし	無回答
全体	896 100.0	108 12.1	767 85.6	21 2.3
自己作成実績経験あり	517 100.0	100 19.3	405 78.3	12 2.3
自己作成実績経験なし	375 100.0	8 2.1	360 96.0	7 1.9

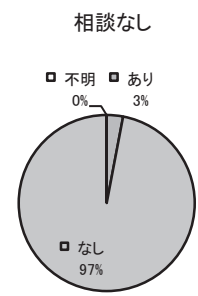
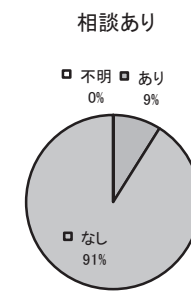
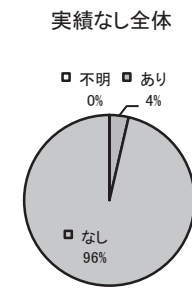


実績のあるところが職員手引きがある割合高い。

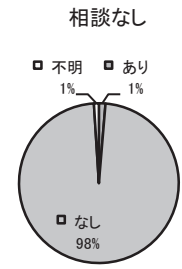
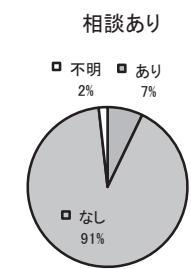
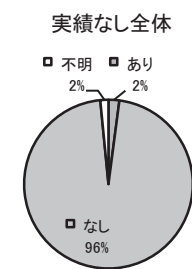
●自己作成実績なしのうち、相談の有無との関係

	総数	利用者手引き			職員手引き			検討		
		あり	なし	不明	あり	なし	不明	あり	なし	不明
実績なし全体	386	14	372	0	8	372	6	19	366	1
相談あり	56	5	51	0	4	51	1	11	45	0
相談なし	301	9	292	0	4	294	3	8	292	1
分からない	28	0	28	0	0	26	2	0	28	0

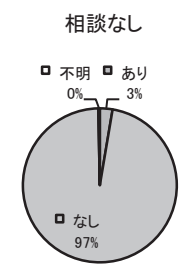
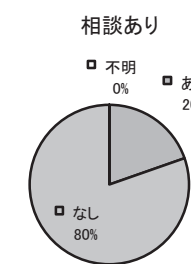
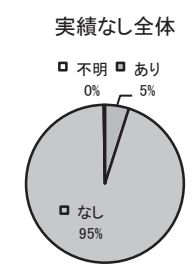
利用者手引き



職員手引き



自己作成についての検討

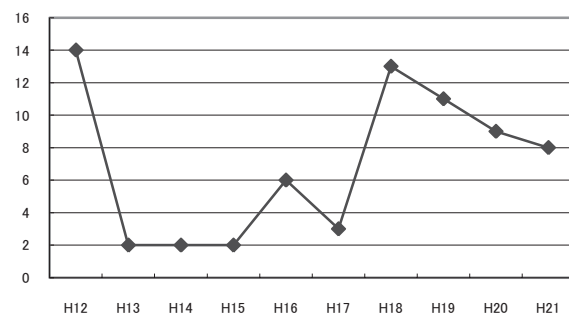


相談があるだけで、利用者手引き、内部手引き、検討が増える。
自己作成の普及は、利用者の働きかけが先。

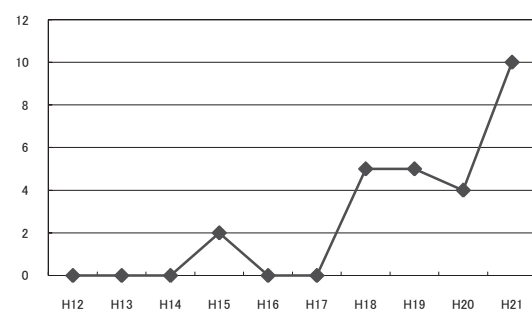
■ 手引きの作成と改定の時期

	計	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	不明	無回答
利用者手引き作成	103	14	2	2	2	6	3	13	11	9	8	33	0
		18%	3%	3%	3%	8%	4%	17%	14%	12%	11%	32%	0.0
利用者手引き改定	27	0	0	0	2	0	0	5	5	4	10	1	
		0%	0%	0%	7%	0%	0%	19%	19%	15%	37%	4%	
職員手引き作成	107	15	2	2	2	2	1	13	7	13	5	45	0
		14%	2%	2%	2%	2%	1%	12%	7%	12%	5%	42%	0%
職員手引き改訂	33	1	1	0	1	0	1	6	5	9	5	4	0
		3%	3%	0%	3%	0%	3%	20%	17%	30%	17%	13%	0.0

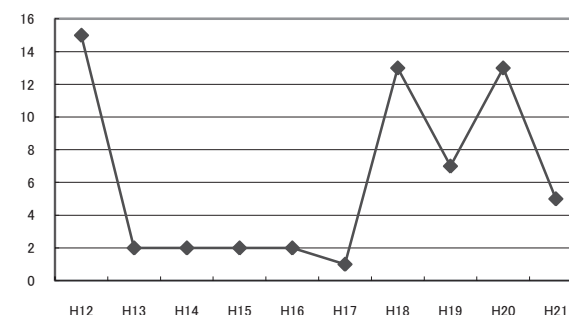
利用者手引き作成



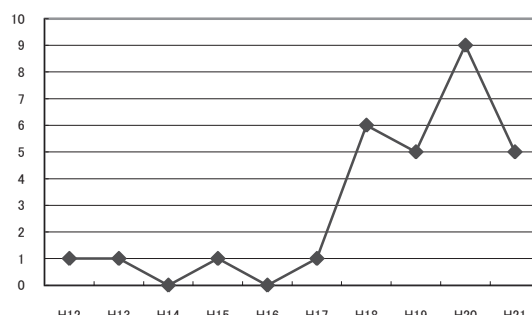
利用者手引き改定



内部手引き作成



内部手引き改訂



【仮説】

手引きの作成、改定の契機

- ①制度改正
- ②自己作成者が出たとき(過去の実績とつき合せてみました)
- ③自己作成者が増えたとき(過去の実績とつき合せてみました)
- ④相談者が来たとき

手引きを整備する自治体は、次第に増えつつある。

6) 自由記述

アンケート回答：自由記述欄の項目別一覧

自己作成の普及に消極的な理由…計 530 件

1. 行政の問題【小計 190 件】

負担 (67 件)
 人員配置・支援体制 (44 件)
 余裕がない (7 件)
 知識不足・説明できない (9 件)
 専門的人材不足・専門職がない (34 件)
 ケアプランチェックができない (21 件)
 その他 (8 件)

2. 利用者の問題【小計 198 件】

難しい・手間・負担 (106 件)
 利用者からのニーズ、希望がない (43 件)
 ケアプランの内容が心配 (49 件)

3. 制度的なしくみ【小計 116 件】

制度が複雑 (6 件)
 専門のケアマネジャーがいる (102 件)
 居宅介護支援の利用者負担がない (8 件)

4. 保険者ではなく被保険者が選択するもの【小計 3 件】

5. その他【小計 23 件】

国・県の方針である (3 件)
 心配要因がある (8 件)
 以前の事例から (5 件)
 必要がない・考えていない (7 件)

アンケート設問

⑬ 保険者の自己作成の普及についての姿勢をお聞かせ下さい。

【「やや消極的」「消極的」と答えた方にお聞きます。】

(3) その理由をお聞かせ下さい。

ケアプラン自己作成に対する自由意見…計 198 件

1. 自己作成についての意見【小計 81 件】

意義 (10 件)
 こんな取り組みをしている (7 件)
 こんなケースは自己作成が可能 (4 件)
 問題点・疑問点 (24 件)
 メリットは？ (7 件)
 こんなことが必要・こんなものがあれば・今後の姿勢 (29 件)

アンケート設問

⑮ 自己作成について、何でもご意見をお聞かせ下さい。

2. 困難な現状【小計 74 件】

行政側の現状から (35 件)
 利用者側の現状から (27 件)
 事業所が敬遠 (1 件)
 事例 (11 件)

3. ケアマネジャーへ言及した意見【小計 28 件】

ケアマネジャー作成がいいのでは？ (20 件)
 ケアマネジャーの職域を侵すものでは？ (5 件)
 ケアマネジャーの資質向上が先 (3 件)

4. 番外【小計 15 件】

便宜上の自己作成 (7 件)
 ケアマネ難民の視点・請求できない時の方策としての自己作成 (8 件)

A．自己作成の普及に消極的な理由

1．行政の問題

【負担】

- 行政の事務負担となるため。
- 地域包括支援センターの負担増。
- 給付管理等について指導するのに、市民の方が理解する迄、時間を要する。現在の業務負担では、充分に対処出来ない。
- 国保連合会とのやりとりの中で、エラー発生の確率が高く、担当者の事務負担が多い。
- 業務量と人員の増大が見込まれるため。
- 行政の事務負担増。
- 手数がかかりすぎる。行政の負担大きすぎる。
- 地域包括支援センター・行政の負担が増加するため。
- 行政の事務負担の増大。
- 当町において、過去に数件自己作成の実績はあったが指導と言うより、ほとんど行政での作成と言う形になり、事務負担が非常に大きかった。
- ケアプランの自己作成については、よくなることもあると思うが、行政の事務・相談業務の負担増を考えると、積極的に普及する状況ではないと考える。
- 行政の事務負担。
- 相談業務負担の増加。
- 利用者の制度理解が不十分。最終的には行政の事務の負担になってしまう現状であると思う。
- 通常の行政業務の負担が大きく、現状では難しい状況。
- 手間だから。
- 行政の相談業務の負担が大きい。
- 行政への相談業務の増加。
- 事務負担の増。
- 行政の事務負担や相談業務の負担が増加するから。
- 自治体の組織として負担が大きすぎるとされます。
- 利用者の制度理解向上や市民と行政の相互理解等のメリットがあり、窓口や電話相談では適宜対応しているが、ケアマネジャー有資格者等の専門的知識を有する職員がいない中、他業務と兼務している。そのため、ケアプランのチェックなどの十分な対応を行うことが難しく、職員の事務負担、相談業務負担も大きいため。
- 利用票、提供票等の間違いが多く事務負担が大きいこと。
- 行政の事務負担・相談業務負担がかかること。
- 行政の事務負担が大きい。
- 相談窓口の負担が大きくなりそう。
- 少数であれば、相談・作成指導ができ対応可能だが、複数（多数）になると対応できなくなり、サービスが必要な要介護者に不利益となる恐れがあるため。
- 行政改革等により職員数も減少しており、十分な対応ができない現状がある。制度の理解が難しくフォローする人、時間がなかなか取れない。
- 支援の仕方や関わり方など、具体的なイメージが湧かない。仕事量の増加。
- 行政の事務負担が大きいこと。
- 受付を行う窓口や事務処理での事務量等が増大すること。
- 事務負担の増大に比べて、メリットが少ない。

- 行政の事務負担が増すため。
- 事務負担が増える。
- 行政の相談業務等の負担も増加すると思われるため。
- 事務と相談業務負担。
- 行政や地域包括支援センターの事務負担が大きくなるため。
- 地域包括支援センターの負担が増えるため。
- 短期的に職員の業務拡大。
- 行政に負担がかかってくるから。
- 件数が増えるとそれに伴う事務負担も増すことが懸念される。
- 給付管理等、手続きや制度が複雑でわかりにくい為、支援をしていくにも相当の時間等を要すると考えられるため。
- 自己作成といいながらもほとんど行政や地域包括任せのプランとなり事務量が多くなる。
- ケアプランのチェックや給付管理について行政職員の負担が増える。
- 業務量増加、専門知識の必要性。
- 保険者の事務負担が大きすぎる。
- 行政の事務負担。
- 行政側の事務負担の増大や支援体制が不十分でないことも理由にあります。
- 行政の事務負担が大きい。
- 一般的に利用者にケアプラン作成の知識は乏しく、また、利用者家族が作成した場合、自立支援のケアプランができにくい。結局、行政がその支援、援助を行うことになり、手間負担が増えると考えられる。
- 行政の事務的負担が大きい。
- 行政の事務負担が大きい。
- 小規模な自治体では事務負担が大きい。
- 給付管理票を市で作成する必要があるため。
- 事務負担が大きくなるとされるため。
- 手続きが大変というのと、行政の事務的負担が大きいということで今のところ積極的ではない。
- 自己作成の場合、行政側の事務負担も多く、煩雑になると予測される。
- 実績を提出いただいても単位数計算など間違えていることが多い。結局、加算等の確認も含めて各事業所に電話しなければならない。給付管理票を作成するのに時間がかかる。
- 地域包括支援センターの負担が大きくなる。
- 事務負担が大きい。
- 自己作成担当者は配置しているが、他の通常業務との関係で、自己作成及び暫定ケアプランの給付管理業務を行うだけで、サービス事業者との連絡調整等は利用者（家族）に行ってもらっている状況である。現在数名しか自己作成者がいない状況でもサービス事業者から家族と連絡がとれないとの相談もあり、自己作成者が増加すると事務量の増加が懸念される。
- 適正なケアプランが作成できるか不安である。行政の事務負担が大きく、普及した場合、適切な対応がとれない。
- ケアプラン作成の指導ができる専門職員の不足、事務負担増。
- やはり行政事務負担増。
- 自力でのケアプラン作成といっても、実際的には行政担当者が相当の時間を用いて協力せざるを得ず、費用対効果の面からも普及を進めるメリットが感じられない。
- 行政の事務負担が大きいため。
- 行政の事務負担。

【人員配置・支援体制】

- 自己作成をすすめるのであれば、現状の人数配置では困難。
- 自己作成希望者に対しての支援（情報・資料の提供など）の体制が整っていない状況、今後の計画もないため。
- 自己作成可能との周知もしておらず、環境が整っていないため。
- 広域行政事務組合の保険者であり、数年で職員の異動があること。
- 介護保険業務の人員不足。
- また、自己作成の支援の体制が整っていない。
- 自己作成の方に対する体制が、充分にできていないため。
- 支援・相談体制が整っていないため。
- 自己作成に対する支援体制が整っていない。
- 現状では自己プラン作成への支援体制ができていない。
- 居宅介護サービス計画給付費は減となるが、行政の事務的負担が大きくなり、職員配置に影響があると思われる。
- 人手不足。
- 制度改正等の他業務に人員をとられ積極的に取り組む余裕がない。
- 人員配置が難しい。
- 行政側の体制が整わないため。
- 行政側に対応の体制が十分に整っていない状況がある。
- 自己作成については、作成の方法を指導したりするマンパワーが必要になってくるが、現状では難しい。
- もし自己作成者が増えた場合、人員的に支援できる体制がとれない。
- 行政側に体制がないため。
- 介護保険事務に精通している職員が人事異動により配属替えとなる。
- 単にケアプランを提出してもらい、給付管理データを国保連合会に送るだけであるならそれほど事務負担がかからないが、具体的な内容の相談になると対応できる体制がない。
- 自己作成が増加した場合のチェック体制が取れないこと。
- 指導等行うだけの行政側に体制がととのっていない（人員も含めて）。
- 自己作成者の支援を積極的に行うための体制づくりができていないため。
- 自己作成への支援体制が無い。
- 適正な運営管理を行ううえでの課題点が特定できない為、新たな組織体制の構築が現段階では困難。
- 保険者として対応する人員などの体制がとれない。
- 人員不足のため。
- 自己作成に関して支援するためのノウハウを保険者が持っていないため。
- 職員による支援体制が不十分なため。
- 課職員など配置人員不足による。
- 人員不足のため。
- 支援体制がない。
- 指導、管理する職員の体制が整わないため自己作成の件数が増加すると、業務に支障をきたす。
- 行政側の体制が不十分のため、相談があれば対応しますが、積極的な周知はできないと考えています。
- 自己作成の手引書を作成するなどのバックアップ体制が整っていない。
- 手引書がない。
- 自己作成に対するマニュアルもなければ、窓口で自己作成の情報提供をしても需要がほとんどない状況のため。
- 自己作成に関する手引きの作成など、体制が整えられていないため。
- ケアマネジャーがつかないため要介護の状態が分かりにくくサービス内容が適正かどうかの判断が困難。処理が煩雑であり、介護者、保険者ともに事務的な負担が増す。件数が増した場合、対応可能な体制ができていない。

- 給付管理を国保連に委託しているため、個人作成のケアプラン、給付管理票の審査を改めて委託すること、個人に対してのプラン作成支援体制が整備できていない。
- 小規模自治体であり、人的資源が少ないため、自己作成の支援に恒常的な担当者を配置できない。
- ケアプラン自己作成に対する職員体制が整っていない。
- 保険者側の人材不足、体制未整備。

【余裕がない】

- 書類上のチェックや事業者情報などを提供をさせていただくことはできるが訪問での実態確認は、件数が増加すれば対応はできない状況にある。
- 業務的に時間の余裕がない。
- 介護保険法における用語の説明等にかかなりの時間がかかり、ケアプランの作成の完了に至るまでに、職員の対応に苦慮するため。
- 行政の事務的負担がかなり多くなっているため余裕がない。
- 必要な情報収集（事業者情報）などは容易であるが、プランの視点を考えるとき、専門職の観点も必要と思う。その際、地域包括支援センターが専門的な観点からプラン作成に対する助言を行うことが考えられるが、本市の包括支援センターでは、予防プランの作成に追われ、セルフプランの助言など行える状況にないのが現状。
- 保険者には自己作成の場合に、必要な援助を行う必要がありますが、現実には対応することが困難だと思う。
- 小規模保険者では、ほかの業務もあり、積極的に動く余裕がない。

【知識不足・説明できない】

- 制度から～ケアプランの手順～自立に向けたサービス利用～記入方法など一連の説明を、本人に、家族に、個別にしていくのは困難。
- ケアプランチェックにも手をつけられない状況で、細かいサービス利用の制限・算定の可否など熟知しているとは言えない。
- 相談を受ける行政側の知識不足と受ける側の準備体制が未だできていない。
- 職員としてマンパワーおよび質についてまだ課題があり、自己作成の支援ができる状態（環境）でないと思うため。
- 行政の担当者の技量不足。
- 行政としての事務の進め方の指針がないとどう扱ったらいいか分からずもし希望する人がいたとしても対応が難しい。
- 職員にも十分な知識がない中で自己作成が適正かどうかの判断がつきにくい。
- 職員も知識の深浅がある。
- サービスそれぞれの個別な情報提供が出来ない。

【専門的人材不足・専門職がない】

- 派遣職員が無資格であり、ケアプランチェックができないこと。
- 作成されたケアプランの内容が適正かどうかを判断する人材確保が難しく、現段階では対応不可能。
- 普及するための人材なし。
- ケアプラン作成について専門的知識を持つ職員がおらず、十分な指導ができないため。
- 事務負担の増大。ケアプランチェックができない（専門職等が必要となる）。
- 自己作成をお手伝い（支援）できる担当者がいないため。
- 人材不足。
- 行政職員に有資格者がいないので、対応は包括支援センターで行うが、ケアマネジャーの負担は受託でも支援でも変わらない。

- 自己作成による専門的知識アドバイスの不足が考えられ、介護予防の視点が入りにくくなると考えられる。
- 自己作成する場合、指導できる職員が少なく、また、本人の状態を理解し具体的なサービスを決定する経験がないため、指導するのに時間がかかるため。
- ケアプランの作成について相談にのることができる専門的な知識をもつ職員がいない。
- 専門的職員の配置が困難。
- 自己作成担当者（有資格者）の配置が課題（現在は地域包括支援センターに協力を依頼している）。
- 自己作成に対する支援者・相談者を置く体制になっていない。
- 自己作成の支援や相談の担当者は、ケアマネジャーの資格がなく専門的知識が無いため。
- 自己作成の支援をする際の専門職員（有資格者）を配置できないため。
- 現状の職員配置では、ケアプランの自己作成を普及させるには負担が大きくまた、プランに係る対応職員（技量を持つ職員）が現在いないもの。
- 自己作成指導者がいない状態である。人材不足から難しい。
- ケアプラン作成に対する相談・指導が整っていない（資格者がいない）。
- 自己プランの相談を受けられる職員体制ができない（町村合併により分庁方式となっており、本課以外の総合支所で取り扱いができない）。
- 職員に専門知識のあるものがないため、ケアプランチェックなどが適正に行えず、プランの中身の担保ができないため。
- ケアマネジャー資格保持者など専門的な知識を持つ職員がいない。
- 自己作成者への指導をする職員がいない。
- 自己作成担当者は特に決っておらず、また有資格者ではないので、専門的なチェックが難しいため。
- 保険者の自己作成担当者が医療・福祉等の資格を有していないため、積極的に周知活動を行えていない。
- 専門的な職員がいない。
- 担当者、有資格者が少なく対応できるかどうか不安があること。
- 担当課内で支援ができる職員のスキルの問題。
- 介護予防効果、制度理解向上等のメリットは理解しているが、当保険者が広域圏組合であり、職員のほとんどが構成市からの派遣職員で、定期的に職員の入替があるので、有資格者や経験年数の長い職員等、相談や質問に答えることができる人材等の確保が困難である為。
- 専門知識を持つ担当職員がいない。
- 適切なケアプラン作成にアドバイスできる有資格者を置いていないため。
- 市内に居宅介護支援事業者が多数あり、担当県内において有資格者などのスタッフ確保も難しい状況。利用者から要望があったら、対応していくスタンスであるが、こちらから積極的に促してはいないのが現状。
- 給付担当者の人数が少なく、課内に有資格者がいないため、十分な対応ができない。
作成する書類も複雑であり、制度の変更等もあることから、プランを作成する利用者や家族がかなり知識を持たないえと、セルフプランで行えない現実もある。
ただし、来年度以降、市内の包括支援センターが増える予定で、主任ケアマネジャーなどがセルフプランをされる方のサポートができるようになるとおもわれる。
- 導入にあたっては個別対応の可能性が高く、対応スタッフの獲得など難しい。

【ケアプランチェックができない】

- ケアプランのチェックが難しい。
- 部署内にケアマネジャーの有資格者がいないため、適切なケアプランなのかが確認が難しい。
- ケアプランのチェックができない。
- 自己作成が増えた場合のケアプランのチェックが人員的にも厳しいため。

- ケアプランのチェックが十分にできない中で自己作成の利用者が増加すると、プランの作成にあたって必要性が十分に考慮されない可能性が出てくるため。
- 自己作成する上で、ケアプラン作成のチェックが困難であることが予想されるため、情報提供等のPR不足となっている。
- また行政の事務負担の増加やケアプランのチェックができないことも理由に挙げられる。
自己作成がなくても問題があると感じない。
- ケアプランのチェック、作成者の勘違い等への説明に時間がかかる。
- ケアプランのチェックができない。
- ケアプランのチェックができない（給付の適正化を図るのが難しい）。
- 担当者の人員不足により、給付適正化事業・ケアプランチェック等も十分に実施できない状況であるため。
- ケアプランの内容をチェックできる専門職員がいないため。
- ケアプランのチェックができないため。
- 給付の適正化が実現できるかどうか疑問があり、行政側においてもケアプランチェックが出来る体制が不十分。
- 行政として、ケアプランをチェックする体制が整っていない。
- ケアプランのチェックができない。
- 行政でセルフプランをチェックするためには、被保険者についての詳細な情報が必要であり、ケアマネジャーの業務を行うに等しく困難。
- ケアプランのチェックができないため、適切なプランであるかどうかを確認できない。
- 申請に出されたプランをチェックする体制ができていないため。
- ケアプランの質（必要性・客観性）をチェックできる体制が整っていないため。
- ケアプランのチェックがしづらく、対象者（本人）にとって本当に必要なサービスなのかの見極めが難しく適正給付ができなくなる可能性がある。

【その他】

- 積極的にPRをしていない。
- 積極的に自己作成のPRをしていない。
- 利用者からの申し出等があれば当然対応は行うが、自己作成にかかる情報提供や指導を行っていない状況なので、積極的に勧めようとは思っていない。
- 給付管理が問題となることが予想されるから。
- 結果的に職員が作成することになる可能性がある。利用したいサービスを言って、最終的に行政側で作成する可能性がある。
- 職員全員での理解がない。
- 給付がスムーズに行えないため。
- 自立支援の考え方のすり合わせに時間がかかる。

2. 利用者の問題

【難しい・手間・負担】

- 本人の知識・情報の不足の中、ケア計画を作成し、サービス事業者との連絡調整、請求業務を行うのはあまりにも負担と思われるため、基本としてはケアマネジャーを利用するように勧めます。また、ケアマネジャーは、ケア計画を作成するだけでなく、相談に乗り心の支えになるため、利用したほうが良いと思っています。
- 作成にかかる手続きや、書類作成が専門的で手間がかかる。
- 単身世帯や高齢者のみの世帯が多いため、理解してもらうにも無理がある。
- 介護保険制度自体が複雑であり、自治体職員でも理解が行き届いておらず、かつサービス事業所との調整が困難

- なこと、ケアプランを理解することが困難と推測される。
 - 高齢者の方にケアプラン作成していただくのはかなりの負担があると思われるため。
 - 制度を理解し、デイサービス等への連絡調整がスムーズにいか、不安な点があるため。
 - 利用者や家族がケアプランを作成は難しいのではないか。
 - ケアプランについて理解していないので、作成者の負担になると思われるので、介護支援専門員への作成をすすめている。
 - 介護保険制度が複雑すぎ、かつ、変更・改定が多過ぎて、プロでさえもおいついていくのがやっとの現状では、自身が、要介護・要支援者が自己作成するには、かなり難しいと思う。
 - 利用者の制度理解不足（理解向上のための事業の推進不足）。
 - 素人がケアプランを考えるのは難しい。
 - 介護認定を受けた者が、自己でケアプランを作成し、適切な介護サービスを利用することは非常に難しいと感じられる。
 - 希望者への支援は、その理由等を確認しながら行っているが、ケアプラン作成や介護保険制度の理解、事業所との調整力等がない場合、自己作成は困難と思われるため。
 - 介護予防、自立支援という、いわば第三者的視点で自己のケアプランを作成することは困難と考えられることや、複雑な報酬の基準を熟知してケアプランを作成することも困難と考えられる。そのため行政の支援が必要となるから現状では給付管理に必要な支援のみの対応のみが可能と考える。
 - 利用者の間違いや手続き忘れが心配されるため。
 - ケアプラン作成、事務手続きが難しいため、相談があっても自己作成に至らない。
 - 記入間違いや提出忘れによる過誤申立の増加。
 - ケアプランの作成や事業者への連絡・調整等、利用者にとって手間がかかりすぎる。
 - 利用者や家族の制度の理解が十分であると思われず、間違いや手続き忘れの心配があり、また手続きが煩雑で家族の負担増となることも心配されるため。
 - 仕事をしている家族の方が多く（遠方に住んでいる場合も有る）、毎月の事務量を考えると負担が大きい（実際に作成した家族の方から「とても大変だったので二度とやりたくない」とのことでした）。
 - 介護に追われる家族や介護が必要である本人にとってケアプランの自己作成をすることは大変な負担である。
 - ケアプランの作成は利用者・家族に負担が大きいし作成することによるメリットがない。有資格者でない人が適正なアセスメント及びケアプランを作れるとは思えないので。
 - ケアプランの自己作成は、利用者またはその家族等の負担が重くなると考えられるため、介護支援専門員に依頼した方が良いと思われる。
 - 自己作成することで介護予防効果、制度理解向上は期待できるが、上記 13-2（設問番号、P75 参照）による理由から自己作成の普及に消極的とならざるを得ない状況であるため。
 - 利用者の手続き忘れが懸念される。
 - 利用者の負担が大きい。
 - 毎月の書類提出や担当課とのやり取りなど、作成者の負担が大きい。
 - 利用者、家族、および行政の事務負担の増大が懸念される。
 - 利用者の手続き上の負担が大きくなってしまったため。
 - ケアマネジャーというプロが作成することも難しい中で、自己作成の負担は、多大である。ケアプランの作成のみではなく、給付管理や事業所との調整等がたいへんである。
 - 制度の改正が多く、制度の理解が困難であり、給付適正化がはかれない。
 - 自己作成の場合、本人の負担となるとともに、自立へむかったプランとなりにくいと思われるため。
 - 毎日の介護をする中で、ケアプランの作成及び事後の処理についてまで実施するのは、利用者・家族の負担が増大するのではないかと考えられる。
 - サービス調整や、書類作成、給付管理など、利用者にも負担がかかること。
 - 要介護認定者の 86%が 75 歳以上であり、ケアプラン作成を自己で行ってくださいといっても無理がある。難解な介護保険の内容を全部覚えてケアプランを自己で作成できると思えない。
 - 事務手続きや事業所との調整など、利用者の家族等にかかる負担が少なくなく、また必ずしも適切なサービス利用とならない恐れがあるため。
 - 利用者希望サービス事業所の現時点の情報など、自己作成をすることによりケアマネジャーに依頼した利用者と比較すると、情報の収集が困難。
 - ケアプラン作成にかかる手間や書類等の煩雑さから、制度を熟知していない利用者等がケアプランを自己作成するのは、非常に困難と思われる。
 - 高齢者やご家族には介護の負担以外にそれぞれのサービス事業所との調整に加え、毎月のケアプランと利用実績の市役所への期日までの提出、過誤調整、担当者会議などの負担は困難と考えられるため。
 - 専門性が高く、状態によっては医療との連携、サービス提供事業所の選択など事務が多岐にわたっているため、推進していません。
 - 書類の書き方等、素人にはまずムリ。
 - 難しいことを市民が行うことで、家族の介護に加わる負担となる場合があり、安易にすすめるようなことはできない。
 - 市として相談には応じるが、よほど介護保険について理解している人でないと自己作成は無理だと思うから。
 - 利用者の間違いや手続き忘れなどトラブルの可能性がある。
 - 素人がケアプランを作成することは難しいと考えるため。
 - 理解してもらうのが困難。指導も大変。
 - 利用者本人や家族への負担が大きい。
 - 利用者の間違いや手続き忘れのおそれがある。
 - 自己作成を行うにあたっては、介護保険制度を理解していなくてはならなかったり、また、介護保険だけではなく、介護と医療の調整など、他法令についての知識も必要であり、作成が難しいため。また、自己作成するにあたっての助言や情報共有できる関係の基盤を整えないと普及させていくのは難しいと思われるため。
 - 利用者の間違いや手続き忘れ。利用者にとって本当に必要なサービスの選択。
 - 複数サービスを利用する場合、事業所とのやりとりが大変であるため。
 - 介護者の負担が多くなるため（給付管理だけでなく、ケアプランを作成するための知識が必要）。
 - 高齢者世帯や独居も多く、家族がいても基礎知識からの指導は時間的にも手間もかかると思われる。
 - 利用者が事業者との調整を行いながらプラン作成から差サービス利用までの作業を行うことは現実的には難しいと考えるため。
 - 素人がケアプランを考えるのは難と思われるため。
 - 素人がケアプランを考えるのは大変難しいことであり、相談を受け指導をする立場にある行政の事務的な負担が大きい。
 - 利用者の介護保険制度について理解が十分ではない。
 - 自己作成の関わる本人・家族の事務作業量や必要となる専門性を考えると行政としては積極的に勧めることはできない。
 - 利用者の負担が大きい。
 - プランの自己作成を行うことによって、自立に対しての自己目標を明確にし、目標達成に向けて取り組めるという利点があると考えられる。
- しかし、介護保険制度そのものが、年々複雑化しており、介護支援専門員も苦慮しているところであり、利用者本人が介護予防、心身の機能維持、向上の観点から、現制度を理解した上でアセスメントを行い、ケアプランの立案を行っていくことについて、困難さを感じている。

- 利用者が作成するには負担も大きく、手続きが煩雑であるから。
- 素人がケアプランを考えるのは難しいから。
- 居宅介護（予防）支援費の削減につながることはいいが、サービス事業者への連絡調整やケアプランの提出等はほとんど利用者で対応することになり、利用者への負担が懸念される。
- 介護者の実態は高齢者や勤めながら介護されている方も多く、介護だけでも負担が増大しているケースも多いと考えられる。
- 専門知識を持った利用者が多くないことや、月1度の保険者への書類提出が利用者にとって負担になること等から、自己作成の普及が困難な現状であると考えられるため。
- ケアマネジャーが行っている給付管理業務を、本人が行うこととなるため正しくできているのかどうか懸念される。
- 専門的知識のない中で、介護者の負担となり実現しにくい。
- 制度が難しく給付適正化上問題があるプランなど説明しても理解してもらえない。
- 制度理解が難しい。
- 点数の計算・事業所との調整など、本人家族では困難と思われる。
- 地域的にも過疎地帯で独居高齢者が多い中、ケアプランの自己作成にかかわる制度の理解が困難である。
- 利用者の間違いや手続き忘れ。
- 素人がケアプランを考えるのは難しい。
- 介護サービスと介護保険を知り尽くした人が自己作成するのであればよいが、そうでない者が自己作成プランで給付を受けようとする保険給付が受けられなかったり、サービス事業者が迷惑をこうむることになりかねない。
- 自己作成したモノを再度介護支援専門員が内容確認するのであれば二度手間になるし、利用者による手続き忘れにより、利用者にとっても負担など大きくなるため。
- 利用者の間違いや手続き忘れなどの発生によりサービスの利用ができなくなるケースの多発や、サービス事業所のサービス負担増につながる恐れがあるため、早々に取り組むことは難しい。
- 提供事業所への調整等の負担になる。
- 請求遅れなどがあり、サービス事業所に負担がかかる。
- 事業所との調整が困難であるなど。
- 専門的な知識が必要であるため、本人・家族の負担が大きいと考える。
- 制度に対する複雑な手続きや理解が困難な場合が多い。
- 保険者としての事務負担は大きいとは感じないために、自己作成が増えることについては賛成であるが、利用者及び家族の毎月の事務負担を考慮して、保険者として積極的に普及に努めていない。
- 書類の間違いや手続きの不備により、介護でただですら悩みを抱えている利用者のさらなる負担となることが予想される。
- 事業所との連絡調整など、利用者の負担になると思われるため。
- 素人がケアプランを考えるのは難しい。
- 本人の事務量も膨大で、様式を見ただけで避けられる。
- 本人または家族の事務負担が増える。
- 自己作成になると、本人や家族、行政の負担となるイメージが強い。
- 利用者自身やその家族等が自己作成を行う場合、そのほとんどがアセスメントやケアマネジメント等について専門的な知識等がなく、また居宅介護支援事業者や居宅サービス事業者間とのつながりも持ち得ないため、自立支援のための目標に向かうべきサービスを計画するにあたり、利用者が享受すべき情報等が極端に乏しくなると考える。
- 希望されるサービスの種類や量が確保できない現状にありケアプラン作成が困難。
- 介護保険に係る制度が複雑で、なかなかご理解を頂けない。
- サービス利用者の90%以上が75歳の高齢者であり、自己作成が困難な方々がほとんどのため。また家族につい

- ても、支援のある方は少ない。当町では行政と事業所の連絡会があり、個々の問題に共同で対応しているためチェックが容易にできる。
- 自己作成については、サービス調整などすべて自分するのは面倒という話を聞いたことがあります。一般市民では、1つ1つを理解して手続きは大変と感じます。
- 作成者の負担が大きい。プランの間違いや手続き漏れがある。
- 自己作成についての情報不足と難しさ（ケアプラン作成）。
- 手間と時間がかかる。
- 利用者本人が自分自身の自立した生活について考えるという点においては、自己作成は非常に有効な方法であると思うが、自己作成のために知っておかなければならない知識や手間が非常に大きいと考えるため。
- 自己作成するのは介護者となる方がつくることになり、サービスの内容や種類、専門的、地域的な知識も必要となってくるので、むずかしいのではと考えている。
- サービス事業者との連絡が難しい。
- 利用者の利便性を考えて。
- 自己作成は介護保険上認められるが、手続きが面倒でありあまり勧められない。
- 手間がかかり、作成自体が難しい。
- 実際、サービスを必要とする人（家族）は、ケアプラン作成を十分にできるような状態でないことが多い。
- 利用者の負担が大きいため。
- ケアプランの自己作成が普及しない理由について、その作成が複雑であるため負担になると思っている利用者が多いことが考えられる。利用者からケアプランの自己作成について相談、要望があれば、市としては何らかの対応を考える。

【利用者からのニーズ、希望がない】

- 当町の高齢者は農業を営んでいる方がほとんどで、文章を読んだり書いたりすることに苦手意識が強い方が多いと考えており、ケアプランに対して、思いや考えがあっても、なかなか踏み切れる方は少ないと思われます。また、行政側も、そこまで手厚くフォローできる状況ではありません。
- 新規認定の方に口頭で自己作成できることを伝えているが、今まで自己作成を希望された方がいないため。
- 地域性もあると思われるが、介護サービス利用希望者は、まず先に各介護サービス事業所へ行き、相談などをやるケースが圧倒的に多い。そのためか、希望者のほとんどは事業所をすでに決めているような状態であり、（ケアプラン作成等も含め）、自己作成の説明など、入る余地がないような状況である。事業所が熱心であるともいえるかもしれないが、各事業所のことを考えても（利益など）、むやみに自己作成へと導くのもどうか考えられるため、現状としてはやや消極的な状況である。
- 本人・家族がプランを立てる余裕がない。
- 制度スタート時より、自己作成を希望された方はおらず、対応するマニュアルも作成されていない。
- 利用者からの相談等がないため。
- 利用者から自己作成の希望がないため。
- 被保険者や家族が高齢となっており、自己作成の意思がなく、作成も難しいため、自己作成はすすめない。
- 利用者が自己作成を希望していない。
- 自己作成を希望される方がほとんどいらない。
- 介護保険制度自体が難しく、利用者に自己作成を希望する方がほとんどいない。
- 当町には、高齢者単身及び夫婦世帯が多く、子が仕事先に近い土地に住み、時間を作って支援に通っているケースが多い。このような場合、自己作成を普及するのにキーパーソンとなるべき存在を見出せないケースがあるためです。
- 特に希望等がないため。

- 自己作成を考えている人はいないため。
- これまでに自己作成について市民から問い合わせを受けた実績がまったくなく、自己作成のニーズは限りなく少ないと感じられる。また介護者においても、介護保険制度を詳しく理解できていないと感じられるケースも多く、自己作成について広報することで逆に介護者への混乱を招くおそれがあることから消極的な対応をとっている。
- 実績もなく相談もない。
- 小規模自治体のため自己作成のニーズがない。
- 具体的な希望がないため。
- 自己作成は個人の負担も大きく、十分な支援も必要であり、また希望者も10年の間いなかったことにより考えていなかった。今後も同様と思う。
- ニーズがないので。
- 利用者にとって、介護している方にとって、全てを網羅したいという心の余裕はない。相談できる方に相談して、プランが作成でき、介護制度が利用できるなら、専門家に任せたいという気持ちは大きいと思います。
- 現在全ての利用者がケアマネジャーを登録しており、プラン作成について特に要望、苦情もないため、敢えて難しい自己作成について促進することは考えていない。
- 事業所に委託するものだという意識が強い。
- 自己作成の説明をしても、本人・家族で希望する人がいない。
- 利用者自身も選択することがめったになく、知識的に広がらない。
- 自己作成の普及に取り組んだとしても対象者はあまりいないのではないかと考える。
介護保険制度、介護報酬等の改正が多く、複雑で分かりにくいいため積極的に勧めにくい。
支援をしていくための人材が不足していて、普及を推進していくところまで持っていけていない。
- 利用者の希望がないため。特に希望者がいない。制度がややこしく専門的な知識がないと作成は困難。
- 全体的に「自分が行うもの」としての積極性、主体性が利用者から感じられない。自己作成ができることしかあまり知られていない。興味もなさそう。
- 希望がない。
- 特に要望等もなく、介護支援専門員（居宅）に相談が行くことの方が多い。
- 新規介護認定申請時に自己作成できることを説明してはいるが、希望されるケースは今のところない。ご希望されれば対応はしていこうとは思いますが、作成者の事務量も多く、高齢の介護者が多い当町では、かなり難しいのではないと思われ、あまり積極的な普及は考えてはいない。
- 事例がほとんどなく、自己作成の希望者がほとんどいないためです。
- 制度発足当時は、事業者のみでなく自分でもケアプランを立てることができることを説明していましたが、実績がなく、又、高齢者が多い中にあって、ケアプランを自己作成しようとするまでには至っていない。手続きなども煩雑である。
- 制度開始から今まで1件の問い合わせもないため、啓発も行っていない。
- 自己作成の希望がない。
- 自己作成を知らない人が多く余り普及していないので、当市でも実例が少ない。
- 前例がない。
- ケースがないため。
- 現在、実績がないためやや消極的である理由と、考えられる効果について選択させていただきました。
- 相談は1～2件あったが、最終的にはケアマネジャーに依頼することになった。
- サービス計画作成＝ケアマネジャーが作成という考えがほとんどであり、自己作成についても周知もほとんどしていない状態です。今後は、軽度者については自己作成は比較的容易にできると考えられるので、周知していきたいと思います。
- 当市では、自己作成を否定するものではないが、自己作成を積極的に勧めるケースは多くないと考えます。また、

- 特定高齢者に対して実施してみましたが思ったほどの効果はありませんでした。
- 被保険者からの要望がまったくない。

【ケアプランの内容が心配】

- 利用者本人の意向に沿ったケアプランが作成されることは良いことだが、専門的な判断をした場合にその利用者のためになっているケアプランなのかが心配である。機能していた所を弱めてしまう結果にならないか、などのため、自己作成は消極的です。
- ケアプラン作成に当たって客観性が失われがちであり、利用者に必要なサービス選択が適正に行われえない可能性があるため。
- 自己プランの方が以前1名あったが、結局は、地域包括センターで無料でケアプランを作るというふうな感じであった。
- （なぜ自己プランになったか→その方の居住地の問題でケアマネジャーがつけられないこと、サービス担当者会議等が自宅で実施できないこと、などの理由により、自己プランとし、デイサービスを1回／Wうけたため。）
- 自己作成は素人にとって難しいのではないか。また、本人より介護者中心のケアプランとなる可能性もあり、本人の身体機能の向上に結びつかなくなることも懸念される。
- わがままケアプランが出てきてしまう。ケアマネジャーがいることで、歯止めがかかっていたが、自己作成によりそういうことがなくなるため、不安だ。
- 必要以上のサービス利用によるADLの低下、及び給付費の増加が考えられる。
- 現在、利用者があまり協力的でない。
- 課題分析が不十分になる（専門職が関与しないことにより）。
- 利用者に真に必要なサービスが選択されずに、状態の悪化が懸念される。
- 自立支援の視点等が欠けたケアプランとなり本人の自由なケアプランになる可能性がある。
- 適正化について、利用者の理解が得られにくい（必要なサービスでなく好きなサービスを取り入れられてしまうのではないかとという危惧がある）。
- 効果的なケアプラン作成には、専門的な知識が必要である。総合的に見て利用者の不利益となる場合があるため。
- 専門的知識がなく、適切なプランが難しい。
- ケアプラン自己作成だと、利用者や家族が楽をするプランを作成し、それに対して助言をするものが、ケアマネジャーによるプラン作成をしている時より少ない傾向にある。ケアプラン見直しの際も、「面倒だから・時間がいないから」という理由で見直しをせず、身体状況にふさわしくないプランを継続してしまう可能性もある。現在2名のみの自己作成で大きな事務量の増大はないが、人数が増えれば事務量は増大し、給付適正化・指導監査事務などの増大が見込まれる現状では非常に厳しい。
- 要望とニーズの差が分かりにくい。
- 原案を基にサービス担当者会議を開催して、医療系などの各専門職より意見を伺い決定するケアプランであるので、自己作成プランだとダイヤモンドになるのではないと思う。
今後団塊の世代が強引に必要性を話して「あれば便利」なサービスを組み込むのではないかと心配である。
- ケアプランのチェックができず、わがままなケアプランにより給付費の増大が懸念されるため。
- ケアプラン作成にあたり、介護保険制度上の幅広い知識が必要であり、サービス担当者会議やサービスの手配、請求事務などで専門の事業所と関わる上で、専門でない人が音頭を取り行うことは非常に難しいと思われる。
- 介護給付適正化の視点からも、利用者への過剰な（家族の都合が優先されるような）ケアプランの作成の可能性は、介護保険制度に反すると考えるため。
- 在宅の要介護者等が在宅サービスを適切に利用できるように利用者の心身の状況や置かれている環境に応じ居宅サービス計画を作成しサービスを受けるにあたり、課題分析から総合的な援助の方針を決めるには、利用者、家族だけではむずかしいのではないか。そうすると利用したいサービスだけを考慮された計画になってしまうこと

も考えられる。

- 本人や家族が自己作成した場合は、適正なアセスメントをすることが困難だと思う。
- 専門的知識がないまま自己作成となると、自立した日常生活を営むことの妨げとなる可能性があるため。
- 介護保険は、利用者の自立支援に資するケアマネジメントに基づき、利用者にとって真に必要なサービスが提供されることが原則です。利用者が単に利用したいサービスを利用するのではなく、自立生活を送るためにはどんな課題があり、利用者本人ができることや家族や地域の援助でできること等を適切にアセスメントする必要があります。そして、その作業を行うのが専門職としての介護支援専門員であり、介護保険法上の位置づけだと考えます。したがって、利用者の主観的なケアプランになりがちな自己作成については消極的です。
- わがままケアプランになりがちで客観性、専門性がない。
- 望ましいサービスの見極めが難しいので、利用者にあったケアプランになりにくい。それに伴い、給付費の増大を招く恐れがある。
- ケアプランにそったサービス調整がむずかしいと思われる。自分の家のことしか考えていないプランの可能性もある。サービスを多く使うことで、家族の役割や協力が減少してしまう可能性がある。
- 市民が受けたいサービスと本当に必要なサービスとは必ずしも一致するわけではなく、適切なアセスメントに基づくケアプランの作成が困難であるため。
- 本人又は家族の使いたいサービスのみに偏ったプランとなることが予想され、「できないことをやってもらう」という安易な視点になってしまうのではないかと危惧されるため、積極的に普及することは考えておりません。しかし、相談があった場合には可能なかぎり支援したいと考えていますので、事務処理のフローなどを作成することを検討しています。
- 利用者自身がサービスの制度等の理解不足及びひとりよがりのサービス増大が懸念される。
- また、利用者自身でケアプランの作成をするとすると、本当に自らの自立支援のためのケアプランが作成できるのか懸念される。
- 利用者本人の状況を客観的に把握することが難しく、本人の思いのみでプランが先行してしまう。
- 特定の事業所利用になる。
- ケアマネジャーによるプランはアセスメント～プラン原案作成～サービス担当者会議～本プラン作成という一連の流れを経て決定されているが、これを一市民が行うにはかなりの負担と労力が必要である。また自己作成されたプランが真に当人に資するプランであるかどうか保険者が検証するにはアセスメントによる課題抽出とそれに基づくプランへのサービス位置付け、専門的見地からの具体的必要性などを確認せねばならず、また現行プランの継続か変更の必要があるのかのモニタリングの問題もあり、現状では適切なサービスとしての担保に欠けるといのが主な理由である。
- 使いたいサービスが優先になりやすく、利用者の自立支援より、介護者の負担軽減の考えが重視されやすい。また、サービス提供事業者との連絡調整や、サービス担当者会議の開催が難しいと考えられる。
- 自己プランは家族・利用者の主導のプランとなってしまういがちになり、利用者の自立支援に繋がるのが不安である。
- 適正化の観点から、自己作成プランが「わがままケアプラン」になってしまうのは、望ましくないため（なるべく事業所のケアマネジャーへ依頼していただくよう説明している）。
- 自己作成した場合、総合的専門的な視点が考慮されているか不安なところがある。うまくサービス利用が組めず、利用者本人の状態が悪化しないかという不安である。
- 不必要なサービスまで行われる可能性がある。
- 必要性の判断が無いままのプランになる（専門的判断が無い）。
- 過剰なプランになりやすく、給付費が増すのではないかとと思われる。
- ひとりよがりのプランになりがちなため。
- 第三者の視点がなく作られるプランは、わがままな、客観性を欠くものになりがちである。

- 利用者や家族による自分本意なケアプランでは、利用者のためにならないサービスが提供される恐れがある。
- 本人の ADL 向上に資するかどうか判然としない。したいものだけするというものではない。一部業者の悪用がうかがわれる。ケアマネジャーの意味がなくなる。
- 自分の思いの実現のため、介護支援専門員が長期に関わっていたが自己作成にきりかえた方もおり主張が強いプランが見受けられるため。
- わがままプラン、給付費増大等。
- 結局自己作成とはいえ、家族がいる場合は家族作成になるように思います。本人の自立支援に向けての考えの方向性が変わっていくように思います。
- わがままなプランになったり行政任せになりかねない。
- 本人の自由なケアプラン作成によるサービス利用によって、給付費の増加や行政の事務負担増加が懸念される。

3. 制度的なしくみ

【制度が複雑】

- 自己作成が理解されていない。
- 制度が複雑なため。
- 制度が複雑で理解するのがむずかしい。
- 制度改正が多く、理解が得られない。
 - ①制度改正が頻繁に行われるので、理解しにくい。
 - ②理解しにくいので、適切、タイムリーなサービス利用ができるため専門家に依頼するようにしている。
- 制度が理解しにくい。
- 制度的には素人の利用者が簡単にケアプランも作成できる仕様になっていない。

【専門のケアマネジャーがいる】

- 町直営で事業所があり、住民サービスとして行っている。
- 当町では、地域包括支援センター居宅介護支援事業所を町直営で実施している。介護認定～介護サービスの利用まで一体的な対応となっているためケアプランの自己作成のみ支援という事例がない。
- 複雑化している介護保険に対応するためには専門的知識を持ったものが対応するのが望ましいと考えます。
- 介護支援専門員との十分な話し合いにより、利用者にあったケアプランが立てられ、サービスが提供されていると考えるため。
- 現在、多くのケアプランを作成している担当者の方が事務的に時間・経費がかからないため。
- ケアプランは専門的観点から立案されるものであり、本人・家族がケアプランを作成することは、自己中心的な計画を立てることにつながりやすく、セルフケアを重視した内容になっているか疑問視される。そのためにも、介護支援専門員が専門的観点からアセスメントした課題を分析して、適切なサービスが提供されるよう専門職の活用が必要と考えられる。
- ケアマネジャーと利用者・家族等が良く相談し、サービス事業者との連携も計りながら適切なケアプランの作成をしており、手間をかけて自己作成する必要がないため。
- 本町の居宅介護支援事業所は直営で運営されており、利用者、事業者との連携、調整が適正に図られているため。
- 自己作成もできることは伝えていますが、具体的な流れがわからないため積極的に進めることができない状況です、テキストなどがありましたらお知らせください。ただ、今のところ自己作成に意欲的な町民は居ませんでした。たぶん、ケアマネジャーへの信頼感が高いためとおもわれます。
- 介護支援専門員が足りている。
- ケアプラン作成においては利用者以外の他者の視点がある方が望ましいと考える。ケアプラン作成の経験数が多

い居宅介護支援事業所や地域包括支援センターがケアプランを作成する方が利用者にとって望ましいケアプランが作成される場合が多いと考える。

利用者の多くは独居や高齢者世帯であり、認知面での不安も抱えており、介護支援専門員がかかわることの利点のほうが多い。

- ケアプラン作成料は介護給付で全額負担するので、プロである介護支援専門員のサービスを利用してほしい。
- ケアプランの考え方そのものが、個別性を尊重したものであり、利用者本人や家族の希望や思いを踏まえ、専門的な立場の意見を参考に、最終的には利用者の合意に基づくものと理解しているので、現行のケアマネジャーによるケアプランの作成やそれに伴う給付管理で良いと思われる。
- 専門家、経験のある人に作ってもらった方が良い。
- 要望もなくケアマネジャーも充実しているから。
- 本市においては介護支援専門員が足りない状況になっていない。
- サービス事業所との連携が介護支援専門員などだとスムーズ。
- 専門性と経験を有するケアマネジャーが作成した方が客観的な視点で、有効な介護サービスの利用につながると思われる。
- 介護支援専門員がいるため必要ないと思われる。
- ケアマネジャー等の専門的な意見がプランに反映されず、自立支援につながらなくなる可能性がある。
- 介護支援専門員が充実しており、ほとんど自己作成の必要が見られずにある現状であるため。
要介護認定から介護サービスの利用まで、ケアプランはケアマネジャーによって作成されることが通常化されているのが現状である。
- 市ではケアマネジャーに対して質の向上を図る為の指導を行っている。
- 介護支援専門員による支援体制がしっかりしているため。
- 居宅介護支援事業所が充足されている。
- 経験や情報を持っている介護専門員が適切なケアプランの作成を行い、そのチェック・指導を行政が行うことが有意義だと考えているため。
- 専門的な知識と経験を持つ第三者による客観的なプランが必要と考える。
- 保険者として、自己作成を普及することよりも、ケアマネジャーの質の向上に力を入れてきた。
- 適正なサービス利用には、介護支援専門員の知識が必要となるケースが多い。介護支援専門員の資質向上に取り組むことで給付の適正化を図りたい。
- 市内には居宅介護支援事業所が必要十分にあると考えられ、あえて自己作成を推進する必要が感じられないため。
- 介護支援専門員というプロに被保険者の要望を取り入れたケアプランを作成してもらうことがベストであると考えるため。
- 介護の必要性や、長期目標、短期目標等、サービス計画の作成について、一般市民にはわかりにくく、ケアマネジャー等専門家の視点が必要であると考える。
- 緊急の対応等、事業所のケアマネジャーのほうがスムーズに対応してもらえる。
- 介護保険制度開始以前からの事業者の流れをくむ居宅介護支援事業者が充実している。
- 市内居宅介護支援事業所が現時点で飽和状態ではないため、複数の事業所を紹介し対応できているため。
- 介護支援専門員を活用することにより、利用者・家族の負担が少なく、サービスを適切に受けることができる。
- 利用者の状況に合わせた適正なケアプランを担保するために専門家の視点が重要と考える。
- もともとの制度の出発点が居宅介護支援事業所が中心となって作成することを推奨してきた印象があります。
- 家族がケアプランを作るのには難しく、負担がかかる。また、知識も豊富なケアマネジャーが作成するケアプランの方が利用者にとってもより良いサービスが提示できると考えるため。
- 高齢者の介護・生活支援に関する総合的な相談・サービス調整を行う在宅介護支援センターを区内13地区に19ヶ所設置し、必要なケアマネジメントが行われており、利用者からも信頼を得ていると思われま

す。またケアマネジャーがケアプランを作成することにより、サービス調整・手続き等ご家族の負担が軽減され、ほかの部分への対応ができるというメリットもあるといえるのではないのでしょうか。

- ケアプランの作成にあたって介護支援専門員の知識や助言が必要と思われる場面はおおく自己作成には、リスクが伴うため積極的に普及していくべきものではないと考えております。
- 介護支援事業所数や業務サービスに、非保険者の満足や信頼がある。
- ケアマネジャーが利用者と事業者間のサービス調整の役割を担うことで利用者に適したサービス提供が行えるため。
- ケアマネジャーが専門的に関わる保険者としての安心感
- ケアマネジャーは制度創設当初から制度の要とされているため、ケアプランの作成については、利用者とケアマネジャーと協働して作成することが望ましいと考える。
- 専門的な知識・経験のある、ケアマネジャーが作成するのが最良と思うため。
- 介護支援専門員が介入することで、利用者自身の気づかないことが見つかり、自立支援のためのプラン作成につながっていると感じるため。
- ケアマネジャーの支援や指導を行っており、新規ケース等のケアプラン検討会を以前より定期的に開催している。第三者の目でアセスメントし、必要と思われる手段を提案できる方が、状態の維持につながるのではないかと考えている。ケアプラン検討会の中で、過剰なサービス提供となっていないかも確認しているので、今のところ、自己作成の普及については消極的である。
- 現時点では介護支援専門員が充足しているため。
- 本人の意向や個性を尊重したプラン作成はケアマネジャーであってもしなくてはならないことであるから。
- 介護支援専門員のレベルアップを優先して実施しています。今後状況を見て検討していきます。その中でセルフプランの重要性も再確認できるものと考えています。
- 自己作成は、その実務において市職員等によるサポートがかなり必要であり、制度上介護支援専門員が設置されているにもかかわらず、あえて他の財源から必要な人員配置をすることになる。
- 介護支援専門員と相談して作成することで、十分良い計画はできると考えます。
- 小さな村であるので、ケアマネジャーが地域の実情を把握しておりケアマネジャーに相談しやすい環境にある。
- 今まで市の相談窓口にて自己作成となった利用者は、
 - 1 他人に入って欲しくないと家族が主張する（要介護者に合わせたくない、家に入れたくない）。
 - 2 他人に同じこと（アセスメント等）を何回も質問されたくない。
 - 3 サービス利用が単品（福祉用具・通所介護のみ等）で助言しても受け入れない。
 - 4 虐待疑い、または同居家族の判断で利用者本人の支援となるプランができない。1～4の事例は、要介護者を受診させない、サービスの利用を制限している等虐待を疑わせる事例において、行政やケアマネジャーの介入を拒否するために、自己作成の利用を希望する場合が多い。介護の密室性を防ぐためにも、介護支援専門員によるプラン作成が必要と考える。
- 介護支援専門員の資質向上に伴い、より良いケアプラン作成が期待できるようになった。
- ケアプランチェックを行い、適正化に努めているため。
- ニーズに即したプランの作成に無理があり、専門家により作成されることが望ましい。
- 介護保険制度におけるケアプランは医療保険における医師が診断並びに処方において果たす役割の一部に類するものであり、医療保険における施術や薬の処方が被保険者本人の判断により行われないことと同様に、介護保険におけるサービス提供も専門家の判断により行われることが結果として被保険者本人に対する最適なサービス提供につながるものと考えます。
そのために介護保険制度では居宅介護支援事業所に介護支援専門員という計画作成の専門家を配し、その計画作成にかかる費用については利用者の負担は無いものとしているところです。
- 身内よりも専門的知識のあるケアマネジャーが作成する方が望ましいと考えるため。
- ケアプラン作成の専門家である介護支援専門員を活用した方が、利用者と家族の負担が軽減される。

- 自己作成の希望があれば支援したいが、まず初めは専門家の意見を聴く意味で専門職に作成を依頼し、制度への理解向上に努めてもらうことの方が大切ではないかと考え、今は積極的な普及は考えていない。
- 適切なケアプランを作成するという観点から、客観的な視点で見た方がよいのではないか。あるいは、作成に関して専門的にやっている介護支援専門員が作成した方がいいのではないかと考えるから。また、利用者、その家族の負担も少なくて済むと考えるから。
- 市内のケアマネジャーは優秀で信頼できる。
- 居宅（予防）サービス計画の作成その他介護保険サービスに精通した介護支援専門員が作成するのが好ましいため。
- 介護支援専門員が作成するので、特に積極的に利用者に対して周知する必要はないと考えます（介護支援専門員数ある程度確保できているので）。
- 介護保険の制度上、ケアプランの自己作成は可能とされており、利用者又は、家族が希望する場合においてこれを拒むものではないが、ケアプラン作成には相応の知識並びに経験が必要と考える。保険者としてはケアプランの自己作成の普及以前に、介護支援専門員に対する指導及び助言により、利用者又は家族の納得できるケアプランを作成するスキルの習得を促すことを優先すべきと考える。
- 介護支援専門員の専門的見地からサービス計画を作成するという当初の理念から外れており、整合性を見いだせないため。
- ケアマネジャーがケアプランを作成するのを原則としている。自己責任でプランの作成を行うのは無資格者では容易ではない。
- 居宅介護支援事業所に依頼したほうが、介護報酬の請求などの手間がかからない。
- ケアマネジャーによる作成で本人や家族と相談により意向を反映させることが十分にできると思われる。
- ケアマネジメントに基づいたケアプランであってほしいと思っているため。
- 介護保険制度自体のメリットとして「介護支援専門員の存在」を感じている。できればケアマネジャーを利用してもらい、サービス調整だけでなく様々な相談を持ちかけてほしいと感じている。そのため、自己作成のプランの推進よりは、個々のケアマネジャーの資質向上に力を入れている。
- ケアプラン作成は介護保険制度の中に位置づけられている介護支援専門員の業務である。今後も適切なケアプラン作成に向けての介護支援専門員の資質の向上を優先に考えていきたい。
- 介護支援専門員としての本来あるべき姿が質の高いケアプランの作成であると考えている。
- 自己作成により住民の知識は高まると思うが、せっかくの専門職として専門性を高めることの方が効果的であると考え。
- 現在のところ、要支援、要介護とも介護サービスが必要な方については十分介護支援専門員で対応できている。自分勝手なプランになってしまい、医療介護面からもややもすると反れてしまう危険性がある。
- 13－2の項目が心配されるため。
- 介護支援専門員の資格を持った人に依頼すればよいので。
- 現実的にケアプランを自己作成しようとする、また、できる人が少ない。また、ケアマネジャーとの相談の中で、十分対象者の要望や必要と思われるサービス提供ができていると認識している。
- 町内の現認定者は、現在ある事業者で対応可能である。
- 手続きが複雑なため、プロのケアマネジャーにお願いした方がよいと思う。
- 必要なサービスの見極めには勉強が必要なため難しいように思う。
- 専門的知識・経験・人脈を持ったケアマネジャーに頼むほうが、円滑にサービス利用ができ、利用者の負担にならないと思われる。
- ケアプランを作成するに当たっては、介護や医療、福祉その他専門的な知識が必要であり、介護支援専門員による作成が望ましいと思われるため。また、作成しようとする者に対しての相談・援助体制が整っていないため。
- 居宅介護支援を受ける場合、専門資格を持った介護支援専門員が業務に当たるため自分では気付かなかった日常生活における課題の抽出及び当該課題の解決が可能となることがある。

- 自己作成の場合、サービス事業者の細かい特徴などの情報把握が困難となりがちである。
- 自己作成するとなると、各種の情報収集や事業者への連絡・交渉・給付管理等を全部自分でしないといけなくなる。介護保険知識を幅広く持った専門家であるケアマネジャーにプラン作成を依頼されたほうが良い旨の説明をしている。
- 専門職に任せた方が良い。
- 制度が複雑な為の専門職であり自己作成は不要。
- 現状として専門的な知識を有する者が利用者に適されたサービス計画を立てることが望ましいと考えるため。
- 介護支援専門員の存在価値がない。行政でのチェックに負担がかかる。
- 医療、福祉などへの詳しい専門職に関わる方が、サービス利用や体調管理などにおいて良好と思われるため。
- 介護支援専門員がいるので必要ない。
- 個人では新制度などの情報収集が難しく、専門のケアマネジャーに依頼した方が間違いが少ないと思われるため。
- 利用者や家族に負担がかからないようにケアマネジャーという専門家が存在するわけであり、自己作成のニーズはほぼ皆無である。
- 保健、福祉等の専門家であるケアマネジャーが要介護者のニーズに適応したサービスを組み立て、ケアプランを作成することが基本と考えているため。
- 家族にとっても相談できる専門家がいたほうが安心。負担もかかる。
- ケアマネジャーの研修会を開催し、ケアマネジャーの資質向上を図っており、より家族や本人の意思に近いケアプランやサービス提供に努めているため。
- 専門職である介護支援専門員の行うアセスメントを受けておらず、適切なケアプランとならないおそれがあり、介護保険制度に介護支援専門員が設けられた趣旨にそぐわないため。
- 当市被保険者が現在利用している居宅支援事業所に特に問題がなく、自己作成についてのニーズが見られないため。
- 介護に携わっている家族が、プランまで自分で作成することは無理である。専門的に研修を受け資格のある介護支援専門員が作成する方が良い。
- 当市は、地域包括支援センターはすべて委託しています。そのため、平成18年度の開設から各地域包括支援センターにおける地域支援事業の共通理解と実践活動の向上を優先してきました。又、保険者としては、居宅介護支援専門員のケアプラン作成の資質向上をめざしてケアプラン適切化事業に取り組んでいます。このため、ケアプラン自己作成の周知や地域包括支援センターとしての積極的関わりは、現段階では具体的検討課題としていません。
- ケアプランの自己作成制度の趣旨は、離島や山間地域といった、身近に居宅介護支援事業所がない場合、やむを得ず自己作成を行うものであって、身近に事業所がある場合は、ケアマネジャーに依頼するのが介護保険制度の趣旨であり、そのためにプラン作成費が全額保険で賄われていると聞きました。
- 自己作成は県の指導監査の目が届かないところにあり、ケアマネジャー制度が基本と考える介護保険制度の形骸化につながる恐れがあるため。

【居宅介護支援の利用者負担がない】

- 居宅介護支援の自己負担がなく、金銭面のメリットがほとんどない。
- ケアプラン作成に自己負担がかからなく、また自己作成を行うには専門知識が必要となってくる。
- ケアプラン作成や必要なサービスの利用などは専門的な知識がないと難しく、それらをケアマネジャーに依頼しても利用者負担額は発生しないため。またケアマネジャーがいれば介護に関していつでも相談でき、必要に応じて訪問もしてもらえるから。
- 利用者にとっても居宅介護支援については自己負担がない為。
- 居宅介護支援は個人負担がないので、手間（サービス事業所の日程調整、提出書類の作成等）を考えると、自己作成プランは効率的ではないため。

- ケアマネジャーが作成しても利用者の自己負担はないため。
- ケアプランの自己作成は全額が保険給付となり、利用者に負担はかからないため、わざわざ自己作成する必要もないと思います。また介護の知識を幅広く持ったケアマネジャーに任せて、利用者は希望を伝えるだけで十分だと思います。
- ケアマネジャーの支援は公費で10割負担することとなっており、ケアマネジャーをつけることが原則と考えています。

4. 保険者ではなく、被保険者が選択するもの

- 介護を受けているご本人が立案することは困難で、相談のほとんどがご家族である。介護しているご家族が立案するのは、サービス事業所との調整もあり、介護負担の他の負担が発生する可能性があるため、自己作成の方法を説明した上で、自己作成するか否か、申出人に判断していただいている。
- 自己作成については、被保険者が選択するものととらえております。
- 市としては、介護保険給付が適正に行われることが重要ですが、ケアマネジャーへ依頼するのか、自己作成か、どちらが適正かの判断は難しいです。

5. その他

【国・県の方針である】※（32～39ページ参照）

- 自己作成を希望する利用者に対しても居宅介護支援事業所の紹介や仲介を行うよう「介護報酬の解釈 平成21年4月版」（社会保険研究所）等に記載されているため。
- 社会保険研究所出版「介護報酬の解釈」（H21年4月版）p498にもあるとおり居宅サービス計画は、原則として居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するものであり、市町村などは、自己作成希望する利用者に対しても居宅介護支援事業者への紹介や仲介をおこなうとあるため。
- 全県的に積極的でない為。

【心配要因がある】

- 虐待等困難事例の把握が不十分となる可能性がある。
- 結果的にみなしのプランとして取り扱うことには支障がないが、個人作成の手に余った時、介護支援専門員に依頼することになるが、プランの整合性や本人の理解を得にくくなり、トラブルになりやすいと考えます。
- 特に困難な事例でケアマネジャーが手を離すことが考えられるため。
- 居宅のケアマネジャーに予防プランを委託するが「介護予防」としてのプラン作成、サービス利用が十分と思えない中、自己作成の中で「介護予防」の視点を持ってサービス活用をすることは、今の状況ではむずかしいと感じている。サービス提供事業者も「介護予防」の視点をもってサービス提供が十分できている現状もないため事業者の質の向上を図ってからでないと自己作成による実動的な介護予防サービスの活用は難しい。
- よく話しを確認すると、事業所（訪問介護・知人のケアマネジャー）の人に言われて自己作成を希望するといってくるケースであった。
- 事業者とのトラブルなども増大しかねる恐れがある。
- サービス事業所が故意に自社サービスの利用を誘導する可能性あり。
- 本来保険者としてかわりがある介護保険課が業務担当でないので、まったくカヤの外という状態。

【以前の事例から】

- 以前セルフケアプランの相談があったケースは、家族からのクレームによる困難事例により担当するケアマネジ

ャーがいないという状態でした。家族にはセルフケアプランの意思はなく、ケアマネジャーを交代することで一応の解決となっています。

- ケアプランを自己作成することにより、自身（あるいは家族）の生き方や介護そのものに対する考え方を整理することができ、人任せにしないプランが作成できるという意義は重要なものだと考えます。しかしながら、当市への自己作成をしたいという相談に来られた方とお話をすると、事業所やケアマネジャーに金を払いたくない、ヘルパーが自分の言うことを聞かないので直接命令したい、事業所が信用できないためと動機を説明される方や、介護保険制度について誤解を持った方が多くいらっしゃいます。また、事務的な手続きを嫌われる方もいらっしゃいます。こうした誤解を招き、効率よく、適正に介護保険を利用していただくためには、行政側がどこまで援助の体制を整備できるかという課題があります。自己作成という名のもとに、行政がケアマネジャーの事務的な手続きを肩代わりしながら、誤解や無理解などでご本人のためにならない介護サービスも行われるようなことがないようにするのは、現状では困難を感じます。
- 相談があったケースは、親族でケアマネジャーの資格を持っている者が無償で行うというものであった。現実的には遠方に住む親族が定期的にケアプラン作成を維持できるのか疑問であると判断した。その他のケースは出てくるたびに対応を検討する。
- ケアプランに関する相談は年に1件あるかないか程度であるが、その内容を確認してみると現在の担当ケアマネジャーへの不満によるものであり、サービスの必要性和サービス調整に対する利用者（家族）の理解が得られておらず、自己作成すれば思い通りにサービス利用できるのではないかといった誤った認識で相談してくるケースが大半であった。
- 自身でケアプランを作成したいと相談してきた事例が現在までない。現在1名自己作成の実績があるが、これは当該者が市内の全ての居宅支援事業所とトラブルを起こし、仕方なく自身で行っているもの。

【必要がない・考えていない】

- 特に検討したことはない。
- 必要性がない。
- 現在の状況で十分と考えている。
- 現実的なことではないと思うため。
- 必要はないと考えるためです。
- 家族は家族としての役割に専念してほしい。
- やむを得ない事情により自己作成とすることはあるが、普及に関しては、積極的な姿勢であるとはいえない。

B. ケアプラン自己作成に対する自由意見

1. 自己作成についての意見

【意義】

- 自己作成は、制度理解がすすむ良い面があることは理解している。
- 軽度な方の介護予防プランの一部について、自己作成することは、目標に対するモチベーションの向上が期待される。
- 要支援の方などは、自己プランがもっと普及すれば自分で立てたほうが介護予防にもつながるし、地域包括が予防プランでパンクし、本来業務に手が回らない状態も回避できる。一石二鳥。
- 担当者として“自己作成”は非常に意義がある制度だと思っています。
家族や利用者が介護保険制度や制度外のサービスについての理解が深まることで利用者や家族の実情や要望に即したサービス利用にスムーズにつながり、介護が必要となっても“その人らしい”生活を送れるのではないかと思います。
ただ“その人らしい”生活を営むために、適正な給付ではないサービス利用を望まれたり、サービス提供事業所やヘルパー等に、保険給付できないような過剰なサービスを望まれたりするときに、ケアマネジャーがいないことで、対応が遅れる事があるのではないかと多少の危惧を抱いています。また、利用者の状況については月に1回の提出時にしか確認を行っていないため、サービス利用が適正か否か判断しにくい場合があります。
- 個人的には、予防給付等は、ある程度、自己作成の方が法の理念と合致すると思われる。
- 介護保険制度そのものにおいて、利用者本位の仕組みで自らが数あるサービス（事業者）の中から選んで決定するという方法が醍醐味であるとともに難しい状況を生んでいる。
このことは、認定結果を通知された本人や家族からの次のステップでの相談を通して負担となっていることが強く感じられるだけでなく、認定申請の段階からも訴えは多い。居宅介護支援事業者を決めるだけでも時間や労力がかかる中で大変であるという方ばかりで、自らケアプランを作成するというところにまで至らない。
- サービスが福祉用具貸与のみという場合、自己作成にして居宅サービス計画費を節約できないかとは考えたことがあります。
- 単品（福祉用具のレンタルなど）サービスなどは、ケアプラン料の給付を抑制するには最優先に取り組む必要があると思います。介護者（本人）の負担がもともとないので、積極的には働きかけにくいと思います。介護者の力量や意欲に加え、自己作成者に対する物資的サポートが具現化すれば、より多く取り組めると思います。
- サービス提供に関してよりも、自分でケアプランを作成するという作業自体が介護予防につながると思います。
- この度のアンケートによって自己作成の意義を確認する良い機会となった。利用者への自己作成についての情報提供を行い、地域包括支援センターという専門職を配置している相談窓口をうまく活用し、自己作成への相談・援助を図りたい。

【こんな取り組みをしている】

- 利用者自身が、専門的な知識を身につけ、自身の生活、とりわけ介護に関するマネジメントを実施することは非常に有益なことと考えます。しかしながら、現段階で自己作成についての市民や事業所の認識は、そこまで至っておらず、サービス事業所が利用者に代わって作成するような自己作成の相談もあるのが現状です。サービス事業者が利用者にアドバイスを行って、利用者自身が作成するのであれば望ましいのですが、そのアドバイスに当該事業者へのサービス利用誘導等が縣念されるケースがあるのも現状です。行政側に相談があった際には、そういう点を含め利用者自身の想いを聴き、作成する能力があるか、またサポートにより作成が可能かをスクリーニングしています。支援により作成が可能な場合には必要な支援を実施する準備はできていますが、現在2名程度の利用者のみとなっているのが、現状です。
- マイプランを受ける基準を設け、それに合致するものは当然に受けるし、条件を満たさないものはお断りしている。

- 当市においても、年に数件、自己作成のご相談をうけつけております。ご相談にこられる方の傾向としてケアマネジャーに不信感をお持ちの方、介護保険制度の矛盾に納得できない方、もっと気軽にサービスを利用したい方などが多いように見受けられます。
- 適正な介護サービスとは自由気ままなサービス利用ではないことをお伝えしていると同時に、一定の専門知識を要することから、いきなりケアプランの自己作成は難しいと考えますし、お勧めできるものではありません。一方、自己作成をご希望される方は一生懸命に家族介護をされておられる方も多く、仕事と介護とケアプランの自己作成をすべて同時におこなうことが物理的にはできず、結果としていまだに自己作成にいたったケースがない状況です。今後も引き続き自己作成を希望される方のお申し出があれば、市・地域包括支援センターとともに相談や情報提供の援助をおこなっていく姿勢であります。
- 利用者やその家族が、自分や家族の「介護」について主体的に考え、介護予防に前向きに取り組む為等でケアプランの自己作成をすることについては、尊重し支援する体制は整えている。
しかし、本市としては、これまでも国の示す適正化事業（ケアプラン検証）に積極的に取り組んでおり、市内のケアマネジャーについては、利用者の意向を尊重しつつ専門性をもって適切に支援していると認識している。
また、制度の改正や介護保険事務の専門性が高まる現状では、今後もますますケアマネジャーの質の向上を強化していく必要があると捉えており、指導していく予定である。
利用者本人や家族においても、こういった状況を理解いただいた上で、自己作成を選択されるのであれば、必要なアセスメントからのプラン作成の一連の作業は実施してもらう方向でパンフレットや書式を準備している。
- 介護保険制度について相談を受けたり周知を図ることや、事業所との連携等は、もともと日常業務の一部であるため、自己作成によって保険者の業務量が増大するという認識はありません。自己作成とケアマネジャー作成を選択できる現行の制度は、ご利用者の状況（要介護度やご家族等の介護への関心の強さなど）によってうまく使い分けられる良い仕組みだといえますから、どちらか一方を評価するのではなく、ご要望に沿って側面的に支援していくという体制で臨んでいます。
本市では、継続的な自己作成の事例は非常に少ないですが、
①利用サービスの種類が少なく、事業所との調整が容易。
②当初はケアマネジャー作成でサービスを利用し、自己作成する自信がついた時点で移行
といったケースがありました。どちらのケースも、自己作成される方の精神的な負担感が少ないという環境が整ったから可能であったと思っています。
今後、自己作成を普及させていくためには、上記②のようなアプローチが効果的ではないかと考えます。
自己作成とケアマネジャー作成は相反するものではありませんので、それぞれの特徴を上手に生かしながら、介護保険サービスを効果的に活用していただきたいと思います。
- 自己作成に対しての指導や助言はある程度は可能であるが、制度の理解およびケアプラン作成の一連の知識がなければ自己作成をされる方にとっても負担が多大になると思われます。真のニーズの捉え方が困難な場合もありうるのではないかと思います。指導を十分おこなうことで可能となるとは思いますが、ある程度の時間を要すると思います。

【こんなケースは自己作成が可能】

- 自己作成は、障がい重い方で家族が介護を担っているケースで、ある程度の期間の介護経験とサービス利用されていて、必要とする介護を十分理解されている方であれば、自己作成がある程度可能であると思われます。その要件がクリアーされる方を限定するのであれば、制度見直しをして自己作成しやすい環境にするのもよいと思います。
- 保健・医療・福祉に携わったことのある方等、相応の知識と経験を有する者であれば自己作成も可能であり有効と考える。
- 介護保険制度開始10年を間もなく迎え、利用する方にもケアプランについての知識を有する方が増えているこ

とから、セルフケアプランを希望される方が、今後増加することも考えられます。ただ、独居の方や高齢者世帯のケースであると、書類作成が煩雑であること、またケアマネジャーの役割りが単なるプラン作成にとどまらず、ケア全体のコーディネートの役割をも担っており、個人ではそのフォローが難しいことなどもあり、事実上セルフプランを選択できるのは、家族がサポートできるケースに限定されてしまうとも思われます。

- 本市では、継続的な自己作成の事例は非常に少ないですが、
 - ①利用サービスの種類が少なく、事業所との調整が容易
 - ②当初はケアマネジャー作成でサービスを利用し、自己作成する自信がついた時点で移行といったケースがありました。どちらのケースも、自己作成される方の精神的な負担感が少ないという環境が整ったから可能であったと思っています。
- 今後、自己作成を普及させていくためには、上記②のようなアプローチが効果的ではないかと考えます。
- 【こんな取り組みをしている】と一部重複

【問題点・疑問点】

- ケアプラン自己作成にあたっては、それに引き続くサービス事業者との契約や担当者会議、給付管理、トラブル対応、アセスメントなどの専門的な分野の知識も必要。
また、訪問介護によるいわゆるグレーゾーン問題など、専門家であっても判断に迷うケースも多々あり、現在はそんな場合にケアマネジャーが調整を行っている部分もある。そのような、現場のニーズと法とのずれの問題の解釈・対応を中立的な立場で利用者自身で行えるのか、という懸念がある。
- 介護保険は公金を投入する公的制度であり、ある意味で、すべての利用者のニーズにすべて応えきことは事実上不可能である。それをきちんと理解して、自分自身のニーズと、介護保険に対して求めるべきサービスの振り分けをきちんとできる覚悟が必要。
また、利用者が自分自身でケアプランを作成することもちろん尊重すべきではあるが、「自分自身の自立」のためにあえてサービスを使わず自分で動こうと努力すべき部分もあるはずで、その部分を、プラン作成の際に利用者自身で客観的に冷静に判断できる覚悟と認識が必要。
- ケアマネジャーに対して、単に「ケアプラン作成担当者」という位置づけだけで捉えるのではなく、本人のニーズを介護保険の制度に合わせてアレンジする「アドバイザー」として捉える認識が必要ではないか。その上でケアプラン自己作成を論じるべきではないか？
もちろん、ケアプランを自己作成することで、「自分の介護を自分で考える」ことに繋がるので意義あることだと思うが、自己作成でしかそれが実現できない訳ではない。自分のニーズを一番知っている利用者自身と、介護保険サービスに精通しているケアマネジャーの連携・支援体制であっても、利用者が自分の介護を自分で考えることは可能と考える。
- ケアプランをケアマネジャーに任せる場合には、「意思疎通がうまくいかない」とか「ケアマネジャーに特定のサービス事業者に偏ったプランを立てられる」というトラブルがあるのは事実であるが、一方で、ケアプランを自己作成する場合には、「制度やサービスの利用方法、給付管理などを把握するのが大変」だとか「トラブルが起きたときの対応は？」「客観的に見て本当に自分の自立に最適なプランを立てられるのか？」という課題もある。幅広い視点で考えることが必要。
- 自己作成をするのも一つの選択肢であり、利用者および家族が介護保険制度を理解する機会を与えるものである。しかし介護のプロではないものが、ケアプランを作成することで、利用者自身や家族が楽をするプランを立てる可能性は高く、介護保険の目的である「自立した生活を営むことができるような力をつける能力」を低下させてしまうことが十分に考えられる。
- 自己作成については、家族でも親族でもなく被保険者本人が行うものと考えているが（平成 18 年に厚生労働省に確認済み）、市に対して行っているのはサービス提供事業者による代行申請が多く、被保険者自身が給付管理を行っているのかどうか不明瞭である。

また、給付管理業務についてもケアマネジャーと同等のことは行うこととなるため、保険者は勿論地域包括支援センターなどに確認しながら行ったとしても 3 年ごとに改正され、各種サービス利用の算定の仕方・加算等複雑化している現状も重なっておるため、自己作成を行うことは非常に困難であると考える。

- 現在のケアマネジャーは専門性を持った資格者が行っており、運営基準に沿った業務が為されていないと指導による報酬返還などペナルティが課されることとなり、それがあ種の不適正なプラン作成の抑止効果となっている。しかし自己作成プランとなるとその様な報酬に対するペナルティなどは存在せず、プラン自体の適正は利用者自身に委ねられることとなり、ケアマネジャーのような第三者が立案する場合と異なり客観性を欠いたプランになる恐れがある。
これを回避するには保険者がここのプランを検証する必要があるわけだが、そのためには専門の人員を整え、当人の生活環境・身体状況などを書面でなく実際に訪問し会話したり見たりすることで把握することが前提として必要で、ケアマネジャーが存在する現在の制度で保険者自らがそれら本来のケアマネジャー業務をすることの意義も疑問である。
- サービス提供事業者との連絡・調整も基本的には自己で行うため、素人であると難しい。また仮にそれらを行い、過剰なサービス設定であったと判断しても、実際にそのプランを利用者にさし戻してプランの再作成をおこなわせることは非常に難しい問題に思える。
よって自己作成プランを全国的に広く推進しようとするならば、現在の介護保険のシステム自体を抜本的に構築し直す必要があると考える。
- 現行の居宅には十分なアセスメント、自立支援の視点でのケアプラン作成が求められている。果たしてその視点、その知識、制度の理解を持って、セルフプラン作成ができる住民が何名いるのだろうか。又、その方法について行政として普及啓発できるのだろうか・・・1 割で利用していただくために取り組まなければならない仕組みは？等、不明な事だらけです。
- 自己作成における手続き、ケアプランの作成（1 表～3 表）、サービス担当者会議の開催が必要かどうか、保険者としての支援の内容等が不明確である。
- 一個人の意見ですが、ケアマネジャーと対象者、家族が十分話し合い、その上で立案したプランであれば、誰が作成しても変わらないのではないかと思います。また家族だけで悩んだり判断するのではなく、専門家のケアマネジャーに相談することで家族が抱える気持ちの上での介護負担も軽くなるのではないかと思います。
- 介護保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行わなければならない、利用者、家族だけで居宅サービス計画を作成するには、制度を十分に理解してもらう必要がある。
- 介護保険の啓発や個人の勉強の機会にはなるが、利用者の状態を客観的に判断し、プラン作成からサービス提供・評価までの一連したプロセスを市民が習得することに時間がかかる。
- 単に、素人はケアプランを考えるのは難しいというだけではなく、さまざまな要素が複雑に絡み合って、自己作成を難しくさせてしまっているように思います。
- 手間がかかるのはもちろんだが、自己作成は 1 人の視点に偏ってしまう。第三者がやるのが妥当ではないかと思う。
- 本人より介護者中心のケアプランとなる可能性もあり、本人の身体機能の向上に結びつかなくなることも懸念される。
- 自己作成の大切さは理解していますが、アセスメントによりデマンドではなくニーズに基づいたプランにならないと悪化につながることもあるため注意が必要です。
- 適切なケアマネジメント、適正な給付が図られるか疑問。
- 介護者がケアプランを作成する場合、介護者に都合のよいプラン、サービス利用となる恐れがある。処遇困難ケースに対応するために、第三者であるケアマネジャーを介し市や包括支援センターがかかわれることがある。またケアマネジャーが家族・親族の調整をすることができる。自己作成することがよい家族ばかりではないと思う

が、関わってみなければそれが分からない。

- 自己作成となると、どうしても手前勝手なプランになりがちだと考えられる。
- 適正な自己作成ができるのか不安。
- 利用者・家族の思い通りのプラン作成になりやすいと考える（給付費増になる）。
- 介護認定＝ケアマネジャー必要、という世の中の考え方があると思います。市民への説明でも自己作成という方法がある事は示していません。
普及させるとすれば、別の意味で保険者なりの援助方法や担当者を作るなど、結構大変だと思いますが、利用者さんによっては、自己作成する事で、もしかしたら、自分の目標が立ったり、自立できるのかもしれないと思う人がいます。
いずれにしても、しっかりとした体制づくりが必要だと思います。
- 自分で決めて自分で評価責任を取るのに越したことはない。給付も下がるだろう。しかしそこまでできる位なら認定されないでしょうとも思う。

【メリットは？】

- 制度上、自己作成しやすい条件が整っていないため、自己作成することで在宅介護上便利なが具体的には示せない、現状のままではないか。
- ケアプランを自己作成することのメリットが明確でない。
- 計画作成費が全て自己負担ゼロの現状で、自己作成を進める理由が今のところ見当たらない。初回の申請時に説明はしているが、当市でも娘がケアマネジャーだという方の作成でサービスを受けているだけである。普及は難しいように思われる。
- 現在、計画作成費はケアマネジャーに依頼しても 10 割保険で給付されるため利用者にとっても自己負担が発生するわけでもない。
- 現実的なことではないと思う。全国で普及していないのは、その必要性が低いからだと思う。
- ケアプラン作成に対し、自己負担の生じていない現状での普及は難しいのではないのでしょうか？
- 自己作成によるメリットや保険者負担について共通認識が浸透されていないため、取り組みの方針が決められない保険者が多いように思われる。国から取り組みの方針が明確にされないと、多岐に亘る業務の中での優先順位は低くなり、当該制度の活用は進まない可能性が高いと考える。

【こんなことが必要・こんなものがあれば・今後の姿勢】

- 自己作成が普及することは良いことだと思いますが、書類の作成など大変な面が多く、今の現状では難しいと思います。利用者をサポートしていけるような体制づくりも必要だと思います。
- 自己作成の普及をしていくのであれば、一般の方向けの学習会等の場が必要だと思います。
- 自己作成の具体的な流れや手続き等をマンガ形式等でわかりやすく、理解出来るようにして、作成し広めていただきたい。サービスが数種類に及ぶとき等の給付管理を市民対象に研修会を全国的に回数を重ねて開催すればより理解が得られると思われる。
- 農家の高齢者世帯が多い地域で手続き、手配などが多いので、現状、ニーズはないと思われる。但し要望が認定者からあれば相談には応じる。
- 一部でも「自己作成したい」という方がいる事を考えれば、早急に「支援マニュアル」を作成し、対応の準備をしたい。
- 現在の実績なし。住民の方への PR が必要と思われる。
- 複雑な介護保険制度を理解し、適正な計画を作成することを個人で行うことは困難だと思われるので、貴会のような団体のサポートを受けながら作成することができるようになれば普及が進むのではないかと考えます。
- 普及が進んだ場合、ケアプランチェックなどの業務を適切に行える行政職員の育成の機会（研修など）が必要に

なってくると思います。

- 自己作成希望者がいて、その希望に対する助言・相談・チェックの全てを包括や居宅事業所におまかせするのもおかしい。今後ケアプランの自己作成希望者が増えてくるのは目に見えており、そのための受け入れ体制を整えるためにも、ケアプラン自己作成に対する全国の自治体での取り組み状況を知る機会や、ケアプランチェックに関する指導研修など、もっと受け入れる側の体制を整えられるようになれば良いと思う。
- ケアプラン作成に自己負担が発生すれば、自分で作成しようとする人もでてくるのでは。
- 自己作成を推進するのであれば、ケアマネジャーが受けているような研修と同じような説明や研修が必要。もしくは、専門職のフォローがあれば可能。
- 自己作成を普及するには、もう少し利用しやすい制度改正が必要。
- 現在の煩雑な手続きを簡単なものとし、素人でも作成できるものとなれば、普及していくのではないか。
- 自己作成ならば必ず全て本人や家族の希望通りのサービス利用が可能となるような誤解を招く周知文を見かけることがありますので、自己作成であっても保険者として必要性を認めた場合は、ケアプランの内容の是正について助言、指導をさせていただくことがある点を周知していただければと思います。
- 本人、家族が自己作成できるような書式を準備しないと普及しないのではないか。
- ケアプランの自己作成については、国レベルでの統一マニュアルが必要になってきていると思う。
- 行政だけでなく、サービス提供事業者や包括支援センターが自己作成について理解を深めることが必要。利用者や家族が介護保険制度について理解を深め、自立支援の考え方を認識することから始めなければ制度の維持が難しいと思われる。
- 今まで暫定のサービス利用以外に自己作成したケースは、身内に資格を持つものがいたためセルフケアプランが可能だった。知識や経験がないものの場合、受けたいサービスが本当に利用者に最適なサービスか確認・支援していく体制が保険者にないと、素人だけでは難しい。地域包括支援センターと連携をとりながら、定期的な訪問も必要と考える。
- 自己作成を普及させるためには、給付の適正化も含めて考えていく必要がある。保険者単位では、給付の適正化も含めて考えていく必要がある。保険者単位では、給付費抑制を目指していることから、消極的になりがち。
- 保険者だけでなく、事業者、家族、学識経験者などから広く意見を聞き、国としての方針・施策を打ち出していきたい。ただ、自己作成が普及すればプラン作成量が抑えられるので、保険料が下げられるのでは…。
- 介護保険サービスの対象者は増えていく一方である。自己作成を推進するなら、忙しい介護支援専門員に対応させるのではなく、対応する職員に別に位置づけてほしい。
- 自己作成することで利用者本位のプランができるとは思いますが、その作成を支援するシステムがないと普及しないと思います。
- 今後希望者が出る可能性はあるため、先進的事例は参考にしていきたい。
手続き等事例があれば参考にしていきたい。
- 本市では介護保険システムにも自己作成者はいないことを確認しました。今後提出させる方がいるかもしれないので、対応の準備をしようと思いました。
- 介護保険は制度が複雑なため、利用者が自己作成を行うのは厳しい現状。ただし、新に利用者や家族が自己作成を希望する場合、保険者として、十分な指導と協力を行う必要がある。
- 当市ではまだ自己作成の実績はありませんが、地域包括支援センターと対応については協議していて、自己作成できる体制を整備して行こうと考えています。しかし具体的には流れや提出書類など分からないことが多く、勉強中です。ケアプランを自己作成したいという方が見えたら積極的に対応していこうと思います。
- 自己作成の相談自体、年間 1 件に満たない程度であるため、事務処理の手続等検討するのも、手探り状態です。
自己作成についてはよい点もあれば悪い点もあると思いますが、基本的にはケアプランの内容も確認しながら相談に応じてゆきたいと思っています。
- ただ、自分のことは自分がいちばんよくわかるかといえ、そうでないケースもあろうかと思っています。逆に

自分のことだから客観的に見れないこともあるのではないかな、とも思うので、自己作成の相談に応じる際には、ケアプラン1表・2表に記載されたアセスメント部分を確認しながら相談を受けてゆくことになるのかな、と感じています。

- 当市においては、今までにケアプランの自己作成の申し出、相談は1件もない。
- 今後については、ケアプランの自己作成について検討が必要になってくると考える。

2. 困難な現状

【行政側の現状から】

- 日常ケアプラン作成に従事する事がないので、間違っただけの事を伝える可能性もあり、そうすると事業者と利用者にトラブルの原因を作ってしまう事にもなり避けたい。
- 制度理解など、担当しているものでも大変なのだから、輪をかけ困難性が高い。また、それに伴い、行政の手間も増えていく。
- 小規模な自治体では、職員数に限りがあり対応できない。
- 行政として、自己作成をする方へのサポート体制が整っていないため。
- ケアプランを見れる職員配置がなく、主任ケアマネジャーの確保の見込みがなく、取り組みは厳しい。
- 自己作成を本気で推進するためには、行政の負担が大きく、定員管理上職員が削減されている中では難しい。また、本人の負担も大きい。
- 自己作成も制度上定められていることであり、理解はしているが、現実スタッフは市役所のように細分化されて配置されているわけではないので、需要がないものは後回しにされてしまう状況である。
- 自己作成のケアプランが提出された際には、相談・助言をするように考えている。だが、そのための十分な体制が整っていないのが実情。それには行政職のケアプランに対する知識不足も大いにあると考えられる。
- 小規模市町村においては、専門職の人材確保が難しく、ケアプラン自己作成希望する住民がいたとしてもサポートするのが困難。
- 給付の適正化を図る上からも、よいことだと思いますが、保険料の算定、徴収、認定や給付費のチェックをひとりでやらねばならない小さい自治体では当面難しいと感じます。
- 行政として支援する必要はありますが、行政職員も現場の経験がないため、消極的になるのは避けられないと思います。
- ケアプラン作成の方法を勉強し、自己作成しても、介護サービス事業所との手続きに手間がかかる。また、介護制度も短期間で変わっており、素人の方が対応していくためには行政の負担が増えると思われる。
- 直営で居宅介護支援事業所を持ち、協力を得られれば相談・支援も円滑と考えるが、保険者にケアマネジャーを配置するのみでは介護保険改正もあり、時間・手間がかかりすぎる。
- 当町では、町が居宅（予防）介護支援事業所に対してケアプランチェック（点検）をしておらず、ケアプランチェックができるような体制作りがまず必要である。
- 自己作成をしたい方が出てきた場合、現段階において職員の知識と経験がないため、とても不安である。
- 担当課に専門職がないため、対応に苦慮しています。
- 介護報酬の多様化で、行政職員、認定者等自己作成を容易に支援や啓発が行いにくいと考える。包括支援センターの協力体制も必要となる。
- 行政としても、自己作成への支援体制も出来ていないのが現状です。
- 介護保険制度・利用可能サービス・事業者・等、サービス利用に関わるすべての説明や相談により業務量が増えちゃう。
- 要介護認定申請（特に初めて申請をする場合）の相談時には、介護保険制度と手続きについてご理解いただくのが精いっぱい、具体的なケアプラン（自己作成）について説明するところにはなかなかたどりつかない。

- 行政側として、書類提出の際に項目及び単位数の確認が求められたり、給付管理票の入力事務が発生するため、本格的に普及するとかかなりの事務量が発生する。
- 自己作成に取り組む人は、特別な人だと思います。保険者にとっては、その特別な人のために事務負担が増加すると思われます。
- 行政（保険者）サイドで考えると、自己作成が普及した場合、その支援のためのマンパワーが不足し、かえってサービス利用に支障をきたす結果になりかねないと考える。行政の効率化が叫ばれる中で、当該支援についての業務は現保険者の人員体制では、どこも難しいと考える。
- 地方分権による権限の移譲（財源を伴わない）及び、職員の定数削減による事務負担の増大のため対応が困難。
- 一件当たりの処理時間がかかりすぎる。
- 介護保険の制度はめまぐるしく変わっていく中で介護サービスを利用しようとする人が、自己作成プランを作成し、サービスを利用して保険給付を受けていくことはかなり難しいと考えている。事務能力のある人もない人も同じように支援していくことは、現実困難と思われる。
- 家族に介護支援専門員の資格者がいる場合は、作成が簡単にできるが、素人でしたら、用紙や書き方などを指導することとなるため大変である。また、来庁時に、職員に資格者が不在の場合には、的確な指導ができないため、迷惑がかかる恐れがある。
- 人員不足により、自己作成のケアプランが十分チェックできないと考えられる。
- 担当係に介護支援専門員がいない。異動などで支援できる職員が育たない。
- 制度的に事業は増えるが人は減らされているため事務負担増。
- 自己作成に関する研修もない。
- 行政の介護の担当者は事務系のみの配属であり、専門的な知識がないので、支援もできない。日常の業務に追われているので、ゆとりがない。職員配置も難しい。
- 自己作成を行う管理体制が整っていない。
- 介護保険ガイドや新規の認定結果通知にマイプランという選択肢があることは記載しているが、それ以上に推進するようなことは保険者としては一切おこなっていない。
- 保険者の窓口で、十分に時間をとり具体的なケアプランの相談に乗ることのできる職員を配置することが困難である（資格者の確保・人数の配置）というのが現状です。個別相談の中で、自己作成することが適切と判断された場合は、対応の予定です（過去に一例実績あり）。

【利用者側の現状から】

- 専門知識のない方が一からケアプランを作るのはやはり難しいと思います。
- 当町の被保険者と家族の意識として全般的に介護保険制度自体が複雑・面倒と思われがちであり、ケアプランの自己作成なんてとんでもないといったのが現状です。
- 行政の担当者でも、制度改革にとまどうものであり、市民が理解するのには、中々ハードルが高いと思う。
- 市民が自己作成について学ぶ機会は少なく、利用者、家族がケアプランを作成する負担はかなり大きい。
- 回数・サービスの内容等の設定・サービス担当者会議等の調整は難しいと思われる。
- 自己作成される方は、家族にケアマネジャーの資格を持っている方とかでない限り難しいと思います。
- 核家族化が進み高齢者世帯が増えている。そのような状況の中、ケアプラン作成についても専門家に任せる事ができるものは任せたいとの思いから自己作成を敬遠しているように感じる。
- 現実的には、高齢者のみや単身の世帯も多く、帳票作成に至る理解と負担が大きく、また、理解できる家族がいても、労働時間が長い人も多く、自己作成できる人は限られた人たちになると思います。
- 自己作成は素人にとって難しいのではないかな。
- 手続きが面倒で、介護サービスを利用している人には負担が大きい。
- 可能になれば、非常によいと思うが、H 21. 4 月の制度改正で加算減算が複雑となり、地域住民の方がケアプラ

ン給付管理を行うのは難しいのではないか？

- サービス・事業に関する知識、事業所との折衝、単位の計算など、行政や家族の協力があってもケアプランを自己作成するのは大きな負担になり、また、自身の状態や家族の状態を客観視できるケアマネジャーの存在も介護生活を送る上で必要と思われます。
- 住民の方は、介護保険の制度・仕組み・利用の仕方などについて、こちらで考えているほど理解していないため、自己作成を普及させることは容易なことではないと思います。
- 家族は、実際の介護だけでも大変で、ケアプランの自己作成を望む人はほとんどいないと思います。
- ケアプランの簡素化がないと、自己作成は困難と思われる。
- 介護保険制度そのものが、複雑で難しいので、十分理解をした上でケアプランを一般住民の方が考えるのは難しいと考えます。高齢化率が35%で、独居高齢者世帯や、高齢者のみの世帯が多く、又山間へき地が多い、生活環境の町なので機動力を持った若い人達が少ないので、現実的に利用は難しいと考えます。
- ケアプランは介護保険制度を理解したうえで作成するものなので、一般市民が作成することは本当に難しいと思う。
- 介護に対する相談相手を求めているケースが多い。その中で、介護支援専門員が相談を受けているので、自己作成を望んでいない方が多い。
- 自己作成をすすめても、積極的になれない利用者・家族がほとんどである。
- 自己作成希望者は、制度の理解から始めることになりませんが、制度そのものが複雑であり、加えてサービス提供者との調整やケアプラン作成、請求事務などの作業を負担することを考えると、なかなか自己作成に踏み切ることができないようです。
- サービスを必要とする高齢者がケアプランを自己作成するのは多大な労力を要すると思われる。
- 高齢化率が38.1%と高く、高齢者世帯や独居高齢者が多く、ケアプランを考えるのは困難な現状です。
- 計画を立てるだけでなく、事業所への給付管理などの作業もあるので自己作成は困難であると思います。
- 介護保険制度自体を理解するのも難しい方も多中、制度を理解し、プランを立て、自分で行えるとは考えにくい。
- 自分のことが一番わかっている本人が作る自己作成が一番ベストと思われるが、そこまでたどり着くのにはかなりの時間が必要であるので果たして勧められるかがわからない。
- 4月の人事異動で介護保険を担当することになりましたが、この9月までにサービス計画を自己作成する方は一人もいませんでした。前任者からの引き継ぎ時も、サービス計画については「作成依頼届」での提出しか聞いていませんでしたので過去に自己作成された方はいないと思われます。
- 現在利用者本人が作成したケアプランはありません。

【事業所が敬遠】

- ヘルパー事業所などで、セルフプランの場合の提供の可否（内容が適切か、監査のときに問題にならないか、など）を含めて二の足を踏む傾向にあることも事実です。

【事例】

- 当町で自己作成している方は、かなり市街から遠い方で、対応できる事業所が少なく、また対応できる事業所でも、ケアマネジャーとの信頼関係が難しく、自己作成になった方です。
- これまで自己作成された方は、家族がケアマネジャーの資格を有しており、自分がケアプランを作ってあげたいという方ばかりでした。
- 継続的な作成者でも利用サービスについて、現に利用しているサービスを記載しているのみのプラン作成となっているので、ケアマネジャーと契約し助言を求めるように指導している。
- 現在1人のみ自己作成を行っている。その方は、それまでに何人かケアマネジャーを変わっており、事業所ともめたことがあるため、トラブルが未然に防げたら良いという思いから、極力毎月訪問するようにしている。しかし、サービス事業者との調整は本人が行うものという考えもあるため、どこまで本人に関わったら良いのだろ

うかと思うことがある。

また、現在は、自己作成者は1人であるが、今後増えていった場合、今と同じ対応ができるかわからない。

- 当市の自己作成ケースについては、介護保険では本来対応できないサービスを事業者に求めていたケースで、事業者、ケアマネジャーとも音をあげて市に相談を持ってきたものです。自己作成により、自分が求める介護の提供を受けるという主旨は十分理解できますが、介護保険を利用する側のマナーも必要だと思います。
 - 当町において、過去に数件自己作成の実績はあったが指導と言うより、ほとんど行政での作成と言う形になり、事務負担が非常に大きかった。
 - 自己作成というものの、実際は本人ではなく家族がプラン作成を行っており、自己作成にする理由も、本人や家族がケアマネジャーとの関係が悪くなったというきっかけがあったりケアマネジャーを入れるのに本人の拒否が強かったという理由が主です。作成するのも本人でなく家族です。実際自己作成をすることで、目標を持てたり満足度をあげようという意味での利用ではない現状です。また、毎月給付管理係を間違いないかなどチェックしたり、更新時に訪問することも、多数者になると負担が大きいです。当市では、自己作成をされる場合全て自己責任の下で調整や管理を行っていただいています。担当としては療養相談までは行えない状況であり、家族から相談されることも多いので、ケアマネジャーがいた方がいいのではないかと心配になります。
 - 自己作成をされている方は毎月5日までに請求を出してもらうようにしている。請求が出たら、各サービス事業所に実績の照会をいたしますが、毎月実績と違う請求をなされるため、修正などで時間がかかる現状です。何回か改善の要望をいたしました。が、いまだに治りません。ある意味、困っている部分もあります。
 - 自己作成を希望するご相談の中で、ご家族が「興味もありやってみたい」と言う方は、説明をすると自己作成の手間の多さや、ケアマネジャーの役割を理解されて、実際には居宅介護支援事業所の利用になっています。
 - 反対に今まで利用されているケースは、上記⑬-(3)のため、本来ならばケアマネジャーによる支援が必要なケースが殆どです。
- 現在2件の利用者いますが、上記(⑬)の問題を抱えています。地域包括や行政が関わり、必要に応じ相談訪問をしているところですが、こちらから常にアクセスするわけではありませんので、居宅介護支援事業所の利用をお勧めしています(利用年数5～8年)。
- 行政側の体制として、居宅介護支援の指導ができることも条件と思います。本市は、制度開始当初に居宅介護支援事業所を運営していました。この経験で、自己作成についての対応もしてきましたが、事業所も廃業しましたので、今後介護支援専門員の専門的知識を有する資格保持者の配置は困難となります。

3. ケアマネジャーへ言及した意見

【ケアマネジャー作成がいいのでは？】

- これまでに自己作成の相談実績がなく、初回相談から介護支援専門員が支援していくので必要性無い。
- 介護支援専門員という資格者がいる以上、自己作成は不要と考えます。自己作成普及により、事務所（サービス提供）との調整等にトラブルや苦情が多くなることも考えられます。そのようなトラブル等の相談は結果的に市町村が受けなければならず、小さな自治体にとっては負担が大きいくいちいちフォローしている余裕はありません。
- 独居高齢者及び高齢者夫婦世帯の増加、ならびに介護者への負担増の面から、自己作成普及の必要性について疑問を生じる。又、本人及び家族が作成する場合、かなりの時間を要し、ケアマネジャーへの負担増も考えられるのではないと思う。豊富な知識を得ているケアマネジャーが作成するケアプランのほうが利用者に適したサービスが利用できるのではないと思う。
- ケアマネジャーが利用者の意向をくみとっていないのであれば、それをケアプラン点検などで正すのが行政の勤めであり、様々なサービスを理解した上でのプラン作成は、ケアマネジャー資格の根本であると考える。
- 在宅で介護をする方にとって、ケアマネジャーは相談相手として大きな存在だと思います。自立支援と比較しても、ケアマネジャーがいたほうがよいと思っています。

- ケアマネジャーに作成してもらっても利用者負担がないため、作成してもらった方が楽であると思う。
- ケアマネジャーの業務は、ケアプランを作成する以外にも、多岐にわたっており、委託した方がメリットは大きい。
- 自立支援を適切に行え、情報を多くもったケアマネジャーがプランを作成するのであれば利用者や家族にとっても合理的であり、相談することもできるので孤立化が防げるのではないかと思います。
- 介護給付の適正化を行うためには、ケアマネジャーの役割は、大きいと思います。
- 介護支援専門員が、その業務を位置づけられているので、そのサービスを十分に活用する事が、住民にとっては、有益であると考えます。
- 居宅介護支援事業所に依頼することで利用者にとって適切なサービス利用及びケアマネジメントができると思われるため。
- 介護支援専門員も加わって作成する方が、より客観性があり本人の自立支援により資すると考えられます。
- ケアマネジャーに相談し、作成を手伝ってもらう方が利用者の負担が少ないと感じている。
- せっかく専門知識、経験を積んだケアマネジャーという存在があるので、相談しながら専門的なチェックをしてもらい、サービスを利用するという方が良いのではないかと思います。
- 第三者が介護に介入するための一手段としてケアマネジャーの存在は大きい。作成に自己負担がないこともあり、専門員に任せるメリットは大きい。相談窓口が増えるのは、介護者の負担を軽くできる。
- 自分や家族のケアプランに関心を持ち、知識を増やせることが目的であれば、自己作成したプラン（案）を参考にしたプランを居宅介護支援事業所のケアマネジャーに作成してもらえば良いのではないかと。
経験豊かな第3者からの助言、提案はケアプランを立てる上で必要だと思う。本人・家族にとっても、身体の状態や家族環境などすべてを把握した相談相手がいることは心強いものになる。
- 趣旨は理解できるが、現実的に考えて、専門家に任せた方がいいのではと思います。
- 自分のケアプランは自分で作りたい、という意向を否定するものではありませんが、現実的な問題として、今の職員体制ではケアプランの作成支援は困難です。ただし、ケアマネジャーにケアプラン作成を依頼したからと言って、すべて他人任せでは、適正なケアプランはできないとも考えます。利用者自身が「どのような生活を送るために」「どんな支援を受けたいのか」を明確に整理し、ケアマネジャーや、サービス提供者に伝える努力は必要と考えます。
- 介護をする側も高齢化が進み、負担が増大する現状で、第三者であるケアマネジャーや事務所の職員が訪問する機会を持つことで、介護者の介護予防の役割もある。
- 給付管理に不備があると、サービス提供事業所に対して介護報酬が滞り迷惑がかかるので、ケアプラン作成については介護支援専門員が責任を持って行う方が望ましい。

【ケアマネジャーの職域を侵すものでは？】

- 介護支援専門員には要介護者のプランを作成するという事で、研修を積み更新制度を設けレベルアップを図り、担当ケースの制限など厳しい規定を設けているのに対し、素人でも本人家族なら同等の事が出来ると判断された事に疑問を感じます。
- 法律上は自己作成できることになっていると思われるが、自己作成を推進していくのであれば、事業者等に勤務しようとしている人たちが、介護支援専門員の資格取得や研修等を受ける必要がないと思う。
- 自己作成が普及していけば、ケアマネジャーの職務は必要とされなくなるのではないかと？
- 介護保険制度の要である介護支援専門員の役割を無視するものではないかと考える。
- ケアマネジャーの必要性が薄れる恐れがあるように思われます。

【ケアマネジャーの資質向上が先】

- 現在ケアマネジャー実務研修更新研修に指導者として加わっていますが、利用者の「望む暮らし」をケアマネジャーが受け止めて正しいプランが作成できるよう力量を高める研修の機会が重要と思っています。

- 特にないが、介護支援専門員の資質の向上などに力を入れたいと思う。
- 「自らの介護を自らの手でコーディネートする」という主体性は自立支援という理念に合っていると思います。
しかし、社会保障サービスという公的なサービスに対する国民の信頼には、専門性、客観性、中立性が必要です。そのために、介護保険制度の中には介護支援専門員が位置づけられたと認識しています。そして、本市では、「ケアマネジメント」という専門性の向上が、市民の幸せにつながると信じて取りくんでいるところです。

4. 番外

【便宜上の自己作成】

- 要支援、要介護の認定が動く場合や、認定見こみ違いの場合、急に自己作成扱いにしないでほしい場合があります。事業者（包括等）とも連絡しながらやっています。制度上の課題ではないかと思います。
- 当市での自己作成は、暫定プランでの見込み違い（介護度）などで、自己作成となるケースがほとんどです。そのため、作成者は介護支援専門員が行っているのが現状です。
- 老人アパート＋訪問介護＋デイサービスという形態の事業所から、（強引に）入所者の自己作成ケアプランを行われた事例があります。本来の自己作成の趣旨とははずれたものであったと考えられます。
- 現在「自己作成」でしているのは、予防が始まって、包括と事業所の区別があるのに対して、「自己作成」できるとしてはいますが、実際のプランはどちらかのケアマネジャーが立てている状況です。
例）支援の人が更新で介護1になった時、認定期間がひと月かかるため、包括でプラン請求できない。
- 現在、「自己作成」は、ほとんど要支援⇔要介護の変更がらみで宙に浮いたものを、便宜的に処理する手段としての利用となっており、違和感は感じている。
- 本市の自己作成も全て暫定的に自己作成扱いをとっている案件ばかりで、実際に、本人や家族等が、自己作成でケアプランを作成することは、なかなか難しいのではないと思う。これらの点からも本市では自分でプランを計画したいという相談もほとんどないのが現状です。
- マイプラン作成について行政対応のマイプラン作成はありましたが、主旨より省きました。

【ケアマネ難民の視点・請求できない時の方策としての自己作成】

- 制度上ケアマネジャーが請求できない際の緊急時の方策となっています。家族がケアマネジャーである際にもわが町ではケアプラン料の請求を可としています。家族ケアマネジャー不可の保険者があるとすれば（自己作成を希望すれば）自己作成の意義があると思います。
プラン作成の主体はあくまでも本人という意識を持つことは良いことだと思います。
- 当市での自己作成については、介護事業者（法人内）で、居宅介護支援事業所がない、もしくはケアマネジャーの離職などにより、廃止・停止となった場合において、同事業者（同法人）内の介護サービスのみを利用すると行った人のみが、自己作成を実施しているという状況である。
- 地域によって居宅支援事業所数に差があるため、画一的に自己作成の普及を図る必要があるか疑問である。
- 当市では、市職員2名が介護支援専門員で指定居宅介護支援事業所を設置しており、自己作成につながるケアマネ難民になりそうなケースはほとんど、当市のケアマネジャーが担当している。自己作成をするには負担が大きすぎることや、当市に自己作成に関する手順や担当者が決まっていない。
介護サービス事業所側では、ケアマネジャーが必ずいることが常識になっていますので、自己作成が普及するにはこの地域では難しいと思われます。
- 制度発足当初はケアマネジャー不足もあり、自己作成についての話も国県から出ていたと記憶していますが、その際の保険者事務も負担が大きかったと感じました。実際には利用はありませんので、特に意見はありません。
- 自己作成は制度開始の当初、ケアマネジャーが不足するという状況から、制度化されたものだと考えます。ケアマネジャーが充足している状況での必要性は低いと思います。

- 市内や近隣のケアマネジャー数は、現在足りているという状況にある。いっぱいではないと言われ、ケアマネジャーとの契約ができないという状況が生まれるのであれば、自己作成も考えていかなければならないと思う。
- 自己作成については積極的にPRしていないが、今後、介護支援専門員の不足も考えられるので、自己作成ができる方法も相談が受けられるようにしていきたい。

3. 保険者ヒアリング調査

【自己作成者への支援体制について】

- 直接の対応は区で行っている。相談に来る利用者に対しては、話を聞いたうえで、「こういう方法もある」と教える。給付管理関係のチェックも区で行い、市が、各区から来たデータを取りまとめて国保連へおく。給付管理事務は、電送で行うのでさほどの負担を感じていない。コンスタントに10人前後が続いるが人数としては少ないので、自己作成の対応をすべて一括して市が担当することも検討中。
- 自己作成とケアマネジャー作成を選択できる現行の制度は、利用者の状況（要介護度やご家族等の介護への関心の強さなど）によってうまく使い分けられる良い仕組みだといえるので、どちらか一方を評価するのではなく、要望に沿って側面的に支援していくという体制で臨んでいる。当市では生活圏域は2ヶ所だが、地域包括支援センターは直営1ヶ所でスタートした。介護保険課（担当者5人）の隣に直営の包括があり、その隣には保健師の集団がいる。障害福祉課、生活保護など、関連業務がつながっていて、情報が共有でき、連携もとりやすい。ワンフロアで対応の流れがスムーズ。
- 給付管理担当職員は、事務職が行っている。自己作成希望者が来たら、確認票に沿って話を聞く。自己作成をする理由、状態、どうありたいか、など。書類の提出は、月末までに予定、5日までに実績。原本を役所、コピーを利用者が持つようにしている。事業者との連絡調整は自己作成者が行う。
- 給付管理担当職員は、事務職が行っている。ケアプランの相談、サービスの内容については、嘱託の専門職が担当している。自己作成者が期限を守らなかったり、事業所との連絡調整を怠るため、職員は対応に苦慮している。
- 給付管理は事務職が行っている。ケアプランに関する相談はケアマネジャー資格を持つ非常勤職員2名が行う。地域包括支援センターは、各所6人体制だが、目の前のことでゆとりがなく、自己作成支援までは頼めない。その他、自己作成があれば、介護保険課で臨機応変に対応することになるだろう。
- 給付管理担当職員は、事務職。ケアプランの相談、サービスの内容については、ケアマネジャー資格を持つ相談員が一般の窓口相談として受ける体制は整っている。窓口で相談を受ける職員と給付担当職員は常に情報を交換しており、状況は把握している。また、毎月、書類を見ているので、書類に前月と変更点があればその相談員に事情を聞く。
- 給付管理担当職員は、事務職。自己作成希望者が来たら、保健師の資格を持つ職員が対応する。事情を聞いた上で、ケアマネジャーとの相性が悪いために来たのであれば、ケアマネジャーとのマッチングも行う。自己作成ができそうだと判断すると、自己作成へと進む。その際に、きちんとやってもらうために、やらなくてはならないことに関する注意書きを渡し、説明する。
- 長寿介護課は企画・調査・高齢者施策等の部署、給付管理はするが現場は別。市内7ヶ所に地区保健福祉センターがあり、地域包括支援センターもその中にある。市は広いので、以前から7地域に地区保健センターを設置してきた。センターは生活保護・高齢福祉・障害福祉等のケースワーカー、保健師など人材が多く、地域の高齢者の把握も出来ている。同じフロアに地域包括支援センターがあり、相談からの流れがスムーズ。3職種とケースワーカーが情報を共有しやすい。地区保健センター窓口で相談があれば、ケースワーカーが受け、包括の主任ケアマネジャーにつなぐ。主任ケアマネジャーと長寿介護課が相談しながら、自己作成が適すると見たら、プランを立てるところも支援する。これは主任ケアマネジャーの役割。どの包括でも同じような対応ができている。給付管理担当職員は、市役所内の事務職。データ入力や給付事務は数分で終わることなので負担ではない。
- 制度開始時から常に自己作成者が数人はいた。希望者には、行政で作ったセルフケアプランの対応手引書にした

がって確認しながら、支援していく。自己作成者は、地域包括支援センターへ相談する。包括支援センターは、ケアマネジャーの支援の一環として、自己作成者の支援も行う。さらに地域包括の支援は、おとしより福祉センターが行う。ただ、地域包括を通さずに、おとセン直の利用者もいる。つまり、どのケースも必ずおとセンを通ることになっている。書類の流れは、利用者→包括→おとセン→区・介護保険課→おとセン→包括→利用者。自己作成について、これだけ体制を整えたのは、「現にその時に自己作成者がいたから」。

【支援内容】

- 自己作成を申し出たとき、面接でよく話を聞く。スケジュールを立てるだけではない事を伝え、利用者・家族が意識を持っているどうか見極める。事業者主導が見えたときには本来のあり方を伝える。その後、ケアプランチェック。初回及び2回目以降のプラン作成時は、訪問をし、アセスメントが適切か、利用者の意向が反映しているか、聞き取り確認をして、ケアプランの受理をする。プラン作成のプロセスを大事にしながら、毎月、利用票提供票の確認、実績・予定提出など、フローに沿って行う。
- ケアプランの内容に対する相談は、保健師資格を持つ職員がおこなう。ケアプランチェックについては、適正か適正でないかは、書類で判断できるものではなく、その人が幸せかどうかなので、行政としては、限度額に収まっていて、トラブルもなく、その現場に不満がなければ通している。明らかにおかしいサービス（すたすた歩けるのに車いすなど）は、利用票、別表を見れば分かるので、それは問い合わせることもある。
- 給付の事務負担については、使用しているシステムで対応できるようになり、まったく負担と感じていない。転記して、登録してデータを作成して電送するということなので、さほど大変ではない。今は情報が自動的に入るようになったので、大したことはない。1件から数件だと手間ではない。数がとても増えると、確認作業があるが、それはどこの居宅支援事業所も同じ。サービス事業所との調整や担当者会議の調整など、どこまで保険者の仕事なのか、迷う。利用者が調整までやってくれと言え、その時に検討となるが、そうすると負担は大きいと思う。
- 行政職員にスキルがなく、定期的な勉強会の必要性を感じている。事務負担については、利用者の協力もあり、特に問題を感じていない。
- 自己作成者がやらなくてはいけないことを説明（6表・7表、事業者との連絡調整などの負担について）し、それができますか？と、覚悟を決めてもらうところから始める。ケアプランの立て方については、その後きちんと向き合う方に対しては、顔の見える関係で支援していくことになると思う。
- 本来は、事業者との調整など利用者が行うべきだと思うが、責任を果たさないのが、行政の負担が増している。何回も話をして、少しは分かってくれているような気もしている。
- 自己作成者からの質問があれば、担当者が相談に乗る。分からないことは調べて一緒に考える。11人の担当職員は、すべて専門資格はないが、それによる不都合はない。質問などは自分で勉強して判断。担当が休みだからといって困らないように、情報は共有している。それが仕事。
- 少ない件数なので、じっくり話し合いができる。コミュニケーションを大事にして、こういう風に進めていきたいと思いますということを話し合った。毎月このころにこういった書類を持ってきてください、中身これですということを直接その方が分かるようにその場で書いていった。それがオリジナルの手引書になる。経験がないので事業所が嫌がるのではないかと懸念したが、これまでも事業所とはコミュニケーションをとっており、今までケアマネジャーがついていた時に関わっていた全部の事業所の方に問い合わせて、自己作成をするようになったあとの流れを伝えた。市との書類のやりとり、実績の流れ、何か相談があれば応じるなど、ひとつひとつの事業所に伝えて、こういう段取りで行こうと打ち合わせをした。その後の事業所との連絡調整は利用者が直接やり、なにか大きなことがあったことは市に相談する体制で、利用者の家族とも定期的に電話でのやりとりをしている。
- 給付管理関係の書類の書き方について支援している。プラン内容については、弱いと感じている。しかし、自己作成という特別なことではなく一般の市民相談と考えれば、普通にできるのではないかと考えている。専門職なくても、窓口相談の経験が豊富であれば、自己作成の支援も十分できると思う。
- 自己作成をしたい方からはまず事情を聞く。ケアマネジャーとの信頼関係等、そうしたケアマネジャーとのトラ

ブルなどの話を聞いたりする。その上で、もし自己作成をするのであれば、地区を聞いて包括を教えてあげて、やるときはそちらにもう一度ご相談してくださいね、という形で資料を渡す。『『自己作成の流れ』という手引きに基づいて、自己作成の仕方をお話する。自己作成する人がご自分の人生をそれに落とし込んでいくかっていうことが大切。そこは言っている。メリットはありますよ、でも大変なら、お手伝いはしますよ、というように伝える。「自分で選択して自分で決められるということはありますけれど、逆にいえば、自分で事業所も探さなければならぬし、自分でそのところはちゃんとうちあわせをしないといけないですよ」というお話もします。どうしても、迷ったりする時は、包括支援センターもありますし、というお話をすることもあります。ただ、どこまで支援するか、むずかしい。探してくれとか、手配してくれとか。そこまですなったらそれは断る。

【提出書類】

- 6、7 表は毎月。1～3 表←初回とか変更時。
- 要支援は独自書式、要介護は、6 表、7 表のみ。
- 2 表は、書いてもらってもそれを見る目がないので求めている。
- 1～3 表、6～7 表。年間予定表を渡して、「この日までに予定を持ってきてください、この日までに実績を持ってきてください」と伝える。
- 6 表、7 表は必須。1 表、2 表、3 表、5 表は任意。書式が難しく負担となると思うので、そこまでは求められない。
- プランチェックができないために、1～3 表は必要性を感じない。
- 6 表と 7 表のみ。1～3 表は求めているが、性善説に基づいてやっている。ただ過程は大切なので、関係性を構築していく中で、メモ程度でも作って出してもらえるようになればいいと思っている。
- 1 表、3 表、6 表、7 表。2 表は作ったほうがいいとは思いますが、利用者にとってはこの書類を書くのは負担だと思うので課していない。ケアマネジャーも苦労しているくらいだから。
- 1～5 表は最初だけ。6、7 表は毎月。
- 1 表、2 表、3 表、5 表、6 表、7 表
- 6 表、7 表

【自己作成に対する認識】

- 初回の面談が大事。「思い」を聞く。知識のあるなしよりも、なぜ自己作成にするのか、を見極める。話し合っている中で分かる。本来の自己作成でなければ、断ることもある。これまでも利用者からの相談はとて多いが、事業者誘導型が懸念される。自己作成支援も給付管理も行政の役割なので、特別なことではなく当然の事。初めのころに自己作成をしたいという人が来た時に、地区保健福祉センター内ではずいぶん話し合った。そうした経験から、自己作成とはどんなものかという確固たるものを持っている。
- 普通に捉えている。自己作成は給付管理の書類を作るか作らないかのちがい。介護予防の自己作成を支援しているが、市民が、軽度のうちから入り口のところで自分で考えてケアプランを考えるというクセができていけば、市民の意識は育ち、のちのち、困らないと思う。また、自己作成の一番の利点は、利用者の側から、行政と自己作成者と事業者の 3 者に協働の関係を作ること。この関係が、この先の人生を応援してくれるはず。この関係を良くしていくためにも、自己作成者が事務的なことの責任をきちんと果たすことが大切。
- いいことだと思う。肯定的。ただ、推進ということになれば、体制は見直さないといけない。
- 今後増えていくことを考えると、作るほうも研究、情報を集めてほしい。勉強してほしい。大変は大変だろうけれど、ある程度情報を集めないといけないと思う。一方でケアマネジャーという専門職も配置しているので、自分でできる人や家族がいる場合は自己作成をして、ケアマネジャーを利用する方は利用すればいい。利用者が大変かもしれないが、個人的には賛成。
- 自己作成は利用者にとっても行政にとっても大変。自己作成者一人のために、担当の職員が 1 日がかりで手引書と首っ引きで給付管理業務。だた、慣れればもっと効率よく行くとは思う。利用者の自律は促したいし、お任せ

でなくサービスを使ってほしい。そのための啓発は行いたい。首長は、「賢い消費者を育てる」という視点で自己作成を推進するようと言っている。

- 介護保険制度の趣旨により、希望者は断らない。もしも、希望者が『あたまの整理箱』のような考え方をする人だったら、喜んで支援したい。
- 介護保険制度について相談を受けたり周知を図ることや、事業所との連携等は、もともと日常業務の一部であるため、自己作成によって保険者の業務量が增大するという認識はない。制度としてあるのだから、市民の希望があれば行政として対応するのが当たり前のこと。一緒にやっていきましょうというスタンス。前向きな自己作成は多いに応援したい。利用者が介護保険制度のすべてを網羅する必要はないと思うが、知識を持つことも必要。助言できる保険者になり、利用者にとってベストなのかどうか、コミュニケーションを図ることが大事。人数が増えたら、給付管理の入力など事務処理は増えるので、そのための仕組み作りが必要。1 対 1 のコミュニケーションを補う方法も考える（メールなど）。包括の担当業務を整理してコミュニケーション担当者をおくなど。直営の包括なので、自己作成は予防を中心に進めていけば可能性がある。
- まっさらな状態からの自己作成は厳しいかもしれないが、ケアマネジャーを使っている、だんだん分かった上での自己作成はできる人はたくさんいるのではないかな。使っているサービスが少なかったり、福祉用具だけだったりする場合は、対応できる。複雑になって無理になってきたらケアマネジャーに依頼すればいいし、どちらか一方だけでなく、その時その時でうまくいくほうを選択していけばいい。

【自己作成のいいところ】

- 自分のサービスがどうなっていてどうして利用しているのかが理解できる。
- 事業所とも直に話せる。意識の高い利用者は、事業所に対しても意識付けができる。
- 行政にとっては給付費の削減。
- 要支援など、かなり元気な人にとっては、自立支援という観点から自己作成に伸びてもらえたらいいと思う。
- 利用者が制度についてよく理解をすれば、よく分からなくて生まれる苦情はなくなるのではないかな。自己作成からケアマネジャーに替わるとき、ケアマネジャーも説明しやすいかもしれない。
- きちんとした自己作成があれば、本当にいいと思う。
- 利用者にとっては事業と直接やり取りでき、必要なサービスを必要なだけ選ぶことで自分で納得のいく選択が出来るのが自己作成の醍醐味。
- 行政としては、今のところ事例が少ないので、じっくり話を聞くことができ、コミュニケーションがとれニーズも把握できる。
- 自己作成のよいところは、家族なので本人の思いが通じる。本人にとって無理がない。制度について利用者の理解度に応じながら説明できる。

【心配なところ】

- 単純なうちはいいが、複雑になってきたらアドバイスは必要。保険者にどこまで支援できるか。スキルがあるか。適正化という観点からは見ることができるかもしれないが、その人にとっていいケアプランかどうか、というチェック、アドバイスができるか。制度が変わったときなどのフォローが心配。
- 給付の適正をどう担保するのか。行政には紙の上でのチェックしかできない。
- 家族がケアプランを立てているケースなど、利用者本人が見えない。
- 「好き勝手にするための自己作成」だと困る。これからは、介護保険の出来ること出来ないことを、ちゃんと理解した、ほんとうの自己作成にしたい。
- 軽い気持ちで、行政を頼りにされては困る。ケアマネジャーに丸投げする感覚で行政を使ってもらうと困る。
- 事業所が不安に感じる部分があるかもしれない。それは保険者としてコミュニケーションを図ることで解決できる。信頼関係があれば、処理業務の訂正や軌道修正などもできやすい。要支援こそ自己作成が効果的と思うが、

要支援の出現率が高く、時間が足りない。余裕があれば自己作成の支援が出来るのだが。

【普及について】

- 思いがある自己作成なら、数が増えても受けていく。ケアマネジャーの専門性は必要なので、自己作成者にも質の高いケアプランになるよう支援したい。事業者誘導型は問題だがそうしたものは話しているとわかるので話していく中で自己作成の趣旨を伝える。市民が自己作成を通じてしっかりとしていけば、質の悪い事業者は自然淘汰されていくはず。そうなればいい。
- 今後、希望者が増えていくかもしれないが、希望者対象に、連続で研修会などをやればいいと思う。自己作成希望者が来た時に迷うのが、その人がどの程度本気でどの程度基礎的な理解があるのか。ケアマネジャーであれば研修を受けているという一定の線があるが、市民は、意識も理解度も差が激しい。自己作成の研修などがあれば、それを受けているといえれば一定の目安になる。
- サービス担当学会議の開催まで義務化するか、1、2、3票の提出まで求めるのか、どこまで求めるのかも悩むところ。自己作成者と事業者との調整まで業務になると、体制的に難しいかもしれない。大まかな流れや考え方を示唆するものがあれば利用者に説明がしやすい。それから、メリット、デメリットも含めて、自己作成とはこんなものですよというのを、希望者に渡せるものがあつたらいい。手続きの流れの説明ではなく、どうして自己作成なのかという、『あたまと整理箱』の中に書かれたようなことを説明してあるパンフレットのようなものがあれば。それで興味を持っていただくための、理解してもらうための入り口になる。窓口に置けるようなもの、そんなパンフレットのようなものがあれば。それで興味を持ってもらえたら、その先の手順などを説明するようにするとスムーズだと思う。
- 現在、自己作成をしている人が、手続きや連絡調整などが怠りがちの方ばかりなので、これで広がると困る。しかし、きちんとした考え方を持った人がやってくれたら、とてもうれしい。
- ごく自然に考えている。ケアプラン作成料が減るので自己作成が増えるとうれしい。増えても事務負担はさほどではないのではないかな。
- 行政の方でイニシアチブをとるというよりも、自発的な市民を支援しつつ、介護予防につながる生活のため、口コミ的な広がり期待している。

4. 自己作成者調査

【自己作成をして良かった点】

- 自己作成をしてずいぶん頭を使った。脳が活性化した。
- 介護について、介護保険について、いろいろなことを考えた。
- 当初はデイサービスとデイケアの違いも知らなかったが、自己作成をして賢くなった、介護保険についてよく分かるようになった。
- 事業者とじかに連絡を取り合って、どのようにケアしてほしいかを伝えることができるので、本人にとってどうしたらいいかが事業者と共有できる。
- 介護をしながら、どうすれば母のQOLが向上するかを考えて工夫している。介護の世界は創造性がある。楽しいと退屈しない。イメージが膨らむ。
- ケアマネジャーとして仕事でも利用者のケアプランを担当しているが、自己作成で作った父のケアプランのほうが全体がよく見える。
- 事業者とは、口頭のやり取りとメモのやり取りで行き違いがなくなった。
- 直接事業者とやり取りをできるので、情報共有がしやすい。
- 事業者との連絡が密になった。
- ストレスがなくなった。

- 急な変更などの時に迅速に動ける。
- 意思の疎通がうまくいき、本人にあったケアを受けることができる。
- 行政との親密度が増した。
- サービス提供者と直接コミュニケーションがとれるので、やりとりが迅速で確実。
- サービス内容について、必要な場合は直やりとりができ、安心感・信頼感が生まれる。
- 「自分でできることは自分で」というごく当たり前のことができる。
- 本当に必要なものを自分で選ぶことができる。
- ケアプランが自分のものという実感が持てる。
- 制度に対する理解が進み、一割負担に伴う九割の認識ができ大切に使いたいと思えるようになった。
- やはり直接サービス提供事業者と話せることです。困ったこと、心配なことを率直にお話し、一緒に考えていくことです。また、デイサービスのスタッフや車で行き帰り一緒になる利用者さんと仲良くできること。ケアマネジャーが入っているときに比べ、身近に感じられる。
- 家族と一緒に作っているプランと思えること。
- 介護保険への関心が高まるとともに身近なものになった。
- プランを立てるにあたり、本人をより深く知ることができた。
- 困ったことやわからないことを自治体担当者に直接相談でき、介護保険制度への理解が進んだ。
- 事業者を選択する目が養えた。
- 事業者との関係が密になった。
- プランの変更を迅速に行えた。
- 現在ケアマネジャーに依頼しているが、ケアマネジャーが作成したプラン内容がよくわかる。
- 本人のからだのことや介護保険のことなど、関心の度合いがぐっと大きくなりました。
- 病気が進まないように生活や食事の注意事項など、医師や栄養士から言われたことを、デイケアやヘルパーの内容に反映させてもらうのもスムーズです。
- 介護保険は、税金と、住民の支払う介護保険料で運営されていることを確認し、市の施策にも関心がもてるようになりました。
- ケアマネジャーにお願いするとうまく伝わらないことがありましたが、事業者と直接お話ができるので、内容的にも時間的にもスムーズです。
- サービス提供事業者とは、サービスに訪問してくださる方だけでなく、責任者とも直接話ができ、双方の状況を理解しあえること。
- 介護保険の仕組みがとてもよく見えるようになった。
- 全体が把握できて、事業者と直にコミュニケーションが取れた。
- ケアマネジャーに依頼をしていたら、伝言ゲームが長くなっていたと思う。自己作成をしたことで、とてもシンプルにやれた。
- 行政とも顔を合わせる人が多いので、コミュニケーションが取れるようになった。

【感じた問題点・困っている点】

- 行政がもっと勉強してほしい（自己作成で必要のない居宅介護支援費を、職員研修に充てたら？）。
- 主治医の意見書や、要介護認定関連の資料を取り寄せようと思っても、情報開示してもらえなかった。ケアマネジャーには開示されるが、自己作成者にもスムーズに開示してもらえる仕組みになってほしい。
- 制度改定時などの情報が、自己作成者へ伝わるルートができていない。必要な情報が必要な人のところに、わかりやすく伝わるようになってほしい。
- 介護保険は、施設の介護を基準に作られているように思う。在宅を重視といいながらケアの内容は施設が基準で個別性が重視されない。在宅ケア重視ということがどういうことなのか、もっと考えてほしい。

- 居宅介護支援費にも自己負担1割を生じさせたほうがいい。利用者がケアプラン作成をケアマネジャーに丸投げしてしまったり、主体性をもてないのは居宅介護支援費が無料だということもあるのではないかな。
- 自己作成という方法があまりにも知られていないのはおかしい。一般的にもっと知らせるべき。
- 自己作成は利用者全員がする必要はないけれども、やりたいと希望した利用者が普通にできるようになってほしい。
- 作成書類にミスがあった場合、そのまま国保連に送付され、国保連から事業者実績に誤りがあると連絡があり気づいたことがある。
- 快く引き受けてくれる事業所選びには苦労しました。
- 最初に、自分が主催してサービス担当者会議を開かなくてはいけないと言われたときは、自己作成はハードルが高いと思いました。ケアマネジャーの仕事をしたことがなかったら断念したかもしれません。
- 本人を主体にしたプランを立てているかどうか？私の都合の計画になっていないか？客観的に見るのが難しいと感じます。
- 事業者とトラブルが生じたときに、間に入ってくれる人がいません。役所担当者は、両者で話し合うよう言うだけで、相談に乗ってくれません。
- 状態に変化があり、新しいサービスを検討したいときなど、情報が少ないです。たとえば新しい介護保険施設ができたとき、現役ケアマネジャーには内覧会などの案内が来るそうですが、家族には来ないので、あたらしい情報を得ることができにくい（特に、隣町の施設など）。
- 情報不足：制度が変わる時など、こちらから尋ねないと情報が入ってきません。困ったのは報酬改定時で、利用表作成時点で料金が不明確でした。サービス提供主体である事業所さんにお尋ねしても、料金については、混乱していることがわかりました。あとでわかったことですが、「実績を出す時に訂正すればいい」ということでした。
- 個々のサービスの質がわからない：サービス提供施設の情報（サービスの内容や質など）がないため、実際にサービスを利用してみななければわかりません。お世話になっている看護師さんやヘルパーさんとは長年のお付き合いなので、わかっていることについては細かい情報までいただくことができ助かっています（お世話いただいている中に、自らケアマネジャーをされている方もいます）。
- 相談に乗ってくれる人が見つからない。

【自己作成をするにあたり、気をつけていること】

- サービス提供者の方たちとなるべく密に連絡をとり、こちらの希望を伝えると同時に、先方の人員や都合も加味した予定をたてるようにしています。在宅時の訪問では顔を合わせてお話し、そうでない場合は電話でのやりとりを密にしています。丁寧に対応していただき、感謝しています。
- 行政の窓口の方に迷惑をかけないよう、提出期日を守る・記載間違いがないよう気をつけています。

【保険者の対応】

- 私の場合は、最初に電話で自己作成をしたいと伝えたところ、消極的ウェルカムな雰囲気を感じました。それで、介護保険提出書類に関する書籍を読んで、必要書類（先日のメール）をシミュレーション作成して持参し、私の自己作成の感じをつかんでもらいました。そして、ウェルカムモードになりました。その後自治体担当者から、私にとって必要と思える資料のコピー、ケアプラン変更時の相談、母に合いそうなサービス情報等、様々な局面でサポートを受けました。また、利用票等持参時の対応は内容的にも時間的にもおおそ満足できるものでした。結局、最初の電話の消極的ウェルカムは、以前の自己作成者とのトラウマ（利用票別表などの誤計算）が原因ではないかと感じました。
- 開始時、介護プランは「自己作成できます」という一文が行政からのパンフレットや新聞報道にありましたので、役所に電話をし、「自分でもつくれるということなので、自分でつくりたい」と伝えました。すぐ、関連の利用サービス提供・利用票とその別表用紙、見本を書き込んだ提供・利用票、介護提供業者のリストなどが送付され

てきました。

- 介護保険が始まった時、自己作成ができることは知っていたため、自己作成をしたいと申し出ました。窓口担当者には、「難しくて素人では無理」「ケアマネジャーに頼んでもお金はかかりませんよ」などと言われましたが、それでもやりたいと言ったら、厚労省から出された官報のコピーをくれて、これを読み解いてやってくださいと。たぶん、どうしていいのか分からなかったのだと思います。でもそのあとは、何回も電話をして分からないところをたずねると、とても親切に調べてくれました。以降は、とても協力的になりました。

【今後、必要と思われること】

- 行政からの情報は、ケアマネジャーに流す時点で、自己作成者がいるということを前提に、一般にもわかりやすいかたちで流していただきたいと思います。ネットにアクセスしていない方も多いと思いますので、行政が、通常の媒体で誰もが入手できるかたちで情報を出すことは不可欠です。
- サービス内容の質が利用者にわかるようになること。
- 第三者機関（できれば利用者の声も反映したもの）の審査と結果の公表。これまで、老健や特養ホームなど多くの施設にお世話になってきましたが、何度も事故に巻き込まれてきました。意思を伝えることのできない家族を安心してお願いできる施設が増えてほしいと思います。数も大事ですが、質もとても気になります。
- 「介護プランは自分でもつくれる」とうことが、広く認知されること。
- 保険制度発足時、プランは「自分でも作れる」という一文が制度の案内文に、末尾ですが出ていました。このところ、介護保険制度についてのパンフレット等にその一文がみあたりません。介護制度について、「専門家」と言われる方々が出ている記事や番組でも、「ケアマネジャー」は出てきますが、自分でつくれることについて触れているものはあまり目にしません。「ケアマネジャーに作成してもらう」という表現がほとんどのようですが、これは「自己作成できる」ということが知られていないことに起因しているように思えます。
- 書類作成が煩雑にならないこと。
- 大きい読みやすい文字、わかりやすい表現で、必要な情報を行政が市民に流して下さることを期待したいと思います。
- 新しい情報や必要な情報は、全国マイケアプラン・ネットワークから送られてくるものを中心に、WAM ネット検索をしてほとんど得ることができました。
- 国や自治体が出すケアマネジャーへの情報（あれば）の中で、自己作成に必要なものは自己作成者にももっともっと簡単にわかるようにしてほしいと思いました。
- 地域包括支援センターが総合相談の一環として、相談に乗ってくれるようになるといい。
- 主治医の意見書や認定の際の資料の入手を申し出ると、ケアマネジャーでないことを理由に断られることがあるが、ケアプランを立てる際に必要な資料として必要な場合はスムーズに入手できるようにしてほしい。
- 居宅介護支援費の利用者負担はあったほうがいいのではないかな？

5. サービス提供事業者アンケート調査

1. 自己作成のいいところ、気になるところ

【良いところ】

- 「在宅介護のあるべき姿・生活」という画一的なケアマネジャーの専門性に左右されず、「自らの生活」として、介護プランを構築できるところ。
- 連携が取れやすい。
- 自由な意思でサービス利用ができる。
- ご本人やご家族の意向がストレートに反映されていると感じます。
- 自己作成者が考える利用者本人にとって一番と思われるケアプランが作成できる。利用者のこれまでの生活観・

価値観を反映しやすく、利用者の望む生活に近いプランを作成しやすい。

- 本当にご利用者（ご本人）と家族や主たる介護者が、今必要なサービスを取り入れることができること。
- 本人や家族の要望など、細かい情報が聞けるところは、自己作成のいいところだと思います。
- ご本人で生活のプランを考えて形作れるところは大事なことだと思います。

【気になるところ】

- 制度自体が複雑になりつつあり、周知しておくべき情報が伝わりにくい。
- 自己作成の場合は、ケアマネジャー作成とは別にして、もっと簡素化し、利用しやすいようにしても良いと思う。
- 決して少なくない必要書類のパソコンでの対応はクリアできるにしても、（ケアマネジャーではない）まったくの個人で、事業所選びがスムーズにいくのか？
- 日程変更が頻繁になるのでは。
- 家族主体のケアプランになるのでは。
- 利用者の考えというよりは、介護者の思いが先行する偏りや客観性に欠けるプランになる危険性がある。
- 自己作成者が介護サービスに詳しくなかったり、事業所のサービス内容を理解してもらえないことがあるのではないかと気になります。
- モニタリングやアセスメントなどの書類作成の件です。介護保険サービスは書類の作成が必ず発生するため。
- ご本人の要望が優先してしまう傾向にあるような気がします。

2. サービス提供事業者から見て自己作成とケアマネジャー依頼と違うところ、同じところ

【サービス提供事業者が行う事務的な手間】

- 変わりなし。
- 自己作成者には実績を出していない。予定の確認もなし。
- 事務的な手間やプランの内容には特に支障は感じませんでした。
- ほとんど同じではないかと考えますが、自己作成者がなれていなくて間違いが多かったり、手書きの計画書が読みづらかったりすると、ずいぶん手間がかかるのではないかと心配します。
- ほぼ変わりありません。
- 実績を点数計算して報告する。

【プランの内容】

- マイケアプランの方がより具体的で分かりやすい。ケアマネジャー作成は抽象的、画一的。
- ケアマネジャーは「居宅サービス計画書・身体状況書」がある。提供票は同じ。
- 自己作成者、個々の力量によると思います。
- 同じ結果と思います。人的サービスと違い、福祉用具貸与サービスのため。
- 居宅サービス計画書がないので、目標・目的などが不明確。

【利用者との連絡や、変更・日程の調整などの点】

- 変わらない。
- 自己作成者とは直接連絡を取るので、時間を要することなく調整等行える。
- メール等を使って（日常のたわいのないような情報でも）コミュニケーションを取っていったらよかった。
- 利用者との連携という部分では、調整が容易に行える。
- 自己作成者、個々の事情によると思います。
- 変わらないと思います。
- やり取りは、ほかの利用者さんとも変わりなく行っています。

【その他、お気づきのこと】

- 慣れるまでは自己作成の方も不備があるかもしれないが、それは新人ケアマネジャーも同じことなので、問題ではない。
- 当市の場合は、予防訪問介護利用者へ、市の地域包括支援センターがフォローして作成を推進しているが、利用者自身がケアプランの自己作成を理解しているとは思えない。
- ケアマネジャー依頼の場合、回数や内容等に変更が必要となったらサービス担当者会議を行い身体状況等にどのような変化がありそれに伴いどのようなサービス変更が必要か、話し合っているが、自己作成の場合はそれが無い。
- ケアマネジャーがプラン作成を行う場合、利用者の全体像が客観的に理解しやすい。たとえば、サービス担当者会議開催やサービス照会など。一方、自己作成の利用者は今のところ、他サービスの利用時の状況が見えづらい。サービス担当者会議の呼びかけが少ない。
- 包括の担当者や居宅のケアマネジャーは、個人的な意見または会社の考えで必要なサービスやご家族の希望を聞かない方がいる。
- 居宅のケアマネジャーと違い、個人となると、事業所的にはやはり気を使う気がします。
- ご利用者様の入院など、急な体調変化の場合の連絡手段がないことが心配です。
- 利用料金が、プランのサービス内容に反映しがち。

3. 自己作成者に気をつけてほしいことなどアドバイス

- 主体的な「どう暮らしたいか」ということが大切。
- 介護というのは、常に迷いながらのこともあるので、そこでの相談相手、場所があるといい。
- 自己決定は、介護保険制度上、「基本のキ」であり、主体は利用者本人であるということをしっかり認識する。
- 厚生労働省から出されている Q&A 等についてよく理解してほしい。
- 保険者と情報を共有してほしい。
- 国保連への請求もれがないよう十分に対応してほしい。
- ケアを受けるのは、家族ではない。本人のためのプランを作成してほしい。
- 事業所と直接やり取りする中で、口頭だけでなく書面できちんと残した方が良い。
- サービス提供事業者との連絡・調整の方法を決めておくこと。
- 自己作成者は、自己の思いをプランに反映させる時、利用するサービス事業の利用状況を把握し、必要な助言がうけられるよう、話し合いの機会を持つことが望ましい。
- 今困っていることやしてほしいサービスを取り入れていると思いますが、第三者へ聞くこと（情報）や意見をもらうことを忘れてほしくないです。
- さまざまな事業所のそれぞれの事情があるので、いろいろ相談して、自分のニーズにあった事業所を選んでほしい。
- なんでも話のできる相談員と友達になると楽かも。
- 体調や生活などの変化が発生した場合はもちろんですが、連絡のやり取りだけは絶やさないように心がけています。
- 計画書を作成し、目標・サービスの目的などを明確にしてほしいです。

4. 今後自己作成者が増えていくとしたら、心配なこと、危惧されること

- 特になし。うまくいかない場合もあるかもしれないが、そのためにもこのネットワークをもっと広めていくと思う。活用できるように。
- 保険者の窓口対応（例えば情報提供、アドバイス）が十分にされるか？
- 初めてのサービスや多職種のサービスを受ける時に情報が十分に得られるかがやや心配です。
- 私たちサービス提供事業者は、それぞれの事業所の情報を利用者が得やすい形で発信していく必要があると思いますし、自己作成をされている方は十分な情報を収集した上で利用者にとって適したサービスを選んでほしいと思います。

- サービス提供事業者間の連携がしにくくなる心配あり。
- 介護という大変な、また重要なこと以外に、プランを作成するに当たって、事業所とのやり取りで自分の時間（休むこと）を見失わないこと。健康面でもあまり背負い込むと体を壊してしまうので、ほどほどにして甘えることも大事だと思う。
- 事業所からすると、居宅のケアマネジャーは中立公正な立場で話し合いができるが、直接ご本人や家族には話したい内容や、事故・トラブルが起きた際、話し合いが難しくなるのではないかと心配します。
- 自己作成者が増加した場合の介護保険の制度改革が危惧することです。具体的にはイメージできません。
- 法令の下、利用することの認識をしっかりといただき、計画を立ててほしい。
- 自己プランを統括する機関の指導などが重要になると思います。
- 自己管理に時間がかかりそう。
- 介護保険全般の知識がなければ作成が難しそう。
- 利用したいサービスが多い場合、連絡や調整等は個人では大変（むずかしい）のではないかな？
- 請求関係。
- 担当者会議などで中立な話し合いが行われ、反映できるか。

5. その他自己作成についてなんでもご意見やご感想

- ケアマネジャーに依頼することが「安心」のこともあれば「リスク」になることもある。自らの主訴がしっかりある場合は、どんどん自己作成が増えると良いと思います。
- ケアプランは自己作成できるということ自体の周知がほとんどされていないと思う。
- 自己作成は、利用者に一番身近な家族が作る場合が多く、利用者の生活の質を維持しやすいと思う。いかに客観性が保たれるかが課題かと思われます。
- 理想は、自己作成が良いと思います。必要としていること、サービスを一番分かっているのは家族でありご本人でもあります。そうなればもっと良くなっていくと思います。ただ、その人自身が倒れたら大変です。息抜き、休むことも同じくらい大事に考えたらよいと思います。
- 介護保険のサービスがもっと柔軟に対応できて、多様なサービスが充実してくると、もっともっと自己作成者の活躍の場が広がるのにはと思います。いろいろ大変でしょうががんばってください。

6. 自己作成手引書等、関連制作物の提供協力保険者

1	北海道	網走市
2	北海道	石狩市
3	北海道	余市町
4	宮城県	仙台市
5	宮城県	女川町（女川町ホームページより）
6	秋田県	大曲仙北広域市町村連合
7	山形県	山形市
8	福島県	福島市
9	福島県	いわき市
10	茨城県	水戸市
11	茨城県	結城市
12	栃木県	足利市
13	群馬県	高崎市（自己作成希望者用フェイスシート）
14	群馬県	伊勢崎市
15	埼玉県	川口市
16	埼玉県	所沢市
17	埼玉県	鴻巣市
18	埼玉県	志木市
19	埼玉県	坂戸市
20	埼玉県	宮代町
21	千葉県	館山市
22	千葉県	茂原市
23	千葉県	成田市
24	千葉県	柏市
25	千葉県	市原市
26	千葉県	流山市
27	千葉県	浦安市
28	東京都	千代田区
29	東京都	港区
30	東京都	大田区
31	東京都	杉並区
32	東京都	板橋区
33	東京都	足立区
34	東京都	八王子市
35	東京都	府中市
36	東京都	調布市
37	東京都	町田市
38	東京都	小金井市
39	東京都	日野市
40	東京都	東村山市
41	東京都	国分寺市
42	東京都	多摩市
43	神奈川県	川崎市

44	神奈川県	横須賀市
45	神奈川県	藤沢市
46	神奈川県	茅ヶ崎市
47	神奈川県	相模原市
48	神奈川県	大和市
49	新潟県	長岡市
50	富山県	富山市
51	富山県	高岡市
52	富山県	砺波地方介護保険組合
53	石川県	金沢市
54	石川県	加賀市
55	石川県	内灘町
56	長野県	飯田市
57	長野県	諏訪広域連合
58	岐阜県	高山市
59	岐阜県	恵那市
60	静岡県	浜松市
61	静岡県	三島市
62	静岡県	伊豆市
63	愛知県	名古屋市
64	三重県	松阪市
65	三重県	紀南介護保険広域連合
66	滋賀県	守山市
67	京都府	京都市
68	大阪府	貝塚市
69	大阪府	茨木市
70	大阪府	河内長野市
71	大阪府	箕面市
72	兵庫県	神戸市
73	兵庫県	尼崎市
74	兵庫県	神河町
75	島根県	浜田地区広域行政組合
76	広島県	東広島市
77	広島県	世羅町
78	山口県	防府市
79	高知県	高知市
80	佐賀県	鳥栖地区広域市町村圏組合
81	長崎県	長崎市
82	長崎県	大村市
83	宮崎県	宮崎市
84	鹿児島県	鹿児島市
85	鹿児島県	薩摩川内市

7. 全国マイケアプラン・ネットワーク概要

平成 13 年	9 月	発足
平成 14 年	5 月	第 1 回自己作成者実態調査
	10 月	ミニ講演会「自分らしいケアプランを手に入れる方法」開催
平成 15 年	3 月	自己作成支援ソフト「とき」無料ダウンロード開始
	4 月	マイケアプランのための『あたまの整理箱』制作
	9 月	シンポジウム「ケアプランを自分で立てるということ」開催
平成 16 年	6 月	シンポジウム 2004「自分らしいケアプランを立てよう」開催
平成 17 年	5 月	第 2 回自己作成者実態調査
	7 月	シンポジウム 2005「ケアプランを自分で立てよう」開催
	7 月	『マイライフプランの玉手箱』制作
平成 18 年	2 月	「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン 2005 で特別賞を受賞
	7 月	フォーラム「マイケアプランを体験してみよう」開催
平成 19 年	11 月	フォーラム 2007「介護予防こそマイケアプランで」開催
平成 21 年	3 月	『マイケアプランの道具箱』をホームページにアップ

2010 年 3 月 発行

平成 21 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）事業
「ケアプランの自己作成についての実態調査と

自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業」報告書

全国保険者調査から見てきたケアプラン自己作成の意義と課題

編集 全国マイケアプラン・ネットワーク

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-37-8

本郷春木町ビル 9 階 インキュベーションハウス内

老人保健健康増進等事業事務局

TEL：090-8451-4540

FAX：042-405-5950

info@mycareplan-net.com

<http://mycareplan-net.com/>

この冊子は、平成 21 年度に全国マイケアプラン・ネットワークが、厚生労働省平成 21 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）事業として行った「ケアプラン自己作成についての実態調査と自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業」の一環として作成されたものです。