

伊東市 ケアプラン点検手引書

【改訂履歴】

1	初版作成	平成31年4月1日
2	文言等修正	令和2年10月15日
3	文言等修正	令和4年6月8日
4	文言等修正	令和8年3月10日

【編集】伊東市役所高齢者福祉課

目次

本手引きにおける用語の定義	1 頁
ケアプラン点検の趣旨について	2 頁
伊東市におけるケアプラン点検の位置付けについて	4 頁
ケアマネジメントに関する本市の基本方針	6 頁
ケアプラン点検の実施方法について（実施概要）	8 頁
ケアプラン点検の実施方法について（スケジュール概要）	9 頁
介護保険制度の理念について	12 頁
居宅介護支援事業者及びケアマネジャーの定義・基本方針等について	13 頁
介護保険制度の運用における居宅介護支援事業者及びケアマネジャーの役割について	15 頁
居宅介護支援業務の実務（指定基準違反・運営基準減算にならないために）	17 頁
ケアプラン点検等に関する法令・通知・参考資料等	20 頁

本手引きにおける用語の定義

本手引きにおいて使用する用語については、特に断りのない限り下表のとおりです。

使用する用語		内容（定義）
法・法律		介護保険法（平成9年法律第123号）
政令		介護保険法施行令（平成10年政令412号）
規則		介護保険法施行規則（平成11年厚令36号）
運営基準	基準条例	伊東市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例（平成30年6月29日条例第24号）
	解釈通知	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年老企22号）
介護報酬	報酬告示	指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚告20号）
	留意事項通知	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企画36号）
	別掲告示	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚労告95号） ・厚生労働大臣が定める施設基準（平成27年厚労告96号）等
ケアマネジャー （ケアマネ・CM）		介護支援専門員（法第7条第5項） ※本書では主に居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員を指す言葉として用います。
主任ケアマネジャー （主任ケアマネ・主任CM）		規則第140条の68第1項に規定する「主任介護支援専門員研修」又は「主任介護支援専門員更新研修」を修了した者
ケアプラン		居宅サービス計画（法第8条第24項）
ケアプラン （第1表～第7表）		介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年老企29）
個別サービス計画		訪問介護計画、通所介護計画等

ケアプラン点検の趣旨について

- ケアマネジャーの皆さんと保険者が、**同じ方向を向いて、お互いの意見を聞き入れ、共同作業として適切なプランを目指すこと**を基本姿勢とします。
- 定期的にケアマネジメントの**改善を図るための契機**となることを期待します。
- ケアプランの優劣等について**批評するものではなく、「点検される側」と「点検する側」の両者がともに新たな「気づき」を得ることで、ケアマネジャーとしての技術向上及び成長につなげる**ことを目的としています。
- 保険者は、サービス利用の抑制や是正等、**介護給付費の削減を主眼とした視点でケアプラン点検を行うことが無いよう**、十分注意して取り組みます。

介護給付の適正化（効果的・効率的な介護給付の推進）には、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことが重要であるとされており、そのためには利用者支援の要であるケアプランが適切に作成されている必要があります。

一般にケアプランを作成するのはケアマネジャーである（セルフプランを除く）ことから、恒常的に適切なケアプランが作成される環境を実現するためには、個々のケアマネジャーの技量が一定水準以上に保たれていなければならない。基準条例においても、居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ることやケアマネジャーの資質向上のために、研修の機会を確保すること等が定められているところです。

【資質向上等に関する基準条例上の規定】

基準条例	内容
第14条第2項	指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の 質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。
第21条第3項	指定居宅介護支援事業者は、 介護支援専門員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

本市に所在する居宅介護支援事業所には、人員が管理者兼介護支援専門員1人のみという、いわゆる「一人ケアマネ事業所」が多く、作成したケアプランが他ケアマネジャーの目に触れる機会が少ないことや必ずしもすべての事業所において、研修等が十分に行われているとは言い難いといった問題点が見受けられます。

【参考】市内居宅介護支援事業所の状況（R8.3 現在集計。小数第2位四捨五入）

CM人数 集計対象数	1人	2人	3人	4人	5人以上
	29事業所 (休止中除く)	11事業所 (37.9%)	4事業所 (13.8%)	2事業所 (6.9%)	5事業所 (17.2%)

こういった状況を踏まえ、事業所におけるケアマネジメント全般に対する改善の契機とするとともに、ひとつのケアプランを多数の目により点検する過程で、当該ケアプランの作成者及び点検者の両者に対して、新たな視点での発見・気づきを促すことにより、市内全体でのケアマネジャーの資質を向上させることをもって、その作成するケアプランの質を向上させることを目的としたケアプラン点検を実施することとなりました。

【ケアプラン点検に期待する効果】

期待する効果	内容
事業者における自己改善の契機	定期的に他ケアマネジャーからの点検を受ける機会を設けることにより、事業者が自らのケアマネジメントの質の改善に取り組むための契機とすること。
点検者・被点検者への相互作用	点検者と被点検者の双方に気づきを促し、自らのケアマネジメントの質を高めることにつながる。
情報の蓄積・公表による市内CM全体の質の向上	ケアプラン点検を通じて得た各種データ（要改善点の全体的な傾向や好事例等）を集計・分析して公表することにより、市内全体のケアマネジャーの資質向上につながる。

このケアプラン点検は、本市における地域包括ケアシステムの構築を目的として、地域のケアマネジャーの人材育成の役割を持つ主任ケアマネジャーに協力を仰いで実施する、ケアマネジャー（事業者）と保険者（行政）の協働事業です。

【主任ケアマネジャーに求められる役割等】

概要	根拠規定
地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等	介護支援専門員資質向上事業実施要綱
他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得し、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりの実践	主任介護支援専門員研修実施要綱

※介護支援専門員資質向上事業の実施について（H26 老発 0704 第2）より

居宅介護支援事業所の皆様におかれましては、本市の未来のために事業の趣旨をご理解いただくとともに、ケアプラン点検へ御協力をいただけますようお願い申し上げます。

伊東市におけるケアプラン点検の位置付けについて

- 「**地域包括ケアシステム**」を**深化・推進**するために実施する、伊東市介護保険事業計画に位置付けられた事業です。
- ケアプラン点検は、保険者が行う「**指導**」又は「**監査**」とは異なります。

我が国が「超高齢社会（高齢化率21%超）」を迎えたのは平成19年（西暦2007年）とされていますが、その後も高齢化率は上昇を続け、令和6年10月1日時点の全国高齢化率は29.3%（内閣府 令和7年版高齢社会白書（全体版）より）となっています。この人口の高齢化は伊東市も例外ではなく、令和8年3月時点における本市の高齢化率は44.6%と、全国平均と比べて非常に高い数値を示しています。

人口の高齢化に伴い、介護を要する高齢者の数も増加しており、これを支えるための基盤整備（地域包括ケアシステムの構築）が急がれているところです。

【参考】伊東市の高齢化の状況

規 模	全国	静岡県	伊東市		
高齢化率	29.3%	30.9%	44.2%	44.4%	44.6%
集計時点	R6.10.1	R7.4.1	R6.4.1	R7.4.1	R8.3.1

【参考】伊東市の人口推移の見込み

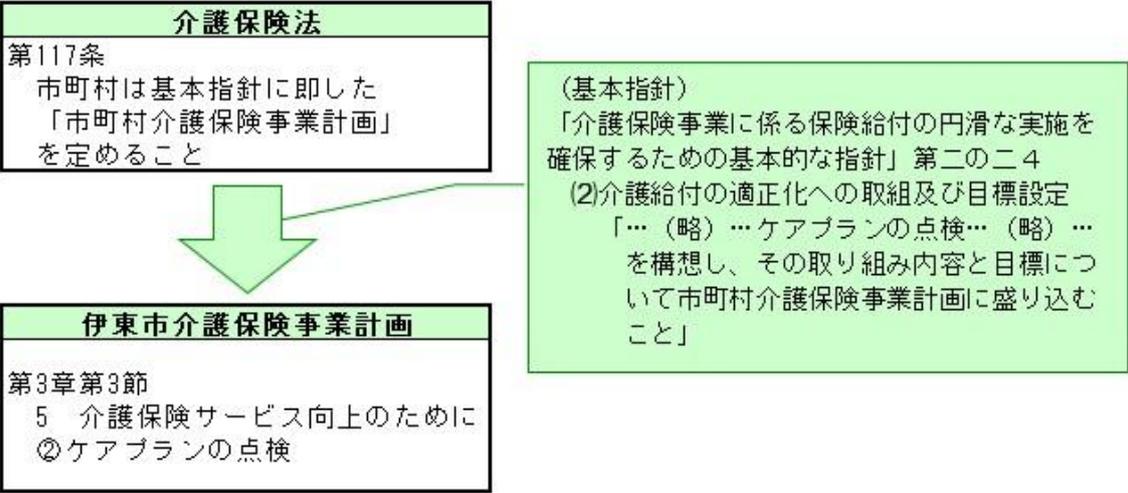
	R5 (2023)	R8 (2026)	R10 (2028)
総人口	65,609	63,431	61,864
65歳以上人口	28,844	28,665	28,381
高齢化率	44.0%	45.2%	45.9%

このような状況の中、平成30年3月には、厚生労働省より「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成30年3月13日厚労告第57号）」が示されました。

当該指針では、「介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（以下「地域包括ケアシステム」という。）を各地域の実情に応じて深化・推進していくことが重要である。」とされており、効果的・効率的な介護給付の推進として、市町村には、市町村介護保険事業計画等に介護給付適正化のための具体的な取組内容及び実施方法とその目標等を盛り込むことが求められています。

これに対し、伊東市では平成30年度からの「高齢者福祉計画及び介護保険事業計画」及び「第4期伊東市介護給付適正化計画」にケアプラン点検を位置付けているところです。

ケアプラン点検の位置づけ



なお、ここでいう「ケアプラン点検」は、いわゆる主要5事業に位置付けられた事業を指し、その概要は下表のとおりです。

【主要5事業の概要】

事業名	趣旨（概要）
要介護認定の適正化	認定調査について、市町村職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定を確保する。
ケアプランの点検	ケアマネジャーが作成したケアプラン等の記載内容等について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善する。
住宅改修等の点検	住宅改修や福祉用具利用者に対し、実態確認や訪問調査等を行い、不適切又は不要なサービス利用を排除する。
縦覧点検・医療情報との突合	受給者ごとの給付実績を確認し、請求誤り等の早期発見を図る。利用担当部署と連携し、医療と介護の重複請求の排除等を図る。
介護給付費通知	受給者本人に対し、介護給付状況等について通知することにより、適切なサービス利用を普及啓発するとともに、適正な請求に向けた抑制効果をあげる。

※「第三期介護給付適正化計画」に関する指針について（H26 老介発 0829 第1）より

ケアマネジメントに関する本市の基本方針

- 利用者本人の意欲を高め、**ケアマネジメントへの主体的な参加を促すこと**
- 利用者の**自己決定を尊重**しつつ、**介護支援専門員として適切な支援を行うこと**
- 利用者の目指す生活の実現に向けた**支援方針等を各サービス主体が共有すること**
- ケアに関わるすべての人が理解できる内容のケアプランを作成すること**

介護保険制度の基本理念や居宅介護支援事業所の基本方針を勘案すれば、ケアマネジメントにおいて特に重視する点は「自立支援」「利用者の自己決定の尊重」「公正中立性」「ケアチームでの情報・目標の共有」であると言えます。

介護保険制度の基本理念（法第1条）		
自立支援	利用者本位	社会保険方式
居宅介護支援事業の基本方針（基準条例第2条）		
可能な限り、居宅にて自立した日常生活を継続できるよう配慮して行うこと		
利用者の状況に応じて、利用者自身の選択に基づいた適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行うこと		
利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って利用するサービスが不当に偏ることがないように、公正中立に行うこと		
市町村や地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業所、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めること		

このことから、本市のケアマネジメントに関する基本方針を以下の①～④のとおり定めました。ケアプラン点検では、これら基本方針を重点的に確認しますので、日常業務でもこれら基本方針を踏まえた運用をお願いします。

①利用者本人の意欲を高め、ケアマネジメントへの主体的な参加を促すこと

→自立支援を念頭に、機能維持や悪化防止のための活動に利用者が自らのこととして積極的に取り組むことができる環境の実現を心掛けてください。

※自立支援のためには利用者本人の意欲的な取組が重要です。利用サービスの決めつけや利用者家族の希望のみを優先する等、利用者を置き去りにしたマネジメントを行うことがないように注意してください。

②利用者の自己決定を尊重しつつ、介護支援専門員として適切な支援を行うこと

→ケアマネジャーからの一方的なサービス提案ではなく、利用者自らの選択を原則とし、介護支援の専門家として適切な助言や援助を心掛けてください。

※利用者から言われるままのケアプランを作成するという意味ではありません。利用者が希望する場合であっても、サービスの利用がかえって自立を阻害することが予見される場合や不適切な介護給付に繋がる恐れがある場合等は、方向の修正や正しい知識の教示など、専門職として適切な支援を行ってください。

③利用者の目指す生活の実現に向けた支援方針等を各サービス主体が共有すること

→利用者の目標実現のために、ケアチームが一丸となって効率的なサービスを提供できる環境を実現できるように、適切な情報共有を心掛けてください。

※ケアチームの各担当者にはそれぞれ役割がありますが、それらはすべて利用者の目指す生活を実現するためのものです。各個別サービスが有機的に連携し、利用者にとって最善のケアが提供されるよう、サービス担当者会議等を通じて、ケアチーム全員が同じ方向を向くことができるように調整をしてください。

④ケアに関わるすべての人が理解できる内容のケアプランを作成すること

→①～③を実現するためには、誰が読んでも利用者の状態や目標達成のための支援方針を把握することができるケアプランが重要です。他者目線での「わかりやすさ」を意識してケアプランを作成するように心掛けてください。

※利用者が理解できないケアプランでは、利用者の意欲を高めることもケアマネジメントへの主体的な参加を促すこともできません。また、個別サービスの担当者によって解釈に差が生じるケアプランでは、ケアチームが一丸となって利用者を支援することはできません。

5W1Hを意識して、利用者の状況や抱えている課題、課題解決のための支援方針等を明確に記載し、利用者を含めた各主体が取り組むべき内容がわかりやすいケアプランを作成してください。

【5W1H】

わかりやすい文章を作成する際に意識すべきとされる構成要素です。

When (いつ)、Where (どこで)、Who (だれが)、What (なにを)、Why (なぜ)、How (どのように) それぞれの頭文字を表します。

【例】

平成31年度(いつ)から、伊東市(どこで)では、主任CMと保険者職員(だれが)がケアプラン点検(なにを)実施します。この事業の目的は地域のケアプランの質を向上させること(なぜ)で、点検者が居宅介護支援事業所を訪問の上、対話を重ねながら(どのように)行います。

ケアプラン点検の実施方法について（実施概要）

- ケアプラン点検を**受けたことのない方を優先的に実施**します。
- 作成者、主任ケアマネジャー2人及び市役所職員2人が参加し、**伊東市役所会議室**で行います。
- ケアプラン作成者以外の**事業所側の参加者に制限はありません**。
- ケアプランについて、作成者との**面談・対話**によって行います。
- 総合的な**進行及び点検記録は基本的に市職員が行います**。
- 点検過程で改善点等が生じたとしても、**ケアプランの作り直し（再作成）を求めるものではありません**。
- ケアプラン点検後に、**点検したケアプランの更新時に、作成したケアプランとケアプラン点検後報告書を提出**して頂きます。

ケアプラン点検当日は、伊東市役所会議室にて実施いたします。当日は伊東市役所へお越しください。

ケアプラン点検は点検者による一方的な指摘・指導ではなく、ケアマネジメント過程及びケアプランの内容等を作成者と点検者の対話により確認します。

そのため、ケアプランを作成したケアマネジャーは必ず参加していただくこととなりますが、当該ケアマネジャー以外の参加者（管理者・他ケアマネジャー等）に制限はありません。居宅介護支援事業所が行う資質向上のための研修として活用していただくことも可能です。

点検の過程において、より良くするための改善点や修正した方が望ましい点等が見つかったとしても、即時のケアプランの再作成は不要です。ケアプラン点検で得た「気づき」は、その後の業務に反映させてください。

令和4年度より、ケアプラン点検後のフォローを目的として、点検したケアプランの更新時に、作成したケアプランとケアプラン点検後報告書を提出して頂きます。提出して頂いたケアプランについては点検しません。ケアプラン点検を通して、ケアマネジャーがどのような視点や考えでケアプランを作成するようになったか確認させていただきます。

ケアプラン点検の実施方法について（スケジュール概要）

- 対象事業所には、実施日の概ね2月前に通知します。
- 点検対象となるケアプランについて、利用者から提供同意書を取得してください。
- 対象となるケアプランに係る課題整理総括表を必ず提出してください。
- 実施の概ね1月前までに事前提出資料の提出をお願いします。
- 事前提出資料には、市役所にて匿名加工を施します。
- 点検を行う主任ケアマネジャーに対して、実施の概ね3週間前に対象ケアプランを提供します。
- 点検を行う主任ケアマネジャーと市職員は、実施の概ね1週間前に打合せをして当日に備えます。
- 点検当日は、概ね2時間をかけてケアプラン点検を行います。
- ケアプラン点検を通じて蓄積した指摘・提案・意見等は、市役所で集計の上、年度末に公表します。

ケアプラン点検の対象となる居宅介護支援事業所に対しては、実施日の概ね2月前に市役所から通知書を送付します。

ケアプラン点検の対象となった事業所は、点検を受けるケアプランについて、利用者から「ケアプラン提供同意書」を取得するとともに、実施日の概ね1月前までに、下表の事前提出資料を市役所へ提出してください。

【事前提出書類】

		書類名	備考・留意点等
1	ケアプラン	第1表（居宅サービス計画書(1)）	
2		第2表（居宅サービス計画書(2)）	
3		第3表（週間サービス計画表）	
4		第4表（サービス担当者会議の要点）	
5		第5表（居宅介護支援経過）	前プラン原案作成時点から直近まで（新規の場合は全て）
6		第6表（サービス利用票）	直近1月分を提出してください。
7	アセスメントシート	様式は問いません。※課題分析標準項目を具備していること	
8	課題整理総括表	必ず作成して提出してください。 ※普段作成していない場合は事後作成すること	
9	ケアプラン提供同意書	伊東市様式があります。	

※ 点検の対象となるケアプランについて、市役所から一定の条件を指定いたします。

ケアプラン点検では、対象となるケアプランに係る課題整理総括表を必ず提出していただきます。

課題整理総括表は、居宅介護支援事業所の運営基準において作成が義務付けられている帳票ではないため、通常業務において作成していない事業所もあるものかと思われますが、その場合は事後でも構いませんので、点検対象プランについて作成してください。

【課題整理総括表】

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、**多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的**として策定された帳票です。

様式・記載方法

→「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」（介護保険最新情報V o 1. 379）

提出されたケアプランについては、市役所にて匿名加工後、点検を実施する主任ケアマネジャーに提供します。主任ケアマネジャーと市職員は、当該ケアプランの内容を事前に点検し、疑問点や質問事項を予め整理して当日に備えます。

【匿名加工】

利用者及びその家族等の個人を特定することができる情報を削除すること。具体的には氏名・生年月日・住所（地番）・連絡先等が記載されている場合は、当該情報を削除します。

※居宅介護支援事業所、作成CM、利用サービス事業所に関する情報は加工しません。

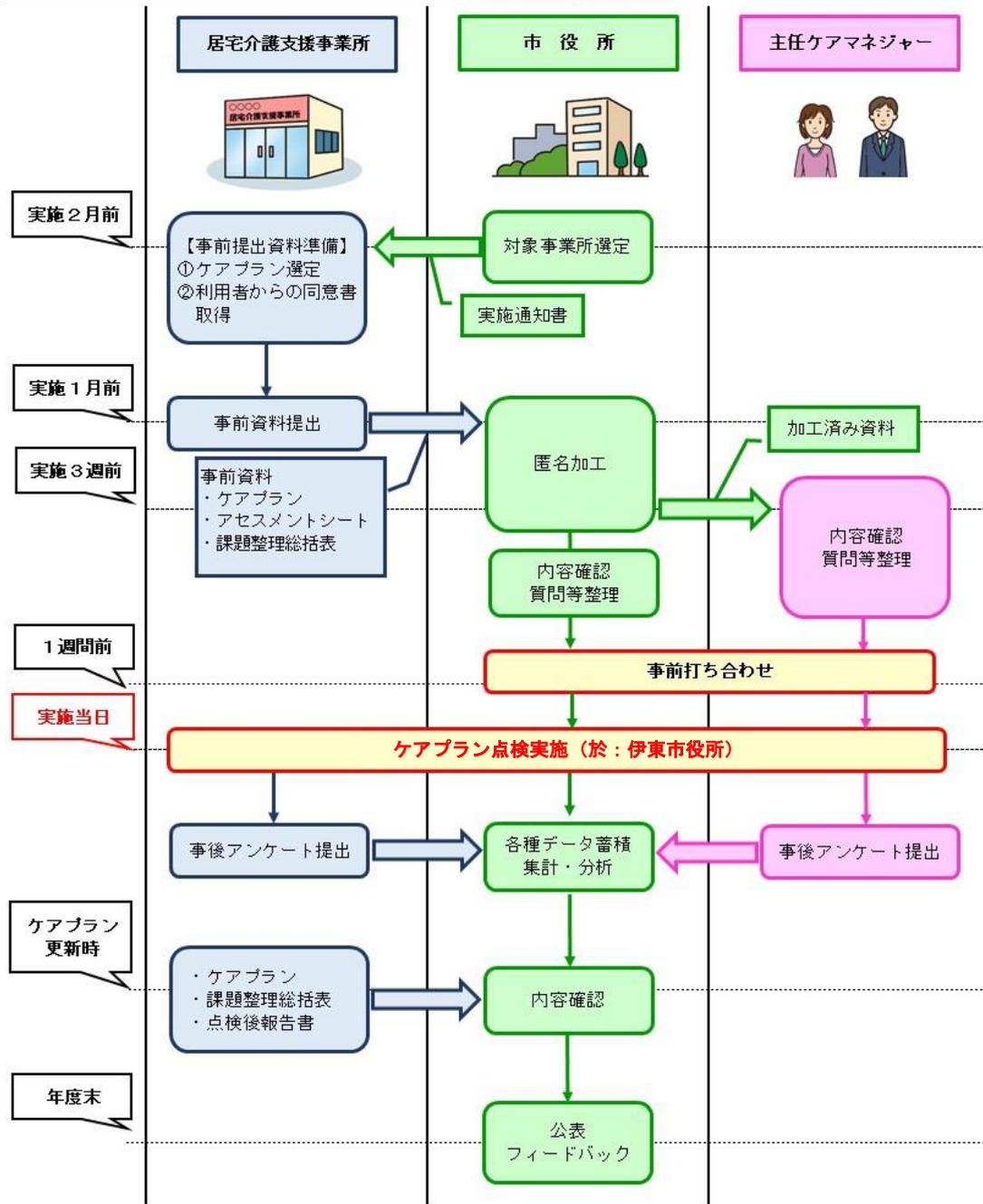
ケアプラン点検当日は作成者との会話・質問を通じて、ケアマネジメント過程及びケアプランの内容等を確認します。1事業所におけるケアプラン点検の所要時間は概ね2時間です。

一通りの点検が終了した後に、ケアプランの作成者に対して、点検者から総評を伝えます。また、参加者に対し事後アンケートを交付しますので、回答をお願いします。

被点検者は、点検したケアプランの更新時に、作成したケアプランとケアプラン点検後報告書の提出をお願いします。

ケアプラン点検で得たデータについては、伊東市が集計分析を行い、各年度末に公表することで居宅介護支援事業所に対するフィードバックを図ります。

ケアプラン点検までのスケジュール（概要）



介護保険制度の理念について

- 介護保険制度は「**自立支援**」・「**利用者本位**」・「**社会保険方式**」の3つの理念に基づき創設され、運営されています。
- ケアマネジャーをはじめ、介護保険制度に関わる方々は常にこれらを念頭において職務に当たってください。

介護保険制度は、「自立支援」「利用者本位」「社会保険方式」の3つの基本理念に基づき、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして創設されました。

制度は平成9年に成立した介護保険法に基づき、市町村※によって実施運営されます。

※特別区を含む

【介護保険制度の基本理念とケアマネジャーが意識すべき内容】

基本理念	ケアマネジャーが意識すること
自立支援	ケアプランの内容が利用者の自立を支援するために、多様なサービスが総合的かつ効果的に提供されるものになっているか。 →サービス先行でケアプランを作成し、かえって本人の残存能力の低下や機能訓練の意思を阻害する結果になっていないか。
利用者本位	ケアプランの内容（目標設定や支援方法等）が、利用者の選択や意思を反映したものになっているか。 →適切なアセスメントを通して、利用者の望む生活像を明らかにしているか。
社会保険方式	被保険者から徴収する保険料や公費を財源とした給付であることを理解し、過剰なサービスを位置付ける等、不適切な給付が行われないよう留意しているか。また、ケアマネジャーが果たす役割の重要性を理解し、高い公正中立性を保ち、法令順守を徹底しているか。 →サービスが特定の事業者によるものに不当に偏ったり、利用者の状態像を勘案せずに、機械的に区分支給限度額上限に合わせたサービスを位置付けたりしていないか。

居宅介護支援事業者及びケアマネジャーの定義・基本方針等について

- 利用者からの相談や依頼があった際には、常に利用者の立場に立って、在宅生活の支援を念頭に置いて、支援の方法等を検討してください。
- ケアマネジャーの役割は「要介護者が在宅において自立した日常生活を営むことができるように必要な支援すること（ケアマネジメント）」であり、ケアプランの作成はそのための手段の一つです。
- ケアマネジャーには、「公正誠実」・「居宅介護支援事業の運営基準の遵守」・「知識、技術、その他資質の向上」の3つの義務があります。

ケアマネジャーについては、介護保険法の総則にその定義がなされており、利用者からの相談に応じ、その支援のために各関係機関との連絡調整を行う専門家とされています。

【ケアマネジャーの役割】

法令	概要
介護保険法 第7条第5項	<ul style="list-style-type: none">・要介護者又は要支援者からの相談に応じること・要介護者等の心身の状況等に応じた、適切な居宅サービス等が利用できるよう、関係機関との連絡調整を行うこと

また、同法第69条の34において、ケアマネジャーには、「公正誠実」、「居宅介護支援事業の基本取扱方針の遵守」、「知識・技術・その他資質の向上」が義務付けられています。

【ケアマネジャーの義務】

法令	概要
介護保険法 第69条の34	<ul style="list-style-type: none">・利用サービスが不当に偏ることがないように、公正かつ誠実に業務を行うこと・指定基準に定める基本取扱方針に従って業務を行うこと・要介護者等の援助に関する専門的知識及び技術の水準及びその他資質の向上を図るよう努めること

また、ケアマネジャーの多くが勤務する居宅介護支援事業所が行う業務については、利用者に対して、その状況に応じた様々なサービスが総合的かつ効率的に提供されるために必要な支援を行うこととされており、その一環としてケアプランの作成が定義されています。

【居宅介護支援の定義】

法令	概要
介護保険法 第8条第24項	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な居宅サービス等を利用できるよう、利用者の状況等に応じたケアプランを作成すること。 ・ケアプランに位置付けたサービスの提供が確保されるよう、関係者間の連絡調整を行うこと。 ・介護保険施設等への入所を希望する場合は、介護保険施設等の紹介その他の便宜を提供すること。

居宅介護支援事業所の運営等についての詳細は、基準条例や解釈通知にて示されており、それらにおける居宅介護支援事業の基本方針は次表のとおりです。

【居宅介護支援の基本方針】

法令	概要
基準条例 第2条	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護者が可能な限り自立した在宅生活を継続することができるよう、配慮して行うこと。 ・利用者の状況等に応じた居宅サービス等が、利用者の選択に基づき、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行うこと。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用する居宅サービス等が特定の種類又は事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行うこと。 ・市町村や地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業所、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めること。

居宅介護支援事業者は、その果たす役割が極めて重要であることから、利用者の自己負担割合に関わらず、保険給付率も10割とされているところです。ケアマネジャーはこれら基本方針等を念頭に、高い中立性を保ち、利用者本位のサービス提供が実現できるような支援を行ってください。

介護保険制度の運用における居宅介護支援事業者及びケアマネジャーの役割について

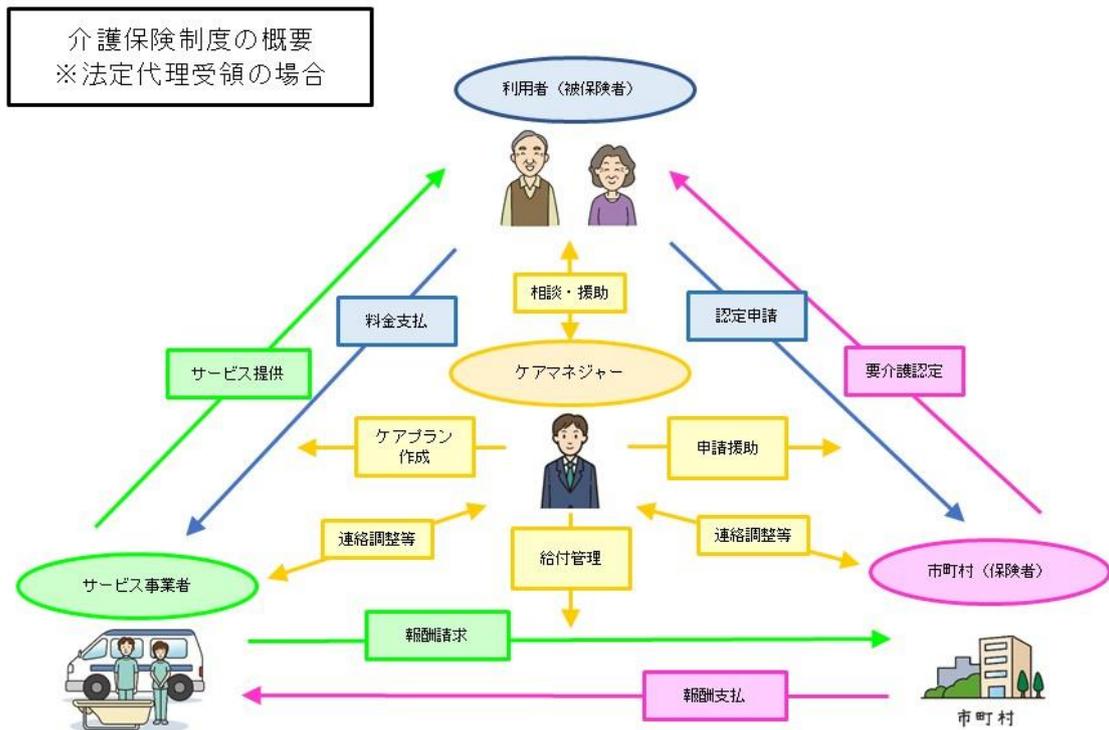
○介護保険制度は「利用者（被保険者）」・「サービス事業者」・「市町村（保険者）」の3者が相互に関係しあうことで運用されています。

○ケアマネジャーは上記3者の連携が円滑に行われるための様々な役割を担っています。

要介護者の支援に当たっては、要介護者本人やその家族、介護事業者等のさまざまな主体が密接に連携し合い、各種保健・医療・福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されることが重要となります。

これらの連携が円滑に行われるように、ケアマネジャーには各主体間の連絡調整を行う役割があります。

下図では、被保険者が要介護認定を受けて、居宅サービス等を利用する際にケアマネジャーが果たす役割を簡易的に例示しています。



これら以外にも、ケアマネジャーは、高齢者の自立した日常生活を支援するために様々な役割を担っており、その内容は状況によって変化することから、一概に業務範囲を示すことは困難ですが、主だったものは次表のとおりです。

【ケアマネジャーの業務とその役割の例示】

対象者	業務内容	目的・具体例
利用者 ↓ サービス事業者	ケアプラン作成	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の支援方針（サービス種類、期間等）を策定 ・保険給付の法定代理受領サービス化
サービス事業者 ↓ 市町村	給付管理	<ul style="list-style-type: none"> ・法定代理受領サービスに係る報告 ・介護報酬の適正な受領、支払
利用者 ↓ 市町村	認定申請援助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の介護保険利用のために提供される便宜（新規申請・更新申請）
利用者	相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの全般的な相談に応じるとともに必要な援助を行う
関係者全般	連絡調整	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医等への服薬状況等の提供 ・介護保険施設への紹介、便宜の提供 等

居宅介護支援事業の実務（指定基準違反・運営基準減算にならないために）

○各種法令等に則った事業運営が行われていない場合、**事業者の指定が取り消される**ことがあります。

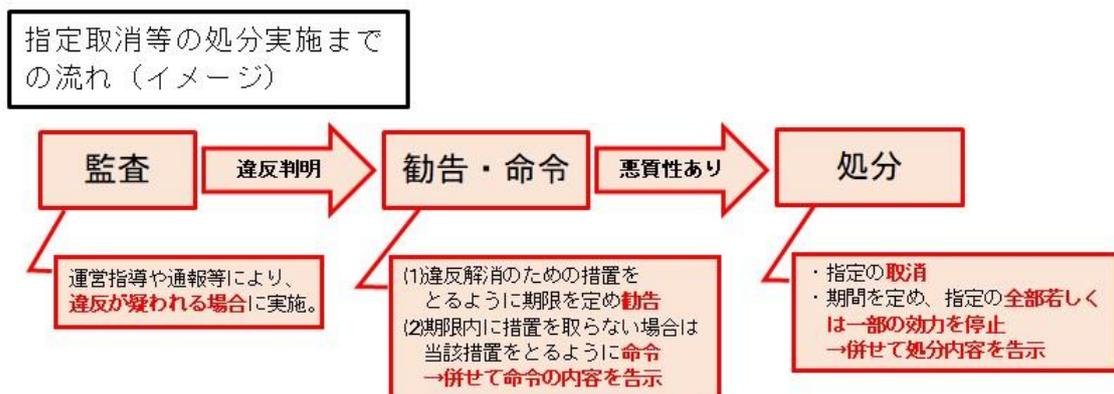
※取消処分を受けた事業所は、取消日から5年間指定居宅介護支援事業者の指定を受けることができなくなります。

介護報酬（居宅介護サービス計画費）の支給を受けるためには、居宅介護支援業務を行う事業者が市町村長から指定を受けていなければなりません。（法第46条）

指定居宅介護支援事業者は、基準条例をはじめとした各種法令等に則った事業運営が可能であることが前提であり、このことについて事業者指定の際に誓約をいただいているところです。（法第79条第2項各号の規程に該当しない旨の誓約書）

市町村が指定居宅介護支援事業者に対して実施する運営指導や監査において、基準条例等に則った人員を配置していなかったり、運営を行っていなかったりしたことが明らかになった場合は、改善勧告や命令を受けることがあります。なお、保険者は当該命令をした場合は、その内容を告示します。（法第83条の2）

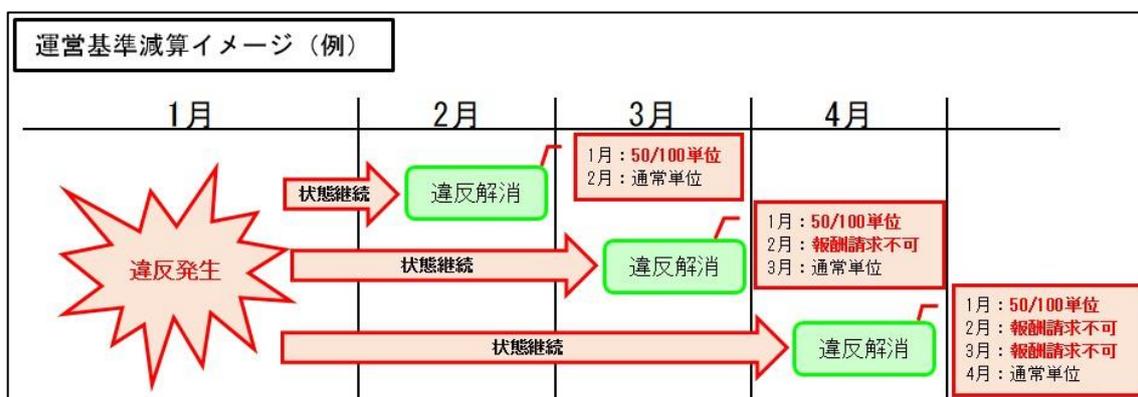
また監査等の課程において虚偽の答弁をしたり、虚偽の帳簿を提出したりする等、悪質性があると認められた場合には、事業者の指定取消又は効力の停止といった処分が行われることがあります。なお、取消処分を受けた申請者（法人）は取消日から起算して5年間は、指定居宅介護支援事業者の指定を受けることができなくなります。（法第84条）



○基準条例等に定める一連手続等に則ったケアマネジメントが行われていない場合、運営基準減算となり、報酬の減額又は報酬請求が不可能になることがあります。

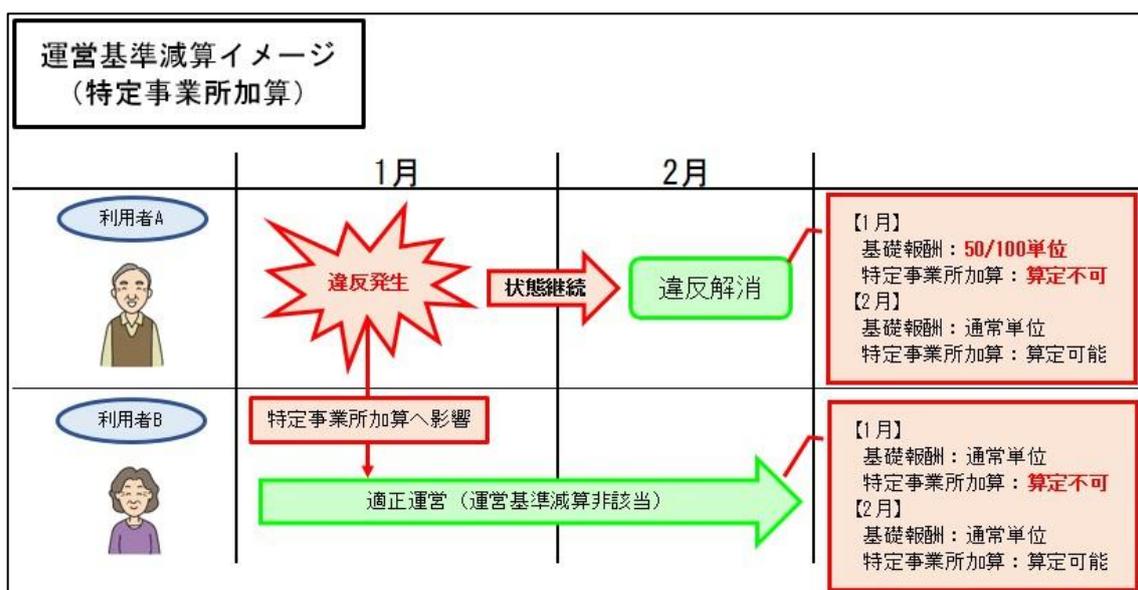
前述の事業者の指定取消処分その他、基準条例に定める一連手続が適切に行われていない場合には、報酬告示の定めるところにより、報酬の減算が適用されることがあります（いわゆる「運営基準減算」）。

運営基準減算に該当した場合は、減算事由発生月について居宅介護支援費が50/100に減算されます。また、2月目以降も運営基準減算状態が継続した場合は、2月目以降の居宅介護支援費を請求することができなくなります。



なお、「初回加算」や「特定事業所加算」等は運営基準減算に該当していた場合は算定できません。

※運営基準減算自体は利用者ごとの適用ですが、「特定事業所加算」を算定している事業所の場合は、事業所内で運営基準減算に該当する利用者が1人でも発生した際は、事業所すべての利用者について、「特定事業所加算」を算定することができなくなります。



【運営基準減算に該当する要件】

	内容
1	提供開始時に以下の4点について、文書を交付して説明していない場合
	(1) 利用者は複数のサービス事業者等を紹介するよう求めることができること
	(2) ケアプランに位置付けられたサービス事業者の選定理由の説明
	(3) 前6月間の居宅サービス計画における訪問介護や通所介護等のサービスが位置付けられたそれぞれのサービスの割合
2	(4) 前6月間の居宅サービス計画における訪問介護や通所介護等の回数のうち、同一のサービス事業者によって提供されている割合
	ケアプランの新規作成及び変更時に、以下の(1)～(3)いずれかに該当した場合
	(1) ケアマネジャーが利用者の居宅を訪問して、利用者及びその家族に面接していない
	(2) ケアマネジャーがサービス担当者会議等を開催していない
3	(3) ケアマネジャーがケアプラン原案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、当該ケアプランを利用者及び担当者に交付していない
	サービス担当者会議について、以下の(1)～(3)において開催されていない場合
	(1) ケアプランを新規に作成した場合【新規作成時】
	(2) 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合【認定更新時】
4	(3) 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合【区分変更時】
	モニタリングについて、以下の(1)・(2)いずれかに該当した場合
	(1) ケアマネジャーが1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合
	(2) ケアマネジャーがモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合

ケアプラン点検等に関する法令・通知・参考資料等

○介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について

(平成11年 老企29号)

➡ケアプランの様式や記入方法について、基本的な事項が掲載されています。

○課題整理総括表・評価表の活用の手引き

(平成26年6月17日 介護保険最新情報V○1. 379)

➡「課題整理総括表」及び「評価表」の活用方法について掲載されています。

○ケアプラン点検支援マニュアル

(平成20年7月18日 介護保険最新情報V○1. 38)

➡ケアプラン点検を行う側（点検者）の注意点等が記載されています。

○ケアプラン点検項目マニュアル

(令和7年9月26日 介護保険最新情報V○1. 1424)

➡ケアプラン点検時の重要なポイント等が記載されています。