

# 江戸川区ケアマネジメントに関する基本方針

平成 30 年 7 月	介護保険課
令和元年 7 月	改訂
令和 2 年 9 月	改訂
令和 3 年 2 月	改訂
令和 3 年 9 月	改訂
令和 5 年 2 月	改訂
令和 8 年 2 月	改訂

## 1 背景

介護保険制度は、令和 12 年（2030 年）に向けて、その取り巻く環境が大きく変化しています。平成 12 年の制度発足から四半世紀を迎えようとする中、団塊の世代が全て後期高齢者となり、認定者数及び保険給付費は増加の一途をたどっています。

これは制度が社会に根付いている証である一方、少子高齢化の加速と生産年齢人口の減少により、制度の持続可能性に対する懸念はより一層深刻になっています。また、認知症高齢者の増加、8050 問題やダブルケア、独居高齢者や老老介護の増加など、支援ニーズが複雑化・複合化している現状があります。

こうした状況に対応するため、本区では「ケアプランデータ連携システム」の導入・活用を積極的に推進しています。このシステムにより、ケアプランの作成・提出・確認業務の効率化が図られるとともに、蓄積されたデータを分析・活用することで、より効果的な自立支援型ケアマネジメントの実現と、科学的介護（LIFE）の推進が期待されています。ケアマネジャーには、このデジタル基盤を最大限に活用し、業務効率化と質の向上の両立に取り組むことが求められています。

また、ICT・AI 等のデジタル技術活用、介護人材不足への対応など、介護の質の向上と効率化が同時に求められる中、法の理念に反する利用者の要望だけに偏ったケアプランや事業所都合優先のケアプランは、制度の信頼と存在意義を揺るがすことになりかねません。

そこで本区では、ケアマネジャーが業務を行うに当たり依拠すべき基本方針を示し、保険者とケアマネジャーが共有することにより、真に利用者の自立支援に資するケアマネジメントを実現し、保険給付の適正化を図り、制度の信頼と持続可能性を高めてまいります。

ケアマネジャーには、地域包括ケアシステムの深化・推進はもとより、地域共生社会の実現において中核的な役割を担うことが期待されています。多職種・多機関との連携を強化し、ケアプランデータ連携システムも活用しながら、複合的な課題を抱える世帯への包括的な支援を行うとともに、自立支援・重度化防止の視点を持ちながら、利用者の尊厳ある生活を支援することが求められています。限られた社会資源を効果的に活用し、利用者の生活の質の維持・向上を図ることを期待するものです。

## 2 法の趣旨と理念

### (1) 趣旨

2000年(平成12年)4月、高齢化の進行に伴い要介護高齢者が急増し、従来の老人福祉・保健制度だけでは対応できないことが明らかになる中で、介護保険制度は創設されました。介護保険制度は、①高齢者介護を社会全体で支えること、②利用者本位の立場から適切なサービスを総合的・一体的に提供すること、③社会保険方式を導入し、保険料を負担することで介護給付が受けられることを明確にすること、④介護を理由とする社会的入院の解消を図るとともに、医療をはじめとする社会保障の構造改革を推進していくことなどを目指して創設されました。

### (2) 理念

介護保険法第1条では、「尊厳の保持」と「自立支援」が謳われています。

「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援体制と、適切な情報提供、意思決定支援が必要になります。重要なのは「自分の力で判断」という点です。利用者が適切な情報提供や支援を通して自己選択・自己決定ができる環境を整えることが必要です。ケアマネジメント機能を活用して、利用者の意思決定を支え、状況に即した身体・精神・社会・経済等の側面から総合的に「自立を支援」することが求められます。

介護保険制度の基本理念は、利用者本位、自立支援であるとも言えます。ケアマネジャーは、要介護者等(要介護者・要支援者・総合事業対象者)が自立した日常生活を営むのに必要な、援助に関する知識・技術を有する専門職として、要介護者等が適切な介護サービスを利用できるよう、サービス提供事業者等との連絡調整を行うことをその主たる職務としています(法第7条第5項)。

つまり、利用者の立場に立って、利用者が必要なサービスを利用できるよう支援することで、法の目的に沿った給付を実現するためのキーパーソンであると言えます。

#### ○法第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

#### ○法第7条第5項

この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。)からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業(第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。)を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う

者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

### 3 ケアマネジメントについて

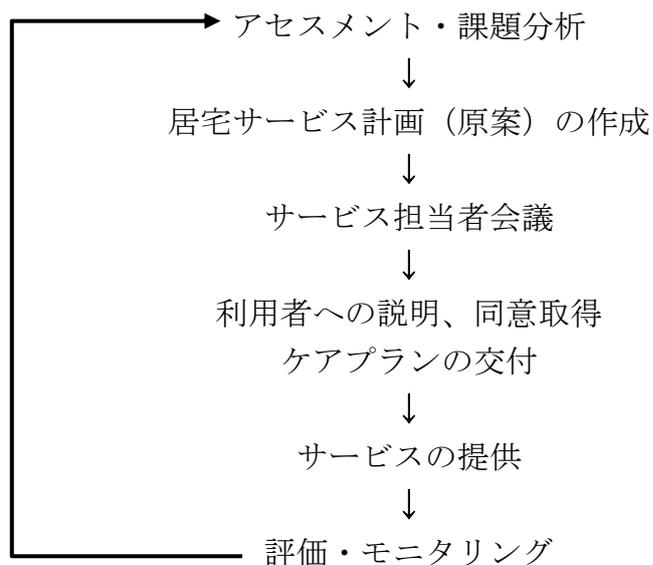
#### (1) ケアマネジメントの基本

ケアマネジャーが実施するケアマネジメントは、介護保険制度の中核をなす機能です。介護保険制度におけるケアマネジメントとは、利用者の心身の状況、その置かれた環境等に応じて、利用者の選択に基づいて、適切な介護サービス等が、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、ケアプランを立案し、これに基づいたサービス提供が行われるよう調整、管理を行うことです。ケアプランとは、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画です。利用者の状態に応じて、介護予防や重度化防止の観点を適切に取り入れつつ、地域の中で、尊厳ある、自立した生活を続けるための計画でなければなりません。

なお、ケアプランの様式、記載要領、課題分析の標準項目については、「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」の一部改正について ([介護保険最新情報 vol. 958](#) vol. 1049) を確認してください。

#### (2) ケアマネジメントの流れ

ケアマネジメントは、以下の手順に沿って実施されます。



### (3) 本区におけるケアマネジメントの課題

本区におけるケアマネジメントの課題として、以下のようなケアプランが散見されま  
す。

- 利用者の選択に基づいたケアプランであるべきだが、単に利用者や家族の希望、サービ  
ス事業者からの要請で作成されたケアプラン。
- アセスメント情報からは、利用者の置かれている状況から、生活全般にわたった解決す  
べき課題（ニーズ）を把握していると言い難く、ケアプラン上の課題の位置づけが不明  
確なケアプラン。
- 医療や多職種等との連携が不十分なケアプラン。

## 4 本区におけるケアマネジメントの基本方針

基本的には、要介護者も要支援者・総合事業対象者であっても、ケアマネジメントの基  
本は同じものです。

ケアマネジメント業務に当たっては、以下の点に留意してください。

- 利用者が可能な限り、住み慣れた地域、居宅で自立した日常生活を送れるよう配慮さ  
れているか。
- 利用者や家族及びその人を取り巻く環境について、かかりつけの医師等の多職種から  
の専門的な助言、多方面からの情報を客観的に収集し、利用者の意向を的確に把握し  
た上で、真に必要なサービス（インフォーマルサービスも含む）を位置づけている  
か。
- 達成可能かつ利用者本人の意欲を引き出せる目標（※）とした上で、その目標がサー  
ビス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムの実施を担保しているか。  
※例えば、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたことで今はできなくなったこと  
②介護予防や悪化の防止に一定期間、取り組むことにより実現可能なこと  
③その達成状況が具体的に評価できる目標 等  
※重い要介護状態であっても、生活の質が保たれ、向上していくようなケアプランにな  
っているか 等
- 生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではな  
く、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生き  
がいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど「心身機能」「活動」  
「参加」にバランスよくアプローチしているか。
- サービスが特定の種類や事業者が不当に偏ることがないように、公正中立の視点に立っ  
て作成されているか。

- ケアマネジャーが知り得た利用者の情報を、かかりつけ医等の関係者と共有した上で、より適切なプランに見直しているか。
- アセスメントに当たっては利用者と介護者の状況だけでなく、家庭内の複合的な課題(※)についても把握するよう努めているか。

※8050問題(高齢の親がひきこもり等の中年の子を養う)、ヤングケアラー(お手伝いを超えるような家事や介護等を行っている子ども)等の問題は、家庭内で隠されていることが多く、ケアマネジャーがいち早く気づく可能性もある。

例えばヤングケアラーが介護や家事を担っていた場合、子どもにとって過度なケアや手伝いは、子どもの健康面や生活、今後の人生にまで悪影響を及ぼす可能性があるため、適切な介護サービスの提供による負担軽減等を考慮すること。また複合的な課題に合わせ、関係する他の専門機関等とも連携して、適切に支援を行うよう努めること

- 高齢化社会が進む中で、現役世代の家族等にかかる負担も大きくなり、家族の仕事と介護が両立できず、介護のため離職せざるを得ない「介護離職」が、このままではますます増えていくと思われる。いずれは、日本経済の損失にもつながりかねない、この事態を回避するためには、介護者に対して、介護休業、介護休暇等の公的支援も含めた諸制度を早期に理解していただくことも今後は必要である。ケアマネジャーとしても介護者支援、介護と仕事が両立できるためのケアプランの作成に努めること。また、介護保険課のホームページの「相談・サービス」⇒「家族の介護と仕事が両立できない」では、介護離職を防止するための厚労省と東京都のリンク先を掲載しているので、情報を必要とする家族に情報提供を行うこと。

## 5 ケアマネジメントの質の向上に向けた支援

本区では、居宅介護支援事業者を対象とした運営指導、集団指導、ケアプラン点検、地域ケア会議、各種研修を通して、居宅介護支援事業者並びにケアマネジャーの質の向上、介護給付の適正化を図り、区民が安心して生活できる介護保険制度を推進します。

### (1) 運営指導と集団指導

「指導」は、利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭に置いて、介護保険事業者及び施設の支援を基本とし、介護給付等対象サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的としています。

#### ①運営指導

運営指導は、区の担当者が指定期間内に一度以上、事業所等を訪問し、書類の確認やヒアリングを基に、事業者や事業所の運営及び報酬請求について確認することによって、制度の適正化とよりよいケアの実現を図るものであり、法第23条に基づいて行っています。

また、苦情等が区に寄せられた場合、随時行う場合があります。

## ②集団指導

集団指導では、介護保険事業者が適切なサービスを提供するために、遵守すべき運営基準、報酬請求に関する事項、留意点等を伝達します。

### (2) ケアプラン点検

ケアプラン点検は、法第115条の45に基づいて行われる介護給付等費用適正化事業の一つであり、自立支援に資するケアプラン作成やケアマネジャーの資質向上を目的に実施されるものです。

#### I. ケアプラン点検体制の整備（令和7年度以降）

本区では、ケアプラン点検の実施体制を強化するため、令和7年度から特定非営利活動法人江戸川区ケアマネジャー協会に一部のケアプラン点検業務を委託しています。これにより、より専門的かつ中立的な視点からのケアプラン点検を実施し、ケアマネジャーの資質向上に資することを目指しています。この取り組みを通じて、区内全体のケアマネジメントの質の向上を図ってまいります。

#### II. 主任ケアマネジャー配置事業所を中心としたケアプラン点検（令和8年度以降）

令和8年度から、本区は新たに主任ケアマネジャーの資格を取得したケアマネジャーが配置されている事業所を中心に、ケアプラン点検の受検対象事業所を選定します。これにより、質の高いケアマネジメントの実現及び事業所全体のケアマネジメント水準の向上を促進します。（選定方法、実施時期等の詳細については、別途通知いたします。）

#### III. ケアプラン点検の主なポイント

ケアプラン点検で確認する主なポイントは、以下のとおりです。

- ①居宅サービス計画書第1表から第3表：課題分析（アセスメント）の結果を踏まえ、利用者と家族およびケアマネジャーが共同で作成されているか確認します。また、利用者のニーズや希望に基づいた個別の支援が行われていることが重要です。
- ②第4表（サービス担当者会議の要点）：ケアマネジメントの進行に合わせて、ケアチーム全体の意思を確認・共有しているかを評価します。多職種連携の促進やチーム内での共有情報の透明性が高まるよう、定期的なミーティングの実施が求められます。
- ③第5表（居宅介護支援経過）：ケアマネジャーがその時々判断を行うための根拠となる情報が責任を持って記載されているか確認します。特に利用者の状況変化や新たなニーズが生じた場合に、迅速に対応できる体制を整えることが必要です。
- ④モニタリング：現在利用しているサービスの利用状況（頻度やその内容）、目標の達成度や満足度を確認することで、適切なサービス利用ができているかの評価を実施します。必要に応じて、ケアプランを見直し、変更を行います。

- ⑤ I T技術の活用：ここ数年の介護保険最新情報等では、ICT（情報通信技術）を活用したケアプランの管理やモニタリングの効率化が推奨されています。電子的な記録の導入により、情報の迅速な共有が可能となり、ケアの質を向上させる取り組みが進められています。
- ⑥ 家族の役割の強化：利用者やその家族がケアプランに対してより主体的に関与できるよう、家族が現在担っている日常的なケアやサポートなどの役割を適切に評価し、それを基盤とした支援方法に関する情報提供や実践的なアドバイスを行うことが重要です。

「ケアプラン点検支援マニュアル」や、「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」の内容に基づき、家族の意見や思いを反映させる仕組みを取り入れることが、より良いケアの実現に寄与します。また、家族の既存の経験や知識を尊重しながら、必要に応じて新たなケア技術や知識を習得できるような支援体制を整えることで、家族のエンパワメントにつながります。

＊ 江戸川区では、「ケアプラン点検支援マニュアル」（[介護保険最新情報 Vol. 38](#) 平成 20 年 7 月 18 日 厚生労働省老健局振興課）に基づくケアプラン点検と、リ・アセスメントシートを活用した「[保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン](#)」（東京都 平成 26 年 3 月、令和 6 年 11 月一部改定）に基づくケアプラン点検を実施しています。

### （3）地域ケア会議

特に要支援者及び総合事業対象者について、熟年相談室を中心とした多職種による検討を行い、利用者のQOLの向上や自立支援に資するケアマネジメントの質の向上などを目指す「介護予防のための地域ケア会議」を開催しています。

### （4）厚生労働大臣が定めるケアプラン検証等

#### ①訪問介護の生活援助中心型サービスに関する届出義務

訪問介護の生活援助中心型サービスをケアプランに位置づける場合、厚生労働大臣が定める回数以上のケアプランについては、区への届出が義務づけられています。この届出に関する書類（「訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書（兼理由書）」は、介護保険課ホームページに掲載されています。

届出があったケアプランに基づいて、区と熟年相談室で検証の会議を行い、その結果を担当ケアマネジャーにお返ししています。（平成 30 年 10 月 1 日施行、[介護保険最新情報 vol. 652](#)）

#### ②居宅介護支援事業所単位でのケアプラン検証

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証については、東京都国民健康保険団体連合会から提供された給付実績をもとに、下記に該当する場合、ケアプラン検証のた

めのケアプラン点検を実施します。該当居宅介護支援事業者については、区からご連絡をさせていただきます。(令和3年10月1日施行) [介護保険最新情報 vol.1009](#)

- 区分支給限度基準額の割合が高く、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業所
- 同一のサービス付高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、区分支給限度基準額の利用割合が高いケアプランを作成している居宅介護支援事業所

### ③高齢者向け住まい等に関するケアプラン検証

近年、高齢者向け住まい等の増加が顕著となっています。この状況に対し、国から自治体に向けて、高齢者向け住まい等の利用者のケアプラン点検の実施が提言されています。具体的には介護保険サービスが自立支援につながっているかどうかを検証することが目的です。(社会保障審議会給付費分科会「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」(令和2年12月23日))

本区においても高齢者向け住まい等の増加が見られ、東京都国民健康保険団体連合会から提供された給付実績をもとに、ケアプラン点検を実施しています。該当する担当ケアマネジャーには区からご連絡をさせていただきますので、ご協力をお願いします。