（参考様式２）

平成○○年○月○日

　○〇　居宅介護支援事業所管理者　様

○〇市町○〇課長

ケアプラン点検の実施について（依頼）

　日ごろから介護保険行政の推進について，格別の御尽力をいただき，厚くお礼を申し上げます。

　高齢者等が介護を要する状態になっても，その有する能力を活用して状態の維持・改善に努め，できるだけ地域で主体的に暮らし続けることができるよう支援し，介護保険制度の理念と将来の安定的な運営を確保していくためには，各居宅介護支援事業所で作成されるケアプランが，利用者が真に必要とするサービスを提供し，自立支援に資するケアプランであることが重要です。

　ついては，○〇市町では，各事業所で作成されたケアプランを検証・確認するため，下記に基づき，関係資料の提出をお願いします。

　なお，提出していただいた資料のうち指定するケアプランについて，後日，面接して内容を確認させていただく予定です。

（１提出資料：A又はBパターン等）

≪Aパターン：保険者がケアプランを選定する場合≫

１　提出資料

　　次のケアプランについて，①～④（又は⑤）を提出してください。

（1）A介護支援専門員作成　△△△△（利用者名）のケアプラン　直近のもの（又は○月分）

（2）B介護支援専門員作成　□□□□（利用者名）のケアプラン　直近のもの（又は○月分）

（3）・・・・・・・・・・

①　アセスメント表

②　第１表　居宅サービス計画書（1）

③　第２表　居宅サービス計画書（2）

④　第３表　週間サービス計画表

⑤　ケアプラン振り返り自己チェックシート

≪Bパターン：保険者が選択要件を事前指示し，介護支援専門員が選定する場合≫

１　提出資料

　　次の要件から，介護支援専門員が選択して提出してください。

（例示）

（1）独居の事例

（2）区分支給限度基準額の80％以上を使用している事例

（3）新規開始６か月以内の事例

２　提出期限及び提出先

　　平成30年○月○日までに〇〇課に提出してください。