

令和7年度 伊勢原市ケアプラン点検

1. 実施根拠と実績

- (1) 第9期（R6－R8）伊勢原市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画において給付の適正化について、計画に位置付けられている。

実績（H28－R6）

- (2) 平成28年度は、地域包括支援センター向けに介護予防サービス計画書（ケアマネジメント研修）を年4回実施し、居宅介護支援専門員等をサポートする地域包括支援センターの職員の資質向上を図った。
- (3) 平成29年度は、平成28年度に実施した地域包括支援センター向け研修において、職員や事業所によるケアマネジメントの考え方や質に差異があることが確認されたことを踏まえ、「平成29年度ケアプラン点検研修」と称し、市内4か所の地域包括支援センターの職員全員に対するケアプラン点検を実施。また、点検する側の資質向上も目指し、地域包括支援センターに所属する主任介護支援専門員が点検することを体験した。（年間19回）
- (4) 平成30年度～令和5年度は、市内の居宅介護支援事業所に所属する居宅介護支援専門員、施設サービス及び居宅系施設サービス等に所属する居宅介護支援専門員等をケアプラン点検の対象とした。ケアプラン点検は、介護支援専門員によるケアマネジメントが適切に行われているかについて、実践的かつ専門的な視点による指導・助言を行う十分な能力が必要であることから、対応できる専門的知識を有する委託業者と伊勢原市職員が共に点検することで、気づきを共有しケアマネジメントの質の向上を目指した。
- (5) 令和4年度～令和6年度は、地域包括支援センターの職員もケアプラン点検の対象とした。

2. 目的

ケアマネジメントのプロセスを踏まえた自立支援に資する根拠の明らかなケアプランとなっているかを、介護支援専門員・地域包括支援センター職員（以下、「ケアマネジャー」という。）と伊勢原市職員が共に点検することで、気づきを共有すること。さらにレベルアップを図ることで、ケアマネジメントの質の向上につなげる。ひいては、要介護者の自立の促進や維持により、給付の適正化を促進する。

3. 目標

- (1) ケアマネジャーが、専門家としての判断根拠を明確にしたアセスメントを行い、自立支援に資するケアプランを立案する。
- (2) 多職種連携の基礎となる説明力（自身の判断や根拠を明確に伝える力）について強化し、日常の支援及び地域ケア会議等で理路整然と説明をすることができる。
- (3) ケアマネジャーが、常に本人の能力を活かす、取り戻す、維持するという視点に立って利用者の暮らしをサポートすることができる。
- (4) 公正中立を旨とし、利用者の自己選択を尊重した「選択サポート」が適切にできる。
- (5) 地域包括ケアシステムの目標を理解し、住み慣れた地域や自宅で介護が必要になった場合においても適切かつ様々なサービスやサポートをもって、利用者の希望の実現に努めることができる。

4. 実施方法

厚生労働省の「ケアプラン点検支援マニュアル」や伊勢原市作成のチェックリスト等の共通の指針を使用する。

(1) 点検（確認）従事者

介護高齢課

合同会社 介護の未来

(2) 対象者

伊勢原市内に住所を有する居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー

伊勢原市内に住所を有する施設サービス及び居宅系施設サービス等に所属するケアマネジャー

伊勢原市地域包括支援センター職員

(3) 基本的な実施の流れ

年間スケジュール

- | | |
|------------------|---|
| ① 令和7年3月予定 | 伊勢原市ケアプラン点検説明会 |
| ② 令和7年4月4日 | 第1回ケアプラン点検対象事業所及びケアマネジャーへ通知（発送）、以後偶数月の1日を目安に対象事業所及びケアマネジャーへ通知 |
| ③ 令和7年5月～令和7年11月 | 事業所面談 |
| ④ 令和8年3月 | 報告書作成 |

月次スケジュール（予定）

時 期	内 容
① 前月1日頃	委託先（介護の未来）から対象ケアマネジャーへ通知書類を発送 1 ケアプラン点検の実施について（通知） 2 個人情報使用同意書 3 ケアプラン点検事業について（お願い） 4 課題整理総括表のデータ頒布と提出について 5 課題整理総括表（原紙）記入例
② 前月末日	対象ケアマネジャーが委託先（介護の未来）に提出書類を郵送
③ 面談 第4金曜日	事業所面談（面談場所：伊勢原市役所）
④ 面談後14日前後	委託先（介護の未来）から対象ケアマネジャーにケアプラン点検結果を送付
⑤ 結果通知到着後 1ヶ月	対象ケアマネジャーがケアプラン点検後に作成したケアプランを委託先（介護の未来）に提出
⑥ 随時	③④⑤について委託先（介護の未来）から市へ報告書を提出

(4) 対象ケース等

- ① ケアマネジャー等1人につき1ケースを提出する。
- ② ケース（利用者）の選定は伊勢原市が行う。

(5) 提出書類（事前）

- ① ケアプラン自己チェック表
- ② 本情報（フェイスシート）・アセスメント（課題分析表）
- ③ アセスメント総括表（課題整理総括表）

②④⑤⑥⑦⑧は既にあるものの写し

＊神奈川県介護支援専門員協会開発様式（改変）を使用する。

＊厚生労働省の参考様式（2014年6月17日頒布）での提出も可。

- ④ 居宅・施設サービス計画書〔第1表から第3表まで施設においては第4表でも可〕
- ⑤ モニタリング表（直近2回分）
- ⑥ 支援経過記録（直近2ヶ月分）
- ⑦ サービス担当者会議の要点（提出プランの協議を行ったもの）
- ⑧ サービス利用票・別表（直近の月を提出）（施設は不要）

（6）点検（確認）従事者による事業所面談〔90分程度〕

- ・日程等については、委託業者から事業所（管理者及びケアマネジャー）に連絡して調整する。
- ・面談では、ケース紹介及び抽出したニーズ及びその根拠等の説明（下記①～③）を10分程度で行う。
- ・次に、委託業者が事前に点検した内容について、ケアマネジャーに対して行う質問を通して、自立支援に資するケアマネジメント及びケアプラン立案がされ、かつ、専門家として判断根拠を踏まえた上でのケアマネジメントができているか等を確認する（80分程度）

- ① 利用者紹介
（基本情報・ADL・世帯状況・介護力・現病歴・服薬状況等）
- ② 課題と判断した内容
（課題が生じている原因）
- ③ 判断した課題に必要な支援
（サービス名ではない）

（7）ケアプラン点検結果の送付

ケアプラン点検結果を点検対象ケアマネジャー及び所属する管理者あてに送付する。

（8）ケアプラン点検（面談）後に作成したケアプランの提出（再提出）

ケアプラン点検結果を踏まえて、ケアプラン点検を通じて得た気づき等を役立てて作成したケアプランを、事業所面談の翌月（約1カ月後）までに市へ提出する。

- ① 居宅サービス計画書〔第1表から第3表まで〕（利用者等の署名押印済のコピー）
- ② 自己チェック表
- ③ ケアプラン作成のポイント（ケアプラン点検結果と一緒に送付したものを使用する）
- ④ アンケート

5. ケアプラン点検事業の実績報告

令和7年度に実施したケアプラン点検事業からみえた伊勢原市のケアマネジャーの傾向などを分析し、令和8年3月末日までに報告書にまとめ市へ報告する。