

ケアプラン点検 フィードバック研修

袖ケ浦市 福祉部 介護保険課

令和8年2月13日（金）

① ケアプラン点検とは

② ケアプラン点検での確認事項

① ケアプラン点検とは

ケアプラン点検の目的

3

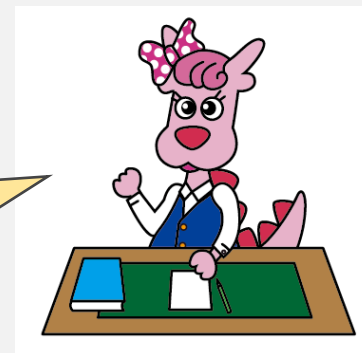
ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実現を支援する。

ケアプラン選出理由（令和7年度） 4

- ①訪問介護生活援助を利用している事例
- ②2段階以上の区分変更があった事例
- ③同一・系列法人のサービスのみを利用している事例
- ④有料老人ホームの入居者で、
同一系列法人のサービスを利用している事例
- ⑤区分支給限度額に対する計画率が90%以上の事例
- ⑥要介護4、5で区分支給限度額に対する計画率が
20%未満の事例
- ⑦2号被保険者の事例
- ⑧ひとりケアマネジャーの事例
- ⑨ケアプラン点検未経験者の事例

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. 第4表 担当者会議の記録
6. 第5表 支援経過記録
7. ケアプラン振り返り自己チェックシート

「アセスメント表」と
「第2表 居宅サービス計画（2）」の
短期目標に記号（A, B 等）を振り、
どの部分と連動するのかがわかるようにして
提出していただきました



② ケアプラン点検での 確認事項

1. アセスメント表

アセスメントとは

利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である

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7月29日老企第22号)

確認事項

- ①情報収集だけになっており課題分析の結果の記載がない、または少ない
- ②ケアプランに位置付けた根拠の記載がない
- ③記載誤りや空欄が多い



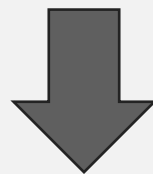
「このアセスメントから、このケアプランを作成した」ということを、
利用者に根拠を示して説明ができますか？

抱えている問題点

本人のできることに、強み



解決すべき課題を明らかにする



アセスメント＝ケアプランの根拠

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 10

第1表は、アセスメントとケアプランを繋ぎ、ケアプラン全体を示す帳票です。

確認事項

- ① 暫定ケアプラン作成時の認定日の記載
- ② 生活に対する意向の記載が不十分、
または課題分析の結果が記載されていない
- ③ 生活援助中心型の算定理由の記載もれ

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 11

① 暫定ケアプラン作成時の認定日の記載

「認定日」（記載要領）

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 12

- ②生活に対する意向の記載が不十分、
または課題分析の結果が記載されていない

「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」（記載要領）

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。
なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 13

- ・「家族」の記載は適切か。
→家族の意向が異なる場合は「夫・妻・長男」等各々の主訴を区別して記載しましょう。
- ・生活に対する意向ではなく、
サービスの希望のみが記載されている。
→デイサービスを利用したい、
今まで通りのサービスを利用したい 等

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 14

- ①どのような内容の介護サービスを
- ②どの程度の頻度で利用しながら、
- ③どのような生活をしたいと考えているのか
- ④意向を踏まえた課題分析の結果を記載

「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」（記載要領抜粋）

サービスの希望を記載するのではなく、
具体的な生活の意向を記載する

- 例）
- ・ 転倒せずに一人でトイレに行きたい、
 - ・ 一人暮らしで寂しいので日中は施設の人達と楽しく過ごしたい

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 15

- ・意向を踏まえた課題分析の結果【記載例】

本人：膝が痛い、トイレには一人で行けるようになりたい。転倒などせずに自宅での生活を長く続けていきたい。

妻：自宅内で段差に躓いて転倒したことがあるが、足腰を鍛えて一人でも過ごせるようになってほしい。

⇒以上の意向をふまえ、自宅内での移動時の膝の痛み
の軽減と、段差でのつまずきや転倒を予防していく
必要がある。

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 16

③生活援助中心型の算定理由の記載もれ

「生活援助中心型の算定理由」（記載要領）

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

「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」（平成12年2月10日厚生省告示第19号）別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

2. 第1表居宅サービス計画書（1） 17

③生活援助中心型の算定理由の記載（抜粋）

1. 一人暮らし
2. 家族等が障害、疾病等
3. その他（その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。）

事情の内容については、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合など

（「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」（平成21年12月25日老振発1224第1号）参照）

3. 第2表居宅サービス計画書（2） 18

第2表は、第1表で示された利用者の望む暮らしを実現するために、アセスメントで把握した利用者の生活課題に優先順位をつけ、それぞれの課題に対する目標を立て、その目標を達成するために具体的な手段を示しながら、解決するための手順を表したものです。

確認事項

- ①目標の記載に具体性がない、
短期目標と長期目標が同じ、
段階的な短期目標となっていない、
サービスを利用することが目標になっている
- ②本人や家族が取り組む内容の記載がない
- ③福祉用具使用の理由が記載されていない

3. 第2表居宅サービス計画書（2） 19

- ①目標の記載に具体性がない、短期目標と長期目標が同じ、段階的な短期目標となっていない、サービスを利用することが目標になっている

「目標（長期目標・短期目標）」（記載要領）

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

3. 第2表居宅サービス計画書（2） 20

【短期目標と長期目標の分かりにくい書き方の具体例】

×サービス主体の書き方

長期目標：転倒せずに移動する

短期目標：転倒せずに手すりを使う

×目標に具体性がない

長期目標：自宅で暮らすことができる

短期目標：自分でできることは自分で行い、
一人暮らしを続ける

3. 第2表居宅サービス計画書（2） 21

長期目標・短期目標【記載例】

解決すべき課題（ニーズ）

一人でトイレに行けるようになりたい



長期目標：一人でトイレまでの歩行ができるようになる



短期目標①：立ち上がり動作を一人で行う

短期目標②：自室から廊下まで一人で歩く

3. 第2表居宅サービス計画書（2） 22

提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。

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

×援助する側の目標

短期目標：安全に入浴できるよう支援する

○利用者主体の目標

短期目標：手伝ってもらいながら、浴槽への出入りを自分でできるようになる

②本人や家族が取り組む内容の記載がない

「サービス内容」（記載要領）

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

3. 第2表居宅サービス計画書（2） 24

「サービス種別」（記載要領）

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

③福祉用具使用の理由が記載されていない

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由（記載要領）

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

第3表は、利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載する帳票です。

確認事項

- ①サービスの記載が不十分
- ②主な日常生活上の活動の記載が不十分、
または記載がされていない
- ③週単位以外のサービスの記載が不十分

①サービスの記載が不十分

第3表（記載要領）

第2表「居宅サービス計画書（2）」の「**援助内容**」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、**記載**する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

②主な日常生活上の活動の記載が不十分、 または記載がされていない

「主な日常生活上の活動」（記載要領）
利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の
流れが見えるように記載する。

③週単位以外のサービスの記載が不十分

「週単位以外のサービス」（記載要領）

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

第4表は、サービス担当者会議を開催した場合に、会議の要点について記載する帳票です。

確認事項

- ① サービス担当者の出席がない
- ② 会議出席者の記載漏れ
- ③ 検討した項目の記載が不十分
- ④ 検討内容の記載が不十分
- ⑤ 残された課題の記載がない

① サービス担当者の出席がない

【サービス担当者会議とは】

介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う会議をいう。

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
(平成11年3月31日厚生省令第38号)

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。

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

②会議出席者の記載漏れ

「会議出席者」（記載要領）

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。
本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入
する。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属（職種）」の欄を活用して差し支えない。また、
当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

③検討した項目の記載が不十分

「検討した項目」（記載要領）

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

④検討内容の記載が不十分

「検討内容」（記載要領）

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。

その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。

なお、「検討した項目」及び「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。

⑤残された課題の記載がない

「残された課題（次回の開催時期等）」（記載要領）
必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次の開催時期、開催方針等を記載する。

第5表は、利用者への適切な居宅介護支援の提供を保障するために記録する書類です。

確認事項

- ①日時、訪問場所や対応者の記載漏れ
- ②ケアプランの交付記録、医療系サービスを利用した際のケアプランの交付記録

①日時、訪問場所や対応者、面談者の記載漏れ

居宅支援経過（記載要領）

介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。そのため、具体的には、

- ・ 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- ・ 利用者や家族の発言内容
- ・ サービス事業者等との調整、支援内容等
- ・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断

等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

②ケアプランの交付記録、医療系サービスを利用した際のケアプランの交付記録

第13条

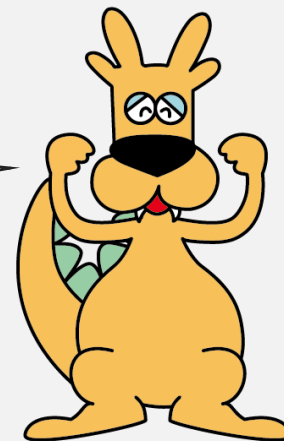
11 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

19 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

19の2 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

ケアプラン振り返り 自己チェックシートまとめ (別添資料参照)

業務の参考にしてください



ご清聴ありがとうございました

