ケアプラン点検における主な良好事例と指摘事項

令和７年度のケアプラン点検において指摘が多かった主なものは次のとおりです。

(1) アセスメントに関すること

良好事例

- 利用者の状態像や家族の支援状況が分かりやすく記載されていました。
- どのようなサービスが自立支援につながるかについて、介護支援専門員としての課題分析が明記されていました。

指摘事項

- サービス利用の根拠となる利用者の状態像が分かる詳細な記載がありませんでした。
- 利用者が持つ力、可能性に着目されておらず、できないことだけが記載されていました。
- 単に現状を記載するのみで、課題分析がされていませんでした。

解　　説

アセスメントでは、利用者の抱えている問題や相談内容を起点に、利用者が持つ力や生活環境を評価し、自立を阻害している要因を分析して解決すべき課題を明確にすることが求められています。

・ 「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」において「課題分析標準項目」（23 項目）が提示されており、アセスメントの際にこれらの項目を確認することにより利用者の現状把握と課題分析に必要な情報を把握できます。

・ アセスメントにおいては、単に利用者の現在の生活状況を記載するだけではなく、「本人・家族の困りごと及び今後の意向」の原因と背景の分析、「在宅生活の障害となる生活課題」を明らかにして、後に導入するサービスの必要性が読み取れるものとなるよう、ケアマネジメント全体の流れ（アセスメントシートと第１表～第５表のつながり）を意識して行いましょう。

・ 課題分析標準項目のうち「基本情報に関する項目」（№1～№９）に記載された「介護度や日常生活自立度から推測される本人の状態像」と、「課題分析(アセスメント)に関する項目」（№10～№23）に記載された身体及び認知機能の状況に矛盾する点がないかについても、アセスメントシート全体を俯瞰して確認しましょう。

(2) 居宅サービス計画書　第１表に関すること

良好事例

- 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がわかりやすく記載されていました。
- 暫定プランが適切に作成されていました。
- 緊急時の連絡先が適切に記載されていました。

指摘事項

- 居宅サービス計画作成(変更)日が実際に作成（変更）を行った日付が記載されていませんでした。
- 「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」において、利用者および家族の意向を踏まえていませんでした。
- 「総合的な援助の方針」において、介護支援専門員が単独で目指す方針が記載されており、利用者や家族の意向が反映されたケアチームが共通して目指す内容が確認できませんでした。

解　　説

第１表は、課題分析（アセスメント）で明らかとなった課題を解決するためのケアプラン全体の方向性を示すものです。

・利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するためには、意向を踏まえて課題分析を行うことが必要です。そのために、まず利用者及びその家族の生活に対する意向を的確に把握することが大切です。

・「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」は、利用者および家族の意向を踏まえて、専門的観点から、どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかをアセスメントにおける身体的・社会的・経済的等の視点から総合的に勘案した結果を記載しましょう。

・「総合的な援助の方針」は、課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討して、総合的な援助の方針を記載します。サービス担当者会議で協議したうえで、利用者および家族の意向を十分に反映し、利用者・家族を含むケアチームが目指す共通の方針として記載しましょう。

(3) 居宅サービス計画書　第２表に関すること

良好事例

- 短期目標において、モニタリングで評価しやすい具体的な目標が設定されていました。

指摘事項

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」において、誰にでも当てはまる内容や問題の指摘が記載されていませんでした。
- 目標において、アセスメントを通じて整理した「利用者にとっての目標」ではなく支援者側の視点で設定されている。また、不明瞭で評価のできない目標が設定されていました。
- 「援助内容」において、目標を達成するために必要な支援のポイント等の記載がなく、利用するサービスの内容を単に記載していました。

解　　説

第２表は、居宅サービス計画書全体の中核となるものです。どのような課題（ニーズ）があり、それを解決するために何を目指すのかということを明確にしていくことが必要です。

・ 利用者及び家族の抱える問題点や困りごとに対して、安易に即サービスで対応するというのではなく、利用者及び家族とともに、その問題や困りごとの本質（原因や背景）や、解決するためには何が必要なのかを明らかにしていく過程が大切です。

・ 利用者の全体像を踏まえた「生活全般の解決すべき課題」を抽出するには、単なる現状把握や問題の指摘ではなく、アセスメントの結果をもとに自立支援の観点から課題を導き出せるよう、改善の可能性に目をむけるようにしましょう。

・ サービスは課題（ニーズ）を解決するための１つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指していけるような内容となっていることが大切です。

(4) 週間サービス計画表　第３表に関すること

良好事例

- 「主な日常生活上の活動」において、利用者の生活リズムを明らかにし、起床から就寝・夜中までの習慣化した生活内容が分かるように具体的に記載されていました。

指摘事項

- 「週間サービス計画表」において、介護保険給付サービスだけを記載しており、介護保険サービス以外のセルフケア、家族、インフォーマルな支援、保健、医療、福祉等のサービス内容について記載されていませんでした。
- 「週単位以外のサービス」において、隔週・月単位で利用する短期入所、福祉用具（種目)、医療機関等への通院、その他の外出など、日常生活全般を支援するサービスについての記載がありませんでした。

解　　説

第２表のサービスや支援が、第３表で利用者や家族の日常生活上の活動とサービスの全体的な配置を示すことにより、ケアプランそのものの全体的なバランスを把握することができ、見落としや見誤りなどがないか確認できます。

・　「週間サービス計画表」は、第２表のサービスや支援が生活の流れの中で適切に位置付けられているかを確認するものです。介護保険給付サービスだけでなく、セルフケアや家族介護などについても記載することで、利用者を支える生活全体が見やすくなります。また、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載することにより、家族を含めたケアチームでの関わりを確認することができます。

・　「週単位外のサービス」は、医療機関への受診（科別)、居宅療養管理指導、福祉用具貸与（種目)、短期入所生活介護などのサービスで、隔週や月単位で提供されるものについて把握し記載しましょう。

(5) サービス担当者会議の要点　第４表に関すること

良好事例

- 主治医の所見のもとにサービス担当者会議が開催されていることが明記されていました。
- 福祉用具貸与・販売の必要性（継続の必要性）についてケアチームで検討されていることが明記されていました。

指摘事項

- サービス種別、事業所名、利用時間、利用回数、援助内容、選択できる加算の利用など詳細な内容の記載がありませんでした。
- 主治医等との連携を図り、サービス担当者会議などの際に、医療情報やサービスに対する意見などを聴取し、ケアチームで共有したことが記載されていませんでした。
- 福祉用具貸与・販売の必要性（継続の必要性）について、ケアチームで種目別に検討した記録がありませんでした。

解　　説

第４表は、利用者や家族の同意を得て招集したサービス担当者会議の要点を分かりやすく、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載することが必要です。

・ 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を作成するため、利用者やその家族、ケアプランに位置付けられているサービス担当者等からなるサービス担当者会議を開催することが求められます。サービス担当者会議では、利用者の状況等に関する情報をサービス担当者等と共有するとともに、共通の目標のもとで専門的な見地からの意見を収集し、サービスの調整を図ることが重要です。

・ 医療系サービスをケアプランに位置づける場合に限らず、平常時から主治医等との連携を図り、医療情報やサービスに対する意見などを聴取し、ケアチームで共有しましょう。

・ 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をケアプランに位置付ける場合、サービス担当者会議を開催して福祉用具貸与の必要性及び継続が必要な理由を検討し、その結果を記載しましょう。（運営基準第 13 条二十二）

(6) 居宅介護支援経過　第５表　モニタリング またはモニタリングシートに関すること

良好事例

- 「居宅介護支援経過」において、ケアマネジメントのプロセスや、介護支援専門員がケアマネジメントを推進するうえでの判断の根拠が明記されていました。
- 「モニタリング」において、短期目標の達成度、満足度、サービスの実施状況、ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか等が記載され、専門職として評価した判断根拠まで記載されていました。

指摘事項

- 「居宅介護支援経過」において、介護支援専門員が日頃の活動で把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、時系列で第三者が理解できるように記載されていませんでした。
- 「居宅介護支援経過」において、事実を踏まえた介護支援専門員としての判断・対応・根拠がなく、事実情報の記載にとどまっていました。
- 居宅訪問およびモニタリング記録が適切に記録されていませんでした。

解　　説

第５表には、モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載します。ケアプランの説明・同意・交付や、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、日付や情報収集の手段やその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載することが必要です。

・ モニタリング記録は、短期目標の達成度、満足度、サービスの実施状況、新たな課題の有無などを踏まえ、専門職としての評価と判断根拠が分かるように記載しましょう。

・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後も、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行うものとされており、当該計画に位置づけたサービスの内容等に変更があるにもかかわらず、居宅サービス計画を変更していないのは適切ではないため、提供される居宅サービスに変更がある場合は、サービス担当者会議の開催等を行い、居宅サービス計画を変更しましょう。（運営基準第 13 条八～十三）