

# ケアプラン点検について

## 1. ケアプラン点検の目的

居宅介護支援事業者が作成するケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、利用者の「自立支援」や「尊厳の保持」に資するものであるかをケアプラン作成者とともに検証し、ケアマネジメントの質の向上を図る。これにより介護保険制度の信頼性を高め、持続可能な制度の構築に寄与する。

## 2. ケアプラン点検の流れ

- ①介護保険課もしくは委託先よりケアプラン点検について連絡
- ②指定居宅介護支援事業所より書類の提出
- ③内容点検後、面接にてヒアリング実施
- ④ヒアリング実施後、「居宅サービス計画に関する改善事項について」を送付
- ⑤指定居宅介護支援事業所は、④に記載されている指摘事項について「居宅サービス計画に関する是正または改善について」の報告書の提出、及び自主精査の実施
- ⑥ヒアリング実施後からおおよそ3か月経過後、指定居宅介護支援事業所より「実績報告書」を提出

## 3. 点検項目の主な視点

ケアプラン自己点検シートを作成。令和7年4月～神戸市ホームページに掲載中。  
事業所内での自己点検、他者点検に活用し、日頃から運営基準を遵守すること。

#### 4. よくある指摘事項

- ・介護保険制度及び運営基準、介護サービス計画書の様式及び記載要領（介護保険最新情報Vol.958）、介護予防ケアマネジメントマニュアルvol8 について、よく理解し、遵守すること。

#### <アセスメント>

- ・情報が更新されていない。
- ・利用者ができないことのみが記載され、できること・できそうなことの記載が不十分。
- ・課題分析標準項目（23項目）が具備されていないアセスメントシートを使用し、項目が不足している。
- ・内容が情報収集のみで、課題が抽出できていない。また、ヒアリングからは、介護支援専門員として状態をよく把握していることがわかるが、記載できていない。

#### <居宅サービス計画書>

- ・神戸市の「軽微な変更」の内容を誤って理解し、居宅サービス計画書の再作成ができていない。
- ・サービスの利用終了時の、居宅サービス計画書の再作成の必要性が理解されていない（福祉用具等）。

### 第1表

- ・ 家族やキーパーソンがいるにも関わらず、家族の意向が記載できていない。

### 第2表

- ・ ニーズ（課題）が抽象的。
- ・ ニーズ・長期目標・短期目標がサービス内容と連動していない。
- ・ 「短期目標」が、支援者の立場で設定され、利用者の活動の目標ではない。
- ・ セルフケアが位置づけられていない。または「服薬」や「受診」にとどまっている。
- ・ 「サービス内容」に、加算の対象となっているサービス項目の記載が無い。
- ・ 「頻度」が、第3表およびサービス利用票と整合していない。また、「必要時」等と曖昧な表現で明確な回数が記載されていない場合がある。
- ・ 自立支援・重度化防止のための見守りの援助として「身体介護」を位置づけた根拠が不明確。また、評価することなく漫然と継続している。

### 第3表

- ・ 「週単位以外のサービス」に医療機関などへの通院状況（病院名、科目、頻度）の記載がない。
- ・ インフォーマルサービスの記載がない。

### <サービス担当者会議>

- ・通所介護などの利用時間内にサービス担当者会議を開催している。
- ・主治医をはじめ、担当者の意見の記載がない。また、欠席者の照会内容の検討や共有が行われていない。
- ・加算（入浴介助加算Ⅱ、口腔機能向上加算など）の算定要件の理解が不十分で、サービス事業所から言われるままに加算を付け、必要性や評価が検討されていない。

### <モニタリング>

- ・サービス開始の初回月のモニタリングが実施できていない。
- ・モニタリングの記載内容が不十分。短期目標に対する達成状況（達成・未達成）は選択しているが、それを判断した根拠や目標に対する取り組みの評価が乏しい。また、ほぼ毎月コピーペーストされているようなケースもある。

### <支援経過記録>

- ・事実のみが記載され、介護支援専門員の判断の記載が少ない。

## 6. 点検後を受けた居宅介護支援専門員の感想（令和7年度実施 改善報告書からの抜粋等）

- ・アセスメントを活かして個別性・具体性にプランに落とし込むようにし、ニーズ、長期目標、短期目標を達成するために利用者が主体的に段階的に取り組めるプランの作成をしていきたい。
- ・アセスメントで本人が持っている強みを生かしていくという視点を持ち、セルフケア、インフォーマルサービスを取り入れていきたい。
- ・必要な内容を漏れなく記載し、法令で定められている帳票の要件を満たすと共に、その方らしい自立支援を働きかけられるよう「自分でできていること、自分でできそうなこと」にクローズアップしてアセスメント・モニタリングを行う。
- ・認知症の方の普段の生活について、本人からの聞き取りだけではアセスメントが不十分なため、家族・住宅・各事業所からの情報収集し、できるだけ自立支援に向けた具体的な目標を設定するように取り組みたい。
- ・「本人が出来ること」→セルフケア、「家族が支える部分」→家族支援、「サービスが補う部分」→介護保険サービスと明確に分けて書くことで、自立支援型プランを意識し計画作成していく。
- ・目標はチェックリストを利用しSMART基準(具体的、測定可能、達成可能、関連性、期限)で設定する。
- ・内部点検表を整備し、第2表・第4表の自己点検を年2回実施し、記録内容の標準化とモニタリング評価の質向上に取り組む。
- ・今までは管理者が適宜プランや記録類を確認していたが、今後は定期的に事業所内で今回のケアプランチェックをもとに相互に点検する機会を作る。

## 7. 届出が必要なケアプラン点検

### ①訪問介護（生活援助中心型）の基準回数を超えるケアプランの届出と検証

- ・利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、届出が義務化。
- ・内容の確認を行い多職種によるケアマネジメント検討会（※）を実施。

※基準回数を超えている場合は介護保険課に届出が必要。（郵送もしくは電子申請(令和8年4月開始予定)）

※国民健康保険団体連合会の介護保険適正化データより、生活援助の基準回数を超えている被保険者について把握しており、届出がされていない場合は、該当するケアプランの届出について個別通知を送付。

### ②居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

- ・利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的に、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護の利用割合が高いケアプランについて検証を行う。
- ・介護保険課から居宅介護支援事業所に個別に通知し、内容の確認を行い、多職種によるケアマネジメント検討会を実施。

### ※多職種によるケアマネジメント検討会

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、多職種協働による検討を実施。

助言者：神戸市ケアマネジャー連絡会、神戸市リハ職種地域支援協議会、市内あんしんすこやかセンター職員、介護保険課職員等

## 8. 目標の期間について神戸市の考え方

要介護高齢者は、複数の疾患を抱えている心身機能や環境等の影響による状況変化が予測されるため、短期目標は概ね3～6か月、長期目標は概ね1年を目安に一連のケアマネジメントを実施し、見直しを行うことが妥当と考える。

しかしながら、利用者の解決すべき課題（ニーズ）に応じて設定した目標については、個々の利用者の状況変化に個人差があることから、その目標を達成するための期間が目安の期間を超えることも考えられる。

したがって、アセスメントの結果、利用者の目標に応じた期間を設定することも差し支えない。

なお、心身状態やニーズの変化が生じた場合は、再アセスメントを行い、ケアプランの見直しの必要性があるか検討すること。その際、軽微な変更を除いては、サービス担当者会議の開催を含む一連のケアマネジメントを実施する必要があることを改めて徹底すること。

## 9. 軽微な変更について神戸市の考え方

現在神戸市ホームページにて示している「軽微な変更」の本市の考え方について、より分かりやすい資料に差し替え予定（令和8年4月頃）。本市の考え方に沿ったケアプラン作成を行うこと。

## 10. 生活状況を把握するためのアセスメントシート（予防のアセスメントシート）の変更点

### 「記入日・記入者」欄

利用者の状態に変化があった際は、新しい情報を更新し、課題分析を行った日を「2回目」以降に記載する。その際は、いつの時点の情報か分かるよう、各回に色分けして記載する（介護予防ケアマネジメントマニュアルvol8より）。

⇒基本は色分けして記載することを推奨するが、色分けやカラー印刷が難しい場合は、番号をつけたり（2回目を②・3回目を③）、追記日を示すといった記載方法をとることも可能とする。

### <記載例>

#### 生活状況を把握するためのアセスメントシート

名：	様
者の ヨ立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
者の ヨ立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
初回(黒)：令和 7 年 9 月 24 日 記入者： 神戸 2回目(赤)：令和 8 年 3 月 17 日 記入者： 神戸 3回目(青)：令和 年 月 日 記入者：	

課題・ニーズ等記載欄
(略) 〇〇と考えられる。 外出の機会が減少し、下肢筋力の低下により転倒することが増えてきた。
)
.....
)
)
.....
)

課題・ニーズ等記載欄
(略) 〇〇と考えられる。
<例1> ②外出の機会が減少し、下肢筋力の低下により転倒することが増えてきた。
<例2> 3/17：外出の機会が減少し、下肢筋力の低下により転倒することが増えてきた。

## 1 1. 「KOBEケアマネジメントだより」について

多様化する利用者への支援のため、ケアプラン作成者から寄せられたご質問や声をもとに、日々のケアマネジメント業務の負担を軽減する一助となるよう、不定期で発行しています。

- ・ vol.1 (R7.8) : 要介護のケアプランの目標期間
- ・ vol.2 (R7.9) : 介護予防支援の指定対象拡大に伴う居宅介護支援事業所への一定の関与
- ・ vol.3 (R7.10) : 要介護・要支援認定区分変更時のケアプラン作成
- ・ vol.4 (R8.2) : 要介護認定区分変更申請の認定結果後にサービス内容を変更する場合のケアプラン作成

神戸市ホームページに掲載していますので、ぜひご覧ください。

[ホーム](#) > [事業者の方へ](#) > [各業種へのご案内](#) > [介護サービス事業](#) > ケアマネジメント（居宅介護支援）

[https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/business/annaitsuchi/kaigoservice/kiteiyoushiki/careplan\\_check.html](https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/business/annaitsuchi/kaigoservice/kiteiyoushiki/careplan_check.html)

