ケアプラン点検項目マニュアル　令和 7 年度改訂版

改訂内容（新旧対照表）

改訂箇所	新	旧
はじめに	ケアプラン点検においては、ケアマネジメントのプロセスを踏まえながら、利用者の「尊厳の保持」や「自立支援」に資する適切なケアマネジメントとなっているかを確認することが大切です。その際、保険者と介護支援専門員が基本となる事項をともに検証・確認することで介護支援専門員の「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」とは何かをともに考えていくことが重要です。 □活用方法・留意点 ケアプラン点検全体の進め方については、『ケアプラン点検支援マニュアルを参照してください。	上記の実現のため、ケアプラン点検においては、ケアマネジメントのプロセスを踏まえ利用者の「尊厳の保持」、「自立支援」に資する適切なケアマネジメントとなっているかを、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」とは何かを追求することが重要です。 □　活用方法・留意点 • ケアプラン点検は以下の手順で進めることを想定しています。 ① 点検項目及び本マニュアルの解説を基に、書類（アセスメントシート、ケアプラン第 1 表～第 5 表、モニタリングシート）の記載内容を点検する。 ② 書類の点検結果を踏まえ、面談で確認を行うプランを抽出する。 ③ 抽出したプランの点検結果を踏まえ、面談の際に具体的に確認すべき項目を抽出する。 介護支援専門員と面談を行い、プランの内容や記載の考え方等について確認を行う。
点検項目 8：認知機能や判断能力	□　この項目を確認する必要性 ・　日常生活における選択において、本人の意向が表明・反映されるように、意向の表明を支える体制を整	□　この項目を確認する必要性 ・　日常生活における選択において、本人の意向が表明・反映されるように、意向の表明を支える体制を整

参考資料 2

改訂箇所	新	旧
	える必要があります。そのためには、認知機能の程度や判断能力の状況を把握することが大切です。 ・ 認知症のある利用者の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視することが大切です。 ・ また、認知症は進行性であり、症状の出現も日内変動や環境・体調の影響を受けやすいものです。そのため、医師の診断（主治医意見書）と認定調査の結果に乖離がないか確認することや、診断の根拠を確認することも重要です。	える必要があります。そのためには、認知機能の程度や判断能力の状況を把握することが大切です。 ・ 認知症のある利用者の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視することが大切です。
点検項目 10：一日に摂取すべき水分 点検項目 11：実際に摂取した水分量	□ この項目を確認する必要性 ・ 高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられます。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にあります。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れたりする等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要です。 ・ 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、予防の観点からも必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要です。 ・ なお、水分や食事の摂取量は自立度が高い利用者であっても不足している場合があり、体調変化の原因	□ この項目を確認する必要性 ・ 高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にあります。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要です。 ・ 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、予防の観点からも必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要です。 ・ 摂取量をアセスメントすることが難しい場合、日常で使用している湯飲みの大きさ、湯飲みに何杯ほどの水や

改訂箇所	新	旧
	をアセスメントする際に重要な情報となることがあります。利用者の自立度を問わず、十分な水分や食事を摂取できているかをアセスメントすることが大切です。 ・ 一方で、心疾患や腎疾患などを有する利用者においては、状態に応じて水分摂取量の制限が必要となる場合もあります。こうした利用者に対しては、主治医の指示や医療職の助言を踏まえ、必要な範囲で水分摂取の管理を行うことが重要です。過剰な水分摂取による心不全や浮腫の悪化等を防ぐとともに、必要な栄養や水分が不足しないようバランスを考慮した支援が求められます。 ・ 摂取量をアセスメントすることが難しい場合、日常で使用している湯飲みの大きさ、湯飲みに何杯ほどの水やお茶を飲むかを質問する等、問いかけの工夫をすることで情報収集ができることもあります。	お茶を飲むかを質問する等、問いかけの工夫をすることで情報収集ができることもあります。 ・ なお、水分や食事の摂取量は自立度が高い利用者であっても不足している場合があり、体調変化の原因をアセスメントする際に重要な情報となることがあります。利用者の自立度を問わず、十分な水分や食事を摂取できているかをアセスメントすることが大切です。
点検項目 19：「一部介助」項目の特記	□ 評価における留意事項 外出していない場合は、外出の有無が記載されていれば「2」としてください。 「外出」には、デイサービス等の通所系サービスを利用した外出も含まれます。こうした外出も、利用者の社会参加や心身の活性化に寄与していると考えられます。	□ 評価における留意事項 外出していない場合は、外出の有無が記載されていれば「2」としてください。
点検項目 23：現在の生活状況	□ 評価における留意事項 基準②に示す情報（大切にしてきたこと、価値観等）は、必ずしもすべて記載されている必要はありません。	□ 評価における留意事項 特になし
点検項目 26：経済状況	□ この項目を確認する必要性	□ この項目を確認する必要性

改訂箇所	新	旧
	・ サービスや支援等の検討においては、介護保険以外の社会保障制度の利用状況も踏まえ、利用者の健康、障害、経済等の情報を把握する必要があります。これらの情報を把握することで、利用者に必要な情報提供を行うとともに、公費情報も踏まえた適切な介護保険利用のためのサービス調整と給付管理が可能となります。 ・ おおよその収入、年金の種類、介護と介護以外に毎月どの程度の金額が使えるのかなどを把握することで、より個別化の進んだ支援の検討が期待できます。 ・ なお、「介護以外の費用額」とは、医療費、日用品費、交際費などの日常生活に必要な支出に加え、本人の希望に応じた社会参加や趣味活動の実現に充てることができる費用も含まれます。これらを把握することは、本人の意欲や生活の質の向上を支える支援に資する視点として重要です。 ・ 利用者本人への聞き取りにより経済状況を把握することが難しい場合には、家族への聞き取りを行う、複数回に分けて対話する等の工夫により、経済状況を把握するよう努めることが大切です。	・ サービスや支援等の検討においては、介護保険以外の社会保障制度の利用状況も踏まえ、利用者の健康、障害、経済等の情報を把握する必要があります。これらの情報を把握することで、利用者に必要な情報提供を行うとともに、公費情報も踏まえた適切な介護保険利用のためのサービス調整と給付管理が可能となります。 ・ おおよその収入、年金の種類、介護と介護以外に毎月どの程度の金額が使えるのかなどを把握することで、より個別化の進んだ支援の検討が期待できます。 ・ 利用者本人への聞き取りにより経済状況を把握することが難しい場合には、家族への聞き取りを行う、複数回に分けて対話する等の工夫により、経済状況を把握するよう努めることが大切です。
点検項目 27：本人の役割	□ この項目を確認する必要性 ・ 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要です。本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人の IADL や社会参加を支援することが	□ この項目を確認する必要性 ・ 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要です。本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人の IADL や社会参加を支援することが

改訂箇所	新	旧
	重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要があります。 ・ その上で、現在の役割に加え、これから担いたいと希望する役割や想定する役割についてもアセスメントすることが大切です。 ・ また、日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。 □ 評価における留意事項 役割に関する記載は、アセスメントシートに限定せずケアプラン全体（第 1～3 表等）を通じて読み取れるかを確認してください。	重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要があります。 ・ また、日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。 □ 評価における留意事項 特になし
点検項目 31：家族関係や周辺の社会資源との状況	□ この項目を確認する必要性 ・ ジェノグラムは、利用者を中心とした家族関係や、原則として三世代を把握する世代関係を一つの図に表したもので、同居関係は円を描くことで表現します。利用者への支援は、その人のみならず、その家族の状況や関係も視野に入れて行うことが必要となります。家族の全体像をつかみ、その抱える問題を整理することや、誰にどう働きかけたら良いかなど、支援の在り方を	□ この項目を確認する必要性 ・ ジェノグラムは、利用者を中心とした家族関係や、原則として三世代をさかのぼる世代関係を一つの図に表したもので、同居関係は円を描くことで表現します。利用者への支援は、その人のみならず、その家族の状況や関係も視野に入れて行うことが必要となります。家族の全体像をつかみ、その抱える問題を整理したり、誰にどう働きかけたら良いかなど、支援の在り方を検討

改訂箇所	新	旧
	検討するために役立ちます。 ・ エコマップは、利用者と家族やさまざまな社会資源との関係を、地図のようにシステム的、図式的に描き出したもののことです。作成することで、利用者を取り巻く人間関係や社会関係が明確に把握できるという利点があります。 ・ ジェノグラムやエコマップは、利用者の問題状況が生み出された理由を理解したり、援助を提供すべき部分がどこかを考えたりする際に役立ちます。 ・ ジェノグラムやエコマップは、本人や家族の状況を客観的に把握することに役立ちます。例えばヤングケアラー等の存在を把握するためには 3 世代の記載が推奨されます。	するために役立ちます。 ・ エコマップは、利用者と家族やさまざまな社会資源との関係を、地図のようにシステム的、図式的に描き出したもののことです。作成することで、利用者を取り巻く人間関係や社会関係が明確に把握できるという利点があります。 ・ ジェノグラムやエコマップは、利用者の問題状況が生み出された理由を理解したり、援助を提供すべき部分がどこかを考えたりする際に役立ちます。 ・ ジェノグラムやエコマップは、本人や家族の状況を客観的に把握することに役立ちます。例えばヤングケアラー等の存在を把握するためには 3 世代の記載が推奨されます。
点検項目 33：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	□ 評価における留意事項 特になし	□ 評価における留意事項 ②について、具体的に続柄や名前の記載がなくても、アセスメント内容等から判断し、家族のうち誰の意向なのかが明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
点検項目 34：総合的な援助の方針における自立の具体性	□ 評価における留意事項 基準②に列挙された事項は、必ずしもすべて記載してある必要はありません。これらは例示であり、利用者の心身状態や生活環境に合わせて必要な情報が記載されているかを確認します。	□ 評価における留意事項 特になし
点検項目 35：アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	□ この項目を確認する必要性 ・ 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）があるのかを明確にしていくことが必要になります。	□ この項目を確認する必要性 ・ 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

改訂箇所	新	旧
	・ 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になります。 ・ 「できない」「できるのにしていない」「している」などの行為の現状把握だけではなく、その状況を招いている原因や背景についての整理が必要です。その上で、「できるようになる」「するようになる」などの改善の可能性を探ります。 ・ 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になります。	とが必要になります。 ・ 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になります。 ・ 「できない」「できるのにしていない」「している」などの行為の現状把握だけではなく、その状況を招いている原因や背景についての整理が必要です。その上で、「できるようになる」「するようになる」などの改善の可能性を探ります。 ・ 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になります。
点検項目 39：本人の役割設定	□ この項目を確認する必要性 ・ 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。 ・ したがって、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にどのような取組が必要かを考えてもらった上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。 ・ 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体	□ この項目を確認する必要性 ・ 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。 ・ したがって、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にもどのような取組が必要かを考えてもらった上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。 ・ 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体

改訂箇所	新	旧
	制を整えることが重要です。 □　評価における留意事項 本項目については第 1 表～第 3 表の記載から判定してください。 但し、受障前（要介護となる前）の役割等についてはアセスメントシートもあわせて確認してください。	制を整えることが重要です。 □　評価における留意事項 本項目については第 1 表～第 3 表の記載から判定してください。 但し、第 2 号被保険者のプランの場合は、受障前（要介護となる前）の役割等についてはアセスメントシートもあわせて確認してください。
点検項目 43：利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	□　この項目を確認する必要性 ・　短期目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、利用者の意欲が高まるような内容を提案することや、もしくは利用者自身にどのような取り組みが必要かを考えてもらった上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。 ・　「サービス内容」の記載にあたっては、利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、短期目標を達成するために必要な支援のポイントや、セルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。	□　この項目を確認する必要性 ・　短期目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にもどのような取り組みが必要かを考えてもらった上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。 ・　「サービス内容」の記載にあたっては、利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、短期目標を達成するために必要な支援のポイントや、セルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。
点検項目 58：サービス事業所との連絡・モニタリング内容	□　評価における留意事項 No.58 サービス事業所との連絡・モニタリング内容：基準 2 は、サービス提供事業所との連絡・モニタリングが行われている何らかの記録が存在することを確認するものです。基準 1 に示す「サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録」や「当該月に行ったサービス事業所との連絡・調整や利用者に関する情報」以外の何らかの記録があればこれに該当するものとし	□　評価における留意事項 記載なし

改訂箇所	新	旧
	ます。例えば、サービス提供に関する意見交換、サービスの実施状況の確認の記録等があげられます。	
点検項目 60：本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	□ 評価における留意事項 No.60 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告： 利用者の変化を捉えているかは、次の 2 点から総合的に判断します。 ① 前回モニタリング時以降の変化が記載されているか。 ② 必要に応じて、居宅サービス計画作成（変更）日以降の長期的な変化（モニタリング実施月に限定しない変化）が記載されているか。	□ 評価における留意事項 利用者の変化を捉えているかは、次の 2 点から総合的に判断します。 ③ 前回モニタリング時以降の変化が記載されているか。 ④ 必要に応じて、居宅サービス計画作成（変更）日以降の長期的な変化が記載されているか。
点検項目 61：ケアプランに位置付けられている多職種との連携	□ 評価における留意事項 ・ 基準 3 に示す「日常的に」双方向のやり取りが行われているかどうかは、例えばサービス利用の際や毎月のモニタリングの時期等に多職種と双方向のやり取りが行われているかどうかで判断してください。 ・ 多職種との連携状況はケアプラン（及びセスメントシート等）の記載内容から確認が難しいため、必要に応じて面談において確認を行ってください。	□ 評価における留意事項 多職種との連携状況はケアプラン（及びセスメントシート等）の記載内容から確認が難しいため、必要に応じて面談において確認を行ってください。

改訂箇所	新	旧
点検項目 62：ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	□ 評価における留意事項 ケアプランに位置付けられていない多職種との連携状況は重要かつ発展的な内容である一方、ケアプラン（及びアセスメントシート等）の記載内容からは確認が難しいため、評価基準 2 に示す検討の記録があれば 2 点、なければ 1 点を付けた上で面談において確認を行ってください。書類点検の段階で確認及び採点を行いますが、本項目の採点は点検結果を示すレーダーチャートには反映されません。	□ 評価における留意事項 ケアプランに位置付けられていない多職種との連携状況はケアプラン（及びアセスメントシート等）の記載内容から確認が難しいため、面談において確認を行ってください。