

令和7年度 杉並区介護保険サービス事業者集団指導 運営指導における主な指摘事項 (ケアマネジメント編)

居宅介護支援



杉並区 保健福祉部 介護保険課
令和8年3月13日～31日

【目次】

令和7年度運営指導における主な指摘事項

ケアマネジメントプロセス	．．．．	3ページ
(1) アセスメント	．．．．	4ページ
(2) ケアプラン原案	．．．．	9ページ
(3) サービス担当者会議	．．．	12ページ
(4) ケアプラン確定	．．．	14ページ
(5) モニタリング	．．．	18ページ
(6) 福祉用具貸与・販売	．．．	20ページ
(7) サービス提供開始にあたっての説明	．．．	25ページ

ケアマネジメントのプロセス

アセスメント

ケアプラン
原案

サービス
担当者会議

ケアプラン
確定

モニタリング

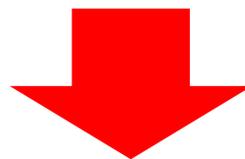
- ・ 居宅を訪問し面接で利用者や家族の情報を収集する。課題の分析、リスク予測などに必要な情報を必要に応じて追加して収集し、分析を深め生活全般の予後を予測する。
- ・ 解決すべき課題を把握する。
- ・ アセスメントの結果や本人・家族の希望をもとにケアプランの原案を作成する。
- ・ 利用者、家族、原案に位置付けた担当者を招集する。
- ・ 利用者の情報を共有し、原案の内容について担当者から専門的見地からの意見等を求める。
- ・ ケアプランを説明し同意を得て、利用者、担当者等へ交付する。また、交付後、各個別サービス計画の提出を担当者に依頼し、受領後、ケアプランと個別サービス計画の整合等を確認する。
- ・ 継続的アセスメントとして、利用者・家族の心身状態、環境の変化などを確認する。少なくとも1月に1回（テレビ電話装置等活用する場合は2月に1回）、利用者宅を訪問し、面接して目標の達成状況、新たな課題の発生、利用者・家族の満足度や意向等を記録する。その際、個別サービス計画に基づいたサービスの実施状況も確認する。そのうえで、ケアプランの変更の必要性について検討する。

主な指摘事項（1）

アセスメント

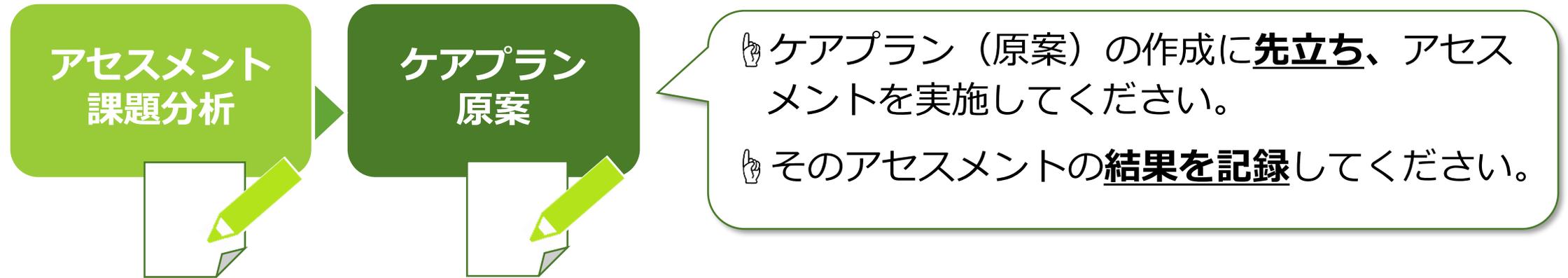
【指導での指摘事項】

- 居宅サービス計画の変更時に、アセスメントを行っていなかった。
- 居宅サービス計画作成後に、アセスメントを行っていた。



アセスメントは適切なタイミングで行ってください。

アセスメント実施のタイミング

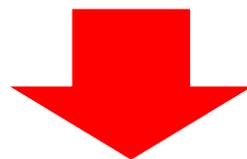


【ポイント】

- ☑ 初回、認定更新、区分変更、目標の更新時、退院退所などにより利用者の心身状態・環境に変化があった場合は、**居宅を訪問し面接**でアセスメントを実施する。
- ☑ アセスメントの実施結果を記録し、**アセスメントの実施日も**記載する。

【指導での指摘事項】

- アセスメントにおいて課題分析標準項目が不足しており、利用者の状態把握が不十分で課題が把握できていなかった。
- アセスメントの結果から居宅サービス計画に位置付けた内容が必要であるか確認できなかった。



アセスメントは課題分析標準項目を満たした項目で行ってください。

アセスメントの記録内容が、ただの情報の羅列にならないように記載してください。

主な指摘事項（1）

アセスメント

課題分析標準項目（23項目）

『23項目』は令和5年10月に発出された国の通知に合わせています。

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について 介護保険最新情報vol.1178及びvol.1179

※国の最新情報により、各項目の詳細が示されたので、内容を必ず確認してください。

基本情報に関する項目

- 1 基本情報（受付、利用者等基本情報）
- 2 これまでの生活と現在の状況
- 3 利用者の社会保障制度の利用情報
- 4 現在利用している支援や社会資源の状況
- 5 日常生活自立度（障害）
- 6 日常生活自立度（認知症）
- 7 主訴・意向
- 8 認定情報
- 9 **今回のアセスメントの理由**

使用しているアセスメントシートは **23項目の内容**を具備していますか？
9・15の項目は漏れやすいのでご注意ください。

課題分析（アセスメント）に関する項目

- 10 健康状態
- 11 ADL
- 12 IADL
- 13 認知機能や判断能力
- 14 コミュニケーションにおける理解と表出の状況
- 15 **生活リズム**
- 16 排泄の状況
- 17 清潔の保持に関する状況
- 18 口腔内の状況
- 19 食事摂取の状況
- 20 社会との関わり
- 21 家族等の状況
- 22 居住環境
- 23 その他留意すべき事項・状況

主な指摘事項（1）

アセスメント

〈具体例〉

独居の女性。転倒にて右橈骨遠位端骨折で、ギブス固定中。利き手のため日常生活に支障が出ている。**家事全般ができず**困っている。骨折の治癒までヘルパーの支援を受けたいと希望している。

心身状況からどのような支障があるかを把握するためのアセスメントが必要になります。

〈アセスメントシート例〉

IADL 項目	現在の状況	特記事項
調理	自立 一部介助 全介助	電子レンジを使い温めはできる。
買い物	自立 一部介助 全介助	軽いものは左手で持てる。
服薬状況	自立 一部介助 全介助	一包化がされていれば左手を使い工夫して開けられる。
金銭管理	自立 一部介助 全介助	預貯金管理できている。
電話の利用	自立 一部介助 全介助	スマホを使い電話できる。

掃除
洗濯
は？

確認する事項に不足がないか？

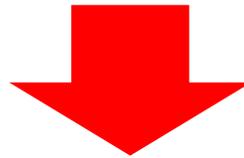
課題分析標準項目（23項目）を具備したアセスメントツールを用いて、ギブス固定で出来ない家事全般を聞き出すことが必要です。利用者の生活全般の状態等を把握するために、アセスメントシートに漏れがないか（具体例の場合は掃除、洗濯）確認して、必要事項を聞き取ることが重要です。

【ポイント】

- ☑ 課題分析標準項目（23項目）を具備したアセスメントツールを活用して利用者の生活全般についての状況・状態や問題点を十分に把握し、内容を記録する。
- ☑ 利用者が「できていること」「できないこと」「困っていること」などの状態を把握したうえでどう暮らしたいか意向を確認する。その背景にある原因を探し、居宅サービス計画第2表に記載する「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を抽出する。

【指導での指摘事項】

- アセスメントの結果に基づいたサービス内容を位置付けているか確認できなかった。
- アセスメントをしていないため、アセスメントの結果に基づく居宅サービス計画を作成していなかった。



アセスメントの結果に基づいて、ケアプラン原案を作成してください。

主な指摘事項（2）

ケアプラン原案

〈具体例〉（スライド8 アセスメント内容追加）

利き手である右手の橈骨遠位端骨折でギブス固定中の利用者。今後4週間～6週間は体重をかけたり、手首の捻りができない状態で家事全般に支障が出てしまっている。アセスメントの結果から生活支援をケアプランに位置付けることになった。更に左手でできることの把握も行い、ケアプラン原案を作成した。

〈アセスメントシート例〉

IADL項目	現在の状況	特記事項
調理	自立 一部介助 全介助	右手が使えないため、包丁は使えず重いものは持てないが、お湯を沸かしてのインスタント調理や電子レンジを使っでの温めはできる。暫くは配食サービスを利用予定
買い物	自立 一部介助 全介助	右手で物は持てない。惣菜など少量であれば購入して持ち帰れる。重いものは買えない。
服薬状況	自立 一部介助 全介助	痛み止めや胃薬があるが、薬のパッケージは開けられない。薬局で一化して貰った袋は左手で工夫して開けられる。
金銭管理	自立 一部介助 全介助	預貯金の把握等、金銭の出し入れも問題ない。
電話利用	自立 一部介助 全介助	左手でスマホ操作できる。

アセスメントの結果から2表にサービス内容が位置付けられました。しかしアセスメント記録には**掃除、洗濯の項目がありません。**

長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※	サービス種別
骨折が治り家事を自分で行う。	○年○月○日 ～○年○月○日	左手でできることは 行い生活を整える。	○年○月○日 ～○年○月○日	服薬し痛みを抑えることで体調を整えられる		本人
				スーパーへの買い物同行	○	訪問介護
				かさばる物や重い物を持つ介助の実施		
				居間、寝室の掃除機がけ	○	訪問介護
				衣服等を洗濯する。		本人
洗濯機から洗濯物を取り出しベランダに干す	○	訪問介護				

アセスメントの結果に基づいたケアプラン作成

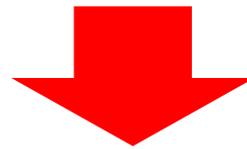


【ポイント】

- ☑ アセスメントによって抽出した「**生活全般の解決すべき課題（ニーズ）**」に対し、**それを解決するための具体策を専門的見地から考察し、介護保険外のサービスを含めた最適なサービスの組合せ**を行う。
- ☑ 提供されるサービスについて、長期目標、短期目標とその達成時期等を明確に盛り込み、その達成時期には**ケアプランと各サービスの評価**ができるようにする。
- ☑ 目標については具体的な内容を記載し、かつ実際に**達成が可能**と見込まれるものを設定する。

【指導での指摘事項】

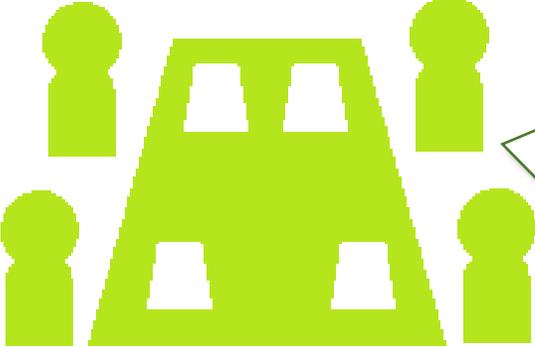
- 区分変更時や利用サービスの変更時にサービス担当者会議を開催していなかった。
- サービス担当者会議による専門的意見の聴取についてサービス担当者会議の要点や照会内容について記録が不十分だった。
- サービス担当者会議を開催後に担当者から意見を求めていた。



ケアプランに位置付けた居宅サービス等の担当者に、原案の内容について専門的見地からの意見等を求めてください。

サービス担当者会議録の要点に専門的見地から検討した内容や欠席者から照会等で聴取した意見を記録してください。

主な指摘事項（3）

- 
- 👉 **ケアプランを作成するとき（①新規作成②認定更新③区分変更④ケアプランの変更（サービス内容の変更等））はサービス担当者会議を開催しなければなりません。**
※軽微な変更（区ホームページ添付資料参照）に該当する場合を除く。
- 👉 開催にあたっては、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事業者等の担当者全員を招集してください。**（やむを得ない理由により欠席する場合は、**担当者に意見等を照会してください。**）
- 👉 原案の内容について**専門的な見地からの各担当者の意見や、照会等内容についてサービス担当者会議の要点として記録に残してください。**

【ポイント】

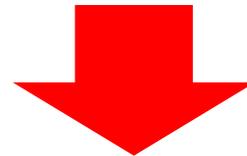
- ☑ 介護支援専門員は、**新規作成、認定更新、区分変更、ケアプランの変更の際はサービス担当者会議を開催すること。**
※軽微な変更該当する場合を除いて、サービス担当者会議を開催していない場合は**運営基準減算**となる場合があります。
- ☑ 居宅サービス計画の内容について、各担当者から専門的な見地からの意見（照会も含む）等を**サービス担当者会議の要点とし記録する。**

主な指摘事項（４）①

ケアプラン確定

【指導での指摘事項】

- サービス提供開始後にケアプランの内容について利用者に説明し同意を得て交付していなかった。
- 医療サービスの位置付けのある居宅サービス計画を主治の医師等に交付していなかった。

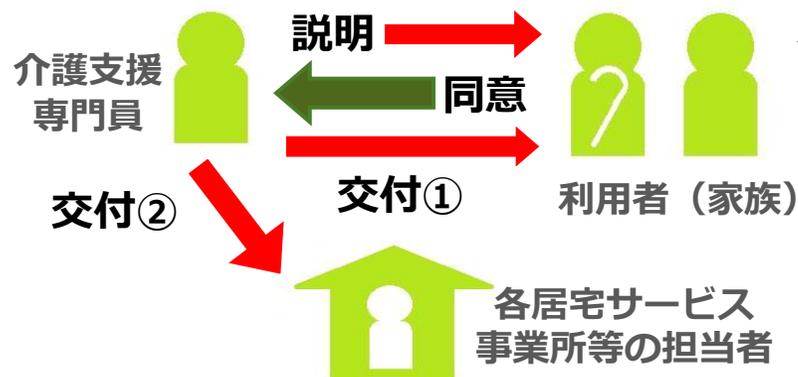


ケアプランについて利用者に説明し同意を得て交付してください。

医療サービスの位置付けのあるケアプランを主治の医師等に交付してください。

主な指摘事項（４）①

ケアプラン確定



☞ ケアプランに位置付ける内容は、利用者本人の希望を尊重し、選択を求めます。
ケアプランの内容については、**本人から同意**を得てください。

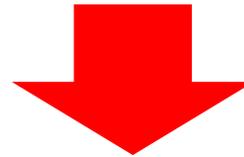
☞ 同意を得て確定した本プランは、**担当者へも交付**し、マスタープランであるケアプランとアクションプランである各個別サービス計画の関連とそれぞれの役割を理解してもらってください。

【ポイント】

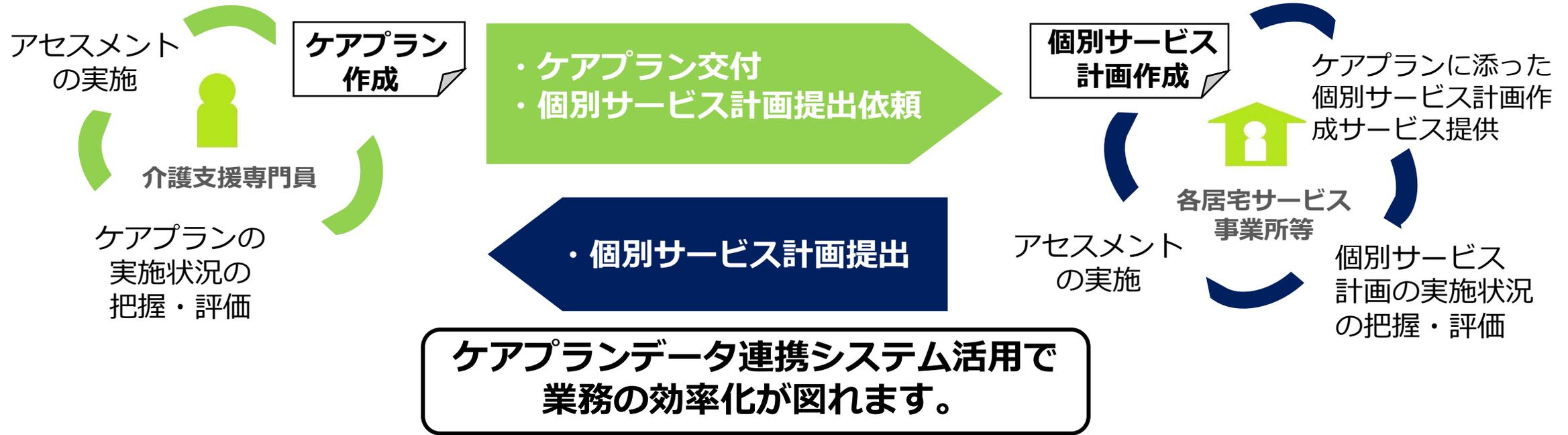
- ☑ ケアプランの原案については、その内容について利用者又は家族へ**説明**を行った上で、**文書により利用者の同意**を得る。本人が署名できない事情がある場合、家族等が本人の依頼のもと**代筆した時は「本人の氏名」「代筆者氏名・続柄」を記入する。**
- ☑ ケアプランを作成した際には、遅滞なく**利用者及び担当者に交付**する。また、計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、連携、情報共有に努める。
- ☑ 医療サービスをケアプランに位置付ける場合は、利用者の同意を得て、**主治の医師等の意見**を求めるが、**当該主治の医師等**に対してもケアプランを**交付**する。

【指導での指摘事項】

- 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、個別サービス計画の提出を求めていなかった。
- 居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認していなかった。



確定したケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性を確認してください。

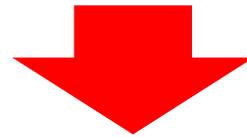


【ポイント】

- ☑ 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく**担当者に交付**する。
- ☑ 担当者に対してケアプランを交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について**十分に説明し、各担当者との共有、連携**を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画における位置付けを理解できるように配慮する。
- ☑ 担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、**居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認**する。

【指導での指摘事項】

- モニタリングにおいて、利用者の解決すべき課題の変化を把握することなく、居宅サービス計画の変更を行っていた。
- サービス開始月にモニタリングを行っていなかった。
- 1月に1回利用者の居宅を訪問し面接を行っていなかった。
- 1月に1回モニタリングの結果を記録していなかった。



モニタリングの実施にあたっては、設定した目標、提供されたサービスの内容、提供回数が適切であったかを確認するとともに、サービスの実施状況を把握したうえでケアプランの変更の必要性を確認してください。

主な指摘事項（5）

モニタリング



ケアプラン作成

サービス提供



利用者・家族

目標		
期間	短期目標	期間
○年○月○日	日中はおむつを使用	○年○月○日
～	しないでポータブル	
○年○月○日	トイレで排泄する。	○年○月○日

☞ モニタリングにあたっては、利用者やその家族の意向や満足度、サービスの実施状況、事業者との調整内容を確認しましょう。

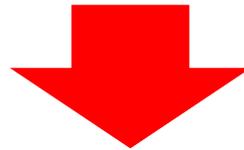
☞ 援助目標が、どの程度達成できているのか確認しましょう。また、当該目標達成のために提供されたサービスの実施状況（経過）やその成果も確認しましょう。

モニタリング実施
※総合的に判断して記録する。

- 【ポイント】**
- ☑①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録する。
 - ☑②利用者の解決すべき課題の変化に留意し、居宅サービス作成後、計画の実施状況の把握を行い、解決すべき課題の変化が認められる場合は、必要に応じて居宅サービス計画を変更する。
 - ☑③少なくとも1月に1回（テレビ電話装置利用は2月に1回）利用者宅を訪問し面接により実施する。
 - ☑④少なくとも1月に1回モニタリングを行った記録をする。
- ※③④は実施していないと運営基準減算に該当する場合があります。注意してください。

【指導での指摘事項】

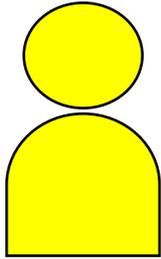
- 居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付けるにあたり、利用の妥当性について検討していなかった。
- 居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載していなかった。
- 福祉用具の継続利用の必要性について検証をしていなかった。



福祉用具貸与・販売をケアプランに位置付けるにあたり、利用の妥当性を検討し、ケアプランに必要な理由を記載してください。

継続して福祉用具貸与を受け必要がある場合は、検証を行ってください。

具体例・アセスメント内容



80歳 女性 要介護1

両変形性膝関節症。

歩行： 膝痛、下肢筋力低下あるためゆっくり時間をかけ歩く。時にふらつくことがある。

屋内移動： 壁や家具などにつかまり歩き、移動は一人で行えている。段差昇降は掴まる物があれば痛みも分散され、ふらつかない。

屋外移動： 通所・通院時のみ外出している。100m程先の医院へはT字杖と夫の腕を支えにゆっくり歩き通院している。他に外出する機会はない。

ケアプラン
第2表

プラン例1

短期目標	期間	サービス内容	※	サービス種別
安心して移動が出来る	○年○月○日～○年○月○日	手すり設置	○	福祉用具貸与
転ばず外出	日	歩行器		

用具の必要性

どちらのプランが必要性について、わかりやすいですか？

プラン例2

短期目標	期間	サービス内容	※	サービス種別
段差昇降をふらつかず出来る。	○年○月○日～○年○月○日	玄関段差昇降時のふらつきを防ぐために手すりを設置する。	○	福祉用具貸与
コンビニや散歩に行くことで外出の機会を増やしていく。	○年○月○日～○年○月○日	膝痛の軽減や歩行時の姿勢を安定させるために歩行器を使用する。	○	福祉用具貸与

ケアプランへの位置づけ

ケアプラン
第2表 

- ・手すりの継続利用
- ・歩行器の導入

サービス担当者会議



福祉用具貸与開始・継続



重要

- 必要性を検討・検証していること
- 検討の過程を記録していること

具体例 サービス担当者会議の要点

検討内容

本人・・・痛みはまだあるがデイでの運動で筋力がついてきた。自信もついてきた。まずは夫の付き添いで散歩に行きたい。
デイ生活相談員・・・膝の痛みは運動で軽減し下肢筋力強化も図れているが時々ふらつきも見られる。機能訓練指導で更に筋力強化が図れるよう継続的にサービスを提供する。移動時のふらつき予防のために歩行器は有効と考える。
福祉用具専門相談員・・・歩行器には歩行時の体重移動を支える機能がある。膝の痛みの軽減や姿勢安定でふらつき予防できるため外出の機会を増やす事になる。ご主人の安心にも繋がる。また玄関の手すりも段差昇降時の安全を確保し、外出の機会を増やせると考える。継続使用は必要と判断する。
介護支援専門員・・・外出の機会が増える事でご本人の下肢筋力強化が図れる。体力もつく。外出時の安心、安全確保に歩行器導入は有効と考える 玄関手すりも段差昇降の安全を保つために利用継続する。

【ポイント】

- ・ 福祉用具を貸与する場合、サービス担当者会議で貸与する福祉用具一点一点の必要性の検討・検証が必要。
- ・ 福祉用具を終了や減らす場合、サービス担当者会議で検証を行い、理由を明らかにすることが必要。

杉並区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等の基準に関する条例（区条例第4号）

区条例

第15条

(26) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合はその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

(27) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

指定居宅介護支援事業所等の人員及び運営に関する基準について（老企第22号 第二・3・(8)）

解釈通知

③ 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。

このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。

（後略）

福祉用具貸与・販売

- ・一部の福祉用具の貸与と販売の選択制導入、モニタリングの頻度の明確化
- ・福祉用具貸与のモニタリング結果の記録、介護支援専門員への交付

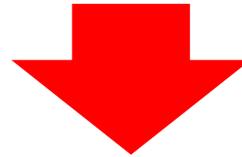
福祉用具の適時適切な利用を図る観点から、福祉用具事業所に対して、以下の項目が義務付けとなりました。介護支援専門員が関わる部分もありますので、ご注意ください。

福祉用具の貸与と販売の選択制導入・福祉用具貸与のモニタリング

対象となる福祉用具	固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉杖を除く）、多点杖
利用者への十分な説明	福祉用具相談員又は介護支援専門員が、貸与・販売のいずれかを利用者が選択できることについて、メリット及びデメリットを含め十分に説明を行う。利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師の意見や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行う。
モニタリングの頻度	福祉用具相談員が、利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検証を行うこととする。
モニタリングの結果の記録と介護支援専門員への交付	福祉用具相談員は、モニタリングの結果を記録し、その記録を介護支援専門員に交付することを義務付ける。（全福祉用具が対象）

【指導での指摘事項】

- 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができることについて、説明していなかった。



ケアマネジメントの開始にあたり、利用申込者に対し、必要な説明を行ってください。

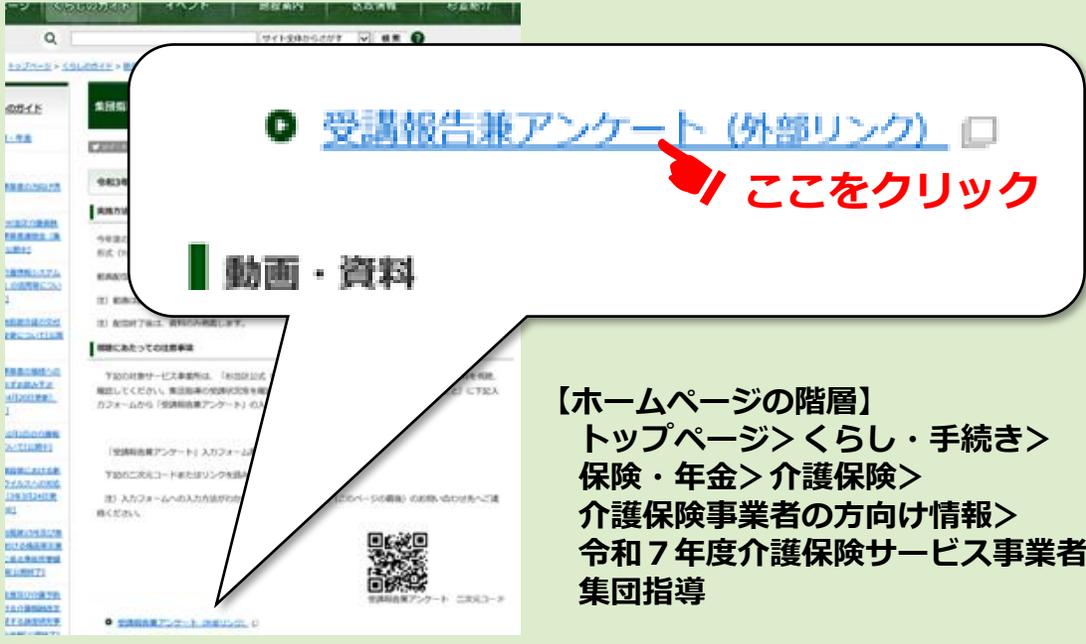
「受講報告兼アンケート」の入力のお願い

集団指導の受講状況等を確認するため、視聴後に事業所ごと（サービス種別ごと）に下記入力フォームから「受講報告兼アンケート」の入力をお願いします。

（注1）併設の事業者がある場合、それぞれのサービス事業所で回答してください。

（注2）管理者等が事業所内の回答・質問事項を取りまとめ、事業所として回答・質問してください（事業所で視聴した方全員が回答する必要はありません）。

区公式ホームページからアクセスする場合



ここをクリック

動画・資料

【ホームページの階層】
トップページ>暮らし・手続き>
保険・年金>介護保険>
介護保険事業者の方向け情報>
令和7年度介護保険サービス事業者
集団指導

二次元コードを読み取ってアクセスする場合



受講報告兼アンケート 二次元コード

入力期限：3月31日（火）まで

ご視聴ありがとうございました。

制作・著作



杉並区