

令和 6 年度
老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

令和 6 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
ケアプラン点検に係るマニュアル及び AI を活用した
支援ツールに関する調査研究事業

報 告 書

令和 7（2025）年 3 月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所



第1部	概要	1
第1章	本事業の概要	1
1.	背景・目的	1
2.	実施内容	2
3.	実施体制	4
4.	検討委員会の開催	6
第2章	結果の概要	8
1.	実施内容別の結果まとめ	8
2.	総括（今後の課題と展望）	9
第2部	詳細	12
第1章	「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修	12
1.	目的	12
2.	方法	12
3.	結果	25
4.	まとめ	30
第2章	ケアプラン点検項目のブラッシュアップ	32
1.	目的	32
2.	方法	32
3.	結果	32
4.	まとめ	49
第3章	ケアプラン点検支援ツールのブラッシュアップ	52
1.	目的	52
2.	方法	52
3.	結果	54
4.	まとめ	68
第4章	ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討	70
1.	目的	70
2.	方法	70
3.	結果	70
4.	まとめ	76
第5章	ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討	78
1.	目的	78
2.	方法	78
3.	結果	79

4.	まとめ	88
第6章	総括（今後の課題と展開）	89
1.	今後の課題	89
2.	今後の展望	90
第3部	参考資料	93

第 1 部 概要

第1章 本事業の概要

1. 背景・目的

地域包括ケアにおいて高齢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が求められている。地域でのケアマネジメントの役割を担う介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という）の育成や支援に関して保険者が果たす機能、役割もますます重視されている。

その中でも、「ケアプラン点検」は、平成 18 年度に介護給付等費用適正化事業の一環として位置付けられた事業であり、保険者が行うケアマネジメント支援のための取組の一つである。適切なケアマネジメントの実施により、介護サービスを必要とする高齢者に過不足なくサービスを提供することで、要介護高齢者の尊厳の保持や自立支援の実現を支援し、その結果として給付の適正化が期待されている。

しかし、令和 3 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する研究」（以下「令和 3 年度事業」という）において実施したケアプラン点検全国実態調査（以下「令和 3 年度全国実態調査」という）によれば、ケアプラン点検の実施方法は様々であり、多くの保険者で専門的な知識やスキルを有した職員の確保が課題であること等が明らかとなった。

これを踏まえ、令和 4 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する研究」（以下「令和 4 年度事業」という）では、ケアプラン点検の平準化や事務負担軽減により、効果的・効率的なケアプラン点検の実施を支援するため、「ケアプラン点検項目」（以下「点検項目」という）及び「ケアプラン点検支援ツール」（以下「点検支援ツール」という）を策定した。また、令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する研究」（以下「令和 5 年度事業」という）では、平成 20 年に策定された「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省老健局振興課）の改定版を策定した。また、10 保険者を対象とした点検項目及び点検支援ツールを用いたケアプラン点検実証を踏まえ、以下の成果を報告した。

- ・ 改訂版課題分析標準項目、実証結果等を踏まえて、点検項目及び点検項目マニュアルの課題を整理し、改定案を作成
- ・ 点検支援ツールの精度について詳細な検証、及び点検事務効率化のための AI による自然言語処理等を活用した書類の点検機能のモック版を開発
- ・ 「ケアプラン点検支援マニュアル改定版」、「ケアプラン点検項目」及び「ケアプラン点検支援ツール」（これらをまとめて「ケアプラン点検支援パッケージ」という）の普及に向けた保険者向け研修案を提示

また、ケアマネジャーを対象としたアンケート調査により、ケアプラン点検支援パッケージをケアプランのセルフチェックや育成への応用性を確認した。

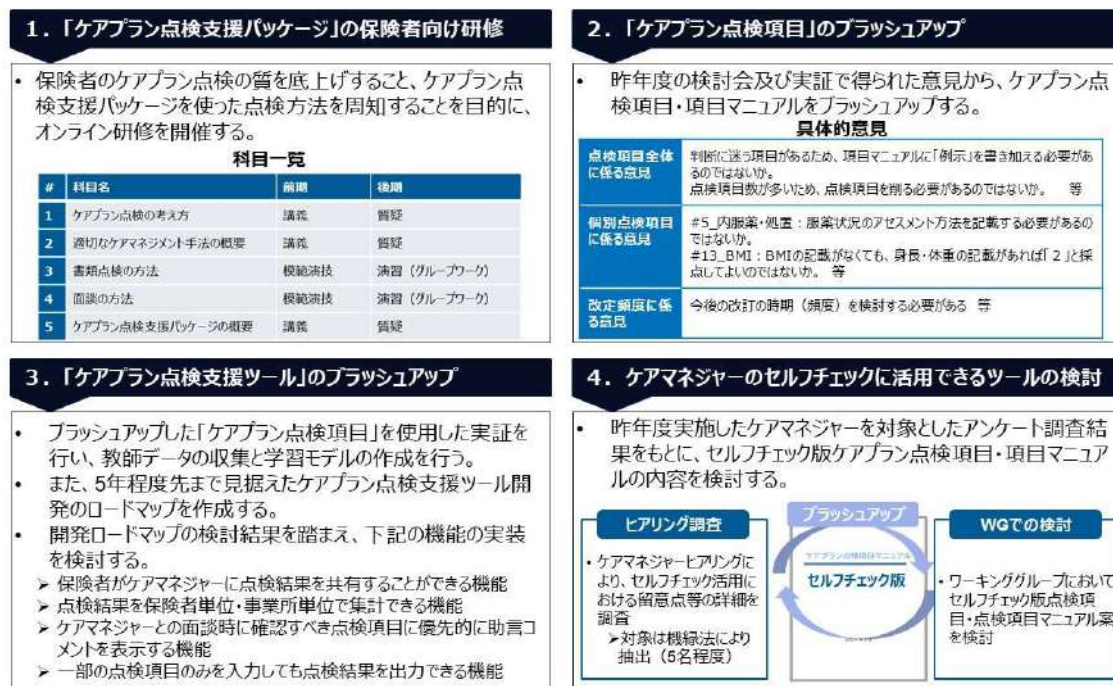
以上の調査結果を踏まえ、本調査研究事業（以下「本事業」という）では、「ケアプラン点検支援パッケージ」が保険者の現場において適切に運用されるように、保険者向けに研修を通じて広く周知することを目指す。さらに、点検項目や点検支援ツールについては、令和 5 年度事業で残された課題について

検討し、ブラッシュアップを進める。これらの取組を通じ、地域包括ケアにおける自立支援に資するケアマネジメントの実現を目指す。

2. 実施内容

本事業では、「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修、点検項目及び点検支援ツールのブラッシュアップ及びケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討を実施した。事業の全体像を図表 1-1 に示す。

図表 1-1 事業の全体像



（1）「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修の実施

保険者のケアプラン点検の質を底上げすること、ケアプラン点検支援パッケージを使った点検方法を周知することを目的に、保険者のケアプラン点検担当者等を対象とした研修を実施した。

研修は前期・後期の2期制とし、5つの科目を前期研修、後期研修に分けて実施した。科目については、ケアプラン点検の基本的な考え方から、実際の点検業務を想定した実践的な内容で構成することとした。講義科目は前期研修として、事前に録画した動画をオンデマンド配信し、受講者は任意の時間に視聴できるようにした。演習科目は後期研修として、オンライン・ライブ配信の形式で講師と受講者が双方向的にやり取りを行えるように開催した。

（2）ケアプラン点検項目のブラッシュアップ

令和5年度事業において、介護保険やケアマネジメントに関わる動向等を踏まえながら、点検項目の内容や評価基準の修正を行うとともに、点検項目を確認する目的等が理解できるよう、点検のねらいや各項目の解説を行った点検項目マニュアルを作成した。本事業においては、昨年度事業において更なる

検討を要するものと位置付けた項目について、点検者による評価のばらつきの有無や、プランの実態を踏まえた適切な評価基準が設定されているか等の観点から更なるブラッシュアップを図った。

ブラッシュアップは、現行版の点検項目、点検項目マニュアルの課題を整理し、改訂案を作成の上、検討会及びワーキンググループにおける議論を経て実施した。

（３）ケアプラン点検支援ツールのブラッシュアップ

令和５年度の事業において、保険者のケアプラン点検業務の負担軽減と質の向上を実現するためには、「点検に係る書類の点検時間を短縮できる仕組みの社会実装」が不可欠であることが明らかになった。また、自然言語処理技術を活用し、ケアプラン点検対象の書類を自動で分析することで、一定の業務時間削減が期待できることが示唆された。さらに、既存の点検支援ツールに関しても、実務での活用を促進するための機能拡張が求められた。具体的には、ケアマネジャーとの評価結果共有機能、一部の点検項目のみを入力した場合でも評価が可能となる機能、点検結果を集計できる機能の実装に対する要望が寄せられた。

これらの課題を踏まえ、本事業において次の３つのテーマに取り組んだ。第一に、点検項目のブラッシュアップに伴って点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成を実施するとともに、精度向上を図った。第二に、点検支援ツールの社会実装に向けた道筋を明確にするため開発ロードマップを作成した。第三に、実務での利便性を向上させるため、点検支援ツールの機能追加を行い、より実用的なツールへと改良を進めた。

（４）ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討

現状、ケアマネジャーが用いるアセスメント様式は事業所によって異なる実態がある。本事業の実施過程において、用いているアセスメント様式に記載枠がない項目はケアマネジャーによって記載／未記載が分かれ、点検結果やアセスメントの質に影響することが示唆された。また、ケアマネジャーごとにアセスメント様式が異なるため、点検支援ツールに自動的に情報を読み込めず、点検に手間がかかるというケアプラン点検上の課題があることも明らかとなった。

そこで、点検項目及び点検項目マニュアルに示される重要なポイントのうちアセスメント様式に記載すべき内容を整理し、ケアプラン点検のためのアセスメント様式案を作成した。

様式の検討は、事務局にて点検項目及び点検項目マニュアルを精査した上で素案を作成し、検討委員会及びワーキンググループでの議論を経てブラッシュアップする形で進めた。

（５）ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討

令和４～５年度事業における検討委員会・ワーキンググループの中で、点検項目・点検項目マニュアル・点検支援ツールをケアマネジャーの自己点検材料として活用すべきとの方針が示された。

そこで、ケアマネジャーが自分のケアプランを客観的な視点で振り返り、ケアプラン作成において重要なポイントを押さえながら育成を行うことができる素材を提供することにより、ケアマネジメント力の向上を図ることを目的に、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版案」を作成した。

「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版案」の検討は、令和５年度事業において実施したセルフチェックツールに関するケアマネジャーアンケートの回答をもとに事務局にて素案を作成した後、

ケアマネジャーヒアリング調査及びワーキンググループでの議論を経てブラッシュアップする形で進めた。

3. 実施体制

学識経験者と実務者から構成される検討委員会及びその下のワーキンググループを設置して方針等の検討を行った。検討委員会の委員一覧を図表 1-2、ワーキンググループの委員一覧を図表 1-3、厚生労働省 老健局 オブザーバー一覧を図表 1-4に、事務局一覧を図表 1-5それぞれに示す。

図表 1-2 検討委員会 委員（五十音順、敬称略）

	氏名	所属・役職名
委員長	遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 調査研究開発部長
委員	石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
	牛谷 義秀	一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 会長
	落久保 裕之	（一社）広島県介護支援専門員協会 会長
	梶間 晃道	福岡県介護保険広域連合 事業課長
	小出 顕生	公益社団法人 国民健康保険中央会 審議役
	高田 陽介	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係長
		日本電信電話株式会社
	田所 砂恵理	研究開発マーケティング本部 アライアンス部門ヘルスケア・メディカル戦略企画室 担当部長
	中澤 伸	社会福祉法人 川崎聖風福祉会・事業推進部長
オブザーバー	佐藤 秀樹	NTT テクノクロス株式会社 デジタルトランスフォーメーション事業部 第四ビジネスユニット 統括マネージャー

図表 1-3 ワーキンググループ 委員（五十音順、敬称略）

	氏名	所属・役職名
委員長	石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
委員	遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 調査研究開発部長
	岡島 潤子	株式会社やさしい手 経営企画部 顧問
	岸川 映子	井口台介護ステーション代表
	中澤 伸	社会福祉法人 川崎聖風福祉会・事業推進部長
	能本 守康	次世代ケアマネジメント研究会 理事長
オブザーバー	佐藤 秀樹	NTT テクノクロス株式会社 デジタルトランスフォーメーション事業部 第四ビジネスユニット 統括マネージャー

図表 1-4 厚生労働省 老健局 オブザーバー（敬称略）

氏名	所属・役職名
オブザーバー	松山 政司 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
	上柳田 雪花 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修 係長
	永坂 加奈子 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
	首藤 俊彰 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
	村山 いずみ 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係

図表 1-5 事務局

氏名	所属・役職名
事務局	米澤 麻子 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニットパートナー
	井上 裕章 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット マネージャー
	青木 翔吾 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント
	石川 理華 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント
	佐藤 瞳 株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット シニアコンサルタント

4. 検討委員会の開催

検討委員会を全3回、ワーキンググループを全3回開催した。開催概要を図表 1-6、図表 1-7 それぞれに示す。

図表 1-6 検討委員会の開催概要

日時・場所	主な検討内容
第1回 令和6年8月27日(火) 17:00～19:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	・ 事業の全体像 ・ 保険者向け研修（研修の実施概要、プログラム、実施スケジュール） ・ 点検項目のブラッシュアップ（昨年度残された課題と課題への対応方針等） ・ 点検支援ツールのブラッシュアップ（昨年度までの成果、残された課題、今年度の取組等） ・ ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討（作成の背景、作成方針、進め方等）
第2回 令和7年1月21日(火) 15:00～17:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	・ 保険者向け研修（受講後アンケートの結果、今年度の課題と今後の検討事項） ・ 点検項目のブラッシュアップ（今年度の改定版、今後の改定時期） ・ 点検支援ツールのブラッシュアップ（社会実装に向けたロードマップ、ケアプラン点検のためのアセスメント様式） ・ ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討（ケアマネジャーヒアリング調査で得た意見と対応方針、公開方法と留意点）
第3回 令和7年3月4日(火) 17:00～19:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	・ 保険者向け研修（今年度の研修の課題と来年度の方針、受講生から寄せられた質問と回答案） ・ 点検項目のブラッシュアップ（今後の課題と対応スケジュール） ・ 点検支援ツールのブラッシュアップ（今後の課題） ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討（様式案の確定、公開に向けたロードマップ案） ・ ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討（ケアマネジャーヒアリング調査で得た意見と対応方針）

図表 1-7 ワーキンググループの開催概要

	日時・場所	主な検討内容
第1回	令和6年10月4日（金） 10:00～12:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	- 事業概要 - 点検項目のブラッシュアップ（昨年度残された課題と課題への対応方針等） - 点検支援ツールのブラッシュアップ（昨年度までの成果、残された課題、今年度の取組等） - ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討（作成の背景、作成方針、進め方等）
第2回	令和6年10月29日（火） 10:00～12:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	- 点検項目のブラッシュアップ（第1回 WG における意見を踏まえた修正案等） - 点検支援ツールのブラッシュアップ（ケアプラン点検支援ツールを開発するための実証と実装予定の追加機能） - ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討（第1回 WG における意見を踏まえた修正案、追加すべき事項等）
第3回	令和6年12月5日（木） 10:00～12:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	- 点検項目のブラッシュアップ（第2回 WG における意見を踏まえた修正案等） - 点検支援ツールのブラッシュアップ（ケアプラン点検支援ツール開発の進捗報告） - ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討（第2回 WG における意見を踏まえた修正案、ケアマネジャーヒアリング調査の結果共有と調査結果を踏まえた修正案等）

第2章 結果の概要

1. 実施内容別の結果まとめ

(1) 「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修の実施

前期・後期研修ともに講義内容については多くの受講者が「役立った」と回答した。研修を通じた学びや成果についての回答が多く寄せられた。運営面では、研修の科目数や時期、視聴期間などについて、8～9割の受講者が「適切」と評価した。

受講者の所属は市区町村が中心で、47都道府県から受講の申込みがあった。受講者の業務経験は、ケアプラン点検に従事している者が多い一方、未経験者も3割程度おり、経験年数も短い層が中心であった。保有資格や業務経験にもばらつきがあり、受講者の背景は多様であった。

ケアプラン点検に関しては、従事者の多くが知識不足に悩んでいることが明らかになった。特に、ケアプラン点検の方法や基準、ケアマネジャーへの助言の方法などに課題を感じている受講者が多かった。ケアプラン点検の目的は「ケアマネジャーの資質向上」が最も多く、次いで、「自立支援に資するプラン作成」、「給付費の適正化」が挙げられた。また、ケアプラン点検支援パッケージを事前に知っていた人も一定数存在した。

(2) ケアプラン点検項目のブラッシュアップ

令和5年度事業において残された課題について、①判断に迷う項目への対応、②項目数の検討、③自立度が高い利用者のアセスメントに関する検討、④個別項目の検討という4つの視点で詳細な検討を行った。個別項目の検討では13項目について改訂の要否及び内容を検討した。結果、点検項目は62項目とし、内容面でより判断がしやすくケアプラン点検を通したケアマネジメントの質の向上に資するものとなるよう改訂を実施した。

また、今後の改訂時期の検討も実施し、介護報酬改定や社会情勢の変化を踏まえ、3年に1回、点検項目の見直しを行うことが望ましいとした。

(3) ケアプラン点検支援ツールのブラッシュアップ

令和5年度事業において残された課題を踏まえ、本事業では、「点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成」、「点検支援ツール開発ロードマップの作成」、「点検支援ツールの機能の改良」の3つのテーマに取り組んだ。

まず、「点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成」においてはブラッシュアップされた点検項目をもとに、エキスパートによるケアプランの点検を実施し、AIモデルの再作成に向けた教師データの整備を行った。今年度事業では各自治体等から提供された260件のケアプランを収集し、すべて教師データ作成のために供した。教師データ作成にあたっては、点検項目ごとのスコア評価と「ケアプランの記載の充実度」に関する5段階評価をエキスパートが実施した。また、評価のばらつきを抑えるため、10月及び11月には「意識合わせの会」を開催し、点検者間で評価観点や判断基準の共有を行った。教師データをもとに複数のAI手法（Ridge回帰、LightGBMなど）でモデルを構築し、判定精度を比較した。LightGBMは正解率が最も高かった一方で、Ridge回帰は1段階以内の誤差に収まり、実運用に適した安定性

が確認された。また、アセスメント様式やケアプラン作成時期の違いが判定精度に影響することが、ヒアリングを通じて明らかとなった。これらのばらつきに対応した教師データ設計が今後の課題である。

次に、「点検支援ツール開発ロードマップのケア作成」では、点検支援ツールの社会実装に向けた道筋を示すことを目的とした。開発の方向性を整理し、段階的な社会実装計画を検討した。具体的には、短期では試行導入と精度向上を進めること、中期では機能拡充とデータ連携の強化を図ること、長期では全国展開と標準化を目指す。社会実装に向けた準備を進める指針を示した。ロードマップの作成を通じて、持続的な開発および社会実装に向けた課題を整理した。

最後に、「点検支援ツールの機能の改良」では、ツールの実用性向上を目的とした機能追加を実施した。具体的には「帳票・PDF 出力機能」の搭載により、点検結果を PDF として保存・共有できるようにしたほか、「事業所別・ケアマネジャー別集計機能（レーダーチャート比較・経年表示）」を導入し、点検結果の分析を容易にした。さらに、「優先度に応じた助言コメント表示機能」を見直しケアプラン改善の方向性を示しやすくした。これによりツールの利便性が向上した。

（４）ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討

本事業において、現場で活用されているアセスメント様式のばらつきがケアプラン点検実施時の課題となっていることを踏まえ、ケアプラン点検のためのアセスメント様式を検討し、様式案を作成した。本様式案はケアマネジャーが通常業務において用いる標準的アセスメント様式ではなく、ケアプラン点検支援パッケージを効率的に用いることを目的とするものであることを明確化した。

一方で、検討過程において、ケアプラン点検のためのアセスメント様式の利便性・機能性を高めることにより、現場でケアマネジャーが活用できる可能性も示唆された。

（５）ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討

令和５年度事業におけるケアマネジャーアンケート調査や本事業におけるケアマネジャーヒアリング調査から、改めて点検項目及び点検項目マニュアルがケアマネジメントの質向上に資する可能性が示唆された。各種調査の結果を踏まえ、活用方法や活用時の留意点について明記することでよりケアマネジャーが活用しやすい内容とし、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版案」とした。

２．総括（今後の課題と展望）

（１）「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修の実施

受講者アンケートによると、ケアプラン点検の実施者の多くがケアプラン点検の実践において「知識が不足して困る」と感じており、特に点検方法や評価基準の統一、ケアマネジャーへのフィードバック方法に課題があることが明らかになった。また、ケアプラン点検では、ケアマネジャーと対話しながらケアマネジメントの気づきを促すことが重要であるが、適切な指摘や助言を行うことの難しさを感じる受講者も少なくない。さらに、ケアプラン点検支援パッケージの認知度は必ずしも高くなく、十分に活用されていない実態も浮き上がった。

研修の運営面では、受講者の中には介護保険制度の知識が乏しい者や、ケアプラン点検の実務経験がない者も含まれており、受講者のレベルに応じた研修の企画が求められる。研修内容については「包

括的で有用だった」ととの評価が多かった一方で、演習や実務に即した学びを求める声も多く、特に「理解が追いつかない」と感じた受講者が一定数いた。模範解答を示すことで有用だとの意見もあったが、具体的な業務への応用をイメージできない受講者がいることも課題である。また、オンライン研修の特性上、集中力の維持や技術的なトラブルが参加の妨げになるケースも見られた。

こうした課題を踏まえ、今後の研修では、受講者の経験レベルに応じたプログラムや事務職・専門職など背景知識で分けたプログラムに分けて構成することで、受講者の背景に応じたより有用性の高い研修を実施することができる可能性がある。また、受講者が双方向的に関わることでできる演習科目については、人数を制限しつつ、対面研修の形式で実施することが考えられる。さらに、研修の科目により実践的な内容を取り入れることも有用である。例えば、書類点検の結果をケアマネジャーとの対話に活用する方法、今年度研修では触れなかった点検項目に関する解説、自治体での実践事例の紹介、初任職員を対象とした介護保険制度に関する参考資料の提供などが考えられる。

（２）ケアプラン点検項目のブラッシュアップ

今年度事業においては、研修や点検支援ツール開発、ケアマネジャーのセルフチェックツールの検討を通して、多くの保険者、ケアマネジャーから点検項目について意見を収集する機会を得た。その中で、いくつかの点検項目については引き続き検討を行い、より判断がしやすい内容にブラッシュアップしていく必要があることが示唆されたため、これらを残された課題とした。

本事業において点検項目の改訂は今年度を起点に３年に１回の頻度で実施していくことが望ましいとしたが、本事業において明らかとなった残された課題については、今後詳細な検討を行い、３年後を待たずして改訂を行う必要性についても示唆された。

（３）ケアプラン点検支援ツールのブラッシュアップ

今年度事業においては、「点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成」、「点検支援ツール開発ロードマップの作成」、「点検支援ツールの機能の改良」の３つのテーマに取り組み、点検支援ツールの精度向上と社会実装に向けた具体的な道筋を示すことを目指した。

本事業を通じて、点検支援ツールの社会実装における課題が明確になり、特にケアプラン点検の標準化やデータの利活用に関する検討の必要性が示唆された。また、開発ロードマップの作成により、点検支援ツールの段階的な導入プロセスが整理され、社会実装の進め方が具体化された。さらに、ツールの機能改良により、より実用的な活用が可能となった。

今後は、本年度の成果を踏まえ、継続的な機能改善や評価手法の確立を進めるとともに、点検支援ツールの社会実装に向けた取組の具体化を図る必要がある。

（４）ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討

本事業において作成したアセスメント様式案をケアプラン点検のためのアセスメント様式として確定し広く公開するためには、利便性・機能性及び取扱いについて更なる検討が必要である。

利便性・機能性の検証としては①アセスメントにおいて必要な項目が盛り込まれているか、掲載順は適当か、②他様式から本様式案の転記において不都合がないか、③本様式案が書類点検の自動化に資するかを十分に検討する必要がある。取扱方針の検討としては①本様式案をどのような位置付けとす

るか（点検時の必須様式とするか）、②アセスメント時の様式からの転記方法をどうするか（誰が転記するか、自動転記システムの開発可能性）、③本様式案を確定した後、どのように周知するかを検討する必要がある。

今後、これらの事項について検討を行った上でケアプラン点検のためのアセスメント様式を確定し、ケアプラン点検の効率化及び質の向上を図ることが必要である。

（５）ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討

本事業において実施したヒアリング調査から、利用者の状態像だけでなくケアマネジャーのバックグラウンド（基礎資格等）によっても、ケアマネジャーが重要だと捉える項目に差異があることが明らかとなった。重点項目について多様な意見が得られたが、これらの意見については今後更なる検討を行い、標準的にすべてのケアマネジャーが重視すべき項目は何かを明らかにするプロセスが必要である。

また、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版案」を広く公開していくためには、周知の方法についても慎重に検討していく必要がある。

第2部 詳細

第1章 「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修

1. 目的

保険者のケアプラン点検の質を底上げすること、ケアプラン点検支援パッケージを使った点検方法を周知することを目的に、保険者のケアプラン点検担当者等を対象とした研修を実施した。

2. 方法

(1) 研修の企画

1) 受講対象者

保険者（ケアプラン点検事業を保険者から受託している企業・団体等を含む）のケアプラン点検担当者を主な対象とした。また、ケアプラン点検の趣旨について、管内のケアマネジャーにも周知を希望する保険者は、研修の案内をケアマネジャーに送付してもよいこととした。

2) 研修プログラム

研修は前期・後期の2期制とし、5つの科目を前期研修、後期研修に分けて実施した。科目については、ケアプラン点検の基本的な考え方から、実際の点検業務を想定した実践的な内容で構成することとした。

講義科目は前期研修として、事前に録画した動画をオンデマンド配信し、受講者は任意の時間に視聴できるようにした。演習科目は後期研修として、オンライン・ライブ配信の形式で講師と受講者が双方向的にやり取りを行えるように開催した。研修プログラムの全体像を図表2-1に示す。

図表 2-1 研修プログラムの全体像

#	区分	科目	講師	概要
1	講義	ケアプラン点検の考え方	一般財団法人長寿社会開発センター 調査研究開発部長 遠藤征也	ケアプラン点検を行う上で必要な考え方をケアプラン点検支援マニュアルに沿って説明する。
2	講義	ケアプラン点検項目の考え方	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授 石山麗子	ケアプラン点検を行う上で必要な考え方をケアプラン点検項目マニュアルに沿って説明する。
3	模範演技・講義・演習	書類点検の方法	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授 石山麗子 社会医療法人 仁生会 西堀病院 経営企画部 在宅支援事業部部長 齊藤眞樹	ケアプラン点検のうち、書類の点検方法を模範演技として提示する。
4	模範演技・講義・演習	面談の方法	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授 石山麗子	ケアプラン点検のうち、ケアマネジャーとの面談方法を模範演技として提示する。

#	区分	科目	講師	概要
			社会医療法人 仁生会 西堀病院 経営企画部 在宅支援事業部部長 齊藤眞樹	
5	講義	ケアプラン点検支援パッケージの概要	株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット マネージャー 井上裕章	ケアプラン点検支援パッケージの概要と使い方を説明する。

(2) 受講者の募集

1) 募集方法

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課の協力により、都道府県の担当部署宛てにメールで通知を行い、オンラインで受講者を募集した。

2) 募集期間

令和6年10月15日(火)～30日(水)の約2週間とした。

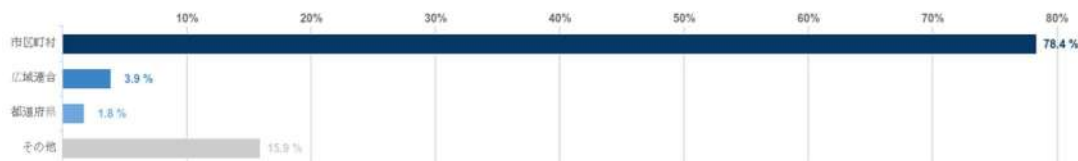
3) 申込者数

600 保険者、1,123 名から申込みが寄せられ、研修の当初定員 100 名に対して、11 倍以上の申込者数となった。日本全体の 38.2%¹にあたる保険者から申込みが寄せられた。

(3) 事前アンケート調査の結果

①所属している組織の区分を選択ください。

「市区町村」が最も多く、8 割弱を占めた。「その他」も約 16%を占め、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターからの申込みが多く寄せられた。



n=1,123

その他の内訳

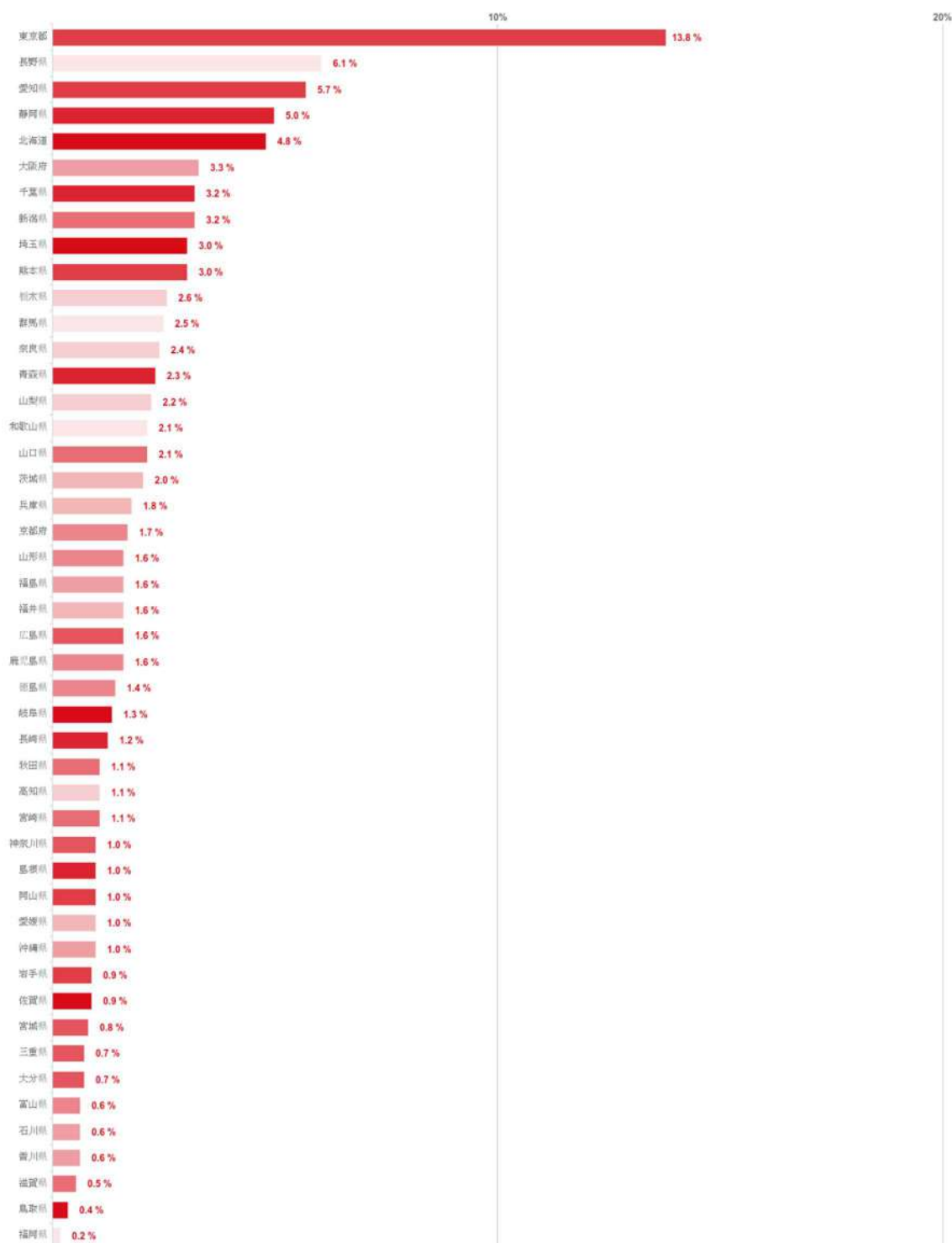
- 居宅介護支援事業所：102 件
- 地域包括支援センター：40 件
- 職能団体：5 件
- 国保連合会：4 件

¹ 全国の保険者数 1,571 から申込保険者数 600 を除いて算出

- 市区町村：1 件
- その他：8 件

②所属している組織が所在する都道府県名を選択ください。

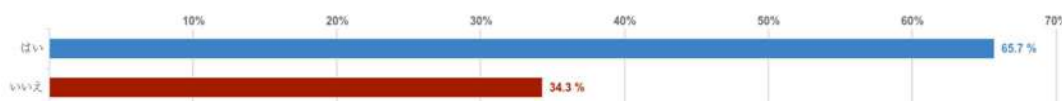
47 都道府県から申込みが寄せられた。都道府県は「東京都」が最も多く、13%を占めた。



n=1,123

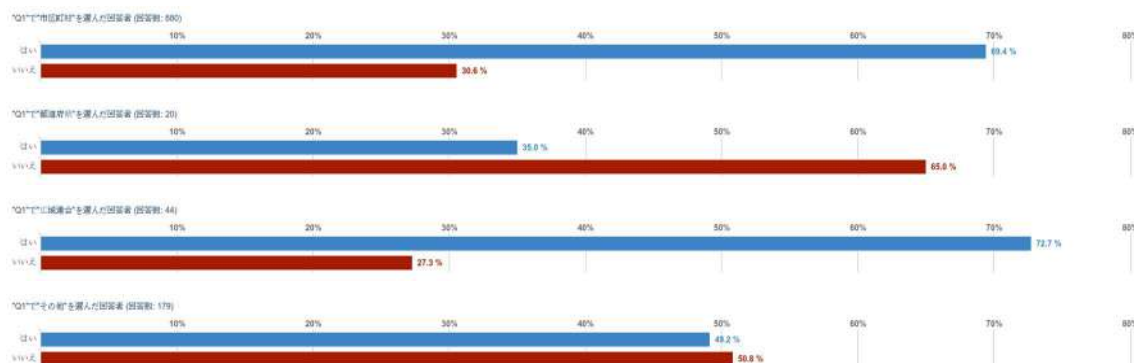
③あなたはケアプラン点検に従事していますか。

「はい」が過半数を占める一方、受講申込み者の3人に1人はケアプラン点検に従事していなかった。



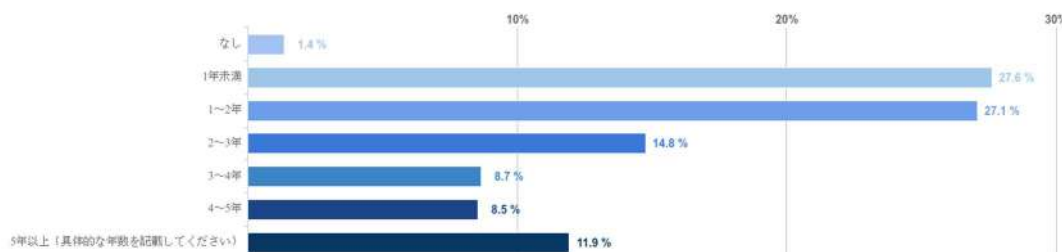
n=1,123

④所属別 あなたはケアプラン点検に従事していますか。



⑤あなたのケアプラン点検の業務の経験年数を教えてください。

ケアプラン点検に従事している申込者に業務の経験年数を聞いたところ、1年未満～2年までが過半数を占めた。

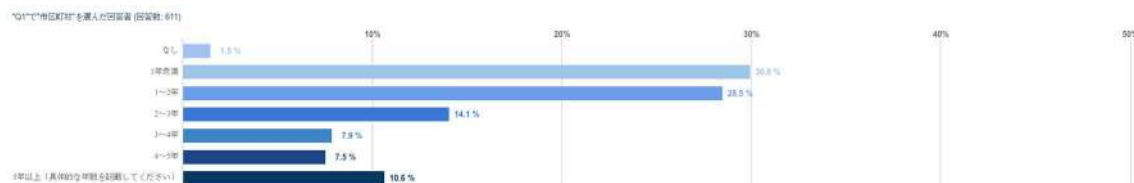


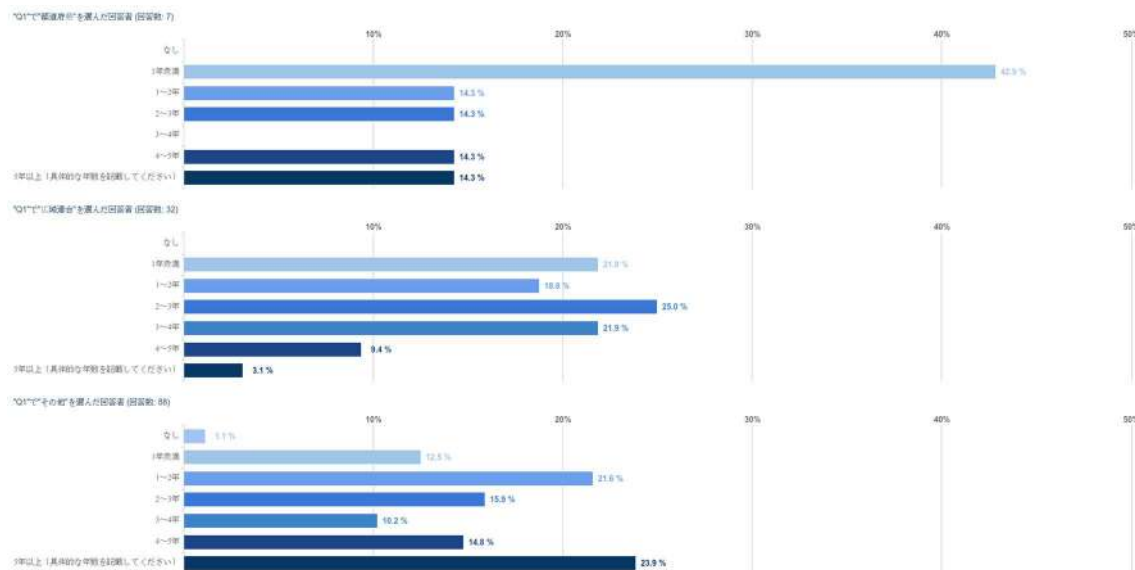
n=738

5年以上の内訳

- 5～9年：56件
- 10～19年：29件
- 20年以上：3件

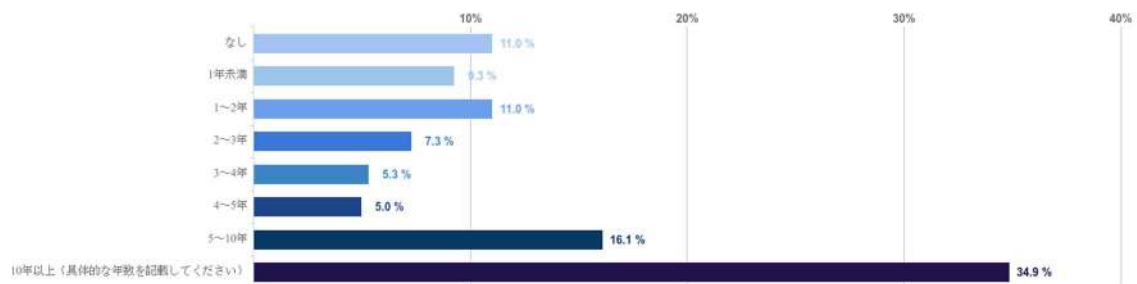
⑥所属別 あなたのケアプラン点検の業務の経験年数を教えてください。





⑦あなたの社会福祉に関する業務の経験年数を教えてください。

申込者全員に社会福祉に関する業務の経験年数を聞いたところ、10 年以上が最も多く、1/3 を占めた。一方で、なし～2 年未満も同じく 1/3 を占めた。

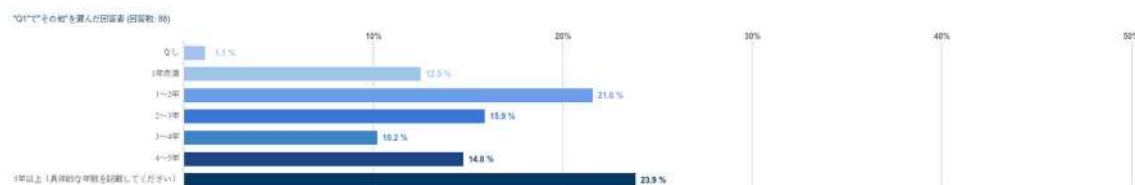


n=1,123

10 年以上の内訳

- 10～19 年 : 144 件
- 20～29 年 : 247 件
- 30 年以上 : 44 件

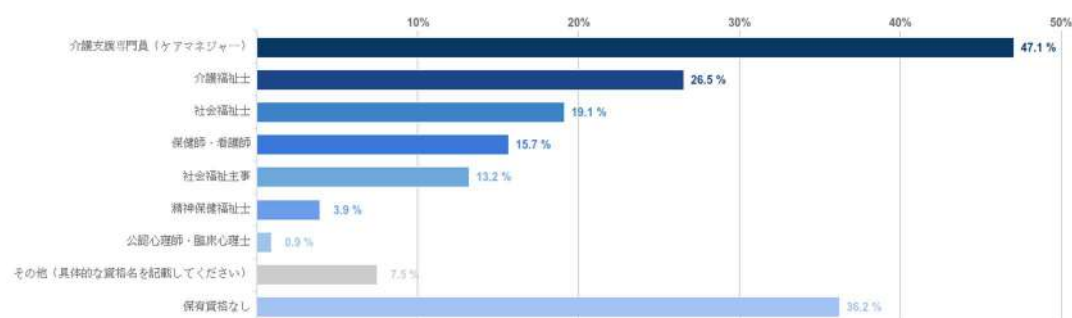
⑧所属別 あなたの社会福祉に関する業務の経験年数を教えてください。





⑨あなたが保有している資格を教えてください。

保有資格は「介護支援専門員（ケアマネジャー）」が最も多く、半数近くを占めた。次いで多かったのは「保有資格なし」で、1/3 以上を占めた。



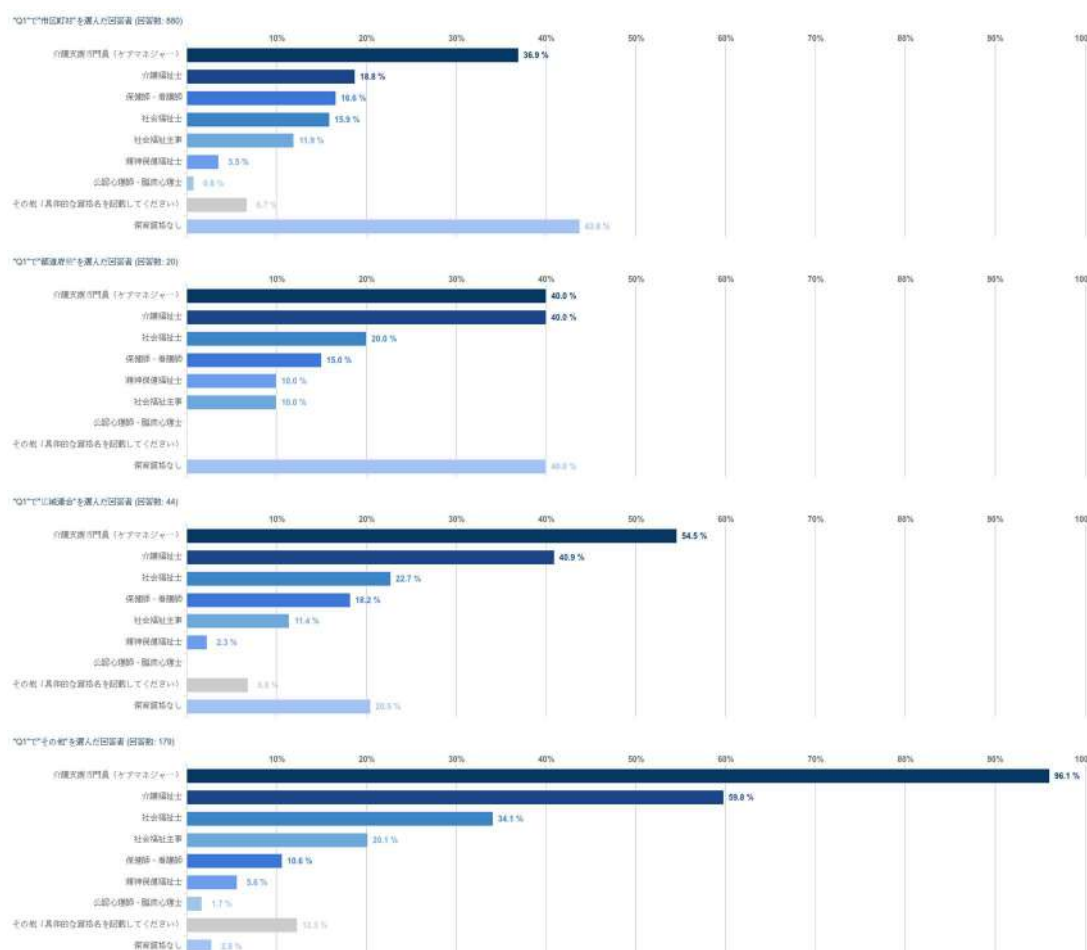
n=1,123

その他の内訳

- ・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）：16 件
- ・ 福祉住環境コーディネーター：10 件
- ・ 歯科衛生士：9 件
- ・ 理学療法士：8 件
- ・ 保育士・幼稚園教諭：7 件
- ・ 福祉用具専門相談員：6 件
- ・ 管理栄養士：5 件
- ・ 保健師・看護師：5 件
- ・ 教員：3 件

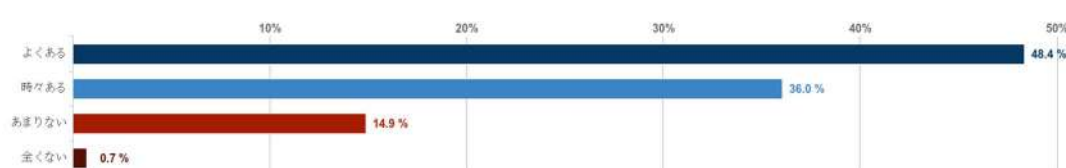
- 作業療法士：3 件
- 柔道整復師：2 件
- 認知症相談員・ケア専門士：2 件
- 言語聴覚士：1 件
- 公認心理師・臨床心理士：1 件
- 社会福祉主事：1 件
- 手話通訳士：1 件
- その他：4 件

⑩所属別 あなたが保有している資格を教えてください。



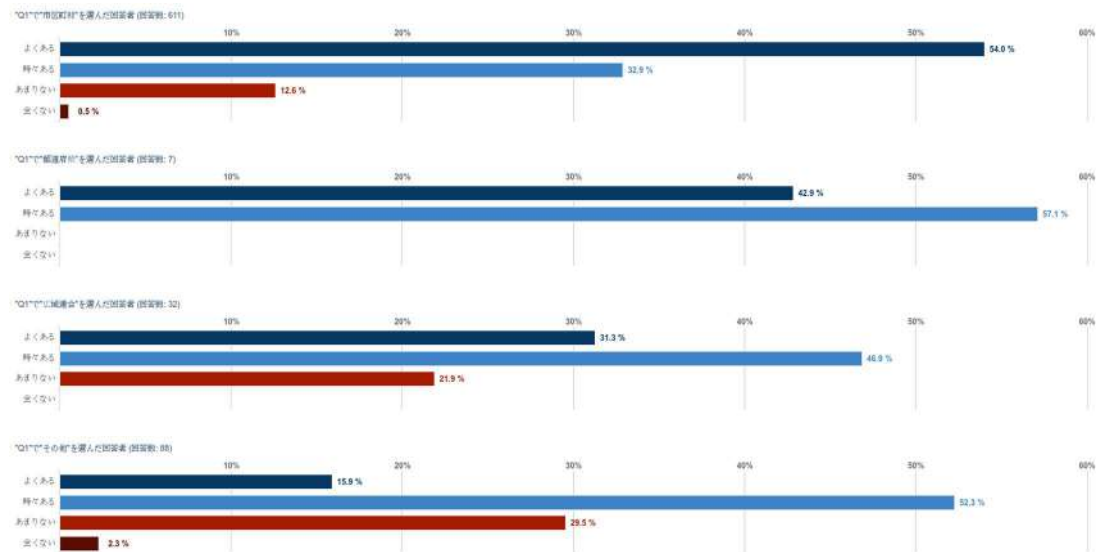
⑪ケアプラン点検を行う際、知識が足りず、困ることはありますか。

ケアプラン点検に従事している受講申込みに、知識が足りず、困ることがあるかを聞いたところ、『ある』が 8 割以上を占めた。



n=738

⑫所属別 ケアプラン点検を行う際、知識が足りず、困ることはありますか。

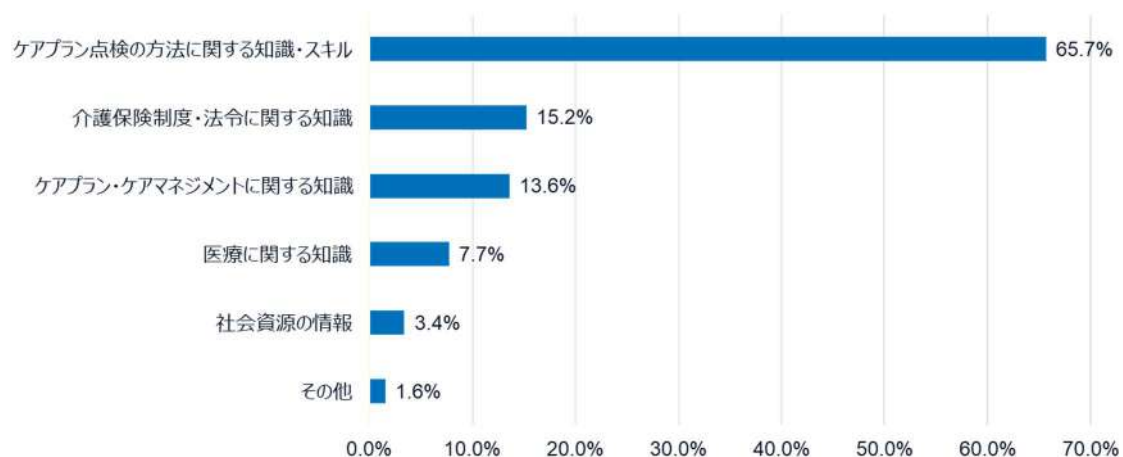


⑬ケアプラン点検の具体的な困りごと

ケアプラン点検に従事している受講申し込み者に、知識が足りず、困ることが『ある』受講者に、どのようなことに困難を感じているかを自由記述式で確認した。

ケアプラン点検の方法に関する知識・スキルに関する記述が最も多く、6割以上を占めた。次いで、介護保険制度・法令に関する知識、ケアプラン・ケアマネジメントに関する知識が続いた。

ケアプラン点検の具体的な困りごと（自由記述）

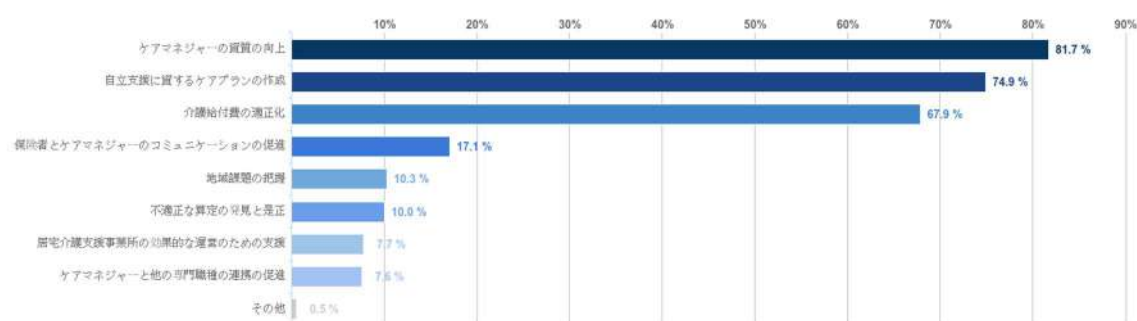


n=440

⑭ケアプラン点検の目的のうち、あなたの所属する保険者が最も重視するものを3つまで選んでください。

ケアプラン点検に従事している受講申し込み者に最も重視するケアプラン点検の目的を聞いたところ、「ケアマネジャーの資質の向上」が最も多く、8割以上を占めた。次いで、「自立支援に資するケアプランの

作成」、「介護給付費の適正化」の順で多く、それぞれ 7 割程であった。

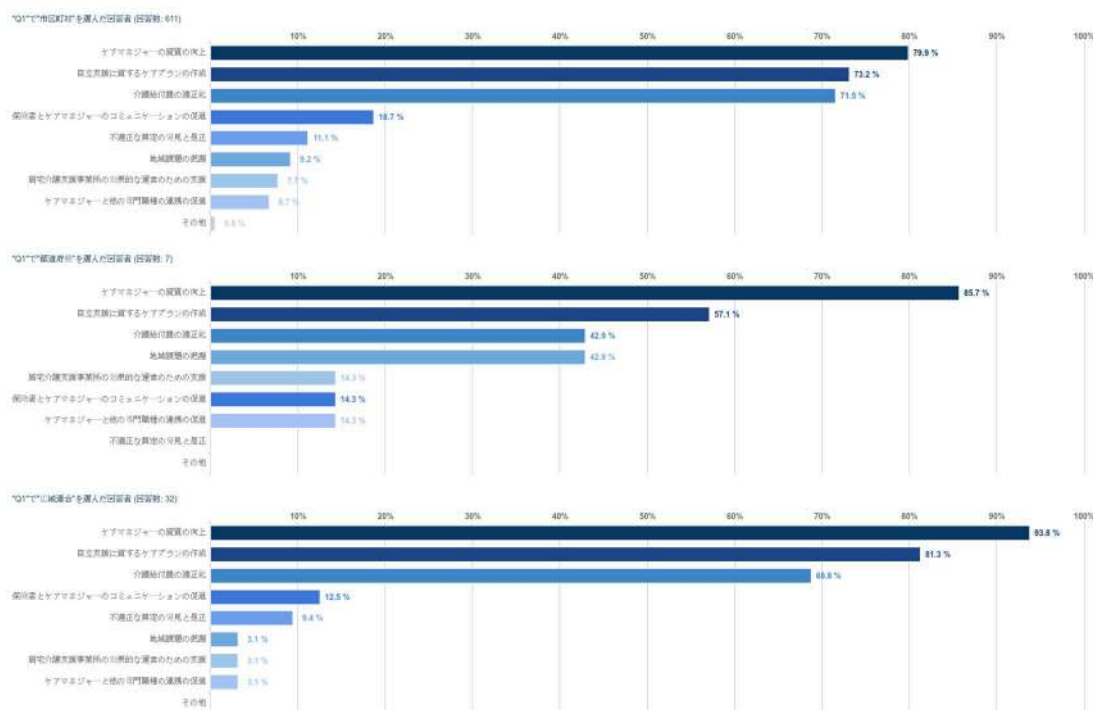


n=738

その他の内訳

- 保険者の資質の向上
- 個別性のあるケアプランの作成
- リ・アセスメント支援シート²との整合性
- そのサービスが本当に必要であるのか

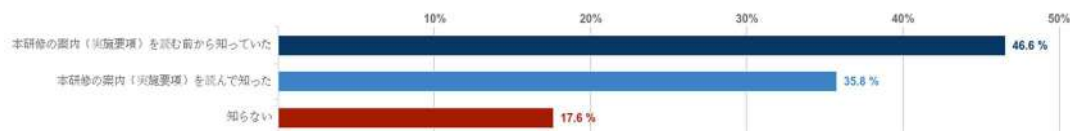
⑮所属別 ケアプラン点検の目的のうち、あなたの所属する保険者が最も重視するものを 3 つまで選んでください。



⑯「ケアプラン点検支援マニュアル 改定版」、「ケアプラン点検項目」、「ケアプラン点検支援ツール」を知っていますか。

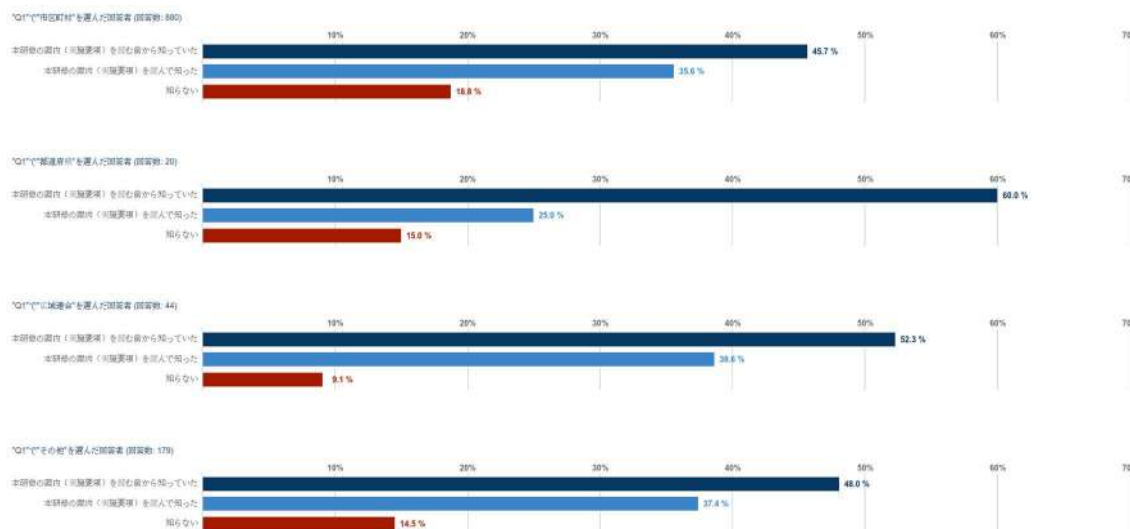
実施要項を読む前からケアプラン点検支援パッケージを知っていた申込者は半数近くを占めた。

² 東京都が導入しているケアプラン点検の様式。



n=1,123

⑰所属別「ケアプラン点検支援マニュアル 改定版」、「ケアプラン点検項目」、「ケアプラン点検支援ツール」を知っていますか。



⑱ケアプラン点検の困りごと・悩みごと、研修への期待

点検の観点・評価基準の統一に関する記述が最も多く、3割を占めた。次いで、ケアプラン点検の基礎知識、ケアマネジャーへの助言・指導方法に関する記述が続いた。

ケアプラン点検の困りごと・悩みごと、研修への期待（自由記述）



n=421

(4) 前期研修の開催

1) 開催期間・方法

前期研修の全科目を事前に撮影し、講義動画をオンデマンド配信した。配信期間は令和 6 年 11 月 4 日（月）～29 日（金）の約 1 か月間とし、受講者は期間内の任意のタイミングで受講した。

2) カリキュラム

前期研修の講義動画は 3 つの講義科目と 2 つの模範演技でオンデマンド配信を行った。

図表 2-2 前期研修カリキュラム

#	区分	科目	講師	時間
1	講義	ケアプラン点検の考え方	遠藤征也	45 分
2	講義	ケアプラン点検項目の考え方	石山麗子	45 分
3	模範演技	書類点検の方法	齊藤眞樹	15 分
4	模範演技	面談の方法	齊藤眞樹	15 分
5	講義	ケアプラン点検支援パッケージの概要	井上裕章	30 分

(5) 後期研修の開催

1) 開催日時・方法

令和 6 年 12 月 9 日 13:00～17:00 に、リアルタイムのオンライン・ライブ配信の形式で実施した。

2) カリキュラム

各科目の実施に当たっては講師と事前のオンライン打合せを各 1～2 回実施し、当日の進め方について調整を行った。

図表 2-3 後期研修のカリキュラム

時刻	区分	科目	講師	時間
13:00-13:05	—	本研修の説明	司会	5 分
13:05-13:30	講義	書類点検の方法	石山麗子	25 分
13:30-14:30	演習		個人ワーク・グループワーク	60 分
14:30-14:45	—	休憩	—	15 分
14:45-15:05	講義	面談の方法	石山麗子	20 分
15:05-16:20	演習		グループワーク	75 分
16:20-16:30	—	休憩	—	10 分
16:30-17:00	講評	全体	遠藤征也 石山麗子 齊藤眞樹	30 分

3) 研修の様子

石山氏による講義は、ケアプラン点検における「書類点検の方法」、「面談の方法」について、前期研

修で触れることができなかったポイント等を説明した。

その後、グループワークは 100 グループに受講者を分け、受講者は該当するグループのブレイクアウトルームに入室し、事前に割り当てておいた 12 種のアルファベットごとに役割を担った。

1 グループ最大 12 人を想定していたが、当日の欠席が少なくなく、人数が少ないグループに対しては、人数が多いグループからの移動をお願いするなど、対応を行った。グループワークを行っている間、演習科目の講師はブレイクアウトルームを巡回し、受講者の議論を傍聴した。

書類点検の方法のタイムスケジュールを図表 2-4、面談の方法のタイムスケジュールを図表 2-5 にそれぞれ示す。

図表 2-4 書類点検の方法 タイムスケジュール

時刻	概要	詳細	時間
13:10-13:30	講義	講師が書類点検に関する講義を行う。	20 分
13:30-13:45	個人ワーク	演習用の 4 つの点検項目を使い、模擬ケアプランを点検する。	15 分
13:45	移動	受講者自身でブレイクアウトルームへ移動する。	—
13:45-14:00	自己紹介	アルファベット順（ABCD…）に 1 人ずつ簡単に自己紹介する（所属、氏名、ケアプラン点検を行う上での立場、ケアプラン点検の経験）。	15 分
14:00-14:30	グループディスカッション	個人ワークの感想とケアプラン点検に関する情報交換を行う。G は進行役と H は書記役になる（不在の場合は IJKLMNOP の順で進行役と書記役を担う）。ディスカッション結果は書記役がアンケートフォーム（チャット欄の URL よりアクセス）に記入する。	30 分
14:30-14:45	休憩	ディスカッション時間が終了したら、事務局が全体ルームへ移動する。 グループディスカッションが終了したグループから休憩に入る。	15 分

図表 2-5 面談の方法 タイムスケジュール

時刻	概要	詳細	時間
14:45-15:05	講義	講師が面談の方法に関する講義を行う。	20 分
15:05	移動	受講者自身でブレイクアウトルームへ移動する。	—
15:05-15:20	ロールプレイ ①	A がケアマネジャー役、B が点検者役、他のグループメンバーは観察役になり、面談のロールプレイを行う。	15 分
15:20-15:35	ロールプレイ ②	C がケアマネジャー役、D が点検者役、他のグループメンバーは観察役になり、面談のロールプレイを行う。	15 分
15:35-15:50	ロールプレイ ③	E がケアマネジャー役、F が点検者役、他のグループメンバーは観察役になり、面談のロールプレイを行う。	15 分

時刻	概要	詳細	時間
15:50-16:20	グループ	ロールプレイの感想とケアプラン点検に関する情報交換を行う。I は進行役と J は書記役になる（不在の場合は KLABCDEFGH の順で進行役と書記役を担う）。	30 分
	ディスカッション	ディスカッション結果は書記役がアンケートフォーム（チャット欄の URL よりアクセス）に記入する。	
16:20-16:30	休憩	ディスカッション時間が終了したら、事務局が全体ルームへ移動する。	10 分
		グループディスカッションが終了したグループから休憩に入る。	

3. 結果

(1) 概要

前期研修は 870 名、後期研修は 686 名からの事後アンケートの回答を得た。結果の概要を図表 2-6 に示す。

図表 2-6 結果の概要

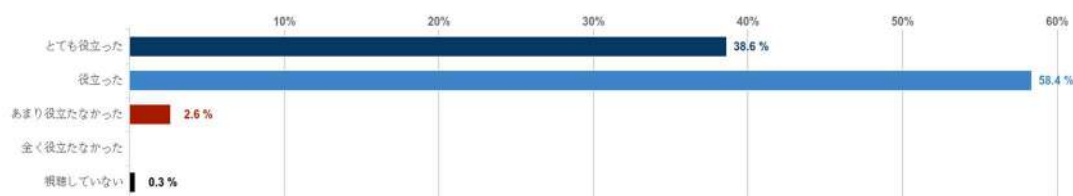
項目	人数	割合	備考
定員	100 名	-	
申込者	1,123 名	1123.0%	
前期研修 受講者 ³	1,110 名	98.8%	対申込者比
前期研修 アンケート回答者	870 名	78.4%	対受講者比
後期研修 受講者 ⁴	766 名	68.2%	対申込者比
後期研修 アンケート回答者	686 名	89.6%	対受講者比

(2) 事後アンケート調査結果の詳細

1) 前期研修

①「ケアプラン点検の考え方」の内容は今後、ケアプラン点検を実践する上で役立ちましたか。

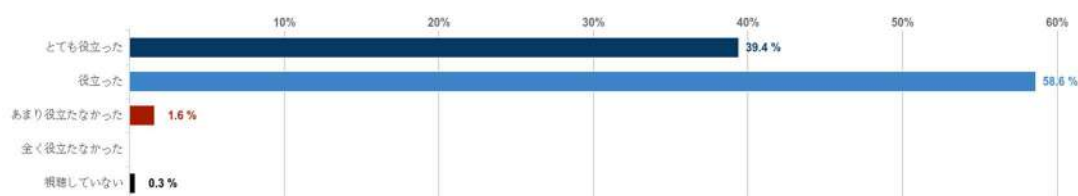
ケアプラン点検の考え方の講義動画は『役立った』が 9 割以上を占めた。



n=870

②「ケアプラン点検項目の考え方」の内容は今後、ケアプラン点検を実践する上で役立ちましたか。

ケアプラン点検項目の考え方の講義動画は『役に立った』が 9 割以上を占めた。



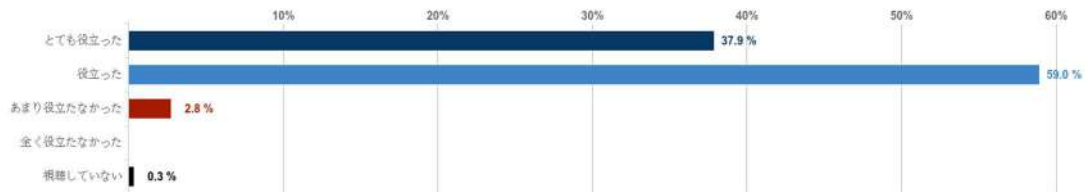
³ 申込者数から前期研修の終了日（11/29）までに受領したキャンセル希望者数を除いた人数を計上した。

⁴ 後期研修の Zoom ウェビナーに参加したアカウント数を計上した。ただし、1 つのアカウントから複数名で参加した受講者もいるため、実際はもう少し多い可能性がある。

n=870

③「書類点検の方法」の内容は今後、ケアプラン点検を实践する上で役立ちましたか。

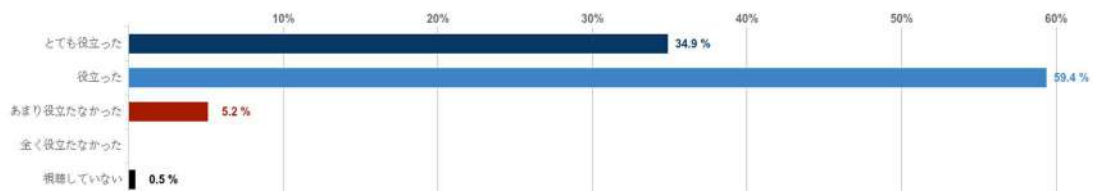
書類点検の方法の講義動画は『役立った』が9割以上を占めた。



n=870

④「面談の方法」の内容は今後、ケアプラン点検を实践する上で役立ちましたか。

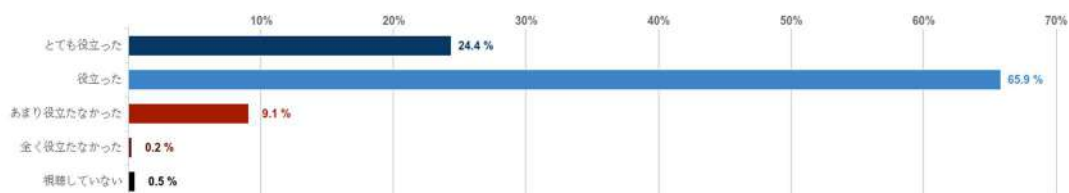
面談の方法の講義動画は『役立った』が9割以上を占めた。



n=870

⑤「ケアプラン点検支援パッケージの概要」の内容は今後、ケアプラン点検を实践する上で役立ちましたか。

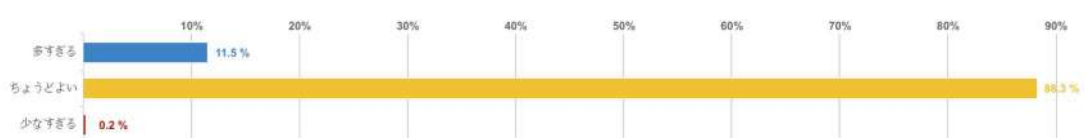
ケアプラン点検支援パッケージの概要の講義動画は『役立った』が9割を占めた。



n=870

⑥動画の本数はいかがでしたか。

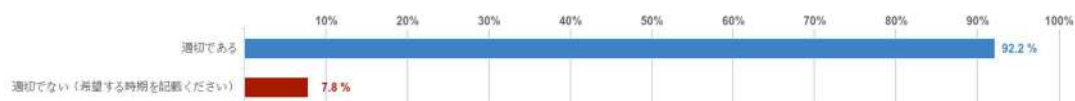
「ちょうどよい」が9割弱を占めた。



n=870

⑦動画の視聴時期の設定はいかがでしたか。

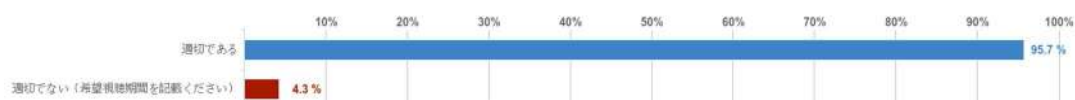
「適切である」が9割以上を占めた。



n=870

⑧動画の視聴期間の設定はいかがでしたか。

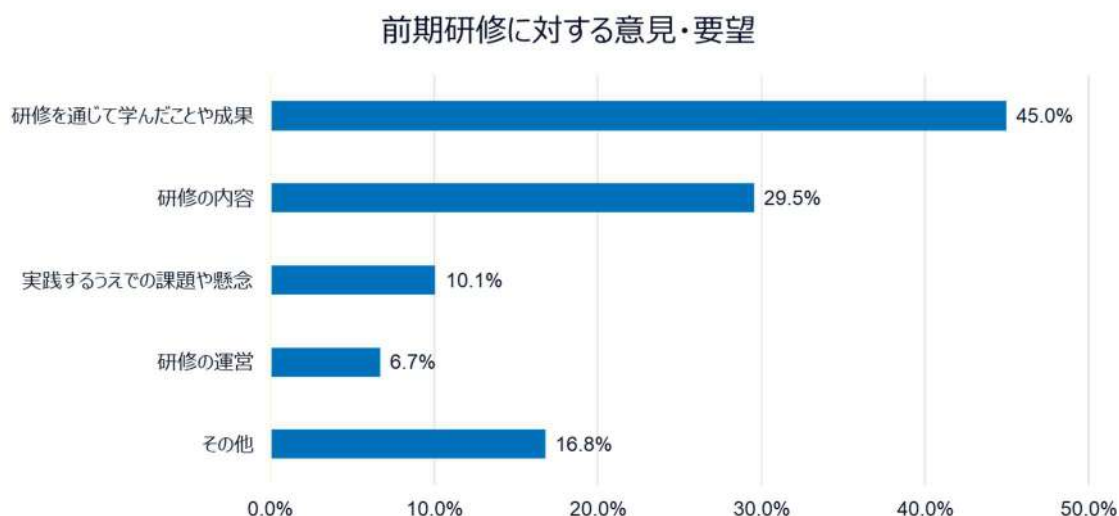
「適切である」が9割以上を占めた。



n=870

⑨前期研修に対する意見・要望

研修を通じて学んだことや成果に関する記述が最も多く、4割以上を占めた。次いで、研修の内容、ケアプラン点検を実践する上での課題や懸念に関する記述が続いた。

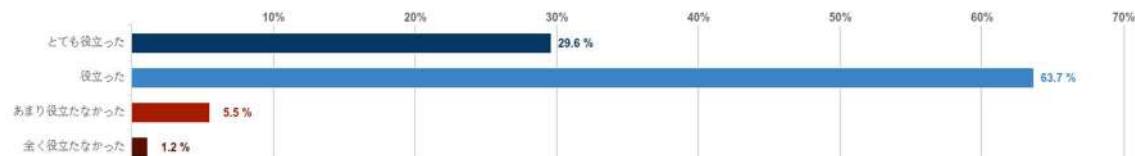


n=149

2) 後期研修

①「書類点検の方法」の講義・演習は今後、ケアプラン点検を実践する上で役立ちましたか。

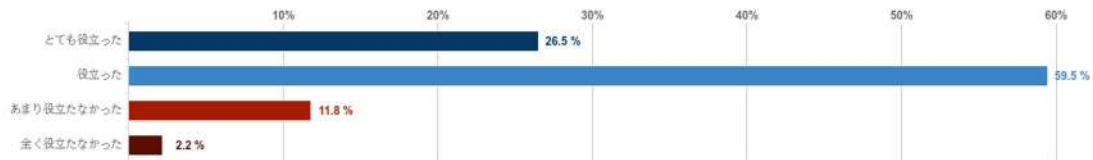
書類点検の方法の講義・演習は『役立った』が9割を占めた。



n=686

②「面談の方法」の講義・演習は今後、ケアプラン点検を実践する上で役立ちましたか。

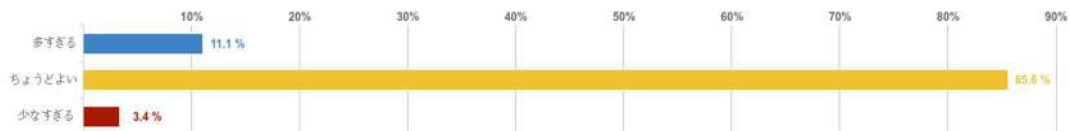
面談の方法の講義・演習は『役立った』が 8 割以上を占めた。



n=686

③後期研修の科目数はいかがでしたか。

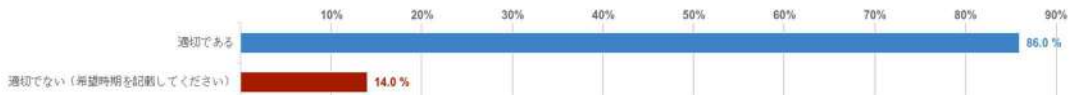
「ちょうどよい」が 8 割以上を占めた。



n=686

④後期研修の開催時期はいかがでしたか。

「適切である」が 8 割以上を占めた。

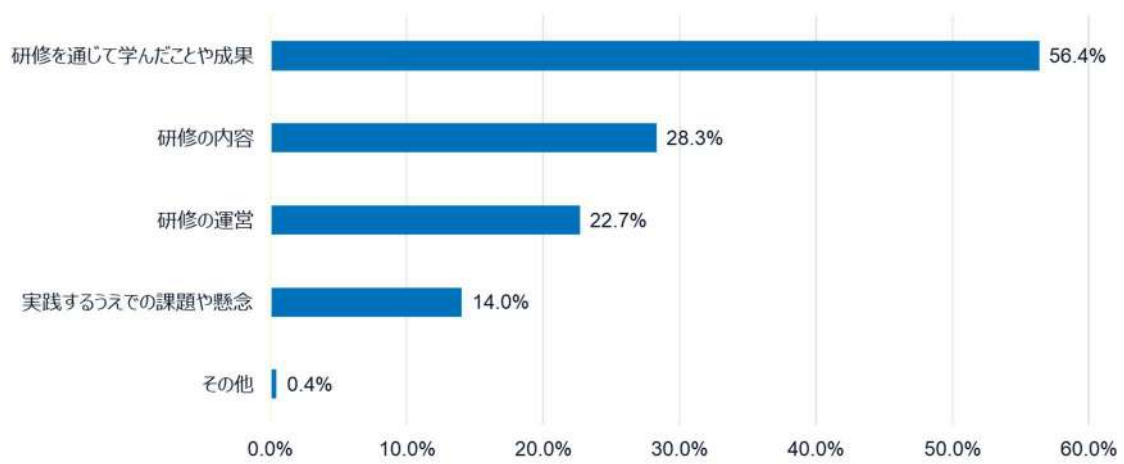


n=686

⑤後期研修に対する意見・要望

研修を通じて学んだことや成果に関する記述が最も多く、5 割以上を占めた。次いで、研修の内容、研修の運営に関する記述が続いた。

後期研修に対する意見・要望



n=463

4. まとめ

(1) 令和6年度研修のまとめ

1) 研修の内容・有用性

- 前期研修の5科目すべてで9割以上、後期研修の2科目いずれも8割以上の受講者から講義の内容が『役立った』という回答を得た。
- 自由記述欄には、前期・後期ともに、研修を通じて学んだことや成果に関する記述が最も多く、おおむね半数を占めた。

2) 研修の運営

- 前期研修、後期研修ともに、8割以上の受講者が科目数は「ちょうどよい」と回答した。
- 前期研修の講義動画の視聴時期・期間ともに9割以上の受講者が「適切である」と回答した。
- 後期研修の開催時期は8割以上の受講者が「適切である」と回答した。

3) 受講者の傾向

①申込者の所属する組織について

- 「市区町村」が最も多く、8割弱を占めた。「その他」も約16%を占めた。
- 47都道府県から申込みが寄せられた。都道府県は「東京都」が最も多く、13%を占めた。

②申込者の業務経験について

- ケアプラン点検に従事している申込者が過半数を占める一方、3人に1人は従事していなかった。
- ケアプラン点検に従事している申込者の業務経験は1年未満～2年までが過半数を占めた。
- 社会福祉に関する業務経験は「なし」から「10年以上」まで、申込者全体でばらつきがあった。
- 同様に、保有資格は「介護支援専門員（ケアマネジャー）」が最も多く、半数近くを占める一方、「保有資格なし」も1/3以上を占めた。

③ケアプラン点検について

- ケアプラン点検に従事している申込者の8割以上が、知識が足りず、困ることが『ある』と回答した。
- 具体的な困りごととしては、ケアプラン点検の方法に関する知識・スキルに関する記述が最も多く、6割以上を占めた。次いで、介護保険制度・法令に関する知識、ケアプラン・ケアマネジメントに関する知識が続いた。特に、点検の観点・評価基準の統一、ケアプラン点検の基礎知識、ケアマネジャーへの助言・指導方法等に悩む受講者が多いことが明らかになった。
- ケアプラン点検の目的は「ケアマネジャーの資質の向上」が最も多く、8割以上を占めた。次いで、「自立支援に資するケアプランの作成」、「介護給付費の適正化」の順で多く、それぞれ7割程であった。
- 実施要項を読む前からケアプラン点検支援パッケージを知っていた申込者は半数近くを占めた。

（２）令和６年度研修の課題と今後の研修の方針（案）

受講者の傾向と研修の運営に分けて、課題を整理した。今後の研修は、受講者のレベルに応じた研修の企画・開催、演習科目の対面開催、より実践的な内容を含む科目構成等を検討してはどうか。研修の課題と今後の方針（案）を図表 2-7 に示す。

図表 2-7 研修の課題と今後の方針（案）

課題		今後の研修の方針（案）	
受講者の傾向	受講者の8割以上がケアプラン点検の実践にあたり「知識が足りず困る」と回答した。特に、点検方法や評価基準、ケアマネジャーへのフィードバック方法に課題がある。	目的	ケアプラン点検の実践がより円滑となるよう、引き続き研修を通じてケアプラン点検支援パッケージを周知・普及させる必要がある。
	ケアプラン点検ではケアマネジャーとの面談を行い、ケアマネジメントの気づきを促すことが重視されている一方、適切な指摘や助言を行うことが難しいと感じる点検担当者が少なくない。	対象者	研修プログラムを初心者/経験者や事務職/専門職向けに分けて企画・開催してはどうか。
	ケアプラン点検支援パッケージの認知度は半数程度にとどまり、十分に活用されていない。	開催方法	講義科目は利便性の高いオンデマンド配信を活用する。講師・受講者が双方向的に関わる必要性のある演習科目は人数を制限したうえで対面開催としてはどうか。
研修の運営	研修の受講者は、介護保険制度の知識がほとんどない者から、ケアプラン点検の経験が豊富な者まで幅広く背景知識にばらつきがある。	研修内容	今年度の研修内容をベースにしたより実践的な科目構成としてはどうか。 - 書類点検の結果をケアマネジャーとの面談に活用する方法 - ケアプラン点検項目の考え方の説明 - 自治体の事例紹介 - 初心者向けの介護保険制度に関する参考資料の提供
	研修内容が包括的で有用だったという意見が多く寄せられた。一方で、初心者を中心に理解が追いつかない受講者も確認された。		
	模範演技は有用だったという意見が多い一方、学びを実務にどう応用すればよいか、具体的なイメージを持ってない受講者が少なくない。		
	オンライン研修では受講者の集中力を維持することが難しく、また技術的なトラブルによって、研修への参加そのものが滞ることがある。		

第2章 ケアプラン点検項目のブラッシュアップ

1. 目的

令和5年度事業において、前年度事業における残された課題への対応及び課題分析標準項目の改正（令和5年10月）に対応するため、点検項目及び点検項目マニュアルの改訂を行った。これにより内容の充実化は図られた一方で、実証事業の中で得られた保険者・ケアマネジャーの意見の一部は更なる慎重な検討が必要であるとして、残された課題と位置付けられていた。

本事業においては、点検項目及び点検項目マニュアルを更にケアプラン点検の質の向上に資するものとするを目的に、令和5年度事業における残された課題を対象に点検者による評価のばらつきの有無や、ケアプランの実態を踏まえた適切な評価基準が設定されているか等の観点から更なるブラッシュアップを図った。

また、定期的に改訂を行い、点検項目をケアマネジメントに係る最新の情勢に整合したものとしていくことを目的に、適切な改訂の頻度についても検討した。

2. 方法

（1）令和5年度事業における残された課題の整理

令和5年度事業において得られた保険者意見、ケアマネジャー意見等を整理し、ブラッシュアップすべき項目とその内容を明確化した。

（2）ワーキンググループにおける検討

上記において明確化した項目をもとに、ワーキンググループ及び検討委員会意見において具体的なブラッシュアップ内容を議論した。

3. 結果

ワーキンググループ及び検討委員会において、①判断に迷う項目への対応、②項目数の多さへの対応、③自立度が高い利用者のアセスメント、④個別項目の4つの視点で改訂の有無及びその内容を検討した。具体的な検討事項は図表2-8の通りである。検討の詳細は次項に記す。

図表 2-8 検討事項一覧

視点	具体的意見例	検討事項
① 判断に迷う項目	・ 一部の項目において、何を選択すればよいか判断に迷うものがあった。そのため、点検項目マニュアルはもう少し踏み込んだ記載が必要だと感じた。こういう時はどれを選択すればよい、というガイド（例示）があればよいと思う。	点検項目マニュアル全体の改良（例示を加えるかどうか）を検討した。
② 項目数	・ 55項目の入力は多いと思う。 ・ 確認項目の抜けがないので助かる。	点検項目を削減すべきかを検討した。

視点	具体的意見例	検討事項
	・ 項目数については網羅されているので気にならなかった。これくらいは必要なのではないか。 ・ 分かりやすいが項目が多い。	
③ 自立度が高い利用者のアセスメント	・ BMI、カロリー、水分量まで必要のないと思われる利用者については、特に不足を指摘していない。 ・ 自立度の高い利用者に対して、アセスメントシートの通りに聞き取ることを指導されたら、利用者を監視しているようで納得できない。 ・ 利用者によって項目の必要性が異なるのではないか。自立度の高い人はアセスメントの必要がないため、全項目を把握していない。ケアプラン点検によって、把握できていないと判断されてしまうのは納得できない。 ・ 水分量や食事量は要介護度が低く自立度の高い利用者ほど、予防の観点から確認すべき事項だと思う。 ・ 食事量・水分量については、自立度が高い利用者であっても、足りていない場合や、栄養状態が悪い場合がある。自立度にかかわらず、生活習慣病や病気との関連をアセスメントする上でも必要な情報である。	自立度が高い利用者のアセスメント結果をどのように点検するのかを検討した。
④ 個別項目	以下の項目について、内容の改訂を検討すべきとの意見が得られた。具体的な意見詳細は次項に示す。 ・ 点検項目 5：服薬状況 ・ 点検項目 13：BMI ・ 点検項目 14：口腔衛生の状態 ・ 点検項目 17・18：一部介助・見守り項目の特記 ・ 点検項目 25：家族の主訴・要望 ・ 点検項目 26：経済状況 ・ 点検項目 31：家族関係や周辺の社会資源との状況 ・ 点検項目 32：留意すべき事項 ・ 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 ・ 点検項目 47：家族の役割設定の整合性 ・ その他（既存項目なし）：生活環境の確認	項目ごとに改訂の要否及び改訂内容を検討した。

（１）判断に迷う項目

判断に迷う項目には例示を付してほしいとの要望が挙げられたが、例示を付すことのメリット／デメリットを勘案し、ケースの例示は行わない方針とした。

図表 2-9 判断に迷う項目に関する検討結果

課 題	判断に迷う項目があるため、例示を書き加える必要があるのではないか。
方 針	被保険者の多様性を重視するため、ケースの例示は行わない方針とする。
理 由	【例示しないメリット】 ・ 例示による限定的なイメージ醸成がされない ・ 判断が画一的になりにくい ・ 多様なケースがあること（地域の被保険者の多様性）を点検者も知ることができる ・ 保険者・ケアマネジャーが共に考える機会が生まれる 【例示しないデメリット】 ・ 経験の浅い点検者で特に判断に時間がかかる可能性がある

（２）項目数

項目数の多さが指摘された一方で、項目の必要性、網羅性から現在の項目数に一定の理解も得られていることから、現時点では項目数の削減は行わない方針とした。

図表 2-10 項目数に関する検討結果

課 題	項目数が多いため、項目を削る必要があるのではないか。
方 針	必要性や網羅性があることで納得感も得られているため、項目数の削減は行わない方針とする。
理 由	【項目を削減しないメリット】 ・ ケアマネジメントにおいて必要な項目を確認できる ・ 課題分析標準項目を網羅できる ・ ケアマネジャーがアセスメントしていくべき項目を理由とともに示すことができる ・ 必要性や網羅性を理由に項目数に納得感があるという声もある（令和 5 年度事業における実証結果より） 【項目を削減しないデメリット】 ・ 事務負担が大きい

（３）自立度が高い利用者のアセスメント

自立度が高い利用者ではアセスメントの必要性がそもそも高くない項目（BMI、食事量、水分量、排泄、起床臥床）があるとの意見があったと同時に、自立度にかかわらずすべての項目をアセスメントする必要性も指摘された。自立度により点検項目に差異を設けないことのメリットを考慮し、自立度による必須項目の設定は行わない方針とした。

図表 2-11 自立度が高い利用者のアセスメントの検討結果

課 題	自立度が高い利用者では、必須でない点検項目があるのではないか。
方 針	自立度と直結しない利用者の多様性があるため、自立度による必須項目の設定は行わない方針とする。ただし、自立度にかかわらずアセスメントを行うべき理由を点検項目マニュアルの「はじめに」に記載するとともに、特に自立度が高い利用者で不要ではないかとの指摘があった

	水分摂取量に関するアセスメントについて、該当項目部分に必要性を追記する。
理 由	【自立度ごとの必須項目を決めないメリット】 ・ 必ずしも自立度と直結しない、利用者ごとの疾病や環境があることを考慮できる ・ 現在の自立度にかかわらず生活習慣病や疾病の悪化、状態変化の可能性を検討できる（予防の視点） ・ 自立度にかかわらず幅広くアセスメントを行う必要性を共有できる（ケアマネジメント力の向上） 【自立度ごとの必須項目を決めないデメリット】 ・ 点検に時間がかかる ・ アセスメントの必要性を説明できない場合、自立度が高い利用者に対して全項目をアセスメントしていないケアマネジャーからの納得が得られない可能性がある

（４）個別項目の検討

１）点検項目５：服薬状況

ケアマネジャーより、現場では利用者の服薬状況を把握できないケース（お薬手帳の紛失等）があることが指摘された。ケアマネジャーのアセスメント力の向上を目指し、点検項目マニュアルにおいて多様な利用者へのアセスメント方法例を示すこととした。

図表 2-12 点検項目５：服薬状況_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	変更なし	点検項目５：服薬状況
評価基準	変更なし	２：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 １：２に該当しない。
点検項目マニュアル	☐ この項目を確認する必要性 ・ 疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要です。また、これらについて利用者本人が可能な限り理解できるように支援することも重要です。 ・ <u>薬やお薬手帳の自己管理ができず、本人から情報収集することが難しい場合がありますが、そうした状況が服</u>	☐ この項目を確認する必要性 ・ 疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要です。また、これらについて利用者本人が可能な限り理解できるように支援することも重要です。

	新	旧
	<u>薬アドヒアランスの低下に気づききっかけになる可能性があります。利用者本人から情報を収集することが難しい場合は、家族への聞き取りや、主治医・かかりつけ薬局等との連携等により内服薬を把握するよう努めることが大切です。</u>	

2) 点検項目 13 : BMI

保険者より、BMI の記載はないが身長体重は記載ある場合も「1」と判定することの妥当性が指摘されたが、高齢者の健康状態の把握においては BMI の数値を知ることも重要であるため、ケアマネジャーへの意識喚起の意味合いも含め、改訂は行わない方針とした。

3) 点検項目 14 : 口腔衛生の確認

ワーキンググループにて、点検項目 14 は口腔衛生に限定せず口腔の状態について確認すべきであること、及び項目タイトルを「口腔衛生」から「口腔内」へ変更することが望ましいとの意見があった。そこで、評価基準を見直し、項目名を「口腔内」へ修正することとした。

図表 2-13 点検項目 14 : 口腔状態の確認_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	点検項目 14 : <u>口腔内</u> の確認	点検項目 14 : 口腔衛生の確認
評価基準	3 : 以下①②両方に該当する。 2 : 以下①②のいずれかが該当する。 1 : 以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②<u>残歯、義歯の状況、かみ合わせや口腔内の状態（汚れ、舌苔、口臭、口腔乾燥、腫れ、出血の有無等）のいずれかが記載されている。</u>	3 : 以下①②両方に該当する。 2 : 以下①②のいずれかが該当する。 1 : 以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
点検項目マニュアル	変更なし	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、口腔の状態について記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 ・ 適切な口腔ケアは健康にとって重要

	新	旧
		な要素です。口腔の状態と嚥下機能の低下とは密接な関係があり、見逃してしまうと誤嚥性肺炎などを引き起こす原因にもつながります。また、口臭などが原因で、家族や友人などから指摘されたり、敬遠されるなど、コミュニケーションの悪化や、社会参加への気後れなどにもつながる場合があります。 ・ 口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられます。 ・ 正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながるため、歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながります。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となります。

4) 点検項目 17 : 「一部介助」項目の特記

保険者より、「一部介助」項目の特記については幅が大きく何をもって判断してよいかわかりにくいため、どのような利用者に対してどの程度の一部介助が必要であるかの指標が必要との意見があった。しかし、利用者の状態や環境は個別性があるものであり、一律の指標を設定することは極めて難しいものであることから、指標の設定は行わない方針とした。

5) 点検項目 18 : 「見守り」項目の特記

保険者より、「見守り」項目の特記については幅が大きく何をもって判断してよいかわかりにくいため、どのような利用者に対してどの程度の見守りが必要であるかの指標が必要との意見があった。しかし、利用者の状態や環境は個別性があるものであり、一律の指標を設定することは極めて難しいものであることから、指標の設定は行わない方針とした。

6) 点検項目 25 : 家族の主訴・要望

ワーキンググループにおいて、家族の存在は介護をする人から意思決定に関わる者へと変化しているこ

とや、子は別居の場合が多く、複数の子がいる場合、意思決定ではキーパーソンだけで決定しない場合が多くあることから、（キーパーソン）の文言は削除することが望ましいとの意見があった。そこで、ケアプラン点検項目マニュアルの記載から（キーパーソン）の記載を削除することとした。

図表 2-14 点検項目 25：家族の主訴・要望_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	変更なし	点検項目 25：家族の主訴・要望
評価基準	変更なし	3：家族の続柄とともに、ありのままの言葉で具体的に主訴や要望が記載されている。（続柄はアセスメントシート以外に記載されていてもよいものとする。） 2：家族の主訴や要望が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：家族の主訴や要望が記載されていない。 他：連絡のつく家族がいない。
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、家族の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 - 本人の尊厳のある生活を支えていくことは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要です。 - 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる<u>家族等</u>の意向を把握することも重要です。<u>家族等</u>が要介護認定を受けている場合であっても、その方が意思決定に関わる場合には意向の把握に努めることが大切です。	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、家族の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 - 本人の尊厳のある生活を支えていくことは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要です。 - 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる<u>家族等（キーパーソン）</u>の意向を把握することも重要です。<u>家族等（キーパーソン）</u>が要介護認定を受けている場合であっても、その方が意思決定に関わる場合には意向の把握

	新	旧
	本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要があります。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要です。	に努めることが大切です。 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要があります。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要です。

7) 点検項目 26：経済状況

ケアマネジャーより、初回のアセスメントから経済状況を把握することは難しいとの指摘があった。高齢者では収入全体に占める年金・恩給の割合が高く、介護のために活用できる本人の資源を確認する必要性が高いこと、高齢になるほど病気やけがのリスクが高まり、継続的な医療・介護サービスの利用が必要となる可能性が高いため、経済状況を把握しておく必要がある等の理由から、ケアマネジャーのアセスメント力の向上を目指し、多様な利用者へのアセスメント方法例を追記することとした。

図表 2-15 点検項目 26：経済状況_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	変更なし	点検項目 26：経済状況
評価基準	変更なし	3：①②両方に該当する。 2：①に該当する。 1：上記に該当しない。 ①利用可能な介護費用額（第 2 号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）が記載されている。 ②利用可能な介護以外の費用額が記載されている。
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、社会保障制度の利用状況や本人の経済状況が把握されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 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	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、社会保障制度の利用状況や本人の経済状況が把握されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 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

	新	旧
	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。 ・ <u>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。</u> ☐ 評価における留意事項 ②の記載があるが①の記載がない場合は「1」としてください。	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。 ☐ 評価における留意事項 ②の記載があるが①の記載がない場合は「1」としてください。

8) 点検項目 31：家族関係や周辺の社会資源との状況

ワーキンググループにおいて、「この項目を確認する必要性」の説明についてはヤングケアラー自体がリスクであるかのように捉えられる可能性があることが指摘された。そのため、誤解を招かない表現へ修正することとした。

図表 2-16 点検項目 31：家族関係や周辺の社会資源との状況_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	変更なし	点検項目 31：家族関係や周辺の社会資源との状況
評価基準	変更なし	3：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている。（エコマップが記載されている。）

	新	旧
		2：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。 1：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、家族構成が分かる図（ジェノグラム）や周辺の社会資源との関係性の分かる図（エコマップ）が記載されているかを確認します。 ☐ 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、地図のように系統的、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、<u>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</u>	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、家族構成が分かる図（ジェノグラム）や周辺の社会資源との関係性の分かる図（エコマップ）が記載されているかを確認します。 ☐ 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、地図のように系統的、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正しく把握するため、またヤングケアラー等のリスクを把握するため、3世代以上にわたって記載するこ

	新	旧
	<u>記載が推奨されます。</u>	とが重要です。

9) 点検項目 32 : 留意すべき事項

ワーキンググループにおいて、「この項目を確認する必要性」の説明は、例示を追記するか、幅を持たせる表現とすることが望ましいとの意見があった。そこで、医療関係者や相談支援専門員を幅広く捉えるため評価基準に「等」の表記を加えるとともに、点検項目マニュアルに例示として虐待、外国人、災害等のケースを追記することとした。

図表 2-17 点検項目 32 : 留意すべき事項_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	変更なし	点検項目 32 : 留意すべき事項
評価基準	2 : 留意すべき事項・状況があり、他制度（医療を含む）<u>等必要な機関や関係者</u>との連携について記載されている。 1 : 留意すべき事項・状況があるが、他制度（医療を含む）<u>等必要な機関や関係者</u>との連携について記載されていない。 他 : 留意すべき事項・状況がない。	2 : 留意すべき事項・状況があり、他制度（医療を含む）との連携について記載されている。 1 : 留意すべき事項・状況があるが、他制度（医療を含む）との連携について記載されていない。 他 : 留意すべき事項・状況がない。
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 本項目では、特に留意すべき状況に関する記載があるかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 - 特に留意すべき事項・状況がある利用者の場合、他制度（医療も含む）との連携の視点を持つことが重要です。 - 具体的な例として、次のような状況の記載が想定されています。 <u>虐待が疑われる場合：地域包括支援センターや行政との連携</u> <u>緊急やむを得ない場合で身体拘束を行っている方：緊急やむを得ない状況や関係者との緊密な連携等</u> <u>医療依存度の高い方やターミ</u>	☐ 項目の概要 本項目では、特に留意すべき状況に関する記載があるかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 - 特に留意すべき事項・状況がある利用者の場合、他制度（医療も含む）との連携の視点を持つことが重要です。 - 具体的な例として、次のような状況の記載が想定されています。 - 医療依存度の高い方やターミナル期の方：医療関係者との緊密な連携 - 障害がある方：相談支援専門員との連携 - 経済的に困窮している方：生活保護や生活困窮者自立支援制度等の利用検討

	新	旧
	<u>ナル期の方：医療関係者等との緊密な連携</u> ・ <u>障害がある方：相談支援専門員等との連携</u> ・ <u>経済的に困窮している方：生活保護や生活困窮者自立支援制度等の利用検討</u> ・ <u>日本語が母語ではない方、災害等により生活に変化が生じている場合等の関連機関との連携</u> ・ <u>その他：成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等との連携</u> ☐ 評価における留意事項 本項目は、留意すべき事項・状況があると思われる場合に、他制度との連携の記載があるかを確認します。留意すべき事項・状況がない場合は「他」とします。	・ その他：成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等との連携 等 ☐ 評価における留意事項 本項目は、留意すべき事項・状況があると思われる場合に、他制度との連携の記載があるかを確認します。留意すべき事項・状況がない場合は「他」とします。

10) 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

ワーキンググループにおいて、項目 32 の評価基準はあくまで意向の確認に留まるものであるため、項目全体を通して「意向の確認」ができているかを確認する記載とすることが望ましいとの意見があった。そこで、ケアプラン点検項目マニュアルに本項目は特に利用者と家族の生活に対する意向を確認するものであることを明記することとした。

図表 2-18 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_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	居宅サービス計画書 第 1 表
項目名	変更なし	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
評価基準	変更なし	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向や将来の見通しを踏まえた課題分析の結果が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、課題分析

	新	旧
		の結果が記載されていない、または利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表出できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄または名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。）
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 第1表の「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」のうち、ここでは特に利用者と<u>家族の生活に対する意向を確認</u>します。 ☐ この項目を確認する必要性 ・ 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、<u>意向を踏まえて課題分析を行うことが必要です。</u> ・ 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必要があります。 ☐ 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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。	☐ 項目の概要 第1表の「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」がどのように記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 ・ 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、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているか確認する必要があります。 ・ 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必要があります。 ・ 第1表の「総合的な援助の方針」では、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について意向を踏まえた課題分析の結果を記載します。 ・ 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

	新	旧
		ればならない課題が把握できているか確認します。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が重要です。 ☐ 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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。

1 1) 点検項目 47：家族の役割設定の整合性

ワーキンググループにおいて、家族の役割については、家族の関与がないケースもあることに配慮した表現とすることが望ましいことや、本項目の評価を意識することで家族に介護することを求める（強いる）対応が生じないよう配慮した表現とすべきであることが指摘された。そこで、ケアプラン点検項目マニュアルに本項目は家族の関与がある場合について点検するものであることを明記することとした。

図表 2-19 点検項目 47：家族の役割設定の整合性_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	居宅サービス計画書 第3表
項目名	変更なし	点検項目 47：家族の役割設定の整合性
評価基準	変更なし	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
点検項目マニ	☐ 項目の概要	☐ 項目の概要

	新	旧
ユアル	<u>家族の関与がある場合には第 3 表の週間サービス計画表において、家族の役割がどのように記載されているかを確認します。この項目は家族が現に行っていることをより視覚的に確認するためであり、積極的に介護することを求めるものではありません。</u> ☐ この項目を確認する必要性 ・ <u>本人の介護に家族が関与している場合には、介護サービス以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。</u> ・ 「週間サービス計画表」を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族側の事情も影響することに留意が必要です。	第 3 表の週間サービス計画表において、家族の役割がどのように記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 ・ 介護サービス以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。 ・ 「週間サービス計画表」を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族側の事情も影響することに留意が必要です。

1 2) その他（生活環境の確認）

保険者より、居住環境（生活レベルの居住環境、施設であれば共有スペースの状況）を確認する項目の必要性が指摘された。居住環境については既に多くのケアプランで記載がなされている項目であるため独立した項目立てをしていないという背景があるが、時代の変化とともに重要性にも変化が生じている可能性がある。そこで、独立した項目として新たに追加することはしないものの、既存の項目において生活環境のアセスメントの重要性を付記することとした。

生活環境のアセスメントの重要性を示す項目として、現在の生活状況の確認や福祉用具の検討において生活環境のアセスメントを行うことが特に重要であることから、23：現在の生活状況及び 41：福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由に付記することとした。

図表 2-20 点検項目 23：現在の生活状況_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	アセスメントシート
項目名	変更なし	点検項目 23：現在の生活状況
評価基準	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：上記に該当しない。	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：上記に該当しない。

	①現在の生活状況が記載されている。 ②その人らしさを象徴する情報（利用者がこれまでの生活の中で大切にしてきたことやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なこと、<u>担っている役割等</u>）が簡潔に記載されている。	①現在の生活状況が記載されている。 ②その人らしさを象徴する情報（利用者がこれまでの生活の中で大切にしてきたことやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど）が簡潔に記載されている。
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、利用者の生活状況がどのように記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 ・ 利用者が生活してきたなかで大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることが、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。 ・ 生活状況では、「できること」「していること」「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。 ・ そのためには、現在の生活状況を、生活機能や健康状態との関係、生活環境、<u>家族、地域、仕事等を中心とする社会との関わり等、多様な側面からアセスメントし、これまでの利用者や家族の生活のあり方、担ってきた、また担いたいと思っている役割等を認識することが必要です。</u> ・ また、課題には<u>居住環境（物理的な環境と、室温の状況や清掃の状況といったコントロール可能な状況の両方を含む）が影響している場合があります。</u>利用者の生活状況は、<u>居住環境も含めて総合的に確認することが大切です。</u>	☐ 項目の概要 アセスメントシートにおいて、利用者の生活状況がどのように記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 ・ 利用者が生活してきたなかで大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることが、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。 ・ 生活状況では、「できること」「していること」「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。 ・ そのためには、現在の生活状況を、生活機能や健康状態との関係、さらに生活環境等の面から把握することはもちろんですが、これまでの利用者や家族の生活のあり方等にヒントがあることを認識することが必要です。

図表 2-2 1 点検項目 41：福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由_新旧対照表

	新	旧
点検書類	変更なし	居宅サービス計画書 第 2 表
項目名	変更なし	点検項目 41：福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由
評価基準	変更なし	2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。 1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。 他：福祉用具貸与・販売の利用がない。
点検項目マニュアル	☐ 項目の概要 第 2 表において、サービス計画に福祉用具貸与・販売の利用が含まれている場合、その福祉用具の利用を必要とする理由（または利用内容）が記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 - 福祉用具については、利用者の心身の状況や生活環境に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要です。 - そのため、福祉用具貸与また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ことが必要です。 1 つの理由で複数の福祉用具を利用する必要がある場合があります。そのため、福祉用具の利用理由は、必	☐ 項目の概要 第 2 表において、サービス計画に福祉用具貸与・販売の利用が含まれている場合、その福祉用具の利用を必要とする理由（または利用内容）が記載されているかを確認します。 ☐ この項目を確認する必要性 - 福祉用具については、利用者の心身の状況に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要です。 - そのため、福祉用具貸与また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ことが必要です。 1 つの理由で複数の福祉用具を利用する必要がある場合があります。そのため、福祉用具の利用理由は、必ずしも品目と 1 対 1 で記載される必

	新	旧
	ずしも品目と 1 対 1 で記載される必要はなく、利用する福祉用具の理由や利用内容が、アセスメントシートやケアプラン全体から読み取れることが重要です。 ・ <u>福祉用具の必要性は、住環境も大きく関連します。本人の心身の状態だけでなく、環境を踏まえて必要性が検討されているかを確認することも重要です。</u>	要はなく、利用する福祉用具の理由や利用内容が、アセスメントシートやケアプラン全体から読み取れることが重要です。

（５）今後の改訂時期の方針

ケアマネジメントを囲む環境や情勢は経時的に変化する可能性があるものであり、点検項目を定期的に見直していく必要性がある一方で、頻繁な基準の変更はケアプラン点検の現場に混乱を招く可能性もある。そこで、今後点検項目及び点検項目マニュアルをどのように改訂していくか、検討を実施した。

結果、介護報酬改定の時期が 3 年に 1 回とされていることに倣い、改訂を 3 年ごとに行っていくことを原則とする一方で、現状はまだ点検項目及び点検項目マニュアルが普及していく途中段階であり、新たな気づきや意見をもとに軽微な修正を重ねていく必要がある時期であることも示唆された。

そこで、大規模な改訂は今年度を起点に 3 年に 1 回、必要な軽微な修正は 3 年を待たずに適宜実施していくことが望ましいとした。

４．まとめ

（１）改訂の実施

本事業においては、令和 5 年度事業において残された課題について、①判断に迷う項目への対応、②項目数の検討、③自立度が高い利用者のアセスメントに関する検討、④個別項目の検討という 4 つの視点で詳細な検討を行うとともに、個別項目の検討では 13 項目について改訂の要否及び内容を検討した。結果、点検項目は 62 項目とし、内容面でより判断がしやすくケアプラン点検を通したケアマネジメントの質の向上に資するものとなるよう改訂を実施した。

改訂版の点検項目及び点検項目マニュアル全体版は別紙を参照されたい。

（２）残された課題

今年度事業においては、研修や点検支援ツール開発、ケアマネジャーのセルフチェックツールの検討を通して、多くの保険者、ケアマネジャーから点検項目について意見を収集する機会を得た。その中で、いくつかの点検項目については引き続き検討を行い、より判断がしやすい内容にブラッシュアップしていく必要があることが示唆された。

そこで、下表に示す項目については今後更なる詳細な検討が必要な課題とした。

図表 2-22 今後詳細な検討を要する項目一覧

項目 No.	項目名	意見概要
5	内服薬・処置	- 疾患名と薬剤名がマッチしていることをケアマネジャーが把握しているかを確認することが重要である。 - アセスメント様式が多様であり、必ずしも疾患名と薬剤名のマッチングを確認できる様式ばかりではない。医療職ではないケアマネジャーが完全に確認することは難しい。
8	認知機能や判断能力	医師・調査員の認識の差異がないか、認知症という診断の根拠（HDS-R の結果等）を把握しているかが重要である。
13	BMI	浮腫や円背がある利用者では、BMI を示すことが難しい。
17	「一部介助」項目の特記	一部介助が必要な項目が複数ある場合、すべての項目で「一部できること、できないことの内容」が記載されているべきか、明示があると点検しやすい。
18	「見守り」項目の特記	見守りが必要な項目が複数ある場合、すべての項目で「必要な見守りの内容」が記載されているべきか、明示があると点検しやすい。
21	一日の過ごし方	- 必ずしもアセスメントシートでなくても、第 3 表に記載されていれば良い。 - アセスメント段階で確認すべき内容であり、アセスメント様式に記載があることが必要である。
26	経済状況	基準 2「利用可能な介護以外の費用額」はイメージが湧かないケアマネジャーもいる可能性がある。基準の表記を 2「収入」、1「介護費用額」と端的に示しても良いのではないかな。
27	本人の役割	現在・希望・想定それぞれについて記載が必要であるか、いずれかの記載があれば良いか、解説がないと難しい可能性がある。
34	総合的な援助の方針における自立の具体性	- 必要な情報である一方、判断基準が難しい。 - 現場としては、緊急時の対応機関やその連絡先を記載するのが一般的であり、基準との乖離があると考えられる。
39	本人の役割の設定	2 号被保険者の受傷前の状態についてはアセスメントシートに記載されることが多いため、アセスメントシートを対象書類として明記した方が良い。
47	家族の役割設定の整合性	基準 1 にも「第 3 表に」の文言が明記されると判断がしやすくなる。

項目 No.	項目名	意見概要
56	サービス担当者会議の招集	・ 主治医を含む医療を含めたメンバーも含めて招集していることの必要性が明記されると良い。 ・ 「招集」という言葉が分かりづらいため、照会も含むものであることが分かるような表記にされると良い。
58	サービス事業所との連絡・モニタリング内容	・ 現状の基準：「内容の詳細は問わない」の記載だけでは基準 3・2 の違いが分かりにくいいため、違いが明確に分かる形になると良い。
62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	・ 「ケアプランに位置付けられていない多職種との連携」という表記だけではイメージが湧きにくいいため、具体例があると良い（訪問看護が入っているが理学療法士や言語聴覚士に歩行や嚥下について評価してもらう等）。

第3章 ケアプラン点検支援ツールのブラッシュアップ

1. 目的

令和5年度事業では、ケアプラン点検支援ツールの実用化に向け、点検業務の負担軽減と質の向上を目的に検討を進めた。その結果、学習モデルの妥当性検証や、点検時間を短縮する仕組みの実装が必要であることが明らかになった。また、ケアマネジャーとの評価結果共有や、点検結果の集計機能など、実務に即した機能拡張の要望も確認された。

本章では、これらの課題に対応することを目的として取り組んだ「点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成」、「点検支援ツール開発ロードマップの作成」、「点検支援ツールの機能改良」の方法と結果について示す。また、今後の点検支援ツールに関する課題をまとめて記載する。

2. 方法

(1) 点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成

令和4年度事業より点検項目の項目数が55項目から62項目に増加したことを受け、機械学習による学習モデルも62項目に対応した形で「ケアプランの記載の充実度」を推定可能なモデルとして再作成し、その際の精度検証を実施した。

1) 教師データの作成方法

委員の推薦により、ケアマネジメント及びケアプラン点検に関して一定以上の知見を有するエキスパート（以下、「点検者」）6名に対し、教師データの作成を依頼した。

教師データの作成にあたっては、一昨年度と同様に、自治体及び居宅介護支援事業所から提供された匿名化処理済みのケアプランデータを用い、点検者がケアプラン点検シートを使用して点検を実施した。ケアプラン点検シート上には「ケアプランの記載の充実度」及び「ケアプラン点検項目による評価」を記入する欄を設けた。

点検終了後、ケアプラン点検シートに記載された「ケアプランの記載の充実度」を目的変数（機械学習の教師あり学習において予測対象となる変数）とし、「ケアプラン点検項目による評価」を説明変数（目的変数に影響を与える変数）として、学習データの作成を行った。なお、「ケアプランの記載の充実度」はA～Eの5段階評価で実施し、「ケアプラン点検項目による評価」については、実際の点検項目の評価基準に基づいて記入いただいた。学習モデルの作成は交差検証（クロスバリデーション）という方法を用いて図表2-23に示す教師データを適切に学習データ⁵と評価データ⁶に分割した上で実施した。

⁵ 学習データ:機械学習モデルを作成するためのデータ。

⁶ 評価データ:機械学習モデルを評価するためのデータ。

図表 2-23 教師データとして使用する全データ

No.	点検者	合計	ケアプランの記載の充実度				
			A	B	C	D	E
1	E-01	81	1	22	43	11	4
2	E-02	45	0	13	21	6	5
3	E-03	44	0	13	22	9	0
4	E-04	40	2	10	9	18	1
5	E-05	25	1	6	11	7	0
6	E-06	25	0	11	6	7	1
合計		260	4	75	112	58	11

2) AI モデル開発方法

AI モデルの作成にあたっては、令和 4 年度事業で採用した Ridge 回帰に加え、新たに 3 つの AI 手法（SVM、K-NN、LightGBM）を導入し、学習データを用いた分析を実施した。各手法により算出された学習モデルを用いて、「ケアプラン点検項目による評価」から「ケアプランの記載の充実度」を推定し、その判定精度の比較を行った。AI モデル構築のための学習条件を図表 2-24 に示す。

図表 2-24 AI モデル構築のための学習条件

項目	学習条件
Python バージョン	3.10.11
AI 手法 ⁷	Ridge 回帰 ⁸ 、SVM ⁹ 、K-NN ¹⁰ 、LightGBM ¹¹
説明変数	62 のケアプラン点検項目（1～3、他）
目的変数	ケアプランの記載の充実度（A～E）

⁷ 代表的な AI を作成するアルゴリズム。

⁸ 似た動きをする項目があってもバランスよく予測できることを特長に持つ、多くの項目を使って結果を予測する方法

⁹ SVM/Support Vector Machine、データをグループに分けるときに、その境目をできるだけはっきりと見つける方法

¹⁰ 新しいデータがどのグループに近いかを、周りの似ているデータを参考にして判断するシンプルな方法

¹¹ 多くのデータを使って高い精度で予測できる新しいタイプの方法

3) AIの精度指標(正解率)

判定精度の評価指標として正解率を用いた。正解率は、点検者が判定した「ケアプランの記載の充実度」と、学習モデルが「ケアプラン点検項目による評価」から推定した「ケアプランの記載の充実度」とが一致した割合を示すものであり、以下の式により算出される。

$$\text{正解率} = \frac{\text{AI と点検者の判定が一致した件数}}{\text{評価データの全件数}}$$

(2) 点検支援ツール開発ロードマップの作成

点検支援ツールの開発ロードマップは、ツールの社会実装に向けた道筋を明確にすることを目的に策定した。まず、点検業務の現状を分析し、業務効率化や精度向上に向けた課題を整理した。その上で、あるべき姿を描き、専門家の意見を取り入れながら、課題を解決するための段階的な開発・実装シナリオを検討した。

(3) 点検支援ツールの機能改良

点検支援ツールの機能改良に当たっては、令和5年度事業において明らかとなった課題を踏まえ、具体的な機能実装の検討を行った。ツール利用時の現場でのニーズを踏まえ、業務負担軽減や点検の質の向上に資する要件を定義した。その上で、保険者・ケアマネジャー双方の利便性を高める観点から、以下の機能について技術的な実装可能性の検討を行った。

- ・ 保険者からケアマネジャーへの点検結果の共有機能
- ・ 保険者単位・事業所単位での結果の集計機能
- ・ 面談時に優先すべき点検項目に助言点検コメントを表示する機能
- ・ 一部の点検項目の入力のみで点検結果を出力可能とする機能

3. 結果

(1) 点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成

交差検証によって得られた学習・評価データを用い、各AI手法の精度指標（正解率）を比較した。交差検証とは、データを複数のグループに分けて学習と評価を繰り返し行うことで、AIモデルの汎用性や精度を客観的に評価する方法である。その結果、図表2-25に示すとおり、最も正解率が高かったのはLightGBMであった。しかしながら、図表2-26では、LightGBMにおいてA評価をC評価と誤判定するような2段階の誤差が見られた。一方で、図表2-27に示すRidge回帰では、2段階以上の誤差は確認されておらず、仮に1段階の評価誤差が許容される場合には正解率が100%となった。このことから、実運用を想定した場合には、Ridge回帰の方が精度の高い手法であると考えられる。令和4年度事業と本年度事業では、対象となる点検項目数や評価件数、データ構成等に相違があるため、精度指標を単純に比較することができないものの参考として両年度の結果を比較すると、図表2-25の令和4年度のRidge回帰の正解率が最も高い結果となっている。一方で、図表2-28令和4年度のデータにはE評価が含まれておらず、またA評価を1件も正しく判定できなかった点を考

慮すると、本年度の学習モデルの方が、より幅広い評価段階に対応しており、実質的に高い精度を有していると評価できる。

図表 2-25 AI 手法別の精度評価

No.	AI 手法	評価件数(件)	正解数(件)	正解率
1	Ridge 回帰	260	163	62.7%
2	LightGBM	260	168	64.6%
3	K-NN	260	155	59.6%
4	SVM	260	148	56.5%
参考	Ridge 回帰 (令和 4 年度事業)	38	26	68.4%

図表 2-26 点検者と LightGBM 回帰による「ケアプランの記載の充実度」の判定結果対応表

点検者による判定	AI による判定				
	A	B	C	D	E
A	0	2	2	0	0
B	1	47	26	0	0
C	0	10	87	15	0
D	0	1	25	33	0
E	0	0	1	10	0

図表 2-27 点検者と Ridge 回帰による「ケアプランの記載の充実度」の判定結果対応表

点検者による判定	AI による判定				
	A	B	C	D	E
A	1	3	0	0	0
B	3	51	20	0	0
C	0	15	78	19	0
D	0	0	26	31	2
E	0	0	0	9	2

図表 2-28 点検者と Ridge 回帰による「ケアプランの記載の充実度」の判定結果対応表(令和4年度事業)

点検者による判定	AI による判定				
	A	B	C	D	E
A	0	1	1	0	0
B	0	8	3	0	0
C	0	0	14	4	0
D	0	0	3	4	0
E	0	0	0	0	0

また、今回の検証において、Ridge 回帰による学習モデルが誤判定したケアプランについて、点検結果の傾向を分析した。その結果を図表 2-29 に示す。

図表 2-29 の傾向からは、次のような誤判定のパターンが確認された。例えば、No.1 のように点検項目の合計スコアが他と比較して低いにもかかわらず、点検者による評価が C 評価と中程度である場合や、No.5 及び No.7 のように点検結果の合計スコアは高い一方で、エキスパートの評価が相対的に低い場合など、点検結果と実際のケアプラン評価に乖離が見られるケースにおいて、学習モデルが誤判定をしやすい傾向が確認された。

図表 2-29 Ridge 回帰で誤判定が生じやすいケース

No.	点検者による判定	点検結果合計 ¹²	点検結果が 1 の項目数	点検結果が 2 の項目数	点検結果が 3 の項目数	点検結果が他の項目数
1	C	109	19	30	10	3
2	D	110	21	31	9	1
3	D	110	17	33	9	3
4	C	118	16	33	12	1
5	E	118	17	28	15	2
6	B	119	19	20	20	3
7	D	119	16	29	15	2

AI モデルによる推定結果とエキスパートによるケアプラン評価との間に乖離が生じた要因について、点検者へのヒアリングを通じて確認を行った。その結果、以下の 2 点が主な要因として挙げられた。なお、令和 6 年度の検証を通じて新たに明らかになったこれらの要因については、当初の教師データ作成段階では想定されていなかったものであり、本年度のデータには反映されていないことには留意が必要である。今後は、今回得られた知見を踏まえ、次年度以降のモデル精度向上に向けて、教師データ作成時に適切に考慮していくことが重要である。

¹² 62 項目の点検結果を合計した点数。点検結果が「他」の場合は 0 点として扱う。

1) アセスメント内の備考欄に関する点検項目の有無

点検者へのヒアリングの結果、点検者がケアプランの評価を行う際、被保険者の状態や課題にかかる記載がアセスメントシート及びケアプランから明確に読み取れることを重視していることが明らかとなった。

特に、アセスメントシートの備考欄において、被保険者の課題が具体的に記載されている場合、アセスメント内容とケアプランの整合性が把握しやすくなり、点検者の評価が高くなる傾向が確認された。

一方で、アセスメント様式によっては備考欄の記載可能な分量や内容に制限があるため、様式に設けられている備考欄が少ない場合では評価が低くなりやすい傾向も見受けられた。

現在の点検項目には、ADL や IADL の状態に関する記載有無に関する項目は存在するが、課題に対する言及がアセスメント内に具体的に記載されているかを評価する項目は含まれていない。このため、AI は点検者が重視する観点を学習することができず、結果として判定精度が低下したと考えられる。

2) ケアプランの作成時期の違い

ヒアリングを通じて、今回の点検対象となったケアプランには、新型コロナウイルス感染症の流行期に作成されたものと、令和 4 年以降に作成されたものが混在していたことが明らかとなった。

コロナ禍に作成されたケアプランの中には、第 4 表（サービス担当者会議の要点）などの情報が欠如しているものもあり、それによって点検者による評価の傾向が時期によって異なるケースがあった。

このように、作成時期に起因するケアプランの構成や内容の違いにより、点検結果と評価結果にばらつきが生じていたと考えられる。そのため、AI が一貫した学習を行うことが困難となり、判定精度の低下につながったと推察される。

また、令和 5 年度と同様に、AI による「ケアプラン点検項目ごとに設定されたケアプランの評価への影響度（重みのクラス¹³）」と、点検者が判断した「各点検項目の評価への影響度（以下、点検者評価）」との比較を実施した。その結果を図表 2-30 に示す。

図表より、点検者が評価への影響度を「4 以上」と高く判断しているにもかかわらず、AI は「3 以下」と低く評価している点検項目が 15 項目あることが確認された。このような差異が生じた要因としては、令和 5 年度の検証と同様に、該当点検項目における点検結果の大半（9 割以上）が「2」となるなど、データに偏りが存在していたことが挙げられる。

この点検者と AI の評価の不一致は、令和 5 年度までは「助言コメント機能」における出力優先順位に影響を及ぼしていた。しかし、令和 6 年度においては「助言コメント機能」の改良により、点検者が評価した影響度の高い項目から順に助言コメントが表示される仕様となったため、本機能への影響は生じていないと考えられる。

¹³ 総合的に見て最も精度が高い Ridge 回帰による学習モデルから求めた点検項目ごとの影響度(重み)を大きい順に並べ、上記のものから 5~1 の段階で分類した結果。

図表 2-30 点検者と AI の間でケアプランの評価への影響度に差異があった点検項目

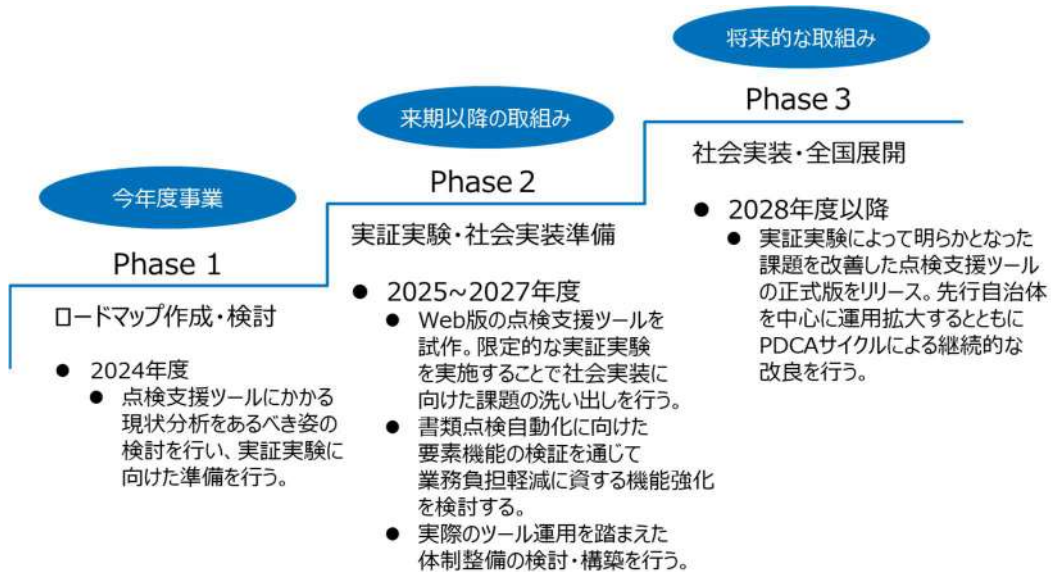
No.	項目	点検項目ごとのケアプランの 評価への影響度(点検者)	ケアプランの評価への影響度 (重みのクラス)
1	課題分析の理由	5	2
2	かかりつけ医	5	3
3	既往歴の有無・内容	5	3
43	利用者の意思を反映した サービス事業所の利用	5	1
44	週間計画の整合性 (介護保険サービス)	5	1
48	サービス担当者会議の開催	5	1
52	サービス担当者会議の議題 (検討項目)	5	1
55	居宅サービス計画の交付の 記録	5	1
17	「一部介助」項目の特記	4	2
19	外出頻度、外出先	4	2
20	利用者の主訴・要望	4	2
37	長期目標	4	1
38	短期目標	4	1
50	サービス担当者会議への家族 の出席	4	1
51	サービス担当者会議への サービス担当者への出席	4	3

（２）点検支援ツール開発ロードマップの作成

1) ロードマップ作成の位置付け

本ロードマップは、ケアプラン点検の業務効率化を目的とし、段階的な社会実装への道筋を検討した。まず本事業で現行の課題を明確化し、具体的な改善策を検討した。次に来期以降の取組として点検支援ツールの Web 版の試作及び点検自動化に向けた要素機能の検証を進める。将来的な取組では、社会実装や全国展開を視野に入れ、長期的な運用モデルを構築する。ロードマップ作成の位置付けを図表 2-3 1 に示す。

図表 2-3 1 ロードマップ作成の位置付け



2) 点検支援ツールの社会実装に向けた課題

現行のケアプラン点検業務には、業務負担の増大や点検精度のばらつきといった課題がある。これらの課題を整理した結果、統一された評価基準がなく判断に差が生じる点や、点検作業の負担増加による業務効率の低下が問題となっていることが明らかになった。また、点検結果の記録・管理が標準化されておらず、データの活用が不十分である点も課題の一つである。加えて、自治体ごとに運用方法が異なり、ケアプラン点検の統一的な実施が困難となっている。これらを踏まえ社会実装に向けた課題一覧を図表 2-3 2 に示す。

図表 2-32 ケアプラン点検支援ツールの社会実装に向けた課題一覧

項	区分	現状の課題
1	点検者の業務負担	手作業中心で時間と労力がかかり、ケアマネジャー・点検者の負担が大きい。
2	点検業務の精度のばらつき	点検基準や実施方法が統一されておらず、判断にばらつきが生じている。
3	ケアプラン点検にかかる情報流通にかかる情報管理方法	点検作業時のデータ取り扱い方法、セキュリティ対応等の方策が明確でない。
4	ケアプラン点検に様式の標準化（点検に資するアセスメントシート様式の検討）	書類様式や内容が統一されておらず、データ活用が困難になっている。
5	AI・デジタル技術活用	AI-OCR、自然言語処理等の技術活用がなされておらずあまり自動化が進んでいない。
6	全国展開にむけた運営主体・方法	運用ルールやツールの運営主体が未確定で、標準化が進んでいない。

3) 点検支援ツールのあるべき姿（ビジョン）

ロードマップの作成にあたり、現状の課題を整理し、それを解決するための あるべき姿（ビジョン）を設定することで、より具体的な方向性の検討を行った。ビジョンは、「全国の自治体（保険者）が簡単に利用できる効率的なツールを提供し、AI とデータ分析の活用によって業務負担を軽減する。業務効率化を図ることでケアマネジメントの質向上に資するとともに介護給付費の適切化を支援するための基盤を整える。」とした。このビジョンの実現に向けて、必要な要素の整理を行った。点検支援ツールのあるべき姿（ビジョン）を図表 2-33 に示す。

図表 2-33 点検支援ツールのあるべき姿（ビジョン）

あるべき姿 (ビジョン)	全国の自治体（保険者）が利用しやすい仕組みを備えたツールを提供し、AIとデータ分析の活用により業務負担の軽減を支援する。業務効率化を促進することでケアマネジメントの質向上に貢献するとともに介護給付費の適切化を支える基盤を整備する。
1. ツール利用の簡便性 すべての自治体、都道府県、事業者、ケアマネジャーが利用しやすい仕組みを備えたツールで、ケアプランの点検作業の負担を最小限に抑える。どの点検者もWebブラウザからツールを利用することができ、知識や専門員の有無にかかわらずケアプラン点検を効率的に実施できる。	
2. AI活用による自動化と効率化 AIを活用したケアプランの自動読み込み・点検機能を活用することで点検者の業務効率化をはかる。ケアプランの評価・分析の自動化によって点検者が効果的なアクションを取れるように支援する。	
3. 地域に根ざした柔軟な運用支援 利用者の属性に応じた広域におけるケアプランの特性が分析可能なツールで、多様な分析ニーズに対応する。	
4. データ活用によるPDCAサイクルの確立 他システムと連携し、経年的なデータ分析にもとづいたケアプラン点検のPDCAサイクルを確立する。さらに分析結果に基づくフィードバックを自治体へ提供しPDCAのサイクルをスムーズに実施する環境を整えることで、ケアマネジメントの質向上に資するとともに介護給付費適切化を支援する。	
5. 全国的な普及とスムーズな導入 全国の自治体に迅速に普及できると運営主体と運用ルールを策定し、スムーズな導入と長期的な運用を実現する。	

将来的には、Web ブラウザで利用可能な「AI ケアプラン点検支援ポータル（仮称）」をパブリッククラウド上に構築し、ケアプラン点検に関する情報・サービスをワンストップで提供することを目指す。本ポータルは、国・都道府県、介護事業所、ケアマネジャー、関係機関が活用できる統合的なプラットフォームとして設計され、以下の主要機能を備える。

- 点検支援の手引きや最新のガイドラインを提供し、ケアマネジャーが適切な点検を実施できるよう支援する。

- 点検の基準や評価項目に関する最新情報を提供し、ケアプランの適正な点検を促進する。

- AI が点検対象書類を解析し、自動評価を行うことで、業務負担の軽減を図る。
- 点検結果を事業所別・保険者別に分類し、データの活用を可能にする。
- ケアマネジャーのセルフチェックツールとしても活用でき、自己点検の質を向上させる。

さらには介護情報基盤や CP データ連携システムや LIFE システム、PMH との連携を想定しており、点検結果の共有やデータ分析の高度化を実現する。また、国・都道府県との情報連携を強化し、点検業務の標準化と効率化を推進する。今後、本ポータル社会実装を進め、ケアプラン点検の質の向上と業務負担の軽減を両立させることを目指す。あるべき姿の概要図を図表 2-34 に示す。

国・都道府県

最新情報のアップロード

分析結果の活用

パブリッククラウド（介護情報基盤等）

AIケアプラン点検支援ポータル（仮称）

点検支援マニュアル	点検支援項目	点検支援ツール
点検支援マニュアルおよびマニュアルにかかる最新の情報を提供	点検項目および点検項目にかかる最新の情報を提供	- ツールAIが点検対象書類を読み取り自動で評価し、結果を可視化し、事業所別・保険者別などで分析できる - ケアマネジャーのセルフチェックにもAIを活用

データ連携

データ連携

データ連携

CPデータ連携システム

PMH

LIFEシステム

最新情報・点検結果の確認

書類の提出セルフチェック

最新情報・点検結果の確認

ケアプランの提出

ケアプランの作成

利用者の状態像の蓄積

施策の改善

ケアプラン点検者（保険者）

FB面談

書類の提出依頼

ケアマネジャー

書類の提出

サービス利用者

5) あるべき姿の実現に向けたステップ

ケアプラン点検支援ポータル（仮称）を Web 上で提供することを目指し、プロトタイプ版から正式版までの段階的な開発・導入を進めることを検討した。進め方は以下の 3 つを想定している。

① STEP1：プロトタイプ版

- エクセル版の機能を Web ブラウザ上で利用可能にし、より利便性の高い点検支援ツールを提供。
- 最新バージョンの自動適用や PC の OS¹⁴に依存しない利用環境を実現。

② STEP2：α版・β版¹⁵

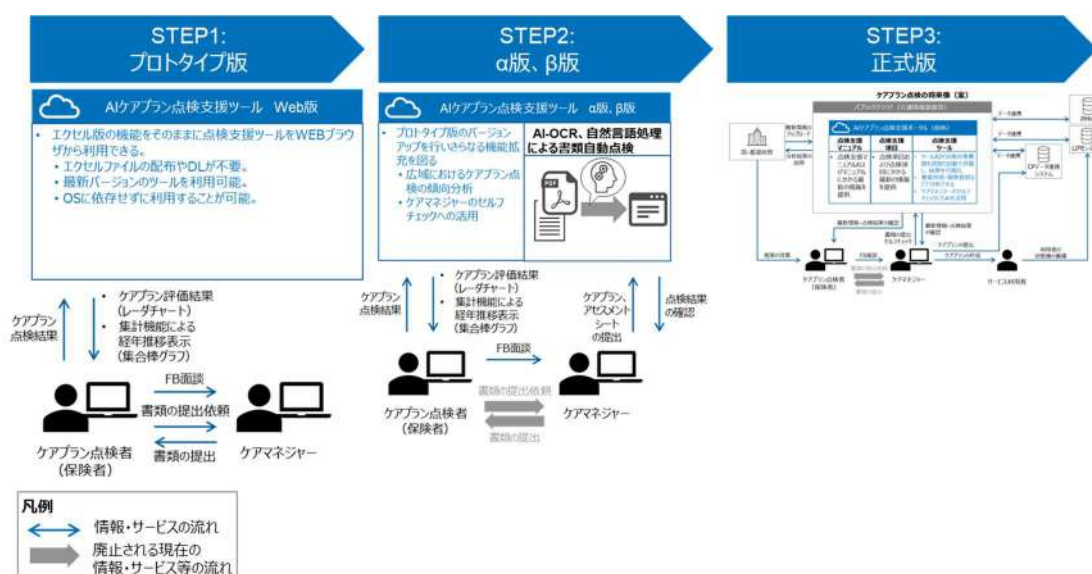
- AI-OCR や自然言語処理を活用し、点検項目の自動解析を実装。
- ケアマネジャーのセルフチェック機能を追加し、点検精度向上を支援。

③ STEP3：正式版

- パブリッククラウド上に本格導入し、保険者・事業所・ケアマネジャー間の情報共有を強化。
- CP データ連携システムや LIFE システムと統合し、より高度なデータ分析を可能にする。

あるべき姿の実現に向けたステップの詳細を図表 2-35 に示す。

図表 2-35 あるべき姿の実現に向けたステップ



6) 点検支援ツールの社会実装を目指すための検討事項

点検支援ツールの社会実装に向け、実施に関わる主要な検討事項を整理した。具体的には、点検の標準化に関する検討が必要であり、統一的な評価基準の策定や、データ活用にあたっては適切な記録及び管理が必要な要素となる。また、自治体ごとの運用ツールの違いが統一的な実施の妨げとなっているため、実装の際の調整が求められる。特に、運用主体と事業モデルの検討が、本ツールの持続的な運用にあたり重要なポイントとなる。社会実装を目指すための検討事項一覧を図表 2-36 に示す。

¹⁴ 「OS」とは、Windows や Mac などの基本ソフトを示す。ツールを Web ブラウザで利用可能にすることで、OS に依存せず、どの環境でも利用可能となる。

¹⁵ α版・β版とは、正式版の前段階として機能や操作性を検証するための試験的なバージョンである。

図表 2-36 社会実装を目指すための検討事項一覧

項	検討事項	内容
1	点検対象ドキュメントの明確化	ケアプラン作成に関わる主要な書類（アセスメントシート、居宅サービス計画1～3表、点検結果レポートなど）の整理と標準化。
2	点検支援ツールを用いた点検プロセスの設計	点検項目の基準統一、評価方法の標準化、および効率化を目指したプロセス設計。
3	AI等のデジタル技術の活用検討	AI-OCRや自然言語処理、RPAの導入に向けた検討。
4	ツール運用にかかる介護情報等のセキュリティ検討	個人情報に配慮したデータ暗号化を含む、適切な情報管理の方法の検討
5	点検支援ツールの運用ルールの検討	国、都道府県、市区町村、保険者、CMの間での統一的な運用方法の整備。
6	運営主体と事業モデルの検討	国保中央会をはじめとしたツールの持続可能な運営体制を担う主体の確定。 マネタイズ等の事業モデルの検討。
7	実証計画の立案	実証対象地域、検証項目（業務効率化、ケアマネジメントの質向上など）、スケジュールの策定。
8	全国展開に向けた課題の洗い出し	全国展開を見据えた課題の洗い出し

7) 点検支援ツールのロードマップ案

現状の課題とあるべき姿（ビジョン）のギャップを埋める形で社会実装に向けたロードマップを検討した。ロードマップは、段階的な開発・実装を通じて社会実装を目指す計画としている。具体的にはまず、導入検討フェーズで運営主体の整備やツールの要件定義を行い、次に実証実験フェーズで提供価値の検証を進める。運営準備フェーズでは、ケアプラン点検ポータルへの導入を見据えた体制構築を行い、最終的に社会実装フェーズで全国展開を推進する。点検支援ツール開発のロードマップ案を図表 2-37、2-38 に示す。

図表 2-37 点検支援ツール開発のロードマップ案

	FY24 (R6)年度	FY25 (R7)年度	FY26 (R8)年度	FY27 (R9)年度	FY28 (R10)年度
運用、情報・サービスの流れについて		基盤準備と現状把握 やり取りされる資料の整理、連携要件精査	実証準備・α版検討 点検フローにツールを組み込み有効性評価	運営準備・β版検討 例えば、ドキュメント読取、点検プロセス活用、データ分析の運用検討	社会実装・展開 先行自治体でのツール展開を開始。運用状況モニタリングしPDCA推進
PF・運営主体・ビジネスモデル		導入検討フェーズ 運営主体候補と関係構築、ツール必要性の訴求	実証実験フェーズ 提供価値の実証 運営モデル提案	運営準備フェーズ 関係者内での体制構築 先行実証地域の選定	社会実装フェーズ 先行自治体での運用開始、PDCAサイクル推進
ツールの機能について	1. 実証と学習モデルの再作成 2. ケアプラン点検支援ツール開発ロードマップの作成 3. ケアプラン点検支援ツールの機能の改良	ツール実証実験Step1 Web版を開発し、利用性及び業務効率化に関する検証	ツール実証実験Step2 介護情報基盤及び周辺システムとの連携による点検自動化に向けた検証	社会実装準備 ケアプラン点検ポータルサイトの運用ルールの整備と先行自治体との調整	社会実装・展開 先行自治体での運用を開始し、全国展開に向けた課題解決
点検項目とツールのブラッシュアップ		部分的機能検証 書類点検自動化に向けたAI-OCR、自然言語処理、RPAの機能検証	ツール実証実験 ツールα版を開発し、時間短縮、業務負荷低減の検証	社会実装準備 ツールβ版を開発 業務効率化、ケアマネジメントの質への寄与検証	社会実装・展開 実証結果をもとにしたツールの改良、正式版リリース
ツールの提供価値		点検項目改定に伴うツールのブラッシュアップ・リリース (R6年度成果分)			点検項目改定に伴うツールのブラッシュアップ・リリース (R9年度成果分)
		エクセル版の機能を踏襲したケアプラン点検支援ツールをWebブラウザから利用可能	既存アセスメントシートの読込と統一の様式への転記が可能	書類点検の自動化 広域的なデータ分析が可能 セルフチェックへの活用	書類点検の自動化 広域的なデータ分析が可能 他システムとの連携

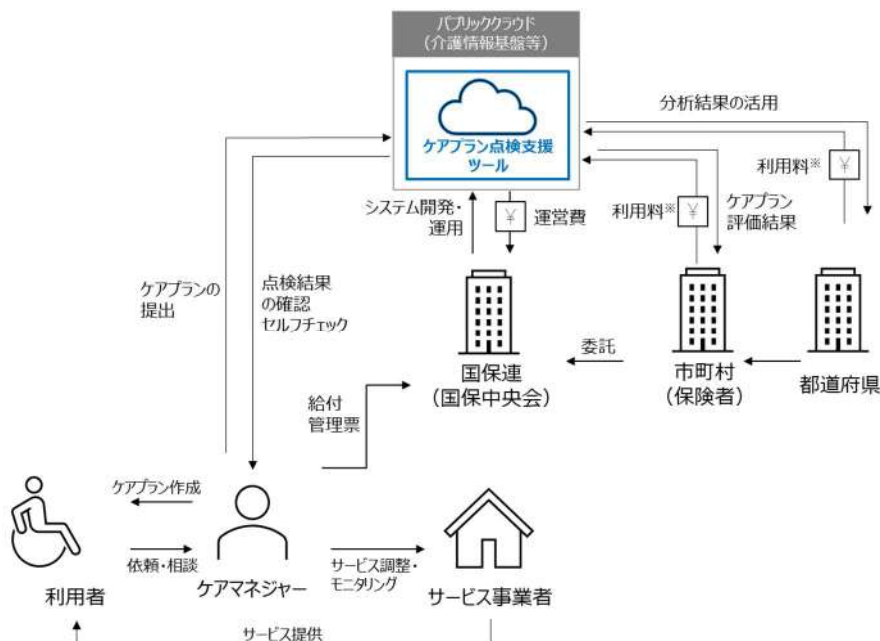
図表 2-38 点検支援ツール開発のロードマップ案（他システム状況との比較）

	FY24 (R6)年度	FY25 (R7)年度	FY26 (R8)年度	FY27 (R9)年度	FY28 (R10)年度
ツールの機能について	1. 実証と学習モデルの再作成 2. ケアプラン点検支援ツール開発ロードマップの作成 3. ケアプラン点検支援ツールの機能の改良	ツール実証実験Step1 Web版を開発し、利用性及び業務効率化に関する検証 部分的機能検証 書類点検自動化に向けたAI-OCR、自然言語処理、RPAの機能検証 Excel版の機能を踏襲したケアプラン点検支援ツールをWebブラウザから利用可能	ツール実証実験Step2 介護情報基盤及び周辺システムとの連携による点検自動化に向けた検証 ツール実証実験 ツールα版を開発し、時間短縮、業務負荷低減の検証 既存アセスメントシートの読込と統一の様式への転記が可能	社会実装準備 ケアプラン点検ポータルサイトの運用ルールの整備と先行自治体との調整 社会実装準備 ツールβ版を開発 業務効率化、ケアマネジメントの質への寄与検証 書類点検の自動化 広域的なデータ分析が可能	社会実装・展開 先行自治体での運用を開始し、全国展開に向けた課題解決 社会実装・展開 実証結果をもとにしたツールの改良、正式版リリース Web版のツールの機能拡充 ・広域的なデータ分析が可能
ツールの提供価値					
地方公共団体情報システム	業務システム統一・標準化 先行事業、本格移行期		全自治体がバカラ化 約300自治体の作業完了が2025年度末に間に合わない見込み		
介護情報基盤	システム開発 2024.10～※先行実施 大分・都城		運用開始予定は2026.04～であるが 多くの自治体に対応が困難と回答している		
CPデータ連携システム・LIFE	データ蓄積にかかる改修、実績確認 2024.04～ 運用 w/厚生労働省	システム開発 2025.04～	運用開始予定 2026.04～		
LIFEシステム		中央会向けLIFE 開発・移行2025.04～	運用開始予定 2026.07～		

8) 点検支援ツール運用のビジネスモデル案

将来の点検支援ツールは、パブリッククラウド上に構築され、保険者、事業所、ケアマネジャーが利用できるように設計することが考えられる。運用費用については、各利用者の負担区分に応じた適切な分担を行い、持続可能な運用を目指す。特に、長期的な運用を見据えたビジネスモデルの検討が重要であり、費用負担の在り方についても慎重に検討する必要がある。また、介護情報基盤の一機能として点検支援ツールを社会実装する場合、介護情報基盤で議論されている地域支援事業の枠組みを考慮した設計が必要となる。今後は、関係者の意見を踏まえながら、より適切な運用・費用負担の仕組みを具体化することが求められる。点検支援ツールの運用の全体概要案を図表 2-39 に示す。

図表 2-39 点検支援ツールの運用の全体概要案



(3) 点検支援ツールの機能改良

1) 点検支援ツールの機能改良一覧

本事業において、令和5年度事業の課題や検討委員会・ワーキンググループでの議論を踏まえ、点検支援ツールの機能改良を実施した。具体的には、点検業務の効率化や分析精度の向上を目的とし、以下の機能追加・改善を行った。点検支援ツールへの機能追加一覧を図表 2-40 に示す。

図表 2-40 点検支援ツールへの機能追加一覧

機能	内容
帳票・PDF出力機能	点検支援ツールの評価区分シートを対象として帳票出力ボタンを追加、出力先を選んでPDFを保存を可能とする
事業所別集計 (レーダーチャート比較)	点検結果記入済みのファイルを一括で読込した後、読込データを用いて事業所別で集計・レーダーチャート比較を表示する。
事業所別集計 (経年表示)	点検結果記入済みのファイルを一括で読込した後、読込データを用いて評価区分別で3事業所、6年分の経年比較を集合棒グラフで表示する。
ケアマネジャー別集計 (レーダーチャート比較)	点検結果記入済みのファイルを一括で読込した後、読込データを用いてケアマネジャー別で集計・レーダーチャート比較を表示する。
ケアマネジャー別集計 (経年表示)	点検結果記入済みのファイルを一括で読込した後、読込データを用いて評価区分別で3人、6年分の経年比較を集合棒グラフで表示する。
優先度に応じた 助言コメント表示機能	点検結果が「1」の点検項目を出力対象とし、「アドバイス表示優先度」の上位のものから順に上位5件を出力する。

2) 帳票・PDF 出力機能

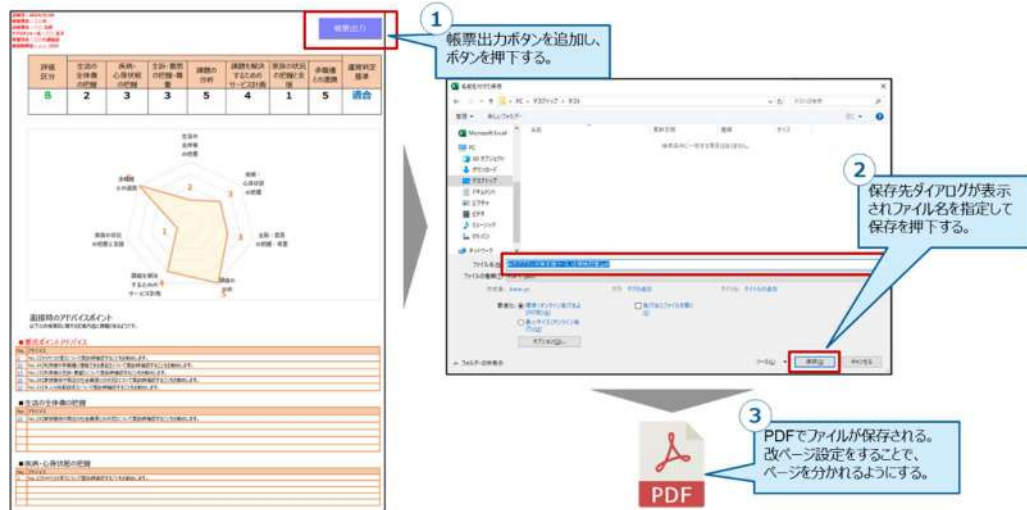
点検支援ツールの評価区分シートを対象として帳票出力ボタンを追加、出力先を選択し PDF の保存を可能とする機能追加を行った。帳票・PDF の出力機能イメージを図表 2-41 に示す。

3) レーダーチャート比較

事業所又はケアマネジャー別に、評価区分ごとの結果をもとにレーダーチャートで比較表示する機能を追加した。本機能の開発にあたって当たっては、ワーキンググループにおける委員からの意見を踏まえ、比較結果の視認性を向上させるため、比較対象の上限を3つまでに設定した。レーダーチャート比較表示のイメージについては、図表 2-42 に示す。

図表 2-4 1 帳票・PDF の出力機能イメージ

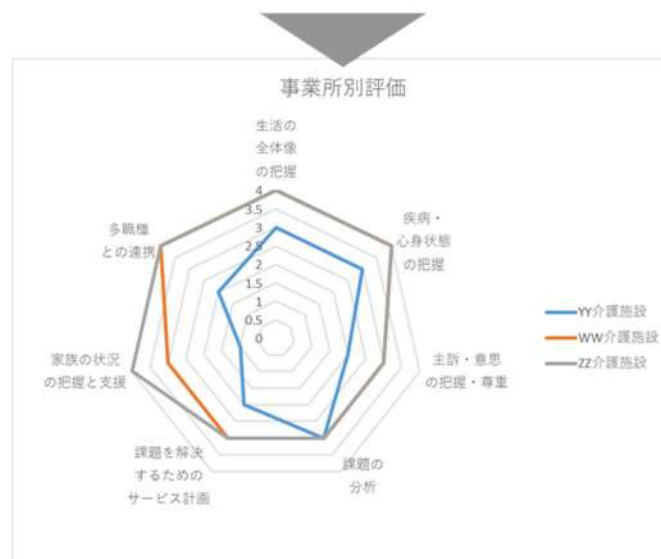
帳票・PDF出力機能のイメージ



図表 2-4 2 レーダーチャート比較イメージ

各カテゴリについて平均値を算出
レーダーチャートへ表示する

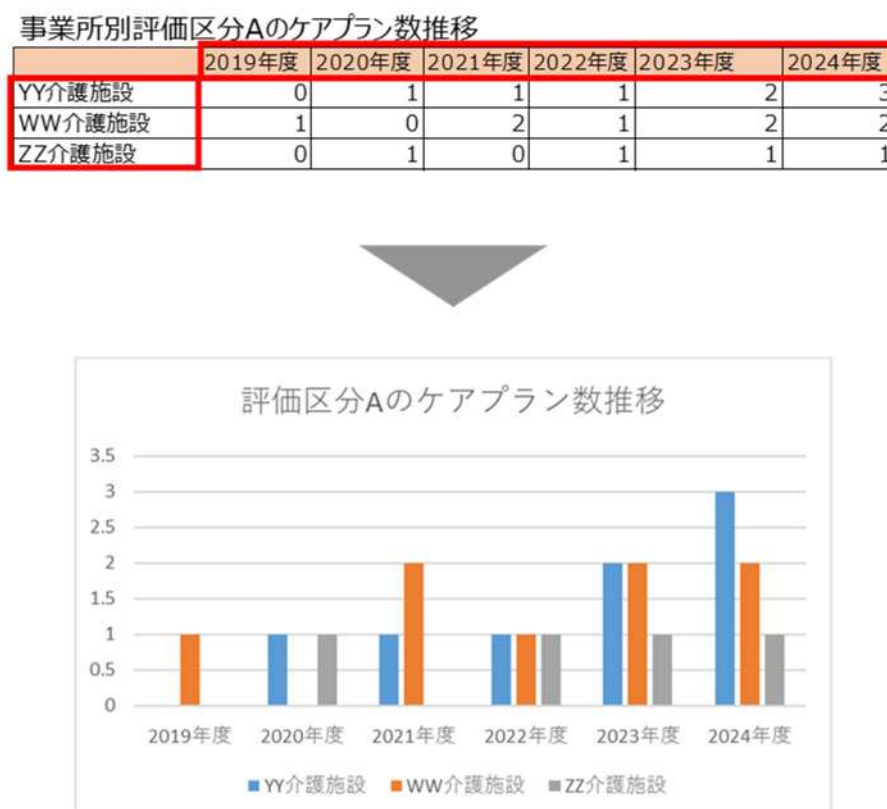
事業所名	ケアプラン数	評価区分A	評価区分B	評価区分C	評価区分D	評価区分E	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支	多職種との連携
YY介護施設	4	1	0	2	1	0	3	3	2	3	2	1	2
WW介護施設	3	0	2	1	0	0	4	4	3	3	3	3	4
ZZ介護施設	1	0	1	0	0	0	4	4	3	3	3	4	4



4) 集合棒グラフによる経年表示

事業所または又はケアマネジャー別に、評価区分ごとの結果をもとに集合棒グラフで経年表示する機能を追加した。本機能の開発にあたって当たっては、ワーキンググループにおける委員からの意見を踏まえ、表示結果の視認性を向上させるため、比較対象の上限を 3 つまでとした。また、経年表示の対象期間は最新年度を含む 6 年間とした。集合棒グラフによる経年表示のイメージについて、図表 2-43 に示す。

図表 2-43 集合棒グラフによる経年表示イメージ



5) 優先度に応じた助言コメント表示機能

本事業では、「助言コメント機能」の改良を通じて、点検者の判断に基づいた優先度の高い項目から順に助言コメントが表示される仕様に変更した。従来は、AI が学習データに基づいて点検項目の影響度（重み）を判定し、その優先度に従って助言コメントを表示していたが、評価項目の分布に偏りがある場合、点検者の実感と一致しない表示となる課題があった。

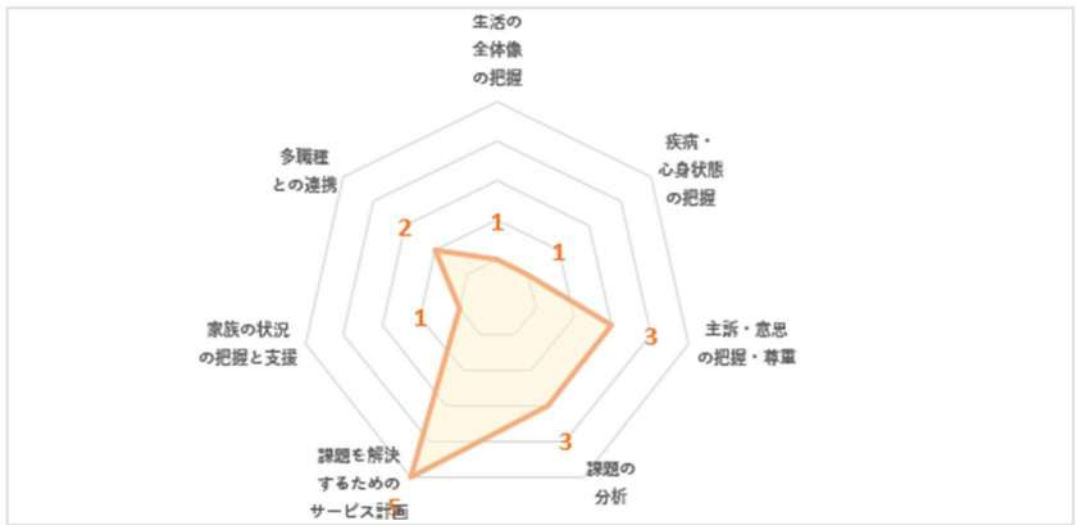
今回の機能改良では、点検者が評価した「ケアプランの充実度」に対する各点検項目の影響度（点検者評価）を優先度の根拠とし、評価に影響が大きいと判断された項目の助言から順に提示されるようにした。これにより、ケアマネジャーとの面談時におけるフィードバックの質向上と、点検結果に即した具体的な支援が可能となる。点検支援ツール上の助言コメント表示イメージについて、図表 2-44 に示す。

図表 2-4 4 点検支援ツール上の助言コメント表示イメージ

点検日: 2025/3/31
保険者名: N市
点検者名: CK1
ケアマネジャー名: CM1
事業所名: J1
被保険者名: H1

帳票出力

評価区分	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支援	多職種との連携	運営判定基準
D	1	1	3	3	5	1	2	適合



面接時のアドバイスポイント

以下の点検項目に関する記載内容に課題があるようです。

助言コメント

■重点ポイントアドバイス

No	アドバイス
16	No. 16【情報の保持】について面談時確認することをお勧めします。
9	No. 9【コミュニケーションにおける理解と表出の状況】について面談時確認することをお勧めします。
39	No. 39【本人の役割設定】について面談時確認することをお勧めします。
30	No. 30【家族の状況】について面談時確認することをお勧めします。
24	No. 24【生活費】について面談時確認することをお勧めします。

4. まとめ

(1) 点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成

令和 6 年度においては、点検項目が従来の 55 項目から 62 項目に拡充されたことを受け、点検支援ツールに搭載する AI（学習モデル）についても、62 項目に対応可能な新たなモデルの再構築を行った。

再作成した学習モデルは、260 件の評価データを用いた検証の結果、163 件（約 62%）において点検者の評価と一致するケアプランの評価ができた。さらに、評価の誤差が 1 段階以内であれば、すべての 260 件（100%）において一致が確認され、一定の実用水準を満たしていることが示された。

なお、令和 4 年度事業において作成した 55 項目版モデルでは、38 件の評価データのうち 37 件（約 97%）で 1 段階以内の誤差に収まっていたが、本年度モデルの精度は件数及び評価項目の増

加にもかかわらず、これを上回る結果であった。ただし、検証対象や条件が異なるため、単純な精度比較には留意が必要である。

これらの結果から、点検支援ツールは、ケアマネジャーとの面談対象の抽出や業務支援に活用できるレベルの精度を備えていると考えられる。一方で、今後の課題としては、さらなる精度向上に向けて、アセスメント様式の多様性や新型コロナウイルス感染症の流行期前後におけるケアプランの記載傾向の変化といった要因への対応が必要である。

（２）点検支援ツール開発ロードマップの作成

1) 点検支援ツール開発ロードマップの作成

本年度は、点検支援ツールの社会実装に向けた段階的な道筋として開発ロードマップを作成した。まず、Excel 版ツールの機能を Web ブラウザ上に再現したプロトタイプ版を構築し、OS 等に依存せず、常に最新バージョンを利用できる環境を整備する。次に、プロトタイプ版を基盤として、AI-OCR や自然言語処理による点検項目の自動解析、セルフチェック機能などを搭載したα版・β版を開発し、実務支援機能の検証を進める。最終段階では、正式版としてパブリッククラウド上での本格運用を開始し、保険者・事業所間での情報共有や外部システムとの連携を通じて、業務効率化とケアマネジメントの質向上を両立する仕組みを整備することを目標とする。

2) 残された課題

今後の社会実装に向けては、統一的な評価基準と記録方式の標準化が不可欠である。また、ツールの Web 化に向けては、パブリッククラウド上での構築・運用体制の明確化、情報セキュリティへの対応、運営主体の設計、利用者ごとの費用負担のあり方など、制度的・技術的観点からの整理と検討が必要である。これらの論点を踏まえ、持続可能な運用体制の構築に向けた準備を着実に進めていく必要がある。

（３）点検支援ツールの機能改良

1) 点検支援ツールの機能改良

本年度は、令和 5 年度の課題や検討委員会・ワーキンググループでの意見を踏まえ、点検支援ツールに対して複数の機能改良を実施した。主な改良点として、帳票・PDF 出力機能の追加により点検結果の保存・共有が容易となった。また、評価区分ごとの結果を事業所・ケアマネジャー別に比較・分析できる「レーダーチャート比較機能」や、経年変化を可視化する「集合棒グラフ表示機能」を実装し、分析結果の視認性とデータ活用の利便性を向上させた。さらに、点検結果に応じて助言コメントを優先度順に表示する機能を追加することで、ケアマネジャーへのフィードバック精度も強化された。

2) 残された課題

今回の機能改良によってツールの利便性や分析支援機能は向上したものの、さらなる課題も明らかになった。特に、継続的なバージョン管理と将来的な Web 化を見据えた設計の最適化が、今後の機能改良検討における重要な論点である。加えて、AI による分析精度向上といった、中長期的な視点での改善も引き続き求められる。

第4章 ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討

1. 目的

本事業において実施したワーキンググループにて、ケアマネジャーごとに用いるアセスメント様式が異なるが、アセスメント様式に記載枠がない項目は記載／未記載が分かれており、点検結果やアセスメントの質に影響することが指摘された。またケアマネジャーヒアリング調査からも、実際にはアセスメントを行っていても、アセスメント様式に記載枠がなければ記録として残していない場合がある実態が明らかとなった。

加えて、点検支援ツールを効果的かつ効率的に用いるという側面からも、現状では点検支援ツールに自動的にアセスメント様式上の情報を読み込めず、点検に手間がかかることが懸念されている。

これらの課題に対し、ケアプラン点検において必要となるアセスメント様式上の情報を整理し、記載すべき情報の明確化及び点検の効率化を図ること、及び点検の自動化に資する様式を作成することを目的に、ケアプラン点検のためのアセスメント様式を検討した。

2. 方法

(1) ケアプラン点検において必要とされる情報の整理

点検項目（基準及び点検項目マニュアル）を精査し、点検項目が点検対象とする情報のうち、アセスメント様式に明記されるべき情報をリスト化した。

(2) 様式化

リスト化した情報を、活用しやすい形で様式化した。

点検項目では既に多くのケアマネジャーが記載できているためあえて項目化はしていない情報（例：氏名、生年月日をはじめとする基本情報等）があることから、様式化に際しては一般に広く公開されている複数のアセスメント様式を参照し、基本情報として掲載すべき項目や項目の掲載順の参考とした。点検項目では点検対象とならない情報であっても、多くのアセスメント様式において一般的に記載することとされている情報は盛り込み、様式案とした。

(3) ワーキンググループにおける検討

ワーキンググループにおいて、アセスメント様式に盛り込むべき情報として様式案に過不足がないか、情報の掲載順は適当であるかを議論し、内容のブラッシュアップを図った。

また、現状、アセスメント様式は標準化されておらず、現場では多様な様式が用いられている実態があることを鑑みて、ケアプラン点検のためのアセスメント様式をどのように位置付けるべきかについても検討した。

3. 結果

(1) ケアプラン点検のためのアセスメント様式案

ケアプラン点検において必要な情報を中心に盛り込み、アセスメント様式案を下表の通り作成した。

図表 2-45 ケアプラン点検のためのアセスメント様式案

ケアプラン点検のためのアセスメント様式（１）

相談受付日	(西暦) 年 月 日 (訪問・電話・来所・その他())			
相談受付者				
アセスメント実施日	初回	年	月	日
区分変更の理由	更新			

基本情報

本人氏名				性別	男・女	備考	
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)					電話	
住所	〒					携帯	
緊急連絡先	氏名		性別	男・女	年齢	歳	
	住所				続柄		
相談者	氏名		性別	男・女	年齢	歳	
	住所				続柄		
介護保険	利用者負担割合		後期高齢者医療保険		一部負担金		
	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割				☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割		
高額医療サービス費該当	利用者負担						
	☐ 第5段階 ☐ 第4段階 ☐ 第3段階 ☐ 第2段階 ☐ 第1段階						
身体障害者手帳	☐ 有 ☐ 無	等級	種		級	交付日(西暦)	
療育手帳	☐ 有 ☐ 無	程度				交付日(西暦)	
精神障害者保健福祉手帳	☐ 有 ☐ 無	等級				交付日(西暦)	
障害福祉サービス受給者証	☐ 有 ☐ 無		自立支援医療受給者証		☐ 有 ☐ 無		
障害支援区分							
年金の種類	おおよその年収		利用できる費用額		介護： 介護以外：		
要介護認定	☐ 非該当 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2				認定年月日(西暦)		
	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5						
日常生活自立度	障害高齢者日常生活自立度						
	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2						
	☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2						
	判定者		判定日(西暦)		年 月 日		
	認知症高齢者日常生活自立度						
	☐ 自立						
	☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M						
	判定者		判定日(西暦)		年 月 日		

家族情報

氏名	続柄	同/別居	ジェノグラム	エコマップ
家族の状況	(家族の就労状況、介護への協力の意向、介護力、理解や受け止め、ストレス等)			

生活歴等

生活歴	(出生場所、学歴、就労、社会活動、結婚、受傷前の生活状況等)	居住環境
現在の生活状況	(受傷後の生活状況、地域や家庭での役割、大切にしている事、価値観、趣味等)	

主訴・意向等

利用者の主訴・意向	(どのような生活を送りたいと考えているか、今後希望・想定する役割、困っていること等)
家族の主訴・意向	回答者：

留意すべき状況

留意すべき事項	☐ 有 ☐ 無
各種制度利用を含む対応状況	

サービス利用状況

介護保険サービス（在宅）※アセスメント実施時点での利用状況を確認			
訪問型サービス	回/月	☐ 夜間対応型訪問介護	日/月
☐ (介護予防) 訪問介護	回/月	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	回/月
☐ (介護予防) 訪問入浴介護	回/月	☐ (介護予防) 認知症対応型通所介護	日/月
☐ (介護予防) 訪問看護	回/月	☐ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	日/月
☐ (介護予防) 訪問リハビリテーション	回/月	☐ 看護小規模多機能型居宅介護	日/月
☐ (介護予防) 居宅療養管理指導	回/月	☐ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	日/月
通所型サービス	回/月	☐ (介護予防) 特定施設入居者生活介護	日/月
☐ (介護予防) 通所介護	回/月	☐ (介護予防) 福祉用具貸与	品目
☐ (介護予防) 通所リハビリテーション	回/月	☐ 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
短期入所サービス		☐ 住宅改修	(あり・なし)
☐ (介護予防) 短期入所生活介護(特養等)	日/月	☐ (介護予防) その他の生活支援サービス	回/月
☐ (介護予防) 短期入所療養介護(老健・診療所)	日/月	(名称：)	
直近の入所・入院			
☐ 介護老人福祉施設		☐ 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)	
☐ 介護老人保健施設		☐ 医療機関(医療保険適用療養病床)	
☐ 介護医療院(介護療養型医療施設)		☐ 医療機関(療養病床以外)	
☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)		☐ その他の施設	
施設・医療機関名		連絡先	
所在地	〒		
介護保険外サービス(インフォーマルサポートを含む)等 ※配食等の民間サービス、近隣・友人等によるサポート、利用者自身の取り組み等			

健康状態等

傷病に関する情報	病名				
	自覚症状				
	内服薬	☐ 無 ☐ 無 ☐ 無 ☐ 無			
	医療処置	☐ 無 ☐ 無 ☐ 無 ☐ 無			
	受診状況	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診
	受診頻度	☐ 定期 () ☐ 不定期	☐ 定期 () ☐ 不定期	☐ 定期 () ☐ 不定期	☐ 定期 () ☐ 不定期
	受診先医療機関名				
	受診先医療機関連絡先	☎	☎	☎	☎
生活上配慮が必要な事項等		☐ 無 ☒ 有			
かかりつけ医療機関1			医師	連絡先	
かかりつけ医療機関2			医師	連絡先	
かかりつけ医療機関3			医師	連絡先	
かかりつけ医との連携状況					
身長	cm	体重	kg	BMI	
口腔内の状態	歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等の状態				
食事回数	回/日	食事制限	☐ 無 ☐ 有 ()		
褥瘡・皮膚の状態に関する留意点	☐ 無 ☐ 有				
食事・栄養に関する留意点	☐ 無 ☐ 有				
睡眠に関する留意点	☐ 無 ☐ 有				

コミュニケーション等の状況

コミュニケーションの状況

視力	☐ 問題なし ☐ やや困難 ☐ 困難
眼鏡	☐ 問題なし ☐ やや困難 ☐ 困難
聴力	☐ なし ☐ あり
補聴器	☐ なし ☐ あり
理解/表出	☐ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話が成り立たないが、発語はある ☐ 発語がなく、無言である ☐ 発語はないが、補助具を用いて意思疎通ができる
認知機能の状況	
認知障害	☐ なし ☐ あり (疾患名:)
認知症の行動・心理症状	☐ なし ☐ あり
判断能力の状況	

ケアプラン点検のためのアセスメント様式（2）

ADL・IADL等の状況

ADLの状況		具体的実施状況 (できること、見守りや介助の内容等)		課題 (転倒・骨折のリスク等)		主訴・意向	
						利用者	家族
起居移動							
搬送り	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
起きあがり	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
座位保持	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
立位保持	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
立ち上がり	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
階段昇降	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
食事							
食事摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
食形態	主食 ☐ 副食 ☐						
食事回数	回/日 食事の場所						
必要な栄養量	㎐/日 摂取している栄養量						
必要な水分量	㎐/日 摂取している水分量						
食事制限	☐ 無 ☐ 有						
食事の姿勢							
嚥下機能の状態							
口腔衛生							
口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
歯肉・舌の状態							
口腔乾燥の有無	☐ 無 ☐ 有						
出血の有無	☐ 無 ☐ 有						
嚥下・残食の状態							
清潔の保持							
整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
皮膚や爪の状態							
歯肉や衣類の状態							
排泄							
排泄（尿）	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
排泄（便）	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
排泄（日中）	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
排泄（夜間）	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
尿・便意の有無	☐ 無 ☐ 有						
排泄の場所							
排泄の方法							
便秘や下痢等の有無	☐ 無 ☐ 有						
IADLの状況		具体的実施内容	課題	主訴・要望			
				利用者	家族		
整理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
掃除	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
洗濯	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
買物	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
金銭管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
電話	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						
外出時の移動手段	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助						

生活リズム等	
生活リズム ※24時間の生活のうち、起床・就床、食事、服薬、排泄や趣味活動等の習慣化された活動のおおよそのリズムを記載	外出および社会との関わり ※家族との関わり、外出先や頻度等、社会との関わりの状況を記載

備考	
留意点・特記事項	

生活全般の解決すべき課題	
アセスメントから導き出した解決すべき課題	

（２）ケアプラン点検のためのアセスメント様式の位置付け

現場では多様なアセスメント様式が用いられている実態がある。そのため、本様式はケアマネジャーが通常業務において用いる標準的アセスメント様式ではなく、ケアプラン点検支援パッケージを効率的に用いることを目的とする「ケアプラン点検のためのアセスメント様式」であることを明確化した。

一方で、ケアプラン点検のためのアセスメント様式として位置付けることにより、ケアプラン点検の際に通常業務において用いるアセスメント様式から本様式への転記の手間が生じることが課題となる。転記の作業が自身のケアプランを振り返る契機となるとの意見も得られたが、業務の効率化という点で誰がどのように転記を行うかは今後整理する必要がある。

４．まとめ

（１）様式案の作成

本事業において、現場で活用されているアセスメント様式のばらつきがケアプラン点検実施時の課題となっていることを踏まえ、ケアプラン点検のためのアセスメント様式を検討し、様式案を作成した。本様式案はケアマネジャーが通常業務において用いる標準的アセスメント様式ではなく、ケアプラン点検支援パッケージを効率的に用いることを目的とするものであることを明確化した。

一方で、検討過程において、ケアプラン点検のためのアセスメント様式の質を高めることにより、現場でケアマネジャーが活用できる可能性も示唆された。

（２）残された課題

本事業において作成した様式案をケアプラン点検のためのアセスメント様式として確定し広く公開するためには、下表に示す事項を十分に検討することの必要性も指摘された。今後、これらの事項について検討を行った上で、ケアプラン点検の効率化及び質の向上を図ることが必要である。

図表 2-46 今後検討すべき事項

No.	今後検討すべき事項
1	利便性・機能性の検証 ➤ アセスメントにおいて必要な項目が盛り込まれているか、掲載順は適当か ➤ 他様式から本様式案の転記において不都合がないか ➤ 本様式案が書類点検の自動化に資するか
2	取扱方針の検討 ➤ 本様式案をどのような位置付けとするか（点検時の必須様式とするか） ➤ アセスメント時の様式からの転記方法をどうするか（誰が転記するか、自動転記システムの開発可能性） ➤ 本様式案を確定した後、どのように周知するか

これらの課題を検討し、様式案を確定し広く公開していくために想定する過程を下表の通り整理した。今後、残された課題を十分に検討していくことが必要である。

図表 2-47 ケアプラン点検のためのアセスメント様式作成のロードマップ

FY27 (R9) までのロードマップ				
	FY24 (R6)年度	FY25 (R7)年度	FY26 (R8)年度	FY27 (R9)年度
様式案の開発	ケアプラン点検のためのアセスメント様式（案）の開発	現場実証／様式確定 - 様式項目の充足性 - 掲載順の妥当性 - 転記の容易性		
様式の位置づけ		位置づけ検討 - 必須様式化のメリット／デメリット整理 - 位置付けの検討	位置づけ確定 ケアプラン点検マニュアルへの反映	
様式の周知			周知方法検討 - 委員会における検討 - 自治体との調整 - 関係団体等との調整	公開／周知

第5章 ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討

1. 目的

地域のケアマネジメント力の向上を図る上で、ケアマネジャーのスキルアップは重要な役割を果たす。ケアプラン点検支援パッケージを、ケアプラン点検の場だけでなく、ケアマネジャー自身のセルフチェック・育成の場面で活用することができれば、行政・居宅介護支援事業所が同じ指標をもって地域のケアマネジメント力の向上に取り組むことができると考えられる。そこで、令和5年度事業においてケアプラン点検支援パッケージがケアマネジャーのセルフチェックや育成に活用できるものであるかを調査し、セルフチェック・育成のために活用する際の課題を抽出した。

本事業においては、行政・居宅介護支援事業所が同じ指標をもって地域のケアマネジメント力の向上に取り組むためのツールを開発することを目的に、令和5年度事業で実施したアンケート調査及び本事業におけるヒアリング調査をもとに、ケアマネジャーが活用できる点検項目及び点検項目マニュアルを検討した。

2. 方法

(1) 机上検討

令和5年度事業において実施したケアマネジャーアンケート調査の結果を再分析し、セルフチェックにおいて重要な項目、活用時の留意点を整理した。整理した素材をもとに、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版案」を作成した。

(2) ケアマネジャーヒアリング調査

作成した素案をもとに、ケアマネジャーへのヒアリング調査を実施した。

1) 目的

「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版素案」について、改善すべき点を明らかにすることを目的とした。

2) 対象・人数

令和5年度事業において実施したケアマネジャーアンケート調査に回答したケアマネジャーのうち5名とした。

3) 手順・実施形式

事前にケアプラン点検項目・項目マニュアルセルフチェック版素案及び質問項目を配布し、内容を確認いただいた後にヒアリング調査を実施した。

調査はオンライン会議ツールを用いて1.5時間で実施した。

4) 質問項目

主な質問項目は以下の 5 点とした。

- ・ 日常的なセルフチェックや育成・研修の実施状況
- ・ ケアプラン点検項目マニュアル_セルフチェック版のセルフチェックや育成への活用可能性及び効果的な活用方法（特に重点項目シートに掲載すべき項目や掲載不要と考える項目及びその理由）
- ・ ケアプラン点検項目マニュアル_セルフチェック版をセルフチェックや育成に活用する際に考えられる課題と対応策
- ・ ケアプラン点検項目マニュアル_セルフチェック版をセルフチェックや育成に活用する際の留意点
- ・ その他、ご意見・ご要望等

（3）ワーキンググループにおける検討

ケアプラン点検項目・項目マニュアルセルフチェック版素案及び、ヒアリング調査実施後の修正案についてワーキンググループでの検討を行った。

3. 結果

（1）内容・構成

ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールは、行政・居宅介護支援事業所が同じ指標をもって地域のケアマネジメント力の向上に取り組むためのツールを提供することを目的としている。そこで、点検項目及び点検項目マニュアルの内容は通常版と同様とすることとした。

一方で、ワーキンググループでの検討において、ケアマネジメント業務の多忙さに配慮し、ケアマネジャーが重要な項目を短時間で効率よく確認できることの必要性も指摘された。そこで、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版」は 2 部構成とし、第 1 部にセルフチェック版を活用する意義・目的、重点項目、活用時の留意点のみを簡潔に示し、全体版を第 2 部に示すこととした。

重点項目として第 1 部に示す項目は、令和 5 年度事業において実施したケアマネジャーアンケート調査結果を精査し、回答者の 4 割以上がセルフチェック、育成（OJT 及び研修）それぞれの場面で「特に活用できる」と回答した項目を抽出した。抽出結果は下表の通りである。

図表 2-48 セルフチェックにおける重点項目一覧

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	10	一日に摂取すべき水分量	2段階	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
アセスメントシート	11	実際に摂取した水分量	2段階	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
アセスメントシート	12	食事内容・カロリー数等	3段階	3：①～④すべてが記載されている。 2：①～④のいずれかが記載されている。 1：上記に該当しない。 ①食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等） ②必要な食事の量（栄養、水分量等） ③摂食嚥下機能の状態 ④食事制限の有無
アセスメントシート	13	BMI	2段階	2：BMIが記載されている。 1：BMIが記載されていない。 ※身長・体重が記載されている場合も、BMIが記載されていなければ「1」としてください。
アセスメントシート	14	口腔内の状態	3段階	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
居宅サービス計画書（第1表）	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	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第1表）	34	総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階	3：以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。 2：以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：上記に該当しない。 ①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 ②緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。 ③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。

居宅サービス計画書 (第2表)	36	利用者や多職種に理解できる表記	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下①②に該当する。 1：上記に該当しない。 ①目指す方向性と役割が記載されている。 ②専門用語を用いずに記載されている。 ③利用者の意欲を引き出す肯定的な表現で記載されている。
居宅サービス計画書 (第2表) など	39	本人の役割設定	2段階	2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 (第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前(要介護となる前)の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。) 1：2に該当しない。 ※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。
居宅サービス計画書 (第2表)	41	福祉用具費と販売の種類と利用の理由	2段階	2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。 1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。 他：福祉用具費と販売の利用がない。
居宅サービス計画書 (第2表)	42	介護保険外サービス (インフォーマルサポートを含む)	2段階	2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。
週間サービス計画表 (第3表)	47	家族の役割設定の整合性	2段階	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表(毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄)に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
サービス担当者会議の 要点 (第4表)	53	サービス担当者会議の 検討内容	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
居宅介護支援経過 (第5表)	56	サービス担当者会議の 招集	2段階	2：第5表にサービス担当者会議の招集について記載されている。 1：2または他に該当しない。 他：提出された居宅介護支援経過の期間外にサービス担当者会議を開催している。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタ リングシート	58	サービス事業所との連 絡・モニタリング内容	3段階	3：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。 また、以下いずれかに該当する。 ・サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録が記載されている。 ・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が記載されている。 2：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「2」とする。 1：上記に該当しない。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタ リングシート	60	本人の心身状態に関 する変化の医療者への 報告	2段階	2：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。(居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。)または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。 1：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。 他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。 <医療者への報告事項に該当する情報例> ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない
サービス担当者会議の 要点 (第4表)	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との 連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種(OT・PT・ST・看護師・栄養士等)以外の多職種との連携(情報提供・意見聴取等)を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

図表 2-4 9 育成（OJT）における重点項目一覧

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	10	一日に摂取すべき水分量	2段階	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
アセスメントシート	11	実際に摂取した水分量	2段階	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
アセスメントシート	21	一日の過ごし方	3段階	3：利用者の24時間の過ごし方について、少なくとも、起床、食事、服薬、排せつの4つ全てが記載されている。 2：起床、食事、服薬、排せつのうち3つが記載されている。 1：起床、食事、服薬、排せつのうち記載されていないものが2つ以上ある。 ※服薬については、第2表に服薬に関する記載があるにも関わらず、服薬に関する記載が第3表に記載されていない場合は「記載なし」としてください。
アセスメントシート	24	生活歴	3段階	3：疾患等を発症するまでの生活や考え方が記載されており、価値観、趣味、強みを発揮できることや苦手なことなど、本人のその人らしさを捉えることができる。 （出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受傷前までの生活の状況等についても記載されている。） 2：生活歴が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：病歴のみが記載されている。
アセスメントシート	26	経済状況	3段階	3：①②両方に該当する。 2：①に該当する。 1：上記に該当しない。 ①利用可能な介護費用額（第2号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）が記載されている。 ②利用可能な介護以外の費用額が記載されている。 ※②の記載があるが①の記載がない場合は「1」としてください。
アセスメントシート	27	本人の役割	3段階	3：本人の現在の地域や家庭での役割とともに、今後希望・想定する役割が記載されている。 2：現在の役割、希望・想定する役割のいずれかが記載されていない。 1：現在の役割、希望・想定する役割のいずれも記載されていない。
居宅サービス計画書（第1表）	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	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第1表）	34	総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階	3：以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。 2：以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：上記に該当しない。 ①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 ②緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。 ③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。
居宅サービス計画書（第2表）	35	アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。 1：以下①が該当しない。 ①アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。 ②状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出されている。 ③利用者の望む生活を実現する課題となっている。

居宅サービス計画書 (第2表)	37	長期目標	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下③に該当する。 1：上記に該当しない。 ①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。 ②具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載になっている。 ③長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。
居宅サービス計画書 (第2表) など	39	本人の役割設定	2段階	2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 (第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。) 1：2に該当しない。 ※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。
居宅サービス計画書 (第2表) など	40	介護保険サービス	2段階	2：生活全般の解決すべき課題に対して、本人の力で行うこと、インフォーマルサポートの協力により取り組むこと、介護保険サービスで取り組むことの内容および頻度が記載されている。かつ、利用者の状況等、当該サービスを必要とする根拠が記載されている。 1：上記以外 他：福祉用具費以外の介護保険サービスの利用がない。
週間サービス計画表 (第3表)	46	週間計画の整合性 (一日の習慣化された活動)	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容・食事・散歩・掃除・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第3表内に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
週間サービス計画表 (第3表)	47	家族の役割設定の整合性	2段階	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
サービス担当者会議の 要点 (第4表)	53	サービス担当者会議の 検討内容	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	59	変化を捉える視点	2段階	2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されている場合は該当するものとする。 1：2に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	60	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	2段階	2：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。 1：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。 他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。 <医療者への報告事項に該当する情報例> ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない
その他	61	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	3段階	3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。
サービス担当者会議の 要点 (第4表)	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

図表 2-50 育成（研修）における重点項目一覧

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	1	課題分析の理由	2段階	2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。 1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。
アセスメントシート	5	内服薬・処置	2段階	2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 1：2に該当しない。 ※お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。
アセスメントシート	14	口腔内の状態	3段階	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
アセスメントシート	31	家族関係や周辺の社会資源との状況	3段階	3：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている。（エコマップが記載されている。） 2：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。 1：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。
居宅サービス計画書（第1表）	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	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表明できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※②について、具体的に続柄や名前の記載がなくとも、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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第2表）	42	介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）	2段階	2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。
週間サービス計画表（第3表）	45	週間計画の整合性（インフォーマルサポート）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①インフォーマルサポート（介護サービス以外の支援；家族による支援、多様な主体により提供される生活支援サービス、利用者自身の継続的な取り組み等）について記載がされている。 ②介護サービス以外の取組について、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に連単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
週間サービス計画表（第3表）	46	週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容・食事・散歩・掃除・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第3表内に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（第2表に連単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	59	変化を捉える視点	2段階	2：利用者の変化について記載されている。チェックでも意見が付けられていれば該当するものとする。 1：2に該当しない。または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。
その他	61	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	3段階	3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。
サービス担当者会議の要点（第4表）	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重症化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

（2）ケアマネジャーヒアリング調査

1）結果概要

ヒアリング調査の結果、一定の活用可能性が示唆された一方で、ケアマネジャーが活用する際の新たな留意点や重点項目として追記すべき内容があることが示唆された。回答概要を下表に示す。

図表 2-5 1 ケアマネジャーヒアリング調査結果概要

テーマ	概要	意見詳細
セルフチェックや育成への活用可能性および効果的活用方法	活用可能性が高い一方で、重点項目の追加が必要	■ 重点項目として列挙された項目はセルフチェック・OJT・研修いずれも実務的に妥当性が高く、ケアマネジメントの質を高める上で効果的である。 ■ 一方で、一部追加が必要な項目があるため、重点項目の追加を検討する必要がある。 ➢ 追記検討項目については効果的活用方法スライド参照
	初期に重点的なチェックを行う必要性の追記	■ 利用者との関わり初期にセルフチェックを実施することが肝要である。
	経験値に応じた活用方法の追記	■ アマネジャーの経験値に応じて活用方法を変えると活用可能性が高まる。 ■ 経験が浅いケアマネジャーは全体的に、経験が豊富なケアマネジャーは苦手部分に絞って活用すると効果的である。
	辞書的な活用の提案の追記	■ 手元に置いて辞書的な使い方が効果的である可能性がある。
セルフチェックや育成に活用する際に考えられる課題と対応策	採点欄の削除	■ ケアマネジャーが活用する際には、採点よりも自身の視点の抜け漏れを自覚することが重要である。 ➢ 採点欄を設けるかは再度検討が必要である。
	内容を深掘りしながら活用する意識の追記	■ セルフチェック版を活用して確認ができるのは記載の有無のみである。 ➢ ケアマネジャーは更なる内容の深掘りに取り組んでいく必要があることを明記する必要がある。
セルフチェックや育成に活用する際の留意点	継続的にセルフチェック・OJTに取り組む必要性の追記	■ 項目を埋めることが目的化しないよう使い方を伝える必要がある。 ■ 繰り返し活用していくことの必要性を伝える必要がある。
	アセスメントシートと第1表・第2表との繋がり意識する必要性の追記	■ セルフチェック項目としてアセスメントが重要であることに加えて、それを第1表、2表にどう反映しているかを確認する意識も重要である。
その他ご意見・ご要望	ケアプラン点検のためのアセスメントシートの必要性	■ 『点検用アセスメントシート』としてアセスメント様式が統一されると、点検をする側も受ける側も負担が軽減する。 ■ アセスメントシートを含めて「点検はこのパッケージでできる」という成果物が期待される。

2) 結果詳細

ケアマネジャーが「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版」を活用することの可能性や、活用時の留意点等について、下表の通り意見が得られた。

図表 2-5 2 意見詳細_活用可能性

質問	対象項目	回答概要
セルフチェックや育成への活用可能性および効果的活用方法	全体	・ 重要項目の列挙内容は『適切なケアマネジメント手法』に沿った内容であり、実務上も必要性を感じるものであるため異論ない ・ 新人は全体を網羅していくことが必要であろうが、経験が長いケアマネジャーであれば自身の苦手とするポイントに絞って確認することも有効だと考えられる
		・ 見落としがちな項目の確認ができる内容となっている ・ セルフチェック・OJT・研修それぞれの場面で活用できる可能性が高い ・ 重点項目全部を確認しなくても、自分が見落としがちな項目や、利用者の状態に応じて重視すべき項目をピックアップして確認することも効果的である
	セルフチェック	・ 脳梗塞後遺症の方、要支援の方においては、本人の対話の中で進めていけるため特に活用しやすい
	OJT	・ 経験3年未満のケアマネジャーへのOJTでは、項目全般ではなく的を絞って（例：水分、排便、経済状況、本人の役割）OJTを行うことが現実的であり効果的である
	研修	・ アセスメントの目線を重視すると、現在の掲載項目が理がなくなっている ・ 「グループワークで活用する」といった、活用方法が例示されるとより活用しやすくなる
		・ 重要な項目が列挙されている一方で、1つひとつの項目で1本の研修ができるようなものである ・ 一度の研修で全体を見るのではなく、テーマ設定の際に参考としていただくような活用方法が示されると良い
		・ 本書のようなツールがあるということを知っておくことが重要であるため、研修で活用する場合は全体版を確認することを付記すると効果的である

図表 2-53 意見詳細_活用時の課題

質問	対象項目	回答概要
セルフチェックや育成に活用する際に考えられる課題と対応策	全体	- 字を読むことを苦手とするケアマネジャーが多いため、マニュアル_セルフチェック版の重点項目それぞれ、本体の解説ページが明記されると良い - 採点評価があるが、点数がどうかよりも内容を咀嚼して自分のケアプランで不足していることを自己覚知できることが重要であるため、点数記入欄はなくても良い - 評価点の欄はなくても良い - 項目名のみシンプルに掲載される方が「どのような視点を持つ必要があるのか」が伝わる 「評価点」があることで「これで評価される」という感覚になることは避けるべきであろう 「自己確認欄」くらいの表記でも良い - 分かりやすい印象を持つ一方で、利用者の多様性により判断に迷うケースも出てくる可能性があるため、個別ケースにおいてどう判断して採点するか相談できる窓口があると良い
	セルフチェック	①聞き漏れ（アセスメント漏れ）がないか、②深掘りができているかが重要であるが、点検項目を見ていくだけでは②深掘りができているかの確認は難しい #10 一日に摂取すべき水分量はケアマネジャーにとってハードルが高いため、掲載の順番を変え、一日の過ごし方、生活歴、経済状況、本人の役割の後に配置してはどうか
	OJT	#10 一日に摂取すべき水分量はケアマネジャーにとってハードルが高いため、掲載の順番を変えるとOJTでも活用しやすくなる - 点検を行う立場のケアマネジャーであっても、適切に伴走して対応を導き出すことが難しい（考えることを促すよりも、自身の経験で答えを示してしまう）ため、教える側が内容や使い方の理解を深める必要がある
	研修	- 研修テーマを決めて企画する場合は、重点項目シートにとらわれず、適宜扱う項目を取捨選択する必要がある - 研修テーマにより重点項目は変わるため、一律に示すことは難しい

図表 2-54 意見詳細_活用時の留意点

質問	対象項目	回答概要
セルフチェックや育成に活用する際の留意点	全体	- 列挙された項目を画一的に確認するのではなく、利用者の個性を踏まえてどの項目が重要なのかを考えて確認する視点が必要である - 基礎編として本マニュアルがあることは非常に良いが、画一性ゆえに相手の価値に寄り添えなくなるリスクもあることに留意すべきである - OJT、研修等の場面では、ケアマネジャーの考えに寄り添い、「やってみたら」とエンパワメントする姿勢も重要であるため、そうした姿勢も本マニュアルに盛り込まれると良い
	セルフチェック	繰り返しセルフチェックする中で自分の変化（改善できているかどうか）を確認していくような使い方ができると良い
	OJT	OJTの1回目、2回目...と、どのような変化があったのかをともに確認できるような形でOJTが実施されることが重要である
	研修	新人から経験豊富なケアマネジャーまで、全体に行き渡るような説明ができるよう咀嚼することが発信者側には必要である

図表 2-55 意見詳細_その他

質問	対象項目	回答概要
その他	全体	- 辞書的な位置付けでぜひケアマネジャーに見てほしい。自身の業務で悩んだ時に、悩んだポイントにスポットライトを当てて参照する使い方が効果的だろう。 - ケアプラン点検の際、「そこまでアセスメントしないといけないのか」という意見がケアマネジャーから出されることがあるが、全国的な水準としてここまでのものが求められているという根拠になる 『点検用アセスメントシート』でアセスメント様式が統一されると、点検をする側も受ける側も負担が軽減する - 保険者から「この様式でアセスメントシートを提出するように」と指示されれば、ケアマネジャーはそれに沿って動くため、アセスメントシートを含めて「点検はこのパッケージで行ける」というものが完成すると非常に良い - ケアマネジャーは「時間が無い、でも自己研鑽をしなければ...」という狭間にいるため、できる限り簡便にしつつも、必要な視点が漏れないことが必要である - 業務をしながらサッと確認ができるような使い方がされると良い - 利用者もケアマネジャー自身も、基準や情報も変わっていくものであるため、「今日考えていることが全てではなく、変わっていくことが前提」という姿勢でセルフチェックや点検を行っていくことが大切である

3) 重点項目に関する意見

点検項目のうち、ケアマネジャーが特に重点的に確認すべき項目について、重点項目と位置付けて冒頭に示すことには一定の評価が得られた。一方で、何を重点項目とするかについては更なる検討の余地があることが示唆された。重点項目について得られた意見を下表に示す。

なお、重点項目に関する意見では点検項目そのものの見直しにつながる内容も得られたため、点検項目の見直しに係る意見は第2部第2章に包含した。

図表 2-56 重点項目に関する意見一覧_セルフチェック

該当箇所	項目	意見概要
セルフチェック	#10・11 水分量	摂取量だけでなく排泄量もあわせて確認していく視点が示されると良い。
	#20 利用者の主訴・要望	どのような生活を思い描いているか、何が阻害要因となっているか、理想と現実の差異を分析できているかが重要である。
	#24 生活歴	介護保険申請前後からだけでなく、より深い背景情報を理解し「その人らしさ」を理解するために把握する必要があるため、重点項目にも入ると良い。
	#27 現在の生活状況	「その人らしさ」を把握する情報が書かれていることが重要である。記載が難しく漏れやすい項目であるため、重点項目として列挙されると良い。
	#36 利用者や多職種に理解できる表記	意識が漏れやすいため、重要項目として列挙されると良い。
	#51 サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	主治医等の医療職の意見を書き漏らしてしまうことが多いため、確認ができると良い。
	#52 サービス担当者会議の議題	会議の目的を確認するきっかけとして重点項目として列挙されると良い。

図表 2-57 重点項目に関する意見一覧_育成（OJT）

該当箇所	項目	意見概要
OJT	#10・11 水分量	摂取量だけでなく排泄量もあわせて確認していく視点が示されると良い。
	#10・11 水分量 #15 排尿、排便の状態 #26 経済状況 #27 本人の役割	OJTの場面で重点的に活用すると効果的だと考えられる項目である。
	#35 アセスメントで抽出した課題に基づく二つの記載	実務では③の記載をしっかりと見に行くよう指導していることから、セルフチェック版でも③の重要性が補記されると良い。
	#38 短期目標	長期目標に加え、短期目標をOJTの流れの中で確認できると良い。
	#51 サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	主治医等の医療職の意見を書き漏らしてしまうことが多いため、確認ができると良い。
	#52 サービス担当者会議の議題	OJTでも会議の目的を確認するきっかけとして重点項目として列挙されると良い。

図表 2-58 重点項目に関する意見一覧_育成（研修）

該当箇所	項目	意見概要
研修	#24 生活歴	発症後だけでなく、発症前の生活歴のアセスメントが重要であることを伝えていけると良い。
	#28 課題の確認	特に研修では重要となること多い項目である。重点項目として示すことが大切である。

重点項目に関する意見については、次項に示すワーキンググループでの検討において、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版素案」への追加有無についてより詳細かつ慎重な検討を行った上で判断すべきであるとの意見があった。そこで、今年度事業において作成する「ケアプラン点検項目

及び項目マニュアルセルフチェック版素案」への追加は行わず、今後更なる検討を行った上で判断することとした。

4) ワーキンググループにおける検討

「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版素案」について、ワーキンググループにおいて検討を行った。検討過程で得られた意見は下表の通りである。

図表 2-59

対象	意見概要
総論	・ 課題分析標準項目、適切なケアマネジメント手法、ケアプラン点検項目は連動しているものであるため、これらを総合的に活用することが重要であることを明記すべきである。 ・ ケアプラン点検はケアマネジャーのため、ケアプランの質の向上のために実施するものであることを明記すべきである。 ・ ケアプラン点検の重要性に触れて総論を締めくくるべきである。
活用時の留意点 (セルフチェック)	・ ケアプラン点検項目を活用するにあたり、必要な項目の情報を収集するために強引なアセスメントや推測による記載が行われるべきではないことを柔らかな表現で記すべきである。
活用時の留意点 (セルフチェック・ 育成共通)	・ 重点確認シートはあくまで確認すべき項目の一部であり、利用者の状態に応じて重点項目以外の項目も確認する必要がある旨を明記すべきである。

これらの意見を反映し、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版案」とした。

4. まとめ

令和5年度事業におけるケアマネジャーアンケート調査や本事業におけるケアマネジャーヒアリング調査から、改めて点検項目及び項目マニュアルがケアマネジメントの質向上に資する可能性が示唆された。各種調査の結果を踏まえ、活用方法や活用時の留意点について明記することでよりケアマネジャーが活用しやすい内容とし、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版」(案)とした。

一方で、利用者の状態像だけでなくケアマネジャーのバックグラウンド(基礎資格等)によっても重要と捉える項目に差異があることが明らかとなった。重点項目について多様な意見が得られたが、これらの意見については今後更なる検討を行い、標準的にすべてのケアマネジャーが重視すべき項目は何かを明らかにするプロセスが必要である。

また、内容を精査した後に「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版」を広く公開していくためには、周知の方法についても慎重に検討していく必要がある。

第6章 総括（今後の課題と展開）

1. 今後の課題

（1）「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修

前期・後期研修ともに講義内容については多くの受講者が「役立った」と回答した。研修を通じた学びや成果についての回答が多く寄せられた。運営面では、研修の科目数や時期、視聴期間などについて、8～9割の受講者が「適切」と評価した。

受講者の所属は市区町村が中心で、47都道府県から受講の申込みがあった。受講者の業務経験は、ケアプラン点検に従事している者が多い一方、未経験者も3割程度おり、経験年数も短い層が中心であった。保有資格や業務経験にもばらつきがあり、受講者の背景は多様であった。

ケアプラン点検に関しては、従事者の多くが知識不足に悩んでいることが明らかになった。特に、ケアプラン点検の方法や基準、ケアマネジャーへの助言の方法などに課題を感じている受講者が多かった。ケアプラン点検の目的は「ケアマネジャーの資質向上」が最も多く、次いで、「自立支援に資するプラン作成」、「給付費の適正化」が挙げられた。また、支援パッケージを事前に知っていた人も一定数存在した。

（2）ケアプラン点検項目のブラッシュアップ

今年度事業においては、研修や点検支援ツール開発、ケアマネジャーのセルフチェックツールの検討を通して、多くの保険者、ケアマネジャーから点検項目について意見を収集する機会を得た。その中で、いくつかの点検項目については引き続き検討を行い、より判断がしやすい内容にブラッシュアップしていく必要があることが示唆されたため、これらを残された課題とした。

本事業において点検項目の改訂は今年度を起点に3年に1回の頻度で実施していくことが望ましいとしたが、本事業において明らかとなった残された課題については、今後詳細な検討を行い、3年後を待たずして改訂を行うことが望ましい。

（3）ケアプラン点検支援ツール

今年度事業においては「点検支援ツールの実証と学習モデルの再作成」、「点検支援ツール開発ロードマップの作成」、「点検支援ツールの機能改良」を通じて、点検支援ツールの社会実装への道筋がある程度示されたが、社会実装に向けては複数の課題が残されている。

まず、AIモデルの判定精度のさらなる向上が必要である。令和6年度は点検項目の拡充に合わせてAI学習モデルの再作成を実施し、一定の正解率は確認されたものの、点検者の評価と一致しないケースも散見された。特に、アセスメント様式の違いにより備考欄の情報量に差があることや、新型コロナウイルス感染症の流行期前後に記載されたケアプランの傾向に変化が見られたことが、AIの学習・予測精度に影響を与えた。こうした要因に対応するためには、学習モデルを構築する際にアセスメントシートの様式や備考欄の記載内容の違いを考慮した調整が必要であり、今後の課題となる。また、現場ニーズに応じた実務機能の拡張も引き続き求められる。面談時に優先度の高い点検項目に対する助言コメントを表示する機能は今年度新たに追加されたが、今後はさらに、点検結果を事業所単位・保険者単位で柔軟に集計・比較できる機能や、ケアマネジャーとの評価結果の共有・確認を支援する機能など、実務での

活用を後押しするツール及びユースケースが必要である。

さらに、ツールの Web 版の開発とそれを支える運用体制の構築も重要な検討課題である。現行の Excel 版のツールは、導入が容易な反面、バージョン管理や OS 依存といった制約があるため、誰でも安定的かつ最新の機能を利用できる Web 版の整備が求められる。Web 化に際しては、パブリッククラウド上での構築・運用体制の明確化、セキュリティ対応、運営主体の設計、利用者ごとの費用負担のあり方など、制度的・技術的な論点を多角的に検討する必要がある。

（４）ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討

本事業において作成した様式案をケアプラン点検のためのアセスメント様式として確定し広く公開するためには、様式の質及び取扱いについて更なる検討が必要である。

質の検証としては①アセスメントにおいて必要な項目が盛り込まれているか、掲載順は適当か、②他様式から本様式案の転記において不都合がないか、③本様式案が書類点検の自動化に資するかを十分に検討する必要がある。取扱方針の検討としては①本様式案をどのような位置付けとするか（点検時の必須様式とするか）、②アセスメント時の様式からの転記方法をどうするか（誰が転記するか、自動転記システムの開発可能性）、③本様式案を確定した後、どのように周知するかを検討する必要がある。

（５）ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツールの検討

本事業において実施したヒアリング調査において、多様なバックグラウンドを持つケアマネジャーより重点項目について様々な意見が得られた。利用者の状態像だけでなくケアマネジャーのバックグラウンド（基礎資格等）によっても、ケアマネジャーが重要だと捉える項目に差異があることが明らかとなった。得られた意見について今後更なる検討を行い、標準的にすべてのケアマネジャーが重視すべき項目は何かを明らかにするプロセスが必要である。

また、「ケアプラン点検項目及び項目マニュアルセルフチェック版」を広く公開していくためには、内容面の検討に加え周知の方法についても慎重に検討していく必要がある。

２．今後の展望

（１）「ケアプラン点検支援パッケージ」の保険者向け研修

受講者アンケートによると、点検の実施者の多くがケアプラン点検の実践において「知識が不足して困る」と感じており、特に点検方法や評価基準の統一、ケアマネジャーへのフィードバック方法に課題があることが明らかになった。また、ケアプラン点検では、ケアマネジャーと対話しながらケアマネジメントの気づきを促すことが重要であるが、適切な指摘や助言を行うことの難しさを感じる受講者も少なくない。さらに、ケアプラン点検支援パッケージの認知度は必ずしも高くなく、十分に活用されていない実態も浮かび上がった。

研修の運営面では、受講者の中には介護保険制度の知識が乏しい者や、ケアプラン点検の実務経験がない者も含まれており、受講者のレベルに応じた研修の企画が求められる。研修内容については「包括的で有用だった」との評価が多かった一方で、演習や実務に即した学びを求める声も多く、特に「理解が追いつかない」と感じた受講者が一定数いた。模範解答を示すことで有用だとの意見もあったが、具体

的な業務への応用をイメージできない受講者がいることも課題である。また、オンライン研修の特性上、集中力の維持や技術的なトラブルが参加の妨げになるケースも見られた。

こうした課題を踏まえ、今後の研修では、受講者の経験レベルに応じたプログラムや事務職・専門職など背景知識で分けたプログラムに分けて構成することで、受講者の背景に応じたより有用性の高い研修を実施することができる可能性がある。また、受講者が双方向的に関わることのできる演習科目については、人数を制限しつつ、対面研修の形式で実施することが考えられる。さらに、研修の科目により実践的な内容を取り入れることも有用である。例えば、書類点検の結果をケアマネジャーとの対話に活用する方法、今年度研修では触れなかったケアプラン点検項に関する解説、自治体での実践事例の紹介、初任職員を対象とした介護保険制度に関する参考資料の提供などが考えられる。

（２）ケアプラン点検項目のブラッシュアップ

本事業において残された課題の検討を行うとともに、今後、介護報酬改定や介護現場を取り巻く状況の変化に対応し、より質の高いケアプラン点検の実施に資するものとするため、３年に１度、定期的なケアプラン点検項目及び点検項目マニュアルの見直しを実施していくことが考えられる。

（３）ケアプラン点検支援ツール

令和６年度の事業においては、点検支援ツールの実証、学習モデルの再作成、機能改良を通じて、ツールの社会実装に向けた道筋が一定程度示された。一方で、今後の展望としては、AIモデルの精度向上とともに、Web版ツールの開発と運用体制の構築が重要な課題となる。具体的には、Web版ツールの試作及び限定的な実証実験を通じて、現場での操作性や導入効果を確認しつつ、社会実装上の課題を抽出する必要がある。併せて、パブリッククラウド上での構築・運用、セキュリティ対策、運営主体の設計、利用者ごとの費用負担の在り方といった、制度的・技術的な論点について多角的に検討を進め、持続可能な運用モデルの確立を目指す。さらに、書類点検の自動化に向けた要素機能の検証を進めるとともに、業務負担の軽減に資する機能強化を検討し、あわせて本事業で得られた知見をもとに、AI学習モデルの一層の精度向上を図る必要がある。

（４）ケアプラン点検のためのアセスメント様式の検討

ケアプラン点検のためのアセスメント様式を確定し広く周知していくために、次の検討を行う必要がある。

<利便性・機能性の検証>

- ・ アセスメントにおいて必要な項目が盛り込まれているか、掲載順は適当か。
- ・ 他様式から本様式案の転記において不都合がないか。
- ・ 本様式案が書類点検の自動化に資するかを十分に検討する必要がある。

<取扱方針の検討>

- ・ 本様式案をどのような位置付けとするか（点検時の必須様式とするか）。
- ・ アセスメント時の様式からの転記方法をどうするか（誰が転記するか、自動転記システムの開発可能性）
- ・ 本様式案を確定した後、どのように周知するか。

今後、これらの事項について検討を行った上でケアプラン点検のためのアセスメント様式を確定し、ケア

プラン点検の効率化及び質の向上を図ることを目指す。

（５）ケアマネジャーのセルフチェックに活用できるツール

今後、本事業において得られた重点項目に関する意見を精査し、ケアマネジャーがセルフチェック及び育成の場面で重点的に確認すべき項目を明らかにする。

セルフチェック及び育成における重点項目をケアプラン点検項目セルフチェック版に反映した後、広くケアマネジャーが活用していけるツールとするため、効果的な周知方法を検討し実施する。

第3部 参考資料

参考資料

- 参考資料 1 ケアプラン点検項目マニュアル第 2.1 版
- 参考資料 2 ケアプラン点検支援ツールマニュアル第 2.0 版
- 参考資料 3 参考資料 3_ケアプラン点検項目マニュアルセルフチェック版（案）

ケアプラン点検項目マニュアル

第 2.1 版

2024 年8月

目次

＜はじめに＞	1
＜項目の解説＞	3
【アセスメントシート】	3
1. 課題分析の理由	3
2. かかりつけ医	3
3. 既往歴の有無・内容	4
4. 主傷病	5
5. 内服薬・処置	6
6. ADL	6
7. IADL	6
8. 認知機能や判断能力	7
9. コミュニケーションにおける理解と表出の状況	8
10. 一日に摂取すべき水分量	9
11. 実際に摂取した水分量	9
12. 食事内容・カロリー数等	10
13. BMI	10
14. 口腔内の状態	11
15. 排尿、排便の状態	12
16. 清潔の保持	13
17. 「一部介助」項目の特記	14
18. 「見守り」項目の特記	14
19. 外出頻度、外出先	15
20. 利用者の主訴・要望	16
21. 一日の過ごし方	17
22. 離床、臥床	17
23. 現在の生活状況	18
24. 生活歴	18
25. 家族の主訴・要望	19
26. 経済状況	20
27. 本人の役割	21
28. 課題の確認	22
29. 課題の分析結果の文章化	22
30. 家族等の状況	23
31. 家族関係や周辺の社会資源との状況	24
32. 留意すべき事項	25
【居宅サービス計画書 第1表】	27

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	27
34.	総合的な援助の方針における自立の具体性	27
	【居宅サービス計画書 第2表】	29
35.	アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	29
36.	利用者や多職種に理解できる表記	30
37.	長期目標	31
38.	短期目標	31
39.	本人の役割設定	32
40.	介護保険サービス	33
41.	福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	34
42.	介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）	35
43.	利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	35
	【居宅サービス計画書 第3表】	37
44.	週間計画の整合性（介護保険サービス）	37
45.	週間計画の整合性（インフォーマルサポート）	37
46.	週間計画の整合性（1日の習慣化された活動）	38
47.	家族の役割設定の整合性	38
	【居宅サービス計画書第4表 サービス担当者会議の要点】	40
48.	サービス担当者会議の開催	40
49.	サービス担当者会議への本人の出席	40
50.	サービス担当者会議への家族の出席	40
51.	サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	41
52.	サービス担当者会議の議題（検討項目）	41
53.	サービス担当者会議の検討内容	41
54.	サービス担当者会議で残された課題	41
	【居宅サービス計画書第5表 モニタリング またはモニタリングシート】	43
55.	居宅サービス計画の交付の記録	43
56.	サービス担当者会議の招集	43
57.	利用者宅への月1回以上の訪問	44
58.	サービス事業所との連絡・モニタリング内容	44
59.	変化を捉える視点	44
60.	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	44
	【その他】	46
61.	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	46
62.	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	46
	ケアプラン点検項目一覧表	49

<はじめに>

□ ケアプラン点検項目マニュアルのねらい

ケアプラン点検は、ケアマネジメントの質を高めるための取組の一環であるとともに、地域の実情への理解を深め、保険者やケアマネジャーにとどまらない生活全般を支える体制を整え、自立支援の実現を目指すための「地域全体のケアマネジメント」の質の向上を図るものです。その結果として、被保険者が適切なケアを受ける権利を担保し、利用者の意思決定支援や適切な介護給付が実現されることが望まれます。また、最終的には利用者の尊厳保持や自立支援に資することが目標となります。

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。

これらのケアプラン点検の目的、ならびに利用者やケアマネジメントに係る状況の変化も踏まえ、「AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する調査研究事業」において、保険者によるケアプラン点検の点検項目の検討を行いました。非常に幅広い視点が求められるケアプラン点検において、既に多くのケアマネジャーがアセスメントおよび記録を適切に行っているポイントを除き、重要なポイントをケアプラン点検項目としました。

本マニュアルは、同事業で検討したケアプラン点検項目について、保険者が各項目を確認する目的や意義、及び点検における留意点について理解した上で点検を行えるよう、各項目の確認ポイントや評価基準をまとめたものです。

□ 本マニュアルの構成

- 本マニュアルは、項目解説と点検項目一覧表から構成されています。
 - 項目解説は、各点検項目について、それぞれの内容を確認する意義・目的、評価基準、確認における留意点について記載しています。
 - 点検項目一覧表は、点検項目と評価基準を一覧化しています。

□ 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。
 - ④ 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。
- 書面上で「1」の項目がある＝不適切なプランであるとは限りません。面談の際は、書類の記載内容からは読み取れない、ケアプランを作成した際の考え方やプロセスについても確認することが重要です。
- 点検作業は一方方向ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認し合い、点検を通して、介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し「気づき」を促すことが大切です。また、介護支援専門員にとっては、点検を通してケアマネジャーが自身の行う効果的な取り組みについて再認識する（気づく）機会にもなります。

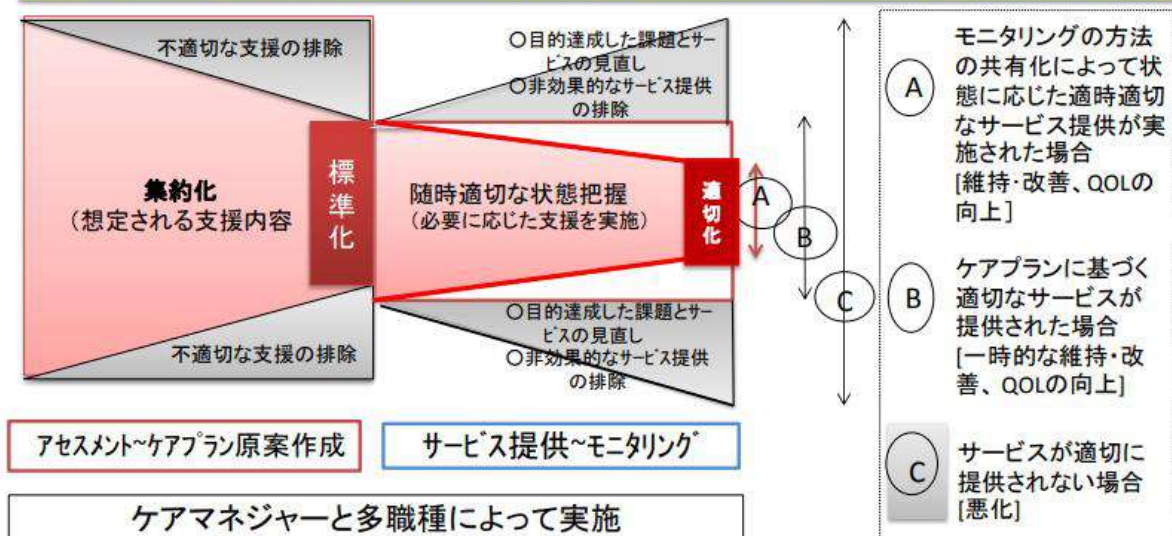
- また、保険者は点検作業を通して、地域の課題や地域資源の状況など、日頃触れる機会の少ない地域の実情に対する理解を深め、得た気づきを地域のケアマネジメントの推進に繋げることが重要です。
- 双方向の点検作業を通して、保険者・介護支援専門員の相互理解を深めることも重要な目的の1つです。
- なお、本マニュアルに示す点検項目は、利用者の自立度に関わらずすべてのケアプランに共通して点検することが想定されています。利用者の自立度が高い場合でも、丁寧なアセスメントを行うことで利用者ごとの生活環境や身体状態を踏まえた居宅サービス計画の立案につなげることができます。また、状態が変化（悪化）する前に変化に気づく「予防的な関わり」を推進するためにも、ケアマネジャーが利用者の状態変化（悪化）のリスクだけでなく、「リスクが無いことを確認する視点」を持つことが大切です。

（参考）適切なケアマネジメント手法の概要

適切なケアマネジメント手法の策定（ケアマネジメントの標準化）について（イメージ）

○ケアマネジメントの標準化に向けて、アセスメントからケアプラン原案作成までの過程につき、暗黙知を明文化することにより方向性を集約させていく。
 ○しかしケアプランが作成されても提供主体がそのケアプランに基づき適切にサービス提供を行わなければ、効果は期待できない。また利用者の心身状態の変化に応じた対応ができなければ同じく効果は期待できない。
 ○そのため、モニタリングの機能が適切に発揮されることが重要であり、モニタリングの方法を共有化し、モニタリングを通じて、より本人の状態に応じた適切なケアプランが作成されることで、自立支援に資する適切なサービス提供が可能となる。

支援内容の共有化 + 予測に基づく多職種でのサービス提供とモニタリング ⇒ 適切なサービス提供・給付の適切化



図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

出所：日本総合研究所「平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業『適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究』報告書」

<項目の解説>

【アセスメントシート】

1. 課題分析の理由

☐ 項目の概要

アセスメントシートに、アセスメントを行うきっかけとなった理由に関する記載があるかどうかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- アセスメントの理由（初回、更新、退院退所時、区分変更等）により、集めるべき情報の量や集め方が異なります。
- 特に退院退所時、区分変更等の理由では、生活環境の変化や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず、関係機関からの情報も必要となります。
- アセスメントに至った経緯等を通して、利用者や家族の生活環境にどのような変化が生じているのかを把握することが重要です。

☐ 評価基準（２段階評価）

２：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。

１：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

2. かかりつけ医

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、かかりつけ医が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾

患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整えることが必要です。

- また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整えることも重要です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。

2：かかりつけ医が1か所以上記載されている。

1：かかりつけ医が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

3. 既往歴の有無・内容

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、既往歴が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えています。それらは手術や服薬などの治療、看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリテーション、生活管理などを行うことによって今の状態が悪化しないように病氣と「うまくつき合う」ものなど実にさまざまです。
- 再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要です。

☐ 評価基準（2段階評価）

2：既往歴の有無と内容が記載されている。

1：既往歴の有無と内容が記載されていない。

他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。

☐ 評価における留意事項

特になし

4. 主傷病

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、主傷病が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えています。それらは手術や服薬などの治療、看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリテーション、生活管理などを行うことによって今の状態が悪化しないように病気と「うまくつき合う」ものなど実にさまざまです。
- 健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み、しびれ、むくみ、熱っぽさ、めまい、息苦しさ、尿量の低下等）として現れることで、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作（IADL）にどのような影響を与えているのかを把握することが大切です。
- 医療ニーズの高い疾患にかかっている利用者（呼吸器疾患や難病等で在宅酸素や吸引・吸入等が必要な者、胃ろうの設置者、嚥下障害・がん等における終末期の者等）や認知症・精神疾患・精神症状のある利用者等においては、周囲の支援者（家族、医療機関、サービス提供事業所（者）等）からの情報を収集・活用しながら、ケアプランに反映させる視点を持っていることも大切です。
- また、それぞれの症状によっては、専門職（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士等）の意見を聞きながら、予後予測の見立てを行いつつアセスメントする視点が必要です。

☐ 評価基準（2段階評価）

2：主傷病が記載されている。

1：主傷病が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

5. 内服薬・処置

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、服薬内容が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ 疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要です。また、これらについて利用者本人が可能な限り理解できるように支援することも重要です。
- ・ 薬やお薬手帳の自己管理ができず、本人から情報収集することが難しい場合がありますが、そうした状況が服薬アドヒアランスの低下に気づききっかけになる可能性があります。利用者本人から情報を収集することが難しい場合は、家族への聞き取りや、主治医・かかりつけ薬局等との連携等により内服薬を把握するよう努めることが大切です。

☐ 評価基準（2段階評価）

2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。

1：2に該当しない。

☐ 評価における留意事項

お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。

6. ADL

7. IADL

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、ADL・IADL が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ 本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL・IADL を発揮することができる体制を整える必要があります。
- ・ 自ら行う ADL・IADL はそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上や福祉用具の活用も検討をすることが重要です。

- している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込み等をアセスメントすることが大切です。

☐ 評価基準（3段階評価）

6. ADL

3：①②両方に該当する。

2：①②のいずれかが該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 起居移動（寝返り・起き上がり・座位保持・立位保持・立ち上がり・移乗・移動方法・歩行・階段昇降等）の状況が記載されている。
- ② 食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等の状況が記載されている。

7. IADL

3：①～⑧すべて記載されている。（明らかに該当しない項目を除く。例：寝たきりの方の車の運転等）

2：①～⑧のうち半分以上が記載されている。

1：上記に該当しない。

- ① 調理
- ② 掃除
- ③ 洗濯
- ④ 買物
- ⑤ 服薬管理
- ⑥ 金銭管理
- ⑦ 電話
- ⑧ 外出時の移動手段（交通機関の利用、車の運転等）

☐ 評価における留意事項

特になし

8. 認知機能や判断能力

☐ 項目の概要

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行

動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）が記載されているかを確認します。

☐ 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。

☐ 評価基準（3 階評価）

3：①②両方に該当する。

2：①②のいずれかに該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況が記載されている。
- ② （認知症と診断されている場合）中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）が記載されている。

☐ 評価における留意事項

認知症でない場合は、日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況が記載されていれば「3」として下さい。

9. コミュニケーションにおける理解と表出の状況

☐ 項目の概要

コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況、コミュニケーション機器・方法等に関する記載がされているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 本人の望む暮らしの実現に向けた、本人の主訴や意向の把握や意思決定支援等のためには、本人のコミュニケーションの状況を正確に確認することが重要です。
- コミュニケーションの表出については、視覚、聴覚等の能力だけでなく、言語・非言語における意思疎通や、コミュニ

ケーション機器・方法等（電話、PC、スマートフォンも含む）も確認することが必要です。

- コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、適切な補助機器の使用や専門職の支援を受けられる環境を整えることが大切です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：①②両方に該当する。

2：①②のいずれかが該当する。

1：上記に該当しない。

- ① コミュニケーションの理解の状況が記載されている。
- ② コミュニケーションの表出の状況が記載されている。

☐ 評価における留意事項

特になし

10. 一日に摂取すべき水分量

11. 実際に摂取した水分量

☐ 項目の概要

アセスメントシート（別紙でも可）において、一日に摂取すべき水分量が記載されているかどうかを確認します。

☐ 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ます、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ます、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。

☐ 評価基準（２段階評価）

10. 一日に摂取すべき水分量

2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。）

1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。

11 実際に摂取した水分量

2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。）

1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

12. 食事内容・カロリー数等

13. BMI

☐ 項目の概要

アセスメントシート（別紙でも可）において、食事や摂食嚥下機能の状況、BMI 等に関連する情報が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ 食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要です。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要です。
- ・ そのため、体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握することが必要です。
- ・ 「食事摂取の状況」では、食事の準備、食事の摂取、両面からアセスメントを行うことが必要です。
- ・ 加えて、摂食嚥下の過程における問題や、食事環境、食事姿勢などの状況も把握することで、必要な専門職との連携を図ることが大切です。

☐ 評価基準

12. 食事内容・カロリー数等（3段階評価）

3：①～④すべてが記載されている。

2：①～④のいずれかが記載されている。

1：上記に該当しない。

- ① 食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）
- ② 必要な食事の量（栄養、水分量等）
- ③ 摂食嚥下機能の状態
- ④ 食事制限の有無

13. BMI（2段階評価）

2：BMI が記載されている。

1：BMI が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

身長・体重が記載されている場合も、BMI が記載されていない場合は「1」としてください。

14. 口腔内の状態

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、口腔の状態について記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素です。口腔の状態と嚥下機能の低下とは密接な関係があり、見逃してしまうと誤嚥性肺炎などを引き起こす原因にもつながります。また、口臭などが原因で、家族や友人などから指摘されたり、敬遠されるなど、コミュニケーションの悪化や、社会参加への気後れなどにもつながる場合があります。
- 口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられます。
- 正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながるため、歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながります。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となります。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：以下①②両方に該当する。

2：以下①②のいずれかが該当する。

1：以下①②いずれも該当しない。

① 口腔ケアの自立の程度が記載されている。

② 残歯、義歯の状況、かみ合わせや口腔内の状態（汚れ、舌苔、口臭、口腔乾燥、腫れ、出血の有無等）のいずれかが記載されている。

☐ 評価における留意事項

特になし

15. 排尿、排便の状態

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、排尿・排便が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ 排尿・排便の問題は、最も家族や他人の手を煩わせたくない事柄の 1 つです。それだけ排尿・排便のコントロールは、利用者の尊厳にかかわる大切な事柄であり、単に健康管理や治療面の問題だけではなく、在宅の生活を送る上においてとても重要なことです。
- ・ 排泄と言言に言っても、さまざまな情報（ADL、本人の意欲、食事量や水分摂取量、下剤との関係、介助者の健康や排泄に対する意識、住環境等）を基にしたアセスメントが必要になります。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：①～⑥すべてが記載されている。

2：①～⑥いずれかが記載されている。

1：上記に該当しない。

① 排泄の場所・方法

② 尿・便意の有無

③ 失禁の状況等

- ④ 後始末の状況等
- ⑤ 排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）
- ⑥ 排泄内容（便秘や下痢の有無等）

☐ 評価における留意事項

特になし

16. 清潔の保持

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、清潔の保持に関する記載がされているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 皮膚疾患や感染症の予防と治療の観点に加え、周囲との関係性を円滑にする観点からも、清潔を保つことが重要です。なお、清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応する必要があります。
- 着衣の清潔状況の観察も、利用者の生活の変化を把握するうえでは重要な視点です。着衣が清潔でない場合には、その原因や生活上の課題についても確認することが大切です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：①～④すべてに該当する。

2：①～④のいずれかが該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 入浴の状況が記載されている。
- ② 整容の状況が記載されている。
- ③ 皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）が記載されている。
- ④ 寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）が記載されている。

☐ 評価における留意事項

特になし

17. 「一部介助」項目の特記

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、一部介助の動作や転倒・骨折等の想定されるリスクがどのように記載されているかを確認します。

☐ 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、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、家族等介護者である家族等が、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。
- また、骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる点等を未然に防ぐことが必要です。転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要なリハビリテーションを継続する支援体制を整えることが重要です。

☐ 評価基準（3段階評価）

- 3：一部できること、できないことが記載されている。また、転倒・骨折のリスクについても記載がなされている。
- 2：一部できること、できないことが記載されているが、転倒・骨折のリスクについては記載がなされていない。
- 1：上記に該当しない。

☐ 評価における留意事項

特になし

18. 「見守り」項目の特記

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、見守りの必要な内容が記載されているかを確認します。

☐ 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。本人の ADL/IADL の状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整することが重要です。
- どの程度の声かけ、見守り、支援があれば今まで楽しんできたことが継続できるかについて整理し、誰が、いつ、どのように支援すればよいか、必要な支援あるいはサービス内容を調整することが重要です。

□評価基準（２段階評価）

- ２：必要な見守りの内容が記載されている。
 １：必要な見守りの内容が記載されていない。
 他：「見守り」項目がない。

□評価における留意事項

特になし

19. 外出頻度、外出先

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、外出頻度や外出先が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。
- 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る。

□評価基準（３段階評価）

- ３：外出頻度、外出先がどちらも記載されている。
 ２：外出頻度が記載されている。
 １：上記に該当しない。
 他：アセスメント内容等から判断し、外出できない理由（感染症等）があると考えられる。

☐ 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。

20. 利用者の主訴・要望

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 主訴は、利用者が現在困っていることやこうしてほしいという願い・要望など、利用者本人や家族が抱える問題状況を理解するための「入口」となる重要な部分です。この主訴を通して、現在の生活の送り方やその背景となる要因を把握することが大切です。
- 利用者や家族にとっては、何をどう説明してよいのか分からないことも多々あります。主訴と思って話した内容が、本当の主訴ではないこともあります。利用者にとっての「真の主訴」が何にあたるのかを考察しながら面談を進めることが重要です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：利用者がどのような生活を送りたいと考えているか（暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等）について、本人の言葉や本人が家族等に表明している意思を基に具体的に記載されている。

（第2号被保険者ケアプランの場合は、社会的また家庭内においてどのような生活を望むのかの記載がある。）

2：利用者がどのような生活を送りたいと考えているかについて記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。

1：利用者の主訴や要望が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

21. 一日の過ごし方

22. 離床、臥床

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の 1 日の過ごし方がどのように記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就や就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わり
の状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整えることが重要で
す。
- 本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するこ
とが重要です。

☐ 評価基準

21. 1 日の過ごし方（3 段階評価）

3：利用者の 24 時間の過ごし方について、少なくとも、起就床、食事、服薬、排せつの 4 つ全てが記載されている。

2：起就床、食事、服薬、排せつのうち 3 つが記載されている。

1：起就床、食事、服薬、排せつのうち記載されていないものが 2 つ以上ある。

※服薬については、第 2 表に服薬に関する記載があるにも関わらず、服薬に関する記載が第 3 表に記載されていない場
合は「記載なし」としてください。

22. 離床、臥床（2 段階評価）

2：項目 No.21「1 日の過ごし方」の活動状況に離床・臥床の別が明示的に記載されている。

1：2 に該当しない。

他：サービス内容等から判断し、寝たきりであると考えられる。

☐ 評価における留意事項

服薬については、第 2 表に服薬に関する記載があるにも関わらず、服薬に関する記載が第 3 表に記載されていない場
合は「記載なし」としてください。

23. 現在の生活状況

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の生活状況がどのように記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 利用者が生活してきたなかで大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることが、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。
- 生活状況では、「できること」「していること」「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。
- そのためには、現在の生活状況を、生活機能や健康状態、生活環境、家族、地域、仕事等を中心とする社会との関わり等、多様な側面からアセスメントし、これまでの利用者や家族の生活のあり方、担ってきた、また担いたいと思っている役割等を認識することが必要です。
- また、課題には居住環境（物理的な環境と、室温の状況や清掃の状況といったコントロール可能な状況の両方を含む）が影響している場合があります。利用者の生活状況は、居住環境も含めて総合的に確認することが大切です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：以下①②の両方に該当する。

2：以下①②のいずれかに該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 現在の生活状況が記載されている。
- ② その人らしさを象徴する情報（利用者がこれまでの生活の中で大切にしてきたことやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なこと、担っている役割等）が簡潔に記載されている。

☐ 評価における留意事項

特になし

24. 生活歴

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の生活歴がどのように記載されているかを確認します。

☐この項目を確認する必要性

- 本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要です。
- 暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握することが重要です。
- また、本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、そのためには本人の強みを引き出すための情報収集が重要となります。本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整えることが重要です。

☐評価基準（３段階評価）

３：疾患等を発症するまでの生活や考え方が記載されており、価値観、趣味、強みを発揮できることや苦手なことなど、本人のその人らしさを捉えることができる。（出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受傷前までの生活の状況等についても記載されている。）

２：生活歴が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。

１：病歴のみが記載されている。

☐評価における留意事項

特になし

25. 家族の主訴・要望

☐項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。

☐この項目を確認する必要性

- 本人の尊厳のある生活を支えていくことは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要です。
- 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等の

意向を把握することも重要です。家族等が要介護認定を受けている場合であっても、その方が意思決定に関わる場合には意向の把握に努めることが大切です。

- 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：家族の続柄とともに、ありのままの言葉で具体的に主訴や要望が記載されている。（続柄はアセスメントシート以外に記載されていてもよいものとする。）

2：家族の主訴や要望が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。

1：家族の主訴や要望が記載されていない。

他：連絡のつく家族がいない。

☐ 評価における留意事項

特になし

26. 経済状況

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、社会保障制度の利用状況や本人の経済状況が把握されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 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。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：①②両方に該当する。

2：①に該当する。

1：上記に該当しない。

① 利用可能な介護費用額（第2号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）が記載されている。

② 利用可能な介護以外の費用額が記載されている。

☐ 評価における留意事項

②の記載があるが①の記載がない場合は「1」としてください。

27. 本人の役割

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、本人の役割がどのように記載されているかを確認します。

☐ 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。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：本人の現在の地域や家庭での役割とともに、今後希望・想定する役割が記載されている。

2：現在の役割、希望・想定する役割のいずれかが記載されていない。

1：現在の役割、希望・想定する役割のいずれも記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

28. 課題の確認

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、項目ごと・項目間で抽出した課題が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ ケアプランは、利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて希望が見出せる計画書である必要があります。そのためには適切なアセスメント（客観的な指標）過程を経て、課題を抽出していくことが大切になります。
- ・ 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、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているか確認する必要があります。

☐ 評価基準（2段階評価）

2：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出している。

1：2に該当しない。

☐ 評価における留意事項

特になし

29. 課題の分析結果の文章化

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、項目ごと・項目間で抽出した課題の記載内容と第1表との関連性について確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ ケアプランは、利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向

けて希望が見出せる計画書である必要があります。そのためには適切なアセスメント（客観的な指標）過程を経て、課題を抽出していくことが大切になります。

- 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、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているか確認する必要があります。
- 1つひとつの問題が整理され、課題が集約されていく背景において重要なのは、利用者と介護支援専門員と介護支援専門員がアセスメントの過程を通して信頼関係を構築していくことです。利用者が要望するサービスを単に組み込むのではなく、どのようなサービスをなぜ要望しているかについて、掘り下げて確認していく中で、利用者に「気づき」が生まれることがあります。最終的には利用者の「望む生活」がより明確になり、利用者自らが課題解決へと積極的に望む姿勢を生み出すことにつながります。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出し、具体的に記載している。また、課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がある。

2：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出し、記載しているが、課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がない。または、記載内容が具体性に欠ける。

1：上記に該当しない。

☐ 評価における留意事項

特になし

30. 家族等の状況

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の状況がどのように記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 介護保険は利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。利用者及び家族の自立を支援すること、ADL・IADLの「生活上の手間」への支援を目的とします。介護保険は家族介護を社会的に支援することを目指しており、家族が出来ることや家族だからこそ出来る「心の支え」までフォローできるものではありません。
- 家族といっても、誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。家族自身の生活や近隣との関係、しがらみなどの影響を受けながら介護しているのが現状です。
- 利用者主体の介護を行うためにも、ときには状況に応じて家族に重点をおいた支援の方策を練ることが必要となる場合もあります。そうすることで、家族の力がまた大きくなり、利用者への支援に還元されることにつながります。

- また、介護への「向き合う姿勢」を予め把握しておくことで、「声掛け」の頻度や内容、モニタリング時のアセスメントの中味を考えることができます。また、介護の燃え尽きや虐待的状況を未然に防ぐ「予防効果」も期待されます。

☐ 評価基準（３段階評価）

３：家族の介護への協力の意向、介護力に加え、家族の理解度や受け止め、ストレス等の状況を把握している。
（家族の就労・就業状況、家族関係についても記載されている。）

２：家族の介護への協力の意向、介護力を把握しているが、家族の理解度や受け止め、ストレス等の状況は把握していない。もしくは、家族の状況が記載されていないが、聞き取りが出来ない理由（例：家族が疎遠、死別等）が記載されている。

１：上記に該当しない。

☐ 評価における留意事項

特になし

31. 家族関係や周辺の社会資源との状況

☐ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族構成が分かる図（ジェノグラム）や周辺の社会資源との関係性の分かる図（エコマップ）が記載されているかを確認します。

☐ 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、地図のように系統的、図式的に描き出したものです。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。

□評価基準（3段階評価）

3：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている。（エコマップが記載されている。）

2：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。

1：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

32. 留意すべき事項

□項目の概要

本項目では、特に留意すべき状況に関する記載があるかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- ・ 特に留意すべき事項・状況がある利用者の場合、他制度（医療も含む）との連携の視点を持つことが重要です。
- ・ 具体的な例として、次のような状況の記載が想定されています。
 - ・ 虐待が疑われる場合：地域包括支援センターや行政との連携
 - ・ 緊急やむを得ない場合で身体拘束を行っている方：緊急やむを得ない状況や関係者との緊密な連携等
 - ・ 医療依存度の高い方やターミナル期の方：医療関係者等との緊密な連携
 - ・ 障害がある方：相談支援専門員等との連携
 - ・ 経済的に困窮している方：生活保護や生活困窮者自立支援制度等の利用検討
 - ・ 日本語が母語ではない方、災害等により生活に変化が生じている場合等の関連機関との連携
 - ・ その他：成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等との連携

□評価基準（2段階評価）

2：留意すべき事項・状況があり、他制度（医療を含む）等必要な機関や関係者との連携について記載されている。

1：留意すべき事項・状況があるが、他制度（医療を含む）等必要な機関や関係者との連携について記載されていない。

他：留意すべき事項・状況がない。

□ 評価における留意事項

本項目は、留意すべき事項・状況があると思われる場合に、他制度等との連携の記載があるかを確認します。留意すべき事項・状況がない場合は「他」とします。

【居宅サービス計画書 第 1 表】

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

☐ 項目の概要

第 1 表の「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」のうち、ここでは特に利用者と家族の生活に対する意向を確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 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。
- 利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々区別して記載する必要があります。

☐ 評価基準（3 段階評価）

3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が固有の具体性をもって記載されている。

2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。

1：上記に該当しない。

- ① 本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。）
- ② 家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄または名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。）

☐ 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。

34. 総合的な援助の方針における自立の具体性

☐ 項目の概要

第 1 表の「総合的な援助の方針」がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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、検討の上、総合的な援助の方針を記載します。
- 利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性が分かりやすい表現となっていることが大切です。
- 利用者及び家族と相談したうえで、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。あらかじめ支援者のなかでも、どのような場合を緊急事態と考えているのかや、緊急時を想定した対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームのなかでの共通認識を図っておくことで、スムーズな対応ができます。緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておくことが重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①～③すべてに該当する場合は「３」とする。

２：以下①②のいずれも該当する場合は「２」とする。

１：上記に該当しない。

- ① 利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。
- ② 緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。
- ③ 生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。

□評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書 第2表】

35. アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載

☐ 項目の概要

第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」がどのように記載されているかを確認します。

☐ 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を目指すのかということを明確にしていくこ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。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：以下①～③すべてに該当する。

2：以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。

1：以下①が該当しない。

- ① アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。
- ② 状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出されている。
- ③ 利用者の望む生活を実現する課題となっている。

☐ 評価における留意事項

特になし

36. 利用者や多職種に理解できる表記

☐ 項目の概要

第2表の表記（どのような用語が使われている等）について確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、利用者及び家族が、「自分たちの課題（ニーズ）」として捉えていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語は避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることができることになることもあります。
- 課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取組を始めようと思えるようなわかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。
- 病気や障害があっても、残された機能や能力で、出来ることはたくさんあります。介護支援専門員が積極的に利用者と一緒に行えることを見つけていく作業を丁寧に行うことで、ネガティブだった利用者自身の気持ちに徐々に変化が現れ、次第に気持ちがポジティブに変わっていくことがあります。その過程を大切にすることが利用者及び家族との信頼関係をさらに構築することにつながります。
- また、関わる多職種が共通目標を持つことで、チームの信頼関係が深まります。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：以下①～③すべてに該当する。

2：以下①②に該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 目指す方向性と役割が記載されている。
- ② 専門用語を用いずに記載されている。
- ③ 利用者の意欲を引き出す肯定的な表現で記載されている。

☐ 評価における留意事項

「理解できる/できない」は、主に次に2つの視点で判断します。

- ① 専門用語を用いず、肯定的に表記しているか。
- ② 本人・家族・多職種が目指す方向性とそれぞれの役割が分かるか。

37. 長期目標

☐ 項目の概要

第2表の「長期目標」がどのように記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 「課題」とは利用者及び家族が解決したい事柄であり、自立支援に向けての最初の一步となります。目標は、課題達成に向けて具体的に取り組む内容のゴール（結果）になります。そのためには、具体的に達成すべき生活像がわかりやすくイメージできるような記載が大切になります。
- 「長期目標」は、いつまでに、どのレベルまで解決するのか（達成するのか）を記載したものです。利用者及び家族の取り組みの状況によっては、目標そのものが理解されているかを検討する必要性が生まれる場合もあります。また、状況の変化に応じて目標を修正することも必要となります。
- 家族、ケアチームなど利用者とともに目標を目指す支援者の考えを利用者に押しつけないよう注意が必要です。

☐ 評価基準（3段階評価）

3：以下①～③すべてに該当する。

2：以下③に該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。
- ② 具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載になっている。
- ③ 長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。

☐ 評価における留意事項

特になし

38. 短期目標

☐ 項目の概要

第2表の「短期目標」がどのように記載されているかを確認します。

☐この項目を確認する必要性

- 「短期目標」は、長期目標を達成するために段階的に計画する具体的な活動（支援）の目標となります。「短期目標」の積み上げの先に、長期目標の達成があり、長期目標の達成が課題（ニーズ）の解決につながり、課題の解決の先に利用者の「望む生活」が見えてきます。
- 課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として、的を絞った具体的な表記であることが大切です。

☐評価基準（3段階評価）

3：以下①～⑤すべてに該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。

2：以下①②③に該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。

1：上記に該当しない。

- ① 状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標が設定されていない。
- ② 長期目標と同じ目標が設定されていない。
- ③ サービスを利用することが目標に設定されていない。（「〇〇に通う」、「〇〇サービスを受ける」等となっていない。）
- ④ 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- ⑤ 抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージできる表記になっている。

☐評価における留意事項

特になし

39. 本人の役割設定

☐項目の概要

第2表において、サービス計画に本人の役割が記載されているかを確認します。

☐この項目を確認する必要性

- 日常生活において、できることは自ラ行い、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制を整えることが重要です。

☐ 評価基準（２段階評価）

２：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。（第２号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。）

１：２に該当しない。

☐ 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。

40. 介護保険サービス

☐ 項目の概要

本人の力で取り組めること、インフォーマルサポートの協力により取り組めること、介護保険サービスで取り組めることが、利用者・家族の状況に応じた適切な内容・頻度で計画されているか（介護保険サービスの導入が前提と思えるようなケアプランになっていないか）、ケアマネジャーが根拠を持って本人の取り組み、インフォーマルサポート、介護保険サービスを計画しているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- サービスを利用する必要があるが支給限度額や利用料の負担の影響により利用できない場合や、要望のみが行い必要以上と思われるサービスが計画されている場合もあります。利用者の自立支援・重度化防止を目指したサービス量であるか、利用者のできることまで介助してしまうことにより自立を阻害していないことであるかを確認することが必要です。
- 利用者の状態や、家族の介護負担軽減に配慮した利用頻度を検討することが大切です。

☐ 評価基準（２段階評価）

２：生活全般の解決すべき課題に対して、本人の力で取り組めること、インフォーマルサポートの協力により取り組めること、介護保険サービスで取り組めることの内容および頻度が記載されている。かつ、利用者の状況等、当該サービスを必要とする根拠が記載されている。

１：上記に該当しない。

他：福祉用具貸与以外の介護保険サービスの利用がない。

☐ 評価における留意事項

本人の状態や環境等により、必要なサービスの内容・頻度は異なります。根拠をもってサービスの内容・頻度を計画しているかを確認することが大切です。

41. 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由

☐ 項目の概要

第2表において、サービス計画に福祉用具貸与・販売の利用が含まれている場合、その福祉用具の利用を必要とする理由（または利用内容）が記載されているかを確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 福祉用具については、利用者の心身の状況や生活環境に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要です。
- そのため、福祉用具貸与また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ことが必要です。
- 1つの理由で複数の福祉用具を利用する必要がある場合があります。そのため、福祉用具の利用理由は、必ずしも品目と1対1で記載される必要はなく、利用する福祉用具の理由や利用内容が、アセスメントシートやケアプラン全体から読み取れることが重要です。
- 福祉用具の必要性は、住環境も大きく関連します。本人の心身の状態だけでなく、環境を踏まえて必要性が検討されているかを確認することも重要です。

☐ 評価基準（2段階評価）

2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。

1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。

他：福祉用具貸与・販売の利用がない。

☐ 評価における留意事項

特になし

42. 介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）

☐ 項目の概要

第2表のサービス内容がどのように記載されているか（保険給付対象外サービスが含まれているか）を確認します。

☐ この項目を確認する必要性

- 短期目標達成のために必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セルフケア）、家事支援、介護保険サービス、インフォーマルサービス、地域の助け合い等をはじめとするインフォーマルサポートで行うものなどがあります。
- サービス内容によっては、通院、服薬、治療など医療サービスに関わる種別（例：医院、病院、薬局、鍼灸院等）や実費で利用されるサービス（例：タクシー送迎、配食サービス等）もあります。これらの医療サービスや実費サービスも利用者及び家族にとっては「生活を支えてくれる資源」です。サービス内容と「サービス種別」は介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載することが必要です。

☐ 評価基準（2段階評価）

2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。

1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。

他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。

なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。

☐ 評価における留意事項

インフォーマルな支援が含まれていない場合に、直ちに不適切というのではなく、インフォーマルな支援に関して、含まれていない理由や、支援の導入を検討したかどうかについて確認します。

43. 利用者の意思を反映したサービス事業所の利用

☐ 項目の概要

第2表のサービス内容・サービス事業所がどのように記載されているかを確認します。

☐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。

☐評価基準（3段階評価）

3：以下①②の両方に該当する。

2：以下②に該当する。

1：上記に該当しない。

- ① 短期目標達成のために必要な「サービス内容」となっている。
- ② 利用者の状況（利用者・家族の意向やアセスメント結果等）を踏まえてサービス事業所を選定している。

☐評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書 第3表】

□項目の概要

第3表の週間サービス計画表がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 第2表のサービスや支援が、第3表を通して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、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどがないか確認できるものとなります。
- 課題（ニーズ）を解決していくためには、介護サービスの利用だけに頼るのではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておく必要があります。
- 介護サービス以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。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しておくことで家族を含めたケアチームが関わっているかを確認することができます。
- 「週間サービス計画表」は、日、週、月単位の情報を集約したものです。週単位で計画されることの多い介護サービス利用の時間も1週間単位で確認できるので、生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができます。また、サービス提供者（例：ホームヘルパー等）も、曜日や時間帯ごとのサービス利用の状況を確認することにより、他のサービスとの役割分担と連携を認識することができるので、チームケアを行う上においても効果的です。

□評価基準（2段階評価）

44. 週間計画の整合性（介護保険サービス）

2：介護保険サービスについて、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）

1：介護保険サービスについて、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されていない。

45. 週間計画の整合性（インフォーマルサポート）

2：以下①②の両方に該当する。

1：2に該当しない。

- ① インフォーマルサポート（介護サービス以外の支援：家族による支援、多様な主体により提供される生活支援サービス、利用者自身の継続的な取り組み等）について記載がされている。
- ② 介護サービス以外の取組について、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に週単位以

外の活動が記載されていないものの、第 3 表に記載されている場合は該当するものとする。)

46. 週間計画の整合性（1 日の習慣化された活動）

2：以下①②の両方に該当する。

1：2 に該当しない。

- ① 起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容・食事・散歩・掃除・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第 3 表内に記載されている。
- ② 一日の習慣化された活動について、第 2 表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（第 2 表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第 3 表に記載されている場合は該当するものとする。）

☐ 評価における留意事項

特になし

47. 家族の役割設定の整合性

☐ 項目の概要

家族の関与がある場合には第 3 表の週間サービス計画表において、家族の役割がどのように記載されているかを確認します。この項目は家族が現に行っていることをより視覚的に確認するためであり、積極的に介護することを求めるものではありません。

☐ この項目を確認する必要性

- ・ 本人の介護に家族が関与している場合には、介護サービス以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。
- ・ 「週間サービス計画表」を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族側の事情も影響することに留意が必要です。

☐ 評価基準（2 段階評価）

2：第 2 表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第 3 表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。

1：第 2 表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載

されていない。

他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。

☐ 評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書第 4 表 サービス担当者会議の要点】

□項目の概要

第 4 表における、サービス担当者会議に関する記載内容を確認します。

□この項目を確認する必要性

- ・ 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、共通の目標の下、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。
- ・ 会議の参加者は、利用者、家族、主治医、ケアプランに位置付けられているサービスの担当者、近隣住民やボランティア等の関係者です。
- ・ 第 4 表には、開催したサービス担当者会議の要点を、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。

□評価基準（2 段階評価）

48. サービス担当者会議の開催

（2 段階評価）

2：会議が開催されている。

1：会議が開催されていない。

49. サービス担当者会議への本人の出席

（2 段階評価）

2：利用者が会議に出席している。

1：利用者が会議に出席していない。

50. サービス担当者会議への家族の出席

（2 段階評価）

2：家族が会議に出席している。

1：家族が会議に出席していない。

他：アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる。

51. サービス担当者会議へのサービス担当者の出席

（2段階評価）

2：「会議出席者」欄に全てのサービス担当者が記載されている。欠席者は、会議開始前に照会の上、欠席の旨が記載されている。

1：2に該当しない。

52. サービス担当者会議の議題（検討項目）

（3段階評価）

3：以下①②の両方に該当する。

2：以下①②のいずれかに該当する。

1：以下①②どちらも該当しない。

- ① サービス担当者会議の「検討した項目」欄等へ新規・更新・区変・退院・ケアプラン変更・課題の共有や検討等の会議の開催理由が記載されている。
- ② 「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されている。

53. サービス担当者会議の検討内容

（3段階評価）

3：以下①②の両方に該当する。

2：以下①②のいずれかに該当する。

1：以下①②どちらも該当しない。

- ① 「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。
- ② 「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。

54. サービス担当者会議で残された課題

（2段階評価）

2：結論に至らない、時期を見て議論すべきこと等が記載されている。課題がない場合は、担当者会議要点の「残された課題」欄に残された課題はない旨が記載されていれば「2」とする。

1：2に該当しない。

☐ 評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書第 5 表 モニタリング またはモニタリングシート】

□項目の概要

第 5 表における、モニタリングに関する記録の内容を確認します。

□この項目を確認する必要性

- モニタリングとは、ケアプランの目標の達成状況やニーズの変化等を把握することであり、利用者の状況とサービスが合致しているかを確認します。モニタリングの結果、必要があればケアプランの変更を行う必要があります。
- 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。
- 第 5 表は、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、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。
- 記載においては、わかりやすい記載を行うとともに、漫然と記載するのではなく、項目ごとに整理して記載することが重要です。

□評価基準

55. 居宅サービス計画の交付の記録

（3 段階評価）

3：以下①②の両方に該当する。

2：以下①②のいずれかに該当する。

1：以下①②どちらも該当しない。

- ① 利用者へ居宅サービス計画を交付した記録が記載されている。
- ② サービス担当者へ居宅サービス計画を交付した記録が記載されている。

56. サービス担当者会議の招集

（2 段階評価）

2：第 5 表にサービス担当者会議の招集について記載されている。

1：2 または他に該当しない。

他：提出された居宅介護支援経過の期間外にサービス担当者会議を開催している。

57. 利用者宅への月 1 回以上の訪問

（2 段階評価）

2：面談の日時、場所、相手、モニタリング内容（短期目標の達成度、満足度等）のすべてが記載されている。モニタリング内容の詳細が別紙の場合も「2」とする。

1：2 または他に該当しない。

他：入院等、利用者の理由により実施できない場合。

58. サービス事業所との連絡・モニタリング内容

（3 段階評価）

3：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。

また、以下いずれかに該当する。

- ・サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録が記載されている。

- ・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が記載されている。

2：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「2」とする。

1：上記に該当しない。

59. 変化を捉える視点

（2 段階評価）

2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。

1：2 に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー & ペースト状態）の場合。

60. 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

（2 段階評価）

2：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。

1：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。

他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。

＜医療者への報告事項に該当する情報例＞

- 薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している
- 薬の服用を拒絶している
- 使い切らないうちに新たに薬が処方されている
- 口臭や口腔内出血がある
- 体重の増減や見た目の変化がある
- 食事量や食事回数に変化がある
- 下痢や便秘が続いている
- 皮膚の乾燥や湿疹等がある
- リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない

☐ 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。

- 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が記載されているか。

【その他】

61. ケアプランに位置付けられている多職種との連携

□項目の概要

ケアプラン作成～モニタリングの全般における、ケアプランに位置付けられている多職種との連携の状況がどのようになっているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 利用者の支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要です。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要です。
- その際に大切なのは、一方的な意見聴取になるのではなく、双方向のやり取りを行うことです。例えば、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種へ適切な情報提供を行うことが必要ですし、効果的・継続的に連携を行う上では、意見を収集した後にフィードバックを行うことも重要です。

□評価基準（3段階評価）

3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供、意見収集などの双方向のやり取りを行っている。

2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。

1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。

□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（及びセサメントシート等）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。

62. ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

□項目の概要

ケアプランに位置付けられていない多職種との連携の状況がどのようになっているかを確認します。

☐この項目を確認する必要性

- 高齢者の生活を支えるためには、心身の状態に応じてその人らしい生活を送り、家庭や地域での役割を持つことができるような体制を整える視点（「活動と参加」の視点）も必要です。
- リハビリテーション職の視点など、多職種の知見を取り入れることで、利用者の自立支援・重度化防止の視点が強化された支援が可能となることがあります。そのため、自立支援型地域ケア会議など、ケアプランに位置付けられていない多職種の知見を得る機会があるか、確認を行いましょう。

☐評価基準（２段階評価）

２：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。

１：２に該当しない。

☐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。

参考文献

- ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引編集委員会「介護保険 ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引」中央法規,2008
- 厚生労働省「介護保険最新情報 Vol.958「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」
- 厚生労働省「指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準」
- 日本総合研究所「令和2年度 適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア 令和2年度改訂版」
- 中央法規出版編集部「七訂 介護福祉用語辞典」中央法規,2015

ケアプラン点検項目一覧表

ケアプラン点検支援ツールマニュアル

第 2.0 版

2025 年 3 月

目次

はじめに	3
基本的な使用方法	4
1. 使用の流れ	4
2. 評価のみかた	8
3. 各画面の説明	12
4. 「基本的な使用方法」に関する Q&A	15
付録：応用的な使用方法	18
1. 集計用データの出力手順	18
2. エクセルを活用したデータの集計例	22
3. レーダーチャートによる事業所別集計	24
4. レーダーチャートによるケアマネジャー別集計	25
5. 経年表示-集合棒グラフによる事業所別集計	26
6. 経年表示-集合棒グラフによるケアマネジャー所別集計	29
7. 「応用的な使用方法」に関する Q&A	32

はじめに

□ ケアプラン点検支援ツールのねらい

本ツールは、主に保険者向けに、ケアプラン点検における点検項目（以下、点検項目）をより効率的にケアプラン点検に活用しやすくするため、点検項目の点検結果をもとに「ケアプランの記載の充実度」※や「面談時の確認ポイント」を可視化するものです。

※ 「ケアプランの記載の充実度」とは、点検項目において定義されるケアプランに記載されるべき事項がどれだけケアプランに表れているかを示すための、本ツール独自の指標です。

□ 活用方法（利用を想定するシーン）

本ツールは、各保険者の状況等に応じて、以下のような用途でご使用いただくことを想定し、開発されています。

- ・「ケアプランの記載の充実度」情報をもとに、特に優先して面談すべきケアプランを選出する
- ・「ケアプランの記載の充実度」情報をもとに、ケアプラン点検の前後でのケアプランの変化を比較する
- ・「助言コメント」情報をもとに、事前に面談時優先して確認すべきポイントを把握する

等

□ 運用上の留意点

本ツールで示されるのはあくまで「ケアプランの記載の充実度」や、そこから導かれる「面談時の確認ポイント」であり、適切なケアプランであるか否かではありません。「ケアプランの記載の充実度」が低いケアプランであっても不適切なプランとは限らないため、ケアプランに表れていない情報については面談を通して把握し、ケアプランを作成した際の考え方やプロセスを確認する必要があります。

※ 点検項目を活用したケアプラン点検時の留意点等については「点検項目マニュアル」の「活用方法・留意点」の項目も参照ください。

また、本ツールが示す「ケアプランの記載の充実度」等については、必ずしも期待する評価結果が示されるものではありません。あらかじめご了承ください。（例えば、地域のケアプラン点検の観点やケアプランの記載様式等によっては、十分に必要な情報が記載されているケアプランであっても、本ツールで判定したときに「ケアプランの記載の充実度」が低いと示される場合があります。）

基本的な使用方法

1. 使用の流れ

本項目では、ケアプラン点検支援ツールの最も基本的な使用方法である、単一のケアプランの点検結果を表示するまでの手順を3つのステップで示します。なお、本ツールを使用する際には Excel の設定を変更する必要がある場合があります。ツールが上手く動作しない場合は「4「基本的な使用方法」に関する Q & A」を参照ください。

STEP 1 点検項目をもとに、書類上でケアプランの点検を行う

はじめに、「点検結果記載シート」に示される点検項目にもとづいて、点検対象のケアプランを参照しながら、書類上でケアプラン点検を行います。このとき、結果は「点検結果」列に入力します。

<ケアプラン点検支援ツール：点検結果記載シート>

区分	点検対象の書類	No	項目	点検結果	評価基準 ※明記されている場合を除き、する。
属性情報 ※集計用任意入力項目 ※判定には影響しません	保険者		点検日		点検日を記入ください。
	市区町村名		市区町村名		ご所属の市区町村名を記入ください。
	点検者		点検者名		
	ケアマネジャー		ケアマネジャー名		
	事業所		事業所名		
	被保険者		被保険者名		
ケアプラン点検	アセスメントシート	1	課題分析の理由		2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、 1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、
		2	かかりつけ医		3：かかりつけ医と連携が取れている様子が 2：かかりつけ医が1か所以上記載されてい 1：かかりつけ医が記載されていない。
		3	既往歴の有無・内容		2：既往歴の有無と内容が記載されている 1：既往歴の有無と内容が記載されていな 他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴
		4	主傷病		2：主傷病が記載されている。 1：主傷病が記載されていない。
		5	内服薬・処置		2：内服薬・処置が記載されている。内服 1：2に該当しない。 【お薬手帳のコピー等が添付されている場合

①「点検結果記載シート」を選択

②「点検結果」列に点検結果を入力
※属性情報以外の結果はもれなく入力してください

点検結果記載シート 評価区分シート 一括データ管理 事業所別集計(レーダーチャート比較) ケアマネジャー別: ...

※点検項目を活用したケアプラン点検の方法の詳細等については「点検項目マニュアル」を参照ください。

STEP

2

「評価結果表示」ボタンをクリックする

「点検結果」列への入力が完了したら、「点検結果記載シート」上部の「評価区分表示」ボタンをクリックします。すると、「評価区分表示シート」に「点検結果」をもとに算出されたケアプランの評価結果が表示されます。

※ケアプランの評価結果を算出するために多少の処理時間が必要になる場合があります。完了のダイアログが表示されるまでお待ちください。

Ver 2.0.0

評価区分表示

並べて表示

表示リセット

区分	点検	点検結果	評価基準 ※明記されている場合を除き、「有」の条件が記載されていない場合を「有」とみなす
属性情報 ※集計用任意入力項目 ※判定には影響しません	点検日		点検日を記入ください。
	保険者		ご所属の市区町村名を記入ください。
	点検者		点検者名を記入ください。
	ケアマネージャー		いいえ
	事業所		
ケアプラン点検	被保険者		
	アセスメントシート		
	1	課題分析の理由	点検結果を出力しました。
	2		シン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。 シン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。 れている様子が伺える。 上記載されている。 ていない。 記載されている。 記載されていない。 他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。
	3		

①「評価区分表示」をクリック

点検完了
×

②完了のダイアログが表示されたら「OK」をクリック

OK

STEP

3

評価結果を確認する

ケアプランの評価結果が表示されたら、「並べて表示」ボタンをクリックして、結果を確認します。

Ver 2.0.0

評価区分表示 並べて表示 表示リセット 印刷出力

①「並べて表示」をクリック

②評価区分シートの結果を確認

評価区分	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と連携	多職種との連携	運営判定基準
D	1	3	3	3	3	2	1	要確認

面接時のアドバイスポイント

以下の項目に該当する場合は、面接時に確認が必要です。

重点ポイントアドバイス

- No. 151 生活の全体像の把握について確認が必要です。
- No. 352 サービス計画の作成について確認が必要です。
- No. 353 サービス計画の作成について確認が必要です。
- No. 454 サービス計画の作成について確認が必要です。
- No. 255 サービス計画の作成について確認が必要です。

※評価の読み方については本マニュアルの「2. 評価のみかた」を参照ください。

STEP

4

帳票出力

点検結果の保存・共有のために、帳票・PDF 出力機能を新たに追加しました。「評価区分シート」を対象として帳票出力ボタンをクリックします。すると、任意に出力先を選択し PDF を保存することができます。

点検日：2025/3/31
 保険者名：N市
 点検者名：点検者A
 クアマネジャー名：クアマネジャーA
 事業所名：A事業所
 被保険者名：被保険者A

①「帳票出力」ボタンをクリック

帳票出力

評価区分	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支援	多職種との連携	運営判定基準
D	1	3	3	3	3	2	1	要確認

PDFとして保存

②帳票の出力先を選択

ドキュメント > 帳票格納フォルダ

ファイル名(N): 評価区分シート.pdf

③任意のファイル名を入力

ファイルの種類(T): PDF Files (*.pdf)

④「保存」ボタンをクリック

保存(S)

Microsoft Excel

PDFが保存されました: C:\Users\%aoki%\Documents\%帳票格納フォルダ%\評価区分シート.pdf

⑤帳票が保存されたメッセージが表示「OK」ボタンをクリック

OK

2. 評価のみかた

本項目では、ケアプラン点検支援ツールで表示される評価のみかたについて紹介します。また、本マニュアルの「はじめに」に記載のある通り、本ツールで示されるのはあくまで「ケアプランの記載の充実度」や、そこから導かれる「面談時の確認ポイント」であり、適切なケアプランであるか否かではありません。「ケアプランの記載の充実度」が低いケアプランであっても不適切なプランとは限らないため、ケアプランに表れていない情報については面談を通して把握し、ケアプランを作成した際の考え方やプロセスを確認する必要があります。この点についてあらかじめご注意ください。

【「評価区分（採点結果）記載シート」の説明】

① 評価表示部のみかた

「評価区分記載シート」の評価表示部（レーダーチャートより上）の各項目の概要について以下に記します。



【評価区分（採点結果）記載シートの各項目の説明】

項目番号	項目名	概要
①	評価区分	「点検結果記載シート」の「点検結果」列に入力された情報から、<u>ケアプランの記載充実度を A～E の 5 つの区分で評価したものです。各区分が表す内容は以下の通りです。</u> A…とても記載が充実している B…記載が充実している C…どちらともいえない D…記載があまり充実していない E…記載が充実していない ※ 総合評価は分類評価と相関がありますが、分類に割り当てられた重みはそれぞれ異なるため、<u>一部の分類の評価が高くても、判定区分に低い結果が表示される場合があります。</u>
②	分類評価	「点検結果記載シート」の「点検結果」列に入力された情報から、ケアプランの記載充実度をカテゴリごとに算出しています。 ※ 各項目がどのカテゴリに属するのかは「点検結果記載シート」の「分類」列を参照ください。
③	運営判定基準	点検項目のうち、運営判定基準に関連する項目をもとに運営判定基準への適合状況を評価します。 「点検結果記載シート」の「運営基準」列に「●」のついている項目のうち、1 つでも評価が「1」のものがあれば「要確認」、それ以外の場合「適合」と表示されます。 ※ あくまで書類上の記載から、限られた項目から判定しています。実際の運営基準への適合状況は面談等を通して確認する必要があります。
④	基本情報	「点検結果記載シート」の対応する項目に入力されている内容がそのまま転記されます。どのケアプランに対応した結果なのかを記録したいときに活用ください。（評価結果には影響ありません。）

② 「助言コメント」表示部のみかた

以下に「採点結果記載シート」の助言コメント表示部（レーダーチャートより下）の各項目の概要について以下の通り記します。

面接時のアドバイスポイント
以下の各項目に開する記載内容に課題があるようです。

■ 重点ポイントアドバイス

1 **アドバイス**

No. 16【素直の挨拶】について添削結果を記入してください。

No. 35【アセスメントと相談・課題・気づきの記載】について添削結果を記入してください。

No. 30【素直の挨拶】について添削結果を記入してください。

No. 46【面接計画の独立性（一日の予定の作成活動）】について添削結果を記入してください。

No. 28【面接の振り返り】について添削結果を記入してください。

■ 生活の全体像の把握

アドバイス

No. 16【素直の挨拶】について添削結果を記入してください。

No. 28【面接の振り返り】について添削結果を記入してください。

■ 疾病・心身状態の把握

アドバイス

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

No. 33【相談について添削結果を記入してください。

No. 8【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

No. 4【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

■ 主訴・苦悩の把握・尊重

アドバイス

No. 36【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

■ 課題の分析

アドバイス

No. 28【面接の振り返り】について添削結果を記入してください。

No. 20【面接の振り返り・課題の分析について添削結果を記入してください。

No. 32【面接の振り返り・課題の分析について添削結果を記入してください。

No. 47【面接の振り返り・課題の分析について添削結果を記入してください。

No. 4【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

No. 54【サービス担当者会議で課題の分析について添削結果を記入してください。

■ 課題を解決するためのサービス計画

アドバイス

No. 46【面接計画の独立性（一日の予定の作成活動）】について添削結果を記入してください。

No. 46【面接計画の独立性（一日の予定の作成活動）】について添削結果を記入してください。

No. 46【面接計画の独立性（一日の予定の作成活動）】について添削結果を記入してください。

No. 46【面接計画の独立性（一日の予定の作成活動）】について添削結果を記入してください。

No. 46【面接計画の独立性（一日の予定の作成活動）】について添削結果を記入してください。

■ 家族の状況の把握と支援

アドバイス

No. 30【素直の挨拶】について添削結果を記入してください。

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

■ 多職種との連携

アドバイス

No. 47【面接の振り返り・課題の分析について添削結果を記入してください。

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

■ 運営判定基準

アドバイス

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

No. 5【面接の依頼・依頼について添削結果を記入してください。

【「助言コメント」表示部の説明】

項目番号	項目名	概要
①	重点ポイントアドバイス	「点検結果記載シート」の「点検結果」で「1」だった項目のうち、「評価区分」に影響度が高い項目上位5つを表示しています。

項目番号	項目名	概要
②	カテゴリごとのアドバイス	「点検結果記載シート」の「点検結果」で「1」だった項目のうち、各カテゴリの評価に影響度が高い項目上位5つを表示しています。
③	運営判定基準	「点検結果記載シート」の「運営基準」列に「●」のついている項目のうち、評価が「1」の項目を表示しています。

各コメントの番号をクリックすると、対応する項目の説明を表示することができます。

③画面左を点検結果記載シートに戻りたいときは「点検結果記載シート」ボタンをクリック

②対応するコメントが左側の画面に表示される

①詳細を確認したい項目の「No.」のリンクをクリック

重点ポイントアドバイス

No.	アドバイス
16	No.16【清潔の保持】について面談時確認することをお勧めします。
35	No.35【アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載】に
30	No.30【家族の状況】について面談時確認することをお勧めします。
46	No.46【週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）
28	No.28【課題の確認】について面談時確認することをお勧めします。

生活の全体像の把握

No.	アドバイス
16	No.16【清潔の保持】について面談時確認することをお勧めします。
26	No.26【経済状況】について面談時確認することをお勧めします。

3. 各画面の説明

【「点検結果記載シート」の画面説明（ボタン及び各行について）】

本マニュアル「1 使用の流れ」に記載のあるとおり、本画面はケアプラン点検結果を入力する画面です。

Ver 2.0.0

1 評価区分表示

2 並べて表示

3 表示リセット

4

属性情報
※集計用任意入力項目
※判定には影響しません

点検対象の書類	No	項目	点検結果	評価基準 ※明記されている場合を除き、「有」の条件が記載されていない場合を「無」とす	履歴基準	分類
保険者		点検日		点検日を記入ください。		
点検者		市区町村名		ご所属の市区町村名を記入ください。		
ケアマネージャー		点検者名		点検者名を記入ください。		
事業所		ケアマネージャー名		ケアマネージャー名を記入ください。		
被保険者		事業所名		事業所名を記入ください。		
アセスメントシート		被保険者名		被保険者名を記入ください。		
ケアプラン点検	1	課題分析の理由	2	2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。		課題の分析
	2	かかりつけ医	2	1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。 2：かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。		疾病・心身状態の把握
	3	既往歴の有無・内容	2	2：かかりつけ医が1か所以上記載されている。 1：かかりつけ医が記載されていない。		疾病・心身状態の把握
	4	主傷病	2	2：既往歴の有無と内容が記載されている。 1：既往歴の有無と内容が記載されていない。		疾病・心身状態の把握
	5	内服薬・処置	1	他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。 2：主傷病が記載されている。 1：主傷病が記載されていない。		疾病・心身状態の把握
	6	ADL	2	2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 1：2に該当しない。 【お薬手帳のつどい等が添付されている場合でも、「2」としてください。】		生活の全体像の把握
	7	IADL	2	3：①②両方に該当する。 2：①②のいずれかが該当する。 1：上記に該当しない。 ① 起居移動（寝返り・起き上がり・座位保持・立位保持・立ち上がり・移乗・移動方法・歩行・階段昇降等）の状況が記載されている。 ② 食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等の状況が記載されている。		生活の全体像の把握

【評価区分（採点結果）記載シートのボタン及び各行の表示内容の説明】

項目番号	項目名	概要
①	評価区分表示	クリックすることでケアプラン点検エリアの「点検結果」に入力した値をもとに、「ケアプランの記載の充実度」や「面談時の確認ポイント」を評価します。
②	並べて表示	点検結果記載シートと、評価区分シートをデスクトップ画面の左右に並べて表示します。
③	表示リセット	「並べて表示」ボタンをクリックして、点検結果記載シートと評価区分シートがデスクトップ画面に左右に並んで表示されている状態から、点検結果記載シートだけがデスクトップ画面に表示されている状態に戻します。
④	属性情報エリア	点検するケアプランの属性情報を入力するエリアです。属性情報は、ケアプランの評価区分に影響しません。（空欄でも評価区分表示は可能です。）評価結果を印刷したり保存したりする場合に値を入力ください。
⑤	ケアプラン点検エリア	ケアプランの点検項目にたいする点検結果を入力するエリアです。入力された点検結果は、「ケアプランの記載の充実度」や「面談時の確認ポイント」に反映されます。

【「点検結果記載シート」の画面説明（各列について）】

Ver 2.0.0

評価区分表示
並べて表示
表示リセット

① 区分	② 点検対象の書類	No	③ 項目	④ 点検結果	⑤ 評価基準 ※明記されている場合を除き、「有」の条件が記載されていない場合を「無」とする。 点検日を記入ください。 ご所属の市区町村名を記入ください。 点検者名を記入ください。	⑥ 運営基準	⑦ 分類
属性情報 ※集計用任意入力項目 ※判定には影響しません	保険者		点検日				
	点検者		市区町村名				
	ケアマネジャー		点検者名				
	事業所		ケアマネジャー名				
ケアプラン点検	アセスメントシート	1	課題分析の理由	2	2: 初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。 1: 初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。		課題の分析
		2	かかりつけ医	2	3: かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。 2: かかりつけ医が1が所以上記載されている。 1: かかりつけ医が記載されていない。		疾病・心身状態の把握
		3	既往歴の有無・内容	2	2: 既往歴の有無と内容が記載されている。 1: 既往歴の有無と内容が記載されていない。 他: 主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。		疾病・心身状態の把握
		4	主傷病	2	2: 主傷病が記載されている。 1: 主傷病が記載されていない。		疾病・心身状態の把握
		5	内服薬・処置	1	2: 内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 1: 2に該当しない。 【お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。】		疾病・心身状態の把握
		6	ADL	2	3: ①②両方に該当する。 2: ①②のいずれかが該当する。 1: 上記に該当しない。		生活の全体像の把握
		7	IADL	2	① 起居移動（寝返り・起き上がり・座位保持・立位保持・立ち上がり・移乗・移動方法・歩行・階段昇降等）の状況が記載されている。 ② 食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等の状況が記載されている。 3: ①～③すべて記載されている。（明らかに該当しない項目を除く。例：寝たきりの方の事）		生活の全体像の把握

【評価区分（採点結果）記載シートの各列の表示内容の説明】

項目番号	項目名	概要
①	区分	各点検項目が属性情報かケアプラン点検項目かの区分を示しています。
②	点検対象の書類	各点検項目が、ケアプランを構成する書類の何に紐づいているかを示しています。
③	項目	ケアプラン点検項目の名称になります。
④	点検結果	ケアプランの点検結果を入力するエリアになります。「ケアプランの記載の充実度」や「面談時の確認ポイント」を評価するために、属性情報以外の全項目を必ず入力してください。
⑤	評価基準	各点検項目の評価基準となる選択肢を表示しています。ケアプランの点検結果は、この評価基準の中から選択して入力してください。
⑥	運営基準	各点検項目のうち、運営判定基準に使用する点検項目には、「●」がついています。 ※ 列に設定された値を変更した場合、ツールが正常に動作しなくなる可能性がありますので、変更しないでください。
⑦	分類	各点検項目が、ケアプランの記載充実度のどのような観点に属するかを示しています。カテゴリごとの評価の算出に使用されます。 ※ 列に設定された値を変更した場合、ツールが正常に動作しなくなる可能性がありますので、変更しないでください。

【助言コメントのアドバイス文に関する画面説明】

- ・「評価区分シート」のアドバイス No.をクリックした場合に、本画面が表示されます。
- ・「点検結果記載シート」画面に表示を戻す場合は、本画面上部の「点検結果記載シート」ボタンをクリックすると、「点検結果記載シート」画面が表示されます。

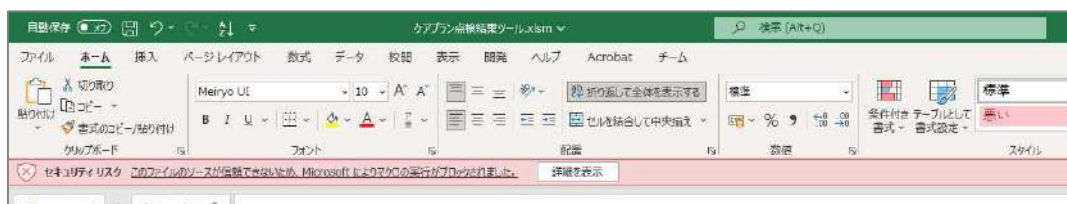
No.	本文	点検項目の概要	点検結果
1	No.1【課題分析の理由】について当該項目を確認することをお勧めします。	アセスメントシートに、アセスメントを行うきっかけに関する記載があるかどうかを確認します。	アセスメントの理由（初期評価時、区分変更等）により特に当該理由時、区分変更、関係機関からの依頼等によるアセスメントになった経緯等を通じて、利用者や家族の生活環境にどのような課題及び各疾患の主治医を把握し、本人や家族等が、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や、また、日常とは異なる体調があらわれた場合に、それを把握し必要な対応をします。
2	No.2【カカウツけ図】について当該項目を確認することをお勧めします。	アセスメントシートにおいて、カカウツけ図が記載されているかを確認します。	要介護状態の前期者は複数の疾患や障害を抱えています。それらは、それらのから、服薬やリハビリテーション、生活習慣などを行うことによって今の状態にまで至ります。
3	No.3【既往歴の有無・内容】について当該項目を確認することをお勧めします。	アセスメントシートにおいて、既往歴が記載されているかを確認します。	健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み、など）として現れることで、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作が大切です。
4	No.4【主病歴】について当該項目を確認することをお勧めします。	アセスメントシートにおいて、主病歴が記載されているかを確認します。	再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、要介護状態の前期者は複数の疾患や障害を抱えています。それらは、それらのから、服薬やリハビリテーション、生活習慣などを行うことによって今の状態にまで至ります。

項目番号	項目名	概要
①	メッセージ文	「評価区分シート」に表示されるメッセージ文です。
②	項目の概要	項目の概要です。 ※ 本項に記される内容は「ケアプラン点検項目マニュアル」の該当項目から引用しています。
③	この項目を確認する必要性	項目を確認する必要性です。 ※ 本項に記される内容は「ケアプラン点検項目マニュアル」の該当項目から引用しています。
④	点検結果記載シート	「点検結果記載シート」に戻ります。「点検結果記載シート」と「評価区分シート」を並べて表示しているとき等に使用してください。

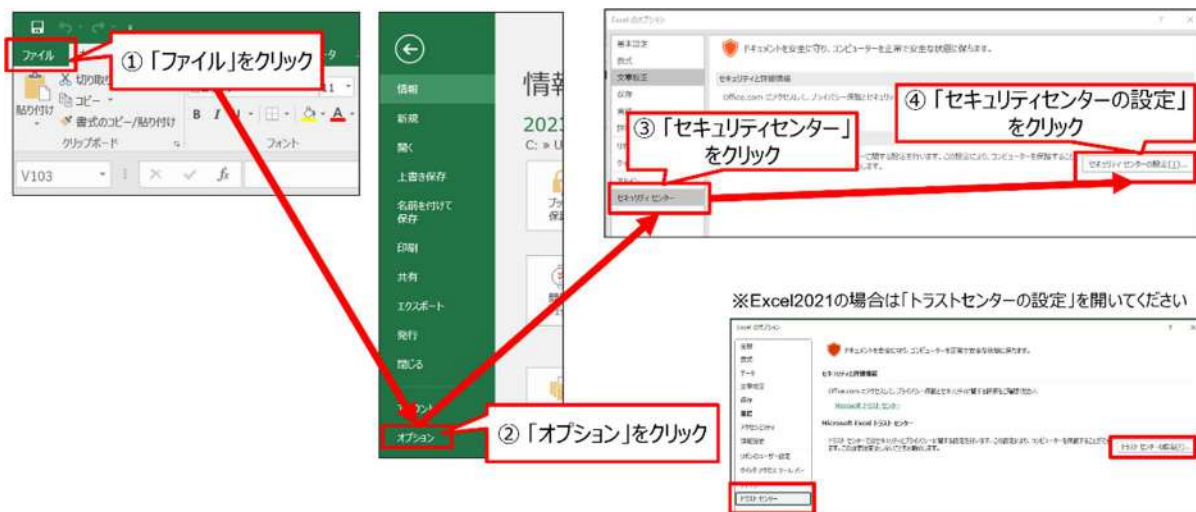
4. 「基本的な使用方法」に関する Q&A

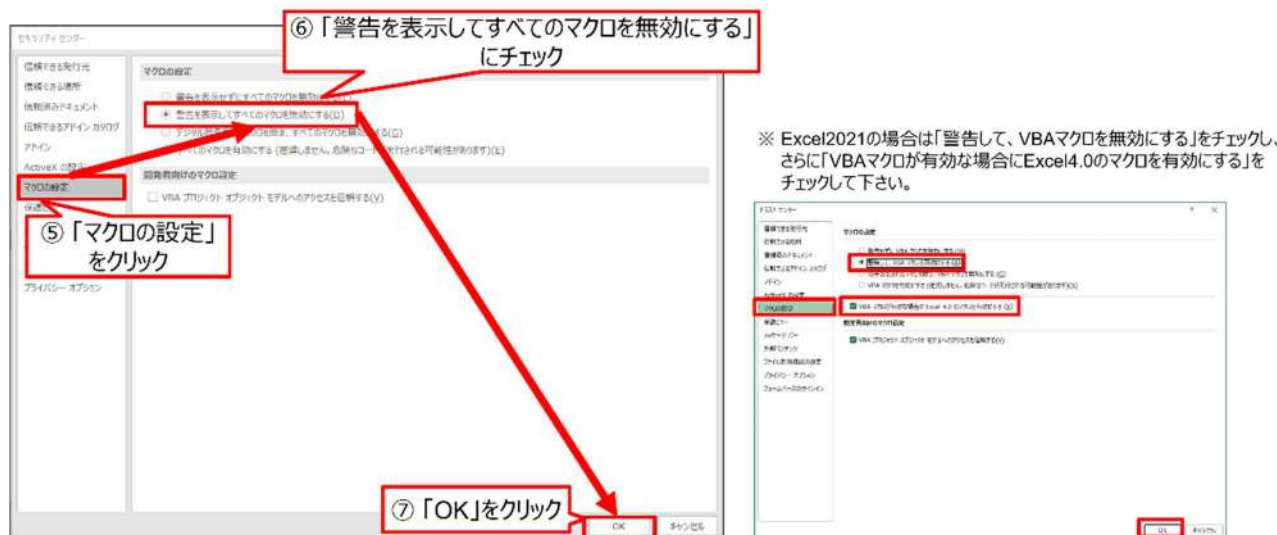
- Q** ケアプラン点検支援ツールを開くと、エラーメッセージが表示されます。
- A** ケアプラン点検支援ツールがファイルサーバなどネットワーク越しに配置されている可能性があります。
ケアプラン点検支援ツールをデスクトップ等に配置してから再度開いてみてください。

▼以下のようなメッセージがエクセル上部に表示されたら、ファイルの配置場所を確認ください。



- Q** 「評価区分表示」ボタンをクリックしても反応しません。
- A** エクセルのマクロ設定が無効になっている可能性があります。（本ツールはエクセルのマクロ機能で動作します。）以下の手順に従って、VBA マクロ設定を有効にして再度実行してみてください。





※ Excel の設定を変更した場合、今までとは異なる条件で ExcelVBA マクロが実行される場合があります。必要に応じて、ツールの使用終了後、設定を戻すなどの対応を行ってください。



「評価区分表示」ボタンを押すと、エラーメッセージが表示されます。

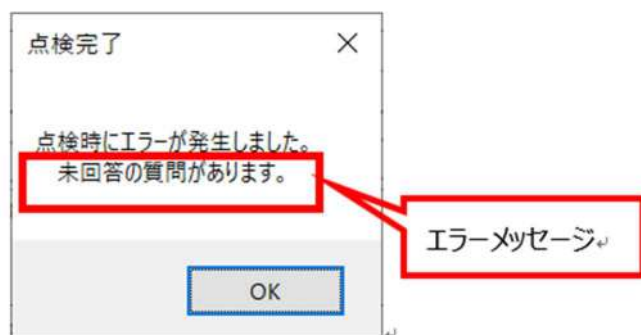


評価情報を表示するために、情報が不足している可能性があります。以下のメッセージリストに従って、点検結果を確認してみてください。

メッセージ	対応
未回答の質問があります	未入力の点検結果を入力し再度「点検結果採点」ボタンをクリックしてください。
点検に必要な質問が設定されていません。	ケアプラン点検項目の一部の行が削除されるなど、ケアプラン点検項目の構成等が一部初期状態から変更されている可能性があります。ツールを配布サイト等からダウンロードしなおしてから、ツールを再度実行してください。
点検に必要な質問にカテゴリが設定されていません。	ファイルが破損している可能性があります。ツールを配布サイト等からダウンロードしなおしてから、ツールを再度実行してください。
点検に必要な質問に係数が設定されていません。	ファイルが破損している可能性があります。ツールを配布サイト等からダウンロードしなおしてから、ツールを再度実行してください。

(エラーメッセージ例)

例えば、以下のようなメッセージが表示されたら、未入力の点検結果がないか確認し、入力ください。



Q 本ツールを使用したとき、点検結果が WEB サーバ等にアップロードされる（収集される）ことはありますか？

A 点検結果等が WEB サーバ等にアップロードされることは一切ありません。
評価の算出等の処理はローカルで完結して実行されます。

Q AI を活用したツールということですが、本ツールは外部（WEB サーバ等）との通信が発生しますか？

A 本ツールが提供する機能の範囲で外部（WEB サーバ等）との通信が生じることはありません。
評価の算出等の処理はローカルで完結して実行されます。
なお AI はツールの開発過程で活用されています。

付録：応用的な使用方法

1. 集計用データの出力手順

本項目では、ケアプラン点検結果の評価を一括で算出し、集計用データを出力する機能を説明します。本機能は、複数人分の点検結果を一括で評価したり、またその結果を CSV ファイルとして出力したりすることができます。本項目では一括で点検結果を評価し、CSV ファイルとして出力するまでの手順を以下に示します。

【事前準備】

- ① 対象事例の点検結果について、「点検結果記載シート」に入力してください。（複数ファイルがある場合は事例の分だけファイルを作成ください。本ツールはコピー＆ペーストすることが可能です。）このとき、一括出力した後も事例と結果の対応が分かるように、「点検結果記載シート」の以下の欄（属性情報エリア）に基本情報を入力することをお勧めします。

＜ケアプラン点検支援ツール：点検結果記載シート＞

Ver 2.0.0

評価区分表示

並べて表示

表示リセット

区分	点検対象の選択	No	項目	点検結果	評価基準	属性情報	分類
属性情報	保険者		点検日	2025/3/31	点検日を入力ください。		
	市区町村名		N市		ご所属の市区町村名を入力ください。		
	点検者		点検者名	点検者A	点検者名を入力ください。		
	ケアマネジャー		ケアマネジャー名	ケアマネジャーA	ケアマネジャー名を入力ください。		
	事業所		事業所名	〇〇事業所	事業所名を入力ください。		
被保険者		被保険者名	被保険者A	被保険者名を入力ください。			
ケアプラン点検	アセスメントシート	1	課題分析の理由	2	2：初回、更新、区画、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。		課題の分析
		2	かがりつけ医	2	1：初回、更新、区画、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。 2：かがりつけ医と連携が取れている様子が伺える。 3：かがりつけ医が1か所以上記載されている。		疾病・心身状態の把握
		3	既往歴の有無・内容	2	1：かがりつけ医が記載されていない。 2：既往歴の有無と内容が記載されている。 1：既往歴の有無と内容が記載されていない。 他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。		疾病・心身状態の把握

- ② ①で点検したファイルを1つのフォルダにまとめてください。このとき、サブフォルダにファイルを入れると点検対象からもれてしまいます。点検対象のフォルダは1つの階層にまとめるようにしてください。

以上で一括評価算出・データ出力の準備は完了です。

STEP

1

対象フォルダの選択と読込

はじめに「一括データ管理」シートを選択し、「一括読込」ボタンをクリックします。そうするとフォルダ選択ダイアログが開きますので、一括読込みを行うフォルダを選択します。事前準備②の手順で作成したフォルダを指定します。

一括読込

一括出力

点検日	町村名	点検者名	ケアマネージャー	事業所名	被保険者名	課題分析の理由	かかりつけ医	既往歴の有無・内容	主傷病

②「一括読込」ボタンをクリック

①「一括データ管理」を選択

点検結果記載シート | 評価区分シート | **一括データ管理** | 事業所別集計(レーダーチャート比較)

ダウンロード

名前

今日

読込ファイル

③「一括読込」を行う任意のフォルダを選択 (フォルダには点検済みのファイルを格納します。)

事前準備①で作成した点検したファイル

- AIケアプラン点検支援ツール C.xlsm
- AIケアプラン点検支援ツール E.xlsm
- AIケアプラン点検支援ツール B.xlsm
- AIケアプラン点検支援ツール D.xlsm
- AIケアプラン点検支援ツール A.xlsm
- AIケアプラン点検支援ツール Exlsm

その後、以下の通りプログレスバーが表示されるので、処理完了まで待ちます。
 ※読込件数に応じて処理が完了するまでに多くの時間が必要になる場合があります。

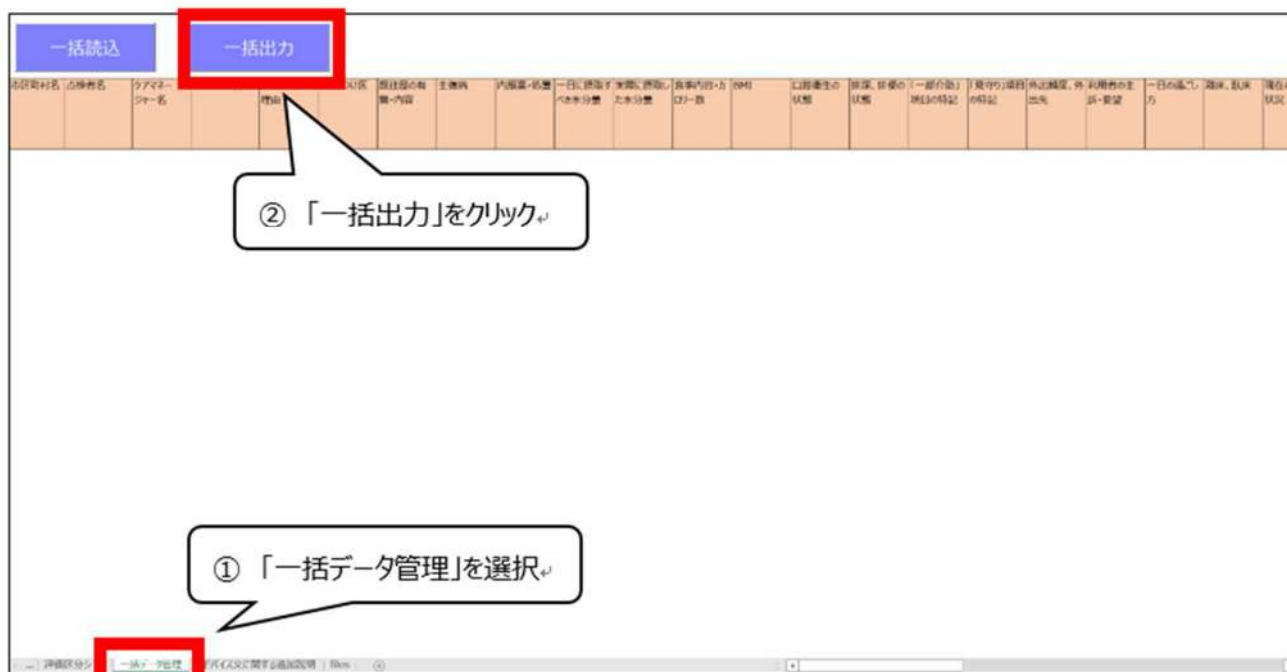


処理が完了すると処理結果のダイアログが表示されますので、結果を確認した後、「OK」ボタンを押してダイアログを閉じます。



データの出力

「一括データ管理」シートに戻り、「一括出力」ボタンをクリックします。するとファイル保存ダイアログが表示されますので、出力先およびファイル名を指定し「保存」ボタンをクリックします。これで一連の操作は終了になります。



2. エクセルを活用したデータの集計例

本項目では、前項で出力した CSV ファイルを活用して、エクセルで集計を行う例について紹介します。

※ エクセルに標準で備わる機能を活用した集計例の紹介となります。本項に示す動作のすべてを保証するものではありませんので、あらかじめご了承ください。

※ 本項で示される手順は、エクセルのバージョンによって若干異なる場合があります。適宜読み替えてご対応ください。

□ 例：事業所ごとの評価区分の数を表示

【前提条件】

「点検結果記載シート」の、「事業所名」に情報を入力してください。

【手順】

① 「一括データ管理」シートに出力された情報を選択します。

一括読込		一括出力												
点検日	市区町村名	点検者名	ケアマネジャー名	事業所名	被保険者名	課題分析の理由	かかりつけ医	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支援	多職種との連携	適宜判定基準
2025/3/31	N市	点検者A	ケアマネジャーA	〇〇事業所	被保険者A	2	2	3	3	3	3	2	1	要確認
2025/3/31	N市	点検者A	ケアマネジャーA	〇〇事業所	被保険者A	2	2	3	3	3	3	2	1	要確認
2025/3/31	N市	点検者A	ケアマネジャーA	〇〇事業所	被保険者A	2	2	3	3	3	3	2	1	要確認
2025/3/31	N市	点検者A	ケアマネジャーA	〇〇事業所	被保険者A	2	2	3	3	3	3	2	1	要確認
2025/3/31	N市	点検者A	ケアマネジャーA	〇〇事業所	被保険者A	2	2	3	3	3	3	2	1	要確認
2025/3/31	N市	点検者A	ケアマネジャーA	〇〇事業所	被保険者A	2	2	3	3	3	3	2	1	要確認

② エクセルメニュー上の「挿入」タブの「ピボットテーブル」ボタンをクリックすると、ダイアログが表示されますので「OK」をクリックします。するとピボットテーブル用のシートが新しく作成されます。

①「ピボットテーブル」をクリック

②ピボットテーブルの配置場所を指定
(マニュアルでは、シート「一括データ管理」の表下側の空きスペースを選択)

③「OK」をクリック

ダイアログボックスのフィールド:

- テーブルまたは範囲からのピボットテーブル
- 表または範囲の選択
- テーブル/範囲(I):
- ピボットテーブルを配置:
- 新規ワークシート(N)
- 既存のワークシート(E)
- 場所:(L) 一括データ管理!\$A\$10
- 複数のテーブルを分析するかどうかを選択
- このデータをデータモデルに追加する(M)
- OK
- キャンセル

- ③ 「ピボットテーブルのフィールド」にて、列に「評価区分」、行に「事業所名」、値に「データの個数/評価区分」を指定すると事業所ごとの評価区分の数が集計出来ます。※フィールドの設定はドラッグ＆ドロップで実行できます。

個数 / 評価区分	列ラベル			
行ラベル	C	D	E	総計
A事業所		1		1
B事業所			1	1
C事業所		1		1
D事業所	1			1
E事業所		1		1
F事業所			1	1
総計	1	3	2	6

ピボットテーブルのフィールド

レポートに追加するフィールドを選択してください:

検索

☒ 評価区分

☐ 生活の全体像の把握

☐ 疾病・心身状態の把握

☐ 主訴・意思の把握・尊重

☐ 課題の分析

☐ 課題を解決するためのサービス計画

☐ 家族の状況の把握と支援

☐ 多職種との連携

☐ 運営判定基準

その他のテーブル...

次のボックス間でフィールドをドラッグしてください:

▼ フィルター	≡ 列 評価区分
≡ 行 事業所名	Σ 値 個数 / 評価区分

3. レーダーチャートによる事業所別集計

本項目では、レーダーチャートによる事業所別集計の点検結果比較を表示するまでの手順を示します。

【前提条件】

レーダーチャートによる事業所別集計は、比較結果の視認性を向上させるため、比較対象の上限を3つまでとします。

【手順】

- ① 「1.集計用データの出力手順」の「STEP1 対象フォルダの選択と読み込み」を行い比較したいファイルを読み込みます。
- ② 比較したいファイルの読み込みが完了したら、シート「事業所別集計（レーダーチャート比較）」を選択し、「集計実施」ボタンをクリックします。

②「集計実施」ボタンをクリック

集計実施

事業所名	ケアプラン数	評価区分A	評価区分B	評価区分C	評価区分D	評価区分E	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支援	多職種との連携

①シート「事業所別集計（レーダーチャート比較）」を選択

< > 点検結果記載シート 評価区分シート 一括データ管理 **事業所別集計(レーダーチャート比較)** ケアマネージャー別: ...

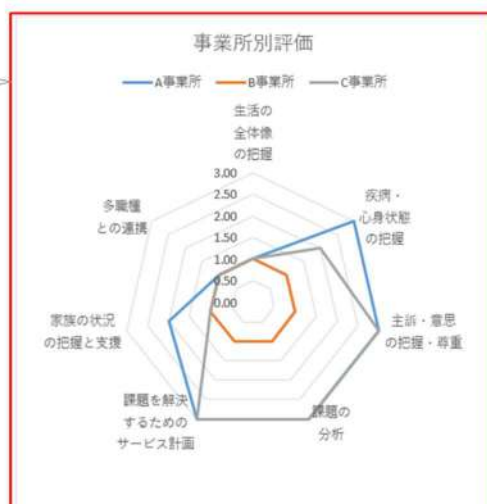
- ③ シート「事業所別集計（レーダーチャート比較）」の表に、比較対象のファイルのデータが読み込まれ、レーダーチャートに比較結果が表示されます。

①表に比較対象のファイルのデータが読み込まれる

集計実施

事業所名	ケアプラン数	評価区分A	評価区分B	評価区分C	評価区分D	評価区分E	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支援	多職種との連携
A事業所	1	0	0	0	1	0	1.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	1.00
B事業所	1	0	0	0	0	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
C事業所	1	0	0	0	1	0	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	1.00	1.00

②レーダーチャートに結果が表示される



4. レーダーチャートによるケアマネジャー別集計

本項目では、レーダーチャートによるケアマネジャー別集計の点検結果比較を表示するまでの手順を示します。

【前提条件】

レーダーチャートによるケアマネジャー別集計は、比較結果の視認性を向上させるため、比較対象の上限を 3 つまでとします。

【手順】

- ① 「1.集計用データの出力手順」の「STEP1 対象フォルダの選択と読み込み」を行い比較したいファイルを読み込みます。
※読込件数に応じて処理が完了するまでに多くの時間が必要になる場合があります。処理完了までお待ちください。
- ② 比較したいファイルの読込が完了したら、シート「ケアマネジャー別集計（レーダーチャート比較）」を選択し、「集計実施」ボタンをクリックします。



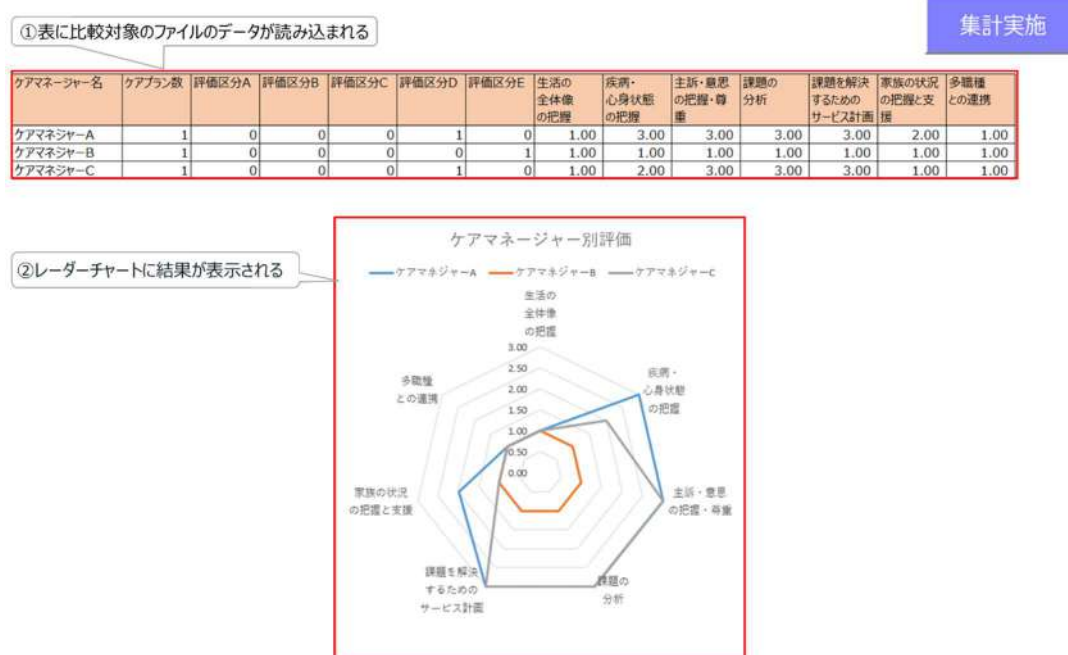
ケアマネジャー名	ケアプラン数	評価区分A	評価区分B	評価区分C	評価区分D	評価区分E	生活の全体像の把握	疾病・心身状態の把握	主訴・意思の把握・尊重	課題の分析	課題を解決するためのサービス計画	家族の状況の把握と支援	多職種との連携

②「集計実施」ボタンをクリック

①シート「ケアマネジャー別集計（レーダーチャート比較）」を選択

点検結果記載シート 評価区分シート 一括データ管理 事業所別集計(レーダーチャート比較) **ケアマネジャー別集計(レーダーチャート比較)** 事業所別集計(経年表示・集合棒グラフ) ... + !

- ③ シート「ケアマネジャー別集計（レーダーチャート比較）」の表に、比較対象のファイルのデータが読み込まれ、レーダーチャートに比較結果が表示されます。



5. 経年表示-集合棒グラフによる事業所別集計

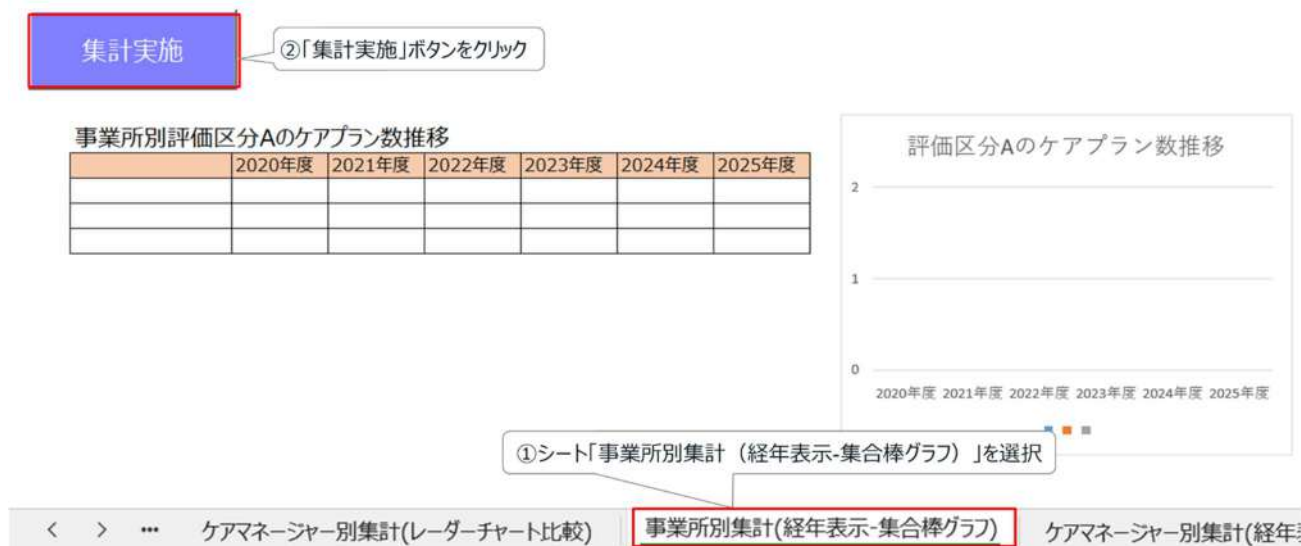
本項目では、経年表示-集合棒グラフによる事業所別集計の結果を表示するまでの手順を示します。

【前提条件】

経年表示-集合棒グラフによる事業所別集計は、表示結果の視認性を向上させるため、比較対象の上限を 3 つまでとします。また、経年表示の対象期間は最新年度を含む 6 年間とします。

【手順】

- ① 「1.集計用データの出力手順」の「STEP1 対象フォルダの選択と読み込み」を行い比較したいファイルを読み込みます。
※読み込件数に応じて処理が完了するまでに多くの時間が必要になる場合があります。処理完了までお待ちください。
- ② 比較したいファイルの読み込みが完了したら、シート「事業所別集計（経年表示-集合棒グラフ）」を選択し、「集計実施」ボタンをクリックします。



- ③ シート「事業所別集計（経年表示-集合棒グラフ）」の表に、対象のファイルのデータが読み込まれ、集合棒グラフに結果が表示されます。「各評価区分」ごとの結果は以下のように表示されます。

集計実施

①表に評価区分ごとの結果データが読み込まれる

事業所別評価区分Bのケアプラン数推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
A事業所	0	0	0	1	2	1
B事業所	0	0	0	1	1	1
C事業所	0	0	0	1	1	1

データがない年度はblankで表示される

②集合棒グラフに評価区分ごとの結果が表示される

評価区分Bのケアプラン数推移

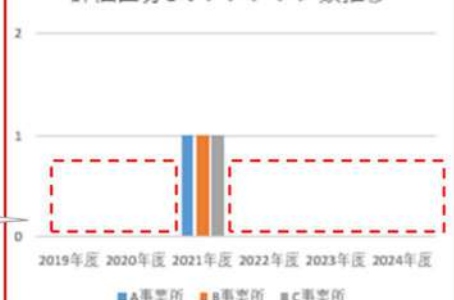


事業所別評価区分Cのケアプラン数推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
A事業所	0	0	1	0	0	0
B事業所	0	0	1	0	0	0
C事業所	0	0	1	0	0	0

データがない年度はblankで表示される

評価区分Cのケアプラン数推移



事業所別評価区分Dのケアプラン数推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
A事業所	1	1	0	0	0	0
B事業所	1	1	1	0	0	0
C事業所	0	1	0	0	0	0

評価区分Dのケアプラン数推移



「各カテゴリ」ごとの結果は以下のように表示されます。

①表に各カテゴリごとの結果データが読み込まれる

事業所別生活の全体像の把握の平均値推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
A事業所	1.00	1.00	5.00	5.00	5.00	5.00
B事業所	1.00	1.00	5.00	5.00	5.00	5.00
C事業所	0.00	1.00	5.00	5.00	5.00	5.00

②集合棒グラフに各カテゴリごとの結果が表示される



事業所別疾病・心身状態の把握の平均値推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
A事業所	3.00	3.00	5.00	3.00	3.00	3.00
B事業所	3.00	3.00	5.00	3.00	3.00	3.00
C事業所	0.00	3.00	5.00	3.00	3.00	3.00



事業所別主訴・意思の把握・尊重の把握の平均値推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
A事業所	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00
B事業所	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00
C事業所	0.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00



6. 経年表示-集合棒グラフによるケアマネジャー所別集計

項目では、経年表示-集合棒グラフによるケアマネジャー別集計の結果を表示するまでの手順を示します。

【前提条件】

経年表示-集合棒グラフによるケアマネジャー別集計は、表示結果の視認性を向上させるため、比較対象の上限を3つまでとします。また、経年表示の対象期間は最新年度を含む6年間とします。

【手順】

- ① 「1.集計用データの出力手順」の「STEP1 対象フォルダの選択と読み込み」を行い比較したいファイルを読み込みます。
※読み込件数に応じて処理が完了するまでに多くの時間が必要になる場合があります。処理完了までお待ちください。
- ② 比較したいファイルの読み込みが完了したら、シート「ケアマネジャー別集計（経年表示-集合棒グラフ）」を選択し、「集計実施」ボタンをクリックします。

The screenshot shows the Excel interface. On the left, a blue button labeled '集計実施' (Execute Calculation) is highlighted with a red border. A callout box points to it with the text '②「集計実施」ボタンをクリック'. In the center, a table titled 'ケアマネジャー別評価区分Aのケアプラン数推移' (Care Plan Number Trend by Care Manager and Evaluation Category A) is displayed. To the right, a chart titled '評価区分Aのケアプラン数推移' (Care Plan Number Trend by Evaluation Category A) is shown. A callout box points to the chart area with the text '①シート「ケアマネジャー別集計（経年表示-集合棒グラフ）」を選択' (Select the sheet 'Care Manager Separate Calculation (Longitudinal Bar Chart)'). At the bottom, the Excel sheet tabs are visible. The active sheet is 'ケアマネジャー別集計(経年表示-集合棒グラフ)', which is highlighted with a red border. Other tabs include '事業所別集計(経年表示-集合棒グラフ)' and 'アドバイス文に関する追加'.

- ④ シート「ケアマネジャー別集計（経年表示-集合棒グラフ）」の表に、対象のファイルのデータが読み込まれ、集合棒グラフに結果が表示されます。「各評価区分」ごとの結果は以下のように表示されます。



「各カテゴリ」ごとの結果は以下のように表示されます。

①表に各カテゴリごとの結果データが読み込まれる

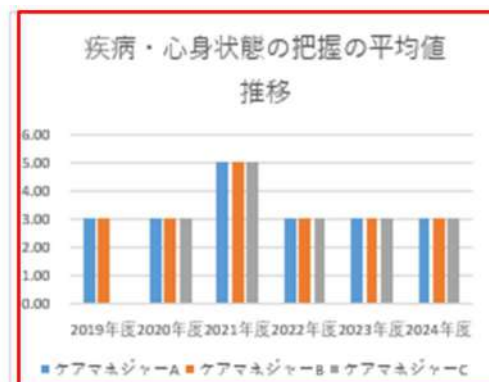
ケアマネジャー別生活の全体像の把握の平均値推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
ケアマネジャー	1.00	1.00	5.00	5.00	5.00	5.00
ケアマネジャー	1.00	1.00	5.00	5.00	5.00	5.00
ケアマネジャー	0.00	1.00	5.00	5.00	5.00	5.00



ケアマネジャー別疾病・心身状態の把握の平均値推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
ケアマネジャー	3.00	3.00	5.00	3.00	3.00	3.00
ケアマネジャー	3.00	3.00	5.00	3.00	3.00	3.00
ケアマネジャー	0.00	3.00	5.00	3.00	3.00	3.00



ケアマネジャー別主訴・意思の把握・尊重の把握の平均値推移

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
ケアマネジャー	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00
ケアマネジャー	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00
ケアマネジャー	0.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00



7. 「応用的な使用方法」に関する Q&A



「一括読込」ボタンをクリックしても反応しません。



エクセルのマクロ設定が無効になっている可能性があります。（本ツールはエクセルのマクロ機能で動作します。）「4「基本的な使用方法」に関する Q&A」の「評価区分表示」ボタンをクリックしても反応しません。」を参照してください。

ケアプラン点検項目マニュアル

セルフチェック版

2025 年 3 月

目次

<ケアプラン点検項目マニュアルセルフチェック版>	1
1. 総論	1
2. セルフチェック	2
3. OJT	6
4. 研修	10
<参考資料ーケアプラン点検項目マニュアル>	1
【アセスメントシート】	4
1. 課題分析の理由	4
2. かかりつけ医	4
3. 既往歴の有無・内容	5
4. 主傷病	6
5. 内服薬・処置	7
6. ADL	7
7. IADL	7
8. 認知機能や判断能力	8
9. コミュニケーションにおける理解と表出の状況	9
10. 一日に摂取すべき水分量	10
11. 実際に摂取した水分量	10
12. 食事内容・カロリー数等	11
13. BMI	11
14. 口腔内の状態	12
15. 排尿、排便の状態	13
16. 清潔の保持	14
17. 「一部介助」項目の特記	15
18. 「見守り」項目の特記	15
19. 外出頻度、外出先	16
20. 利用者の主訴・要望	17
21. 一日の過ごし方	18
22. 離床、臥床	18
23. 現在の生活状況	19
24. 生活歴	19
25. 家族の主訴・要望	20
26. 経済状況	21
27. 本人の役割	22
28. 課題の確認	23
29. 課題の分析結果の文章化	23
30. 家族等の状況	24

31. 家族関係や周辺の社会資源との状況	25
32. 留意すべき事項.....	26
【居宅サービス計画書 第1表】.....	28
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	28
34. 総合的な援助の方針における自立の具体性.....	28
【居宅サービス計画書 第2表】.....	30
35. アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載.....	30
36. 利用者や多職種に理解できる表記	31
37. 長期目標	32
38. 短期目標	32
39. 本人の役割設定	33
40. 介護保険サービス.....	34
41. 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	35
42. 介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）	36
43. 利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	36
【居宅サービス計画書 第3表】.....	38
44. 週間計画の整合性（介護保険サービス）	38
45. 週間計画の整合性（インフォーマルサポート）	38
46. 週間計画の整合性（1日の習慣化された活動）	39
47. 家族の役割設定の整合性.....	39
【居宅サービス計画書第4表 サービス担当者会議の要点】.....	41
48. サービス担当者会議の開催.....	41
49. サービス担当者会議への本人の出席.....	41
50. サービス担当者会議への家族の出席.....	41
51. サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	42
52. サービス担当者会議の議題（検討項目）	42
53. サービス担当者会議の検討内容	42
54. サービス担当者会議で残された課題	42
【居宅サービス計画書第5表 モニタリング またはモニタリングシート】.....	44
55. 居宅サービス計画の交付の記録.....	44
56. サービス担当者会議の招集.....	44
57. 利用者宅への月1回以上の訪問	45
58. サービス事業所との連絡・モニタリング内容.....	45
59. 変化を捉える視点	45
60. 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	45
【その他】.....	47
61. ケアプランに位置付けられている多職種との連携	47
62. ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	47
ケアプラン点検項目一覧表	50

<ケアプラン点検項目マニュアルセルフチェック版>

1. 総論

ケアプラン点検は、ケアマネジメントの質を高めるための取組の一環であるとともに、地域の実情への理解を深め、「地域全体のケアマネジメント」の質の向上を図るものです。その結果として、利用者の意思決定支援や適切な介護給付（真に必要とする支援が利用者に過不足なく提供されることを指し、給付の削減や抑制が目的ではない）が実現されることが望まれます。また、最終的には利用者の尊厳保持や自立支援に資することが目標となります。ケアプラン点検は、保険者が介護支援専門員に対して一方的に行うものではなく、保険者と介護支援専門員が協働で行う取組であるといえます。

ケアマネジメントの中核を担う介護支援専門員には、介護保険法第69条の3第3項において「介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。」と規定され、質の高いケアマネジメントを行うべく自己研鑽することが望まれています。

ケアプラン点検項目および項目マニュアルは、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントの流れについて、保険者が確認すべき項目やその目的・意義、及び点検における留意点について理解した上でケアプラン点検を行えるよう、ポイントや評価基準をまとめたものですが、介護支援専門員が自分のケアマネジメントを振り返ったり、OJTや研修等の育成を行う場面で活用することにより、介護支援専門員自身も気づきが得られるものです。

但し、ケアプラン点検項目および項目マニュアルは、ケアマネジメントにおいて重要なポイントに関する記載があるかどうかを確認することを中心としており、記載内容のあり方や妥当性を確認するものではありません。また、一律の基準では困難事例や個別性に配慮するには限界があります。

そこで、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理した『適切なケアマネジメント手法』や、職能団体が行う研修等も活用することが望まれます。必要なポイントが記載されているかという基本的な確認はケアプラン点検項目を、より個別性の高い記載内容となっているかという発展的な確認は『適切なケアマネジメント手法』等を用いて行う等により、より質の高いケアマネジメントを目指していくことが重要です。

ケアプラン点検は、ケアプランを保険者とともに確認しケアマネジメントを振り返ることで、ケアマネジャーのケアマネジメントスキルを高める重要な機会となります。またケアマネジャーには、ケアプラン点検に加え日々の業務の中でも繰り返しセルフチェックを行い、ケアマネジメントスキルをより一層高めることが求められています。

そのためのツールの一つとして本マニュアルが効果的に活用され、ケアプラン点検やセルフチェック等を通して利用者の自立支援につながるケアマネジメントが展開されることを期待します。

2. セルフチェック

■ 目的

ケアマネジメントスキルを磨いていくためには、日常業務の中で意識的に自身のケアプランを振り返り（セルフチェックの実施）、自己研鑽に努めることが大切です。セルフチェックを行うタイミングは、利用者との関わりの初期や日々の利用者との関わりの中で疑問が生じた時に辞書のように手に取る、ケアプラン作成または短期・長期目標終了時、ケアプラン点検や運営指導の準備の際に振り返りを行う等が考えられます。

一方で、セルフチェックは客観的な視点のもとで行わないと、ケアマネジャーの自己満足になってしまう可能性があります。また、ポイントを押さえて振り返りをしなければ、非常に時間がかかるものとなります。そこで、セルフチェックを行う際に、「適切なケアマネジメント手法」の手引き、法人（事業所）・自治体・職能団体等が示すマニュアル・ガイドラインに加え、客観的な基準に基づいて振り返りができる、ケアプラン点検ツールを活用することが考えられます。経験が浅い間は全体的に、経験を積んできた苦手な部分に絞ってセルフチェックを行う等の工夫も取り入れながら、繰り返しセルフチェックを行っていくことが自己研鑽につながります。

■ 重点項目

ケアプラン点検項目のうち、特にセルフチェックの場面で効果的に活用できると考えられるのはアセスメントシートおよび居宅介護計画書に関する項目です。一度にまとめてセルフチェックを行うのではなく、セルフチェックを行う際は、まずケアプラン作成の土台となるアセスメントシートの確認を行うことが重要です。

アセスメント項目の中でも、特に次の項目はアセスメント不足や記載漏れが生じやすいことが指摘されています。十分にアセスメントができているか、記載ができているかを確認しましょう。

（アセスメントシート）

- 一日に摂取すべき水分量
- 実際に摂取した水分量
- 食事内容・カロリー数
- BMI
- 口腔衛生の状態

アセスメントが十分にできている場合、その結果が十分に居宅サービス計画に反映できているかを確認しましょう。居宅サービス計画書第1表～第3表は今後のサービスの軸となる重要な書類です。ケアマネジャーやサービス事業者だけでなく、利用者や家族に交付するものであることを踏まえ、特に次の項目を活用して、必要な情報を記載できているか、誰にでも理解できる表現となっているか等を確認することが重要です。

（第1表）

- 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
- 総合的な援助の方針における自立の具体性

（第2表）

- 利用者や多職種に理解できる表記
- 本人の役割設定
- 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由

- 介護保険外サービス

(第3表)

- 家族の役割設定の整合性"

更に、ケアプランを作成した後、サービス担当者会議やモニタリングについて適切に記録ができていないか、ケアプランへの位置付けがあるかどうかにかかわらず、利用者の支援において必要な機関との連携ができていないかを確認することも大切です。

(第4表)

- サービス担当者会議の検討内容

(第5表)

- サービス担当者会議の招集
- サービス事業所との連絡・モニタリング内容
- 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

(その他)

- ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

■ 活用時の留意点

ケアプラン点検項目を活用してセルフチェックを行う際には、次の点に留意することが必要です。

まず、それぞれの点検項目が何を確認するための項目であるのかを意識することです。単純に記載があるかどうかだけではなく、何のためにその記載が必要とされているのかを考えながらセルフチェックを行うことが大切です。

次に、単純に記載を埋めることを目的としないことです。ケアプラン点検項目は記載の有無を確認するものですが、必要な項目の情報を収集しようとするあまり、強引なアセスメントや推測による記載がされないよう十分に留意する必要があります。

セルフチェックの結果、アセスメントができていない項目やケアプランに反映できていない内容があることに気づいた時は、なぜアセスメントができていなかったのか、今後どのようにアセスメントをしていくか、他の利用者においてはアセスメントをしているか、どのようにケアプランを修正していくか等を考えることが重要です。

重点確認シート_セルフチェック

実施日： 年 月 日

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	10	一日に摂取すべき水分量	2段階	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
アセスメントシート	11	実際に摂取した水分量	2段階	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
アセスメントシート	12	食事内容・カロリー数等	3段階	3：①～④すべてが記載されている。 2：①～④のいずれかが記載されている。 1：上記に該当しない。 ①食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等） ②必要な食事の量（栄養、水分量等） ③摂食嚥下機能の状態 ④食事制限の有無
アセスメントシート	13	BMI	2段階	2：BMIが記載されている。 1：BMIが記載されていない。 ※身長・体重が記載されている場合も、BMIが記載されていなければ「1」としてください。
アセスメントシート	14	口腔内の状態	3段階	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
居宅サービス計画書（第1表）	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	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第1表）	34	総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階	3：以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。 2：以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：上記に該当しない。 ①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 ②緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。 ③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。

居宅サービス計画書 (第2表)	36	利用者や多職種に理解できる表記	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下①②に該当する。 1：上記に該当しない。 ①目指す方向性と役割が記載されている。 ②専門用語を用いずに記載されている。 ③利用者の意欲を引き出す肯定的な表現で記載されている。
居宅サービス計画書 (第2表) など	39	本人の役割設定	2段階	2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 (第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。) 1：2に該当しない。 ※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。
居宅サービス計画書 (第2表)	41	福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	2段階	2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。 1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。 他：福祉用具貸与・販売の利用がない。
居宅サービス計画書 (第2表)	42	介護保険外サービス (インフォーマルサポートを含む)	2段階	2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。
週間サービス計画表 (第3表)	47	家族の役割設定の整合性	2段階	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	53	サービス担当者会議の検討内容	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
居宅介護支援経過 (第5表)	56	サービス担当者会議の招集	2段階	2：第5表にサービス担当者会議の招集について記載されている。 1：2または他に該当しない。 他：提出された居宅介護支援経過の期間外にサービス担当者会議を開催している。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	58	サービス事業所との連絡・モニタリング内容	3段階	3：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。 また、以下いずれかに該当する。 ・サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録が記載されている。 ・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が記載されている。 2：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「2」とする。 1：上記に該当しない。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	60	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	2段階	2：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。(居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。) または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。 1：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。 他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。 ＜医療者への報告事項に該当する情報例＞ ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない
サービス担当者会議の要点 (第4表)	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

3. OJT

■ 目的

OJT（On the Job Training）は、個々人の能力や目標にあった教育、指導ができる、仕事のプロセスにあった教育や指導が受けられる等の特徴があり、さまざまな知識とスキルが求められるケアマネジメント業務において効果的な人材育成の手法であるとされています。多くの場合、OJT は職能団体等が示す基準、事業所（法人）で統一した基準に加え、自分の経験を参考にして行われています。

一方で OJT は、助言・指導の視点（基準）が曖昧になることがある、統一された視点がなく指導者によって助言・指導内容が異なることがある、助言・指導に時間がかかることがある等の課題も指摘されています。OJT においては、OJT を行う側、受ける側の双方が共通の基準を念頭に置いてコミュニケーションを図ることが重要です。そこで、OJT の場面において客観的な基準に基づいて振り返りができる、ケアプラン点検ツールを活用することが考えられます。

■ 重点項目

ケアプラン点検項目のうち、特に OJT の場面で効果的に活用できると考えられるのはアセスメントシート、居宅サービス計画書（第 1～3 表）および居宅サービス計画書第 4 表（サービス担当者会議の要点）に関する項目です。

アセスメント項目の中でも、特に次の項目は担当ケアマネジャーが利用者をどのように分析しているかを確認するために重要な項目といえます。OJT を受けるケアマネジャーが、利用者像を捉えるために必要な情報をアセスメントできているかを確認しましょう。

（アセスメントシート）

- 一日に摂取すべき水分量
- 利用者の主訴・要望
- 一日の過ごし方
- 生活歴
- 経済状況
- 本人の役割

アセスメントが十分にできている場合、その結果が十分に居宅サービス計画に反映できているかを一緒に確認しましょう。担当ケアマネジャーがどのような利用者像を導き出したのか、なぜその長期目標なのか、目標を達成するために介護保険内外を問わずどのようなサービスが必要かを、一つひとつコミュニケーションを図りながら検討していくことが大切です。

（第 1 表）

- 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
- 総合的な援助の方針における自立の具体性

（第 2 表）

- アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載
- 長期目標
- 本人の役割設定
- 介護保険外サービス

（第 3 表）

- 週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）
- 家族の役割設定の整合性

更に、ケアプランを作成した後、サービス担当者会議において本人・家族や多職種と話し合うべきテーマは何か、本人や家族にどのような変化が生じているのかという視点を担当ケアマネジャー持てるよう、問いかけていくことも必要です。

（第 4 表）

- サービス担当者会議の検討内容

（第 5 表）

- 変化を捉える視点
- 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

（その他）

- ケアプランに位置付けられている多職種との連携
- ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

■ 活用時の留意点

一方で、ケアプラン点検項目を活用して OJT を行う際には、次の点に留意する必要があります。

まず、必要な項目が記載されているかの確認に終始しないよう意識する必要があります。項目を確認する過程で、必要な項目が十分にアセスメントされているか、浮かび上がった課題をどのように多職種と意見交換し、根拠立て、本人や家族へ働きかけたか（働きかけていくのか）を問いかけていくことが大切です。それが、本人らしさやリスク管理、予後予測等の視点を持ちながらケアマネジメントを行うことにつながると考えられます。

また、OJT は OJT を受けるケアマネジャーの経験やスキルに合わせて行う必要があります。一度にすべての項目を用いるのではなく、OJT を受けるケアマネジャーにとって必要な項目を取捨選択しながら、段階的に行っていく必要があります。

重点確認シート_OJT

実施日： 年 月 日

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	10	一日に摂取すべき水分量	2段階	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
アセスメントシート	11	実際に摂取した水分量	2段階	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
アセスメントシート	21	一日の過ごし方	3段階	3：利用者の24時間の過ごし方について、少なくとも、起就床、食事、服薬、排せつの4つ全てが記載されている。 2：起就床、食事、服薬、排せつのうち3つが記載されている。 1：起就床、食事、服薬、排せつのうち記載されていないものが2つ以上ある。 ※服薬については、第2表に服薬に関する記載があるにも関わらず、服薬に関する記載が第3表に記載されていない場合は「記載なし」としてください。
アセスメントシート	24	生活歴	3段階	3：疾患等を発症するまでの生活や考え方が記載されており、価値観、趣味、強みを発揮できることや苦手なことなど、本人のその人らしさを捉えることができる。 （出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受傷前までの生活の状況等についても記載されている。） 2：生活歴が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：病歴のみが記載されている。
アセスメントシート	26	経済状況	3段階	3：①②両方に該当する。 2：①に該当する。 1：上記に該当しない。 ①利用可能な介護費用額（第2号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）が記載されている。 ②利用可能な介護以外の費用額が記載されている。 ※②の記載があるが①の記載がない場合は「1」としてください。
アセスメントシート	27	本人の役割	3段階	3：本人の現在の地域や家庭での役割とともに、今後希望・想定する役割が記載されている。 2：現在の役割、希望・想定する役割のいずれかが記載されていない。 1：現在の役割、希望・想定する役割のいずれも記載されていない。
居宅サービス計画書（第1表）	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	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第1表）	34	総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階	3：以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。 2：以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：上記に該当しない。 ①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 ②緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。 ③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。
居宅サービス計画書（第2表）	35	アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。 1：以下①が該当しない。 ①アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。 ②状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出されている。 ③利用者の望む生活を実現する課題となっている。

居宅サービス計画書 (第2表)	37	長期目標	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下③に該当する。 1：上記に該当しない。 ①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。 ②具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載になっている。 ③長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。
居宅サービス計画書 (第2表) など	39	本人の役割設定	2段階	2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 (第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。) 1：2に該当しない。 ※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。
居宅サービス計画書 (第2表) など	40	介護保険サービス	2段階	2：生活全般の解決すべき課題に対して、本人の力で取り組めること、インフォーマルサポートの協力により取り組めること、介護保険サービスで取り組めることの内容および頻度が記載されている。かつ、利用者の状況等、当該サービスを必要とする根拠が記載されている。 1：上記以外 他：福祉用具貸与以外の介護保険サービスの利用がない。
週間サービス計画表 (第3表)	46	週間計画の整合性 (一日の習慣化された活動)	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容・食事・散歩・掃除・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第3表内に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
週間サービス計画表 (第3表)	47	家族の役割設定の整合性	2段階	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
サービス担当者会議の 要点 (第4表)	53	サービス担当者会議の 検討内容	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	59	変化を捉える視点	2段階	2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。 1：2に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	60	本人の心身状態に関する 変化の医療者への 報告	2段階	2：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。 1：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。 他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。 ＜医療者への報告事項に該当する情報例＞ ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態に関わらず、提供されていない
その他	61	ケアプランに位置付けられている 多職種との連携	3段階	3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。
サービス担当者会議の 要点 (第4表)	62	ケアプランに位置付けられていない 多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

4. 研修

■ 目的

研修は、ケアマネジメントスキルを習得するための重要な機会です。ケアマネジャーにとって事業所において実施される研修は自己研鑽の機会として有効なものです。事業所において研修を実施する際には、研修の内容は職能団体や自治体が行う研修やケアプラン点検結果等を踏まえて内容を検討することができます。

一方で、研修の企画においては「目指すべきケアプラン像」の示し方が難しい、企画者によって研修の方針・ゴールが異なってしまうといった課題も指摘されています。

ケアプラン点検項目は、ケアプラン作成において特に確認すべきポイントを示したものであり、研修内でのセルフチェック素材とする、研修内でのグループワーク素材とする等の活用が可能なものです。特に新人研修において、基本的な事項を確認する材料としての活用が期待されます。

■ 重点項目

多様な社会資源による介護保険外サービスの活用をはじめとする次の項目は、研修を通してケアマネジャーが多様な社会資源に目を向けることや、介護保険内外の多様な職種と広く連携していくことの必要性や重要性を共有する際にも役立つ可能性があります。

（アセスメントシート）

- 課題分析の理由
- 内服薬・処置
- 口腔衛生の状態
- 家族関係や周辺の社会資源の状況

（第1表）

- 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

（第2表）

- 介護保険外サービス

（第3表）

- 週間計画の整合性（インフォーマルサポート）
- 週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）

（第5表）

- 変化を捉える視点

（その他）

- ケアプランに位置付けられている多職種との連携
- ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

■ 活用時の留意点

一方で、ケアプラン点検項目を活用して研修を行う際には、次の点に留意する必要があります。

まず、研修においても、必要な項目が記載されているかの確認に終始しないよう意識する必要があります。項目の確認を通して、ケアマネジャーが利用者の望む暮らしや大切にしている価値観、課題分析に必要な把握すべき項目、多職種の意見等を把握し、作成するケアプランに根拠を持たせることが大切であるという点に気づけるようプログラムを進めていく必要があります。

また、研修に参加するケアマネジャー自身が自分の得意・不得意（根拠を得にくい部分）に気づき、改善に向けて何ができるかを考える機会を提供することが重要です。

重点確認シート_研修

実施日： 年 月 日

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	1	課題分析の理由	2段階	2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。 1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。
アセスメントシート	5	内服薬・処置	2段階	2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 1：2に該当しない。 ※お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。
アセスメントシート	14	口腔内の状態	3段階	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
アセスメントシート	31	家族関係や周辺の社会資源との状況	3段階	3：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている。（エコマップが記載されている。） 2：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。 1：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。
居宅サービス計画書（第1表）	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	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように統柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※②について、具体的に統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明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第2表）	42	介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）	2段階	2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。
週間サービス計画表（第3表）	45	週間計画の整合性（インフォーマルサポート）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①インフォーマルサポート（介護サービス以外の支援；家族による支援、多様な主体により提供される生活支援サービス、利用者自身の継続的な取り組み等）について記載がされている。 ②介護サービス以外の取組について、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
週間サービス計画表（第3表）	46	週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容・食事・散歩・掃除・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第3表内に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	59	変化を捉える視点	2段階	2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。 1：2に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。
その他	61	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	3段階	3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。
サービス担当者会議の要点（第4表）	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

＜参考資料一ケアプラン点検項目マニュアル＞

ケアプラン点検項目マニュアル

第 2.1版

2024 年8月

この事業は令和6年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分) により実施したものです。

ケアプラン点検に係るマニュアル及び AI を活用した 支援ツールに関する調査研究事業

令和7(2025)年3月発行

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 9 階
TEL 03-5213-4110 (代表) FAX 03-3221-7022

不許複製