

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

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
方策に関する調査研究事業

報告書

令和5（2023）年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

NTT DATA

株式会社 NTTデータ 経営研究所

<目次>

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	3
4.	検討委員会の開催	5
第2章	結果の概要	8
1.	現状	8
2.	ケアプラン点検支援マニュアルの改定	8
3.	ケアプラン点検項目の改定	9
4.	実証実験	10
5.	ケアプラン点検支援ツールの開発	10
6.	総括（今後の課題と展開）	11
第2部	詳細	12
第1章	ケアプラン点検支援マニュアルの改定	13
1.	目的	13
2.	方法	13
3.	結果	14
4.	まとめ	22
第2章	ケアプラン点検項目の改定	24
1.	目的	24
2.	方法	24
3.	まとめ	32
第3章	実証実験	34
1.	目的	34
2.	方法	34
3.	結果	41
4.	まとめ	52
第4章	ケアプラン点検支援ツールの開発	54
1.	目的	54
2.	方法	54
3.	結果	59
4.	まとめ	74
第5章	総括（今後の課題と展開）	77
1.	今後の課題	77

2.	今後の展開.....	79
第3部	参考資料.....	81

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。居宅介護支援事業者の指定権限が市町村に移譲されて以降、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づ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。

しかしながら、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。さらに、ケアプラン点検の目的として「自立支援に資するケアプランの作成支援」を重視する保険者が多い一方、「給付を抑制する」という観点からケアプラン点検を行っている保険者も一定数いることが示されている。

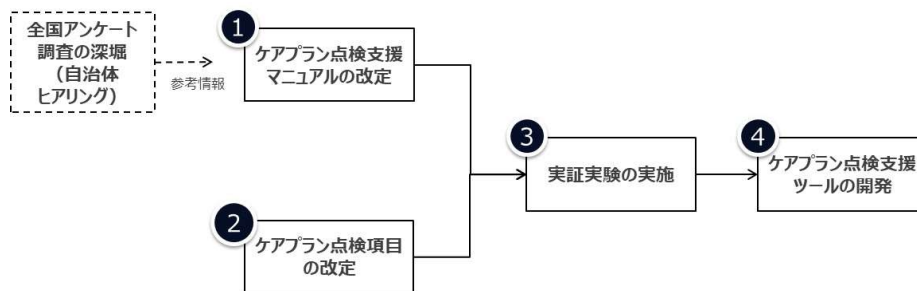
このような現状の中、令和 3 年度事業では、全国の保険者が統一的な視点でケアプラン点検を行うための指標を作成するため、新たなケアプラン点検項目（以下「ケアプラン点検項目」という）を開発し、15 の保険者にてフィジビリティ検証を行った。その結果、分かりやすさ等一定の評価は得たものの点検項目の設定意図の明確化が必要であること等がわかった。また、ケアプラン点検にかかる事務負担の軽減を図るため、フィジビリティ検証を通して収集したケアプラン点検結果データを活用し、ケアプラン点検支援 AI の開発及び精度の検証も行った。その結果、質の担保されたケアプラン点検データの必要性が改めて明らかになった。

このような結果を踏まえ、本事業では、AI を活用したケアプラン点検の支援の実装化に向けて、ケアプラン点検項目の見直しやより質の高いケアプラン点検データの収集を行うとともに、ケアプラン点検支援ツールを開発することとする。また、ケアプラン点検項目の設定意図を明らかにするため、ケアプラン点検項目マニュアルを作成する。さらに、ケアプランが利用者の自立支援や尊厳の保持に資するものとして保険者が行う点検を支援する観点から、令和 3 年度全国実態調査等を踏まえ、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）の改定に向けた検討を行う。

2. 実施内容

本事業では、「ケアプラン点検支援マニュアル」及びケアプラン点検項目の改定を行うとともに、改定したケアプラン点検項目の検証や、ケアプラン点検支援ツールの開発にあたって必要となる質の高いケアプラン点検データの収集等を目的とした実証実験を行った。また、実証実験で得られたデータ等を活用し、ケアプラン点検支援ツールの開発を行った。なお、本事業実施の参考情報とするため、令和3年度国実態調査の深堀（自治体ヒアリング）を行った。本事業の全体像を図表1-1に示す。

図表 1-1 本事業の全体像



(1) ケアプラン点検支援マニュアルの改定

利用者やケアマネジメントの現状、点検の実施方法の標準化等に対応するため、「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定に向けた検討を行った。その結果、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子を作成した。

(2) ケアプラン点検項目の改定

令和3年度に作成したケアプラン点検項目案について改定を行うとともに、保険者が各項目を確認する目的や意義について理解して点検を行えるよう、ケアプラン点検項目マニュアルを作成した。

(3) 実証実験の実施

本事業では、①ケアプラン点検項目の有効性の検証、②ケアプラン点検支援ツール開発に向けた教師データの収集と精度検証、③ケアプラン点検支援ツールの有効性の検証の3つの目的をもって実証実験を実施した。

(4) ケアプラン点検支援ツールの開発

本事業において作成したケアプラン点検項目を使用して書類の確認を実施したとき、客観的な評価を保険者に提示できるツールを提供（公開）することによって、ケアプラン点検項目を実際のケアプラン点検の場で活用しやすくすることを主な目的としてケアプラン点検ツールを開発した。

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を設置し、検討委員会を開催した。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、事務局一覧を図表 1-5 にそれぞれ示す。

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
	稲家 克郎	日本電信電話株式会社 研究企画部門 プロデュース担当（医療健康 ICT）
	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
	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
	吉田 賢史	福岡県介護保険広域連合・事業推進係長

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
	金丸 絵里	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課 相談支援係
	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
	増田 美照	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課介護サービス担当係長

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	三浦 正樹	厚生労働省 老健局総務課介護保険指導室 室長
	登内 晋司	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
	諏訪林 智	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係係長
	小谷 勇樹	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
	永易 広夢	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 アソシエイトパートナー
	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 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
	野村 佳織	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
	天童 空美	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 コンサルタント
	三道 ひかり	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 コンサルタント

4. 検討委員会の開催

検討委員会を全 4 回、ワーキンググループを全 5 回開催した。開催概要を図表 1-6、図表 1-7 にそれぞれ示す。

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 2022年9月13日(火) 18:00~20:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 /オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> • 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（改定の目的、主な論点、スケジュール等） • 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（改定の目的、今年度の検討事項、スケジュール等） • 「ケアプラン点検結果データ」の分析結果 • 「ケアプラン点検支援ツール」開発に向けた検討（公開ステップと今年度の位置づけ） • 「実証実験」の概要 • 「自治体ヒアリング」の結果
第2回 2022年11月29日(火) 9:30~11:30 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 /オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> • 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（改定案の構成、作成方針等） • 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（具体的な点検項目案、項目マニュアルの構成等） • 「ケアプラン点検支援ツール」開発に向けた検討（ツールの具体案等） • 「実証実験」の概要（スケジュール、実施フロー等）
第3回 2023年1月20日(金) 18:00~20:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 /オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> • 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（点検目的の改定案、効果の把握等） • 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（項目マニュアルの素案等） • 「ケアプラン点検支援ツール」の開発に向けた検討（ツールマニュアル等） • 「実証実験」の概要（実証実験3の具体的な実施方法等） • 取りまとめに向けた検討
第4回 2023年3月10日(火) 19:00~21:00	<ul style="list-style-type: none"> • 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（改定案骨子（案）等）

日時・場所	主な検討内容
株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（項目マニュアル全般等） 「ケアプラン点検支援ツール」の開発に向けた検討（ツールマニュアル等） 「実証実験」の結果 取りまとめに向けた検討

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 2022年8月22日（月） 14:00～16:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（改定の目的、主な論点、スケジュール等） 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（改定の目的、今年度の検討事項、スケジュール等） 「ケアプラン点検結果データ」の分析結果 「ケアプラン点検支援ツール」開発に向けた検討（公開ステップと今年度の位置づけ） 「実証実験」の概要 「自治体ヒアリング」の結果
第2回 2022年9月30日（金） 9:30～11:30 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（改定版の構成案、各章の作成方針） 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（項目構成・評価基準の改定事項等） 「ケアプラン点検支援ツール」の開発に向けた検討（ツールに実装すべき機能案等） 「実証実験」の概要（実証パターン2の実証内容等）
第3回 2022年10月18日（火） 9:30～11:30 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 ／オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（ケアプラン点検の手順に関する記載等） 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（項目構成・評価基準の改定事項、項目マニュアルのアウトプットイメージ等） 「ケアプラン点検支援ツール」の開発に向けた検討（ツールに実装すべき機能等） 「実証実験」の概要（実証パターン1の実証

日時・場所	主な検討内容
第4回 2022年11月28日(月) 18:00~20:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 /オンライン会議	内容等) <ul style="list-style-type: none"> • 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（ケアプラン点検の効果の把握、骨子案イメージ等） • 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（項目構成・評価基準の改定事項、項目マニュアルの素案等） • 「ケアプラン点検支援ツール」の開発に向けた検討（ツールに実装すべき機能等） • 「実証実験」の概要（実証パターン1、2の経過報告等）
第5回 2022年12月22日(木) 13:00~15:00 株式会社 NTT データ経営研究所会議室 /オンライン会議	<ul style="list-style-type: none"> • 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定に向けた検討（骨子案等） • 「ケアプラン点検項目」改定に向けた検討（項目マニュアルの素案等） • 「ケアプラン点検支援ツール」の開発に向けた検討（具体的な実装案等） • 「実証実験」の概要（実証パターン1、2の経過報告等）

第2章 結果の概要

1. 現状

(1) 自治体ヒアリングの結果

「ケアプラン点検支援マニュアル」やケアプラン点検項目の改定及びケアプラン点検支援ツールの開発にあたり必要な知見を得るために、令和3年度全国実態調査に回答した保険者から9つの保険者を選定し、ヒアリング調査を実施した。

ヒアリング調査の結果、ほとんどの保険者で自立支援やケアマネジャーの育成、ケアプランの質の向上を点検目的としていたことがわかった。また、点検プロセスに関しては、ケアマネジャーによる自己点検を含む自治体が多いことや、国民健康保険中央会から提供されるデータを活用して点検するケアプランを抽出している保険者が多いことがわかった。点検する体制に関しては、ほとんどの保険者において、有識者を含む最低2名1組で点検や面談を実施していた。

課題に関しては、ケアプラン点検を担当する職員の専門的知識やスキル不足を挙げる保険者が多く、ケアマネジャーの育成やケアマネジャーの点検に対する不安への対応等の観点から、ケアプラン点検項目により客観的な評価とフィードバックを行うことへのニーズが一定数見られた。さらに、点検支援ツールに期待されることとして、「ツールによる客観的な評価」や「ケアプラン点検にかかる時間の短縮」等が複数の自治体から挙げられた。

(2) 福岡県介護保険広域連合のデータ分析の結果

ケアプラン点検項目やケアプラン点検の効果評価方法の検討にあたって基礎資料とすることを目的に、福岡県介護保険広域連合（以下「広域連合」という）が2018（平成30）年度、2021（令和3）年度の2回実施したケアプラン点検結果データを分析した。

第1回、第2回ともに点検対象となったケアプランについて、点検結果（「有」数）を集計し分布を確認したところ、第1回よりも第2回の方が「有」数が多くなる傾向がみられた。このことからケアプラン点検実施が、ケアプランの点検基準に合致する割合の向上に寄与した可能性がある。

また、第1回点検対象ケアプランの被保険者の要介護度を追跡したところ、第1回点検時に要介護1～3であった点検対象者が、約4年経過すると死亡するケースが4割あることが分かった。このことから、ケアプラン点検において自立支援の観点に加えて尊厳保持の観点も極めて重要であることが改めて示唆された。

一方、第1回点検時と第2回点検時で、点検者、被点検者の対象は特に変わらないにもかかわらず、項目別の「有」の割合は項目によって大きく増減しているのがみられた。点検の指導者が第1回と第2回で異なり、点検指導者の解釈や目線により「有」の割合が変化することが示された。このため、点検項目検討時には割合が大きく変化した項目を中心に評価基準の明確化を進めた。

2. ケアプラン点検支援マニュアルの改定

利用者やケアマネジメントの現状や、保険者に求められる機能に応じたケアプラン点検の実施を目指す

すとともに、点検の実施方法の平準化及び点検にかかる事務負担軽減を目的として、平成 20 年に策定された「ケアプラン点検支援マニュアル」を改定することとした。改定にあたっては、有識者・実務者から構成されるワーキンググループにおいて協議を行った。

その結果、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子が完成した。改定案の骨子は「第 1 章 総論（点検の目的等）」と「第 2 章 各論（点検の手順等）」で構成することとした。具体的には、①ケアプラン点検の目的（第 1 章第 1 節）、②本マニュアルの活用方法（第 1 章第 2 節）、③改正の背景・目的（コラム）、④ケアプラン点検の位置付け（第 1 章第 3 節）、⑤ケアプラン点検の手順（第 2 章第 1 節）、⑥ケアプラン点検の効果の把握（第 2 章第 2 節）及び⑦参考資料・参考事例（第 2 章第 3 節）の 7 つの項目で構成することとした。

今後は、各項目の記載内容の具体化に向けて、特に「事業所選定・ケアプラン抽出の具体的な方法」、「書類確認の結果のフィードバック方法」、「点検結果の分析手法」、「点検効果の測定方法」、「ケアプラン点検が介護サービス事業者に与える影響」及び「参考となる先進事例の収集」について検討する必要がある。

3. ケアプラン点検項目の改定

令和 3 年度に作成した点検項目の課題等を踏まえ、介護保険やケアマネジメントに係る近年の動向を踏まえた点検項目・評価基準の見直し、記載の有無だけでなく記載内容の充実度について点検するための評価基準の見直し等の観点から、点検項目の改定案を作成した。また、保険者がケアプラン点検のねらいや各点検項目を確認する意義・目的を理解した上で点検を行えるよう、点検のねらいや各点検項目の解説を行ったケアプラン点検項目マニュアル（以下、点検項目マニュアル）を作成した。点検項目の改定および点検項目マニュアルの作成は、有識者・実務者から構成されるワーキンググループにおいて協議を行いながら実施した。

検討の結果、作成した点検項目は、実証（保険者へのアンケート）を通して、「評価基準が理解しやすい」「経験の少ない点検者の専門知識を補うことに繋がる」といった回答が得られ、一定の有用性や効果が期待できるものであることが確認された。また、作成した点検項目マニュアルは、「各項目を点検する意義が確認できた」という意見が挙げられ、点検項目マニュアルの活用によって、経験の浅い職員でも目的に沿ったケアプラン点検を実施することを可能とする可能性が示唆された。

今後、作成した点検項目及び点検項目マニュアルを全国の保険者へ普及展開し、ケアプラン点検において効果的に活用されるものとするために、以下に挙げるような事項について引き続き検討を行う必要があると考えられる。

- 点検項目について、点検者による評価のばらつきの有無・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、実際の点検結果を基に議論することなどでより精緻な検証を行い、必要に応じて項目や評価基準のブラッシュアップを図ること
- 各保険者におけるケアプラン点検の実施方針や運用に合わせて点検項目や点検項目マニュアルを活用いただくことが重要であることから、保険者における点検の運用状況を把握の上、現場での効果的な運用を図ることを目的に点検項目マニュアルのブラッシュアップを行うこと

4. 実証実験

本事業では、ケアプラン点検項目の有効性の検証（実証パターン1）、ケアプラン点検支援ツールの開発に向けた教師データの収集と精度検証（実証パターン2）、ケアプラン点検支援ツールの有効性の検証（実証パターン3）の3つの実証実験を実施した。実証パターン1では、7保険者に実際にケアプラン点検項目を活用し書類での点検を実施頂くことによって、ケアプラン点検項目の有効性と課題について示唆を得ることができた。ケアプラン点検項目の有効性については、保険者の回答者全員が「評価基準が理解しやすい」「統一的な観点で書類の確認が可能」「経験の少ない点検者の専門知識を補うことに繋がる」と回答し、書類でのケアプラン点検を行うにあたって本事業で作成したケアプラン点検項目が有効に働く可能性があることが示唆された。ケアプラン点検項目の課題については、項目数が多いという回答が半数を占め、特にアセスメントシートについて確認に時間がかかるとの意見があがった。このような結果も踏まえて、「第2部第2章ケアプラン点検項目の改定」にて今後の課題をまとめている。

実証パターン2では、教師データを得る過程で、ケアプランの書類様式が、本事業で作成したケアプラン点検項目による点検結果に大きく影響する可能性が示唆された。また、実際に点検項目を活用する中で、点検者によって評価が分かれるポイントが具体的に示された。これを踏まえて、ケアプラン点検項目の判断基準の記載の修正をした。その結果は「第2部第2章ケアプラン点検項目の改定」にてまとめている。

実証パターン3では、6保険者に実際にケアプラン点検支援ツールを活用し評価区分や助言コメントを参照頂くことによって、ケアプラン点検支援ツールの有効性と課題について示唆を得ることができた。実証に参加したすべての保険者がケアプラン点検支援ツールにて示される評価区分や助言コメント等をケアプラン点検の取り組みに活かせると感じていることがわかり、現状のケアプラン点検支援ツールの機能の範囲でも一定保険者の面談運営に寄与できる可能性があることが示唆された。一方でケアプラン点検項目を使用した点検～ツールでの評価表示までの一連の工程を実施するのに一定の時間を要することから、実際にケアプラン点検支援ツールが実用できるかについては確認が必要であることも示唆された。このような結果も踏まえて、「第2部第4章ケアプラン点検支援ツールの開発」にて今後の課題をまとめている。

5. ケアプラン点検支援ツールの開発

AIを活用したツールの開発という観点では、AIによる分析を行い、ケアプランの記載の充実度（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）に対するケアプラン点検項目の重み（配点）を算出することで38件の評価データのうち、37件（約97%）のデータについて点検エキスパートと1段階以下の誤差でケアプランの記載の充実度を算出できるツールを開発することができた。ただし、より多くの保険者やケアマネジャーが安心してツールを活用できるようにするために、今回算出したケアプラン点検項目ごとの重み（配点）の妥当性を有識者の意見も踏まえ検証し、AIが算出した点検項目ごとの重みの妥当性を裏付けていく必要がある。

客観的な評価を示すことのできるツールの開発という観点では、有識者の意見をもとにツールの使用を検討し、一定程度保険者にとって簡単に操作ができ、ケアマネジャーとの面談に向けた分かりやすい評価

を提示できる機能を備えた ExcelVBA ツールを開発することができた。ただし、より幅広い場面でケアプラン点検支援ツールを活用出来るようにしていくためには、「ケアプラン点検にかかる時間の短縮できる仕組みの実装」、「サービス計画の妥当性や書類間の整合性チェック機能等の実装」、「点検結果をビッグデータ化し地域間比較等ができるようにする基盤の構築」等を通じて求められる役割を果たせるように機能向上を図っていく必要がある。

6. 総括（今後の課題と展開）

本事業では、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子、「ケアプラン点検項目」改定版及び「ケアプラン点検支援ツール」等が完成した。今後は、「ケアプラン点検によって目指す姿」（図表 2-83）を念頭に、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定版の完成に向けた検討や、「ケアプラン点検項目」及び「ケアプラン点検支援ツール」の更なる改善を行う必要がある。

また、保険者がこれらを効果的に活用し、より効率的・効果的なケアプラン点検を実施できるよう、「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」の運用方法を検討し、全国の保険者に研修等を通じて周知を図ることが重要である。さらに、ケアマネジャーがより質の高いケアマネジメントについて自ら気づきを得ることを目指し、これらのツールをケアマネジャー自身が活用できるよう改善を図ることも必要である。

これらのツールによって効率的・効果的なケアプラン点検を実現することがゴールではなく、これらを活用することで、質の高いケアマネジメントが実現され、利用者の「尊厳の保持」や「自立支援」につなげていくことが重要である。同時に、ケアプラン点検に従事する保険者の事務的負担を軽減し、より質の高いケアマネジメントの実施に注力できる環境を整えていくことが求められる。

このため、「ケアプラン点検支援マニュアル」、「ケアプラン点検項目」及び「ケアプラン点検支援ツール」の改善を継続的に行い、その活用方法を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マニュアルの改定

1. 目的

平成 20 年に「ケアプラン点検支援マニュアル」が策定されてから今日まで、利用者やケアマネジメントの状況は大きく変化している。例えば、利用者の要介護の原因疾患の第 1 位は脳血管疾患から認知症に変化しており¹、要介護 1～3 の高齢者も数年経つと状態が変化し死亡する割合が少なくないことも明らかとなっている。また、ケアマネジメントに関しては、令和 2 年度に「適切なケアマネジメント手法」²が策定されるなど、属人的なものからエビデンスを基にしたケアマネジメントに変わりつつある。さらに、介護現場における ICT 化など、介護現場の生産性を向上させ、限られた資源の中で、一人でも多くの利用者に質の高いケアを届ける取組が進められている。

保険者に関しても、その機能を強化するという観点から、市区町村によるケアマネジャーの支援を充実することを目的として、平成 30 年に居宅介護支援事業者の指定権限が都道府県から市区町村に移譲された。また、市区町村の実情に応じた生活支援や介護予防に関する取組が実施できるよう「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設されるなど、地域の高齢者の自立支援・重度化防止等の取組を推進するための役割を果たすことが期待されている。

また、令和 3 年度全国実態調査の結果から、ケアプラン点検の実施方法は様々であることや、「給付を抑制する」という観点からケアプラン点検を行っている保険者が一定数いることがわかった。さらに、ケアプラン点検に必要な専門知識やスキル、人員の不足が課題であることが示されるとともに、効果指標が明示されていないことからケアプラン点検の具体的な効果を把握できていない保険者が多数いることも明らかとなっている。

このような背景を踏まえ、利用者やケアマネジメントの現状や、保険者に求められる機能に応じたケアプラン点検の実施を目指すとともに、点検の実施方法の平準化を行い、点検の効率化や点検者の事務負担軽減と点検に対する不安解消、利用者のリスク回避につなげることを目的とし、平成 20 年に策定された「ケアプラン点検支援マニュアル」を改定することとした。

2. 方法

(1) ワーキンググループ

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定にあたり、有識者・実務者から構成されるワーキンググループ³を組織し、協議を行った。ワーキンググループでは、協議に先立ち、「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定までのステップを明らかにした。今年度事業においては「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子（以下「骨子」という）を策定することを目標とした。改定の具体的なステップを図表 2-1 に示す。

¹ 平成 28 年及び平成 25 年「国民生活基礎調査」の「介護を要する者の数、日常生活の自立の状況・介護が必要となった主な原因別」を参照。

² 令和 2 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（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事業」（令和 3 年 3 月 株式会社日本総合研究所）

³ ワーキンググループの構成員は p3 図表 1-3 参照。

図表 2-1 ケアプラン点検支援マニュアル改定のステップ



3. 結果

ワーキンググループでの議論を踏まえ、骨子を作成した。骨子の構成や各項目における要点について、以下記載する。骨子は参考資料 1 参照。

(1) 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の構成

点検者がケアプラン点検の目的やマニュアルの構成を理解した上で、具体的な点検の手順と実施方法を参考にできるよう、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案は「総論（点検の目的等）」と「各論（点検の手順等）」で構成することとした。具体的な項目については、現行の「ケアプラン点検支援マニュアル」の構成も参考にしつつ、改定の背景や目的を踏まえ、必要な要素を追加することとした。具体的な構成及び現行の「ケアプラン点検支援マニュアル」との対応を図表 2-2 及び図表 2-3 に示す。

図表 2-2 改定案の構成

章立て		目次
第1章		総論
	第1節	ケアプラン点検の目的
	第2節	本マニュアルの活用方法
	(1)	マニュアルの構成
	(2)	マニュアルが想定する対象
	(3)	活用場面
		(コラム1) 改正の背景・目的 (コラム2) 「適切なケアマネジメント手法」の考え方

	第3節	ケアプラン点検の位置付け
	(1)	ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
	(2)	ケアプラン点検の制度的な位置づけ
	(3)	運営指導との違い
	(4)	運営指導と同時にケアプラン点検を実施する際の留意点
第2章		各論
	第1節	ケアプラン点検の手順
	(1)	ケアプラン点検の目的の設定
	(2)	事業所選定・ケアプラン抽出
	(3)	点検書類提出の依頼（通知）
	(4)	書類の受領
	(5)	書類の確認、面談の準備
	(6)	面談
	(7)	点検結果の分析
	第2節	ケアプラン点検の効果の把握
	(1)	ケアプラン点検の効果把握する目的
	(2)	ケアプラン点検の効果
	(3)	効果を把握する観点
	第3節	参考資料・参考事例
	(1)	参考資料
	(2)	参考事例

図表 2-3 改定案の構成

現行マニュアル (ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法) 改定後マニュアル

章立て	目次	改定後マニュアルにおける位置づけ
1	目的	<ul style="list-style-type: none"> 一部の記載を整理しつつ、新しい目的を第1章第1節「ケアプラン点検の目的」に記載 (資料p13に改定案を記載)
2	ケアプラン点検に当たった際の基本姿勢	<ul style="list-style-type: none"> 現行の記載内容を参考に、ケアプラン点検を実施するにあたり留意すべき事項は第2章第1節「ケアプラン点検の手順」において記載する
3	「ケアプラン点検マニュアルの指標」について	<ul style="list-style-type: none"> 記載内容は踏襲しないが、改定後マニュアルの構成は第1章第2節「本マニュアルの活用方法」において記載する
4	「ケアプラン点検支援マニュアル (本論)」の構成について	
5	ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法について	
(1)	解説	<ul style="list-style-type: none"> 記載内容は踏襲しないが、ケアプランの確認方法は第2章第1節「ケアプラン点検の手順」⑤「書類の確認、面談の準備」において記載する (詳細は点検項目マニュアルに記載予定)
(2)	手順	
①	居宅介護支援事業所からケアプランの回収 (ケアプラン「1～3表」及びアセスメント表)	<ul style="list-style-type: none"> 現行の記載内容を参考に、ケアプランの抽出方法は第2章第1節②「事業所選定・ケアプラン抽出」において記載する。
②	事前準備	<ul style="list-style-type: none"> 記載内容は踏襲しないが、面談の準備は第2章第1節「ケアプラン点検の手順」⑤「書類の確認、面談の準備」において記載する (詳細は点検項目マニュアルに記載予定)
③	介護支援専門員との面談	<ul style="list-style-type: none"> 現行の記載内容を参考に、介護支援専門員との面談は第2章第1節⑥「面談」において記載する。
④	回答の整理・分析	<ul style="list-style-type: none"> 記載内容は踏襲しないが、点検結果の分析は第2章第1節「ケアプラン点検の手順」⑦「点検結果の分析」において記載する
⑤	課題の克服	

章立て	目次
第1章	<p>総論</p> <p>ケアプラン点検の目的</p> <p>本マニュアルの活用方法</p> <p>マニュアルの構成</p> <p>マニュアルが想定する対象</p> <p>活用場面</p> <p>(コラム1) 改正の背景・目的</p> <p>(コラム2) 「適切なケアマネジメント手法」の考え方</p>
第1節	ケアプラン点検の位置付け
第2節	<p>(1) ケアマネジメントの質の向上に向けた取組</p> <p>(2) ケアプラン点検の制度的な位置づけ</p> <p>(3) 運営指導との違い</p> <p>(4) 運営指導と同時にケアプラン点検を実施する際の留意点</p>
第2章	<p>各論</p> <p>ケアプラン点検の手順</p> <p>ケアプラン点検の目的の設定</p> <p>事業所選定・ケアプラン抽出</p> <p>点検書類提出の依頼 (通知)</p> <p>書類の受領</p> <p>書類の確認、面談の準備</p> <p>面談</p> <p>点検結果の分析</p>
第1節	<p>(1) ケアプラン点検の効果の把握</p> <p>(2) ケアプラン点検の効果</p> <p>(3) 効果を把握する観点</p> <p>(4) 参考資料・参考事例</p> <p>(5) 参考資料</p> <p>(6) 参考事例</p>
第2節	<p>(1) ケアプラン点検の効果の把握</p> <p>(2) ケアプラン点検の効果</p> <p>(3) 効果を把握する観点</p> <p>(4) 参考資料・参考事例</p> <p>(5) 参考資料</p> <p>(6) 参考事例</p>
別紙	点検項目

(2) 各項目の作成方針

(1) で示した構成案を基に、ワーキンググループで各項目の作成方針について議論を行った。ワーキンググループでの議論及び決定した作成方針について、以下記載する。

①ケアプラン点検の目的（第1章第1節）

現行の「ケアプラン点検支援マニュアル」が策定され 14 年が経過する中で、本章 1 で記載した通り、利用者やケアマネジメントの状況や、保険者に求められる機能は変化しつつある。特に、要介護の原因疾患第 1 位が認知症となっている現状や、2021 年の介護保険法改正により認知症の高齢者の「尊厳の保持」を重視する改正が行われたことを踏まえ、ワーキンググループでは「ケアプラン点検支援マニュアル」にも「尊厳の保持」や「意思決定支援」という観点を踏まえるべきとの意見が挙がった。そのため、ケアプラン点検の目的に関して、現行の「ケアプラン点検支援マニュアル」の記載を踏襲しつつ、「利用者の尊厳の保持」を主目的として位置付け、「利用者の意思決定支援」についても目的として盛り込むこととした。

また、ケアプラン点検を通じてケアマネジメントを行うことがその目的と捉えるべきであるとの意見や、個々のケアマネジメントの質の向上により、地域全体のケアマネジメントの質が向上していくことも重要であるとの意見を踏まえ、「ケアマネジメントの質の向上」及び「地域全体のケアマネジメントの向上」についても、ケアプラン点検の目的の 1 つとして追加する。

さらに、ケアプラン点検が介護給付等費用適正化事業の一環であることを踏まえ、「介護給付費の適正化」についても目的として位置づけることとしたが、ワーキンググループにおいて、介護給付費適正化についてはあくまでもケアプラン点検の副次的な効果として捉えるべきであるとの指摘があった。

上記のような議論や作成方針を踏まえ、「ケアプラン点検の目的」に関しては、以下のとおりの案文を作成し、ワーキンググループの了承を得た。

- 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、介護支援専門員及び保険者両者の「気づき」を促し「学び」につなげるとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、「利用者の尊厳」を確保することが重要です。

②本マニュアルの活用方法（第1章第2節）

「本マニュアルの活用方法」に関しては、改定後のマニュアルの構成、マニュアルが想定する対象、活用場面について記載することでワーキンググループに諮り、特段の異論はなかった。

また、本事業で行った自治体ヒアリングの結果、ケアマネジャーがマニュアルを活用して自己点検を行っている保険者が多かったことが明らかとなったことを踏まえ、ワーキンググループにおいて、ケアマネジャー本人が自己点検のために活用することを想定して「ケアプラン点検支援マニュアル」を改定すべきか議論があった。これに関しては、今年度事業においては、改定後のマニュアルが想定する対象は保険者職員に限

ることとし、ケアマネジャーが自己点検において活用する場合に必要な要素等については、次年度以降に検討することとなった。

なお、対象となる保険者には1年目の事務職員が含まれることを明記することとし、活用場面については、原則として保険者によるケアプラン点検時を想定していることを明記した。

③コラム（第1章第2節 コラム）

ワーキンググループにおいて、本章1に記載した「ケアプラン点検支援マニュアル」を改定することとなる背景や目的について言及があったが、「ケアプラン点検支援マニュアル」を改定する背景や目的についてはケアプラン点検の実施に係る内容ではないため、コラムとして整理した。

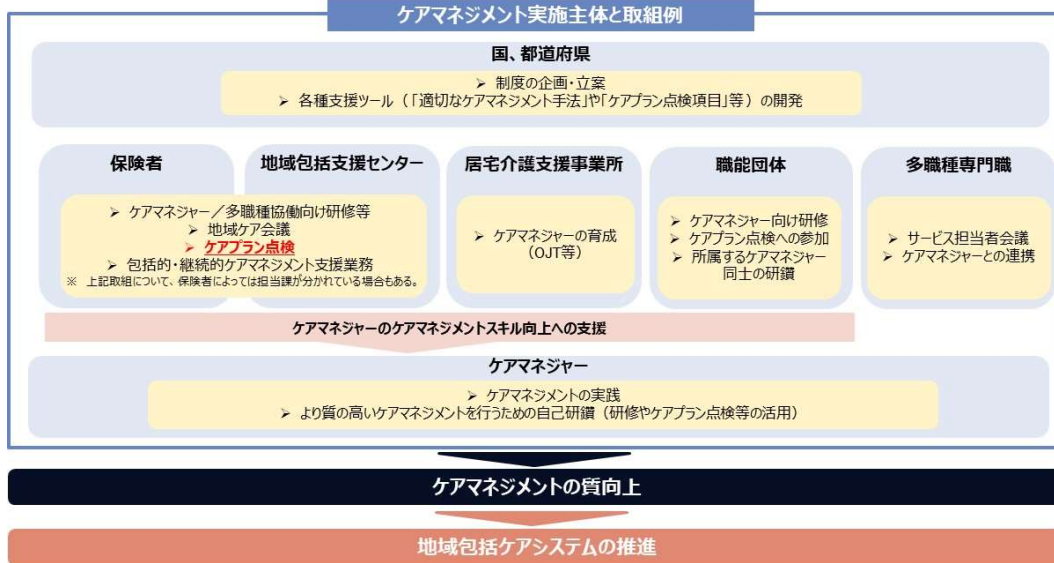
また、ワーキンググループでは、ケアプラン点検はケアマネジャーが法定研修等で学んだ内容と整合性があることが望ましいとの指摘があった。特に「適切なケアマネジメント手法」に基づいたケアマネジメントが推奨されていることを踏まえ、「適切なケアマネジメント手法」の考え方についても、改定後のマニュアルにおいて記載する。

しかし、「適切なケアマネジメント手法」はケアプラン点検を取り巻くものの一部であり、それ以外の観点も踏まえて点検を実施することが重要であるとの指摘もあったため、コラムに位置付ける。

④ケアプラン点検の位置付け（第1章第3節）

ケアプラン点検は保険者によるケアマネジメントの質の向上の取組の1つであるが、ケアマネジメントは、本人の尊厳を尊重し住み慣れた地域でできるだけ暮らし続けられるよう、生活全般を支える体制を整え、自立支援を実現することを目指すものであり、その実施主体は保険者やケアマネジャーに限られるものではない。ワーキンググループにおいても、地域のケアマネジメントに関わる取組の全体像を示したうえで、ケアプラン点検の位置づけを示すべきとの意見が挙げられたことから、「ケアプラン点検の位置づけ」として図表2-4を骨子において示し、ケアプラン点検がケアマネジメントの質の向上ための取組の1つであることを明記した。さらに、ワーキンググループにおいて、改定後のマニュアルは保険者がケアマネジメントを確認するためのマニュアルであることが分かるよう、「ケアプラン点検支援マニュアル」という題名に副題を付けるべきではないかとの意見があったことから、「保険者によるケアマネジメントの確認マニュアル」との副題を付記した。

図表 2-4 ケアマネジメントの質の向上に向けた取組



また、ワーキンググループでは、介護保険法第 69 条の 34 第 3 項で「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。」と規定されていることを踏まえ、ケアマネジメントの質の向上にはケアマネジャー自身の自己研鑽が必要であるということを明記すべきとの指摘があったため、その要素を追加した。

さらに令和 3 年度全国実態調査によれば、運営指導のタイミングに合わせてケアプラン点検の面談を実施する保険者が一定数いることから、一部の保険者では、制度上の位置づけが異なる運営指導とケアプラン点検を同質のものと認識している可能性が示唆された。このため、ケアプラン点検の制度的な位置づけを明記するとともに、運営指導との違いを明記した。

ワーキンググループにおいても、ケアプラン点検は保険者とケアマネジャーが対等な関係で実施されるべきものだが、ケアプラン点検と運営指導が同時に実施された結果、その関係が崩れてしまうことへの懸念が示された。他方で、小規模な保険者ではケアプラン点検と運営指導を別個に実施するために必要な体制を確保することができない可能性があることについて配慮が必要であるとの指摘もあった。

このため改定後のマニュアルにおいては、「運営指導と同時にケアプラン点検を実施する際の留意点」として、ケアプラン点検と運営指導の違いをあらかじめケアマネジャー等に説明した上で、可能であれば「ケアプラン点検と運営指導の実施者を分ける」ことや、「実施する時間帯を分ける」ことを明記した。

また、ワーキンググループでは、ケアプラン点検はケアプランの粗を探すのではなく、保険者とケアマネジャーと一緒に学び合い、ケアマネジメントの質を高めることで、地域全体のケアマネジメントの質が向上していくものであるとの意見が出された。このため、ケアプラン点検が「ケアマネジャーを批判するものではなく保険者とともにレベルアップを図るもの」であることを明記した。

⑤ケアプラン点検の手順（第 2 章第 1 節）

令和 3 年度全国実態調査やヒアリング調査の結果を参考に、現行の「ケアプラン点検支援マニュアル」を見直し、ケアプラン点検の手順として以下 1) から 7) までを示した。

- 1) ケアプラン点検の目的の設定
- 2) 事業所選定・ケアプラン抽出
- 3) 点検書類提出の依頼（通知）
- 4) 書類の受領
- 5) 書類の確認、面談の準備
- 6) 面談
- 7) 点検結果の分析

ワーキンググループでは、特に「書類確認、面談の準備」及び「面談」における留意事項として、点検者が 1 人又は同じ職員が長年点検を担当することによる懸念を具体的に示すべきであるとの意見が挙げられた。そのため、改定後のマニュアルにおいて、「書類確認、面談の準備」及び「面談」の際には、「専門職を含む 2 人 1 組で実施することが望ましい」ことを明記し、点検者が 1 名の場合や長年同じ職員が点検することの懸念点を具体的にまとめることとした。

また、ケアプラン点検により、面談するケアマネジャーが属する居宅介護支援事業所の管理者が、ケアマネジャーの育成やフォロー体制等に関して気づきを得ることが期待されるため、ケアマネジャーとの面談の際、居宅介護支援事業所の管理者にも同席を求めるべきではないかとの指摘があり、改定後のマニュアルにおいて明記した。

なお、「書類の確認、面談の準備」においては、書類を確認する観点として本事業において改定するケアプラン点検項目を活用することを明記した。併せて、ケアプラン点検項目の意義や点検における留意点について理解を促すため、「点検項目マニュアル」を参考にすることを記載した。

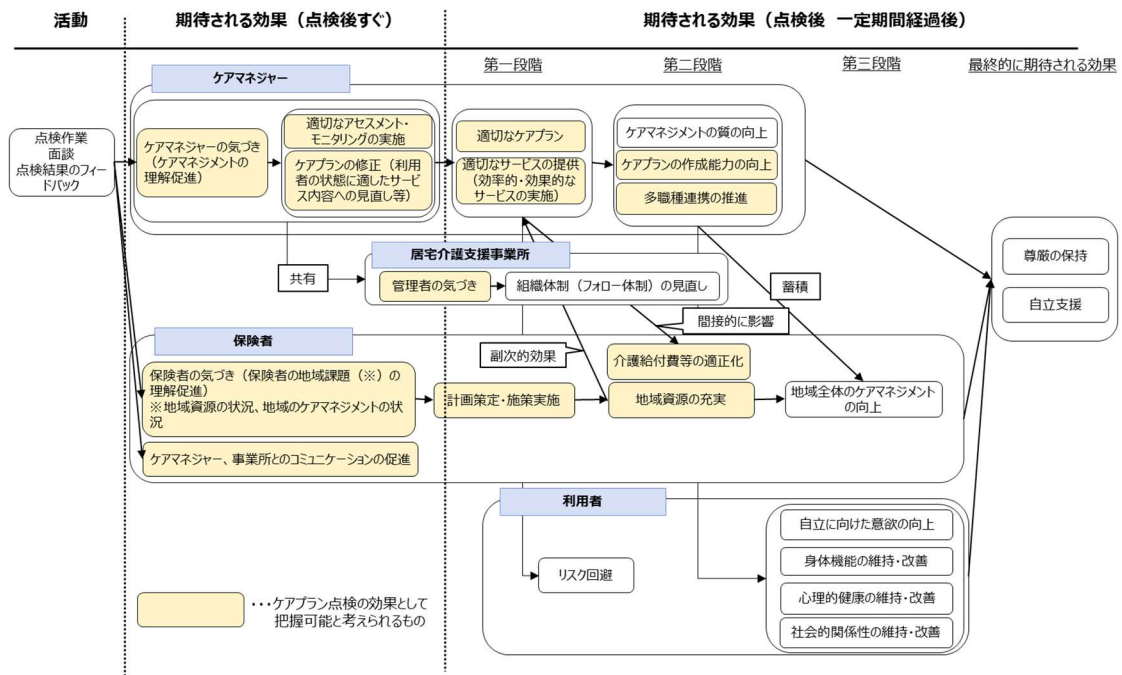
上記のほか、ワーキンググループでは、ケアプラン点検を外部に委託して実施する際に、保険者が委託先に任せきりにすることなく、例えば「点検時には必ず保険者が立ち会う」等、保険者としての責任があることを明記すべきとの意見が出された。また、ケアプラン点検を実施できることとケアプランを作成・実行できることは別であるということ留意事項として明記すべきとの指摘もあった。これらの指摘については、「ケアプラン点検の手順」の前文として記載した。

⑥ケアプラン点検の効果の把握（第 2 章第 2 節）

令和 3 年度全国実態調査の結果から、何を指標として効果を把握すればよいかわからないことを理由に、点検効果の把握を行っていない保険者が一定数いることがわかっている。このため、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定版において、ケアプラン点検の効果の把握に関する項目を設けることとした。今年度は、ケアプラン点検の効果把握する目的、効果の定義、効果を把握する観点について整理した。

ケアプラン点検の効果について検討するにあたり、図表 2-5 に示す通り、「ケアプラン点検により期待される効果」を「点検後すぐ」及び「点検後一定期間経過後」に時間軸を分け、ケアマネジャー、居宅介護支援事業所、保険者及び利用者の観点からそれぞれ整理した。

図表 2-5 ケアプラン点検により期待される効果



効果を把握する観点については、「利用者」も含めて検討したが、ワーキンググループにおいて、利用者がケアプラン点検の効果として自身の身体機能の維持・改善が図れらたと判断することや、その評価結果を保険者が回収することは、利用者や保険者の負担にもなるため、現実的に難しいのではないかと指摘があった。このため、改定後のマニュアルにおいて示す「効果を把握する観点」からは、「利用者」を外して整理した。さらにワーキンググループでは、ケアプラン点検の結果、介護サービス事業者が効果的なサービスを提供できるようになること等が考えられるため、ケアプラン点検がサービス事業者に与える影響等についても検討するべきではないかとの意見が挙げられた。

なお、ワーキンググループにおいて、今年度はケアプラン点検の効果を把握するための基本的事項を整理し、効果を実際に把握する詳細な方法や効果の評価指標に関しては、保険者にかかる負担や定量的な効果指標の設定可否等を考慮し、来年度以降引き続き検討すべきとの意見が挙げられた。このようなことから、効果の把握方法及び効果指標については、今後検討することとした。

⑦参考資料・参考事例（第2章第3節）

改定後のマニュアルの対象が1年目の職員を含む保険者であることを考慮し、改定後のマニュアルを活用する職員が参考にすべき資料を紹介する。具体的には、「適切なケアマネジメント手法」、「課題分析標準項目」及び「運営指導マニュアル」を取り上げる。

また、ワーキンググループにおいて、改定後のマニュアルにおいて示すケアプラン点検の手順等について、具体的な事例を示すことでより保険者の理解が進むのではないかと、この意見が出されたため、参考事例についても改定後のマニュアルにおいて示す。なお、具体的に取り上げるべき事例については、今後検討することとした。

4. まとめ

全5回のワーキンググループを通じて「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定に向けて検討を重ねた結果、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子が完成した。骨子では、改定案に含めるべき要素を示した。今後は、改定案の完成に向けて更に記載内容を充実させる必要があるが、特に検討が必要な項目を以下に示す。

(1) 事業所選定・ケアプラン抽出の具体的な方法

事業所の選定やケアプランの抽出については、ケアプラン点検の目的や保険者の課題意識に応じて決定されるものであり、骨子にもその旨を記載している。選定に係る具体的な方法については、今年度のヒアリング調査からも各保険者によって様々な方法が見られたため、「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定案には全国の保険者が参考となる具体的な方法を例示することが望ましい。具体的には、国民健康保険中央会が提示しているデータを活用すること等が考えられるが、先進事例等を参考にしつつ、今後検討する必要がある。

(2) 書類確認の結果のフィードバック方法

ケアプラン点検の対象となる書類の確認方法について、骨子には本事業において改定された「ケアプラン点検項目」を活用することを明記している。確認した結果については、ケアマネジャーとの面談時にフィードバックすることが望ましいが、ケアマネジャーの気づきを促すためのフィードバックの具体的な方法については、今後検討する必要がある。

また、ワーキンググループでは、ケアプラン点検を受けるケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所の管理者にも面談に同席してもらう必要があるのではないかとこの意見もあったことから、フィードバックする対象についても今後検討する必要がある。

(3) 点検結果の分析手法

ケアプラン点検の結果を分析し、地域課題について検討することは、保険者の気づきを促すためにも重要である。しかし、点検の効果を把握している保険者が少ない現状を踏まえると、ケアプラン点検の結果を分析している保険者も多くはないと思われる。そこで、先進事例等も参考にケアプラン点検の結果の分析手法を検討し、改定後のマニュアルにおいて明記する必要がある。

(4) 点検効果の測定方法

今年度事業では、ケアプラン点検の効果の把握に関して、効果把握の目的、効果の定義、効果を把握する観点について検討を行い、骨子において整理した。本章3(2)⑥で記載した通り、効果を把握する方法や効果を測定する指標については、保険者の負担や実現可能性等も考慮しながら今後検討する必要がある。

(5) ケアプラン点検が介護サービス事業者に与える影響

今年度事業では、ケアプラン点検の効果の把握する観点として、「介護サービス事業者」は含めていな

いが、ケアプラン点検の結果、介護サービス事業者が提供するサービスが利用者の自立支援に向けて効果的なものとなるなど、その効果が期待できる。しかし、自立支援に向けて効果的なサービスの具体的な内容が必ずしも明確ではないため、ケアプラン点検がサービス事業所に与える影響についても、効果の把握の観点として入れ込むかは、今後慎重に検討する必要がある。

(6) 先進事例の収集

改定後の「ケアプラン点検支援マニュアル」をより実用的なものとするため、参考となるケアプラン点検を行っている保険者の事例を収集し、改定後のマニュアルにおいて示すこととしているが、具体的に取り上げるべき保険者の事例については、今後検討する必要がある。また、収集した事例の整理方法についても、併せて検討する必要がある。

上記のような観点で改定後の「ケアプラン点検支援マニュアル」の記載を具体化するとともに、改定後のマニュアルの現場における運用方法や全保険者への周知方法についても、今後検討する必要がある。また、今年度は保険者の職員がマニュアルを活用することを前提に検討したが、ケアマネジャーの気づきを促すという観点からは、ケアマネジャー自身が改定後のマニュアルを活用することを考慮した検討が必要となる。

第2章 ケアプラン点検項目の改定

1. 目的

令和3年度の「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」において、保険者によるケアプラン点検の効率化、及び標準化を図るため、ケアプラン点検項目の検討を行った。検討を通して作成したケアプラン点検項目案は、フィジビリティ検証の結果一定の評価を得た一方で、「どのような目的・根拠を持って、項目が設定されているのか」「なぜこれらの項目を確認する必要があるのか」について保険者に丁寧に示す必要があるという意見が多く挙げられた。

また、介護保険やケアマネジメントに係る近年の動向も踏まえた点検項目・評価基準の見直しを行うことや、各項目について、評価基準を2段階から3段階へ変更し、より内容の充実度について評価する基準となるよう見直しを行うことで、保険者がより効果的にケアプラン点検を実施できるようになることが期待された。

上記の観点から、令和3年度に作成したケアプラン点検項目の改定を行うとともに、保険者が担当者の経験やスキルによらず目的に沿った点検が行えるよう、保険者がケアプラン点検の目的や各項目を確認する意義や目的について理解を深めるためのケアプラン点検項目マニュアル（以下、点検項目マニュアル）の作成を行うこととした。

2. 方法

(1) 検討方法

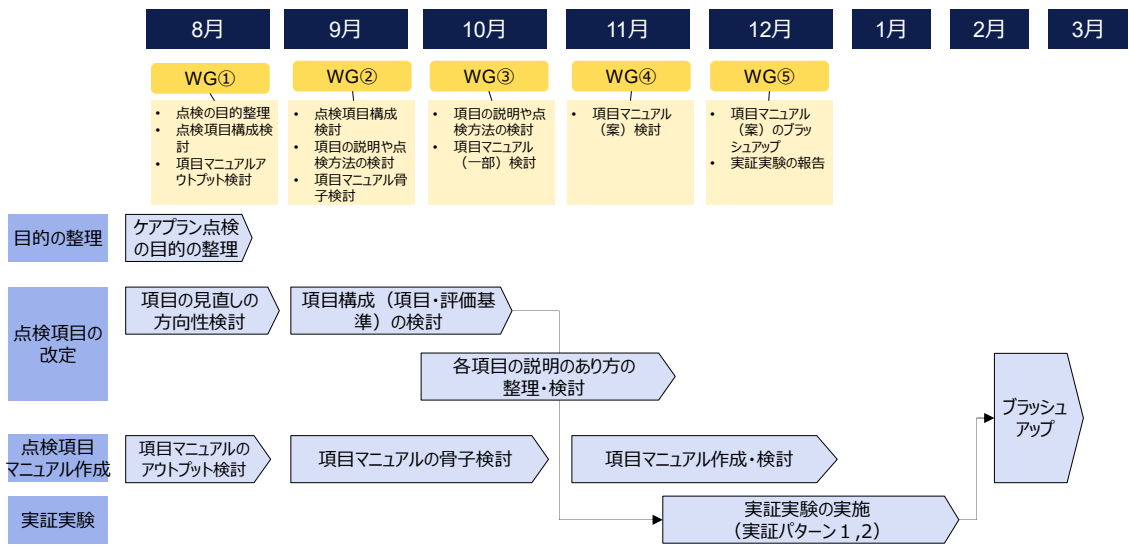
1) ヒアリング調査

ケアプラン点検を実施している保険者に対するヒアリングを行い、ケアプラン点検における点検項目や点検マニュアルの活用状況について調査を行った。

2) ワーキンググループでの検討

有識者・実務者から構成されるワーキンググループ（WG）において、点検項目改定や点検項目マニュアルの内容について協議を行った。WGを通じた検討の流れについては図表 2-6 の通りである。

図表 2-6 WGにおける検討事項



3) 実証による検証

7 保険者を対象に、点検項目改定案及び点検項目マニュアルの素案を用いてケアプランの点検を行ってもらい、点検項目の利便性、点検業務への有用性、点検マニュアルの有用性等について回答を頂いた。具体的な検証項目を図表 2-7 に示す。

図表 2-7 実証における検討観点

#	分類	設問文（選択肢）
1	項目の利便性	本実証で用いた項目数は、通常の点検時の書類チェックで用いることを想定した際の分量として適切でしたか。 (多い/丁度良い/少ない)
2		本実証で用いた項目は、経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいものだと思いますか。 (とてもそう思う/まあそう思う/あまりそう思わない/全くそう思わない)
3		本実証で用いた各項目の評価基準は、理解しやすいものでしたか。 (とてもそう思う/まあそう思う/あまりそう思わない/全くそう思わない)
4		本実証で用いた点検項目マニュアルは経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいと思いますか。 (とてもそう思う/まあそう思う/あまりそう思わない/全くそう思わない)
5	点検業務への有用性	本実証で用いた項目を用いることで、通常の点検時の書類チェックよりも時間短縮につながると感じますか。 (とてもそう思う/まあそう思う/あまりそう思わない/全くそう思わない)
6		本実証で用いた項目を用いることで、誰でも統一した観点で点検時の書類チェックを実施できると思いますか。 (とてもそう思う/まあそう思う/あまりそう思わない/全くそう思わない)

#	分類	設問文（選択肢）
7		本実証で用いた項目を用いることで、経験年数が少ない点検者にとって、専門知識を補うことにつながると思われますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
8	地域のケアマネジメント向上への有用性	本実証で用いた項目は、自立支援に資するケアマネジメントの観点を包含していると思えますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
9		本実証で用いた項目は、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に、有益なものになると思えますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
10		本実証で用いた点検マニュアルは、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に有益になると思えますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）

（２）検討結果

1) ヒアリング結果

保険者へのヒアリングを通して、保険者がケアプラン点検を行う際の点検項目について確認したところ、独自の自己点検シートを利用している保険者が複数みられた。その中には主要なアセスメント項目を網羅的にカバーしている保険者があった一方で、本人の生活状況や意向といった尊厳の保持・意思決定支援に関わる観点到絞った項目としている保険者もみられた。また、課題やニーズについては、ケアマネジャーの育成や不安への対応等の観点から、客観的な評価とフィードバックを行うことへのニーズが一定数みられた。

これらの結果を踏まえ、保険者の独自項目も参考にケアプラン点検の改定を検討するとともに、点検項目を用いた評価の仕方を項目マニュアルにおいても明記することとした。

2) WG での主な検討事項

WG では、点検項目改定および点検項目マニュアル作成の検討を行った。主な検討事項及び対応を行った方向性について、以下①-④に記載する。

①介護保険やケアマネジメントに関わる動向等を踏まえた点検項目の見直し

介護保険やケアマネジメントに関わる動向を踏まえながら、ケアプラン点検を行う目的を整理し、目的を反映した点検項目の見直しや点検項目マニュアルへの反映を行った。

図表 2-8 主な検討観点と検討内容

主な検討観点	検討内容
介護保険等の動向を踏まえた点検の目的の整理、点検項目の見直し	WG での議論を通して、ケアプラン点検の目的について、現行の「ケアプラン点検支援マニュアル」で示されている目的に加え、尊厳の保持や意思決定支援の観点を加えることとした。

	<p>上記の点検目的について点検項目マニュアルにおいて明記するとともに、目的に沿った点検項目となるよう、以下に挙げる観点から見直しを行い、一部項目の評価基準を修正した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 尊厳の保持・意思決定支援が考慮されているか ・ 自立支援・重度化防止を踏まえたものになっているか <p>また、近年の介護保険やケアマネジメントの動向において重視されている概念や考え方が適切に反映されているか確認を行い、必要に応じて点検項目の追加や評価基準の修正を行った。</p> <p>(修正事項例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種連携の状況を確認する項目の追加 ・ 将来予測の観点でのアセスメントが行われているか確認するための評価基準の見直し
<p>居宅サービス計画書標準様式及び記載要領の改訂内容の反映</p>	<p>居宅サービス計画書標準様式及び記載要領の改訂内容と整合を取るため、点検項目や評価基準の修正を行った。</p>

②項目の統合

点検を行う現場担当者の負担を可能な限り軽減する観点から、「適切なケアマネジメント手法」等の関連文献における整理を参考に、確認を行う観点が重複している項目について統合を行った。

③事務職員でも理解可能な表現への修正

点検項目・点検項目マニュアルの対象者について、WG での議論を通して「着任初年度の事務職員の担当者も理解可能な点検項目を作成する」という方針を定めた。そのため、点検項目における専門的な用語・表現を抽出し、点検項目名・評価基準の修正、点検項目マニュアルへの用語解説等を行う等の対応を通して、わかりやすい点検項目および点検項目マニュアルの作成を図った。

④第 2 号被保険者向けの利用に配慮した記載の反映

第 2 号被保険者向けのケアプランにおいては、ケアプラン点検を通して確認を行うべき独自の観点や要素が存在すると考えられた。そのため、福岡県介護保険広域連合の第 2 号被保険者向け点検項目を参考に、一部点検項目において第 2 号被保険者のプランの場合の評価基準を追加した。

④評価基準の見直し

令和 3 年度に作成した点検項目は全て 2 段階評価であったが、一部の項目においてはより記載の充実度を評価できるよう、評価基準をブラッシュアップすることが望ましいと考えられた。そのため、生活歴など定性的な情報を記載する項目、居宅サービス計画書標準様式における主要な項目等について、評価基準の見直しを行い、3 段階の評価基準を設定した。

3) 実証結果

点検項目について、80%の保険者が「評価基準が理解しやすい」「統一的な観点で書類のチェックが可能」「経験の少ない点検者の専門知識を補うことに繋がる」と回答した。一方で、項目数が多いという意見が挙げられた。

点検項目マニュアルについては、「点検項目マニュアルは経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいか」は全保険者が「そう思う」と回答し、各項目の点検の目的や意義を確認する上で有益であるという意見が挙げられた。実証結果の詳細については、第3章 実証実験を参照されたい。

図表 2-9 実証での意見（抜粋）

点検項目について	<ul style="list-style-type: none">• 経験のない職員が保険者としてケアプラン点検を行うことは、非常にハードルが高い業務なので、今回のように点検項目が提示されていれば、極端な話になりますが、ある程度の件数を重ねることで観点が養われると思います。• ケアプランやアセスメントシートを日常的に見てはいないので、今回の点検項目を用いることでどこに着目して点検すればよいかの指標となった。• アセスメントシートについては様式が異なるので、「記載があるか」等の設問は書類全体を見て探すこととなり時間がかかった。本点検項目を活用して面談時により詳細に点検できる点は有益だと感じた
点検マニュアルの内容について	<ul style="list-style-type: none">• 項目ごとにマニュアルの目的が表記されていたので、点検する意義が確認できた。• 点検項目マニュアルがあるので、点検項目の必要性やフィードバックは行いやすいと思う。

(3) 点検項目改定結果

1) 点検項目改定案

最終的に取りまとめた点検項目改定案の項目一覧について、図表 2-10 図表 2-11 の通り示す。

図表 2-10 点検項目一覧 (1/2)

点検対象の書類	項目	評価基準
アセスメントシート	1 課題分析の理由	2段階
アセスメントシート	2 かかりつけ医	3段階
アセスメントシート	3 既往歴の有無・内容	2段階
アセスメントシート	4 主傷病	2段階
アセスメントシート	5 内服薬・処置	2段階
アセスメントシート	6 一日に摂取すべき水分量	2段階
アセスメントシート	7 実際に摂取した水分量	2段階
アセスメントシート	8 食事内容・カロリー数	2段階
アセスメントシート	9 BMI	2段階
アセスメントシート	10 口腔衛生の状態	3段階
アセスメントシート	11 排尿、排便の状態	3段階
アセスメントシート	12 「一部介助」項目の特記	3段階
アセスメントシート	13 「見守り」項目の特記	2段階
アセスメントシート	14 外出頻度、外出先	3段階
アセスメントシート	15 利用者の主訴・要望	3段階
アセスメントシート	16 一日の過ごし方	3段階
アセスメントシート	17 離床、臥床	2段階
アセスメントシート	18 現在の生活状況	3段階
アセスメントシート	19 生活歴	3段階
アセスメントシート	20 家族の主訴・要望	3段階
アセスメントシート	21 経済状況	2段階
アセスメントシート	22 本人の役割	3段階
アセスメントシート	23 課題の確認	2段階
アセスメントシート	24 課題の分析結果の文章化	3段階
アセスメントシート	25 家族の状況	3段階
アセスメントシート	26 家族関係や周辺の社会資源との状況	3段階
居宅サービス計画書（第1表）	27 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
居宅サービス計画書（第1表）	28 総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階

図表 2-11 点検項目一覧 (2/2)

点検対象の書類	項目	評価基準
居宅サービス計画書 (第2表)	29 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
居宅サービス計画書 (第2表)	30 利用者や多職種に理解できる表記	3段階
居宅サービス計画書 (第2表)	31 長期目標	3段階
居宅サービス計画書 (第2表)	32 短期目標	3段階
居宅サービス計画書 (第2表)	33 本人の役割設定	2段階
居宅サービス計画書 (第2表)	34 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	2段階
居宅サービス計画書 (第2表)	35 介護保険外サービス	2段階
居宅サービス計画書 (第2表)	36 利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	3段階
週間サービス計画表 (第3表)	37 週間計画の整合性 (介護保険サービス)	2段階
週間サービス計画表 (第3表)	38 週間計画の整合性 (インフォーマルサポート)	2段階
週間サービス計画表 (第3表)	39 週間計画の整合性 (一日の習慣化された活動)	2段階
週間サービス計画表 (第3表)	40 家族の役割設定の整合性	2段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	41 サービス担当者会議の開催	2段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	42 サービス担当者会議への本人/家族の出席	2段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	43 サービス担当者会議への家族の出席	2段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	44 サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	2段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	45 サービス担当者会議の議題 (検討項目)	3段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	46 サービス担当者会議の検討内容	3段階
サービス担当者会議の要点 (第4表)	47 サービス担当者会議で残された課題	2段階
居宅介護支援経過 (第5表)	48 居宅サービス計画の交付の記録	3段階
居宅介護支援経過 (第5表)	49 サービス担当者会議の招集	2段階
居宅介護支援経過 (第5表)	50 利用者宅への月1回以上の訪問	2段階
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	51 サービス事業所との連絡・モニタリング内容	3段階
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	52 変化を捉える視点	2段階
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	53 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	3段階
その他	54 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
その他	55 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

点検項目一覧においては、点検対象の書類、項目名、評価基準を一覧化している (図表 2-12)。点検項目一覧の全体像は参考資料を参照されたい。

図表 2-12 点検項目一覧イメージ

点検対象の書類	#	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	2	かかりつけ医	3段階	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。

2) 点検項目マニュアル

図表 2-13 に示す構成で点検項目マニュアルを取りまとめた。「はじめに」では、ケアプラン点検を行う目的、マニュアルのねらい、マニュアルの活用方法や活用における留意点について記載している。「項目の解説」では、各項目を確認する目的や評価基準、点検時の留意点について記載している。また、巻末に点検項目一覧表を掲載している。点検項目マニュアルの詳細は参考資料を参照されたい。

図表 2-13 項目マニュアルの構成

章	内容
はじめに	ケアプラン点検の目的や、マニュアルの活用方法についての説明 <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプラン点検を行う目的 ・ マニュアルのねらい ・ 本書の構成、活用方法、活用における留意点
項目の解説	点検項目に関する詳細な解説 <ul style="list-style-type: none"> ・ 項目を確認する目的 ・ 評価基準 ・ 点検の際に留意すべきポイント 等
点検項目一覧表	点検項目および評価基準の一覧

図表 2-14 項目マニュアルのイメージ

＜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

3. まとめ

令和3年度に作成した点検項目の課題等を踏まえ、介護保険やケアマネジメントに係る近年の動向を踏まえた点検項目・評価基準の見直し、記載の有無だけでなく記載内容の充実度について点検するための評価基準の見直し等の観点から、点検項目の改定案を作成した。また、保険者がケアプラン点検のねらいや各点検項目を確認する意義・目的を理解した上で点検を行えるよう、点検のねらいや各点検項目の解説を行った点検項目マニュアルを策定した。

作成した点検項目については、実証（保険者へのアンケート）を通して、「評価基準が理解しやすい」「経験の少ない点検者の専門知識を補うことに繋がる」といった回答が得られ、一定の有用性や効果が期待できるものであることが確認された。また、点検項目マニュアルについても、「各項目を点検する意義が確認できた」という意見が挙げられ、点検項目マニュアルの活用によって、経験の浅い職員でも目的に沿ったケアプラン点検を実施することを可能とする可能性が示唆された。

一方で、今後、作成した点検項目及び点検項目マニュアルを全国の保険者へ普及展開し、ケアプラン点検において効果的に活用されるものとするために、以下に挙げるような事項について引き続き検討を行う必要があると考えられる。

- 点検項目について、点検者による評価のばらつきの有無・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、実際の点検結果を基に議論することなどでより精緻な検証を行い、必要に応じて項目や評価基準のブラッシュアップを図ること
- 各保険者におけるケアプラン点検の実施方針や運用に合わせて点検項目や点検項目マニュアルを活用いただくことが重要であることから、保険者における点検の運用状況を把握の上、現場での効果的な運用を図ることを目的に点検項目マニュアルのブラッシュアップを行うこと

第3章 実証実験

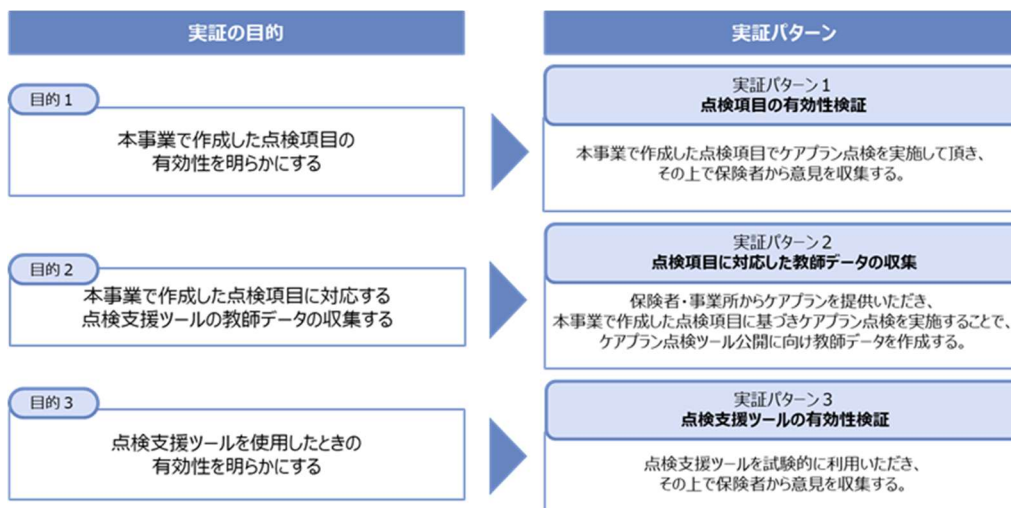
1. 目的

本事業では①ケアプラン点検項目の有効性の検証、②ケアプラン点検支援ツール開発に向けた教師データの収集と精度検証、③ケアプラン点検支援ツールの有効性の検証の3つの目的をもって実証を行った。

2. 方法

本事業では3つの目的それぞれに対応させる形で、3つのパターンで実証を行った。(図表 2-15) なお、3つの実証については図表 2-16 のスケジュールに従って実施をした。

図表 2-15 実証目的と実証パターン



図表 2-16 実証のスケジュール

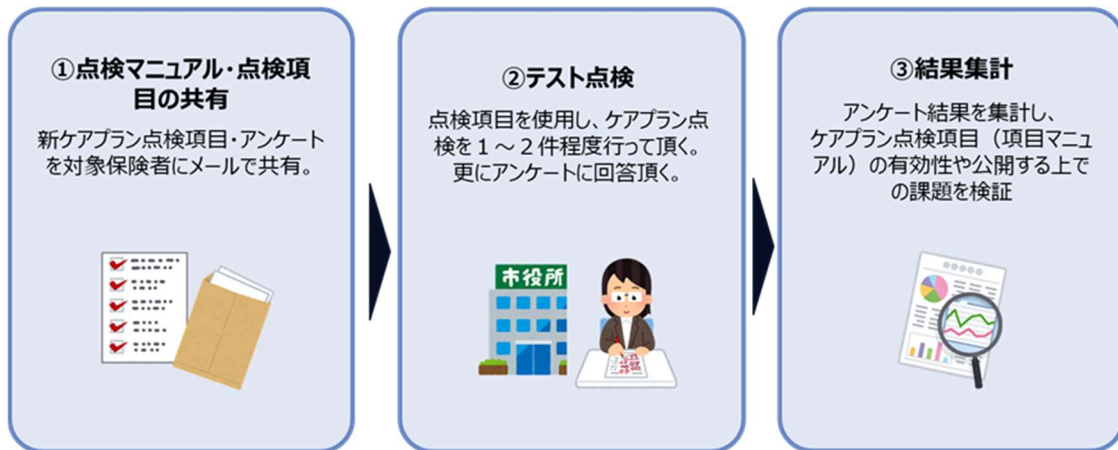
実施項目	令和4年			令和5年		
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
検討委員会		第2回 (11/29)		第3回(1/20)		第4回(3/10)
WG	第3回 (10/18)	第4回 (11/28)	第5回 (12/22)			
①ケアプラン点検項目の有効性検証		点検項目完成	経過報告	結果報告		
対象保険者リクルート	→					
評価項目の作成	→					
実施	→					
②点検項目に対応した教師データの収集		点検項目完成	経過報告	経過報告		結果報告
エキスパート選定・手配	→					
エキスパート間の意思統一			→			
教師データ作成			→			
AIによる学習モデル生成				実証3に向けた作成	公開版に向けた作成	
③点検支援ツールの有効性検証				断定版ツールの完成		結果報告
対象保険者リクルート	→					
評価項目の作成				→		
実施				→		

(1) 実証パターン1の方法

1) 実施方法

まず、対象となる保険者に本事業で作成したケアプラン点検項目とそれに対応するマニュアルを電子媒体として送付した。次に、保険者はマニュアルを参照し、点検に必要な書類（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）を参照しながらケアプラン点検項目を使用してケアプラン点検を1件以上行ったうえで後述する評価内容（アンケート項目）に従ってケアプラン点検項目の有効性を評価した。（図表 2-17）

図表 2-17 実証パターン1：実施のフロー



2) 対象保険者

対象となる保険者は、より多様な属性をもつ保険者からの評価を収集することを目的に、本実証でヒアリング対象となった保険者を中心に選定した。実証の協力が得られた保険者を図表 2-18 に示す。

図表 2-18 実証パターン1：協力が得られた保険者

#	保険者名（順不同）
1	A 町
2	B 町
3	C 町
4	D 市
5	E 広域連合
6	F 市
7	G 市

3) 評価内容

ケアプラン点検項目を評価するために、アンケート調査を実施した。アンケート調査項目は「項目の利便性」「点検業務支援への有用性」「ケアマネジャーの資質向上のための支援への有用性」の観点から主要の計 10 問の設問を設けた。（図表 2-19）

また、「項目全般に対する意見」「評価基準で不明瞭な点」「その他の場面での項目活用可能性」「項目や評価基準の改訂すべき点」について、点検項目ごとに回答するためのシートも設けた。

図表 2-19 実証パターン1：アンケート調査票項目（再掲）

#	分類	設問文（選択肢）
1	項目の利便性	本実証で用いた項目数は、通常の点検時の書類チェックで用いることを想定した際の分量として適切でしたか。 （多い／丁度良い／少ない）
2		本実証で用いた項目は、経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいものだと思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
3		本実証で用いた各項目の評価基準は、理解しやすいものでしたか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
4		本実証で用いた点検項目マニュアルは経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいと思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
5	点検業務への有用性	本実証で用いた項目を用いることで、通常の点検時の書類チェックよりも時間短縮につながると感じますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
6		本実証で用いた項目を用いることで、誰でも統一的な観点で点検時の書類チェックを実施できると思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
7		本実証で用いた項目を用いることで、経験年数が少ない点検者にとって、専門知識を補うことにつながると感じますか。

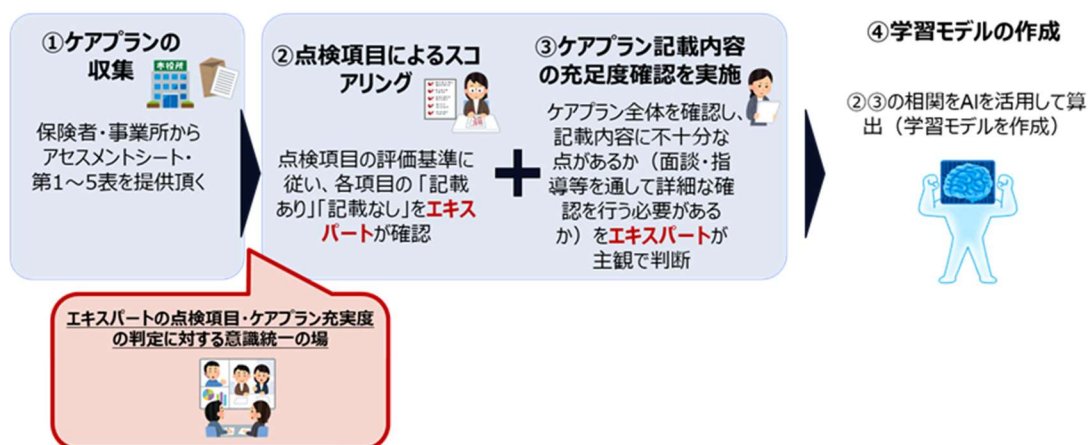
#	分類	設問文（選択肢）
		（とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
8	地域のケアマネジメント向上への有用性	本実証で用いた項目は、自立支援に資するケアマネジメントの観点を包含していると思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
9		本実証で用いた項目は、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に、有益なものになると思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
10		本実証で用いた点検マニュアルは、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に有益になると思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）

（２）実証パターン２の方法

1) 実施方法

昨年度の実証結果から、精度が高い教師データを作成するためには「点検者の評価観点が統一されている必要がある」という課題が示唆されたことから、今年度においては保険者や事業所からケアプランを収集したうえで、委員から推薦されたケアマネジメント・ケアプラン点検について一定以上の知見を有する点検者（以下「点検エキスパート」という）が点検を行うこととした。さらに点検エキスパート間の主にケアプラン点検項目を活用したケアプラン点検に対する意識の差を埋めることを目的に、教師データの作成を開始する前にミーティング（以下「ケアプラン点検に関する意識合わせ会」という）を1回行った。（図表2-20）

図表 2-20 実証パターン 2 : 実施のフロー



2) 実証参加主体

①ケアプラン収集対象保険者・居宅介護支援事業所

ケアプランを収集する対象の保険者はケアプラン点検数が多い1都3県の保険者や、ケアプラン点検に係る過去の調査研究事業に関わった保険者を中心に選定した。実証の協力が得られた保険者を図表2-21に示す。更に、より多くのケアプランを収集し、精度の高い学習モデルの構築を実現するために、

委員から推薦された4か所の居宅介護支援事業所からケアプランを提供頂いた。

図表 2-21 実証パターン2：協力が得られた保険者

#	保険者名（順不同）
1	a 区
2	b 区
4	c 市
5	d 市
6	e 市

②点検エキスパート（教師データ作成者）

教師データの作成は委員から推薦された、ケアマネジメントやケアプラン点検について一定以上の知見を有する点検者4名に実施いただいた。

3) 教師データの作成方法

点検エキスパートに教師データを作成いただく際には、自治体・居宅介護支援事業所から受領した匿名化処理が施されたケアプランデータと、ケアプラン点検シートを用いて点検を実施頂いた。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」「ケアプラン点検項目による評価」を記入できる欄を設けた。

点検終了後は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求めたい変数）、「ケアプラン点検項目による評価」を説明変数（機械学習の教師あり学習において目的変数に作用する変数）とし機械学習を行った。なお、「ケアプランの記載の充実度」についてはA～Eの5段階評価で、「ケアプラン点検項目による評価」については実際のケアプラン点検項目と同様の評価基準で実施頂いた。点検エキスパートに対して示した「ケアプランの記載の充実度」の評価基準については図表 2-22 点検エキスパートに対して示した「ケアプランの記載の充実度」の評価基準にて示す。

図表 2-22 点検エキスパートに対して示した「ケアプランの記載の充実度」の評価基準

評価区分	評価基準
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	記載が不十分である
E	とても記載が不十分である

※ 今年度のケアプラン点検支援ツールの開発においては公開に向けて一定の精度を実現する必要があることを踏まえ、説明変数（ケアプラン点検項目）と目的変数（示される結果）の関連性をより高めることを目的に、ケアプラン点検支援ツールから出力できる結果は「ケアプランの記載の充実度」であることとした。点検エキスパートには「記載が充実しているケアプラン＝記載されるべき情報がケアプラン上に現れており、面談の必要性が低いと考えられるケアプラン」として「ケアプランの記

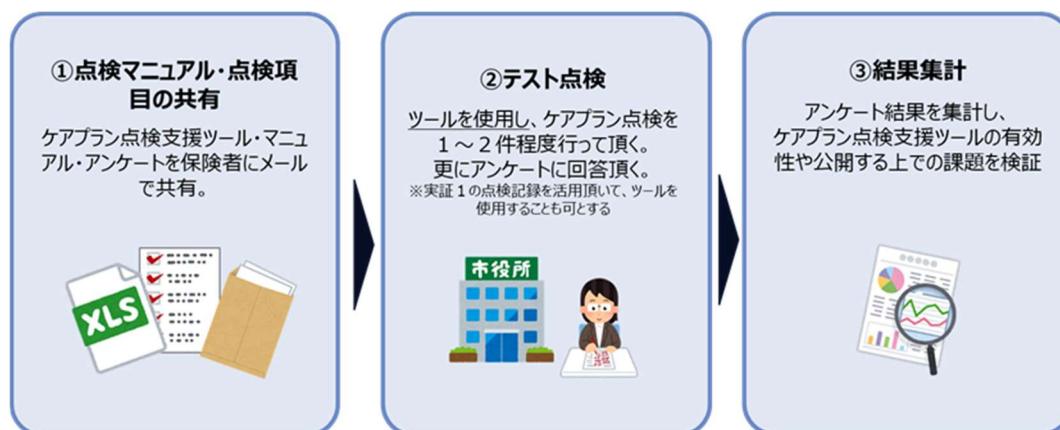
載の充実度」を判定頂いた。

(3) 実証パターン3の方法

1) 実施方法

まず、対象となる保険者に本事業で作成したケアプラン点検支援ツールとそれに対応するマニュアルを電子媒体として送付した。次に、保険者はマニュアルを参照し、ケアプラン点検支援ツールを試験的に操作し、1回以上ケアプランの評価を表示したうえで後述する評価内容（アンケート項目）に従ってケアプラン点検項目の有効性を評価した。なお、本実証の目的はケアプラン点検支援ツールの精度評価ではなく、開発されたケアプラン点検支援ツールの有効性（ユーザーインターフェース等に起因するツールの使用のしやすさや等）を評価することであること、教師データの解析・精度評価と並行して実施をするスケジュールであることから、実証用のツールに設定された評価項目ごとの重み（配点）については実証時点の仮の（正式にAIから算出されたものではない）値を設定した。（図表 2-23）

図表 2-23 実証パターン3：実施のフロー



2) 対象保険者

対象となる保険者は、より多様な属性をもつ保険者からの評価を収集することを目的に、本実証でヒアリング対象となった保険者を中心に選定した。実証の協力が得られた保険者を図表 2-24 に示す。

図表 2-24 実証パターン3：協力が得られた保険者

#	保険者名（順不同）
1	A 町
2	C 町
3	D 市
4	E 広域連合
5	F 市
6	G 市

3) 評価内容

ケアプラン点検支援ツールを評価するために、アンケート調査を実施した。アンケート調査項目は「ツールの利便性」「ツールのケアプラン点検への活用可能性」「今後のツール開発への期待」の観点から計 8 問の設問を設けた。

図表 2-25 実証パターン3：アンケート調査票項目

#	分類	設問文（選択肢）
1	ツールの利便性	本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」の操作は簡単でしたか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
2		本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール・マニュアル」の内容は、わかりやすかったですか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
3		本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」で表示された「評価」のみかたは、マニュアルに分かりやすく示されていましたか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
4	ツールのケアプラン点検への活用可能性	本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」で表示された各「評価」は、ケアプラン点検に生かせそうだと感じましたか。 ※以下の候補から複数選択 1. 優先して点検すべきケアプランの抽出 2. ケアプラン点検の効果の把握（ケアプラン前後等での結果の比較） 3. 活かせると感じない、活かし方が想像できない 4. その他自由記述
5		本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」で表示された各「助言コメント」は、ケアプラン点検に生かせそうだと感じましたか。 ※以下の候補から複数選択 1. 優先して点検すべきケアプランの抽出 2. ケアプラン点検の効果の把握（ケアプラン前後等での結果の比較） 3. 活かせると感じない、活かし方が想像できない 4. その他自由記述
6		本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」を用いることで、誰でも統一的な観点で点検時の書類チェックを実施できると思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
7		本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」は、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に、有益なものになると思いますか。 （とてもそう思う／まあそう思う／あまりそう思わない／全くそう思わない）
8	今後のツール開発への期待	本実証で用いた「点検支援ツール」について、今後追加してほしい機能について教えてください。 ※以下の候補から複数選択

#	分類	設問文（選択肢）
		1. 自立支援や尊厳の保持の観点から適切な目標・サービス計画ができていることがわかる機能 2. 居宅介護支援経過・モニタリングの結果が、ケアプランに沿ったものになっているかわかる機能 3. 居宅介護支援経過・モニタリング・サービス担当者会議の結果が、ケアプランに反映されているかわかる機能 4. 紙媒体で収集したケアプランを OCR 等で電子化する機能 5. 収集したケアプランを自動で匿名化する機能 6. ケアプラン情報を読み込み、自動で項目チェックを行う機能 7. 地域をまたいだ評価のフィードバック機能 8. より具体的な助言コメントの表示（面談時のケアマネジャーへの具体的な質問の仕方の提案） 9. その他自由記述

3. 結果

（1）実証パターン1の結果

前述の 8 つの項目でアンケート調査を実施した。対象保険者すべて（計 7 保険者）から回答を収集した。集計結果は次に記す通りである。

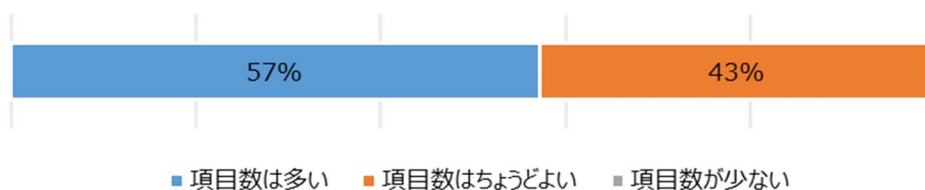
1) 項目の利便性

項目の利便性の観点から以下 4 つの設問を設定し、点検項目の使いやすさについて意見を収集した。結果、大半の保険者が項目数を多いと感じている一方で、点検項目の評価基準は理解しやすく、経験が少ない点検者にも理解しやすいものであると感じていることがわかった。（図表 2-26～図表 2-29）

図表 2-26 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問 1 の集計結果

(n=7)

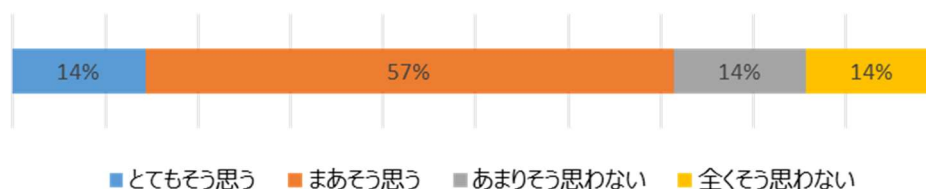
Q1 点検項目数は、通常の点検時の書類チェックで用いることを想定した際の分量として適切か



図表 2-27 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問2の集計結果

(n=7)

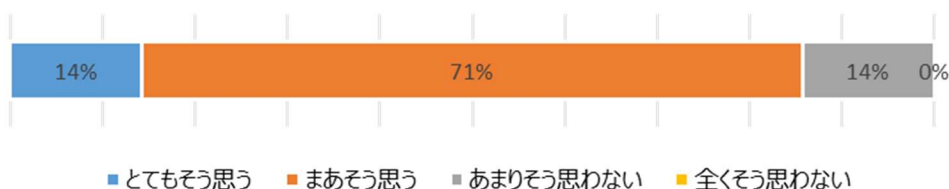
Q2 点検項目は、経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいものか



図表 2-28 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問3の集計結果

(n=7)

Q3 点検項目の評価基準は理解しやすいか



図表 2-29 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問4の集計結果

(n=7)

Q4 点検項目マニュアルは経験年数が少ない点検者にとっても理解しやすいか



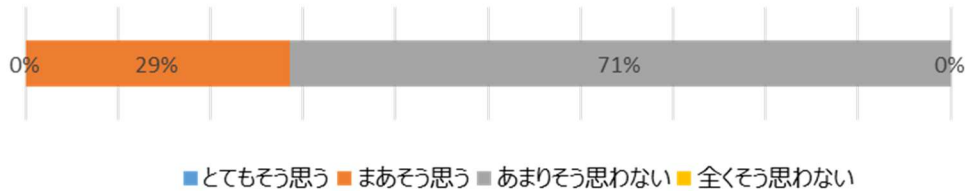
2) 点検業務への有用性

点検業務への有用性の観点から以下3つの設問を設定し、点検項目や点検項目マニュアルが点検の場で生かせると思うかについて意見を収集した。結果、大半の保険者が点検項目はケアプラン点検の時間短縮に繋がらないと感じているものの、点検項目を活用することで経験の少ない点検者の知識を補い、誰でも統一的な観点で書類チェックを行うことができると感じていることがわかった。(図表 2-30~図表 2-32)

図表 2-30 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問5の集計結果

(n=7)

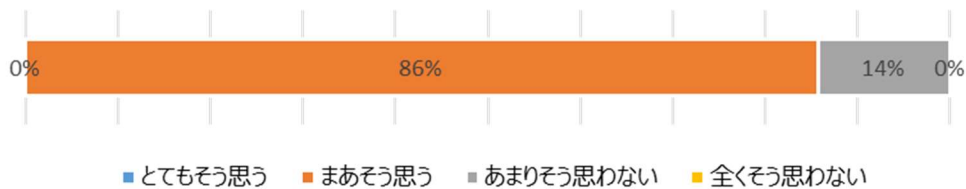
Q5 点検項目を使用することで時間短縮につながるか



図表 2-31 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問6の集計結果

(n=7)

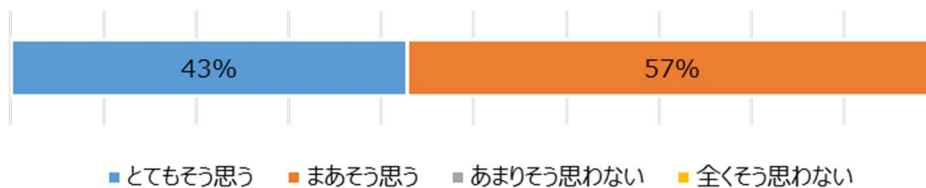
Q6 点検項目を使うことで、誰でも統一的な観点で点検時の書類チェックを実施できるか



図表 2-32 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問7の集計結果

(n=7)

Q7 経験年数が少ない点検者の専門知識を補うことにつながるか



3) 地域のケアマネジメント向上への有用性

地域のケアマネジメント向上への有用性の観点から以下3つの設問を設定し、点検項目や点検項目マニュアルが地域のケアマネジメント向上に寄与するものだと思うかについて意見を収集した。結果、すべての保険者が点検項目には自立支援に資するケアマネジメントの観点が包含されていると感じており、大半の保険者がケアマネジャーへのフィードバックに点検項目マニュアルが活用できると感じていることがわかった。(図表 2-33～図表 2-35)

図表 2-33 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問8の集計結果

(n=7)

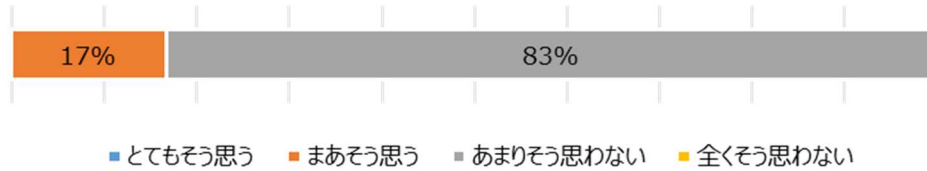
Q8 点検項目は自立支援に資するケアマネジメントの観点を包含しているか



図表 2-34 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問9の集計結果

(n=7)

Q9 点検項目はケアマネージャーへフィードバックする際に有益になるか



図表 2-35 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問10の集計結果

(n=7)

Q10 点検マニュアルは、ケアマネージャーへフィードバックを実施する際に有益になるか



4) 自由記載による点検項目に対するコメント

自由記載でケアプラン点検項目に対する意見を収集した。主要な意見を以下に抜粋して掲載する。(図表 2-36)

図表 2-36 自由記載によるケアプラン点検項目へのコメント (一部抜粋)

分類	自由記載による点検項目に対するコメント
点検項目に対する全般的な感想	項目内容を確認しながらであったため、書類の記載の内容を点検していく作業は思った以上に時間がかかりました。点検をする立場から、チェック

分類	自由記載による点検項目に対するコメント
	<p>項目だけでは終わらないため、ケアマネジャーとの面談・聞き取りを通してプロセス等を確認していく手間は変わらないと感じました。</p> <p>ケアマネジャーには、気づきにつながり活かせるものになっていてと思いました。今後、効果的・効率的な点検が出来ることを期待しています。全社協版使用の居宅が多く回答しやすい項目が多い。</p> <p>ケアプランやアセスメントシートを日常的に見てはいないので、今回の点検項目を用いることでどこに着目して点検すればよいかの指標となった。ケアプランは設問ごとの点検範囲が明確だったが、アセスメントシートについては様式が異なるので、「記載があるか」等の設問は書類全体を見て探すこととなり時間がかかった。本点検項目を活用して面談時により詳細に点検できる点は有益だと感じた。</p> <p>経験のない職員が保険者としてケアプラン点検を行うことは、非常にハードルが高い業務なので、今回のように点検項目が提示されていれば、極端な話になりますが、ある程度の件数を重ねることで観点が養われると思います。</p> <p>点検項目マニュアルがあるので、点検項目の必要性やフィードバックは行いやすいと思う。</p> <p>自分自身の点検経験が非常に少ないので、本実証の点検項目は分かりやすく感じました。ただ、同じケアプランを別の人が本実証を活用して行っても習熟度によっては同じ評価にならないと感じています。</p>
ケアプラン点検における面談前の書類チェック以外の場面での「点検項目」の活用可能性	<p>ケアマネジャー自身でチェックし自己点検できるものとして利用していただき、ケアプランの作成に関し役立てていただきたい。</p>
今後の改善に係る意見	<p>経済状況などは全社協版のアセスメントシート項目にないため情報の記載がない場合が多い。全社協版などメジャーなアセスメントシートの様式を考慮したものとよりチェックしやすいと感じた。</p> <p>面談の必要なケアプランを選定するための評価点があればその項目の重要度もわかる。</p>
点検項目マニュアルに対する全般的な感想	<p>項目ごとに分かれており、とても使いやすいものでした。</p> <p>項目ごとにマニュアルの目的が表記されていたので、点検する意義が確認できた。</p>

(2) 実証パターン2の結果

前述の通り、実証パターン2ではケアプラン点検支援ツールを開発するにあたって、教師データの収集・分析することを目的に実施された。本項ではより高品質な教師データの収集を行うために実施した「ケアプラン点検に関する意識合わせ会」の結果について記載を行う。なお、教師データの分析結果については「第2部第4章2.(3)1) AIを活用した点検結果の判定精度の評価」の項を参照されたい。

「ケアプラン点検に関する意識合わせ会」では、4名の点検エキスパートに1つの事例（以下「テスト点検事例A」という）を実際に点検頂き、それぞれその点検結果（「ケアプランの記載の充実度」「ケアプラン点検項目による評価」）の差異についてディスカッションを行った。以下にその結果の概要を示す。

1) ケアプランの記載の充実度の差異に関するディスカッション

テスト点検事例Aのケアプランの記載の充実度について、4名の点検エキスパートに事前に検討を頂いた結果は以下の通りであった。（図表2-37）

図表 2-37 教師データ作成にあたってのケアプランの記載の充実度の差異の確認

各点検エキスパートが評価したケアプランの記載の充実度	評価理由
C	Bに近いC。アセスメントからの繋がり、支援計画の繋がりなどの細かいところでの記載の充実度が低い。
B	全体的には情報が取れている。書類の作成日が誤っていたりする部分でAとまではいえない。
B	必ず書かなければならない項目が網羅されていて、かつ充実した記載が見られた部分もあった。踏み込んだ自立の考え方があればA。点検を行う中で、今回の評価基準に従って記載の充実度を測ろうとすると、アセスメントシートの記録様式にかなりの影響を受けるものではないかと感じた。
B	アセスメントシートの様式に影響されて、記載が足りない部分もあるように感じたが、概ね必要な情報は記載されていると感じた。

結果として、テスト点検事例Aにおける点検エキスパート間でのケアプランの記載の充実度の評価に大きな差はなかったため、今後の点検の際にテスト点検事例Aをひとつの指標として扱って頂き、教師データの作成を進めて頂くこととなった。

また、この議論のなかでケアプランの記載の傾向（ケアプラン全体の記載の充実度や、一部のケアプラン点検項目の基準を満たす記載があるか）はアセスメントシートの様式に大きく影響を受ける可能性があることが示唆された。

2) ケアプラン点検項目による評価に関するディスカッション

ケアプラン点検項目による評価に関するディスカッションを実施するにあたって、4名の点検エキスパートにはテスト点検事例 A について、前述のケアプランの記載の充実度に加えて、「ケアプラン点検項目による評価」も実施して頂いた。その結果、点検エキスパート間で意見が分かれた項目や、点検エキスパートから判断基準について問題提起頂いた項目について議論をし、ケアプラン点検項目を使用した書類上の点検に対する意識合わせを行って頂いた。（図表 2-38、図表 2-39）

図表 2-38 点検エキスパート間で評価の差が大きかった項目に対する検討結果（一部）

点検項目 No.	項目名	検討結果概要
15	利用者の主訴要望	評価基準が定性的になっている。教師データの作成時にはテスト点検事例 A の記載程度のものを判定「2」として扱うが、将来的には誰でも同様の評価が可能ないように評価基準を改めることも検討できる。
51	サービス事業所とのモニタリング内容	評価基準が定性的になっている。教師データの作成時にはテスト点検事例 A の記載程度のものを判定「2」として扱うが、将来的には誰でも同様の評価が可能ないように評価基準を改めることも検討できる。 なお、一部エキスパートから、本項は対象者のニーズをきちんと把握できているかがポイントになる項目であると読めるため、ニーズの把握に言及する評価基準とした方がよいのではないかという意見があがった。

図表 2-39 点検エキスパートから問題提起頂いた項目に対する検討結果（一部）

点検項目 No.	項目名	提起された内容	検討結果概要
5	内服薬・処置	お薬手帳のコピーがある場合、「内服薬・処置が記載されている」と判断するか否か。	教師データ作成時には、ケアマネジャーが内服薬等の状況を把握しているか否かが重要なため、お薬手帳のコピー等のコピーが添付されている場合も内服薬・処置が記載されている」と判断する。なお、本項についてはケアプラン点検項目への反映も検討する。
27	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた	評価基準に「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。」とあるが、明記されていなくともアセスメントシート等の記載から明らかかな場合はどのように判断すべきか。	教師データ作成時には、アセスメントの記載から、明らかに対象が読み取れる場合は、名前の明記がなくとも本基準を満たすこととする。なお、本項についてはケアプラン点検項目への反映も検討する。

点検項目 No.	項目名	提起された内容	検討結果概要
	課題分析の結果		

なお本ディスカッションの結果、ケアプラン点検項目の評価基準に対する解釈については、他の事例も踏まえて検討を続けるべきという結論になった。そのため、点検エキスパートからの各項目の判断基準等に対する意見は教師データ収集の過程で継続的に取得をし、ケアプラン点検項目の改定の参考とした。

(3) 実証パターン3の結果

前述の8つの項目でアンケート調査を実施した。対象保険者すべて（計6保険者）から回答を収集した。集計結果は次に記す通りである。

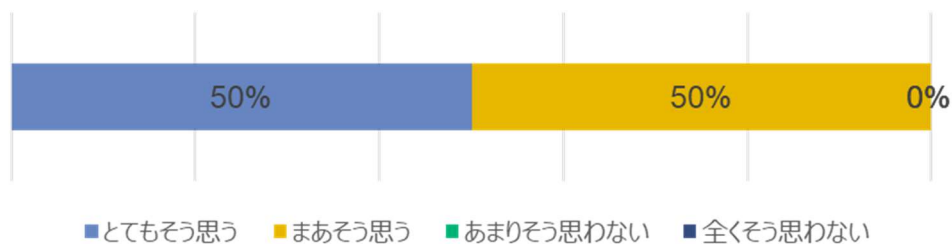
1) ツール・マニュアルの利便性

ツール・マニュアルの利便性の観点から以下3つの設問を設定し、ツール・マニュアルの使いやすさについて意見を収集した。結果、すべての保険者がツール本体の操作を簡単だと感じ、またマニュアルの内容について分かりやすいと感じていることがわかった。

図表 2-40 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問1の集計結果

(n=6)

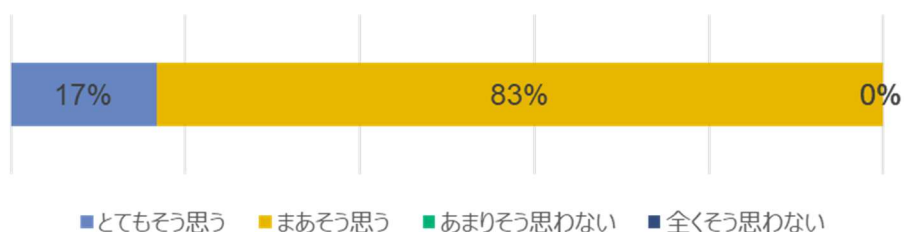
Q1.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」の操作は簡単でしたか。



図表 2-41 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問2の集計結果

(n=6)

Q2.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツールマニュアル」の内容は、わかりやすかったですか。



図表 2-42 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問3の集計結果

(n=6)

Q3.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」で表示された「評価」のみかたは、マニュアルに分かりやすく示されていましたか。



2) ツールのケアプラン点検への活用可能性

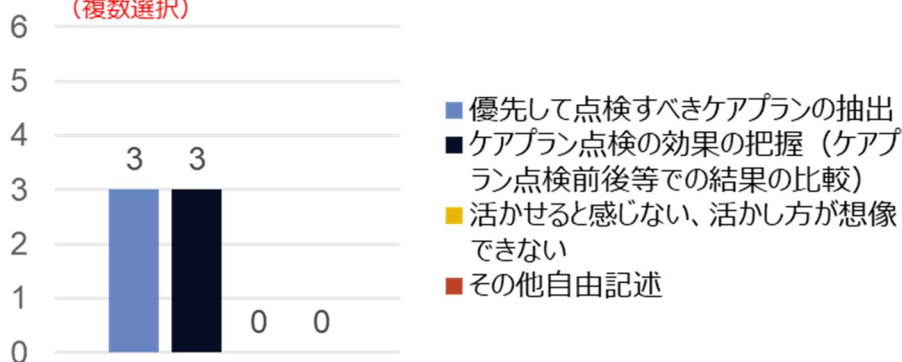
ツールのケアプラン点検への活用可能性の観点から4つの設問設定し、ツールにおいて示される「評価」「助言コメント」等の活用可能性について意見を収集した。結果、すべての保険者が「評価」「助言コメント」等をケアプラン点検の取り組みに活かせると感じていることがわかった。

図表 2-43 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問4の集計結果

(n=6)

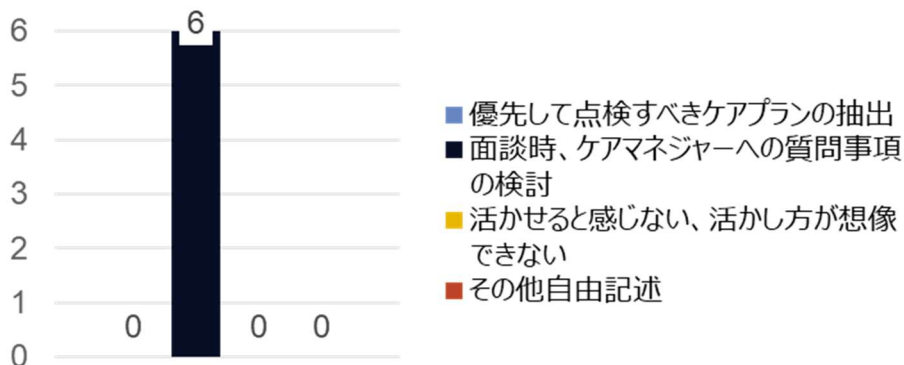
Q4.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」で表示された各「評価」は、ケアプラン点検のどのような場面々に生かせそうだと感じましたか。

(複数選択)



図表 2-44 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問5の集計結果

(n=6)
 Q5.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」で表示された各「助言コメント」は、ケアプラン点検のどのような場面に生かせそうだと感じましたか。
 (複数選択)



Q7.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」は、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に、有益なものになると思いますか。

図表 2-45 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問6の集計結果

(n=6)
 Q6.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」を用いることで、誰でも統一的な観点で点検時の書類チェックを実施できると思いますか。



図表 2-46 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問7の集計結果

(n=6)
 Q7.本実証で用いた「ケアプラン点検支援ツール」は、ケアマネジャーへフィードバックを実施する際に、有益なものになると思いますか。



3) 今後のツール開発への期待

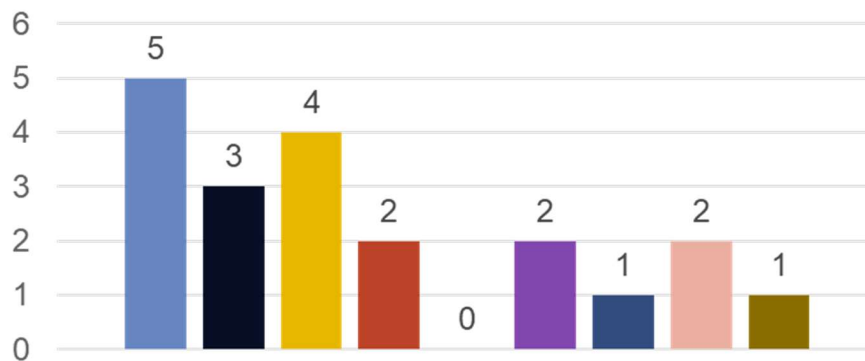
今後のツール開発への期待の観点から1つの設問設定し、今後ツールに実装されるべき機能について意見を収集した。結果、大半の保険者が目標やサービス計画の妥当性や書類間の整合性確認等、ケアプラン自体の質の確認が出来る機能の実装を希望していた。

図表 2-47 ケアプラン点検支援ツールに関するアンケート：設問8の集計結果

(n=6)

Q8.本実証で用いた「点検支援ツール」について、追加してほしい機能について教えてください。

(複数選択)



- 自立支援や尊厳の保持の観点から適切な目標・サービス計画ができて
いることがわかる機能
- 居宅介護支援経過・モニタリングの結果が、ケアプランに沿ったものになっ
ているかわかる機能
- 居宅介護支援経過・モニタリング・サービス担当者会議の結果が、ケア
プランに反映されているかわかる機能
- 紙媒体で収集したケアプランをOCR等で電子化する機能
- 収集したケアプランを自動で匿名化する機能
- ケアプラン情報を読み込み、自動で項目チェックを行う機能
- 地域をまたいだ評価のフィードバック機能
- より具体的な助言コメントの表示（面談時のケアマネジャーへの具体的
な質問の仕方の提案）
- その他自由記述

4) 自由記載によるツールに対するコメント

自由記載でケアプラン点検支援ツールに対する意見を収集した。開発したツールによって、誰でも同じ観点でケアプランの記載の充実度が評価できること、表示される助言コメントを参考に面談準備ができること、ケアプラン点検前後でケアプランの変化を確認する手段として活用できることが示唆された。

一方でケアプラン点検項目を使用した点検～ツールでの評価表示までの一連の工程を実施するのに一定の時間を要することから、実用ができるかは検討が必要という意見も複数上がった。(図表 2-48)

図表 2-48 自由記載によるケアプラン点検支援ツールへのコメント（一部抜粋）

分類	自由記載によるツールに対するコメント
誰でも同じ観点でケアプランの記載の充実度が評価できる可能性の示唆	この点検ツールでは、数値とグラフ化されることで誰が見てもほぼ同じ評価として助言することができると思う。
表示される助言コメントを参考に面談準備ができる可能性の示唆	不足している項目が明らかになり面談の事前準備の参考にできる。 どこを点検すべきか一目で確認できた点がよかった。 助言コメントからリンクで表示できる「この項目を確認する必要性の内容」が、ケアプラン点検で共有できると有意義だと思いました。
ケアプラン点検前後でケアプランの変化を確認する手段としてツールが活用できることへの示唆	点検前後の変容などが追跡できれば介護給付適正化の観点から、またケアマネ資質向上の点からも有効活用が期待できると考えている。 今後複数のケアプランで実証した際グラフで比較できるのは、分析に役立つと思った。
ツールの実用可能性への意見	管内の全てのケアマネから優先して点検すべき対象者を絞るまでに時間を要するため（管内の対象者のプランをチェックして、優先順位をつける）、実用性があるか不明です。（書類上での）点検すべき対象者のケアプランを自動的に優先順位づけでリスト化する機能があればいいと思う。 （ツールの）処理時間が短く簡単に操作できたが、前工程を踏まえると相当な時間を要するので、活用するかは検討が必要。

4. まとめ

実証パターン1では、7保険者に実際にケアプラン点検項目を活用し書類での点検を実施頂くことにより、ケアプラン点検項目の有効性と課題について示唆を得ることができた。ケアプラン点検項目の有効性については、保険者の回答者全員が「評価基準が理解しやすい」「統一的な観点で書類のチェックが可能」「経験の少ない点検者の専門知識を補うことに繋がる」と回答し、書類でのケアプラン点検を行うにあたって本事業で作成したケアプラン点検項目が有効に働く可能性があることが示唆された。ケアプラン点検項目の課題については、項目数が多いという回答が半数を占め、特にアセスメントシートについて確認に時間がかかるとの意見があがった。このような結果も踏まえて、「第2部第2章ケアプラン点検項目の改定」にて今後の課題をまとめている。

実証パターン2では、教師データを得る過程で、ケアプランの書類様式が、本事業で作成したケアプラン点検項目による点検結果に大きく影響する可能性が示唆された。また、実際に点検項目を活用する中で、点検者によって評価が分かれるポイントが具体的に示された。これを踏まえて、ケアプラン点検項目の判断基準の記載の修正をした。その結果は「第2部第2章ケアプラン点検項目の改定」にてまとめている。

実証パターン3では、6 保険者に実際にケアプラン点検支援ツールを活用し評価区分や助言コメントを参照頂くことによって、ケアプラン点検支援ツールの有効性と課題について示唆を得ることができた。実証に参加したすべての保険者がケアプラン点検支援ツールにて示される評価区分や助言コメント等をケアプラン点検の取り組みに活かせると感じていることがわかり、現状のケアプラン点検支援ツールの機能の範囲でも保険者の面談運営に寄与できる可能性があることが示唆された。一方でケアプラン点検項目を使用した点検～ツールでの評価表示までの一連の工程を実施するのに一定の時間を要することから、実際にケアプラン点検支援ツールが実用できるかについては確認が必要であることも示唆された。このような結果も踏まえて、「第2部第4章ケアプラン点検支援ツールの開発」にて今後の課題をまとめている。

第4章 ケアプラン点検支援ツールの開発

1. 目的

AI を活用したケアプラン点検支援ツールの開発は、本事業において作成したケアプラン点検項目を使用して書類の点検を実施したとき、客観的な評価を保険者に提示できるツールを提供（公開）することによって、ケアプラン点検項目を実際のケアプラン点検の場で活用しやすくすることを主な目的として実施した。

本章では、ケアプラン点検支援ツール開発の方法について述べたのち、ツールの精度と UI（評価の表示のあり方）について評価の方法・結果について示す。最後に、今後のツール改修・バージョンアップを見据えた課題について、まとめに記す。

2. 方法

（1）AI を活用した点検支援

1) AI の活用方法

AI を活用した点検支援を実現するために、昨年度の成果も踏まえて、ケアプラン点検支援ツールを開発するあたりの AI 活用方法の検討を行った。

2) 使用したデータ

実証実験で収集したケアプラン点検結果データを使用した。説明変数である 54 のケアプラン点検項目⁴は、回答が「1」「2」「3」はそのまま数値データとして扱い、回答に「他」が含まれる場合は「他」を 0 に変換し数値データとして扱った。目的変数であるケアプランの記載の充実度は、「A」を 5、「B」を 4、「C」を 3、「D」を 2、「E」を 1 に変換し、利用した。

（2）ツールの開発

1) ツールの実行形式

ツールの実行形式を検討するにあたっては、3つの類型を仮定した上で、それぞれの類型ごとに AI の活用方法やセキュリティ面の課題等を検討し、比較検討を行った。

2) 機能要件の検討

ケアプラン点検支援ツールの機能要件を検討するにあたっては、はじめに昨年度までに議論されたケアプラン点検支援ツールに求められる役割を整理し、それに対応させる形で実装すべき機能と今年度の対応範囲を検討した。

3) ツール本体の開発

①開発計画の検討

⁴ 点検項目 No.55「ケアプランに位置付けられていない多職種との連携」については、委員会での議論の結果、現状ケアプランの記載の充実度との相関性が低いことが予想されることから、説明変数から除外した。

先述の「1）ツールの実行形式」、「2）機能要件の検討」の結果から決定した実行方式と、実装すべき機能に対して、ウォーターフォール開発手法にて設計、製造、試験の各工程を実施することを前提に、以下の事業スケジュールとツール開発に関わるマイルストーンを踏まえて開発計画を検討した。（図表 2-49）

図表 2-49 事業スケジュールとツール開発に関わるマイルストーン

実施項目	令和4年					令和5年		
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
検討委員会		第1回		第2回		第3回		第4回
WG	第1回 (8/22)	第2回	第3回	第4回	第5回	(第6回)		
ケアプラン点検支援マニュアルの改定	論点整理 ヒアリング調査	構成案の検討	骨子の検討			骨子のとりまとめ		
ケアプラン点検結果データの分析	データ分析							
ケアプラン点検項目の改定	点検項目の整理・検討	項目の説明や評価基準の整理・検討	点検項目 評価基準確定	項目マニュアル作成		項目・マニュアルのブラッシュアップ		
ケアプラン点検支援ツールの開発	ツール公開のあり方の検討	システム化範囲 検討	ツール仕様 検討・確定		開発・テスト		実証実験 (パターン3) 開始	ツールの公開
実証実験の実施	実証実験の目的 パターンの整理・検討	実行方式確定 準備 (パターン1・2) *	実装機能確定		AIモデル作成 実証 (パターン1・2) *			実証 (パターン3) *

※赤い矢印がツール開発に関わるマイルストーン

②ユーザーインターフェースの検討

昨年度画面案を整理し、改定版のケアプラン点検項目や評価基準、「2）機能要件の検討」の結果を踏まえて、ケアプラン点検支援ツールのユーザーインターフェースを検討した。

(3) 検証

1) AI を活用した点検結果の判定精度の評価

クロス集計による説明変数と目的変数の相関の分析後に2つの方法でAIを作成した。作成したAIの精度検証はケアプラン点検項目を元にAIが「ケアプランの記載の充実度」に対して人間の点検者と同等の判定できるか確認を行った。

①説明変数と目的変数の相関

ケアプラン点検項目の合計点が高いほどケアプランの記載の充実度が「A」となる傾向があるか確認することで、AIによるケアプラン点検結果からケアプランの記載の充実度が判定できる可能性が高いと判断するため実施する。

また、ケアプラン点検項目の合計の最大値は135となるが、一部の項目においては示される基準で点検対象外として「他」が選択される項目が11項目あり、「他」の選択が無いケアプラン点検結果（ケ

ケース 1) の合計と「他」の選択が有るケアプラン点検結果（ケース 2) の合計の意味合いが異なると考え、合計点は図表 2-50 の様にケース 1 の場合は合計を最大値（135）で割った値を合計点とし、ケース 2 の場合は合計を「他」を選択された項目の最大値を除いた最大値（130）で割った値で算出された値を利用した。

図表 2-50 54 項目のケアプラン点検項目の合計点の算出方法

No.	項目	点検結果（ケース 1）	点検結果（ケース 2）
1	課題分析の理由	1	2
2	かかりつけ医	2	3
3	既往歴の有無・内容	2	他（最大値:2）
4	主傷病	1	2
5	内服薬・処置	1	2
...
51	サービス事業所との連絡・モニタリング内容	2	3
52	変化を捉える視点	2	2
53	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	3	他（最大値:3）
54	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	3	3
	合計	130	130
	合計点	96（132/135）	100（130/130）

②全教師データによる AI の作成

i. 学習・評価データ

実証で収集したエキスパートのケアプラン点検結果データが同水準であると仮定し、全データから無作為に選定したケアプラン点検結果を学習データとして利用した。また、学習データで使用していないケアプラン点検結果を評価データとした。学習データの概要を図表 2-51、評価データの概要を図表 2-52 にそれぞれ示す。

図表 2-51 全教師データによる AI の作成：学習データ

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	36	1	12	13	9	1

No.	点検者	合計	ケアプランの記載の充実度				
			A	B	C	D	E
2	E-02	39	3	13	19	4	0
3	E-03	15	1	11	1	2	0
4	E-04	62	2	13	39	7	1
合計		152	7	49	72	22	2

図表 2-52 全教師データによる AI の作成 : 評価データ

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	8	1	3	2	2	0
2	E-02	12	0	6	5	1	0
3	E-03	3	1	2	0	0	0
4	E-04	15	0	0	11	4	0
合計		38	2	11	18	7	0

ii. AI の作成条件

AI の作成に当たっては、3 つの AI 手法で学習データを分析し算出された学習モデル（ケアプラン点検項目ごとの配点）によって実現する判定結果の精度比較を行った。AI の作成条件を図表 2-53 に示す。

図表 2-53 全データによる AI の作成 : AI の作成条件

項目	条件
Python バージョン	3.9.12
AI 手法 ⁵	重回帰分析、Ridge 回帰、Lasso 回帰
説明変数	54 ⁶ 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）

iii. AI の精度指標（MSE : 平均二乗誤差）

MSE は以下の式を用いてケアプランの記載の充実度をエキスパートが実際に判定した結果と AI が判定した結果の差を求める指標値であり、値が 0 に近いほどエキスパートと AI の判定結果に差がないこと

⁵ Ridge 回帰、Lasso 回帰はそれぞれ説明変数(55 項目の点検項目)が多い場合に、重回帰分析で発生しやすい過学習による影響を軽減するための手法である。

⁶ 点検項目 No.55「ケアプランに位置付けられていない多職種との連携」については、委員会での議論の結果、現状ケアプランの記載の充実度との相関性が低いことが予想されることから、説明変数から除外した。

を意味する。

$$MSE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n-1} (y_i - \hat{y}_i)$$

y_i : エキスパートの判定結果、 \hat{y}_i : AI の判定結果

③特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成

i. 学習・評価データ

実証で収集したエキスパートのケアプラン点検結果データが同水準でないと仮定し、同一エキスパート (E-01) の点検結果のみで無作為に選定したケアプラン点検結果を学習データとして利用した。また、学習データで使用していないケアプラン点検結果を評価データとした。学習データの概要を図表 2-54、評価データの概要を図表 2-55 にそれぞれ示す。

図表 2-54 特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成 : 学習データ

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	40	2	15	19	4	0

図表 2-55 特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成 : 評価データ

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	44	2	12	15	14	1
2	E-02	11	1	4	5	1	0
3	E-03	18	2	13	1	2	0
4	E-04	77	1	7	50	17	2
合計		150	6	36	71	34	3

ii. AI の作成条件

「②全教師データによる AI の作成」の「iiAI の作成条件」と同一の方法を利用した。

iii. AI の精度指標 (MSE : 平均二乗誤差)

「②全教師データによる AI の作成」の「iiiAI の精度指標 (MSE : 平均二乗誤差)」と同一の方法を利用した。

2) ツールに備わる機能の評価

開発されたケアプラン点検支援ツールのユーザーインターフェース等に起因するツールの利便性を評価することを目的にアンケート評価を実施した。アンケートの対象となる保険者や評価項目については「第 2

部第3章2. (3) 実証パターン3の方法」の項目を参照されたい。

3. 結果

(1) AIを活用した点検支援

1) AIの活用方法

昨年度事業においては、本事業で作成したケアプラン点検項目をインプット情報として、ケアプランの記載の充実度に対するそれぞれの項目の寄与度をAIで算出することによって、人間の点検者と同等の判定（面談すべきケアプランか否か）をシステム上のロジックで実現可能か検証を行った。結果、教師データを作成する点検者の点検に対する意識が一定統一されていれば、AIを活用して一定精度のケアプランの記載の充実度に対する項目の寄与度（＝重み）を算出できる可能性が示唆された。

このような結果を踏まえ、今年度事業においても同様に開発の過程でケアプランの記載の充実度に対するケアプラン点検項目の重み（配点）を算出する方法でAIを活用し、ケアプラン点検支援ツールを開発することとした。なお、昨年度課題として上がった「点検者の点検に対する意識の統一」への対応については意識合わせの場を設定する等の対応を実施した。方法・結果の詳細は「第2部第3章2. (2) 実証パターン2の方法」「第2部第3章3. (2) 実証パターン2」の項目を参照されたい。

2) 使用したデータ

実証実験で収集したケアプラン点検結果データを使用してAIを活用してケアプラン点検項目ごとの重みを算出した。エキスパート別、提供元別のケアプラン件数を図表2-56 図表2-57の通り示す。

図表 2-56 エキスパート別の教師データ数

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	44	2	12	15	14	1
2	E-02	51	3	19	24	5	0
3	E-03	18	2	13	1	2	0
4	E-04	77	1	7	50	17	2
合計		190	8	51	90	38	3

図表 2-57 提供元別の教師データ数

No.	自治体	合計	ケアプランの記載の充実度				
			A	B	C	D	E
1	A	13	2	4	3	4	0
2	S	15	0	4	8	3	0
3	N	28	0	1	19	6	2

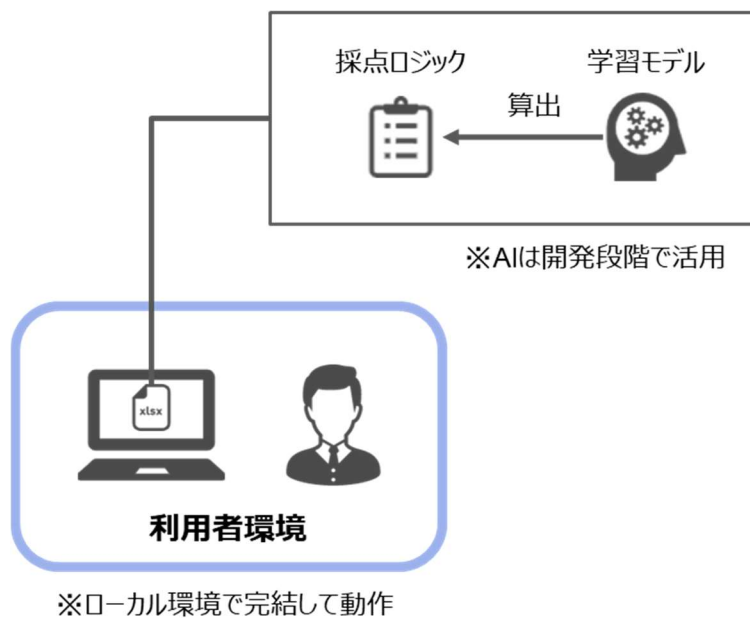
No.	自治体	合計	ケアプランの記載の充実度				
			A	B	C	D	E
4	SK	4	0	0	3	1	0
5	KS	63	1	12	35	14	1
6	MS	30	2	9	12	7	0
7	MK	20	0	9	10	1	0
8	AK	17	3	12	0	2	0
合計		190	8	51	90	38	3

(2) ツールの開発

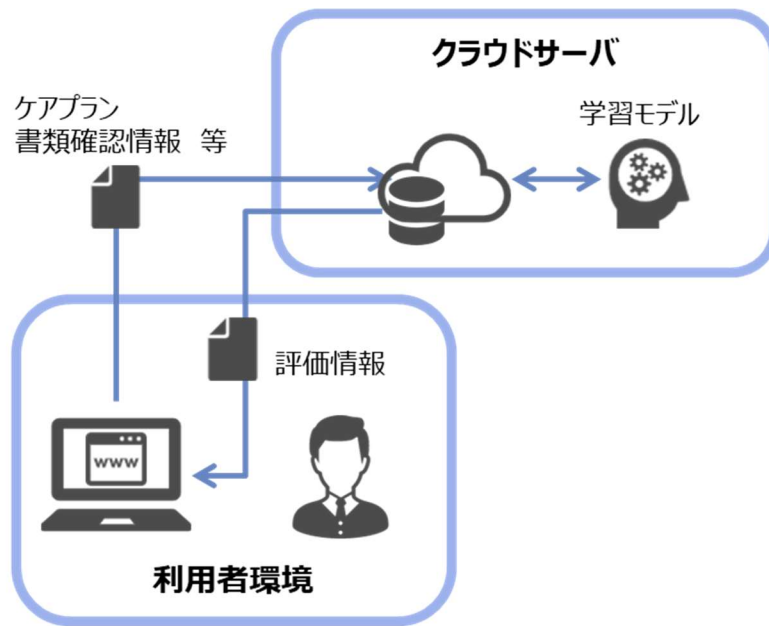
1) ツールの実行形式

まず、ツールの要件を検討するにあたって、前提となるツールの実行形式について仮定を行った。結果、今年度のツールの実行形式としては、①Excel VBA ツール形式、②WEB アプリケーション形式（ローカル）、③WEB アプリケーション形式（クラウド）の3つの類型を仮定した。それぞれの開発方式の概念図については図表 4 1～図表 4 3の通り示す。

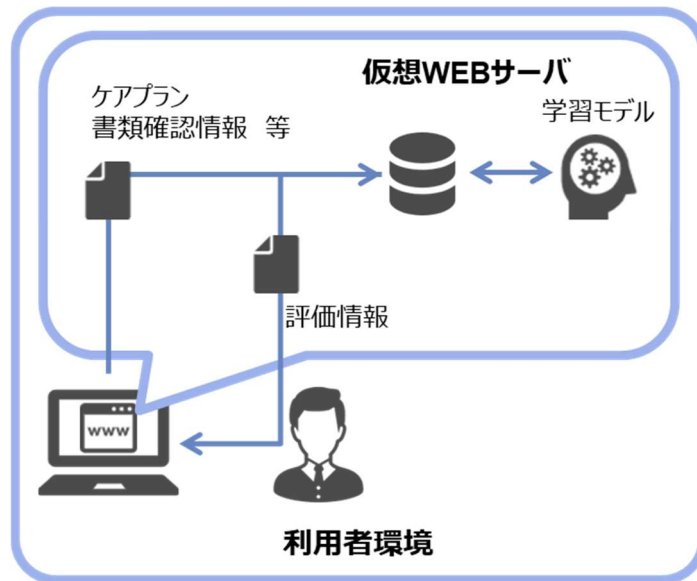
図表 2-58 Excel VBA ツール形式の概念図



図表 2-59 WEB アプリケーション形式（クラウド）の概念図



図表 2-60 WEB アプリケーション形式（ローカル）の概念図



※ローカル環境で完結して動作

整理した AI の活用方法も踏まえ、それぞれの実行形式を比較検討するにあたって「実現可能な機能」「今年度の公開のあり方」「セキュリティ面の課題」「運用・保守にかかるコスト」の 4 つの観点で情報を整理した。（図表 2-61）

図表 2-61 実行形式の比較検討表

	①Excel VBA ツール形式	②WEB アプリケーション形式 (ローカル)	③WEB アプリケーション形式 (クラウド)
実現可能な機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ AI が算出した点検項目の重みに従ってケアプランの記載の充実度を評価する機能 ・ 点検結果を集計用に出力する機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ AI が算出した点検項目の重みに従ってケアプランの記載の充実度を評価する機能 ・ 点検結果を集計用に出力する機能 ・ ケアプラン面談予定を管理する機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ AI が算出した点検項目の重みに従ってケアプランの記載の充実度を評価する機能 ・ 点検結果を集計用に出力する機能 ・ ケアプラン面談予定を管理する機能 ・ ユーザから許諾を得た上で点検結果を収集する機能
今年度の公開のあり方	Excel VBA を活用したツールとして厚生労働省 HP 等から公開	事業が用意したノート PC 等に動作環境をセットアップし、一部保険者等に配布（一定期間後回収）	WEB アプリケーションツールとして厚生労働省 HP 等から公開
セキュリティ面の課題	Excel VBA を動作させるために保険者等が保有する PC の設定変更を行った場合のセキュリティリスクの整理・周知をする必要がある。	ノート PC 配布にあたっての端末運用ルールの検討・周知をする必要がある。 ノート PC 回収時のデータフォーマット手法の検討をする必要がある。	（実装する機能によっては要配慮個人情報を含む）ケアプラン点検情報をクラウド上で取り扱う必要があり、開発・運用面で十分なセキュリティ対策を検討する必要がある。
運用・保守にかかるコスト	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公開期間中のツールの動作に関する問い合わせ対応 ・ HP 上からツールが DL 出来ない保険者へのメディアを介したツールの配布対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公開期間中のツールの動作に関する問い合わせ対応（特定の利用者） ・ ノート PC の配布・回収 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公開期間中のツールの動作に関する問い合わせ対応 ・ （セキュリティ対策等を目的とした）システムのアップデート対応 ・ クラウドサービスの利用費

比較検討の結果、②WEB アプリケーション形式（ローカル）の場合には、ツールを公開する対象が限定されてしまうこと、③WEB アプリケーション形式（クラウド）の場合にはセキュリティ面の課題を解決することが単年度では困難なことから、今年度においてはケアプラン点検支援ツールを①Excel VBA ツール形式として開発・公開することとした。

2) 機能要件の検討

次に、ケアプラン点検支援ツールの機能要件を検討した。検討にあたってはまず昨年度までに議論されたケアプラン点検支援ツールに求められる役割を整理し、それに対応させる形で実装すべき機能を検討した。（図表 2-62）

図表 2-62 ケアプラン点検支援ツールに求められる役割と実装すべき機能

役割#	ツールに期待される役割	機能#	実装すべき機能
1	保険者がケアマネジャーのケアプランを点検するときに（全国統一の）ツールが活用できること。	1a	保険者が面談に活用しやすいような（地域の平均との比較等、ケアマネジャーに説明しやすい情報も交えた）結果表示機能。
		1b	保険者が点検結果の位置づけ等を正しく理解できるような情報の提示。
		1c	リスクの発見を促す機能。
		1d	アセスメントシートとケアプランの整合性チェック機能。
		1e	給付情報とあわせた分析機能。
2	ケアマネジャーの自己点検・スキルアップにツールが活用出来ること。	-	※ ケアマネジャーの自己点検に必要な要素等を確認した上で機能を検討することが必要。
3	将来的により高精度なケアプラン点検を実現するために、継続的に学習データのアップデート等を行うこと。	-	※ ケアプラン点検項目の更新等、定期的に学習モデルを更新できるスキームを検討することが必要。
4	将来的にツールに入力されたデータを集約し、ビッグデータ化出来ること。更に、集約したデータを活用し、ケアプラン点検の効果の分析等が出来ること。	4a	点検結果データの様式の標準化を意識したデータ出力機能。
		-	※ データの具体的な活用方法・効果の整理や点検結果データ基盤の構築も見据えた検討を行ったうえで機能を検討することが必要。

※ 灰色のセルは具体的な機能を検討するにあたっての前提条件が十分に整理されていないため、実現に向けては継続検討が必要としたもの。

更に、開発方式・AI 活用方法について検討結果等を前提に、実装すべき機能に対して今年度どこまで対応すべきかを検討した。（図表 2-63）

図表 2-63 実装すべき機能に対する今年度の対応方針

機能#	実装すべき機能	今年度の対応方針
1a	保険者が面談に活用しやすいような（地域の平均との比較等、ケアマネジャーに説明しやすい情報も交えた）結果表示機能。	円滑な面談運営を実現する客観的なケアプランに対する評価の提示ができるように、ツールの仕様を検討する。

機能#	実装すべき機能	今年度の対応方針
1b	保険者が点検結果の位置づけ等を正しく理解できるような情報の提示。	どのような観点での評価が、どの程度で実現できるか明確にしたうえで、適切な活用方法の検討に寄与する情報をマニュアル等に示す。
1c	リスクの発見を促す機能。	点検がリスクの発見に繋がる十分なエビデンスがないことから、今年度においては機能の実装を見送る。
1d	アセスメントシートとケアプランの整合性チェック機能。	ケアプランの記載内容を解析し、整合を行う機能の開発・実装は開発期間と今年度のツール実行形式から実現が難しいと判断。今年度においては機能の実装を見送る。
1e	給付情報とあわせた分析機能。	給付情報も踏まえた分析機能の開発・実装は開発期間と今年度のツール実行形式から実現が難しいと判断。今年度においては機能の実装を見送る。
4a	点検結果データの様式の標準化を意識したデータ出力機能。	将来的に点検結果データ収集することを見据え、点検結果を出力できる機能を実装する。

※ 灰色のセルは今年度のケアプラン点検支援ツールの機能要件に反映しないこととした機能。

検討の結果、今年度においては以下の通り2点の機能要件を満たすことを主眼に置いて開発を進めることとした。

- ・ 面談時に保険者がケアマネジャーに説明がしやすいように、客観的なケアプランに対する評価が表示できること。
- ・ 将来的に点検結果データ収集することを見据えた様式で、点検結果が出力できること。

更に、ケアプラン点検支援ツールのマニュアル等において、示される評価の適切な活用方法の検討に寄与する情報を示すことが必要であることを確認した。

3) ツール本体の開発

①開発計画の検討

先述の「1) ツールの実行形式」、「2) 機能要件の検討」の結果と、各種マイルストーンを踏まえた開発計画を検討し、以下の各工程（図表 2-64）に分けて実施計画を検討した。

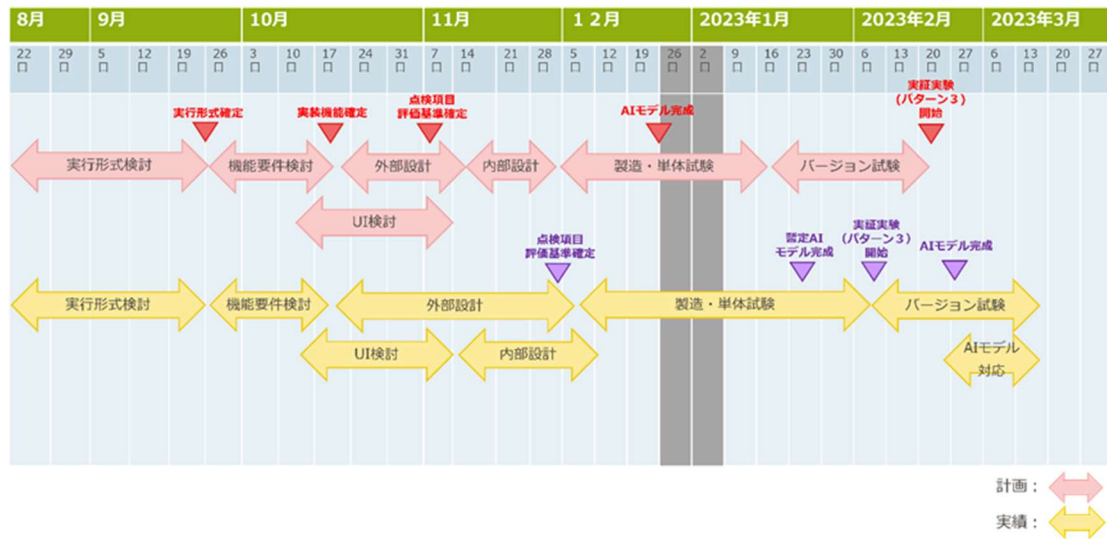
図表 2-64 ツール開発計画の各工程

工程	概要	具体的な作業（例）
UI 検討	ケアプラン点検支援ツール利用者が使いや	・画面イメージ作成

工程	概要	具体的な作業（例）
	すいユーザーインターフェースを検討する	・機能別の利用シーン検討
外部設計	UI 検討結果を踏まえたツール動作を検討・設計する	・画面項目・遷移仕様確定 ・評価・アドバイス文表示仕様確定 ・エラー対応処理仕様確定
内部設計	外部設計を踏まえたツールの内部処理を検討・設計する	・評価ロジック作成 ・アドバイス文表示仕様確定
製造・単体試験	外部設計・内部設計をもとに ExcelVBA アプリを作成し、動作試験を実施する	・画面遷移、評価結果、アドバイス文表示等の確認 ・Windows 版と Macintosh 版の作成
バージョン試験	Excel の各バージョンについての動作試験	・Windows : Excel 2021,2019,2016,2013 ・Macintosh : Excel 2021

上記の各工程を踏まえて検討した実施計画と実績は図表 2-65 の通りであった。（計画と実績が乖離した原因とその対策について図表 2-66 を参照。）

図表 2-65 ツール開発計画と実績



図表 2-66 ツール開発計画と実績の乖離の原因とその対策

乖離原因	対象工程	影響内容	対策
点検項目評価基準確定の遅れ	外部設計	取り扱う点検項目、評価項目の画面構成が遅れると共に、内部処理の検討が進められなかった。	項目や評価基準を設定で変更可能な構造とし、確定を待たず内部設計を実施した。

乖離原因	対象工程	影響内容	対策
	内部設計	固定項目での内部処理を想定していたが、設定で変更可能な構成としたことにより、設計にかかる工数が増大した。	外部設計のみで製造可能な箇所（画面やボタン動作）から製造することで内部設計と並行して作業を実施した。
点検結果データの収集遅れによる暫定AIモデル対応	製造・単体試験	モデル作成の遅れによる試験開始が遅れた。	最低限のデータが揃った時点での暫定版 AI を作成し、実証実験版として提供した。
	AI モデル対応	暫定版から正式版への差し替え作業が追加された。	左記の工程を追加した。 内部設計時に設定変更可能な構成にしたことにより工数を削減した。

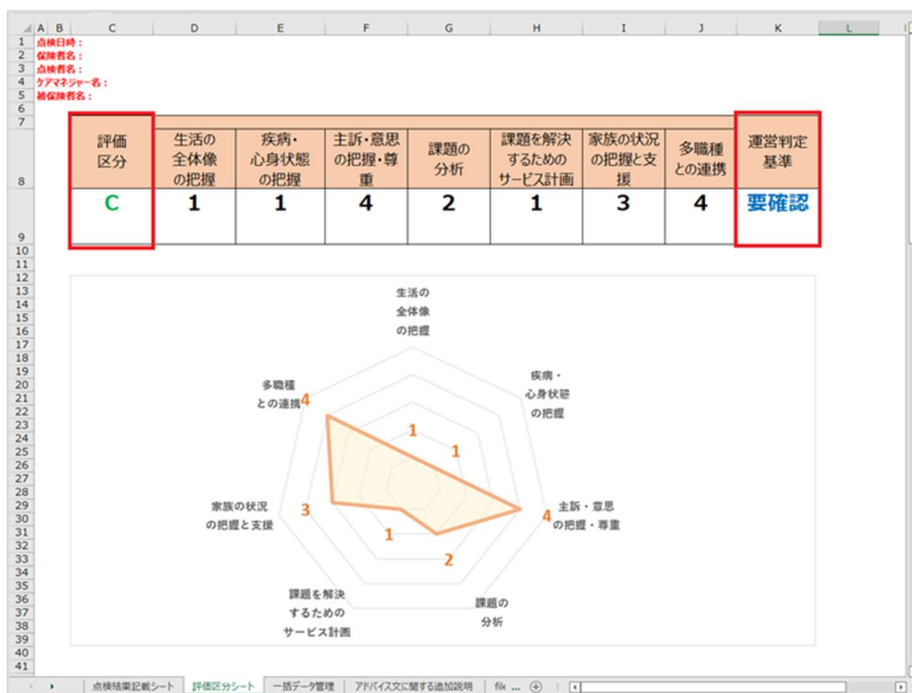
②ユーザーインターフェースの検討

昨年度画面案を整理し、改定版のケアプラン点検項目や評価基準、「2）機能要件の検討」の結果を踏まえて、ケアプラン点検支援ツールのユーザーインターフェースを検討した。検討時の観点の中で、特にユーザーインターフェースに影響を与えたポイントについて以下に示す。

i. ユーザが受け入れやすい表現の採用

自身が作成したケアプランに対して評価を示されることに対して、利用者（ケアマネジャー）側に抵抗感が生ずる懸念があることが、検討会にて委員より問題提起された。これに対応するため、委員や点検エキスパートから意見を収集し、特にケアマネジャーから見たときに受け入れやすい評価画面の文言表現を検討した。具体的にはケアプランの記載の充実度を示す項目の名称を「総合判定」から「評価区分」に変更し、運営判定基準に対する評価結果の表示の仕方を「合格」・「不合格」ではなく、「適」・「要確認」変更する等の対応を行った。（図表 2-67）

図表 2-67 評価区分表示画面

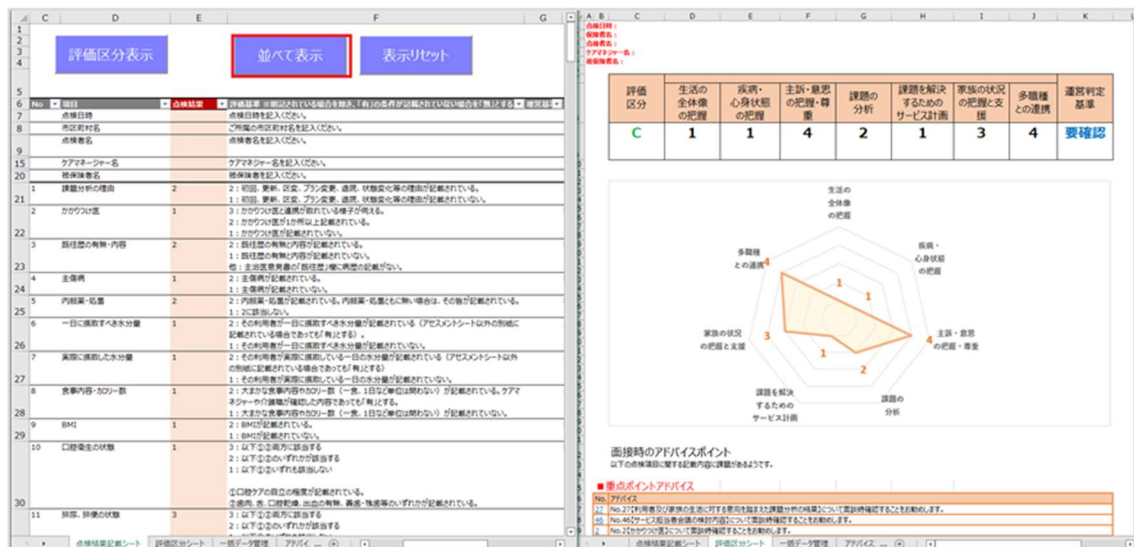


※ ユーザが受け入れやすい表現を考慮して表現を見直した箇所を赤枠で囲っている。

ii. 項目の点検結果と評価の並列表示

ケアプラン点検支援ツールの使用の流れは、まずケアプラン点検項目を使用して書類の確認を行い、その後ツール上のボタンを押下しケアプランの記載の充実度等の評価が表示するというものである。保険者がこのツールを使用する際には、表示された評価の根拠としてケアプラン点検項目の点検結果と表示された評価情報を比較しながら評価区分の妥当性を確認することが想定される。そのため、書類の確認結果と示された評価をとを自動で並列表示できる「並べて表示」ボタンを用意した。(図表 2-68)

図表 2-68 ケアプラン点検項目と評価区分の並列表示



iii. 助言コメントの表示

保険者が面談時、ケアマネジャーにどのような質問・助言を行うべきかの検討に活用できるように、表示された評価を向上させるために優先して確認すべき項目を示すために、AI が算出した点検項目ごとの重み（配点）に従って、助言コメント（ケアプラン点検項目マニュアルの該当項へのリンク）を表示する機能を実装した。また、助言コメントは全体と、分類ごとに上位 5 項目を表示するようにし、ポイントを絞った改善を検討できるようにした。（図表 2-69、図表 2-70）

図表 2-69 助言コメントの表示

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。	
■ 重点ポイントアドバイス	
No.	アドバイス
27	No.27【利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果】について面談時確認することをお勧めします。
46	No.46【サービス担当者会議の検討内容】について面談時確認することをお勧めします。
2	No.2【かかりつけ医】について面談時確認することをお勧めします。
28	No.28【総合的な援助の方針における自立の具体性】について面談時確認することをお勧めします。
7	No.7【実際に摂取した水分量】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
7	No.7【実際に摂取した水分量】について面談時確認することをお勧めします。
18	No.18【現在の生活状況】について面談時確認することをお勧めします。
16	No.16【一日の過ごし方】について面談時確認することをお勧めします。
26	No.26【家族関係や周辺の社会資源との状況】について面談時確認することをお勧めします。
8	No.8【食事内容・カロリー数】について面談時確認することをお勧めします。
■ 疾病・心身状態の把握	
No.	アドバイス
2	No.2【かかりつけ医】について面談時確認することをお勧めします。
10	No.10【口腔衛生の状態】について面談時確認することをお勧めします。
9	No.9【BMI】について面談時確認することをお勧めします。
4	No.4【主傷病】について面談時確認することをお勧めします。
■ 主訴・意思の把握・尊重	
No.	アドバイス
27	No.27【利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果】について面談時確認することをお勧めします。
22	No.22【本人の役割】について面談時確認することをお勧めします。
■ 課題の分析	
No.	アドバイス
23	No.23【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。

図表 2-70 ケアプラン点検項目マニュアルの該当項へのリンク

No.	本文	項目の概要	アドバイス
1	No.1【課題分析の理由】について面談時確認することをお勧めします。		・ アセスメントに入院歴、機関からコメント、かかりつけ医、治療状況、日常...
2	No.2【かかりつけ医】について面談時確認することをお勧めします。		・ 要介護状態のから、服薬... までです。
3	No.3【既往歴の有無・内容】について面談時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(等)として現... とが大切です。

(3) 検証

1) AI を活用した点検結果の判定精度の評価

①説明変数と目的変数の相関

ケアプラン点検結果の合計点別のケアプランの記載の充実度の件数を確認し、その結果を図表 2-71 に、エキスパート別の結果を図表 2-72～図表 2-75 に示す。

また、上記で確認した結果を元にケアプラン点検結果の合計点のケアプランの記載の充実度の相関係数を求め、その結果を図表 2-76 に示す。E-01、E-02 は合計点とケアプランの記載の充実度は強い相関が確認できたが、E-03 は合計点が 88 以上の際に「B」判定が多く「A」判定との区別が難しいため相関係数が下がり、また、E-04 は 76-88 と高得点で「D」判定があることや、52-64 で「C」判定があることなどから、他と比較して相関係数が下がったのだと考える。

相関係数にある程度の差があることから、ケアプラン点検項目に示す評価基準に基づいた点検や、ケアプランに対する記載の充実度に対するエキスパートの考え方には多少のばらつきがあったことが予想される。このことから更なる精度向上を図るためには、ケアプラン点検項目の評価基準を見直し、より一層誰でも同じ判定が出来るような基準に高めていくとともに、ケアプランに対する記載の充実度を評価するときどのような観点で評価を行なうべきかについて明確に定義することが必要なことが示唆された。

図表 2-71 ケアプラン点検結果の合計点別ケアプランの記載の充実度の件数

No.	合計点	ケアプランの記載の充実度				
		A	B	C	D	E
1	88 以上	4	10	1	0	0
2	76-88	4	35	35	3	0
3	64-76	0	6	52	31	2
4	52-64	0	0	2	4	1
5	52 未満	0	0	0	0	0

図表 2-72 ケアプラン点検結果の合計点別ケアプランの記載の充実度の件数 (E-01)

No.	合計点	ケアプランの記載の充実度				
		A	B	C	D	E
1	88 以上	1	3	0	0	0
2	76-88	2	15	16	0	0
3	64-76	0	1	8	5	0
4	52-64	0	0	0	0	0
5	52 未満	0	0	0	0	0

図表 2-73 ケアプラン点検結果の合計点別ケアプランの記載の充実度の件数 (E-02)

No.	合計点	ケアプランの記載の充実度				
		A	B	C	D	E
1	88 以上	0	0	0	0	0
2	76-88	2	7	2	0	0
3	64-76	0	5	12	13	1
4	52-64	0	0	1	1	0
5	52 未満	0	0	0	0	0

図表 2-74 ケアプラン点検結果の合計点別ケアプランの記載の充実度の件数 (E-03)

No.	合計点	ケアプランの記載の充実度				
		A	B	C	D	E
1	88 以上	2	6	0	0	0
2	76-88	0	7	1	1	0
3	64-76	0	0	0	1	0
4	52-64	0	0	0	0	0
5	52 未満	0	0	0	0	0

図表 2-75 ケアプラン点検結果の合計点別ケアプランの記載の充実度の件数 (E-04)

No.	合計点	ケアプランの記載の充実度				
		A	B	C	D	E
1	88 以上	1	1	1	0	0
2	76-88	0	6	16	2	0
3	64-76	0	0	32	12	1
4	52-64	0	0	1	3	1
5	52 未満	0	0	0	0	0

図表 2-76 ケアプラン点検結果の合計点とケアプランの記載の充実度の相関係数

No.	対象者	相関係数
1	全体	0.715
2	E-01	0.711
3	E-02	0.719
4	E-03	0.666
5	E-04	0.640

②全教師データによる AI の作成

学習・評価データから各 AI 手法で精度指標（MES）を確認した結果、Lasso 回帰が最も MSE の値が低く、精度が高い結果となった。（図表 2-77）

図表 2-77 全教師データによる AI の作成：AI 手法別の精度指標（MSE）

No.	AI 手法	MSE
1	重回帰分析	0.384
2	Ridge 回帰	0.384
3	Lasso 回帰	0.379

また、評価データに対して Lasso 回帰で作成された AI でケアプランの記載の充実度の予測結果とエキスパートと結果の精度判定した結果を図表 2-78 に示す。

図表 2-78 全教師データによる AI の作成：エキスパート判定と AI 予測結果一覧

No.	合計点	エキスパート判定	AI 予測 ⁷	評価の差 ⁸
1	93	A	B	1
2	91	B	B	0
3	90	B	B	0
4	87	B	B	0
5	86	B	B	0
6	85	B	B	0
7	85	C	C	0
8	84	B	B	0
9	84	B	B	0
10	83	C	C	0
11	83	A	C	2
12	82	B	C	1
13	80	B	B	0
14	80	C	C	0
15	77	C	C	0
16	76	C	C	0

⁷ AI の予測は各ケアプランに対して、点検エキスパートがケアプラン点検項目にもとづいて書類の確認を行った結果をインプットとして、AI の分析結果（各点検項目ごとの配点）に従って算出した。

⁸ ケアプランの記載の充実度を、「A」を 5、「B」を 4、「C」を 3、「D」を 2、「E」を 1 に変換し、点検エキスパートの判定と AI の判定の差を算出した。

No.	合計点	エキスパート判定	AI 予測 ⁷	評価の差 ⁸
17	75	D	C	1
18	75	C	C	0
19	75	C	C	0
20	74	C	C	0
21	74	B	C	1
22	74	C	C	0
23	73	C	C	0
24	73	C	C	0
25	73	B	C	1
26	73	C	C	0
27	71	D	D	0
28	71	C	D	1
29	71	C	C	0
30	70	C	C	0
31	70	D	C	1
32	69	C	D	1
33	69	C	D	1
34	68	D	C	1
35	67	C	D	1
36	64	D	D	0
37	64	D	D	0
38	62	D	D	0

図表 2-78 の結果から、から AI の判定とエキスパートの判定が一致したのは 38 件中 26 件（約 68%）であり、また判定の差が 1 以下になったのは 38 件中 37 件（約 97%）であった。判定に差がでたデータの傾向と精度向上のための対策について以下に記す。（図表 2-79）

図表 2-79 全教師データによる AI の作成：判定に差が出た傾向と精度向上に向けた対策の検討結果

#	データの傾向	精度向上のための対策
1	A 判定、E 判定の様な判定結果の件数が少ない図表 2-78 の No.1 の様な予測で評価の差が出やすい。 （判定別に見たときの学習データが少ない）	判定別に見たとき、学習データが少ない、A 判定や E 判定のケアプラン点検結果の学習データを増やす。
2	点検エキスパートの判断が分かれやすい範囲の判定	有識者・点検エキスパートへのヒアリン

#	データの傾向	精度向上のための対策
	(今回の傾向では C 判定～D 判定の判定) で評価の差が出やすい。(例: 図表 2-78 の No.31-35)	グ等を通じて基準を明確化する。
3	ケアプラン点検項目にもとづいて書類の確認を行った結果とケアプランの記載の充実度の相関が比較的低い事例で評価の差が出やすい。	点検エキスパートへのヒアリング等を通じて相関が低くなった原因(例えば、追加すべき観点)を明らかにする。また、有識者・点検エキスパートへのヒアリング等を通じて基準を明確化する。

③特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成

点検者 E-01 の点検結果の一部を学習データとし、全点検者の点検結果を評価データとした場合の各 AI 手法による精度指標 (MSE) を確認した結果、手法に精度差がほぼなく、全教師データを使用して分析した場合と比較して精度が低い結果となった。(図表 2-80)

図表 2-80 特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成:AI 手法別の精度指標 (MSE)

No.	AI 手法	MSE
1	重回帰分析	0.517
2	Ridge 回帰	0.519
3	Lasso 回帰	0.505

また、Lasso 回帰で作成された AI を用いて評価データを予測した結果、正しく予測できた件数は 150 件中 88 件 (66%) となり、全教師データを使用して分析した場合の AI と点検エキスパートの評価の一致率 68% とほぼ同程度の精度となった。また、エキスパート別の AI と点検エキスパートの評価の一致率を確認すると学習したエキスパート (E-02) のみ判定精度が高い傾向であることが分かる。(図表 2-81)

さらに、評価に差がある場合に AI の予測とエキスパートの判定の差が何段階間 あるかエキスパート別に確認した。結果、エキスパート (E-01) に対して高め (C 評価を B 評価と予測するなど) に判定する傾向があり、エキスパート (E-03、E-04) に対しては低め (C 評価を D 評価と予測するなど) に判定する傾向が確認できた。(図表 2-82)

図表 2-81 特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成: 評価の一致率

点検者	評価件数	判定一致件数		評価の一致率
		一致	不一致	
E-01	44	20	24	45%
E-02	11	10	1	91%
E-03	18	12	6	67%

点検者	評価件数	判定一致件数		評価の 一致率
		一致	不一致	
E-04	77	46	31	60%
全体	150	88	62	66%

図表 2-82 特定の点検エキスパートの教師データによる AI の作成:AI による評価データの評価の差

点検者	判定の差			
	+2	+1	-1	-2
E-01	3	12	9	0
E-02	1	0	0	0
E-03	0	1	4	1
E-04	0	6	24	1
全体	4	19	37	2

上記の結果より、特定のエキスパートのデータをもとに学習データを作成した場合ケアプラン点検項目にもとづいて書類の確認を行う点検者の傾向によって判定精度に偏りが出てしまう可能性が示唆された。

④結論

各分析結果から、MSE で精度を算出したとき、最も良い結果を示した今年度公開するケアプラン点検支援ツールには全教師データを対象に、Lasso 回帰の手法を使用して分析・算出したケアプラン点検項目ごとのケアプラン点検項目の重み（配点）を組み込むこととした。

また、開発したツールにおいて 38 件の評価データのうち、37 件（約 97%）のデータについて点検エキスパートと 1 段階以下の誤差でケアプランの記載の充実度を算出できることを確認した。さらに、38 件の評価データのうち 26 件のデータについては点検エキスパートと一致するケアプランの記載の充実度を算出することができることを確認した。

2) ツールに備わる機能の評価

本項ではアンケートによるケアプラン点検支援ツールの活用可能性についてまとめる。なお、詳細な方法とその集計結果は「第 2 部第 3 章 3. (3) 実証パターン 3」の項目を参照されたい。

4. まとめ

(1) 今年度の成果

AI を活用したツールの開発という観点では、AI による分析を行い、ケアプランの記載の充実度に対するケアプラン点検項目の重み（配点）を算出することで、38 件の評価データのうち、37 件（約 97%）のデータについて点検エキスパートと 1 段階以下の誤差で判定区分（ケアプランの記載の充実度）を算出できることを確認した。

客観的な評価を示すことのできるツールの開発という観点では、一定程度保険者にとって簡単に操作

ができ、ケアマネジャーとの面談に向けた分かりやすい評価を提示できる機能を備えたツールを開発することができた。

（２）残された課題

AIを活用したツールの開発という観点では、より多くの保険者やケアマネジャーが安心してツールを活用できるようにするために、今回算出したケアプラン点検項目ごとの重み（配点）の妥当性を更に検証していく必要がある。なお、ケアプラン点検支援ツールで算出する「ケアプランの記載の充実度」は公に基準が示されているものではないため、妥当性の検証はAIによる分析だけではなく、点検エキスパートや有識者の意見も踏まえながら行う必要がある。なおその際 AI の分析は論点の導出や点検エキスパートや有識者の意見の裏付けに使用しつつ、「ケアプランの記載の充実度」に対する考え方を明確にしていく必要がある。

ツールの開発という観点では、大きく3点の課題がある。1点目は書類によるケアプラン点検にかかる時間を短縮できる仕組みの実装である。今回作成したケアプラン点検支援ツールで評価や助言コメントを表示するためには、まず居宅介護支援事業所やケアマネジャーから点検に必要な書類を収集したうえで、ケアプラン点検項目に従って書類によるケアプラン点検を実施する必要がある。この書類の確認作業には一定の時間がかかるため、例えば、現状のケアプラン点検支援ツールを使用して多くのケアプランの中から面談すべきケアプランを抽出しようとする、多くの時間を要してしまう。（なお、点検エキスパートがケアプラン点検項目を使用した書類の確認を実施した際には、1件当たり平均で1時間半～2時間程度の時間を要した。）そのため、より幅広い場面でケアプラン点検支援ツールを活用出来るようにしていくためには、一部の点検項目のチェックを自動化する等の手段で、ケアプラン点検にかかる時間の短縮を実現していく必要がある。

2点目はサービス計画の妥当性や書類間の整合性等の実装である。今年度のケアプラン点検支援ツールの開発においては、公開に向けて一定の精度を実現する必要があることを踏まえ、説明変数（ケアプラン点検項目）と目的変数（示される結果）の関連性をより高めることを目的に、ケアプラン点検支援ツールから出力できる結果は「ケアプランの記載の充実度」であることとした。結果、一定の判定精度を有するツールが完成し、実証パターン3を通して「ケアプランの記載の充実度」をもとにした評価であってもケアプラン面談等の場面で活用できる可能性が示唆された。しかしその一方で、今後実装してほしい機能について伺ったところ、大半の保険者が目標やサービス計画の妥当性や書類間の整合性確認等が確認出来る機能の実装を希望していた。そのため、より幅広い場面でケアプラン点検支援ツールを活用出来るようにしていくためには、ケアプラン点検項目とサービス計画の関連性を分析したり、自立支援や尊厳の保持に繋がる要素を明らかにしたりする等の手段でサービス計画の妥当性や書類間の整合性等を確認できる機能の実現性を検討していく必要があると考えられる。

3点目は点検結果をビッグデータ化し地域間比較等ができるようにする基盤の構築である。全国共通に活用できるケアプラン点検項目の活用が進めば、今まで各地域で個別に評価されてきたケアプラン点検結果が、全国共通の項目（標準の様式）でデータ化されることとなる。標準様式で作成されたケアプラン点検結果データを収集し、分析することが出来れば保険者に（他の地域の状況も踏まえた）地域のケアマネジメントの向上に繋がる助言等を示す仕組みが構築できる可能性がある。将来的に標準化された点検データを活用していくために、点検データの収集・活用の目的を整理するとともに、「ケアプラ

ンデータ連携システム」の開発動向なども踏まえ、将来像の実現に向けてのロードマップを明確にしていく必要がある。

第5章 総括（今後の課題と展開）

1. 今後の課題

本事業では、効果的・効率的なケアプラン点検の実施を支援するため、ケアプラン点検の平準化や事務負担軽減を目指し、「ケアプラン点検支援マニュアル」及び「ケアプラン点検項目」の改定、「ケアプラン点検支援ツール」の開発に関する検討を行った。その結果、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子、「ケアプラン点検項目」改定版、「点検項目マニュアル」及び「ケアプラン点検支援ツール」の初版（以下「今年度事業成果物」という）が完成した。

また、「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定に向けた検討の中で、「ケアプラン点検により期待される効果」（図表 2-5）を整理した。これを基に、ケアプラン点検によって目指す姿を「ケアマネジャー」、「居宅介護支援事業所」及び「保険者」の観点から整理した。ケアプラン点検によって目指す姿を図表 2-83 に示す。

今後は「ケアプラン点検によって目指す姿」を念頭に、今年度事業成果物をさらに改善していく必要がある。

図表 2-83 ケアプラン点検によって目指す姿

目指す姿
【ケアマネジャーの観点】 <ul style="list-style-type: none">・ 自立支援に資するケアプランに関して気づきを得ることができる。・ 適切なアセスメントを実施できるようになる。・ 点検後にケアプランを修正し、利用者の状態に適したサービス内容への見直し等が行われるようになる。・ ケアプラン作成能力が向上する。・ 多職種との連携が進む。
【居宅介護支援事業所の観点】 <ul style="list-style-type: none">・ 自立支援に資するケアプランの作成に関して所属するケアマネジャーが抱えている課題を知ることができる。
【保険者の観点】 <ul style="list-style-type: none">・ 保険者が地域課題に気付くことができる。・ 地域資源が充実する。・ 介護給付費等が適正化される。

（1）今年度事業成果物の更なる改善

1) 「ケアプラン点検支援マニュアル」改定版の完成に向けた検討

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定版の完成に向けて、特に、①事業所選定・ケアプラン抽出の具体的な方法、②書類のフィードバック方法、③点検結果の分析方法、④点検効果の測定方法、⑤ケアプラン点検が介護サービス事業者に与える影響及び⑥参考となる先進事例の収集、に関して検討する必要がある。

①及び③については、⑥の実施により先進的な取組を行っている自治体の具体的な手法を整理し、例として示すことが考えられる。この際、保険者の自主性を妨げないよう、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定版において示す方法が唯一の正解ではないことや、保険者独自の実施方法があればそちらを優先して実施することを妨げないこと等を併せて示すことが重要である。

②については、本事業で改定された「ケアプラン点検項目」に沿ってケアプランを確認した結果を、誰に、

どのように伝えるべきかを検討する必要がある。なお、「ケアプラン点検項目」を使って点検した結果をフィードバックする際の留意点（例：点検項目で点検した結果、「1」の項目があること＝不適切なケアプラン、とは限らない等）については、本事業で作成された「点検項目マニュアル」において示されているため、これとの整合性を図ることも必要である。

④については、「ケアプラン点検支援マニュアル」改定案の骨子で示した、ケアプラン点検の「考えられる効果」ごとにどのような測定方法があるかを検討することとなる。客観的に効果を評価するためには、定量的な効果指標があることが望ましいが、例えば「ケアマネジャーの気づきの有無」や「適切なアセスメント・モニタリングの実施の有無」等、定量的に測りづらいものであるため、定性的な指標も含めて検討していくことが求められる。

⑤については、⑥の事例収集の際に、先進自治体にヒアリングを行い確認すること等が考えられる。その際、「ケアプラン点検の結果により介護サービス事業者が提供するサービスがどのように変化したか」ということに加えて、「どのように変化することが望ましいか」ということも併せて検討することが、効果の具体的な内容を考える上でも重要となる。

2) 「ケアプラン点検項目」、「点検項目マニュアル」及び「ケアプラン点検支援ツール」のブラッシュアップ

「ケアプラン点検項目」、「点検項目マニュアル」及び「ケアプラン点検支援ツール」については、本事業の実証実験の中でその有用性等を確認した。実証実験に参加した保険者からは、これらのツールが統一的な観点でのケアプラン点検の実施に寄与すると評価があり、一定の有用性が確認できた。

一方で、今回の実証に参加した保険者の数は限られていたため、今後はより多くの保険者にこれらのツールを活用してもらう機会を設け、より精度の高いものにブラッシュアップしていく必要がある。

また実証実験では、「ケアプラン点検支援ツール」を活用する前提として、「ケアプラン点検項目」に沿った点検を実施する必要があったため、ツールの実用性について疑義が挙げられた。これについては、電子化されたケアプランやアセスメントシート等を「ケアプラン点検支援ツール」に読み込ませることで、自動でケアプランの確認ができる仕組みができることで解決される可能性が高い。

しかし、このような仕組みを構築するためには、ケアプランの電子化やネットワークインフラの整備等、実現には様々なハードルがある。このため、「ケアプラン点検項目」の一部のチェックを自動化する等により、少しでも保険者の負担を軽減できる仕様について検討することが求められる。

地域の課題分析の観点からは、「ケアプラン点検支援ツール」を活用し得られた結果を蓄積することは非常に重要である。点検結果をビックデータ化し、地域間比較が可能となることで、地域全体のケアマネジメントの質の向上にも寄与することと考える。そのためには、点検データの収集・活用の目的を整理するとともに、「ケアプランデータ連携システム」の開発動向なども踏まえ、将来像の実現に向けてのロードマップを明確にしていく必要がある。

(2) 点検支援パッケージの運用方法の検討

今年度事業の成果物を改善していくことと併せて、完成した「ケアプラン点検支援マニュアル」改定版や「ケアプラン点検項目」を保険者が活用する場面を想定し、どのような活用方法が望ましいかを検討する必要がある。この際、保険者の置かれている状況は様々であることから、全国の保険者が同じ条件で活用することはできないことを考慮する必要がある。

さらに「ケアプラン点検支援ツール」に関しては、実際に当該ツールを活用して保険者がケアプラン点検を行うにあたり必要となる機能について検討することも必要である。

このため、今後はケアプラン点検に関する独自マニュアルを策定している保険者や、「ケアプラン点検項目」を実際に活用している保険者を対象に、マニュアルや点検項目の活用方法を調査することが求められる。

また、「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」（以下「点検支援パッケージ」という）を一体的に運用する実証実験を実施し、点検支援パッケージの有効性を検証する必要がある。

（３）点検支援パッケージの周知

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改定版が完成し、点検支援パッケージが整った際に、全国の保険者がこれらを適切に活用できるよう、厚生労働省のホームページ等で周知を図るとともに、活用方法等が正しく伝わる方法について検討する必要がある。具体的には、点検支援パッケージの活用に関する保険者向け研修を企画し、実施すること等が考えられる。

今後は、このような研修の実施内容（研修の対象者、実施方法、研修プログラム等）についても検討する必要がある。

（４）ケアマネジャーによるセルフチェックへの対応

ケアプラン点検の目的である「利用者の自立支援」を達成するためには、ケアマネジャーの自立支援に資するケアプランへの気づきを促すことが重要である。そのため、ケアマネジャーがケアプラン作成の際に自己点検を行うツールとして、点検支援パッケージを活用することが望ましい。

しかし、今年度事業においては、保険者が活用することを前提としてそれぞれのツールについて検討してきたため、今後は、ケアマネジャーの自己研鑽に寄与する点検支援パッケージのあり方について検討する必要がある。具体的には、自己点検を見据えたケアマネジャーに対する意識調査を実施すること等が考えられる。

2. 今後の展開

1. に示したとおり、今後は「ケアプラン点検支援マニュアル」改定版の完成に向けた検討や、「ケアプラン点検項目」及び「ケアプラン点検支援ツール」の更なる改善を行う必要がある。また、完成した「ケアプラン点検支援マニュアル」、「ケアプラン点検項目」及び「ケアプラン点検支援ツール」をケアプラン点検パッケージとして一体的に活用されるよう、これらの適切な活用方法を検討し、全国の保険者に研修等を通じて周知していくことが重要である。これと併せて、点検支援パッケージを活用したケアマネジャーの自己点検を促し、自立支援に向けたケアプランへの気づきと学びを促すことが求められる。

今年度事業成果物を改善し、より効率的・効果的なケアプラン点検を実現することがゴールではなく、これらを活用することで全国のケアプラン点検の質を担保するとともに、利用者の「尊厳の保持」や「自立支援」につながるケアマネジメントが確保されることが重要である。同時に、ケアプラン点検に係る保険者の事務的負担を改善し、より質の高いケアマネジメントの実施に注力できるようにすることが求められる。

このため、今後も継続的に「ケアプラン点検支援マニュアル」、「ケアプラン点検項目」及び「ケアプラン点検支援ツール」の改善について検討を行い、より多くの保険者やケアマネジャーにおいて活用されることを目指すことが重要である。

第3部 參考資料

参考資料

- 参考資料 1 ケアプラン点検支援マニュアル改定案骨子
- 参考資料 2 ケアプラン点検項目一覧
- 参考資料 3 ケアプラン点検項目マニュアル
- 参考資料 4 ケアプラン点検支援ツールマニュアル
- 参考資料 5 自治体ヒアリング結果まとめ

ケアプラン点検支援マニュアル 改定案 骨子
 ～保険者によるケアマネジメントの確認マニュアル（仮称）～

第 1 章 総論

第 1 節 ケアプラン点検の目的

※ 主目的は「尊厳の保持」、「自立支援に資するケアプランの作成」とする。

※ その上で「ケアマネジメントの質の向上」、「利用者の意思決定支援」、「地域全体のケアマネジメントの向上」、「介護給付費の適正化」についても目的として位置づける。

～記載イメージ～

- 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、介護支援専門員及び保険者両者の「気づき」を促し「学び」につなげるとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、「利用者の尊厳」を確保することが重要です。

第 2 節 本マニュアルの活用方法

(1) マニュアルの構成

- ・ 点検者がケアプラン点検の目的やマニュアルの活用方法を理解した上で、具体的な点検の手順と実施方法を参考にできるよう、「総論（点検の目的等）」と「各論（点検の手順等）」で構成する。
- ・ ケアプランを確認する際の観点を示した「点検項目」（令和 4 年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健康増進等事業「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調査研究事業」で作成したもの。以下同じ。）を別紙とする。

(2) マニュアルが想定する対象

- ・ 介護保険の保険者（1 年目の事務職員含む）を主な対象とする。

(3) 活用場面

- ・ 基本的には、保険者がケアプラン点検時において活用することを想定している。
- ・ なお、本マニュアルはあくまで基本的な事項を示したものにすぎないため、本マニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各保険者が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれる。

(コラム 1) 改正の背景・目的

【背景】

(利用者やケアマネジメントの変化)

- ・ 要介護の原因疾患第 1 位が脳血管疾患から認知症に変化した。
- ・ 要介護 1 ～ 3 の高齢者も数年経つと状態が変化し死亡する割合が少なくないことも明らかとなっている。
- ・ 複合的な課題を抱えた利用者が増えている。
- ・ 属人的なケアマネジメントから、エビデンスを基にしたケアマネジメントへと変わりつつある。(例：適切なケアマネジメント手法の策定、科学的介護の推進等)。
- ・ 介護現場における ICT 化など、介護現場の生産性を向上させ、限られた資源の中で、一人でも多くの利用者に質の高いケアを届ける取組が進められている。

(保険者の変化と課題)

- ・ 保険者機能の強化という観点から、市区町村による介護支援専門員の支援を充実することを目的として、居宅介護支援事業者の指定権限が都道府県から市区町村に移譲された。
- ・ 地域の高齢者の自立支援・重度化防止等の取組を推進するための役割を果たすことが期待される。
- ・ ケアプラン点検の実施方法は多様。
- ・ 効果指標が明示されていないことから、具体的な効果を把握できていない保険者が多数。
- ・ ケアプラン点検全国実態調査（令和 3 年度老人保健健康増進等事業で実施）の結果、点検に必要な専門知識やスキル、人員の不足が課題であると回答した保険者が多数（専門知識が不十分の中で介護支援専門員に助言することへの不安感や人員不足による十分な点検ができていない実態が見られる。）。

【目的】

- ・ 利用者やケアマネジメントの現状に対応したケアプラン点検の実施を目指す。
- ・ 具体的には、認知症や死亡する利用者の増加を前提とした、利用者の尊厳の保持や意思決定の支援、適切なケアマネジメント手法の考え方をケアプラン点検の視点として取り入れる。
- ・ また、複合的な課題を抱えた利用者を支えるために多職種連携の観点も取り入れる。
- ・ ケアプラン点検の基本的なプロセスを改めて見直すことで、点検の実施方法の平準化を行い、点検する者の不安解消や利用者のリスクの回避を目指す。
- ・ 保険者がケアプラン点検を実施する意義を明確にできるようにすることを目指す。

(コラム 2) 「適切なケアマネジメント手法」の考え方

- ・ 本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、多職種連携をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされている。

- ・将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められるが、支援内容の体系が整理されていないため、属人的な経験知識に基づく実践となっている場合もあり、ケアマネジメント（インターク～モニタリングまで）のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じている。
- ・ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の属人的な認識（知識）を改め「支援内容」の平準化を図るため、令和2年度老人保健健康増進等事業において、「適切なケアマネジメント手法」が作成された。
- ・「適切なケアマネジメント手法」とは、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ものである。
- ・保険者においても、ケアプラン点検を実施する際、「適切なケアマネジメント手法」の基本的な内容を把握されていることが望ましい。（ただし、「適切なケアマネジメント手法」がケアマネジメントの全てを網羅しているものではないことに、留意が必要。）

第3節 ケアプラン点検の位置付け

(1) ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

- ・ケアマネジメントは、本人の尊厳を保持し住み慣れた地域でできるだけ暮らし続けられるよう、生活全般を支える体制を整え、自立支援を実現することを目指すものであり、介護支援専門員だけではなく、様々な主体によって実現されるべきものである（下図参照）。



- ・保険者に関しては、ケアプラン点検や介護支援専門員への研修等の様々な取組がケアマネジメントの質の向上につながることを十分に理解した上で、これらの取組を通じて、介護支援専門員のケアマネジメントスキルの向上を支援し、最終的に地域包括ケアの推進につなげていくことが望まれる。
- ・また、ケアマネジメントを実践する介護支援専門員に関しては、介護保険法第 69 条の 34 第 3

項で「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。」と規定されていることも念頭に、保険者や職能団体により実施される研修やケアプラン点検等を活用し、より質の高いケアマネジメントを行うべく自己研鑽をしなければならない。

(2) ケアプラン点検の制度的な位置づけ

- ・ケアプラン点検の法的根拠：介護保険法第115条の45第3項第1号
- ・ケアプラン点検の法的定義：平成20年厚生労働省告示第31号（介護保険法施行令附則第8条第1項の規定に基づく厚生労働大臣が定める主要介護給付等費用適正化事業第2号）
- ・ケアプラン点検は、介護支援専門員を批判するものではなく保険者とともにレベルアップを図るものである。そのため、保険者も介護支援専門員も対等な立場で実施されること。

(3) 運営指導との違い

	ケアプラン点検	運営指導
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、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」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「指導」は、利用者の自立支援および尊厳の保持を念頭において、介護保険施設および事業者の支援を基本とし、介護給付等対象サービスの質の確保および保険給付の適正化を図る。
制度上の位置づけ（根拠法令）	介護保険法第115条の45（地域支援事業）に基づいて実施される介護給付等費用適正化事業の一つ	介護保険法第23条（文書の提出等）及び第24条（帳簿書類の提出等）
実施対象	介護支援専門員	事業所（事業者）
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各保険者による（全国統一の点検フォーマットはない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認文書・確認項目一覧を用いて、施設又は事業所において関係書類を基に、実地にて指導を行う。
指導（助言）に従わない場合の措置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特になし（法令上の不正な事案や不当な事案が確認された場合には、実地指導若しくは監査にて対応） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 監査へと移行

(4) 運営指導と同時にケアプラン点検を実施する際の留意点

- ・ ケアプラン点検と運営指導を同時に行う場合は、以下の点に留意することとする。
 - ケアプラン点検と運営指導の違いを予め介護支援専門員等に説明した上で実施する（特に、ケアプラン点検の趣旨を説明する。）
 - ※ 説明のひな型を本マニュアルにおいて示す。
 - 可能であれば、以下の実施方法で対応すること
 - ✓ ケアプラン点検と運営指導の実施者は分ける。
 - ✓ 上記が難しい場合は、実施する時間帯を分ける。又は、明確な区切りをつけて別の取組であることをわかりやすく示す。

第2章 各論

第1節 ケアプラン点検の手順

- ・ケアプラン点検を外部に委託する場合も、委託先に任せきりにせず、点検時には必ず保険者が立ち会う等の対応をとること。
- ・ケアプランを点検できることと、ケアプランを作成・実行できることは別であるということに留意すること。

(1) ケアプラン点検の目的の設定

- ・自治体における現状と課題を踏まえ、ケアプラン点検の目的（ケアプラン点検を通じて何を達成するか）を明確化する。

(2) 事業所選定・ケアプラン抽出

- ・ケアプラン点検の目的や保険者の課題意識に応じて事業所の選定、ケアプランを抽出する。
※ 点検の目的別に事業所選定・ケアプラン抽出の観点为例示する。

(3) 点検書類提出の依頼（通知）

- ・点検する書類（アセスメントシート及び第1表～第5表を想定）の提出を事業所に依頼する。
- ・点検書類の提出を依頼する際、保険者からケアプラン点検の目的を伝える。

(4) 書類の受領

- ・点検書類を受領する。（電子データで受け取る場合もある。）

(5) 書類の確認、面談の準備

- ・書類を確認し、面談の際に何を確認するか等について検討する。
- ・書類の確認をする観点として「点検項目」を活用すること。活用にあたっては、「点検項目マニュアル」（令和4年度老人保健健康増進等事業で作成したもの）により各項目の目的、意義及び点検における留意点を理解しておくことが望ましい。
- ・専門職を含む2人1組で実施することが望ましい。（面談も同様）
※ 点検者が1人又は同じ職員が長年担当することによる懸念についても記載する。

(6) 面談

- ・介護支援専門員と面談を実施する。（事前に準備した確認事項等に基づき実施する。）この際、居宅介護支援事業所としても気づきが得られるよう、面談する介護支援専門員が属する居宅介護支援事業所の管理者にも同席を求めること等が考えられる。
- ・保険者と介護支援専門員は対等な関係であることを意識してコミュニケーションを取ることが望ましい。
- ・「点検項目」を活用して得られた結果を介護支援専門員にフィードバックする。
※ フィードバックの具体的な方法を例示する。
- ・必要に応じて、ケアプランの修正を依頼することも考えられる。

(7) 点検結果の分析

- ・面談まで終えたケースの結果（例：介護支援専門員がつまづいていたポイント、得られた気付きの内容等）を分析し、地域課題について検討する。

第2節 ケアプラン点検の効果の把握

(1) ケアプラン点検の効果把握する目的

- ・以下の3点を目的として、ケアプラン点検の効果把握する。
- ①. ケアプラン点検の目的がどの程度達成されているのかを把握すること（点検結果のフォローアップ）
- ②. それにより、保険者におけるケアプラン点検の実施方法のブラッシュアップにつなげ、「利用者の尊厳の保持」や「自立支援に資するケアプランの作成」に一層寄与するケアプラン点検を目指すこと
- ③. 保険者のケアプラン点検実施に対するモチベーションを上げること

(2) ケアプラン点検の効果

- ・ケアプラン点検の効果は、ケアプラン点検を実施することで得られる、保険者・介護支援専門員・利用者・事業者の変化と考えることができる。
- ・ただし、ケアプラン点検の目的（どのようなことを重視してケアプラン点検に取り組むか）は保険者によって異なるため、期待する効果はケアプラン点検を実施する保険者によって異なることに留意が必要である。

(3) 効果を把握する観点

- ・ケアプラン点検の具体的な効果として、「介護支援専門員」、「居宅介護支援事業所」及び「保険者」のそれぞれの観点から以下の通り整理される。

観点	重視する点検目的	考えられる効果
介護支援専門員	ケアマネジメントの質の向上	介護支援専門員の気づき（ケアマネジメントの理解促進）の有無
居宅介護支援事業所		適切なアセスメント・モニタリングの実施の有無 ケアプランの修正（利用者の状態に適したサービス内容への見直し等） 適切なケアプランの作成（適切なサービスの提供／効率的・効果的なサービスの実施） ケアプランの作成能力の向上 多職種連携の推進
保険者	地域全体のケアマネジメントの向上 地域課題の把握 介護給付費の適正化	保険者の気づき（保険者の地域課題の理解促進） 介護支援専門員、事業所とのコミュニケーションの促進 計画策定・施策実施

		介護給付費等の適正化
		地域資源の充実

※ 効果を把握する方法についても例示する。

第3節 参考資料・参考事例

(1) 参考資料

(目的)

- ・ ケアプラン点検を実施する上で参考となる資料を把握する。

(参考資料)

- ・ 適切なケアマネジメント手法
 - https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_tekisetunacare_r2kai.pdf
- ・ 課題分析標準項目
 - [https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/9c78a7f227cab8284925689a003b875b/\\$FILE/Kadai.PDF](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/9c78a7f227cab8284925689a003b875b/$FILE/Kadai.PDF)
- ・ 運営指導マニュアル
 - https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour eisha/shidou/index.html

(2) 参考事例

(目的)

- ・ 先進的なケアプラン点検を実施している自治体の事例を知ること、より効果的なケアプラン点検の方策を検討する。

(参考事例)

- ※ 具体的には、今後事例収集を行い選定する。

ケアプラン点検項目				
点検対象の書類	#	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	2	かかりつけ医	3段階	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。
アセスメントシート	3	既往歴の有無・内容	2段階	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。
アセスメントシート	4	主傷病	2段階	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。
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	6	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	7	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	8	食事内容・カロリー数	2段階	2：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。ケアマネジャーや介護職が確認した内容であっても「2」とする。 1：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されていない。
アセスメントシート	9	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	10	口腔衛生の状態	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	11	排尿、排便の状態	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排尿と排便が分けて記載されている。 ②排尿が日中と夜間の状態を分けて記載されている。
アセスメントシート	12	「一部介助」項目の特記	3段階	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、3に該当しない 1：上記に該当しない
アセスメントシート	13	「見守り」項目の特記	2段階	2：見守りの必要な内容が記載されている。 1：見守りの必要な内容が記載されていない。 他：「見守り」項目がない。
アセスメントシート	14	外出頻度、外出先	3段階	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。 ※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。
アセスメントシート	15	利用者の主訴・要望	3段階	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。
アセスメントシート	16	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、CP2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CP3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	17	離床、臥床	2段階	2：項目No.16「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。

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	18	現在の生活状況	3段階	3：利用者が生活してきた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、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。 2：現在の生活状況が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける 1：現在の生活状況が記載されていない
アセスメントシート	19	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 (第2号被保険者ケアプランの場合は、出生場所、最終学歴、および成人期～減給の就労、社会活動、結婚、受障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	20	家族の主訴・要望	3段階	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。
アセスメントシート	21	経済状況	2段階	2：現在の収入(年金の種類又は金額)、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)のいずれかが記載されている。 1：2に該当しない。
アセスメントシート	22	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
アセスメントシート	23	課題の確認	2段階	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。
アセスメントシート	24	課題の分析結果の文章化	3段階	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。
アセスメントシート	25	家族の状況	3段階	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 (第2号被保険者ケアプランの場合は、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、ストレス等の状況を把握していない。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
アセスメントシート	26	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場合。記載されている場合であっても、独居の場合、本人だけが記載されている場合は「1」とする。
居宅サービス計画書(第1表)	27	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①・②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記載されている。 2：以下①・②に該当するが、課題分析の結果が記載されていない。 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。 1：以下いずれかに該当する場合は「1」とする。 ・本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。 ・生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。 ・本人(または家族)の生活の意向に関する記載がある一方で、家族(または本人)の生活の意向については記載がない。
居宅サービス計画書(第1表)	28	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①・②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：以下①・②のいずれかに該当しない。 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緊急事態が想定される場合は、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。

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
居宅サービス計画書 (第2表)	29	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)	30	利用者や多職種に理解できる表記	3段階	3：CP2表が利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されている。 2：CP2表が利用者に理解できる表記で記載されている。 1：上記に該当しない
居宅サービス計画書 (第2表)	31	長期目標	3段階	3：以下①②③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)	32	短期目標	3段階	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：以下①②③で該当しない項目がある。 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
居宅サービス計画書 (第2表) など	33	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CP1～3表の記載から判定して下さい。
居宅サービス計画書 (第2表)	34	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種類と利用の理由、または利用内容のいずれかが記載されている。 1：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)	35	介護保険外サービス	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。
居宅サービス計画書 (第2表)	36	利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下②に該当する。 1：以下②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利用者及び家族の意向（項目No.27「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」を参照）に反して、特定のサービス事業者を居宅サービス計画に位置付けることをしていない。
週間サービス計画表 (第3表)	37	週間計画の整合性 (介護保険サービス)	2段階	2：介護保険サービスについて、CP2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（CP2表に週単位以外が活動が載されていないものの、CP3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、CP2表と整合性のとれた内容・回数が記載されていない。
週間サービス計画表 (第3表)	38	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、CP2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が載されていないものの、CP3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)	39	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・選択・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、CP2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外が活動が載されていないものの、CP3表に記載されている場合は該当するものとする。）

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
週間サービス計画表 (第3表)	40	家族の役割設定の整合性	2段階	2：CP2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CP3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：CP2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：CP2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)	41	サービス担当者会議の開催	2段階	2：会議が開催されている。 1：会議が開催されていない。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	42	サービス担当者会議への本人/家族の出席	2段階	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	43	サービス担当者会議への家族の出席	2段階	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	44	サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	2段階	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	45	サービス担当者会議の議題（検討項目）	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サービス担当者会議の「検討した項目」欄等に新規・更新・区変・退院・CP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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	46	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	47	サービス担当者会議で残された課題	2段階	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。
居宅介護支援経過 (第5表)	48	居宅サービス計画の交付の記録	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。
居宅介護支援経過 (第5表)	49	サービス担当者会議の招集	2段階	2：CP5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,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)	50	利用者宅への月1回以上の訪問	2段階	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,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。
居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	51	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「有」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	52	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「有」とする。 1：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。

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
居宅介護支援経過（第5表） またはモニタリングシート	53	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	3段階	<p>3：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、それらがケアマネジャーから医療者への報告の記録に十分に記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）</p> <p>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、ケアマネジャーから医療者への報告の記録に記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）が、報告の記録に反映されていない事項がある。もしくは、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伝えるように記載がある。</p> <p>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にも関わらず、ケアマネジャーから医療者への報告の記録がない。</p> <p>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。</p> <p><医療者への報告事項に該当する情報例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	54	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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
サービス担当者会議の要点（第4表）	55	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	<p>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。</p> <p>1：2に該当しない。</p>

ケアプラン点検項目マニュアル

2023年3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. 一日に摂取すべき水分量	6
7. 実際に摂取した水分量	6
8. 食事内容・カロリー数	7
9. BMI	7
10. 口腔衛生の状態	8
11. 排尿、排便の状態	9
12. 「一部介助」項目の特記	10
13. 「見守り」項目の特記	10
14. 外出頻度、外出先	11
15. 利用者の主訴・要望	12
16. 一日の過ごし方	13
17. 離床、臥床	13
18. 現在の生活状況	14
19. 生活歴	14
20. 家族の主訴・要望	15
21. 経済状況	16
22. 本人の役割	16
23. 課題の確認	17
24. 課題の分析結果の文章化	18
25. 家族の状況	19
26. 家族関係や周辺の社会資源との状況	20
【居宅サービス計画書 第1表】	21
27. 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	21
28. 総合的な援助の方針における自立の具体性	22
【居宅サービス計画書 第2表】	23
29. アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	23
30. 利用者や多職種に理解できる表記	24
31. 長期目標	25

32.	短期目標	26
33.	本人の役割設定	27
34.	福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	28
35.	介護保険外サービス.....	29
36.	利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	30
	【居宅サービス計画書 第3表】	31
37.	週間計画の整合性（介護保険サービス）	31
38.	週間計画の整合性（インフォーマルサポート）	31
39.	週間計画の整合性（1日の習慣化された活動）	32
40.	家族の役割設定の整合性.....	32
	【居宅サービス計画書第4表 サービス担当者会議の要点】	33
41.	サービス担当者会議の開催.....	33
42.	サービス担当者会議への本人の出席.....	33
43.	サービス担当者会議への家族の出席.....	33
44.	サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	33
45.	サービス担当者会議の議題（検討項目）	34
46.	サービス担当者会議の検討内容	34
47.	サービス担当者会議で残された課題	34
	【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】	35
48.	居宅サービス計画の交付の記録.....	35
49.	サービス担当者会議の招集	35
50.	利用者宅への月1回以上の訪問	35
51.	サービス事業所との連絡・モニタリング内容.....	36
52.	変化を捉える視点	36
53.	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	36
	【その他】	38
54.	ケアプランに位置付けられている多職種との連携.....	38
55.	サービス担当者会議出席者以外の多職種との連携	39
	ケアプラン点検項目一覧表	41

□ 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。

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を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、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。

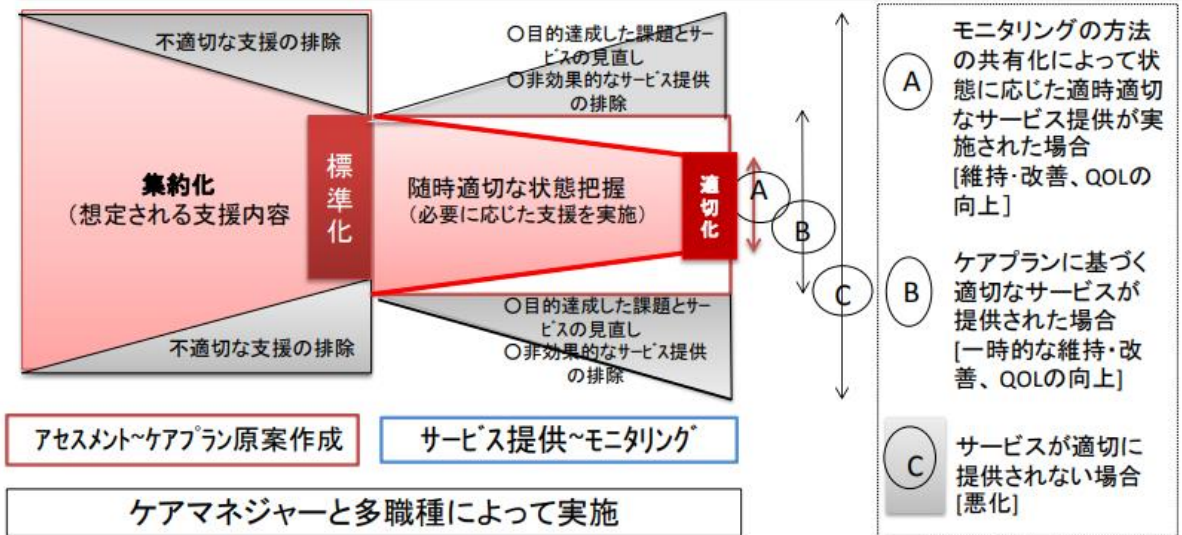
- 双方向の点検作業を通して、保険者・介護支援専門員の相互理解を深めることも重要な目的の1つです。

(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、暗黙知を明白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。
- 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氣と「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。

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. 一日に摂取すべき水分量

7. 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る。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、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。

評価基準（2段階評価）

6. 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。

8. 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

8. 食事内容・カロリー数

9. BMI

項目の概要

アセスメントシート（別紙でも可）において、食事内容・カロリー、BMI 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

- 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。

評価基準（2段階評価）

8. 食事内容・カロリー数

2：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。介護支援専門員や介護職が確認した内容であっても「有」とする。

1：大まかな食事内容やカロリー数が記載されていない。

9. BMI

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。

10. 口腔衛生の状態

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歯肉、舌、口腔乾燥、出血の 2：無、義歯・残歯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

11. 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。
- 排泄と一言に言っても、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：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排尿と排便が分けて記載されている。
- ②排尿が日中と夜間の状態を分けて記載されている。

評価における留意事項

特になし

12. 「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・骨折の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も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

13. 「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：見守りの必要な内容が記載されている。
- 1：見守りの必要な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

14. 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。外出していない場合は、外出の有無が記載されている。
- 2：外出頻度が記載されている。外出していない場合は、外出の有無が記載されている。
- 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。

15. 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

16. 一日の過ごし方

17. 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・起就寝等の生活リズム、及び日常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

16. 1 日の過ごし方

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」とする。

17. 離床、臥床

2：項目 16「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：項目 16「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、CP2 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 CP3 表に記載されていない場合は「記載なし」とする。

18. 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は、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。

評価基準（3段階評価）

3：利用者が生活してきた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、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。

2：現在の生活状況が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける

1：現在の生活状況が記載されていない

評価における留意事項

特になし

19. 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、本人の強みが活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（第2号被保険者ケアプランの場合は、出生場所、最終学歴、および成人期～減殺の就労、社会活動、結婚、受障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

20. 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（キーパーソン）の意向を把握することも重要です。
- 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。

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

21. 経済状況

項目の概要

アセスメントにおいて、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

- おおよその収入、年金の種類、介護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、プランの組み立ての参考になります。

評価基準（2段階評価）

2：現在の収入（年金の種類又は金額）や、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。

1：現在の収入（年金の種類又は金額）、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）が記載されていない。

22. 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。

□ 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（第2号被保険者ケアプランの場合は、出生場所、最終学歴、および成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受障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

23. 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

24. 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、なぜどのサービスを要望しているかについて、掘り下げて確認していくなかで、利用者「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

25. 家族の状況

□ 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、しご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
(第2号被保険者ケアプランの場合は、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

26. 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まれ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とが重要です。

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場合。記載されている場合であっても、独居の場合、本人だけが記載されている場合は「1」とする。

評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書 第1表】

27. 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」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。
- 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け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。

□評価基準（3段階評価）

3：以下①・②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記載されている。

2：以下①・②に該当するが、課題分析の結果が記載されていない。

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、可能な限り介護支援専門員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。）

1：以下いずれかに該当する場合は「1」とする。

- 本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。
- 生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。
- 本人（または家族）の生活の意向に関する記載がある一方で、家族（または本人）の生活の意向については記載がない。

□評価における留意事項

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。

評価基準の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。

28. 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。
- 緊急事態が予測される場合（認知症や医療依存度の高い方）には、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①・②のいずれも該当する場合は「2」とする。
1：以下①・②のいずれかに該当しない。

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緊急事態が想定される場合は、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】

29. 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狙うのかということを確認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に該当する。
2：以下①は該当するが、②③の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

30. 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でき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。

評価基準（3段階評価）

- 3：第2表が利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されている。
2：第2表が利用者に理解できる表記で記載されている。
1：上記に該当しない。

評価における留意事項

特になし

31. 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内容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（2段階評価）

3：以下①②③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

32. 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に該当する。

2：以下①②③に該当する。

1：以下①②③で該当しない項目がある。

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。

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

33. 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、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。
- したがって、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にもどのような取組が必要かを考えてもらった上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。
- 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体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下さい。

34. 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、サービスの利用を必要とする理由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、福祉用具貸与又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。

評価基準（2段階評価）

- 2：利用する福祉用具の種類と利用の理由、または利用内容のいずれかが記載されている。
1：利用する福祉用具の種類と利用の理由、または利用内容のいずれか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

35. 介護保険外サービス

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。

36. 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①・②に該当する。

2：以下②に該当する。

1：以下②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利用者及び家族の意向（項目29「利用者及び家族の生活に対する意向」を参照）に反して、特定のサービス事業者を居宅サービス計画に位置付けることをしていない。

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無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、介護サービス利用の時間を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

37. 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表に週単位以外が活動が載されていないもの、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。

38. 週間計画の整合性（インフォーマルサポート）

2：以下①②に該当する。

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載されていないもの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）

1：2に該当しない。

39. 週間計画の整合性（1日の習慣化された活動）

2：以下①②に該当する。

- 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・選択・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に記載されている。
- 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表に週単位以外が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。）

1：2に該当しない。

評価における留意事項

特になし

40. 家族の役割設定の整合性

項目の概要

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。

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

41. サービス担当者会議の開催

- 2：会議が開催されている。
- 1：会議が開催されていない。

42. サービス担当者会議への本人の出席

- 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。

43. サービス担当者会議への家族の出席

- 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。

44. サービス担当者会議へのサービス担当者の出席

- 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。

45. サービス担当者会議の議題（検討項目）

3：以下①・②に該当する。

2：以下①・②のいずれかに該当する。

1：以下①・②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」欄等に新規・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。

46. サービス担当者会議の検討内容

3：以下①・②に該当する。

2：以下①・②のいずれかに該当する。

1：以下①・②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。

47. サービス担当者会議で残された課題

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、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、項目毎に整理して記載することが重要です。

□ 評価基準

48. 居宅サービス計画の交付の記録

3：以下①・②に該当する。

2：以下①・②のいずれかに該当する。

1：以下①・②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。

49. サービス担当者会議の招集

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：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。

50. 利用者宅への月 1 回以上の訪問

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。

51. サービス事業所との連絡・モニタリング内容

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。

52. 変化を捉える視点

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。

1：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。

53. 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

3：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、それらが医療者への報告の記録に十分に記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）

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、医療者への報告の記録が記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）が、報告の記録に反映されていない事項がある。もしくは、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伝えるように記載がある。

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にも関わらず、医療者への報告の記録がない。

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

特になし

【その他】

54. 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・フィードバック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（およ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、必要に応じて面談において確認を行ってください。

55. サービス担当者会議出席者以外の多職種との連携

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（3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（およ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

ケアプラン点検項目一覧表

点検対象の書類	#	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	2	かかりつけ医	3段階	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。
アセスメントシート	3	既往歴の有無・内容	2段階	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。
アセスメントシート	4	主傷病	2段階	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。
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	6	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	7	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	8	食事内容・カロリー数	2段階	2：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。ケアマネジャーや介護職が確認した内容であっても「2」とする。 1：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されていない。
アセスメントシート	9	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が記載されていない場合は「1」としてください。
アセスメントシート	10	口腔衛生の状態	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	11	排尿、排便の状態	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排尿と排便が分けて記載されている。 ②排尿が日中と夜間の状態を分けて記載されている。
アセスメントシート	12	「一部介助」項目の特記	3段階	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、3に該当しない 1：上記に該当しない
アセスメントシート	13	「見守り」項目の特記	2段階	2：見守りの必要な内容が記載されている。 1：見守りの必要な内容が記載されていない。 他：「見守り」項目がない。
アセスメントシート	14	外出頻度、外出先	3段階	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。 ※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。
アセスメントシート	15	利用者の主訴・要望	3段階	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。
アセスメントシート	16	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、CP2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CP3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	17	離床、臥床	2段階	2：項目No.16「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。

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	18	現在の生活状況	3段階	3：利用者が生活してきた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、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。 2：現在の生活状況が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける 1：現在の生活状況が記載されていない
アセスメントシート	19	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 (第2号被保険者ケアプランの場合は、出生場所、最終学歴、および成人期～減給の就労、社会活動、結婚、受障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	20	家族の主訴・要望	3段階	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。
アセスメントシート	21	経済状況	2段階	2：現在の収入(年金の種類又は金額)、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)のいずれかが記載されている。 1：2に該当しない。
アセスメントシート	22	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
アセスメントシート	23	課題の確認	2段階	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。
アセスメントシート	24	課題の分析結果の文章化	3段階	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。
アセスメントシート	25	家族の状況	3段階	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 (第2号被保険者ケアプランの場合は、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、ストレス等の状況を把握していない。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
アセスメントシート	26	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場合。記載されている場合であっても、独居の場合、本人だけが記載されている場合は「1」とする。
居宅サービス計画書(第1表)	27	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①・②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記載されている。 2：以下①・②に該当するが、課題分析の結果が記載されていない。 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。 1：以下いずれかに該当する場合は「1」とする。 ・本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。 ・生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。 ・本人(または家族)の生活の意向に関する記載がある一方で、家族(または本人)の生活の意向については記載がない。
居宅サービス計画書(第1表)	28	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①・②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：以下①・②のいずれかに該当しない。 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緊急事態が想定される場合は、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。

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
居宅サービス計画書 (第2表)	29	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)	30	利用者や多職種に理解できる表記	3段階	3：CP2表が利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されている。 2：CP2表が利用者に理解できる表記で記載されている。 1：上記に該当しない
居宅サービス計画書 (第2表)	31	長期目標	3段階	3：以下①②③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)	32	短期目標	3段階	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：以下①②③で該当しない項目がある。 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
居宅サービス計画書 (第2表) など	33	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CP1～3表の記載から判定して下さい。
居宅サービス計画書 (第2表)	34	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種類と利用の理由、または利用内容のいずれかが記載されている。 1：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)	35	介護保険外サービス	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。
居宅サービス計画書 (第2表)	36	利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下②に該当する。 1：以下②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利用者及び家族の意向（項目No.27「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」を参照）に反して、特定のサービス事業者を居宅サービス計画に位置付けることをしていない。
週間サービス計画表 (第3表)	37	週間計画の整合性 (介護保険サービス)	2段階	2：介護保険サービスについて、CP2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（CP2表に週単位以外が活動が載されていないものの、CP3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、CP2表と整合性のとれた内容・回数が記載されていない。
週間サービス計画表 (第3表)	38	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、CP2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が載されていないものの、CP3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)	39	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・選択・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、CP2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外が活動が載されていないものの、CP3表に記載されている場合は該当するものとする。）

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
週間サービス計画表 (第3表)	40	家族の役割設定の整合性	2段階	2：CP2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CP3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：CP2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：CP2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)	41	サービス担当者会議の開催	2段階	2：会議が開催されている。 1：会議が開催されていない。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	42	サービス担当者会議への本人/家族の出席	2段階	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	43	サービス担当者会議への家族の出席	2段階	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	44	サービス担当者会議へのサービス担当者の出席	2段階	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	45	サービス担当者会議の議題（検討項目）	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サービス担当者会議の「検討した項目」欄等に新規・更新・区変・退院・CP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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	46	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。
サービス担当者会議の要点 (第4表)	47	サービス担当者会議で残された課題	2段階	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。
居宅介護支援経過 (第5表)	48	居宅サービス計画の交付の記録	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。
居宅介護支援経過 (第5表)	49	サービス担当者会議の招集	2段階	2：CP5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,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)	50	利用者宅への月1回以上の訪問	2段階	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,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。
居宅介護支援経過（第5表） またはモニタリングシート	51	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「有」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	52	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「有」とする。 1：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。

点検対象の書類	#	項目	評価基準	評価基準
居宅介護支援経過（第5表） またはモニタリングシート	53	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	3段階	<p>3：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、それらがケアマネジャーから医療者への報告の記録に十分に記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）</p> <p>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、ケアマネジャーから医療者への報告の記録に記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）が、報告の記録に反映されていない事項がある。もしくは、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伝えるように記載がある。</p> <p>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にもかかわらず、ケアマネジャーから医療者への報告の記録がない。</p> <p>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。</p> <p><医療者への報告事項に該当する情報例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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かかわらず、提供されていない
その他	54	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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
サービス担当者会議の要点 （第4表）	55	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	<p>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。</p> <p>1：2に該当しない。</p>

ケアプラン点検支援ツールマニュアル

2023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	7
3. 各画面の説明	11
4. 「基本的な使用方法」に関する Q&A	14
付録：応用的な使用方法	17
1. 集計用データの出力手順	17
2. エクセルを活用したデータの集計例	22
3. 「応用的な使用方法」に関する Q&A	24

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、「有」にする。
			点検日		点検日を記入ください。
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		市区町村名		
	点検者		点検者名		
	ケアマネージャー		ケアマネージャー名		
	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	1	2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態 1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態
		2	かかりつけ医	1	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。
		3	既往歴の有無・内容	1	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
		4	主傷病	1	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	1	2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処 置がある。 1：2に該当しない。
		6	一日に摂取すべき水分量	1	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記 別紙に記載されている場合であっても「有」とする 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記
			に摂取した水分量	1	2：その利用者が実際に摂取している一日の水 分以外の別紙に記載されている場合であっても「有」 とする。 1：その利用者が実際に摂取している一日の水

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
して下さい

※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 1.0.0

評価区分表示 並べて表示 表示リセット

①「点検結果採点」をクリック

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は
属性情報	点検日		点検日を記入ください。
保険者	市区町村名		ご所属の市区町村名を記入ください。
※集計用任意入力項目	点検者	点検者名	点検者名を点検完了
※判定には影響しません	ケアマネージャー	ケアマネージャー名	ケアマネージャー名を点検結果を出力しました。
	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	状態変化等の理由が記載されていない、状態変化等の理由が記載されていない
		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。

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。これで一連の操作は終了です。

Ver 1.0.0

評価区分表示
並べて表示
表示リセット

①「並べて表示」をクリック

区分	評価対象の書類	項目	評価	コメント
属性情報	保険者	ケアマネジャー名		ケアマネジャー名を記入ください。
	※異計用任意入力項目	事業所名		事業所名を記入ください。
	点検者	被保険者名		被保険者名を記入ください。
ケアプラン点検	アセスメントシート	1 課題分析の理由	1	2: 初期、更新、変更、プラン変更、過渡、状態変化等の理由が記載されている。 1: 初期、更新、変更、プラン変更、過渡、状態変化等の理由が記載されていない。
		2 カガツツシ度	2	3: カガツツシ度と課題が対応している様子がわかる。 2: カガツツシ度が1か所以上記載されている。 1: カガツツシ度が記載されていない。
		3 居住歴の有無・内容	1	2: 居住歴の有無と内容が記載されている。 1: 居住歴の有無と内容が記載されていない。 他: 主治医・かかりつけ医の記載。
		4 主働病	2	2: 主働病が記載されている。 1: 主働病が記載されていない。
		5 内服薬・処置	2	2: 内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置とに無い場合は、その欄がない。 1: 上記該当しない。
		6 一日に摂取すべき水分量	1	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別紙に記載されている場合であっても「有」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。
		7 実際に摂取した水分量	1	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に別紙に記載されている場合であっても「有」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。
		8 食事内容・カロリー数	1	2: 十分な食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。 1: 十分な食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されていない。
		9 BMI	2	2: BMIが記載されている。 1: BMIが記載されていない。
		10 口腔衛生の状態	2	3: 以下①～④のいずれかが該当する。 2: 以下①～④のいずれかが該当する。 1: 以下①～④の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歯洗、歯、口腔乾燥、出血の有無、舌炎、唾液量のいずれかが記載されている。

②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支援	多職種との連携	運営判定基準
D	1	3	2	1	3	1	1	要確認

面接時のアドバイスポイント
以下の項目に関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

- 47. 評価区分
- 48. No.54(ケアプランに作成されている多職種の連携)について留意事項を確認してください。
- 49. No.19(生活状態)について留意事項を確認してください。
- 50. No.33(サービスと連携)の項目について留意事項を確認してください。
- 51. No.48(食事サービス計画)について留意事項を確認してください。
- 52. No.44(サービスと連携)の項目について留意事項を確認してください。

※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。

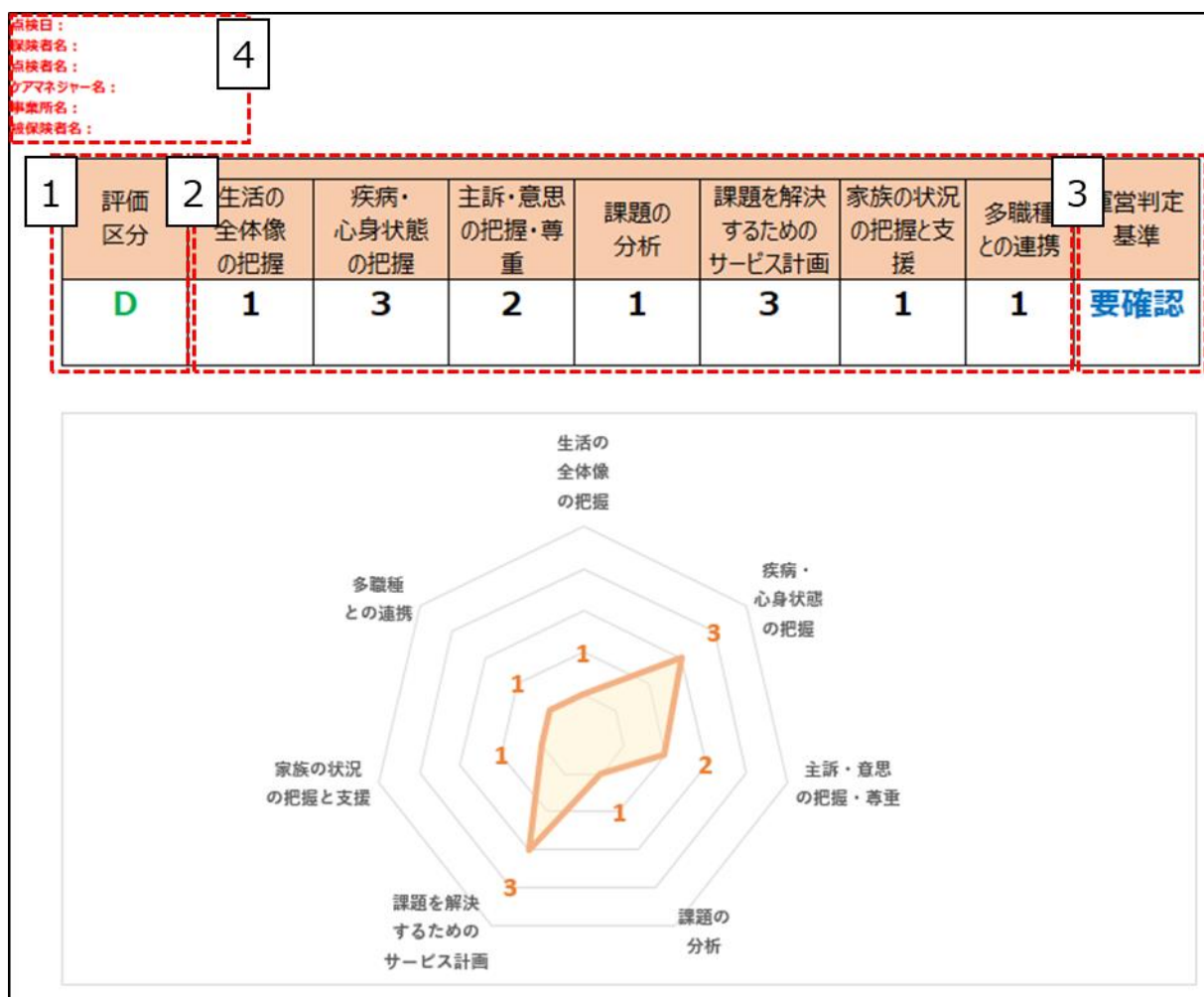
2. 評価のみかた

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。

【「採点結果記載シート」の説明】

① 「評価」表示部のみかた

以下に「採点結果記載シート」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の通り記します。



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</u> 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。

項目番号	項目名	概要
		<p>A…とても記載が充実している</p> <p>B…記載が充実している</p> <p>C…どちらともいえない</p> <p>D…記載があまり充実していない</p> <p>E…記載が充実していない</p> <p>※ 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、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。それぞれのカテゴリの重みについては以下【ケアプラン記載の充実度に対する各カテゴリの重み】を参照ください。</p>
2	分類評価	<p>「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。</p> <p>※ 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。</p>
3	運営判定基準	<p>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进行评估します。</p> <p>「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。</p> <p>※ あくまで書類上の記載から、限られた項目から判定しております。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。</p>
4	基本情報	<p>「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。）</p>

【ケアプラン記載の充実度に対する各カテゴリの重み】

カテゴリ名	重み（小数第三位で四捨五入）
生活の全体像の把握	0.271
疾病・心身状態の把握	0.639
主訴・意思の把握・尊重	0.611
課題の分析	0.205
課題を解決するためのサービス計画	0.486
家族の状況の把握と支援	0.098
多職種との連携	0.770

- ※ 上記のカテゴリごとの重みは、本事業の研究を通じて限られた教師データを元に分析を行い算出したものです。必ずしも絶対的な値ではなく、今後検証が進む中で変更される可能性がある点についてご注意ください。
- ※ 比較的重みが大いカテゴリはそのカテゴリに属する点検項目が必ずしも他の項目と比較して重要なのではなく、「ケアプランの記載の充実度との相関性が比較的高い」ものである点についてご注意ください。

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	
以下の点検項目に関する記載内容の課題があるようです。	
1	重点ポイントアドバイス
	アドバイス No.17「経済、財政」について当該時確認することをお勧めします。 No.23「本人の役割設定」について当該時確認することをお勧めします。 18 No.14「外出頻度、外出先」について当該時確認することをお勧めします。 34 No.34「相談用連絡先・緊急の連絡・利用の理由」について当該時確認することをお勧めします。 9 No.9「BMI」について当該時確認することをお勧めします。
	生活の全体像の把握
	アドバイス No.17「経済、財政」について当該時確認することをお勧めします。 No.14「外出頻度、外出先」について当該時確認することをお勧めします。 16 No.16「一日の過ごし方」について当該時確認することをお勧めします。 20 No.20「家族関係や近所の社会資源との状況」について当該時確認することをお勧めします。 21 No.21「経済状況」について当該時確認することをお勧めします。
	■ 疾病・心身状態の把握
No. アドバイス 9 No.9「BMI」について当該時確認することをお勧めします。 13 No.13「胃腸や口通りの状態」について当該時確認することをお勧めします。 3 No.3「胃はりの有無・内容」について当該時確認することをお勧めします。	
■ 主訴・意思の把握・尊重	
No. アドバイス 22 No.22「利用者の家族の生活に与える意欲的効果や課題分析の結果」について当該時確認することをお勧めします。 22 No.22「本人の役割」について当該時確認することをお勧めします。 30 No.30「利用者の生活課題の解決できる点」について当該時確認することをお勧めします。 36 No.36「利用者の意思を反映したサービス事業所の利用」について当該時確認することをお勧めします。	
■ 課題の分析	
No. アドバイス 24 No.24「課題の分析結果の文章化」について当該時確認することをお勧めします。	
■ 課題を解決するためのサービス計画	
No. アドバイス 11 No.23「本人の役割設定」について当該時確認することをお勧めします。 34 No.34「相談用連絡先・緊急の連絡・利用の理由」について当該時確認することをお勧めします。 30 No.30「生活計画の作成性（インフォメーション）」について当該時確認することをお勧めします。 17 No.22「生活課題」について当該時確認することをお勧めします。 31 No.31「生活目標」について当該時確認することをお勧めします。	
■ 家族の状況の把握と支援	
No. アドバイス 40 No.40「家族の役割設定の整合性」について当該時確認することをお勧めします。 41 No.41「サービス担当者会議への家族の出席」について当該時確認することをお勧めします。 30 No.30「家族の主眼・役割」について当該時確認することをお勧めします。	
■ 多職種との連携	
No. アドバイス 54 No.54「ケアプランの策定に合わせた多職種との連携」について当該時確認することをお勧めします。 53 No.53「本人の心身状態に関する医療者の観念」について当該時確認することをお勧めします。 45 No.45「サービス担当者会議の議題（検討項目）」について当該時確認することをお勧めします。 51 No.51「サービス事業所との連絡・モニタリング内容」について当該時確認することをお勧めします。 41 No.41「サービス担当者会議の開催」について当該時確認することをお勧めします。	
3	運営判定基準
	アドバイス No.45「サービス担当者会議の議題（検討項目）」について当該時確認することをお勧めします。 No.51「サービス事業所との連絡・モニタリング内容」について当該時確認することをお勧めします。 41 No.41「サービス担当者会議の開催」について当該時確認することをお勧めします。 No.36「利用者の意思を反映したサービス事業所の利用」について当該時確認することをお勧めします。 49 No.49「サービス担当者会議の出席」について当該時確認することをお勧めします。

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。

The screenshot shows a table with columns for 'No.', '本文' (Main Text), and '項目の概要' (Item Summary). A red box highlights the '点検結果記載シート' (Checklist) button at the top. Callout 1 points to a 'No.' in the list, stating '① 詳細を確認したい項目のNoをクリック' (Click the No. of the item you want to check details for). Callout 2 points to the '本文' column, stating '② 対応するコメントが画面左に表示される' (The corresponding comment is displayed on the left screen). Callout 3 points to the '点検結果記載シート' button, stating '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' (When you want to return the left screen to the checklist, click the 'Checklist' button).

3. 各画面の説明

【「点検結果記載シート」の説明】

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

Ver 1.0.0

1 評価区分表示

2 並べて表示

3 表示リセット

4	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「無し」運営基準 分類
	点検日				点検日を記入ください。
	保険者		市区町村名		所属の市区町村名を記入ください。
	点検者		点検者名		点検者名を記入ください。
	ケアマネジャー		ケアマネジャー名		ケアマネジャー名を記入ください。
	事業所		事業所名		事業所名を記入ください。
	被保険者		被保険者名		被保険者を記入ください。
ケアプラン点検	アセスメントシート	1	課題分析の理由	1	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。
5		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。
		3	既往歴の有無・内容	1	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。
		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。
		5	内服薬・処置	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。
		6	一日に摂取すべき水分量	1	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「有」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。
		7	実際に摂取した水分量	1	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「有」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。
		8	食事内容・カロリー数	1	2：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。ケアマネジャーや介護職が確認した内容であっても「有」とする。 1：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されていない。
		9	BMI	2	2：BMIが記載されている。 1：BMIが記載されていない。
		10	口腔衛生の状態	2	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。

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。

項目番号	項目名	概要
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。

Ver 1.0.0

評価区分表示
並べて表示
表示リセット

区分	点検対象の書類	No	項目	点検結果	評価基準	運営基準	分類
1	2		3	4	5	6	7
属性	点検者		点検者名		点検者名を入力してください。		
※集計用任意入力項目 ※判定には影響しません	ケアマネジャー		ケアマネジャー名		ケアマネジャー名を入力してください。		
	事業所		事業所名		事業所名を入力してください。		
	被保険者		被保険者名		被保険者名を入力してください。		
ケアプラン点検	アセスメントシート	1	課題分析の理由	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る。 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	かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。 かかりつけ医が1か所以上記載されている。 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	1	既往歴の有無と内容が記載されている。 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	主傷病が記載されている。 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	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。 2に該当しない。		疾病・心身状態の把握
		6	一日に摂取すべき水分量	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「有」とする）。		生活の全体像の把握
		7	実際に摂取した水分量	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「有」とする）。		生活の全体像の把握
		8	食事内容・カロリー数	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。 大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。 ケアマネジャーや介護職が確認した内容であっても「有」とする。 大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されていない。		生活の全体像の把握
		9	BMI	2	BMIが記載されている。 BMIが記載されていない。		疾病・心身状態の把握
		10	口腔衛生の状態	2	以下①②両方に該当する 以下①②のいずれかが該当する 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。		疾病・心身状態の把握

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。

項目番号	項目名	概要
		※ 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。

【「アドバイス文に関する追加説明」の説明】

- ・「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。

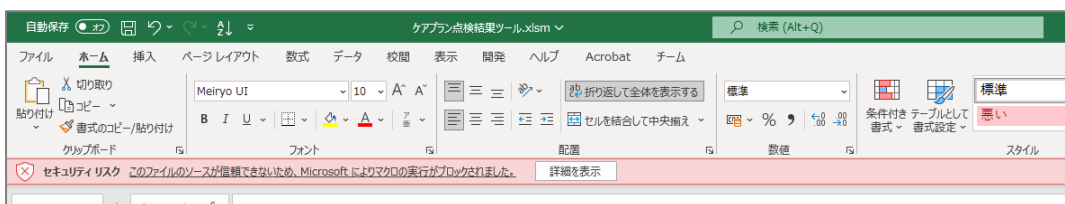
No.	メッセージ文	項目の概要	この項目を確認する必要性
1	No.1【課題分析の理由】について面談時確認することをお勧めします。	アセスメントシートにおいてアセスメントを行うきっかけとなった理由に関する記載があるかどうかを確認します。	アセスメントの理由（初回、再評価時、区分変更等）により、集めるべき情報の量や集め方が異なります。特に再評価時、区分変更等では、生活環境の変化や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず、関係機関からの情報も必要となります。 アセスメントに至った経緯等を通して、利用者や家族の生活環境にどのような変化が生じているのかを把握することが重要です。
2	No.2【かかりつけ医】について面談時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、かかりつけ医が記載されているかを確認します。	かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握した上で、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機関の連携体制を整えることが重要です。また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要相手へ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。
3	No.3【既往歴の有無・内容】について面談時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。	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り今の状態が悪化しないように病状と「うまくつき合う」ものなどにさまざまで、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。
4	No.4【主病名】について面談時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、主病名が記載されているかを確認します。	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り今の状態が悪化しないように病状と「うまくつき合う」ものなどにさまざまで、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医療や吸引・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患者）や認知症・精神疾患・精神定例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（社）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も持つことも大切です。 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

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。 ※ 本項に記載される内容は「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。 ※ 本項に記載される内容は「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下さい。

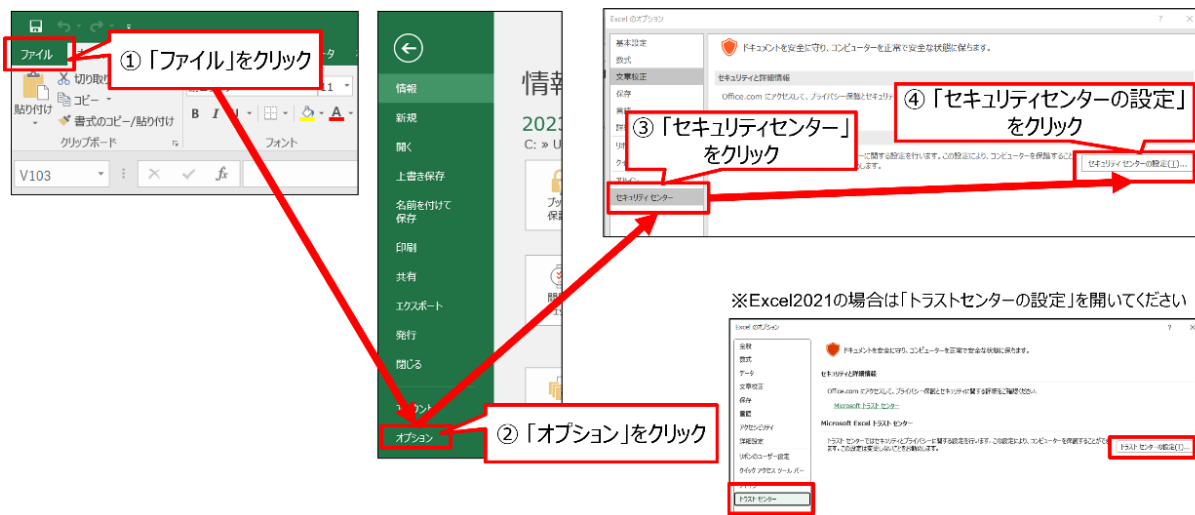
4. 「基本的な使用方法」に関する Q&A

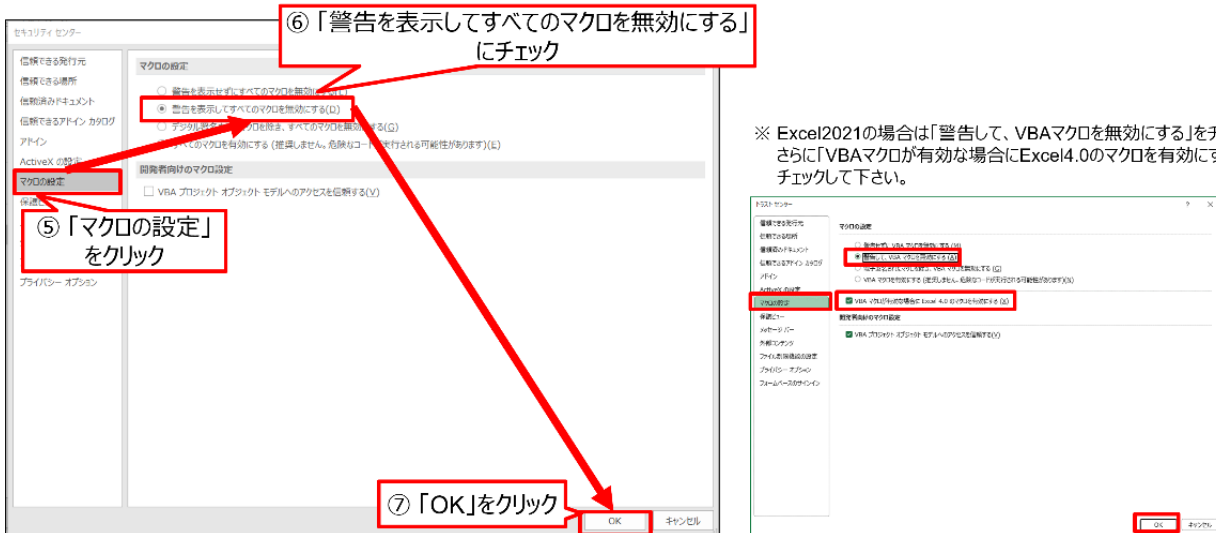
- Q** ケアプラン点検支援ツールを開くと、エラーメッセージが表示されます。
- A** ケアプラン点検支援ツールがファイルサーバなどネットワーク越しに配置されている可能性があります。
ケアプラン点検支援ツールをデスクトップ等に配置してから再度開いてみて下さい。

▼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下さい。



- 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。

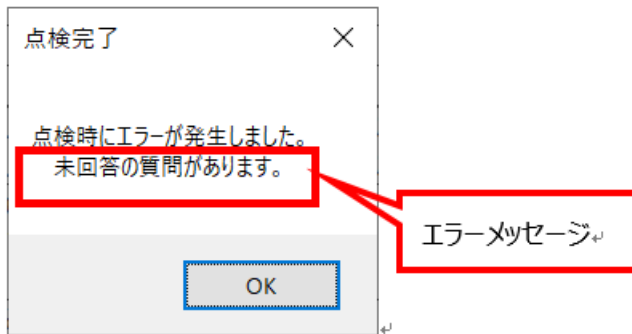


評価情報を表示するために、情報が不足している可能性があります。以下のメッセージリストに従って、点検結果を確認してみてください。

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しまっ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（ケアプラン点検項目ごとの重みの算出等）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>

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、「有」の条件が記載されていない場合を「無」とし、運用基準	分類
属性情報	保険者		点検日	2022/3/27	点検日を記入ください。	
	点検者		市区町村名	XXX市	ご所属の市区町村名を記入ください。	
	点検者		点検者名	AA AA	点検者名を記入ください。	
	ケアマネージャー		ケアマネージャー名	BB BB	ケアマネージャー名を記入ください。	
	事業所		事業所名	B事業所	事業所名を記入ください。	
	被保険者		被保険者名	CC CC	被保険者を記入ください。	
ケアプラン点検	アセスメントシート	1	課題分析の理由	1	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
		3	既往歴の有無・内容	1	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。

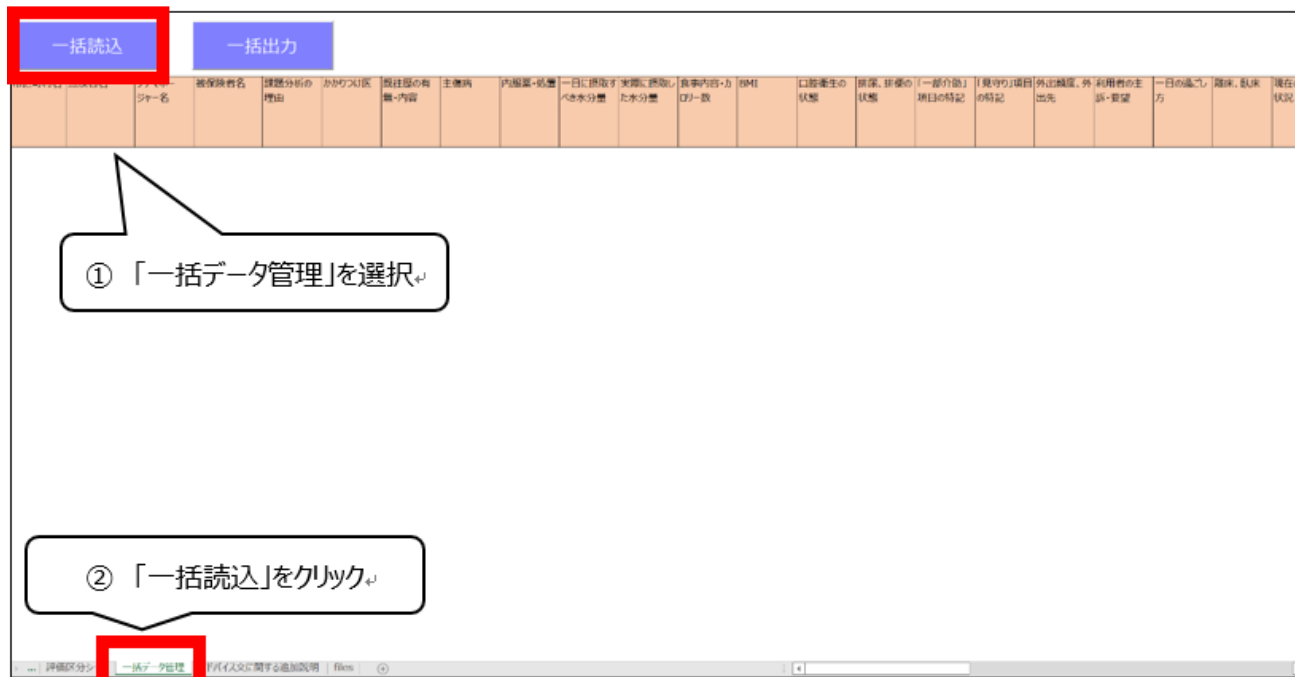
以上で一括評価算出・データ出力の準備は完了です。

STEP

1

対象フォルダの選択

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。そうするとふぉるど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。



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。



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、結果を確認したあと、「OK」ボタンを押してダイアログを閉じます。

一括読込
一括出力

読込行名	読込値名	ファイル シアー名	読込値名	読込分岐の 理由	読込分岐 数・内容	読込値	内読込・知識	読込分岐 ベータ分量	読込分岐 タタ分量	読込分岐・カ ブリー数	読込	読込値 状態	読込値 状態	読込分岐 理由の特記	読込分岐 の特記	読込 出先	読込値 読込値	読込分岐 方	読込値 読込値	読込値 状態	
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1
				2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	他	3	2	1	1	1

⑤ 読込結果が一覧表示

処理完了
一括読込み完了
成功: 1
失敗: 1

OK

④ 読込結果がサマリ表示

点検結果記録シート 評価区分シート 一括データ管理 アドバンスに関する追加説明 files

STEP

2

一括評価時のエラーの確認

「files」シートを選択し、「B 列」に Error と表示されているファイルがないか確認します。Error となっているファイルがあった場合、そのファイルは読み込みが読み込み時にエラーが発生したものになります。全てのファイルを読み込むためには、対象点検結果が記載されているかを確認して再度 STEP1 を実施してください。

クアアラン点検結果ツール_000004.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000001.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000002.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000003.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000005.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000006.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000007.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000008.xlsm
クアアラン点検結果ツール_000009.xlsm

OK	9
OK	8
OK	1
OK	
OK	
OK	
OK	
OK	
OK	
OK	
Error	

総数	9
正常終了	8
異常終了	1

① 読み込み時エラーの状況を確認

② 「files」を選択

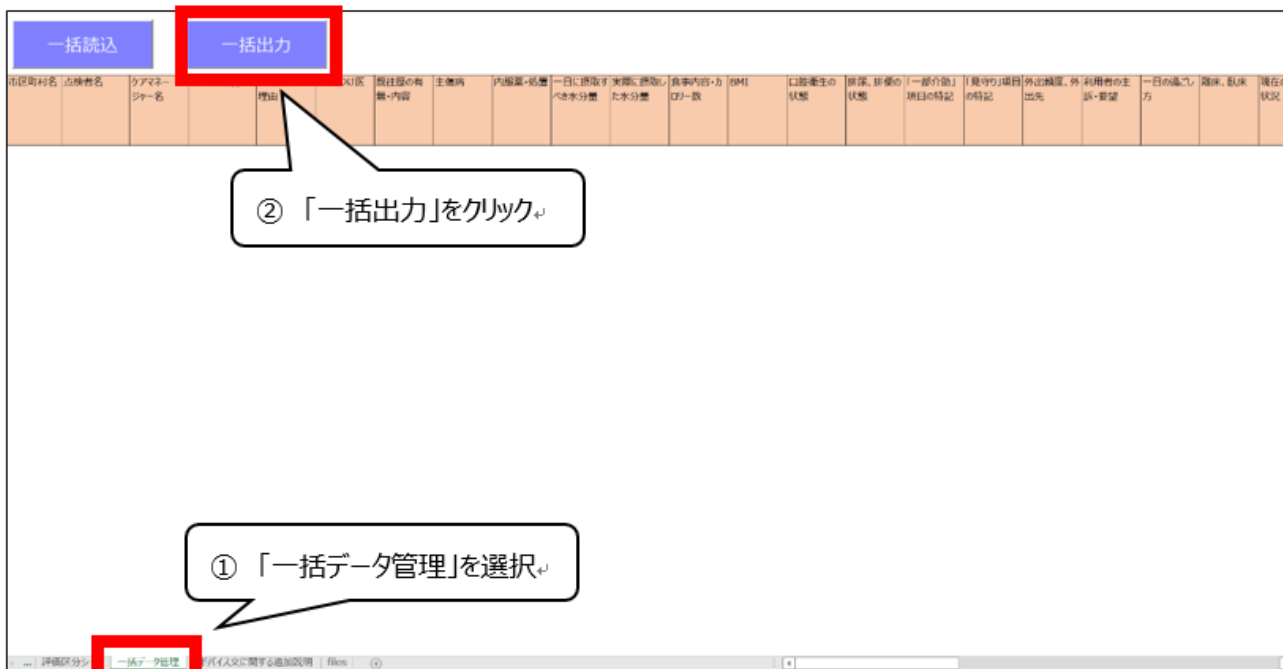
点検結果記録シート | 評価区分シート | 一括データ管理 | アドバイスに関する通知記録 | files

STEP

3

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】

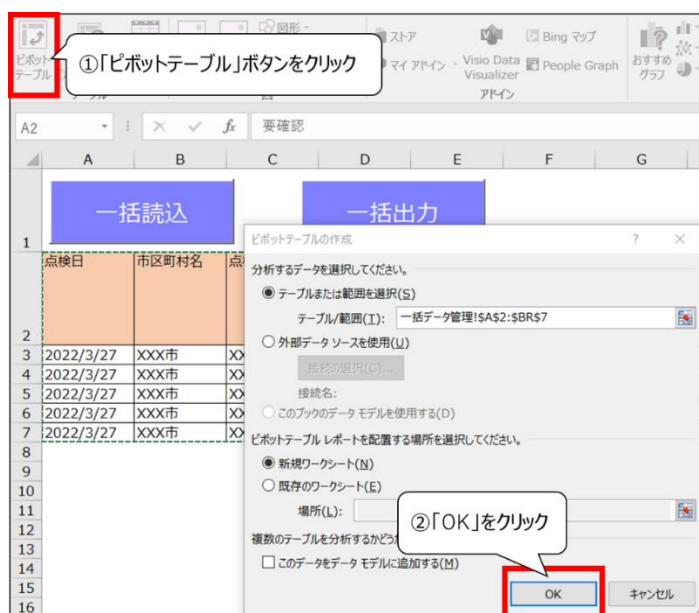
「点検結果記載シート」の、「事業所名」に情報を入力して下さい。

【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	ケアマネージャー名	事業所名	被保険者名	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	適否判定基準	
2022/3/27	XXX市	XX XX	AA AA	A事業所		C	1	1	2	4	4	1	4	適合	
2022/3/27	XXX市	XX XX	AA AA	A事業所		B	2	4	3	5	4	1	4	適合	
2022/3/27	XXX市	XX XX	CC CC	C事業所		B	2	4	3	5	4	1	4	適合	
2022/3/27	XXX市	XX XX	AA AA	A事業所		D	2	4	3	5	4	1	4	適合	
2022/3/27	XXX市	XX XX	BB BB	B事業所	CC CC	D	1	3	2	1	3	1	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。



- 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。

The screenshot displays an Excel spreadsheet on the left and the 'ピボットテーブルのフィールド' (PivotTable Fields) task pane on the right. The spreadsheet shows a pivot table with the following data:

行ラベル	B	C	D	総計
A事業所	2	1		3
B事業所			1	1
C事業所	1			1
総計	3	1	1	5

The task pane on the right is titled 'ピボットテーブルのフィールド' and shows the following configuration:

- レポートに追加するフィールドを選択してください:
 - 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
 - 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: (empty)
 - 列: 評価区分
 - 行: 事業所名
 - Σ 値: データの個数 / 評価区分

3. 「応用的な使用方法」に関する Q&A

Q 「一括読込」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。） 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。

Q 一括読込み時にいくつかのファイルが読み込まれていません。

A 一括読込処理で処理されたファイルは、「files」シートにファイル名と読み込み処理の結果が列挙されます。読み込めなかったファイルが、「files」シートの中に、読み込み処理の結果が失敗として記載されていないか確認してみてください。読み込み処理が失敗したファイルがある場合は、そのファイル単体で点検が可能か確認してください。

Q 一括読込み時に指定フォルダ以下のサブフォルダのファイルが読み込まれていません。「files」シートにもファイル名が存在しません。

A 読込対象のファイルは、指定フォルダ直下に存在するファイルのみで、サブフォルダのファイルは読み込まれません。

自治体ヒアリング

(1) ヒアリング調査の概要

- ケアプラン点検支援マニュアルの改定やケアプラン点検支援AIのプロトタイプ開発にあたり必要な知見を得るために、いくつかの自治体に対してヒアリング調査を実施する。
- ヒアリング対象自治体は、令和3年度事業で実施した実態調査回答自治体から選定する。

目的

- ケアプラン点検支援マニュアル改定の検討に際し、保険者のケアプラン点検の実施方法を詳細に把握する。
- ケアプラン点検支援AIのプロトタイプ開発に際して、必要な知見を得る。

対象

- R3年度に実施した実態調査の結果をもとに、下記の観点から10保険者を選定した
 - ✓ ケアプラン点検の効果を把握している保険者を分母とし、3つの観点から候補リストを作成した。
 - 点検対象ケアプランの抽出方法（国保連合会の適正化システムから抽出、特定の事業所から抽出、特定サービスを利用するケアプランから抽出）
 - 実地指導とケアプラン点検の実施時期（同時実施、別タイミングで実施）
 - 人口規模（大、中、小）
 - ✓ さらに、ケアプランの電子化の有無、独自の点検マニュアルの策定の有無、点検者、直近年度で点検したケアプラン件数、地域性などを考慮し、絞り込みを行った。

方法・内容

- 以下の項目に関して、7月中に調査を実施する（詳細なヒアリング内容は次頁参照）。
- ケアプラン点検の目的
 - ケアプラン点検の実施体制
 - ケアプラン点検のプロセス
 - ケアプラン点検の効果の把握
 - マニュアルの活用
 - ケアプラン点検支援ツールへの期待 等

自治体ヒアリング

(2) 自治体に対するヒアリング項目

ヒアリング項目	具体的な内容
ケアプラン点検の目的	<ul style="list-style-type: none">点検に対する考え方（目的等）
ケアプラン点検のプロセス	<ul style="list-style-type: none">抽出方法（誰が、どのような条件で抽出しているか、中央会システムの場合は抽出条件 等）点検する書類の種類（どのような書類を点検しているか 等）書類点検の方法（どんな点検項目を用いているか）書面の提出方法面談実施方法（面談の場所、方法、フィードバックの考え方 等）面談後のフォローアップの方法
ケアプラン点検の効果の把握	<ul style="list-style-type: none">効果評価の方法点検対象者、プランの管理方法
マニュアルの活用	<ul style="list-style-type: none">活用しているマニュアルの有無。（市町村独自のものか、国等のものか。マニュアル以外に参考に行っているガイドラインや文献の有無 等）<活用しているマニュアルがない場合><ul style="list-style-type: none">ケアプランの確認方法（どのような基準でチェックしているか 等）<独自のマニュアルがある場合><ul style="list-style-type: none">マニュアルのターゲット（どのような職員を想定したマニュアルとなっているか（一般職か専門職か） 等）マニュアルの活用方法（点検者が各々で活用しているのか、マニュアルをもとに研修を行っているのか、ケアマネジャーがセルフチェック用として使っているのか 等）点検項目（マニュアルの中に点検すべき項目は示されているか。示されている場合、記載内容を点検する項目となっているか、プラン作成者の考え方や作成のプロセスも点検するものになっているか。等）点検項目の判断基準（点検項目に沿ってケアプランをチェックするにあたり、どのような評価尺度や判断基準が示されているか。全ての点検者が同じ水準で点検を実施するため、どのような工夫がされているか。 等）<国のマニュアルを活用している場合><ul style="list-style-type: none">マニュアルの活用方法マニュアルの使い勝手や改良点（マニュアルの使いやすさ、改良すべき点 等）
ケアプラン点検における課題	<ul style="list-style-type: none">ケアプラン点検を実施する上での課題
ケアプラン点検支援ツール	<ul style="list-style-type: none">ケアプラン点検支援ツール・AIプロトコールに対する意見（点検業務の中でツールが必要だと思われる場面、現在検討しているツールに対する意見（期待する機能、ウェブアプリ形式の課題） 等）
実証参加への興味関心	<ul style="list-style-type: none">本事業において開発予定のケアプラン点検項目を用いた実証にご参加いただけるかどうか。

自治体ヒアリング

(3) 結果まとめ (ケアプラン点検に関するマニュアルについて)

項目	A町	B町	D市	E広域連合	G市	I市	F市	H市	C町
点検目的	ケアマネジャーの育成（開始当初は給付抑制を切替）	自立支援	ケアプランの質の向上 サービス利用が適正かの確認	ケアマネジャーの育成（による、ケアプランの質向上・給付抑制）		自立支援 重度化防止	介護給付費適正化	自立支援 ケアマネの資質向上	介護給付費適正化
プロセス	事業所選定→ケアプラン抽出→通知→ケアマネジャーによる自己点検→書類と自己点検結果の受領→点検→面談 (I市・F市は「ケアマネジャーによる自己点検」はなく、事前または訪問時に書類受領し、点検、面談を実施)								未確立 (面談は未実施)
事業所・ケアプランの抽出	町内事業所を順に選定 国保連のデータを参考に抽出 町の担当職員が実施	町内事業所を順に選定 国保連のデータを参考に利用者を抽出 本庁で実施	市が実地指導の担当課と連携し、事業所更新タイミングで実施 国保連のデータから限度額に近いプランを抽出	1年前に実地指導を行った事業所のケアマネジャーを対象に実施	3年で事業所一巡 特定サービス、新規利用、限度額まで利用するプラン	6年間で1回対応 1事業所当たり6件分のケアプランを確認	国保連のデータを参考にケアプランを抽出	2年に1回程度の間隔 自立支援に資するものという視点でプランを選定し、12件のプランを確認	住宅改修を行った利用者のケアプラン 包括のケアプラン全て (居宅介護支援事業所は町内に1か所)
点検体制	担当課職員2名＋主任ケアマネジャー（包括職員）	担当課職員2名＋主任ケアマネジャー	担当課職員2名＋点検員（ケアマネジャー、保健師、看護師）で実施。	委託業者・担当職員が実施	市の点検者（保健師）	ケアマネジャーの点検者2名1組で訪問し実施	市の点検者	担当課の専任職員（給付管理の推進員）＋市の職員	担当課職員1名＋包括の主任ケアマネジャー
マニュアルの有無	町独自のチェックシート。その他、「介護保険ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引」も参考。	国が出している「自己点検チェックシート」	市独自「自己点検シート」 国のマニュアル、県のケアプラン点検研修を毎年受講	広域連合独自のマニュアル 今年度より点検を外部委託しており、委託業者の点検項目で点検	市独自マニュアル（チェックシート）	市独自マニュアル 事業者調査講評メモ（よくある指摘事項集）	市独自マニュアル（点検の観点ではなく、点検の流れをまとめたもの）	市独自の点検チェック表、国のマニュアルを参考に実施	国のマニュアル（町独自のマニュアルはなし）
職員のスキル・ノウハウ	ケアプラン点検を行う行政職がケアマネジャーに指摘をすることにハードルを感じる	専門的知識がない職員には対応が難しい	ケアプランの質やケアマネジャーのスキルにばらつきがある 質の高いケアプランを目指すには点検を行う側にノウハウが必要	経験が浅い職員では対応が困難。そのため、R4年度から業務委託にて実施	介護関係の部署に配属された経験が無い職員には対応困難	職員のスキル・経験に依存 職員のモチベーション確保 事業所が多いため、どのように数をこなすか	ケアマネジャーからの問い合わせに円滑に回答が出来ない	ケアマネジャーの気づきを促す聴き取り方が難しいと感じている。	介護関係の部署に配属された経験が無い職員には対応困難 人材育成には時間がかかる
効果把握	点検の効果を感じることはあるが、具体的な効果の把握はできていない			点検1年後のケアプランの変化を検証（今年度から）	点検の効果は感じるが、それを可視化できていない	目的と異なると理解しつつも、減算による返還を効果の指標としている	専門的知識がない職員には対応が難しい	点検の効果を感じることはあるが、具体的な効果の把握はできていない	点検の経験が浅いため、把握できていない（将来的には把握したい）

自治体ヒアリング

(3) 結果まとめ (ケアプラン点検項目について)

- 自治体ヒアリング結果概要 (点検項目に関する部分) は以下の通り。

項目	結果のまとめ
独自マニュアル等における点検項目	<ul style="list-style-type: none">市町村独自の自己点検シートの項目は、主要なアセスメント項目を網羅的にカバーしている市町村があった一方で、本人の生活状況や意向といった尊厳の保持・意思決定支援に関わる観点に絞った項目としている市町村もみられた。 (結果を踏まえた対応案)▶ 独自マニュアルの項目や評価基準も参考に点検項目を検討する。
点検項目等への意見	<ul style="list-style-type: none">ケアマネジャーの育成や不安への対応等の観点から、客観的な評価とフィードバックを行うことへのニーズが一定数みられた。一方で、一部の項目の記載情報のみからケアプランの評価を行うことの難しさへの懸念も挙げられた。 (結果を踏まえた対応案)▶ 点検項目を用いた評価の仕方を項目マニュアルにおいても明記する。

(参考) 点検項目等への意見詳細

	点検項目等への意見
A町	担当者の主観ではなく、客観的なデータとしてこのような点が不足していると言えた方が、ケアプランを見直すきっかけになりやすい、ケアマネジャーにも伝えやすい。
B町	点検項目に関しては、例えば「生活歴」も、複雑な事情を抱えたものもあるため、「有無」で判断するのは難しいのではないかと。「点数が高い＝問題がない」ということではないと思う。ケアマネジャー自身の課題意識に寄り添った対応ができるかどうかは不安。
C町	客観的な基準により点検結果を示した方が、ケアマネジャーも納得感をもって点検結果を受け入れることができるかもしれない。
D市	個別のケースの住環境・家庭環境・疾病等のプラン全体を見ないと状態像が確認できないため、そこに一定の時間を費やしており、点検項目のみで対応可能か不安。
E広域連合	特にケアマネジャーが1人の事業所では、自分ができているのかわかり不安に感じている。こういうところが出来ています、こういうところに留意しましょう、点数でいえばここぐらいといったことが分かるとよいと考える。
F市	ケアプラン面談の一つの指標としてケアプラン点検項目が使用できればありがたい。
G市	ツールがあれば助かると感じる。ただ、その前提となる点検項目の策定が重要になってくるのではないかと。
H市	必要な情報を揃えているが、アセスメントに取り込まれていないことがある。どのようにアセスメントしているかをチェックできるとよい。
I市	今はケアマネジャー有資格者の職員のスキル・経験に頼っているため、確認すべきポイント (ケアプラン点検項目) が設定されるのは助かる。

自治体ヒアリング

(3) 結果まとめ (点検支援ツールについて)

- 点検支援ツールへ期待される効果としては「ツールによる客観的な評価」(による円滑な面談運営)・「ケアプラン点検にかかる時間の短縮」等が上がった。更に、ケアマネジャーの自己点検やスキルアップにも活用出来るのではないかという意見も複数の自治体から上がった。
- 今年度のツールの開発・公開に向けては、このようなニーズを踏まえ、点検支援ツールの詳細仕様を検討していく必要がある。

点検支援ツールへの意見	
A町	担当者の主観ではなく、客観的なデータとしてこのような点が不足していると言えた方が、ケアプランを見直すきっかけになりやすいし、ケアマネジャーにも伝えやすい。※再掲
B町	点検作業まで自動でやってもらえるなら手間が減ると思うが、そうでないのであれば、あまり意味はないのではないか。 ケアマネジャー自身のセルフチェックに活用出来れば便利なのではないか。
C町	客観的な基準により点検結果を示した方が、ケアマネジャーも納得感をもって点検結果を受け入れることができるかもしれない。 点検者が知識をつけるまでは時間がかかるため、AIが補完してくれると未経験の事務職も助けになる。
D市	限られた時間でプランを確認するために活用できるとよい。 本人の状態を踏まえてサービス種類や量の適正さを検証できるとよい。自立支援の観点から本人の状態を踏まえた助言が得られれば良いと考える。
E広域 連合	ケアマネジャーによる自己点検ができるようになる点は良いが、管理者が事業所内の質の底上げに努めることも重要と考えるため、管理者の関わりが薄くなってしまわないかという懸念がある。
F市	事業名から連想される「AI」がツールのどのような点で活用されているのか分かるように示してほしい。
G市	あれば助かると感じる。(ただ、その前提となる点検項目の策定が重要になってくるのではないか。)
H市	ケアマネジャーが情報を基にどのようにアセスメントしているかをチェックできるとよい。 意思決定の支援を強化できると良い。
I市	地域の平均と比較できるのはよい。面談の際の説得材料になりそうと感じた。 ケアマネジャーの自己チェックや本人のスキルアップの一環として活用できるとよい。

結果のまとめ

- 期待される効果としては「ツールによる客観的な評価」(による円滑な面談運営)・「ケアプラン点検にかかる時間の短縮」等が上がった。
- ケアマネジャーの自己点検やスキルアップにこのツールが活用出来るのではないかという意見も複数の自治体から上がった。一方で、ツールの活用方法によっては事業所の管理者とケアマネジャーの関係が希薄化するのではないかという意見もあがった。

この事業は令和4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。

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

令和5(2023)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