

# ケアマネジメントの標準化

ケアプラン点検（書面・面接）の意義

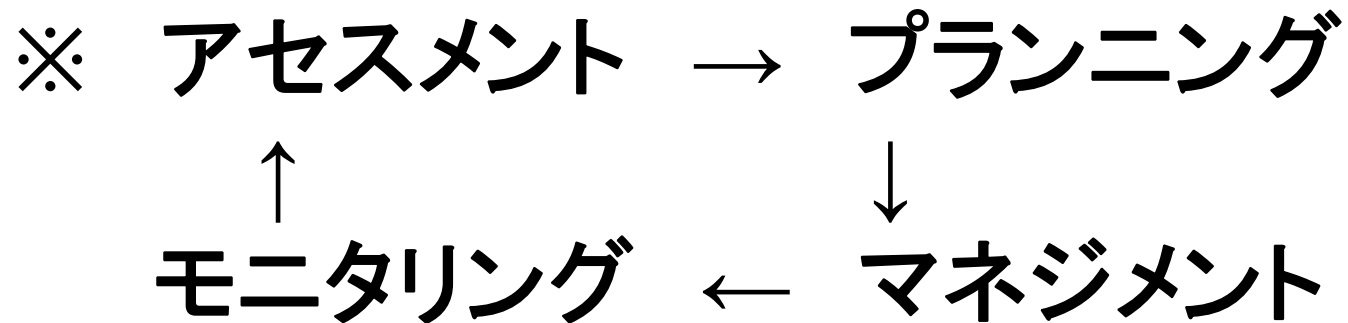
公益社団法人

青森県介護支援専門員協会

会長 木村 隆次

# 多職種協働のケアマネジメントの徹底

プロセスの目的達成に必要な『技術・技能』



品質管理システムの導入  
(Plan-do-check-actionの徹底)

# 社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」

(ケアマネジメントの質の向上)

○ケアマネジメントに求められる役割、I C Tやデータの利活用に係る環境変化、意思決定支援等の重要性の増加等を踏まえ、ケアマネジメントの質の向上及び人材確保の観点から、第9期介護保険事業計画期間を通じて、包括的な方策を検討する必要がある。

○その際には、法定研修のカリキュラムの見直しを見据えた適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着を図るとともに、オンライン化の推進や受講費用の負担軽減を含め、研修を受講しやすい環境を整備していくことが重要である。

さらに、法定外研修やO J T等によるケアマネジャーの専門性の向上を図ることが重要であり、国としても周知を図っていく必要がある。加えて、各都道府県における主任ケアマネジャー研修の受講要件等の設定状況を踏まえ、質の高い主任ケアマネジャー養成を推進するための環境整備を行うことが必要である。

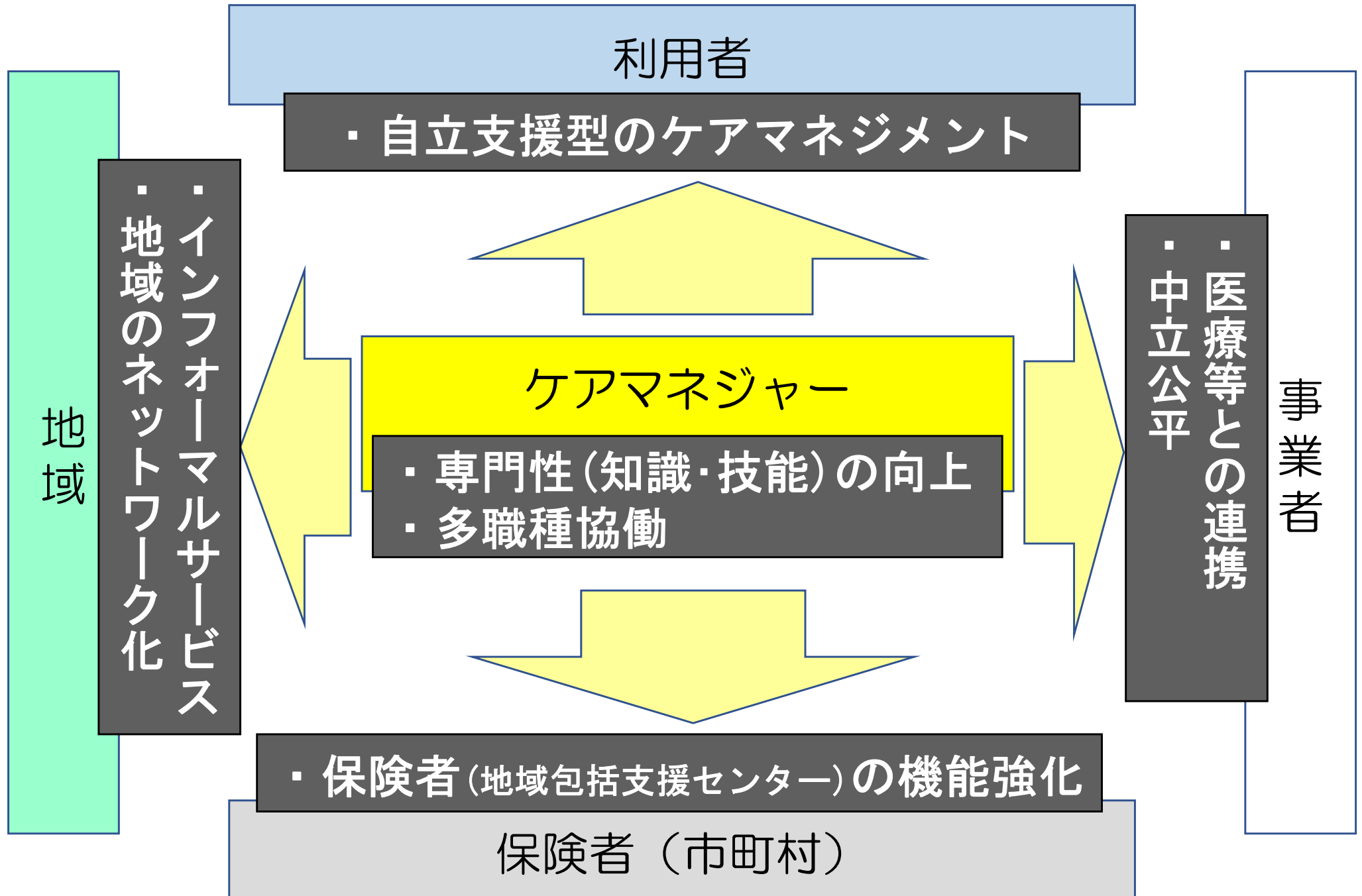
また、介護サービス全体として、科学的介護が推進されているところ、ケアマネジメントについてもケアプラン情報の利活用を通じて質の向上を図っていくことが重要である。

# 社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」

○ I C Tの活用状況などを踏まえて更なる業務効率化に向けた検討を進めていくことが重要である。ケアプランの作成におけるA Iの活用についても、実用化に向けて引き続き研究を進めることが必要である。

○公正中立性の確保も含めケアマネジメントの質を向上させていくためには、ケアマネジャーが十分に力を発揮できる環境を整備していくことが重要であり、上記の業務効率化等の取組も含め、働く環境の改善等を進めていくことが重要である。

○また、現在、マイナンバー制度を活用した「国家資格等情報連携・活用システム（仮称）」の構築について検討が行われているところであり、ケアマネジャーに関する資格管理手続の簡素化等に向けて、こうしたシステムが活用できるような環境整備が必要である。





## **1.いまケアマネジメントに期待されていること**

---

---

# なぜ、ケアマネジメントが必要か？

ケアマネジメントとは・・・

- 生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能

介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、

## 介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現すること

多様なニーズに応じた  
各種サービスの総合的、  
一体的、効率的な選択を  
支援すること

利用者本位の  
決定となるよう、  
利用者の尊厳を守ること

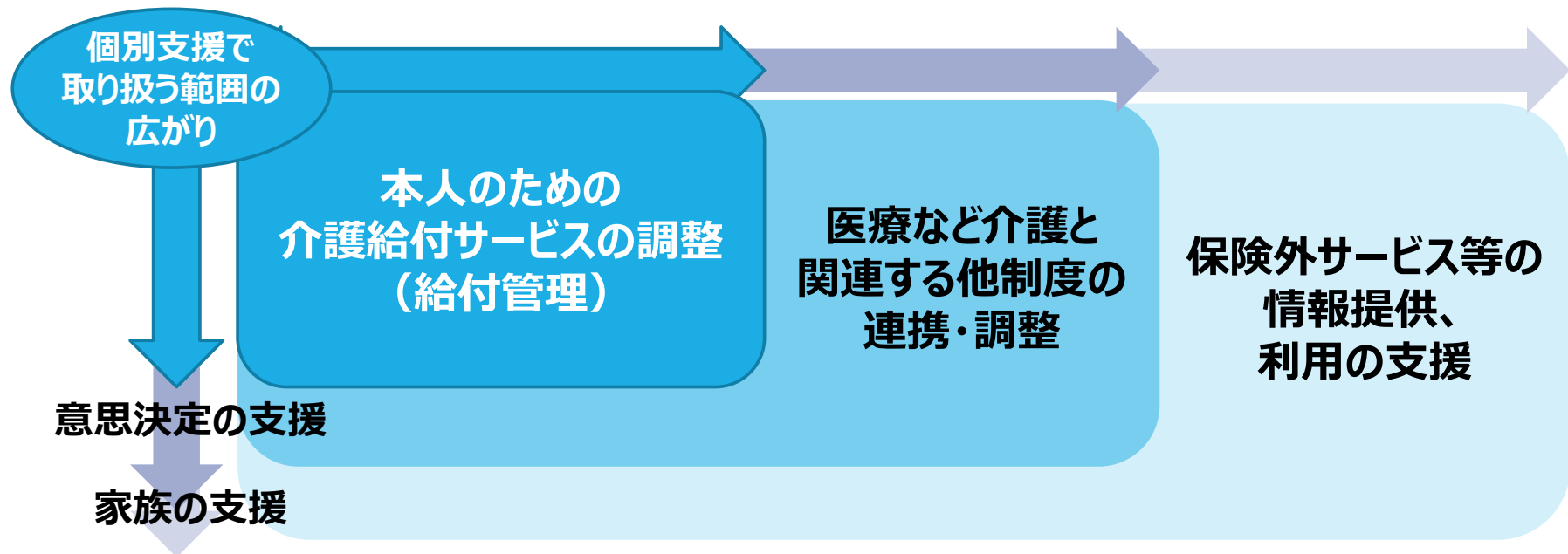
全ての要介護者が  
等しく、サービスの利用に  
おける権利を有することを  
担保すること

すべての場面で(居宅介護支援だけではない)

## ケアマネジメントへの期待の広がり

地域差はあるものの、さまざまな社会資源が登場しており、同じ支援内容を実現するにも複数の選択肢がある場合が増えてきた。

幅広い視野を持ってサービスを調整していくためには、**サービス種別ではなく、「どのような支援（内容）が必要か」**を、**根拠を持って説明**できることが重要になる。



# これからのケアマネジメントで 特に期待されること

ここまでの背景を踏まえると、これからのケアマネジメントに特に期待されることは以下の通り。

本人や家族の支援  
(相談援助と意思決定支援)

その人に合ったその人らしい暮らしの実現

上記を実現するための環境づくり  
多職種連携

必要な人に  
必要な支援（内容）は？



過不足ないサービス

# 1. 政策における位置づけ

## (1) ニッポン一億総活躍プラン

### 《参考》ニッポン一億総活躍プランの概要

一億総活躍社会とは、  
女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、  
家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会である。

介護離職  
ゼロの実現

希望する介護サービスの利用（介護基盤の供給）

① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

- 自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

施策	年度											指標
	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度以降	
適切なケアマネジメント手法の策定	標準化に向けた分析手法の検討／ケアマネジメントの先進事例の収集	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検証・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施									

# 「一億総活躍社会」の実現に向けて

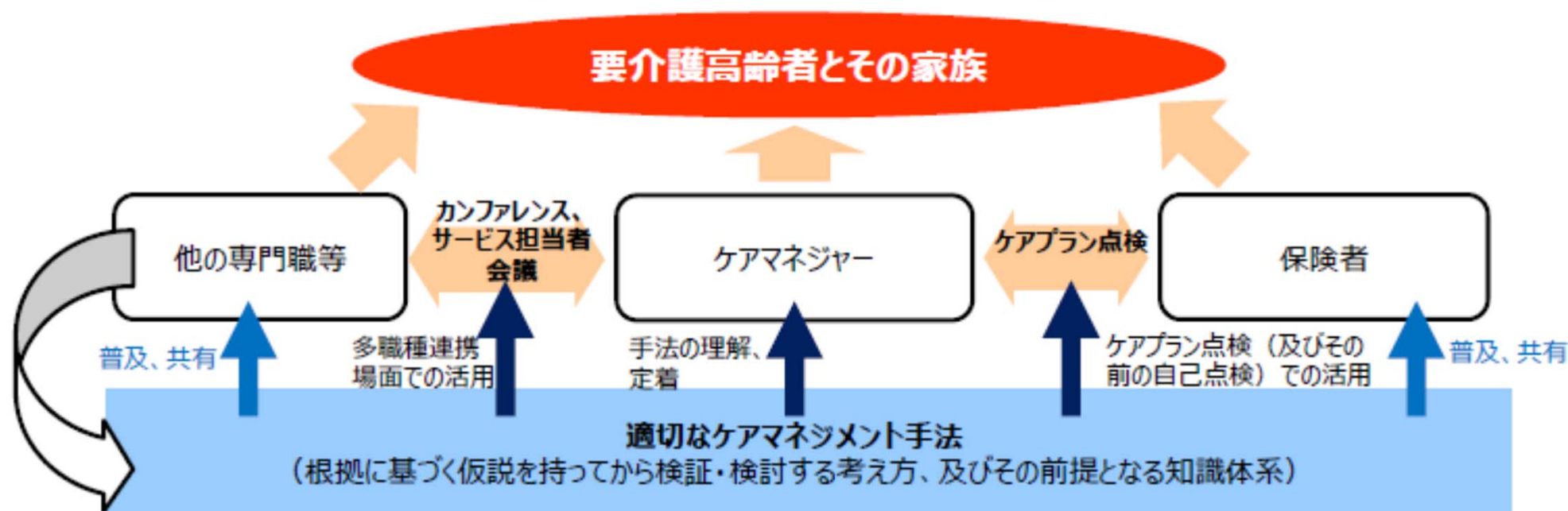
## 一億総活躍国民会議



## 「適切なケアマネジメント手法」について

- 「適切なケアマネジメント手法」は、要介護高齢者の生活の継続を支えるうえで必要とされる支援内容について、根拠性の高い知見を取りまとめた手法。
- 2016年度から厚生労働省の事業の中で検討し、確立してきたもの。

### 尊厳を保持し、住み慣れた地域での生活の継続の実現



各職種で培われた「状態の維持、重度化の予防・遅延化、リスク低減」の根拠のある知見（支援内容）の反映  
 ※各職種の知見の進化と併せて適宜、知見のアップデートが必要

- 介護支援専門員の気づきや、他の職種との協働を促す本手法の特徴を踏まえ、以下のような場面での活用が考えられます。

**介護支援専門員：**  
アセスメントやケアプラン原案作成

**指導担当者：**  
事業所内や同行訪問での指導

**地域包括支援センター、職能団体：**  
相談支援や研修、地域包括ケア会議

**保険者（自治体）：**  
社会資源の整備に向けた検討

## 本調査研究事業の目的等

### <背景及び目的>

ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と介護の重度化防止を推進するため、今年度は「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされている。

### <方法>

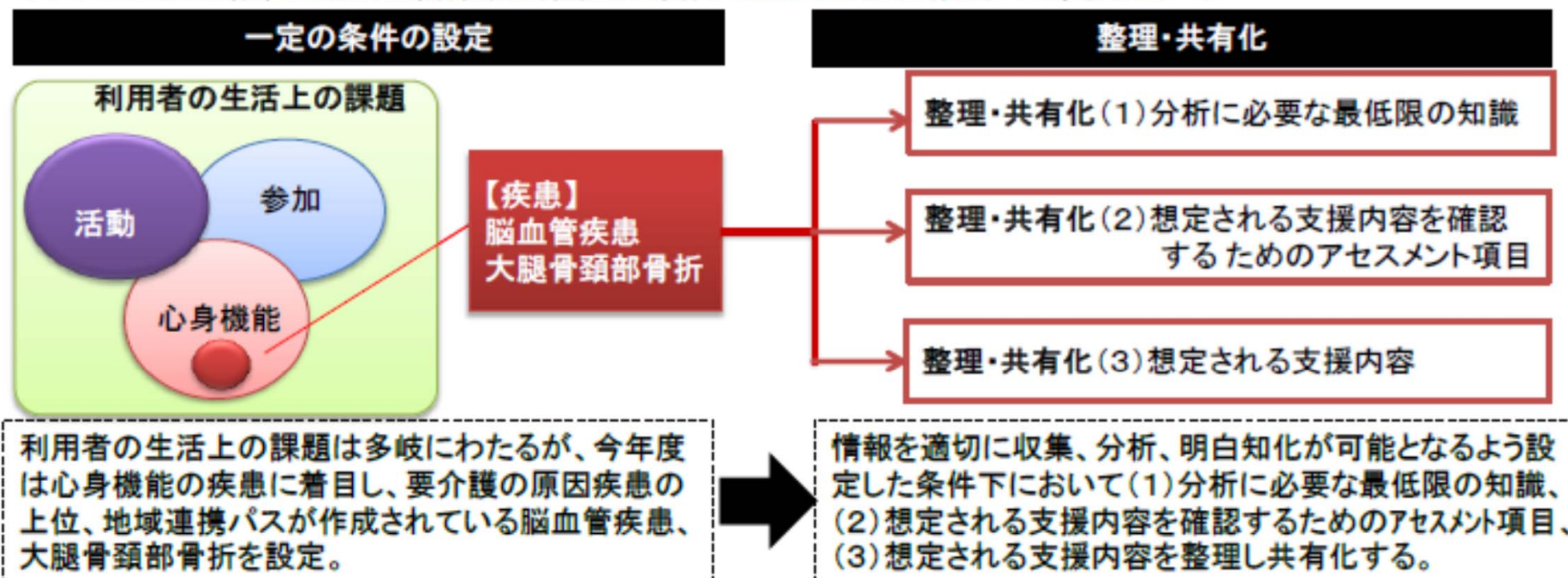
介護支援専門員個々が作成する要介護者のケアプランの内容やケアマネジメントについて「差違」を少なくするため、一定の条件下において『想定される支援内容』を整理し、共有化を試みる。

- ・ケアマネジメントの標準化について概念の整理を行う
- ・一定の条件を定め、『想定される支援内容』を整理する
- ・上記を理解し分析可能とするために介護支援専門員が備えておくべき知識を整理する。【知識の共有】

### <具体的な取り組み>

利用者の生活上の課題は多岐にわたるが、今年度は要介護認定の原因疾患の上位、また地域連携パスが作成されている疾患に着目し、脳血管疾患及び大腿骨頸部骨折について整理し、報告書を作成する。

ケアマネジメントの標準化における条件設定と、設定した条件下において整理・共有化すべき事項のイメージ



# 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、暗黙知を明白知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

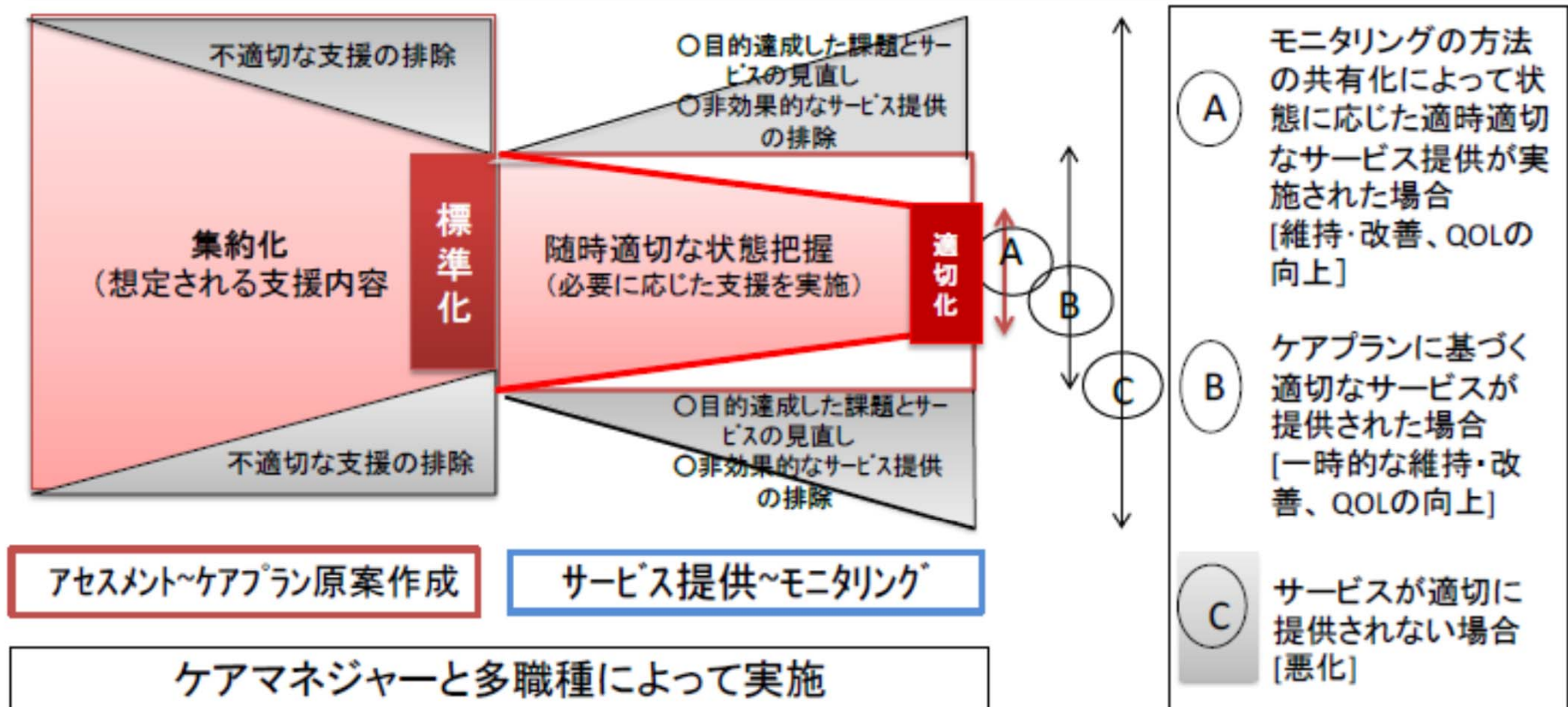
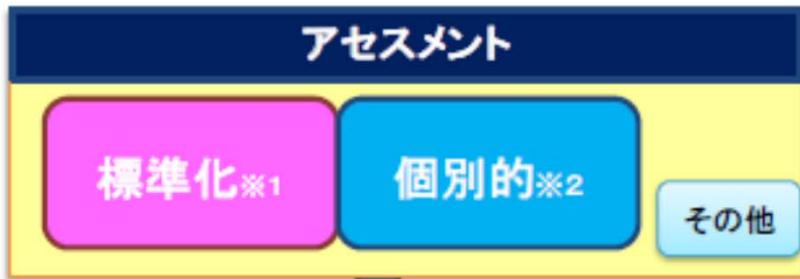
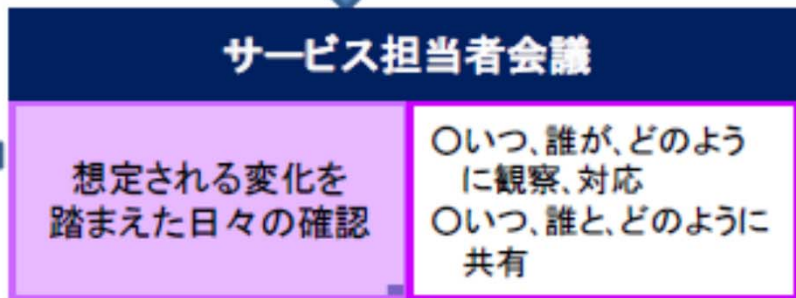


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

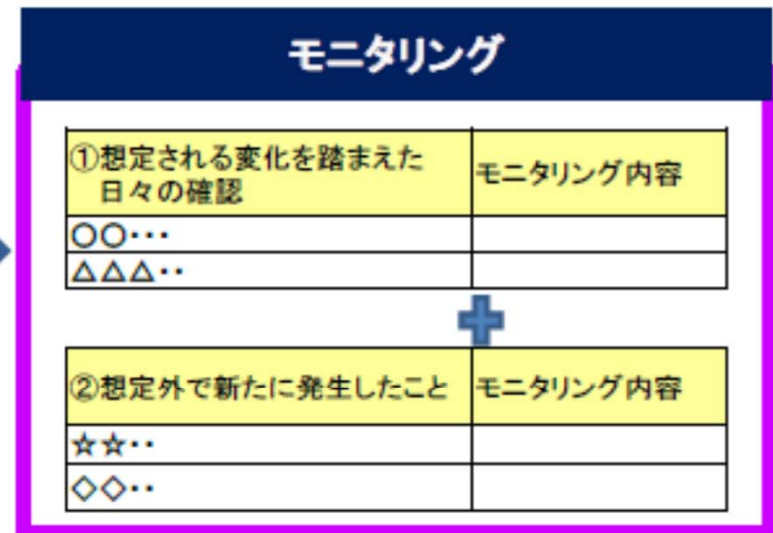
# 適切なケアマネジメントに向けた支援内容の手法のイメージ



※1. 一定の条件下における標準化されたアセスメント  
 ※2. ※1以外の個別的なことがらに関するアセスメント  
 (例)本人の意向、生活歴、生活習慣、家族関係等



サービス担当者会議では、  
 ○ケアプラン原案に関する専門的見地からの意見の確認  
 ○想定される変化を踏まえたモニタリングの視点、項目を関係者で共有し、観察及び情報共有の方法について役割を分担し共有



図：厚生労働省（遠藤・石山）作成

## ケアマネジメントの標準化(共有化)のイメージ

- 介護支援専門員は必要な知識を共有することで、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントが可能となる。そのことにより現在の生活課題及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担、協働が推進される。
- その結果、不適切な支援は排除され、自立支援に資する適切なケアマネジメントが推進される。

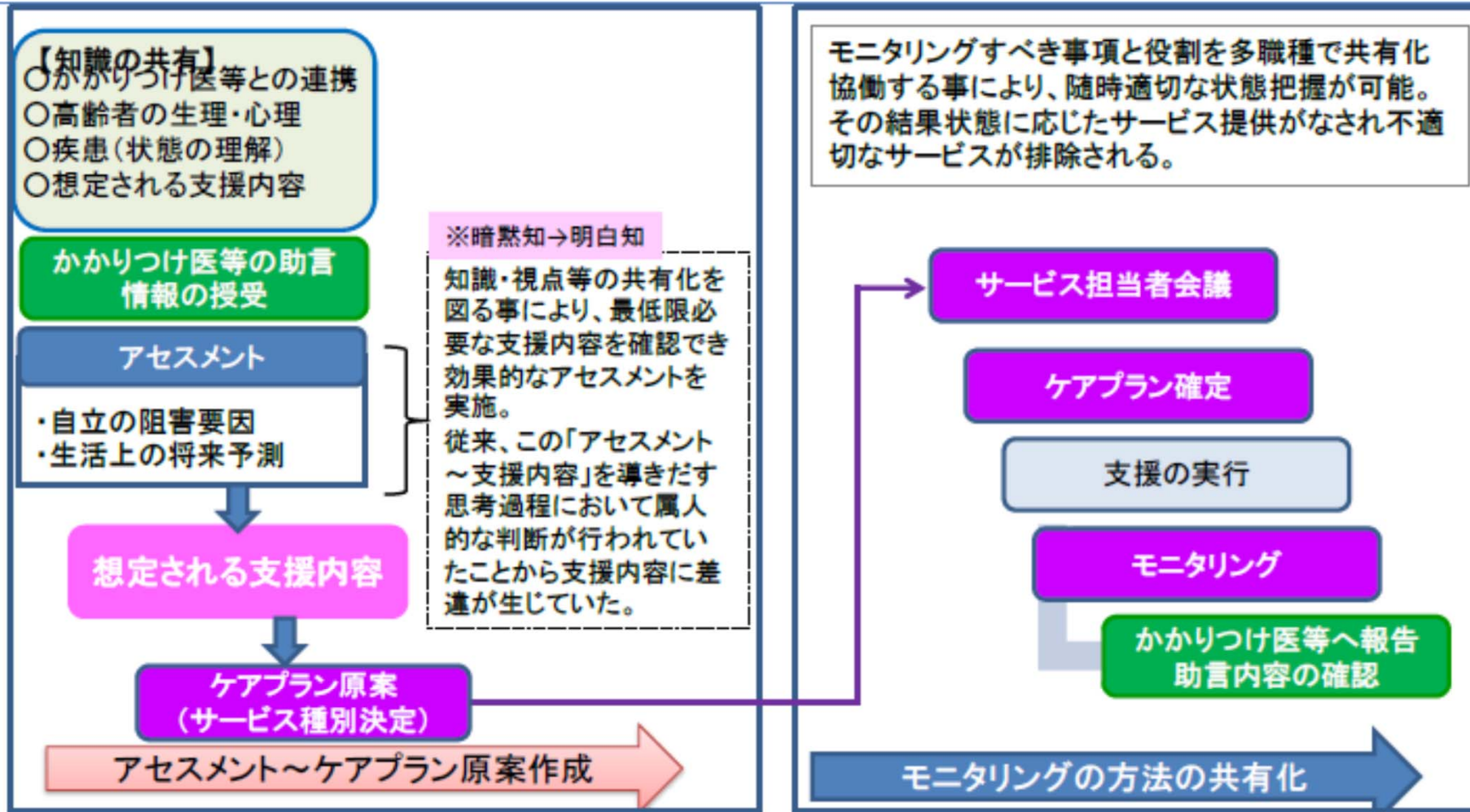
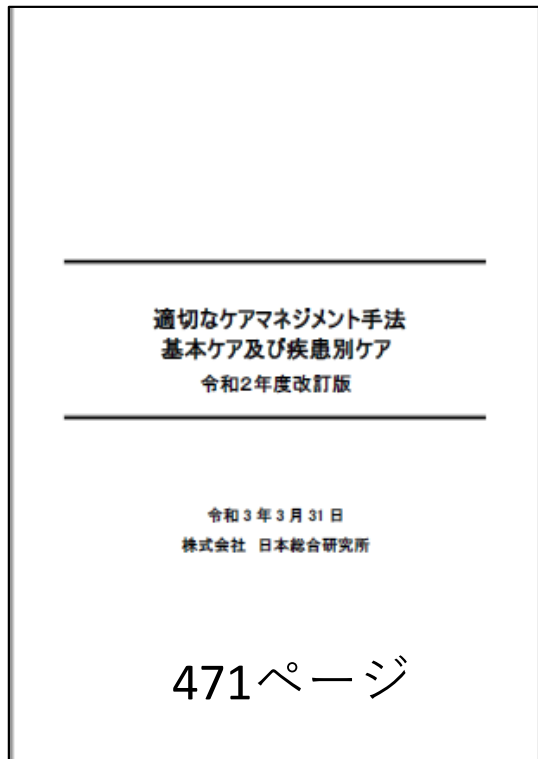


図:厚生労働省(遠藤・石山)作成

- 2016～2020年度にかけて「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」と「基本ケア」及び5つの「疾患別ケア」の「項目一覧」（概要版）、手引きが整備されました。

適切なケアマネジメント手法  
基本ケア及び疾患別ケア  
(ケアの冊子)



適切なケアマネジメント手法  
「項目一覧」（概要版）

**基本ケア**

**これまでに整理した「疾患別ケア」**

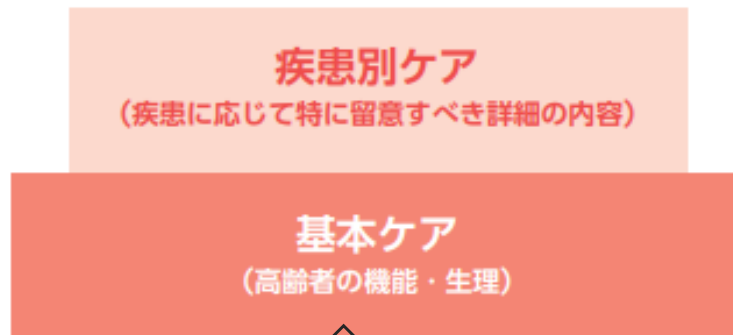
- 脳血管疾患
- 大腿骨頸部骨折
- 心疾患
- 認知症
- 誤嚥性肺炎の予防

疾患別ケアの整理内容	整理の概要、必要性	整理の目的	整理の成果
脳血管疾患	脳血管疾患の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	脳血管疾患の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	脳血管疾患の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと
大腿骨頸部骨折	大腿骨頸部骨折の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	大腿骨頸部骨折の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	大腿骨頸部骨折の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと
心疾患	心疾患の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	心疾患の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	心疾患の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと
認知症	認知症の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	認知症の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	認知症の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと
誤嚥性肺炎の予防	誤嚥性肺炎の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	誤嚥性肺炎の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと	誤嚥性肺炎の発生率が増加していること、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと、介護現場での対応が適切でないこと

「適切なケアマネジメント手法」の  
手引き



- 「基本ケア」は、**本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容**であり、高齢者の機能と生理を踏まえたケアです。
- 「疾患別ケア」は、**疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容**を整理しています。
- 「適切なケアマネジメント手法」を活用する際は、**「基本ケア」を踏まえたうえで、本人の状態に応じて「疾患別ケア」を参照する**のが望ましいです。



「基本ケア」は、老年学等の知見に基づいている

基本ケアを押さえたうえで  
疾患別のケアを押さえる

疾患や状態によらず、  
共通して重視すべき事項

これまでに整理した「疾患別ケア」

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎の予防

I. 尊厳を重視した意思決定の支援			II. これまでの生活の尊重と継続の支援				
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容		
I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	II-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援		
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援		
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援		
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援		
		5. 望む生活・暮らしの意向の把握			24. 継続的な服薬管理の支援		
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援			25. 体調把握と変化を伝えることの支援		
		7. 食事及び栄養の状態の確認			26. フレイルを予防するための活動機会の維持		
		8. 水分摂取状況の把握の支援			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施		
		9. コミュニケーション状況の把握の支援			28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築		
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援			29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援		
	I-1-2. 現在の生活の全体像の把握	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	II-2. 日常生活の継続の支援	II-2-1. 生活リズムを整える支援	30. 休養・睡眠の支援		
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測			31. 口から食事を摂り続けることの支援		
		13. 感染症の早期発見と治療			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援		
		14. 緊急時の対応			33. 清潔を保つ支援		
I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-2-2. 食事の支援	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援			
	16. 日常生活における意向の尊重			35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援			
I-1-4. 緊急時の対応のための備え	17. 意思決定支援の必要性の理解と尊重	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	36. コミュニケーションの支援			
	18. 意思決定支援体制の整備			37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備			
I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	II-3-2. コミュニケーションの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備			
				39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備			
	I-2-2. 意思の表明の支援			III. 家族等への支援	III-1. 家族等への対応	III-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備
							41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
I-2-3. 意思決定支援体制の整備	III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	III-2. ケアに参画するひとへの支援	III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援			
				43. 本人を取り巻く支援体制の整備			
I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	44. 同意してケアに参画するひとへの支援			

## 「適切なケアマネジメント手法」の普及

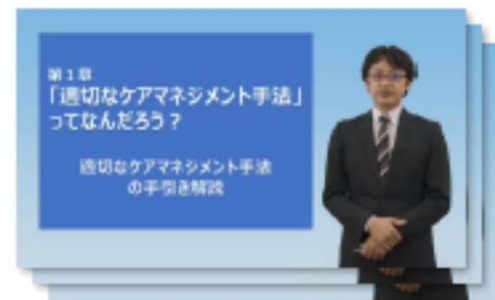
- 2020年度、本手法を再整理して基本ケアと5つの疾患別ケアを取りまとめ、『「適切なケアマネジメント手法」の手引き』を発行。手法の概要や活用方法を周知した。



### 手引きの内容

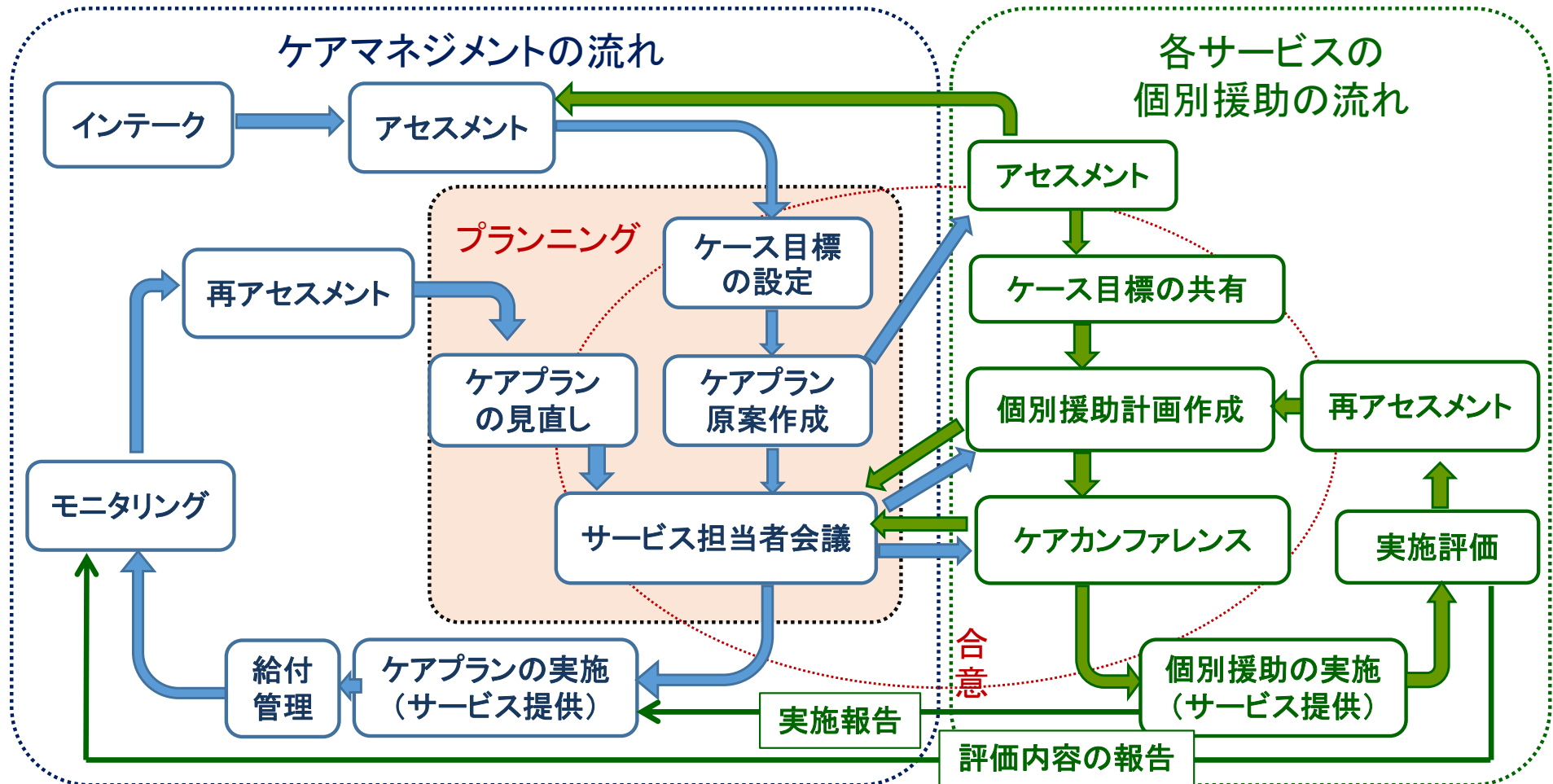
1. 「適切なケアマネジメント手法」ってなんだろう？
2. 「適切なケアマネジメント手法」の基本的な考え方
3. 「適切なケアマネジメント手法」をどう取り入れる？
4. 「基本ケア」の理解を深める
5. 「疾患別ケア」の理解を深める
6. 「適切なケアマネジメント手法」の活用方法

※ 日本総研YouTubeで手引きの解説動画（全11本）が閲覧可能。  
<https://www.youtube.com/watch?v=knEfiXiJbkk>



# ケアマネジメントプロセスと個別援助の関係性

ケアマネジメントと各サービスの個別援助は、それぞれにPDCAのサイクルが働いていることが重要であり、また相互の関連性と整合性をもって、その効果が担保される。

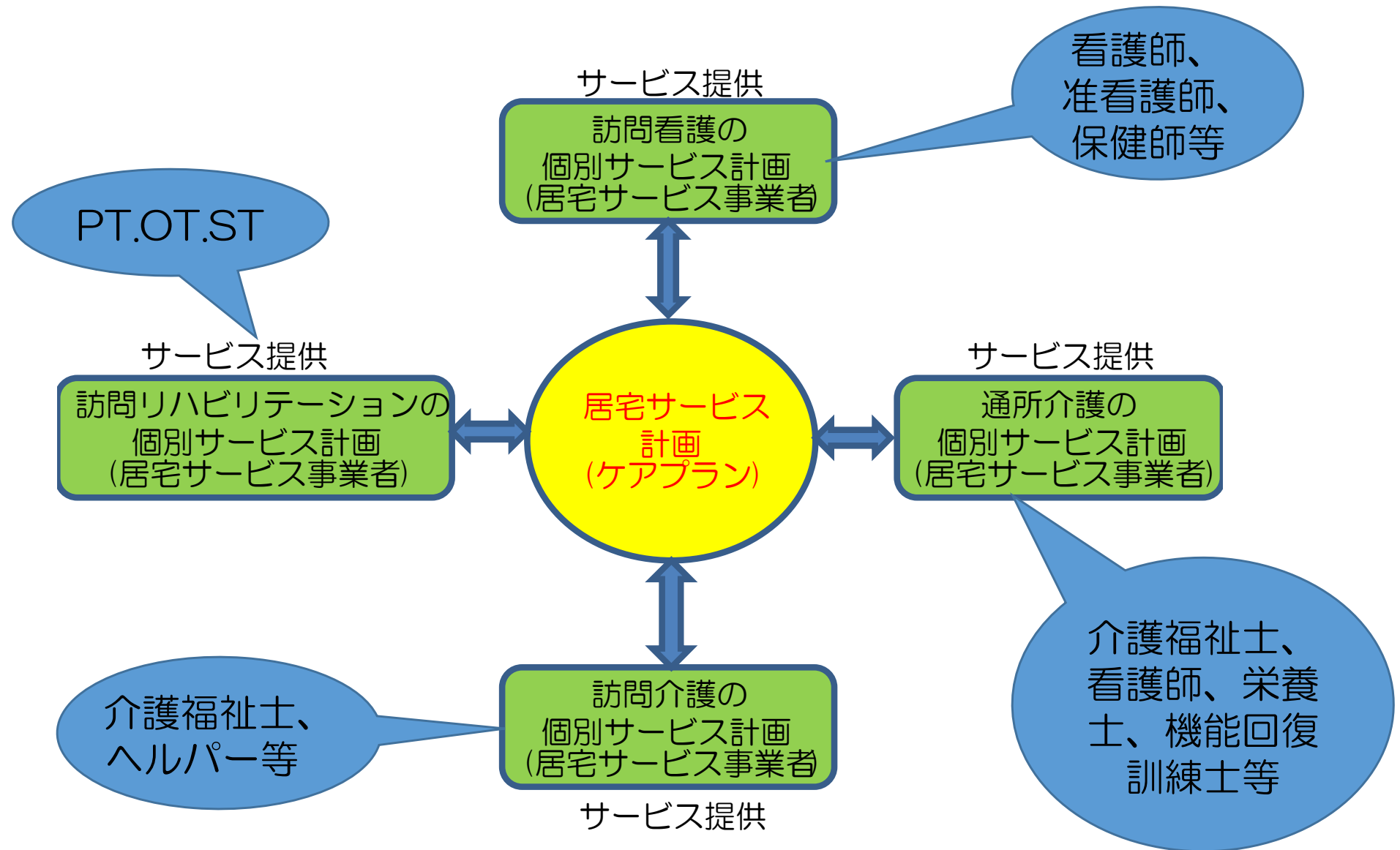


ケアマネジメントの過程で、利用者との信頼関係を形成をしながら、自立支援の視点から生活全般を支援する

生活全般の支援を念頭に、各専門職のアセスメントから、自立支援の視点から個別サービスによる支援を行う

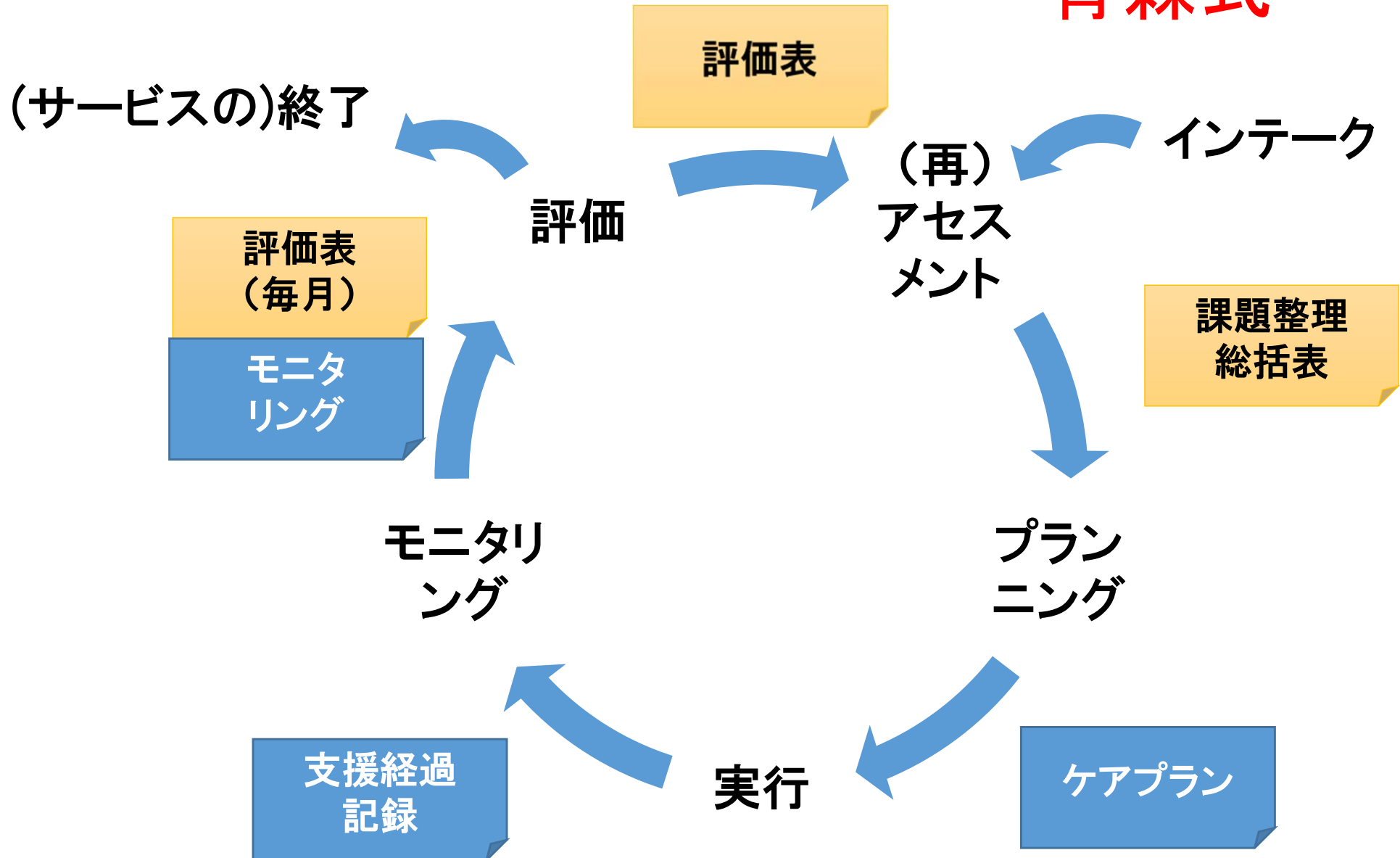
# 居宅サービス計画と個別サービス計画

(マスタープラン・ケアプランと各専門職種別プラン)



# 課題整理総括表及び評価表の位置づけ

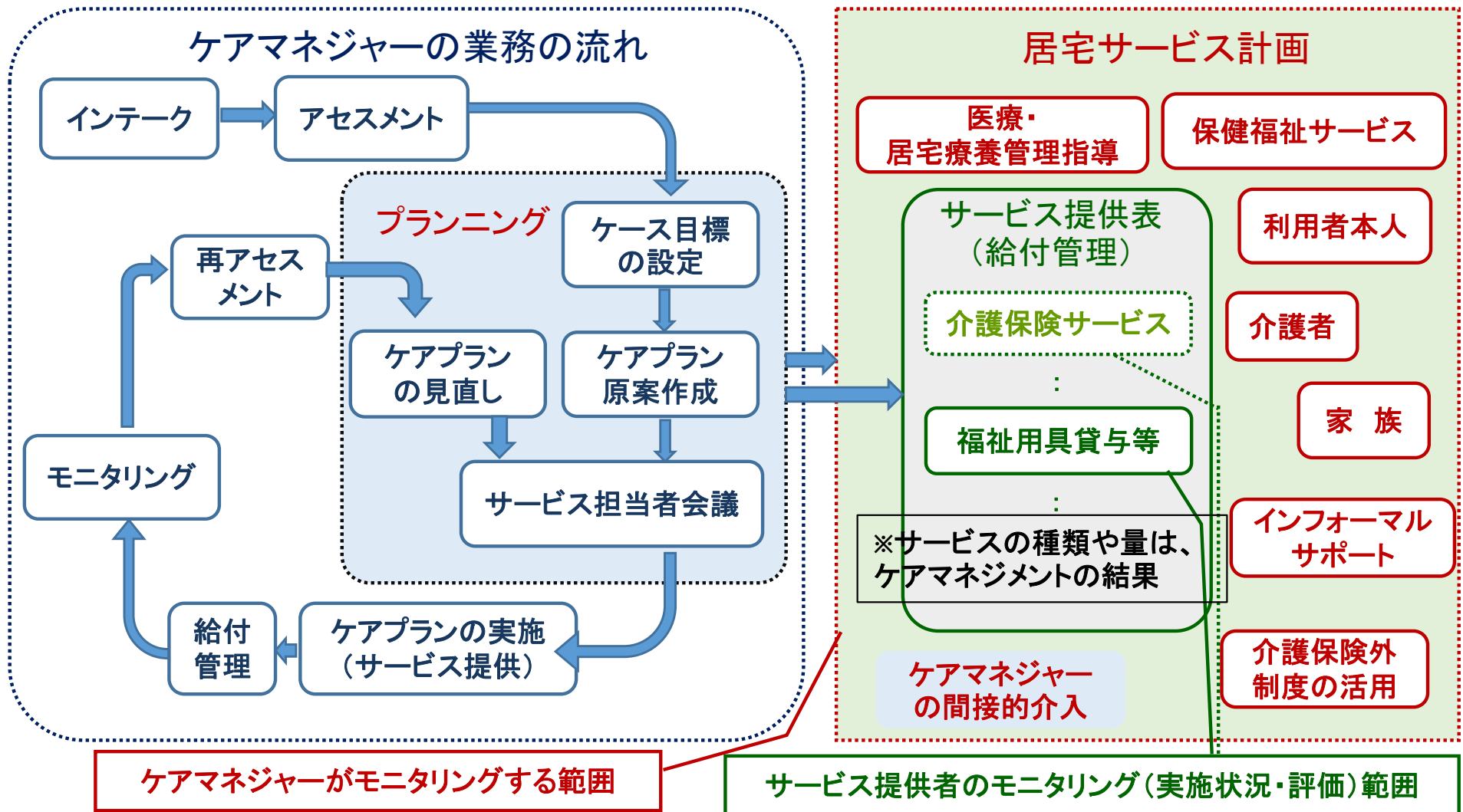
青森式





# 居宅サービス計画と給付管理票の関係性

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス(法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第十三条の四)



# 給付管理の原則は、

- 居宅サービス計画書=個別サービス計画書
- サービス提供実績を介護支援専門員がチェック

レセプトと一致しなければいけないのです。

# アドバイザーの意見(抜粋)@ケアプラン面接点検

- 介護プランではなく介助プランになっている。(老計10)
- 援助者の目標になっている。本人が何をするか(セルフケア)がない。
- 生活のリズムを全く考えていない。(深夜・早朝加算)
- 残存機能の確認がほとんどない(PT,OTほか多職種協働アセスメント)。
- 主治医意見書の医師の意見がアセスメント、ケアプランに反映されていない
- 認知症自立度から見た認知症ケアの検討がない。早期発見、確定診断につなげる
- 有料老人ホームの場合、ホームの方針のままサービス提供されている
- 訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携がない(アセスにセラピスト協働)
- 通所介護とアウトリーチ(PT,OT,ST,管理栄養士)がない
- 口腔ケアの確認がない
- 栄養改善の視点がない←BMIの管理がない・体重の変化↔有料老人ホームでの体重減少が顕著
- 福祉用具のフィッティング不足、活用しているかのチェック
- 薬剤の影響を見ていない←薬剤師が情報提供していない？
- 自立した日常生活の阻害要因を突き詰めて考えていない←課題分析なし??
- 短期目標が具体的でないためモニタリングになっていない
- ケアプランと個別援助計画提供時間が一致していない
- 一日摂取飲酒量(アルコール量)を数値化できていない
- 訪問介護 生活支援 身体介護があいまいに

# 課題分析標準項目（23項目）

# 必須

## 基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

## 課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

# 介護保険最新情報

## 適切なケアマネジメント手法との整合性を図る

今回の内容

「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

計5枚（本紙を除く）

Vol.1178

**Vol.1179 Q&A  
も参照**

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

(別添)

## ○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（平成11年11月12日老企第29号）（抄）

新			旧		
(別紙4) 課題分析標準項目について (別添) 課題分析標準項目			(別紙4) 課題分析標準項目について (別添) 課題分析標準項目		
基本情報に関する項目			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目	1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目	2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目	3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目	4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目	5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、 現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結 果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医 意見書）、認定年月日）、介護支援専門員から みた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の 意見、 <u>区分支給限度額等</u> ）について記載する項 目
9	今回のアセスメン トの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初 回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの 変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活 状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）に ついて記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体 重、BMI、 <u>血圧</u> 、既往歴、主傷病、症状、 <u>痛みの有 無</u> 、褥そうの有無等）、 <u>受診に関する状況</u> （かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、そ の他の受診先、 <u>受診頻度</u> 、 <u>受診方法</u> 、 <u>受診時の 同行者の有無等</u> ）、 <u>服薬に関する状況</u> （かかり つけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、 <u>処方薬の 有無</u> 、 <u>服薬している薬の種類</u> 、 <u>服薬の実施状況 等</u> ）、 <u>自身の健康に対する理解や意識の状況に ついて</u> 記載する項目
11	ADL	ADL（ <u>寝返り</u> 、 <u>起き上がり</u> 、 <u>座位保持</u> 、 <u>立位保 持</u> 、 <u>立ち上がり</u> 、 <u>移乗</u> 、 <u>移動方法</u> （杖や車椅子 の利用有無等を含む）、 <u>歩行</u> 、 <u>階段昇降</u> 、 <u>食 事</u> 、 <u>整容</u> 、 <u>更衣</u> 、 <u>入浴</u> 、 <u>トイレ動作等</u> ）に関す る項目
12	IADL	IADL（ <u>調理</u> 、 <u>掃除</u> 、 <u>洗濯</u> 、 <u>買物</u> 、 <u>服薬管理</u> 、 <u>金 銭管理</u> 、 <u>電話</u> 、 <u>交通機関の利用</u> 、 <u>車の運転等</u> ） に関する項目

6	認知症である老人 の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記 載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載 する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の 意見、 <u>支給限度額等</u> ）について記載する項目
9	課題分析（アセス メント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、 <u>定期</u> 、 <u>退院退所時等</u> ）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、 <u>痛 み等</u> ）について記載する項目
11	ADL	ADL（ <u>寝返り</u> 、 <u>起き上がり</u> 、 <u>移乗</u> 、 <u>歩行</u> 、 <u>着衣</u> 、 <u>入浴</u> 、 <u>排泄等</u> ）に関する項目
12	IADL	IADL（ <u>調理</u> 、 <u>掃除</u> 、 <u>買物</u> 、 <u>金銭管理</u> 、 <u>服薬状況 等</u> ）に関する項目

13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目	13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目	14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目	15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目	16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	17	褥そう・皮膚の問題	褥そうの程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目

20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目	20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目	21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目	22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目	23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

(別添)

## 課題分析標準項目

### 基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断さ

力	れている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
---	--

14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺的环境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

面接点検について

# アドバイザーの意見(抜粋)@ケアプラン面接点検

- 介護プランではなく介助プランになっている。(老計10)
- 援助者の目標になっている。本人が何をするか(セルフケア)がない。
- 生活のリズムを全く考えていない。(深夜・早朝加算)
- 残存機能の確認がほとんどない(PT,OTほか多職種協働アセスメント)。
- 主治医意見書の医師の意見がアセスメント、ケアプランに反映されていない
- 認知症自立度から見た認知症ケアの検討がない。早期発見、確定診断につなげる
- 有料老人ホームの場合、ホームの方針のままサービス提供されている
- 訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携がない(アセスにセラピスト協働)
- 通所介護とアウトリーチ(PT,OT,ST,管理栄養士)がない
- 口腔ケアの確認がない
- 栄養改善の視点がない←BMIの管理がない・体重の変化↔有料老人ホームでの体重減少が顕著
- 福祉用具のフィッティング不足、活用しているかのチェック
- 薬剤の影響を見ていない←薬剤師が情報提供していない
- 自立した日常生活の阻害要因を突き詰めて考えていない←課題分析なし??
- 短期目標が具体的でないためモニタリングになっていない
- ケアプランと個別援助計画提供時間が一致していない
- 一日摂取酒量を数値化できていない
- 訪問介護 生活支援 身体介護があいまいに

# 面接点検使用様式

- フェースシート
- アセスメントシート(使用薬剤名含む)
- ケアプラン第1表から7表まで
- 立案過程の概要
- 課題整理総括表
- 評価表
- 2022年度から2表に記載された個別サービス計画
- 2023年度から2表に記載された個別サービス  
計画・実績・評価

# ケアプラン点検アドバイザーによる面接点検について

## ・アドバイザー職種

- ①社会福祉士 ②理学療法士
- ③作業療法士 ④主任介護支援専門員

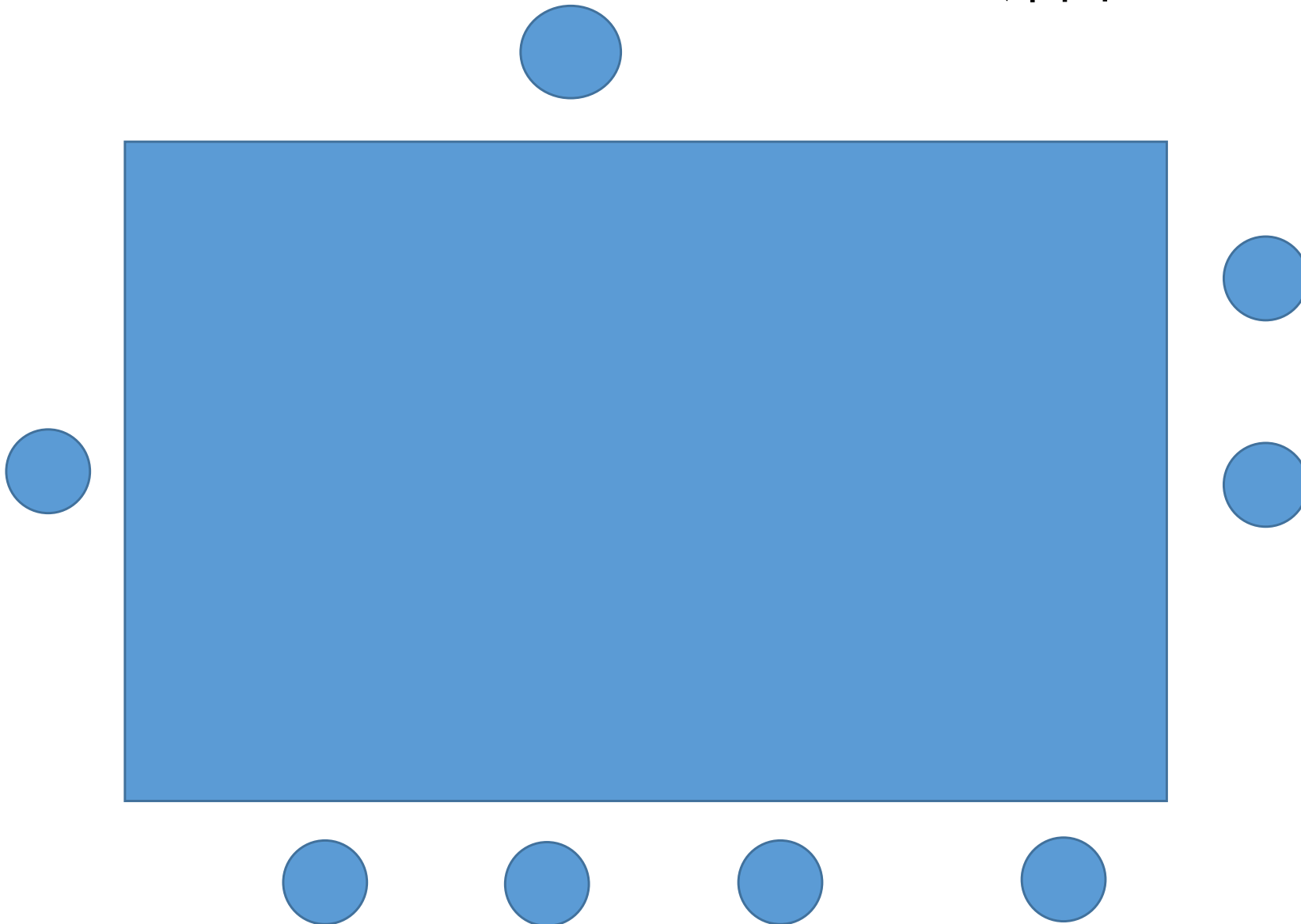
## ・面接点検構成員

- ①事業所担当介護支援専門員
- ②事業所担当圏域地域包括支援センター  
主任介護支援専門員(司会)
- ③アドバイザー3名コーディネーター1名
- ④保険者担当職員

担当介護支援専門員

ケアプラン面接点検  
席図

事業所担当圏域地域包括支援センター 主任ケアマネジャー



市町村介護保険保険給付担当

アドバイザー

# 書面点検について

アセスメントの結果、2 3 項目課題分析されているか  
1 表から 7 表の記録の確認

「適切なケアマネジメント手法」実践研修から見たもの

# 「適切なケアマネジメント手法」の 実践研修の流れ

---



## 「適切なケアマネジメント手法」実践研修の全体像

- 実践における本手法の活用を進めるため、2021年度以降、「実践研修」を先行地域で実施している。

### 【実践研修の特徴】

- 3カ月間の実践を通じてケアマネジャーの意識・行動の変化を促す。
- グループワークを中心としたプログラムであり、参加者同士で助言しあうことで、地域での知見の蓄積につながる。

### 実践セミナー

- 地域関係者への本手法の周知および参加者募集

### 第1回研修

- 基本ケアの内容と捉え方、事例の掘り下げ方の講義・演習
- 現場実践で着目する項目の絞り込み

### 第2回研修

- 現場実践①の結果と課題の共有
- グループワークを通じた具体的な実践方法の検討・助言

### 第3回研修

- 現場実践②の結果と課題の共有
- グループワークを通じた具体的な実践方法の検討・助言

### 第4回研修

- 現場実践③の結果と課題の共有
- 取り組みの振り返りと総括
- 今後の実践宣言

準備期間

1か月目

2か月目

3か月目

### 事前課題

- 動画視聴
- 事例選定
- 自己点検

### 現場実践①

- 追加情報収集と課題の再確認
- (必要に応じて) ケアプラン、支援内容の見直し

### 現場実践②

- 追加情報収集と課題の再確認
- (必要に応じて) ケアプラン、支援内容の見直し

### 現場実践③

- 追加情報収集と課題の再確認
- (必要に応じて) ケアプラン、支援内容の見直し

次世代の国づくり

- 「適切なケアマネジメント手法」実践研修は、各自の事例に関する追加の情報収集や支援の内容を再検討する現場実践と、実践での気づきや悩みを他の参加者にも共有するグループワークで構成されます。

## 「適切なケアマネジメント手法」実践研修の流れ



- 学習と実践を繰り返す実践研修では、次のような効果が期待できます。

## 連続的な 実践研修の効果



① **理解が深まる**（最初は分からなくても、研修を4回重ねることで理解できる）

② **特に他の職種との情報共有**に活用できる（効果がある）

③ **必要に応じて支援内容やケアプランを改善するヒント**が掴める




# ケアプラン点検について

ケアプラン点検は、介護給付費適正化事業の主要五事業に位置づけられる取組であり、介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善するものです。

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。

## ケアプラン点検支援マニュアル

保険者向けに、ケアプラン点検における基本的な事項を示しています。

- ▶ [PDF](#) [ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）](#) [PDF形式：2MB] [2.6MB] 

### ▶ 政策について

#### ▼ 分野別の政策一覧

▶ [健康・医療](#)

#### ▼ [福祉・介護](#)

▶ [障害者福祉](#)

▶ [生活保護・福祉一般](#)

▶ [介護・高齢者福祉](#)

▶ [雇用・労働](#)

▶ [年金](#)

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

🏠 [ホーム](#) > [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > [介護職員・介護支援専門員](#) > [ケアプラン点検について](#)

# ケアプラン点検について

ケアプラン点検は、介護給付費適正化事業の主要五事業に位置づけられる取組であり、介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善するものです。

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。

## ケアプラン点検支援マニュアル

保険者向けに、ケアプラン点検における基本的な事項を示しています。

- ▶ [PDF](#) [ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）](#) [PDF形式：2MB] [2.6MB] 

### ▶ 政策について

#### ▼ 分野別の政策一覧

▶ [健康・医療](#)

#### ▼ [福祉・介護](#)

▶ [障害者福祉](#)

▶ [生活保護・福祉一般](#)

▶ [介護・高齢者福祉](#)

▶ [雇用・労働](#)

▶ [年金](#)

## 効果的・効率的なケアプラン点検を実現するための取組

保険者による効果的・効率的なケアプラン点検の実施を支援するため、令和2年度から令和4年度にかけて、老人保健事業推進費等補助金事業「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」（株式会社NTTデータ経営研究所）を実施しました。

当該調査研究事業の成果物（※）は、以下よりダウンロードできます。

なお、今後も引き続きブラッシュアップのための検討を進めてまいります。

※本成果物は暫定版であり、参考としてお示しするものですが、適宜ケアプラン点検等においてご活用ください。

### ケアプラン点検項目

ケアプラン点検の目的や、利用者及びケアマネジメントに係る状況の変化を踏まえ、ケアプラン点検の項目の検討を行いました。

また、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、ケアプラン点検項目マニュアルを作成しました。

 [<ケアプラン点検項目> \[34KB\]](#) 

 [<ケアプラン点検項目マニュアル> \[2.4MB\]](#) 

（令和4年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金

「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」）  
株式会社NTTデータ経営研究所

②

▶ [他分野の取り組み](#)

▶ [他分野の取り組み2](#)

▶ [組織別の政策一覧](#)

▶ [各種助成金・奨励金等の制度](#)

▶ [審議会・研究会等](#)

▶ [国会会議録](#)

▶ [予算および決算・税制の概要](#)

▶ [政策評価・独法評価](#)

### 関連リンク

## ケアプラン点検支援ツール


ケアプラン点検に係る事務負担の軽減を図るため、ケアプラン点検支援ツールの開発を行いました。

本ツールは、主に保険者向けに、ケアプラン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、ケアプラン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。

[<ケアプラン点検支援ツール Windows用>](#)

[<ケアプラン点検支援ツール Mac用>](#)

 [<ケアプラン点検支援ツールマニュアル> \[4.8MB\]](#) 

(令和4年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金

「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」)

株式会社NTTデータ経営研究所

※ケアプラン点検支援ツールを動作させるためには、Microsoft Officeのインストールが必要です。

### 【Windows版】

- ・ Microsoft Office 2013
- ・ Microsoft Office 2016
- ・ Microsoft Office 2019
- ・ Microsoft Office 2021

### 【Mac版】

- ・ Microsoft Office for Mac 2021

※セキュリティソフト等の関係でケアプラン点検ツールが正常にダウンロードできない場合、以下のフォームから、株式会社NTTデータ経営研究所にメディア（CD-ROM等）でのケアプラン点検支援ツールの送付をお申し込みください（令和6年3月末まで）

[<ケアプラン点検ツール郵送申込フォームリンク>](#)



▶ [情報配信サービスメルマガ登録](#)



▶ [子どものページ](#)

## 携帯ホームページ



▶ [携帯版ホームページ](#)では、緊急情報や厚生労働省のご案内などを掲載しています。

1

実行や操作はサポートさ

実行や操作はサポートさ

実行や操作はサポートさ

ルのゴシを簡単に編集できま

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」とする	運営基	分類
属性情報 ※集計用任意入力項目 ※判定には影響しません	保険者		点検日		点検日を記入ください。		
	点検者		市区町村名		ご所属の市区町村名を記入ください。		
	ケアマネージャー		点検者名		点検者名を記入ください。		
	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		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		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		2：既往歴の有無と内容が記載されている。 1：既往歴の有無と内容が記載されていない。 他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。		疾病・心身状態の把握
		4	主傷病		2：主傷病が記載されている。 1：主傷病が記載されていない。		疾病・心身状態の把握
		5	内服薬・処置		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。		疾病・心身状態の把握
		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「有」とする）。		生活の全体像の把握

# ケアプラン点検項目

ケアプラン点検の目的や、利用者及びケアマネジメントに係る状況の変化を踏まえ、ケアプラン点検の項目の検討を行いました。

また、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、ケアプラン点検項目マニュアルを作成しました。

<ケアプラン点検項目> [34KB]  
<ケアプラン点検項目マニュアル> [2.4MB]

②

(令和4年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金

「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」)

株式会社NTTデータ経営研究所

ケアプラン点検項目マニュアル

---

2023年3月

# ケアプラン点検の留意点

面接点検時は  
笑顔で帰って  
いただく。  
木村のモットー

点検作業は一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。**

## 課題分析標準項目（23項目）

### 基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

### 課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

【出典】平成11年11月12日老企29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」

2

	A	B	C	D	E
1	ケアプラン点検項目				
2	点検対象 書類	#	項目	評価基 準	評価基準
3	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。
4	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。
5	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。
6	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。
7	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。
8	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。
9	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。

2

34	居宅サービス計画書 (第2表)	32	短期目標	3段階	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>1：以下①②③で該当しない項目がある。</p> <p>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。</p> <p>②長期目標と同じ目標が設定されていない。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
35	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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>1：2に該当しない。</p> <p>※本項目についてはCP 1～3表の記載から判定して下さい。</p>
36	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	<p>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。</p> <p>1：福祉用具貸与・販売の利用がない。</p>
37	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	<p>2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。</p> <p>1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	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	<p>3：以下①②の両方に該当する。</p> <p>2：以下②に該当する。</p> <p>1：以下②に該当しない。</p> <p>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。</p> <p>②利用者及び家族の意向（項目1～3）「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」を参照し、</p>

# ケアプラン点検項目マニュアル

## 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

55項目

# 水分補給について

一緒に考えてみましょう

適切なケアマネジメント手法ー基本ケアの「想定される支援内容」  
1、3、7、8、14、20、21、22、23、24、31、32など水分  
の表記

I. 尊厳を重視した意思決定の支援			II. これまでの生活の尊重と継続の支援			
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容	
I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	II-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援	
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援	
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援	
		5. 望む生活・暮らしの意向の把握			24. 継続的な服薬管理の支援	
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援			25. 体調把握と変化を伝えることの支援	
		7. 食事及び栄養の状態の確認			26. フレイルを予防するための活動機会の維持	
		8. 水分摂取状況の把握の支援			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	
		9. コミュニケーション状況の把握の支援			28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築	
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援			29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援	
	I-1-2. 現在の生活の全体像の把握	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	II-2. 日常生活の継続の支援	II-2-1. 生活リズムを整える支援	30. 休養・睡眠の支援	
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測			31. 口から食事を摂り続けることの支援	
		13. 感染症の早期発見と治療			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	
		14. 緊急時の対応			33. 清潔を保つ支援	
I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-2-2. 食事の支援	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援		
	16. 日常生活における意向の尊重			35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		
I-1-4. 緊急時の対応のための備え	17. 意思決定支援の必要性の理解	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	36. コミュニケーションの支援		
	18. 意思決定支援体制の整備			37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備		
I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	II-3-2. コミュニケーションの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備		
				I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
	I-2-3. 意思決定支援体制の整備					II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援
				I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援		
III-1. 家族等への支援	III-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援				
		III-2. ケアに参画するひとへの支援	III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	43. 本人を取り巻く支援体制の整備		
III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援			44. 同意してケアに参画するひとへの支援		
		III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援			

# 健康のため水を飲もう講座



## ～からだと水の関係～

人間のからだの約60%は水分です。例えば体重60kgの成人男性の場合、約36kg分が水分となります。

人間は1日に2.5Lの水が必要です

1日の水分摂取量



1日の水分排出量



たったそれだけで?!



水分を20%失うと死亡の恐れ

5%失うと 脱水症状や熱中症などの症状が現れます。

10%失うと 筋肉の痙攣、循環不全などが起こります。

20%失うと THE END 死に陥ります。

のどの渴きは「脱水」の証拠



ビール10本で11本分

アルコールには利尿作用があり、通常より尿の量を増やします。

あと2杯、水を飲みましょう

入浴中や就寝中はたくさん汗をかき、水分が不足しがちです。「入浴後」と「起床時」には水を飲みましょう。



熱中症の応急処置



涼しい場所へ避難し、服をゆるめよう



首、わきの下、太もものつけ根を冷やそう



水分を補給しよう



意識がない場合は無理に水を飲ませない

こんな症状の場合は火災急救助車を呼んでください！

- 意識がはっきりしない
- もしくは意識が弱い
- 吐き気を伴う
- もしくは吐く
- 痙攣も起こしている



熱中症にならないためにこまめに水分補給をしよう！

くわしくは: [健康のため水を飲もう](#)

検索



# 認知症の中核症状と周辺症状

— 増悪をまねく多様な要因の関与 —

## 中核症状

## 周辺症状

脳の器質的変化

1. 生きる機能の障害  
意欲、自発性、気力
2. 人間らしく生きる機能の障害
  - 1) 認知機能の障害  
記憶障害  
見当識障害(時、場、人)  
実行機能の障害など
  - 2) 感情機能の障害  
感情の多様性・安定性・  
適切性の障害
3. 自分らしく生きる機能  
の障害  
自己決定、人格

### ①精神症状

不安、焦燥、抑鬱、  
心気、不機嫌、興奮、  
攻撃的、幻覚、妄想

### ②機能不全行動

多動、繰り返し、  
徘徊、  
異食、過食、拒食、  
引きこもり

破局反応:パニック

不穏、せん  
妄、大声、  
乱暴、破壊  
的行為、  
自傷行為

## 増悪因子

- 身体的要因 : 基礎疾患、水・電解質の異常、便秘、発熱、薬の副作用等
- 心理—社会的要因 : 不安、孤独、過度のストレス、無為、プライドの失墜等
- 環境的要因 : 不適切な環境刺激(音、光、陰、風、空間の広がりや圧迫)

東京都品川区では

# 低栄養について

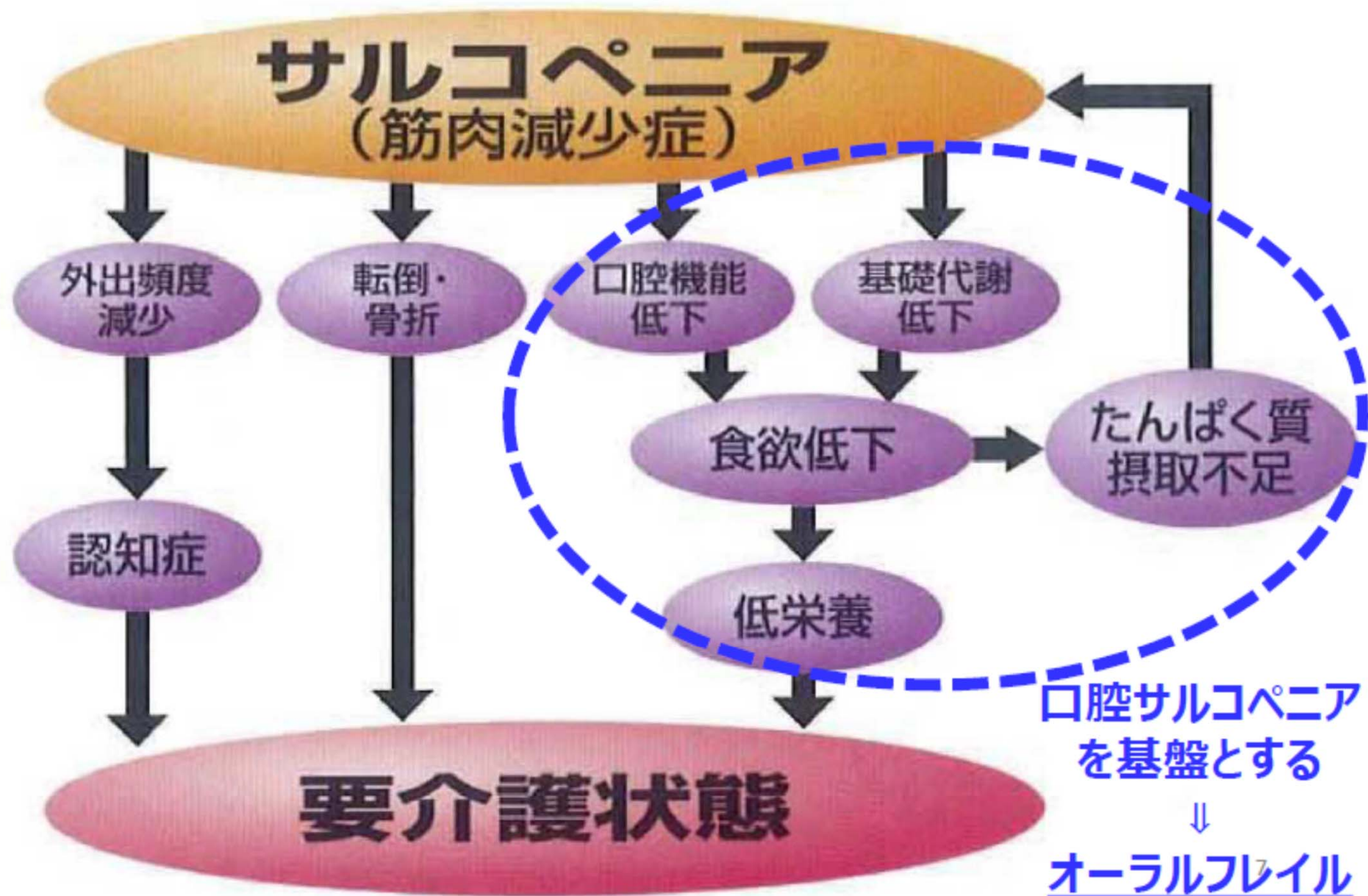
たんぱく質の重要性を  
一緒に考えてみましょう

たんぱく質を毎日、体重（kg）に  
1～1.2 g をかけた量を摂取すること

適切なケアマネジメント手法ー基本ケアの「想定される支援内容」  
7、20、22、31、32などにたんぱく質の表記あり

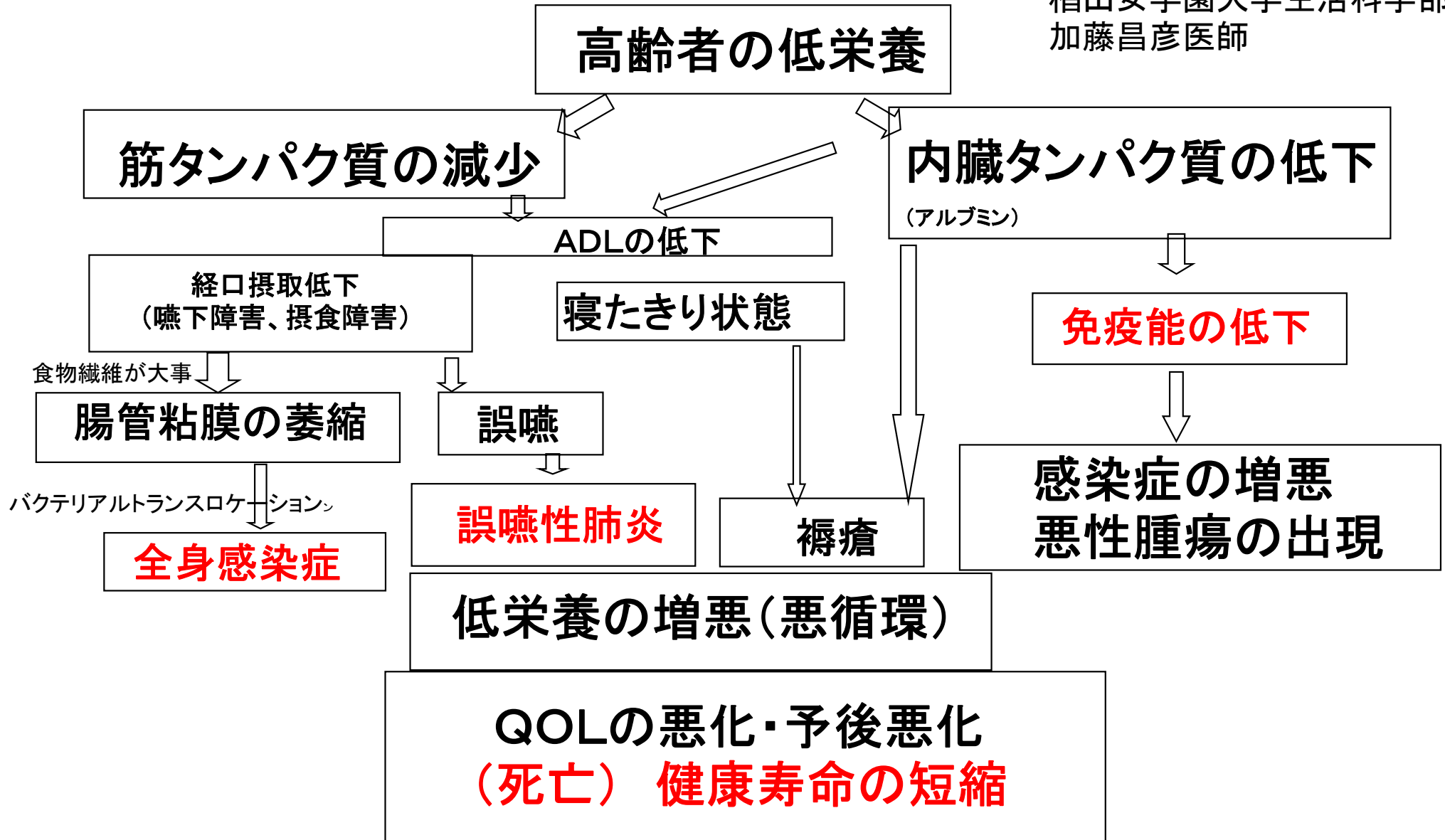
I. 尊厳を重視した意思決定の支援			II. これまでの生活の尊重と継続の支援			
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容	
I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	II-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援	
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援	
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援	
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援	
		5. 望む生活・暮らしの意向の把握			24. 継続的な服薬管理の支援	
		6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援			25. 体調把握と変化を伝えることの支援	
		7. 食事及び栄養の状態の確認			26. フレイルを予防するための活動機会の維持	
		8. 水分摂取状況の把握の支援			27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	
		9. コミュニケーション状況の把握の支援			28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築	
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援			29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援	
	I-1-2. 現在の生活の全体像の把握	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	II-2. 日常生活の継続の支援	II-2-1. 生活リズムを整える支援	30. 休養・睡眠の支援	
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測			31. 口から食事を摂り続けることの支援	
		13. 感染症の早期発見と治療			32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援	
		14. 緊急時の対応			33. 清潔を保つ支援	
I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	II-2-2. 食事の支援	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援		
	16. 日常生活における意向の尊重			35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援		
I-1-4. 緊急時の対応のための備え	17. 意思決定支援の必要性の理解	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	36. コミュニケーションの支援		
	18. 意思決定支援体制の整備			37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備		
I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	II-3-2. コミュニケーションの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備		
				I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
	I-2-3. 意思決定支援体制の整備					III. 家族等への支援
				I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援		
III-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援				
		III-2. ケアに参画するひとへの支援	III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	43. 本人を取り巻く支援体制の整備		
III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援			44. 同意してケアに参画するひとへの支援		

# 要介護の入り口としての『サルコペニア』

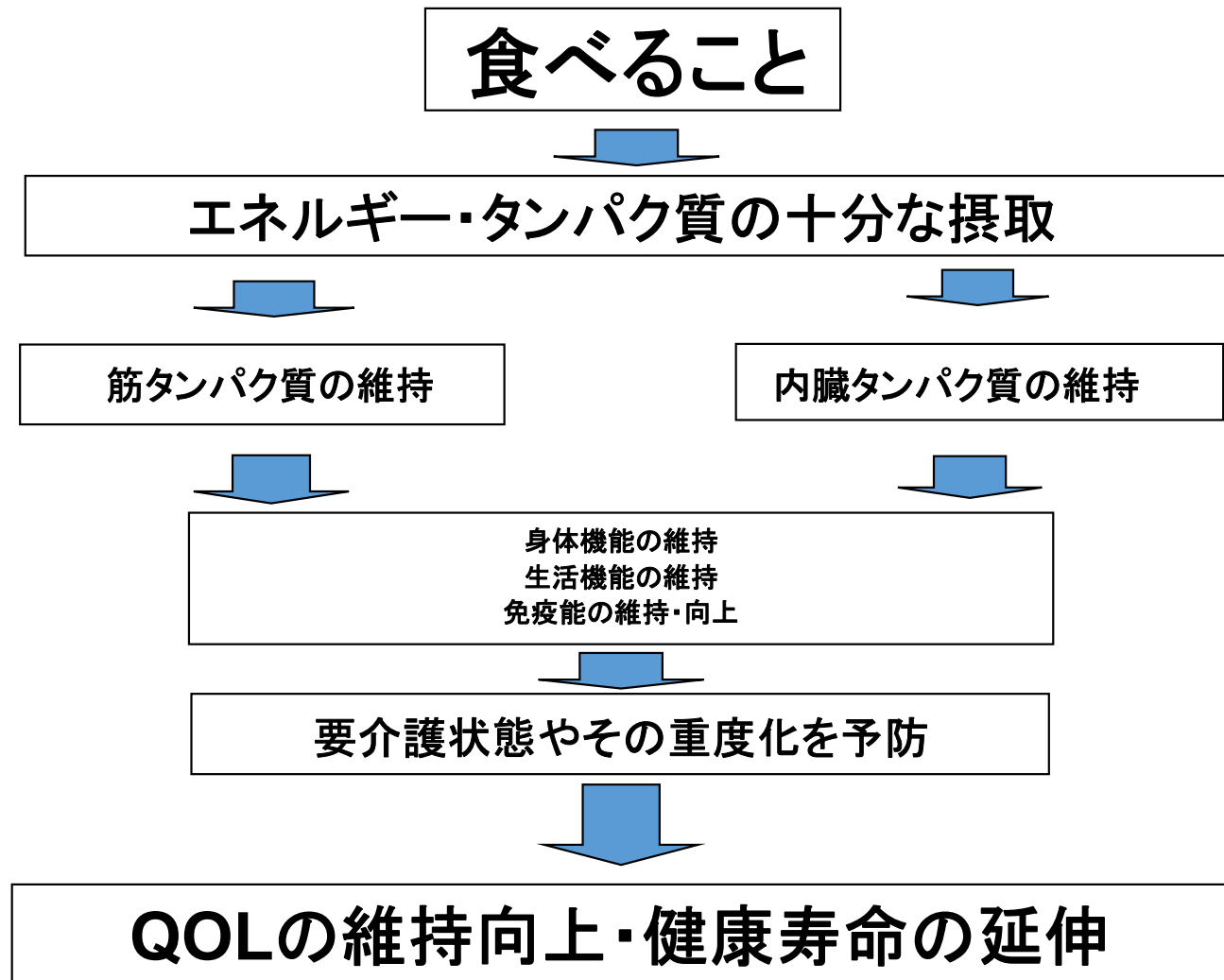


# 高齢者の低栄養状態の臨床的問題点

梶山女学園大学生生活科学部  
加藤昌彦医師



# 高齢者の低栄養状態の臨床的意義



魚肉ソーセージ1本(70gあたり)  
タンパク質 約7g  
骨の形成に重要なカルシウム  
血流をよくするEPA、脳を活性化させるDHA



バナナは、栄養バランスの王様  
カリウム、マグネシウム、ナイアシン、食物繊維、ビタミン  
B1 B2 B6、セロトニン、ポリフェノール

# 朝たん

- たんぱく質を含む食品を  
2種類組み合わせる



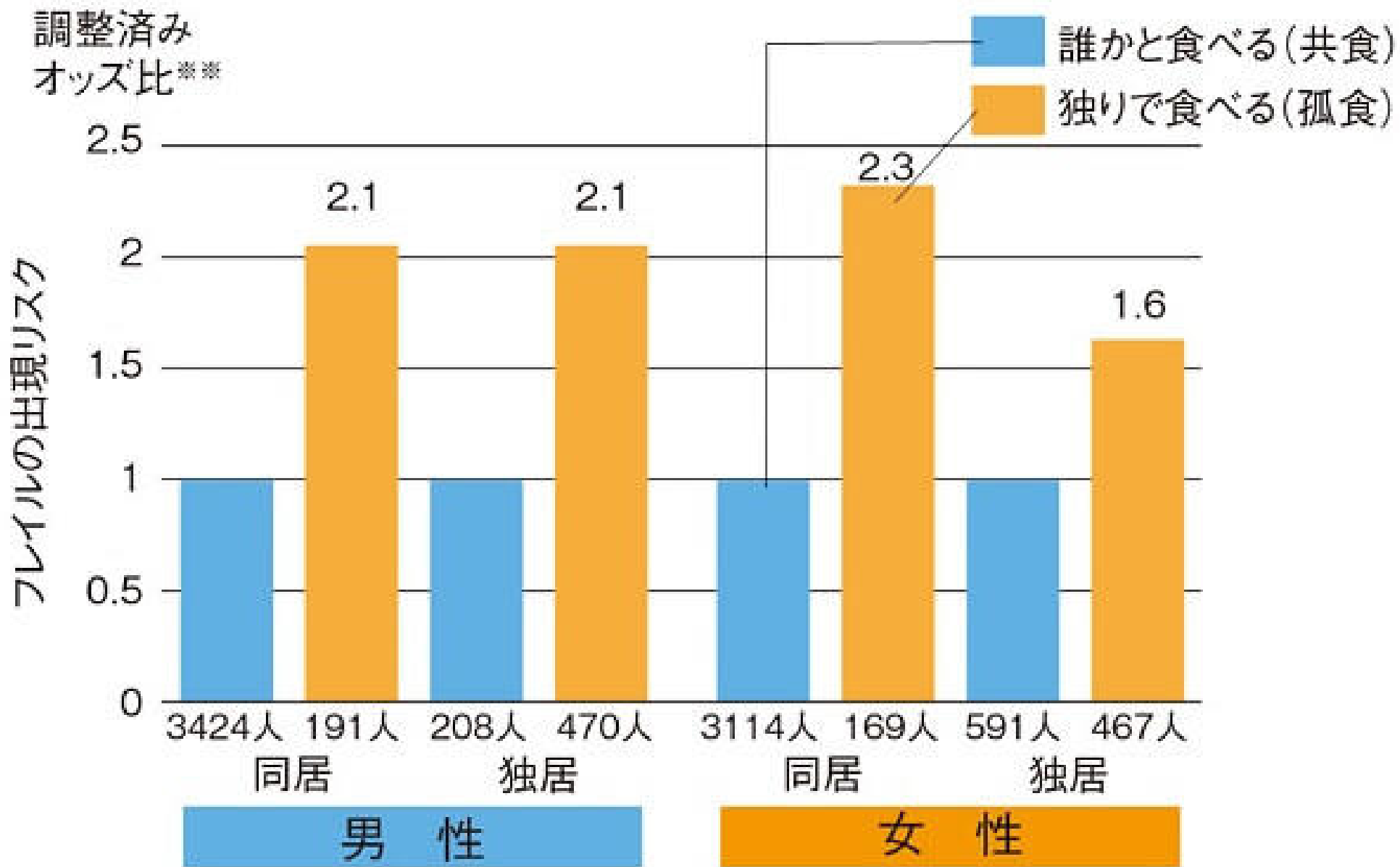
朝ごはん+牛乳やヨーグルト  
主菜+サラダや味噌汁にチーズや豆腐  
納豆+卵  
ハム+卵

- 缶詰をうまく使おう

ツナ缶 12g  
サバ水煮缶 26.8g  
サンマ蒲焼き缶 16g  
焼き鳥缶詰 14.7g

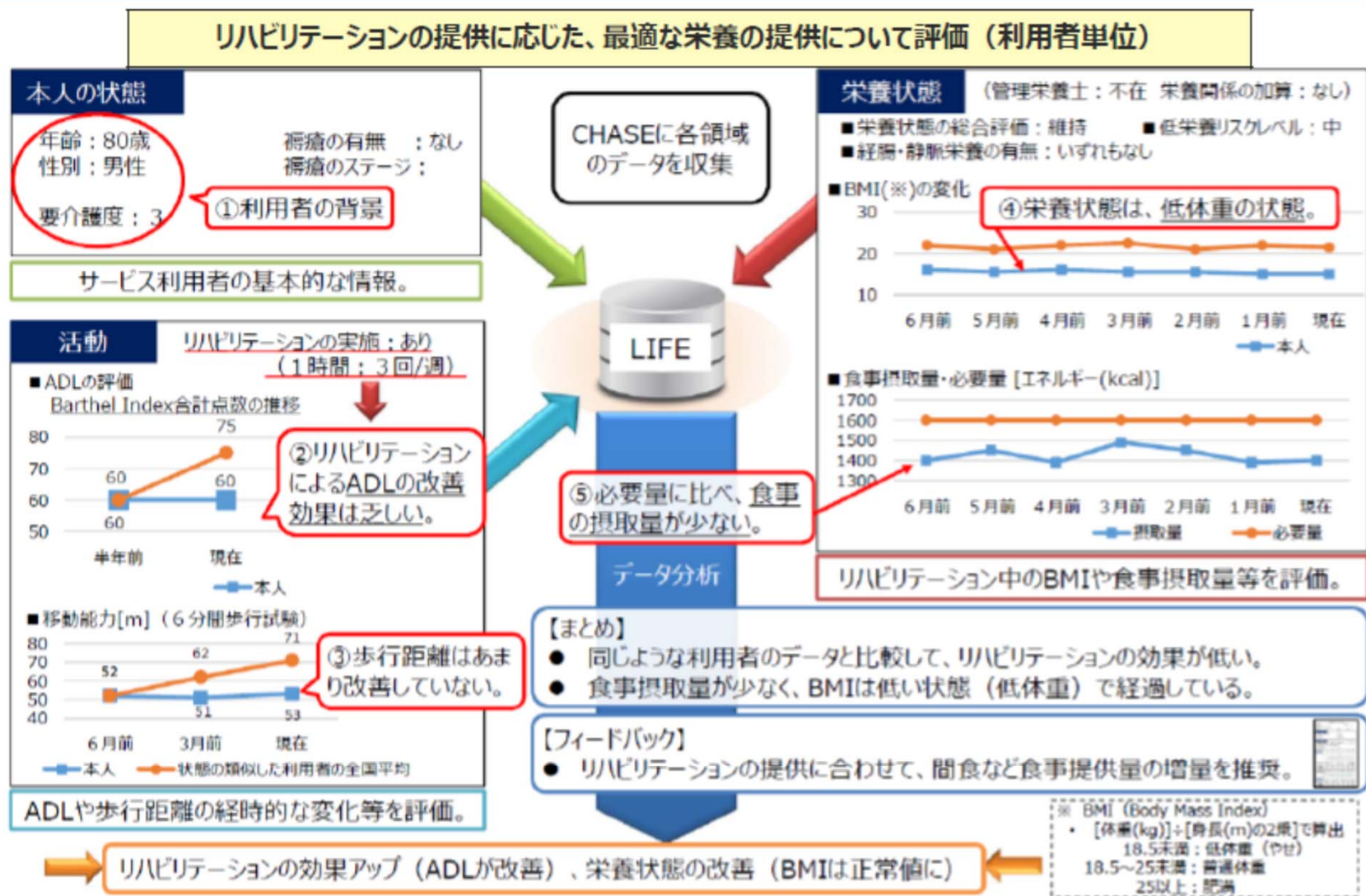
- おやつ

ヨーグルト、ゆで卵、  
魚肉ソーセージ、プリン



# 6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

## （4）個別化された自立支援・科学的介護の推進例（1/2）



（資料）厚生労働省HP「科学的介護情報システム（LIFE）について」

## 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。

# 居宅サービス計画(第1表)

第1表

## 居宅サービス計画書(1)

作成年月日

年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

認定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
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	----- ----- -----
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- -----
総合的な援助の方針	----- ----- ----- -----
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他( )

## 【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。



## 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目指すのかということを明確にしていくことが必要になります。
- 利用者及び家族の抱える問題点や困りごとに対して、安易に即サービスで対応するというのではなく、利用者及び家族とともに、その問題や困りごとの本質（原因や背景）や、解決するためには何が必要な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。

## 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。

## 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す。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。

## 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。

## 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。

## 居宅サービス計画(第4表)

第4表

### サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 \_\_\_\_\_

開催日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 開催場所 \_\_\_\_\_ 開催時間 \_\_\_\_\_ 開催回数 \_\_\_\_\_

会議出席者	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄： )						
※備考						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

## 【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。

## 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。



# 【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。

## 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。

## 居宅サービス計画(第5表) ※抜粋(赤字:改正部分)

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する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

第5表「居宅介護支援経過」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、記録の日付や情報収集の手段(「訪問」(自宅や事業所等の訪問先を記載)、「電話」・「FAX」・「メール」(これらは発信(送信)・受信がわかるように記載)等)とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

そのため、具体的には、

- ・ 日時(時間)、曜日、対応者、記載者(署名)
  - ・ 利用者や家族の発言内容
  - ・ サービス事業者等との調整、支援内容等
  - ・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。
- 簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、
- ・ 文章における主語と述語を明確にする、
  - ・ 共通的でない略語や専門用語は用いない、
  - ・ 曖昧な抽象的な表現を避ける、
  - ・ 箇条書きを活用する、
- 等わかりやすく記載する。

なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等(別紙)参照」等と記載して差し支えない。(重複記載は不要)

ただし、「(別紙)参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。

※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

## 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

# 居宅介護支援

## 基準省令

### ○十三の二（介護予防支援も適用）

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

平時の連携！



訪問介護

○第二十八条 3 二の二

居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

# 解釈通知より

---

## (7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

### ⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第13号・第13号の2）

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。

(例)

- ・薬が大量に余っている又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
- ・使いき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
- ・体重の増減が推測される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
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

## 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。

## 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。

## 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

# 介護保険最新情報

今回の内容

「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

計 79 枚（本紙を除く）

Vol.1286

令和6年7月4日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課





[参考]

