

令和 6 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

AI を活用したケアプラン作成支援に係る
ケアプランデータの利活用に関する調査研究報告書

2025（令和 7）年 3 月

株式会社国際社会経済研究所

目 次

エグゼクティブサマリー	1
1. 調査研究の概要	3
1-1. 目的	3
(1) 医療 DX 推進と介護のデジタル化への貢献	3
(2) 社会実装につなげる実証的調査研究	3
1-2. 調査研究の意義	4
1-3. 体制	5
(1) 実証研究委員会	7
(2) WG	8
(3) オブザーバー	9
(4) 事務局	10
2. 調査研究の進め方	11
2-1. 2024（令和 6）年度に取り組んだ調査項目	11
2-2. 実証研究委員会および WG の開催	11
3. 介護分野のデジタル化の動向	13
(1) 内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2024（骨太の方針）」	13
(2) 全世代型社会保障構築会議「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」	16
(3) 厚生労働省「新たな地域医療構想」	19
(4) デジタル庁「デジタル社会の実現に向けた重点計画」	22
(5) マイナ保険証とオンライン資格確認	23
(6) 厚生労働省推進チーム「医療 DX 令和ビジョン 2030」	27
(7) 厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会」	33
4. 本事業で実施した調査研究項目	36
4-1. ホワイトボックス型 AI によるモデル分析の全体像	36
(1) 利用者の類型化と汎用型 AI モデル	36
(2) エビデンスに基づく分析と試作システム構築	37
4-2. 実証 1：おすすめ根拠の提示方法改善につながるホワイトボックス型 AI での分析試行 ...	49
(1) 試作システム 2.0 における根拠の見せ方	49
(2) 改善のための分析	50
4-3. 実証 2：試作システム 2.0 によるケアマネジャーへの個別レビュー	58
(1) 個別レビューの方法	58

(2) 個別レビュー実施概要	60
(3) 個別レビュー結果	60
4-4. 実証 3：ケアマネジャーの思考フロー可視化の方法論の整理	63
(1) 「思考フロー可視化の方法論」検討の背景	64
(2) 思考フロー可視化の前提	65
(3) ケアマネジャーの思考フロー可視化を検討する上でのポイント	65
4-5. 実証 4：AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表の作成	70
(1) 検討の方法	70
(2) 主要なアセスメント様式における項目対応表	71
(3) 検討結果	71
4-6. 実証 5：ケアマネジメントデータ利活用基盤のあり方（案）ブラッシュアップ	100
(1) 介護情報基盤の整備	100
(2) 医療等情報の二次利用	104
5. 今年度の調査研究から得られた示唆	106
5-1. 実証 1：おすすめ根拠の提示方法改善に関する分析	106
5-2. 実証 2：ケアマネジャーへの個別レビュー	107
5-3. 実証 3：ケアマネジャーの思考フロー可視化の方法論の検討	107
5-4. 実証 4：AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表の検討	108
5-5. 実証 5:ケアマネジメントデータ利活用基盤のあり方（案）ブラッシュアップ	108
(1) ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能と 3 種のデータ	108
(2) 先行事例：データヘルス推進にかかる取り組み	110
(3) AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤イメージ（案）	111
5-6. 今後の課題	113
(1) ケアプラン作成支援 AI の基本理念の明確化	113
(2) AI によるケアプラン作成支援のエコーチェンバー	113
(3) アセスメント様式の標準化	114
参考資料 1：構造化・体系化ラベル	115
参考資料 2：過去に実施したケアマネジャーの思考フローの可視化	135

エグゼクティブサマリー

本調査研究では、フェーズ 1、フェーズ 2 の調査研究の分析結果を活用した上で、フェーズ 3 の 2 年目として、下記の 5 つの実証を実施することで、「機械学習」の中でも発見したルールを説明できるホワイトボックス型 AI による AI モデルを改善し、AI が提示するおすすめのケアの根拠の納得性をさらに高める分析を行った。また、アセスメント・ケアプラン等のケアマネジメントデータを AI 開発において利活用するための基盤整備のあり方について検討し、異なるアセスメント様式への対応や、現在進められている医療 DX 施策（介護情報基盤の整備等）の進捗を踏まえたあるべき姿へとブラッシュアップした。

実証 1 では、AI のおすすめケアにおける根拠提示の改善につながる分析を行った。本調査研究では、ホワイトボックス型 AI で分析することで、なぜこのような結果が導かれたかを検証できるようにしており、AI モデルを組み込んだ試作システムでも、その結果を根拠として表示し、ケアマネジャーが AI のおすすめするケアを選択する際の判断に利用することを想定している。AI がおすすめしたケアと関連のあるアセスメント項目を根拠として先に表示することや表示の順序を変更することで、おすすめケアの根拠の提示のわかりやすさや納得性を高めることにつながる改善案を検討した。

実証 2 では、昨年度構築した試作システム 2.0 によるケアマネジャーへの個別レビューを実施した。経験の浅いケアマネジャーとベテランのケアマネジャー双方に役に立つ情報が提示できており、根拠の見せ方の改善をはかることでより理解しやすい情報が提示できる見込みがあることが確認できた。また、経験の浅いケアマネジャーとベテランのケアマネジャーとの結果の違いから、試作システムの教育的効果も見えてきた。

実証 3 では、ケアマネジャーの思考フローの可視化の方法論を整理した。ファシリテータ、検討メンバーは適切なケアマネジメント手法を理解していることに加え、経験年数だけでなく、経験しているケースの数や部下の育成経験なども重要である。その上で、忌憚ない意見が出せる場となるよう検討メンバー同士の人間関係も考慮して選定することで、思考フローの可視化の議論が進むことも明らかになった。

実証 4 では、AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表を検討した。各アセスメント様式は、項目だけでなく、各項目ごとの内容にも濃淡があり、すべてのアセスメント項目に対応させることは難しい。試作システムにおいて必要最低限の入力項目としている「要介護認定項目」に限れば、各アセスメント様式に対応となるアセスメント項目、または、関連すると思われるアセスメント項目が存在しており、データ変換などの工夫をすることで、多様なアセスメント様式によるデータ入力の可能性は高いことが明らかになった。

これまでの調査研究から、ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能としては、①利用者の状態に応じた提案と根拠の提示、②適切なケアマネジメント手法の反映、③ケアマネジャーの思考の反映、が重要であることが明らかになっている。多くの介護ソフト開発ベンダー等がこれらの機能を実装した AI を開発できるようにしていくためには、個人情報保護に配慮した上で、ケアマネジメントに関わるデータを定期的に収集して、AI に組み込み、学習させることができる AI 開発のための基盤を整備して

いくべきである。

実証 5 では、AI 活用を前提としたケアマネジメントデータ利活用基盤の検討を行い、ケアプラン作成支援 AI の社会実装に必要なと考えられる 3 つのデータを中心に、国保中央会の介護情報基盤の動向に合わせて、イメージ案をブラッシュアップした。また、データ二次利用の例として、社会保険診療報酬支払基金が運営している「データヘルス・ポータルサイト」を参考事例とした。

1. 調査研究の概要

1-1. 目的

(1)医療 DX 推進と介護のデジタル化への貢献

日本は世界でもトップクラスの長寿の国であり、高齢者の増加に対し、介護を担う人材が不足している状況が続いている。高齢化の進展は、財政にも大きく影響する。国の一般会計予算では、年金、医療、介護、子ども・子育て等のための支出となる社会保障関係費で、予算全体の 1/3 を超える数字となっているが、所得税等の税収等の歳入では歳出全体の約 6 割しか賄えておらず、今後、社会保障関係費がさらに増加していけば、国の借金はますます大きくなっていくことになる。

このような現状を打破するために期待されるのがデジタル化であり、国は医療 DX の実現に向けて、様々な推進策を打ち出している。医療 DX の工程表には、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な医療情報（介護含む）を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」の構築も計画され、自治体・医療機関/介護事業所間の連携等として、情報連携システム(PMH)の機能拡充も予定されている。これにより、自治体から提供される要介護認定の情報など紙ベースでやりとりされ、データ化されていない情報も、今後、利用しやすくなる可能性もある。また、健康・医療・介護情報利活用検討会 介護情報利活用ワーキンググループにおいては、介護データの二次利用のあり方の中間とりまとめが公表されている。2022（令和 4）年 8 月には、居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様の最新版となる第三版が公開され、国民健康保険中央会において 2023（令和 5）年 4 月より「ケアプランデータ連携システム」が本格稼働するなど、介護分野のデータの標準化や連携も進み始めている。

DX を支える技術のひとつである AI では、その分析において、ビッグデータと言われる大量のデータが必要となるが、介護分野においては、AI 活用を前提としたデータ基盤はできていない。これが、介護分野での AI 開発の大きな障壁にもなっており、ケアマネジメントから生じるデータの PDCA サイクルを推進するための体制やデータ基盤の検討も必要となっている。本調査研究は、AI によるケアプラン作成支援という面から、介護 DX への貢献を行っていくものである。

(2)社会実装につなげる実証的調査研究

ケアプランの作成は、ケアマネジメントの中でも負担感の高い業務であるとともに、ケアマネジャーによるバラつきも多いと言われており、AI を活用することへの期待が高い。

老健事業では、2017（平成 29）年度から 2019（令和元）年度の 3 年間（以下、フェーズ 1）で、ホワイトボックス型 AI を活用した自立支援に資するケアプラン提案に関する試行的な取り組みに関する調査研究を実施し、AI による効果に加え、AI が学習するデータの質や AI が導く結果の検証における課題などを整理してきた。フェーズ 1 では、ケアプランに記載されている情報を AI が学習しやすいデータとするためには、テキストデータの構造化・体系化を進めることや、分析データを提

供していただく居宅介護支援事業所を増やすことで、データの多様性を高める工夫も行った。また、保有資格の異なる優秀なケアマネジャーのケアマネジメントの思考を見える化することを試みたことで、ケアプラン AI の開発には、量と質の両面からのアプローチが重要性であることも明らかになった。

2020（令和 2）年度から 2022（令和 4）年度までの 3 年間は、フェーズ 2 と位置づけ、大量のデータを分析することと並行して、データの質の面からのアプローチを強化した調査研究を実施した。フェーズ 2 では、分析の効率化や高度化を図るために、フェーズ 1 での「疾病別の AI モデル」から「汎用的 AI モデル」に大きく転換している。汎用的 AI モデルでは、利用者を 8 つのクラスタに分類してモデル構築を行った。また、ケアマネジャーの思考の見える化を行い、共通部分を抽出しルールとして学習させることや、加齢による状態悪化など利用者状態変化をより反映する「調整変数」の算出なども実施した上で、8 つのクラスタの中で最もボリュームの大きい NO.4 クラスタの試作システムを構築している。試作システムでは、AI 分析による「おすすめ」のニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容を提示するだけでなく、適切なケアマネジメント手法を学んだケアマネジャーのケアプラン・アセスメントのデータから「抜け漏れ注意」のサジェスションも提示できるようにした。試作システムについては、ケアマネジャーによる簡単な効果検証も実施し、AI によるおすすめのケアを提示することや適切なケアマネジメント手法の抜け漏れ注意喚起にはある程度の効果があることが明らかになり、社会実装の道筋が見え始めている。

2023（令和 5）年度からの 3 年間は、第 3 フェーズと位置づけ、引き続き、ホワイトボックス型 AI によるケアプラン作成支援のあるべき姿を実証的に検討するとともに、AI 活用を前提としたケアマネジメントデータ利活用基盤のあり方についても調査研究を行っている。試作システムについては、昨年度、8 つのクラスタすべてに対応したものとなっており、2024（令和 6）年度は、この試作システムを使い、経験の浅いケアマネジャーとベテランのケアマネジャーに対して個別レビューを行い、AI によるおすすめケアにおける根拠提示の改善につなげていく。また、ケアプラン作成支援 AI の社会実装では、AI 分析に必要なケアマネジメントデータの利活用基盤構築の必要性も明らかになっている。DX を支える技術のひとつである AI では、その分析において、ビッグデータと言われる大量のデータが必要となるが、介護分野においては、AI 活用を前提としたデータ基盤はできていない。これが、介護分野での AI 開発の大きな障壁にもなっており、本調査研究では、ケアマネジメントから生じるデータの PDCA サイクルを推進するための体制やデータ基盤の検討という面から、介護 DX への貢献を行っている。

1-2. 調査研究の意義

少子高齢化に伴い、介護サービスを求める人々は急増しているが、介護業界は人手不足が続いている。健康で自立的な生活を続けられるような介護サービスを提供しながらも、効率的な運営をするためには ICT が大きな役割を果たすことになり、本調査研究で実施するケアプラン作成を支援する AI への期待も高い。

しかし、ケアプラン AI の社会実装には課題も多く、本格的なサービス提供に至っている企業は多く

はない。これらの課題解決には、ケアプラン AI の開発を実施する企業サイドだけでは解決できない課題も含まれている。特に、AI 開発においては、学習するデータが重要となるが、ケアマネジメントに関連するデータが AI を開発・利用する組織にとって利用しやすい状況にはなっておらず、社会全体で検討していくべき課題といえる。この課題を解決することが、ケアプラン AI の活用を広く社会に広めることになると考えられる。

1-3. 体制

調査研究事業の全体像は、図表 1 の通りである。調査研究は、有識者による実証研究委員会と WG を立ち上げ、適時アドバイスを受けながら進めた。また、厚生労働省老健局からオブザーバー参加をいただき、国レベルで進められている政策と整合性を取りながら検討を行った。

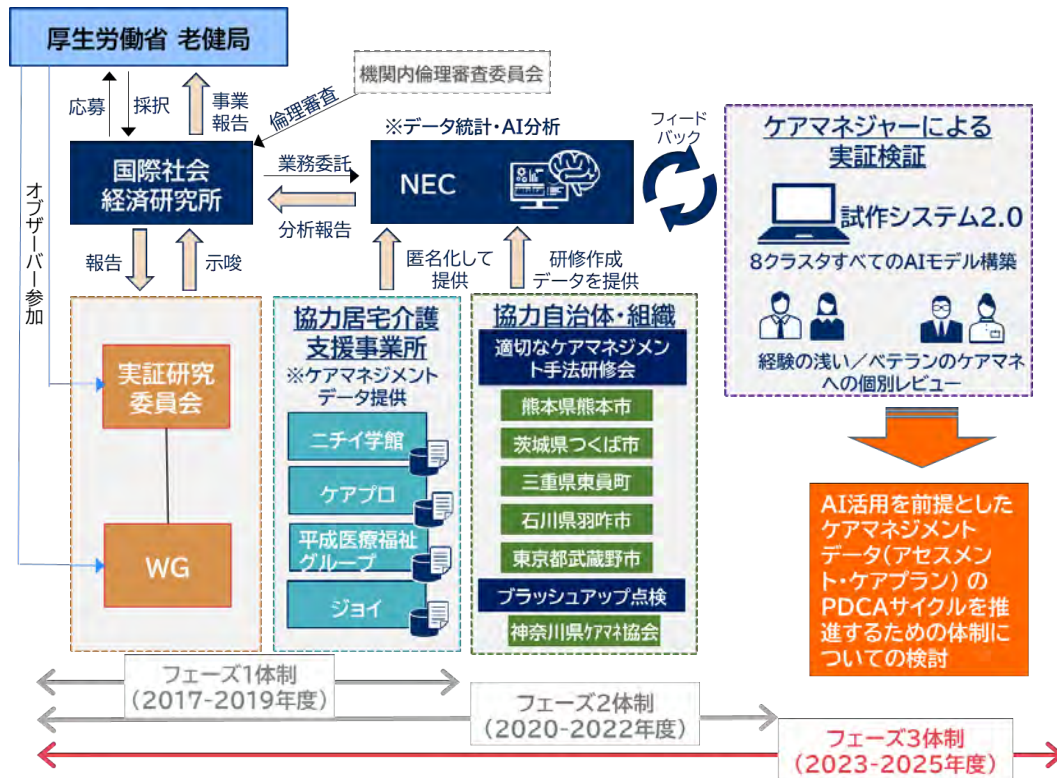
昨年度までは、委員会の下に WG1 と WG2 の 2 つの WG を設置していたが、試作システムに 8 クラスすべての AI モデルが構築できたことから、今年度からは、(旧) 委員会と (旧) WG1 を合併して (新) 委員会とした。また、それに伴い (旧) WG2 を (新) WG とし、2 つの会議で議論を行った。実証研究委員会は、ケアマネジメントに関係する専門家と AI の専門家で構成され、調査研究全体の方向性を検討し、実証から得られた成果を「実用可能性」「汎用性」「持続可能性」等の観点から評価を行う。WG は、看護師や社会福祉士、保健師などの異なる保有資格を持つ複数のケアマネジャー等から構成される。ケアプラン作成支援 AI の主たる利用者と想定されるケアマネジャーからのフィードバックを受けて、ケアプラン AI のモデル開発につなげる。

実施にあたっては、フェーズ 1 における協力組織（ニチイ学館、平成医療福祉グループ、ケアプロ、ジョイ）のデータ分析結果およびフェーズ 2 で実施した 6 つの協力組織（熊本県熊本市、茨城県つくば市、三重県東員町、石川県羽咋市、東京都武蔵野市、神奈川県介護支援専門員協会）での適切なケアマネジメント手法研修や神奈川県介護支援専門員協会と実施したブラッシュアップ点検の成果も活用した。

それとともに、当研究所が属する企業グループであり、ホワイトボックス型 AI において先端的な技術を持ち、米国国立標準技術研究所（NIST）主催のコンテストで第 1 位を獲得した高精度のテキスト含意認識技術を持つ NEC と協働し、事業を実施している。

調査研究にあたっては、NEC グループの「NEC ライフサイエンス倫理審査会議」に倫理審査を依頼し、2024（令和 5）年 7 月 27 日に最長 3 年間の調査研究が承認されている。

図表 1 調査研究の体制



(1)実証研究委員会

◎印：委員長

氏 名	所属・役職
◎三浦 久幸	(国研)国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部長
新井 武志	長野県立大学大学院 健康栄養科学研究科 教授
石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 教授
岩本 隆博	SOMPO ケア株式会社 取締役執行役員 CDO
遠藤 征也	(一財)長寿社会開発センター 事務局長 兼 調査研究開発部長
川越 正平	あおぞら診療所 院長
金坂 宇将	ケアプロ在宅医療株式会社 代表取締役
岸川 映子	井口台介護ステーション 代表／有限会社 GRACE AGE 社長
葛巻 弥生 * 2025 年 3 月から	(一社)保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会介護システム委員会 副委員長
黒木 悦子	株式会社ニチイ学館 マネージングダイレクター
齊木 大	日本総研 創発戦略センター 部長 (新事業開発担当) / エグゼクティブマネジャー
七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
田邊 純 * 2025 年 2 月まで	(一社)保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会介護システム委員会 副委員長
渡名喜 庸哲	立教大学 文学部文学科文芸思想専修 教授
中村 春基	千里リハビリテーション病院 副院長
宮崎 智代	ALSOK 介護株式会社 あんていけあ目黒 所長

森永 聡	日本電気株式会社 研究開発部門 上席主席研究員
鷺尾 隆	関西大学 商学部 教授

(2)WG

○印：主査

氏 名	所属・役職
○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
遠藤 征也	(一財)長寿社会開発センター 事務局長 兼 調査研究開発部長
大森 七	(有)大千 あおぞら介護サービス 居宅介護支援事業所 管理者
齊藤 眞樹	社会医療法人仁生会 西堀病院 経営企画部・在宅支援事業部 部長
藤井 江美	株式会社ブライتكケア 統括部長／ブライتكケアプラン品川 管理者
吉田 早苗	東京海上日動ベターライフサービス株式会社 在宅介護事業部 課長

(3)オブザーバー

氏 名	所属・役職
松尾 徳哉	SOMPO ホールディングス株式会社 シニアマーケット事業部 課長 兼 SOMPO ケア株式会社 経営企画部シニアリーダー
小林 宏気	SOMPO ケア株式会社 DX 推進部 特命部長
石田 育秀	SOMPO ケア株式会社 経営企画部産官学連携課リーダー
佐々木淳也	SOMPO ケア株式会社 経営企画部産官学連携課リーダー

松下 知己	三菱総合研究所 ヘルスケア&ウェルネス本部 事業統括マネージャー
-------	----------------------------------

田仲 理恵	日本電気株式会社 アナリティクスコンサルティング統括部 マネージャー
戸ノ崎 美穂	日本電気株式会社 アナリティクスコンサルティング統括部
新原 雄介	日本電気株式会社 社会保障システム開発統括部 マネージャー
菅原 久美	日本電気株式会社 社会保障システム開発統括部 主任
福元 海斗	日本電気株式会社 国交・社会保障インテグレーション統括部

松山 政司	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課長補佐
上柳田 雪花	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係長
鈴木 加奈子	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
首藤 俊彰	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係
村山いずみ	厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係

(4)事務局

氏 名	所属・役職
天谷 健一	株式会社国際社会経済研究所 調査研究部 部長
遊間 和子	株式会社国際社会経済研究所 調査研究部 主幹研究員
佐佐木 行雅	株式会社国際社会経済研究所 調査研究部 主任研究員

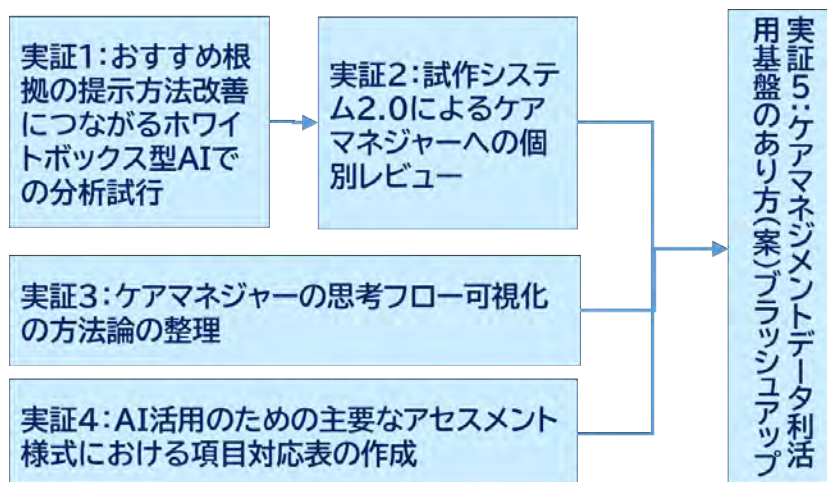
内田 悟史	日本電気株式会社 社会保障システム開発統括部 プロフェッショナル
大熊 沙耶加	国交・社会保障インテグレーション統括部 主任

2. 調査研究の進め方

2-1. 2024（令和 6）年度に取り組んだ調査項目

本調査研究では、フェーズ 1、フェーズ 2 の調査研究の分析結果を活用した上で、フェーズ 3 の 2 年目として、下記の 5 つの実証を実施した。「機械学習（マシンラーニング）」の中でも発見したルールを説明できるホワイトボックス型 AI による AI モデルを改善し、AI が提示するおすすめのケアの根拠の納得性をさらに高めるとともに、アセスメント・ケアプラン等のケアマネジメントデータを AI 開発において利活用するための基盤整備のあり方について検討し、異なるアセスメント様式への対応や、現在進められている医療 DX 施策（介護情報基盤の整備等）の進捗を踏まえたあるべき姿へとブラッシュアップした。

図表 2 2024（令和 6）年度に取り組む調査項目



また、本調査研究では、別の老健事業において実施されている「適切なケアマネジメント手法」に関する調査研究の成果を踏まえて検討を行った。これにより、ケアプラン作成を支援する AI が学習しやすい環境を整え、将来的には、利用者の自立支援に資するケアプラン作成を可能にするとともに、介護職の業務効率化、人材育成、及びサービスの質の均質化を図ることを目指している。

2-2. 実証研究委員会および WG の開催

実証研究委員会は 3 回開催、WG は 2 回開催し、委員による議論を行った。実証研究委員会、WG の開催日時と検討内容は、図表 3 の通りである。

図表 3 委員会およびWGの開催

	実証研究委員会	ワーキング・グループ	実施項目
6月			●委員委嘱・スケジュール調整 ●ケアプラン AI 実証検証準備
7月			●倫理審査（変更点申告）
8月			
9月			
10月	★第1回委員会（10/17） ・調査研究の概要説明 ・調査研究の進め方の検討 ・データ活用基盤のあり方検討	★第1回WG（10/3） ・アセスメント対応表の検討 ・思考フロー可視化の方法論の検討 ★第2回WG（10/22） ・アセスメント対応表の検討 ・おすすめケアの根拠の提示方法の改善に関する検討	実証1（AIのおすすめケア根拠提示の改善分析） 実証2（ケアマネジャーへの個別レビュー） 実証3（ケアマネジャーの思考フロー可視化の方法論整理） 実証4（AI活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表） 実証5（AI開発のためのケアマネジメントデータ活用基盤整備のあり方（案）の検討）
11月			
12月	★第2回委員会（12/18） ・実証中間報告 ・データ活用基盤のあり方検討		
1月			
2月			●報告書案作成
3月	★第3回委員会（3/6） ・実証結果報告 ・データ活用基盤のあり方検討 ・報告書草案の確認		●報告書案修正 ●報告書完成（印刷・配布）

3. 介護分野のデジタル化の動向

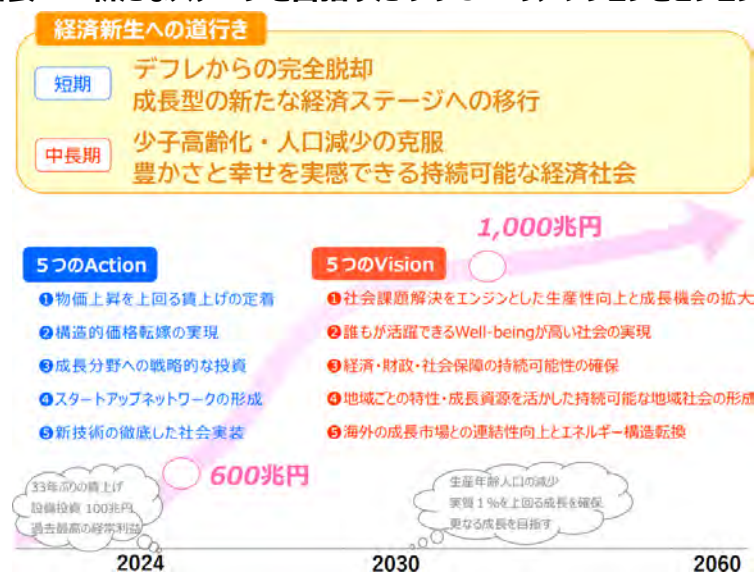
本章では、ケアプラン作成支援 AI の検討の前提となる介護分野のデジタル化について、その動向を整理していく。

(1)内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2024（骨太の方針）」

2024 年 6 月 21 日に閣議決定され公表された「経済財政運営と改革の基本方針 2024 ～賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現～」(以下、「骨太方針」)では、現在のデフレの状況から完全に脱却し、成長型の経済を実現させる千載一遇の歴史的チャンスを迎えているとし、日本経済を成長型の新たなステージへと移行させていくことが、経済財政運営における最重要課題となっているとしている。「賃上げを起点とした所得と生産性の向上」が移行のカギであり、2024 年には、物価上昇を上回る所得の増加を確実に実現し、来年以降では、物価上昇を上回る賃上げを定着していくとしている。

新たなステージを目指すための 5 つのアクションとして、①物価上昇を上回る賃上げの定着、②構造的価格転嫁の実現、③成長分野への戦略的な投資、④スタートアップネットワークの形成、⑤新技術の徹底した社会実装が挙げられており、5 つのビジョンとして、①社会課題解決をエンジンとした生産性向上と成長機会の拡大、②誰もが活躍できる Well-being が高い社会の実現、③経済・財政・社会保障の持続可能性の確保、④地域ごとの特性・成長資源を活かした持続可能な地域社会の形成、⑤海外の成長市場との連結性向上とエネルギー構造転換、が挙げられている。

図表 4 新たなステージを目指すための 5 つのアクションとビジョン



資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2024」WEB サイト

<https://www5.cao.go.jp/keizai->

shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/shiryo_04.pdfhttps://www.cao.go.jp/press/new_wave/20230626.html

骨太の方針 2024 では、社会課題への対応を通じた持続的な経済成長の実現することを目指して、「DX」に関しては、以下のように整理されている。

デジタル技術の社会実装を通じて新たな価値・サービスを生み出すとともに、DXの中で蓄積されるデータを活用しデータ駆動型社会を構築することにより、国民一人一人がその恩恵を実感できる社会をつくる。そのために、地方公共団体や民間事業者と連携する。

公的基礎情報のデータベースの整備・利用促進、事業者向け共通認証システムの普及・拡大を図り、行政手続のワンストップ・ワンズオンリー化を可能とする。企業・業種横断のデータ基盤・システム連携のプラットフォーム構築（ウラノス・エコシステム）を推進し、DXを通じた社会課題の解決とイノベーションを後押しする。

防災・減災や安全保障にも資する地理空間（G 空間）情報の整備・利用拡大と社会実装に向け、準天頂衛星等の更なる整備や衛星データの利活用を進める。

DDFT を進捗させるため、新たに OECD に設立された国際枠組みの下、データの越境移転に係る各国制度の透明性や必要な技術の検証など、関連プロジェクトを進める。分散型のデジタル社会の実現に向け、利用者保護等にも配慮しつつ、web3（ブロックチェーン技術を基盤とする NFT を含む。）に係るトークンの利活用や決済の円滑化、コンテンツ産業の活性化に係る環境整備、ユースケース創出支援等を行う。

スマートフォンにおいて利用される特定ソフトウェアに係る競争の促進に関する法律を迅速かつ効果的に運用するため、高度なデジタル専門人材の登用を進めるなど、公正取引委員会の体制を質・量両面で抜本的に強化する。

デジタル空間の偽・誤情報への対応、通信障害などの非常時における事業者間ローミングの実現、携帯電話市場の公正競争の促進等の必要な対応を行う。

CBDC（中央銀行デジタル通貨）について、政府・日本銀行は、諸外国の動向等も踏まえ、中間整理に基づき検討を深め、制度設計の大枠の整理として、主要論点の基本的な考え方や選択肢等を明らかにする。その後、発行の実現可能性や法制面の検討を進める。

また、「医療・介護・こども DX」では、以下のように整理され、医療介護データの利用に関しては、「全国医療情報プラットフォーム」で共有される情報を新しい医療技術の開発や創薬等のために二

次利用する環境整備、医療介護の公的データベースのデータ利活用を促進するとともに、研究者、企業等が質の高いデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を構築するとしている。

医療・介護の担い手を確保し、より質の高い効率的な医療・介護を提供する体制を構築するとともに、医療データを活用し、医療のイノベーションを促進するため、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて医療・介護DXを確実にかつ着実に推進する。このため、マイナ保険証の利用の促進を図るとともに現行の健康保険証について2024年12月2日からの発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行する。「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、「全国医療情報プラットフォーム」を構築するほか、電子カルテの導入や電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DX、PHRの整備・普及を強力に進める。調剤録等の薬局情報のDX・標準化の検討を進める。また、次の感染症危機に備え、予防接種事務のデジタル化による効率化を図るとともに、ワクチン副反応疑い報告の電子報告を促し、予防接種データベースを整備する等、更なるデジタル化を進める。当該プラットフォームで共有される情報を新しい医療技術の開発や創薬等のために二次利用する環境整備、医療介護の公的データベースのデータ利活用を促進するとともに、研究者、企業等が質の高いデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を構築する。医療DXに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し、必要な体制整備や医療費適正化の取組強化を図るほか、医療・介護DXを推進し、医療の効果的・効率的な提供を進めるための必要な法整備を行う。また、AIホスピタルの社会実装を推進するとともに、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策を着実に実施する。電子処方箋について、更なる全国的な普及拡大を図る。あわせて、子育て支援分野においても、保育業務や保活、母子保健等におけるこども政策DXを推進する。また、これらのDXの推進については、施策の実態に関するデータを把握し、その効果測定を推進する。

図表 5 医療・介護 DX



資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2024」WEB サイト

[https://www5.cao.go.jp/keizai-](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/shiryo_05.pdf)

[shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/shiryo_05.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2024/shiryo_05.pdf)

(2)全世代型社会保障構築会議「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」

全世代型社会保障構築会議¹は、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うために 2022 年 1 月に設置され、2022 年 12 月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けた報告書²」を取りまとめた。

報告書では、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎える歴史的転換期の中で、「全世代型社会保障」の構築に向けて、社会保障政策が取り組むべき足下及び中・長期の課題とその改革の方向性を示し、各分野における改革の最初の柱として「こども・子育て支援の充実」を掲げた。

¹ 全世代型社会保障構築会議の詳細は以下を参照のこと。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/index.html

² 全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けた報告書の詳細は、以下を参照のこと。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20221216houkokusyo.pdf

2023 年 6 月には、「こども未来戦略会議」にて「こども未来戦略方針³」が、12 月には「こども未来戦略」の「こども・子育て支援加速化プラン⁴」が定められたが、安定的な財源確保の方策の一つとして、全世代型社会保障を構築するとの観点から、2028 年度までに徹底的な歳出改革等を行うこととし、そのために具体的な改革工程の策定による社会保障の制度改革などに取り組むこととなった。

全世代型社会保障構築会議では、全世代型社会保障の構築に向けて、報告書に示された基本理念や改革の方向性及びその後の状況の変化も踏まえつつ、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）⁵」を 2023 年 12 月に取りまとめている。

改革工程では、2026 年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040 年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行うとされており、DX、AI のような新しい技術を徹底的に社会実装することで、これまではできなかった改革を実行に移すことが可能となることが期待されるとしている。また、EBPM にのっとり、データに基づき国民に分かりやすく説明していくとともに、政策の効果を検証・分析する必要があることも明記している。

改革を進めるに当たっては「時間軸」を考慮し、①来年度（2024 年度）に実施する取組、②「こども・子育て支援加速化プラン」の実施が完了する 2028 年度までに実施について検討する取組、③2040 年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組、の 3 つの段階に分けて、実施していくことが考えられるとしており、それぞれの段階で実施すべきことが整理されている。医療・介護制度等の改革については下記の内容が示されている。

³ こども未来戦略方針の詳細は以下を参照のこと。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_mirai/pdf/kakugikettei_20230613.pdf

⁴ こども・子育て支援加速化プランの詳細は以下を参照のこと。

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0d0aadc2-11b2-4c31-b263-22f55be05578/027e19be/20240222_councils_shingikai_kodomo_sodachi_1b4F7eh4_09.pdf

⁵ 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）の詳細は、以下を参照のこと。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20231222_antore.pdf

図表 6 医療・介護制度等の改革

① 来年度（2024 年度）に実施する取組	
	● 前期財政調整における報酬調整（1/3）の導入 ● 後期高齢者負担率の見直し ● 介護保険制度改革（第 1 号保険料負担の在り方を見直し） ● 介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT 活用、経営の協働化・大規模化の推進、介護施設の人員配置基準の柔軟化等） ● イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方を見直し ● 診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ● 入院時の食費の基準の見直し等 ● 生活保護制度の医療扶助の適正化
② 「加速化プラン」の実施が完了する 2028 年度までに実施について検討する取組	
	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ● 医療 DX による効率化・質の向上 ● 生成 AI 等を用いた医療データの利活用の促進 ● 医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ● 医療提供体制改革の推進 ● 効率的で質の高いサービス提供体制の構築 ● 医師偏在対策等 ● 介護サービスを必要とする利用者の長期入院の是正 ● 介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT 活用、協働化・大規模化の推進等） ● イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方を見直し ● 国保の普通調整交付金の医療費勘案・後期高齢者医療制度のガバナンス強化 ● 国保の都道府県保険料水準統一の更なる推進 ● 介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ● サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ● 福祉用具貸与のサービスの向上 ● 生活保護の医療扶助の適正化等 ● 障害福祉サービスの地域差の是正 （能力に応じた全世代の支え合い） ● 介護保険制度改革（利用者負担（2 割負担）の範囲の見直し、多床室の室料負担

	の見直し) ● 医療・介護保険における金融所得の勘案 ● 医療・介護保険における金融資産等の取扱い ● 医療・介護の 3 割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ● 障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現 （高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ● 高齢者の活躍促進 ● 疾病予防等の取組の推進 ● 健康づくりや虚弱化予防・介護予防にもつながる地域社会と継続的な関係を保つ居場所づくり ● 経済情勢に対応した患者負担等の見直し
③ 2040 年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組	
	● 高齢者数がピークを迎える中で、必要なサービスが提供できる体制の実現に向けた 検討 ● 科学的知見に基づき、標準的な支援の整理を含め、個人ごとに最適化された、質の高い医療・介護・障害福祉サービスの提供に向けた検討 ● 人材不足がより深刻化する中で、ロボット・ICT や AI 等の積極的な活用等を通じた、提供体制も含めた効率的・効果的なサービス提供の在り方の検討 ● 健康寿命の延伸による活力ある社会の実現に向けた検討 ● 人生 100 年時代を見据えた、持続可能で国民の満足度の高い社会保障制度の構築や世代間・世代内双方での公平性の観点から、負担能力に応じたより公平な負担の在り方の検討

資料出所：全世代型社会保障構築会議「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」

(3)厚生労働省「新たな地域医療構想」

地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするものであり、現行の地域医療構想が 2025 年までのものとなっていた。そのため、厚生労働省に「新たな地域医療構想等に関する検討会⁶」を 2024 年 3 月に立ち上げ、高齢者の数がほぼピークを迎える 2040 年頃を見据えて、新たな地域医療構想について検討が進められてきた。医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみな

⁶ 厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」の詳細については、以下を参照のこと。

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_436723_00010.html

らず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討され、2024 年 12 月 18 日に新たな地域医療構想に関するとりまとめ⁷が公表された。

新たな地域医療構想では、目指すべき方向として、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築することとし、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築することと外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とすることとされた。

① 2040 年頃の医療をとりまく状況と課題

新たな地域医療構想では、2040 年頃の医療をとりまく状況と課題として、医療需要等では、85 歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有するケースが多く、85 歳以上人口の増加に伴い、2020 年と比較して、85 歳以上の高齢者の 1 か月あたりの搬送件数は、2040 年には全国でおよそ 20 万 5000 件と 75%増加すると試算されており、85 歳以上の在宅医療の需要は 2040 年には 1 日あたりおよそ 7 万 8000 人と、2020 年と比べて 62%増加することが見込まれている。また、認知症の人の数は増加している。このうち、高齢者救急については、自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれるほか、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となるとしている。

医療従事者に関しては、医師や看護師等の医療従事者の確保が困難となっている中、2040 年に向けて、さらなる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者確保の制約が増す中で医療提供体制の確保が必要となり、働き方改革等による労働環境の改善や、医療 DX、タスクシフト・シェア等の推進が重要となるとしている。

② 新たな地域医療構想における基本的な方向性

その上で、新たな地域医療構想においては、「増加する高齢者救急への対応」「増加する在宅医療の需要への対応」「医療の質や医療従事者の確保」「地域における必要な医療提供の維持」の以下の 4 点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要があるとしている。

- 増加する高齢者救急への対応：高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ADL の低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等

⁷ 新たな地域医療構想に関するとりまとめの詳細は、以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

の生活の場に戻ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療 DX の推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。

- 増加する在宅医療の需要への対応：在宅医療について、地域の実情に応じて、医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地域での 24 時間の提供体制を構築するとともに、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化することが求められる。あわせて、外来医療についても、時間外対応等のかかりつけ医機能を発揮して必要な提供体制を確保することが求められる。
- 医療の質や医療従事者の確保：地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要である。また、今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築することが求められる。
- 地域における必要な医療提供の維持：人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療 DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められるとともに、すでに人口減少がより進んでいる過疎地域等においては、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ICT の活用等が一層求められる。

③ 新たな地域医療構想の今後

新たな地域医療構想については、2025（令和 7）年度に国で新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを検討・作成し、都道府県において、医療機関からの報告データ等を踏まえながら、2026（令和 8）年度に地域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討・策定、2027（令和 9）年度から 2028（令和 10）年度までに医療機関機能に着目した地域の医療機関の連携・再編・集約化の協議等を行うことが考えられるとしている。このため、現行の地域医療構想の取組について、2026（令和 8）年度も継続することとし、新たな地域医療構想については、2027（令和 9）年度から順次取組を開始することとし、円滑な移行を図ることが適当であるとしている。

新たな地域医療構想の策定・推進に向けては、上記の内容を踏まえ、速やかに法律改正を行った上で、政省令の整備、ガイドラインの策定を行うべきとし、実現のための地域医療介護総合確保基金等の財政支援などの予算の確保に努めるべきとされている。

(4)デジタル庁「デジタル社会の実現に向けた重点計画」

2022 年 6 月 7 日に閣議決定された「デジタル社会の実現に向けた重点計画⁸」は、目指すべきデジタル社会の実現に向けて、政府が迅速かつ重点的に実施すべき施策を明記し、各府省庁が構造改革や個別の施策に取り組み、それを世界に発信・提言する際の羅針盤となるものとなっている。

重点計画に記載した施策は、進捗や成果を定期的に確認しながら PDCA サイクルの徹底を図る。そして、デジタル化の進捗を大局的につかむ指標として、国民や民間企業の満足度、利用率などを把握・公開しながら、必要な施策の追加・見直し・整理を行うこととなっている。

社会全体のデジタル化は、国民生活の利便性を向上させ、官民の業務を効率化し、データを最大限活用しながら、安全・安心を前提とした「人に優しいデジタル化」であるべきであり、デジタルの活用で目指すのは、これをさらに推進し、誰一人取り残されことなく、多様な幸せが実現できる社会としている。デジタル社会で目指す姿を以下の 6 つに整理している。

図表 7 デジタル社会で目指す 6 つの姿

①デジタル化による成長戦略	社会全体の生産性・デジタル競争力を底上げし、成長していく持続可能な社会を目指す。
②医療・教育・防災・こども等の準公共分野のデジタル化	データ連携基盤の構築等を進め、安全・安心が確保された社会の実現を目指す。
③デジタル化による地域の活性化	地域の魅力が向上し、持続可能性が確保された社会の実現を目指す。
④誰一人取り残されないデジタル社会	誰もが日常的にデジタル化の恩恵を享受できるデジタル社会の実現を目指す。
⑤デジタル人材の育成・確保	デジタル人材が育成・確保されるデジタル社会を実現する。
⑥DFFT の推進を始めとする国際戦略	国境を越えた信頼性ある自由なデータ流通ができる社会の実現を目指す。

資料出所：デジタル庁 Web サイト

<https://www.digital.go.jp/policies/priority-policy-program>

「②医療・教育・防災・こども等の準公共分野のデジタル化」では、健康・医療・介護、教育、防災、こども等の準公共分野は、国民生活に密着している分野であるにもかかわらず、断片的・画一

⁸ デジタル庁「デジタル社会の実現に向けた重点計画」の詳細は、以下を参照のこと。

<https://www.digital.go.jp/policies/priority-policy-program/#document>

的なサービス提供となっており、「デジタルの活用により、一人ひとりのニーズに合ったサービスを選ぶことができ、多様な幸せが実現できる社会」を目指す。このため、準公共分野においては、官民間やサービス主体間での分野を越えたデータの提供・共有をデジタル化によって更に進め、地域ごとに設定されたデータの取扱いルールを見直してスケールメリットを発揮できるよう、民間がデータを提供・利活用する際に遵守すべきルールを明確に設定する。

また、国民一人ひとりが最適にサービスを組み合わせ、自由に暮らしをデザインできるような多様なサービスの提供を促進するため、政府が蓄積・収集した準公共分野のデータや民間が保有する準公共分野のデータについては、オープンデータ・バイ・デザインの考えを徹底することにより民間による積極的な利用を促進するとともに、API・データの公開原則を徹底することにより相互に関連するサービスの官民連携を促進としている。

準公共分野における国・地方間のデータ連携・API 連携については、デジタル庁が司令塔となって、連携アーキテクチャの設計も含め全体像を描き、その不断の見直しを行うこと、情報システム間で異なるデータの取扱いルールの標準化や機関ごとに異なる調達基準などの整備を促進すること、基盤となるデータをベース・レジストリとして整備し、行政機関内の共有にとどまらず、民間を含めて広く活用され得るものはオープンデータ化を徹底することなど、データの利活用に関するルールを積極的かつ継続的に見直していくことが求められる。さらに、各分野におけるデータの積極的な利活用の実現に支障となっている制度や運用を見直すこと、モビリティ、健康・医療・介護、気象、人流等のデータを防災分野において利活用する等、分野横断的なデータ利活用を促進することにより、サービスの質の更なる向上を図ること明記されている。

(5)マイナ保険証とオンライン資格確認

デジタル社会の基盤であるマイナンバー、マイナンバーカードについて、国民の利便性向上等の観点から、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）」等の一部改正を行われ、2023年6月9日に公布された。施行期日は、公布の日から1年3月以内の政令で定める日（一部を除く）となっている。

図表 8 改正のポイント

1. マイナンバーの利用範囲の拡大 (マイナンバー法、住民基本台帳法) ■ 理念として社会保障制度、税制及び災害対策以外の行政事務においてもマイナンバーの利用の推進を図る。 ※具体的な利用事務の追加は、従来通り法律改正で追加 ■ 具体的には、理容師・美容師、小型船舶操縦士及び建築士等の国家資格等、自動車登録、在留資格に係る許可等に関する事務において、マイナンバーの利用を可能とする。保険医・保険薬剤師に係る事務も含む ⇒ 各種事務手続における添付書類の省略等	4. マイナンバーカードの普及・利用促進 (マイナンバー法、公的個人認証法、住民基本台帳法、郵便局事務取扱法) ■ 在外公館で、国外転出者に対するマイナンバーカードの交付や電子証明書の発行等に関する事務を可能とする。 ■ 市町村から指定された郵便局においても、マイナンバーカードの交付申請の受付等ができるようにする。 ■ 暗証番号の入力等を伴う電子利用者証明を行わずに、利用者の確認する方法の規定を整備する（例：図書館等での活用）。 ⇒ マイナンバーカードを申請・取得できる選択肢の拡大及び利用の促進
2. マイナンバーの利用及び情報連携に係る規定の見直し (マイナンバー法、住民基本台帳法) ■ 法律でマイナンバーの利用が認められている事務に準ずる事務（事務の性質が同一であるものに限り）についても、マイナンバーの利用を可能とする。 ※個別の法律の規定に基づく事務は、従来通り法律改正で追加 ■ 法律でマイナンバーの利用が認められている事務について、主務省令に規定することで情報連携を可能とする。 ※情報連携が行われた記録は、マイナポータル上で照会可能 ⇒ 新規で必要とされる機関間の情報連携のより速やかな開始が可能に	5. 戸籍等の記載事項への「氏名の振り仮名」の追加 (戸籍法、住民基本台帳法、家事事件手続法、マイナンバー法、公的個人認証法) ■ 戸籍、住民票等の記載事項に「氏名の振り仮名」を追加。 ■ マイナンバーカードの記載事項等に「氏名の振り仮名」を追加。 ⇒ 公証された振り仮名が各種手続での本人確認で利用可能に 
3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化 (マイナンバー法、医療保険各法) ■ 乳児に交付するマイナンバーカードについて顔写真を不要とする。 ■ 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、必要な保険診療等を受けられるよう、本人からの求めに応じて「資格確認書」を提供する。 ⇒ すべての被保険者の円滑な保険診療を可能に	6. 公金受取口座の登録促進(行政機関等経由登録の特例制度の創設) (公金受取口座登録法等) ■ 既存の給付受給者等（年金受給者を想定）に対して書留郵便等により一定事項を通知した上で同意を得た場合又は一定期間内に回答がなく、同意したものと取り扱われる場合、内閣総理大臣は当該口座を公金受取口座として登録可能に。 (※1) 公金受取口座は給付のみに利用。 (※2) 事前・事後の本人通知に加え、広報で制度の周知徹底を図る。 ⇒ デジタルに不慣れな方も簡易に登録が可能及び給付の迅速化

資料出所：第 165 回社会保障審議会医療保険部会 資料 5「マイナンバー法等の一部改正法（令和 5 年法律第 48 号）について（厚生労働省）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001114698.pdf>

この改正によりマイナンバーの利用範囲の拡大されることになり、マイナンバーカードを健康保険証として利用することが可能となった。健康保険証はマイナンバーカードを基本とする仕組み（マイナ保険証）へ移行し、2024 年 12 月 2 日から現行の健康保険証は新規発行されなくなる。

図表 9 オンライン資格確認に関する掲示ポスター



資料出所：厚生労働省「オンライン資格確認に関する周知素材について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

マイナンバーカードの健康保険証のメリットとしては、以下のように整理されている。

図表 10 マイナンバーカードの健康保険証のメリット

1. より良い医療を受けることができる。	医療機関・薬局を受診した際に、診療・薬剤の情報や特定健診等の結果の提供に同意いただくと、医師や薬剤師からご自身の情報に基づいた総合的な診断や重複する投薬を回避した適切な処方を受けることができる。
2. 窓口で限度額以上の支払いが不要となる（高額療養費制度）	高額な医療費が発生する場合でも、マイナンバーカードを健康保険証として使うことで、医療機関・薬局の窓口で高額な医療費を一時的に自己負担したり、事前に役所で書類申請手続きをしたりする必要がなくなる。
3. 引越しや、就職・転職の後もそのまま健康保険証として使える。	更新が不要で、新しい健康保険証の発行を待たずに手元のマイナンバーカードをそのまま使える。 ＊新しい保険者への加入手続きは必要。

4. 非常時も安心	救急搬送時（救急隊がマイナンバーカードを活用することで、救急搬送される方の診療情報・薬剤情報・特定検診情報などを正確かつ早期に把握して、救急活動の迅速化・円滑化を図る実証事業を実施） 避難時（マイナポータルにより避難所で過去の診療・薬剤情報、普段飲んでいる薬、特定健診等の情報を医師と共有できること等、避難時にも安心・安全に医療を受けられるための実証事業を実施）
5. 安全性	プライバシー保護やマイナンバーカードのセキュリティ対策を講じており、安心して利用できる。

資料出所：デジタル庁 Web サイトより作成

<https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/insurance-card>

マイナンバーカードについては、その利便性を高めるために、デジタル庁において 2022 年 8 月より「マイナンバーカードの機能のスマートフォン搭載に関する検討会」を立ち上げ、個人番号カードの機能のスマートフォンへの搭載について検討を行ってきた。スマートフォンの普及が進み、約 8 割の国民が保有するに至っていることから、スマートフォンを個人番号カードと同様に、オンライン・デジタル化の基盤としていくため、個人番号カードの機能をスマートフォンに搭載する取り組みを進め、マイナンバーカードがなくても、スマートフォン一つで、対面・非対面問わず確実・安全な本人確認・番号確認・電子署名・本人認証ができることを目指した。

個人番号カードの IC チップに格納される電子証明書とは別に、スマートフォンの IC チップに格納される電子証明書を発行することとし、2023 年 5 月により「スマホ用電子証明書搭載サービス⁹」を Android 端末から開始し、iOS 端末について、実現に向けた取り組みが行われている。

⁹ スマホ用電子証明書搭載サービスの詳細は、以下を参照のこと。

<https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/smartphone-certification>

図表 11 スマホ用電子証明書搭載サービスで利用できること

こんなことがあなたのスマホだけでできちゃう！

① マイナポータルの利用

オンライン申請ができる！



子育て支援



引っ越し



確定申告
(2024年度より)

自己情報が閲覧できる！



薬剤・健診情報



母子健康手帳

お知らせが届く！



行政機関からの
お知らせ・各種証明書

② 各種民間オンラインサービスの 申込・利用 (5月11日より順次対応予定)



銀行・証券
口座開設



携帯電話の
契約



キャッシュレス
決済申込

③ コンビニ交付サービスの 利用 (2023年12月開始)



④ 健康保険証としての 利用 (今後対応予定)



他にも、順次、さまざまなサービス利用ができるようになります！

資料出所：デジタル庁「スマホ用電子証明書搭載サービスリーフレット」

https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/29c7576b-de6c-4394-bf07-d39b78f26300/f13179e0/20240328_policies_mynumber_resources_leaflet_01.pdf

(6) 厚生労働省推進チーム「医療 DX 令和ビジョン 2030」

医療 DX の実現に向けて、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化等、診療報酬改定 DX その他関連する施策を推進するため、データヘルス改革推進本部設置規程第 8 条の規定に基づき、厚生労働省データヘルス改革推進本部の下に、「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム（以下、推進チーム）が 2022 年 9 月に設置されている。

2023 年 7 月 4 日には、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護情報を含む。）の利活用の課題を部局横断的に検討し、医療 DX の企画立案を総合的かつ戦略的に推進するため、大臣官房に、医療 DX 推進室が設置され、推進室には、「電子カルテ・医療情報基盤等チーム」、「健康保険証利用チーム」、「診療報酬改定 DX・医療 DX 実施組織検討チーム」の 3 つのチームが置かれている。

医療 DX の推進に関する工程表では、以下の項目において推進していくことが明示されている。

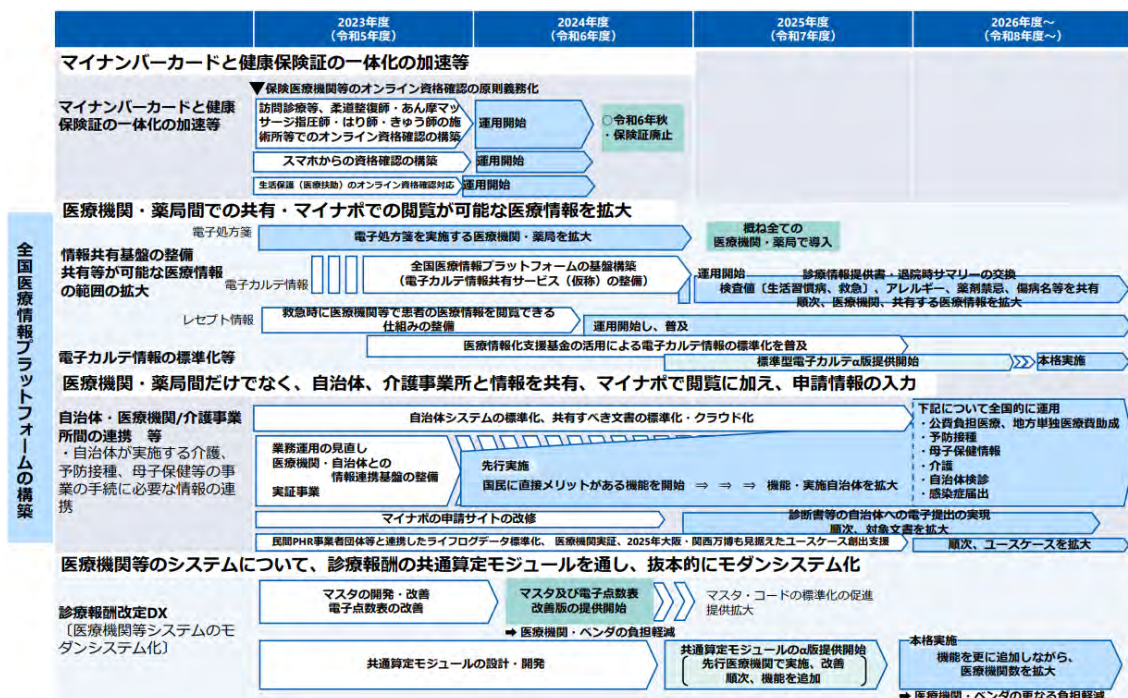
図表 12 医療 DX の推進に関する工程表（概要）

基本的な考え方	○ 医療 DX に関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の 5 点の実現を目指していく ○ サイバーセキュリティを確保しつつ、医療 DX を実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる
マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等	○ 2024 年秋に健康保険証を廃止する ○ 2023 年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入
全国医療情報プラットフォームの構築	○ オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築 ○ 2024 年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大 ○ 併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応 ○ 2024 年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現 ○ 民間 PHR 事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援 ○ 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023 年度中に検討体制を構築
電子カルテ情報の標準化等	○ 2023 年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024 年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024 年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討 ○ 標準型電子カルテについて、2023 年度に必要な要件定義等に

	関する調査研究を行い、2024 年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討 ○ 遅くとも 2030 年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す
診療報酬改定 DX	○ 2024 年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026 年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化 ○ 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討
医療 DX の実施主体	○ 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療 DX に関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組 ○ 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点を踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる

資料出所：第 4 回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム資料 医療 DX 推進工程表 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140172.pdf>

図表 13 医療 DX の推進に関する工程表(全体像)

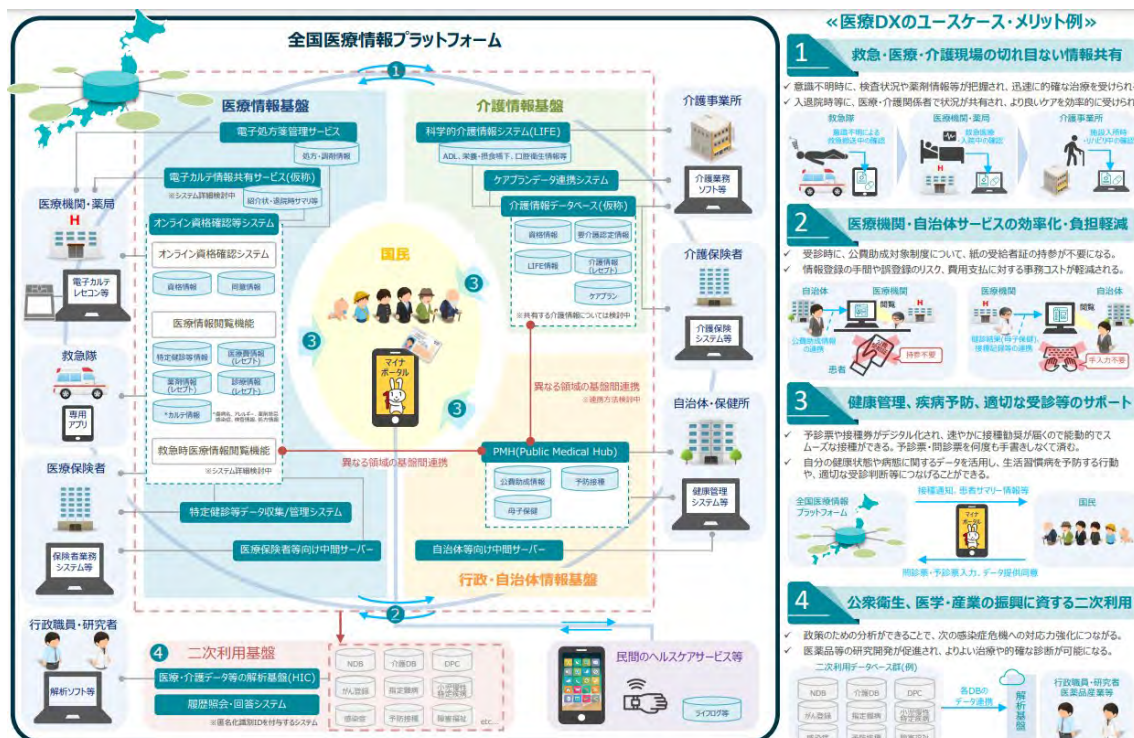


資料出所：第4回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム資料 医療 DX 推進工程表 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140172.pdf>

工程表の基づき構築が進められている「全国医療情報プラットフォーム」は、オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとなる予定である。これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれている。

介護分野でもデータの共有が検討されており、認定情報、ケアプラン、介護情報（レセプト）、ADL 等が共有すべきデータとして挙げられている。

図表 14 「全国医療情報プラットフォーム」(将来像)

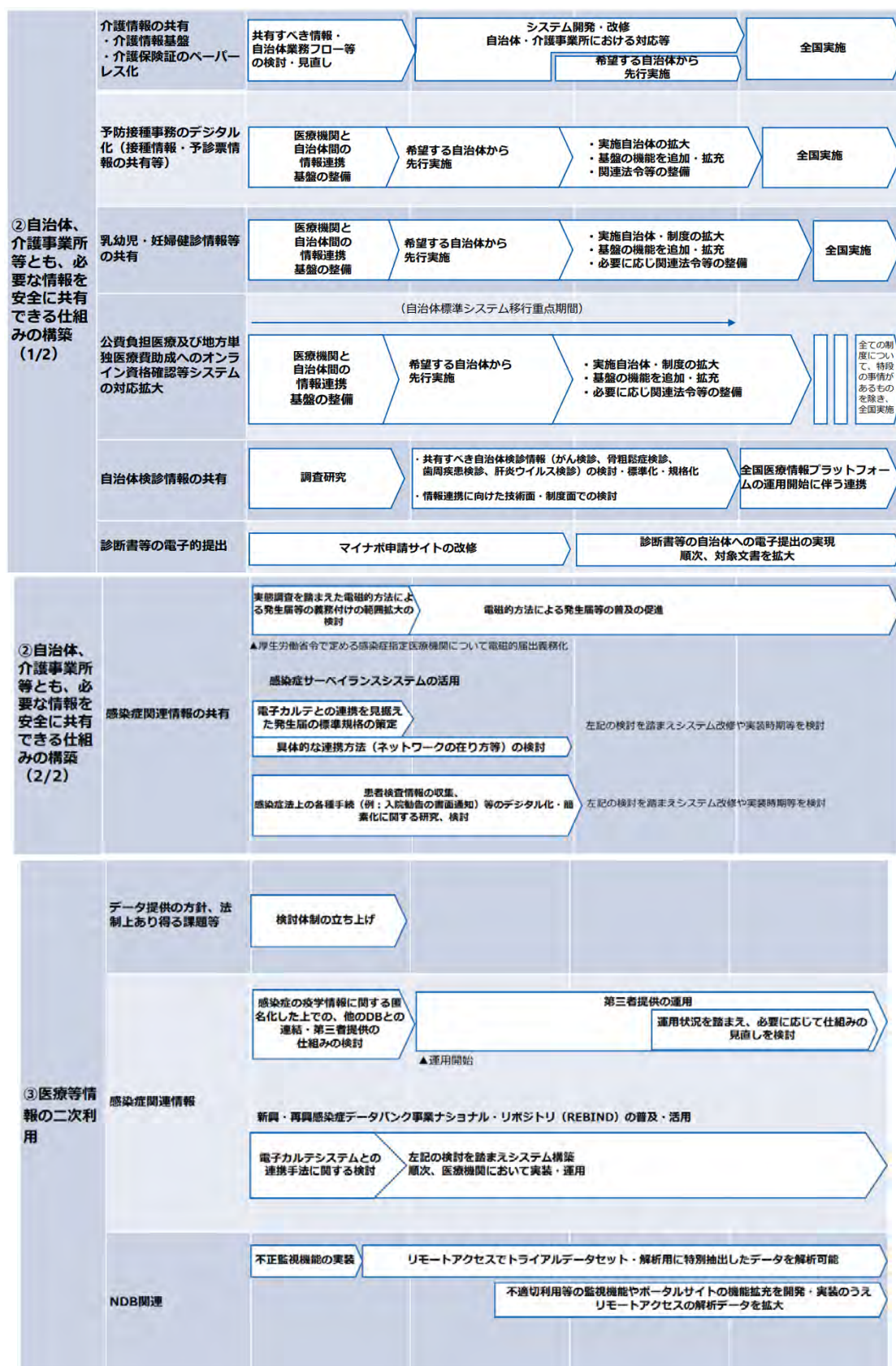


資料出所：第4回「医療DX 令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料 全国医療情報プラットフォームの概要 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140173.pdf>

医療DXの推進に関する工程表を踏まえた今後の進め方としては、以下のようなスケジュールが示されている。

図表 15 医療DXの推進に関する工程表を踏まえた今後の進め方
(全国医療情報プラットフォームの構築)

施策		2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度～ (令和8年度～)
①電子処方箋・電子カルテ情報共有サービス	電子処方箋の普及拡大・機能拡充	2022年度1月から運用開始			
		対応施設について戦略的に拡大		オンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関・薬局で導入	
		電子処方箋の普及とともに多剤重複投薬等の適正化			
	リフィル処方・処方箋預かりサービス等の機能拡充について実施	重複投薬等チェックの精度向上等			
電子カルテ情報共有サービス（仮）の構築	仕様整理・調達	システム開発			
	標準化を実現した医療機関等から順次運用開始				



資料出所：第4回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム資料 今後の進め方（矢羽根詳細）<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140174.pdf>

（7）厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会」

2020年3月に設置された厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会」は、①保健医療情報を、全国の医療機関等で確認できる仕組みや本人が電子的に把握する仕組みの在り方に関する事項及び②その他健康・医療・介護情報の利活用に関する事項を議論することを目的とした検討会となっている。医療等の現場において、保健医療従事者が患者等の過去の保健医療情報を適切に確認することが可能になれば、より適切な医療等サービスを、より迅速に提供できことなどが期待される。また、国民や患者が、スマートフォン等を通じて自身の保健医療情報を閲覧・確認できる環境を整えることで、日常生活改善や健康増進等につながる可能性があり、さらに、本人同意の下に医療・介護現場で役立てることも期待されることから、これらの課題等について、費用対効果や情報セキュリティの観点も踏まえて一体的に検討し、健康・医療・介護情報の利活用を推進することとしている。

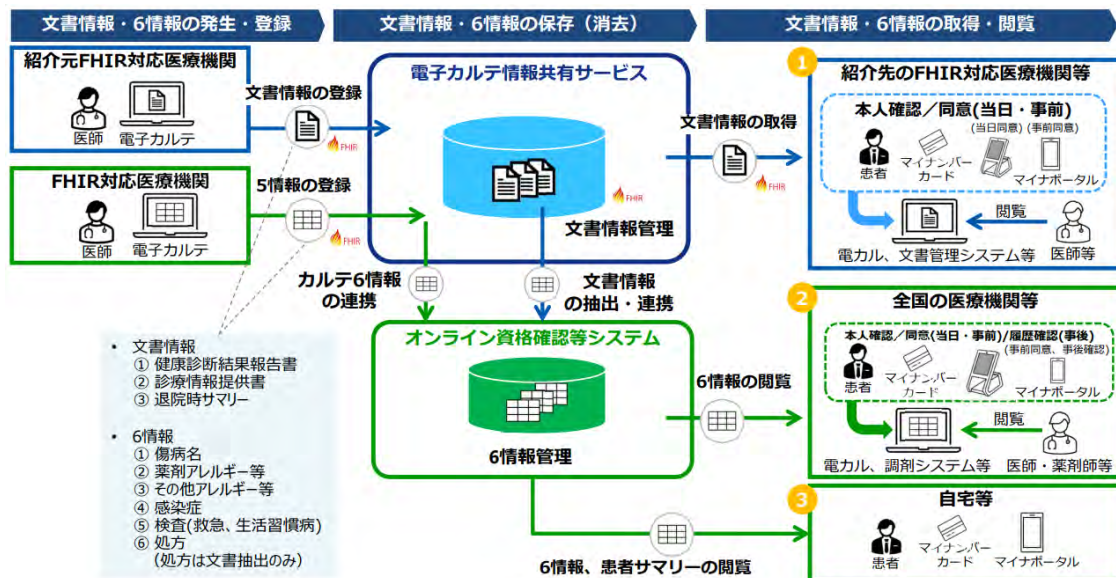
検討会傘下には、「医療等情報利活用ワーキンググループ」、「医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ」「健診等情報利活用ワーキンググループ」「介護情報利活用ワーキンググループ」「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ」などが設置され、具体的な内容が議論されている。

医療等情報利活用ワーキンググループは、健康・医療・介護情報利活用検討会の下、医療の提供等に伴い発生する情報の利活用に関する検討を行うため、2020年3月に設置された。ワーキンググループでは、電子カルテ情報共有サービスについて検討が行われ、「電子カルテ情報共有サービスのこれまでの整理¹⁰」が公表されている。

電子カルテ情報共有サービスでは、全国の医療機関等が6情報（診療情報提供書、退院時サマリー、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報、処方情報）を閲覧でき、本人もその情報を閲覧・活用することできるようになる。

¹⁰ 厚生労働省「「電子カルテ情報共有サービスのこれまでの整理」の詳細は、以下を参照のこと。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262035.pdf>

図表 16 電子カルテ情報共有サービスの概要



資料出所：厚生労働省「電子カルテ情報共有サービスのこれまでの整理」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262035.pdf>

また、紹介元医療機関の診療情報提供書の送付と紹介先での閲覧については、患者の口頭同意が取れていれば紹介先に送付され、紹介先医療機関に届いた時点で診療情報提供書を閲覧可能（既存の運用の通り）とする。一方、患者の転居等によって後から紹介先を変更したい場合があることから、マイナポータルや紹介先医療機関の顔認証付きカードリーダーで、患者が同意することで紹介先が閲覧可能とする仕組みも導入としている。

従来は、テキストで診療情報を記載してきたが、診療情報を医療機関間で活用する観点から6情報については構造化されたデータとして記述・共有可能となる。6情報の具体的な内容は、以下の通りである。

図表 17 共有される3文書6情報

3文書	No	文書項目	概要	記述仕様	宛先指定	添付	電子署名	保存期間
	1	健康診断結果報告書	特定健診、事業主健診、学校職員健診、人間ドック等を対象	HS037 健康診断結果報告書 HL7 FHIR記述仕様	なし	可能	不要	オンライン資格確認等システムに5年間保存
	2	診療情報提供書	対保険医療機関向けの診療情報提供書を対象	HS038 診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	必須	可能	任意	電子カルテ情報共有サービスに6か月間保存。 但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。
	3	退院時サマリー	退院時サマリーを対象 ※診療情報提供書の添付(任意)としての取り扱い	HS039 退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	なし	可能	不要	

6情報	No	情報項目	概要	対象となるFHIRリソース	主要コード	長期保存フラグ	未告知/未提供フラグ	顔リター・聞臨同意区分	保存期間(オン質)
	1	傷病名	診断をつけた傷病名	Condition	レセプト電算処理マスターの傷病名コード ICD10対応標準病名マスターの病名管理番号	あり	あり	傷病名 +手術情報 +感染症	5年間分
	2	感染症	梅毒STS、梅毒TP、HBs(B型肝炎)、HCV(C型肝炎)、HIVの分析物に関する検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にあるJLAC(10/11)コード	あり	—		5年間分
	3	薬剤アレルギー等	診断をつけた薬剤禁忌アレルギー等情報(医薬品、生物学的製剤)	Allergy Intolerance	YJコード(及び派生コード※)テキスト (※銘柄を指定できない場合に限り、下3桁をzzz(一般名処方マスタに相当)で記載する。事前にメタコードを付与する)	あり	—	診療+お薬 +アレルギー等 +検査	5年間分
	4	その他アレルギー等	診断をつけた薬剤以外のアレルギー等情報(食品・飲料、環境等)	Allergy Intolerance	J-FAGYコード テキスト (J-FAGYで表現できないものはテキスト入力する)	あり	—		5年間分
	5	検査	臨床検査項目基本コードセット(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目)で指定された43項目の検体検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にあるJLAC(10/11)コード	—	—		1年間分 もしくは 直近3回分
	6	処方	※直接登録は行わない (文書から抽出した処方を取り扱う)	Medication Request	YJコード(及び派生コード※)テキスト (※銘柄を指定できない場合に限り、下3桁をzzz(一般名処方マスタに相当)で記載する)	—	—		100日間分 もしくは 直近3回分

資料出所：厚生労働省「電子カルテ情報共有サービスのこれまでの整理」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262035.pdf>

4. 本事業で実施した調査研究項目

本調査研究では、フェーズ 1、フェーズ 2 の調査研究の分析結果を活用した上で、フェーズ 3 の 2 年目として 5 つの実証を実施することで、「機械学習（マシンラーニング）」の中でも発見したルールを説明できるホワイトボックス型 AI による AI モデルを改善し、AI が提示するおすめのかの根拠の納得性をさらに高める方策について検討した。また、アセスメント・ケアプラン等のケアマネジメントデータを AI 開発において利活用するための基盤整備のあり方についても検討し、異なるアセスメント様式への対応や、現在進められている医療 DX 施策（介護情報基盤の整備等）の進捗を踏まえたあるべき姿へとブラッシュアップした。

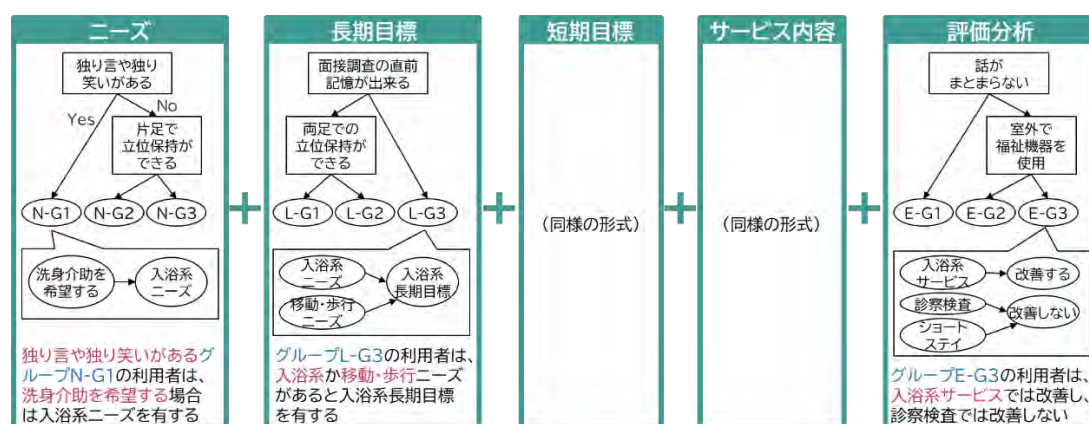
4-1. ホワイトボックス型 AI によるモデル分析の全体像

(1) 利用者の類型化と汎用型 AI モデル

ケアプラン作成支援 AI は、ケアマネジメントにおいて発生するデータをインプットデータとし、AI で分析することで、ある属性グループの利用者が、自立支援という視点で維持・向上できたのは、どのような目標やサービス内容が効いているかを導き出すことを目的とする。

分析にあたっては、アセスメントシートに記入されるデータから自動で類似の状態である利用者をグループ化し、その利用者グループごとに、自立度が改善・維持・悪化抑制した目標やサービス内容は、何であったかを明示できることが特徴である。ブラックボックス型と異なり、状態の異なる利用者グループごとに、どの目標やサービス内容が自立に効いているかを具体的に明らかにしていく。構築するモデルの全体像は、ニーズ→長期目標→短期目標→サービス内容の順に段階的にモデルを構築することで、AI による判断根拠をそれぞれの段階で提示可能にすることを目指している。

図表 18 構築するモデルの全体像



注：条件分岐・項目は一例 ※N-Gx、L-Gx、E-Gx＝グループ

ケアプラン作成支援 AI の検討初期段階では、すべてのデータをまとめて AI 分析にかけるという方法もとったが、よい結果を導くことができなかったため、フェーズ 1 では疾患を中心としたアセスメント項目の基準で利用者を分類し、利用者の状態を揃えてから分析する「疾患別 AI モデル」の構築を行ってきたが、しかし、多種多様な疾患ごとに AI モデルを検討する必要があり、構築に時間がかかる要因となっていた。

そこで、フェーズ 2 以降では、疾患別に利用者の状態を揃えてから分析するのではなく、統計的に利用者を 8 クラスに類型化し、クラスごとに AI 分析を行うことができる汎用的 AI モデルを構築した。

クラスは、疾病以外の観点で利用者を類型化するため、第一段階として、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の軽度（自立・J1・J2・A1・A2）と重度（B1・B2・C1・C2）に分類することで身体の状態をある程度揃え、第二段階として、アセスメントの項目を用いた階層型クラスタリングを実施し、より細かな違いを表現できる 8 つのクラスに分類されている。要介護度は、そのクラスに含まれる利用者の要介護度を平均した数字となっている。

図表 19 利用者の類型化による 8 クラス

種別	番号	人数 (人)	人数 (%)	要介護度	寝たきり度	認知症度	6-① 基本動作	6-② 生活機能	6-③ 認知機能	6-④精神・ 行動障害	6-⑤ 社会生活力
軽度	1	1,640	5%	2.8	少し低い	最も高い	低い	中程度	重い	高い	中程度
	2	4,767	14%	2.9	少し低い	少し低い	中程度	中程度	軽い	低い	中程度
	3	4,331	13%	1.4	最も低い	最も低い	低い	低い	軽い	低い	低い
	4	11,602	34%	1.6	少し低い	少し低い	低い	低い	軽い	低い	中程度
重度	5	2,213	7%	2.0	少し高い	少し低い	中程度	低い	軽い	低い	低い
	6	2,958	9%	2.7	少し高い	少し高い	中程度	中程度	軽い	低い	中程度
	7	2,163	6%	4.6	最も高い	最も高い	高い	高い	重い	低い	高い
	8	3,990	12%	3.8	少し高い	少し高い	高い	高い	重い	低い	高い

(2)エビデンスに基づく分析と試作システム構築

① アセスメントスコアと調整変数

本調査研究の AI モデルでは、提供されたケアによりもたらされた利用者の状態変化等であるアウトカム（結果）を、アセスメント結果から導く「アセスメントスコア」で算出し、2 時点を比較することで、その利用者の状態変化を判定している。

一般的に、利用者の状態は要介護度で示されるが、要介護度は 1 から 5 までの 5 段階でしか分類できないため、利用者の細かい状態変化を把握するには十分ではない指標となっていた。そこで、利用者の状態変化をより詳細に把握するため、アセスメントシートのデータをスコア化した「アセスメントスコア」という新しい指標を作成した。本調査研究に協力いただいている居宅介護支援事業所では、全社協方式のアセスメントシートを利用していたことから、利用者の状態を数値で把握することができるアセスメント項目、6-①～6-⑤を使用し、アセスメントの各項目について最大 100、最

小 0 となるように正規化し、その合計値をアセスメントスコアとして算出した。アセスメントスコアが要介護度のデータとどのような関係にあるかを見るため、要介護度別のアセスメントスコアの分布図を作成し、相関があることも確認している。

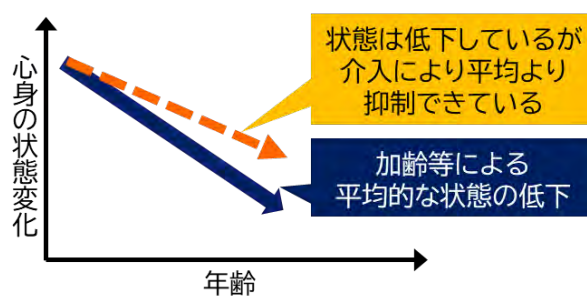
図表 20 項目ごとのスコアの満点

項目名	項目数	スコアの満点
6-①基本（身体機能・起居）動作	11	1100 点
6-②生活機能（食事・排泄等）	13	1300 点
6-③認知機能	10	1000 点
6-④精神・行動障害	21	2100 点
6-⑤社会生活（への適応）力	9	900 点

これにより、初回アセスメント時に要介護度 2 であった利用者が、再アセスメント時にも要介護 2 で変化がないと見られるケースでも、アセスメントスコアで見れば、スコアが上がる・下がるといった変化を捉えることが可能になり、より正確な分析につなげている。

フェーズ 2 では、利用者の 2 時点のアセスメントスコアを比較し、「改善した」、「維持できた」利用者のケアプランを抽出して AI 分析を行っていたが、フェーズ 3 では、「調整変数」を新たに算出し、利用者の状態を「改善した」、「維持できた」、「悪化が抑制できた」の 3 分類で判定し、AI 分析の対象とするように改善している。高齢者は、疾患の影響や加齢によって心身の状態が下降していくことは必然であり、何もしなければ状態が悪くなっていくことを前提に判断しなければならないとの指摘が委員会・WG の有識者よりあった。そこで、利用者の経年変化を考慮したアウトカム評価のための「調整変数」を検討し、調整にあたっては、ある利用者の 2 時点のアセスメントスコアの変化量を計算し、平均的なアセスメントスコアと比較し、平均より悪化の傾きが押さえられていれば、「悪化が抑制できた」と判定することにした。

図表 21 心身の状態低下のイメージ

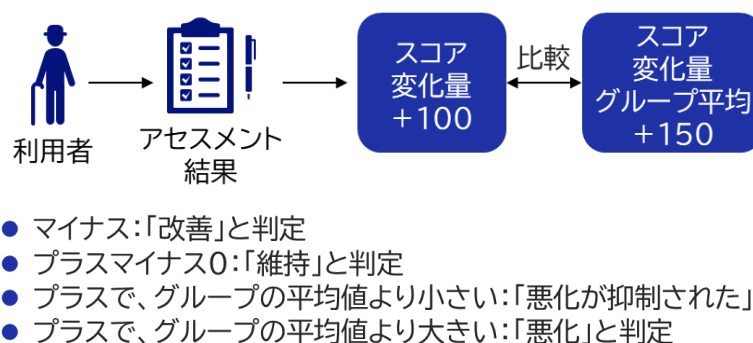


調整変数は、状態が異なる利用者を同じ基準で評価すると適切に評価することはできないため、

類似の利用者グループを抽出するため、いくつかの方法を検討した結果、「傾向スコア」という手法を使っている。例えば、ケアプラン 2 表のサービス内容で「入浴介助」関連のサービスを利用している利用者を評価したい場合、まず、傾向スコアを使い、利用者を「入浴介助を利用する確率が低い」か「入浴介助を利用する確率が高い」でいくつかのグループに分ける。そして、その利用者グループのアセスメントスコアの変化量の平均を算出する。次に、利用者ごとに、傾向スコアによるグループの中から、この利用者に類似のグループを抽出する。利用者の評価したいサービスの使用前後のアセスメントスコアの変化量を算出し、傾向スコアのグループの平均と比較することで、状態変化を算出することになる。

通常、アセスメントスコアは、変化量がプラスとなる場合に「悪化した」と判定する。もし、利用者のアセスメントスコアの変化量が「+100」となれば、「悪化した」となるが、傾向スコアの類似のグループ平均が「+150」であれば、変化量がプラスで前回より状態は悪くなっているが、平均より少ないため、「サービスを利用することにより悪化が抑制された」と判定することができるようになった。

図表 22 状態変化の判定

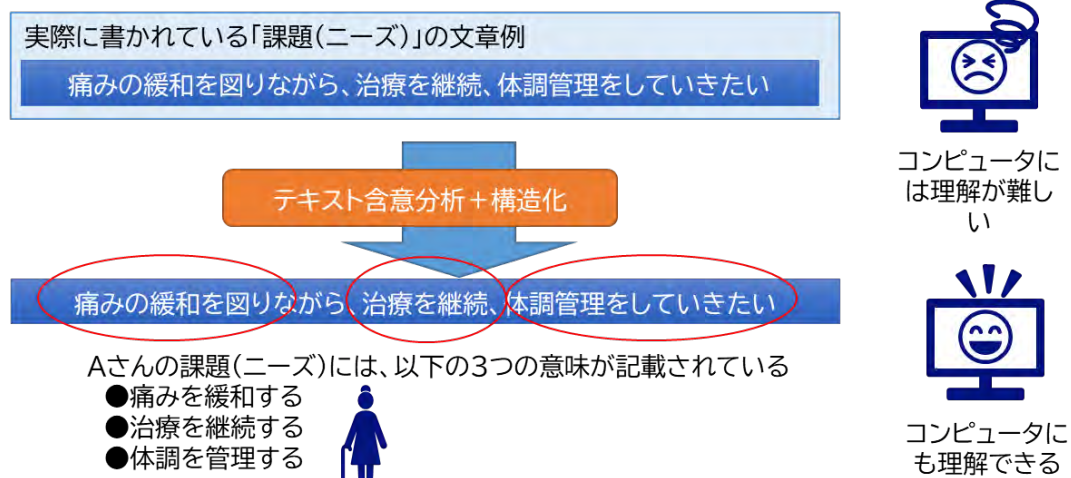


これにより、今までの分析では「悪化した」と判定していたケアプランのアセスメントスコアを調整することで、「悪化が抑制された」という判定を追加し、利用者の状態変化をより正確に AI 分析に反映できるようになっている。

② 構造化・体系化ラベル

ケアプラン 2 表に記載されている課題（ニーズ）、長期目標、短期目標、サービス内容は、文章で記載されているため、そのままでは AI が意味を理解することが難しい。AI 分析において、ケアプラン 2 表を学習しやすくするために、本調査研究では、協力いただいている居宅介護支援事業所の大量の過去データからテキスト含意分析を使い、AI で学習可能なデータへ変換した「構造化・体系化ラベル」を作成し、活用している。例えば、ケアプラン 2 表の課題（ニーズ）に「痛みの緩和を図りながら治療を継続、体調管理をしていきたい」という記載があった場合、テキスト分析をかけることにより、この文章の中には、「痛みを緩和する」「治療を継続する」「体調を管理する」という 3 つの意味が含まれていることがわかる。

図表 23 テキスト分析のイメージ

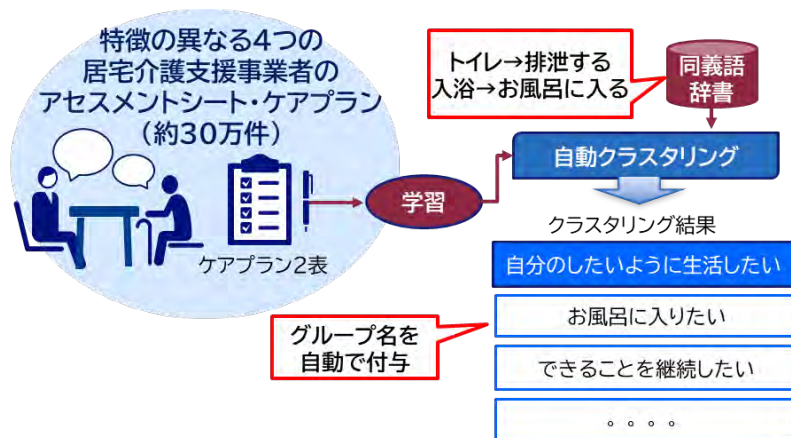


本調査研究で利用しているテキスト分析技術「テキスト含意分析」では、テキスト情報を自動でクラスタリング（文章を意味に応じて分類）し、グループ毎にその意味を代表するグループ名を付与することができる。自動で付与されたグループ名の中で類似グループをとりまとめる等の整理を実施し、整理したグループ名を個別の「ラベル」として、さらに、大分類・中分類（カテゴリ）に体系化した。

実際のケアプラン 2 表の過去データからだけでなく、適切なケアマネジメント手法の項目とのチェックを行い、構造化・体系化ラベルに反映している。また、委員会や WG にて検討いただき、分類の仕方、不足しているラベルや表現を指摘いただくことでブラッシュアップした。

ケアプランは、利用者の考えや意欲を考慮して、ケアマネジャーが記載するものとなるため、ラベルの語尾は「する」で統一している。また、AI の分析上、自分で行っているか、介助で行っているかを区別したいため、「（自分で）～する」と「（介助により）～する」とにラベルは分けている。

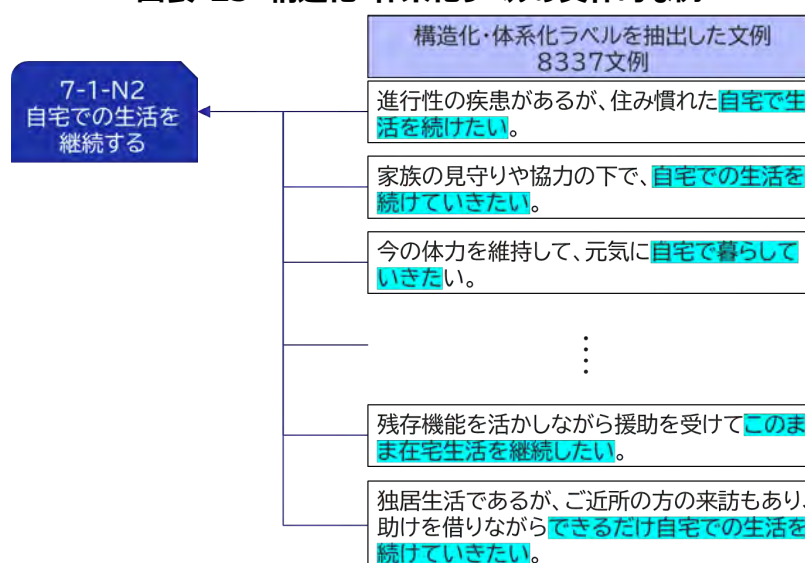
図表 24 クラスタリングとグループ名付与のイメージ



構造化・体系化ラベルの作成においては、個別の情報は落とされているためシンプルな表現となっている。また、同じ意味のテキストがある程度の量になっているものがラベルとなっているため、ケアプランに記載されたテキストのすべてを網羅できている訳ではない。

例えば、本調査研究で作成した「7-1-N2 自宅での生活を継続する」という構造化・体系化ラベルは、分析データの中から、類似の意味を持つ 8337 文例を抽出し、それを代表するものとして作成している。

図表 25 構造化・体系化ラベルの具体的な例



また、ケアプラン 2 表では、サービス内容の実施主体については、「サービス種別」として、「医師」、「訪問看護」、「薬局」、「デイサービス」、「訪問看護」、「本人」、「家族」といった形で記載することになるため、構造化・体系化ラベルの内容だけを見ると、実施主体がはっきりしない。「サービス種別」と併せることで、具体的な内容が把握できることになる。

図表 26 ケアプラン 2 表の書式

[illegible]

資料出所：厚生労働省「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000764680.pdf>

構造化・体系化ラベルは、AI 分析のために作成されたものであり、ケアプラン 2 表を作成するための「見本」の文章ではなく、要素のひとつでしかない。本調査研究で構築した試作システムにおいて、ラベルを選択し、ケアマネジャーが利用者の個別性に応じて加筆修正するという使い方を前提としていることを留意いただきたい。

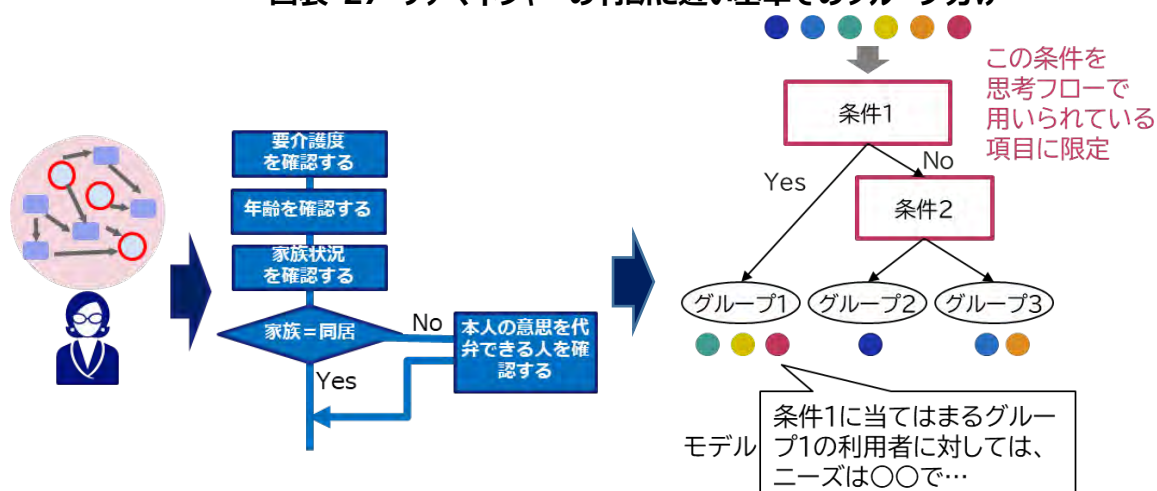
③ ケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分け

フェーズ 1 では、アセスメントおよびケアプランの大量の過去データから構造化・体系化したテキストデータを AI に学習させることで AI モデルの構築に取り組んでいたが、さらなる実用化を進めるには、ケアマネジャーの専門職としての知見・経験値をケアプラン作成支援 AI のアルゴリズムに反映させることが必要となった。そのため、看護師、社会福祉士、保健師といった保有資格の異なるケアマネジャー等で構成される WG を立ち上げ、ケアマネジャーの思考フローの可視化に取り組んだ。ケアマネジャーが、アセスメントによって得られた膨大な情報から、どのような着眼点により絞り込みを行い、ケアプランの記述に落とし込んでいくかという「思考の流れ」を複線的なフローチャートで表現することで可視化を行った。

本調査研究で利用している AI エンジンでは、多種多様なデータの中から精度の高い規則性を自動で発見してグループ分けを行い、その規則に基づいて、状態に応じた最適な予測を行うことができるが、一方で、専門的な分野の分析においては、その分野の知識・知見による調整も必要となる。フ

エーズ 2 では、心疾患、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折の 3 つの思考フローの複線的モデルから共通する項目を抽出し、AI が自動で行っているグループ分けにルールという形で学習させることで、専門性の高いケアマネジャーの判断に近い基準での新しいグループ分けに利用した。これにより、専門性の高いケアマネジャーの判断に近い基準で新しいグループ分けをすることが可能となっている。

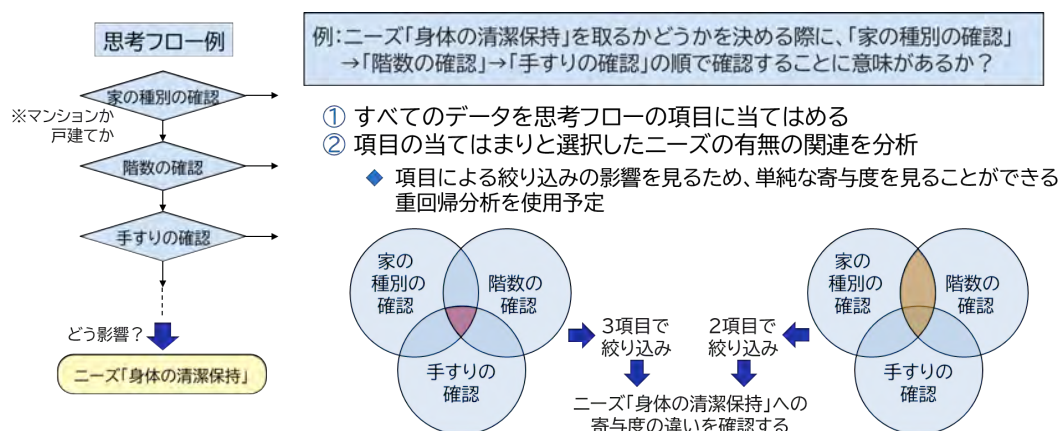
図表 27 ケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分け



また、思考フローには項目の順序があるため、思考フローの順序に意味があるかどうかの分析も AI 分析という観点から行った。順序に意味があるかどうかをデータの観点から確認するために、すべてのデータを思考フローの項目に当てはめ、項目の当てはまりと選択したニーズの有無の関連を分析することとした。項目による絞り込みの影響を見るため、単純な寄与度を見ることができる重回帰分析を使用した。

例えば、「家の種別の確認」→「階数の確認」→「手すりの確認」という思考フローがあり、ニーズ「身体の清潔保持」を取るかどうかを決める際に、「家の種別の確認」→「階数の確認」→「手すりの確認」の順で確認することに意味があるかを確認するため、まず、3 項目すべてで絞り込んだ寄与度と、「家の種別の確認」と「階数の確認」の 2 項目だけで絞り込んで寄与度を比較することで、順序に意味があるかを明らかにしていくという方法を取った。。

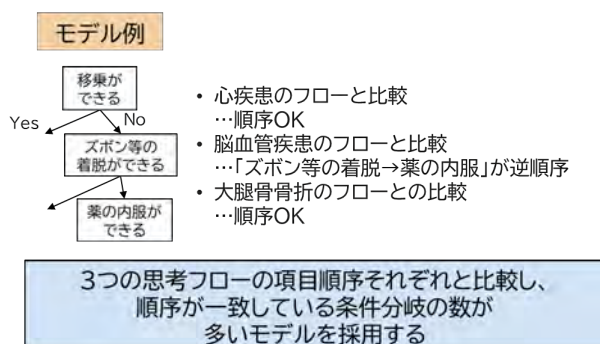
図表 28 データの観点から順序に意味があるかどうかの確認



寄与度の分析から、順序にはある程度意味があることが明らかになったため、AI モデルへのケアマネジャーの思考フローの複線的モデルにおける「順序」を反映することとした。モデル候補を複数構築し、思考フローとできるだけ同じ順序で共通項目が表れるモデルを採用し、試作システムに組み込んでいる。

図表 29 AI モデルへの思考フローの順序の反映方法

順序付け結果の例			
共通項目	心疾患	脳血管疾患	大腿骨骨折
2-1移乗	1	6	1
2-3えん下	1	13	1
2-4食事摂取	1	14	1
2-5排尿	1	1	1
2-6排便	1	1	1
2-7口腔清潔	1	15	1
2-8洗顔	1	10	1
2-10上衣の着脱	1	11	1
2-11ズボン等の着脱	1	7	1
2-13飲水摂取	1	12	1
5-1薬の内服	2	2	1
居室 1階	3	8	2
居室 2階	3	8	2
.....			



④ 適切なケアマネジメント手法の項目による抜け漏れ注意

過去データから得られない情報として、本調査研究では、自治体等協力いただき、適切なケアマネジメント手法の研修会で収集したデータも試作システムに組みこんでいる。適切なケアマネジメント手法を学ぶ研修会を開催し、「自己点検シート」を使って、必要なケア項目であったが、ケアプランの中に入っていなかった項目をチェックする「気づき」のデータを収集するとともに、ケアマネジャー自身に

自分の作成したケアプランを修正加筆してもらうことで、質を向上させたデータを収集してきた。さらに、一部のケアプランについては、適切なケアマネジメント手法を深く理解したケアマネジャー3名にチェックをしてもらい、過不足のないケアプランにブラッシュアップすることも実施した。

これらの成果を活用するため、試作システム構築において、自己点検シートの「必要なケア項目」と「ケアプラン導入済み項目」でギャップの大きい項目データを利用した「抜け漏れ注意」を AI による「おすすめ」と併せて提示できるような仕組みを採用している。

図表 30 適切なケアマネジメント手法研修会において「必要なケア項目」と「ケアプラン導入済み項目」でギャップの大きい項目例

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	必要なケアと回答した割合	ケアプランに導入されている割合	必要なケアのうち導入されている割合
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-2 意思決定過程の支援	I-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援	19 将来の生活の見通しを立てることの支援	68.1%	48.6%	71.4%
I 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-2 現在の生活の全体像の把握	8 水分摂取状況の把握の支援	68.8%	50.9%	74.0%
Ⅲ 家族等への支援	Ⅲ-1 家族等への支援	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	56.9%	42.9%	75.4%

抜け漏れ注意の項目
AIのおすすめと粒度を合わせるため、具体例は適切なケアマネジメント手法に記載の例から抜粋

図表 31 試作システムにおける AI のおすすめと抜け漏れ注意喚起

第2表 > 居宅サービス計画書 > 長期目標入力

目標	項目	期間	選択内容
生活全般に解決すべきニーズ	高血圧などの管理が必要		
長期目標選択			
長期目標の候補	身体 身体機能の維持 移動・歩行 移動・歩行 生活 生活管理 将来 将来の生活の見通しを立てることの支援 本人や家族等 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援 関係者 関係者の理解と対応の支援体制の確保		
選択済	おすすめ	適用	詳細

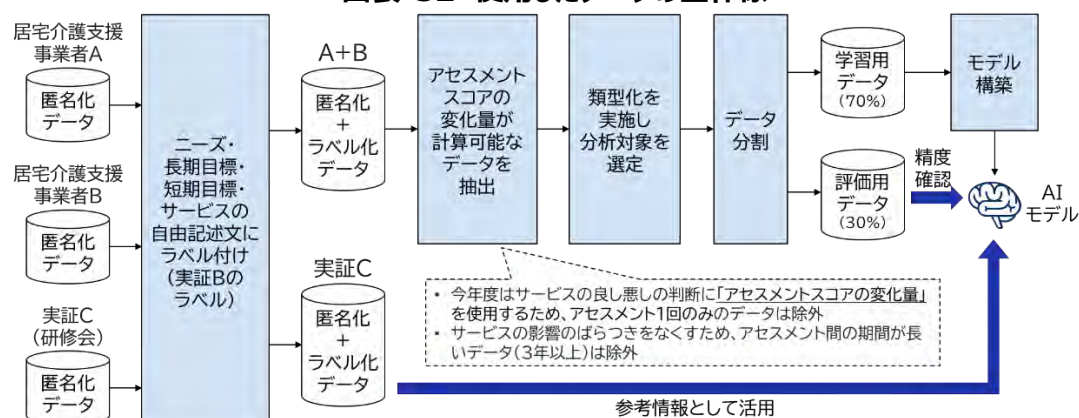
AI がおすすめする選択肢

抜け漏れ注意の項目

⑤ 評価用データを使った精度の確認

AI 分析にあたっては、データの 70%を学習用データとし、残り 30%を評価用データとして、精度の確認を行いながら、利用者を類型化した 8 クラスにおいてニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容、それぞれにおいて具体的モデルを作成し、試作システムを構築した。

図表 32 使用したデータの全体像



⑥ 試作システム構築：専門職であるケアマネジャーを支援する AI

本調査研究では、分析によって作成した AI モデルを搭載した試作システムの構築を行った。試作システムのコンセプトは、専門職であるケアマネジャーを支援する AI である。そのため、試作システムでは、ケアマネジャーのケアマネジメントプロセスにのっとり、ニーズから、長期目標、短期目標、サービス内容とケアプラン 2 表を左から右に作成するイメージをそのままシステム化している。また、試作システムでは、入力されたアセスメントの状態に応じて AI がおすすめのカケアを提示するが、複数のおすすめのカケアを提示し、ケアマネジャーがそこから選択する形式となっている。選択するおすすめのカケアもシンプルな表現としており、選択した後に、ケアマネジャーが利用者の個別性に合わせて、内容を加筆修正するようになっている。

AI はケアマネジャーを支援するだけでなく、ケアマネジャーの専門職としての知識や経験を活かすことを前提とした試作システムとなっている。

⑦ 個別レビューによる試作システムの改善

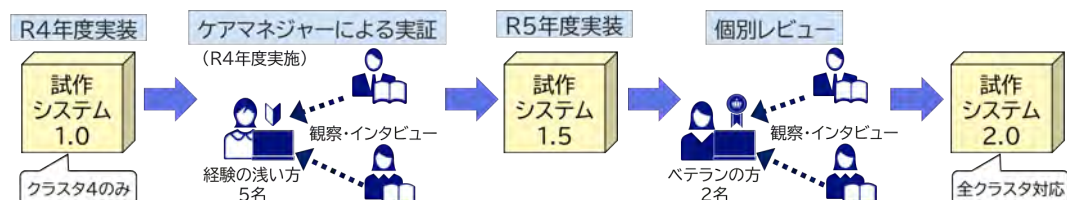
試作システムは、まず、8 つのクラスタのうち No.4 クラスタのみの AI モデルを反映した試作システム 1.0 を作成した。試作システム 1.0 は、比較的経験の浅いケアマネジャーを対象とした実証検証を実施し、ケアマネジャーから出た要望や観察によって得られた知見をもとに、試作システム 1.5 へと改善した。

試作システム 1.5 についても、ベテランのケアマネジャーを対象として観察・インタビューを行う個別レビューを実施し、さらなる改善点を特定した上で、昨年度の調査研究において、全クラスタに対応した試作システム 2.0 へとバージョンアップしている。

試作システム 2.0 では、利用者を類型化した 8 つのクラスタすべてに対して、全カテゴリのモデルを組み込み、どのような状態の方でも対応可能なシステムとした。また、ケアマネジャーの思考フローの複線的モデルにおける「順序」を反映するため、各カテゴリに対して、思考フローの順に近いモデルを選定し、システムに組み込んだ。ただし、データが少なくモデルが構築できないカテゴリに関し

ては、カテゴリ名のみ表示し、AI によるおすすめ表示の対象外とすることとした。

図表 33 試作システム 2.0 に向けた流れ



図表 34 試作システム 2.0 画面イメージ：ツールチップの表示と入力必須項目の表示

アセスメントシート > 基本動作状況 > 基本動作

1-1 麻痺等(複数可) ⑦ ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 必須
 ツールチップ (値の意味を表示)

1-2 拘縮 ⑦ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 必須

1-3 寝返り ⑦ ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3
 必須

1-4 起き上がり ⑦ ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3
 必須

1-5 座位保持 ⑦ ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3
 必須

1-6 両足での立位保持 ⑦ ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3
 必須

1-7 歩行 ⑦ ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3
 必須

体位変換・起居(1-1~1-2関係)

	援助の現状 家族実施 ⑦	援助の現状 サービス実施 ⑦	希望 ⑦	要援助 ー計画 ⑦
1) 体位変換 介助	未選択	未選択	未選択	未選択
2) 起居介助	未選択	未選択	未選択	未選択

リハビリの必要性

☐ あり
☒ なし

【付記・解決すべき課題など】

図表 35 試作システム 2.0 画面イメージ：カテゴリ（ラベル）の検索と編集前のラベルの表示

Figure 1: Comparison of the 'Needs Selection' screen between the current version and the revised version. The left side shows the current version with a search bar and a list of needs. The right side shows the revised version with a 'Needs Selection' button and a list of needs. Annotations highlight the changes: 'Needs Selection' button, 'Needs Selection' button, and 'Needs Selection' button.

図表 36 試作システム 2.0 画面イメージ：AI おすすめの根拠の改善

ニーズ選択 選択中のラベルー 転倒を予防し、安全に暮らしたい

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の候補

一覧 あいまい検索

おすすめ 身体の健康維持

おすすめ 食事摂取

おすすめ 転倒防止

転倒せず生活したい 選択

転倒を防止したい 選択

転倒を予防し、安全に暮らしたい 選択

転倒の不安なく外出したい 選択

筋力をつけて、転倒防止したい 選択

登録せず 第2表へ

☆おすすめ表示

保存し 前頁に戻る

登録し 長期目標へ

選択したニーズ(編集可)

転倒を予防し、安全に暮らしたい

AIがおすすめする根拠

利用者の心身状態は、次のような特徴があるため、このニーズがおすすめです。

- ・排尿は介助されていない
- ・居室に布団がある
- ・屋外で福祉機器の使用がある

根拠の詳細

排尿の介助状態が根拠としてあげられており、介助されていない＝転倒しないよう注意が必要というヒントに

図表 37 試作システム 2.0 画面イメージ：サービス種別や提供者を複数入力可能に

作成年月日: 年/月/日

短期目標	期間	援助内容	サービス種別	事業所	頻度	期間	行操作②
定期的な身体状況や生活環境を確認することができる		移動時見守り等	訪問リハビリ	A事業所			追加 複製 削除
			家族	娘			

保存し 結果を出力する

1つのサービス内容に対し実施する事業所や人を4種類まで設定可能に

図表 38 試作システム 2.0 画面イメージ：同じニーズや長期目標等は非表示

2表入力画面

2表入力時は、ニーズ・長期目標・短期目標・サービスをすべての行に入力

保存・出力

結果出力画面

結果出力・ファイルへの保存時に非表示に

4-2. 実証 1：おすすめ根拠の提示方法改善につながるホワイトボックス型 AI での分析試行

実証 1 では、おすすめ根拠の提示方法改善につながるホワイトボックス型 AI での分析を行った。本調査研究では、AI 技術の中でも、ホワイトボックス型 AI¹¹と呼ばれる技術で分析することで、なぜ AI がこのような結果が導いたのかを検証できるようにしている。試作システムの中にも、その結果を根拠として表示できるようにすることで、ケアマネジャーが AI のおすすめするケアを選択する際の判断に利用してもらうことを想定している。

試作システム 1.0 でも根拠の提示は可能となっていたが、ケアマネジャーへの個別レビューなどから、利用者の心身の状態についての内容が AI のおすすめ根拠として表示される方が納得性を得られることが明らかになり、2023（令和 5）年度の試作システム 2.0 のバージョンアップにおいて、利用者の心身の状態が先に表示されるような仕組みを導入することで、納得性の改善につなげている。

しかし、利用者の心身の状態については内容も多岐にわたるが、AI が結果を導きだした根拠の提示は、AI がおすすめしたケアと関連のある項目を先に表示するといったことで改善の余地もあり、実証 1 では、AI によるおすすめケアの根拠の提示について、ケアマネジャーの納得性をさらに高めるための提示方法について検討を行った。

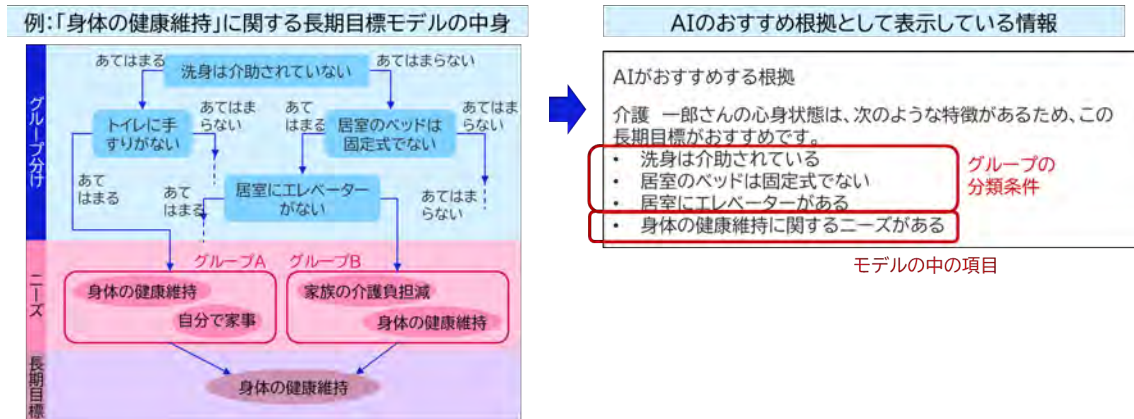
(1) 試作システム 2.0 における根拠の見せ方

試作システム 2.0 においては、AI モデルにおいて本人が分類されたグループの分類条件と、モデルの中の項目のうち当てはまる項目を、「AI のおすすめ根拠」として表示している。グループの分類条件には、過去に作成した 3 つの思考フロー（心疾患・脳血管疾患・大腿骨骨折）の共通項目のみを用いており、それ以外の本人の状態を示す項目は表れない。また、モデルの中の項目は、モデルが重視しているものが上位に表示されるようになっている。

本調査研究の AI モデルでは、大量の過去データによる量的な分析に加えて、適切なケアマネジメント手法やケアマネジャーの思考フローなど質的な分析を組み合わせているためであり、量的な分析から導かれるおすすめ根拠となるモデルの中の項目と、質的な分析から導かれるおすすめ根拠となるグループの分類条件の見せ方のバランスを変えるなどにより、AI のおすすめ根拠のわかりやすさや納得性を向上させることを目指して、下記の 3 つの改善案を検討した。

¹¹ 本調査研究では、機械学習型の AI の中でも、「予測の透明性」「公平性」「説明責任」という課題に対応できる NEC の持つ「異種混合学習技術」を活用し、AI の思考過程をホワイトボックス化したうえで、従来のケアプラン策定プロセスに準じたアウトプットを出力する AI を検討する。なお、異種混合学習技術は 2012 年以降、NEC の顧客向けソリューションとして実用化しており、国内だけでなくグローバルでも活用実績を持つ AI 技術である。<https://jpn.nec.com/ai/analyze/pattern.html>

図表 39 試作システム 2.0 における根拠として表示している情報



図表 40 AI のおすすめ根拠の 3 つの改善案

①根拠の表示の拡充：対象のニーズ・サービス内容等と関連のあるアセスメント項目を合わせて表示	
	● 3つの思考フローの共通項目以外も表示でき、より「その利用者に合った」おすすめが表示されている感覚につながる ● 表示すべきアセスメント項目は相関分析を用いて関連付けする（人の目による確認・調整も合わせて行う）
②おすすめとして表示する項目の拡充：相性のよいものを合わせて表示	
	● 一緒に記入されることが多い（相性の良い）ニーズやサービス内容等を表示することで、発想を広げるきっかけを増やす ● 現在は、入力したニーズや長期目標等に関連するサービス内容等を表示している ● ニーズ→長期目標→短期目標と具体的にになっていくにつれ、表示されるおすすめは絞り込まれて数が減る傾向にある
③おすすめサービス内容の表示順序の改善：傾向スコアを活用	
	● 調整変数の計算のため、サービス内容に関しては傾向スコア（そのサービス内容を使いそうな度合い）を使用している ● 複数のサービス内容のうち、傾向スコアのより高いものを優先的に表示して、本人に役立つサービス内容を強調表示

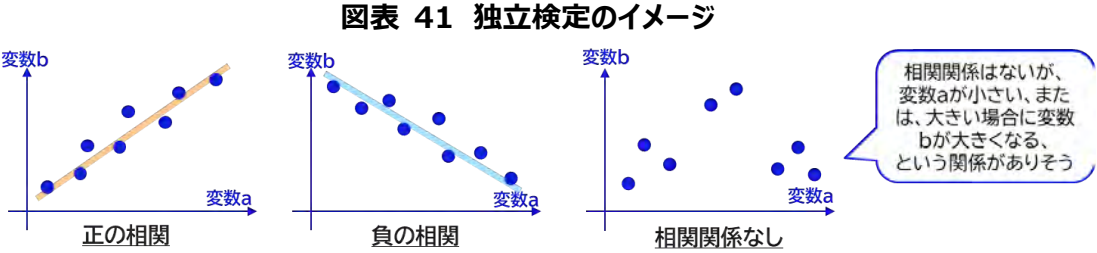
(2)改善のための分析

① 根拠の表示の拡充

a) 独立性検定による分析

対象のニーズ・サービス内容等と関連のあるアセスメント項目を合わせて表示するため、独立性の検定により2つの項目に関連性があるか否かの分析を行った。一般的に、2つの項目の関連性をみるためには、「相関分析」を行うが、相関分析は、2変数間で片方が大きくなればなるほどもう片方

も大きくなる（小さくなる）場合の関係性の強さを分析するものとなる。相関係数は-1～1 の値を取り、-1 に近ければ負の相関が高い、0 に近ければ相関無し、1 に近いと正の相関が高いという意味となり、2 変数が独立しているか否か（関連しているか否か）まではわからない。そこで、本分析では、2 変数が独立しているか否かを調べる方法である「独立性の検定」を行った。一般に、独立性の検定によって算出する p 値（独立している確率）が、0.05 以下の場合、2 変数は独立していない（＝2 変数が関連している）と判定する。



b) 独立性検定の結果概要

独立性の検定の結果、ニーズ・長期目標・短期目標では、p 値が 0.05 以下となるアセスメント項目はなかったが、サービス内容では p 値が 0.05 以下となるアセスメント項目が確認できた。p 値が 0.05 以下ではなくとも、例えばニーズの「5-1 身体の清潔保持」では、一番 p 値が低いアセスメント項目が「2-7 口腔清潔」となるなど、関連が深そうな項目が表れている。

図表 42 独立性検定結果：アセスメント項目とニーズ

長期目標	1位	p値	2位	p値	3位	p値	4位	p値	5位	p値
1-1 健康維持	1-1麻痺等(複数可)左下肢	0.869	1-1麻痺等(複数可)右下肢	0.907	1-6両足での立位保持	0.923	2-7口腔清潔	0.924	1-7歩行	0.930
1-2 心の健康維持	4-3感情が不安定になる	0.917	1-11つめ切り	0.929	5-4集団への不適合	0.931	4-1被害妄想(物を盗られたなど)	0.932	5-1薬の内服	0.938
1-3 疾患のための生活管理	1-1麻痺等(複数可)左下肢	0.797	1-1麻痺等(複数可)右下肢	0.817	1-1麻痺等(複数可)ない	0.833	1-14関節の動き(複数可)膝関節	0.876	1-6両足での立位保持	0.883
2-1 身体機能の維持	2-12外出頻度	0.935	1-7歩行	0.954	1-8立ち上がり	0.958	5-7電話の利用	0.961	1-6両足での立位保持	0.962
2-2 寝返り・起き上がり・座位保持	1-7歩行	0.509	1-6両足での立位保持	0.510	1-9片足での立位保持	0.542	1-3寝返り	0.549	1-4起き上がり	0.634
2-4 移動・歩行	1-6両足での立位保持	0.574	1-7歩行	0.579	1-1麻痺等(複数可)ない	0.659	1-14関節の動き(複数可)ない	0.712	1-9片足での立位保持	0.723
2-7 転倒防止	1-7歩行	0.525	1-6両足での立位保持	0.549	1-8立ち上がり	0.608	1-4起き上がり	0.676	1-3寝返り	0.694
5-1 身体の清潔保持	1-10洗身	0.124	1-11つめ切り	0.251	1-7歩行	0.450	2-7口腔清潔	0.481	2-8洗顔	0.496
7-1 自分でできることの継続	1-7歩行	0.793	1-11つめ切り	0.794	1-9片足での立位保持	0.826	1-6両足での立位保持	0.828	1-1麻痺等(複数可)右下肢	0.842
7-2 自分で家事	5-7電話の利用	0.562	5-6簡単な調理	0.601	5-2金銭の管理	0.669	5-5買い物	0.693	2-7口腔清潔	0.770
9-2 友人・近所との交流	2-12外出頻度	0.754	5-2金銭の管理	0.885	5-1薬の内服	0.887	4-5しつこく同じ話をする	0.891	4-12ひどい物忘れ	0.892
11-2 趣味・楽しみ	2-12外出頻度	0.706	5-1薬の内服	0.875	3-4面接調査の直前記憶	0.877	4-5しつこく同じ話をする	0.881	4-12ひどい物忘れ	0.882

* 青網掛け：0.5 以下

アセスメント項目とニーズ・長期目標・短期目標・サービス内容との関連性を分析し、特にサービス内容は、アセスメントと関連性があることを確認できた。

図表 43 独立性検定結果：アセスメント項目とサービス内容

サービス内容	1位	p値	2位	p値	3位	p値	4位	p値	5位	p値
1-1 健康維持	2-7口腔清潔	0.346	5-1薬の内服	0.350	2-8洗顔	0.354	2-6排便	0.402	2-5排尿	0.404
1-2 疾患のための生活管理	5-1薬の内服	0.368	2-8洗顔	0.368	2-7口腔清潔	0.375	1-6両足での立位保持	0.388	2-9整髪	0.394
1-3 受診・通院	1-1麻痺等(複数可)ない	0.792	1-1麻痺等(複数可)右下肢	0.813	1-1麻痺等(複数可)左下肢	0.871	1-7歩行	0.872	1-3寝返り	0.880
1-4 服薬管理	5-1薬の内服	0.222	3-4面接調査の直前記憶	0.305	3-2毎日の日課を理解する	0.456	4-12ひどい物忘れ	0.504	5-3日常の意思決定	0.530
2-1 身体機能の維持	2-12外出頻度	0.369	1-6両足での立位保持	0.583	1-7歩行	0.637	1-1麻痺等(複数可)左下肢	0.676	1-9片足での立位保持	0.677
2-2 寝返り・起き上がり・座位保持	要介護認定_要介護度	0.008	1-6両足での立位保持	0.008	2-2移動	0.012	2-1移乗	0.012	1-7歩行	0.013
2-3 立ち上がり・移乗	1-7歩行	0.1	2-1移乗	0.107	2-2移動	0.122	1-6両足での立位保持	0.139	2-11ズボン等の着脱	0.166
2-4 移動・歩行	1-7歩行	0.032	1-6両足での立位保持	0.057	1-9片足での立位保持	0.095	1-11つめ切り	0.118	2-2移動	0.134
3-1 食事摂取	2-7口腔清潔	0.208	2-8洗顔	0.213	5-1薬の内服	0.247	2-9整髪	0.255	2-5排尿	0.288
3-2 水分摂取	2-7口腔清潔	0.538	2-8洗顔	0.544	5-1薬の内服	0.562	1-6両足での立位保持	0.614	2-9整髪	0.626
4-1 排泄	2-5排尿	0.003	2-6排便	0.004	要介護認定_要介護度	0.008	2-11ズボン等の着脱	0.012	2-2移動	0.012
サービス内容	1位	p値	2位	p値	3位	p値	4位	p値	5位	p値
5-1 入浴	1-10洗身	0.012	1-11つめ切り	0.061	2-7口腔清潔	0.151	2-5排尿	0.175	2-8洗顔	0.181
5-2 清潔保持・整容	2-6排便	0.011	2-6排便	0.011	2-11ズボン等の着脱	0.011	1-10洗身	0.013	2-8洗顔	0.015
6-1 更衣	2-5排尿	0.035	2-11ズボン等の着脱	0.041	1-10洗身	0.042	2-6排便	0.043	2-8洗顔	0.050
7-1 生活支援	3-4面接調査の直前記憶	0.388	3-2毎日の日課を理解する	0.480	3-6今の季節を理解する	0.557	5-1薬の内服	0.571	4-12ひどい物忘れ	0.600
7-2 家事	5-7電話の利用	0.087	5-2金銭の管理	0.113	5-5買い物	0.124	5-6簡単な調理	0.136	5-1薬の内服	0.469
7-3 買い物	5-2金銭の管理	0.075	5-5買い物	0.076	5-7電話の利用	0.086	5-6簡単な調理	0.089	5-1薬の内服	0.311
8-1 外出機会の確保	1-11つめ切り	0.281	1-10洗身	0.355	1-7歩行	0.362	2-11ズボン等の着脱	0.421	2-2移動	0.440
9-1 社会交流	3-4面接調査の直前記憶	0.36	2-12外出頻度	0.367	4-12ひどい物忘れ	0.547	5-2金銭の管理	0.569	3-6今の季節を理解する	0.570
9-2 相談・情報共有	5-1薬の内服	0.908	3-10介護者の発言への反応	0.924	2-8洗顔	0.925	1-3寝返り	0.926	5-8日中の活動(生活)状況等	0.934
10-1 趣味・楽しみ	2-12外出頻度	0.629	4-12ひどい物忘れ	0.684	3-4面接調査の直前記憶	0.731	5-7電話の利用	0.734	5-2金銭の管理	0.777

* 青網掛け：0.5 以下、濃い青網掛け：0.05 以下

c) 相関分析による追加分析

独立性の検定の結果、関連が深そうな項目が表れていることは確認できたが、はっきりとした結果は得られなかった。委員より、アセスメント項目では、例えば、「歩行」というアセスメント項目には、「1.つかまらないでできる」、「2.何かにつかまればできる」、「3.できない」という3つの選択肢があり、状態の異なるデータが含まれている。そこで、「歩行＋つかまらないでできる」、「歩行＋何かにつかまればできる」、「歩行＋できない」というように分けた上で、分析をおこなってはどうかというアドバイスをいただいた。そこで、アセスメント項目を選択肢に分けた上で、ニーズ・長期目標・短期目標・サービス内容の項目との相関係数（ファイ係数¹²⁾）を算出する追加分析も行った。

相関係数は-1～1の値を取り、-1に近ければ負の相関が高い、0に近ければ相関無し、1に近

¹²⁾ ファイ係数とは、2値変数に対するピアソン相関係数。ピアソン相関係数は、相関係数の算出に一般的に使用されている係数（単純相関係数）であり、ファイ係数は、0と1のような、2つの値をとる変数間の関連性の度合いを評価するために使う。

いと正の相関が高いという意味となる。

d) 相関分析による結果概要

追加で行ったアセスメントの状態に分けて相関分析でも、相関係数の絶対値の最大は、ニーズが 0.24、長期目標が 0.211、短期目標が 0.234、サービス内容が 0.291 と、全体として絶対値が 1 に近い相関係数は現れず、高い相関関係は確認できなかった。

しかし、例えばニーズの「2-4 移動・歩行」と相関が一番高いアセスメント項目として「1-7 歩行」が入るなど、関連が深そうな項目が表れている

ニーズやサービス内容等の項目によって、アセスメントの項目が、全介助など本人が自分でできないことが多いときに選ばれやすいものと、本人が自分でできることが多いときに選ばれやすいものに分かれることが分かった。

図表 44 相関分析結果：アセスメント項目とニーズ

ニーズ	1位	r	2位	r	3位	r	4位	r	5位	r
1-1 健康維持	4-12ひどい物忘れ_ある	0.026	1-3寝返り_つかまら ないでできる	0.025	1-3寝返り_何かに つかまればできる	0.025	4-3感情が不安定 になる_ない	0.025	4-3感情が不安定 になる_ときどき ある	0.024
1-2 心の健康維持	5-7電話の利用_介 助されていない	0.062	5-7電話の利用_全 介助	0.047	4-3感情が不安定 になる_ときどき ある	0.041	4-3感情が不安定 になる_ない	0.04	5-6簡単な調理_全 介助	0.038
1-3 疾患のための生活 管理	1-14関節の動き (複数可)_足関節	0.031	1-7歩行_できない	0.031	1-7歩行_何かに つかまればできる	0.031	1-1麻痺等(複数 可)_その他(四肢 の欠損)	0.029	2-1移乗_全介助	0.029
2-1 身体機能の維持	2-1移乗_介助され ていない	0.053	2-2移動_介助され ていない	0.052	2-11ズボン等の着 脱_介助されてい ない	0.051	2-10上衣の着脱 _介助されていない	0.051	1-6両足での立位 保持_支えなしで できる	0.05
2-2 寝返り・起き上 がり・座位保持	1-3寝返り_つかま らないでできる	0.107	1-6両足での立位 保持_支えなしで できる	0.105	1-7歩行_つかま らないでできる	0.102	要介護認定_要介 護度_1	0.099	2-1移乗_介助され ていない	0.099
2-4 移動・歩行	1-7歩行_つかま らないでできる	0.108	1-6両足での立位 保持_何か支えが あればできる	0.096	1-6両足での立位 保持_支えなしで できる	0.093	2-2移動_介助され ていない	0.082	1-3寝返り_つかま らないでできる	0.071
2-7 転倒防止	1-6両足での立位 保持_何か支えが あればできる	0.101	1-7歩行_何かに つかまればできる	0.092	1-8立ち上がり_何 かにつかまればで きる	0.087	1-3寝返り_何かに つかまればできる	0.084	1-7歩行_つかま らないでできる	0.083
5-1 身体の清潔保持	2-5排尿_介助され ていない	0.132	2-6排便_介助され ていない	0.13	1-10洗身_介助さ れていない	0.127	2-7口腔清潔_介助 されていない	0.126	2-8洗顔_介助され ていない	0.12

ニーズ	1位	r	2位	r	3位	r	4位	r	5位	r
7-1 自分でできること の継続	2-2移動_介助され ていない	0.078	1-6両足での立位 保持_支えなしで できる	0.076	2-1移乗_介助され ていない	0.075	1-10洗身_介助さ れていない	0.072	1-7歩行_つかま らないでできる	0.071
7-2 自分で家事	5-6簡単な調理_全 介助	0.24	5-5買い物_全介 助	0.228	5-7電話の利用_介 助されていない	0.221	5-2金銭の管理_全 介助	0.197	5-5買い物_一部介 助	0.187
9-2 友人・近所との交 流	2-12外出頻度_週 1回以上	0.081	2-12外出頻度_月 1回未満	0.06	1-9片足での立位 保持_できない	0.048	2-1移乗_全介助	0.048	1-8立ち上がり_で きない	0.048
11-2 趣味・楽しみ	2-12外出頻度_週 1回以上	0.085	2-12外出頻度_月 1回未満	0.064	4-12ひどい物忘れ _ない	0.047	4-12ひどい物忘れ _ある	0.046	日常生活自立度_ 認知症_自立	0.045

*r: 相関係数、青網掛け：0.1 以上、濃い青網掛け：0.2 以上

e) 分析結果を踏まえた見せ方の改善案

分析結果を踏まえた見せ方の改善案としては、アセスメント項目とニーズ・長期目標・短期目標・サービス内容の項目との相関係数を算出し、相関係数の大きい順に、関連するアセスメントを3つ表示する。ただし表示対象のアセスメントは、例えば相関係数が 0.2 以上のアセスメントとする。

② おすすめとして表示する項目の拡充

a) 分析手順

おすすめとして表示する項目の拡充の分析では、全てのデータ・クラスタ 1 のデータ・クラスタ 4 のデータ、のそれぞれについて、サービス内容の項目同士で相関係数を算出した。相関係数は-1～1 の値を取り、-1 に近ければ負の相関が高い、0 に近ければ相関無し、1 に近いと正の相関が高いという意味となる。よく使われているサービス内容同士の組み合わせを確認するため、正の相関があるもののみ確認することにし、全データとクラスタ 1、全データとクラスタ 4、クラスタ 1 とクラスタ 4、のそれぞれについては、上位 5 項目を比較し、共通して現れた項目について整理した。

b) 分析結果の概要

分析結果としては、サービス内容によって、関係性の高いサービス内容があるものとないもので二分することが確認できた。例えば「5-2 清潔保持・整容」は、どのクラスタでも 1 番相関が高いサービス内容が「6-1 更衣」で、相関係数が 0.7 以上となっている。一方、「9-2 相談・情報共有」は、一番相関が高いサービス内容はクラスタごとに異なっており、また、相関係数はどれも 0.18 以下で低い。また、相関係数が低いものでも、「疾患のための生活管理」「服薬管理」等の疾患に関するサービス内容同士、「入浴」「更衣」等の生活に関するサービス内容同士、のように、近いサービス内容同士が上位に来ている。上位 5 項目比較では、全データとクラスタ 4 で共通項目が多く出ていたことに対し、全データとクラスタ 1、クラスタ 1 とクラスタ 4 では共通項目が少なく、クラスタ 1 の傾向が異なることがわかった。

図表 45 サービス内容同士の相関 全データ

サービス内容	1位	r	2位	r	3位	r	4位	r	5位	r
1-1 健康維持	1-2 疾患のための生活管理	0.447	1-4 服薬管理	0.203	6-1 更衣	0.197	5-2 清潔保持・整容	0.194	5-1 入浴	0.190
1-2 疾患のための生活管理	1-1 健康維持	0.447	1-4 服薬管理	0.211	6-1 更衣	0.177	5-1 入浴	0.176	3-2 水分摂取	0.171
1-3 受診・通院	1-4 服薬管理	0.209	8-1 外出機会の確保	0.108	7-2 家事	0.095	2-4 移動・歩行	0.083	7-3 買い物	0.083
1-4 服薬管理	3-1 食事摂取	0.213	1-2 疾患のための生活管理	0.211	1-3 受診・通院	0.209	1-1 健康維持	0.203	7-1 生活支援	0.157
2-1 身体機能の維持	9-1 社会交流	0.248	10-1 趣味・楽しみ	0.142	8-1 外出機会の確保	0.115	5-1 入浴	0.110	7-3 買い物	0.093
2-2 復旧・起き上がり・座位保持	5-2 清潔保持・整容	0.169	4-1 排泄	0.162	2-4 移動・歩行	0.141	6-1 更衣	0.115	2-3 立ち上がり・移乗	0.107
2-3 立ち上がり・移乗	8-1 外出機会の確保	0.338	5-2 清潔保持・整容	0.217	6-1 更衣	0.217	2-4 移動・歩行	0.205	4-1 排泄	0.176
2-4 移動・歩行	8-1 外出機会の確保	0.294	2-3 立ち上がり・移乗	0.205	5-1 入浴	0.185	6-1 更衣	0.168	4-1 排泄	0.162
2-5 転倒防止	2-4 移動・歩行	0.100	8-1 外出機会の確保	0.071	2-1 身体機能の維持	0.070	4-1 排泄	0.051	1-2 疾患のための生活管理	0.050
3-1 食事摂取	4-1 排泄	0.216	1-4 服薬管理	0.213	8-1 外出機会の確保	0.194	6-1 更衣	0.190	5-2 清潔保持・整容	0.184
3-2 水分摂取	6-1 更衣	0.205	5-2 清潔保持・整容	0.189	1-2 疾患のための生活管理	0.171	1-1 健康維持	0.157	3-1 食事摂取	0.141
4-1 排泄	5-2 清潔保持・整容	0.317	6-1 更衣	0.293	3-1 食事摂取	0.216	5-1 入浴	0.189	2-3 立ち上がり・移乗	0.176
5-1 入浴	6-1 更衣	0.351	5-2 清潔保持・整容	0.308	8-1 外出機会の確保	0.227	1-1 健康維持	0.190	4-1 排泄	0.189
5-2 清潔保持・整容	6-1 更衣	0.729	4-1 排泄	0.317	5-1 入浴	0.308	8-1 外出機会の確保	0.222	2-3 立ち上がり・移乗	0.217
6-1 更衣	5-2 清潔保持・整容	0.729	5-1 入浴	0.351	4-1 排泄	0.293	8-1 外出機会の確保	0.268	2-3 立ち上がり・移乗	0.217
7-1 生活支援	6-1 更衣	0.164	1-4 服薬管理	0.157	1-2 疾患のための生活管理	0.153	5-1 入浴	0.137	5-2 清潔保持・整容	0.133
7-2 家事	7-3 買い物	0.372	7-1 生活支援	0.125	1-4 服薬管理	0.123	4-1 排泄	0.122	1-3 受診・通院	0.095
7-3 買い物	7-2 家事	0.372	2-1 身体機能の維持	0.093	1-3 受診・通院	0.083	9-1 社会交流	0.075	7-1 生活支援	0.053
8-1 外出機会の確保	2-3 立ち上がり・移乗	0.338	2-4 移動・歩行	0.294	6-1 更衣	0.268	5-1 入浴	0.227	5-2 清潔保持・整容	0.222
9-1 社会交流	2-1 身体機能の維持	0.248	5-1 入浴	0.167	8-1 外出機会の確保	0.126	6-1 更衣	0.117	1-1 健康維持	0.105
9-2 相談・情報共有	1-2 疾患のための生活管理	0.163	1-1 健康維持	0.139	1-4 服薬管理	0.124	7-1 生活支援	0.077	3-1 食事摂取	0.070
10-1 趣味・楽しみ	2-1 身体機能の維持	0.142	7-1 生活支援	0.102	5-1 入浴	0.096	8-1 外出機会の確保	0.071	6-1 更衣	0.059

サービス内容	1位	r	2位	r	3位	r	4位	r	5位	r
1-1 健康維持	1-2 疾患のための生活管理	0.447	1-4 服薬管理	0.203	6-1 更衣	0.197	5-2 清潔保持・整容	0.194	5-1 入浴	0.190
1-2 疾患のための生活管理	1-1 健康維持	0.447	1-4 服薬管理	0.211	6-1 更衣	0.177	5-1 入浴	0.176	3-2 水分摂取	0.171
1-3 受診・通院	1-4 服薬管理	0.209	8-1 外出機会の確保	0.108	7-2 家事	0.095	2-4 移動・歩行	0.083	7-3 買い物	0.083
1-4 服薬管理	3-1 食事摂取	0.213	1-2 疾患のための生活管理	0.211	1-3 受診・通院	0.209	1-1 健康維持	0.203	7-1 生活支援	0.157
2-1 身体機能の維持	9-1 社会交流	0.248	10-1 趣味・楽しみ	0.142	8-1 外出機会の確保	0.115	5-1 入浴	0.110	7-3 買い物	0.093
2-2 覆返り・起き上がり・座位保持	5-2 清潔保持・整容	0.169	4-1 排泄	0.162	2-4 移動・歩行	0.141	6-1 更衣	0.115	2-3 立ち上がり・移乗	0.107
2-3 立ち上がり・移乗	8-1 外出機会の確保	0.338	5-2 清潔保持・整容	0.217	6-1 更衣	0.217	2-4 移動・歩行	0.205	4-1 排泄	0.176
2-4 移動・歩行	8-1 外出機会の確保	0.294	2-3 立ち上がり・移乗	0.205	5-1 入浴	0.185	6-1 更衣	0.168	4-1 排泄	0.162
2-5 転倒防止	2-4 移動・歩行	0.100	8-1 外出機会の確保	0.071	2-1 身体機能の維持	0.070	4-1 排泄	0.051	1-2 疾患のための生活管理	0.050
3-1 食事摂取	4-1 排泄	0.216	1-4 服薬管理	0.213	8-1 外出機会の確保	0.194	6-1 更衣	0.190	5-2 清潔保持・整容	0.184
3-2 水分摂取	6-1 更衣	0.205	5-2 清潔保持・整容	0.189	1-2 疾患のための生活管理	0.171	1-1 健康維持	0.157	3-1 食事摂取	0.141
4-1 排泄	5-2 清潔保持・整容	0.317	6-1 更衣	0.293	3-1 食事摂取	0.216	5-1 入浴	0.189	2-3 立ち上がり・移乗	0.176
5-1 入浴	6-1 更衣	0.351	5-2 清潔保持・整容	0.308	8-1 外出機会の確保	0.227	1-1 健康維持	0.190	4-1 排泄	0.189
5-2 清潔保持・整容	6-1 更衣	0.729	4-1 排泄	0.317	5-1 入浴	0.308	8-1 外出機会の確保	0.222	2-3 立ち上がり・移乗	0.217
6-1 更衣	5-2 清潔保持・整容	0.729	5-1 入浴	0.351	4-1 排泄	0.293	8-1 外出機会の確保	0.268	2-3 立ち上がり・移乗	0.217
7-1 生活支援	6-1 更衣	0.164	1-4 服薬管理	0.157	1-2 疾患のための生活管理	0.153	5-1 入浴	0.137	5-2 清潔保持・整容	0.133
7-2 家事	7-3 買い物	0.372	7-1 生活支援	0.125	1-4 服薬管理	0.123	4-1 排泄	0.122	1-3 受診・通院	0.095
7-3 買い物	7-2 家事	0.372	2-1 身体機能の維持	0.093	1-3 受診・通院	0.083	9-1 社会交流	0.075	7-1 生活支援	0.053
8-1 外出機会の確保	2-3 立ち上がり・移乗	0.338	2-4 移動・歩行	0.294	6-1 更衣	0.268	5-1 入浴	0.227	5-2 清潔保持・整容	0.222
9-1 社会交流	2-1 身体機能の維持	0.248	5-1 入浴	0.167	8-1 外出機会の確保	0.126	6-1 更衣	0.117	1-1 健康維持	0.105
9-2 相談・情報共有	1-2 疾患のための生活管理	0.163	1-1 健康維持	0.139	1-4 服薬管理	0.124	7-1 生活支援	0.077	3-1 食事摂取	0.070
10-1 趣味・楽しみ	2-1 身体機能の維持	0.142	7-1 生活支援	0.102	5-1 入浴	0.096	8-1 外出機会の確保	0.071	6-1 更衣	0.059

サービス内容	1位	r	2位	r	3位	r	4位	r	5位	r
1-1 健康維持	1-2 疾患のための生活管理	0.439	1-4 服薬管理	0.192	5-1 入浴	0.170	6-1 更衣	0.160	5-2 清潔保持・整容	0.154
1-2 疾患のための生活管理	1-1 健康維持	0.439	1-4 服薬管理	0.213	3-2 水分摂取	0.164	5-1 入浴	0.162	7-1 生活支援	0.162
1-3 受診・通院	1-4 服薬管理	0.240	7-2 家事	0.107	8-1 外出機会の確保	0.091	7-3 買い物	0.090	2-4 移動・歩行	0.081
1-4 服薬管理	1-3 受診・通院	0.240	1-2 疾患のための生活管理	0.213	1-1 健康維持	0.192	3-1 食事摂取	0.173	7-1 生活支援	0.163
2-1 身体機能の維持	9-1 社会交流	0.236	10-1 趣味・楽しみ	0.137	8-1 外出機会の確保	0.128	5-1 入浴	0.118	7-3 買い物	0.112
2-2 覆返り・起き上がり・座位保持	2-4 移動・歩行	0.091	4-1 排泄	0.082	1-3 受診・通院	0.078	5-2 清潔保持・整容	0.074	2-1 身体機能の維持	0.066
2-3 立ち上がり・移乗	8-1 外出機会の確保	0.272	2-4 移動・歩行	0.195	5-2 清潔保持・整容	0.156	6-1 更衣	0.153	5-1 入浴	0.101
2-4 移動・歩行	8-1 外出機会の確保	0.277	2-3 立ち上がり・移乗	0.195	5-1 入浴	0.159	6-1 更衣	0.156	4-1 排泄	0.131
2-5 転倒防止	2-4 移動・歩行	0.112	8-1 外出機会の確保	0.073	4-1 排泄	0.062	1-2 疾患のための生活管理	0.061	2-1 身体機能の維持	0.061
3-1 食事摂取	1-4 服薬管理	0.173	8-1 外出機会の確保	0.169	5-1 入浴	0.160	4-1 排泄	0.137	6-1 更衣	0.131
3-2 水分摂取	6-1 更衣	0.188	5-2 清潔保持・整容	0.168	1-2 疾患のための生活管理	0.164	1-1 健康維持	0.149	5-1 入浴	0.122
4-1 排泄	5-2 清潔保持・整容	0.208	6-1 更衣	0.203	7-2 家事	0.181	3-1 食事摂取	0.137	5-1 入浴	0.135
5-1 入浴	6-1 更衣	0.345	5-2 清潔保持・整容	0.290	8-1 外出機会の確保	0.206	9-1 社会交流	0.184	1-1 健康維持	0.170
5-2 清潔保持・整容	6-1 更衣	0.711	5-1 入浴	0.290	4-1 排泄	0.208	8-1 外出機会の確保	0.186	3-2 水分摂取	0.168
6-1 更衣	5-2 清潔保持・整容	0.711	5-1 入浴	0.345	8-1 外出機会の確保	0.233	4-1 排泄	0.203	3-2 水分摂取	0.188
7-1 生活支援	1-4 服薬管理	0.163	1-2 疾患のための生活管理	0.162	6-1 更衣	0.159	5-1 入浴	0.157	7-2 家事	0.137
7-2 家事	7-3 買い物	0.362	4-1 排泄	0.181	1-4 服薬管理	0.138	7-1 生活支援	0.137	3-1 食事摂取	0.117
7-3 買い物	7-2 家事	0.362	2-1 身体機能の維持	0.112	9-1 社会交流	0.105	1-3 受診・通院	0.090	4-1 排泄	0.089
8-1 外出機会の確保	2-4 移動・歩行	0.277	2-3 立ち上がり・移乗	0.272	6-1 更衣	0.233	5-1 入浴	0.206	5-2 清潔保持・整容	0.186
9-1 社会交流	2-1 身体機能の維持	0.236	5-1 入浴	0.184	1-1 健康維持	0.126	6-1 更衣	0.126	8-1 外出機会の確保	0.119
9-2 相談・情報共有	1-2 疾患のための生活管理	0.161	1-1 健康維持	0.137	1-4 服薬管理	0.130	7-1 生活支援	0.097	3-1 食事摂取	0.083
10-1 趣味・楽しみ	2-1 身体機能の維持	0.137	7-1 生活支援	0.107	5-1 入浴	0.105	8-1 外出機会の確保	0.085	6-1 更衣	0.069

＊ 相関係数、赤字：相関係数が 0.7 以上、データがある項目のみ表示

図表 46 サービス内容同士の相関 共通項の確認 全データとクラスタ 4

サービス内容	黒字：共通項、青字：全データのみに見れた項、赤字：クラスタ4のみに見れた項	共通項数
1-1 健康維持	1-2 疾患のための生活管理、1-4 服薬管理、5-1 入浴、6-1 更衣、5-2 清潔保持・整容	5
1-2 疾患のための生活管理	1-1 健康維持、1-4 服薬管理、5-1 入浴、3-2 水分摂取、6-1 更衣、7-1 生活支援	4
1-3 受診・通院	1-4 服薬管理、7-2 家事、8-1 外出機会の確保、7-3 買い物、2-4 移動・歩行	5
1-4 服薬管理	1-3 受診・通院、1-2 疾患のための生活管理、1-1 健康維持、3-1 食事摂取、7-1 生活支援	5
2-1 身体機能の維持	9-1 社会交流、10-1 趣味・楽しみ、8-1 外出機会の確保、5-1 入浴、7-3 買い物	5
2-2 寝返り・起き上がり・座位保持	4-1 排泄、5-2 清潔保持・整容、2-4 移動・歩行、6-1 更衣、2-3 立ち上がり・移乗、1-3 受診・通院、2-1 身体機能の維持	3
2-3 立ち上がり・移乗	8-1 外出機会の確保、2-4 移動・歩行、5-2 清潔保持・整容、6-1 更衣、4-1 排泄、5-1 入浴	4
2-4 移動・歩行	8-1 外出機会の確保、2-3 立ち上がり・移乗、5-1 入浴、6-1 更衣、4-1 排泄	5
2-5 転倒防止	2-4 移動・歩行、8-1 外出機会の確保、2-1 身体機能の維持、4-1 排泄、1-2 疾患のための生活管理	5
3-1 食事摂取	1-4 服薬管理、8-1 外出機会の確保、4-1 排泄、6-1 更衣、5-2 清潔保持・整容、5-1 入浴	4
3-2 水分摂取	6-1 更衣、5-2 清潔保持・整容、1-2 疾患のための生活管理、1-1 健康維持、3-1 食事摂取、5-1 入浴	4
4-1 排泄	5-2 清潔保持・整容、6-1 更衣、3-1 食事摂取、5-1 入浴、2-3 立ち上がり・移乗、7-2 家事	4
5-1 入浴	6-1 更衣、5-2 清潔保持・整容、8-1 外出機会の確保、1-1 健康維持、4-1 排泄、9-1 社会交流	4
5-2 清潔保持・整容	6-1 更衣、5-1 入浴、4-1 排泄、8-1 外出機会の確保、2-3 立ち上がり・移乗、3-2 水分摂取	4
6-1 更衣	5-2 清潔保持・整容、5-1 入浴、8-1 外出機会の確保、4-1 排泄、2-3 立ち上がり・移乗、3-2 水分摂取	4
7-1 生活支援	6-1 更衣、1-4 服薬管理、1-2 疾患のための生活管理、5-1 入浴、5-2 清潔保持・整容、7-2 家事	4
7-2 家事	7-3 買い物、4-1 排泄、7-1 生活支援、1-4 服薬管理、1-3 受診・通院、3-1 食事摂取	4
7-3 買い物	7-2 家事、2-1 身体機能の維持、9-1 社会交流、1-3 受診・通院、7-1 生活支援、4-1 排泄	4
8-1 外出機会の確保	2-3 立ち上がり・移乗、2-4 移動・歩行、6-1 更衣、5-1 入浴、5-2 清潔保持・整容	5
9-1 社会交流	2-1 身体機能の維持、5-1 入浴、8-1 外出機会の確保、6-1 更衣、1-1 健康維持	5
9-2 相談・情報共有	1-2 疾患のための生活管理、1-1 健康維持、1-4 服薬管理、7-1 生活支援、3-1 食事摂取	5
10-1 趣味・楽しみ	2-1 身体機能の維持、7-1 生活支援、5-1 入浴、8-1 外出機会の確保、6-1 更衣	5

c) 分析結果を踏まえた見せ方の改善案

分析結果を踏まえた見せ方の改善案としては、クラスタ毎にサービス内容の項目同士で相関係数を算出し、相関係数の値が大きい順に、関連するサービス内容を上位 3 つまで表示することとした。

③ おすすめサービス内容の表示順序の改善

a) 分析手順

クラスタ 1～8 の中から、ランダムにサンプルデータを抽出する。アセスメント項目を使用し、サービス内容毎に傾向スコア¹³を算出する。過去のデータの中で、そのサンプルデータの対象者と類似のアセスメントの利用者のケアプランに出現する傾向の高いサービス内容をランキングにしておく。試作システムにおいて、おすすめのサービス内容を出力する際にランキングに従って表示順序を変更する。

b) 分析結果の概要

傾向スコアを使用することで、おすすめサービス内容のなかでも、特に過去のデータからその利用者の当てはまる確率の高いサービス内容を優先的に見せることが可能になることがわかった。

例えば、下記のサンプル 1-クラスタ 1 の分析結果では、実際にこのサンプルの対象者が利用したサービス内容は、「受診・通院」「服薬管理」「身体機能の維持」「排泄」「家事」「買い物」があったが、このサンプルでは、実際に利用したサービス内容の「家事」は、③より④のほうが下位に記載されてし

¹³ 傾向スコア（Propensity Score）：その人がある群（サービス内容の利用者）にあてはまる確率

まった。

しかし、ランキングを見ると実際に行ったサービス内容である、身体機能の維持や排泄が上位に来ており、ランキング自体は有効であると考えられる。

図表 47 サンプル 1-クラスタ 1 の分析結果

①サンプルの抽出

ファイル名:
A30_82582.0_23266_4
0197.0_8

アセスメント項目	値
要介護認定_要介護度	2
日常生活自立度_寝たきり	5
日常生活自立度_認知症	5

クラスタ1より抽出

②傾向スコアランキングの作成

サービス内容	傾向スコア
5-1 入浴	0.898
2-1 身体機能の維持	0.559
8-1 外出機会の確保	0.548
2-4 移動・歩行	0.475
6-1 更衣	0.450
1-3 受診・通院	0.447
4-1 排泄	0.442
3-1 食事摂取	0.441
10-1 趣味・楽しみ	0.425
1-1 健康維持	0.405
5-2 清潔保持・整容	0.379
1-4 服薬管理	0.353
7-1 生活支援	0.271
9-2 相談・情報共有	0.268
1-2 疾患のための生活管理	0.253
2-3 立ち上がり・移乗	0.231
9-1 社会交流	0.164
2-2 寝返り・起き上がり・座位保持	0.140
7-2 家事	0.116

③試作システム2.0を使用し
おすすめサービス内容を出力

おすすめ	健康維持
おすすめ	受診・通院
おすすめ	移動・歩行
おすすめ	家事
おすすめ	趣味・楽しみ

④ランキングを使用し表示順変更

おすすめ	移動・歩行
おすすめ	受診・通院
おすすめ	趣味・楽しみ
おすすめ	健康維持
おすすめ	家事

c) 分析結果を踏まえた見せ方の改善案

分析結果を踏まえた見せ方の改善案としては、傾向スコアを使用して、おすすめサービス内容の表示順を変更することとする。

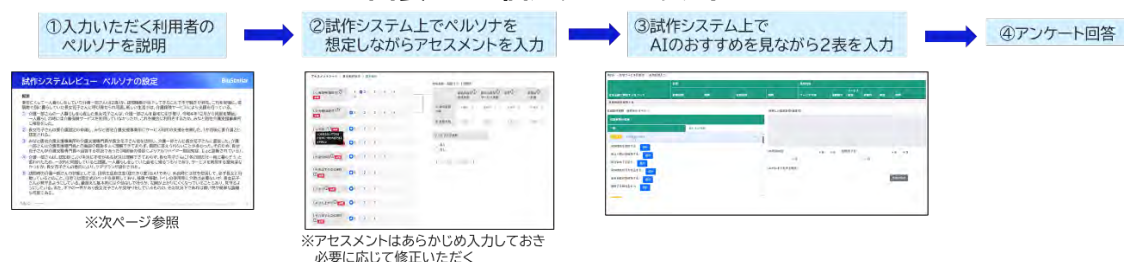
4-3. 実証 2：試作システム 2.0 によるケアマネジャーへの個別レビュー

実証 2 では、試作システム 2.0 によるケアマネジャーへの個別レビューを実施した。昨年度バージョンアップさせた試作システム 2.0 について、再度、ケアマネジャーによる個別レビューを実施し、ケアプラン作成支援 AI のあるべき姿を明らかにしていく。今年度は、経験の浅いケアマネジャーとベテランのケアマネジャーの両方において試作システム 2.0 を体験してもらった。また、実証 1 において検討を予定している AI によるおすすめケアの根拠の提示方法の改善ポイントについても意見の聞き取りを行い、これらの結果は、実証 5 のケアマネジメントデータ活用基盤のあり方（案）ブラッシュアップにも反映した。

(1) 個別レビューの方法

個別レビューでは、試作システム 2.0 に実際にアセスメントの情報から入力いただき、ケアプラン 2 表を作成いただく作業を実施していただいた後、試作システムが提示する AI のおすすめや根拠に関するご意見、ユーザインタフェースに関するご意見をいただいた。

図表 48 個別レビューの流れ



設定したペルソナは、以下の通りである。経験の浅いケアマネジャーへの個別レビューとベテランのケアマネジャーへの個別レビューでは、同じペルソナを使用する予定であったが、ベテランケアマネジャーの個別レビュー時の意見により、より自然と思われる設定に微修正している。

図表 49 設定したペルソナ

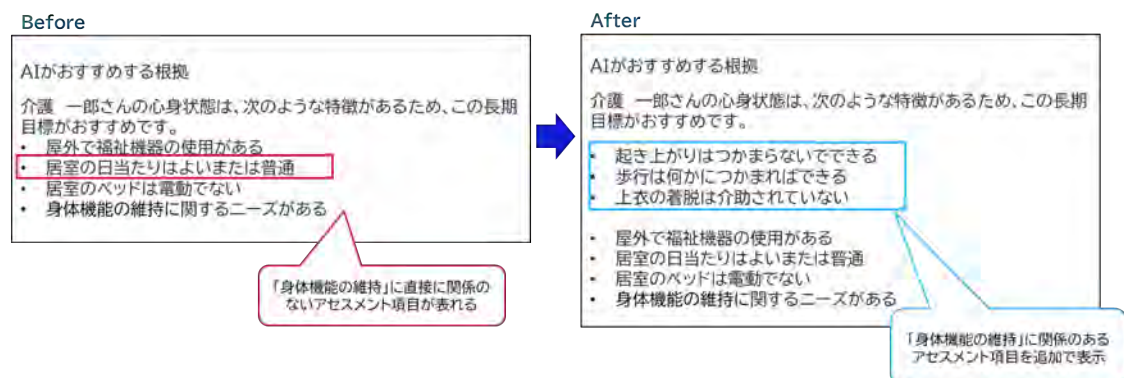
妻を亡くして一人暮らしをしていた介護一郎さん(82 歳)が、認知機能が低下してきたことでボヤ騒ぎが発生。これを契機に、遠隔地で別に暮らしていた長女花子さんに呼び寄せられ同居。新しい生活では、介護保険サービスにより支援を行っている。

- 介護一郎さんの一人暮らしを心配した長女花子さんは、介護一郎さんを自宅に引き取り、令和 4 年 12 月から同居を開始。一人暮らしの時には介護保険サービスを利用していなかったが、これを機会に利用をするため、みなと居宅介護支援事業所に相談をした。
- 長女花子さんは要介護認定の申請し、みなと居宅介護支援事業所にサービス利用の支援を依頼した。1 か月後に要介護 2 と認定される。
- みなと居宅介護支援事業所の介護支援専門員が長女花子さん宅を訪問し、介護一郎さんと長女花子さんに面談した。介護一郎さんは介護支援専門員との面談の趣旨をよく理解できておらず、質問に答えられないことが多かった。そのため、長女花子さんが介護支援専門員へ回答する状況であった(同居後の受診によりアルツハイマー型認知症、IIa と診断されている)。
- 介護一郎さんは、認知症により生活に不安がある状況は理解できておらず、長女花子さんに「冬の間だけ一緒に暮らそう」と言われたため、一次的に同居していると認識。一人暮らしをしていた自宅に帰るつもりであり、サービスを利用する意向はなかったが、長女花子さんの意向により、ケアプランが設計された。
- 訪問時の介護一郎さんの状態としては、日常生活自立度(寝たきり度)は A1 であり、外出時には杖を使用して、必ず長女と行動しているとのこと。自室では固定式のベッドを使用しており、移乗や移動、トイレの使用等に介助は必要ないが、長女花子さんが見守るようにしている。着替えも基本的には介助なしで行うが、左腕が上がりにくくなっていることもあり、見守るようにしている。また、ボヤの一件があり長女花子さんが見守りをしているものの、その状況下であれば買い物や簡単な調理も可能である。

また、試作システムの AI がおすすめする根拠については、下記のような改善案を示し、意見をもらった。

図表 50 AI がおすすめする根拠の改善案

長期目標で「身体機能の維持」をおすすめする場合



(2)個別レビュー実施概要

個別レビューでは、ベテランのケアマネジャー5名及び経験の浅いケアマネジャー11名に対して実施した。ベテランのケアマネジャーに関しては、本調査事業に設置されたWGのメンバーに依頼した。経験の浅いケアマネジャーに関しては、関東近郊の居宅介護支援事業所に協力いただき、経験年数10年以下で、主任ケアマネジャーの資格を保有していない方たちに依頼した。

図表 51 個別レビューに参加したベテランのケアマネジャーのプロフィール

	被験者A	被験者B	被験者C	被験者D	被験者E
経験年数	23年	24年	23年	20年	20年
主任ケアマネ資格	あり	あり	あり	あり	あり
保有資格	社会福祉士	社会福祉士 介護福祉士	看護師	社会福祉士 看護師	歯科衛生士

図表 52 個別レビューに参加した経験の浅いケアマネジャーのプロフィール

	被験者A	被験者B	被験者C	被験者D	被験者E	被験者F	被験者G	被験者H	被験者I	被験者J	被験者K
経験年数	2年目	3年目	2年目	2年目	1年目	6年目	3年目	2年目	7年目	1年目	1年目
主任ケアマネ資格	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
保有資格	介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士	社会福祉士、 介護福祉士、 精神保健 福祉士	介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士	社会福祉士、 介護福祉士	看護師

(3)個別レビュー結果

① ベテランのケアマネジャー

AIがおすすめする内容の役立ち度合いについては、AIによるおすすめと根拠は役に立つものもあれば共感ができないものもある結果になった。抜け漏れ注意の項目はおおむね役に立つとの意見をいただけた

図表 53 AIのおすすめ、抜け漏れ注意の項目の有用性

質問	大きく違った	少し違った	なかった
AIのあるなしでプランに違いがあったか	1	3	1

質問	とても役に立った	少し役に立った	どちらでもない	あまり役に立たなかった	全く役に立たなかった
AIのおすすめ・根拠は役に立ったか	0	1	2	2	0
抜け漏れ注意の情報は役に立ったか	2	2	0	1	0

具体的なコメントとしては、下記のような意見が出された。

- おすすめとして表示される方向性は合致していた、きちんと利用者像を入力すると想定されたプランが表示された
- 本人の関する視点となっており、家族を支援する視点でのおすすめはなかった

- AI が判断したプロセスに共感ができなかった。プランと結びつく根拠だとよい
- 抜け漏れ注意の項目は考えるきっかけになる。主に支援者の言葉になっているため、プランに反映できる表記だとよい
- 入力したいと考えていた内容のうち、疾患に関するものはおすすめにでてこなかった

AI のおすすめのわかりやすさ、時間の節約については、試作システム 2.0 でのおすすめ・根拠のわかりやすさは十分ではなかったが、時間の節約には貢献でき、また改良案があるとわかりやすくなると感じていただけた。

図表 54 AI のおすすめの表現のしかたのわかりやすさ

質問	とてもわかりやすかった	少しわかりやすかった	どちらでもない	少しわかりにくかった	とてもわかりにくかった
AIのおすすめ・根拠はわかりやすかったか	0	1	3	0	1
質問	とても感じた	少し感じた	どちらでもない	あまり感じなかった	全く感じなかった
AIのおすすめの改良案があると、よりわかりやすくなると感じたか	2	1	0	1	0
質問	とても感じた	少し感じた	どちらでもない	あまり感じなかった	全く感じなかった
AIのおすすめがあることで、白紙からプランを考える場合と比べて時間の節約になると感じたか	2	3	0	0	0

具体的なコメントとしては、「文言が出てくることでヒントになる。また、ニーズの抜け漏れを防ぐ観点から、自分で考え悩むより早いと思う」といったご意見をいただいた。

おすすめの数が多いことに関しては否定的な意見はなく、改良案のように関連の深い項目を合わせて表示したり、本人のアセスメントと関連の深い項目を優先的に表示したりすることでより使いやすくなると考えられる。

図表 55 おすすめの数、表示方法

質問	選択しやすさに 変わりはなかった	少し選択しにく かった	とても 選択しにくかった
AIのおすすめの数が多い場合、選択しにく かったか	4	1	0

質問	とてもわかり やすかった	少しわかり やすかった	どちらでもな い	少しわかり にくかった	とてもわかり にくかった
カテゴリと個別ラベルの表示はわかりやす かったか	2	1	2	0	0

② 経験の浅いケアマネジャー

AI のおすすめ、抜け漏れ注意の項目の有用性については、AI のおすすめに対しては半数程度が役に立ったと回答いただき、抜け漏れ注意の項目はより肯定的な評価をいただけるなど、AI によるおすすめ・根拠、抜け漏れ注意の情報は役に立つとの回答が多かった。AI のあるなしでプランに違いが

出たとの回答も多く、有用なヒントになったと考えられる。

図表 56 AI がおすすめする内容の役立ち度合い

質問	とても役に立った	少し役に立った	どちらでもない	あまり役に立たなかった	全く役に立たなかった
AIのおすすめ・根拠は役に立ったか	1	5	5	0	0
抜け漏れ注意の情報は役に立ったか	3	6	2	0	0

質問	大きく違った	少し違った	なかった
AIのあるなしでプランに違いがあったか	2	6	3

具体的なコメントとしては、下記のような意見が出された。

- 自分の考えるプランとおすすめに表示される項目で相違を感じた。
- 今まで自分になかった視点が挙げられていたので参考になった。
- 項目が多く、選ぶのに迷うこともあると思うが、アセスメントから抽出できていると感じることができた。
- 適切なケアマネジメントの手法が頭に入っているわけではないので、重要な部分の漏れがないか確認することができた。

試作システム 2.0 での AI のおすすめ・根拠は、おおむねわかりやすかったと評価いただけたが、時間の節約については、「節約できると感じた」という意見と「節約できると感じなかった」という意見に分かれた。プランを考える参考になるとの回答があった一方で、個人に合わせた表現を考える部分に時間がかかり、その点の所要時間は AI があっても変わらないとの意見もあった。

AI のおすすめ・根拠のわかりやすさについては、試作システム 2.0 で表示している内容ではわかりやすさが十分ではない一方、改良案に関してはわかりやすくなりそうとのご意見をいただいた。

図表 57 AI のおすすめの表現のしかたのわかりやすさ

質問	とてもわかりやすかった	少しわかりやすかった	どちらでもない	少しわかりにくかった	とてもわかりにくかった
AIのおすすめ・根拠はわかりやすかったか	1	6	3	1	0

質問	とても感じた	少し感じた	どちらでもない	あまり感じなかった	全く感じなかった
AIのおすすめの改良案があると、よりわかりやすくなると感じたか	3	7	1	0	0

質問	とても感じた	少し感じた	どちらでもない	あまり感じなかった	全く感じなかった
AIのおすすめがあることで、白紙からプランを考える場合と比べて時間の節約になると感じたか	4	4	2	0	1

具体的なコメントとしては、下記のような意見が出された。

- 自更衣を整容で探してしまったり、どれを選択すれば目的の項目に達するか戸惑う場面があった。慣れかと思う。
- ニーズをもっと深掘した入力にするとよいのだろうが、端的すぎるため、幅が広がっていると感じ

た。

- 表示が多く、検索しないといけない。

③ 比較

ベテランケアマネジャーによる個別レビューとの違いを見てみると、AI のおすすめ・根拠が役に立ったか、わかりやすかったかの設問は、経験の浅いケアマネジャーの評価が、ベテランケアマネジャーと比較して高くなった。

AI のおすすめの表示数、カテゴリと個別ラベルのわかりやすさの設問については、ベテランケアマネジャーのほうが評価が高く、経験を積むことで表示される選択肢におおよそ想像がつか否かが評価に影響していると考えられる

時間の節約については、経験の浅いケアマネジャーの個別レビューでは、個人に合わせた文言の変更・言葉選びに時間がかかるとの回答が複数あり、その変更がスムーズにできるかどうか経験の違いが表れていると考えられる。

総合的には、現行の試作システム 2.0 を用いて、ベテラン・経験の浅いケアマネジャー双方に役に立つ情報が提示できており、AI のおすすめ根拠の見せ方についても、実証 1 を踏まえた改善をはかることでより理解しやすい情報が提示できる見込みがあることが確認できた。

4-4. 実証 3：ケアマネジャーの思考フロー可視化の方法論の整理

実証 3 では、ケアマネジャーの思考フロー可視化の方法論を整理した。本調査研究では、看護師、社会福祉士、保健師といった保有資格の異なるケアマネジャー等で構成される WG を立ち上げ、ケアマネジャーの思考フローの可視化に取り組んでいる。過去データから構造化・体系化したテキストデータを AI に学習させ、さらなる実用化を進めるには、ケアマネジャーの専門職としての知見・経験値をケアプラン作成支援 AI のアルゴリズムに反映させることが必要となるため、現在までに、「心疾患複線的モデル」、「脳血管疾患複線的モデル」、「大腿骨頸部骨折」、「認知症複線的モデル」の 4 つの疾患でのモデルが作成できている。

これまでの調査研究から、ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能としては、①利用者の状態に応じた提案と根拠の提示、②適切なケアマネジメント手法の反映、③ケアマネジャーの思考の反映、が重要であることが明らかになっており、介護ソフト開発ベンダー等がこれらの機能を実装した AI 開発を活性化していくためには、個人情報保護に配慮した上で、まずは、下記の 3 種のデータを定期的に収集して、AI に組み込み、学習させることができる AI 開発のための基盤を整備していくべきであるとしている。

- データ① ケアマネジメントデータ（アセスメント・ケアプラン 2 表）
- データ② 適切なケアマネジメント手法研修会での作成データ（自己点検シート）

- データ③ ケアマネジャーの思考フローのデータ

そこで、これまで複線的モデルを作成してきた成果から、ケアマネジャーの思考フローを見える化するための検討方法などを整理し、「データ③ ケアマネジャーの思考フローのデータ」を継続的に収集・整理するために参考となる知見をとりまとめた。検討は、WG を中心に実施し、委員会にてご意見を伺った。

(1)「思考フロー可視化の方法論」検討の背景

日本は世界でもトップクラスの長寿の国であり、高齢者の増加に対し、介護を担う人材が不足している状況が続いている。高齢化の進展は、財政にも大きく影響し、国の一般会計予算では、社会保障関係費で、予算全体の 1/3 を超える数字となっているが、所得税等の税収等の歳入では歳出全体の約 6 割しか賄えておらず、今後、社会保障関係費がさらに増加していけば、国の借金 はますます大きくなっていくことになる。

このような現状を打破するために期待されるのがデジタル化であり、国は医療 DX の実現に向けて、様々な推進策を打ち出している。DX を支える技術のひとつが AI であり、ケアプラン作成支援 AI の開発・普及も期待されているところであるが、その開発においては、さまざまなデータを学習させる必要がある。本調査研究では、これまでの研究成果から、ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能としては、①利用者の状態に応じた提案と根拠の提示、②適切なケアマネジメント手法の反映、③ケアマネジャーの思考の反映、が重要であり、これらの機能を実装した AI 開発を活性化していくためには、個人情報保護に配慮した上で、3 種のデータを定期的に収集して、AI に組み込み、学習させることができる AI 開発のための基盤を整備していくべきであるとしている。しかしながら、介護分野では、このような AI 活用を前提としたデータ基盤はできておらず、AI 開発の大きな障壁にもなっており、ケアマネジメントから生じるデータの PDCA サイクルを推進するための体制やデータ基盤の検討も必要となっている。

本調査研究では、看護師、社会福祉士、保健師といった保有資格の異なるケアマネジャー等で構成されるワーキンググループを立ち上げ、ケアマネジャーの思考フローの可視化に取り組んできた。過去データから構造化・体系化したテキストデータを AI に学習させ、さらなる実用化を進めるには、ケアマネジャーの専門職としての知見・経験値をケアプラン作成支援 AI のアルゴリズムに反映させることが必要となるためである。ケアマネジャーが、アセスメントによって得られた膨大な情報から、どのような着眼点により絞り込みを行い、ケアプランの記述に落とし込んでいくかという「思考の流れ」を複線的なフローチャートで表現することで可視化し、現在までに、「心疾患複線的モデル」、「脳血管疾患複線的モデル」、「大腿骨頸部骨折」、「認知症複線的モデル」の 4 つの疾患でのモデルを作成した。

今後、AI 開発のためのケアマネジャーの思考フローデータを定期的に収集・更新していくために、本調査研究でのケアマネジャーの思考フロー可視化の経験から得られた知見を整理し、そのポイントをとりまとめる。

(2)思考フロー可視化の前提

ケアマネジャーの思考フローを可視化するにあたり、下記のような前提を持って、議論をおこなっている。

図表 58 ケアマネジャーの思考フロー可視化の前提

①目的	● ケアマネジャーの思考フローを AI に学習させることで、ケアマネジャーのケアプラン作成を支援する AI の開発を目指す ● AI にたくさんの情報をインプットデータとして与えても、それを絞り込んでいきアウトプットにするルールが不足している ● ケアマネジメント標準化は、クリニカルパスに連動するように方針別に整理されており、思考プロセスは含まれていないため、そこを WG2 が担う
②前提	● 利用者宅への訪問・聞き取り等による「情報収集」から「課題分析」をしてケアプランを作成する ● 「情報収集」の段階では個々の情報を、「課題分析」では情報の統廃合、深堀、繰り返しを行う ● 「情報収集」と「課題分析」は分けては考えられず、同時に行っている
③方法	● 作成済みの「心疾患」「脳血管疾患」「大腿骨頸部骨折」の思考フローを確認しつつ、認知症の複線的モデルを作成する ● 適切なケアマネジメント手法の項目を参照する ● 理解しやすさを向上させるため、ICF の第 1 項目で分類し、スイムレーンを作る

(3)ケアマネジャーの思考フロー可視化を検討する上でのポイント

① ファシリテータの選定

- ケアマネジャーの思考フロー可視化では、議論の中でケアマネジャーの暗黙知を言語化していく作業が必要となるため、ケアマネジメントの実務を知るケアマネジャーの経験者を選定することが望ましい。
- ケアマネジメントの原理原則を押さえるだけでなく、関連する法律や制度にも長けている方をファシリテータとすることで、全体的な課題が見えてくる。
- ファシリテータは、公正中立の立場であることも重要であり、福祉や医療に偏ることなく議論を進めていける必要がある。
- 思考フロー可視化の議論では、ケアマネジャー自身も気づいていない暗黙知を炙り出すため、異なる意見がでることや議論の流れが生きつ戻りつとなったり、大きく逸れたりということが生じる。ファシリテータは、異なる意見を受け入れ、解釈することで、本論に戻す能力が求められる。
- 「適切なケアマネジメント手法」について知識・経験のあることも条件となる。

② 検討メンバーの選定

- 検討メンバーは、ケアマネジャーの実務者が望ましく、保有資格が異なるメンバーを選定することで、視点の異なるよい議論が行える。社会福祉士、看護師、理学療法士、作業療法士、保健師、口腔ケアの専門資格などを持つケアマネジャーが候補として挙げられる。
- 経験のあるケアマネジャーを選定すべきであるが、経験年数だけでなく、経験しているケースの数も重要である。特異なケースに関わってきた経験や、部下の育成（管理者）を担っていたケアマネジャーをメンバーとすることで、より深い議論につながる。
- 「適切なケアマネジメント手法」について知識・経験のあることも条件となる。
- 掘り下げた議論を行うため、忌憚ない意見が出せる場となることが重要である。そのため、利害関係を排除し、検討メンバー同士の人間関係も考慮して選定することも必要である。
- 検討メンバーには、ケアマネジャーだけでなく、政策・制度の観点で議論できる方に入ってもらい、現場の議論だけでなく、ケアマネジメントに関連する政策との連携といった観点から、議論を俯瞰してもらえる。ただし、政策・制度の観点で議論できる方を検討メンバーとすべきか、オブザーバーとすべきかは、全体のメンバー構成を考慮して、決定する。
- ケアマネジャーの思考フローを可視化するという議論においては、異なる思考フローが入ってしまうため、検討メンバーに医師を含めない方が議論が進みやすい。議論はケアマネジャーを中心に実施するが、その検討結果を医師などの多職種にチェックしてもらうプロセスとすべきである。
- 検討メンバーの人数は、議論を深めるためには、ひとつのテーブルを囲んで議論できる 6～8 名程度の規模が適切といえる。

③ オブザーバーの選定

- オブザーバーとしては、AI の開発者や厚生労働省などの行政の立場の方が想定される。議論を聞いていただいくことで、議論の背景を共有できることが利点といえる。

④ 会議の設定

<対面・オンラインの選定>

- 報告ではなく、資料を参考にしながらの作業と議論が中心となるため、対面での会議設定が望ましい。

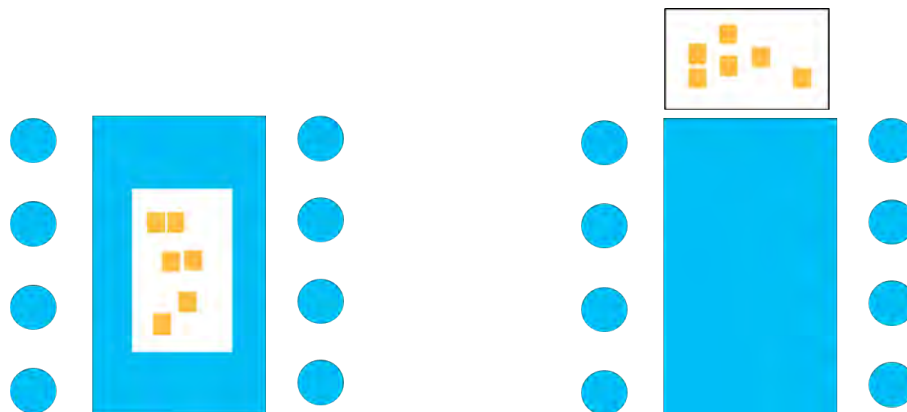
<検討のために確保すべき時間>

- 1 つのペルソナを検討するのに、少なくとも 5～6 時間は必要となる。議論を途中で中断すると、次は、前の議論の振り返りからスタートすることになり、効率も悪く、逆にファシリテーター・メンバーの負担が大きくなる。例えば、1 時間の会議を 6 回設定するのではなく、終日で 6 時間の会議を設定する方がよい。

- 可能であれば、1泊2日の合宿形式で議論が行うなども考えられる。

<会議室の選定>

- 長時間の会議となるため、会議室は、窓や空調などの環境への配慮や、飲み物や茶菓子なども準備することで円滑な検討を行うことができる。
- 資料が多いため、会議室は一人当たり面積が広めのスペースが取れることが望ましい。
- 仮説に基づいて議論を行っているため、議論の途中で新しい資料が必要になることも多い。会議室には、すぐに資料を準備し印刷できる環境があることで、議論を効率的に行える。
- 机は、中央で模造紙を置いて作業が行えるように配置する。壁を使える場合、壁に模造紙を貼り、同じ方向を見ながら作業を行うと、検討メンバーすべて位置から内容は把握しやすくなる。



- 机は、中央で模造紙を置いて作業が行えるように配置する。壁を使える場合、壁に模造紙を貼り、同じ方向を見ながら作業を行うと、検討メンバーすべて位置から内容は把握しやすくなる。

<資料の準備>

- 資料は、議論しながら書き込めるという点で、紙に印刷して準備することが望ましい。また、資料を見比べるという作業も多いため、紙の資料での準備が必須となる。

⑤ 会議の進め方

<ペルソナの決定>

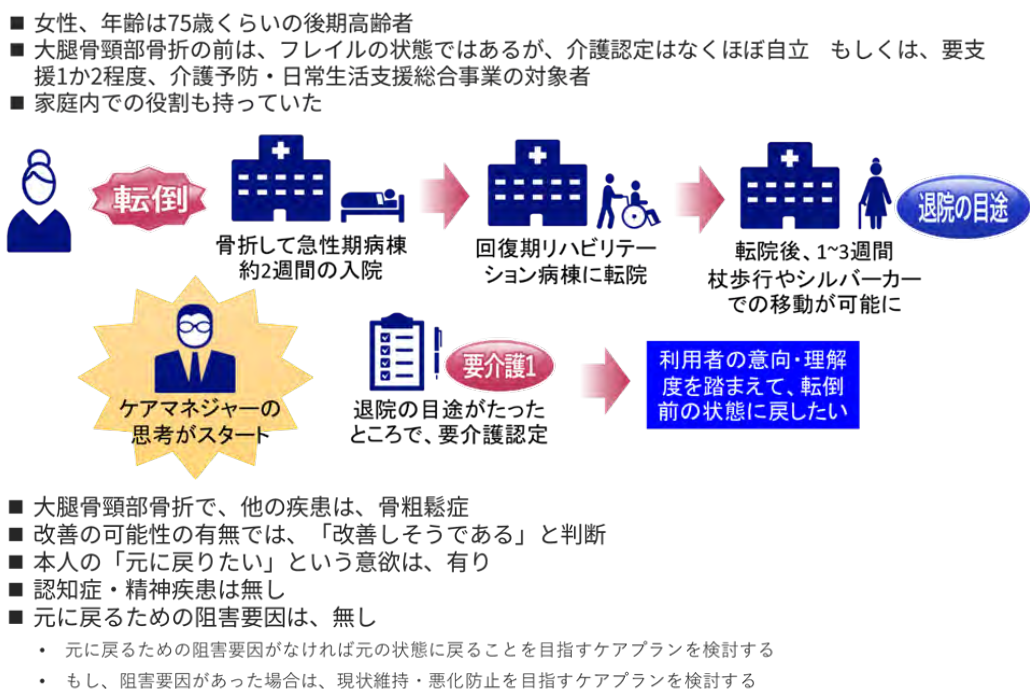
- 思考フロー可視化では、最初に、思考フローの前提となるペルソナをファシリテータ、検討メンバーが議論し決定する。適切なケアマネジメント手法では、「基本ケア」という考え方があるが、特徴がある利用者を想定したペルソナを作ることによって、議論がしやすくなる。
- 特徴のあるペルソナを作るが、レアケースを想定するのではなく、利用者としてボリュームが多いと思われる層を意識して設定することも重要である。例えば、同じ疾患を持っていても、年齢が異なれば意味合いも異なってくることになる。

- 想定したペルソナの情報を残しておくことで、作成済みの思考フローをバージョンアップしたり、新たな疾患や状態の利用者を想定したペルソナの思考フローを作成する場合にも、比較検討が行える。

<検討の起点>

- 想定したペルソナの、どこから検討していくか、その起点についても事前に検討しておくことが望まれる。下記は、大腿骨頸部骨折を検討した際に作成したペルソナとなるが、ケアマネジャーとどのような形で接点を持ったかというところまで想定したことで、具体的な議論が行えた。

図表 59 大腿骨頸部骨折を検討した際に作成したペルソナ



- 検討は、作業用の模造紙を中央に置き、検討メンバーが想定ペルソナのケアプランを作成するために、どのような考えで行っていくか思いついた内容をポストイットに記載し、貼り付けていく。
- その際には、最初に決めた検討の起点からスタートし、「どのような順番」で確認をおこなっていくかという情報も重要となる。ポストイットにすることで、この確認の前に、この確認が必要であったという内容があった場合も、ポストイットを貼り替えることで、正しいフローにしていけることができる。
- 記載されたポストイットのそれぞれの順序や関係性は、マーカーで矢印を記載することで表現していく。
- 議論中に疑問点などが出た場合は、「適切なケアマネジメント手法」の項目を確認したり、インターネットで関係資料を探索し、その場で解決することで、効率的な作業となる。

⑥ ファシリテータの役割

- ファシリテータは、検討メンバーが暗黙知を言葉にするための働きかけを随時行っていく必要がある。検討メンバーの意見に対して、「それは、どうして？」「それを言葉にして」という質問で、ケアマネジャーが当たり前に感じていることを再度確認していく。
- ファシリテータの「本当にそれでいいの？」という呼びかけも、議論を深める。
- ケアマネジャーの思考フローを検討していくと、次々と枝分かれしていくことになり、議論が広がりすぎてしまうこともある。そのため、ファシリテータは、本論に呼び戻す動きも必要である。
- ファシリテータが議論を先導していくが、検討メンバーが互いに問いかけ直すという動きも重要であり、これはメンバー間の良い関係性が影響する。
- 専門職であることのできる議論はあるが、専門に入り込んでしまわないことも必要であり、それをコーディネートするのもファシリテータの役割といえる。

⑦ 事務局の役割

<事務局の役割>

- 事務局も、ケアマネジメントプロセスの内容をできる限り理解して、準備を行うことが重要である。
- 事務局も公正中立であることが大事であり、一部の研究者、企業の利益を優先することにならないよう、しっかり明文化しておくべきである。

<事前準備>

- 思考フローをどのようなプロセスとスケジュール感で作成していくのかを、事前に事務局が示すことで、当日の議論を牽引することができる。
- 事務局が、事前の整理やたたき台作成がしっかり作っておくこともよい議論につながる。
- 議論の流れをある程度予想し、必要となる資料を事前に準備し、印刷しておく。
- 準備する備品は、以下が想定される。
 - 模造紙 5 枚程度→それぞれの模造紙をテープで張り合わせ、巻物状にしておくことで作業はしやすくなる。
 - ポストイット 適宜→正方形サイズが使いやすい。
 - マーカー 適宜→関係性や時間の流れを書き込むため。
 - テープ 適宜→ポストイットが剥がれやすいので補強のため。

<ファシリテータと事務局の役割分担>

- 事務局が持つべき機能として、サブファシリテータも必要である。ケアマネジャーであれば当然と感じている内容も、ケアの専門家でない立場からは理解できないこともある。その立場から、「これはどうしてですか？」「なぜ、このように考えるのですか？」と問いかけることで、暗黙知を見える化する作業を支援することができる。

- また、ケアマネジャーの思考フロー可視化の作業は、ケアプラン作成支援 AI のためのデータを作り出すことが目的であり、議論の流れが逸れてしまった場合に、その原点に引き戻すことも重要である。

＜検討内容のとりまとめ・整理＞

- 検討内容は、事務局にて整理する。本調査研究では、「フローチャート」を使い、思考フローを視覚的に表現している。また、なんらかの軸があった方が整理がしやすく、フローチャートで示されるボックスの色は、ICF の第一段階の分類に沿って色分けしている。
- ファシリテータ・検討メンバーだけでなく、ケアマネジャー以外のケアマネジメントに係る専門職やアカデミックの有識者にチェックをしてもらい、異なる立場からの意見・コメントを集約し、作成する思考フローに反映する。

4-5. 実証 4：AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表の作成

実証 4 では、AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表を作成した。前述の AI 開発に必要と思われる 3 つのデータのうち「データ① ケアマネジメントデータ」では、アセスメントのデータについても、利用者単位で 2 時点のデータが必要であるとしているが、アセスメントに関しては、決まった様式がないことが大きな課題となっている。本調査研究の試作システムでも、アセスメントデータに関しては、全社協方式での入力フォーマットで作成しているが、他のアセスメント様式を利用しているケアマネジャーも利用できるよう、AI がおすすめのケアを提示するのに最低限必要な項目を「必須項目」として示し、入力を補助するために、選択肢の意味を表示するツールチップも装備している。

アセスメント様式の標準化が行われることが望ましいが、その議論には時間がかかるものと思われる。そこで、AI 活用という視点から、主要なアセスメントの様式におけるアセスメント項目を調査し、それぞれの様式において、どの項目が類似の内容となるかの対応表を作成する。その際には、課題分析標準項目や要介護認定項目などをベースにして検討した。

(1) 検討の方法

検討にあたっては、課題分析標準項目の内容をブレイクダウンし、対応表のベースとすることにした。課題分析標準項目の「標準項目名」に記載の内容を大項目、「項目の主な内容（例）」に記載の内容を中項目、「項目の主な内容（例）」に記載の内容で括弧書きでさらに詳細内容が記載されている場合は小項目、ただし、括弧書きがない場合は、中項目と同じ内容とする。但し、アセスメント様式の項目に存在するが、課題分析標準項目に合致するものないケースは、新たに対応表の項目として追記した。

今回の対応表に取り上げた居宅介護のアセスメント様式は下記の 5 種となっている。

- 居宅サービス計画ガイドライン方式
- インターライ方式
- ケアマネジメント実践記録様式
- 日本介護福祉士会方式
- 日本訪問看護財団方式（成人・高齢者用）

アセスメント様式ではないが、試作システムにおいて必要最低限の入力項目として要介護認定項目を参考にしているため「要介護認定項目」と、今後、居宅での導入も進められる「LIFE」の項目も参考まで整理の対象とした。

(2) 主要なアセスメント様式における項目対応表

以下に、本調査研究で作成した主要なアセスメント様式における項目対応表を掲載する。

(3) 検討結果

アセスメント様式により、作成している組織や作成の背景によって項目だけでなく、各項目ごとの内容にも濃淡があり、すべてのアセスメント項目を対応させることは難しい。インターライ方式や日本訪問看護財団方式では、疾患・症状など医療系の項目が充実しているが、反面、全体のアセスメント項目のボリュームが非常に大きくなっている。

また、様式により、同じ内容の項目であっても、ナラティブな記述で記入する場合と、構造化された情報として記入する場合があり、単純な対応が難しいケースもあった。特に、ナラティブな記述として入力する項目となっている場合は、必要な情報が入力されるかは入力者任せになってしまう可能性があることも明らかになった。

完全な 1 対 1 対応は難しいが、試作システムにおいて必要最低限の入力項目として「要介護認定項目」との対応に限って見てみると、各アセスメント様式に対応となるアセスメント項目、または、関連すると思われるアセスメント項目は存在しており、データ変換などの工夫をすることで、多様なアセスメント様式によるデータ入力の可能性は高いといえる。

アセスメント様式項目対応表【20250310版】

課題分析標準項目 (アセスメント)					要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式	
【基本情報に関する項目】									
K1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	K1-1	居宅サービス計画作成 についての利用者受付 情報	K1-1-1	受付日時	I 調査日	1相談受付日時	B2受付日	受付日
				K1-1-2	受付対応者	I 記入者氏名、I 所属機関	1初回相談受付者	A6事業所番号	FS: 受付者
				K1-1-3	受付方法		1 訪問・電話・来所 相談経路 (紹介者)	B3相談受付時までの経過	FS: 受付方法、当機関で援助 にいたる経路
		K1-2	居宅サービス計画作成 の状況	K1-2-1	実施日	I 実施日時	1アセスメント実施日年月日	A9アセスメント基準日	FS:アセスメント実施状況のⅡ アセスメント実施日
				K1-2-2	実施者				FS:アセスメント実施状況のⅠ アセスメント担当者
				K1-2-3	実施場所	I 実施場所			FS:アセスメント実施状況のⅢ アセスメント実施場所
				K1-2-4	アセスメントの情報源				FS:アセスメント実施状況のⅤ アセスメントの情報源
		K1-3	利用者の基本情報	K1-3-1	利用者の氏名	Ⅱ 対象者氏名	1本人氏名	A1氏名	FS:Ⅰ 利用者氏名
				K1-3-2	利用者の性別	Ⅱ 性別	1本人氏名(男・女)	A2性別	FS:Ⅰ 性別
				K1-3-3	利用者の生年月日	Ⅱ 生年月日	1本人年齢	A3生年月日	FS:Ⅰ 生年月日
				K1-3-4	利用者の住所	Ⅱ 現住所	1本人住所		FS:Ⅰ 住所
					現在地の種別				
				K1-3-5	すまいの状況(戸建て／集合住 宅、賃貸／持ち家など)		4住居等の状況(戸建て・集合 住宅など)、		
				K1-3-6	利用者の電話番号等の連絡先	Ⅱ 電話	1本人電話		FS:Ⅰ 電話番号
		K1-4	利用者以外の家族等の 基本情報	K1-4-1	家族の氏名	Ⅱ 家族等連絡先(氏名)	1緊急連絡氏名、相談者氏名		FS:Ⅱ 相談者氏名
				K1-4-2	家族の性別		1緊急連絡住所、相談者住所		
				K1-4-3	家族の生年月日				
				K1-4-4	家族の住所	Ⅱ 家族等連絡先			FS:Ⅱ 相談者住所
				K1-4-5	家族の電話番号等の連絡先	Ⅱ 家族等連絡先・電話	1緊急連絡先		FS:Ⅱ 相談者電話
K2	これまでの生活と現在の状況	K2-1	利用者の現在の生活状 況	K2-1-1	利用者の現在の生活状況			A11アセスメント時の居住場 所	
		K2-2	これまでの生活歴等	K2-2-1	これまでの生活歴等について記載 する項目		1これまでの生活の経過	B5過去5年間の利用履歴(短 期は含まず):B5a療養病院／ 病棟、B5b認知症対応型共同 生活介護・小規模多機能型居 宅介護、B5c高齢者住宅、 B5d精神科病院・精神科病 棟、B5精神障害者施設、B5f 知的障害者施設 B9教育歴 O5受診・入院(過去90日間): O5a入院～O5c医師の診察	FS:Ⅳ 生活歴

課題分析標準項目 (アセスメント)					要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式	
K3	利用者の社会保障制度の利用情報	K3-1	利用者の被保険者情報	K3-1-1	利用者の被保険者情報(介護保険)		1介護保険 利用者負担割合、1高額介護サービス費 利用者負担	A5a介護保険 保険者番号、A5b介護保険 被保険者番号	FS:Ⅵ保険者名、Ⅵ保険者番号、Ⅵ被保険者番号、、Ⅴ負担限度額認定証の有無、社会福祉法人減免証の有無
				K3-1-2	利用者の被保険者情報(医療保険)	調査票上部:保険者番号 調査票上部:被保険者番号	1後期高齢者医療保険 一部負担金、3サービス利用状況 制度利用状況の健康保険		FS:Ⅵ特定疾病、Ⅷ医療保険種別、Ⅷ記号・番号、Ⅷ保険者番号、Ⅷ後期高齢者医療(記号番号・一部負担金)、Ⅷ公費医療
				K3-1-3	利用者の被保険者情報(その他)				
		K3-2	年金の受給状況	K3-2-1	年金の受給状況(国民年金、厚生年金・共済、その他)		3サービス利用状況 制度利用状況の年金		
		K3-3	生活保護受給の有無	K3-3-1	生活保護受給の有無		3サービス利用状況 制度利用状況の生活保護		FS:Ⅷ生活保護
		K3-4	障害者手帳の有無	K3-4-1	障害者手帳の有無		1身体障害者手帳の有無、1精神障害者福祉手帳の有無		FS:Ⅷ身体障害者手帳(級・手帳番号・判定日)、Ⅷ精神障害者手帳(級・手帳番号・判定日)
		K3-5	その他の社会保障制度等の利用状況	K3-5-1	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		1療育手帳の有無、1自立支援医療受給者証の有無、1障害福祉サービス受給者証の有無、1障害支援区分、3制度利用状況	P1a法定後見人等	FS:Ⅷ療育手帳(度・手帳番号・判定日)、Ⅸ後見人制度の利用(氏名・住所)、Ⅹ日常生活自立支援事業の利用(利用状況・専門員名・所属機関・住所・電話・FAX)、ⅥD 4)各種制度利用・手帳取得の可能性
K4	現在利用している 支援や社会資源の状況	K4-1	利用者が現在利用している社会資源の状況	K4-1-1	介護保険サービスの状況	Ⅲ現在受けているサービス状況(在宅利用) Ⅲ現在受けているサービス状況(施設利用:施設連絡先)	3サービス利用状況	O3過去7日間のサービス: O3a訪問介護～O3d食事／配食、O4リハビリテーション: O4a理学療法～O4d心理療法	FS:Ⅵ認定状況、Ⅶ現在利用しているサービスおよび関係機関等、ⅥD 5)サービス提供上のキーパーソン(介護支援専門員を除く専門職)
				K4-1-2	医療保険サービスの状況	Ⅲ現在受けているサービス状況(施設利用:施設連絡先)	3サービス利用状況	O4リハビリテーション:O4a理学療法～O4d心理療法	FS:Ⅵ認定状況、Ⅶ現在利用しているサービスおよび関係機関等
				K4-1-3	障害福祉サービスの状況		3サービス利用状況	O3過去7日間のサービス: O3a訪問介護～O3d食事／配食	FS:Ⅵ認定状況、Ⅶ現在利用しているサービスおよび関係機関等
				K4-1-4	自治体が提供する公的サービスの状況	Ⅲ現在受けているサービス状況(在宅利用)	3サービス利用状況	O3過去7日間のサービス: O3a訪問介護～O3d食事／配食	FS:Ⅵ認定状況、Ⅶ現在利用しているサービスおよび関係機関等

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
			K4-1-5	フォーマルサービス以外の生活 支援サービスの状況	Ⅲ現在受けているサービス状 況(在宅利用)	2インフォーマルな支援活用状 況、3サービス利用状況	O3過去7日間のサービス： O3a訪問介護～O3d食事／ 配食	FS:Ⅵ認定状況、Ⅶ現在利用 しているサービスおよび関 係機関等	
K5	日常生活自立度 (障害)	K5-1	障害高齢者の日常生活 自立度(寝たきり度)	K5-1-1	要介護認定の判定結果	7障害高齢者の日常生活自立 度(寝たきり度)	1障害高齢者の日常生活自立 度(寝たきり度)	FS:Ⅳ障害高齢者の日常生活 自立度(寝たきり度)	
				K5-1-2	判定を確認した書類(認定調査 票、主治医意見書)				
				K5-1-3	認定年月日		1判定日		
				K5-1-4	介護支援専門員からみた現在の 自立度				
K6	日常生活自立度 (認知症)	K6-1	認知症高齢者の日常生 活自立度	K6-1-1	要介護認定の判定結果	7認知症高齢者の日常生活自 立度	1認知症高齢者の日常生活自 立度	FS:Ⅳ認知症高齢者の日常生 活自立度	
				K6-1-2	判定を確認した書類(認定調査 票、主治医意見書)				
				K6-1-3	認定年月日		1判定日		
				K6-1-4	介護支援専門員からみた現在の 自立度				
K7	主訴・意向	K7-1	利用者の主訴や意向	K7-1-1	利用者の主訴や意向		1相談内容・本人主訴	FS:Ⅲ主訴(本人)、ⅥD 6)利 用意向(本人)、ⅤA 10)傷 病・障害・加齢等による喪失 感・孤独感等	
		K7-2	家族等の主訴や意向	K7-2-1	家族等の主訴や意向		1相談内容・介護者家族主訴	A12c利用者や家族、身内は 利用者は他のところに住む方 がよいのではないかと考えて いる、	FS:Ⅲ主訴(家族等)、ⅥD 6) 利用意向(家族)
K8	認定情報	K8-1	利用者の認定結果	K8-1-1	要介護状態区分	Ⅱ前回認定結果	1要介護認定	A7要介護度	FS:Ⅵ認定結果
				K8-1-2	審査会の意見				FS:Ⅵ審査会意見
				K8-1-3	区分支給限度額				
K9	今回のアセスメントの理由	K9-1	今回のアセスメントの実 施に至った理由	K9-1-1	初回、要介護認定の更新	Ⅱ過去の認定	1アセスメント実施日(初回)、 1アセスメント実施日(更新)	A8アセスメントの理由	FS:アセスメント実施状況のⅣ アセスメント理由
				K9-1-2	区分変更、				
				K9-1-3	サービスの変更				
				K9-1-4	退院・退所			A13退院後の経過期間	
				K9-1-5	入所				
				K9-1-6	転居				

課題分析標準項目 (アセスメント)					要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式
			K9-1-7	そのほか生活状況の変化、			G6過去90日間(または前回アセスメント以降)のADLの変化、T今後の見通しと全体状況(T1過去90日間におけるケア目標の達成～T5増悪原因のおこった時期)	
			K9-1-8	居宅介護支援事業所の変更				
【課題分析(アセスメント)に関する項目】								
K10 健康状態	K10-1 利用者の健康状態及び心身の状況	K10-1-1	身長		5身長	K1a身長		
		K10-1-2	体重		5体重	K1b体重		
		K10-1-3	BMI					
		K10-1-4	血圧				I -A 4)バイタルサイン等一般状態、I -A 4)一般状態	
		K10-1-5	既往歴		5既往歴		I -A 1)健康状態に関する既往症	
		K10-1-6	主傷病・症状	6 過去14 日間に受けた医療	5現症、病名、5障害等の部位、、6-④精神行動障害の4-16幻視幻聴	I1疾患:I1a大腿骨骨折～ I 1dアルツハイマー病以外の認知症、I 1f多発性硬化症、I 1hパーキンソン病、I 1j脳卒中/農研肝障害～I1v糖尿病 J健康状態:J3cめまい、J3e胸痛～J3n嘔吐、J3r発熱～J3s消化管出血・尿性器出血、J3u抹消浮腫～J5疲労感、J7a認知・ADL・気分・行動を不安定にするような病態や症状がある、J7b急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した L皮膚の状態:L3褥瘡以外の皮膚潰瘍、L4重要な皮膚の問題(外傷、火傷)、L5皮膚の裂傷や切り傷、L6その他の皮膚の状態や変化(打ち身、発疹、かゆみなど)、L7足の問題	IV認知症の診断の有無(診断時期・医療機関名)、I -A 2)症状の安定性、I -A 2)生活機能の維持・改善、I -A 2)感染症、I -F 4)視覚・聴覚の症状	
		K10-1-7	麻痺等の有無	1-1麻痺等の有無、1-2関節可動域	6-①基本動作の1-1麻痺・1-2拘縮	I1疾患: I 1e片麻痺、I 1g対麻痺、I 1i四肢麻痺	I -C 1)1-1.麻痺等の有無、I -C 1)1-2.拘縮の有無	
		K10-1-8	痛みの有無、		6-⑥医療健康関係の8疼痛の看護	J6a痛みの頻度～J6e痛みのコントロール	I -C 4)痛み	

課題分析標準項目 (アセスメント)					要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
	K10-2	受診に関する状況	K10-1-9	褥そうの有無		6-⑥医療健康関係の11じょく そうの処置	L1最重度の褥瘡、L2褥瘡の 既往	I -C 3)じょくそうの有無・じょ くそう以外で処置が必要な皮 膚疾患等、I -C 4)用具		
			K10-2-1	かかりつけ医・かかりつけ歯科医 の有無				I -A 2)主治医の意見(医師 名・医療機関・住所等)		
			K10-2-2	その他の受診先		2受診病院		I -A 3)主治医以外の医師の 受診(医師名・医療機関・住所 等)		
			K10-2-3	受診頻度		2受診状況	O1健診・予防接種(O1a過去 1年間の血圧測定～O1h過去 5年間で65歳以降の肺炎ワク チン)	I -A 2)主治医の受診の頻 度、I -A 3)主治医以外の受 診の頻度、I -B 5)過去14日 間に受けた医療		
			K10-2-4	受診方法		2受診方法				
			K10-2-5	受診時の同行者の有無等			B10医療機関受診時の送迎、 B11受診中の付き添いが必要			
	K10-3	服薬に関する状況	K10-3-1	かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤 師の有無				Ⅵ主治医		
			K10-3-2	処方薬の有無		2薬の有無		I -B 1)薬の使用		
			K10-3-3	服薬している薬の種類			N1全使用薬剤のリスト			
			K10-3-4	服薬の実施状況等			N2薬のアレルギー、N3処方 薬の順守	I -B 4)薬に対するアレル ギー、、I -B 3)服薬の支障		
	K10-4	自身の健康に対する理 解や意識の状況	K10-4-1	自身の健康に対する理解や意識 の状況			G5a本人は自分の身体機能 が向上すると信じている、G5b ケアスタッフは本人の身体機 能が向上すると信じている、 J8主観的健康度			
	K11	ADL	K11-1	ADL	K11-1-1	寝返り	1-3寝返り	6-①基本動作の1-3寝返り	G2iベッドの上の可動性	Ⅲ A 1)1-3寝返り
					K11-1-2	起きあがり	1-4起き上がり	6-①基本動作の1-4起き上 がり	G2iベッドの上の可動性	Ⅲ A 2)1-4起き上がり
					K11-1-3	座位保持	1-5座位保持	6-①基本動作の1-5座位保持		Ⅲ A 3)1-5座位保持
					K11-1-4	立位保持、	1-6両足の立位保持	6-①基本動作の1-6両足の立 位保持	J1転倒、J2最近の転倒、J3a 支えなしでは立位になること が難しいか、できない～J3b立 位での方向転換	Ⅲ B 2)1-6両足での立位保 持、Ⅲ B 4)立位の安定性(両 足)
					K11-1-5	立ち上がり	1-8立ち上がり	6-①基本動作の1-8立ち上 がり		Ⅲ B 1)1-8立ち上がり
K11-1-6					移乗、	2-1移乗	6-①基本動作の〈入浴〉の〈移 乗移動介助〉、6-②生活機能 (食事・排泄等)の2-1移乗	G2gトイレへの移乗	Ⅲ C 2)2-1移乗	

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
			K11-1-7	移動方法(杖や車椅子の利用有 無等を含む)	2-2移動	4移動手段(室外・室内)、6-② 生活機能(食事・排泄等)の2- 2移動	G2f移動、G3a主な室内移動 手段、G3d車椅子自操距離	Ⅲ C 3)2-2移動、Ⅲ C 3)2-2 移動(屋内補助器具)、Ⅲ C 3)2-2移動(屋外補助器具)、 Ⅲ C 4)移動・移乗時の安定性	
			K11-1-8	歩行	1-7歩行	6-①基本動作の1-7歩行	G2e歩行、G3b4mの歩行時 間、G3c歩行距離、J3d不安 定な歩行	Ⅲ C 1)1-7歩行	
			K11-1-9	階段昇降	1-9片足の立位保持	6-①基本動作の1-9片足での 立位保持	G1f階段(能力)	Ⅲ B 3)1-9片足での立位保持	
			K11-1-10	食事	2-4食事摂取	6-②生活機能(食事・排泄等) の2-4食事摂取、2-13飲水摂 取	G2j食事	Ⅲ D 1)2-4食事摂取、Ⅲ D 1)2-4食事摂取(補助具)、Ⅲ D 4)飲水	
			K11-1-11	整容	1-11爪切り、2-7口腔清潔、2- 8洗顔、2-9洗髪	6-①基本動作の1-11つめ切 り、6-②生活機能(食事・排泄 等)の2-7口腔清潔、2-8洗 顔、2-9整髪	G2b個人衛生	Ⅲ F 6)清潔(2-7口腔清潔)、 Ⅲ F 6)清潔(2-8洗顔)、Ⅲ F 6)清潔(2-9整髪)、Ⅲ F 6)清 潔(1-11つめ切り)	
			K11-1-12	更衣	2-10上衣着脱、2-11ズボン着 脱	6-②生活機能(食事・排泄等) の2-10上位の着脱、2-11ズボ ン等の着脱	G2c上半身の更衣、G2d下半 身の更衣	Ⅲ G 1)衣服着脱(2-10上衣 の着脱)、Ⅲ G 1)衣服着脱 (2-11ズボンの着脱)、Ⅲ G 2)衣服の工夫、Ⅲ G 3)着替 えの補助具	
			K11-1-13	入浴	1-10洗身	6-①基本動作の1-10洗身	G2a入浴	Ⅲ F 1)入浴形態、Ⅲ F 2)浴 槽出入り、Ⅲ F 3)1-10洗身、 Ⅲ F 4)自宅入浴用具、Ⅲ F 5)入浴回数	
			K11-1-14	トイレ動作	2-5排尿、2-6排便	6-②生活機能(食事・排泄等) の2-5排尿、2-6排便	G2hトイレの使用	Ⅲ E 1)2-5排尿、Ⅲ E 5)2-6 排便	
K12	IADL	K12-1	IADL	K12-1-1	調理	5-6簡単な調理	6-⑤社会生活力の5-6簡単な 調理	G1a食事の準備	Ⅳ 4)5-6簡単な調理、Ⅳ 5)食 事の準備・後片づけ

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
			K12-1-2	掃除			G1b家事一般(能力)	IV 1)居室の掃除	
			K12-1-3	洗濯			G1b家事一般(能力)	IV 2)掃除	
			K12-1-4	買物	5-5買い物	6-⑤社会生活力の5-5買い物	G1g買い物(能力)	IV 6)5-5買い物	
			K12-1-5	服薬管理	5-1薬の服用	6-⑤社会生活力の5-1薬の服用	G1d薬の管理(能力)	I -B 2)薬の服薬	
			K12-1-6	金銭管理	5-2金銭管理	6-⑤社会生活力の5-2金銭管理	G1c金銭管理(能力)	V B 2)5-2金銭管理、VI E 1)生計、VI E 2)金銭の管理者	
			K12-1-7	電話		6-⑤社会生活力の5-7電話の利用	G1e電話の利用(能力)	IV 7)電話の利用	
			K12-1-8	交通機関の利用			G1h外出(能力)	IV 9)外出(含む通院・通所)	
			K12-1-9	車の運転			G7a過去90日間に車を運転した、G7b過去90日間に運転した場合、運転を制限したり、やめたほうがいいと誰かに言われた様子があった		
K13	認知機能や判断能力	K13-1	日常の意思決定を行うための認知機能の程度	K13-1-1	日常の意思決定を行うための認知機能の程度	5-3日常の意思決定	6-⑤社会生活力の5-3日常の意思決定	C1日常の意思決定を行うための認知能力	V B 1)5-3日常の意思決定
		K13-2	判断能力の状況	K13-2-1	判断能力の状況	3-2日課理解、3-3生年月日・年齢が言える、3-4短期記憶有無、3-5自分の名前が言える、3-6今の季節理解、3-7場所の理解、3-8徘徊の有無、3-9外出時の戻れるか、4-1物盗られ妄想、4-2作話、4-3感情不安定、4-5同じ話、4-6大声、4-7介護に抵抗、4-8「家に帰る」と落ち着かない、4-9一人で外に出たがる、4-10モノの収集、4-11モノを壊す、4-12ひどい物忘れ、4-13独り言・独り笑、4-14自分勝手な行動、	6-③認知機能の3-1医師の伝達～3-10介護者の発言への反応、6-④精神・行動障害の4-19火の始末・管理	C5過去90日間(または前回のアセスメント以降)の意思決定能力の変化	IV 8)安全管理(戸締り・火元等)、IV 11)来客対応(郵便・宅配等)、V B 3)財産管理、V B 4)契約、V B 4)各種サービス・制度に関する知識、V B 6)権利擁護制度・事業の利用希望

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
		K13-3	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	K13-3-1	症状が見られる頻度や状況	6-④精神・行動障害の4-17暴言・暴力～4-18目的なく動き回る、4-20不潔行為～4-21異食行動	C2a短期記憶、C2c手続き記憶、C2d状況記憶、C3せん妄の兆候、C4精神状態の急な変化、E1うつ・不安・悲しみの気分の兆候(E1a否定的なことを言う～E1k人生の喜びを失っているという非言語を含む表現(快感喪失))、E2利用者自身が応えた気分(E2a普段楽しんできたことに興味や喜びがわかなかったこと～E2c悲しく落ち込んで絶望する感じ)、E3行動の問題(E3a徘徊～E3g無許可の退去・家出)	Ⅱ 1)認知機能(3-2毎日の日課を理解することができる～3-9外出すると戻れないことがある)、Ⅱ 2)精神・行動障害(4-1物を盗られたなどと被害的になることがある～4-15話がまとまらず会話にならない、ア実際にはないものが見えたり聞こえることがある～カその他)、Ⅱ 3)適応困難の有無	
		K13-3-2	背景になりうる要因						
K14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	K14-1	コミュニケーションの理解の状況	K14-1-1	コミュニケーションの理解の状況	4-15話がまとまらない、5-4集団への不適応	6-⑤社会生活力の5-4集団への不適応	D1自分を理解させることができる、D2他者を理解できる能力(理解力)	I -F 6)3-1意思の伝達、I -F 7)指示への反応、V A 7)5-4集団への不適応
		K14-2	コミュニケーションの表出の状況	K14-2-1	視覚、聴覚等の能力	1-12視力、1-13聴力	6本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細<コミュニケーションの状況・方法>のア.視聴覚	D3a聴力、D3b補聴器の使用、D4a視覚、D4b眼鏡・コンタクトレンズ・拡大鏡などの使用	I -F 1)1-12視力、I -F 2)1-13聴力、I -F 3)補助具 ア.眼鏡、I -F 3)補助具 イ.補聴器
				K14-2-2	言語・非言語における意思疎通	3-1意思伝達	6本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細<コミュニケーションの状況・方法>のウ.言語障害		I -F 5)意思表示の手段
		K14-3	コミュニケーション機器・方法	K14-3-1	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)		6本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細<コミュニケーションの状況・方法>のイ.電話、エ.コミュニケーションツール		
K15	生活リズム	K15-1	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方	K15-1-1	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方		1日のスケジュール	F4日中一人切りでいる時間	X I 主な日課とサービス等のスケジュール
		K15-2	日常的な活動の程度	K15-2-1	活動の内容・時間		1日のスケジュール	G4a過去3日間において体を動かした時間の合計(散歩など)、G4b過去3日間に家(建物)の外に出た日数(短時間でもよい)	V A 1)生活の広がり、
				K15-2-2	活動量	2-12外出頻度	6-⑤社会生活力の5-8日中の活動		V A 2)日中の活動、V A 3)2-12外出頻度
		K15-3	休息・睡眠の状況	K15-3-1	リズム		1日のスケジュール		X I 主な日課とサービス等のスケジュール1

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
			K15-3-2	睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)	4-4昼夜逆転	1日のスケジュール	J3o入眠または睡眠の継続困難、J3p睡眠過多		
K16	排泄の状況	K16-1	排泄の場所・方法	K16-1-1	排泄の場所・方法(尿)		6-②社会機能(食事・排泄等)〈排泄等〉	Ⅲ E 3)使用している器具(昼間)、Ⅲ E 3)使用している器具(夜間)	
				K16-1-2	排泄の場所・方法(便)		6-②社会機能(食事・排泄等)〈排泄等〉	Ⅲ E 7)使用している器具(昼間)、Ⅲ E 7)使用している器具(夜間)	
		K16-2	尿・便意の有無	K16-2-1	尿意の有無		6-②社会機能(食事・排泄等)〈その他排泄の状況〉のア.尿意の有無	尿意	
				K16-2-2	便意の有無		6-②社会機能(食事・排泄等)〈その他排泄の状況〉のイ.便意の有無	便意	
		K16-3	失禁の状況	K16-3-1	失禁の状況		6-②社会機能(食事・排泄等)〈排尿介助〉、〈排便介助〉	H1尿失禁、H2尿失禁器材(おむつやパッドは除く)、H3便失禁、H4オムツやパッドの使用	Ⅲ E 2)排尿コントロール、Ⅲ E 6)排便コントロール、
		K16-4	後始末の状況	K16-4-1	後始末の状況		6-②社会機能(食事・排泄等)〈排泄等〉1)準備・後始末		
		K16-5	排泄リズム	K16-5-1	日中・夜間の頻度				Ⅲ E 4)排尿介助の頻度(早朝)、Ⅲ E 4)排尿介助の頻度(昼間)、Ⅲ E 4)排尿介助の頻度(夜間)、Ⅲ E 4)排尿介助の頻度(深夜)、Ⅲ E 8)排便介助の頻度(早朝)、Ⅲ E 8)排便介助の頻度(昼間)、Ⅲ E 8)排便介助の頻度(夜間)、Ⅲ E 8)排便介助の頻度(深夜)
				K16-5-2	タイミング				
K16-6	排泄内容	K16-6-1	便秘や下痢の有無			J3l便秘、J3m下痢			
K17	清潔の保持に関する状況	K17-1	入浴や整容の状況	K17-1-1	入浴や整容の状況	、	J3t不衛生		
		K17-2	皮膚や爪の状況	K17-2-1	皮膚や爪の清潔状況				
				K17-2-2	皮膚や爪の異常の有無				
		K17-3	寝具や衣類の状況	K17-3-1	汚れの有無				Ⅳ 3)寝具の整頓(清潔さ)
				K17-3-2	交換頻度				
K18	口腔内の状況	K18-1	歯の状態	K18-1-1	歯の本数		5歯の状況の歯あり		
				K18-1-2	欠損している歯の有無		5歯の状況の歯なし	K5b自分の歯が折れてる・欠けてる・ゆるいほか正常でない	

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式
		K18-2 義歯の状況	K18-2-1 義歯の有無		5歯の状況の総入れ歯、局 部義歯	K5a義歯使用	I -D 1)義歯
			K18-2-2 汚れ・破損の有無				I -D 2)口腔内の状態:義歯 不良
		K18-3 かみ合わせの状態	K18-3-1 かみ合わせの状態		6-②生活機能(食事・排泄等) くその他食事の現状)ウ.咀嚼 の状況	K5e咀嚼困難を訴える	I -D 2)口腔内の状態:咀嚼 困難
		K18-4 口腔内の状態	K18-4-1 歯の汚れ				I -D 2)口腔内の状態:むし歯
			K18-4-2 舌苔・口臭の有無				I -D 2)口腔内の状態:口臭・ 口腔の不潔
			K18-4-3 口腔乾燥の程度			K5d口の渴きを訴える	
			K18-4-4 腫れ・出血の有無				I -D 2)口腔内の状態:口腔 の炎症
		K18-5 口腔ケアの状況	K18-5-1 口腔ケアの状況		6-②生活機能(食事・排泄等) 2-7口腔清潔		
		K19 食事摂取の状況	K19-1 食事摂取の状況	K19-1-1 食形態	6-②生活機能(食事・排泄等) の主食、副食	K3栄養摂取の方法、K6a食物 形態の加工(ソフト食・刻み・と ろみ等の必要性)	I -D 8)食事の種類
			K19-1-2 食事回数				I -D 3)1日の食事回数

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式			
			K19-1-3	食事の内容		6-②生活機能(食事・排泄等) 〈その他食事の現状〉エ.食事 の内容		I -D 9)食事量やバランス		
			K19-1-4	食事量				I -D 4)食欲の有無		
			K19-1-5	栄養状態		介護に関する医師の意見の (2)栄養・食生活の現在の栄養 状況	K2a過去30日間に5%以上か 180日間に10%以上の体重減少			
			K19-1-6	水分量			K2b脱水である、またはBUN/ クレアチニン比が20以上、 K2c1日1リットル未満の水分 摂取、K2d水分排泄量が接種 量を超える	I -D 5)1日にとる水分量、脱水 傾向		
			K19-1-7	食事の準備をする人						
			K19-1-8	食事の状況						
			K19-2	摂食嚥下機能の状態	K19-2-1	摂食嚥下機能の状態	2-3嚥下	6-②生活機能(食事・排泄等) の2-3えん下	J3q誤嚥	I -D 7)えん下
			K19-3	必要な食事の量	K19-3-1	栄養				
			K19-3-2	水分量						
	K19-4	食事制限の有無	K19-4-1	食事制限の有無		6-②生活機能(食事・排泄等) 〈その他食事の現状〉エ.食事 の内容	K6b低塩分、K6cカロリー制 限、K6d低脂肪、K6e栄養管 理の必要(その他)	I -D 10)食糧法・治療食		
	K20	社会との関わり	K20-1	家族等との関わり	K20-1-1	家庭内での役割			V A 4)役割(家事)	
			K20-1-2	家族等との関わり の状況(同居で ない家族等との関わりを含む)		6-⑤社会生活力の (社会活動の状況) ア.家族等近親者との 交流	F1b家族や友人の訪問、F1c 家族や友人とのその他の交 流、F1d家族や友人との葛藤 や怒り、F1eある家族や近い 知り合いに対する恐れ	V A 1)生活の広がり、V A 6) 知人・友人との交流(3ヵ月以 内)、V A 8)相談相手		

課題分析標準項目 (アセスメント)				要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式	
	K20-2	地域との関わり	K20-2-1	参加意欲			M4興味・関心(M4aより多くのレクリエーションに参加することに興味がある～M4d身体機能向上プログラムに参加することに興味がある)	V A 9)生活(活動)への意欲、V A 11)生活の不活発化の原因
			K20-2-2	現在の役割				V A 4)役割(仕事・家業)、V A 4)役割(社会的活動)、V A 4)役割(その他)
			K20-2-3	参加している活動の内容		6-⑤社会生活力のく社会活動の状況イ.家族等近親者との交流地域近隣とウ.の交流、知人友人との交流	F1a長期にわたって関心のある活動への参加、F3過去90日間(または前回アセスメント以降)の社会的活動の変化、M2好む活動と関与(M2aカード・ゲーム・クイズ～M2tその他)	V A 5)趣味・楽しみ
	K20-3	仕事との関わり	K20-1	仕事との関わり				
K21	K21-1	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	K21-1-1	本人との関係	Ⅱ 調査対象者との関係＊	2家族構成図、2続柄	A4婚姻状況、Q1aインフォーマルな援助者:本人との関係	V 続柄、Xエコマップ(家族等構成図)
			K21-1-2	居住状況		2同別居	A12a同居者、A12b90日前(または前回アセスメント時)の比較して同居形態の変化、Q1bインフォーマルな援助者:同居	V 同居の有無、VI A 主介護者の就寝場所
			K21-1-3	年代				V 年齢
			K21-1-4	仕事の有無		2勤労の状況		V 職業、VI A 主介護者の介護以外の役割
			K21-1-5	情報共有方法				V 緊急連絡先
	K21-2	家族等による支援への参加状況	K21-2-1	参加意思			F8c家族との強い支援的な関係	VI A 家族・親族の介護者の有無、VI A 8)キーパーソン、VI A 10)主介護者の介護継続意思、VI B 1)副介護者の有無、VI C 1)近隣・知人による援助の実態、VI C 1)近隣・知人による援助の希望
			K21-2-2	現在の負担感		2家族の介護の状況・課題	Q1ciADLの援助、Q1dADLの援助、Q2aインフォーマルな援助者はこれ以上ケアを続けられない、Q2b主なインフォーマル援助者は苦悩・怒り・うつを表現する、Q2c家族や近い友人は利用者の病気によって憔悴している、Q3過去3日間のインフォーマルな援助量	VI A 4)主介護者の介護期間、VI A 5)主介護者の介護の程度、VI A 6)主介護者の介護の影響、VI A 5)主介護者の介護負担(精神的)、VI A 5)主介護者の介護負担(身体的)、VI B 3)副介護者の介護負担、VI B 4)副介護者の介護内容、VI B 5)副介護者の介護の程度、VI B 6)その他の副介護者の有無、VI B 7)副介護者の介護上の支障

課題分析標準項目 (アセスメント)					要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式		
			K21-2-3	支援への参加による生活の課題		2家族の介護の状況・課題、2 特記事項		V A 12)家族等への希望、V A 13)生活場所の希望、VI A 6)主介護者の本人家族への 希望、VI A 12)主介護者の相 談相手		
		K21-3	家族等について特に配 慮すべき事項	K21-3-1	家族等について特に配慮すべき 事項		2健康状態等	VI A 主介護者の健康状態、 VI A 1)主介護者の各種サー ビスの知識、VI A 2)主介護者 の介護の知識・技術)、VI A 3)主介護者の介護教室等へ の参加、VI B 1)副介護者の 健康状態、VI A 11)主介護者 の趣味楽しみ、		
K22	居住環境	K22-1	日常生活を行う環境	K22-1-1	浴室		4住居等の状況の浴室			
				K22-1-2	トイレ		4住居等の状況トイレ		VII Cトイレ(1)位置、2)扉、3) 改造、4)生活支障・介護困難)	
				K22-1-3	食事をとる場所		6-②生活機能(食事・排泄等) の(その他食事の現状)のア. 食事場所		III D 3)主な食事場所	
				K22-1-4	生活動線			S1e家のや家の中の部屋へ の手段が制限されている		
	K22-2	居住環境においてリス クになりうる状況	K22-2-1	危険個所の有無		6-②生活機能(食事・排泄等) の(その他食事の現状)のイ. 食堂までの段差	S1d安全の欠如、S2バリアフ リー使用の住居に居住	VII居住環境の A寝室(1)階 数、2)広さ、3)専用室、4)改 造、5)生活支障・介護困難) VII居住環境の B居間(1)寝室 との兼用、2)階数、3)広さ、4) 改造、5)生活支障・介護困難) VII居住環境のD浴室・脱衣室 (1)浴槽、2)扉、3)改造、4)生 活支障・介護困難) アセスメント票: VII居住環境の Eアプローチ・玄関・廊下・階 段(1)玄関の使用、2)エレ ベーター、3)改造、4)生活支 障・介護困難) アセスメント票: VII居住環境の F台所(1)台所の使用、2)改 造、3)生活支障・介護困難)		
					K22-2-2	整理や清掃の状況			S1a家の荒廃、S1b不潔、	
					K22-2-3	室温の保持			S1c不十分な冷暖房	IV 10)冷暖房管理

課題分析標準項目 (アセスメント)					要介護認定 調査項目	居宅サービス計画ガイドライン 方式	インターライ方式	ケアマネジメント実践 記録様式	
			K22-2-4	こうした環境を維持するための機器			S3a緊急通報・電話回線・緊急アラーム装置など	Ⅲ A 4)寝具(ベッド、ギャッジベッドなど)、Ⅴ B 8)緊急時の対応 ア緊急通報装置、Ⅴ B 8)緊急時の対応 イ対応手順(連絡先・入院先等)	
		K22-3	自宅周辺	K22-3-1	自宅周辺		4周辺環境	S3b援助なしで行ける日用品の店がある、S3c日用品の配達を頼むことができる	
K23	その他留意すべき事項・状況	K23-1	利用者に関連して、特に留意すべき状況	K23-1-1	虐待			F1fネグレクト・粗末に扱われる・虐待される、O8身体抑制	
				K23-1-2	経済的困窮			S4経済状況	Ⅵ E 3)現在の自己負担額、自己負担可能額、Ⅵ E 4)過去1年間の住宅改修費・機器購入費、Ⅵ E 5)経済的負担感
				K23-1-3	身寄りのない方				
				K23-1-4	外国人の方				
				K23-1-5	医療依存度が高い状況		6-⑥医療健康関係の1点滴の管理～7気管切開の処置、9経管栄養～10モニター測定、12カテーテル	I2その他の診断、O2特別な治療・ケア(過去3日間)(O2a抗がん剤療法～O2n体位変換・姿勢保持)	B処置内容
				K23-1-6	看取			J7c末期の患者であり、余命が6ヵ月以下である	I -A 5)終末期の兆候の有無
		K23-2	その他生活に何らかの影響を及ぼす事項	K23-2-1	その他生活に何らかの影響を及ぼす事項		6-⑤社会生活力の5-9家族・居住環境・社会参加の状況の変化、7災害時の対応の必要性、7権利擁護に関する対応の必要性	F7過去90日間の大きなストレス、J9a喫煙、J9b飲酒	Ⅴ B 7)介護上の問題、Ⅵ D 1)利用中の各種サービス制度に対する意見・不満等、Ⅵ D 2)サービス提供者間の意見・方針の違い、Ⅵ D 3)サービス提供上の支障、Ⅵ F 1)介護上の問題

アセスメント様式項目対応表【20250310版】

課題分析標準項目 (アセスメント)					日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE	
【基本情報に関する項目】								
K1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	K1-1	居宅サービス計画作成 についての利用者受付 情報	K1-1-1	受付日時		I 受理日	
				K1-1-2	受付対応者			
				K1-1-3	受付方法		I 依頼経路	
		K1-2	居宅サービス計画作成 の状況	K1-2-1	実施日	記録日、面接日		
				K1-2-2	実施者	介護支援専門員氏名	I 事業者名、担当者名	
				K1-2-3	実施場所		I アセスメント・評価の場所	
				K1-2-4	アセスメントの情報源		I 参加者	
		K1-3	利用者の基本情報	K1-3-1	利用者の氏名	氏名	I 氏名	別紙様式1【利用者情報】氏名
				K1-3-2	利用者の性別	男女	I 男女	別紙様式1【利用者情報】性別
				K1-3-3	利用者の生年月日	生年月日	I 生年月日	別紙様式1【利用者情報】生年月日
				K1-3-4	利用者の住所	住所	I 住所	
					現在地の種別			
				K1-3-5	すまいの状況(戸建て／集合住宅、賃貸／持ち家など)	戸建て・集合住宅(階数)、持ち家・賃貸、		
				K1-3-6	利用者の電話番号等の連絡先	電話番号等の連絡先	I TEL	
		K1-4	利用者以外の家族等の基本情報	K1-4-1	家族の氏名	緊急連絡先氏名	I 緊急連絡先氏名	
				K1-4-2	家族の性別			
				K1-4-3	家族の生年月日			
				K1-4-4	家族の住所	緊急連絡先住所		
				K1-4-5	家族の電話番号等の連絡先	緊急連絡先電話	I 緊急連絡先TEL／FAX	
K2	これまでの生活と現在の状況	K2-1	利用者の現在の生活状況	K2-1-1	利用者の現在の生活状況	習慣・こだわり		
		K2-2	これまでの生活歴等	K2-2-1	これまでの生活歴等について記載する項目	生活歴	I 2①生活歴	

課題分析標準項目 (アセスメント)						日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
K3	利用者の社会保障制度の利用情報	K3-1	利用者の被保険者情報	K3-1-1	利用者の被保険者情報(介護保険)		I 保険者名、保険者の住所・TEL、I 保険者番号、I 被保険者番号、I 3①高額介護サービス有無	
				K3-1-2	利用者の被保険者情報(医療保険)	特別な医療の有無	I 医療保険の有無、I 医療保険(記号・番号)、I 保険者番号、I 3①高額療養費有無、I 3②公費負担医療制度等	別紙様式1【利用者情報】保険者番号、別紙様式1【利用者情報】被保険者番号
				K3-1-3	利用者の被保険者情報(その他)		I 公費制度・公費受給者番号、	
		K3-2	年金の受給状況	K3-2-1	年金の受給状況(国民年金、厚生年金・共済、その他)			
		K3-3	生活保護受給の有無	K3-3-1	生活保護受給の有無			
		K3-4	障害者手帳の有無	K3-4-1	障害者手帳の有無	身体障害者手帳(有無・種・級)		
		K3-5	その他の社会保障制度等の利用状況	K3-5-1	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			
K4	現在利用している 支援や社会資源の状況	K4-1	利用者が現在利用している社会資源の状況	K4-1-1	介護保険サービスの状況	現在の生活状況(サービス利用状況等)	I 現在利用しているサービスの内容・サービス開始日・提供機関・連絡先、V 2生活用具・福祉用具の利用状況	別紙様式1【基本情報】評価時点(サービス利用開始時・サービス利用中・サービス利用終了時)、別紙様式1【総論】サービス利用終了理由(サービス終了時)
				K4-1-2	医療保険サービスの状況	現在の生活状況(サービス利用状況等)	I 現在利用しているサービスの内容・サービス開始日・提供機関・連絡先	
				K4-1-3	障害福祉サービスの状況	現在の生活状況(サービス利用状況等)	I 現在利用しているサービスの内容・サービス開始日・提供機関・連絡先	
				K4-1-4	自治体が提供する公的サービスの状況	現在の生活状況(サービス利用状況等)	I 現在利用しているサービスの内容・サービス開始日・提供機関・連絡先、V 3②介護保険給付外のその他のサービス	

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
			K4-1-5 フォーマルサービス以外の生活 支援サービスの状況	現在の生活状況(サービス利 用状況等)	I 現在利用しているサービス の内容・サービス開始日・提 供機関・連絡先、V3②介護 保険給付外のその他のサー ビス、、V2生活用具・福祉用 具の利用状況	
K5	日常生活自立度 (障害)	K5-1 障害高齢者の日常生活 自立度(寝たきり度)	K5-1-1 要介護認定の判定結果	障害高齢者の日常生活自立 度(寝たきり度)	I 障害高齢者の日常生活自 立度(寝たきり度)	別紙様式1【基本情報】障害高 齢者の日常生活自立度
			K5-1-2 判定を確認した書類(認定調査 票、主治医意見書)			
			K5-1-3 認定年月日		I 認定年月日	別紙様式1【基本情報】評価日
			K5-1-4 介護支援専門員からみた現在の 自立度			
K6	日常生活自立度 (認知症)	K6-1 認知症高齢者の日常生 活自立度	K6-1-1 要介護認定の判定結果	認知症高齢者の日常生活自 立度	I 認知症高齢者の日常生活 自立度	別紙様式1【基本情報】認知症 高齢者の日常生活自立度
			K6-1-2 判定を確認した書類(認定調査 票、主治医意見書)			
			K6-1-3 認定年月日			別紙様式1【基本情報】評価日
			K6-1-4 介護支援専門員からみた現在の 自立度			
K7	主訴・意向	K7-1 利用者の主訴や意向	K7-1-1 利用者の主訴や意向	主訴や要望	I 2③利用者の訴え・生活上 の要望、I 2⑤生活場所の変 更希望	
		K7-2 家族等の主訴や意向	K7-2-1 家族等の主訴や意向	家族等の要望、関係者の意見	I 2④家族内の関係や要望	
K8	認定情報	K8-1 利用者の認定結果	K8-1-1 要介護状態区分	要介護度認定	I 要介護状態区分、、介護保 険認定日	別紙様式1【基本情報】要介護 度
			K8-1-2 審査会の意見			
			K8-1-3 区分支給限度額		I 居宅サービス区分支給限 度額	
K9	今回のアセスメントの理由	K9-1 今回のアセスメントの実 施に至った理由	K9-1-1 初回、要介護認定の更新		I ケアプラン作成年月日・回 数、I ケアプラン立案の理由	
			K9-1-2 区分変更、		I ケアプラン立案の理由	
			K9-1-3 サービスの変更		I ケアプラン立案の理由	
			K9-1-4 退院・退所			
			K9-1-5 入所			
			K9-1-6 転居			

課題分析標準項目 (アセスメント)					日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
			K9-1-7	そのほか生活状況の変化、			
			K9-1-8	居宅介護支援事業所の変更			
【課題分析(アセスメント)に関する項目】							
K10 健康状態	K10-1 利用者の健康状態及び心身の状況	K10-1-1	身長	身長		別紙様式1【口腔・栄養】身長	
		K10-1-2	体重	体重		別紙様式1【口腔・栄養】体重	
		K10-1-3	BMI	体型			
		K10-1-4	血圧				
		K10-1-5	既往歴	病歴・障害歴等の経過	Ⅱ N1①既往症	別紙様式1【総論】緊急入院	
		K10-1-6	主傷病・症状	その他の疾患や受診状況の疾患名・病名	Ⅰ 健康状態・疾病等、Ⅱ N1②主・副傷病名、、Ⅱ E1①排尿の状態、Ⅱ E1③尿の出かた、Ⅱ M2①体温の状況～⑦転倒事故・骨折、Ⅱ M3①心身状態の総合的な安定性(過去30日間)、Ⅱ N1③症状・経過、治療の状況、Ⅱ N1④医薬的管理の必要性の検討	別紙様式1【総論】診断名、別紙様式1【認知症】認知症の診断、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」多職種による栄養ケアの課題・その他	
		K10-1-7	麻痺等の有無	麻痺・拘縮等の身体状況	Ⅱ C1①麻痺、Ⅱ C1②拘縮		
		K10-1-8	痛みの有無、		Ⅱ F1①痛みの状態		

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE	
		K10-2 受診に関する状況	K10-1-9 褥そうの有無		Ⅱ D2①褥瘡の程度		
			K10-2-1 かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無	医療機関名・医師名	I 主治医		
			K10-2-2 その他の受診先				
			K10-2-3 受診頻度	通院・往診(回数)			
			K10-2-4 受診方法				
			K10-2-5 受診時の同行者の有無等	IADL:通院実務者(本人・家族・本人家族以外)			
		K10-3 服薬に関する状況	K10-3-1 かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無				
			K10-3-2 処方薬の有無	投薬の有無			
			K10-3-3 服薬している薬の種類	使用している薬の種類・薬品名	Ⅱ O1①使っている薬	別紙様式1【総論】服薬情報	
			K10-3-4 服薬の実施状況等		Ⅱ O1②薬の飲み方の状況		
		K10-4 自身の健康に対する理解や意識の状況	K10-4-1 自身の健康に対する理解や意識の状況				
		K11 ADL	K11-1 ADL	K11-1-1 寝返り	ADL等:寝返り	Ⅱ B1①日常生活動作・Aベッドの上での動作1寝返り	別紙様式5「ICFステージング」2基本動作の2および1
				K11-1-2 起き上がり		Ⅱ B1①日常生活動作・Aベッドの上での動作2起き上がり	
				K11-1-3 座位保持	ADL等:座位	Ⅱ B1①日常生活動作・B座位1座る	別紙様式5「ICFステージング」2基本動作の3
K11-1-4 立位保持、	ADL等:立位			Ⅱ C1③バランス	別紙様式5「ICFステージング」2基本動作の5		
K11-1-5 立ち上がり				Ⅱ B1①日常生活動作・D立位1立ち上がり			
K11-1-6 移乗、				Ⅱ B1①日常生活動作・C移乗1ベッドから車椅子・ポータブルトイレ、Ⅱ B1①日常生活動作・C移乗2車椅子からトイレ・椅子	別紙様式1【総論】ADL 椅子とベッド間の移乗、別紙様式5「ICFステージング」2基本動作の4		

課題分析標準項目 (アセスメント)					日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
				K11-1-7	移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)		別紙様式1【総論】ADL 平地歩行(車椅子操作が可能)、別紙様式1【総論】ADL 平地歩行(歩行器等)
				K11-1-8	歩行	ADL等:歩行	別紙様式1【総論】ADL 平地歩行、別紙様式5「ICFステージング」3a歩行・移動の3~1
				K11-1-9	階段昇降		別紙様式1【総論】ADL 階段昇降、別紙様式5「ICFステージング」3a歩行・移動の4
				K11-1-10	食事	ADL等:食事	別紙様式1【総論】ADL 食事、別紙様式5「ICFステージング」5b食事 食事動作および食事介助の5~1
				K11-1-11	整容	ADL等:口腔ケア&整容等	別紙様式1【総論】ADL 整容、別紙様式5「ICFステージング」8a整容 口腔ケアの4~1、別紙様式5「ICFステージング」8b整容 整容の5~1
				K11-1-12	更衣	ADL等:衣服等の着脱更衣	別紙様式1【総論】ADL 更衣、別紙様式3「生活・認知機能尺度」⑤、別紙様式5「ICFステージング」8c整容 衣服の着脱の5~1
				K11-1-13	入浴	ADL等:入浴	別紙様式1【総論】ADL 入浴、別紙様式5「ICFステージング」7a入浴動作の5~1
				K11-1-14	トイレ動作	ADL等:排尿、ADL等:排便	別紙様式1【総論】ADL トイレ動作、別紙様式5「ICFステージング」6a排泄の動作の5~1
K12	IADL	K12-1	IADL	K12-1-1	調理	IADL:調理実務者(本人・家族・本人家族以外)	別紙様式1【総論】ADL トイレ動作、別紙様式5「ICFステージング」6a排泄の動作の5~1

課題分析標準項目 (アセスメント)					日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE	
			K12-1-2	掃除	IADL:掃除実務者(本人・家族・本人家族以外)、IADL:整理整頓実務者(本人・家族・本人家族以外)、IADL:ゴミ出し実務者(本人・家族・本人家族以外)	Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 C部屋の整理(①動作・②意欲)		
			K12-1-3	洗濯	IADL:洗濯実務者(本人・家族・本人家族以外)、IADL:縫物補修実務者(本人・家族・本人家族以外)	Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 B洗濯と整理(①動作・②意欲)		
			K12-1-4	買物	IADL:買物実務者(本人・家族・本人家族以外)	Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 E買い物(①動作・②意欲)		
			K12-1-5	服薬管理	服薬状況	Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 J服薬の管理(①動作・②意欲)	別紙様式3「生活・認知機能尺度」④	
			K12-1-6	金銭管理	IADL:金銭管理実務者(本人・家族・本人家族以外)	Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 H金銭の管理(①動作・②意欲)		
			K12-1-7	電話	IADL:電話実務者(本人・家族・本人家族以外)	Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 D電話の利用(①動作・②意欲)		
			K12-1-8	交通機関の利用		Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 F交通手段の利用(①動作・②意欲)	別紙様式5「ICFステージ」3a歩行・移動の5	
			K12-1-9	車の運転				
K13	認知機能や判断能力	K13-1	日常の意思決定を行うための認知機能の程度	K13-1-1	日常の意思決定を行うための認知機能の程度		Ⅱ 3②日常の意思決定を行うための認知能力	
		K13-2	判断能力の状況	K13-2-1	判断能力の状況	IADL:郵便回覧実務者(本人・家族・本人家族以外)	Ⅱ 3③認知状態の変化(過去60日間)、Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 G安全の管理(①動作・②意欲)	別紙様式1【認知症】Vitality Index 食事、別紙様式3「生活・認知機能尺度」①-1～②、別紙様式3「生活・認知機能尺度」⑥、別紙様式5「ICFステージ」4a認知機能オリエンテーション(見当識)の5～1

課題分析標準項目 (アセスメント)					日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE	
		K13-3 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	K13-3-1	症状が見られる頻度や状況	認知症の状況、疾患名・病名	Ⅱ 3①せん妄の兆候・混乱した思考や意識の状況(過去7日間)、Ⅱ J2①行動障害・周辺症状(過去7日間)、Ⅱ L1-①認知症の状態	別紙様式4「DBD13」1~13、別紙様式5「ICFステージング」4c認知機能精神活動の5~1	
			K13-3-2	背景になりうる要因				
K14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	K14-1 コミュニケーションの理解の状況	K14-1-1	コミュニケーションの理解の状況		Ⅱ 1②会話の程度、Ⅱ 1⑤自分の意思を伝えられる、Ⅱ 1⑥人の話を理解できる、Ⅱ 1⑦コミュニケーションや聴力の変化(過去60日間)	別紙様式5「ICFステージング」4b認知機能コミュニケーションの5~1	
			K14-2	コミュニケーションの表出の状況	K14-2-1	視覚、聴覚等の能力	ADL等:視力	Ⅱ 1③聴力の程度、Ⅱ 1④補聴器等の利用の程度、Ⅱ 1⑦コミュニケーションや聴力の変化(過去60日間)、Ⅱ 2①視力の程度、Ⅱ 2②視覚障害の状況、Ⅱ 2③視覚補助具の使用状況
				K14-2-2	言語・非言語における意思疎通	ADL等:意思の伝達	Ⅱ A1①コミュニケーションの表現方法	別紙様式1【認知症】Vitality Index 意思疎通、別紙様式3③、別紙様式5「ICFステージング」9a社会参加 余暇の3~1
		K14-3	コミュニケーション機器・方法	K14-3-1	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)			別紙様式5「ICFステージング」9b社会参加 社会交流5
K15	生活リズム	K15-1	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方	K15-1-1	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方	本人＆家族の1日の過ごし方	I 2②1日の生活のしかた	別紙様式1【認知症】Vitality Index リハビリ活動
		K15-2	日常的な活動の程度	K15-2-1	活動の内容・時間			別紙様式5「ICFステージング」9a社会参加 余暇の2~1
				K15-2-2	活動量			
		K15-3	休息・睡眠の状況	K15-3-1	リズム	本人＆家族の1日の過ごし方	Ⅱ M1③睡眠B睡眠のリズム	別紙様式1【認知症】Vitality Index 起床

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
			K15-3-2 睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)		II M1③睡眠A睡眠の程度	
K16	排泄の状況	K16-1 排泄の場所・方法	K16-1-1 排泄の場所・方法(尿)			
			K16-1-2 排泄の場所・方法(便)		II E1⑥排便の調整方法	
		K16-2 尿・便意の有無	K16-2-1 尿意の有無	I -E 2)ア尿意の有無	II E1②尿意の状況(過去7日間)	別紙様式1【総論】ADL 排尿コントロール、別紙様式1【認知症】Vitality Index 排せつ
			K16-2-2 便意の有無	I -E 2)イ便意の有無		別紙様式1【総論】ADL 排便コントロール
		K16-3 失禁の状況	K16-3-1 失禁の状況	I -E 1)症状有無(尿)、I -E 1)症状有無(便)	II E1④尿失禁の状況(過去7日間)、II E1⑥便失禁の状況(過去7日間)	
		K16-4 後始末の状況	K16-4-1 後始末の状況			
		K16-5 排泄リズム	K16-5-1 日中・夜間の頻度		II E1⑤排便の状態、	
			K16-5-2 タイミング			
K17	清潔の保持に関する状況	K16-6 排泄内容	K16-6-1 便秘や下痢の有無			
		K17-1 入浴や整容の状況	K17-1-1 入浴や整容の状況			
			K17-2-1 皮膚や爪の清潔状況		II D1①皮膚の状態・清潔の状態	
		K17-2 皮膚や爪の状況	K17-2-2 皮膚や爪の異常の有無			
			K17-3 寝具や衣類の状況			
K18	口腔内の状況	K17-3 寝具や衣類の状況	K17-3-1 汚れの有無			
			K17-3-2 交換頻度			
		K18-1 歯の状態	K18-1-1 歯の本数			
			K18-1-2 欠損している歯の有無		II H1①歯・口腔内の状態と病気の予防a入れ歯を持っているが合わない・使わない・自分の歯がない、II H1①歯・口腔内の状態と病気の予防b虫歯がある・歯が折れている・ぐらぐらしている	

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
		K18-2 義歯の状況	K18-2-1 義歯の有無		Ⅱ H1①歯・口腔内の状態と病気の予防a入れ歯を持っているが合わない・使わない・自分の歯がない	別紙様式1【口腔・栄養】義歯の使用
			K18-2-2 汚れ・破損の有無			
		K18-3 かみ合わせの状態	K18-3-1 かみ合わせの状態		Ⅱ G2②咀嚼の状況	
		K18-4 口腔内の状態	K18-4-1 歯の汚れ			別紙様式1【口腔・栄養】歯の汚れ
			K18-4-2 舌苔・口臭の有無		Ⅱ H1①歯・口腔内の状態と病気の予防f口が乾く・口臭がある	
			K18-4-3 口腔乾燥の程度		Ⅱ H1①歯・口腔内の状態と病気の予防f口が乾く・口臭がある	
			K18-4-4 腫れ・出血の有無		Ⅱ H1①歯・口腔内の状態と病気の予防c歯ぐきや下の炎症・傍聴・出血・口腔内の膿・発疹等がある	別紙様式1【口腔・栄養】歯肉の腫れ・出血
		K18-5 口腔ケアの状況	K18-5-1 口腔ケアの状況		Ⅱ H1①歯・口腔内の状態と病気の予防d食間または寝る前に食べかすが口腔内に存在する、Ⅱ H1①歯・口腔内の状態と病気の予防e1日1回も歯または入れ歯を磨かない・うがいしない	別紙様式5「ICFステージング」8a整容 口腔ケアの5
		K19 食事摂取の状況	K19-1 食事摂取の状況	K19-1-1 食形態		別紙様式5「ICFステージング」5a食事嚥下機能の5～1、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）」嚥下調整食の必要性、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）」食事の形態（コード）、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）」とろみ
			K19-1-2 食事回数			

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE		
			K19-1-3	食事の内容		Ⅱ G1①食事の状態B食事の状況	別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」本人の意欲、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」食欲・食事の満足度、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」食事に対する意識	
			K19-1-4	食事量			別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」食事摂取量	
			K19-1-5	栄養状態		Ⅱ G2①栄養状況A肥満と痩せ、Ⅱ G2①栄養状況B過去30日間で5%以上の体重増加・減少、Ⅱ G2①栄養状況C栄養バランス	別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」低栄養状態のリスクレベル	
			K19-1-6	水分量		Ⅱ G3①1日の水分量(過去7日間)		
			K19-1-7	食事の準備をする人				
			K19-1-8	食事の状況		G1①A場所・誰と、G1①B食事の状況		
			K19-2	摂食嚥下機能の状態	K19-2-1	摂食嚥下機能の状態	Ⅱ G2③えん下の状況	別紙様式1【口腔・栄養】むせ、別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」多職種による栄養ケアの課題・口腔関係
			K19-3	必要な食事の量	K19-3-1	栄養		摂取栄養量
	K19-3-2	水分量						
	K19-4	食事制限の有無	K19-4-1	食事制限の有無	Ⅱ G2④食事療法・制限	別紙様式4-3-1「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(通所・居宅)」食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態、嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)		
	K20	社会との関わり	K20-1	家族等との関わり	K20-1-1	家庭内での役割		
					K20-1-2	家族等との関わりの状況(同居でない家族等との関わりを含む)	Ⅱ G1①食事の状態A場所、Ⅱ J1①気分と行動(喪失感・孤独感等)、Ⅱ J1②気分の持続性(過去7日間)、Ⅱ K1①対人関係	

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
		K20-2 地域との関わり	K20-2-1 参加意欲		Ⅱ I1①社会生活の意欲(過去7日間)、Ⅱ I1④自発性・参加意欲(過去30日間)	
			K20-2-2 現在の役割		Ⅱ I1②本人の役割(過去7日間)、Ⅱ I1③過去の役割へのこだわり	
			K20-2-3 参加している活動の内容		Ⅱ I1⑤趣味・生活の楽しみ、Ⅱ I1⑥信仰・宗教	別紙様式5「ICFステージング」 9a社会参加 余暇の5~3、別紙様式5「ICFステージング」 9b社会参加 社会交流の4
		K20-3 仕事との関わり	K20-1 仕事との関わり			
K21	家族等の状況	K21-1 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	K21-1-1 本人との関係	家族・親族の続柄、家族構成図	家族の状況(氏名・続柄、年齢、介護担当と内容)、家族関係図	
			K21-1-2 居住状況	家族・親族の同居・別居	家族の状況(同居・別居)	別紙様式1【総論】家族の状況(独居・同居)
			K21-1-3 年代			
			K21-1-4 仕事の有無		Ⅳ1③主介護者の就労状況	
			K21-1-5 情報共有方法			
		K21-2 家族等による支援への参加状況	K21-2-1 参加意思	主介護者、キーパーソン、介護者の有無	Ⅳ1①主介護者の同居、Ⅳ1②主介護者またはキーパーソンの有無、Ⅳ1⑧主介護者の介護継続の意思	
			K21-2-2 現在の負担感	介護の状況(常時、時どき、昼のみ、夜のみ)、介護の代替の有無	Ⅳ1④主介護の負担感、Ⅳ2①家族全体の家事の状況、Ⅳ2②家族全体の家事の負担感	

課題分析標準項目 (アセスメント)					日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
			K21-2-3	支援への参加による生活の課題			
		K21-3	家族等について特に配慮すべき事項	K21-3-1	家族等について特に配慮すべき事項	IV1③主介護者の知識・技術、IV1④主介護者の介護の受容、IV1⑤主介護者の介護の状況、IV2③夜間・休日時ケアの必要	
K22	居住環境	K22-1	日常生活を行う環境	K22-1-1	浴室		
				K22-1-2	トイレ		
				K22-1-3	食事をとる場所		
				K22-1-4	生活動線		
		K22-2	居住環境においてリスクになりうる状況	K22-2-1	危険個所の有無	居住環境の改善してあるところ、居住環境の問題点、近隣等との関係	V1①住宅改修の必要・改修場所
				K22-2-2	整理や清掃の状況		
				K22-2-3	室温の保持		Ⅱ B2①社会生活動作の状態・精神的意欲 I 冷暖房の管理(①動作・②意欲)

課題分析標準項目 (アセスメント)				日本介護福祉士会方式	日本訪問看護財団方式 (成人・高齢者用)	LIFE
K23			K22-2-4 こうした環境を維持するための機器		V 2①生活用具・福祉用具の利用状況G緊急用具	
		K22-3 自宅周辺	K22-3-1 自宅周辺			
	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	K23-1-1 虐待		Ⅱ K2①ケア上の課題	
			K23-1-2 経済的困窮	生計中心者、収入源	I 3③経済的負担感有無	
			K23-1-3 身寄りのない方			
			K23-1-4 外国人の方			
			K23-1-5 医療依存度が高い状況		Ⅱ N2①特別な治療・ケア	
			K23-1-6 看取		Ⅲ 1①ターミナルの判断、Ⅲ 1②式が近づいている兆候、Ⅲ 1③ターミナル期を過ごす場所、Ⅲ 1④死への受容	
	K23-2	その他生活に何らかの影響を及ぼす事項	K23-2-1 その他生活に何らかの影響を及ぼす事項	日常生活に影響を与える事項	、Ⅱ M1①飲酒、Ⅱ M1②喫煙	

4-6. 実証 5：ケアマネジメントデータ利活用基盤のあり方（案）ブラッシュアップ

実証 5 では、実証 1 から実証 4 までの結果を踏まえて、AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤整備のあり方（案）のブラッシュアップを検討した。本調査研究では、ご協力ベースでケアプラン等のデータを居宅介護支援事業所からお借りして調査研究を実施しているが、ケアプラン作成支援 AI の社会実装を考えた場合、AI 開発のための学習データをどのように収集していくかは非常に大きな課題である。AI 分析に必要なケアマネジメントデータについて、AI 活用を前提として PDCA サイクルを推進し、ケアの質の向上につなげるための基盤を構築することが必要である。2023（令和 5）年度には、AI 開発に必要なと思われる 3 つのデータを中心としたイメージ案を作成し、これら 3 つのデータは、匿名化や仮名化など個人情報保護に配慮した上で、AI 開発のために利用しやすい加工を行いオープンデータベースとして構築されるべきとした。実証 5 では、標準化やデータの相互運用性などの面も考慮した上で、AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤がどう整備されるべきかの検討を行い、昨年度作成したイメージ図のブラッシュアップを行い、ケアプラン作成支援に資する AI 開発に向けた基盤整備に向け、ラベリング、アセスメントデータ、学習データのあり方等についてとりまとめた。

(1)介護情報基盤の整備

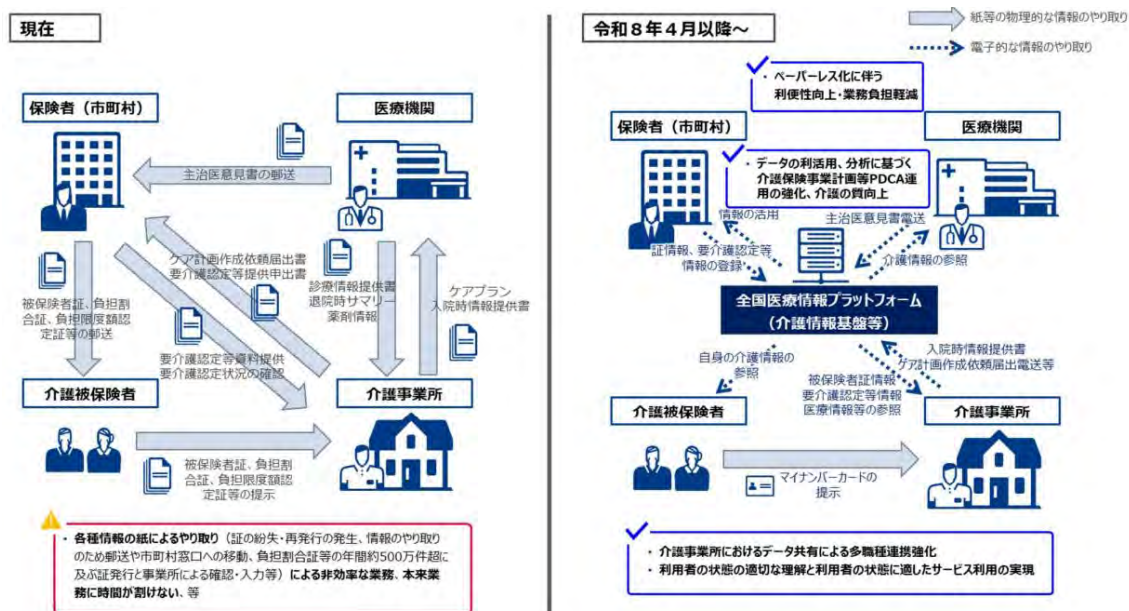
現在、利用者に関する顕名の介護情報等（介護レセプト情報、要介護認定情報、LIFE（科学的介護情報システム）情報、ケアプラン、主治医意見書等）は、事業所や自治体等に分散し、利用者自身の閲覧、介護事業所間の共有、介護・医療間の共有が電子的に可能になっていないため、医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームを創設することが、データヘルス改革工程表に明記されており、介護情報利活用に関する WG にて、自治体・利用者・介護事業者・医療機関などが、利用者に関する介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備が検討されてきた。

2025 年より更に先の状況を見通すと、介護サービスの需要が増大・多様化することが見込まれ、介護を含む各分野における人材不足が更に大きな課題となることが介護情報基盤を整備する背景となっており、介護情報基盤の整備の目的としては、以下が挙げられている。

- 利用者本人、市町村、介護事業所、医療機関といった関係者が利用者に関する情報を共有、活用できる介護情報基盤を整備することにより、これまで紙を使ってアナログにやりとりしていた情報を電子で共有できるようになり、業務の効率化（職員の負担軽減、情報共有の迅速化）を実現できる。
- さらに、今後、介護情報基盤に蓄積された情報を活用することにより、事業所間及び多職種間の連携の強化、本人の状態に合った適切なケアの提供など、介護サービスの質の向上に繋がることも期待される。

「介護情報の電子的な共有の仕組み及び介護被保険者証の電子化の実現に向けた調査研究業務等一式調査結果報告書」では、令和8年度以降の介護情報基盤と情報の流れのイメージが下記のように示されている。

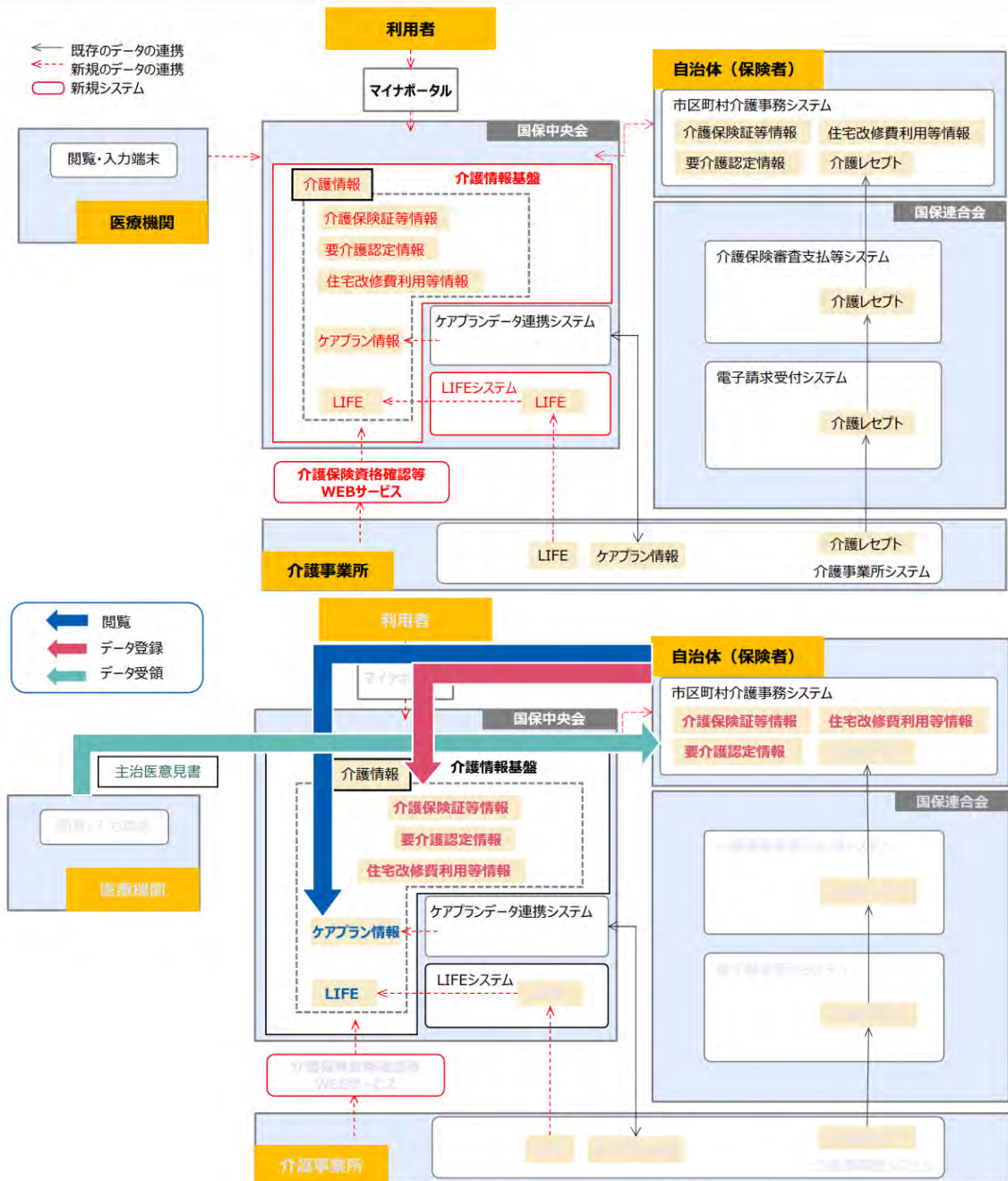
図表 60 介護情報基盤のイメージ

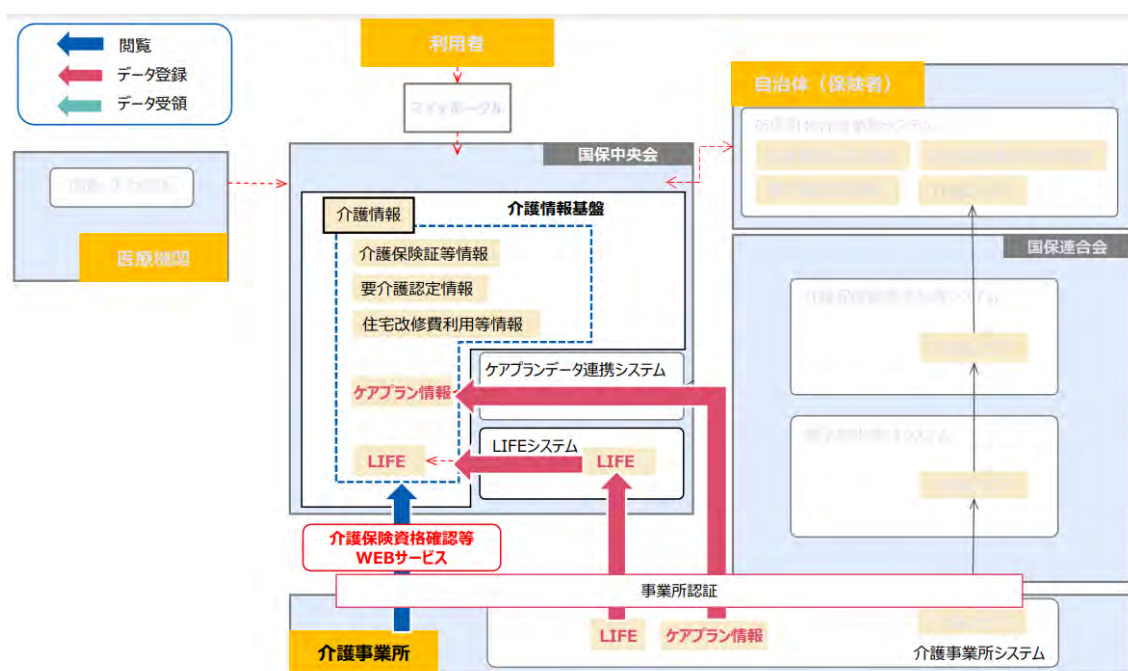


資料出所：「介護情報の電子的な共有の仕組み及び介護被保険者証の電子化の実現に向けた調査研究業務等一式調査結果報告書」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001299401.pdf>

図表 61 令和8年度以降





資料出所：社会保障審議会 介護保険部会（第 113 回） 資料 1「介護情報基盤について（厚生労働省老健局）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001269924.pdf>

国保中央会において新規開発をする介護情報基盤を中心に、既存システムも活用した全体構成として検討を進めており、2026（令和 8）年度以降は、介護情報基盤の情報を、利用者、自治体、介護事業所、医療機関がそれぞれ連携・閲覧が可能になる予定である。

図表 62 介護情報基盤の施行に向けたスケジュール

	法施行			
	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
保険者 (自治体/広域)	介護保険事務システム標準化に伴う改修 (介護情報基盤への対応を含む)	次期事業計画策定、保険料計算等	介護保険被保険者証情報の電子化 要介護認定事務の電子化 等	
介護事業所（地域 包括支援センター 含む）		閲覧環境整備 セキュリティ対応等	介護情報基盤の活用・情報セキュリティ対策の継続等	
医療機関		主治医意見書の電子的提出 に向けた準備	主治医意見書の電子的提出	
国保中央会	介護情報基盤開発・関連システム改修		介護情報基盤・関連システムの運用・保守・改修	
支払基金	システム改修等		システムの運用・保守	

資料出所：社会保障審議会 介護保険部会（第 113 回） 資料 1「介護情報基盤について（厚生労働省老健局）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001269924.pdf>

(2)医療等情報の二次利用

厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会」の傘下に 2023 年 11 月に設置された「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ」では、医療等情報の二次利用の更なる促進のための論点について議論してきたが、2024 年 5 月 15 日に「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ これまでの議論の整理¹⁴」をとりまとめ、公表している。医療等情報は、研究者や企業等がビッグデータとして分析することで有効な治療法の開発や創薬・医療機器の開発等といった医学の発展への寄与が可能であり、その成果は現世代だけでなく将来世代にも還元が期待される点で、貴重な社会資源であるとし、しかしながら、医療等情報は機微性の高い情報であり、特定の個人が識別された場合に権利侵害につながるリスクがあることから、本人の権利利益を適切に保護するとともに、医療現場や国民・患者の十分の理解を得ながら、医療等情報の二次利用を適切に推進することで、医学・医療のイノベーションの成果を国民・患者に還元できるよう、必要な環境整備を行うことが重要と指摘している。

公的 DB で仮名化情報を利用・提供する場合の法制面の整備としては、現行の公的 DB（厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベース）では、多くの場合、匿名化情報の利活用のみが定められており、研究利用への期待が大きい仮名化情報が利用できない状況にあるとし、公的 DB での仮名化情報の利用・提供に関する法制的論点への対応方針を以下のように整理している。

図表 63 公的 DB で仮名化情報を利用・提供する場合の法制面の整備

①利用場面・利用の目的	○「相当の公益性がある場合」に仮名化情報の利用・提供を可能とする。公益性は、医療分野の研究開発等、広く認めることが適当。研究の目的・内容に応じて、利用の必要性・リスクに関する審査を行う。
②本人関与の機会の確保への配慮	○本人からの利用停止の求めに対応できるようにすることが重要との意見があった一方、公的DBのデータの悉皆性の意義や、多くの公的DBでは本人が特定されない状態にあること等を考慮することが重要との意見があった。 ○個人情報保護法において、行政機関の長等が保有する保有個人情報、利用目的の範囲内または法令に基づく場合に利用・提供が可能とされている。公的DBで仮名化情報を提供するに当たり、本人の同意取得を前提としないが、③の保護措置等を講ずることによって本人の権利利益を適切に保護する。
③保護措置	○照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則等を求めることに加えて、研究目的・内容・安全管理措置等を審査する体制を整備する。仮名化情報は、データをダウンロードできないVisiting解析環境での利用を基本とする。
④医療現場・患者・国民の理解や利活用の促進	○利活用の目的・メリット等を、医療機関のサイネージや、国民に馴染みのある媒体等を活用した情報発信が重要。
⑤仮名化情報の連結解析	○連結により精緻・幅広い情報の解析が可能となる。個人の特定リスクも考慮して適切に審査する。
⑥研究者や企業等が公正かつ適切に利活用できる環境の整備	○業界での利用ガイドラインの作成や関係者間での議論の場を構築することが重要。 ○二次利用の状況や課題を継続的に把握し、医療分野の研究開発等の動向を踏まえ、二次利用の促進と個人の権利利益の保護の両方の観点から戦略的に施策を講ずる国のガバナンス体制の構築が重要。

資料出所：厚生労働省 医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ これまでの議論の整理」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001254546.pdf>

¹⁴ 医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ これまでの議論の整理」の詳細は、以下を参照のこと。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001254546.pdf>

情報連携基盤の整備に関しては、公的 DB のほか、独立行政法人が保有する DB、次世代医療基盤法の認定作成事業者の DB、学会の各種レジストリなど、様々な DB が分散して存在しており、利活用者はそれぞれの利用申請、審査、データ同士の連結作業を行わなければならない、データを操作する物理的環境も厳しい要件が求められている等、負担が大きくなっていると、情報連携基盤の整備に関する基本的な方針が下記のように示された。

図表 64 情報連携基盤の整備

①取扱う情報の範囲	○ 公的DB等にリモートアクセスし、一元的かつ安全に利用・解析できるVisiting解析環境を情報連携基盤に構築する。 ○ まずは公的DBを取扱いの対象とし、それ以外のDBについては保有主体やユーザーのニーズ等を踏まえて検討する。
②情報連携基盤において必要となる要件	ア Visiting解析環境の整備 ○ 仮名化情報はVisiting解析環境での利用を基本とし、利活用者の利便性も考慮して解析環境等の整備を行う。 イ 一元的な利用申請の受付・審査体制のあり方 ○ 医療等情報の二次利用に関する利用申請の受付・審査体制は、以下の方向性で取組を進める。 (1) 利活用者の利便性の観点で、利用申請の受付窓口・審査体制は原則一元化し、審査の手順や内容の統一が望ましい。 (2) 審査の質や中立性、利活用者の効率性を担保し、各公的DBの特性を理解した専門家の意見を取り入れる。 (3) 医学系倫理指針の要件を満たすものとし、各研究機関における倫理審査委員会の審査は必ずしも求めない。 (4) 利活用者が情報連携基盤上に持ち込む解析ソフトウェア、成果物について審査を行う。 (5) 今後、各公的DBの仮名化情報の利活用に関する審査基準を含むガイドラインを策定する。 ウ 求められる情報セキュリティ ○ 情報連携基盤の管理者側に厳格な安全管理措置を設け、具体的な要件（利活用者の認証、ログの保存・監視・活用によるデータトレーサビリティの確保等）については、引き続き検討を行う。
③その他	○ データ利用を支援するポータルを整備し、利用可能なデータを一覧化するデータカタログ、オープンソースのデータを簡易に集計・分析するダッシュボード機能を設ける。

資料出所：厚生労働省 医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ「医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ これまでの議論の整理」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001254546.pdf>

電子カルテ情報の利活用等に関しては、データの標準化・信頼性確保のための取組を進めることが不可欠であり。傷病名や医薬品、検体検査等、各種のコードの標準化・普及を行うとしている。

今後、必要な法整備や情報連携基盤の構築、データの標準化・信頼性確保の取組等をスピード感を持ちつつ、計画的に進めていくことが必要であり、個人情報保護法の見直しの議論や改正次世代医療基盤法の施行の状況、諸外国の動向等を踏まえ、医療等情報の二次利用の推進に向けた更なる法整備の必要性やそのあり方についても検討を継続していくことが重要であるとしている。

5. 今年度の調査研究から得られた示唆

ホワイトボックス型 AI を活用したケアプラン作成支援は、2017（平成 29）年度からのフェーズ 1 において、大量のデータから AI 分析を行うために何が必要かを検討し、AI による効果に加え、AI が学習するデータの質や AI が導く結果の検証における課題などを整理してきた。2020（令和 2）年度からのフェーズ 2 では、「適切なケアマネジメント手法」の成果の取り込みやケアマネジャーの思考の見える化などにより大量のデータを分析することと並行して、データの質の面からのアプローチを強化した調査研究を実施し、実際に AI モデルを搭載した試作システム構築につなげた。昨年度からのフェーズ 3 では、試作システムを使い、個別レビューによりケアプラン作成支援 AI のあるべき姿を実証的に検証するとともに、社会実装を進めるための AI 分析に必要なケアマネジメントデータの利活用基盤についても検討を進めている。ケアマネジメントから生じるデータの PDCA サイクルを推進し、介護に関わる多くの組織で AI が活用できる体制やデータ基盤のあり方を検討し、昨年度のイメージ図のブラッシュアップを行った。

今年度の調査研究から得られたポイントを、以下に整理する。

5-1. 実証 1：おすすめ根拠の提示方法改善に関する分析

本調査研究では、ホワイトボックス型 AI で分析することで、なぜこのような結果が導かれたかを検証できるようにし、試作システムの中にも、その結果を根拠として表示できるようにした。これにより、ケアマネジャーが AI のおすすめするケアを選択する際の判断に利用してもらうことを想定していたが、ケアマネジャーへの個別レビューなどから、利用者の心身の状態についての内容が AI のおすすめ根拠として表示される方が納得性を得られるとのことから、おすすめ根拠の見せ方に関する 3 つの分析を行い、改善方法を検討した。

根拠の表示の拡充では、アセスメント項目とニーズ・長期目標・短期目標・サービス内容の項目との相関係数を算出することで、対象のニーズ・サービス内容等と関連のあるアセスメント項目を合わせて表示することとした。

おすすめとして表示する項目の拡充では、クラスタ毎にサービス内容の項目同士で相関係数を算出し、相性のよいものを合わせて表示することとした。

おすすめサービス内容の表示順序の改善では、構造化・体系化ラベルのナンバリングの順序で表すのではなく、傾向スコアを活用して、クラスタ毎にサービス内容の項目同士で相関係数を算出し、相関係数の値が大きい順に表示順序を変えることとした。

ホワイトボックス型 AI での分析では、なぜその結果が導かれたかという根拠を提示できることが特徴であるが、試作システム 2.0 での根拠提示ではわかりやすさや納得性が不十分であった。しかし、上記のような追加の分析を行うことで、根拠の見せ方を改善する可能性があることが明らかになった。

5-2. 実証 2：ケアマネジャーへの個別レビュー

実証 2 では、認知機能が低下した一人暮らしの高齢男性をペルソナに用いて、昨年度構築した試作システム 2.0 に対するケアマネジャーの個別レビューを実施した。また、現状の試作システム 2.0 へのレビューだけでなく、実証 1 で行っている AI のおすすめ根拠の見せ方についての改善案を示し、それについての意見も収集した。

今年度は、経験の浅いケアマネジャーとベテランのケアマネジャーの双方に実施することで、経験の違いも明らかになった。ベテランのケアマネジャーでは、AI のおすすめは一部は役に立ったものの、共感しづらいものもあったが、抜け漏れ注意の項目はおおむね肯定的な評価となった。

経験の浅いケアマネジャーでは、AI のおすすめに対しては、半数程度が役に立ったと回答となり、抜け漏れ注意の項目はより肯定的な評価となった。

根拠の見せ方改善案では、ベテラン、経験の浅いケアマネジャーどちらも肯定的な意見をいただけた。実証 1 で得られた 3 つの根拠の見せ方改善をはかることで、より理解しやすく納得性の高い根拠を提示できる見込みがあることが確認できた。

また、試作システムでは、ケアマネジャーのケアマネジメントプロセスにのっとり、ニーズから、長期目標、短期目標、サービス内容とケアプラン 2 表を左から右に作成するイメージをそのままシステム化している。研修などによりニーズから見ていくことは定着してきているが、ケアマネジャーによっては、サービス内容からケアプランを作成してしまうこともあり、これは本来とは逆方向の発想となる。委員会では、試作システムではニーズから順番に表示されるため、特に経験の浅いケアマネジャーにとって教育的な使い方につながるとの指摘もあり、ケアプランのバラツキをなくす「標準化」へのアプローチにもつながる可能性があるといえる。

5-3. 実証 3：ケアマネジャーの思考フロー可視化の方法論の検討

本調査研究では、看護師、社会福祉士、保健師といった保有資格の異なるケアマネジャー等で構成される WG を立ち上げ、ケアマネジャーの思考フローの可視化に取り組んできた。過去データから構造化・体系化したテキストデータを AI に学習させ、さらなる実用化を進めるには、ケアマネジャーの専門職としての知見・経験値をケアプラン作成支援 AI のアルゴリズムに反映させることが必要となるため、現在までに、「心疾患複線的モデル」、「脳血管疾患複線的モデル」、「大腿骨頸部骨折」、「認知症複線的モデル」の 4 つの疾患でのモデルが作成できている。

実証 3 では、これまで複線的モデルを作成してきた成果から、ケアマネジャーの思考フローを見える化するための検討方法などを整理し、「データ③ ケアマネジャーの思考フローのデータ」を継続的に収集・整理するために参考となる知見をとりまとめた。ケアマネジャーの思考フローの可視化においては、ファシリテータ、検討メンバーが適切なケアマネジメント手法を理解していることに加え、経験年数だけでなく、経験しているケースの数や部下の育成経験なども重要である。その上で、忌憚ない意見が出せる場となることが重要である。そのため、利害関係を排除し、検討メンバー同士の人間関係も

考慮して選定することも明らかになった

5-4. 実証 4 : AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表の検討

介護分野での AI 活用を進めていくには、アセスメントの情報をケアプランとセットで収集することが必要であり、多様なアセスメント様式が採用されていることが AI 活用の壁のひとつになっている。アセスメント様式の標準化が行われることが望ましいが、その議論には時間がかかることから、実証 4 では、「AI 活用」という視点から主要なアセスメント様式における項目対応表を検討した。

アセスメント様式は、作成している組織や作成の背景によって項目だけでなく、各項目ごとの内容にも濃淡があり、すべてのアセスメント項目を対応させることは難しい。しかし、試作システムにおいて必要最低限の入力項目として「要介護認定項目」との対応に限って見てみると、各アセスメント様式に対応となるアセスメント項目、または、関連すると思われるアセスメント項目は存在しており、データ変換やデータ項目の組み合わせなどの工夫をすることで、多様なアセスメント様式によるデータ入力の可能性は高いことが明らかになった。

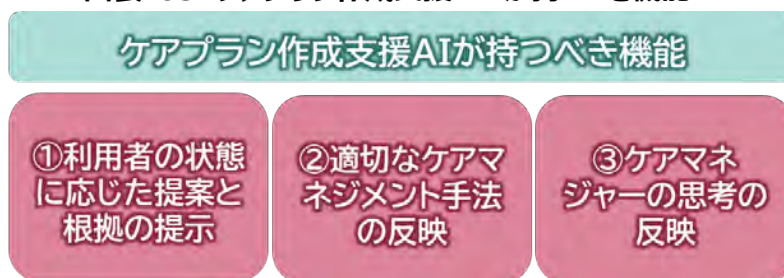
5-5. 実証 5: ケアマネジメントデータ利活用基盤のあり方（案）ブラッシュアップ

(1) ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能と 3 種のデータ

ケアプラン作成支援 AI の社会実装を考えた場合、AI 開発のための学習データをどのように収集していくかは大きな課題である。現在の調査研究では、居宅介護支援事業所のご協力により AI 分析が可能となっているが、事業所の規模に関わらず、ケアプラン作成支援 AI を活用できるようにするには、多くの居宅介護支援事業所や介護ソフト開発ベンダ等が全国的なケアマネジメントデータを AI 開発のために利用できるような基盤整備が必要となる。

これまでの調査研究から、ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能としては、①利用者の状態に応じた提案と根拠の提示、②適切なケアマネジメント手法の反映、③ケアマネジャーの思考の反映、が重要であることが明らかになっている。

図表 65 ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能



本調査研究では、実際に AI 分析を行う実証的な調査研究により、ケアプラン作成支援 AI のあるべき姿とその課題について整理してきたが、これまでの研究では、①ケアマネジメントデータ（アセスメント・ケアプラン 2 表）、②適切なケアマネジメント手法研修会での作成データ（アセスメント・自己点検シート）、③ケアマネジャーの思考フローのデータの 3 種類のデータを AI に学習させることでアルゴリズムの精度を向上させることが明らかになってきている。

図表 66 これまで調査研究で利用したデータの種類と AI への取り込み



介護ソフト開発ベンダー等がこれらの機能を実装した AI 開発を活性化していくためには、個人情報保護に配慮した上で、まずは、3 種のデータを定期的に収集して、AI に組み込み、学習させることができる AI 開発のための基盤を整備することで、エビデンスベースな AI 開発につながると考える。

図表 67 AI 開発に必要と思われる 3 種のデータ

データ① ケアマネジメントデータ(アセスメント・ケアプラン2表)	
提供元	協力居宅介護支援事業所
内容	アセスメントとケアプランが利用者単位に紐づく2時点のデータ。 (匿名加工情報)
データ② 適切なケアマネジメント手法研修会の作成データ	
提供元	協力自治体・組織
内容	「適切なケアマネジメント手法研修会」にてケアマネジャーが作成いただいたアセスメント情報(介護認定調査の項目)。 - 自己点検シート(基本ケア)から生成した「抜け漏れ注意項目」のデータ。
データ③ ケアマネジャーの思考フローのデータ	
提供元	老健事業におけるWGにて作成
内容	ペルソナに対するケアマネジャーの思考をフローとして可視化したデータ。

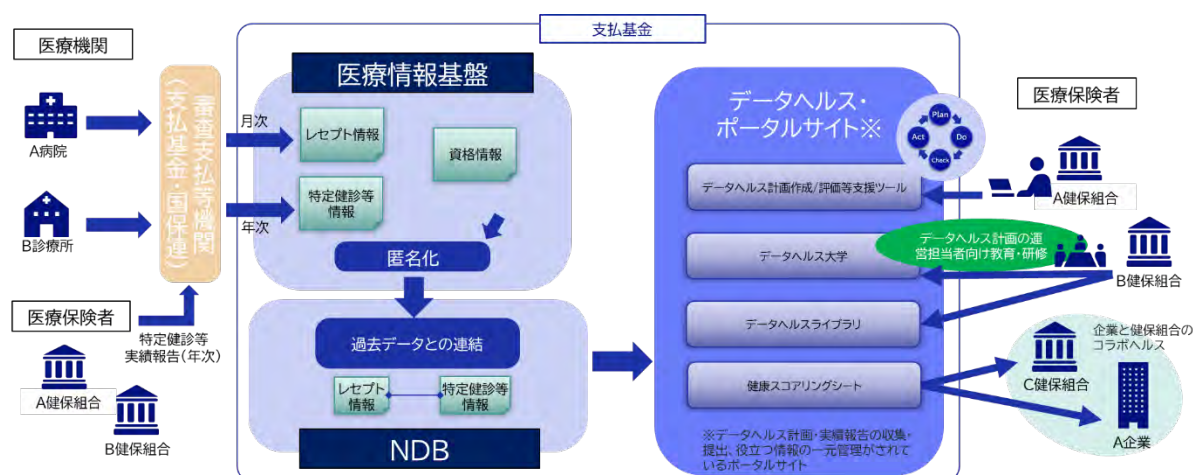
(2) 先行事例：データヘルス推進にかかる取り組み

ヘルスケア分野において、個人が特定される顕名データから、個人が特定されない匿名化・仮名化したデータに変換して二次利用するためのプラットフォームの先行事例としては、社会保険診療報酬支払基金で実施しているデータヘルス推進事業の「データヘルス・ポータルサイト」がある。データヘルス・ポータルサイトは、健康保険組合によるデータヘルスの事業運営の円滑化と標準化をはかり、事業の実効性を上げることが目的として、平成 27 年度厚生労働省高齢者医療制度円滑運営事業費補助金の一環で東京大学が開発した支援ツールである。平成 30 年度からの第 2 期データヘルス計画以降、すべての健康保険組合がデータヘルス・ポータルサイトを活用して計画策定および評価・見直しを行っている。

令和 4 年 7 月からは支払基金に移管し運営を行っており、令和 6 年度から開始した第 3 期データヘルス計画の計画書作成ページの開発・運用を行うと共に、健康保険組合におけるデータヘルス計画の策定、健康課題の把握、効果的な保健事業の実施に資する支援及び健康保険組合におけるデータヘルス計画の策定及び評価見直しに資するためのシステム改修を実施している。このデータヘルス・ポータルサイトを通じて健康課題と保健事業の紐づけや事業ごとの定量的な評価指標の設定・評価が可能となっており、取組状況の見える化や健康保険組合相互の比較により、将来的に健康課題別の効果的な保健事業のパターン化や成功事例のライブラリー化を目指しているという。また、毎年度配信している健康スコアリングレポートもデータヘルス・ポータルサイトより取得可能となる¹⁵。

運用や改修については、厚生労働省、健康保険組合連合会本部、東京大学、運営保守事業者、支払基金の五者で定期的に協議の上、実施している。

図表 68 社会保険診療報酬支払基金のデータヘルス推進事業



資料出所：社会保険診療報酬支払基金 データヘルスポータルサイトより作成

<https://datahealth-portal.jp/>

¹⁵ 社会保険診療報酬支払基金 https://www.ssk.or.jp/smph/datahealth/datehealth_portal/index.html

(3)AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤イメージ（案）

昨年度の調査研究では、ケアプラン作成支援 AI が持つべき機能と 3 種のデータを踏まえて、この 3 種のデータを中心に、AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤イメージ（案）を示した。AI 開発のために利用しやすい加工を行ったこれら 3 つのデータは、匿名化や仮名化など個人情報保護に配慮した上で、オープンデータベースとして構築される。居宅介護支援事業所は、データを提供するだけでなく、自社で AI 開発をする場合に、全国規模のビックデータとして活用できるようになる。介護ソフトベンダー等のシステム開発企業も介護ソフトに AI 機能を組み込んだりする場合に活用することができる。国や自治体も、これらのデータを活用することで、介護予防も含めた政策策定や費用対効果の検討といった EBPM につなげていくべきとした。また、簡易的なケアプラン作成支援 AI の機能を付加することで、ケアマネジャーが AI を体験する機会をつくるだけでなく、介護ケアを受けている本人や家族がセルフケアプランの作成を体験することにもつながる可能性についても示唆したものとなった。

今年度は、介護情報基盤の構築が本格化することを受けて、国保中央会の介護情報基盤の動向を踏まえた内容を追記し、修正した。

介護情報基盤では、居宅介護支援事業所から月次でケアプランのデータが収集される。医療機関からは、電子カルテ情報共有サービスや介護保険資格確認等 WEB サービスを介して、主治医意見書のデータが収集され、そのほかに要介護認定項目、介護保険証等情報、住宅改修利用等情報、LIFE といった情報も介護情報基盤に集められる予定となっている。現時点で、介護情報基盤に収集されるデータについては緑色で示している。介護情報基盤の中では、過去データの保存期間はまだ詳細が明らかになっていないが、顕名データであるため、過去データとの連結も可能となると思われる。

アセスメントのデータ収集については、新たな業務負担が生じることやアセスメント様式の統一化ができていないといった課題もあるため、現時点では予定されていない。しかし、ケアプラン作成支援 AI などの介護分野の DX を進めるためには、将来的には収集が検討されるべきと思われる。図表 68 のイメージ図では、現時点では収集は予定されていないが、将来的に収集されるべきと考えるデータはオレンジ色で示している。

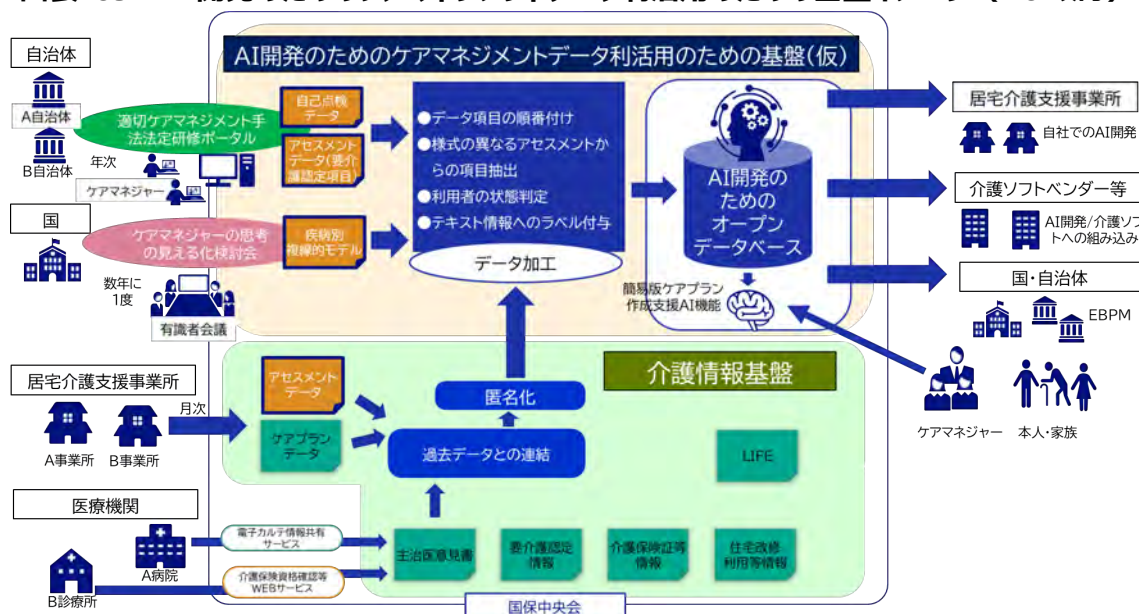
本調査研究では、介護情報基盤を運営する国保中央会の中に、AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤を構築し、介護情報基盤にある顕名データを匿名化・仮名化し、データ項目の順番付け、様式の異なるアセスメントからの項目抽出、利用者の状態判定、テキスト情報へのラベル付与といった加工を行い、AI 開発のために利用するイメージにブラッシュアップした。

また、3 種のデータのうち、適切なケアマネジメント手法の研修会から得られるデータとケアマネジャーの思考フローに関するデータも、現時点では恒常的に収集する仕組みが整っていないため、オレンジ色で示している。AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤の中で、3 種のデータが利用できるように加工され、AI 開発のためのオープンデータベースとして、居宅介護支援事業所の自社での AI 開発、介護ソフトベンダー等による AI 開発や自社ソフトへの組み込み、国・自治

体における EBPM に活用していくことを想定する。データ提供基盤としては、社会保険診療報酬支払基金のデータヘルスportalサイトを参考にすることが考えられる。

また、ケアマネジャーや家族が個人としてケアプラン作成支援 AI を体験できるように、本調査研究の試作システムのような簡易なケアプラン作成支援 AI を AI 開発のためのオープンデータベースに機能として付加することも、介護分野の AI 活用の裾野を広げていくことに貢献できると考えられる。

図表 69 AI 開発のためのケアマネジメントデータ利活用のための基盤イメージ (R6 改訂)



* 介護情報基盤で緑色で表示されているデータは、収集が予定されているデータ。

オレンジ色で表示されているデータは、現時点では収集は予定されていないが、将来的に収集されるべきと考えるデータ。

なお、3 種のデータのうち、適切なケアマネジメント手法の研修会から得られるデータについては、自己点検シート等のデータを分析に利用することを想定しているが、令和 6 年度の老健事業「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」において、事例に応じて着目すべき「想定される支援内容」をガイドすることを目指したデータセットを作成しており、今後、このようなデータも検討できる可能性がある。

5-6. 今後の課題

(1)ケアプラン作成支援 AI の基本理念の明確化

本調査研究は、介護分野の人材不足を背景に、ケアマネジメントの中でも負担感が高く、バラツキも多いと言われているケアプラン作成支援に AI を活用することができるかという問題意識から取り組んできたが、その検討においては、大量のアセスメント・ケアプランの過去データを AI 分析することでエビデンスに基づいた結果を導き出すことからスタートしている。調査研究を進める中で、複雑なケアマネジメント業務の中で AI を活用するには、ビッグデータだけでは十分ではなく、エキスパートの知見を AI のアルゴリズムに反映させることの重要性も認識された。そこで、ケアプラン作成支援 AI のあるべき姿として、過去データからのエビデンスとエキスパートの知識を統合したものであることを基本理念としている。

今年度の実証 1 では、AI のおすすめの根拠のわかりやすさと納得性を改善させるため、3 つの分析を行ったが、改善案 2 の「おすすめとして表示する項目の拡充」では、過去データからのエビデンスとエキスパートの知見とを組み合わせ、AI が出した結果に対して、さらに、過去データの結果のみから得られる項目を追加することに対して、委員会でも多くの意見をいただいた。分析としては、改善できる可能性を示唆することはできたが、本調査研究で考えるケアプラン作成支援 AI の理念に照らせば、改善案 2 の試作システムへの採用は検討が必要であるといえる。

同様に、試作システムにおいても、専門職であるケアマネジャーを支援する AI であるという理念のもと、AI はケアマネジャーを支援するだけであり、ケアマネジャーの専門職としての知識や経験を活かすことを前提としたシステムとなっている。入力されたアセスメントの状態に応じて AI がおすすめのケアを提示するが、複数の選択肢を提示し、ケアマネジャーがそこから選択する形式となっている。選択するおすすめのケアもシンプルな表現としており、選択した後に、ケアマネジャーが利用者の個別性に合わせて、内容を加筆修正するようになっている。

本調査研究の中で考えるケアプラン作成支援とはどのようなものであるのか、それに基づいて作成された試作システムでは、利用するケアマネジャーにどのようなことを求めているのか、それらを明確にし、それに基づいた分析や改善を行っていく必要がある。

(2)AI によるケアプラン作成支援のエコチェーン

今年度の実証 1 では、AI のおすすめの根拠の提示を改善するために、データの相関分析をおこなってきた。改善案 1 の「根拠の表示の拡充」では、例えばニーズの「2-4 移動・歩行」と相関が一番高いアセスメント項目として「1-7 歩行」が入るなど、関連が深そうな項目が表れてはいたが、相関係数としては、サービス内容でも 0.291 と高い相関関係は確認できなかった。改善案としては、例えば相関係数が 0.2 以上のアセスメントとしたが、委員会の委員からは、この相関係数をどう捉えるかについては、さらに検討が必要との意見をいただいた。

一方で、ケアプラン作成支援 AI という点では、相関係数が 1 に近くなるということに対する懸念も

指摘された。AI によるおすすめのケア以外を選択することは「よくない」といった認識から、ケアマネジャーが必ず同じものを選択するようになり、これらのデータをまた学習することで、さらに相関が高まり、選択肢の幅が狭くなっていくエコーチェンバーのような現象がおきる恐れもある。エコーチェンバーとは、閉鎖的な情報空間において価値観の似た者同士が交流・共感し合うことで、特定の意見や思想が増幅する現象を指す。SNS などのデジタル空間ではエコーチェンバーが起こりやすいため、近年、社会問題として認識されるようになってきた。

利用者の多様性に合わせて作成されるケアプランにおいて、相関係数が高ければいいのか、どれぐらいの相関であれば適切なのか、引き続き検討すべきといえる。

(3)アセスメント様式の標準化

介護分野での AI 活用を進めていくには、アセスメントの情報をケアプランとセットで収集することが必要であり、多様なアセスメント様式が採用されていることが AI 活用の壁のひとつになっている。アセスメント様式の標準化が行われることが望ましいが、その議論には時間がかかることから、実証 4 では、AI 活用のための主要なアセスメント様式における項目対応表について検討した。各アセスメント様式における項目をすべて対応させることは難しいが、試作システムにおいて必要最低限の入力項目としている「要介護認定項目」に限って見れば、データ加工の工夫などを行うことにより、項目を対応させることができる可能性が高いことを明らかにした。

一方で、ケアプラン作成支援 AI だけでなく、介護分野の DX を推進する上ではアセスメント様式の標準化の検討も必要と思われる。これから整備される介護情報基盤でも、アセスメントのデータは収集予定がなく、これは様式の標準化が行われていないことが背景にあるといえる。本調査研究の範囲からは外れるが、アセスメント様式の標準化が進むことを要望している。

参考資料 1 : AI 分析のための構造化・体系化ラベル一覧

AI分析のための構造化・体系化ラベル20240306版：：課題（ニーズ）

大分類	カテゴリ（中分類） 1		課題（ニーズ）
1.健康維持	1-1. 健康維持	1-1-N1	体調を維持して生活する
		1-1-N2	体調を安定した状態に保つ
		1-1-N3	元気に生活する
		1-1-N4	健康的な生活をする
		1-1-N5	体力を維持する
		1-1-N6	生活リズムを保つ
		1-1-N7	活動量を維持する
	1-2. 心の健康維持	1-2-N1	安心した生活を送る
		1-2-N2	穏やかに生活する
		1-2-N3	不安なく生活する
		1-2-N4	家族の不在時も心配なく生活する
	1-3. 疾患のための生活管理	1-3-N1	定期的に受診する
		1-3-N2	病状の悪化を防ぐ
		1-3-N3	病状が安定する
		1-3-N4	再入院を防ぐ
		1-3-N5	薬剤の使用・管理をする
		1-3-N6	（介助により）正しく服薬する
		1-3-N7	心疾患に対応する
		1-3-N8	脳梗塞の後遺症に対応する
		1-3-N9	慢性疾患（糖尿病など）の管理をする
		1-3-N10	糖尿病による壊疽を防止する
		1-3-N11	血圧を安定させる
		1-3-N12	めまいを改善する
		1-3-N13	感染症を予防する
		1-3-N14	喘息をコントロールする
		1-3-N15	ムセや喉づまりを防止する
		1-3-N16	痰の吸引を管理する
		1-3-N17	褥瘡を予防する
		1-3-N18	皮膚トラブルを解消する
		1-3-N19	認知症の進行を遅らせる
		1-3-N20	精神疾患をコントロールする
		1-3-N21	夜間せん妄に対応する
		1-3-N22	痛みを軽減する
		1-3-N23	経管栄養を管理する
		1-3-N24	気管カニューレを管理する
		1-3-N25	在宅酸素療法を実施する
		1-3-N26	パウチの交換等、人工肛門の管理をする
		1-3-N27	カテーテルを管理する
		1-3-N28	自宅で安全・安心に療養する
		1-3-N29	在宅療養生活を快適に過ごす
2.起居・移動・移乗	2-1. 身体機能の維持	2-1-N1	身体機能を維持する
		2-1-N2	体力・筋力を維持する
		2-1-N3	筋力の低下を防ぐ
		2-1-N4	身体機能低下を防止する
		2-1-N5	出来る動作を維持する
		2-1-N6	運動する機会をもつ
	2-2. 寝返り・起き上がり・座位保持	2-2-N1	（自分で）起居する
		2-2-N2	（介助により）起居する

		2-2-N3	負担を少なく起居動作を行う
		2-2-N4	安全に起居する
		2-2-N5	寝たきりを防止する
	2-3. 立ち上がり・移乗	2-3-N1	(自分で) 立ち上がる
		2-3-N2	(介助により) 立ち上がる
		2-3-N3	(自分で) 移乗する
		2-3-N4	(介助により) 移乗する
	2-4. 移動・歩行	2-4-N1	(自分で) 移動する
		2-4-N2	安全に移動する
		2-4-N3	家の中では自分で移動する
		2-4-N4	安全・安心に移動する
		2-4-N5	(自分で) 歩行する
		2-4-N6	(介助により) 歩行する
		2-4-N7	外出のため歩行能力を維持する
	2-5. 姿勢保持	2-5-N1	姿勢を保持する
		2-5-N2	安楽な姿勢をとる
		2-5-N3	日中は離床する
	2-6. 階段昇降・段差のまたぎ	2-6-N1	(自分で) 階段を上り下りする
		2-6-N2	(介助により) 階段を上り下りする
	2-7. 転倒防止	2-7-N1	転倒せず生活する
		2-7-N2	転倒を防止する
		2-7-N3	転倒の不安なく外出する
		2-7-N4	筋力をつけて、転倒を防止する
		2-7-N5	転倒せずに歩く
3.食事	3-1. 食事の準備	3-1-N1	(自分で) 調理・食事準備をする
		3-1-N2	(介助により) 調理・食事準備をする
		3-1-N3	嚥下の状態に合わせた食事を準備する
	3-2. 水分・食事の摂取	3-2-N1	規則正しく食事をとる
		3-2-N2	楽しく食事をとる
		3-2-N3	美味しく食事をとる
		3-2-N4	(自分で) 食事をとる
		3-2-N5	(介助により) 食事をとる
		3-2-N6	座って食事をする
		3-2-N7	嚥下の状態に合わせた食事をする
	3-3. 水分・栄養の管理	3-3-N1	バランスの良い食事をとる
		3-3-N2	食生活を改善する
		3-3-N3	疾病に配慮した食事をとる
		3-3-N4	塩分に気をつけた食事をとる
		3-3-N5	適切なカロリーの食事をとる
		3-3-N6	体重をコントロールする
		3-3-N7	体重を増やす
		3-3-N8	体重を減らす
		3-3-N9	適切な水分を摂取する
		3-3-N10	十分な栄養摂取をする
		3-3-N11	食生活のリズムを整える
4.排泄	4-1. トイレでの排泄	4-1-N1	(自分で) トイレで排泄する
		4-1-N2	(介助により) トイレで排泄する
		4-1-N3	排泄後の清潔を保つ
		4-1-N4	排泄の動作を安全・安心に行う
		4-1-N5	失禁を防ぐ
	4-2. オムツでの排泄	4-2-N1	オムツでの排泄の清潔を保つ

		4-2-N2	弄便行為を防ぐ
	4-3. 夜間の排泄	4-3-N1	安全・安心に夜間に排泄をする
5.入浴・整容	5-1. 身体の清潔保持	5-1-N1	身体の清潔を保つ
		5-1-N2	定期的に入浴する
		5-1-N3	皮膚トラブルを解消する
	5-2. 入浴環境の準備	5-2-N1	入浴時の転倒を防ぐ
		5-2-N2	安全に入浴できる環境を整える
		5-2-N3	身体に負担なく入浴する
	5-3. 自分で入浴	5-3-N1	安全に入浴する
		5-3-N2	自宅でゆっくり入浴する
		5-3-N3	転倒の心配なく入浴する
		5-3-N4	快適に入浴する
		5-3-N5	楽しく入浴する
	5-4. 入浴支援	5-4-N1	(介助により) 安心して入浴する
		5-4-N2	自宅での入浴の不安を解消する
		5-4-N3	安全な入浴の機会を持つ
		5-4-N4	自分でできる入浴動作を増やす
	5-5. 整容(洗面・整髪・髭剃り)	5-5-N1	(自分で) 整容をする
		5-5-N2	(介助により) 整容をする
	5-6. 口腔ケア	5-6-N1	口腔内の清潔を保つ
		5-6-N2	口腔内の状態をよくする
		5-6-N3	歯槽膿漏を予防する
		5-6-N4	誤嚥を防ぐ
		5-6-N5	義歯を管理する
	5-7. 口腔リハビリ	5-7-N1	嚥下機能を回復する
		5-7-N2	発話できるようにする
		5-7-N3	意思表示を可能にする
6.更衣	6-1. 衣服の選択	6-1-N1	自分で衣服の選択する
		6-1-N2	介助により衣服の選択をする
		6-1-N3	季節にあった衣類を選択する
	6-2. 更衣	6-2-N1	(自分で) 衣服を着替える
		6-2-N2	(介助により) 衣服を着替える
7.生活一般	7-1. 自分でできることの継続	7-1-N1	自分で出来ることを継続する
		7-1-N2	自宅での生活を継続する
		7-1-N3	自宅で安全・安心に生活する
		7-1-N4	不安なく生活する
		7-1-N5	1人で生活する
		7-1-N6	在宅生活を継続する
		7-1-N7	必要な援助を受けて生活を継続する
	7-2. 自分で家事	7-2-N1	自分のできる家事を続けながら、生活する
		7-2-N2	生活意欲をもって過ごす
		7-2-N3	(自分で) 家事をする
		7-2-N4	(自分で) 掃除をする
		7-2-N5	(自分で) 洗濯をする
		7-2-N6	食品の管理をする
		7-2-N7	清潔な環境で生活する
	7-3. 家事支援	7-3-N1	家事支援により自宅生活を継続する
		7-3-N2	(介助により) 掃除や洗濯をする
	7-4. 買い物	7-3-N1	(自分で) 買い物する
		7-3-N2	(介助により) 買い物する
	7-5. 財産管理	7-5-N1	(自分で) 生活費等を管理する

		7-5-N2	(介助により)生活費等を管理する
8.外出	8-1. 外出機会の確保	8-1-N1	外出・交流の機会を持つ
		8-1-N2	定期的な外出や交流の機会を持つ
		8-1-N3	安全に外出する
		8-1-N4	自由に外出する
		8-1-N5	一人で外出する
		8-1-N6	家族で外出する
		8-1-N7	閉じこもりを防止する
		8-1-N8	散歩する
		8-1-N9	犬の散歩をする
		8-1-N10	(介助により)外出する
	8-2. 外出の準備	8-2-N1	外出の準備をする
9.コミュニケーション	9-1. 家族との交流	9-1-N1	家族と一緒に暮らす
	9-2. 友人・近所との交流	9-2-N1	人と交流する機会を持つ
		9-2-N2	人と楽しく交流する
		9-2-N3	外出し、人との交流を楽しむ
		9-2-N4	交流の場に参加し楽しく過ごす
		9-2-N5	人との会話を楽しむ
		9-2-N6	地域で継続して生活する
	9-3. 相談・情報共有	9-3-N1	困った時に相談する
		9-3-N2	関係者と情報共有して安心して生活する
	9-4. コミュニケーション支援	9-4-N1	適切な機器を使い意思を伝える
	9-5. 本人の意思の把握	9-5-N1	何気ない言葉、態度やしぐさ、表情等で意思を伝える
		9-5-N2	生き方やこれまでの経緯、考え・思い等を伝える
10.緊急時の対応	10-1. 緊急時の対応	10-1-N1	緊急時に対応ができる
		10-1-N2	緊急時の連絡がとれる
		10-1-N3	夜間も安心できる
		10-1-N4	介護者不在時の対応ができる
11.社会参加	11-1. 地域行事への参加	11-1-N1	地域行事に参加する
	11-2. 趣味・楽しみ	11-2-N1	気分転換をする
		11-2-N2	生活に楽しみを持って暮らす
		11-2-N3	楽しく過ごせる時間を持つ
		11-2-N4	趣味活動を楽しむ
		11-2-N5	旅行に行く
	11-3. 社会での役割	11-3-N1	家族や地域の中で役割を持つ
		11-3-N2	職場復帰に向けて準備する
12.介護負担	12-1. 家族の休息確保	12-1-N1	家族の休息を確保する
		12-1-N2	家族の心配を軽減する
	12-2. 介護と仕事の両立	12-2-N1	家族が、介護と仕事を両立できるようにする

AI分析のための構造化・体系化ラベル20240306版：：長期目標

大分類	カテゴリ（中分類） 1		長期目標
1.健康維持	1-1. 健康維持	1-1-L1	体調を維持して生活する
		1-1-L2	体調を安定した状態に保つ
		1-1-L3	元気に生活する
		1-1-L4	健康的な生活をする
		1-1-L5	体力を維持する
		1-1-L6	生活リズムを保つ
		1-1-L7	ケガをしないようにする
		1-1-L8	睡眠をきちんと取る
		1-1-L9	健康状態を改善する
		1-1-L10	ケガをしないようにする
	1-2. 心の健康維持	1-2-L1	安心した生活を送る
		1-2-L2	穏やかに生活する
		1-2-L3	不安なく生活する
		1-2-L4	家族の不在時も心配なく生活する
	1-3. 疾患のための生活管理	1-3-L1	定期的に受診する
		1-3-L2	定期的に療養指導を受ける
		1-3-L3	病気の悪化を防ぐ
		1-3-L4	病状が安定する
		1-3-L5	早期発見につなげる
		1-3-L6	薬剤の使用・管理をする
		1-3-L7	正しく服薬する
		1-3-L8	（介助により）正しく服薬する
		1-3-L9	拘縮を予防する
		1-3-L10	糖尿病の管理をする
		1-3-L11	血圧をコントロールする
		1-3-L12	感染症を予防する
		1-3-L13	肺炎を予防する
		1-3-L14	息切れを減らす
		1-3-L15	ムセや喉づまりを防止する
		1-3-L16	皮膚を清潔にする
		1-3-L17	褥瘡を予防する
		1-3-L18	認知症の進行を遅らせる
		1-3-L19	痛みをコントロールする
		1-3-L20	経管栄養を管理する
		1-3-L21	定期的に透析を行う
		1-3-L22	人工肛門の管理をする
		1-3-L23	カテーテルの管理をする
		1-3-L24	自宅で安全・安心に療養する
		1-3-L25	在宅療養生活を快適に過ごす
2.起居・移動・移乗	2-1. 身体機能の維持	2-1-L1	身体機能を維持する
		2-1-L2	体力・筋力を維持する
		2-1-L3	筋力の低下を防ぐ
		2-1-L4	身体機能低下を防止する
		2-1-L5	出来る動作を維持する
		2-1-L6	運動する機会をもつ
	2-2. 寝返り・起き上がり・座位保持	2-2-L1	（自分で）起居する
		2-2-L2	（介助により）起居する
		2-2-L3	負担を少なく起居動作を行う

		2-2-L4	安全に起居する
		2-2-L5	寝たきりを防止する
	2-3. 立ち上がり・移乗	2-3-L1	(自分で) 立ち上がる
		2-3-L2	(介助により) 立ち上がる
		2-3-L3	(自分で) 移乗する
		2-3-L4	(介助により) 移乗する
		2-3-L5	安全に移乗する
	2-4. 移動・歩行	2-4-L1	(自分で) 移動する
		2-4-L2	安全に移動する
		2-4-L3	家の中では自分で移動する
		2-4-L4	安全・安心に移動する
		2-4-L5	(自分で) 歩行する
		2-4-L6	(介助により) 歩行する
		2-4-L7	外出のため歩行能力を維持する
	2-5. 姿勢保持	2-5-L1	姿勢を保持する
		2-5-L2	安楽な姿勢をとる
		2-5-L3	日中は離床する
	2-6. 階段昇降・段差のまたぎ	2-6-L1	自分で階段を上り下りする
		2-6-L2	(介助により) 階段を上り下りする
	2-7. 転倒防止	2-7-L1	転倒せず生活する
		2-7-L2	転倒を防止する
		2-7-L3	転倒の不安なく外出する
		2-7-L4	筋力をつけて、転倒防止する
		2-7-L5	転倒せずに歩く
3.食事	3-1. 食事の準備	3-1-L1	(自分で) 調理・食事準備をする
		3-1-L2	(介助により) 調理・食事準備をする
		3-1-L3	嚥下の状態に合わせた食事を準備する
	3-2. 水分・食事の摂取	3-2-L1	規則正しく食事をとる
		3-2-L2	楽しく食事をとる
		3-2-L3	美味しく食事をとる
		3-2-L4	(自分で) 食事をとる
		3-2-L5	(介助により) 食事をとる
		3-2-L6	座って食事をする
		3-2-L7	適切な食事姿勢を確保する
		3-2-L8	嚥下の状態に合わせた食事をする
		3-2-L9	誤嚥を防ぐ
		3-2-L10	ムセを防ぐ
		3-2-L11	食事時間に覚醒できているよう生活リズムを整える
	3-3. 水分・栄養の管理	3-3-L1	バランスの良い食事をとる
		3-3-L2	本人・家族が日常の食生活を把握する
		3-3-L3	医師からの指導を守った食事をとる
		3-3-L4	塩分に気をつけた食事をとる
		3-3-L5	脂質に気をつけた食事をとる
		3-3-L6	適切なカロリーの食事をとる
		3-3-L7	体重を増やす
		3-3-L8	体重を減らす
		3-3-L9	食事と飲料で摂取する水分量を把握する
		3-3-L10	排泄や発汗で失われる水分量を把握する
		3-3-L11	十分な栄養摂取をする
		3-3-L12	便秘解消につながる食事・水分をとる
4.排泄	4-1. トイレでの排泄	4-1-L1	(自分で) トイレで排泄する

		4-1-L2	(介助により) トイレで排泄する
		4-1-L3	排泄後の清潔を保つ
		4-1-L4	排泄の動作を安全・安心に行う
		4-1-L5	失禁を防ぐ
		4-1-L6	ポータブルトイレで排泄する
	4-2. オムツでの排泄	4-2-L1	オムツ交換をする
		4-2-L2	弄便行為を防ぐ
	4-3. 夜間の排泄	4-3-L1	安全・安心に夜間に排泄をする
		4-3-L2	夜間のみオムツを使用する
5.入浴・整容	5-1. 身体の清潔保持	5-1-L1	身体の清潔を保つ
		5-1-L2	定期的に入浴する
		5-1-L3	皮膚疾患を予防する
		5-1-L4	皮膚を清潔にする
		5-1-L5	皮膚を乾燥させない
	5-2. 入浴環境の準備	5-2-L1	入浴時の転倒を防ぐ
		5-2-L2	安全に入浴できる環境を整える
		5-2-L3	身体に負担なく入浴する
	5-3. 自分で入浴	5-3-L1	安全に入浴する
		5-3-L2	自宅でゆっくり入浴する
		5-3-L3	転倒の心配なく入浴する
		5-3-L4	快適に入浴する
		5-3-L5	楽しく入浴する
	5-4. 入浴支援	5-4-L1	(介助により) 安心して入浴する
		5-4-L2	自宅での入浴の不安を解消する
		5-4-L3	安全な入浴の機会を持つ
		5-4-L4	自分でできる入浴動作を増やす
	5-5. 整容(洗面・整髪・髭剃り)	5-5-L1	(自分で) 整容をする
		5-5-L2	(介助により) 整容をする
	5-6. 口腔ケア	5-6-L1	口腔内の清潔を保つ
		5-6-L2	口腔内の状態をよくする
		5-6-L3	歯槽膿漏を予防する
		5-6-L4	誤嚥を防ぐ
		5-6-L5	義歯を管理する
	5-7. 口腔リハビリ	5-7-L1	嚥下機能を回復する
		5-7-L2	発話できるようにする
		5-7-L3	意思表示を可能にする
6.更衣	6-1. 衣服の選択	6-1-L1	自分で衣服の選択する
		6-1-L2	介助により衣服の選択をする
	6-2. 更衣	6-2-L1	(自分で) 衣服を着替える
		6-2-L2	(介助により) 衣服を着替える
7.生活一般	7-1. 自分でできることの継続	7-1-L1	自分で出来ることを継続する
		7-1-L2	自宅での生活を継続する
		7-1-L3	自宅で安全・安心に生活する
		7-1-L4	不安なく生活する
		7-1-L5	1人で生活する
		7-1-L6	必要な援助を受けて生活を継続する
	7-2. 自分で家事	7-2-L1	自分のできる家事を続けながら、生活する
		7-2-L2	生活意欲をもって過ごす
		7-2-L3	(自分で) 家事をする
		7-2-L4	(自分で) 掃除をする
		7-2-L5	(自分で) 洗濯をする

		7-2-L6	清潔な環境で生活する
	7-3. 家事支援	7-3-L1	家事支援により自宅生活を継続する
		7-3-L2	(介助により) 掃除や洗濯をする
	7-4. 買い物	7-3-L1	(自分で) 買い物する
		7-3-L2	(介助により) 買い物する
	7-5. 財産管理	7-5-L1	(自分で) 生活費等を管理する
		7-5-L2	(自分で) 金融機関等でお金をおろす
		7-5-L3	(介助により) 生活費等を管理する
8.外出	8-1. 外出機会の確保	8-1-L1	外出・交流の機会を持つ
		8-1-L2	定期的な外出や交流の機会を持つ
		8-1-L3	外出しやすい環境(スロープ・手すりなど)を整える
		8-1-L4	安全に外出する
		8-1-L5	自由に外出する
		8-1-L6	一人で外出する
		8-1-L7	家族で外出する
		8-1-L8	旅行する
		8-1-L9	散歩する
		8-1-L10	犬の散歩をする
		8-1-L11	(介助により) 外出する
	8-2. 外出の準備	8-2-L1	外出の準備をする
9.コミュニケーション	9-1. 家族との交流	9-1-L1	家族と一緒に暮らす
	9-2. 友人・近所との交流	9-2-L1	人と交流する機会を持つ
		9-2-L2	人と楽しく交流する
		9-2-L3	外出し、人との交流を楽しむ
		9-2-L4	交流の場に参加し楽しく過ごす
		9-2-L5	人との会話を楽しむ
		9-2-L6	地域で継続して生活する
	9-3. 相談・情報共有	9-3-L1	困った時に相談する
		9-3-L2	関係者と情報共有して安心して生活する
	9-4. コミュニケーション支援	9-4-L1	適切な機器を使い意思を伝える
	9-5. 本人の意思の把握	9-5-L1	何気ない言葉、態度やしぐさ、表情等で意思を伝える
		9-5-L2	生き方やこれまでの経緯、考え・思い等を伝える
10.緊急時の対応	10-1. 緊急時の対応	10-1-L1	緊急時に対応ができる
		10-1-L2	緊急時の連絡がとれる
		10-1-L3	夜間も安心できる
		10-1-L4	介護者不在時の対応ができる
11.社会参加	11-1. 地域行事への参加	11-1-N2	地域行事に参加する
		11-1-N3	地域の情報を得る
	11-2. 趣味・楽しみ	11-2-L1	気分転換をする
		11-2-L2	生活に楽しみを持って暮らす
		11-2-L3	楽しく過ごせる時間を持つ
		11-2-L4	趣味活動を楽しむ
		11-2-L5	旅行に行く
	11-3. 社会での役割	11-3-L1	家族や地域の中で役割を持つ
		11-3-L2	職場復帰に向けて準備する
12.介護負担	12-1. 家族の休息確保	12-1-L1	家族が安心して過ごす
		12-1-L2	家族の休息を確保する
		12-1-L3	家族の心配を軽減する
	12-2. 介護と仕事の両立	12-2-L1	家族が、介護と仕事を両立できるようにする

AI分析のための構造化・体系化ラベル20240306版：短期目標

大分類	カテゴリ（中分類） 1		短期目標
1.健康維持	1-1. 健康維持	1-1-S1	体調を維持して生活する
		1-1-S2	体調を安定した状態に保つ
		1-1-S3	元気に生活する
		1-1-S4	健康的な生活する
		1-1-S5	体力を維持する
		1-1-S6	生活リズムを保つ
		1-1-S7	健康を管理する
		1-1-S8	体調を回復する
		1-1-S9	体調の変化に気づく
		1-1-S10	活動量を維持する
		1-1-S11	脳の活性化を図る
	1-2. 心の健康維持	1-2-S1	安心した生活を送る
		1-2-S2	穏やかに生活する
		1-2-S3	不安なく生活する
		1-2-S4	不安要因を減らすことができる
		1-2-S5	家族の不在時も心配なく生活する
		1-2-S6	本人のストレスを軽減する
		1-2-S7	新しい生活に早く慣れる
	1-3. 疾患のための生活管理	1-3-S1	定期的に受診する
		1-3-S2	適切な処置が受ける
		1-3-S3	早期発見につなげる
		1-3-S4	必要な治療指導や助言を守って生活する
		1-3-S5	病状を把握する
		1-3-S6	医師に病状を伝える
		1-3-S7	病状の安定を図る
		1-3-S8	病気の悪化を防ぐ
		1-3-S9	体調の変化に対応する
		1-3-S10	薬剤の使用・管理をする
		1-3-S11	正しく服薬する
		1-3-S12	（介助により）正しく服薬する
		1-3-S13	（介助により）分薬する
		1-3-S14	心疾患の状態をコントロールする
		1-3-S15	心疾患の状態をコントロールする
		1-3-S16	拘縮が予防する
		1-3-S17	こわばりの悪化を予防する
		1-3-S18	身体の違和感を軽減する
		1-3-S19	血圧を安定させる
		1-3-S20	血圧を計測し、記録する
		1-3-S21	糖尿病の悪化を防ぐ
		1-3-S22	血糖をコントロールする
		1-3-S23	低血糖を予防する
		1-3-S24	血糖値を把握する
		1-3-S25	感染症を予防する
		1-3-S26	肺炎を予防する
		1-3-S27	自分で排痰する
		1-3-S28	風邪を予防する
		1-3-S29	手洗い・うがいを継続する
		1-3-S30	誤嚥性肺炎を予防する

		1-3-S31	ムセや喉づまりを防止する
		1-3-S32	血中酸素飽和度の状態をコントロールする
		1-3-S33	喫煙の本数を減らす
		1-3-S34	尿路感染症を防止する
		1-3-S35	腎盂腎炎の再発を防止する
		1-3-S36	褥瘡を予防する
		1-3-S37	褥瘡を改善する
		1-3-S38	認知症の進行を遅らせる
		1-3-S39	物忘れを防ぐ
		1-3-S40	徘徊や昼夜逆転の症状を軽減する
		1-3-S41	徘徊感知器を使い動向を把握する
		1-3-S42	痛みをコントロールする
		1-3-S43	腰痛を緩和する
		1-3-S44	定期的に透析を行う
		1-3-S45	経管栄養を管理する
		1-3-S46	胃ろう部のトラブルを防ぐ
		1-3-S47	体圧分散型マットレスを活用する
		1-3-S48	ギャジアップで適切な体位がとる
		1-3-S49	インシュリン注射を管理する
		1-3-S50	(自分で) インシュリン注射を打つ
		1-3-S51	自分でストーマパウチを交換する
		1-3-S52	介助によりストーマパウチを交換する
		1-3-S53	痛みの軽減につながる住環境を整える
		1-3-S54	呼吸苦の軽減につながる住環境を整える
		1-3-S55	介護の知識を持つ
2.起居・移動・移乗	2-1. 身体機能の維持	2-1-S1	身体機能を維持する
		2-1-S2	体力・筋力を維持する
		2-1-S3	筋力の低下を防ぐ
		2-1-S4	身体機能低下を防止する
		2-1-S5	定期的に運動する
		2-1-S6	日中、活動する時間をつくる
		2-1-S7	定期的にリハビリする機会をもつ
		2-1-S8	出来る動作を維持する
		2-1-S9	運動する機会をもつ
		2-1-S10	負担を軽減して動作する
		2-1-S11	動作の安全性を高める
		2-1-S12	(介助により) 安全に動作する
	2-2. 寝返り・起き上がり・座位保持	2-2-S1	(自分で) 起居する
		2-2-S2	(介助により) 起居する
		2-2-S3	(自分で) 寝たり起きたりする
		2-2-S4	安全に起居する
		2-2-S5	安全・安楽に起居する
		2-2-S6	負担を少なく起居動作を行う
		2-2-S7	自分でできる起居動作を増やす
		2-2-S8	日中は起きて過ごす
		2-2-S9	寝返りをする
	2-3. 立ち上がり・移乗	2-3-S1	(自分で) 立ち上がる
		2-3-S2	(介助により) 立ち上がる
		2-3-S3	不安なく立ち上がる
		2-3-S4	立ち上がり動作を負担少なく行える
		2-3-S5	つかまって、安全に立ち上がる

		2-3-S6	(自分で) 移乗する
		2-3-S7	(介助により) 移乗する
		2-3-S8	車椅子へ移乗する
2-4. 移動・歩行		2-4-S1	車いすで移動する
		2-4-S2	(自分で) 車椅子の操作をする
		2-4-S3	歩行車・歩行器、シルバーカーで移動する
		2-4-S4	家の中では自分で移動する
		2-4-S5	安全・安心に移動する
		2-4-S6	自分のペースで歩行する
		2-4-S7	痛みなく歩行する
		2-4-S8	歩行できる距離を長くする
		2-4-S9	歩行する機会を持つ
		2-4-S10	(介助により) 歩行する
		2-4-S11	外出のため歩行能力を維持する
		2-4-S12	日中は車椅子に乗って過ごす
2-5. 姿勢保持		2-5-S1	姿勢を保持する
		2-5-S2	安楽な姿勢をとる
		2-5-S3	ベッド上で安全に過ごす
2-6. 階段昇降・段差のまたぎ		2-6-S1	自分で階段を上り下りする
		2-6-S2	(介助により) 階段を上り下りする
		2-6-S3	段差を超えることができる
2-7. 転倒防止		2-7-S1	転倒せず生活する
		2-7-S2	転倒を防止する
		2-7-S3	転倒を予防し、安全に暮らす
		2-7-S4	転倒の不安なく外出する
		2-7-S5	筋力をつけて、転倒を防止する
		2-7-S6	転倒防止のため、自宅の環境が整う
		2-7-S7	段差を解消する
		2-7-S8	転倒なく車の乗降りをする
		2-7-S9	転倒せずに歩く
		2-7-S10	(介助により) 車の乗降りできる
		2-7-S11	安全に靴の脱ぎ履きをする
3.食事	3-1. 食事の準備	3-1-S1	(自分で) 調理・食事準備をする
		3-1-S2	(自分で) 炊飯を行う
		3-1-S3	(自分で) 味噌汁をつくる
		3-1-S4	(自分で) 献立やおかずの味付けをする
		3-1-S5	(自分で) 台所へ立つ
		3-1-S6	(自分で) 食材を確保する
		3-1-S7	(介助により) 献立やおかずの味付けをする
		3-1-S8	嚥下しやすい水分、粘度、温度、酸味、辛味、自分の好みに合わせた食事を準備する
		3-1-S9	咀嚼機能に応じた食形態の食事を準備する
		3-1-S10	配食サービスを利用し食事準備の負担を軽減する
	3-2. 水分・食事の摂取	3-2-S1	規則正しく食事をとる
		3-2-S2	(自分で) 食事をとる
		3-2-S3	(介助により) 食事をとる
		3-2-S4	(自分で) 飲水する
		3-2-S5	(介助により) 飲水する
		3-2-S6	適量の水分補給する
		3-2-S7	脱水症状を防ぐ
		3-2-S8	おやつを食べる

		3-2-S9	好物を食事に組み込む
		3-2-S10	使い慣れた食器や補助器具を活用する
		3-2-S11	誤嚥を防ぐ
		3-2-S12	ムセを防ぐ
	3-3. 水分・栄養の管理	3-3-S1	バランスの良い食事をとる
		3-3-S2	低栄養を防ぐ
		3-3-S3	栄養補助剤を併用して十分な栄養補給をする
		3-3-S4	定期的に鼻腔栄養補給をする
		3-3-S5	栄養剤の逆流を防ぐ
		3-3-S6	食事内容・摂取量を把握する
		3-3-S7	足の浮腫を軽減する
		3-3-S8	体重をコントロールする
		3-3-S9	適切な体重に近づける
		3-3-S10	便秘解消につながる食事・水分をとる
4.排泄	4-1. トイレでの排泄	4-1-S1	(自分で) トイレで排泄する
		4-1-S2	(介助により) トイレで排泄する
		4-1-S3	便秘を防ぐ
		4-1-S4	排泄後の後始末をする
		4-1-S5	自分でパッドを交換する
		4-1-S6	清潔を保ちトラブルを予防する
		4-1-S7	排泄の動作を安全に行う
		4-1-S8	(自分で) トイレで衣服を脱着する
		4-1-S9	(介助により) トイレで衣服を脱着する
		4-1-S10	失禁を防ぐ
		4-1-S11	尿意、便意をきちんと伝える
		4-1-S12	失禁の回数を減らす
		4-1-S13	声掛けによりトイレに行く
	4-2. オムツでの排泄	4-2-S1	オムツ交換をする
		4-2-S2	弄便行為を防ぐ
		4-2-S3	清潔を保ち、オムツかぶれを予防する
		4-2-S4	体形・状態生活スタイルに合ったオムツを選ぶ
	4-3. 夜間の排泄	4-3-S1	安全・安心に夜間に排泄をする
		4-3-S2	夜間のみオムツを使用する
5.入浴・整容	5-1. 身体の清潔保持	5-1-S1	入浴し、身体の清潔を保つ
		5-1-S2	皮膚の清潔を保つ
		5-1-S3	湯船につかり、清潔を保つ
		5-1-S4	自分で洗身する
		5-1-S5	定期的に身体の清潔を保つ
		5-1-S6	皮膚トラブルの予防する
		5-1-S7	皮膚トラブルの悪化を防ぐ
		5-1-S8	皮膚を清潔にする
		5-1-S9	白癬の悪化を予防する
	5-2. 入浴環境の準備	5-2-S1	安全に浴槽に入る
		5-2-S2	安全に浴室の出入りをする
		5-2-S3	浴室の寒暖差を解消する
	5-3. 自分で入浴	5-3-S1	安全に入浴する
		5-3-S2	自宅でゆっくり入浴する
		5-3-S3	転倒の心配なく入浴する
		5-3-S4	快適に入浴する
		5-3-S5	楽しく入浴する
	5-4. 入浴支援	5-4-S1	(介助により) 安心して入浴する

		5-4-S2	自分の手の届くところは自分で洗う
		5-4-S3	(介助により) 自分で洗えない部分を洗う
		5-4-S4	(介助により) シャワー浴をする
		5-4-S5	(介助により) 清拭する
		5-4-S6	(介助により) 定期的に入浴する
		5-4-S7	足浴により身体を温める
		5-4-S8	自分でできる入浴動作を増やす
	5-5. 整容(洗面・整髪・髭剃り)	5-5-S1	(自分で) 整容をする
		5-5-S2	定期的に整容する
		5-5-S3	(自分で) 毎日洗顔する
		5-5-S4	(自分で) モーニングケアをする
		5-5-S5	(介助により) 整容する
		5-5-S6	(介助により) 毎日洗顔する
	5-6. 口腔ケア	5-6-S1	口腔内の清潔を保つ
		5-6-S2	口腔乾燥を防止することができる
		5-6-S3	食事の際に義歯を入れる
		5-6-S4	食事の際に義歯を使う
		5-6-S5	毎食後、義歯を洗う
		5-6-S6	就寝時に、義歯を外す
	5-7. 口腔リハビリ	5-7-S1	嚥下機能を回復する
		5-7-S2	(自分で) 飲み込めるようにする
		5-7-S3	発話できるようにする
		5-7-S4	意思表示を可能にする
6.更衣	6-1. 衣服の選択	6-1-S1	自分で衣服の選択する
		6-1-S2	介助により衣服の選択をする
	6-2. 更衣	6-2-S1	(自分で) 衣服を着替える
		6-2-S2	(介助により) 衣服を着替える
		6-2-S3	毎日の身支度をする
		6-2-S4	日中は、普段着に着替えて過ごす
		6-2-S5	衣類の清潔を維持する
7.生活一般	7-1. 自分でできることの継続	7-1-S1	自分で出来ることを継続する
		7-1-S2	自宅での生活を継続する
		7-1-S3	自宅で安全・安心に生活できる
		7-1-S4	一日の生活にメリハリをつける
		7-1-S5	規則的な生活習慣を身につける
		7-1-S6	生活環境を整える
		7-1-S7	自分で身の回りのことをする
		7-1-S8	定期的な訪問で不安を払拭する
		7-1-S9	自宅と同じように生活する
		7-1-S10	施設の生活に慣れる
		7-1-S11	自分の名前を書く
	7-2. 自分で家事	7-2-S1	自分のできる家事を続けながら、生活する
		7-2-S2	無理のない家事動作をする
		7-2-S3	自分でできることを減らさない生活をする
		7-2-S4	生活意欲をもって過ごす
		7-2-S5	(自分で) 家事をする
		7-2-S6	自分でできることを増やす
		7-2-S7	自分のペースでできる家事を行う
		7-2-S8	(自分で) 食器洗いをする
		7-2-S9	物の置き場所を確認する
		7-2-S10	清潔な環境で生活する

		7-2-S11	(自分で) 掃除をする
		7-2-S12	室内をきれいにする
		7-2-S13	ゴミの分別をする
		7-2-S14	ゴミを出す
		7-2-S15	(自分で) 洗濯する
		7-2-S16	(自分で) 洗濯物をたたんで片付ける
		7-2-S17	(自分で) 寝具の交換や洗濯をする
	7-3. 家事支援	7-3-S1	家事支援で自宅生活を継続する
		7-3-S2	(介助により) 日常生活を送る
		7-3-S3	負担の大きい部分にだけ介助を受けて生活する
		7-3-S4	(介助により) 家族不在時も生活できるようにする
		7-3-S5	(介助により) 寝具の交換や洗濯をする
		7-3-S6	(介助により) 洗濯する
	7-4. 買い物	7-3-S1	(自分で) 買い物する
		7-3-S2	定期的に日用品を購入し、補充する
		7-3-S3	近所に買物に行く
		7-3-S4	(自分で) 献立に沿った買い物をする
		7-3-S5	(介助により) 買い物する
		7-3-S6	(介助により) 献立に沿った買い物をする
		7-3-S7	(介助により) 生活必需品を購入する
	7-5. 財産管理	7-3-S8	買い物リストを作る
		7-5-S1	収支バランスに留意した生活をする
		7-5-S2	(自分で) 金融機関等でお金をおろす
		7-5-S3	(介助により) 金融機関等でお金をおろす
	8.外出	7-5-S4	公共料金の支払いをする
	8-1. 外出機会の確保	8-1-S1	外出・交流の機会を持つ
		8-1-S2	定期的な外出や交流の機会を持つ
		8-1-S3	安全に外出する
		8-1-S4	バスに乗って外出する
		8-1-S5	美容院へ外出する
		8-1-S6	旅行する
		8-1-S7	散歩する
		8-1-S8	犬の散歩をする
		8-1-S9	(介助により) 外出する
	8-2. 外出の準備	8-2-S1	(自分で) 外出の準備をする
		8-2-S2	(介助により) 外出準備をする
	9.コミュニケーション	9-1-S1	家族と一緒に暮らす
	9-1. 家族との交流	9-2-S1	人と交流する機会を持つ
		9-2-S2	人と楽しく交流する
		9-2-S3	外出し、人との交流を楽しむ
		9-2-S4	交流の場に参加し楽しく過ごす
		9-2-S5	人との会話を楽しむ
	9-2. 友人・近所との交流	9-2-S6	地域で継続して生活する
		9-3-S1	困った時に相談する
	9-3. 相談・情報共有	9-3-S2	必要なサービス・制度の相談をする
		9-3-S3	関係者と情報共有して安心して生活する
		9-3-S4	自分や家族が感じていることや不安・恐怖、ストレスの状況を相談する
	9-4. コミュニケーション支援	9-4-S1	適切な機器を使い意思を伝える
	9-5. 本人の意思の把握	9-5-S1	何気ない言葉、態度やしぐさ、表情等で意思を伝える
		9-5-S2	生き方やこれまでの経緯、考え・思い等を伝える

10.緊急時の対応	10-1. 緊急時の対応	10-1-S1	緊急時に対応ができる
		10-1-S2	緊急時の連絡がとれる
		10-1-S3	夜間も安心できる
		10-1-S4	介護者不在時の対応ができる
11.社会参加	11-1. 地域行事への参加	11-1-S1	地域行事に参加する
	11-2. 趣味・楽しみ	11-2-S1	気分転換をする
		11-2-S2	生活に楽しみを持って暮らす
		11-2-S3	楽しみを持つことで意欲低下を防ぐ
		11-2-S4	楽しく過ごせる時間を持つ
		11-2-S5	社会参画活動に参加し、楽しみを見つける
		11-2-S6	趣味活動を楽しむ
		11-2-S7	趣味の発表をする機会を作る
		11-2-S8	旅行に行く
	11-3. 社会での役割	11-3-S1	家族や地域の中で役割を持つ
		11-3-S2	できる範囲で仕事を継続する
12.介護負担	12-1. 家族の休息確保	12-1-S1	家族が安心して過ごす
		12-1-S2	家族の休息を確保する
		12-1-S3	家族の睡眠時間を確保する
		12-1-S4	家族の心配を軽減する
		12-1-S5	一人で留守番する
	12-2. 介護と仕事の両立	12-2-S1	家族が心配なく仕事をする

AI分析のための構造化・体系化ラベル20240306版：：サービス内容

大分類	カテゴリ（中分類）		サービス内容
1.健康維持	1-1. 健康維持	1-1-SN1	バイタルサインチェック
		1-1-SN2	バイタル測定
		1-1-SN3	体調管理
		1-1-SN4	体調観察
	1-2. 疾病の管理	1-2-SN1	安否確認
		1-2-SN2	一般状態の観察
		1-2-SN3	全身確認・観察
		1-2-SN4	状態観察・声掛け
		1-2-SN5	体調確認
		1-2-SN6	状態把握
		1-2-SN7	皮膚の観察・確認
		1-2-SN8	血圧測定
		1-2-SN9	緊急時対応
		1-2-SN10	療養指導
	1-3. 受診・通院	1-3-SN1	医師の診察
		1-3-SN2	医師への相談
		1-3-SN3	主治医連携
		1-3-SN4	受診介助
		1-3-SN5	受診送迎
		1-3-SN6	受診付き添い
		1-3-SN7	受付介助
		1-3-SN8	院内介助
		1-3-SN9	通院介助
		1-3-SN10	定期受診
	1-4. 服薬管理	1-4-SN1	内服確認
		1-4-SN2	服薬確認
		1-4-SN3	服薬介助
		1-4-SN4	服薬見守り、声かけ
		1-4-SN5	服薬管理
	1-5. 感染症予防	1-5-SN1	感染症の罹患履歴の確認
		1-5-SN2	感染症予防に関する医師からの指示・指導の確認
		1-5-SN3	手が触れる場所の清掃
		1-5-SN4	手洗いやうがいを継続できる支援体制の構築
2.食事・水分	2-1. 食事摂取	2-1-SN1	食事準備
		2-1-SN2	食事提供
		2-1-SN3	食事介助
		2-1-SN4	食事見守り、声かけ
		2-1-SN5	食事管理
	2-2. 水分摂取	2-2-SN1	水分摂取の介助
		2-2-SN2	水分摂取の見守り、声かけ
		2-2-SN3	排泄リズムの把握
		2-2-SN4	必要な水分量と日常の摂取量の把握
		2-2-SN5	状況の変化を把握できる体制づくり
3.排泄	3-1. トイレでの排泄	3-1-SN1	トイレでの排泄介助
		3-1-SN2	トイレでの排泄見守り、声かけ
		3-1-SN3	排泄介助
		3-1-SN4	オムツ交換
4.起居・移動・移乗	4-1. 身体機能の維持	4-1-SN1	機能訓練の実施

	4-2. 運動	4-2-SN1	体操への参加
		4-2-SN2	運動への参加
	4-3. 寝返り・起き上がり・座位保持	4-3-SN1	起居介助
		4-3-SN2	起居見守り、声かけ
	4-4. 立ち上がり・移乗	4-4-SN1	立ち上がり介助
		4-4-SN2	立ち上がり見守り、声かけ
		4-4-SN3	移乗の介助
		4-4-SN4	移乗の見守り、声かけ
	4-5. 移動・歩行	4-5-SN1	移動介助
		4-5-SN2	移動の見守り、声かけ
		4-5-SN3	車椅子での移動
		4-5-SN4	歩行介助
		4-5-SN5	歩行見守り、声かけ
		4-5-SN6	杖、歩行器での歩行
		4-5-SN7	歩行練習・訓練
		4-5-SN8	乗降介助
		4-5-SN9	乗降見守り、声かけ
	4-6. 転倒防止	4-6-SN1	転倒防止
5.入浴	5-1. 入浴	5-1-SN1	入浴介助
		5-1-SN2	入浴見守り、声かけ
		5-1-SN3	洗身介助
		5-1-SN4	洗身見守り、声かけ
		5-1-SN5	洗髪介助
		5-1-SN6	洗髪見守り、声かけ
		5-1-SN7	浴室までの移動介助
		5-1-SN8	浴室内の移動見守り、声かけ
	5-2. 清潔保持・整容	5-2-SN1	整容介助
		5-2-SN2	整容見守り、声かけ
		5-2-SN3	清拭介助
6.更衣	6-1. 更衣	6-1-SN1	更衣介助
		6-1-SN2	更衣見守り、声かけ
7.生活一般	7-1. 生活支援	7-1-SN1	生活全般の介助
		7-1-SN2	生活全般の見守り、声かけ
	7-2. 家事	7-2-SN1	洗濯介助
		7-2-SN2	洗濯見守り、声かけ
		7-2-SN3	掃除介助
		7-2-SN4	掃除見守り、声かけ
	7-3. 買い物	7-3-SN1	買い物代行
		7-3-SN2	買い物見守り、声かけ
8.外出	8-1. 外出機会の確保	8-1-SN1	送迎の提供
		8-1-SN2	送迎介助
		8-1-SN3	送迎付き添い
		8-1-SN4	外出レクリエーション
		8-1-SN5	外出行事
		8-1-SN6	外出支援
9.コミュニケーション	9-1. 社会交流	9-1-SN1	コミュニケーションレクリエーション
		9-1-SN2	コミュニケーション見守り
		9-1-SN3	会話をする
		9-1-SN4	会話を楽しむ
		9-1-SN5	行事参加
		9-1-SN6	他者との参加

	9-2. 相談・情報共有	9-2-SN1	介護相談
		9-2-SN2	指導・助言
		9-2-SN3	関係者との情報共有
	9-3. 本人の意思把握	9-3-SN1	本人・家族等の意向確認
		9-3-SN2	キーパーソンの確認
10.社会参加	10-1. 趣味・楽しみ	10-1-SN1	趣味活動見守り
		10-1-SN2	趣味活動介助
		10-1-SN3	余暇活動参加見守り
		10-1-SN4	余暇活動参加介助
11.福祉用具・介護負担減	11-1. 福祉用具	11-1-SN1	シーツ交換
		11-1-SN2	ベッドレンタル
		11-1-SN3	特殊寝台
		11-1-SN4	車椅子レンタル
		11-1-SN5	手すりレンタル
		11-1-SN6	手すり設置
		11-1-SN7	車椅子介助
		11-1-SN8	杖レンタル
		11-1-SN9	福祉用具貸与
		11-1-SN10	歩行器貸与
	11-2. 家族の介護負担減	11-2-SN1	家族支援
		11-2-SN2	ショートステイ
		11-2-SN3	地域のインフォーマルサポート支援の確認

参考資料 2：過去に実施したケアマネジャーの思考フローの可視化

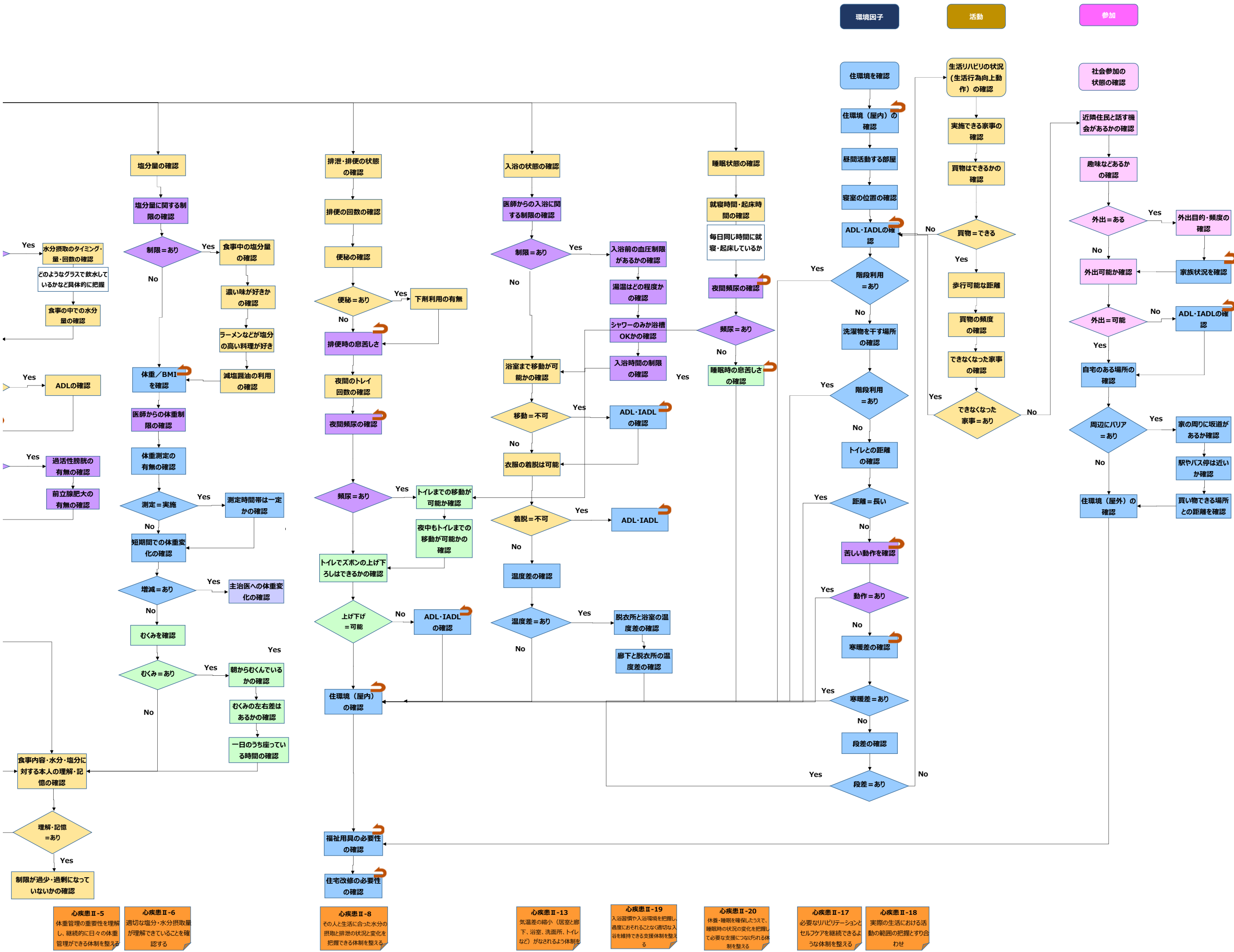
●想定する利用者像：心疾患

- 疾患は、心疾患
- 身体の状態は、歩行可能
- 一見すると問題はないが配慮が必要な状態など



No

心疾患Ⅱ-16	心疾患Ⅱ-23	心疾患Ⅱ-24	心疾患Ⅱ-25	心疾患Ⅱ-3	心疾患Ⅱ-4	心疾患Ⅱ-11	心疾患Ⅱ-21	心疾患Ⅱ-22	心疾患Ⅱ-14	心疾患Ⅱ-1	心疾患Ⅱ-10	心疾患Ⅱ-12	心疾患Ⅱ-15	心疾患Ⅱ-2	心疾患Ⅱ-7	心疾患Ⅱ-9
望む生活・暮らしの意向や現状の把握	心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する	精神症状に応じて、必要に応ずる多職種連携し、な体制を整える	末期心不全のEOLケアをどのようにして人の心構えをする支援を行う	胃機能の低下に伴う疾患、あるいは糖尿病（糖尿病腎症）の療養を支える体制を整える	上記の他併発している他の疾患の療養について個別確認する	感染症の予防の必要性を理解できるよう提供する体制を整える	禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	本人・家族が生活習慣を変えたいと理解がいられるよう支援する	強い負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する	疾患の理解を支援し、定期的に注意事項を確認される体制を整える	活動制限と安静の必要性を本人及び家族などが理解し、その制限を守られているよう支援する体制を整える	長時間の活動が必要なる場合の注意事項を確認するよう支援する体制を整える	状況が急変した場合の対応体制を整える	服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える	食事から栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	血圧のコントロールを継続的に実施するための支援体制を整える



心疾患Ⅱ-5
体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える

心疾患Ⅱ-6
適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する

心疾患Ⅱ-8
その人と生活に合った水分の摂取と排便の状況と変化を把握できる体制を整える

心疾患Ⅱ-13
気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える

心疾患Ⅱ-19
入浴習慣や入浴環境を把握し、患意におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える

心疾患Ⅱ-20
休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握し、必要な支援につなげられる体制を整える

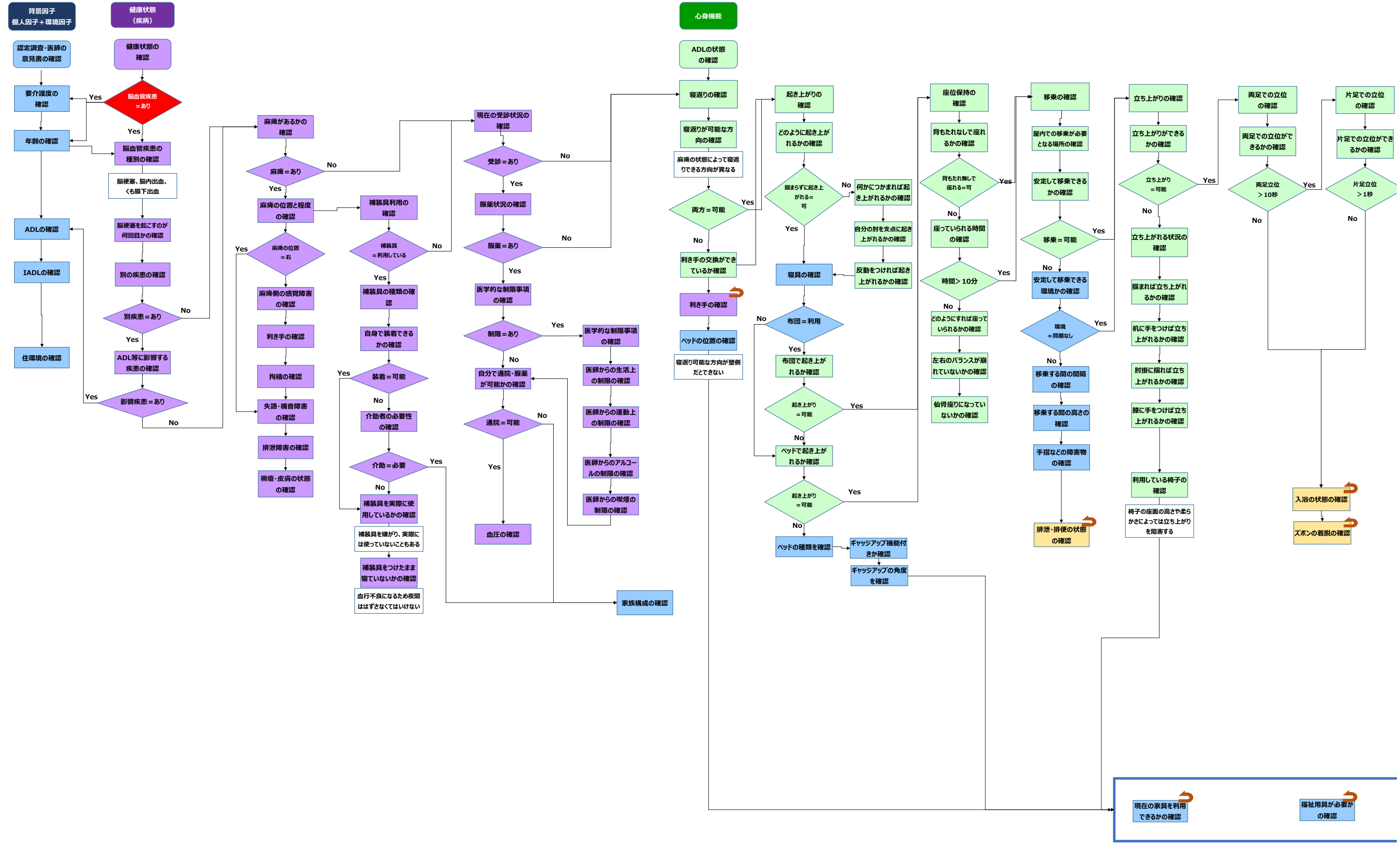
心疾患Ⅱ-17
必要なりハビリテーションとセルフケアを継続できるような体制を整える

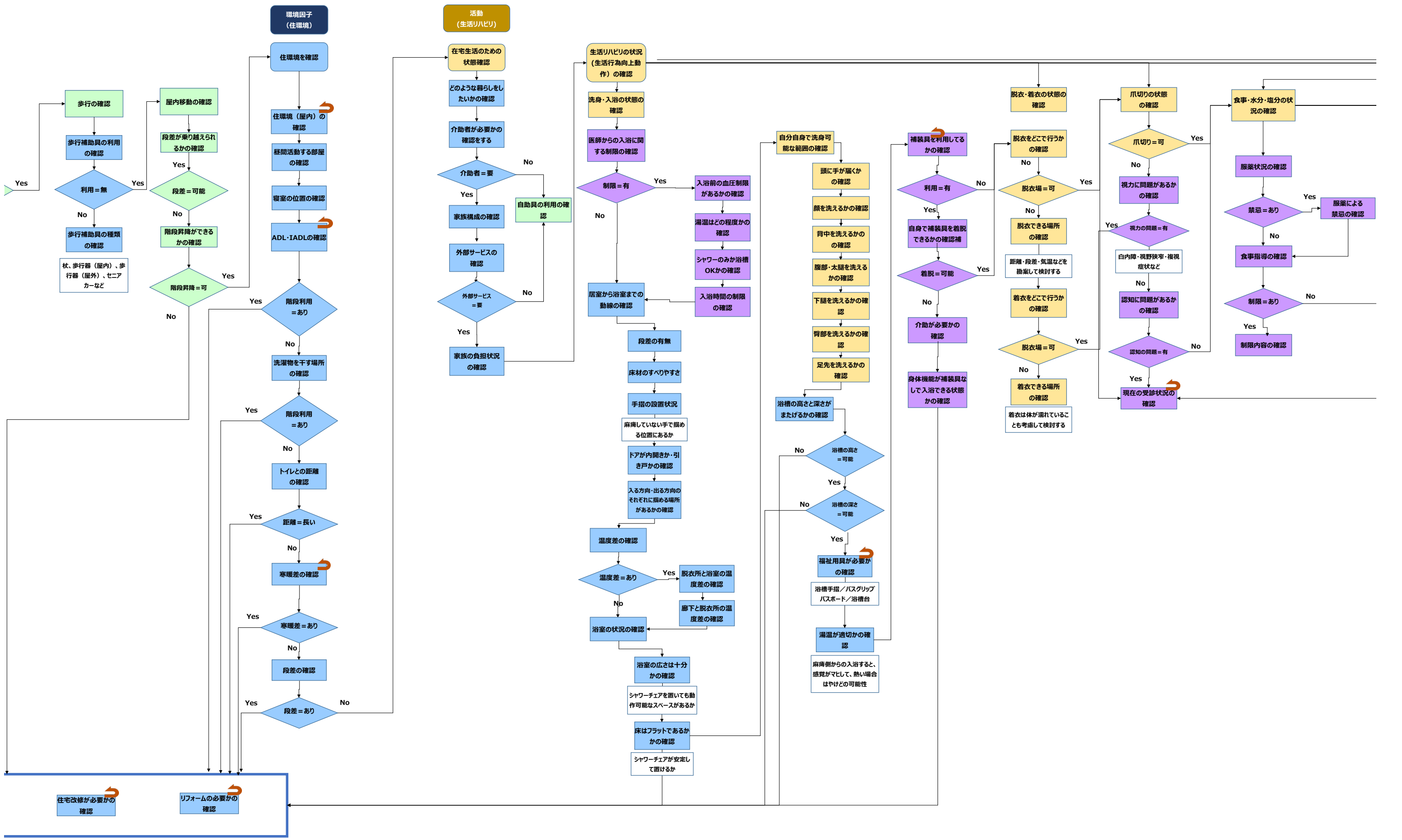
心疾患Ⅱ-18
実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ

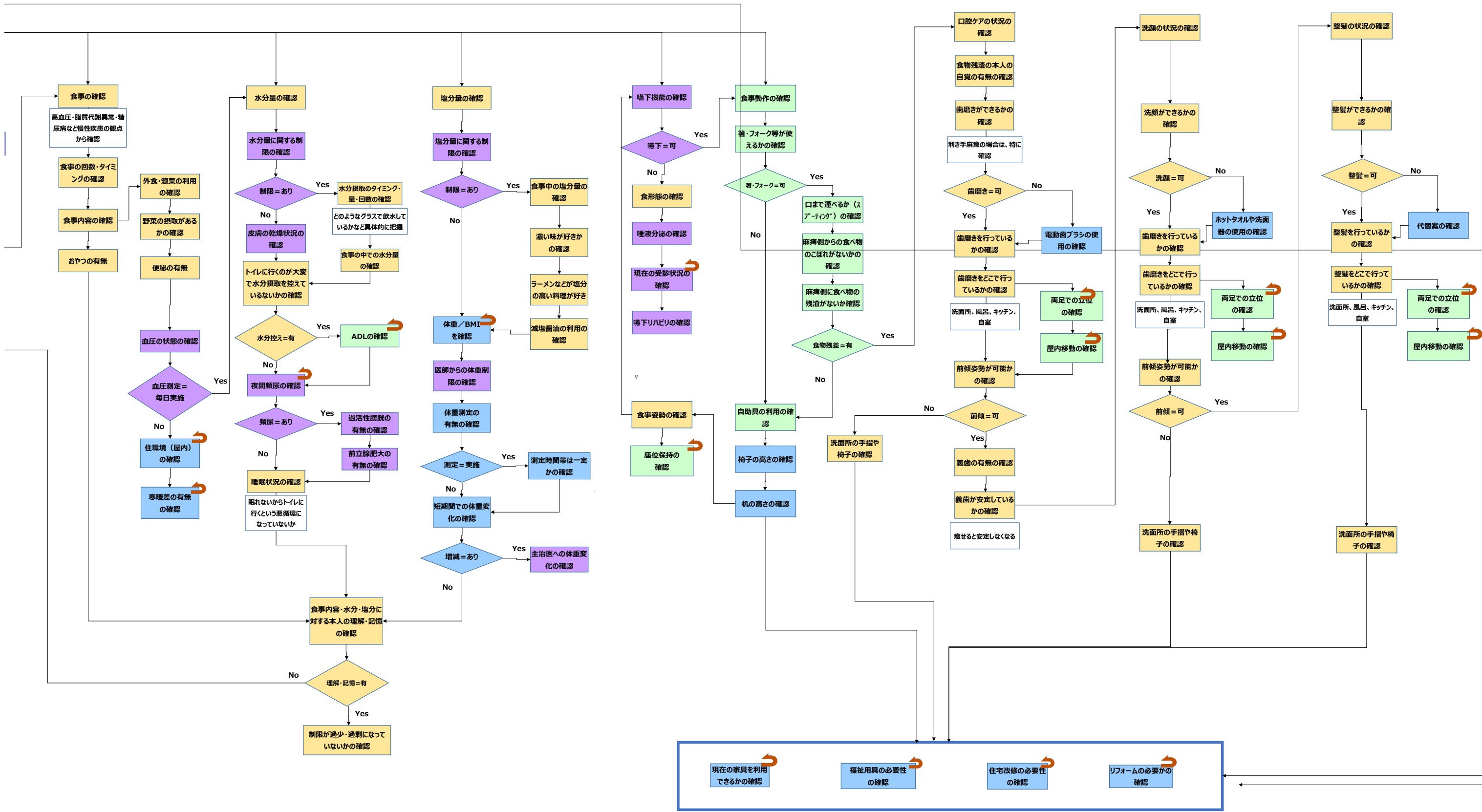
●想定する利用者像：脳血管疾患

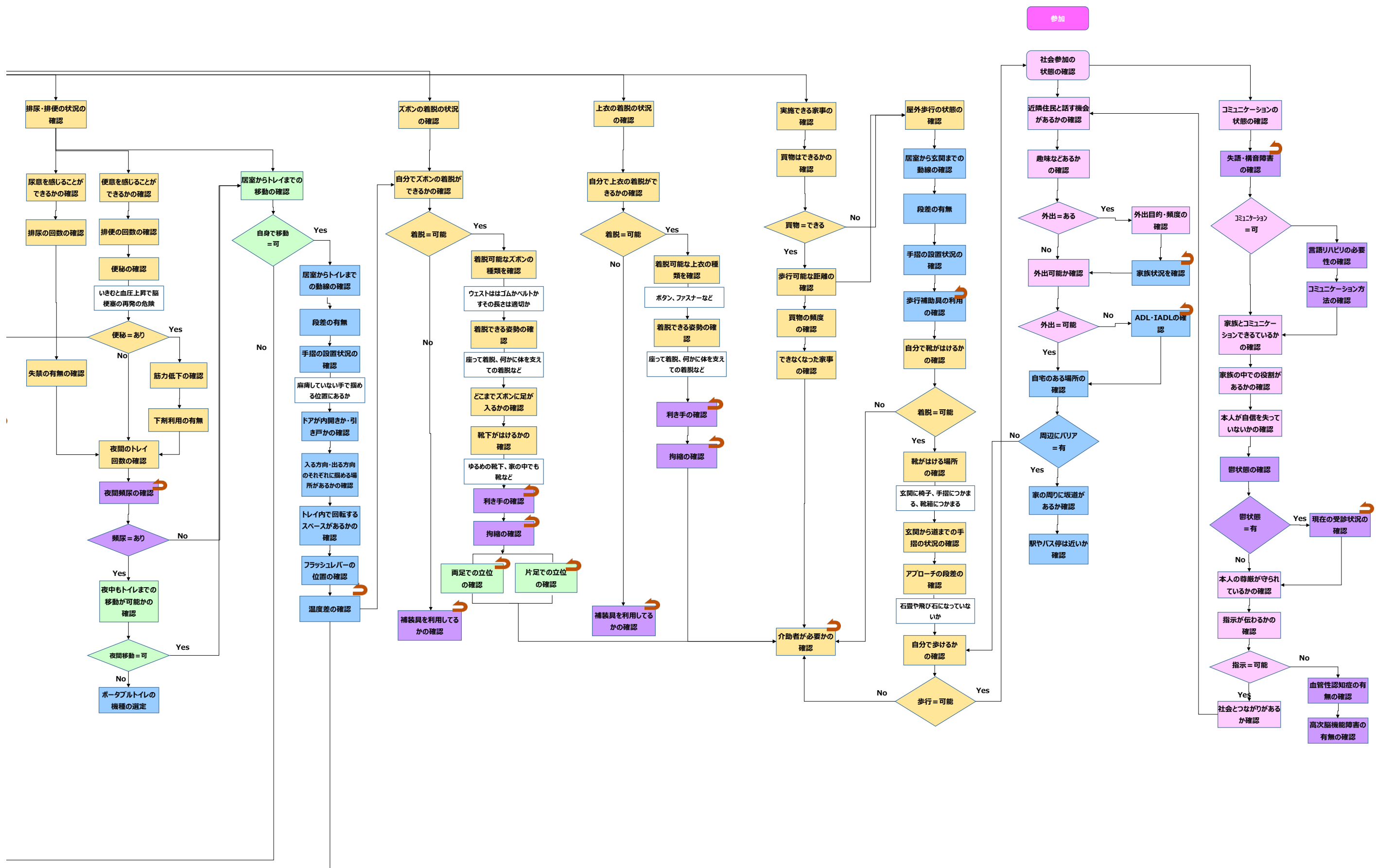
- 脳血管疾患により急性期病院に入院、回復リハ（180日間）を経て、退院しようとしている利用者で、要介護1か要介護2程度
- 退院前に一時外出で、退院前訪問をして自宅の状態などを確認し、退院前カンファレンスで退院後の在宅でのケアを検討している状態で、要介護度は1か2程度
- 要介護1の場合、日中は一人でいられる、排せつは自分で可能で、食事は準備ができていれば大丈夫、入浴は支援が必要であり、なんとか家の中で生活できるというイメージ
- 要介護2の場合は、要介護1にも、逆に要介護3にもすぐに変化してしまう状態であるため、身体機能を落とさないことが重要であり、在宅での生活を諦めて、施設入居になってしまう瀬戸際のイメージ
- 誤嚥性肺炎、高次脳機能障害は、想定する利用者像が複雑となるので、ここには含まない





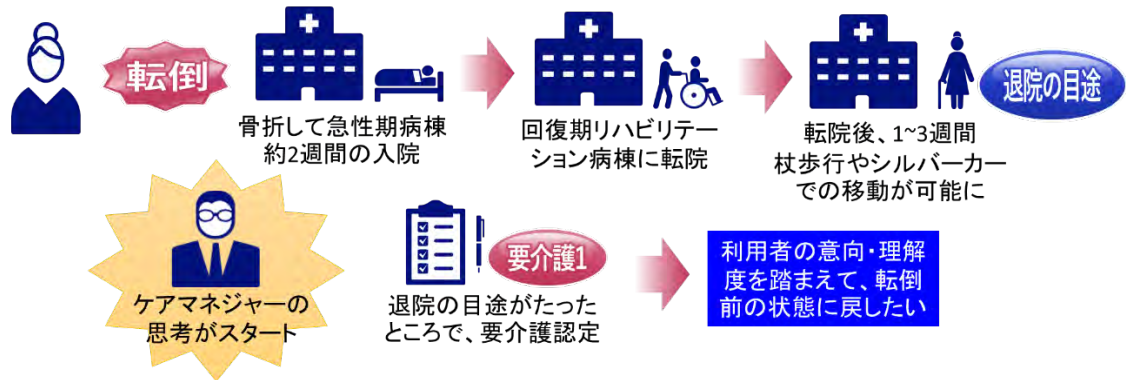






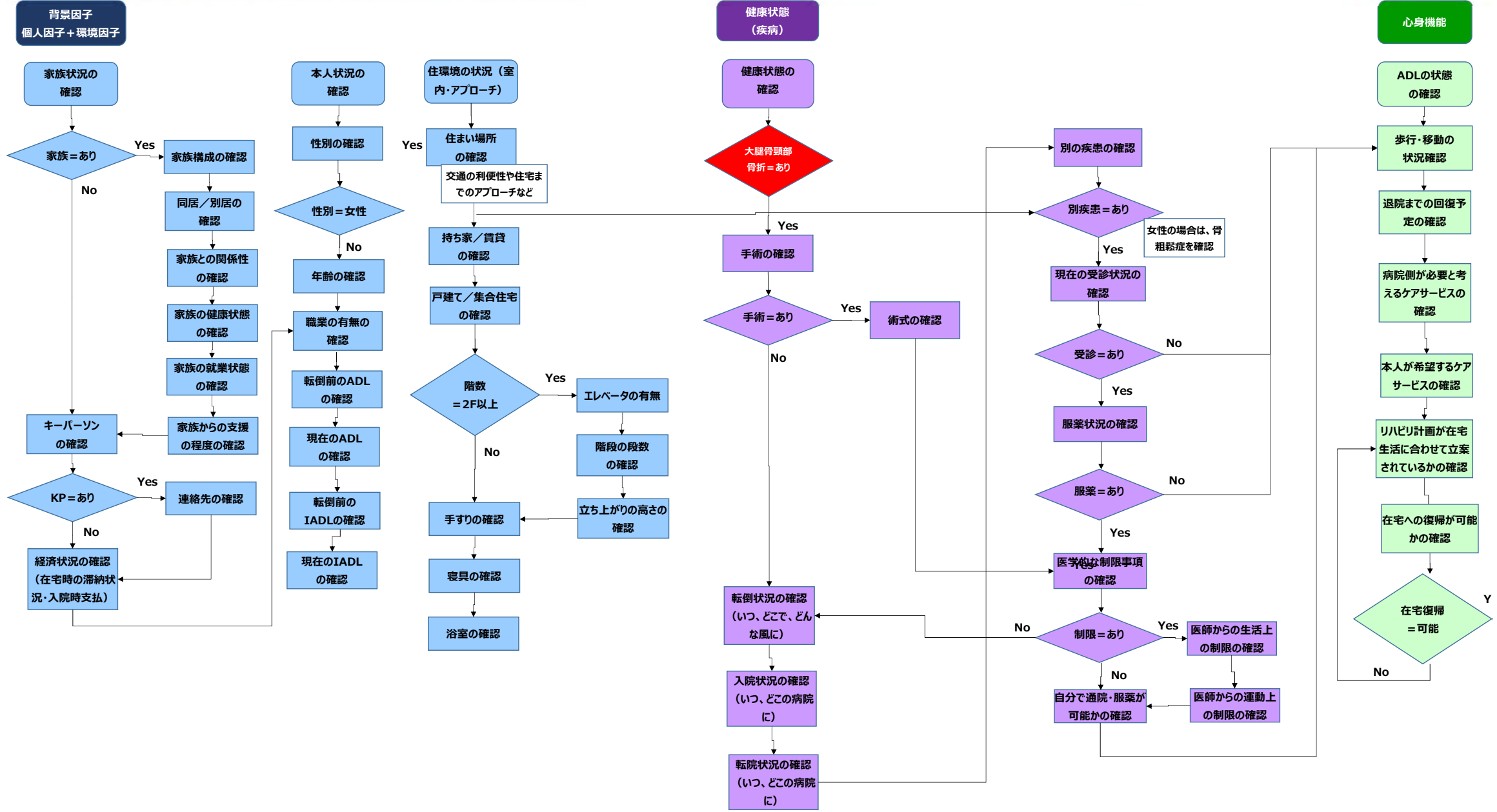
●想定する利用者像：大腿骨頸部骨折

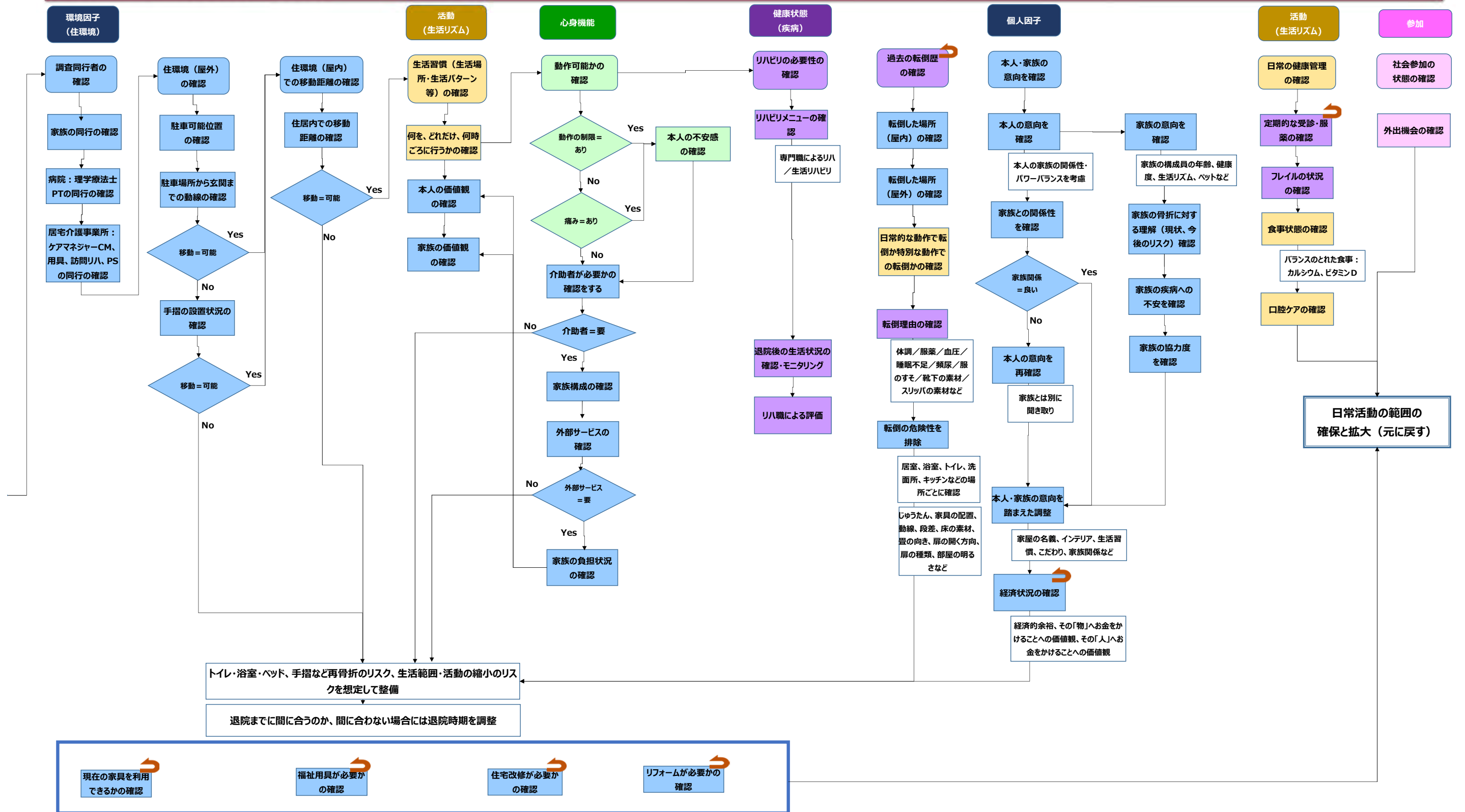
- 女性、年齢は75歳くらいの後期高齢者
- 大腿骨頸部骨折の前は、フレイルの状態ではあるが、介護認定はなくほぼ自立 もしくは、要支援1か2程度、介護予防・日常生活支援総合事業の対象者
- 家庭内での役割も持っていた



- 大腿骨頸部骨折で、他の疾患は、骨粗鬆症
- 改善の可能性の有無では、「改善しそうである」と判断
- 本人の「元に戻りたい」という意欲は、有り
- 認知症・精神疾患は無し
- 元に戻るための阻害要因は、無し
 - ・ 元に戻るための阻害要因がなければ元の状態に戻ることを目指すケアプランを検討する
 - ・ もし、阻害要因があった場合は、現状維持・悪化防止を目指すケアプランを検討する

本人は入院中で新規依頼、看護師NS・医療ソーシャルワーカーMSWから一通りの情報提供





●想定する利用者像：アルツハイマー型認知症

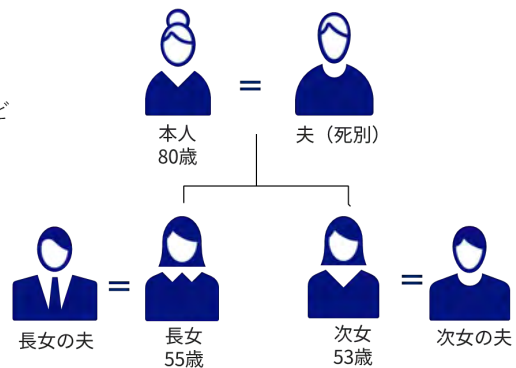
- 女性 80歳
- 要介護1
- もともとは大きな病気はなし、高血圧と関節痛で通院し、薬を服用
- 入院したことはない
- アルツハイマー病の診断あり
- 認知症の行動・心理症状BPSDが出始めていて、長谷川式で16~18くらい
- ADLは、歩行は可能（杖なし）、食事も自分自身で可能で独居ができるレベル
- 一軒家の1階に住んでいる
- 地域の関わりは有り
- 食事の準備？火の始末？戸締り？服薬？お金の管理、水分摂取？買い物？の状況は不明
- 隣の市（車で30分）に住む次女が支援

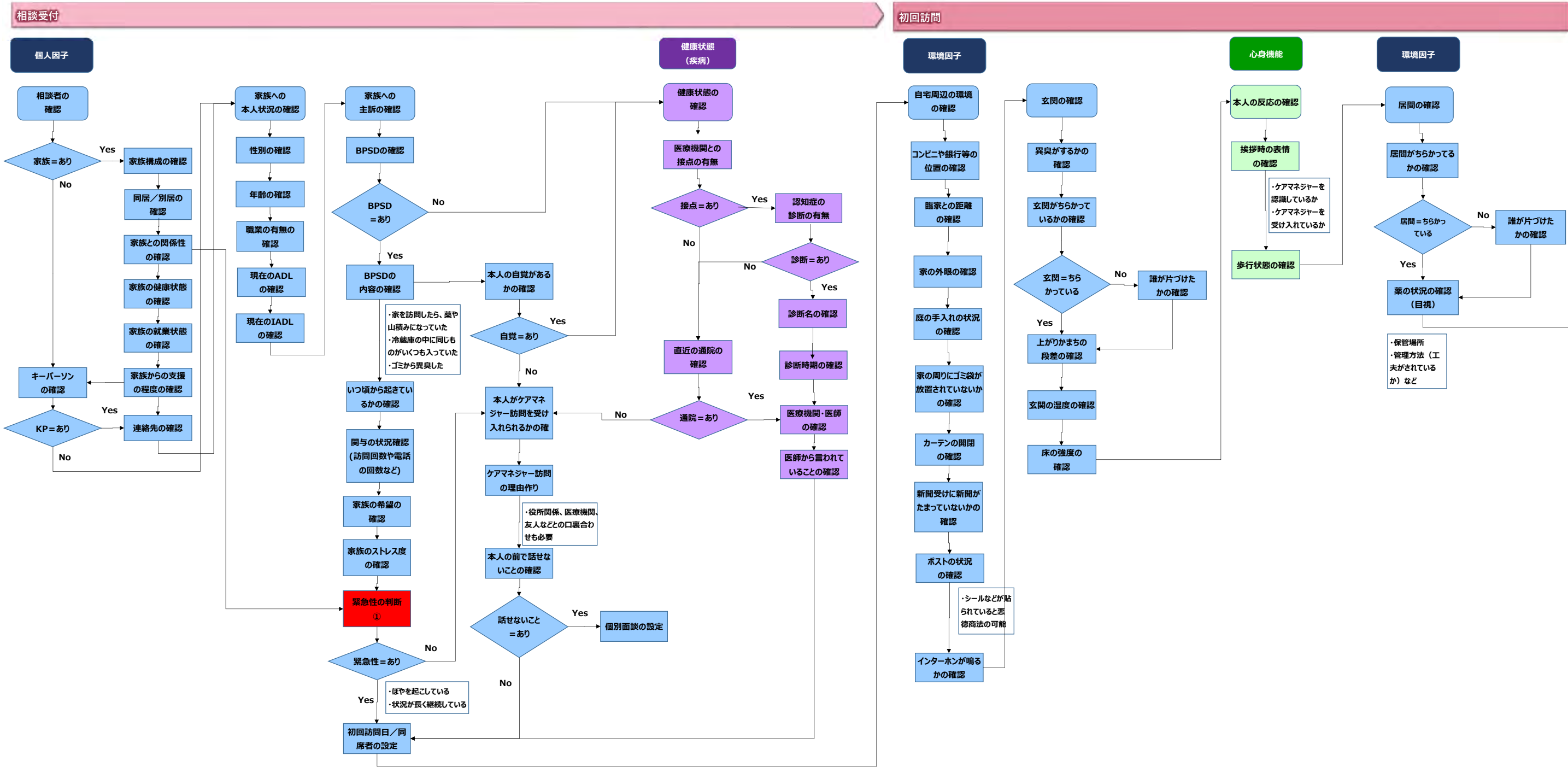


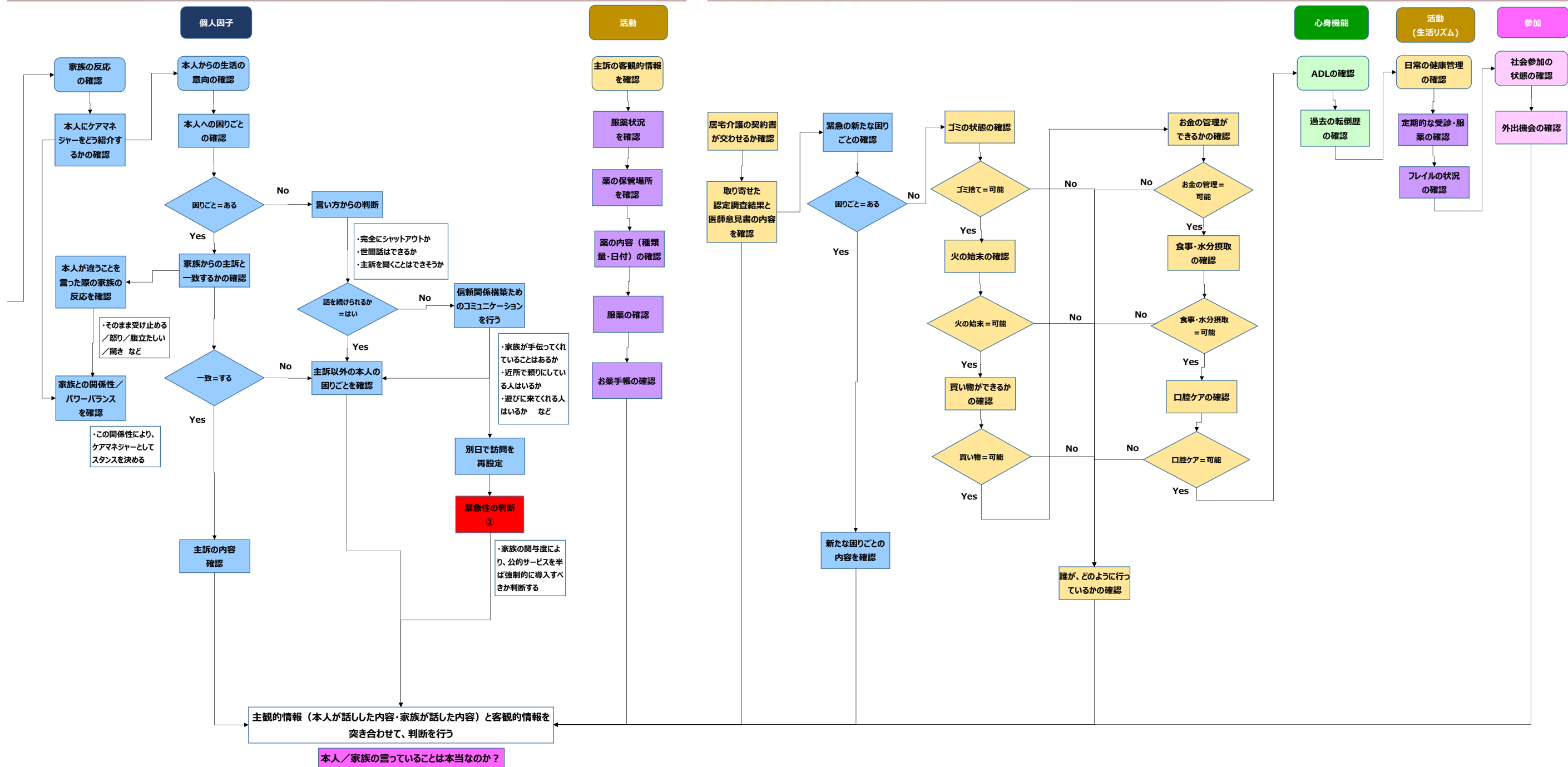
【ケアマネジャーにつながった経緯】

- 地域包括支援センターに家族（次女）から連絡
 - ・ 娘から「母親が詐欺にあった」「家に行ったら、薬が山のように残っていた」「冷蔵庫の中に同じものがいっぱい入っていた」「ゴミから異臭がした」
 - ・ 地域住民から「ぼや騒ぎがあった」
 - ・ コンビニから「同じものを何度も購入している」
 - ・ 銀行で「何度も通帳をなくして再発行している」など

■ 要介護認定で「要介護1」







令和 6 年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

**AI を活用したケアプラン作成支援に係るケアプランデータの利活用
に関する調査研究報告書**

2025（令和 7）年 3 月

株式会社国際社会経済研究所

〒108-8001 東京都港区芝五丁目 7-1 TEL 03-3798-9190

禁無断転載
