令和３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）

# ホワイトボックス型 AI を活用したケアプランの社会実装に係る調査研究報告書

2022（令和 4）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) ケアプラン作成支援 AI による科学的介護の実現 ..... 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) WG1 ..... 8
(3) WG2 ..... 8
(4) オブザーバー ..... 9
(5) 事務局 ..... 10
2. 調査研究の進め方 ..... 11
2-1. フェーズ 2 で取り組む 5 つの実証 ..... 11
2-2. 委員会および WG1・WG2 の開催 ..... 12
(1) ケアプラン作成支援 AI の将来イメージ ..... 14
3. 介護分野における AI 活用の動向 ..... 16
3-1. 政策動向 ..... 16
(1) 経済財政運営と改革の基本方針 2021（骨太の方針 2021） ..... 16
(2) 成長戦略実行計画と成長戦略フォローアップ（2021 年） ..... 20
(3) DX を促進する基盤整備 ..... 24
(4) 令和３年改正個人情報保護法 ..... 27
(5) 厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」 ..... 29
(6)「被保険者番号履歴」を活用した医療等情報の連結 ..... 36
(7) マイナンバーカードによるオンライン資格確認等システム ..... 37
(8) 民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針 ..... 39
(9) 科学的介護と科学的介護情報システム「LIFE」 ..... 40
3-2. ケアプラン作成支援 AI の検討・開発状況 ..... 43
(1) 老健事業におけるケアプラン作成支援 AI に関する調査研究 ..... 43
(2) ケアプラン作成支援 AI の開発企業 ..... 44
4. 本事業で実施した実証研究 ..... 49
4-1. 実証Ａ：ケアマネジャーの思考フローの可視化 ..... 49
4-2. 実証Ｂ：構造化・体系化ラベルに基づくコード表の整備（標準化） ..... 52
4-3. 実証Ｃ：標準化項目を学んだケアマネジャー作成のケアプラン等の収集 ..... 54

(1) 研修会の開催 ..... 54
(2) ブラッシュアップ点検 ..... 71
4-4. 実証Ｄ：利用者の状態変化における調整変数の検討（アルゴリズムの精度向上） ..... 72
4-5. 実証Ｅ：上記検討を踏まえ、ホワイトボックス型 AI での分析試行 ..... 74
(1) 構築するモデルの全体像 ..... 74
(2) 疾病以外の観点による利用者の類型化 ..... 76
(3) AI 分析の結果 ..... 77
(4) 実装イメージ ..... 79
5. 今年度の調査研究から得られた示唆 ..... 81
5-1. 調査研究から得られた示唆 ..... 81
(1) 複線的モデルによるケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分け（実証 A） ..... 81
(2) 提案ケア項目の優先順位づけへの活用（実証 B・実証 C） ..... 82
(3) より理解しやすい表現への再変換への応用（実証 C） ..... 83
(4) 調整変数を使い、利用者の状態変化をより正確に AI 分析に反映（実証 D） ..... 83
(5) 疾患別 AI モデルから汎用的 AI モデルへの可能性（実証 A、実証 D、実証 E） ..... 84
5-2. 来年度に向けた課題 ..... 84
6. ケアプラン作成支援 AI の開発・導入における考慮すべき事項 ..... 86
6-1.【ケアマネジメントのあり方】 ..... 86
6-2.【AI 開発のガバナンス】 ..... 87
6-3.【AI 技術の適用】 ..... 88
6-4.【倫理的配慮】 ..... 88
6-5.【ケアマネジャーに求められる AI に関する理解】 ..... 89
6-6.【継続した学習とモデルの再構築が可能なプラットフォームの必要性】 ..... 90

参考資料：適切なケアマネジメント手法　概要版（項目一覧） ..... 91
●項目一覧：基本ケア（令和２年度改訂版）
●項目一覧：脳血管疾患Ⅰ期（令和２年度改定版）
●項目一覧：脳血管疾患Ⅱ期（令和２年度改訂版）

## エグゼクティブサマリー

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テキストデータを AI が学習しやすいデータとするために構造化・体系化を行い、分析を進めてきたが、ケアプラン作成支援 AI の開発には、量と質の両面からのアプローチが重要であることも明らかになった。

本調査研究は、フェーズ 1 における成果や課題整理を踏まえて、2020（令和 2）年度からの 3 年間を「フェーズ 2」と位置づけ、ケアプラン作成支援における AI 活用の社会実装化の道筋をつくるために実施するものである。居宅介護支援事業者、自治体、ケアマネジャーの団体組織からの協力のもと、当研究所が属する企業グループであり、機械学習の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、5 つの実証研究を実施した。

ケアマネジャーの思考フローの見える化に取り組んだ実証では、昨年度作成した心疾患の複線的モデルに加え、脳血管疾患の複線的モデルを作成した。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、状況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。AI が自動で行っているグループ分けに用いる項目を、思考フローの複線的モデルによって得られた項目に限定し、AI のアルゴリズム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新しいグループ分けをすることが可能となった。

加齢による心身の低下を「調整変数」という形で反映することにも取り組んだ。高齢者の場合、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定しなければならない。本調査研究では、傾向スコアという手法を使い、類似の利用者グループを抽出し、そのグループの平均と比較することで、「悪化を抑制できた」ことを判定できるようになり、利用者の状態変化をより正確に AI 分析に反映し、AI のアルゴリズムの精度向上に貢献できた。

フェーズ 1 から検討してきた、「疾患別 AI モデル」を「汎用的 AI モデル」構築へと転換できたことは、今年度の大きな成果となっている。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をとったが、ノイズも多く、なかなかよい結果を導くことができなかった。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分析することで、AI のアルゴリズムの精度が向上することが明らかになったため、「疾患別 AI モデル」の構築を行ってきたが、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。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や調整変数といった実証の成果をモデル構築に反映することで、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、統計的に利用者を類型化したクラスタを作成し、分析対象を選択して AI 分析を行うことでもアルゴリズムの精度向上が可能となった。

また、今年度は、ケアプラン作成支援 AI として社会実装した際のイメージを具体化するために、デモ用画面も作成し、ホワイトボックス型 AI の特徴である「根拠」を示す画面イメージも提示した。

さらに、2017（平成 29）年度から老健事業にてケアプラン作成支援 AI の検討を行ってきた中で得られた知見を広く社会に共有していくため、「ケアプラン作成支援 AI の開発・導入における考慮すべき事項」として整理を行った。

フェーズ 2 は、過去データの AI 分析から得られる知見だけでなく、優秀なケアマネジャーの知見や関係する専門職の知見を活かすことでより実態に近い分析を進め、AI のアルゴリズムの精度向上を目指してきた。汎用的 AI モデルへ転換するにあたり、8 クラスタに利用者を類型化したが、今年度は、その中のひとつのクラスタを選択してのモデル構築に留まった。また、ホワイトボックス型の特徴であるエビデンスの示し方や理解につながる表現といった部分においても課題が残っている。今年度の調査研究で積み残された課題を踏まえ、フェーズ 2 の最終年度となる来年度は、類型化した 8 クラスタにおいて、それぞれ AI モデルの構築を進めるとともに、AI のアルゴリズムのさらなる精度向上を行っていく。また、構築した AI モデルをケアプラン作成支援 AI として社会実装した際のイメージを具体化するために、ホワイトボックス型 AI の特徴である「根拠」をどのように示すことで、ケアプランの作成における「気づき」の促しや、作業の効率化などにつながるか、ケアマネジャーが AI の導きだした結果をどのように活用することができるのかといった検証を進めていきたい。さらに、「ケアプラン作成支援 AI の開発・導入における考慮すべき事項」もブラッシュアップを行い、広く社会に共有していくことを検討している。

# 1. 調査研究の概要

## 1-1. 目的

### (1)ケアプラン作成支援 AI による科学的介護の実現

1990 年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されてきたが、介護分野においては、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度である。介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるとの認識から、科学的裏付けに基づくケアを実施するべく「科学的介護」が推進されているが、その中でも、AI を活用することで、エビデンスに基づき、自立につながるケアプラン作成を支援することへの期待が高まっている。

「骨太方針 2021」では、感染症で顕在化した課題等を克服するため、「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」についても言及されており、「科学的介護・栄養の取組の推進」もキーワードとして挙げられている。

成長戦略フォローアップでは、「重要分野での取組」として、「データヘルス、健康・医療・介護の DX」や「ICT、ロボット、AI 等の医療・介護現場での技術活用の促進」などが挙げられており、デジタル化に関して、一層のスピード感をもって「全体最適」な形で推進するとされている。

本調査研究では、AI によるケアプラン作成支援という面で科学的介護への貢献を行うべく、実施されたものである。

### (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、平成 29 年度から令和元年度の 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、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・体系化をさらに深化させ、分析データを提供していただく事業者を増やし、元職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 AI のアルゴリズムに反映させ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。

フェーズ 1 における成果や課題を踏まえて、ケアプラン作成支援における AI 活用の社会実装化への道筋を明らかにしていくため、令和 2 年度から令和 5 年度までの 3 年間を「フェーズ 2」と位置づけ、調査研究を実施している。令和 3 年度においても、「現実のケアプランは本人意向や地域資源等から、ベストプランとはならない」、「利用者の状態変化が十分に反映できていない」という課題に焦

点を当て、データ分析の精度向上のための 5 つの実証に取り組んだ。

## 1-2. 調査研究の意義

高齢化の進展により介護サービスを必要な高齢者が急増しているにも関わらず、介護者の不足が言われている。団塊世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて「地域包括ケアシステム」の構築が進められているが、人材不足の解消にはいたっていない。

令和 3 年度介護報酬改定に向けた議論の中では、居宅介護支援・介護予防支援の報酬・基準について、「一定の ICT 活用、又は、事務職員の配置を図っている事業所については、ケアマネジメントの質を確保し介護支援専門員の負担に留意しながら、その取扱件数を増加させることが可能と考えられることから、逓減制の適用を 40 件以上から 45 件以上とする。」との方針がだされており、介護サービスの質を維持しながらも、効率的な運営をするためのツールとして、AI を含めた ICT が果たす役割は大きくなっている。

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、ケアマネジメントでは、決められた書式でデータを収集するため、現在、収集可能なデータが AI 分析を行う場合に必要となるデータとギャップがあっても書式を変更することは容易でないことや、ケアマネジャーの思考プロセスをどのように AI に反映していくかなど、社会全体で検討していくべき課題でもある。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。

また、本調査研究は、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 を利用することで、将来的には、高齢者の自立促進、介護給付費の適正化、ケアマネジャーの業務効率化と人材育成、適正かつ公平な介護サービスの提供を促進するものである。

サービス利用者にとっては、AI による支援があることで、より個人の状態に合わせたケア提供を可能にし、心身の状態を維持することや改善することにつなげられることが考えられる。利用者の心身の状態が維持・改善できることは、本人だけでなく、家族にとっても QOL 向上や介護負担の軽減につながる。

ケアマネジャーにとっては、ケアプラン AI によるケアの提示により、経験の浅いケアマネジャーのスキルを底上げし、能力のバラつきを低減させるだけでなく、ケアプラン作成にかかる時間を短縮や効率化を図ることができる。これらによって生み出された時間は、利用者とのコミュニケーションなど対人援助時間を増やすことにもつながっていくものと思われる。

適切なケアプランにより、給付の適正化やエビデンスに基づいた政策決定 EBPM につなげることができれば、保険者や行政にとっても効果が見込まれる。

## 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および WG1・WG2 を構成し、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のオブザーバー参加をいただき、国レベル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。

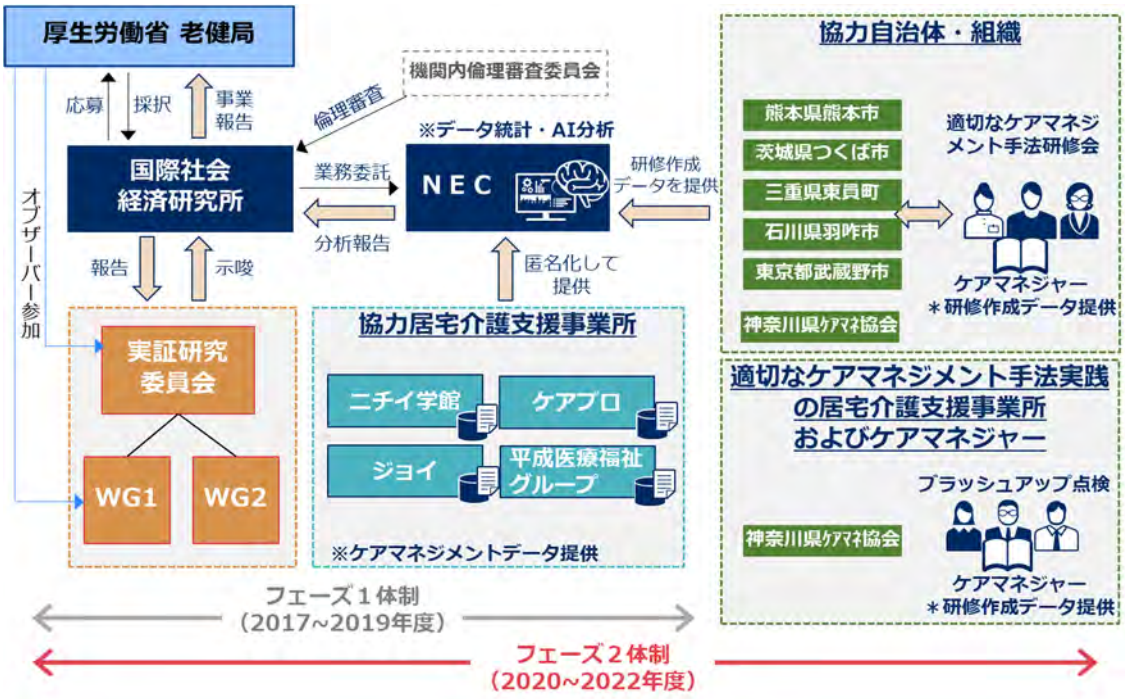
実証研究委員会は、ケアマネジメントに関係する専門家と AI の専門家で構成され、調査研究全体の方向性を検討し、実証から得られた成果を「実用可能性」「汎用性」「持続可能性」等の観点から評価を行う。WG1 は、医師、看護師、作業療法士、ケアマネジャーなど多職種の専門家の視点で実運用に適用可能なプロセス・内容であることを検証する。WG2 は、看護師や社会福祉士、保健師などの異なる保有資格を持つ複数のケアマネジャー等から構成される。ケアマネジャーがどのような観点でケアプランを作成しているかといった思考を見える化するための検討を行い、それらの結果をケアプラン AI のアルゴリズム開発に反映する。

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）のデータ分析結果を引き続き活用するとともに、新たに、6 つの組織（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）の協力も得て実施した。

それとともに、当研究所が属する企業グループであり、機械学習の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、2021（令和 3）年 9 月 8 日に承認されている。

**図表 1 調査研究の体制**


厚生労働省 老健局
機関内倫理審査委員会
応募
採択
事業報告
倫理審査
※データ統計・AI分析
国際社会経済研究所
業務委託
NEC
研修作成データを提供
分析報告
報告
示唆
匿名化して提供
オブザーバー参加
実証研究委員会
WG1
WG2
協力居宅介護支援事業所
ニチイ学館
ケアプロ
ジョイ
平成医療福祉グループ
※ケアマネジメントデータ提供
協力自治体・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
神奈川県ｹｱﾏﾈ協会
適切なケアマネジメント手法研修会
ケアマネジャー
＊研修作成データ提供
適切なケアマネジメント手法実践の居宅介護支援事業所およびケアマネジャー
ブラッシュアップ点検
神奈川県ｹｱﾏﾈ協会
ケアマネジャー
＊研修作成データ提供
フェーズ１体制
（2017~2019年度）
フェーズ２体制
（2020~2022年度）

(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<br>在宅医療・地域医療連携推進部長 |
| 新井　武志 | 目白大学　保健医療学部理学療法学科　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 CDIO |
| 遠藤　征也 | 一般財団法人 長寿社会開発センター　事務局長 |
| 黒木　悦子 | 株式会社ニチイ学館　事業統括本部介護事業本部　専務執行役員 |
| 齊木 大 | 日本総研　創発戦略センター　シニアマネジャー |
| 武久　敬洋 | 平成医療福祉グループ　副代表 |
| 渡名喜　庸哲 | 立教大学　文学部　准教授 |
| 森永　聡 | 日本電気株式会社<br>中央研究所データサイエンス研究所　上席主席研究員 |
| 鷲尾 隆 | 大阪大学　産業科学研究所　教授 |

(2)WG1

○印：主査

| 氏 名 | 所属・役職 |
|---|---|
| ○成本 迅 | 京都府立医科大学 大学院医学研究科精神機能病態学 教授 |
| 川越 正平 | あおぞら診療所 院長 |
| 川添 高志 | ケアプロ株式会社 代表取締役社長 |
| 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 |
| 笠松 信幸 | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事 |
| 中村 春基 | 一般社団法人日本作業療法士協会 会長 |
| 宮崎 智代 | ALSOK 介護株式会社 あんていけあ目黒 所長 |

(3)WG2

○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 |
| 鈴木 善雄 | 松戸市役所 福祉長寿部 健康福祉会館 主任 理学療法士 |
| 藤井 江美 | 社会福祉法人三徳会 品川区小山在宅介護支援センター<br>在宅支援室 課長 |
| 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 |

(4)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<br>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 データ戦略部 特命部長 |

| | |
|---|---|
| 田辺 剛 | 日本電気株式会社 デジタルビジネスプラットフォームユニット AI・アナリティクス事業部 シニアマネジャー |
| 田仲 理恵 | 日本電気株式会社 デジタルビジネスプラットフォームユニット AI・アナリティクス事業部 主任 |
| 松原 悠介 | 日本電気株式会社 デジタルビジネスプラットフォームユニット AI・アナリティクス事業部 主任 |

| | |
|---|---|
| 登内 晋司 | 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課長補佐 |
| 原 雄亮 | 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 |
| 勝田 滉平 | 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 |
| 小谷 勇樹 | 厚生労働省 老健局認知症施策・地域介護推進課 人材研修係 |

(5)事務局

| 氏 名 | 所属・役職 |
|---|---|
| 原田 泉 | 株式会社国際社会経済研究所 上席研究員 |
| 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 |
| 飾森 正 | 株式会社国際社会経済研究所 調査研究部 主幹研究員 |
| 松永 統行 | 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 社会基盤 BU 第一官公ソリューション事業部<br>社会保障ソリューショングループ 主任 |
| 小俣 裕作 | 日本電気株式会社 社会基盤 BU 第一官公ソリューション事業部<br>社会保障ソリューショングループ 主任 |

## 2. 調査研究の進め方

### 2-1. フェーズ 2 で取り組む 5 つの実証

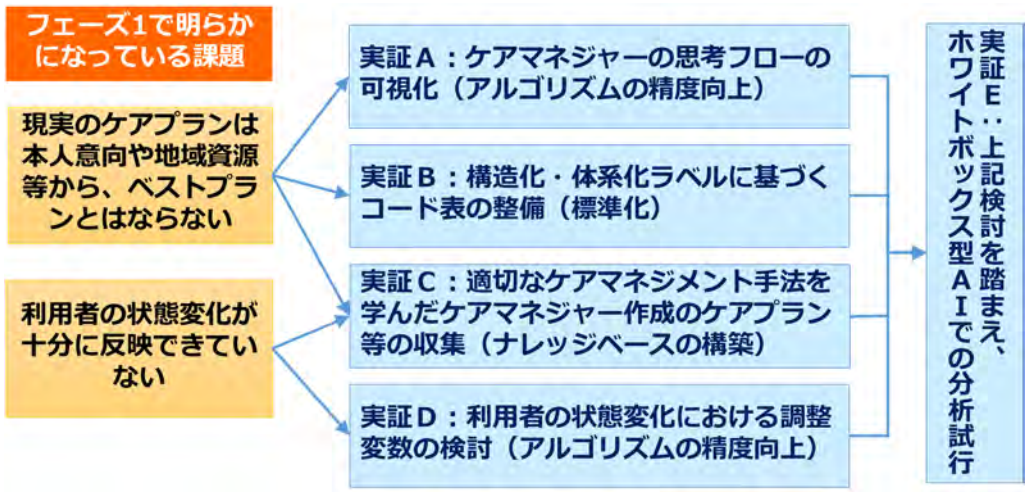
本調査研究では、フェーズ 1 の調査研究の分析結果を活用した上で、新たに下記の 5 つの実証を実施することで、「機械学習（マシンラーニング）」の中でも発見したルールを説明できるホワイトボックス型 AI のエンジンを改良し、社会実装につながる実証研究を行う。

**図表 2 フェーズ 2 で組むべき 5 つの実証**

- 実証 A ：ケアマネジャーの思考フローの可視化（アルゴリズムの精度向上）
- 実証 B ：構造化・体系化ラベルに基づくコード表の整備（標準化）
- 実証 C ：標準化項目を学んだケアマネジャー作成のケアプラン等の収集（ナレッジベースの構築）
- 実証 D ：利用者の状態変化における調整変数の検討（アルゴリズムの精度向上）
- 実証 E ：上記検討を踏まえ、ホワイトボックス型 AI での分析試行

フェーズ 1 で明らかになった課題の中から、特に、「現実のケアプランは本人意向や地域資源等から、ベストプランにならない」、「利用者の状態変化が十分に反映できていない」という課題に着目しており、5 つの実証との関係性は以下のようになっている。

**図表 3 フェーズ 1 で明らかになった課題との関連性**




また、フェーズ 2 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の策定に向けた調査研究[1]」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

[1] 日本総研「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=36013

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。

フェーズ 2 では、基礎的研究から実データを用いた実証検証まで 3 年間を想定しており、以下に、おおよそのロードマップを示す。

**図表 4 フェーズ 2（2020～2022 年）のロードマップ**

## 2-2. 委員会および WG1・WG2 の開催

実証研究委員会および WG1 は、それぞれ 3 回開催、WG2 は 1 回開催し、委員による議論を行った。実証研究委員会、WG1、WG2 の開催日時と検討内容は、図表 5 の通りである。

**図表 5 委員会および WG1･WG2 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<br>●ケアプラン AI 実証検証準備 |
| 7月 | | | ●倫理審査 |
| 8月 | | | ●実証検証開始 |
| 9月 | ★第１回委員会（8/30）<br>･調査研究の概要説明<br>･スケジュール案の確認<br>･分析の進め方の検討 | ★第１回 WG1（9/8）<br>･調査研究の概要説明<br>･スケジュール案の確認<br>･分析の進め方の検討 | 実証検証A（ケアマネ思考フローの可視化）<br>実証検証B（構造化・体系化ラベルのコード化）<br>実証検証C（自治体・事業所での研修・データ収集）<br>実証検証D（状態変化の調整変数の検討） |
| 10月 | | ★第１回 WG2（10/26）<br>･調査研究の概要説明<br>･複線的フローによるモデル化 | |
| 11月 | | | |
| 12月 | ★第２回委員会<br>（12/10）<br>･実証結果報告(速報)<br>･分析の進め方の検討 | ★第２回 WG①<br>（12/22）<br>･実証検証報告（速報）<br>･分析の進め方の検討 | 実証検証E（AI分析試行） |
| 1月 | | | |
| 2月 | | | ●報告書案作成 |
| 3月 | ★第３回委員会（3/11）<br>･実証検証結果報告<br>･AI 活用の効果･課題の検討<br>･報告書草案の確認 | ★第３回ＷＧ①（3/10）<br>･実証検証結果報告<br>･AI 活用の効果･課題の検討<br>･報告書草案の確認 | ●報告書案修正<br>●報告書完成（印刷･配布） |

### (1)ケアプラン作成支援 AI の将来イメージ

本調査研究で想定しているケアプラン作成支援 AI は、ケアマネジャーを支援する位置づけで検討されており、ケアマネジャーとケアプラン AI がお互いやりとりしながら、質の高いケアプラン作成へとつなげていくことになる。将来イメージについては、令和元年度の調査研究[2]において整理をおこなっている。再掲となるが、下記に記載する。

利用シーンでは、利用者の状態を把握するためのアセスメントおよびどのようなケアを望んでいるのかというニーズの聴き取りは、ケアマネジャーの重要な役割であると認識しており、ケアプラン作成支援 AI による支援は、プラン作成において、ケアマネジャーがアセスメントを行うことによって導き出した課題（ニーズ）を入力することから始まる。アセスメント自体については、本調査研究の範囲外ではあるが、正確なアセスメントによるデータがあってこその、ケアプラン作成支援 AI となるため、アセスメントを支援するツールの開発も重要な側面となる。

これらのデータから、ケアプラン作成支援 AI は、利用者の状態に類似したグループにおいて維持・改善ができた目標やサービス内容の候補を提示し、ケアマネジャーが利用者・家族の意向を踏まえて選択することになる。しかし、ケアプラン作成支援 AI が提示する内容は、標準的な内容にとどめ、ケアマネジャーは、その利用者・家族の個別の状況について記述を追加していく形が望まれる。

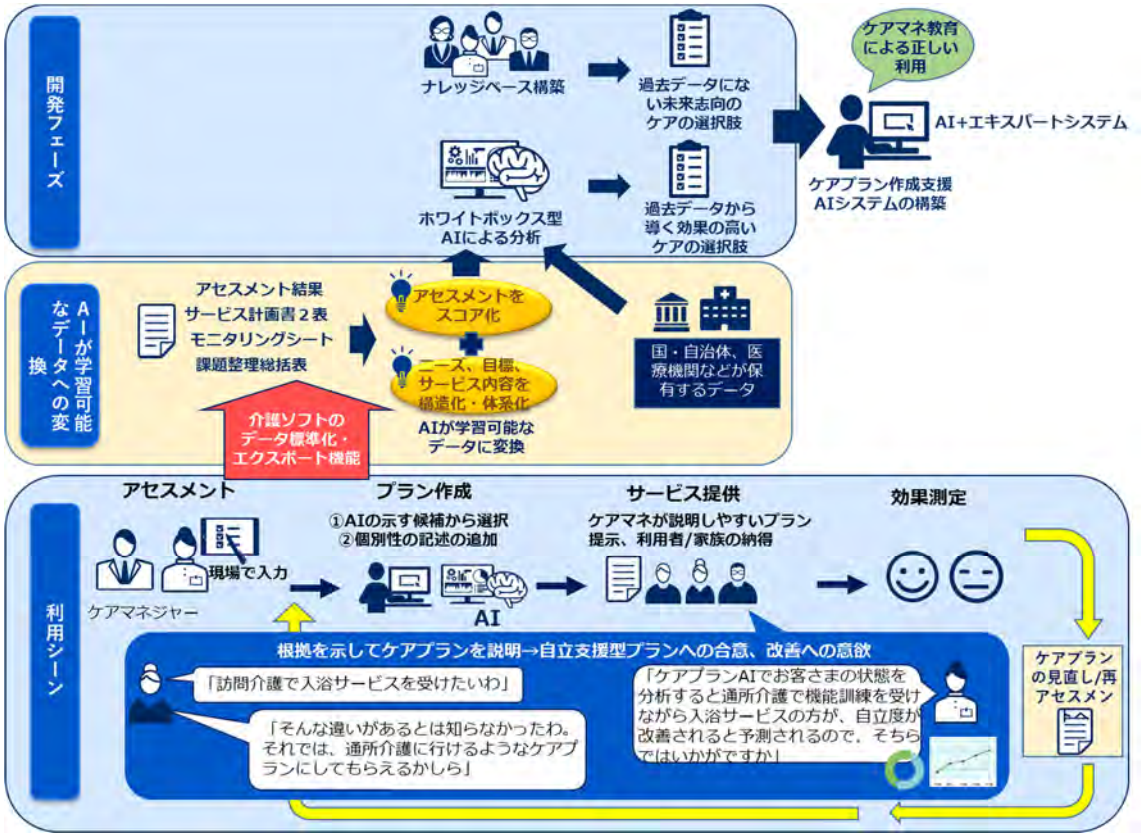
ケアプラン作成支援 AI では、当初は、過去データからより自立につながるケアを導き出すことを想定していたが、調査研究を進める中で、過去データからは導きだせない部分があることが明らかになってきた。例えば、口腔ケアやリハビリなど近年重視されてきた内容はデータ数が少なく、過去データからのラベル化が難しい状況にある。また、ケアマネジャーが考える自立や QOL 向上に最もつながる「ベスト」と考えられるプランに、利用者・家族の意向も踏まえて最終的に決定されるのが、現実に提供されたケアプランであるという側面もある。過去データの AI 分析から得られるケアの選択肢に加え、優秀なケアマネジャーの知見や関係する専門職の知見をナレッジベース化したとエキスパートシステムから得られる選択肢を組み合わせることで、ケアマネジャーが利用者に最も必要なケアを選択できるようなシステムを将来的なケアプラン作成支援 AI としていく。

また、ケアプランに記載されたテキストデータなどケアマネジメントから派生するデータを AI が分析できるようになることで、ケアプラン作成支援だけにとどまらず、行政によるケアマネジメントの質のチェックなどにも応用できるようになることも期待される。

---

[2] 株式会社国際社会経済研究所「令和元年度老人健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）ケアプラン作成支援での AI 学習が難しいテキスト記述データの構造化等に関する調査研究報告書（2020 年 3 月）」 https://www.i-ise.com/jp/report/pdf/rep_it_202003h.pdf

**図表 6 将来的なケアプラン作成支援 AI 活用イメージ**




資料出所：株式会社国際社会経済研究所「令和元年度老人健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）ケアプラン作成支援での AI 学習が難しいテキスト記述データの構造化等に関する調査研究報告書（2020 年 3 月）」

## 3. 介護分野における AI 活用の動向

### 3-1. 政策動向

#### (1)経済財政運営と改革の基本方針 2021（骨太の方針 2021）

政府の基本的な方針となる「経済財政運営と改革の基本方針 2020 （以下、骨太の方針 2020）」は、経済財政諮問会議での答申を経て、2020 年 7 月 17 日に閣議決定されて公表されている。

政府は、「骨太の方針」と称する政府の戦略を発表しているが、2021 年度は、6 月 18 日に「経済財政運営と改革の基本方針 2021 日本の未来を拓く 4 つの原動力～グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策～」（骨太方針 2021） が経済財政諮問会議での答申を経て、閣議決定されている。

骨太の方針 2021 では、カーボンニュートラル、デジタル化、国際的な取引関係・国際秩序の新たな動きといった世界経済の変化と、国内においては、これまで進められなかった課題を一気に進めるチャンスとなる未来に向けた変化の 2 つの変化を捉え、構造改革を戦略的に進め、ポストコロナの持続的な成長基盤を作る内容となっている。

**図表 7 骨太の方針 2021（概要）**

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2021」概要
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/summary_ja.pdf

### ①４つの原動力

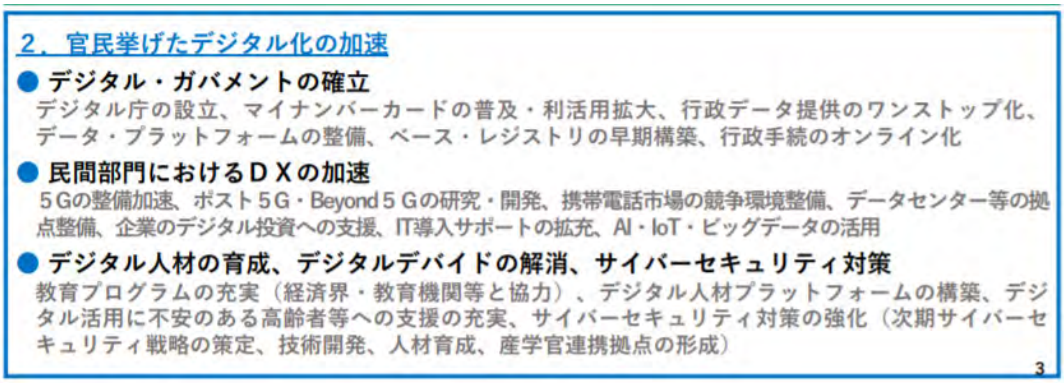
感染症に対し強靭で安心できる経済社会の構築と経済の好循環の加速・拡大を目指して推進される項目は、４つの原動力と表現されている。「①グリーン社会の実現」、」「②官民挙げたデジタル化の加速」、「③日本全体を元気にする活力ある地方創り」、「④少子化の克服、子供を産み育てやすい社会の実現」の４つが次なる時代をリードする新たな成長の源泉として推進されることとなっている。ここでは、報告書のテーマに関わる「②官民挙げたデジタル化の加速」と「③日本全体を元気にする活力ある地方創り」の２つの内容について詳しく紹介する。

４つの原動力の「②官民挙げたデジタル化の加速」では、デジタル時代の官民インフラを今後５年で一気呵成に作り上げ、デジタル庁を核としたデジタル・ガバメントの確立をするとしている。また、民間の DX を促す基盤整備を加速し、全ての国民にデジタル化の恩恵が行き渡る社会を構築することを目指す。

行政部門のデジタル化に関しては、「デジタル・ガバメント実行計画[3]」に従い行政のデジタル化を強力に推進することでデジタル・ガバメントを確立していく。2021 年 9 月に新設されるデジタル庁は各府省庁への勧告権等を活用した総合調整機能を果たし、国や地方行政の BPR（業務改革）を進め、効率化とサービス向上を図る。マイナンバーに関しても、活用を進めることになっており、2022 年度末にほぼ全国民にマイナンバーカードが行き渡ることを目指している。マイナンバーカードの健康保険証、運転免許証との一体化などの利活用拡大、スマホへの搭載等について、国民の利便性を高める取組を推進することになっている。

民間部門における DX も加速させていく。デジタル基盤整備を加速し、マイナンバー制度等これまで構築した基盤も活用しながら、民間部門全体における DX やデジタル投資の加速に官民一体で取り組み、経済社会全体の生産性を徹底的に引き上げていく必要があるとしている。

**図表 8 ４つの原動力「②官民挙げたデジタル化の加速」**




資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2021」概要
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/summary_ja.pdf

[3] 「デジタル・ガバメント実行計画」の詳細は、以下を参照のこと　https://cio.go.jp/digi-gov-actionplan

### (2)感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革では、「社会保障改革」の項で、「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」についても言及されている。非常に豊富な内容が盛り込まれているため、下記にキーワードを抜粋する。

**図表 9 「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」に含まれるキーワードの抜粋**

- 症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定、感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化、医療専門職人材の確保・集約
- 将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などによる地域医療構想の推進
- かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進
- 更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し
- 診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進
- 実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消
- 医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進
- オンライン診療の幅広く適正な活用
- 安心・安全な産科医療の確保及び移植医療を推進
- 希少疾病である難病の対の充実
- 粒子線治療の推進と有効性・安全性などのエビデンスの検討、装置の小型化・低コスト
- 重症化予防のための「上手な医療のかかり方」の普及啓発
- 保険者努力支援制度等に基づく予防・重症化予防・健康づくりへの支援に推進
- 新しい生活様式に対応した予防・重症化予防・健康づくりの検討
- 予防・重症化予防・健康づくりサービスの産業化に向けた、包括的な民間委託の活用や新たな血液検査等の新技術の積極的な効果検証等の推進
- 保険者が策定するデータヘルス計画の手引の改定等の検討、アウトカムベースでの適切な KPI の設定の推進
- 医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保
- OTC 類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲についての引き続き見直し
- 感染症を踏まえた診療報酬上の特例措置の効果検証、診療報酬や補助金・交付金による今後の対応の在り方に検討
- 後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、実施状況の見える化の早期実現
- バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討と後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、

- フォーミュラ活用等、更なる使用促進
- かかりつけ薬剤師・薬局の普及と多剤・重複投薬への取組強化
- 症状が安定している患者について一定期間内の処方箋の反復利用
- 緊急時の医薬品等の供給体制の確立
- 緊急時の薬事承認の在り方について検討。
- データヘルス改革に関する工程表に則り、医療・特定健診等の情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みや民間 PHR サービスの利活用も含めた自身で閲覧・活用できる仕組みについて、2022 年度までに集中的な取組
- 医療機関・介護事業所における情報共有とそのための電子カルテ情報や介護情報の標準化の推進、医療情報の保護と利活用に関する法制度の在り方の検討
- 画像・検査情報、介護情報を含めた自身の保健医療情報を閲覧できる仕組みの整備
- 科学的介護・栄養の取組の推進
- 今般の感染症の自宅療養者に確実に医療が全員に提供されるよう医療情報を保健所と医療機関等の間で共有する仕組みの構築（必要な法改正を含め検討）
- 審査支払機関改革の着実な推進
- 全ゲノム解析等実行計画及びロードマップ 2021 を患者起点・患者還元原則の下、着実に推進
- プログラム医療機器の開発・実用化の促進
- 患者の治験情報アクセス向上のためデータベースの充実の推進
- 医療法人の事業報告書等の全国的な電子開示システムの早急な整備と感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制の構築
- 介護サービス事業者の事業報告書等の届出・公表を義務化、分析できる体制を構築
- レセプトシステム（NDB）の充実
- G-MIS の今般の感染症対策以外の長期的な活用、COCOA の安定的な運営等に、デジタル庁の統括・監理の下、デジタル化による効率化、利便性の向上を図る
- 医療・介護データとの連携や迅速な分析の環境の整備を図る
- 口腔の健康の重要性に係るエビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた切れ目のない歯科健診、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防にもつながる歯科口腔保健の充実
- 飛沫感染等の防止を含め歯科保健医療提供体制の構築と強化
- 要介護高齢者等の受診困難者の増加を視野に入れた歯科における ICT 活用の推進
- 感染症による不安やうつ等も含めたメンタルヘルスへの対応の推進

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2021」から筆者抜粋
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021_basicpolicies_ja.pdf

### (2)成長戦略実行計画と成長戦略フォローアップ（2021 年）

#### ① 成長戦略実行計画（2021 年）

骨太の方針 2021と同時に閣議決定された「成長戦略実行計画（2021 年）[4]」、「成長戦略フォローアップ（2021 年）[5]」も、国の動向を示す大きな施策のひとつである。策定にあたっては、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」の大きな方向性の下、成長戦略会議における有識者の意見及び与党の提言等を踏まえ、主な施策項目について、取りまとめたものとなっている。

「第 1 章 新たな日常に向けた成長戦略の考え方」では、「①成長と分配の好循環の実現に向けた労働生産性・労働参加率の向上と賃金上昇」、「②付加価値の高い新製品・新サービスの創出による日本企業のマークアップ率の向上」、「③国民が Well-being を実感できる社会の実現」、「④コロナ禍により影響が出ている分野の事業の継続と事業再構築の支援」、「⑤潜在可能性のある分野における積極的な成長戦略の強化」の 5 つの考え方が示されている。「③国民が Well-being を実感できる社会の実現」では、成長戦略による成長と分配の好循環の拡大などを通じて、格差是正を図りつつ、一人一人の国民が結果的に Well-being を実感できる社会の実現を目指すとされている。

「第 13 章 重要分野における取組」では、ライフサイエンスは、デジタルやグリーンと並ぶ重要戦略分野であり、安全保障上も重要な分野であるとされ、「医薬品産業の成長戦略」が項目として挙げられている。

「第 14 章 地方創生」では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、地方への関心が高まっているとし、テレワーク拡大やデジタル化といった変化を後押しすることで、地方への大きな人の流れを生み出し、東京一極集中の是正につなげるとともに、活力ある地方を創るとして「スーパーシティ構想等の推進」が挙げられている。具体的には、スマートシティの形成を目指し、重点整備地域を中心に全国で、データ連携基盤等の実装事例の創出を進める。 スーパーシティ構想を強力に推進する。区域指定を速やかに進め、関係省庁の事 業を集中投資するなど、同構想の早期実現に取り組むとされている。

#### ② 成長戦略フォローアップ（2021 年）

成長戦略フォローアップ 2021 の中で、ウェルビーイングに関わる部分では、「12. 重要分野における取組」の「(2)医薬品産業の成長戦略」に詳細が記載されている。

---

[4] 「成長戦略実行計画（2021 年）」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/seicho/pdf/ap2021.pdf

[5] 「成長戦略フォローアップ（2021 年）」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/seicho/pdf/fu2021.pdf

**図表 10 成長戦略フォローアップ（2021 年）での目次項目（抜粋）**

| |
|---|
| １２．重要分野における取組 |
| （２）医薬品産業の成長戦略 |
| ⅰ）ライフサイエンスの強化、国際展開 |
| ⅱ）データヘルス、健康・医療・介護の DX |
| ①データヘルス（健康・医療・介護でのデータ利活用）の推進 |
| ②ICT、ロボット、AI 等の医療・介護現場での技術活用の促進 |
| ③医療・介護現場の組織改革等 |

資料出所：「成長戦略フォローアップ（2021 年）」
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/seicho/pdf/fu2021.pdf

デジタル化に関しては、「ⅱ）データヘルス、健康・医療・介護の DX」で詳述されており、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、必要な人が広く検査や治療を受けられること及び迅速にデータを収集・解析することの重要性が改めて認識されたとして、技術革新を活かして、費用対効果の高い形で、医療・福祉分野における個々の政策を、国民の健康増進や、医療・介護の質・生産性の向上、現場の働き方改革につながるよう、一層スピード感をもって「全体最適」な形で推進するとされている。

**図表 11 データヘルス、健康・医療・介護の DX の内容**

| | |
|---|---|
| オンライン資格確認 | ● 医療機関及び薬局が、患者の直近の資格情報等を直ちに確認できる「オンライン資格確認」を 2021 年 10 月までに開始<br>● 医療機関及び薬局のシステム整備を着実に進め、2023 年３月末までに概ね全ての医療機関及び薬局へのシステムの導入を目指す |
| 医療機関等における健康・医療情報の連携・活用 | ● レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を全国の医療機関等が確認できる仕組みについては、特定健診情報は遅くとも 2021 年 10 月までに確認できるようにする（薬剤情報は同月から、手術の情報などの対象拡大は 2022 年夏を目途に）<br>● 電子カルテ情報及び交換方式の標準化として国際的なデータ連携仕様等に基づいた HL7FHIR の規格を用いるための具体的な方策について結論を得る。<br>● オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、2022 年度から運用開始する。 |
| 医療・介護情報の連携・活用 | ● ICT を活用した医療・介護連携を進めるため、医療機関と介護事業所間において、入退院時に患者の医療・介護情報を共有する標準仕様の作成、普及等を推進する。 |
| PHR の推進 | ● 個人の健診や服薬履歴等を本人や家族が一元的に把握し、日常生活改善 |

| | |
|---|---|
| | や必要に応じた受診、医療現場での正確なコミュニケーションに役立てるため、PHR を推進する。<br>● マイナポータル等を通じた個人へのデータ提供について、予防接種歴、乳幼児健診等情報に加え、特定健診情報は遅くとも 2021 年 10 月までに、薬剤情報についても同月から開始することを目指す。その他の健診・検診情報については、2020 年夏に策定した「データヘルス集中改革プラン」に基づき、地方公共団体等への支援など、実現に向けた環境整備を行い、2022 年を目途に電子化・標準化された形での提供の開始を目指す。<br>● ・PHR サービスの利活用の促進に向けて、2021 年 4 月に取りまとめた「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」を普及し、その遵守を求めるとともに、官民連携して、より高いサービス水準を目指すガイドラインを、2022 年末を目標に策定する。また、当該ガイドラインの遵守状況を認定する仕組みなどが整備されるよう、必要な支援を行う。 |
| 健康・医療・介護情報のビッグデータとしての活用 | ● AMED が支援した研究開発から得られたデータの利活用プラットフォームとして、データを安全・安心かつ効率的に利活用するための仕組みについて検討し、早期の運用開始を目指す。<br>● 医療・介護情報の連結精度向上のため、オンライン資格確認等システムを基盤として、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴情報を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供できる仕組みの 2022 年３月からの運用開始を目指す。<br>● エビデンスに基づく医療政策を立案するため、NDB を用いて研究を行う研究者が、患者の個人の特定はされないことを前提として、地域、所得階層、医療機関、薬局の属性に関する分析 をできるようにする<br>● 研究者への提供に要する時間を極力短くするよう NDB の改修し、新型コロナウイルス感染症や医療扶助、難病などの実態についても研究・分析をできるようにするため、公費レコードも提供できるようにし、パブリッククラウドで操作できる医療介護連結解析基盤を政府で構築する。<br>● 医療分野の研究開発における医療情報の利活用を推進するため、次世代医療基盤法について、認定事業者の事業運営のための環境の整備に 取り組むとともに、2023 年度中に施行状況を踏まえ、認定事業者による仮名化情報の取扱い等の在り方を検討する。 |

資料出所：「成長戦略フォローアップ（2021 年）」から筆者抜粋
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/seicho/pdf/fu2021.pdf

**図表 12 ICT、ロボット、AI 等の医療・介護現場での技術活用の促進の内容**

| | |
|---|---|
| オンライン医療の推進 | ● オンライン診療の恒久的な枠組みについては、2021 年夏を目途にとりまとめ、2021 年秋を目途に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を改定する。<br>● 次期診療報酬改定に向けて、オンライン診療で安全性・有効性が確認された疾患については、オンライン診療料の対象に追加することを検討する。<br>● 医師対医師の遠隔医療（DtoD）について、ICT を活用して取り組む際の参考となる情報として「遠隔医療モデル参考書」を作成し、安全かつ効果的な遠隔医療の普及展開を図る。遠隔医療を支えるシステムと大容量かつ超低遅延な通信環境整備を促進する。<br>● オンライン服薬指導は、2021 年夏を目途に医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しの検討を行い、診療報酬の評価の検証を行い、必要な見直しの検討を行う。 |
| AI 等の技術活用 | ● 医療従事者の負担軽減及び医療の質の向上等を図るため、AI の開発・利活用を促進するためのプラットフォームを構築する。<br>● 2021 年度から、医工連携しての AI を活用した早期発見・診断技術の開発を強化する。<br>● アジア等、海外の医療機関と提携し、本邦で開発された AI 技術等の海外展開や国内外の AI 技術等の集積を目指す。 |
| ゲノム医療の推進 | ● 全ゲノム情報等を活用し、引き続きがん・難病等のゲノム医療を推進する。<br>● 「全ゲノム解析等実行計画」（2019 年 12 月策定）及び「ロードマップ 2021」（2021 年 6 月策定） に基づき、解析を進める。<br>● 解析の進捗状況を踏まえて、2021 年度中に中間的な論点整理を行い、人材育成、体制整備・費用負担の考え方、倫理的・法的・社会的な課題への対応等の課題について洗い出しを行い、2024 年度以降も見据えたスムーズな解析や患者還元を実施できる体制を整える。 |
| 医療機器におけるサイバーセキュリティの確保 | ● 国際医療機器規制当局者フォーラム（IMDRF）等の国際的な枠組みでの活動を踏まえて、サイバー攻撃に対する国際的な耐性基準等の技術要件、医療機関における医療機器導入時のサイバーセキュリティ対策に関する手引き等を整備し、集団的な防衛対策を講ずる。<br>● 国際基準を本邦の医療機器に関する承認審査や市販後の調査等 の基準に導入することで国内メーカーの国際競争力の向上を図る。<br>● 医療機器へのサイバー攻撃により生じた国内外のインシデント、アクシデント事例を速やかに収集・評価できる体制を構築し、サイバーセキュリティ |

| | |
|---|---|
| | 対策の向上に資する情報発信やガイドライン等の作成を行う。 |
| 科学的介護の実現 | ● 自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、2020 年度から高齢者の状態、ケアの内容等の情報などのデータを収集・分析するデータベース（LIFE）の情報等を用いた本格的な分析を実施し、次期からの介護報酬改定の議論に活用する。<br>● 取得したデータについては、介護事業所に提供するほか、介護サービスのベストプラクティスの策定などのケアの質の向上等につながるような取組を進める。<br>● さらに、高齢者の自立支援や重度化防止等の取組を促すような インセンティブが働くようアウトカム評価に係る検討を行う。 |
| ロボット・センサー等の開発・導入） | ● 2040 年までに、主要な疾患を予防・克服し 100 歳まで健康不安なく人生を楽しむためのサステナブルな医療・介護システムを実現するための研究開発の推進、先端技術の社会実装を加速する。<br>● 国民が自分の健康状態を自ら把握できるよう、評価手法の開発等を推進する。<br>● 介護分野における業務効率化に効果的なテクノロジーの普及に向けて、効果の確認が得られた介護ロボットの開発・実証・普及モデルを全国に普及・促進する。<br>● 介護ロボットや ICT の導入支援を進めるとともに、次期からの介護報酬改定等での評価につなげる。 |

資料出所：「成長戦略フォローアップ（2021 年）」から筆者抜粋
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/seicho/pdf/fu2021.pdf

## (3)DX を促進する基盤整備

### ① 新しく発足したデジタル庁

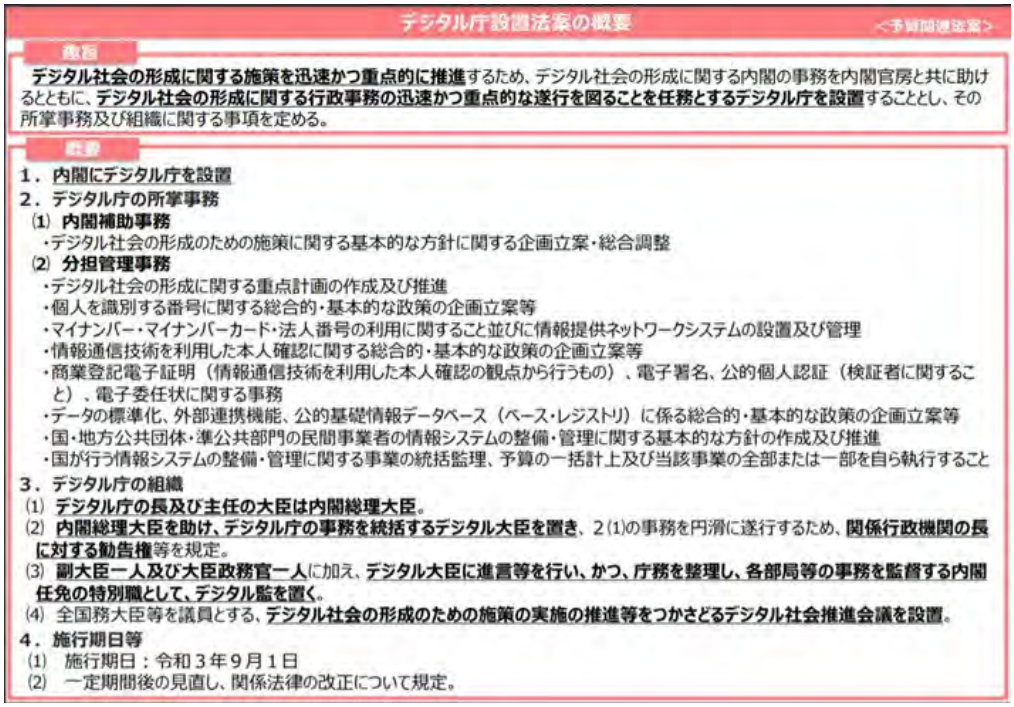
現政権が掲げる政策のひとつに、社会全体をデジタル化があり、それを実現する組織として設立が準備されていた「デジタル庁」が 2021 年 9 月 1 日に発足した。デジタル庁は、デジタル社会形成の司令塔として、未来志向の DX を大胆に推進し、デジタル時代の官民のインフラを今後 5 年で一気呵成に作り上げることを目指している。

デジタル庁発足に向けては、2020 年 9 月 30 日に内閣官房 IT 総合戦略室の中に「デジタル庁準備室」が設置され、準備室長の平井卓也デジタル改革相（当時）のもと、関係省庁に加えて、民間企業からも職員が集められ、準備が進められてきた。また、2021 年 2 月 9 日には、デジタル庁設置法案を含むデジタル改革関連 6 法案[6]が閣議決定され、第 204 回通常国会に提出され

[6] デジタル改革関連 6 法案は、①デジタル社会形成基本法案、②デジタル庁設置法案、③デジタル社会の

ている。

**図表 13 デジタル庁設置法案の概要**



デジタル庁設置法案の概要 <予算関連法案>

趣旨

**デジタル社会の形成に関する施策を迅速かつ重点的に推進**するため、デジタル社会の形成に関する内閣の事務を内閣官房と共に助けるとともに、**デジタル社会の形成に関する行政事務の迅速かつ重点的な遂行を図ることを任務とするデジタル庁を設置**することとし、その所掌事務及び組織に関する事項を定める。

概要

**1．内閣にデジタル庁を設置**

**2．デジタル庁の所掌事務**

**(1) 内閣補助事務**

・デジタル社会の形成のための施策に関する基本的な方針に関する企画立案・総合調整

**(2) 分担管理事務**

・デジタル社会の形成に関する重点計画の作成及び推進
・個人を識別する番号に関する総合的・基本的な政策の企画立案等
・マイナンバー・マイナンバーカード・法人番号の利用に関すること並びに情報提供ネットワークシステムの設置及び管理
・情報通信技術を利用した本人確認に関する総合的・基本的な政策の企画立案等
・商業登記電子証明（情報通信技術を利用した本人確認の観点から行うもの）、電子署名、公的個人認証（検証者に関すること）、電子委任状に関する事務
・データの標準化、外部連携機能、公的基礎情報データベース（ベース・レジストリ）に係る総合的・基本的な政策の企画立案等
・国・地方公共団体・準公共部門の民間事業者の情報システムの整備・管理に関する基本的な方針の作成及び推進
・国が行う情報システムの整備・管理に関する事業の統括監理、予算の一括計上及び当該事業の全部または一部を自ら執行すること

**3．デジタル庁の組織**

(1) **デジタル庁の長及び主任の大臣は内閣総理大臣。**
(2) **内閣総理大臣を助け、デジタル庁の事務を統括するデジタル大臣を置き**、2(1)の事務を円滑に遂行するため、**関係行政機関の長に対する勧告権**等を規定。
(3) **副大臣一人及び大臣政務官一人**に加え、**デジタル大臣に進言等を行い、かつ、庁務を整理し、各部局等の事務を監督する内閣任免の特別職として、デジタル監を置く。**
(4) 全国務大臣等を議員とする、**デジタル社会の形成のための施策の実施の推進等をつかさどるデジタル社会推進会議を設置。**

**4．施行期日等**

(1) 施行期日：令和３年９月１日
(2) 一定期間後の見直し、関係法律の改正について規定。

資料出所：内閣官房 国会提出法案（第 204 回 通常国会）
https://www.cas.go.jp/jp/houan/204.html

「デジタル社会の形成を図るための関連法律の整備に関する法律案」では、デジタル社会形成基本法に基づき、デジタル社会の形成に関する施策を実施するため、関係法律について所要の整備を行う。個人情報保護制度の見直し（個人情報保護法の改正等）、マイナンバーカードの利便性の抜本的向上、発行・運営体制の抜本的強化（郵便局事務取扱法、公的個人認証法、住民基本台帳法、マイナンバー法、J-LIS 法等の改正）、押印・書面の交付等を求める手続の見直し（48 法律の改正）など合計 59 本の法案が含まれている。

「デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律案」は、2021 年２月９日に第 204 回通常国会に提出され、５月 12 日の国会において可決、成立、５月 19 日に公布された。

---

形成を図るための関連法律の整備に関する法律案、④公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律案、⑤預貯金者の意思に基づく個人番号の利用による預貯金口座の管理等に関する法律案、⑥地方公共団体情報システムの標準化に関する法律案

**図表 14 デジタル社会の形成を図るための関連法律の整備に関する法律案**

デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律案の概要 <予算関連法案>

趣旨

デジタル社会形成基本法に基づき**デジタル社会の形成に関する施策を実施するため**、個人情報の保護に関する法律、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等の**関係法律について所要の整備を行う。**

概要

**個人情報保護制度の見直し（個人情報保護法の改正等）**

① 個人情報保護法、行政機関個人情報保護法、独立行政法人等個人情報保護法の3本の法律を1本の法律に統合するとともに、地方公共団体の個人情報保護制度についても統合後の法律において全国的な共通ルールを規定し、全体の所管を個人情報保護委員会に一元化。
② 医療分野・学術分野の規制を統一するため、国公立の病院、大学等には原則として民間の病院、大学等と同等の規律を適用。
③ 学術研究分野を含めたGDPR（EU一般データ保護規則）の十分性認定への対応を目指し、学術研究に係る適用除外規定について、一律の適用除外ではなく、義務ごとの例外規定として精緻化。
④ 個人情報の定義等を国・民間・地方で統一するとともに、行政機関等での匿名加工情報の取扱いに関する規律を明確化。
施行日：公布から１年以内（地方公共団体関係は公布から２年以内）

**マイナンバーを活用した情報連携の拡大等による行政手続の効率化（マイナンバー法等の改正）**

① 国家資格に関する事務等におけるマイナンバーの利用及び情報連携を可能とする。
② 従業員本人の同意があった場合における転職時等の使用者間での特定個人情報の提供を可能とする。
施行日：公布日（①のうち国家資格関係事務以外(健康増進事業、高等学校等就学支援金、知的障害者など)）、公布から４年以内（①のうち国家資格関係事務関連）、令和３年９月１日（②）

**マイナンバーカードの利便性の抜本的向上、発行・運営体制の抜本的強化**（郵便局事務取扱法、公的個人認証法、住民基本台帳法、マイナンバー法、J-LIS法等の改正）

**<マイナンバーカードの利便性の抜本的向上>**
① 住所地市区町村が指定した郵便局において、公的個人認証サービスの電子証明書の発行・更新等を可能とする。
② 公的個人認証サービスにおいて、本人同意に基づき、基本４情報（氏名、生年月日、性別及び住所）の提供を可能とする。
③ マイナンバーカード所持者について、電子証明書のスマートフォン（移動端末設備）への搭載を可能とする。
④ マイナンバーカード所持者の転出届に関する情報を、転入地に事前通知する制度を設ける。 等
施行日：公布日（①）、公布から２年以内（①以外）

**<マイナンバーカードの発行・運営体制の抜本的強化>**
① 地方公共団体情報システム機構（J-LIS）による個人番号カード関係事務について、国による目標設定、計画認可、財源措置等の規定を整備。
② J-LISの代表者会議の委員に国の選定した者を追加するとともに、理事長及び監事の任免に国の認可を必要とする等、国によるガバナンスを強化。
③ 電子証明書の発行に係る市町村の事務を法定受託事務化。 等
施行日：令和３年９月１日

**押印・書面の交付等を求める手続の見直し（48法律の改正）**

○ 押印を求める各種手続についてその押印を不要とするとともに、書面の交付等を求める手続について電磁的方法により行うことを可能とする。
施行日：令和３年９月１日（施行までに一定の準備期間が必要なものを除く。）

資料出所：内閣官房 国会提出法案（第 204 回 通常国会）
https://www.cas.go.jp/jp/houan/204.html

デジタル庁の初代大臣には、デジタル改革相であった平井卓也氏が就任し、デジタル監には、民間から一橋大名誉教授の石倉洋子氏を起用された。徹底的な国民目線でのサービス創出やデータ資源の利活用、社会全体の DX の推進を通じ、全ての国民にデジタル化の恩恵が行き渡る社会を実現すべく、「誰一人取り残さないデジタル社会の実現」を掲げて、取組を進めていくことになっている。デジタル庁で実施される主な政策は、下記のようになっている。

**図表 15 デジタル庁で実施される政策**

1．デジタル社会に必要な共通機能の整備・普及
ID・認証（マイナンバー制度、Gビズ ID、電子署名制度、電子委任状制度など）
ガバメントクラウド・ガバメントソリューションサービス
地方公共団体の基幹業務等システムの統一・標準化
サイバーセキュリティ
データ戦略
2．国民目線の UI・UX の改善と国民向けサービスの実現
UI・UX／アクセシビリティ
マイナポータル
公共フロントサービス（ワンストップサービス等）
政府ウェブサイトの標準化・統一化
準公共分野のデジタル化
相互連携分野等のデジタル化（電子インボイス、契約・決済分野等）
その他国や地方公共団体の手続等のデジタル化（裁判関連手続、警察業務、港湾等）
3．国等の情報システムの統括・監理
4．その他
デジタル人材の育成・確保
調達における公平性・透明性の確保/新技術を活用するための調達改革

資料出所：デジタル庁サイトから筆者作成 https://www.digital.go.jp/policies

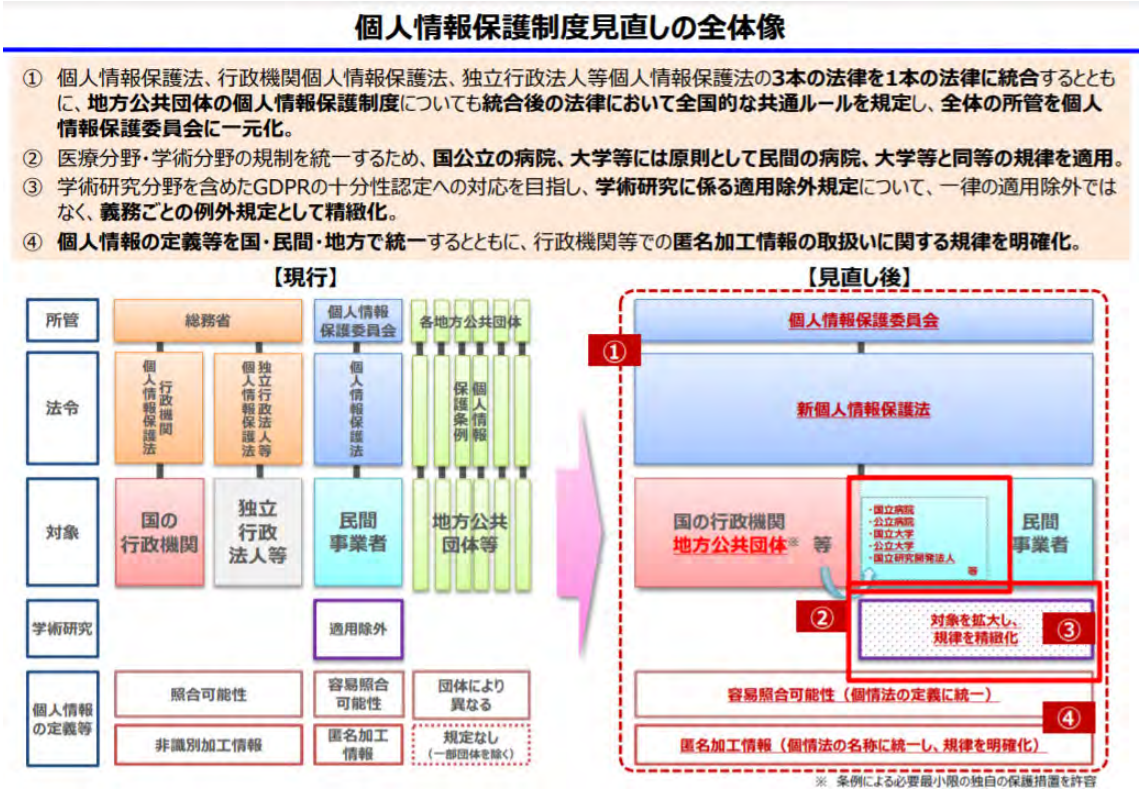
行政をはじめとした社会全体 DX の推進が、デジタル庁によって大きく後押しされることが期待されている。

## (4)令和 3 年改正個人情報保護法

デジタル庁の発足の項にて記載した「デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律」には、関係する 59 本の法律が含まれており、その中には、個人情報保護制度の見直しに関するものも含まれた。個人情報の保護に関する法律では、個人情報保護法、行政機関個人情報保護法、独立行政法人等個人情報保護法の 3 本の法律を 1 本の法律に統合し、地方公共団体の個人情報保護制度についても統合後の法律において全国的な共通ルールを規定し、全体の所管を個人情報保護委員会に一元化する等の措置を講ずるという内容のものである。

これにより、国、自治体、民間企業など組織形態によって異なる個人情報保護のルールが課される、いわゆる「2000 個問題」が解消され、よりシンプルな形でデータ活用と保護の両立を進めることが可能になった。

**図表 16 個人情報保護制度見直しの全体像**

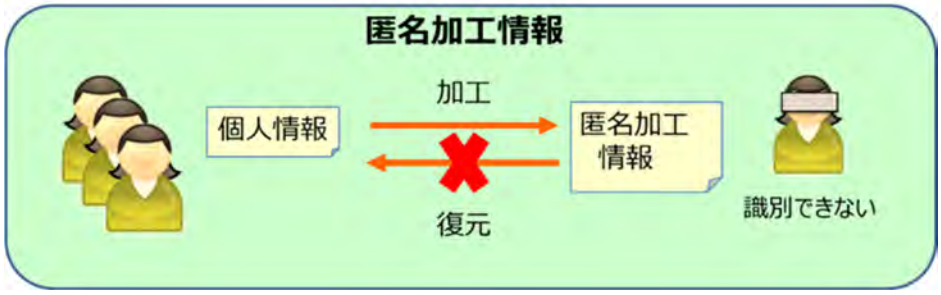



資料出所：個人情報保護委員会サイト
https://www.ppc.go.jp/files/pdf/seibihou_gaiyou.pdf

また、個人情報の定義等を国・民間・地方で統一するとともに、行政機関等での匿名加工情報[9]の取扱いに関する規律を明確化することも含まれている。匿名加工情報は、特定の個人を識別することができないような形に個人情報を加工し、当該個人情報を復元できないようにした情報のことを指す。匿名加工情報は、一定のルールの下で、本人同意を得ることなく、データを活用することはできることから、事業者間におけるデータ取引やデータ連携を含むパーソナルデータの利活用を促進につなげるため導入されたものであったが、民間部門が対象であった。国の機関や独立行政法人といった公的部門においては、「非識別加工情報」が導入されているが、地方自治体では規定がなく（一部団体を除く）、現実的な取り扱いはハードルが高い状況であった。今回の改正により、自治体ごとに制定されていた個人情報に関わる条例が廃止され、新個人情報保護法に統一され、匿名加工情報として規律が明確化されることで、官民を連携によるデータ活用も進んでいくことになる。

[9] 匿名加工情報の詳細は、以下を参照のこと。https://www.ppc.go.jp/personalinfo/tokumeikako

**図表 17 匿名加工情報とは**




資料出所：個人情報保護委員会サイト
https://www.ppc.go.jp/personalinfo/tokumeikakouInfo/

## (5)厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」

厚生労働省では、2016 年 10 月に保健医療分野における ICT 活用推進懇談会の提言として、「ICT を活用した『次世代型保健医療システム』の構築に向けて －データを『つくる』・『つなげる』・『ひらく』－[10]」を公表し、保健医療分野で ICT をどのように活用していくのかに関して、明確なビジョンと取り組み内容は示されたものとなった。この中では、「保健医療は、人々の様々な生き方に対応し、国民が豊かに暮らし、病気やケガの際には最適な治療を受けられ、いきいきと活躍し続けることができること」を「Wellbeing」と表現し、このような社会をつくることと、そのためにICT を活用することが基本理念となった。この理念を実現するために、「データヘルス改革推進本部」が新設され、2020 年度の本格稼働に向けてデータヘルス改革推進計画・工程表が示された。

しかしながら、この計画・工程表で示された 2020 年度の本格稼働は、予定通りには進むことはなく、新型コロナウイルス感染拡大への対応において、患者の基礎疾患や既往歴等を把握することに非常に多くの手間と時間がかかっており、全国レベルで関連する情報を迅速に収集し共有する仕組みの必要性が顕在化した。データヘルスの推進を加速するために、昨年 2020 年 7 月に公表された「骨太の方針 2020」と「成長戦略フォローアップ 2020」に合わせて、厚生労働省では、データヘルス改革推進本部を 2020 年 7 月 30 日に開催し、「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン（以下、データヘルス集中改革プラン）」[11]を公表し、これを推進していくことを確認している。

データヘルス集中改革プランは、全国で医療情報を確認できる仕組み、電子処方箋の仕組み自身の保健医療情報を活用できる仕組みの 3 つの仕組みについて、オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等の既存インフラを最大限活用しつつ、2021 年に必要な法制上の対応等を行っ

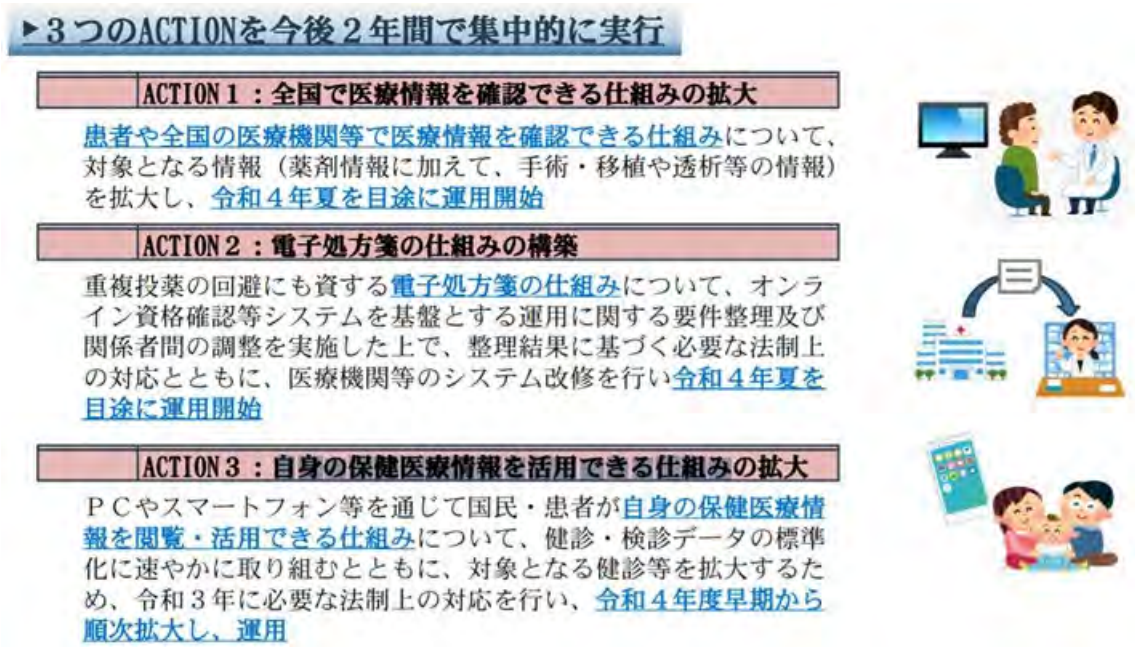
---

[10] 保健医療分野における ICT 活用推進懇談会提言「ICT を活用した『次世代型保健医療システム』の構築に向けて」の詳細は、以下を参照のこと。https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000140306.pdf

[11] 厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」の詳細は以下を参照のこと。https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

た上で、2022 年度中に運用開始を目指し、効率的かつ迅速にデータヘルス改革を進め、新たな日常にも対応するデジタル化を通じた強靭な社会保障を構築することを目的としている。

**図表 18 データヘルス集中改革プラン**




資料出所：厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

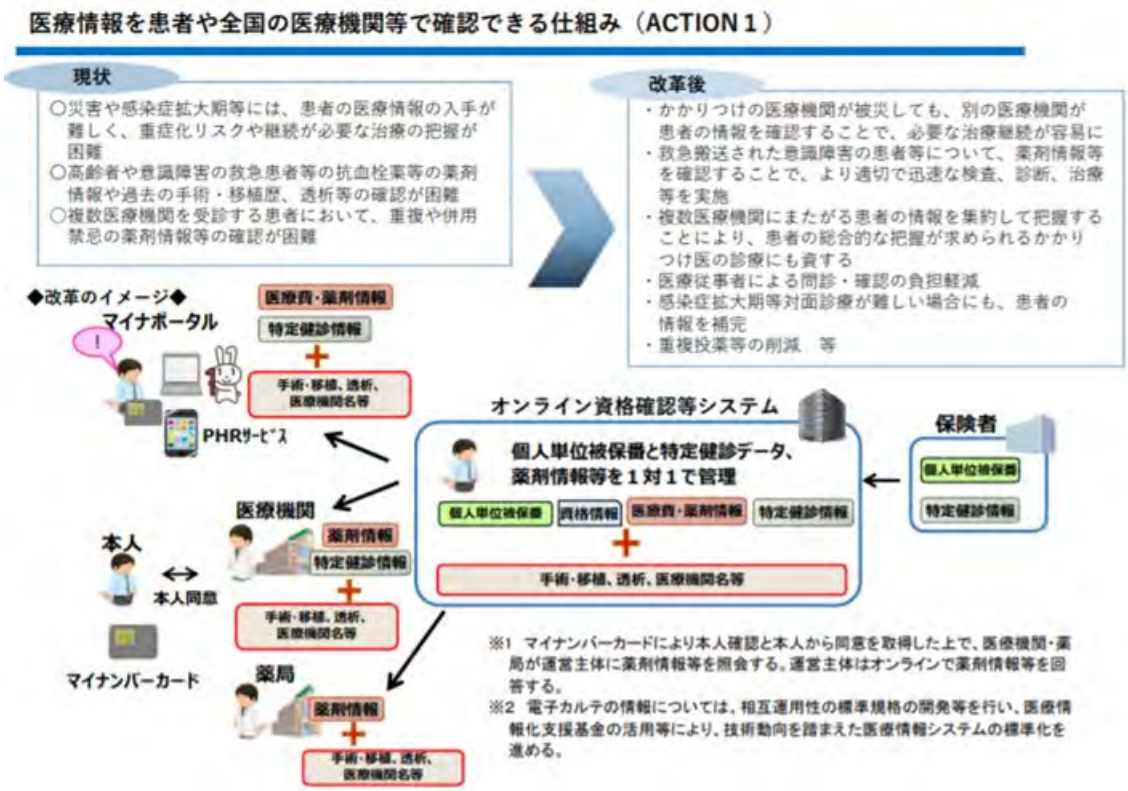
### ① 医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組み（ACTION１）

現状、患者や医療機関等が全国レベルで医療情報を確認できる仕組みはなく、高齢者や意識障害の救急患者等の抗血栓薬等の薬剤情報や過去の手術・移植歴、透析等の確認が困難であったり、複数医療機関を受診する患者において、重複や併用禁忌の薬剤情報等の確認も難しくしている。

2021 年 3 月から稼働するオンライン資格確認等システムをベースに、マイナポータルや PHR サービスを活用して患者を介してデータを確認できたり、マイナンバーカードを利用して、本人同意のもとに医療機関や薬局の医療従事者が他の医療機関等の情報を共有することができれば、適切で迅速な検査、診断、治療等の実施につながる。また、医療従事者の負担軽減や今回の新型コロナウイルス感染拡大のような事態が発生した場合も、オンライン診療における情報補完にも有効であると考えられる。

2021 年 3 月から特定健診情報、10 月から薬剤情報の運用を開始し、2022 年夏を目途に手術・移植や透析等の情報まで対象を拡大し、患者・医療機関等が医療情報を確認できる仕組みを構築することを計画している。

**図表 19 データヘルス集中改革プラン：ACTION1**

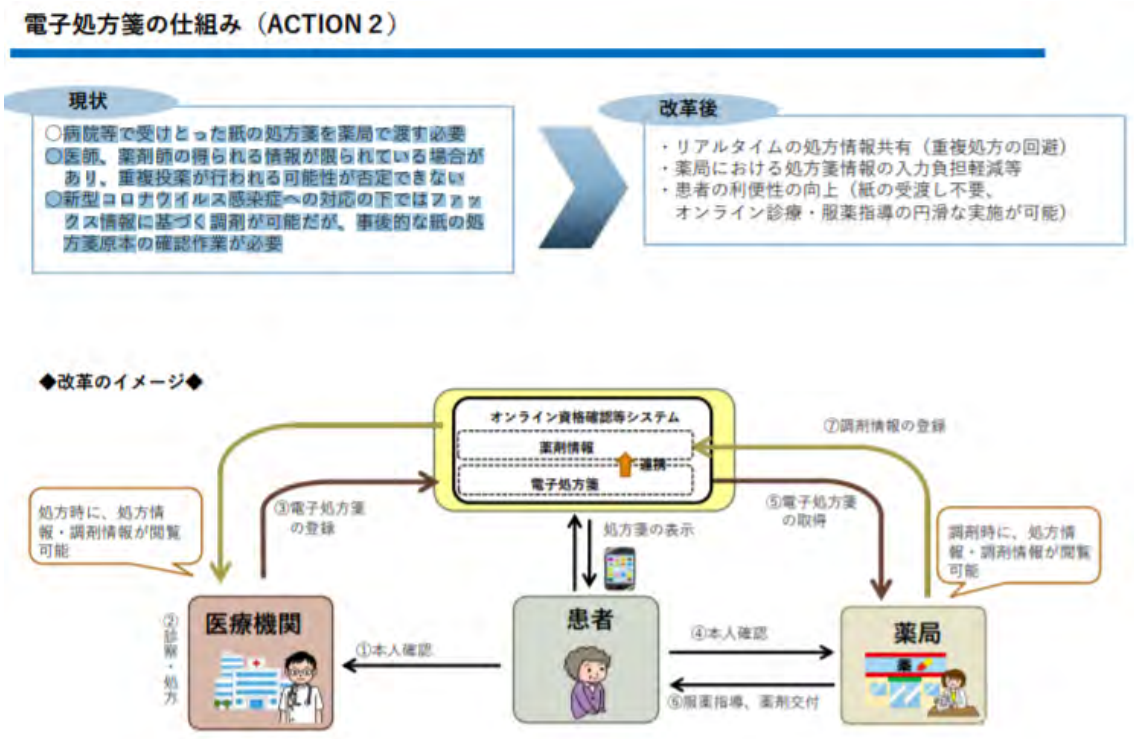



資料出所：厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

② 電子処方箋の仕組み（ACTION２）

現状では、病院等で受けとった紙の処方箋を薬局で渡す必要があるが、お薬手帳を持参していなかったり、複数冊を所有している場合などでは、重複投薬が行われる可能性が否定できない。また、新型コロナウイルス感染症への対応の下ではファックス情報に基づく調剤が可能だが、事後的な紙の処方箋原本の確認作業が必要となっているといった不便があることから、オンライン資格確認等システムの稼働に合わせて、2021 年に必要な法制上の対応と医療機関等のシステム改修を行い、電子処方箋の仕組みを 2022 年夏を目途に開始することを計画している。

**図表 20 データヘルス集中改革プラン：ACTION1**



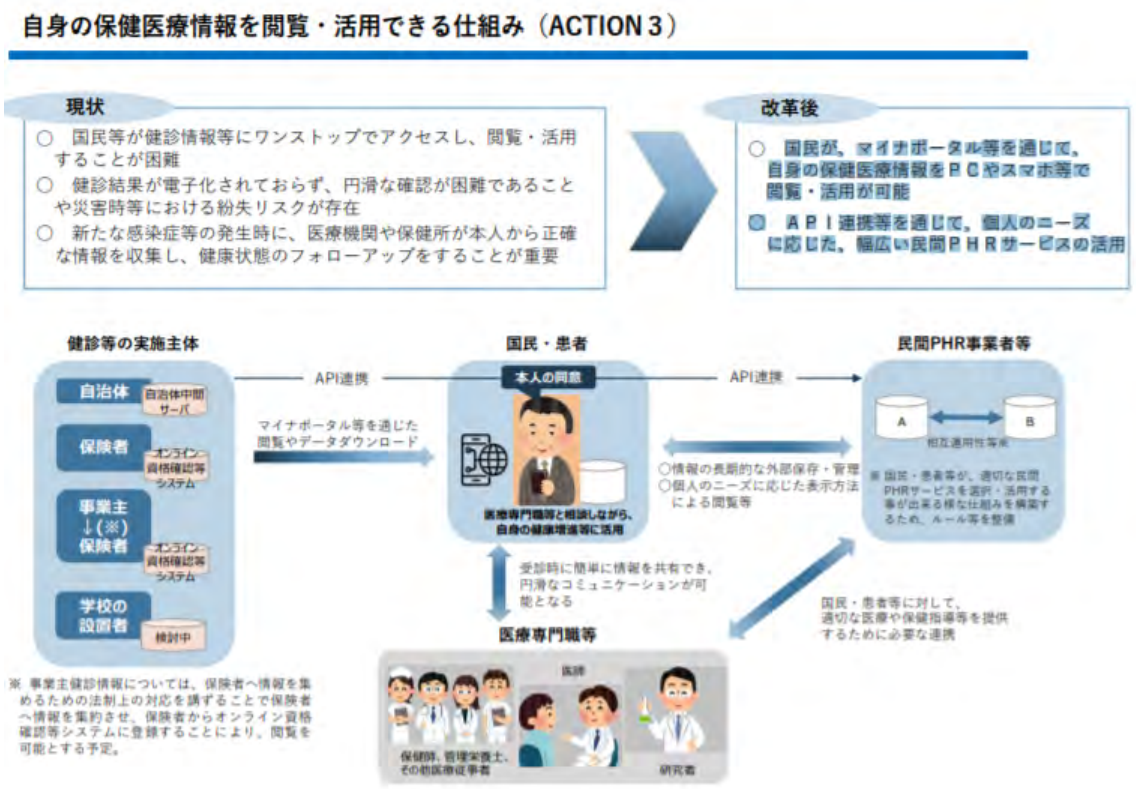

資料出所：厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

### ③ 自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組み（ACTION３）

現状では、健診結果が電子化されておらず、国民等が健診情報等にワンストップでアクセスし、閲覧・活用する仕組みがない。紙ベースでは、災害時等における紛失リスクも存在した。また、新たな感染症等の発生時に、医療機関や保健所が本人から正確な情報を収集し、健康状態のフォローアップをすることが重要であることから、自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組みを目指す。

国民が、マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報を PC やスマホ等で閲覧・活用が可能にし、API 連携等を通じて、個人のニーズに応じた幅広い民間 PHR サービスの活用ができることで、国民の健康状態の改善につなげることもできる。まずは、2021 年に健診・検診データの標準化に向けた必要な法制上の対応を行い、2022 年度早期から順次拡大して運用する計画となっている。

**図表 21 データヘルス集中改革プラン：ACTION3**

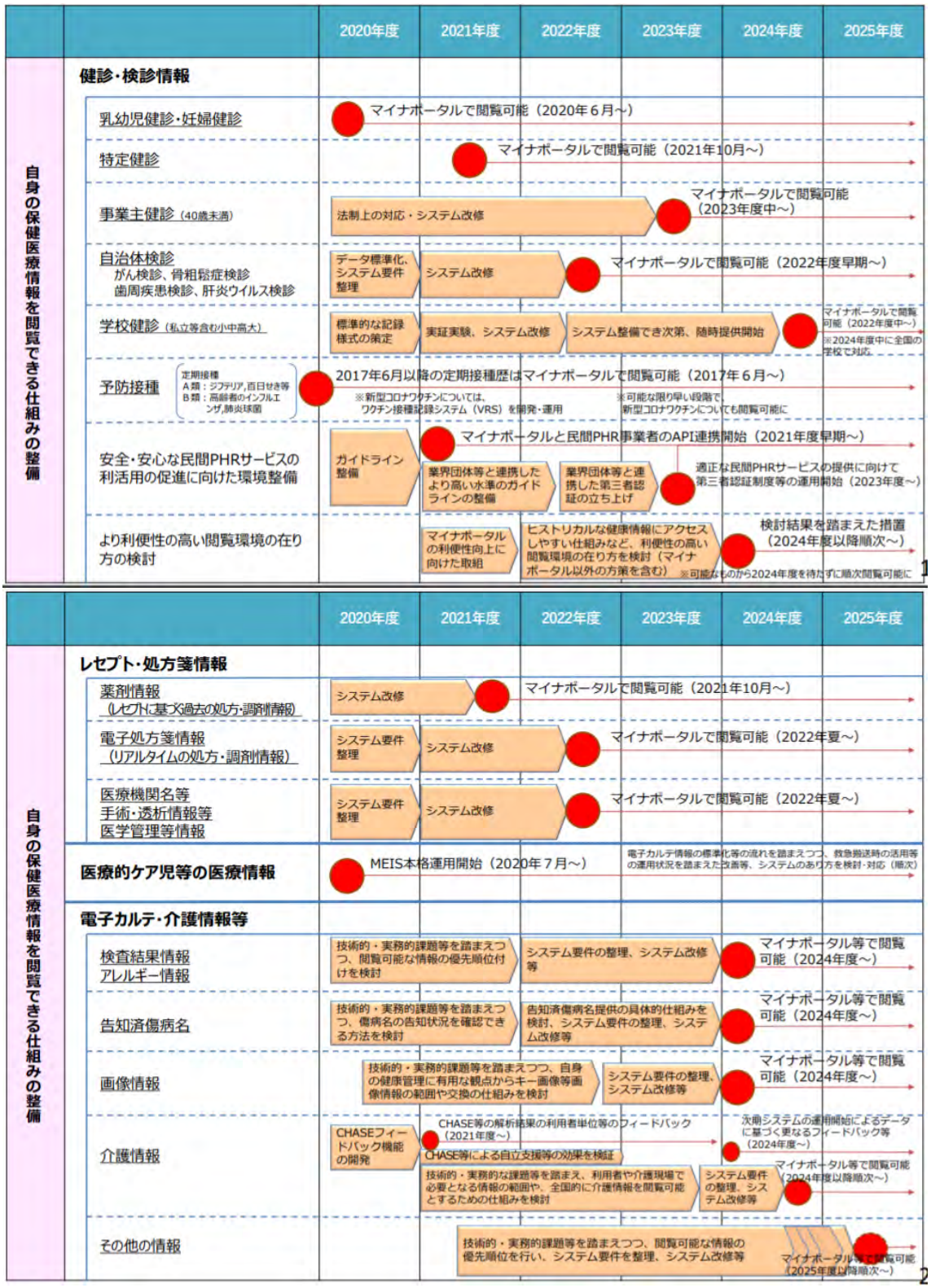


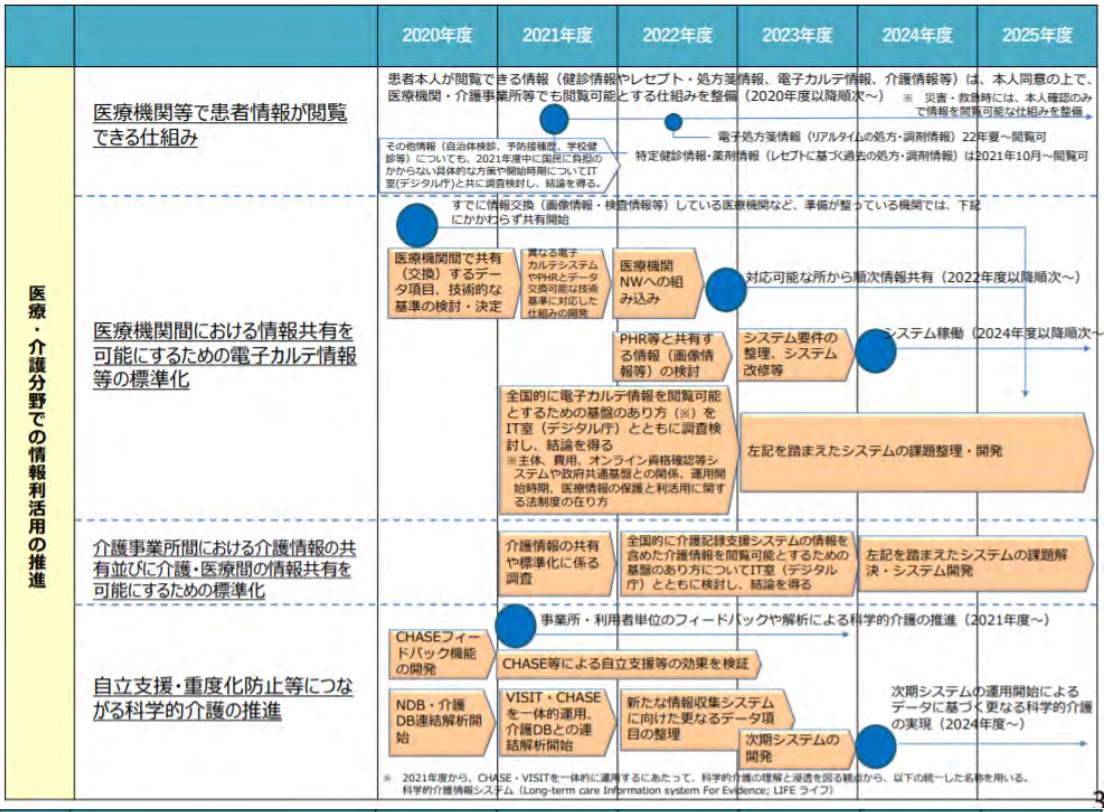

資料出所：厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

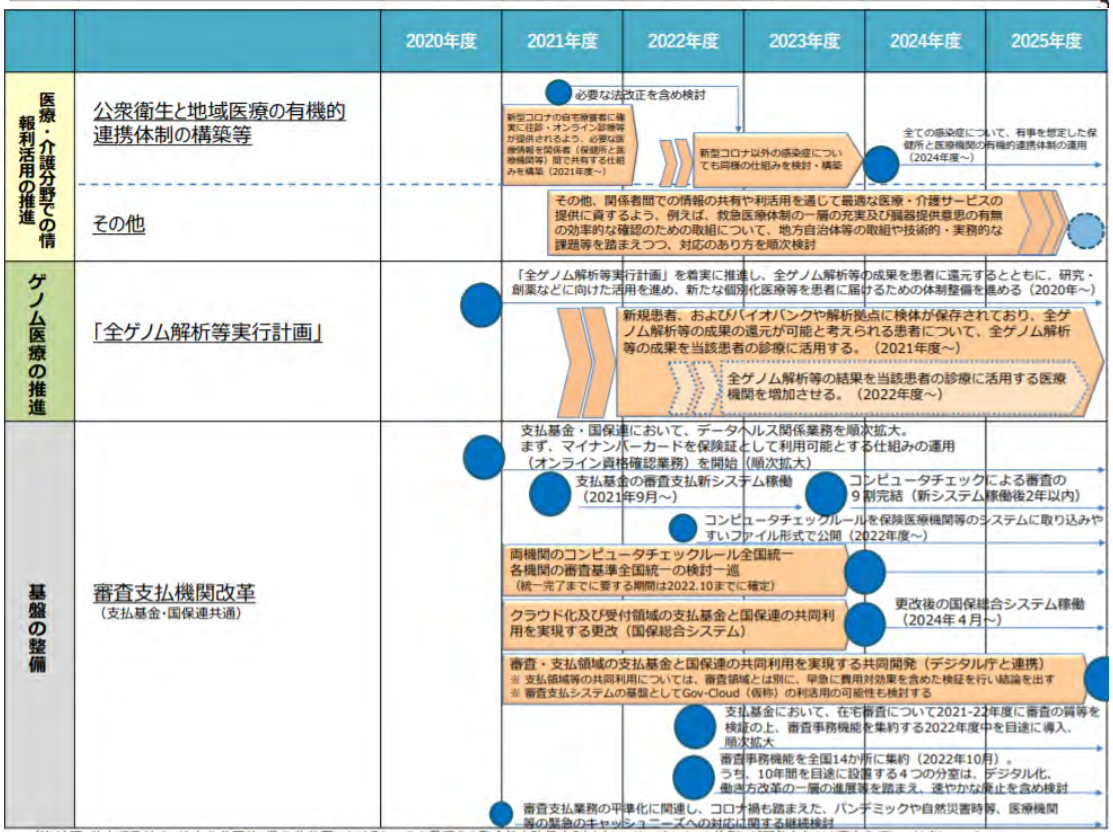
データヘルス集中改革プランの具体化については、厚生労働省の「健康・医療・介護情報利活用検討会」にて議論が進められ、2021 年 6 月にデータヘルス改革推進本部より「データヘルス改革に関する工程表」が公表され、2025 年度までの道筋が示された。マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに、UI（ユーザインタフェース）にも優れた仕組みを構築するとともに、患者本人が閲覧できる情報（健診情報やレセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）は、医療機関や介護事業所でも閲覧可能とする仕組みを整備する。 これにより、国民が生涯にわたり自身の保健医療情報を把握できるようになるとともに、医療機関や介護事業所においても、患者・利用者ニーズを踏まえた最適な医療・介護サービスを提供することが可能になるとしている。

マイナポータルにおける健診情報等の閲覧は、一番早いものでは乳幼児健診・妊婦健診が 2020 年 6 月から可能となり、順次閲覧できる情報が増えることになっている。PHR サービスについては、2021 年度の早い時期にマイナポータルと民間 PHR 事業者の API 連携が可能となる。電子カルテや介護関連情報も 2024 年度からマイナポータルで閲覧が可能になる予定となっている。

## 図表 22 データヘルス改革に関する工程表






資料出所：厚生労働省「データヘルス改革に関する工程表について（令和３年６月４日）」

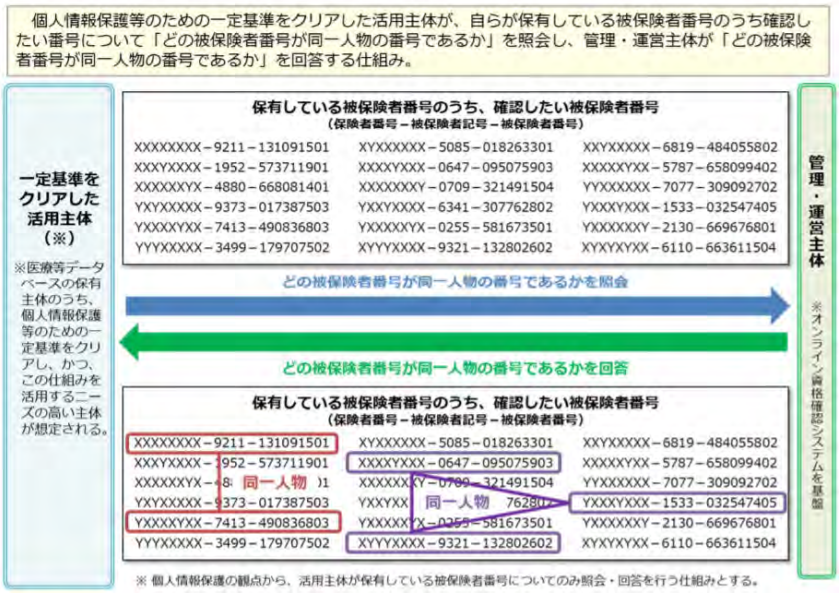
## (6)「被保険者番号履歴」を活用した医療等情報の連結

データヘルス改革の要となるのが、医療や介護分野の様々な情報に関して個人識別し、連結していくための ID となる。マイナンバー制度では、マイナンバーの利用は税と社会保障の限定された用途に限られており、医療等 ID として別の ID を利用する法律の立て付けとなっている。この分野でどのような ID を利用するかについては、長らく議論されていたが、2018 年８月に厚生労働省「医療等分野情報連携基盤検討会[12]」において医療等分野における識別子の仕組みについてのとりまとめが公表され、「被保険者番号履歴」を医療等分野の識別子として活用することが決定された。

オンライン資格確認システムを基盤として、個人単位化される被保険者番号を活用して医療等情報を連結するため、2019 年通常国会で成立した「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」に基づき、被保険者番号の個人単位化・告知要求制限やオンライン資格確認の導入が実現されている。

2019 年 7 月からは、厚労省に「医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会[13]」が立ち上げられた。そこでの検討により、具体的な仕組みが明確になってきている。

**図表 23 被保険者番号活用の仕組みの基本スキーム（イメージ図案）**




資料出所：厚生労働省「医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05744.html

---

[12] 厚生労働省「医療等分野情報連携基盤検討会」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-jyouhouseisaku_534833.html

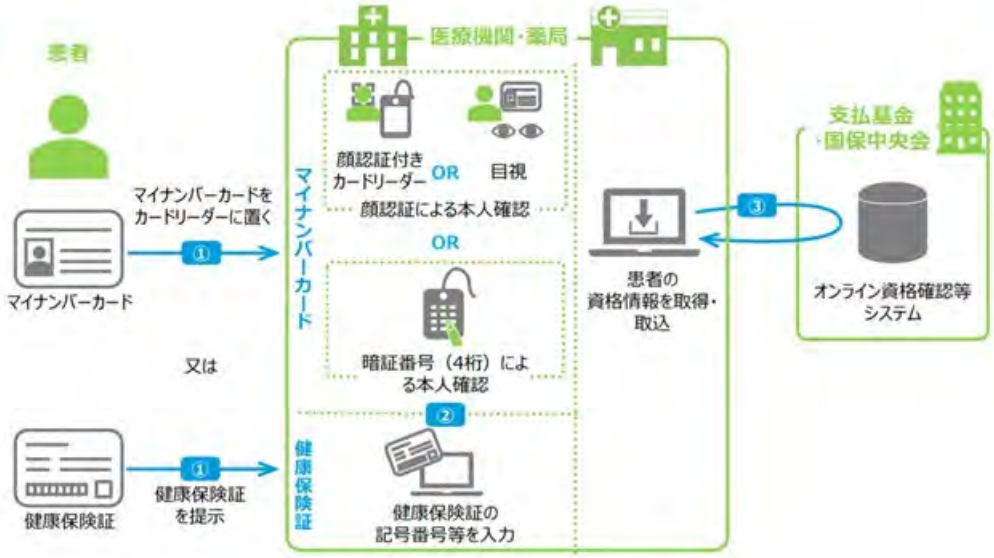
[13] 厚生労働省「医療等情報の連結推進に向けた被保険者番号活用の仕組みに関する検討会」の詳細は、以下を参照のこと。https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05744.html

(7)マイナンバーカードによるオンライン資格確認等システム

オンライン資格確認等システムは、マイナンバーカードの IC チップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認ができる仕組みであり、当初は、2021 年 3 月に導入が予定されていたが、準備状況の遅れから 10 月までの延期が行われ、10 月 20 日本格稼働が開始された。

オンライン資格確認等システムは、医療機関・薬局の窓口で、オンラインのより資格を確認することで、保険診療を受けることが出来る患者かどうかを即時に確認することが可能となる。そのため、レセプトの返戻も減らすことができ、窓口の入力の手間を減少させることも期待されている。また、常時、支払基金・国保中央会とオンラインで接続されるため、支払基金・国保中央会の情報を医療機関・薬局に提供することが出来るようになり、被保険者番号履歴を活用した医療等情報の連結の項でも記載したように、国の進める全国的な医療情報交換プラットフォームや PHR の基盤となるシステムでもある。

**図表 24 オンライン資格確認等システムの概要**




資料出所：厚生労働省「健康保険証の資格確認がオンラインで可能となります～オンライン資格確認導入の手引き～」
https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000663427.pdf

オンライン資格確認等システムの導入には多くのメリットが想定されており、窓口における保険証の入力の手間削減や資格過誤によるレセプト返戻の作業削減など医療機関・薬局側のメリットだけでなく、薬剤情報・特定健診情報の閲覧や災害時における薬剤情報・特定健診情報の閲覧など患者側にもメリットがある仕組みとなっている。

**図表 25 オンライン資格確認等システムの導入のメリット**

| | |
|---|---|
| 保険証の入力の手間削減 | 従来、受付で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関システムに入力する必要があったが、マイナンバーカードにより最新の保険資格を自動的に医療機関システムで取り込むことが可能 |
| 資格過誤によるレセプト返戻の作業削減 | 患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が削減 |
| 来院・来局前に事前確認できる一括照会 | 一括照会では、事前予約の患者等の保険資格が有効か、保険情報が変わっていないかを一度に把握することが可能 |
| 限度額適用認定証等の連携 | 従来、限度額適用認定証等は加入者（患者）が保険者へ必要となった際に申請し発行されていたが、オンライン資格確認を導入すれば、加入者（患者）から保険者への申請がなくても、限度額情報を取得でき、加入者(患者）は限度額以上の医療費を窓口で支払う必要がなくなる |
| 薬剤情報・特定健診情報の閲覧 | 患者の薬剤情報・特定健診情報を閲覧することができ、患者の意思を顔認証付きカードリーダーを用いてマイナンバーカードで確認した上で、有資格者等（薬剤情報は医師、歯科医師、薬剤師等。特定健診情報は医師、歯科医師等）が閲覧可能 |
| 災害時における薬剤情報・特定健診情報の閲覧 | 通常時は、薬剤情報・特定健診情報を閲覧するには、本人がマイナンバーカードによる本人同意が必要だが、災害時は、特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認ができなくても、薬剤情報・特定健診情報の閲覧可能 |

資料出所：厚生労働省「健康保険証の資格確認がオンラインで可能となります～オンライン資格確認導入の手引き～」から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000663427.pdf

オンライン資格確認等システムの導入にあたり、顔認証付きカードリーダーは、医療機関及び薬局に無償提供（病院は 3 台、診療所は 1 台まで）される。それ以外の費用（マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、ネットワーク環境の整備、レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等）については、一定の条件（病院は一定の補助上限の 2 分の 1、診療所は同 4 分の 3 まで）はあるが補助されることになっている。

本格稼働が遅れた理由には、医療機関・薬局側の準備だけでなく、システム側の準備にも不具合が生じたことがある。保険者が持つ被保険者の情報をオンライン資格確認等システム上で紐づける作業にて「保険者が登録した個人番号の誤り」「被保険者証の情報が未登録」「被保険者番号が不正確」といった加入者データの正確性に関する課題が生じたことが報告されている[14]。

[14] 日医ニュース「オンライン資格確認等システムの本格稼働は 10 月まで延期（2021 年 4 月 20 日）」
https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009990.html

## (8)民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針

新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プランでは、ACTION 3 として、「自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組み」の構築を進めることになっており、国民が、マイナポータル等を通じて、自身の保健医療情報を PC やスマホ等で閲覧・活用が可能にし、API 連携等を通じて、個人のニーズに応じた幅広い民間 PHR サービスの活用ができることで、国民の健康状態の改善につなげていくこととなっている。

適切に民間 PHR サービスが利活用されるために、経済産業省、厚生労働省及び総務省では、「健康・医療・介護情報利活用検討会　健診等情報利活用ワーキンググループ　民間利活用作業班」にて、民間 PHR 事業者におけるルールを検討してきたが、2021 年 4 月に「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針[15]」及び「民間利活用作業班報告書[16]」を取りまとめ、公表した。

「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」は、安全、安心な民間 PHR サービスの利活用の促進に向けて、健診等情報を取り扱う事業者による PHR の適正な利活用が効率的かつ効果的に実施されることを目的として、PHR サービスを提供する事業者が遵守すべき事項を示すものとなっている。要配慮個人情報である健診等情報を取り扱うこととなるサービスを提供する民間事業者が法規制により遵守を求められている事項に加えて、適正な PHR の利活用を促進するために遵守することが必要と考えられる事項を含めて提示されている。

**図表 26 基本的指針に記載の順守事項**

- 情報セキュリティ対策（安全措置、第三者認証の取得）
- 個人情報の適切な取扱い（情報の公表、同意取得、消去及び撤回、その他）
- 健診等情報の保存及び管理並びに相互運用性の確保（健診等情報の保存及び管理、相互運用性の確保）
- 要件順守の担保

資料出所：「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」より筆者抜粋
https://www.meti.go.jp/press/2021/04/20210423003/20210423003-1.pdf

重要となる相互運用性の確保では、「① 利用者を介した相互運用性の確保」と②サービス終了時の措置」が明示されている。

利用者を介した相互運用性の確保では、健診等情報を取り扱う PHR 事業者は、少なくともマイナポータル API 等を活用して入手可能な自身の健康診断等の情報について、利用者へのエクスポ

[15] 「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」の詳細は以下を参照のこと。
https://www.meti.go.jp/press/2021/04/20210423003/20210423003-1.pdf

[16] 「民間利活用作業班報告書」の詳細は以下を参照のこと。
https://www.meti.go.jp/press/2021/04/20210423003/20210423003-4.pdf

ート機能及び利用者からのインポート機能を具備しなければならないとしている。また、その際には、健診等情報のフォーマット等に関しては、マイナポータル API から出力される項目及びフォーマットを基本とし、互換性の高い汎用的なデータファイル（HL7CDA 等）とすることで、利用者が取り扱うことができるようにしなければならないとしている。

サービス終了時の措置では、PHR 事業者がサービスを終了する場合、利用者への健診等情報のエクスポート及び他の PHR 事業者への当該健診等情報のエクスポートが実施可能な期間を十分に確保しなければならないとしており、十分な相互運用性が保たれるような内容となっている。

また、基本的指針は、マイナポータル API 連携に際して PHR 事業者に求める基準にもなっている。PHR 事業者は、基本的指針の遵守状況についてチェックシートの確認事項に沿って確認した結果を自らのホームページ等で公表し、基本的指針の遵守を明らかにした上で、「マイナポータル API 利用規約[17]」に従って、マイナポータルとの API 連携の利用手続きを行い、サービスを提供することとなる。また、基本的指針の見直し時には、一定の期間内に基本的指針を満たすような必要な対応を行うとともに、遵守の状況について自らのホームページに公表した上で、内閣府大臣官房番号制度担当室に、見直し後の基本的指針を遵守したことの報告を行うこととなる。

マイナポータルを介した PHR サービスだけでなく、適正な形で民間 PHR 事業者が参入することで、それぞれの事業者が工夫をこらした PHR サービスが展開されることが想定され、これにより新しいイノベーションが起こり、魅力的な PHR サービスが利用者に提供されることにつながることが期待されている。

### (9)科学的介護と科学的介護情報システム「LIFE」

医療分野においては、1990 年代以降「エビデンスに基づく医療」が重視されてきたが、歴史の浅い介護分野においては、その視点が十分とは言えない状況にある。介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であり、科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくことが重要である。そのため、「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会[18]」が 2017 年 10 月に発足し、検討が続けられ、2019 年 7 月にとりまとめが公表されている。

とりまとめでは、介護分野でも、科学的手法に基づく分析を進めてエビデンスを蓄積し活用していくことが必要であり、分析成果のフィードバックによる介護サービスの質の向上も期待できることから、従来からある介護保険総合データベース、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データを収集する VISIT に加えて、新しく「CHASE」を構築することとなった。CHASE は、Care, HeAlth Status & Event の頭文字をとったもので、高齢者の状態・ケアの内容等のデータを収集するものとなり、上記

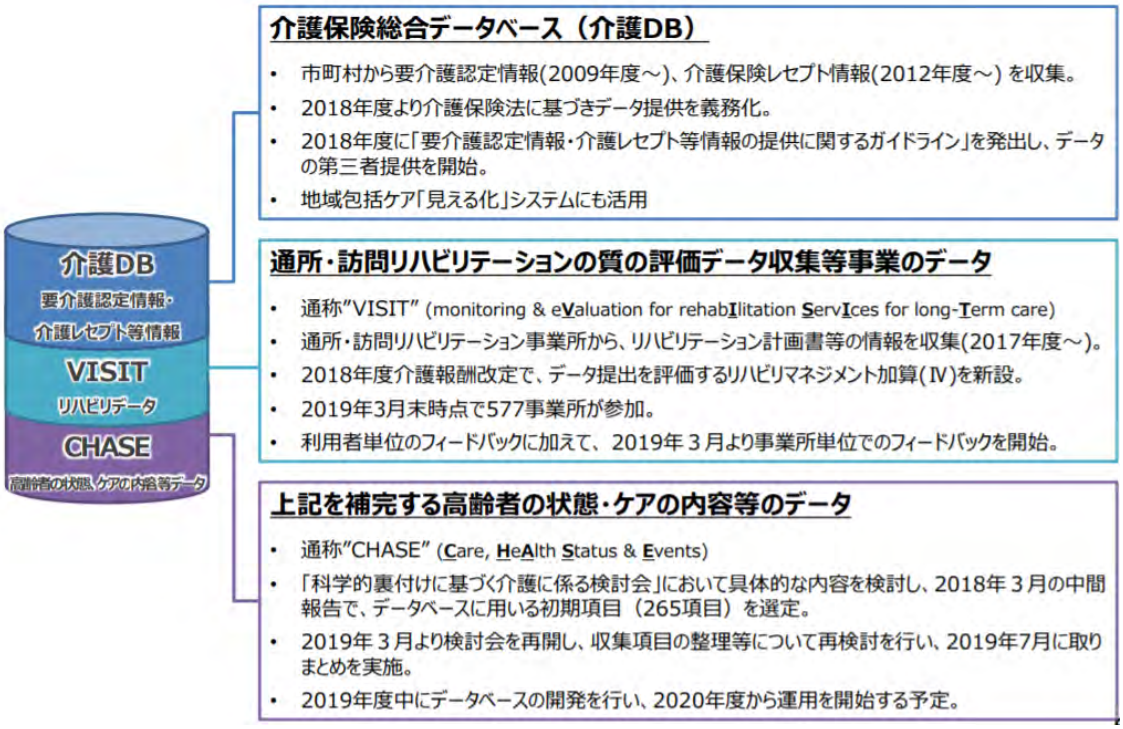
---

[17] 「マイナポータル API 利用規約」の詳細は以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000700464.pdf

[18] 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_485753.html

2 つのデータベースを補完する。

**図表 27 介護関連データベースの構成**



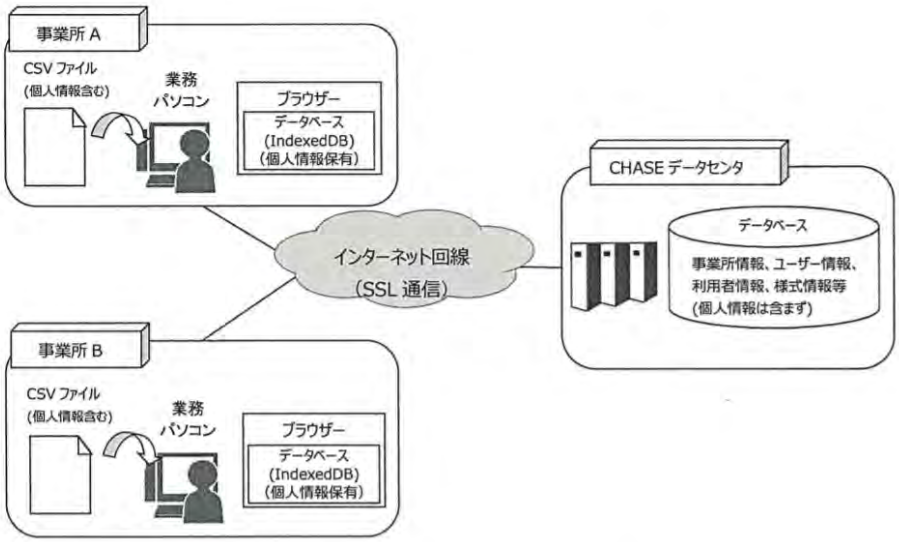

資料出所：厚生労働省「科学的介護の推進、介護関連 DB 等の更なる利活用等　参考資料」
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000560216.pdf

CHASE は、研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討され、家族構成といった利用者の基本情報、疾病、服薬、認知症、口腔、栄養など 265 項目で構成される。2020 年度にモデル事業を実施し、2021 年４月からの本格運用が予定されていた。本格運用にあたっては、通所・訪問リハビリテーションデータ収集システム「VISIT」と一体的な運用とし、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、新名称として、科学的介護情報システム「LIFE」（Long-term care Information system For Evidence）とすることが決定した。

データベースへのデータ入力を促進するため、介護報酬によるインセンティブも行っている。既存の加算への上乗せすることに加えて、「科学的介護推進体制加算」を新設し、データ提供とフィードバックを受けることそのものを要件として加算が行われることになっている。

科学的介護情報システム「LIFE」は、4 月からの本格稼働がスタートするはずであったが、データセンターの回線が混み合い、申請や入力ができない状況が発生した。事業所内で利用している業務システムとは別に、ブラウザーベースでデータベースに入力（CSV ファイルからの取り込みも可能）する必要があり、入力に時間がかかるといったことから、LIFE へのデータ提出に係る猶予期間を 2021 年 8 月 10 日までとすることが事務連絡にて通知されるなど、当初は混乱があった。

**図表 28 CSV ファイルからのデータ取り込みの流れ**




資料出所：厚生労働省「高齢者の状態・ケアの内容等を収集するデータベース CHASE　CSV 連携仕様について」
https://www.fukuoka-kaigo.jp/files/NewsDetail/1/NewsDetail_1993_file_5eba4c24805d8.pdf

## 3-2. ケアプラン作成支援 AI の検討・開発状況

### (1)老健事業におけるケアプラン作成支援 AI に関する調査研究

老健事業においては、2016 年度よりケアプラン作成支援 AI に関する調査研究が開始されており、その後、毎年、ケアプラン作成支援 AI に関連する調査研究テーマが提示されている。

| 年度 | 調査研究名 | 実施機関 |
|---|---|---|
| H28 年度 | 自立支援を促進するケアプラン策定における人工知能導入の可能性と課題に関する調査研究 | セントケア・ホールディング |
| H29 年度 | ホワイトボックス型人工知能 AI を活用した自立支援に資するケアプラン提案の試行的な取組に関する調査研究 | 国際社会経済研究所 |
| H30 年度 | AI を活用したケアプラン作成の基準に関する調査研究 | NTT データ経営研究所／野村総合研究所 |
| H30 年度 | ケアプランの作成支援での AI 学習が難しいテキスト記述データの構造化等に関する調査研究 | 国際社会経済研究所 |
| R1 年度 | ケアプランの作成支援での AI 学習が難しいテキスト記述データの構造化等に関する調査研究 | 国際社会経済研究所 |
| R1 年度 | AI を活用したケアプラン作成支援の実用化に向けた調査研究 | NTT データ経営研究所／野村総合研究所 |
| R2 年度 | ホワイトボックス型 AI を活用したケアプランの社会実装に係る調査研究 | 国際社会経済研究所 |
| R2 年度 | AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する研究 | NTT データ経営研究所 |
| R3 年度 | ホワイトボックス型 AI を活用したケアプランの社会実装に係る調査研究 | 国際社会経済研究所 |
| R3 年度 | AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する調査研究 | NTT データ経営研究所 |

## (2)ケアプラン作成支援 AI の開発企業

ケアプラン作成支援 AI を開発している企業は複数存在するが、下記では、開発が進んでいる企業の動向を紹介する。

### ① 株式会社 CDI

株式会社 CDI[19]は、AI によるケアプランの開発・提供のために、セントケアホールディングスを中心に介護事業者 11 グループ、ヘルスケア関連事業者 2 社、産業革新機構（現 株式会社 INCJ）をはじめとする金融機関 3 社の共同出資により 2017 年 3 月に設立され、ケアプラン作成支援 AI を最初に製品化した企業である

自立支援を目指すケアデザイン人工知能「CDI Platform MAIA」を開発し、2017 年度より豊橋市との共同研究開始している。AI は米シリコンバレーのアクティビティ・レコグニションと共同で開発したものとなる。2018 年 5 月には、全国 15 法人で試験導入を行っており、茨城県ケアマネジャー協会や岡山県岡山市で採用され、2018 年 10 月よりケアマネジャーを対象に商用サービスを開始（価格はケアマネ 1 人あたり月額 1 万円）した。

2020 年 5 月 1 日に、AI を活用したケアマネジメント支援サービス「SOIN(そわん)[20]」としてリニューアルし、提供を開始している。「SOIN(そわん)」は、約 40 万件のデータをもとに、要介護度が改善した人はどのような介護サービスを受けたのかといった情報を分析し、1 年後の状態を予測し、AI 自体が最適なプランを提示するシステムとなっている。

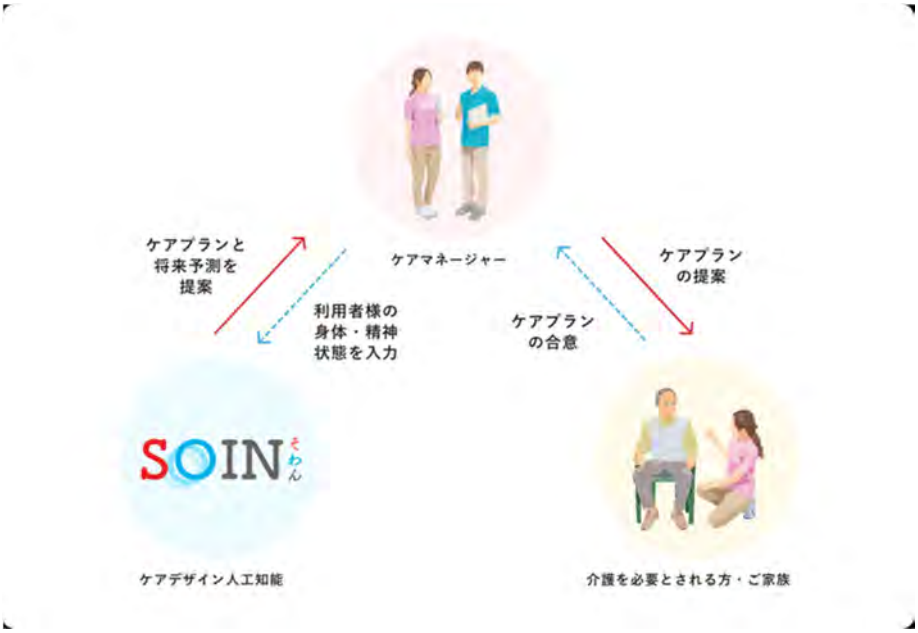
2019 年には、介護ソフト大手の ND ソフトと資本提携し 、2020 年 12 月に、「ほのぼの NEXT」とシステム連携した。「SOIN（ソワン）」を搭載した「在宅ケアマネジメント基本システム」では、入力されたアセスメントデータをもとに、ADL・IADL、認知症などの状態が改善する可能性が高いサービスプランを提案する 。

2021 年 10 月には、株式会社日本ケアコミュニケーションズのケアマネジャー支援ソフト「ケアマネくん」と連携し、ケアマネくん新オプション「AI 予測くん」を提供している 。「ケアマネくん」で作成したケアプランにおいて、約一年後の利用者の状態を予測し、「対比棒グラフ」にしてわかりやすく表示することが可能となっている。

[19] 株式会社 CDI の詳細は以下を参照のこと。https://www.cd-inc.co.jp/

[20] SOIN（ソワン）の詳細は、以下を参照のこと。https://soin.tech/

**図表 29　SOIN(そわん)の利用イメージ**




資料出所：SOIN（ソワン）サイト　https://soin.tech/

② 株式会社ウェルモ

株式会社ウェルモ[21]では、国立情報学研究所との共同研究を行い、幅広い専門職の知識、知見を人工知能化したケアプラン作成支援エンジン「CPA（ケアプランアシスタント）」を開発していたが、2021 年 3 月 17 日から、ケアプラン作成支援 AI を「ケアプランアシスタント」から「ミルモぷらん」に名称変更し、発売を開始している[22]。

ミルモぷらんは、医療やリハビリ等、ケアプランの作成に必要な分野の知識を補完し、利用者の課題に合った介護事業所の推薦までを一気通貫で実現する。ケアマネジャーのアセスメント・ケアプランを学習し、ケアプラン作成業務を支援する AI システムとなっているが、ケアプランを自動作成するものではない。最適なケアプランを作成するまでに必要となる事務作業や情報収集をサポートすることで、ケアマネジャーが相談支援業務に集中する心と時間の余裕を生み出し本当の利用者本位を実現することを目指している。

ミルモぷらんは、ケアプラン 2 表の作成を支援するもので、アセスメントのウェブ上で入力、または介護業務システム経由で入力すると、ケアプランの候補を選択・編集しながらケアプラン 2 表を作成できる。また、長期目標等のキーフレーズ等に基づき、利用者特性にあったサービス提案する。ケアマネジャーが入力した利用者のアセスメント情報に従って、「ニーズ」「長期目標」「短期目標」など項目に記載する文章案を 5 つ示すことができる。ケアマネジャーは、文章案を選択し、編集することも可能となっている。

---

[21] 株式会社ウェルモの詳細は、以下を参照のこと。https://welmo.co.jp/

[22] ミルモぷらんの詳細は、以下を参照のこと。https://milmoplan.welmo.co.jp/

料金体系は、初月は一律無料で、２カ月目以降の利用料は個別契約の内容に応じた料金となる。

また、2021 年４月に福岡市と協定を締結し、AI を活用した要支援者向けケアプラン作成支援システムを共同で開発することが発表されている[23]。市が保有する介護・医療データをウェルモに提供し、要支援者の将来の状態の予測や必要な介護保険サービスの提案等を行う AI を開発し、2023 年度の製品発売を目指している。市が保有するデータについては、約 6000 名から同意を得たうえで、匿名化処理を行って活用し、発売後５年間は市内の介護予防支援事業所（地域包括支援センター）へ無償提供することとなっている。

**図表 30 ミルモぷらんの画面イメージ**

資料出所：ウェルモサイト
https://milmoplan.welmo.co.jp/

③ パナソニック

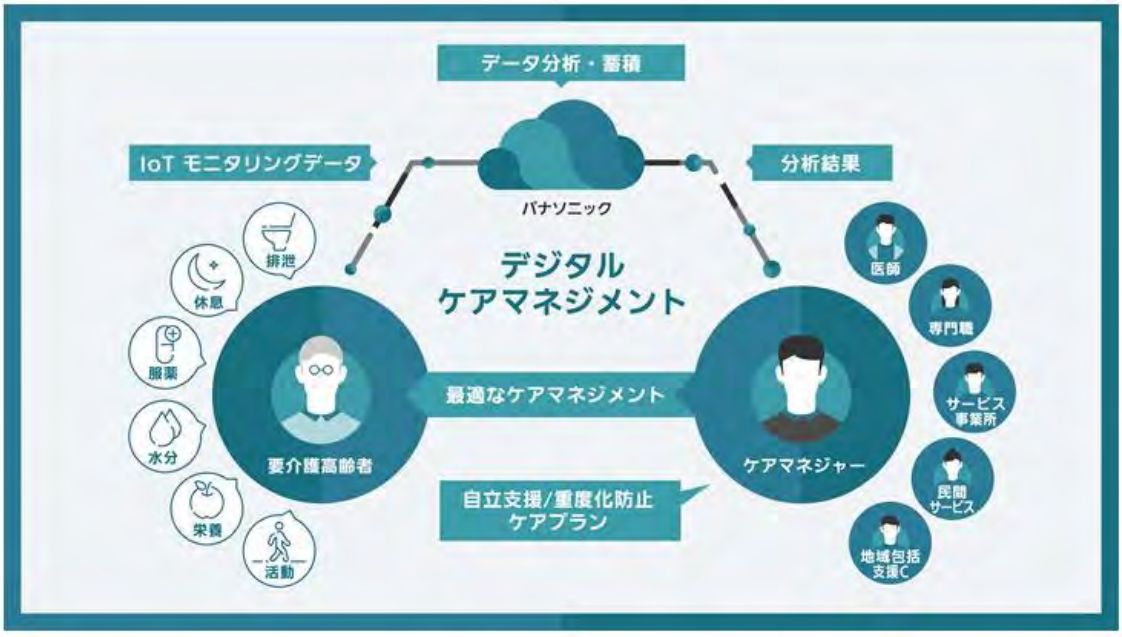
パナソニックは、在宅介護の質向上による在宅生活の継続を目指し、要介護高齢者の生活を支えるケアマネジメントに、ICT・IoT・AI 等のデジタル技術を用いた「デジタル・ケアマネジメント」を構築しており、ケアマネジャー向けの「ケアプラン作成機能」と「IoT モニタリング機能」の機能を搭載している。

[23] 福岡市と協定締結の詳細は、以下を参照のこと。https://welmo.co.jp/news/archives/1365

2018 年秋より HITOWA ケアサービスと提携し、パナソニックのシステムを導入した有料老人ホームにて実証を開始している。各部屋にセンサーを設置し、入居者の心拍や呼吸に伴う細かな体の動きをデータとしてクラウド上に集め、AI で分析する。体の動きから睡眠リズムも把握し、昼夜の生活が逆転した高齢者に対し、昼間に適度な運動プログラムを提供し夜間の熟睡を促すなど、最適なケアプラン（介護計画）作成に役立てるものとなっている。

2019 年度からは、実際のケアマネジメント業務で利用する実証を開始し、2019 年 10 月より宮崎県都城市において IoT 機器等を活用して在宅介護の質を向上し、高齢者の QOL を高める「デジタル・ケアマネジメント」の第 1 期実証に取り組んだ[24]。第 2 期としては、品川区介護支援専門員連絡協議会と協働し、2020 年 10 月より品川区において実証に取り組んでおり、60 代から 90 代の 4 名が対象となっている 。「デジタル・ケアマネジメント」では、IoT モニタリング機能によって、都城市の実証から累計で 12 名分の生活ログが蓄積されており、これにケアマネジャーから収集した介護実践結果を掛け合わせることで、ケアマネジメント AI の構築のための質の高い介護事例を蓄積することができる。

**図表 31 「デジタル・ケアマネジメント」のイメージ**




資料出所：パナソニック サイト
https://news.panasonic.com/jp/press/data/2020/12/jn201207-1/jn201207-1.html

[24] 要介護高齢者 4 名を対象に実施し、4 事例全てにおいて「本人状態が改善傾向」という結果が得られた。

パナソニックでは、学校法人国際医療福祉大学と、IoT データを活用したケアマネジメントの効果検証に関する共同研究を 2021 年 10 月より開始しており、品川区の実証事例を評価対象に、品川区介護支援専門員連絡協議会と連携しながら、ケアマネジメントの質向上への寄与について効果検証も行っている。

**図表 32 推進体制**

資料出所：パナソニック サイト
https://news.panasonic.com/press/jp/data/2021/10/jn211029-3/jn211029-3.html

また、2018 年から「自立支援介護プラットフォームの共創」をおこなってきたポラリスと協働で、IoT・AI を活用した要介護高齢者向け「短期滞在型自立支援サービス 」の提供を行うことも発表され、2021 年 10 月よりリーガロイヤルホテル（大阪）でサービスが開始されている。このサービスでは、リゾート地などに短期滞在しリラックスしながら、一人ひとりに最適な健康管理やケアプランにあわせたリハビリを行う。短期滞在帰宅後のコンシェルジュサービスを充実させ、自宅でも自立状態を維持するためのリハビリができる仕組みを構築することを予定している。

## 4. 本事業で実施した実証研究

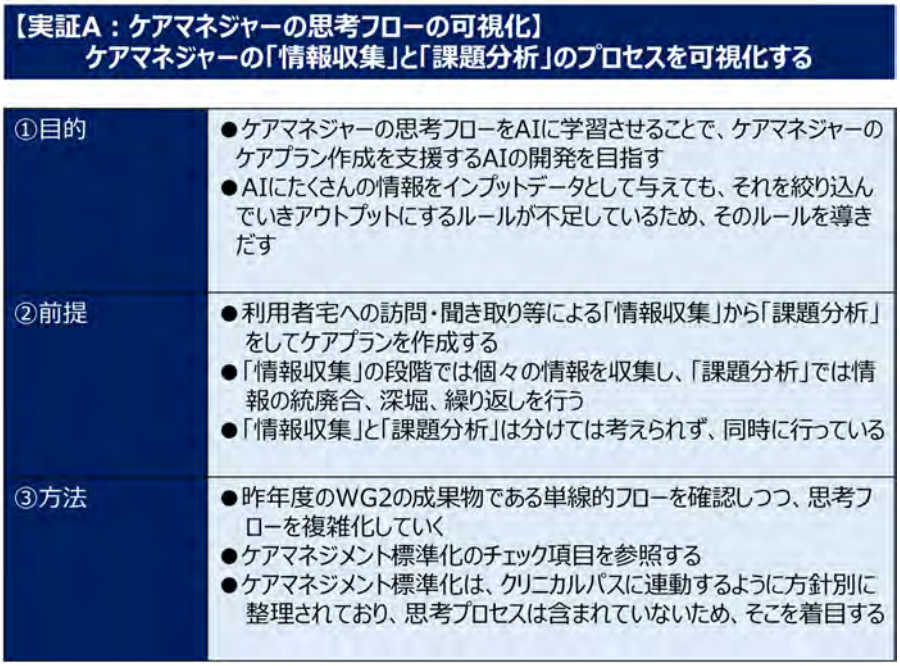
### 4-1. 実証 A ：ケアマネジャーの思考フローの可視化

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、それらのデータをどのような条件で抽出するかといったケアプラン AI のアルゴリズムに、ケアマネジャーの専門職としての知見・経験値を反映する必要がある。

本調査研究では、看護師、社会福祉士、作業療法士といった保有資格の異なるケアマネジャーで構成される WG2 を立ち上げ、アセスメントによって得られたデータから、どのような着眼点により情報を絞り込み、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」の可視化に取り組んでいる。昨年度は、心疾患のある利用者像を想定し、ケアマネジャー思考フローの複線的モデルの作成に取り組んだ。今年度は、脳血管疾患の利用者像を想定し、主査のファシリテーションのもと、委員による自由発言を事務局で取りまとめ、ケアマネジャーの思考を見える化する作業に取り組んだ。

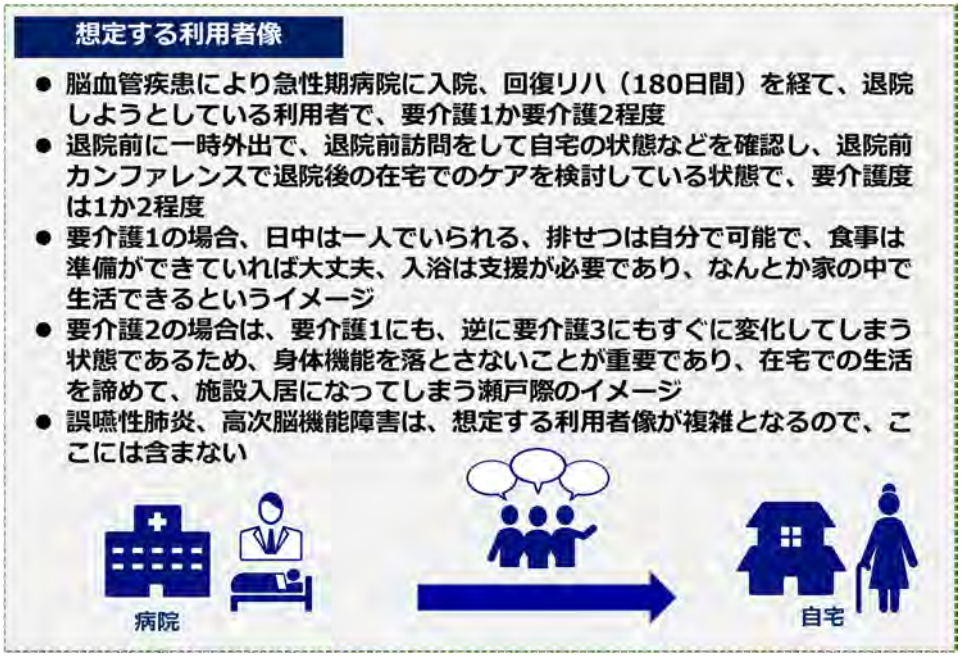
ケアマネジャーの思考フローを可視化するにあたり、下記のような前提を持って、議論をおこなった。

**図表 33 ケアマネジャーの思考フロー可視化の前提**



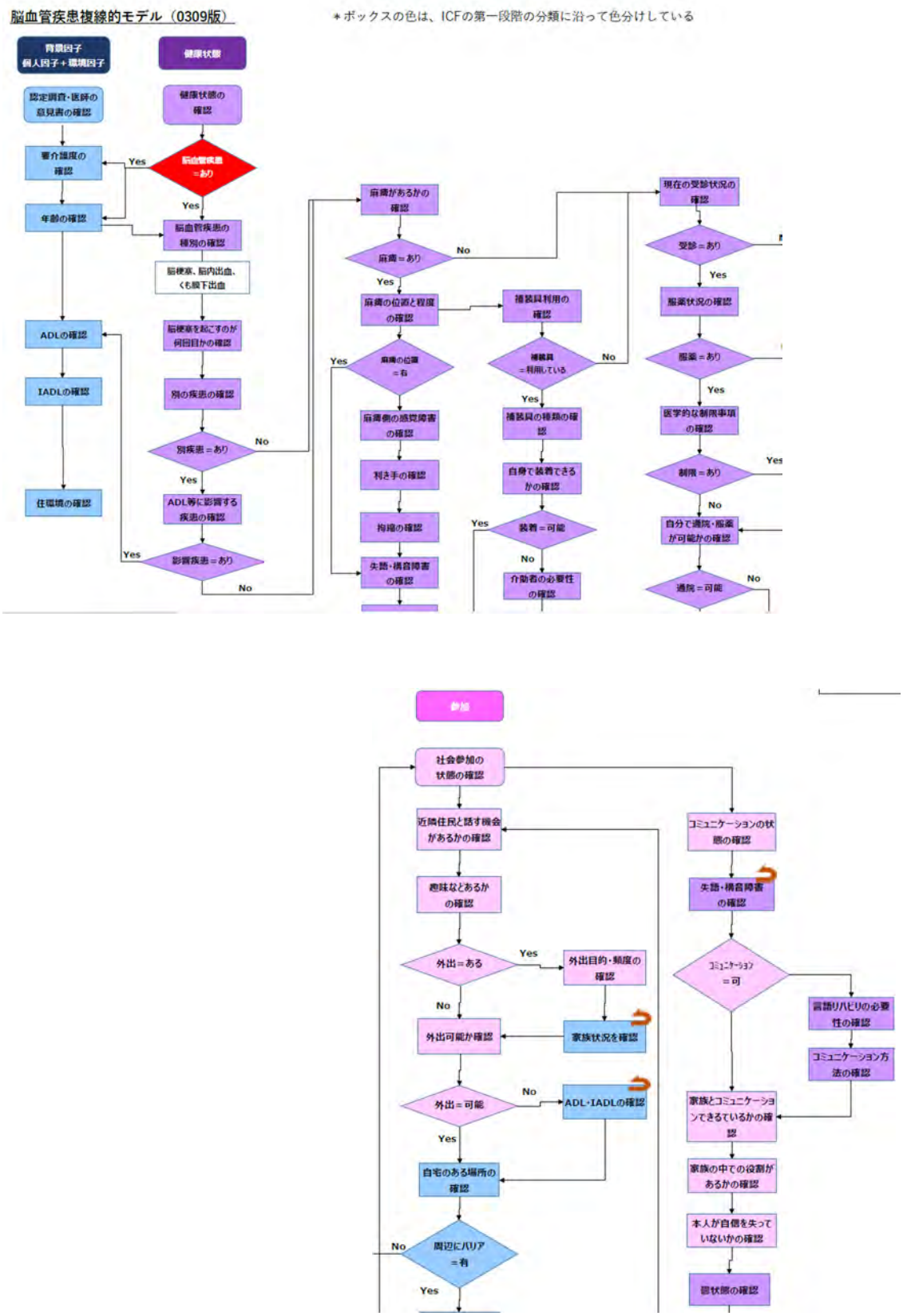

また、下記のような具体的な利用者を想定した。

**図表 34 想定する脳血管疾患の利用者像**




以下では、本調査研究で整理した脳血管疾患の複線的モデルを一部抜粋して掲載する。

## 図表 35 脳血管疾患複線的モデル（一部抜粋）

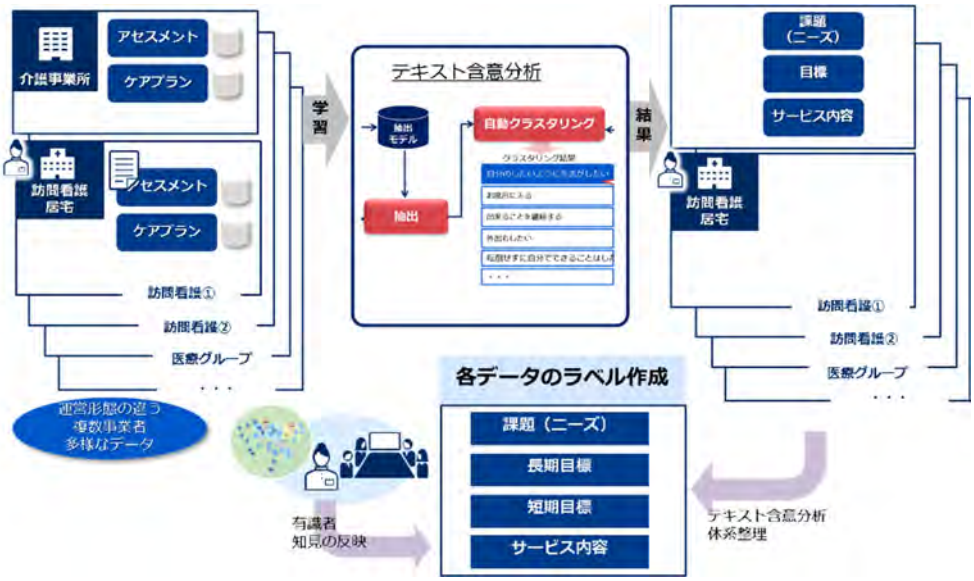


## 4-2. 実証Ｂ：構造化・体系化ラベルに基づくコード表の整備（標準化）

本調査研究のフェーズ１では、協力いただいた居宅介護支援事業所のケアプラン２表のデータをテキスト分析することで、データの構造化と体系化を行い、課題（ニーズ）、長期目標、短期目標、サービス内容について、それぞれの内容に合致した「構造化・体系化ラベル」を作成してきた。

また、過去データからは得られない未来志向のケアについては、委員会や WG のよる検討や「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」で作成された項目との対応をチェックすることで追加を行い、網羅的なラベルができつつある。

**図表 36 テキスト分析による構造化・体系化**




実証Ｂでは、構造化・体系化ラベルのブラッシュアップのため、実証Ｃのケアマネジャー向けの研修会で収集したデータもテキスト分析にかけ、構造化・体系化ラベルに不足しているものがあれば追加し、ブラッシュアップした。

本調査研究では、今後の分析精度の向上や、システムになった際のユーザビリティにつなげていくため、老健事業の「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」の成果との整合性を持たせることを行っている。適切なケアマネジメント手法の項目は、昨年度改訂されたため、改訂された基本ケアの項目と、本調査研究で作成してきた構造化・体系化ラベルとの対応表を作成し、再整理を行った。

# 図表 37 改訂版「基本ケア」項目と構造化・体系化ラベルの対応表の作成（一部抜粋）

【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | | 中項目 | 想定される支援内容 | | | |
| 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-1-1 疾病や心身状態の理解 | 1 疾患管理の理解の支援 | | | |
| | | | | 2 併存疾患の把握の支援 | | | |
| | | | | 3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 | | | |
| | | | | 4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認 | | | |
| | | | Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握 | 5 望む生活・暮らしの意向の把握 | 自宅での生活を継続する | 一日の生活にメリハリをつける | 規則的な生活習慣を身につける | 生活環境を整える |
| | | | | | 身の回りのことができるようにする | 自宅で安全・安心に生活する | 不安なく生活する | 体調を安定させて、自宅での生活を継続する |
| | | | | | 1人でも、生活できるようにする | 施設に入って生活する | ショートステイ先で自宅と同じように生活できる | 自分で出来ることを継続する |
| | | | | | 必要な援助を受けて生活を継続したい | リハビリを続け在宅生活を継続したい | 新しい生活に早く慣れる | |
| | | | | | 安心した生活を送る | 穏やかに生活する | 不安なく生活する | 本人のストレスを軽減できる |
| | | | | | 家族の不在時も心配なく生活する | 介護拒否へ対応する | | |
| | | | | 6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 | | | | |
| | | | | 7 食事及び栄養の状態の確認 | | | | |
| | | | | 8 水分摂取状況の把握の支援 | | | | |
| | | | | 9 コミュニケーション状況の把握の支援 | | | | |
| | | | | 10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援 | | | | |
| | | | Ⅰ-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測 | 11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 | | | | |
| | | | | 12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測 | | | | |
| | | | Ⅰ-1-4 緊急時の対応のための備え | 13 感染症の早期発見と治療 | 異変を早期発見できるようにする | | | |
| | | | | 14 緊急時の対応 | 緊急時の連絡がとれる体制を整える | 夜間の安心できる体制を整える | 住宅改修時の住まいを対応する | 主介護者の入院中の対応をする |
| | Ⅰ-2 | 意思決定過程の支援 | Ⅰ-2-1 本人の意思を捉える支援 | 15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 | | | | |
| | | | Ⅰ-2-2 意思の表明の支援と尊重 | 16 日常生活における意向の尊重 | | | | |
| | | | | 17 意思決定支援の必要性の理解 | | | | |
| | | | Ⅰ-2-3 意思決定支援体制の整備 | 18 意思決定支援体制の整備 | | | | |
| | | | Ⅰ-2-4 将来の生活の見通しを立てることの支援 | 19 将来の生活の見通しを立てることの支援 | | | | |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1 | 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援 | 20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 | 栄養管理をする | きちんと栄養がとる | 食生活を改善する | 本人・家族が日常の食生活を把握する |
| | | | | | 低栄養を防ぐ | 栄養補助剤を併用して十分な栄養補給をする | 定期的に鼻腔栄養補給する | 栄養剤の逆流を防ぐ |
| | | | | | 疾病に対する理解を促進したい | 医師からの指導を守った食事をとる | バランスの良い食事をとる | 食事内容・摂取量を把握する |
| | | | | | 塩分に気をつけた食事をとる | 足の浮腫を軽減する | 脂質に気をつけた食事をとる | 適正なカロリーの食事をとる |
| | | | | | 体重をコントロールする | 適正体重に近づけることができる | 栄養管理で体重を増やす | 栄養管理で体重を減らす |
| | | | | | 胃ろうで栄養補給する | | | |
| | | | | 21 水分の摂取の支援 | 適切な水分補給をする | 食事と飲料で摂取する水分量を把握する | 排泄や発汗で失われる水分量を把握する | 自分で飲水できる |
| | | | | | 適量の水分補給をする | 脱水症状を防ぐ | | |
| | | | | 22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援 | 口腔内の清潔を保つ | 毎食後、義歯を洗うことができる | 就寝時に、義歯を外すことができる | 口腔内の状態をよくする |
| | | | | | 口腔乾燥を防止することができる | 歯槽膿漏を予防する | 義歯を調整する | 食事の際にきちんと義歯を入れることができる |
| | | | | | 誤嚥を防止する | 自分で飲み込みができるようにする | 嚥下機能を回復させる | 口腔リハビリを実施する |
| | | | Ⅱ-1-2 継続的な[illegible] | 23 継続的な受診・療養の支援 | 医学管理を実施する | 病状を安定させる | 病気の悪化を防ぐ | 認知症の進行を防ぐ |
| | | | | | 物忘れを防ぐ | 排泄や昼夜逆転の症状を軽減する | 在宅療養生活を快適に過ごする | 必要な治療指導や助言を守って生活する |
| | | | | | 定期的に療養指導を受ける | 定期的に受診する | 再入院を防ぐ | 適切な処置が受ける |
| | | | | | 受診拒否に対応する | 褥瘡を予防する | 糖尿病の管理をする | 糖尿病の悪化を防ぐ |
| | | | | | 糖尿病による壊疽を防止する | 血糖をコントロールする | 低血糖を予防する | インシュリン注射の管理ができる |
| | | | | | 自分でインシュリン注射を打てる | 血糖値を把握する | めまいを改善する | 喘息をコントロールする |
| | | | | | 風邪を予防する | 肺炎を予防する | 呼吸苦なく、生活する | 痰の吸引を管理する |
| | | | | | 自分で排痰できる | 気管カニューレを管理する | 在宅酸素療法を実施する | 在宅酸素により酸素飽和度を95%以上で過ごせる |
| | | | | | 人工肛門の管理をする | 自分で、ストーマパウチを交換できるようにする | 介助を受けて、ストーマパウチを交換する | |

## 4-3. 実証Ｃ：標準化項目を学んだケアマネジャー作成のケアプラン等の収集

実証 C では、AI の学習データとして、教師データ収集の可能性を検討した。教師データとは、機械学習において AI が学ぶ正解データとなるものである。教師データとして利用できる可能性があるものとして、老健事業の「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」において策定された項目を学んだケアマネジャーが作成したアセスメント・ケアプランを想定した。そのため、６つの組織（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）と協力し、ケアマネジャー向けの講習会を実施し、そこでのデータの収集を目指した。

### (1)研修会の開催

#### ① 開催方法

適切なケアマネジメント手法（脳血管疾患）の研修および AI を活用したケアプラン提案に関する意見交換会を実施するにあたり、当初は、講師・事務局ともに現地に赴き、対面での複数の研修を想定していたが、新型コロナウイルスの感染状況に大きな変化がなかったため、昨年度同様に Zoom を活用したオンライン研修会（12 月研修会のみハイブリット方式）とし、講師・事務局は東京の配信拠点よりアクセスすることとなった。

#### ② 開催日時

昨年度は、自治体ごとに研修会を開催したが、効率的な開催を目指し、複数の組織合同で研修会を実施することとし、以下の日程で、研修会を開催した。

- 10 月研修会　2022 年　10　月　28　日（木）　13 時　30　分～16　時　30　分
  熊本県熊本市、石川県羽咋市、東京都武蔵野市

- 11 月研修会　2022 年　11 月　12　日（金）　13 時　30　分～16　時　30　分
  茨城県つくば市、三重県東員町

- 12 月研修会　2022 年　12 月　4 日（土）　14 時　30　分～17　時　30　分
  神奈川県介護支援専門員協会

#### ③ 受講者

介護支援専門員を中心に地域包括ケアに関わる専門職（保健師、薬剤師、リハ職など）が参加した。10 月研修会、11 月研修会、12 月研修会の 3 回で 182 名に受講していただ

いた。

④ 講師

研修会は、ケアマネジメントの標準化の立ち上げから関わってこられ、豊富な知見をお持ちの講師に依頼した。

- 10 月研修会、11 月研修会
  遠藤 征也氏 一般財団法人 長寿社会開発センター 事務局長
  石山 麗子氏 国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授

- 12 月研修会、11 月研修会
  齊木 大氏 日本総研 創発戦略センター シニアマネジャー

⑤ プログラム

1）ケアマネジメント標準化導入の背景と基本的な考え方（20 分）
2）ケアマネジメント標準化手法(脳血管疾患)
・「ケアマネジメント標準化」の意味：20 分
・「基本ケア」標準化の概説：10 分
・「疾患別」標準化の概説（脳血管疾患）：10 分
3） ケアマネジメント標準化手法に基づく演習（80 分）
4）AI を活用したケアプラン提案に関する意見交換会（20 分）
・介護支援専門員と協働するケアプラン AI とは
・ケアプラン AI に関する Q&A

⑥ 配布資料

資料として、以下の 5 点を配布した。点検シート、演習シートについては、Excel フォーマットで作成して、参加者に事前配布することで、ファイルへの直接入力も可能することで参加者の利便性も高めた。

- 講師の講演資料
- 標準化項目一覧：脳血管疾患Ⅰ期、脳血管疾患Ⅱ期、基本ケア
- 点検シート[25]：脳血管疾患Ⅰ期、脳血管疾患Ⅱ期、基本ケア

[25] 点検シートは、国際医療福祉大学大学院の石山麗子教授作成の標準化項目チェックのためシート

- 演習シート：アセスメント、居宅サービス計画書(2)

⑦ 研修方法

研修では、ケアマネジメント標準化について座学で学んだ後、受講者に自身が担当されている事例で演習（個人ワーク）を行った。

演習のために、受講者には、脳血管疾患を持つ利用者の「アセスメントシート」と「ケアプラン 1・2・3 表」を持参いただいた。該当するものがない場合は、過去の事例や同じ事業所内で別のケアマネが担当されている事例でも構わないとした。また、持参するアセスメントシートやケアプランは、氏名や住所などの個人情報が見えないようにマスクした上でコピーを持参することと、研修に参加して事例を使用することを、管理者に予め了解を得ることを受講者に依頼した。

ケアマネジャーがアセスメントの際に記入する書式は、事業所によりフォーマットが異なる。そのため、収集したデータの活用に壁があったが、今年度は、アセスメント情報を記入する演習シートを使い、受講者には、持参のアセスメントシートから情報を転記いただいた。記入項目は、基本的な情報として、認定調査項目にいくつかの項目を追加したものとした。

点検シートについては、基本ケアは、受講者全員に作成いただき、脳血管疾患については、持参したケアプランが脳血管疾患Ⅰ期に該当するか、Ⅱ期に該当するかを判断し、点検シートを選択し、作成いただいた。脳血管疾患Ⅰ期は、病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期が想定したものである。脳血管疾患Ⅱ期は、病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期を想定したものとなっている。

受講者は、持参のケアプランを適切なケアマネジメント手法の項目一覧を確認しながら、点検シートに、「本ケースで必要な項目であるかどうか」、「必要なケアである場合、持参したケアプランに導入されているかどうか」、「必要なケアでない場合、今後必要性は想定されるか」を記載した。

その上で、持参のケアプランを変更する必要があると思った場合は、演習シートの居宅サービス計画書(2)に追記・修正を行った。

演習の際には、講師にオンラインで直接質問ができるように、参加者を事前に 10 名程度のグループに割り振り、Zoom のブレイクアウトルーム機能で、講師が巡回した。

**図表 38 遠藤講師**

**図表 39 石山講師**

**図表 40 齊木講師**

**図表 41 12 月研修会の様子（神奈川県介護支援専門員協会）**

**ご挨拶する諏訪部理事長**

**会場の様子**

⑧ フィードバック

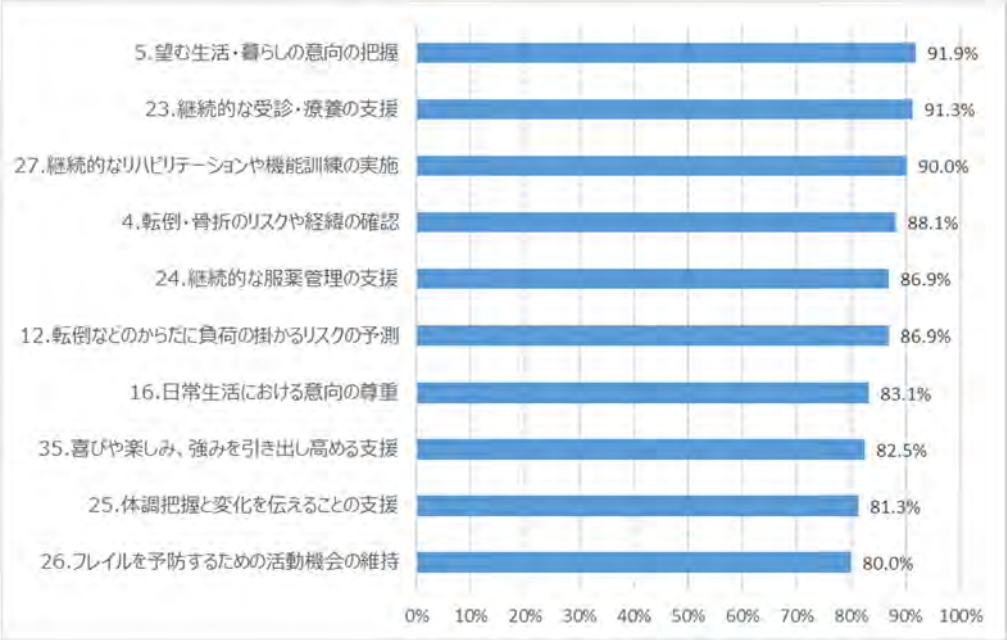
研修で受講者に作成していただいた点検シートと演習シート：居宅サービス計画書(2)は、事務局に送付いただき、データの集計を行った。点検シートは、基本ケア 160 件、脳血管疾患Ⅰ期 21 件、脳血管疾患Ⅱ期 132 件のデータが回収できた。参加のケアマネジャーが持参したケースは、利用者の状態や意向がそれぞれ異なるため、集計結果は個別のケースに該当しないが、全体的な傾向を確認するための参考とし、一部を掲載する。

a) 点検データの集計：基本ケア

参加者にご持参いただいたケースにおいて必要だと認識されているケアとしては、「5.望む生活・暮らしの意向の把握」が 91.9%と最も多くなった。次いで、「23.継続的な受診・療養の支援」、「27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施」が続き、「24.継続的な服薬管理の支援」も上位に入っている。

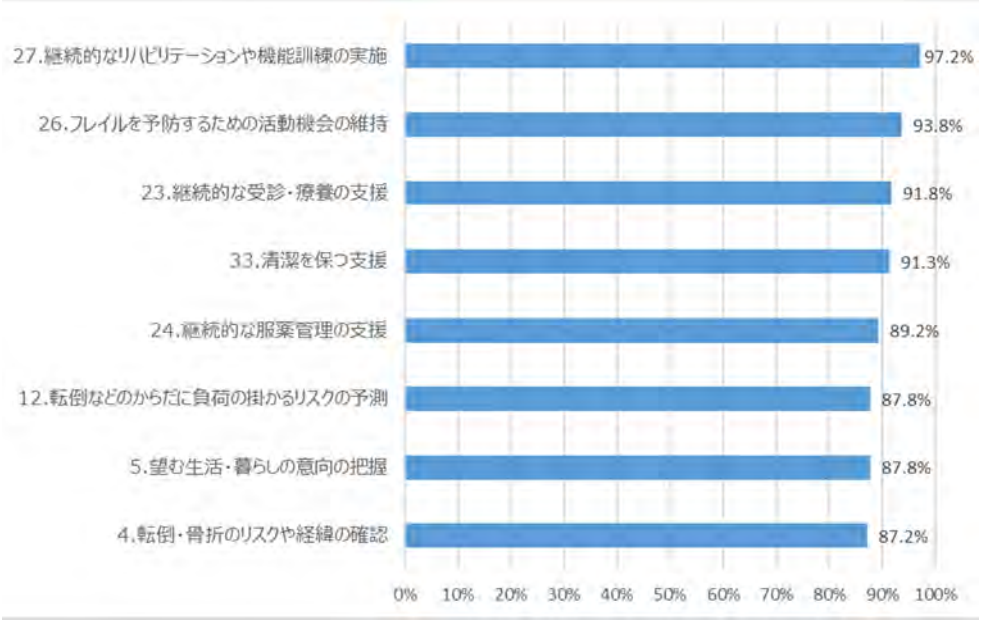
脳血管疾患においては、再発の可能性や麻痺などの後遺症を抱える利用者が多いことから、本人がどのように生活したいかといった意向を踏まえた上で、継続的な受診・療養、体調管理、転倒予防が必要となることがうかがえる。

**図表 42 基本ケア：本ケースに必要なケア項目（上位）**




持参いただいたケースにおいて必要なケアだと認識されており、ご自身が作成したケアプランにも既に導入されている項目としては、「27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施」、「26.フレイルを予防するための活動機会の維持」、「23.継続的な受診・療養の支援」といったケア項目が上位に挙がっている。必要なケアの上位に挙がっていた継続的な受診・療養、体調管理に関するケアや転倒予防が、きちんとケアプランに導入されていることが明らかになった。

**図表 43 基本ケア：本ケースに必要なケアで、作成したケアプランに導入済みの項目（上位）**

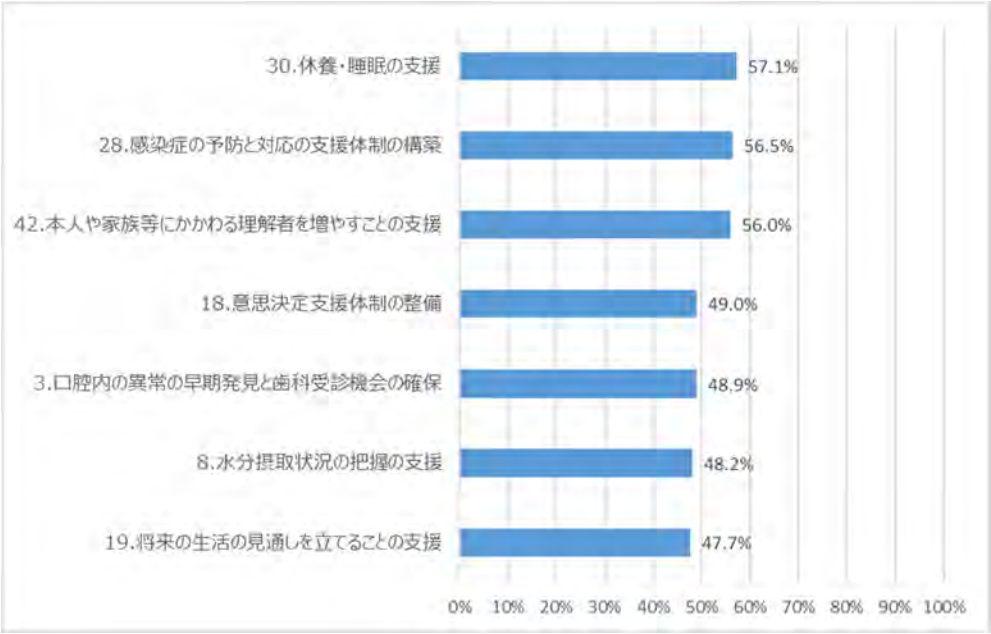



＊持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていたと回答した人の割合

一方で、必要なケアとして認識されるが、作成していたケアプランに導入されていなかった項目としては、「30.休養・睡眠の支援」が 57.1%と最も多くなった。次いで、「28.感染症の予防と対応の支援体制の構築」が 56.5%、「42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援」が56.0%と続いている。

また、将来の見通しを立てることや意思決定支援に関する項目も上位に挙がってきており、必要でありながら見落としがちな点であることが明らかになった。

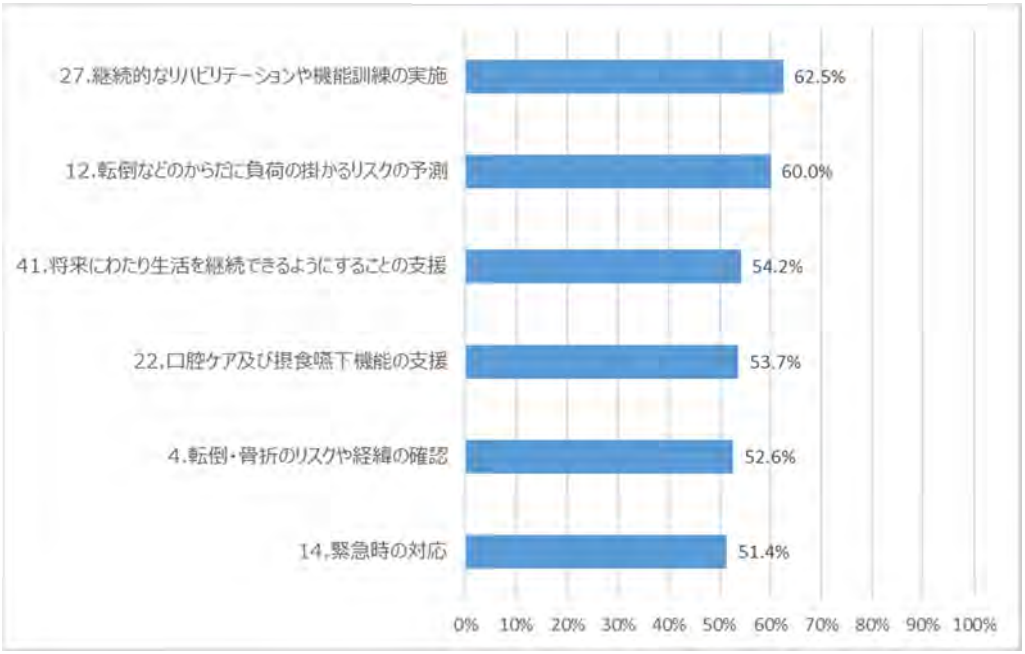
**図表 44 基本ケア：本ケースに必要なケアだが、作成したケアプランに導入されていなかった項目（上位）**




＊持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていなかったと回答した人の割合

基本ケアにおいて、現在は必要ではないが、将来必要となることが想定されるケアとしては、「27.継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施」、「12.転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測」、「41.将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援」といった項目が上位に挙がっている。

**図表 45 基本ケア：現在は必要ではないが、将来必要となることが想定されるケア項目（上位）**



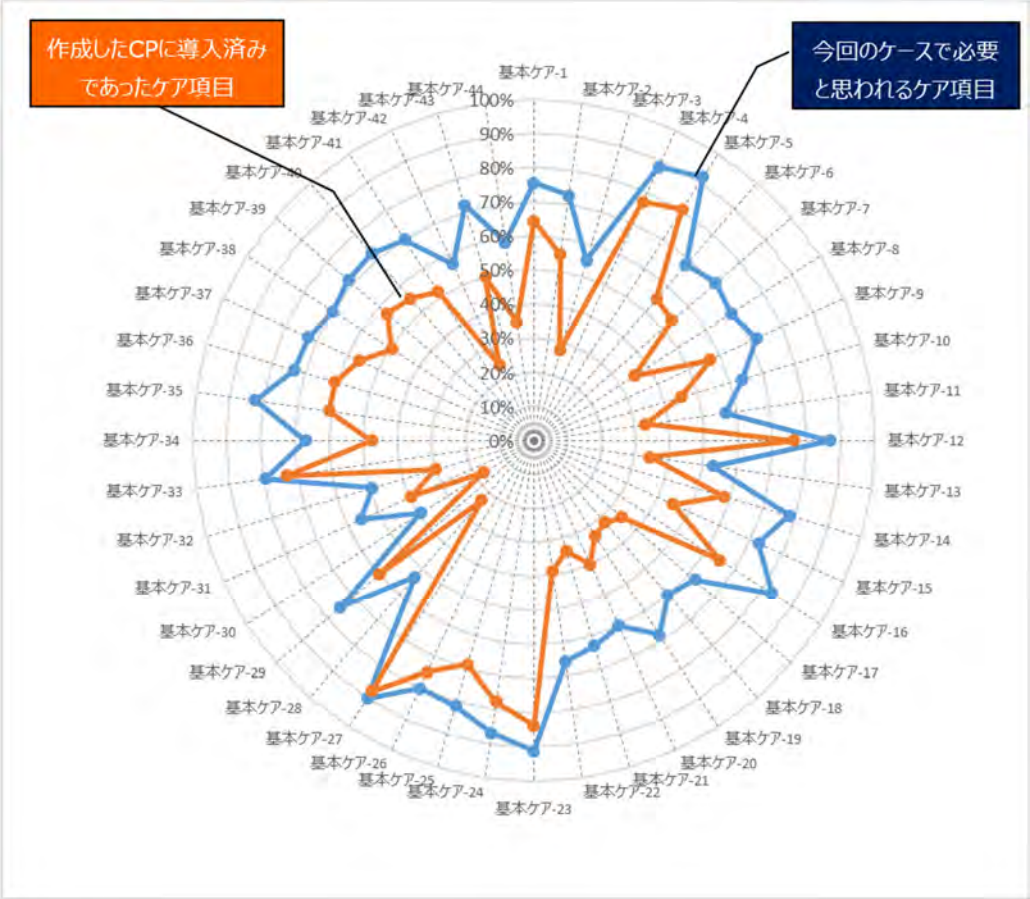

＊持参したケースに必要なケア項目ではないとの回答を母数として、将来必要と回答した人の割合

必要なケア項目であるとの回答とケアプランに導入済みであるという回答のギャップを示したのが、

図表 46 となる。ギャップをわかりやすくするために、オレンジの線で示された「作成された CP に導入済みであったケア項目」の数字は、図表 43と異なり、全件を母数とした割合になっていることに注意されたい（図表 43 では、持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていたと回答した人の割合を示している）。

ギャップが最も大きかったのは、「19.将来の生活の見通しを立てることの支援」で、68.1%が必要なケアであると回答していたが、ケアプランに導入されていた割合は 33.1%であり、ギャップは35.0%となっている。次いで、「8.水分摂取状況の把握の支援」のギャップが 33.8%、「42.本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援」のギャップが 32.5%となった。このようなギャップが多い項目も、ケアプラン作成の際によく検討すべき項目といえる。

**図表 46 基本ケア：必要なケア項目とケアプラン導入済みのギャップ**

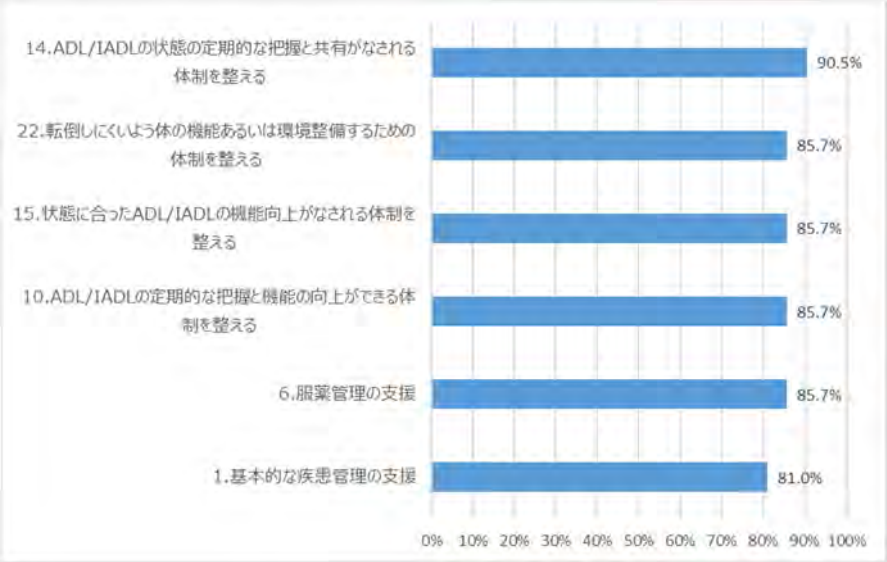



### b) 点検データの集計：脳血管疾患 I

脳血管疾患 I 期は、病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期にあたる。

持参したケースにおいて必要なケアであると認識されているものとしては、「14.ADL/IADL の状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える」が 90.5%と最も多かった。そのほか、転倒予防、ADL/IADL の状態を把握や機能向上に関するケアや、疾患管理や服薬管理といった項目で、必要なケアであるとの回答が多くなっている。

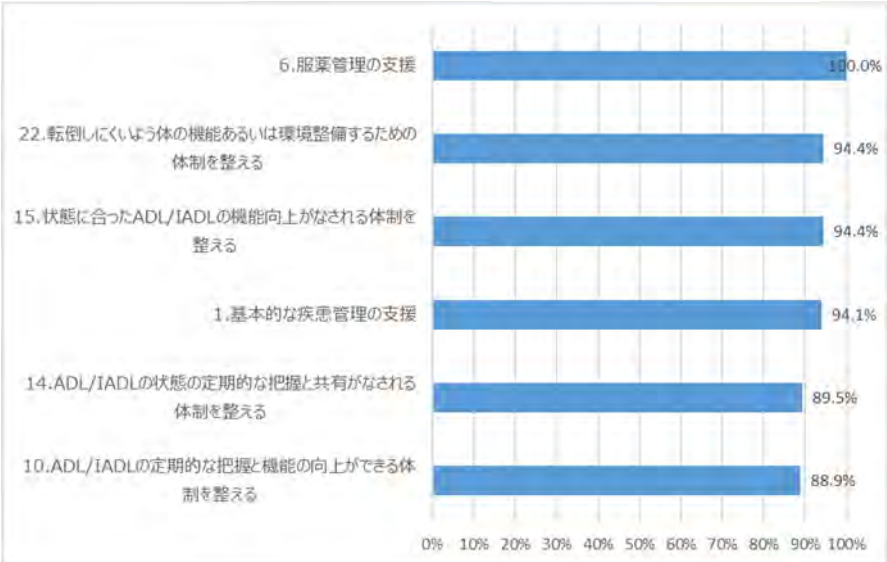
**図表 47 脳血管疾患Ⅰ：本ケースに必要なケア項目（上位）**




持参したケースにおいて必要であると認識されたケアで、作成したケアプランにおいて既に導入されている項目としては、「6.服薬管理の支援 」が最も多く100.0%となった。次いで、「22.転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える」「15.状態に合った ADL/IADLの機能向上がなされる体制を整える」がともに 94.4%、「1.基本的な疾患管理の支援」が94.1%と上位に挙がっている。

必要なケアの上位項目に挙がっていた ADL/IADL 関連のケア項目が、作成したケアプランにきちんと導入済みとなっていることが明らかになった。

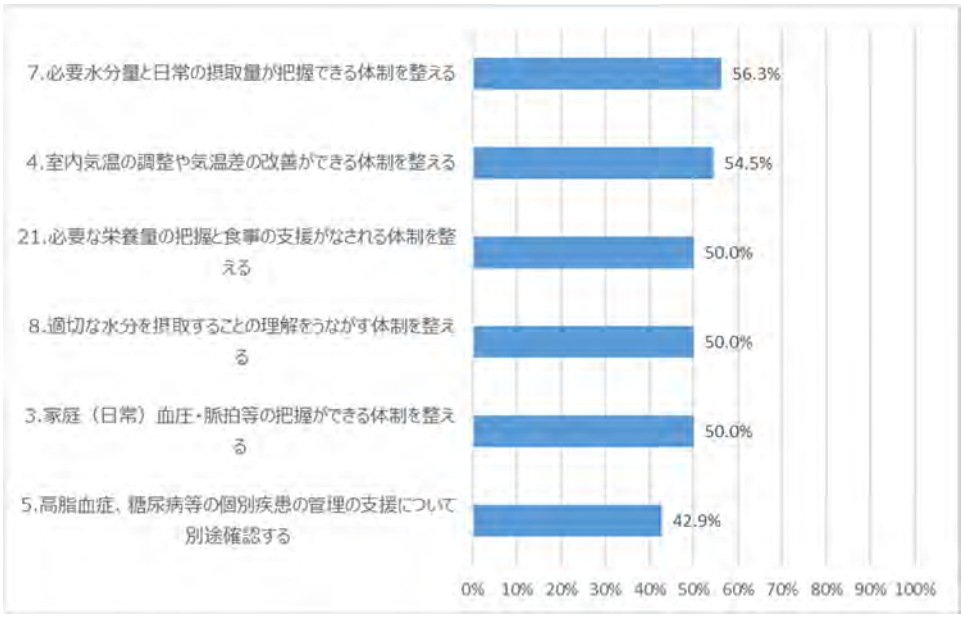
**図表 48 脳血管疾患Ⅰ：本ケースに必要なケアで、作成したケアプランに導入済みの項目（上位）**




＊持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていたと回答した人の割合

一方で、点検シートによるチェックで必要なケアであると認識されたが、作成されているケアプランに導入がされていなかった項目としては、「7.必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える」が 56.3%と最も多くなった。水分摂取に関しては、「8.適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える」も上位に挙がっており、見落としがちな点となっている。

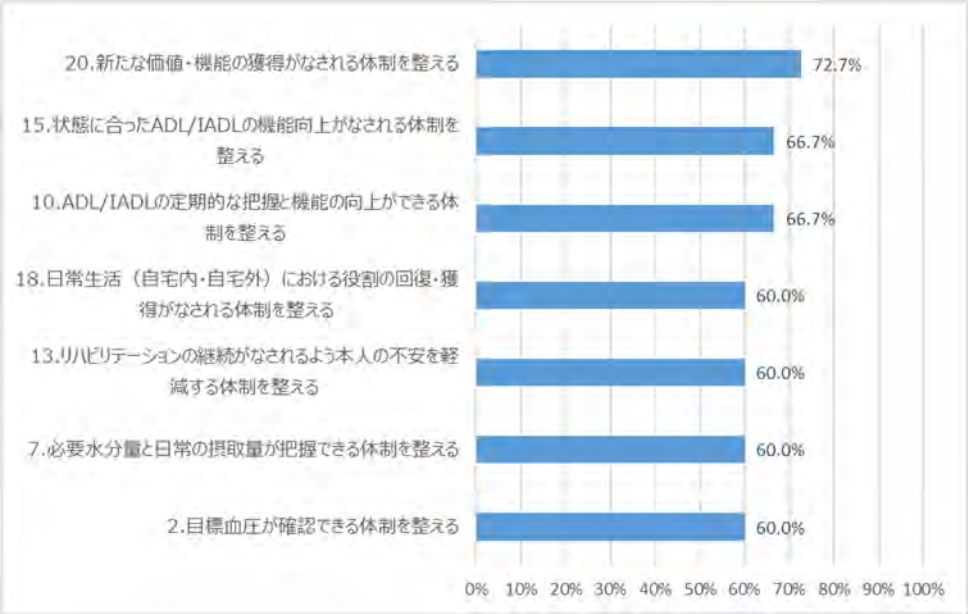
**図表 49 脳血管疾患Ⅰ：本ケースに必要なケアだが、作成したケアプランに導入されていなかった項目（上位）**




＊持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていなかったと回答した人の割合

脳血管疾患Ⅰ期において、現在は必要ではないが、将来必要となることが想定されるケアとしては、「20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える」、「15.状態に合った ADL/IADL の機能向上がなされる体制を整える」といった項目が上位に挙がっている。

**図表 50 脳血管疾患Ⅱ：現在は必要ではないが、将来必要となることが想定されるケア項目（上位）**

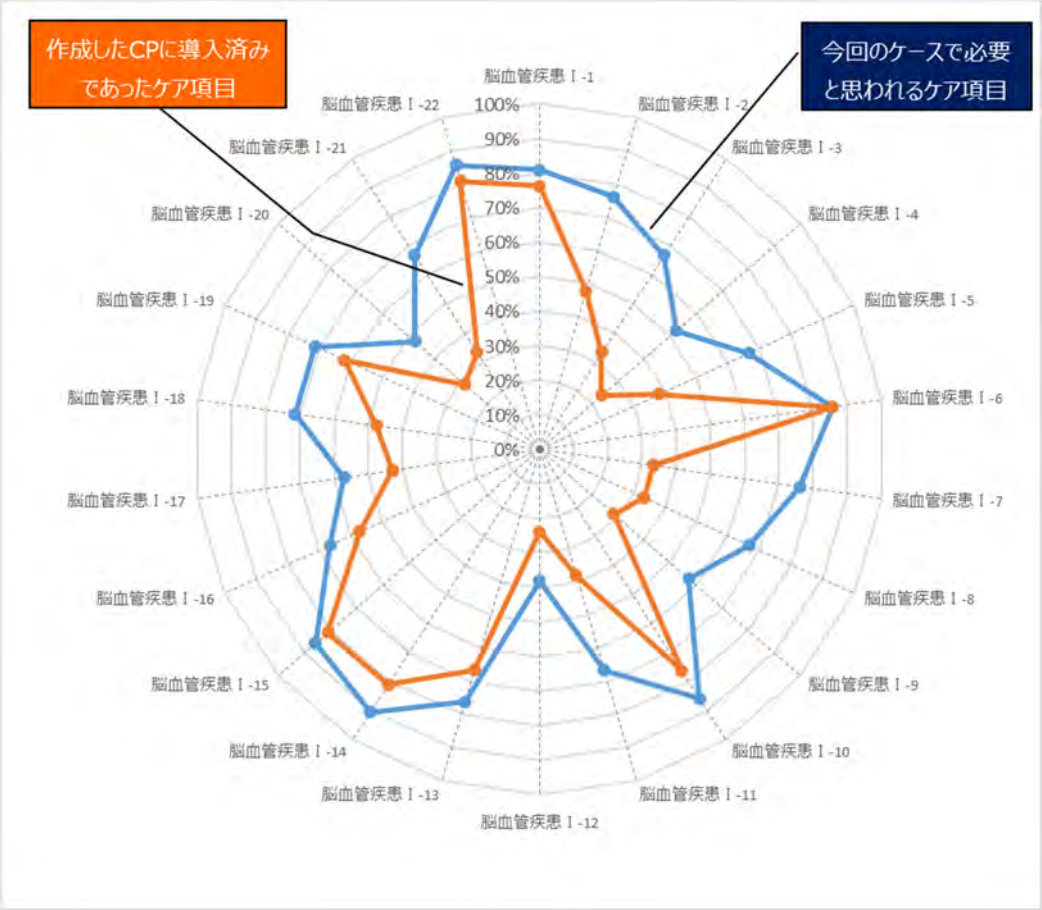



必要なケア項目であるとの回答数とケアプランに導入済みであるかのギャップを示したのが、図表 51 となる。ギャップをわかりやすくするために、オレンジの線で示された「作成された CP に導入済みであったケア項目」の数字は、図表 48 と異なり、全件を母数とした割合になっていることに注意されたい（図表 48 では、持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていたと回答した人の割合を示している）。

ギャップが最も大きかったのは、「7.必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える」で、76.2%が必要なケアであると回答していたが、ケアプランに導入されていた割合は 33.3%で、そのギャップは 42.9%となった。次いで、「3.家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える」、「8.適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える」、「21.必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える」といった項目で、ギャップが 33.3%となった。

このようなギャップが大きい項目も、ケアプラン作成の際によく検討すべき項目といえる。

**図表 51 脳血管疾患Ⅰ：必要なケア項目とケアプラン導入済みのギャップ**

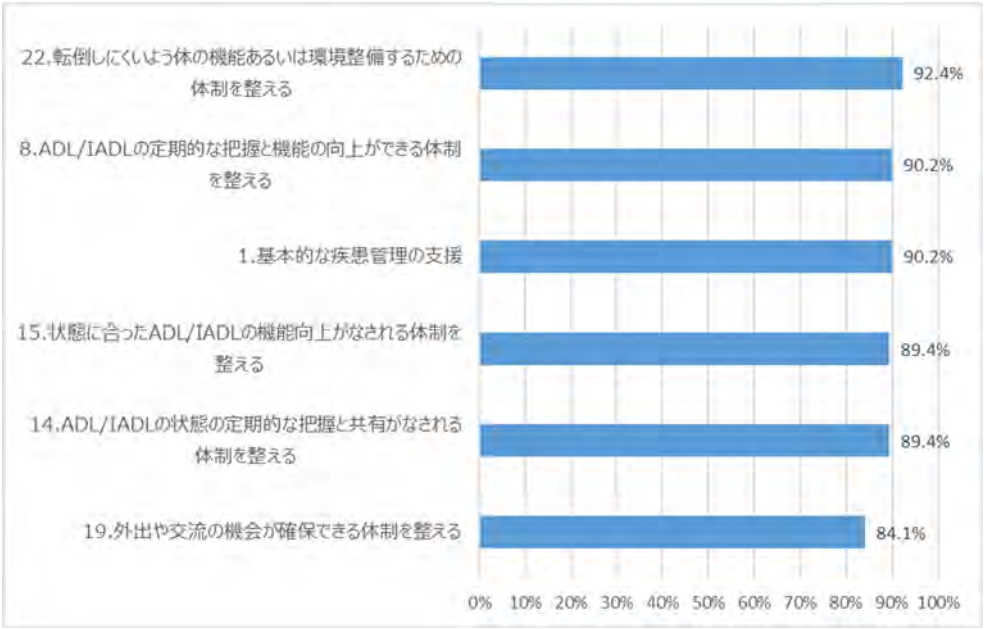



### c) 点検データの集計：脳血管疾患Ⅱ期

脳血管疾患Ⅱ期は、病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期にあたる。持参したケースにおいて必要なケアであると認識されているものとしては、「22.転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える」が 92.4%と最も多かった。これは、脳血管疾患Ⅰ期においても、最も多いケア項目となっている。

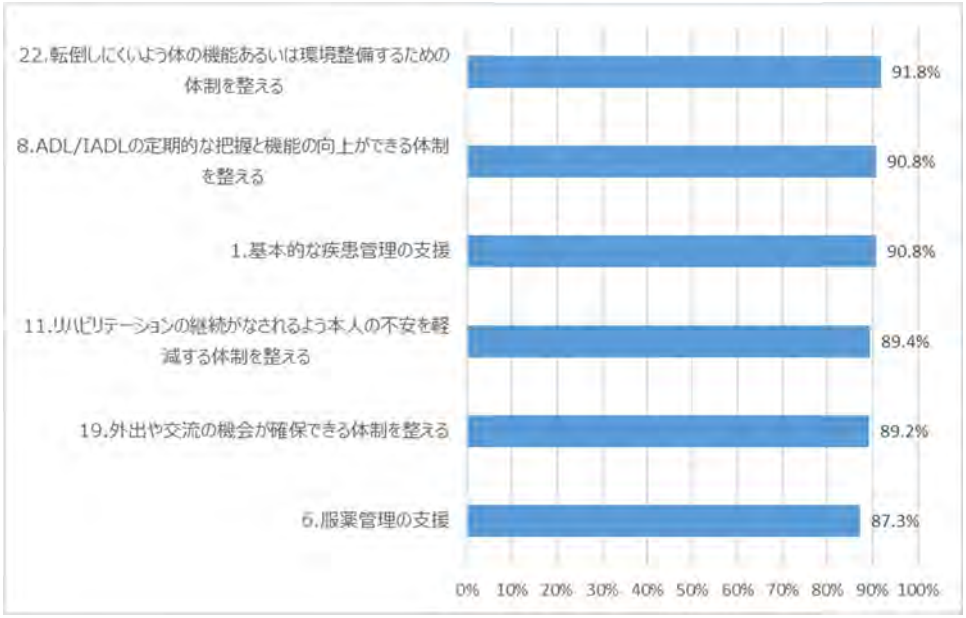
次いで、「8.ADL/IADL の定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える」が 90.2%となっており、「14.ADL/IADL の状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える」、「15.状態に合った ADL/IADL の機能向上がなされる体制を整える」といった ADL/IADL の状態を把握や機能向上に関するケア項目が上位に挙がっている。

**図表 52 脳血管疾患Ⅱ：本ケースに必要なケア項目（上位）**




持参したケースにおいて必要であると認識されたケアで、作成したケアプランにおいて既に導入されている項目としては、「22.転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える」が 91.8%と最も多かった。く、次いで、「8.ADL/IADL の定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える」が 90.8%と上位に挙がっている。必要なケアの上位項目に挙がっていたケア項目が、作成したケアプランにきちんと導入済みとなっていることが明らかになった。

**図表 53 脳血管疾患Ⅱ：本ケースに必要なケアで、作成したケアプランに導入済みの項目（上位）**

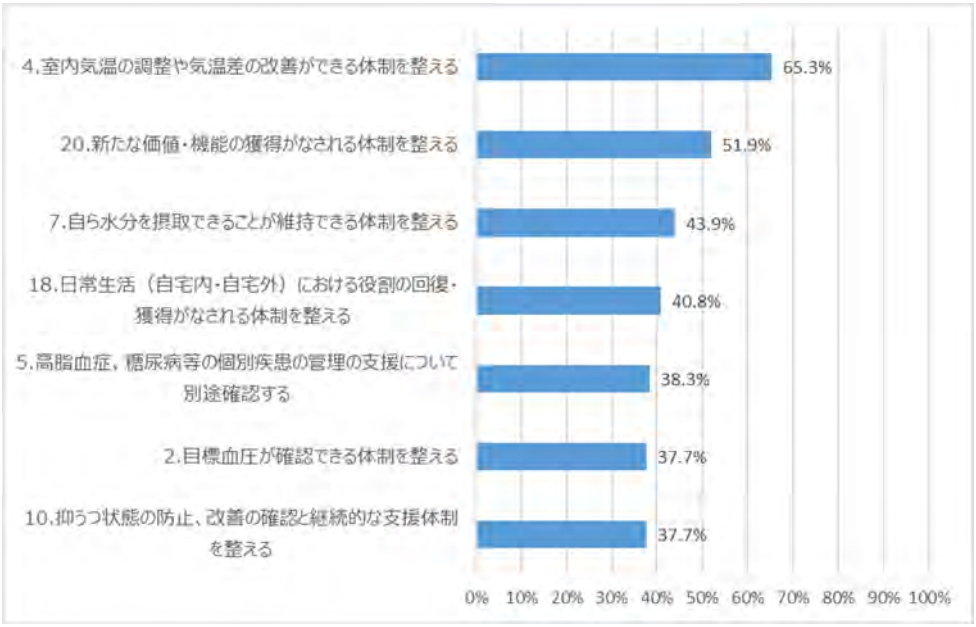



＊持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていたと回答した人の割合

一方で、点検シートによるチェックで必要なケアであると認識されたが、作成されているケアプランに導入がされていなかった項目としては、「4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える」が 65.3%と最も多くなった。

次いで、「20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える」が 72.2%となっている。「18.日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える」も上位に挙がってきているが、脳血管疾患により、障害や後遺症を抱えた生活をする中で、多くの人々は「落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）」を重ねていくことになる。そこから立ち直るためには、新しい価値・機能を獲得する支援が必要となるが、ケアプラン作成の際には見落としがちな点となっているといえる。

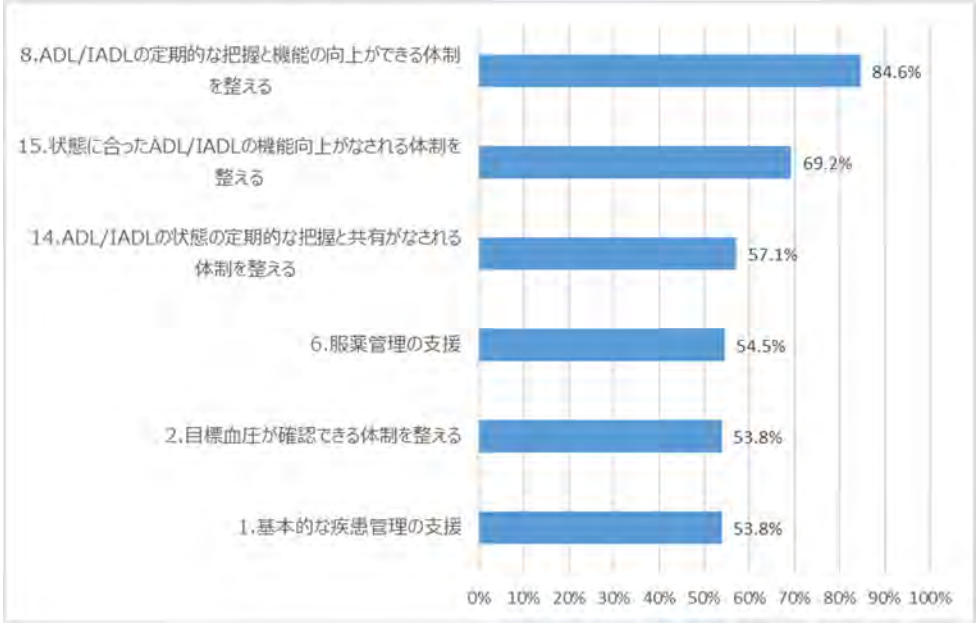
**図表 54 脳血管疾患Ⅱ：本ケースに必要なケアだが、作成したケアプランに導入されていなかった項目（上位）**




＊持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていなかったと回答した人の割合

脳血管疾患Ⅱ期において、現在は必要ではないが、将来必要となることが想定されるケアとしては、「8.ADL/IADL の定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える」、「15.状態に合った ADL/IADL の機能向上がなされる体制を整える」といった項目が上位に挙がっている。

**図表 55 脳血管疾患Ⅱ：現在は必要ではないが、将来必要となることが想定されるケア項目（上位）**

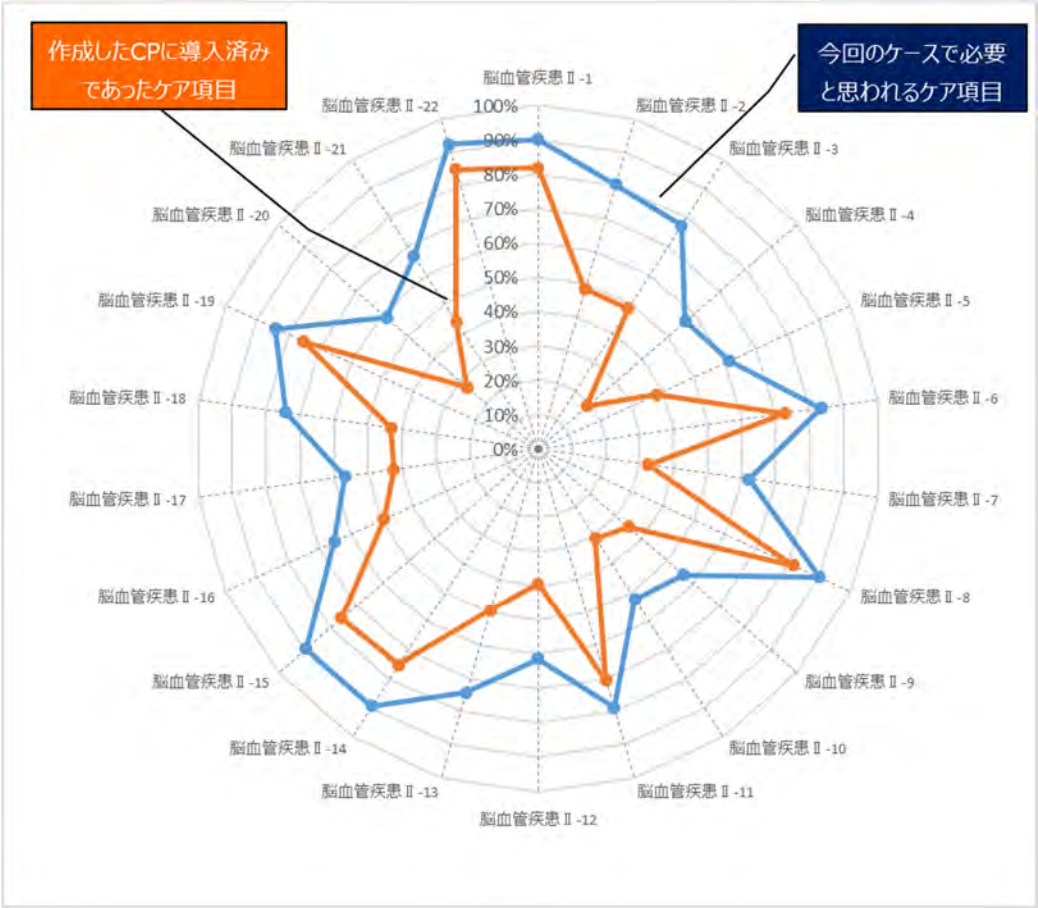



必要なケア項目であるとの回答数とケアプランに導入済みであるかのギャップを示したのが、図表 56 となる。ギャップをわかりやすくするために、オレンジの線で示された「作成された CP に導入済みであったケア項目」の数字は、図表 53 と異なり、全件を母数とした割合になっていることに注意されたい（図表 53 では、持参したケースに必要なケア項目であるとの回答を母数として、導入されていたと回答した人の割合を示している）。

ギャップが最も大きかったのは、「4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える」で、56.8%が必要なケアであると回答していたが、ケアプランに導入されていた割合は 18.9%で、そのギャップは 37.9%となった。次いで、「2.目標血圧が確認できる体制を整える」が、80.3%が必要なケアであると回答していたが、ケアプランに導入されていた割合は 48.5%で、そのギャップは 31.8%となった。

「4.室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える」、「20.新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える」といった項目もギャップが大きくなっており、ケアプラン作成の際によく検討すべき項目といえる。

**図表 56 脳血管疾患Ⅱ：必要なケア項目とケアプラン導入済みのギャップ**



(2)ブラッシュアップ点検

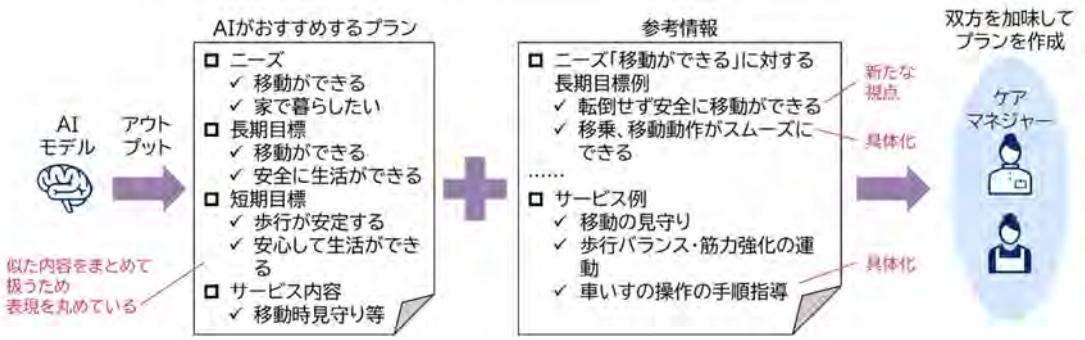
実証 C では、教師データ収集における新しい試みとして「ブラッシュアップ点検」を実施した。研修会では、参加者自身がケアプランをチェックし、加筆修正してもらう作業を行ってきたが、ブラッシュアップ点検では、既に、適切なケアマネジメント手法を深く学んでいるケアマネジャーにご協力いただき、収集したケアプランを点検し、ブラッシュアップすることにより、質の高いデータ収集が可能かを検討した。ブラッシュアップ点検は、神奈川県介護支援専門員協会のご協力のもと、協会からの研修会参加者のデータに限定して実施した。点検者は、個人的な見解をなるべく排除するために 3 名とし、1 つのケアプランを 3 名で点検し、不足しているケアやサービス種別などを議論いただき、ブラッシュアップを行った。

なお、日本総研「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」と共同で実施し、点検後のデータを、本調査研究事業では「AI の学習用データ」として、日本総研の調査研究事業では、適切なケアマネジメント手法の「アウトカム評価の検討用」として利用することとした。

**図表 57 ブラッシュアップ点検のイメージ**

ブラッシュアップ点検で修正加筆されたケアプランのデータは、過不足のないプランであり、AI モデルと合わせて活用することで、モデルに表れていない知見を補完する。また、モデル構築時にテキスト処理で丸めた表現に対し、具体的な表現を例示するなど、判断の支援材料となる有益な情報が提供できることが明らかになった。

**図表 58 ブラッシュアップ点検での収集データ活用例**

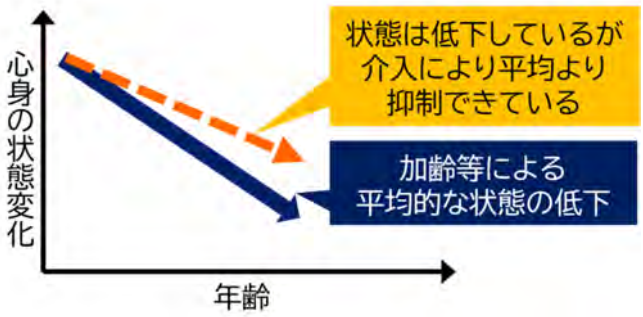


## 4-4. 実証Ｄ：利用者の状態変化における調整変数の検討（アルゴリズムの精度向上）

本調査研究のフェーズ 1 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行ってきた。しかし、複数組織でのアセスメント、ケアプランのデータの状態を確認してきた結果、この方法によるアウトカム評価でもまだ不十分なことも明らかになってきた。

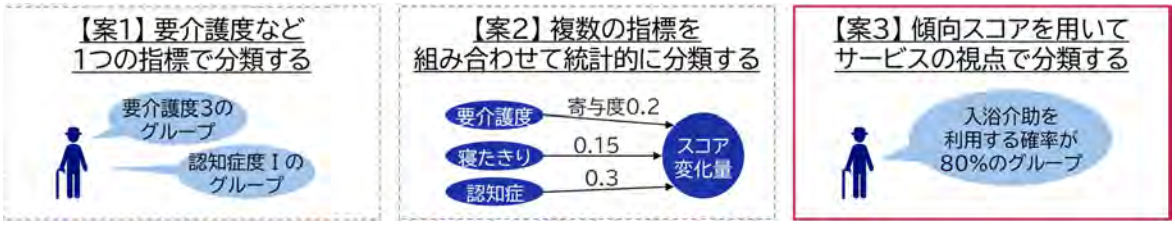
アセスメントスコアの 2 時点を比較することで、利用者の状態が「改善した」、「維持できた」、「悪化した」の 3 分類の判定を行ってきたが、疾患の影響や加齢によって、心身の状態が下降していくことは必然であり、何もしなければ状態が悪くなっていくことを前提に判断しなければならない。そこで、実証 D では、「悪化した」と判断していたケアプランのアセスメントスコアを調整する方法を検討した。

**図表 59 心身の状態低下のイメージ**




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、「悪化が抑えられた」と判定することにした。しかし、状態が異なる利用者を同じ基準で評価してしまうと、適切に評価することはできない。そこで、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」という手法を採用した。本調査研究では、ホワイトボックス型の AI 技術を使っており、思考過程を見える化することも大きな狙いであり、そことの整合性も図れることが傾向スコアの採用につながった。

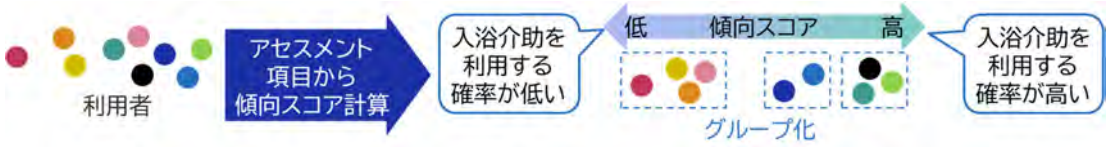
**図表 60 調整変数作成にあたって検討した案**



傾向スコアは、医学系の研究でよく使われているものである。あるサービスの効果を調べたいが、現実ではサービス利用有無は対象者の背景情報（年齢、性別、身体状態など）を元に決められており、無作為割り付けとならない場合、単純に利用群と非利用群を比較すると背景情報による偏りが生じるため、偏りを軽減するために用いられる手法となっている。

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。

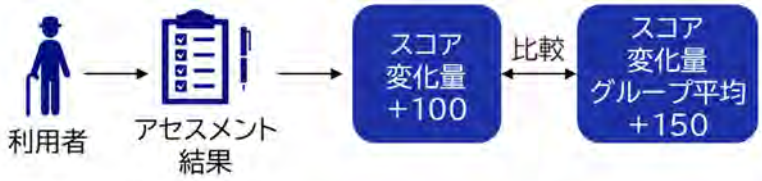
**図表 61 傾向スコアによるグループ化のイメージ**




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 62 状態変化の判定**




- マイナス：「改善」と判定
- プラスマイナス0：「維持」と判定
- プラスで、グループの平均値より小さい：「悪化が抑制された」と判定
- プラスで、グループの平均値より大きい：「悪化」と判定

調整変数の検討により、AI モデルでは、「改善した」、「維持できた」に加えて、「悪化を抑制できた」ケアプランも分析することで、利用者の状態変化をより正確に AI 分析に反映することができるようになり、精度向上に貢献できた。

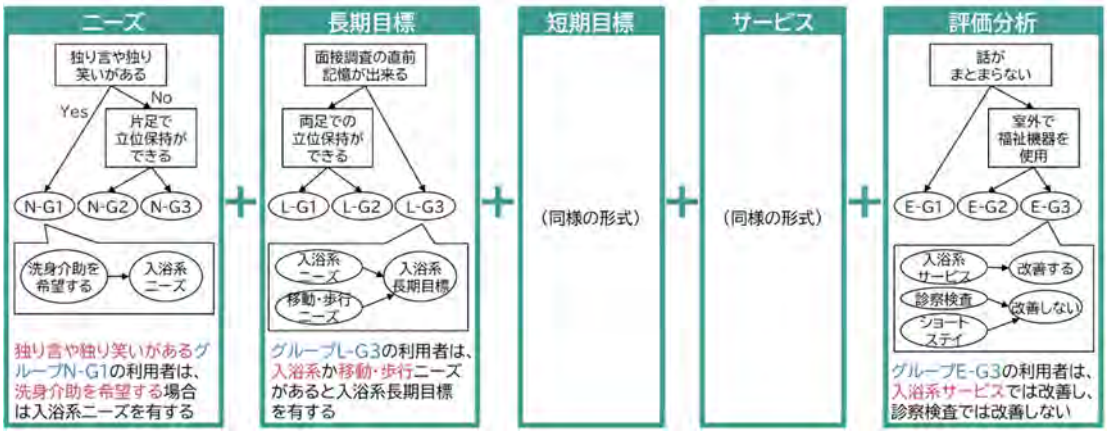
## 4-5. 実証 E ：上記検討を踏まえ、ホワイトボックス型 AI での分析試行

### (1)構築するモデルの全体像

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。

本調査研究で利用するホワイトボックス型 AI [26]では、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、自立度が維持・改善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が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 63 構築するモデルの全体像**



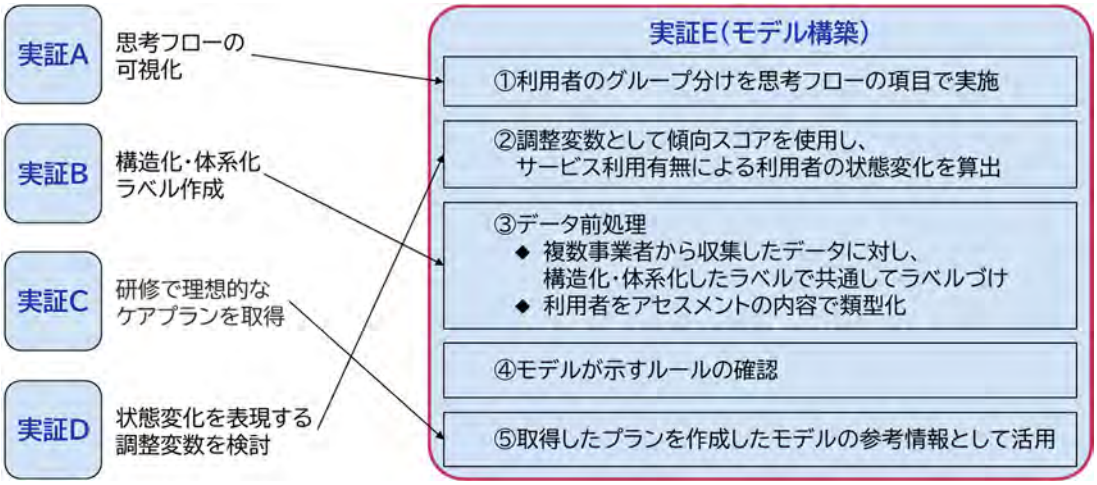

注：条件分岐・項目は一例 ※N-Gx、L-Gx、E-Gx＝グループ

今年度、実証 E では、実証 A～D の成果を合わせることで、アルゴリズムの精度を向上させ、ケアプラン作成支援を行うモデルを構築した。

---

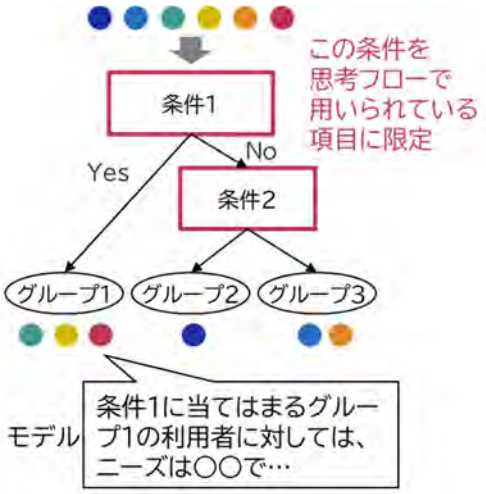
[26] 本調査研究では、機械学習型の AI の中でも、「予測の透明性」「公平性」「説明責任」という課題に対応できる NEC の持つ「異種混合学習技術（※1）」を活用し、AI の思考過程をホワイトボックス化したうえで、従来のケアプラン策定プロセスに準じたアウトプットを出力する AI を検討する。なお、異種混合学習技術は 2012 年以降、NEC の顧客向けソリューションとして実用化しており、国内だけでなくグローバルでも活用実績を持つ AI 技術である。

**図表 64 実証 A~D の成果を活用して AI モデルを構築**




実証 A で作成した脳血管疾患の複線的モデルは、昨年度作成した心疾患の複線的モデルとあわせて、共通項を抽出した。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。今年度は、AI が自動で行っているグループ分けに用いる項目を、複線的モデルの思考フローによって得られた項目に限定し、AI のアルゴリズム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することにした。

**図表 65 モデル構築のイメージ図**




利用者の状態変化の判定には、実証 D で作成した調整変数を活用し、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 分析に反映した。

データ前処理としては、実証 B にて、複数事業者から収集したデータに対し、テキストデータで記載されているケアプラン 2 表については、テキスト分析により構造化・体系化したラベルでラベルづけを行った。

実証 C の研修で収集した理想的なケアプランは、作成したモデルの参考情報として活用することとした。

## (2)疾病以外の観点による利用者の類型化

また、今年度は、利用者をアセスメントの内容で類型化することにも取り組んだ。

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、ノイズも多く、なかなかよい結果を導くことができなかった。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た状態で分析することで、AI のアルゴリズムの精度を向上させることが明らかになったため、「疾患別 AI モデル」の構築を行ってきた。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。

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 つのクラスタを作成することができた。

要介護度は、そのクラスタに含まれる利用者の要介護度を平均した数字であり、記載内容もまとめたものである。

**図表 66 利用者を類型化した 8 つのクラスタ**

| 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 |

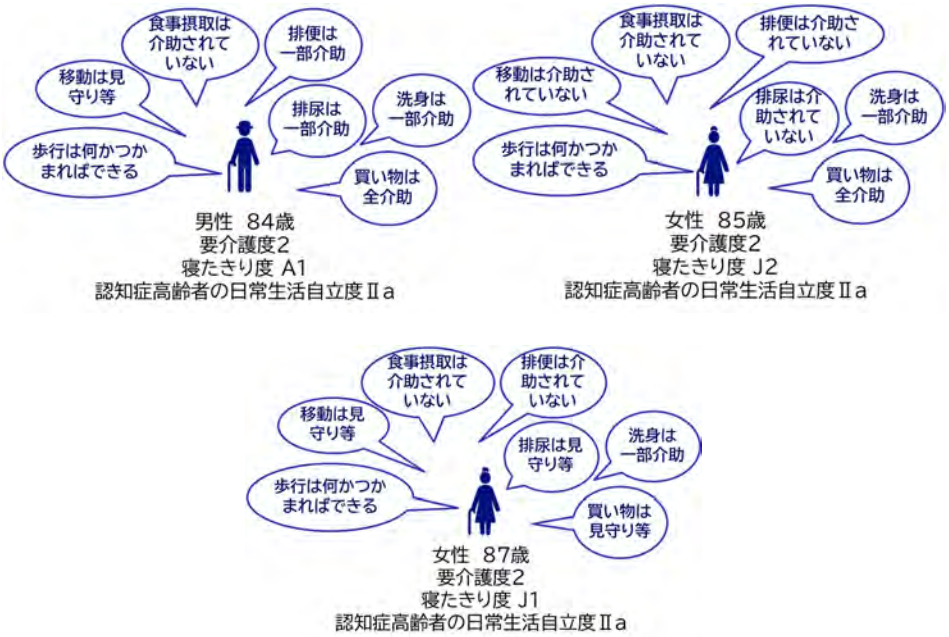
注：要介護度は、そのクラスタに含まれる利用者の要介護度の平均値

6-①～6-⑤は、介助が必要な度合いを記載

今年度の分析では、実証 A で設定した利用者像である「要介護 2 の人を 3 に落とさず 1 に上げる」に合わせて、No.4 のクラスタを選定して AI モデルの構築に取り組んだ。

No.4 のクラスタに含まれるのは、下記のような利用者となる。

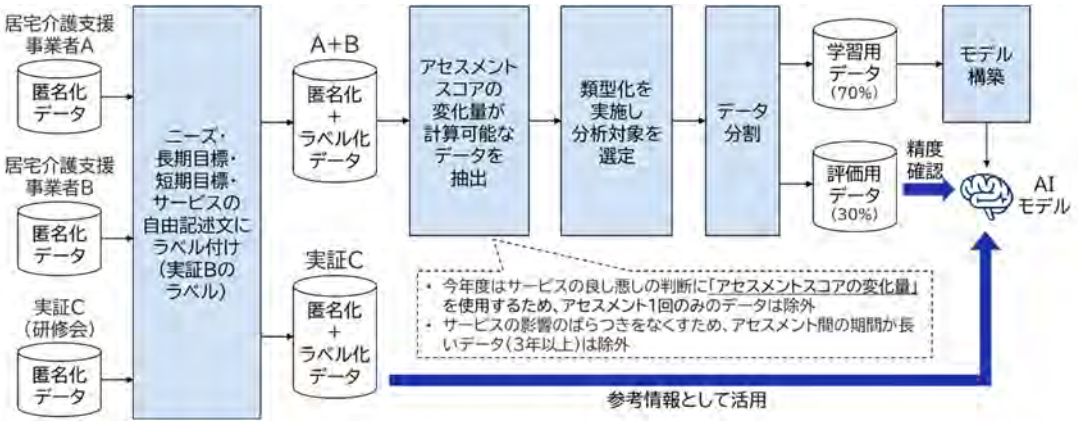
**図表 67　No.4 のクラスタの含まれる利用者**




## (3)AI 分析の結果

上記の利用者の類型化の No.4 のクラスタにおける「移動・歩行」および「食事摂取」に関する分析を行った。分析には、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、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構築できた。

**図表 68　使用したデータの全体像**

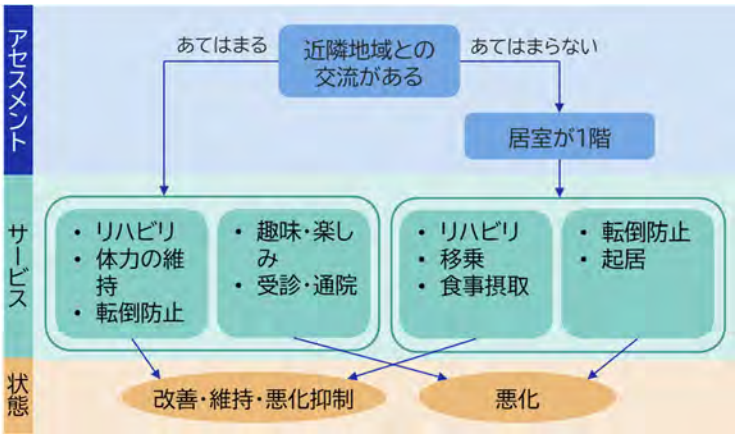


評価分析は、アセスメントシートに記入されるデータから自動で類似の状態である利用者をグループ化し、その利用者グループごとに、自立度が改善・維持・悪化を抑制できたサービス内容は何であったかを導いていく。ここでは、実際にケアプランに記載されている文章をテキスト分析により構造化・体系化ラベルに置き換えているため、シンプルな表現になっていることを留意されたい。

図表 69 は、移動・歩行に関する評価分析モデルの一部を抜粋したものであるが、アセスメントにおいて「近隣地域との交流がある」グループでは、リハビリ、体力の維持、転倒防止といったサービスが使われていると、改善・維持・悪化抑制につながりやすく、趣味・楽しみ、受診・通院といったサービスが使われていると悪化につながりやすいことが導かれた。「近隣地域との交流がない」グループでは、居室が 1 階にある場合に、リハビリ、移乗、食事摂取といったサービスが使われていると、改善・維持・悪化抑制につながりやすく、転倒防止や起居といったサービスが使われていると、悪化につながりやすいことを表している。転倒防止や体力の維持といったサービスは、利用者のグループによって、改善・維持・悪化抑制につながる場合とそうでない場合があり、利用者に合わせたレコメンドに有用となる結果が得られた。

一方で起居など、「そのサービスを使う利用者はもともと改善しづらい傾向にある」といえる特徴も得ることができた。このような情報を、ケアプラン作成支援 AI として実装した場合に、どのように表現していくかは、今後の課題といえる。

**図表 69 移動・歩行に関する評価分析モデル**




注：モデルの一部を抜粋

実証 A の成果による専門性の高いケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分けを行うルールの学習や、実証 D の成果により調整変数を導入したことにより、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、統計的に利用者を類型化したクラスタを作成し、分析対象を選択して AI 分析を行うことでもアルゴリズムの精度向上が可能となった

## (4)実装イメージ

本調査研究では、AI モデルの構築を行っているが、ケアプラン作成支援 AI として社会実装した際のイメージを具体化するために、デモ用画面を作成した。ポイントとなるのは、ニーズや目標を選択した際に、AI からのリコメンドとともに、その根拠を提示する仕組みである。

今後、ケアマネジャーに AI の導く結果をどのように示すことで、質の高いケアプラン作成、作成作業の効率化、ユーザビリティの向上につながるかの検証を進めていきたい。

**図表 70 実装イメージ：フェースシート**

**図表 71 実装イメージ：アセスメントシート**

**図表 72 実装イメージ：ニーズ選択におけるリコメンドと根拠の提示**

**図表 73 実装イメージ：作成されるケアプラン２表**

## 5. 今年度の調査研究から得られた示唆

### 5-1. 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 年から 2019 年までのフェーズ 1 を経て、2020 年度からの 3 年間をフェーズ 2 として取り組んでいる。以下では、今年度の調査研究から得られたポイントを整理する。

#### (1)複線的モデルによるケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分け（実証 A）

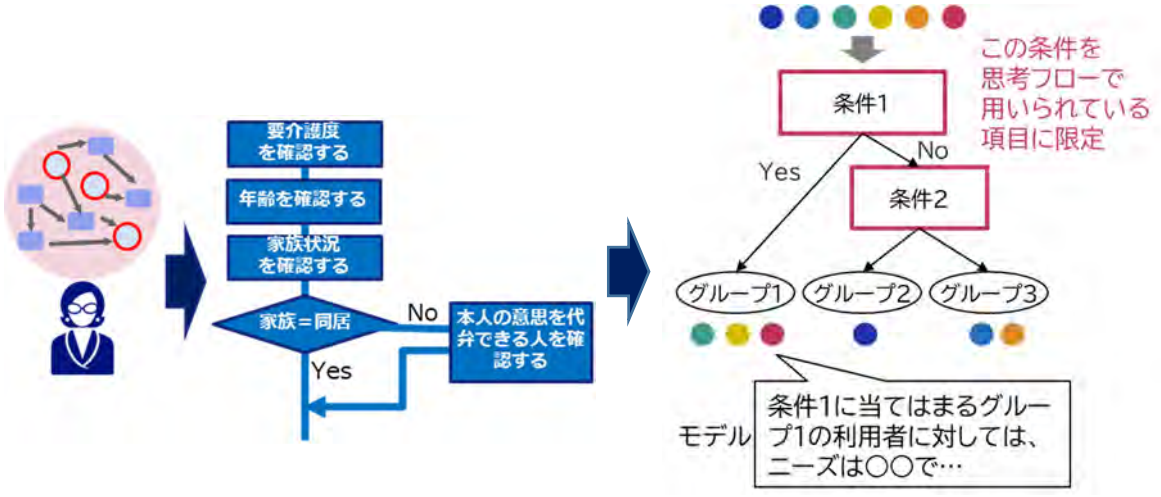
実証 A では、保有資格のなるケアマネジャーで構成される WG2 にてケアマネジャーの思考の見える化に引き続き取り組み、脳血管疾患の複線的モデルを作成した。これにより、脳血管疾患特有の着眼点に基づいたケアマネジャーの思考フローを整理することができた。

昨年度の心疾患の複線的モデル、今年度の脳血管疾患の複線的モデルと 2 つに見える化ができたことで、複線的モデルを AI 分析にいかに活用していくかも調査研究の大きな課題であった。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。

今年度は、AI が自動で行っているグループ分けに用いる項目を、思考フローの複線的モデルによって得られた項目に限定し、AI のアルゴリズム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新しいグループ分けをすることが可能となった。

現時点では、2 疾患から抽出した項目であるため、さらなる検討は必要であるが、グループ分けにケアマネジャーの知識・知見を反映することで、AI のアルゴリズムの精度を向上させることが明らかになった。

**図表 74 ケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分け（一部再掲）**



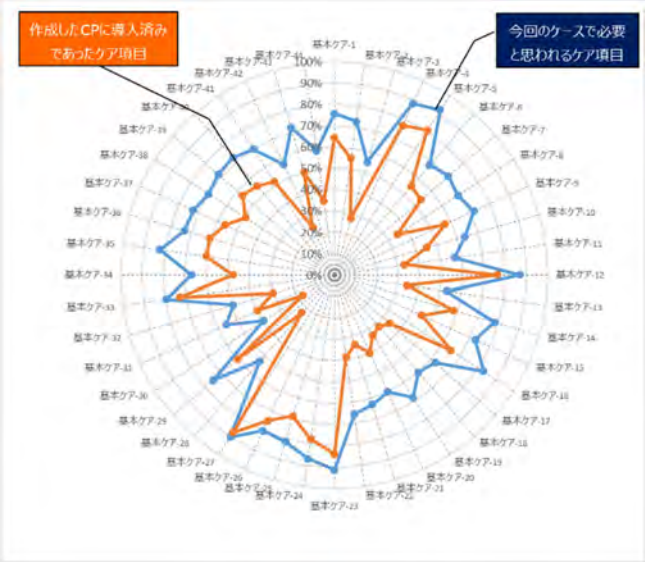
## (2)提案ケア項目の優先順位づけへの活用（実証 B・実証 C）

本調査研究のフェーズ 1 では、協力いただいた居宅介護支援事業所のケアプラン 2 表のデータをテキスト分析にかけることで、構造化・体系化を行い、課題（ニーズ）、長期目標、短期目標、サービス内容について、それぞれの内容に合致した「構造化・体系化ラベル」を作成してきた。また、過去データからは得られない未来志向のケアについては、委員会や WG のよる検討や「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」で作成された標準化項目でのチェックにより追加を行っている。

昨年度、適切なケアマネジメント手法の項目が改訂されたことを受けて、作成しているラベルと基本ケアの改訂版の項目との対応表を作成した。これにより、過去データでは不足している部分を明らかにすることができ、ケアプラン作成支援 AI が提案するケア項目の優先順位づけに活用していくべきである。

また、提案ケア項目の優先順位づけでは、実証 C の研修会で収集した点検シートのデータも併せて活用していく。研修会では、参加のケアマネジャーにご自身が作成したケアプランを持参いただき、適切なケアマネジメント手法の項目をチェックすることで、「持参ケースに必要なケアであるが、ケアプランに記載されていなかった項目」が明らかになっている。このデータを利用することで、ケアプラン作成支援 AI からの提案に重みづけが可能になる。ブラッシュアップ点検における収集データも、これに寄与していくべきである。

**図表 75 基本ケア：必要なケア項目とケアプラン導入済みのギャップ（再掲）**

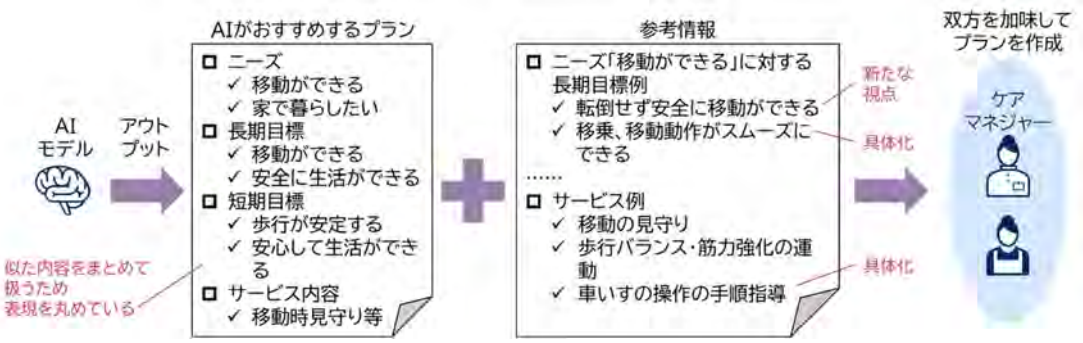


### (3)より理解しやすい表現への再変換への応用（実証 C）

実証 C では、ブラッシュアップ点検により、適切なケアマネジメント手法を深く理解した複数のケアマネジャーの目でチェックし、修正加筆された「過不足の少ないケアプラン」のデータを収集することができた。この過不足の少ないケアプランのデータを AI モデルと合わせて活用することで、AI モデルに表れていない知見を補完し、判断の支援材料となる有益な情報が提供できるものと思われる。

また、本調査研究では、AI 分析を効率的に行うために、ケアプランに記載されている文章をテキスト分析にかけて、シンプルな表現である「構造化・体系化ラベル」へと変換している。しかし、ケアプラン作成支援 AI の実装段階においては、ケアマネジャーがより理解しやすい表現へと再変換する必要がある。「過不足の少ないケアプラン」のデータを活用し、「構造化・体系化ラベル」によるシンプルな表現から、ケアマネジャーが使いやすい表現への再変換するためのデータとして利用していくべきである。

**図表 76 ブラッシュアップ点検での収集データ活用例（再掲）**

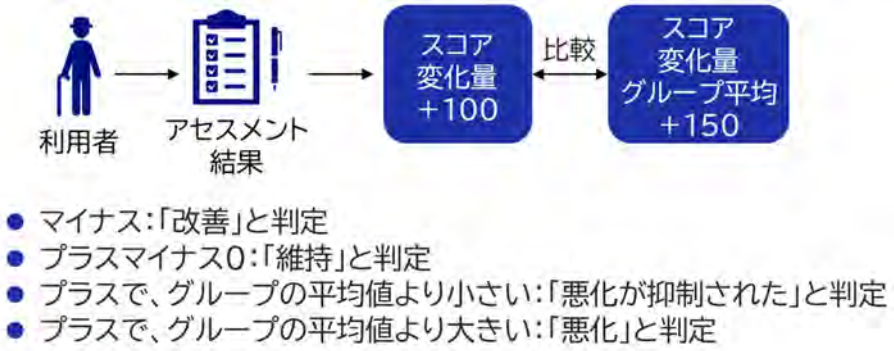



### (4)調整変数を使い、利用者の状態変化をより正確に AI 分析に反映（実証 D）

AI 分析においては、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）をみるために、アセスメント項目を数値化した「アセスメントスコア」を算出し、2 時点を比較し、利用者の状態が「改善した」、「維持できた」、「悪化した」の判定を行ってきた。しかし、高齢者の場合、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。そのため、実証 D 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方法を検討した。

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、「悪化が抑えられた」と判定することにした。しかし、状態が異なる利用者を同じ基準で評価してしまうと、適切に評価することはできない。そこで、傾向スコアという手法を使い、類似の利用者グループを抽出し、そのグループの平均と比較することで、「悪化を抑制できた」ことを判定することができるようになった。AI モデルでは、「改善した」、「維持できた」に加えて、「悪化を抑制できた」ケアプランも分析対象とし、利用者の状態変化をより正確に AI 分析に反映することができるようになった。

**図表 77 調整変数による状態変化の判定（再掲）**




### (5)疾患別 AI モデルから汎用的 AI モデルへの可能性（実証 A、実証 D、実証 E）

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、ノイズも多く、なかなかよい結果を導くことができなかった。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た状態で分析することで、AI のアルゴリズムの精度を向上させることが明らかになったため、「疾患別 AI モデル」の構築を行ってきた。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。

今年度は、実証 A の成果による専門性の高いケアマネジャーの判断に近い基準でのグループ分けを行うルールの学習や、実証 D の成果により調整変数を導入したことにより、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、統計的に利用者を類型化したクラスタを作成し、分析対象を選択して AI 分析を行うことでもアルゴリズムの精度向上が可能となった。今年度構築した汎用的 AI モデルにより、今後のモデル構築の効率化につなげていく。

## 5-2. 来年度に向けた課題

フェーズ 2 は、過去データの AI 分析から得られる知見だけでなく、優秀なケアマネジャーの知見や関係する専門職の知見を活かすことでより実態に近い分析を進め、AI のアルゴリズムの精度向上を目指してきた。汎用的 AI モデルへ転換するにあたり、8 クラスタに利用者を類型化したが、今年度は No.4 クラスタでのモデル構築となった。また、ホワイトボックス型の特徴であるエビデンスの示し方や理解につながる表現といった部分においても課題が残っている。

今年度の調査研究で積み残された課題を踏まえた上で、フェーズ 2 の最終年度となる来年度は、利用者の類型化により作成した 8 クラスタにおいて、それぞれ AI モデルの構築を進めるとともに、AI のアルゴリズムのさらなる精度向上を行っていく。また、構築した AI モデルをケアプラン作成支援 AI として社会実装した際のイメージを具体化するために、ホワイトボックス型 AI の特徴である「根拠」をどのように示すことで、ケアプランの作成における「気づき」の促しや、作業の効率化などにつながるか、ケアマネジャーが AI の導きだした結果をどのように活用することができるのかといった検証を進めていきた

い。さらに、2017（平成 29）年度から老健事業にてケアプラン作成支援 AI の検討を行ってきた中で得られた知見を整理した「ケアプラン作成支援 AI の開発・導入における考慮すべき事項」もブラッシュアップを行い、広く社会に共有していく。

## 6. ケアプラン作成支援 AI の開発・導入における考慮すべき事項

介護保険制度は、2000 年 4 月の制度導入以来、施設サービス・在宅サービスともに急速に拡大してきており、老後の安心を支える仕組みとなっている。一方で、高齢化に伴い、介護サービスが必要な高齢者の数は増加しており、介護人材の不足は喫緊の課題といえる。介護保険制度に基づき、介護が必要な方に実施されるケアマネジメントの要となるのが、専門職種であるケアマネジャーである。ケアマネジャーは、要介護者本人や家族のニーズ・課題を聞き取り、適切なサービスが受けることができるようにケアプランを作成していくことになる。このケアプランの作成は、利用者の QOL を高める重要な業務であるが、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、ケアプラン作成支援に人工知能 AI を活用することへの期待が高まっている。

ケアプラン作成支援への AI 適用は、様々な企業や組織で研究開発されており、製品化されたものもでてきている。将来的には、多様な製品・サービスが市場に投入され、ケアマネジャーにとっても、利用者にとっても、そして介護保険財政にとっても有益なものとなることと予想される。

一方で、先端技術の利用においては、その取扱いも非常に重要である。本項は、AI を活用したケアプラン作成支援の開発にあたって考慮すべき項目をまとめたものであり、また、これらを導入する組織においても、開発理念や開発プロセス等をしっかり確認した上で導入を進めるべきといえる。

本項では、2017 年度から老健事業において、介護、医療、倫理、情報技術といった専門家に参画いただき、ケアプラン作成支援 AI の検討を行ってきた中で得られた知見を整理していく。

### 6-1.【ケアマネジメントのあり方】

☑ ケアプラン作成の個別性理念を理解した上で、AI を活用したケアプラン作成支援のあるべき姿が検討されている。

ケアプランは、もともとオーダーメイドで作成されるものであり、個々の利用者に応じたケアプランが作成されることに価値がある。そのため、利用者の心身の状態、置かれている状況、それに対応した目標等を言葉で表現する方法は多様である。一方で、AI は、言葉で表現された内容を理解することは苦手であり、ケプランに記載された内容を効率よく学習するためには、データを構造化・ラベル化していくことが必要となる。

しかし、AI 活用を進めるために、ケアマネジャーがケアプランを作成する際に、限られた選択肢の中からしか目標やサービス内容が選択できないとすれば、ケアプランの個別化の理念に相反することになる。AI 分析を含め、科学的介護につながるエビデンス作成のためには、データの構造化・ラベル化は必要不可欠であるが、ケアプラン作成の根底に流れる「ひとりひとりオーダーメイドのもの」という理念を理解した上で、開発されたものであるか確認する必要がある。

☑ AI によるパーソナライズされたケアの提供が、行き過ぎた「自立」を求めるものとなっていないか確認する。

ケアプラン作成支援 AI では、本人の状態に合わせたよりパーソナライズされたケアを提供することにつなげるために、アセスメントによって得られた利用者の詳細な状態から、当該利用者の状態に近いグループで状態を改善・維持の効果が高いケアを導きだすケースが多い。一方で、身体機能や ADL の自立度が維持・改善したケアプランが「よいケアプラン」であり、自立度や要介護認定が悪化したケアプランが「悪いケアプラン」と単純化してしまうことは、本人の生活の質 QOL に直接リンクするものではないことも十分理解しておくことが重要であり、このような考え方がケアプラン作成支援 AI に反映されているかを確認する必要がある。

## 6-2.【AI 開発のガバナンス】

☑ 開発プロセスにおいて、介護分野だけでなく、医療、AI、倫理といった関係分野の専門家から意見やアドバイスが与えられる体制が構築されている。

ケアプラン作成支援 AI を研究段階から社会実装という段階へ進めるためには、介護分野だけでなく、医療や情報技術といった関係する分野の専門家が、開発の段階から参画し、意見やアドバイスを与えられる体制を構築する必要がある。

特に、個人情報を含む可能性のある機微なデータを取り扱うことから、倫理の専門家が参画することは重要となる。倫理的な配慮を前提とすることは当然であるが、医療、介護、情報技術と、それぞれの専門性が異なる場合、倫理的な配慮への考え方も異なってくる。立場の違いによる考え方の違いに対して、いかにバランスを取るかも求められてくる。

☑ 倫理委員会など外部組織からの適正な監督が行える体制が構築されている。

上記に記載したように、倫理の専門家に直接参加してもらうことに加えて、倫理委員会など外部組織からの適正な監督が行える体制を構築することも大事なポイントとなる。

わが国では、2021 年 3 月 23 日に、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」を統合した新たな指針「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」が制定されており、その中では、研究者等が研究倫理に関する教育や研修を受講する義務があることが明確に示されている。研究対象者の保護、利益相反の管理などを理解することで、透明性の高い研究・開発を進めることができ、社会実装段階でのケアプラン作成支援 AI の社会的受容につながっていくものと思われる。

## 6-3.【AI 技術の適用】

☑ 解決しようする課題に適した AI 技術が選択されている。

AI は、1940 年代から研究されてきた技術であり、「AI」と表現されてはいるが、そこに使われている技術は時代と共に変遷している。現在は、大量のデータを AI が学習することで AI 自身が知識を獲得する機械学習技術が中心となっている。機会学習技術は、大きく「ブラックボックス型」と「ホワイトボックス型」に分けることができ、それぞれに特徴がある。ブラックボックス型は、高精度・高スピードでアウトプットを導き出すことができる一方、なぜ、そのアウトプットが導き出されたかの理由についてはわからない。一方、ホワイトボックス型は、精度やスピードはブラックボックス型には劣るものの、どのようなルールでそのアウトプットを導き出したかという「なぜ」が解明できることが特徴となっている。

自立支援型マネジメントにおいては、当事者や家族、ケアマネジャーが、自立した日常生活を阻む真の課題を明らかにし、多職種連携・多職種協働の上で解決策をともに考え、合意形成をしていくことが重要であり、AI が提示するアウトプットを、ケアマネジャーが理解し、説明できることが必須となる。また、将来的には、利用者自らがケアプラン作成に参画することも増えていくかもしれない。様々な AI 技術がある中で、解決しようとする課題に適した技術が選択されているかも確認すべきである。

☑ AI 技術の適用は、業務プロセス全体の見直しも含めて検討されている。

AI 技術の適用を進める背景には、適用したいと思っている業務プロセスになんらかの課題があるためであるが、業務プロセスの一部を、そのまま AI に置き換えればうまくいくということは稀である。無理に置き換えれば、逆に、作業が増えたり、手順が煩雑になることはデジタル化においてよくあることでもある。AI 技術の適用は、業務プロセス全体の見直しも含めて検討されることが必要となる。

毎日行う業務はルーティンワークとなり、「こういうものだ」という思い込みから、その進め方を改めて見直す機会もないままに繰り返してしまうことが多い。AI 導入をきっかけとして、部分最適ではなく、全体最適を考えることで、「気づき」が生まれ、質の向上や効率化へとつながっていく。

## 6-4.【倫理的配慮】

☑ AI 開発に使用されるデータの限界性を理解した上で開発が進められている。

AI 開発においては、学習させるデータが重要となるが、偏った学習データを与えてしまうことにより、AI のアルゴリズムが偏った学習をしてしまい、求めている結果を導きだせないということをも起こりうる。

一方で、社会的課題の解決のために利用する AI 開発においては、完全な学習データを収集することは現実では不可能である。例えば、ケアプランのデータを AI に学習させたいとしても、日本全国のすべての事業所のデータを収集することはできない。また、収集できるデータは、過去のデータであり、今、現在の状況を完全に表しているともいえない。

このようなデータの限界性を認識した上で、AI 開発を進めることが重要であり、このような偏りを補正するための工夫も必要となる。性質の異なる複数の事業所のデータを収集する、データ数を増やす、

データクリーニングを行うなどのアプローチだけでなく、データの限界性を理解した上で研究を進められているかの確認が必要となる。

☑ AI に学習させるデータには、プライバシーや機密性の高いデータも含まれこともあり、その取り扱いや事前同意や匿名化などが適切に行われているか、データ保管のセキュリティなどを確認できる体制が構築されている。

AI の学習データにおいては、プライバシーや機密性の高いデータも含まれることがある。個人情報保護の観点から、事前同意を取得することや匿名化の処理などが適切に行われているか確認できる体制が構築されているべきである。「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に準拠した研究開発を行うため、データを取る扱う一人ひとりが、プライバシーや機密性の高いデータを取り扱っていることを認識するだけでなく、組織内でのガイドラインやチェック体制、確証の整備ができているかも確認すべき点となる。AI の開発ガバナンスで記載した倫理委員会など外部組織からの監督も、関連して検討すべきといえる。

## 6-5.【ケアマネジャーに求められる AI に関する理解】

☑ AI が導き出した結果が絶対ではないことを理解する。

従来のデジタル化や自動化においては、業務がデジタル機器に置き換わるだけであり、使う側に意思決定や評価を求める場面はほとんどなかった。しかし、AI では、使う側が想定した内容と矛盾したような結果を導かれることがある。ケアプラン作成支援 AI が、このような結果を導き出した際に、自分自身が想定したものを選択するのか、AI の結果を選択するのかは非常に難しく、またこのような場面に慣れてはいない。AI 分析で得られる結果は、データとデータの相関関係を示しており、因果関係のベクトルの方向性や見せかけの相関というものも表出する。AI が導き出した結果が絶対ではないことを理解した上で、AI を使っていくことが必要となる。

☑ ケアプラン作成支援への AI 活用の導入を進める場合には、それを利用するケアマネジャーの理解を深める教育体制の整備も検討すべきである。

ケアプラン作成支援への AI 活用を進めるには、ケアマネジャーが上記のような AI の特性を理解した上で、利用していくことになる。製品・サービスとして展開する際には、企業や組織は、このような留意点を丁寧に伝えていくだけでなく、ケアマネジャーの専門教育の中にも、AI に関する学びの機会が必要となる。ケアマネジャーの更新研修に組み入れるなど、体制として AI を学ぶ機会を整備することも検討すべきである。

## 6-6.【継続した学習とモデルの再構築が可能なプラットフォームの必要性】

☑ AI のアルゴリズムの精度を維持するため、継続した学習とモデルの再構築を可能とする運用の必要性を理解する。

AI のアルゴリズムの精度を維持するためには、継続的に学習していくことと、精度が落ちてきた場合にモデルを再構築することが必要であり、製品・サービスが完成したら「終わり」ということはない。本調査研究では、協力いただける居宅介護支援事業者からデータをお借りし、学習データとしているが、個別対応では、利用できるデータは限られ、データの限界性は大きい。また、継続的にデータを学習することも難しい。

異なるベンダーの介護ソフトを利用している居宅介護支援事業所と訪問介護事業所などのサービス提供事業所との間で、ケアプランのデータ連携を行うことが出来る「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」が 2019 年に策定された。ここで連携できるデータは限られているが、これをさらに拡大し、全国で作成されるアセスメントやケアプランといったケアマネジメントから派生するデータを、個人情報保護やセキュリティに配慮した上で蓄積し、二次利用できるプラットフォームを構築することができれば、継続した学習とモデルの再構築が可能となり、ケアプラン作成支援への AI 活用を進めることにつながる。

☑ 中小の居宅介護支援事業所の AI 活用を後押しする。

上記のようなプラットフォーム構築は、ケアプラン作成支援 AI に関心を持つすべての居宅介護支援事業者にとって活用の機会となるはずである。しかしながら、居宅介護支援事業所の多くは、小規模なところが多く、自身の保有するデータ数だけでは、AI 活用はなかなか難しいといえる。作成するケアプランの質を向上し、効率化を図りたい中小の事業者を支援するため、上記データプラットフォームに簡易な AI 機能を付加することができれば、中小の居宅介護支援事業所の AI 活用を後押し、ボトムアップにつながる可能性もあるといえる。

## 【参考資料】

適切なケアマネジメント手法　概要版（項目一覧）

- ●基本ケア（令和２年度改訂版）
- ●脳血管疾患Ⅰ期（令和２年度改訂版）
- ●脳血管疾患Ⅱ期（令和２年度改訂版）

資料出所：日本総研「令和 2 年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業
適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業　報告書」

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 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-1-1 疾病や心身状態の理解 | 1 疾患管理の理解の支援 | ・再発予防、や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要。また、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要である。<br>・継続的な受診の確保等により疾患の理解と、適切な療養や生活の改善を支援する体制を整える。また、本人や家族等に対して、服薬の必要性及び薬の管理方法について理解を促す支援体制も併せて整える。<br>※関連して疾患の理解の支援、定期的な受診の支援の必要性も検討すること。 | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・生活習慣病への対応の状況<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・生活習慣病への対応の状況<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 2 併存疾患の把握の支援 | ・再発予防や生活の悪化防止のためには、起因となっている生活習慣病や他の併発疾患の理解が必要である。<br>・かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整える。 | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況<br>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・生活習慣病への対応の状況 | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・心疾患の起因となっている生活習慣病の有無、心疾患への影響の程度、治療の内容、服薬の状況<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・生活習慣病への対応の状況 | 医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職 |
| | | | 3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 | ・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。<br>・口腔清掃が不十分であると、口臭が発生して、対人交流の減少につながったり、虫歯や誤嚥につながる。<br>・正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。<br>・異常の早期発見と、適切な受診機会の確保が求められる。 | ・（入院していた場合）入院中の食事の種類、内容<br>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど<br>・息切れの有無<br>・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無<br>・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）<br>・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等） | ・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・唾液の状態、貯留の状況の有無（唾液を適切に飲み込めておらず、嚥下障害の疑いがある）<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど<br>・息切れの有無<br>・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無<br>・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）<br>・現在利用している専門的なサービス（訪問歯科、訪問歯科衛生士等） | 医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職 |
| | | | 4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認 | ・転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能（反射、平衡感覚、視覚等）の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。<br>・自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつくったり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。 | ・過去の転倒歴（転倒が起きた状況など）<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）<br>・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）<br>・本人の身体能力、生活動作の確認<br>・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） | ・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）<br>・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）<br>・本人の身体能力、生活動作の確認<br>・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | Ⅰ-1-2 現在の生活の全体像の把握 | | 5 望む生活・暮らしの意向の把握 | ・本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要である。<br>・暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。 | ・本人・家族等が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）<br>・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）<br>・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）<br>・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・（同居者がいる場合）同居者による本人の生活リズムの把握状況 | ・本人・家族等が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）<br>・望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動（現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など）<br>・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）<br>・日常の活動の中で本人が感じる違和感（自覚症状の有無、程度、内容など）<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割 | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 | ・本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地良い場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えることが重要である。<br>・特に認知症のある高齢者の場合、は睡眠・覚醒リズムが乱れやすく、また自分で生活リズムを整える事は難しいため、生活リズムを規則正しくする支援が受けられる環境の整備が必要となる。<br>・本人の日常的な一週間の生活のリズム、日課等を把握する。そのうえで、認知症の進行や健康状態の変化により生活リズムが崩れた場合に、その状況を把握して改めて本人にとって心地良い生活リズムを取り戻せるよう支援する体制を整える。 | ・本人にとって心地良いであろう生活リズム<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・本人の週次や月次の生活リズム<br>・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）<br>・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容<br>・本人や家族等の交友関係 | ・本人にとって心地良いであろう生活リズム<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・本人の週次や月次の生活リズム<br>・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）<br>・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容<br>・本人や家族等の交友関係 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 7 食事及び栄養の状態の確認 | ・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。高齢者の身体の異常や心の状態の変化にいち早く気づくために、日頃から観察して変化を見逃さないようにする。<br>・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。<br>・咀嚼、嚥下力の低下や薬の副作用で食欲が落ちて低栄養の状態に陥る場合もあることを考慮し、専門職と連携する体制を整える。 | ・嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など）<br>・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果<br>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）<br>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・食欲の状況<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）<br>・日常生活（活動内容、休養・急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・医師への報告の必要性、方法、タイミング<br>・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）<br>・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 | ・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果<br>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）<br>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・食欲の状況<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・日常的な食事の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）<br>・日常生活（活動内容、休養・急速、健康状態など）に関する記録（本人による実施有無、記録方法、記録に関する支援の必要性など）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・医師への報告の必要性、方法、タイミング<br>・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）<br>・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 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 | ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。<br>・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。 | ・水分の摂取に関する失敗のエピソード<br>・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） | ・水分の摂取に関する失敗のエピソード<br>・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | | 9 コミュニケーション状況の把握の支援 | ・本人が感じていることを周囲に伝え、周囲もまた本人の心情を把握しやすい状態であるためには、本人のコミュニケーションの状況を把握しコミュニケーションが取りやすいような環境を整えることが重要になる。<br>・日常生活におけるコミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況を把握する。 | ・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格<br>・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード<br>・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況<br>・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況<br>・本人と家族等のコミュニケーションの状況<br>・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況 | ・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード<br>・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況<br>・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況<br>・本人と家族等のコミュニケーションの状況<br>・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況 | 看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援 | ・本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人のIADLや社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要がある。<br>・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。 | ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・金銭管理の状況<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） | ・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・金銭管理の状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど） | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | Ⅰ-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測 | 11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 | ・口腔内が不衛生であると、口腔に細菌が増えて、肺炎を起こす可能性がある。また、ウイルス性の呼吸器感染症を引き起こしやすくなる。口腔内に異常が表れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられる。<br>・また、正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながる。歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながる。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となる。<br>・口腔内が清潔に保たれているか、義歯は合っているか、口内炎等の異常が表れていないか等の状況を把握し、異常を発見した場合には歯科医等に連携する支援体制を整える。<br>・また、適切な口腔ケアを継続できるよう、歯科医師や歯科衛生士による指導機会を確保したり、本人による口腔ケアが難しい場合には必要に応じて介助が得られる環境を整える。 | ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）<br>・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）<br>・食事の用意の方法、食事を用意する人 | ・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）<br>・口腔や嚥下機能に関するかかりつけ医・かかりつけ歯科医への受診・相談の状況（受診・相談の有無、受診・相談先、受診・相談の頻度など）<br>・食事の用意の方法、食事を用意する人 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 |
| | | | 12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測 | ・継続的な在宅生活を継続するためには、適度な日常生活の活動が必要である。骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転等を未然に防ぐことが必要である。<br>・生活環境と本人の状況が変化していくため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備する。<br>・そのうえで、転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善したり、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認し必要なリハビリテーションを継続する支援体制を整えたりする。<br>・なお、環境や動作の改善に際しては、支援の必要性及び本人・家族等の意向も確認する。 | ・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・環境改善に関する本人・家族等の意向<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・筋力の低下の状態<br>・空間認識の状況<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）<br>・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 | ・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・環境改善に関する本人・家族等の意向<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・筋力の低下の状態<br>・空間認識の状況<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・自宅内の転倒リスクの評価及び対応状況（住宅改修、福祉用具の利用、片付けなど）<br>・自宅内で負荷がかかる行動や環境の有無及び対応状況（段差・階段、洗濯行為におけるうつむいたり持ち上げたりする動作など）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | Ⅰ-1-4 緊急時の対応のための備え | 13 感染症の早期発見と治療 | ・高齢者は、生体防御機能の低下が起こる。炎症反応が弱く、発熱や痛みの訴えが弱い場合があることに留意する。<br>・感染症の初期症状が表れた場合に医療機関を受診できるように、家族等やかかりつけ医及び関連する専門職と情報を共有したり、必要なときに連携できる体制を整える。 | ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）<br>・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度<br>・感染症へのかかりやすさ<br>・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）<br>・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況<br>・感染症にかかった際の状況把握と対応体制 | ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）<br>・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況<br>・感染症にかかった際の状況把握と対応体制 | 医師、看護師、介護職 |
| | | | 14 緊急時の対応 | ・本人の体調が急変して入院が必要になる等の状況では、特に独居の場合など、本人の意思が確認が難しくなる場合もある。急ぎの対応でも必要な人に必要な連絡が届くよう、連絡体制を整備する必要がある。<br>・緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておく。 | ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力<br>・体調の変化を伝える相手とその関係性<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど<br>・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・医師による判断の状況（入院すべきか否か）<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・日常と異なる状況の有無、その内容と程度<br>・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）<br>・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 | ・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力<br>・体調の変化を伝える相手とその関係性<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど<br>・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・医師による判断の状況（入院すべきか否か）<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・日常と異なる状況の有無、その内容と程度<br>・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）<br>・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい<br>・連絡先（かかりつけ医等）、専門職間での対応体制 | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | Ⅰ-2 意思決定過程の支援 | Ⅰ-2-1 本人の意思を捉える支援 | 15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握 | ・意思決定支援においては、本人が理解しやすいように伝え、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて把握することが重要であり、それを捉えて蓄積できる体制を整えることが重要である。<br>・本人のこれまでの経緯や考えを捉えて蓄積・共有し、本人の意思の表明を何気ない言葉、態度やしぐさ、エピソードなどを通じて、本人の意思の形成や表明を支援できるようにするための体制を整える。 | ・生活歴、成育歴<br>・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード<br>・今の生活に対する本人の想い<br>・これからの生活に対する本人の想い<br>・本人が得意にしていること<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | ・日常生活で起きた出来事に対する本人の反応のエピソード<br>・今の生活に対する本人の想い<br>・これからの生活に対する本人の想い<br>・本人が得意にしていること<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 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-2-2 意思の表明の支援と尊重 | 16 日常生活における意向の尊重 | ・日々の小さな選択において本人の意向が表明され反映されることは、日常生活における本人のストレスを軽減することにもつながり重要である。<br>・日常生活における選択（食事や服を選ぶこと、外出先を選ぶこと、その日にすることを決めること等）において、本人の意向が表明され反映されるように、意向の表明を支える体制を整える。 | ・日常生活における意向の表明の状況<br>・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ<br>・日常生活における決定を実質的に誰がしているか | ・日常生活における意向の表明の状況<br>・日常生活における決定に対する本人の関与や関心の大きさ<br>・日常生活における決定を実質的に誰がしているか | 看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 17 意思決定支援の必要性の理解 | ・将来の生活に向けた準備として、意思決定支援の必要性及びその必要になった場合の支援体制を整えることが重要である。<br>・意思決定支援の必要性や重要性を本人や家族等が理解できるよう支援する。<br>・なお、ここでの意思決定は、日常の生活を継続するうえでの様々な意思決定の支援を指し、必ずしもACP（アドバンスケアプランニング）だけを指すものではない。また、状況に応じて必要な意思決定支援が変化するため、支援の体制も変えていく必要があることに留意する。 | ・意思決定支援に対する家族等の理解度<br>・意思決定に関する本人の想い、不安の状況<br>・本人が有する意思決定能力の状況<br>・金銭管理の状況<br>・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 | ・意思決定支援に対する家族等の理解度<br>・意思決定に関する本人の想い、不安の状況<br>・本人が有する意思決定能力の状況<br>・金銭管理の状況<br>・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 | 看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | Ⅰ-2-3 意思決定支援体制の整備 | 18 意思決定支援体制の整備 | ・意思決定支援（あるいは意思推定支援）は一人でできるものではなく、チーム体制を整備することが重要である。<br>・意思決定支援あるいは意思推定支援の必要性が大きくなった場合に、その支援を行う体制を整える。<br>・なお、ここでいう意思決定支援チームとは専門職のみで構成される固定的なチームではない。状況が変化するにつれて、意思決定支援チームに参加すべき人も変化することから、まずは誰が意思決定支援（あるいは意思推定支援）の体制に入るのかを把握することに留意する。 | ・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性<br>・意思決定支援チームとして関わりうる人<br>（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える）<br>・意思決定支援チームでの情報共有体制<br>・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング | ・本人の代理として意思決定しうる人の有無、本人との関係性<br>・意思決定支援チームとして関わりうる人<br>（※専門職だけでなく、地域住民なども含めて捉える）<br>・意思決定支援チームでの情報共有体制<br>・意思決定支援チームによる支援の方法、タイミング | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、介護職 |
| | | 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 | ・本人や家族等の生活は将来にわたって続くが、経験したことがない将来の生活の見通しを持つことは、多くの人にとって難しい。したがって、情報を提供したり、これまでに本人や家族等が感じていることを聞き取ったりすることを通じて、本人や家族等が意思を形成する支援を行う必要がある。<br>・本人や家族等自身が判断できるよう支援するためには、状況に応じた介護の選択肢があることを知らせたり、本人や家族等の意向を引き出す相談援助を行う。 | ・生活歴、成育歴<br>・今の生活に対する本人の想い<br>・今後の治療に関する本人の意向<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・意思決定に関する本人の想い、不安の状況<br>・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・EOLに対する家族等の意向<br>・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・意思決定支援に対する家族等の理解度<br>・本人が得意にしていること<br>・本人が有する意思決定能力の状況<br>・金銭管理の状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・ACPの実施状況<br>・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握<br>・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備<br>・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 | ・生活歴、成育歴<br>・今の生活に対する本人の想い<br>・今後の治療に関する本人の意向<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・意思決定に関する本人の想い、不安の状況<br>・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・EOLに対する家族等の意向<br>・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・意思決定支援に対する家族等の理解度<br>・本人が得意にしていること<br>・本人が有する意思決定能力の状況<br>・金銭管理の状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・ACPの実施状況<br>・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握<br>・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備<br>・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 | 看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援 | 20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 | ・高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられる。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にある。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れる等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要である。<br>・また、食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要である。栄養改善は、疾患の予防、悪化防止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要である。<br>・本人や家族の日常的な食生活や飲み物の摂取状況、排泄や発汗によって失われる水分量を把握し、必要な水分や栄養を確保できているかを把握できる体制を整える。<br>・必要な水分を確保できるような支援を確保する。また、食事については食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 | ・食事の摂取に関する失敗のエピソード<br>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・食欲の状況<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・居室等の環境で、失われる水分量の予測<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方 | ・食事の摂取に関する失敗のエピソード<br>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・食欲の状況<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・居室等の環境で、失われる水分量の予測<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | | 21 水分の摂取の支援 | ・必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要である。<br>・日常の生活における水分摂取量、その状況の変化を把握できる体制を整える。 | ・水分の摂取に関する失敗のエピソード<br>・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々<br>・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） | ・水分の摂取に関する失敗のエピソード<br>・水分量・塩分量に対する本人・家族等の理解度（適切な量、日常的な食事の塩分含有量など）<br>・食事における咀嚼、飲み込みの状況、嚥下動作など<br>・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々<br>・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 |
| | | | 22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援 | ・適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素である。水分不足や薬の副作用によって、口腔乾燥の症状が表れることがある。口腔乾燥が生じると、肺炎のリスクが高まるほか、本人の不快感や口臭の起因ともなるため適切に口腔ケアが継続される必要がある。<br>・専門職によるリスク評価結果を踏まえ、摂食嚥下機能を維持・改善するためのリハビリテーション（専門職によるリハビリテーションだけでなく、口腔体操などの取り組みを含む）が提供されるようなケア体制を整える。<br>・セルフケアとして自身で実施可能なリハビリテーションについては、その実施方法や留意点を把握し、家族等の介護者にも共有する。<br>・口腔乾燥を防止するため、口腔内に適切な水分が保たれるように環境を見直す。唾液腺のマッサージや、保湿剤の活用等の口腔乾燥の防止の必要性も考慮し、歯科医師等と状況を共有し連携する体制を整える。 | ・（入院していた場合）入院中のリハビリテーションの内容<br>・（入院していた場合）入院中の口腔に関するケア内容<br>・嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など）<br>・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果<br>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・食事をとる際の姿勢・食事のとり方<br>・食器の保持の状況<br>・日常的に使っている食器<br>・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）<br>・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無<br>・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容<br>・評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具<br>・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境<br>・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方<br>・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 | ・嚥下障害に関係しうる病歴の有無（気管切開など）<br>・専門職による本人の摂食嚥下機能の評価結果<br>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内の温湿度リスクの評価及び対応状況（窓の配置、エアコンの位置・風向き、カーテン・ブラインドの利用状況など）<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・口腔状態（口腔乾燥など）に影響を与える薬の有無、副作用の可能性の有無<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・日常生活での口の開きの状況、口呼吸などの状況、常時開口を強いるような姿勢の有無<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・食事をとる際の姿勢・食事のとり方<br>・食器の保持の状況<br>・日常的に使っている食器<br>・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）<br>・食事を一緒に取る人あるいは食事介助を行う人の状況（有無、介助の方法、食べさせ方など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・就寝時の義歯着脱の有無（顎提や顎関節にかかる負担を軽減するために夜間装着が必要な場合もあるので、歯科医師に確認）<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無<br>・摂食嚥下機能改善のためのリハビリテーション（実施有無、必要性、内容など）<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・発声・発話の維持・改善のためのリハビリテーションの必要性とその内容<br>・評価結果を踏まえて見直すべき食器や道具<br>・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとっている場所・環境<br>・評価結果を踏まえて見直すべき食事をとる際の姿勢・食事のとり方<br>・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況 | 医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援 | 23 継続的な受診・療養の支援 | ・日常生活を通じて再入院の予防（急激な状態の悪化の予防）を図るには本人・家族等によるセルフマネジメントが重要であり、疾患及び疾病管理に関して本人・家族等の理解と管理が正確に行われる必要がある。これを確保するためには、本人・家族等に対して、起因となった疾病についてかかりつけ医をはじめとする専門職から説明がなされていること、本人・家族等がそれを理解して、疾患の管理を行うことが大切である。<br>・通院する環境やその手段を整えることで継続的な受診を維持する体制を整える。必要なケアを見定め、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除くことで、生活の縮小ではなく、生活の改善をうながす。<br>・また、通院に家族等が付き添っている場合についても、家族等が働いている場合等は通院に付き添う家族等の負担も考慮して、代替手段を提案できるような情報提供にも配慮した支援体制を整える。 | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・今後の治療に関する本人・家族等の意向<br>・本人が感じる不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）<br>・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）<br>・本人の健康状態、生活状況<br>・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点<br>・家族等の状況（同居者の有無、支援者は誰かなど）<br>・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など）<br>・医師による判断の状況（入院すべきか否か）<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・今後の治療に関する本人・家族等の意向<br>・本人の健康状態、生活状況<br>・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）などの併存疾患の有無、程度、治療の内容、通院・服薬の状況<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由<br>・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の有無と種類、その使用に係る留意点<br>・本人の日常生活リズム（起床就寝、食事、仕事や日課等）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・咳・むせの有無、咳・むせが出るタイミング（例：動作時、食事の途中など）、咳・むせの頻度、咳のタイプなど<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・状況が急変した際に本人が取るべき行動に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（急変の判断の目安、急変時の対応方法など）<br>・医師による判断の状況（入院すべきか否か）<br>・医師の判断を踏まえた、本人における留意すべき兆候<br>・長期的な変化の兆候（以前よりも元気がない、食欲が低下しているなど）<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | | 24 継続的な服薬管理の支援 | ・併発している疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、それを本人が可能な限り理解できるように支援することも重要になる。<br>・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人や家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備する。 | ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・服薬支援機器の活用状況 | ・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）の変更とそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）の変化及びその理由<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の状況（有無、連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・服薬の確認体制（処方に沿って服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・服薬支援機器の活用状況 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援 | 25 体調把握と変化を伝えることの支援 | ・高齢者全般の基本的な機能と生理として長期的に状態が変化しフレイルが進行するが、認知症のある高齢者の場合、その変化を自ら捉え訴えることが難しい場合もあるため、長期的な変化と日常の状況を捉える体制を整えておくことが重要である。<br>・日常的な体調がどのようなものか、特に長期的にみたフレイルの進行や状態の変化がどのようなものかを把握し、そのうえで日々の体調を管理できるよう支援する体制を整える。<br>・また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整える。 | ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等）<br>・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度<br>・自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段<br>・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力<br>・体調の変化を伝える相手とその関係性<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況<br>・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況<br>・日常的な体調（食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等）<br>・目標血圧と通常の血圧の状態<br>・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）<br>・日常と異なる状況の有無、その内容と程度<br>・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等）<br>・医師への報告の必要性、方法、タイミング<br>・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい | ・フレイルの状況がわかるエピソード（転倒等）<br>・血圧のコントロールに対する本人・家族等の理解度<br>・自分の体調に対するうけとめの状況、体調を把握する手段<br>・体調の変化を伝えられるコミュニケーション能力<br>・体調の変化を伝える相手とその関係性<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・市販薬の服用状況（有無、薬の種類、頻度など）及びサプリメント・健康食品等の摂取状況<br>・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況<br>・日常的な体調（食欲・渇き、痛み、排泄、眠さ等）<br>・目標血圧と通常の血圧の状態<br>・血圧コントロールに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（血圧コントロールの必要性、服薬・食事・生活習慣に関する留意点、目標となる血圧の上限下限など）<br>・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度（上限、下限）<br>・体重管理に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（体重管理の必要性、目安となる体重についての説明など）<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など）<br>・日常と異なる状況の有無、その内容と程度<br>・季節あるいは年単位など長期間で見た状態の変化傾向（体重、外出頻度、家族等との関わり等）<br>・医師への報告の必要性、方法、タイミング<br>・いざという時の入院候補先となる医療機関（名前、場所、連絡先など）※予め決めておくことができると望ましい | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、管理栄養士、介護職 |
| | | Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援 | 26 フレイルを予防するための活動機会の維持 | ・日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。<br>・したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者である家族等が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要である。<br>・また、高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ないような状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要である。<br>・専門職と連携して、本人・家族等の、動くことに対する心理的不安を軽減するとともに、本人の身体能力に応じて、家事等の役割分担を設定する。<br>・また、家族等介護者である家族等と、本人の状態を共有し、本人ができること、できないことを見極められるようになることを支援する体制を整える。そのために、本人のADL/IADLの状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整する。 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング<br>・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）<br>・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握<br>・必要な支援を受けられる体制の確保<br>・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）<br>・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか） | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・（医療／介護両方を使う場合）関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、共有する内容、情報共有のタイミング<br>・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）<br>・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握<br>・必要な支援を受けられる体制の確保<br>・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）<br>・機能回復のためのリハビリテーションの実施有無<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況<br>・家族等及び専門職との情報共有（情報共有の状況、共有方法など）<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施 | ・日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながる。<br>・生活機能の維持に向けて、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような環境を整える。<br>・また、必要に応じて現在受けているリハビリテーションや実施しているセルフケアに対する本人や家族等の継続意向を確認し、関連する専門職やサービス事業者と共有する、リハビリテーションやセルフケアが生活機能の維持に必要であることを本人・家族等に改めて説明するなどの連携体制を整える。 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）<br>・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握<br>・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況<br>・必要な支援を受けられる体制の確保<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか） | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・リハビリテーションに関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（必要性、指示・指導の内容、留意事項など）<br>・医療的なリハビリテーションの実施状況（通院回数、頻度、時間など）や体制（提供可能な機関の名称、場所、連絡先など）の把握<br>・介護保険によるリハビリテーションの目標・内容（※目標にはリハビリテーションの終了を含む）<br>・全般的な心身機能の低下の程度、改善可能性<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況<br>・必要な支援を受けられる体制の確保<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・実施中の生活支援サービスの確認と見直し（過剰支援となっていないか） | 医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 | Ⅱ-1-5 感染予防の支援 | 28 感染症の予防と対応の支援体制の構築 | ・高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。<br>・家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いやうがいを継続できるような支援体制を整える。 | ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）<br>・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・感染症へのかかりやすさ<br>・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況<br>・感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど）<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・感染症にかかった際の状況把握と対応体制 | ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴）<br>・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔内の状況（乾燥の程度、口内炎や傷の有無、清潔の状態の程度、口臭、食べかすの状況など）<br>・感染症へのかかりやすさ<br>・家族等の背景（特に小さい子どもの有無）、日常的な外出先（デイサービスの利用の有無）など<br>・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（感染症の予防の必要性、具体的な対策、医療機関を受診すべき状態の目安など）<br>・かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況<br>・感染症の予防のための環境整備の状況（定期的な部屋の換気、埃がたまっていないか、ゴミが放置されていないかなど）<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・感染症にかかった際の状況把握と対応体制 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援 | Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援 | 29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援 | ・規則正しい生活は、睡眠や排泄のリズムを整えることに役立つ。本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築するためにも、まずは一週間の生活を捉えたうえで、あくまでも本人の心地良いリズムにそった生活を支えられるよう、支援を提供することが重要となる。<br>・本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整える。 | ・本人及び家族等のこれまでの生活暦<br>・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・本人にとって心地良いであろう生活リズム<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）<br>・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）<br>・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）<br>・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安））<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容<br>・本人や家族等の生活に関わっている人の状況<br>・本人や家族等の交友関係 | ・本人及び家族等のこれまでの生活暦<br>・本人の状態（運動機能、麻痺の程度、服薬状況等）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・本人にとって心地良いであろう生活リズム<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・本人の日常生活リズムの変化（生活リズムの崩れの有無、その要因など）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）<br>・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無）<br>・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）<br>・活動制限に関する医師からの指示・指導の有無、活動制限の内容・程度（禁止なのか、一定の状態になったら中止なのかなど、活動制限の基準（制限や中止すべき息切れ疲れなどの目安））<br>・支援者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・生活リズムを取り戻すために関わりうる支援者と支援内容<br>・本人や家族等の生活に関わっている人の状況<br>・本人や家族等の交友関係 | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 30 休養・睡眠の支援 | ・不眠症をはじめとする多くの睡眠障害が循環器疾患のリスク要因であることが示されている。また、十分な休養を取らないと、生活リズムが崩れたり、体重が増えて血圧が高くなったりする可能性があり、再入院のリスクが高まる。<br>・本人の休養・睡眠の状況及びその変化を把握し、適宜、専門医等と連携して必要な支援につなげられる体制を整える。<br>・また、状況に応じて、寝室の明るさ・温度や寝具の状況、休養・睡眠のタイミングやリズムの把握、同居者の生活リズムの把握や休養・睡眠を阻害する要因を解決する支援についても検討する。 | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無<br>・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）<br>・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）<br>・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） | ・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無<br>・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・服薬内容、服薬のタイミング（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング）<br>・休養・睡眠する環境（寝室の明るさ、温湿度、寝具の状態など）<br>・休養・睡眠の状況（タイミング、リズム、時間、眠れていない・中途覚醒がある・寝付けない・疲労感・息苦しさなどの自覚症状の有無） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | Ⅱ-2-2 食事の支援 | 31 口から食事を摂り続けることの支援 | ・食欲の有無は身体の健康や心の状態を図るうえで重要である。特に、みずからの口を通じて食事を摂り続けられるようにすることは、食欲だけでなく本人の心の状態にも影響が大きい。<br>・体重の増減やBMI値を使って栄養状態を把握する体制を整える。また、食欲の有無について本人や家族等に確認し、食欲がない場合には、行動や体調の変化の有無や、気になるエピソードを把握する等して状況を把握し、関連する他職種と共有する。<br>・なお、食事の内容だけでなく、本人の状況に合わせた食べやすい食形態や食事を摂る環境を整備するとともに、本人の好み等も考慮して食欲を高める工夫にも配慮されるよう支援体制を整える。 | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食欲の状況<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など）<br>・本人や家族等の食生活と食の好み<br>・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食欲の状況<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・日常的な塩分摂取の状況（塩分摂取量、塩分摂取制限の有無など）<br>・本人や家族等の食生活と食の好み<br>・日常的な塩分摂取状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、把握方法、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） | 医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科医衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | | 32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援 | ・食事は心身の健康を維持するために重要な要素である。生活習慣病の起因となる食生活が行われている場合もあることから、食生活について確認して改善を指導することが必要となる。また、栄養が不足したり大きく偏ることは、療養中の疾患の悪化にもつながるため、日常の食生活で栄養を取れるようにすることが重要である。<br>・本人や家族等の疾病に対する理解をうながす環境を整え、日常の生活で必要な栄養を量及びバランスともに十分に取れているか把握する体制を整備する。その際、食べる意欲を維持し、豊かな食生活を実現するために、必要以上の制限が行われないように留意する。 | ・食事の摂取に関する失敗のエピソード<br>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食欲の状況<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） | ・食事の摂取に関する失敗のエピソード<br>・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・口腔機能（摂食嚥下機能、発話発声機能、味覚など）の状況<br>・咬合の状況、義歯等の状況（利用有無、汚れや破損の有無など）<br>・本人及び同居家族等の生活リズム（特に食事のタイミング）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・食欲の状況<br>・食事の際の本人の様子（食べる速度がいつもと違う、食事中にむせる、飲み込んだときに声がかすれる、飲み込むときに痛みがある、食べものがよくのどに詰まる、のどがゴロゴロ鳴るなど）<br>・食事の内容（種類、形態、量、内容など）<br>・本人の食の好みやこだわり、偏食の状況など<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・食事をとっている場所・環境（ベッドか机か、椅子や机の高さなど）<br>・食事の調理者（外食や配食や惣菜なのか、介護者が調理しているのか、購入先など）<br>・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・食事に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（食事内容や食事のとり方に関する留意点など）<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・口腔ケアの状況（自立の程度、実施する人は誰か、実施方法、回数・頻度、タイミングなど）<br>・日常的な体重管理の状況及び支援の体制（本人を含む体重の管理体制、管理方法、体重の推移（急激な増減がないか）、支援の必要性、支援者は誰かなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援 | | 33 清潔を保つ支援 | ・清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。<br>・清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。 | ・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度<br>・入浴に対する本人・家族等の希望・意向<br>・経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）<br>・皮膚の状態（異常の有無など）<br>・本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）<br>・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況<br>・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）<br>・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況<br>・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況<br>・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容） | ・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度<br>・入浴に対する本人・家族等の希望・意向<br>・経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）<br>・皮膚の状態（異常の有無など）<br>・本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か）<br>・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況<br>・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など）<br>・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況<br>・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況<br>・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援 | ・排泄は人間の生命を維持するうえで重要な機能であり、排泄の自立を保つことは、本人の自尊心を高めることにもつながる。一方、家族等にとっても排泄の世話は、精神的、身体的に負担が大きい介護となる。排泄上の障害を取り除き、排泄の自立を高める事が期待される。<br>・同時に、排泄は病気のバロメーターにもなるため、本人の日常的な排泄パターンからの逸脱の程度を観察することで、異常の早期発見に役立つ。<br>・排泄をできるだけ自分で続けられるようにするため、排泄リズムや排泄方法を把握し、本人がそのリズムを理解できるよう支援する体制を整える。<br>・具体的には、トイレ等の排泄する環境を整えるとともに、食事や水分を摂ったり薬を飲んだりするタイミングの調整や、日常生活の中での適度な運動・活動が確保されるよう支援体制を整える。<br>・なお、排泄補助用具の活用においては、本人の自尊心を傷つける場合があるほか、本人の不快感を助長する場合もあることに留意する。 | ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄リズムに対する本人の認識<br>・排泄に関する失敗のエピソード<br>・日常的な排泄の方法（トイレ、Ｐトイレ、おむつなど）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・排泄動作の状況 | ・排泄リズム（頻度、回数、タイミング、内容など）<br>・排泄リズムに対する本人の認識<br>・排泄に関する失敗のエピソード<br>・日常的な排泄の方法（トイレ、Ｐトイレ、おむつなど）<br>・排泄内容（便秘や下痢といった状況の有無、日常の排泄内容との違いなど）<br>・排泄動作の状況 | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援 | Ⅱ-3 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 | Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 | 35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 | ・本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、支援の内容を個別化する過程で、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、その前提としてまずは本人の強みを引き出すための情報収集が重要となる。<br>・本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を整える<br>・なお、本人の強みは、置かれた環境によって発揮されやすいこともあれば発揮しにくい場合もあることに留意し、継続的に強みが発揮されるようにするためには本人の環境を整える支援体制を整える。 | ・本人のストレングス<br>・本人の趣味・嗜好<br>・本人・家族等が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）<br>・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ<br>・本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態<br>・本人が強みを発揮できる状況や状態<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・役割を実現するために必要な環境支援<br>・コミュニケーション能力回復のために必要な支援<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート | ・本人のストレングス<br>・本人の趣味・嗜好<br>・本人・家族等が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）<br>・望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ<br>・本人が喜びや楽しみを感じる状況や状態<br>・本人が強みを発揮できる状況や状態<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・役割を実現するために必要な環境支援<br>・コミュニケーション能力回復のために必要な支援<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援 | 36 コミュニケーションの支援 | ・コミュニケーションが阻害されると、本人と家族等が互いに理解を深めることが難しくなる。その結果、本人が孤立したり、本人・家族等が心身共に強いストレスを抱えた状態になりやすい。また、本人が心身の不調を感じていてもそれを他者に伝えることが難しい状況が生じて、異常に気づくことが遅れる。<br>・本人と最も身近な家族等を含む他者とのコミュニケーションの状態を観察して、コミュニケーションをとることができているかを把握する。<br>・そのうえで、本人が日常的に接する機会の多い家族等や介護者等とコミュニケーションをとることができる環境を整える。<br>・また、家族等や介護者等に対しても、本人の現在の状況を理解し、今後の見通しやコミュニケーションをとるうえでの留意点を理解できるよう支援及び連携の体制を整える。 | ・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格<br>・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）<br>・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況<br>・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況<br>・本人と家族等のコミュニケーションの状況<br>・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況<br>・コミュニケーション能力回復のために必要な支援 | ・疾患発症前の生活における本人のコミュニケーションの取り方の傾向、性格<br>・電話やスマートフォンの利用状況、及び失敗のエピソード<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）<br>・コミュニケーションに関する本人のストレスの状況<br>・コミュニケーション（聞く、話す、見る）の状況<br>・本人と家族等のコミュニケーションの状況<br>・本人と家族等以外とのコミュニケーションの状況<br>・コミュニケーション能力回復のために必要な支援 | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることの支援 | 37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 | ・本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要である。<br>・本人が役割を継続できるよう、役割を担い続けられるように支援体制を整える。また、地域等での活動と参加を維持する際の支障とならないよう、本人が清潔を保つことの認識や状況を把握する。<br>・なお、本人にとってのストレスを把握するため、必要に応じて日常生活において本人が感じているであろう快・不快の状況を把握できるよう、他職種等との連携体制を整える。 | ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード<br>・本人にとっての快・不快の状況<br>・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤<br>・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安<br>・家庭内での本人の役割に対する本人の認識<br>・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・本人の趣味・嗜好<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・活動と参加に関わる各行為の状況<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）<br>・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）<br>・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート | ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード<br>・本人にとっての快・不快の状況<br>・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤<br>・再転倒、再骨折に対して本人・家族等が感じている不安<br>・家庭内での本人の役割に対する本人の認識<br>・家庭での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・本人の趣味・嗜好<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・活動と参加に関わる各行為の状況<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）<br>・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）<br>・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート | 看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援 | 38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備 | ・将来のフレイルの進行を出来るだけ予防するためには、疾患に関わる留意点を踏まえたうえで、日常の活動量の低下を抑える必要がある。<br>・かかりつけ医等からの療養上の留意点と、本人のそれまでの生活での活動範囲を把握したうえで、活動を継続するうえでの課題を把握することが重要である。<br>・活動量の低下を防ぐため、本人の心身の状況にあった生活環境・活動環境と具体的な活動の継続を支援する体制を整える。 | ・生活歴、成育歴<br>・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・本人のストレングス<br>・本人の趣味・嗜好<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）<br>・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）・運動・活動を妨げる要因<br>・活動を支援する福祉用具の活用<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・役割を実現するために必要な環境支援 | ・生活歴、成育歴<br>・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・本人のストレングス<br>・本人の趣味・嗜好<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・自宅の間取り（部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・自宅内の動線（日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など）<br>・自宅外での本人の生活習慣（よくいく場所、そこまでの動線、日課など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・日常的な活動の状況（日常的な活動の機会の有無、内容、負荷の度合い、活動量<br>※リハビリテーションだけでなく生活動作を含むなど）<br>・日常的な運動の状況（日常的な運動（体操、散歩など）の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など）・運動・活動を妨げる要因<br>・活動を支援する福祉用具の活用<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・役割を実現するために必要な環境支援 | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備 | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要である。<br>・また、認知症のある人にとっても活動と参加を継続できるようにしつつ、かつ状況が変化することを前提として活動と参加の状況の変化、本人にとっての快・不快の変化を捉えることが重要である。<br>・日常の生活を通じて交流している人間関係や周囲の人びととの交流の状況と、そうした交流機会における本人の心理的な困惑や葛藤を把握する。そのうえで、本人の活動と参加を可能なかぎり継続できるような人間関係に対する支援を検討し、本人の交流関係を継続するための支援や連携体制の構築と、交流を円滑にできるような本人に対する支援体制の整備を行う。 | ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード<br>・本人・家族等の受容の程度<br>・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤<br>・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識<br>・本人にとっての快・不快の状況<br>・金銭管理の状況<br>・本人の趣味・嗜好<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・活動と参加に関わる各行為の状況<br>・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・他人との交流の方法<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性<br>・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート | ・地域や家庭での役割に関するトラブルのエピソード<br>・本人・家族等の受容の程度<br>・地域での役割を担い続けるうえでの認知症の影響の現れ方<br>・交流に対して本人が感じている困惑や葛藤<br>・地域・社会（家庭外）での本人の役割に対する本人の認識<br>・本人にとっての快・不快の状況<br>・金銭管理の状況<br>・本人の趣味・嗜好<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・活動と参加に関わる各行為の状況<br>・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・他人との交流の方法<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性<br>・役割を担うことに対する家族等や支援者等による支援の状況<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む）<br>・本人の健康状態や生活状況を把握する体制（家族等との連携の体制）<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】基本ケア

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本方針 | 大項目 | 中項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| Ⅲ 家族等への支援 | Ⅲ-1 家族等への支援 | Ⅲ-1-1 支援を必要とする家族等への対応 | 40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 | ・日々介護に携わっている家族介護者の不安とストレスを軽減し、家族介護者自身の生活の継続を実現するためにも、家族等に対する受容の支援とともに、日々実施している介護に対するねぎらいや、一人で抱え込まなくて良いようにするための社会資源の紹介といった支援が重要になる<br>・家族介護者が感じる不安を緩和できるよう、日々の介護に対する情緒的支援（ねぎらい）を提供する<br>・また、家族等自身の生活のリズムが保たれるよう、家族等の生活を捉えたうえで、その生活リズムに対する影響を小さくできるような社会資源を紹介する等の支援を行う。 | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・認知症に対する家族等の受け止めの状況<br>・認知症に対して家族等が感じている不安<br>・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み<br>・介護の大きさに対する家族等の認識と理解<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）<br>・同居していない家族等の生活リズム<br>・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）<br>・仕事をする家族等の会社での役割の変化<br>・家族等の休養・睡眠の状況<br>・相談支援の実施の状況<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況<br>・家族等がねぎらいを得られる状況の有無<br>・家族等が必要な情報を収集する手段<br>・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況<br>・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況 | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・認知症に対する家族等の受け止めの状況<br>・認知症に対して家族等が感じている不安<br>・仕事や生活との両立に関わる家族等が感じている不安及び悩み<br>・介護の大きさに対する家族等の認識と理解<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・同居者の有無、同居者の生活リズム（仕事などの状況を含む）<br>・同居していない家族等の生活リズム<br>・仕事をする家族等の勤務の特徴（例：出張や変則勤務の有無等）<br>・仕事をする家族等の会社での役割の変化<br>・家族等の休養・睡眠の状況<br>・相談支援の実施の状況<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況<br>・家族等がねぎらいを得られる状況の有無<br>・家族等が必要な情報を収集する手段<br>・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる地域の社会資源の状況<br>・家族等の不安や悩みの解決に紹介しうる他制度の状況 | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | | 41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 | ・本人の尊厳のある生活を支えていくのは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要である。<br>・本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握する。<br>・本人や意思決定にかかわる家族等の意向を踏まえたうえで、将来にわたる生活の継続のために活用可能な地域資源が存在すること、またその情報を提供する等の支援体制を整える。 | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）<br>・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）<br>・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備<br>・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣に対する本人・家族等の理解度（生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度など）<br>・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・特に考慮しなければならない生活習慣が何か（例：飲酒、運動など）、変更の重要性（例：絶対だめなのか、努力事項なのか）<br>・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備<br>・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性 | 医師、看護師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | | 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 | ・本人が地域での生活を継続できるように支えることが重要であり、かつ家族等が一人で抱え込まなくて良いように、地域の近隣住民や交友関係者の理解を高めておくことが重要である。<br>・家族等が一人で抱え込まなくて良いよう、家族等だけでなく、本人を理解しともに関わることができる理解者を増やすとともに、それまでに交友があった近隣住民等にも理解する関係性を作ってもらえるよう支援体制を整える。 | ・地域とのトラブルのエピソード<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解<br>・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）<br>・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握<br>・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人や家族等の生活に関わっている人の状況<br>・本人や家族等の交友関係<br>・認知症に対する地域の理解の状況<br>・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 | ・地域とのトラブルのエピソード<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・認知症の進行度によって関わり方を変えていく必要があることに対する家族等の理解<br>・家族等が感じている不安（不安の有無、不安の内容、その程度など）<br>・現在、本人や家族等が心理面での支えとしている相手・内容の把握<br>・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人や家族等の生活に関わっている人の状況<br>・本人や家族等の交友関係<br>・認知症に対する地域の理解の状況<br>・意思決定の支援が必要になったときのための情報の引継ぎの準備・認知機能の程度、日常生活における障害の有無<br>・将来的に死後も意思や意向を反映できるようにすることの支援<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況 | 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職 |
| | Ⅲ-2 ケアに参画するひとへの支援 | Ⅲ-2-1 本人をとりまく支援体制の整備 | 43 本人を取り巻く支援体制の整備 | ・本人の状況にもよるが、家族等あるいは専門職による支援（フォーマルサービス）だけで支援を継続するのは資源が不足するため、さまざまなインフォーマルサポートも交えた支援体制を整える必要がある。特に、インフォーマルサポートが提供される体制を整えることは、本人のそれまでの生活の継続を尊重し、尊厳ある生活を実現する観点からも重要である。<br>・家族等に加えてインフォーマルサポートを提供する人など、本人の状況を踏まえ、多様な専門職以外の人が支援に関わる体制を整える。 | ・地域とのトラブルのエピソード<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人や家族等の生活に関わっている人の状況<br>・本人や家族等の交友関係<br>・認知症に対する地域の理解の状況<br>・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク<br>・退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）<br>・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート<br>・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク<br>・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）<br>・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 | ・地域とのトラブルのエピソード<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・地域生活におけるキーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人や家族等の生活に関わっている人の状況<br>・本人や家族等の交友関係<br>・認知症に対する地域の理解の状況<br>・本人のかかりつけ医、かかりつけ歯科医師など、本人のリスク評価に関わりうる専門職のネットワーク<br>・退院後のケアの体制（家族等の有無、サービス資源の利用可能状況など）<br>・在宅での対応が難しい場合に対応できる介護施設等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人にあったリハビリテーションを提供しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人の役割の実現を支えているインフォーマルサポート<br>・本人の生活を支えるための活用されているインフォーマルサポート、関係する人のネットワーク<br>・地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・その地域における認知症に関わる専門的な社会資源の状況（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員、認知症サポーター等）<br>・精神症状に対応しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・認知症カフェなど、地域で利用可能なインフォーマルサポートの資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・免許返納した場合でも利用可能な移動手段、移動サービス等の地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、社会福祉士・MSW、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | Ⅲ-2-2 同意してケアに参画するひとへの支援 | 44 同意してケアに参画するひとへの支援 | ・本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要がある。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要である。<br>・家族等をはじめ本人の支援に関わる人に対し、ケアマネジャーを中心に、さまざまな情報の提供、不安や課題を聞く相談援助等の支援が提供される体制を整える。 | ・今の生活に対する本人の想い<br>・今後の治療に関する本人の意向<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・意思決定に関する本人の想い、不安の状況<br>・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・意思決定支援に対する家族等の理解度<br>・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・EOLに対する家族等の意向<br>・本人が有する意思決定能力の状況<br>・金銭管理の状況<br>・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 | ・今の生活に対する本人の想い<br>・今後の治療に関する本人の意向<br>・将来の生活に対する本人・家族等の意向<br>・意思決定に関する本人の想い、不安の状況<br>・家族等が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・意思決定支援に対する家族等の理解度<br>・EOLに向けて本人が感じている不安・恐怖、ストレスの状況<br>・EOLに対する家族等の意向<br>・本人が有する意思決定能力の状況<br>・金銭管理の状況<br>・キーパーソン（本人の意思決定を支援しうる人）の有無、本人との関係性<br>・本人の意思決定支援のために活用しうる地域の社会資源の有無、サービス内容、利用状況<br>・本人や家族等の将来の生活の意向に応えうるフォーマルなしくみ（例：成年後見、地域権利擁護事業等）及びその他サービスの選択肢の有無、利用可能性<br>・家族等に対する支援（相談、不安や悩みの解決など）を提供しうる地域の社会資源の内容の有無、状況 | 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士・MSW、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期.
・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 1 再発予防 | 1-1 血圧や疾病の管理の支援 | 1-1-1 基本的な疾患管理の支援 | 1 基本的な疾患管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが特に留意して実施 | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。<br>・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。<br>・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状悪化の早期発見を目指す。 | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）<br>・生活習慣病への対応の状況<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） | 医師、看護師、介護職 |
| | | 1-1-2 血圧等の体調の確認 | 2 目標血圧が確認できる体制を整える | ・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。Ⅰ期では病棟の状況を知ることも重要。 | ・目標血圧と通常の血圧の状態 | ・目標血圧と通常の血圧の状態 | 医師、看護師、介護職 |
| | | | 3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える | ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。<br>・不整脈の発生状況の確認。 | ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） | ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） | 医師、看護師、介護職 |
| | | 1-1-3 環境整備 | 4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。<br>・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。<br>・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、これを把握し改善を図る。 | ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 | ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々<br>・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など） | 看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | 1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 | 5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外） | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病への対応の状況 | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病への対応の状況 | 医師、看護師、管理栄養士 |
| | 1-2 服薬管理の支援 | 1-2-1 服薬支援 | 6 服薬管理の支援<br>※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施 | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるように支援。<br>・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。 | ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） | ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | 1-3 生活習慣の改善 | 1-3-1 脱水予防 | 7 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。必要な水分量と日常の摂取量を把握して、水分を補給することが重要。 | ・1日に必要な水分量（体重に基づく望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など）<br>・水分摂取に関する家族等の支援 | ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | | 8 適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人・家族等に対して水分摂取の重要性を伝え、理解を得ることが必要。 | ・水分摂取に関する本人・家族等の理解度<br>・水分摂取に関する家族等の支援 | ・水分摂取に関する本人・家族等の理解度<br>・水分摂取に関する家族等の支援 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | | 9 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクが上昇。本人が自ら水分を摂取できるように体制を整えることが重要。 | ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 | ・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| 2 生活機能の維持・向上 | 2-1 心身機能の回復・維持 | 2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて） | 10 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・Ⅰ期は、身体機能の回復が見込める一方で、日々状態が変化しやすく、機能が低下しやすい時期。<br>・身体機能の改善や維持を図るためには、状態を継続的に把握して、適切な機能訓練が必要。また、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。 | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 | 医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | 2-2 心理的回復の支援 | 2-2-1 受容の支援 | 11 受容促進のための働きかけを行う体制を整える | ・本人・家族等が過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活への取り組み（受容）を促進。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など） | ・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など） | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 12 抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える | ・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。 | ・本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） | ・本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） | 医師、看護師、介護職 |
| | | | 13 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える | ・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等。*リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善 | 2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて） | 14 ADL/IADLの状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種がでのADL/ IADLの共有が必要。 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 | 医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | | 15 状態に合ったADL/IADLの機能向上がなされる体制を整える<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・Ⅰ期は、環境が病院から自宅へと変化して、本来有する機能、あるいは残存機能に応じたADL/IADLの発揮をうながす機会が低下を招く。 | ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会 | ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・日常生活におけるADL/IADLの発揮をうながす機会 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）

・病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期.
・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 2 生活機能の維持・向上 | 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・改善 | 2-3-2 コミュニケーション能力の改善 | 16 コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが上昇。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。 | ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）<br>・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） | ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | | 17 コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低減。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。 | ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援 | ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | 2-3-3 社会参加の機会の確保 | 18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・役割を確認することにで尊厳を取り戻す。（Ⅰ期はⅡ期での社会参加の回復に向けて、どのような役割の回復が見込めそうかを把握することが重要。） | ・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | ・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 19 外出や交流の機会が確保できる体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・Ⅰ期では生活の範囲が狭くなるため、生活が縮小しやすくなる、この時期に交流を担保することが、Ⅱ期以降の移行を円滑にするために重要。 | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 20 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。Ⅰ期は、新しい価値・機能の獲得を見据えた目標や可能性の設定を重視。 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | 2-4 リスク管理 | 2-4-1 食事と栄養の確保 | 21 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える<br>※誤嚥性肺炎の予防について別途確認<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。 | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | 2-4-2 転倒予防 | 22 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・生活環境と本人の状況が大きく変化する時期のため、本人の日常生活の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。 | ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） | ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。
・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 1 継続的な再発予防 | 1-1 血圧や疾病の管理の支援 | 1-1-1 基本的な疾患管理の支援 | 1 基本的な疾患管理の支援<br><br>※基本ケアとも重複するが特に留意して実施 | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。<br>・定期的な受診を維持することで、治療の実効性を高める。病気に対する不安を除去して、生活が縮小することなく、生活改善を目指す。<br>・本人・家族等が日常の状態と異常の状態の両方を理解することで、異常の発見、病状の悪化を把握。 | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）<br>・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・かかりつけ医/主治医・かかりつけの医療機関の状況（有無、通院・連絡頻度、連絡先、関わり方など）の把握、連携方法の確認<br>・医師からの指示・指導の有無、指導の内容（日常生活での制限の有無、日常生活での留意事項、判断の目安に関する説明など）<br>・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）<br>・生活習慣病への対応の状況<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） | ・疾患に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）<br>・疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（疾患の基本的な内容、治療方針、日常生活での留意事項、日常生活での制限の有無、日常生活で管理すべき事項の説明、判断の目安に関する説明など）<br>・医療機関等への受診の状況（受診先の名称・場所、頻度、回数、通院方法、受診を妨げる要因の有無、受診の際の同行者の有無、必要性など）<br>・日常的な療養の状況及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、療養の内容、支援の必要性、支援者は誰かなど）<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など）<br>・日常と異なる状態への対応（「異常」な状態の特徴の理解、「異常」な状態を発見する体制の有無、「異常」を発見した場合の連絡先、連絡方法など） | 医師、看護師、介護職 |
| | | 1-1-2 血圧等の体調の確認 | 2 目標血圧が確認できる体制を整える | ・血圧の変動が再発につながる重要なリスクファクターであるため、これを確認できる体制を整備。 | ・目標血圧と通常の血圧の状態 | ・目標血圧と通常の血圧の状態 | 医師、看護師、介護職 |
| | | | 3 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える | ・血圧の変動は日常生活の範囲の制限を生じる。家庭血圧は治療方針・内容に大きく影響を与えるため、適切に計測されるよう支援。<br>・不整脈の発生状況の確認。 | ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） | ・家庭血圧の計測状況（機材の有無などの計測環境、計測における課題、記録の方法、記録における課題など） | 医師、看護師、介護職 |
| | | 1-1-3 環境整備 | 4 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・気温変化が大きいと再発リスクが高まるため、まずは生活の状況と、中心となる生活空間（居室等）の24時間の気温差を確認。<br>・気温差の縮小を支援する。冷暖房等だけでなく、衣服の調整や急な移動を防ぐ、しばらくお湯を出してから入浴する等の工夫も検討。<br>・居室内での一日の気温差は乾燥、脱水、冷えにつながり、再発リスクに加え体調悪化の要因にもなりうるため、これを把握し改善を図る。 | ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々 | ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など）<br>・室内の状況（温湿度環境、家具や物の配置、照度など）※寝室、居室、トイレ、洗面所など各々<br>・季節の変化に伴う居室空間の状況の変化（室温、日照時間、日当たり、湿度、風、及びそれらの調整の方法、保有している冷暖房器具など） | 看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | 1-1-4 その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供 | 5 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・再発予防や生活の悪化防止のために、起因となっている生活習慣病の管理の理解が必要。（※各疾患の個別的な理解は本シートの対象外） | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病への対応の状況 | ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族等の理解度<br>・生活習慣病への対応の状況 | 医師、看護師、管理栄養士 |
| | 1-2 服薬管理の支援 | 1-2-1 服薬支援 | 6 服薬管理の支援<br><br>※基本ケアとも重複するが服薬の継続ができるよう特に留意して実施 | ・自宅での療養を円滑に進めるため、本人・家族等が自ら服薬を管理できるよう、服薬の必要性と医師からの指示内容を理解できるよう支援。<br>・処方された薬が適切に管理され服薬されるように、本人・家族等に加え、必要に応じて専門職と連携して支援体制を整備。<br>・服薬を適切に継続できるように、本人・家族等に加え、ケアに携わる他のメンバーや専門職と連携して支援体制を整備。 | ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族等の理解度<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の日次（24時間）の生活リズム・過ごし方<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） | ・処方薬の内容（有無、処方薬の種類）及びそれらの服用状況（正しい量・頻度で服用ができているか、飲み残しの有無など）<br>・服薬の必要性及び薬の管理方法に対する本人・家族等の理解度<br>・薬の管理状況（薬の保管場所、保管方法など）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など）<br>・介護者の関わりの状況（声かけが必要な場面、声かけをしている人、介護者の生活リズムなど）<br>・服薬の確認体制（指示どおりに服用できているか、誰が、いつ、どのように確認するかなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | 1-3 生活習慣の維持 | 1-3-1 脱水予防 | 7 自ら水分を摂取できることが維持できる体制を整える | ・必要十分な水分量を摂取しないと、脳血管疾患の再発リスクを高める。<br>・本人が自ら水分を摂取できるように支援体制を整えることが重要。 | ・1日に必要な水分量（体重に基づく望ましい摂取量、摂取と排泄・発汗のバランス）<br>・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・食事から摂取している水分や栄養（水分の不足、カロリーやたんぱく質の不足など）<br>・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無<br>・日常の水分摂取量の確認方法（本人の確認方法、家族等の確認方法など） | ・日常的な水分摂取の状況（水分摂取量、水分摂取のタイミング、発汗などに関係する活動量、不足する水分量など）<br>・本人の水分摂取能力（水分摂取の必要性の認識、麻痺の状態、嚥下能力など）と状態に合わせた支援の有無<br>・日常的な水分摂取の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| 2 セルフマネジメントへの移行 | 2-1 心身機能の見直しとさらなる回復・維持 | 2-1-1 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて） | 8 ADL/IADLの定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・身体機能の改善や維持を図るためには、身体機能の状態を継続的に把握することが必要。<br>・病院と異なりリハビリをうながす環境が不足しやすい自宅において、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持・向上させることが重要。 | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意欲<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・自宅内での本人の生活習慣（ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など）<br>・ADL/IADLに応じた機能訓練の実施状況 | 医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | 2-2 心理的回復の支援 | 2-2-1 受容の支援 | 9 受容促進のための働きかけの確認と継続的な支援体制を整える | ・過度の期待、拒否・否定、あきらめ等を抱かず、主体的に自立的な生活に取り組む（受容）ことをうながす。※医師による予後の見通しと合わせた整理が重要。 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など） | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人・家族等が客観的に状態を把握して受容をうながす機会の設定（医師による予後の説明、同じ疾患を有する家族等との交流、事例の共有など） | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 10 抑うつ状態の防止、改善の確認と継続的な支援体制を整える | ・脳血管疾患の後遺症として抑うつ状態が発生する可能性が大きいため、その状況を把握することが重要。 | ・本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） | ・本人のうつ状態の発症の有無、程度<br>・本人の状態を把握する体制（同居者、支援者、事業者など） | 医師、看護師、介護職 |
| | | | 11 リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える | ・適切なリハビリテーションは身体機能の改善や維持に有効である。リハビリテーションを妨げる要素として、本人・家族等の不安や意欲減退、生活を補完するケア導入のためリハビリテーションを中断する等がある。*リハビリテーションの進捗を、本人・家族等に伝える事も重要。 | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） | ・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | 2-2-2 行動変容の状況の確認と継続的な支援 | 12 新たな価値・機能の獲得の支援（落胆体験の繰り返し、残存機能と回復機能の限界を見つめることの支援）体制を整える | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援を検討。 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 13 セルフケマネジメントに向けたリハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える | ・自らの健康状態や生活を管理する力を高めることに対して、本人が意欲を持ち、具体的な助言を周囲から得られるような環境を確立。 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・疾患に対して本人・家族等が感じている不安（不安の内容、程度など）<br>・リハビリテーションに対する本人・家族等の意向<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・リハビリテーションの実施状況（機能訓練だけでなく生活行為を高める取り組みを含む） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |
| | 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上 | 2-3-1 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて） | 14 ADL/IADLの状態の定期的な把握及び共有の確認と継続的な支援体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・ADL/IADLの状態を把握して、自分でできる事を増やすことは機能訓練につながるが、状態を把握せずに行う生活の補完的ケアは、活動と参加の向上を損なう。多職種が異なる場面で関わるので、ADL/IADLの共有が必要。 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 | ・リハビリテーションの必要性に対する本人・家族等の理解度<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・関係する専門職・サービス事業者間での情報共有の方法、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング<br>・日常的なリハビリテーションにおける家族等の支援の有無とその状況 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 15 状態に合ったADL/IADLの機能の向上の確認と継続的な支援体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・退院後、リハビリテーション等で再獲得された身体機能など、本人のADL、IADLの機能を継続的に把握することで、本人の状態に体制の整備。 | ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・必要な支援を受けられる体制の確保 | ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・必要な支援を受けられる体制の確保 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |

# 【概要版（項目一覧）】疾患別ケア：脳血管疾患Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）

・病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期。
・時期はあくまで目安である。当人の状態に応じて前後する可能性がある。
・前倒しの場合には、目標の再設定が必要で、後ろ倒しの場合には何故状態の改善が遅くなっているのかを確認する必要がある。
・モニタリングの時期は、本人の状態の変化をみて、柔軟に検討する必要がある。

| 想定される支援内容 | | | | 支援の概要、必要性 | 適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目等 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 想定される支援内容 | 支援の概要、必要性 | 主なアセスメント項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 主なモニタリング項目<br>※内容の詳細や留意点などは本編を参照 | 相談すべき専門職 |
| 2 セルフマネジメントへの移行 | 2-3 活動と参加に関わる能力の維持・向上 | 2-3-2 コミュニケーション能力の改善 | 16 コミュニケーション能力の継続的な把握の確認と継続的な支援体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力が低下すると生活が縮小するリスクが大きくなる。脳血管疾患なので、特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。 | ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）<br>・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） | ・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）<br>・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | | 17 コミュニケーション能力の改善支援（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）の確認と継続的な支援体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・コミュニケーション能力の維持・向上を図ることで、生活の縮小リスクを低くする。特に構音障害・失語症等への対応・支援を検討。 | ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援 | ・本人のコミュニケーションの状況（疾患発症前と発症後の比較）<br>・本人の障害（構音障害、失語症、耳の聞こえなど）とコミュニケーション能力回復のために必要な支援 | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、介護職 |
| | | 2-3-3 社会参加の機会の維持・拡大 | 18 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・役割を確認することにで尊厳を取り戻すことが可能。<br>・社会参加の回復を目指した回復を支援。 | ・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | ・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における家庭内での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における家庭内での本人の役割<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 19 外出や交流の機会の確保の確認と継続的な支援体制を整える<br><br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・本人の社会生活を確保し、リハビリテーションに対する意欲の回復や新たな生活への移行につなげていくため、状態に応じた外出や交流の機会の確保を支援。 | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 | ・疾患発症前の生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・疾患発症後（現在）の日常生活における外出の頻度・手段、目的、交流相手など<br>・地域の中での交流の機会の有無、活用可能性 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | | | 20 新たな価値・機能の獲得の支援の確認と継続的な支援体制を整える | ・障害や後遺症を抱えた生活の中で、落胆体験（残存機能と回復機能の限界を見つめる経験）を重ね、新しい価値・機能を獲得する支援が必要。 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | ・本人・家族等の受容の程度<br>・本人の趣味・嗜好<br>・疾患発症前の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割と現在の実行状況<br>・疾患発症後の日常生活における地域・社会（家庭外）での本人の役割<br>・本人の残存能力とリハビリテーションによる回復の予測 | 医師、看護師、PT/OT/ST、介護職 |
| | 2-4 リスク管理 | 2-4-1 食事と栄養の確保 | 21 必要な栄養量の把握、食事の支援の確認と継続的な支援体制を整える<br>※誤嚥性肺炎の予防について別途確認<br>※基本ケアとも重複するが「リスク評価」結果を踏まえて特に留意して実施 | ・必要な栄養量を把握して食事を確保。不足する栄養量を補うことで、リハビリテーションの継続、体力・体調の回復を図る。一方で、活動の範囲縮小によって、栄養過多となっていないか留意。 | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） | ・必要な栄養量、栄養素に対する本人・家族等の理解度<br>・本人の特徴（身長・性別・年齢、活動量等）を踏まえた必要な栄養量・栄養素の把握<br>・日常的な食事の摂取の状況（食事回数、食事量、食べ残しの有無、間食の有無など） | 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、歯科衛生士、管理栄養士、介護職 |
| | | 2-4-2 転倒予防 | 22 転倒しにくいよう体の機能を維持するための支援の確認と継続的な支援体制を整える | ・リハビリテーションにより活動・参加が増えることで転倒リスクへの対応が必要になるため、本人の状況を把握して専門職が状態の変化を判断できる体制を整備。 | ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） | ・本人の麻痺の状況（麻痺の有無、麻痺の内容と程度（麻痺によりできない動作、温度感覚の麻痺など）、麻痺による生活への影響の有無など）<br>・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど）<br>・転倒に対する本人・家族等の理解度<br>・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線、日課など） | 医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職 |

令和 3 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）

**ホワイトボックス型 AI を活用したケアプランの**
**社会実装に係る調査研究報告書**

2022（令和 4）年 3 月

株式会社国際社会経済研究所

〒108-0073　東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビル 26 階
TEL 03-3798-9711　FAX 03-3798-9717

禁無断転載