令和 2 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

2021（令和 3）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) AI による科学的介護への貢献 3
(2) ケアプラン作成支援における AI 活用の社会実装 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 の実施状況 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 2020（骨太の方針 2020） 16
(2) 成長戦略フォローアップ 2020 21
(3) 世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用基本計画 2020 22
(4) デジタル関連法案とデジタル庁設置 25
(5) 全世代型社会保障検討会議「第 2 次中間報告」 27
(6) 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 28
(7) 令和 3 年度介護報酬改定 32
3-2. ケアプラン作成支援 AI の検討・開発状況 34
(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 34
(2) ケアプラン作成支援 AI の開発企業 35
4. 本事業で実施した実証研究 39
4-1. 実証 A ：ケアマネジャーの思考フローの可視化 39
4-2. 実証 B ：構造化・体系化ラベルへの標準化項目の反映 42
(1) 国際生活機能分類 ICF 42
(2) 構造化・体系化ラベルの ICF 分類による再整理 46
(3) 既存の評価手法の ICF コードへのリコード 47

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 48
(1) 自治体研修会の実施 48
(2) 自治体保有データにおける連携可能性検討 63
4-4. 実証Ｄ：利用者の状態変化（アウトカム指標）の定義とモニタリング手法の検討 65
(1)「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書 65
(2) 既存評価指標の整理 67
(3) 主観的アウトカム指標 67
(4) アウトカム指標の導入事例：オランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ（Buurtzorg）」とオマハシステム 73
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 76
(1) 分析の進め方 77
(2) AI モデルの作成 77
(3) 認知症の初期症状があるケース 78
5. 今年度の調査研究から得られた示唆 81
(1) 複線的モデルにより、ケアマネジャーの思考の見える化をさらに深化（実証 A） 81
(2) 標準化項目によるチェックで構造化・体系化ラベルをブラッシュアップ（実証 B） 81
(3) 標準化項目を学んだケアマネジャーによる「気づき」のデータ化（実証 C） 82
(4) オンラインによるデータ収集機会の拡大の可能性（実証 C） 82
(5) 利用者の状態変化を正確に補足するための官民データ連携の必要性（実証 C） 82
(6) 利用者の状態変化における主観的評価の組み込み（実証 D・実証 E） 83
(7) 専門家による AI 分析結果の検討の重要性（実証 E） 83

参考資料：ケアマネジメントにおけるアセスメント/モニタリング標準化 85
●項目一覧：心疾患Ⅰ期
●項目一覧：心疾患Ⅱ期
●項目一覧：基本ケア

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、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るため、分析データを提供していただく事業者を増やした。また、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ため、思考フローの見える化を試みたことで、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。

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、今後 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。フェーズ 1 における協力組織（全国規模の豊富なデータを保有するニチイ学館、在宅医療に積極的に取り組む平成医療福祉グループ、訪問看護ステーションを併設するケアプロ、訪問看護リハビリステーションを展開するグループに属するジョイ）のデータ分析結果を引き続き活用するとともに、新たに、2 つの自治体（石川県羽咋市と三重県東員町）の協力も得て、調査研究を実施してきた。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、実証 A から実証 E までの 5 つの実証研究を実施した。

実証 A では、昨年度から始めたケアマネジャーの思考の見える化に引き続き取り組んだ。心疾患の利用者を想定した単線的モデルを複線的モデルに深化させ、ケアマネジャーの思考をより表現できるようになった。今後、ここで明らかになった思考フローを、AI にルールという形で学習させることで、アルゴリズムの精度向上にもつなげていくことができる。また、「適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究」で提示されている標準化項目を参考に、フローチャート内に関連するケア内容を明示した。

実証 B では、構造化・体系化ラベルを標準化項目によるチェックでブラッシュアップすることに取り組んだ。フェーズ 1 では、協力組織より貸し出しを受けたケアプラン 2 表のテキストデータを分析することで、課題（ニーズ）・長期目標・短期目標・サービス内容を構造化・体系化し、AI が学習しやすいデータへと変換させるとともに、委員会・WG1 での議論を経て、過去データにないラベルの追加にも取り組んできた。今年度は、フェーズ 1 で作成した構造化・体系化ラベルを標準化項目の基本ケアによりチェックを行い、不足している内容のラベルを追加した。また、構造化・体系化ラベルの分類について、ICF の第 1 レベル、第 2 レベルでの再整理にも取り組んだ。

実証 C では、ケアマネジャーにケアマネジメント標準化手法（心疾患）を学んでもらうオンライン研修会を自治体と共同で開催した。研修では、講師からの座学に加え、自身が作成したケアプラン

を演習の中で見直してもらった。標準化項目と照らし合わせることで、不足しているケアへの気づきを促すとともに、点検シートにより、その気づきの内容をデータ化することができた。ケアプランにどのようなケアが頻出しているか、不足しがちなケアはなにかといったことが明らかになることで、ケアプラン作成支援 AI におけるケア項目の優先順位などのルール策定のエビデンスを得ることにもつなげていく。

実証Ｃでは、自治体が保有する医療・介護関連データにどのようなものがあるかについて文献調査も実施した。現状では、個人情報保護の点からも、民間の持つデータと自治体の持つデータを連携して分析するための仕組みがない。しかし、ケアマネジメントに関連するデータの多くは、民間の介護事業者が保有しているが、現在の疾病名や入退院履歴といった医療のデータは、医療レセプトという形で自治体が保有している。科学的介護を推進していくためには、現状、バラバラに保有されているケアマネジメントに必要なデータをいかに連携させることができるかが重要であることが認識された。

実証Ｄでは、ケアプラン作成支援の AI において、利用者の状態変化（アウトカム指標）をどのように捉えるかを再検討するために、アセスメント項目（全社協方式）と、その他の客観的な評価尺度との比較を行った。主観的な評価尺度については、文献調査を行うとともに、実証 E の AI 分析において、モニタリングシートの主観的な評価を優先して状態変化を捉える分析を行った。現在のケアマネジメントでは、モニタリングシートにおける主観的な状態評価はケアマネジャー視点の記載になりがちであるという点や、ADL や IADL などの客観的評価を前提として主観的評価を利用することへの指摘もあった。ケアマネジメントにおける主観的評価尺度の重要性を認識するとともに、AI 開発においてどのように取り扱うことができるかについても、引き続き検討していく。

実証 E の AI 分析では、インプットデータにおけるデータクレンジングをフェーズ 1 で実施していた方法から変更し、解釈性が高まるように工夫するとともに、上記に記載したように、モニタリングシートの主観的な評価を優先して状態変化を捉えるという取り組みを行った。AI 分析で得られる結果は、データ間の相関を示しており、因果関係のベクトルの方向性や見せかけの相関については、その分野の専門家による検討を行い、解釈性を高めていくことになる。委員会・WG1・WG2 での検討を踏まえ、精度向上に取り組んでいく。

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、今年度から、フェーズ 2 として 3 年間で 5 つの実証に取り組んでいく計画を立てている。本調査研究は、その初年度の取り組みについてとりまとめたものになっている。

1. 調査研究の概要

1-1. 目的

(1)AI による科学的介護への貢献

ICT、ロボット、AI 等の医療・介護現場での技術活用の促進は、令和の新時代において進められている Society5.0 の実現においても重要な役割を担っている。

介護分野で現在進められている科学的介護では、自立支援・重度化防止に向けた「科学的介護情報システム LIFE」(VISIT＋CHASE)の実装に加えて、ロボット・センサー、AI などの技術革新の評価に必要なデータの種類や取得方法など、効果検証に関するルールを整理することで、事業者による継続的な効果検証とイノベーションの循環を促す環境を整備することとなっている。また、得られたエビデンスを次期以降の介護報酬改定等での評価につなげることや、AI、ロボット・センサー等の現場ニーズを捉えた開発支援及び介護現場への導入・活用支援を進めることが言及されており、その取り組みが加速している。本調査研究は、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っていくものである。

(2)ケアプラン作成支援における AI 活用の社会実装

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。

弊社では、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。

図表 1　H29 年度調査研究で整理された課題

【AI が学習するデータの質における課題】

①ケアプラン作成の個別化理念との矛盾
②電子化されていないデータの存在
③人工知能 AI 分析で利用できるデータへの変換
④リハビリ的なケアと援助的なケアの区分
⑤疾病データの信頼性の向上
⑥現在利用可能であるデータでは、利用者の状態や支援内容の正確な把握が困難

【AI の出力結果の検証】

①分析結果における専門家による解釈が必要性
②心身状態の変化におけるイベントの影響の排除
③自立度の低下における進行性の疾患の影響の排除
④フレイルによる自然な状態悪化をどのように組み込むか
⑤維持・改善における本人意欲の影響
⑥地域の社会リソースに関するデータの必要性

フェーズ 1 においては、AI が学習しやすいデータとするために、テキストデータの構造化・体系化をさらに深化させた。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。

本調査研究は、フェーズ 1 における成果や課題を踏まえて、今後 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 活用の社会実装化をさらに進めていくために実施するものである。

1-2. 調査研究の意義

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」の本格導入が進められているが、少子高齢化に伴う要介護高齢者の増加のスピードに、介護者の数は追いついておらず、介護業界は人手不足が続いている。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、ICT が果たす役割は大きく、最先端技術である AI の活用も期待が高まっている。しかし、ケアプラン AI の社会実装は、まだ課題も多く、研究開発を行う企業においても本格的なサービス提供に至っているものは少ない。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。

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となっている。ケアプラン作成における AI 支援が社会実装された際には、サービス利用者にとっては、より個人の状態に合わせたケア提供により、状態の維持や改善につながる可能性や、自立に資するケアに取り組むためのモチベーションアップ向上が期待され、利用者の状態維持や改善につながれば、家族にとっては介護負担の軽減につながることも考えられる。

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させ、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る可能性がある。

保険者や行政にとっては、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 につながる効果も期待される。

1-3. 体制

調査研究事業の全体像は、図表 2 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。

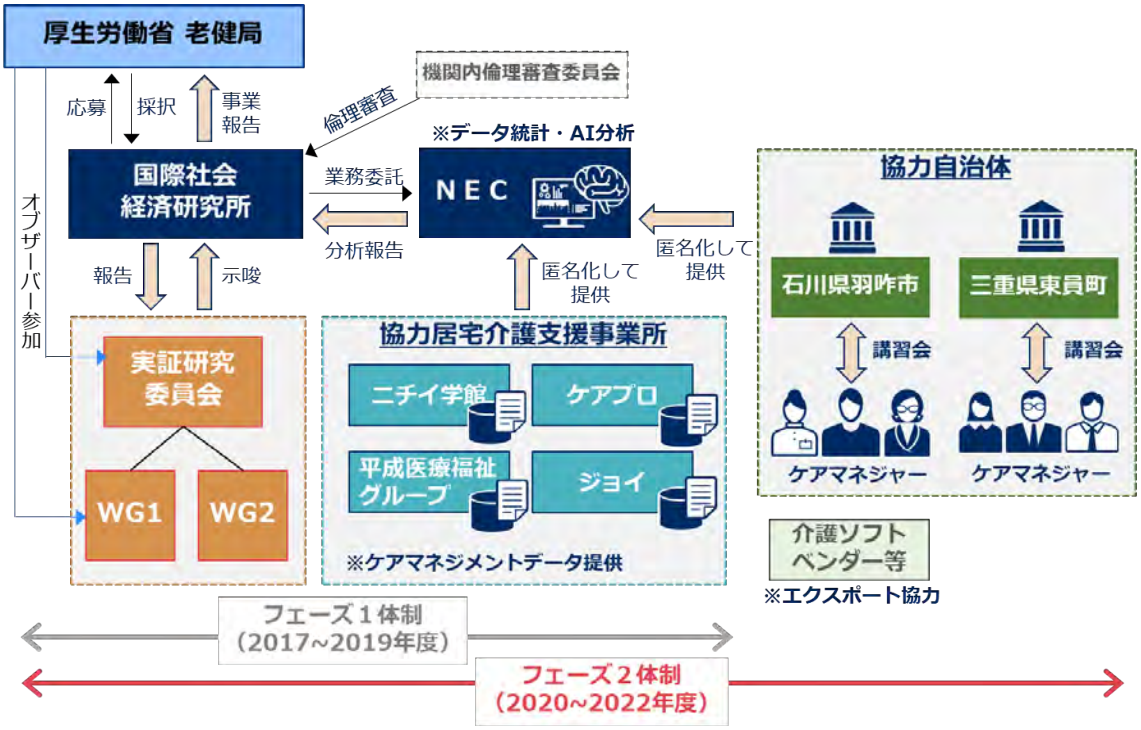
実証研究委員会は、ケアマネジメントに関係する専門家と AI の専門家で構成され、調査研究全体の方向性を検討し、実証から得られた成果を「実用可能性」「汎用性」「持続可能性」等の観点から評価を行う。WG1 は、医師、看護師、作業療法士、ケアマネジャーなど多職種の専門家の視点で実運用に適用可能なプロセス・内容であることを検証する。WG2 は、看護師や社会福祉士、保健師などの異なる保有資格を持つ複数のケアマネジャー等から構成される。ケアマネジャーがどのような観点でケアプランを作成しているかといった思考を見える化するための検討を行い、それらの結果はケアプラン AI のアルゴリズム開発に反映する。

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、2 つの自治体（石川県羽咋市と三重県東員町）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、2020（令和 2）年 10 月 16 日に承認されている。

図表 2 調査研究の体制


厚生労働省 老健局
応募
採択
事業報告
倫理審査
機関内倫理審査委員会
※データ統計・AI分析
国際社会経済研究所
業務委託
NEC
分析報告
オブザーバー参加
報告
示唆
匿名化して提供
匿名化して提供
協力自治体
石川県羽咋市
三重県東員町
講習会
講習会
ケアマネジャー
ケアマネジャー
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
平成医療福祉グループ
ジョイ
※ケアマネジメントデータ提供
介護ソフトベンダー等
※エクスポート協力
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 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　シニアスペシャリスト
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 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
新地　一浩	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
齋藤　眞樹	社会医療法人仁生会　西堀病院　企画室・地域包括支援部　部長
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
延　　育子	札幌市白石区保健福祉部保健福祉課　保健支援係長
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 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

原田　直美	株式会社ニチイ学館　事業統括本部介護事業本部 介護事業監査室　室長代理
谷　　祐樹	株式会社ニチイ学館　事業統括本部介護事業本部 管理部売上管理課　係長

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　課長代理 兼　SOMPO ケア株式会社　経営企画部　　リーダー

西原　康介	日本電気株式会社　研究・開発ユニット　バイオメトリクス研究所　主任
古田　百香	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
チョウ　ムショウ	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

氏　名	所属・役職
熊野　将一	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
髙田　陽介	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
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

(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

渡久山　真弓	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 社会保障ソリューショングループ　マネージャー

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

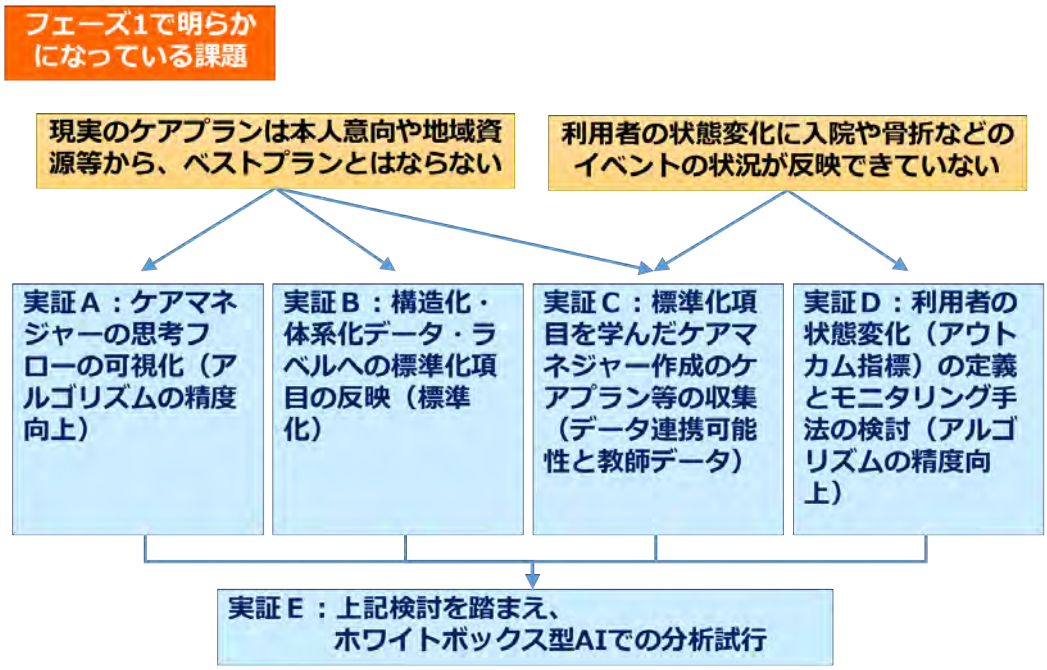
本調査研究では、フェーズ 1 の調査研究の分析結果を活用した上で、新たに下記の 5 つの実証を実施することで、「機械学習（マシンラーニング）」の中でも発見したルールを説明できるホワイトボックス型 AI のエンジンを改良し、社会実装につながる実証研究を行う。

図表 3 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・体系化ラベルへの標準化項目の反映（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（データ連携可能性と教師データ）
- 実証 D ：利用者の状態変化（アウトカム指標）の定義とモニタリング手法の検討（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」、「利用者の状態変化に入院や骨折などのイベントの状況が反映できていない」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 4 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、それら標準化項目との整合性を持たせるための検討も併せて行っていく。 これにより、ケアプラン作成を支援する AI が学習しやすい環境を整え、将来的には、利用者の自立支援に資するケアプラン作成を可能にするとともに、介護職の業務効率化、人材育成、及びサービスの質の均質化を図ることを目指す。

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 5 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 の実施状況

実証研究委員会および WG1 は、それぞれ 3 回開催、WG2 は 2 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 6 の通りである。

[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

図表 6 委員会および WG1・WG2 の実施状況

	実証研究委員会	ワーキング・グループ	実施項目
6月			●委員委嘱・スケジュール調整 ●ケアプラン AI 実証検証準備
7月			●倫理審査
8月			●実証検証開始
9月	★第１回委員会（9/3） ・調査研究の概要説明 ・スケジュール案の確認	★第１回 WG1（9/24） ・調査研究の概要説明 ・スケジュール案の確認	実証A（ケアマネ思考フローの可視化） 実証B（構造化・体系化ラベルへの標準化項目の反映） 実証D（利用者の状態変化の定義等）
10月		★第１回 WG2（10/13） ・調査研究の概要説明 ・モデル化の進め方の検討	実証C（自治体での研修・データ連携可能性）
11月		★第２回 WG2（11/19） ・ラベルの標準化項目反映 ・複線的なフローによるモデル化	
12月	★第２回委員会（12/18） ・実証結果報告(速報) ・分析の進め方の検討	★第２回 WG1（12/23） ・実証検証報告（速報） ・分析の進め方の検討	実証E（AI分析試行）
1月			■羽咋市研修会 ■東員町研修会
2月			●報告書案作成
3月	★第３回委員会（3/12） ・実証検証結果報告 ・AI 活用の効果・課題の検討 ・報告書草案の確認	★第３回ＷＧ１（3/10） ・実証検証結果報告 ・AI 活用の効果・課題の検討 ・報告書草案の確認	●報告書案修正 ●報告書完成（印刷・配布）

(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。

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。

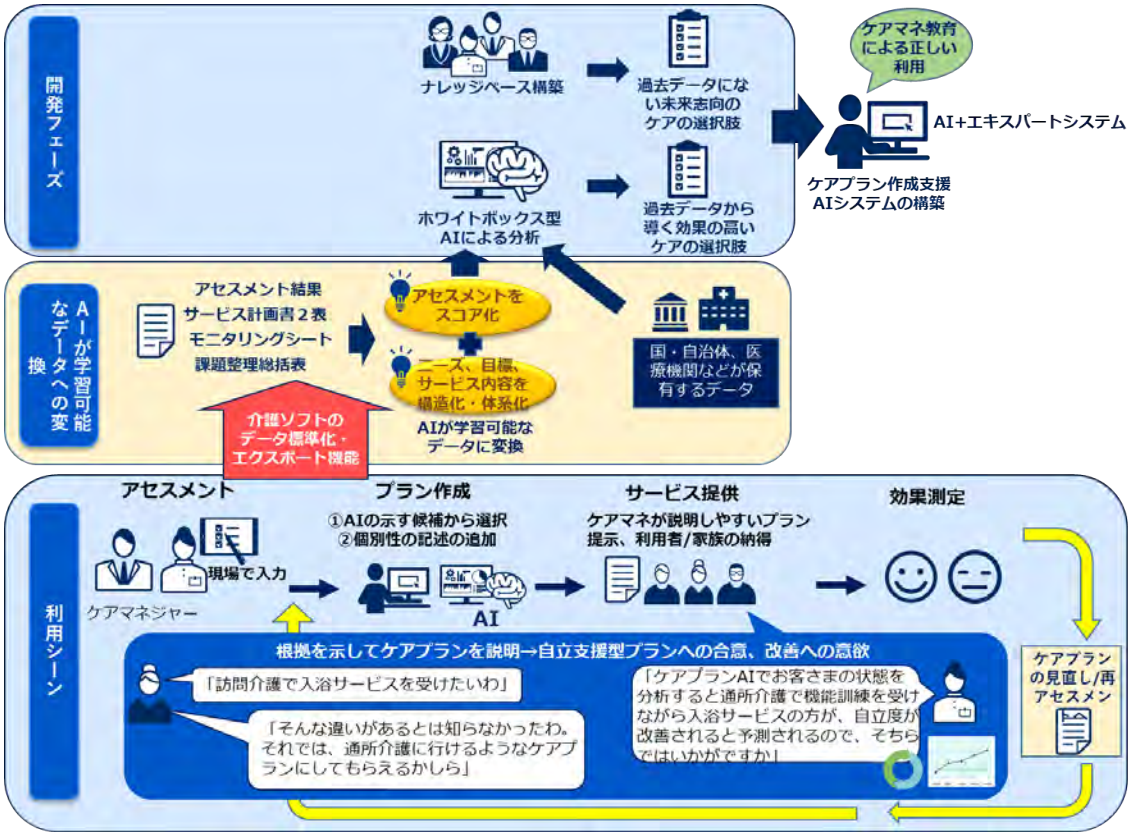
ケアプラン作成支援 AI では、当初は、過去データからより自立につながるケアを導き出すことを想定していたが、調査研究を進める中で、過去データからは導きだせない部分があることが明らかになってきた。例えば、口腔ケアやリハビリなど近年重視されてきた内容はデータ数が少なく、過去データからのラベル化が難しい状況にある。また、ケアマネジャーが考える自立や QOL 向上に最もつながる「ベスト」と考えられるプランに、利用者・家族の意向も踏まえて最終的に決定されるのが、現実に提供されたケアプランであるという側面もある。過去データの AI 分析から得られるケアの選択肢に加え、優秀なケアマネジャーの知見や関係する専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 7 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 2020（骨太の方針 2020）

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。

「危機の克服、そして新しい未来へ」というサブタイトルがつけられた骨太方針 2020 は、第 1 章に「新型コロナウイルス感染症の下での危機克服と新しい未来に向けて」が位置づけられ、新型コロナウイルスの感染拡大防止と経済の維持を両立するための施策が列記されている。また、「現下の情勢下では政府として新型コロナウイルス感染症への対応が喫緊の課題であることから、令和 3 年度概算要求の仕組みや手続をできる限り簡素なものとすることと歩調を合わせ、記載内容を絞り込み、今後の政策対応の大きな方向性に重点を置いたものとしている。『経済財政運営と改革の基本方針 2019』（令和元年 6 月 21 日閣議決定）のうち、本基本方針に記載が無い項目についても、引き続き着実に実施する。」との注記がつけられている。

新型コロナウイルスの感染症拡大は、国の脆弱な部分を顕在化し、日本においても課題やリスク、これまでの取組の遅れや新たな動きなどが浮き彫りとなったとし、以下のような課題を挙げている。

図表 8 新型コロナウイルスにより顕在化した課題やリスク

1)今般の感染症対応策の実施を通じて、受給申請手続・支給作業の一部で遅れや混乱が生じるなど、特に行政分野でのデジタル化・オンライン化の遅れが明らかになった。 2)今回の感染症拡大を通じて、大都市において人口密度が高く、集住して日常活動を行うことのリスクや、経済機能等の国の中枢機能が一極に集中していることのリスクが改めて認識されている。 3)今回の感染症拡大に伴い人の移動に制約があった中で、テレワークや遠隔診療・遠隔教育などリモートサービスの活用・定着が進み始めたことは、国民の意識変化につながっており、働き方を変えたり地方移住を前向きに考えるという気運が増している 4)新技術を活用できるデジタル専門人材等が不足している。また、かつて我が国の強みであったイノベーションの減速が顕著で、多くの分野で国際競争力が減退している。 5)感染症拡大の影響で、特に非正規雇用者やフリーランス、中小・小規模事業者がより厳しい生活・事業状況を強いられるなど、弱い立場の方々がしわ寄せを受けて苦境に陥ってい

る。こうした事態が固定化すれば、格差が拡大し社会が分断されかねない。

6)デジタル化や自動化、AI 活用等の広範なデジタルトランスフォーメーションの加速に伴い、データ流通やデジタル経済の国際的な寡占化に対する懸念も深まっており、こうした分野をはじめとして国際標準や自由で公正な新たなルールづくりなどが早急に必要である中で、我が国が積極的に主導する必要がある。

7)人流・物流が制限される中で、基礎的生活物資や製造業の不可欠な部品の供給が、特定国・地域に依存していたサプライチェーンの脆弱さが表面化した。

資料出所：「経済財政運営と改革の基本方針 2020～危機の克服、そして新しい未来へ～（令和２年７月 17 日閣議決定）」概要
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2020/summary_ja.pdf

骨太の方針 2020 では、今回の感染症拡大で顕在化した課題を克服した後の新しい未来である「ポストコロナ時代の新しい未来」における経済社会の姿の基本的方向性として、「新たな日常」を通じた「質」の高い経済社会の実現を目指し、以下の３つが実現した社会を目指すとしている。

図表 9 目指すべきポストコロナ時代の新しい未来

1) 個人が輝き、誰もがどこでも豊かさを実感できる社会
創造力を持ち合わせた多様な人材が次々とイノベーションを起こせる、自由かつ柔軟性に富み、変化を取り入れ、失敗への許容力の高い社会であるとともに、個人が自由度の高い働き方や暮らしができ、ワーク・ライフ・バランスを実現して豊かさを感じる社会を目指す。また、高付加価値の財・サービスを創出するとともに、個人情報等が保護され、効率性や利便性、安心を皆が享受できる社会を目指す。

2) 誰ひとり取り残されることなく生きがいを感じることのできる包摂的な社会
年齢・性別などにかかわらず人への投資を行うとともに、十分なセーフティネットが提供される中で全ての人が能力を伸ばし発揮でき、誰もが生きがいを感じることのできる包摂的な社会を目指す。また、地域社会やコミュニティ等で人とつながり支え合う価値を大切にする。一人一人の不安に寄り添い誰ひとり取り残されない社会を目指す。

3) 国際社会から信用と尊敬を集め、不可欠とされる国
モノや人の新たな流れの在り方が求められる世界において、自由で公正な貿易・投資の基盤を支え、そのメリットを享受する経済を目指す。また、国際社会の中で、法の支配を確立し、自由貿易を維持・発展させ、新たな国際秩序・ルールづくりに積極的に貢献するとともに、気候変動等の地球規模の課題に対応し、持続可能で環境と調和した循環経済の実現など、

国際協調・連帯の構築・強化を主導する役割を担える国を目指す。

資料出所：「経済財政運営と改革の基本方針 2020～危機の克服、そして新しい未来へ～（令和２年７月 17 日閣議決定）」概要
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2020/summary_ja.pdf

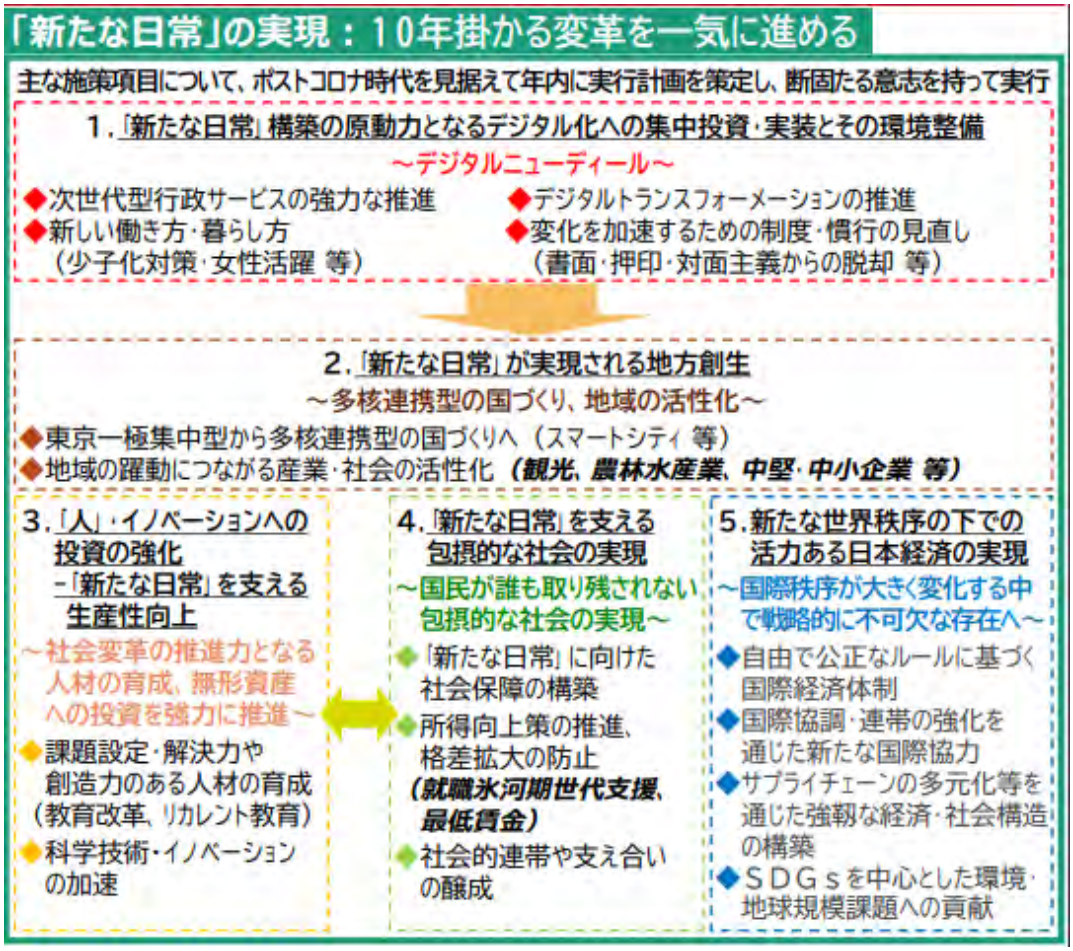
骨太の方針 2020 では、「新たな日常」の実現のために、①デジタルニューディール、②地方創生、③生産性向上、④包摂的な社会の実現、⑤新たな世界秩序の下での活力ある日本経済の実現、の５つを掲げている。

特に重要となるのが、デジタル化である。デジタル化の推進は、日本が抱えてきた多くの課題解決、そして今後の経済成長にも資する。単なる新技術の導入ではなく、制度や政策、組織の在り方等をそれに合わせて変革していく、言わば社会全体の DX が「新たな日常」の原動力となるとし、デジタル化の遅れや課題を徹底して検証・分析し、この１年を集中改革期間として、改革を強化・加速するとともに、関係府省庁の政策の実施状況、社会への実装状況を進捗管理する「デジタルニューディール」を実施することとしている。

デジタルニューディールでは、まず、次世代型行政サービスの強力な推進を行っていくことになる。新型コロナウイルス感染拡大の対応では、マイナンバーシステムをはじめ行政の情報システムが国民が安心して簡単に利用する視点で十分に構築されていなかったことや、国・地方自治を通じて情報システムや業務プロセスがバラバラで、地域・組織間で横断的にデータも十分に活用できないなど、様々な課題が明らかになった。これが、感染者数も死亡者数も他国に比べて抑えられている事実に反して、政府の対応への不満を蓄積することの大きな要因にもなっており、デジタル・ガバメント推進を加速化させていかなければならないとしている。

そのためには、デジタル・ガバメントの基盤となるマイナンバー制度について、行政手続をオンラインで完結させることを大原則として、国民にとって使い勝手の良いものに作り変えるため、抜本的な対策を講ずるとしている。

図表 10 「新たな日常」を実現する施策



資料出所：「経済財政運営と改革の基本方針 2020～危機の克服、そして新しい未来へ～（令和２年７月 17 日閣議決定）」概要
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2020/summary_ja.pdf

ヘルスケア分野に関しては、マイナンバー制度の抜本的見直しが大きな影響を受けることになる。従来、医療分野においては、機微なデータであるという性質から、マイナンバーとは別の ID をもって、その活用を進めることとしていたが、PHR[3]のように、健康・医療・介護といった分野をまたがる情報連携や活用には支障があり、2020 年を目途に進められたスケジュールには遅れがでていた。骨太の方針 2020 のデジタルニューディールでは、PHR の拡充を図るため、2021 年に必要な法制上の対応を行い、2022 年を目途に、マイナンバーカードを活用して、生まれてから職場等、生涯にわたる健康データを一覧性をもって提供できるよう取り組むとともに、当該データの医療・介護研究等への活用の在り方について検討する。また、マイナンバーカードの公的個人認証の活用により障害者割引適用の際に障害者手帳の提示が不要とできるよう、デジタル対応を推進し、e-Tax 等についても、

[3] Personal Health Record は、生まれてから学校、職場など生涯にわたる個人の健康等情報をマイナポータル等を用いて電子記録として本人や家族が正確に把握するための仕組み。

自動入力できる情報（医療費、公金振込口座等）を順次拡大し、マイナンバーカードの利便性を向上させるとしている。

また、「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現として、医療提供体制、予防・健康づくり、重症化予防の推進といった「新たな日常」に向けた社会保障の構築を目指す。DX に関わる部分では、「医療・介護分野におけるデータ利活用等の推進」が挙げられており、感染症、災害、救急等の対応に万全を期すためにも、医療・介護分野におけるデータ利活用やオンライン化を加速し、上記で引用した PHR の拡充も含めたデータヘルス改革を推進するとしている。

ケアプラン AI についても、この中で言及されており、「ケアプランへの AI 活用を推進するとともに、介護ロボット等の導入について、効果検証によるエビデンスを踏まえ、次期介護報酬改定で人員配置の見直しも含め後押しすることを検討する。」と明記された。

図表 11 医療・介護分野におけるデータ利活用等の推進

- 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認の導入のための「保健医療データプラットフォーム」を 2020 年度に本格運用を開始
- 患者の保健医療情報を患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みに関し、特定健診情報は 2020 年度中に、レセプトに基づく薬剤情報については 2021 年中に稼働させ、さらに手術等の情報についても 2022 年中に稼働、それ以外のデータ項目については、情報連携の必要性や費用対効果等を検証しつつ、技術動向等を踏まえ、2020 年中を目途にデータヘルス改革に関する工程を具体化
- 医療分野の個人情報の保護と利活用の推進策を検討
- 保険者のデータヘルス計画の標準化等の取組を推進
- 「審査支払機関改革における今後の取組（2020 年 3 月）」等に基づき、審査支払システムや業務を整合的かつ効率的に機能させる等の改革を着実に進める
- 科学的介護・栄養の取組を一層推進
- オンライン診療等の時限的措置の効果や課題等の検証について、受診者を含めた関係者の意見を聞きエビデンスを見える化しつつ、オンライン診療や電子処方箋の発行に要するシステムの普及促進、実施の際の適切なルールを検討
- 電子処方箋は、既存の仕組みを効率的に活用しつつ、2022 年夏を目途に運用を開始
- 医師による遠隔健康相談について、既存事業の検証を行いつつ、効果的な活用
- AI を活用した医療機器の開発や、医薬品等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化
- 感染症の下、介護・障害福祉分野の人手不足に対応するとともに、対面以外の手段をできる限り活用する観点から、生産性向上に重点的に取り組む
- **ケアプランへの AI 活用を推進するとともに、介護ロボット等の導入について、効果検証によるエビデンスを踏まえ、次期介護報酬改定で人員配置の見直しも含め後押しすることを検討**

- 介護予防サービス等におけるリモート活用、文書の簡素化・標準化・ICT 化の取組を加速
- 医療・介護分野のデータのデジタル化と国際標準化を着実に推進

資料出所：「経済財政運営と改革の基本方針 2020～危機の克服、そして新しい未来へ～（令和２年７月 17 日閣議決定）」概要
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2020/summary_ja.pdf

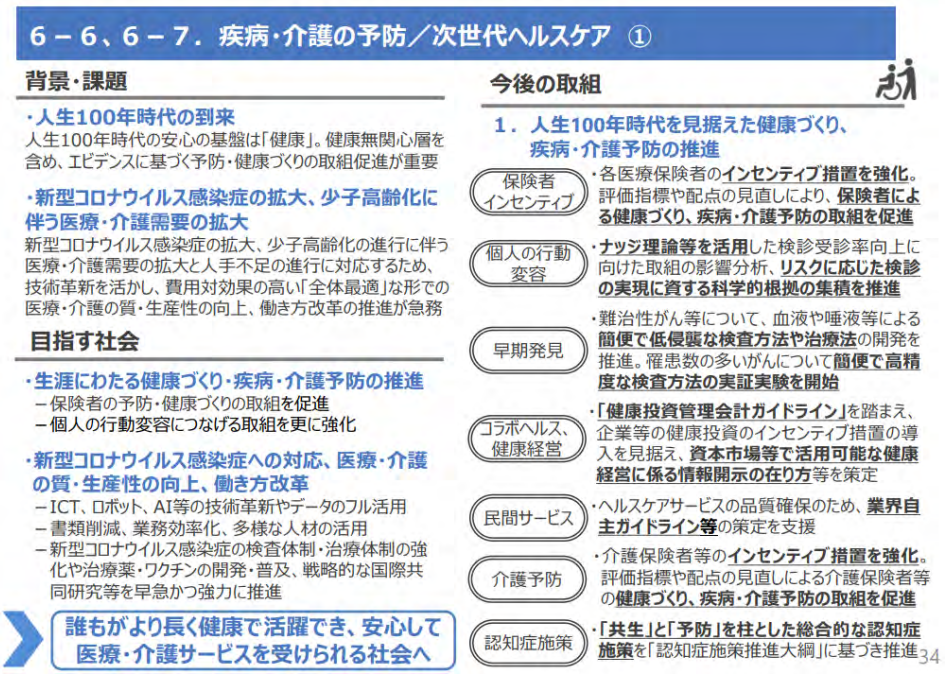
(2)成長戦略フォローアップ 2020

骨太の方針 2020 の閣議決定の際には、成長戦略フォローアップ 2020[4]も同じく閣議決定されている。成長戦略フォローアップ 2020 の中で、ヘルスケア分野の DX に関係する項目は、「次世代ヘルスケア」となる。

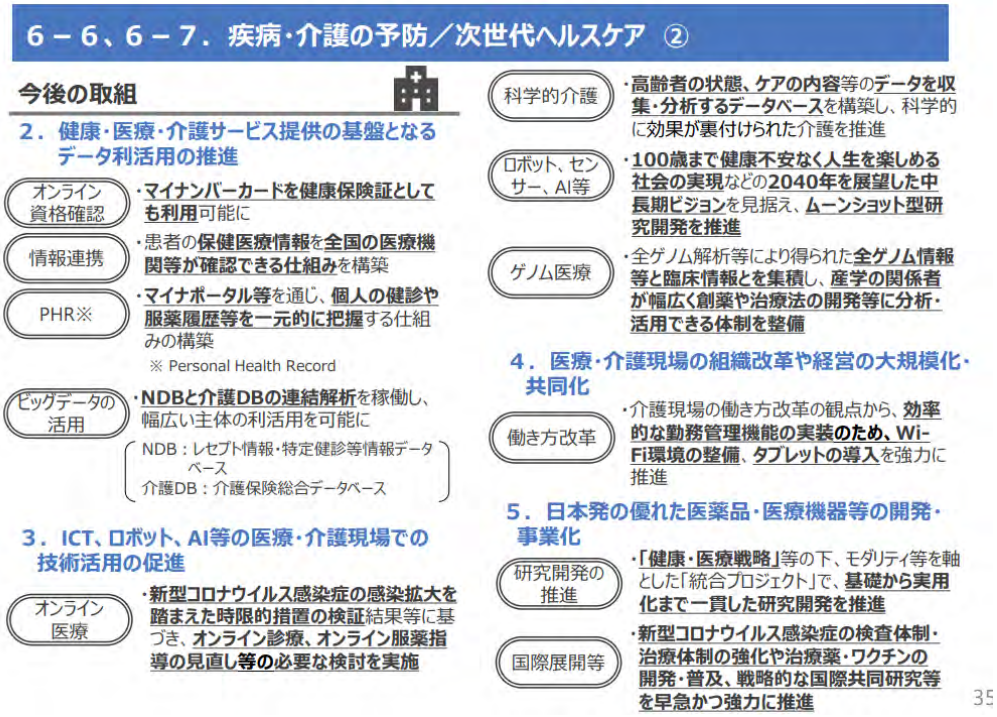
成長戦略フォローアップ 2020 でも、今回の新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、必要な人が広く検査や治療を受けられること及び迅速にデータを収集・解析することの重要性が改めて認識されたとしている。そのため、技術革新を活かして、費用対効果の高い形で、医療・福祉分野における個々の政策を、国民の健康増進や、医療・介護の質・生産性の向上、現場の働き方改革につながるよう、一層スピード感をもって「全体最適」な形で推進することが掲げられている。

具体的に取り組むべき事項としては、以下のように整理されている。

図表 12 疾病・介護の予防／次世代ヘルスケアにおいて今後取り組むべき事項



[4] 「成長戦略フォローアップ 2020」の詳細は以下を参照のこと。
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/fu2020.pdf



資料出所：成長戦略フォローアップ 2020（概要）
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/fu2020_gaiyou.pdf

(3)世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用基本計画 2020

政府の IT 総合戦略である「世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画（以下、IT 総合戦略）」[5]は、全ての国民がデジタル技術とデータ利活用の恩恵を享受するとともに、安全で安心な暮らしや豊かさを実感できるデジタル社会の実現に向けた、政府全体のデジタル政策を取りまとめたものとなっている。この IT 総合戦略も、新型コロナウイルスが感染拡大する中でとりまとめられ、2020 年 7 月 17 日に閣議決定されたものである。

新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言は、一面では、働き手・学生・生活者それぞれが、オンライン化を実現できていない現状の不自由さを、分野・地域を問わず身をもって体験する初めての機会となった。例えば、保健所等からの陽性者の報告が当初はファックスで行われていたなど、デジタルデータの活用により効率性・利便性を向上させる視点が欠けていたケースが多く見られた。この体験を一過性のものとして終わらせることなく、あえて言えばピンチをチャンスに、この機会に、我が国をデジタル技術により強靭化させ、我が国経済を再起動するとの考えの下、IT をユーザの自律的な判断・行動を支援するツールとし、本格的・抜本的な社会全体のデジタル化を進める必要があるとしている。

AI を含めた ICT は、グローバリゼーションが進む中、経済の発展はもとより、生産性向上や日常

[5] 世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画 2020 の詳細は以下を参照のこと。
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/pdf/20200717/siryou1.pdf

生活に大きな役割を果たしてきたところであるが、新型コロナウイルス感染症が世界的に拡大し、その対応が長期化する中では、①人と人との接触を肯定的に避けるいわゆるソーシャルディスタンスを実現するための手段、②感染症対策に係る諸施策を効率的に実施するための手段といった新たな役割を求められている。

社会全体のデジタル化に向けた取組と新型コロナウイルスの感染拡大が突きつけた課題を解決するため、デジタル強靭化社会の実現に向けて取り組むべき事項としては、以下を挙げている。

図表 13 デジタル強靭化社会の実現に向けて取り組むべき事項

1) 遠隔・分散に対応した制度・慣行の見直

遠隔・分散型の社会経済活動が当然となる中で、その障壁となる制度・慣行を見直す。書面・押印・対面を求める法令・慣行の全面的な見直しを進める。

「隗より始めよ」の考えの下、行政機関等の内部手続についての押印・書面提出等の見直しを進める。

2) しなやかなデジタル社会の基盤としてのマイナンバー制度

危機に迅速に対応できる強靭な社会経済構造の一環として、マイナンバーカード・マイナンバーを基盤としたデジタル社会の構築を進める（マイナンバーカードの利便性の抜本的向上、マイナンバーカードの取得促進）。

3) 国と地方を通じたデジタル基盤の構築

危機を含む様々な事態に柔軟に低コストで対応できるようにするため、情報システムの標準化・共通化、クラウド活用の促進等として、以下を進める。

- 給付金等におけるデジタル手続・事務処理・早期給付の実現
- 各府省情報システムのネットワーク統合・構築
- API 利用の促進による民間との相互連携の強化（利用者にとって使い易いサービスの実現）

4) データの基盤整備と積極活用

社会経済活動を円滑に行うため、データ資源を横断的、継続的に活用できる環境を整備することが重要である。社会の基本データをはじめとしたデータの質・量の向上、データ利活用の一般原則としてのデータガバナンスルールの在り方を含むデータ戦略、行政のデジタルトランスフォーメーション(DX)のためのデータ基盤、研究開発・インフラの整備等から構成されるニュー・ノーマルに向けたデジタル戦略を取りまとめる。

5) 防災×テクノロジー

感染症の感染拡大と自然災害が併発する事態において、効果的・効率的に災害に対応することを可能とするため、情報通信技術を駆使した災害対応のための取組を進める。

資料出所：世界最先端デジタル国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画 2020 概要
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/pdf/20200715/siryou8.pdf

新型コロナウイルス感染症がもたらした社会・価値観の変容から、感染拡大の阻止とデジタル強靱化社会の実現を掲げており、IT 総合戦略の中では、「くらし改革」として、ヘルスケア分野における DX の重要性も示唆されている。

従来の IT 総合戦略でも、国民が安全で安心して暮らせ、豊かさを実感できる社会を実現するためのデジタル社会の構築であり、この点は引き続き取り組むとしていうが、2020 年度の IT 総合戦略では、加えて、新型コロナウイルス感染症への対応が重要となっている。実用性や実効性確保、医療安全等に配慮しつつオンライン診療を活用することによる感染防止や、マイナンバーカードを利用した手続の遠隔実施等に見られるように、対面でのやりとりを必要としないオンラインによるデジタル社会の構築が、国民生活の利便性の向上だけでなく、緊急時への対応の観点からも重要であることが認識されたとしている。

その上で、社会保障給付費の増大（20 年間で約 5 割増）という大きな社会課題を解決しながら、活力ある超高齢社会を実現することが必要であり、様々な機関に散在している個人の健康状態や生活状況に関する情報を、安全な状態で時系列に把握・管理し、個人の状況に合った健康生活の維持や医療・福祉サービスの実現を目指す。

図表 14 IT 総合戦略で挙げられたヘルスケア関連事項

①リスクの早期発見、予防	疾病・介護予防に加え、感染予防にも役立つ平時からの健康状態把握を可能にし、リスクの早期発見・予防を徹底する。このためには、病気になった時や介護が必要になった時だけでなく、長年の暮らしぶり・就労の状況や、日々の生活の中で収集されるデータ（個人が計測したバイタル情報や、食事・運動量・睡眠状況等）を、個人情報の保護に十分留意しながら積極的に活用し、予防効果を最大化できるアーキテクチャづくりを早急に進める。
②健康・医療・福祉関連サービスの効果向上と働き方改革	新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、オンライン診療等をはじめ、IT を活用したサービスの高度化が求められている。特に、感染者以外で医療等サービスを必要とする人にとっても遠隔での診療・相談対応等は重要である。個人の置かれている状況を踏まえつつ、本人や家族にとって必要なサービスを提供できる環境を整備する。情報を効率よく収集・連携していかすこと、サービス効果を見える化すること等で、サービスの利便性向上とともに、現場の負荷軽減と、働き方改革も実現する。
③IoT・AI と、地域リソースを活用した、高齢者等生活支援サービスの実現	日々の生活の中で収集できるデータを効率よくコストをかけずに収集するため、IoT の活用を促進する。そのためには、年齢や、疾病・障害の有無、収入の多寡等に関係なく、全国民が IoT を活用できるインクルーシブなデジタル環境を整備するとともに、収集したデータを基に、AI を活用して、よりよいサービスに繋げるためのデータ連携基

	盤を構築する。 　また、国民一人一人が、自身の生涯の健康情報を一元的に把握できるようにし、個人のくらし改革に繋げるとともに、地域リソースを活用した持続的な連携体制の構築、地域社会での各種サービスの高度化を実現する。

(4)デジタル関連法案とデジタル庁設置

　新型コロナの感染拡大が続く中、行政手続きをはじめ、社会の様々な制度がアナログで行われていることに対する弊害が明らかになり、住民基本台帳ネットワークシステム・住民基本台帳カード（住基カード）やマイナンバー制度・マイナンバーカードの導入時におきた過度な個人情報保護の議論から、個人情報保護と利活用のバランスを取ることへと世論が大きく傾き始めた。社会全体をデジタル化する方向に大きく舵を切るための司令塔が必要であり、「デジタル庁」の設置が進められることとなった。

　2020 年 9 月 30 日には、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ている。デジタル庁は、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・総合調整を行う機関となり、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、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等を行うとされ、2021 年 9 月 1 日に発足することになっている。

[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 15 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。

図表 16 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

デジタル庁の設置により、デジタル化の強力な調整機能が期待され、行政をはじめとした社会全体の DX が推進されることが期待されている。

(5)全世代型社会保障検討会議「第 2 次中間報告」

ケアプラン AI は、2020 年 7 月 2 日に公開された全世代型社会保障検討会議の「第 2 次中間報告 [7]」でも言及されている。政府は、2019 年 9 月に全世代型社会保障検討会議を設置し、人生 100 年時代の到来を見据えながら、高齢者だけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護、少子化対策など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

全世代型社会保障検討会議は、2019 年 12 月に「第 1 次中間報告」を行い、2020 年 6 月には第 2 次中間報告が行われた。なお、医療については、第 1 次中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討が進められ、2020 年 12 月 14 日に最終報告 [8]が取りまとめられてい

[7] 全世代型社会保障検討会議「第 2 次中間報告」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/dai9/siryou1.pdf
[8] 全世代型社会保障検討会議「最終報告」の詳細は、以下を参照のこと。
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/dai12/siryou1.pdf

る。

第２次中間報告では、以下の項目で整理が行われている。

図表 17 第２次中間報告で整理した項目

１）フリーランス
２）介護
３）最低賃金
４）医療
５）少子化対策
６)新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

資料出所：全世代型社会保障検討会議「第２次中間報告」
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/dai9/siryou1.pdf

介護分野では、人手不足や今後の介護サービス需要の伸びに対応し、介護制度の持続可能性を確保するため、テクノロジーやデータを活用し、介護職員がケア業務に専念できる環境を整備するとしており、その際、介護事業者に中小事業者が多いことを踏まえ、こうした事業者に対するテクノロジーや運営ノウハウの導入支援を強化することが指摘されている。

介護サービスにおけるテクノロジーの活用として、「今後、更なる生産性向上を実現するためには、AI を活用したケアプラン作成の自動化など、もう一段のイノベーションが必要となるため、現場のニーズに合った機器の開発・実証を支援する。」と第２次中間報告に記載された。

(6)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

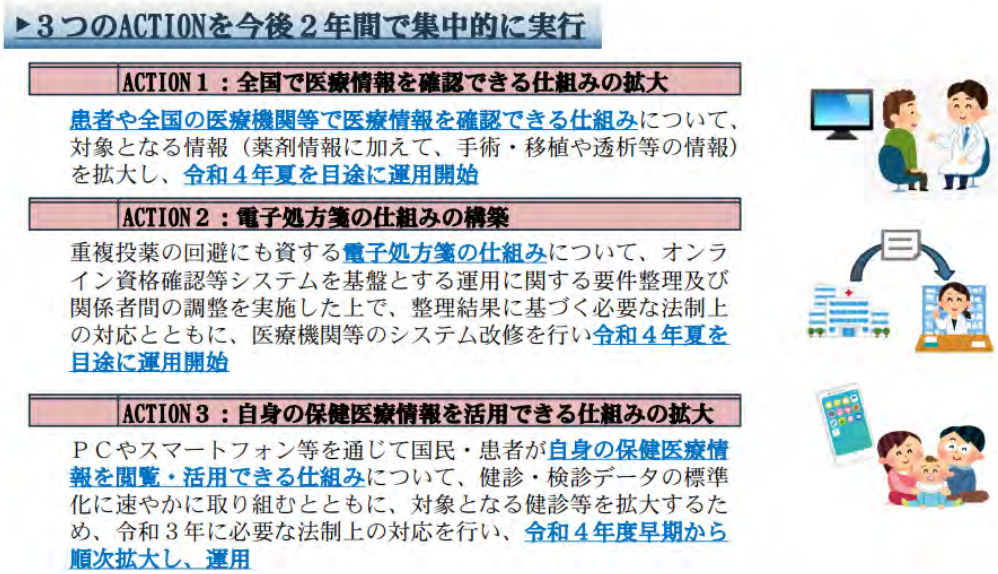
2020 年 7 月 17 日に閣議決定された骨太方針 2020 と成長戦略フォローアップ 2020 を踏まえて、厚生労働省では、データヘルス改革推進本部を 2020 年 7 月 30 日に開催し、「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン（以下、データヘルス集中改革プラン）」[9]を推進していくことを確認している。

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。また、新型コロナウイルス感染拡大の対応のために稼働が始まった「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム HER-SYS」や「新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム G-MIS」の普及拡大を進めるにも、データヘルス改革の推進が不可欠となっていることは背景にある。

[9] 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

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）

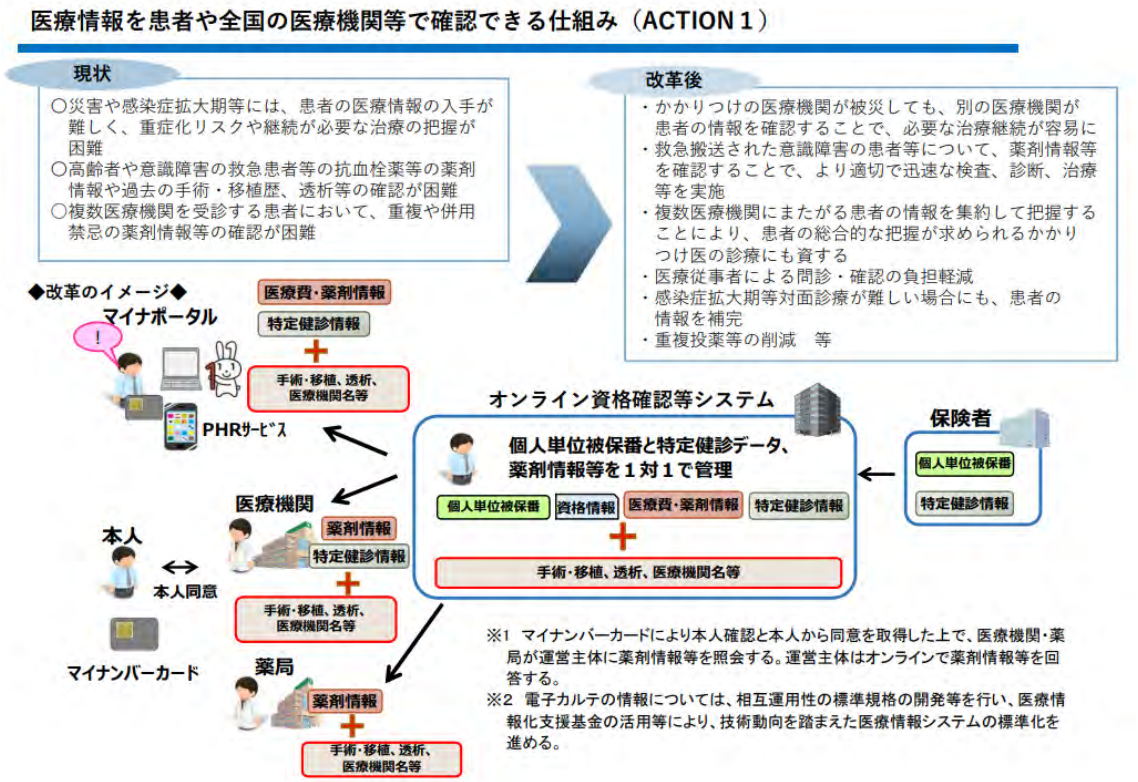
現状、患者や医療機関等が全国レベルで医療情報を確認できる仕組みはなく、高齢者や意識障害の救急患者等の抗血栓薬等の薬剤情報や過去の手術・移植歴、透析等の確認が困難であったり、複数医療機関を受診する患者において、重複や併用禁忌の薬剤情報等の確認も難しくしている。

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

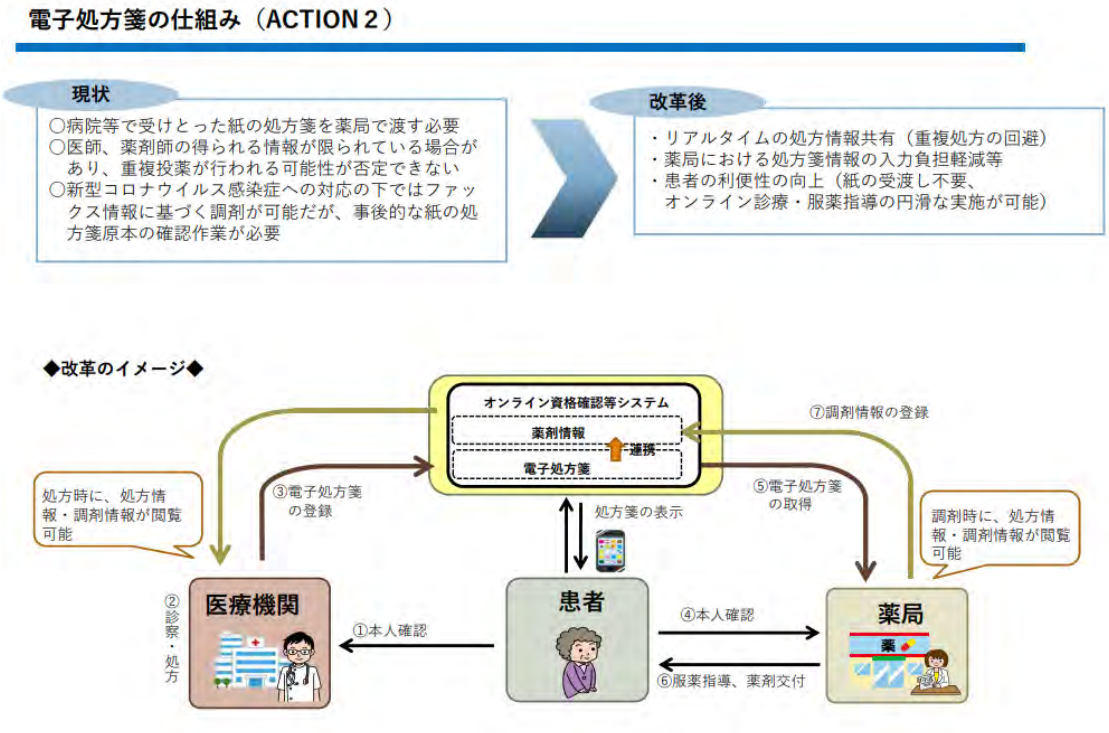


資料出所：厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

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



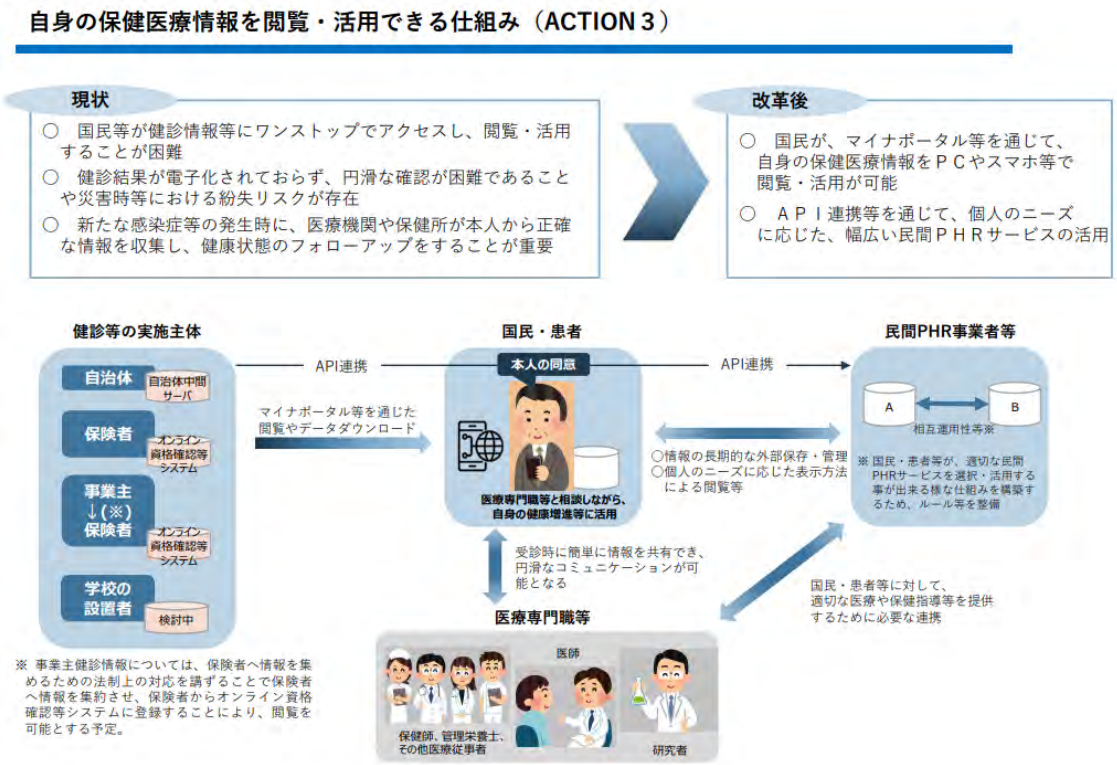
資料出所：厚生労働省「新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン」
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000653403.pdf

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ることになっている。

(7)令和 3 年度介護報酬改定

介護給付費分科会では、令和 3 年度介護報酬改定に向けて、居宅介護支援・介護予防支援の報酬・基準についての議論が行われてきた。

分科会では、三菱総合研究所は実施した「居宅介護支援及び介護予防支援における平成 30 年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業（令和元年度）」によれば、サンプル数が限られるものの以下の傾向が確認されていることが言及された。

- 介護支援専門員 1 人あたりの平均利用者数について、ICT 導入の有無別、事務職員の有無別では、それぞれ有の方が約 3 人多かった。
- 介護支援専門員 1 人あたり 1 ヶ月間の労働投入時間を比較したところ、ICT 機器の導入有の方が労働投入時間は 12.3 時間短く、事務職員の有の方が労働投入時間は約 3 時間程度短かった。

図表 22 介護支援専門員１人あたりの平均利用者数
（ICT 導入の有無別、事務職員の有無別）

	ICT導入有	ICT導入無し
n	219	12
平均利用者数	33.31	30.75

	事務職員有			事務職員無し
		専任の事務職員有	併設事業所兼任の事務職員有	
n	186	27	163	157
平均利用者数	32.71	37.78	31.88	29.76

資料出所：三菱総合研究所「老人保健健康増進等事業（令和元年度）「居宅介護支援及び介護予防支援における平成 30 年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業」

このような結果を受けて、令和 3 年度介護報酬改定では事務の効率化による逓減制の緩和をすることとなり、「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。」とされている。介護分野での ICT 活用を後押しする改定内容となったが、質の担保とあわせた実施が求められている

図表 23 事務の効率化による逓減制の緩和

資料出所：第 199 回介護給付費分科会「資料１ 令和３年度介護報酬改定の主な事項について」

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、平成 28 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

(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

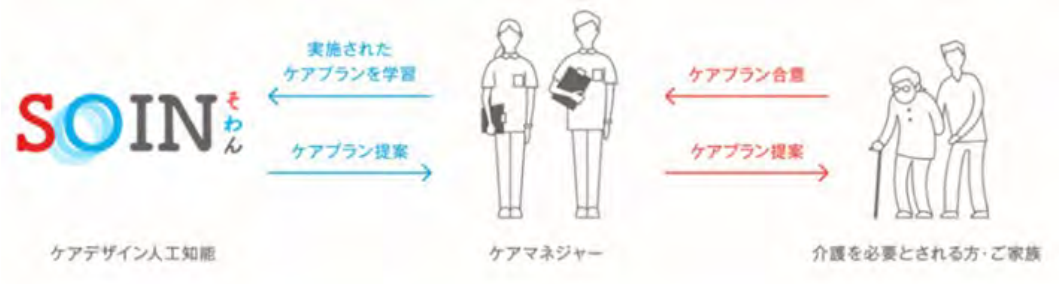
株式会社 CDI[10]は、AI によるケアプランの開発・提供のために、セントケアホールディングスを中心に介護事業者 11 グループ、ヘルスケア関連事業者 2 社、産業革新機構（現 株式会社 INCJ）をはじめとする金融機関 3 社の共同出資により 2017 年 3 月に設立され、ケアプラン作成支援 AI を最初に製品化した企業である

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「SOIN(そわん)」にリニューアルしている。

図表 24　SOIN(そわん)の利用イメージ



資料出所：株式会社 CDI サイト https://www.cd-inc.co.jp/soin/

主な機能は、「サービスプランの提案」、「容態の予測」、「比較検討」となっており、サービスの提案では、AI が学習した過去の経験値を基に「改善志向プラン」「容態が最も近い方のプラン」の 2 つのプランを提案する。また、そのプランを基に介護を必要とされる方の状況に応じて、サービスを追加や削除、実施回数を変更することもできる。

2019 年 12 月 9 日には、「ほのぼのシリーズ」の ND ソフトウェア [11]と資本提携することが

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

[11] ND ソフトウェアの詳細は、以下を参照のこと。https://www.ndsoft.jp/

発表[12]されている。ND ソフトウェアは介護・福祉を中心に事務管理と現場業務支援を目的としたトータルパッケージ業務ソフトウェア「ほのぼのシリーズ」を主力商品とし、介護福祉のソフト分野で業界トップクラスのシェアを誇っている。

② 株式会社ウェルモ

株式会社ウェルモ[13]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）」として開発していたが、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」に名称変更することになっている。

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。

ミルモぷらんでは、アセスメントをウェブ上での入力、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。

ウェルモは、2018 年 9 月より福岡市で実証事業を開始し、2019 年 3 月には、横浜市、ジェイアーク、ツクイ、富士ソフトと「介護分野におけるオープンイノベーションによる課題解決に関する研究協定」を締結している[14]。横浜市では、この協定締結を契機に、介護と ICT を融合させ、それに伴うイノベーションを促すため、開かれた対話と実証実験の場を提供するプラットフォーム「ケアテック・オープン・ラボ横浜」を始動させている。

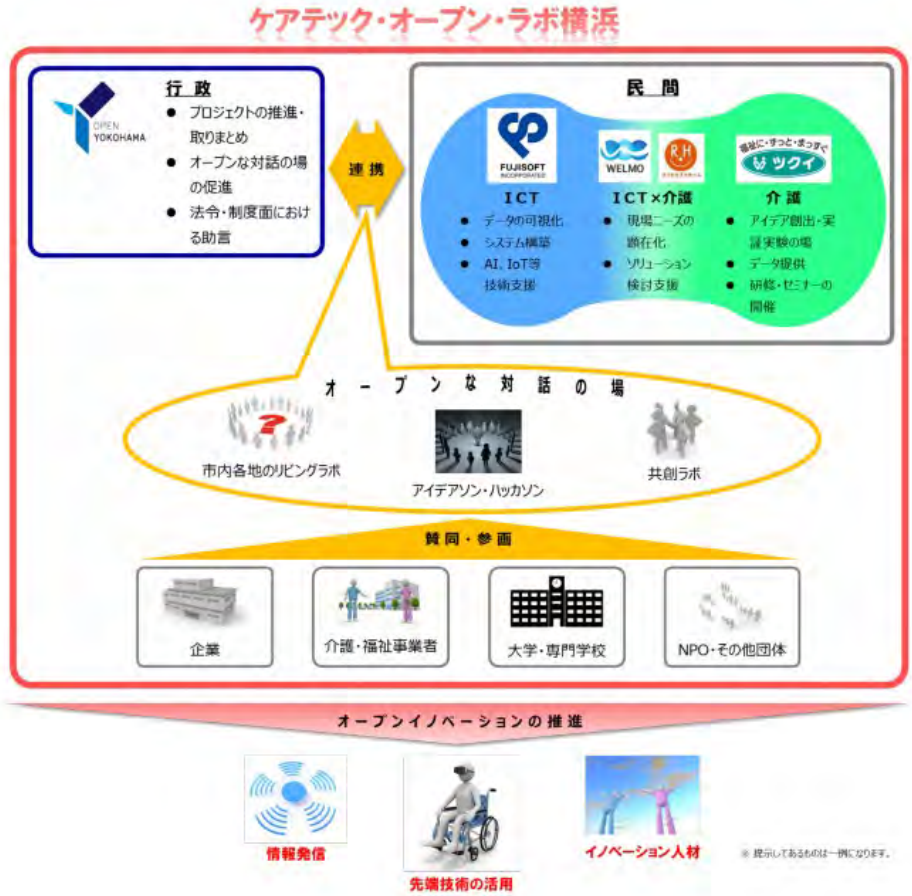
---

[12] ND ソフトウェア　プレスリリース（2019 年 12 月 9 日）https://www.ndsoft.jp/wp/wp-content/uploads/2019/12/20191209businessalliance_cdi.pdf?yclid=YJAD.1575931095.LJHTYgKdcq3HuziclMnSn35Kb1R9NhliyepyEO74u_F4MT4EFlQRiqD_YOOztI9gz.HBjbcrLVoUC6E-

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

[14] 株式会社ウェルモ　プレスリリース（2019 年 3 月 20 日）https://welmo.co.jp/news/archives/724

図表 25 ケアテック・オープン・ラボ横浜 取組イメージ



資料出所：横浜市記者発表資料（平成 31 年 3 月 20 日）
https://www.city.yokohama.lg.jp/city-info/koho-kocho/press/seisaku/2018/0320_caretex.files/0001_20190327.pdf

また、2020 年 11 月からは、東京電力パワーグリッド株式会社、株式会社エナジーゲートウェイと共同開発を進めている「電力、センサー情報を用いた居宅内モニタリングシステム」について、福岡市で約 20 名の独居高齢者を対象に実証を開始している[15]。

③ パナソニック

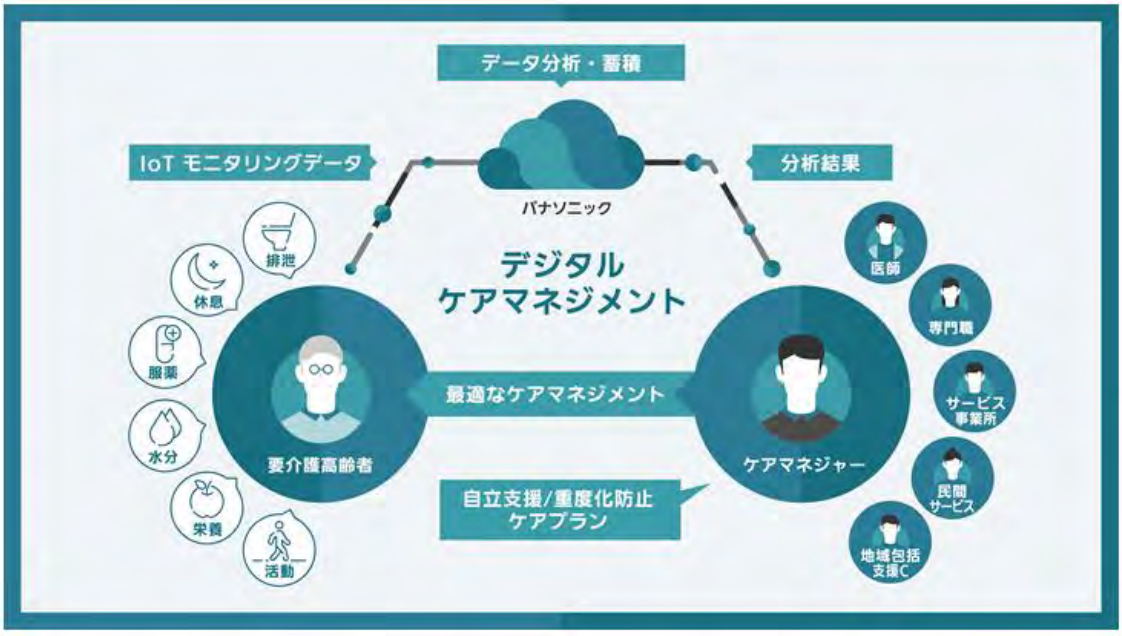
パナソニックは、在宅介護の質向上による在宅生活の継続を目指し、要介護高齢者の生活を支えるケアマネジメントに、ICT・IoT・AI 等のデジタル技術を用いた「デジタル・ケアマネジメント」を構築し、ケアマネジャー向けの「ケアプラン作成機能」と「IoT モニタリング機能」を開発している。

[15] 株式会社ウェルモ　プレスリリース（2020 年 11 月 18 日）https://welmo.co.jp/news/archives/1312

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た。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[16]。2020 年 12 月には、第 2 期実証[17]を、宮崎県都城市に加え、東京都品川区にもフィールドを拡大して開始している。

図表 26 「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

[16] 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。

[17] パナソニック　プレスリリース（2020 年 12 月 7 日）
https://news.panasonic.com/jp/press/data/2020/12/jn201207-1/jn201207-1.html

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。

フェーズ 1 では、看護師、社会福祉士、保健師、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だ。心疾患のある利用者とアルツハイマー型認知症の利用者という 2 つの利用者像を想定して作成した思考フローは、単線的なフローでモデル化した。しかし、本来、これらの思考は、行きつ戻りつしながら、行われるものである。そこで、フェーズ 2 では、複線的なフローによるモデル化へと発展させることに取り組むこととし、今年度は、心疾患における複線的モデルの作成に取り組んだ。

得られた思考フローは、AI にルールとして強制的に学習させることで、アルゴリズムの精度向上につなげるとともに、システム設計におけるフローチャートにつなげていくことを想定している。

WG2 では、昨年度と同様に、下記のような状態にある心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。

利用者像 A：心疾患、歩行可能、一見すると問題はないが配慮が必要な状態など

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。

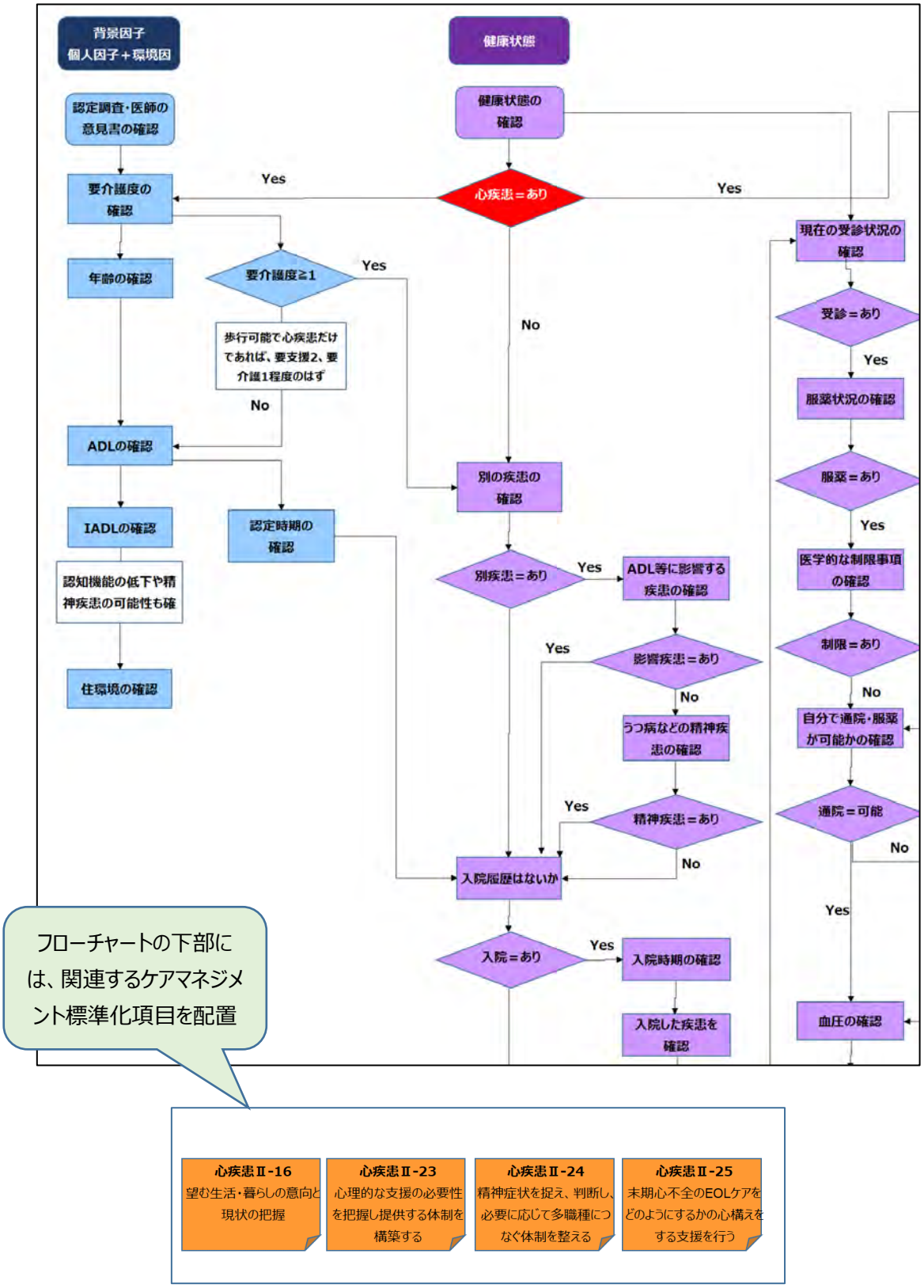
図表 27 ケアマネジャーの思考フロー可視化の前提

【実証A：ケアマネジャーの思考フローの可視化】
ケアマネジャーの「情報収集」と「課題分析」のプロセスを可視化する

①目的	●ケアマネジャーの思考フローをAIに学習させることで、ケアマネジャーのケアプラン作成を支援するAIの開発を目指す ●AIにたくさんの情報をインプットデータとして与えても、それを絞り込んでいきアウトプットにするルールが不足しているため、そのルールを導きだす
②前提	●利用者宅への訪問・聞き取り等による「情報収集」から「課題分析」をしてケアプランを作成する ●「情報収集」の段階では個々の情報を収集し、「課題分析」では情報の統廃合、深堀、繰り返しを行う ●「情報収集」と「課題分析」は分けては考えられず、同時に行っている
③方法	●昨年度のWG2の成果物である単線的フローを確認しつつ、思考フローを複雑化していく ●ケアマネジメント標準化のチェック項目を参照する ●ケアマネジメント標準化は、クリニカルパスに連動するように方針別に整理されており、思考プロセスは含まれていないため、そこを着目する

以下では、本調査研究で整理した心疾患の複線的モデルを一部抜粋して掲載する。

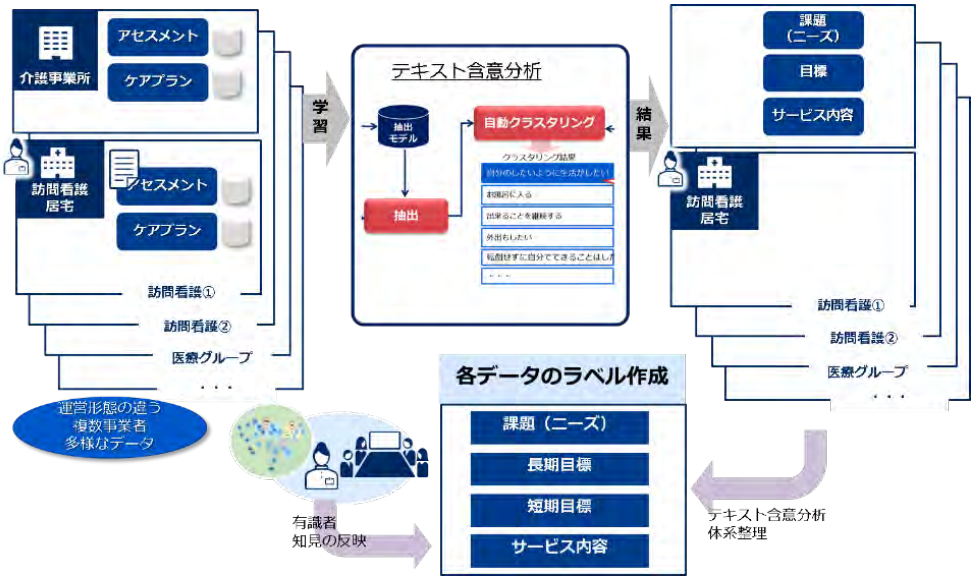
図表 28 心疾患複線的モデル（一部抜粋）



4-2. 実証Ｂ：構造化・体系化ラベルへの標準化項目の反映

本調査研究のフェーズ 1 では、協力組織のデータをテキスト分析することで、データ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「ラベル」を作成してきた。さらに、委員会や WG での検討から、過去データからは出てこない未来志向のケアのラベルについても、そこに追加してきた。

図表 29 テキスト分析による構造化・体系化



実証 B では、フェーズ 1 で作成のラベルをブラッシュアップし、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」で作成された標準化項目によるラベルのチェックを行い、不足しているラベルの追加をするとともに、標準化項目とのの整合性を持たせるための作業を実施した。

また、ラベルの整理の仕方についても、ICF の第 1 レベル、第 2 レベルで再整理することも行った。

(1)国際生活機能分類 ICF[18]

障害に関する国際的な分類としては、これまで、世界保健機関（以下「WHO」）が 1980 年に「国際疾病分類（ICD）」の補助として発表した「WHO 国際障害分類（ICIDH）が用いられてきたが、WHO では、2001 年 5 月の第 54 回総会において、その改訂版として「ICF（International Classification of Functioning、 Disability and Health）」を採択した。

ICF は、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するもので

[18] 厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）」より抜粋
https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html

あり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の３つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約 1,500 項目に分類されている。

これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害（社会的不利を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF はこれらの環境因子という観点を加え、例えば、バリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。このような考え方は、今後、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているものと考えられる。

ICF は、英文で表記されているため、わが国で広く活用していくためには日本語で表現することが必要であることから、日本語版「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」が作成され、公開されている。

① ICF の概念図

ICF は、人の生活機能と障害に関する状況の記述を可能にし、情報を組織化する枠組みとして役立つ。ICF は情報を、有意義な、相互に関連した、容易に利用しうるものとして構成する。

ICF は情報を２つの部門に整理している。第１部は生活機能と障害、第２部は背景因子を扱い、それぞれ２つの構成要素からなる。

a) 生活機能と障害の構成要素

身体の構成要素には２つの分類がある。心身機能と身体構造である。両分類の章立ては、身体系に従って構成されている。

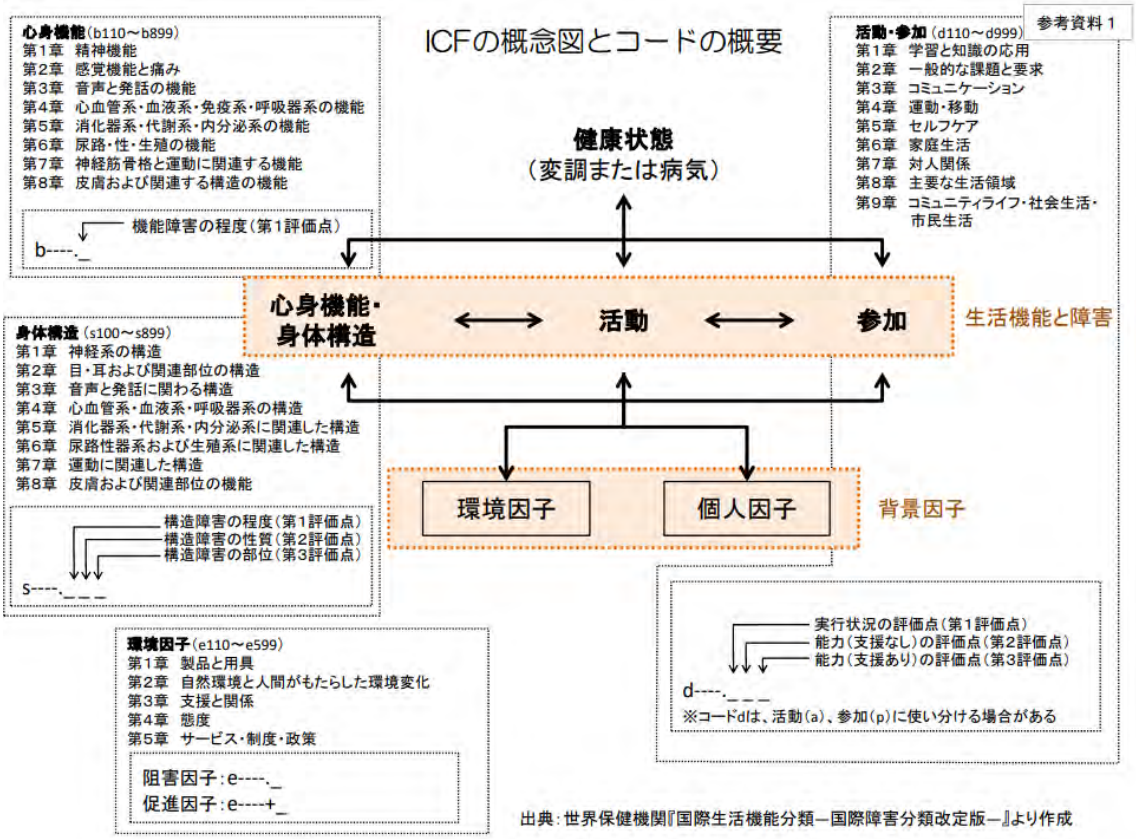
活動と参加の構成要素は、個人的視点および社会的観点からみた生活機能のさまざまな側面を示す全領域をカバーしている。

b) 背景因子の構成要素

環境因子のリストは背景因子の第１の構成要素をなしている。環境因子は、生活機能と障害の全ての構成要素に影響を及ぼすものであり、個人の最も身近な環境から、全般的な環境へと向かうように構成されている。

個人因子も背景因子の構成要素である。しかし、社会的・文化的に大きな相違があるために、ICF では分類されていない。

図表 30 ICF の概念図とコード概要



資料出所：第 20 回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会

② ICF 構成要素の定義

ICF 構成要素は、以下のように定義されている。

健康との関連において

●心身機能（body functions）とは、身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。

●身体構造（body structures）とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分である。

●機能障害（構造障害を含む）（impairments）とは、著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題である。

●活動（activity）とは、課題や行為の個人による遂行のことである（個人的な観点からとらえた生活機能を表す）。

●参加（participation）とは、生活・人生場面（life situation）への関わりのことである（社会的な観点からとらえた生活機能を表す）。

●活動制限（activity limitations）とは、個人が活動を行うときに生じる難しさのことである。

●参加制約（participation restrictions）とは、個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさのことである。
●環境因子（environmental factors）とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。

資料出所：厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）」
https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html

③「活動」と「参加」の概念について

「活動」と「参加」の概念はそれぞれ定義づけられているものの、分類項目は、「活動と参加」として一つにまとめられて提示されている。どの項目を「活動」の項目として使い、どの項目を「参加」の項目として使うかは、使用する国や使用する目的に応じて設定することとされている。ICF 第１レベルまでの分類は以下のようになっている。

図表 31 ICF 第１レベルまでの分類

心身機能 body functions
第１章　精神機能 mental functions
第２章　感覚機能と痛み sensory functions and pain
第３章　音声と発話の機能 voice and speech functions
第４章　心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能 functions of the cardiovascular、haematological、 immunological and respiratory systems
第５章　消化器系・代謝系・内分泌系の機能 functions of the digestive、 metabolic and endocrine systems
第６章　尿路・性・生殖の機能 genitourinary and reproductive functions
第７章　神経筋骨格と運動に関連する機能 neuromusculoskeletal and movement-related functions
第８章　皮膚および関連する構造の機能 functions of the skin and related structures

身体構造 body structures
第１章　神経系の構造 structures of the nervous system
第２章　目・耳および関連部位の構造 the eye、 ear and related structures
第３章　音声と発話に関わる構造 structures involved invoice and speech
第４章　心血管系・免疫系・呼吸器系の構造 structures of the cardiovascular、immunological and respiratory systems
第５章　消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造 structures related to the digestive、

metabolic and endocrine systems
第６章　尿路性器系および生殖系に関連した構造　structures related to the genitourinary and reproductive systems
第７章　運動に関連した構造　structures related to movement
第８章　皮膚および関連部位の構造　skin and related structures

活動と参加　activities and participation
第１章　学習と知識の応用　learning and applying knowledge
第２章　一般的な課題と要求　general tasks and demands
第３章　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　communication
第４章　運動・移動　mobility
第５章　ｾﾙﾌｹｱ　self-care
第６章　家庭生活　domestic life
第７章　対人関係　interpersonal interactions and relationships
第８章　主要な生活領域　major life areas
第９章　ｺﾐｭﾆﾃｨﾗｲﾌ・社会生活・市民生活　community、 social and civic life

環境因子　environmental factors
第１章　生産品と用具　products and technology
第２章　自然環境と人間がもたらした環境変化　natural environment and human-made changes to environment
第３章　支援と関係　support and relationships
第４章　態度　attitudes
第５章　サービス・制度・政策　services、 systems and policies

資料出所：厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）」
https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html

(2)構造化・体系化ラベルの ICF 分類による再整理

フェーズ１で作成した構造化・体系化ラベルを、標準化項目でチェックし、ICF の分類で再整理したもの一部抜粋を、以下に掲載する。

図表 32 構造化・体系化ラベルの ICF による再整理（抜粋）

H29ニチイ＋H30ケアプロをテキスト分析で自動グルーピングの上、事務局でラベル修正・追加→委員会・WG1での検討で不足ラベル追加

R1平成医療福祉G＋ジョイをテキスト分析で自動グルーピングの上、数は少ないが今までなかったものを事務局がピックアップ→委員会・WG1での検討で不足ラベル追加

R2ケアマネジメント標準化の基本ケアからラベル追加

ICF 第1レベル	ICF 第2レベル				
心身機能					
第1章 精神機能					
第2章 感覚機能と痛み		痛みを軽減する	痛みをコントロールする	マッサージや針灸等で腰痛を軽減する	腰痛を緩和する
		痛みの軽減につながる住環境を整える			
第3章 音声と発話の機能					
第4章 心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能					
第5章 消化器系・代謝系・内分泌系の機能					
第6章 尿路・性・生殖の機能					
第7章 神経筋骨格と運動に関連する機能					
第8章 皮膚および関連する構造の機能					
身体構造					
第1章 神経系の構造					
第2章 目・耳および関連部位の構造					
第3章 音声と発話に関わる構造					
第4章 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造					
第5章 消化器系・代謝系・内分泌系に関連した構造					
第6章 尿路性器系および生殖系に関連した構造					
第7章 運動に関連した構造					
第8章 皮膚および関連部位の構造					
活動と参加					
第1章 学習と知識の応用					
	目的をもった感覚的経験（d110-d129）				
	d110 注意して視ること				
	d115 注意して聞くこと				
	d120 その他の目的のある感覚				
	d129 その他の特定の，および詳細不明の，目的をもった感覚経験				

(3)既存の評価手法の ICF コードへのリコード

社会保障審議会・統計分科会生活機能分類専門委員会では、2019 年に、現場レベルにおける ICF の一層の普及を目的とした「生活機能分類普及推進検討ワーキンググループ」の設置[19]を決定し、WHO が刊行する ICF 資料に関する翻訳案の作成や ICD-11 第Ⅴ章を国内適用するにあたって、具体的な活用案（フィールドテスト等を含む）の検討等を行っている。

生活機能分類普及推進検討ワーキンググループでは、多数存在する生活機能に関係する既存の評価手法の ICF コードへリコードする作業も実施している。2021 年 3 月 5 日に開催された第 21 回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会では、生活機能分類普及推進検討ワーキンググループの成果報告[20]が行われ、FIM および Barthel Index と ICF と項目対応表が公開されている。

要介護認定項目についても、項目対応リコードテーブルの作成が行われる予定となっており、公開された際には、構造化・体系化ラベルの再整理への活用を検討したいと考えている。

---

[19] 生活機能分類普及推進検討ワーキンググループの詳細は以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17116.html

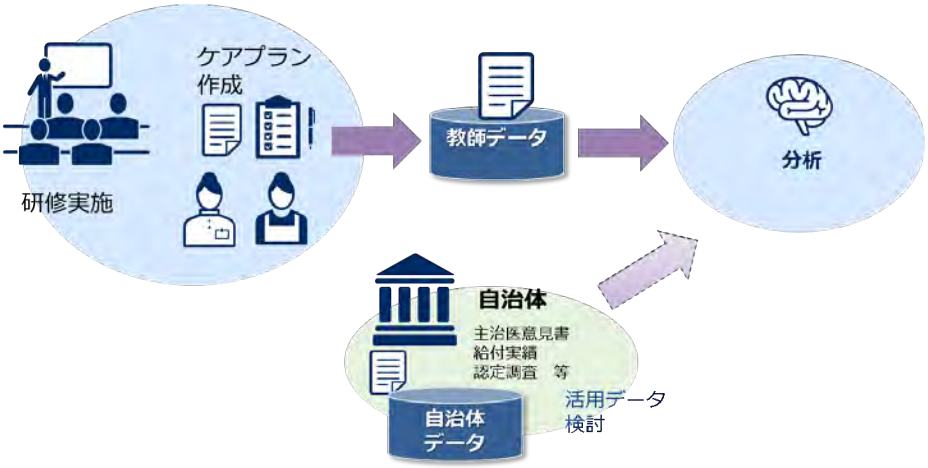
[20] 生活機能分類普及推進検討ワーキンググループの成果報告の詳細は以下を参照のこと。
https://www.mhlw.go.jp/content/10701000/000748627.pdf

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標準化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、2 つの自治体と協力し、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。

また、自治体との連携は、ケアマネジメントの中で発生するデータだけでなく、今後は、自治体の医療・介護レセプトや要介護認定のデータなどと組み合わせることで、分析精度の向上を検討することも視野にいれ、自治体保有データの文献調査も実施した。

図表 33 実証 C のイメージ図



(1)自治体研修会の実施

① 新型コロナウイルスへの対応

自治体において、ケアマネジメント標準化手法（心疾患）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拡大により、実施方法を大きく変更することとなった。

日本国内において、新型コロナウイルスの感染者が初めて報告されたのは、2020 年 1 月 15 日で、厚生労働省は、中国の湖北省武漢市武漢市に滞在し、日本に帰国した神奈川県在住の 30 代の男性から新型コロナウイルスが検出されたと発表した。2020 年 1 月 28 日には、日本国内において海外渡航歴のない感染者が報告された。国内での感染者の報告を受け、2020 年 1 月 30 日に政府は、本部長を内閣総理大臣とする「新型コロナウイルス感染症対策本部」を内閣官房に設置することとなった。

その後、国内における新型コロナウイルスの感染者数は拡大の一途をたどり、2020 年 2 月 1 日には、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令（令和 2 年政令第 11 号）が施行され、3 月 13 日には、「新型インフルエンザ等対策特別措置法の一部を改正する法律」が可決・成立し、14 日より施行となった。新型インフルエンザ等対策特別措置法については、その後の感染状況の拡大や陽性者に行動制限を行ってもらうことの困難さから、さらなる改正が行われている。

2020 年 3 月 28 日は、新型コロナウイルス感染症対策本部より「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」が発表され、国民の生命を守るためには、感染者数を抑えること及び医療提供体制や社会機能を維持することが重要であるとし、クラスター対策による感染拡大の防止と重傷者・死亡者の発生を最小限に食い止めること、外出自粛などの接触機会の低減、医療体制の整備といった内容が盛り込まれた。

外出自粛などの接触機会の低減は、2020 年 4 月 7 日の 7 都道府県での緊急事態宣言へとつながっていく。対象となる区域は、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県及び福岡県であり、当初は、2020 年 4 月 7 日から 5 月 6 日までの 29 日間となっていたが、その後も感染者数の急増は止まらず、2020 年 4 月 16 日には、全国で緊急事態宣言を行うことになり、8 都道府県（東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、京都府、兵庫県、北海道）以外の緊急事態宣言が解除されたのが 5 月 14 日、すべての都道府県で緊急事態宣言が解除されるのは 5 月 25 日と 1 か月以上に渡る外出自粛となった。

その後、7 月に第 2 波が到来し、感染者数の増加をみたものの落ち着きを取り戻したが、年末にかけて、第 3 波が到来し、1 日あたりの感染者数は過去最高となった。そのため、2021 年 1 月 7 日に緊急事態宣言が再発令されることが決定し、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県の一都三県が対象に、1 月 8 日から 2 月 7 日まで緊急事態宣言が出されることになった。1 月 14 日からは、感染者数が増えている栃木県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県が追加対象となっている。

当初は 1 か月の予定であったが、感染者数の拡大が想定より抑えられていないことや病床のひっ迫などを背景に、2021 年 2 月 2 日には緊急事態宣言の 1 ヶ月延長が決定し、感染者の減少スピードが遅くなってきた東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県の 1 都 3 県は、3 月 7 日以降も延長が予定されている [21]。

[21] 2021 年 3 月 15 日現在の情報

図表 34 国内のおける感染拡大と政府の対応

2020 年 1 月 15 日	国内初の新型コロナウイルス感染者が確認（渡航歴有）
2020 年 1 月 28 日	海外渡航歴のない新型コロナウイルス感染者が確認
2020 年 1 月 30 日	新型コロナウイルス感染症対策本部を設置
2020 年 2 月 1 日	新型コロナウイルス感染症を指定感染症に指定
2020 年 3 月 1 0 日	新型インフルエンザ等特措法を改正
2020 年 3 月 28 日	基本対処方針を発表
2020 年 4 月 7 日	7 都道府県で緊急事態宣言
2020 年 4 月 16 日	緊急事態宣言が全国に拡大
2020 年 5 月 14 日	8 都道府県以外で緊急事態宣言解除
2020 年 5 月 25 日	すべての都道府県で緊急事態宣言解除
2021 年 1 月 8 日	一都三県で再度の緊急事態宣言
2021 年 1 月 14 日	2 府 7 県が対象に追加
2021 月 2 月 2 日	栃木県以外は 1 か月の宣言延長が決定
2021 年 2 月 3 日	新型インフルエンザ等対策特別措置法、感染症法、検疫法の改正が参院本会議で可決、成立
2021 年 2 月 28 日	大阪府・京都府・兵庫県・愛知県・岐阜県・福岡県の 6 府県で緊急事態宣言が解除
2021 年 3 月 5 日	東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県の 1 都 3 県の 3 月 7 日までの緊急事態宣言を 2 週間延長することが決定

注：2021 年 3 月 15 日までの情報を整理
資料出所：各種資料より作成

このような状況を受け、Zoom を活用したオンライン研修会へと切替し、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。現地でも、一部の受講者は会場に集まり、一部の受講者は、勤務先や自宅からオンラインで研修を受けることとなった。

② 開催日時と開催場所

以下の日程で、研修会を開催した。

- 石川県羽咋市：2021 年 1 月 15 日（金） 13 時 30 分～16 時 30 分
  コスモアイル羽咋 小ホール
- 三重県東員町：令和 3 年 1 月 25 日（月） 13 時 30 分～16 時 30 分
  東員町役場 西庁舎 201 会議室

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。

- 石川県羽咋市： 18 名
- 三重県東員町： 21 名

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 2 名の講師に依頼した。

- 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

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(心疾患)
・「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（心疾患）：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 4 点を配布した。

- 講師の講演資料
- 標準化項目一覧（心疾患Ⅰ期、心疾患Ⅱ期、基本ケア）
- 演習シート：居宅サービス計画書(2)
- 点検シート [22]

[22] 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

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、心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。

受講者は、持参のケアプランを標準化項目一覧で確認し、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」を記載する。

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 4 名~5 名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 35 遠藤講師

図表 36 石山講師

図表 37 羽咋市会場の様子

図表 38 東員町会場の様子

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、現地で回収いただき、事務局に PDF で送付してもらった。事務局では、点検シートのデータを集計し、講師のコメントをつけて受講者へフィードバックを行った。

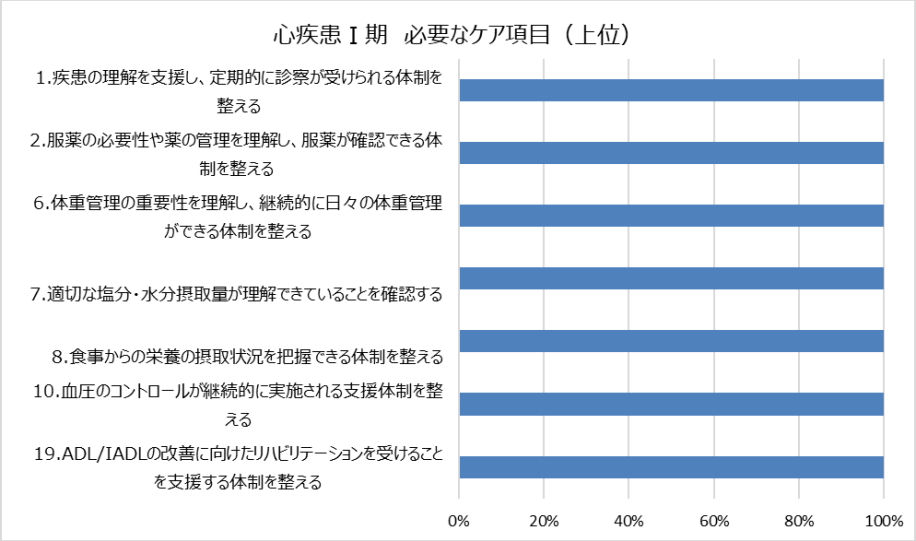
点検シートは、羽咋市では、13 件（心疾患Ⅰ期：2 件、心疾患Ⅱ期：11 件、基本ケ

ア：13 件）、東員町では 17 件（心疾患Ⅰ期：4 件、心疾患Ⅱ期：13 件）のデータを回収し、集計した。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：心疾患Ⅰ期

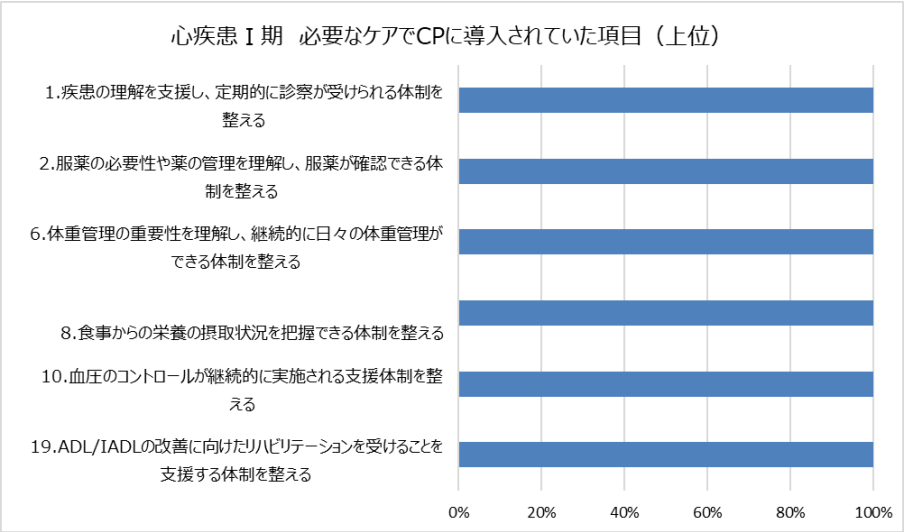
心疾患Ⅰ期の標準化項目一覧にて、持参したケアプランの内容を確認したところ、必要なケア項目として「1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える」、「2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える」、「6.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える」、「7.適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する」、「8.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える」、「10.血圧のコントロールが継続的に実施される支援体制を整える」、「19.ADL/IADL の改善に向けたリハビリテーションを受けることを支援する体制を整える」といった項目で、回答者すべてが必要と回答している。

図表 39 心疾患Ⅰ期 必要なケア項目（上位）



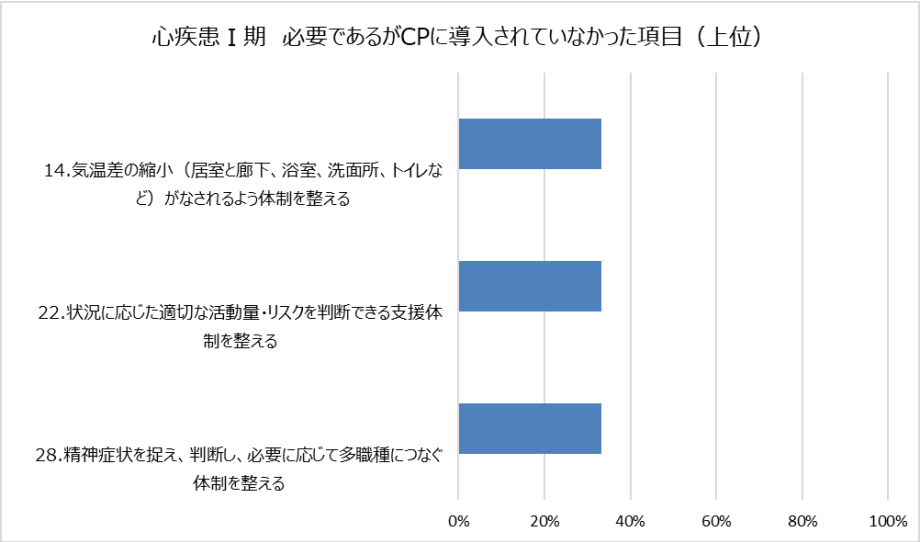
必要なケアであると確認された項目が持参したケアプランに含まれていたかどうかについては、上位に挙がっていたものは、導入済みであることが多く、100%の導入率であった。

図表 40 心疾患Ⅰ期 必要なケアで CP に導入されていた項目（上位）



必要なケアであると確認されたが、持参したケアプランに含まれていなかった項目としては、「14.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える」、「22.状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える」、「28.精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える」といった項目となった。

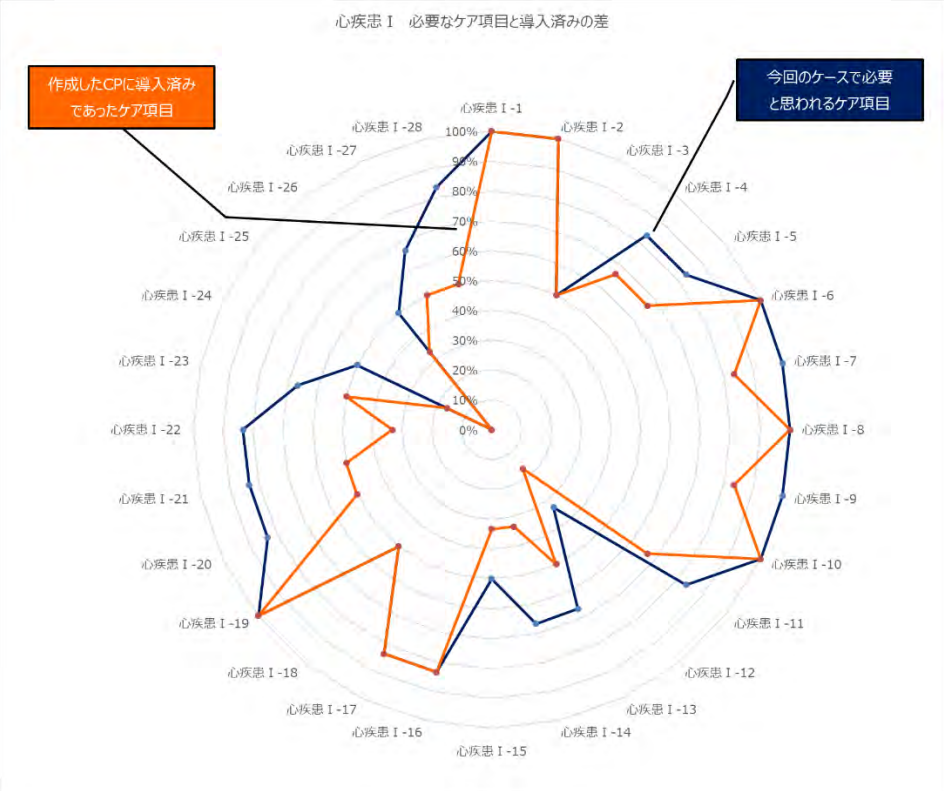
図表 41 心疾患Ⅰ期 必要であるが CP に導入されていなかった項目（上位）



必要なケア項目に対して、導入済みの割合が低い項目としては、「22.状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える」が最も低くなっている。次いで「14.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える」、「20.実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ」、「21.日常生活における活動と参加の状況を維持・改善する支援体制を整える」、「24.休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況

の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える」、「28.精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える」といった項目で差が生じていた。

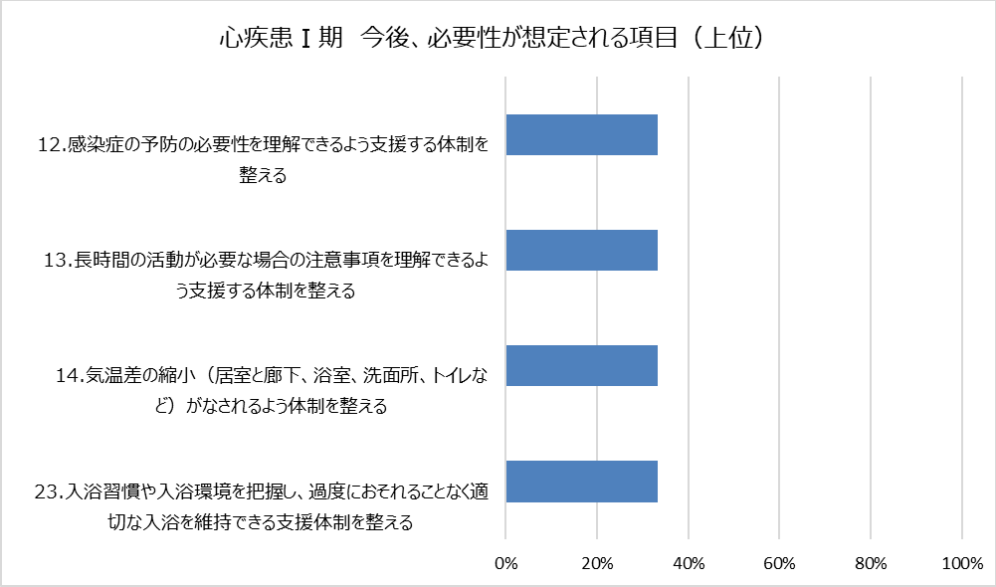
図表 42 心疾患Ⅰ期における必要なケア項目と導入済の差



注：標準化項目は、参考資料を参照のこと

心疾患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、「12.感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える」、「13.長時間の活動が必要な場合の注意事項を理解できるよう支援する体制を整える」、「14.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える」、「23.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える」といった項目になっている。

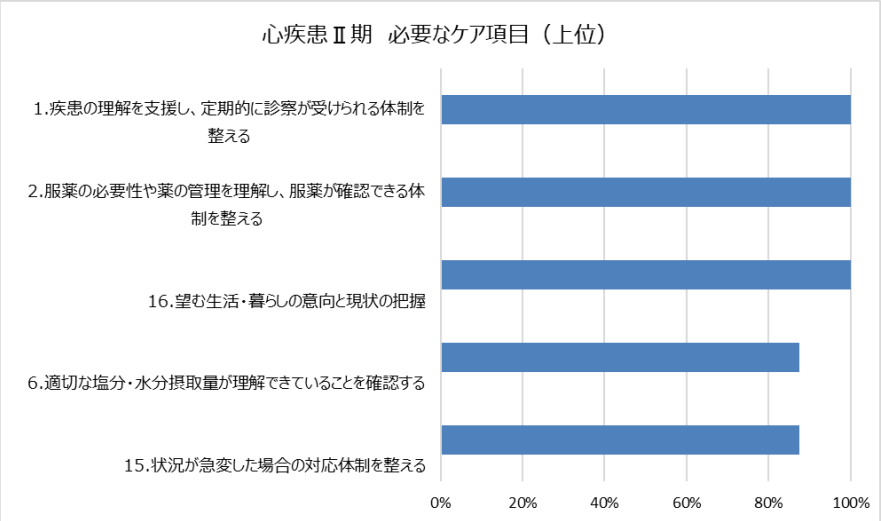
図表 43 心疾患Ⅰ期 今後、必要性が想定される項目（上位）



b) 点検データの集計：心疾患Ⅱ期

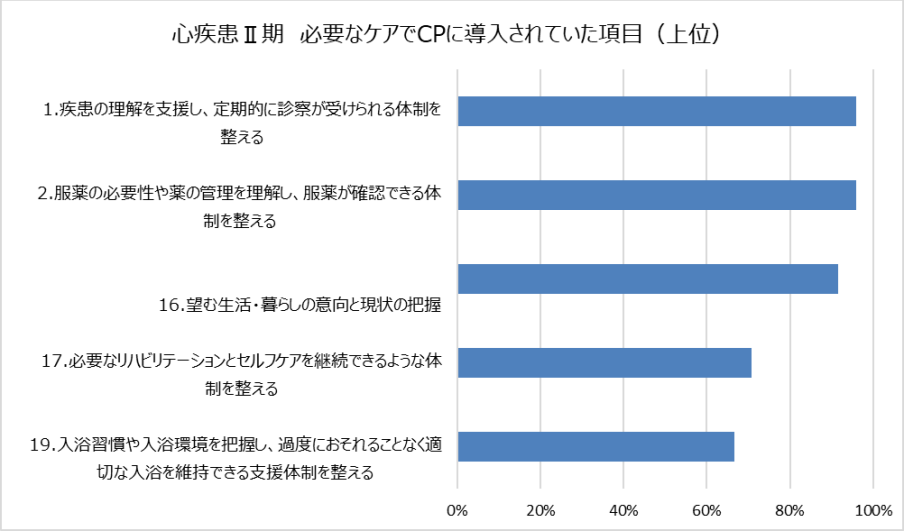
心疾患Ⅱ期においては、「1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える」、「2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える」、「16.望む生活・暮らしの意向と現状の把握」が 24 件中 21 件で必要ケアだと認識されており、次いで、「7.食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える」、「6.適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する」、「15.状況が急変した場合の対応体制を整える」、「19.入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える」といった項目が、上位に入っている。

図表 44 心疾患Ⅱ期 必要なケア項目（上位）



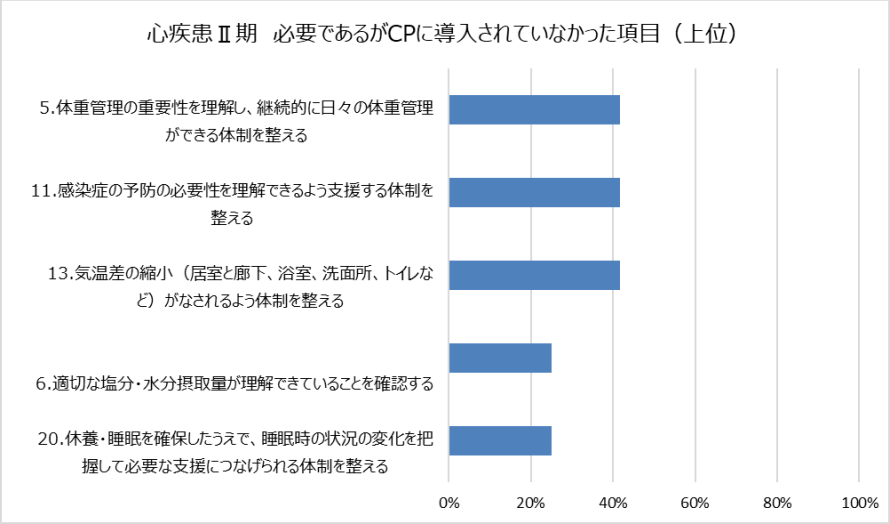
多くのケースにおいて必要なケアだと認識された項目は、作成されているケアプランにおいても導入されており、「1.疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える」、「2.服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える」は 24 件中 23 件と96%の導入率で、「16.望む生活・暮らしの意向と現状の把握」も 24 件中 22 件と 92%で導入済みであった。

図表 45 心疾患Ⅱ期 必要であるが CP に導入されていた項目（上位）



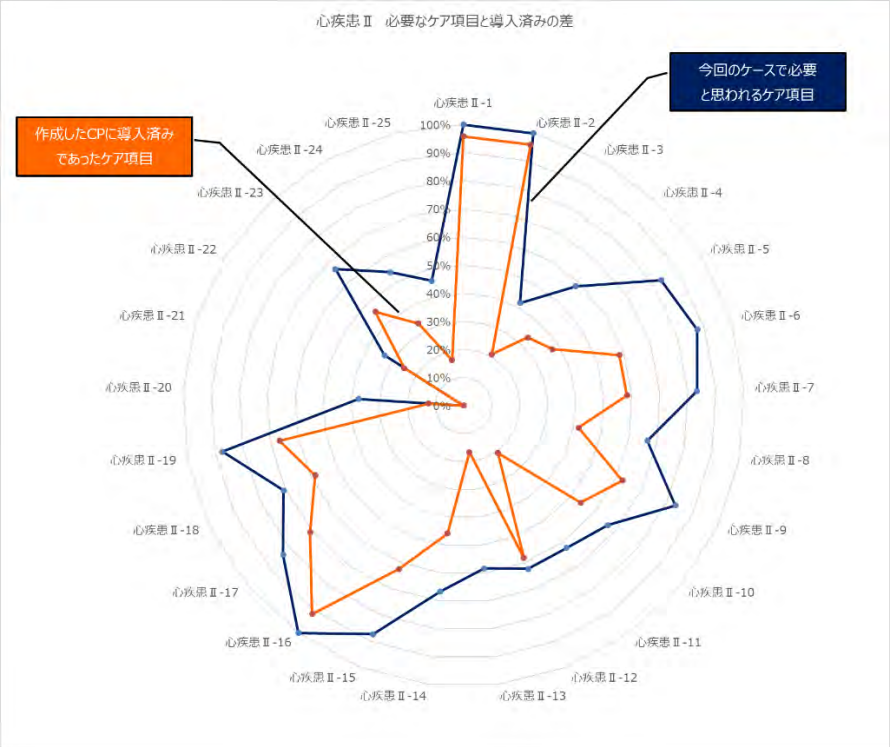
一方で、標準化項目によるチェックで、必要なケアであると認識されたが、作成されているケアプランに導入がされていなかった項目としては、「5.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える」、「11.感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える」、「13.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える」が 40%と最も多くなっている。次いで「6.適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する」、「20.休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える」といった項目が挙がってきた。

図表 46 心疾患Ⅱ期 必要であるが CP に導入されていなかった項目（上位）



必要なケアであると確認できたが、持参していたケアプランに導入されていなかった割合が低いケアは、「5.体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える」、「11.感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える」、「13.気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える」といった項目になった。

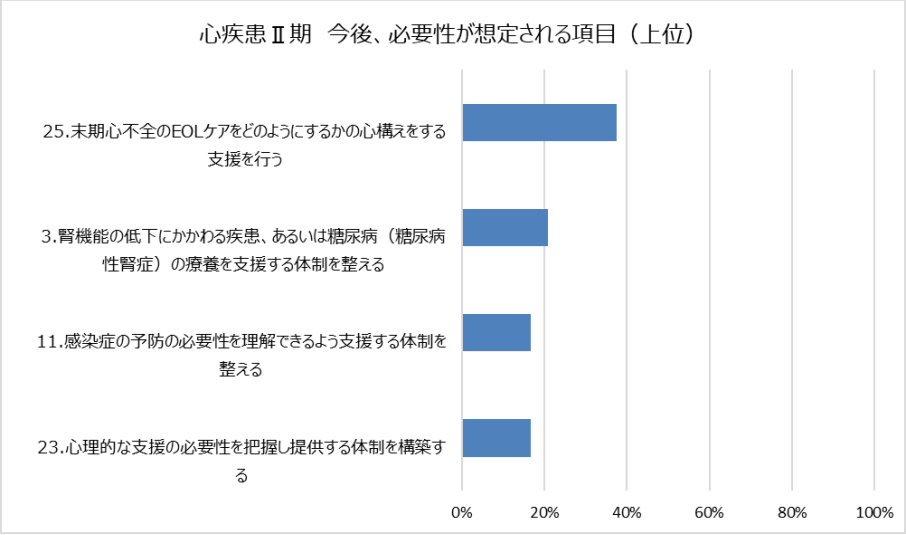
図表 47 心疾患Ⅱ期における必要なケア項目と導入済の差



注：標準化項目は、参考資料を参照のこと

心疾患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、「25.末期心不全の EOL ケアをどのようにするかの心構えをする支援を行う」、「3.腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の療養を支援する体制を整える」、「11.感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える」、「23.心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する」といった項目が上位に挙がっている。

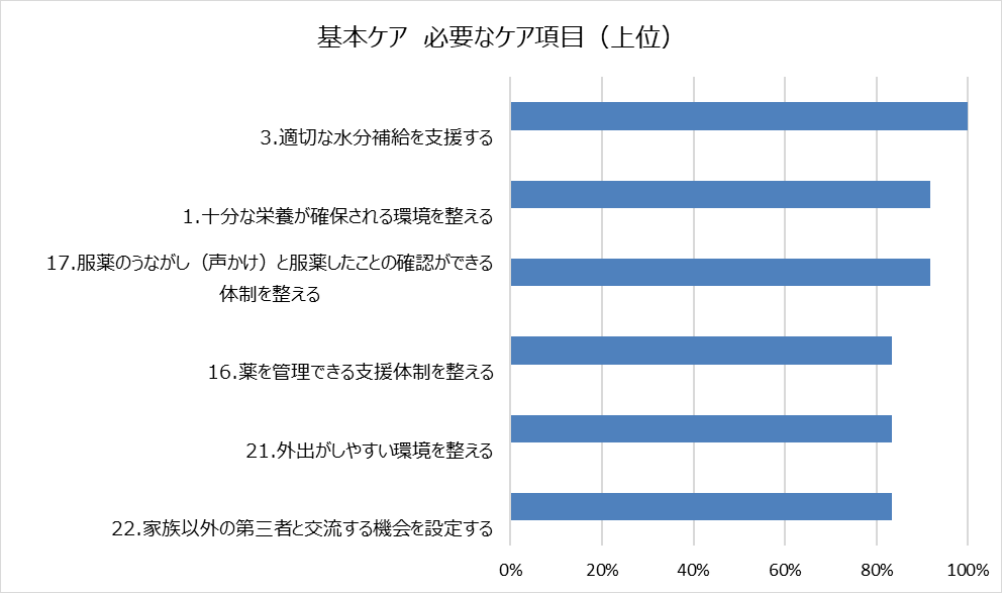
図表 48 心疾患Ⅱ期 今後、必要性が想定される項目（上位）



c) 点検データの集計：基本ケア

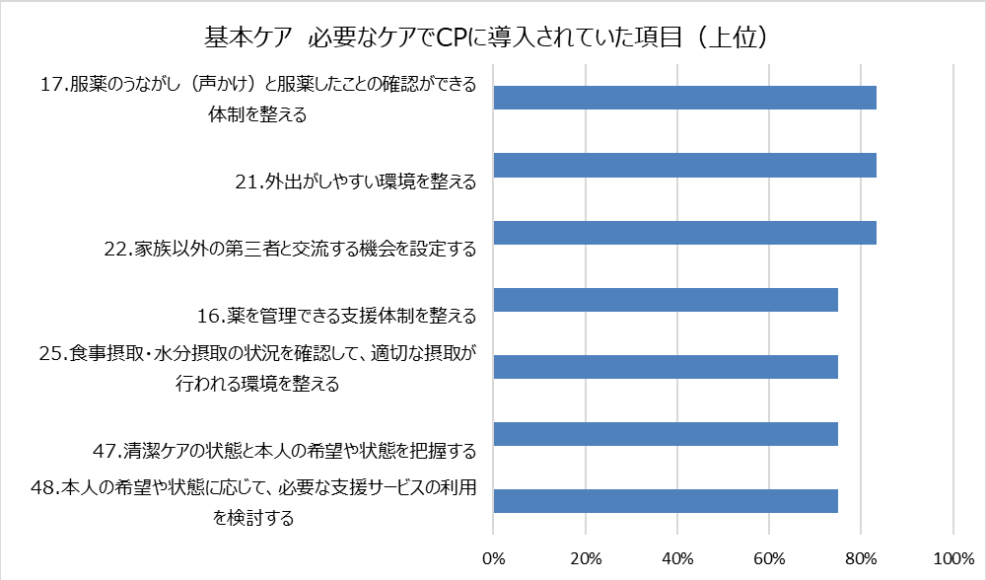
基本ケアにおいては、「3.適切な水分補給を支援する」が必要だと回答した人が 100%になっており、最も多くなった。次いで「1.十分な栄養が確保される環境を整える」、「17.服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える」が 92%の人が必要だと回答し、「16.薬を管理できる支援体制を整える」、「21.外出がしやすい環境を整える」、「22.家族以外の第三者と交流する機会を設定する」では 83%の人が必要だと回答している。

図表 49 必要なケア項目（上位）



必要なケアだと認識されており、作成されたケアプランにも導入されている項目としては、「17.服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える」、「21.外出がしやすい環境を整える」、「22.家族以外の第三者と交流する機会を設定する」といった項目が上位に挙がっている。

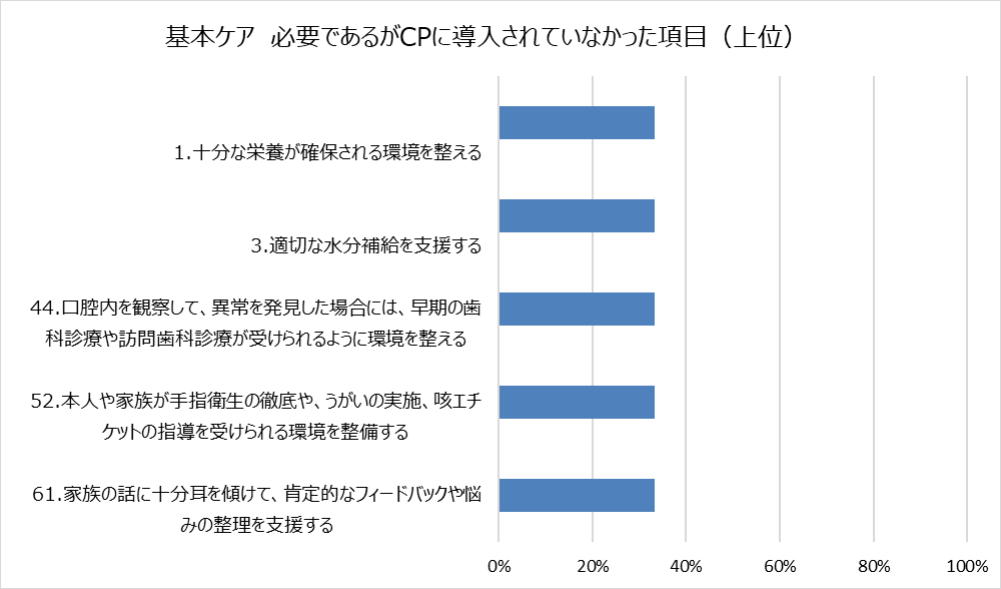
図表 50 必要なケアで CP に導入されていた項目（上位）



一方で、必要なケアとして一番多かった「2.適切な水分補給を支援する」や 2 番目に多かった「1.十分な栄養が確保される環境を整える」が、作成されたケアプランに導入されていない

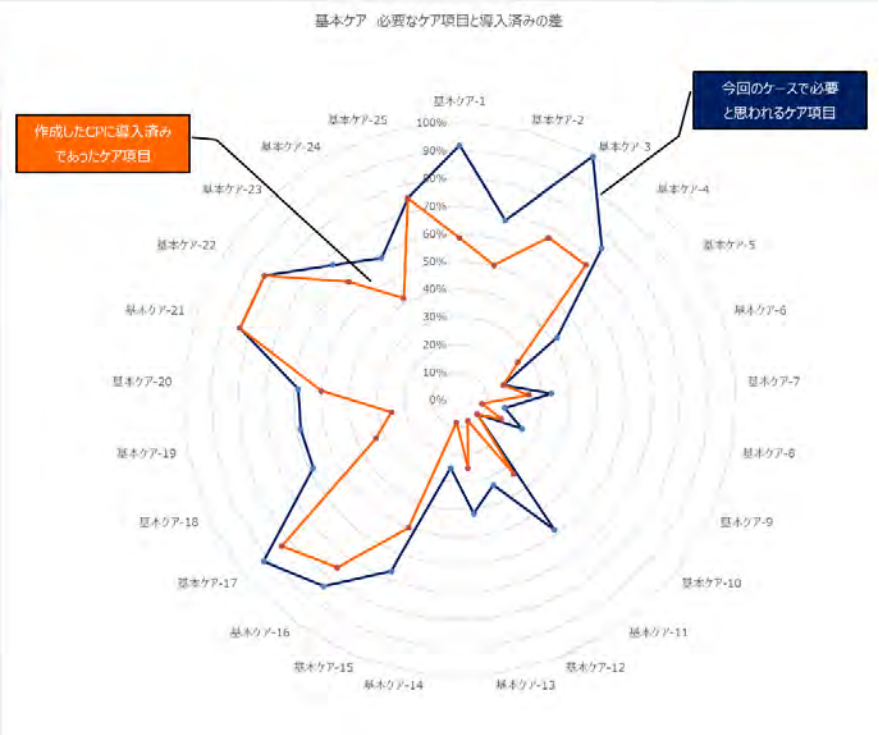
という回答が多く、標準化項目によるチェックが重要な部分といえる。また、「44.口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える」、「52.本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整備する」といった口腔ケアや「61.家族の話に十分耳を傾けて、肯定的なフィードバックや悩みの整理を支援する」といった心理的ケアも見落としがちな点であることが明らかになった。

図表 51 必要なケア項目であるが、CP には導入されていなかった項目(上位)



標準化項目によるチェックで必要だと確認できたが、作成していたケアプランに導入されていなかった差分が大きかったケアは、「1．十分な栄養が確保される環境を整える」、「3．適切な水分補給を支援する」、「19．本人の残存能力を引き出せるよう、家族の理解と支援を引き出す」、「44．口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える」、「52．本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整備する」、「61．家族の話に十分耳を傾けて、肯定的なフィードバックや悩みの整理を支援する」といった項目になった。

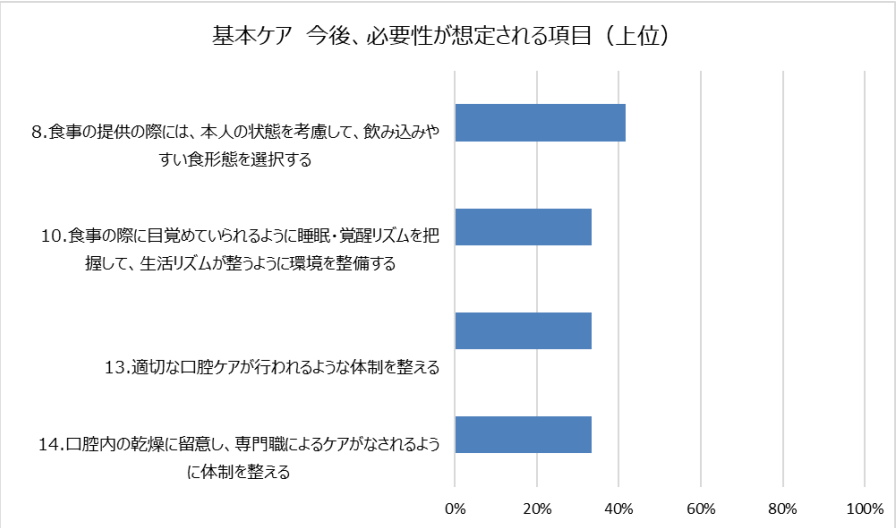
図表 52 基本ケア 必要なケア項目と導入済みの差



注：標準化項目は、参考資料を参照のこと

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、「8.食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する」、「10.食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが整うように環境を整備する」、「13.適切な口腔ケアが行われるような体制を整える」、「14.口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える」といった項目が挙がっている。

図表 53 基本ケア 今後、必要性が想定される項目



(2)自治体保有データにおける連携可能性検討

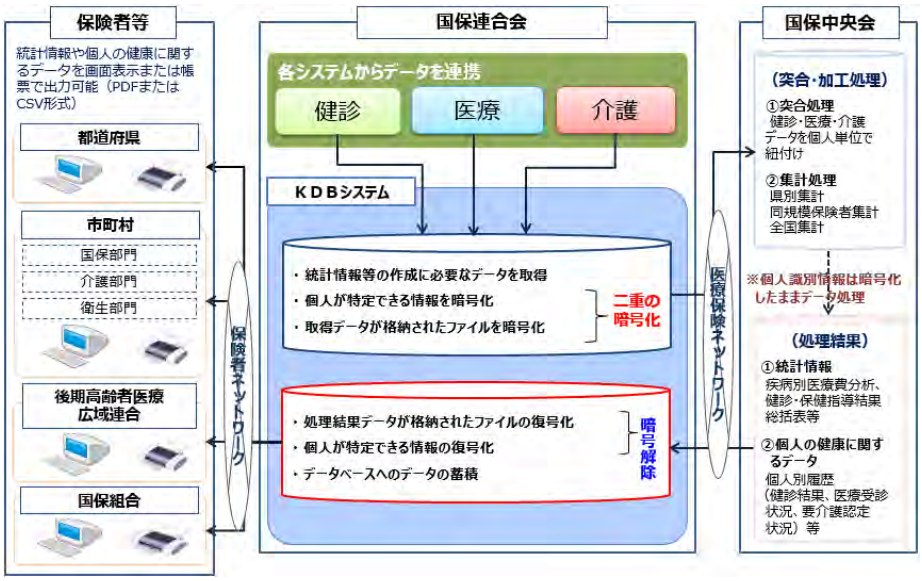
現在、本調査研究のケアプラン作成支援 AI の検討では、居宅介護支援事業者が持つデータをインプットデータとして分析を実施しているが、健康・医療・介護に関連するデータの多くは、自治体が保有している。ケアプラン作成支援 AI では、利用者の状態変化をより詳細に表すことができるインプットデータがあれば、さらなるアルゴリズムの精度向上が期待される。利用者がいつ入院していつ退院したのか、骨折などの ADL/IADL に強く関係するイベントがいつ発生したのかといった情報の多くは、自治体が保有しているが、個人情報保護などの面から、自治体が保有するデータと民間である居宅介護支援事業者が保有するデータをあわせて分析することは、現在はできない。しかし、デジタル庁発足や PHR の推進など、データ活用の機運は高まっており、その連携可能性について文献の検討を行った。

ケアプラン作成支援 AI の開発において、インプットデータとして、自治体が保有するデータの中で利用者の状態を把握することに有効であると思われるデータには、下記のようなものがある。

- 国民健康保険・（後期高齢者）医療レセプトデータ
- 介護保険給付管理票（レセプト）データ
- 特定健診・後期高齢者健診データ
- 要介護認定調査
- 日常生活圏域ニーズ調査（全員対象ではない）

これらのデータの一部は、KDB システムへと展開されており、国や自治体において利用されている。KDB システムは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」「医療（後期高齢者医療含む）」「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムである。保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となる。

図表 54　KDB システムの概要



資料出所：国保中央会　KDB システム資料　https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html

KDB システムは、国保連合会において健診、医療、介護情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要な下記データを取得している。

図表 55　KDB システムの主な対象データ

健診・保健指導	医療（国保・後期）	介護
特定健診等データ管理システム ＜健診等データ（月次）＞ ○ 健診台帳データ ○ 健診結果台帳データ ○ 検査問診結果台帳データ ○ 特定健診結果データ ○ 指導台帳データ ○ 指導結果台帳データ ○ 継続支援台帳データ ○ 特定保健指導結果データ ○ 被保険者マスタ ○ 除外対象者データ ○ 健診等機関マスタ ＜保険者別集計帳票データ（年次）＞ ○ 特定健診リスクパターン別集計表 ○ 質問票項目別集計表 ○ 特定健診結果総括表 ○ 特定保健指導結果総括表（動機付け） ○ 特定保健指導結果総括表（積極的） ○ 特定健診・保健指導実施結果総括表 ○ 特定健診・保健指導進捗・実績管理表	**国保総合システム** ○医科レセプト ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報 ○ＤＰＣレセプト ・レセプト管理、総括管理、包括評価部分、傷病、診断群分類、摘要、傷病名、資格、ＣＤレコード ○歯科レセプト ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報 ○調剤レセプト ・レセプト管理、患者情報、医薬品、処方、調剤、指導管理料 ○被保険者台帳データ ・被保険者マスタ（世帯情報）、被保険者マスタ（個人情報） **後期高齢者医療請求支払システム** ○被保険者台帳データ ・被保険者マスタ（個人情報）	**介護保険審査支払等システム** ○保険者向け給付管理票情報 ○国保連合会保有給付実績情報 ・基本情報レコード ・明細情報レコード ・緊急時施設療養情報レコード ・所定疾患施設療養費等情報レコード ・特定診療費・特別療養費情報レコード ・食事費用情報レコード ・居宅サービス計画費情報レコード ・福祉用具購入費情報レコード ・住宅改修費情報レコード ・高額介護サービス費情報レコード ・特定入所者介護サービス費用情報レコード ・社会福祉法人軽減額情報レコード ・集計情報レコード ○保険者台帳情報 ○市町村固有情報 ○広域連合情報（行政区情報） ○事業所台帳情報 ・基本情報、サービス情報、介護支援専門員情報 ○受給者台帳情報

資料出所：国保中央会　KDB システム資料　https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html

KDB システムのデータでは、医療関係のデータは充実している一方、介護関係のデータはあまり多くなかった。2024 年度に KDB システムの更改が予定されており、介護関係データの増加も期待される。

4-4. 実証Ｄ：利用者の状態変化（アウトカム指標）の定義とモニタリング手法の検討

介護サービスの質の評価は、①ストラクチャー（構造）、②プロセス（過程）、③アウトカム（結果）の大きく 3 つ分けられる。介護報酬でのアウトカム評価は、平成 18 年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。2021 年度介護報酬改定に向けては、栄養管理や口腔ケア、排泄ケアなどの分野で介護報酬のアウトカム評価の拡大が検討されている。

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」を算出し、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。

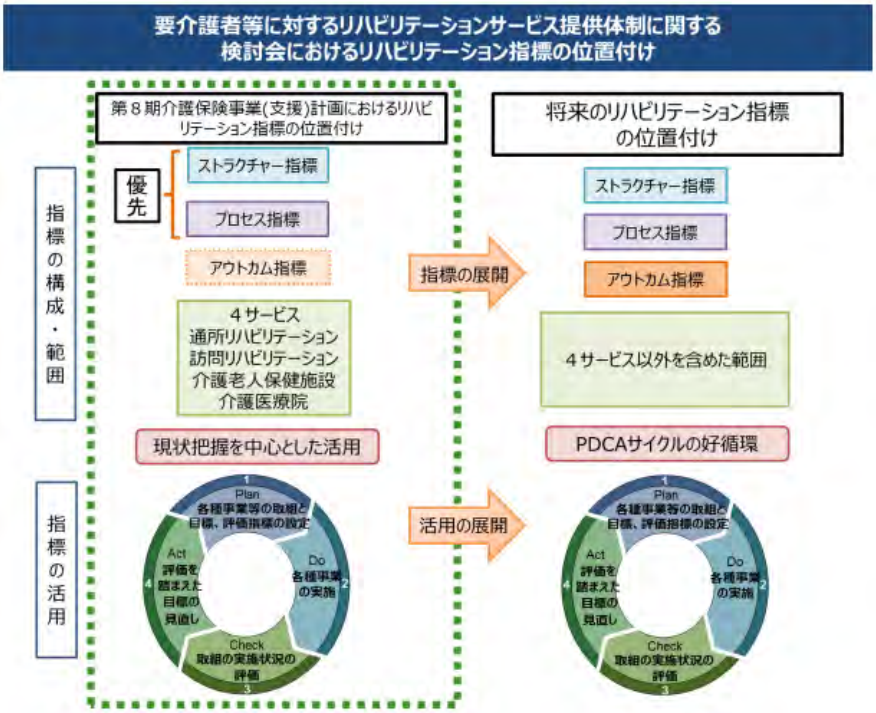
実証 D では、ケアマネジメントから発生するデータから、居宅介護サービスにおけるアウトカムをどのように定義していくかを検討するため、第 2 回実証研究委員会において、新井委員より「リハビリの分野におけるアウトカム指標の動向」について情報提供いただき、第 2 回 WG1 では、中村委員より「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」での検討状況について報告いただいた。また、客観的な評価と主観的な評価に関する文献調査も実施した。

(1)「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書

厚生労働省「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」では、創設から 20 年を経過した介護保険において、医療と介護の連携がますます重要になってきているという背景から、要介護者と要支援者に対するリハビリテーションサービス提供体制の均てん化を図れるよう、介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーションサービスの提供体制に関する指標の検討・提案を行うために設置され、2020 年 7 月 14 日にその結果をとりまとめた報告書 [23]を公開した。報告書では、ストラクチャー指標とプロセス指標については具体的なものが示されたが、アウトカム指標については、「アウトカム指標は今の時点で定めることは難しく、今後の課題とし、考え方と例示を挙げることとなった。」との言及にとどまっている。

[23] 厚生労働省「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書の詳細は以下を参照のこと。https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000648441.pdf

図表 56 要介護者等に対するリハビリテーションサービスの提供体制に関する検討会におけるリハビリテーション指標の位置づけ



資料出所：厚生労働省「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書 https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000648441.pdf

図表 57 アウトカム指標の考え方と例示

アウトカム指標の考え方
生活期リハビリテーションは活動・参加の拡大を目指すこと
地域共生
本人の尊厳
生活の維持向上
保険者機能強化推進交付金及び介護予防の成果のイメージ等の既存の項目を参考にする

アウトカム指標の例示
主観的幸福感、健康観
社会参加への移行
ADL（BI[1]，FIM[2]）の変化度
IADL（FAI[3]）
障害高齢者の日常生活自立度

資料出所：厚生労働省「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」報告書 https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000648441.pdf

(2)既存評価指標の整理

高齢者の状態評価やアウトカム評価のために、様々な指標が開発されている。ここでは、それらの評価指標について、ケアマネジメントのおけるアセスメント項目と対比することで、整理をおこなった。本調査研究では、全社協方式のアクセスメントシートによるデータで実証を進めているため、全国社会福祉協議会「「居宅サービス計画ガイドライン」のアセスメント項目と以下の評価指標との比較を行った。

- バーセルインデックス（Barthel Index）
- 機能的自立評価表 FIM
- 高齢者総合的機能評価　CGA7
- 高齢者総合的機能評価　Dr. SUPERMAN
- 高齢者の意欲指標 VI
- フレイル評価基準 CHS
- 国立長寿医療研究センター　フレイル評価基準
- 介護予防　基本チェックリスト
- 東京大学高齢社会総合研究機構　フレイルチェック
- AWGS　サルコペニア診断アルゴリズム
- TFI（Tilburg Frailty Indicator）
- GFI（Groningen Frailty Indicator）

(3)主観的アウトカム指標

QOL という言葉は、多くの場面で使われることが増えてきているが、それらはどのように測ることができるかという点については、多くの測定方法や評価方法が開発されており、絶対的なものはない。QOL の概念の定義については、ISOQOL（International Society for Quality of life Research）などの専門学会で 1980−90 年代に深い議論が行われているが、QOL は、「身体的な側面、精神的な側面、社会経済的な側面など多次元の要素から構成される概念」であるため [24]、それを画一的に測ることが非常に難しい。客観的な指標だけでなく、患者の主観をいかに的確に把握することができるかといった面から、利用場面や対象者により下記のように多くの指標が開発されている。

[24]下妻 晃二郎「QOL 評価研究の歴史と展望」（行動医学研究/21 巻（2015）1 号
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjbm/21/1/21_1503/_html/-char/ja

① さまざまな QOL 評価指標

a) WHO QOL26

WHO QOL26 は、WHO が開発した一般生活者向けの QOL スケールである。この中で、QOL は、「個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義されている 25。WHO では、世界 22 カ国が調参加するプロジェクトで、1992（平成 4）年から 5 年余りの歳月をかけ、異文化間でも結果の比較が可能な QOL 調査票の開発を行い、日本では、1997（平成 9）年に初版が刊行されている。質問紙方式で、疾病の有無を判定するのではなく、受検者の主観的幸福感、生活の質を測定するものとなっており、過去 2 週間における身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の 4 領域の QOL を問う 24 項目と、QOL 全体を問う 2 項目の、全 26 項目から構成されている [26]。

例えば、「体の痛みや不快感のせいで、しなくてはならないことがどれくらい制限されているか」といった設問に 5 段階で回答し、それを採点することで QOL を測定する。

図表 58　WHO QOL26 の設問項目

①身体的領域 日常生活動作／医薬品と医療への依存／活力と疲労／移動能力／痛みと不快／睡眠と休養／仕事の能力 ②心理的領域 ボディ・イメージ／否定的感情／肯定的感情／自己評価／精神性・宗教・信念／思考・学習・記憶・集中力 ③社会的関係 人間関係／社会的支え／性的活動 ④環境領域 金銭関係／自由・安全と治安／健康と社会的ケア：利用のしやすさと質／居住環境／新しい情報・技術の獲得の機会／余暇活動への参加と機会／生活圏の環境／交通手段

資料出所：金子書房　WHO QOL26 サイト
http://www.kanekoshobo.co.jp/book/b183683.html

[25] 田崎 美弥子、中根允文「健康関連「生活の質」評価としての WHOQOL」（行動計量学/ 25 巻（1998）2 号）

[26] 金子書房　WHO QOL26 サイト　http://www.kanekoshobo.co.jp/book/b183683.html

b) SF-36

SF-36®[27]は、米国で開発された健康関連 QOL（HRQOL: Health Related Quality of Life）を測定するための尺度で、現在、170 カ国語以上に翻訳されて国際的に広く使用されている。ある疾患に限定した内容ではなく、健康についての万人に共通した概念のもとに構成されており、様々な疾患の患者や、病気にかかっていない健康な人々の QOL も測定できる。病気にかかっている人から一般に健康といわれる人の HRQOL を連続的に測定できることが特徴である。

SF-36 は、以下の 8 つの健康概念を測定するための 11 問の質問項目（サブカテゴリの質問数を含めると 36 問）で構成されている。

図表 59 SF-36 の 8 つの概念

1）身体機能
2）日常役割機能（身体）
3）体の痛み
4）全体的健康感
5）活力
6）社会生活機能
7）日常役割機能（精神）
8）心の健康

資料出所：iHope International SF-36 サイト https://www.sf-36.jp/qol/sf36.html

c) EQ-5D

欧州で開発された EQ-5D 評価は、健康関連 QOL として幅広く利用されており、どのような疾患にも適用可能な包括的尺度となっている。国内では、日本語版 EQ-5D が利用されており、質問項目が 5 項目と非常に短いため、簡便に調査ができることが特徴である。以前は、それぞれの質問項目に 3 つの水準で回答することとなっていたが、現在は 5 つの水準で回答する EQ-5D-5L が開発されている[28]。

EQ-5D の結果から、「完全な健康＝1」「死亡＝0」と基準化された健康状態のスコアが算出可能なため、QALY（質調整生存年）の算出に用いられる評価尺度のひとつとなっている。

---

[27] iHope International　SF-36 サイト　https://www.sf-36.jp/qol/sf36.html

[28] 池田俊也、白岩健、五十嵐中ほか「日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発」（保健医療科学　2015　Vol.64　No.1）

図表 60　EQ-5D の 5 つの質問項目

Q1 移動の程度
Q2 身の回りの管理
Q3 ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）
Q4 痛み／不快感
Q5 不安／ふさぎ込み

資料出所：池田俊也、白岩健、五十嵐中ほか「日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発」（保健医療科学　2015　Vol.64　No.1）

d) 主観的幸福感尺度 SHS

Lyubomirsky によって開発された SHS 尺度の特徴は，4 項目と少数の項目で自分の幸福の主観的評価について測定が可能となる。日本語版以外に、スペイン語、中国語なども作成されており、国際的比較が可能な標準的な指標のひとつとなっている。

図表 61　SHS の 4 つの質問項目

Q1 全般的にみて、わたしは自分のことを（ ）であると考えている
「1．非常に不幸な人間」から「7．非常に幸福な人間」までの 7 つの選択肢
Q2 わたしは，自分と同年輩の人と比べて、自分を（ ）であると考えている
「1．より不幸な人間」から「7．より幸福な人間」までの 7 つの選択肢
Q3 全般的にみて、非常に幸福な人たちがいます。この人たちは、どんな状況の中でも、そこで最良のものを見つけて、人生を楽しむ人たちです。あなたは、どの程度、そのような特徴をもっていますか」
「1．まったくない」から「7.とてもある」までの 7 つの選択肢
Q4 全般的にみて、非常に不幸な人たちがいます。この人たちは、うつ状態にあるわけではないのに、はたから考えるよりも、まったく幸せではないようです。あなたは、どの程度、そのような特徴をもっていますか
「1．まったくない」から「7．とてもある」までの 7 つの選択肢

資料出所：鳥井哲志ほか「日本版主観的幸福感尺度(Subjective Happiness Scale : SHS)の信頼性と妥当性の検討」日本公衆衛生雑誌 51(10), 845-853, 2004-10-15

e) PCG モラールスケール

PCG モラールスケールは、Lawton によって 1970 年代に開発されたモラールの測定尺度である。モラールは、老年社会学において，「幸福な老」を表す概念で、①基本的な満足感

を持っていること、②自分の居場所があるという感じを持っていること、③努力しても動かない事実として受容できていることとしている状態をモラールが高いとされている。高齢者の主観的 QOL 測定の代表的なものであり、PGC モラールスケールの調査研究としては、加齢に加えて、身体機能が著しく低下した対象（入院患者や要介護高齢者）でも行われている。質問項目は 17 項目あり、それぞれに「はい」か「いいえ」で回答する。肯定的な回答をした場合に 1 点、否定的な回答をした場合は 0 点で、17 点満点で評価する。

図表 62 改訂 PGC モラールスケールの質問項目

Q1 人生は年を取るにつれて悪くなる
Q2 去年と同じように元気である
Q3 さびしいと感じることがある
Q4 小さいことを気にするようになった
Q5 家族や友人との行き来には満足している
Q6 年を取って前よりも役に立たなくなった
Q7 気になって眠れないことがある
Q8 年をとるということは若い時に考えていたよりも良い
Q9 生きていても仕方ないと思うことがある
Q10 若い時と同じように幸福である
Q11 悲しいことがたくさんある
Q12 心配なことがたくさんある
Q13 前よりも腹を立てることが増えた
Q14 生きることは大変厳しい
Q15 今の生活に満足している
Q16 物事をいつも深刻に考える
Q17 心配事があるとオロオロする

資料出所：菱井修平「在宅要介護高齢者における機能的自立度と幸福度の関係」川崎医療福祉学会誌 Vol. 24 No. 2 2015 267－272

f) 生活満足度尺度（LSI-K）

1960 年代に Havighurst らによって開発されたのが、生活満足度尺度（LSI-K)である。「人生全体についての満足感」「心理的安定」「老いについての評価」の 3 因子から構成された 9 項目に回答することで、生活満足度に焦点をあてた主観的 QOL を測定することができる。「はい」と回答をした場合に 1 点、「いいえ」および「わからない」とをした場合は 0 点で、9 点満点で評価する。

図表 63 生活満足度尺度の質問項目

Q1 今の生活に満足していますか
Q2 あなたは現在，去年と同じくらい元気だと思っていますか
Q3 この 1 年くらい，小さなことを気にするようになったと思いますか
Q4 年をとって前より役に立たなくなったと思いますか
Q5. 心配だったり，気になったりして眠れないことがありますか
Q 6 生きていても仕方がないと思うことがありますか
Q 7. 若い時に比べて，今のほうが幸せだと思いますか
Q 8. 悲しいことがたくさんあると感じ
Q9. あなたは自分の人生は年をとるに従って，だんだんわるくなってい くと感じますか
Q 10. 物ごとをいつも深刻に受け止める方ですか
Q 11. 心配事があると，すぐにおろおろするほうですか

資料出所：工藤禎子「高齢者の Well-being に関する指標とその活用」日本地域看護学会誌 Vol.22 No.1, 2019

g) カナダ作業遂行測定 COPM

カナダの作業療法士が開発した COPM[29]は、作業療法を受ける利用者の主観的な遂行度と満足度を測定するための評価法として開発され、1989 年に最終版がでている。世界 40 か国以上で使用され、36 の言語で利用できる。

COPM の特徴は、実施する作業療法のプログラムの成果を測る指標を利用者から得ることにある。作業療法士は、利用者との会話の中で、日常生活の中で「何がしたいか」「何ができているか」「何に満足しているか」を聞き取る。重要度カードを使い、「家事をしたい」「読書したい」といった作業療法のプログラムで取り上げていきたい作業の課題それぞれに対して、利用者自身に「非常に重要である」（10 点）から「全く重要でない」（1 点）までの 10 段階で点数をつけてもらい、5 つ以内に絞りこんでいく。

5 つの絞り込まれた作業の課題それぞれに対して、遂行カードで、うまくできているかの遂行度を 10 段階で点数をつけ、満足度カードで、満足しているかを 10 段階で点数をつけておく。

作業療法による介入を一定期間受けた後、利用者は、遂行度と満足度を再評価することを繰り返すことで、変化を把握することができるようになっている。

サービスを必要とする利用者が内容の決定や成果の評価に参加するため、発達に問題のある子どもとの間で利用したり、認知障害のある人との間で利用したりと、作業療法の分野以外での応用も可能である。

[29] カナダ作業遂行測定 COPM の詳細は、以下を参照のこと。https://www.thecopm.ca/

(4)アウトカム指標の導入事例：オランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ（Buurtzorg）」とオマハシステム

ケアプラン AI における状態変化の指標検討の一環として、オランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ[30]」のオマハシステムについて文献調査を行った。以下でのその概要を記載する。

① オランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ」とは

オランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ」は、2006 年にオランダの地域看護師 Jos de Blok（ヨス・デ・ブロック）氏が創業した非営利の在宅ケア組織で、ICT 活用により高品質な訪問看護・介護を低コストで可能にしている。

オランダ国内で約 950 チーム、約 15,000 人の看護師・介護士・リハビリテーション等の専門職が活躍しており、少人数の独立したチームによる活動で利用者満足度第一位、最優秀雇用者賞など数々の賞を受賞している。設立以来、オランダ国内での拡大にとどまらず、25 の国にビュートゾルフ方式が展開されている。

ビュートゾルフの地域看護・介護の特徴は、トラストモデルにある。1 チーム最大 12 人の専門職が在籍する独立チームにはリーダーはおらず、全員によるミーティングにより役割と責任を確認し、利用者に対するケアだけでなく、採用・教育、財務、活動管理等すべてに裁量と責任が与えられる

もう一つの特徴が、看護師などの専門職がセルフマネジメントにより自立して活動することを支えるために積極的に ICT を活用していることにある。ICT システムにより、小さな管理部門で、少人数チームゆえに非常に多くなっているチームを効率的に管理することができる。経済的節約と生産性の向上が達成される。ケア時間を 50%削減しながらも、ケアの質の向上、従業員の仕事の満足度の向上を実現し、低コストでありながらより良いケアの提供を可能にした。これは、利用者にとっても、オランダのケアシステムを支える保険会社[31]にとっても魅力的なビジネスモデルとなっている。

② ICT 活用の要となる「ビュートゾルフ Web」

ビュートゾルフでは、1 万人を超えるスタッフにタブレットを導入し、各自が持つタブレットで「ビュートゾルフ Web」と呼ばれる社内ポータルサイトにアクセスできる。ビュートゾルフ Web には、ケア提供スケジュール管理や提供ケア内容の管理という機能に加えて、関連法律の変更や新しいメンバーの参加など財団内での情報共有、人材教育等、ビュートゾルフで行われるすべて

---

[30] オランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ（Buurtzorg）」の詳細は以下を参照のこと。
https://www.buurtzorg.com/

[31] オランダでは、民間の保険会社が政府の提供する基本ケアについて代行している。

の活動を支援・管理ができる機能は含まれている。

ビュートゾルフで働く看護師等の専門スタッフは、特に ICT リテラシーが高いわけではないため、高いアクセシビリティ・ユーザビリティを持つシステムとなっており、ポータル内での作業は、基本的にクリックしていけば完了するように設計されている。

また、システムはクラウドベースで作られているため、システム改変や拡張も容易であり、低コストで開発・運営できるようになっている。

③ 質の評価につなげる BIS（電子患者記録）機能とオマハシステム

ビュートゾルフ Web の機能のひとつである「BIS（電子患者記録）機能」は、ビュートゾルフのける高品質のケアを実現するものである。少人数の独立チームでのケアにおいて、質の高さを維持にするために必要なのが記録と評価となる。ビュートゾルフで利用している BIS（電子患者記録）では、オマハシステム [32]により、どのような課題に対して、どのような介入を行えば、効果的であるかが分析可能となっている。オマハシステムは 1970 年代に米国中部のネブラスカ州オマハ市の訪問看護協会により開発された看護診断（アセスメント・記録・評価方式）で、ビュートゾルフは、ミネソタ大学看護大学院のオマハシステム・パートナーシップを結び、活用している。オハマシステムによる質の評価は、ビュートゾルフで採用され、効果をエビデンスとして示すことができたため、現在はオランダの保険給付対象の公式アセスメントとなっている。

オマハシステムでは、看護過程を「問題－介入－評価」で分類し、ケアをデータとして蓄積・分析するツールで、患者記録をナラティブなものから構造化データにすることで、アウトカムも定量的に評価可能となる。患者に対して、オマハシステムの問題分類スキームにより、4 領域 42 個の問題・介入コードから付与する。問題・介入コードは、以下のようになっている。

[32] オハマシステムの詳細は、以下を参照のこと。http://www.omahasystem.org/

図表 64 オマハシステムの問題・介入コード

環境領域（4 コード）	所得、衛生、住居、近隣/職場の安全
心理社会的領域（12 コード）	コミュニティリソースとのコミュニケーション、会的接触、役割の変化、対人関係、スピリチュアリティ、悲しみ、メンタルヘルス、セクシュアリティ、世話/育児、ネグレクト、虐待、成長と発達
生理学的領域（18 コード）	聴覚、ビジョン、音声と言語、口腔ケア、認知、痛み、意識、皮膚、神経筋骨格機能、呼吸、循環、消化水分補給、腸機能、尿機能、生殖機能、妊娠、産後、伝染性/感染性状態
健康関連行動領域（8 コード）	栄養、睡眠と休息のパターン、身体活動、パーソナルケア、アルコール・薬物等使用、家族計画、ヘルスケア管理、投薬計画

資料出所：オハマシステム WEB サイト http://www.omahasystem.org/

介入スキームは、「教育・指導」、「治療・措置」、「ケースマネジメント」、「モニタリング」の 4 つとなっており、問題評価尺度として、「知識・理解」「行動・態度」「状態」の 3 軸をリッカート尺度の 5 点満点で評価し、これにより介入前と介入後の変化を評価する

図表 65 オハマシステムの問題評価尺度

	1	2	3	4	5
知識： 情報を覚えて解釈するクライアントの能力	知識がない	最小限の知識	基本知識	十分な知識	優れた知識
行動： 機会または目的に合ったクライアントの観察可能な反応、行動、または活動	不適切な行動	まれに適切な行動	一貫性のない適切な行動	通常は適切な行動	一貫して適切な行動
ステータス： 客観的および主観的な定義特性に関連するクライアントの状態	極端な兆候/症状	重度の徴候/症状	中等度の徴候/症状	最小限の兆候/症状	兆候/症状なし

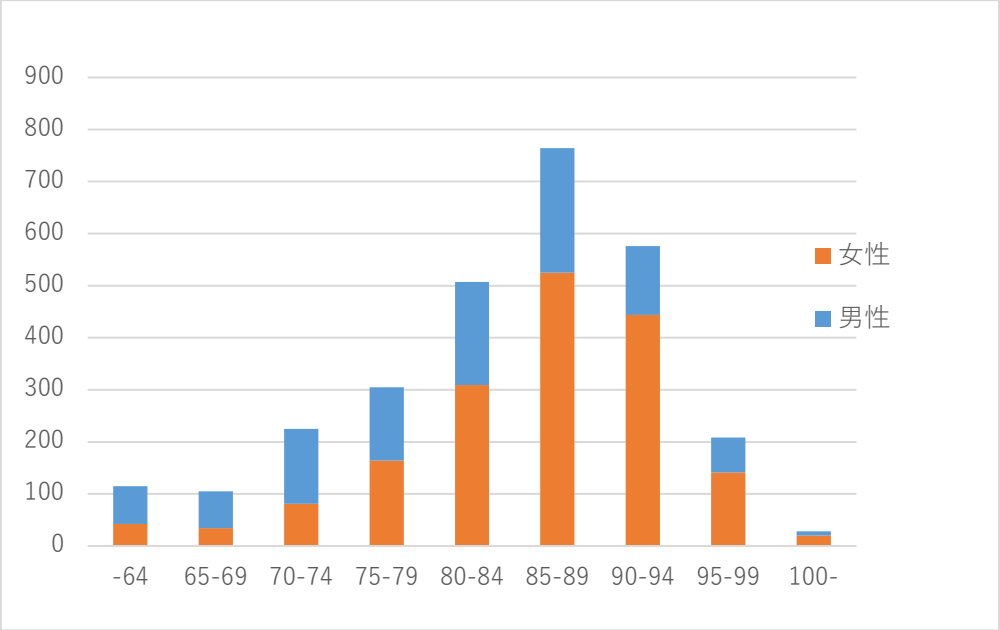
資料出所：オハマシステム WEB サイト http://www.omahasystem.org/

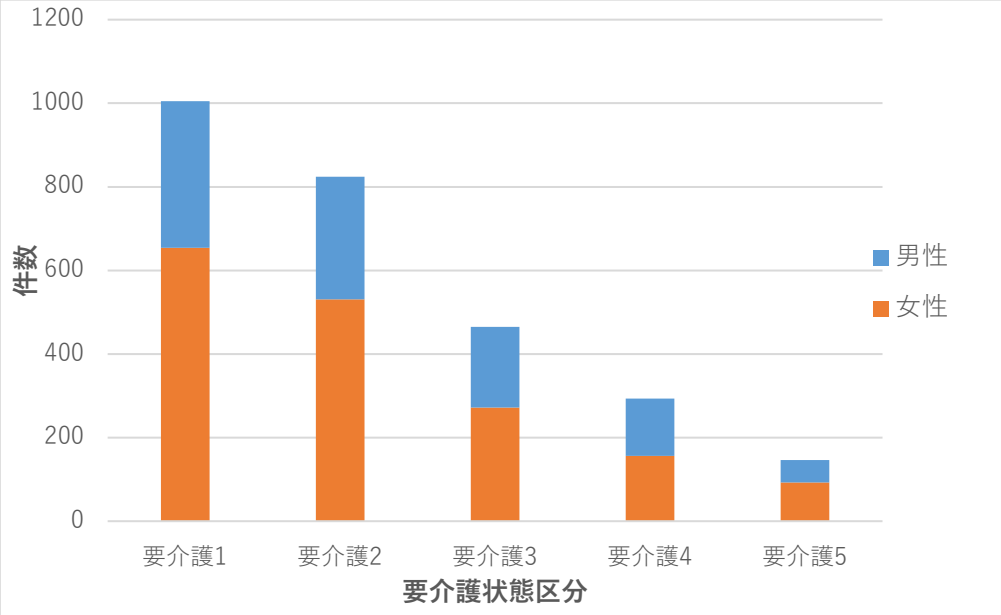
4-5. 実証 E ：上記検討を踏まえ、ホワイトボックス型 AI での分析試行

実証 E の AI 分析では、インプットデータとなるアセスメント項目におけるデータクレンジングをフェーズ 1 で実施していた方法から変更し、解釈性が高まるように工夫するとともに、主観的な評価尺度を検討するため、モニタリングシートの主観的な評価を優先して状態変化を捉えるという取り組みを行った。

今回、データ分析に使用したアセスメントの件数と性別・年代別の分布は、以下のようになっており、85-89 歳が最も多い年齢層となっている。

図表 66 性別・年代別／要介護度別アセスメント件数集計



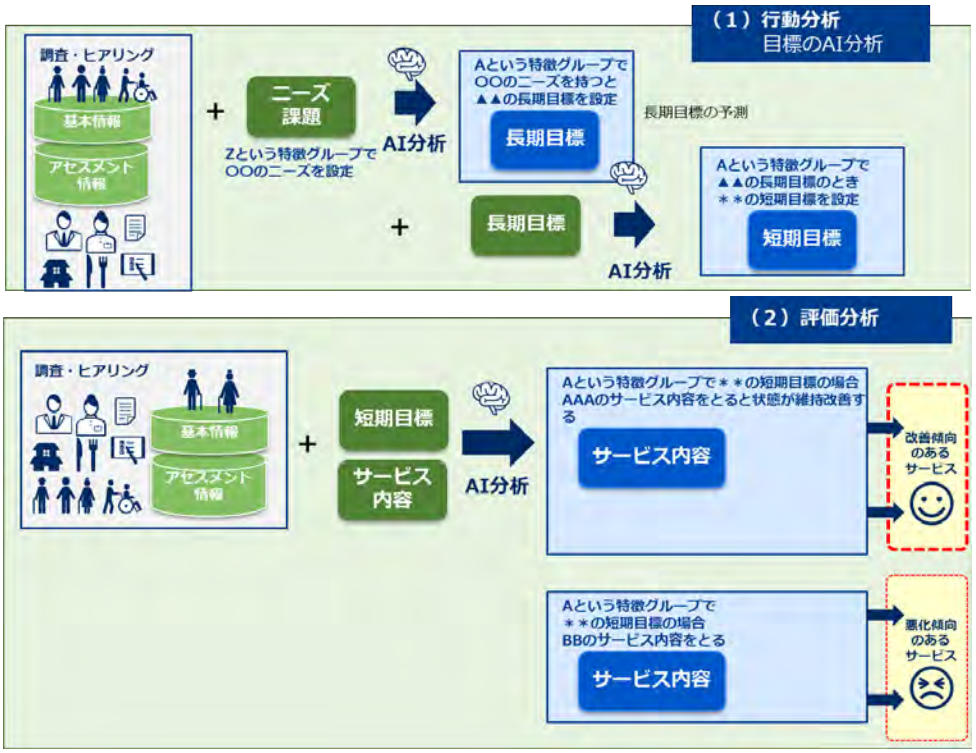


(1)分析の進め方

分析は、ケアプラン 2 表に記載の「課題（ニーズ）」、「長期目標」、「短期目標」、「サービス内容」、「サービス計画（種別・回数）」をテキスト分析にかけ、「課題（ニーズ）」、「長期目標」、「短期目標」、「サービス内容」を構造化・体系化したデータを用いて行った。

AI 分析は、2 段階に分けて実施する。1 段階目は行動分析となり、アセスメントデータから得られるある特徴を持つグループで〇〇というニーズを持つと、どのような長期目標が設定されることが多いのか、そのような長期目標が設定された場合、どのような短期目標が設定されるかを分析する。2 段階目には、ある特徴を持つグループで、＊＊という短期目標が設定された場合、どのようなサービス内容が設定されると、状態が維持・改善するか、悪化するかを AI で予測することになる。

図表 67 AI 分析の進め方

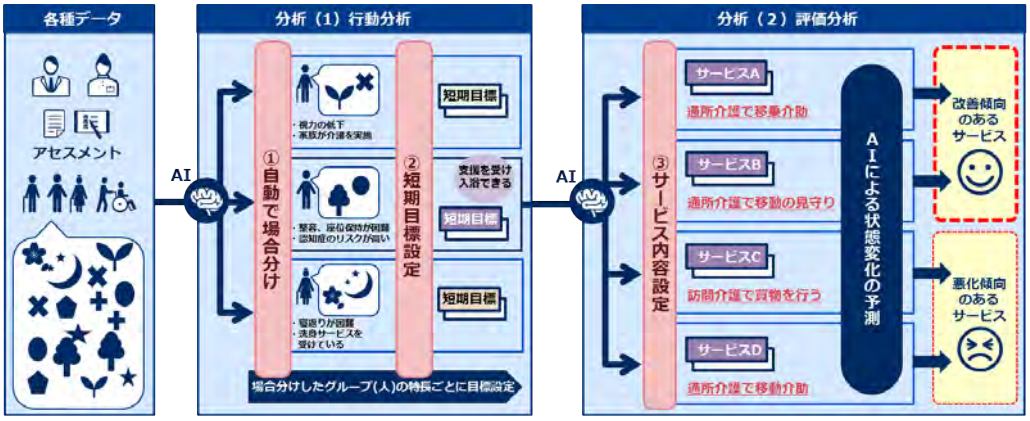


フェーズ 1 では、2 時点のアセスメントスコアを比較するという客観的な評価尺度で「維持・改善」「悪化」の状態変化を捉えていたが、今回は、主観的な評価尺度でも状態変化を捉えることとし、データ協力組織のモニタリングシートに記載された「利用者の変化（利用者自身）」と「利用者の変化（介護者見解）」を利用した。

(2)AI モデルの作成

AI モデルは、フェーズ 1 と同様に、認知症の初期症状がある場合と心疾患がある場合の 2 つのケースについて作成した。モデル作成イメージは、ケアマネのケアプラン作成プロセスに従い、短期目標、サービス内容、サービス種別を AI で出力することを行った。

図表 68 AI モデル作成イメージ



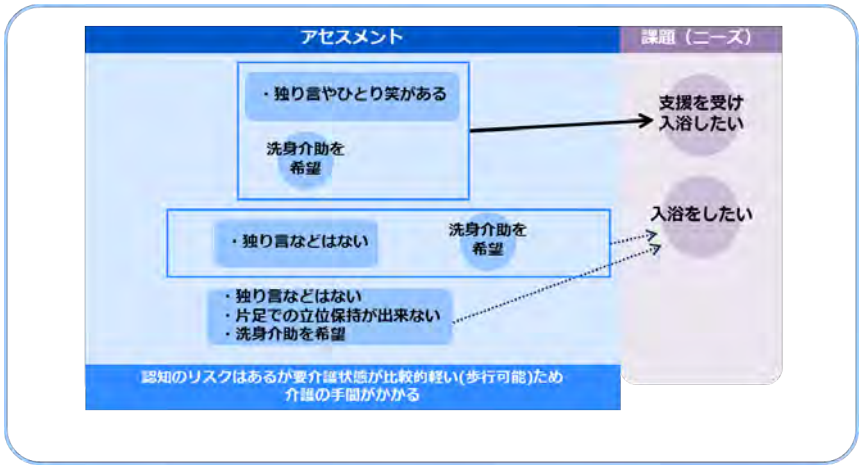
- 分析（１）行動分析：どのような人が××という短期目標を取るか
- 分析（２）評価分析：短期目標が××、サービス内容が△△の人が、他にどのようなサービス内容を取れば維持改善/悪化するか

(3)認知症の初期症状があるケース

以下では、認知症の初期症状があるケースの分析について記載する。対象集団は、認知症の初期症状はあるが、要介護状態が比較的軽く、歩行可能であるため介護の手間がかかる人を想定し、アセスメントにおいて、認知症の初期症状があり、要介護１～３、歩行アセスメントが１または２でありことを条件とした。

１段目のアセスメントと課題（ニーズ）の関連分析では、独り言や独り笑いがあり、洗身介助を希望しているグループで、「支援を受けて入浴したい」というより介護度の高い入浴関連の課題（ニーズ）が設定されることが AI で導かれた

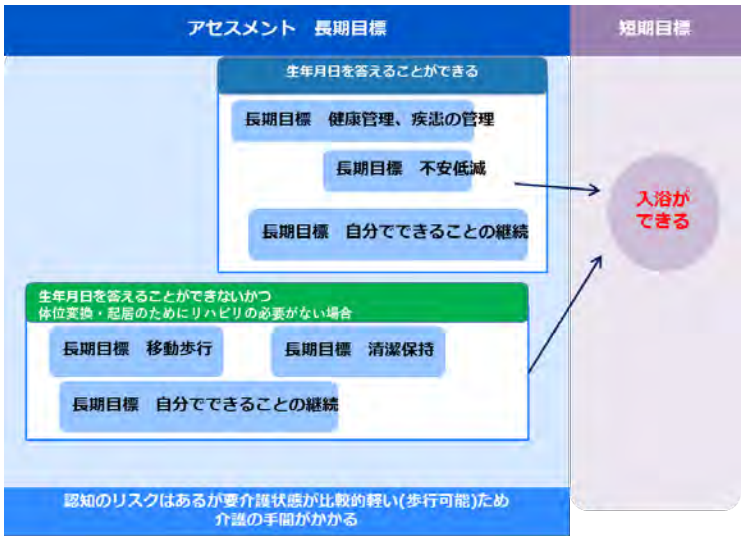
図表 69 認知症の初期症状があるケース：アセスメントと課題（ニーズ）の関連分析



アセスメントと長期目標と短期目標の関連分析では、認知機能で「生年月日を答えることができ

る」というアセスメントであるグループで、長期目標に「健康管理」や「疾患管理」を設定している場合や「不安低減」と設定している場合などで、短期目標に「入浴ができる」を取ることが多くなっている。

図表 70 認知症の初期症状があるケース：アセスメントと長期目標と短期目標の関連分析



評価分析では、「家族等近親者との交流があり、洗身介助を希望しない」というアセスメントのグループと「排尿の際の介助や見守りが必要ない」というアセスメントのグループに特徴が現れた。

「家族等近親者との交流があり、洗身介助を希望しない」というアセスメントのグループにおいて、短期目標で「入浴ができる」を設定した人にどのようなサービス内容をとれば状態が維持・改善／悪化するかを AI で予測した。この場合、通所介護による入浴見守りやインフォーマルな体調管理といったサービス内容が設定された場合、将来の状態が維持・改善する傾向があり、福祉用具の特殊寝台の貸し出しや、服薬見守りは、将来の状態が悪化する傾向があるとなった。

「排尿の際の解除や見守りが必要ない」というアセスメントのグループでは、「歩行運動」や「通所介護」というサービス内容が設定された場合、将来の状態が維持・改善する傾向があり、「掃除洗濯」「訪問介護」などが設定された場合には、将来の状態が悪化する傾向があるとなった。

しかし、悪化の傾向では、もともと状態の悪い利用者のグループの結果を AI が抽出してしまっていることも予想される。ホワイトボックス型 AI では、この結果がどのように導かれたかを検証できるため、どのような状態の人々を抽出してきているかを確認したところ、「家族等近親者との交流があり、洗身介助を希望しない」グループでは、「ひどい物忘れ」や「感情が不安定になる」、「しつこく同じ話をする」という認知に関わる状態や、「起き上がり」や「片足での立位保持」といった ADL の状態が良くないアセスメント項目をとる人が多く含まれていることがわかった。同様に、「排尿の際の介助や見守りが必要ない」グループでも、「起き上がり」や「片足での立位保持」といった ADL の状態がもともと悪いグループであることがわかった。どちらもレコード数が少ないため、あくまでも今回作成したモデルにおける傾向となるが、今後、データ数を増やした検証が必要になる。

図表 71 認知症の初期症状があるケース：評価分析

フェーズ 2 では、データのクレンジング方法を変更したことで、アウトプットの出方が変わり、解釈しやすくなった面もあるが、逆に、細分化されすぎてしまう面もあり、今後の検討課題となった。

また、AI 分析で得られる結果は、データ間の相関を示しており、因果関係のベクトルの方向性や見せかけの相関については、その分野の専門家による検討を行い、解釈性を高めていくことになる。委員会・WG1・WG2 での検討を踏まえ、精度向上に取り組んでいく。

5. 今年度の調査研究から得られた示唆

ホワイトボックス型 AI を活用したケアプラン作成支援は、2017 年から 2019 年までのフェーズ 1 を経て、今年度から、フェーズ 2 として 3 年間で 5 つの実証に取り組んでいく計画を立てている。本調査研究は、その初年度の取り組みについてとりまとめたものになる。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)複線的モデルにより、ケアマネジャーの思考の見える化をさらに深化（実証 A）

実証 A では、昨年度から取り組みを始めたケアマネジャーの思考の見える化に引き続き取り組んだ。バックグラウンドの異なるケアマネジャー等に議論いただくことで、単線的モデルを複線的モデルに深化させ、より思考を表現できるようになった。ここで明らかになった思考フローを、AI にルールという形で学習させることで、アルゴリズムの精度向上にもつなげていくことができる。

今年度は、心疾患を持つ利用者を想定したモデルを作成したが、他の疾患でも同様にモデル化を実施することで、共有部分と疾患特有部分に分けたモデルを構築できるよう、今後、検討を進めていく。

また、ケアマネジャーの思考を見える化した複線的モデルと、提供されるケアとの関連を示すことにも一部取り組んだ。この点についても、今後、検討をすすめていく。

(2)標準化項目によるチェックで構造化・体系化ラベルをブラッシュアップ（実証 B）

フェーズ 1 では、協力組織より貸し出しを受けたケアプラン 2 表のテキストデータを分析することで、課題（ニーズ）・長期目標・短期目標・サービス内容を構造化・体系化し、AI が学習しやすいデータへと変換させてきた。構造化・体系化ラベルは、委員会・WG1 での議論を経て、過去データにないラベルの追加にも取り組んできた。

今年度の実証 B では、フェーズ 1 で作成した構造化・体系化ラベルを標準化項目の基本ケアによりチェックを行い、不足している内容のラベルを追加することでブラッシュアップをすることができた。

また、構造化・体系化ラベルの分類について、ICF の第 1 レベル、第 2 レベルでの再整理を行った。構造化・体系化ラベルは、ADL や IADL 関係の内容が多いため、ICF 分類での再整理は、かなり偏りのあるものとなった。委員からは、構造化・体系化ラベルが全く入らなかった項目は、現状、見落としがちな点である可能性を指摘された。また、全国老人保健施設協会の全老健版ケアマネジメント方式 R4 システムが参考になるとのコメントもあり、次年度以降の構造化・体系化ラベルのブラッシュアップに活かしていく。

また、社会保障審議会・統計分科会生活機能分類専門委員会の生活機能分類普及推進検討ワーキンググループでは、既存の評価尺度からの ICF へのリコードを実施しており、要介護認定項目もリコードが予定されている。公開された際には、活用を検討していく。

(3)標準化項目を学んだケアマネジャーによる「気づき」のデータ化（実証 C）

実証 C では、ケアマネジャーにケアマネジメント標準化手法（心疾患）を学んでもらう研修会を自治体と共同で開催した。研修では、講師からの座学に加え、自身が作成したケアプランを演習という形で見返してもらうことを行った。標準化項目と照らし合わせることで、不足しているケアへの気づきを促すとともに、点検シートにより、その気づきの内容をデータ化することができた。ケアプランにどのようなケアが頻出しているか、不足しがちなケアはなにかといったことが明らかになることで、ケアプラン作成支援 AI におけるケア項目の優先順位などのルール策定のエビデンスを得ることにもつなげていきたい。

また、教師データとしても可能性については、新型コロナ感染拡大の影響により、オンライン研修となり、複数回の研修を開催することができなかったため、検討が不十分となったが、単回・短時間で、ケアマネジメント標準化手法を習得することは難しいことも感じられた。新型コロナによる「新しい日常」は、まだ継続することが予想され、既にケアマネジメント標準化手法を学習したことのある事業所なども視野にいれて、教師データの検討していく必要があるといえる。

(4)オンラインによるデータ収集機会の拡大の可能性（実証 C）

新型コロナ感染拡大の影響により、オンライン研修への転換は、対面の研修に比べて困難な点もあったが、オンライン研修という方法により、離れた地域においても研修を実施することが可能なことも明らかになった。

学習データをいかに収集するかは、ケアプラン作成支援 AI に開発において非常に重要な点となる。オンライン研修を活用することで、少ない機会で、より多くのデータが収集できるよう工夫していく。

(5)利用者の状態変化を正確に補足するための官民データ連携の必要性（実証 C）

実証 C では、自治体が保有する医療・介護関連データにどのようなものがあるかについて文献調査も実施した。現状では、個人情報保護の点からも、民間の持つデータと自治体の持つデータを連携して分析するための仕組みがない。しかし、ケアマネジメントに関連するデータの多くは、民間の介護事業者が保有しており、現在の疾病名や入退院履歴といった医療のデータは、医療レセプトという形で自治体が保有している。科学的介護を推進していくためには、現状、バラバラに保有されているケアマネジメントに必要なデータをいかに連携させることができるかが重要である。

今秋には、デジタル庁が発足し、国、自治体、独立行政法人、企業などで個別に作成されている 2000 個あるといわれる個人情報保護に関連する法律を整理していくことになっている。また、今般のコロナ禍におけるデジタル化の遅れの顕在化から、PHR の整備についても大きく動き始めている。PHR を活用することで、個人同意のもと様々なデータを取扱いできる可能性がある。

利用者の状態変化を正確に補足するための官民データ連携が可能となるプラットフォームの整備が期待される。

(6)利用者の状態変化における主観的評価の組み込み（実証 D・実証 E）

実証Ｄでは、ケアプラン作成支援の AI において、利用者の状態変化（アウトカム指標）をどのように捉えるかを再検討するために、アセスメント項目（全社協方式）と、その他の客観的な評価尺度との比較を行った。その結果、アセスメント項目は、他の評価指標と比較しても網羅性があることが明らかになった。アセスメント項目を、どのように使えば、より正確な結果を導けるか、さらなる検討を行っていく。

主観的な評価尺度については、文献調査を行うとともに、実証 E の AI 分析においてモニタリングシートの主観的な評価を優先して状態変化を捉える分析を行ったが、現在のケアマネジメントでは、モニタリングシートにおける主観的な状態評価はケアマネジャー視点の記載になりがちであるという点や、ADL や IADL などの客観的評価を前提として主観的評価を利用することへの指摘もあった。

「ケアプラン作成支援の AI において」という限定的なものにはなるが、利用者の状態変化を捉えるアウトカム評価の尺度が定まれば AI 開発が進めやすくなる面もある。ケアマネジメントにおける主観的評価尺度の重要性を認識するとともに、AI 開発においてどのように取り扱うことができるかについても、引き続き検討していく。

(7)専門家による AI 分析結果の検討の重要性（実証 E）

実証 E の AI 分析では、インプットデータにおけるデータクレンジングをフェーズ 1 で実施していた方法から変更し、解釈性が高まるように工夫するとともに、上記に記載したように、モニタリングシートの主観的な評価を優先して状態変化を捉えるという取り組みを行った。

AI 分析で得られる結果は、データ間の相関を示しており、因果関係のベクトルの方向性や見せかけの相関については、その分野の専門家による検討を行い、解釈性を高めていくことになる。委員会・WG1・WG2 での検討を踏まえ、精度向上に取り組んでいく。

また、AI の専門家である委員からは、統計的な手法により精度を高めていくことについても指摘があり、今後の検討課題としていく。

【参考資料】

ケアマネジメントにおけるアセスメント/モニタリング標準化

- ●項目一覧：心疾患Ⅰ期　（退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）
- ●項目一覧：心疾患Ⅱ期　（状態が安定から不安定な状況）
- ●項目一覧：基本ケア

資料出所：日本総研「平成 30 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」

項目一覧：心疾患Ⅰ期 （退院後の期間が短く、医療との関りが強い状況）

・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。

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント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 （※モニタリング内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
1 再入院の予防	1 疾患の理解と確実な服薬	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える	・受診先の医療機関（名称、場所）、受診の頻度、受診の方法 ・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・主治医から説明されている心疾患の状況、今後の見通し ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度 ・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 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度 ・家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・今後の治療に関する本人や家族の意向 ・緊急時の対応の方法、その内容 ・通院手段、自ら通院できるかどうかの状態、通院を介助する人がいる場合それは誰か ・心疾患の状態を把握する管理ツールの有無、準備し持参できることの支援の必要性 ・受診先が変更になった場合の状況の把握 ・本人と家族の受療意向	・説明を受けているかどうかの確認、変更の有無の確認 ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度の変化 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の変更 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度の変化 ・本人や家族の理解度、主たる介護者の変更の有無の確認 ・疾患の管理状況の確認 ・医療機関への通院が継続できるかの確認 ・病気に対する不安の変化の有無 ・本人と家族の受療意向の変化	医師、看護師、薬剤師
		服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える	・処方内容、服薬状況 ・かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師の有無、関り方の状況の把握 ・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・処方されたとおりに服薬できているかについてだれが、いつ、どのように確認しているか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者とのかかわりの状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど）	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・処方されたとおりに服薬できているかの確認体制の状況変化 ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりの状況変化（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど） ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、看護師、薬剤師、 PT/PT/ST、介護職
		併発疾患の把握と療養の支援	3 腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の療養を支援する体制を整える	・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）の有無、程度、治療の内容、服薬の状況 ・医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性 ・受診している医療機関と主治医の状況の把握	・医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性の変化	医師、看護師、薬剤師
			4 ※上記の他併発している他の疾患の療養の支援について別途確認する	・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 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性 ・受診している医療機関・主治医の状況の把握	・起因となっている生活習慣病の治療の内容及び服薬の状況の変化 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度の変化 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要の変化	医師、看護師、薬剤師
	2 自己管理能力の向上とリスクの管理	確認すべき事項の明確化	5 生活や介護の領域において本人の自己管理を支えるべき事項を把握する	・心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 ・日々管理すべき事項に関する医師からの指示内容 ・管理すべき事項について、捉えるべき数値の範囲（上限や下限、急な変化の防止など） ・医師からの指示のうち生活や介護の領域で状況の把握や自己管理の支援を実施すべき事項 ・自己管理の支援に携わっている介護サービスの有無、そのサービス内容	・日々管理すべき事項に関する医師からの指示 ・管理すべき事項について、捉えるべき数値の範囲（上限や下限、急な変化の防止など） ・医師からの指示のうち生活や介護の領域で状況の把握や自己管理の支援を実施すべき事項	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		体重の管理	6 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える	・主治医からの体重管理に関する指導の内容 ・指導されている体重の水準（例：適正体重、体重増減の目安など）、体重管理の頻度 ・浮腫の有無 ・医師への報告の必要性、報告の方法 ・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度 ・医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか ・体重の急激な増加があった場合に医師などに報告することの支援、医師から指示されている「急激な増加」の目安	・主治医からの体重管理に関する指導の内容の変化 ・浮腫の状況の変化 ・医師への報告の必要性、報告の方法の変更の有無 ・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度の変化 ・医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか ・日単位での緩やかな変化の把握	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		塩分量・水分量のコントロール	7 適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する	・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容 ・管理栄養士などの専門職による指導の実施の有無 ・適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度	・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容の変化 ・管理栄養士などの専門職による指導の実施状況 ・適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			8 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・本人が普段の食事内容を把握できているかどうかの状況 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性 ・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・家族など本人以外であって本人の普段の食事内容を把握しうる人の有無 ・日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況 ・一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度 ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスなどの有無	・本人や家族の食生活と食の好みの変化 ・本人・家族による日常の塩分摂取量の把握方法の変化 ・日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況の変化 ・一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士
			9 その人と生活に合った水分の摂取と排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の有無、介護者が誰か ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・家族など本人以外であって本人の普段の食事と水分摂取の内容や排泄を把握しうる人の有無 ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・食事や排泄に対する家族などによる介助の有無、介護者が誰か ・尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度 ・普段と異なる排泄の状態の目安（医師から説明を受けている場合） ・普段と異なる排泄がみられた場合の報告の方法	・日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況の変化 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の状況の変化 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性の変化 ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度の変化 ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）の変化 ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）の変化 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の状況の変化 ・尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		血圧の管理	10 血圧のコントロールが継続的に実施される支援体制を整える	・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直しなど） ・血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度 ・普段の血圧の記録の方法、医師への報告の方法・タイミング ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況	・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直しなど）の変化 ・血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限）の変更 ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度の変化 ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の変化 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況の変化	医師、看護師、薬剤師、介護職
		活動制限が守られることの支援	11 活動制限と安静の必要性を本人及び家族などが理解し、その制限が守られているよう支援する体制を整える	・医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安など） ・専門職による指導の実施の有無、指導の内容 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度 ・本人が実施している日常の活動状況の記録方法、休養・休息の状況の記録方法 ・活動中の違和感など自覚症状の有無、対応した状況の有無 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく） ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安など）の変化 ・専門職による指導の内容の変化 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の有無、対応した状況の有無及び状況の変化 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化 ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握している状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、薬剤師、 PT/OT/ST、介護職
		急性増悪の予防	12 感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える	・心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 ・軽微なものを含む感染症の予防に関する医師からの説明の有無、説明内容 ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族の理解度 ・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 ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・感染症へのかかりやすさ ・家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無） ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	・感染症の予防に対する本人・家族の理解度の変化 ・感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況の変化 ・家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無）の変化	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護職
		非日常的な活動のリスクの管理	13 長時間の活動が必要な場合の注意事項を理解できるよう支援する体制を整える	・本人の状況や家族が現在提供しているケア ・医師からの指示事項、留意事項 ・普段の活用状況、活動に係る育成の支援内容	・本人の状況や家族が現在提供しているケアの変化 ・医師からの指示事項、留意事項の変更 ・普段の活用状況、活動に係る育成の支援内容の変更	医師、看護師、薬剤師、 PT/OT/ST、介護職
	3 療養を続けるための環境・体制の整備	負荷のかかる環境の改善	14 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える	・本人の日常生活におけるよくいる場所、生活動線 ・冷暖房の利用状況 ・普段生活している場所の温度とその変化の状況 ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・気温差の縮小の必要性 ・環境の改善のための支援の必要性 ・環境の改善に対する本人・家族の意向	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）の変化 ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度など）の変化 ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレなどの温度、湿度の差とその把握状況の変化	看護師、 PT/OT/ST、介護職
			15 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する	・自宅での行動の状況、負担となる環境の有無（例：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） ・心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 ・環境や動作の改善のための支援の必要性 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向	・自宅での行動の状況、負担となる環境の変化（例：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） ・心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 ・環境や動作の改善のための支援の必要性の変化 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化	医師、看護師、 PT/OT/ST、介護職
		急変時の対応体制の整備	16 状況が急変した場合の対応体制を整える	・状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容 ・かかりつけ医／主治医の連絡先 ・急変した場合の対応についての本人・家族の理解 ・状態が大きく変化した場合の受療意向	・状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容の変化 ・かかりつけ医／主治医の変更の有無 ・急変した場合の対応についての本人・家族の理解状況の変化	医師、看護師、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント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 （※モニタリング内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
2 生活機能の維持・向上	1 心疾患の状況に応じた生活・暮らしの把握・改善	心疾患の状況に応じた生活・暮らしの現状の把握	17 本人が望む暮らしの意向を把握する体制を整える	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法など） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩など） ・活動中の違和感など自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度 ・医師からの活動制限の指示の有無、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や疲れなどの目安） ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法など）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩など）の変化 ・同居者の有無、家族等の介護者が本人の生活リズムの把握しているかどうかの変化 ・認知機能の程度の変化 ・医師からの活動制限の指示の有無、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や疲れなどの目安）の変更 ・活動中の違和感など自覚症状の状況の変化 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	2 心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援	リハビリテーションの実施	18 医療的なリハビリテーションを受けることを支援する体制を整える	・医師からの指示指導の有無、指示がある場合の状況 ・医療的なリハビリテーションを提供する事業所の場所、実施状況（通院回数、頻度、時間など） ・受診の支援の必要性　※「1 疾患の理解を支援し、定期的に診察を受けられる体制を整える」に準じる	・医師からの指示指導の有無、指示がある場合の状況の変化 ・受診の支援の必要性の変化　※「1 疾患の理解を支援し、定期的に診察を受けられる体制を整える」に準じる	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
			19 ADL/IADLの改善に向けたリハビリテーションを受けることを支援する体制を整える	・現在のADL/IADLの状況 ・入院前のADL/IADLの状況 ・機能低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況 ・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、指示がある場合のリハビリテーションの内容 ・医療保険によるリハビリテーションの実施状況、医療機関の名称、場所、実施状況 ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容、リハマネの実施可能性 ・（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、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・現在のADL/IADLの状況の変化 ・機能低下の程度、改善可能性の変化 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況の変化 ・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、指示がある場合のリハビリテーションの内容の変化（※リハビリテーションの終了を含む） ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容の変化（※リハビリテーションの終了を含む）	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		活動と参加に関わる能力の維持・改善	20 実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ	・日常生活の動線、日課 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 ・医師からの制限に関する指示事項 ・活動の範囲を守るために実施している事項 ・活動負荷の大きい日課、作業項目	・日常生活の動線、日課の変化 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の変更 ・医師からの制限に関する指示事項の変更 ・活動の範囲を守るために実施している事項の変化 ・活動負荷の大きい日課、作業項目の変更	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			21 日常生活における活動と参加の状況を維持・改善する支援体制を整える	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・生活における本人が希望する活動 ・環境や動作の改善のための支援の必要性 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向 ・自宅での行動の状況、負担となる環境の有無（例：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） ・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 ・現在の社会的活動に関する本人・家族の意向、入院前との比較による縮小の有無（あきらめ、がまん） ・（入院前の）社会的活動の内容、程度 ・活動しないことに関するリスクへの本人・家族の理解度 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度 ・活動中の違和感など自覚症状の有無	・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・生活における本人が希望する活動の変化 ・環境や動作の改善のための支援の必要性の変化 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化 ・自宅での行動の状況、負担となる環境（例：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）の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の変化 ・家族などの介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
			22 状況に応じた適切な活動量・リスクを判断できる支援体制を整える	・活動を控えたり中止したりすべき水準の理解 ・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など） ・外出の程度（例：体操、散歩など） ・活動中の違和感など自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の社会的活動を把握しているかどうか	・活動を控えたり中止したりすべき水準の理解状況の変化 ・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など）の変化 ・外出の程度（例：体操、散歩など）の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の変化 ・家族などの介護者による本人の社会的活動の把握状況の変化	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		入浴習慣の支援	23 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準 ・入浴に対する本人・家族の希望・意向 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、時間） ・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 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度 ・入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か ・入浴を控えたり中止したりしたことの有無、その状況 ・サービス事業者からの入浴時の状況の共有方法、医師への情報共有の方法	・医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準の変化 ・入浴に対する本人・家族の希望・意向の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、時間）の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、時間）の見直しの必要性 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化 ・入浴における専門的判断の必要性の有無の変化 ・入浴を控えたり中止したりする状況の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		休養・睡眠の支援	24 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える	・寝室など休養・睡眠する環境 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズム ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：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） ・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） ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・認知機能の程度	・寝室など休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の変化（例：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） ・服薬内容、服薬のタイミングの変化（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		禁煙の実現の支援	24 禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか） ・（入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向 ・禁煙に対する本人・家族の意向 ・禁煙の継続状況 ・禁煙の継続状況（禁煙が不良だった場合も含む）に関する医師への情報共有の方法	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）の変化 ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向の変化 ・禁煙に対する本人・家族の意向の変化 ・禁煙の継続状況の変化	医師、看護師、薬剤師、介護職
		本人・家族への生活習慣を変えることの支援	25 本人・家族が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・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） ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度 ・飲酒に対する本人・家族の意向 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度 ・認知機能の程度	・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度の変化 ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度の変化 ・自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況の変化 ・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）の変化 ・日常生活における飲酒の量、タイミングの変化 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、介護職
	3 心理的な支援	本人・家族の不安の軽減	26 心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する	・日常生活リズムの崩れの有無 ・本人が感じている不安の有無、その内容 ・本人が感じる心理的な不安などに関する状況を主治医に報告する方法 ・家族が抱える不安の状況や程度 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容	・日常生活リズムの崩れの状況の変化 ・本人が感じている不安の状況の変化 ・家族が抱える不安の状況や程度の変化 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の変化 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職
		専門的支援の提供	27 精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える	・本人の抑うつや不安の程度 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容	・本人の抑うつや不安の程度の変化 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職

項目一覧：心疾患Ⅱ期 （状態が安定から不安定な状況）

・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。

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント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 （※モニタリング内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
1 再入院の予防	1 疾患の理解と確実な服薬	基本的な疾患管理の支援	1 疾患の理解を支援し、定期的に診察が受けられる体制を整える	・受診先の医療機関（名称、場所）、受診の頻度、受診の方法 ・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・主治医から説明されているの疾患の状況、今後の見通し ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度 ・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 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度 ・家族・本人の理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・今後の治療に関する本人や家族の意向 ・緊急時の対応の方法、その内容 ・通院手段、自ら通院できるかどうかの状態、通院を介助する人がいる場合それは誰か ・心疾患の状態を把握する管理ツールの有無、準備し持参できることの支援の必要性 ・受診先が変更になった場合の状況の把握 ・本人と家族の受療意向	・説明を受けているかどうかの確認、変更の有無の確認 ・疾患の種類や程度、治療（通院）の必要性・内容・頻度の変化 ・使用している医療機器（例：在宅酸素、ペースメーカーなど）の変更 ・薬の種類、服薬の必要性・内容・頻度の変化 ・本人や家族の理解度、主たる介護者の変更の有無の確認 ・疾患の管理状況の確認 ・医療機関への通院が継続できるかの確認 ・病気に対する不安の変化の有無 ・本人と家族の受療意向の変化	医師、看護師、薬剤師
		服薬支援	2 服薬の必要性や薬の管理を理解し、服薬が確認できる体制を整える	・処方内容、服薬状況 ・かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師の有無、関り方の状況の把握 ・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・処方されたとおりに服薬できているかについてだれが、いつ、どのように確認しているか ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者とのかかわりの状況（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど）	・本人・家族の服薬管理の状況、薬の管理に対する理解度 ・処方されたとおりに服薬できているかの確認体制の状況変化 ・本人の生活リズム、食事や水分摂取の状況、声かけが必要な場面と介護者の関わりの状況変化（誰が声かけしているか、介護者の生活リズムなど） ・服薬の状況、飲み残しの有無	医師、看護師、薬剤師、PT/PT/ST、介護職
		併発疾患の把握と療養の支援	3 腎機能の低下にかかわる疾患、あるいは糖尿病（糖尿病性腎症）の療養を支援する体制を整える	・腎疾患や糖尿病（糖尿病性腎症）の有無、程度、治療の内容、服薬の状況 ・医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性 ・受診している医療機関と主治医の状況の把握	・医師からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性の変化	医師、看護師、薬剤師
			4 ※上記の他併発している他の疾患の療養の支援について別途確認する	・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 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要性 ・受診している医療機関・主治医の状況の把握	・起因となっている生活習慣病の治療の内容及び服薬の状況の変化 ・生活習慣病の管理・指導に対する本人・家族の知識と理解度の変化 ・日常的な疾患の管理に対する支援の必要の変化	医師、看護師、薬剤師
	2 自己管理能力の向上とリスクの管理	体重の管理	5 体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える	・主治医からの体重管理に関する指導の内容 ・指導されている体重の水準（例：適正体重、体重増減の目安など）、体重管理の頻度 ・浮腫の有無 ・医師への報告の必要性、報告の方法 ・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度 ・医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか ・体重の急激な増加があった場合に医師などに報告することの支援、医師から指示されている「急激な増加」の目安	・主治医からの体重管理に関する指導の内容の変化 ・浮腫の状況の変化 ・医師への報告の必要性、報告の方法の変更の有無 ・体重管理を誰がいつやるか、記録をどのようにとっているか ・心疾患の状態を把握する管理ツールの利用の有無、利用方法に対する本人・家族の理解度の変化 ・医師から指導されている頻度を踏まえた体重管理が継続できているか ・日単位での緩やかな変化の把握	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		塩分量・水分量のコントロール	6 適切な塩分・水分摂取量が理解できていることを確認する	・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容 ・管理栄養士などの専門職による指導の実施の有無 ・適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度	・医師からの塩分量・水分量の制限の有無、制限の内容の変化 ・管理栄養士などの専門職による指導の実施状況 ・適切な塩分・水分量に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
			7 食事からの栄養の摂取状況を把握できる体制を整える	・本人が普段の食事内容を把握できているかどうかの状況 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性 ・食事内容に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・家族など本人以外であって本人の普段の食事内容を把握しうる人の有無 ・日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況 ・一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度 ・地域で利用可能な栄養に関する支援サービスなどの有無	・本人や家族の食生活と食の好みの変化 ・本人・家族による日常の塩分摂取量の把握方法の変化 ・日常的な食生活における外食や惣菜などの利用状況の変化 ・一般的な普段の食事に関する塩分含有量に対する本人・家族の理解度の変化	医師、看護師、薬剤師、管理栄養士
			8 その人と生活に合った水分の摂取と排泄の状況と変化を把握できる体制を整える	・日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の有無、介護者が誰か ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度 ・家族など本人以外であって本人の普段の食事と水分摂取の内容や排泄を把握しうる人の有無 ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状） ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状） ・食事や排泄に対する家族などによる介助の有無、介護者が誰か ・尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度 ・普段と異なる排泄の状態の目安（医師から説明を受けている場合） ・普段と異なる排泄がみられた場合の報告の方法	・日常的な食事の摂取・水分摂取のタイミング・内容、日常的な活動の状況の変化 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の状況の変化 ・記録の実施の有無、記録の実施に対する支援の必要性の変化 ・食事と水分摂取の内容や排泄に対する本人の理解・記憶の程度、認知機能の程度の変化 ・日常的な排尿の状態（尿量、回数、タイミング、性状）の変化 ・日常的な排便の状態（回数、タイミング、性状）の変化 ・食事や排泄に対する家族などによる介助の状況の変化 ・尿便意に対する認識の有無、認知機能の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、介護職
		血圧の管理	9 血圧のコントロールが継続的に実施される支援体制を整える	・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直しなど） ・血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限） ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度 ・普段の血圧の記録の方法、医師への報告の方法・タイミング ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の有無 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況	・指示されている血圧コントロールの内容（服薬、食事、生活習慣の見直しなど）の変化 ・血圧のコントロールの必要性、医師からの指導の有無、目標となる血圧（上限、下限）の変更 ・動作を制限する基準となる血圧の基準の有無、その程度の変化 ・指示内容に対する本人・家族の理解度、介助者の変化 ・市販薬を含む服薬の状況、サプリメントや健康食品の摂取状況の変化 ・血圧に影響を与える行動（例：睡眠や活動など）の状況の変化	医師、看護師、薬剤師、介護職
		活動制限が守られることの支援	10 活動制限と安静の必要性を本人及び家族などが理解し、その制限が守られているよう支援する体制を整える	・医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安など） ・専門職による指導の実施の有無、指導の内容 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度 ・本人が実施している日常の活動状況の記録方法、休養・休息の状況の記録方法 ・活動中の違和感など自覚症状の有無、対応した状況の有無 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく） ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・医師からの指導内容（活動制限、安静の必要性、判断の目安など）の変化 ・専門職による指導の実施の有無、指導の内容の変化 ・医師及び専門職からの指導内容に対する本人・家族の理解度の変化 ・サービス事業者における医師及び専門職からの指導内容に対する理解度の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の有無、対応した状況の有無及び状況の変化 ・サービス利用中の状況（※他職種やサービス事業者からの報告に基づく）の変化 ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握している状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		急性増悪の予防	11 感染症の予防の必要性を理解できるよう支援する体制を整える	・心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 ・軽微なものを含む感染症の予防に関する医師からの説明の有無、説明内容 ・軽微なものを含む感染症の予防に対する本人・家族の理解度 ・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 ・軽微なものを含む感染症の罹患履歴（過去の罹患歴） ・感染症へのかかりやすさ ・家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無） ・感染症にかかった際の状況把握と対応体制	・感染症の予防に対する本人・家族の理解度の変化 ・感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況の変化 ・家族背景（特に小さい子どもの有無）、普段の外出先（デイサービスの利用の有無）の変化	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護職
		非日常的な活動のリスクの管理	12 長時間の活動が必要な場合の注意事項を理解できるよう支援する体制を整える	・本人や家族が現在提供しているケア ・医師からの指示事項、留意事項 ・普段の活用状況、活動に係る育成の支援内容	・本人の状況や家族が現在提供しているケアの変化 ・医師からの指示事項、留意事項の変更 ・普段の活用状況、活動に係る育成の支援内容の変更	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
	3 療養を続けるための環境・体制の整備	負荷のかかる環境の改善	13 気温差の縮小（居室と廊下、浴室、洗面所、トイレなど）がなされるよう体制を整える	・本人の日常生活におけるよくいる場所、生活動線 ・冷暖房の利用状況 ・普段生活している場所の温度とその変化の状況 ・本人の温度感覚の麻痺の程度 ・気温差の縮小の必要性 ・環境の改善のための支援の必要性 ・環境の改善に対する本人・家族の意向	・自宅内での本人の生活習慣（よくいる場所、動線）の変化 ・本人の状況（ADL/IADL、温度感覚の麻痺の程度など）の変化 ・居室と廊下、洗面所、浴室、トイレなどの温度、湿度の差とその把握状況の変化	看護師、PT/OT/ST、介護職
			14 強く負荷がかかるような動作の要因となる環境を把握する	・自宅での行動の状況、負担となる環境の有無（例：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） ・心疾患とその治療に関する医師からの指示の状況 ・環境や動作の改善のための支援の必要性 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向	・自宅での行動の状況、負担となる環境の変化（例：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） ・心疾患とその治療に関する医師からの指示の変更 ・環境や動作の改善のための支援の必要性の変化 ・環境や動作の改善に対する本人・家族の意向の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		急変時の対応体制の整備	15 状況が急変した場合の対応体制を整える	・状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容 ・かかりつけ医／主治医の連絡先 ・急変した場合の対応についての本人・家族の理解 ・状態が大きく変化した場合の受療意向	・状況が急変した際に本人が取るべき行動についての医師からの指導内容の変化 ・かかりつけ医／主治医の変更の有無 ・急変した場合の対応についての本人・家族の理解状況の変化	医師、看護師、介護職
2 生活機能の維持	1 心疾患の状況に応じた生活・暮らしの把握・改善	望む生活・暮らしの意向の把握	16 望む生活・暮らしの意向と現状の把握	・本人・家族が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント） ・望む生活・暮らしに対して現在できないが実現したいこと（がまん、あきらめ） ・望む生活・暮らしと実際との乖離の有無、乖離の内容 ・望む生活と生活制限との間で本人・家族が感じているジレンマ ・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法など） ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など） ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩など） ・社会的活動の実施状況 ・活動中の違和感など自覚症状の有無 ・同居者の有無、家族などの介護者が本人の生活リズムを把握しているかどうか ・認知機能の程度	・本人・家族が望む生活・暮らし（１日／１週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント）の変化 ・望む生活・暮らしに対して現在できないが実現したいこと（がまん、あきらめ）の変化 ・望む生活・暮らしと実際との乖離の有無、乖離の内容の変化 ・望む生活と生活制限との間で本人・家族が感じているジレンマの状況 ・普段の１日の生活リズム・過ごし方、過ごしている場所や動線の変化 ・ADLの状況（例：日中夜間の排泄の頻度、歩行・移動の程度、食事の方法、入浴の方法など）の変化 ・IADLの状況（例：家事の実施状況、外出頻度、外出先など）の変化 ・日常的な運動の程度（例：体操、散歩など）の変化 ・社会的活動の実施状況の変化 ・活動中の違和感など自覚症状の状況の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など		
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント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 （※モニタリング内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
	2 ステージに応じた生活・暮らし方の支援	継続的なリハビリテーションの実施	17 必要なリハビリテーションとセルフケアを継続できるような体制を整える	・機能低下の程度、改善可能性 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況 ・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、指示がある場合のリハビリテーションの内容 ・医療保険によるリハビリテーションの実施状況、医療機関の名称、場所 ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容、リハマネの実施可能性 ・（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、情報共有が求められる内容、情報共有のタイミング	・機能低下の程度、改善可能性の変化 ・リハビリテーションに対する本人・家族の意向・理解の状況の変化 ・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、指示がある場合のリハビリテーションの内容の変更 ・介護保険によるリハビリテーションに求められるリハビリテーションの目標・内容の変更 ・ADL/IADLの状況と、実施中の生活支援サービスの変更 ・機能回復のためのリハビリテーションの実施状況の変更 ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間などの程度の変化	医師、歯科医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		ステージに応じた活動と参加に関わる能力の維持・改善	18 実際の生活における活動の範囲の把握とすり合わせ	・日常生活の動線、日課 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の状況 ・医師からの制限に関する指示事項 ・活動の範囲を守るために実施している事項 ・活動負荷の大きい日課、作業項目	・日常生活の動線、日課の変化 ・心疾患の治療に関する医師からの指示の変更 ・医師からの制限に関する指示事項の変更 ・活動の範囲を守るために実施している事項の変化 ・活動負荷の大きい日課、作業項目の変更	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職
		入浴習慣の支援	19 入浴習慣や入浴環境を把握し、過度におそれることなく適切な入浴を維持できる支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準 ・入浴に対する本人・家族の希望・意向 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、時間） ・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 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度 ・入浴における介助の有無、介護者がいる場合それは誰か ・入浴を控えたり中止したりしたことの有無、その状況 ・サービス事業者からの入浴時の状況の共有方法、医師への情報共有の方法	・医師からの指導内容、入浴を控える／中止する必要がある場合の判断基準の変化 ・入浴に対する本人・家族の希望・意向の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、時間）の変化 ・自宅における入浴状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、時間）の見直しの必要性 ・入浴に対する本人・家族の理解/不安の程度の変化 ・入浴における専門的判断の必要性の有無の変化 ・入浴を控えたり中止したりする状況の変化	医師、看護師、PT/OT/ST、介護職
		休養・睡眠の支援	20 休養・睡眠を確保したうえで、睡眠時の状況の変化を把握して必要な支援につなげられる体制を整える	・寝室など休養・睡眠する環境 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズム ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の有無（例：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） ・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） ・睡眠時無呼吸症候群の診断の有無 ・認知機能の程度	・寝室など休養・睡眠する環境の変化 ・普段の休養・睡眠のタイミング、リズム、時間の変化 ・同居者がいる場合の同居者の生活リズムの変化 ・休養・睡眠の結果に対する本人の自覚症状の変化（例：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） ・服薬内容、服薬のタイミングの変化（※特に睡眠薬の有無と睡眠薬の服薬のタイミング） ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、薬剤師
		禁煙の実現の支援	21 禁煙を実現できるようにする支援体制を整える	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか） ・（入院前の）日常生活における喫煙量、タイミング ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向 ・禁煙に対する本人・家族の意向 ・禁煙の継続状況 ・禁煙の継続状況（禁煙が不良だった場合も含む）に関する医師への情報共有の方法	・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、禁煙の必要性の程度（禁煙が必須なのか、推奨される程度なのか）の変化 ・禁煙の必要性に対する本人・家族の理解度・意向の変化 ・禁煙に対する本人・家族の意向の変化 ・禁煙の継続状況の変化	医師、看護師、薬剤師、介護職
		本人・家族への生活習慣を変えることの支援	22 本人・家族が生活習慣を変えることを受けいれられるよう支援する	・主治医からの説明を受けているかどうかの確認 ・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度、同居家族の有無、主たる介護者が誰か ・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） ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度 ・飲酒に対する本人・家族の意向 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度 ・認知機能の程度	・生活習慣に対する家族・本人の認識・理解度の変化 ・生活習慣を変えなかった場合のリスクの種類・程度の変化 ・自宅における飲酒の状況、自宅外における飲酒の状況の変化 ・医師からの説明の有無、医師からの指導内容、コントロールの基準、コントロールの必要性の程度（断酒すべき水準なのか、控える程度で良いのか）の変化 ・日常生活における飲酒の量、タイミングの変化 ・飲酒量のコントロールに対する本人・家族の理解度の変化 ・認知機能の程度の変化	医師、看護師、介護職
	3 心理的な支援	本人・家族の不安の軽減	23 心理的な支援の必要性を把握し提供する体制を構築する	・日常生活リズムの崩れの有無 ・本人が感じている不安の有無、その内容 ・本人が感じる心理的な不安などに関する状況を主治医に報告する方法 ・家族が抱える不安の状況や程度 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容	・日常生活リズムの崩れの状況の変化 ・本人が感じている不安の状況の変化 ・家族が抱える不安の状況や程度の変化 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の変化 ・家族に対する支援を提供しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職
		専門的支援の提供	24 精神症状を捉え、判断し、必要に応じて多職種につなぐ体制を整える	・本人の抑うつや不安の程度 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容	・本人の抑うつや不安の程度の変化 ・精神症状に対応しうる地域の社会資源の内容の変化	医師、看護師、介護職
3 EOL準備	1 EOL(エンドオブライフ)に向けた準備	末期心不全のEOLケアの対応・準備の支援	25 末期心不全のEOLケアをどのようにするかの心構えをする支援を行う	・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況） ・本人の治療意向、暮らし方の意向 ・家族の意向、介護負担の理解 ・本人が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・家族が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療ケアチームの体制の確認	・医師からの末期心不全のEOLケアの実施状況（インフォームドコンセントの実施状況） ・本人の治療意向、暮らし方の意向の変化 ・家族の意向、介護負担の理解の状況の変化 ・本人が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況の変化 ・家族が現在抱えている不安・恐怖、ストレスの状況の変化 ・現在、本人や家族が心理面での支えとしている相手・内容の把握 ・ACPの実施状況、末期心不全時における医療ケアチームの体制の確認	医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職

項目一覧：基本ケア

・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。

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
1 病状・病態予測と予防の重要性	1 食事と栄養	健康を維持するための栄養の確保と指導	1 十分な栄養が確保される環境を整える	・本人・家族の日常の食事に対する意識や食生活の内容 ・本人の身体（身長、体重、性別、疾患） ・本人の食の好み	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
			2 生活習慣病の起因となる食生活が行われていないか確認して、必要に応じて食生活の改善を指導する	・本人の疾患 ・本人や家族の疾病に対する理解 ・本人・家族の日常の食生活の内容 ・本人の身体（身長、体重、性別、疾患） ・本人の食の好みや生活歴 ・便秘の有無（便秘がある場合、食生活のリズムや食事の内容の見直し、日常生活における運動の取り入れを検討）	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
			3 適切な水分補給を支援する	・本人の身体（身長、体重、性別、疾患） ・本人が必要とする水分量の予測 ・居室等の環境で、失われる水分量の予測 ・排泄の状態の確認（頻尿や水溶便等で水分の排出、摂取に影響が出ていないか） ・食事から摂取する水分量と、飲料として補給する水分の量（推計）	歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
		食事の状態の確認	4 本人の様子を観察して、食欲が普段とおりあるかを確認できる環境を整える	・食事の量 ・食事の様子（食べる速度が通常よりもゆっくりである、心配ごとや考え事等普段と異なる様子がみられる等） ➢上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する	歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
			5 本人が食事を楽しむことができるように支援する	・食事をする場所の環境 ・家族の生活リズム（本人と食事の時間を共にできるか） ・食事の時間の確保 ・使い慣れた食器や食べやすい補助器具等の利用 ・本人の食の好み	歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
	2 嚥下	食事するための環境の確保	6 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する	・食卓の机や椅子の高さ ・食事中の本人の姿勢 ・食事中にむせることがないか	歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			7 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力に合わせて食事が取れるような環境を整える	・食事の際の本人の様子（食事中にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか） ・本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力 ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・食事をする場所の環境 ・食事の時間の確保 ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する	歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		食形態の工夫	8 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する	・食事の際の本人の様子 ・本人の咀嚼能力、嚥下能力 ・本人の食の好み ・食事の用意について（本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等） ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する	歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
			9 本人の食べやすい量（一口量）を確認して、食事の援助がなされるような環境を整備する	・食事の際の本人の様子 ・本人の咀嚼能力、嚥下能力 ・口腔の状態	歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
		生活リズムを整える	10 食事の際に目覚めていられるように睡眠・覚醒リズムを把握して、生活リズムが整うように環境を整備する	・本人・家族の生活リズム ・睡眠の状態 ・朝の覚醒時刻の見極め ・昼間の刺激（質の高い睡眠の確保） ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			11 規則正しい食事が取れるような環境を整備する	・本人・家族の生活リズム ・食事の提供方法、提供者について ➢上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
	3 口腔ケア	口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	12 口腔内を観察して、異常を発見した場合には早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える	・口腔ケアの自立の程度 ・口臭の有無 ・口腔清掃状態（歯の周囲、舌等） ・歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態 ・歯肉からの出血の有無 ・口腔内の感覚の異常（過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等）の有無 ・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） ・義歯の汚れや破損の有無 ・食事の際の本人の様子（食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか） ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する	歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
		口腔ケアの援助	13 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える	・口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無 ・口腔ケアの自立の程度 ・口臭の有無 ・口腔内の状態 ・義歯の手入れと残歯の手入れの状況 ・歯科医師の受診状況 ・口腔ケアの実施場所（洗面所あるいはベッド上） ・口腔ケアにより誤嚥を起こさないように、姿勢の確保ができているか ・口腔ケアの状態、家族による支援の有無 ・食物残渣の有無 ・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、歯科医師に確認する。）	歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
		口腔乾燥の防止	14 口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える	・口腔の状態 ・水分摂取状況 ・服薬状況（副作用として水分不足になっていないか） ・居室の湿度 ・口腔乾燥の状態 ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する	歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
	4 服薬管理の支援	服薬支援	15 服薬が必要であることの理解をうながす支援体制を整える	・本人・家族に対する疾患についての説明の有無 ・本人・家族の疾患に関する理解 ・本人・家族に対する服薬についての説明の有無 ・本人・家族の服薬に関する理解	かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員
			16 薬を管理できる支援体制を整える	・本人・家族に対する服薬についての説明の有無 ・本人・家族の服薬に関する理解 ・指示されたとおりに服薬しているか（薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等） ・服薬の副作用が発現していないか確認 ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する ・服薬状況	かかりつけ医、薬剤師、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			17 服薬のうながし（声かけ）と服薬したことの確認ができる体制を整える	・本人・家族に対する服薬についての説明の有無 ・本人・家族の服薬に関する理解 ・指示されたとおりに服薬しているか（薬の保管状況、残薬数、薬を服薬する時間帯、食事の時間等） ・服薬の副作用が発現していないか確認 ➢上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する ・服薬状況	かかりつけ医、薬剤師、看護師、介護職、介護支援専門員
2 家庭や地域での役割を見出す	1 身体機能の維持・向上	自宅での活動の確保	18 家庭内での役割分担を設定して、本人が動く機会を確保する	・本人のADL/IADLの状態 ・本人の疾患 ・リハビリの計画 ・疾患を発症する前の本人の家庭内における役割 ・ベッド以外で過ごす機会や場所、時間	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			19 本人の残存能力を引き出せるよう、家族の理解と支援を引き出す	・本人のADL/IADLの状態 ・本人の疾患 ・リハビリの計画 ・疾患を発症する前の本人の家庭内における役割 ・家族の理解の状況 ・室内環境（本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等）	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			20 本人の残存能力に合わせた支援が行われており、過度な生活支援が行われないように留意する	・本人のADL/IADLの状態 ・本人の疾患 ・リハビリの計画 ・疾患を発症する前の本人の家庭内における役割 ・家族の理解の状況 ・室内環境（本人が動きやすく、万が一転倒した場合にも大怪我にならないで済むような環境であるか、等）	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
		外出の機会の確保	21 外出がしやすい環境を整える	・本人のADL/IADL、QOLの状態 ・本人の疾患 ・リハビリの計画 ・疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等 ・外出しやすい環境か（玄関周り、周囲の道路状況等）	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			22 家族以外の第三者と交流する機会を設定する	・本人のADL/IADL、QOLの状態 ・本人の疾患 ・リハビリの計画 ・疾患を発症する前の本人の趣味や生活範囲、外出していた場所や頻度、交友関係等 ・地域で参加できる社会資源	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	2 排泄	排泄に関わる本人の状態を確認する	23 排出の量や性状に異常がないか、排泄の回数や周期、時間がどのようになっているか、確認できる環境を整備する	・排泄の状態 ➢上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する	かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			24 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える	・本人のADL/IADL、QOLの状態 ・本人の疾患（麻痺側の把握） ・トイレ内の環境 ・居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等 ・本人の希望 ・本人と家族の生活リズム ・排尿・排便のパターン	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			25 食事摂取・水分摂取の状況を確認して、適切な摂取が行われる環境を整える	・食事の摂取量 ・水分の摂取量 ・服薬状況（副作用で利尿作用があるか等） ➢上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			26 本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う	・本人や家族の生活リズム ・本人や家族のこれまでの生活歴 ・夜間の排泄に関する情報 ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する ➢適度な運動が組み込まれるようにPT/OT/STと連携する	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		排泄環境を確保する	27 物理的な排泄環境の整備	・本人のADL/IADL、QOLの状態 ・本人の疾患（麻痺側の把握） ・トイレ内の環境 ・居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等 ・本人の希望 ・本人と家族の生活リズム	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			28 排泄補助用具の使用状況を確認して、本人の機能に合った使用をうながす	・本人のADL/IADL、QOLの状態 ・本人の疾患（麻痺側の把握） ・トイレ内の環境 ・居室からトイレまでの移動距離、動線、気温差等 ・本人の希望 ・本人と家族の生活リズム ・排泄補助用具の使用状況、昼間と夜間の使用状況の違い ➢上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	3 コミュニケーション	コミュニケーションを難しくしている要因の特定	29 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する	・疾病の影響（構音障害、失語症、認知障害等がないか） ・感覚器（聴力、視力）の衰えがないか ・本人と家族のコミュニケーションの状況 ・本人のストレスの状況 ・疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等 ➢上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			30 コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環境を整える	・疾病の影響（構音障害、認知障害等がないか） ・感覚器（聴力、視力）の衰えがないか ・本人と家族のコミュニケーションの状況 ・本人のストレスの状況 ・疾患を発症する前の本人の性格やコミュニケーションのとり方等 ➢上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する	かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		コミュニケーション方法の再構築	31 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるように支援体制を整える	・本人とのコミュニケーションの状態 ・本人の疾病の影響 ・家族の疾病に対する知識や理解	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			32 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える	・家族のストレスや本人との関係性についての把握 ・本人と家族のコミュニケーションの方法や内容	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
3 生活の場における安全管理	1 身体機能の低下を防ぐ	転倒・骨折予防	33 転倒リスクのある要因の把握・評価を確認する体制を整える	・転倒状況の確認 ・過去の転倒暦、状況の確認 ・住環境の確認 ・本人の身体能力の確認	かかりつけ医、PT/OT/ST、介護職
			34 自らの身体機能の理解の支援と指導ができる体制を整える	・本人の身体能力、生活動作の確認 ・本人、家族の認識の確認	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			35 転倒しにくくするための身体機能の向上ができる体制を整える	・本人の身体能力の確認 ・本人、家族の認識の確認 ・身体機能を維持、向上させる取り組みの有無の確認	PT/OT/ST、介護職
		廃用予防	36 動かない状態にしないように、リハビリが受けられる環境を整える	・本人のADL/IADLの状態 ・日常生活の中で、ベッド以外で過ごす機会、場所、時間 ・日常生活において身体を動かす機会や程度 ・本人が身体を動かすことで痛み等が生じていないか ・本人が身体を動かすことに対して不安を抱いていないか（再転倒のおそれ、動悸・息切れ等） ・本人が自発的に身体を動かす動機は何か（なるべく取り入れて、運動量を増やす）	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			37 動くのが大変な状態を最小限にするように、住環境の改善や福祉用具の活用を検討する	・離床の時間 ・居室や自宅周辺の環境 ・１日の生活リズム ・本人の生きがい ・動きやすい環境であるか（垂直運動が少なくて済むか、段差がないか等） ・過去の転倒の有無 ・動線	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			38 動くことによる痛みを軽減して、動きたくないと思うことを防ぐ	・関節の痛みの有無（違和感に対する自覚症状の有無） ・住環境（椅子座か床座か、トイレは洋式か和式か、ベッドか布団の上げ下げが必要か、玄関周辺の段差等）	かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			39 本人・家族の、動くことに対する心理的不安を軽減する	・本人・家族が身体を動かすことについてどのように考えているか ・動くようになることで、したいことは何か ・転倒歴 ・心臓の疾患等、身体を動かすことで動悸や不整脈等の異常につながる疾病の有無	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	2 嚥下	食事するための環境の確保	40 食事中に適切な食事の姿勢が確保されるように支援する	・食卓の机や椅子の高さ ・食事中の本人の姿勢 ・食事中にむせることがないか	歯科医師、看護師、歯科衛生士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			41 食事には時間を確保し、本人の嚥下能力や残存能力に合わせて食事が取れるような環境を整える	・食事の際の本人の様子（食事中にむせることがないか、飲み込んだときに声がかすれる等の状況がないか、飲み込むときに痛みがないか、食べものがよくのどに詰まるか） ・本人の咀嚼能力、咀嚼を含む嚥下能力、認識能力 ・食事をする場所の環境 ・食前の口腔体操、嚥下体操の実施の有無 ・食事の時間の確保 ➢上記が確認できるように本人・家族や介護職から情報を収集する	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		食形態の工夫	42 食事の提供の際には、本人の状態を考慮して、飲み込みやすい食形態を選択する	・食事の際の本人の様子 ・本人の咀嚼能力、嚥下能力 ・本人の食の好み ・食事の用意について（本人・家族の家事能力、市販品での代替の考慮等） ➢上記について、本人・家族やその場面に関わる専門職から情報を収集する	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、介護職、介護支援専門員
			43 本人の食べやすい量（一口量）を確認して、食事の援助がなされるような環境を整備する	・食事の際の本人の様子 ・本人の咀嚼能力、嚥下能力 ・口腔の状態	看護師、管理栄養士、介護職、介護支援専門員

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
	3 口腔ケア	口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保	44 口腔内を観察して、異常を発見した場合には、早期の歯科診療や訪問歯科診療が受けられるように環境を整える	・口腔ケアの自立の程度 ・口臭の有無 ・口腔清掃状態（歯の周囲、舌等） ・歯、歯肉、舌、口腔粘膜の状態 ・歯肉からの出血の有無 ・口腔内の感覚の異常（過敏、味覚障害等の症状、口内炎や傷等）の有無 ・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） ・義歯の汚れや破損の有無 ・食事の際の本人の様子（食欲や食事の仕方に違和感がないか、咀嚼時に痛みを感じていないか） ➢上記が確認できるように、本人・家族や介護職から情報を収集する	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
		口腔ケアの援助	45 適切な口腔ケアが行われるような体制を整える	・口腔ケアの必要性に対する、本人・家族の理解の有無 ・口腔ケアの自立の程度 ・口臭の有無 ・口腔内の状態 ・義歯の手入れと残歯の手入れの状況 ・歯科医師の受診状況 ・口腔ケアの実施場所（洗面所あるいはベッド上） ・口腔ケアにより誤嚥を起こさないように、姿勢の確保ができているか ・口腔ケアの状態、家族による支援の有無 ・食物残渣の有無 ・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、歯科医師に確認する）	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
		口腔乾燥の防止	46 口腔内の乾燥に留意し、専門職によるケアがなされるように体制を整える	・口腔の状態 ・水分摂取状況 ・服薬状況（副作用として水分不足になっていないか） ・居室の湿度 ・口腔乾燥の状態 ➢上記が確認できるように本人・家族、介護職から情報を収集する	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、薬剤師、介護職、介護支援専門員
	4 感染予防	清潔ケア	47 清潔ケアの状態と本人の希望や状態を把握する	・本人の清潔ケアに対する意識 ・本人や家族の希望 ・本人や家族の生活習慣、生活歴 ・家族背景 ・住環境 ・経済状況	看護師、介護職、介護支援専門員
			48 本人の希望や状態に応じて、必要な支援サービスの利用を検討する	・入浴の可否（医師の診断） ・入浴を実施するにあたり、特に確認すべき観察のポイント（血圧、脈拍等） ・本人の当日の健康状態 ・入浴の介助に対する本人の希望、家族の状態と入浴環境 ➢入浴時の血圧上昇が身体に与える負担等を考慮して決定する必要がある。疾患によっては医師の診断の結果、入浴ではなく身体を拭くことで清潔ケアを図る場合もある	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			49 本人の入浴や家族による入浴介助が容易になるような入浴環境を整備する	・入浴の物理的環境 ・本人の身体能力 ・家族の介助能力 ・経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か）	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			50 清潔ケアの実践の中で、身体に異常がみられないか確認し専門職と情報を共有する体制を整える	・皮膚の異常がみられるか ・座位保持ができるか、ふらつく等の症状がないか ➢介護職と連携して、異常の早期共有を行う ➢情報は医療職と共有して異常の早期発見につなげる ➢リハビリ専門職と共有して必要な支援が受けられるようにする	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		感染症の予防	51 居室の衛生が保たれるように、本人や家族の理解をうながす。必要に応じて、支援を検討する	・居室内は清潔が維持されているか（ほこりがたまっていないか、ごみが放置されていないか） ・人の手が触れやすい箇所の掃除が行われているか ・部屋の換気が定期的に行われているか ・家族は清掃に協力的か ➢介護職と情報を共有して、必要な情報が入るようにする	看護師、介護職、介護支援専門員
			52 本人や家族が手指衛生の徹底や、うがいの実施、咳エチケットの指導を受けられる環境を整備する	・家族の清潔に対する考え方 ・感染症予防の基本（手指衛生の徹底、うがいの徹底、咳エチケット等）の指導の有無 ・感染症予防の基本を本人・家族が理解しているか ・感染症予防の基本を実践できているか	かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員
			53 口腔内の衛生状態が保たれるよう支援する	・腔内の衛生状態 ・口腔内の乾燥の状況 ・口腔ケアの実践の有無、頻度 ・本人・家族の生活歴 ・口腔ケアに対する理解 ・歯科医師による定期的な診療を受けているか否か ➢必要に応じて、歯科医師等による指導の機会を確保	かかりつけ医、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護職、介護支援専門員
		感染症の早期発見と治療	54 感染症の症状が表れていないか、本人の状態の変化が把握でき、必要に応じて医療行為が受けられるように環境を整備する	・感染症の初期症状の有無 ・本人・家族による検温や血圧の測定結果 ➢感染症の初期症状が疑われる場合、医療職と連携して早期受診につなげる	かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員
			55 医療機関受診後、診断結果を踏まえた指示が守られ、回復に向かっているか確認できる体制を整える	・かかりつけ医の指示を本人・家族が理解しているか ・かかりつけ医の指示が守られているか ・服薬のうえで留意すべき点がないか ・服薬の結果、注意すべき副作用がないか ・服薬の効果がきちんと表れているか ・服薬の結果、副作用が表れていないか ➢診断結果を共有し、かかりつけ医の指示が守られているかを確認できる体制を取る ➢感染症を発症したことで新たな服薬が加わるため、服薬の効果と影響を確認できる体制を取り、必要な情報を薬剤師と共有する ➢服薬上の留意点を介護職と共有して、異常が表れた場合早期に発見できるようにする	かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
4 家族支援	1 家族の受容に対する支援	家族の知識、技術の習得の支援	56 疾患の理解の程度を把握し、必要な情報が得られるような環境を整える	・本人・家族への疾病に対する説明の有無 ・本人・家族の疾病に対する理解の有無 ・本人・家族が疾病に対する指示を守っているか ➢必要に応じて、かかりつけ医からの説明の機会を確保したり、指示を守りやすいような工夫を行う	かかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			57 起こりうる病状の変化や、症状、家族に求められる観察や一次対応について、説明を受けられる機会を確保する	・疾病に対する家族の知識、理解の程度 ・異常が表れた場合の一次対応に関する知識や技術 ・万が一の場合に対応する、かかりつけ医やかかりつけ薬局、訪問看護ステーションの連絡先 ・かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携状況 ➢家族で一次対応ができるようにしておくとともに、万が一の場合に専門的な支援が受けられるように、かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携を確認する	かかりつけ医、看護師、薬剤師、介護職、介護支援専門員
		家族の生活ペースの再設計	58 家族の生活ペースが安定し、仕事や自身の生活と介護が両立できるように支援する	・家族の生活リズム ・介護と仕事の状況 ・本人の介護の状態 ・家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無 ・周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けることができているか ・家族に対して、周囲のサポートがあるか ➢家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子がわかるように介護職から情報を得る ・主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか	かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員
			59 家族等介護者である家族の生活が犠牲とならないよう、趣味や楽しみを可能な限り継続できる環境を整備する	・家族の生活リズム ・介護と仕事の状況 ・本人の介護の状態 ・家族の介護に対する意欲や技術、介護に対する経験の有無 ・周囲に対して介護に対する不安や心配ごとを打ち明けることができているか ・家族に対して、周囲のサポートがあるか ・主介護者以外の家族・親族と方向性が共有されているか ・家族の精神状態 ・家族が息抜きをしたり休息を取ることができる場所や時間があるか ➢家族の状況を自ら確認するとともに、普段の様子がわかるように介護職から情報を得る	看護師、介護職、介護支援専門員
		精神的サポート	60 家族の心理的ストレスの程度や、ストレスへの適切な対処ができているかを把握する	・家族の心理的ストレスの程度 ・家族が自分なりにストレスを解消する手段を持っているか ➢普段の状態や日々の変化を把握できるように、介護職と連携して情報を得る	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			61 家族の話に十分耳を傾けて、肯定的なフィードバックや悩みの整理を支援する	・家族が抱える不安や悩み	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			62 他の介護家族との交流を支援したり、過去の事例を共有する等して、家族の不安を和らげる	・家族が悩みを打ち明けられる場があるか ・経験者の体験を共有する機会があったか	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	2 摂食動作・認知障害	理解	63 家族が認知障害を理解して対処できるような環境を整える	・認知症発症の有無 ・認知障害に対する本人や家族の理解	かかりつけ医、看護師、介護職、介護支援専門員

基本方針		実行が想定される主な支援		関連するアセスメント項目など	
長期	短期	キーワード	他の専門職、本人・家族などに依頼すべき支援内容	適切な支援内容とする為の主なアセスメント項目 （※アセスメント内容の詳細や留意点などは本編を参照）	情報収集すべき専門職
		支援	64 食事に関する援助が行われるように環境を整備する	*食事と栄養の項目を参照	
	3 排泄	状態の把握	65 自立した排泄が可能か確認して、必要な支援が受けられる環境を整える	・麻痺の有無や、ADL/IADLの状態 ・自立した排泄を行うことができているか、介助が必要な状態か ・自立して排泄しやすい環境にあるか ・排泄介助に対する本人や家族の希望 ・本人や家族の生活リズム ・排尿・排便のパターン	かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		支援	66 本人や家族の生活リズムや生活習慣を確認して、必要な支援を行う	・本人・家族の生活リズム、生活習慣 ・排泄のリズム ・食事の状況、運動の状況 ・服薬の有無	かかりつけ医、看護師、薬剤師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
	4 コミュニケーション	コミュニケーションを難しくしている要因の特定	67 本人と家族のコミュニケーションの状態を把握する	・本人と家族のコミュニケーションの状態 ・本人・家族が抱えているストレス ・本人の疾病（失語症、麻痺等の症状の有無） ・本人の性格（もともとのコミュニケーションの状態） ➢本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認	看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			68 コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、専門職の支援を受けられる環境を整える	・本人と家族のコミュニケーションの状態 ・本人・家族が抱えているストレス ・本人の疾病（失語症、麻痺等の症状の有無） ・本人の性格（もともとのコミュニケーションの状態） ・抑うつ状態になっていないか、意識レベルの混濁や認知症の症状がみられないか ➢本人と家族の関係性の中で、コミュニケーションに不都合がないか、また、支援に入る介護職との間で、コミュニケーションの課題が生じることによる不都合がないかを確認 ➢抑うつ状態や意識レベルの混濁、認知症の症状が疑われる場合、情報を医療職と共有して判断を仰ぐ	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
		コミュニケーション方法の再構築	69 本人とのコミュニケーションが難しくなっている起因について、家族が理解できるように支援体制を整える	・コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解 ・今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか ・家族のストレスの状況	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員
			70 本人の状態を踏まえて、本人とコミュニケーションをとる方法を家族とともに考える	・本人と家族のコミュニケーションの状態 ・コミュニケーションの変化に対する家族の知識と理解 ・今後の状況について、家族が説明を受け理解しているかどうか ・家族のストレスの状況	かかりつけ医、看護師、PT/OT/ST、介護職、介護支援専門員

令和２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

2021（令和 3）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