

令和6年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査研究 報告書

MRI 三菱総合研究所

令和7(2025)年3月

ヘルスケア事業本部

目次

1. 事業概要.....	1
1.1 本事業の背景および目的	1
1.2 調査の進め方	1
1.3 検討委員会の実施	2
2. ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査(ヒアリング調査)	4
2.1 目的	4
2.2 調査対象	4
2.3 調査時期	5
2.4 調査方法	5
2.5 調査内容	5
2.6 調査結果	6
3. ケアプランデータの蓄積・活用の在り方に関する検討	28
3.1 目的	28
3.2 検討方法	28
3.3 検討結果	30
4. ケアプランデータ蓄積・活用の試行的な取り組み	38
4.1 目的	38
4.2 実施内容	38
4.3 実施結果	61
5. 本事業のまとめ	62

1. 事業概要

1.1 本事業の背景および目的

令和8年度までに構築予定の介護情報基盤の一部として、令和5年度より先行運用されているケアプランデータ連携システムは、個人情報保護法の規定を遵守する観点から、データを蓄積しない仕様となっている。

一方、今後、介護情報基盤にケアプランデータも蓄積していくことが想定されているが、どのような活用シーンがあるかは整理できていない。

本事業では、有識者等による検討会を開催の上、地方公共団体、介護事業所等へのアンケート調査やヒアリング調査等を行い、ケアプランデータ連携を蓄積することによる活用策を検討するとともに、試行・検証を行いつつ、報告書として取りまとめた。

1.2 調査の進め方

上記の目的を達成するため、本事業は以下の手順で実施した。

1.2.1 検討委員会の設置・開催

有識者及び関係団体(実務者含む)等から構成する会議体を設置し、本事業の実施方針及び、ケアプランデータの蓄積・活用に関する検討を行った。

1.2.2 ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査(ヒアリング調査)

本事業では、介護情報基盤に蓄積されるデータのうち、特にケアプランデータに着目し、そのケアプランデータの蓄積・活用の在り方について、①ケアプランデータの活用の想定主体、②ケアプランデータの活用に関する関係者等へのヒアリング調査を行った。

1.2.3 ケアプランデータの蓄積・活用の在り方に関する検討

介護情報基盤のデータの利活用は利用者及び国、保険者の地方公共団体、介護事業所、医療機関等の関係者へのメリットをもたらすことが期待されているが、その利活用シーンについてはまだ整理されていない。本事業では、介護情報基盤に蓄積されるデータのうち、特にケアプランデータに着目し、そのケアプランデータの蓄積・活用の在り方について、関係者別の整理を行った。

1.2.4 ケアプランデータ蓄積・活用の試行的な取り組み

ケアプランデータが蓄積され分析可能となることを想定し、生成 AI を活用することでケアプラン点検事業を支援または代替できるかを検証することを目的として、自治体における試行的な取り組みを行い、実現可能性に関する検討を行った。

1.2.5 報告書の作成

上記の検討と調査結果について、検討委員会での議論を踏まえて、報告書として取りまとめた。

1.3 検討委員会の実施

1.3.1 検討委員会の委員構成

検討委員会の委員構成は以下のとおり。

<委員>

- 生田 正幸 関西学院大学大学院人間福祉研究科 マネジメント 非常勤講師
- 伊丹 さち子 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会
常任協議員／制度・政策委員会 委員
- 大塚 洋幸 一般社団法人全国介護事業者連盟
ケアマネジメント在り方検討部会 委員
- 小出 顕生 公益社団法人国民健康保険中央会 審議役
(番号制度対策本部 介護保険・障害者総合支援担当)
番号制度対策本部部長事務取扱
- 七種 秀樹 一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
- 鈴木 朋美 淡路市健康福祉部長寿介護課 主幹
- 高野 龍昭 東洋大学福祉社会デザイン学部社会福祉学科 教授
- 高橋 和彦 一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会介護システム委員会
副委員長

○委員長 (敬称略・五十音順)(所属は令和7年3月時点)

<オブザーバー>

厚生労働省老健局高齢者支援課 介護業務効率化・生産性向上推進室

厚生労働省老健局高齢者支援課 高齢者居住支援係

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

<事務局>

株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア事業本部

株式会社三菱総合研究所 医療・介護 DX 本部
株式会社三菱総合研究所 ビジネス&データ・アナリティクス本部

1.3.2 検討委員会の開催状況

検討委員会の開催状況は下記のとおり。

図表 1 検討委員会の開催日と主な議題

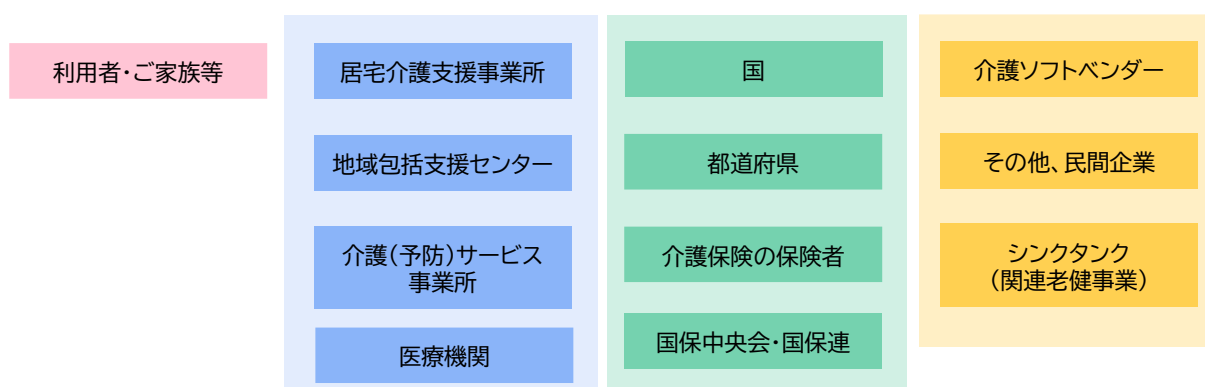
回	開催日	主な議題
第1回	令和6年12月11日(水)	● 事業計画(案)について
第2回	令和7年2月21日(金)	● 事業進捗のご報告 ● ケアプランデータの蓄積・活用の在り方に関する検討状況について ● ケアプランデータ蓄積・活用の試行的な取り組み状況について
第3回	令和7年3月19日(水)	● 報告書(案)について ➢ ケアプランデータの蓄積・活用の在り方に関する検討状況について ➢ ケアプランデータ蓄積・活用の試行的な取り組み状況について

2. ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査(ヒアリング調査)

2.1 目的

本事業では、介護情報基盤に蓄積されるデータのうち、特にケアプランデータに着目し、そのケアプランデータの蓄積・活用の在り方について、①ケアプランデータの活用の想定主体、②ケアプランデータの活用に関する関係者等へのヒアリング調査を行った。

図表 2 ヒアリング調査における関連主体



2.2 調査対象

本調査では、「居宅介護支援事業所」「介護(予防)サービス事業所」「地域包括支援センター」「医療機関」「保険者」「利用者・家族団体」の6つの主体に対する調査を実施した。それぞれの調査客体は以下のとおりとした。

図表 3 調査対象

調査対象		対象数	備考
居宅介護支援事業所		1	1法人3事業所分
介護(予防)サービス事業所	訪問看護ステーション	1	
	(地域密着型)通所介護	2	
地域包括支援センター		2	介護支援専門員協会推薦を含む
医療機関	診療所	1	
保険者		2	
利用者・家族団体		1	
合計		10	

2.3 調査時期

ヒアリング調査期間は令和7年2月から3月とした。

2.4 調査方法

対面、オンラインで実施した。

2.5 調査内容

主な調査項目は以下のとおりとした。

図表 4 主な調査項目

調査対象	主な調査項目
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none">● 事業所の基本情報● ケアプランの管理方法● ケアプランの活用・連携等● その他、ケアプランデータの利活用に期待すること
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none">● センターの基本情報● (介護予防)ケアプラン関連業務● 関連主体との連携● その他、ケアプランデータの利活用に期待すること
介護(予防)サービス事業所	<ul style="list-style-type: none">● 事業所の基本情報● ケアプランの受領・確認状況● ケアマネジャーへの報告書の提出状況● その他、ケアプランデータの利活用に期待すること
医療機関	<ul style="list-style-type: none">● 施設の基本情報● ケアプランの受領・確認状況● サービス担当者会議の開催・出席状況● 平常時のケアマネジャーとの連携状況● 入退院時のケアマネジャーとの連会状況● その他、ケアプランデータの利活用に期待すること
保険者	<ul style="list-style-type: none">● 担当課の基本情報● ケアプラン点検の内容● 給付適正化システムの活用状況や追加してほしい観点● 今後ケアプラン点検の自動化を目指す場合に期待すること● その他、ケアプランデータの利活用に期待すること
利用者・家族団体	<ul style="list-style-type: none">● 利用者について● 介護サービス利用状況● その他、ケアプランデータの利活用に期待すること

2.6 調査結果

2.6.1 居宅介護支援事業所

(1) 事業所の基本情報

居宅介護支援事業所 A
事業所の基本情報
職員の人数
<ul style="list-style-type: none">● 法人内で3カ所の居宅介護支援事業所があり、それぞれ16名、15名、10名のケアマネジャーが勤務している。● 法人内で事務職員を1名配置している。
利用者の人数
<ul style="list-style-type: none">● 利用者数は3事業所分をあわせて約 1,600 人。ケアマネジャー1人あたり担当者数に単純換算すると約 40 人程度である。

(2) ケアプランの管理方法

居宅介護支援事業所 A
ケアプランの管理方法
<ul style="list-style-type: none">● 介護ソフト上で作成・管理している。● 更新履歴及びバックアップについては、クラウド型の介護ソフトを使っているため、介護ソフト上で自動で管理されている。

(3) ケアプランの活用・連携等

居宅介護支援事業所 A
事業所内の活用状況
ケアプラン作成支援用の介護ソフトや AI 等の活用状況
<ul style="list-style-type: none">● 現在、音声入力された内容を自動で要約を作成してくれる機能を使っており、精度が高くなっていると感じているため、今後の活用可能性には期待している。● また、現場の介護支援専門員が作った AI による記録や課題分析の支援プログラムも活用を始めている。AI の活用については、ケアプラン作成に参考にできるものがあれば活用したいと考えており、特定疾患別のケアプランの提案等があると役に立つ。ただし、そのケアプランの根拠が一緒に提示されてこそ活用できると考えている。
管理者または主任ケアマネジャー等によるケアプランの確認状況
<ul style="list-style-type: none">● 第5表については運営基準を守っていることが必ず確認できるように、特にモニタリングの記録については、訪問した時間と場所、参加者(特にご本人が必ず含まれるように)を必ず記載する

<p>ようにケアマネジャーにも伝え、管理者の方でも確認している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● また、モニタリング結果については独自のモニタリング表を活用しながら、利用者の満足度や短期目標の達成状況等、毎回確認したことが明確に分かるようにしている。 ● 介護報酬請求の時期の月末月初の 10 日間は、5日間で記録を完了し、残りの5日間で記録を事業所内で手分けして確認をしている。内容の細かい確認まではしていないが、単純な会話内容の文字起こしにならないように、ケアマネジャーに書き方は伝えている。
<p>その他、アセスメントやモニタリングのための情報収集やリスクの予測等のご活用希望など</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 使えるものがあるのは良いが、費用が掛かることが一番の問題である。情報を活用できることでケアプランの価値は上がると思われるが、コストパフォーマンスによる。
<p>介護サービス事業所との連携</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● サービス事業所から個別援助計画は受領するが、ケアプランとの整合性までは確認していない ● LIFE 活用事業所から LIFE 情報をいただくことはあまりない。過去、関連実証に参加した経験からケアプランに活用できる内容も一部あると思われる。 ● サービス事業所の選定にあたって必要な情報は公開情報より、法人内のケアマネジャーの実体験にもとづく評価の方が信頼できるため、ケアマネジャーの情報の方を活用している。
<p>保険者との情報連携やケアプラン点検</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン点検については定期的に年1回ぐらい、特定の利用者の指名を受けて、該当する利用者のケアプランを提出している。 ● 提出したケアプランの内容については、アセスメントの内容とケアプランの内容の整合性の確認や、短期目標の文言(デイサービスでの入浴の順番の記載)等について指導を受けたことがある。また、

(4) その他

<p>居宅介護支援事業所 A</p>
<p>データ利活用による業務負担軽減の可能性について</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● データ分析による加算・減算の自動算定について、以前、退院・退所加算の退院カンファレンスの開催日に疑義があり、返戻したことがある。加算の算定要件について存在する保険者別のローカルルールが統一されると良い。 ● 他事業所のケアプランも参考にしたケアプランの自動作成・点検や、モニタリング結果に基づいた要介護認定の更新や区分変更の自動申請については、ケアマネジャーの視野は広がると思われる。正解のない業務のなかで、補助的なデータを示し、助言をもらえるのは良い。 ● もらえたデータは利用者・家族等と実際に申請するかについて議論する材料になると思われる。ただし、実際に申請するかは区分支給限度額等や自己負担額との兼ね合いがあるため、利用者・家族等との調整を行う役割が引き続きケアマネジャーに残られると思われる。

2.6.2 地域包括支援センター

(1) センターの基本情報

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
センターの基本情報	
職員の人数	
<ul style="list-style-type: none"> ● 機能強化専任職員 1 名、プランナー 6 名 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健師 2 名、社会福祉士 3 名(うち 1 名:認知症地域推進委員)、主任介護支援専門員 2 名、プランナー 1 名(専任)
利用者の人数	
<ul style="list-style-type: none"> ● 給付管理者は 304 名 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要支援 1:約 200 名、要支援 2:約 240 名、事業対象者:98 名(高齢者人口は約 9,500 名)。
PC や介護ソフト、ネットワーク環境等の状況	
<ul style="list-style-type: none"> ● 7 台の PC を使用している。 ● 給付管理システムは、ND ソフトの地域包括システムを市指定ではなく法人として活用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ネットに繋がった PC が 9 台あり、介護ソフトが入っている。 ● 65 歳以上の住民基本台帳に基づく全データが格納された PC が市から 1 台貸与されているが、ネットに繋がっておらずプリンターも独立している。 ● 事業所の方針として、相談記録はデータと日誌で管理している。包括支援センター毎に管理方法は異なる。

(2) 地域包括支援センターとしての業務

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
地域包括支援センターとしての業務	
介護予防ケアマネジメントや介護予防支援のセンター内での実施状況	
介護予防ケアプランの作成状況	
<ul style="list-style-type: none"> ● 直営が 160 件程、委託が 140 件程であり、プランナーの離職状況に応じて委託件数を調整している。プランナー1 名が 40 名程の利用者を担当している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 市との契約で法人ごとに年間担当プラン数に上限があり、センターでは年間 60 名分を担当している。専任は 1-2 件、プランナーは 30 件、その他は外部委託している。市内全域の約 60 か所のケアマネ事業所に委託している。 ● 入口相談は包括支援センターで受け付け、認定のタイミングや暫定的にサービス導入を急ぐ必要がある場合は外部の居宅介護支援事業所に相談している。委託を受けられる事業所も少なくなっており、ケアマネジャーからケアプランの件数状況を確認し、関係性を維持しつつ情報収集している。事業所ごとの余力がネット等で一覧できると助かる。収益や手続きの煩雑さから介護予防ケアマネジメントの実施意向がない事業所も少なくない。
用いている様式	
<ul style="list-style-type: none"> ● 厚生労働省標準様式を使用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 厚生労働省標準様式を使用している。 ● 初回と見直し時期に提出する帳票は市内で統一して取り決められている。 ● 事例検討の際に、課題整理総括表を使用している。 ● アセスメント表は国標準様式の 4 項目を主として使用している。
ケアプラン作成時に重視している情報	
<ul style="list-style-type: none"> ● 介護と予防のケアプランは別物である認識であり、介護の課題分析標準項目は予防の参考にならない。介護では死亡リスクに手を打ったためのプランで、予防のプランは自己実現の観点が必要だと考えており、アセスメント時で重点的に聞き取りしている。 ● 他の情報源は、認定時の調査票と主治医の意見書の写しを参考にしてプラン作成してい 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防ケアマネジメント研修を市独自で実施している。要支援の方に対して、支援が必要になった経緯やセルフケアに活かせるインフォーマルな資源の状況、これまで参加していた活動、要支援の対象となったことで諦めたこと、地域の状況を把握するよう伝達している。 ● 生活歴について

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
<p>る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 生活歴は初回の訪問とアセスメント情報の聞き取りの際に、本人・家族から伺い利用者基本情報の裏面に時系列で記載している。 ➤ 引継ぎの際、市内の異動は本人同意を得て情報共有している。市外の場合は情報がないケースがあり、外部情報提供手続きの必要性や経費の有無等により取り寄せは検討している。 ➤ 転入前の情報があると、転入後の生活の変化が見えやすくケアプランに反映できる。リスク回避にも繋がるため過去の情報は有用である。 <ul style="list-style-type: none"> ● インフォーマルサービスについて <ul style="list-style-type: none"> ➤ 市内全包括センターで社会資源情報を共通の様式でまとめている。中身はセンター毎に住民主体での取組みを記載している。当センターでは、インフォーマルサポート状況をカテゴリ別のファイリングし定期的(年 1 回)に中身の更新している。 ➤ 小学校区毎に高齢者サロンを作ったが、「既存の高齢者サロンが満員状態で、新規の介護予防参加の空きがない」という課題がある。新たな集いの場の創設を検討しており、在宅支援リハビリセンターと連携し介護予防の仕掛作りをしている。前期高齢者介護予防に取り組むと効果がある方に参加いただけるように取り組みたいという目標を設定している。高齢者自身が担い手となることが介護予防の一環になるように、サポーター要請にも注力している。
介護予防ケアマネジメント、介護予防支援の居宅介護支援事業所への委託状況	
委託している場合の、居宅介護支援事業所側の作成書類	
<ul style="list-style-type: none"> ● 様式は、国や県版が主であるが、それ以外のケースもある。 ● 利用票・提供票のやりとりはある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防ケアマネジメント関連帳票は厚生労働省が示しているものを使用している。市ではケアプランと基本チェックリストを必ず提出

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
<ul style="list-style-type: none"> ● 市にはサービス利用状況報告書(サービス内容、変更内容、利用者状況等)の様式があり、毎月のサービス実施状況を事業所から包括支援センター・委託先に報告する。 	<p>していただいている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自立支援型地域ケア会議では課題整理総括表、支援経過記録、給付管理関連書類を提出いただいている。給付管理では管理表、実績がわかる利用票、別表の3点を提出いただき、包括支援センターでソフトに入力し一括請求している。支援経過記録は、プラン見直しと給付管理の際に、モニタリング結果を提出いただいている。利用状況の報告書の提出有無はケアマネジャーによる。
<p>居宅介護支援事業所から書類を受け取った後の地域包括支援センター内の業務</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 請求情報は介護ソフトに打ち込んでいる。定額サービス内容・単位数は、担当者が事業所からの内容と突合し国保連に給付管理票の提出および計画費の請求をしている。 ● 委託の場合、担当者が、実績ベースの単位数をシステムに入力するため把握している。 ● 直営の場合、利用者に毎月電話等でモニタリングして把握している。細かい実績(月定額に関わる大きな変更以外)の裏取りはしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● サービス担当者会議でプランの原案を全員で分担して確認している。
<p>地域ケア会議の開催状況</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 委託で、個別ケア会議(検討すべき事例が発生した際に)と包括圏域会議(医師、サービス事業所、ケアマネ、町内会、民生委員、社協等が参加)を開催している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 市では自立支援型の地域ケア会議において、介護予防により取り組んでいただきたいケースは目標設定や支援内容をチェックして事例提供の根拠となるケース選定をしている。短期集中型サービス終了後の方向性についても協議ができるようプランチェックしている。
<p>ケアプラン点検の実施状況</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 数年に1度、市がケアマネジメント実施状況把握のために事業評価として点検を受けることがある。また、介護予防支援の運営指導で事前に提出した帳票類に対してヒアリングを受けることはある。 ● 提出する帳票は、直近数か月分のケアプラン(週間スケジュール表と本票)、利用状況報告書、モニタリングの記録、支援経過記録である。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 委託分のケアプランの確認はしている。 ● 実地指導対策としての介護予防と居宅介護支援の自己点検表の整理はしているが活用率は低い。市からの予防のケアプラン点検はない。 ● 包括支援センターの事業評価は、年に1度、厚生労働省標準様式で報告している。別途、毎年、地域包括ケアシステムの中の項目の評価は受けており、その中に介護予防マネジメ

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防支援の運営指導のポイントは、日ごとの整合性(プラン作成日とサイン日)、暫定プランと確定プラン、例外給付、医療系サービス等。介護予防ケアマネジメントの事業評価では自立支援について確認するため、総合事業利用者のプラン提出を求められる。 	<p>ントの項目が少し包含されている。レーダーチャートで評価がフィードバックされ、他のセンターとの比較ができる。</p>
<p>その他、ケアプラン関連業務</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 自主グループ関連で、地域向けのケアマネジメントのような取組みがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 以前は、初回から相当サービスに繋がった利用者についてはプランを市に提出するシステムがあり、どのような傾向の方が相当サービスに繋がるか分析をしていた。分析した結果を各包括支援センターに報告し、包括支援センターが圏域内の事業所に共有していた。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 基本チェックリストの10項目以上に該当、認知症、90歳以上の男性、90代後半の女性、高度難聴、退院直後(心疾患肺機能低下)という特徴が得られた。 ➢ ケアプランチェックがなくなった理由は、①システムが浸透し短期集中型に注力する意識付けができ、②提出していたプランから行政主導型の地域ケア会議に事例を選定されて多職種で検討していたが、コロナにより開催できなくなったからである。

(3) (介護予防)ケアプラン関連業務

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
(介護予防)ケアプラン関連業務について	
ケアプランの内容の活用状況	
<ul style="list-style-type: none"> ● 集計は月例報告で詳細に求められるため実施している。利用者を一覧化した自前のエクセルを用いて、担当者ごとに介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの数を報告している。中身の分析は実施していない。 ● ケアプラン作成に関連する AI 活用例はない。課題分析標準項目の入力はしていないため、AI が考えるベースとなるデータがない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防への取組みを強めたいプランについて、目標設定や支援内容を把握して事例提供の根拠となるケース選定に活用している。
ケアプランの作成のために必要な追加情報や課題があれば教えてください。	
<ul style="list-style-type: none"> ● 記録に係る作業が負担である。総合相談で 1 時間、記録整理に 1 時間以上かかる。面談相手に合わせて、誰が見ても理解できるように整える作業に手間がかかる。 ● ヒアリングや記録が担当者目線に寄りすぎるのがリスクになる。AI 活用により面談内容をフラットに要約・整理できれば助かる。客観的な捉え方が職員のスキルに依存しているため、職員がヒアリングのポイントを学習できるシステムがあるとよい。 ● 現状のケアプランは玉石混交の「石」が多いことが懸念される。そもそも何がよいケアプランか知る必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活歴やインフォーマルサービスの状況に関する情報が追加であると良い。

(4) 関連主体との連携について

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
関連主体との連携について	
(介護予防)サービス事業所との連携	
<ul style="list-style-type: none"> ● 毎月のサービス実施状況を事業所から報告を受けている。 ● 包括圏域会議を開催し、サービス事業所に参加していただいている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 短期集中型サービスの利用者は包括支援センターが管理し、評価会議を経て必要な人は委託に出す流れとなっている。要支援2の方で疾患に注目し、要介護へ移行する可能性があるケースは、主治医の意見書と認定調査票を確認したうえで、委託に出すか選別している。 ● 市内の短期集中型デイサービスは介護サービスと併設されている場合がほとんどである。短期集中型は体力測定データの分析結果を、目標の達成状況とともに事業所から報告していただいている。担当者会議で目標を確認し、セルフケアの指導をセラピストから実施していただいている。
医療機関との連携	
<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関訪問時の利用者との同行同席に時間がかかる。医師側の意識(ケアプランを確認したい医師がどの程度いるか)の問題もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 通所サービスに繋ぐ場合は、介護予防事業に参加する際の情報提供書を提供いただいている。プランの交付や主治医との連絡の徹底はできている。
利用者や家族との情報連携	
<ul style="list-style-type: none"> ● 聞き取りなし。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画書の説明時にセルフケアとインフォーマルサービスを示し、本人と家族に取組んでほしい内容について役割分担を明確にして記載するよう指導がある。 ● 包括支援センター内でのダブルチェックはほとんどない。 ● キーパーソンの状況(緊急時連絡先や世帯状況)についてタイムリーな報告がないこともあったため、注意深く確認するようになった。

(5) その他

地域包括支援センターA	地域包括支援センターB
データ利活用による解決が望ましい業務	
<ul style="list-style-type: none"> ● 相談記録の要約にかかる時間を削減できるシステムがあるとよい。包括支援センターでの相談内容は多様であり定型化できる部分が少ないが、定型的な相談もあるためパターンの用意は可能であると思われる。 ● 予防のケアプランは、利用者との対話の中で作成するものであり、事務所で作業する内容ではないため、対話の場で利用者との交渉をリアルタイムで補助できるシステムでないと役立ち難い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● リスクの見落としや情報の抜け漏れについて、客観的な視点で確認できるとよい。 ● 事業所からの報告で確認できない内容(口腔や栄養)や効果が図りにくいケースがあるため、加算を取っている項目のフィードバックがわかりやすい形であるとよい。 ● ケアマネジャーも LIFE の活用方法が不明瞭という状況である。

2.6.3 介護(予防)サービス事業所

(1) 事業所の基本情報

通所介護事業所 A	通所介護事業所 B	訪問看護ステーション
事業所の基本情報		
<ul style="list-style-type: none"> ● 職員の人数については、看護職員 3 名、介護職員 9 名が配置されている。併設の訪問介護事業所と兼務している職員がほとんどである。 ● 利用者の人数は 45 名、事業所の新規開設に伴い、ケアマネジャーから紹介を受けて、他の通所介護事業所から移られた利用者が多くを占めている。特に、医療依存度の高い利用者を紹介いただくケースが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 職員の人数については、理学療法士 1 名(所長兼務)、介護福祉士 1 名、作業療法士 1 名、介護職員 1 名、事務員 1 名。 ● 前職から関わりのあるケアマネジャーからの紹介や、前職の利用者が移られるケースがある。営業はしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 職員の人数については、常勤(兼務)で、看護師 8 名、理学療法士 3 名、作業療法士 1 名、事務員 2 名。(介護情報公表システムより)。 ● 利用者の人数は約 180 人。

(2) ケアプランの受領状況

通所介護事業所 A	通所介護事業所 B	訪問看護ステーション
ケアプランの受領状況		
ケアプランの受領方法		
<ul style="list-style-type: none"> ● 紙ベースの受領が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアマネジャーから直接手渡し、または郵送が多い。県全体でもデータ連携はほとんど利用されていない。 ● ケアプラン原案をもとにサービス担当者会議で話す、原案はほとんど出来上がっていることが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● FAX が一番多く、一部郵送もある。データ連携はしていない。
サービス計画書作成時にケアプランの中で参考にする内容		
<ul style="list-style-type: none"> ● 生活の意向と、本人・家族がサービスを利用している経緯、ケアマネジャーが通所サービスにどのようなニーズを見出して利用に至ったか、 	<ul style="list-style-type: none"> ● 体調管理や、日常生活動作の目標、求められている活動参加の目標は確認している。ケアプランに記載された目標は本人のニーズのまま 	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回は管理者と担当スタッフが立ち会うため目標に沿った計画を作成しているが、途中から担当スタッフに引き継ぐため、プラン内容に

通所介護事業所 A	通所介護事業所 B	訪問看護ステーション
<p>背景情報を把握するために参考にする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日々の生活と通所サービスに求められるニーズは異なるため、別途深掘りする必要がある。 	<p>であり、課題を抽出した上の目標になっておらず書き換えるケースが多い。達成の難易度調整も難しく達成できない場合、事業所の責任になることもある。専門職の意見を取り入れ難易度を調整することが理想ではある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ケアマネジャーから提供されたケアプランの中に、基本情報のフェースシートや、LIFE関連情報として診断日、日常生活自立度、主治医意見書に関する内容が抜けていることもある。特に、ケアマネジャーが担当するよりも前の医療情報は提供してもらうのが難しい場合がある。 	<p>応じた対応の有無は個人差がある。訪問看護計画書の見直し月や区分変更時の参考になっている。</p>
サービス計画書作成時に他に参考になっている情報について		
<ul style="list-style-type: none"> ● サービス利用表・提供票で、他に利用しているサービスを確認している。 ● 初回サービス利用時に、過去の取り組みや今できていないこと、希望や能力を把握している。 ● 情報の転記に関しては、現状課題を感じていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家屋調査等、独自に事前入手した情報から作成するケースがある。 ● 退院カンファレンスは可能な限り参加し、利用者に関わる上でのリスク面を確認している。専門職にとっても状況の完全な把握は困難であるため、ケアマネジャーを介した医療情報の共有は重要である。 ● 家族に照会することはあるが、正確性が乏しい。ケアマネジャーに問い合わせると仕事を増やすことに繋がるため聞きにくいケースもある。 ● 主治医意見書を直接、確認 	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護は医療系サービスという特性上、ケアプランから計画を立てるより主治医からの訪問看護指示書を優先している傾向はある。

通所介護事業所 A	通所介護事業所 B	訪問看護ステーション
	できないことは違和感があり、ケアマネジャーを介すことに不便を感じる。	
ケアマネジャーとの連携状況		
ケアマネジャーとの連携状況		
<ul style="list-style-type: none"> ● ケアマネジャーから利用者の希望に合わせたサービスを依頼される。 ● サービス量や福祉用具の必要性、介護保険の限度額の確認もしている。通所事業所としての意見はケアマネジャーに伝えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療情報等、不測の情報について共有が必要な際にはケアマネジャーに連絡している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 初回はサービス担当者会議を必ず開催・出席する。都合がつかない場合は電話でケアマネジャーの意向を確認し、訪問看護側の意見も述べる。 ● 利用者の状態が変化した時や、福祉用具の検討の必要性を感じた際はケアマネジャーに伝えている。 ● 意見を伝えた上で、ケアプランの最終確定版は紙ベースで受領・確認・管理している。提供票等をタブレットで画像として取り込むため、担当以外のスタッフとの連携に有用であると感じている。

(3) ケアマネジャーへの報告書の提出状況

通所介護事業所 A	通所介護事業所 B	訪問看護ステーション
ケアマネジャーへの報告書の提出状況		
ケアマネジャーへの報告書の提出状況		
<ul style="list-style-type: none"> ● 報告書を交付している。 ● ケアマネジャーから修正依頼等はないが、計画に組み込んでほしいプログラム等の追加の打診はあり、適宜変更する場合がある。 ● 業務効率化と情報量の観点から、利用者のケース記録を利用回数分、同封するようになっている。 ● 報告書を受け、ケアマネジャーから数値記録を見て、利用者の反応や改善の効果などの確認を受けることがある。記載できる文字数に限りがあるため、様子がわかる写真を提供するようになっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 報告書を交付している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 報告書を交付している。 ● 報告書はリアルタイムの内容ではないため、別途電話・メールで連絡している。 ● 目標達成状況については照会がある場合もあり、サービス担当者会議や電話で伝えるようになっている。

(4) その他、ケアプランデータの利活用に期待すること

通所介護事業所 A	通所介護事業所 B	訪問看護ステーション
その他		
ケアプランで不足している内容や課題		
<ul style="list-style-type: none"> ● 個別化されていないケアプランも多く、ケアマネジャーのレベル差は感じる。通所側で個別に確認する必要がある記載が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療的な情報(病歴や診断日、自立度、主治医意見書の内容)が不足し、どこまでのリスク管理が必要か不明瞭なケアプランが多く、トラブルに繋がる懸念を感じている。リスクを考えると問題のない程度のサービスしか提供できない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特になし。
ケアプランデータの利活用に期待すること		
<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者のニーズも多様化しているため、ケアプラン作成補助 AI 等の必要性は高まると考える。 ● AIによるリスク評価も、ケア内容の検討や目標設定に役立つ。目標を維持か向上か適切に設定できるとよい。 ● 介護情報基盤が実際に現場に普及するか懸念はある。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1人の利用者に対して同じ情報が共有・統一できる仕組みがあると手間が削減される。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護計画書を AI で作成している訪問看護師もいる。個別性の観点では手直しは必要だと思うが、基本的な部分は AI を活用できると効率化に繋がる。 ● 意思決定の時に、利用者に対して適したアプローチ方法を補助してくれるとよい。(カスタマーハラスメントへの対策にもなり得る。)

2.6.4 医療機関

(1) ケアプランの受領・確認状況

医療機関 A
ケアプランの受領・確認状況
連携している居宅介護支援事業所
● 30-50 か所程度である。
文書等の共有状況
● ケアプランや訪問看護指示書を含め、監査対応への都合もあり紙ベースのやりとりが多い。
ケアプランで確認している項目
● 本人・家族の意向や状況、生活や介護に関する状況等、医療では得にくい情報を参考にしている。特に在宅診療の患者にはケアプランに合わせた訪問診療を実施している。 ● 訪問入浴等のサービス利用状況や一日の流れも参考にしている。
サービス提供票・利用票の受領状況
● 受領しない場合が多い。

(2) サービス担当者会議の開催・出席状況

医療機関 A
サービス担当者会議の開催・出席状況
サービス担当者会議の開催・出席状況
● 訪問診療に合わせて開催する場合は出席する。看護師が代理で出席したり、オンラインで出席したり、サービス提供票や ICT ツールでの連携等で状況に合わせて対応している。

(3) 平常時のケアマネジャーとの連携状況

医療機関 A
平常時のケアマネジャーとの連携状況
ケアマネジャーとの連携方法
● 在宅サービスを利用している患者や、認知症が進行した患者を担当しているケアマネジャーとは地域の ICT ネットワークを活用してより深く連携している。
ケアマネジャーへの共有内容
● 患者からケアマネジャーへの相談内容や、医療的な変化について情報共有している。
ケアマネジャーからの意見の照会
● 施設や地域によるが、FAX でのやりとりが多い。 ● ケアプラン作成時の内容に関する意見や、要介護度が低い患者でも特例の対応が必要な場合は意見を求められる。

● 治療に関する今後の見通しや訪問看護・訪問診療の頻度については意見を伝えている。
通院に同行するケアマネジャーについて
● 多くない。認知症が進行した患者や、在宅医療を導入したばかりの患者に同行している。

(4) 入退院時のケアマネジャーとの連携状況

医療機関 A
入退院時のケアマネジャーとの連携状況
入院時の情報提供書の提供依頼の有無
● 診療を担当した患者の入院時だけでなく、直接診ていない患者についてもケアマネジャーまたは訪問看護師から連絡を受け紹介状を作成することがある。
入退院時の情報の引継ぎ
● 病院から直接受領する場合と、ケアマネジャーを介する場合がある。 ● 地域に入退院の情報共有フォーマットがあり活用する場合が多い。 ● 地域の ICT 連携ツールは直接入力・共有でき一部の人は活用しているが、現状は紙ベースの連携が多い。
退院時のケアプラン作成に係る手続き
● 新規作成時と同様である。

(5) その他、ケアプランデータの利活用に期待すること

医療機関 A
その他
ケアプランデータの利活用に期待すること
● ケアプランの中身が、普段のやり取りとリアルタイムで連動できる仕組みがあるとよい。
医療施設で確認したい介護に関する情報
● サービス利用状況をリアルタイムで把握できるとよい。 ● 自費で利用しているサービスも把握できるとよい。 ● 栄養状態、口腔状態、ADL の評価は医療でも重要な指標であり、利用者個人と施設や全国のデータが比較できるのは有用である。
退院時のケアプラン作成に係る手続き
● 新規作成時と同様である。
サービス利用状況の確認方法
● ICT 連携ツールや電話でのやりとりでの確認が主である。AI 等を活用してそのような業務が連続性をもって簡単にできると、質の高いケアにも繋がりが得る。

2.6.5 保険者

自治体 A	自治体 B
自治体の基本情報	
<ul style="list-style-type: none"> ● 第9期介護保険事業計画時点、人口約 10 万人、高齢化率約 22%。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第9期介護保険事業計画時点、人口約 15 万人、高齢化率約 32%。
ケアプラン点検の内容	
提出帳票	
<ul style="list-style-type: none"> ● 提出帳票については、アセスメントシートとケアプラン第1～3表を提出してもらっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 提出帳票については、アセスメントシートからケアプラン第1～5表までを提出してもらっている。
ケアプラン点検の対象	
<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン点検の対象については、年に 10 か所の居宅介護支援事業所を選定し、任意でケアマネジャーが提出するケアプランを選んでいる。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ ケアマネジャーにとっては、対象となるのは数年間に一度。効果が見えづらいことは課題である。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン点検の対象については、職員が現実的に担当できる件数に鑑み、月8件行っている。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 要介護1～3の方で、デイサービスに月3以上通われている、90 歳以下で抽出している。 ➢ 要介護4～5になると、終末期の話になり、自立支援の観点ではなくなる点、困難事例も多く、ケアマネの相談の場になることもあるため、上記の要件を設定している。
ケアプラン点検業務の事務負担	
<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン点検にかかる時間としては、まず3時間ぐらいかけて明らかに職員の目から見ても足りないものを確認し、もう一度追加書類を記入してもらい、担当ケアマネジャーとの打ち合わせの場でも確認をしている。打合せの準備のために、担当職員(主任ケアマネ)が2時間ぐらいかけながら事前に、質問内容を整理している。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 会計年度別にケアマネ経験をもつ、専従職員2名がケアプランを読みながら点検をしている。ケアプラン点検にかかる時間としては、ケアプランを読み込む時間がケアプラン1件につき3日ぐらいにかかると思う。
ケアプラン点検の観点・方法	
<ul style="list-style-type: none"> ● 点検の観点については、ケアプランそのものの点検よりアセスメントシートに本人のニーズが整理されているか等を重視している。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ アセスメントシートの内容ちゃんとケアプランと対応しているか、そこから長期・短期目標と手段(誰がいつ、どうや 	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン点検にあたっては、国のケアプラン点検項目マニュアルを活用しており、エクセルも手作業で入力している。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ ケアプラン点検項目マニュアルにもとづいて、適切なケアマネジメント手法も取り入れた評価表を独自で作っている。

自治体 A	自治体 B
<p>るか)の流れを確認している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 現在は、ケアプランの内容自体よりアセスメントの過程でのケアマネジャーの判断、専門職の意見、ご本人や家族のニーズが整理されているか(に途中で利用者からケアマネの言葉に切り替えられていないか)について確認しているにとどまっている。 ➤ 「生活歴」のなかのご本人の人生において良かった時期に近づけられるケアプランになっているか、「主訴・意向」をちゃんと聞いているかも重視しながらみている。ご本人にとっての楽しみが、家族や事業所のものにすり替わる場合があり、そこは注意している。 ➤ 「意向・意見・判断」にケアマネの判断の記述だけになっているかも確認している。利用者の要望が少ないケースもあるため、ご本人・家族等のニーズが見えづらい場合もあり、その方の人となりや生活歴をみるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 一つずつ読み込みながらどこが足りないかを作成し、担当ケアマネとの面談を行い、その面談内容を評価として作成して送っている。 ● 点検の観点については、アセスメント結果から課題を導き出して、利用者の状態にあったケアプランになっているかを主に確認している。
ケアプラン点検結果の確認	
<ul style="list-style-type: none"> ● 点検結果の確認について、再度提出してもらわないのは二度手間になるため、別途行っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 点検結果については、再提出は求めている。以前は半年後に提出してもらってチェックしていたが、事業所側の負担が大きい。
今後ケアプラン点検の自動化を目指す場合に期待すること	
<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン点検のために提出してもらっている追加書類の書き方の指導をしてくれるツールが追加されると良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 現在のケアプラン点検項目マニュアルだけだとスコアしかでない、点数以外にも使用した文章や、理由・不足点があり、そこを確認できれば、面談のときにケアマネにこの内容をもとに伝えることもできると思われる。 ● 見る人によって偏りも出るが、客観的な視点から出ると、アドバイスする側も今までとは違う視点からもみられる。 ● ケアマネジャー1名につき2年に1回ケアプラン点検を受けているが、2年前と比較してどのように改善されているか見られると良い。

自治体 A	自治体 B
その他、ケアプランデータの利活用に期待すること	
<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプランについては、運営指導のときや、軽度者の福祉用具貸与の例外給付や訪問回数の多いケアプラン等のときにも提出いただいている。提出件数として年間 20 件は超えないが、一件あたりの確認時間が2～3時間ぐらいはかかる。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 人の目で確認するため、担当者が変わるとずれが出てくる。機械的に一律の基準で見てもらえると良い。 ● ケアプランの目標の設定期間について、かなり期間を長く取っている利用者や、事業所一律で同じ期間を設定している場合もある。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 目標終了期間が定められているか、期間内に収められる内容になっているかは観点として入れているが、その期間が適切か専門的に判断するのは難しく、支援できるツールがあると良い。 	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプランデータ件数が蓄積されることで、地域課題の傾向が把握できると良い。

2.6.6 利用者・家族団体

(1) 利用者について

家族 A
利用者について
要介護認定区分の変遷
<ul style="list-style-type: none"> ● 初めて要介護認定を受けたとき(2015年)から現在(インタビュー時点)まで要介護2である。
居住環境
<ul style="list-style-type: none"> ● 家族と同居している。 ● 車いすを使用しているが、段差や手すりなどの住宅改修はおこなっていない。
介護サービス利用開始時期
<ul style="list-style-type: none"> ● 以前は、リハビリ特化型デイサービス(週1回)と、特別養護老人ホーム併設デイサービス(週1回)を利用していた。 ● 現在はリハビリが厳しくなり、特別養護老人ホーム併設デイサービス(週2回)のみ利用している。
サービス利用状況
<ul style="list-style-type: none"> ● ICT連携ツールや電話でのやりとりでの確認が主である。AI等を活用してそのような業務が連続性をもって簡単にできると、質の高いケアにも繋がりが得る。
担当ケアマネジャー
<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護認定時(2015年)から昨年(2024年)まで同じケアマネジャーが担当していたが、担当者の定年退職を理由に現在のケアマネジャーに変更となった。 ● 以前別の親族の介護で利用経験のある事業所であったため引き続き利用した。 ● 引継ぎは滞りなく実施されていたが、コロナによりケアマネジャーと利用者とのコミュニケーションが制限された時期と利用者の難聴もあり、ケアマネジャーは苦勞しているように感じた。

(2) 介護サービス利用状況(詳細)

家族 A
介護サービス利用の詳細
ケアプランの説明・同意の方法
<ul style="list-style-type: none"> ● 担当ケアマネジャーの変更時も、目標等の大きな変更はなく、利用者自身でできることは、なるべく介入しない方針である。
サービス事業所選定理由
<ul style="list-style-type: none"> ● 市内の事業所を月1回訪問して市に報告する事業に10年ほど参加しており、サービス事業所を比較した上で選定することができた。 ● 一般の方が選定するうえでは、事業所の見学が重要である。男性の利用を検討する際には、利用者の男女比率などを確認すべきである。 ● ケアマネジャーが事業所の特徴を的確に伝える努力と、利用者がケアマネジャーに目的を明確に

伝えることが必要である。

- 患者団体の交流会で参考になる事例を聞くことができる。ケアマネジャーより情報が得られる場合がある。
- 送迎時間について意見を伝え、その通りに調整いただいた。

(3) その他、ケアプランデータの利活用に期待すること

家族 A
ケアプランデータの利活用方法に関するニーズ
AIによる利用者の今後の状態の予測
● 多くの家族は「認知機能の低下」をマイナスに捉えるため、本人と家族の認識のずれを加味した予測であるとよい。(ネガティブな要素になりすぎない内容の予測であるとよい。)
ケアマネジャーのモニタリング結果を受けた要介護度の区分変更の自動化
● 要介護度が上がることで、サービスの利用可能性は広がるが、利用料は増えることが懸念される。
ケアプランデータの利活用について今後期待すること
● 認知機能の低下も千差万別であるため、事例を多く蓄積し、例えば「●●をしたら、改善がみられた」など希望が持てるような情報を提示や、状況に合わせて選択肢の提案ができる活用が望ましい。そのためには、介護サービスの利便性やケアマネジャーの伝え方の教育等が必要であると思われる。

3. ケアプランデータの蓄積・活用の在り方に関する検討

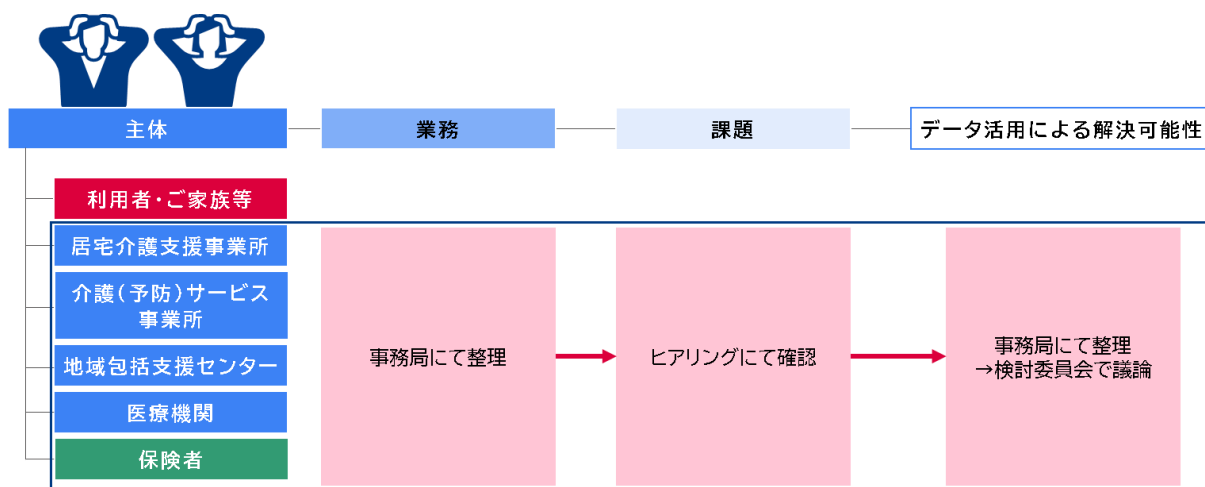
3.1 目的

介護情報基盤のデータの利活用は利用者及び国、保険者の地方公共団体、介護事業所、医療機関等の関係者へのメリットをもたらすことが期待されているが、その利活用シーンについてはまだ整理されていない。本事業では、介護情報基盤に蓄積されるデータのうち、特にケアプランデータに着目し、そのケアプランデータの蓄積・活用の在り方について、関係者別の整理を行った。

3.2 検討方法

関係主体別に現在、ケアプランを活用する業務を整理し、それぞれの業務に関する課題とその課題のデータ活用による解決可能性について検討を行った。事務局にて整理した課題およびデータ活用による解決可能性については、前述の「2. ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査(ヒアリング調査)」で把握された意見や検討委員会における意見も追加しながら整理を行った。

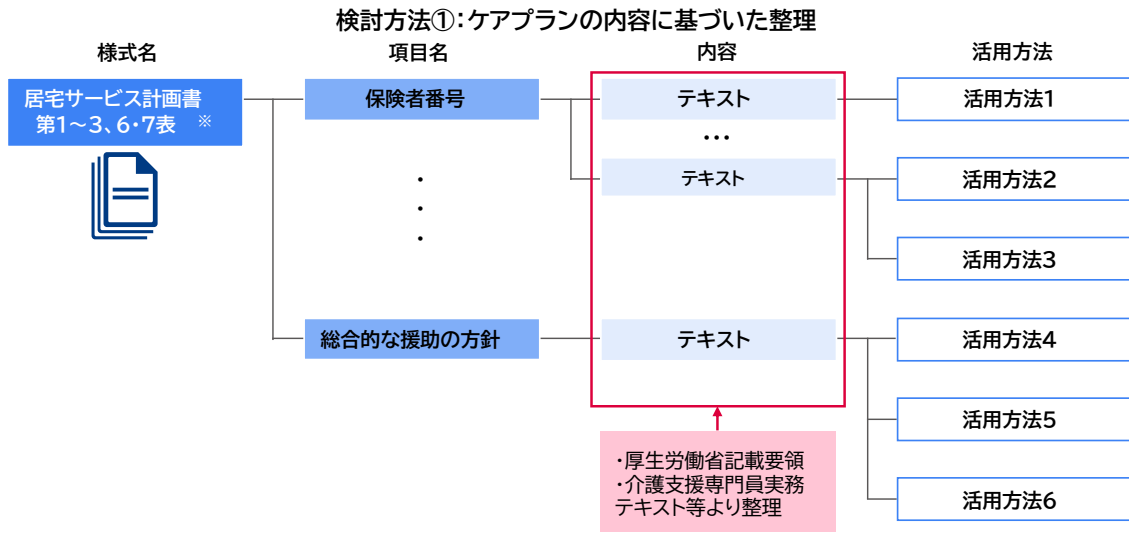
図表 5 検討方法①:関連主体・業務に基づいた整理(イメージ)



また、上記のデータ活用による解決可能性については、現在、ケアプランに含まれているデータの内容を精査し、活用方法について詳細な検討を行った。

ケアプランの内容については、厚生労働省の記載要領や介護支援専門員実務研修テキスト等より整理し、また実際のケアプランの記載内容をもとに、事務局でのケアプランデータの活用策に関する仮説を整理した。

図表 6 検討方法②:ケアプランの内容に基づいた整理(イメージ)



3.3 検討結果

一つ目の検討事項である、関連主体・業務に基づいた整理については、居宅介護支援事業所内(地域包括支援センター内も共通)および、居宅介護支援事業所とケアプランデータの共有を行う関連主体であるサービス事業所(インフォーマルサービスを含む)、医療機関、利用者・家族等に加え、ケアプランの確認等を行う保険者別に、活用場面を整理し、業務内容を整理した上で、データ利活用について活用方法や必要なインプットデータの種類・範囲、またそのデータ利活用のメリットや関連システム、課題等について整理を行った。データ利活用の方法は様々であったが、中でも特に、「アセスメント→ケアプラン→個別サービス計画」の一連の整合性の確認等によるケアマネジメントの質の向上、運営基準等との整合の確認等による居宅介護支援事業所の運営等の業務効率化、加算の算定要件の機械的確認による自動算定、またそのデータを活用したケアプラン点検や運営指導等の保険者の業務効率化等が考えられた。

図表 7 検討方法①:関連主体・業務に基づいた整理結果

#	活用場面	内容		主体	データ利活用							
		大分類	中分類		活用方法	INPUT		メリット	関連システム	課題	備考	
						データの種類 (ケアプラン:居宅サービス計画書第1~3表)	データの範囲					
1	居宅介護支援事業所内(地域包括支援センター内も共通)	ケアプランの作成	アセスメント	ケアマネジャー								
			ケアプランの作成		ケアプラン作成AI	居宅サービス計画書一式	他事業所分を含む	ケアマネジャーの業務効率化	介護ソフト	介護情報基盤でデータを蓄積して活用する場合、学習データが増えるため、より精度の高いAIの開発が可能となる	介護サービス事業所や医療機関への提供も可能	
					リスクの予測	居宅サービス計画書一式	他事業所分を含む					
			サービス担当者会議の開催									
			ケアプランの交付									
			サービス提供票の作成									
			サービス提供票の交付									
			モニタリング・再アセスメント		利用者の要介護度の変化の把握、区分変更の必要性の確認	居宅サービス計画書第5表	個別利用者分	適切なケアマネジメントの提供	介護ソフト			
					ケアプランの見直し要否の提案	居宅サービス計画書第5表	個別利用者分	適切なケアマネジメントの提供	介護ソフト			
			ケアプランの確認			管理者、主任ケアマネジャー	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認	アセスメントシート、ケアプラン第1~3表	個別利用者分	ケアマネジメントの質の向上	介護ソフト	アセスメント様式の標準化、帳票間の関係性の整理が必要である
		運営基準との整合の確認		居宅サービス計画書第5表		個別利用者分	ケアマネ事業所運営の効率化	介護ソフト	運営基準に沿った様式の記載に必要がある			
	ケアマネジャー	個別ケア会議への提出		居宅サービス計画書第1表~第4表		個別利用者分	ケアマネジャーの業務効率化	ケアプランデータ連携システム				
	給付管理		給付管理票の作成	ケアマネジャー								
			居宅介護支援の基本報酬算定関連届出(逓減制)	管理者、主任ケアマネジャー	ケアマネジャー1人当たりの担当件数の計算	ケアプラン第1~3表	対象事業所全体分	ケアマネジャーの業務効率化	審査支払システム、介護ソフト	ケアプランの担当ケアマネジャーの情報	ケアプラン作成届出書でも把握できるか(事業所単位でのみの可能性あり)	
			加算の届出	事業所全体						※その他、個別加算の届出にて包含		
			加算の算定	事業所全体	加算の算定要件の確認	居宅サービス計画書第5表	個別利用者分		審査支払システム、介護ソフト			
	地域包括支援センター内	委託先のケアプランの確認		プランナー	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認	アセスメントシート、ケアプラン	対象事業所全体分		介護ソフト			
			プランナー	ケアプランの内容の確認	居宅サービス計画書一式	対象事業所全体分		介護ソフト				

#	活用場面	内容		主体	データ利活用								
		大分類	中分類		活用方法	INPUT		メリット	関連システム	課題	備考		
						データの種類 (ケアプラン:居宅サービス計 画書第1~3表)	データの範囲						
2	2-1	居宅介護支援事業 所-サービス事業所 間(インフォーマル サービスを含む)	サービス事業所の選 定・提案		利用者・ご家族等	サービス事業所のリコメ ンド	(下記、2-5と2-6を 活用)	事業所全体分	ケアマネジャーの業務 効率化、ケア マネジメントの質の 向上	介護ソフト			
	2-2		個別援助計画の確 認		ケアマネジャー	ケアプランと個別援助 計画の 整合性の確認	ケアプラン	個別利用者分	介護サービスの質の 向上	介護ソフト		介護ソフト内の自動 連携でも可能	
	2-3		サービス提供		サービス事業所								
	2-4		サービス提供内容 の 評価		ケアマネジャー	要介護状態の改善 度の評価	(サービス提供記録)、 要介護 度	個別利用者分	介護サービスの質の 向上	介護情報基盤			
	2-5				ケアマネジャー	LIFEのフィードバ ックとの評 価	(サービス提供記録)、 LIFE	個別利用者分	介護サービスの質の 向上	LIFE			
	2-6		報告書の確認		ケアマネジャー	ケアプラン、個別 援助計画と の整合性の 確認	ケアプラン、(個別 援助計画、) 報告書	個別利用者分	介護サービスの質の 向上	介護ソフト			
3	3-1	居宅介護支援事業 所-医療機関	ケアプランの交付		ケアマネジャー								
	3-2		サービス担当者会 議の開催		ケアマネジャー								
	3-3		サービス提供(平常 時)	診察	かかりつけ医								居宅療養管理指 導含む
	3-4			通院同行	ケアマネジャー	通院時情報連携 加算の自動 算定	居宅サービス計 画書第5表	個別利用者分	加算の取得率の 向上 →ケアマネジ メントの質の 向上	審査支払シ ステム			
	3-5		サービス提供(入院 時)	ケアプラン等の 情報提供	ケアマネジャー								
	3-6			加算の算定	ケアマネジャー	入院時情報連携 加算の自動 算定	居宅サービス計 画書第5表	個別利用者分	加算の取得率の 向上 →ケアマネジ メントの質の 向上	審査支払シ ステム			
	3-7		サービス提供(退 院時)	退院カンファレン スへの参加	ケアマネジャー								
	3-8			ケアプランの作 成	ケアマネジャー	退院カンファレン ス記録との 整合性の 確認	(退院カンファ レンス記録)、 ケ ア プ ラ ン			介護情報基 盤			
	3-9			加算の算定	ケアマネジャー	退院・退所加算 の自動算定	居宅サービス計 画書第5表	個別利用者分	加算の取得率の 向上 →ケアマネジ メントの質の 向上	審査支払シ ステム			
4	4-1	居宅介護支援事業 所-保険者	要介護認定審査 の申請代行(更新 含む)		ケアマネジャー							一部、マイナポ ータル等で電 子申請 受付中	
	4-2		指定関連申請 届出		事業所全体								電子申請届出 システムにて 受付中
	4-3		居宅サービス計 画書作成届		ケアマネジャー								今後、介護情 報基盤の活 用を検討 中
	4-4		加算・減算関連 届出		事業所全体	加算の自動届 出	居宅サービス計 画書第5表	個別利用者分	加算の取得率の 向上、給付適 正化 →ケアマネジ メントの質の 向上	審査支払シ ステム	加算の要件別 に計算できる ものと、別途 届出なければ いけないもの に分かれる	特定事業所集 中減算を含む	
	4-5				事業所全体分								
	4-6		ケアプラン点 検		保険者	ケアプランの自 動点検(AI)	居宅サービス計 画書一式	事業所全体分	給付適正化	介護給付適 正化システ ム		現状としては 特定の利用者 分のみ の対象が多い	
	4-7		介護保険縦 覧点検		保険者	縦覧点検の自 動化(AI)	居宅サービス計 画書一式	事業所全体分	給付適正化	介護給付適 正化システ ム			
	4-8		運営指導		保険者	自動運営指導 (AI)	居宅サービス計 画書一式	事業所全体分	事業所管理の 効率化	介護情報基 盤		現状としては 特定の利用者 分のみ の対象が多い	
	4-9		その他届出等	訪問介護の回数 が多いケア プランの提出、 福祉用具貸与 の例外給付等	事業所全体	自動届出	居宅サービス計 画書一式	個別利用者分	事業所管理の 効率化	介護情報基 盤		訪問介護の利 用回数が多い 理由書、福祉 用具貸与の例 外給付など	
	4-10		地域課題の分 析		保険者	地域の利用者 の特徴やサー ビス利用傾 向等の分析	居宅サービス計 画書一式	地域全利用者分	地域課題を踏 まえた施策の 検討	見える化シ ステム			
5	5-1	居宅介護支援事業 所-利用者・家族等	契約		利用者・ご家族等								
	5-2		ケアプランの 説明・同意		ケアマネジャー	短期目標の達 成度のフィ ード バ ッ ク	居宅サービス計 画書第5表	個別利用者分	利用者の自 立支援	介護情報基 盤			
	5-3		サービス提供 票の説明・ 確認		ケアマネジャー								
	5-4		(モニタリ ング・再ア セスメント)		ケアマネジャー								

また、二つ目の検討方法であるケアプランの内容に基づいた整理結果については、ケアプランデータ(ケアプランデータ標準仕様)の各項目の中身から想定される活用方法を最大3つ整理した。活用方法については、当該データに追加で必要なデータがある場合はその情報も一緒に取りまとめた。その結果、主な活用方法としては、ケアマネジャー1人当たりの担当件数の計算、ケアプランの見直し要否の提案、利用者の要介護度の変化の把握・区分変更の必要性の確認、ケアプラン作成 AI、ケアプラン点検・介護保険縦覧点検での活用、アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認、その他届出等が考えられた。

図表 8 検討方法②:ケアプランの内容に基づいた整理結果

No.	帳票	No.	日本語名称	中身(赤字は実際のケアプランの記載内容より追加した項目)	基本情報			活用方法1			
					利用者	ケアマネ	サービス	番号	内容	詳細	追加に必要なデータ
1	1表	1	CSVバージョン								
2		2	保険者番号	要介護者が属する自治体のコード	○						
3		3	被保険者番号	当該利用者の被保険者番号	○						
4		4	作成年月日	居宅サービス計画作成日							
5		5	利用者郵便番号	当該利用者の郵便番号	○						
6		6	利用者住所1	当該利用者の住所	○						
7		7	利用者住所2	当該利用者の住所	○						
8		8	居宅サービス計画作成者氏名	居宅サービス計画作成者の氏名		○		1-14	ケアマネジャー1人当たりの担当件数の計算		氏名以外の番号、担当利用者全員分のケアプラン
9		9	介護支援事業者名			○					
10		10	介護支援事業者郵便番号			○					
11		11	介護支援事業者住所1			○					
12		12	介護支援事業者住所2			○					
13		13	介護支援事業者コード	居宅支援事業者番号		○					
14	14	居宅サービス計画作成(変更)日	居宅サービス計画を作成または変更した日				1-9	ケアプランの見直し要否の提案	居宅サービス計画を作成または変更した日が一定期間を超えている場合、自動で通知		
15	15	初回居宅サービス計画作成日	居宅サービス計画を初めて作成した日								
16	16	計画書区分	初回/紹介/継続		○						
17	17	認定状況区分	認定済/申請中		○						
18	18	認定日	要介護状態区分が認定された日								
19	19	認定有効期間開始日	被保険者証に記載された「認定の有効期間」				1-8	利用者の要介護度の変化の把握、区分変更の必要性の確認		居宅サービス計画書第5表のモニタリング結果	
20	20	認定有効期間終了日	被保険者証に記載された「認定の有効期間」				1-8	利用者の要介護度の変化の把握、区分変更の必要性の確認		居宅サービス計画書第5表のモニタリング結果	
21	21	要介護状態区分	要介護度1~5		○						
22	22	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	利用者の疾病・課題				1-2	ケアプラン作成AI	特定疾患別のケアプランの作成	他のケアプランの情報	
			利用者の主訴・目標				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	課題と目標、利用サービスの整合性の確認		
			利用者の主訴・相談内容を踏まえた利用者の持つ力				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	利用サービスの整合性の確認	居宅サービス計画書第2表	
			利用者の主訴・意向と合致する生活行動や趣味行動								
23	23	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	生活環境の評価を踏まえた利用者のもつ問題点				1-10	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認(1-17同様)	課題の記載の充実さの確認	アセスメントシート	
			家族の主訴								
			家族のかかわり(頻度、時間帯、内容)								
			本人と家族の意向の差異								
24	24	総合的な援助の方針	被保険者証の「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」の内容				1-10	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認(1-17同様)	医療側の意見との整合性の確認	居宅サービス計画書第2表	
			・生活目標の実現方針				1-10	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認(1-17同様)	課題分析結果との整合性の確認		
			・予想されるリスク				1-2	ケアプラン作成AI	リスクの自動提案		
			・緊急時の対応機関/連絡先								
			・悪化防止に必要な生活・支援				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	課題と目標、利用サービスの整合性の確認		
			・多職種との連携方法								
			・計画を立てた上で発生した課題				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	課題と目標、利用サービスの整合性の確認		
			・身体機能回復に関連して考慮すべき家族の事情や生活環境				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	課題と目標、利用サービスの整合性の確認		
			・支援の期間や期限				1-9	ケアプランの見直し要否の提案	期間を超えている場合、自動で通知		
			・デイサービスや訪問看護の記載がある場合、利用の必要性				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	課題と目標、利用サービスの整合性の確認		
25	25	生活援助中心型の算定理由	退院後の場合、退院カンファレンスや地域連携室から提出された内容				1-10	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認(1-17同様)	医療側の意見との整合性の確認		
			・家族の役割分担の見直しが必要な場合についての検討								
26	26	生活援助中心型の算定理由	援助可能な家族の有無・状態				4-9	その他届出等	生活援助中心型の訪問介護の回数が多い場合の届出書の自動作成・提出	居宅サービス計画書第6表の訪問介護の回数	
27	27	その他理由	・家族に障害・疾病がない状態でも家事ができないやむを得ない事情 ・家族の身体的・精神的事情 ・家族不在時に支援が必要となる事情				1-10	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認(1-17同様)	課題の記載の充実さの確認	アセスメントシート	
28	28	更新業者コード	居宅支援事業者番号		○						
29	29	識別子	※使用しない								

No.	帳票	No.	日本語名称	活用方法2				活用方法3			
				番号	内容	詳細	追加に必要なデータ	番号	内容	詳細	追加に必要なデータ
1	1表	1	CSVバージョン								
2		2	保険者番号								
3		3	被保険者番号								
4		4	作成年月日								
5		5	利用者郵便番号								
6		6	利用者住所1								
7		7	利用者住所2								
8		8	居宅サービス計画作成者氏名								
9		9	介護支援事業者名								
10		10	介護支援事業者郵便番号								
11		11	介護支援事業者住所1								
12		12	介護支援事業者住所2								
13		13	介護支援事業者コード								
14		14	居宅サービス計画作成(変更)日								
15		15	初回居宅サービス計画作成日								
16		16	計画書区分								
17		17	認定状況区分								
18		18	認定日								
19		19	認定有効期間開始日								
20		20	認定有効期間終了日								
21		21	要介護状態区分								
22	22	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	1-10	アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認(1-17同様)	課題の記載の充実さの確認	アセスメントシート	4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	課題と目標、利用サービスの整合性の確認	居宅サービス計画書第2表	
			4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認	居宅サービス計画書第2表					
23	23	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定									
24	24	総合的な援助の方針									
25	25	生活援助中心型の算定理由									
26	26	その他理由									
27	27	更新業者コード									
28	28	識別子									

No.	帳票	No.	日本語名称	中身(赤字は実際のケアプランの記載内容より追加した項目)	基本情報			活用方法1				
					利用者	ケアマネ	サービス	番号	内容	詳細	追加が必要なデータ	
29	2表	1	CSVバージョン									
30		2	保険者番号	要介護者が属する自治体のコード	○							
31		3	被保険者番号	当該利用者の被保険者番号	○							
32		4	居宅計画書作成年月日									
33		5	居宅サービス計画作成(変更)日	居宅サービス計画を作成または変更した日								
34		6	課題NO									
35		7	課題	利用者自身の力で取り組めること				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認		
36				家族や地域の協力のできること								
37				ケアチームが支援すること								
38				利用者の意向・目標に基づいた課題設定								
39				介護保険サービスに限らず地域資源や民間サービス等の検討								
40		8	援助目標NO									
41		9	長期目標	個々の解決すべき課題に対応して設定				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認		
42				具体的な動作項目								
43				主治医の意見書や認定調査の結果を活用した可動域や数値								
44				目標と現在の数値設定								
45		10	短期目標	長期目標に段階的に対応して設定				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認		
46				具体的な動作項目								
47				主治医の意見書や認定調査の結果を活用した可動域や数値								
48				目標と現在の数値設定								
49		11	長期期間					1-9	ケアプランの見直し要否の提案	期間を超えている場合、自動で通知		
50		12	短期期間					1-9	ケアプランの見直し要否の提案	期間を超えている場合、自動で通知		
51	13	援助内容NO	優先順位が高い順に記載									
52	14	サービス内容	・短期目標達成のために最適なサービス内容と方針				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認			
53			・家族による援助									
54			・保険給付対象外サービス									
55			・既に提供済みのサービス									
56			・上記サービスが定着している場合はその旨									
57			・訪問サービスが必要な場合はその理由									
58	15	保険対象区分	保険給付の対象となるかどうかの区分									
59	16	サービス種別	・居宅サービス事業者の具体的なサービス種別									
60			・家族が担う介護部分の記載									
61	17	サービス事業者コード						○				
62	18	サービス事業所名						○				
63	19	頻度	サービス提供頻度									
64	20	実施期間	サービス提供期間									
65	21	更新業者コード										
66	22	識別子	※使用しない									
67	3表	1	CSVバージョン									
68		2	保険者番号	要介護者が属する自治体のコード	○							
69		3	被保険者番号	当該利用者の被保険者番号	○							
70		4	週間サービス計画書作成年月日					1-9	ケアプランの見直し要否の提案	期間を超えている場合、自動で通知		
71		5	居宅サービス計画作成(変更)日					1-9	ケアプランの見直し要否の提案	期間を超えている場合、自動で通知		
72		6	介護サービス内容	2表「援助内容」のサービス内容				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認		
73		7	曜日									
74		8	開始時間									
75		9	終了時間									
76		10	主な日常生活上の活動	・起床/就寝/体位変換				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認		
77				・洗顔/更衣/排泄/入浴/口腔清掃								
78				・食事/服薬/水分補給								
79	・家族の来訪/支援											
80	11	開始時間										
81	12	終了時間										
82	13	週単位以外のサービス	・短期入所				4-6	ケアプラン点検(1-18同様)	問題と目標、利用サービスの整合性の確認			
83			・福祉用具貸与									
84			・住宅改修									
85			・受診/通院状況									
86			・その他の外出									

No.	帳票	No.	日本語名称	中身(赤字は実際のケアプランの記載内容より追加した項目)	基本情報			活用方法1				
					利用者	ケアマネ	サービス	番号	内容	詳細	追加に必要なデータ	
87	6表(利用票)	1	CSVバージョン									
88		2	保険者番号	要介護者が属する自治体のコード	○							
89		3	被保険者番号	当該利用者の被保険者番号	○							
90		4	作成年月日									
91		5	対象年月									
92		6	プラン担当業者コード				○					
93		7	プラン担当者名				○					
94		8	単位数									
95		9	前月までの短期入所利用日数									
96		10	サービス利用日									
97		11	日割対象日									
98		12	サービス開始時刻									
99		13	サービス終了時刻									
100		14	サービス回数				4-9	その他届出等	生活援助中心型の訪問介護の回数が多い場合の届出書の自動作成・提出	居宅サービス計画書第6表の訪問介護の回数		
101		15	サービスコード									
102		16	TAISコード									
103		17	福祉用具届出コード									
104		18	用具名称(機種名)									
105		19	明細判別コード									
106		20	サービス事業者コード									
107		21	サービス事業所名									
108		22	サテライト枝番									
109		23	30日超区分									
110		24	更新業者コード									
111		25	識別子	※使用しない								
112	7表(別表)	1	CSVバージョン									
113		2	保険者番号									
114		3	被保険者番号									
115		4	作成年月日									
116		5	対象年月									
117		6	サービス事業所名									
118		7	サービス事業所コード									
119		8	サテライト枝番									
120		9	サービスコード									
121		10	TAISコード									
122		11	福祉用具届出コード									
123		12	用具名称(機種名)									
124		13	単位数	「サービスコード」に対応する1回当たりの単位								
125		14	割引後率	「サービス内容/種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率(割引後率=100%-割引率(%))をWAMNETの「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載								
126		15	割引後単位数	「単位数」に「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数								
127		16	回数/日数	「サービス利用票」の「予定」欄から1月間分の合計回数				4-7	介護保険縦覧点検	回数の自動点検		
128		17	サービス単位金額									
129		18	給付管理単位数									
130		19	種類支給限度基準超単位数	市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるような単位数								
131	20	種類支給限度基準内単位数	市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「サービス単位/金額」が「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数									
132	21	区分支給限度基準超単位数	・種類支給限度基準が設定されていない場合は、区分支給限度基準額から「サービス単位/金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載									
133			・種類支給限度基準額が設定されている場合は、区分支給限度基準額から「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載									
134	22	区分支給限度基準内単位数	・種類支給限度基準が設定されていない場合は、「サービス単位/金額」から、区分支給限度基準超単位数で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載									
135			・種類支給限度基準が設定されている場合は、「種類支給限度基準額(単位)」から、区分支給限度基準超単位数で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載									
136	23	単位数単価	各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAMNET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載									
137	24	費用総額保険/事業対象分										
138	25	給付率	・介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載									
139			・(参考)利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証									
140	26	保険/事業費請求額										
141	27	定額利用者負担単価金額										
142	28	利用者負担保険/事業対象分										
143	29	利用者負担(全額負担分)	「費用総額(保険対象分)」から「保険給付額」を差し引いて算出した額									

No.	帳票	No.	日本語名称	活用方法2				活用方法3			
				番号	内容	詳細	追加に必要なデータ	番号	内容	詳細	追加に必要なデータ
87	6表(利 用票)	1	CSVバージョン								
88		2	保険者番号								
89		3	被保険者番号								
90		4	作成年月日								
91		5	対象年月								
92		6	プラン担当者コード								
93		7	プラン担当者名								
94		8	単位数								
95		9	前月までの短期入所利用日数								
96		10	サービス利用日								
97		11	日割対象日								
98		12	サービス開始時刻								
99		13	サービス終了時刻								
100		14	サービス回数	4-7	介護保険縦覧点検	回数の自動点検					
101		15	サービスコード								
102		16	TAISコード								
103		17	福祉用具届出コード								
104		18	用具名称(機種名)								
105		19	明細判別コード								
106		20	サービス事業者コード								
107		21	サービス事業所名								
108		22	サテライト枝番								
109		23	30日超区分								
110		24	更新業者コード								
111		25	識別子								
112	7表(別 表)	1	CSVバージョン								
113		2	保険者番号								
114		3	被保険者番号								
115		4	作成年月日								
116		5	対象年月								
117		6	サービス事業所名								
118		7	サービス事業所コード								
119		8	サテライト枝番								
120		9	サービスコード								
121		10	TAISコード								
122		11	福祉用具届出コード								
123		12	用具名称(機種名)								
124		13	単位数								
125		14	割引後率								
126		15	割引後単位数								
127		16	回数/日数								
128		17	サービス単位金額								
129		18	給付管理単位数								
130		19	種類支給限度基準超単位数								
131		20	種類支給限度基準内単位数								
132		21	区分支給限度基準超単位数								
133											
134		22	区分支給限度基準内単位数								
135											
136		23	単位数単価								
137		24	費用総額保険/事業対象分								
138											
139		25	給付率								
140		26	保険/事業費請求額								
141		27	定額利用者負担単価金額								
142		28	利用者負担保険/事業対象分								
143		29	利用者負担(全額負担分)								

No.	帳票	No.	日本語名称	中身(赤字は実際のケアプランの記載内容より追加した項目)	基本情報			活用方法1			
					利用者	ケアマネ	サービス	番号	内容	詳細	追加が必要なデータ
144		30	前月までの利用日数	サービス利用票の前月までの短期入所利用日数				4-9	その他届出等	短期入所生活介護が30日を超えている場合の理由書の提出管理	
145		31	当月の計画利用日数	当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数				4-9	その他届出等	短期入所生活介護が30日を超えている場合の理由書の提出管理	
146		32	累積利用日数								
147		33	30日超区分								
148		34	事業所コード								
149		35	入力者コード								
150		36	更新業者コード								
151		37	識別子	※使用しない							

4. ケアプランデータ蓄積・活用の試行的な取り組み

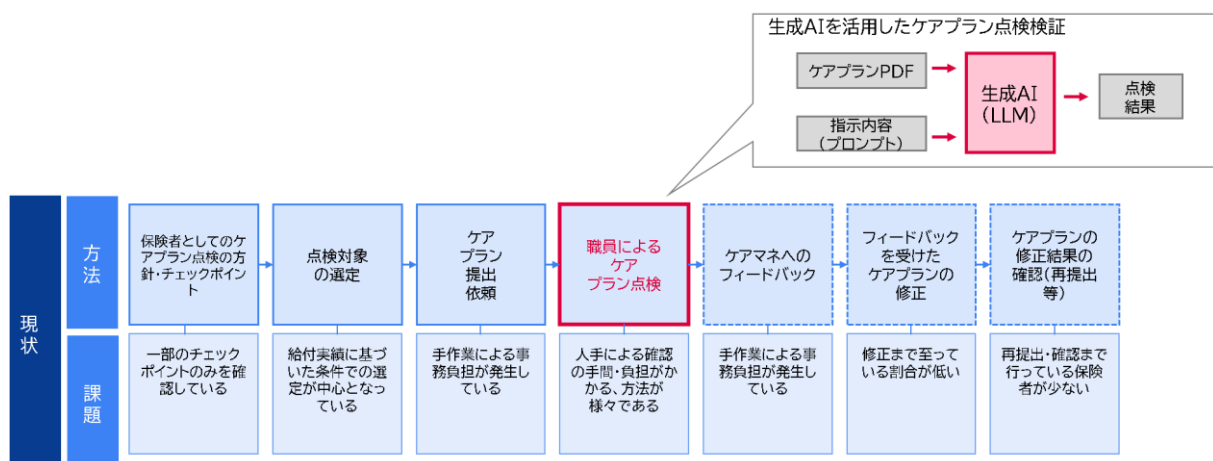
4.1 目的

ケアプランデータが蓄積され分析可能となることを想定し、生成 AI を活用することでケアプラン点検事業を支援または代替できるかを検証することを目的として、自治体における試行的な取り組みを行い、実現可能性に関する検討を行った。

4.2 実施内容

実際のケアプランデータを用いて、ケアプラン点検事業を支援または代替することができるかどうかについて、技術的可能性の検討を行った。自治体担当者の実施基準を基にした判定可能性から検討を開始し、定性的な判断を支援・代替するため、生成 AI(LLM)を活用した検証を行った。

図表 9 実施内容のイメージ



具体的には、計3自治体(関東、関西、九州の自治体)のケアプラン点検業務の実態把握を行い、生成 AI による支援・代替可能性についての技術検証を行い、複数自治体での検証結果を踏まえた、ケアプラン点検 AI の全体像の構想を行った。加えて、ケアプラン点検における生成 AI を用いた効率化可能性についての検討を行った。

図表 10 検討の進め方



ケアプラン点検の支援・効率化を実現する上で、大きく3つの方針で分析と検討を行った。

- ◇ 要約機能を用いたケアプラン点検の効率化検討
- ◇ ケアプラン点検項目マニュアルに基づく分析試行
- ◇ 自治体ケアプラン点検の分析支援・代替可能性の検討

4.2.1 要約機能を用いたケアプラン点検の効率化検討

自治体におけるケアプラン点検について、点検対象となるケアプランの選定や、実際のケアプラン点検にかかる人的な労力の大きさや専門家の人材不足が課題となっている。特に居宅サービス計画書は自由記述の項目が多く、ケアプランによっては記述量が膨大になり、確認に時間を要する。また、記載者による裁量が大きいため、ケアプラン作成に必要な記載がどの項目に記載されているかが判別しにくい。

ケアプランの記述内容から概要を要約することで、以下のような効率的な点検が期待できる。

- 記述に必要な各要素を抽出することで、当該ケアプランの課題や不足内容を効率的に把握することが出来る。また、記述の不足分に基づいた、ケアプラン点検対象の抽出が可能となる。
- ケアプラン点検を行う保険者が点検前に要約を参照することにより、ケアプランを素早く概要理解することが可能となり、ケアプランを読み込む作業を効率的に行うことが出来るようになる。

実際に自治体から提供されたケアプランについては、自治体との議論を行いながら以下の概要内容を整理した上で、生成 AI による要約を行った。実際の要約の結果は図表 12～図表 14 のとおり。

図表 11 要約機能の概要内容

要約
疾病
課題
利用者の意向や目標
家族の意向や目標
家族の状況
家族のかかわり
課題改善の方法
生活行動や趣味行動
支援の期間や期限
社会的役割
社会とのかかわり
課題を抱えている体の部位
デイサービス利用有無
デイサービス利用の必要性
入院記載の有無
退院カンファレンスや地域連携室から出された内容
訪問看護利用有無
訪問看護利用の必要性
リハビリテーション、適切な器具や用具、住環境の改善、その他
特別なニーズ
援助を行うための具体的な課題
解決すべき課題の長期的な目標
解決すべき課題の短期的な目標
目標達成のための具体的な介護サービス内容

図表 12 要約結果 A(空欄は記載がなかった項目)

項目	結果
要約	<p>利用者は L4 破裂骨折による動作制限があり、コルセット装着が必要な状態である。</p> <p>入院生活が長かったため、以前のような生活に戻りたいと考えている。</p> <p>独居だが、家族の支援を受けて生活しており、物忘れが見られるため、家族も不安を抱えている。</p> <p>利用者はシャワー浴や起居動作に困難を感じており、ヘルパーの介助を希望している。</p>
疾病	L4 破裂骨折
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・動作制限があり、入浴が困難 ・シャワー浴時の不安 ・起居動作(起き上がり、立ち上がり)の困難 ・物忘れの兆候
利用者の意向や目標	<ul style="list-style-type: none"> ・家でモリハビリを継続し、以前の生活に戻りたい ・清潔を保ち、気持ちよく生活したい ・安全にシャワー浴をしたい
家族の意向や目標	
家族の状況	利用者の物忘れを心配している。
家族のかかわり	家族が支援しながら生活を送っている。
課題改善の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーによるシャワー浴の介助 ・特殊寝台と付属品の利用 ・基本動作訓練、立ち上がり訓練、立位保持訓練、座位保持訓練の実施
生活行動や趣味行動	
支援の期間や期限	(匿名化、実際には記載あり)
社会的役割	
社会とのかかわり	
課題を抱えている体の部位	背腰部
デイサービス利用有無	無い
デイサービス利用の必要性	
入院記載の有無	有る
退院カンファレンスや地域連携室から出された内容	
訪問看護利用有無	無い
訪問看護利用の必要性	

項目	結果
リハビリテーション、適切な器具や用具、住環境の改善、その他	特殊寝台、特殊寝台付属品
特別なニーズ	
援助を行うための具体的な課題	<ul style="list-style-type: none"> ・シャワー浴ができるようになること ・安全に起居動作ができるようになること
解決すべき課題の長期的な目標	<ul style="list-style-type: none"> ・身体の清潔を保ち、気持ちよく生活ができる。 ・安全・安楽に立ち上がることができ、ふらつきによる転倒を予防する。
解決すべき課題の短期的な目標	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的にシャワー浴ができ、身体の清潔を保つことができる。 ・背腰部への負担を考慮しながら痛みなく、起き上がり、立ち上がりを行うことができる
目標達成のための具体的な介護サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ・洗身・洗髪等のシャワー浴の介助及び見守り ・安全な起居動作を行うための特殊寝台と付属品の提供、基本動作訓練、立ち上がり訓練、立位保持訓練、座位保持訓練

図表 13 要約結果 B(空欄は記載がなかった項目)

項目	結果
要約	<p>利用者は生まれ育った自宅での生活を継続することを希望しており、家族は利用者の物忘れによるストレスを軽減するために気分転換の機会を設けたいと考えている。</p> <p>利用者は夫から叱責されることに不安を感じている。</p> <p>長期目標は自宅での生活継続、短期目標は人付き合いの輪を広げることである。</p> <p>サービス内容は、話し相手、外出、散策、小規模多機能型居宅介護(通いサービス)の利用である。</p>
3行要約	<p>物忘れが進む利用者は、生まれ育った自宅での生活継続を希望している。</p> <p>家族は利用者の気分転換を図りつつストレス軽減を目指している。</p> <p>サービス内容は、会話、外出、散策、小規模多機能型居宅介護(通いサービス)である。</p>
疾病	認知症
課題	物忘れ、夫からの叱責による不安、人付き合いの苦手さ
利用者の意向や目標	生まれ育った自宅での生活継続、人付き合いの輪を広げること
家族の意向や目標	利用者の気分転換、ストレス軽減
家族の状況	夫と二人暮らし
家族のかかわり	夫が見守り、長男、長女も緊急連絡先に指定されている

項目	結果
課題改善の方法	通所の支援、他者との交流、気分転換
生活行動や趣味行動	
支援の期間や期限	(匿名化、実際には記載あり)
社会とのかかわり	友人との交流を希望
課題を抱えている体の部位	
デイサービス利用有無	有る
デイサービス利用の必要性	認知症の進行予防、心身機能維持、日常生活の活性化、生活意欲の向上のため
入院記載の有無	無い
退院カンファレンスや地域連携室から出された内容	
訪問看護利用有無	無い
訪問看護利用の必要性	
リハビリテーション、適切な器具や用具、住環境の改善、その他	
特別なニーズ	
援助を行うための具体的な課題	不安や心配ごとを聞いてくれる相手を作ること、人付き合いの輪を広げること
解決すべき課題の長期的な目標	生まれ育った自宅で元気に生活する
解決すべき課題の短期的な目標	子どもや友人をはじめ不安や心配ごとを聞いてくれる相手を作る、人付き合いの輪を拡げて生活の楽しみを増やす
目標達成のための具体的な介護サービス内容	話し相手、気分転換のための外出、近所を散策、小規模多機能型居宅介護(通いサービス)

図表 14 要約結果 C(空欄は記載がなかった項目)

項目	結果
要約	<p>利用者は不安なく穏やかに生活を送りたいと望んでおり、家族は現在の環境で友達と穏やかに過ごせることを願っている。</p> <p>そのため、他者との交流や外出の機会を確保し、気分転換を図り、不安なく穏やかに過ごせるように支援する必要がある。</p> <p>本人の精神面、健康面に注意し、生活環境を整え、生活場面での混乱を防ぎ、明るく楽しい時間を過ごせるように配慮する。</p>
3行要約	<p>利用者は不安なく穏やかな生活を希望し、家族は現状維持を望んでいる。</p> <p>他者との交流や外出機会の提供により、気分転換を促し、不安軽減を目指す。</p>

項目	結果
	精神面・健康面への配慮と快適な環境整備で、明るく楽しい生活を支援する。
疾病	
課題	毎日を不安なく過ごしたい
利用者の意向や目標	不安や心配を感じることなく安心して生活を送りたい
家族の意向や目標	寂しがり屋のおしゃべり好きなので、いつも誰かがそばにいてくれる今の環境で穏やかに友達と過ごしてくれたらいい
家族の状況	
家族のかかわり	
課題改善の方法	他者との交流や外出の機会を確保して、気分転換を図り、不安なく穏やかに過ごせるように支援していく。精神面、健康面に注意し、生活環境を整え支援する。生活場面で混乱することなく、明るく楽しい時間を過ごせるように配慮する。
生活行動や趣味行動	
支援の期間や期限	(匿名化、実際には記載あり)
社会とのかかわり	
課題を抱えている体の部位	
デイサービス利用有無	
デイサービス利用の必要性	
入院記載の有無	
退院カンファレンスや地域連携室から出された内容	
訪問看護利用有無	
訪問看護利用の必要性	
リハビリテーション、適切な器具や用具、住環境の改善、その他	
特別なニーズ	
援助を行うための具体的な課題	不安のない生活が継続できる。
解決すべき課題の長期的な目標	不安のない生活が継続できる。
解決すべき課題の短期的な目標	今の体調を維持して入院しなくてもよいようにする。身体を動かしたり、楽しい時間を過ごし気分転換できる。快適な環境で過ごす。
目標達成のための具体的な介護サービス内容	定期受診(診察、処方、生活上の指導、不安や悩みの相談、アドバイス)、健康管理/服薬管理(バイタルチェック、呼吸、排泄状況の観察、

項目	結果
	状態にあった排泄介助、異常時の関係者への連携)、相談支援(定期的な訪問や電話相談)、他者との交流、活動(通所利用者・職員との交流、茶話会、趣味活動、レクリエーション、集団体操への参加、日常生活作訓練)、日常生活上の支援

上記、要約機能を用いることで素早く全体概要を把握できることにより、ケアプランの課題や記述の不足内容を素早く把握することができ、概要を認識した上で当該箇所のケアプランを具体的に点検することで、効率的な改善指南を行うことが期待できる。

4.2.2 ケアプラン点検項目マニュアルに基づく分析試行

保険者が各項目を確認する目的や意義、及び点検における留意点について理解した上で点検を行えるよう定められた、厚生労働省のケアプラン点検項目マニュアルに基づいて評価を行った。具体的には、自治体が実施するケアプラン点検に際して、ケアプラン点検項目マニュアルに沿った点検を行うケースを想定し、生成 AI を用いた点検支援について試行検討を行った。

実施内容は以下のとおり。

- 居宅サービス計画書 第 1～2 表に該当するチェック項目について、評価基準に基づいた生成 AI による評価を行った。
- 個人情報や事業所の閲覧を要する項目(33 本人の役割設定、35 介護保険外サービス、36 利用者の意思を反映したサービス事業所の利用)については対象外とした。
- 自治体からご提供頂いたケアプラン事例に対して分析を行い、人間が確認して違和感のない出力が得られるようにチューニングを行った。

図表 15 ケアプラン点検項目マニュアルの評価基準(抜粋)

項目	評価基準
27 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>3:以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向や将来の見通しを踏まえた課題分析の結果が記載されている。</p> <p>2:以下①②に該当するが、課題分析の結果が記載されていない。</p> <p>①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。(本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。)</p> <p>②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。(アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。)</p> <p>※②について、具体的に続柄や名前の記載がなくても、アセスメント内容等から判</p>

項目	評価基準
	<p>断し、家族のうち誰の意向なのかが明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。</p> <p>1:以下いずれかに該当する場合は「1」とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。 ・生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。 ・本人(または家族)の生活の意向に関する記載がある一方で、家族(または本人)の生活の意向については記載がない。
28 総合的な援助の方針における自立の具体性	<p>3:以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。</p> <p>2:以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。</p> <p>1:上記に該当しない。</p> <p>①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。</p> <p>②緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。</p> <p>③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なりハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。</p>
29 アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	<p>3:以下①～③すべてに該当する。</p> <p>2:以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。</p> <p>1:以下①が該当しない。</p> <p>①アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。</p> <p>②状態(状況)の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出されている。</p> <p>③利用者の望む生活を実現する課題となっている。</p>
30 利用者や多職種に理解できる表記	<p>3:第2表が利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されている。</p> <p>2:第2表が利用者に理解できる表記で記載されている。</p> <p>1:上記に該当しない。</p>
31 長期目標	<p>3:以下①～③すべてに該当する。</p> <p>2:以下③に該当する。</p> <p>1:上記に該当しない。</p> <p>①「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。</p>

項目	評価基準
	<p>②具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載になっている。</p> <p>③長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。</p>
32 短期目標	<p>3:以下①～⑤すべてに該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。</p> <p>2:以下①②③に該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。</p> <p>1:以下①②③で該当しない項目がある。</p> <p>①状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標が設定されていない。</p> <p>②長期目標と同じ目標が設定されていない。</p> <p>③サービスを利用することが目標に設定されていない。(「〇〇に通う」、「〇〇サービスを受ける」等となっていない。)</p> <p>④長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。</p> <p>⑤抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージできる表記になっている。</p>
34 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	<p>2:利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。</p> <p>1:利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。</p> <p>他:福祉用具貸与・販売の利用がない。</p>

出所)厚生労働省 ケアプラン点検項目マニュアル

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001155348.pdf>、閲覧日:令和7年3月5日)

ケアプラン点検項目マニュアルにもとづいた生成 AI による出力結果は以下のとおり。ケアプラン点検マニュアルに沿った基準でスコアの評価を行うと、大枠での評価としては妥当な結果が得られ、一次フィードバックとしての活用が期待できる結果であった。

図表 16 ケアプラン点検項目マニュアル分析結果 A

項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
27 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	本人:入院生活が長く、退院後もコルセットを装着しながら生活を送っている状態です。動作制限があり、日々不便を感じています。家でモリハビリを継続し、早く良くなり、以前の生活がこなせるようになりたいです。最近、物をどこに置いたか分からなくなることがあり、やや不安を感じています。	1	本人の意向について、サービス種別やサービス利用の意向ではないため、「1:以下いずれかに該当する場合は「1」とする。 ・本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。 ・生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。 ・本人(または家族)の生活の意向に関する記載がある一方で、家族(または本人)の生活の意向については記載がない。」に該当しない。 一方で、家族の意向に関する記載がないため、「2:以下①②に該当するが、課題分析の結果が記載されていない。」にも該当しない。 よって、「1:以下いずれかに該当する場合は「1」とする。 ・本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。 ・生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。 ・本人(または家族)の生活の意向に関する記載がある一方で、家族(または本人)の生活の意向については記載がない。」に該当すると判断した。
28 総合的な援助の方針における自立の具体性	独居生活で家族様が支援しながらの生活を送って居られますが、物忘れも少しずつあり家族様もご心配なことも多いことと思います。	1	利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性が明確でなく、緊急事態への対応や生活機能の維持に向けての支援についても記載がないため。

項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
	一人でまだシャワー浴が出来ない状態の為、介助が必要でありうるため、安全にシャワー浴ができるよう体制を整え支援いたします。		
29 アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)_1:骨折にて動作制限があり、入浴が出来ない状態である。一人でのシャワー浴も不安があり、十分な洗身や洗髪もできないので、ヘルパーの介助を受けながらシャワー浴をして清潔を保ちたい。 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)_2:L4 破裂骨折のため、起き上がり・立ち上がりが困難。ベッドを利用することで居室内で自立した生活ができる。	2	アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れており、状態の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出せている。 一方で、利用者の望む生活を実現する課題となっており、利用者の生活に対する意向が読み取れないため。
30 利用者や多職種に理解できる表記	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)_1:骨折にて動作制限があり、入浴が出来ない状態である。一人でのシャワー浴も不安があり、十分な洗身や洗髪もできないので、ヘルパーの介助を受けながらシャワー浴をして清潔を保ちたい。 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)_2:L4 破裂骨折のため、起き上がり・立ち上がりが困難。ベッドを利用することで居室内で自立した生活ができる。	3	利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されているため。

項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
31 長期目標	長期目標_1:身体の清潔を保ち、気持ちよく生活ができる。 長期目標_2:安全・安楽に立ち上がることができ、ふらつきによる転倒を予防する。	2	長期目標の期間は、開始日、終了日ともに設定の有効期間内に設定されており、利用者が達成可能な目標が設定されている。 一方で、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応した目標設定になっていないため。
32 短期目標	短期目標_1:定期的にシャワー浴ができ、身体の清潔を保つことができる。 短期目標_2:背腰部への負担を考慮しながら痛みなく、起き上がり、立ち上がりを行うことができる	2	状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標が設定されておらず、長期目標と同じ目標も設定されていない。 サービスを利用することが目標に設定もされていない。 一方で、長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっておらず、抽象的な目標設定であり、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージできる表記になっていないため。
34 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)_2:L4 破裂骨折のため、起き上がり・立ち上がりが困難。ベッドを利用することで居室内で自立した生活ができる。 サービス内容_2:安全な起居動作を行うため 特殊寝台 特殊寝台付属品 ・基本動作訓練 ・立ち上がり訓練 ・立位保持訓練 ・座位保持訓練 ・居室内環境を確認する	2	利用する福祉用具の記載があり、利用の理由が記載されているため。

図表 17 ケアプラン点検項目マニュアル分析結果 B

項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
27 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>ご本人: 生まれ育ったこの自宅は実家も近くて気に入っています。仲の良い友人もおり今の生活を続けていきたい。</p> <p>ご家族: 物忘れが進んで同じことを繰り返したり、説明したことをすぐに忘れてしまいます。一緒にいると互いにイライラしてしまうので気分転換（二人が離れて過ごす）の時間を作りたいと考えていますが、本人は出掛けたり他人との付き合いが苦手で“どうしたものか”と困っています(夫)</p> <p>主治医: 夫と二人暮らし。見守りがあれば生活可能である。内服管理は出来ておらず、処方なし。ご本人が望まれている自宅での生活を続けていくために 1 ご本人とご家族が互いに過度なストレスを溜めない 2 そのために気分転換をするための機会を持つことが必要と考えます。</p>	3	本人、家族(夫)の意向が記載されており、将来の見通しを踏まえた課題分析(本人が望まれている自宅での生活を続けていくために、ご本人とご家族が互いに過度なストレスを溜めない、気分転換をするための機会を持つ)が記載されているため。
28 総合的な援助の方針における自立の具体性	<p>通所の支援を受けることで認知症の進行予防、心身機能の維持が図られ、他者との交流の機会を作ることで、日常生活の活性化、生活意欲の向上が図られるために支援を行ってまいります。</p> <p>緊急連絡先 主治医: 病院・脳神経内科</p>	2	利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性(認知症の進行予防、心身機能の維持、他者との交流の機会を作る、日常生活の活性化、生活意欲の向上)が記載されており、緊急連絡先も記載されている。
29 アセスメントで抽出し	<p>日ごろ主人から何かと叱られることが多い「何がいけないの</p>	2	アセスメントシートで抽出した課題とニーズの整合性が取れており、状態の改善・維持・

項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
た課題に基づくニーズの記載	か」と不安になります。		悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに課題が導き出されている。
30 利用者や多職種に理解できる表記	日ごろ主人から何かと叱られることが多い「何がいけないのか」と不安になります。	3	利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されている。
31 長期目標	生まれ育った自宅で元気に生活します。	3	ニーズに対応した、利用者が達成可能な目標が設定されており、具体的に達成すべき内容がイメージできる記載になっており、長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。
32 短期目標	子どもや友人をはじめ不安や心配ごとを聞いてくれる相手を作ります。 人付き合いの輪を拡げて生活の楽しみを増やします。	3	状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標ではなく、長期目標と同じ目標ではなく、サービスを利用することが目標になっておらず、長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっており、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージできる表記になっている。
34 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	話し相手、気分転換のために一緒に出掛ける 一緒に家の近所を散策する 以下、利用するサービスの詳細の記載あり。	他	福祉用具貸与・販売の利用がないため。

図表 18 ケアプラン点検項目マニュアル分析結果 C

項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
27 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>本人:不安や心配を感じることなく安心して生活を送りたい</p> <p>家族: 寂しがり屋のおしゃべり好きなので、いつも誰かがそばにいてくれる今の環境で穏やかにとお友達と過ごしてくれたらいいです。</p> <p>以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、他者との交流や外出の機会を確保して、気分転換を図り、不安なく穏やかに過ごせるように支援していく必要がある</p>	3	<p>本人の意向として、施設での生活に慣れており、家族に迷惑をかけずに穏やかに暮らしたいとあります。また、家族(次男の嫁)の意向として、持病があり自宅での介護が困難なため、介護の行き届いた環境で元気に楽しく過ごしてほしいとあります。そして、本人と家族の意向を踏まえ、住宅型有料老人ホームの入居継続とデイサービスの利用継続を支援する必要があると課題分析の結果が記載されているので、「3」と評価しました。</p>
28 総合的な援助の方針における自立の具体性	<p>・本人が不安なく穏やかに過ごせるように精神面、健康面に注意し、生活環境を整え支援してまいります。</p> <p>生活場面で混乱することなく、明るく楽しい時間を過ごして頂けるよう配慮いたします。</p>	2	<p>利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性が利用者に固有の内容で記載されており、緊急連絡先も記載されているため「2」と評価しました。</p>
29 アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	<p>毎日を不安なく過ごしたい</p>	3	<p>アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れており、状態(状況)の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出され、利用者の望む生活を実現する課題となっているため「3」と評価しました。</p>
30 利用者や多職種に理解できる表記	<p>同上</p>	3	<p>利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されているため「3」と評価しました。</p>
31 長期目標	<p>不安のない生活が継続できる。</p>	3	<p>生活全般の解決すべき課題に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されており、具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載になっており、長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効</p>

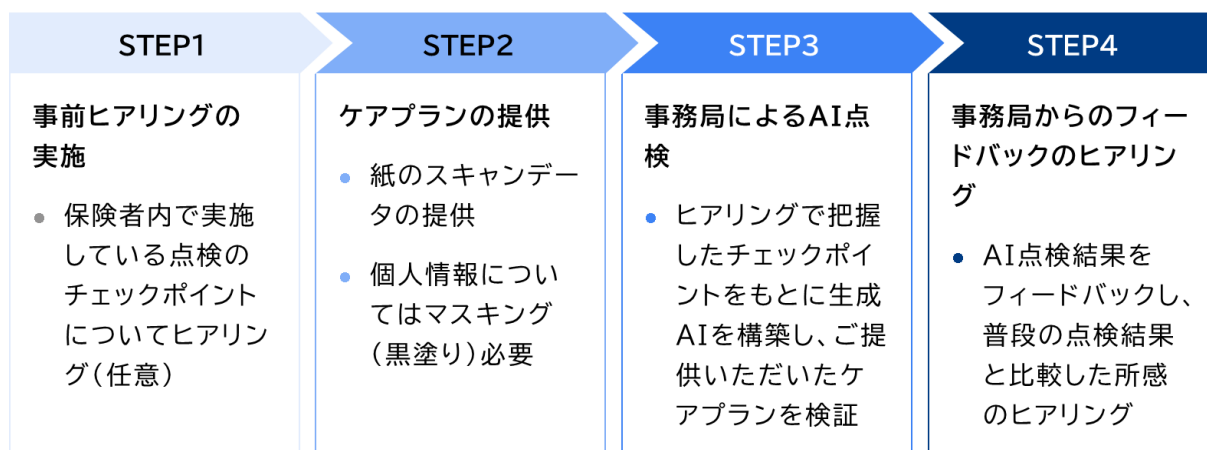
項目	テキスト	スコア	スコアの判断理由
			期間内に設定されているため「3」と評価しました。
32 短期目標	今の体調を維持して入院しなくてもよいようにする 身体を動かしたり、楽しい時間を過ごし気分転換できる 快適な環境で過ごす	3	状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標が設定されておらず、長期目標と同じ目標が設定されておらず、サービスを利用することが目標に設定されておらず、長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっており、抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージできる表記になっているため「3」と評価しました。
34 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	利用するサービスの記載あり。	他	福祉用具貸与・販売の利用がないため「他」と評価しました。

4.2.3 自治体ケアプラン点検の分析支援・代替可能性の検討

自治体でのヒアリングでは、各項目に対する「記載内容の妥当性」と「前後の項目との対応の妥当性」が、ケアプラン点検で評価を行っている内容の主だった観点であった。これらの観点で、入力例を適切に評価できるかどうかの検証を行った。

自治体ケアプラン点検の分析支援・代替可能性の検討の基本的な流れは以下の図表 19 のとおり。基本的には、保険者内で実施している点検のチェックポイントについてヒアリングで話を伺い、実際に提供されたマスキングされたケアプランをもとに事務局で生成 AI による点検を行い、その点検結果について自治体にフィードバックしながら、普段の点検結果と比較した所感を伺う流れで、自治体の状況にあわせて検討を行った。

図表 19 自治体ケアプラン点検の分析支援・代替可能性の検討の流れ



図表 20 自治体ケアプラン点検の分析結果 A: "総合的な援助の方針"

#	項目	出力結果
1	基準に対する点数	7
2	基準に対する点数の判断に使用した文章	長年住み慣れた「わが家」を離れ、突如まったく新しい環境の下で暮らすこととなり、混乱や不安も大きいかと思えます。できないところは手伝ってもらいながら、新しい生活に早く慣れ親しむことができるようお手伝いします。認知症のほか、緑内障や高脂血症などの疾患もあるため、主治医の往診と処方、服薬支援、体調の確認等を通じて、健康で元気に過ごすことができるよう支援します。また、認知症の進行防止のため、部屋に閉じこもることなく、他者との交流やレクリエーション、体操や運動等への参加を通じて、楽しく穏やかに過ごせるようお手伝いします。
3	基準に対する点数の判断した具体的かつ詳細に書かれた理由	リハビリテーションに関する具体的な言及はないものの、器具や用具の利用、住環境の改善については触れられており、身体機能回復をサポートする意図が読み取れる。また、家族の事情や生活環境への配慮についても言及されている。
4	基準に対する点数の不足している具体的かつ詳細に書かれた内容	リハビリテーションの内容や、具体的な器具や用具の利用、住環境の改善に関する詳細な記述
5	基準に対する点数を 10 点にするために必要な具体的かつ詳細に書かれた内容	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能回復を図るための具体的なリハビリテーション計画(例:週に何回、どのような内容のリハビリテーションを行うか) ・利用を検討している器具や用具(例:歩行補助具、自助具など) ・住環境の改善点(例:手すりの設置、段差解消など)
6	対応付けに対する点数	6
7	対応付けに対する点数の不足している具体的かつ詳細に書かれた内容	項目 1 で言及されている課題を解決できるという観点での記述が不足している。
8	対応付けに対する点数の判断した具体的かつ詳細に書かれた理由	項目 1 で挙げられている課題(認知症による不安や不穏、生活全般への支援ニーズ)に対して、総合的な援助方針では、環境への適応、健康管理、認知症の進行防止といった対応策が示されている。しかし、具体的な対応策と項目 1 の課題との関連性が明確に示されていないため、対応付けとしては改善の余地がある。
9	対応付けに対する点数を 10 点にするために必要な具体的かつ詳細に書かれた内容	<p>項目 1 で挙げられている課題それぞれに対して、総合的な援助方針の中でどのように対応していくのかを具体的に示す必要がある。</p> <p>例:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 認知症による不安や不穏に対して、安心感を与える声かけや、環境調整、過去の記憶を呼び起こすようなレクリエーションなどを実施する。 - 生活全般への支援ニーズに対して、個々の状況に合わせた ADL(日常生活動作)や IADL(手段的日常生活動作)の支援、社会参加の促進などを図る。

図表 21 自治体ケアプラン点検の分析結果 B: "総合的な援助の方針"

#	項目	出力結果
1	基準に対する点数	5
2	基準に対する点数の判断に使用した文章	通所の支援を受けることで認知症の進行予防、心身機能の維持が図られ、他者との交流の機会を作ることで、日常生活の活性化、生活意欲の向上が図られるために支援を行ってまいります。 緊急連絡先の記載あり 主治医: 病院・脳神経内科
3	理由	身体機能回復をサポートするためのリハビリテーションや、日常生活の活性化、生活意欲の向上といった方針が記載されている。しかし、具体的な器具や用具の利用、住環境の改善、家族の事情や生活環境、支援の期間や期限についての記載が不足している。
4	不足点	具体的な器具や用具の利用、住環境の改善、家族の事情や生活環境、支援の期間や期限についての記載
5	例文	通所の支援を受けることで認知症の進行予防、心身機能の維持が図られ、他者との交流の機会を作ることで、日常生活の活性化、生活意欲の向上が図られるよう支援を行ってまいります。 自宅での生活を継続するために、住宅改修や福祉用具の導入を検討する。 また、ご家族の負担を軽減するために、介護サービスの利用を検討する。 緊急連絡先の記載あり 主治医: 病院・脳神経内科 支援期間: 3 ヶ月
6	対応付けに対する点数	5
7	対応の理由	項目 1 に記載された課題を解決するために、通所による認知症の進行予防や気分転換といった内容が記載されている。しかし、物忘れへの具体的な対応策が不足している。
8	対応の不足	物忘れへの具体的な対応策
9	対応の例文	通所の支援を受けることで認知症の進行予防、心身機能の維持を図り、他者との交流の機会を作ることで日常生活の活性化、生活意欲の向上に繋げ、物忘れによる不安を軽減するために支援を行ってまいります。

図表 22 自治体ケアプラン点検の分析結果 C: "総合的な援助の方針"

#	項目	出力結果
1	基準に対する点数	4
2	基準に対する点数の判断に使用した文章	・本人が不安なく穏やかに過ごせるように精神面、健康面に注意し、生活環境を整え支援してまいります。 生活場面で混乱することなく、明るく楽しい時間を過ごして頂けるよう配慮いたします。
3	理由	精神面、健康面への配慮、生活環境の整備についての記載がある。 しかし、具体的な支援内容や家族の事情、生活環境、支援の期間や期限、デイサービスや訪問看護の必要性に関する言及がないため、減点対象となる。
4	不足点	具体的な支援内容(リハビリテーション、器具や用具の利用、住環境の改善など)や家族の事情、生活環境、支援の期間や期限についての記載。デイサービスや訪問看護を利用する場合、その必要性や背景を説明する必要がある。退院後の場合は、退院カンファレンスや地域連携室からの情報も必要。家族の役割分担の見直しが必要な場合は、その点も指摘する。
5	例文	喘息発作時の不安を軽減するため、吸入器の使い方指導や発作時の対処法を指導する。また、地域包括支援センターと連携し、緊急時の連絡体制を構築する。絵画教室への参加を促し、地域住民との交流機会を増やすことで、社会参加を促進する。 家族には、喘息発作時の対応や日々の見守りについて協力を依頼し、役割分担を明確にする。 支援期間は、状態が安定するまでの1年間とし、定期的に評価を行い、必要に応じて支援内容を調整する。
6	対応付けに対する点数	4
7	対応の理由	項目1に記載された課題のうち、精神面、健康面への配慮は対応していると言えるが、具体的な対応策への言及がないため、減点対象となる。
8	対応の不足	項目1に記載された課題を解決するための具体的な対応策を記載する必要がある。例えば、「他者との交流や外出の機会を確保」に対応するために、どのような働きかけを行うか、具体的に記載する。
9	対応の例文	本人と家族の意向を踏まえ、不安や心配を軽減するために、以下の支援を行う。 1. 喘息発作への不安軽減:吸入器の使用法指導、発作時の対処法指導、緊急時の連絡体制構築(地域包括支援センターと連携) 2. 社会的孤立の防止:絵画教室への参加支援、地域住民との交流機会の提供 3. 家族の負担軽減:喘息発作時の対応や日々の見守りについて家族と相談し、役割分担を明確にする

4.2.4 分析の実施手順と実行環境

ケアプランデータ活用の試行検証において、以下の実施手順で分析を行った。

- ・ 各自治体より個人情報を削除(マスキング)したケアプランデータの受領
- ・ LLMを用いてOCRを行い、電子的に読み取り可能な形でテキスト化。その後、元データが正しく読み取れているか作業者が比較確認し、必要に応じて修正。
- ・ テキスト化されたケアプランデータに対し、4.2.1～4.2.3 の分析目的に沿ったプロンプトを作成し、LLMの出力結果を確認。
- ・ 自治体職員の担当者にご確認頂き、フィードバックを受領。

ケアプランデータが蓄積された状態を想定した実証のため、OCRの精度は検証の対象外とし、完全に電子化された状態を実現するために人間の目でたたくデータ化されたかどうかの確認を行っている。またLLMの選定については、GPT-4oとGemini-1.5-pro-002の比較を行い、より分析の目的に沿った回答が得られたGemini-1.5-pro-002を採用した。

LLMの実行環境については以下の通り。

- ・ モデル: gemini-1.5-pro-002
- ・ max_output_tokens: 8192
- ・ temperature: 0
- ・ response_mime_type: application/json
- ・ top_p: 0
- ・ location: asia-northeast1

図表 23 実行環境のパラメータ概要

パラメータ	概要（Google Vertex AI GUIに記載されている内容を転載）
max_output_tokens	出力トークンの上限。出力トークンの上限により、1つのプロンプトに対して出力されるテキストの最大量が決まります。
Temperature	Temperature は、トークン選択におけるランダム性を制御します。真のレスポンスまたは正しいレスポンスを想定する場合は、低い Temperature が適しています。Temperature 0 は、最も高い確率のトークンが通常選択されることを意味します。Temperature を高くすると、ばらつきの大きい結果や想定外の結果になる可能性があります。一部のモデルでは、よりランダムなレスポンスを増やすために Temperature の最高値が高く設定されることがあります。選択されているモデル gemini-1.5-pro-002 では、Temperature の範囲は 0~2 であり、デフォルトは 1 です
response_mime_type	JSON などの特定の形式で出力するようモデルに指示します。
top_p	Top-P は、モデルが出力用にトークンを選択する方法を変更します。確率の合計が Top-P の値と等しくなるまで、最も確率が高いものから最も確率が低いものの順に、トークンが選択されます。たとえば、トークン A、B、C の確率が 0.3、0.2、0.1 で、Top-P の値が 0.5 の場合、モデルは次のトークンとして A と B のいずれかを選択します（温度を使用します）。結果の可変性を最小にするには、Top-P を 0 に設定します。
location	Vertex AI の Generative AI が利用可能なリージョン

4.3 実施結果

上記の点検結果について、実証に参加した自治体からは結果については人目での点検と齟齬はないとの感想をいただいた。今回の生成 AI によるケアプラン点検では居宅サービス計画書第1～3表を対象としたが、実際、ケアプラン点検に用いている帳票の種類が自治体別に異なり、かつケアプラン点検の際に主に見ている帳票の種類も異なることから、自治体共通の部分と自治体別の個別設定が必要な部分の双方を取り入れる必要があると考えられた。

全体的に、生成 AI を活用したケアプラン点検支援について、技術的な実現可能性は高いと考えられた。

自治体ごとに実施内容が異なり、機能の標準化についての検討は必要だが、要約機能などインタビューを行った全ての自治体で好意的に評価された機能も存在し、また個別自治体ごとにカスタマイズした活用方法についての活用方法も有効性を確認できた。

要約機能は、項目抽出の明らかな間違いはなく、また可読性の高い文章を出力することが出来ていた。一般視点および自治体職員視点で見ても、記載内容に大きな違和感是指摘されておらず、現時点で高い有用性が評価された。今まで読み込みにかかる時間を簡略化でき、点検作業の効率化につながるなどの意見もあった。

ケアプラン点検項目マニュアルに沿った評価については、実際にマニュアルを活用している自治体においては、作業省力化についての有用性が評価された。これまで時間をかけて読み解きながら評価していたものが自動で評価できるため、点検できるケアプラン件数の増加や、点検するケアプランの優先度の見直しなど、効率化や高度化が図れると考えられた。

特定自治体におけるケアプラン点検方法の実装可能性については、基準を明確化して、生成 AI への指示命令文(プロンプト)を具体化・詳細化することにより、一定水準の指摘が可能となった。これは自治体ごとに指示命令文を担当者が変更することで、個別の自治体に対応したケアプラン点検支援 AI を実現することが出来る可能性を示すものとなった。

追加要望としては、都道府県独自の評価方法の検討、要約機能の既存システムへの組み込み、評価方法として疾病ごとに指摘する内容を個別に調整する、点が挙げられた。

5. 本事業のまとめ

本事業では、有識者等による検討会を開催の上、地方公共団体、介護事業所等へのアンケート調査やヒアリング等を行い、ケアプランデータ連携を蓄積することによる活用策を検討するとともに、試行・検証を行いつつ、報告書として取りまとめた。

ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査では、「居宅介護支援事業所」「介護(予防)サービス事業所」「地域包括支援センター」「医療機関」「保険者」「利用者・家族団体」の6つの主体に対する調査を実施した。ヒアリング調査では、ケアプランの管理・活用や連携、受領・確認等の現状を確認するとともに、ケアプランデータの利活用に期待することについて事務局で予め検討したケアプランデータの蓄積・活用の在り方をもとに意見を伺い、その意見をケアプランデータの活用方法の一部として取りまとめた。

また、ケアプランデータの蓄積・活用の在り方に関する検討としては、関係主体・業務別に現在、ケアプランを活用する業務を整理し、それぞれの業務に関する課題とその課題のデータ活用による解決可能性を整理した。さらに、ケアプランの内容に基づいた整理を行った。

一つ目の検討事項である、関連主体・業務に基づいた整理については、特に、「アセスメント→ケアプラン→個別サービス計画」の一連の整合性の確認等によるケアマネジメントの質の向上、運営基準等との整合の確認等による居宅介護支援事業所の運営等の業務効率化、加算の算定要件の機械的確認による自動算定、またそのデータを活用したケアプラン点検や運営指導等の保険者の業務効率化等が考えられた。

加えて、二つ目の検討方法であるケアプランの内容に基づいた整理結果については、主な活用方法としてケアマネジャー1人当たりの担当件数の計算、ケアプランの見直し要否の提案、利用者の要介護度の変化の把握・区分変更の必要性の確認、ケアプラン作成 AI、ケアプラン点検・介護保険縦覧点検での活用、アセスメントとケアプラン内容の整合性の確認、その他届出等が考えられた。

また、実際のケアプランデータを用いて、ケアプラン点検事業を支援または代替することができるかどうかについて、技術的可能性の検討を行った。自治体担当者の実施基準を基にした判定可能性から検討を開始し、定性的な判断を支援・代替するため、生成 AI(LLM)を活用した検証を行った。具体的には、計3自治体(関東、関西、九州の自治体)のケアプラン点検業務の実態把握を行い、生成 AI による支援・代替可能性についての技術検証を行い、複数自治体での検証結果を踏まえた、ケアプラン点検 AI の全体像の構想を行った。加えて、ケアプラン点検における生成 AI を用いた効率化可能性についての検討を行った。全体的に、生成 AI を活用したケアプラン点検支援について、技術的な実現可能性は高いと考えられた。

検証結果、自治体ごとに実施内容が異なり、機能の標準化についての検討は必要だが、要約機能などインタビューを行った全ての自治体で好意的に評価された機能も存在し、また個別自治体ごとにカスタマイズした活用方法についての活用方法も有効性を確認できた。

本事業では今後の介護情報基盤の活用を視野に、ケアプランデータの活用策について検討および検証を行ったが、介護情報基盤にてケアプランデータが蓄積される意味としては、今までデータとして蓄積されていなかったケアプランデータが溜まること以外にも、今までは提出や事務の手間等を考慮し、一部しか提出できなかったケアプランデータの提出の対象や頻度等についても変化が起こる可能性がある。しかしながら、実際のデータ利活用のためには更なる技術的・制度的な検討が必要な状況であり、特に

個人情報を含むケアプランデータのセキュリティの担保が求められる。また、データ利活用の大前提となる医療介護現場でのケアプランデータの利活用のメリットを明確にするとともに、現場側のケアプランデータの提出の負担がかからないようにすること等については引き続き検討が必要と考えられる。

令和 6 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
ケアプランデータの蓄積・活用に関する調査研究 報告書

令和 7(2025)年3月発行

株式会社三菱総合研究所
ヘルスケア事業本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
FAX 03(5157)2143

本事業は、令和 6 年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け行ったものです。