

令和7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分)

介護情報基盤での利活用を見据えた個別サービス 計画の標準化に向けた調査研究 報告書

目次

1. 本事業の概要	1
1.1 本事業の背景及び目的	1
1.2 調査の進め方	2
1.2.1 検討委員会の設置・運営	2
1.2.2 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)の実施	4
1.2.3 介護ソフトベンダー調査(アンケート調査)の実施	4
1.2.4 個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の検討	5
1.2.5 報告書の作成	5
2. 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)	6
2.1 調査目的	6
2.2 調査対象	6
2.3 調査時期	6
2.4 調査方法	7
2.5 調査項目	7
2.6 調査結果	8
2.6.1 訪問介護事業所	8
2.6.2 通所介護事業所	15
2.6.3 訪問リハビリテーション事業所	20
2.6.4 通所リハビリテーション事業所	24
3. 介護ソフトベンダー向け調査(アンケート調査)	28
3.1 調査目的	28
3.2 調査対象	28
3.3 調査時期	28
3.4 調査方法	28
3.5 調査項目	28
3.6 調査結果	30
3.6.1 回収率	30
3.6.2 会社基本情報	30
3.6.3 介護ソフトの情報	31
3.6.4 介護ソフトの連携機能	34

3.6.5 個別サービス計画書様式の実装状況 - 訪問介護.....	37
3.6.6 個別サービス計画書様式の実装状況 - 通所介護.....	41
3.6.7 個別サービス計画書様式の実装状況 - 訪問リハビリテーション.....	44
3.6.8 個別サービス計画書様式の実装状況 - 通所リハビリテーション.....	48
4. 個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の検討.....	52
5. 本事業のまとめ	61
6. 参考:アンケート調査項目一覧.....	67

1. 本事業の概要

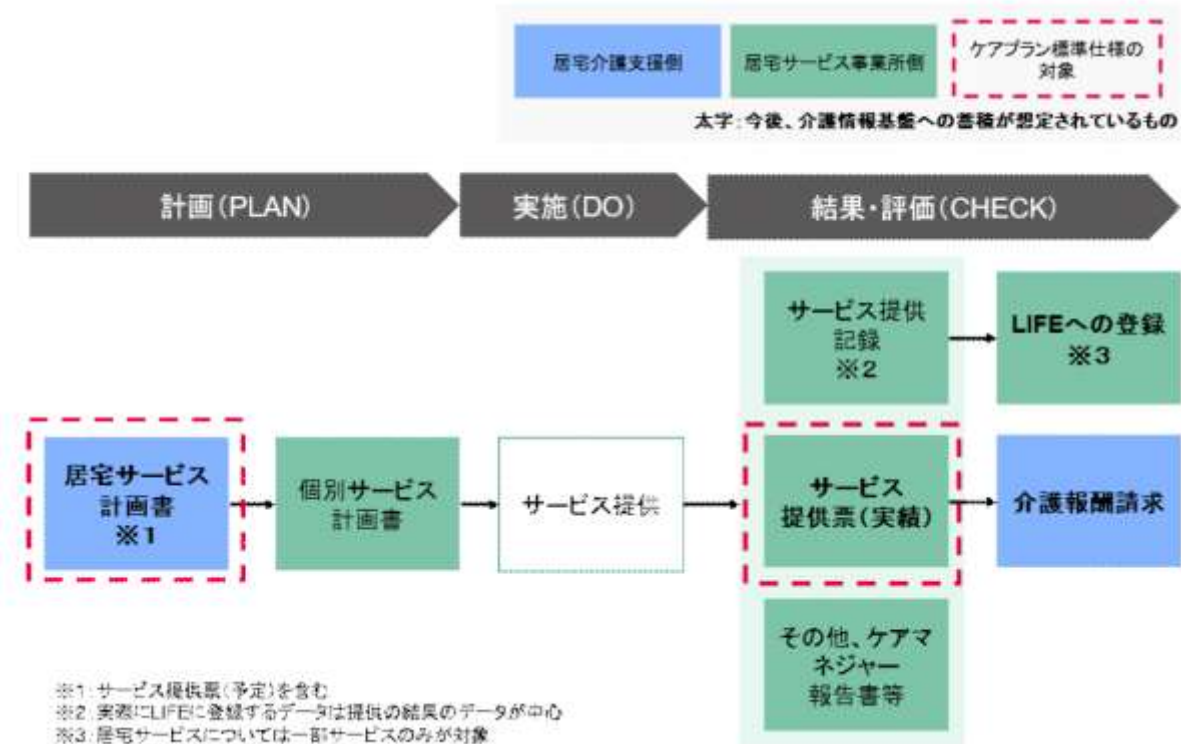
1.1 本事業の背景及び目的

在宅の高齢者に対して提供される居宅サービスにおいて、その基盤となる居宅サービス計画書については、厚生労働省「居宅介護支援事業所と、介護サービス提供事業所や医療機関等との間におけるデータ連携のための標準仕様」(以下、ケアプラン標準仕様)に基づき標準化されたデータが、国民健康保険中央会のケアプランデータ連携システムを通じて連携できる仕組みが整備されている。このケアプランデータ連携システムは、令和 8 年度に構築予定の介護情報基盤の一部として位置づけられる予定である。

一方で、居宅サービス計画書は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した後、各居宅サービス事業所に提供され、当該事業所はその内容を踏まえて具体的な個別サービス計画を作成する運用となっている。作成された個別サービス計画は介護支援専門員へ提供されるとともに、その計画に基づいてサービスが実施される。しかしながら、居宅サービス計画書と個別サービス計画との整合の確認方法や、介護支援専門員への提供状況等については事業所ごとに対応が様々であり、統一的な運用が十分に確立されていないのが現状である。

また、居宅サービスの「計画→実施→結果・評価」という PDCA サイクルにおいて、個別サービス計画に関する情報がデータとして十分に連携・活用されていないことは、今後 LIFE データ等を活用したサービス評価が適切に行われなくなる可能性につながる。居宅サービスの PDCA サイクルを適切に機能させる観点からも、個別サービス計画のデータ標準化を進める意義は大きいと考えられる。

図 1 居宅サービス提供における文書・データの流れ



こうした課題に対応するため、本事業では個別サービス計画について、将来的なデータ利活用や、居宅サービス事業所のケアプランデータ連携システム利用促進を念頭におきつつ、複数の介護ソフトベンダーの協力を得ながら比較検証を行い、個別サービス計画の標準化に向けた課題整理を行うとともに、各サービスにおける個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目に関する検討を行うことを目的とした。

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・運営

本事業では、実施する調査設計の検討及び、調査結果を踏まえた個別サービス計画のデータ利活用における課題の整理やデータ標準化のための標準仕様案に含まれるべき項目の詳細等について議論、助言を行うため、有識者、実務者、関連団体から構成する検討委員会を設置し、3回開催した。

検討委員会の詳細は以下のとおり。

(1) 委員構成

表 1 委員構成

(50音順、敬称略)

位置づけ	氏名	所属・役職
委員長	井出 健二郎	兵庫県立大学社会科学部経営専門職医療介護マネジメント 教授
委員	梅田 紀子	日本ホームヘルパー協会副会長 福岡ホームヘルパー協会会長
委員	大住 崇之	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会理事 医療法人社団松恵会 けやきトータルクリニック リハビリテーション科
委員	近藤 国嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
委員	中元 秀昭	さくら CS ホールディングス株式会社 代表取締役兼 CEO 一般社団法人全国介護事業者連盟 北海道支部 副支部長 AIR介護(介護DX)推進検討部会 委員
委員	田尻 亨	全国ホームヘルパー協議会 会長
委員	村木 剛	一般社団法人日本在宅介護協会 常任理事 訪問介護・居宅介護支援部会 部会長 株式会社ベネッセスタイルケア 執行役員 在宅事業本部長

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 室長補佐
和田 淳平

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 介護業務効率化推進官
長谷田 麗子

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 企画調整係
高橋 舜

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 企画調整係
土本 ひより

事務局

株式会社三菱総合研究所 医療・介護 DX 本部 医療・介護政策コンサルティンググループ
エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社 公共政策第一部

(2) 検討委員会の開催時期と主な議題

表 2 検討委員会の開催時期と主な議題

回	開催時期	議題
第1回	令和7年11月5日(水) 15:00~17:00	・事業の目的、年間計画の確認 ・個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)の実施について ・介護ソフトベンダー調査の実施について
第2回	令和8年1月19日(月) 16:00~18:00	・アンケート調査結果(速報)について ・ヒアリング調査結果(速報)について
第3回	令和8年3月12日(木) 16:00~18:00	・報告書案について

1.2.2 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)の実施

居宅サービス計画については、一部サービスを除いて様式が定められておらず、用いられている様式と内容が様々である。一方、データ利活用のためには様式について一定の標準化が必要であり、まずは介護現場で活用されている個別サービス計画の状況を把握するため、居宅サービスに関連する業界団体からの推薦の13事業所に対するヒアリング調査を行った。

表 3 ヒアリング調査 実施概要

調査対象	居宅サービス関連業界団体から推薦をいただいた13事業所(一部、団体代表を含む)
調査時期	WEB 会議もしくは訪問による聞き取り
調査方法	令和 7 年 11 月～12 月
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス別によく用いられている既存の個別サービス計画の様式の状況(全社協版等) ・個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 ・個別サービス計画の作成方法(介護ソフトの活用等) ・個別サービス計画の共有状況 ・個別サービス計画の確認・活用状況 等

1.2.3 介護ソフトベンダー調査(アンケート調査)の実施

個別サービス計画のデータ利活用のためには、個別サービス計画が介護ソフト等の電子上の方法により作成されている必要がある。個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の内容の検討材料とするため、介護ソフトベンダーを対象にサービス別に実装されている個別サービス計画書の様式や含まれている項目についてアンケート調査を行った。

表 4 アンケート調査 実施概要

調査対象	介護ソフトベンダー128社 ※過去調査で把握した国内の介護ソフトベンダーの悉皆
アンケート調査時期	令和 7 年 11 月 17 日(月)～令和 7 年 12 月 19 日(金)
調査方法	WEB 調査(WEB 画面による回答)
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・回答者情報(会社情報、介護ソフトの全社共通状況等) 介護ソフトの基本情報(名称、提供・契約形態、機能、導入事業所数等) 介護ソフトの連携機能(ケアプラン標準仕様への対応状況、UI 等) 個別サービス計画書様式の実装状況(下記 4 つについて実装の有無、項目詳細等) -訪問介護計画書 -通所介護計画 -訪問リハビリテーション計画書 -通所リハビリテーション計画書

1.2.4 個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の検討

「1.2.2 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)」及び、「1.2.3 介護ソフトベンダー調査(アンケート調査)」によって把握された、個別サービス計画の主な様式および項目の内容をもとに、個別サービス計画に含まれている項目およびそれらの項目の標準仕様案に含まれるべき項目に関する検討を行った。

1.2.5 報告書の作成

「1.2.2 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)」から「1.2.4 個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の検討」の調査内容および結果をとりまとめ、報告書を作成した。

2. 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)

2.1 調査目的

居宅サービス計画については、一部サービスを除き、様式が定められておらず、用いられている様式と内容が様々である。一方、データ利活用のためには様式の一定の標準化が必要であり、まずは現場で活用されている個別サービス計画の状況を把握するため、居宅サービスに関連する業界団体より推薦された介護事業所に対するヒアリング調査を行い、個別サービス計画の現状を把握する。

2.2 調査対象

居宅サービス関連業界団体から推薦をいただいた以下の13事業所(一部、団体代表を含む)に対してヒアリング調査を実施した。

表 5 ヒアリング調査 調査対象

No	事業所	推薦団体
1	訪問介護 A	全国ホームヘルパー協議会
2	訪問介護 B	
3	訪問介護 C	
4	訪問介護 D	日本ホームヘルパー協会
5	訪問リハ A	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会
6	通所リハ A	全国デイ・ケア協会
7	訪問介護 E	在宅介護協会
8	訪問リハ B	
9	通所介護 A	
10	通所リハ B	
11	訪問介護 F	一般社団法人介護事業者連盟
12	通所介護 B	
13	通所リハ C	

2.3 調査時期

令和7年11月～12月

2.4 調査方法

WEB 会議による聞き取り

2.5 調査項目

ヒアリング項目は以下の通り。

1. サービス別によく用いられている既存の個別サービス計画の様式の状況(全社協版等)
 - A) よく用いられている個別サービス計画の様式
 - B) 厚労省参考様式や団体様式がある場合はその様式の利用状況
 - C) その様式が用いられている理由
 - D) 個別事業所における様式のカスタマイズの状況
 - E) 現在の個別サービス計画における課題
2. 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容
 - A) 個別サービス計画に主に含まれる項目(別紙参照)
 - B) 定量的項目の記載の際の尺度や計測方法等
 - C) 定性的項目に主に含まれている内容:目標、課題、サービス内容等
 - D) 個別サービス計画の項目のうち、ケアプランを参考にしている項目
3. 個別サービス計画の作成方法(介護ソフトの活用等)
 - A) サービスにてよく使われている介護ソフトの状況
 - B) 個別サービス計画の作成に関わる職種の状況
 - C) 個別サービス計画の作成方法:介護ソフトで入力、Excelで作成、紙様式に手書き 等
 - D) 個別サービス計画の作成における手間や課題
4. 個別サービス計画の共有状況
 - A) 個別サービス計画の事業所・法人内の共有状況
 - B) 個別サービス計画のケアマネジャーへの共有時期・頻度・方法
 - C) 個別サービス計画のその他関係者への共有有無
 - D) 個別サービス計画の共有における手間や課題
5. 個別サービス計画の確認・活用状況
 - A) 個別サービス計画の見直し状況(頻度等)
 - B) 個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況
 - C) 個別サービス計画に関する保険者の確認状況(運営指導時等)
 - D) (通所系のみ)個別サービス計画と関連したLIFEデータ登録状況

2.6 調査結果

2.6.1 訪問介護事業所

(1) 個別サービス計画の様式の状況

個別サービス計画の様式について、各社独自の様式を採用しているケースが多く、介護ソフトに搭載されている様式や協会の様式をそのまま使用しているケースは少なかった。

個別サービス計画における課題としては、利用している介護ソフトの仕様等により一部または全体の項目に対して手入力が必要となることの手間などが挙げられていた。

表 6 個別サービス計画の様式の状況(訪問介護 A～C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
個別サービス計画の様式の状況	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフトを2年前から変えており、その介護ソフトに搭載されている個別サービス計画書を利用している。 介護ソフトを切り替えたのは利便性の向上のためである。 	<ul style="list-style-type: none"> Accessを使用し、自社独自様式を作成している。全国社会福祉協議会のアセスメントシートを参考にしつつ、最低限の項目を含む独自形式で作成。 	<ul style="list-style-type: none"> 自社で作成した独自様式を利用している。 2005年に事業を開始して以来、独自様式を何度か改訂し、7～8年前に完成した。 サービス提供責任者が使いやすく、負担が少ない仕様になるよう修正を行った。 県からの運営指導として、「訪問予定が明確であること」「記載しやすいこと」を求められたため、その内容を反映した。 独自様式の作成にあたり、個別サービス計画書の著書を購入して参考にし、Excelで設計を行った。 作成のポイントとしては、以下のように内容を明確かつシンプルにすることを重視した。 →生活上の課題、ケア目標、ケア内容、留意事項、期間
現在の個別サービス計画における課題	<ul style="list-style-type: none"> 現在使っている介護ソフトでは、基本情報はある程度自動で転記されるが、ケアプランの情報については手入力となり手間がかかっている。利用者や家族の意向、緊急連絡先などがアセスメント表などから自動転記されると助かる。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護事業者数が減少傾向にある中で、他事業所との連携が必要となっているが、様式が統一されておらず、事業所ごとに様式が全く異なるという課題がある。協働化の観点から、フォーマットを統一化できると望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> 様式自体には特に課題はない。 介護ソフト上の計画書を使用すれば、スマートフォン等で計画書が作成できることは認識している。ただし、現状ではサービス責任者が現在の独自様式に最も適応しているため、効率化には至っていない。 弊社の独自様式と介護ソフト上の様式に大きな違いはないものの、新たに作成する場合は1から入力が必要であり、手間を感じている。また、システム切り替え時には導入初期が最も負担が大きい、ホームヘルパー不足の状況が続いており、なかなか着手できないことが課題となっている。

表 7 個別サービス計画の様式の状況(訪問介護 D～F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
個別サービス計画の様式の状況	<ul style="list-style-type: none"> 全国ホームヘルパー協議会の様式と比較し、顧客が同意するために必要な情報に較っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフトの様式はあまり使用しておらず、各事業所で独自のフォーマットを使用しているケースが多い。 現在の様式では、ケアマネジャーの短期目標がそのまま現場で記載されているケースが多い。本来ケアマネジャーは抽象的な目標を記載するが、現場では目標を達成しやすい内容に具体化して進める視点が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> Excelで作成している。紙で選されたものを手入力しているのが現状である。 請求ソフトによっては、匿名介護支援事業所と訪問介護事業所が併設されており、同じ請求ソフトを使用していれば項目が自動反映される介護ソフトもあると聞いている。
現在の個別サービス計画における課題	<ul style="list-style-type: none"> 様式について基準にある「担当する訪問介護員等の氏名」については不要と考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護計画書を作成するのはサービス提供責任者だが、熟練者だけでなく資格を持つだけで計画書作成を任せられるケースも多い。そのため、計画書の作り方が分からず、特にケアマネジャーの目標ではなく、訪問介護独自の目標を立てる際、どのような文書で記載すべきが分からないことがあった。 各行政で様式が異なることも課題となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 他社から提供されるケアプランデータについて、現状ではデータ連携を通して第1表から第3表が送られてくることはなく、第6表のみが提供されるケースが一般的である。そのため、Faxで送付されるか、紙で手送られることが多く、それらを手入力するのが実態である。

(2) 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容

個別サービス計画に多く含まれている項目として、生活上の課題やケアの内容・目標、また訪問介護員等の氏名などが挙げられた。

個別サービス計画に含まれている項目の定量的な測定等については、サービスの特性上定量化が難しいという事業所から、一部生活動作や自立度については定量的に評価している事業所もみられた。

表 8 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 1(訪問介護 A~C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
個別サービス計画に主に含まれる項目	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランの情報をもとに作成している。「総合的な援助の方針」や「居宅サービス計画の長期・短期目標」は以前の介護ソフトの様式には含まれていなかったが、現在は追加されている項目である。訪問介護の長期・短期目標は、計画書に記載されるが、具体的な内容は別に手順書を作成し記載する形をとっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ①利用者基本情報:住所、介護保険情報、医療機関、緊急連絡先、IADLの情報を含む。 ②特定事業所加算:ヘルパーへの伝達文書、ADL、利用者の主な訴え、特段の要望、必要事項、意欲、環境を含む。 ③訪問介護計画書:介護保険情報、週間予定、サービス内容、長期・短期目標を含む。 ④訪問介護計画書と連動した記録内容:サービス提供方法、手順書、留意事項が含まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> 以下7点を含めている:生活上の課題、ケア目標、ケアの内容、留意事項、期間、特記事項、本人や家族が行うこと ケアプランと併せて、自宅での内容や目標については短期目標の期間を設定している。 例えば、身体介助では本人がどこまで行うのか、生活援助では買い物や家族が行うかなどを明記し、役割分担をはっきりさせることで現場のトラブルを防いでいる。これは根拠資料としても活用しており、過去のトラブルを受けて何度か修正を加えた部分である。
定量的項目の記載の尺度の尺度や計測方法等	<ul style="list-style-type: none"> 定量化が重要と考えており、生活動作ごとに指標を作成して評価を行っている。 月1回程度の頻度で各項目(掃除、洗濯、ごみ捨てなど)を点数化し、利用者の自立度を見る化の取り組みを独自の評価表で行い、居宅の方に共有している。計画表やアセスメント票とは異なるが、掃除、洗濯、調理などを点数化する様式を作成し、定量的に測ることで利用者の自立度を評価している。 	<ul style="list-style-type: none"> ADLやIADLは自由記述としている。本来は伝達文書を2つにまとめたかったが、用紙サイズの変更(A4やA3など)が手間であった点や、既存の伝達文書に新たな項目を追加することが技術的に困難であったため、2つに分ける形を採用した。 一部介助や全介助として記載しても、閲覧者にとって具体的に分かりにくいため、これらの項目を除外し、現状を把握する観点から自立介助のチェック項目のみを残した。 	—

表 9 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 1(訪問介護 D~F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
個別サービス計画に主に含まれる項目	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護計画書に記載が必要な項目は、援助目標、サービスの具体的内容、所要時間、日程、担当する訪問介護員等の氏名等で、様式は各事業所毎で定めるもので問題なし。 この内、「担当する訪問介護員等の氏名」は、同一の訪問介護員がサービス提供する訳ではなく、不特定の訪問介護員がサービス提供するので基準から削除をお願いしたい部分。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活では、調理が関わる場合に経済状態も考慮する必要があるため、食費の目安を計画書に追加した。 	<ul style="list-style-type: none"> お客様・ご家族の要望、支援目標、支援内容、前回目標期間におけるサービス提供のモニタリング・評価、主な担当ヘルパー名等
定量的項目の記載の尺度の尺度や計測方法等	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護はサービスの性質上、定量的な内容や目標の明文化は困難であり、定量的項目はなし。 	—	—

表 10 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 2(訪問介護 A~C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
定性的項目に主に含まれている内容:目標、課題、サービス内容等	—	<ul style="list-style-type: none"> 自由記述欄はデイサービスのフォーマットに類似したものとなっており、細かい情報を記載するために設けられている。現場のご意見としては、一部・全介助はあまり重要ではなく、具体的かつ詳細に記載してほしいという要望があったため、紙スペースを考慮して省略した。 	<ul style="list-style-type: none"> 留意事項に、訪問介護特有の詳細な情報を記載している。 例えば、入浴介助の場合、お湯をためることやお湯の温度、バイタルチェック、血圧がいくつ以上なら清拭に切り替えるといった援助の流れや細かいポイントを留意事項に記載している。
個別サービス計画の項目のうち、ケアプランを参考にしている項目	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランの情報は手入力しており、手間がかかるという声がある。当協議会では、約3年前からデータ連携を活用してCSV出力が可能な統一様式を求めてきた。しかし、現状では紙でのやり取りが多く、ケアプラン変更時に計画書をその都度変更しているため負担が大きい。データで共有できれば負担軽減が期待できるが、全ての居宅がデータ連携に対応していないと意味がない。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の主な訴え、普段の要望、訪問介護計画書の支援内容、将来のビジョンなどを参考に計画書に落とし込むようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 課題、目標、期間を参考にしている。 他事業所の計画書との間に大きな違いはないが、一部介護ソフトで作成されているものもある。また、独自様式を利用している事業所が多い印象であり、大手法人では独自様式か介護ソフトの様式を使用していた。

表 11 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 2(訪問介護 D～F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
定性的項目に主に含まれている内容:目標、課題、サービス内容等	<ul style="list-style-type: none"> 短期と長期の目標を分けず、1つの目標として記載する形を採用している。これは、利用者にとって分かりやすさを意識しているためである。 ご本人の希望とご家族の希望を記載し、そのアセスメントの結果として援助目標を3つ記載する。また、援助目標に対応したサービスの詳細を下に記載できるレイアウトとなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者によっては、サービスが起床・食事・入浴のみと固定される場合もある。状態が低下している箇所について記録し、ケアマネジャーに報告することで、在宅生活の状況を的確に把握できる項目を工夫している。 利用者の「できる・できない」だけでなく、「一部できるが、これはできない」といった状況を記録できる項目を設け、選択幅の幅を広げている。 	<ul style="list-style-type: none"> 目標、支援内容
個別サービス計画のうち、ケアプランを参考にしている項目	<ul style="list-style-type: none"> 個別サービス計画とケアプランは連動するものなので参考にしている。 都道府県の推奨様式を参考にして訪問介護計画書を作成している。 		

(3) 個別サービス計画の作成方法

個別サービス計画については主にサービス提供責任者側で作成しており、パソコン上で作成している例が多かったが、パソコン上では介護ソフトや microsoft access、excel、word 等、用いている方法は様々であった。

個別サービス計画の作成における手間や課題としては、アセスメントからサービス提供までの一連の流れにおける計画書の一連の流れを一気通貫で行うこと自体の難しさや、介護ソフト等でその内容を文書として作成する際の連動が図られていないことによる二度入力の手間等に関する意見が挙げられた。

表 12 個別サービス計画の作成方法(訪問介護 A～C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
個別サービス計画の作成に関わる職種の状況	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者が作成している。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者がアセスメントを行いながら4つの様式を作成し、ケアマネジャーからケアプランを受け取った時点で様式を更新している。 記録は訪問ヘルパーが記入し、利用者を確認していただいた上で管理している。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者が作成している。
個別サービス計画の作成方法	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフト上で作成している。 	<ul style="list-style-type: none"> Accessで作成している。 記録や計画書を一体化したソフトへの移行を進めている。一部の記録は、既に4～5年、アプリ運用しており、今回の移行で全てをアプリ化する予定である。 Accessは管理が難しく、特定の人材が使える状況だが、記録ソフトの導入でより効率化を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> 最近、手書きの様式はほとんど見ないし、パソコンで作成した様式が多い。
個別サービス計画の作成における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 運営基準に「訪問介護計画書の作成」が求められているが、基準自体が実態と異なるため違和感がある。計画書を作成することよりも重要なのは、アセスメントやモニタリングを通じて、利用者の状態がどのように変化しているかを正確に確認することである。本来は計画書を活用して、プロセスを可視化し、計画通りに進んでいるかを確認できる仕組みが求められる。ところが、実際としては計画書があればよしとされている。計画書の有無よりも、プロセスそのものが大事だと感じている。アセスメントに基づき利用者の課題を明確化し、サービス提供責任者がその課題にどのように取り組むかを計画書として連動させる仕組みが必要である。現状では、アセスメント、計画書作成、モニタリング、ケアマネジャーへの報告といった各工程を分割しており、介護ソフトには手入力で対応している。これらの工程を一体的に運用できるシステムがあれば、業務が効率化されると考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の中には、頻りに計画が変わる方がいる。最初に、特に新規の利用者に対して、ケアマネジャーがきちんとアセスメントできていない場合がある。サービス提供責任者との話し合いの中で、ケアプランの中で、適切に位置づけられていないことが発覚する。頻回な変更は手間となり課題と感じている。ある程度アセスメントを行わないと分からないという姿勢ではなく、アセスメントから得られた情報を基に利用者の生活を想像しながら対応することが必要なのではないかと考える。頻回に変更が生じると、4つのフォーマット全てを更新する必要が生じ、業務量が増加している状況である。 	<ul style="list-style-type: none"> 計画書の中身自体に、課題はない。 本事業所の課題は、介護ソフトの様式を導入すれば手間や負担を軽減できると認識しているものの、これまで自社で作成した内容を介護ソフトに転記できていない点である。そのため、導入や活用には至っていない状況である。

表 13 個別サービス計画の作成方法(訪問介護 D～F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
個別サービス計画の作成に関わる職種の状況	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者が作成している。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーから事業者に依頼が来る。アセスメントを取り、手順書を作成する。状況が変化すれば、その都度ケアマネジャーに報告する。 	—
個別サービス計画の作成方法	<ul style="list-style-type: none"> 独自様式Wordで作成している。 介護ソフトは、請求やスケジュール管理、特定事業所加算の算定要件を客観的に満たすために使用している。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフトで手入力している。 	<ul style="list-style-type: none"> Excelを使用している。 翌期の計画書や次のアセスメントを作成する際には、既存の指示書をコピーして複製し、内容を更新する形で作成している。これは、1つのファイル内でシートを増やす形式で運用している。
個別サービス計画の作成における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 提供期間の設定、ケアプランの2表の短期目標に合わせると頻回になりかつ管理が煩雑になる。当社では、原則2表の援助内容の期間に合わせている。 署名・捺印がない書類は電子上で共有できるが、署名をいただいた書類は紙で保管しており、スキャンはしていない。紙はファイリングして管理している。国では署名・捺印が不要と認められているが、前提条件が厳しく、結果として紙での保管となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 現場では時間が限られるため、サービス優先でアセスメントが後回しにされやすい現状がある。初回訪問時に取れるような簡易様式の作成も検討中である。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス手順や留意点として、鍵をキーボックスから取り出す際の番号を押して鍵を開ける手順や、自転車の置き場所など、直接サービスにつながるわけではない内容も含めて記載している。 利用者の性格的に特定の表現を避けるべき注意点も含めている。

(4) 個別サービス計画の共有状況

個別サービス計画の共有状況について、ケアマネジャーに紙媒体で共有している事例が多かったが、ケアマネジャー以外の関係者に対する共有はほとんど行われていなかった。現状、紙媒体での共有が多いことによる負担は共有における手間や課題として挙げられた。

また、個別サービス計画の見直しの頻度については、個別利用者の状態によってばらつきはあるものの、半年～1年に一回、もしくは短期目標の期限にあわせて見直しをしている事例が見られた。また、ケアマネジャーに共有した計画書に対するフィードバックが行われている事例はほとんど見られなかった。

表 14 個別サービス計画の共有状況1(訪問介護 A～C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
個別サービス計画の事業所・法人内の共有状況	<ul style="list-style-type: none"> ホームヘルパーも個別サービス計画書を見ることは可能だが、実際に確認しているヘルパーはほとんどいない状況である。 法人内では同じ介護ソフトを利用している施設と、他の介護ソフトを利用している施設もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 紙媒体で提供している。 利用者基本情報、伝達文書、訪問介護計画書の3点は、サービス提供責任者と管理者のみ閲覧可能となっている。これらの情報はチャットワーク内で担当者向けのグループチャットを活用しており、担当者はいつでも確認できるが全員が閲覧できるわけではない。 	<ul style="list-style-type: none"> パソコンにデータを保存し、ホームヘルパーが確認できる状態で保管している。 個別サービス計画書は紙で印刷しており、ケア記録はクラウド上で閲覧可能である。 ケアマネジャーから来る書類と一緒にファイリングしている。
個別サービス計画のケアマネジャーへの共有時期・頻度・方法	<ul style="list-style-type: none"> 紙媒体を持参して共有している。初回訪問時には、初回訪問報告書と一緒に利用者の押印済の写しを持参している。 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパーから報告された必要な支援や要望がある場合、当日もしくは遅くとも2～3日以内に、ケアマネジャーへ電話で連絡を行う。その後、ケアマネジャーが確認し、必要に応じてサービスの追加対応をすることがある。また、ケアマネジャーには月1回の頻度で報告書を渡し、記録を残している。 ケアマネジャーによってはチャットワークを利用してタイムリーな対応が可能となっている。チャットワークを利用している場合、サービス提供責任者はヘルパーから報告された情報をコピーして貼り付けるだけで済むため、負担が軽減される。ただし、現在は1事業所のみ利用に限定されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーには、紙で更新の都度、直接手渡ししている(車移動)。
個別サービス計画のその他関係者への共有有無	<ul style="list-style-type: none"> 特に共有はしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 特に共有はしていない。 	—

表 15 個別サービス計画の共有状況1(訪問介護 D~F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
個別サービス計画の事業所・法人内の共有状況	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者は、ホームヘルパーに情報を繋ぐ役割を担っている。しかし、本人がサービス提供を行いながらこれらの業務を兼務している状況が多く、負担が大きい。サービス提供責任者を支援・救済する仕組みを何とか構築する必要があると考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ホームヘルパーが注意すべき内容については、「指示書」という独自様式を別途用意して共有している。 独自様式の指示書では、利用者の課題や要望、サービスごとの手順や留意点を共有し、複数のサービスを提供する際の運用を目的としている。 	<ul style="list-style-type: none"> 法人内に共有フォルダがあり、階層構成で事業所ごとに分かれている。事業所のフォルダはその事業所のみが閲覧可能である。一方、本社側、とくに監査部は全事業所のフォルダを閲覧できるように設定している。
個別サービス計画のケアマネジャーへの共有時期・頻度・方法	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護員は自分たちの支援内容をアピールする力が弱く、担当者会議でも伝達力が不足している点が課題である。ケアマネジャーのなり手が減少しているため、助け合いの必要性が高まっている。ケアマネジャーには事業者からの信頼が不可欠であり、連携をしっかりと取ることが業務環境を整えることが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーへの共有(提出)は、新規作成時、変更・要介護認定更新=ケアプラン変更時に行っている。 頻度は多くないので、大きな手間や課題はないが、ペーパーレス化が進み、介護情報基盤上での共有が可能となれば共有の手間は減少する。 	—

表 16 個別サービス計画の共有状況 2(訪問介護 A~C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
個別サービス計画の共有における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 時間的にもコスト的にも負担が大きい。ただし、営業やコミュニケーションの機会として必要な側面もあると認識している。 データ連携が可能になれば利便性が向上するが、現時点では居宅に訪問し、紙で出力したものを手渡ししている状況である。 人手が減少し、ヘルパーが高齢化する中で、データ連携を進めて自動化し、より多くの利用者へのサービス提供に繋げていくことが必要だと感じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランデータ連携システムが導入され、PDFの添付が可能になったことで手間が軽減され、便利だと感じている。また、チャットワークを利用しているケアマネジャーの場合は、PDFを添付してやり取りができ、簡単にデータを送れるため非常にありがたいと感じる。 ケアプランデータ連携システムはデータを添付して送れる仕組みであり、うまく活用できれば、ファックスやメールよりも安心して利用できると考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別ケア会議が開催される際、市町村に提出する場合がある。
個別サービス計画の見直し状況(頻度等)	<ul style="list-style-type: none"> 通常は6か月ごとに見直しを行っている。ケアプランが変更された際には、その都度計画書を見直している。 	<ul style="list-style-type: none"> 半年に1回の頻度で見直している。 	—
個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーからの確認やフィードバックはほとんどない。計画書というよりも、生活動作評価を通じて利用者の自立度の情報共有を図るようにしている。 	—	<ul style="list-style-type: none"> フィードバックはない。

表 17 個別サービス計画の共有状況 2(訪問介護 D~F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
個別サービス計画の共有における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 共有の頻度は多くないので、大きな手間や課題はないが、ペーパーレス化が進み、介護情報基盤上での共有が可能となれば共有の手間は減少する。 ケアマネジャーのスキルや視点にはばらつきがあり、ケアプランの短期目標をそのまま訪問介護計画に流用してよいか疑問がある。そのため、サービスごとに主旨を変えず、利用者に分かりやすい表現に置き換えながら対応することが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者は、ヘルパーに情報を繋ぐ役割を担っている。しかし、本人がサービス提供を行いつつこれらの業務を兼務している状況が多く、負担が大きい。サービス提供責任者を支援・救済する仕組みを何とか構築する必要があると考えている。 	—
個別サービス計画の見直し状況(頻度等)	<ul style="list-style-type: none"> 顧客の身体状況の変化によるサービスの見直し時となり、感覚的には平均すると顧客1人あたり年に1回程度ではないかと思われるが、実際には個別にばらつきがある。 退院後の計画見直しは大きな変更になることが多く、退院前にアセスメントで設定したサービスが実態と合わないケースがある。 新規利用者の場合は、訪問介護計画の見直し頻度が高い一方、長期利用で状態が安定している方は目標を変更する必要が少なく、変更頻度が低い。 	—	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標の期間に合わせて計画を見直しており、ケアプランの期間に基づいて見直すことを原則としている。一方で、認定の有効期間が1~2年であるにもかかわらず、ケアマネジャーによっては、認定有効期間が2年であっても長期目標・短期目標を2年間の期間で設定する場合がある。 標準的な見直し頻度としては、おおむね1年に1回以上の見直しを実施しているのが実情である。サービスにおいてはサービス内容がほとんど変わらないため、同じ計画を継続使用できる場合が多い。一方、訪問介護ではサービス内容や曜日の変更が頻繁に発生し、3カ月や半年に1回の計画変更が必要となるケースが多い。そのため、計画書の再交付が頻繁に発生している。
個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況	<ul style="list-style-type: none"> ほとんどない。形式的にフィードバックを集めているのが実態と思われる。 	—	<ul style="list-style-type: none"> 現実的にはほとんどない。 モニタリング報告書は訪問介護の合間にサービス提供責任者がケアマネジャーに説明する形で対応している。ケアマネジャーと会えなかった場合には問い合わせが来ることはあるが、計画書について直接問い合わせが来ることはほとんどない。 利用者からの問い合わせについても、非常に稀である。

(5) 個別サービス計画の確認・活用状況

個別サービス計画について、計画書の有無よりもアセスメントやモニタリング等の一連のプロセスを確認できる仕組み作りが重要であるという意見や、介護 DX のために個別サービス計画書の標準化を推進してほしいなどの意見があった。

表 18 個別サービス計画の確認・活用状況(訪問介護 A~C)

項目	訪問介護A	訪問介護B	訪問介護C
個別サービス計画に関する保険者の確認状況	<ul style="list-style-type: none"> 保険者が来訪した際、介護ソフトの画面上での確認を受けたことがある。別の担当者が紙ベースの台帳を確認したことがあり、その際に日付の記入について指摘を受けたことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 保険者には全ての情報を共有している。チャットワーク上で一部を解決できるケースもある。国民健康保険団体連合会に送る介護給付明細書はPDFで共有しているが、紙媒体も残している。紙媒体は、A4片面に4名分を両面印刷して、1枚で8名分の明細書を記載し効率化を図っている。 運営指導は、6年前は紙媒体での対応を求められたが、3年前はパソコンの画面上(チャットワーク)で説明するだけで対応が可能となった。 	(運営指導の直近の実施なし)
その他	<ul style="list-style-type: none"> 現状、個別サービス計画書の有無に重きを置いているが、サービス提供者側からすると、アセスメントやモニタリングなど一連のプロセスを確認できる仕組みづくりが重要である認識である。運営指導では計画書の有無のみを徹底的に調査する行政の方がいるが、それによって画一的な計画書が多数出てきて、かえって質が低下する懸念がある。利用者へのサービス提供や自立支援、重症化防止の実現を国が進めるのであれば、プロセスまで確認する仕組みを構築すべきである。それにデジタルの力を活用することが重要だと考える。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護計画書の標準化は、介護DXや情報基盤を前進させる上で必須であり、ぜひ1本化して進めていただきたい。老人保健健康増進等事業で取り上げられることには大きな意義があると感じている。結論を申せば、この流れに乗れなければ廃業もやむを得ないという勢いで進める必要があると思う。アセスメントなど最低限の業務は介護保険事業として求められているものであり、それをしっかりと行ってこそ報酬につながる仕組みだと思ついで、ぜひ推進していただきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ホームヘルパー協議会としても訪問介護計画書の個別サービス計画書の統一化を望んでおり、ケアプランデータ連携システムが進めば計画書の共有にかかる負担が軽減されると見込んでいるが、現時点では整備が十分に進んでいないと認識している。 そのため、データ連携システムの導入を促進するための加算など、さらなる後押しが必要であると考えている。

表 19 個別サービス計画の確認・活用状況(訪問介護 D～F)

項目	訪問介護D	訪問介護E	訪問介護F
個別サービス計画に関する保険者の確認状況	<ul style="list-style-type: none"> 運営指導時に保険者の確認あり、サービス終了後5年間保管している。 	-	<ul style="list-style-type: none"> 予定所要時間について、できる限り細かく記載するよう指摘を受けたことがある。 ヘルパー名は基準解釈上、訪問介護職員の氏名を記載する必要があるが、ヘルパーが順次変わるため、記載すると実態と異なる可能性がある。ヘルパー名の記載については自治体ごとに解釈が異なり、ヘルパーが変更された場合に計画書を都度修正するよう求める自治体もある。 訪問介護計画書には作成日自体は必須項目ではないが、介護過程が適切に運用されているかを判断する基準として、アセスメント、ケアプラン、訪問介護計画書の日付の整合性を確認する自治体が複数ある。 訪問介護計画書の同意署名欄に「上記計画についての説明を受け、同意しました」という内容に加えて「同意を受け、署名の交付を受けました」という記載を追加するよう指摘を受けたことがある。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 各サービス事業者や医療機関も含め、このシステムや基盤をどこまで活用し、同じ意識を持って取り組むかが重要である。そのため、導入後に様子を見てから対応を検討する方が良いのではないかと個人的には思う。 せっかくこのような詳細な研究事業を進めるのであれば、20数年前に取り決めた内容で現状と合わなくなっている部分を、この機会により現実的な方法に変えていく必要があると考えている。本来の調査研究の主旨とは異なるかもしれないが、そういった点にも期待している。 	<ul style="list-style-type: none"> 計画書の作成は、課題や要望も混在し、時間もかかり、容易ではない。利用者の状態や家族間の問題、ご本人の性格など、共有が難しい情報も含まれる。面談1回だけで十分な情報が得られるわけではなく、時間を掛けながら徐々に情報を収集していく必要がある。訪問介護員が現場で得る情報の重要性も見落とせない。 現場の困りごとや相談を受け付け、コミュニケーション環境を整えることが重要である。困ったときには連絡が取れる場を設ける。バーンアウトを防ぐことが後方支援の役割だと認識している。アセスメントを簡単に取れて情報を分かりやすくするため、支援体制を整備する。グループワークは非常に重要で、話し合いによって気持ちが軽くなる効果が期待できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパー名が不要である点と、そもそも訪問介護計画が必要なのかという点が疑問である。訪問介護計画は、ケアプランとほとんど変わらない内容である。 運営指導においても、訪問介護計画書は監査のタイミングで確認するための書類という位置づけである。事業者としては、ケアプランをもとに計画に沿ったサービスを提供し、請求の根拠となる記録は別途作成しているため、計画書がなくても業務は回ると感じている。 現場では、膨大な書類作成の負担や重複業務に対して大きな負担を感じている。介護情報基盤の導入が業務負担をさらに増大させるのではないかと懸念がある。現場の実情に即した形で制度設計が行われることが重要であると考えている。

2.6.2 通所介護事業所

(1) 個別サービス計画の様式の状況

個別サービス計画の様式について、今回ヒアリングをした事業所のうち、2 か所は独自様式を採用しており、1 か所は介護ソフトの様式を使用していた。また、独自様式のなかでは機能訓練計画書が一体となっており、自社システム内で計画書を更新する際に情報を転記できるなどの機能がある様式や、東京都の様式をベースにカスタマイズしている様式があった。その他の事業所では、LIFE 導入に合わせて介護ソフトの様式をカスタマイズせずに使用していた。

表 20 個別サービス計画の様式の状況(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
個別サービス計画の様式の状況	<ul style="list-style-type: none"> 独自様式を作成して利用しており、機能訓練計画書も一体型の様式となっている。 利用者の状況に応じ、通所介護計画書や個別サービス計画書を同じ画面で入力し、個別機能訓練加算対象者には一体型として出力できる仕組みになっている。 「通所介護計画書 個別機能訓練計画書」は、左側が通所介護の内容、右側が個別機能訓練計画を記載。備考欄と署名欄を設け、情報を統一して扱えるレイアウトとなっている。 個別機能訓練がない場合は簡素な形となり、左側に個別サービス計画書を配置するレイアウトにしている。 自社システムにて計画書更新時には情報をコピーするか選択できる仕様になっている。 全国共通の様式を定めているが、自治体からの指摘内容を反映しながら、様式を何度か修正している。自治体ごとに見解が異なるため、対応には負担が大きく、指摘の統一化が望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> 独自様式を使用している。 当社は東京都内の事業所数が最も多い。東京都では東京都版の通所介護サービスの様式が存在するため、これを土台として使用している。しかし、この様式だけでは不十分であり、東京都が権限を持つ通所介護サービス(定員19名以上、地域密着型を除く)は指導を通過できるが、地域密着型における市区町村権限の運営指導や実地指導の場合、特定項目が不足しているという指摘がある。そのため、東京都版の通所介護計画書を土台に、当社で独自にカスタマイズを行い使用している。 	<ul style="list-style-type: none"> 令和3年頃から、LIFEの導入に合わせて介護ソフトの様式を利用している。カスタマイズは行っていない。 LIFEの算定において、計画書やアセスメントをCSV形式で作成し、そのままLIFEに取り込める仕様であるため、手入力の手間を削減できる。
現在の個別サービス計画における課題	<ul style="list-style-type: none"> LIFEのデータは個別機能訓練支援加算(Ⅱ)の情報に近い内容(座位やADLの情報など)であり、それを計画書やアセスメントに共有して、最終的にはLIFEにデータを飛ばせるよう、PDCAサイクルを回せるような仕組みを構築している。 データの提出タイミング(3~4か月目)が、アセスメントや区分変更の見直しのタイミングとずれることがあるが、システムツールは同一のもので対応できるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要事項が多岐にわたるため、さまざまな要求が発生している。たとえば、「あれが足りない」「これを入れてほしい」といった指摘が絶えない結果として、取りまとめの労力が増し、整理が非常に困難な状況である。各指定保険者のご意見をまとめ、最大公約数を整理することが重要である。しかし必要事項を盛り込みすぎた結果、非常に見づらい計画書となり、誰のための計画書なのか不明瞭になる現状がある。本来は利用者が計画を理解し、その計画に沿って進んでいくことを目的とするはずだが、現在は制度のための計画書になっている。 利用者が置き去りにされ、複雑化した計画書になっているが、この場合、利用者自身が計画書に同意し、「この方向でサービスを受ける」といった合意を得るための書類であるべきである。しかし、現状ではその役割を果たしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> LIFE全般において、現場の負担が増加している点が課題である。加算の単位数が小さい割に、現場での業務負担が大きいことが問題と感じている。 運営指導時に担当者がLIFEを確認できないことも問題である。運営指導での話題は主にフィードバックに限られ、LIFEの存在が有効であるのか疑問を感じることもある。

(2) 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容

個別サービス計画に含まれる項目について、入浴介助加算を算定している関係で入浴に関する項目を別紙で補填しているとの意見があった。また、計画書には、定量的な項目の記載については計画書作成時よりはモニタリングや記録作成の際に取り入れている事業所があった一方、科学的介護推進体制加算の項目やアセスメントの項目として取り入れている事業所もあった。定性的な項目としては、本人の意向や事業所の見立て、短期・長期目標や具体的なサービス内容等が取り上げられた。(各事業所から提供された別添様式の詳細については、P55 の表 129 個別サービス計画書に含まれている共通項目の整理結果(通所介護)を参照されたい。)また、ケアプランを参考にしている項目としては、各サービスに対して割り当てられた解決すべき課題について参考をしているという意見が共通的であった。

表 21 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 1(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
個別サービス計画に主に含まれる項目	<ul style="list-style-type: none"> バーサルインデックス等は、あくまで参考値として認識している。正しい定義からすると適切でない場合がある。介護現場で ADL を正確に測定するのは難しく、実際には「している ADL」を見る形になってしまう。また、測定者がセラピスト資格を持つ指導員と介護職員では、結果に差異が生じることがある。 ケアを行う際、病名情報でも、主病名が 10 年前のものである場合があり、現状の介護状態や生活課題と一致しないことがある。 LIFE の項目をそのまま使うことが理想だが、医療と異なり情報連携やデータ活用面で課題があり、発展には長い道のりが必要と認識している。 バーサルインデックスや自立度が変わった際、LIFE を確認し計画を見直すきっかけとする場合もあるが、すべてが好循環に繋がるわけではない。事業所や担当者個々の差が存在している。 	<ul style="list-style-type: none"> 当社では、入浴介助加算(Ⅱ)を主に算定しているため、入浴に関する項目を別紙で補填している。土台となる通所介護計画書にも多少の記載はしている形である。入浴介助加算(Ⅱ)は、自宅の入浴状況の確認等が主である。しかし、この項目だけでは不十分であり、結果として別紙添付の対応となっている。これにより、配布する資料の枚数が増え、利用者にとって分かり難くなる状況がある。ただし、行政側から求められることが多いため、それに対応しなければならない現実がある。そうしないと返還対象となるポイントが発生し、問題が生じる。 当社では口腔機能向上加算や栄養改善加算を算定している事業所はなく、ヒアリングベースでアセスメントに状況を記載するが、計画書にはあまり反映していない。 歯科受診は、個別援助計画に記載することはない。主治医の情報はあがるが、歯科に関しては必須ではない認識である。すべての要件を適用可能なフォームがあれば助かるが、その場合は項目数が増え、実際の運用が難しくなると考えられる。 	—
定量的項目の記載の際の尺度や計測方法等	(別途様式提供あり)	<ul style="list-style-type: none"> 行政の実施指導を通じて、通所介護計画書や個別支援サービス計画書よりも、モニタリングや記録が重視される傾向にある。計画書作成の段階で定量的項目を含めることは難しい。計画書は、サービス開始時や利用者の状態が変化した際の更新時に作成されるものである。 サービス提供時間という項目では、提供時間内での具体的なサービス内容とその所要時間を記載するよう指導されている。これは東京都版の様式にも含まれており、具体的な援助サービスの実施時間を記載する形式となっている。 当社は入浴を中心とした支援サービスを提供するデイサービス運営しているため、一定の利用パターンが存在する。事務負担軽減の観点から、アセスメントに基づき、一人暮らしか家族同居などいくつかの要素を選択すれば、基本的な支援パターンを表示できる仕組みを整備している。しかし、行政側は個別援助計画において「同じ内容は不適切」と考えているため、あくまで参考資料として利用している。 	<ul style="list-style-type: none"> 科学的介護推進体制加算の評価やアセスメントの項目は、現場で新たに追加されている。当初、半年に1回の取得が必要であったと記憶するが、現在は3か月に1回へと変更されている。

表 22 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 2(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
定性的項目に主に含まれている内容:目標、課題、サービス内容等	(別途様式提供あり)	<ul style="list-style-type: none"> 計画書には、本人の意向と当社の見立て(見通し)、短期・長期の目標設定、具体的なサービス内容を中心に盛り込んでいる。 評価時の状態はモニタリングで記載しており、アセスメントシートを更新しながら目標設定の評価も行っている。目標を変更するのか継続するのかを判断し、次の計画書作成に反映させている。 	—
個別サービス計画の項目のうち、ケアプランを参考にしている項目	<ul style="list-style-type: none"> 基本的には、ご意見を取り入れることを意識している。 サービス導入にあたり、生活に関する情報を収集した上で、アセスメント情報をこちらでも確認し、計画の作成の参考としている。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本的にケアマネジャーが作成するケアプラン(居宅サービス計画)を土台としているため、全般的に確認をしている。特に通所介護に割り当てられている課題について、ケアマネジャーがどのような課題を通所介護で解決しようとしているかが、最も確認すべきポイントである。また前提として、在宅生活をユーザーが続ける意向や家族の希望はヒアリングを行い、計画書に反映している。 これまで行政が求める内容は度々変化してきた歴史がある。かつては「ケアプランをそのまま転記せよ」と求められ、その後、「ケアプランはケアマネジャーが計画するものだから、個別援助計画は通所介護事業所で丁寧に作成し、事業所独自の考えを記載せよ」とされてきた。最近では「ケアプランに記載がない事項は実施してはならない」とされることが増え、当初と求められる内容が大きく変化していると感じる。 ケアマネジャーは、利用者が在宅生活を 24 時間過ごす中で課題となる点を把握し、それを通所介護で解決する必要がある場合には「歩行や生活課題の改善」などを提示し、通所介護事業所がどのような対応を行えるか計画を作成する。この内容は本来、サービス担当者会議の場で記録され、調整されるべきものである。しかし、ケアプランが細かく記載されていない場合、「十分に対応できていない」と判断されることがあるため、大本となるケアプランの精度が求められる。また、行政が地域ごとに異なる指導を行っているため、現場では困惑が生じている。本質的な議論が再び必要であると考えている。 そもそも、ケアマネジャーが作成するケアプランは在宅生活を続けるための全般的な計画である。一方、個別援助計画は、その本質において、範囲を絞り込み深く掘り下げて課題を解決するためのものである。しかし、ケアマネジャーの広く浅いプランでは具体的な問題解決に対応しきれない場合が多い。通所介護サービスや訪問介護なども含め、事業所ごとに、提供するサービス内容や導入機器、運営上の対応力は異なるため、計画の内容を事業所ごとの実態に即して作成する必要がある。そのため、事業所に一定の裁量を任せなければ現実的に機能しないと考える。 担保すべき重要な点として、現在は既に義務化されたが、通所介護計画書や個別援助計画を事業所がケアマネジャーにフィードバックする仕組みが必要である。「これが当事業所の対応内容です」などとフィードバックを行い、それが適切な形式で保証されることが現場の混乱を防ぐ上でも非常に重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> 主に課題をケアプランから参考として取り入れている。

(3) 個別サービス計画の作成方法

個別サービス計画の作成方法について、特定の職種が計画を作成しているという回答がある一方、職種を問わず一定程度計画を作成できるようにしていると回答した事業所もあった。

様式について、市販もしくは自社の介護ソフトを使用している事業所と、東京都の Excel 様式をカスタマイズしている事業所があった。

個別サービス計画の作成における手間や課題として、データの初期入力が増加することや、そもそも個別サービス計画が複雑になりすぎていて利用者にわかりにくくなっていることなどが挙げられた。

表 23 個別サービス計画の作成方法(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
個別サービス計画の作成に関わる職種の状況	—	<ul style="list-style-type: none"> 個別サービス計画の作成は、管理者と生活相談員が基本的に担当している。そこに介護職員や看護職員のご意見を取り入れている。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別サービス計画は所属職員が作成し、管理者が最終確認を行う流れとなっている。 相談員のみが計画を作成する対応にはしていない。職種を問わず、職員が一定程度計画を作成できるよう教育を実施している。
個別サービス計画の作成方法	<ul style="list-style-type: none"> 自社の独自介護ソフトを使用している。以前は大手の介護ソフトをカスタマイズして利用していたが、現在は個別計画や多様な業務、法令管理などのニーズに対応するため、ゼロから独自に作り上げている状況である。 単に作成するだけでなく、実施状況を記録し、要件を満たして請求まで到達できるよう、ケアマネジメントプロセスをシステムで管理する自社の方針に基づいている。そのため、既存のベンダーが提供するソフトや仕組みでは対応できない部分があり、自社で作成することを選択した。 	<ul style="list-style-type: none"> 東京都版の Excel 様式をカスタマイズして使用している。 本来は、介護ソフトベンダーのソフトを使用したいと考えている。情報管理の観点からも、たとえばプランの期限切れなどを一括管理できるため、生産性は向上すると認識している。しかし、介護ソフトベンダーも全国 1,700 の自治体すべてを網羅することは難しい。また、特に複数の事業所を抱えている法人では、社内的な管理方法も考慮しなければならず、現場の各店舗に任せるわけにはいかない。その結果、共通フォーマットとして Excel を使用する形となることが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフトで入力している。
個別サービス計画の作成における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> データの初期入力や新規利用者のデータ入力には、相当なデータ量があり、その効率化が課題となっている。介護業界は長年紙ベースで業務を行ってきたが、ここ数年でデジタル化が進んでいる現状を鑑みると、紙の活用も引き続き重要と感じている。例えば、OCRを活用すれば、ある程度のデータ入力が可能になるかもしれない。個人情報をしっかり確認しながら、入力作業を少しでも簡略化できる方法を模索している。 	<ul style="list-style-type: none"> 最も重要な点は「誰のための計画か」という観点であるが、計画書が複雑になるほど利用者にとっては理解し難くなる。それにもかかわらず、利用者が計画を確認する機会が減少している現状がある。利用者が確認しない個別援助計画を一生懸命に作成しても意味がない。本来はもっとシンプルで、利用者に分かりやすいものであることが理想である。しかし、複雑化が進み、現場では形式的な作業に過ぎない対応にならざるを得ない。結果として、保険を維持するために個別援助計画を作成するという思考になりやすく、制度の複雑化が現場の作業効率を損ねている。そのため、根本的な観点から見直しが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 通所介護計画、個別機能訓練計画、口腔機能向上加算計画といった多数の計画が存在しているが、それらが連動するべきである。通所介護計画書は、それぞれの計画書が別々に作成されており、これを1つに統合することで手間を削減できると考えている。

(4) 個別サービス計画の共有状況

計画書の共有状況について、ケアマネジャーには全体共有しているが、その他の関係者への共有については回答が分かれた。

個別サービス計画の共有における手間や課題として、加算を取得する際に必要な情報が不足している場合、その帳票を別途作成することが求められ、利用者に渡す際の帳票の枚数がさらに増えることや、個別サービス計画には、土台となる通所介護計画書で補足を行い、その上で同意を取得する必要があることなどが挙げられた。

表 24 個別サービス計画の共有状況1(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
個別サービス計画の事業所・法人内の共有状況	<ul style="list-style-type: none"> 法人内で同じ利用者を共有する事業所の個別サービス計画書については介護ソフト上で内容を確認できる。 	<ul style="list-style-type: none"> クラウド上のサーバーに事業所ごとのフォルダを設置している。アクセス権限は階層ごとに分かれており、個別の店舗に所属するスタッフは自店舗のフォルダしか閲覧できない仕組みである。一方、エリアマネジャーやスーパーバイザーは、自身が管理するフォルダにアクセスできるように管理している。 利用者からの同意は紙媒体で取得している。介護ソフトベンダーの中には、電子署名や現場にタブレットを持ち込んで署名を取得する仕組みを提供しているところもある。このような方法を採用したい意向はあるが、後原関係の対応も含め、現時点では印刷して利用者に提出している。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別サービス計画は事業所や本部の関係者のみが閲覧可能である。
個別サービス計画のケアマネジャーへの共有時期・頻度・方法	<ul style="list-style-type: none"> 紙媒体で共有している。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に紙媒体で共有している。一部の場合では、メール等でデータのやり取りを求められることもあるが、その頻度は稀である。また、実績とともにファックスで送信することもあるが、直接持参する場面が最も多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 計画を作成した後、利用者に説明し同意を得た上でケアマネジャーへ共有している。
個別サービス計画のその他関係者への共有無	<ul style="list-style-type: none"> 特に共有はしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に共有はしていない。ただし、例外として、利用者が亡くなった後にご親族から、家族の相続問題の中で過去にどの程度介護が行われていたかを証明する資料として求められたケースがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> 加算の取得有無に関わらず、すべての計画書を関係者へ共有している。 紙媒体を基本として使用しているが、場合によってはメールでのやりとりにも対応している(Gmailを利用)。共有方法は郵送、FAX、手渡しなどがある。

表 25 個別サービス計画の共有状況 2(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
個別サービス計画の共有における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 作成して同意取得を得たものについて、データ上で取り換えるようになれば、その分の時間や労力の削減に繋がると考えている。これにより、他の業務に時間を割ける可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 共有で課題となるのは、枚数が増えることである。Excelを使用しており、重複入力避ける工夫として基本情報をあらかじめ入力すると、通所計画書やモニタリングの項目(例:名前)が自動的に表示されるようにしている。しかし、加算を取得する際に必要な情報が不足している場合、その帳票を別途作成することが求められる。その結果、利用者に渡す際の帳票の枚数がさらに増える。 個別援助計画には、土台となる通所介護計画書で補足を行い、その上で同意を取得する必要がある。この際、利用者本人が署名を行うことになるが、高齢で身体的に署名が困難な方も多い。そのため、「代わりに書いてほしい」と言われることもあるが、その対応は難しい。すべての帳票が署名または記名押印を求められる形であるため、名前を印字して捺印のみを求めるか、直接サインをもらうかという方法を選択している。しかし、行政担当者の中には、この仕組みを理解せず、「署名と捺印の両方が必要」と指摘してくる例があり、行政側の理解不足も課題である。 	<ul style="list-style-type: none"> 郵便による費用が課題である。 手渡しで共有する際にはケアマネジャーと直接コミュニケーションを取れる点を、ポジティブな要素として捉えている。
個別サービス計画の見直し状況(頻度等)	<ul style="list-style-type: none"> 状態変化やサービス変更等がなければ、個別機能訓練計画は3か月に1回モニタリングとして実施。通所介護計画書のみは6か月に1回モニタリングとして実施している。 期限管理は「やることリスト」で行い、LIFEのデータ提出などを利用者ごとに管理している。 	<ul style="list-style-type: none"> 主にケアプランの更新時期やモニタリング時期に合わせて対応している。また、要介護度が変われば利用者の状態も変わるため、プランを立て直す必要がある。そのため、都度プランを見直すというより、各計画の有効期限が切れる前に期日を管理し、更新を行う形となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 過去に作成した計画書の内容を参照し、変更点を介護ソフト上で修正している。
個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーからの確認やフィードバックはほとんどない。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーからのフィードバックは基本的にない。利用者の状況は日々変化するため、現場とケアマネジャーのやり取りは書類だけでなく、電話を含む口頭でのやり取りが中心となる。有機的に動かす形が現実的であり、計画書の中身を1つ1つ確認することは非現実的であると考えられる。そのため、電話での調整を優先し、必要な内容を後に個別援助記録に記載する形が実際の運用となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーからの確認やフィードバックは特にない。

(5) 個別サービス計画の確認・活用状況

個別サービス計画に関する保険者の確認状況として、運営指導時に担当者の基準に合わせる必要があることなどを手間と感じているという意見や、自治体から自由記述を多く求められている実態があるとの意見があった。

表 26 個別サービス計画の確認・活用状況(通所介護)

項目	通所介護A	通所介護B	通所介護C
個別サービス計画に関する保険者の確認状況	<ul style="list-style-type: none"> 保険者が来訪した際、介護ソフトの画面上での確認を受けたことがある。別の担当者が紙ベースの台帳を確認したことがあり、その際目付の記入について指摘を受けたことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 保険者の実施指導や運営指導では、個別援助計画の中身全体を詳細にチェックするわけではなく、新設された内容や変更された条件について、細かく確認する傾向がある。 希望としては、新しい加算や条件が変更された際に、行政側から対応すべきフォームを提示していただきたい。現状では、運営指導時に「これでは条件が足りない」と指摘されることがあり、事後対応に追われることが多い。最初から必要とされるフォーマットを明示してほしいというのが現場としての本音である。 	<ul style="list-style-type: none"> 過去に、口腔機能向上加算に関するアセスメントやモニタリングの量が十分でないとの抽象的な指摘を受けたことがある。 運営指導時では、指導担当者の基準に合わせる必要がある。指摘を受けた場合、内容が行動指導であれば対応が容易だが、文章指導の場合は改善報告書を提出しなければならない。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 自治体では自由記載が多く求められている。入浴状況やケアの状況を確認する際、チェックボックスやリスト化を進めたとしても、結局のところ「自由記載にしてください」という要望が多いのが実情である。しかし、データを蓄積する上では、重要な視点であると考えため、ぜひご検討いただきたい。 各サービスが何を求められているのか、何を評価し、何を目標すべきかを踏まえた項目を固めていくことが望ましいと感じる。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の行政のスタンスによって状況が頻繁に変わるため、事業所はその対応に苦勞している。そのため、単に情報基盤を作るだけでなく、それに合わせて書式の統一や監査の方法、指定保険者の知識の統一を進める必要がある。また、ケアマネジャーのケアプランに基づいてサービスが行われているが、実際に介護を行うのは現場である。個別介護計画や個別支援計画も重要なポイントであると認識している。そのため、このような観点から見た際の手間や、実際に計画を実行する現場の負担に対する加算やその見直しを進める必要があると考える。 	<ul style="list-style-type: none"> LIFEのゴールが明確ではないと感じている。最終的にどのような情報を収集し、何の目的でどのように改善を目指しているかが明確でない。最近ではフィードバック機能が利用可能になったが、過去の運営指導において、LIFEのフィードバックを活用していないという指摘を受けた事業所があった。この指摘は、「フィードバックを参照して次の計画に反映する」という加算要件に基づくものであったが、当時は活用方法が不明確であると感じた。最近では状況が改善されてきているため、以前の問題点に比べて進展が見られる。

2.6.3 訪問リハビリテーション事業所

(1) 個別サービス計画の様式の状況

個別サービス計画の様式の状況について、今回ヒアリングを実施した事業所では厚生労働省の様式をそのまま、あるいは一部カスタマイズして使用していた。

表 27 個別サービス計画の様式の状況(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
個別サービス計画の様式の状況	<ul style="list-style-type: none"> 各事業所で使用されている介護記録ソフトの計画書様式は、基本的に同一化されていると思われる。ただし、一部の事業所では計画書に項目を追加しているケースがあることは把握している。 協会から提案するのは厚生労働省の様式であるが、新しい様式に更新されおらず、古い様式の項目が残っている状況がある。基本的には、協会として厚生労働省の様式を使用することを推奨している。 協会として独自に様式のカスタマイズは行っておらず、もともと厚生労働省とリハビリテーション関連団体の間で話し合いを行い作成された様式を踏襲している。団体内で十分に議論を行い、その結果として厚生労働省が提示した様式をそのまま周知していく形が共通認識となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省の様式を参考にし、利用している。 改定時に最新の様式が提示されるため、その都度随時見直しを行い、個別サービス計画書の内容を変更している。 保険者や厚生労働省の見え方観点に変化があると認識しており、それに合わせて対応している。 一部、事業所番号を追加している。また、厚生労働省の過去の前バージョンの資料に記載されていた、「リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組」などを追加している。 本事業所では加算を取得していないが、個別サービス計画書を作成し、活用している状況である。
現在の個別サービス計画における課題	(回答なし)	<ul style="list-style-type: none"> 最新の厚生労働省の様式では、リハビリテーションの短期目標や長期目標の項目行(スペース)が非常に小さい。記載量が多い箇所であるため、独自に行の幅を調整するなどして対応している。

(2) 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容

定量的項目の記載の際の尺度や計測方法について、初回訪問時に測定機材を持参するという意見があった。また、特にFIMやLSAの評価に時間がかかるとの意見があった。

定性的項目に主に含まれている内容について、ご本人やご家族のご希望や目標を参考にしているとの意見があった。

表 28 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 1(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
個別サービス計画に主に含まれる項目	(厚生労働省様式使用のため、割愛)	<ul style="list-style-type: none"> ADLやバーサルインデックスなどを測定し、アセスメントしている。
定量的項目の記載の際の尺度や計測方法等	<ul style="list-style-type: none"> 心身機能面の評価項目には以下が含まれる。 <ul style="list-style-type: none"> ①認知機能の評価:MMSE認知症評価 ②身体機能の評価:SPPBや壓力(環境に依存しない) ③日常生活の評価:FIM ④生活の広がり:LSA 初回訪問時に測定機材を持参する場合がある。また、FIMやLSAは聞き取りによる評価が多く、時間を要することがある。そのため、1回で全てを行うのではなく、2~3回に分けて訪問し評価を進めることも有効と考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 結果を個別サービス計画書に記載しているが、数値化するのは難しい。

表 29 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 2(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
定性的項目に主に含まれている内容:目標、課題、サービス内容等	<ul style="list-style-type: none"> ご本人やご家族の希望や目標を参考にしている。これは、リハビリテーションで何ができるかを検討する上で欠かせない情報である。 訪問リハビリテーションでは、2週間以内に修正を行える形となっている。計画書原案はケアプランからADLやIADLに関する情報を確認した上で評価を行い、初期段階で評価可能であればADLの評価まで行う。わからない場合には、2週間以内に評価と修正を行う。最終的な内容は環境やご家族の介護力によって大きく変化するため、確認に時間を要する。 ハード面の環境やご家族の介護力を含めた状況は、実際に足を運ばなければわからない情報も多い。現場の感覚として、2週間以内に見直しが行われるケースが多いと認識している。 	<ul style="list-style-type: none"> 期間の目安を設定し、「いつまでにここまでできる」「これができたら次はここまで」といった目標に基づいて対応している。 バイタルチェックは行っているが、定量的な測定はできていない。 カルテにアセスメント結果を記録し、その情報を基に個別サービス計画書を作成している。
個別サービス計画の項目のうち、ケアプランを参考にしている項目	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランからADLやIADLに関する情報を確認した上で評価を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人やご家族の希望、リハビリテーションの短期目標や長期目標を参考にしている。 また、個別サービス計画書の2枚目「具体的なサービス内容」では、ケアプランで目指している内容を確認している。

(3) 個別サービス計画の作成方法

個別サービス計画の作成における手間や課題として、目標の作成に最も時間と労力がかかり、診療情報提供書の内容を活用して退院時の情報を中心に転記する作業を行うケースがあることや、地域外の情報が不足している場合に情報収集が困難になるとの意見があった。

表 30 個別サービス計画の作成方法(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
個別サービス計画の作成に関わる職種の状況	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションの専門職が計画作成を担当している。 	<ul style="list-style-type: none"> 担当の理学療法士が個別サービス計画書を作成している。 院内で普段診断を行っている医師からの意見も計画書に反映している。
個別サービス計画の作成方法	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフト上で作成している。 2週間ごとに計画を見直すケースでは、初回に介護記録ソフトへ入力したデータを活用し修正を行っている。 利用者説明時にはタブレット端末を持ち込み、介護記録ソフトを活用し説明を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> Excelを使用して作成している。データは院内のサーバーで管理している。 紙に印刷して利用者からサインをいただいて保管している。
個別サービス計画の作成における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 目標の作成に最も時間と労力がかかる。利用者の情報を収集し、それを統合して目標を設定するため、予測を含め慎重に対応する必要がある。 2週間の期間では情報収集が十分でない場合もある。そのため、診療情報提供書の内容を活用し、退院時の情報を中心に転記する作業を行っている。 ケアマネジャーから得られる情報も活用しているが、地域を限定した情報を収集している状況であり、地域外の情報が不足している場合に困難を感じる。一方、地域内ではこれまでの経験をもとに情報収集と転記作業を進めている。 	<ul style="list-style-type: none"> 項目が増加しており、確認に多くの時間を要する点が課題だと感じている。 介護ソフトがあればカルテから必要な情報を自動抽出できるため、負担が軽減される可能性があると考えている。

(4) 個別サービス計画の共有状況

個別サービス計画のケアマネジャーへの共有について、共有は基本的に郵送で行いリハビリテーション会議の議事録を添えて送付するという意見や、FAX で送付するという意見もあったが、概ね 3 か月に 1 回の共有であった。

表 31 個別サービス計画の共有状況1(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
個別サービス計画の事業所・法人内の共有状況	<ul style="list-style-type: none"> 計画書のレビューについて、事業所間での確認時に渡し忘れや記載漏れが生じることがある。そのため、法人内ではランダムに計画書をチェックする取り組みが進められている。 計画書をきちんと確認できるように「複数担当制」を採用している。理学療法士と作業療法士がそれぞれの視点で確認し、2人で計画書を共同作成している。 	<ul style="list-style-type: none"> 院内の電子カルテ内で共有している。
個別サービス計画のケアマネジャーへの共有時期・頻度・方法	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーへの共有は基本的に郵送で行い、リハビリテーション会議の議事録を添えて送付する。頻度は3か月に1回程度。状況に応じて、ケアマネジャーとの関係性を深めたい場合には、資料を持参して直接対応している。 	<ul style="list-style-type: none"> 3か月ごとにFAX等で送付し、確認を依頼している。
個別サービス計画のその他関係者への共有有無	<ul style="list-style-type: none"> 特に共有はしていない。 医師とのサマリーや指示書の共有は、主に紙媒体でのやりとりを実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ご本人・ご家族以外の方に共有することはない。

表 32 個別サービス計画の共有状況 2(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
個別サービス計画の共有における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランや診療情報提供書からの情報転記作業が手間となる。特に目標設定では、文言を揃える必要があり細かい入力が必要とされていることが課題である。 	<ul style="list-style-type: none"> 送付自体に課題はない。FAX送付のみで完結している。 ただし、ケアマネジャーから意見を伝えられた際、その場で対応しきれないことが課題である。
個別サービス計画の見直し状況(頻度等)	<ul style="list-style-type: none"> 3か月に1回の頻度である。 	<ul style="list-style-type: none"> 3か月毎に見直ししている
個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーからのフィードバックはほとんどない。 地域性や関係性の要因もあり、小規模地域や中山間地域など、密接に連携している地域では、計画書の共有やフィードバックを受けた上で状況を伝えることもある。ただし、地域差が大きく影響している。 リハビリテーション会議にケアマネジャーが参加する場合がある。 本事業所では毎月報告書をケアマネジャーに提出しており、状況によってフィードバックを受けることが時々ある。ただし、全てではなく、一部のケースに限られる。状況に変化がある場合は必ずお伝えするよう対応している。 	<ul style="list-style-type: none"> かなり少ない。

(5) 個別サービス計画の確認・活用状況

個別サービス計画について、ケアマネジャー側の評価と自事業所の職員による評価に違いが生じないように様式の一元化が必要であるという意見や、また計画書のカスタマイズが進んでいる事業所が多くいるため、その状況が気になるとの意見や、計画書の内容がご本人・ご家族に伝わっているかが不安であるという意見があった。

表 33 個別サービス計画の確認・活用状況(訪問リハビリテーション)

項目	訪問リハビリテーションA	訪問リハビリテーションB
個別サービス計画に関する保険者の確認状況	<ul style="list-style-type: none"> 保険者からの具体的な確認や指導は特にない。 短期集中リハビリテーションを利用している場合、その理由を記載するよう指導を受けたことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 前回の指導時には、特にご指摘はなかった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 協会としてではなく個人の意見として、計画書作成における文字数をなるべく減らし、効率化を図りたい。例えば、ケアマネジャーが入力した項目がそのまま統一された計画書に連携される仕組みが理想的である。ADLに関しても、ケアマネジャーが取得する情報と職員が記録する情報に違いが生じることがあるため、様式を一元化し、共通化することで無駄を減らす必要がある。将来的には、クラウド上で計画書を管理し、複数のサービス間で情報を共有・統一できる仕組みを構築することが望ましい。この仕組みにより利用者が利用しているサービスの状況を一元的に把握できる体制を整えることが理想である。 介護情報基盤のクラウド化が進むことで、事務作業の煩雑さが軽減されることを期待している。現在、事務員の代わりにセラピストが事務作業を担っている状況があるため、現場での直接的な業務に集中できる環境を整えることが重要である。これにより、間接業務に割かれる時間を減らし、効率的な運営が可能になるのが理想である。 リハビリテーション計画書の今後の方向性について明確に理解できている訳ではないが、外来・通所・入所などで計画書のカスタマイズが進んでいる事業所は多いのか、その現状が気になる。心身機能の評価項目の中には、訪問サービスでは実施が難しいものも含まれている。例えば、6分間歩行の測定は訪問サービスでは対応が困難であり、TUGでも通所サービスと併用している場合でないとい実施が難しいケースがある。これらの課題を踏まえ、評価方法の選定や統一について再検討が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション計画書を作成し、利用者様やご家族様に共有しているが、体の状態や変化が十分に伝わりやすいか懸念を感じている。項目自体は重要な内容を含んでいるものの、一般の方が見てすぐに理解できるものではないのではないかと感じている。より分かりやすく噛み砕いてお伝えできると良いと考えている。

2.6.4 通所リハビリテーション事業所

(1) 個別サービス計画の様式の状況

個別サービス計画の様式について、厚生労働省様式をそのまま、あるいは厚生労働省様式と同等の項目をもとにカスタマイズして使用している事業所が多いという意見が挙げられた。

表 34 個別サービス計画の様式の状況(通所リハビリテーション)

項目	通所リハビリテーションA	通所リハビリテーションB
個別サービス計画の様式の状況	<ul style="list-style-type: none"> 加算の状況として、通所リハビリテーションは 1～2時間の短時間コースのみ対応している。厚生労働省の標準様式を使用して算定しており、LIFEの届け出も行っている。利用者全員が加算対象ではないが、加算される方とされない方の両方で、計画書は同じ様式を使用している。 基本的に厚生労働省の標準様式に準拠しており、オリジナル様式は作成していない。 令和3年度の介護報酬改定によって、旧リハビリテーションマネジメント加算1が基本報酬に包括されたため、リハビリテーション計画書 2-2-1と2-2-2の様式が、加算の有無に関わらず基本的な様式とされている。各事業所ではこれを基に計画書を作成していると理解している。基本報酬の要件内で、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組」についての通知があり、計画書の内容をベースにするよう記載がある。必ずしも同じ項目でなくても、多少カスタマイズした場合でも、同様の項目が含まれていれば問題ないとされる。多くの事業者は、リハビリテーション計画書2-2-1及び2-2-2の項目と同様の類似したものを載せている。 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省標準様式「別添様式 2-2-1」を利用していたが、加算変更に伴い「様式1-1」を使用している。
現在の個別サービス計画における課題	<ul style="list-style-type: none"> データを取得したいなど、様々な意図が組み合わさった計画書であることは理解しているが、当事者である利用者に説明する際には、情報量が多すぎる点が課題である。A3サイズでプリントアウトしても文字が小さくなり、分かりやすさへの配慮が求められる。 	—

(2) 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容

個別サービス計画に主に含まれる項目として、厚生労働省様式を使用したうえで、本人・ご家族・説明者の署名欄を追加したり、サービス面での詳細な項目を追加したりするケースがあった。

表 35 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 1(通所リハビリテーション)

項目	通所リハビリテーションA	通所リハビリテーションB
個別サービス計画に主に含まれる項目	<ul style="list-style-type: none"> 一体的な様式は使用しておらず、様式 2-2-1と2-2-2を用いて対応している。TUG testやFAIなど最低限の項目は含まれており、特別な追加項目は設けていない。補足が必要な内容は、特記事項に記載しているが、計画書を説明する際には必要最低限の項目を取り上げて口頭でポイントを絞って伝える工夫をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> R6年度の改定で「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」が様式の項目に追加されたことにより、様式を変更した。 また、国の様式に1枚目の1番下に、本人・ご家族・説明者のサイン欄を追加した。2枚目には、個別入浴助計画の項目を追加した(サービス提供面)。栄養面は、LIFE入力を目的に「3%以上の体重減少の有無」を把握する項目を追加した(新しい加算算定を見据えた対応)。 疾患に関する情報は、主治医やケアマネジャーからの情報を参考に作成している。
定量的項目の記載の際の尺度や計測方法等	(厚生労働省様式の通り)	(厚生労働省様式の通り)

表 36 個別サービス計画に多く含まれている項目の内容 2(通所リハビリテーション)

項目	通所リハビリテーションA	通所リハビリテーションB
定性的項目に主に含まれている内容:目標、課題、サービス内容等	(厚労省様式の通り)	(厚労省様式の通り)
個別サービス計画の項目のうち、ケアプランを参考にしてしている項目	<ul style="list-style-type: none"> 新規の場合、ケアプランを必ず確認したうえで、利用者がなぜ通所リハビリテーションを利用しているかを確認している。リハビリテーションの目標については、ドクターを含め多職種できちんとアセスメントを行い、カンファレンスを経て最終的な目標を掲げている。セラピストだけでなく、多職種で対応している。 	<ul style="list-style-type: none"> 課題については、ケアプランと連動させ、通所リハビリテーションに関連する情報を拾い上げている。

(3) 個別サービス計画の作成方法

個別サービス計画の作成方法について、今回ヒアリングした事業所ではいずれもリハビリテーション専門職が計画を作成しているという回答であった。

表 37 個別サービス計画の作成方法(通所リハビリテーション)

項目	通所介護リハビリテーションA	通所介護リハビリテーションB
個別サービス計画の作成に関わる職種の状況	<ul style="list-style-type: none"> (主に)リハ職が担当している。 	<ul style="list-style-type: none"> 具体的な支援内容、実施上の注意事項、生活指導、見通し・継続理由は、専門職が記入している。 評価時の状態に関する記載は、それぞれ専門職が担当していて、理学療法士や作業療法士が個別サービス計画を作成している。
個別サービス計画の作成方法	<ul style="list-style-type: none"> 介護ソフトは2～3年前に切り替え、現在の業者と契約して利用している。それ以前は別のオリジナル業者と契約していた流れがある。 	<ul style="list-style-type: none"> Excelを社内共有サーバーに保存して運用している。
個別サービス計画の作成における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 項目数が多いため、作成に時間がかかる。 医療保険とは異なり、作業療法士や理学療法士に分かれて、各職種が皆で関わる訳ではないため、担当セラピストにかかる負担が非常に大きい。 	<ul style="list-style-type: none"> 様式への運用が慣れたため、現在特に大きな課題はない。

(4) 個別サービス計画の共有状況

また、個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況について、今回ヒアリングした事業所ではケアマネジャーにもリハビリテーション会議に参加いただいているため、その場で意見を伺っているとの意見があった。

表 38 個別サービス計画の共有状況1(通所リハビリテーション)

項目	通所リハビリテーションA	通所リハビリテーションB
個別サービス計画の事業所・法人内の共有状況	<ul style="list-style-type: none"> FAXまたは郵送にて共有している。セラピストが作成した計画書を基に、ドクターが説明を行う。計画書を、デイサービスや訪問介護事業者等に直接共有することではなく、必要な場合はケアマネジャー経由で共有される。 	—
個別サービス計画のケアマネジャーへの共有時期・頻度・方法	—	<ul style="list-style-type: none"> 毎月のリハビリテーション会議終了後、「毎月の実績」を FAXで共有している。
個別サービス計画のその他関係者への共有有無	—	<ul style="list-style-type: none"> ご家族に共有している。 「リハビリテーション開始時から比較して、改善した・できるようになった活動や参加」については医師が説明を行い、その場でサインをもらえる場合にはいただいている。サインをもらえない場合、ご自宅を訪問してサインをいただいている。 署名付きの様式は紙媒体で保管している。

表 39 個別サービス計画の共有状況 2(通所リハビリテーション)

項目	通所リハビリテーションA	通所リハビリテーションB
個別サービス計画の共有における手間や課題	<ul style="list-style-type: none"> 郵送費用がかかり、負担となっている。郵送対応には過去の流れがあり、利用者ごとではなく相手側の事業者の都合に合わせて対応している。1か月ごとにまとめて FAXを送付する対応ができないため、事務員の負担が生じている。 	<ul style="list-style-type: none"> 何百枚もの紙を FAXで送る対応が手間となっており、手作業での対応が大変な状況である。 様々な事業所で異なるケアプランが使用されており、様式の統一が進んでいないため、対応が難しい。
個別サービス計画の見直し状況(頻度等)	<ul style="list-style-type: none"> 新規利用者については毎月、6か月以降の利用者は3か月に1回の頻度で見直しを行っている。算定要件に応じてカンファレンスを実施している。利用者は急性期ではないため、月ごとに大きな変化が生じることは少ない。状態が変化した箇所を重点的に評価し、介護ソフトの前回コピー機能を活用しながら見直しを行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月見直しを実施している。
個別サービス計画のケアマネジャーの確認・フィードバックの状況	<ul style="list-style-type: none"> フィードバックは特にない。 リハビリテーションマネジメント加算の算定を行っている対象者には、計画書作成前にリハビリテーション会議を必ず実施しているため、会議の際にケアマネジャーから様々なご意見を受け、それらを反映して計画書を作成することが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーにもリハビリテーション会議に参加していただき、その場でご意見をいただいている。会議に参加できない場合は、紙で照会をいただいている。

(5) 個別サービス計画の確認・活用状況

様式について、多くの事業者が通所リハビリテーションの厚生労働省様式 2-2-1 や 2-2-2 を使用しているが LIFE に関連する項目が様々な加算で重複していることが多く、リハビリテーションマネジメント加算や科学的介護推進体制加算について、1 度入力すれば二重で入力せずに済むシステムが整備されると負担が軽減されるとの意見があった。

表 40 個別サービス計画の確認・活用状況(通所リハビリテーション)

項目	通所リハビリテーションA	通所リハビリテーションB
個別サービス計画に関する保険者の確認状況	<ul style="list-style-type: none"> 保険者による個別の指導は特はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 保険者による確認は特はない。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 多くの事業者が通所リハビリテーションの様式 2-2-1や2-2-2を使用しているが、LIFEに関連する項目が様々な加算で重複していることが多い。リハビリテーションマネジメント加算や科学的介護推進体制加算について、1度入力すれば二重で入力せずに済むシステムが整備されると負担が軽減されると考える。計画書が3年ごとの介護報酬改定によってリニューアルされることがあり、再度作り直す必要が生じるため、中長期的なプランを提示していただくと事業所の負担が減ると思われる。 リハビリテーション計画書の様式は示されているが、具体的な書き方や手順が提示されておらず、事業所ごとに質の差が大きい。図で具体的な指針を示してほしい。 3年ごとのわずかな改定があっても、システム全体を入れ替えるのには時間や費用がかかり、結果として全て事業所の負担となっている。現場としては非常に厳しい状況である。計画書の内容について、利用者から「細かすぎて分かりづらい」とのご意見が出ており、「誰のための計画書なのか」と感じることもある。 	<ul style="list-style-type: none"> FAXの課題について、通所リハビリテーションでは、介護業界全体が FAXでのやり取りから脱却できていない現状が課題である。FAXを使用することで手間が増えており、FAX以外の手段が導入されれば業務の効率化が期待できると感じている。

3. 介護ソフトベンダー向け調査(アンケート調査)

3.1 調査目的

個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の内容の検討材料とするために、介護ソフトベンダーを対象として、サービス別の実装されている個別サービス計画書の様式や含まれている項目についてアンケート調査を実施した。

3.2 調査対象

過去の調査において把握された国内の介護ソフトベンダー128社を対象に、本調査を実施した。

3.3 調査時期

令和7年11月17日(月)～令和7年12月19日(金)

3.4 調査方法

WEB 調査

3.5 調査項目

アンケート調査項目は以下の通り。詳細な調査項目の一覧は「6.参考:アンケート調査項目一覧」へ記載した。

表 41 アンケート調査項目

基本情報	
会社情報 ※調査内容に関する問い合わせ用に収集	名称
	本社所在地
調査対応部署の情報 ※調査内容に関する問い合わせ用に収集	所在地
	部署名称
	ご担当者名
	電話番号
	メールアドレス
お取扱いの介護ソフトの数・名称と対象とする介護サービス種別	介護ソフトの数
介護ソフトの共通状況	取り扱い可能なデータフォーマット(テキスト・構造化)
	対応可能なAPIの種類

問合せ対応	新規顧客に対する導入サポート
	契約中の顧客に対する不具合発生時等のサポート
介護ソフトに関する情報	
介護ソフト基本情報	提供形態
	データの保存機能
	データのバックアップ機能
	利用可能な端末
	契約形態
	契約方法
	契約費用
	データ移管
介護ソフトに実装されている機能	提供している介護ソフトの機能
介護ソフトの導入実績	現に本ソフトを導入している介護事業所・施設※の数
介護ソフトの連携機能	
介護ソフトに関する情報	介護ソフトが対象としている介護サービスの種別
	上記のうち、ケアプラン標準仕様に対応していないサービス種別
ケアプラン標準仕様の実装状況	実装の有無
	今後の実装予定
	今後の第 4.1 版の実装予定
	連携内容
ケアプランデータ連携機能のUI	ケアプランデータ連携機能利用のための設定有無
	ケアプランデータ連携機能の配置レイアウト
	データの出力のために必要な操作
	取込時の予定と実績の整合の条件
	整合しない場合の取り扱い
	ケアプランデータ連携について今まであったエラーや問合せの内容
その他	標準仕様によるデータ連携機能とは別の自社介護ソフト間でのデータ連携機能の実装の有無
個別サービス計画書様式の実装状況	
介護ソフトへの実装状況	介護ソフトのサービス対象有無
	導入済みの事業所数
	計画書の実装有無
	実装している場合の様式の種類
	様式のカスタマイズ対応有無
	様式の項目の詳細

3.6 調査結果

3.6.1 回収率

本調査の回収率は以下の通りであった。

表 42 回収率

調査対象数	回収数	回収率
128 社	42 社	32.8%

3.6.2 会社基本情報

取り扱っている介護ソフトの数は1つが最も多く、64.3%であった。

表 43 取り扱っている介護ソフトの数

全体	なし	1つ	2つ	3つ以上	平均値	中央値	標準偏差
42	1 2.4%	27 64.3%	6 14.3%	8 19.0%	2.4	1.0	3.4

取り扱い可能なデータフォーマットは CSV が最も多く、95.2%であった。それ以外には、XML が 33.3%、JSON が 28.6%であった。

また、対応可能な API は WEB API が最も多く、61.9%であった。

表 44 取り扱い可能なデータフォーマット(テキスト・構造化)(複数回答可)

全体	CSV	XML	JSON	FIX	その他
42	40 95.2%	14 33.3%	12 28.6%	0 0.0%	3 7.1%

表 45 対応可能な API の種類(複数回答可)

全体	WEB API	ネイティブ API	ライブラリ	ランタイム API	データベース API	その他
42	26 61.9%	7 16.7%	7 16.7%	3 7.1%	8 19.0%	12 28.6%

新規顧客に対する導入サポートとして、遠隔での説明を行っている企業が最も多く、90.5%であった。また訪問・対面での説明、操作マニュアル等の資料の提供を行っている企業も80%を超えた。

表 46 新規顧客に対する導入サポート(複数回答可)

全体	訪問・対面での説明	遠隔での説明	電話での説明	メールでの説明	操作マニュアル等の資料の提供	その他
42	35 83.3%	38 90.5%	31 73.8%	23 54.8%	35 83.3%	3 7.1%

不具合が発生した際のサポートとして、遠隔での説明を行っている企業が最も多く、92.9%であった。また電話での説明を行っている企業も90%を超えた。

表 47 契約中の顧客に対する不具合発生時等のサポート(複数回答可)

全体	訪問・対面での説明	遠隔での説明	電話での説明	メールでの説明	操作マニュアル等の資料の提供	その他
42	28 66.7%	39 92.9%	38 90.5%	31 73.8%	25 59.5%	4 9.5%

3.6.3 介護ソフトの情報

介護ソフトの提供形態は導入型が最も多く、48.3%であった。

表 48 提供形態

全体	導入型	ASP型	クラウド型	その他
58	28 48.3%	7 12.1%	21 36.2%	2 3.4%

データ保存機能に追加料金を請求しない企業が85.7%であった。またバックアップ機能に追加料金を請求しない企業は88.6%であった。

表 49 データの保存機能

全体	追加料金は発生しない	追加料金が発生する
35	30 85.7%	5 14.3%

表 50 データのバックアップ機能

全体	追加料金は発生しない	追加料金が発生する
35	31 88.6%	4 11.4%

介護ソフトを利用可能な端末はパソコンが最も多く、96.6%であった。またスマートフォン/タブレット端末は 65.5%であった。

表 51 利用可能な端末(複数回答可)

全体	パソコン	スマートフォン/タブレット端末	音声入力機能	その他
58	56 96.6%	38 65.5%	17 29.3%	1 1.7%

介護ソフトの契約形態としては、利用料支払方式が最も多く、55.2%であった。また契約方法は販売代理店との契約を可能にしている介護ソフトが最も多く、55.2%であった。

表 52 契約形態

全体	介護ソフトの購入方式(使用期限付き)	利用料支払方式	一括契約(リースを含む)	その他
58	18 31.0%	32 55.2%	14 24.1%	3 5.2%

表 53 契約方法

全体	原則、直接契約のみである	一部の契約もある	原則、販売代理店のみである	その他
58	21 36.2%	32 55.2%	2 3.4%	3 5.2%

介護報酬改定時に介護ソフトをアップグレードする場合に、追加料金が発生する介護ソフトは 19.0%であった。また、ケアプランデータ連携機能を活用する際に追加料金が発生する介護ソフトは 20.7%であった。

介護ソフトの契約を解約する場合に、解約金が発生しない介護ソフトは 89.7%であった。

表 54 契約費用 介護報酬改定時/アップグレードの際の料金

全体	追加料金が発生しない	追加料金が発生する
58	47	11
	81.0%	19.0%

表 55 契約費用 ケアプランデータ連携機能の活用の際の料金

全体	追加料金が発生しない	追加料金が発生する	ケアプランデータ連携機能を持っていない
58	38	12	8
	65.5%	20.7%	13.8%

表 56 契約費用 解約金の有無

全体	あり	なし	その他
58	3	52	3
	5.2%	89.7%	5.2%

契約開始時に他社からのデータ移管を実施している介護ソフトは 58.6%であった。一方、契約終了時にデータ提供している介護ソフトは 22.4%であった。

表 57 データ移管 契約開始時の対応

全体	他社からデータ移管を実施している	他社からデータ移管を実施していない	その他
58	34	17	7
	58.6%	29.3%	12.1%

表 58 データ移管 契約終了時のデータ提供有無

全体	提供している	提供していない	その他
58	13	33	12
	22.4%	56.9%	20.7%

提供している介護ソフトの機能としては、利用者に対する記録の作成・変更・保管が最も多く、91.4%であった。次いで、アセスメント表およびサービス提供記録・業務日誌の作成・変更・保管が多く、それぞれ87.9%と82.8%であった。

表 59 提供している介護ソフトの機能(複数回答可)

全体	利用者に対する記録(要介護認定情報、家族情報、口座情報等)の作成・変更・保管	アセスメント表の作成・変更・保管	サービス利用票(提供票)の作成・変更・保管	居室(施設、介護予防)サービス計画書(サービス利用票(提供票)除く)の作成・変更・保管	個別援助計画等の作成・変更・保管	シフト表や出勤表の作成・連携・変更・保管	サービス提供記録や業務日誌の作成・変更・保管	サービス利用票(提供票)の作成・変更・保管	ケアマネジャー報告書の作成・変更・保管	モニタリング記録の作成・変更・保管	LINE登録用ファイルの作成・出力	介護給付費明細書・請求書の作成・変更・保管・印刷	利用者自己負担分の請求書・領収書の作成・変更・補充・印刷	決算書の作成・変更	決算書のファイル作成・出力	利用者の同意を得るための電子署名	訪問・送迎スケジュールの作成・変更	相談記録の作成・変更	相談集計・統計処理機能	その他
58	53 91.4%	51 87.9%	38 65.5%	45 77.6%	40 69.0%	24 41.4%	48 82.8%	44 75.9%	30 51.7%	45 77.6%	42 72.4%	42 72.4%	41 70.7%	1 1.7%	1 1.7%	9 15.5%	35 60.3%	32 55.2%	25 43.1%	5 8.6%

介護ソフトの導入事業所・施設数は500か所未満が最も多く、56.9%であった。

表 60 本ソフトを導入している介護事業所・施設の数

全体	500未満	1000未満	5000未満	10000未満	50000以上
58	33 56.9%	6 10.3%	16 27.6%	1 1.7%	2 3.4%

3.6.4 介護ソフトの連携機能

回答の対象となった介護ソフトのサービス種別は以下の通りであった。訪問介護が最も高く、78.6%であった。また、提供しているサービス種別すべてでケアプラン標準仕様に対応している介護ソフトは47.6%(20社/42社)であった。

表 61 対象とする介護サービスの種別(介護予防を含む)(複数回答可)

全体	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	地域密着型通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護(認知症対応型)	特定施設入居者生活介護(痴呆型)	福祉用具貸与	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設(認知症対応型)	看護小規模多機能型居宅介護	介護予防ケアマネジメント(地域包括支援センター)	介護予防支援(地域包括支援センター)	介護予防支援(介護予防支援の委託を含む)	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	介護老人保健施設	介護施設	上記のいずれにも対応していない
42	33 78.6%	30 71.4%	32 76.2%	27 64.3%	26 61.9%	33 78.6%	32 76.2%	29 69.0%	25 59.5%	20 47.6%	24 57.1%	24 57.1%	24 57.1%	26 61.9%	20 47.6%	28 66.7%	25 59.5%	22 52.4%	20 47.6%	22 52.4%	24 57.1%	30 71.4%	29 69.0%	28 66.7%	24 57.1%	20 47.6%	15 35.7%	1 2.4%

表 62 ケアプラン標準仕様に対応していないサービス種別(複数回答可)

全体	いずれにも対応している	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	地域密着型通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護(痴呆型)	福祉用具貸与	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設(認知症対応型)	看護小規模多機能型居宅介護	介護予防ケアマネジメント(地域包括支援センター)	介護予防支援(地域包括支援センター)	介護予防支援(介護予防支援の委託を含む)	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	介護老人保健施設	介護施設	上記のいずれにも対応していない
42	20 47.6%	13 31.0%	14 33.3%	13 31.0%	13 31.0%	13 31.0%	13 31.0%	12 28.6%	10 23.8%	11 26.2%	11 26.2%	12 28.6%	12 28.6%	12 28.6%	10 23.8%	11 26.2%	12 28.6%	12 28.6%	12 28.6%	13 31.0%	13 31.0%	14 33.3%	14 33.3%	13 31.0%	13 31.0%	13 31.0%	15 35.7%	1 2.4%

ケアプラン標準仕様の第四版を実装している介護ソフトは 73.8%であった。実装無しの介護ソフトは 16.7%であり、

そのうち今後の実装予定がある介護ソフトは 28.6%(2社)であった。また第三版を実装している4社については、今後第4.1版の実装を予定している割合が75.0%であった。

表 63 実装の有無

全体	初版を実装済み	第二版（V2）を実装済み	3・2版（V3）を実装済み	4・1版（V4）を実装済み	実装無し
42	0 0.0%	0 0.0%	4 9.5%	31 73.8%	7 16.7%

表 64 今後の実装予定

全体	あり	なし
7	2 28.6%	5 71.4%

表 65 今後の第4.1版の実装予定

全体	あり	なし
4	3 75.0%	1 25.0%

連携内容はいずれの項目も 80%以上の介護ソフトで実装されていた。またケアプランデータ連携機能利用にあたり、特別な設定なしで利用できる介護ソフトが 57.1%であった。

表 66 連携内容(複数回答可)

全体	利用者補足情報	居宅サービス計画書（第1表）	居宅サービス計画書（第2表）	サービス利用票（提供票）「予定」	サービス利用票（提供票）「実績」	サービス利用票別表・提供票別表	利用者基本情報	介護予防サービス・支援計画書	その他
35	33 94.3%	33 94.3%	34 97.1%	34 97.1%	33 94.3%	34 97.1%	31 88.6%	29 82.9%	0 0.0%

表 67 ケアプランデータ連携機能の UI ケアプランデータ連携機能利用のための設定有無

全体	対象サービスであれば設定なしで利用が可能である	ケアプランデータ連携機能を使う場合、設定が必要である	ケアプランデータ連携機能を使う場合、使う職員ごとの設定が必要である	ケアプランデータ連携機能のオプション機能を申し込んだ場合のみ利用が可能である	その他
35	20 57.1%	7 20.0%	1 2.9%	7 20.0%	0 0.0%

ケアプランデータ連携機能の画面上の配置について、メニューを別途設けている企業が 74.3%であった。またデータ出力時の操作としては、連携先事業所ごとに帳票をまとめて出力できる、および複数の連携先事業所をまとめて出力できる企業がそれぞれ 60.0%であった。

表 68 ケアプランデータ連携機能の UI ケアプランデータ連携機能の配置レイアウト

全体	データ連携のためのメニューを別途設けている	対象帳票の一覧（管理画面）より出力・取込が可能である	利用者個別の対象帳票であり、取込が可能である	その他
35	26 74.3%	6 17.1%	1 2.9%	2 5.7%

表 69 ケアプランデータ連携機能の UI データの出力のために必要な操作（複数回答可）

全体	帳票ごとに出力が必要である	利用者ごとに帳票をまとめて出力できる	連携先事業所ごとに帳票をまとめて出力できる	複数利用者に対して帳票をまとめて出力できる	複数の連携先事業所ごとに帳票をまとめて出力できる	その他
35	13 37.1%	14 40.0%	21 60.0%	19 54.3%	21 60.0%	1 2.9%

データ取込時の整合性は利用者基本情報で行っている企業が最も多く、94.3%であった。また、整合しない場合はエラーとして取り込みを行わない企業が最も多く、40.0%であった。

表 70 ケアプランデータ連携機能の UI 取込時の予定と実績の整合の条件(複数回答可)

全体	利用者基本情報(氏名、生年月日、被保険者番号等)	事業所基本情報(サービス種類、事業所ID等)	サービス提供年月	介護報酬の基本部分	介護報酬の加算・減算	その他
35	33 94.3%	31 88.6%	30 85.7%	17 48.6%	15 42.9%	1 2.9%

表 71 ケアプランデータ連携機能の UI 整合しない場合の取り扱い

全体	エラーとして取込しない	予定とは別の列で実績を追加する	その他
35	14 40.0%	13 37.1%	8 22.9%

標準仕様によるケアプランデータ連携機能とは別に自社介護ソフト間でのデータ連携機能を有する企業は 34.3%であった。

表 72 標準仕様によるデータ連携機能とは別の自社介護ソフト間でのデータ連携機能の実装の有無

全体	実装あり	実装なし
35	12 34.3%	23 65.7%

3.6.5 個別サービス計画書様式の実装状況 - 訪問介護

訪問介護を対象とした介護ソフトは 29社/42社が提供していた。計画書を実装しているのは 26社であり、そのうち 80.8%(21社)が企業独自の様式を採用していた。

表 73 訪問介護計画書の実装状況 訪問介護の対象有無

全体	あり	なし
42	29 69.0%	13 31.0%

表 74 訪問介護計画書の実装状況_導入済みの訪問介護事業所数

全体	50未満	1000未満 50以上	5000未満 1000以上	10000未満 5000以上	10000以上
29	11 37.9%	4 13.8%	9 31.0%	2 6.9%	3 10.3%

表 75 訪問介護計画書の実装状況_訪問介護計画書の実装有無

全体	あり	なし
29	26 89.7%	3 10.3%

表 76 訪問介護計画書の実装状況_実装している場合の様式の種類(複数回答可)

全体	全国ホームヘルパー 計画書(共通) 訪問介護協会	全国ホームヘルパー 計画書(共通) 訪問介護協会	独自様式	その他
26	2 7.7%	3 11.5%	21 80.8%	2 7.7%

様式のカスタマイズに対応している企業は61.5%であった。

表 77 訪問介護計画書の実装状況_様式のカスタマイズ対応有無

全体	あり	なし
26	16 61.5%	10 38.5%

本調査における様式の実装項目の回答方法について、様式のメール送付が38.5%、Forms上での回答が61.5%であった。

表 78 訪問介護計画書の実装状況_様式の項目についての回答方法

全体	様式をメールで提出可能であり、Forms上での回答に代えてメールでの提出をしたい	様式を提出できないため、Forms上で回答を続ける
	26 38.5%	16 61.5%

続いて、計画書に実装されている項目の詳細について調査を実施した。尚、項目の詳細については、実装している場合の様式の種類が「独自様式」または「その他」と回答した企業のみを対象として集計した。

利用者情報では氏名、性別、生年月日、事業所情報では事業所名の実装割合が 80%を超えていた。介護支援専門員情報では氏名の実装割合が最も高く、60.9%であった。主治医情報は氏名、電話番号ともに 21.7%であった。

表 79 訪問介護計画書の実装状況_様式の項目の詳細_利用者情報(複数回答可)

全体	氏名	性別	生年月日	住所	緊急連絡先	その他
23	23 100.0%	19 82.6%	20 87.0%	15 65.2%	9 39.1%	11 47.8%

表 80 訪問介護計画書の実装状況_様式の項目の詳細_事業者情報(複数回答可)

全体	事業所名	所在地	管理者名	サービス提供責任者名	主たる担当ヘルパー名	その他
23	20 87.0%	11 47.8%	5 21.7%	10 43.5%	16 69.6%	7 30.4%

表 81 訪問介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 介護支援専門員情報(複数回答可)

全体	氏名	所属事業所	電話番号	その他
23	14	12	5	7
	60.9%	52.2%	21.7%	30.4%

表 82 訪問介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 主治医情報(複数回答可)

全体	氏名	電話番号	その他
23	5	5	10
	21.7%	21.7%	43.5%

サービス内容では介護内容の実装割合が最も高かった(91.3%)。一方で、週間以外のサービス、サービス実施記録、全体としての状況は実装割合が 30.0%未満であった。

表 83 訪問介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 サービス(複数回答可)

全体	週間サービス計画(スケジュール表)	週間以外のサービス	備考	サービス	短期目標	達成目標年月日	訪問予定日時	解決すべき課題	介護内容	介護項目	介護方法	本人家族のなさること	留意事項	サービス実施記録	全体としての状況	その他
23	17	5	13	20	20	13	9	18	21	20	18	10	16	6	6	9
	73.9%	21.7%	56.5%	87.0%	87.0%	56.5%	39.1%	78.3%	91.3%	87.0%	78.3%	43.5%	69.6%	26.1%	26.1%	39.1%

その他の項目では、作成日はすべての企業で実装されており、また作成者、説明同意日も 90%を超えた。

表 84 訪問介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 その他(複数回答可)

全体	作成日	作成者	説明同意日	署名捺印	その他
23	23	22	21	18	8
	100.0%	95.7%	91.3%	78.3%	34.8%

3.6.6 個別サービス計画書様式の実装状況 - 通所介護

通所介護を対象とした介護ソフトは30社/42社が提供していた。計画書を実装しているのは27社であり、そのうち厚労省標準様式または独自様式を実装している割合がそれぞれ51.9%であった。

表 85 通所介護計画書の実装状況 通所介護の対象有無

全体	あり	なし
42	30 71.4%	12 28.6%

表 86 通所介護計画書の実装状況 導入済みの通所介護事業所数

全体	100未満	500未満	1000未満	5000以上
30	15 50.0%	7 23.3%	3 10.0%	5 16.7%

表 87 通所介護計画書の実装状況 通所介護計画書の実装有無

全体	あり	なし
30	27 90.0%	3 10.0%

表 88 通所介護計画書の実装状況 実装している場合の様式の種類(複数回答可)

全体	1-3 厚生労働省標準様式(別紙様式)に 係る実施計画書(通所系)	独自様式	その他
27	14 51.9%	14 51.9%	7 25.9%

様式のカスタマイズに対応している企業は63%であった。

表 89 通所介護計画書の実装状況 様式のカスタマイズ対応有無

全体	あり	なし
27	17 63.0%	10 37.0%

本調査における様式の実装項目の回答方法について、様式のメール送付が48.1%、Forms 上での回答が51.9%であった。

表 90 通所介護計画書の実装状況 様式の項目についての回答方法

全体	様式をメールで提出可能であり、Forms 上での回答に代えてメールでの提出としたい	様式を提出できないため、Forms 上で回答を続ける
27	13 48.1%	14 51.9%

続いて、計画書に実装されている項目の詳細について調査を実施した。尚、項目の詳細については、実装している場合の様式の種類が「独自様式」または「その他」と回答した企業のみを対象として集計した。

利用者情報では身長、体重、BMI、現在の歯科受診について、などの項目で実装割合が比較的低かった(40.0%未満)。

表 91 通所介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 利用者情報(複数回答可)

全体	氏名	性別	生年月日	要介護度	日常生活自立度	本人の希望	身長	体重	BMI	個別訓練機能が必須となった原因疾患	合併症	症状	現在の歯科受診について	その他
21	20 95.2%	19 90.5%	19 90.5%	20 95.2%	19 90.5%	19 90.5%	7 33.3%	7 33.3%	5 23.8%	17 81.0%	18 85.7%	18 85.7%	8 38.1%	10 47.6%

課題・方針・目標等では実施上の注意事項、共通の方針・目標で実装割合が80.0%を超えた。その他以外では、生活指導が38.1%と最も低かった。

表 92 通所介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 課題・方針・目標等(複数回答可)

全体	共通の課題	個別機能訓練・栄養・口腔の課題	その他の課題	共通の方針・目標	個別機能訓練・栄養・口腔の方針・目標	その他の方針・目標	実施上の注意事項	生活指導	見通し・継続理由	その他
21	11	10	8	17	9	8	18	8	14	8
	52.4%	47.6%	38.1%	81.0%	42.9%	38.1%	85.7%	38.1%	66.7%	38.1%

個別機能訓練は支援プログラム内容、支援頻度、支援1回あたりの時間の実装割合が最も高く、57.1%であった。栄養は嚥下調整食の必要性の有無、具体的な支援内容が最も高く、42.9%であった。口腔はすべての項目で実装割合が50.0%未満であり、誤嚥性肺炎の発症・既往の有無～サービス提供者の職種が47.6%、実施記録が42.9%であった。

表 93 通所介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 個別機能訓練(複数回答可)

全体	A D L の評価	I A D L の評価	基本動作の評価	その他の評価	支援プログラム内容	支援頻度	支援1回あたりの時間	支援実施者	評価日	その他
21	8	7	8	8	12	12	12	10	10	5
	38.1%	33.3%	38.1%	38.1%	57.1%	57.1%	57.1%	47.6%	47.6%	23.8%

表 94 通所介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 栄養(複数回答可)

全体	低栄養リスク評価	嚥下調整食の必要性の有無	3%以上の体重減少の有無	食生活状況の評価	栄養量評価	G L I M 基準による評価	具体的な支援内容	総合評価	計画変更の有無	評価日	その他
21	8	9	8	8	8	7	9	8	8	8	4
	38.1%	42.9%	38.1%	38.1%	38.1%	33.3%	42.9%	38.1%	38.1%	38.1%	19.0%

表 95 通所介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 口腔(複数回答可)

全体	誤嚥性肺炎の発症・既往の有無	口腔衛生状態の問題	口腔機能の状態の問題	歯科受診の必要性の有無	特記事項	評価日	評価記入者の職種	サービス提供者の職種	実施記録	その他
21	10	10	10	10	10	10	10	10	9	4
	47.6%	47.6%	47.6%	47.6%	47.6%	47.6%	47.6%	47.6%	42.9%	19.0%

その他については、作成日の実装割合が最も高く、90.5%であった。また栄養管理計画作成者の実装割合が最も低く、33.3%であった。

表 96 通所介護計画書の実装状況 様式の項目の詳細 その他(複数回答可)

全体	サービス開始日	作成日	初回作成または変更の選択	個別機能訓練計画作成者	栄養管理計画作成者	口腔管理計画作成者	特記事項	その他
21	15	19	16	12	7	9	14	10
	71.4%	90.5%	76.2%	57.1%	33.3%	42.9%	66.7%	47.6%

3.6.7 個別サービス計画書様式の実装状況 - 訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションを対象とした介護ソフトは19社/42社が提供していた。計画書を実装しているのは16社であり、そのうち厚労省標準様式を実装している割合が81.3%であった。

表 97 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 訪問リハビリテーションの対象有無

全体	あり	なし
42	19	23
	45.2%	54.8%

表 98 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 導入済みの訪問リハビリテーション事業所数

全体	1 0 0 未満	5 1 0 0 未 満 上	1 5 0 0 0 未 満 上	1 0 0 0 0 以 上
19	15	4	0	0
	78.9%	21.1%	0.0%	0.0%

表 99 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 訪問リハビリテーション計画書の実装有無

全体	あり	なし
19	16	3
	84.2%	15.8%

表 100 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 実装している場合の様式の種類(複数回答可)

全体	厚生労働省標準様式(別添様式)リハビリテーション計画書)	別添様式(別添様式)リハビリテーション計画書)	独自様式	その他
16	13 81.3%	1 6.3%	4 25.0%	1 6.3%

様式のカスタマイズに対応している企業は 56.3%であった。

表 101 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式のカスタマイズ対応有無

全体	あり	なし
16	9 56.3%	7 43.8%

本調査における様式の実装項目の回答方法について、様式のメール送付、Forms 上での回答ともに 50.0%であった。

表 102 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目についての回答方法

全体	様式をメールで提出可能であり、Forms 上での回答に代えてメールでの提出としたい	様式を提出できないため、Forms 上で回答を続ける
16	8 50.0%	8 50.0%

続いて、計画書に実装されている項目の詳細について調査を実施した。尚、項目の詳細については、実装している場合の様式の種類が「独自様式」または「その他」と回答した企業のみを対象として集計した。

利用者情報、リハビリテーション担当医情報、担当者情報、健康状態・経過は、その他を除きいずれの項目も実装割合が 60.0%以上であった。

表 103 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 利用者情報(複数回答可)

全体	氏名	性別	生年月日	要介護度	その他
5	5	5	5	3	1
	100.0%	100.0%	100.0%	60.0%	20.0%

表 104 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 リハビリテーション担当医情報 (複数回答可)

全体	氏名	その他
5	4	0
	80.0%	0.0%

表 105 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 担当者情報(複数回答可)

全体	氏名	職種	その他
5	4	3	0
	80.0%	60.0%	0.0%

表 106 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 健康状態・経過(複数回答可)

全体	原因疾病	合併症	これまでのリハビリテーション実施状況	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	心身機能・構造	活動(基本動作)の評価	活動(ADL)の評価	活動(IADL)の評価	その他
5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1
	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	60.0%	20.0%

環境因子は、その他を除きいずれの項目も 60.0%以上の企業で実装されていた。社会参加は家庭内の役割の内容、余暇活動、社会地域活動で実装割合が 60.0%以上であった。

表 107 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 環境因子(複数回答可)

全体	同居家族	住環境	自宅周辺	交通機関の利用有無	他サービスの利用	福祉用具の利用	その他
5	3	3	3	3	3	3	0
	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	0.0%

表 108 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 社会参加(複数回答可)

全体	家庭内の役割の内容	余暇活動	社会地域活動	了後に行いたい社会参加等の取組	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組	活動と参加において、重要度の高い課題	課題に影響を及ぼす機能障害	課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子	その他
5	3	3	3	1	2	1	1	0	
	60.0%	60.0%	60.0%	20.0%	40.0%	20.0%	20.0%	0.0%	

サービス内容は送迎の有無およびその他以外の項目で実装割合が80.0%以上であった。リハビリテーションの目標・方針ではすべての項目が80.0%以上の割合で実装されていた。

表 109 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 サービス内容(複数回答可)

全体	全サービス含めた訪問・通所頻度	全サービス含めた利用時間	送迎の有無	個別のサービスで解決すべき課題	個別のサービスの期間	個別のサービスの具体的支援内容	個別のサービスの頻度	個別のサービスの時間	他事業所の担当者との共有すべき事項	介護支援専門員との共有すべき事項	その他、共有すべき事項	情報提供先	その他
5	4	4	2	5	5	5	4	4	4	4	4	4	0
	80.0%	80.0%	40.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	0.0%

表 110 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 リハビリテーションの目標・方針(複数回答可)

全体	リハビリテーションの短期目標	リハビリテーションの方針	リハビリテーションの長期目標	本人・家族への生活指導の内容	リハビリテーション実施上の留意点	リハビリテーションの見直し・継続理由	リハビリテーション終了目安	その他
5	4	4	4	4	5	4	4	0
	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	100.0%	80.0%	80.0%	0.0%

その他では、評価日(計画作成日)の実装割合が最も高く、100.0%であった。

表 111 訪問リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 その他(複数回答可)

全体	事業所番号	評価日(計画作成日)	見直し予定時期	目標設定等支援・管理シートの有無	リハビリテーション開始時から比較して、改善した活動と参加	診療未実施減算の適用の有無	診療未実施減算の情報提供の適切な研修	利用者・家族への説明日	特記事項	その他
5	4	5	1	2	3	2	2	4	4	1
	80.0%	100.0%	20.0%	40.0%	60.0%	40.0%	40.0%	80.0%	80.0%	20.0%

3.6.8 個別サービス計画書様式の実装状況 - 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションを対象とした介護ソフトは20社/42社が提供していた。計画書を実装しているのは16社であり、そのうち厚労省標準様式を実装している割合が62.5%であった。

表 112 通所リハビリテーション計画書の実装状況 通所リハビリテーションの対象有無

全体	あり	なし
42	20	22
	47.6%	52.4%

表 113 通所リハビリテーション計画書の実装状況 導入済みの通所リハビリテーション事業所数

全体	1 0 0 未満	5 1 0 0 未満 以上	1 5 0 0 0 0 以上 未満	1 0 0 0 0 以上
20	13	6	1	0
	65.0%	30.0%	5.0%	0.0%

表 114 通所リハビリテーション計画書の実装状況 通所リハビリテーション計画書の実装有無

全体	あり	なし
20	16	4
	80.0%	20.0%

表 115 通所リハビリテーション計画書の実装状況 実装している場合の様式の種類(複数回答可)

全体	厚生労働省標準様式(別添様式1-1 リハビリテーション・栄養・口腔に係 る実施計画書(通所系))	厚生労働省標準様式(別添様式2- 1, 2-2-2 リハビリテ ーション計 画書)	日本訪問リハビリテーション協会様式 (別添様式2-2-1, 2-2-2 リハビリテ ーション計 画書)	独自様式	その他
16	10	10	1	4	1
	62.5%	62.5%	6.3%	25.0%	6.3%

様式のカスタマイズに対応している企業は 50.0%であった。

表 116 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式のカスタマイズ対応有無

全体	あり	なし
16	8 50.0%	8 50.0%

本調査における様式の実装項目の回答方法について、様式のメール送付、Forms 上での回答ともに 50.0%であった。

表 117 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目についての回答方法

全体	様式をメールで提出可能であり、Forms 上での回答に代えてメールでの提出としたい	様式を提出できないため、Forms 上で回答を続ける
16	8 50.0%	8 50.0%

続いて、計画書に実装されている項目の詳細について調査を実施した。尚、項目の詳細については、実装している場合の様式の種類が「独自様式」または「その他」と回答した企業のみを対象として集計した。

身長、体重、BMI では実装割合が 20.0%であるものの、利用者情報・リハビリテーション担当医情報・担当者情報の実装割合は全体的に高い傾向が得られた。

表 118 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 利用者情報(複数回答可)

全体	氏名	性別	生年月日	本人の希望	身長	体重	BMI	その他
5	5 100.0%	5 100.0%	5 100.0%	3 60.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%

表 119 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 リハビリテーション担当医情報 (複数回答可)

全体	氏名	その他
5	4	1
	80.0%	20.0%

表 120 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 担当者情報(複数回答可)

全体	氏名	職種	その他
5	5	4	0
	100.0%	80.0%	0.0%

健康状態・経過では合併症の実装割合が最も高かった(100.0%)。環境因子はいずれの項目も実装割合が60.0%以上であった。社会参加では家庭内の役割の内容、余暇活動、社会地域活動で実装割合が60.0%以上であった。

表 121 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 健康状態・経過(複数回答可)

全体	原因疾病	合併症	これまでのリハビリテーション実施状況	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	心身機能・構造	活動(基本動作)の評価	活動(A・D・L)の評価	活動(I・A・D・L)の評価	栄養補給法	現在の歯科受診について	リハビリテーション・栄養・口腔の課題	その他の課題	栄養に関する評価	口腔に関する評価	その他
5	4	5	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	0
	80.0%	100.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	60.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	0.0%

表 122 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 環境因子(複数回答可)

全体	同居家族	住環境	自宅周辺	交通機関の利用有無	他サービスの利用	福祉用具の利用	その他
5	4	4	3	3	3	3	0
	80.0%	80.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	0.0%

表 123 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 社会参加(複数回答可)

全体	家庭内の役割の内容	余暇活動	社会地域活動	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組	活動と参加において、重要度の高い課題	課題に影響を及ぼす機能障害	課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子	その他
5	3	3	3	1	2	1	1	1
	60.0%	60.0%	60.0%	20.0%	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%

送迎の有無とその他を除き、サービス内容およびリハビリテーションの目標・方針は、いずれの項目も実装割合が80.0%以上であった。

表 124 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 サービス内容(複数回答可)

全体	全サービス含めた訪問・通所頻度	全サービス含めた利用時間	送迎の有無	個別のサービスで解決すべき課題	個別のサービスの期間	個別のサービスの具体的支援内容	個別のサービスの頻度	個別のサービスの時間	他事業所の担当者との共有すべき事項	介護支援専門員との共有すべき事項	その他、共有すべき事項	情報提供先	その他
5	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1
	80.0%	80.0%	40.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	20.0%

表 125 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 リハビリテーションの目標・方針(複数回答可)

全体	リハビリテーションの短期目標	リハビリテーションの方針	リハビリテーションの長期目標	本人・家族への生活指導の内容	リハビリテーション実施上の留意点	リハビリテーションの見直し・継続理由	リハビリテーションの終了目安	その他
5	4	4	4	4	4	4	4	1
	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	20.0%

その他の項目では、事業所番号、評価日、利用者・家族への説明日の実装割合が最も高く、80.0%であった。

表 126 通所リハビリテーション計画書の実装状況 様式の項目の詳細 その他(複数回答可)

全体	事業所番号	評価日(計画作成日)	初回作成または計画変更の選択	見直し予定時期	個別機能訓練計画作成者	栄養管理計画作成者	口腔管理計画作成者	目標設定等支援・管理シートの有無	リハビリテーション開始時から比較して、改善した活動と参加	診療未実施減算の適用の有無	診療未実施減算の情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修	利用者・家族への説明日	特記事項	その他
5	4	4	2	1	2	2	2	2	3	2	2	4	3	1
	80.0%	80.0%	40.0%	20.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	60.0%	40.0%	40.0%	80.0%	60.0%	20.0%

4. 個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の検討

「2. 個別サービス計画の現状調査(ヒアリング調査)」及び、「3. 介護ソフトベンダー調査(アンケート調査)」によって把握された、個別サービス計画の主な様式および項目の内容をもとに、個別サービス計画に含まれている項目およびそれらの項目の標準仕様案に含まれるべき項目に関する検討を行った。

本事業では各対象サービスに対して現在、厚生労働省または協会団体に公表している参考様式に含まれている項目をもとに各介護ソフトベンダーの独自様式でも項目が含まれている割合について、アンケート調査の回答率として整理した。さらに、ヒアリング調査にて一部提供いただいた個別事業所の参考様式に含まれている項目についてもあわせて整理を行った。

上記の方法で整理した個別サービス計画の全項目のうち、アンケート調査において回答率が80%以上の項目の割合を集計した結果を以下の表127に示す。厚生労働省または協会団体、ヒアリング対象の個別事業所の参考様式に含まれている全項目の中でアンケート調査の回答率が80%以上の項目の割合については、訪問リハビリテーションが48.6%、通所リハビリテーションが27.7%、訪問介護が21.6%、通所介護が11.5%と、リハビリテーション系のサービスにおいて割合が高かった。

また、上記項目について、個別事業所の参考様式を除いた厚生労働省または業界団体の参考様式に含まれている項目のみに絞った集計を行った。リハビリテーション系サービスについては個別事業所からの様式の提供がなかったため、数値は同じであるが、訪問介護については25.6%、通所介護については15.8%であった。個別事業所の参考様式の項目のうち、厚生労働省または協会団体の参考様式には含まれていない項目については、項目に適宜追加を行ったが、アンケート調査の調査項目には含まれていないため、回答率のデータの対象外であるため、個別事業所の参考様式を除いた割合が上昇した。

表 127 個別サービス計画の共通項目(アンケート調査の回答率が80%以上の項目の割合)に関する整理結果

サービス種類	項目数		
	①全項目	②厚生労働省または業界団体の参考様式の項目	③アンケート調査の回答率が80%以上の項目
訪問介護	51	43	11
通所介護	104	76	12
訪問リハビリテーション	72	72	35
通所リハビリテーション	119	119	33
アンケート調査の回答率が80%以上の項目の割合			
サービス種類	全項目のうち(③÷①)	厚生労働省または業界団体の参考様式の項目のうち(③÷②)	
訪問介護	21.6%	25.6%	
通所介護	11.5%	15.8%	
訪問リハビリテーション	48.6%	48.6%	
通所リハビリテーション	27.7%	27.7%	

サービス別の結果を以下の表 128 から表 131 にて示す。各表にてアンケート調査の回答率が80%以上であった項目については色塗りで表示している。

訪問介護については、作成日や作成者、利用者情報の中の一部項目、事業所名、説明同意日、サービスや短期目標・介護内容に関する項目が共通項目として挙げられた。

表 128 個別サービス計画書に含まれている共通項目の整理結果(訪問介護)

No	項目	全国ホームヘルパー協議会様式(【様式6】訪問介護計画書(共通))※1	全国ホームヘルパー協議会様式(【様式7】訪問介護計画書(共通))※1	ヒアリング事業所の参考様式1	ヒアリング事業所の参考様式2	アンケート調査の回答率(独自様式、その他様式)
1	作成日	○	—	○	○	100.0%
2	作成者	○	—	○	○	95.7%
3	利用者情報	○	○	○	○	—
3-1	氏名	○	○	○	○	100.0%
3-2	性別	○	—	○	—	82.6%
3-3	生年月日	○	—	○	—	87.0%
3-4	住所	○	—	—	—	65.2%
3-5	緊急連絡先	○	—	—	—	39.1%
3-6	氏名	○	—	—	—	—
3-7	続柄	○	—	—	—	—
3-8	電話番号	○	—	—	—	—
4	事業者情報	○	—	—	—	—
4-1	事業所名	○	—	—	—	87.0%
4-2	所在地	○	—	—	—	47.8%
4-3	管理者名	○	—	—	—	21.7%
4-4	サービス提供責任者名	○	—	—	—	43.5%
4-5	主たる担当ヘルパー名	○	—	—	—	69.6%
5	介護支援専門員情報	○	—	—	○	—
5-1	氏名	○	—	—	○	60.9%
5-2	所属事業所	○	—	—	—	52.2%
5-3	電話番号	○	—	—	—	21.7%
6	主治医情報	○	—	—	—	—
6-1	氏名	○	—	—	—	21.7%
6-2	電話番号	○	—	—	—	21.7%
7	週間サービス計画(スケジュール表)	○	—	—	—	73.9%
8	週間以外のサービス	○	—	○	○	21.7%
9	備考	○	—	—	○	56.5%
10	利用者署名	○	—	○	○	—
10-1	説明同意日	○	—	○	○	91.3%
10-2	署名	○	—	○	○	78.3%
10-3	代理人署名	—	—	—	○	—
10-4	捺印	○	—	—	—	—
10-5	事業者名	—	—	○	—	—
10-6	説明者氏名	—	—	○	—	—
11	サービス	—	○	○	—	87.0%
12	短期目標	—	○	○	○	87.0%
13	達成目標年月日	—	○	—	○	56.5%
14	利用者の状況(ADL等)	—	—	—	○	—
15	前回支援目標の達成度	—	—	—	○	—
16	訪問予定日時	—	○	○	○	39.1%
17	解決すべき課題	—	○	—	—	78.3%
18	介護内容	—	○	○	○	91.3%
18-1	介護項目	—	○	○	○	87.0%
18-2	介護方法	—	○	—	—	78.3%
18-3	本人家族のなさること	—	○	—	—	43.5%
18-4	留意事項	—	○	○	○	69.6%
18-5	サービス実施記録	—	○	—	—	26.1%
18-6	全体としての状況	—	○	—	○	26.1%
18-7	予定所要時間	—	—	○	○	—
19	本人・家族等の希望	—	—	○	○	—
20	今後の方針(サービス継続・変更・中止)	—	—	—	○	—

※1 全国ホームヘルパー協議会, 2006, 「サービス提供責任者と介護支援専門員との連携様式」, ホームヘルパーネットワーク全国ホームヘルパー協議会ホームページ, (2025年9月26日取得, <https://www.homehelper-japan.com/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0%E3%83%98%E3%83%AB%E3%83%91%E3%83%BC%E9%96%A2%E4%BF%82%E8%B3%87%E6%96%99/%E8%A8%AA%E5%95%8F%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E3%81%A8%E5%B1%85%E5%AE%85%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E6%94%AF%E6%8F%B4%E3%81%A8%E3%81%AE%E9%80%A3%E6%90%BA%E3%81%AE%E6%89%8B%E9%A0%86%E3%81%A8%E6%A7%98%E5%BC%8F%E4%BE%8B/>)

通所介護については、利用者情報の中の一部項目、特に要介護度や日常生活自立度の項目や本人の希望、個別機能訓練が必要となった原因疾患などが含まれており、また方針・目標や実施上の注意事項が共通項目として挙げられた。

表 129 個別サービス計画書に含まれている共通項目の整理結果(通所介護)

No	項目	厚生労働省標準様式(別紙様式1-3 個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)) ※1	ヒアリング(株式会社ソクイ、通所介護計画書兼個別機能訓練計画書)	ヒアリング事業所の参考様式3	アンケート調査の回答率(独自様式、その他様式)
1	計画作成者(個別機能訓練)	○	○	—	57.1%
2	計画作成者(栄養管理)	○	—	—	33.3%
3	計画作成者(口腔管理)	○	—	—	42.9%
4	利用者情報	○	○	○	—
4-1	氏名	○	○	○	95.2%
4-2	サービス開始日	○	—	—	71.4%
4-3	作成日	○	○	○	90.5%
4-4	作成日(初回作成または計画変更の選択)	○	○	○	76.2%
4-5	生年月日	○	○	○	90.5%
4-6	性別	○	○	○	90.5%
4-7	要介護度	○	○	○	95.2%
4-8	日常生活自立度	○	—	—	90.5%
4-9	身長	○	—	—	33.3%
4-10	体重	○	—	—	33.3%
4-11	BMI	○	—	—	23.8%
4-12	保険者・被保険者番号	—	○	○	—
4-13	居宅介護支援事業所・担当者	—	○	○	—
4-14	本人の希望	○	○	○	90.5%
4-15	個別機能訓練が必要となった原因疾患	○	—	—	81.0%
4-16	疾患名	○	—	—	—
4-17	発症・受傷日	○	—	—	—
4-18	合併症	○	—	—	85.7%
4-19	病状	○	—	—	85.7%
4-20	現在の歯科受診について	○	—	—	38.1%
4-21	かかりつけ歯科医の有無	○	—	—	—
4-22	直近1年間の歯科受診の有無と最終受診年月	○	—	—	—
4-23	義歯の使用の有無	○	—	—	—
4-24	その他	○	—	—	—
5	事業所情報	—	—	○	—
5-1	事業所番号	—	—	○	—
5-2	事業所名	—	—	○	—
5-3	管理者名	—	—	○	—
6	課題	○	—	—	—
6-1	共通	○	—	—	52.4%
6-2	個別機能訓練・栄養・口腔	○	—	—	47.6%
6-3	上記に加えた課題	○	—	—	38.1%
7	方針・目標	○	○	○	—
7-1	共通	○	○	○	81.0%
7-2	個別機能訓練・栄養・口腔	○	○	—	42.9%
7-3	短期目標	○	○	—	—
7-4	長期目標	○	○	—	—
7-5	上記に加えた方針・目標	○	—	—	38.1%
8	実施上の注意事項	○	—	—	85.7%
9	生活指導	○	—	—	38.1%
10	見直し・継続理由	○	—	—	66.7%
11	評価時の状態	○	○	—	—
11-1	個別機能訓練	○	○	—	—
11-2	評価日	○	—	—	47.6%
11-3	ADL	○	—	—	38.1%
11-4	IADL	○	—	—	33.3%
11-5	基本動作	○	—	—	38.1%
11-6	その他の評価	—	—	—	38.1%
11-7	栄養	○	—	—	—
11-8	評価日	○	—	—	38.1%
11-9	低栄養リスク	○	—	—	38.1%
11-10	嚥下調整食の必要性	○	—	—	42.9%
11-11	3%以上の体重減少	○	—	—	38.1%
11-12	食生活状況	○	—	—	38.1%
11-13	栄養量(エネルギー/たんぱく質)	○	—	—	38.1%
11-14	GLIM基準による評価	○	—	—	33.3%
11-15	口腔	○	—	—	—
11-16	評価日	○	—	—	47.6%
11-17	誤嚥性肺炎の発症・既往	○	—	—	47.6%
11-18	口腔衛生状態の問題	○	—	—	47.6%
11-19	口腔機能の状態の問題	○	—	—	47.6%
11-20	歯科受診の必要性	○	—	—	47.6%
11-21	特記事項	○	—	—	47.6%
11-22	記入者職種	○	—	—	47.6%

No	項目	厚生労働省標準様式(別紙様式1-3 個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系))※1	ヒアリング(株式会社ツクイ、通所介護計画書兼個別機能訓練計画書)	ヒアリング事業所の参考様式3	アンケート調査の回答率(独自様式、その他様式)
12	具体的支援内容	○	○	—	—
12-1	個別機能訓練	○	○	—	—
12-1-1	プログラム内容	○	○	—	57.1%
12-1-2	留意点	○	○	—	—
12-1-3	頻度	○	—	—	57.1%
12-1-4	支援1回あたりの時間	○	○	○	57.1%
12-1-5	主な実施者	○	—	—	47.6%
12-1-6	利用者・家族の希望	—	○	—	—
12-1-7	リスク管理	—	○	—	—
12-2	栄養	○	—	—	—
12-2-1	具体的支援内容	○	—	—	42.9%
12-2-2	総合評価	○	—	—	38.1%
12-2-3	計画変更の有無	○	—	—	38.1%
12-3	口腔	○	—	—	—
12-3-1	サービス提供者	○	—	—	47.6%
12-3-2	実施記録	○	—	—	42.9%
12-4	共通	—	○	○	—
12-4-1	移乗	—	○	○	—
12-4-2	移動	—	○	○	—
12-4-3	更衣	—	○	○	—
12-4-4	入浴	—	○	○	—
12-4-5	排泄	—	○	○	—
12-4-6	整容	—	○	○	—
12-4-7	食事	—	○	○	—
12-4-8	活動・交流	—	○	○	—
12-4-9	身体状況(処置・内服)	—	○	○	—
12-4-10	送迎	—	○	○	—
12-4-11	その他	—	○	○	—
12-4-12	サービス提供頻度	—	○	○	—
12-4-13	一日の流れ	—	○	○	—
13	利用者署名	—	○	○	—
13-1	説明同意日	—	○	○	—
13-2	署名	—	○	○	—
13-3	代理人署名	—	○	○	—
13-4	続柄	—	○	○	—
14	特記事項	○	—	—	66.7%

※1 厚生労働省、2025、「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知」、(2025年9月26日取得, <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F12300000%2F001228000.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>)

訪問リハビリテーションについては、事業所番号や評価日、利用者情報の中の一部項目、原因疾患や合併症・これまでのリハビリテーションの実施状況が含まれていた。また、日常生活自立度などの項目、心身機能・構造、活動のADLに関する項目も共通的に含まれていた。さらに、具体的なサービス内容については大多数の内訳の項目が含まれており、リハビリテーションに関する短期目標・方針・長期目標・生活指導の内容・実施上の留意点・見直しや継続理由、終了目安等も共通項目として挙げられた。

表 130 個別サービス計画書に含まれている共通項目の整理結果(訪問リハビリテーション)

No	項目	厚生労働省標準様式2-2-1、2-2-2「リハビリテーション計画書」※1	日本訪問リハビリテーション協会様式(別添様式2-1、2-2「リハビリテーション計画書」)※2	アンケート調査の回答率(独自様式、その他様式)
1	事業所番号	○	○	80.0%
2	評価日(計画作成日)	○	○	100.0%
3	見直し予定時期	○	○	20.0%
4	目標設定等支援・管理シートの有無	○	○	40.0%
5	利用者情報	○	○	—
5-1	氏名	○	○	100.0%
5-2	性別	○	○	100.0%
5-3	生年月日	○	○	100.0%
5-4	要介護度	○	○	60.0%
6	リハビリテーション担当医氏名	○	○	80.0%
7	担当者情報	○	○	—
7-1	氏名	○	○	80.0%
7-2	職種	○	○	60.0%
8	本人・家族等の希望	○	○	—
9	健康状態・経過	○	○	—
9-1	原因疾患	○	○	80.0%
9-1-1	疾病名	○	○	—
9-1-2	発症・受傷日	○	○	—
9-1-3	直近の入院日	○	○	—
9-1-4	直近の退院日	○	○	—
9-1-5	治療経過	○	○	—
9-2	合併症	○	○	80.0%
9-3	これまでのリハビリテーションの実施状況	○	○	80.0%
10	目標設定等支援・管理シートの有無	○	○	—
11	障害高齢者の日常生活自立度	○	○	80.0%
12	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	○	○	80.0%
13	心身機能・構造	○	○	80.0%
14	活動(基本動作)	○	○	80.0%
15	活動(ADL)	○	○	80.0%
16	活動(IADL)	○	○	60.0%
17	環境因子	○	○	—
17-1	家族	○	○	60.0%
17-2	住環境	○	○	60.0%
17-3	自宅周辺	○	○	60.0%
17-4	外出手段	○	○	60.0%
17-5	他サービスの利用	○	○	60.0%
17-6	福祉用具の利用	○	○	60.0%
18	社会参加の状況	○	○	—
18-1	家庭内の役割の内容	○	○	60.0%
18-2	余暇活動(内容および頻度)	○	○	60.0%
18-3	社会地域活動(内容および頻度)	○	○	60.0%
18-4	リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組	○	○	20.0%
19	活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	○	○	—
19-1	活動と参加において、重要度の高い課題	○	○	40.0%
19-2	課題に影響を及ぼす機能障害	○	○	20.0%
19-3	課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子	○	○	20.0%
20	要因分析を踏まえた具体的なサービス内容	○	○	—
20-1	訪問・通所頻度	○	○	80.0%
20-2	利用時間	○	○	80.0%
20-3	送迎の有無	○	○	40.0%
20-4	解決すべき課題	○	○	100.0%
20-5	期間	○	○	100.0%
20-6	具体的支援内容	○	○	100.0%
20-7	頻度	○	○	80.0%
20-8	時間	○	○	80.0%
20-9	他事業所の担当者と共有すべき事項	○	○	80.0%
20-10	介護支援専門員と共有すべき事項	○	○	80.0%
20-11	その他、共有すべき事項	○	○	80.0%
20-12	情報提供先	○	○	80.0%
21	リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月間)	○	○	80.0%
22	リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)	○	○	80.0%
23	リハビリテーションの長期目標	○	○	80.0%
24	本人・家族への生活指導の内容	○	○	80.0%
25	リハビリテーション実施上の留意点	○	○	100.0%
26	リハビリテーションの見直し・継続理由	○	○	80.0%
27	リハビリテーションの終了目安	○	○	80.0%
28	リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加	○	—	60.0%
29	診療未実施減算	○	—	—
29-1	診療未実施減算の適用の有無	○	—	40.0%
29-2	情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修	○	—	40.0%
30	利用者・家族への説明日	○	○	80.0%
31	特記事項	○	○	80.0%

※1 厚生労働省、2025、「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知」、(2025年9月26日取得, [htt](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/shingi2_00001.html)

[ps://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F12300000%2F001228003.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F12300000%2F001228003.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK)

※2 日本訪問リハビリテーション協会, 2025, 日本訪問リハビリテーション協会ホームページ, (2025年9月26日取得, https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=e8b936fd560d69391&q=https://www.houmonrha.org/revision/pdfview.php%3Fsystem_id%3D86&sa=U&ved=2ahUKEwiutJuV9eSPAxXFzTQHHZXiI_BMQFnoECAEQAAQ&usg=AOvVaw0PajWkv-Om5W5-gav8QVty)

通所リハビリテーションについては、事業所番号や評価日、利用者情報の一部項目、リハビリテーション担当医氏名、担当者情報の全体、疾患名や合併症、これまでのリハビリテーションの実施状況や方針・目標(特に短期・長期目標)、実施上の注意事項や生活指導・見直し・継続理由について共通項目として挙げられた。また、評価時の状態については、心身機能・構造や活動の基本動作・ADLに関する項目、環境因子の中の家族・住環境に関する項目も共通的に含まれていた。さらに、具体的支援内容としてリハビリテーションに関する多数の項目も共通項目として挙げられた。

表 131 個別サービス計画書に含まれている共通項目の整理結果(通所リハビリテーション)

No	項目	厚生労働省標準様式(別添様式1-1)リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)※1	厚生労働省標準様式(別添様式2-2-1, 2-2-2)リハビリテーション計画書※2	日本訪問リハビリテーション協会様式(別添様式2-2-1, 2-2-2)リハビリテーション計画書※3	アンケート調査の回答率(独自様式、その他様式)
1	事業所番号	○	○	○	80.0%
2	サービス開始日	○	○	○	—
3	初回・変更	○	○	○	40.0%
4	評価日(計画作成日)	○	○	○	80.0%
5	見直し予定時期	○	○	○	20.0%
6	目標設定等支援・管理シートの有無	○	○	○	40.0%
7	利用者情報	○	○	○	—
7-1	氏名	○	○	○	100.0%
7-2	生年月日	○	○	○	100.0%
7-3	性別	○	○	○	100.0%
7-4	要介護度	○	○	○	—
7-5	日常生活自立度	○	○	○	80.0%
7-6	本人・家族の希望	○	○	○	60.0%
8	計画作成者(リハビリテーション)	○	○	○	40.0%
9	計画作成者(栄養管理)	○	○	○	40.0%
10	計画作成者(口腔管理)	○	○	○	40.0%
11	リハビリテーション担当医氏名	○	○	○	80.0%
12	担当者情報	○	○	○	—
12-1	氏名	○	○	○	100.0%
12-2	職種	○	○	○	80.0%
13	共通	○	○	○	—
13-1	身長	○	○	○	20.0%
13-2	体重	○	○	○	20.0%
13-3	BMI	○	○	○	20.0%
13-4	栄養補給法	○	○	○	40.0%
13-5	リハビリテーションが必要となった原因疾患	○	○	○	—
	13-5-1 疾患名	○	○	○	80.0%
	13-5-2 発症・受傷日	○	○	○	—
	13-5-3 合併症	○	○	○	100.0%
	13-5-4 病状	○	○	○	—
	13-5-5 直近の入院日	○	○	○	—
	13-5-6 直近の退院日	○	○	○	—
	13-5-7 治療経過	○	○	○	—
	13-5-8 これまでのリハビリテーションの実施状況	○	○	○	80.0%
13-6	現在の歯科受診について	○	○	○	40.0%
	13-6-1 かかりつけ歯科医の有無	○	○	○	—
	13-6-2 直近1年間の歯科受診の有無と最終受診年月	○	○	○	—
	13-6-3 義歯の使用の有無	○	○	○	—
	13-6-4 その他	○	○	○	—

No	項目	厚生労働省標準様式1-1 リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)※1	厚生労働省標準様式2-2 リハビリテーション計画書※2	日本訪問リハビリテーション協会様式2-2-1、2-2-2 リハビリテーション計画書※3	アンケート調査の回答率 (独自様式、その他様式)
14	課題	○	○	○	—
14-1	共通	○	—	—	—
14-2	リハビリテーション・栄養・口腔	○	—	—	40.0%
14-3	上記に加えた課題	○	—	—	40.0%
14-4	活動と参加において、重要度の高い課題	—	○	○	40.0%
14-5	課題に影響を及ぼす機能障害	—	○	○	20.0%
14-6	課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子	—	○	○	20.0%
15	方針・目標	○	—	—	80.0%
15-1	共通	○	—	—	—
15-2	リハビリテーション・栄養・口腔	○	—	—	—
15-2-1	短期目標	○	—	—	80.0%
15-2-2	長期目標	○	—	—	80.0%
15-3	上記に加えた方針・目標	○	—	—	—
15-4	リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月間)	—	○	○	—
15-5	リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)	—	○	○	—
15-6	リハビリテーションの長期目標	—	○	○	—
16	実施上の注意事項	○	○	○	80.0%
17	生活指導	○	○	○	80.0%
18	見直し・継続理由	○	○	○	80.0%
19	評価時の状態	○	○	○	—
19-1	リハビリテーション	○	○	○	—
19-1-1	評価日	○	○	○	—
19-1-2	心身機能・構造	○	○	○	80.0%
19-1-3	活動	○	○	○	—
19-1-3-1	基本動作	○	○	○	80.0%
19-1-3-2	ADL	○	○	○	80.0%
19-1-3-3	IADL	○	○	○	60.0%
19-2	社会参加	○	○	○	—
19-2-1	家庭内の役割の内容	—	○	○	60.0%
19-2-2	余暇活動(内容および頻度)	—	○	○	60.0%
19-2-3	社会地域活動(内容および頻度)	—	○	○	60.0%
19-2-4	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組	—	—	○	20.0%
19-3	環境因子	—	○	○	—
19-3-1	家族	—	○	○	80.0%
19-3-2	住環境	—	○	○	80.0%
19-3-3	自宅周辺	—	○	○	60.0%
19-3-4	外出手段	—	○	○	60.0%
19-3-5	他サービスの利用	—	○	○	60.0%
19-3-6	福祉用具の利用	—	○	○	60.0%
19-4	栄養	○	—	—	40.0%
19-4-1	評価日	○	—	—	—
19-4-2	低栄養リスク	○	—	—	—
19-4-3	嚥下調整食の必要性	○	—	—	—
19-4-4	3%以上の体重減少	○	—	—	—
19-4-5	食生活状況	○	—	—	—
19-4-6	栄養量(エネルギー/たんぱく質)	○	—	—	—
19-4-7	GLIM基準による評価	○	—	—	—
19-5	口腔	○	—	—	40.0%
19-5-1	評価日	○	—	—	—
19-5-2	誤嚥性肺炎の発症・既往	○	—	—	—
19-5-3	口腔衛生状態の問題	○	—	—	—
19-5-4	口腔機能の状態の問題	○	—	—	—
19-5-5	歯科受診の必要性	○	—	—	—
19-5-6	特記事項	○	—	—	—
19-5-7	記入者職種	○	—	—	—
20	具体的支援内容	○	○	○	—
20-1	リハビリテーション	○	○	○	—
20-1-1	課題	○	○	○	80.0%
20-1-2	介入方法	○	○	○	80.0%
20-1-3	期間	○	○	○	80.0%
20-1-4	頻度	○	○	○	80.0%
20-1-5	利用時間	○	○	○	80.0%
20-1-6	送迎の有無	—	—	○	40.0%
20-1-7	他事業所の担当者とは共有すべき事項	—	○	○	80.0%
20-1-8	介護支援専門員とは共有すべき事項	—	○	○	80.0%
20-1-9	その他、共有すべき事項	—	○	○	80.0%
20-1-10	情報提供先	—	○	○	80.0%
20-2	栄養	○	—	—	—
20-2-1	具体的支援内容	○	—	—	—
20-2-2	総合評価	○	—	—	—
20-2-3	計画変更の有無	○	—	—	—
20-3	口腔	○	—	—	—
20-3-1	サービス提供者	○	—	—	—
20-3-2	実施記録	○	—	—	—
21	リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加	—	○	—	60.0%
22	診療未実施減算	—	○	—	—
22-1-1	診療未実施減算の適用の有無	—	○	—	40.0%
22-1-2	情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修	—	○	—	40.0%
23	利用者・家族への説明日	—	○	○	80.0%
24	特記事項	○	○	○	60.0%

- ※1 厚生労働省, 2025, 「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知」, (2025年9月26日取得, <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F12300000%2F001227997.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>)
- ※2 厚生労働省, 2025, 「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関する通知」, (2025年9月26日取得, <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F12300000%2F001228003.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>)
- ※3 日本訪問リハビリテーション協会, 2025, 日本訪問リハビリテーション協会ホームページ, (2025年9月26日取得, https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=e8b936fd560d69391&q=https://www.houmonreha.org/revision/pdfview.php%3Fsystem_id%3D86&sa=U&ved=2ahUKEwiutJuV9eSPAxxFzTQHHZXiIBMQFnoECAEQAQ&usg=AOvVaw0PajWkv-Om5W5-gav8QVty)

5. 本事業のまとめ

本事業では個別サービス計画について、将来的なデータ利活用や、居宅サービス事業所のケアプランデータ連携システム利用促進を念頭におきつつ、複数の介護ソフトベンダーの協力を得ながら個別サービス計画に含まれている共通項目の比較検証を行い、個別サービス計画の標準化に向けた課題整理を行うとともに、各サービスにおける個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目に関する検討を行った。また、本事業では個別サービス計画のうち、訪問介護・通所介護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの4サービスの計画に関する検討を行った。

各サービスにおける個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目については、まず、介護ソフトベンダーを対象としたアンケート調査にて、厚生労働省または業界団体で公開している参考様式や独自様式の実装状況、独自様式に含まれている項目の詳細に関する集計を行った。

アンケート調査の結果、本事業の検討対象の4サービスの個別サービス計画の介護ソフトにおける実装状況は様々であることが把握された。まず、訪問介護計画書については全国ホームヘルパー協議会にて公開している訪問介護計画書2つを実装している割合はいずれも1割程度で、独自様式を実装している割合が約8割と高かった。一方、残りの3サービスについては厚生労働省より個別加算等を算定するときの要件等で個別サービス計画の参考様式が公開されており、その結果、その様式を実装している割合も共通として半数を超えていた。具体的には、通所介護においては個別機能訓練・栄養・口腔に係る実施計画書を実装している割合が約5割、訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーション計画書の実装割合は約8割、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)およびリハビリテーション計画書を実装している割合はいずれも約6割であった。

上記、アンケート調査でも確認された傾向はヒアリング調査でも同様であり、訪問介護計画書については国の参考様式の提示がないことも関連し、対象4サービスの中で最も独自様式が多く使われていた。一方、通所介護に関しては個別機能訓練加算、口腔・栄養スクリーニング加算、入浴介助加算等の加算の算定状況によって作成する計画書の種類に差はあるものの、各加算の算定の際の計画書の様式が国からも示されており、かつ上記加算の算定率も高いことから、加算を算定している事業所間では一定程度の共通化が図られていると考えられた。(表 138 における通所介護における個別機能訓練加算の算定率:(I)イ 42.7%、(I)ロ 26.3%、(II)23.0%)

一方、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションについては、令和3年度介護報酬改定よりリハビリテーションマネジメント加算 I が基本報酬に組み込まれた関係で、もともとの加算の算定要件である厚生労働省のリハビリテーション計画書を全事業所で作成することになった結果、一定程度標準化されている状況であった。ただし、上記の計画書の項目に加え、事業所の必要に応じて一部必要項目を適宜追加して作成している事例も見受けられ、完全なる標準化までには至っていない状況が示唆された。特に、訪問リハビリテーションについては、国で定めている別添様式2-2-1、2-2-2 リハビリテーション計画書の様式の作成過程に業界団体が関わったことで、その様式を使用している事業所が多い状況も把握された。

上記のアンケート調査およびヒアリング調査の結果を踏まえ、個別サービス計画の標準仕様案に含まれるべき項目の整理を行った。本事業の対象4サービス共通として含まれている項目としては、作成日・作成者、利用者基本情報、事業所情報、方針・目標、具体的なサービス内容、説明・同意に関する項目が挙げられた。一方、サービス別に見ると、訪問介護・通所介護では共通項目の割合が低く、独自様式

や事業所ごとの運用差が大きい傾向が確認された。これに対し、訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーションでは、国の標準様式の影響により、評価項目(ADL、心身機能等)や目標・方針、サービス内容が体系的に共通化されている現状が把握された。

本事業の結果より、個別サービス計画のデータ利活用の前提となる計画の標準化のためには、サービス種類別の格差のある現状を踏まえ、今後、サービス別の詳細に関する更なる個別検討や合意形成が必要と考えられる。また、その個別検討の際には、本事業にて検討された共通項目に対し、利用者・家族等から自立支援や介護サービスの質の向上につながる、かつ分かりやすい計画書の目線も取り入れる必要があると考えられる。

表 132 訪問介護計画書の実装状況_実装している場合の様式の種類(複数回答可)(再掲)

全体	全国 計画書 様式(ヘルパー 協議会) (共通)	全国 計画書 様式(ヘルパー 協議会) (共通)	独自様式	その他
26	2 7.7%	3 11.5%	21 80.8%	2 7.7%

表 133 通所介護計画書の実装状況_実装している場合の様式の種類(複数回答可)(再掲)

全体	厚生労働省標準 様式(別紙様式 1-3) 個別機能訓練 計画書(通所系) に 係 る 実 施 計 画 書	独自様式	その他
27	14 51.9%	14 51.9%	7 25.9%

表 134 訪問リハビリテーション計画書の実装状況_実装している場合の様式の種類(複数回答可)(再掲)

全体	厚生労働省標準様式(別添様式2-2-1, 2-2-2)リハビリテーション計画書)	日本訪問リハビリテーション協会様式(別添様式2-2-1, 2-2-2)リハビリテーション計画書)	独自様式	その他
16	13 81.3%	1 6.3%	4 25.0%	1 6.3%

表 135 通所リハビリテーション計画書の実装状況_実装している場合の様式の種類(複数回答可)(再掲)

全体	厚生労働省標準様式(別添様式1-1)リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書(通所系)	厚生労働省標準様式(別添様式2-1, 2-2)リハビリテーション計画書)	日本訪問リハビリテーション協会様式(別添様式2-2-1, 2-2-2)リハビリテーション計画書)	独自様式	その他
16	10 62.5%	10 62.5%	1 6.3%	4 25.0%	1 6.3%

表 136 ヒアリング調査結果 概要

サービス種類	ヒアリング調査結果 概要
訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護計画書については国の参考様式の提示もなく、4サービスの中で最も独自様式が多く使われている。 ・様式については運営基準にて求められている最低の項目をベースとして法人・事業所別に必要な項目を定めた上で運営指導等の意見等も取り入れながら、運用している。 ・協会様式も現在は使われていないが、協議会にて今年度中に新規で公表し、研修等も行う予定である。 ・現在、訪問介護指示書が別途必須であるため、現場側でサービスを提供する際にはその内容の方を重視している。
通所介護	<ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練加算、口腔・栄養スクリーニング加算、入浴介助加算等の加算の算定状況によって作成する計画書の種類に差があり、二度手間が発生する場合がある。
訪問リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年介護報酬改定でリハビリテーションマネジメント加算Ⅰが基本報酬に組み込まれ、また国で定めている別添様式2-2-1、2-2-2 リハビリテーション計画書の様式の作成過程に業界団体が関わったため、その様式を使用している事業所が多い。 ・訪問リハビリテーション計画書については、最初の作成後、2週程度の一定期間を経て初期に修正することが多い。 ・計画書の作成にあたっては、ケアプラン以外の診療情報提供書等を参照することもある。
通所リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の訪問リハビリテーションと同様に、令和3年度介護報酬改定でリハビリテーションマネジメント加算Ⅰが基本報酬に組み込まれた関係で、基本、厚生労働省のリハビリテーション計画書を全事業所で使うことになっているため、最も標準化されている。ただし、一部必要項目を事業所によって追加しているところもある。 ・計画についてはリハビリテーション会議の場でケアマネジャーからの意見をもらうこともある。

表 137 訪問介護の算定状況

訪問介護の算定状況						
	単位数 (令和3年4月改正後)	単位数 (単位)	割合 (単位ベース)	件数 (単位)	算定率 (件数ベース)	算定率 (単位数ベース)
訪問介護		8,664,947	100.00%	27,516.0	100.00%	34,294
身体介護	167単位→579単位 (1時間以上は30分を単位とし、 64単位)	5,393,164	62.24%	19,478.7	70.79%	-
身体介護・生活援助	上記に加え+67・134・201単位	1,499,425	17.30%	3,848.7	13.99%	-
生活援助	163・225単位	838,909	9.68%	3,747.0	13.62%	-
施設等身体介護	99単位	45,565	0.53%	439.7	1.60%	-
2人訪問介護加算	×200/100	1,09,130	1.26%	154.2	0.56%	7,422 21.64%
夜間・早朝加算	+25/100	1,415,375	16.33%	5,411.5	19.67%	21,467 62.60%
深夜加算	+50/100	442,091	5.10%	1,542.2	5.60%	5,400 15.75%
特定事業所加算 (Ⅰ)	+20/100	881,507	10.17%	2,803.8	10.19%	2,210 6.44%
特定事業所加算 (Ⅱ)	+10/100	2,429,044	28.07%	8,101.2	29.44%	10,127 29.53%
特定事業所加算 (Ⅲ)	+10/100	130,100	1.50%	391.2	1.42%	244 0.71%
特定事業所加算 (Ⅳ)	+5/100	4,197	0.05%	14.7	0.05%	8 0.02%
特定事業所加算 (Ⅴ)	+3/100	1,283	0.01%	9.4	0.03%	208 0.61%
共生型サービス型訪問介護減算 1 (30%)	×70/100	△ 3	△ 0.00%	0.0	0.00%	1 0.00%
共生型サービス型訪問介護減算 2 (7%)	×93/100	△ 8	△ 0.00%	0.0	0.00%	5 0.01%
共生型サービス型訪問介護減算 3 (7%)	×93/100	△ 10	△ 0.00%	0.0	0.00%	5 0.01%
同一建物減算 1 (10%)	×90/100	△ 288,438	△ 3.33%	215.5	0.79%	8,728 25.45%
同一建物減算 2 (15%)	×85/100	△ 58,282	△ 0.67%	28.2	0.10%	494 1.44%
特別地域訪問介護加算	+15/100	28,172	0.33%	30.6	0.11%	1,156 3.37%
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100	425	0.00%	1.3	0.00%	112 0.33%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100	376	0.00%	1.6	0.01%	276 0.80%
緊急時訪問介護加算	+100単位	466	0.01%	4.7	0.02%	1,427 4.16%
夜間加算	+200単位/日	11,476	0.13%	57.4	0.21%	18,318 53.41%
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	+100単位/日	9	0.00%	0.1	0.00%	75 0.22%
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	+200単位/日	180	0.00%	0.9	0.00%	21 0.06%
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	+3単位/日	9	0.00%	2.9	0.01%	5 0.01%
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	+4単位/日	-	0.00%	-	0.00%	0 0.00%
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	×137/1000	856,379	9.89%	949.8	3.45%	25,719 75.00%
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	×102/1000	58,891	0.68%	91.4	0.33%	2,952 8.61%
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	×55/1000 (Ⅰ)	18,810	0.22%	57.3	0.21%	1,385 4.01%
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	× (Ⅰ) ×90/100	179	0.00%	0.5	0.00%	29 0.08%
介護職員処遇改善加算 (Ⅴ)	× (Ⅰ) ×80/100	348	0.00%	1.3	0.00%	55 0.16%
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	×63/1000	164,662	1.90%	423.9	1.54%	9,293 27.10%
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	×42/1000	108,856	1.26%	372.9	1.36%	10,783 31.44%

【注1】「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により算出されたもの。
 【注2】「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により算出されたもの。
 【注3】「算定率(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数×総件数÷総単位数により算出されたもの。
 【注4】「介護士加算」は、介護士加算の単位数÷総単位数により算出されたもの。
 【注5】「介護職員等特定処遇改善加算」は、介護職員等特定処遇改善加算の単位数÷総単位数により算出されたもの。
 【注6】「介護職員等特定処遇改善加算」は、介護職員等特定処遇改善加算の単位数÷総単位数により算出されたもの。
 【注7】「介護職員等特定処遇改善加算」は、介護職員等特定処遇改善加算の単位数÷総単位数により算出されたもの。
 【注8】「介護職員等特定処遇改善加算」は、介護職員等特定処遇改善加算の単位数÷総単位数により算出されたもの。

出所)厚生労働省第 220 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料(令和 5 年7月 24 日開催)

表 138 通所介護の算定状況

通所介護の算定状況						
	単位数	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)	算定回数・日数 (単位：千回・千日)	算定率 (回数・日数ベース)	算定単位数 (単位：千単位)
3%加算	3/100	215	0.9%	11.2	0.1%	2,436
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 *	5/100	294	1.2%	2.9	0.0%	869
入浴介助加算 (Ⅰ) *	40	22,369	91.7%	7,997.9	64.7%	319,947
入浴介助加算 (Ⅱ) *	55	2,897	11.9%	599.1	4.8%	32,952
中重度者ケア体制加算 *	45	4,321	17.7%	2,575.4	20.8%	115,892
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	100	7	0.0%	0.1	0.0%	11
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200	1,159	4.8%	54.6	0.4%	6,169
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ *	56	10,426	42.7%	2,957.5	23.9%	165,594
個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロ *	85	6,427	26.3%	2,939.7	23.8%	249,878
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20	5,605	23.0%	298.3	2.4%	6,001
ADL維持等加算 (Ⅰ)	30	298	1.2%	16.8	0.1%	505
ADL維持等加算 (Ⅱ)	60	618	2.5%	39.1	0.3%	2,346
ADL維持等加算 (Ⅲ)	3	637	2.6%	41.5	0.3%	124
認知症加算 *	60	1,811	7.4%	323.3	2.6%	19,398
若年性認知症利用者受入加算 *	60	144	0.6%	2	0.0%	120
栄養改善加算	200	131	0.5%	1.7	0.0%	334
栄養アセスメント加算	50	413	1.7%	19	0.2%	949
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20	961	3.9%	10.7	0.1%	214
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5	270	1.1%	1.3	0.0%	6
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150	1,917	7.9%	74.7	0.6%	11,210
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160	1,459	6.0%	79.6	0.6%	12,740
科学的介護推進体制加算	40	9,006	36.9%	511.8	4.1%	20,474
同一建物減算 *	-94	-	-	1,949.5	15.8%	-183,251
送迎減算	-47	-	-	598	4.8%	-28,139
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22	5,817	23.8%	2,883.3	23.3%	63,433
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18	5,137	21.1%	2,691.4	21.8%	48,446
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6	4,000	16.4%	2,034.9	16.5%	12,209
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	59/1000	20,846	85.4%	1,047.4	8.5%	513,239
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	43/1000	1,518	6.2%	62.3	0.5%	23,091
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	23/1000	1,148	4.7%	42.7	0.3%	8,541
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	12/1000	7785	31.9%	424.1	3.4%	40,717
介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ)	10/1000	9130	37.4%	458	3.7%	38,453
生活相談員配置加算 *	13	46	0.2%	2.6	0.0%	34

※ *は円算定
 ※ 算定事業所数：介護保険総合データベースに基づき任意集計を実施。
 ※ 算定率(事業所ベース)：各加算算定事業所数÷通所介護算定事業所数
 ※ 算定回数・日数：介護給付費加算統計(月報・第9巻)令和4年3月サービス提供分 ※ 算定率(回数・日数ベース)：各加算算定回数・日数÷通所介護算定総回数

出所)厚生労働省第 219 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料(令和 5 年7月 10 日開催)

表 139 訪問リハビリテーションの算定状況

訪問リハビリテーションの算定状況							
	単位数 (令和3年4月以降)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	件数 (単位:千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所数 ベース)
総数		369,211	100.00%	1,131.6	100.00%	-	-
病院又は診療所		299,200	81.04%	974.6	86.13%	-	-
介護老人保健施設	307単位/回	47,714	12.92%	155.4	13.73%	-	-
介護医療院		440	0.12%	1.4	0.12%	-	-
同一建物減算	△16/100単位/回	△ 880	-0.24%	2.9	0.20%	-	-
特別地域訪問リハビリテーション加算	+15/100単位/回	855	0.23%	2.2	0.19%	173	3.33%
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100単位/回	16	0.00%	0.1	0.01%	30	0.58%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100単位/回	224	0.06%	1.5	0.13%	190	3.66%
短期集中リハビリテーション実施加算*	+300単位/日	6,295	1.70%	31.5	2.76%	1,767	34.03%
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	+180単位/月	1,195	0.38%	7.6	0.69%	694	13.17%
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	+213単位/月	1,412	0.38%	6.6	0.59%	875	9.15%
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	+450単位/月	4,198	1.14%	9.3	0.82%	642	12.37%
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	+483単位/月	5,553	1.50%	11.5	1.02%	735	14.16%
リハビリテーション計画診療未実施減算	△50単位/回	△ 7,038	-1.91%	140.8	12.44%	-	-
移行支援加算*	+17単位/日	3,923	1.06%	230.7	20.39%	1,044	20.11%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	+6単位/回	5,518	1.49%	919.6	81.27%	3,643	70.17%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	+3単位/回	380	0.10%	126.3	11.16%	642	12.37%

(注1)「単位数(単位:千単位)」及び「件数(単位:千件)」には、短期利用型在宅介護における請求分を含む。
(注2)「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。
(注3)「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
(注4)「請求事業所数」には、短期利用型在宅介護における請求分を除く。
(注5)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
(注6)介護予防サービスは含まない。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実施統計」令和4年4月審査(令和4年3月提供分)及び介護保険総合データベース(令和4年3月サービス提供分)を元に介護老人保健施設で集計

出所)厚生労働省第 220 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料(令和 5 年7月 24 日開催)

表 140 通所リハビリテーションの算定状況

通所リハビリテーションの算定状況							
	単位数 (令和3年4月以降)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	件数 (単位:千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
総数		295,473	100.00%	2,652.5	100.00%	-	-
障害者支援センター加算		22.3	0.01%	15.3	0.04%	221	2.75%
理学療法士等体制強化加算*	+20単位/日	4,249	0.18%	188.3	4.52%	1,494	16.41%
延長加算(8時間以上9時間未満の場合)	+100単位/日	74	0.00%	1.2	0.02%	128	1.99%
延長加算(9時間以上10時間未満の場合)	+150単位/日	43	0.00%	0.9	0.01%	27	0.34%
延長加算(10時間以上11時間未満の場合)	+200単位/日	11	0.00%	0.1	0.00%	7	0.09%
延長加算(11時間以上12時間未満の場合)	+250単位/日	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
延長加算(12時間以上13時間未満の場合)	+300単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	1	0.01%
延長加算(13時間以上14時間未満の場合)	+350単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	0	0.00%
リハビリテーション提供体制加算	+12~23単位/回	46,142	1.74%	2,483.2	71.12%	-	-
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	+2単位/日	814	0.02%	2.9	0.07%	201	2.92%
入浴介助加算(Ⅰ)*	+40単位/日	68,759	2.49%	1,947.7	57.57%	9,639	23.12%
入浴介助加算(Ⅱ)*	+60単位/日	12,561	0.49%	293.7	7.51%	1,203	16.20%
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ(11名以上の利用者)	11/560(21/240)単位/月	9,454	0.39%	31.5	1.16%	11,968	121,220
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(11名以上の利用者)	12/560(22/270)単位/月	10,911	0.41%	32.3	1.19%	11,913	121,157
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ(11名以上の利用者)	11/400(21/910)単位/月	19,168	0.72%	33.0	1.19%	11,084	121,081
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(11名以上の利用者)	11/400(21/543)単位/月	26,608	1.51%	39	2.31%	11,424	121,656
短期集中リハビリテーション実施加算*	+100単位/日	11,414	0.43%	126.7	2.68%	411.7	31.19%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)*	+240単位/日	606	0.02%	3.2	0.09%	214	2.69%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)*	+180単位/日	164	0.00%	0.0	0.00%	31	0.39%
歩行補助具リハビリテーション実施加算*	+1250単位/月	618	0.02%	0.7	0.02%	140	1.74%
若年性認知症利用者受入加算*	+60単位/日	28	0.00%	0.5	0.02%	52	0.62%
実業アセスメント加算	+50単位/日	1,653	0.07%	49.2	1.30%	681	6.47%
実業改善加算	+200単位/回	412	0.02%	2.1	0.07%	186	2.31%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	+20単位/回	98	0.00%	11.9	0.17%	720	8.99%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	+8単位/回	19	0.00%	6.7	0.07%	-	-
口腔機能向上加算(Ⅰ)	+10単位/回	2218	0.08%	14.5	0.52%	771	9.59%
口腔機能向上加算(Ⅱ)	+160単位/回	3,859	0.11%	22.4	0.82%	675	8.39%
重症療養管理加算*	+100単位/回	1,833	0.06%	17.4	0.64%	1,179	14.66%
中重度者ケア体制加算*	+20単位/日	18,710	0.74%	1,180.2	34.52%	1,843	22.29%
私学的介護提供体制加算*	+40単位/日	8,739	0.33%	299.9	7.65%	3,634	45.19%
同一建物減算*	△34単位/日	△4,438	-0.17%	35.1	1.72%	-	-
施設減算	△47単位/日	△13,488	-0.51%	345.8	10.66%	-	-
移行支援加算*	+12単位/日	5,088	0.19%	567.3	14.66%	811	10.88%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	+22単位/回	36,046	1.36%	2,073.0	57.44%	2811	47.39%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	+18単位/回	11,158	0.42%	703.2	21.72%	1,199	14.91%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	+8単位/回	2,062	0.08%	384.8	12.02%	1,467	18.24%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	× 4.7%	9,524	3.51%	330.5	10.67%	5151	64.02%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	× 3.4%	5,785	0.21%	26.7	0.89%	649	6.83%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	× 0.9%	234.7	0.09%	22.1	0.70%	475	5.91%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	× 2.8%	30,664	1.15%	245.1	7.84%	3499	43.47%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	× 0.7%	6,028	0.22%	82.1	1.88%	1,120	13.92%

(注1)「単位数(単位:千単位)」及び「件数(単位:千件)」には、短期利用型在宅介護における請求分を含む。
(注2)「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。
(注3)「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
(注4)「請求事業所数」には、短期利用型在宅介護における請求分を除く。
(注5)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
(注6)介護予防サービスは含まない。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実施統計」令和4年4月審査(令和4年3月提供分)及び介護保険総合データベース(令和4年3月サービス提供分)を元に介護老人保健施設で集計

出所)厚生労働省第 220 回社会保障審議会介護給付費分科会 資料(令和 5 年7月 24 日開催)

6. 参考:アンケート調査項目一覧

No.	設問	形式	選択肢	備考			
問1. 貴社基本情報							
1	(1)	会社情報	名称	FA			
	(2)		本社所在地 (所在地については「都道府県」、「市町村」、「町番地」、「建物名」、「部屋番号」等までご入力ください。)	FA			
2	(1)	調査対応部署の情報 (ご回答内容に関する問合せ先)	所在地	FA			
	(2)		(所在地については「都道府県」、「市町村」、「町番地」、「建物名」、「部屋番号」等までご入力ください。)	FA			
	(3)		部署名称	FA			
	(4)		電話番号	FA			
	(5)		メールアドレス	FA			
3	(1)	お取扱いの介護ソフトの数・名称と対象とする介護サービス種別	介護ソフトの数	FA			
4	(1)	介護ソフトの共通状況	取り扱い可能なデータフォーマット(テキスト・構造化)	MA	1. CSV 2. XML 3. JSON 4. FHIR 5. その他(FA)		
			対応可能なAPIの種類	MA	1. WEB API 2. ネイティブAPI 3. フライブラリAPI 4. ランタイムAPI 5. データベースAPI 6. その他(FA)		
5	(1)	問合せ対応	新規顧客に対する導入サポート	MA	1. 訪問・対面での説明 2. 遠隔での説明 3. 電話での説明 4. メールでの説明 5. 操作マニュアル等の資料の提供 6. その他(FA)		
			契約中の顧客に対する不具合発生時等のサポート	MA	1. 訪問・対面での対応 2. 遠隔での対応 3. 電話での対応 4. メールでの対応 5. 操作マニュアル等の資料の提供 6. その他(FA)		
問2. 介護ソフト[A]に関する質問 ※(X)で回答した介護ソフトの種類毎に表示							
1	(1)	介護ソフト基本情報	介護ソフトの名称				
	(2)		提供形態		SA	1. 導入型 2. ASP型 3. クラウド型 4. その他(FA)	
				1)	データの保存機能	SA	1. 追加料金は発生しない 2. 追加料金が発生する
				2)	データのバックアップ機能	SA	1. 追加料金は発生しない 2. 追加料金が発生する
	(3)		利用可能な端末	MA	1. パソコン 2. スマートフォン/タブレット端末 3. 音声入力機能 4. その他(FA)		
	(4)		契約形態	MA	1. 介護ソフトの使用権購入方式(使用期限付き) 2. 利用料支払方式 3. 一括契約(リースを含む) 4. その他(FA)		
	(5)		契約方法	SA	1. 原則、直接契約のみである 2. 一部、販売代理店との契約も可能である 3. 原則、販売代理店との契約のみである 4. その他(FA)		
	(6)		契約費用	1)	介護報酬改定時/アップグレードの際の料金	SA	1. 追加料金は発生しない 2. 追加料金が発生する
				2)	ケアプランデータ連携機能の活用の際の料金	SA	1. 追加料金は発生しない 2. 追加料金が発生する 3. ケアプランデータ連携機能を持っていない
				3)	解約金の有無	SA	1. あり 2. なし 3. その他(FA)
	(7)		データ移管	1)	契約開始時の対応	SA	1. 他社からのデータ移管を実施している 2. 他社からのデータ移管は実施していない 3. その他(FA)
				2)	契約終了時のデータ提供有無	SA	1. 提供している 2. 提供していない 3. その他(FA)

No.	設問	形式	選択肢	備考
2	介護ソフトに実装されている機能	提供している介護ソフトの機能	MA	<ul style="list-style-type: none"> 1. 利用者に対する記録（基本属性、要介護認定情報、家族情報、口座情報等）の作成・変更・保管 2. アセスメント表の作成・変更・保管 3. サービス利用票(提供票)【予定】の作成・変更・保管 4. 居宅(施設、介護予防)サービス計画書(サービス利用票(提供票)除く)の作成・変更・保管 5. 個別援助計画等の作成・変更・保管 6. シフト表や出勤表の作成・連携・変更・保管 7. サービス提供記録や業務日誌の作成・変更・保管 8. サービス利用票(提供票)【実績】の作成・変更・保管 9. カアマネジャー報告書の作成・変更・保管 10. モニタリング記録の作成・変更・保管 11. LIFE登録用ファイルの作成・出力 12. 介護給付費明細書・請求書の作成・変更・保管・印刷 13. 利用者自己負担分の請求書・領収書の作成・変更・補充・印刷 14. 決算書の作成・変更 15. 決算書のファイル作成・出力 16. 利用者の同意を得るための電子署名 17. 訪問・送迎スケジュールの作成・変更 18. 相談記録の作成・変更 19. 相談集計・統計処理機能 20. その他(FA)
3	介護ソフトの導入実績	現に本ソフトを導入している介護事業所・施設※の数 ※事業所番号単位、令和7年10月末日現在の実績を記入	NUM	
4	追加の介護ソフトの有無		SA	1. あり 2. なし
問3.介護ソフトの連携機能(居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様)				※(X)で回答した介護ソフトの種類毎に表示 ※該当するサービス種類の場合のみ
1	(1)	対象とする介護サービスの種別(介護予防を含む)	MA	<ul style="list-style-type: none"> 1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 通所介護 7. 地域密着型通所介護 8. 通所リハビリテーション 9. 短期入所生活介護 10. 短期入所療養介護 11. 特定施設入居者生活介護 12. 11以外の有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など 13. 福祉用具貸与 14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 15. 夜間対応型訪問介護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 認知症対応型共同生活介護 19. 地域密着型特定施設入居者生活介護 20. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 21. 看護小規模多機能型居宅介護 22. 居宅介護支援(介護予防支援の委託分を含む) 23. 介護予防支援(地域包括支援センター) 24. 介護予防ケアマネジメント(地域包括支援センター) 25. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 26. 介護老人保健施設 27. 介護医療院
	(2)	ケアプラン標準仕様に対応していないサービス種別	MA	<ul style="list-style-type: none"> 1. いずれも対応している 2. 訪問介護 3. 訪問入浴介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハビリテーション 6. 居宅療養管理指導 7. 通所介護 8. 地域密着型通所介護 9. 通所リハビリテーション 10. 短期入所生活介護 11. 短期入所療養介護(介護老人保健施設) 12. 短期入所療養介護(介護医療院型医療施設等) 13. 短期入所療養介護(介護医療院) 14. 特定施設入居者生活介護(短期利用) 15. 福祉用具貸与 16. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 17. 夜間対応型訪問介護 18. 認知症対応型通所介護 19. 小規模多機能型居宅介護 20. 小規模多機能型居宅介護(短期利用) 21. 認知症対応型共同生活介護(短期利用) 22. 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用) 23. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(短期利用) 24. 看護小規模多機能型居宅介護 25. 看護小規模多機能型居宅介護(短期利用) 26. 介護予防支援

No.	設問	形式	選択肢	備考			
2	(1)	実装の有無	SA	1. 初版を実装済み 2. 第二版(V2)を実装済み 3. 第三版(V3~3.2)を実装済み 4. 第四版(V4~4.1)を実装済み 5. 実装無し 6. その他()			
	(2)	1)	今後の実装予定	SA	1. あり 2. なし	2(1)で「5.実装無し」の場合	
		2)	実装予定時期	NUM	令和()年()月	前問で「あり」の場合	
	(3)	1)	今後の第4.1版の実装予定	SA	1. あり 2. なし	2(1)で「1~3」の場合	
		2)	実装予定時期	NUM	令和()年()月	前問で「あり」の場合	
	(4)	連携内容	MA	1. 利用者補足情報 2. 居宅サービス計画書(第1表) 3. 居宅サービス計画書(第2表) 4. サービス利用票(提供票)【予定】 5. サービス利用票(提供票)【実績】 6. サービス利用票別表・提供票別表 7. 利用者基本情報 8. 介護予防サービス・支援計画書 9. その他(FA)			
3	(1)	ケアプランデータ連携機能のUI	ケアプランデータ連携機能利用のための設定有無	SA	1. 対象サービスであれば設定なしで利用が可能である 2. ケアプランデータ連携機能を使う場合、設定が必要である 3. ケアプランデータ連携機能を使う場合、使う職員ごとの設定が必要である 4. ケアプランデータ連携機能のオプション機能を申し込んだ場合のみ利用が可能である 5. その他(FA)		
	(2)		ケアプランデータ連携機能の配置レイアウト	SA	1. データ連携のためだけのメニューを別途設けている 2. 対象帳票の一覧(管理画面)より出力・取込が可能である 3. 利用者個別の対象帳票より出力・取込が可能である 4. その他(FA)		
	(3)		データの出力のために必要な操作	MA	1. 帳票ごとに出力が必要である 2. 利用者ごとに帳票をまとめて出力できる 3. 連携先事業所ごとに帳票をまとめて出力できる 4. 複数利用者に対して帳票をまとめて出力できる 5. 複数の連携先事業所ごとに帳票をまとめて出力できる 6. その他(FA)		
	(4)		1)	取込時の予定と実績の整合の条件	MA	1. 利用者基本情報(氏名、生年月日、被保険者番号等) 2. 事業所基本情報(サービス種類、事業所ID等) 3. サービス提供年月 4. 介護報酬の基本部分 5. 介護報酬の加算・減算 6. その他(FA)	
			2)	整合しない場合の取り扱い	SA	1. エラーとして取込しない 2. 予定とは別の列で実績を追加する 3. その他(FA)	
	(5)		ケアプランデータ連携について今まであったエラーや問合せの内容	MA+FA	1. 基本設定:例… 2. データ出力:例… 3. データ取込:例… 4. その他:例…		
4	その他	標準仕様によるデータ連携機能とは別の自社介護ソフト間でのデータ連携機能の実装の有無	SA	1. 実装あり 2. 実装なし			

No.	設問	形式	選択肢	備考		
問4.個別サービス計画書様式の実装状況				※(X)で回答した介護ソフトの種類毎に表示 ※該当するサービス種類の場合のみ		
(1)	訪問介護計画書の 実装状況	訪問介護の対象有無	SA	1. あり 2. なし		
(2)		導入済みの訪問介護 事業所数	NUM			
(3)		訪問介護計画書の 実装有無	SA	1. あり 2. なし		
(4)		実装している場合の 様式の種類	MA	1. 全国ホームヘルパー協議会様式 2. その他の様式(FA) 3. 独自様式		
(5)	様式のカスタマイズ対応有無		SA	1. あり 2. なし		
1	(6)	様式の項目の詳細	1)	様式の項目についての回答方法	SA	1. 様式をメールで提出可能であり、Forms上での回答に代えてメールでの提出を希望する 2. 様式を提出できないため、Forms上で回答を続ける
			2)	利用者情報	MA	1. 氏名 2. 性別 3. 生年月日 4. 住所 5. 緊急連絡先 6. その他(FA)
			3)	事業者情報	MA	1. 事業所名 2. 所在地 3. 管理者名 4. サービス提供責任者名 5. 主たる担当ヘルパー名 6. その他(FA)
			4)	介護支援専門員情報	MA	1. 氏名 2. 所属事業所 3. 電話番号 4. その他(FA)
			5)	主治医情報	MA	1. 氏名 2. 電話番号 3. その他(FA)
			6)	サービス	MA	1. 週間サービス計画(スケジュール表) 2. 週間以外のサービス 3. 備考 4. サービス 5. 短期目標 6. 達成目標年月日 7. 訪問予定日時 8. 解決すべき課題 9. 介護内容 10. 介護項目 11. 介護方法 12. 本人家族のなされること 13. 留意事項 14. サービス実施記録 15. 全体としての状況 16. その他(FA)
			7)	その他	MA	1. 作成日 2. 作成者 3. 説明同意日 4. 署名捺印 5. その他(FA)

No.	設問	形式	選択肢	備考			
2	(1)	通所介護計画書の 実装状況	通所介護の対象有無	SA	1. あり 2. なし		
	(2)		導入済みの通所介護事業所数	NUM			
	(3)		通所介護計画書の 実装状況	通所介護計画書の 実装有無	SA	1. あり 2. なし	
	(4)		実装している場合の様式の種類	MA	1. 厚生労働省様式 2. その他の様式(FA) 3. 独自様式		
	(5) 1)	様式のカスタマイズ対応有無	SA	1. あり 2. なし			
	(6)	様式の項目の詳細	1)	様式の項目についての回答方法	SA	1. 様式をメールで提出可能であり、Forms上での回答に代えてメールでの提出としたい 2. 様式を提出できないため、Forms上で回答を続ける	
			2)	利用者情報	MA	1. 氏名 2. 性別 3. 生年月日 4. 要介護度 5. 日常生活自立度 6. 本人の希望 7. 身長 8. 体重 9. BMI 10. 個別訓練機能が必要となった原因疾患 11. 合併症 12. 症状 13. 現在の歯科受診について 14. その他(FA)	
			3)	課題・方針・目標等	MA	1. 共通の課題 2. 個別機能訓練・栄養・口腔の課題 3. その他の課題 4. 共通の方針・目標 5. 個別機能訓練・栄養・口腔の方針・目標 6. その他の方針・目標 7. 実施上の注意事項 8. 生活指導 9. 見直し・継続理由 10. その他(FA)	
			4)	個別機能訓練	MA	1. ADLの評価 2. IADLの評価 3. 基本動作の評価 4. その他の評価 5. 支援プログラム内容 6. 支援頻度 7. 支援1回あたりの時間 8. 支援実施者 9. 評価日 10. その他(FA)	
			5)	栄養	MA	1. 低栄養リスク評価 2. 嚥下調整の必要性の有無 3. 3%以上の体重減少の有無 4. 食生活状況の評価 5. 栄養量評価 6. GLIM基準による評価 7. 具体的な支援内容 8. 総合評価 9. 計画変更の有無 10. 評価日 11. その他(FA)	
6)			口腔	MA	1. 誤嚥性肺炎の発症・既往の有無 2. 口腔衛生状態の問題 3. 口腔機能の状態の問題 4. 歯科受診の必要性の有無 5. 特記事項 6. 評価日 7. 評価記入者の職種 8. サービス提供者の職種 9. 実施記録 10. その他(FA)		
7)			その他	MA	1. サービス開始日 2. 作成日 3. 初回作成または計画変更の選択 4. 個別機能訓練計画作成者 5. 栄養管理計画作成者 6. 口腔管理計画作成者 7. 特記事項 8. その他(FA)		

No.	設問	形式	選択肢	備考		
3	(1)	訪問リハビリテーション計画書の実装状況	訪問リハビリテーションの対象有無	SA 1. あり 2. なし		
	(2)		導入済みの訪問リハビリテーション事業所数	NUM		
	(3)		訪問リハビリテーション計画書の実装有無	SA 1. あり 2. なし		
	(4)		実装している場合の様式の種類	MA 1. 厚生労働省標準様式(別添2-2-1,2-2-2) 2. 日本訪問リハビリテーション協会様式 3. その他の様式(FA) 4. 独自様式		
	(5) 1)	様式のカスタマイズ対応有無	SA 1. あり 2. なし			
	(6)	1)	様式の項目の詳細	様式の項目についての回答方法	SA 1. 様式をメールで提出可能であり、Forms上での回答に代えてメールでの提出としたい 2. 様式を提出できないため、Forms上で回答を続ける	
		2)		利用者情報	MA 1. 氏名☑ 2. 性別☑ 3. 生年月日☑ 4. 要介護度 5. その他(FA)	
		3)		リハビリテーション担当医情報	MA 1. 氏名 2. その他(FA)	
		4)		担当者情報	MA 1. 氏名 2. 職種 3. その他(FA)	
		5)		健康状態・経過	MA 1. 原因疾病 2. 合併症 3. これまでのリハビリテーション実施状況 4. 障害高齢者の日常生活自立度 5. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 6. 心身機能・構造 7. 活動(基本動作)の評価 8. 活動(ADL)の評価 9. 活動(IADL)の評価 10. その他(FA)	
6)		環境因子		MA 1. 同居家族 2. 住環境 3. 自宅周辺 4. 交通機関の利用有無 5. 他サービスの利用 6. 福祉用具の利用 7. その他(FA)		
7)		社会参加		MA 1. 家庭内の役割の内容 2. 余暇活動 3. 社会地域活動 4. リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組 5. 活動と参加において、重要度の高い課題 6. 課題に影響を及ぼす機能障害 7. 課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子 8. その他(FA)		
8)		サービス内容		MA 1. 全サービスを含めた訪問・通所頻度 2. 全サービスを含めた利用時間 3. 送迎の有無 4. 個別のサービスで解決すべき課題 5. 個別のサービスの期間 6. 個別のサービスの具体的支援内容 7. 個別のサービスの頻度 8. 個別のサービスの時間 9. 他事業所の担当者と共有すべき事項 10. 介護支援専門員と共有すべき事項 11. その他、共有すべき事項 12. 情報提供先 13. その他(FA)		
9)		リハビリテーションの目標・方針		MA 1. リハビリテーションの短期目標 2. リハビリテーションの方針 3. リハビリテーションの長期目標 4. 本人・家族への生活指導の内容 5. リハビリテーション実施上の留意点 6. リハビリテーションの見直し・継続理由 7. リハビリテーションの終了目安 8. その他(FA)		
10)		その他		MA 1. 事業所番号 2. 評価日(計画作成日) 3. 見直し予定時期 4. 目標設定等支援・管理シートの有無 5. リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加 6. 診療未実施減算の適用の有無 7. 診療未実施減算の情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 8. 利用者・家族への説明日 9. 特記事項 10. その他(FA)		

No.	設問	形式	選択肢	備考
(1)	通所リハビリテーション計画書の実装状況	通所リハビリテーションの対象有無	SA	1. あり 2. なし
(2)		導入済みの通所リハビリテーション事業所数	NUM	
(3)		通所リハビリテーション計画書の実装有無	SA	1. あり 2. なし
(4)		実装している場合の様式の種類	MA	1. 厚生労働省標準様式(別添1-1) 2. 厚生労働省標準様式(別添2-2-1,2-2-2) 3. 日本訪問リハビリテーション協会様式 4. その他の様式(FA) 5. 独自様式
(5) 1)	様式のカスタマイズ対応有無	SA	1. あり 2. なし	
4	(6) 様式の項目の詳細	1) 様式の項目についての回答方法	SA	1. 様式をメールで提出可能であり、Forms上での回答に代えてメールでの提出としたい 2. 様式を提出できないため、Forms上で回答を続ける
		2) 利用者情報	MA	1. 氏名☑ 2. 性別☑ 3. 生年月日☑ 4. 本人の希望 5. 身長 6. 体重 7. BMI 8. その他(FA)
		3) リハビリテーション担当医情報	MA	1. 氏名 2. その他(FA)
		4) 担当者情報	MA	1. 氏名 2. 職種 3. その他(FA)
		5) 健康状態・経過	MA	1. 原因疾病 2. 合併症 3. これまでのリハビリテーション実施状況 4. 障害高齢者の日常生活自立度 5. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 6. 心身機能・構造 7. 活動(基本動作)の評価 8. 活動(ADL)の評価 9. 活動(IADL)の評価 10. 栄養補給法 11. 現在の歯科受診について 12. リハビリテーション・栄養・口腔の課題 13. その他の課題 14. 栄養に関する評価 15. 口腔に関する評価 16. その他(FA)
		6) 環境因子	MA	1. 同居家族 2. 住環境 3. 自宅周辺 4. 交通機関の利用有無 5. 他サービスの利用 6. 福祉用具の利用 7. その他(FA)
		7) 社会参加	MA	1. 家庭内の役割の内容 2. 余暇活動 3. 社会地域活動 4. リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組 5. 活動と参加において、重要度の高い課題 6. 課題に影響を及ぼす機能障害 7. 課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子 8. その他(FA)
		8) サービス内容	MA	1. 全サービス含めた訪問・通所頻度 2. 全サービス含めた利用時間 3. 送迎の有無 4. 個別のサービスで解決すべき課題 5. 個別のサービスの期間 6. 個別のサービスの具体的支援内容 7. 個別のサービスの頻度 8. 個別のサービスの時間 9. 他事業所の担当者と共有すべき事項 10. 介護支援専門員と共有すべき事項 11. その他、共有すべき事項 12. 情報提供先 13. その他(FA)
		9) リハビリテーションの目標・方針	MA	1. リハビリテーションの短期目標 2. リハビリテーションの方針 3. リハビリテーションの長期目標 4. 本人・家族への生活指導の内容 5. リハビリテーション実施上の留意点 6. リハビリテーションの見直し・継続理由 7. リハビリテーションの終了目安 8. その他(FA)
		10) その他	MA	1. 事業所番号 2. 評価日(計画作成日) 3. 初回作成または計画変更の選択 4. 見直し予定時期 5. 個別機能訓練計画作成者 6. 栄養管理計画作成者 7. 口腔管理計画作成者 8. 目標設定等支援・管理シートの有無 9. リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加 10. 診療未実施減算の適用の有無 11. 診療未実施減算の情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 12. 利用者・家族への説明日 13. 特記事項 14. その他(FA)
5	事務局メールアドレス(様式提出先)の揭示			

※SA:単一回答 MA:複数回答 FA:自由記述

介護情報基盤での利活用を見据えた個別サービス計画の標準化に向けた調査研究 報告書

令和8(2026)年3月

株式会社三菱総合研究所
医療・介護 DX 本部
TEL (03)6858-3593
