

# 介護報酬改定2021年 ～科学的介護とICT～

社会福祉法人日本医療伝道会  
衣笠病院グループ相談役  
よこすか地域包括ケア推進センター長  
武藤正樹

# 横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

# 目次

- パート 1
  - 2021年介護報酬の改定率と基本方針
- パート 2
  - 科学的介護の取り組みの推進
- パート 3
  - 介護サービスの効率化とICT



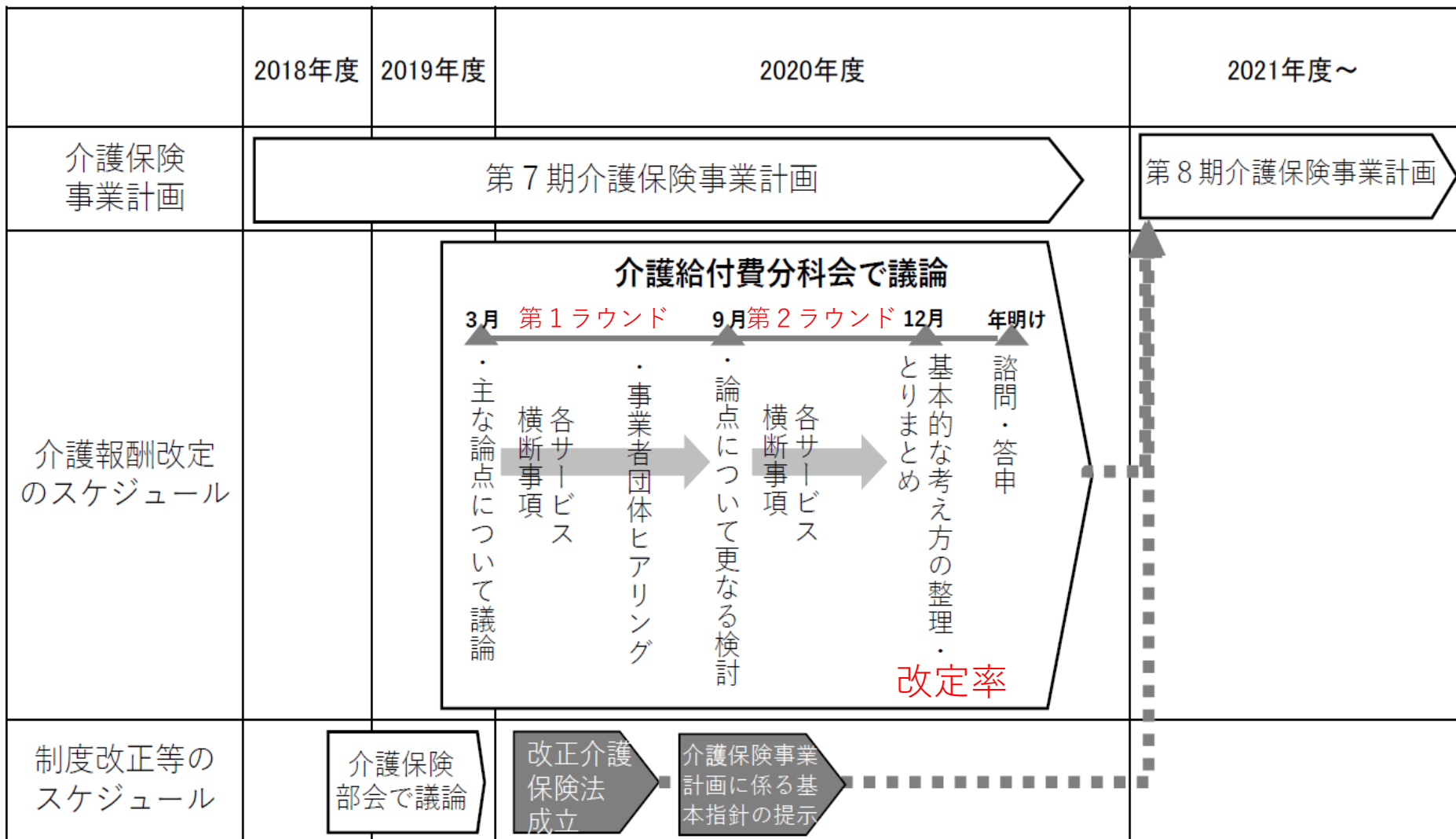
# パート1

## 2021年介護報酬改定の 改定率と基本方針



社会保障審議会介護給付費分科会（オンライン）

# 令和3年度介護報酬改定に向けた今後のスケジュール(案)

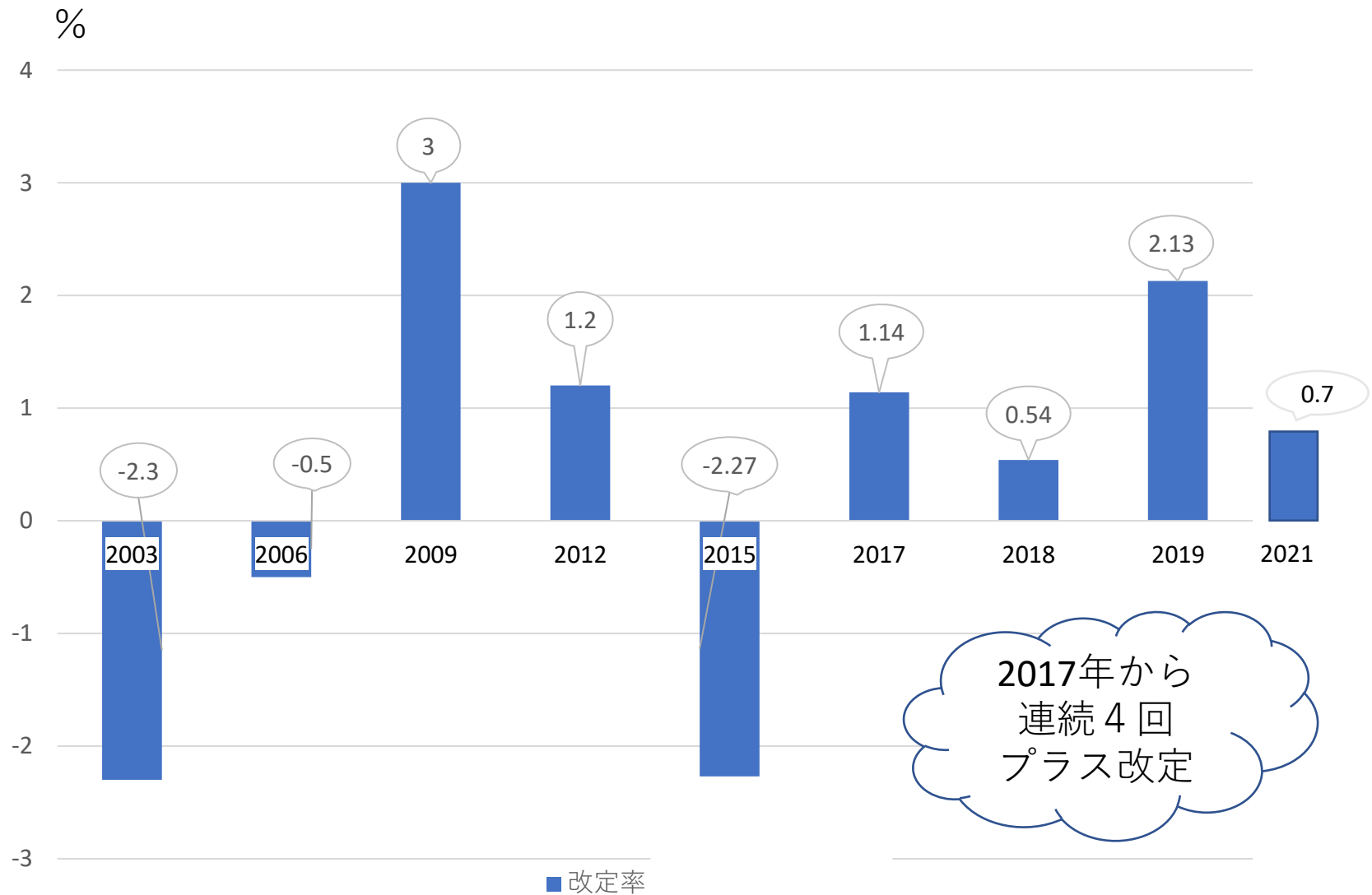


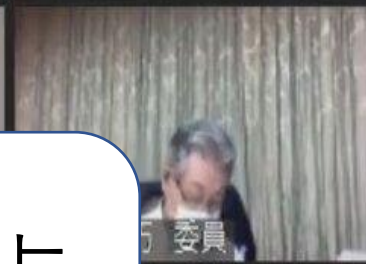
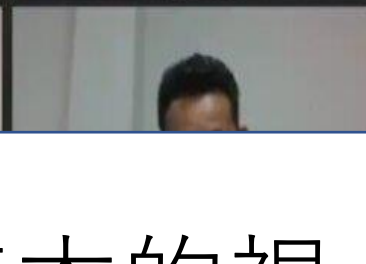
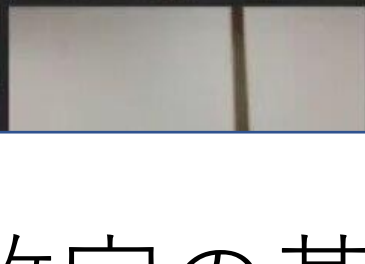
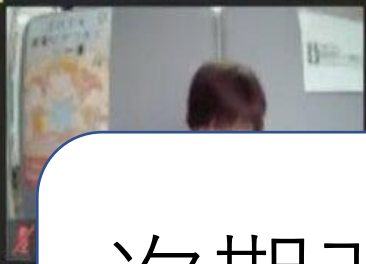
次期2021年改定率

**0・7%プラス改定**

このうち0・05%分はコロナ対応分の上乗せ

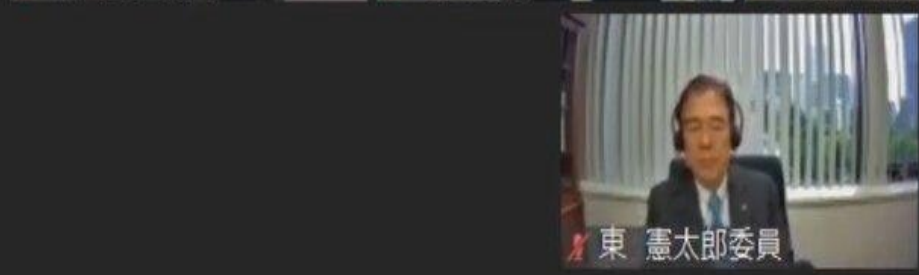
# 介護報酬改定率の推移





# 次期改定の基本的視点

## 介護給付費分科会 2020年10月9日





# 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

※各事項は主なもの

## 1. 感染症や災害への対応力強化

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

### ○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

## 2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

### ○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

### ○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

### ○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化  
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

### ○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室エントの定員上限の明確化

### ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

### ○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応（地方分権提案）

## 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

### ○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

・職員の離職防止・定着に資する取組の推進

・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

### ○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

・会議や多職種連携におけるICTの活用

・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

### ○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

## 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

### ○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実

・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生管理や栄養マネジメントの強化

### ○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

・ADL維持等加算の拡充

### ○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

## 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

### ○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止

・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

### ○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

## 6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

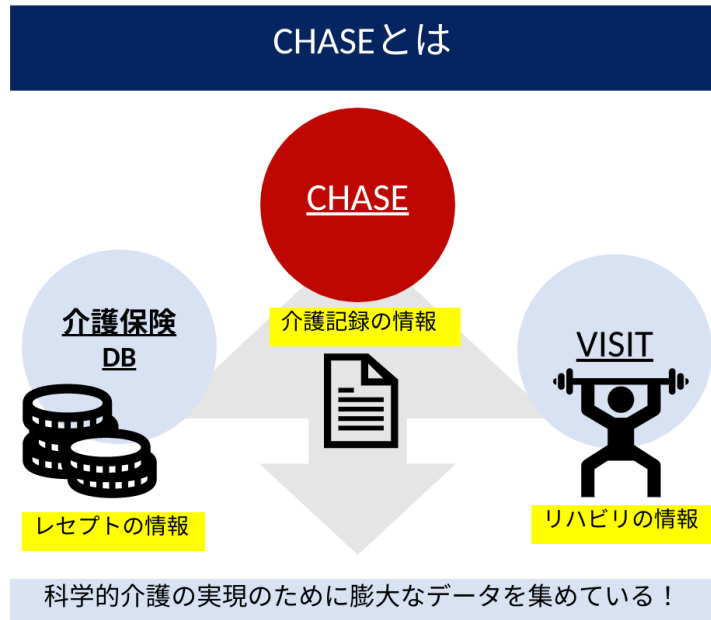
## パート 2

# 科学的介護の取り組みの推進

- ①科学的介護とは？
- ②介護DB
- ③VISIT
- ④CHASE
- ⑤LIFE



# ①科学的介護とは？



科学的介護  
は介護リア  
ルワールド  
データから

2016年

## 第2回未来投資会議（平成28年11月10日）での総理発言（抜粋）

団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『予防・健康管理』と『自立支援』に軸足を置いた新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働させていきます。

医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現していきます。



日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足を置きます。

本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。

見守りセンサーやロボット等を開発し、そして導入し、介護に携わる方々の負担を軽減するとともに、介護現場にいる皆さんが自分たちの努力や、あるいは能力を生かしていくことによって、要介護度が下がっていく達成感を共に味わうことができるということは『専門職としての働きがい』につながっていくということではないか、とこのように思います。

スピード感をもってパラダイムシフトを起こすため、特定の先進事例を予算などで後押しするだけでなく、医療や介護の報酬や人員配置基準といった制度の改革に踏み込んでいきます。目標時期を明確にし、そこから逆算して実行計画を決めます。

# データ分析を通じた 科学に裏付けられた介護に変えていきたい



「科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現する」

「実現へ向けてデータベースをゼロベースで構築する」

2016年11月未来投資会議  
塩崎恭久厚生労働相（当時）

# 2017年 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護サービスの方法論を確立、普及していくために必要な検討を行うため、有識者による「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」を開催
- 研究に利用可能な項目のうち、既に電子化され現場の負担を増やさずに収集できる項目から開始する方向で検討
- CHASEの初期仕様（265項目）について中間とりまとめを実施
- 2019年3月よりデータベースにおける収集項目等について更に整理を行い、同年7月に取りまとめを実施

## 検討の経緯

### ○第一回（2017年10月12日）

- ・検討会の基本的な問題意識及び共通理解の確認
- ・既存のエビデンスの確認及び整理

### ○第二回（2017年10月26日）

- ・既存のデータベース※2)についての整理
- ・今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について、検討の前提となる情報、検討の方針及び枠組みについて検討
- ・「栄養」領域に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

### ○第三回（2017年11月7日）

- ・「リハビリテーション」、「（主に介護支援専門員による）アセスメント」、「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

### ○第四回（2017年12月21日）

- ・「認知症」、「利用者満足度」、「リハビリテーション以外の介入の情報」に関して、今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について検討

### ○第五回（2018年3月9日）

- ・第4回までの議論の取りまとめ

### ○中間とりまとめ（2018年3月30日）

### ○第六回（2019年3月7日）

- ・中間とりまとめに示された今後の課題に関する整理の仕方（案）について議論  
（収集項目の整理の仕方について・各事業者からのデータ提出に対する動機付けについて・データベースの活用等にかかる事項について・その他）

### ○第七回（2019年5月9日）

- ・今後の課題の整理の方向性（案）について議論  
（CHASEで収集する項目の選定に関する基本的事項について・収集すべき分析・比較可能なサービス行為等の介入に係る情報について・フィードバックのあり方について・モデル事業等のあり方について・その他）

### ○第八回（2019年6月21日）

- ・収集項目の選定等に向けてヒアリング等  
（ヒアリング対象：「総論」松田構成員、「認知症」鳥羽座長、「口腔」海老原構成員、「栄養」利光構成員）

### ○第九回（2019年7月4日）

- ・科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取りまとめ（案）について

### ○取りまとめ（2019年7月16日）

## 構成員

秋下雅弘	東京大学医学部附属病院老年病科 教授
伊藤健次	山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科 准教授
海老原寛	東邦大学医療センター大森病院リハビリテーション科 教授
近藤和泉	国立長寿医療研究センター機能回復診療部 部長
真田弘美	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野 教授
白石成明	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科 教授
鈴木裕介	名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学老年科学教室 准教授
武田章敬	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部 長
利光久美子	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長
◎ 鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
福井小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻 地域包括ケア学・老年看護学研究室 教授
藤井賢一郎	上智大学社会人間科学部社会福祉学科 准教授
松田晋哉	産業医科大学公衆衛生学 教授
三上直剛	日本作業療法士協会事務局
八木裕子	東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 准教授

◎は座長

※上記の他、葛西参与、松本顧問、宮田教授、田宮教授が出席。また、オブザーバーとして、日本医師会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会が参加。

# 科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

座長 鳥羽研二 国立長寿医療研究センター理事特任補佐



2017年10月12日

# 科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

## 医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。

(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)  
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

ランダム化  
比較試験

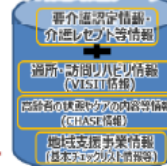
## 介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。
- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。

医療でもレセプトデータ、診療録、健診データ、患者QOLなどリアルワールドデータからエビデンスを得る時代

介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。

### 介護関連データ





- 募集期間（平成29年7月10日～8月21日）
- 応募総数 105通

### エビデンスレベルによる内訳

（括弧内はうち裏付けとなる論文、報告書、学会発表資料等の提出があったもの）

I（システマティックレビュー／メタアナリシス）	: 0件（0件）
II（1つ以上の無作為化比較試験）	: 2件（2件）
III（非無作為化比較試験）	: 4件（3件）
IV（分析疫学研究（コホート、症例対照研究等）	: 1件（1件）
V（記述研究（症例報告、ケースシリーズ等）	: 79件（24件）
VI（専門家の意見等）	: 3件（0件）
その他（今後行うべき研究の提案、高齢者の状態を評価する指標の提案等）	: 16件（5件）

# 老人保健健康増進等事業「自立に資する介護に関する調査研究事業」において一般から募集した提案

エビデンスレベルIV以上の7件の概要は以下の通り。

	内容	研究の形態	備考、今後の課題等
1	A病院に平成21年4月-平成22年3月までに嚔下性肺炎で入院し、自宅退院となった者のうち、A訪問リハビリテーションセンターの利用者21名と、非利用者521名を比較したところ、訪問リハ利用群では在院日数が有意に短く(14.1±7.3日vs.22.3±12.1日)になっていた。	後ろ向きコホート研究	介入群と対照群において、ベースラインの属性等を揃えた上での比較が望まれる。
2	3箇所の特養の入所者を介入群と対照群に無作為割り付けし、介入群に独自の方法論によるリハビリテーションを行い、関節可動域の変化について比較したところ、左右の肩関節、膝関節、足関節(背屈・底屈)のうち、要介護度4の右肩関節、要介護度3の右膝関節、要介護度を問わない左足関節(背屈)、要介護度3の左右足関節(背屈)の5項目において、介入群は対照群より有意( $p<0.05$ )に優れた改善が認められた。(他の要介護度、関節の組み合わせでは $p>=0.05$ )。FIM総合得点では、介入群と対照群では有意差は見られなかった。	無作為化比較試験	研究対象をサブグループ化して多数の有意差検定を行い、その一部で統計学的に有意な差があるとの結論を得ており、今後は、仮説を絞り込んだ上での検証が望まれる。
3	独自の方法論によるリハビリテーションを実施している通所リハビリ事業所における要介護度の改善、維持、悪化の割合と、別医療法人のデータ(既発表論文から抜粋)と自由度2のカイ2乗検定で比較したところ、帰無仮説が棄却されたため、そこから「改善」には差がなく、「維持」、「悪化」の割合において研究群の結果が有意に優れていたと結論した。	前後比較+既存研究との比較	同一の研究内で研究期間やベースラインの属性等を揃えた対照群をとり、比較することが望まれる。
4	通所介護事業所に理学療法士または作業療法士の配置、かかりつけ医との連携体制の確保、リハ科医師の関与体制の確保等を行った結果、握力、Timed Up and Go Test、片脚立位保持時間、FIM、HDS-Rの各指標において、同一法人の通所リハビリテーション施設と大きな違いはない結果を得た。(介入前後の変化(握力、TUG、片脚立位は6ヶ月、FIM、HDS-Rは12ヶ月)の群間比較では、握力、TUG、片脚立位、HDS-Rに有意差はなく、FIMでは通所リハビリテーションが通所介護に劣っていた(ただし介入前のFIMは通所リハで有意に高かった。))	非無作為化比較試験	「有意差が出なかった」ことを結論としているが、非劣性を積極的に検証する分析があればより強いエビデンスとなる。 また、特定の施設にのみ適用される結論ではなく、普遍性のある結論であることを示すことが望まれる。
5	全国の通リハ26施設の利用者(要支援・要介護ともあり)230名を無作為割り付けし、研究群には標準化された方法で生活行為向上マネジメントを実施し、対照群には通常の機能訓練やレクリエーション等を実施した。ADL(BIで評価)、IADL(FAIで評価)、QOL(HUIで評価)をアウトカム指標として、介入の前後で2群間の比較を行った。研究群においてはADL、IADL、QOLともに介入前後で有意な改善がみられた一方、対照群ではIADLにのみ有意な改善がみられた。	無作為化比較試験	関連する研究として、別途、老健事業において、要支援者に対する生活行為向上マネジメントの効果に関する研究あり。
6	通所介護のうち、理学療法士、作業療法士が配置されている事業所を利用している431名を、配置されていない事業所を利用している399名と比較。介入群において、全事業所共通の介入を理学療法士/作業療法士が実施し、加えて、個々の歩行機能の変化に合わせて、適切な歩行補助具を提案したところ、12ヶ月で介入群の歩行速度に変化はなかったが、対照群では歩行速度が有意に低下していた。	非無作為化比較試験	別の研究によって、歩行速度はADL障害の発生の予測因子であることが知られている。ただし、この研究では歩行そのものにも介入しているため、理学療法士、作業療法士の配置がADL障害の予防に繋がった結果として歩行速度が維持されたのかは結論しがたい。
7	ゲーミフィケーションを行った機能訓練プログラムを通所介護12カ所のうち6カ所で実施したところ、介入群18人における肩の可動域、足の可動域、認知機能(長谷川式簡易知能評価スケール)の改善は、対照群69人よりも有意に高かった。	非無作為化比較試験	論文化し、広くアカデミアからの議論に供されることが望ましい。また、ゲーミフィケーションが有効なのか、機能訓練のその他の特性が有効なのかなど、仮説の絞り込みが望まれる。

# 科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

## 高齢者個々人に関するデータ

### 高齢者の状態

#### 従来取得していたデータ

- ・ 要介護認定情報
- ・ 日常生活動作 (ADL)
- ・ 認知機能

#### 新たに取得していくデータ

- ・ 身長、体重
- ・ 血液検査
- ・ 筋力、関節可動域
- ・ 骨密度
- ・ 開眼片脚起立時間
- ・ 握力計測
- ・ 心機能検査
- ・ 肺機能検査
- ・ …

### 提供されたサービス

#### 従来取得していたデータ

- ・ 介護サービスの種別

#### 新たに取得していくデータ

- ・ 医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容

科学的分析に必要なデータを新たに収集

検討会ではこの部分を詰めていくイメージ



## 科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- ・ 国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- ・ 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

(分析のイメージ)

脳卒中に伴う左足の麻痺により3メートルしか自力で歩行できない



サービス提供前の状態



どのようなサービスが有効か科学的に分析、提示

杖を用いれば自力歩行が20メートル可能



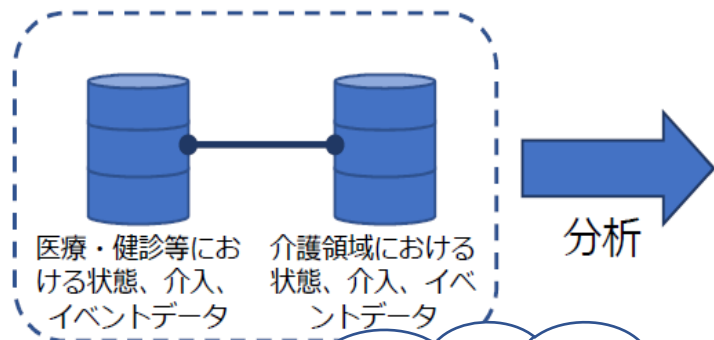
屋内で自由に歩行が可能に

サービス提供後の状態

## 国民に対する見える化

介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

# データベースを用いた介護領域のエビデンス構築の流れ（イメージ）



データベースの中で後ろ向きコホート研究

## データベースを用いた研究の強み

仮説を立ててから、個々の仮説に応じてデータ収集を行う方法に比べ、

- 仮説を多量かつ効率的に構築できる。
- 「予期せぬ発見」が期待できる。
- AI等の情報処理技術がより活用できる可能性あり。

## 介入に係る仮説の構築

- (例) データ分析の結果、〇〇という条件に合致する利用者について、
- 介入Aを受けていると状態Bが高い傾向にあった  
→ 介入Aを行うと状態Bを改善できるのではないか（仮説の構築）

- (留意点)  
データ分析では相関は見いだせても、因果関係であるかは分からない。
- (例) 歩行器のレンタルを受けた利用者で栄養状態の改善がみられた  
→ 歩行器を使って歩けば栄養状態が改善する？  
それとも、疾病からの回復過程にある利用者では、栄養状態の改善と歩行の開始が同時期に起きやすい？

データベースの中で群間比較を行う

## 実地検証

- (例) 条件に合致する利用者を実験的に介入群と対照群に割り付け、介入群にのみ介入Aを行って、対照群より有意に状態Bが改善するかを観察。

## エビデンス

- (例) 〇〇という条件に合致する者に対して、介入Aを行うと、行わない場合に比べて、状態Bが改善しやすい。

## 介護領域のデータベースの内容



### 介護保険総合データベース **介護DB**

- 要介護認定情報、介護保険レセプト情報が格納
- 要介護認定及び請求・支払いの際に保険者が収集。平成30年度よりデータ提供義務化予定

### 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ

- 通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所からリハビリテーション計画書等の情報を収集。（現時点で100カ所弱。今後事業所数を拡大予定。）
- **通称"VISIT"** (monitoring & eValuation for rehabIilitation ServIces for long-Term care)
- 収集経路は今後検討（現時点では、匿名化の上でインターネットを通じ収集）

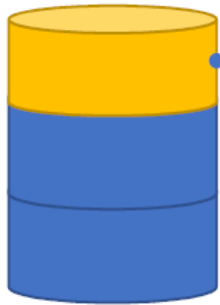
### 上記を補完する介入、状態等のデータ

- 新たに構築。収集内容は主に本検討会で議論。
- **通称"CHASE"** (Care, HeAlth Status & Events)
- 収集経路は、今後、収集内容を踏まえて検討。
- 2020年度からの本格運用を目指す。

※ 医療や健診のデータとの連結についても、IDの突合等の諸問題を解決しつつ進めていく。

# ②介護保険総合 データベース（介護DB）

# 介護領域のデータベースの内容



## 介護保険総合データベース

- 要介護認定情報
  - 要介護認定の期間
  - 要介護度
  - 要介護認定調査（74項目）の結果
    - 5群 + 1 の分野
      - 第1群：身体機能・起居動作
      - 第2群：生活機能
      - 第3群：認知機能
      - 第4群：精神・行動障害
      - 第5群：社会生活への適応
      - 過去14日間に受けた特別な医療
    - 3種類の評価軸
      - 能力
      - 介助の方法
      - 障害や現象の有無 等
- 介護保険レセプト情報
  - 利用したサービス種別
  - 利用回数
  - 加算の算定の有無 等

### 留意点

- 市町村の職員等が標準化された方法で評価
- 長い場合2年に1度の更新
- 各項目2-6段階の評価
- 「介護の手間」を反映する要介護基準時間へ換算可能

### 留意点

- 提供されたケア等の内容は、報酬請求の範囲内で類推可能

## 介護保険総合データベース(介護DB)の概要

### ①介護DBとは 2013年より

介護給付費明細書(介護レセプト)等の電子化情報を収集し、厚生労働省が管理するサーバー内へ格納(平成25年度から運用開始)。

<収集目的> 介護保険事業計画等の作成・実施等及び国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため

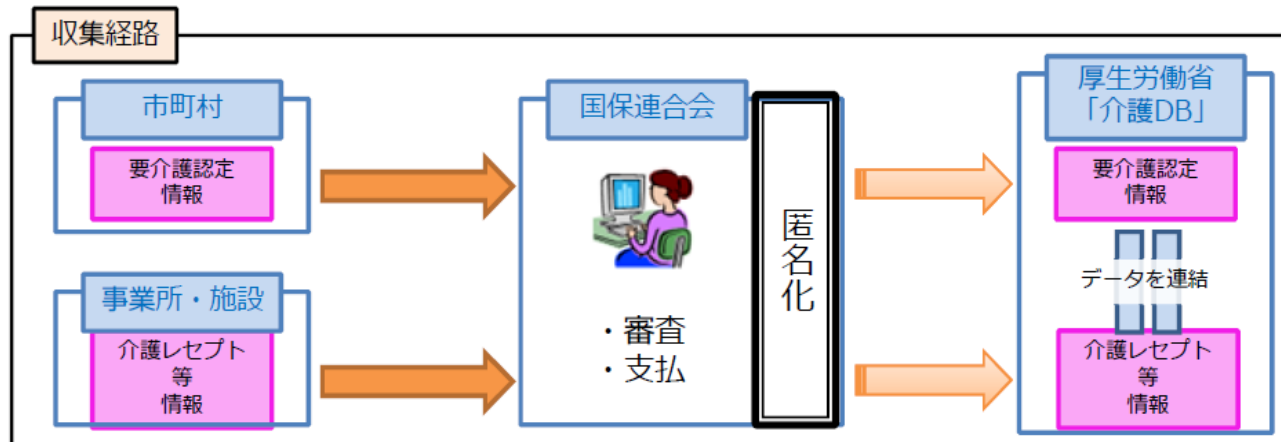
<保有主体> 厚生労働大臣

### ②保有情報

要介護認定情報、介護レセプト等情報

### ③平成28年7月よりこれまでの利用状況

- 全国の介護保険者の特徴や課題、取組等を始めとする、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有する「地域包括ケア『見える化』システム」において利用
- 平成30年度より、「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」に基づきデータの第三者提供を実施





# NDB、介護DBの連結解析等

## 2020年10月から連結

国が保有する医療・介護分野のビッグデータについて、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、研究者等へのデータ提供、データの連結解析に関する規定を整備。  
《対象のデータベース》NDB、介護DB、DPCデータベース（いずれもレセプト等から収集した匿名のデータベース）

### 1. NDBと介護DB【高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法】

NDB : National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan  
(レセプト情報・特定健診等情報データベース)  
介護DB : 介護保険総合データベース

#### (1) 両データベースの情報の提供（第三者提供）、連結解析

- ・相当の公益性を有する研究等を行う自治体・研究者・民間事業者等の幅広い主体に対して両データベースの情報を提供することができることを法律上明確化する。

※相当の公益性を有する研究等の例：国や自治体による施策の企画・立案のための調査、民間事業者による医療分野の研究開発のための分析等（詳細については関係者の議論を踏まえて決定）  
特定の商品又は役務の広告、宣伝のための利用等は対象外

※提供する情報は、特定個人を識別できないものであることを法律上明記。その他、具体的な提供手続等については別途検討。

- ・NDBと介護DBの情報を連結して利用又は提供することができることとする。
- ・情報の提供に際しては、現行と同様に、申請内容の適否を審議会で個別に審査する。

#### (2) 情報の適切な利用の確保

- ・情報の提供を受けた者に対し、安全管理等の義務を課すとともに、特定の個人を識別する目的で他の情報との照合を行うことを禁止する。
- ・情報の提供を受けた者の義務違反等に対し厚生労働大臣は検査・是正命令等を行うこととする。また、義務違反に対しては罰則を科すこととする。

#### (3) 手数料、事務委託

- ・情報の提供を受ける者から実費相当の手数料を徴収する。ただし、国民保健の向上のため重要な研究等には手数料を減免できることとする。

※具体的な手数料の額、減額の基準については別途検討。

- ・NDB関連事務の委託規定に、情報の提供と連結解析の事務も追加する。（介護DB関連事務も同様）

### 2. DPCデータベース【健康保険法】

- ・NDBや介護DBと同様に、情報の収集、利用及び情報の提供の根拠規定等を創設するとともに、NDBや介護DBの情報と連結して利用又は提供することができることを規定を整備。

# ③VISIT

通所・訪問リハの質の評価収集等事業

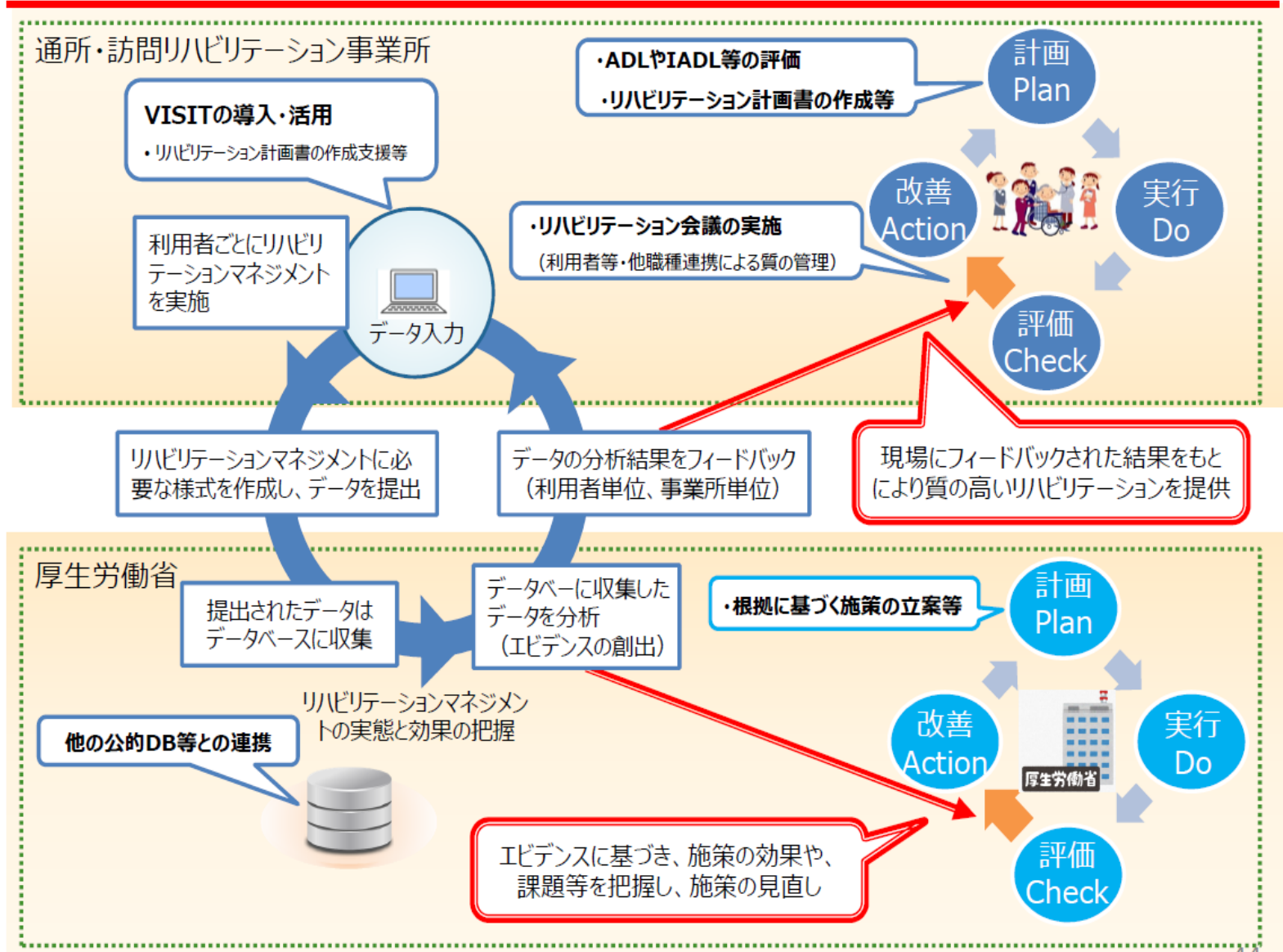
# 介護領域のデータベースの内容



## 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ

- 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションの介護報酬において、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のSPDCAサイクルを通じて、心身機能、活動及び参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションが提供されるよう継続的に管理することを評価した「リハビリテーションマネジメント加算」等が存在。
  - 事業所がリハビリテーションマネジメント加算等を算定する場合、以下の文書を定められた様式で作成することが必要。
    - 様式1：興味・関心チェックシート
    - 様式2：リハビリテーション計画書 (アセスメント)
    - 様式3：リハビリテーション計画書
    - 様式4：リハビリテーション会議録
    - 様式5：プロセス管理票
    - 様式6：生活行為向上リハビリテーション実施計画
- リハマネ加算(I)を算定する場合
- リハマネ加算(II)を算定する場合
- 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合
- 通所・訪問リハビリテーションの質のデータ収集等事業においては、これらを電子的に入力 (または電子的に入力されたものを取り込み) できるようにし、かつその内容を国に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。
  - 現在、100カ所弱の事業所が参加。今後、参加事業所数を拡大していく予定。

## VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



# リハビリテーションマネジメント加算の考え方

## 2018年（平成30年度介護報酬改定）

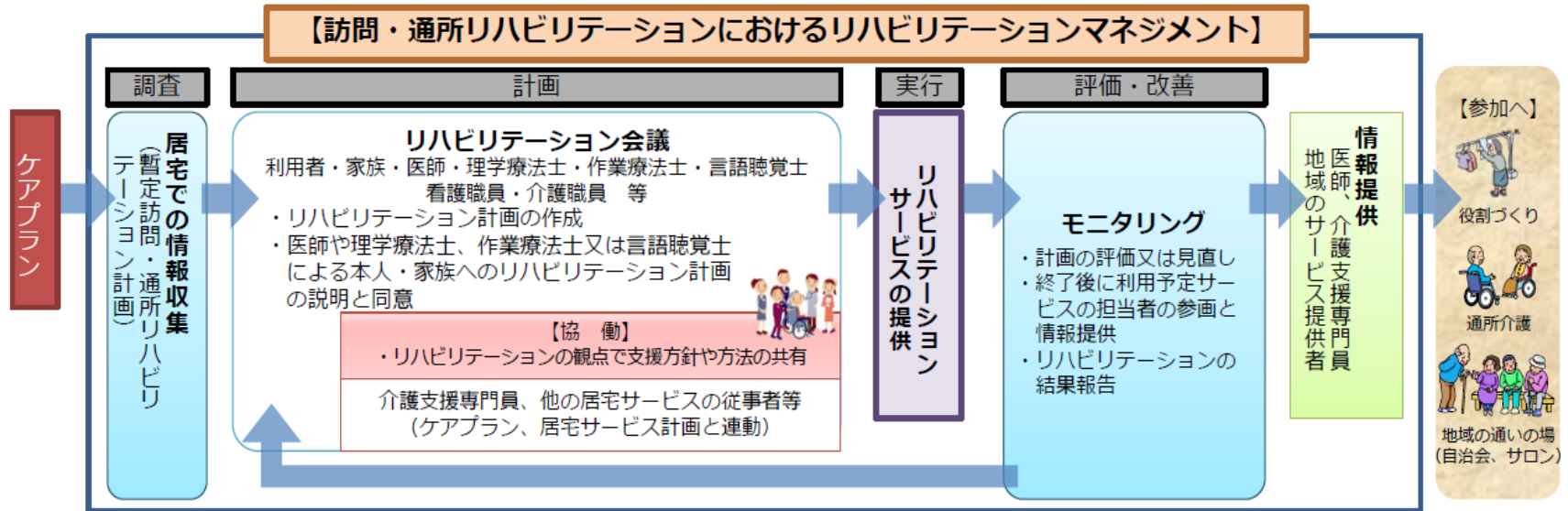
社保審－介護給付費分科会

第178（R2.6.25）

資料1改変

### 概要

リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段の日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



### 主な改正点（従来との差）

#### 【医師の詳細な指示の明確化】

- ・利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。

#### 【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】

- ・テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。

#### 【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】

- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) → リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) → 医師が説明

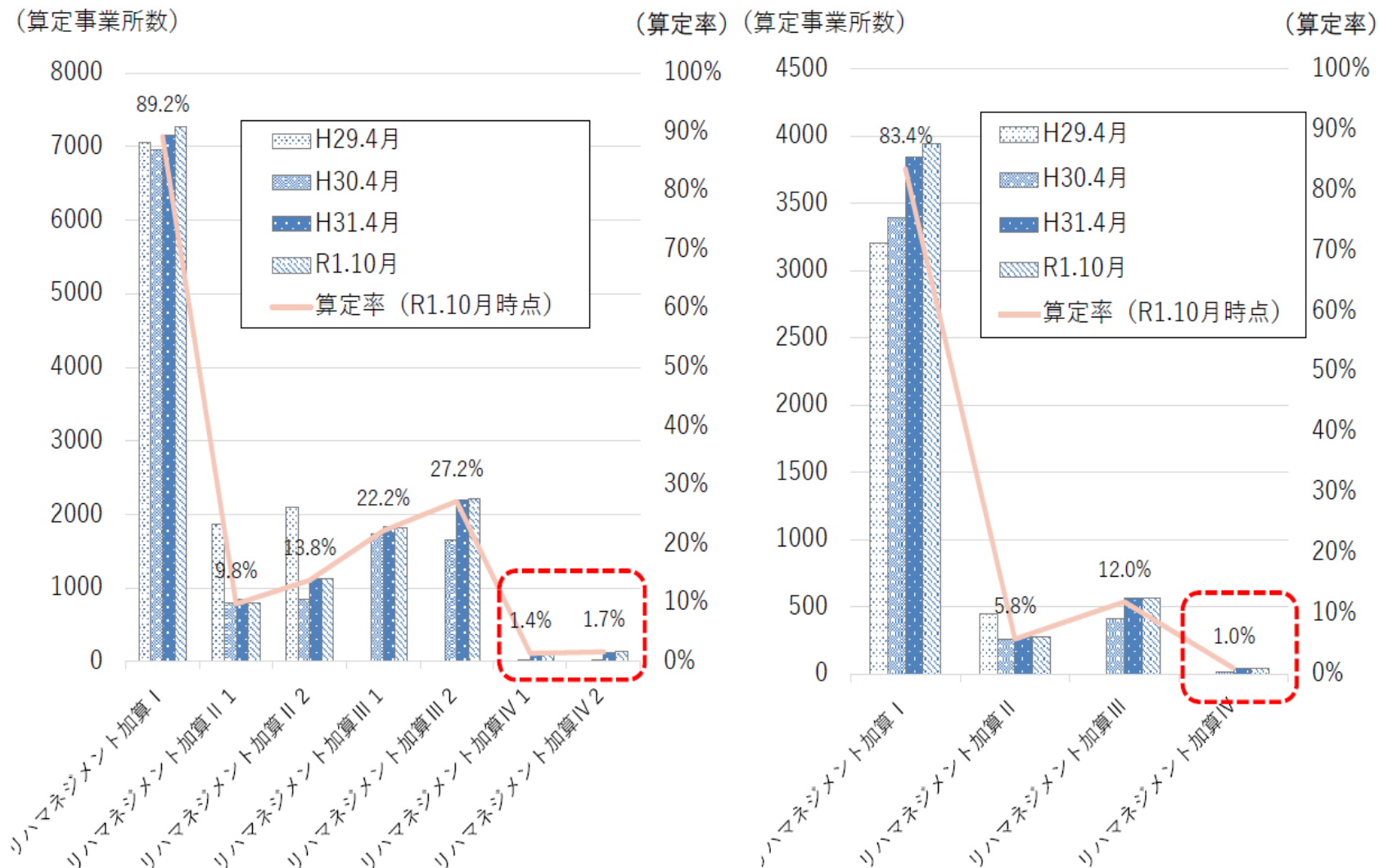
#### 【データ提出・フィードバック】

- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

# リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)の算定状況

## 通所リハビリテーション

## 訪問リハビリテーション

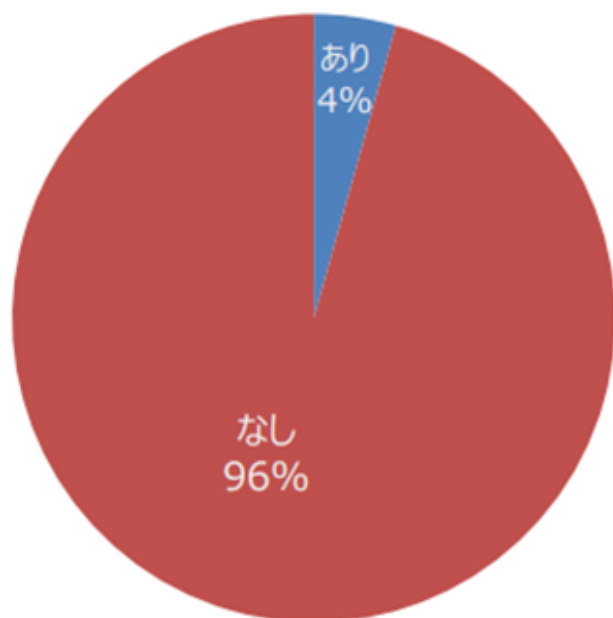


※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから任意集計  
 ※算定率は、当該月の加算算定事業所/請求事業所数により算出した

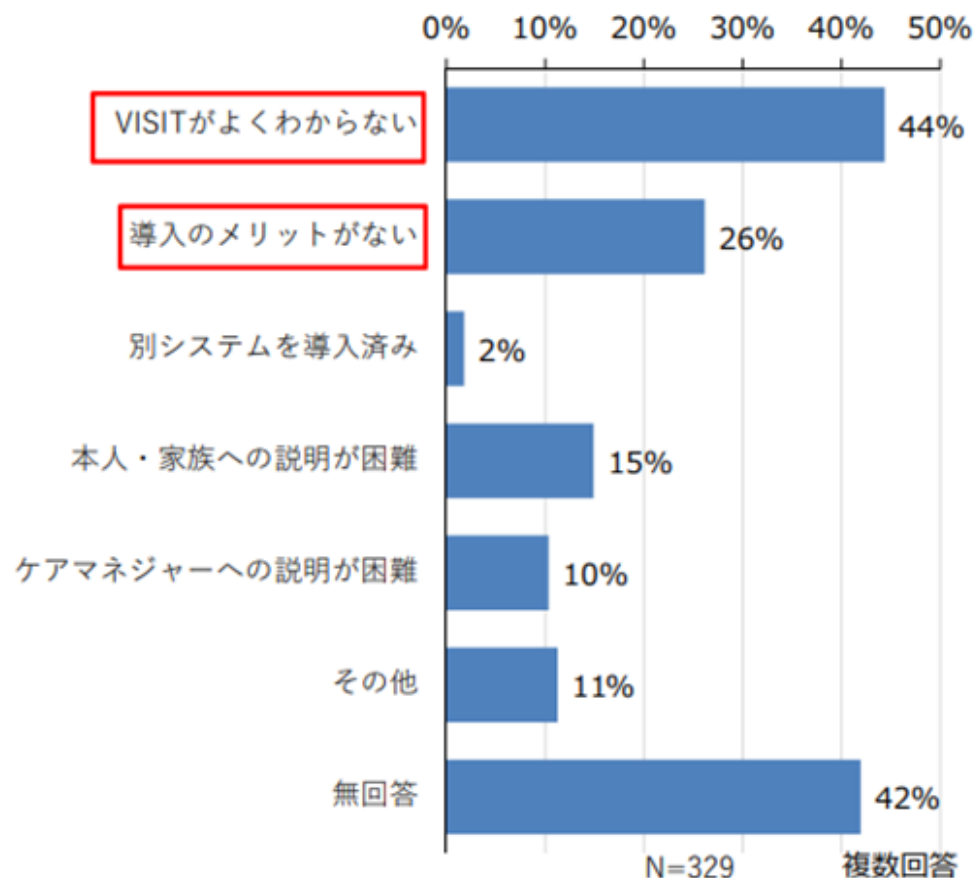
# 訪問リハビリテーション事業所におけるVISITシステムの導入状況

- 訪問リハビリテーション事業所におけるVISIT導入の割合は4%にとどまっている。導入していない理由とし、VISITがよくわからない、導入のメリットがない、などが挙げられた。

### VISIT導入の有無



### VISITを導入していない理由



# VISITの利用促進等における課題

## 利用者の情報をVISITに入力する負担

事業所数	大きい	大きい どちらかといえば	どちらでもない	小さい どちらかといえば	小さい	無回答
111	62	36	8	-	2	3
100.0%	55.9%	32.4%	7.2%	-	1.8%	2.7%



## 入力する負担を感じる理由（複数選択可）

事業所数	理解 VISITについての	PC 端末等の準備 VISITに入力する	収集 入力する利用者の情報の	入力 作業 VISITへのデータ	その他	分からない
98	13	18	40	97	9	-
100.0%	13.3%	18.4%	40.8%	99.0%	9.2%	-

## 介護記録ソフトからのデータ連携機能の活用状況

事業所数	活用している	活用していない
111	26	85
100.0%	23.4%	76.6%



## データ連携機能未活用の理由（複数選択可）

事業所数	知らな なかったため	イン ポート機能があることを 分から なかったため	イン ポート機能の操作 方法が 分から なかったため	使用 している介護ソフトがVIS ITのイン ポート機能に 対応して いないため	その他	特に理由はない	分からない
85	17	27	39	18	5	-	
100.0%	20.0%	31.8%	45.9%	21.2%	5.9%	-	



# フィードバックの利活用について

## ○ VISIT を活用している目的

図表 11 VISIT 活用の目的（複数選択可）

事業所数	フィードバック機能を利用するため	利用者の帳票を作成するため	利用者の情報を記録・保存するため	リハビリテーションマネジメント加算を取得するため	その他	分からない
111	33	11	28	108	5	-
100.0%	29.7%	9.9%	25.2%	97.3%	4.5%	-

## ○ 利用者フィードバック機能の活用目的

図表 25 利用者フィードバック機能の活用目的（複数選択可）

（利用者フィードバック機能を「活用している」と回答した事業所のみ対象）

事業所数	リハビリ会議の資料として活用している	職員の振り返りの資料として活用している	利用者や家族と共有している	介護支援専門員と共有している	主治医と共有している	その他
26	7	14	8	3	2	4
100.0%	26.9%	53.8%	30.8%	11.5%	7.7%	15.4%

図表 27 どのような分析機能があれば活用したいと思うか（複数選択可）

（利用者フィードバック機能を活用していない理由として「活用したい分析がないため」と

回答した事業所のみ対象）

事業所数	時系列分析の拡充	事業所の他の利用者との比較分析	他の施設の利用者との比較分析	その他	分からない	無回答
29	11	5	10	9	7	2
100.0%	37.9%	17.2%	34.5%	31.0%	24.1%	6.9%

# ④CHASE

介護に関するサービス・状態等を収集する  
データベース

第3のデータベースCHASEの項目が決まる！  
2020年からの運用開始を目指す

2019年7月4日  
科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

# CHASEにおける基本的な項目と関連する現行の加算等

## 総論 (ADL等)

項目名称
保険者番号
被保険者番号
事業所番号
性別
生年月日
既往歴
服薬情報
同居人等の数・本人との関係性
在宅復帰の有無
褥瘡の有無・ステージ
Barthel Index

- 関連する加算等
- ・(各サービスの基本報酬)
  - ・リハビリテーションマネジメント加算
  - ・個別機能訓練加算
  - ・ADL維持等加算
  - ・排せつ支援加算
  - ・褥瘡マネジメント加算

等

## 栄養

項目名称
身長
体重
栄養補給法
提供栄養量_エネルギー
提供栄養量_タンパク質
主食の摂取量
副食の摂取量
血清アルブミン値
本人の意欲
食事の留意事項の有無
食事時の摂食・嚥下状況
食欲・食事の満足感
食事に対する意識
多職種による栄養ケアの課題

- 関連する加算等
- ・栄養マネジメント加算
  - ・低栄養リスク改善加算
  - ・再入所時栄養連携加算
  - ・栄養スクリーニング加算
  - ・栄養改善加算
  - ・居宅療養管理指導費(管理栄養士)

等



## 口腔・嚥下

項目名称
食事の形態
誤嚥性肺炎の既往歴等

- 関連する加算等
- ・口腔衛生管理体制加算
  - ・口腔衛生管理加算
  - ・居宅療養管理指導費(歯科衛生士)
  - ・口腔機能向上加算
  - ・経口維持加算
  - ・経口移行加算

等

## 認知症

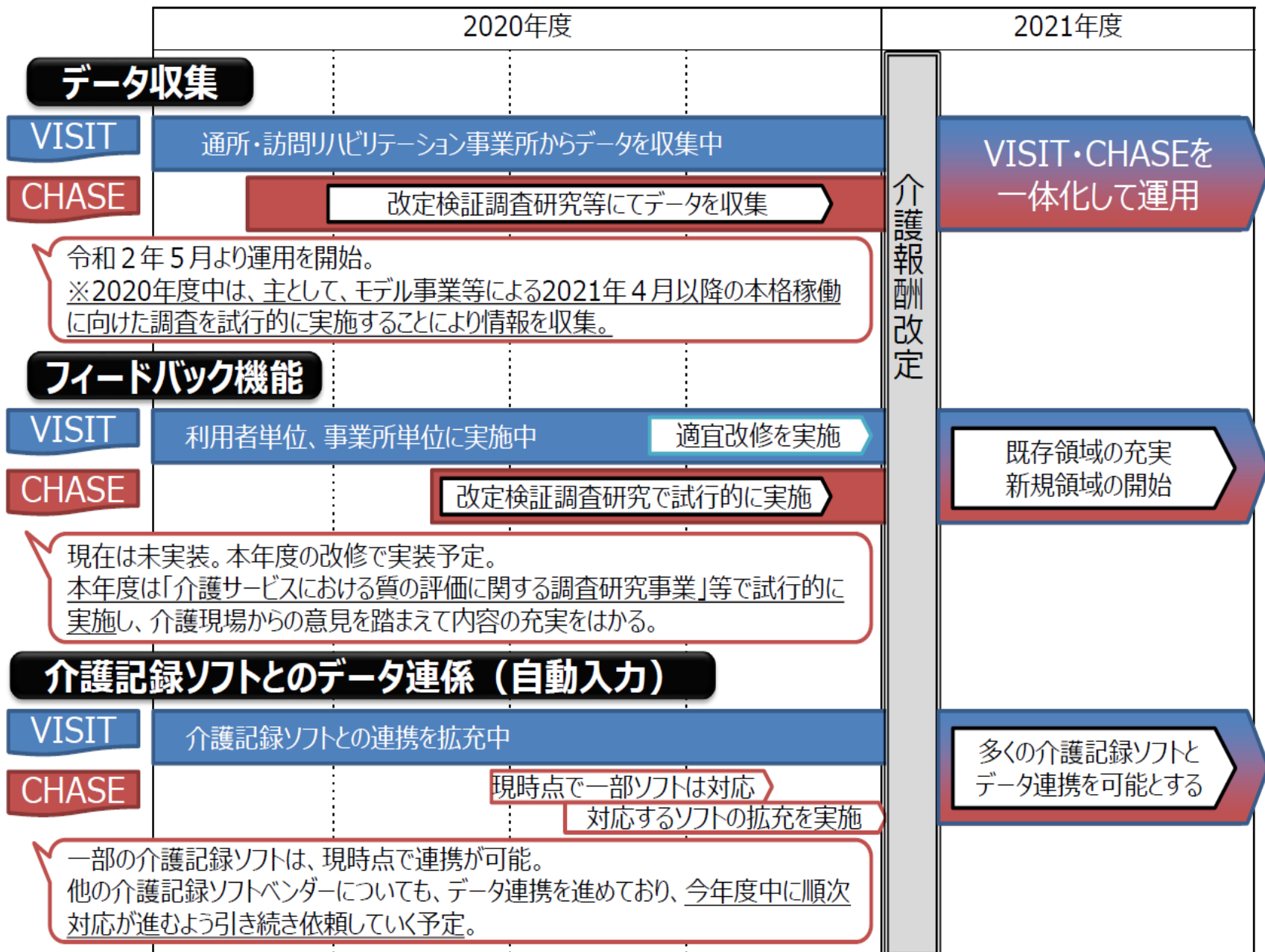
項目名称
認知症の既往歴等
DBD13※
Vitality Index※

※ モデル事業等においてさらなる項目の整理を行う

- 関連する加算等
- ・認知症加算
  - ・若年性認知症利用受入加算
  - ・認知症行動・心理症状緊急対応加算
  - ・認知症情報提供加算
  - ・重度認知症疾患療養体制加算
  - ・認知症ケア加算
  - ・認知症専門ケア加算
  - ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

等

# VISIT・CHASEの現状と今後のスケジュール(イメージ)



介護報酬改定

## VISIT

- 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集。
- 以下の文書を定められた様式で作成し、これらを電子的に入力（または電子的に入力されたものを取り込み）できるようにし、かつその内容を厚生労働省に提出してフィードバックが受けられる仕組みを構築。

### (収集項目)

- ・様式1 : 興味・関心チェックシート
- ・様式2-1 : リハビリテーション計画書 (アセスメント)
- ・様式2-2 : リハビリテーション計画書
- ・様式3 : リハビリテーション会議録
- ・様式4 : プロセス管理票
- ・様式5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画\*

※ 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合

- 平成30年度介護報酬改定において、VISITにデータを提出しフィードバックを受けることを評価するリハビリマネジメント加算 (IV) を新設。

## CHASE

- 高齢者の状態・ケアの内容等のデータベース。2020年度から運用を開始。

### (基本的な項目)

分類	項目名称	分類	項目名称
総論	保険者番号	口腔	食事の形態
総論	被保険者番号	口腔	誤嚥性肺炎の既往歴等
総論	事業所番号	栄養	身長
総論	性別	栄養	体重
総論	生年月日	栄養	栄養補給法
総論	既往歴	栄養	提供栄養量_エネルギー
総論	服薬情報	栄養	提供栄養量_タンパク質
総論	同居人等の数・本人との関係性	栄養	主食の摂取量
総論	在宅復帰の有無	栄養	副食の摂取量
総論	褥瘡の有無・ステージ	栄養	血清アルブミン値
総論	Barthel Index	栄養	本人の意欲
認知症	認知症の既往歴等	栄養	食事の留意事項の有無
認知症	DBD13	栄養	食事時の摂食・嚥下状況
認知症	Vitality Index	栄養	食欲・食事の満足感
		栄養	食事に対する意識
		栄養	多職種による栄養ケアの課題

- ※ 「基本的な項目」以外に、「目的に応じた項目」、「その他の項目」
- ※ 今後、モデル事業等の研究の状況、介護報酬改定等の状況を踏まえ、適宜、修正・追加を行う。

# ⑤ LIFE

VISIT と CHASE の一体的運用

### 3.(2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進①

#### 概要

【全サービス★】

- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る観点から、以下の見直しを行う。
  - ア 施設系サービス、通所系サービス、居住系サービス、多機能系サービスについて、CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、事業所の全ての利用者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映、事業所単位でのPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上の取組を評価する加算を創設する。  
その際、詳細な既往歴や服薬情報、家族の情報等より精度の高いフィードバックを受けることができる項目を提出・活用した場合には、更なる評価を行う区分を設定する。【告示改正】  
※ 提出・活用するデータについては、サービスごとの特性や事業所の入力負担等を勘案した項目を設定。
  - イ CHASEの収集項目に関連する加算等において、利用者ごとの計画書の作成とそれに基づくPDCAサイクルの取組に加えて、データ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図ることを評価・推進する。【告示改正】  
※ 認知症対応型通所介護について記載。このほか、通所介護や特別養護老人ホーム等の個別機能訓練加算における新たな区分の創設や、リハビリ、栄養関係の加算における要件化を実施。
  - ウ 介護関連データの収集・活用及びPDCAサイクルによる科学的介護を推進していく観点から、全てのサービス（居宅介護支援を除く）について、CHASE・VISITを活用した計画の作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質の向上の取組を推奨する。居宅介護支援については、各利用者のデータ及びフィードバック情報のケアマネジメントへの活用を推奨する。【省令改正】 **R3.1.13諮問・答申済**

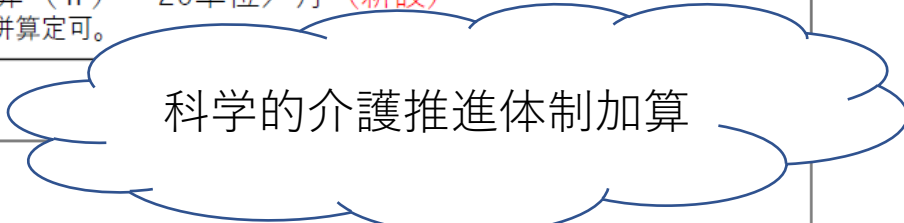
※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。

**科学的介護情報システム**（Long-term care Information system For Evidence ; **LIFE ライフ**）



### 3. (2)① CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進②

単位数 (ア・イ)	
ア <現行> ・施設系サービス なし	<改定後> ⇒ 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設) (※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は50単位/月)
・通所系・居住系・多機能系サービス なし	⇒ 科学的介護推進体制加算 40単位 (新設)
イ <現行> ・認知症対応型通所介護 個別機能訓練加算 27単位/日	<改定後> ⇒ 個別機能訓練加算(Ⅰ) 27単位/日 (現行と同じ) 個別機能訓練加算(Ⅱ) 20単位/月 (新設) ※(Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定可。



算定要件等 (ア・イ)	
ア <科学的介護推進体制加算> ○ 加算の対象は以下とする。	
施設系サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院
通所系・居住系・多機能系サービス	通所介護、通所リハビリテーション(※)、認知症対応型通所介護(※)、地域密着型通所介護、特定施設入居者生活介護(※)、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護(※)、小規模多機能型居宅介護(※)、看護小規模多機能型居宅介護 ※予防サービスを含む
○ 以下のいずれの要件も満たすことを求める。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報(科学的介護推進体制加算(Ⅱ)では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報)を、厚生労働省に提出していること。</li> <li>・ ※介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設については服薬情報の提出を求めない。</li> <li>・ 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</li> </ul>	
イ <個別機能訓練加算(Ⅱ)(認知症対応型通所介護)> ○ 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している利用者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。	

# LIFE(CHASE・VISIT) へのデータ提出とフィードバックの活用

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みの推進
- 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスにおいて、事業所のすべての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位のPDCAサイクル・ケアの質向上の取り組みを推進することを評価
- 既存の加算等に、CHASE・VISITへのデータ提出フィードバックの活用によるPDCAサイクルの取り組みに加えて、CHASE等を活用したさらなる取り組みを新たに評価である「科学的介護推進体制加算」を設ける
- 全ての事業者にも、LIFEへのデータ提出おフィードバックの買うようによるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。

# 保健医療・介護分野の公的データベースの連結解析によって得られるメリット

詳細な臨床情報等に関する  
4 DB データベース



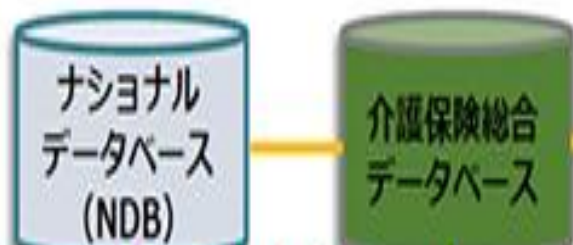
連結解析  
の検討

医薬品等の安全対策のための  
レセプト、カルテ等のデータベース



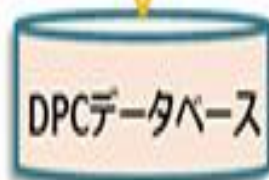
連結解析  
の検討

全国の医療・介護の  
レセプト等のデータベース



2020年度から  
連結解析

2022年度から  
連結解析



詳細な介護サービス・状態等に  
関するデータベース



2021年度  
4月から  
連結解析

# 科学的介護は リアルワールドエビデンス

介護ビッグデータを用いて、同じ状態像の利用者を群に分けて、介入行為とその効果を群間比較する。さらにデータベース連結で医療介護を一気通貫するリアルワールドデータを構築する

# パート 3

## 介護サービスの 効率化とICT



# 規制改革推進会議 医療・介護ワーキンググループ

- 医療・介護ワーキンググループ委員
- 座長 大石佳能子
  - (株)メデイヴァ社長
  - 印南一路
    - 慶應義塾大学総合政策学部教授
  - 高橋政代
    - 株式会社ビジョンケア代表取締役社長
  - 武藤正樹
    - 日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役
  - 安田純子
    - PwCコンサルティング合同会社シニアマネージャー



座長 大石佳能子

- 医療・介護WGの重点課題
  - 医療・介護関係職のタスクシフト
  - 介護サービスの生産性向上
  - 保険外医薬品（スイッチOTC等）選択肢の拡大
  - オンライン診療など



医療介護ワーキングには、  
毎回、河野大臣も出席



2020年2月20日

第7回医療・介護ワーキング・グループ 提出資料

# 介護分野における規制緩和・ 手続簡素化について

2020年2月20日

日本商工会議所 社会保障専門委員会 委員

東京商工会議所 社会保障委員会 委員

東京商工会議所荒川支部 小売・サービス分科会 副分科会長

有限会社ケア・プランニング 代表取締役

中原 修二郎



## Ⅱ. 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過②



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況①



ケアマネジャーからのケアプラン複写・報告書等の保管状況②



①指定申請関連

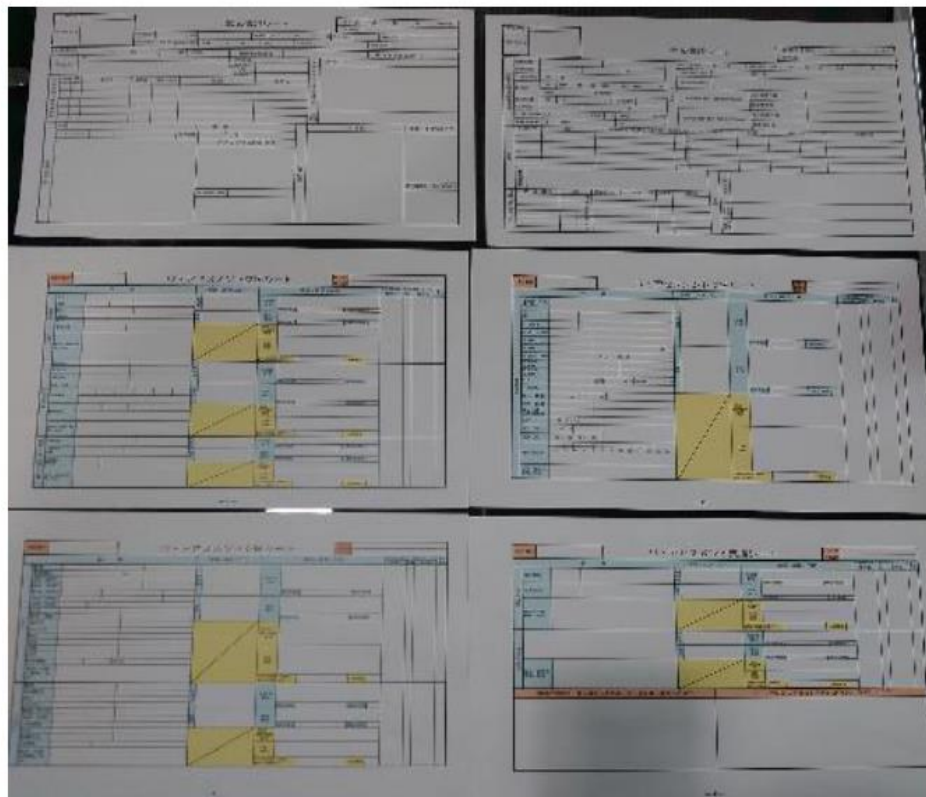
(事業所の人員・設備基準等)

②報酬請求関連 (加算要件等)

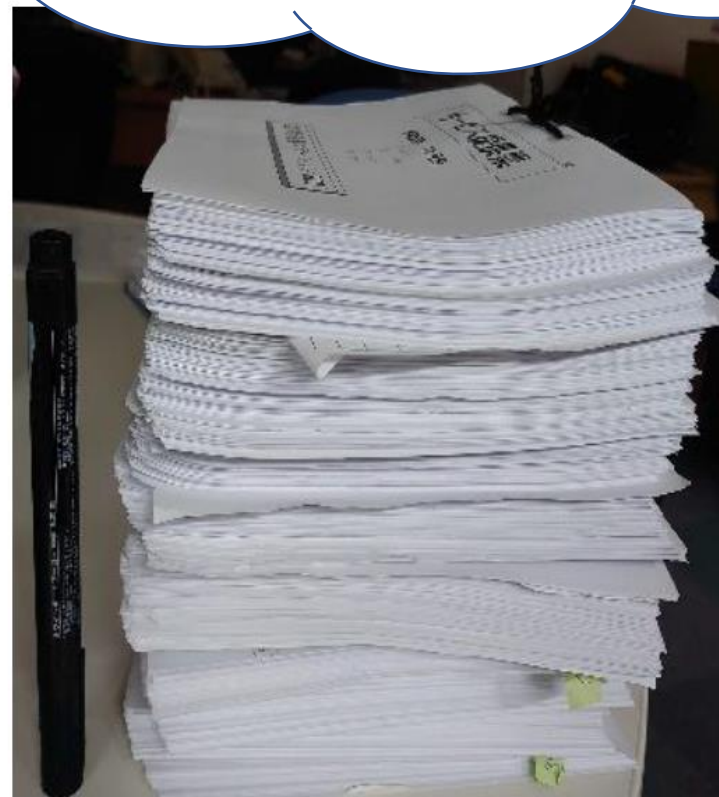
指導監査関連

③ケアプラン関連文書など

## IV. 必要書類の種類・分量・流れ③



東京都書式「基本情報シート」と「リ・アセスメント支援シート」



1か所のサービス事業所に届く提供票 (1年間分)

## V. 現状の課題と解決策1-①

### 【課題】

○介護ソフトごとにフォーマットが違い、互換性もない。

このため、ソフトを変える場合のデータ移行はほぼ手作業。

○例えば、AケアプランセンターとB訪問介護事業者が違う介護ソフトを使用している場合、データのやり取りは不可。

このため、ケアプラン・個別計画書・モニタリング報告書・サービス利用票・提供票・実績情報などがソフト上で共有できず、結果として紙媒体でやり取りし、それぞれの事業所で手入力したうえで保管している。

結果的に、介護サービス事業所が毎月受け取り、保管する書類が膨大になり、ペーパーレス化は進まない。

○ケアマネージャー側の実績入力は、  
(事業所のご利用者数) × (利用しているサービス事業所)  
になり、膨大な作業量になる。

事務員を雇用する費用は介護報酬には含まれていないため、ケアマネージャーが相当な時間を割いて行っているのが現状。

→利用者へ対応する時間が圧迫される。

## Ⅱ. 介護サービス事業所の業務効率化に関するこれまでの経過③

○2010年2月3日 厚生労働省

「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直しに関するご意見の募集について」

○2010年7月30日 厚生労働省

「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直しに関するご意見への対応について」

➢一部ケアプラン作成工程の作業量削減はなされたものの、業務効率化に  
関しては積み残し。

○2016年6月2日 ニッポン一億総活躍プラン

➢「介護ロボットの活用促進やICT等を活用した生産性向上の推進、行政が求める  
帳票等の文書量の半減などに取り組む」

○2016年9月7日 社会保障審議会介護保険部会(第63回)

➢文書量半減に向けたスケジュール工程表(抜粋)

・2017年度 文書の簡素化・合理化等に関するガイドラインの策定について、  
介護給付費分科会で議論

・2020年代初頭 文書量半減

## V. 現状の課題と解決策1-③

### 【解決策】

#### ○書式の統一・情報分析へのAI関与促進・ケアプラン作成支援AIの汎用化促進

AIによるケアマネジメント支援ツールにおいても、全国で標準となるようなアセスメントツール・書式を採用する必要があるのではないか。

今後AIツールが介護ソフトの垣根を越えて汎用化され、情報を蓄積することで分析の精度も上がることが期待されるため、汎用化促進を望む。

#### ○国で統一のCSVプラットフォームを作り、各ソフト会社がそのプラットフォームを活用するかたちでアプリケーションを開発すれば、ソフト同士の互換性が生まれる可能性もあるのではないか。

○どのソフトでもデータが共有できるようになれば、提供票やモニタリング報告などを、紙媒体でFAXする必要がなくなるのはもちろん、サービス事業所で実績を入力し、ケアマネジャーがそのデータを確認して給付管理することも可能になるのではないか。

○スプレッドシートを活用し、クラウド上でデータを共有する方法も検討できるのではないか。

## 「介護サービスの生産性向上」について

令和3年2月10日  
厚生労働省老健局提出

- ①ケアプランデー  
タ連結システム
- ②テクノロジーの  
活用や人員基準・  
運営基準の緩和

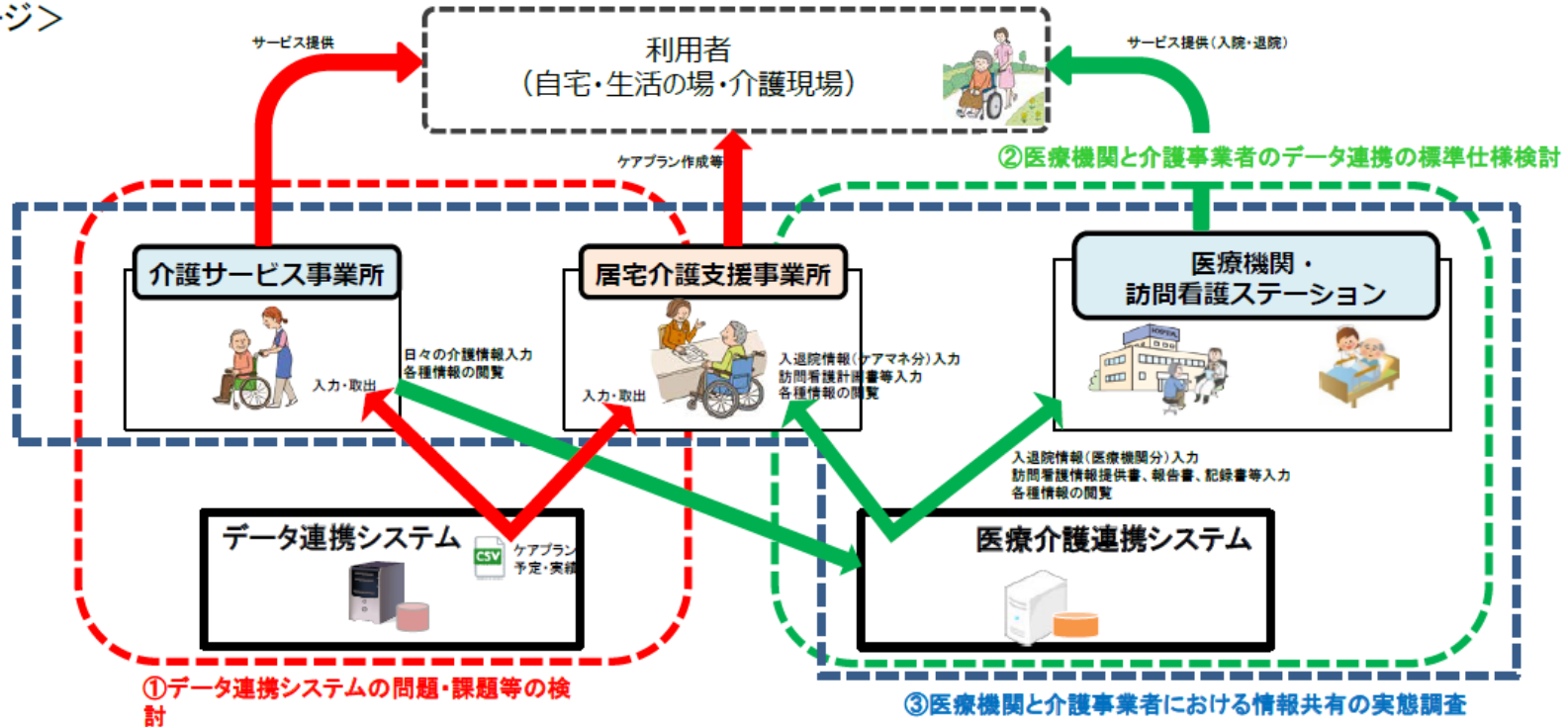
# ① ケアプランデータ 連携システム構築

＜これまでの取組＞

○介護分野における生産性向上は、職場環境の改善や人材確保の観点から重要。特にICT化は、介護記録・情報共有・報酬請求等の業務の効率化に有効。その全国的な普及促進へ向けて、介護サービス事業所に導入されている様々なソフトにおける異なるベンダー間でのデータ連携時の互換性を確保するために、過去事業にて介護事業所間での情報連携の標準仕様を作成し、ソフトへの実装を促進。

課題	今年度の取り組み
① 標準仕様に基づき出力したデータをデータ連携先の介護事業所にどのように渡してデータ連携を行うか不明確。ICTの活用による効果的・効率的なデータ連携が進んでいない。	介護事業所間のデータ連携システムを実現するための要件の検討
② 介護事業所と医療機関との間でデータをやりとりする際の標準仕様が不十分。（入退院時の情報の一部のみ標準仕様案を作成済み）	医療機関と介護事業所のデータ連携の標準仕様の検討（訪問看護における連携を想定）
③ 各地域において独自に運用されている医療機関と介護事業所等の情報共有の仕組みの実態把握が不十分。	医療機関と介護事業所における情報共有の実態調査

＜事業のイメージ＞





# 介護事業所におけるICTを活用した情報連携に関する調査研究（平成30年度実施）

## <課題>

- 介護事業所における業務効率化を図るために、ICTを活用した情報連携が重要であるが、異なるベンダーの介護ソフトを使用している介護事業所間ではデータのフォーマットが不統一であること等から、円滑な情報連携が行えないという課題があった。

## <調査研究における取組>

- 居宅介護支援事業所と訪問介護事業所等との間でケアプランのデータ連携を行うために必要なデータのフォーマットの統一等※について、実証研究を実施し、**標準仕様を作成した**。

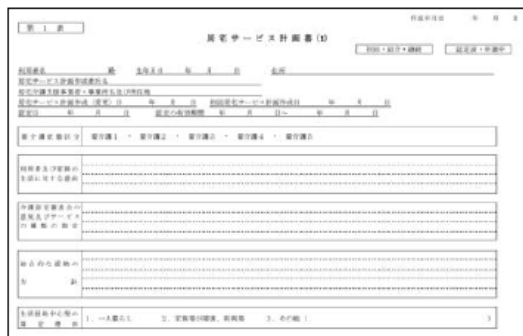
## <効果>

- **標準仕様の活用により、異なる介護ソフト間でもケアプランのデータでの交換が可能となり、情報共有にかかるケアマネジャーの負担が軽減されるといったメリットがある。**

※ 現在はケアプランの内容をFAX等でやりとりした上で、ケアマネジャーがその内容を事業所のシステムに再入力しているが、その作業が不要となる。

## <イメージ図>

### (ケアプラン)

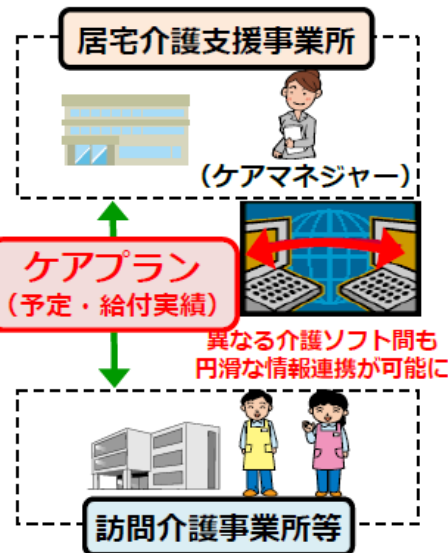
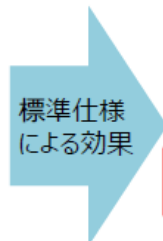


ソフトごとにデータのフォーマットが異なり円滑な情報連携が行えないという課題

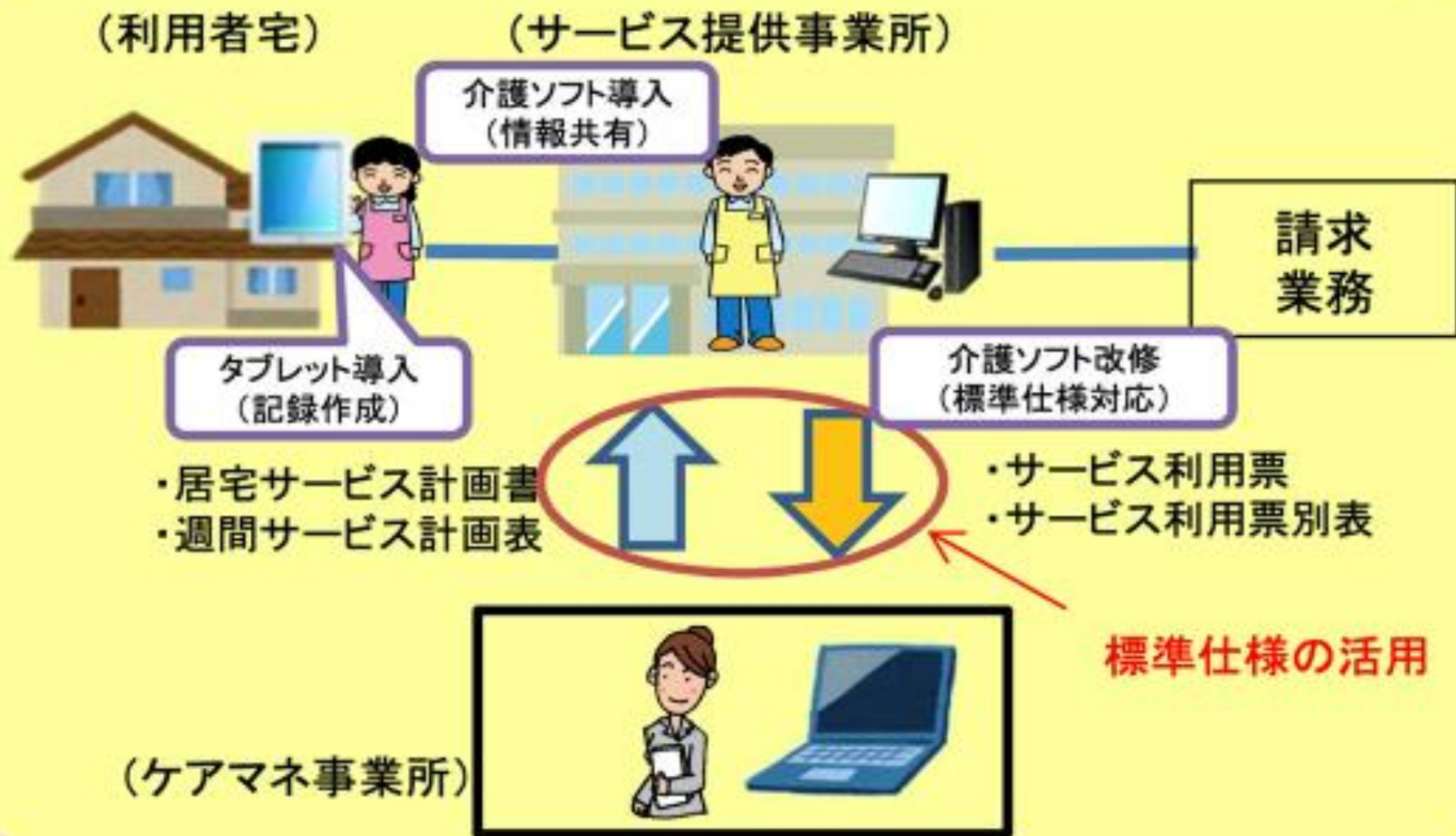


No.	日本語名称	書式、選択肢など
1	保険者番号	要介護者が属する自治体のコード
2	被保険者番号	被保険者番号
3	居宅サービス計画作成年月日	YYYYMMDD
4	利用者氏名	フリーテキスト
5	利用者生年月日	YYYYMMDD
6	利用者郵便番号	XXX-XXXX
7	利用者住所1	フリーテキスト
8	利用者住所2	フリーテキスト
9	居宅サービス計画作成者氏名	フリーテキスト
...	...	...
25	総合的な援助の方針	フリーテキスト
26	生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他
27	その他理由	フリーテキスト

共通化

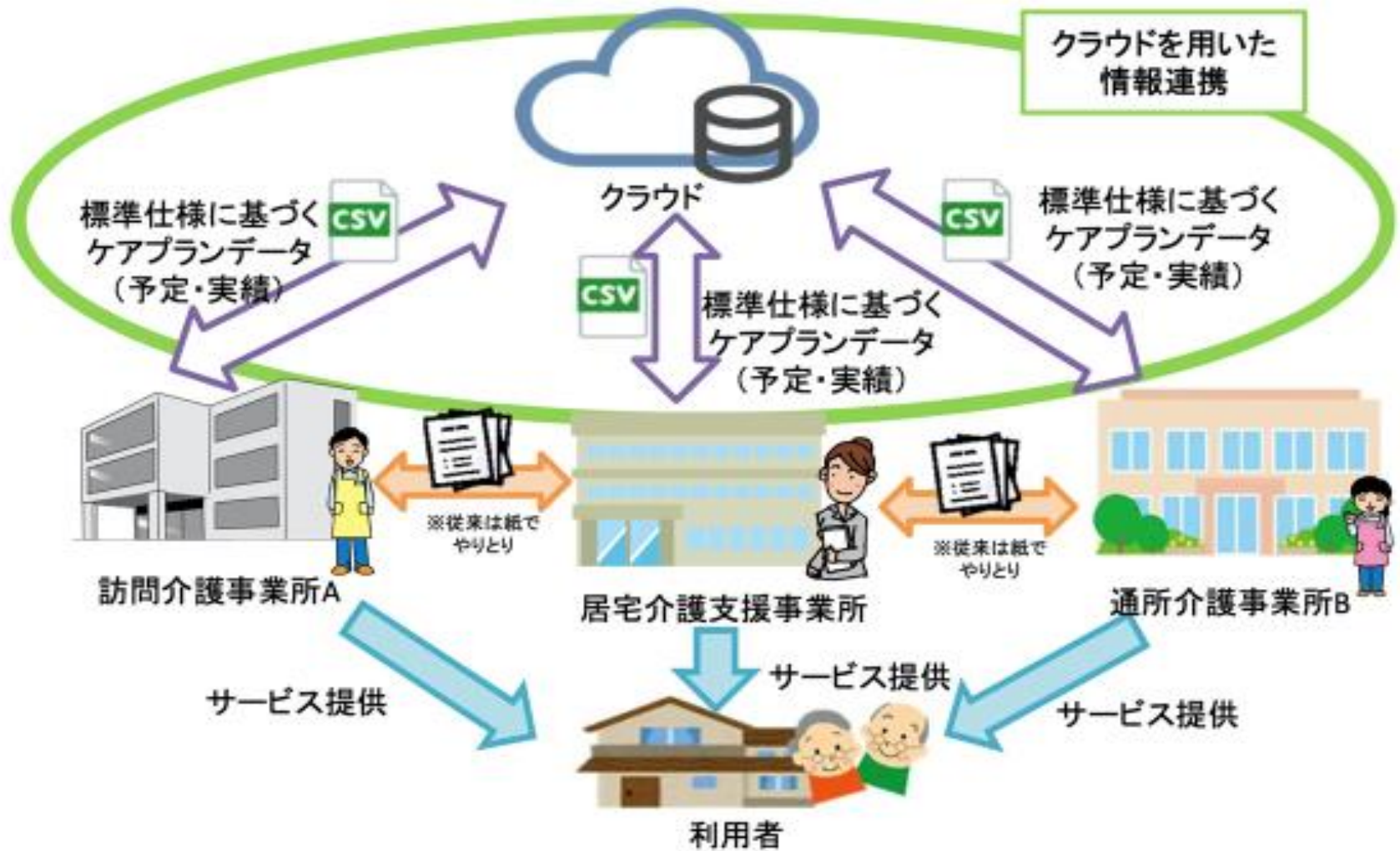


事業所内のICT化(タブレット導入等)により、介護記録作成、  
職員の情報共有～請求業務までが一気通貫に



<例:訪問介護サービスの場合>

# クラウド化で一挙に問題解決！



6-d

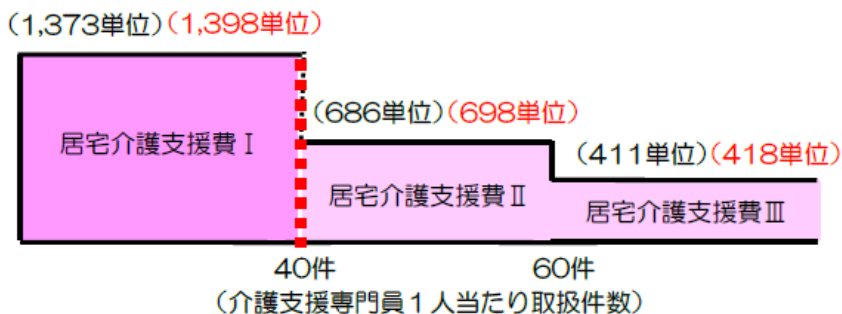
事務の効率化による逓減制の緩和

- 適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、逓減制において、ICT活用又は事務職員の配置を行っている場合の適用件数を見直す（逓減制の適用を40件以上から45件以上とする）。

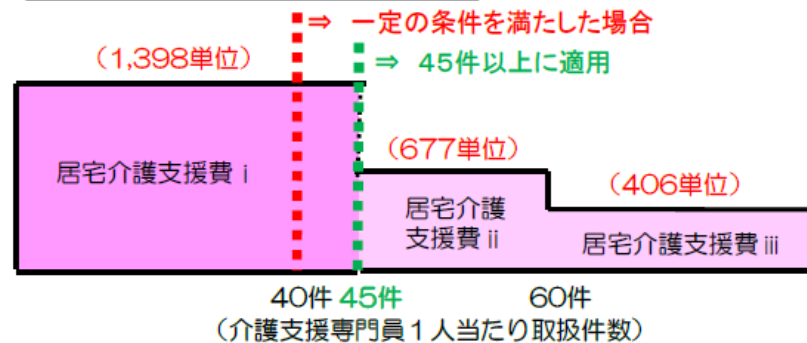
居宅介護支援

例：要介護3・4・5の場合（黒字：現行の単位数、赤字：改定後の単位数）

【現行】



【改定後：ICT等を活用する場合】



2021年介護報酬改定

ケアマネージャ1人当たり取り扱える件数はこれまで40件だった。これをICT等を活用した場合には45件まで拡大した

②テクノロジーの活用や人  
員基準・運営基準の緩和

# 夜勤職員配置加算の条件

2018年介護報酬改定

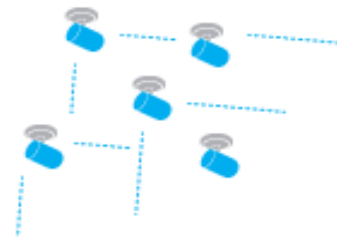
これまで



介護職員

最低基準より  
**1人以上**多く配置

これから…？



+



介護職員	最低基準より <b>0.9人</b> 多く配置
見守りロボット	入居者の <b>15%以上</b> 設置

# 複数の介護ロボット・ICT活用によるケアの質の向上への取組例

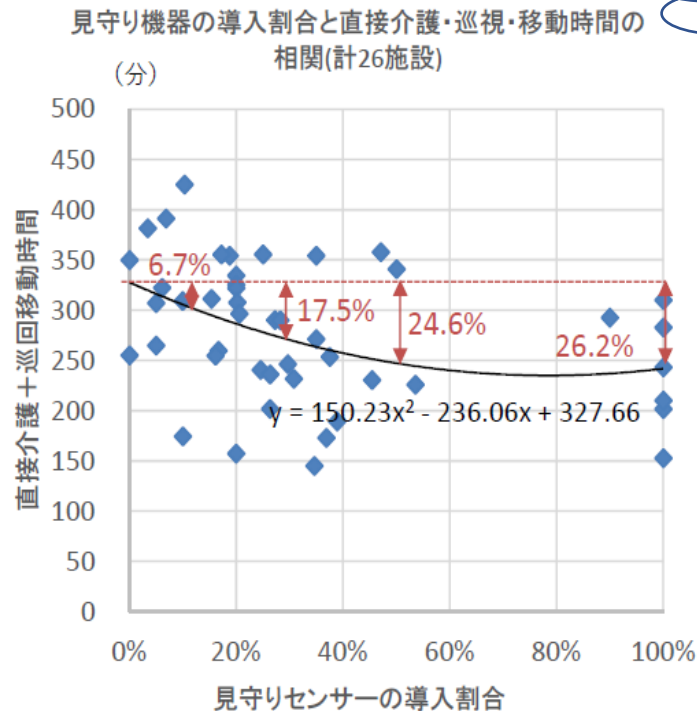
- テクノロジーの活用施設においては、介護記録の効率化やインカム等のICTの活用等により、利用者との対面時間の増加、専門職とのきめ細かな連携が可能となり、今まで以上に適切なケアが実現している。

	業務変更前	業務変更後	導入の効果	ケアの質の変化
ケース1	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者情報やケアの記録を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドサイドに持参した端末でケア記録を入力したり、音声記録したり、職員間で音声連絡。</li> <li>内容はテキスト変換されて内容がそのまま管理システムに反映。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>記録の時間の短縮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間短縮で得られたゆとりを使い、利用者とのコミュニケーションの時間を増やすことができた。</li> <li><b>利用者の心身状態を観察する時間が増えて、今まで以上に適切なケアを実践できた。</b></li> <li>データ連携により、新たな機器の導入による職員への記録作業負担を最小限にすることができた。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者を目視でこまめに観察し、経験に基づいて排泄を誘導。結果は手書きでメモ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>排泄支援機器を使い、タイムリーに排泄を誘導。<b>記録はデータ連携により自動でシステムに反映。</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のQOLの向上</li> <li>記録の時間の短縮</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>バイタルの測定結果を、手書きでメモし、その後ステーション(事務所)等に戻ってからPCに記録。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>バイタル測定器とベッドサイドに持参した端末との連動で、測定結果を入力する業務は不要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>測定及び記録の時間の短縮</li> </ul>	
ケース2	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者・ケアの気づき等を、ベッドサイドからステーション(事務所)に移動して専門職と相談、再び戻って実践。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>インカムを使って、利用者・ケアに何か気づきがあれば、<b>ベッドサイドに居ながら専門職と相談。</b></li> <li>アドバイス内容を即座に実践。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談のための移動時間の短縮</li> <li>多職種連携の円滑な実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアの実践のなかで、多職種連携の成果をきめ細かく反映できた。</li> <li><b>介護福祉士からの指導・育成の機会を創出しやすくなった。</b></li> <li>高度なケアに取り組みやすくなった。</li> <li>提供中のケアの中断を最小限にすることができた。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りケアで、利用者の容体を目視でこまめに観察・確認。結果は手書きでメモし、後で記録。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りケアで、見守り機器によりバイタルの変動を自動で常時確認。結果はシステムと連動して記録。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門性の高いケアにおける職員の負担軽減</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ユニット内で職員一人勤務の場合、排泄ケア(オムツ交換)で居室内に入る際に、フローアが無人にならないよう応援職員をPHS等で探す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>応援職員が必要な際に、インカムの同時通信機能などを使用し、即座に応援を依頼。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>その瞬間に応援対応できる職員の速やかな把握</li> <li>連絡に伴う時間の短縮</li> </ul>	

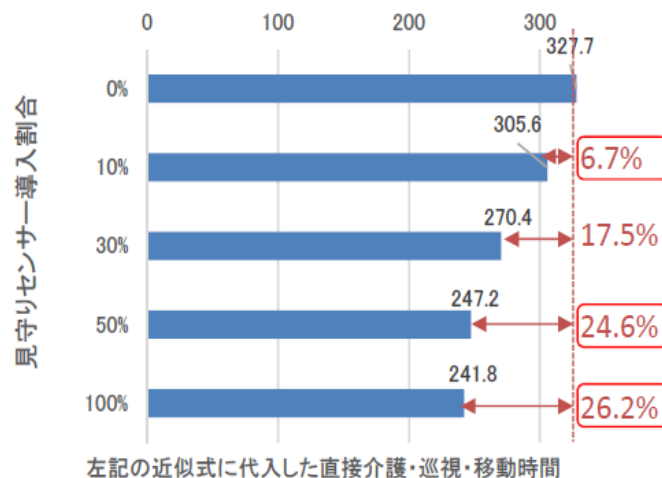
# 夜間における見守りセンサーの導入割合と直接介護・巡視時間の相関について

- 介護施設における業務時間（直接介護+巡視移動時間）と利用者に占める見守りセンサーの導入割合の相関を見ると、導入割合0%の場合の業務時間に対して、導入割合10%導入では6.7%減少、導入割合30%では17.5%減少、導入割合50%では24.6%減少、導入割合100%では26.2%減少する結果となった。

見守りセンサー導入で業務時間短縮



相関式からみた平均的な業務時間の減少割合



※ xに「見守り機器導入率」の値を代入したときのyの値

- ※ 調査対象施設は26施設を掲載している。20施設については導入前後の事前調査と事後調査の結果を、6施設については導入100%の実証施設であって、通常時の担当利用者数でみた場合の結果のみを用いた。
- ※ 調査対象の26施設のうち、特養が24施設、老健が2施設である。
- ※ 散布図中の1プロットは各施設の職員業務調査（タイムスタディ）の5日分を平均した値を用いた。
- ※ 一部インカム等のICTを活用している施設が含まれている。



## 論点⑦夜間における人員・報酬(テクノロジーの活用)①

### 検討の方向 (案)

- 見守りセンサーやインカム等のICTを活用することによる、夜勤職員の業務効率化や睡眠の質の維持等に関する実証結果を踏まえ、見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算について、見守りセンサーの入所者に占める導入割合の要件を緩和する（現行15%を10%とする）とともに、全ての入所者について見守りセンサーを導入した場合の新たな要件区分を設けることを検討してはどうか。

	現行要件の緩和（イメージ）	新設要件（イメージ）
夜勤職員の最低基準に加えて配置する人員	0.9人（現行維持）	0.5人（新規）
見守りセンサーの入所者に占める導入割合	10% <small>（緩和：見直し前15%→見直し後10%）</small>	100%
その他の要件	安全かつ有効活用するための委員会の設置（現行維持）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること</li> <li>・委員会の設置を含めた安全体制を確保していること</li> </ul>

- また、見守りセンサーを活用する場合の算定要件の適用について、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護だけでなく、介護老人保健施設、介護医療院及び認知症型共同生活介護についても拡大することを検討してはどうか。

- 介護ロボットの普及に向けては、各都道府県に設置される地域医療介護総合確保基金を活用し、介護施設等に対する介護ロボットの導入支援を実施しており、令和2年度当初予算で支援内容を拡大したところ。
- こうした中、新型コロナウイルス感染症の発生によって職員体制の縮小や感染症対策への業務負担が増えている現状を踏まえ、更なる職員の負担軽減や業務効率化を図る必要があることから、以下の更なる拡充を行ったところ。
  - ①介護ロボットの導入補助額の引上げ（移乗支援及び入浴支援に限り、1機器あたり上限100万円）
  - ②見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備に係る補助額の引上げ（1事業所あたり上限750万円）
  - ③1事業所に対する補助台数の制限（利用者定員の2割まで）の撤廃
  - ④事業主負担を1/2負担から都道府県の裁量で設定できるように見直し（事業主負担は設定することを条件）
- **令和2年度第3次補正予算案においては、いわゆるパッケージの組み合わせ※への支援を拡充及び一定の要件を満たす事業所の補助率の下限を4分の3まで引き上げ、事業主負担の減額を図る。**

※見守りセンサー、インカム、介護記録ソフト等の組み合わせ

	令和元年度	令和2年度 (当初予算)	令和2年度(1次補正予算)	令和2年度(3次補正予算案)
介護ロボット導入補助額 (1機器あたり)	上限30万円	上限30万円	○移乗支援 (装着型・非装着型) 上限100万円 ○入浴支援 上記以外 上限30万円	○移乗支援 (装着型・非装着型) 上限100万円 ○入浴支援 上記以外 上限30万円
見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備 (Wi-Fi工事、インカム) (1事業所あたり)	-	上限150万円 <small>※令和5年度までの実施</small>	上限750万円	上限750万円 (見守りセンサー等の情報を介護記録にシステム運動させる情報連携のネットワーク構築経費を対象に追加)
補助上限台数 (1事業所あたり)	利用定員1割まで	利用定員2割まで <small>※令和5年度までの実施</small>	必要台数 (制限の撤廃)	必要台数 (制限の撤廃)
補助率	対象経費の1/2	対象経費の1/2	都道府県の裁量により設定 (負担率は設定することを条件)	一定の要件を満たす事業所は、3/4を下限に都道府県の裁量により設定 それ以外の事業所は1/2を下限に都道府県の裁量により設定

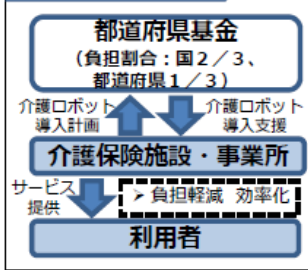
対象となる介護ロボット

➢ 移乗支援、移動支援、排泄支援、見守り、入浴支援などで利用する介護ロボットが対象

○装着型パワーアシスト ○非装着型離床アシスト ○入浴アシストキャリア ○見守りセンサー

(移乗支援) (移乗支援) (入浴支援) (見守り)

事業の流れ



実績 (参考)

➢ 実施都道府県数：46都道府県 (令和元年度)

➢ 都道府県が認めた介護施設等の導入計画件数

H27	H28	H29	H30	R1
58	364	505	1,153	1,645

(注) 令和元年度の数値はR2.1月時点の暫定値  
※1施設で複数の導入計画を作成することがあり得る

(一定の要件)  
導入計画書において目標とする人員配置を明確にした上で、見守りセンサーやインカム、介護記録ソフト等の複数の機器を導入し、職員の負担軽減等を図りつつ、人員体制を効率化させる場合

※令和2年度(当初予算)以降の拡充は令和5年度までの実施

## 地域医療介護総合確保基金を活用したICTの導入支援

既定経費

- 介護現場のICT化に向けては、令和元年度より、各都道府県に設置されている地域医療介護総合確保基金を活用した導入支援を実施しており、令和2年度には、補助上限額の拡充等を行ったところ。
- こうした中、今般の新型コロナウイルス感染症の発生により、感染症予防のための取組等が求められるなど、職員の業務負担が増えている現状を踏まえ、令和2年度第1次補正予算において、業務負担の軽減や業務効率化を図るため、更なる拡充を行っている。
- ＜第1次補正予算の拡充内容＞
- ① 補助上限額の更なる引き上げ（事業所規模に応じて100万円～260万円）
  - ② 補助対象となる機器の拡充（wi-fi購入・設置費）
  - ③ 補助対象となる介護ソフトの拡充（業務効率化に資する勤怠管理、シフト表作成等の介護ソフト購入も対象とする）
- 令和3年度報酬改定では、VISIT・CHASEを活用し、科学的に効果が裏付けられた介護を推進することとしているが、これに当たってはICT機器の導入が前提となることから、これまで拡充された事業内容を継続するとともに、**一定の要件を満たす事業所への補助率の下限を4分の3まで引き上げ、事業主負担の減額を図る**ことにより介護事業所等における更なるICT化の推進を図るものとする。

要件  
一定の

- VISIT・CHASEにデータを登録する体制が取れている場合  
○標準仕様を活用してサービス提供票（サービス計画・サービス実績）を事業所間／施設内でデータ連携している場合

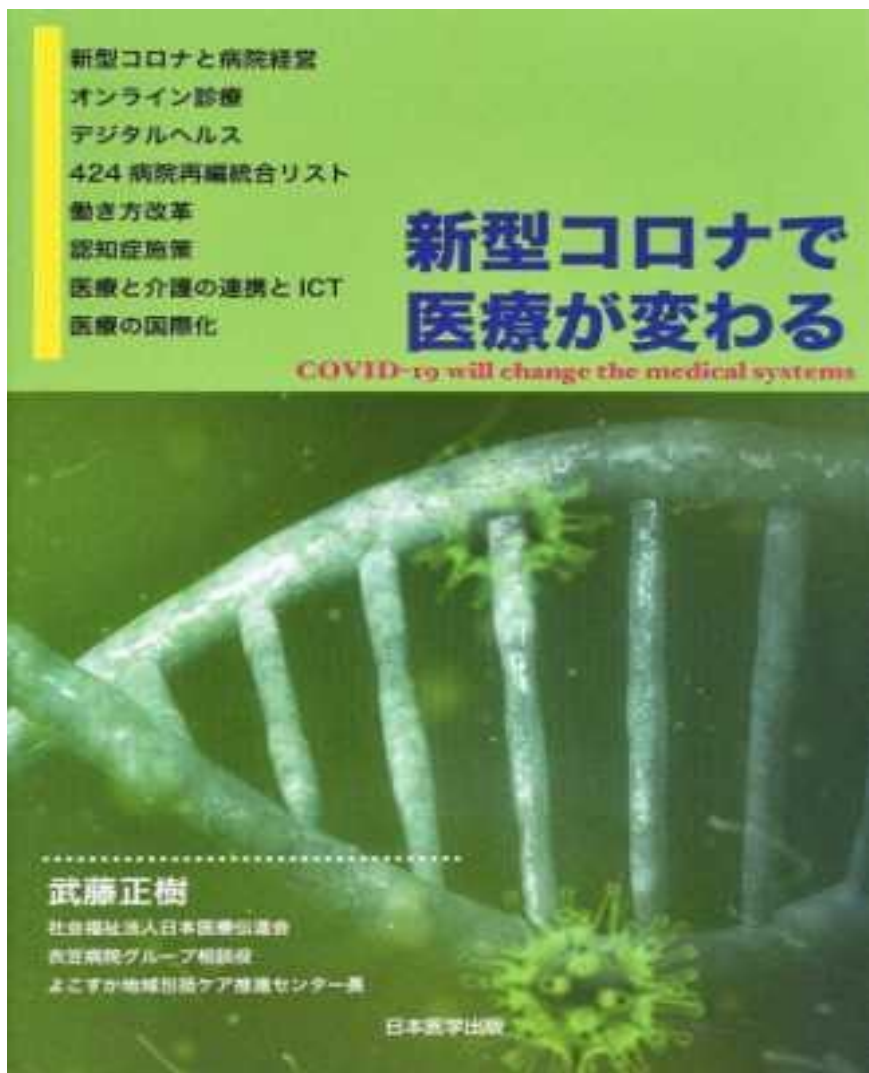
	令和元年度	令和2年度（当初予算）	令和2年度（1次補正予算）	令和2年度（3次補正予算）
補助上限額	30万円	<b>拡充</b> 事業所規模に応じて補助上限額を設定 職員 1人～10人 50万円 職員11人～20人 80万円 職員21人～30人 100万円 職員31人～ 130万円	<b>拡充</b> 事業所規模に応じて補助上限額を設定 職員 1人～10人 100万円 職員11人～20人 160万円 職員21人～30人 200万円 職員31人～ 260万円	事業所規模に応じて補助上限額を設定 職員 1人～10人 100万円 職員11人～20人 160万円 職員21人～30人 200万円 職員31人～ 260万円
補助率	1/2 事業主負担：1/2	<b>拡充</b> 都道府県の裁量により設定 (事業者負担は入れる事を条件とする)	<b>拡充</b> 同左	<b>拡充</b> 一定の要件を満たす事業所は、 3/4を下限に都道府県の裁量により設定 それ以外の事業所は1/2を下限に都道府県の裁量により設定
補助対象	介護ソフト、 スマートフォン、 タブレット 等	同左	従来の機器・介護ソフトに加え、以下を新たに対象とする ・wi-fi購入・設置費（通信費は含まない） ・業務効率化に資する勤怠管理、シフト表作成等の介護ソフト（一気通貫等の要件は満たす必要あり）	従来の機器・介護ソフトに加え、以下を新たに対象とする ・wi-fi購入・設置費（通信費は含まない） ・業務効率化に資する勤怠管理、シフト表作成等の介護ソフト（一気通貫等の要件は満たす必要あり）

※令和2年度（当初予算）以降の拡充は令和5年度までの実施

## 今日のまとめ

- 介護報酬改定2021は科学的介護データベース元年改定
- LIFEの普及には入力負荷の減少と報酬インセンティブ
- 介護サービスの効率化には、異なる介護ソフト間での標準仕様の普及
- ロボット化による業務効率が必要

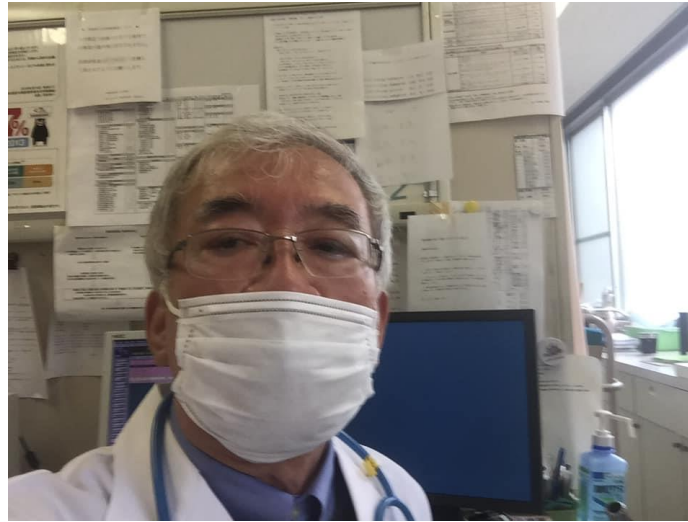
# 新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より  
2020年8月発刊！

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)