

介護現場のICT化を
難しく考えていませんか？

特定医療法人 谷田会 経営企画部長
介護事業部長
社会福祉法人 州朋会 事務長
株式会社医療環境総研 パートナー
吉橋 謙太郎

2021年度介護報酬改定において

2.(6)② 通減制の見直し

概要	【居宅介護支援】
○ 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、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40件以上の場合40件目から、60件以上の場合60件目からそれぞれ評価が低くなる（40件未満は居宅介護支援費（Ⅰ）、40件以上60件未満の部分は同（Ⅱ）、60件以上の場合同（Ⅲ）が適用される）通減制において、一定のICT（AIを含む）の活用又は事務職員の配置を行っている事業者については、通減制の適用（居宅介護支援費（Ⅱ）の適用）を45件以上の部分からとする見直しを行う。その際、この取扱いを行う場合の通減率（居宅介護支援（Ⅱ）及び（Ⅲ）の単位数）について、メリハリをつけた設定とする見直しを行う。【告示改正】 ※ 特定事業所加算における「介護支援専門員1人当たりの受け入れ可能な利用者数」について、この取扱いを踏まえた見直しを行う。（2（6）①参照） ○ 通減制における介護支援専門員1人当たりの取扱件数の計算に当たり、現在、事業所が自然災害や感染症等による突発的な対応で利用者を受け入れた場合は、例外的に件数に含めないこととしているが、地域の実情を踏まえ、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合についても例外的に件数に含めない見直しを行う。【告示改正】	

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】

居宅介護支援費Ⅰ	居宅介護支援費Ⅱ	居宅介護支援費Ⅲ
(1,373単位)	(686単位)	(411単位)
(1,398単位)	(698単位)	(418単位)

40件 (介護支援専門員1人当たり取扱件数) 60件

【改定後：ICT等を活用する場合】

居宅介護支援費Ⅰ	居宅介護支援費Ⅱ	居宅介護支援費Ⅲ
(1,398単位)	(677単位)	(406単位)

40件 45件 (介護支援専門員1人当たり取扱件数) 60件

一定の条件を満たした場合
⇒ 45件以上に適用

※ ICT等の活用の有無にかかわらず、事業所がその周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合、例外的に件数に含めない。

訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の見直しイメージ

＜算定要件＞

加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）	加算（Ⅲ）	加算（Ⅳ）
【医師の指示】 ・医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施。指示の内容を記録			
【情報連携】 ・PT、OT又はSTが、ケアマネを通じて、他の事業所に、介護の工夫等の情報を伝達			
【リハビリテーション会議】 会議を開催し、利用者の状況等を構成員と共有。会議内容を記録 → 改定により、ICT等での参加を可能に			
【リハビリテーション計画】 ・進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直しを実施			
・PT、OT又はSTが利用者等に説明・同意を得る。医師へ報告 ・医師が利用者等に説明・同意を得る ・国への提出とフィードバック			
＜改定後＞ なし 加算（A）イ	あり 加算（A）ロ	なし 加算（B）イ	あり 加算（B）ロ

＜改定後＞

加算（A）イ

加算（A）ロ

加算（B）イ

加算（B）ロ

72

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し①

概要	【ア：通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、短期入所生活介護★、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★、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、イ：訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★】
○ 生活機能向上連携加算について、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行う。	
ア 通所系サービス、短期入所系サービス、居住系サービス、施設サービスにおける生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、 <u>ICTの活用等</u> により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。【告示改正】	
イ 訪問系サービス、多機能系サービスにおける生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問した上で、共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であることや、業務効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で実施するサービス提供責任者及びリハビリテーション専門職等によるカンファレンスでも差し支えないことを明確化する。【通知改正】	
※ 外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。	

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

単位数（ア）	
< 現行 > 生活機能向上連携加算 200単位／月	< 改定後 > ⇒ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月（ 新設 ）（※3月に1回を限度） 生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月（現行と同じ） ※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。
算定要件等（ア）	
< 生活機能向上連携加算（Ⅰ） >（ 新設 ） ○ 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ○ 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又は <u>ICTを活用した動画等</u> により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。	
< 生活機能向上連携加算（Ⅱ） >（現行と同じ） ○ 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。	

4.(1)⑤ 介護付きホームの入居継続支援加算の見直し

概要	【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】
○ 介護付きホームについて、入居者の実態に合った適切な評価を行う観点から、入居継続支援加算について、「たんの吸引等」を必要とする者の割合が利用者の15%以上」の場合の評価に加えて、「5%以上15%未満」の場合に評価する新たな区分を設ける。【告示改正】	
単位数	
< 現行 > 入居継続支援加算 36単位／日	< 改定後 > ⇒ 入居継続支援加算（Ⅰ）36単位／日（現行どおり） 入居継続支援加算（Ⅱ）22単位／日（ 新設 ）
算定要件等	
< 入居継続支援加算（Ⅰ） >（現行と同じ） ○ 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（※1）を必要とする者の占める割合が利用者の100分の15以上であること ○ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上（※2）であること < 入居継続支援加算（Ⅱ） >（ 新設 ） ○ 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為（※1）を必要とする者の占める割合が利用者の100分の5以上100分の15未満であること ○ 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上（※2）であること ※1 社会福祉法及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為 ①口腔内の喀痰吸引、②鼻腔内の喀痰吸引、③気管カニューレ内部の喀痰吸引、④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、⑤経鼻経管栄養 ※2 テクノロジーを活用した複数の機器（見守り機器、インカム、 <u>記録ソフト等のICT</u> 、移乗支援機器）を活用し、利用者に対するケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して行う場合は、当該加算の介護福祉士の配置要件を「7又はその端数を増すごとに1以上」とする。（4（2）③参照）	

113

4.(2)① 見守り機器等を導入した場合の夜勤職員配置加算の見直し

概要

【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、短期入所生活介護】

○ 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護の夜勤職員配置加算について、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえつつ、職員の負担軽減や職員毎の効率化のばらつきに配慮して、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合の更なる評価を行う。【告示改正】

単位数

○ 変更なし

※ 指定介護老人福祉施設における夜勤職員配置加算

(Ⅰ) イ 22単位／日

従来型

(入所定員30人以上50人以下)

(Ⅰ) ロ 13単位／日

従来型

(定員51人以上又は経過の小規模)

(Ⅱ) イ 27単位／日

ユニット型

(定員30人以上50人以下)

(Ⅱ) ロ 18単位／日

ユニット型

(定員51人以上又は経過の小規模)

算定要件等

○ 介護老人福祉施設及び短期入所生活介護における夜勤職員配置加算の人員配置要件について、以下のとおり見直しを行う。

① 現行の0.9人配置要件の見守り機器の導入割合の要件を緩和する。（現行15%を10%とする。）

② 新たに0.6人配置要件を新設する。

①現行要件の緩和（0.9人配置要件）

②新設要件（0.6人配置要件）

（ユニット型の場合）0.6人（新規）

（従来型の場合）

① 人員基準緩和を適用する場合は併給調整

① 人員基準緩和を適用する場合0.8人（新規）

② ①を適用しない場合（利用者数25名以下の場合等）0.6人（新規）

最低基準に加えて配置する人員

0.9人（現行維持）

見守り機器の入所に占める導入割合

10％
(緩和：見直し前15%→見直し後10%)
(現行維持)

100％

・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
・安全体制を確保していること（※）

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)

○ ②の0.6人配置要件については、見守り機器やICT導入後、右記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的な要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るとする。

※安全体制の確保の具体的な要件

①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置

②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮

③機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）

④職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施

⑤夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

11

117

4. (2)② 見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和

概要

【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、短期入所生活介護★】

○ 介護老人福祉施設等の夜間の人員配置基準について、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえつつ、職員の負担軽減や職員毎の効率化のばらつきに配慮して、見守り機器やインカム等のICTを導入する場合の従来型における夜間の人員配置基準を緩和する。【告示改正】

算定要件等

※併設型短期入所生活介護（従来型）も同様の改定

○ 介護老人福祉施設（従来型）の夜間の人員配置基準の緩和にあたっては、利用者数の狭間で急激に職員人員体制の変更が生じないように配慮して、現行の配置人員数が2人以上に限り、1日あたりの配置人員数として、常勤換算方式による配置要件に変更する。ただし、配置人員数は常時1人以上（利用者数が61人以上の場合は常時2人以上）配置することとする。

現 行		⇒	見直し案		
配置人員数	利用者数25以下		1人以上	利用者数25以下	1人以上
	利用者数26～60		2人以上	利用者数26～60	1.6人以上
	利用者数61～80		3人以上	利用者数61～80	2.4人以上
	利用者数81～100		4人以上	利用者数81～100	3.2人以上
	利用者数101以上		4に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上	利用者数101以上	3.2に、利用者の数が100を超えて25又はその端数を増すごとに0.8を加えて得た数以上

(要件)

・施設内の全域に見守り機器を導入していること

・夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること

・安全体制を確保していること（※）

※安全体制の確保の具体的な要件

①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担軽減するための委員会を設置

②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮

③緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）

④機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）

⑤職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施

⑥夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

○ 見守り機器やICT導入後、上記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

118

4. (2)③ テクノロジーの活用によるサービスの質の向上や業務効率化の推進

概要	【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、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】
○ 介護老人福祉施設における日常生活継続支援加算及び特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）における入居継続支援加算について、令和2年度に実施した介護ロボットの導入効果に関する実証結果を踏まえ、見守り機器やインカム、スマートフォン、介護記録ソフト等のICT等の複数のテクノロジー機器を活用する場合の新たな評価を行う。【告示改正】	
単位数	○ 変更なし ※ 介護老人福祉施設における日常生活継続支援加算（従来型）3.6単位/日（ユニット型）4.6単位/日 ※ 特定施設入居者生活介護における入居継続支援加算（Ⅰ）3.6単位/日（Ⅱ）2.2単位/日
算定要件等	○ 介護老人福祉施設における日常生活継続支援加算及び特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）における入居継続支援加算について、テクノロジーを活用した複数の機器（見守り機器、インカム、記録ソフト等のICT、移乗支援機器）を活用し、利用者に対するケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して行う場合は、当該加算の介護福祉士の配置要件を緩和する。（現行6：1を7：1とする。） (要件) ・テクノロジーを搭載した以下の機器を複数導入していること（少なくとも①～③を使用） ①入所者全員に見守り機器を使用 ②職員全員がインカムを使用 ③介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用 ④移乗支援機器を使用 ・安全体制を確保していること（※） ○ 見守り機器やICT等導入後、上記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

※安全体制の確保の具体的な要件
①利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担軽減するための委員会を設置
②職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
③機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
④職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施

119

4. (2)④ 会議や多職種連携におけるICTの活用

概要	【全サービス★】
○ 運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、以下の見直しを行う。【省令改正、告示改正、通知改正】 ・ 利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。 ・ 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。	

4. (2)⑥ 療養通所介護の利用者の状態確認におけるICTの活用

概要	【療養通所介護】
○ 療養通所介護において、長期間状態が安定している利用者がいる現状を踏まえ、人材の有効活用を図る観点から、一定の要件を満たす利用者については、ICTを活用して状態確認を行うことを可能とする。【通知改正】	
算定要件等	○ 長期間・定期的に事業所を利用しており、状態が安定した利用者について、ICTによる状態確認が可能であり、利用者やその家族の同意が得られている場合に、看護職員は、介護職員と連携しICTを活用し、通所できる状態であることや、居宅に戻った時の状態の安定等を確認することを可能とする。 ※ サービスの初回利用時は、ICTの活用は不可とする。

4. (2)⑦ 人員配置要件の明確化

概要	【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護】
○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護について、指定権者（市町村）間の人員配置要件の整合性を図るため、利用者へのサービス提供に支障がないことを前提に、小規模多機能型居宅介護を参考に、以下を明確化する。 ア 計画作成責任者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）及び面接相談員（夜間対応型訪問介護）について、管理者との兼務が可能であること。【通知改正】 イ オペレーター及び随時訪問サービスを行う訪問介護員は、夜間・早朝（18時～8時）において、必ずしも事業所内にいる必要はないこと。【通知改正】	
基準	※追加する基準は下線部
(アについて) ○ 管理者は常勤専従で配置。ただし、管理業務に支障がない限り、下記の他の職務と兼務できる。 <現行> <改定後> 【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】 オペレーター、定期巡回サービスを行う訪問介護員等、随時訪問サービスを行う訪問介護員等、訪問看護サービスを行う看護師等 ➡ オペレーター、定期巡回サービスを行う訪問介護員等、随時訪問サービスを行う訪問介護員等、訪問看護サービスを行う看護師等、計画作成責任者 【夜間対応型訪問介護】 オペレーションセンター従業者、訪問介護員等 ➡ オペレーションセンター従業者（面接相談員を含む）、訪問介護員等	
(イについて) 【※上記2サービス共通】 ○ 午後6時から午前8時までの時間帯は、下記の場合、必ずしも事業所内で勤務する必要はない。 <現行> <改定後> 【オペレーター】 なし ➡ ICT等の活用により、事業所外においても、利用者情報（具体的サービスの内容、利用者の心身の状況や家族の状況等）の確認ができるとともに、電話の転送機能等を活用することにより、利用者からのコールに即時にオペレーターが対応できる体制を構築し、コール内容に応じて、必要な対応を行うことができる場合 【随時サービスを行う訪問介護員】 なし ➡ 利用者からの連絡を受けた後、事業所から利用者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時訪問サービスの提供に支障がない体制が整備されている場合	

123

科学的裏付けに基づく介護 「科学的介護」

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）
・検討会の基本方針（部会設置）及び活動目標の確定
・現状のケアプランの集約状況の把握
- 第二回（2017年10月26日）
・既存のデータベースについて整理
・今後のケアプランの集約に向けて収集すべき情報について、検討の前段となる情報、検討の方針及び仕組みについて検討
・実施計画を決定し、今後のケアプランの集約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）
・「リビテーション」・「（主）介護支援専門員による」・「介護サービス計画（ケアプラン）」に関して、今後のケアプランの集約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）
・「リビテーション」・「利用者支援」・「リビテーション」以外の介入の情報を整理し、今後のケアプランの集約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回までの検討のまとめ
- 中間とりまとめ（2018年3月30日）
- 第六回（2018年3月7日）
・中間とりまとめを示した今後の課題に関する情報（ケアプラン）について議論
（収集項目の整理及びケアプランに各事業所からのデータ提供に関する課題の整理）
・データベースの活用等に関する事項について、その後の
- 第七回（2018年5月9日）
・今後の課題の整理の方向性（案）について議論
（① 収集項目の整理に関する課題の整理について、収集すべき分析、社会実装のサービス、行政等への活用に関する課題について、ケアプランの活用について、モデル事業等の検討について、その他）
- 第八回（2018年6月21日）
・収集項目の整理等に関する課題の整理（案）について議論
（① 収集項目の整理に関する課題の整理について、収集すべき分析、社会実装のサービス、行政等への活用に関する課題について、ケアプランの活用について、モデル事業等の検討について、その他）
- 第九回（2018年7月4日）
・科学的裏付けに基づく介護に係る検討会 取組まとめ（案）について
- 取組まとめ（2018年7月16日）

検討会 構成員	
林下 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ケーション学科 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長
貞田 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/創薬看護学分野教授
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学教室 准教授
武田 尊敬	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
○ 島田 研二	国立長寿医療研究センター 理事長 特任補佐
堀井 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	上智大学社会人科学部社会福祉学系 准教授
松田 昌隆	産業医科大学公衆衛生学 教授
三上 直樹	日本作業療法士協会事務局
八木 祐子	東洋大学デザイン学部生活支援学科 准教授

○は座長
※上記の他、聴取者、松本 誠司、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（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）

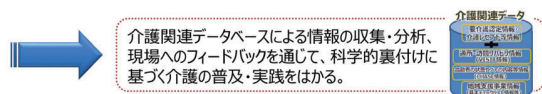
- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。

（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。

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。



科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等①

はじめに

- 介護サービスの需要増が見込まれ、制度の持続可能性を確保できるよう、介護職員の働き方改革と利用者に対するサービスの質の向上を両立できる、新たな「介護」のあり方についての検討が必要である。
- 介護保険制度は、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度であるが、介護サービスのアウトカム等について、科学的な検証に裏付けられた客観的な情報が十分に得られているとはいえない状況である。
- 介護分野でも、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り、分析成果のフィードバックによる介護サービスの質の向上も期待できる。

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）について

- 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、以下の取組を実践しつつ、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。
 - エビデンスに基づいた介護の実践
 - 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積および分析
 - 分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進
- 介護分野では、医療における「治療効果」等の関係者間でコンセンサスの得られた評価指標が必ずしも存在するわけではなく、個々の利用者等の様々なニーズや価値判断が存在する。
- 科学的介護を実践していくためには、科学的に妥当性のある指標を用いることが様々なデータの取得・解析に当たっての前提とならざるを得ないが、科学的に妥当性のある指標等が確立していない場合もある。
- 科学的介護の推進にあたっては、介護保険制度が関係者の理解を前提とした共助の理念に基づく仕組みであることを踏まえつつ、様々な関係者の価値判断を尊重して検討を行っていることが重要である。



科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等②

CHASEにおける収集項目について

- 収集項目については、以下のような基準に準じて選定。
 - ・信頼性・妥当性があり科学的測定が可能なもの
 - ・データの収集に新たな負担がかからないもの
 - ・国際的に比較が可能なもの
- 事業所等の負担等を考慮し、既に事業所等に集積されている情報等を踏まえた整理を実施。
 - ① 基本的な項目：できるだけ多くの事業所等で入力されるべき項目
 - ② 目的に応じた項目：介護報酬上の加算の対象となる事業所等において入力されるべき項目
 - ③ その他の項目：各事業所で任意に入力できるようにするべき項目、フィジビリティを検討した上で収集対象とすべき項目等
- 科学的介護の対象領域は、介護給付、予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業等の介護保険制度がカバーする全領域であるが、どこまで評価・入力等を求めていくかは、フィジビリティを検証しつつ制度面を含めて検討が必要がある。
- 科学的介護の仕組みについて、関係者の理解を得るためには、サービスの利用者やデータ入力を行う事業所等がデータの分析結果の恩恵を享受できるようフィードバックできる仕組みが必要である。

将来的な方向性について

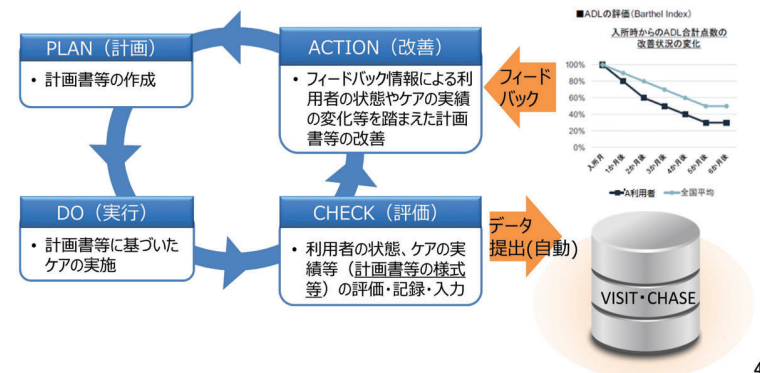
- 新たに指標の科学的な妥当性が確保されるなど、収集のフィジビリティが検証された項目については、適宜、CHASEの収集項目に追加していくことが必要。
- アウトカムに関する情報等を分析・比較する場合、介入に係るデータの収集も必要であり、国際化も視野に入れICHI 等への対応を考慮し検討を進めていく。
- CHASEにおける収集に実効性を持たせていくためには、今後の介護保険制度改正や介護報酬改定に係る議論等において、CHASEを用いた解析結果等も生かす。関係者の理解を得ながら、収集のための仕組みを検討していく必要がある。
- 介護の場合は、高齢者等の生活の場でもあることから、より幸福感や人生の満足感等も含めた生活の視点を重視し、利用者の社会参加、食事の方法、排泄の方法、日中の過ごし方、本人の意思の尊重、本人の主体性を引き出すようなケアの提供方法等について、現場へのフィードバックも含めて検討を進めていく。
- 医療分野の個人単位被保険者番号の活用に係る議論やNDBと介護DB、その他の公的DB・人口動態統計（死亡票）など公的統計との今後の連携も見据え、厚生労働省全体で検討を進めていく必要がある。
- 今後、厚生労働省がCHASEを科学的介護に活かす仕組みを着実に整備し、アウトカム評価等による質の高い介護に対するインセンティブ措置を拡充していくことで、介護のパフォーマンスの向上が期待される。

3

VISIT・CHASEによる科学的介護の推進（イメージ）

社保課～介護給付費分科会
第185回
(R.2.9.14)
資料

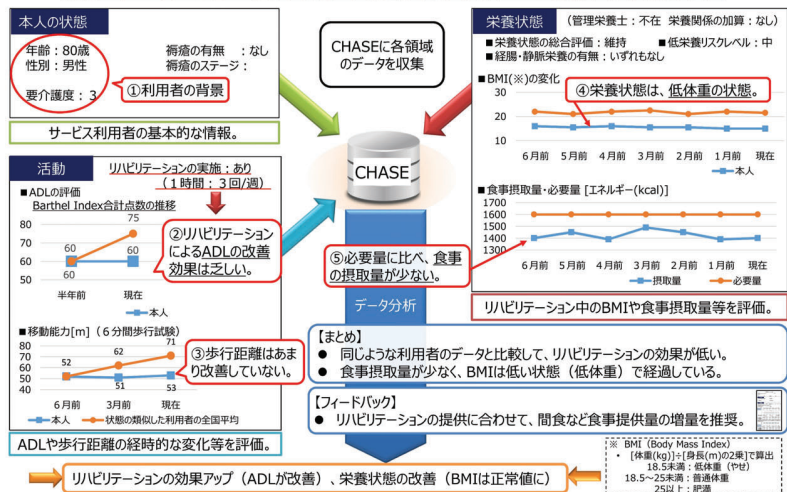
- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
 - ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
 - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負担なくデータを送信し、
 - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、
 データに基づくPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



4

個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

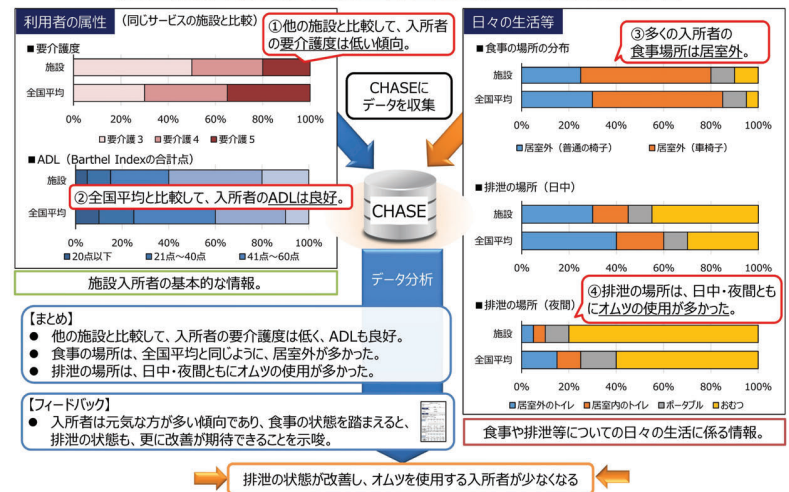
例①：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）



5

個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

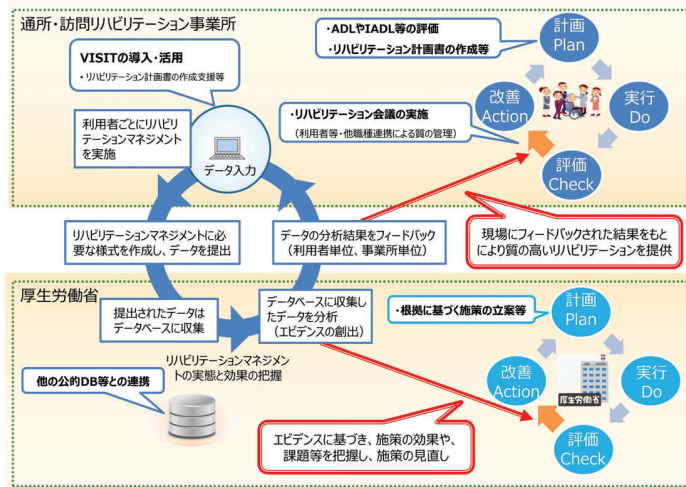
例②：施設入所者の排泄状態の改善に係る取組の評価（事業所単位）



6

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

第178
(R2.6.25) 資料
1



7

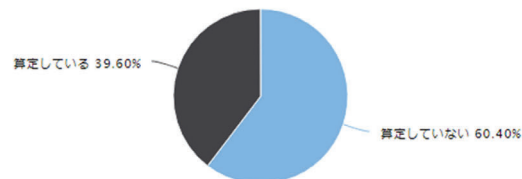
LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

別添1

	科学的介護推進加算(Ⅰ)	科学的介護推進加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)	ADL維持等加算(Ⅱ)	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	看護マネジメント加算(Ⅰ)	看護マネジメント加算(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)	排せつ支援加算(Ⅱ)	自立支援促進加算	かかりつけ医療連携加算	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	口腔衛生管理加算(Ⅱ)
介護老人福祉施設		○	○	○			○		○	○				○	○
地域密着型介護福祉施設入居者生活介護		○	○	○			○		○	○				○	○
介護老人保健施設		○			○				○	○	○			○	○
介護医療院		○				○		○	○	○	○		○	○	○

	科学的介護推進加算	個別機能訓練加算(Ⅱ)	ADL維持等加算(Ⅰ)	ADL維持等加算(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント加算(A)口	リハビリテーションマネジメント加算(B)口	看護マネジメント加算(Ⅰ)	看護マネジメント加算(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅰ)	排せつ支援加算(Ⅱ)	排せつ支援加算(Ⅲ)	栄養アセスメント加算	口腔機能向上加算(Ⅱ)
通所介護	○	○	○									○	○
地域密着型通所介護	○	○	○									○	○
認知症対応型通所介護(予防含む)	○	○		○ (予防を除く)								○	○
特定施設入居者生活介護(予防含む)	○	○		○ (予防を除く)									
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(予防を含む)	○												
小規模多機能型居宅介護(予防含む)	○												
看護小規模多機能型居宅介護	○						○	○	○	○		○	○
通所リハビリテーション(予防含む)	○				○ (予防を除く)							○	○
訪問リハビリテーション					○ (予防を除く)								

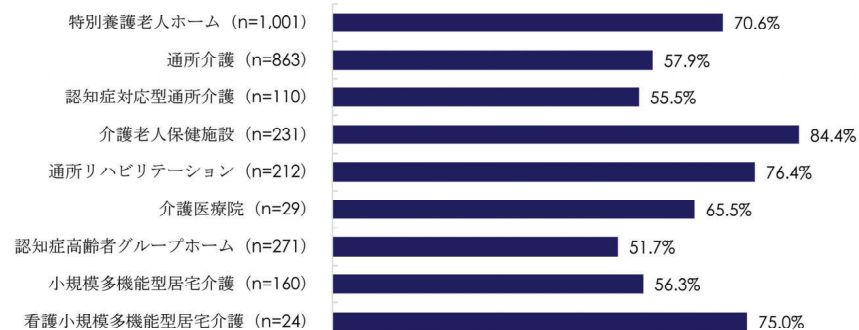
質問：科学的介護推進体制加算（LIFE加算）を算定していますか。



科学的介護推進体制加算は、特養で 7 割、通所で 6 割が算定へ

- LIFE と科学的介護推進体制加算
 - ✓ LIFE の利用状況は、「利用申請予定」までを含むと、特養で 88.2%、通所介護で 78.1% となった。科学的介護推進体制加算の算定状況は、「算定予定」までを含むと、特養で 70.6%、通所介護が 57.9%となった
- 特養の状況
 - ✓ 基本サービスに組み込まれた口腔・栄養ケアの体制は、約 5 割がいずれも対応。新設の ADL 維持等加算、自立支援促進加算の算定は限定的
 - ✓ 自立支援促進加算、排せつ支援加算は、医師が関与する算定要件を満たせるかがポイント
- 通所介護および認知症対応型通所介護の状況
 - ✓ 感染症等により利用者数が減少した場合の報酬上の対応を行った事業所は約 3 割。入浴 介助加算（Ⅱ）の算定の割合は低く、利用者宅への訪問等の要件が算定のネックか

▼科学的介護推進体制加算の算定状況（算定予定を含む）



注1) 算定状況については、調査時点（2021年7月29日～同8月25日）の状況である点に留意されたい
 注2) 資料出所は、特に記載がない場合は、すべて福祉医療機構である
 注3) 数値は四捨五入のため、内訳の合計が合わない場合がある（以下記載がない場合は同じ）
 注4) 回答のあった施設数および事業所数の内訳は、上記図表中のn数と同値であり、介護療養型医療施設は12施設であった。

【画像】WAM、2021年度介護報酬改定に関するアンケート調査（前編）より抜粋

今後の介護報酬の方向性

➤LIFE等のデータ提出を拡大し、
 アウトカム評価（実態や成果による評価）に重点
 を置き、報酬体系をより「インセンティブ方式」
 及び「包括払い方式」へとシフトさせていく。

科学的介護推進に関する評価（通所・居宅サービス）

データの概要		2021年10月
サービス	通所リハビリテーション	
パターン	割合・平均値	

■ 評価		全国
食事	全介数(0).....2%	
	一部介数(5).....7%	
	自立(10).....91%	
	計(合計).....100%	
椅子とベッド間の移動	全介数(0).....2%	
	一部介数(5).....3%	
	自立(10).....95%	
	計(合計).....100%	
歩行	全介数(0).....6%	
	一部介数(5).....17%	
	自立(10).....78%	
	計(合計).....100%	
トイレ動作	全介数(0).....4%	
	一部介数(5).....18%	
	自立(10).....78%	
	計(合計).....100%	
入浴	全介数(0).....14%	
	一部介数(5).....46%	
	自立(10).....40%	
	計(合計).....100%	
平地歩行	全介数(0).....6%	
	一部介数(5).....10%	
	歩行補助(10).....39%	
	自立(15).....45%	
	計(合計).....100%	
階段昇降	全介数(0).....15%	
	一部介数(5).....45%	
	自立(10).....39%	
	計(合計).....100%	

口腔の健康状態

	全国
硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	83%
該当無し	17%
計(合計)	100%
むせやすい	87%
該当無し	13%
計(合計)	100%

誤嚥性肺炎の発症・既往

	全国
無し	98%
有り	2%
計(合計)	100%

■ 認知症

認知症の診断

	全国
無し	84%
有り	16%
計(合計)	100%

認知症の診断（「有り」の場合）

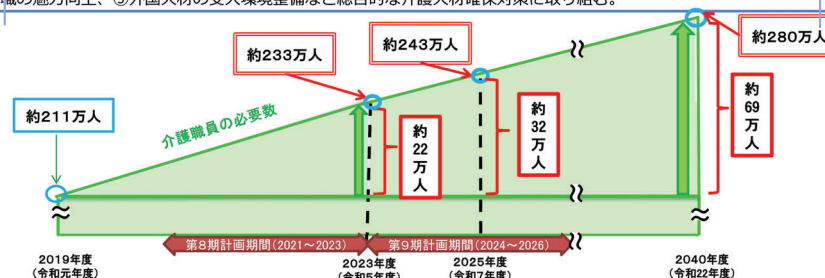
	全国
アルツハイマー病	89%
該当無し	11%
計(合計)	100%

今後の社会的要因

第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について

別紙1

- 第8期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、
 - ・2023年度には約233万人（+約22万人（5.5万人/年））
 - ・2025年度には約243万人（+約32万人（5.3万人/年））
 - ・2040年度には約280万人（+約69万人（3.3万人/年））
 となった。 ※（）内は2019年度（211万人）比
- ※ 介護職員の必要数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員の必要数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員の必要数を加えたもの。
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



紹介手数料：介護サービスの職業

➤平成29年度：117億円

➤平成30年度：162億円

➤令和元年度：217億円 …今年度は…

事業所が生き残っていくためには

➤LIFE系加算の算定 = データ提出のための体制構築

⇒ ICT化

➤マンパワー不足

- 人員配置基準での現場運営
- 外国人採用 & 職員高年齢化への対応

⇒ DX (デジタルトランスフォーメーション)

※ DX：ICTの活用を通じてビジネスモデルや組織を**変革**する

ICT化は「ゴール」ではなく

➤ DXのための「手段」

⇒ マンパワー不足、インセンティブ方式 や 包括払い方式
など『**介護業界の変化に対応**』していく。

✕ ICT化に向けた計画を立て、ICT化を徐々に進める

○ ICT化は直ぐに始めて、介護現場のDXを進める！

ICT化やDXは

出来ることから始める

ただし、早急に！

ICT化&DX … その前に

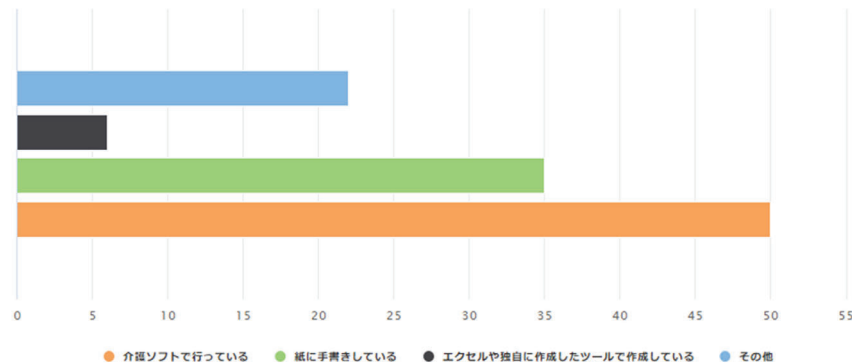
事前の「ECRS」が大切！

- 排除 (Eliminate) : なくせないか？
 - 必要のない業務や工程を考える
- 結合 (Combine) : 一緒にできないか？
 - 同時に進められる作業、統合できる工程を考える
- 交換 (Rearrange) : 入れ替えられないか？
 - 作業の順序、担当者等を入れ替えて、効率化できないか考える
- 簡素化 (Simplify) : 単純にできないか？
 - 作業の一部を省略して、同じ成果を出せないか考える

介護現場のECRS

- なくせないか？
 - 書類や記入欄、欄を埋める為の文章、掲示物など
- 一緒にできないか？
 - データの記録先 ⇒ 重複記録ゼロ
- 入れ替えられないか？
 - 管理職 ⇒ 事務 or 一般職 (or アウトソース)
 - サービス (職員) ⇒ 自活 (利用者)
- 単純に出来ないか？
 - 文字の省略 ⇒ 音声や動画の活用

質問：介護記録は、どのように行っていますか？



ECRSはゼロベース思考になることが重要！

➤ECRSには ゼロベース思考 になることが必要ですが、

業務が「属人化」していることが多い介護現場では、

現場職員がゼロベース思考になることが難しい。

⇒「他部署」の「事務職」、且つ「ICTに強い職員」の
視点を取り入れる（=許容する）ことが大切！

ICT化

アナログ作業のICT化

➤はんこレス

• 署名 + 押印 ⇒ 署名のみ

✓ 印字変更に対応できる介護ソフト&アフターフォロー

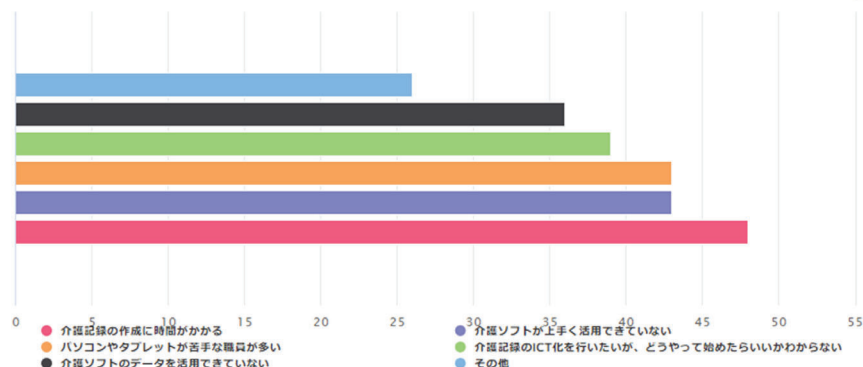
• 書面の交付、説明、同意、承諾、締結等について、
メール等の電磁的方法に代替が可能

✓ 利用者家族とチャットツール等でつながる

※業務専用のツールを導入（2段階承認推奨）

※5年以上の使用（データ保存）が可能なツール

質問：今抱えている課題を教えてください。

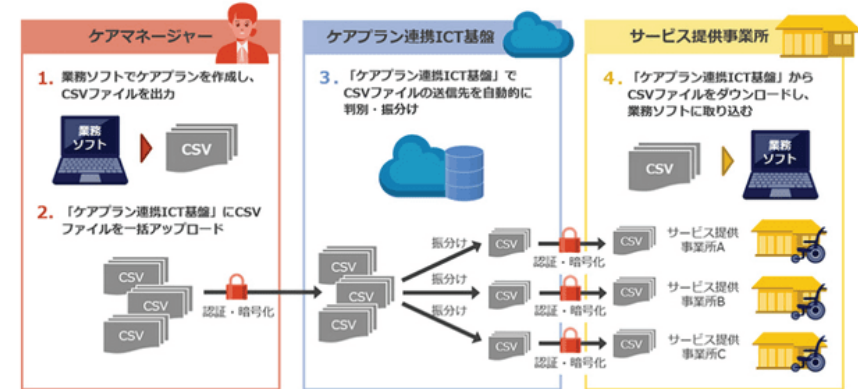


アナログ作業のICT化

➤FAXレス

- 電子化ではなく「FAXゼロ」にすることが大事！

✓ ケアプランデータ連携システム事業（厚生労働省）



図：利用シーンの例（居宅サービス計画書作成・共有時）※NTTデータのニュースリリースより

アナログ作業のICT化

➤FAXレス

- 電子化ではなく「FAXゼロ」にすることが大事！

✓ ケアプランデータ連携システム事業（厚生労働省）

✓ 「OCR」があるクラウドストレージで共有（Evernote等）

※OCRは、画像データのテキスト部分を認識し、文字データに変換する文字認識機能のこと。

アナログ作業のICT化

➤キャッシュレス

- 介護ソフト ⇒ ネットバンキング に

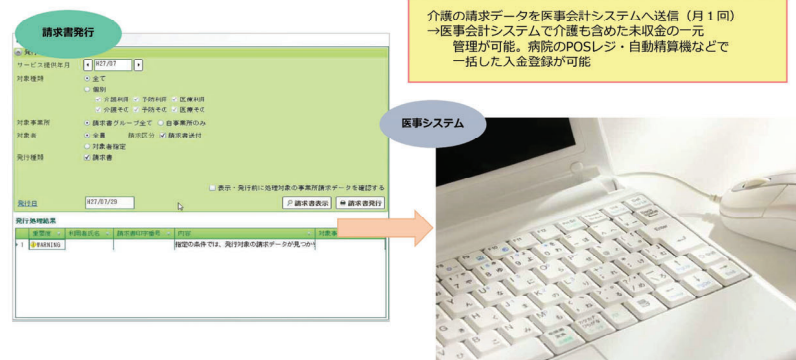
⇒ 直接データを取り込む

- ネットバンキング ⇒ 介護ソフト に

⇒ 直接データを取り込む

介護の利用者負担金を医事システムへ送信

介護サービス利用分の請求データを、医事システム側で一括して管理することが可能です。



アナログ作業のICT化

➤ペーパーレス①

- 紙自体をなくすこと（少なくすること）
- 書類を「PDF化」する
 - ✓ 介護ソフトの印刷先を「PDFソフト」に設定
⇒ OCRがあるクラウドストレージ（Evernote等）に保存

アナログ作業のICT化

➤ペーパーレス②

- 現象を文字化でなく「音声データ／画像データ化」する
 - ✓ 伝達事項などを音声や画像として保存 ⇒ 職員に周知
 - ✓ まだ十分ではないが、音声自動文字起こしソフトも活用
- スクリーンショットをOCRソフトで検索
 - ✓ スクリーンショットの保存先を、OCRのインポート先に設定
⇒ よく振り返って見る情報は、すぐ見れるようにしておく

年間で「調べもの」と「探し物」に費やす

時間 ÷ 542時間（542時間 ÷ 8時間 ÷ 68日分）

➤「調べものに費やす時間」（年間）

✓ 1日1.6時間 × 年間労働日数245日 = 392時間

➤「探し物に費やす時間」（年間）

✓ 150時間

介護ソフトの徹底活用

➤データ集計（分析）の自動化

- ✓Excelなど、独自の集計ファイルは作らず、介護ソフトから出力される書面やデータ（CSV等）の活用を徹底する！

※独自ファイルに手入力は ✕

※定期的に介護ソフトから出力できる情報を教えてもらう！

管理者は

- 職員の管理、業務の実施状況の把握、その他事業の管理を一元的に行うとともに、〇〇の事業実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行う。
- 職員の管理 = 勤務表の作成…
- 業務の実施状況の把握 = 予実表の作成…
- 管理を一元的 = 多くの書類作成を担当…などなど
- 指揮命令 ⇒ 事務作業によって忙殺される…

現場管理者のあるべき姿は「指揮者」

- 演奏者（=職員）のまとめ役として作品（サービス）に一つの思想や個性を与え、また、指揮者（=管理者）が的確な指示を出すことで、一丸となってその時々に最適な演奏（=支援）をすることが可能となる。
- 現場管理者がパソコンや書類を見ている姿
⇒ 利用者や職員を見て指示を出している姿
- その為にはも、アナログ作業のICT化は必須！

D X

（デジタルトランスフォーメーション）

職員の「視界にICTツール」があること！

➤すべてのパソコン上に（壁掛ディスプレイ等にも）

- ✓ ライセンス数は、フリー or 同時接続数 がよい

職員の「動線上にICTツール」があること！

➤施設内のどこにいても使える（訪問先でも）

- ✓ Wi-Fi 環境で使えるもの
- ✓ クラウド上 or リモートデスクトップ でつかえるもの

職員の「手元にICTツール」があること！

➤スマホ or タブレット、（インカム等）は必須

- ✓ 小型端末は1人1個持てる物がよい



|| その他のメリット

- サーバの設置場所が不要
- サーバ購入からシステム設定までのリードタイムを大幅に短縮
- ハード保守期限（通常5年）がないため、サーバ更新が不要

職員の「手元にICTツール」があること！

➤ スマホ or タブレット、（インカム等）は必須

✓ 端末は1人1個持てる物がよい

【関連製品】ケア+（プラス）for『寿』



ケア+（プラス） for『寿』

バイタルや訪問実績などの
介護記録をモバイル端末から
カンタンに入力

「ケア+（プラス）for『寿』」とは、タブレットやスマートフォンなどのモバイル端末から利用者の情報、記録の入力を実施することができるシステムです。

「訪問先での利用者情報の確認・実績の入力」、「施設内でのバイタルやケア記録の入力」など様々なシーンでモバイル端末を使用した記録管理を行い、よりよい業務遂行を支援いたします。

■ ケア+（プラス）for『寿』が実現する情報共有

「ケア+（プラス）for『寿』」は介護トータルシステム『寿』と連携することで、相互間でリアルタイムに記録を共有することが可能です。

訪問先でも利用者の状態を把握、それと同時に訪問実績を入力し『寿』と連携することで事務所に帰ってからの事務作業を軽減できます。

また、介護トータルシステム『寿』の多職種連携機能と組み合わせることで、各事業所で記録した内容をお互いに共有し、利用者へのケアの質をさらに向上するお手伝いをいたします。



エピジェネティクス

➤過去の遺伝学では「遺伝子は生涯にわたり変化しないもの」と言われていました。

しかし、最新の遺伝学であるエピジェネティクスでは、
「遺伝子は環境刺激によって変化し、より環境に適応した状態になるもの」ということがわかっています。つまり、

「遺伝子そのものの情報は変わらないのに環境刺激によって、遺伝子の状態が変化し、変化した情報が記憶されていく」という概念。

年間で「調べもの」と「探し物」に費やす

時間 ÷ 542時間（542時間 ÷ 8時間 ÷ 68日分）

➤「調べものに費やす時間」（年間）

✓ 1日1.6時間 × 年間労働日数245日 = 392時間

➤「探し物に費やす時間」（年間）

✓ 150時間

➤介護現場では人 も探している。⇒ 伝えている。

介護現場をDXして、現状よりも

- ✓ 外国人や65歳以上の職員が増えても、
- ✓ 短時間勤務の職員が増えても、
- ✓ ○名の介護職員を配置できなくても、
- 安心／安全にサービスを提供できる仕組み

その意味では、

DXも「ゴール」

ではなく「手段」

明日、先ずは何から始めるか

- ゼロベースでの「ECRS」
- 介護ソフトの勉強会（⇒ 以降定期開催）
 - ⇒ 介護ソフトの徹底活用
- 連携できるツールを探す
 - ⇒ 小型端末／クラウド／OCRなど

ご清聴ありがとうございました。

不明な点やご相談事などがありましたら

➤ 医療法人谷田会

吉橋 謙太郎

yoshibashi@yatuda-kai.jp