

○福田介護保険データ分析室長 それでは、これから第27回「社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会」を開会させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席を賜りましてありがとうございます。

本日は、これまで同様、オンライン会議にて開催いたします。

また、本会議は動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

はじめに、本会の開催に当たり、委員の交代がございましたので報告いたします。

まず、池田清美委員が御退任され、札幌市保健福祉局地域包括ケア推進担当部長、阿部位江子様へ御就任いただいております。どうぞよろしく願いいたします。

なお、阿部委員、井上委員が御都合上、途中で御退席なさる予定です。

それでは、議事に入る前に、資料の確認とオンライン会議の運営方法を確認させていただきます。本日は事前に送付しております資料を御覧ください。同様の資料をホームページに掲載しております。

次に、オンライン会議の運営方法でございます。委員の皆様におかれましては、会議の進行中は基本的には皆様のマイクをミュートにいただき、御発言される際には手を挙げるをクリック、松田委員長の御指名を受けてからミュートを解除して御発言いただくようお願いいたします。御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにいただきますようお願いいたします。

それでは、以降の進行は松田委員長をお願いいたします。

○松田委員長 それでは、議事次第に沿って、議題1について事務局から説明をお願いします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

それでは、資料に基づいて御説明させていただきます。

まず、資料の1-1「介護サービス事業者における業務継続に向けた取組状況の把握及びICT活用状況に関する調査の研究事業」について御説明させていただきます。

まず、2ページ目、本調査は感染症や災害発生時の業務継続に向けた取組状況や各種会議等におけるテレビ電話等のICT活用状況についての実態を把握し、改定の検証を行うとともに、次期介護報酬に関する基礎資料を得るための調査を行うことを目的としております。都道府県、市区町村、介護サービス事業者を対象にアンケート調査を実施したものでございます。調査対象の詳細は記載のとおりでございます。

3ページ目を御覧ください。感染症BCPの策定状況は、策定完了しているが29.3%、策定中が54.6%、未策定が15.6%でございました。自然災害BCPは策定完了が26.8%、策定中が54.9%、未策定が17.1%でございました。

また、BCP策定完了事業所のうち、策定に要した期間が2～3か月程度以内と回答した事

業所は感染症BCPで69.1%、自然災害BCPで65.5%でございました。

4 ページ目、BCPの策定状況を事業所に勤務する職員数別に見たものでございます。感染症BCP、自然災害BCPのいずれも策定完了、または策定中と回答した事業所の割合は職員数50人以上の事業所で最も高いという結果でございました。

5 ページ目、BCPの策定状況を同一法人内で運営するサービスの種別数別に見たものでございます。策定完了、または策定中と回答した事業所の割合は感染症、自然災害BCPのいずれも法人内で20種別以上を運営する事業所で最も高いという結果でございました。

6～7 ページ目でございますが、BCPの策定状況をサービス別及びサービスカテゴリー別に見たものでございます。

続きまして、8 ページ目、BCP策定に当たり、厚生労働省が示す業務継続ガイドラインを活用したと答えた事業所は感染症BCPで80.8%、自然災害BCPでは77.7%でございました。また、BCPのひな形を活用したと回答した割合が感染症BCPでは71.0%、自然災害BCPでは70.1%で最も高かったという結果でございます。

9～10 ページ目はBCPで定めた方針について見たものでありまして、詳細な説明は割愛させていただきます。

続きまして、11 ページ目、BCP策定後の取り組んだものの実施事項についてでございます。同法人や同事業所内の関係者への周知が感染症BCPでは72.4%、自然災害BCPでは59.6%と最も高いという結果でございました。

続きまして、12 ページ目、BCP策定後の実施事項、取組をBCPを策定完了した年度別に見たものでございます。感染症、自然災害のいずれも策定後の経過期間が長いほど各種取組を実施していると回答した事業所の割合が高い傾向にございました。

続きまして、13 ページ目、BCP策定後に感じる効果についてでございます。対応事項を組織内で共有することができたが感染症BCPでは73.4%、自然災害BCPでは73.3%と最も高いという結果でございました。

続きまして、14 ページ目、BCP策定後の取組頻度でございますが、BCP策定後の取組は、委員会の開催は月に1回が21.6%、研修の実施、訓練の実施は半年に1回、研修につきましては31.2%、訓練は20.8%、見直しは1年に1回で実施されている割合が高いという結果でございました。自然災害BCP策定後の取組は、委員会の開催、訓練の実施は半年に1回、研修と見直しにつきましては1年に1回で実施されている割合が高いという結果でございました。

続きまして、15 ページ目、自治体におけるBCPの策定や見直しについて行っている支援についてでございます。都道府県ではBCPや防災等に関する研修の実施の割合が50.0%、市町村では都道府県や国、社会福祉協議会が主催する研修や相談事業の紹介が38.4%と最も高い結果でございました。また、自治体としてBCPの策定や普及に当たって感じていることとして、施設・事業所がBCPの策定に人員や時間をかけられないが、都道府県では85.6%、市町村では66.8%と最も高い結果でございました。

16ページ目、感染症及び食中毒予防及びまん延防止の取組として委員会の開催は67.2%、指針の整備は82.8%、研修の実施は87%、訓練の実施は59.6%の事業所で実施されてごさいました。

17ページ目、災害対応訓練における地域との連携でございませう。参加も求めておらず、地域住民の参加はないと回答した割合が48.7%で最も高いという結果でございませう。

18ページ目、災害対応訓練における地域との連携について、サービスカテゴリー別に見たものでございませう。住民が訓練に参加していると回答した割合が最も高いのは複合系サービス事業所でございませう。

19ページ目、ここからはテレビ電話のICTの活用状況に関する結果の概要でございませう。テレビ電話等を導入している事業所は64.0%、導入していない事業所は29.0%でございませう。また、テレビ電話等を導入した時期は、令和3年度と回答した割合が44.4%で最も高いという結果でございませう。新型コロナウイルス感染症5類移行後のテレビ電話の活用状況については、一部は対面での開催に戻しており、会議体の種類によってテレビ電話等の使用を判断している割合が46.5%と最も高い結果でございませう。

続きまして、20ページ目、運営基準や加算要件とされている会議についてでございませう。

21ページ目は運営基準や加算要件で定められたもの以外の会議におけるテレビ電話等の活用状況について見たものでございませう。

続きまして、22ページ目、テレビ電話等の導入により感じた効果として、感染症拡大のリスクの減少が40.9%、業務効率化が36.8%と高いという結果でございませう。

23～24ページ目は自治体における会議体ごとのテレビ電話・ICT活用の状況について見たものでございませうが、詳細な説明は割愛させていただきます。

続きまして、資料の1～2を御覧ください。「介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービス提供の実態等に関する調査研究事業」についてでございませう。

1ページ目、本調査は介護老人保健施設及び介護医療院について指定サービスの実施状況や介護報酬の算定状況等の実態を把握することを目的に調査を行ったものでございませう。調査対象の詳細はお示しのとおりでございませう。

2ページ目は施設の基本情報を調査したものでございませう。運営主体や施設類型は母集団とおおむね相違がなく、偏りはないというものでございませう。

3ページ目、併設医療機関や協力医療機関について調査したものでございませう。協力病院の数は老健施設が50.3%、介護医療院は69.0%でございませう。主たる協力病院と施設の関係は、老健は同一法人・関連法人以外が44.1%、介護医療院は併設病院が60.2%でございませう。

続きまして、4～7ページ目につきましては、主たる協力病院についての詳細調査でございませう。

まず4ページ目ですけれども、主たる協力病院の種別は、老健が地域医療支援病院が35.8%、在宅療養支援病院が8.7%でございませう。病床の種類としては急性期一般病棟が

57.9%、地域包括ケア病棟が38.6%である一方、介護医療院につきましては療養病棟が47.6%でございました。

5 ページ目は入所者の急変時における対応、6 ページ目は急変時の入院受け入れ、7 ページ目は協力病院との連携についての調査でございます。詳細な説明は割愛させていただきます。

続きまして、8 ページ目、入所後に発症した疾患についての調査でございます。発症があった場合に医療機関に転院した人がいた施設の割合は、老健では心不全が71.0%、肺炎が49.5%、介護医療院では肺炎が30.8%、心不全が19.8%という結果でございました。

9～10ページ目は新型コロナウイルス感染症についての調査でございます。9 ページ目の右下、新型コロナウイルス感染症が施設内で発生した割合でございますが、老健は81.5%、介護医療院は66.0%でございました。病院等へ搬送した人の割合につきましては、老健では13.3%、介護医療院では12.9%でございました。

続きまして、11ページ目、新型コロナウイルス感染症に限らず、酸素投与の実施状況について調査を行ったものでございます。

12ページ目、介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーションの実施について調査をしたものでございます。実施していると回答した施設は49.3%でございました。また、認知症リハビリテーションを実施している者について、自宅の状況を確認した対象者は43.0%でございました。

続きまして、13ページ目、ポリファーマシー関係の調査でございます。ポリファーマシー対策として薬剤調査を積極的に実施しているかにつきまして、老健・介護医療院ともに「はい」が61.2%でございました。

続きまして、14ページ目、口腔内スクリーニングでございます。全員に実施していると回答した割合が、老健では52.7%、介護医療院では57.5%でございました。

続きまして、15ページ目、栄養マネジメント強化加算の算定でございます。「あり」が老健では44.3%、介護医療院では38.4%でございました。

続きまして、16ページ目、入所者の基本情報について要介護度や補足給付の段階を利用している居室等について調査したものでございます。

17ページ目、介護医療院において人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスのガイドラインに沿った対応を入所者全員に実施していると回答した施設は52.0%でございました。また、本人の意思が確認できない入所者が72.1%でございました。

18ページ目は入所者の入所元と退所先について調査したものでございます。

続きまして、19ページ目は短期入所療養介護についてでございます。急性期疾患に対する医療処置を行った利用者がいた施設は老健で10.5%、介護医療院で3.7%でございました。また、老健で総合医学管理加算を算定した利用者が「あり」と回答した施設は3.4%でございました。

20ページ目、介護老人保健施設における急性疾患に対する医療的処置を行った短期入所

療養介護の利用者についてでございます。治療対象となった疾患は尿路感染症が12.2%、脱水症が9.2%。総合医学管理加算の算定者における治癒までの状況は入所から7日以内に治癒が72.6%という結果でございました。

資料1-2につきましては以上でございます。続きまして、資料の1-3「個室ユニット型施設の整備・運営状況に関する調査状況」についてでございます。

1ページ目、本調査は1ユニットの定員が10名を超えるものを含めたユニット型施設について、地域での整備状況やケアの提供体制を含めた運営状況、従来型施設と併設する場合の職員の兼務の活用状況、ユニットケア研修等に関する実態把握を行うことを目的としておりまして、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等に調査を行ったものでございます。

3ページ目、定員ごとのユニットの数についてでございます。特養で見ますと9名以下のユニットが8.2%、10名が83.0%、11名が7.4%でございました。また、ユニット定員数の分布について、施設内全て同じ定員数としている特養は81.5%、老健では68.4%でございまして、定員数の異なるユニットが存在すると回答した特養のうち8~10人のユニットが混在である割合は49.8%でございました。

続きまして、4ページ目、定数11人以上のユニットの設置状況につきまして、特養が10.3%、老健が17.6%でございました。そのうち、右側でございますが、令和3年度介護報酬改定を受けたものである割合は、特養が16.4%、老健が5.6%でございました。

続きまして、5ページ目、定員数11人以上のユニットを設置している特養及び老健における業務実態についてでございます。定員数10人以下のユニットとケアの内容や職員間の連携、教育等を比べた場合に、全ての項目について変わらないとする割合が最も多い結果となりました。

続きまして、6ページ目、ケアの質の向上に向けて意識していることについてでございます。ユニット型施設の「そう思う」の回答が従来型施設と比べて一定程度多かったものは、入居者の食器や補食の持ち込みを認めるなど、食事に関する意向を実現できている、入居者がゆったりできる入浴方法について取り組んでいるでございました。

7~8ページ目、特養における時間帯別の職員配置及び負担に感じる業務についてでございます。業務内容については記載のとおりですが、いずれの時間帯においても介護職員数はユニット定員数が10人、11人以上、9人以下の順に多くなっているという結果でございます。

続きまして、9ページ目、従来型個室、または従来型多床室を有している特養のうち、多床室からユニット型個室への転換を予定していると回答した割合は、特養においては1%台、転換する意向はないと回答した割合は、特養及び老健においては約8割という結果でございました。ユニット型への転換移行がない理由としては、入居者やその家族からユニット型個室転換に対する要望がないためなどの回答が多い結果となっております。

10ページ目、ユニット型特養が従来型特養を併設する割合につきまして、左上の表を御覧いただければと思いますが、17.7、それから、6.5を足し合わせて24.2%でございました。

また、特養においてユニット型と従来型との間で介護職員が兼務している割合につきましては、ユニット型では7.1%、従来型では6.7%、看護職員が兼務している割合はユニット型では46.9%、従来型では40.0%でございました。兼務している理由としては、介護職員・看護職員ともに新たな職員の確保が難しいためが多い結果となっています。

11ページ目、ユニットリーダー研修の受講数でございます。ユニット型特養では5,589名、老健では435名であり、受講の課題としては実施研修施設までの距離が遠い、受講費用の負担が大きいとの回答をした割合が多い結果となっております。

続きまして、12ページ目は感染対策の運用についてでございます。ユニット型個室における「そう思う」の回答が、従来型施設と比べて一定程度多かったものは、上から3つ目の感染者の隔離が容易である、さらにその2つ下のゾーニングの経過及び実践の負担が小さいというところでございます。

13ページ目からは自治体調査の結果概要でございます。特養における1ユニットの定員に関する基準を設けている都道府県は特養で見えますと75%、政令指定都市・中核市は68.3%、その他市区町村は45.6%でございました。また、基準の内容については厚生労働省令と同一と回答した自治体が大半でございました。

続きまして、14ページ目、自治体における1ユニットの定員に関する運営指導の実施状況についてでございます。特に実施していないと回答した割合が66.1%、集団指導の際に関連情報を周知しているが20.0%でございました。

15ページ目、ユニット化率の目標設定、施設整備に関する指針についてでございます。ユニット化率の目標を設定していない自治体が大半を占める中、都道府県においては特養のユニット化の目標を51%以上の数値に設定している割合が17.9%でございました。施設整備に関する指針について、ユニット型のみ整備を認めていると回答した割合は、政令指定都市・中核市の地域密着が41.5%と最も多い結果となっております。

16ページ目、施設整備補助事業の実施状況についてでございます。都道府県における特養の新規創設を対象とした補助事業について、ユニット型のほうが従来型より補助単価が高い、また、ユニット型のみ補助対象としている割合が42.9%、これは25.0と17.9を足し合わせたものでございます。改築等を対象としているところにつきましては39.3%でございます。これは28.6と10.7を足し合わせたものでございます。

続きまして、17ページ目、令和3年度以降のユニット型施設の整備状況について、都道府県においてユニット型特養の新規創設について実績ありと回答したのは39.3%、改築等について実績ありと回答したのは46.4%でございました。

18ページ目、ユニット型施設の整備促進に関する制度運用上の課題につきましてでございます。施設では施設整備に関する補助金の補助率・補助上限額の引き上げ、開設準備や運営に関する補助金の補助率・補助上限の引き上げと答えた割合が多く、自治体では特になしと回答した割合が多い結果となっております。

資料1-3につきましては以上でございます。

続きまして資料1－4「LIFEの活用状況の把握及びADL維持等加算の拡充の影響に関する調査研究事業」でございます。

2ページ目、本調査は令和5年度の調査時点でLIFEを導入している事業所に対し、令和3年度から開始されたLIFEの活用状況や課題等に関するモニタリングを引き続き行うとともに、ADL維持等加算の拡充の影響を検証するために調査を行ったものでございます。加えて、LIFE関連加算の算定状況を把握するために、介護保険総合データベースの分析も行っております。

3ページ目、図表1でございますが、LIFEへのデータ登録方法についてでございます。令和5年度調査時点では、令和3、令和4年度調査時点と比較して、LIFE上での直接入力と回答した事業所の割合が減少傾向にあるという結果でございます。また、LIFEを多職種連携に活用するために行っている工夫については、図表2を御覧ください。

続きまして、4ページ目、図表3でございますが、これはLIFEの活用場面についてでございます。利用者の状態の管理、課題把握等で活用している事業者の割合が増加傾向でございます。図表4、LIFE活用に伴う事業所内での多職種連携の議論の状況についてでございますが、利用者情報等に関して委員会等で議論を実施している事業所の割合が増加傾向でございました。

5ページ目、図表5でございますが、LIFEによりケアの一連の活動の中で、これまでの取組がさらに充実した点に関して、利用者の状態の評価、介入の位置づけと回答した事業所の割合が高いという結果でございました。また、図表6でございますが、LIFE未算定事業所がケアの一連の活動について課題と感じる内容としては、利用者の状態の評価の方法と回答する割合が高いという結果でございました。

6ページ目、図表7のLIFEへのデータ登録について、複数の加算があることによる不便な点としては、複数の加算において同様の項目を入力することが手間である、加算ごとに提出頻度が異なる点が手間であると回答した事業所がそれぞれ半数でございました。図表8は同一利用者におけるLIFEへの提出頻度について、いずれの加算においても赤い点線で囲んでおりますとおり、加算の算定要件で定められた頻度で提出している事業所の割合が最も高いという結果でございました。

7ページ目、図表9でフィードバックに関してでございます。フィードバック票の図表の分量についてちょうどよいと回答した事業所は約半数でございます。図表10でフィードバックの内容について、全て理解できる、また、ほぼ理解できると回答した割合が約3割、図表11の事業所フィードバックにつきまして、全国平均以外に比較した条件として、自事業所・施設と同じ地域との比較、自事業所・施設と平均要介護度が同程度の事業所・施設との比較と回答した事業所の割合が高い結果でございました。

8ページ目、図表12でございますが、LIFE関連加算未算定事業所に対してLIFEの利用意向を確認したものでございますが、今後LIFEを利用したいと回答した事業所は約64%でございました。LIFEを利用していない理由については図表13を御覧ください。

9 ページ目、図表14、15につきましては、LIFE関連加算未算定事業所に対する調査でございます。介護ソフトを使用していない事業所が算定事業所に比較して多い傾向にございます。約8割の事業所が利用者の状態を日常的に評価していたという結果でございます。評価している内容につきましては図表6のとおりでございます。

続きまして、10ページ目、図表17～19はADL維持等加算に関してでございます。ADL維持等加算算定に当たり、新たに開始した取組については、いずれのサービスにおいてもBarthel Indexを用いたADL評価の実施、定期的なADL評価の実施と回答した事業所が最も高い結果でございました。

図表20～22はADL維持等加算算定に当たり、感じている課題についてでございます。加算の算定要件が分かりにくい、調整済みADL利得の計算方法が分かりにくいと回答した事業所・施設の割合が最も高い結果でございます。

12ページ目、図表23、24は令和3年4月から令和5年4月までLIFE関連加算を算定している事業所の割合を介護保険総合データベースから算出したものでございます。施設サービスでは介護老人保健施設が最も高く、通所・居住系サービスは施設サービスと比較して低かったという結果でございます。

13～14ページ目、図表25、26は令和5年4月におけるLIFE関連加算の算定状況を加算別・サービス別に算出したものでございます。

15ページ目、図表27、LIFEの活用を行うために必要なアカウント発行、初回ログイン、職員登録、利用者登録の状況及びLIFE関連加算の算定率を集計したものでございます。

続きまして、16ページ目、図表28～31はLIFE関連加算の算定要件のうち、LIFEを介したデータ提出の要件を除いたものが算定要件となる加算の算定率、これをLIFE関連加算の算定率と比較したものでございます。例えば個別機能訓練加算ではLIFE関連加算であるIIの算定率が、LIFE活用要件が含まれないIの半分以下にとどまっております。ほかの加算でも同様の傾向が見られております。

17ページ目、図表32～34はADL維持等加算の算定状況別に利用者を分類し、2022年4月、10月において入力されたBarthel Indexの合計点数の比較と標準偏差を分析したものでございます。一部2時点間のADLの差分について、ADL維持等加算の算定状況別に有意差が認められた項目がございました。

18ページ目、図表35～38はLIFEのADL維持等加算算定機能を用いて、データを登録した事業所の利用者について、利得値計算の際に要件となっている初回要介護認定から12か月以内の有無及び除外条件の有無で分析を行ったものでございます。2時点間のADLの差分については、一部初回認定12か月以内の該当の有無別に有意差が見られたというものでございます。

資料1～4につきましては以上でございます。

続きまして、資料の1～5「認知症グループホームの例外的な夜勤体制の取扱いの施行後の状況把握・検証、必要な対応の検討に関する調査研究事業」でございます。

1 ページ目、本調査は、令和3年度介護報酬改定において、認知症グループホームの夜勤職員体制を3ユニットの場合であって、各ユニットは同一階に隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造で安全対策を採っていることを要件に、例外的に夜勤2名以上の配置に緩和できるということを令和3年度介護報酬改定において対応いたしました。当該改定の夜間のサービス提供等の影響について、施行後の状況を把握するということが目的とし、実施したものでございます。アンケート調査、効果実証を実施しております。

2 ページ目、まず、効果実証についてでございますが、事業所の業務等の実態を把握し、改善すべき課題の把握を目的としているものでございます。実証テーマにつきましては、マル1からマル3のとおりでございます。

3 ページ目、まず、調査対象の事業所は3ユニットの事業所でございますが、図表3、先ほど御説明いたしました例外的な夜勤配置の対象となる3ユニット同一階により全て隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造に当てはまると回答した割合は、3ユニットの事業所の中での6.8%でございました。

5 ページ目、安全対策の実施状況についてでございます。図表7、防災対策でございますが、職員、利用者を対象とした集合訓練を実施しているが92.6%、図表8、事故発生防止の対策については、事故発生防止のための指針・マニュアルを作成しているが80.5%で最も高いという結果でございました。

6 ページ目、図表10、夜勤職員の1ユニット当たりの配置人数でございます。1～2人未満が最も多く70.0%でございました。図表11が夜勤帯において業務を行っている時間が長い業務でございます。排泄介助・支援が87.9%でございました。図表12、夜間帯の利用者の状況把握の方法については、定期巡回による確認が94.2%、次いで利用者からの訴えを受け訪室が71.6%でありました。図表13、その際の利用者から求められることが多い業務は排泄介助・支援が89.7%で最も多かったという結果でございます。

7 ページ目、見守り支援機器の活用についてでございます。図表14、導入状況については導入済みが41.1%でございました。図表16、導入した目的・理由は、ヒヤリハット/介護事故防止のためが84.6%と最多、次いで訪室していない時間帯の見守りや安否確認のためが75.6%でございました。いずれも効果を感じられた導入時の目的では、78.2%と最も高いという結果でございました。

続きまして、8 ページ目の図表18、導入済み事業者の導入におけるケアの変化についてでございます。訪室による利用者の覚醒の回数は、変わらないが47.4%、ヒヤリハットや介護事故の発生件数は減ったが75.6%で最も高いという結果でございました。

9 ページ目、例外的な夜勤体制を導入している3事業所分の結果としてお示ししているものでございます。図表19、導入した経緯については、3事業所の全てが夜勤職員が不足しているためと回答しております。図表20、導入の効果については、日中の人員把握を手厚く変更させることができた、人材を効率的に活用でき、人件費減らすことができたとい

う回答が挙げられております。

10ページ目、図表21、例外的な夜勤体制導入によるユニットケアの影響について、影響がありとした2事業所のうち、図表22、その内容でございますが、一方のユニットで介助していると他のユニットの入居者の状況を察知しにくい。同時に対応が必要な状況に迅速に対応できないという回答がございました。また、図表24、導入の課題は、夜勤を希望しない職員が増えた、特定の職員に夜勤が偏る、減算による影響が大きい、そうした回答がございました。

11ページ目、例外的な夜勤体制未導入の事業所の未導入の理由について、図表25、算定要件に関することについては構造上の問題で要件に該当しない、利用者に関することにつきましては、夜勤職員を減らすことにより利用者の対応が十分に行えない、職員に関することについては図表26にございますが、夜勤職員の身体的負担が増えるといったものが挙げられております。

12ページ目、例外的な夜勤体制未導入の事業所へ導入するための必要な支援についてでございます。図表27、まず、算定要件に関することについては、同一階、各ユニット隣接でなくとも加算を算定できる要件の追加、利用者に関することについては、利用者に応じた対応ができるための体制構築、図表28、職員に関することにつきましては、夜勤職員の身体的・精神的負担を減らすための勤務体制の改善、事業所運営に関することについては夜勤業務を効率化できる機器やツールの活用が上位に挙げられております。

13ページ目、タイムスタディー調査の結果についてでございます。図表30、実証テーマ2では、事前から事後において直接介護の時間が14.0分増加し、図表31、実証テーマ3では事前から事後において直接介護の時間が22.0分増加したという結果でございます。

続きまして、14ページ目、図表33、実証テーマ2では夜勤職員体制、夜勤職員1人1夜勤当たりの目的別訪室回数について、定時巡視が15.5回増加し、図表34、実証テーマ3では夜勤職員1人1夜勤当たりの目的別訪室回数について、定時巡視が6.1回増加しております。

15ページ目、職員向けの調査についてでございます。図表35、夜間見守り業務の質の維持に関する調査でございます。実証テーマ1の夜間見守り業務の質の維持に係る質問について、担当するユニットの範囲が増えたために見守りが大変になったの設問、夜勤者1人当たりの業務が増えたため、個別対応に追われるようになったという設問に対して、それぞれ、そのとおりだ、まあそうだとの回答が多かったという結果でございます。一方で、担当するユニットの範囲が増えたことによって生じた支障については、ICTの導入等、業務上の工夫により解消しているの設問、夜勤1人当たりの業務量が増えたことによって生じた支障については、ICTの導入と業務上の工夫により解消しているの設問に対して、それぞれ全く違うとの回答が多かったというものでございます。

16～17ページ目は、実証テーマ1と同様、実証テーマ2、3においても、夜間見守り業務の質の維持に関する調査を行ったものでございますが、実証テーマ1と傾向に大きな差

は見られてございません。

資料1-5については以上でございます。

最後でございますが、資料1-6「認知症介護基礎研修受講義務付けの効果に関する調査研究事業」でございます。

1 ページ目、本調査でございますが、令和3年度改定におきまして、介護に直接関わり医療福祉関係の資格を有さない者が認知症介護基礎研修を受講できるための措置を講ずるよう、介護サービス事業者に対して義務づけられたことを踏まえまして、この研修の修了状況などの現状を把握するとともに、受講義務化に伴う効果を検証することを目的として実施したものでございます。

令和4年度の研修修了者が所属する事業所等に対する悉皆調査の調査票を発出しております。

2 ページ目が研修の概要、3 ページ目が管理者票及び修了者票、それぞれの回答事業所別の割合でございます。こちらは記載のとおりで説明を割愛させていただきます。

4 ページ目、図表3、修了者の介護業界での経験年数でございます。新入職員である1～2年目は合計で27.0%ございました。図表4、修了者がこれまで受講した認知症に関する研修についてですが、受講したことがないが68.8%、図表5は修了者の医療・福祉関係の資格保有状況でございます。保有しているが11.5%、保有していないが87.1%ございました。

続きまして、5 ページ目、基礎研修は介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者を対象としております。主な対象者の中で介護業界での経験年数が1～2年目の職員は、回答者のうち24.0%が該当しております。

6 ページ目、図表8、修了者が基礎研修を受講した理由でございます。上司に指示されたからが43.0%、認知症の方へのケアについて学びたかったからが41.9%でありました。図表9は管理者が基礎研修を受講させた理由でございます。改定の義務化をきっかけに受講させたが82.4%ございました。

続きまして、7 ページ目、図表10、11は受講した時間・場所の確保に関する質問でございます。受講した時間帯、全て業務時間内に受講が46.1%、全て業務時間外に受講が39.0%ございました。受講場所については職場のみが55.0%、自宅のみが33.0%ございました。

続きまして、8 ページ目、施設・事業所が研修の際に行う支援についてでございます。研修費用を全額補助しているが41.6%。パソコンやインターネット環境等を整備しているが64.5%ございました。

続きまして、9 ページ目、図表14は修了者が感じる研修受講の効果でございます。そう思うと回答した割合は、ケアに関する知識の習得が45.5%、考え方の変化が44.5%、方法の変化が40.4%ございました。図表15は管理者から見た効果でございますが、そう思うと回答したものについて、知識の習得が21.8%、方法の変化は15.8%ございました。

10ページ目、図表16、研修の受講による効果の有無についてでございます。修了者本人へのお尋ね、知識の習得でそう思うと回答した割合は事業所別によって一定の差が見られ、介護老人福祉施設が50.5%で最も高かったという結果でございます。考え方の変化では、そう思うと回答した割合は事業所種別間では差は見られませんでした。ケアの方法の変化では一定の差が見られ、そう思うと回答した割合は介護老人福祉施設が44.0%と最も高いという結果ございました。

11～12ページ目の両方でございますが、図表17はケアに関する知識の取得状況について個別項目を尋ねた結果であります。御覧のとおり、そう思うと回答した割合は全体的に5割前後、そう思うとややそう思うを合わせたものにつきましては9割超と肯定的な意見が多くを占めております。なお、事業所ごとの大きな差は見られておりません。

13～14ページ目、ケアに関する考え方の変化について、個別項目ごとに尋ねた結果でございます。そう思うと回答したものにつきまして、一人一人を尊重することが大事だと思うようになった、認知症の方本人の声や気持ち・思いを確認することが大事だと思うようになったで約7割でございました。こちらも事業所別の種別の大きな差は見られてございません。

15～16ページ目、図表21はケアに関する方法の変化について個別項目ごとに尋ねた結果でございます。そう思うと回答した割合につきましては、本人の話をよく聞くようになった、適切な表情や態度を意識しながら行うようになった、利用者への言葉遣いを変えるようになったで5～6割でございます。

17ページ目、図表23は管理者に受講した研修を修了した職員の変化についてお尋ねした結果でございます。積極的に利用者に関わるようになったが20.6%、利用者の言動とこれまでの生活を結びつけて考えるようになったが15.3%でございます。

18ページ目、図表の24、25は基礎研修の受講時間や学習内容のレベルに関する回答の結果でございます。研修の受講時間について適切だったと思うが62.2%、学習内容のレベルについては適切だったと思うが71.0%、eラーニングの操作方法については適切だったと思うが66.6%でございました。管理者について尋ねたところ、研修の受講については適切が72%、学習内容のレベルについては適切だと思うが72.4%でございました。

最後の19ページ目、図表26は修了者が基礎研修の受講を未受講者に勧めたいと思うかについての結果でございます。そう思うと回答した割合は50.3%でございました。図表27は基礎研修以外に認知症に関する研修を受講したいと思うかどうかについて尋ねた結果でございます。そう思うと回答した割合は41.8%でございました。

資料の1～6まで御説明させていただきました。

以上、6調査の速報値、資料の概要について説明させていただきました。

なお、質疑については各担当課より対応させていただきます。

また、資料については今後の介護給付費分科会の議論を踏まえて修正等が生じ得ますので、その点は御了承いただければと思います。

事務局からは以上でございます。

○松田委員長 それでは、ただいま説明のありました事項について、御意見・御質問がありましたらお願いいたします。各委員におかれましては、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただくようお願いいたします。いかがでしょうか。

○今村委員 全部、どこでもいいということでしょうか。

○松田委員長 最初の1番からお願いします。いかがでしょうか。

小坂委員、お願いします。

○小坂委員 説明ありがとうございました。

ICTというのは、調べたのはテレビ電話等というところで、オンラインでの会議を主体としているように思えたのですけれども、例えばコロナの対応で一番大変なのが、施設長がいろいろな関係者に電話をかけまくって、それだけで1日が終わるみたいな話がありました。医療と介護の連携だと、地域によっては具体的な商品名を挙げると、メディカルケアステーションとか、あるいはLINEのグループとか、医療と介護の連携でSNSをかなり使って有機的にやっているところもあるのです。そういった話は連携にかなりつながるところがあるのですけれども、その辺の話というのは、この調査でやっていることがありますか。

○松田委員長 いかがでしょうか。

○説明者 老健局高齢者支援課でございます。御質問ありがとうございます。

本調査で確認した事項がテレビ電話とZOOMですとか、Google Meetですとか、そういったものになってございまして、委員御指摘のそういったSNSの活用については質問事項に含めていないところでございました。

○小坂委員 BCPというか、あれにも関わる話なので、今後そういったところがうまく進むといいなと思っています。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

大変重要な御指摘、SMSベースの仕組みでやっているところが結構最近増えているので、そこも含めて調査していただいたほうがよろしいと思います。

木下委員、どうぞ。

○木下委員 調査1の21ページとか22ページのことで御質問なのですが、21ページによりますと、ICTの活用は利用者や家族との面談とか入所申し込み、それから、施設利用者と家族との面会といった点には、あまり活用されていないのが現状かなと思います。約半数ぐらいの人が全く活用していないということだったのです。

次のページを見てみますと、事業の効率化等では効果があるということなのですが、利用者・家族の安心感の向上という項目では、どちらとも言えないという回答が非常に多く、半数以上を占めていると思うので、そもそも活用していないからどちらとも言えないのではないかなと思ったので、その辺り、必ずしも活用している人にとっては、もしかしたら効果があったと考えられるかもしれませんので、質問する対象を少し変えることによって、

また別の視点で効果が見えてくるのかなと思いますのでコメントさせていただきました。

○松田委員長 ありがとうございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 BCPの策定状況について非常によく分かりました。未策定のところは大体2割弱のところなのだけれども、その背景としては大体小規模で職員が少なく、そういうところの通所訪問系のサービスというのは、なかなか策定が難しいのだなということがよく分かったのです。特に8ページの例えば自然災害の図表8のBCPの策定時の課題などを見ても背景がよく分かったので、これからBCPの策定を推進していくには何をすることが必要なかということが、ここからもよく分かったのです。

もう一つだけ聞きたいというか確認なのですけども、例えば自然災害のところ、未経験の事態を想像しながら策定することはなかなか難しいということで、これは大変よく分かるのですが、ということは、やはり地域性が出てくるのか。例えば大災害を経験している宮城県とか、そういうところでは、さすがにこれはつくらなくてはいけないということで多分つくるとは思うのですけれども、経験していない地域ではなかなかつくりにくいという感じがあるのではなかろうかと想像されるのです。そうすると、経験していないところに対しては、どうやってそれを伝えていくかということが、これからの課題になるのではないかと思うので、その辺の分析はなされているかどうかだけお聞きしたいと思います。

○井上委員 委員長、よろしいですか。

○松田委員長 どうぞ。

○井上委員 委員長を担当しています井上と申します。御質問ありがとうございます。

まず、最初の下木委員からの御指摘なのですけども、こちらは御指摘どおりで、クロスをかけると多分そこが出てくると思いますので、今後の分析で対応したいと思います。

もう一つ、今、栗田委員からいただいたことなのですけども、冒頭で御指摘いただいたとおり、確かに小規模、そして、通所系・訪問系を中心に少しサポートが必要だということが見えてきたと思っています。後半で御指摘いただいた未経験の事態を想像しながら策定することというところですけども、ここもクロスでやってくると出てくるのかなという話の一つあります。

一方で、行政側の回答としては、こういうものの難しさがあるのではないかとこのころに、あまり〇がついていないのです。なので、当事者の策定する側のほうと市町村側で少し感覚の違いがあるのだなということなので、まず、ここを共有することが大事なかなと思って結果を読んでいたところでした。ありがとうございます。

○松田委員長 小坂委員、お願いします。

○小坂委員 BCPのことで、全国調査もさせてもらったことがあるのですが、今、名古屋大学とかでいろいろやっているのが、BCPをつくってもやはり駄目という話があって、その地域で介護施設が止まったら働けない人がいるし、保育園が止まったら働けない人がいると

いうところで、地域でやっていかななくてはいけないということと、もちろん、BCPがつくれるのはいいのだけれども、プランというのは何か起きたときに、いろいろ実習を見ると、せいぜい3つです。私が行ったところでも人の命優先、金は後回し、ただ、記録を残す、それだけを3つにして現場対応していたというのが基本です。

そうすると、BCPという言葉あまり強調するのはよくなくて、やはりマネジメントなのです。だから、本当はコミュニティーでマネジメントという、Pというのは、これから厚労省もやめたほうがいいのではないかなと思うぐらい、プランだけつくっておしまいという形になるのはよくないし、自分の施設だけやれば終わりという話では全くないと思うのです。

大規模事業者は自分のところを融通できると思いますが、そうではないところは、地域包括ケアの中できちんとこれを入れていくというような、ある程度方針を出していかないと、ただ単に事業所ごとのひな形をつくりました、はい終わりというのでは全然進まないだろうし、もっと言うと、本当に個人個人のケアプランの中に自動的に入ってくるぐらいのことは、今後のことを考えると、打ち出していないと、なかなか厳しいのではないかなと思っています。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

近藤委員、お願いします。

○近藤委員 小坂委員とかぶるところがあるのですがけれども、大体BCPをつくっていく過程で、最初に手をつけやすいところは、みんなつけている感じなのですがけれども、大事なのは、実際に研修とか実習的な訓練的なことをやる場所までいくのが大事なのです。先行事例でも、実際にそこまで到達しているところでは災害が起こってもちゃんと利用者さんの命を守ることができたという事例があると思います。

ただ、共通している問題としては、なかなか手が足りなくて、人が欠けてしまったときに、どうやってそういった災害から利用者さんを救助するところに力をつぎ込めるかということになるのですけれども、そうなると、コミュニティーの力を利用するというのが大事になってくるのです。この調査の中では、割と全施設的になかなか、コロナのこともあるので、コミュニティーに助けを求めるところまでいっていないようでしたが、割と小多機、看多機では少し導入が高かったという事例があるみたいなので、そこを深掘りして、どうやったらうまくコミュニティーの力を借りられるようにするかという部分も調査したほうがいいのではないかと感じました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

福井委員、お願いします。

○福井委員 19ページ以降がテレビ電話等の導入状況ということで御説明をいただいて、最初の2枚目は次期介護報酬改定に向けた検討に資する基礎資料を得るためということで、

22ページ目がテレビ電話等の効果というところで御説明をいただいたのですけれども、次期改定の現場に即した改定に向けての資料という意味では、効果だけでなく、課題の部分も必要ではないかと思いました。例えばコスト、Wi-Fiをきちんと整えとか、デバイスを準備するとか、あと、対面での効果というので、実際に現場はハイブリッドでなさっていると思うので、その辺りの効果だけでなく、課題というところも今回調査されたのかどうかというところ、もし、御議論があったら教えていただければと思います。

○松田委員長 井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

まず、最初にいただいた近藤委員からの御意見ですけれども、これから小多機を含めてヒアリング調査する予定になっていますので、そこできちんと対応していきたいと思っています。

福井委員にいただいた御意見のほうは、こちらのアンケートのほうではそこまで深掘りできていませんので、これからのヒアリングのほうでという形になるかと思っています。

○松田委員長 ありがとうございます。

小坂委員と多くの委員が言われたように、恐らくBCPは地域でつくっていかないとどうしようもないと思うのです。実際に何か起こってしまえば、ほかの医療機関とかと連携でいろいろやっていくので、そういう意味では地域単位で連携ベースをつくっていくことが必要だろうと思います。これは厚労省のほうの宿題だと思います。

続きまして、老人保健施設と介護医療院のことにつきまして、御意見・御質問等はございますでしょうか。

今村委員、お願いします。

○今村委員 調査をやった人間としてコメントさせていただきたいと思います。幾つかおっと思ふ結果があったので強調させていただきたいと思います。

まず、9ページにありますコロナの感染者をどれだけ病院に送ったかということで、見ていると、もっと多いのかと思ったら1割しか送っていない。私は医療系のコロナの調査をたくさんやっている中で、老人施設から物すごくたくさん来て困ったとの回答がたくさんあるのですけれども、老人施設では9割ぐらいは自分のところで見て、1割を送っただけなのだけれども、医療機関のほうは大変だったという、このような関係なのだなというのは、調査の結果で思ったことです。

あと、8ページにあります老健と介護医療院でどんな人を転院させましたかということで、老健の場合は心不全がすごく多いのですけれども、介護医療院の場合は心不全がほとんどないということで、介護医療院は心不全の人を最後まで診るのだなと思いました。

もう一つ、17ページのACPの話です。前々から介護医療院からよく言われていたのですけれども、介護医療院に来る頃には本人の意思確認ができないからガイドラインに沿えないという話があったのです。ここで見ていると、7割の方が現時点でガイドラインをとということではない。ただ、その前の施設でやってもらっている方を入れると、半分ぐらいはガ

イドラインをクリアしているのだけれども、実際に介護医療院だけで完結するのは難しいなということが分かったわけで、今回の調査結果でおっと思ったところです。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

小坂委員、お願いします。

○小坂委員 今の委員長からのお話で、コロナのときに割と医療機関に送らなかったということに関しては地域でかなり違って、非常に大きな波のときは、例えば私はよく知る県でも介護施設から取らないと、要するに籠城戦をしろということになったのです。そういうのは幾つかの県でも同じく見られていますので、決して医療に行かなかったことがいいみたいな解釈は難しいし、それが医療機関に送られずに、3割ぐらいが送られることがなくなって裁判になっているような事例もありますので、この数字は送りたかったけれども、送れなかったみたいなこともたくさんあるという中での数値だということは御承知おきいただいたほうがいいかなと思いました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

木下委員、お願いします。

○木下委員 私もこの調査に関係しておりましたので、少しコメントさせていただきたいのですけれども、私が注目したのは5ページ目です。平日の普通の受け入れと夜間・休日の受け入れというところで、設置母体によって受け入れの対応がかなり異なってくるというデータが出ておまして、同一の併設のところであるとか、同一法人・関連法人だと夜間・休日でも受け入れてもらえるけれども、関連の法人以外ではいずれも受け入れてもらえないということもかなり目立ちましたので、それについて私も注目すべきと思いましたので、コメントをさせていただきました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

近藤委員、お願いします。

○近藤委員 先ほど今村委員の御発言で心不全の話が出てきたので、確かに介護医療院は心不全も受け入れられるという設定になっているのです。ただ、薬が使えないのがあって、むしろ逆に入所を制限してしまっているのではないかなと、特にかなり高い心不全治療薬を使わなくてはいけない場合は、だから、そこは1回深掘りして調査してみたほうがいいのではないかという気がいたします。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

あと、心不全の定義もあります。エンドステージのところの心不全と老健施設のところの心不全、もしかしたら同じ心不全でも病態が違うかもしれないです。

田宮委員、お願いします。

○田宮委員 基本的なところかもしれないですけども、4ページの医療院がどこと協力するかというところで、図表10で療養病棟が結構まだ多いのです。図表9はその他の病院というのが多くて、やや療養病棟と医療院の関係がまだ高いのだと思います。これはこれから移行するところもあるのかもしれませんが、それとも介護医療院というのは療養病棟と一緒にやってくという方向性なのか、この辺の数字をどう読んでいいのかを教えてくださいとありがたいと思うのです。介護療養が医療院に変更したところと老健とが多くて、医療療養は多分そのままなのでしょうか。そういう介護医療院との併設の在り方、協力の在り方というのは、療養病棟との関係をどのように今後考えていくのか。現状等が分かれば教えていただきたいと思いました。

○松田委員長 これはどなたが答えますか。今村先生が答えますか。

○今村委員 私からでいいですか。

一番多いのは介護療養から移転したものが多くて、その次は医療療養で老健の順番だと思います。基本的には療養病床を持っているところが移転しているので、療養病床との連携という状況は、設置母体そのものがそういう状況なので必然の結果かなと思っています。これからも移っていくとすれば、基本的には療養病床を持っているところなので、この傾向は変わらないのではないかな。今まで3年続けて調査していますけれども、その傾向としては変わらないかなと思います。

○田宮委員 完全に移行するのではなくて、もともと持っているところをそこに残したまま、一部を介護医療院に移行して協力していくという感じですか。

○今村委員 そうです。

○田宮委員 分かりました。ありがとうございます。

○松田委員長 福井委員、お願いします。

○福井委員 9枚目で、今村委員長が御説明くださった病院への搬送が1割強というところですけども、今、老健と介護医療院の2つの種別だけで結果を出していただいているのです。また、それぞれの種別の中で規模だったり、医師の配置とか、看護師の配置とか、少しカテゴライズして、どういう体制のところか、病院への搬送が多いのか、少ないのかとか、細分化して分析されると、何かいろいろ方策が見えてくるかもしれませんので、そのようにお願いできればと思ってコメントさせていただきました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

今の御指摘はとても重要なポイントで、老健などに療養型がまだかなりありますので、そういうところで何か起こった場合に、搬送は多分あり得るのだろうとは思っています。

あと、転換に関しては、いわゆる入院基本料2がなくなって、そういうところがある程度入院基本料1に行けるように患者さんをセレクトして、残りの部分を介護医療院にしているというパターンもかなりあるので、田宮先生の御質問に対しては、そういうことだろうと思います。

そのほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、3番目の個室ユニットにつきまして御質問等がございましたらお願いいたします。

田宮委員、お願いします。

○田宮委員 今村先生と同じで私もここの担当なのですが、幾つか説明を追加させていただきたいなと思って手を挙げさせていただきました。これは私も初めて担当していて、どのように考えたらいいのかと思うところはまだあるのですけれども、まず、思ったのが、ユニットの人数を増やしても今回負担がどうかというのが、とても大事なところなのです。

4～5ページを見ていただくと、4のほうは令和3年度の報酬改定を踏まえて立てるので時期的にこの調査は早くて、時間的にずれていたんで、その効果はもともと少ないということは気をつけて読まなくてはいけないことを委員会でも言うておられました。

それと、一番は5ページの図表11のグラフで、下のほうの職員における業務負担というのは、確かに御説明では変わらないが多いですということでスルーしてしまったように思うのですけれども、やはり下のほうを見ますと、多い、大きい、それから、やや多い、大きいもある程度ありますので、これは変わらなかったというよりは、そこも見ていかなくてはいけないかなと改めて思いました。

それから、9ページの御説明の中で、特養からユニット型への転換に対する希望がないためという理由が転換しない理由として多いという説明があったのです。ここも委員会の中でも議論になって、要望を聞いていなかったり表明できなかったりすることもあるかもしれないということは出ていて、ずっとこれも議論になっているのですけれども、家族がユニット型を希望しないのは経済的な理由も結構あるのです。なので、ユニット型を推進するというのはケアの上ではいいけれども、費用の上では高くなるというので、市町村ごとに差もあつたりしますので、その辺も含めて、特養の最後の公的介護保険による施設が中心になっていって費用が上がってしまうというのは、家族の意向とかがもう少し必要なのかなと思って聞いていました。これは委員会でも議論になっていたことです。

それから、11ページの研修のほうは先ほどのいろいろなものとも共通しますけれども、やはり現場の方の負担は考えたほうがいいかなと思いました。一番は負担が多いと言っているところまだあるということ、それから、ユニット型に対しての補助だけがある市町村とかもありますけれども、全体の公的な施設の在り方として、ユニットだけ推進というのは気をつけなくてはいけないなと思っているという2点です。

○松田委員長 ありがとうございます。

今の御意見に関連して何かありますでしょうか。

この比較なのですけれども、もともと多い人たちは変わらないと答えてしまうのです。だから、もともと多いのか多くないのかというベースラインおところの調査をきちんとやっておかないと、多分すごく忙しい人たちがまた忙しくなっても、多分忙しいと思うだけ

なので、そこは何か質問票を工夫したほうがよかったかなとは思いました。

ほかはいかがでしょうか。大丈夫ですか。

時間も押しているので、また後に戻るといふことにしまして、4番目LIFEの活用につきましてお願いします。御意見等はございますでしょうか。

今村委員、お願いします。

○今村委員 技術的なことで、17ページのLIFEのBarthel Indexの有意差のことなのですが、特には32にありますように4万例もあると、ごくわずかでも有意差は出るので、その0.2の有意差で差があったということは抵抗があるかなと思います。有意差があるという事実はそうなのですが、数が多かったら絶対に有意差は出ますので、これを差があると読むのは控えてもらったほうがいいかなと思います。間違っていないのですが、気になりました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。実際にそうだと思います。

藤野委員、お願いします。

○藤野委員 担当しました藤野です。今の御指摘の点なのですが、その点は我々も議論の中で認識しております。ここのあれは0.2の差というよりは、0.2と1.2の差をここで表現しています。それにしてもこの1.0という差がどうなのだというのはずっと議論として残っております。あとは若干であります、そもそもベースラインが違うというところも、改善しやすい人が多いか、少ないかみたいな話もございまして、一方で多変量解析とか層化解析までするかという議論もあったのですが、介護報酬のこの委員会の監修としまして、あまりそこまでの統計分析を過去にしていないということで、そこはこの資料の中では保留しております。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

木下委員、お願いします。

○木下委員 2点あります。

1点はずごくテクニカルな問題で9ページの図表14です。凡例が介護ソフトを使用しているというのが一番多いはずだと思うのですが、凡例を見ると、黒く塗りつぶしてあるはずのところは塗りつぶしていないので、そこは単純なミスかなと思いますので、御確認いただきたいなと思いました。

もう一つは8ページ目のLIFEの今後の利用意向というところで、32.5%の施設が全く利用したいと思わないというような回答をされているのです。ただ、利用していない理由としては、その意義を理解できないとか、活用方法が分からないとか、魅力的なフィードバックがないというのは非常にごく少数で、負担が大きいとか、手間が大きいとか、そういったものが主なのですが、この活用したいと思わないという30%程度の施設の種別とか、あと、通所であるのか、訪問であるのかとか、そういったことももう少し詳しく

分かったら、今後の活用に道が開けるのかなと思いましたが、コメントさせていただきました。

○松田委員長 ありがとうございます。

福井委員、お願いします。

○福井委員 5 ページ目の図表 6 のほうで困っていただいたところの御説明があったのですけれども、課題と感ずる割合が一番多いのが、ケア計画の見直しに向けたKPIが設定されていないというこの御説明がなかったのではないかとということ。

あと、7 ページの図表 11 でフィードバックについて比較したい条件で、同じ地域の比較とか、同じ規模の事業所との比較というようなことが上位に上がっていて、フィードバックの内容は、まず、自分と類似のところの比較というのとかは、すごく有用だと思うのですけれども、もともとこのLIFEはPDCAデータを捉えてケアの質向上に向けてということで、理想的な部分かとは思いますが、ケアの内容とか、KPIの内容が設定されていないというところがそれなのかなと読んだのです。少し先かもしれませんけれども、直接的にケアの質向上の示唆につながるようなフィードバックという、方針というか見通しというものはあるのでしょうか。可能であればお願いいたします。

○藤野委員 ありがとうございます。

これは厚労省様と私と意見が違いかもしれません。まず、調査を担当した私のほうの意見からです。今回の委員会の位置づけとしまして、フィードバックの内容とか、中身について議論する場ではないということを通認識として進めて、あえて意図的にやっています。というのは、フィードバックの中身の話にしますと議論が収束しなくなるという過去の経験がございまして、あくまでこれはLIFE加算、それから、LIFEというシステムの話という中で、フィードバックに対する御要望が多いというのを示しているのが、この7 ページの図表 11 だとしました。こういう御要望に応じていくのかどうかというのは、この委員会をさらに超えた議論として今後進んでいくのかなという認識しております。

それから、御指摘があった5 ページもKPIの話ですけれども、これは私からこうでしたとしか申し上げられないところです。私の認識と違いかもしれませんので、もし、厚労省様の御意見がございましたら、どうぞよろしくお願いします。

○松田委員長 いかがでしょうか。

○福田介護保険データ分析室長 老人保健課でございます。ありがとうございます。

まず、5 ページの図表 6 についてですけれども、これはLIFE関連加算未算定事業所が課題としているというような御回答の中で、ケアの見直しに向けた指標、KPIを設定されないという回答が多かったところだと思います。少し関連してですけれども、そもそもLIFEの仕組み自体が導入されたのが令和 6 年からになります。しっかりと利用者の方を評価していただいて、それをデータで登録、提出して、そうしたものがフィードバックされて、それを見ながら、さらにその方のケアを考える、こういう一連の取組を促す仕組み、その中でもデータを活用されたりという全体が、このLIFEというシステムでございます。ですの

で、直接的には、まさに現場でその人のケアですとか、そういったところに直接役に立ちというところが究極的な目的になるかなと思っています。

今は走り始めてまだ数年といったところでございますけれども、入力に手間がかかるとか、フィードバックの内容をもう少しという様々な声を私たちもいただいております、しっかり見直していきたいと思っています。

一方で、今回の中でも一定、活用ですとか、現場に少しずつ受け入れて浸透してきているようなところもあるかと思えます。今回、令和6年度改定も迫っておりますので、そうしたタイミングと合わせて項目を見直したりですとか、入力の負担を見直したりですとか、そうしたことを通じながら、現場で役に立つような入力、そして、フィードバック、今、先生がおっしゃったような個々人の方のケアに直接役に立つような仕組みにしていきたいと、まさに思いながら取り組んでいるところが現状でございます。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

基本的にはベンチマークの仕組みができて、基本チェックリストのところで同じ要介護度で自分のところはなぜか食事のところで課題が多いとか、移動のところで課題が多いとか、その違っているところを自分たちでいろいろと何が違うのかということを検討するというPDCAサイクルを多分各施設内で行っていくということが一つのポイントなのかなと思います。多分、KPIを全国同じものでやるという形になってくと、地域性がかなりあるので難しい部分もあると思うので、まずは簡単なベンチマークの仕組みを見える化システムと同じような形でつくっていくというのは現実的なのかなと思います。

藤野委員、どうぞ。

○藤野委員 もう1点だけLIFEの件で、私も担当した委員としてコメントをさせていただきます。今回の調査は、以前から言われているようにLIFEの導入の負担とかは示されたのですが、一方で、導入したところにおいては、5ページの図表5で示されたように、ある一定程度のポジティブな効用を感じられているのが示されたというのが、今回の調査でのポジティブな点だったのではないかなと思っています。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

いろいろな職種の人がそれぞれのアセスメントをやるということは、多分それぞれの情報共有にもつながってくると思うので、そういう意味では意義があるのではないかなと思います。

では、認知症グループホームの夜勤のことをお願いいたします。いかがでしょうか。

今村委員、お願いします。

○今村委員 また技術的なことで、資料の18ページの図表38です。今度は $n = 5$ で棒グラフを引くことの是非なのですが、パーセントで書いていないところに御配慮を感じるので、5例で棒グラフというのはどうかと思いましたので意見です。

以上です。

○松田委員長 ほかにかがでしょうか。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 この調査研究事業の一応委員長をやっていますので、私から少し、今村先生の話は御指摘のとおりで、これはそのとおりということで終わらせていただきますが、全体的なことで少し説明しておこうかと思えます。

この調査研究事業はなかなかややこしい調査研究事業で、ちなみに3ページの図表3が一つ重要なデータなのですけれども、これは要するに3ユニット2人夜勤体制の前提条件である3ユニットが同一階にあって全て隣接しており、職員が円滑に利用者の状況把握を行い、速やかな対応が可能な構造というところが、190というのは3ユニットがあるところですが、その中の6.8%にすぎないということで、そもそも前提条件にあるグループホームが非常に少ないということです。しかも、この中で2人夜勤体制をやっているところが実はゼロなのです。つまり、この中にそれが含まれていない。まさに例外的なのだということがよく分かったということで、2人夜勤体制の効果はどうかというのは、この調査から出てこないのです。

唯一それに関連するデータというのが、後半にあります15～17ページの3つのタイプの効果実証をやった結果ということで、その中のスタディー1が唯一3ユニット2人夜勤体制を実際にやっているところで、そこが実際には3施設しかなくて、これは先ほどの調査以外に3施設を探してきて調べたというものでございます。15～17ページにある図表35、36、37というのが、そこの職員を対象とした調査結果でありまして、これが見事に35、36、37、いずれも同じパターンで、まとめていうと全てネガティブな影響が出ているということになっているのです。

ということで、どう考えるかということここから考えなくてはいけないのですけれども、基本的に今、実際に3ユニット2人夜勤体制をやっているところは3施設しかデータを取れていないので、そこの職員が26人いたからといって、だからどうだと言えるのかという問題がある。少なくともポジティブな効果は何もここから出てこなかったということだけは言えるけれども、だからどうだとも言えないという結果なのではないかと思えます。

とはいえ、やむにやまれずそうせざるを得なかったというのが、この3施設でしょうから、これをもって駄目だとも言えないところがあって、実際にはこういうことをやった場合に、ICTで見守りがどのぐらいカバーできるのかということが、多分、これからの実際的な課題になってくるのだらうと思われたところでございます。したがって、これは継続的に検討していかなくてはいけないテーマなのだろうなということが、今回の調査の結論かと思われま。

以上でございます。

○松田委員長 近藤委員、お願いします。

○近藤委員 計画のところをちゃんと読み込んでないので分からないのですけれども、介

護機器、見守り機器を含めてですけれども、導入してスタッフさんが慣れるまでにはかなり習熟期間が必要なのです。今回の実際の実証がどういう形で行われたかにもよるのですけれども、もし、あまり習熟しないうちにデータを取ってしまうと、今、お示しいただいたような結果になってしまうので、ここはもうちょっと長い目で見ても、実際はもう少し習熟して慣れる段階の時間をきちんと確保していただいで検討していただくほうがいいのではないかなと考えておりました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

老健施設とか特養とかで同じようなことをやって、かなり職員の負担が下がっているという結果も全老健等が出ていますので、今、近藤委員が指摘されたことはとても重要だろうと思います。そういう意味で、少ないことはあまり大きな問題ではなくて、実際にもう少しヒアリングとか、ナラティブな分析を少しされてもいいのかなと思いました。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 松田委員長がおっしゃったとおりでございまして、これはヒアリングして深掘りして見ていくしかないだろうということで、たしか今やっている最中だと思っておりますので、よろしくをお願いします。

それから、先ほど近藤委員がおっしゃられた見守り機器関係の実証が17ページなのですが、たしかこれはかなり習熟している施設であったかと私は記憶しています。事務局のほうからフォローしていただければ助かりますが、習熟していても、こういう結果だったのではなかったかなと思います。

○松田委員長 事務局から何かありますか。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 1点補足させていただきます。

この施設自体は、機器は以前より使っていた施設を対象に行わせていただいたということでございますが、実際にこの調査の対象となった職員が習熟していたかどうかの状況は取れておりませんので、また引き続き深掘りが必要かと思っております。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

小坂委員、お願いします。

○小坂委員 一応副委員長をやったのでコメントです。

最初のn=5のときの今村先生のお話は全く同じ話が出ました。それから、今回の機器に関しても中身を見てもらうと、ほとんどが離床マットぐらいの話なのです。だから、あまり複雑な高いものは全然使ってなくて、その辺からすると、あまり今みたいな懸念はない可能性はあります。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

最後は認知症介護基礎研修です。これにつきまして御意見等がありましたらお願いします。

す。いかがでしょうか。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 まず、全体的に結果を見まして、効果についてはおおむねポジティブな結果だったということかと思われま。ということで、それはそれでいいのですけれども、一方で課題はなかったのかということが気になります。これについて何か所見やコメントがあればお願いしたいと思うのですがいかがでしょうか。

○松田委員長 いかがでしょうか。

○川越委員 川越です。委員長をやっておりましたので回答させていただきます。

今回、このオンラインの仕組みをつくっておられるところが仙台センターで、ほとんどの自治体がそこに委託をしているという形でやっておられたので、そこを調査したという形です。やっておられる内容と狙いのところは、ほぼ狙ったとおりの結果が得られているのではないかとこのところ、委員からもポジティブな反動的なものはあったところになります。

ただ、受講された方の中で1年目の方というのが4分の1ぐらいしかないのです。かなり年数がたった方もかなり今回受けておられて、それの方が過去にあまり研修を受けておられないということも分かったところです。それと、認知症の施策はかなり変わってきていますので、もっと基本的な考え方をもう一度徹底したほうがいいのではないかとこのことはあったということです。

○栗田委員 ありがとうございます。

今の川越委員の回答に関連して、課題ということではないのだけれども、図表19を見ると、確かに国の認知症ケアに関する考え方とか、あと、ここに括弧してパーソン・センタード・ケア、地域の包括的な支援体制の構築について理解することの重要性が分かったというところは、確かに「そう思う」が一番低く出ているので、これは確かに難しいだろうと思いました。でも、そういうことなのだろうなと思いました。

○川越委員 その点に関して、もともとの研修の中身の中で、あまり制度の説明の時間はそんなに長くないです。どちらかというと、実践的なところのお話を中心のプログラムになっておりますので、そこが低く出ても、それはそれである意味で妥当ではないかという意見がありました。

○松田委員長 木下委員、お願いします。

○木下委員 今のお話で、国の政策とか方針が理解できていないというところが一番低かったのですけれども、そもそも最初の研修内容を見ますと、あまりそこに時間が費やされていないということなので、もし今後、認知症基本法の成立とかを踏まえて、こういったことをよく周知してほしいと思われるのでしたら、研修内容を少し変えていく必要があるのかなと思いました。

もう一つ、課題というのではないかもしれないのですけれども、研修を受講した時間は業務外で全て受講したという方が39%もおられて、代休なども全く取っておられないとい

うことで、恐らく多くの方が自宅等でやむにやまれず受講されたと思うので、これについては、ただでさえお忙しい介護の職業の方が自宅でボランティアで受講するというのは少し問題があるかなと思いましたので、その辺りが少し課題なのかなと思いました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。

医者働き方改革でいくと、こういうのが自己研鑽になるのかどうか考えてしまいます。

あと、各課題につきまして各委員長の方から何かコメント等はございますでしょうか。ちょうどいい時間ぐらいですけれども、よろしいですか。

それでは、本日いただいた御指摘や御意見等の反映につきましては、事務局で整理していただいた後、委員長に一任させていただいて最終版とさせていただきたいと思います。この流れにつきまして、事務局のほうから御説明をお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 速報値案につきましては、10月以降の介護給付費分科会で改めて報告を行い、今後の介護報酬改定に向けた検討に用いさせていただきます。

以上でございます。

○松田委員長 それでは、ほかに御質問等がなければ終わりたいと思いますが、何か御質問等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

御発言がなかった堀田委員は大丈夫ですか。

では、本日はこれで閉会したいと思います。お忙しいところ、どうもありがとうございました。