

○渡邊介護保険データ分析室長 定刻になりましたので、第32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」を開催いたします。

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

本日は、こちらの会場とオンライン会議を活用しての開催とさせていただきます。

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。

初めに、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。

今村知明委員、川越雅弘委員の2名が御退任され、新たに2名の委員に御就任いただきましたので、御紹介させていただきます。

お一人目は、立命館大学スポーツ健康科学部教授、清家理委員です。

お二人目は、九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座准教授、入江英美委員です。

どうぞよろしく願いいたします。

本日の委員の出席状況ですが、阿部委員、田邊委員、堀田委員より御欠席の御連絡をいただいております。

また、田宮委員から遅れての御出席となる旨、御連絡をいただいております。

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の確認をさせていただきます。

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、会議の運営方法でございます。

オンラインで出席の委員の皆様におかれましては、会議の進行中は、基本的にマイクをミュートにいただき、御発言される際にはZoomツールバーの「リアクション」から「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マイクの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させていただきますようお願いいたします。

それでは、以降の進行を松田委員長をお願いいたします。

○松田委員長 松田でございます。今日もよろしくお願いいたします。

では早速、まずは事務局のほうから結果の報告ということでよろしいですか。

○渡邊介護保険データ分析室長 はい。報告させていただきます。

○松田委員長 御報告いただいた後に皆さんでディスカッションをいただきたいと思えます。よろしく願います。

○渡邊介護保険データ分析室長 進めさせていただきます。委員の先生方におかれまして

は、出席中、カメラをオンにさせていただきますようお願いいたします。

ありがとうございます。本日は、資料1-1から資料1-4を用いまして御説明を差し上げたいと思います。これらの資料は調査ごとに調査結果の概要をまとめた資料となります。

なお、各調査に関する質疑への対応につきましては、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、修正等が生じ得ますので、あらかじめ御了承ください。

それでは、調査の結果について説明をさせていただきます。

まず、資料1-1を御覧ください。「高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等に係る調査研究事業」の結果について御説明いたします。

1ページ目を御覧ください。本調査では、令和6年度介護報酬改定において行った高齢者施設等と協力医療機関との連携体制の見直しを踏まえ、改定後の高齢者施設等における協力医療機関との連携状況等を把握するため、高齢者施設等と自治体に対してアンケート調査とヒアリング調査を実施しております。

3ページ目から37ページまでは施設調査の結果になります。

8ページ目を御覧ください。要件を満たす協力医療機関の定め状況についてです。介護老人福祉施設は67.9%、介護老人保健施設は83.3%、介護医療院は84.9%、養護老人ホームは60.4%が3つの要件を満たす協力医療機関を定めておりました。軽費老人ホームは59.5%、特定施設入居者生活介護は73.6%、認知症対応型共同生活介護は64.2%が努力義務化された2つの要件を満たす協力医療機関を定めておりました。

いずれの高齢者施設等においても、要件を満たす協力医療機関を定めている施設の割合は前回調査より増加しており、特に定めることを義務化した高齢者施設等においては、前回調査より約10ポイント増加しております。

15ページ目を御覧ください。要件を満たす協力医療機関を定めていない場合の課題についてでございます。施設系では「周辺に医療機関が少ない（またはない）」、居住系では「休日・夜間の対応は困難であるため提携を断られた」等、提携を試みたが至らなかったケース、また、施設系、居住系ともに「どこに相談すればよいか分からない」といった情報収集段階のケースが見られました。

16ページ目を御覧ください。要件を満たす協力医療機関を定めていない場合の自治体に対する支援内容についてです。「特になし」を除き、介護老人福祉施設では「医療機関とのマッチング支援」、介護医療院では「協力医療機関に関する相談窓口の設置」「医師会等の関係団体への協力依頼」、その他の高齢者施設等では「協力医療機関に関する相談窓口の設置」の割合が高くなっていました。

17ページ目を御覧ください。17ページ目の図表20から18ページ目の図表26までは周辺に協力医療機関が少ない（またはない）地域の状況についてです。図表20の地域別及び図表

22の二次医療圏別に見た協力医療機関の定め状況は同程度となっていました。

18ページ目の図表24を御覧ください。市区町村ごとの病院数で見た要件を満たす協力医療機関を定めている施設系サービス・養護老人ホームの割合は、10病院以上存在する市区町村で高くなっていました。

続いて24、25ページ目は、急変時における対応状況について、要件を満たす協力医療機関を定めているかどうかで比較したものです。例えば図表37では、常時相談対応を行う要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等では、定めていない高齢者施設等と比べて、相談先として協力医療機関への相談件数が多くなっていました。また、協力医療機関ではない医療機関よりも協力医療機関への相談件数が多くなっていました。

27ページ目から31ページ目では、医療機関に入院となった入所者等の状況をお示ししています。

29ページ目を御覧ください。入院となった者に関する搬送方法についてです。医療機関に入院となった入所者等の搬送方法について、多くの高齢者施設等において要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等のほうが、要件を満たす協力医療機関を定めていない高齢者施設等よりも自施設の車両による搬送の割合が高く、救急車による搬送の割合は低くなっていました。

36ページ目の図表63を御覧ください。第二種協定指定医療機関と新興感染症の発生時に対応を行う体制を確保している高齢者施設等は、介護医療院が50.4%、介護老人保健施設が37.7%、介護老人福祉施設が28.5%となっていました。

37ページ目は4つの要件を満たす協力医療機関を定められていない、または今年定めることができた介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームそれぞれ1施設、計4施設にヒアリングした結果になります。

要件を満たす協力医療機関を定められていない要因では、医療機関の理解不足、要件への対応の困難さ、定期的な会議の負担感等が示されました。

38ページ目からは自治体調査の結果になります。

38ページ目の図表65を御覧ください。高齢者施設等と協力医療機関との連携状況との把握方法についてです。都道府県指定都市中核市では、協力医療機関に関する届出書の内容が100%となっており、高齢者施設等や医療機関からの問合せや聞き取りは、都道府県では34.0%、市区町村全体では20.3%となっていました。

図表66を御覧ください。関係者等との協議・検討を行ったと回答したのは、都道府県で19.1%、市区町村全体ですと13.8%となっていました。

39ページ目の図表68を御覧ください。令和6年度報酬改定以降に体制強化を図ったのは、都道府県で48.9%、指定都市・中核市で13.4%、一般市区町村で7.8%となっていました。

図表69において、体制強化の内容についてお示ししています。

40ページ目の図表70を御覧ください。高齢者施設等と医療機関との連携状況、届出についてです。全ての要件を満たした協力医療機関を定めている施設の割合は、地域密着型を

含む介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームでは46.9～73.2%となっており、軽費老人ホーム、地域密着型を含む特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護では41.0～51.4%となっていました。一方、集計していないといった回答も一定数ございました。

46ページ目を御覧ください。都道府県による高齢者施設等に対する支援についてです。施設等を支援していると回答した都道府県は27.7%であり、具体的な支援内容としては、報酬改定など制度に係る情報提供が10件で最も多くなっていました。また、本年度に実施予定の支援があると回答した都道府県は27.7%であり、具体的な支援内容としては、都道府県医師会や群市区医師会等の地域の医療関係団体への協力依頼が5件等となっていました。

47ページ目を御覧ください。市区町村による支援についてです。支援を実施している市区町村は6.4%ありました。既に実施している支援及び本年度に実施予定の支援ともに報酬改定など制度に係る情報提供が最も高くなっていました。

50ページ目を御覧ください。一部の都道府県及び市区町村へのヒアリング調査の結果になります。高齢者施設等と医療機関との連携に向けては、関係者間の協議・検討の場の運営や理解醸成、実態把握のほか、医療機関リストの作成・情報提供や医療機関とのマッチングに取り組んでいる自治体もございました。

以上で1つ目の調査研究事業の説明を終了いたします。

次に、資料1-2を御覧ください。2つ目の調査「令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及びLIFEを活用した質の高い介護の更なる推進に資する調査研究事業」の結果について説明いたします。

2ページ目、本調査の目的についてです。令和6年度介護報酬改定において、アウトカム評価の充実、入力項目、データ提出タイミングの見直し、フィードバックの見直し等を行ったところ、これらの見直しの効果、現状の課題を把握することを目的に調査を実施しました。

まず、アンケート調査の結果について説明いたします。

3ページ目を御覧ください。LIFE関連加算算定事業所に対するアンケート調査です。LIFE関連加算の活用状況、アセスメント、データ入力の負担、加算未取得の理由を調査しました。

4ページ目を御覧ください。科学的介護推進体制加算のアセスメントの負担のある提出項目として、「生活・認知機能尺度」「ADL」と回答した割合が高いという結果となりました。

6ページ目から9ページ目を御覧ください。ADL維持等加算、自立支援促進加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算について、各加算の算定していない理由を調査いたしました。結果は、いずれの加算もアセスメントが負担であるという回答が多いという結果となりました。

10ページ目を御覧ください。重複項目の統一については、データ収集、入力の負担が軽減したという回答が一定数ありました。

11、12ページ目を御覧ください。事業所フィードバックと利用者フィードバックの活用状況について調査いたしました。いずれも、要介護度やADLについて活用が多いという回答が多いという結果となりました。

13ページ目を御覧ください。事業所でLIFEのために費やしている時間を調査いたしました。状態変化やデータ入力、フィードバック閲覧などLIFEに係る時間の中で状態評価に費やしている時間が多いという結果となりました。

15ページ目を御覧ください。未算定事業所に対するアンケート調査では、利用者の状態評価として、要介護度や食事摂取量などLIFEへの提出項目についても情報収集していることが分かりました。

17ページ目を御覧ください。LIFE関連加算未算定の理由を調査したところ、利用者のアセスメントの負担、LIFEへの入力が負担という意見が多いという結果となりました。

18ページ目を御覧ください。ヒアリング調査の結果についてです。LIFEを活用している事業所からは、利用者への介入の見直しのきっかけや目標設定が具体的になったという意見がある一方、LIFEへの入力負担やフィードバックの活用方法に課題があることが分かりました。

19ページ目から介護保険総合データベースの分析結果についてです。19ページ目を御覧ください。LIFE導入開始から令和7年4月までのLIFE関連加算算定事業所の推移についてです。施設系は介護老人保健施設が高く、87.3%算定しておりまして、通所・居住系サービスでは、通所リハビリテーションが68.5%算定しているという結果となりました。

20ページ、21ページ目を御覧ください。各加算の算定率についてです。褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算は事業所間での算定率の差が大きいという結果となりました。

22ページ目から26ページ目までは、令和6年度介護報酬改定で見直した加算について、算定率の推移をお示ししております。

25、26ページ目を御覧ください。ADL維持等加算の見直しにより、加算IIの算定要件が厳格化した影響で算定率が減少し、加算Iの算定率が上昇しております。また、加算の要件を見直したことにより、全体としても算定率は微増しているという結果となりました。

27ページでは、加算の区分でLIFE提出が算定の要件となっているものと要件となっていないものがありまして、それぞれの算定率を比較しております。LIFEの提出ありをグレー、LIFEへの提出なしを黒でお示ししております。LIFEの提出割合が多い傾向ですが、加算によりLIFEを活用していないサービス類型もあることが分かりました。

28ページ目から30ページ目まではLIFE関連加算の算定回数とLIFE導入前後で変化が見られた項目を介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院に分けて示しております。いずれも、LIFEの利用により、これまで把握していなかった利用者の状態も把握できるようになったという回答が多く、算定個数が多いほど変化が見られたという回答が多い傾向

にありました。

以上で2つ目の調査研究事業の説明を終了いたします。

次に資料1-3を御覧ください。3つ目の調査「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関する調査研究事業」の結果について説明いたします。

1 ページ目を御覧ください。本調査は、令和7年度介護報酬改定において導入した松葉杖を除く単点杖、多点杖、固定用スロープ、歩行器の4種目について、貸与と販売の選択制について、新制度のサービス提供実態を把握するため、介護総合データベース分析、事業者、保険者にアンケート及びヒアリング調査を実施したものです。

2 ページ目を御覧ください。介護保険総合データベースの分析についてです。選択制導入前後の福祉用具貸与及び販売の利用者の給付費トレンドは、令和5年4月から令和7年6月にかけて純増の傾向にあります。

3 ページ目の図表3、4を御覧ください。選択制対象種目に限った利用者と給付費の連動は、利用者数は令和6年4月から販売の開始に伴う利用者が発生していますが、令和7年4月以降は対前年比で減少傾向にあり、給付額は令和6年4月に販売分が発生していますが、販売費は令和6年6月をピークに減少、貸与額は販売に移行したことに伴い、対前年比で減少傾向にあります。

4 ページ目の図表5を御覧ください。福祉用具貸与と居宅介護支援費または介護予防支援費のみを利用している、いわゆる用具の単品ケアプランの利用者について、全種目の総利用者数は増加傾向にある一方、図表6では選択制対象種目に限った用具の単品ケアプランの利用者数は、令和6年4月の導入後にやや減少傾向にあります。

5 ページ、6 ページ目は貸与、居宅介護支援の給付費の推移で同様の傾向を示しております。

7 ページ目の図表12を御覧ください。選択制対象種目に限った用具の単品ケアプランの給付費について、貸与・販売・居宅介護支援費を合算した推移を見ると、選択制導入後に販売の費用が発生したため総額は増加したものの、貸与と居宅介護支援の費用の合計は減少していること、販売を加えた全費用の合計も令和6年6月をピークに減少しており、選択制導入前と比べおおむね横ばいです。

11ページ目の図表22と23を御覧ください。国保連に販売の請求事務委託を行っており、貸与と販売のデータがそろっている保険者について、選択制対象種目の貸与及び販売の合計利用者数を分母に、分子は選択制の販売利用者数として割合の分布を見ると、令和6年度に販売が0%だった保険者は38でした。

図表12では、6年度に販売が0%であった38保険者と、1件でも販売のあった保険者の2群に分けて、1人当たり給付費総額の平均と比較したところ、青線の選択制の販売ありの自治体では、令和6年4月の導入後に給付費は1人当たり200円弱上昇していますが、その後は減少傾向にあり、制度導入から8か月経った令和6年12月に、赤線の販売なしの保険者が青線の販売あり保険者を上回っていました。

12ページ目の図表24～26を御覧ください。図表24では、アンケート調査で販売の給付費の回答を得た537の保険者について購入者数の割合分布を見ると、令和6年は、0%は約57%と最も多く、令和7年は0%超から0.5%は約60%と最も多くなっています。

図表25では、この537の保険者について、購入の選択率ごとに3群に分け、選択制対象種目に限った貸与費の変化率を見たところ、購入の選択率が0.5%の保険者では、貸与費が平均6.7%減少、購入選択率0%の保険者では、逆に貸与費は平均3.4%増加していました。

図表26では、購入の選択率の割合の分布を自治体種別ごとに見ると、規模の小さい一般市町村では、選択率0%の割合が高く、5割強を占めていました。

ここまでで分かったこととして、選択制対象種目に限った貸与及び販売の給付費と利用者数は、販売の発生で一時的に増加するもの、その後に給付費が減少し、また導入8か月で、1か月当たり給付費は販売ありの保険者を下回るといった政策的な効果は確認されました。

13ページの図表27と28を御覧ください。貸与事業者向けアンケートから、選択制用具のうち最も購入を選択した利用者が多かった種目は固定用スロープで、令和6年度で約15%、令和7年度が7.5%でした。続いて、多点杖、単点杖、歩行器と続いています。

図表28で、購入を選択した主な理由は、いずれの種目も、長期利用が想定される、続いて、貸与よりも購入のほうが経済的であるためでした。

14ページ目の図表29と30を御覧ください。図表29は、居宅介護支援事業所向けアンケートから選択制対象種目がケアプランに位置づけられた利用者のうち、居宅介護支援以外のサービスが選択制対象種目の用具のみである利用者は約4,500人で、そのうち購入を選択したことでケアプランの作成がなくなった利用者は117人、約2.5%でした。

図表30では、購入を選択した場合、福祉用具事業所が行う目標達成状況の確認の際に、購入した用具の使用を取りやめていた割合を見ますと、歩行器が最も多く、6.4%で、続いて単点杖、多点杖と続いています。また、右下の図表では、歩行器の使用を取りやめた理由として最も多いのは、身体機能の低下となっています。

16ページ目の図表34、36を御覧ください。選択制対象種目について、貸与または販売を提案するに当たっては、医師等から医学的所見を取得することとしておりますが、図表34では、医学的所見の取得作業は8割のケースでケアマネージャーが行っており、図表36では、ケアマネージャーによる医学的所見の取得先は、主治医またはかかりつけ医が約5割で最も多く、続いて、約3割強が看護職員でした。

17ページ目の図表38、40を御覧ください。購入後に福祉用具事業所が行う用具の目標達成状況の確認方法は、利用者家族に電話後に必要に応じた訪問が最も多く、約6割を占めており、また、販売後の部品交換や修理、販売した商品による事故やヒヤリ・ハットは、「現時点ではない」が最も多く、いずれも7割程度を示していました。

18ページ目の図表41、42と44を御覧ください。令和6年度改定では、選択制以外にも福祉用具専門相談員によるモニタリング実施時期の明確化を基準に導入したところですが、

モニタリングの実施時期を定める目安は、「利用者一律に期間を定めている」事業者が約8割を占めており、図表42でモニタリングの実施時期を利用開始から6か月以内が9割を占めていました。図表44では、モニタリング結果を踏まえたサービスの見直し状況として、貸与を終了したケースが1割強、購入に切り換えたケースが7%存在していました。

21ページ目の図表50、51を御覧ください。いずれもアンケートで、図表50は保険者に対し、貸与・販売を選択可能にしたほうがよいと考えられる用具の有無を種目ごとに聞いており、図表51では福祉用具及び居宅介護支援の事業所に対し、利用者から購入を希望する声があった用具の有無を種目ごとに聞いております。

保険者は「特になし」が最も多く、約6割を占め、続いて、手すり、車いす、歩行車の順で多く、図表51では福祉用具、居宅介護支援事業所が利用者から聞いた声としては、「特になし」が最も多く、それぞれ3割強、4割強を占め、歩行車、車いす、手すりが上位を占めていました。

22ページ目の図表52を御覧ください。保険者、福祉用具事業所、居宅介護支援事業所それぞれ2か所ずつにヒアリングを行ったところ、用具及び居宅介護支援事業所においては、医師の知見や多職種からの情報収集に際して適切な意見収集が難しいケースがあるという例が、保険者からは販売の手続きが滞りなく実施されているものの、一部のケースでは給付可否の判断が難しい例があるとのことでした。

図表52から一部を紹介しますと、3番目のケアプランでは、いわゆる用具のみの単品ケアプランの利用者について、購入を選択することでケアプランがなくなるのであれば、貸与を引き続き希望する利用者が多いこと、家族の介護力が弱くなっている中で、予防的な位置づけで訪問を実施する等で継続的な支援をできることが望ましいという回答がございました。

以上で3つ目の調査研究事業の説明を終了いたします。

最後に資料1-4を御覧ください。4つ目の調査「介護現場における生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくりに資する調査研究事業」の結果について御説明いたします。

1ページ目を御覧ください。本調査は介護現場におけるテクノロジーの導入・活用状況やその効果について把握するとともに、令和6年度介護報酬改定施行後の効果検証を実施し、さらなる介護現場の生産性向上の方策を検討するための課題等の整理を目的として実施しております。

2ページ目の図表1を御覧ください。サービス別の介護テクノロジーの導入状況についてです。介護テクノロジー利用の重点分野に該当する機器、ウェアラブルデバイス、もしくは職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（インカム等）のいずれかを導入していると回答した割合は、介護老人福祉施設で約90%、介護老人保健施設・短期入所療養介護で約85%でした。

3ページ目の図表2を御覧ください。サービス類型別の介護テクノロジーの導入概況に

ついてです。居住系、入所・泊まり系における「介護業務支援機器」の導入率は56.4%、「見守り支援機器」の導入率は47.2%と、令和4年度調査から増加していました。

5 ページ目の図表3を御覧ください。生産性向上推進体制加算の算定状況についてです。加算Iの算定率については、介護予防特定施設入居者生活介護で最も高く、8.7%、次いで、特定施設入居者生活介護は7.9%でした。

加算IIについては、介護老人保健施設における算定率は最も高く、33.2%、次いで短期入所療養介護（介護老人保健施設）が32.4%でした。

6 ページ目の図表4を御覧ください。生産性向上推進体制加算を算定もしくは特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化を適用している施設の職員勤務状況についてです。月平均残業時間については、加算II算定施設で4.78時間、1か月当たり、加算I算定施設で3.96時間、1か月当たりでした。

年次有給休暇の取得状況については、加算II算定施設で9.56日、1年当たり、加算I算定施設で10.26日、1年当たりでした。

図表4の最下段では、介護事業者全体の状況を参考としてお示ししております。

7 ページ目の図表5を御覧ください。介護テクノロジーの導入のきっかけについては、いずれの機器でも約5～7割が施設長・管理者等、管理職からの提案を挙げました。ほかにも、介護職など現場職員からの提案、導入に対する助成・補助があったこと、理事長など法人幹部からの提案などが上位に上がりました。

8 ページ目の図表6、7を御覧ください。介護テクノロジーの現在の利用状況と頻度についてです。導入した介護テクノロジーの利用状況については、いずれの介護テクノロジーにおいても、「現在も機器を利用している」と回答した割合が約8割以上でした。使用頻度については、移乗・移動支援機器、見守り支援機器、入浴支援機器の場合は約8～9割が、機能訓練支援機器については約6割が「ほぼ毎日」と回答しました。

9 ページ目の図表8を御覧ください。介護テクノロジー1台当たりの導入費用を見ると、見守り支援機器は約25万円でした。また、入浴支援機器は約332万円と最も高額でした。

10ページ目の図表9、10、11を御覧ください。見守り機器の活用状況についてです。現在導入している台数について、「全ての利用者を個別に見守ることが可能な状態」と回答した割合は32.9%でした。また、夜間の定期巡回の実施状況については、77.6%が「定期巡回を実施している」と回答した一方、見守り機器の導入によって40.4%が「定期巡回から利用者の状況を踏まえた訪室に見直した」と回答し、35.8%が「定期巡回の頻度を減らした」と回答しました。

11ページ目の図表12、13を御覧ください。介護テクノロジーの導入目的と利用について、排せつ支援機器、コミュニケーション支援機器、認知症生活支援、認知症ケア支援機器では「ケアの質の向上」が、移乗支援機器、入浴支援機器、見守り支援機器については「職員の身体的・精神的負担軽減」が最も多く挙げられました。

また、いずれの機器でも、導入目的の中で「効果を感じられた目的はない」との回答は

1割未満でした。

12ページ目の図表14、15、16を御覧ください。利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置状況についてです。令和6年度より委員会の設置が義務づけられた居住系、入所・泊まり系においては75.0%、全サービスは63.1%が設置していると回答しました。委員会を設置していない理由については、「職員の業務負担が多い」が最も多く、42.1%、次いで「委員会に関する情報が足りない」が36.1%でした。

委員会を設置している場合の効果については、60.1%が「介護現場の生産性向上と業務改善に取り組めるようになった」、49.4%が「現場の課題を吸い上げて明確化できた」と回答しました。

13ページ目の図表17、18、19を御覧ください。介護テクノロジーを導入していない理由については、「導入費用が負担である」が最も多く、67.9%、続いて「ランニングコストが負担である」が48.8%でした。また、その場合の介護テクノロジー導入支援に関する補助金の申請有無については、「申請したことはない」が67.3%であり、その理由については、「導入したい介護テクノロジーがないため」が最も多く、49.4%でした。

14ページ目の図表20を御覧ください。生産性向上推進体制加算を算定している事業所が感じている効果についてです。「職員の精神的・身体的負担が軽減した」が最も多く、61.2%、次いで「夜間の利用者の状況について把握しやすくなった」が47.7%、「施設・事業所内のコミュニケーションが円滑になった」が43.7%でした。

15ページ目の図表21を御覧ください。加算IIを算定している事業所における今後の加算Iの算定予定については、「今後検討予定」が25.4%、「検討している」が23.5%でした。また、図表22の加算IIを算定している事業所が加算Iを算定しない理由については、「見守り機器を利用者全員分導入することが難しい」が最も多く、61.6%、次いで「インカム等を全職員分導入することが難しい」が56.3%でした。

16ページ目の図表23を御覧ください。生産性向上推進体制加算未算定事業所の今後の算定意向については、「今後検討予定」が28.4%、「検討している」が26.4%でした。

図表24の加算未算定事業所では、算定しない理由については、「見守り機器を新規導入する費用及び維持管理費用が負担である」が最も多く、37.6%、次いで「加算単位数と比較して取組の負担が大きい」が37.3%でした。

17ページ目の図表25を御覧ください。特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化について、令和8年1月中旬時点で自治体から厚労省へ届出があった旨の報告があった件数は計27施設でした。アンケート調査においては、届出をしていない特定施設における今後の届出については、「分からない」が43.6%、「検討予定はない」が26.7%でした。また、届出をしていない理由については、「見守り機器等のテクノロジーを複数活用することが難しい」が最も多く、39.0%、次いで「柔軟化された人員配置基準での職員配置を考えていない」が38.2%でした。

18ページ目の図表27、28を御覧ください。「介護助手の活用」をしていると回答した施設・事業所は39.0%、「業務の外注をしている」と回答した施設・事業所は20.9%でした。また、介護助手等を活用している施設・事業所における介護助手の主な業務内容は、「清掃・片付け・ごみ捨てる」が最も多く、84.1%、次いで「リネン交換・ベッドメイク」が68.7%でした。

19ページ目の図表29を御覧ください。介護助手等を活用している施設・事業所における全体の変化について、「ややそう思う」または「そう思う」と回答した割合は、「介護職員の身体的負担軽減につながった」が78.5%、「サービスの安定的な提供につながった」が74.9%、「介護職員が専門的なケアに専念できるようになった」が72.7%でした。

20ページ目を御覧ください。こちらは事業所へのヒアリング結果をまとめています。特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化届出済み事業所の事例としては、夜勤のシフトについて新体制を導入した結果、仮眠が取れるようになった事例や、介護職員を間接業務のみを行うスタッフとして新たに配置する事例が見られました。

生産性向上推進体制加算算定施設については、残業時間の減少等の効果が把握された一方、未算定施設においては、加算IIは機器選定の課題、加算Iは見守り支援機器の全床導入が課題として挙げられました。

21ページ目を御覧ください。介護助手等の活用については、利用者とのコミュニケーション機会の拡大、サービスの安定や職員の負担軽減等の効果が上げられました。居宅サービスにおけるテクノロジーの活用事例としては、通所介護における介護記録ソフトの中の送迎スケジュール作成機能や認知機能向上を兼ねた機能訓練支援機器の活用が見られました。また、機器の使用方法について、動画を活用した説明や研修を行っている事例も確認されました。

以上で4つ目の調査研究事業の結果について説明を終了いたします。

4つの調査の説明について、以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。事務局からまとめて4つの調査について御説明いただきました。これから一つずつ順番に御意見、御質問を頂戴したいと思いますけれども、よろしくお願ひします。

あと、議論に関しまして、補足等ありましたら、各調査検討組織の委員長の先生方からもコメント等いただけたらと思います。よろしくお願ひいたします。

ではまず、資料1-1、高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況に係る調査研究事業の結果について、御意見、御質問いただけたらと思います。よろしくお願ひします。いかがでしょうか。

栗田委員、お願ひいたします。

○栗田委員 大変興味深いデータだなと思って見させてもらったのですが、私がかよって気になったのは、地域差があるのかなと思ったのですが、17ページのデータを見ると、全部過疎、一部過疎、みなし過疎、それから非該当で、ほぼほぼ、協定締結医

療機関の指定状況には差がないという結果なので、ああ、こういうものなのかと改めて思いました。

下のほうの図表21で、協力医療機関を定めていない施設に限定すると、確かに全部過疎のほうが周辺に医療機関が少ないというのは事実なのだけど、それとは関係ないということなのですね。これはなるほどそうかなと私も確かに思いまして、近くに医療機関があるなしとは関係なくて、37ページにあるような理由が、やはり協力医療機関を締結できない理由なのかなと思ったのですが、この辺のところ、私のこの解釈でよろしいのかどうか、ちょっとコメントいただけるとありがたいなと思いました。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○小坂委員 栗田委員の言うことが正しいと思います。だから、医療機関があるなしというか、少ないか多いかということよりも施設による違いのほうが大きい。それで、医療系のスタッフの、あるいは施設長が医療系の場合は割と連携しやすいということがあると思います。自治体調査で示されたように、自治体は、はっきりいって、余りこれに関しては関わっていないことが多いのです。私も個人的に、介護施設の施設長から、新規開業するのでどこか医療機関紹介してくれと言われたことがありましたが、そういう個別のネットワークですることにはあるのですが、医療機関側も、そうなったらどういう義務があって、どういう報酬があるのか、加算があるのかみたいなことについて整理されていないので、非常に困っていらしたということがあります。

ですから、例えば医療機関がいっぱいあっても、いろいろ個別に当たるとか、あるいは医師会にお願いするとか、いろんなルートはあるみたいですが、それは必ずしも確立していないようです。本当に介護系だけでやっている場合に、そのハードルというのは非常に高いのだらうと思います。だから、自治体とか、医療系の団体さんとかでそういう窓口をきちっとつくってやっていかないと、3年間の中で連携が難しいことがあるかもしれません。

少ない医療機関しかない場合には、全部に対応するのかみたいな話があって、年に1回の話し合いの義務とかそういうのをやっているとか、医療機関も忙しいという話を聞きます。実際のところ、医療機関と連携していざというときに入院できるというのものもあるわけですが、いつも入院できるわけでもないし、在宅医療機関が施設と連携していると、大体その在宅医療機関が中心になって入院先を選ぶ。

例えば私の知っている地域は、医療機関がいっぱいあっても夜勤・緊急で入院できる場所というのは限られているので、協力医療機関があっても、そこでなくて、救急受け入れてくれて、文句言わずに受け入れてくれるような医療機関が中心になるので、単に協力医療機関ができればいいという話ではないですし、本当に在宅とかいろんな中で検討していかないと、そういう動きのダイナミックさというのについていけない可能性があるの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。今、小坂委員が言われたことは非常に重要で、多分、カウンターとして受け入れている病院のほうからの調査も必要なのだろうと思っています。病床機能報告のほうで、各病院がどこから患者さんを受け入れているかというのは分かっている、介護福祉施設とか介護老人保健施設から受け入れている割合とか分かっていますので、施設からの受け入れている実績があるところに、対応しているかどうかとか聞いて、そのときにどういうことで負担になっているのかを聞くと、もう少し制度を前に進めることができるのかなと思いました。

あと、今、小坂委員言われたことで非常に重要だと思われるのが、医療スタッフの状況などが実際の契約の締結につながっているかどうかということですが、やっているあるいはやっていない医療行為との対応関係なども見ていただけると、より、これを行うことによってどういういいことがあるのかということが分かるような分析結果になるとと思いますので、踏み込んだクロス集計もやっていただけるといいのかなと思いました。

ほか、いかがでしょうか。

このデータ、非常に重要なデータだと思うのですが、記述統計で終わってしまうとちょっともったいないと思っているのですが、このデータは、例えば、小坂委員がより深く深掘りして分析することは可能なのでしょうか。

○小坂委員 私から答えてよければ。私のほうではもちろん可能です。そのデータが限られていて、比較的頑張ってもらっているので回答率も比較的高いのですが、ただ、思ったほど、例えば地域差とかそういうのは案外、いろいろやってもらったのですが、出てこなかったというのがあって、医療行為とかもかなり細かく書いてもらってはいるので、そういったところの分析はできると思います。

ただ、医療側のものがないので、どういったところと提携しているかといった情報はないので、そこは難しいのかなと思っています。

あともう一つ、最後のほうの感染症の指定医療機関との連携なのですが、やはりここはハードルが高くて、単なる知識の共有という話であればもっと別に、今、YouTubeとかいろんなところでありますから、そういったものはよくて、実際に現場でクラスター起きた場合にどこと連携するのか。保健所もそうなのですが、保健所は届出基準があって、そこに満たない場合に気楽に相談できるかというところが大事で、それが本当に指定医療機関とかそういったものでなくてもよくて、場合によっては在宅で来てくれるかというようなところとか、コロナのときの沖縄とかの例を見ると、病院から療養型の医療施設、それから介護施設、それから在宅といううまく流れができていく中での話だったので、そういう流れができるような、ただ単に医療機関と連携していれば済むという話ではないと思っています。

だから、具体的な事項を簡単に相談できるような仕組みがあれば、必ずしも感染症の専門家がいるところでなくてもいいと思っているので、そういうふだんからの連携と実際の

クラスターが起きたときの対応という形で、少し有機的にやっていくとよりいいかなと、調査結果を見て思いました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。ほか、いかがでしょうか。

福井委員、お願いいたします。

○福井委員 ありがとうございます。6ページと7ページで、特養と老健と介護医療院と養護老人ホームの退所後の居場所というのをお示しくださっていて、老健が、死亡がほかの3つと比べてかなり少なくてというので、果たされている役割が、これを見るだけで違うというのが読み取れると拝見いたしました。

そのときに、連携を取っている医療機関も、医療機能という観点から、高度急性期とか急性期とか回復期とか、違うのだろうと4分類で思うのですが、その辺りの結果とか、それに応じた今後の方向性というのがあれば教えていただければと思います。よろしくをお願いします。

○松田委員長 お願いします。これも委員長からでよろしいですか。それとも事務局のほうからお答えしますか。

○小坂委員 これは、私は意見があるのです。単なる意見なので、事務局からもしあればそちらからお願いしたいと思います。

○渡邊介護保険データ分析室長 協力医療機関については、6年度改定に向けての議論において、どちらかという高度急性期の医療機関で受けていくというよりは、地域の病院で密な連携をしつつ受けていくといった連携体制を強化するといったものと承知しております。

ただ、御指摘のように、それぞれの施設、ちょっと違うあり方、退所後の機能が違うのではないかと、御指摘、それに対してどう対応するかということは、次の改定に向けてのどうするかというところの論点なのかなと考えております。

○松田委員長 小坂委員、ございますか。どうぞ。

○小坂委員 今の話で、しつこく何度も言っているとおり、要するに、パーソンセンタードケアのことを考えると、これまでの提供側の論理で、老健だからどうこうというのはある程度ミックスしていく方向でないと、入院して弱っていけばもちろん老健に帰れないというだけの話だと思いますので、だから、そこで余り行き先が変わってしまうみたいな話ばかり、あるいは胃ろうをつくと認知症グループホームには入れないとか、医療によって場所が変わってしまうというのはいかななものかだと思いますので、政策を決定するほうはもうちょっとパーソンセンタードケアということをちゃんと考えたほうがいいと思います。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。では、近藤委員、お願いします。

○近藤委員 ありがとうございます。29ページかな、搬送方法のところの資料を見ていて

ちょっと思ったのですけれども、確かに、定めている高齢者施設のほうが、要件を満たす医療機関を定めていない医療機関よりも救急車による搬送が少なかったという数字が出ています。これ、見ると、多分、要件満たしているようなところは割とどこに連れていったら簡単に相談できるのかなと思って数字を読んでいたのですね。そうすると、安心して自施設の車両で患者さんを運んでいける。

ところが、それが全くないところに行ったらいいか分からないから、どうしても救急車に頼ることになるのだろうなと思って数字を読んでいたのですけれども、そこに、今、パーソナルセンタードケアとか、要するに搬送が必要になった状況の個性というのはいやはい出てきていて、今回、介護保険での連携体制をつくるというのは、今まで介護施設と医療機関の間のちょっと壁があったのを少し下げるという意味合いですごく大きな意味合いを持っていると思うのですけれども、それを、連携体制を進化していく、よりいいものにしていくためには、その部分ですよね。搬送される、あるいは医療機関に相談する場合の利用者さんの個性という部分にちょっと目を向けて、体制を組み上げていったほうがよりいいものができるのではないかなと思って資料を読んでおりました。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。御意見ということでいただきたいと思います。今、例えば、できるだけ医療的な対応を老健のほうでできるようにしようという話が出ていて、それに対して今回のこういう連携体制というのはどういう効果があるのかみたいなこともこの後の調査で分かればいいのかと思います。

小坂委員、お願いします。

○小坂委員 救急車の搬送なのですけれども、大規模であって、人数がたくさんいるところは自分の車とかを使いやすいですね。認知症グループホームで小さかったりすると、一番問題になるのが、誰が一緒に行くのかみたいな話になって、家族はすぐには同行できない場合も多いわけですよ。それで、グループホームなんかで1人がそれについてしまうと、もとのほうの介護のケアが全くできなくなるというところで、結局それで救急車を選ばざるを得ないということはよくあるので、だから、そういう本人の要件以外のところも結構大きいかなと思っていました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。そういうものの施設差みたいなものも出てくると面白いなと思います。

では一旦ここでこの議論を終わらして、続いて資料1-2ですね。LIFEに関する調査の結果について、御意見、御質問いただけたらと思います。いかがでしょうか。

木下委員、お願いします。

○木下委員 ありがとうございます。聞こえますでしょうか。

○松田委員長 はい、聞こえます。

○木下委員 本当に端的な質問なのですけれども、図表の10、11、12、13や、ヒアリング

調査の結果からも、うまくフィードバックが利用できていないというような認識を抱いたのですが、その辺り、今回の調査において、やはりLIFEで目的としたフィードバック機能が実際のケアに生かされていないというところが読み取れたというような解釈でよろしいのでしょうか。

○松田委員長 いかがでしょうか。

○藤野委員 藤野です。

一旦、では私のほうで。利用がうまくできていないというヒアリングももちろん挙がってきているのですが、一方で、LIFEを使ったことで連携が進んだとか、効果と読み取れるところも挙がってきていまして、LIFEが活用できていないということとは認識しておりません。ただ、これはLIFEの当初からの議論なのですけれども、LIFEをしたら自動的に何かがよくなるわけではないというのは委員全員の認識でして、LIFEを使って何をしたらいいのかみたいなどの議論であったりモデルだったり、その辺がずうっと委員会のこれまでの調査でも探しているというか、確認しつつ、探している。だから、LIFEがあったら自動的によくなるわけではないというのはそのとおりの結果が出てきて、活用しているところはやはりできているというような解釈になっています。なので、LIFEが多くの施設で活用できていないとは認識しておりません。

以上です。

○木下委員 ありがとうございます。

ついでにちょっとお尋ねしたいのですけれども、LIFEの入力が負担だというところが結構出ていると思うのですけれども、1人当たりのフィードバックの表示とか、1人当たりのフィードバックの読み取りとかで結構時間がばらついている。図表14ですね。こういう入力に要した時間がすごくばらつきが大きいように思うのですけれども、何か施設ごとに工夫があったりとか、あるいはちょっと負担があったりとか、そのような違いがここに反映されているのかどうか、もし分かれば教えていただければと思います。

○藤野委員 解釈になってしまうのですが、ここの差がどういったことで出てきているというのは、我々、今回の調査では把握していなかったと思います。負担に関しては、これも当初からの議論であるところなのですけれども、負担があるかないかでいうと、皆さん、あるのですね。その負担がいろんなことに見合うのか、それは事業所としてのインセンティブであったり、もしくは利用者さんの、介護の状況がよくなる、身体の状況がよくなるとか、そういう利得のところ、そういうことと見合うのかというところがずうっと今検討しているところで、負担があるなしでいうと、間違いなく皆さんあるので、それが見合うのかどうかということがずうっと議論になっております。ありがとうございます。

○木下委員 今のお話で非常によく分かったのですが、1人当たりの入力にかかる時間とか非常に短い時間でささっとやっつけていっちゃう施設もあれば、非常に長い時間かかってやっつけていっちゃう施設もあるので、そこが何でこんなにきれいにばらつくのかなというのを不思議に思っておりました。その辺りは今回の調査では分からないと思うのですけれ

ども、何か御意見ありますでしょうか。

○藤野委員 非常に貴重なヒントになるかと思えます。次回以降の検討にその辺を深掘りするのは大変いいことではないかと思えます。貴重なヒント、ありがとうございます。

○渡邊介護保険データ分析室長 すみません。事務局ですが、補足よろしいでしょうか。

○松田委員長 どうぞ。

○渡邊介護保険データ分析室長 事務局でございます。

負担については、LIFEの入力については、基本的に厚労省が運営するサイトを通じて項目を入力していただくということになっているのですが、ウェブサイト上で入力していただくことのほかに、介護ソフトとのCSV連携という形を取ることもできることとしております。その場合、ふだん業務で使っている介護ソフトから割合簡単にCSVをはき出していただいて、それをサイトに上げるという形になります。お話を聞いていると、CSV連携でしている場合、ふだんの業務の一環という形で、余り負担はないと聞いているというところがございます。そこがやはり一番負担感という意味では大きいのかと考えております。

ただ、別途、国立長寿医療研究センター様のほうで、秋下先生を座長としてLIFEのあり方については検討会をしております。そこでの議論ということで御紹介させていただきますと、やはり負担というところはできるだけ減らしていくべきといったような御議論をいただいております。具体的に項目の中で不要の項目を削除していくとかそういうことがあり得るのかとは考えておりますが、これは9年度改定に向けて項目については議論していくということになるかと思えます。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。この調査ではどのように入力しているかという情報は取っているのでしょうか。ウェブへの直接入力なのか、介護電子カルテからのアップロードなのかという情報です。

○渡邊介護保険データ分析室長 すみません。事務局です。

今回の調査では、CSV連携しているかということは取っていないのですが、LIFEシステムの側でどういった形で入力されているかというのは把握ができておまして、それで、全体でいうと、7割程度の事業所はCSV連携で入力していることが分かっているというところでございます。

○松田委員長 ありがとうございます。恐らく、どういう形態で、電子カルテ使っているのか使っていないか、直接入力なのかどうなのかということと、あと、多職種で入れていくのか、代表がまとめて入れるのかで全然負担感が違ってくると思うので、そういうところも少しこの後調査をされるのであったらいいのかなと思いました。ほか、いかがでしょうか。

小坂委員、お願いいたします。

○小坂委員 これについては特に今回の調査に基づくものではないのですが、このLIFEの関係者がいるのでいろんなところでヒアリングさせてもらおうと、自分のところがそんなに

ひどいと思っていないので、それでフィードバックを受けるインセンティブが余りないと言うのですね。それで、これは導入したときにアウトカムで様々な加算がついたと思うのですが、ADLとか褥瘡とか排せつとかで、あくまでこれも医療モデルなのです。だから、本当に尿カテが取れたとかADLが維持されたとか、そういった褥瘡のケアの話ですよ。

ただ、そうすると、アウトカムって何という中で、本当に介護の負担を減らすようなことばかりなのだけれども、例えば英国CQCとかだと、これは無理だとしても、入所者のエクスペリエンスというか、経験をかなりフィードバックしている。看取りとかそういったこともアウトカム指標に入れられないのか。それから、インシデントとか、そういういろいろな事故があるのを報告をして、それを解析できるようには海外もしているところもあるのですが、そういった形で一定程度そういうのを使って、そこだとのぐらいあるのか、割と自分のところとベンチマーク得やすいと思います。要介護の変化には年齢が一番効いてくるので年齢調整はしてもらっていると思うのですが、それと疾病がすごく、がんで看取り人に幾ら維持改善といってもしょうがないので、そういったこととかを含めて、今言ったような死亡のアウトカム、看取りのアウトカム、それから事故みたいなものも今後入れられるといいの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。インターライなんかでやっているような、こういふのに対してこういうイベントが起こることが期待されるというエクスペクティッドと実際のオブザードを比較してどうなのかというO/E比をとって、マクロで体制を評価するという方向に持っていけるとよいのではないかと思います。この視点で考えると、何を評価するかというアウトカム部分が少し弱いと思います。今、小坂委員が指摘された事項は非常にやはり重要で、医療モデルでやっていくと介護の場合に限界がありますので、介護にふさわしい、平均の利用年齢が86歳を超している状況なども踏まえて、どういうアウトカムを考えていくのかということを含めないといけないのかなと思いました。

ほか、いかがでしょうか。大丈夫でしょうか。

では続きまして、福祉用具のほうにいきたいと思います。福祉用具につきまして、御意見、御質問等ございましたらお願いいたします。担当された委員長の先生から何かございますでしょうか。

○福井委員 ありがとうございます。委員長をさせていただきました福井です。

1 ページ目の調査の目的で御説明いただいたように、令和6年度に、一部の福祉用具、固定用スロープと歩行器と単点杖と多点杖という4種類の福祉用具に関して、これまで貸与ということだったのですが、販売の選択制を導入したということで、1年少したりましたので、その変化の経済的な効果であったり、あとは質の部分で、ケアマネージャーさんが貸与ですと関わられますけれども、販売の場合はどうなのかというような実態調査をいたしております。

その結果、ざっくり大きな結果として申し上げますと、直後は、販売というのは購入料が

かかるので一旦は総額というのが上がりますが、数か月、8か月とか1年近くたつとそこがおさまってきて、結果、貸与だけの自治体に比べて相対的に金額が抑えられているという結果が示されました。一方、利用者さんの目線からも、長期で利用されると比較的長期の、数か月というよりも1年とか数年という単位で見ると安価に抑えられているというような状況が見えてきており、ケアマネジメントという支援の質という観点からも、今回、販売の選択制が導入されたことで、ケアマネージャーさんの目が行き届かない方というのはごく少数にとどまっているというような状況で、大きなマイナス面はそこまでは見られないという結果が示せたと考えてございます。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。福祉用具に関しては、個人が購入されて、それをずっと使うというのはとてもいいことだと思っているのですが、それに関しては、在宅から施設に移ったときも継続的に使えたほうがいいという結果を田宮先生が研究で出されています。そういうことも可能になるような効果が、この貸与から販売に行くことによって出るとよいと思うのですが、貸与だと継続的に使うのは難しいですね。この辺、田宮先生、いかがでしょうか。すみません、いきなり振ってしまって。

○田宮委員 ありがとうございます。私も本当にその辺は重要だと思っているところですね。ただ、販売になると、そのまま持っていけるというのはあるので確かにいいと思うのですが、また状況が変わったときにフレキシビリティが、販売になってしまうとなくなってしまうという課題が、在宅にいてもそうですけれども、あると思うのですね。ですので、今回の議論は全部在宅の話ですが、施設における車いすの貸与についてももう少し考えてもいいのではないかなと思います。販売によって高機能の車いすが施設に持ち込めて連続性が改善される点は本当にそうだと思いますが、申し上げたように、状態の変化とフレキシビリティがあるので、施設での貸与も検討いただけたらなと思っています。

○松田委員長 ありがとうございます。テクノエイドセンターみたいなのが本当に一般化して、リユースなんかもいろんなことができるようになるといいなと思いますけれども、欧米に比較すると日本は、いわゆるテクノエイドセンターと言われているものが少ないですよ。そこを改善していかないと、福祉機器、用具をきちんと個別化して使っていくということに関する一般化が難しいのかなと思います。販売とか貸与に少し行き過ぎてしまった部分もあると思うので、本当はテクノエイドセンターが必要なのではないかなと私は思っていますけれども、ほか、いかがでしょうか。

近藤先生、何か御意見ございますか。

○近藤委員 すみません。ちょっと出ていたので指されてしまったかもしれませんが、ちょっと気になったところは、15ページ目かな、選択制の利用状況のところ、こころの本旨は、要するに、簡単な福祉用具の貸与だけしているのに、ケアプランがずうっと続いてしまって、そこがもったいないのではないかという話もあったと思うのですね。ただ、数字見てみると、ケアプランの作成がなくなったのは117人ということで、パーセンテージ

にすると2%ぐらいになるのかな。だから、そんなに大きな数字でなかったのですね。だから、その部分は余り効果がないと判断したほうが良いような気がいたしました。ただ、今回、福祉用具のいろんなモニタリングとかいう部分での意識がすごく高まったということで、今回こういう形にしたのは少し効果があったのではないかなとは思っています。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。制度変更がそれほど悪い影響なかったという総括でよろしいのかなと思います。

では、続きまして、介護現場における生産性の向上等に関する調査に関する御意見、御質問いただけたらと思います。いかがでしょうか。

委員長の先生、何か御意見、コメント等ありますでしょうか。

○井上委員 ありがとうございます。委員長をさせてもらいました井上と申します。では、少しだけコメントさせていただきます。

今回、テクノロジーの導入状況を調べまして、令和4年度と比べてかなり導入率が上がってきました。それと、介護DBなどの分析も含めてですが、残業時間の減少や有給休暇取得の向上といった結果に結びつくなど、きれいなデータが出ました。

一方で、加算を取得できるのは入所系施設だけなので、訪問系や通所系は、少し違ったデータも出ています。例えば、委員会の設置状況に出ているということが1つです。もう一つは、加算Iを取ろうとすると、見守り機器の全床導入が必要ということや、メンテナンス費用も含めた負担、タイムスタディの実施など、かなりの負担がありますので、この点は今後改善が必要なのではないかと委員会の中では議論したということも、報告させていただきます。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。非常に重要なポイントで、入れたことによって効果ははっきりするのであればあまり追加のいろんな報告を求めなくてもいいのではないかなと私も思います。現場を訪問してみると、確かに見守り機器を入れると本当に大きな効果が出ているようですので、あとは集めているデータを分析して、どういう効果があったのかということに関する、エビデンスを積み上げていくことが大事なのだらうと思います。実際に私が訪問させていただいたところでも、例えば眠りCONNECTなんか使っているところでは、モニタリングで訪室の回数をかなり減らせているし、在宅でも、特にターミナルのところだと、看取りに行くタイミングの調整もできるので本当にいい効果が上がっているなと思うのですけれども、そういうものがあれば、導入ということだけで加算でいいのかなとは思いました。

ほか、いかがでしょうか。

○井上委員 今の件ですけれども、委員会の中でも同じ意見が出ました。これだけきれいに有給休暇の取得率や残業時間の減少が出ていますので、データ収集は負担を減らしてもよいのではないかと、という意見が出ていました。関連して、見守り機器を導入するときに、

全床導入が本当に必要なのかという意見も出ました。そもそも必要ない人で、必要な人の中で訪室は不要な人、訪室も必要な人というスクリーニングが必要なのではないかという意見も出ていました。補足ということでお願いします。

○松田委員長 ありがとうございます。現実的に対応しようと思うと、その部分は非常に重要なポイントだと思います。そのほかいかがでしょうか。

福井委員、お願いいたします。

○福井委員 ありがとうございます。今、井上委員長より御説明いただいたように、加算が施設系のみということで、質問させていただきたいと思ったのは、訪問系とか通所系も入った結果なのかどうなのかということで、今の御説明で、施設系の結果をお示しくくださったと理解いたしました。

今後、施設はどなたかのスタッフが24時間いらっしゃるの、介護テクノロジーの利用というのは、その補助的にスタッフがいないときに観察機能をすごく強化するというところで役立っていくと思うのですけれども、訪問系とか通所系というのは、一時しか利用者さんがその場にいらっしゃらなかったり、訪問だったら、スタッフが行くときしか観察ができないという、スタッフがいないところの間を埋めていくところにテクノロジー活用ができるという、ちょっと本質が違って、訪問や通所系のほうの今後の導入も大事になっていくと考えると、その辺りの何か御議論だったり方向性というのがあれば教えていただければと思います。

○井上委員 ありがとうございます。大事な視点と思って伺っていました。委員会が出た意見としては、今、訪問系で導入しているのは、介護記録ソフト、インカムがそれなりに導入されています。インカムに相当するものは、利用者の自宅をそれぞれが訪問しますので、インカムなのか、他のICT機器などで、連絡調整ができることは大事かと思えます。

一方で、見守り支援機器については、入所系で入れているような見守り支援機器は少し違うのではないかと。そこを、見守り支援機器なのか、あるいは本人からの何らかの発信なのか分かりませんが、そういうものを入れていく方向性はあるのではないかと思われます。あともう一つ議論が出たのは、直接関係ないかもしれませんが、加算はあくまで入所系だけです。訪問系や通所系に加算がないことをどの評価するのも考えたほうがいいのかと議論に出ていました。ありがとうございます。

○松田委員長 ありがとうございます。訪問系の、医療系でもやっているところはここにスマートグラスつけて、行って、連絡で何か受けた場合にはすぐそこで指示が出せるということをやっています。特にこれから外国人の方の訪問系のやつを認めるということからすると、何か起こったときの対応というのはやはりできないといけないと思います。そのときに、スマートグラスがあるという話を、これは先進的にやられている病院で聞きました。訪問系に関してもそういうことをこれからやっていく時代になるのではないかなと思います。あとはAIですよ。AIがかなり自動的にいろんなものを判断できるようになってきているので、そこも多分これからそういう活用も考えていくべきなのだろうと

思います。いかがでしょうか。

今回の分析は全般的にそうなのですけれども、もう少しクロス集計とかいろんな検討をしていくと面白いエビデンスが出てくるものがあるかなりあるようなので、今回の報告書だけで終わらせてしまうのはちょっともったいないなと少し思っているところです。全老健のほうでお引き受けしているいろんな事業に関しましては、そのデータを使って委員の先生たちが分析をして、さらに追加のいろんなエビデンスを出していくという枠組みにさせていただくことになりましたけれども、本研究もそういう形にしていくと、これだけのデータ集まっていますので、やれたらいいと思った次第です。これはまた事務局のほうで検討していただければと思います。

どうでしょうか。1～4までの調査全般につきまして、何かここで改めて御質問、御意見等ございますでしょうか。

田宮委員、どうぞ。

○田宮委員 ちょっと今日遅くなって申し訳ありませんでした。それもあって出遅れてしまったところがあったのですけれども、最初のほうの2番目のLIFEについてですけれども、28ページ辺りで、これまで把握していなかった状況の把握ができたというのがあるのは、それを狙っていたわけで、とてもよかったなと思います。やはり施設によって違っていますよね。老健はそうでもなくて、福祉施設とかのほうが多いと差が出ています。これを、できたらもうちょっと深掘りして、量か質か。例えば今まで余りアセスメントしていなかったところが全員にある程度するようになって、気づきがあったのか、それとも、していたけれども視点が違ったのかとか、せっかくの効果が出ているので、その辺も見てみたいなと思って伺っていました。

施設によって違いは、よく老健で伺う話は、既にアセスメントをしっかりやっているから、今さらこんなのやってもというような意見も聞きます。今回それを示す結果が出ていますね。だから、今までやっていなかったところにどんな効果があったのかがもうちょっと分かって、そこを背中押すような仕組みにするのもいいのかなあとか思っていたのが1つ。これはコメントです。

もう一個ですけれども、フィードバックの効果が余り生かされていないところがあったのですけれども、今、個人フィードバックって、お話出ていたかもしれないですが、ちょっと勉強不足で、最近、どのぐらいの頻度で返せるようになったのですか。ちょっと教えていただければ。最初のほうは、すごく遅いし、余り現場には役に立たないような意見も聞いていたのですけれども、今は、個人フィードバックというのほどまでできるようになっているのでしょうか。

○松田委員長 では、すみません、事務局、お願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 事務局でございます。

利用者フィードバックについての御質問ですが、利用者フィードバックについては、3か月ごとですけれども、利用者の中で3か月ごとに入力していただいて情報開示しており

ます。入力されたものについては順次毎月返しているという形にはなりますが、どうしても集計する関係上、最短で、入力されてから半月、入力のタイミング、月のどこで入力されたかによるのですけれども、長い方ですと、入力されてから半月から1か月半ほどの期間を置いて返しているというところがございます。集計している関係上どうしてもというところではございますが、このところでラグが一定あるというところは我々としても認識しているところがございます。

○田宮委員 でも、半月から1か月になったのですね。それは前より確かにスピードアップだと思うのですけれども、できるだけ現場に役に立つ、どうして生かされていないのかというようなところも、分かればいいなと思いました。ありがとうございました。

○松田委員長 田宮委員へのお答えも含めて、近藤先生、多分、現場ですので一番よく御存じだと思いますので、近藤先生、よろしくお願いします。

○近藤委員 個人フィードバックは、全体からのフィードバックだとどうしても全体からの位置関係の情報しか得られないので、本当は施設ごとにフィードバックの体制を構築していくほうがいいと思うのですね。今こういう状況にあるからこういう対応でいきますとか、これが一番適していますという形のものができればいいのですけれども、それは理想形なので、現状使えるものであるとするとそういった、いわゆる標準的なデータとの比較になると思うのですけれども、でも、それも早い段階でフィードバックしてもらわないとなかなか役に立たないので、田宮委員のおっしゃるとおり、その部分をちょっと重視したほうがいいとは思いますが。それでよろしいでしょうか、委員長。

○松田委員長 御質問、お願いいたします。

○近藤委員 はい。質問になるというか、ちょっとあれですけれども、先ほど御意見申し上げました介護施設と医療機関の連携体制の話の中で、1つすごく問題なのは、マストになっていて、来年度では全部1から3まで達成しなければいけないのですけれども、それがまだ100%になっていないというのがやはりちょっと問題であるとは思いますが。そこを何かペナルティがあるのかなというのがちょっと心配しているところですが、ただ、先ほど申し上げたように、この仕組みの一番いいところは、介護施設と医療機関の間のコミュニケーションの量を増やしていくという部分なのです。

それでちょっと気になったのは、37ページだったかな、ヒアリングのところに出てきた会議が負担だという意見がやはり気になる部分で、ちょっと調べてみたのですけれども、会議の要件ってそうしっかりしたものがまだできていないのですけれども、多分、実地指導なんかが入ったときにちょっとうるさく言われてしまっている部分があるのかなと思って、気になっていました。

その中で、医療側の参加者に医師を入れてくださいみたいなのが実指導の中に出てきてしまうと途端にハードルが上がってしまうのですよね。だから、少し、緩めるというわけではないのですけれども、会議の参加者にフレキシビリティを与えて、なるべく現場の責任者の人たちが密に連絡を取る、コミュニケーションを取るという形の会議をやってく

ださいという指導が多分入ったほうがよりコミュニケーション取りやすくなると思うので、そこはちょっと厚労省さんのほうに考えていただきたいなと考えておりました。

あともう一ついいですか、委員長。

○松田委員長 どうぞ。

○近藤委員 これはコメントなのですが、4番の質の高い介護の部分です。介護ロボットの導入状況の数字が、7～8年前は物すごい悲惨な数字だったので、今は本当に目をむくような導入率になっていまして、これは非常に素晴らしいことだと思いのと、同時に、ちょっと観点が変わるので、ロボット開発とか、こういった介護機器開発の側面では、やはり導入率が上がるというのはすごく機器の価格を下げることに働いていくので、ますます展開が大きくなっていくと思いますから、よろしければですけども、導入率をもう少し上げるような、補助金を新たに設定していただくとか、あるいは、医療側も実は必要なのですが、介護側はすごく導入が進んでしまっているんですけども、医療のほうは全然こういった機器の導入が進んでいないので、これはちょっと厚労省絡みでないかもしれないですけども、これもやはり医療側にも展開できるようなシステムを国のほうに考えていただくと、ますますそれが加速していきますし、場合によっては、輸出、他国への展開も考えられますので、そこはぜひ考えていただきたいなと考えています。

ただ、介護側は本当に、補助金の効果とかいろんな、今回のこれも、要するに質の高い介護という枠組みをつくっていただいたので、非常に理想的な形に近づいてきていると思います。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。地方で高齢者が多い病院などは、眠りCONNECTなどを上手に使っていて、業務の負荷が大きく下がっています。医療と介護も複合化してしまっている現状を考えると、両方でやったほうが僕もいいと思いました。ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。LIFEについて藤野委員長に教えて頂ければと思います。私は医師や看護師ではないので、対人援助の本質にコミュニケーションを考えてしまう傾向があります。LIFEが目指している科学的介護のフィードバックを、サービス担当者会議などで対話して、利用者のコミュニケーションにどのように生かすのか、そこをどう変えていけるのかについて、どんな議論がされているのか教えていただきたいです。これが一点目です。二点目が、認知症の方を考えると、ご存知のように、本人の世界観を尊重してケアをするというベースがあります。そのことと、LIFEというものが土台としてあること、もちろん、LIFEは必要だと思っているのですが、そこをどのように委員会で議論されているのかと教えてもらえませんかでしょうか。なかなか質問しづらい内容と思って今までできていなかったのですが、せっかくの機会なので教えていただきたいです。お

願います。

○藤野委員 ありがとうございます。私が回答するのに適切な人間ではないかもしれませんが、現在、LIFEなのですけれども、それ以前から、介護の質というようなことでずうっと継続してきた議論の中にあるお話だと思います。2番目のほうからお答えしますと、先ほど小坂先生から、死亡やそういったアウトカムを入れるべきだという御議論もあった中で、それとは別に、尊厳とか、利用者さんの安寧とか、社会参加とか、そういったことも含めるべきだという議論がずうっとあります。ただ、制度設計をするときにそもそもどうはかるのかとか、また施設的特性によってかなり変わってくるということで、そういった理念が必要だということはほぼ全ての関係者が合意していると思うのですが、制度設計といった途端に手がつかなくなっているという印象があります。特にこの介護報酬という形での反映といったところには大変距離があるなあと思っています。

ちょっと蛇足なのですけれども、私自身はずうっと介護の質に関わらせていただいている中で、そういったアウトカムを設定するというのが非常に難しいので、むしろプロセスのマネジメントシステムということはずうっと提案してはいるのですけれども、そこはそこでまたなかなか難しいみたいなのですけれども、恐らく、井上先生言われたような尊厳とか個別のそういったことに重きを置いて介護するのだということの評価しようとする、私はマネジメントシステムのほうが適しているかなと。これは個人的な印象です。その議論があっているかという意味では、議論がずうっとあっています。

もう一つ、LIFEの話で、それをどうやって使うのか。これは先ほどの私の発言ともまた一緒になるのですけれども、これも私どもの認識として、繰り返しになりますが、LIFEしたからよくなるという期待はあるわけなのですけれども、LIFEを使ったらどうよくなるのだというところにはやはり、多職種連携があったとか、利用者さんへのフィードバックがあったとか、自身たちの介護の見直しがあったとか、そういったプロセスがあって反映されるわけなのですけれども、その評価とか、メカニズムと言っているのでしょうかね、LIFEがあって、状況がよくなるということの中には、井上先生言われたような連携会議とか多職種会議とかの活用みたいなことがあるわけですが、一部それは今回の調査もしくは前年の調査でもやってはいますが、多分井上先生言われているのは、もっとクオリタティブなところですね。というところにはこの改定・検証の調査の中ではやっていない。多職種連携が進みましたとか、このLIFEのフィードバックを会議の場で使いましたかみたいなことは多分井上先生の御意図と同じだと思いますが、そういう項目も評価しようということで乗ってきたというのがあります。

○井上委員 ありがとうございます。もしよろしければ、副委員長されていた栗田先生の御意見も伺いたいです。

○栗田委員 ありがとうございます。今回の委員会の中での議論は藤野先生おっしゃったとおりで、一応議論はいろいろされているのですよね。これまでもずうっとしてきたということで。恐らく介護の最終的なアウトカムは、利用者のQOLとかウェルビーイングである

うということはずうっと言われている。これはただ、本人の主観的体験なので、これをLIFEの中に投入するとか、ましてや介護報酬につなげる、これはなかなか大変なことで、実は認知症のことをちょっとおっしゃったので、来年度から厚労科研で認知症施策推進基本計画に基づいたKPIのアウトカムを評価する研究がスタートいたしますので、このアウトカム指標は本人の体験なのですよね。一応項目も今年度老健事業でほぼつくりましたので、まずはパイロット的な調査ということで、在宅も介護保険保健施設の利用者も含めて認知症の方の主観的体験をちゃんと拾う研究をスタートさせます。

ただ、これは本当にまだ研究の段階で、これを報酬につなげるということはなかなか難しいことで、まずは3年間やってみよう。ゴールはなるべく代表性のあるサンプリングをして評価できるようにしていこうというところまでは取りあえず現段階でのやれるところかなという感じであります。

以上でございます。

○井上委員 ありがとうございます。すごく理解が深まりました。LIFEの中で、このあたりを評価していくことが報酬設定して難しいことも非常に理解できました。

LIFEすなわち科学的介護という評価があり、それとは別の評価があることを当然、現場の皆さん分かっているのですけれども、LIFEに対する批判的な意見も現場では耳にするので、両方があるということが浸透して行ってほしいと改めて思ったところです。ありがとうございます。

○松田委員長 田宮先生、これに関するご質問ですか。

○田宮委員 はい。

○松田委員長 ではお願いします。

○田宮委員 ありがとうございます。栗田委員から、主観的なことを、体験のことをこれから取り組まれることとか、井上委員長先生がおっしゃった、そういう視点、すごい大事だと思うのですよね。現状、老健もそうですが、特養とかいろいろ見ていると、すごいアクティビティが多いところってとても皆さん生き生きしていて、元気だなという印象は受けて、そのアクティビティのやり方って施設によってすごい違うように思うのですよね。歌を歌ったり、何かつくったりとか、そういうのがすごくあるところと。あれってどこかで把握、これはレセプトでしようと思ってもできないですし、アクティビティ加算みたいのってあるのですかね。その辺、私ずうっと思っていて、それこそLIFEか何かで分かるかといいかんと思ったりもするのですけれども、その辺ってどこかで分かったりしますでしょうか。前からずうっと思っていたので、手挙げてしまいました。

○松田委員長 アクティビティの内容までは多分把握できていないと思うのですけれども、その辺は恐らくそれぞれの事業者さんのいわゆる経営努力というところで、いわゆるアトラクティブな施設になってきて、顧客が集まるという理解でいいのかなあとは思いますが。

あと、チャットで来ていますので、ちょっと読み上げさせていただきます。

資料1-2、図41、42、43のデータを見て、「LIFE関連加算の算定個数が多いほど効果

を感じるというところが興味深いと感じましたが、事業所規模や人員配置などの特性分析など深掘り分析について今後検討される予定はございますか」ということですが、これは藤野先生、いかがでしょうか。

○藤野委員 すみません。ちょっと即答しかねますが。

○松田委員長 追加のクロス集計をやっていただきたいということだと思いますので、もし可能であればお願いいたします。

○藤野委員 こちらはちょっと事務局との御相談になろうかと思えます。

○松田委員長 それからもう一つ御質問が、資料1-4ですね。図表13、問2-1のデータで、導入効果として職務負担軽減があるようですが、さらに調査を続けて、離職率や職員定着率など客観的指標との関連分析を今後検討される予定はございますか。これは非常に重要な視点だと思います。ヒアリングレベルですけれども、医療施設等でこういうものを入れたところでは、確かに離職率は下がっています。そういう意味で、そういうところもやっていただけるとすごくいいと思いましたので、これもまた事務局のほうで考えていただけたらと思います。ほか、いかがでしょうか。

先ほどの井上委員のコメントに関しましては、恐らくACPが一つの鍵になってくると思えます。ACPというのは繰り返されるプロセスですので、それを繰り返すことによって、その人が最後どのような生き方をされたいのか、御本人とか御家族の意見を聞きながら、サービスをきちんと調整していくという、そういうことができるということが恐らく尊厳への配慮だと思います。ただ、それを加算で見ていくのかどうかという話になってくると、もしかすると、これは介護の仕事やっている人間にとっては当たり前やらなければならないことなのかなとも思えます。基本的なところで人に対する尊厳というのはあるべき話なので、そういうものなのではないかと思いました。したがって、加算というよりは、やれないことに対するペナルティなのかなあと思いました。

入江委員、お願いします。

○入江委員 すみません。私、ちょっと介護のことは不勉強で、例えば医療の分野では、脳卒中患者の予後を見るときに、QOLについては、EQ-5Dのようなもので数値化して評価するということがあると思うのですが、介護の分野でも、QOL評価の指標としてこういったものがよく使われるというものがありませんでしたら、勉強のためお教えいただくとありがたいのですが、いかがでしょうか。

○松田委員長 それについては恐らく、事務局よりも栗田先生に聞くのが一番いいかなと思うのですが、栗田先生、お願いいたします。

○栗田委員 もちろん、EQ-5Dはユニバーサルな指標なので、どの領域で使っても全く問題ないかと思うのですが、問題は、要するに主観的な評価ということをどうやってやっていくかというところが最後の鍵だと思うのですね。EQ-5D、非常に簡単な項目なので、私も非常にいいと思っているのですが、これは利用者一人一人全部やるという作業をこのLIFEに入れるかどうかというのはなかなか至難のわざだろうかと、今の段階では思えます。

ただ、今回我々の厚労科研でやっているのは、認知症の人ということ考えた評価の仕方ということが余り考えられてなかったのですね。これまで。つまり、認知機能が低下していても、ちゃんと自分のQOLを評価する。例えば過去2週間どうでしたかなんていう聞き方をしても、過去2週間のこと、覚えていないですから、その瞬間瞬間のことを聞きながら、多分1回だけではだめなので、何回も聞きながら評価していくという方法論とか、それから、例えば選択肢で4項目の選択ってあって、これ、なかなか大変なので、これについてはちゃんとAIDを使って評価できるようにしたりとか、そのようなこともちゃんと考えた評価尺度というものをつくらなければいけないだろうということで、さんざんやってきたというところがございます。

ということで、入江委員おっしゃるとおりで、そういうことを本当は広くやれるようにしていくのがこれからの課題なので、LIFEの方向に行けるかどうかは私はちょっと分からないですけども、これは藤野委員や松田委員長と考えなければいけないですけども、ただ、さっき井上委員おっしゃったかと思いますが、連動しているということが大事なので、LIFEでやっている様々な評価が最終的には別のアウトカムにちゃんとつながっているのかどうか。

特に一番気になったのは、虐待なのです。虐待の判断事例、全然減っていないのですね。どんどん増えているので、これが減っていないのは大問題なのですけれども、こういうものにちゃんとつながっていけるのかどうかということ、LIFEを使いながら評価できるようにしていくということがこれからの方向性なのだろうなと思います。

○松田委員長 ありがとうございます。恐らく評価の体系が認定調査、主治医意見書、各事業者さんがやられているいわゆるアセスメント、そしてLIFEと、結構ばらばらなのですよね。すぐもったいないなと思っていて、そういうところにいろんなものを入れ込めていくと、経時的にいろいろな実務の中で評価できる仕組みができていきますので、その辺もまた今後の検討の中でやっていただけたらと思います。

そのほかよろしいでしょうか。

田宮委員、お願いします。

○田宮委員 今のQOL尺度のことで1つ。介護におけるQOL的なもので言うと、ASCOTという尺度がいろいろ使われていて、それは利用者も介護者のほうにも使えるというので、検討の余地はあるかなと思いました。追加です。

○松田委員長 ありがとうございます。ほか、いかがでしょうか。

よろしいですかね。

ありがとうございました。それでは、本日いただいた調査結果の概要への指摘意見等の反映につきまして、私のほうに一任させていただいてもよろしいでしょうか。

(委員首肯)

○松田委員長 では、今後の流れにつきまして事務局のほうからお願いいたします。

○渡邊介護保険データ分析室長 本日御議論いただいた各資料については、後に予定して

いる介護給付費分科会に報告し、審議等を行う予定でございます。

次回の日程については事務局から追って御連絡させていただきますので、よろしく願いいたします。

○松田委員長 ありがとうございます。

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