

介護サービスの質の評価・ 自立支援に向けた事業者へのインセンティブ （参考資料）

介護保険法における自立に関する規定について

○介護保険法（平成九年法律第百二十三号）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

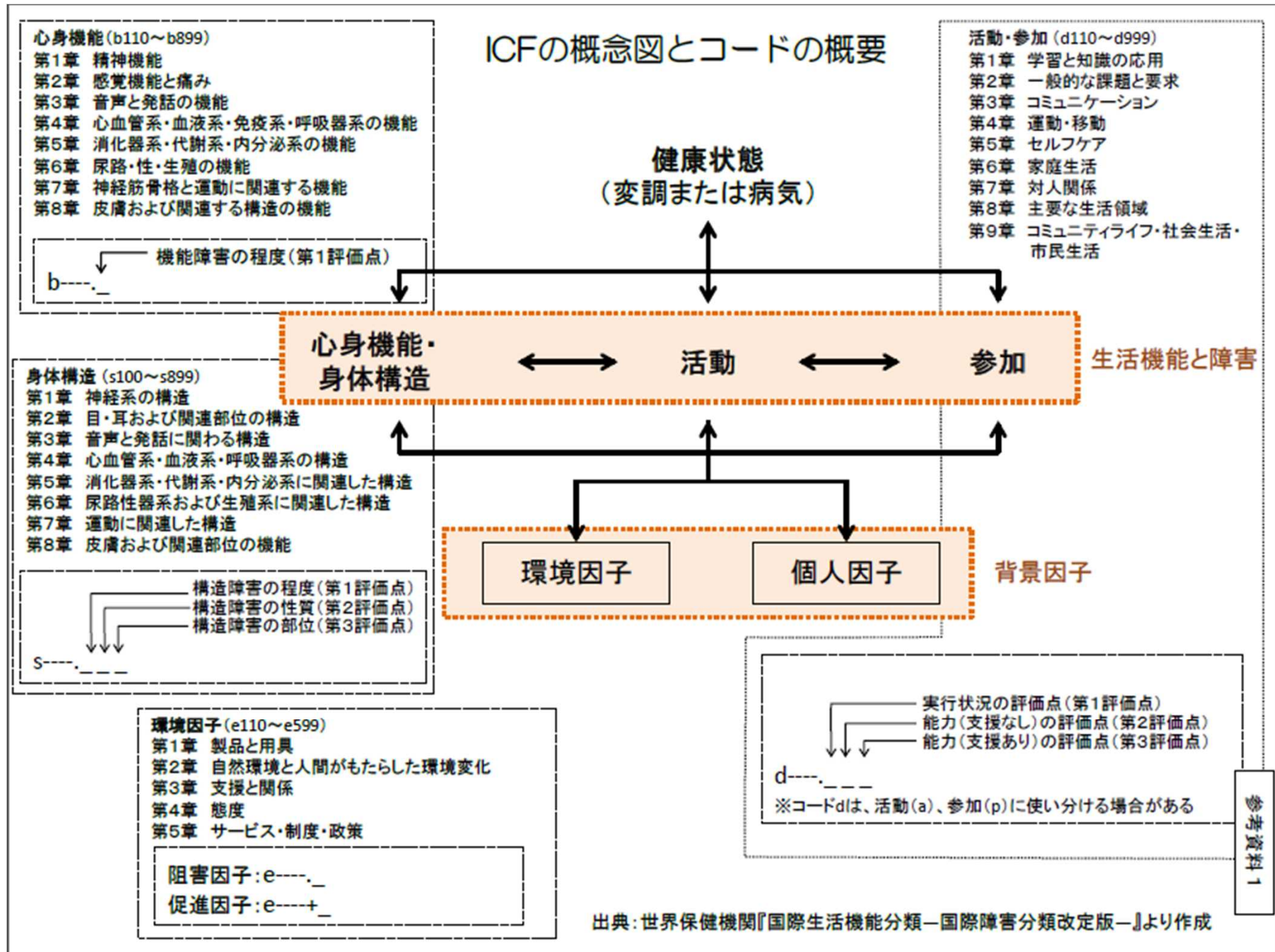
（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

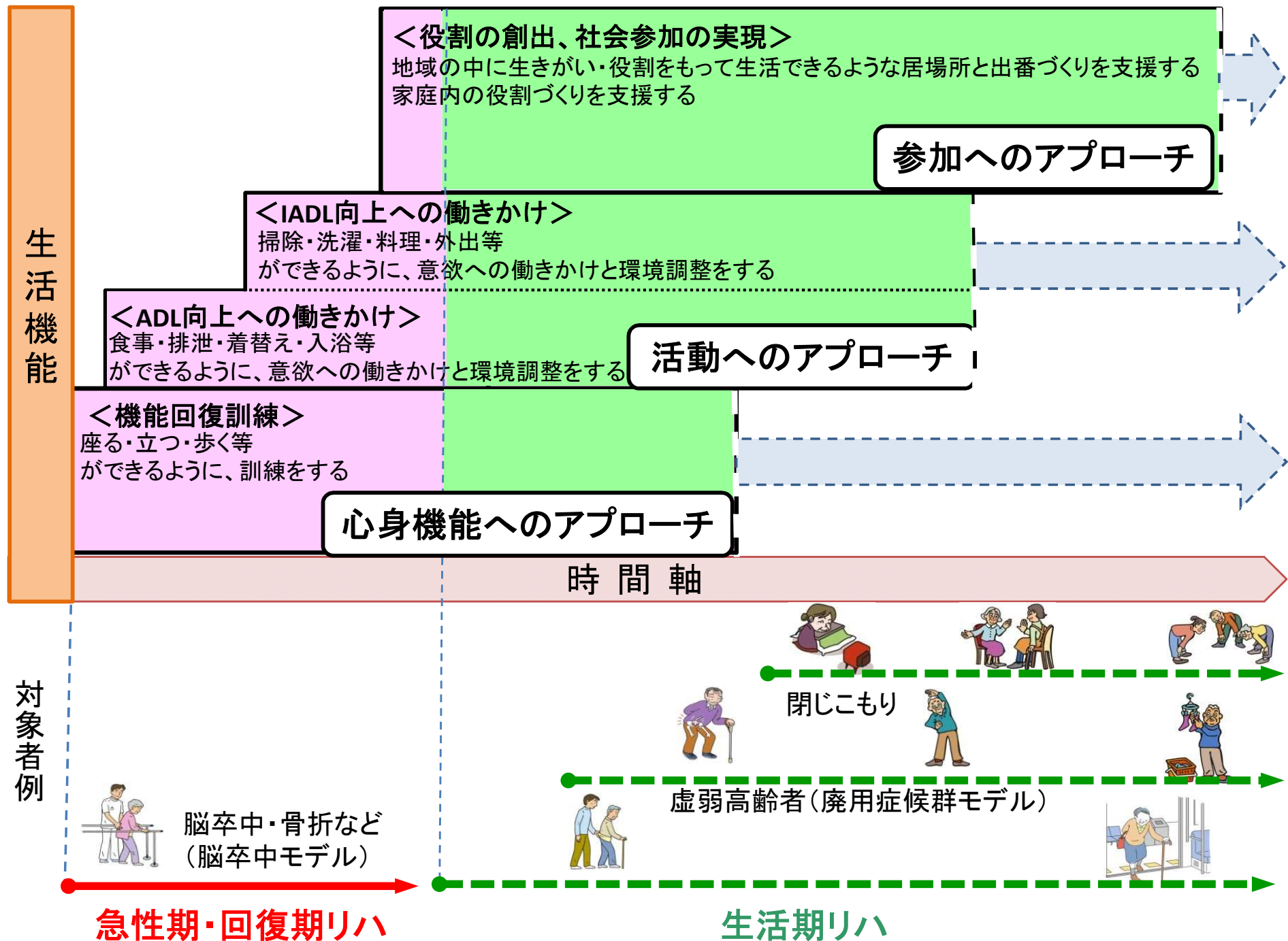
- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

国際生活機能分類（ICF）について

第16回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会 参考資料1



高齢者リハビリテーションのイメージ



- 介護保険サービスにおける質の評価のあり方については、以前から社会保障審議会介護給付費分科会における今後の課題とされており、複数年にわたり調査研究事業等を実施し、検討を重ねているところ。

介護給付費分科会での議論の変遷

● 平成18年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

サービスの質を確保するためには、利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能することが最も重要である。（中略）さらに、利用者との意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提としつつ、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。制度改正により新たに導入される情報公表の仕組み等も踏まえ、利用者の視点に立ったサービスの提供を推進するとともに、不適切な事業者を適切に排除する観点から、今回の制度改正における事業者規制の見直しも踏まえ、基準の明確化を行いつつ、指導・監査の徹底を図る。

● 平成21年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと。

● 平成24年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護サービスの質を評価するため、要介護度等の変化を介護報酬上評価することについて「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」において検討が進められたが、要介護度等は様々な要因が複合的に関連した指標であり、その変化には時間がかかるとともに、利用者個人の要因による影響が大きいとの指摘がなされた。しかしながら、介護サービスの質を向上させることは、大変重要な課題であるため、まずは、要介護認定データと介護報酬明細書（レセプト）データを突合させたデータベースの構築を図るなどの手段により、具体的な評価手法の確立を図る。

● 平成27年度 介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。

介護サービスの質の評価の視点

○ サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような3つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。【参考3・4】

①ストラクチャー（構造）

- ・人的配置等（人の加配等）

②プロセス（過程）

- ・事業者と利用者間の相互作用等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施）

③アウトカム（結果）

- ・サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価 及び プロセス評価	・ 介護保険制度創設時から導入されている。 ・ 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。 ・ <u>事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。</u>	・ <サービス共通> 要介護度別の基本報酬 ・ <訪問看護> 特別管理加算 ・ <特養> 看護体制加算 等
アウトカム評価	・ 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、<u>アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。</u> ・ <u>より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。</u> ・ 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。	・ <介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション> 事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価） ・ <老健> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価） ・ <訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション> 社会参加支援加算（リハビリテーションによる社会参加を評価）

アウトカム評価を導入する際の課題

- 介護報酬にアウトカム評価を導入するには、複数の課題が存在する。【参考5・6、平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」より一部抜粋】
- ① 介護サービスについては、どのような内容をアウトカム評価の項目として設定すべきかの判断が、社会的・文化的価値観の違いや個人の人生観や思想信条の相違に左右されることから、評価項目の設定についてコンセンサスを得ることが困難である。
- ② 高齢者は身体・精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価する時点によって全く異なった判定となり得ることから、評価時点の設定が困難である。
- ③ 事業所の努力や責任の及ばない要因の影響（例えば、家族や本人の努力）により、高いアウトカムが得られることがあり、アウトカムが事業所のサービスの質を反映しているとは限らない。
- ④ 居宅サービスの利用者は、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多く、要介護度や自立度等の指標が改善したとしても、提供される介護サービスの中のどのサービスが効果的であったかの判断が困難である。

質の評価に関するシステムの導入に関するその他の論点

- アウトカム評価を導入する際の課題以外に、質の評価に関するシステムを導入するに当たっては、次の論点について検討する必要がある。【平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」より一部抜粋】
- ① 利用者や事業者理解され、受け容れられる評価のあり方
- ② サービスの質の評価を踏まえた介護報酬の費用負担のあり方
- ③ PDCAサイクルによる継続的なサービスの質改善のプロセスのあり方
- ④ 金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導方策のあり方
- ⑤ 個別の事業者評価のみならず、地域単位でみた場合のサービスの評価（環境整備、地域力等）のあり方 等

サービスの質の評価を踏まえたこれまでの介護報酬導入の取組と並行して、中長期的な観点から、介護サービスの質の評価のあり方について継続的な検討を進めている。【参考5・6・7・8】

介護報酬上の主な介護サービスの質の評価（例）

社保審一介護給付費分科会
第123回（H27.6.25） 資料6

	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
サービス共通		・要介護度別の基本報酬(H12-)	
訪問介護・介護 予防訪問介護	・ヘルパー2級であるサービス提供 責任者に係る減算(H24-)	・生活機能向上連携加算(H24-)	
訪問看護・介護 予防訪問看護	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・特別管理加算(H12-)	
訪問リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・短期集中リハビリテーション実施加算(H18-) ・リハビリテーションマネジメント加算(H18-)	・社会参加支援加算(H27-)
通所介護	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・中重度ケア体制加算(H27-) ・認知症加算(H27-)	・個別機能訓練加算(H21-)	
通所リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・中重度ケア体制加算(H27-)	・リハビリテーションマネジメント加算(H18-) ・短期集中個別リハビリテーション実施加算(H27-) ・生活行為向上リハビリテーション実施加算(H27-)	・社会参加支援加算(H27-)
介護予防通所介 護・介護予防通 所リハビリテー ション	・サービス提供体制強化加算(H21-)	・運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算 (H18-) ・生活機能向上グループ活動加算(介護予防通所介護)(H24-)	・事業所評価加算(H18-)
小規模多機能型 居宅介護	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・看護職員配置加算(H21-)	・総合マネジメント体制加算(H27-) ・看取り連携体制加算(H27-)	
介護老人福祉施 設	・看護体制加算(H21-)	・日常生活継続支援加算(H21-) ・看取り介護加算(H27-)	
介護老人保健施 設		・短期集中リハビリテーション実施加算(H18-) ・ターミナルケア加算(H21-)	・在宅復帰・在宅療養支援機能加算(H24-)
介護療養施設		・褥瘡対策指導管理(H15-) ・感染対策指導管理(H15-)	
施設系(横断)	・サービス提供体制強化加算(H21-) ・夜勤職員配置加算(H21-)	・経口維持加算(H18-) ・口腔衛生管理加算(H27-)	

- ・（ ）内は、加算が新設された時期を記載した。
- ・ドナベディアン[®]の質の評価モデルに基づき、介護報酬の分類例を示したもの。全ての介護報酬を分類したものではない。
- ・複数の要素を算定要件としている加算については、加算の趣旨に基づき、主たるものに分類した。

サービス提供体制強化加算について

※赤字は平成27年度介護報酬改定で拡充した部分

- 介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行うとともに、職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行っている。
- また、24時間のサービス提供が必要な施設サービスについては、安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所が提供するサービスについて評価を行っている。
- なお、「常勤職員の割合」や「一定以上の勤続年数の職員の割合」については、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を進めることを前提に、暫定的に用いている。

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 <u>I (イ) 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。</u> I (ロ) 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	<u>I (イ) : 36単位/回</u> I (ロ) : 24単位/回
夜間対応型訪問介護		<u>I (イ) : 18単位/回</u> I (ロ) : 12単位/回 (包括型 <u>I (イ) : 126単位/人・月</u> I (ロ) : 84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して訪問看護を行う場合は、1月につき50単位)
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
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	次のいずれかに該当すること。 <u>I (イ) 介護福祉士が50%以上配置されていること。</u> I (ロ) 介護福祉士が40%以上配置されていること。 II 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	<u>I (イ) : 18単位/回</u> I (ロ) : 12単位/回 II : 6単位/回 ※介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 【要支援1】 【要支援2】 <u>I (イ) : 72単位/人・月</u> <u>I (イ) : 144単位/人・月</u> I (ロ) : 48単位/人・月 I (ロ) : 96単位/人・月 II : 24単位/人・月 II : 48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 <u>I (イ) 介護福祉士が50%以上配置されていること。</u> I (ロ) 介護福祉士が40%以上配置されていること。 II 常勤職員が60%以上配置されていること。 III 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	<u>I (イ) : 640単位/人・月</u> I (ロ) : 500単位/人・月 II・III : 350単位/人・月
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 <u>I (イ) 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。</u> I (ロ) 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。 II 常勤職員が60%以上配置されていること。 III 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	<u>I (イ) : 640単位/人・月</u> I (ロ) : 500単位/人・月 II・III : 350単位/人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	次のいずれかに該当すること。 <u>I (イ) 介護福祉士が60%以上配置されていること。</u> I (ロ) 介護福祉士が50%以上配置されていること。 II 常勤職員が75%以上配置されていること。 III 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	<u>I (イ) : 18単位/人・日</u> I (ロ) : 12単位/人・日 II・III : 6単位/人・日

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算において、人材に関する同旨の要件を定めている。

※2 表中、複数の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。

※3 介護福祉士に係る要件は「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者にサービスを直接提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。

通所リハのリハビリテーションマネジメント加算

概要

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書（様式）の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。

単位数

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	230単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	開始月から6月以内 1,020単位/月 それ以降 700単位/月

算定要件

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定要件

- ① 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。
- ③ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件

- ① リハビリテーション会議*を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- ② 通所リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
- ③ 開始月から6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- ④ 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤ 以下のいずれかに適合すること。
 - (一) 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - (二) 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT及びSTが、指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥ ①から⑤までに適合することを確認し、記録すること。

*リハビリテーション会議は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

訪問リハのリハビリテーションマネジメント加算

概要

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書（様式）の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。

単位数

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 60単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 150単位/月

算定要件

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定要件

- ① 訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- ② 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件

- ① リハビリテーション会議*を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- ② 訪問リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
- ③ 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
- ④ 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤ 以下のいずれかに適合すること。
 - (一) 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
 - (二) 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT及びSTが、指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- ⑥ ①から⑤までに適合することを確認し、記録すること。

*リハビリテーション会議は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

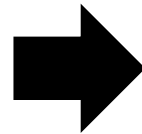
概要

- ・ 訪問・通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組※に移行するなど、質の高い訪問・通所リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。

※社会参加に資する取組とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーションなどへ移行すること。

点数の新旧

(なし)



(新規)

社会参加支援加算 訪問 17単位／日
通所 12単位／日

算定要件

- ・ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 社会参加への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数}^{\text{注1}}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}^{\text{注2}}} > 5\% \text{ であること。}$$

② 訪問・通所リハビリテーションの利用の回転

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$

※平均利用月数の考え方＝ $\frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$

【イメージ】

評価対象期間

訪問して確認

訪問・通所リハビリテーション



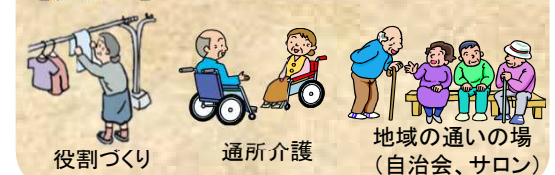
【評価対象期間】
1月1日～12月31日

【届出】
翌年3月15日まで

【算定期間】
翌年4月1日～翌々年3月31日

社会参加に資する
取組へ移行

【参加へ】



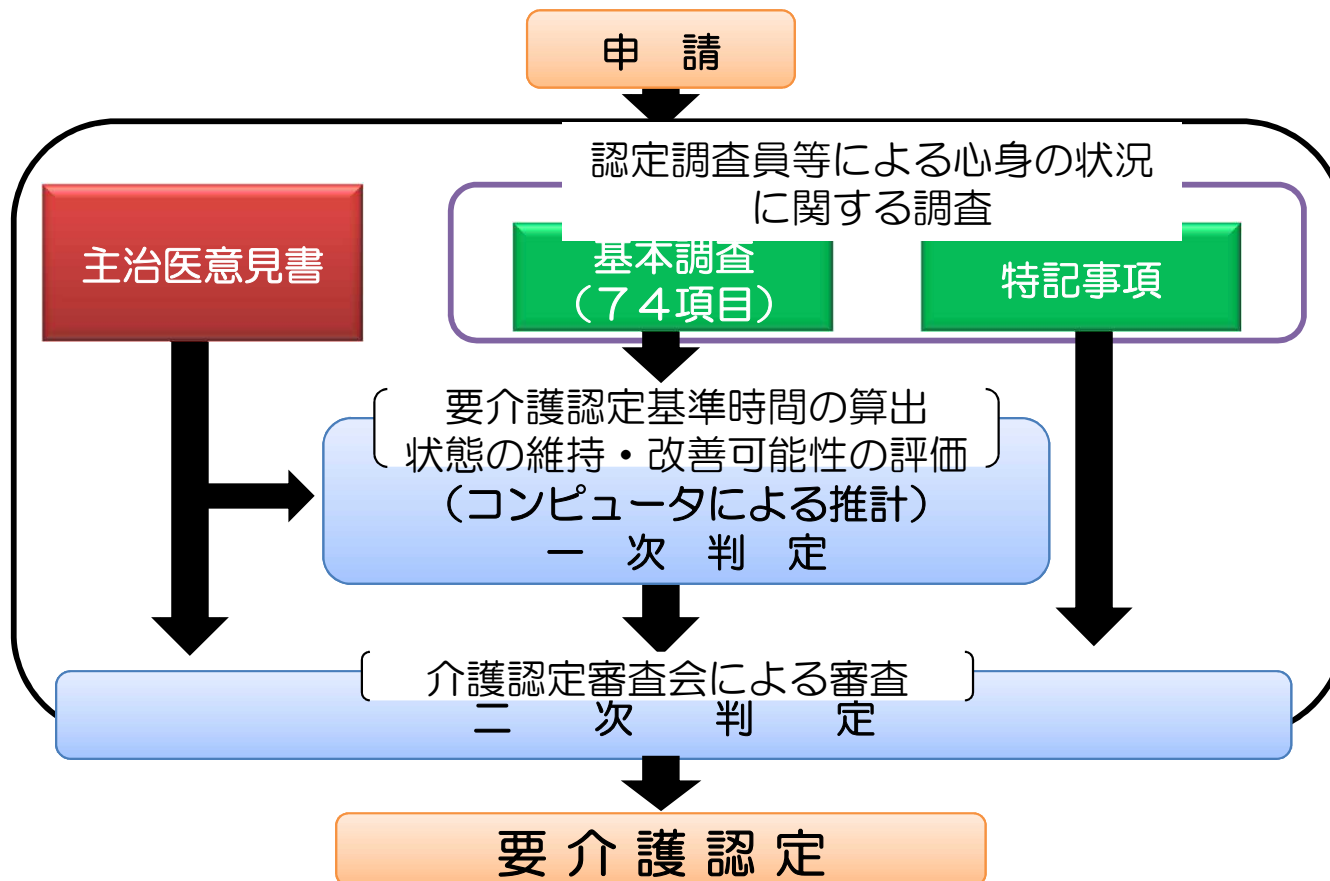
※終了後14日～44日以内に訪問にて
3月以上参加が継続することを確認

要介護認定制度について

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

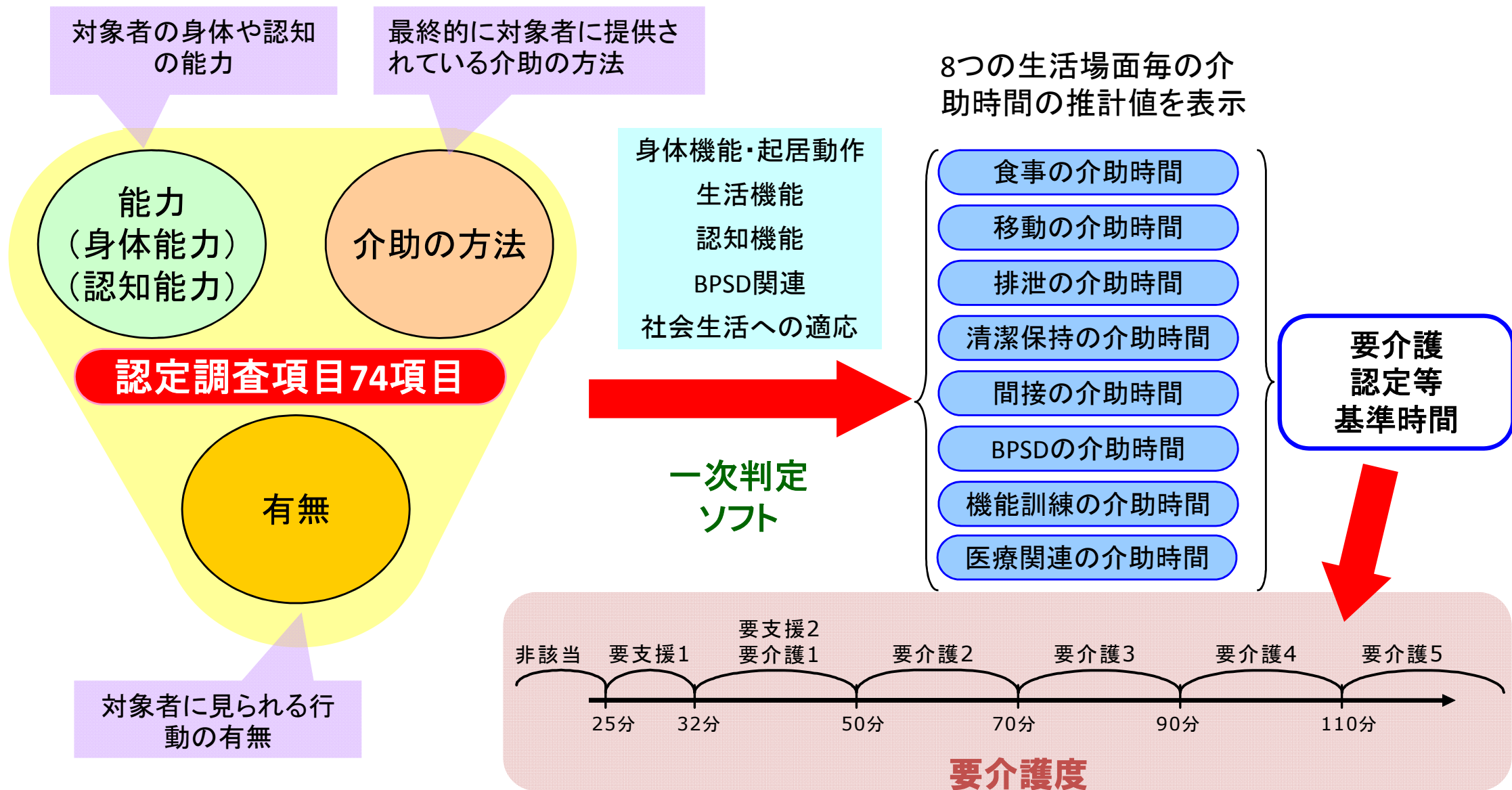
- ①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。
- ②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請 区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	12ヶ月	3ヶ月～24ヶ月(※)

(※)平成30年4月1日から、3ヶ月～36ヶ月で設定可能とする予定

認定調査に基づく一次判定



(例) 要介護認定等基準時間が93.2分である場合は要介護4

要介護認定等基準時間の算定(加算)

特別な医療の提供がなされている場合については、
8つの生活場面に要するケア時間に、下記の時間を加算。

区分	項目名	時間(単位:分)
処置内容	点滴の管理	8.5
	中心静脈栄養	8.5
	透析	8.5
	ストーマの処置	3.8
	酸素療法	0.8
	レスピレーター	4.5
	気管切開の処置	5.6
	疼痛の看護	2.1
	経管栄養	9.1
特別な対応	モニター測定	3.6
	じょくそうの処置	4.0
	カテーテル	8.2

$$\text{要介護認定等基準時間} = 130.6 + \underline{8.5} = 139.1\text{分}$$

※「点滴の管理」ありの場合

(7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

4. データ項目ver.2の収集・分析結果②

○ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証にあたっては、対象とした7つのハザードに対するデータ項目ver.2の各項目の発生率、相対危険度※を算出した。その結果、「転倒」「発熱」「誤嚥性肺炎」「脱水」「褥瘡」の各ハザードの既往のある群とない群で、2か月後のハザードの発生状況を確認したところ、比較的高い差が見られた(相対危険度:6.60～79.58)。また、いくつかの項目で各ハザードの既往以外の項目においても比較的高い差が見られた。(相対危険度:1.92～13.43)(図表3)

図表3 ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証結果概要

データ項目ver.2(抜粋) 発生率=「下記()内の該当者/全利用者数」で算出		n数	発生率 (%)	転倒	発熱	誤嚥性 肺炎	脱水	褥瘡
モニタリング 情報(1)	(2)基本動作・寝返り(自分でやっている)	4,972	61.2	4.09				
	(3)排泄の状況・バルーンカテーテルの使用(あり)	4,961	4.1					3.87
	(10)骨折の有無(あり)	4,950	1.6	2.65				
モニタリング 情報(2)	(1)転倒の有無(あり)	4,953	14.6	13.78				
	(2)発熱の有無(あり)	4,948	19.7		6.60	6.72	4.84	
	(3)誤嚥性肺炎の既往(あり)	4,963	2.4		2.96	68.39	12.35	
	(6)過去2か月以内の脱水状態の有無(あり)	4,950	1.9		2.71	15.43	79.58	3.19
	(7)過去2か月以内褥瘡の既往(あり)	4,977	5.3		1.92		3.13	77.86
	(8)見当識・自分の名前(わかる)	4,856	86.9	3.35				

※相対危険度・・・例えば「転倒」の場合、「(第1回目の入力で転倒の既往ありの人で、第2回目の入力で転倒が発生した割合)/(第1回目の入力で転倒の既往なしの人で第2回目の入力で転倒が発生した割合)」

※「誤嚥性肺炎」「脱水」「褥瘡」の各ハザードの既往の相対危険度が高く出ているのは(例:褥瘡77.86)、第2回目の入力時に、第1回目(2か月前)の状況をそのまま入力している可能性が高く、データの収集時点についても今後さらなる検討が必要なが示唆された。

P<0.05で有意なものうち、各ハザードの相対危険度の高いものから順に2つ表示。(セル内の数値は相対危険度)

未来投資会議における議論について①

未来投資会議 第2回（平成28年11月10日）資料7

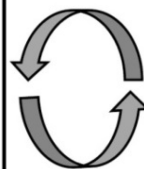
未来投資会議 構造改革徹底推進会合「医療・介護 一生活者の暮らしを豊かに」会合 翁 百合会・高橋 泰副会長提出資料

3. 介護分野の対応

- 介護保険法では**自立支援がその目的**と明記されているにも関わらず、**実際には入浴、排泄、食事介助といった介助中心で、自立支援の取組が全国で広く行われている状況ではない**。そもそも、**どのような状態に対してどのような介護が効果的について国として体系的に定まっていない**。
→ 全国で自立支援に資する質の高い介護を実現していくためには、**効果的な介護の在り方の構造化・標準化と、自立支援を後押しする報酬体系**としていくことが必要。
- 介護現場の**人材不足が喫緊の課題**である中、効率化・負担軽減やリハビリに活用できるロボット・センサーや、AIを活用した最適なケアプランの提示等、**技術革新の介護現場への実装に向けた研究や開発**が進んでいる。
→ 限られた人員でも自立支援に資する質の高い介護を実現するため、**研究開発の後押し**に加え、その成果を、**報酬体系や、人員・施設基準等の制度に位置づけていくことが必要**。

3. 自立支援介護の全国展開、 介護報酬への組み込み

- 自立支援のための**介護の構造化・標準化**
(どのような状態に対してどのような介護が効果的か、自立支援に資する介護の内容はどういうものを定める)に向けて、**早急に検討を開始し、来年秋までに取りまとめるべき**。
- 自立支援に向けた自治体の取組へのインセンティブ付けを行うとともに、**2018年度介護報酬改定で、自立支援によって要介護度を改善させた事業所に対してインセンティブ措置を導入すべき**。
- 構造化・標準化された介護の内容を踏まえて、現場へ周知し、**教育課程**にも盛り込むとともに、**介護記録のデータの標準化と、入力負担軽減技術の開発、データ活用基盤の構築に、2018年度早期に着手すべき**。
- これにより得られるデータの**エビデンス**と、自立支援を行う**事業所の広がり**を踏まえ、**自立支援の標準的な取組を行わない事業所に対するディスインセンティブ**となる仕組みも検討すべき。
- 日本における自立支援介護の先進的な取組みを、先端モデルとして発信し、**アジア**等における高度な介護人材の育成・還流につなげるべき。



4. ロボット、AI等の技術革新の後押しと、 介護報酬や人員基準への組み込み

- **2018年度介護報酬改定で、ロボット**（センサー含む）を活用した介護について、効率化・負担軽減効果を検証の上、介護報酬や人員・施設基準の見直しに反映すべき。
- **2020年までには、AI支援によるケアプラン作成等、幅広い技術革新を制度に組み込む**。そのための**エビデンス構築を重点的に支援**すべき。
- 今の厚労省・経産省の**ロボット介護機器開発**に関する重点分野は、負担軽減だけでなく**自立支援に資するもの**となっているか。
左記の自立支援に資する介護の内容の検討とあわせて、最新の**技術革新の状況**を踏まえつつ、**再検証に直ちに着手し、来年夏まで**に取りまとめるべき。

参考：介護現場でのセンサー・ICT等の活用

（2016年10月31日 構造改革徹底推進会合 特別養護老人ホーム「みちのく荘」中山園長プレゼン資料より）



赤外線
センサーを
活用した
見守り
システム、
モバイルへ
の通知

未来投資会議における議論について②

平成28年11月10日 未来投資会議 翁氏¹⁾発言

高齢者の要介護度を改善すると介護報酬が下がってしまう現行の制度を改め、自立支援によって要介護度を改善させた介護事業所に対するインセンティブ措置を導入すること。

1) 翁百合 株式会社日本総合研究所副理事長

平成28年11月10日 未来投資会議 竹内氏²⁾発言

まず、自立支援介護、ちょっと耳なれない言葉だと思います。これの説明なのですが、一旦要介護になった人をもう一度自立状態に引き戻す介護でございまして、従来のものとは方法と理論が異なる新しい介護だと御理解いただきたいと思います。どれぐらい戻れるのかということ、これまでの実績から大ざっぱに検討してみると、現在の要介護者の約半数ぐらいは、要するに、半減ぐらいはできそうだと私は予想しているのですが、そのための仕組みづくりをこれからすごくやっていかないといけないということになります。

2) 竹内孝仁 国際医療福祉大学教授

未来投資会議における議論について③

未来投資会議 第2回（平成28年11月10日）資料8
厚生労働大臣提出資料より抜粋

ICTを活用した自立支援・重度化防止に向けた介護に関する取組の展開

1. 「科学的に裏付けられた介護」の普及

<課題>

- 現在の介護保険総合データベースでは、サービス種別は分かっても、**提供されたケアの内容までは記録されていない。**

<現状>

同じ通所介護でも…

自立支援指向の介護

本人ができる部分はしてもらい、できない部分は介助しつつ訓練。

自立支援を意識しない介護

本人ができる部分についても介助をしてしまう。

データベース上はどちらも「通所介護」とされ、区別できない。

データベースを分析しても、どのようなケアが自立につながるか分からない。

<今後の具体的な取組>

- 提供されたケアの内容までデータベース化し、同じサービス種別であってもケアの内容で区別できるようにする。

例) 入浴

自立支援指向の介護

脱衣：できない部分のみ介助
移動：浴槽をまたぐ訓練

自立支援を意識しない介護

脱衣：介助者が全て介助
移動：リフト使用

データベース上それぞれのケアの内容により区分する。

- ・ データベースの分析によって、「科学的に裏付けられた介護」の普及が可能になる。
- ・ 介護報酬等での評価によるインセンティブ付けの検討。

未来投資会議における議論について④

未来投資会議 第7回（平成29年4月14日）資料5
厚生労働大臣提出資料

Ⅱ ビッグデータの活用

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

診療・介護記録
リハビリデータ
要介護認定情報等（介護DB）

保健医療データ
プラットフォーム

科学的分析に必要な
データを新たに収集

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）

脳卒中に伴う左脚の麻痺により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

提供されたサービス

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。

自立支援に向けたインセンティブの検討について

平成29年4月14日未来投資会議における安倍総理大臣発言（抜粋）

老化は避けられませんが、日々の努力で介護状態になることを予防できます。いったん介護が必要になっても、本人が望む限りリハビリを行うことで改善できます。（略）そして、効果のある自立支援の取組が報酬上評価される仕組みを確立させます。

未来投資戦略2017（平成29年6月9日閣議決定）（抜粋）

介護：科学的介護の導入による「自立支援の促進」

（残された課題）

- ・ 介護予防や、要介護状態からの悪化を防止・改善させるための先進的な取組が一部に広まっているものの、国として目指すべき形として、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を具体的に示すには至っておらず、また、要介護度が改善すると報酬が減ることもあり、自立支援に向けたインセンティブの充実等を求める声がある。

（主な取組）

- ・ 次期介護報酬改定において、効果のある自立支援について評価を行う。

経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成29年6月9日閣議決定）（抜粋）

自立支援に向けた介護サービス事業者に対するインセンティブ付与のためのアウトカム等に応じた介護報酬のメリハリ付け（中略）について、関係審議会等において具体的内容を検討し、2018 年度（平成30 年度）介護報酬改定で対応する。

自立支援に資する介護に関する意見

平成28年12月5日 全国老人福祉施設協議会 「いわゆる『自立支援介護』について(意見)」

自然の摂理をありのままに受け入れ、社会で支え合うなかで「いま出来ることを、出来るだけの間、出来るままいてもらう」ことにも、「次第に出来ることが限られていくなかにも、そのひとらしく暮らしていける環境をつくる」ことにも、大いに価値があります。それらを実現するための入浴や排泄等日常生活の支援を評価せず、要介護度が軽度になることだけを尺度とすることは、自然の摂理を無視し、生活の質を軽んずるものであり、介護保険制度の歴史に逆行するものです。(中略)

仮にいわゆる「自立支援介護」が敷かれた場合、特養において利用者の意に反して栄養を投与し、リハビリを重ね、歩行器で歩かせることを強いるような「QOLの向上を伴わないADL回復の目的化」が促進されるリスクが強く危惧されます。

平成29年4月7日 日本社会福祉士会「高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組の推進に対する声明」

加齢に伴う身体的機能の低下は誰もが避けることができない現象であるにも関わらず、要介護度の改善や要介護認定率を評価尺度としたインセンティブあるいはディスインセンティブ措置は、要介護状態を悪とする偏見を助長するとともに、適正なサービス利用を阻害し、安心して介護サービスを利用できなくなる恐れがあります。

また、高齢者本人の意志に基づかない身体的自立に偏重した自立支援は、介護保険法の目的である高齢者の「尊厳の保持」に反することになり、制度の根幹を揺るがすことになりかねません。

介護サービスの質の評価に関する地方自治体における取組の例

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)
(7)介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業 報告書より

	東京都品川区	神奈川県川崎市	岡山県岡山市
事業名	要介護度改善ケア推奨事業	「かわさき健康福寿プロジェクト」 モデル事業	デイサービス改善インセンティブ事業
理念目的	入所・入居施設における良質な介護サービスの提供により、入所・入居者の要介護度が軽減された場合に、その軽減に至るサービスの質を評価し、奨励金を支給することにより、当該施設職員の意欲向上を図るとともにさらに質の高いサービスの提供が継続的に行われることを推進する。 ※入所・入居者の要介護度が軽減した場合、介護報酬が減額となる部分を補填する側面もある。	介護サービス事業所による要介護度、ADL、IADL又はQOLの維持・改善の取組結果に応じた報奨、表彰、公表等の仕組みを構築し、もって、事業所の評価を高め、介護サービスの質が評価される新たな仕組みの導入を目指す。	介護サービスの質の評価を実施し、積極的に利用者の状態像の維持改善に努める事業所にインセンティブを付与することで、質の高い事業所を増やし、市内事業所のサービスの質のボトムアップを図る。
開始時期	平成25年度	平成26年度（モデル事業開始時期）	平成26年度
対象サービス	品川区施設サービス向上研究会(H26:13施設)に参加する社会福祉法人等が運営する高齢者施設が対象(特養、老健、特定施設)	評価対象者の利用するサービス全般をチーム単位で評価	通所介護
対象者数 (H27年度実績)	98名(新規 61名、継続 37名)	137事業所 72名	60/153事業所(ストラクチャー指標で選抜)
評価項目	要介護度	【アウトカム指標(チーム単位)】 要介護度 ADL(独自調査方法)	【ストラクチャー指標】 ①外部研修への参加状況 ②岡山市主催の研修会の参加回数 ③認知症高齢者の受け入れ人数 ④機能訓練指導員の常勤換算人数 ⑤介護職員のうち介護福祉士の常勤換算人数 【アウトカム指標】日常生活機能評価
報酬額	要介護度が一段階改善した時 2万円	要介護度やADLの改善があった時 5万円 市長による表彰、認証シールの交付 HPや検討会における公表	上位10団体に10万円 参加事業者の情報公開 指標達成事業所の公開と表彰

平成 29 年度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」による情報収集

1. 補助事業者

みずほ情報総合研究所

2. 調査名

介護保険におけるエビデンス活用にかかる提案募集

3. 目的

介護の分野において、自立支援等に関してどのような知見がどの程度蓄積されているのかを把握すること。

4. 募集期間

平成29年7月10日～8月21日

5. 対象

特に制限なし(団体、個人とも可)

6. 募集内容

介護分野におけるエビデンスと、その介護保険における活用の提案