

○福田介護保険データ分析室長 それでは、定刻になりましたので、第26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、誠にありがとうございます。

今般の新型コロナウイルス感染症に関する様々な対応につきまして、関係団体の皆様には、各方面において多大な御尽力をいただいております、感謝申し上げます。

本日は、これまでと同様、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、オンライン会議システムを活用しての実施とさせていただきます。

また、傍聴席等は設けず、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

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、御報告いたします。

まず、田中滋委員が御退任されております。

また、新たに1名の方が委員に御就任なさいましたので、御紹介させていただきます。

国立社会保障・人口問題研究所所長、田辺国昭様でございます。どうぞよろしく願いいたします。

なお、本日、田宮委員が御都合上、途中で御退席なさる予定です。

それでは、冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。本日は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、報道の皆様を含め、ここでご退室いただくこととなりますので、よろしく願いいたします。

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 松田でございます。

それでは、議事に早速入りたいと思いますので、事務局より本日の資料、ウェブ会議の運営方法の確認をお願いします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

まず、お手元の資料の確認になります。

本日は、電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。同様の資料を、ホームページにも掲載しております。

資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、ウェブ会議における発言方法等について確認させていただきます。

御発言される場合は、通常の会議と同様に挙手をお願いいたします。画面で松田委員長に御確認いただき、指名していただきますので、指名に基づき御発言いただくようお願いいたします。

挙手しているにもかかわらず、発言希望の御意思が会場に伝わっていないと思われる場

合は、ウェブ会議システムのチャット機能等で会場へ御意思をお伝えいただくことも可能ですが、原則としては、挙手にて意思表示をお願いいたします。

なお、チャット機能等で記載いただいた内容につきましては、ウェブの画面及び配信動画においても表示されますので、御承知おきください。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

それでは、議事次第に沿って進めていきたいと思っております。

まず、議題1「令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和4年度調査）の結果について」です。

では、事務局から説明をお願いいたします。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

お手元に資料1、資料2を御用意ください。

まず、資料1を御覧いただきますと、「令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和4年度調査）の結果について（案）」という資料1がございます。

この中で、真ん中の表でございます事業ナンバー（1）～（5）、5つの調査項目がございます。

それぞれにつきまして、資料2-1から資料2-5を用いまして御説明させていただきたいと思っております。

それではまず、資料2-1をお手元に御用意ください。

調査名「都市部、離島や中山間地域などにおける令和3年度介護報酬改定等による措置の検証、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討に関する調査研究事業」の結果概要についての御報告でございます。

まず1ページ目、本調査は、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護において、令和元年または令和2年地方分権提案を踏まえて、令和3年度介護報酬改定等において実施された内容について、サービスの提供内容及び職員の働き方の変化等を含む施行後の状況を適切に把握し、地域の実情に応じた必要な方策の検討に資する基礎資料を得ることを目的として、市町村、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所を主対象にアンケート調査及びヒアリング調査を実施したものでございます。

以降、調査目的にありますマル1につきまして「改定等マル1」、マル2につきましては「改定等マル2」と表記しております。

2ページ目を御覧ください。

改定等マル1の市町村の実施状況でございますが、「実施した」が1.2%、16市町という結果でございました。なお、このうち、実際に定員超過減算を適用しないこととした事業所のある事業所は5市町となっております。

続きまして、3ページ目をおめくりください。

定員超過減算を適用しないこととした事業所が所在する自治体に対するヒアリング調査

の結果でございます。いずれも管内の事業所数が限られている中で、緊急的な対応等の必要があったことから適用を検討し、実施に至ったものでございます。利用者や職員に特段の影響は出ていないという結果でございました。

4 ページ目、5 ページ目につきましては実施自治体の特徴を分析したものでございますが、傾向に大きな差は見られませんでした。

6 ページ目にお進みください。

改定等マル1を実施した市町村の効果・影響についてでございます。全体として「変わらない」「わからない」の回答が多い結果となりました。他方、実際に定員超過減算を適用しないこととした事業所が存在する5市町においては、地域の介護サービスの需要への対応及び利用者のニーズの変化への柔軟な対応について、対応できるようになったということが半数程度でありました。

続きまして7ページ目、事業所の改定等マル1の実施状況です。12.7%、398事業所は所在地の市町村が改定等マル1を実施しているという結果でございました。また、実際に受け入れたことがあり、減算されなかった事業所につきましては0.5%、2事業所でございました。

続きまして8ページ目、改定等マル1を実施した事業所等の効果・影響につきましては、全ての事業所で地域の介護サービスの需要への対応について「対応できるようになった」という回答であり、サービスの質、職員の負担感については「変わらない」という結果でございました。

9 ページ目、市町村の改定等マル2の実施状況でございます。「実施した」が1.3%、17自治体という結果でございました。ただし、17自治体のうち16自治体は広域連合の構成自治体でございます。

続きまして、10ページ目をおめぐりください。

改定等マル2による定員変更を行った事業所が所在する自治体に行った、ヒアリング調査の結果でございます。いずれも管内の事業所数が限られているため、利用が集中することから適用を検討し、実施に至ったというものでございます。登録定員等の引上げにより、ニーズに対応できるようになったという結果でございました。

11ページ目、12ページ目は実施自治体の特徴を分析したものでございますが、改定等マル1と同様、大きな差は見られませんでした。

13ページ目でございます。改定等マル2を実施した市町村の効果・影響は、全体として「変わらない」「わからない」の回答が多いものでした。他方、地域の介護サービスの需要への対応及び利用者のニーズの変化への柔軟な対応につきましては、全て「対応できるようになった」という結果でございました。

続きまして14ページ目、事業所の改定等マル2の実施状況は10.7%、337事業所でございました。また、実際に登録定員を引き上げた事業所は0.9%、2自治体でございました。

続きまして15ページ目、改定等マル2を実施した事業所の効果・影響でございます。全

ての事業所で地域の介護サービスの需要への対応及び利用者のニーズの変化への柔軟な対応は、「対応できるようになった」という回答でございまして、職員の負担感については増えたという結果でありました。

16ページ目、市町村の管内事業所の改定等マル1及びマル2の周知状況は、それぞれ半数程度が「周知していない」という結果でございました。

17ページ目、事業所に対して自治体から改定等マル1、マル2の周知の有無を聞いた結果でございまして、それぞれ「あった」が約4割、「なかった」が約6割でございました。

18ページ目へお進みください。

改定等マル1、マル2を実施していない、あるいは検討していない自治体の実施していない理由につきまして、それぞれ「管内事業所から要望や相談がないから」が約5割と最も多い結果でございました。また、そのうち管内事業所の当該措置に係るニーズの把握については、いずれも「把握していない」という回答が約7割でございました。

19ページ目でございます。実施を検討したが、実施に至らなかった自治体の実施に至らなかった理由といたしましては、改定等マル1の主な回答は「管内事業所からの当該措置に係るニーズがないため」でありました。また、改定等マル2は「その他」が60.3%と最も多く、主な回答は「管内事業所からのニーズ（要望、相談）がなかったから」でありました。

20ページ目、市町村が改定等マル1、マル2を実施しているかについて、「していない」または「分からない」と回答した事業所について、今後の適用の意向を聞いた結果でございまして、いずれも約2～3割の事業所が適用したいと思うといった回答でございました。また、そのうち、現在待機者がいると回答した事業所は約4割であり、待機者数の平均はそれぞれ3名程度でありました。

最後、21ページ目、改定等マル1、マル2を適用したいと思わないと回答した事業所について、その理由についての結果でございまして、いずれも「職員の確保ができないから」「利用者数が登録定員等を超えることがなかったから」「提供するサービスの質の低下が懸念されるから」と回答した事業所が多いという状況でございました。

まず、1つ目につきましては以上でございまして。

続きまして資料2-2、調査名「介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業」の資料を御覧ください。

まず1ページ目でございます。本調査は、介護現場における安全管理体制の整備状況や標準的な事故報告様式の活用状況、報告されている事故情報の内容等に関する実態把握を行うとともに、報告された事故情報の分析や活用のあり方について検討に資する基礎資料を得ることを目的として、特養、老健、介護医療院の介護保険3施設及び市区町村、都道府県の調査を行ったものでございます。

3ページ目にお進みください。

まず、安全対策体制加算の算定状況でございまして、特養、老健は7割程度、介護医療

院では5割程度でございました。安全対策体制加算を取得しない理由につきましては、老健、介護医療院では「外部の研修を受けた担当者を配置できない」が最も多かった結果でございました。

4ページ目にお進みください。こちらは施設における安全対策部門の詳細について、また、5ページ目は安全対策担当者の職種等についてお示ししております。

9ページ目から10ページ目にかけて御覧いただければと思います。

施設内で発生したヒヤリハットの報告範囲や介護事故の分析方法、再発防止の取組で効果を上げたもの等についてお示ししているものでございます。事故防止の取組で効果を上げたものとして10ページを御覧いただければと思いますが、特養、老健、介護医療院とも「発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討」との回答が最も多かった結果でございます。

11ページ目でございます。介護事故防止や再発防止に関する市区町村からの支援について、でございます。いずれの施設種別を見ても「市区町村からの支援は得ていない」との回答が6割程度と最も多かった状況でございます。

13ページ目は標準的な事故報告様式の使用状況等についてお示したものであります。標準様式を使用している自治体は64.5%という結果でございました。

16ページ目、市区町村における事故情報の活用状況等についてお示ししているものでございます。課題を感じていることとして、集計・分析を行う人的余裕がないことを挙げた自治体が約6割でございました。

少しお進みいただきまして、19ページ目を御覧ください。

こちらは介護現場のリスクマネジメントに関する国への要望をお示ししているものでございます。市区町村からは「介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布」が最も多く、「介護事故情報の集計・分析方法に関するマニュアルの作成」「介護事故情報の活用に関する好事例の共有」と続いております。

最後、20ページ目でございますが、こちらは市区町村へ報告された介護保険施設からの事故報告の件数についての資料になりますが、こちらにつきまして、当該調査研究事業の調査委員長であります福井委員より御説明をお願いしたいと思います。

福井委員、よろしくお願いたします。

○福井委員 福井でございます。本調査の委員長をさせていただいております。お時間をいただきます。

まずこちら、御覧いただいております資料1つ目の○ですが、先ほど室長がおっしゃられた介護保険施設からの事故報告の件数については、平成30年度の介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査で集計したところでございますが、平成31年3月に行われた第17回介護報酬改定検証・研究委員会においては、資料1ポツ目、市区町村が事業所に求める事故の範囲等について報告内容の基準にバラつきがあり、介護現場で発生した事故に関する報告内容の範囲を含めてルール化することが必要とされました。

次に資料2ポツ目、基準にバラつきがある中で、単に集計された数値が独り歩きすることは好ましくないとの御指摘があり、同報告件数の集計結果については、資料や報告書に盛り込まないと、この時には判断されました。

次に2つ目の○ですが、今般の介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業においても同報告件数を集計したところでありますが、その数値の取扱いについては、調査研究事業の調査検討委員会でも、次の4点の意見が寄せられたところでございます。

1つ目、公表に当たっては、注釈として全ての市区町村が該当したわけではない等の記載が必要。

2つ目、死因を含め内容を分析していない積み上げの数値だけを公表するのは慎重に考えるべきではないか。

3つ目、丁寧な説明が必要だが、透明性の確保が求められる中で、公表しないことで必要のない不安を国民に与えないようにすべきではないか。

4つ目、事故という言葉の印象が悪く、最大限注意や工夫をしても生じてしまう事故もあるが、今後、事故に関する国民的なコンセンサスを形成していく必要があるのではないか、とそれぞれ委員から御意見が寄せられたところでございます。

次に3つ目の○ですが、今回の調査でも判明したとおり、令和3年に作成した標準的な事故報告様式も一定程度普及し、約65%使用しているという先ほど御説明いただいた状況の変化もあるところ、上記のような経緯等を踏まえ、本調査研究事業として当該数値が表す意味や留意すべき点は丁寧に記載を尽くした上で、同報告件数の集計結果を公表することについては、本委員会で先生方に御意見をいただきたく存じます。よろしく願いいたします。

以上です。

○福田介護保険データ分析室長 福井委員、ありがとうございました。

当該部分も含めまして、後ほど個別に御議論いただければと思います。

続きまして、資料2-3にお進みください。

「介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査研究事業」でございます。

まず1ページ目をおめくりください。

本調査は、マル1介護保険施設の基本情報、施設サービスの実施状況、介護報酬の算定状況、利用者の医療ニーズや医療提供、口腔衛生の管理、栄養ケア・マネジメントの実態等の把握、マル2令和6年度診療報酬介護報酬改定に向け、令和3年度介護報酬改定における見直しによる影響の分析やサービス間の比較、マル3各施設の機能のさらなる強化に向けた検討に資する基礎資料の作成、マル4介護療養型医療施設等に対する調査により、介護医療院等への移行予定を把握することを目的として、介護老人保健施設や介護医療院等に調査を行ったものでございます。

2ページ目が運営主体、3ページ目が入所者数等に関する結果でございます。

4 ページ目にお進みください。

4 ページ目でございますが、入所者の状態についてでございます。老健施設では「医療区分 1」が42.5%、「ADL区分 1」が23.2%でございました。

介護医療院でございますが、「医療区分 1」が38.3%、「ADL区分 3」が30.2%でありました。

特養でございますが、「医療区分 1」が42.6%、「ADL区分 2」が24.9%でございました。

医療区分についてでございますが、平成26年調査と比べると、医療療養病床、老健、特養では医療区分 1 の割合が低下し、区分 2 及び 3 の例が増加した結果になっております。

続きまして、5 ページ目から 6 ページ目につきましては、入所前と退所後の居場所を調査したものでございます。

老健施設につきましては、入所前の居場所として「本人の家」が35.4%、退所後の居場所として「一般病床」が31.3%でございました。

介護医療院では、入所前の居場所として「一般病床」が34.6%、「地域包括ケア病棟」が23.0%、退所後の居場所として「死亡」が54.8%でございました。

特養では、入所前の居場所として「本人の家」が35.0%、退所後の居場所として「死亡」が72.7%でありました。

7 ページ目は、老健の算定区分やリハビリテーションマネジメントにおける医師からの指示内容、報酬改定に合わせて実施した取組みについて調査したものでございます。

8 ページ目でございます。老健の所定疾患施設療養費についてでございます。1施設当たりにおける所定疾患施設療養費（Ⅰ）の算定人数の平均は、尿路感染症で2.2人。所定疾患施設療養費（Ⅱ）の算定人数の平均は、同じく尿路感染症で4.6人でございました。所定疾患施設療養費の対象となった場合に、施設内で療養が可能と考えられる疾患は「脱水」が68.1%でございました。

9 ページ目は施設内で提供可能な医療の割合について調査したものでございます。

10 ページ目でございます。入所・入院中の利用者の状態、入所・入院月のリハビリテーション・機能訓練の実施状況について調査したものでございます。

続きまして11ページ目、退所・退院の理由についてでございます。「加療のため」と回答した割合が、どの施設においても6～7割でございました。また、退所・退院の理由が「加療のため」と回答した場合、その診断名は「肺炎」が老健では26.4%。介護医療院では17.8%、特養では31.6%でございました。

12ページ目はリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書の利用有無・今後の利用予定について調査したものでございます。

続きまして、13ページ目でございます。老健における週当たりの個別リハビリテーションの実施人数の平均でございます。「週 2 回」が37.3人でございました。また、集団リハビリテーション実施の有無は、「有」が40.3%、「無」が43.1%という結果でございました。

14ページ目から15ページ目につきましては、口腔衛生の管理体制について調査したものでございます。口腔衛生の管理体制に関する計画の立案状況として、現時点で計画を立案している施設を含め、令和6年3月までに計画立案予定と回答した施設の割合は、老健が89.0%、介護医療院が88.8%、特養が89.0%でございました。

16ページから18ページにかけてでございます。栄養ケア・マネジメントについて調査したものでございます。栄養ケア・マネジメントの実施状況として、「既に実施している」と回答した老健が89.3%、介護医療院では77.3%、特養では82.5%でございました。

栄養マネジメント加算が廃止されたことによる変化については、「他職種との連携が強化された」が56.1%、「入所者への栄養ケアの質が向上した」が47.0%でございました。

19ページ目は、短期入所療養介護利用者の状態や総合医学管理加算の算定の有無について調査したものでございます。620施設中、総合医学管理加算を算定した施設は1施設でございました。

20ページ目、最後でございますが、介護療養型医療施設に係る現在の届出病床数は、病院の介護療養病床が87.2%であり、令和6年4月1日の予定病床数はI型介護医療院が34.4%、II型介護医療院が14.8%でございました。

移行予定について未定と回答した17.6%のうち、「移行（または廃止）に関して院内で検討しておらず、まったくの未定である」と回答した割合は6.7%という結果でございました。

続きまして、資料2-4を御用意ください。

調査名「LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究事業」でございます。

1ページ目をおめくりください。

本調査は、LIFEを活用した取組について、取組状況と推移の把握、さらなるLIFEの活用に向けた課題の検討、訪問系サービスにおける居宅介護支援事業所におけるLIFEを活用した介護の質の向上に資するPDCAサイクルの推進についての検証を行ったものでございます。

調査方法については、Aのアンケート調査・ヒアリング調査及びCの介護関連データベース分析においてLIFEを活用した取組状況の実態把握を行い、Bのモデル事業において訪問系サービス及び居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検討を行ったものでございます。

続きまして、2ページ目にお進みください。

まず、こちらはLIFE登録済みの事業所に対してのアンケートの調査結果でございます。

以降、3スライドの調査対象者でございますが、令和3年度、令和4年度の調査にいずれも御回答いただいた事業所を対象としております。

LIFEの活用場面について、「利用者の状態の管理・課題の把握」が63.6%と最も高く、前回調査から6.7ポイントの増加が見られました。また、「フィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直し」についても若干増加し、「いずれでも活用していない」が4.7



ポイント減少した結果でございます。

続きまして、3ページ目にお進みください。

図表2から御覧いただければと思いますが、LIFE活用に伴う議論を実施した事業者が若干ながら増えているという結果でございます。

図表3でございますが、議論の内容について、利用者の状態像の変化やLIFEから出力されたフィードバック内容は増加しております。一方で、利用者の状態像等を踏まえた目標設定やケア内容・実施方法等が減少していますが、関連するフィードバックを調査時点でお返しできていなかったことによるものと考えられます。

続きまして、4ページ目を御覧ください。

4ページ目、図表5でございますが、LIFEの入力方法についてでございます。介護ソフトで入力した情報をCVSで出力してLIFEに取り込むというインポート機能のみ活用という事業所が若干増加しておりまして、介護ソフトを利用して入力する事業所が増加していることが伺えます。

また、図表6、データ登録の負担感でございますが、微減の結果ございました。

続きまして、5ページ目にお進みください。

令和4年の調査に回答いただいた事業所からの有効回答を、全て集計した内容でございます。

図表7、加算の算定に当たって新たに開始した取組でございますが、ADLの評価が最も多く、次いで認知症状態の評価が増加しております。評価頻度も同様の項目において3割程度の事業所で増加が見られました。

図表8、LIFE活用に当たっての課題といたしましては、疾病状況や服薬情報の入力に手間がかかると回答した事業所が3割を超えており、医療情報の入力の負担感が強いことがうかがえる結果となりました。加算・評価方法についての職員への研修や、収集した情報を利用したサービス内容の見直しが難しいという結果も認められました。

続きまして、6ページ目にお進みください。

こちらはLIFE未登録事業所の集計結果でございます。

まず図表9、利用者の状態の指標を用いた評価の実施をしているかどうかの有無でございます。こちらにつきましては、指標を用いて利用者の状態を把握している事業所は約6割でございます。

図表10でございます。利用者の状態の指標を用いた評価の実施内容でございますが、利用者のADLが最も多いという結果ございました。

図表11、ケアの質の向上に向けたPDCAサイクルの取組における課題の有無でございますが、約6割の事業者が「ある」と答えており、図表12、課題の内容として最も多いのは「利用者の状態の評価をケアの質の向上に生かせていない」という結果で、約3割が該当いたしました。

続きまして、7ページ目でございます。こちらはLIFE登録事業所へのヒアリング結果で

ございます。通所介護の事業所ではデータ入力に時間を要したとする反面、介護福祉士の職員が利用者の状態を多角的に把握できるようになったという声も聞かれた結果になりました。

同事業所から指摘された課題としましては、目標に対する現在の状態がフィードバックされると活用しやすいという内容もございました。

介護老人福祉施設のヒアリングからは、課題として、利用者に応じてどのような取組が推奨されるかを示してほしいという希望が聞かれております。

続きまして、8ページ目でございます。ここからは、まだLIFE算定が可能となっていない訪問系サービス及び居宅介護支援事業所のモデル事業の結果をお示ししているものでございます。対象事業者からそれぞれ4名利用者を選定していただき、科学的介護推進体制加算の項目に沿った評価を実施の上、LIFEデータを入力していただいたものでございます。データを集計し、フィードバック票を提供の上、調査、ヒアリングを実施いたしました。

9ページ目でございます。LIFE項目を特に問題なく評価できた割合について、おおむね医療職である訪問看護では全ての項目において50%を超えているものの、その他の職種では50%前後かそれを下回る結果となっております。

10ページ目を御覧ください。

LIFEの活用にあたり、各ステップに応じた時間についてでございます。初期設定に多くの時間を要した事業所があるものの、利用者のアセスメント、データ入力、フィードバック票の読み取りについては、そこまで大きなばらつきなく実施していただきました。

11ページ目、図表15、フィードバック票の活用に関してでございますが、フィードバック票を活用し、各種計画やケアプランの妥当性を検討した割合は平均で約6割、妥当であると確認できた割合は平均で約9割に上りました。

12ページ目、図表18でございます。今回は科学的介護推進体制加算の項目だけを評価していただきましたが、今後活用してみたいほかのものとしたしましては、基本項目、興味関心チェック、生活機能チェックなどが挙がりました。訪問看護では褥瘡マネジメントや栄養摂食嚥下などへの関心も高い結果になりました。

図表19、LIFEの活用が役に立つ点として、「これまで把握していなかった利用者の状況について評価するようになる」「LIFEを利用した取組を通じて、利用者の状態の評価方法が統一される」と答えた事業所が半数を超えました。

図表20、LIFEがケアの質の向上に寄与するかという質問につきましては、約半数が「思う」「やや思う」と回答いたしました。

続きまして13ページ目、モデル事業のヒアリングでございます。利用者の状態とその変化を事業所内の職員で共有するのに便利という声がある一方で、初期設定に時間がかかった、タブレット等による入力ができるようにしてほしい、取組への助言やケアプランの改善提案があるといいという指摘が見られました。

追加したい項目については、むしろ減らしたいというものも含めて、御覧のような提案

をいただきました。

14ページ目でございます。介護関連データベース分析の結果からは、図表21、LIFE関連加算を算定している事業所の割合でございますが、施設サービス、通所・居住サービスともに徐々に増加していることがうかがえる結果となっております。

15ページ目、科学的介護推進体制加算以外のLIFE関連加算を算定している事業所において、科学的介護推進体制加算を算定している事業所の割合をお示ししています。基本的に90%を超える結果となっております。

16ページ目、17ページ目では、今回のモデル事業で使用いたしましたフィードバックのサンプルをお示ししているのです、御参照ください。

最後でございます。資料2-5、「介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業」でございます。

まず、1ページ目をめくりください。

本調査は、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告における課題でございます「テクノロジーを活用した場合の人員基準の緩和等の影響や施行後の状況の把握・検証」を行うため、介護ロボット等のテクノロジーの導入・活用状況等について把握するとともに、施行後の課題等の整理を目的として実施したものでございます。

なお、介護現場で活用が想定されるテクノロジーの種類が介護サービスの形態により異なることが想定されるため、改定の利便性の観点から、調査票をマル1訪問系、マル2通所系、マル3入所・泊まり・居住系の3つに分けて調査を実施しております。

2ページ目にお進みください。

図表1は介護ロボットの導入概況でございます。見守り支援機器の入所系における導入済みの回答が30.0%で、最も高い結果になりました。次いで、同じく入所系における入浴支援機器、介護業務支援機器の回答がそれぞれ11.1%、10.2%でございました。

4ページ目にお進みください。

図表5、入所系における見守り支援機器の使用頻度でございますが、「ほぼ毎日」が最も高く、91.1%であり、図表6、導入前後に行った配慮や工夫は、「職員会議等を通じた職員への周知と合意形成」が50.8%と最も高い結果でございました。

続きまして、5ページ目でございます。

図表7、導入済みの見守り機器の1台当たりの導入費用でございます。10~20万円未満が18.9%、5~10万未満が11.3%、20~30万円未満が11.1%でございました。

図表8、回答事業所自体の利用者数別での導入費用は、利用者1~15人未満の施設・事業所では316.1万円でありましたが、61~100人の施設・事業所では719.6万円でございました。

6ページ目にお進みください。

図表9、見守り支援機器を導入した目的・理由と感じられた効果については、「職員の精神的・肉体的負担軽減」「業務の効率化」「ヒヤリハット・介護事故の防止」がそれぞれ

れ上位に挙げられました。

7ページ目から9ページ目にかけては、委員会の設置状況及び設置有無による効果の違いについてお示ししたものでございます。

7ページ目、図表11、介護ロボット等を安全かつ有効活用するための委員会は、入所系が28.4%設置していました。

8ページ目でございます。図表13、同委員会の設置有無別の施設状況の変化についてでございますが、いずれの項目においても、職員確保、離職防止につながった等の変化につきまして、「設置している」と回答したほうが「ややそう思う」から「そう思う」と回答した割合が高い結果になりました。

同様に、9ページ目、図表14でございますが、委員会の設置有無別の利用者の変化についても、いずれの項目でも「設置している」と回答したほうが「ややそう思う」から「そう思う」と回答した割合が高いという結果になりました。

10ページ目でございます。図表15から図表18は、直近1年以内の介護ロボット・ICT活用に関する教育・研修への参加割合や参加者を表しておりまして、図表15、外部研修は入所系が最も参加率が高く19.9%、参加者は施設長・施設管理者等の管理職が最も多いという結果になりました。

11ページ目は介護ロボット・ICTを導入していない理由でございますが、図表19、介護ロボットは「導入費用が高額」が全サービスで最も高く、次いで「導入する必要がある課題や必要性を感じていない」や「職員が使いこなせるか不安がある」が多く挙げられました。

12ページ目から13ページ目は、令和3年度改定においてテクノロジー活用を要件とする加算や基準等の算定状況やその影響でございます。

12ページ目、図表21、22でございますが、見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算、人員配置基準の緩和は、いずれも算定率は5%前後。

13ページ目でございますが、日常生活継続支援加算・入居継続支援加算も同様に、対象サービス全体でも5.4%という結果でございます。

14ページ目、先ほどの加算や基準等の算定による影響や効果についてでございます。

図表24、図表25の夜勤職員配置加算、人員配置基準の緩和において、地域密着型介護老人福祉施設では、施設・事業所の収益が改善したとの回答がいずれも多く挙げられました。一方で、日常生活継続支援加算・入居継続支援加算については、利用者の状態把握や、ケアのアセスメント内容の改善等に関する回答が、地域密着型も含め、特定施設において比較的多く挙げられました。

最後、15ページ目でございます。こちらはヒアリング結果でございますが、日常的にテクノロジーを活用している施設・事業所においては、活用のための工夫や調整を行っているほか、担当職員の配置や委員会の開催など、体制面でも工夫が見られました。

小規模事業所においては、レンタルを通じて機器の比較検討の上、助成金を活用し導入効果を感じている一方で、サイズ感等をデメリットとして感じている結果でございます。

また、中長期的なテクノロジーの活用のために、相談支援体制を構築しつつ、職員の浸透度合いを確認し、複数年度にかけて導入していくという事例も見られました。

以上、5つの調査項目について御報告させていただきました。

質疑の対応につきましては、各担当課を中心として対応させていただきます。

また、資料につきましては、今後、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。

事務局からは以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

それでは、順番にやっていきたいと思いますが、まず、資料1の事業番号ごとに議論していきたいと思います。

議論に関しまして補足等がありましたら、それぞれ担当の委員長の皆様からコメントをいただけたらと思います。

まず、資料1の事業番号(1)都市部、離島や中山間地域などにおける令和3年度介護報酬改定等による措置の検証、地域の実情に応じた必要な方策、サービス提供のあり方の検討に関する調査研究事業、この研究事業について御質問があればお願いいたします。いかがでしょうか。

大体今までの調査とあまり変わらない結果とは思いますが。

今村委員、お願いします。

○今村委員 今村です。

結果そのものには異存はないのですけれども、見せ方で8ページとか15ページの結果なのですが、2例しかないものに対してパーセントを100と50と0と書いてあって、逆にこれだけ少ないと見やすいぐらいですが、一般的にこんなに少なかったときにはパーセントでは書かないほうが良いとは思いますが、誤解がないような数字ではあるのですけれども、あまり好ましくはないと思いますので、意見としておきたいと思います。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

どうでしょうか。少数例についてどのように表記するかというのは色々あって、DPC調査等ですと、30例未満とか10例は範囲によって違うのですけれども、出さないという形にしてしまいましたが、結局、少ない症例を見せるか見せないかは、そこが特定されるというリスクを避けるため等の配慮でこちらはやっていますが、これについてどうでしょうか。見せ方の問題なのか、少数例なので解釈は留意が必要であるというようなコメントを入れるか、その辺だとは思いますが、川越先生、いかがですか。

○川越委員 ご指摘の部分については、委員会として、このような表示の仕方にそろえていこうという方針を示していただければ、それに合わせた形で対応したいと思います。

○松田委員長 ありがとうございます。

消してしまうのもどうかと思うのですけれども、文章のほうでコメントをするかという

ことについて、こういうプレゼンの方法は藤野先生がすごく詳しいと思うのですが、藤野先生、どうしたらいいと思う。いきなり振ってごめんね。

○藤野委員 ルールは特にはないと思いますが、こういう少ないパーセントで小数点を示すのはやはりナンセンスだと思います。なので、整数表示でよかったりするのかなとは思ったりします。

○松田委員長 件数表示とパーセント表示が混ざってしまっていると、またいろいろと誤解も生まれてしまうと思うので、どうしましょうか。文章のほうでその旨を書いて説明していただくという方針でよろしいでしょうか。

そのほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

このテーマはずっと長く議論してきているテーマで、大体論点も出尽くしたかなと思うのですが、川越先生、何か特に追加のコメントとかはありますか。

○川越委員 一つは、市町村の方々がニーズをどのように把握しているのかというところだと思います。例えば、事業所から要望とか相談がないとか、小多機などの公募をかけても手が挙がってこないといったことが起こると、市町村はニーズがないと判断されてしまう。こうした体験などがあると、周知を徹底しようという気も、多分起こらなかったのではないかと思います。だから、周知率も4割程度で終わっていたということだと思います。

一方、事業所側からすると、利用者からのニーズはあるが職員確保が難しいとか、サービスの質の確保が難しい、といった別の理由で手が挙げられないということであったかと思えます。

このように、両者の考えていること、認識がずれている可能性があります。スライド20にもあったのですが、市町村が対応してくれたら改定等マル1、マル2を適用した事業所が2割から3割あるのです。したがって、適用したいと思っている事業所が、適用できる状況をまず整備してあげるとというのが、優先事項ではないかと判断しております。

○松田委員長 ありがとうございます。そこはぜひ報告書で少し強調していただくような形でまとめていただけたらいいのかなと思います。

ほかにもいかがでしょうか。よろしいですか。

では、今日は大きな話があります。続きまして、資料1の事業番号(2)介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業ですけれども、事故報告件数を評価することの可否につきましても、先生方から御意見をいただけたらと思います。いかがでしょうか。

今村委員、お願いします。

○今村委員 この調査の前の段階で、前回出さないといったときに、事故というか、特養で転倒事項があったとしても、家でも普通に転けたりするのだから、それと比較できないというのが前回出さなかった理由だと思いますが、調査するときにはそういうことを比較できるように調査しないといけない、という話が前提にあったと思いますが、一般の転倒率とかというような比較の仕方というのは、調査をつくる段階である程度考えていただいていたのか、それから今からでもそういう比較というのはできるようなものなのか、検討

状況について教えていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○松田委員長 いかがでしょうか。これは事務局、あるいは福井委員、どちらで。

○石毛補佐 厚生労働省老健局高齢者支援課でございます。

ただ今御指摘の家であったり施設以外の場所での事故という話について、今回の調査設計の中では取るということは議論しませんでした。調査委員会の中では、やはりそういうものの比較等も含めて、見せ方というのは工夫する余地があるのではないかと、といった意見は委員からあったところでございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

そのほか、御意見はいかがでしょうか。

小坂委員、お願いします。

○小坂委員 小坂です。

以前も関わらせていただいたのですが、公表をする目的は何かということだと思っております。それで、イギリスなどのCare Quality Commissionなどに報告すると、以前、転倒・骨折などは集計をして解析をして、予防に結びつけるというシステムがあるから、そういうところを入力してみんなで共有するというシステムだと思います。

ですから、今、こういう事例があって、こんなことができなくて、転倒して死んでしまった、罰金を幾ら払いました、みたいな事例はプライバシーに考慮しながら報告はされて、そういうのがみんなに共有されているわけですね。そうすると、自分のところでフィードバックするとき非常に参考になると思います。

こういうデータを公表するというのは、一番危ないのは何もレポートしないところですよ。ヒヤリをきちんと報告しているところは逆にいいところなのだと、ところが分からないと、かなり誤解を生むのではないかと、思っています。ですから、公表することがどの程度意味があるのかということは、考えたほうがい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。

続いて、藤野委員、お願いします。

○藤野委員 スライドの20ページの最後のところで、マイナーな指摘だけなのですが、2番目の○の3ポツ目の中盤、「公表しないことで必要のない不安を国民に与えないようにすべきではないか」がダブルミーニングになっていまして、不安を与えないように公表しないでおくべきでないかとも取れますし、公表しないことが必要のない不安を与えるのではないかと、だから、そうすべきではないとなっているので、ここは意図を明確にさせていただいたほうが、全く違う2つの意味に取れますので、修正いただければと思います。

あともう一点は、質問というか、すごく難しい議論があったのだらうと思いますが、○の1番目において、前回でもこういう数値の数え方が基準化されていないでばらつきがあるという議論が既にあった上で、今回そのコンセンサスを整えずにやられたのは何か経緯があったのか。恐らく次回以降こういう調査をする際は、そこは基準を整えましょうと

ということになるのだと思うのですが、1番目で前回もこうだったというのが強調されていたので、では何故今回は、という素朴な疑問です。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

これは、事務局、お答えになれますか。

○石毛補佐 老健局高齢者支援課です。

記載が分かりにくくて失礼しました。今の御質問でいうと、後者の意味でございます。

2点目につきまして、今の20ページの3つ目の○のところで書いてございますけれども、令和3年3月に標準的な事故報告というものを作成して周知させていただきました。この標準的な様式の中で事故状況という欄がございます、事故・状況の程度、あるいは、その中で受診、入院、死亡とかという欄があり、そこにチェックするというような形で標準的な様式を作成いたしました。

そういったことで、今回の件数の集計ということは、この標準的な事故報告様式に沿った形で何件ありますかという形で聞いている、という状況でございます。

以上です。

○藤野委員 ありがとうございます。

もう一度、この公表しないことだというのは、後者というのはどちらの意味だったのですか。非常に重要なところだと思いましたので、念のため、しつこくてすみません。

○石毛補佐 ありがとうございます。

「公表しないことが必要のない不安を与えるのではないか」という意味でございます。

○藤野委員 ありがとうございます。

○松田委員長 後段の藤野先生の御質問に対しては、要するに、なぜ前回と変わらずに進んだのかということに関しては。

○石毛補佐 福井先生、お願いします。

○福井委員 先ほど高齢者支援課さんの御説明にもあったように、2年前から標準様式をきちんと現場と自治体のほうに提示して、事故の定義をそのフォーマットの中にきちんと記載した上で、統一した基準で今回事故の件数を足し合わせることができる状況になったということと、前回に関しては、単純に各施設とか各自治体の基準で数だけを足し合わせることが物理的に可能だった、という違いがあると思っております。今回の場では、委員の先生方にそういう事故報告件数の前提が全国的に統一されているということで、件数の公表をすることが望ましいか否かという御議論をいただきたいと思っております。

でも、先ほど先生方がおっしゃってくださったように、事故のいろいろな状況をきちんと慎重に捉えるというようなことだったり、再発防止につながる具体的な手順というか、そういうことを想定した上で件数が独り歩きしないようにという考え方も必要だと、ただ今私も先生方の意見を伺って思いました。一方で、先ほど藤野先生がおっしゃってくださったような公表しないことが必要のない不安を国民の皆様を与える、実際に数字としては



今回集計可能という状況ですので、前回とは違うそういった背景がある中で、今回どのように提示していくべきか、委員会の中では判断がし切れなかったので、今回御意見をいただきたいと思っております。

○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 公表すべきかどうかということのコメントではなく、少し教えていただきたいのですが、前回と比べて標準様式が整備されたということで、14ページなどを見ますと、標準様式に含まれている項目のうち、市町村では独自に様式があつて、それが少し標準様式とは異なるみたいなことが書いてありますが、実際問題、標準様式を使わずに市町村の様式を皆さん使っていらっしゃるということなのですか。それですと、事故の原因分析などが含まれていないことが結構あるということですので、標準様式があるにもかかわらず、こういった原因分析がなされなくなる要因として少し気になるなと思っていたのですが、このことについて教えていただければと思います。

○松田委員長 いかがでしょうか。

○石毛補佐 高齢者支援課です。

令和3年3月にお示ししている標準的な事故報告様式は、あくまでも標準的なものということで、これを使えというわけではなくお示ししているものでございます。いわゆる技術的な助言という形でお示ししているので、市町村によっては今まで使っている様式のほうが使いやすいですとか、ほとんど項目が同じなので標準的な様式と市町村で使っている様式で聞いている項目が一緒なのでいいだろうとか、あるいは既にシステムでやっているもので、標準的な様式に合わせることはなかなか時間がかかる、といったケースがあるものと承知しております。

○木下委員 ありがとうございます。

ただ、事故の原因分析というのは、12ページにもありましたように、再発防止にも非常に重要と皆さん多くの方が認識されていることですので、今後はやはり標準様式を使うように広く周知していただければなと思いました。

件数を報告するのかどうかというのは、私は意見を持ち合わせていないのですが、今回に限らず、いずれかの時点で、件数を集計していくことは今後の動向を見るには非常に重要かと思っておりますので、今回か次回か分かりませんが、いずれにせよ、そういう方向性は重要ななと思しました。

○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 今回の介護事故の定義というのは、冒頭に書いてありましたけれども、死亡に至った事例、何らかの治療が必要となった事例と書いてあるので、一応ここで積算できるように定義づけているのかなというような気がしたのですが、それはそれでひょっとしたら、一つの標準的な定義ということになってくるのかもしれませんが、ただそれにしても、

これは介護事故という言葉で表現すると、やはり社会的インパクトが非常に強いので、もしここで数値を出すにしても、先ほど福井委員が最後にいろいろとコメントをしていただいたとおり、この介護事故という考え方については、やはりもう少し丁寧に書いていかなくてはならないと思いました。

それから、7ページを見ると、事故発生防止のための委員会開催で、介護医療院はこの委員会を経営母体の法人全体でつくっている。5割はそうやってつくっているというところを見ると、恐らく病院と一緒にリスクマネジメントのシステムになっているのではないかなと思われるので、そうなると、恐らく病院のリスクマネジメントの考え方と介護施設のリスクマネジメントの考え方の整合性みたいなところでも、この定義で大丈夫なのかなという感じがいたします。

それから、先々のことでありますが、例えば転倒などを事故と言ってしまうと、かえって転倒の予防にはマイナスになってしまう可能性があるので、これは医療側の考え方に近い考え方を検討した方がよい、つまり、簡単にアクシデントとは言わないでインシデントと言って、英語にすれば柔らかいということではありませんが、インシデントという形で、どこが責任の所在かということではなく、何かが起こったら全部報告してリスクマネジメントをしていく、という考え方を普及させる必要があるのではないかと思います。そのような観点で、こういったことを継続的に調査していく必要があるのではないかと、という気がいたします。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

今村委員、いかがでしょうか。

○今村委員 今村です。

前回の平成31年の議論のとき、その会議で皆さんと議論したときには、数字がすごく多い印象を受けました。こんなに多くて、死亡も多くて、これを出したらかえって不安が大きくなるのではないかと議論があり、そのときには定義がきちんと決まっていなくてすよねという話もあって、それは病院の事故のようなものに対してこの介護事故は定義が決まっていけないという話と、もう一つ、一般の在宅でも普通に転けてけがをして亡くなりますよね、という両方の面があるから出さないほうがいいということで、私もそのときにそういうことがあるので出さないほうがいいのではと申し上げた記憶があります。

今回も、一般との比較ができないのだったら、多分数としてはすごく多く見える数字になり、出すと不安は大きくなるのではないかとと思うので、出さないほうがいいとは思いますが、かといって、いつまでも出さないというわけにもいかないものなので、どういう条件がそろったら出すかということをもっと明確にするべきかと思っています。その中で、在宅で通常の転倒によるその後の死亡とかというようなものの比較ができたり、それとそれほど遜色のない、多いというようなことが評価できるということが一つ条件かなとは思っていますので、ぜひその辺のところは今後の検討課題として考えてもらいたいと思います。

今村からは以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

藤野委員、お願いします。

○藤野委員 繰り返し恐れ入ります。

栗田先生の御意見に賛同しまして、やはり表現の問題は非常に重要ななと思いました。

もう一つは、これはリスクマネジメントの調査事業だと思いますので、通常、リスクマネジメントの場合、マネジメント主体にとって目標とする管理すべき数値に意味がありますので、リスクマネジメントという意味であれば、マネジメント主体である施設がそういう数値を把握している、事故と仮に呼びますが、そういうものを把握しているかどうかとか、それを管理する意図がある数値なのか、というのがまず一義的にはすごく大事なことだと思います。この場合において、ほかの施設は、とか、国全体では、とかということに関しては、マネジメント主体にとっては全然関係ないというか、一義的なマネジメントの対象にはなりませんので、私も今の枠組みの中でいうと、こういう全体で何件だったみたいな数値というのはあまり出す意味がなく、出すのであれば次回の調査以降、もっとソリッドにこれだけは絶対に数が比較できますよね、という形でやっていくのが比較する分にはいいと思います。リスクマネジメントという意味では、自分の施設ではこういう事故を認識して、これに対してマネジメントするのだという数値なので、そもそも他施設で比較して多かった少なかったという議論ではないのかなと思います。

なので、結論といいますか、今回は集計値を出さないほうがいいのかと私は思いました。個人的な意見を踏まえてです。

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 たびたびすみません。

この議論はもうちょっと機が熟さないとなかなか難しいと思います。一つは、日本だとやはりリスクゼロというのが基本となって、施設に入ったらゼロリスクだよねというのがあるわけですよね。日本でも突然死のリスクは100万分の1.8ぐらいあるわけですね。あるいは、東京都なども報告を出していますが、転倒だったら年間にかかなりの高齢者が自宅で転倒しているというようなデータがあるので、こういうのを出すときは、非常に丁寧な理解の上でやっていくことが必要です。実は全国誰でも起こりうるのだと。そういう中で家族に一番最初にサービスの同意を取るとき、ゼロではありませんということを伝える際に結構使えるのです。前回は話したかもしれませんが、ある施設は、リハビリを一生懸命やる病院は、うちは昨年3、4人くらい転倒骨折していますけれども、それでもうちはリハビリをどんどんやって社会復帰をやる施設です、それでもいいですか、みたいな感じで最初に使っているのです。ですから、これがそういうときに使えるようなものであれば公表していけばいいと思うのですけれども、今の全体の死亡者が何人とかという話が出てもし

にく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。

そのほかの委員の先生方いかがでしょうか。

確かに出し方を間違えてしまうと誤解を生んでしまう可能性は高く、現在、介護現場の医療ニーズの分析というものを老健局の仕事でやらせてもらっていますが、急性期の側から見ると実は同じような状態像の人でも、例えば誤嚥性肺炎や股関節の骨折は介護施設から来た人のほうが予後はいいのです。要介護認定がない人のほうが悪くて、理由は多分、介護施設のほうがすぐに気が付くからだろうと思います。在宅だとひとり暮らしの人が多いので、多分なかなか気付いてもらえないということがあるので、そのようなことも含めていろいろと検討する必要があるのだなと思いました。あと、項目のところで、いわゆる事故、誤投薬や誤用薬という本当の事故と、それ以外のものが混ざっているので、その辺も少し心配かなとは思いますが、ただ、全部出さないというわけにもいかないと思うので、明らかに事故的なものだけを出すのか。あとは、それをやったからといって、それに対してきちんとその後原因分析をやって、それに基づいて予防対策を取るようにになっている、というようなことが分かる書き方だと良いと思うのですが、その辺をどうするかです。

どうでしょうか。

近藤委員、現場でいろいろと見られていて、いかがでしょうか。

○近藤委員 医療現場だと、例えば転倒を例に挙げると、圧倒的に医療行為をやっているときではなくて、病院でも生活している場面が非常に長い時間あるので、そこで起こるのです。基本的に生活している場面というのは、ちょっと目は届きますが、やはり在宅のときとそう変わらないので、だから、逆にそこを問題にしてしまうと、例えば何で病院がきちんと見てくれないのだとか、そういったほうに変わって来ってしまう。では、そういったところを介護現場でも切り分けできているかということ、多分できていないと思うのです。逆にそこところに注目が集まってしまうと、また非常に無理な議論、家族からそのことを問題にして訴訟を起こされる可能性もあるので、相当注意して数字を出す必要があると思います。だから、松田委員長がおっしゃるように、十分予防対策は行っているということを数字として一緒に入ると少し良いとは思いますが、そうではないと、今言ったような無理な議論が発生しますので、やはり数字は慎重に扱っていく必要があると思います。あと、比較対象として生活場面での話が出てきましたけれども、もしあえて比較するならば、医療は事故調があつてかなり正確な数字が出ているので、介護現場でかなり目があるところでもこのくらい大きな数字が出ています、というようなことは言えるのではないかなと思いつつ、皆さんのお話を聞いておりました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

井上委員、いかがでしょうか。これは全員に聞かなくてはいけないみたいなので、すみ

ません。

○井上委員 ありがとうございます。

今の事故の部分ですけれども、皆さんの御意見を聞きながら、やはり事故という言葉に対するいろいろなイメージがあるなどは思いました。その部分をきちんと定義をしていただくということが、まず公表するにしても大事な事かなと思って聞いていました。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

川越委員、いかがでしょうか。

○川越委員 公表したときに、受け取る側が結果をどう見るかというところが結構重要で、やはり数字というのは独り歩きをしがちなものではないかと思えます。したがって懸念事項などを整理した上で、結果を公表していくといった流れのほうが、私は良いのではないかと思います。

○松田委員長 ありがとうございます。

池田委員、いかがでしょうか。

○池田委員 介護の現場ですと誤嚥などで80代・90代の要介護の方が亡くなれることが結構多いのですが、割と御家族の反応や報告書を見ますと、仕方がなかったねという、御家族も納得されているような状況も多いなという印象ではあります。

ただ、公表ということになりますと、確かにおっしゃるとおり、数字だけだとなかなかそういう状況は見えませんが、実際に介護の現場で高齢者の方がどういう状況でどんな中で介護されていて、こういう事故がやむを得ず起こる場合もあるのだということがセットであることが良いのかなと思えます。また、公表ということになりますと、御家族はやはり何が起きているのか知りたいというのがおありのようなので、隠されたりすると、施設で何かあったのではないかなど、そういうところがトラブルの元になる場合もあるようですので、その辺、見せ方とか報告の仕方というところを工夫すれば、公表に向けた段取りというのも良いのではないかと思いました。

○松田委員長 ありがとうございます。

田辺委員、いかがでしょうか。

○田辺委員 いろいろな意見があるということは分かりました。

それで、恐らく公表の前段階として、公表することのプラスの面と、公表しないことでのマイナスの面というのを考えていかななくてはいけないのだろうと思いました。今までいただいた数字の独り歩き、特に初回に出すときにはメディアとかが食いつく可能性があるもので、かなり気をつけて出さないといけないというのは、そのとおりだと思います。ただ、長期的に調べておいて、ずうっと出さないというのはなかなか難しいのだろうと思います。ですから、委員がおっしゃられたように、公表する前段階の条件で、これをクリアすれば大丈夫だということの条件を、できるだけあらかじめ明確にしておいて、恐らく出すときにそれに関する脚注みたいなものをつけて付けて出していく、ということになる

のだろうという気はしております。

それから2点目は、公表の単位をどうするかというところでもあります。恐らくアグリゲートして、全国で何件どこの病院で何件、という数字だけを出して、多いのか少ないのかという感覚だけの問題になります。他方、各法人ないし事業所ごとにどうなっているのかというところを細かく見せるとなると、フィードバックはきつ過ぎるので、これもなかなか厳しいかなと思っております。要するに、公表の単位とか公表のやり方というようなところは、考えていかないといけないのではないかとこのところでは、考えていかないといけないのではないかとこのところでは、

それから3番目は、公表のやり方として、転倒というのは私も最近よく転ぶように若干なっている、あるなど。ただ、老人の場合には骨折につながる場合が非常に多くなるので、リスクが高いというのはそのとおりだとは思いますが、これは事故なのかというところと、事故をゼロにするのだったら動かさなければいいわけで、それはそれで不健全な運営の仕方なので、そういうトレードオフの部分というのを脚注でつけるか、それが見えるようにするか等を、御判断の上で対応していったほうがいいのではないかとこのところでは、

結論としては、今回は初回にしては危な過ぎるということかもしれませんが、これは絶対にそのうち公表しないとまずくなると思しますので、その条件整備というのを今から考えていったほうがいいのだろうということでは、

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

堀田委員、いかがでしょうか。

○堀田委員 現段階で件数を出すというのは時期尚早なのではないかと思いましたが、今までの先生方の話にもありましたが、将来的にはオープンしていくという方向性なのだろうと思っております。

他方で、このような御意見があるということを確認した上で、リスクと付き合いながら自立と尊厳を支えるケアを推進する、というような考え方と、他方で事業所や法人から見たリスクマネジメントというような観点を、どのように両立というか出していくのかということ、丁寧に議論しながら何を目的にしてこの件数を出していくのか、ということが煮詰められていく必要があるのではないかと思います。それを詰めていくと、今までのお話にもありましたが、どのような単位でとか、何の意味を持った数字として前後で比較するのかとか、ほかと比較しても少なくとも法人としては意味がないかもしれない、というようなこともありましたけれども、どのような意味を持たせた数字として出していくのか、ということも煮詰めていく中で、出てくるのではないかとこのところでは、

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

おおむね委員の先生方の意見は慎重だという意見だと思います。ただ一方で、公表しないということに対して、かえってうがった見方をされてしまうのではないかとこのところでは、

スクもあるということですので、事務局には申し訳ないのですが、福井先生と相談していただいて、賛否両論の説明の仕方というのを作っていただき、それをメールにて皆さんで審査するという形でまとめたいと思います。今日の状況はなかなか、事務局の思いもあると思いますので、決め切れないような感じですので。

ちなみに、例えば転倒とかでも何でもいいのですけれども、ルート・コース・アナリシスとかSHELモデルの分析とか、そういう原因の分析をやった事例というのはあるのでしょうか。そういうものがあると、説明はしやすいなと思うのです。例えばこの転倒に関しては、こういう原因で起こったけれども、これは施設側として配慮すべき点があると。こういう状態で起こったけれども、これは患者さんの状態像から見ると致し方がないことであるとか、そんな感じの事例があると、いろいろと説明しやすいなとは思いますが、こういうのは医療のほうでは結構どこの病院も今やっていて、それでいわゆるライアビリティーみたいのところまで議論するわけですが、介護のほうでは今そこまでやっているのですか。やっていないのですかね。

近藤委員、どうぞ。お願いします。

○近藤委員 医療事故調査機構で転倒から死亡につながった事例の分析をする委員会に前はありましたので、ただ、医療現場でもそこまで厳しく評価できているところは、たしか全体は50件、60件の規模だったと思いますけれども、本当に1件か2件しかなくて、それを介護現場でやろうと思ってもちょっと難しいのではないかという気はいたします。

○松田委員長 ありがとうございます。

実際に状態像を見てみると、急性期病院に股関節骨折とか尿路感染症、誤嚥性肺炎で入ってくる人は、その前に医療費を見てみると医療費は高いのです。介護給付費も高いのです。だから、比較的介護依存度とか医療依存度が高い人たちがなっているという現実はあるので、そういう場合は、すごく転けやすい人、誤嚥性肺炎になりやすい人たちをつかまえているだけかもしれないですね。

その辺もまた含め、事務局のほうで賛否両論の記載案を作っていただくということで、ここはまとめたいと思います。

続きまして、資料1-3です。介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査研究事業について御質問があればお願いいたします。

近藤先生、お願いします。どうぞ。

○近藤委員 資料の11ページだったかな。退所・退院理由です。肺炎が圧倒的に今回の調査で多かったのですけれども、これはコロナの影響はあったのでしょうか。そこら辺が分かるような調査はしていないのですかね。これはやはりその影響を受けてしまった可能性があると思って私は見ていたのですが、そこら辺はどうなのでしょう。

○松田委員長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○今村委員 今村です。

調査の時期は限定された1か月で、そのときにはコロナはあまり流行っていなかったような状況のときなので、そんなにはこの肺炎に入っていないと理解しています。過去の調査と大体似たような感じなので、このような感じでした。

○近藤委員 ありがとうございます。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

補足でございますが、図表28の表の下から2つ目で新型コロナというようなところも聞いておまして、コロナによるものというもので診断できるものに関してはここで拾えているかなと思っております。

以上でございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

きれいな結果かなと思うのですが、今村先生、何か追加のコメントはございますか。

○今村委員 今、松田先生に御指摘いただいたように、非常にきれいな結果が出ています。今まで何回も試行錯誤をした結果、介護施設はどこから来てどこへ行くのかというのが割ときれいに見えました。死亡率も在宅から来て亡くなるというのはどれぐらいの率かというの、割ときれいに見えていると思います。

もう一つ、介護療養が今回期限ということで、介護療養もほぼ何とか方向が見いだせているようだということが分かったと思います。

あと、医療との関係でいうと、医療計画のほうで療養病床の医療区分1の人の7割を在宅に、という話があったと思うのですが、今回8年くらい前の結果と比較して、医療区分1の人が8年前は25%いたのが、今回15%まで減っているということで、これで少なくとも4割ぐらいは減っているようには見えていて、その間に介護療養のほうに移行していますので、政策として行われていることがかなり目に見える形で数字で戻ってきているなど感じました。

コメントとしては以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

先生、例えば老健施設に関しては、在宅機能強化型とか療養型とか区分して分析することは可能なのですか。

○今村委員 それも可能で、強化型になればなるほど用途というか目標に向かって高い率になるというのも今までの結果のとおりです。

○松田委員長 その辺も利用者さんの出入りのところの分析が重要だと思うので、間に合うことができれば、良いのですけれども、やっていただけたらと思います。

今村先生、どうぞ。

○今村委員 これは事務局のほうでできますか。

○松田委員長 いえ、みんな忙しいと思うので、あまり負荷をかけてはいけないと思います。



では、よろしいですか。

次が、4番目の、LIFEを活用した取組状況の把握及び訪問系サービス・居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性の検証に関する調査研究事業、これは一番難しいものですが、何か御意見、御質問等がございますか。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。結果を興味深く見させてもらっていました。

委員会の中で議論ができていたということであれば、教えていただきたいことが1点ございます。スライドの2枚目で、LIFEの活用場面でこのフィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直しというのが少し増えている、というデータが出ている一方で、先ほど少し御説明にあったと思うのですが、次のスライド3では、同じ503の回答数に対して理論の内容としては、利用者の状態像を踏まえた目標設定とか利用者の状態像を踏まえたケア内容・実施方法等というのは、去年よりマイナスとなっているという結果になっている点です。あともう一つ、別のところでは、収集した情報を利用したサービスの見直しがやはり難しいというデータが出てきおり、この辺り、委員会の中でどんなふうな議論がなされていたのか教えていただければと思います。よろしくお願ひいたします。

○松田委員長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。これは事務局ですか。藤野先生ですか。

○藤野委員 藤野です。

今御指摘いただいたところの2枚目ではケアが増えていって、3枚目では目標設定が減っていているというのは、一個一個について議論はやっているのですが、不整合みたいなことに関しては特に議論まで行き着いておりません。

○井上委員 ありがとうございます。

先ほどの説明の中で、データの提供の時期が違っていただけからみたいな御説明が厚生労働省のほうからあったと思ったのですが、もしそういう理由であれば、きちんとその内容を書いたほうがデータの整合性が取れるのかなと思ったので、記載していただけたらいいかなと思ひ聞いていました。

○福田介護保険データ分析室長 事務局でございます。

今いただきました点でございますが、3ページ目のところで私が行った御説明の中で、図表2の中ではLIFE活用に伴う議論を実施した事業所が、若干ながら増えてきたという形で御説明させていただきました。

また、図表3では、議論の内容について、利用者の状態像の変化やLIFEから出力されたフィードバック内容等、こういったものが増加しているという形の御説明をさせていただきました。

一方で、利用者の状態、例えば利用者ごとにフィードバックを行う形になっておりますが、こうした関連するフィードバックを、調査時点で十分お返しできなかったというような形で御説明させていただいた点のことを御指摘いただいたと思ひます。こうした点、報

告書かこの概要の中でも少し触れるような形で検討させていただければと思います。

以上でございます。

○井上委員 よろしくお願ひいたします。

○松田委員長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

木下委員、お願いします。

○木下委員 大変興味深く拝見させていただきました。

12ページですが、モデル事業のほうで、nの回答数が108のうち半数以上の方が「思う」と「やや思う」という結果で、ケアの質の向上に少し寄与していたということになりますが、逆に言うと、ほぼ半数近くの方があまり寄与していないと答えていたということもあり、こちら辺が労力に見合った効果が本当に得られているのかを考えていいのかなど、少し気になりました。半数近くのあまり寄与していないと見られた方々というのは、どのような事業所さんで、また、どういう点があまりメリットを感じなかったのか、という点についてすごく興味があるのですけれども、そういった細かいところまでは見ていらっしやいますでしょうか。

○松田委員長 これはいかがでしょうか。

○藤野委員 藤野です。

有用かと思ったところとっていない事業所の属性の比較のようなことは、たしか行っていないように思います。議論になっていなかったように思います。

ここは私の個人的な見解も踏まえてなのですが、LIFEが何に役に立つのかということの期待感や期待が、広い意味で関係者が増えて全く合意ができていないですね、というのが委員会での一つの議論です。要するに、現場でやられている方、我々調査側、国、利用者さんにおいて、LIFEで何ができるのかの期待値が本当に全くばらばらで、議論の中で出てくるのは、例えば施設間比での自分たちの評価を見たい、という期待もあれば、個人のアセスメントを広くしていきたい、というような期待もあり、この辺を少し玄人な期待なのですけれども、もう少し言うと具体的なプランを提案してほしいとか、これで何ができるのかということに関して物すごく期待感がばらついているので、役に立つかどうかと言われたとき、今まで評価の記録がなかったところは記録ができて良かったとなるでしょうけれども、あれだけ労力をかけて入力したのに自分たちの知っている内容以外のものは出てこなくて、いわゆるAIのようにプランの提供はしてくれないみたいなことであれば、評価は期待値以下みたいになってしまうので、その辺を全部込みでケアの向上に寄与しますか、という質問なので、この部分の解釈はなかなか難しいなと思いました。

それから、負担のところでは申し上げると、入力すれば当然負担となるのです。負担がありますかといったら、皆さん負担がありますと当然答えて、これは調査側、私どもの今後の調査の中で見直していくべきかもしれませんが、当然負担なので、何に対して見合うのかという設定、これがコストなのかケアに対する期待値なのか、もしくは制度設計上の何

か、そのアンカーがない限りは何を聞いたってこれは必ず負担にはなりますので、その設定がないままの調査になっている限り、ここの負担がありますかという質問は、100%負担なので、それが見合うかどうかのアンカーを今まで調査の中で設定できていなかった、というのが今後の検討材料かなと思いました。

○松田委員長 福井委員、お願いします。

○福井委員 ありがとうございます。

今の12ページや9ページのところで、調査の目的の2つ目で、次期報酬改定に向けて訪問系サービスとか居宅介護支援事業所におけるLIFEの活用可能性について、訪問介護、訪問看護、定期巡回、居宅介護支援という4種類を、モデル事業で今回お示しいただいたのですが、御説明にもあったように相当なばらつきがあって、特に訪問看護は9ページですと評価できた項目がかなり高い割合な一方、訪問介護とか定期巡回は比較的割合が低いというようなことで、一律この訪問系サービスがLIFEの活用可能性があるという結論には、この数字のばらつき上言えないのだろうなと思いつつ見ながら、委員会での御議論では、訪問系とか居宅介護はどんなふうに活用していこうか、というような議論があったのか。藤野委員長がおっしゃったように、期待値や、実態を捉えること、ケアの質改善につなげることなどは、そもそもサービスの違いによっていろいろと落としどころも変わってくるのではないかなとも思いつつ見せていただいたのですが、その辺りの議論はありましたでしょうか。

○藤野委員 ありがとうございます。

とても難しい御指摘というか議論でして、ここの検証で行ったモデル検証は、どちらかというところ、いろいろなタイプの事業所においてもやろうと思えばというところもあり、これはこの検証事業の調査会社さんがかなりコミットされて、伴走しながら導入の手ほどきをして、ちょっと変な言い方ですが、やろうと思うと導入することはできますね、というフィジビリティを検証したものですので、その事業所事業所でどんなふうに使っていけるのかみたいのところまでは、先ほどの意見と全く一緒なのですが、結局、期待感とか制度上これをどう使うのかという設定がないので、まずインストールはできるのでしょうかということに対して、このモデル上は、ある程度しっかり伴走すればインストールはできます、という検証だと理解しております。

○松田委員長 ありがとうございます。

では、堀田委員、お願いします。

○堀田委員 ありがとうございます。

今回のモデル事業なのですけれども、それぞれの事業所の職員数なり利用者さんの数とか、あるいはその法人の中でどれぐらい事業者数があるのかといった規模に関わる情報は、もしあれば教えていただくか、あるいは公表するときに何らかこのモデル事業の1ページのところでも良いかなと思うのですけれども、数が少ないのでどんな感じの規模感なのかというのは参考に入れていただけると、とてもありがたいなと思いました。

○松田委員長 ありがとうございます。なかなか重要な点ですね。これは対応をお願いいたします。

では、近藤委員、お願いします。

○近藤委員 本当は事業開始のときに申し上げておくべきことだったと思うのですが、本当に費用対効果みたいな考え方をすると、どのくらい負担がかかって、どのぐらいのメリットが得られるか、という話になると思うのです。デメリットのほうは、前よりも新しく評価するようになった、認知面も見erようになった、みたいな数字が出ていたのですが、LIFEは項目数が結構不均等で、かなり項目数が多い領域もあれば、割と簡単に見られてしまう領域もあるので、そういった評価の領域ごとの負担感をやはり見ておいたほうが、その領域を評価すると多分すごくこれにいいことがあるとかという部分が、見えやすくなるなと思いつながら今回の結果を見ておりました。なので、次回もやるかどうかは分からないのですが、もし次の計画があるようであれば、そういう部分も見ておい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 それは本当にそのとおりだと思います。

LIFEに関しては、医学におけるいわゆる臨床研究的なものをもっと増えていかないと、このデータを使ってどういうふうにマネジメントしていくのかとか、どのように効率を上げていくのかという議論につながらないと思うのです。今は始まって報告するという電子的なシステムができたということは、現時点ではやはり評価されるべきことで、このプラットフォームを使ってこれから何を載せて、それに基づいてどういうふうに何を返していくかということに関して、やはりもう少し研究の積み上げが必要だと思います。そういう意味では、介護データベースもできましたし、その中でLIFEのデータも使えるようになってきたので、そういうものを使いながらいわゆる医療における臨床研究みたいなものを積み上げていって、徐々に良くしていくというのが多分現実的なところなのだろうなと思いました。

続きまして、5番目です。介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業について、御意見があればお願いします。いかがでしょうか。

今村委員、お願いします。

○今村委員 1ページ、2ページで、今回、訪問系、通所系、入所・泊まり・居住系と分類を3分類されていまして、3番目の入所・泊まり・居住系というのは、一括りにする集計は今まであまりなかったと思うのですが、これが一括りとして適切かどうかということは検討されたかどうかです。特に入所系とそのほかは今まで全部分けて集計しているのですが、一緒にしても構わないような集計なのか、理念的に一緒にするべきものなのかも含めて、検討について教えていただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○松田委員長 これはいかがでしょうか。

お願いします。

○井上委員 質問ありがとうございました。

まず、この入所・泊まり・居住系は最初から実は一緒にやりましょうということになっていました。一つは、ここの部分について報酬の関係が出ているというのが一番大きな理由でした。あと、入れているテクノロジーのことを考えると、センサーとかそういうものを入れるときに、いわゆる24時間型のところと、そうではないところでやはり入れ方が違うかなというところで、今回これは一緒にやりましょうというふうにさせていただいたという経緯がございます。

○今村委員 分かりました。

もし違う傾向が2つに出ているのだったら、それは今後の検討課題として教えていただければと思います。

○井上委員 逆に教えていただいてもよろしいですか。先生の中で、例えばこれとこれは分けてやってみたほうが良い、みたいなお考えがあるのであれば、教えていただきたいなと思っていました。

○今村委員 一般的には入所の特養や老健と、ショートを分けるという話なのかなと思ったので。

○井上委員 ありがとうございます。介護保険施設系とそうではないものを分けるというようなことですね。

○今村委員 そうですね。

○井上委員 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。

ほかにいかがでしょうか。

福井委員、お願いします。

○福井委員 ありがとうございます。

5 ページの図表 8 のところで、見守り支援機器の利用者数別本機器に関する導入費用ということで、101人以上だと100人までよりも値段が下がっているというのを見ると、施設によって、大規模は例えば、基準を設けて機器を使う方、使わない方とか、基本全員に、という差によってお金も変わってくるのではないかと考えましたが、そのようなクロスはしていただくことはできるのでしょうか。

○井上委員 ありがとうございます。

実はこのパワーポイントを作っているときに、私のほうからもそれは同じような印象を持ちまして、事務局のほうにどうなのだろうというお話をしました。そもそもこの図表 8 を見たときに、規模が大きくなるほど当然全体の総量としての額は増えなくてはおかしいと思うのです。ただ、データはそういうふうになっていないというところで、少しおかしい感じがしているなと思いまして、いろいろなクロスができますかとお話したのですけれども、上の図表 7 はあくまで導入台数で、下の図表 8 は、要は施設の定員数なのです。なので、これのクロスができないとかということがあって、そのところは悩まし

いなと思っていました。

あと、この議論の中で、やはり見守り機器といったときに、全部のベッドというか利用者のところに導入して睡眠状態まで把握するというタイプの比較的新しいものと、利用者の中の1割から2割ぐらいにしか入れないでやっていたという、今からもう少し前の時代のものと両方混ざってしまっているの、その部分でこういう感じのデータが出てしまったのかなとか、その辺りは少し分析しなくてはいけないと思っているところです。意見をありがとうございます。

○福井委員 もう一個だけ、14ページの図表26で特定施設の割合が高いと赤で括っていたのですが、先ほどのほかの調査の御議論にもあったように、件数が3件の中の2件で66.7%と括られていて、ぱっと見高そうに見えてしまうので、ここも表記を工夫していただいたほうがいいのかと思ひまして、発言させていただきました。ありがとうございます。

○井上委員 ありがとうございます。検討させていただきます。

○松田委員長 では、木下委員、お願いします。

○木下委員 これも非常に重要で、今後の指針となるような調査だと思って拝見させていただきました。

8ページに、介護現場でのテクノロジー活用に関して導入したことによる変化というのがあるのですけれども、これは委員会の設置有無別は出してあるのですが、総数がどれぐらいなのかというのが分からなくて、総数は916と書いてあるのですけれども、設置しているのがどれぐらいで、設置していないのがどれぐらいなのかというのが分からなかったの、それを教えていただきたいなと思ひました。実は設置しているほうが非常に少なく、設置していないほうが大半だったりすると、トータルで見るとやはり変わってくるのかなと思ひます。

例えば10ページなどでも、これは非常に重要な質問項目だと思うのですけれども、利用者の自立支援につながるとか、社会参加の機会が増えるとか、コミュニケーションの機会が増えるというのがテクノロジーを活用する上での非常に重要な目的だと思うのですけれども、そう思うと、かなりそう思うだけ、合わせるとやはり半分弱ぐらいなので、設置している、設置していないにかかわらず、特に委員会を設置していないほうはそうなのですけれども、あまり効果がないのかなとも見えてしまうのです。その辺り予想外だったのかどうなのか、いかがでしょうか。教えていただければと思ひます。

○井上委員 ありがとうございます。

まず、設置している、設置していないは、もう一つ前のスライド7枚目で載せさせていただいています。例えば入所系だと設置しているが3割弱、設置していないが7割となっていて、まだ設置しているところは非常に少ない、少数派だということがデータとしては出ています。今の御意見を伺ひまして、そこが分かるようにスライド8のほうは修正したいと思ひます。

実は、このスライドの前に、設置している設置していないにかかわらずのデータというのももちろん作ったのです。そうすると、今、先生がおっしゃったように、必ずしも「そう思う」「かなりそう思う」「ややそう思う」が大きなデータでは出てこないという現状もあります。それを踏まえて、今回は設置している、設置していないというところで、ここでは提示しようというふうにさせていただきました。

一方で、介護現場でテクノロジーを導入するという目標をどこに置くのかというところにやはり大きなところがあると思うのです。例えば根拠に基づいた支援につながったというところでは、かなり高いデータが出ているわけなのですが、利用者の社会参加とかコミュニケーションという、それはテクノロジーを導入して、その後、人に余裕が出たことによって、個別の支援がそういったところまでできるようになって、初めてデータが出てくることだと思うので、テクノロジーだけでできるものではないのかなということは、委員会の中で少し議論になったところです。なので、テクノロジーが直接反映していくデータとそうではないのがあるね、という意見は出ました。ありがとうございます。

○木下委員 ということは、やはり今後も引き続き経過を見ていかないと分からないということですね。ありがとうございます。

○松田委員長 今の御指摘はすごく大事だと思います。何かロジックモデルが必要だと思うのです。井上委員が説明されたみたいに、ICTを入れることによって余裕が出てきて、それでコミュニケーションがよくなったという、何かロジックが説明できるような設問の設定というのはすごく大事なのかなと思いますし、それが出てきたところで、それを今度はヒアリングのほうで確認していただくというような、そういう二段階でやっていただくいいのではないかなと思いました。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

では、今まで全般を通じて何か言い足りないこととかコメント、質問などはありますでしょうか。よろしいですか。

では、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

先ほどのリスクマネジメントのところコメントさせてもらいたいと思いました。例えばインシデントとアクシデントと言ったときに、インシデントがヒヤリハットのもので、アクシデントが事故のものと介護現場でも大きくは理解していると思うのです。一方、事故報告書はヒヤリハットとアクシデントと両方合わせて事故報告書として出している、という現状があると思います。その事故報告書に対して事故というイメージがやはりつくと思うので、そうすると、ヒヤリハットで事故と少なくとも今のこの状況だとしてしまうと思うのです。だけれども、医療の世界だと、医療事故が事故だと国民の方々は思っているのではないかと思うのです。そうすると、介護のここであっている事故と齟齬が出てきてどうなのかなというのが、私は今もやもやしてしまっているところでした。なので、医

療のところと考えたときの、事故の定義みたいなものもやはりしてもらわないと、独り歩きしてしまうかなと思ったのが一点です。

あともう一点は、今回は特別養護老人ホームと老健と介護医療院の3つにしてくださいだったので、その3つそれぞれでヒヤリハットと介護事故の境目みたいなところは微妙に違うと思うのです。なので、そこの調査なども今後してもらいたいなと思っていたところでした。

コメントさせていただきます。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。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 ありがとうございます。

先生方にたくさん御意見をいただいたように、事故の定義とか、あとは実際に事故予防対策までという一連の流れを、今後丁寧に調査していくことが必要と思いました。どうもありがとうございました。

○松田委員長 小坂委員、どうぞ。お願いします。

○小坂委員 1点だけ補足です。

一つは、各介護団体で保険があって、それで、保険をどのぐらい使ったか、どういうところに使ったかというのは実はかなり資料があるはずなのです。そういうものにアクセスできればいいというのが一つ。

それから、これは施設の報告に頼っているのですが、イギリスなどは実際の入所者とか家族が報告するシステムもあるのです。そこでは、そこを責めるわけではないのだけれども、評価のために使うというだけなのですが、そういうダブルチェックみたいなことができると、本当のところはより近づくのだらうと思います。将来的にはそういうことも検討されてもいいかと思います。

以上です。

○松田委員長 ありがとうございます。

これは国によっていろいろ違って、オランダなどは消費者団体がやっていますよね。ただいずれにしても、医療のほうでも、実は病院によってどの範囲までインシデント・アクシデントレポートを出させるかは結構違って、病院によっては事務的な書類の記載ミス等は全部集める例もあるようです。身体的なものに関しては事故調のほうでグレードがあるので、介護についてもそういう仕組みが多分必要なのでしょうね。

あと、諸外国でどういうふうに扱っているかということも、一回、調べたほうがいいと思っています。北欧などでも施設内での転倒というのは、よっぽどのことがない限りライアビリティはあまり問われないようです。そこもきちんとやっていかないと、僕が心配なのは、国民の反応が最近少し過剰になっている感じがしていて、病院の中で例えば肺炎を起こしたらみんな院内感染だ、みたいな形で苦情を言われる方もいるようです。十分な対策を行っていても、起こりうるイベントはあります。それを100%防ぐことは無理ですの



で、確率的に発生するリスクに関するコミュニケーションを、少し国民との間でやっていかななくてはいけないと思います。今回こういう形でいろいろ議論が出たのはすごくいいことだと思いますので、リスクコミュニケーションという立場からも議論していただけたらいいのではないかなと思いました。

ということで、それでは、今までいただいた御意見とか御指摘を反映させながら、事務局で整理をしていただいた後、一回委員長に一任と思っていたのですが、リスク調査のところはまだ意見が割れていますので、報告案を一回作っていただいて、それで一回皆さんに回したいと思います。その上で私のほうで事務局と相談して、あと、福井先生とも相談してまとめたいと思います。

では、今後の流れについて、事務局のほう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。

今、松田委員長から御説明していただいたとおり、報告書案について対応させていただきまして、出来上がりました報告書案につきましては、3月16日に予定している介護給付費分科会で結果報告を行いたいと思っております。また後日、正式なものを郵送及びデータで送付させていただければと思っております。

それでは、本日はこれで閉会いたします。お忙しいところありがとうございました。