

○占部企画官 定刻になりましたので、第215回「社会保障審議会介護給付費分科会」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。

本日は、これまでと同様、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。

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、黒岩委員が御退任されております。

また、新任の委員を御紹介いたします。全国知事会、長崎県知事の太石賢吾委員です。なお、本日は、公務の都合により、御欠席の連絡をいただいております。

続いて、本日の委員の出席状況ですが、太石委員に代わり寺原参考人に、長内委員に代わり山岸参考人に、それぞれ御出席いただいております。

以上により、本日は22名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

次に、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令和4年度調査の設計、結果の分析等に御尽力いただきました、各調査検討組織委員長の皆様に、今回、参考人として御参加いただいております。奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授、今村知明参考人、東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学教授、福井小紀子参考人でございます。

どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、お手元の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。

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、オンライン会議における発言方法等について、確認をさせていただきます。オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ているかと思えます。会議の進行中、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきますが、御発言の際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して、御発言をお願いいたします。御発言の後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を降ろす」をクリックいただき、併せて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、以降の進行は、田辺分科会長をお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、早速でございますけれども、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、「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」の議論を行います。また、「令和4年度介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会の結果について」、事務局の方から御報告をいただきます。

事務局におかれましては、資料説明を簡潔に行っていただくとともに、各委員におかれましても、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただくよう、御協力をよろしくお願い申し上げます。

まず、議題1の「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」に関しまして、議論を行います。事務局より説明の後、介護報酬改定検証・研究委員会における議論を踏まえて、松田委員から御報告をいただきたいと存じます。

それでは、事務局より資料説明をお願いいたします。

よろしくお願いいたします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

それでは、資料に沿って御説明を申し上げます。

まず、資料1でございます。「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）」でございます。

令和4年2月7日に開催された給付費分科会におきまして了承された、こちらに記載の5つの調査項目につきまして、効果検証及び調査研究を行ったものでございます。本日は、これらの調査結果につきまして取りまとめるとともに、調査に対する改定検証・研究委員会の評価も含めまして、調査結果として介護給付費分科会に報告するものでございます。

それでは、5つの調査につきまして、順次、御説明を申し上げます。

まず、資料2-1を御覧ください。「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」でございます。

資料の1ページ目、目的は記載のとおりでございます。この目的の下に、市区町村、小多機及び看多機事業所を主対象として、アンケート調査及びヒアリングを実施したものでございます。以降、説明の中で、当該改定の内容について、記載のマル1に掲げるものを改定等マル1、マル2に掲げるものを改定等マル2と表記させていただいております。

それでは、具体的な結果になります。2ページ目からでございます。改定等マル1の市町村の実施状況でございます。「実施した」が、1.2%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自治体は5市町村となっております。

3ページ目、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の結果になります。いずれも、管内の事業所数が限られる中で、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った報告でございました。

4ページ目、5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、傾向に大きな差は見られなかったという状況でございます。

続きまして、6ページ目、改定等マル1を実施した市町村の効果・影響については、全体として、「変わらない」、「わからない」の回答が多いという状況、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市町におきましては、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への変化の柔軟な対応について、「対応できるようになった」が半数程度存在したという状況でございます。

7ページ目、事業所の改定等マル1の実施状況は12.7%でございます。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は、0.5%でございました。

8ページ目でございます。改定等マル1を実施した事業所の効果・影響について、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は、「対応できるようになった」といった回答でございました。また、サービスの質及び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についての内容になります。「実施した」が、1.3%、17自治体ございました。また、17自治体のうち16自治体は広域連合の構成自治体であったという状況でございます。

10ページ目、自治体に対するヒアリング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もので、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った結果でございました。

11ページ目及び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と同様に、傾向に大きな差は見られてございません。

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」の回答が多い結果ですが、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への変化への柔軟な対応については、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。

14ページ目、事業所の改定等マル2の実施状況は、10.7%は所在地の市町村が改定等マル2を実施しているという結果でございました。また、実際に登録定員を引き上げた事業所は、0.9%、2事業所でございます。

15ページ目。この改定等マル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」といった回答でございまして、他方、職員の負担感については「増えた」という結果でございました。

16ページ目、市町村の管内事業所への、改定等マル1、マル2の周知の状況でございま

す。それぞれ半数程度が「周知していない」という回答でございました。

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す。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、改定等マル1、マル2を実施していないもしくは検討していない市町村の実施していない理由について、それぞれ、「管内事業所から要望や相談がないから」が約5割と最も多い回答でございました。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状況については、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、実施を検討したが、市町村が実施に至らなかった理由として、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、また、改定等マル2は、「その他」が60.3%と最も多く、主な回答といたしましては、管内事業所からのニーズ（要望、相談）がなかったからでございました。

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対して、今後の適用の意向を聞いた結果でございます。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が約4割でございまして、待機者数の平均はそれぞれ3名程度でございました。

最後に、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対して、その理由について聞いた結果でございます。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数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状況でございました。

続きまして、2つ目の研究事業でございます。「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」でございます。

調査の目的は、2ページ目に記載のとおりでございます。介護保険3施設及び市区町村・都道府県に対して調査を行ったものでございます。

4ページ目を御覧ください。安全対策体制加算の算定状況でございます。特養及び老健は7割程度、介護医療院で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といたしまして、老健及び介護医療院では、「外部の研修を受けた担当者を配置できない」が最も多かった状況でございます。

5ページ目、施設における安全対策部門の詳細について、6ページ目、安全対策担当者の職種等についてお示ししたものでございます。

少し飛びまして、10ページから11ページ目です。10ページ目からは施設内で発生したヒヤリ・ハットの報告範囲、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などについて、お示ししております。事故防止の取組で効果を上げたものとして、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等の検討」の回答が最も多か

ったものでございます。

続きまして、12ページ目。介護事故防止や再発防止に関して、市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ましても、「市町村から支援は得ていない」との回答が6割程度と最も多かった状況でございます。

続きまして、14ページ目、標準的な事故報告様式の使用状況等についてお示ししたものでございます。標準様式を使用している自治体は、64.5%でございました。

続きまして、17ページ目を御覧ください。市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おります。課題と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。

20ページ目、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おります。市町村からは、「介護事故情報の収集フォーマット・ツールの配布」が最も高く、「集計・分析方法に関するマニュアルの作成」、「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。

この資料の説明は以上となりますが、最後に別途ございます報告書案の135ページ目を御覧いただきたいと思っております。画面でも共有させていただきます。2月27日に開催されました第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・研究委員会におきまして、介護保険施設からの事故報告の件数につきましては、まずは、公表に当たって整理すべき事項といたしまして、「介護事故」という用語の妥当性やその定義について、また、施設以外の場と施設内における発生状況の比較について、報告件数を広く公表することの意義についてなど、丁寧に議論・整理を行った上で公表することが望ましいとされました。そのため、本報告書におきましては、当該記述に係る項目については掲載しないこととされております。

以上でございます。

続きまして、3つ目の調査研究事業でございます。資料2-3を御覧ください。「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。

1ページ目、調査の目的は記載のとおりでございます。調査方法といたしまして、介護保険施設等に調査を行ったというものでございます。

2ページ目、運営主体について、老健では医療法人が74%、介護医療院では医療法人が92.4%、特養では社会福祉法人が96.7%という状況でございました。

3ページ目は、入所者数や要介護度などについて調査をした結果でございます。

4ページ目、入所者の状態について、まず、老健では、医療区分1が42.5%、ADL区分1が23.2%でございました。医療院では、医療区分1が38.3%、ADL区分3が30.2%、特養では、医療区分1が42.6%、ADL区分が24.9%でございました。医療区分について平成26年度の調査と比較をいたしますと、医療療養病床、老健、特養では、区分1の割合が低下し、区分2及び3の割合が増加していた傾向が見てとれました。

5 ページ目及び6 ページ目は、入所前と退所後の居場所を調査した内容でございます。

7 ページ目及び8 ページ目は、老健の基本報酬や所定疾患施設療養費について調査したものでございます。

続きまして、9 ページ目、10ページ目は、施設内で提供可能な医療や入所・入院中の利用者の状態、リハビリテーションなどの実施状況について、調査をしたものでございます。

11ページ目、医療機関への退所・退院理由について、その診断名といたしましては肺炎が最も多く、老健では26.4%、介護医療院では17.8%、特養では31.6%という状況でございます。

続きまして、12ページ目、リハ・口腔・栄養に係る一体的な実施計画書の利用の有無について、「利用している」割合は、老健が52%、介護医療院が58.2%、特養が40.7%でございました。

13ページ目、老健における個別リハビリテーションと集団リハビリテーションの実施状況について調査したものでございます。

14ページ目及び15ページ目は、口腔衛生の管理体制について調査を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いたしまして、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%、介護医療院が88.8%、特養が89%という状況でございました。

続きまして、16ページ目から18ページ目につきましては、栄養ケア・マネジメントについて調査を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いたしましては、「既に実施している」が、老健では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%でございました。

続きまして、19ページ目でございます。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をした内容でございます。

最後に、20ページ目、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14.6%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、「移行に関して、院内で検討しておらず、全くの未定である」と回答したものが6.7%という状況でございました。

以上、3つ目の調査事業につきまして、御説明いたしました。

続きまして、資料2-4を御覧ください。本日4つ目の調査研究事業でございます。「LIFEを活用した取組状況の把握および訪問系サービス・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。

2 ページ目を御覧ください。調査の目的及び調査方法は、記載のとおりでございます。アンケート調査、ヒアリング調査、モデル事業、さらには介護関連データベースの分析を行ってございます。

3 ページ目を御覧ください。まず、LIFEの登録済み事業所に対してのアンケート調査結果です。以降、このスライドから3つのスライドの調査対象者は、令和3年度及び令和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こと、併せて申し上げます。まず、LIFEの活用場面について、「利用者の状態の管理・課題把握」が、63.6%と最も高く、前回の調査から6.7ポイントの増加が認められてございます。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ております、

「いずれも活用していない」が4.7ポイント減少いたしております。

続きまして、4 ページ目。LIFE活用に伴う議論を実施して下さった事業所が、若干ながら、増えてございます。また、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おりますが、これは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などによるものと考えられます。

続きまして、5 ページ目でございます。LIFEの入力方法につきましては、インポート機能のみの活用が若干増加をしております、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、データ登録の負担感は若干減少の傾向が見てとれました。

6 ページ目を御覧ください。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全てを集計した結果が、こちらでございます。加算の算定に当たって新たに開始した取組としては、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。評価の頻度も、同様の項目において3割程度の事業所で増加が認められております。また、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答えた事業所が3割を超えておまして、医療情報の入力に負担感が強いことが窺えた結果となっております。また、加算・評価方法についての職員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。

7 ページ目、LIFE未登録事業所の集計結果でございます。未登録事業所の中で指標を用いて利用者の状態を評価している事業所は約6割、評価内容はADLや認知機能が最も多かったという状態でございます。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も、約6割の事業所が「ある」と考えており、課題の内容として最も多いものは「利用者の状態の評価をケアの質の向上に活かしていない」といった内容で、約3割の事業所が該当しておりました。

8 ページ目、LIFE登録事業所へのヒアリング結果でございます。例えば、事業所A、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」といった声も聞かれているところでございます。

9 ページ目、ここからは、まだLIFEが算定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へのモデル事業の結果をお示しいたします。調査内容などについては、9 ページに記載のとおりでございます。

10ページ目、LIFE項目を「特に問題なく評価できた」という割合について、おおむね医療職の方が多く配属されております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%前後か下回るといった結果になりました。

11ページ目、LIFEの活用に当たり、各ステップに要し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はなく実施いただけただけの状態でございます。

12ページ目、フィードバック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約9割に上ったという状況でございます。

13ページ目、今回は、科学的介護推進体制加算の項目だけで評価をしていただいたものでございますが、今後活用してみたい他のシートについて伺ったものでございます。まず、今後活用してみたい他のシートといたしましては、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。また、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くございました。また、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の評価をするようになる」とか、「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考える」と答えた事業所は、約半数を超えてまいりました。LIFEがケアの質の向上に寄与するかという質問については、約半数が「思う」や「やや思う」と回答されております。

14ページ目、モデル事業のヒアリングの結果でございます。「利用者の状態とその変化を事業所内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、また、「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よい」といった御指摘がございました。項目については、追加したいものよりもむしろ減らしたいといったものも含め、ご覧のような御提案も見られたものでございます。

15ページ目、介護関連のデータベースを分析した結果でございます。図表21を御覧いただきますと、LIFE関連加算を算定している事業所の割合は、施設サービス、通所・居住系サービスともに、徐々に増加していることが窺えます。また、算定している事業所の割合が最も高いものが老健施設でございまして、約75%、4施設中3施設がLIFEの関連加算を算定している状況でございます。

16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おります。基本的に90%を超える結果となっております。

17ページ目及び18ページ目につきましては、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たものでございます。こちらは、参考で御覧いただければと思います。

続きまして、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」につ

いて、御説明申し上げます。

1 ページ目、調査の目的は記載のとおりでございます。なお、本調査は、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形態により異なることが想定されるため、回答の利便性の観点から、調査票を、マル1の訪問系、マル2の通所系、マル3の入所・泊まり・居住系の3つに分けて調査を実施いたしました。マル3につきましては、本日の説明では「入所系」と呼ばせていただきたいと思います。

2 ページ目、図表1、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%で最も高く、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 ページ目を御覧ください。図表5、入所系における見守り支援機器の使用頻度は、「ほぼ毎日」が最も多く、91.1%。また、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%と最も多かったものでございます。

5 ページ目、導入済みの見守り支援機器の1台当たりの導入費用は、10～20万円未満が18.9%、5～10万円未満が11.3%。20～30万円未満が11.1%でございました。また、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名の施設・事業所では316万1000円でしたが、61～100名の施設・事業所では719万6000円など、ばらつきが見られたという状況でございます。

6 ページ目、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でございます。「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、それぞれ上位に挙げられてございます。

7 ページ目から9ページにかけては、委員会の設置状況及び設置の有無による効果の違いでございます。7ページ目、介護ロボット等の安全かつ有効活用をするための委員会については、入所系が28.4%設置しておりました。

8 ページ目、同委員会の設置有無別の施設・事業所の変化について、いずれの項目におきましても、「設置している」と回答した事業所のほうが、「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状況でございました。

同様に、9ページ目、委員会の設置有無別の利用者の変化につきましても、いずれの項目についても「設置している」と回答した事業所が「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が見てとれます。

10ページ目でございます。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示してございます。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・管理者等の管理職が最も多いという内容でございます。

続きまして、11ページ目でございます。介護ロボット・ICTを導入していない理由でございます。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、「導入する必要のある課題や必要性を感じていない」、「職員が使いこなせるか不安」といった内容が多く挙げられております。

12ページから14ページ目は、令和3年度改定において、テクノロジー活用要件とする加算や基準等の算定状況やその影響等を示したものでございます。なお、算定率の兼ね合いによりまして該当件数が10未満の少数にとどまるデータを含んでおりますため、その点は留意が必要になります。

まず、12ページ目、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、いずれも、算定率は5%程度でございます。

13ページ目、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%程度ございました。

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、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ております。一方、日常生活継続支援加算・入居継続支援加算につきましては、利用者の多い状態把握やヒヤリ・ハット事例の防止策の検討に効果があるとの回答が比較的多く挙げられております。

最後、15ページ目でございます。ヒアリング結果になります。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てございます。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、サイズ感などをデメリットとして感じておられました。また、中長期的なテクノロジーの活用のために、相談体制を構築しつつ、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った事例も見られたところでございます。

以上、5つの調査研究事業の結果概要案について、御説明を申し上げます。

よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

引き続き、松田委員長、よろしく願いいたします。

○松田委員 令和4年度の調査結果につきましては、2月27日の介護報酬改定検証・研究委員会において承認しましたので、最終報告としてここでは御報告申し上げたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御説明のありました事項に関しまして、御意見、御質問等がございましたら、よろしく願いいたします。

それでは、寺原参考人、よろしく願いします。

○寺原参考人 よろしく願いいたします。本日、参考人として出席させていただいております、長崎県福祉保健部長の寺原と申します。

今回の議題1について、2点、意見を申し上げます。

まず、調査の3番目、介護保険施設の医療提供についてでございます。今般の新型コロナ

ナウイルス感染症の対応において、特に第6波以降は、介護保険施設でも多くの感染者が施設内療養となりましたが、一部の施設においては、嘱託医や施設協力医との連携ができず、入所者の医療提供に混乱を生じた事例が、本県でも見られております。具体的には、投薬や点滴などを行う医師確保に苦慮した事例とか、看護職員などの医療職がいない施設では症状が急変した場合の入院調整が円滑に行われなかった事例もございました。また、今回の調査では、特養、老健、介護医療院を対象とされておりますが、認知症グループホームや有料老人ホームなどの施設でも、施設内療養者が多く発生し、苦慮した事例もございました。本県でも、要介護者の受皿として、認知症グループホームや有料老人ホームが増加しております。介護度が重い入所者も増えておりますので、こうした施設においても医療提供ができる体制が必要と考えております。介護保険施設においては、サービス種別ごとに医師や看護師等の医療職の配置が様々でございますが、嘱託医や施設協力医との関係にも差があり、施設入所者への医療提供が円滑にいくように、平時から地域の医療機関と介護保険施設が連携できるようなネットワークの構築を進めていくことが必要であると強く考えております。現在のコロナ禍において、施設職員の感染対策研修や施設内療養に当たっての往診等は、診療報酬を含め、支援されておりますが、今後は、平時からの備え、対策が必要であると考えます。そのため、例えば、嘱託医とは別に、平時から施設の関係をつくり、施設への診療支援を行う地域の拠点医療機関に対する評価をしていただくなど、医療機関と施設の連携が進むように促していただきたいと考えております。現場におきましては、高齢者施設の嘱託医や入所者のかかりつけ医が感染症の診療を担えず、ほかの医療機関に別途お願いしなければならない事案も少なからずありますので、嘱託医等が感染症の患者を診ることができるような研修などの対策も必要であろうと考えております。

2点目でございますが、5番目の調査、介護ロボット・ICTの導入の促進についてでございます。介護ロボット・ICT機器の導入は、職員の負担軽減や利用者ケアの質向上に効果がありますので、本県においても、3年ほど前から、導入支援補助金の予算を多く確保し、積極的に導入を図っております。介護人材確保が厳しい状況から、介護ロボット導入による介護職員の人員配置基準を緩和することが検討されておりますが、現状では、3対1の人員配置基準の施設においても実質は2対1の人員配置で運営している実態が、本県でもあります。認知症高齢者など、対応が必要な利用者も多いことから、配置基準の緩和は利用者の安全・安心が確保できないという声を施設関係者から多く聞いております。介護現場の生産性向上は必要でございますが、利用者の安全・安心を確保することが重要でありますので、介護ロボット導入による人員配置基準の見直しに伴い、利用者の見守りや必要な介護が行われない状況になることがないように、慎重な判断が必要と考えております。また、令和3年度に本県で実施した調査においては、介護ロボット・ICTの導入について、導入費用が負担と考えている事業者が本県においても多い状況でございました。特に経営基盤が脆弱な小規模事業所では、導入が進んでいない状況でございます。全ての事業所で導入が進むように、介護ロボット・ICT機器を導入した事業所について、介護報酬上、さら

なる評価をする制度の導入を検討していただきたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、小林委員、よろしくお願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

2つの調査について、意見を申し上げます。

まず、2番目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です。資料には事故防止のための施設の課題が挙げられています。また、介護事故件数が減少した要因も挙げられていて、市町村、都道府県あるいは国への支援、こんな支援がほしいということも挙げられています。こういったことについて、今後、どうすればより安全性が高まっていくのか、検討していくことが重要と思っております。

2つ目の調査は、5番目の介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究です。導入済みの件数としては非常に少ない状況で、先ほど御説明の中にもあった留意が必要なことについて、私もそのように思います。どちらかという、個別調査のような位置づけで見ていく丁寧さが必要ではないかと思えます。調査票の検討の際にも申し上げましたが、設問は主によかったことの選択肢が並んでいて、課題は自由記入あるいはヒアリングという形でしたので、どのような課題が挙げられたのか、ここはヒアリングから丁寧に拾い上げていくことが不可欠です。今後の検討においてもそのことを踏まえた検討が不可欠と思っております。また、導入によって効果があったのであれば、その機器の導入そのもので直接の効果が生じたのか、あるいは、機器の導入によって、直接ではないにしても、別の効果が生じて、それが連鎖をつくり出して結果的に効果が生じているのか、その辺の背景を丁寧に拾わないといけないと思っております。報告書の本事業のまとめというところを拝見して、そこには、例えば、人員配置基準の緩和が役立ったことの周知により算定率等が向上すると考えられたとか、そのようなまとめがなされております。しかしヒアリングを丁寧に見ますと、やはり課題が挙げられているので、人員配置基準の緩和が役立ったことの周知というものの一本やりでどんどん評価して算定率向上につなげていくという道筋は違うかなと思っておりますので、その点は申し上げておきます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、吉森委員、よろしくお願いいたします。

○吉森委員 ありがとうございます。

3点ほど、意見を申し上げたいと思えます。

まず、資料2-3です。4ページにございますように、全体的に3施設の入所者の医療区分が上がる中で、この12ページから15ページにありますリハビリテーションや口腔衛生の取組を通じ、入居者の生活の質を高めようとしている様子が見てとれます。5ページから6ページの3施設の入居者や退所者の状況と併せて考えますと、特養以外の2施設も一

定の事実上の生活の場と考えられる現象が見られるのではないかと考えています。令和6年度診療報酬改定に向けては、本データも参考に、介護老人保健施設及び介護医療院が、生活の場なのか、医療の場なのか、その機能や運営実態、また、入所されている方の特徴などに基づいて、判断基準を明確に整理した上で、室料負担の在り方について議論を深めていくべきではないかと考えております。

続いて、資料2-4でございます。LIFEの推進については、エビデンスに基づく議論・政策の形成及び現場における介護の質の向上に不可欠であると考えていますが、依然として4分の1近くの事業者がLIFEを活用していない。この現状については、本腰を入れて対策に乗り出す必要があると考えております。本調査においても、入力負担、データの活用方法の不明瞭さなどが指摘されておりますが、事務局におかれましては、こうした現場の意見に迅速に対応し、全ての事業者がLIFEを活用した介護を行える体制の整備を優先すべきではないかと思っております。

続きまして、関連して資料2-5の介護現場のテクノロジーの活用についても、多くの事業所がまだまだちゅうちょしていたり活用策を見いだせなかったりする状況にあると見てとれます。医療・介護分野におけるデジタル化推進が医療分野で先行している状況にあること自体が、この一因になっているのではないかと考えております。マイナンバーの利活用、オンライン資格確認等のシステムの活用などをはじめ、介護分野のデジタル化をより推進するためにも、インセンティブの付与、助成金の在り方などの検討により、介護分野のテクノロジー活用を進める必要があるのではないかと考えております。

以上、意見でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、稲葉委員、よろしく願いいたします。

○稲葉委員 稲葉でございます。

私からは、資料2-2及び資料2-5に関しまして、意見を申し上げたいと思っております。

まず、資料2-2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ける、自治体への事故報告ルール、自治体による事項情報分析活用についてであります。資料2-2の14ページ、図表40、施設から市区町村への報告様式・書式では、別途様式を定めていくという回答と定めていないという回答を合わせると、35.4%の自治体で国の示した標準様式が活用されていないことが分かります。また、同じ資料の12ページ、図表35から図表37を見てみますと、市区町村からの支援を受けていないとする割合が、3施設ともに過半数を超えている事実、一方で、それと同じぐらいの割合で、他施設での再発防止策に関する事例や取組などの情報提供が得られると有用であると回答されています。このことから、事故報告の仕組みが、単なる報告データの蓄積にとどまっていて、事故の再発予防、再発防止に役立つように、事業者にはフィードバックが十分にされていないという事情がうかがえます。これが明らかになったかと思っております。これらを踏まえまして、意見を2点、申し上げたいと思っております。まず、1点目は、国の示した標準様式の活用の比率を上げるた

めには、届出業務の電子化、そこで使用する電子申請システムを全国で統一することだと思います。このことは、ローカルルールの削減や文書負担の軽減にもつながることです。2点目としましては、事故が発生した際に、これまでのように、その要因を分析し、フィードバックすることで、市区町村の中の事業者の再発防止につなげていくという考えだけではなくて、そのデータなどの事故情報について詳細に分析し、それらを施設のみならず全国の在宅も含めた介護事業者が共有できる仕組みを構築することによって、リスクアセスメントの視点での事故の未然防止に有効に活用できるのではないかと考えております。いずれも全国統一化と電子化とともにぜひ進めていただきたいと思います。

続きまして、資料2-5の介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事業等について、1点だけ、意見を申し上げます。この資料を見ますと、活用普及については、発展途上、まだ今後の可能性があるなど感じております。ICT機器などに関しては、デジタルネイティブと言われる、いわゆるZ世代とされる若い世代の皆さんは、日本人だけではなくて、外国人介護人材においても、デジタルバイアス、先入観や抵抗感もなく、機器を使いこなすまでのスピードが速いということが介護現場でも確認されているところです。このチャンスを生かして、テクノロジーを活用した介護環境を早急に整えていくということが、次世代を担う介護人材の確保、外国人介護人材の受入れに当たっても、不可欠な要素であると考えます。どうか積極的な御支援と御協力を推進していただきますよう、よろしくお願いしたいところです。

私からは、以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、よろしくお願いいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

既に委員から御発言がありましたが、今後の介護サービスの需要の増大と担い手不足は明らかな事実ですので、データ・エビデンスを活用した科学的な介護とテクノロジーの活用は不可欠になってくると思います。それに関して、(4) LIFEについては、今回の調査では、よくなってきている、いろいろな課題が把握できるといった声もあり、少しずつ良い点が明らかになってきている一方で、普及率の低さの課題があります。データの収集や記入の負担やフィードバック内容を改善していかなくてはならないと思います。特にデータの収集項目については、現在、厚労省でLIFEの新規提案項目を募集していると聞いていますので、ぜひその意見も参考にしながら、今後の有用なデータ活用の可能性について、十分に検討して見直しを進めていただきたいと思います。

次に、テクノロジー活用も、進めていかなくてはならない大きな取組ですが、まだいろいろな課題がある状況です。とりわけ、今回の調査でも、導入費用の話が多くあったと思います。この辺りについては、国でも多くの予算が用意され、例えば、基金等の補助もありますので、そのような補助についても、より一層周知をしながら、テクノロジー活用の普及拡大をしていただきたいと思います。また、令和4年度の実証事業の結果は今後また

報告されると思いますが、そういうものも踏まえて、テクノロジーの積極的な活用をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、古谷委員、よろしく願いいたします。

○古谷委員 ありがとうございます。

研修の調査研究事業について、3点ほど、意見を述べさせていただきます。

まず、2番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についてでございます。令和3年度の介護報酬改定は、安全対策に係る体制評価を行い、事故報告の標準的な様式について定め、事故内容の実態把握や事故情報の分析を行い、介護現場にフィードバックされ、日常のケアに生かされることが期待されております。この調査研究事業で、安全対策担当者の配置状況や事故防止マニュアル等の整備状況、事故防止委員会の状況等の現状が把握され、特養においては一定の対応が進み、約7割の特養で安全対策体制加算を算定しております。今後、全ての施設で加算が取得できるよう、促進を図る必要があると考えております。一方、事故報告の集計・分析結果についてのフィードバックが進まない状況もあります。今後、事故内容の件数のみならず、事故の起因の分析を併せて再発防止に向けたフィードバックをすることが非常に重要と考えております。ぜひこの面の検討をよろしくお願いいたします。

2番目です。3の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でございます。この調査研究事業の中で、施設における個別機能訓練の実施、口腔衛生管理体制、栄養マネジメントの実施状況の把握が行われております。専門職の関わりで一定の成果があったと考えることができます。また、その中で多職種との連携が進んでいるということも考察できます。リハビリ・口腔栄養は、一体的に行うことでより成果が上がると思っております。個別の評価に加え、一体として行ったときに加算等で評価するなどのインセンティブの検討をよろしくお願いいたします。

3番目、5番の介護現場のテクノロジーの活用に関する調査研究についてでございます。今後の介護現場で、テクノロジーの活用は不可欠と考えております。スライド2の図表1、介護ロボットの導入状況の中で、見守り支援機器の入所・泊まり・居住系サービスにおける導入は30%との結果が出ています。ただ、その使用頻度はほぼ毎日であり、その効果として、職員の精神的・肉体的負担の軽減、業務の効率化、ケアの質の向上等が挙げられております。一方で、スライド12、図表21の中で、夜勤職員配置加算算定状況のうち、テクノロジー活用による基準緩和をしている割合は約7%という状況であります。これは、加算算定による基準緩和は、現場にとってのメリットが薄く、テクノロジー導入促進のための呼び水になっているとは言いがたいと考えられております。今後、テクノロジーの活用を推進し、業務の効率化やケアの質の向上を進めるためにも、まず、導入を進め、好事例を共有することが非常に重要と考えております。導入が進まない理由に、導入コストの負

担が挙げられております。ぜひとも、導入費用の補助金の増額、また、加算等によるインセンティブの検討を進めていただきたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。意見でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしくお願いいたします。

○石田委員 よろしくよろしくお願いいたします。

私からは、2つの調査について、意見を申し上げたいと思います。

最初に、4番目です。資料2-4、LIFEを活用した取組状況の把握という調査の結果でございます。4ページの図表3のところ、LIFEを利用した議論の内容の中で、ポイントが上がっている内容と下がっているところがございます。利用者の状況の変化をつかむ、フィードバックの内容を把握する、これはポイントが上がっている一方で、利用者の状態を踏まえた目標を設定していく、その利用者の状況についてのケア内容をどうやって実践していくか、その方法についてというところが下がっております。私なりに分析するのですけれども、例えば、上がっているところは、いわゆる事実を確認した、こういうことがあるのだなというデータについては、より分かりやすくなってきた一方で、いわゆるケアの質の向上につながるようなところについてはポイントが下がっているのではないかと、ちょっと懸念をしております。本来、LIFEの活用は、最終的にはケアの質をどのようにして上げていくかというところにつながっていくと思いますので、この辺については、さらに一層の内容の掘り下げが必要ではないかと思っております。これに関しては、同じく、6ページ、7ページにあります図で、職員の研修について加算や評価方法等の職員研修ができていないとか、そういった収集した情報に関してサービス計画や提供サービスの見直しできていないというところに高いパーセンテージが出ております。実質的に、本来やらなければいけない、LIFEを利用して活用しなければいけないところに、まだ到達しにくいという結果が出ていないのではないかと、私なりに分析しているのです。特に、7ページの図表12では、利用者の状態評価のケアの向上に生かせていないと、そのまま文言があって、3割ほどのパーセンテージが出ておりますので、ここをこれからさらに今後はどうしていくか、LIFEは科学的介護の基になるものでもありますので、これの調査を生かして今後さらにどうやって掘り下げていくかということは非常に重要なことではないかと考えております。

もう1つ、資料2-5、介護現場でのテクノロジーの導入ですけれども、今、何人かの委員の方にもおっしゃっていただきましたけれども、まだ調査は始まったばかりというところもあります。いい点、こういうことがよかったということ、負担感が軽減されたというところも確かにあるのですけれども、実際に懸念いたしますことは、今、大きな動きの中で、社会でデジタル化が推奨されている中で、その波に押し倒されて、こういうテクノロジーを導入した時点で、例えば、どういったマイナスの点があったか、問題点が発生したかというところは、厳密に精密に拾っていく必要があるのではないかと考えております。

この現場の中では、導入したことによって人員数を減らすというところが具体的に出てきております。本当に減らしていけるのかどうかという点もポイントに据えて、今後、さらにより精度の高い調査をぜひ進めていっていただきたい。これは要望として申し上げておきたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私からは、3つの調査について発言をさせていただきたいと思います。

最初に、資料2-1の関係でございます。特に過疎地域等のサービス提供の確保の特例措置でございますけれども、実施件数が極めて少なく、また、16ページの資料を見てみますと、半数以上で周知を行っていない、あるいは、18ページにおきましては、管内事業所のニーズを把握していないという状況が示されています。こういった状況を勘案いたしますと、やはり国や自治体の取組状況を踏まえた中で、こういったことの必要性や効果の評価を続けていく必要があるのではないかと感じております。

2点目ですけれども、資料2-4、LIFEの関係でございます。資料を見てみますと、LIFEを活用した取組につきましましては少しずつ進んできているのかなと感じておりますけれども、相変わらずデータ登録の負担感は大きく変わっていない状況でもございます。7ページにもありますけれども、ケアの質の向上に向けた取組にあまり活用できていない状況も示されています。こういった状況を踏まえましますと、LIFEをしっかり活用していくことに向けまして、サービス・ケアの質の向上、業務あるいは作業の効率化につながるようなデータの収集、フィードバックの仕方の改善を通じまして、しっかりとPDCAサイクルが機能するように、対応策の検討をお願いしたいと思います。

3点目ですけれども、テクノロジーの関係でございます。いろいろな方から言われておりますけれども、介護職員の人手不足あるいは離職防止による要職員確保は、制度の持続性を考える上で非常に重要な問題だと感じておりますので、介護現場でテクノロジーの活用を進めていくことは避けて通れないと感じてございます。テクノロジーの導入によりまして、職員の精神的・肉体的な負担を軽減するとともに、業務の効率化の効果が感じられるように、ぜひとも改善が必要な部分については改善の支援をお願いしたいと思います。事業者に対してもこういった効果を広く分かりやすく周知していくとともに、11ページに示されておりますけれども、導入されない理由として、導入費用が高額、使いこなせるかといった課題が掲げられておりますので、ぜひともそういった部分を含めて、地域医療介護総合確保基金といったものもあるわけですから、こういったものを活用した支援の強化あるいは使用方法等の研修など、導入支援の充実についてもぜひとも図っていただきたいと思います。

私からは、以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田母神委員、よろしく願いいたします。

○田母神委員 日本看護協会の田母神でございます。

4点、意見を申し述べます。

まず、1点目の都市部、離島や中山間地域などにおける令和3年度の介護報酬改定等の措置の検証についてでございます。市町村が認めた場合に小多機や看多機で登録定員を超過しても一定期間は減算にならないという改定について、結果をお示しいただいております。看多機に関しましては、看多機が所在する市町村の割合は全体の2割程度という状況かと考えております。また、定員超過をするケースが割合としては少ないということもあるかもしれませんが、一方で、資料の18ページにお示しいただいておりますとおり、改定を実施していない自治体の理由としまして、管内事業所からの要望や相談がないからという回答が多い一方で、管内の事業所のニーズの把握を行っていただいている自治体は、マル1に関しては27.6%にとどまっております。また、周知に関しても一定数程度で行われていないということが、マル2についても、同様の傾向が示されている状況でございます。また、事業者の調査結果を見ますと、これらについて適用の意向ありというものが2割台でございます。利用者の方々に待機をされている方あるいは希望されている方への対応といった点で、サービスの需要に柔軟に対応できる仕組みを構築していただくために、事業者への改定内容の周知や要望をきめ細やかに収集いただくよう、お願いしたいと考えております。

2点目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ついてでございます。市町村の回答を17ページにお示しいただいておりますけれども、分析・活用に関する課題として、集計・分析を行う人の余裕がないという57.6%の御回答があったところでございます。市町村で独自の分析の仕組みをつくる、体制をつくるということは、難しい面があるかと考えております。今後、標準様式のさらなる活用とともに、国における介護サービスの事故情報やヒヤリハットの分析と施設事業者への情報提供の仕組みということで先ほども委員の方から御発言がありましたけれども、事故の発生防止につなげるということで取組を進めていただくことが必要と考えております。

3点目の介護保険施設における医療・介護サービスの提供実態に関する調査研究でございますが、報告書では、医療区分の推移、平成26年度との比較におきましても、医療依存度の高い方が増えているというデータをお示しいただいております。また、看取りまでを支えるケアの充実という点も非常に重要であると考えております。こうした点で、地域での医療・介護連携体制の構築とともに、各施設での医療ニーズへの対応という点では看護職員の配置の充実も重要になってまいりますので、今回の貴重なデータを、今後、再分析、詳細分析という形で、看護職員の配置について、各施設で既に御対応になっているようなところも、データとしてお示しいただければ、大変ありがたいと考えております。

最後に、(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についてござい

ます。見守り支援機器について、機器の使用に当たりましては、利用者、御家族への十分な説明とプライバシーの配慮が不可欠であると考えておりますが、報告書を見ますと、見守り支援機器の導入に当たって、利用者や家族の方への説明が十分にされているのかどうかというところで、不十分なケースもあるように見受けられます。こうした十分な説明やプライバシーへの配慮、また、必要最小限の使用とするということも、前提として非常に重要なことと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしくお願ひいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。公益社団法人認知症の人と家族の会の鎌田です。

参考資料2のところから、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の回収等ですけれども、今回の調査は、新型コロナ感染症の影響もあるようにもお伺いしていますけれども、有効回答率にばらつきがあって、いずれも回答率が30から多くても50近いところで低いということが気になります。参考資料1では調査として有効であるとの評価がされていますが、このように低い回答率でのデータで今後の審議のエビデンスに使われることに大変懸念を持っていることを、まず、お伝えさせていただきます。

2つ目です。資料2-2、介護施設でのリスクマネジメントのところですが、施設に設置されている安全対策部門による利用者一人一人のリスク評価について、ほかの設問と比較して、回答が低いです。介護する家族の立場としては、とても気になります。リスク評価が行われる際には、一人一人の個々に応じた評価がされるもの、アセスメントがされるものと、家族は思っていました。そこからどんなリスクがあるのかとしていかれるのではないかと思いますけれども、そうではないのかなと思っております。そういう理解でいいのかどうか、このデータの見方を教えてください。もう1つ、7ページの事故発生の防止のための指針・マニュアルの活用で、家族への説明時に使用しているということも、どこの施設も15%から、医療院でも19%で、2割弱となっていますけれども、事故発生の対応について8割は家族に説明はしていないと見るのでしょうか。この結果をどのように見ておられるのか、お答えいただきたいと思います。

3つ目、資料2-4のLIFEの活用状況です。図表3のLIFEを活用した議論の内容ですが、利用者の状態像の変化を議論したものは前年比で増えていますけれども、利用者の状態像を踏まえた目標設定ではマイナス6.7として減っております。家族は、この結果を見て、加算分は支払っているけれども、期待していた効果や本人の機能の維持やケアの向上などへのフィードバックがどうであったのかと考えています。このフィードバックがどうなっているのか、お教え願ひしたいと思います。

最後ですけれども、5のテクノロジーのところです。私の義理の母は、先ほどちょっと議論がありましたけれども、うちの施設では、家族が説明を受けて、この見守り機器をつけていただいています。夜間、これまでは転倒が多かったのですけれども、つけていただ

いてからは、転倒、ベッドからの滑り落ちとかが少なくなって、本当によかったなと思っています。その確認においては、スマホで見なければいけないということをおっしゃっていました。今回の調査結果を見て、活用が始まったばかりで、その問題があぶり出されたのかなと思っています。それとともに心配いたしますことは、人員緩和、人を減らされるというところは、家族としてはとても気になります。そこにいく前に、安全・安心、その上の尊厳が保持されているのかということをもって検証していただきたいと思ひますし、そこがきちんと担保された形でテクノロジーの導入や人員配置を考えていただきたいと思ひております。

私からは、以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

4点ほど御質問がございましたので、お願いいたします。

○須藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

まず、(2) リスクマネジメントに関する御質問について、資料2-2の5ページの図表13、利用者一人一人のリスク評価の数字が少し低いということで、一人一人見ていないのかという御質問だと思います。当然ではありますが、個々の事案については、施設さん、それぞれの職員の皆様方が、利用者の方々と向かい合われて対応されているものであります。この設問の趣旨としては、施設全体での安全対策、部門としてどのようなところを見ているのか、どういったところに注力しているのかという聞き方になっておりますので、個別事案への対応ぶりということで、利用者一人一人のリスク評価の数字が低いので各施設さんで一人一人の状況を見ていないというわけでは決してないものだと考えております。また、同資料の7ページの図表18、入所者・家族等による指針の閲覧、この辺の数字がほかに比べると低いので、家族に対してちゃんと説明されていないのではないのかということも、指針・マニュアル等に記載された事項の内容の全体的な話という中での数字でございます。当然ながら、実際にこういった事故発生の防止、一人一人の方々、どう利用者さんと向き合うかということは、個別の事案においては施設さんにおいて適切に対応している、それは対応するべきものと考えてございますが、どちらも全体的な安全体制や指針・マニュアルでどうなのだという全体的な在り方の中での質問ということでお伺いしておりますので、それぞれにおいて、各個人、利用者さんの個々に対して見ていないという結果ではないと認識してございます。

また、(5) テクノロジーに関しましても、先ほど委員もおっしゃられたように、人員緩和につきましては、しっかりと職員の負担軽減や利用者さんの質の維持・確保がどうなのかということを見た上で、今後、人員基準緩和に関する事だけではなくて、どうテクノロジーを導入していくのか、効果を推進していくのかという観点での議論だと認識してございます。いずれにいたしましても、そちらにつきましては、また今年度に行っております実証事業の結果等を踏まえて、また今後の分科会等で御議論いただきたいと考えておるところでございます。

以上であります。

○鎌田委員 ありがとうございます。

もう1つ、あったのですけれども、LIFEのフィードバックの状況がすごく悪いように思っていて、あまりプランに生かせていないように私には見受けられたのですけれども、その辺りはどうなっていますか。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

LIFEについての御指摘は、石田委員からもいただいたところでございます。資料2-4の図表1でございます。利用者状態の管理、課題把握などについては、伸びている。他方、図表3を御覧いただきますと、目標設定や利用者の状態像を踏まえたケア内容・実施方法などについて減少しているといった御指摘でございます。この一つの要因といたしましては、御指摘いただきましたとおり、現時点では十分なフィードバックを返せていなかったという要因があると想定されている旨、記載させていただいております。現状はどうかということでございますが、十数項目の加算について、LIFEの評価をしているところでございます。そのフィードバックは、現時点では、まだ返せていない加算が存在いたしまして、これについて、できるだけ早く、かつ、現場の方に活用しやすい様式で返してまいりたいと考えております。現状としては、そのような状況でございます。

○鎌田委員 ありがとうございます。

返せる状況になるのはいつ頃とか、そういうことはまだ分からないのですよね。

○古元老人保健課長 正確な日程についてはこの場では申し上げられませんが、可及的速やかにしっかり活用いただけるように返してまいりたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、濱田委員、よろしくお願いいたします。

○濱田委員 私からは、4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につきまして、意見を申し上げます。

資料2-4の3ページには、僅かながらですが、LIFE活用事業所の増加が見られております。今後は、一定程度のデータ蓄積や利用者個別に活用可能なフィードバックができるようになるまでは、何とか地道に調査を継続していただきたいと考えております。

次の4ページでは、議論の内容が減少しているという項目も見られておりますが、今年度までのデータは、新型コロナウイルス感染対策を行いながらのことでもございますので、恐らくは議論の場の設定が取りづらかった可能性もあります。評価をされる上では、これらの状況も考慮をしていただく必要があると考えております。

5ページでは、入力時間の平均値が示されておりますが、例えば、これぐらいの時間がかかるということをお示ししていただいたほうが入力側の心理的安全性が少しでも改善が

図られるということであれば、大体このぐらいかかりますよという公表もしてもよいのではないかと考えております。ただ、逆に、そんなに時間がかかるのかという解釈をされる可能性があるということであれば、ちょっと様子を見ながらしていただいたほうがいいのかと思いますが、この辺りは、ヒアリングなどしていただきながら、取扱いについて御検討いただいてもよいかと思っております。

12ページでは、ケアプランをはじめ、訪問サービスの妥当性の検証が行われ、全体で86.7%と非常に高い比率で示されております。今後、繰り返し調査が行われていく中で、少しずつでも構いませんので、この妥当性の判断基準について示していけるようにしていただくことを期待いたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしくお願ひいたします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護士会の及川でございます。

私からは、2点、意見を申し上げます。

最初ですが、4つ目のLIFEを活用した取組等の調査研究事業についてでございます。6ページ、科学的介護推進体制加算の算定に当たって、LIFEの活用の課題の中で、入力の手間と併せて、サービス計画の見直しや職員への研修とあります。介護実践の場において、アセスメントの実施、計画立案などについては、介護福祉士が持つ介護過程の展開力を発揮する場面であると考えます。LIFEの活用がさらに深化し、介護現場でしっかり利活用できる道筋が必要であると考えます。研修についても課題とありますが、介護過程の展開力を培うことを目的とした介護福祉士基本研修等の研修を全国の介護士会において実施しておりますので、ぜひ御活用いただきたいと思います。

2つ目でございます。5つ目の介護現場でのデジタルテクノロジー活用に関する調査研究事業でございます。4ページに、課題分析と導入目的の明確化、42.5%、職員会議等を通じて通じた職員への周知と合意形成、50.8%、職員を対象とした講習会・トレーニングの実施、42.4%とあります。これらを丁寧に行うことは極めて大事なことと考えます。ただ、当会が実施した調査研究では、導入や活用状況が施設・事業所によって違う、使用方法・人員基準の緩和に結びついていることなどから、テクノロジー活用に関する介護現場の不安が大きく出てまいりました。不安払拭のアプローチは欠かせないと考えております。また、介護ロボット等を利活用する際に重要なことは、介護ロボット等をいかに利用者の自立支援につなげていくのか、いかに質の高い介護サービスを提供していくのかという視点で、介護職チームによる介護実践での利活用を進めていくことだと考えます。このことを踏まえれば、この役割を担うことができる介護福祉士を育成することが極めて重要であり、職能団体としてもこのことに向き合ってまいりたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしくお願ひいたします。

○東委員 全老健の東でございます。

それでは、質問と意見を述べさせていただきます。

まず、資料2-1「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」についてです。老健施設等の介護サービスがない離島や中山間地域においては、このような特例的な措置が認められることは問題ないと思います。しかし、都市部のサービス提供においては離島や中山間地域と全く異なった状況でございますので、ここで都市部と言った理由をお聞かせいただきたいと思います。

次、資料2-2「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」についてです。ここで使用している「介護事故」という用語につきましても、先ほど、老健課長様より、用語の妥当性について今後検討が必要であるという御発言がございました。私は、全く同感でございます。先般、愛知県におきまして、誤嚥による死亡事例に対し、特別養護老人ホームに対し1000万円の賠償判例が出ました。嚥下機能が低下していてもできるだけお口からの食事を心がけている現場におきまして、誤嚥による事故を介護事故と一言で片づけられて、多額の賠償金が課せられるのでは、現場の職員は萎縮してしまいます。この介護事故に関しては、今後、用語の妥当性についてもきちんと検証していただきたいと思います。介護事業所で起きた事故、イコール事業所の責任、が世間一般的な認識となることを大変危惧しております。御自宅で転倒しても自己責任であります。事業所で転倒した場合、事業所側の責任と考えることが多くあります。私ども全老健と日本老年医学会では、介護施設内での転倒に関するステートメントを出しております。転倒全てが過失による事故ではないという旨を発しているところでございます。このように、行政に提出された事故報告の内容、原因等の分析も必要であります。そもそも「事故」という用語の使い方を検討していく必要があると思います。

次、資料2-3「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」についてです。まず、5ページに老健施設からの退所のデータが出ております。5割以上が御自宅や病院への退所ですが、中には特別養護老人ホームへの退所も9.6%ございます。老健施設が特養待機の間になっていて入所者の約2～3割の方がいらっしゃるという御指摘もございましたが、これはあくまでも待機でございまして、老健施設から特養に行く時間もどんどん短くなっております。特養の待機者も減ってきておりますので、早ければ、3か月、4か月、もしくは1年以内に特養に行く場合が多くございます。この特養待機を生活の場の根拠にすることは、少し無理があるかと考えております。

次に8ページをご覧ください。令和3年度介護報酬改定におきまして、老健施設の所定疾患施設療養費の対象疾患に蜂窩織炎が加わりましたが、その対象疾患の人数が出ております。蜂窩織炎は带状疱疹よりは多い数字ですが、尿路感染症や肺炎よりは少ないという数字が出ております。そもそも老健施設における蜂窩織炎の発生頻度が肺炎や尿路感染症

より低くなっておりますので、この数字でも現場では大変助かっているということをお伝えしておきたいと思っております。

次、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」について、最後に御意見を申し上げます。2ページをご覧ください。図表1、介護ロボットの導入概況でございます。この中には、移乗、排せつ、移動、入浴支援というような、いわゆるメカを使った介護ロボットと、見守り支援や介護業務支援というICTを使った支援を一括して介護ロボットの導入とされております。しかし、いわゆるメカ・ロボットとICT機器は、そもそも全く違います。今後は、介護ロボットの定義も含めて整理が必要と考えます。メカとICTにつきましては、評価する指標も変わってきますし、現場では、介護ロボットやメカのニーズはどちらかといえば低く、インカムや見守り機器、介護記録等のICTのニーズのほうがはるかに高いというエビデンスも出ているということも、最後に申し上げておきたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点、御質問がございましたので、回答をお願いします。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

資料2-1について、お尋ねいただきました。令和3年度介護報酬改定におきましては、地域の特性に応じたサービスの確保という観点から、今回2-1でお示ししている改定事項にとどまらず、認知症グループホームの確保、また、特別地域加算の対象サービスの確保を含め、様々な改定事項がなされたところであり、令和2年12月23日におまとめいただきました審議報告におきまして、都市部、離島や中山間地域など、どの地域においても必要なサービスが確保されるよう、地域の実情に応じた必要な方策を引き続き検討すべきであると、今後の課題としておまとめいただきました。宿題をいただいているところでございます。そういった観点でこのテーマは設定させていただいておりまして、この検証の方法につきましては、改定検証・研究委員会を通じた検証の方法もございませし、老健事業などを用いた検証もございませ。様々な形で検証させていただいているところでございませ。したがって、テーマとしては「都市部」という言葉が出てきておりますが、今回お諮りしているものにつきましては過疎地域等への対応でございますので、委員に御指摘いただいたとおり、小多機、看多機につきましては、原則としては登録定員及び利用定員超過をしてサービスを提供してはならないということでございますが、地方からの御提案も踏まえまして、過疎地域、その他、これに類する地域において、地域の実情により、効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、一定の期間に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービスが提供できるという措置をお認めいただいたところでございませ。なお、この措置を導入するに際しては、人員・設備基準を満たすことは当然でございますし、その期間についても、基本的には最大3年間でございませけれども、介護保険事業計画の見直しごとに、市町村が将来のサービス需要の見込みを踏まえて改めて検討し、代替サービ

スを整備するよりも既存の事業所を活用したほうが効率的であると認めた場合に限り、次の事業計画期間の終期まで延長を可能とすることといった要件の下にお認めいただいたということを申し添えたいと存じます。

以上であります。

○東委員 丁寧な御回答をありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、小玉委員、よろしく願いいたします。

○小玉委員 田辺分科会長、ありがとうございます。日本歯科医師会の小玉でございます。

私からは、資料2-3と資料2-4について、意見を述べさせていただいて、御質問させていただきたいと思っております。

令和4年度調査につきましては、老健課長さんから、大変御丁寧な御説明をありがとうございました。まず、資料2-3の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、先ほども吉森委員からお話がありましたとおり、リハビリテーション・栄養・口腔のサービスが少しずつ充実しているかなと思っております。介護保険施設の皆様の御尽力に感謝を申し上げたいと思っております。一方、その中で、例えば、18ページの左下に、口腔・栄養スクリーニング加算IとIIが記されてございますけれども、この算定状況がまだ低調かなという感じがございます。また、14ページに、先ほどもお話しいただいた令和6年度の3月までに、全ての施設において、口腔衛生の評価の立案状況、口腔衛生の管理体制に関する計画をしっかりと立っているということになってはございますけれども、この回答がないところが、それぞれの施設で10%ぐらいあるかと思っております。こういったところの充実をしっかりと図っていただくことと、先ほど古谷委員からお話がありましたとおり、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な実施の部分、インセンティブも含めて、対応を考えていただければ、まず、基本になるスクリーニング、アセスメントも進むのかなという思っているところでございます。

ここで、1つ、質問させていただきたいと思っております。12ページに、この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の状態の調査が示されてございます。利用していないというところがそれぞれ40%から60%ぐらいございまして、今後利用するつもりもないというところが5割ぐらいというところで記されてございます。利用をしていない、今後利用するつもりはないというところで、どのような理由であったかという御説明をいただければありがたいのですけれども、分かりますでしょうか。1つ、質問でございます。

先に、資料2-4の(4)LIFEを活用した取組状況の把握についての意見を述べさせていただきます。こここのところで、LIFEを活用する場合、評価の課題が10ページ目に記されてございます。営業状態や口腔・嚥下機能について、それぞれの職種、訪問看護や居宅介護支援の中でも、その部分が少し評価しにくいのかなという感じを受けます。この部分は専門職につなげるとか、例えば、それぞれ関係する皆様の気づきとか、口の変化とか、そういった部分の状況を把握していただいて、ケアマネさんや専門職につなげていただける

とすごくいいのかなと感じております。

また、13ページ、左側の図表18に、LIFEのほかの様式で活用してみたいシートについてのデータがございます。訪問看護の皆様は、栄養・摂食嚥下が60%ということなのですが、栄養・摂食嚥下にいきなりつながるわけではなくて、その前段として、口腔衛生管理記録や口腔機能アセスメントの部分も含めて対応していただけるとありがたいなと思いますので、今後、そういった面での興味も持っていただけて進めていただければありがたいと思います。

私からは、以上です。

○田辺分科会長 1点、御質問がございましたので、回答をお願いします。

○古元老人保健課長 御質問に回答いたします。

資料2-3の12ページでございます。実施計画書の利用の有無、利用していないとか、今後も利用するつもりもない、この理由についての御質問がございました。今回の調査研究事業では、この理由については聴取をしておりません。大変申し訳ございませんが、御回答できる内容が本日はございません。他方、こういった実施計画書を活用していくことは重要でございますので、また皆様の御意見を伺いながら検討を進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○小玉委員 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、田中委員、よろしく願いいたします。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会、田中でございます。

4点ほど、意見を述べさせていただきたいと思います。

2-1に対して、小多機等に関して、離島など、どこに住まってもサービスが受けられるかどうかを調べたものでありますが、スライド16、17のように、事業所に措置・対応の仕組みを伝えていないことなどが判明いたしております。サービスを受ける仕組みが広がっていれば、サービスを受けられた方がサービスの手前で止まっているという受益者不平等になっている可能性があると思いますが、国として具体的にどう対応するおつもりか、指導しますといった根性論だけではなく、具体的な取組を入れていただけると安心すると思います。

その次は、2-2のリスクマネジメントに対してです。ほかの委員の皆さんがおっしゃっていたように、事故数を出すだけであれば、ミスリードになりかねないと思います。現場で事故報告を提出している者へのフィードバックがほしいのですが、それが事故なのか、あるいは、やむを得ない、先ほど東委員がおっしゃったような転倒や誤嚥といった老年症候群によるものなのか、分析できないまま事象として報告されることは不適切だと私も考えています。数だけを見ることで、報告数が減ったり、隠したりということが起こってはいけないと思います。担当部署におかれましては、アカデミアの先生方に色のつかないデータを分析していただき、発生並びに再発防止への科学的・学術的示唆を出していただ

る仕組みづくりをお願いしたいと思います。

2-4のLIFEについてです。まずは、データを出している現場にきちんとフィードバックするにはどうしたらいいか詰めることが最も喫緊の課題と考えております。スライド7だけでなく、13にあるように、モデル事業に参加している施設でさえ、質の向上に役に立たないと思われることは真摯に受け止めて改善しなければならないと思います。また、現在、パブリックコメントで、LIFEに新規項目の追加ということで募集していらっしゃいますけれども、単に項目を増やし現場の負担を増やしかねないことで動くのではなく、これまで行った老健事業や現在走っているLIFEの老健事業との兼ね合いのベクトルを合わせていただき、進んでいただくことをお願いしたいと思います。

最後に、2-5、介護テクノロジーについてです。変則時間帯の人員不足がどの地域でも深刻であります。スライド14にあるように、経営改善しているという報告もあるために、見守り機器等を用いることで廃業を回避できるようであれば、夜間は3人でなくても2人でよい環境であれば、見守り機器をうまくこなして2人体制の対応も考えなければいけないと考えています。なぜならば、今後、施設に入れられない方も増え、在宅独居で過ごす高齢者割合が増すことを鑑み、自宅でも見守り機器を活用する可能性について、エビデンスを蓄積していく時期に来ておると考えますので、そういった施設でのデータは、今後、在宅にも転用可能と考えます。また、今後、装着型バイタル測定器も質が向上していますので、それらを現場に取り入れ、うまく活用できている施設があれば、そういった施設の調査もお願いしたいと思います。

長くなりましたが、以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、よろしく願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

私からは、資料2-1と2-3と2-5について、意見と要望を述べさせていただきたいと思いません。

資料2-1につきまして、先ほどの東委員と事務局とのやり取りに重複いたしますが、この改定検証のタイトルに「都市部」と記載があつて、都市部から始まっています。令和3年度の介護報酬改定に関する審議報告で、この点に特化した記載が当時の審議報告の23ページから24ページにあります。その中で、例えば、過疎地域等におけるサービス提供を確保する観点として、資料2-1の1ページ、マル1の対応を図るとされています。また、中山間地域等において、地域の実情に応じた柔軟なサービス提供をより可能とする観点から、同じくマル2の対応を図ると明記をされているところがございます。先ほど説明がございましたが、関連の告示においても、過疎地域、その他、類似する地域においてと記載されておりまして、都市部においても、過疎地域のみが該当するものでありまして、市街地等は本来の対象地域とならないことをこの場で改めて共有しておきたいと思いません。

続きまして、資料2-3でございます。9ページに施設内で提供可能な医療の割合が示

されておりまして、その中の項目において、24時間持続点滴、喀痰吸引、ネブライザー、酸素吸入、気管切開のケア、静脈内注射、抗菌薬投与、膀胱洗浄、リハビリテーション等は、老健や介護医療院のほうが明らかに割合が高くなっています。この違いは、それぞれの施設の本来の役割と機能からの結果で、矛盾するものではないと思っています。続いて、10ページの図表25では、医療・看護職員による健康観察・処置等の頻度では介護医療院が最も高く、図表26のリハビリテーションの実施状況では老健が最も高く、それぞれ群を抜いて高いことが示されておりまして、それぞれの医療機能を発揮している結果となっております。つきましては、老健は在宅復帰・在宅療養支援、介護医療院は長期療養の機能が本来の役割であって、医療提供の場として、今後も医療面で利用者を支えていくことに特化した役割として、単なる生活の場と異なる位置づけである社会資源として、今回の調査結果でも再認識されたものと考えております。

続きまして、資料2-5について、12ページ、13ページでございます。夜勤職員配置加算、日常生活継続支援加算の算定率が低調であることが示されておりまして、現状の介護現場は、施設基準より人員配置を加配しないと現場が回らない状況にありまして、現状の介護現場のテクノロジーの導入では、とても人員配置を減らす状態にはないことが表れていると思います。例えば、夜勤配置は減じた際の勤務に当たった職員の負担を検証しないとイケませんし、また、現場職員のために真に有益な対応が求められると思います。今後も、現場職員の視点に立って、現場職員の心に響く政策を要望したいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、奥塚委員、よろしく願いいたします。

○奥塚委員 中津市長の奥塚でございます。

2つだけ、要望をお願いしたいと思います。

まず、1つは、地域の実情に応じた必要な方策という点でございます。日本全国、市町村の規模は本当に一律にくることができません。小さいところ、大きいところ、大小がございます。したがって、それぞれが工夫を凝らしているところを生かすような形での設計にしていきたいということでございます。特に過疎地域あるいは過疎を含んだ地域における工夫は、今後も生かしていけるような形にぜひしていきたいと思います。

もう1つは、テクノロジーの活用との関係です。世の中、そういう技術的な進歩が相当速くなると思います。先ほど、その種類にもいろいろあるというお話もありましたけれども、特にICTの関係の進歩は、知らない間にどんどん次の進歩がございます。その進歩に合わせた、しかも、先ほど言ったように、種類に応じたようなことをしっかりと研究して、これも進捗度合いを生かした制度にしていきたい。

以上、2つであります。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

よろしゅうございますでしょうか。

それでは、議題1につきまして、委員の皆様方から実に貴重な様々な御意見をいただいたところでございます。ただ、この報告書に関して具体的な修正を個別に求めるというところはなかったものと認識しているところでございます。議題1につきましては、本日の資料を最終報告とさせていただくことにしたいと存じます。よろしゅうございますでしょうか。

(委員首肯)

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次に、議題2「令和4年度介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会の結果について」、事務局から報告をお願いいたします。

○須藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

それでは、資料3に基づきまして、令和4年度介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会の検討結果について御報告申し上げます。

さきに、今年度、3月7日に評価検討会を行わせていただきました。継続ものの案件のエビデンスが積み上がり次第、この検討会を随時開くことになってございますが、今回につきましては、継続案件に係るエビデンスの積み上げに少し時間がかかったということもありまして、結果的に、新規案件ともども、3月7日に行いました年1回の評価検討会の実施になった次第でございます。

資料の表紙をおめくりいただきまして、1ページでございますが、今回に関しましては、福祉用具、新規につきまして6件、昨年度来からの継続案件について1件、これについて評価検討を行ったところでございます。まず、1ページ目から2ページ、新規6件につきまして、特にマル1の排せつ予測支援機器につきましては、超音波を利用して任意のタイミングで尿のたまり具合の目安が分かる、その結果として膀胱内の尿量を推定し、適切なトイレのタイミングを通知するという機器の概要となっております。

また、次の2ページのマル5、装着型介助支援機器につきましては、実際に在宅介護時において活用することで、介助者さんの負担を軽減する、姿勢を安定し負担を軽減させる機器という概要でございます。こちらのマル1とマル5に関しましては、資料のそれぞれの総合的評価のところでは書かせていただいておりますが、少し要約させていただきますと、コロナウイルス感染症の感染拡大の影響もありまして、在宅における住環境等、実際の利用状況を踏まえたエビデンスが不足してございました。ただ、今後、実際の利用者さんの自立を促進する部分、また、介助者さんの負担軽減を図れる部分、こうしたところのエビデンスを引き続きしっかりと取っていくことで、実際の効果をより明確化していくことを含めて、マル1とマル5については「評価検討の継続」とさせていただいた次第でございます。また、それ以外、1ページ目、2ページ目のマル2、マル3、マル4、マル6の4つの新規案件につきましては、いずれについても、まず、在宅での利用を踏まえたエビデンスをほぼ御提示いただけていない、また、機器の内容といたしまして、いわゆる一

般用具との差別性がない、逆に医療的な要素が強いといったこともありまして、エビデンスの積み上げのみならず、それ以外の観点での評価検討の視点にも合わないということもございましたので、こちらについては「否」ということで評価検討を行わせていただいた次第でございます。結果といたしまして、新規6件につきましてマル1とマル5の2件について「評価検討の継続」ということで、今後、引き続きエビデンス等の積み上げについてしっかりと提案者さんと詰めていきたいと考えておるところでございます。

また、資料の3ページでございます。昨年度来からの継続案件でございます入浴用補助椅子Aにつきましては、複数のノズルから温水シャワーを噴出させて、浴槽に入ることなく温浴を可能とする入浴用補助椅子でございます。こちらにつきましては、昨年度におきましても継続という判断をさせていただいた中で、今年度、在宅での利用者像を明らかにしたモニター調査等を踏まえたデータをしっかりと積み上げていく予定でございましたが、こちらに関しましても、コロナの感染拡大という状況もあった中で、少しデータが取り切れなかったところもありまして、提案者さんから引き続きこちらについてはデータもしっかり取ってきたいというお話もあったところでございます。引き続き、こちらにつきましても、「評価検討の継続」ということで改めて継続させていただきながら、データの積み上げ、エビデンスの積み上げをしっかりと図っていきたいと評価検討がなされたところでございます。

簡単ではありますが、全体といたしまして、今回、新規6件、継続1件について、評価検討をさせていただいた中で、合わせて3件の「評価検討の継続」という判断、評価検討がなされたということでございます。今年度の福祉用具関係評価検討会の結果の報告であります。

以上であります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

議題2に関しましては、報告事項ということでお伺いしたということではございますけれども、御意見、御質問等、何かございましたら、よろしく願いいたします。

よろしゅうございますか。

それでは、議題2については、以上といたします。

その他、委員から、御意見、御質問等はございますでしょうか。

よろしゅうございますか。

それでは、本日の審議はここまでとしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程等につきまして、事務局より説明をお願いいたします。

○占部企画官 次回の日程は、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。

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。

○田辺分科会長 御参集、どうもありがとうございました。

閉会でございます。