

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第228回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

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

本日は、こちらの会場とオンライン会議を活用しての開催とさせていただきます。

また、本会議は、動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、奥塚会員より御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の大石委員に代わり、新田参考人に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。

なお、長内委員が公務の御都合上、途中で御退席なさる予定です。

それでは、議事に入る前に、資料の確認と、オンライン会議の運営方法の確認をさせていただきます。

事前に送付しております資料を御覧ください。同様の資料をホームページに掲載しております。

次に、会議の運営方法でございます。

オンラインにて出席の委員の皆様におかれましては、会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、御発言をされる際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、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いただくようお願いいたします。

御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにいただきますようお願いいたします。

それでは、冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

（報道関係者退室）

○奥山総括調整官 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、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、令和6年度介護報酬改定に向けて、各サービスについての議論を行います。

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きますよう、御協力をお願いいたします。

それでは、まず議題1「令和6年度介護報酬改定に向けて」について、事務局より各サービスの資料説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

資料1、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護から順番に御説明をさせていただきます。

資料1の4ページをお開きいただければと思っております。

第1ラウンドの分科会におきまして、各種定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護について御意見をいただいております。例えば地域の特性に応じたサービスを確保していくべきという観点でございますとか、今後、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護を一体的に実施していくことについて検討を進めるべきという御意見の一方で、丁寧な対応が必要であるというような御意見をいただいたところでございます。

資料5ページは令和2年度の分科会と4年度の介護保険部会の御意見でございます。

論点及び対応案について御説明させていただきます。8ページを御覧いただければと思っております。

論点1、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の一体的実施についてという論点でございます。

論点1でございます。将来的な統合・整理に向けて検討する必要があるという御意見を随時いただいてきたわけございまして、令和3年度の報酬改定でも基準の整合性を図るというような対応をさせていただいております。他方、両サービスの機能・役割について共通しており、報酬体系とサービス提供時間帯が異なっているという現状にございますが、現状でも既に9割以上の事業所がそれぞれ両方を運営しているという状況にございます。このような状況を踏まえまして、今回でどのような対応をさせていただくかという対応案でございます。

対応案でございます。夜間対応型訪問介護の多くの利用者が訪問介護を併用しており、日中における支援も必要としている状況でございます。こうした利用状況を踏まえますと、24時間の訪問介護サービスを一体的に受けることが可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護に夜間訪問対応型を将来的に統合していくことが効果的と考えられるところでございます。

他方、夜間対応型訪問介護の利用者が現在は定期訪問等の提供がない利用者が多く、一定の激変緩和措置が必要だと考えてございます。このため、夜間対応型訪問介護の利用状況を勘案し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬に夜間対応型訪問介護の利用者負担に配慮した区分を設けて、一体的な実施を図っていくこととしてはどうかというような対応案を提案させていただきます。

9ページを御覧くださいませ。

これらを一体的に実施したときの利用者にとってのメリット及び事業者にとってのメリットをそれぞれ整理させていただいております。利用者にとっては、サービスを一体的に受けることが可能となるというメリットがございますし、事業者にとっては請求事務の効率化、職員の負担軽減等のメリットが考えられるところでございます。

こうした統合に向けた検証は、第1ラウンドの議論でも御紹介させていただいておりますが、10ページ及び11ページ、12ページ、13ページとそれぞれ御紹介させていただいております、また、再掲させていただいております。

14ページにそれぞれの現状でのサービス内容、提供時間、人員基準、オペレーションセンター、計画の作成状況、事業の委託の可否ということについて比較表を載せさせていただいておりますので、御参照いただければと思っております。

15ページにそれぞれの報酬体系の現状をお出ししております。

以上が論点1でございます。

16ページを御覧くださいませ。

論点2でございます。総合マネジメント体制強化加算の見直しについてでございます。この論点はこの後の小多機及び看多機でも同様の論点を出させていただきますが、現在、主治医や看護師等との調整の下にサービス計画を立案する必要があることを踏まえ、総合マネジメント体制強化加算を設けさせていただいているところでございます。現在、この算定率が90.4%とかなり多くの事業所が算定を行っているという状況にございまして、こうした状況を踏まえまして、どのような対応が考えられるかという論点でございます。

対応案につきまして、さらなる地域包括ケアの推進、サービスの普及を図るために、総合マネジメント体制強化加算について基本サービス費として包括的に評価をしていくこととしてはどうかという対応案を提案させていただいております。

17ページに現在の算定状況をお出ししております。

最後、18ページ、論点の3でございます。随時対応サービスの集約化という論点でございます。現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護におきまして、オペレーターを事業所に1人以上配置するというような基準となっております。市町村を越えて一体的に通報を受けることが可能であるということは従前よりもお示ししてきているところですが、そこはどこまでの対応が可能かということについて、範囲が明確になっていなかったというような状況となっております。

今後、人材の有効活用や業務の効率化を図る観点からどうしていくかという論点でございまして、対応案でございます。適切な訪問体制が確実に確保されており、利用者へのサービス提供に支障がないということを前提にいたしまして、随時対応サービスの集約化ができる範囲につきまして、所在地の都道府県を越えても事業所間の連携が可能であることを明確化していくことはどうかというような対応案を提案させていただいております。

19ページが現状の基準、20ページがコールの回数、21ページがオペレーターの集約状況、22ページが自治体のローカルルールを御示ししているところでございます。御議論の参考としていただければと考えております。

以上が資料1の御説明でございます。

続きまして、そのまま資料2、小規模多機能型居宅介護の改定の方向性について御説明

させていただきます。

資料2の4ページ及び5ページを御覧くださいませ。

第1弾の御議論の中では、小規模多機能型居宅介護のサービスの在り方、ケアマネジャーとの連携の状況でございますとか、地域の特性に応じてサービスを確保していくべき、小規模多機能型居宅介護の機能・役割を踏まえまして、今後どのように御活躍いただくかというような各種の論点、また、管理者の兼務要件といった御意見をいただいたところでございます。

これまでの分科会での御意見は5ページに出させていただきます。

論点でございます。8ページを御覧くださいませ。

まず論点の1、認知症対応力の強化という論点を出させていただきます。小多機につきまして、認知症高齢者等への対応に資する評価として、平成21年度の改定におきまして認知症加算を創設させていただきます。現在、事業所ベースでは多くの算定が行われているところでございますが、これはその人を受け入れた場合ということなので、利用者ベースではIで4割、IIで1割程度というような算定率となっております。

御承知のとおり、認知症対応力の強化というのは全サービスを通じまして非常に重要な課題となっている論点でありますところ、どのような対応が考えられるかということにつきまして、対応案でございます。小多機の利用者における認知症高齢者の割合が増加傾向にある中で、認知症が重度化した場合には施設・居住系サービスへ移行することがある。これは第1弾でもそういった状況をお示しさせていただきますけれども、このサービスに期待される機能・役割を強化していく必要があると考えてございます。

このため、認知症対応力のさらなる強化を図る観点から、現行の認知症加算の取組に加えまして、認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を行っていることについて新たに評価をすることとしてはどうか。また、新設する区分の取組を促す観点から、現行の体制を見直してはどうかという対応案を御提案させていただきます。

9ページの資料が、先ほど申し上げました現在の小多機の認知症の割合別の利用者の区分の状況、もしくは第1ラウンドでもお示ししておりますが、小多機の終了者がどのようなサービスに移行しているかというような資料を再掲させていただきます。

論点1は以上でございます。

論点2でございます。地域包括ケアの推進と地域共生の実現に資する取組という論点を出させていただきます。現在、小多機につきまして、限られた地域資源の中で介護保険制度内で提供するサービスと併せまして、多様な主体の参画を得つつ、高齢者本人とともに生きがいや地域をともに作り上げていく体制を整備する必要があると考えております。小多機の特性そのものだと考えております。

現在は通い・訪問・泊まりを柔軟に提供するため、このマル1、マル2の要件の下に総合マネジメント体制強化加算として評価をさせていただきます。

先ほど定巡でも御紹介いたしました。現在、加算の算定率が事業所ベースで約9割となっておりまして、既にかなり多くの事業所で取られているという状況でございます。

こうした状況を踏まえまして、地域包括ケアシステムの担い手として、地域に開かれた拠点となり、多様なサービスを包括的に提供していく、認知症対応を含むさらなる機能の発揮を行う観点から、どのような対応が考えるかという論点とさせていただきます。

対応案でございます。この加算の算定率等を踏まえまして、さらなる地域包括ケアの推進を図る観点から、基本サービス費として包括的に評価をすることとしてはどうか。

そして、小多機が今後とも地域包括ケアの担い手として地域の開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、多様な主体とともに利用者を支えていくという仕組みづくりについてはさらに強化していただきたいと考えておりまして、こうした取組を新たに評価することとしてはどうかというように対応案をお示しさせていただきます。

具体的には、利用者に関わりのある地域資源の状況を把握した上で、多様な主体が提供する生活支援サービスを含む居宅サービス計画を作成すること。認知症の方の積極的な受入れや人材育成、さらには、地域の多様な主体と協働した交流の場の拠点づくりなど、小多機の中で様々行われているような取組をさらに評価していくというように対応についてどう考えるかという論点を出させていただきます。

13ページには現在の算定状況を示させていただきます。14ページ以降が現在の小多機の地域の方との関わり方の状況、相談を受けているような状況、また、福山市でございませうとか加賀市における好事例をお示しさせていただきます。

資料2の御説明は以上でございます。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

それでは、資料3に基づきまして、看護小規模多機能型居宅介護の改定の方向性について御説明を申し上げます。

以降は「看多機」と呼ばさせていただきます。

資料3ページでございます。この分科会における主な御意見を記載させていただきます。看多機の普及促進、そして、サービス提供の在り方、さらには4ページ目、配置人材の取扱い、こういった御意見をいただいているところでございます。

本日、論点を2点御用意いたしております。

1つ目、論点1、7ページを御覧ください。

看多機はサービスによって介護度別の利用頻度が異なり、例えば泊まり、通いは介護度が高くなるほど多くなりますが、訪問は要介護3が最も多い。また、登録定員には一定数空きがございますけれども、利用料が高い。あと、全てのサービスが必要ないといった理由から新規利用に至っていないケースがございます。また、多くの事業所は職員の確保に困難を感じており、計画にない泊まり、看取り期になってからの利用ニーズなどへの対応にも課題を抱えていらっしゃるという状況です。

このような状況を踏まえ、利用者が状況に合わせてサービスを利用しやすくなるととも

に、計画にないサービス提供にも安定して対応する体制を構築するためには、どのような方策が考えられるかということでございます。

対応案でございますが、サービス利用頻度が少ない場合においては、サービスの提供量、利用者の納得感などの観点から、当該利用者の利用状況に合わせた報酬の調整を行ってはどうか。また、泊まりサービス提供の予定がない場合であっても受け入れることがあることから、計画にない泊まりサービスを必要に応じて行うことについて評価をしてはどうか。こういった御提案でございます。

8 ページが介護度別のサービス提供回数ということで、全ての介護度で1月当たりの泊まりが0回の利用者が最も多いという状況でございます。

また、9 ページ目、泊まり、通いは介護度が高くなるほど多くなりますが、訪問は要介護3が最も多いといった傾向がございます。

10ページ目から11ページ目は要介護度別の利用回数別の分布でございますが、中央値及び平均値ともに要介護度が上がるにつれて利用回数が増加している状況が見てとれると思います。

また、12ページ目がさらに各サービスの提供回数別の人数をお示ししたものでございまして、一定割合の利用者につきまして泊まりなどのサービス提供回数が0回といった方もいらっしゃるということで、その方々のニーズに合わせてサービスが提供されているといった状況でございます。

13ページ目は1事業所当たりの定員数及び登録者数のトレンドについてお示ししたものでございます。定員と登録者数との差分は7名前後で推移しているということでございます。

14ページ目、新規相談のうち登録に至らなかった人数は、1事業所当たり8名、中央値が5名といったところでございます。登録に至らなかった理由としては、利用料が高い。また、全てのサービスは必要ないといった方が多くございました。

15ページ目、看多機事業所の開設・運営に係る困難でございますが、看護職員の確保、介護職員の確保に困難を感じていらっしゃる。また、事業者や自治体からは、緊急的な止まりでありますとか、看取り期になってからの利用ニーズに対する課題が挙げられてございます。

続きまして、16ページ目でございますけれども、緊急時訪問看護加算の算定状況をお示ししてございます。

続きまして、17ページ目は論点の2つ目、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組でございます。先ほど小多機についても同様の論点を御提示させていただきましたが、看多機におきましても総合マネジメント強化体制加算は9割を超える事業所が算定しているといった状況でございます。

看多機の中には、地域の関わりとして、通いの場などへの自治体事業への参加、地域住民などに対する相談窓口、人材育成のための研修の実施などを行っている事業所もござい

まして、地域における様々な活動が確保されるよう、地域の多様な主体と適切に連携するための体制構築に取り組んでいるといった実績がございます。

このような状況を踏まえ、多様なサービスを包括的に提供し、認知症対応を含む様々な機能の発揮を促進する観点などから、どのような方策が考えられるか。これが論点となります。

対応案といたしましては、基本的には小多機と同様の考え方でございます。地域包括ケアの推進を図るため、総合マネジメント体制強化加算を基本サービス費として包括的に評価してはどうか。また、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組について新たに評価することとしてはどうかということでございまして、看多機はもとより複合型サービスということでございます。小多機と同様の考え方をその下に具体的な案として記載させていただいております。

関連するデータといたしましては、18ページ目、総合マネジメント体制強化加算の算定状況。

また、19ページ目が各事業所の併設の状況をお示ししてございます。

最後、20ページ目でございますが、看多機が現に実施しているサービスということでございまして、相談窓口でございますとか通いの場、あと、様々支援を実施しているといった実績をお示ししてございます。

説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、資料4、認知症対応型共同生活介護、いわゆる認知症グループホームにつきまして御説明させていただきます。

資料4の4ページを御覧くださいませ。

第1弾の議論の意見の状況をまとめさせていただいております。総論として、この認知症グループホームの稼働状況といった御意見をいただいておりますし、さらに、夜勤職員の配置につきましては、ちょうど前回の改定検証の中でも各種御議論をさせていただいたところでございます。

5ページがこれまでの分科会における御意見をまとめさせていただいているところでございます。

論点につきまして御説明させていただきます。8ページを御覧くださいませ。

論点1、まず認知症グループホームにおける医療ニーズへの対応強化という論点でございます。

論点1でございます。医師や看護職員の配置が必須となっていない認知症グループホームにおきまして、入居者が可能な限りホームでの生活を継続できるように、医療ニーズのある者に適切な対応ができる体制を整えている事業所を現在医療連携体制加算(I)・(II)・(III)で評価させていただいているところでございます。

加算(II)と(III)につきましては、看護体制に加えまして、医療的ケアが必要な者の受入れの実績が要件となっております。令和3年度報酬改定におきまして対象となる範

困の拡大を行わせていただいたところでございます。

現在、加算（Ⅰ）につきまして多くの事業所で算定していただいております、看護職員の配置や医療機関等と連携している事業所におきまして、様々な医療ニーズへの対応がある一方で、医療的ケアに特に対応していない事業所も存在しております、事業所で対応できない医療ニーズがある場合は入院あるいは退去となっているような状況でございます。

また、加算（Ⅱ）と（Ⅲ）の算定が低調な状況となっております、理由といたしまして、看護職員を常勤換算で確保することの難しさ、またはこの算定要件に該当する入居者がいないといった状況となっております。

また、御意見といたしましても、必ずしも要件に該当する医療ニーズが発生するとは限らないなど、常時要件該当者を確保することは困難でありまして、積極的に医療提供体制の整備を図る事業所に対して、この体制整備自体の評価を求める御要望をいただいているところでございます。

このような状況を踏まえまして、医療ニーズへの対応の強化という観点からどのようにしていくかという論点でございます。

対応案でございます。看護職員の配置や医療機関等と連携している事業所におきまして、必ずしも医療ニーズへの対応が行われている状況にないことを踏まえまして、看護体制の整備や医療的ケアが必要な者の受入れにつきまして適切に評価していくという観点から、介護体制要件と医療的ケアが必要な方の受入要件を分けるなど、評価を見直してはどうかというような対応案を提案させていただいております。

9ページが先ほど御説明しました加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）の現状の概要となっております、10ページ以降、第1ラウンドの御議論でも出ささせていただきました現状の算定状況、（Ⅱ）・（Ⅲ）を算定していない理由、12ページが医療ニーズへの対応に関して事業所で対応できないことで、13ページが医療ニーズへの対応の状況、14ページにおきまして、医師の指示に基づきまして、看護職員が実際に対応した医療的ケアについてこのようなものがあるという現状の資料をお出しさせていただいております。

15ページ、論点の2でございます。介護人材の有効活用、もしくは3ユニット2人夜勤ということで、前回の改定検証でも御議論いただいた論点となっております。

論点2でございます。認知症グループホームにおける夜勤体制につきまして、平成24年度の介護報酬改定におきまして、1ユニット1人夜勤としており、令和3年度の介護報酬改定で、これも皆様御存じのことでございますが、3ユニットにおける夜勤を2人以上の配置に緩和できることといたしまして、その場合の報酬を設定したところでございます。

この効果検証、調査研究における調査では、調査対象となる事業所が少なく、十分な安全の確保や職員の負担・待遇について実態の検証を行うまでにはなかなか、とにかく対象が少なかったというような現状を前回御説明させていただいたところでございます。

他方、例外的な夜勤体制を導入している事業所、取れた事業所におきましては、人手不



足に対応できていることや見守り機器等のICT機器の活用等における効果を踏まえまして、十分な安全の確保や職員の負担・待遇に留意した上で、今回行いました例外的な配置についてどのように考えるかというような論点でございます。

対応案でございます。夜勤職員の例外的な配置につきまして、介護人材の有効活用の観点から、認知症グループホームにおける見守り機器等のICTの活用を含む有効なオペレーションについて、引き続きさらなる実態を把握することとしてはどうかというような対応案を提案させていただいております。

16ページが現状の状況、17ページが夜勤体制の算定要件、18ページが、第1ラウンドでも出させていただいておりますが、届出の状況や、19ページ以降は配置状況、20ページが経緯と導入の効果といった資料をお出ししております。

21ページも、その場合の課題につきまして、件数が少ない状況ではございますが、お示しさせていただいており、20ページ以降が前回の改定検証でも御説明させていただいた質の維持の論点等の資料をお出しさせていただいております。

資料4につきまして御説明は以上でございます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

それでは、ただいま説明のありました事項について、御意見、御質問等がございましたらよろしくお願いたします。

会場の方は挙手で、それから、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始していただければと思います。

各委員におかれましては、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただくよう、御協力をお願いいたします。

それでは、よろしくお願いたします。

では、稲葉委員、よろしくお願いたします。

○稲葉委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会でございます。

私のほうからは、資料1の定期巡回、夜間対応型訪問介護、資料2の小多機、資料3の看多機、それぞれに共通しております総合マネジメント体制強化加算の取扱いについて質問と意見を申し上げたいと思います。

まず、基本サービス費として包括的に評価することについては妥当であると考えております。しかし、この総合マネジメント体制加算については、導入時の経緯もあって、区分支給限度額の外に置かれております。これをどうされるのか、お伺いしたいと思ます。これが質問です。

また、この問題は給付と負担や財政的な観点からの制度の持続可能性にも影響する問題です。この区分支給限度額の在り方について、上乘せの必要性も含め、別途きちんと議論する場が必要であると思ます。

続きまして、資料2の小規模多機能型居宅介護に關しましての意見を申し上げます。

12ページの論点のところの記述、あるいは19ページの概要図にありますように、このサ

ービスは在宅の限界値を引き上げる支援として、利用者の様態や希望によって通い・訪問・泊まりといった機能をマネジメントしながら提供していくことが重要であると認識されています。比較的早い段階から利用することで重度化の防止への効果が期待されており、実態としてもっと評価されるべきと考えますことから、要介護1、2の部分の報酬の引上げをお願いいたします。

次に、同じ小多機ですが、医療・介護連携について、小規模多機能型居宅介護では通いサービスの利用時に訪問診療を受診できません。訪問診療を受けるためだけに自宅に戻っていただくなどの対応を余儀なくされており、御利用者にとって大きな負担となっています。現行では、泊まりサービスを利用している場合には認められており、医療・介護の包括的な提供が進められております。今回、同時報酬改定における向けた意見交換会が設置され、人生の最終段階における医療・介護が議論されましたことから、特に看取り期の利用者についてはこれが可能となるようどうか御検討いただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○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。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 まず、御質問いただきました。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

今回、論点2で出ささせていただいております総合マネジメント体制強化加算を包括的に評価していくことの結果、どうしていくかということ議論させていただく際には、現状はこの総合マネジメント体制強化加算が区分支給限度額の外という扱いになっているということ踏まえて、検討させていただく必要があると考えております。また、さらに全体として区分支給限度額をどうしていくかというのは、改定全体を踏まえまして、一度整理が必要な事項であると考えているところでございます。

以上でございます。

○稲葉委員 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。

それでは、長内委員、よろしくをお願いします。

○長内委員 分科会長、ありがとうございます。

私のほうからは、小多機と看多機につきまして、論点2、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に関する取組における対応案について意見を申し述べたいと思います。

地域資源の乏しい地方では、事業者がこの観点について加算を行うことが大変難しいことが考えられます。それによって、経営状況の悪化による事業所の撤退や都市部への介護人材の流出によって、必要な介護サービスを提供できなくなる。こういったことを懸念しております。したがって、今般の介護報酬の改定に当たりましては、地域資源が乏しく、地域共生社会の実現に資する取組の評価。このことが逆に地域間格差を生じさせないよう、地方への配慮を十分をお願いしたいと思います。

本市の例で言いましても、やはり看多機の事業者からは、利用者の確保が厳しく、地域活動の充実まで十分にに取り組む余裕がないといった声もあります。そういった観点からも、現場の対応力向上につながる十分な評価となって、介護人材の確保が難しい状況を踏まえて、新たな評価基準の中の報酬体系の取り入れについて詳しく御検討いただけたらと思います。

以上です。どうもありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、新田参考人、よろしくお願ひいたします。

○新田参考人 本日は、大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

資料2と資料3の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つきまして、1点意見を申し上げます。

本県では、これらのサービスは比較的都市部に集中しており、離島などの地域ではまだまだ少ないのが現状です。離島などの地域では、当面の介護需要はあるものの、将来の人口減少を考えると新たな施設整備は難しいというところも多く、小規模でも柔軟に対応ができる小規模多機能型居宅介護等のサービスにより介護需要を受け止めていくことは、今後の有効な方策であると考えております。

一方、地元の自治体や事業者では、施設は施設で、通所は通所で、それぞれに介護サービスを提供するという意識も根強く、在宅での生活を継続するための新たなケアの在り方としてこれらのサービスにも目を向けてもらい、事業への参入を促していく必要があるのではないかと考えているところです。

今回、小規模多機能型居宅介護等の事業所による地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を新たに評価してはどうかということですが、新たに評価されることにより、地域包括ケアの連携の幅を広げ、多様な主体による協働が深まることが期待されます。例えば資料2の16ページの広島県福山市の鞆の浦の事例のように、人口が少なく、高齢化率が高い地域においても、小規模多機能型居宅介護等が暮らしのネットワークをつなぐ核となるまちづくりが可能になれば、介護サービス基盤が脆弱な離島などの地域でも多様なサービスが普及するきっかけになるのではないかと考えます。こうしたことから、小規模多機能型居宅介護等のサービスが地方においてもさらに普及するための取組を推進していただくようお願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、米本委員、よろしくお願ひいたします。

○米本委員 全国町村会の米本でございます。

私からは、資料2と資料3の論点、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組について意見を申し上げたいと思います。

先ほど市長会の長内委員からもご発言がございましたが、その対応案において、居宅サービス計画の作成、認知症の方の受入れや育成、交流の場の拠点づくりなどを評価してはどうかとの記載がございましたが、都市部と異なり、特に中山間地地域や離島等の地域では高齢化の進行と現役世代人口の減少が先行的に進んでおり、社会資源が不足しております。そのため、具体的な評価指標の検討に当たっては、このような地域の実情にも十分に御配慮いただきたい。

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、ほかはいかがでございましょうか。

では、古谷委員、よろしく申し上げます。

○古谷委員 ありがとうございます。全国老協協の古谷でございます。

資料1、資料2、資料3、資料4について、一言ずつ意見を述べさせていただきます。

まず資料1、定期巡回についての論点1でございます。定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の一体的実現については、両サービスの機能と役割を考慮すると、運営面や人材の活用等を考え、夜間対応型訪問介護の利用者負担を考慮したという区分を設けるのであれば、一体的に実施することは非常に有効であると考えております。

続きまして、小多機、看多機の認知症対応力の強化についてでございます。認知症ケアについては、小多機、看多機に限らず、専門性を持って取り組むことは非常に重要であると考えております。しかし、特養の認知症専門ケア加算を見ても、認知症ケアに関する専門的研修を希望してもなかなか研修が受けられない現状があり、算定が低い状況です。どのような研修の内容かにもよりますが、より配置基準の少ない小多機、看多機ではさらに受講が困難であるかなとも思います。まず、受講しやすい環境整備を行うことが必要であると考えております。

続きまして、資料4、地域密着型共同生活介護についての論点1でございます。医療依存度の高い高齢者はグループホームにおいても今後増加すると考えられ、医療連携体制加算は重要な加算と考えます。しかしながら、医療連携体制加算（II）・（III）における医療的ケアを要する受入要件は、グループホームにおいては非常にハードルの高い要件であり、グループホームの利用者としては対応が非常に困難な利用者であるとも考えております。また、当該利用者が退所すれば、加算は算定できなくなります。このような現状において、医療的ケアを要する受入要件については見直しが必要であり、対応案の記載のとおり、看護体制要件と医療的ケアが必要な方の受入要件を分けることの検討を進めるべきと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、まず資料1の定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護看護の論点1につきまして意見を申し上げます。

夜間対応型訪問介護の利用者は、日中は居宅サービスの訪問介護や通所介護等を利用されている場合も多く、対応案のとおり、一体的な実施を進めていただき、将来的な統合を目指すことが望ましいのではないかと考えます。

続きまして、資料2の小規模多機能型居宅介護の論点2の地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組についてでございますが、表題にあります地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組には賛同いたします。もちろんのことでございますが、一方に対応案の具体的内容につきましては、文章を拝見する限りにおいてでございますけれども、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等、地域のケアマネジメントを行う機関におきましても実施されている場合もございますので、事業所の負担にも配慮しまして、場合によりますと部分的にでも例えば協力して実施したり、あるいは委託等で実施できるようにすることも考えてもいいのではないかと考えております。特に認知症初期集中支援チーム等と共同して交流の場の拠点づくりが進みますれば、利用者の皆様、また、御家族も活用できる社会資源が広がる可能性もあるのではないかと考えております。

続きまして、資料4の認知症対応型共同生活介護についてでございますが、この論点2の介護人材の有効活用についてでございます。言うまでもなく、介護人材の確保は非常に困難となっております。介護保険施設では2ユニットで1名の夜勤でありまして、ユニットごとに夜勤ローテーションを維持するには相当数の介護職員数が必要となります。一方で、認知症対応型共同生活介護における現在のように1ユニット1人の夜勤を維持することで、安全確保や介護職員の負担が少ない上に、夜間にも確実にユニットに1名介護職員がいるということで、BPSDを有する利用者への対応が行いやすい環境ができるということも理解できるところでございます。

その上でということですが、24年度に例外規定が廃止された以降、スプリンクラー等の消火設備の必置や防火体制の確保、消防署による視察も例外なく行われていることと存じます。また、記載のとおり、ICT機器や見守り機器の開発、進化も進んでいるところでございます。このため、今後、実態把握を進められる上では、例えば夜勤専従職員の配置や宿直型の夜勤職員の配置など、多様な形態での夜勤介護職員の確保などによるオペレーションの実例なども把握いただけるとありがたいと考えます。

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、よろしく願いいたします。

○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。

私のほうからは3点です。

まず資料1、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のところの論点3です。随時対応型サービスの集約できる範囲について、オペレーターである専門職の人材の有効活用は進める

べきであります。しかし、適切な業務量は担保すべきであると考えます。オペレーターは看護師、介護福祉士など、専門職が兼務できるようになっております。身体的・精神的負担にならないようにするために、資料に示されている前提とする条件については留意が必要であると考えます。

次に資料2、小規模多機能型居宅介護についてでございます。その中の論点1、認知症対応力の強化についてです。専門的なケア提供体制に対する評価は必要であります。その要件について、例えば認知症介護実践者のリーダー研修等がございますが、これだけによらず、同等のレベルで担保されている研修であれば、幅広く評価の対象として認定いただけるような道筋をつけていただきたいと思います。

また、認知症対応の強化だけではなく、介護ニーズが複雑化、多様化、高度化する中、質の高い介護サービスを提供するためには、介護職チームをマネジメントするリーダーは欠かせません。介護職チームをマネジメントし、リーダーシップを持って質の高い介護を提供する体制がなければ、質の高い介護サービスは担保できるものではありません。そのため、さきの介護保険部会の中でも申し上げましたが、小規模多機能型居宅介護サービスだけによらず、チームマネジメント系の学びを担保されている介護人材についても、報酬上評価するような道筋も御検討いただきたいと思います。

最後です。資料4、認知症対応型共同生活介護についてです。論点2、3ユニット2人夜勤について、調査結果に対しましては、n数の低さはありますが、資料の内容から導入するメリットは理解できました。グループホームの入居者の特徴を考えると、例えばBPSDが顕著な新入居者が落ち着くまでの対応等で夜勤職員の増員なども考えられます。柔軟な人員配置でのサービス提供の状況も考えられますので、状況に応じた対応にインセンティブをつけるなど、利用者への柔軟な対応への評価も必要であると考えます。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしく申し上げます。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、資料1と2について意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1の定期巡回・随時対応型訪問介護看護についてです。こちらは夜間対応型訪問介護との一体的な実施という方向が今進められているということで、確かにそういったニーズはあるということも踏まえれば、その方向性については賛成いたします。

御提案のように、夜間のみサービスを利用している方たちに対しては、その人たちへの区分を設けて対応するという事なので、それについても検討していただきたいと思います。

いずれにしても事業者の業務継続に資する内容であり、かつ利用者の負担増を抑えるという内容で、両方に配慮した形でこの一体的な実施というのは検討していただきたいと思います。ただ、訪問介護に関わる共通したテーマではありますが、この定期巡回・

随時対応型ということに関しても、いわゆる同一建物とか同一敷地内における訪問と、そうでない場合での訪問ということについては、もう少し精密に分けて考える必要があると思っております。

それから、資料2の小多機についてです。認知症対応力の強化というのは、やはり利用者としては非常に重要なところで、その強化は大いにしていただきたいとは思いますが、今ありましたように、ここの中で専門的研修修了者の配置、認知症ケアの指導や研修の実施等を評価するとなっております。そういった内容をもう少し精密に実態に即して、実際の現場でどのようなところが整備されていれば認知症対応力が強化されているか、この点についてはもう少し調べた上で、実態に即した評価をぜひ検討していただきたいと考えます。

また、地域包括ケア推進と地域共生社会の実現というところで、多様な主体が提供する生活支援サービスを含む居宅サービス計画の作成、地域の多様な主体と協働した交流の場の拠点づくりの取組を評価するとあります。大変重要なテーマ、内容だとは思いますが、実際にこれを具体的に考えた場合に、その実現となってくると、かなり難しい要素がいくつもあるように思われます。そのため、もう少し細かな指標とかがないと、現場ではどのような点が評価されるかというのが非常に分かりにくいのではないかと思います。この御提案に即して、もう少し内部の精度を上げていただいた上で、具体的な指標を掲げて評価する方法を検討していただければと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず、認知症対応型共同生活介護についてです。介護人材の有効活用と医療的ケアというところで意見を申し上げます。

まず、医療的ケアのところですが、私はグループホームに義母が入所しています。看護師の常勤配置を困難にしている医療連携体制加算の(II)・(III)の要件の見直しについて意見を申し上げます。医療体制加算(II)・(III)の要件が現実のグループホーム利用者の実態に合わないと思います。このような重度の医療処置のある方を、常勤換算で1名以上の看護師配置の基準にはなっていますが、現実には看護人材の不足、人件費の課題で1名の配置が多いと思いますので、この要件は現実でないと思います。夜間の体制もあります。仮に介護職員に研修で可能な医療処置資格の喀痰吸引等の研修の資格を取得しても、対応が難しい医療的ケアもこの要件の中には入っています。

その反面、利用者側からすれば、常勤で看護師が配置されていることで、看取りや介護職員の医療的ケアを個別の利用者を通じて学習する、外部研修では得られない実質的な学習ができる機会があるように思います。介護職員の医療的知識の向上は、看取り対応や異常の早期発見、対応につながり、家族としても安心感や安全の確保になるようにとなると

思っております。

グループホームでのなじみの関係の中で、在宅サービスと言っていますが、看取りも含めたついの住みかになっているグループホームがそういうふうになってほしいと思っています。その観点からも、対応策の内容で見直しを進めていただきたいと思います。

質問です。今般の介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の結果では、調査対象となる事業所が少なく、十分な安全の確保や職員の負担・待遇について実態の検証を行うまでに至らなかったとありますが、調査による実態把握ができず、有効活用ができたかどうかという結論ができなかったという理解でよろしいでしょうか。前回も少し申し上げたのですが、この件に関して再度お願いいたします。

それと、小多機なのですが、論点1の認知症対応力の強化のところですが、認知症ケアに対する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修の実施などへの評価については賛成です。在宅での中程度、重度の認知症の人の介護を困難にするのはBPSDです。この症状があるため、対応が難しいと利用を断られる場合もあります。そのことは在宅介護を困難にし、介護者は追い詰められ、また、認知症の人の症状もさらに悪化し、在宅介護を断念する場合があります。このBPSDなどへの対応を研修などでよりケアの質を高めていくことで、職員のケアが向上することや、BPSDなどで私たち介護者が苦慮した場合でも、適切なケアへの対応を介護者にも教えていただいたりすると安心です。サービスを断られることがないと、介護の継続が可能となります。ぜひ進めていただきたいと思います。

最後ですが、政府は介護職の賃上げ6,000円相当と発表していますが、利用者や介護者としても介護労働者の皆さんが安定的に働いてくださる効果があるのなら歓迎したいところです。しかし、16日の規制改革推進会議では、介護報酬における常勤専任要件などの緩和や、高齢者施設における人員配置基準の特例的な柔軟化など、人員配置が少なくてもいいというような意見が目立ちます。人員不足の中で賃上げにより介護労働者を確保するのではなく、賃上げをするから少ないスタッフで頑張るといような交換条件のようにも思っています。抜本的な人材確保対策にはならないのではないかと、サービスの維持を困難にするのではないかと全体の報酬改定の中で懸念していることを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した。

1点御質問がございましたので、回答をお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

介護人材の有効活用、3ユニット2人夜勤の効果検証の結果について御質問いただきました。これも検証結果の下で前回も御議論させていただいたと思っておりますが、少なくとも確かに数は少ないということは素直に書かせていただいておりますけれども、導入し



たところでは、この3ユニット2人夜勤を活用することによって、事業所における介護人材の有効活用を図ったという効果はまず出ているものだと捉えております。その結果、それを行うことによって、日中の人員配置を手厚く変更することができた等の導入の効果も示されているというところを20ページにも改めてお示ししているところでございます。

他方、御指摘もございましたとおり、そうしたところでICT機器を導入することによって、人員の基準の変更に見合う業務効率化、削減等ができたかというところの検証がまだできていなかったというところで、そこについて引き続きの効果検証が必要であると捉えているとお答えさせていただ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 鎌田委員、よろしゅうございますか。

○鎌田委員 n数がとても少ない中で、とても少ない中での意見は尊重していくというようなお考えと承りました。ありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、伊藤委員、よろしくお願いたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私からは各資料ごとに2点と、幾つか質問を述べさせていただきたいと思っております。

まず最初に、資料1の訪問介護の関係でございますけれども、今回示されました論点につきましてはおおむね異論はございません。ただ、その中で、論点1につきましては、一体的な実施によって利用者、事業者双方にとってメリットがあるということですので、基本方針の区分設定に当たりましては、ぜひとも利用者の負担に配慮した上で、事業者にとって効率化が図られることを踏まえた設定を検討させていただきたいと思っておりますし、将来的な統合もこれを前提に進めていただければと思っております。

1点質問でございますけれども、今回設定する区分につきましてどのようなものを考えているのか、御説明できる範囲で御説明いただければと思っております。

論点2の総合マネジメント体制強化加算の部分でございます。小多機、看多機も同様ですが、算定率も踏まえて、基本サービス費として包括的に評価することはいいことだと考えてございます。ただ、その中で、評価に当たりましては、財政中立を念頭に置いた中で慎重に御検討いただければと思っております。

続いて、資料2の小多機の関係でございます。認知症の対応力の強化につきましては、重要なことであると考えてございます。今回示されている現行の単位数の見直しに当たりましては、この対応力を強化し、実効性を高めていくという観点から、新たな区分につきましては重点的に高く評価する一方で、現行の区分につきましては、適正化の観点からよりメリハリをつけた評価に見直していくべきではないかと考えてございます。

続きまして、論点2の関係で、地域包括ケアの関係でございます。看多機のほうも同様ですが、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組につきましては、これも非常に重要な取組であると考えてございます。できる限り分かりやすく客観的な取組内容を明確にした上で、実際にしっかりと取り組んでいただけるような要件、基準を検討して

いただきたいと考えてございます。

続いて、資料3の看多機でございます。方向性につきましては異論はございませんけれども、利用状況に合わせたり、泊まりのサービスに当たりましては、利用者の納得感あるいは安心感が重要な視点であると考えてございます。今回検討を進めるに当たりましては、報酬体系の適正化の観点も含めて、しっかりと整理をいただければありがたいと思います。

1点質問でございますけれども、今回見直しをするに当たりまして、利用状況に合わせた調整とはどういうものを想定されているのか、教えていただければと思います。

続いて、資料4の認知症対応型の関係でございますけれども、医療連携体制加算につきましては、加算(II)・(III)の算定率が低くなっており、算定しない理由といたしまして、看護師の確保が困難であることに加え、算定要件に該当する入居者がいないという状況を踏まえますと、看護体制要件と医療的ケアが必要な方の受入要件を分けるという算定要件の見直しについては、例えば体制を整備しただけで受入れがないといった状況が発生した場合はどのように考えればいいのかというように、医療ニーズの対応をしっかり行っていくことを重視する観点から、慎重な検討が必要なのではないかと考えてございます。

以上であります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

何点か御質問がございましたので、よろしく申し上げます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 まず、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の報酬区分の設定の方向性につきまして御質問いただきました。

資料1の15ページを改めて御参照いただければと思っておりますけれども、現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のほうでの一体的な区分設定と、夜間対応型訪問介護の区分設定、1のオペレーションセンター設置型と2のオペレーションセンター未設置型で少し体系が異なっているということになってございます。当座、これを一体的に行っていく方向、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の中に夜間対応型訪問介護の区分を設定していくということを考えてございますので、基本的には現在の夜間対応型訪問介護の1と2の形態を移していくと考えているところでございますが、その詳細につきましては、一体的な実施における経過的な設定であるということでございますとか、まさに利用者の方への丁寧な対応ということも含めまして、もう少し詳細は引き続きこれを基本にして検討させていただきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 御質問ありがとうございます。看多機に関する御質問について、老健課長がお答えします。

どのようなことを可能な範囲でということでございますが、まず看多機につきましては、現在、月包括の評価という形になっております。そういった中、本日の資料番号3番の10ページから11ページにございますとおり、要介護度別に様々利用回数の分布があるといった状況がございます。また、14ページにございますとおり、新規の利用を検討されている

方の中には、利用料が高いため利用につながらなかったといった事例もございます。具体的な制度設計については改めてでございますけれども、こういった利用状況に応じた評価の報酬の設定を検討してはどうかといった御提案でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 伊藤委員、よろしゅうございますか。

○伊藤委員 分かりました。その方向でよろしく願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、小林委員、よろしく願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

資料それぞれについて意見を申し述べます。

全般的に、認知症の利用者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、地域密着型サービスの普及を図ることが必要ということを最初に述べておきます。

その上で、資料1についてです。

まず論点1について、夜間対応型訪問介護のみ利用する人も一定程度いるため、そのニーズに対応していく方向性はよいと思います。また、夜間対応型の利用者にとって、定期巡回・随時対応型と一体化した場合の利用料がどうなるのか、日中の訪問介護やデイサービスなどの利用も念頭に、利用者の経済的負担に配慮したものとなるようにすべきです。現場で働く労働者にとっては、人材不足で以前から兼務が多いため、一体化することによって事務作業などがより複雑化しないようお願いしたいと思います。

論点2の総合マネジメント体制強化加算についてです。資料1だけでなくほかの類型にも関わりますが、この加算を基本サービス費として包括的に評価する方向性には賛同しますが、算定率が高いとはいえ100%ではないため、体制強化加算の算定要件が持つ目的もきちんと組み込んで、質の担保を図るべきと考えます。もしそれが難しいということであれば、介護報酬単位の水準を相応の水準にする、また何らかメリハリを利かせるなど、検討する必要があると思います。

次に、資料2についてです。

まず論点1について、施設・居住系サービスへ移行した理由について以前の資料で紹介されてきました。「家族にとって利用者の介護負担が大きいため」という回答が多く、また、利用開始に至らなかった理由として、「家族が施設・居住系サービスを希望していた」という回答も比較的目立つ状況でした。したがって、認知症対応力の強化及びその取組を促す方向性には賛同いたします。ただ、認知症加算と、他サービスでは認知症専門ケア加算がある中で、今回の対応が加算の報酬体系を複雑化することのないよう留意が必要と思います。

論点2は先ほど述べたとおりです。

また、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を推進していくことに異論はありませんが、利用者の安全に十分配慮した取組でなければなりませんし、利用者一人一人のニーズにマッチしているかどうか、費用負担は利用者全員に追加されるとすれば

利用者負担の面ではどうなのか、ということにも留意して検討する必要があると思います。  
資料3についてです。

まず論点1について、サービスが各地で広がり、利用者の住まいがどこであれ、地域で看多機のサービスを利用できるように、夜勤のできる人材の確保や求められる手厚い配置が可能となるよう進めていく必要があると思います。今回の案では利用状況に合わせた報酬の調整を行うとのことで、利用者にとってよいことと、一方でサービスの普及を図ること、これらが両立できるような対応が必要と考えます。

論点2は先ほど小多機で述べたとおりです。

最後に資料4についてです。

論点1について、医療連携体制加算（II）と（III）の算定率が低いということですが、医療的ケアの実績を見ていくことが必要だと思います。加算（I）で「特に対応していない」ことが一定程度見られることも考慮し、きちんと実績が評価される在り方にする必要があります。同時に、認知症グループホームの目的やそもそも担っている機能に沿って、現実的な医療と介護の連携強化を進めていただきたいと思います。

論点2についてです。先日も述べましたが、3ユニット2人夜勤については、利用者の安全面やケアの質という観点、働く側からも「夜勤者の身体的・精神的負担の増加」「急変時の対応に支障が生じた」など、課題が生じるのは当然ですので、配置基準を安易に緩和してはならないことは繰り返し強調しておきたいと思います。

以上でした。ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、野村委員、よろしく願いいたします。

○野村委員 ありがとうございます。

小多機、看多機、認知症グループホームに関する資料2、3、4についての論点や対応案については、おおむね賛同いたします。今後、ますます医療的ケアが必要な要介護者が増えていきます。誤嚥性肺炎の予防、そして、摂食・嚥下機能の維持などの特に歯科医療を提供する立場として、口腔の問題はなかなか気づきにくく、つながりにくい側面も持っていますので、認知症グループホームなどではまだ口腔衛生管理体制加算を実施していないという施設も多い状況ですので、ぜひ口腔・栄養・リハが一体的に提供できる体制の仕組みづくりを御検討いただければと存じます。

私のほうからは以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、堀田委員、よろしく願いいたします。

○堀田委員 ありがとうございます。

全体として、この地域密着型サービスというのを2025年とか2040年に向けて地域包括ケア、さらに地域共生社会をつくっていくというときにどのように位置づけるかについての改めての確認と、そこに立ち返ってそれぞれの論点を検証する必要があるのではないかな

と思いましたが。具体的には、今日の出されたところでは、例えばということで2つ申し上げると、一つは資料1～3について総合マネジメント体制加算を組み込むということが出されていると思います。

他方で、看護小規模多機能と小規模多機能については、地域共生社会を実現する取組を新たに評価ということも出されているわけですが、ある程度総合ケアマネジメント体制加算の中でも地域との交流なども評価するような位置づけもあって入れられていた加算であったというような位置づけがあって、それを包括的に評価しておきつつ、新たに地域共生社会を実現に資する取組、もちろんこれを評価することは結構なのですが、加算自体の位置づけの整理、そして、具体的にということを出していただいていますけれども、本当に具体的にどのように評価するのか。この総合マネジメント体制加算とまた別のものとしてということについては、現場の皆さんとよく対応していただく必要があるのではないかと思います。

もう一つ、地域密着型サービスの位置づけ、その中でということでの例として、看護小規模多機能の論点の1に、今までも何人かの方々のコメントの中にもございましたけれども、地域密着型サービスは24時間365日の地域での暮らしを支えるということがあっての包括報酬ということだと思いますけれども、包括報酬というものをどのように考えるのかということと、今回の論点1で出されていることというのは直結する中身だと思います。ですので、そういう意味でも、なし崩し的に包括報酬を置きながら使い方によってというようなことをやっていったいいのかということも、議論の余地が残されているのではないかなと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向委員、よろしく願いいたします。

○酒向委員 資料1について2点、資料2について2点、それぞれ述べたいと思います。

まず、資料1についてでございます。

論点2、総合マネジメント体制加算の見直しについてでございます。こちらはどなたかも御発言いただきましたが、10%の事業者は加算を取得できないという現状を踏まえて、単純に上乘せして包括化するという事は避けるべきだと考えます。その辺りのめり張りづけはするべきだと考えます。

2点目でございます。今回、資料の中には、集合住宅等における移動時間データについて、今後お出しいただきたいという意見を述べさせていただいております。この点、4ページ目に意見としては記載いただいておりますが、今回の資料には移動データについての様式は出していただいております。これについて、事務局への質問ですが、今後御予定があるかどうかについて確認したいと思います。

次に、資料2でございます。

資料2について、まず1点目、認知症対応の強化でございますが、認知症高齢者への対

応はサービス種別を問わず重要になると考えます。今回、小規模だけにおいて認知症対応を評価するという区分を設けるということでございますが、めり張りづけの観点から現行の単位数全般を見直すという方向で御調整いただければと思います。

論点2つ目の地域包括ケアの推進、地域共生社会の実現に関しての意見です。2つ目、3つ目のポツについてでございます。これもほかの委員も何人かおっしゃっておられますが、まず地域包括ケアの推進、地域共生社会の実現に向けた取組の重要性は基本的に理解しておるものでございますが、地域づくりは本来自治体さんが主体となっているところが基本でありまして、介護報酬に組み込んで、特に利用者の負担に関わる場所に反映させるということについて、もう少し納得感があるものが必要ではないかということで、この御提案自体は疑問に感じております。

というのも、3つ目のポツにあります。その取組について何でも入れるような御提案でございまして、確認ですとか、研修ですとか、介護報酬で評価するに足る取組をされているかどうか、中身についてどう担保するかといったところについて、何か事務局さんでお考えになっておられることがあるか、どうやって担保できるかといったところですね。事務局さんにお伺いしたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 2点ほど御質問がございましたので、よろしくお願ひします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 まず1点目、定期巡回・随時対応型の関係と集合住宅型、同一建物の関係の御質問をいただきました。これはほかの委員の方からも前回の議論でも御意見いただきまして、現在、こちらの関係の全体のデータを集計しているところでございます。個々ではなく大変恐縮でございますが、訪問型の回の中でその論点について触れさせていただきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 もう一点もお願ひします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

2点目につきまして、委員に御指摘いただきましたとおり、利用者の方にとってどういったメリットがあるのか。こういった論点は非常に重要だと考えてございます。地域共生社会に資する様々な取組を通じまして、利用者にとってよりよいサービスが提供される。こういった観点の要件設定に当たりましては、また御相談申し上げたいと考えてございます。よろしくお願ひいたします。

○田辺分科会長 今後またいろいろ詰めていかないといけないということだと思ひますけれども、よろしゅうございますか。

○酒向委員 改めてということで、かしこまりました。

○田辺分科会長 それでは、鳥潟委員、よろしくお願ひいたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

資料1ですけれども、介護制度の複雑化が進んでいる中、利用者にとって簡便な制度構

築のためにも、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護の一体的実施については推進していただきたいと考えております。

また、論点3ですけれども、明示することで都道府県を越えた連携がより簡便に可能になるということであれば、ぜひ明示していただきたいと思っております。

また、資料2ですが、小規模多機能型居住介護の認知症対応力を高めていくことや、地域との交流を促すことについてはもちろん賛成でございます。その上で新たな評価を設けたものの、事業所が算定に動かないというようなことがないように、現行の単位数についても見直しを行っていただきたいと思っております。

資料3の看護小規模多機能型居宅介護についても同様に考えております。

また、資料4ですけれども、評価を見直すこと自体は異論はございません。同じく論点となっているICT機器の活用等による介護人材の有効活用も進めつつ、実態に即した評価体系を構築していただきたいと考えております。

以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

今回のテーマの中で資料4の認知症対応型共同生活介護についてのみ発言をさせていただきます。

まず、8ページの論点1「医療ニーズへの対応強化」について対応案がございます。私も看護体制要件と医療的ケアが必要なものの受入要件を分けて評価を見直すということについては、根本的、原則的には賛成でございます。ただ、9ページの表にございます「医療的ケアが必要な者の受入要件」を見ますと、例えば（3）人工呼吸器を使用している、（4）中心静脈注射、（5）人工透析、または（6）常時モニター測定、（9）気管切開というように、現在のグループホームでのケアとしておおよそ想定できないような要件が数多く含まれております。こういうものは省いていただいて、むしろ、現在グループホームで行われている医療的ケアで評価すべきものは、例えば尿道カテーテルが入っている方に対してしっかりと対応できているかとか、それから、インシュリン療法や、糖尿病の方についての血糖管理とか、そういうことをきちんと対応しているかどうかを入れるべきだと思います。それから、何よりも、今後、高齢者多死時代を迎えるに当たって、私ども老健施設でも看取りを行っている数というのは年々増えてございます。同じようにグループホームにおいても質の高い看取りが行われているとお聞きしておるところでございます。このような看取りというのは医療的ケアの最たるものでございますので、この中に看取りというものも要件として入れてはいかかと思えます。看護体制要件の改正要件と医療的ケアを組み合わせることによって、適正な報酬単価を決めるべきではないかと考えます。

以上です。

○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。

では、田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の田中でございます。

資料2、3、4について意見を申し上げたいと思います。

まず、認知症に関する研修ですけれども、古谷委員がおっしゃったように、現状、老健、特養等から、認知症初任者研修等の研修を受講希望者が全員受けられないというような現状がございます。その中で、小規模多機能の職員等に研修を義務づけるというときに、どれだけ受けられるのか。また、小規模であるがゆえに職員を研修に出せるかどうかというような現実についての調査が必要かなと思っております。

3番の看多機ですけれども、次回話合いがあると思いますが、療養通所介護との整合性やすみ分けをどうするのか。あるいは将来的に統合の方向性を考えなければいけないのかどうかというようなことも視野に入れて検討してほしいと思います。それは通いが主体になるような看多機についてです。

また、4のグループホームについてですけれども、医療法人開設のグループホームでは医療との連携が取りやすいと思いますが、その他のグループホームではなかなか医療者とのチーム形成が難しいと聞いています。医療機関側からすると、グループホームの患者さんが入院してくるところからの関係性になりますので、グループホーム等の介護事業所が介護を継続するために医療ニーズに対応することに困っているという認識は低いかもしれません。両者が同席できる場が少ないことから、地域で医療機関、介護施設連携マッチングというようなものを行うような体制を検討してはどうかと提案いたします。

また、医療ニーズについても、先ほど東委員がおっしゃったように、加算の対象となる医療ケアが本当に適切かどうか、加算の対象となっている以外の医療ケア、例えば高齢多疾患併存者が多いために、日頃の心身のアセスメントであったり、実際にインシュリン注射あるいは排便管理など、結果的には現場では非常に看護師さんの役割は必要であって、その配置を切望しているということを見過ごしてはいけないと思っております。それに対応するほどの報酬が支援されていないというのは、ほかの委員の皆様のおっしゃるとおりかと思えます。

最後に、3ユニットのグループホームについてですけれども、19ページにあるように90%以上は同一フロア以外の3ユニットになっています。グループホームは全て個室ですので、3ユニットが同一フロアにあることで、移動する面積は逆に非常に広がります。したがって、この90%以上の3ユニットのように、縦展開をすることで移動時間を短くするというような運営をしているのが現状だと思います。ですので、今後広がりゆく人員不足への対応、あるいはさらなるICTの活用可能性を探るためにも、先行的研究として、この残りの90%を含めて、改めて3ユニットの夜勤体制についての調査をしてはどうかと提案いたします。

以上です。



○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、田母神委員、よろしくをお願いします。

○田母神委員 ありがとうございます。

私からは資料1、3、4について意見を申し述べたいと思います。

まず、資料1でございます。定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護についてでございます。事務局でお示しいただいた案に異論はございませんけれども、資料1の8ページ目、対応案の3点目に記載がありますように、これら両方のサービスの相違点というものもございますので、利用者、そして、事業者双方に激変がないように、既にこのところは明記されていることではありますが、評価の区分の新設を検討する必要があると考えております。

資料3の看多機についてでございます。資料3の7ページ、論点1点目にサービスの利用頻度が少ない場合の報酬の調整ということが示されております。看多機などの包括報酬の多機能サービスにつきましては、利用者の状態の変化に柔軟に対応しながら、可能な限り人生の最終段階まで一体的な支援を提供するというものであり、そうした考え方に基つき、定額のサービスということで位置づけられております。利用者の状態、経過というのは、その日によっても変わり得ますし、御本人の希望によっても、利用回数をそのときの状況で柔軟に変化させて対応しているという現状がございます。状態が重度化し、利用頻度が高くなることもある一方で、軽快していく、状態がよくなっていくことで利用回数が減っていくということの両方がございます。

そうした中で、月ごとに、利用者の方の状況によって報酬を変動させるのかどうかというところは、多機能サービスの考え方の根本的なところに関わりますので、慎重に考える必要があると思います。利用に一定の幅がある中で極端に利用が少ない、あるいは一方では多いということもございますので、その両方の視点を持って検討していくということをぜひ考慮していただくとともに、慎重に検討する必要があると思いますのは、看多機の定員は最大で29名までという中で運営しており、事業所にとってみますと、評価の在り方によっては収入減となり、経営努力で補うということが非常に困難な状況がございますので、ぜひその点を御理解いただきたいと考えております。

2点目の計画にない泊まりの評価についてでございますけれども、そうした対応も看多機ではしております。医療と介護のニーズを併せ持つ中重度の要介護者の対応の中で、そうした対応もその都度していく必要があります。そうした計画にない泊まりを実施する場合には、夜間の対応ということで職員配置等の体制整備が新たに必要になることも多くございますので、その評価というのはぜひお願いをしたいと思います。

論点の2つ目の対応案の総合マネジメント体制強化加算を基本サービス費に組み入れるということについては、稲葉委員からも既に御指摘があったところでございますが、地域密着型の特有のコストを総合マネジメント体制強化加算として区分支給限度基準額の枠外として評価されております。看多機の基本サービス費の現状なども考慮しますと、基本サ

ービス費に組み入れた場合に、利用者の他サービスの併用に当たっての不利益がないか、あるいは、先ほど申しました点ですが、事業所の経営に極めて大きな影響を与えかねないということがありますので、具体的なシミュレーションと申しますか、限度額の考え方の検討ということも併せて必要なのではないかと考えております。

資料4の認知症対応型共同生活介護についてでございます。10ページにお示しいただいておりますとおり、医療連携体制加算（II）・（III）の算定率が1.3%、2.3%と非常に低いというような状況もあり、先日の団体ヒアリングにおきましては、加算の単価が人材配置のコストに見合わないという御指摘があったと記憶しております。事業所に対応できない医療ニーズがある場合に、入院または退去となってしまうということも課題として挙げられております。看護師配置や訪問看護との連携が進むように、評価の引上げが必要なのではないかと考えております。認知症グループホームでの最期までを支えるケアの体制を考えていく必要があります。また、利用者や御家族のニーズというものも非常に高いということを認識しておりますので、この点に即した評価の在り方を検討する必要があると考えております。

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、松田委員、よろしく申し上げます。

○松田委員 松田でございます。

グループホームと看護多機能、小多機について少しお話をしたいと思うのですけれども、高齢者の医療・介護ニーズが複合化してきて、要介護度の悪化とか、それから、医療のほうから高齢者救急という状況を見ると、実は介護の現場から発生する肺炎とか心不全、尿路感染症、脱水というのはかなり大きくなってきています。こういうものは、実は介護のほうである程度予防的に対応できるものです。その予防的な対応というのは、看多機やグループホームや小多機の中でやられているものだと思うのですけれども、先ほど来出ている看多機や小多機のいわゆる包括評価というところは、予防的なことを考えるという意味では非常に適切な評価方法だと思っています。予防の効果は出来高でやってしまうと、やはり評価できなくなってしまいますので、そうすると、今これをやっている看多機とかグループホームとか小多機の中での予防的なケアマネジメントというかケアのサービスみたいなものを少し評価していただいて、それを介護報酬のほうに反映させていくということはできるのではないかなと思っています。既にナショナルデータベースと介護データベースが連結して分析できるようになっていますので、そういう分析をぜひ厚労省のほうでもやっていただけたらと思っています。

それから、そういう医学的な管理を、特にグループホームですけれども、中だけでやることは難しいだろうと思っています。そういうものに対して、適切に外から訪問看護や訪問診療が入れるような連携に関する加算というか、そういうものを考えていくということが現実的な対応ではないかなと思います。特に夜間などはそういう対応をすることが、

いつ発生するか分からないものに対して人的基準で縛るとするのはなかなか難しいと思いますので、そういう連携をベースとした体系というのを考えていただくといいのではないかなと思いました。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、江澤委員、よろしくをお願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1の論点1でございます。夜間対応型訪問介護が定巡に統合することについて異論はありませんが、利用者及び事業者に支障のないように丁寧に進めていくべきだと考えます。

続いて、資料1の論点2です。総合マネジメント体制強化加算を基本サービス費に評価することについてでございます。これは創設されたときから1,000単位と加算の単位も高額であることから、いろいろな議論を経て区分支給限度基準額の外に置かれていたわけでございます。一方で、加算の算定率が90%となれば、これまでも基本報酬におおむね包括化されてきた経緯がございます。定巡と小多機と看多機は、いずれもこの総マネ加算の算定率が90%ということでございます。それも、近年増えているのではなくて、90%で推移しているという状況であります。したがって、包括化する際に当たって、残りの10%の事業所が本当に対応できるのか、あるいは利用者の負担の増を勘案して算定しないのか、一応詳細に見ておく必要があるのではないかなと思います。

また、基本報酬に包括化した際に、新たな加算の提案もあり、あるいは認知症対応力向上の評価をする加算の提案もある中で、区分支給限度基準額の範囲内で飲み込めるのかどうか。これは加算の設定によりますけれども、その辺りはまたいろいろ、これらの事業所の経営に大きな支障がないように、丁寧にそちらも進めていくべきではないかと思えます。

それから、3の論点につきまして、随時対応型サービスの提供に当たっては、平素から利用者の状況を把握しておくことが重要だと思いますので、あくまでも利用者に支障のないように進めていくべきだと思いますので、今後、具体的なイメージも示していただければと思います。

続きまして、資料2の論点の1ですけれども、認知症の対応力向上を評価することに異論はありませんけれども、現在の介護サービスの提供状況を踏まえますと、あるいは利用者の状況を考えますと、認知症を前提として全ての介護サービスが対応するということは当然のことだと思いますので、その辺りも踏まえていろいろ検討を進めていただきたいと思えます。

続きまして、資料4のグループホームについてでございます。まず、論点の1でございますけれども、グループホームは当然医療提供の場ではございません。したがって、グループホームに看護師等の専門職を張りつけるよりも、地域の限られた人材である看護

師さん等が必要に応じて看護ケアを提供する体制が重要だと思います。また、現行のグループホームの介護報酬では、看護師を常勤で配置するのは大変厳しい状況であることも察しております。

また、先ほど東委員からも御意見がございましたが、9ページの医療連携体制加算の算定要件の入所者の対象である医療的ケアにつきまして、これはもともとこの加算が新設されるときに、通所リハビリテーションの重度療養管理加算の要件をそのままここに参考といたうか同様に設定した経緯があります。先ほど東委員も申されましたように、通所リハビリテーションにおいても、グループホームにおいても、この(1)から(9)の中にはほぼ利用者がいらっしやらないような対象が幾つかあります。人工呼吸器でありましたり、こういったものについて実態を踏まえて、対象者については見直していく必要があるのだろうと思います。

また、今後、医療ニーズの高まりも予測されますので、以前も申し上げましたが、もちろん法改正を要することですけれども、グループホームに今後介護保険の訪問看護あるいは介護保険の訪問リハビリテーション、こういったもののニーズが高まってくるのであれば、今後に向けてそういった検討もする必要があるのではないかなと思います。そうすることによって、随時に必要なときにタイムリーに限られた人材がサービスを提供できるということも可能になるのでないかなと思っております。

それから、論点2の3ユニット2人夜勤につきましては、これは前回のnが少ない調査結果ではありましたが、職員の負担が大変だということも出ておりましたし、利用者の安全性の確保や職員の負担の観点から、これ以上拡充するべきではないと考えております。

最後に、冒頭のほうに小多機等での在宅医療というのも御意見がございましたけれども、現行におきましては、訪問診療は通院困難な患者さんに対して自宅で診療することが前提となっております。介護事業所は在宅医療の提供の場ではありませんので、そして、我々在宅医としては、御本人の住まう環境も踏まえながら、本人の意思を尊重し、家族ともいろいろと相談しながら診療を行っております。それがまさに在宅医療であると思っております。また、これらのサービスはいずれも包括報酬でありますから、給付調整の面からもいろいろ困難も生じると思いますので、あくまでも在宅医療というのは御本人の自宅で提供するものというのは御理解いただければと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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か。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料2の4ページにこれまでの意見ということでケアマネジャーの連携というところを出していただいております。既に御報告がございましたが、昨年度の老人保健事業等の調査の中でも、居宅介護支援のケアマネジャーを利用者側のサイドからは変えたくなかった

ということで、小規模多機能型居宅介護の利用に至らなかった例も多く報告されておりました。恐らくは一方で居住系サービスを希望していたということで、場合によりますと、小多機ではなくていわゆるサービス付き高齢者向け住宅と集合住宅を選択されるケースもあるのかなということがございます。このような利用者側の意向もございますので、これはあくまでも今回ということではございませんが、今後も引き続きどのようなやり方がいいのかということは検討していただければと思いますので、意見でございます。よろしくお願いたします。

○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。

では、田中委員、お願いたします。

○田中委員 最後に1つだけ、資料2、看護多機能の4ページにありますように、今後ますます心不全の予防、尿路感染、肺炎の予防等を考えたときに、看護多機能事業所に特定行為等の専門看護師の配置を改めてお願したいと思ひます。

以上です。

○田中分科会長 では、稲葉委員、よろしくお願いたします。

○稲葉委員 ありがとうございます。

今回は各テーマごとの議論ということになっておりました。今日も例えばグループホームの中の夜勤の体制、人員配置の件などが出ております。ですが、これから横断的なテーマ検討の中では、人員の配置の基準についての議論などをぜひ行っていただきたい。先日の各団体のヒアリングの中でも様々な要望等が出てまいりました。具体的に検討に値するようなことも結構あったとも思ひますので、今後引き続き検討していただければと思ひます。よろしくお願いたします。

では、田母神委員、よろしくお願いたします。

○田母神委員 恐れ入ります。

私も田中委員と同じ意見でございまして、看多機や訪問看護などでは医療保険で既に評価されている部分もございまして、特定行為研修を修了した看護師が医師の包括的指示によって判断をして、状況を見守るといふこともできるようになっておりましたので、そうしたことへの評価もぜひ御検討いただきたいと思ひます。

以上でございまして。

○田辺分科会長 よろしゅうございましてでしょうか。

では、様々な御意見をありがとうございます。

事務局におかれましては、本日各委員からいただいた意見等を十分に踏まえた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き進めていただきますようお願いたします。

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たします。

○奥山総括調整官 事務局でございまして。

次回の第229回介護給付費分科会の開催は、10月26日午前中を予定しております。議題については調整中となります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれにて閉会いたします。お忙しいところ御参集いただきまして、ありがとうございました。

それでは、散会いたします。