

○芦田企画官 それでは、定刻になりましたので、第264回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

委員の皆様におかれましては、お忙しい中で本日も御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日も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、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。

会の開催に当たりまして、委員の交代がございましたので、御報告いたします。

荻野委員が御退任され、新たに公益社団法人日本薬剤師会の山田武志委員が御就任いたしましたので、御報告いたします。

続いて、本日の委員の出席状況ですが、奥塚委員、長内委員、塩田委員、山名委員より御欠席の連絡を頂いております。

御欠席の奥塚委員に代わり加来参考人、長内委員に代わり堂本参考人、塩田委員に代わり伊地知参考人に御出席いただいております。

なお、鳥潟委員におかれましては、途中で御退席する予定です。

以上により、本日は20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。

それでは、議事に入る前に資料の確認でございますが、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も掲載しております。

会議の運営は、これまでと同様、オンラインで出席の委員の皆様におかれましては、御発言する際には「リアクション」から「手を挙げる」をクリックし、分科会長の御指名を受けてから発言いただく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。

(カメラ退出)

○芦田企画官 それでは、以降の進行は岩村分科会長をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○岩村分科会長 皆様、こんにちは。

それでは、早速、始めさせていただきたいと思います。お手元の議事次第を御覧いただきたいと思います。

本日の議題は「令和9年度介護報酬改定に向けて」でございまして、議事次第にありますように、5つの内容について御議論を頂戴したいと思います。資料を用意していただいておりますので、それに沿いつつ、事務局から説明を頂きたいと思います。よろしくお願いいたします。

○土岐認知症総合戦略企画官 では、まず、認知症について、認知症総合戦略企画官の土岐と申します。よろしくお願いいたします。

資料は、まず最初、概況でございますが、3 ページ目です。認知症高齢者の数は、令和7 年で471万人余り、令和22年で584万人余りとなる予測です。

5 ページ目が若年性の方の数で、こちらが3.5万人余りです。若年ではない認知症の方に比べて1 %程度の数でございます。

6 ページ目に日本の認知症施策の歴史を記載しております。2023年、認知症基本法の成立ということでございますが、基本法成立後に改定に向けた議論をするのは今回が初めてであるといった状況でございます。

次のページが認知症基本法の内容でございますが、基本理念のところを御覧いただきますと、例えばマル1 で、全ての認知症の方が自らの意思によって生活ができるということや、マル3 の後半では、意見を表明する機会及び社会生活のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保、マル5 を見ていただくと、認知症の人、家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる、こういったことが法定されたという状況でございます。

11ページ目は、各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度という表ですが、一番右の列を御覧いただくと、全てのサービスにおきまして、約3 割から7 割の認知症高齢者の方がおられるということが分かります。認知症が特別ではなくて、認知症の方がおられることが普通の状況であるということを示しております。

次からが認知症の加算に関してですが、14ページ目以降が認知症に関連する加算の算定状況をまとめたものでございます。赤字になっているのが算定率3 %未満である加算を示しておりますが、御覧のとおり、かなり多く赤字となっているという状況でございます。

32ページ目から35ページ目までにかけて、これまで頂いている御意見をまとめたものでございます。主なものを申し上げますと、認知症介護研修のスリム化やオンライン化の必要性についての御意見、研修の定員や回数が少ない、せっかくよいチームケアを現場で取り入れようというときに研修を受けられないのは問題であるといった御意見です。

33ページ目、現行の認知症専門ケア加算は、主として体制加算のため、認知症ケアの効果や手間が十分に反映されていないという御意見です。

35ページ目、軽度認知症の方をはじめとして、世話される側に回るだけではなく社会参加の機会を確保するのが望ましい、こういった御意見を頂いているという状況でございます。

36ページ目以降は、これらの御意見に関連する資料ということでまとめておりますが、まずは研修に関してです。

36ページ目が総括表です。左の4 つは研修が加算の要件になっているもので、詳しくは下から2 番目の加算要件、こちらが加算の要件になっているということです。研修時間とありますが、講義・演習で128時間、結構長くなっていて、しかも対面が多い、そういったことがよく言われているというところでございます。

39ページ目以降が老健事業で調査いたしました研修の実施状況です。

39ページ目は、こういった研修の形式でやっているかということで、赤囲みが対面のみ

ということです。先ほど指摘があったようなオンラインに関連する話ですが、令和5年、令和6年を比べても、むしろ逆に対面のみ実施の自治体が増えてきているという状況を示しています。

41ページ目が研修受講料のデータです。赤色がボリュームゾーンになりますが、ボリュームゾーンの左側に1万円未満があり、右側は実践リーダー研修で5万円以上、中には7万円、そういったところもあったやに聞きます。このような形で相当なばらつきがあるという状況でございます。

43ページ目から50ページ目までが令和6年改定で新設いたしましたチームケア推進加算の実施状況に関しての資料です。

45ページ目から47ページ目に加算の算定が難しい理由ということで示しております。「人手不足であるため」「認知症専門ケア加算で対応しているため」「認知症チームケア推進加算の単位数に対して労力が見合わないため」、そういった回答がなされています。

48ページ目以降は、加算で求められる取組を実施することによる効果です。

48ページ目は、利用者本人にとってですが、「利用者の生活が落ち着いて穏やかに過ごす時間や笑顔で過ごす時間が増えた」「利用者のBPSDの出現頻度や不安などの症状が軽減した」など、ポジティブな変化が見られています。

49ページ目は、職員についてですが、職員の意識が高まった等、こちらもポジティブな変化が見られています。

50ページ目は、特定施設、現在、チームケア加算の対象外となっている施設でございますが、こちらで認知症チームケア推進研修に基づく実践をやったところ、BPSDの軽減に寄与したという結果が出ています。

51ページ目以降は、通所系サービスにおける社会参加活動の実施状況ということで示しておりまして、社会参加活動をするとうどういった効果が出るかみたいな話です。

51ページ目にあるように「生活における充実感・満足感の向上」「他者とのコミュニケーションの増加」、52ページ目にあるようにADLの改善が見られたということで、こういった各事業所における社会参加活動の実施を応援するような仕組みの検討が必要であろうと考えています。

53ページ目から55ページ目にかけては、実際の事例を紹介していますので、御覧いただければと思います。

最後、59ページ目は、これらを踏まえての論点ということで、4点記載しております。基本法及び基本計画の内容を踏まえて、認知症の人の意向を尊重した生活を目標とした、各サービスにおける日常生活動作や社会参加の向上につなげるため、どのような方策が考えられるか、加算の要件になっている研修についてどのように考えるか、資料で説明は触れませんでした。若年性認知症の方への支援についてどう考えるか、算定率が低い加算についてどのように考えるか、こういったことを論点として挙げております。こちらに挙げた論点に限らず、様々御意見を頂ければと思います。

以上です。

○堀老人保健課長 続いて、老人保健課長でございます。

資料2「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」について御説明いたします。

まず、3ページを御覧いただきまして、1つ目の項目であります「高齢者施設と医療機関の連携強化」につきましては、令和6年度介護報酬改定において介護保険施設等に対して協力医療機関を定めることを3年間の経過措置を設けて義務化いたしました。

5ページは、昨年度実施いたしました改定検証調査の施設調査の結果でございます。要件を満たす協力医療機関を定めている施設の割合は、特養が67.9%、老健は83.3%、介護医療院は84.9%、養護老人ホームは60.4%でした。

6ページを御覧いただきまして、自治体調査では、協力医療機関の状況について「集計していない」と回答した自治体が一定程度存在いたしまして、7ページに挙げましたとおり、状況には地域差が見られました。

14ページまでお進みいただきまして、昨年度改定検証調査におきまして、協力医療機関を定めておらず、「まだ検討を行っていない」と回答した事業所に対して個別にヒアリング調査を行っていただいた結果をお示ししております。

20ページにお進みいただきまして、協力医療機関連携加算につきましては、令和8年度診療報酬改定を踏まえ、会議の頻度の見直しをしたということでございます。

続いて、26ページです。2つ目の項目「感染対応力の向上」ということでございます。

27ページに記載いたしましたとおり、令和6年度の改定では、高齢者施設等において第二種協定指定医療機関等との連携を評価する高齢者施設等感染対策向上加算を新設しております。

29ページに昨年度実施いたしました改定検証調査の結果をお示ししておりますが、老健、介護医療院では約半数、その他のサービスでは7割以上がこの加算を算定していないという状況でございました。

30ページには、サービスごとの体制確保の状況や、体制確保ができていない場合の理由、また31ページには、自治体調査における自治体の取組の実施状況をお示ししております。

続いて、32ページ以降が3つ目の項目「人生の最終段階の医療・介護」についてでございます。

33ページのとおり、死亡者数については2040年まで増加傾向にあり、死亡場所については近年、自宅、老人ホーム等が増加傾向ということでございます。

34ページには「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の概要と介護サービスにおける位置づけをお示ししております。

38ページまでお進みいただきまして、医療処置として疼痛管理、ターミナルケアなどが可能な施設の割合についてはサービスによって大きく異なるということです。

39ページから43ページにかけましては、看取り関連加算の経緯、報酬、算定率等をサービスごとにお示ししております。

44ページ以降61ページまでが令和6年度改定の内容ということでございます。

62ページ以降67ページまで、各項目に関する主な御意見をお示ししております。

まず、63ページ、2つ目の丸を御覧いただければと思います。令和6年度改定に関する審議報告では、高齢者施設と医療機関の連携強化について次期介護報酬改定に向けて引き続き検討していくべきとされております。また、3つ目の丸でございますが、介護医療院について、看取りへの対応も含め、医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設としてのさらなる機能強化を図るための対応を検討していくべきとされております。

これらを受けまして、69ページ、70ページに現状と課題、71ページに論点をお示ししております。論点としましては、高齢者施設と医療機関の連携強化については、協力医療機関の確保状況や制度の意義を踏まえ、今後の在り方、また、高齢者施設等と医療機関のさらなる連携強化に向けて実効性のある連携体制の構築を推進するための方策、感染対応力の向上については、高齢者施設における感染症対応力のさらなる向上に向けて医療機関との連携をはじめとした方策、ACPについては各サービスにおけるACPの位置づけ、看取りにつきましては、本人が望む場所で、より質の高い看取りを実施できるようにするための方策、看取りに係る評価についてサービス類型ごとに加算の有無や評価の要件が異なることを踏まえ、各サービスに期待される機能・役割に応じた評価の在り方を挙げております。

資料2については以上でございます。

続きまして、資料3、LIFEについて御説明いたします。

まず、3ページ目からがLIFEの概要ということでございます。

4ページを御覧いただきますと、LIFEを活用した取組として、LIFEへのデータ提出に加え、データに基づきPDCAサイクルを回していただくことによりサービスの質向上に努めることを要件としております。

5ページにはLIFE関連加算の一覧をまとめております。

6ページ、サービス類型ごとのLIFE関連加算の算定状況は、昨年4月時点で施設系のサービスで約7割、通所・居宅サービスで約5割となっております。

7ページ以降に各加算の算定状況をお示ししております。

13ページ以降が前回令和6年改定の内容でございます。

14ページを御覧いただきますと、LIFEへのデータ提出頻度の見直し、15ページ、16ページにはフィードバックについての見直し内容をお示ししておりますが、時系列変化や層別化の設定により、全国の同じような利用者との比較ができるように見直しを行っております。

19ページ、20ページ、21ページでございますが、アウトカム評価充実のため、ADL維持等加算等の見直しを行っております。

23ページを御覧いただきまして、令和6年度改定に関する審議報告でございますが、2つ目の丸、入力項目やフィードバックについて検討していくべき、4つ目、アウトカム評価の充実に向けた見直しを行っていくべき、6つ目、LIFE関連加算の対象となるサービス

の範囲について引き続き検討していくべき等とされております。

24ページ、規制改革に関する答申では、介護報酬におけるアウトカム評価の在り方について、関係審議会における議論を踏まえ、引き続き検討を行うとされております。

25ページから33ページには、昨年度実施いたしました改定検証調査の内容をお示ししております。

25ページ、ADL維持等加算を算定していない理由について「ADL評価を行うことが難しい」「Barthel Indexを用いて行うための研修を実施することが難しい」といった回答が多いという結果でございました。

26ページから28ページにつきましては、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算、自立支援促進加算を算定していない理由についての調査結果ということでございまして、「アセスメントが負担である」という回答がいずれも多いという結果でございました。

科学的介護推進体制加算の事業所フィードバックについて、29ページ、閲覧・確認するグラフは要介護度が多く、30ページ、有用と感じる層別化の項目としては要介護度が多かったという結果でございました。

同じ科学的介護推進体制加算の利用者フィードバックにつきましては、31ページ、閲覧・確認するグラフとしてはADL合計点が多く、32ページ、有用と感じる層別化の項目としては要介護度が多いという結果でございました。

33ページ、LIFE関連加算を算定している6割以上の事業所において、LIFE連携に対応した介護ソフトの導入がされていたという結果でございます。

34ページ、日常生活動作の変化をLIFEから集計した結果でございますけれども、いずれのサービスも維持の割合が多いものの、6か月間の変化では老健で改善の割合が多いという結果でございました。

35ページ、36ページは、昨年度開催させていただきました「LIFEのあり方」検討会の取りまとめの概要でございます。検討会では、36ページにお示した5つの論点について取りまとめられまして、このうち加算構造の推移については37ページに図をお示ししております。

38ページ、検討会の取りまとめを踏まえまして、今年度は作業部会において各加算の項目等について御検討いただいております。今年秋をめどに分科会にこの結果を報告させていただこうと考えております。

40ページでございますが、論点といたしまして、LIFEについて、「LIFEのあり方」検討会も踏まえ、LIFE関連加算のデータ提出、アウトカム評価についてどのように考えるかとさせていただきます。

続きまして、資料4「口腔・栄養、一体的取組」について説明させていただきます。

まず、2ページからが口腔・栄養関連加算の概況の資料でございます。

3ページが口腔関連の加算の概要、4ページが栄養関連の加算の概要でございます。

5ページから11ページにかけまして、各加算の算定率をお示ししております。

12ページ以降、令和6年度改定における各項目の見直し内容を掲載しております。

21ページに口腔・栄養に関する各種の意見を掲載しております。

23ページを御覧いただきまして、介護における口腔の評価・管理のイメージということでございます。歯科医療関係者の介護における就業人数が少なく、歯科医療機関と介護の連携が重要ということでございます。

24ページから26ページには、令和6年度改定で新設した口腔連携強化加算についての状況をお示ししております。

26ページ、口腔連携強化加算を算定しない理由としては「時間や手間がかかる」「口腔の健康状態の評価が難しい」が多い状況でした。また「連携歯科医療機関が見つからない」が17.4%ございまして、その理由を左下にお示ししております。

27ページ、28ページは、令和6年度改定で施設系サービスで定期的な口腔衛生の状態、口腔機能の評価の実施が義務づけられたことについての資料でございます。

29ページから31ページにかけては、令和6年度改定で特定施設において3年の経過措置を置いて口腔衛生の管理を基本サービスとして行うこととされたことについての状況ということでございます。

29ページについては、特定施設における口腔衛生の管理の取組状況ということでございます。経過措置は今年度末までとなっております。

32ページからは栄養についての資料でございます。

32ページから36ページにかけて、介護保険施設における低栄養リスクに関する状況でございます。

32ページのとおり、低栄養リスクが中または高リスクの方については、特養が69%、老健が65.5%、介護医療院が89%でした。

33ページ、左側に介護保険における低栄養状態のリスク判断をお示ししておりますが、平成17年に導入されて以降大きな見直しが行われていないということでございます。一方、低栄養の診断基準としましては、右側に示したGLIM基準が国際的に用いられておりまして、診療報酬でも活用されているということでございます。

37ページまでお進みいただきまして、介護保険施設における食事管理に関する困り事について「食材費の高騰」が最も多く、次いで「嚥下調整食・食形態への対応」となっております。

38ページから43ページにかけましては、嚥下調整食に関する状況ということでございます。

39ページを御覧いただきまして、嚥下調整食の必要がある方の割合は、特養が57.5%、老健が48.8%、介護医療院が75.3%でした。

41ページを御覧いただきまして、嚥下調整食の提供に係るコストやケアの時間は、常食を出す場合に比べまして、相対的に増えたと回答する施設が大半でございました。

44ページを御覧いただきまして、栄養摂取の方法について経口摂取していない方の割合

は、特養が5.7%、老健が5.8%、介護医療院が36.5%でありまして、そのうち経腸栄養の割合は全ての施設で8割以上ということでございました。

45ページから47ページにかけましては、通所系サービスにおける状況ということでございます。

47ページを御覧いただきまして、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を算定していない理由としては「人手が足りない等により、時間が割けない」が6割、次いで「管理栄養士との連携が難しい」が約5割でございました。

49ページ、50ページに現状と課題をお示ししております。

51ページ、口腔・栄養に関する論点といたしましては、まず口腔については、介護事業所の職員と歯科専門職との連携や、施設の入所者のさらなる口腔機能向上や口腔衛生の管理をより促すための方策、栄養については、高齢者の栄養管理の充実を図る観点から利用者の適切な栄養状態の評価や取組の推進について、また、入所者の嚥下機能に応じた食事の提供を含め、施設で提供される食事を適切に評価するための方策を挙げております。

53ページ以降、リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組についての資料でございます。

54ページでございますが、リハビリテーション、栄養、口腔の取組については、一体的に運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が記載されております。

56ページ、一体的取組についての加算の算定状況をお示ししております。

58ページ以降が令和6年度改定の資料でございます。

58ページから62ページ、令和6年度改定時に、通所リハビリテーション、介護保険施設に一体的取組の加算を新設しております。

64ページまでお進みいただきまして、令和6年度改定における一体的取組の加算の評価について図でお示したのになっております。一体的取組を行った際の評価がどこに乗っているかというのがサービスごとに異なり、例えば老健ではリハビリテーションマネジメント計画書情報加算に上乗せされているなど、複雑な構造となっております。

66ページ、令和6年度改定における審議報告では、一体的取組の状況や効果を把握し、必要な検討について引き続き検討していくべきとされております。

68ページから76ページにかけましては、改定検証調査の結果をお示ししております。

76ページ、一体的取組に係る加算の未算定の理由をお示ししておりますが、管理栄養士や口腔の専門職の確保が難しいという理由が多く示されております。

こうした点を踏まえまして、78ページ、論点でございますが、1点目、一体的取組の推進についてどう考えるか、2点目としまして、令和6年度改定における審議報告を踏まえ、利用者の分かりやすさという観点や事業者の事務負担軽減の観点から加算についてどう考えるかとさせていただいております。

続きまして、資料5でございます。「多床室の室料負担」について御説明させていただきます。

きます。

3 ページ、4 ページについては、多床室の室料負担に関する経緯及び現状をまとめております。令和6年度の介護報酬改定において、その他型及び療養型の老健、並びにII型の介護医療院について新たに月額8000円相当の室料負担を導入することとなりまして、昨年8月より施行されております。

5 ページは、サービス種別ごとの室料相当控除額の算定状況をお示ししております。老健では約3.3%、介護医療院では約23%の事業所が室料負担の対象となっております。

7 ページでございますが、昨年12月に介護保険部会で取りまとめられました介護保険制度の見直しに関する意見の抜粋でございます。介護保険部会においては見直しに慎重な立場から、老健施設は住まいではなく、在宅復帰支援、在宅療養支援のための施設であるという趣旨から、室料負担を求めることは適切ではないのではないかと御意見を頂きました。部会の意見書としては、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、部会での御意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において検討を行う必要があるとされております。

8 ページは、令和5年の改革工程の抜粋でございます。在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、さらなる見直しを含め、必要な検討を行うとされております。

9 ページには、今年6月の財政制度審議会で示された考え方でございます。平均在所日数の長期化を踏まえると、令和6年度介護報酬改定において室料負担の導入が見送られた類型についても室料負担導入を検討すべきとされております。

11 ページ、現状と課題及び論点ということでございます。現状と課題の1つ目、これまでの見直しの経緯と介護保険部会の意見書の内容を記載しております。また、2つ目では、介護保険部会での議論の内容や、改革工程、財政審議会からの指摘についてまとめております。こうしたことを踏まえ、最後の論点でございますけれども、多床室の室料負担の在り方について、在宅との負担の公平性、各施設の機能や利用実態を踏まえ、7月に御議論いただいた老健、介護医療院に関する議論も念頭に置きながら、どのように考えるかとさせていただきます。

それ以降は参考資料でございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、ただいま事務局から説明いただきました内容につきまして、御意見、御質問等をお出しいただきたいと思います。

なお、今回は終了予定時刻をかなり大幅に超過してしまいまして、お忙しい中、皆さん御参加いただいて、この審議会の後にもまた御予定等があるかと思っておりますので、終了予定時刻にはこの審議会も終了したいと考えております。したがって、御発言いただく際には、今日5つの項目が上がっておりますけれども、その全部についてということでは

なく、最も御関心のある事項に絞って簡潔に御発言いただいて、なるべく円滑な議事進行を行いたいと思っていますので、御理解と御協力を頂きたいと思います。

それでは、いかがでございましょうか。

鳥潟委員は今日早く御退席ということですので、まず鳥潟委員にお願いしたいと思います。

○鳥潟委員 御配慮いただき、ありがとうございます。

今の議題のトピック全体に係る意見としまして、幾つか意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、加算の必要性について議論していくのですが、それとともに、サービスの質を担保しながら多様な対応を可能としていくための加算の在り方について要件等を整理していく視点も重要と考えております。いずれのサービスにおきましても、算定率の低い加算、高い加算があるので、報酬体系の分かりやすさや事務負担軽減の観点からの整理が必要と考えております。

私からは以上でございします。ありがとうございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの方にしばらく御発言をお願いしたいと思います。

堂本参考人、どうぞ。

○堂本参考人 岩村分科会長、ありがとうございます。

資料2について申し上げたいと思います。

高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等に係る調査研究事業の結果を見ますと、協力医療機関との連携体制が構築できていない施設が一定数存在することがうかがえます。医療と介護の連携に当たっては、医療機関側の体力が問われることが予想できますが、昨今の物価高騰等による経営状況の悪化や、医師偏在による医師不足など、医療機関を取り巻く状況は年々厳しさを増しており、高齢者施設からの協力依頼に果たして応えられるかという懸念もされるところでございします。医療機関と高齢者施設との実効性のある連携を推進するためにも、高齢者施設に対する支援のみならず、医療機関の経営体力に資する支援を行っていただくなど、医療と介護の両面から着実にアプローチを講じていただきたいと思います。

また、独居高齢者の増加や家族機能の脆弱化が進む中、本人の意思を平時から共有するACP（人生会議）の普及が安心した療養、看取り体制の構築には不可欠でございします。救急搬送時に傷病者の情報把握のため、介護従事者の同乗を求められる事例が多く、医療・介護現場の混乱防止や、意思決定が困難な方への支援の観点からも、ACPは、介護医療院に限らず介護保険施設やサ高住等への拡大も含め、御検討をお願いいたします。

以上でございします。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊地知参考人、どうぞ。

○伊地知参考人 ありがとうございます。

私からは資料1「認知症への対応力強化」、資料2「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」について意見を申し上げます。

まず、資料1でございます。本県においては、今年度、県認知症施策推進計画を策定しているところですが、計画を策定するに当たり、介護事業所や施設等を訪問し、認知症の方から直接意見聴取を行いました。その中で認知症の方本人からは、地域の中で役割を持ちながら自分らしく暮らし続けたいといった声を伺っております。資料の51ページには社会参加活動の実施状況について記載されておりますが、認知症の方々が地域社会において役割を持ち、生きがいを感じられるような取組を行う事業所を増やしていくことが重要であると考えます。つきましては、当事者の社会参加や生きがいを促す効果的な取組について、その実践が広がるよう介護報酬において評価することを検討していただければと思います。

続けて、資料2でございます。令和6年度介護報酬改定で義務づけられました協力医療機関の設定は、県内施設で一定の確保が進む一方、特に離島や中山間地域では連携に課題を抱えております。離島や中山間地域においては医療機関が少なく、1つの医療機関が複数の介護施設の協力医療機関となっている例がございます。このため、現場からは、入院等、医療機関への受入れが集中した場合に対応が困難となる懸念があり、協力体制の実効性の確保に不安を感じる声もございます。国におかれましては、協力医療機関との連携の具体例や好事例などをお示しいただくなど、離島や中山間地域における連携強化の促進を図っていただくようお願いします。

私からは以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、続けて、加来参考人、よろしくお願いいたします。

○加来参考人 ありがとうございます。

それでは、資料2について御意見を申し上げます。

まず、高齢者施設と医療機関の連携強化についてでございます。協力医療機関3要件を全て満たす体制の整備割合は、介護医療院が84.9%、介護老人保健施設で83.8%、特養で67.9%という状況で、自治体の集計も地域差が見られることが指摘されております。

大分県内の介護保険施設等における全ての要件を満たした協力医療機関を定めている割合は、特養、老健で約4割にとどまっており、全国平均を大きく下回っております。中山間地域の多い大分県では、入院受入れまで対応できる病院自体が少ないことがこの数字の背景にあると考えられます。単一の医療機関で全要件を満たすことが困難な場合、資料にもあるとおり、複数の医療機関を定めることにより要件を満たすといった柔軟な運用など、地域の事情に合わせて都道府県、市町村において推進していく必要があると考えております。また、常時相談対応や常時診療の体制確保のため、オンライン診療やICT機器を用いた医療機関との情報共有を促進し、物理的な距離を緩和する相談診療体制の構築についても

支援する必要があると考えます。

次に、人生の最終段階の医療・介護についてでございます。死亡者数は2040年まで増加傾向にあり、近年は病院だけでなく自宅や老人ホームでの死亡が増加している現状において、本人が望む場所で最期を迎えるためのACPの重要性や、住民が住み慣れた地域で最期を迎えるための体制整備が急務でございます。現在、原則全員を対象にガイドラインに基づく対応を施設基準で求めているのは、医療ニーズが最も高い介護医療院のみです。しかし、利用者が住み慣れた自宅や老人ホームなどの居住系サービスで最期まで尊厳を持って生きていくためには、生活の場に深く関わる訪問介護サービス、訪問看護、ケアマネジャー等の多職種連携をベースにしたACPの位置づけが欠かせません。訪問看護師等が主体的に関与し、利用者や家族の意向の変化を随時把握、そして共有できるようなACP連携を適切に評価する仕組みづくりが必要ではないかと考えます。また、特養や認知症グループホームにおいては看護師も少なく、看取りの対応が難しい部分があると思いますので、必要に応じて訪問看護サービスとの連携などができるよう検討していただきたいと思います。

私からは以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、続けて、今井委員、どうぞ。

○今井委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の今井でございます。

私のほうから2点ほど要望を申し上げたいと思います。

まず、1点目でございます。資料1「認知症への対応力強化」についてでございます。認知症に関連した加算の算定状況、算定率の定義については、従前から同様の指摘がなされていますが、研修事項が加算算定の要件になっているものについては、研修実施主体の受入れ枠により受講を希望してもなかなか受講できないこと、介護サービス事業所の運営実態、特に小規模な事業所では勤務のやりくりのため、外部研修の受講が難しい実態があること、また都道府県・市町村が実施主体の実践者研修、リーダー研修など、同じ研修コースでも研修実施主体ごとに研修受講料にばらつきが見られること、研修内容や質にばらつきがあることの課題が指摘されています。研修関係につきましては、受講機会の均等と負担の均等、内容の均質化を考えますと、都道府県・市町村に任せたままでよいのか、現在、技術的にはいろいろなICTの技術を使って均質化できるような取組があるので、国において標準的なコンテンツを作成するなど、再度、研修実施方法については検討していただきますようお願いいたします。

加えまして、認知症基本法が施行されて以降、初めての給付費分科会となりますため、資料9ページにあります認知症推進基本計画の着実な推進、とりわけ基本法の理念である共生のために、認知症の人が自立し、安心して暮らすための地域における生活支援体制の整備としての認知症バリアフリーの推進については、私ども民間事業者としても努力いたしますが、国としても広範囲に普及啓発していただきたいと思います。

2点目でございます。資料2の特に感染対応力の向上について申し上げたいと思います。

今回、各サービスに共通するような事項について論点整理されていると認識しておりますけれども、感染対応力の向上に関する資料、26ページから28ページを見ますと、高齢者施設等における感染対応力の向上となっております。私ども在宅訪問系のサービスにとりましても切実な課題でありますことから、「等」で表現されることに違和感を覚えます。在宅訪問系のサービスについてもしっかりとした対応をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

私からは3点コメントさせていただきます。

まず、1点目は認知症の関係です。「社会参加活動を実施している事業所」においては、ADLの改善、生きがいの向上、機能訓練に対するモチベーションの維持・向上、身体的な状態の維持・改善、といった効果が見受けられます。こういった利用者にとって効果が見られる取組をしているところを、例えば認知症関連加算で評価していく仕組みを検討していくべきではないかと思っています。また、算定率の低い加算や類似の加算については、整理・統合、算定要件の見直しなどにより、効率化、重点化を図っていくべきと考えています。

2点目はLIFEの関係です。多数あるLIFEの関連加算については、検討会のとりまとめにもありますが、加算要件や階層構造について、分かりやすさや重複項目などの効率化の観点から、整理、見直しを行っていくとともに、フィードバックを行っている事業所は、しっかりと評価される仕組みを検討すべきであると考えています。また、アウトカム評価については、これまで蓄積されてきたデータや調査結果を活用して、具体的な評価指標の設定や評価方法を検討した上で、加算の算定要件に反映していくべきだと思っています。

最後に、資料5の多床室の室料負担についてです。前回の改定で介護老人保健施設及び介護医療院について一部見直しが行われたところですが、高齢化、人口減少下における在宅と施設利用者の負担の公平性の観点や、介護医療院が実質的には生活の場となっていること、そして介護老人保健施設における平均在所日数といった利用実態を踏まえ、導入が見送られた類型についても室料負担を設けるように見直すべきではないかと考えています。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、石田委員、そして清家委員まで御発言いただいて、その後、一旦、会場に戻したいと思います。

石田委員、どうぞ。

○石田委員　よろしくお願いいたします。

まず、資料1「認知症への対応力強化」の件です。今回、認知症専門ケア加算など、さ

まざまな加算があって、認知症に対する対応力をつけるという方向性が示されております。利用者側の意見としては、少なくとも介護サービスに関わる全ての人々が認知症に対してはそれなりの専門的なスキルと知識を持っているということを前提にしてほしい、そこで初めて安心が持てると思っております。今、様々な加算がありますが、最終的には、この形は全部基本報酬の中に組み込まれて、こういった対応力を全ての施設、事業所が持っているという前提を目指していただきたいと思いますと思っております。

資料2の医療・介護連携のところですが、令和6年度の介護報酬改定で、高齢者施設で在宅医療を担う医療機関、在宅医療を支援する地域の医療機関等の実効性のある連携体制を構築するための要件を満たす協力医療機関を定める、これが努力義務化されて、経過措置が3年ということになっています。来年3月末までにこれがどのぐらいまで進められているかというところですが、資料を見ますと、介護施設と医療機関が連携して密接に情報共有できていることが利用者にとっては大きな安心につながっていることが分かります。利用者側してみれば、施設を選ぶときに、この施設にはこういった医療機関が連携しているということをどのように知ることができるのか。例えば厚労省ではホームページに介護サービス情報公表システムを掲載しているということです。そのデータを拝見しましたが、利用者にとっては、まずそうした情報がどこで得られるのかを知らされていなかったり、さまざまな情報などをたぐっていった最終的に自分が利用したい施設がどこかの病院と連携しているかというところまで確認するのに、大変に手間も時間もかかるわけです。こういった点について、施設と医療機関との連携を推進する際には、利用する側の分かりやすさ、たどり着きやすさもぜひとも工夫していただきたいと思いますと思っております。

そのときに一つ、感染対応力の向上という点がございましたが、感染症ということについては、今、非常にシビアに厳しくコントロールされているように思います。ここは過度に対策が取られているかのように感じるところもあり、例えば利用者の側として、すでに世の中では終息しているにもかかわらず、ずっと面談が許されないことが長く続くというようなことが多々あったりしています。もちろん施設側してみれば、念には念を入れて注意していることと思いますが、この辺がどうかという問題は利用者側として質問していきたいと思っております。

最後に、資料4の口腔、栄養、リハも含めた一体的な取組のところですが、全体を見ます限り、少なくとも口腔、栄養、リハといった様々な専門の分野が連携して的確に対応することによって、高齢者の質的なケアが確保できる、実際に高齢者の状態も維持あるいは場合によっては向上まで期待できるというようなことは、どんなデータによっても明らかな訳です。ただ、現状としては歯科の専門職との連携が難しい、あるいは管理栄養士との連携が難しいというようなことが報告されています。つまり、最終的には人件費の問題になってくるのではないかと思います。この辺のところについても、多様な専門職人材を確保できる形での仕組みを整備していただければ、効果は明らかですので、ぜひ進めていただきたいと思いますと思っております。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、清家委員、どうぞ。

○清家委員 ありがとうございます。

私からは資料3に絞って発言させていただきます。

41ページの論点2、アウトカム評価がございまして、私も以前の分科会で、要介護度の維持あるいは悪化の防止に資することをもって評価するような方法が望ましいと申し上げております。資料3の17ページを拝見しますと、LIFEを活用したイメージということですが、下半分に厚生労働省側の項目がございまして、「エビデンスに基づく施策の立案」ということで、アウトカム評価の検討という中身がございまして、収集・蓄積されたデータを基にアウトカムに基づいた評価を進めていくべきでありまして、その際、AIの積極的な活用も有効ではないかと考えております。

私からは以上でございまして。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、会場のほうにお戻しいたしまして、先ほど志田委員がお手を挙げていらっしゃいましたので、どうぞ。

○志田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の志田でございまして。

資料1について意見と要望を申し上げます。

11ページを見ますと、認知症の利用者は約500万人で、地域密着型を合わせて通所介護は150万人、訪問介護は100万人、特別養護老人ホームは57万人とあります。この数字に示されているように、認知症の人が暮らしを維持していくには、独り暮らしであっても、高齢夫婦であっても、通い介護の家族がいるとしても、介護保険制度の給付が欠かせません。認知症の人と家族の会としては、認知症の人が利用する全てのサービスにおいて充実させていただきたい、そういった願いであることをまず申し上げておきたいと思っております。

論点について意見を申し上げます。算定率が低い加算が論点になっていますが、なぜ算定率が低いのか、原因を確かめていただくことが重要だと考えます。また、必要な加算なのに算定率が低いのであれば、原因を見極めて見直しをしていただくことを要望いたします。

なお、11ページの各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度ですが、ランクIII以上の集計があります。厚生労働省の説明では、認知症関連加算の多くがランクIII以上の割合を要件としているからとのことですが、私たちの実感としては、比較的元気なランクIIの人への対応もとても重要です。ランクIIの利用者は訪問介護と通所介護ではそれぞれ4割を占めています。認知症グループホームへの入居の目安はランクII以上です。ランクIIの利用者にもきちんと対応できるよう、ぜひ認知症関連加算の見直しをしていただくことを要望します。

また、加算の要件となる研修ですが、研修を受講することが目的ではなく、介護職員が

認知症の人にしっかり対応できる力を身につけていただくことが大切です。事例検討などを含めて、介護職員の皆さんが日頃抱えている認知症ケアをめぐる悩みを解決できる実践的な研修にさせていただくことを要望いたします。

また、費用負担や研修期間が課題と聞かれます。認知症対応力を強化するために、特に費用負担については公費補助の検討が必要と考えます。

なお、認知症は日常生活自立度が全てではなく、病気や障害も併せ持つ人が多く、個性も非常に高いことを対応力強化の審議ではぜひ考慮していただくよう要望いたします。

次に、資料2です。

アドバンス・ケア・プランニングですが、人生の最終段階という言葉も含めて、どのくらい介護が必要な人や介護家族に浸透しているのでしょうか。本人の意思に沿った終末期とはどのようなものなのか、そういったことも含めて実態がまだ把握されていないと考えます。論点では、各サービスに位置づけることがテーマになっていますが、利用者や介護家族の理解がないまま性急な位置づけの検討は避けたいと思います。検討の前に、まずアドバンス・ケア・プランニングについての利用者・介護者の意識調査などをきちんとさせていただくことを要望します。

看取りですが、「本人が望む場所」とあります。居住系、施設系だけでなく、これからは自宅を希望する人も増えていくのではないかと考えます。訪問・通所系の在宅サービスも含めて評価の在り方を検討することを要望します。

資料3のLIFEについてです。LIFE関連加算は当然利用者負担もありますが、介護が必要な人や介護家族には加算の意義や内容を全く理解できていないという課題があることをまず指摘しておきます。

16ページに利用者フィードバックとありますが、事業所へのフィードバックにより利用者のケアがどのように変化したのか、どのような効果があるのか、この場でなくて構いませんので、ぜひお示ししていただくことをお願いいたします。

資料4の45ページに、通所系サービスにおける低栄養の状況があります。本来であれば、訪問介護や訪問看護など訪問系サービスのスタッフが気づくべきテーマではないかと考えます。通所系で確認が必要になるというのは、訪問系の支援がないせいではないか、もっと訪問系の充実を図る必要があるのではないかと考えます。

論点には、加算についてどのように考えるかとありますが、必要な加算については、利用者や介護家族に理解できる名称と分かりやすい説明ができるようにしていただきたいと思っております。

最後、資料5についてです。

施設サービス利用者の居住費、食費については長らく審議テーマとなっていますが、認知症の人と家族の会では、自費の金額が増えること、あるいは補足給付の見直しにより、経済的な理由で施設を諦めざるを得ない利用者が出ることを一番心配しています。参考資料には、老人保健施設から医療機関に移る人が約4割、介護医療院から医療機関に移る人

が約3割という数字も示されています。資料2の論点では「本人が望む場所で、より質の高い看取りを実施できるようにするためには」という項目がありましたが、本人が望む場所、これについて、より一層の議論をしていただくことを要望いたします。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

まず、資料1「認知症への対応力強化」について意見を申し上げます。

4ページでは、今回、独り暮らしで、かつ認知機能低下が見込まれる高齢者数を量的に算出いただきました。2050年の総人口推計は9515万人であると見込まれておりますが、資料記載の349万人となりますと、3.6%強となります。たとえば人口10万人の地域では約3600人の独り暮らしでかつ認知機能が低下した方がいらっしゃるかと予測されます。言うまでもないことですが、地域での生活が維持できるよう、9ページ記載の基本計画にある社会参加の機会の確保を含めたバリアフリーの取組や、日常生活における意思決定支援がより重要となってまいります。そのためにも、早い段階から相談支援や介護サービスにより支援者が存在する環境へとつないでいくことが重要であり、つなぎとして介護サービスにおいて認知症チームケア推進加算を筆頭に、各種認知症関係の加算が算定できる環境整備が重要と考えます。

45～47ページでは、例として認知症チームケア推進加算の算定が難しい理由が、必要な人員の確保と研修修了者の確保が難しいためと記載されております。

53～55ページでは、社会参加の事例も示されておりますため、定義づけが難しいかも知れませんが、体制だけでなく、認知症の利用者受入れに当たっては、こうした社会参加活動実施のアウトカム評価も検討してはどうかと考えます。通所系の場合、その事業所内での活動しか利用時間に含めにくい状況もございますので、一定の要件の下、外出や屋外での支援、サービス提供も含められるようにすることを検討してはどうかということでございます。

続きまして、資料2「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」についてでございます。

協力医療機関につきましては、7ページでは都道府県別に、さらにマル1からマル4までのヒアリング結果もお示しいただきまして、また、14ページにおきまして、個別ヒアリングを実施いただきまして、今後、連携等を進める上で大変参考になる資料と考えます。一部の都道府県におかれましては、今回、通知等で市町村へ照会をかけるなどして把握が進んだ結果、対策を講じつつあると見られるケースもあり、今後、高齢者施設と医療機関のマッチング等が進むことを期待したいと存じます。一方、16ページでは、医療圏域内にはあっても施設の立地する市町村周辺に病院がないため、協力医療機関が定められないと思われる傾向も見られております。何らかの方策を考えるなど御検討いただければと

思います。

43ページにあります居宅介護支援のターミナルケアマネジメント加算の要件につきましては、現行では居宅への訪問が要件となっておりますが、居宅介護支援は訪問サービスによる支援とは異なり、様々な連絡調整を行うことが求められております。このため、訪問回数を要件とすることが適切なかどうかを含めまして、支援特性を踏まえた要件として普及を図ることなども御検討いただければ幸いです。

資料3のLIFEについてでございます。

25～28ページでは、ADL評価の難しさや、各項目算定のためのアセスメントが負担とされておりますが、今後の普及につきましては、これらの解決へ向けた取組が重要ではないかと考えます。AIによって何でも解決できるとは考えておりませんが、事務的な帳票類作成などはデータから抽出して決められた様式の枠へ格納できるものもありますので、33ページにありますCSV変換を不要にしてデータ化できるなど、各介護ソフトウェアのより一層の充実を期待したいと考えます。

資料4「口腔・栄養、一体的取組」でございます。

22ページでは、歯科衛生士が介護保険施設で就業する例が増加していると見られる資料が出ておりますが、医師、歯科医師を含め、管理栄養士とともに歯科衛生士や言語聴覚士等のリハビリテーション専門職によりチームができれば、誤嚥性肺炎予防など摂食嚥下面での改善につながり、口腔、栄養、リハの一体的取組の新たな展開も期待できます。このため、これらの職種も何らかの形で体制加算等による配置の促進を期待したいと考えます。

また、あわせて、令和8年度診療報酬改定の際に、脳血管疾患等リハビリテーションにおきまして、退院・退所した際に必要に応じて介護保険におけるリハビリテーションの紹介・見学・体験等提案することとなっております。これらを踏まえまして、利用者が退院・退所した直後において居宅介護支援事業所が訪問・通所リハビリテーションの紹介・見学・体験等の支援を行う取組につきまして、併せて何らかの評価を御検討いただけないかというところでございます。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、一旦、またオンラインのほうに戻したいと思います。

小泉委員、どうぞ。

○小泉委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の小泉でございます。

私からは、資料1、2、3について意見を申し上げさせていただきたいと思います。

まず、資料1「認知症への対応力強化」についてです。

国から示された論点では、加算の算定率向上やチームケアの推進が問われていますが、現場の深刻な実態を踏まえた見直しが必要と考えます。まず、認知症専門ケア加算や認知症チームケア推進加算において、認知症介護指導者養成研修の修了者を配置する要件について強い危機感を持っております。第259回の分科会でも発言しましたように、この研修は

事業所内での指導というよりは地域の実践リーダー等の養成を本意とするものです。真に現場の認知症ケアを推進するのであれば、加算Ⅰの要件を認知症介護実践者研修修了者、加算Ⅱの要件を認知症介護実践リーダー研修の修了者に変更すべきと考えます。この加算の目的に合致しない、要件ばかり厳しい研修について、ぜひ見直しを検討いただきたいと思います。

あわせて、認知症関係の加算全体について申し上げます。各事業所が前向きに算定を目指し、算定する意欲が持てるような介護現場の努力が報われる報酬設計、すなわち各加算の単位数の大胆な引上げを行うことが先決です。要件ばかりが厳しく、それに見合わない低い評価のままであれば認知症ケアの向上は進みません。現場に寄り添った実効性のある見直しを要望いたします。

資料2「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」について申し上げます。

まず、高齢者施設と医療機関の連携強化についてです。協力医療機関の確保に当たっては、常時の診察や急変時の入院受入れが大きな課題ですが、そもそも入院に対応できる病院が存在しない地域においては、どれだけ努力しても提携は不可能です。こうした地域的格差を無視した義務化には反対であり、そうした地域を義務化の対象から除外するか、オンライン対応による連携など実情に即した代替方策を示すべきです。令和9年4月からの義務化の施行については、自助努力では提携が困難な施設が直ちに基準違反とならない特例または経過措置の延長を要望いたします。

さらに養護老人ホームの義務化については、利用者の要介護状態や医療ニーズの違いを踏まえると、特養と同等とすべきかどうか疑問です。当協議会の調査では、養護の平均要介護度は1.2にすぎず、資料2の38ページには施設種別ごとに可能な医療処置の割合がありますが、介護3施設及び特定施設入居者生活介護が高いのに対し、養護は、軽費、認知症グループホームと同等に低いことが分かります。制度的にも要介護者の多い特定施設入居者生活介護が努力義務であるのに対し、養護は、一般、特定を含め、義務化という矛盾が生じています。これらを踏まえると、養護老人ホームは軽費老人ホームと同様に努力義務とすべきではないか、改めて検討が必要と考えます。

次に、感染対応力の向上については、医療機関側との連携が困難な地域が多く、事業所の努力だけでは限界があります。自治体や医師会が主導的な仲介役となり、連携体制を構築する強力な支援が不可欠です。

最後に、看取りについてです。第260回の議論でも申し上げましたが、終の棲家として、増大する医療ニーズや日々の重度者を支える特養の終末期における看取り加算を適正に評価するよう見直すべきです。さらに、短期入所生活介護をはじめとする在宅系サービスの看取りの報酬単価は、あまりに低過ぎます。現場が責任を持って看取りに取り組める実効性のある報酬体系の再構築を求めます。

次に「科学的介護情報システム」について申し上げます。

データ提出を伴うLIFEの関連加算の在り方については、現場の入力負担が限界に達して

いることを大前提として議論を進めるべきです。

まず、LIFEの関連加算の階層構造化についてですが、提出内容が極度に専門的にならないこと、そして入力や提出の項目がこれ以上増えないことが大前提です。現場の実態として、施設の重点課題や専門職の配置状況に合わせて特定の加算のみを単品で加算している事業所が一定数存在します。これらを無理に階層化することでこれまでの取組からの撤退を招くことがないような十分な配慮が必要です。

最後に、フィードバックの在り方についてです。現在、現場からは、せっかく膨大なデータを提出したにもかかわらず、フィードバック情報が実際の介護やプラン改善に生かされていないという失望の声が多く聞かれます。提出を求める以上、現場がこの入力をするからこそケアがよくなると確信できる実用的なフィードバック体制の確立を最優先に求めます。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

次に、山田委員、お願いいたします。

○山田委員　先ほど御紹介賜りました今回より委員を務めさせていただくことになりました日本薬剤師会の山田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

私から資料2について発言申し上げます。

看取り期において必要な方に対する適切な疼痛管理が重要であると考えております。資料のスライド38では、高齢者施設等における医療処置への対応状況が示されておりますが、疼痛管理については、麻薬を使用しない場合、麻薬を使用する場合のいずれについてもサービスによって対応可能な割合に差が見られております。このうち特定施設入居者生活介護では、疼痛管理に対応可能な割合がほかのサービスと比較して相対的に高くなっております。その背景には、特定施設において薬局による麻薬を含めた薬剤提供や、継続的な薬学的管理が行われていることも考えられます。また、死亡者数の増加や、老人ホーム等での看取りが増加傾向にある中、看取り期の疼痛管理では、利用者の状態変化に応じて麻薬の用量調整や剤形変更などが行われることも多く、医師、看護職員、薬剤師が緊密に連携しながら対応することも重要であると考えます。薬剤師は、麻薬の服薬状況や疼痛緩和の状況、副作用や残薬、保管状況を確認し、処方医への情報提供や処方提案を行うなど、適切な疼痛管理の実現に関与しております。また、利用者や家族への指導に加え、看取り後に残った麻薬の回収なども含め、麻薬の適切な管理にも関与しております。このため、必要な方に必要な疼痛管理が適切に行われるよう、サービス種別にかかわらず、看取り期における医師、看護職員、薬剤師等の連携体制の充実についてぜひ御検討いただきたいと考えております。

私からは以上でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、田母神委員、どうぞ。

○田母神委員　ありがとうございます。

まず、資料１、資料２について意見を申し述べます。

資料１の59ページの論点の１つ目についてですが、認知症基本法が掲げる共生社会の実現に向けて、介護報酬改定においても「新しい認知症観」に基づく施策推進が必要と考えます。51ページから示されている社会参加活動の事例や効果のように、認知症の方が本人の希望や能力に応じて、地域活動への参加や、役割を持つ活動など、社会とのつながりを継続できる支援が重要です。社会参加活動は、利用者一人一人の興味・関心や状況を丁寧に確認した上で、地域住民や関係者とも十分な調整を必要とするものであり、事業者の取組を評価する必要があると考えます。

論点の２つ目でございます。認知症対応力向上のための研修について、専門的な研修を修了した職員の配置などケア提供体制に対する評価は、認知症ケアの質の向上を図る上で重要な点と考えております。45ページからの資料では、認知症介護実践リーダー研修などが受講しにくいなどの意見が挙げられており、研修受講環境の整備とともに、地域の認知症看護認定看護師などとの連携により専門的な助言や指導を受ける、そして継続的な支援を受けることで施設のケア体制の整備を図るなど、地域の専門人材を活用する仕組みについても評価することが有用と考えます。

論点３つ目の若年性認知症の方への支援については、就労や子育てなど御本人や御家族の状況や希望は多様であり、資料56ページのとおり、お一人一人の状態、背景に応じた支援を総合的に提供できるよう、関係者間の連携強化に向けた評価が重要であると考えます。

資料２の医療・介護連携については、協力医療機関との連携による体制整備が得られていない場合が一定あり、年度末までの間、自治体の支援も得て連携体制を構築することが重要です。現在、医療機関との調整を急ぎ進められているものとは考えておりますが、施設の努力では難しい状況も考えられ、令和8年度改定検証調査の結果について速報値をお示しただけということですので、その時点で経過措置の延長も含め、検討を進める必要があるのではないかと考えます。

協力医療機関が得られていない高齢者施設等への自治体からの支援として、資料４ページに地域の医療機関のリスト提供が例示されておりますが、医療機関側にとっても地域の高齢者施設との連携状況の把握は非常に重要であると考えますので、医療機関側に対しても高齢者施設等のリストを提供するなど、双方で連携体制の構築を進められるよう支援が必要と考えます。また、感染症対応力向上に向けた高齢者施設と医療機関との連携につきましても同様に、都道府県における第二種協定指定医療機関リストの情報提供は連携推進に向け、必要な取組と考えます。

最後に、人生の最終段階の医療・介護についてです。利用者・御家族との信頼関係の構築と、利用者御本人の価値観や意向を尊重した医療・ケアを実現し、御本人が望む場所で看取り期を支えるためには、本人を中心に家族、医療・介護関係者などが御本人の思いを継続的に共有していくことが重要です。また、ACPにつきましては、御本人の意思が変化し

得るという前提の下に、利用する介護サービスや療養の場が変わった場合にも、それまでの話し合いの内容を、関係者間で確実に共有することが重要であり、切れ目なく繋いでいくことが必要と考えます。日々の利用者の状態変化の把握、医師との連携、多職種との連携、御本人・御家族への支援など、看護職員が果たす役割は大きく、看護職員を手厚く配置する特養では、看取り介護加算の算定率が高いというデータもありますので、御本人が住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現に向け、看護職員配置を手厚くするための介護報酬上の評価の充実が必要であると考えます

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、野村委員、それから田中委員と御発言いただいて、その後また会場にお戻ししたいと思います。

それでは、野村委員、どうぞ。

○野村委員　ありがとうございます。

私からは資料4「口腔・栄養、一体的取組」の中で口腔連携強化加算についてであります。

適切な口腔健康管理を行う観点から令和6年度介護報酬改定で新設されましたが、算定が伸びておりません。資料4の26ページに、算定したことがない事業者の算定しない理由が挙げられていますが、「時間や手間がかかる」が最も多く、次いで多かったのが「口腔の健康状態の評価が難しい」とあります。そうであるからこそ、歯科専門職、そして歯科医療機関につないでいただきたいと考えております。また、24ページに示されていますように、口腔の健康状態の評価を行うようになったことで39.3%の事業所で新たに歯科受診へつながっていた。28ページでは、口腔の健康状態の評価を行うようになったことで47.1%の施設で新たに歯科受診へつながっていた。また、27ページでは、口腔の健康状態の評価の実施による変化において「施設職員の口腔の状態評価について理解が深くなった」が約6割あります。また「利用者の口腔の状態が改善した」は5割弱となっており、口腔連携強化を実施する意義は大いにあると考えております。

口腔連携強化加算は、1か月に1回50点という点数の割に手間がかかるということが算定しない主な要因の1つになっていることから、連携促進及び口腔の健康状態の維持・向上の観点からも要件の緩和を望んでおりますので、御検討いただければと思います。よろしく願いいたします。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、田中委員、どうぞ。

○田中委員　ありがとうございます。

私からは1、2、3、5について一言ずつ申し上げたいと思います。

まず、1ですが、認知症関連加算の算定が求められる一方、多くの委員がおっしゃって

いるように、その要件となる研修の受講機会が限られており、現場の研修環境は十分に改善されていません。診療報酬では加算要件の演習を含む看護師向けの認知症ケア研修をオンラインで一度に約300名を対象に実施している例もあります。介護分野でもオンライン化や定員拡大など受講機会を広げる工夫が必要です。また、資料36ページにあるグループホームや小規模多機能型居宅介護等の研修要件についても、少人数ケアやユニット型が広く普及した現在、制度創設時の合理性が今日も妥当するか、改めて検証すべきではないでしょうか。特に小規模事業所への過度な負担が生じないように要件の合理化を求めます。若年性認知症の方については、本人の希望や能力に合った居場所が不足しています。就労的活動や社会参加も含め、制度横断的な新たな支援体制を検討する必要があると思います。

資料2ですが、介護医療院では、急性期治療後に介護の必要性が高まっても、介護度の変化や変更が間に合わないまま、亡くなる方がいます。その差額は施設の負担となるため、入所時の状態に応じて、みなし要介護度を適用できる仕組みづくりが必要ではないかと改めて申し上げたいと思います。

資料3、LIFEの抜本的な改善についてです。介護現場の負担軽減と科学的介護の実効性向上を両立するため、LIFEに必要なデータは既存の介護ソフト等から自動的に連携し、国が一元的に収集・分析した上で、その成果を現場へ分かりやすく還元する仕組みが必要だと思います。また、フィードバックを確認する際の操作性や応答速度についても十分な改善が実感できず、結果の表示に依然として時間を要しています。データの入力・収集・分析・還元までを抜本的に自動化・効率化し、職員が本来の介護業務に専念できる、迅速で使いやすいシステムへの再構築も必要と考えます。

最後に、多床室の室料ですけれども、病院の標準的な多床室では原則として室料を別途徴収していません。それにもかかわらず、同じような共同居室で療養・介護を受ける介護施設について、居住環境が改善されたわけでもないのに室料負担を求めるのは制度として整合性を欠きます。これは、新たなサービスへの対価ではなく、保険給付を利用者負担へ付け替えるものにほかなりません。施設の運営原資が不足しているのであれば、本来は介護報酬で適切に手当てすべきです。財源が厳しいことを理由に利用者へ室料を転嫁するのは本末転倒です。在宅との公平性だけではなく、病院との公平性や、なぜ介護施設の多床室だけに室料負担を求めるのかを明確に説明すべきであり、合理的な説明がないまま対象を拡大することには反対です。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、会場のほうで御発言、御希望の方はどうぞ。

では、平山委員、どうぞ。

○平山委員　連合の平山です。

まず、資料1「認知症への対応力強化」についてです。

認知症チームケア推進加算の算定の障壁として、人手不足や研修受講のしにくさ、カン

ファレンスの開催が困難といった実態が示されています。認知症ケアの質を確保するとともに、算定要件を単に緩和するのではなくて、研修やカンファレンスなど質の高い認知症ケアに必要な取組が現場の負担なく実施できるよう、必要な人員確保や取組に要するコストを踏まえた報酬上の評価を検討いただきたいと思います。あわせて、研修を勤務時間内に受講できるような体制やオンライン研修の活用など、受講しやすい環境整備も進めるべきと考えます。

若年性認知症については、発症時に就業していた方のうち約7割が退職していることが資料で示されており、資料56ページに示されている関係機関の連携をさらに進め、介護だけでなく雇用や障害福祉などと連携し、本人の希望に応じた就労継続や社会参加を支えていくことが重要と考えます。

また、算定率が低い加算については、算定率だけで必要性を判断するのではなく、算定が進まない要因を十分に検証した上で、利用者の分かりやすさや事業所の事務負担軽減の観点から、加算の統合・簡素化を検討すべきと考えます。

次に、資料3のLIFEについてです。

科学的介護を推進し、LIFEをケアの質の向上につなげていくことは非常に重要と考えます。一方で、ADL維持等加算について、研修の実施が難しいことや、ADL評価が難しいこと、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算、自立支援促進加算について、算定に必要なアセスメントの負担が未算定の理由として挙げられております。現場からは、LIFEからのフィードバックを具体的にどのようにケア改善につなげればよいか分からないとの声も聞いています。専門職の配置状況にかかわらず活用できる具体的な事例を示すとともに、研修や相談支援を充実させていただきたいと思います。あわせて、重複入力の回避やシステム連携をさらに進め、LIFEへの対応を職員個人の負担に委ねることなく、必要な人員や業務時間を確保するとともに、研修についても勤務時間内で受講できる環境を整備することが重要と考えます。現場の負担軽減とLIFEの活用支援をセットで進めていただくようお願いいたします。

最後に、資料5「多床室の室料負担」についてです。

多床室の室料負担については、在宅との負担の公平性という観点がある一方で、対象のさらなる拡大については慎重に検討すべきと考えています。現在の見直しは令和7年8月に始まったばかりであり、利用者負担や施設選択、入退所、施設経営にどのような影響が生じているのか十分に検証した上で、次の見直しを検討すべきと考えます。また、特に介護老人保健施設は在宅復帰・在宅療養支援を行う施設です。資料でも在宅復帰率は超強化型で57.3%、その他型では12.6%と、施設類型によって大きな差があります。こうした施設の機能や利用実態に違いがあることから、室料負担の対象を広げることには慎重であるべきと考えます。長期入所の背景には、特養の入所待ちなど施設の受け皿不足によって退所が難しいケースもあります。資料でも長期入所の退所困難理由として、特養の入所待ちが38%とあります。単に入所期間が長いことを理由に利用者負担を増やすのではなく、長

期入所になっている背景も丁寧に分析した上で検討すべきと考えております。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、どうぞ。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

私は資料1、2及び5について発言させていただきます。

まず、資料1「認知症への対応力強化」でございます。

資料1の20ページ、21ページ及び23ページを見ますと、認知症関連加算の算定率が非常に低い状況であることが分かります。また、資料1の36ページには、これら様々な加算の算定要件となっております、認知症ケアに携わる介護従事者向けの研修の一覧が示されています。しかし、多くの委員からも発言がございましたが、これら多くの研修において実習が長時間義務づけられておりますし、研修時間自体もいずれも長く、深刻な人手不足にある現場にとって大きな負担となっております。これだけの時間と手間をかけて研修を受けましても、加算の報酬単価は十分とは言えませんので、現場感覚としては努力に見合わない制度になっているというのが実態だと思われます。認知症ケアの質を高めることは極めて重要と考えますが、制度的に厳し過ぎれば、現場が必要としていましても活用できません。利用者にとっても有効で、かつ現場が無理なく取り組める仕組みへ認知症関連加算自体を抜本的に見直すべきときに来ていると考えます。

次に、資料2「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」について意見を申し上げます。

資料2の33ページの右下のグラフを御覧ください。ここを見ますと、2000年から2024年にかけて老健施設における看取り数が急激に増加していることが分かります。また、資料2の35ページには老健施設におけるACPの状況が示されております。ACPの実施状況では、何らかのACPを実施している老健施設が約80%ということが分かります。また、どのような方にACPを実施しているのかとの問いには82.4%が看取り期の利用者ということでした。一方、左下のグラフ、ACPを話し合う時期を見ますと、入所時で60%、状態悪化時で76.1%という実態も見られます。

資料2の34ページには「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の資料も示されておりますが、この中には、いわゆるACPの概念も含まれているわけです。ACPにつきましては、我が国におきまして、延命の手段をどうするかという概念で受け止められがちでございます。しかし、私はここに大きな問題、誤解があると考えています。先ほど志田委員の発言にもございましたが、ACPに関する国民の意識調査みたいなものが必要かもしれないと思っております。本来のACPというのは、延命の時期に入ってから慌てて行うものではありません。もっと早い段階から、本人や家族が望まない過度な医療提供を避けるためにも、どこまでの医療を望むのかを普段から共有していくことが非常に重要と考えます。私はこのことを地域医療構想の議論の場におきましても「プレター

ミナルACP」という言葉で表現してプレゼンさせていただきました。厚生労働省におかれましては、ACPを終末期だけの話ではなく、本人らしい医療・介護を守るための早期からの対話として、具体的な事例やモデルをガイドライン等に盛り込み、国民や現場に分かりやすく周知していただきたいと思います。

最後に、多床室の室料負担についてでございます。

資料5の3ページの下段には介護保険施設の概要が示されております。これを見ますと、介護保険法上、介護老人福祉施設、いわゆる特養と介護医療院は、生活施設、いわゆる住まいと位置づけられております。しかし、老健施設のみが、生活施設、住まいではないと位置づけられていることも分かります。介護保険の給付の制度設計というのは介護保険法の法的位置づけと整合的であるべきと考えます。一部の実態だけを切り取って、老健施設を生活施設、住まいと同列に整理することは、介護保険が定める本来の役割と異なる方向に制度を動かすことにもなりかねません。多床室の室料負担につきましても、老健施設の本質である在宅復帰・在宅療養支援施設としての役割を踏まえて慎重に議論していただきたいと思います。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、今村委員、どうぞ。

○今村委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の今村でございます。

私は4点意見を申し上げます。

まず、資料1についてです。

認知症ケアについてです。BPSDなどの症状への対応にとどまらず、本人の意思や価値観、これまでの生活を尊重し、その人らしい生活を支えることが重要であります。その中で介護福祉士は、日々の生活の中で本人と継続的に関わり、本人のできることや、やりたいこと、あるいは言葉にならない思いというものを捉える立場にあります。その意味で、認知症の方の意思決定を支え、日常生活を社会参加につなげていく上で、介護福祉士の専門性をより明確に位置づけることが重要だと考えております。その上で、こうした支援を個々の職員だけに委ねるのではなく、情報を共有し、チームとして認知症ケアに取り組むことも重要であることから、認知症チームケア推進加算については、この取組をより多くの現場に広げるために何が必要なのかを御検討いただきたいと思います。また、認知症の方への支援については、現在この加算の対象となっているサービスだけで行われているものではありません。それぞれのサービスの機能や人員体制には十分配慮しつつ、チームで認知症の方を支えるという考え方や、その取組への評価をほかのサービスにも展開できないか、検討いただきたいと思います。

一方で、資料では、人手不足や研修受講の難しさなどが加算算定の障壁となっていることも示されております。研修については、国の研修だけではなく関係団体による研修もあり、また、介護福祉士の養成課程等で既に学習している内容との重複というものも考えら

れます。したがって、個々の研修を所与のものとするのではなく、認知症ケアに必要な知識・技能を整理した上で、それをどの研修や学習で担保するのか、既習内容や重複も含め、研修体系全体を整理することを御検討いただきたいと思います。あわせて、介護事業所が蓄積している認知症ケアの専門性を本人・家族への支援や地域の関係者との連携などを通じて地域にも還元していく視点が重要だと考えます。

続いて、資料2でございます。

今後、生活の場で看取りを行う機会が増える中では、医療と介護がそれぞれの専門性を持ちながら本人の生活を中心に連携することが重要となります。協力医療機関との連携についても、単に医療機関を確保するだけではなく、介護現場が持つ生活の情報を医療につなぎ、医療から得られた情報を再び認知症の介護に生かす双方向の実効性のある連携としていただきたいと思います。

ACPにつきましても、医療処置の選択だけではなく、本人が何を大切にし、どのように暮らしたいのかを日常生活の中で継続的に確認していくことが重要であり、その際、新たな書類や形式的な会議を増やすのではなく、介護福祉士等が日常生活の中で把握した本人の意思や価値観を多職種で共有し、実際のケアや看取りに反映するプロセスとして整理いただきたいと思います。看取りにつきましても、人生の最終段階における対応だけを捉えるのではなく、そこに至るまでの本人の意思を継続的に確認し、多職種で共有し、最後まで本人の生活を支えていく介護のプロセスそのものを評価する視点が重要だと考えます。

続いて、資料3でございます。

LIFEを活用して科学的介護を推進する方向性は重要ですが、まず、入力、提出に伴う現場負担の軽減を徹底していただきたいと思います。その上で、重要なのは介護のアウトカムを何で捉えるかということであり、介護の成果はADLの改善だけではございません。認知症の方や看取り期の方などを考えても、状態を維持できたこと、本人が望む生活を継続できたこと、社会参加やQOLが維持されたことなども重要な成果だと言えます。また、LIFEは、データを提出すること自体が目的ではございません。フィードバックについても、単なる数値比較にとどまらず、本人の生活歴や意向、生活状況等を組み合わせてアセスメントを深め、個別介護計画や日々のケアの見直しに活用しやすいものとしていただくことを期待いたします。

最後に、資料4、口腔ケアでございます。

口腔ケアは、食べることや生活の質を支えるとともに、誤嚥性肺炎の予防という観点からも極めて重要です。今回、介護事業所の職員と歯科専門職との連携が論点となっておりますが、重要なのは、単に連携することを要件とするのではなく、その連携を日常のケアの中でどう機能させるかだと考えます。歯科医師や歯科衛生士等による専門的な評価・助言を介護福祉士等が日常の口腔ケアや食事場面での支援・観察につなげ、そこで把握した変化を専門職と共有し、必要に応じて再評価につなげるといった専門的な評価・助言から、日常のケア、観察、そして情報共有、再評価という循環を実現する仕組みを整理していた

だきたいと思います。その際、専門職の配置状況にかかわらず、外部専門職との連携も含め、専門的な知見が実際の日常ケアに反映されるプロセスを評価する視点も重要だと考えます。

私からは以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、江澤委員がオンラインのほうで挙手しておられますので、お願いいたします。

○江澤委員 本日、喉の調子が悪く、お聞き苦しくて誠に申し訳ございません。できる限り頑張ります。

まず、認知症について、認知症関連加算の算定要件に認知症介護実践リーダー研修の受講要件がありますが、本研修は受講費用が高く、研修時間も長く、さらには手挙げしても自治体から採択されないなどの実態がありまして、実際に各事業所の算定率は極めて低く、全国一律の介護報酬の算定要件としてはふさわしくないものと判断しております。

例えば認知症専門ケア加算Ⅰの算定要件では、介護保険施設では、入所者のうち日常生活自立度Ⅲ以上が半数以上であり、その人数に応じて認知症介護実践リーダー研修の受講者要件が設定されており、100床の介護保険施設で仮に自立度Ⅲが50名としても、職員のうち4名以上の受講者を常に維持しておく必要があります。したがって、算定要件としての認知症研修を見直すとともに、今後の研修に関しては、共通の動画教材を作成し、視聴することでクリアする仕組みの創設を要望いたします。現場職員が幅広く研修を受講することが認知症基本法に基づく認知症施策推進基本計画にも合致するものとなります。また、認知症チームケア推進加算の算定も低調であり、このままだと永遠に算定は伸びないと想定されますので、体制を評価する認知症専門ケア加算と、BPSD対応の手厚い介入プロセスを評価する認知症チームケア推進加算を併算定できるようにし、さらには認知症チームケア推進加算の研修も受講しやすいものに見直すことも検討すべきであります。

次に、高齢者施設と協力医療機関の連携の義務化については、改定検証調査の速報値に基づいて、連携できていない介護保険施設に都道府県から早急に個別に連絡対応していただき、その結果により、今後の方針を決める必要があると考えます。養護老人ホームについては、前回の改定議論でもなされておらず、寝耳に水の感もあるため、経過措置の延長を検討する必要もあろうかと思います。いずれにしましても、年内には経過措置の有無等を含めて方針を決める必要があります。

高齢者施設等感染対策向上加算に関しては、Ⅰ、Ⅱ両者とも算定率が低い現状がありますので、例えば近隣の医療機関が診療報酬の感染対策向上加算を算定していれば、その医療機関の院内研修に参加することでⅠの算定ができるといったことを周知することも方策と考えます。医師会としても医療機関に協力要請をしてきており、必要に応じてさらなる対応を図りたいと思っております。

ACPについては、本人の意思が表明できる時期に行っておく必要がありますが、人生の最終段階のガイドラインは、本人または意思推定者と医療・ケアチームが話し合いをして形成

された合意を尊重するものである一方で、ACPはあくまでも本人の意思を尊重するものであり、専門職の考える最善と本人の価値観が一致しないことがあり得ることには留意すべきであります。介護施設での看取りは近年徐々に増えており、亡くなる方の約6人に1人が介護施設で亡くなっており、介護医療院の退所の半数以上が死亡退所ではありますが、資料2の41ページにありますように、介護医療院のみにターミナルケア加算の設定がなく、本人の意思を尊重した手厚い看取りに対するターミナルケア加算を新設すべきと要望いたします。

LIFEに関しましては、対応する事業所と対応しない事業所が二極化してきているため、資料3の37ページにありますように、科学的介護推進体制加算について、入力負担を軽減した1階層目に位置づけることに賛同いたします。今後、対応する事業所が増えるかどうか注視する必要もあります。いずれにしても、重複する項目の入力を省くなどの負担軽減を推進すべきと考えます。見直しの詳細につきましては、「LIFEのあり方」検討会の取りまとめを踏まえ、今後議論すべきことと判断いたします。

口腔・栄養に関しましては、口腔連携強化加算は、歯科医療機関と居宅介護支援事業所の2か所に情報提供して、報酬が僅か50単位でありますので、例えば情報提供は歯科医療機関のみとし、居宅介護支援事業所は受診結果を後日共有する見直しも検討の余地があり、その際、報酬設定についても併せて検討すべきと考えます。口腔に関しては、まずは歯科受診できるような仕組みとすることが重要であります。

栄養については、アルブミンは低栄養の指標ではなく炎症マーカーであることから、低栄養の指標からは除外すべきであります。また、GLIM基準は低栄養の診断基準であり、医療現場で診断に用いるものでありますので、介護現場においては、医療現場からGLIM基準の情報提供があった際に、その診断をケアにいかにかに生かすかが重要であります。また議論されていない分野ですので、今後の研究を進めていく必要があります。

食事について、令和8年度診療報酬改定で嚥下調整食の評価が新設されましたが、精度の高い食事のテクスチャーに加え、見た目も考慮したレベルの高い嚥下食を評価したものであり、介護保険施設においても同じ視点で評価を導入すべきと考えております。

一体的取組の推進について、現行は、介護保険施設において栄養に関する加算、口腔に関する加算、リハビリテーションの実施のそれぞれを実施している場合に一体的取組の評価がなされていますが、本来の一体的取組は専門職が連携することにありますので、一体的取組の新たな評価も検討課題と考えます。また、通所リハビリテーションには、一体的取組の評価が設定されていますが、訪問リハビリテーションにおいては設定されておらず、在宅分野での推進の観点からも訪問リハビリテーションにも設定すべきと考えます。

最後に、多床室の室料負担につきまして、老健は在宅復帰を役割とする施設であり、介護医療院はターミナルケアや医療上の治療の場であり、さらに入所者は御自身の家を持っていられたいと思いますので、在宅との公平性の理屈は全く当たらないものであります。また、昨年8月に導入したばかりであり、室料を負担している利用者や現場対応した職員の生の

声をまずは聞くべきと考えます。したがって、負担する利用者の範囲のこれ以上の拡大には明確に反対いたします。

なお、室料負担の議論の前に、補足給付が介護保険財源でいいのか、本来であれば低所得者対策として公費で賄うべきではないのかといった議論が優先されるべきものであることは意見いたします。

どうにか発言を終了いたしました。ありがとうございました。

○岩村分科会長 喉の調子が大変お悪い中、ありがとうございました。

それでは、堀田委員、どうぞ。

○堀田委員 ありがとうございます。

資料1の認知症に絞って大きくは3点、意見を申し上げたいと思います。

まず、1つ目ですけれども、論点の一番最初にも「基本法及び基本計画の内容を踏まえて」と書いていただきました。そのような方針は大変重要だと思っておりますけれども、基本法及び基本計画の内容を踏まえてということであれば、基本法と基本計画の目的、最初にも御紹介がありましたけれども、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができること、そして、基本理念、基本的人権を享有する個人として本人の意思を十分に尊重したサービスの切れ目ない提供、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会などが含まれているわけです。こうした理念やアウトカムに関して、介護保険サービスの現場での把握あるいはケアの質の評価、改善につなげるかについては、今のところ十分に整理がなされていないと思います。

そうした中で、認知症介護研究・研修センター、3センターで、認知症の人の主観的ウェルビーイングを本人の視点から評価して、その維持や向上に資するケア、その環境の要件を明らかにすることを目的とする研究を進めていらっしゃると思っています。本人の視点から評価する主観的ウェルビーイングについての評価項目の案を用いた、施設の利用者あるいは入所者の認知症のある方を対象とするパイロット調査にも既に取り組んでいらっしゃると思います。介護サービスや報酬上の対応の見直しにこの基本法や基本計画の内容、考え方というものを反映するには、こうした研究の進捗を待って具体的な検討を行っていくことが望ましいのではないかと思います。

とはいえということで、2つ目ですけれども、今回お示しいただいた中で社会参加の推進ということは大変重要な視点だと思っています。参画とか社会参加というのは基本法の基本理念あるいは基本的施策の柱にも掲げられていますし、世界的に様々な研究の中でも、外出や社会活動への参加というものが認知症のある方の、とりわけ社会的な健康や生活の質に貢献するということが知られています。先ほど申し上げた本人の主観的ウェルビーイングの維持・向上、これに関する研究の進捗を大きくは待ったほうがいいと思いますけれども、それに寄与するアプローチの一つであることも恐らく期待されるものであるかと思っています。ということで、方向性として社会参加の推進ということには賛成いたします。ただし、報酬上どのように対応するのかについては丁寧に検討する必要があるのではない

かと思っています。

今回お示しいただいた資料 1 の中で51ページから55ページに、デイサービスでの社会参加活動の実施状況に関する極めて重要な、老健事業の貴重な調査結果を一部御紹介いただいています。これを見る上で注意しなければならないことが幾つかございますので、共有しておきたいと思います。

まず、51ページですけれども、かなり膨大な調査をしてくださっていて、事業所アンケートのためということもあると思いますが、回収率6.8%で、限られた回収数に基づく結果になっています。さらに報告書を確認してみますと、ここで挙げられている社会参加活動の参加者については、要介護度は事業所票によると要支援から要介護1で6～7割ぐらいを占めています。回答事業所のうち、社会参加活動には認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ、Ⅱの利用者が参加するという割合が7割以上に上っているということになります

52ページにもアンケートの結果がございますけれども、こちらは活動に参加している利用者票に基づくものだと思いますが、ここでも活動参加前の要介護度は要支援から要介護1が6割近くですし、寝たきり度で見ますと、自立、J、A-1までで6割以上となっています。ということで、今回御紹介いただいている調査における社会参加活動というのは、デイサービスの比較的軽度の利用者に焦点が当たっているということに留意すべきだと思います。

各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度を11ページに挙げていただいています。デイサービスの中でも認知症対応型通所介護ではⅢ以上の方が6割近くに上っているという実態があります。もう一つ、サービス種別や利用者の心身状況にかかわらず、この参加の側面は多くの委員の皆様が御指摘くださったように大変重要で、実際にはデイサービスのみならず、幅広いサービスで中・重度の方々を含めて様々なアプローチで参加の支援が行われているところもあるという実態も踏まえて、推進の方策を考えなければなりませんと思います。

なぜこんなことを申し上げているかということですが、もし社会参加活動あるいは地域貢献活動の実施のような外形的な特徴を介護サービスや報酬上の評価に直接ひもづけてしまうということをやると、社会参加活動自体が目的化してしまうという懸念があるのではないかと思います。そのことは、本人の意向の尊重や尊厳の保持といった基本法の理念に反するものにもなりかねないということは大いに留意する必要があると思います。

主観的なウェルビーイングの維持・向上が図られている事業所の特徴、一番最初に申し上げたこと、その特徴を、まだこれは時間がかかるものだと思いますけれども、ひもときながら、参加の観点から深掘りしていく場合にあっては、社会参加の定義、参加のレイヤーというものの整理しながら、本人の声を起点とする参加支援、これを支える実際のプロセスや体制というものを既にこのデイサービスの分でもヒアリングなど進めてくださっていますが、さらに検討する必要があるのではないかと思います。あわせて、参加支援を推進するということであれば、現段階ではまだ実地指導などは比較的风险管理の視点が

強いと思いますので、実地指導などを行う場合にも基本法の理念というものを確実に共有していくことが不可欠ではないかと思っています。

3つ目、認知症対応力の向上と加算についてということです。現在のところ、体制とか研修の参加などの評価が加算の中心になっているものが多いと思います。このことは、必ずしも御本人から見たサービスの質の向上あるいは認知症対応力の向上を評価するものになっていないかもしれないと考える必要もあるのではないかと思います。もちろん多くの委員が御指摘のように、加算の要件となっている研修へのアクセスということを見直す必要もありますが、アクセスだけではなくて、研修の中身自体が基本法や基本計画の中で強調された新しい認知症観に立ったものになっているのか、それを問い直すこと、もう一つは、ケアマネジメントの中で本人中心性の徹底ということがなされていない、それがひもづけられていくことがこの認知症対応力の向上という観点では重要ではないかと思っています。

その中でも加算についてということですが、認知症チームケア推進加算ですが、BPSDの客観的な評価、全人的アセスメント、PDCAサイクルで検証を繰り返していくチームアプローチ、このことでBPSD改善のエビデンスがあるということで、そのエビデンスに基づいて設定されている大変重要なものだと思います。

ただ、今日の資料の46ページ、47ページを拝見しますと、体制面だけではなくて、BPSD25Qの評価表の作成やワークシート作成の手間もハードルになっているということがうかがわれます。加算要件とする現場での実践のプロセスについて、エビデンスを踏まえつつも、どうやって負荷を下げながら効果を上げていくのかということを考えて見直す余地もあるのではないかと思います。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

そのほか、この辺りでよろしいでしょうか。ありがとうございました。

事務局におかれましては、今日、委員の皆様方から頂いた御意見等を十分に踏まえて、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たいと思います。

本日の審議はここまでにさせていただきます。

最後に、次回の分科会の日程などにつきまして、事務局から説明いただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○芦田企画官　5月から、本分科会におきましては、これまで8回にわたり各サービスと分野横断的なテーマに関して議論を行っていただいてまいりました。次回からは3回にわたりまして、事業者団体等との意見交換としたいと思っております。

日程につきましては、第265回、次回は9月10日の10時から、その次、第266回は9月14日の10時から、3回目の第267回は9月16日の13時からの開催を予定しております。

事務局からは以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、本日の分科会はここまでとさせていただきたいと思います。
皆様、お忙しい中を御参加いただきまして、誠にありがとうございました。
今日はこれで散会といたします。ありがとうございました。