

第 10 回介護報酬改定検証・研究委員会（平成 28 年 3 月 16 日（水））
及び第 128 回介護給付費分科会（平成 28 年 3 月 30 日（水））に
おける主な議論と対応について

〔27 年度調査結果概要について〕

- 全ての調査について、改定・検証研究員会委員が調査の設計段階から各調査検討組織の委員長として一貫して関与しており、調査結果概要の内容について、基本的に異論はなかった。

【以下、各調査における個別の主な指摘事項について】

（注）委員の発言を事務局でとりまとめたもの。

各委員の発言に対する対応方針は以下の通り。

（対応方針）

1 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する

→指摘内容について、最終報告書等に反映するもの

2 調査結果を踏まえ、今後対応を図る

→指摘内容について、省として取り組む予定のもの

3 今後の調査や分析においての参考とする（今後の議論の参考とする）

→指摘内容について、今後の調査（又は改定等の議論）の参考とするもの

(1) 看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業について ※資料 1－1

委員会における主な意見

- 通い・訪問・泊まりの月別の回数について、事業所別でも良いが、それぞれの回数は把握されているか。
→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。(報告書 P 95 に記載)
- 医療行為別のデータはあるが、傷病別のデータもあるか。例えば、がんの利用者がどの程度いるかということが分かればという主旨である。
→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。(報告書 P 77 に記載)
- 認知症を持ったがんの患者さんの行き場所が、段々なくなっているという話を聞く。看護小規模多機能がその受け皿として非常に重要であると考えている。認知症がベースにあって、他の傷病を持った方がどの程度いるのかといった集計ができないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

分科会における主な意見

- 看護小規模多機能型居宅介護は中重度の在宅療養の限界点を高めるために設けられたサービスであるが、P 7 のサービスの「終了者の理由」において、「入院」が 4 割弱となっている。これについて、看護職員数、訪問介護の提供回数等の面から、どのような体制であれば在宅療養を続けられるのかを分析してはどうか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

(2) 中山間地域等におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業について ※資料 1-2

委員会における主な意見

- P 4 の図表 1 及び P 1 1 の図表 1 2 において、「必要な訪問系・通所系サービスの提供が困難な地区」について、「わからない、把握していない」との回答が 8 % 程度あり、また基準該当サービスについて「把握していない」との回答が 2 割程度みられる。都道府県から情報提供するなどの取組も必要ではないか。

→ 調査結果を踏まえ、今後対応を図る。

- 中山間と中山間以外の地域で、提供しているサービスの比較もあると良い。例えば、普通に考えると中山間では定期巡回・随時対応型サービスは少ないと思う。提供できているサービスのバランスに違いがあるかどうかについても、整理があると良い。

→ 調査検討組織で調整し、最終報告までに可能な限り対応する。

(報告書 P 8 3 ～ 8 4 に記載)

分科会における主な意見

- 特例的な制度も把握したうえで介護保険事業計画を策定できるよう、国や県でも取り組みを行ってもらいたい。また、距離が遠くなると利用者の送迎がなくなるといった課題に対して、介護保険内で問題解決ができるよう、介護報酬で対応してはどうか。

→ ご意見を踏まえて、今後の議論の参考とする。

(3) リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業について ※資料 1－3

委員会における主な意見

○ P 1 6 ページの関係で、マネジメントや改善度について、職種別にみていただきたい。

→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。

(報告書 P 1 2 9 ～ 1 3 3、P 1 5 2 ～ 1 5 5 に記載)

分科会における主な意見

○ 通所系サービスを一体化し、医師との連携があるリハビリテーションに対しては機能に応じた加算を検討すべきではないか。

→ ご意見を踏まえて、今後の議論の参考とする。

○ 通所介護であっても、リハビリテーション専門職が常勤配置され、医師との連携をはかっている事業所では通所リハビリテーションと同等の成果を上げている。このような通所介護は区別すべきではないか。

→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。

(報告書 P 1 4 3 ～ 1 4 4 に記載)

○ 通所リハビリテーションから通所介護への移行は社会参加支援加算が設けられているが、通所介護利用者の状態が徐々に悪くなっていった場合にも、通所介護の利用者が通所リハビリテーションに移行し、生活行為向上リハビリテーションを算定できないか。

→ ご意見を踏まえて、今後の議論の参考とする。

○ P 1 3 について、通所リハビリテーションよりも通所介護の方が医師との連携が少ない。このような傾向の原因を明確にすべきである。「アセスメントにおける ADL 評価指標の活用」についても通所リハビリテーションよりも通所介護において活用が少ないという結果についても原因の検討が必要である。

また、通所介護ではケアマネジャーが介在するため、ケアマネジャーとの連携も含めて検討すべきではないか。

→ 今後の調査や分析においての参考とする。

- P 1 6について、医療における維持期リハビリテーションを介護保険へ移行させるという方針があるが、医療の外来で提供されるリハビリテーションによる効果について調査をしていただきたい。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

- P 1 6（図表 4 4）について、通所介護は12か月以上で「向上」が多くなる。機能訓練だけではなく栄養改善等が必要であるため、「向上」がみられた利用者について、栄養改善加算や口腔ケアに関する加算の状況を分析することはできないか。
→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。
（報告書P 1 4 5～1 4 8に記載）

- 機能分化等を検討する必要がある。通所系サービスを一元化するなど機能によって評価をする体系を作るために今後議論していくべきではないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

(4) 介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業について ※資料 1－4

委員会における主な意見

- P 1 1 について、施設の看護職員に対して利用者にとって最も適切と考えられる生活・療養の場を聞いているが、自分の施設が一番よいと思うのは当然である。仮に、それ以外であればどこがよいか、という聞き方をしてみるとよいのではないか。介護療養型医療施設の入所者は、医療度が低く、要介護度が高い方であり、自宅には戻れないかもしれないが、病院である必要はないかもしれない。また、在宅強化型老健が、他と違う利用者を満たしているかということもわかるとよい。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

分科会における主な意見

- P 1 0 の「服薬の状況」をみると、介護療養型医療施設では認知症治療薬の投与が多いが、認知症薬には高額医薬品もある。医薬品費用に関するデータを収集しているならば、高額医薬品の服用状況などを示すことができないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

- 介護療養型医療施設には要介護 4 と 5 の利用者が多いが、介護老人福祉施設は重い高齢者を受け入れにくいという傾向があるのか。介護療養型医療施設では医療の必要度は低いが、要介護度は非常に高い方が多いため、このような利用者の状況について、介護老人福祉施設との差をより比較できるような調査をしてはどうか。
また、P 5 (図表 7) の「看取りを実施している」割合は 3 施設とも高いが、「計画策定」の有無は 3 施設で状況が異なる。なぜこのような傾向があるのか、要因を分析してはどうか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

(5) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業について ※資料 1－5

委員会における主な意見

- P 1 5 の看取りの状況について、医療系ケアマネありとなしのグラフがある。医療系ケアマネが入ると、訪問看護の提供率がずいぶん違うのではないか。医療系ケアマネが入ることで、どのくらい差が出てくるのかわかるとおもしろい。また、もし可能であれば、居宅療養管理指導もあわせてみてもらいたい。

→ 調査検討組織で調整し、最終報告までに可能な限り対応する。

(報告書 P 4 7 に記載)

- P 1 6 の図表 3 5 について、ケアマネジャーの勤務上の悩みをみると、賃金を除くと、一人ケアマネでは相談できる相手がいないことが多い。また、自分の能力や資質に不安があることが多いため、それを支援したり助言したりする主任ケアマネジャーや地域包括支援センターの役割が重要だろう。困難事例への対応など、事例に対する支援をしているように見受けられるが、思考プロセスや業務の質向上というところまで支援し切れていないのではないか。

→ 調査結果を踏まえ、今後対応を図る。

- 困難事例ではなく、日常業務で困っているというのが大事である。また、P 1 6 の図表 3 6 にあるように記録する書式が多く手間がかかるというのも非常に大変なようである。うまくサポートできるとよい。

→ 調査結果を踏まえ、今後対応を図る。

- P 1 3 の図表 2 7 について、「町会、自治会の役員、見守りサポーター等の連携が難しい」や、「ボランティアや助け合いサークル等との関係構築、連携が難しい」があがっている。P 1 6 の図表 3 6 には地域との連携が難しいという選択肢がないのでわからないが、地域とどのように連携したらよいのかを、誰が教えるのか。ケアマネジャーがどこまでそれをしないといけないのか。自治体や地域包括支援センターが守備範囲を決めないと、動けないのではないか。

また、ケアマネジャーが困っていることとして、介護・医療系以外の住民の方との接点がどの程度持てるか。地域ケア会議がきちんと機能していれば個別のケアマネジャーが困らなくてすむが、機能していないことのあらわれ

ではないか。

→ 調査結果を踏まえ、今後対応を図る。

- 以前同様の調査をしたことがあるが、ケアマネジャーが最も情報がほしいのが主治医で、最も連携をとりにくいのも主治医という結果であった。おそらく状況はそれほど変わっていないと思う。そういう項目も継続するのであれば把握できないか。

→ 今後の調査や分析においての参考とする。

分科会における主な意見

- P16について、ケアマネジャーの4割が「自分の能力に不安」と回答しているのは課題である。研修が不十分なのか、何が要因かを調べるべきではないか。【調査結果を踏まえ、今後対応を図る。】

- 「自分の能力や資質に不安がある」が4割という状況の中でのケアプランの作成には不安を感じる。困難ケースへの対応等が原因の一つかとは思いますが、掘り下げて要因を探ってもらいたい。

→ 今後の調査や分析においての参考とする。

- 主任介護支援専門員の役割や研修の導入には特定事業所加算の有無が影響していたことから、サポート体制による結果の違いを精査すべきではないか。

→ 調査結果を踏まえ、今後対応を図る。

- 困難ケースの対応と、軽度者、医療等との関連を見ていくべきではない

→ 今後の調査や分析においての参考とする。

（６）介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業について ※資料 １－６

委員会における主な意見

- 主治医意見書では、中核症状と周辺症状を分けて評価をしている。それを分けてみる方法というの、将来的には考えることができるか。周辺症状の点数化などである。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

分科会における主な意見

- 認知症高齢者の日常生活自立度が自立・Ⅰであっても「被害的」等に該当する高齢者が一定数存在することが示されており、軽度者切り捨ての議論がある中で、今後の対応を考えていく必要があるのではないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。
- 認知症高齢者の日常生活自立度が軽度でも「被害的」に該当する利用者が把握されている。要介護度認定の在り方を見直す必要があるのではないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。
- P 1 1 について、通所介護でも認知症の利用者が半数以上ある。認知症の初期～中期の方には認知症以外の方との触れ合いが重要である。中重度者ケア体制加算は事業所の体制に関する評価であるため、利用者にはわかりにくい。利用者に注目した加算の在り方が必要ではないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。
- P 2 3 について、主治医との連携ができていないのは制度的に問題があるのか、何が要因か。認知症の調査においては周辺症状の点数化について、今後検討がなされるのか。中核症状があることによって周辺症状が発生するため、両者を別々に点数化することはなじまないのではないか。単に利用者の症状を並べるだけでよいのか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。
- P 2 5 において、認知症の医学的診断がない利用者の割合が把握されているが、鑑別診断されていないことは事業所が対応を苦慮する要因となる。P 2 3 の「主治医」や「協力医療機関」との連携状況別に医学的診断の有無を追加分析してもらいたい。

→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。
(報告書 P 172～175 に記載)

- 資料 2 の評価シートにおいて、結論の妥当性の「IADL のアセスメントを行っていない事業所も多く、実際に支援を行うことが難しいという状況が可視化されている。」という表現がわかりにくい。表現を工夫してはどうか。
→ 調査検討組織で調整し、最終報告で対応する。(資料 2 P 6 に記載)

(7) 介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業について ※
資料 1-7

委員会における主な意見

- 医療と介護の制度間、また、介護におけるサービス間であわせていった方が良い。重症度、医療・看護必要度の B 項目（患者の状況等）の検討とあわせて、こちらの項目も検討したい。軽度をどうみていくか、検討を続けていきたい。質の評価は、現状バラバラに用いられているアセスメント表を揃えるという意味で非常に重要であるため、継続して実施していただきたい。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

分科会における主な意見

- P 1 6 について、現場に過度の負荷をかけるのはよくないため、「データ収集の負荷が大きい」という点については事前に現場の意見を聴くべきではないか。
→ 今後の調査や分析においての参考とする。

以上