

○奥山総括調整官 それでは、定刻になりましたので、第222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。

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

また、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。

なお、東委員、松田委員については、遅れて御出席いただく旨御連絡をいただいております。

以上により、本日は21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。

また、長内委員が公務の御都合上、途中で御退席なされる予定です。

なお、本日は議題の関係で、医政局地域医療計画課外来・在宅医療対策室長の谷口倫子が事務局として参加しております。

○谷口外来・在宅医療対策室長 よろしくお願いたします。

○奥山総括調整官 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を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させていただきます。

オンラインで御参加の委員の皆様、画面の下にマイクのアイコンが出ていると思います。会議の進行中は、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を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、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、あわ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、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）

○奥山総括調整官 それでは、以降の進行は田辺分科会長にお願いいたします。よろしく
お願いします。

○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」に関しまして議論を行います。

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、御協力のほうを
お願いいたします。

それでは、早速でございますけれども、事務局より資料説明をお願いいたします。では、
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 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

まず、資料1「認知症への対応力強化」から御説明させていただきます。

資料をおめくりいただきまして、概況でございます。これにつきましては、よく御存じ
の資料を並べさせていただいております。認知症の種類については、大きなものとして4
種類あるということがございますとか、年齢階級別の有病率について、2012年時点での推
計値で、2025年で675万人から730万人という資料をお出ししております。

認知症施策のこれまでの主な取組につきましても、御承知のとおりかと思っておりますけれど
も、令和5年6月、共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立ということがござ
いまして、今後施行に向けて、今、準備を進めている段階でございます。

1ページおめくりいただきまして、現行の認知症施策の総合的な推進は、認知症施策推
進大綱に基づきまして行っておりますという御説明でございます。大綱の抜粋を3ページ
につけておりますが、こちらは割愛させていただきまして、10ページでございます。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、現在施行を待っている段階で
ございます。

この法律の基本理念の中には、認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な
保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること。

認知症の人のみならず、家族等に対する支援により認知症の人及び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という基本理念が掲げられておりまして、それに
応じまして基本的施策の中にも、保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等、
また認知症の予防等ということで、全体としては8つの施策を今後進めていくということ
になっております。ということをお紹介させていただきます。

ここから給付費分科会の関連の項目でございます。まず、現状、認知症に関連した加算
の概要をお出ししております。大きく分けて5つの種類の認知症関連の加算を設けてござ
います。

1つ目の柱、認知症の行動・心理症状への緊急対応の加算、もしくは若年性認知症の受
入れを評価するための加算でございます。現在、認知症行動・心理症状緊急対応加算、
もしくは若年性の受入れ加算といったようなグループがございます。

また、認知症高齢者のリハビリテーションを評価するための短期集中リハビリテーショ

ン実施加算ということも、通所リハもしくは介護老健施設において設けられてございます。

3番目の柱、医療ニーズへの対応を評価する加算も設けられております。精神科を担当する医師に係る加算、認知症情報提供加算、医療連携体制加算、重度認知症疾患療養体制加算といったグループと、認知症専門ケア加算、こちらについては、後ほど議論をいただきますが、このようなグループがございます。

最後に、認知症高齢者への支援の評価ということで、認知症ケア加算も設けられています。

最後15ページ、認知症加算がそれぞれのサービス類型に対して設けられているという状況でございます。

16ページ、認知症ケアに関わる介護従事者の研修の種類をお出ししております、まず、左の3つのものが3層構造になっております。認知症介護実践者研修から実践リーダー研修、介護指導者養成研修と3段階で上がっていく類型と、右の3つでサービス事業者管理者研修、開設者研修、小多機等のサービス計画作成担当者の研修と、それぞれのサービス類型に関わるものと、大きな3層構造の研修として進めております。

17ページに、3層構造のものと認知症介護基礎研修があるという全体の構造をお示ししているところでございます。

18ページを御覧いただきまして、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の割合もお示しさせていただいております。

19ページ以降、令和3年度の介護報酬改定の内容でございます。こちらも御存じの内容ということで項目だけ御紹介させていただきますが、認知症専門ケア加算等を見直したこと。認証に係る取組の情報公表を推進していること。先ほど御紹介しました認知症行動・心理症状緊急対応加算を創設したこと。介護基礎研修の受講を義務づけたこと。これらを認知症に関わる改正ということで、令和3年度で行わせていただいております。

26ページを御覧いただきまして、令和3年度の審議報告の内容でございます。最後に2点御紹介いたしますけれども、行動・心理症状への対応や、中核症状を含めた評価の方策を検討していくべきという御意見をいただいております。

これに基づきまして、令和3年度、4年度におきまして、老健事業では2つの項目を主に調査研究を進めてきたところでございます。

1点がBPSDの予防・軽減を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究。もう一点が評価尺度の在り方に関する調査研究でございます。

まず、BPSDの予防等の調査研究の内容でございますけれども、介護老健施設、特別養護老人ホーム、認知症グループホームの各施設を利用する認知症の人を対象に、BPSDの客観的評価、全人的アセスメント、PDCAサイクルを回すというチームアプローチを行うことによって、BPSDが優位に軽減されるという調査研究の内容を2年かけてまとめさせていただきまして、その調査研究の結果を28ページ、29ページにお出しさせていただいております。

このチームで情報共有して、統一したケアを行いながらPDCAサイクルでケアを見直すチ

ームアプローチとかBPSDの軽減に有効であるという調査結果をまとめさせていただき、また、30ページも御覧いただきまして、その方々の環境もしくはその人々のニーズの創出をしっかりと捉えることが、その人らしい暮らしを支えるケアに有効だということで、尊厳を保持し個別性を重視したケアを行うための要素というものをまとめさせていただいておりまして、これらを今後どう活用していくかというところについて、令和5年度もまた施設類型を変えまして、調査を進めさせていただいておりますけれども、この研究結果をどのように生かしていくかということについて御議論いただければと思っております。

また、BPSDの予防・軽減、行動・心理症状への対応と、もう一つの御意見としていただいております中核症状を含めた評価の方策についてでございます。

令和4年度の老健事業におきまして、認知症の評価尺度の在り方に関する調査研究を行わせていただいております。

医学の分野におきましては、各種の認知症の評価尺度というものは既に存在しているわけでございますけれども、この認知機能、生活機能を簡便に、かつ、短時間で評価できるような指標が今までなかったため、この評価指標の策定について調査研究を行わせていただいたということでございます。

この調査研究の令和4年度の成果の結果として、32ページでございます。評価結果が、まず、簡便な5項目にわたる選択肢を設けて、それぞれの分野においての簡便な指標を設けましたので、それぞれの評価結果が、今までの基準との一致率も非常に高くなっておりますし、回答しやすさについても、ばらつきはございますけれども回答しやすいという評価結果が得られております。

また、使うことに要した時間も平均7.2分ということで、簡便なものとしての1つのモデルとしてつくったということではございますけれども、また、この調査研究にとどまるものを今後どう活用していくかというところについて、御議論をいただければと思っております。

現状、先般設けました認知症専門ケア加算の算定状況でございますけれども、こちらについては、算定状況は非常に低い水準で推移しておりまして、件数またはパーセントをお出ししておりますけれども、少し低い状況ということになっております。

以上が現状でございます。

その上で本日の論点でございます。37ページを御覧いただければと思っておりますけれども、論点を3つお出ししております。

今後、増加が見込まれる認知症の人に対し、認知症になっても、本人の意思が尊重され、尊厳をもって暮らし続けることができるよう、在宅の要介護者も含めた認知症対応力を向上させていくことが求められておりますが、こうした観点から、認知症関連加算の算定状況や在り方について、どのような対応が考えられるか。

2点目、先ほどのBPSDに関しまして、重症化の緩和を図る観点から、BPSDのさらなる理解促進や対応力向上が求められているところ、事業所・施設等における体制構築強化に向

けて、どのような方策が考えられるか。

3点目、現在調査研究において、有用性を検証・分析している認知症の認知機能・生活機能に関する評価尺度について、今後、介護現場においてどのような活用が考えられるか。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きますして、資料2に基づきまして、御説明を申し上げます。

医療・介護連携、そして、人生の最終段階の医療・介護という内容でございます。

資料の4ページが地域包括ケアシステムの構築について、5ページが在宅医療・介護連携の推進ということで、このような大きなフレームの中で施策を進めているところでございます。

6ページ、85歳以上の方が増加する中で、医療と介護の複合ニーズが一層高まります。

こういった中、7ページと8ページ、9ページにわたりまして、高齢者施設等からの退所先でありますとか、また、入所の経緯、そういったデータを並べてございます。

10ページを御覧ください。

現在、医療・介護連携に関する介護報酬を新たにまとめた資料でございます。この給付費分科会の中でも、これまで御検討いただいた中で、こちらの記載のとおり、在宅、施設、そして医療機関を行き来する中で、それぞれの結節点において、介護報酬上の評価が積み上げられているといった状況でございます。

11ページ目でございます。

現在、運営基準におきまして、高齢者施設については、協力医療機関、もしくは協力病院を定めておかなければならないといった規定がございます。

そうした中、12ページ、13ページ、14ページにおいて、協力医療機関でございますとか、配置の現状を記載してございます。

15ページ以降が、各連携に係る加算などの算定状況及び様々な様式について記載したものでございます。御参考で御覧いただければと思います。

続きますして、21ページ、こちらが医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項といたしまして、介護支援専門医が医師に期待する情報としては、生活機能低下の原因となっている疾病等の経過に関するものが多かった。

また、22ページは歯科医師に期待したことがある事項といたしましては、摂食・嚥下機能であるとか、口腔機能の維持・向上、こういった内容が多かったということでございます。

23ページ、こうした在宅医療・介護連携を進めるために推進事業も行ってございます。

特に24ページにございますとおり、4つの場面ごとに見た連携の推進、こういった切り口で進めているところでございます。

25ページのように取組が少しずつ進んでおりますけれども、分野ごとにまだ少しばらつきがあるといった状況でございます。

続きますして、27ページからが、人生の最終段階の医療・介護に係る資料でございます。

27ページ、今後死亡数が一層増加する、また、死因の推移なども28ページに記載してございます。

29ページでございますとおり、死亡の場所については、近年、自宅及び介護施設等が増加傾向でございます。

32ページからが、人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインに係る資料でございます。

このガイドラインにつきましては、平成19年に取りまとめられて以降、名称の変更がございますとか、平成30年には改定が行われたと、こういった内容のものでございます。

概要は34ページなどに記載してございますので、御覧いただければと思います。

35ページですが、前回の介護報酬改定におきまして、基本報酬及び看取りに係る加算の算定要件におきまして、当該ガイドライン等の内容に沿った取組を行うことを求めていると、こういった見直しが行われてございます。

続きまして、40ページを御覧ください。

このガイドラインに基づいた対応を行った割合というのが、老健では68.5%、医療院で53.2%、特養は48.7%と、こういったデータがございます。

また、41ページ、医師、看護師等を実際に調査いたしますと、この話し合いの実施状況が記載のとおり状況でございます。

43ページ、在宅医療・介護連携推進事業の中では、看取りにつきまして58.8%の自治体で実施されているということでございまして、44ページでございますとおり、例えば様々な支援の施策、パンフレットの作成など、こういった事業が行われている例が多いという状況でございます。

46ページからが前回改定の内容でございます。御説明は割愛させていただきまして、70ページを御覧ください。

このテーマに関する関連する各種意見といたしましては、前回の審議報告の中で、医療と介護の役割分担も踏まえながら、医療と介護の連携を一層推進していく視点にも留意すべきである。

また、昨年12月の介護保険部会の御意見では、医療・介護連携及び医療需要への的確な対応ということで、記載の御意見をいただいているところでございます。

最後に同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見も御紹介したいと思います。

77ページですが、特に医療において生活に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないかと。

また、78ページ、ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要であるといった御指摘。

79ページ、連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟など、地域の医療機関と中身のある連携体制を構築すべきである。

また、医師あるいは特定行為の看護師の助言判断を高齢者施設の職員がリアルタイムで

簡単に受けられるような仕組みがあるとよいのではないか。

80ページですけれども、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべきである。

他方、強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方向は慎重であるべき、また、その情報の共有が非常に有効である、こういった御指摘をいただいているところでございます。

以上の現状を踏まえまして、84ページに論点をまとめてございます。

医療と介護の連携につきましては、要介護高齢者がいずれの場におきましても必要なケアを受けることができるよう、関連機関の連携を充実させる観点からどのような方策が考えられるか。

特に医療においては、より生活に配慮した質の高い医療を、介護においては、より医療の視点も含めた介護を行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方についてどう考えるか。

また、人生の最終段階における医療・介護につきましては、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には、どのような対応が考えられるのか。

本人の尊厳を尊重し、意思決定に基づいた医療・介護を提供するための医療・介護従事者の連携や支援の在り方、情報共有の在り方についてどのように考えるかということでございます。

よろしく願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、また、推進課長でございます。

資料3「新しい複合型サービス」の資料につきまして、御説明させていただきます。

新しい複合型サービスは現状ございませんので、ほかの類型と異なりまして、現状の資料というものがなく、まず、介護保険部会及びこの給付費分科会からいただいておる御意見から御紹介をさせていただきます。

まず、介護保険部会のほうでございますけれども、令和4年の意見といたしまして、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や、家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要という御意見をいただきまして、複数の在宅サービス、訪問や通所系サービスなどを組み合わせて提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適切と、部会のほうから御意見をいただいております。

また、令和3年での介護報酬改定での審議報告の、こちらの給付費分科会のほうでは、将来の地域ごとの介護ニーズの変化も踏まえながら、人材確保サービスの確保に資する介護経営の大規模、各サービスの基準、サービス類型の在り方を含めたサービス提供の在り方について検討していくべきという御意見をいただいております。

3ページを御覧いただければと思います。

介護保険法上、今回つくろうとしております複合型サービスは、地域密着型サービスの中に法律上位置づけられておりますので、この現行のほうでつくっていくとなると、この

複合型サービスは地域密着型サービスの中に位置づけていくことになりまして、このサービス類型を厚生労働省令で定めることによって類型ができるということでございます。これまでの看多機もこのようにつくってきたという御紹介でございます。

4 ページでございます。

第8期介護保険事業計画におけるサービス量の見込みでございますけれども、こちらは第1巡の議論でも御紹介しておりますが、今後ともホームヘルプ、デイサービス等の在宅介護のサービス量は、2040年に向けまして増加が見込まれるということでございます。

他方、5 ページ、6 ページ、それぞれ訪問介護及び通所介護等の回で御説明させていただいておりますけれども、利用者の増に対しまして、請求事業所数が訪問介護におきまして、令和2年以降、微増はしておりますけれども、微増にとどまっており、通所介護については、平成28年以降は横ばいの状況ということで、なかなか事業所としては増えてきていない状況にあるということでございます。

その理由でございますけれども、7 ページを御覧いただきまして、こちら第1巡で非常にたくさん御意見をいただいておりますが、訪問介護員の人手不足の現状でございます。有効求人倍率が訪問介護員につきまして15.53倍、人手不足感で8割の事業所が訪問介護員の不足を感じるということで、また、平均年齢もこの類型におきまして非常に高くなってきているというのが8 ページの資料でございます。これらについてどうしていくかという御議論でございます。

9 ページで、訪問介護サービスの実績と今後の見込み量も、先ほどの計画と併せまして御説明させていただいておりますが、サービス見込み量に応じましては、非常に不足感がある中、非常に厳しい状況というような資料でございます。

10ページ以降、複合型のサービスを、現状の調査でございますけれども、こういったことの創設を見据えて、現行の中で各種調査を行ったものの結果でございます。

まず、10ページは、失礼しました、訪問介護と通所介護の併用者の割合でございますけれども、現行サービスを併用している方の割合は、要介護1で48%等々いきまして、全要介護度の平均で46.7%の方が、それぞれ併用されているという現状になっております。

11ページで運営側でございますけれども、通所系の法人の55.4%が訪問系サービスを運営、訪問系事業所の法人の53.4%が通所系サービスの運営ということで、それぞれ半数以上の事業者は、訪問介護事業所、通所介護事業所の双方を運営されている状況にあるということでございます。

すみません、ちょっと順番を間違えましたが、12ページ以降が先ほど申し上げました、併用をする際のメリット等について調査研究を行ったものの結果でございます。

あくまで現状の訪問系サービス、通所系サービスをそれぞれ併用した場合のメリット等々についてのヒアリングの結果でございますけれども、利用者と接する時間が長い通所介護で利用者の性格やニーズを把握し、訪問介護にフィードバックすることができるというメリットでございますとか、訪問介護と連携して吸入薬の回数の確認ができる。通所介

護に行くための準備を訪問介護でもらうことができるといった使い方が効果的であるということがヒアリングの結果で出てきております。

13ページでございます。

これは、従業員の側から見たメリットでございますけれども、訪問系サービスに、それぞれ両方での勤務のメリットをお伺いしますと、訪問系サービスの回答では、通所系サービスの人材不足を担える人材を有効活用できるという御回答が7割、通所系サービスについても、訪問系サービスの人材不足を担える人材を有効活用できるという御回答がそれぞれ多くいただいており、また、いずれからも個人のスキルアップ等、職員からの働き方に関する希望に応じられるという職員育成上のメリットというところも御回答があったということでございます。

他方、課題でございますけれども、訪問系サービスと通所系サービスを、現状での併用した場合のケアマネ事業所の課題でございますけれども、急なキャンセル等のサービス変更があった場合の事業所への連絡調整が煩雑であるという御回答とか、急なキャンセル等のサービス変更があった場合の連絡調整の難しさという御回答が一定割合あるということでございます。

また、15ページでございますが、情報のやり取りについての課題でございますが、現状の併用者の間では、利用者のニーズを把握してからケアプランに反映させるためのタイムラグが存在するといった課題でございますとか、情報共有の質と量の個人差が大きいという課題が、一定数回答があったということでございます。

そして、このような訪問系サービスと通所系サービスを組み合わせた場合の複合的なサービスがあった場合のメリットということを想定の問題として聞いておりますけれども、利用者側から、こうした仮想の組み合わせがあった場合のメリットとしてお聞きしますと、訪問サービスと通所サービスを通じて切れ目のないケアを受けることができるという御回答でありますとか、通所で明らかになった利用者の課題を訪問でフォローするなど、より質の高いサービスが受けられるのではないかと、キャンセル時にサービス内容を切り替えるなど、状態の変化に応じた柔軟なサービスが受けられるのではないかとといった、それぞれのメリットの御回答があったということでございます。

17ページ、18ページに、それぞれ訪問介護の基準、通所介護・地域密着型通所介護の概要・基準をお示ししておりますが、これはあくまで現行の基準でございますけれども、こうしたサービス類型を創設した場合には、これらをどうしていくか、今後の議論をいただきたいと考えているところでございます。

以上をまとめまして、19ページに先ほど御紹介した現状をまとめさせていただいており、20ページの論点でございます。

在宅サービスにおける現状及び課題、将来の地域ごとの介護ニーズの変化等を踏まえ、居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせ提供する新たな複合型サービスを創設することにつ

いてどのように考えるかと、論点とさせていただいております。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、資料の4「地域の特性に応じたサービスの確保」について、御説明いたします。

3ページ目を御覧いただきまして、将来の人口動向がございます。大きく3つの減少段階を経て人口減少に至ると、こういった大きなトレンドの中で、4ページ以降が地域ごとに状況が異なると、こうしたデータをお示ししてございます。

こうした状況の中、9ページを御覧いただきまして、介護報酬においては地域差を反映するために、地域ごとに1単位の単価を設定しているといった取組を行っております。

また、10ページを御覧ください。

中山間地域等における介護サービスの確保・充実を図るために、こちらに記載のとおり、大きく5つの取組を総合的に実施しているということで、11ページ目以降に、各取組の概要をお示ししてございます。

また、16ページを御覧いただきまして、それぞれの加算などの算定状況を御覧いただくとお思います。

18ページ以降が、前回の改定の内容でございまして、御説明申し上げたいのは、次の26ページでございます。

26ページにございまして、様々この観点につきましては、御意見をいただいております。前回改定の審議報告及び昨年の介護保険部会の御意見、それぞれ地域の実情に応じた必要な方策を、引き続き検討といった御意見をいただいております。

また、27ページ、これは地方分権改革に関する提案でございます。27ページの上段にございますような御提案があった中で、昨年12月の閣議決定が下段にございますけれども、社会保障審議会の意見を聞いた上で、令和5年度中に結論を得る、その結果に基づいて必要な措置を講ずるとされているところでございます。

28ページ目からが、直近の様々な状況のデータでございます。

まず、離島地域は都市部、中山間と比べ、人材確保に課題がある事業所が多いけれども、人件費や人材採用のための費用負担に課題がある事業所は少ない、こういった状況がございます。

29ページが好事例をお示しした内容でございます。

30ページですが、収支差ゼロ%未満の赤字となっている事業所の割合は、都市部で24.2%、離島で29%、中山間で31.1%、他方、収支差が5%以上となっている事業所の割合は記載のとおりでございます。

訪問介護、31ページ目でございます。

サービスの提供状況について詳細を把握したものでございますけれども、まず、訪問系につきましては、都市部と比べて離島、中山間では、利用実人数、訪問回数の総数は少ないけれども、職員1人当たりの訪問件数が多いでございますとか、最長移動時間は同水準

からやや長い。

多機能系においては、定員数は大差なく、登録率はやや高いといったところ。

32ページ、通所介護におきましては、稼働率は大差ありませんけれども、離島において定員数が少ない。

また、離島、中山間は片道の平均送迎時間が短い。

認知症グループホームにおいては、ユニット数、定員数が少ない。

介護老人福祉施設については、定員数が少なく、また、ユニット型個室が少ない、こういった特徴がございます。

33ページでございます。

これは、前回の改定において実施した措置の検証の内容でございます。

調査の概要は、33ページを御覧いただければと思いますが、34ページに結果をお示ししてございまして、この改定を行いましたけれども、適用している自治体、事業所は少数であったと、こういった結果でございました。詳細については、また、そちらを御覧いただければと思います。

35ページがグループホームですけれども、このサテライト事業所を設置している事業所は1%であったと、こういった調査結果がございます。

以上のような現状を踏まえまして、38ページに論点をお示ししてございます。

経営状況やサービス提供状況の地域特性を踏まえつつ、都市部、離島、中山間地域、豪雪地帯など、どの地域においても必要なサービスを確保していく観点から、どのような対応が考えられるか。

続きまして、資料5でございます。LIFEについて御説明を申し上げます。

資料の3ページがLIFEの概要でございまして、4ページ、5ページと加算の一覧がございます。

6ページを御覧ください。

直近のLIFE関連加算を算定している事業所の割合でございますけれども、最も多いのが介護老人保健施設でございまして、約8割の事業所がLIFEを算定していらっしゃいます。

それ以下、順に介護老人福祉施設、地域密着型の介護老人福祉施設と、こういった順で多くなってございます。

7ページ目がフィードバック表のイメージでございまして、8ページに記載のとおり様々マニュアルなども整備をして取り組んでまいりました。

10ページからが前回の改定の内容ですので割愛させていただきます、24ページが前回の審議報告でございます。

記載のような御意見をいただいたところでございまして、また、25ページにありますとおり、介護保険部会からも、科学的介護の推進の御意見をいただいているところでございます。

また、26ページ、規制改革実施計画の中におきましても、LIFEについては、こちらに記

載のような様々な内容が記載されてございます。

27ページ目からが、前回改定に係る改定検証の調査の結果でございます。主立ったところを御説明申し上げますと、まず、27ページでございますが、LIFEの導入前後において、利用者のアセスメントに変化があったと回答した事業所が50.1%であったということでございます。

また、28ページ、ほとんどのアセスメント項目におきまして、LIFEの導入後に実施割合が増加した。

29ページ、まだ未登録の事業所におきましても、約7割の事業所が活用したいと、こういった御意向がでございます。

30ページ、具体的な事例、御参考でございます。

31ページでございますが、こちらも様々な課題を収集しております。その内容について記載をしております。

32ページは、令和4年度に行った調査でございますけれども、利用者の状態の管理、課題把握、提供サービスケアの見直しで、LIFEを活用する事業所の割合が増加傾向でございました。

33ページは、委員会の実施内容などでございます。

34ページ、LIFEのデータ入力にかかる負担についての調査でございますが、インポート機能のみを活用している割合が増加してございます。

35ページ、新たな取組などが実際に行われているといったことをお示ししてございます。

36ページは、モデル事業でございます。訪問系サービスにモデル的に適用した場合の評価ということでございます。各サービス種別ごとの割合をお示ししてございます。

37ページもモデル事業でございますが、LIFEの活用によりサービスやケアマネジメントによい効果が期待されるという御意見もございました。

一方、訪問系サービスにより適したデータの収集であるとか、利活用の在り方を検討すべきと、こういった御意見もいただいているところでございます。

こうした現状、課題を踏まえまして、41ページに論点をお示ししてございます。

LIFEを活用した介護事業所におけるPDCAサイクル推進に向けた取組を推進するため、質の高いフィードバックに資する情報収集及びLIFEへの入力負担の軽減を図る観点から、どのような方策が考えられるか。

また、自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進していく観点から、アウトカムの視点も含めた評価の在り方、対象となるサービスの範囲についてどう考えるか。

以上でございます。御協議のほど、よろしく願いいたします。

○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関して、御意見、御質問等ございましたら、よろしく願いいたします。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、御協力のほうをお願いいたします。

それでは、いかがでございましょう。

では、吉森委員、よろしく願いいたします。

○吉森委員 ありがとうございます。

資料1から5について、簡潔に意見を述べさせていただければと思います。

まず資料1、認知症関連加算の状況についてでございますけれども、33ページ、34ページに、認知症専門ケア加算、また、認知症行動・心理症状緊急対応加算、いずれも非常に低い水準で算定状況が推移しているとされております。

36ページには、認知症自立度の利用者割合が、必ずしもサービス利用者の実態と合致していないケースがあるとされております。

これらのケースなどが、要件設定の課題となっていないかなど、各加算の加算算定状況について、その低水準の要因をよく分析した上で、要件設定における課題の有無を明確にし、認知症関連加算を重点化し、認知症対応力を向上させる方向で再考すべきではないかと考えております。

資料2について、人生の最終段階において、御本人のQOLを維持及び向上させつつ、住み慣れた環境で最期を迎えるようにするためにも、ICTを活用して、本人の意思や状態をリアルタイムに医療・介護関係者が把握できる環境を整えていくことが必要不可欠だと考えます。

医療・介護の連携の実効性を高めるためにも、本分科会でも重ねて申し上げておりますけれども、医療・介護DXについて、医療DXの進展に後れをとらないよう、引き続き積極的に進めていただくようお願いしておきたいと思っております。

資料3でございます。訪問系サービスと通所経営サービスの併用、これについては、利用者のより適切な把握に役立つということのみならず、家族のレスパイトケアにも役立つと考えております。

一方で、新たな複合型サービスの創設に当たっては、現状の小多機型の居宅介護や看護小多機型居宅介護などとのすみ分け、整理も必要でございます。引き続き、本部会で丁寧に議論を重ねていく必要があると考えます。

資料4でございます。

離島、中山間地域、豪雪地帯など、介護人材の確保がより困難だと考えられている地域におきましては、より一層、ICTや介護ロボットなどの活用が必要になってくると考えています。

29ページの好事例においても、インカムや見守りセンサーの導入などが挙げられておりますけれども、こうした事例の効果検証を積極的に進めることや、資料5のLIFEの分析結果や、具体的活用事例などを参考に、適切かつ有効に活用しながら、当該地域における効果的、効率的なサービスの提供方法を検討していく必要があるのではないかと考えております。

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 認知症の人と家族の会の鎌田です。

認知症への対応力の強化というところで、論点にある在宅の要介護者も含めた認知症対応力を向上させていくことについては、認知症の人を介護する家族にとっても大いに期待するところです。

論点では、認知症の認知機能、生活機能に関する評価尺度について、介護現場での活用を検討するとされています。しかし、高齢者施設や在宅介護の現場では、認知症の人への虐待など、大変残念な事件やトラブルも数多くあります。

また一方で、介護労働者の皆さんに対して、利用者からのハラスメントも近年表面化してきています。被害と加害、どちらについても、認知症の周辺症状に起因するトラブルが多いのではないかと推測されます。

認知症対応力については、介護現場で発生しているトラブルの解決を目指す対応力も、ぜひ強化していただきたいと思います。

医療福祉系資格を有しない直接に介護に関わる職員に対して、認知症の基礎研修が前回の報酬改定で始まりました。今年度実施の改定検証調査事業の結果が、現場の認知症ケアの質のアップにつながっていることを大いに期待いたします。

BPSDの予防、軽減に関しての調査研究事業で成果が出たということで、当会でも中重度の認知症の人を介護する家族で、在宅生活が継続できない理由というのは、BPSDの対応がうまくいかずということが一番多かったです。サービス利用に関しても、事業所より断られるということも多くありました。

この調査結果の成果が、多くの事業所の認知症ケアの取組に取り組みられることを願っています。

資料2の医療・介護連携、人生の最終段階での医療・介護というところで、論点の医療・介護連携と、人生の最終段階における医療・介護ですが、本人の尊厳を尊重し、本人の意思決定に基づく支援を行うのは大変難しいテーマだと思いますが、実現に向けて研修などの実施をお願いしたいです。

多死社会と言われていますが、医療ではアドバンスケアプランニングなど、一定の提案が出てきていますが、介護のところにおいては、まだ十分な議論ができていないと思います。ACPなど、終末期に関して家族も考えないといけないところは認識していますが、考えることにちゅうちょする気持ちもあります。

しかし、多くは高齢者ですので、いつ何どき看取りと言われる場合があるかもしれません。いざのときに、慌てないために、ケアマネジャーや医療関係者の皆さんが先導しながら、人生の終末期を考える機会をつくっていただければと思います。

それから、看取りと病院に入院中に医師が診断したときに、病院関係者が老老介護や、独り暮らしのときには、在宅看取りは無理と言われることがあるとも聞いています。

本人や家族の望みはできるだけ自宅で最期を迎えたい気持ちがありますが、在宅看取りとかをたくさん見ておられる専門職に無理と言われると諦めてしまいます。ケアマネジャーも在宅看取りを経験した人は多くないとも聞きます。ケアマネジャーの看取りへの対応力の向上をしていただくとともに、病院関係者の方々も在宅看取りの可能性を追求しての、無理が最初に出てくるのではないように、検討した結果、無理となるように、まずは在宅での生活を考えていただければと思います。

在宅看取りでの要は訪問の看護師さんです。連携強化のシステムづくりもお願いいたします。

最後に、長くなりましたけれども、新しい複合サービスについてです。

資料3では、ホームヘルプサービスの利用者は100万人を超えましたが微増状態です。

後期高齢者同士の老老介護が増える中で、微増ということは、老いた介護者への負担が大きいとも考えられます。

在宅介護は、ホームヘルパーとケアマネジャーなしには成立しませんと思っております。また、この間の猛暑が続く日々の中でも中高年のホームヘルパーは、自らも熱中症に倒れるリスクを負いながら、利用者宅を訪ねていることを忘れないでいただきたいと思いたすし、私たちは感謝しております。

訪問介護員の人手不足の現状を見ると、2014年の段階から2020年の有効求人倍率は施設職員の4倍です。このデータは2013年から22年までの間に、介護報酬の改定は3回行われましたが、ホームヘルパーを増やすための改定が全くなかったことを証明するのではないのでしょうか。

そして論点にあるのは、訪問介護と通所介護を組み合わせた複合型サービスの提案です。ホームヘルパーを増やす対策ではなく、デイサービス職員にも訪問介護をしてもらおうというプランに見えます。しかし、新しいサービスをつくったとしても、事業所は増えないのではないかという懸念があります。

また、複合サービスですが、既に訪問介護と通所介護、ショートステイを組み合わせた小規模多機能型居宅介護があり、訪問介護を追加した看護小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスに位置づけられています。

利用者家族介護者にとっては、地域密着型サービスは指定した市町村に住民票がなければ利用できないのが原則です。

地域密着型サービスにするのであれば、提供エリアが限られた新しいサービスにより、在宅介護支援をめぐる地域格差が拡大するのではないかという心配があります。

また、包括報酬で、かつ現在のようなヘルパーが要介護で制限されるのであれば、現在の利用者の生活状況、介護状況に合わせた選択できるサービスではなくなり、本人や家族にとってはサービスの後退と言わざるを得ません。

少し長くなりますけれども、今回の複合型サービスでの疑問はたくさんありますが、特に小規模多機能型居宅介護の、利用者が定員に満たず、経営が苦しいとの事業者の方のお

話を聞いたことがあります。

宿泊のない小規模多機能型居宅介護が今回の複合型サービスなのかと思え、この違いを明確にされるのか、統合されるのか、既存のサービスの違いが分かりません。

現在の小規模多機能型居宅では宿泊を利用せず、訪問と通いだけの利用者が多数おられるとも聞きました。特に独居の場合は、宿泊は使わないそうです。ただ、緊急時の宿泊はあり、独居認知症の場合、宿泊を使い始めると、在宅限界のサインだとも言われていました。同居者がいて宿泊利用がない方も、いざというときのために使いたいとも言われています。今回の複合型とは利用目的が違うのですが、形としては訪問と通いのみになります。

何度も申し上げますが、どう切り分けるのでしょうか。また、小規模多機能型でも訪問が十分提供されない。訪問介護に対するスキルが不十分といえる職員のいる事業所も多いとも聞きます。通所や施設介護に慣れていても、在宅訪問はまた違うと家族も思います。訪問の職員が一人で判断するのは難しく、研修体制の充実も必要ではないでしょうか。恐らく新たな複合サービスが始まって、訪問介護の部分が十分に提供されるようにはならないような気がします。

特に一部で言われているようなケアマネ配置になれば、もっとハードルが高くなり、手を上げる事業所は減るのではないのでしょうか。

ホームヘルパーの不足をこのような対策で対応することは、不安要因ばかりで、根本的な人材不足への対策ではない。介護人材への応募者を増やす政策を考えてほしいと切実に願います。

看取りのところでもホームヘルパーさんの存在は大きいので、現在のホームヘルパー不足は、看取り体制のところでも、よろしくお願ひしたいと思います。

長くなりましたけれども、以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、古谷委員、よろしくお願ひします。

○古谷委員 よろしくお願ひいたします。全国老施協の古谷でございます。

資料の1、3、4、5について意見を述べさせていただきます。

まず、資料1「認知症への対応力強化」についてです。

本年6月、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し、認知症施策の推進が図られた今こそ、積極的に認知症対応を強化していくような制度の改善が必要と考えております。

まず、認知症関連加算の算定状況や、やり方についてです。資料1の18ページで、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示していただいておりますが、介護老人福祉サービス、いわゆる特養は、自立度3以上の方の割合が70.5%、1以上の方も入れますと98.6%と、ほとんどの入所者は認知症を有する方々です。

特養以外のサービス類型を見ても、介護現場では日々認知症ケアが実践されていることがよく分かります。

しかしながら、従来設けられている認知症専門ケア加算は、算定率が非常に低い状況です。その要望として考えられる認知症ケアに関する専門研修、いわゆる認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修について、2点意見をさせていただきます。

1点目は、算定要件になっている認知症ケアに関する専門研修を希望しても、なかなか研修が受けられないということです。前回改定でも受講しやすい環境整備を行っていただいておりますが、さらなる受講環境の整備をお願いいたします。

2点目は、認知症介護指導者養成研修についてです。専門性が高く、今後も継続すべき研修と考えておりますが、その目的は、認知症介護に関する専門的な知識及び技術並びに高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術の習得とされております。認知症ケア専門加算とは趣旨が異なるように感じております。認知症ケアが適切に評価されるよう再検討をお願いいたします。

次に、BPSDの施設事業所における体制構築の強化に向けてです。

令和3、4年度の老健事業であります、BPSDの予防軽減を目的とした認知症ケアプログラムの普及促進に関する調査研究について、29ページの資料を見ますと、非常に有効性が認められる結果が出ていると受け止めております。

その普及に向けては、介護報酬上で評価することで、各施設、事業所での実践が進むと考えます。

また、各施設、事業所での実践のためには、評価尺度やケア体制等を学ぶ研修が必要になると考えますが、このBPSDケアに関する研修については、先ほど述べた認知症ケアに関する専門研修の位置づけやカリキュラムとの整理をしていただくとともに、受講しやすい環境整備をお願いいたします。

次に、認知症の認知機能、生活機能に関する評定尺度の活用方法についてです。認知症の認知機能、生活機能を評価することで、より質の高い認知症ケアの提供につながるものと、このことには期待しております。

資料3「新しい複合サービス」についてです。

資料で示されているように、通所介護と訪問介護をともに利用している人の割合が46%あり、また、事業所においても半数以上が両事業を行っていることから、人材の有効活用や、柔軟な対応による質の高いサービスの提供が期待できることを考えると、複合型サービスの創設には意義があると考えております。

しかし、ケアマネの位置づけ、報酬の在り方、柔軟に運営できる人員基準等について、新しいサービスが有効に活用できるような制度設計をする必要があると考えております。

資料4「地域の特性に応じたサービスの確保」についてです。

今後、地域における介護サービス利用者は増える地域、減る地域の差が大きくなると推定されます。

また、都市部、中山間地域、離島や過疎地域によっても抱える課題が大きく違うことが

言われています。

このため、地域特性に応じた地域社会を支えるセーフティネットの役割を担うことへの評価要素を取り入れた単価の引上げや、経営困難な地域に対する地域加算の創設等を検討する必要があると考えます。

また、地域区分やその上乘せ割合、サービス別の人件費割合も検討する必要があると考えております。

資料4の11ページで、中山間地域等に対する介護報酬における評価として「1. 特別地域加算」「2. 中山間地域等における小規模事業所加算」「3. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」について整理いただいております。

サービス対象について、訪問系、多機能系、通所系の一覧を見ると一目瞭然ですが、通所系は「3. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」しか対象になっていません。

7月10日に行われた第219回介護給付費分科会では、通所介護の収支差率は1%を示されましたが、通所系の経営状態は、過去に例がないほど厳しい状況です。

その上、豪雪地帯や中山間地域等においては、地域特性による移動、いわゆる送迎コストは評価されておられません。さらに、こうした地域において、事業規模の拡大によるサービス提供の効率化は、ほぼ不可能です。離島や中山間地域等におけるサービスの充実の観点、地域包括ケアシステムを深化・推進する観点、さらには、移動のコストを適切に評価する観点、都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、サービスを受けることができるようにする観点の4つの観点から、通所系サービスにも1の「特別地域加算」と2の「中山間地域等における小規模事業所加算」を適用させることについて再検討をお願いいたします。

続きまして、資料5「LIFE」についてです。

LIFEの導入について、利用者の自立度を数値化し、職員一人一人のケアの視点をそろえる等の成果がある一方、データ入力に追われ、フィードバックをPDCAにどう活用するのか等、先が見えないことへの不安が大きくなっているのが現状であると思います。LIFEの活用方法について、好事例の共有等を進めていくことが大切であると考えます。

また、LIFEの入力項目について、各計画書などの書式にADL状況や病名など、重複する項目があるので、入力項目の重複の解消や、システムの使いやすさの向上の検討をお願いいたします。

LIFE関連加算の算定基準における評価期間が様々であり、間違いも起こりやすく、データ入力回数も増えてしまいます。

評価月数やケア計画の見直し期間を、例えば6か月間にそろえる等の見直しをすることも必要と考えます。

論点に「自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進していく観点から、アウトカムの視点も含めた評価のあり方、対象となるサービスの範囲についてどう考えるか」

とありますが、どのようなサービスに、どのようなアウトカム評価をしていくのか、慎重な検討が必要であるとともに、評価の中には、プロセス評価項目も考えていく必要があると思います。

以上、意見でした。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、新田参考人、よろしく願いいたします。

○新田参考人 ありがとうございます。

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しております。

これまでも本県の特徴でもある離島などにおける介護サービス確保について、意見を述べてきましたが、今回、資料4の「地域の特性に応じたサービスの確保」に関して、改めて意見を申し上げます。

離島や中山間地域では、全国に先駆けて高齢化が進んでいる一方で、人口減少や介護人材不足などから、効率的な経営が難しく、近年はさらに新型コロナの影響や原油価格、物価の高騰が加わり、本県にも事業者から経営が厳しい、このままでは事業の存続が危ぶまれるなどの声が寄せられております。

このような地域では、もともとサービス基盤が脆弱で、提供できるサービスの種類も少ないため、介護事業所、特に入所系サービスの事業所が廃止された場合には、代替できるだけのサービスがなく、地域に与える影響は非常に大きいと考えております。

本県といたしましても、介護ロボット、ICTの導入による業務改善や、本県の独自ルートによる外国人介護人材の確保など、地域医療・介護総合確保基金を最大限活用した支援を進めており、離島などでも実際に取り組んでいる事業者はありますが、依然として経営悪化に歯止めがかけられておりません。

資料4の30ページには、都市部、離島、中山間地域における収支差率の比較が記載されており、赤字の事業者が都市部で24.2%に対し、離島では29.0%、中山間地域で31.1%と多くなっておりますが、本県の状況を踏まえると、同じ離島であっても人口規模や地理的環境による差があると考えております。

本県には4つの大きな離島圏域があり、その全てで高齢化率は4割を超えております。そのうち3つは、人口が2万人を超える比較的大きな離島圏域ですが、人材不足による在宅サービスの縮小などの課題はあるものの、施設経営は厳しいながらも何とか維持されております。

しかし、残る人口約1万7000人の離島圏域は、入所待ちの待機者が圏域一帯で50人を超えている一方で、広い島内を支える5つの特別養護老人ホームのうち、3か所は赤字が継続しており、サービスの維持が困難な状況です。

離島では、全国に先駆けて人口が減少しており、今後このような不採算ラインを割り込む人口規模の離島が増えてくることが予想されます。介護報酬の見直しに当たっては、代

替サービスの提供は困難であり、かつ人口が少ない離島が施設サービスを維持できるよう、十分な配慮が必要であるとともに、地域医療・介護総合確保基金のメニューの拡充など、さらなる支援を強くお願いしたいと考えます。

また、離島や中山間地域等における特別地域加算等については、現在は、対象が主に訪問系や多機能系の事業者に限定されておりますが、施設系や通所系の事業所でも同様に、地理的条件や地域特有の事情により、効率的な経営は困難な状況にありますので、加算の対象に加えることを離島支援の方策の一つとして御検討いただくよう重ねてお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしくお願ひいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。何点か意見を申し述べたいと思います。

最初に、資料2の関係でございます。医療と介護の情報連携に関しましては、入院時情報連携加算あるいは退院・退所時連携加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算など、様々な評価、加算が設けられております。

ただ、残念ながら算定率が低いものも存在している状況にあると認識してございます。報酬上の評価だけで改善するのではなくて、情報連携の体制の整備を早急に進めるべきと考えております。

また、医療におきましては生活面、介護におきましては医療の視点での情報の連携を図っていくことが必要だということであれば、医療と介護で共有すべき情報の内容や様式などを整理すること、あるいは医療DX、介護DXの視点も踏まえた、ICTを活用した情報連携の在り方についても検討すべきではないかと考えてございます。

資料3の「新しい複合型サービス」でございます。

訪問介護員の人材不足という問題意識がある中では、訪問系と通所系サービスを併用して提供することのメリットや課題、また、半数以上の事業者が訪問系と通所系の双方の事業所を運営している状況、利用者のニーズ等を踏まえてみますと、複数の在宅サービスを組み合わせて提供する複合型のサービスの創設に関しましては、検討する必要があるのではないかと考えてございます。

ただし、新たな報酬設定を検討するに当たりましては、複合型による効率的なサービス提供などの観点からも、これまでに各サービスを併用してきた場合に比べて、利用者の負担が重くなることはないように、慎重に検討すべきだと考えております。

資料4の「地域特性に応じたサービスの確保」についてでございます。

28ページに職員の負担軽減に関する取組の実施割合が記載されております。都市部、離島、中山間、いずれも1から2割という低い状況にあるということでございます。

介護人材の不足が顕著な離島、中山間地域だからこそ、29ページに好事例が示されておりますので、こういったことを参考にしながら、ICT・介護ロボットなど、テクノロジーな

どのさらなる活用、展開を図っていくことが必要なのではないかと考えております。

資料5の「LIFE」の関係でございます。

29ページに、LIFEの今後の活用意向につきまして、LIFEを活用したいと思わない割合が3分の1を占めておられて、データを入力する職員の負担が大きいというのが最も多くなっております。

LIFEの活用の推進を図っていく上でも、入力作業の簡略化、さらなる負担軽減を図っていく必要があると考えてございます。

また、フィードバック票のさらなる充実、あるいは活用事例や評価方法等も同時に提供するなどの方策も検討すべきと考えてございます。

また、アウトカム評価につきましては、重要な視点だと認識してございます。LIFEに蓄積されたデータあるいはエビデンスを活用して、具体的な統一の評価指標の設定、評価方法を検討した上で、アウトカムを加算の算定要件に反映していくような仕組みを導入していくことも考えていく必要があるのではないかと考えてございます。

私からは以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、よろしく願いいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

資料の2、3、5について意見を申し上げたいと思います。

まず、資料2「医療・介護連携」は、これまで、この課題については、介護報酬側のみならず、医療側でも様々な手当がなされてきたと理解しています。

一番やらなくてはならないのは、やはり情報の連携だと思いますが、むしろ診療報酬、介護報酬で手当をするというよりは、その情報連携の基盤をどうつくっていくのかという検討を、より具体的に進めることが重要と思います。

当然のことながら、介護報酬、診療報酬の手当をすると、制度の複雑化につながりますし、また、利用者の負担、患者負担が増えることとなりますので、少しステージを変えて検討する必要があると考えています。

次に資料3「新しい複合型サービス」については、資料の中で、複合的サービスがあった場合のメリットが整理をされていますが、いずれもこの事業者間の情報連携をすれば概ね解決する課題という印象を受けます。ですので、なぜ、新たなサービスが必要なのかということ、また、新たなサービスをつくるということは、先ほども申し上げた通り、また、制度の複雑化、負担増にもつながる可能性が高いと思われまますので、その辺りについて十分整理、検討する必要があると思います。

資料5の「LIFE」について、これまでの報告書等々を読むと、訪問系サービスにおける活用や、フィードバック内容の改善、入力者負担の軽減あるいは項目の精査等々の課題が示されたところです。

今回の規制改革実施計画の中では、特にフィードバック内容の改善と入力負担の軽減が

示されていますが、この辺りについて、この2つのみなのか、あるいは全体的にもっと改善をしていくべきなのかということ、よく検討をいただきたいと思います。

また、アウトカム評価については、非常に難しい課題だと思いますが、やはり自立支援、重度化防止を目指す観点で考えると、褥瘡のマネジメントや、排泄の支援のほかに、介護する側、される側の取組、あるいはその成果が適切に評価できる項目があるのかということについて、引き続き検討を進めていただきたいと思います。

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 ありがとうございます。

資料2について、2点申し上げたいと思います。

1つは、医療・介護の連携についてであります。先ほどの話にも出ましたが、医療と介護の連携に対応するためには、医師、看護師等の医療従事者に加えまして、訪問看護師、介護支援の専門員等を含めた多職種が、医療情報、介護情報を共有することが重要であると考えています。

医療情報、介護情報を共有することによって、より適切な在宅医療、訪問看護、そして介護の提供が可能となるほか、より効果的、効率的な医療・介護の提供が期待できるからであります。

こうしたことから、本市の状況ですけれども、来年の4月に連携するシステム構築のための協議会を立ち上げる予定でございます。とは申しましても、なかなか地方の医師の状況だけでは、非常に難しゅうございますので、国におきましても、各地域の実情を踏まえ、全国の医療情報、介護情報を共有できる地域医療情報連携ネットワークシステムの構築ということも推進していただきたいと思っております。

2つ目は、看取りについてでございます。大分県の中津市におきましても、もう既にあります在宅医療・介護連携推進協議会におきまして、医師、ケアマネ、救急輸送の消防署、それから訪問看護師等が参加しまして、看取りに関するワーキングを行っております。

医師の減少や高齢化、看護師不足などのマンパワー不足に加えまして、予期せぬ心肺停止による救急搬送や心肺蘇生を望まない傷病者への適切な対応など、これまで以上に複雑化、多様化していくことを想定いたしますと、看取りの対応強化が検討課題だと認識いたしております。

現行では、居住系サービスの認知症対応型グループホームにおきましては、原則として介護保険の訪問介護は利用できないという状況になっております。

認知症グループホームにおいては、看護師も少なく、看取りの対応は難しいのではないかと思います。

本市では、訪問看護事業所によりまして、在宅や有料老人ホームの看取りの支援が進んでおると聞いておりますので、必要に応じて訪問看護との連携などができるように検討して

いただきたいと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしく願いいたします。

○石田委員 よろしく願いいたします。

私のほうからは3点、意見を申し述べたいと思います。

1点目は、資料1の「認知症への対応力強化」の点です。認知症への対応力が強化された事業所であったり、専門職というのは大変心強い存在でありますので、ぜひこれについては進めていただきたいと思っております。

22ページにあったように、認知症に係る取組の情報公表を推進していくと、これは、ぜひしていただきたいと思っております。

一方で、認知症専門ケア加算といった加算については、算定状況が非常に低いという報告がありました。これがどうしてかというところ、例えば、算定要件の内容をもう一回検討し直す必要があるのかなとも思ったり、ぜひ、現場の声をしっかり聞き取っていただいて、この辺のところは、もう少し算定状況が上がるというか、そういったことも検討していく必要があるのかなと思っております。

次に、資料3の「新しい複合型サービス」のところです。

これは、訪問サービスと通所サービスを組み合わせる新しいサービスということで、在宅で生活している要介護当事者にしてみれば、この新しいサービスが充実することは、プラスにはなると思いますけれども、先ほど御意見もありましたけれども、これはもともと人材が不足している訪問サービスの不足部分を、通所サービスのところで何らかの形で補うというようなことが目的であれば、これは問題だと思えます。ぜひ、この新しい複合サービスをつくることをきっかけにして、ここの分野の充実というのは、ぜひとも図っていただきたいと思えます。

ただ、訪問介護員の人手不足というのは、ずっと長年にわたって言われているところで、ここは介護報酬の点も含めて改善していく必要があると思っております。

また、訪問介護員の平均年齢の高いところの現状もあるのですけれども、これは、どうしたものかと、確かに考えていく必要はあるのですけれども、これは、所与の条件として年齢の高いスタッフがいて、このサービスを提供してくれているということを前提とした仕組みをつくっていく必要があるのではないかと思っております。

今回、この複合型サービスをつくるに当たって、例えば、課題としては、急なキャンセルがあったときに、非常に対応に困るであるとか、ニーズに対するケアプランの変更についても、非常にタイムラグが生じるという声が上がっておりますので、こういった状況をちゃんと捉えた上で、新たなニーズに対応できるサービスの創出ということに期待しております。

最後に、資料5の「LIFE」についてです。

LIFEに関しては、ずっと長年言われていたように、やはり入力に関する負担が、まだまだ取り除かれていないというところもある一方で、例えば、35ページなどに、収集した情報を利用してサービス計画を立てる、あるいは提供サービスを見直すといったことが難しいところに、約35%の数字が上がっていると、一番重要どころが、一番なかなか手に届いていないという、まだ、そこの現状があるかと思えます。ぜひとも、これについては、さらに現場の声を吸収していただいて、よりよい形のエビデンスの集積ということに努めていただきたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。

まず、資料2、医療・介護の連携、人生の最終段階の医療・介護についてです。今回の改定では、医療・介護連携の強化が重点ポイントの一つだと考えております。日頃からの医療と介護のつながりとか、利用者、患者の生活歴も重視した情報連携の強化、それから地域包括支援センターの体制強化による支援の充実などが必要です。

人生の最終段階の医療・介護については、利用者本人の尊厳と自己決定権を尊重することを大前提に、疼痛緩和や精神的ケアの充実など、様々な観点からの環境整備が不可欠です。

アドバンスケアプランニングの普及定着もそうですし、利用者が意思表示しやすい機会やツールの確保、DXの推進など、活用を図る必要があると考えます。

それから、資料3の「新しい複合型サービス」についてです。

調査研究の結果から、資料にも効率性や切れ目のない支援などメリットが書かれています。それ自体は分かるのですが、報告書では課題も様々指摘されています。利用者にとってなじみのある介護従事者による一貫したサービス提供は安心感につながるという指摘があります。一方で、逆の場合に、利用者の精神的な逃げ場がないということになりかねない面や、複合型になることで、サービスが過剰になるという懸念も指摘されています。

また、訪問系サービスに従事する際と、通所系とでサービス特性の違いによる意識の切換えが難しいという声の割合も高いです。

実際には、訪問で働く人、通所で働く人、それぞれ得手不得手を考慮しながら、その職に就いている部分がある中で、これは課題として書かれていますが、連絡調整が煩雑だとか、情報共有が難しいといった実態を乗り越えて対応していくためには、それに見合った賃金処遇を保障する必要があります。

調査結果では、職員の収入の安定につながるという指摘は少ないですし、ましてや複合型になることを機に、賃金労働条件の不利益を誘発しないようにする必要があります。

人材確保に困難さが際立っていますが、だからといってケアの質の低下を招くような基準づくりをしてはなりませんので、くれぐれもよろしくお願いいたします。

とにかく、ケアマネジメントの質が問われますし、利用者本位のケアを確保する観点から、設計において欠かせないと考えます。

資料5についてです。

LIFEを導入している事業所の伸びが表しているのかもしれませんが、36ページの課題にあるように、入力する時間の確保が難しいといった、負担面が大きいという現場からの意見が導入当初から変わっていない状態です。

現場からの声やニーズを取り入れていくと同時に、介護職員が負担に見合う効果を実感できるように、フィードバックの充実でケアの質を高められるようにする必要があります。

最後に資料1に戻りますが、認知症への対応力強化の関係で、認知症に関する研修を受けた職員をしっかりと配置できるようにするなど、前向きな検討が必要です。

その上で質問です。資料18ページ、認知症高齢者の日常生活自立度のデータについて、不詳という割合が高いのはなぜなのかという点と、資料の33、34に掲載されている加算、それぞれの算定率が低い実態となっていることについて、把握していることあれば教えてくださいたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 では、回答のほうをお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問ありがとうございます。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

まず、18ページで不詳の割合でございますけれども、これは、介護保険総合データベースからの任意集計となっております。入力の際に自立度の入力がない場合も、残念ながら、一定程度存在するというところで、それらについては不詳ということでは出さざるを得ないという状況となっております。

あわせての質問で、33ページ、34ページの加算の算定状況との連携というものは、あまりないのではないかと考えておまして、これは、ほかの方の御指摘もございましたけれども、最後の算定状況が低い理由、それぞれ加算の在り方と体制の要件が合っているのかということ、我々のほうとしても、この状況に立ち返りまして、少し検証が必要だと考えているところでございます。

そして、それをどうしていくか、また、御議論をいただければと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。

それでは、野村委員、よろしくをお願いいたします。

○野村委員 ありがとうございます。

私のほうからは、2点ほどお願いしたいと思っております。

まず、資料2の「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」の80ページにありますように、人生の最終段階において、最後まで口から食べることや、口腔を清潔に保つことが、QOL向上の観点から重要で、終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管

理が実施できるような実施体制の構築が必要とありますように、適切な口腔の健康管理のためには、実際に、在宅、施設、医療機関と患者が移動する中で、口腔に関するトラブルが抜け落ちないように、問題があれば、早期に歯科治療にもつながり、その情報が他の情報とともに共有できるようなシステムづくりが必要だと考えます。

やはり多職種連携、情報共有、特に口腔栄養、リハの一体的な推進が非常に重要と考えております。

もう一点、資料5の「LIFE」についてのコメントでございますけれども、取組も始まったばかりで、検証をしつつ進められているということだと思っておりますけれども、介護分野においても医療と同様で、今後デジタル化は待ったなしの状況と考えています。

しかしながら、生活の視点を重視する介護では、なかなかアウトカムといった評価が難しいと思っております。

ただ、それに関して、例えば現時点で口腔の衛生管理や口腔機能向上は、サービスが入っている施設は日常的に管理する部分であります。つまり算定が出てくる施設では、毎回LIFEの算定項目が出てきます。しかし、現場の入力の負担感というものもありますけれども、なかなか実際に現状がつかみにくいということでございますので、他の加算では、3か月、6か月に1回といった項目もありますので、できるだけ分かりやすく、頻度もより実態に合った方向で統一していただければと思います。

私のほうからは、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、荻野委員、よろしく願いいたします。

○荻野委員 ありがとうございます。日本薬剤師会の荻野でございます。

私からは、資料1、資料2につきまして発言をさせていただきたいと思っております。

まず「認知症への対応力強化」についてでございますけれども、認知症になられても、その人らしく社会生活をできるだけ長く継続するためには、早期に認知症の兆候に気づき、適時適切に治療を提供することが重要であり、そして、薬物治療を効果的なものとするための服薬支援を提供されることが求められています。

薬局におきましても、認知症対応力向上への対応としては、各都道府県薬剤師会で薬剤師認知症対応力向上研修を実施しております。この研修を通じて、薬剤師が認知症の疑いのある場合に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の状況に応じた薬学的管理を適切に行い、認知症の人への支援体制構築の担い手になることを目指しており、現在、約4万人の薬剤師が既に受講しております。

認知症の方に寄り添ったケアを提供するために医師との連携はもちろん、ケアマネあるいは訪問看護、訪問介護、生活をサポートする方々などと、チームによる連携で管理支援の体制をつくっていくことが大変重要であると考えております。

次に「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けれども、地域包括ケアシステムの中で、医師、歯科医師、薬剤師、看護師など、それぞれの分野の

専門職が相互に関わりながら、療養支援や生活支援等を行っていくことが重要です。

現在、検討されている薬剤師と関係職種が連携を行う際の様式などを活用し、さらなる多職種連携を推進するための具体的対応が必要と考えます。

また、人生の最終段階における患者やその家族への緩和ケアは非常に重要であります。以前も発言いたしましたけれども、緩和ケアに必要な医療用麻薬の備蓄や夜間、休日対応は、医療機関や関係機関等と密接な情報共有と、それに基づく連携体制を構築しておくことで、患者、利用者に迷惑がかからないよう、地域の薬局が円滑に対応できますので、その実現もしくは推進のための検討が必要と考えます。

私からは以上です。ありがとうございました。

○田辺分科会長 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 ありがとうございます。各論点に基づき意見を申し述べます。

資料1の「認知症への対応力強化」についてでございますけれども、認知症ケアに関しましては、これまでの取組とともに、専門人材による個別的なケアに関する助言、そして、支援を受ける機会の確保が重要であると考えております。

本会は令和元年度に行った事業で、医療機関などから認知症看護認定看護師等の専門性の高い看護師が、介護施設や事業所にコンサルテーションや研修といった形で出向く事業を実施いたしまして、利用者の方のBPSDの軽減、家族介護者の負担感軽減、そして支援を受けた事業所のスタッフのケア力の向上といった一定の効果が得られております。

認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者など、専門人材の活用と評価が重要であると考えております。

資料2の医療・介護連携についてでございますが、医療と生活の双方の視点を持つ看護職は、利用者の状態に即して連携先とをつなぐ上でも、重要な役割を担っております。

例えば、訪問看護では、利用者の入退院時に医療機関と情報共有や共同指導という形でケアを行っております。必要な情報やケアが途切れることのないよう、連携の仕組みや共同した支援、そして事業所間での助言といった形で、ケアの継続性、連続性を担保する仕組みをさらに充実させていくということも、重要であると考えております。

人生の最終段階における医療・介護についてでございます。御本人が望む場所での人生の最期までの暮らしを支えるためには、利用者本人の価値観を尊重し、意思決定を支えると同時に、その意思を尊重できる体制整備が重要であると考えております。

特養など、要介護度の高い方が入所している施設の場合には、住み慣れた場所での看取りが可能となるよう、入居者の状態に応じた看護職配置の充実の検討や、それが困難な場合には、必要時、看取り期において、外部から訪問看護が入ることのできる仕組みの充実が必要と考えております。

先ほどから既に御発言があったところでございますが、看取りまでを支える訪問看護という視点での対応力強化や、自宅や事業所で柔軟にケアを提供する看多機のようなサービスの充実ということも重要であると考えております。

資料4についてでございます。現行の地域特性に応じた措置の対象地域に該当しない地域であっても、利用者宅が点在していたり、一事業者のサービス提供範囲が非常に広範囲に及ぶような地域の状況というのは、例えば、訪問看護でも事業所が限られているような地域もございます。そうした実態の把握を行った上で、現行の制度では対応できていない例について、検討が必要であると考えております。

最後に、資料5の「LIFE」についてでございますが、36ページで、訪問看護ではLIFEの項目、評価項目の8項目について、6割以上が「特に問題なく評価できた」と回答しております。また、LIFEの活用により利用者の状態の共有がしやすくなる、あるいは、そうしたケアの質担保につながるという意見が述べられております。

利用者の状態の評価の可視化と共有、事業所のケアの質向上への取組の点で、項目を精査した上で、また、事業所の負担軽減を図った上で、訪問看護への拡大については、前向きに検討す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。

それでは、米本委員、よろしく願いいたします。

○米本委員 全国町村会の米本でございます。私からは2点の意見を申し上げます。

1点目は、資料2についてです。看取りに限らず、本人の希望する場所で、それぞれの状態に応じた必要なサービスを提供するためには、財政支援、人材確保が不可欠であります。

特に中山間地域や離島では、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まして、社会資源が不足しているため、在宅医療・介護を行うために必要な多職種連携が難しいのが現状でございます。

そのため、タブレットと情報通信機器を活用することで、地域にある社会資源を活用しながら、サービスを提供することが可能となっていくのではないかと考えております。

実際、ICTを活用して、医療・介護連携に取り組んでいる町もありますけれども、財政的な面で大変苦慮しているという声も聞いておりますので、導入経費等の財政支援をお願いしたいと思っております。

また、人材を地域内で確保することも大変困難になっておりますので、ぜひとも都道府県あるいは国からの支援体制、また、広域的に人材を確保する体制の構築を検討していただきたいと思っております。

次に2点目でございます。

資料4の27ページの地方分権改革に関する提案募集についてでございます。

令和5年度中に結論を得ることとなっておりますが、中山間地域においては、事業所からサービス利用者宅までが遠距離であるとともに、利用者宅が点在し、移動に時間を要するケースが多く、実際のサービス提供時間より移動時間のほうが長いといったケースが多々ございます。

その中には、特別地域加算や、中山間地域等における小規模事業所加算が該当しない地域もございまして、全ての事業がこのような加算を算定できているわけではございません。

中山間地域や離島など、どの地域においても本人の希望する場所で、それぞれの状態に応じた必要なサービスの提供が確保されるよう、地域の実情に応じた方策を検討していただくよう、お願い申し上げます。

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、濱田委員、よろしく願いいたします。

○濱田委員 よろしく願いいたします。

まず、資料1「認知症への対応力強化」でございます。

4ページにございますように、対象者の大きな増加が見込まれます2040年に向けて、支援体制の強化が必要でございます。

具体的には、10ページの認知症基本法概要に記載の「2. 基本理念」の④にある「認知症の人の意向を十分に尊重しつつ」というところと、⑤の認知症の人及び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社会を実現するための方策であると考えております。

これらは、資料2の34ページ、人生の最終段階における意思決定支援とも関連いたしますが、施設や集合住宅等で、24時間体制で介護職員等の支援を受けられ、その都度助言が受けられる環境とは異なりまして、通常の在宅、自宅等で独り暮らしや高齢者のみ世帯等で生活を行う場合、入退院など、医療・介護に関する内容以外にも、日常生活上の手続や支援、個別避難計画作成のほか、各種判断が御本人には求められることとなります。

通常の介護サービス提供時間帯に関わらず、こういった生活上の判断をする場面が発生する場合もございます。

連絡自体は関係者の介護ネットワーク等で対応しておりますけれども、反復継続するような場合には、成年後見制度の活用をはじめ、対応実施者がある程度業務内外を含め、想定しておくことが望ましいのではないかと考えております。

資料2でございますが、人生会議や、人生の最終段階におけるケアの決定等については、都道府県、保険者をはじめ、関係者により各種の啓発が行われております。

しかしながら、72ページにも記載がされておりますが、なかなか利用者御本人や御家族、ましてや一般国民に広く普及するには、さらなる時間や方法の検討が必要と考えます。

誤解を恐れず申し上げれば、これは、まだその段階ではない対象者に最終段階までのケア等を想定した意思を確認することについて、死を意識させ、不快な思いを抱かせないかという誤解を招くおそれがないかという懸念が、やはり関係者にも強いということも想定されます。

引き続き取組を進めるとして、こうした誤解を招かない促し方や表現、また、タイミングや仕組みなど、懸念を払拭させるような意思決定支援の方法も、引き続き検討されるこ

とを期待いたしたいと存じます。

資料3の「新しい複合型サービス」についてでございます。

通所介護も訪問介護も、全国的な事業所数は多いものの、普及するかの鍵は、やはり報酬体系の仕組みによるかと考えております。これは、いわゆる包括型の介護報酬となるか、例えば、現在の小規模多機能型居宅介護のような包括型の介護報酬体系となるか、あるいは訪問介護、通所介護のような、主として時間を基準とした介護報酬体系によるかというところかと考えます。

それぞれメリット、デメリットがあると考えられえますが、論点を絞って検討も必要かと考えます。もし検討する場合はということでございますが。

また、もし包括型となる場合は、現在の小規模多機能居宅介護と類似のサービスとなることも想定されますので、ケアマネジメントを含め、どのような類型に位置づけるかということも、やはり検討が必要かと考えます。

資料4の「地域の特性に応じたサービスの確保」でございます。

資料3の複合型サービスや、現在、存在するサテライト型の施設やサービスもそうですが、基準等は、かなり兼務あるいは合体ということも進んでおりますが、例えば、その他の加算の算定や細部において、なかなか一体的運用ができないルールもございまして、いわゆる大規模化による効率化が図りづらい側面も多いと考えます。このため、これらについても、やはり、それらのメリットが活かされるような整理が必要であると考えます。

その上で、サテライト型を推進することで、超高齢化による人口減少地域等においても、介護サービスを受けられるような配慮が今後とも必要と考えております。

また、これらの対象地域における居宅介護支援事業所におきましても、何らかの形で主任介護支援専門員が継続して配置できるようにすることで、事業所の継続性が高まることとなります。

どのような形態での配置を可能とするかなど、地域に応じた検討を行うことも、今後必要と考えます。

一方、収入を含め、介護支援専門員を3名以上確保できる体制を継続できるようにすることで、特定事業所加算の算定ができ、経営面でも事業所の継続性、ひいては地域介護の安定性が高まることが期待されております。他の介護サービスも同様であります。他事業所の連携方式など、こういった検討を行うことも効果的と考えます。

資料の「LIFE」についてでございますが、LIFEにつきましては、事業所のフィードバック表の活用ができるような方向性も検討してはどうかと考えます。

また、33ページにも記載がございまして、当初は、入力負担が相当指摘されておりましたが、時間が経つにつれまして、一定の効率化も図られ、まだまだ負担を感じられている方も多いということではありますが、徐々に減少する方向も見られるかということもございまして。

引き続き、例えば、ベンダー様においてインポート機能がよりスムーズに行えるような各種の修正が図られているかなども含めて、これら入力負担の軽減を図っていくことで、普及が図れることを期待いたし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、及川委員、よろしく願いいたします。

○及川委員 日本介護福祉士会の及川でございます。私のほうからは、資料2、資料3について意見を申し述べます。

まず、最初に「医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護」ということでございますが、論点にあるように、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ことは、とても大事な視点でございます。

私、介護職員は、ほかの専門職の皆様よりも多くの時間利用者様、お一人お一人と向き合い、その人の生活や暮らし、その人の思いに向き合うことができるという特性がございます。

その中で得ることができた本人の願いや思いなどを、関係職種間で共有することが重要であり、このことの重要性の共有や、共有する方法のさらなる工夫について、当会としても、さらに継続的に検討を進めてまいりたいと思います。

次に「新しい複合型サービス」についてでございます。

今後、在宅介護の限界点を高め、地域完結型のサービス提供体制を整備していくに当たっては、在宅介護サービスの充実を図っていくことは不可欠でございます。

特に訪問介護サービスにおいては、極めて深刻な人材不足があります。他方で、多様化、複雑化、高度化する介護ニーズへの対応がより求められてくるのも事実でございます。

新たな複合型サービスの実施体制を検討するに当たっては、訪問介護サービスの質を担保するため、従来の訪問介護員に課している初任者研修等の受講や、訪問介護サービスにおいて極めて重要な役割を担うサービス提供責任者の要件について、しっかりと担保する等の対応をお願いしたいと考えます。

以上でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、松田委員、よろしく願いいたします。

○松田委員 松田でございます。

3点、LIFEと連携は同じようなことなのですが、既に多くの委員の方が指摘されているように、同じ項目に対して違った評価の基準でやられているという、例えば、ADLに関しては、全解除、部分解除、自立、片方ではこうなっていて、片方では介助の必要性あり、なしみたいな形で評価すると。こういう評価項目の統一を、まず、すべきだろうと思っています。

その際に、アウトカム評価とか、プロセス評価とか、いろいろあるのですが、通所系とか訪問系もいろいろとこれからやっていくことを考えると、標準的に評価ができる

タイミングと申しますか、調査票とか、これは介護認定調査票なのですね。

そうすると、恐らく、ADLの項目とかを認定調査票の記述に合わせて整理していくというのは、1つの方向性だろうと思っています。

連携も同じように、いろいろなものがある、類似の項目が、ばらばらの評価指標になっていますので、この辺を全部そろえていただきたいというのが一つです。

これをやらないと、将来的に介護版の電子カルテみたいのが普及してきて、やろうと思ったときに、結局ばらばらになってしまうと、すごく全体としてコストがかかってしまうのです。これは、医療のほうの電子カルテで失敗したことです。ぜひICT化に適切に対応するためにも、項目の標準化というのをやっていただきたいなと思います。

あと、LIFEのフィードバック云々かんぬんの話ですが、まず、LIFEという仕組みで介護の現場から、こういう情報が集められるような仕組みが導入されたということは、非常に大きな一歩だと思っています。

あとは、そのデータをどのように分析し、どのようにフィードバックしていくかだろうと思っています。まだ、ようやくデータが使えるようになった段階ですので、これからの話になると思うのですけれども、このときに研究者の視点でやり過ぎてしまうと、恐らく現場と乖離してしまうだろうと思っています。あくまでLIFEのデータというのは、現場のケアの質を高めるための情報ですので、ベンチマークシステムにうまく乗せていくということが大事だと思いますので、そうすると、LIFEのデータをどのように分析するかという研究に関して、厚労省のほうで少し息の長い研究班みたいのをつくっていただいて、そこにいろいろな関係者の方が入っていただいて、現場の方の視点を入れて、研究者がその分析を支援するというような、そういうタイプのプロジェクトを立ち上げていただけたらいいなと思っています。それが、まず1点。

あと、先ほど来、負担感という話があると思うのですけれども、負担感を感じてしまうのは、それを自分たちがどう活用したらいいのか分からないということが大きいと思いますので、その辺ところも少し、いわゆるベースとしての介護研究というものをやっていく体制をつくるべきだろうと思っています。

あと、ホームヘルパーが足りない、もっと増やさなくてはいけないという話ですけれども、結局、全般に関わる話ですけれども、労働力不足というのは、もうこの国全般の話であって、どの領域も足りない。

そうすると、やはり現状のところ、何をどうしたらいいのかということを考えていかななくてはならないのだろうと思っています。

そうすると、やはり一人の人が、より直接的なサービスができるようにしていくことを考えることが一つ。

そうすると、今の事務作業の多さというものをどう考えるかということがあります。そうすると、恐らく一つは、地域単位で請求事務の共同処理をするという、バックオフィスを皆さんでつくっていただくような仕組みをつくる。これは、堀田先生がよく紹介されて

いるビュートゾルフというオランダの仕組みに近いのですけれども、そういう形のものをやっていく。

もう一つは、やはり介護報酬が非常に複雑ですので、それを少し簡素化していくということも大事だろうと思っています。

あと、全国でいろいろな先進事例が出ています。例えば、私が青森で見に行った施設では、フルタイムの介護補助者、介護者を雇うのではなくて、例えば、入浴に特化した短時間のパートタイマーというのをたくさん育成して、そういう人たちに手伝ってもらっている。要するに、農家の奥さんたちがやっていたわけですが、副業的に部分部分のサービスをやっていただくような人材の育成というの、やはり考えていくべきではないかなと思っています。

以上です。意見であります。

○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 民間介護事業推進委員会の稲葉でございます。

私からは、資料の1、2、3につきまして、それぞれ意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1の「認知症への対応力強化」に関しましてです。

資料の5ページには、認知症施策のこれまでの取組が記載されています。これら取組の延長線上に、今日の認知症基本法の制定があるのだと認識しています。

日本の認知症施策に一貫して流れているのは、尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるように支援するということであり、調査研究事業の報告にもありましたように、なじみの関係は少人数でも丁寧なケアを行うことで、BPSDの予防や軽減効果が認められるなど、介護現場はもとより、介護制度関係者の不断の努力によって、重大な人権侵害のような事案などは発生していないのが現状であると思います。

したがって、我が国の認知症ケアについては、もっと国として積極的に評価されてもよいのではないかと考えております。

こうした観点からお願いなのですが、加算の算定状況について、資料では33ページ辺りから、認知症専門ケア加算、認知症行動心理症状緊急対応加算の算定状況が示されています。

これまでも加算の在り方について、複雑になり過ぎているということや、算定率の低さについては指摘させていただきました。前回の施設系サービスの資料のように、全ての加算の算定状況が分かるように、適切な分析を行っていただくことを希望いたします。

こうした相対的な加算算定率の低さについては、現場で努力している事業所であっても、現行の加算の算定要件では、適正に評価されにくい実態があるのではないかと考えており、さらに分析を進める必要があると思います。

前回も申し上げましたが、従来の加算方式の主流となっている職員体制への加算、利用人数への加算のようなストラクチャー評価のみでは限界があります。サービスの質の向上

に向けて実践的な取組の中から、実行上の価値が出せるような新たな仕組みを考えていくべきではないかと思えます。

続いて、資料2の「医療・介護連携、人生最終段階の医療・介護」に関しましてです。

6ページのように、2035年、12年後になりますが、85歳以上の人口が1000万人を超え、要介護認定率が57.8%、認知症の有病率も44.3%と高くなりますから、医療・介護の連携は極めて重要であります。

一方、29ページから31ページの各種データを見ましても、人生最終段階で病気になった場合には、在宅や施設での対応が難しく、やはり、病院、診療所へ移行されている状況が長く続いております。

資料の6ページに「複合ニーズ」と記載されていますが、これを具体的にどのようなものとして想定するかによって、その対応も異なってくると思われまますので、その点をお示しされた上で、今後の議論につなげていただければと思っております。

また、地域包括ケアシステムの概念図がありますが、自宅に住むことを中心にしながら、医療が必要なときには入院などによる治療を行い、介護が必要なときには、その状態に応じて施設等の入所系、通所系あるいは訪問系のサービスが、個々にマネジメントされ、さらには医療・介護両面に配慮した介護保険施設として、介護医療院も整備されてきましたから、こうした地域包括ケアシステムが適正に機能できるように、介護事業者としましても在宅限界値を引き上げられるように、これからも努力をしていきますので、無駄がなく、利用者にとって適切な連携が図れる体制を構築していただきたいと思えます。

最後、資料3について「新しい複合型サービス」の意見です。

介護ニーズは増えていく一方で、介護職、特に訪問看護員の不足が深刻化しているという課題があります。

それに対して、訪問介護や通所介護が1つの事業所として複合的に提供されることによって、柔軟なサービス提供により、ケアの質が向上する。そして、効率化が図られる。効率化が図られることによって、人員の有効活用が実現し、人材不足に対する有効策としたいというのが、おおむねの提案ではないかと思えます。

もし、うまくいくなれば、利用者にとって、事業者にとって、そして制度の持続可能性に対してもプラスに働くと思われまます。そのことから、検討を進めることに異論はございません。やる限りは成功しなければいけないと思えます。

その上で意見を3点申し上げます。

1つ目は、今後このサービスを議論する際に、どんな仕組みによって効率化が起こり、人員の有効活用効果が出るのか、分かりやすくお示ししていただけるとありがたい。この仕組みが理解されることによって、合意形成が進むのだと思えます。

2点目は、新たな複合型サービスが増えて、ある程度定着することで、効率化と人員の有効活用が効果を発揮すると仮定するならば、そこには、ある程度の数の事業者の参入が必要とされます。

そのためには、しっかりとした事業収支が取れる仕組みや報酬などの設定、そして質の低下を伴わない、されど思い切った基準の緩和というものが必要であると考えます。

3点目です。利用者にも分かりやすいサービスであることを心がけてつくっていただきたいと思います。

以上です。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしくお願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。

全国老人保健施設協会の東でございます。

私は資料1、資料3、資料5について意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1「認知症への対応力強化」についてです。

10ページに「共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要」が出ております。先日、成立した法律でございます。この目的のところに「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よう」とあり、また、その下に赤字で「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ」という記載があります。これは非常に重要なことだと考えております。

認知症基本法に定められております、認知症の人が個性と能力を十分に発揮するためには、認知症の方が持っている能力、いわゆる認知機能をしっかりと評価することが必須だと考えます。

現状、介護保険制度上における認知症の主な評価指標としては、認知症高齢者の日常生活自立度が以前から使われております。これは認知症の方のできないこと、迷惑度、手間のかかり度に目をつけたものになっており、認知症基本法の目的にあった、認知症の人の尊厳を守っているとは言い難いと考えます。

さらに、自立度と言いながら、認知症の方の認知機能をはかる指標にはなっていません。

資料1の37ページに論点があります。その3つ目の黒四角に「現在調査研究においてその有用性を検証・分析している認知症の認知機能・生活機能に関する評価尺度について、今後、介護現場においてどのような活用が考えられるか」とあります。

現在、介護現場では、認知症の方の機能を共通ではかる指標はありません。また、ここに示されている認知機能の評価尺度の老健事業の中でも、特養、老健、グループホームの約8割強の施設職員が、認知機能評価の必要性を感じているという調査結果が得られています。

介護現場においては、事業所によってばらばらに認知機能の評価するのではなく、先ほど松田委員もおっしゃっていましたが、共通な指標を現場で使っていくことが、今後必要だと考えます。

さらには、介護現場だけではなく、医療の現場においても、認知機能評価指標を介護と共通で使っていただく、つまり横串を通すことが必要ではないかと思えます。

次に、資料3「新しい複合型サービス」について意見を申し上げます。

私の意見は、先ほど井上委員から御発言がございましたが、ほぼ同じ内容となります。

資料3の19ページにある「現状と課題」の下から2つ目の黒四角に「現行制度上、訪問系サービスと通所系サービスを併用して提供を行う場合の課題」とございますが、指摘されている事項については、現状のスキームでしっかりと情報連携をすることにより、解消できるものばかりであると考えます。

同じ資料の20ページの論点に「複数の在宅サービス（訪問や通所系サービスなど）を組み合わせて提供する新たな複合型サービスを創設することについてどのように考えるか」とございます。これについては、現状でさえ介護保険制度は複雑であると指摘されているにもかかわらず、屋上屋を重ね、さらに複雑化することには反対です。新しい複合型サービスがないと現場がなり立たないというエビデンスもあるとは言えません。

最後に資料5「LIFE」について意見を申し上げます。

41ページの論点の上から1つ目の黒四角に「LIFEを活用した介護事業所におけるPDCAサイクル推進に向けた取組を推進するため、質の高いフィードバックに資する情報収集及びLIFEへの入力負担の軽減を図る観点から、どのような方策が考えられるか」とございます。

また、2つ目の論点には「自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進していく観点から、アウトカムの視点も含めた評価のあり方、対象となるサービスの範囲についてどう考えるか」とございます。

このLIFEにつきましては、令和3年度から始まりましたが、大変課題が多いことは、数多くの委員が指摘されていることとございます。

しかし、2年半溜まった貴重なデータがあるはずで、そのデータをスクリーニングし分析することにより、現場に負担となっている項目は何なのか、自立支援に資する項目は何だったのか、これらを丁寧に検証することが必要だと思います。

また、アウトカムの視点としては、現状、褥瘡や排泄の項目がございしますが、現在の立て付けでは、仮に褥瘡があつて入所してきた方の褥瘡を治癒させた際の評価、また、尿道バルーンカテーテルをつけて入所してきた方のバルーンを離脱できた際の評価等はなされておられません。

これらは、まさに現場の努力で入所者のQOLを改善させたアウトカムであると思いますので、今後、LIFEの項目を検討する際に必要なものだと考えます。

最後に、対象となるサービスの範囲について述べたいと思います。

資料5の39ページ「現状と課題」に記載がございましたように、現状、LIFEが導入されているサービスの現場では、入力が非常に負担になっております。

また、現在のLIFEのデータ項目についても、自立支援の概念に基づいた根本的な検討が必要なこと、また、フィードバックについても現在十分に行われているとは言えず、これからそのフィードバックについての対策が必要となっている状況でございます。

以上により、現時点で対象となるサービスの種類を広げることに反対です。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田中委員、よろしくお願いいたします。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の田中でございます。

私からは、意見を4点ほど述べさせていただきたいと思います。

多くの委員さんと重複するところもございますが、手短かに説明いたします。

認知症に関しましては、先ほど東委員がお話しされたように、認知症基本法が成立したこともあって、ますます認知症の方々が地域住民として当たり前前に社会参加、社会貢献を推進することが求められています。

特に全世代型活躍と言われる今、高齢者であっても就労あるいは就労的な活動への参加が進んでいますが、軽度認知症や前期高齢者の認知症の方々もまだまだ可能性を秘めているので、単にお世話される側に回るのではなく、支援者の見守りや声かけの下で、町の花壇を手入れするとか、空き家の草をむしるなど、まだまだ仕事として対価や、やりがいを持ち、働ける時間を確保することが望ましいと考えます。

それらが通所系サービス等を利用して支援すると同時に、その方々の残存する認知能力だけではなくて、生活能力を高く評価する尺度が必要と考えています。

次に、人生の最終段階のケアに関しては、これまでもお話ししているように、我が国ならではの看取りのガイドラインという考え方の下に、御本人の意思が聞き取れない状況になってからの在り方をもっと明確に示してほしいと考えています。

続いて、資料3の「新たな複合サービス」については、これまで東委員をはじめ、ほかの委員の方々と同様、私も必要性を感じません。

地域密着サービスの下で行われるという御説明でございましたけれども、逆に、地域密着型サービスによって、隣接する自治体の利用者が利用しにくい制度であることも、一端でございます。

むしろ現場感覚では、自治体またぎの手間を軽減することを検討してほしいと思いますし、資料からも現状のサービスで情報共有、職員同士が兼務することなどで解消できるのではないかとということも読んで取れます。

複雑なサービスを増やすのではなく、現存するサービスの規制緩和を先行してはいかがでしょうか。

最後に、資料4の地域の特性でございますけれども、31ページにあるように、訪問介護、訪問看護とも、移動手段、移動距離、訪問回数が地域によって違うことが見て取れました。

最長移動時間が変わらなくても、かかるコストが違うこと、訪問へ行っている回数や利用人数が違うことから、クロス集計を見ると、離島、山間地域での効率の悪さが想像できます。さらなる分析が必要であると考えます。

私からの意見は以上でございます。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。

それでは、堀田委員、よろしくお願ひいたします。

○堀田委員 ありがとうございます。資料3と5について申し上げたいと思います。

まず、資料3ですけれども、全体としての方向性、限られた資源を有効に活用できるためということ自体は、もちろん賛成です。

でも、多くの委員が御指摘のように、その中で、なぜ訪問と通所という組み合わせだけで新類型をつくるのかということところは、極めて謎も多いところで、複雑化するだけでメリットがそれほど多くないのではないかなと思いますので、新類型をつくること自体、とても慎重に考えるべきではないかと思います。

もし、それを考えていくに当たっても、単にその2つを組み合わせた類型を考えるだけではなくて、確実に今後の方向性として、どういった考え方に立っていくのかということが共有され、もう待ったなしの資源が限られているという状況の中で、どのように取り組んでいくのかというロードマップが見えるようにしていくことが、必ず必要だと思っています。

もう7、8年前ぐらいのことになりますけれども、先ほど松田先生もお出しくくださったビュートゾルフなどからも学びながら、国内の様々な地域の方々と御一緒に、年代とか疾患、障害の違いを超えて、生涯を通じて看護、介護、予防、リハビリテーション、ケアマネジメント、そして医療の機能も組み合わせ、統合的な御本人中心のケアを目指すフラットなチームというもののモデルを、様々な形で探索することをやってみたことがありました。ケアの質を高めて、仕事の質を高めた結果として効率化を図るといったことを目指したものでしたけれども、より本格的に、もし地域の中で限られた資源ということを考えるのであれば、事業種別を問わず、機能と形態を本人中心にどのように組み合わせると、現状よりも効果的になるのか、効率的になるのかといったことを、必要に応じて特区なども使いながら、実験的に考えていくといった、この先の見通しをきちんと立てるべきではないかと思っています。

そして、資料5について申し上げたいと思います。

資料5は、まず、全体としてはLIFEの目的とか位置づけというものを改めて見直しつつ、全国的に現場で目的や位置づけがきちんと共有されているのか、それに応じた形での報酬のつけ方ということもあるでしょうし、他方で、質の向上ということを考えてときに、これで十分なのかということの問い直しが必要ではということで、2つ申し上げたいと思います。

まず、1つ目ですけれども、現在のところでは資料にもありますように、このLIFEの活用を通じて介護の質向上を目指すということも書かれているわけですが、介護の質の向上を目指すというには、比較的学区モデルに偏っているというような色合いもあって、なかなか現場の中で、実際に生活場面で、このLIFEを用いた科学的な介護の推進ということだけで、当たり前なのですが、介護の質の向上が促されるというわけでは、なかなかないということは、皆さんがよく理解されているところではないかと思っています。

そうした中で、では、質の向上ということに資する形で、1つは、今、蓄積されつつあるLIFEのデータをどのように使うか、他方で、より幅広い視点からLIFEの活用ということだけではなくて、現場の介護の質の向上を目指すと考えたときに、どのような環境整備が必要なのか、どのような視点に基づいてやっていく必要があるのかということを考えていかなければならないのではないかと思います。

2つ目ですけれども、他方で、確かにLIFEを活用した科学的介護の推進あるいはPDCAサイクルをきちんとということは、資料のタイトルにもありますけれども、重度化の予防には資するかもしれないと思われる側面もあると思います。

でも、もし、その側面に重度化予防を目的とするということだとすると、そのインセンティブとするには、LIFEに関わる報酬のつけ方というのは、あまり効率的ではなくて、もし、重度化予防を推進するというのであれば、要介護度別の基本報酬の設計を考える必要があるわけであって、そういう意味で、目的や位置づけ、その共有、そして、それに合わせた報酬の在り方と、広く質の向上という観点からの見直しということが求められるかなと思っています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。

では、資料に沿って順番に意見を述べさせていただきます。

まず、資料1につきまして、BPSDを予防する適切なケアあるいはBPSD出現時に早急に対応する適切なケアを、次回改定で評価して進めていくべきと考えています。

また、新たな評価尺度については、生活機能に着目し、できること、できる可能性があることに視点を置いた認知症ケア、あるいはケアプランに資することが重要と考えています。

現在の調査研究においては、既存の異なる評価ツールを混合した新たな評価ツールが模索されているところでもございますが、その場合は、これまでの既存のツールを上回る有用性のエビデンスが示されることが不可欠と考えています。

また、これらの見直しを踏まえて、LIFEの入力項目も修正が必要になると考えます。

続きまして、資料の2につきまして、9ページの介護施設、福祉施設からの入院患者さんの表につきまして、急性期一般入院基本料1から7に、49万人余りの方、要は全体の75%の方が急性期病棟に入院されています。

その49万人余りの症例のうち、群を抜いて最も多い14%の疾患が誤嚥性肺炎となっています。

これらの誤嚥性肺炎の中には、地域包括ケア病棟等で対応可能なケースも混在しています。

したがって、地域包括ケア病棟を有する中小病院や在宅等、介護施設、福祉施設

の、平素から顔が見えて相談しやすい関係を構築していくことも一つの方策と考えています。

あわせて、介護福祉現場でリハ・機能訓練と栄養と口腔の一体的取組を推進し、誤嚥性肺炎の予防につなげていくことが必要だと考えています。

人生の最終段階におきましては、その際の意味決定支援においては、身体的苦痛、精神的苦痛の緩和が前提条件となりますので、その辺りが十分担保できるようにする必要があります。

また、一方で本人が意思表示できない場合は、意思推定者である家族等と医療・ケアチームが相互参加型モデル、いわゆるSDMのスタンスで話し合う適切なプロセスにより、合意を形成することが極めて重要となります。

したがって、その適切なプロセスがより充実する方策も検討課題と考えております。続きまして、資料3の新しい複合体についてでございます。

在宅医療は、在宅介護の支えがあって継続できるものでありますので、訪問介護や定巡は、非常に重要なサービスと思います。

新しい複合型については、今後の課題として理念と役割、あるいは地域の在宅介護の提供体制や他の介護サービスとの整合性、また、ホームヘルパー2級や介護福祉士の資格を有さない職員の訪問の是非についてどう考えるか、あるいは通所リハと通所介護、それぞれの場合の在り方、様々な課題がありますので、今日も慎重な意見が多かったと思いますけれども、いろいろなことを含めながら、慎重に検討することが必要ではないかなと思います。

特に、ニーズがどれくらいあるかということでございますが、今、在宅医療においても、一軒一軒の自宅訪問より、集合住宅の訪問のほうが、件数の伸びが高いです。言い換えれば、一人一人の自宅訪問の介護職員の確保が非常にハードルが高いと思います。集合住宅はそれなりに、介護職員は結構配置されて頑張っているケースが多いと思います。

したがって、今後の一軒一軒の訪問介護のニーズというものを分析して、どれくらい今後伸びていくのかというのは、慎重に検討していく必要があると思います。

続きまして、資料4につきまして、中山間地域の人口過疎部においても、大切なことは住民に必要な過不足のないサービス提供が確保できること。もう一つは、サービス事業者の経営が継続できることが大切というのは、共通のことだと思います。

したがって、住まい政策とも連携の下、地域の実情に応じた介護の提供体制を模索していくことが求められると考えます。

最後に資料5につきまして、LIFEのデータ入力には当然負担を生じるものでありますので、その中でケアの質の向上に資するとか、新たな気づきを得るなどの現場職員が価値観を感じる有意義な入力負担とすべきと考えています。そのためにどういった方策が必要なのかというのは、また、今後検討する必要があると思います。

続きまして、資料5の29ページの円グラフに、32.5%の事業所が活用したいと思わない

と回答しており、この回答属性の中に、居宅サービスあるいは地域密着型サービスの小規模事業所が多く占めています。

したがって、こういった小規模事業所への支援というのは、今後さらに必要なものを考えていかななくてはならないのかどうか、また、検討が必要だと思います。

最後に、訪問系サービスあるいは居宅介護支援については、これまでの状況を総括した上での検討が必要と考えますが、現状を踏まえ、まだまだ充実したフィードバックが不十分でありますし、PDCAサイクルを回すノウハウや、入力データの精緻化も課題となっておりますので、これらの新たなサービスの追加というものについては、慎重に判断すべきと考えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

貴重な御意見をありがとうございます。それでは、事務局におかれましては、本日各委員からいただいた御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くようお願い申し上げます。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程等について、事務局より説明をお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局でございます。

次回の第223回「介護給付費分科会」の開催は、9月8日14時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といたします。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。