

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第224回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

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

本日は、これまで同様、オンライン会議にて開催いたします。また、本会議は、動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

まず、委員の出席状況ですが、大石、奥塚委員より、御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の大石委員に代わり、新田参考人に御出席いただいております。

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

なお、長内委員が公務の御都合上、途中で御退席なさる予定です。

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

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

次に、オンライン会議の運営方法でございます。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。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」をクリックし、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言いただくようお願いいたします。御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、以降の進行は田辺分科会長をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、「令和6年度介護報酬改定に向けて」、それから「今後の新型コロナウイルス感染症の退院患者受入に係る特例的な評価」について議論を行います。

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。

まず、議題1「令和6年度介護報酬改定に向けて」について、事務局のほうより資料説明をお願いいたします。では、よろしくをお願いいたします。

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

資料1「感染症への対応力強化」から御説明させていただきます。

資料のほうをおめくりくださいませ。感染症や災害への対応力強化に関連する意見でございます。令和3年度の介護報酬改定の審議報告、こちらはコロナの最中に行われた改定でございますので、感染症や災害への対応力強化の御意見をいただいております。令和6

年度の同時報酬改定に向けた意見交換会においても、高齢者施設や障害者施設等における医療・介護の観点から御意見を各種いただいているところでございます。

そういった御意見をいただきながら、令和3年度の介護報酬改定の内容でございます。

資料8ページのほうに行かせていただきます。感染症対策の強化ということで、3年度の改定では、介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加えまして、訓練等の実施、その他の各種の取組につきまして義務づけということを行わせていただきます。ただ、その際、3年の経過措置期間を設けることとするという改正を行わせていただいております。

また、9ページでございますが、業務継続に向けた取組の強化ということで、BCPのガイドラインも作成させていただいており、これについても義務づけつつ、経過措置を設けることとするという改正をさせていただいております。

また、通所系サービスでございます。10ページでございますけれども、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合には、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、報酬区分の決定に当たりまして、利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることとしつつ、前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合には、3%の加算を行うといった特例を設けさせていただいたところでございます。こちらが行われた改正の内容でございます。

13ページに行かせていただきます。感染症対策等に係る基準における規定の例ということで、施設サービス、通所系・居住系、訪問系サービス等における基準の例を出させていただいております。

14ページ以降、直近での感染報告数をお示しさせていただいております。最近でも、また少し感染者数の増が見られるような状況となっております。

17ページでございます。そうした高齢者施設に対する支援をまとめさせていただいておりました、平時からの対策、感染者が発生した場合の支援、退院患者の受入れに係る対応、その他という取組をまとめさせていただいているところでございます。

こうした取組につきまして、18ページでございますけれども、感染症法上の位置づけ変更が5月にございましたので、その位置づけの変更後の取組ということを18ページにまとめさせていただいております。

19ページ、10月以降の見直しに関する基本的な考え方をお示しさせていただいております。9月までをめどとし、感染拡大への対応や医療提供体制の状況の検証の結果に基づいて、必要な見直しを行うこととしておりましたので、10月以降の見直しの基本的な考え方につきまして、10月以降、冬の感染拡大に備えた重点的・集中的な入院体制の確保等を行うということ。そして、4月以降は通常への対応へと移行していくということを考えてお示しさせていただいております。

20ページ、高齢者施設等への支援の状況、10月以降の取扱いをまとめさせていただいて

おります。現行でも、新型コロナウイルス感染症の流行時はもとより、感染が落ち着いている状況においても、施設内療養が一定程度行われている現状に鑑みまして、施設内療養や医療機関から受け入れる施設への支援について、一部要件や金額等を見直した上で継続してはどうかという考え方を示させていただいております。

例えばかかり増し経費の補助につきまして、10月以降の対応について、1人当たりの補助上限を4000円／日額とすることをございますとか、施設内療養の補助単価につきまして、1人当たり1万円を5000円／日に見直すということをございますとか、クラスターの発生人数について見直させていただくということをお示しさせていただいております。

この受入れの場合の加算につきましては、本日の議題7において再度お諮りさせていただきまうというのが、まとめさせていただいた状況でございます。

その他、現状の感染症対策の取組を21ページ以降、まとめておりまして、例えば令和3年3月に「感染対策の手引き」の第2版をお示しさせていただいているということ。現在、これは改定の作業中でございますといったこととか、22ページ以降、eラーニングにおける業務継続の支援のための研修の実施。

また、23ページ、研修の支援の事業。

24ページ、感染下での面会の再開に関する動画・リーフレットを示させていただいております。

26ページでございます。感染制御・業務継続の支援のための体制整備等についてということで、そういった体制整備のための支援チームを編成して支援を行っているということでございますとか、研修の実施、支援策の活用による人材の確保等を行っているという取組をまとめさせていただいております。

27ページ、高齢者施設における医療機関との連携についても随時の対応を行ってきておりまして、23年3月に93%の高齢者施設等が対応する医療機関を確保していることを確認させていただいたということで、その直近の数字を28ページ、29ページとお示ししております。

こうしたことを踏まえまして、30ページがこのサービス提供体制確保事業の一覧をお示ししております。

31ページに支援の現状、先ほどの見直し前の数字でございますが、補助の状況と追加補助の状況、対象サービスの一覧についてお示しさせていただいております。

そうした考え方を32ページに改めて5月8日以降の取扱いを一旦まとめまして、さらにその後の取扱いを検討ということをお示しさせていただいております。

33ページ以降、今後の受入れに関する更なる取組というところでございますけれども、退院基準を満たした患者の受入れに協力する老人保健施設に関する情報を、自治体を通じて医療機関に提供する取組等を実施させていただいております。

また、34ページに、この特例的な対応の一覧をまとめさせていただいております。介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームにおける特例の状況をお示しさせてい

ただいております。こうした特例等の活用の状況につきまして、令和3年度に老健事業を実施しております、3%の特例の適用の状況といった各種の取組につきまして、まとめさせていただいているところでございます。

36ページ、交付金、37ページ、支援確保基金、これら現状の取組は割愛させていただきます。

39ページ以降、一般的な感染症の対応力向上の取組ということをまとめさせていただいております。ゾーニング、もしくは換気の徹底、マスクの着用等々といった共通している部分をまとめさせていただいております、それらの取組の実施状況について、令和3年度の取組としてまとめております。

また、41ページ以降は、加算の新設、感染防止加算の見直しといったことについて、行われたことをまとめております。

43ページ、感染症法の改正というのが前臨時国会で成立しております、6年1月1日から施行されます。この改正によりまして、協力医療機関の確保ということが義務づけられておりますので、それらに基づきまして、44ページ、45ページでございますけれども、都道府県における予防計画の記載事項を充実したこと、都道府県と医療機関で協定を結んでいただくという取組について進めているということの御紹介でございます。

46ページ、療養者等への対応の強化。

47ページで、連携協議会を設けているということでございます。

こうしたことを踏まえまして、51ページ、現状と課題は今の説明をまとめさせていただいております、論点でございます。今般の新型コロナウイルス感染症における経験を生かし、平時への移行を進める中で、今後も各サービスにおける感染症対応力をさらに強化し、介護サービスを安定的・継続的に提供していくための方策について、現在の各種支援や臨時的取扱いの在り方も含め、どのように考えるかという論点とさせていただいております。

以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 続きまして、高齢者支援課長でございます。

資料2「業務継続に向けた取組の強化等」でございます。こちらでは、自然災害への対応と感染症対策を含めたBCPの策定等についてまとめてございます。

資料3ページからでございます。自然災害につきまして、基準省令において、訪問系等サービスを除いた施設サービス等で、計画の策定、体制の整備、訓練等を義務つけてございます。

また、訓練の実施に当たって、地域住民との連携について努力義務としてございます。

4ページは、災害時において人員基準等の臨時的な取扱いをまとめたものでございまして、5ページ、平成30年度以降の災害について、臨時的取扱いを示した災害をまとめてございます。先週末の台風についても同様の取扱いをしてございます。

また、6ページからでございますが、こちらは被災した高齢者の早期の状態把握等の支

援のための事業でございます。

7ページは、被災した施設の災害復旧費の補助金。

それから、8ページは、設備の復旧費の補助金でございます。復旧費につきましては、最近では専ら補正予算での対応としてきているところでございます。

9ページは、通常予算でございますけれども、高齢者施設等の防災・減災対策を推進するための予算となっております。

また、10ページは、国土強靱化対策の一環としまして、御覧の4つの対策につきましては、令和3年度から5か年かけて重点的に整備するということになってございます。

11ページは、地域医療介護総合確保基金の内容でございますけれども、こちらについては、広域型施設の財源については地方公共団体に税源移譲しておりますので、基本的には対象外となるものですが、災害対策の重要性に鑑みまして、災害レッドゾーンに立地する施設につきましては、移転建替えに係る整備費を支援するというふうに令和4年度に制度が創設されました。

また、12ページは、同様に災害イエローゾーンに立地する施設につきましても、一定の条件の下で支援できるというふうに令和5年度、今年度に創設されております。

また、13ページは、災害情報の共有システムということで、令和3年9月から運用開始されておまして、介護施設における被災情報が国・都道府県・政令市で見られるようになってございますけれども、こちら、今年度改修を行いまして、全市町村で確認できるように実施する予定でございます。

14ページは、業務継続計画ということでございます。こちら、感染症対策も含めまして、BCPを策定することや、研修の実施、訓練の実施等を、前回の改定において義務づけております。ただし、今年度末までは経過措置期間となっております。

15ページは、そうしたBCPの策定の支援も可能となっております支援事業の内容でございます。

次ページ以降は、前回改定の内容でございますけれども、17ページにありますようなBCPの策定に向けたガイドラインなどを示して支援しているところでございます。

21ページは、関連する意見の内容でございます。

22ページ以降、令和3年度の調査の結果になりますけれども、業務継続計画の策定状況ということでございまして、令和3年度時点においては、感染症についても、自然災害についても、2割以上のところがまだ策定するめどが立っていないと伺ってございました。

こちらの直近の状況について、今年の7月下旬から8月上旬について調査を行っております改定検証について、来週行います委員会で詳細を提示する予定となっておりますけれども、現時点での概要を申し上げますと、計画の策定中というところも含めまして、8割以上のところで対応しているという状況でございます。策定中であっても、6か月以内ではほとんどの事業所が策定を完了しておりますので、今年度末までには多くの事業所のほうで対応が完了できると見込んでございます。

また、23ページは、策定が困難な理由ということで、こちらは感染症BCPですけれども、策定の進め方が分からないとか検討時間がないという回答が多くなっていますけれども、こちらについても、直近の調査では、策定の進め方が分からないというのは大きく減っておりまして、むしろ検討時間がないからという理由が多くなっています。

24ページのほうも、ほぼ同様の傾向でございます。

25ページは、防災訓練に地域住民が参加している割合について聞いたものでございまして、9.2%というところでございます。

それから、27ページにつきましては、介護保険事業計画の策定内容にBCP策定の義務化について導入することを、今回示してございます。

28ページは、先ほど申しました改定検証の内容になります。

30ページ、31ページは、現状と課題。

それから、31ページのほうで論点を示してございます。

各事業所において災害や感染症が発生した場合でも、業務を継続していくための業務継続計画の策定、見直しを確実に進めていくという観点から、どのような方策が考えられるか。

また、非常災害対策が求められる介護サービス事業者を対象に、訓練の実施に当たって地域住民の参加を推進するため、どのような方策が考えられるかとさせていただいております。どうぞよろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 続きます。資料3に基づきまして「口腔・栄養」について御説明申し上げます。

まず、4ページにございますとおり、口腔関連については様々な加算を設けてございます。

同様に5ページ目、栄養関連の加算も色々設けられているところでございまして、6ページ及び7ページにその算定状況をお示ししてございます。

8ページでございます。前回の介護報酬改定におきまして、リハビリテーション・栄養・口腔の取組を一体となって運用するとの方針をお示ししております。

併せまして、9ページに実施計画書についても提示しているところでございます。

10ページ目から13ページ目にかけては、これまでの介護報酬における口腔及び栄養関連加算の累次の取組をまとめた資料でございます。

続きます。15ページ目からが前回の介護報酬改定における取組でございます。

主立ったものとしては、16ページでございます。リハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるという観点からの見直しが行われました。

その他詳細については割愛させていただきまして、25ページでございます。ここからが口腔・栄養に関する各種意見でございます。前回の改定の審議報告をはじめ、こちらに列挙しております様々な報告の中で、いずれもリハ・口腔・栄養の連携・推進がうたわれて

ございます。

続きまして、31ページからが直近の様々なデータを御用意いたしております。

まず、8020達成者につきましては51.6%ということで、前回、平成28年の調査結果と同程度でございます。

また、32ページ、介護における歯科専門職種の就業者数でございますが、記載のとおり、介護保険施設への就業人数はいまだ少ないといった状況でございます。

33ページ、こうした中でございますので、歯科医療機関と介護の連携が非常に重要であるということをお示ししてございます。

34ページでございます。利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員が約3割、また介護支援専門員から情報提供を依頼した場合に、実際に提供を受けた割合は約5割であったといった実態が示されてございます。

35ページでございます。歯科医療や口腔管理が必要である高齢者は64.3%であった一方、実際に過去1年に歯科を受診していた方が2.4%であったといったデータをお示ししてございます。

併せまして、36ページ、同様に歯周病の管理が必要と判断された方と、実際に歯科治療を受けられた方の間に大きな開きがあるといったデータがございまして。

37ページでございます。介護保険施設入所者のうち、例えば一定割合の方に上顎の義歯に問題があるなどの問題点があるといった状況。

また、38ページ、居住系サービス利用者におきましても、利用者の66.7%に歯科治療の必要性があるといった状況をお示ししてございます。いずれにしても、歯科口腔のニーズが非常に高いといったデータだと思います。

39ページは、歯科訪問診療を実施したきっかけでございます。御家族などからの依頼、またケアマネジャー、さらには介護保険施設からの紹介といったところが大きな割合を占めてございます。

40ページ、介護保険施設に歯科衛生士が常勤または非常勤でいる割合は非常に低いといった状況でございます。

41ページでございます。前回の改定におきまして、口腔衛生の管理の計画の立案を求めているところでございまして、おおむね8割から9割程度の施設で策定が行われる、もしくは策定を立案する予定であるといったデータとなっております。

また、42ページ、協力医療機関との連携による入所者への効果につきましては、施設種別を問わず、口腔衛生状態の改善及び肺炎予防といった割合が多うございました。

43ページ、歯科衛生士から介護職員、また介護職員が歯科衛生士に関する相談などといったものが増加したといった内容について、詳細を調査したものでございます。

44ページは、介護老人福祉施設を対象といたしまして、口腔衛生管理加算の対象と判断した利用者について、算定されていない利用者の割合が27.2%であったということ。

45ページでございます。こちらは居住系サービスでございますけれども、利用者の54%

が定期的な口腔アセスメント及び衛生士による口腔衛生管理を受けていなかった。

また、46ページ、通所サービスにおきましても、様々、口腔に課題のある方が多くいらっしゃるといったデータでございます。

47ページ、通所サービスにおける口腔・栄養関連の加算の効果でございますけれども、いずれにしましても、利用者の誤嚥性肺炎の予防の効果が高かったということでございます。

48ページは、栄養関係の様々な連携に係る報酬上の評価をまとめたものでございます。

50ページに参りますと、これは診療報酬改定でこういった加算が設けられているといった御紹介でございますが、51ページがこの加算の算定状況でございますが、必ずしも多くないといった状況でございます。

また、52ページ、管理栄養士の配置については、増加しているといったトレンドがございまして、53ページでございますが、管理栄養士の人員配置については、栄養マネジメント強化体制加算の要件を満たしているところにつきまして、80%程度であるといったことでございます。

54ページでありますけれども、低栄養のおそれありといった状況の方が多くいらっしゃる。特に、要介護度が高くなるにつれまして、低栄養もしくは低栄養のおそれがあるといった方の割合が多くなってございます。

最後、56ページでございます。先ほど御説明申し上げました一体的な実施計画書については、必ずしもその利用が伸びていないといったことで、別の様式で運用されているようなケースがあるといったことでございます。

こういった現状を踏まえまして、論点、60ページでございます。

まず、口腔につきましては、歯科専門職と多職種との連携をさらに促し、必要に応じて利用者に口腔に係る管理や歯科治療を提供するために、どのような方策が考えられるか。

また、栄養につきましては、栄養管理の必要な利用者が、在宅・高齢者施設・医療機関のいずれの場においても必要なケアを受けることができるよう、医療機関の連携を充実させるなどの観点から、どのような方策が考えられるか。

そして、リハ・口腔・栄養に関しましては、その一体的な取組をさらに推進するため、どのような方策が考えられるか。

以上でございます。

続きまして、資料4に基づきまして、「制度の安定性・持続可能性の確保」について御説明を申し上げます。

まず、1点目の論点、2ページ目でございます。報酬体系の簡素化について御説明申し上げます。

3ページを御覧いただきますと、診療報酬の加算やコード数は、介護保険制度施行当初と比べて増加しているといったことを、まずお示ししてございます。

また、4ページ目、令和3年度から4年度の平均算定率が80%を超える加算は12種類、

延べ54種類となっている。まずは、データをお示ししてございます。

他方、5ページに記載してございます、それぞれの加算につきましても、算定実績がない、もしくは年間の平均算定率が1%未満ということで、加算の算定の状況が低いといったものを列挙してございます。

6ページ目、こちらは処遇改善に係る加算でございますけれども、累次の取組を経まして、現在、こういった3段階の加算の構造となっております。

8ページ目が主な御意見でございますが、その負担軽減等の観点から、簡素化について引き続き検討といった宿題をいただいております。

また、加算制度の一本化、処遇改善については、そういったことも御意見としていただいているところでございます。

ここで11ページ目を御覧ください。前回の改定では、報酬体系の簡素化、事務負担軽減の観点から、一部の加算の算定要件については、基本報酬の算定要件にしたといった取扱いがございました。

また、13ページにございますとおり、療養通所介護については、包括報酬とした。

14ページにございますとおり、算定実績を踏まえ、一部の加算については廃止したといった取組を行いました。

16ページ、論点でございます。利用者への分かりやすさを実現し、介護サービス事業所等における負担を軽減する観点から、令和3年度改定における対応や審議報告などを踏まえ、報酬体系の簡素化について、どのような方策が考えられるか。

続きまして、17ページから多床室についてでございます。

18ページ、御覧ください。こちらが概要になります。平成17年10月より在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として負担することとされております。また、平成27年度からは、介護老人福祉施設につきまして、死亡退所も多いなど、事実上の生活の場として選択されていることから、一定の所得を有する入所者からは室料の負担を求めることとしたと、これがこれまでの経緯でございます。

19ページが補足給付の仕組み。

また、20ページが介護保険3施設における入所者・退所者の状況をお示したデータでございます。

23ページにございますとおり、昨年12月の介護保険部会及び本年6月の基本方針におきまして、この多床室の室料負担について検討を行い、今年中に一定の結論を得るといったことでございます。

26ページ、論点でございます。介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入について、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等を踏まえ、どのように考えるか。

以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 続いて、高齢者支援課長でございます。

資料5「高齢者虐待の防止／介護現場における安全性の確保、リスクマネジメント」について御説明申し上げます。

資料の3ページからでございます。高齢者虐待の防止ということでございます。高齢者虐待防止法の概要が3ページ。

それから、4ページが、高齢者権利擁護等推進事業の概要でございます。

5ページは、法制定時に合わせてつくりました、国のマニュアルでございます。直近では、令和5年3月に改定を行ってございます。

6ページは、高齢者虐待防止法に基づく対応状況に関する調査の結果でございまして、近年、相談・通報や虐待判断件数は高止まりしているという状況でございます。

7ページは、虐待の状況について、サービス類型ごとに件数を並べておりますけれども、サービス種類別にかかわらず、一定数発生している状況でございます。

8ページ、前回改定時において虐待防止規定の創設を行いました。全てのサービス事業者を対象に、虐待の発生、再発防止のための委員会の開催、指針の整備等々を義務づけてございます。こちらについても、来年度末までが経過措置となっております。

9ページは、その体制整備の状況、こちらは令和3年度の調査の結果でございましてけれども、長期入所・入居とか一時的な入所を伴うサービスにおいて、高い割合で整備が進んでいるところでございます。

10ページが、身体拘束等の適正化の推進になります。身体拘束の禁止につきましては、平成12年に居住系・施設系サービスで規定が設けられまして、平成18年に施設系で減算措置が設けられました。こちら、30年の改定の資料ですけれども、そのときは居住系・施設系を含めて、1日10%の減算という措置や、委員会を3か月に1回以上、開催するといったことが盛り込まれてございます。

11ページは、そうした取組の概要でございます。

12ページは、身体拘束の発生状況ということで、近年、2割から3割の間で、適正な手続を経ていない身体拘束の実例があるということでございます。

13ページは、体制整備の状況ということで、おおむね8割から9割程度、整備がなされているという状況でございます。

15ページ以降、介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントに関するものでございます。介護保険施設において安全管理体制に関する基準というものを定めておりまして、事故の発生・再発防止措置を講ずることや、事故発生時の対応について定めてございます。

16ページが、その規定のサービスごとの状況でございましてけれども、事故発生時の対応につきましては、各施設系・居住系サービスの基準で定められておりますし、すみません、資料には書かれてございませんが、訪問・通所系のサービスでも、事故発生時の対応については基準が定められております。ただし、事故発生の防止措置につきましては、介護保険施設のみ規定がございまして。

17ページは、事故の報告様式について、課長通知で具体的にお示ししているものがございます。

18ページは、事故報告の様式として、国が示している様式でございます。

19ページは、平成18年につくったものですが、平成25年にも改定しております。特養における介護事故予防ガイドラインというものを策定しております。

それから、20ページでございます。こちらも前回改定で新たに盛り込まれた内容ですが、事故防止のために担当者を設置すること。また、安全管理体制を未実施の場合の減算措置が盛り込まれたこと。また、外部の研修を受けた担当者が配置されるなど、安全対策を講じている場合には、加算措置が設けられている状況でございます。

21ページは、安全体制未実施減算の算定状況。

22ページは、加算のほうの算定状況になります。

23ページからは、体制整備の状況についてまとめたものがございます。

24ページも同様でございます。

25ページは、国が示している事故報告標準様式を、自治体でどのように活用しているかということで、64.5%が活用しているわけですが、別途定めた様式を使用しているのが2割、定めていないのが15%程度でございます。

それから、26ページが、報告する介護事故の範囲について、定めているかどうかを市町村に聞いたものがございますが、定めている市区町村は73.2%。その具体的な内容については、多くは国が示しているものと同様でございますが、その他というものも結構な割合であるということがございます。

また、27ページは、事故報告の方法についても聞いております。電子メールも一定数ございますけれども、電話、郵送、ファクス、窓口、手渡しというものも一定数あるということがございます。

28ページ、市区町村における事故情報の集計・分析・活用の状況でございます。単純集計しているというのが約6割ございますが、集計・分析を行っていないというのも27.8%ございました。また、活用については、一定活用するというのが5割程度ありますけれども、活用していないというのも27.2%ありました。

また、29ページにつきましては、施設側に聞いたものがございますけれども、市区町村からの何らかの支援については、得ていないと回答した施設が約6割あった。また、市町村から得られると有用な支援について、他施設での再発防止策に関する事例・取組等の情報提供というのが約6割あったということがございます。

30ページは、今年度の老健事業におきまして、自治体に対するヒアリングとか、事故報告の電子化・オンラインに向けた課題整理、あるいは報告様式の改定案の作成等に取り組んでいるところでございます。

31ページは、現状の事故報告の仕組みの全体像をまとめたものがございます。国への報告については、任意という状況でございます。

32ページ、33ページは、医療のほうの事故収集とか活用の仕組みについての情報、参考でございます。

また、34、35ページは、保育園や幼稚園における事故報告の流れについて、御参考までにお示ししているものでございます。

37ページからは、前回改定の内容。

また、40ページ、41ページは、関係する意見でございます。

最後、44ページに、高齢者虐待防止に係る論点をお示ししてございます。高齢者虐待をめぐる状況を踏まえ、高齢者虐待防止対策を促進する方策として、どのようなことが考えられるかとしております。

また、介護現場における安全性の確保に係る論点としまして、46ページでございます。介護現場の安全性の確保について、事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、事故情報の一元的な収集・分析・活用や、介護保険施設以外の介護サービスにおける事故防止対策のために、どのような報告が考えられるかとしてございます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 それでは、資料6に基づきまして、「地域区分」について御説明申し上げます。老人保健課長でございます。

まず、資料の3ページが介護報酬における地域区分についての考え方を整理した資料でございます。

これに基づきまして、4ページに記載のとおり、各自治体が地域区分ごとに分類されているといった状況でございます。

5ページ目が、級地の設定状況についてでございます。おおむねの自治体におかれましては、公務員の地域手当に準拠した形で、この級地が設定されておりますが、累次のこの分科会での協議を経まして、様々なルールを適用している自治体がございます。本来の級地よりも引上げ、及び引下げ、その双方が存在しているといった状況でございます。

7ページが、前回の介護報酬改定に適用された地域区分に関する特例を2つお示ししてございます。

また、9ページ目、前回の審議報告等におきましても、その在り方について、引き続き検討といった宿題をいただいております。

そこで、12ページが論点でございます。

令和6年度介護報酬改定における地域区分の級地の設定に当たっては、財政中立の原則の下、以下の方向性を前提として、自治体の準備期間を考慮し、まずは対象地域の意向を確認することとしてはどうか。

そちらに記載のとおりでございますけれども、主立ったところを御説明申し上げますと、現行において経過措置を適用する自治体に対しては、当該経過措置を継続するか、または終了するかの意向を踏まえ、必要に応じ、引上げ、引下げを認めることとしてはどうか。

また、公平性を欠く状況にあると考えられる自治体を対象として、引上げ、または引下

げを認めることとしてはどうか。具体的には、令和3年度報酬改定において採用された特例を継続して設定しつつ、新たに下に記載のマル1、マル2のいずれかに該当する自治体を対象として、地域区分の引上げ、または引下げができることとしてはどうか。

その新たな内容につきましては、15ページに図示してございますので、そちらを御覧いただければと思います。

資料の説明は以上となります。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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

それでは、よろしくお願いいたします。

長内委員、よろしくお願いいたします。

○長内委員 分科会長、どうもありがとうございます。

まず、感染症への対応力強化についてです。この5月に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類へと変更されましたが、依然としてコロナ新患者の報告数は週ごとに増加しており、今後も介護サービス事業所に影響を与えると考えております。

介護報酬においても、5類変更後に臨時的な取扱いの見直しが行われましたが、その後の取扱いについては検討することとされており、特例的な取扱いの期限が示されていないという現状があります。事業者からは、特例的な取扱いの期限が示されない状況にあると、経営の見通しが立たず、長期的に安定した介護サービスを提供するに当たって支障があるといった声をいただいています。そういった点からも、引き続き必要な支援を行っていただくとともに、特例的な取扱いの期限を早期に示していただくようお願いしたいと思えます。

もう一点は、コロナ禍の経験から、通所や訪問介護を持たない施設は、施設内の介護者の感染が広がっても、どこにも相談ができずに孤立しかねないといった状況も聞いております。市直営の施設を持っていないため、次の感染拡大に備え、どのような支援ができるのか、今、事業者と一緒に、検討しているところです。

また、コロナ禍で以前、通所介護事業者が利用者に訪問しても良いといった通知を出していただき、在宅で何とか乗り切ったというケースもあります。次期改定に向けては、通所と訪問事業の複合型が創設される動きもあるようですので、この点では大変安心できる事業であると思えます。

ただ、今後検討していきたいのは、単独の介護老人福祉施設や、系列母体を持たない事業者の支援の在り方です。これは保険者としても、皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。

以上でございます。どうもありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、吉森委員、よろしくお願ひいたします。

○吉森委員 ありがとうございます。

何点か意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1でございますけれども、50ページから51ページに、現状、課題及び論点としてまとめられていますとおり、高齢者施設などにおける感染症対応力の在り方について、今回の新型コロナの対応をめぐるのは、病床逼迫等により、やむを得ず施設内での療養を行う事例が多数生じたほか、高齢者がコロナに罹患して入院した後、回復してもなかなか施設に戻れないなど、高齢者施設における感染症対応力の課題が浮き彫りになりました。今後も新型コロナウイルス感染症が発生するリスクを踏まえれば、現在特例的な措置として行われている支援や取扱いの実績について、しっかりと検証し、必要性や効率性を勘案した上で見直し、平時からの感染症対策として取り組む必要があるのではないかと考えております。

また、その際、資料2の14ページでございますようなBCPの着実な履行が要になると考えております。自治体や地域の医療関係者など、今回の新型コロナ対応の知見を持つ医療・介護関係者にも御参画いただき、現実に即した業務継続計画の見直し、取組の強化を行っていくべきだと考えております。より合理的、かつ地域の実情を踏まえたBCPの策定を行うことで、例えば訓練の実施などにおいても、地域住民の参加が促進されるのではないかと考えております。

次に、資料3でございますけれども、QOLの実現には、質の高い口腔管理・栄養管理が必須であり、ICTなどテクノロジーを活用した情報連携をはじめとして、柔軟な多職種連携を可能にしていく必要があると考えております。

関連しまして、資料4の報酬体系の簡素化についても、介護DX化の一環として、事務手続や添付書類について、大量の紙を打ち出して見比べつつ行うといった煩雑な作業が必要ないように、申請の際、事業所の名称などの基礎情報が自動で入力される機能の搭載などのデジタル化の促進による事務負担軽減に資するような効率化・省力化を推進していくべきだと思います。

次に、同じ資料の多床室の室料負担については、全体的に3施設の入所者の医療区分が上がる中で、リハビリテーションや口腔衛生の取組を通じ、入所者の生活の質を高めようとしている現状はあると見てとっております。20ページの3施設の入所者・退所者の状況と併せて考えますと、特養以外の2施設も一定の事実上の生活の場と考えられる現象が見られるのではないのでしょうか。令和6年診療報酬改定に向けて、介護老人保健施設及び介護医療院が生活の場なのか、医療の場なのか。その機能、運営実態、また入所されている方の特徴などに基づいて、介護報酬も判断基準を整理し、明確にした上で、室料負担の在り方について検討を深めていくべきだと考えております。

資料5ですが、高齢者虐待に関する痛ましいニュースを最近、目にする機会が増えております。ゆゆしき問題であるという一方で、これまで明らかになりにくかった部分に光が

当たりやすくなったということでもあるかと考えております。これらの事案を踏まえ、介護事故の件も併せて、実際に発生した事例の収集・分析を通じ、安全管理体制の在り方などを検証し、同様の事例が繰り返されることのないよう、国による事故情報の一元管理や情報連携の在り方などの検討を深め、介護現場の環境の整備を図っていくべきだと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、野村委員、よろしく願いいたします。

○野村委員 ありがとうございます。

今回は、口腔・栄養の第1ラウンドであり、資料3に沿って、論点も含めて総論的な意見と要望をさせていただきたいと思えます。

まず、ページ8でございますけれども、前回改定資料においても着目されていましたが、リハと栄養・口腔が一体となって運用されることが、自立支援、重度化予防に非常に効果的であります。特に、誤嚥性肺炎の予防について、歯科に関する情報共有を含めて、医科歯科連携を含む多職種連携が有効であり、歯科職種への期待も大きいと感じております。

ただ、資料32ページにもありますように、介護保険施設への歯科職種の就業人数は少ないため、33ページにあるように、家族、ケアマネや介護職からの依頼があつて、初めて歯科職種が関与することになります。

しかしながら、34ページを見ていただくと、ケアマネからの情報提供もまだまだ十分ではなく、ケアマネが口腔の情報を取得していないという割合も約4割近く存在しております。

そして、介護保険施設入所者の口腔の問題が37ページに示されておりますけれども、入れ歯が緩いとか外れやすい方も2割おられますし、むせや残渣も多く認めます。

また、38ページでは、居住系サービス利用者においても歯科治療が必要だという方が7割近くもおられます。

また、46ページからは、通所サービスで実施するスクリーニングから、かむことに問題がある利用者は6割以上おられますし、義歯は約8割の方が使用されています。入れ歯をつくったら終わりではなく、定期的な管理や調整が必要、大変重要となっております。この辺りが歯科受診となかなか結びついていないと感じております。

また、栄養についても、約半数がBMI 18.5未満の方がいらっしゃいます。

このような課題がある中で、できるだけ多職種も理解できるスクリーニングや、早めに専門職につなげる仕組みをぜひ御検討いただきたいと思います。私たちのほうも、相談があればできるだけ協力できるように、研修等も含めて必要であると考えています。歯科は、主に医療部分で関わることとなりますけれども、施設等での口腔衛生管理加算や口腔機能向上及び居宅療養管理指導など、歯科衛生士も含めて効果的にリハ・口腔・栄養の一体化

に進めるようお願いいたしたいと希望いたします。

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、古谷委員、よろしくをお願いします。

○古谷委員 全国老施協、古谷でございます。

各資料について意見を述べさせていただきます。

資料1につきまして、高齢者施設として新型コロナウイルスの流行は、感染症対策や感染症流行時の事業所運営等について、大変考えさせられました。また、様々な支援や臨時的な取扱いが行われ、対応ができたと思っております。介護報酬上の臨時的な取扱いについては、介護サービスを安定的に提供する必要性を考慮すれば、216回給付費分科会で示された見直しの方向性に沿って対応し、今後の感染状況に応じて、迅速に取扱いの検討を進めることが重要と考えております。

しかし、利用者や従事者にコロナ陽性者等が発生した場合、人員基準違反や減算としないことを継続することが、感染拡大防止のためにも重要と考えます。本人及び同居家族が感染し、または接触した場合の行動制限の考え方、特に在宅サービス利用者の利用制限の考え方、事業所から通達する職員の勤務制限の考え方、対面での面会を求められた場合の対応方法など、円滑な運用となるよう、周知徹底をお願いいたします。

また、医療提供体制について、入院をスムーズに受け入れていただける医療提供体制の確保を強くお願いいたします。

併せて、新型コロナ感染症に関する高齢者施設に対する支援等についても、平時は感染症対応の研修、感染症発生時の業務継続計画の状況に合わせた見直し。また、発生時は速やかな医療連携、かかり増し経費の支援、施設内療養を行う施設等への支援の継続をお願いいたします。

資料2についてです。令和3年の報酬改定において、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練の実施等を義務づけ、3年間の経過措置期間を設けることとされました。業務継続に向けた計画の作成については、できていないという事業者もあります。確実にいえるよう、さらなる支援をお願いいたします。

併せて、近年、発生する災害のリスクが高くなっていることから、災害の傾向についての情報提供を適切に行うこと。また、感染症の情報をタイムリーに発信することで、危機管理意識の向上を図ることや、高齢者施設等の災害減災対策の支援をするための施策を拡大していただきたいと思っております。

資料3、口腔・栄養についてです。口腔に関して、通所介護の口腔機能向上加算や施設の口腔衛生管理加算で、歯科衛生士等が口腔機能を評価・指導することで、適切な管理や歯科治療へつなぐことができるため、口腔ケアに関する加算へのインセンティブの強化が必要と考えます。在宅、高齢者施設、医療機関での連携強化のためには、栄養に関する情

報を共有ツール、例えば栄養ケアマネジメント強化加算のLIFEの入力項目や、栄養ケア計画等の内容を活用したツールの作成が有効だと考えます。

リハビリテーション・機能訓練と口腔と栄養の一体的な取組は、誤嚥性肺炎が起こりにくくなることや、QOLの向上等に効果があると考えます。個々の評価に加え、一体として取り組んだことへの評価が必要と考えております。

資料4、制度の安定性・持続可能性の確保についてです。複雑化した現行の報酬体系を簡素化して国民に分かりやすくすることは、国民の共同連帯の理念に基づき創設された介護保険制度の持続のために必要であり、強力に進めるべきと考えます。ただし、算定率が高い加算を基本報酬に含めるに当たっては、基本報酬に当該加算をそのまま上乗せするとともに、その旨を明示するなど、誰が見ても分かりやすい見直しとなるようお願いいたします。

また、算定率が低い加算については、単純に廃止するだけでなく、なぜ低いのか、原因を分析し、その原因別に対応の検討が必要と考えます。例えば資料5ページにある、令和4年度に算定がない加算、平均算定率が1%未満の加算について、1. より高次のケアを目指すため、対象者が少なくても残すべきもの。2. 経過的措置により、実質対象者がいないもの。3. 過度な専門職の配置を求めているのが原因と考えられるもの。4. 普及には一層の周知や詳しい説明が必要なもののようにより分類し、加算の趣旨から対象者が少なくても残すべきものや、要件を見直した上で存続させるべきものなどを見極めながら、丁寧な論理が必要と考えます。なお、処遇改善3加算の一本化は、必ず実施していただきたいと考えております。

続きまして、資料5です。虐待防止を図るべき様々な施策が実施されており、各施策が確実に実施されるよう、さらなる支援や周知を進めることが重要と考えます。養介護施設従事者等による虐待の発生原因は、知識や介護技術の問題、ストレスや感情コントロールの問題が多いことが示されています。また、養護者による虐待の発生原因は、被虐待者の認知症の症状への対応の問題、また介護疲れ、介護ストレスが挙がっております。

虐待防止において、介護施設従事者には認知症や介護についての知識を深めるとともに、介護業務への負担軽減を図ること。養護者においても、いつでも適切な介護サービスを受けられる体制であることが重要と考えます。

また、介護現場の安全性の管理は、安全管理体制の研修を受けた担当者の設置や、事故防止委員会での介護事故やヒヤリハットの検討等を通して進んでいると考えますが、厚生労働省が示す事故報告標準様式を使用し、集めたデータを活用して、事故の背景を考察した上でフィードバックすることで、事故防止対策の対応を進めることが重要と考えております。

資料6、地域区分です。地域区分の設定は、地域の実情が異なることから、現状を反映した区分設定は、一定のルールの下、検討することは必要ですが、パズル的な組合せでなく、実情を考慮するとともに、公平性をもって進めることが重要であると考えます。人件

費割合について、地域区分を定めるに当たり、国家公務員の調整手当を参考にした経緯から、地域区分間の差異を算定するために用いられる人件費率は、事務職員、清掃員、運転員、給食調理員、医師などの給料を除外した不十分なものです。

また、検討に当たっては、長年の報酬改定の積み重ねにより、サービス体系及び報酬体系が複雑となり、厳密な意味での報酬基準上の算定がないとしても、モデル的な基準上の施設の人件費率、経費比率を示した上で検討することが大切と考えております。地域区分については、慎重な協議の下に決定していただき、地域においては様々な事情があり、地域区分が下がる場合には、運営に大きな影響があることを理解していただきたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 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 ありがとうございます。全国町村会の米本でございます。

私からは、2点ほど簡素に意見を申し上げさせていただきます。

初めに、資料3についてです。離島や中山間地域などでは、専門職の不足が特に大きな課題となっており、質の高いサービスを提供するにも、それらの人材の育成・確保が必要であることを、これまでこの分科会の中でお伝えしてきました。

口腔・栄養に関しても、医師・医療機関との連携や管理栄養士等の確保が大きな課題となっており、特に離島や中山間地域の事業所では、それが顕著でございます。そのような地域でも、それらの機関・専門職の連携・確保ができるように、ICTの活用や導入費用といった財政的支援等、ぜひともお願いしたいと思っております。

最後に、資料6についてでございますが、地域区分については、行政的に一体性を有する市町村域を越えた、より広域的な範囲での設定を検討していただきたいと思っております。

また、人材確保の観点から、中山間地域や離島等の地域区分については、十分配慮していただきたいと思っております。

加えて、そもそも地域区分の設定が、町村部あるいは中山間地域等における人材確保にどのような影響を及ぼしているかについても、しっかり検証することが必要ではないかと考えております。

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、伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私から、何点か発言させていただきます。

まず最初に、資料1の感染症への対応力の関係でございますけれども、通所介護等の報酬に関しましては、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とするという観点から、基本報酬の3%の加算や規模区分特

例の適用が設けられております。

ただ、35ページによりますと、3%加算を算定したのは25.3%、規模区分特例を適用したのは7%と、いずれも低く、算定・適用しない理由として、「減少員数要件を満たしていなかった」が7割を占めている状況でございます。感染症や災害時の対応における臨時的な取扱いにつきましては、しっかり効果検証を行った上で、恒常的な対応が必要な事項と臨時的な対応が必要な事項を整理して、介護報酬上の対応を検討していくべきだと考えております。

続いて、資料3の口腔・栄養関係でございます。口腔衛生管理あるいは栄養管理につきましては、誤嚥性肺炎の予防やQOLの向上に非常に重要だと考えております。

6ページ、7ページに口腔・栄養関係の各加算の算定状況が示されておりますけれども、全般的に低い状況にあると見えます。そういった算定率が低い要因等をよく分析した上で、必要な見直しを図っていくべきと考えております。

これは質問になりますが、もし算定率が低い理由が分かるようであれば、教えていただければと思います。

また、口腔につきましては、口腔管理等が必要な高齢者について、歯科治療に結びついていないケースがあるようでございます。ぜひとも定期的なアセスメントや情報提供・連携の充実等を図っていくべきと考えます。

続いて、資料4の制度の安定性・持続性の確保の関係でございます。報酬体系の簡素化を図っていくという観点から申し上げますと、4ページ、5ページに各種加算の算定状況が示されておりますが、平均算定率が80%を超える加算につきましては、普遍化・普及したものと考えられるので、基本サービス費に要件等を組み込む形で評価し、その一方で、算定実績がないとか少ない加算につきましては、その理由の精査はもちろん必要になりますが、基本的には廃止、あるいは見直しをしていくことが必要であろうと考えてございます。

また、利用者の立場からの分かりやすさ、あるいは介護サービス事業者の事務負担軽減等の観点から、処遇改善加算の一本化についても検討していくべきと考えてございます。

また、多床室の室料負担の関係でございますけれども、介護老人保健施設におきましては、20ページにございますように、平均在所日数が300日以上と、非常に長いものになってございます。また、介護医療院は、長期療養及び生活施設といった位置づけであり、死亡退所も多いなどの状況を踏まえ、在宅と施設の公平性を確保する観点から、介護老人保健施設、介護医療院の多床室の室料相当額を基本サービス費から除外し、利用者負担とする見直しを行っていくべき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。

1点、算定率の低いものということで御質問がございました。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

御質問いただきました口腔・栄養関係で、加算によりましては算定率が低いものが存在するということでございます。本日の資料3の4ページ、5ページに口腔及び栄養関連の加算を一覧にしております。それぞれ施設サービス、通所サービス、居宅サービスということで、実際に専門職の方が直接行うものと、介護職員の方に対して指導した上で、介護職員の方が行うといった様々な類型がございます。全体的に加算の算定率が低い理由といたしましては、本日も他の委員から御指摘いただいておりますとおり、専門職の方の確保・支援がなかなか得られにくいといったことが背景にあると思います。

例えばそういった方が多職種の会議に参加することがなかなか難しいでございますとか、入所者の中にサービスを必要とする方が実際にはいらっしゃるのかもしれませんが、そういった方を特定するということにもなかなか至っていないといったところもあると思います。委員御指摘のとおり、様々解析をいたしまして対応案を検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、石田委員、よろしく願いいたします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは3点、意見を申し述べます。

まず、資料2にありますBCPの関連ですけれども、この中で、災害時の地域との連携で災害訓練に地域住民の参加を募るということで、ここの参加がなかなか低いという結果が挙げられております。実際に地域住民との協力体制を構築するというのは、言うは易く行うは非常に難しいところが多々あります。その中で、今回、まず最初に、BCPに関しては、その内容とか存在そのものも含めて、地域の住民の皆さんにどれだけ理解してもらうか、知っていただくかということから始めていかないと、これはスタートラインに立てないのではないかと考えております。ただ、昨今、大型の自然災害が頻発しておりますので、この件に関しては、急いで対応していかねばいけないのではないかなと考えております。

その中で、住民の皆さんと一緒に訓練している小規模多機能の事業所や、認知症グループホームの事業所なども一定程度にあるという数字も出ておりますので、ここからまずスタートして行って、このBCPに関する理解を地域に求めていくということが必要なのではないかなと考えております。

次に、資料3の口腔と栄養です。今、事務局のほうからも御説明がありましたように、専門職の配置がなかなか難しいという現状があるかと思いますが、これは利用者の立場から申しあげましたら、これほどまでに効果もあり、いい影響があると言われているわけですから、もう少し進めていただきたいというのが強い願いです。現状と課題の中にもありましたように、いまだ通所サービス事業所においては、口腔に問題がある人が60%以上、栄養でも40%以上という現状をこのままにしておいていいのか。これは非常に懸念するところだと思います。

ですから、せっかくこういった専門職が関わることによって効果が上がっているということがあるのであれば、加算も含め、それから人員配置についても、しっかりと対応して

おく必要があるし、それをお願いしたいと思っております。

一体的計画書の活用も、まだ27.2%と、なかなか進んでいないということです。新しい計画書の場合、従来の様式があったところに新規の様式を取り入れるというのは非常に負担になるし、煩雑ということなので、ここをもう少しシンプルに、今あるものをうまく活用してできないかという、新たな工夫や開発をぜひお願いしたいと思っております。

最後に、資料5の介護現場の安全性の確保というところです。介護現場における事故については、報告がなされているにもかかわらず、それが集計されているだけで、それ以降のものが現場のほうになかなか返ってきていないという報告を今、拝見して、これも難しいかもしれませんが、最終的には、事故の情報については、集計のみならず、集約・分析していただいてフィードバックして、さらに情報の公開なども積極的に進めていく必要があるのではないかなと考えます。基本は再発の防止であり、新たな発生を予防することが目的ですから、これについては行政の負担になるかもしれませんが、しっかりと対応していただきたいと思えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、正立委員、よろしく願いいたします。

○正立委員 ありがとうございます。

資料4と資料5について意見を申し上げます。

初めに、資料4「制度の安定性・持続可能性の確保」についてです。

まず、報酬体系の簡素化ですが、平成12年の制度発足以降、サービスの種類が増え、また各種の加算が導入されたことによって、利用者にとって非常に分かりにくい状況になっています。特に加算については、算定率が高いものは基本報酬に組み入れる。逆に算定がないものや著しく算定率が低いものは、一定の期間が経過した後に整理するなど、報酬体系の簡素化に向けた一層の取組をお願いいたします。

次に、多床室の室料負担ですが、そもそも老人福祉施設と、老人保健施設や介護医療院では、その機能が異なります。特養は生活施設であって、老健はリハビリを通して在宅復帰を目指す中間施設、医療院は長期の療養施設です。そのため、老健や医療院は、特養に比べ利用者1人当たりの床面積の基準も小さくなっています。果たす機能も居住スペースも異なるのに、特養と同じように論じることには疑問があります。

これまでもよく在宅と施設の利用者負担の公平性という示され方がされてきましたが、例えば高齢夫婦世帯のうち、どちらか1人が施設に入所したからといって、残された側は家を手放すわけにもいかず、借家の場合であれば家賃や管理費を支払うことに変わりはありません。食費や光熱水費の負担はやむを得ないと思いますが、残された人から見れば、食費や光熱水費がそれまでの半分になるわけでもありません。利用者自身が在宅でサービスを受けたくても、老老介護などの生活実態から在宅ではなく施設を、また経済的な理由から個室でなく多床室を選ばざるを得ない、選択の余地がない方がいるわけです。このよ

うな利用者からも負担を求めるような多床室の室料負担の導入には、反対であると申し上げておきます。

次に、資料5「高齢者虐待の防止」についてです。言うまでもありませんが、高齢者に対する虐待は決してあってはならず、特に高い倫理観が求められる介護従事者による虐待は、介護保険制度への国民の信頼を損ねる大きな問題です。資料にもありますが、虐待と判断された件数が年々増加傾向にあることを懸念いたします。

国では、高齢者虐待対応マニュアルを作成し、施設や事業者に向けて、相談、通報、届出への対応などについて周知を図っていますが、何よりも大切なのは、虐待が行われないようにすることです。そのためには、虐待に関する実態を把握し、いつ、どこで、誰が、誰に、なぜ、何をどのようにといった情報を施設や事業所に提供し、ケーススタディーや職場内の相互牽制に役立てていただくことが重要だと考えます。

ここで事務局にお尋ねしたいことがございます。資料6ページの下段左側に、要介護施設従事者等による虐待を整理した表があります。こちらには載っておりませんが、虐待がいつ発生したのか、昼間なのか夜間なのか、どこで発生したのか、居室なのか浴室なのかといったような詳細なデータはあるのでしょうか。

また、現在、省として、全国の介護施設や事業所などで発生した虐待の状況を統計的に把握し、定期的に公表するような仕組みはありますでしょうか。この点、教えていただければと思います。

今後、議論の中で人員の配置基準などが論点に上がろうかと思えます。7ページの資料、上段と下段の表を組み合わせると、サービスごとの虐待の発生率を算出することができそうですが、サービスの種類によって差があることが分かります。これを大した差ではないと考えるのか、いや、そうではないと考えるのか。虐待が起きる時間帯等のデータを含め、議論の参考になるのではないかと思いますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

幾つか御質問ございましたので、回答のほうをお願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

虐待の発生の事案について、どこまで把握しているか、またどのように把握しているかということでございますけれども、基本的に虐待の事案が発生しましたら、市町村が情報を把握しているところでございますけれども、国においては、市町村に対して、毎年度、どういう対応状況だったか、どういう事案だったかということに基づいて調査を行っていき、その結果を毎年度、取りまとめて公表しているわけですが、御質問のあった場所とか時間とか詳細なところは、すみません、詳細に今、確認しているわけではないのですが、そこまでは調査の中に入れていない可能性がございますので、また今後、その調査の内容について、どこまで把握すべきなのかについては、より一層検討してまいりたいと思っております。

という状況でございますけれども、よろしいでしょうか。

○田辺分科会長 正立委員、よろしゅうございますでしょうか。

○正立委員 現時点では結構ですが、夜間の人員配置基準の軽減など、緩和に向けた議論がよく行われますので、例えば夜間の時間帯に、特に身体的な虐待とか精神的な虐待が多く発生しているということであれば、議論する上での前提にもなろうかと思っておりますので、ぜひ積極的にお調べいただきたいと思っております。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、荻野委員、よろしくお願ひします。

○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。

資料1の感染症への対応力強化につきまして、1点発言させていただきます。薬局では、5類への感染症法上の類型変更後も、感染防止対策としてマスク、手袋等の防護用具の準備や定期的な消毒、換気の徹底などに努めております。また、自宅療養中の患者さんの在宅訪問や高齢者施設入所者の緊急訪問も実施しており、高齢者施設訪問の際には、他の入所者への感染やクラスター発生の予防などにも十分配慮しております。現場では徹底した感染対策等を講じており、現行の各種支援や臨時的取扱いは引き続き必要であると考えております。

私から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、濱田委員、よろしくお願ひします。

○濱田委員 よろしくお願ひいたします。

まず、資料1の感染症への対応力強化でございます。各種の取組によりまして、介護サービスの対応力強化や継続性は高まっていると感じております。しかしながら、まだまだ時期によって各種の感染症の流行が見られる状況でございます。利用者等関係者が感染しました場合に、面接やモニタリングが延期となり、また更新研修等をはじめ、期限内に実施が困難な例もあると散見されますので、ケース・バイ・ケースでよろしいかと思っておりますが、関係機関等におかれましては、コロナウイルス感染症下で実施された特例的な対応など、柔軟な解釈においてサービス提供が行えるよう御配慮いただきたいと存じます。

続きまして、資料2の業務継続に向けた取組の強化でございます。22ページでは、感染症、自然災害とも、2割強の事業所が策定のめどが立っていないという回答がございます。この2割の事業所規模は不明ではありますが、23ページのほうでは、職員不足のためという回答もございますので、経過措置が間もなく終了いたしますが、終了いたしましても、当面は直ちに運営基準に反するという取扱いではなく、運営指導等で策定へ向けた指導・助言等の対応をお願いできればということでございます。

また、25ページ、26ページの下線部では、地域住民の参加につきましてもいずれも低い結果となっておりますが、施設系よりは訪問・通所系など、事業所規模が小さく、あるい

は宿泊や居住を伴わない部門ほど低くなっているのではないかと散見されます。この点につきましては、例えば自治体等公的機関から一定の声がけ等をその地域にいただきまして、介護保険サービスに関するその地域全体の事業者団体等で地域住民と協働して実施できている事例などがうまくあるのかどうか分かりませんが、地域住民の方も事業所ごとに参加するということになりますとなかなか大変かと思しますので、何かそういう協働で実施できている好事例が参考にできるとよいのではないかと考えております。

資料3の口腔・栄養についてでございますが、加算の状況から、通所系サービスにおける管理栄養士様の介入や連携が促進されるためには、既に配置が必要となっております併設施設の定員や栄養士等の配置状況や通所サービスでの対象者数にもよりますが、これもあくまでも例えばということではありますが、併設施設の定員数が少し少ないようなところでは、専従要件をある程度緩和するなどしまして、併設の居宅サービス事業所等で一定数は担当できるようにするなど、こういうことを検討しまして通所系サービスに関わる人員確保を図るなどしてもどうかということでございます。

また、歯科医療機関と介護支援専門員との連携につきましてはコロナ禍がございましたので、医療介護連携推進事業の際のように、例えば保険者様、市町村、それぞれの地域で相互に顔の見える関係づくりの構築が、引き続き必要ではないかと考えます。

また、12ページで、平成30年の介護保険施設等を対象に口腔衛生管理体制が図られておりますが、どのようにするか、特に何かあるということではございませんが、いわゆる居宅サービスの場面でも、同様の形態で何か普及を図るなど、社会資源といいますか、こういう形が取れば、よりよいのかなと考えます。

資料4の制度の安定性・持続可能性の確保でございますが、処遇改善管理加算以外の加算におきましても、引き続き文書負担の軽減に向けた取組を継続して実施することが重要ではないかと考えております。

それから、資料5の高齢者虐待の防止、介護現場における安全性の確保、リスクマネジメントについてでございます。高齢者虐待防止や事故発生防止に関する改定につきましても、資料2の業務改善に向けた取組の実施状況のような策定実施状況を踏まえて対応することも必要と考えます。

また、今般、基本指針におきまして、養護者に該当しない者による虐待や、セルフネグレクト等の権利侵害への防止にも取り組む旨、盛り込まれておりますけれども、次期介護保険事業計画策定等へ向けまして、関係者へ継続して周知を行っていくことも重要と考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく申し上げます。

○鎌田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず、資料1の感染症への対応力強化というところの意見ですけれども、感染症対策で

は、通所施設系サービスについては具体的な対応がありますが、訪問系サービス、特にホームヘルプサービスでは、当初、ホームヘルパーがワクチン優先接種から外されていたり、抗原検査キットの無償配布などの枠から外されるなど、ホームヘルプサービスへの支援体制が薄いと思います。ホームヘルパーは、コロナ感染拡大時にも個人防護服の着脱を学習し、訪問を継続し、生活支援を行って、陽性者のところにも来ていただきました。このような現状をしっかりと把握していただきたく、次に仮にこのような感染症が起きたときには、ホームヘルパーにも施設と同様にしていただきたいと思います。生活を支える要がホームヘルパーである認知症や家族にとっては、とても頼りになる存在です。

前回の分科会では、介護人材の処遇改善などがテーマになりました。事業者調査では、ホームヘルパー不足感は介護職員の69%を上回り、84%に上っています。2040年までにホームヘルパーを3万人以上増やす必要があるというデータが示されながらも、ホームヘルパーは地域包括ケアから除外されているのではないかと疑問を抱かざるを得ないことを申し上げておきたいと思います。

ホームヘルパーが高齢化とともに減少すれば、認知症の人で何とか一人暮らしを頑張っている要介護1、2の人や、重度になっても在宅介護を継続している要介護4、5の人と介護する介護者には危機的な状況があります。また、一人暮らしや老老介護世帯も、在宅介護を維持することはほぼ不可能になります。働く介護者のやむを得ない介護離職も増えていく可能性があります。ホームヘルパーとして働く人たちに、感染対策をきちんとしているから、安心して働くことができるという環境を保障する必要があると考えます。それが、有効求人倍率が15.53という異常な事態の緩和に一定の貢献をするのではないのでしょうか。

21ページには、業務継続支援の具体的な内容が示されています。

また、資料7では、2023年10月以降の対応策として、介護保険施設のみが対象となっています。介護労働者の異様に高い現行求人倍率の中には、新型コロナウイルス感染症の施設重視もあるのかもしれませんが。

質問ですが、業務継続支援が、特に小規模事業所では策定が困難とも聞きますが、資料にもありますが、何か支援策を講じておられるのでしょうか。それぞれの小規模の事業所のサービスにおいても、事業継続は私たちの暮らしを支える基盤ですので、お尋ねいたします。

次に、資料2です。業務継続に向けた取組などの強化です。意見です。災害時における介護サービス事業者の人員基準等の臨時的な取扱いについての2. 訪問介護に関する事項で、一時的に通所介護事業所の職員、介護職員の初任者研修修了者が代わりに従事されるとあります。第222回の分科会では、新しい複合型サービスの提案がありましたが、一時的であっても、訪問介護と通所介護の組み合わせたケースになるのではないかと考えています。訪問介護と通所介護の組合せの効果がどのようなものになるか知るためにも、こうした具体的な例や実施した事業所の管理者職員へのヒアリングの調査はないとお聞きして

いますけれども、ぜひ調査してヒアリングをお願いして、今後の複合型サービスを検討する際の指標にしたいと思います。

それから、資料4です。制度の安定性・持続可能性の確保です。

まず、1件ですけれども、報酬体系の簡素化とありますが、16ページに利用者への分かりやすさを実現とあります。特に加算報酬は、利用者や介護者には非常に分かりづらいものであり、分かりやすさについては絶えず考慮していただくことを希望します。

3ページでは、制度創設時と比較し、グループホームでは31倍にも増えた事業もあります。加算は、よいサービスの提供というふうにも聞いていますが、取得される加算は全体に少ないようにも見受けられます。よいサービスとするための加算でありながら、取得されていないと受け止めました。この加算が制度をより複雑にし、分かりにくさに拍車をかけています。

質問ですが、8ページには、加算制度の一本化について検討を進めるとありましたが、厚塗りされた塗装のように加算が増えていったのはなぜなのか。ここで分からなくなってきました。加算が増えた理由は何なのでしょう。この加算が増えたのは、サービスの質の向上で間違っていないでしょうか、教えてください。加算率が高いものを残すということだけではなくて、加算そのものということを考えないといけないのではないかと思っております。

それから、18ページの多床室の室料負担の経緯と現状ですが、正立委員も話されていましたが、既に特別養護老人ホームの相部屋では補足給付の負担割合が変更され、当会に寄せられた声では、対象となった利用者や家族は、その負担が生活を圧迫しています。しかし、在宅で介護できる本人や介護者の状況ではなく、家族は自身の生活を切り詰めて支払っています。

質問ですが、特別養護老人ホームの利用者について影響調査があるのなら、どのような影響が出ているのか、把握されていることを教えてください。

また、19ページの第4段階の利用者が補足給付の対象にならず、室料負担に耐えられると考える根拠があれば教えてください。

資料5の高齢者の虐待防止／介護現場における安全確保、リスクマネジメントです。

8ページの運営基準改正における虐待防止規定の創設ですが、2021年4月1日、施行日から2024年3月31日までの間、経過措置を設けるとありますが、9ページの体制整備の状況では、委員会の設置と担当者の設置が訪問系・通所系では低い割合になっているのが大変気になります。体制整備のため、経済的・人的な支援があると聞きましたが、有効な機能を果たしていないから、このような数字になっていると受け止めましたが、さらなる検証と改善に向けた対策を講じてください。利用者は不安です。

また、20ページの介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化ですが、報告は市町村に提出していますが、その後の再発に向けたフィードバックや事故の施設間の共有など、医療現場では行われているような安全対策が、ほかの委員も言われましたが、必要ではな

いでしょうか。資料を読んでいますと、報告はするけれども、後は施設の中だけで検討しているように見えます。その理解でよかったですでしょうか。今後は、報告だけではなく、事故の再発防止に向け、市町村や国からフィードバックや共有などの検討をするとありましたが、必要です。他事業所の経験を生かし、防げる事故は防いでいただき、安全で安心な生活の場にしていただきたいと思います。

高齢者虐待の要因として、人手不足によるストレスやコロナ禍での対応など、漸増化が容易に想像されます。厚生労働省の労災認定のデータでは、精神障害の請求件数は、社会保健、社会福祉、介護事業所がトップです。介護労働において精神的な負担が大きいことが想像されますが、利用者への虐待防止対策として、介護労働者が利用できるカウンセリングなど、相談機関があると聞いています。しかし、それが十分に機能していない結果が現状ではないのでしょうか。さらなる充実が必要ではないのでしょうか。

質問ですが、現状の相談機関の検証はされているのでしょうか。気軽に話せる相談機関や職場に相談できる人がいて、介護に従事する職員の精神的な負担を軽減していただくような場の検討をお願いいたします。職場のストレスから、介護現場からの離職とならないようにしていただきたいと思います。働く人のメンタルヘルスが充実していかなければ、介護を必要とする本人・介護者などの安全は保障されません。

なお、資料には、要介護施設従事者等への対応が示されていますが、家族など、介護する養護者による虐待については、直近では、山口県で熱湯をかけ、母を殺害容疑とか、東京都では介護できないと、同居の母を絞殺するなど、悲惨な介護事件が発生しています。資料には、要介護施設従事者等への対応が示されていますが、家族など、介護する養護者への対策や支援については、実態を把握し、困難な問題を抱える世帯に専門職を派遣するなどの支援があるとも聞きました。本人支援と家族支援は両輪で行うことが重要と考えていますが、介護保険制度が本人支援であり、家族支援の視点に目を向けない、向けられない専門職もまだ多くいらっしゃいます。

また、認知症介護実戦者研修では、過去には介護家族の講義時間があり、当会でも講師として介護家族が話をし、専門職への家族支援への理解の場となっていました。しかし、現在はありません。本人とともに家族が介護について語る講義の時間の復活はないでしょうか。

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。

4点ほど御質問あったと思いますので、回答のほう、お願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

まず、私から2点ほど。

1つ目、BCPの関係で、小規模事業者がBCPを策定するときの支援策がどんなものがあるかという御質問だったと思いますけれども、資料2の15ページにお示ししているような研修等支援事業におきまして、BCP策定をどのようにすればできるのかということ、オンラ

イン研修を通じて御支援するようなことを予算事業で行っているところがございますし、17ページにおきまして、前回改定の資料の中でございますけれども、ガイドラインをお示しして、どのように策定すればいいのかという方法論についてもお示ししているというのが現状でございます。

もう一つ、虐待のところで、虐待の原因の一つには、職員のストレスということが大きな課題であるということでございます。職員が相談できるような機関がどうなっているかという状況についてお尋ねいただきましたけれども、現状、お示しできるようなものはございませんけれども、今後、そういった状況も把握しながら、また、国としましては、資料5の4ページにありますような、高齢者権利擁護等推進事業によりまして、そうしたストレス対策に対応するような研修の実施についても、これまでも支援を行っておるところでございます。引き続き、こうしたことに取り組んでまいりたいと考えてございます。よろしくお願いいたします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。御質問ありがとうございます。

まず、加算がこのように増えてきた理由でございます。例えば今回、来年の春に向けた介護報酬改定における議論におきましても、例えば地域包括ケアシステムの進化・推進でありますとか、自立支援・重度化防止、さらには人材の確保といったいろいろなテーマにつきまして、累次の議論をこちら、介護給付費分科会でしていただいていたところがございます。そうした中で、もちろん基本サービス費を引き上げる、引き下げるといったやり方もあるわけでございますが、メリハリをつけた評価を行っていく。また、その質に着目した評価を行うといった視点から、結果としてこのような体系になっているという認識でございます。そういった中でも簡素化ができないのか、ぜひまた御意見いただければと存じます。

また、2点目の特養への影響につきましても、今、手元にそういったものがございますので、ございましたら、適宜御報告申し上げたいと思います。

3点目の、4段階の利用者の方が補足給付の対象にならないといったことへの対応でございます。補足給付の経緯につきましても、平成17年、委員も御指摘のとおりかと存じます。なお、利用者負担第4段階に該当する方でも、2人以上の世帯に属する方でもございまして、一定の要件を満たす方については、例えば補足給付を行うといった措置もしてございまして、高齢者夫婦の方で、一方の方が施設に入所された場合などにも、生計困難に陥らないような対応も一定、行っておるところでございます。こういった点についても、引き続き御指摘いただければと存じます。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 鎌田委員、よろしゅうございますでしょうか。手元に資料がないという部分もございましたけれどもね。

○鎌田委員 ありがとうございます。いろいろな対応をされていても、それが有効に働いていないという点がどうであるかと思ったのですけれども、ありがとうございます。結構です。

○田辺分科会長 では、及川委員、よろしくお願ひいたします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。

私のほうからは、4点、意見を申し上げます。

まず、資料2の業務継続に向けた取組の強化のところでございますが、非常災害対策において、地域住民の参加など、地域住民とのつながりも強化すべきであると思ひます。ですが、特に居宅サービスなど小規模な事業所の業務継続を考えれば、前回の分科会での論点にありましたが、居宅サービス事業所における経営の共同化等の視点も必要であると思ひます。

次に、資料4の制度の安定性・持続可能性の確保というところですが、簡素化の視点は、利用者や利用者家族に向けてもそうであります。複雑な報酬体系の説明も理解のハードルが高くなっております。より分かりやすい説明、理解とするためにも、仕組みは簡素化していくことが必要であると思ひます。

次に、資料5の高齢者虐待防止の推進のところですが、厚生労働省が実施している高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果を見ると、虐待の発生要因で最も多いのは、教育、知識、介護技術等に関する問題でございます。介護福祉士の職能団体としては、入会された会員には介護福祉の倫理を学ぶ学習コンテンツを無料で視聴できる環境を提示するほか、全国の介護福祉士会において倫理を学ぶ機会を提供するなどの取組を進めています。ぜひともこのような学びのある介護福祉士を虐待防止に有効に活用いただきたいと思ひます。

続いて、資料1に戻りますが、感染症への対応力強化に対することです。当会に、会員を対象とした運営サポーターという仕組みがございます。その方々を対象としたアンケートを踏まえると、面会方法に何らかの制限があるとする施設職員の回答が約85%を占めており、まだまだ多くの制限が継続されていることは明らかです。

また、サービス利用者や家族に対して、面会やサービス利用に制限があること等について、介護職員が抱えているジレンマの状況を確認したところ、少なくとも7割の介護福祉士が、利用者の生命を守るために必要な感染対策としての様々な制限が必要であることに、一定の理解は示しつつも、利用者の尊厳に対する意識から、例えば直接触れ合うことで得られる利用者や家族の喜びを何とかかなえるために苦心していることや、日々の生活の質と感染対策を両立させる対応の必要性を強く意識しながら、日々の業務に向き合っていることがうかがえました。

感染対策と利用者日々の生活を豊かにするための支援とを両立し、利用者の尊厳を守る介護を継続するためにも、介護の提供に苦心している介護職員のモチベーションを下げないためにも、介護現場の感染対策や業務継続に関する施策を進める際には、介護現場の介護職の意見を十分に踏まえた上で対応をお願いしたいと思ひます。

以上でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田中委員、よろしくお願いいいたします。

○田中委員 ありがとうございます。

幾つか意見がございます。

まず、資料1と7、コロナウイルス感染についてまとめて発言いたします。現在、取りまとめに入っている老健事業では、2類の時点で、老健で発生したコロナ患者が1万6000名以上、介護医療院でおおよそ4000名という膨大な人数でありました。そのうち病院へ搬送されたのは、老健でも約2000人、介護医療院においてはわずか500人で、いずれも13%程度でした。入院が長引きがちなコロナ患者を、介護施設がそのまま治療しているということで、医療崩壊を回避できたといっても過言ではないと考えています。引き続き、クラスター時の特例的な評価が重要だと思います。

また、世間では日常が戻り、経済活性化をしていますが、施設ではまだまだ感染下の状況が続いています。入所時の説明では、感染に気づかない無症状のコロナ陽性職員が勤務につくことがあるため、寝たきりでどこにも出かけない状況であっても、コロナ感染症にかかる可能性があるということを必ずお伝えしなければなりません。実際に、現在も幾つもの施設がクラスター、または職員がばらばらと感染し、勤務につけない状況です。引き続きの2類時同等の人員配置要件の緩和の措置をお願いしたいと思います。

さらに調査では、資料7のアフターコロナの退院患者の受入れについてですけれども、老健で42%、介護医療院で28%、それぞれが平均で3人から4人のアフターコロナの患者さんを受け入れているという事実がありました。アフターコロナの高齢者は、すぐ元気になるわけではなく、ケアの分量が増えており、脱水になりがちで点滴処置を受けるような方も少なくありません。そういった医療的な課題もはらんでいるので、引き続き、アフターコロナについても特例的な評価が、現場にとっては本当に必須であると思っております。

続きまして、資料4ですけれども、老健、介護医療院の多床室の室料負担についてです。以前の議論の中で、個室料を頂くほどの広さがないことから算定に至らなかったと聞いています。わずか4畳半ほどの広さの老健では、カーテンで分けをされている施設がほとんどであり、また、介護医療院にあっても、仕切家具が置いてあるのみ。天井のほうはつながっているわけです。個室であると判断するのは、倫理的にもどうかと思います。

また、直近の調査では、老健、介護医療院の入所者とも、その住所・住民票も自宅にある者が95%でした。特に老健では、時々入所、ほぼ自宅を実現している利用者さんも多く、戻れる部屋を確保している方も多いのが現状です。ホテルコストを自宅と二重に支払うということが、正立委員もおっしゃっていたように起こり得ると思いますし、室料負担の導入を見直すべきだと思います。

最後に、資料5です。スライド6番目の虐待数が高止まりという御報告をいただきましたけれども、これは現場の感覚としますと、コロナ禍で通報が減って見えた可能性があるのではないかと危惧いたします。コロナ開けでしっかりと再調査してほしいと思います。

また、身体拘束についてですけれども、ガイドラインの創設から20年以上経過しており、

医療依存度が高くなるなど、患者像も若干変化しているので、病院における身体拘束廃止の推進と併せて、ガイドラインの見直しが必要と考えます。

また、昨日まで病院で身体拘束をされている方が、今日から介護施設に入所となって、大して状態が変わっていなくても、ケアの方法や環境調整で、病院で行われていた身体拘束が不要というケースもあります。その工夫・技術などを横展開し、トリプル改定に向けて、分野を超えて広く身体拘束廃止に取り組む必要があると考えます。

最後になりますが、本人の年金が本人に十分活用されていないといった、親族等からの経済的虐待については、まだまだ当事者同士も含めて気づきにくく、把握が足りないのではないかと考えます。認知症の方への経済的虐待について看過されがちに思うので、先ほど老健課長様からお伺いしたところ、そういった調査がまだまだと伺いましたので、改めて調査を希望いたします。

私からは以上です。かみかみですみませんでした。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向委員、よろしく願いいたします。

○酒向委員 ありがとうございます。

資料1と4について意見を述べたいと思います。

まず、施設内療養や感染防止の対策に当たられています関係者の皆様には、改めて御礼申し上げたいと思います。資料1の感染対策の強化について、前回の改定で、8ページ目にある通り、全サービス事業者に3年間の猶予を設けた上で、対策の義務化を行う形になっています。この期間で全ての事業者が対策を万全にしていただけることを期待しています。

この点について、資料の40ページに、令和3年度の調査が示されていますが、ぜひ直近の調査データで今後の議論をさせていただければと思います。

2点目、コロナ特例については、徐々に正常化していくということが必要ではないかと考えています。ただ、現状では、どの程度活用されているのかというデータを事務局であまり把握されていないということですが、今後議論していく上で、どのような基準で議論されるのか、どのような点が満たされれば、コロナ特例の次の段階を考えられるのかという事務局の考えがあれば教えていただきたいと思います。

3点目、感染症の対策については、資料にある通り、既に介護報酬以外でも様々な支援がなされています。仮に介護報酬上でさらにインセンティブづけをすることで検討を進めるということであれば、利用者負担に十分配慮し、慎重に検討すべきであると考えます。

以上が資料1についての意見です。

次に、資料4についての意見を述べます。

まず、報酬体系について、資料の4ページと5ページに各種加算の算定状況が示されていますが、取得率が高いもの、低いもの、いずれも簡素化の観点から見直しを検討すること自体には異論はありません。ただ、取得率の高さだけでなく、それぞれの加算の趣旨と

現在のサービス提供の状況を踏まえて、事務局において継続する必要性が高いものと低いものを、データに基づいて整理していただきたいと思います。その際、基本報酬に組み込む方向性で議論する場合には、保険財政及び利用者負担の観点から慎重であるべきであり、その影響についてのデータもお示しいただくようお願いしたいと思います。

2つ目、処遇改善加算については、複数あることに伴う事務負担の煩雑さについて指摘があります。前回の会合に関連するところでもありますが、まず、加算の統合を議論する前に、事務負担の軽減に向けた課題の整理が必要ではないかと考えます。提出書類が簡素化されても、なお煩雑だという声が上がるという現状は、ローカルルールで追加資料や紙提出が求められていることが問題なのか、事業所のICT化の問題や、紙ベースで事務を行っていることに起因しているのか、いろいろ整理が必要になるのではないかと考えます。

現場のこのような負担軽減には、提出書類の簡素化、標準化と電子化ということが3点セットで必要と思います。この点については、資料5の事故情報に関しても同様の問題があると考えています。この処遇改善加算については、加算の統合を今後検討する場合には、それぞれの加算の目的や要件を改めて整理していただく必要があると考えます。また、職場環境の改善に取り組む場合によって、事業者間の評価に差があってしかるべきではないかと考えています。

以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点ほど御質問ございましたので、よろしくをお願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

まず、新型コロナウイルス感染に対する対応を累次、行ってまいりました。基本的な考え方といたしましては、経験を生かしまして基本的な対応力の強化を行っていく。この方策について、また御意見をいただきたいと思いますところでございます。

御質問にございました特例的な取扱いの今後の対応でございますけれども、新型コロナウイルス感染につきましては、その流行の波、そして依然としてウイルス株の変異といったことによる重症化リスクの変動といったものも当然想定されますので、こういったことを総合的に判断いたしながら、介護・医療、様々な現場の対応を今後も検討していくことになると思います。したがって、例えば数字的に、この数字がこうクリアできれば解除するとか、一律に申し上げるのはなかなか難しいのかなと考えてございます。

総論的な回答となり、恐縮ですが、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。

○酒向委員 質問ですが、現場の利用状況については、特に把握される予定はないということでしょうか。

○古元老人保健課長 失礼いたしました。

後ほど資料7などで、特例的な報酬上の評価については、算定状況などもお示ししてまいりたいと思いますので、よろしければ、そちらでまた御説明申し上げたいと思います。

○酒向委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 田母神委員、よろしくお願いします。

○田母神委員 それぞれ意見を申し述べます。

資料1についてでございますが、介護施設事業所が平時から感染症に関する専門人材・医療機関等との連携において、情報、助言、そして支援を受けることができる仕組みを構築し、実効性のある連携体制を構築することで、感染症発生時においても地域での有効な支援や連携につながるのではないかと考えますので、こうした充実した取組について、報酬でも後押しをする必要があるのではないかと考えております。

また、新型コロナウイルス感染症対応は現在も続いておりますので、利用者の方、そして家族の方の感染以外にも、ケア提供者の罹患ということもございますので、例えばこれまで取られました臨時的な対応といたしまして、訪問看護における電話等での対応ということが再度必要になるという場合には、迅速にそれを判断するということが重要になってくると考えております。

資料2についてでございます。資料13ページにおきまして、災害時の情報共有システムの構築ということが示されておりますけれども、施設サービスのほかに訪問サービスなどにおきましても、要介護者が災害時にどういった状況であるかという情報を迅速に把握・共有できる体制の構築が重要であると考えております。

また、事業所の業務継続に向けた実効性のある地域連携の方策というのは、非常にハードルがある課題ということを事業所の方からも聞いておりますが、行政、事業所、関係団体、地域住民の皆様との参画も得て、これらを検討するという場の設定。そして、訓練の機会なども活用しまして、幅広く参画を求め、広げていくということが重要であると考えております。

資料3の8ページの図についてでございますが、自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携ということでございますので、より効果的な自立支援・重度化予防に取り組むという観点で、看護職におきましても、医療・生活の両方の視点を持ちまして、これに取り組んでおりますので、この図の中に看護師という職種も位置づけさせていただきたいと考えております。

資料4についてでございます。これまでも委員の皆様から御意見がありましたとおり、5ページの算定率の低いものでございますけれども、加算によっては令和3年度に創設されたものでありましたり、趣旨としては非常に重要でありながらも要件が厳しいということもあろうかと思っておりますので、それら具体的な内容についてもお示しいただいて、またサービスのあるべき姿という今後の姿も踏まえた、それぞれの評価が必要であると考えております。

一方で、算定率が高いものということで挙げられているものの中にも、例えば訪問看護の緊急時の対応体制というようなことでありましたり、それぞれ加算の性格の違いということを踏まえた検討が重要であると考えております。また、これらの加算の取扱いによっ

ては、事業者の経営に与える影響も非常に大きいと思いますので、慎重な検討を求めたいと考えております。

最後に、資料5についてでございます。高齢者虐待防止対策については、本会でも非常に重要な課題として取り組んでおります。高齢者権利擁護について、介護施設等での指導的な立場となる看護師への研修ということを継続して実施しておりますが、施設等において配置が少ない職種になりますので、外部研修への参加の難しさということも指摘されておりますので、研修への参加の支援ということも、これからさらに重要であると考えております。

また、職員のメンタルヘルスの保持、そして管理者のマネジメントを支援するという視点も重要かと考えております。それぞれの組織・事業所での対応とともに、外部の専門家とも連携した取組、教育や相談体制などについての助言を受ける仕組みについても、重要であると考えております。

そして、介護現場におけるリスクマネジメントにつきましては、起こり得る事故と対策を共有し、安全対策につなげるために、専門的な視点での分析やフィードバックが必要であり、例えば県内や自治体内で発生した事故情報以外でも、国から情報発信される仕組みや専門的な分析が可能となる仕組みの構築を、ぜひいただきたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、稲葉委員、よろしくをお願いします。

○稲葉委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会です。

まず、資料1、感染症への対策、対応力強化に関しまして質問を申し上げます。このところ、新型コロナウイルスが再び増加傾向にありますし、これから冬に向かってインフルエンザなどの増加も懸念されており、介護事業者としては危機感を募らせているところでもあります。

そこで、今年の4月18日に発出されています介護保険最新情報1146号の中で、「介護現場における感染対策の手引き」を見直すということが載っておりました。この見直しがいっ頃になるのかということをお教えいただきたいと思っております。これが質問です。

続きまして、資料2、業務継続に向けた取組の強化に関して意見を申し上げます。5ページを見ましても、災害時の介護報酬等の臨時的な取扱いが必要な大規模な災害が増加しております。被災した介護現場では、各種災害復旧費補助金などによって一日も早く復旧させ、業務を継続したいと考えるのですが、必要な情報が現場の事業者へ届くスピードをできる限り早めていただきたいと考えます。当然、災害時の自治体の混乱や、もろもろの手續に時間を要することも承知しております。また、発生時には、停電などによって情報通信手段が寸断されることもあるわけですが、介護現場への情報伝達が迅速かつ確実に届けられる通信手段の在り方を含めた御検討をお願いしたいと思っております。

また、この論点でございます、訓練の実施に当たって地域住民の参加を推進するという

点について申し上げますと、福祉避難所の取組もそうですが、圏域の施設間の連携や地域住民の参加協力につきましては、一朝一夕にできるものではなく、日頃からの施設間や地域との関係性をいかに構築したかというものが、結果として重要になります。こうした関係性の構築、地域住民の皆さんとの情報の共有化に向けた取組を、もっと評価していただきたいと考えております。

続きまして、資料3、口腔・栄養、並びに資料4の中にあります報酬体系の簡素化につきまして、共通する意見を申し上げます。資料3の6ページから7ページの加算の算定状況を見ますと、ほかの委員の方々からも御指摘がございましたが、90%を超えるものから1%に満たないものまであります。資料4の4ページを見ましても、平均算定率が80%を超えるものもあります。5ページのように、算定実績なしや、算定率1%未満のものがこれだけ多いのが現実です。

これまでも再三申し上げてきているところですが、各種加算については、質の向上につながるそれぞれの取組を促進していただくといった目的で設けられているわけですから、使われていなければ意味がありません。これは算定条件が厳し過ぎるのであろうか。算定条件については、先ほど専門職の配置の難しさというものが要因の一つではないかと、事務局から回答がございました。また、算定に当たっての事務が煩雑であるのか、細分化され過ぎていて一本化したほうがいいのかなど、加算の算定状況について、その要因を精査して見直していくべきだと思います。

続きまして、資料5、高齢者虐待の防止について意見を申し上げます。介護現場で働く人たちは、専門職として、人権であるとか虐待防止、身体拘束防止などに関する一定の知識を当然持っているわけですが、それらの発生の要因や対処方法については千差万別、ケース・バイ・ケースですし、時代とともに変化もしていきます。また、家族などが介護のストレスに疲弊して虐待に及ぶケースもあると思います。

そのような中、6ページのデータを見ますと、相談・通報件数、虐待判断件数、これらが高止まりしている現状や、主な発生原因として、教育、知識、介護技術等に関する問題や、ストレスや感情のコントロールの問題が指摘されておりますことから、このような問題の根本的な対応策として、介護事業所・施設側が介護職の現場での対応力を向上させ、介護の質を高めていけるように、国として人材育成や就業環境の整備をお願いしていく必要があるのではないかと感じております。

続きまして、これが最後ですけれども、資料1、資料2、そしてこの後の資料7にも関係する、感染症拡大や災害発生時における人員基準の緩和についてです。大変な状況に陥っている施設・事業所に向けて、少しでも応援に人員を差し向けようとしたときに、応援に出す側の施設・事業所において人員基準が緩和されているわけではないので、人員基準割れしてしまうという事態が起きてしまうため、なかなか応援に出しにくいという現実があります。ですので、迎え入れる側だけではなく、送り出す側、双方の配置について、それらの対応を考える必要があると思います。もちろん、人員基準を簡単に緩和するべきで

はないということは当然ですが、緊急時に発生する新たな危険を回避するために必要とするならば、考えておくべきことではないかと思えます。

また、感染症拡大や災害発生のような緊急事態においては、支援する側にもリスクが高まります。こうしたリスクを超えて支援体制を構築するためには、日頃から地域ごとのネットワークを構築して、広域で情報を共有し合い、発生時、迅速に人員や備品などの支援が行われるような仕組みを構築しておく必要があると思えます。

以上です。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 1点、見直しの点、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 推進課でございます。

介護現場における感染対策の手引きでございます。現在、見直し作業を行っている最中でございます。可能であれば9月中にもと考えておりますけれども、いずれにしても、鋭意準備を進めまして、発出できました際には、改めて厚生労働省ホームページまたは介護保険最新情報等でお知らせいただく予定としております。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、小林委員、よろしくお願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

短く申し上げます。

資料1について、感染状況・動向は、いまだ予断を許さない情勢と思えます。臨時的とはいえ、動向を踏まえ丁寧に対応していくことが必要と考えます。現場の感染対策はこれからも続いていくので、いずれ見直すときが来るのかもしれませんが、そういうときでもソフトランディングしていく観点が重要と思えます。

次に資料2についてです。BCPの策定が最新の進歩では進んでいるとの報告があり、そのことについてはよいと思えます。地域の避難計画などとの整合性も考慮し、例えば停電のときはどうするのか、避難者を受け入れているところはどうするのかなど、自治体との事前の約束事も必要であり、連携を深めながら進めていただければと思えます。

また、介護報酬とは関わりがないかもしれませんが、被災高齢者等把握事業が紹介されていきました。調査研究があるということですが、個別避難計画やBCPへの反映などの連携も進めるべきと思えます。

資料3について、リハと口腔・栄養の一体的取組の推進のために何ができるかについていろいろと声が紹介されています。例えば一体的計画書とは別の書式で運用しているという回答もありますので、何か実際に進んでいることがあれば、工夫や検討の余地があると思えます。

資料4について、報酬体系の簡素化はぜひ進めるべきと考えます。また、皆様から意見があったとおり、加算の目的を大切にしないといけないと思えます。全体で目指してきたもの、その結果到達できているものについては、基本報酬に組み込んでいくことが考えられると思えますし、一方で、算定が進んでいないものであっても、現実的には一歩前進さ

せなければならない、またそれがケアの質の向上につながるのであれば、そのための要件の在り方、またそれにふさわしい単位について検討の余地があると思います。いずれにしろ、報酬体系の簡素化はぜひ進めるべきと思います。

それから、多床室の室料負担について、今までも申し上げましたが、介護老人保健施設、介護医療院における多床室の室料負担は、生活の場としての機能を果たしているのかという観点で慎重に検討する必要があると思います。

資料5については、事故情報の収集・分析・活用、フィードバックが進むよう、国からの支援が必要と思います。調査研究を行っている最中と思いますが、未然防止につなげるためにも、現場への支援、市町村などへの支援をお願いしたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、東委員、よろしくお願いいたします。

○東委員 全国老人保健施設協会の東でございます。

資料に沿って発言させていただきます。

まず、資料1「感染症への対応力強化」の16ページに「社会福祉施設等における施設内療養の発生状況」が示されており、右のグラフに療養者数と入院者数の割合の推移がごさいます。これを見ますと、昨年12月の第8波のピーク時には、医療機関への入院の割合が減少し、施設内療養の割合が増加していることが分かります。現在、第9波と言える状況で、高齢者施設におきましても多くのクラスターが生じているようですが、医療機関の医療逼迫を防ぐためにも、施設内療養ができるよう、今ある各種支援や臨時的取扱いは継続すべきと考えます。

同じ資料1の27ページに「新型コロナに係る高齢者施設における医療機関との連携について」の資料が出ております。高齢者施設等におけるコロナ患者に対する医療機関の確保が全体の93%にまで広がっていると一番下に記載されております。連携体制は整ってきていると考えます。老健施設は、そもそも協力医療機関を行政に届出をしなければならないことになっていきますし、医師も配置しておりますので、医師がいないグループホームやサ高住におきまして、医療機関との連携が進んでいることは喜ばしいことであると考えます。

次に、資料2「業務継続に向けた取組の強化等」の13ページ「介護施設等の災害時情報共有システム」についてです。このシステムは令和3年9月から稼働とのことですが、これまで自然災害も数多く起こっておりますが、どの程度活用されているのでしょうか。また、この情報により、支援がスムーズに行われているのかなど、ちょっと疑問に感じております。我々のような全国組織がある団体では、これまでも被災状況等を独自に収集し、厚労省と共有してきた経緯がございます。現場の二度手間を防ぐためにも、ぜひこのシステムの情報が全国組織のある団体にもリアルタイムに共有できるようにしていただきたいと思ひます。

次に、資料3「口腔・栄養」の9ページに、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養

管理、口腔に係る実施計画書（介護）の様式が示されております。資料3の56ページには、その一体的計画書の使用状況が出ており、その使用の割合が低調であったと書いてございます。この使用していない理由を見ますと、一番多いものが約半分、別の書式で運用していることになっています。私ども老健施設では、R4システムというケアマネジメントシステムを推奨しているわけですが、機能の高い老健施設ほど、これを使っていることも分かっています。このR4システムの中には、既にリハ、栄養を含む多職種が連携を取ることになっておりまして、その中にある様式を使っている実態がございます。

このリハ・栄養・口腔を一体的に管理するということは重要ですが、国の示した9ページの計画書を使うことが目的ではありません。どのような様式であっても、ケアマネジメントの中でリハ・口腔・栄養等の多職種の連携が取れていることが求められるのではないのでしょうか。様式の使用率を調べるのではなく、実態として多職種で一体的な連携が取れているかどうかを調べるべきではないかと考えます。

次に、資料4の18ページに「多床室の室料負担の経緯と現状」の資料が出ております。多くの委員から意見が出ておりました。私からは、繰り返しの意見になるかもしれませんが、18ページの下欄には、介護保険施設における介護保険法上の設置根拠の記載がございます。その中で、特養等については生活施設であるとされていますが、老健施設のみが生活施設ではなく、在宅療養支援施設であると明示してございます。そもそも介護保険上の原理原則の位置づけとして、生活施設ではないところから、室料負担すべきではないと考えます。

私ども全老健では6月に調査を行いました。その結果を簡単に紹介させていただきます。老健施設入所者のうち、老健施設に住所を移した入所者はわずか1.8%です。98%以上の入所者は、現住所が自宅であり、帰るべき自宅を持ちながら入所しているのが現状であります。また、老健施設入所者のうち、特養待機の方も一定程度いるとの指摘もございますが、老健施設では、このような特養待機者に対しましても在宅復帰を促し、待機中であっても、在宅と施設を往復するリピート利用をしながら在宅生活を維持しているという実態も見られています。また、1年以上入所している方であっても、その後、在宅復帰されるケースもあることが分かっています。

繰り返しになりますが、老健施設は生活施設ではなく、老健施設本来の在宅支援施設としての役割を果たしていることから、生活施設と同様に室料負担を求めるべきではないと考えます。

最後に、資料5の28ページに「市区町村における事故情報の集計・分析・活用の状況」の資料が出ております。単純集計をしているだけが59.3%、集計や分析は行っていないが27.8%とございます。また、29ページには事故情報の活用状況が出ており、「市区町村からの支援は得ていない」という回答が59%、約6割となっています。つまり、現状のこの事故情報の報告制度では、活用が十分にされていないということが分かります。

そこで私からは、17ページにあります報告対象を変更してはいかかとの提案をさせて

いただきます。

まず、マル1、死亡に至った事故、もちろんこれは今までどおり報告対象とすべきです。

しかし、マル2、医師の診断を受け、何らかの治療が必要になった事故につきましては、例えば軽微なすり傷で、消毒のみの治療であっても報告の対象となってしまいます。2につきましては、医師の診断を受け、医師が重大事故と判断した者に変更すべきだと考えます。これであれば、介護現場の負担や行政の負担も軽くなり、集計・分析・活用も格段に進むと考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、堀田委員、よろしくをお願いします。

○堀田委員 資料2と4と5について意見を申し上げたいと思います。

まず、資料2のBCPですけれども、今、こちらの老健局のほうでは、リスクごとのBCPをできるだけ進めていこうという方向性にあると思いますけれども、医政局のほうでは、それぞれの機関ごとにBCPをつくって、それを近い業種、同じような業種で連携する連携型。さらに、保健・医療・福祉の地域BCPという方向性で、かつリスクごとではなく、オールハザードのBCPを広げていこうといったモデル事業も進められているように伺っています。

介護だけではなくて、様々、この地域の関係機関も含めた形でBCPを備えていくということが欠かせなくなっていくと思いますので、今後推進していくときに、リスクごとなのか、それともオールハザードなのか。そして、介護と医療のほうで進んでいることが若干縦割りのようになっていいのかということころは、ぜひ見直していただく余地があるかなと思っています。

それから、31ページに地域住民の参加を訓練の実施に当たって推進するためということがございますけれども、何人かの委員の方々も御指摘くださいましたが、事業者別に各事業者でこの住民参加の訓練をやっていくというのは、結構難しいことではないかなと思います。例えば在宅医療・介護連携推進事業の中に何らか位置づけてしまうとか、そういったことも検討の余地があるのではと思います。

また、訓練をやっていくに当たってのシミュレーションのキットなどを備えていくといったことも助けになるのではないかと思います。

次は、資料4ですけれども、報酬体系の簡素化のところでは、今回の資料で報酬体系の簡素化の中では、専ら加算に関わるということというのが資料として示されていると理解しました。もちろん、加算について簡素化が図られていくということは賛成です。その上で、報酬体系の簡素化ということについて言いますと、加算の整理というだけではなくて、事業が本当に細かいものがたくさんできてきているということになると思いますので、これまでの何回かの会でも申し上げましたけれども、地域の中で限られた資源を生かして必要な機能が柔軟に発揮できるという事業のモデルであったり、あるいは事業・法人間連携の在り方とか、どうやって効率化していけるかといったことを、地域レベルできちんと見てい

きながら簡素化につなげるということも欠かせないのではと思っています。

最後は、資料5、事故情報のところです。46ページに少し触れられていますけれども、児童分野のことです。児童分野では、保育施設で死亡事故が多発したということをきっかけとして、ひとまずはということですが、今回も話題にされているような、収集して分析して活用するといったPDCAが回るようになってきていると伺っています。傷害予防の観点からいきますと、このデータの活用というときには3つのE、エンバイロメント、環境の改善。それから、エデュケーション、啓発とか教育。それから、エンフォースメント、法整備とか安全基準づくりといった視点が重要であるということがよく知られています。

ですので、収集は活用の見通しが立っていないとなかなか進まないというときに、傷害予防の専門家などのお知恵も借りながら、この3つのE、とりわけその人のせいということではなくて、どのように環境を改善していくことができるかということに結びつけるためには、状況の記述が重要で、現在のフォーマットだととても自由記述が多くなっていて、なかなか負担が大きいということだと思いますので、こういった状況記述があると環境改善につなげられるのかといった観点からの見直しも必要かなと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、新田参考人、よろしくをお願いします。

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

資料6について意見を申し上げます。地域区分の級地は市町村ごとに定められておりますが、この級地の変更は、介護報酬の増減により介護事業所の経営に影響を与えるだけでなく、各保険者が定める保険料や利用者負担、自治体の財政負担などにも大きな影響を与えます。また、隣接する自治体間で級地が異なる場合には、介護人材の確保の面でも影響が大きく、自治体間のバランスに十分配慮する必要があります。

そのため、令和6年度改定における地域区分の級地の設定に当たっては、12ページの論点にございますとおり、まずは、現行において経過措置を適用している自治体や、公平性を欠く状況にあると考えられる自治体など、対象地域の意向をしっかりと御確認いただくとともに、新たなルールの追加や経過措置の延長に当たっては、地域の意向を踏まえた慎重な検討をお願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、よろしくをお願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料1、2、3、4について意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1につきまして、新型コロナウイルス感染症は5類になったとはいえ、発熱、呼吸器症状のみならず、まれに心筋炎を併発するなど、インフルエンザとは大きく異なる

疾患であります。特に、エアロゾル感染による感染力の強さは、他に類を見ないものであって、施設内クラスターの規模も20人から40人ぐらいの感染者が珍しくなく、現在も猛威を振るっております。したがって、現場職員の負担はこれまでと何ら変わっておらず、引き続き、できる限りの支援をお願いしたいと思います。

また、前回の診療報酬改定で新設されました感染対策向上加算の連携施設に高齢者施設を含め、一方で、次回の介護報酬改定では、医療機関と連携する高齢者施設を同様に評価すべきと考えております。平時からの高齢者施設と医療機関の連携が重要であります。感染した利用者への即時の医療提供、感染拡大防止のためのゾーニング等が、迅速に、確実に実施できる体制を平素から構築しておくことが重要です。つきましては、感染症法改正による、新たに設置される都道府県連携協議会においても、しっかりと議論していく必要があると思います。

また、介護分野のコロナ関連の補助金として、地域医療介護総合確保基金をこれまで使用してきたところですが、現在枯渇しておりますので、しっかりと財源確保を国においてはいただきたいと思います。

続きまして、資料2につきまして、介護事業所におけるBCP策定の進捗の報告がありましたが、先ほど堀田委員も申されておりましたが、医療分野あるいは他分野、行政においても同時に取り組まれておりますので、住民を含めた地域全体で取り組む、全分野が連携した地域におけるBCPを策定する視点が今後求められてくると思いますので、次回改定以降、そういったものの検討をお願いしたいと思います。特に、介護事業所は住民の避難場所にもなり得ることを申し上げたいと思います。

続きまして、資料3につきまして、リハビリテーション・機能訓練と、栄養と口腔の一体的取組の推進はとても重要であります。リハビリテーション・機能訓練は、それなりに普及している一方で、栄養については、管理栄養士は介護施設系には配置がある一方、居宅サービスあるいは地域密着型サービス系では配置がなく、連携が重要となります。口腔についても、介護施設の多くを含めて、在宅系サービスにおいて配置がなく、不在であり、連携が不可欠であります。また、歯科医師の診察の後、歯科衛生士に指示が出ますので、歯科医師の診察の担保も求められると思います。

現在、医療分野では、高齢者の入院でも最も多い誤嚥性肺炎をどの病棟で受け入れるべきかの議論がなされているところでございます。介護分野においては、誤嚥性肺炎の防止についての議論をより活性化していく必要があると思います。退所時に口腔内の状態が良好であっても、再入所時には口腔内のケアが行き届かず、変化している状況をしばしば経験しております。診療所や病院の歯科医療機関と介護事業所とケアマネジャーとの連携体制の構築が不可欠と考えます。

在宅歯科医が少ない地域であれば、診察につなげるためのプラン、あるいはニーズに応じて歯科衛生士の居宅療養管理指導をプランに位置づけるかどうかの検討をすることを、システム化することが方策となると思います。

栄養については、余力のある医療機関や老健から管理栄養士を派遣していただき、居宅療養管理指導の取組の活性化など、在宅支援サービスを支えていただくことも検討していく必要があると思います。

通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションについては、有効性の示されているリハビリテーションマネジメント加算の算定要件であるリハビリテーション会議に、管理栄養士や歯科衛生士が参加する一体的な取組を推進していくべきとも考えております。

全体的には、医療・介護従事者が栄養・口腔への意識を高め、潜在的なニーズへの気づきも高めること、また、ケアマネジャーのケアプラン策定においても、リハビリテーション・栄養・口腔への意識を高めていただくようなプロセスを導入することも必要と思います。今後、地域で管理栄養士や歯科衛生士がより一層活躍していただくことを期待しているところでございます。

最後に、資料4でございます。多床室の室料負担について、資料にもありますように、平成17年10月に在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、食費・居住費の自己負担が導入されたところであります。そのときの議論において、多床室には室料は存在しないとされ、光熱水費を居住費として負担設定した経緯があります。老健は在宅復帰並びに在宅療養支援施設として、介護医療院は在宅では困難な医療ニーズに対応する長期療養施設として、平成17年当時の老健や当時の介護療養型医療施設と比べて、機能をより発揮し、今では雲泥の差となっています。したがって、生活の場とは全く異なる場であることを指摘したいと思います。本日も複数意見が出ておりましたように、プライバシーの配慮に欠ける8平米への室料設定は、一般的に国民的にもコンセンサスは得られないものであります。

また、先ほど委員からも御報告がありましたが、全老健や介護医療院協会の調査においても、99%の利用者の現住所は施設以外の自宅等にありますので、負担という意味では二重負担をしております。したがって、多床室の室料負担の考え方は、論ずる必要性の全くないものと意見いたします。この件が繰り返し当分科会に出てくることにも違和感があるところでございます。

また、室料負担以前の問題として、補足給付を介護保険財源から捻出していることが、介護保険制度の仕組みとしていかなるものであるかということは、大きな問題と捉えています。生活の場と言うのであれば、低所得者対策として、補足給付については介護保険財源ではなく、一般財源から投入するのが我が国の社会保障の考え方としてはふさわしいものとも考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほか、いかがでございましょう。よろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○田辺分科会長 それでは、事務局におかれましては、各委員からいただいた意見を十分

に踏まえて、今後の介護報酬改定に向けた検討を行っていただきますようお願い申し上げます次第です。

大分時間が超過していますが、次に議題2「今後の新型コロナウイルス感染症の退院患者受入に係る特例的な評価について」の議論を行います。

では、事務局のほうより資料の説明をお願いいたします。では、よろしく申し上げます。
○古元老人保健課長 それでは、資料7に基づきまして簡潔に御説明申し上げたいと思います。

新型コロナウイルス感染症の対応といたしまして、資料7の1ページ目を御覧ください。現在、感染症法上の位置づけ変更後の対応といたしまして、こちらの表のとおり、様々な施策の継続を行っているところでございます。本日御協議いただきたいと思っておりますのは、これの中の一歩下、退院患者受入促進についてでございます。こちらが、いわゆる介護報酬上の特例として位置づけられてございますので、こちらの分科会にて御協議いただきたいという趣旨でございます。

2ページ目が、この特例の詳細になります。

そして、3ページ目が、この特例の算定状況になります。御覧いただきますと、2021年、22年、特に2021年の頃は算定人数も少のうございましたが、経時的に増加している。また、流行の波に少し遅れたタイミングで退所前連携加算が算定されているといった状況でございまして、これが算定の実績でございます。

ここで、4ページ目、概要及び考え方でございます。

この特例的な評価につきましましては、令和3年2月から実施してまいりました。

2つ目の○でございますが、当初設定いたしました令和3年2月の状況と比較いたしますと、以下のとおり、退院時における利用者の方の状態悪化の程度が比較的低くなっていると考えられます。

これを踏まえまして、令和5年10月以降の取扱いについては、次項のとおり、見直しを行ってはどうか。

また、令和6年4月以降の取扱いについては、引き続き、こちらの分科会において議論することとしてどうかといった御提案でございます。

具体的には、5ページ目でございますとおり、介護保険施設で、新型コロナウイルス感染症の退院患者を受け入れた場合に算定できる退所前連携加算につきまして、算定可能日数を30日から14日とする取扱いとしてはどうかということでございます。

御意見等ございましたら、いただけますと幸いです。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

この説明のありました事項に関しまして、御意見、それから御質問等ございましたら、よろしく申し上げます。算定可能日数を30から14日に短縮するという案でございますけれども、それでは、伊藤委員、よろしく申し上げます。

○伊藤委員 ありがとうございます。

評価案が4ページに示されておりまして、2つ目の○にございますように、退院時における状態悪化の程度が比較的低くなっているという状況が示されてございます。利用者への影響がこういった状況であるのであれば、実態に合わせて見直すということに対して、特段の異論はございません。

ただ、当面継続となっております、その他の扱い、措置もございますので、医療保険の対応状況あるいは実態等を踏まえながら、今後の取扱いの見通しや方向性、発動基準や終了基準等のルールの見直しも含めまして、早期に検討いただければと思ってございます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほか、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。

それでは、この議題2に関しましては、本日提示させていただいた内容で進めさせていただくということにしてよろしゅうございますでしょうか。

(首肯する委員あり)

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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、事務局のほう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。

6月から、本分科会で7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させていただきました。

次回からは、2回にわたって事業者団体等からのヒアリングを予定しております。第225回は9月27日の15時から、第226回は10月2日の14時からの開催を予定しております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

かなり時間を超過してしまいました。その点、お詫び申し上げます。

それでは、本日は、これで閉会といたします。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す。

それでは、散会いたします。