

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第232回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

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

本日は、こちらの会場とオンライン会議を活用しての開催とさせていただきます。

また、本会議は動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

本日の委員の出席状況ですが、伊藤委員、大石委員、奥塚委員、鎌田委員、鳥潟委員より、御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の伊藤委員に代わり田河参考人に、大石委員に代わり新田参考人に、鎌田委員に代わり尾之内参考人に御出席いただいております。

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

以上により、本日は18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、小林委員、田河参考人、新田参考人が、途中で御退席なさる予定です。

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

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

次に、会議の運営方法でございます。オンラインにて出席の委員の皆様におかれましては、会議の進行中は、基本的にマイクをミュートにいただき、御発言をされる際にはZoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリック、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言いただくようお願いいたします。御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにいただきますようお願いいたします。

冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○奥山総括調整官 それでは、以降の進行は田辺分科会長をお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、令和6年度介護報酬改定に向けて議論を行いたいと存じます。

事務局におかれましては、資料説明を簡潔に行っていただきますよう、御協力をお願いいたします。

それでは、事務局より資料の説明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。

まず、資料1「認知症への対応力強化」について御説明させていただきます。

言うまでもなく、付言させていただきますと、本年6月14日に共生社会の実現を推進す

るための認知症基本法が成立をしてございます。その中の基本理念、また、基本的施策において「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」ということとお示しいただいておりまして、現在施行に向けた最終準備をしてございますけれども、認知症への対応力強化は非常に重要な論点と認識しております。

恐縮でございます。10ページをお願いいたします。まずは論点1、通所介護及び地域密着型通所介護における認知症加算の見直しという論点でございます。平成27年の介護報酬改定におきまして、この認知症加算が創設されているところでございます。ですが、現在のところ、通所介護及び地域密着型通所介護においても算定状況が少なく、かつ少し実績としても低下傾向にあるという現象となっております。もちろん通所介護の中には認知症対応型の通所介護もありますので、それも含めて考える必要がございますが、この減少傾向についてどう考えるかという論点でございます。近年の認知症加算のこの対象となっております認知症自立度III以上の利用者の割合が17～18%程度になっております。算定していない理由としても、この人員配置基準の問題に次いで、この利用者の割合が20%以上はいないという御意見をいただいております。こうした状況を踏まえまして、通所介護・地域密着型通所介護における認知症加算について、どのような対応が考えられるかという論点でございます。

対応案でございます。現行の利用者の受入れ要件が、先ほど御説明しましたとおり、認知症自立度III以上の利用者の割合が20%以上という要件につきまして、直近の認知症自立度の受入れ割合のデータ等を踏まえまして、利用実態に即して見直すこととしてはどうかという御提案でございます。

あわせまして、事業所全体で認知症利用者に対応していただくことが、個々の職員だけではなく施設全体として対応していただくことが通所介護で重要でございますので、従業員に対する認知症ケアに関する事例検討会等の定期的な開催も要件に加えてはどうかという御提案でございます。

以上、対応案1でございます。

関連の資料、受入れ割合のデータ等を11ページから14ページまでお示しをさせていただきます。

続きまして、15ページに行ってくださいまして、論点2、訪問系サービスの認知症専門ケア加算の見直しという論点でございます。こちらは令和3年度の介護報酬改定におきまして、在宅の中重度者も含めた認知症対応力の向上の観点から、認知症専門ケア加算が設けられたところでございます。この令和3年度の改定におきましては、他の施設系サービスの算定要件と同等といたしまして、認知症高齢者の日常生活自立度III以上の者の割合を2分の1以上としておりましたが、なかなかこの訪問介護の状況と併せまして、利用実態と合致していない状況となっております。それを踏まえまして、算定実績が非常に低調である状況であり、これを課題として第1ラウンドでも挙げさせていただいたところがございます。まず、算定実績のない事業所でも認知症対応力向上の取組は行っていただい

いる状況でございます。また、この訪問介護等の利用者の中でも日常生活自立度II以上の者の割合も増加傾向にあるところで、全体として認知症対応力の向上をどのように図っていくかという論点でございます。

対応案でございます。この認知症専門ケア加算につきまして、訪問介護等における認知症高齢者の重症化の緩和を図ることや日常生活自立度IIの者に対しても適切に認知症の専門的ケアを行っている事業所を評価する観点から、それぞれ認知症の受入れ割合に関する要件を利用実態に即して見直すこととしてはどうかという対応案でございます。補足いたしますと、この認知症専門ケア加算IとIIがございますので、それぞれ要件は別に緩和のほうを考えさせていただきたいと考えております。この対象サービスは、訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が当たることとなっております。

16ページの資料だけ付言させていただきます。この認知症専門ケア加算の要件として、認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修の取得率や定員充足率の状況をお示しさせていただいております。少しこれらの研修もコロナの中で行いにくい状況はございましたが、近年受講者数等は戻りつつある状況でございます。小規模多機能型通所介護でも同様の認知症加算がございまして、その中でも現場の負担軽減を考慮しつつケアの質の向上を図る必要があるということで、受講しやすい環境づくりと研修の在り方について検討していくべきという御指摘をいただいております。併せて検討させていただきたいと考えております。

その後、17ページ、18ページと、現在の算定状況や研修の受講状況等の資料を20ページまでお示しさせていただいているところでございます。

最後、論点3、21ページ、認知症の行動・心理症状への対応及び認知症の評価尺度の活用という論点でございます。平成21年の介護報酬改定におきまして、認知症行動・心理症状の緊急対応加算が創設をされているところでございます。ですが、これまでのところ、このBPSDの発現を未然に防ぐことやBPSDの予防に資する平時からの取組が重要、緊急対応のみならず平時からの取組が重要でございますけれども、こうした体制整備等について評価されてきていない状況でございます。認知症施策推進大綱での重要性の表示、さらに令和3年度のこの分科会の審議報告におきまして「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いるところでございます。同時報酬改定意見交換会でも同様の御意見をいただいております。こうしたことを踏まえまして、令和3年度からの老健事業におきまして、BPSDを未然に防止する効果、軽減・再発を防止するケアを実践するための有効な評価方法及び体制、実施方法の検討、介護現場で活用可能な認知機能、生活機能を総合的に評価する認知症の評価尺度の在り方について検討を行ってきたところでございます。この状況及び成果について、第1ラウンドからお示しをさせていただいているところでございます。このうち、認知症の評価尺度につきまして、現場における検証がまだ一部のサービスにとどまっております、引き続き検

証が必要な状況とはなっておりますが、日常生活自立度との有意な相関があることが分かっているところでございます。

こうしたことを踏まえまして、今後のBPSDに係る加算の在り方や認知症の評価尺度の今後の多様な活用も含め、整理・検討していく必要があるという論点につきまして、対応案でございます。1点目、BPSDの発現を未然に防ぐため、あるいはBPSD出現時に早期に対応する適切な認知症ケアに向けまして、現行の認知症行動・心理症状緊急対応加算に加えまして、平時から予防に資する取組を評価する新規の加算を創設してはどうかという御提案でございます。

また、この認知症の評価尺度につきましては、さらなるエビデンス収集を図りつつ、現場における多様な活用やLIFEにおける活用を検討してはどうかという対応案を提案させていただきます。

22ページも少し触れさせていただきます。こちらは完全新規の加算となりますので、この算定要件の案につきまして、お示しをさせていただきます。BPSDの予防のためのケア計画に基づくチームケアが継続して実施されていることが、非常にこのBPSDの予防に対して重要でございます。これにつきまして、BPSDチームケア加算Iが、まず、専門的な研修を修了した者を1名以上配置し、そうしたケアの指導を実施していること等々の要件をつけまして、まずI。そして、ケア加算IIといたしまして、さらに指導的な研修を受けた方を1名以上配置もしくは国が指定するBPSDの予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置していること及びこれらの評価尺度を適用すること、チームで組みまして予防に資するケアを提供していること等々のPDCAサイクルを回していくということで、有意なBPSDの予防が行われるということの検討結果をもちまして、これらを加算として要件化していくことをイメージとして提案させていただきます。

その他、その調査研究の結果を26ページまで資料としてお示しさせていただいております。

以上が資料1、認知症対応の強化の御説明でございます。

引き続きまして、資料2「感染症への対応力強化」につきましても御説明をさせていただきます。

4ページ、5ページ、これまでの分科会での御意見をまとめさせていただいております。

論点でございます。8ページを御覧くださいませ。まず、論点1、感染症発生に備えた平時からの対応の論点でございます。新興感染症発生時への対応をどのように行っていくか、また、感染症対応力の向上と感染症発生時への備えをどのように行っていくか。この発生時の対応については、まず、令和3年度の介護報酬改定で義務化され、経過措置3年が設けられておりますので、その後、どうしていくかという論点でございます。令和4年度の診療報酬改定の中で、外来感染対策向上加算が診療報酬で新設されております。こうしたこれまでの経験及び経緯を踏まえまして、今後も高齢者施設における感染症対応力をさらに強化し、感染症発生時において介護サービスを安定的・継続的に提供していくため

の方策についてどのように考えるかという論点でございます。

対応案でございます。9ページを御覧くださいませ。まず、新興感染症発生時の対応についてでございます。高齢者施設等につきまして、新興感染症の発生時等に、施設内の感染者への診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築していく必要がございます。新興感染症の発生時等に感染者への対応を行う協定締結医療機関と連携いたしまして、対応を取り決めることを努力義務とすることとしてはどうかという御提案でございます。

その上で、この当該協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関と利用者の急変時等の対応につきまして取決めを行う中で、発生時における対応について協議を行うことを義務づけることとしてはどうかという対応力強化の御提案でございます。

引き続きまして、感染症対応力の向上と感染症発生時の備えについての対応案でございます。先ほど御説明しましたとおり、令和6年度より感染者BCPの策定、自然災害も入りますけれども、この策定や感染症蔓延防止のための研修・訓練の実施等が義務化されることとなりますので、平時からの基本的な感染対策につきまして、引き続き厚生労働省の教材等を参考に各事業所における取組を継続することとしてはどうかという御提案でございます。

その上で、高齢者施設等につきまして、この施設内での感染者の療養もしくはこの感染拡大の防止の観点から、診療報酬における外来感染対策向上加算を参考にいたしまして、1点、新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する協定締結医療機関との連携体制を構築していること、協力医療機関等と感染症発生時の対応を取り決めるとともに、軽症者等の施設において対応可能な感染者について、協力医療機関等との連携の上で施設において療養していること、一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けることについて評価することとしてはどうかという御提案でございます。

さらに、このコロナ禍における感染管理の専門家による実地指導の取組を参考にいたしまして、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることについて評価することとしてはどうかという御提案でございます。

それに関する参考資料を11ページ、12ページ、これまでの取組強化の実施状況、対策例等について資料が多くございますが、25ページまで参考としてお示しをしております。

引き続きまして、論点2、26ページでございます。新興感染症の発生時等に施設内療養を行う高齢者施設等への対応という論点でございます。新型コロナウイルス感染症への対応におきまして、医療資源に限りがある中で、入院治療が必要な患者が優先的に入院できる体制を確保するとともに、高齢者施設等におきまして、病床逼迫等によりやむを得ず施設内で療養する場合がありますこと、高齢者施設等における感染対策や医療支援の充実などを図ってきたところでございます。具体的に、この費用等の補助のほか、必要な体制を確保した上

で施設内療養を行う施設等に対する補助を行ってきたところでございます。こうした施設内療養を行う場合には、当然でございますけれども、各種様々な業務が発生するわけでございます。今般の経験を踏まえまして、将来のパンデミック発生時に、高齢者施設等において感染した高齢者について必要な体制を構築した上で、施設内療養を行うための対応についてどのように考えられるかという論点でございます。

対応案でございます。新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点、また、感染拡大に伴う病床逼迫を避ける観点から、高齢者施設等の施設内において、必要な体制を確保した上で、当該感染者の療養を行うことに対する評価を行うこととしてはどうかという御提案でございます。

その評価に当たりましては、当該感染症に対する医療提供が適切に行われる観点や他の入所者への感染拡大を防ぐ観点から、当該感染症への対応を行う医療機関と連携していることや、適切な感染対策を行っていることなどの要件を設けることとしてはどうか。

そして、この対象の感染症について、今後のパンデミック発生時に必要に応じて指定する仕組みとしてはどうかという御提案でございます。

以下、参考資料でございます。ありがとうございます。

○峰村高齢者支援課長 続きます、高齢者支援課長でございます。

「業務継続に向けた取組の強化等」について、資料3で御説明いたします。

まず、4ページ、5ページですけれども、これまでの分科会においては、BCP策定に向けた支援の必要性、災害情報の共有、地域住民との連携等について御意見をいただきました。

論点は、7ページに2点お示ししてございます。

まずは8ページ、論点1でございます。業務継続計画、BCPと呼称しますが、BCP未策定事業所に対する減算の導入等についてです。前回改定において、BCPの策定、研修や訓練の実施等の措置を、3年間の経過措置期間を設けて義務づけることといたしました。今年7月から8月に実施しました改定検証の調査によりますと、BCPについて策定完了と策定中を合わせますと、感染症においては83.9%、自然災害では81.7%の事業所が対応していることが分かりました。

そこで、対応案でございますが、感染症もしくは自然災害のいずれかまたは両方のBCPが未策定の場合、基本報酬を減算してはどうかとしております。

ただし、一定の経過措置を設けるため、令和8年度末までの間に限り、感染症の指針の整備と非常災害対策計画を策定している場合には、減算を適用しないこととするほか、訪問系サービス、ケアマネ事業所については、感染症の指針の義務づけ後間もないことや、非常災害対策計画の策定が求められていないことから、減算の対象としないことにしたいと考えております。

さらに、居宅療養管理指導につきましては、事業所のほとんどがみなし指定の病院・薬局等で、策定状況の把握自体も不十分であることから、今後実態把握や周知徹底を図り、関係部局とも連携して対応していくことを前提としまして、義務化に係る経過措置期間を

令和8年度末まで延長することとしてはどうかと考えてございます。

あわせて、3つ目のポツでございますが、BCPの策定状況のほか、研修・訓練の実施状況も含め毎年調査を行ってまいりまして、その結果を都道府県等に共有していくこととしてはどうかとしております。

9ページは減算の取扱いについてサービスごとに整理しましたもの、10ページから14ページは改定検証の資料、15ページは感染症の指針と非常災害対策計画についてBCPとの関係を整理したものでございます。16ページはそれらの策定義務のサービスごとの状況、17ページ、18ページはそれらの策定状況が分かる資料を添付いたしております。

次に、19ページ、論点2でございます。非常災害対策における地域住民との連携の推進についてであります。非常災害対策においては、訪問系サービス等を除いて訓練に当たって地域住民との連携について努力義務が定められております。改定検証の調査では、防災訓練に地域住民の参加を求めておらず、地域住民の参加がない割合は48.7%でございました。

そこで、対応案ですけれども、今年度実施中の老健事業で把握いたします地域との連携に関する好事例を今後横展開し、取組を促すこととしまして、さらなる対応については令和9年度報酬改定において検討してはどうかとしております。

また、論点1と同様に、これらの実施状況について、毎年調査を行うこととしてはどうかとしております。

20ページは現行の基準省令の内容、21ページ、22ページは改定検証の資料、23ページは現在行っています老健事業の概要でございます。

御説明は以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。

資料4に基づきまして、LIFEの改定の方向性について御説明を申し上げます。

3ページ以降、これまでの主な御意見でございます。入力項目の見直し、フィードバックの充実、適切な評価の見直し、また、対象となるサービスの範囲などについて御意見をいただいたところでございます。

10ページにございます論点3つ、順に御説明申し上げたいと思います。

11ページ、論点の1つ目、令和3年度介護報酬改定において、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て、LIFEへのデータ提出等を要件とする加算を創設したところでございます。そうした中、記載のような御指摘、課題をいただいているところでございまして、LIFEを活用したPDCAサイクルを一層推進するため、介護情報の電子的な共有を見据え、質の高いフィードバックに資する情報を収集しつつ、入力負担や入力頻度、フィードバックの充実等の課題について、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。より質の高い情報の収集・分析を可能とすることで科学的介護を推進する観点及び入力負担を軽減する観点から、以下に取り組むこととしてはどうか。そちらの3点でございます。

まず、入力項目の見直しでございます。介護情報基盤の整備を見据えまして、入力項目の定義の明確化、複数の加算で重複している項目の選択肢を統一し重複入力を求めないなど、LIFEの入力項目を見直すことや、システムの利便性向上に取り組むこととしてはどうか。また、項目の見直しに当たりましては、入力負担に配慮した上で、フィードバックを充実させる観点から新たな項目を盛り込むことについても検討することとしてはどうか。

2つ目、データ提出頻度の見直し。LIFEへのデータ提出頻度につきましては、少なくとも3か月に1回に統一することとしてはどうか。同一の利用者に対して複数の加算を算定する場合に、算定する加算のデータ提出のタイミングを統一できるようにするため、一定の条件の下で、初回のデータ提出に猶予期間を設けることとしてはどうか。

3つ目としては、フィードバックの見直しでございます。フィードバックを充実させる観点から、事業所フィードバックにおいては自事業所と平均要介護度が同じ事業所との比較でありますとか、利用者別フィードバックにおいては同じ要介護度の方との比較、全国集計値だけではなく地域別などのより詳細な層別化、複数の項目をクロス集計することなどの見直しを行うこととしてはどうかといった対応案でございます。

それ以降、参考資料を掲載してございますが、1つだけ御説明申し上げますと、20ページを御覧ください。LIFEを活用した取組のイメージを改めまして御用意いたしております。この図を御覧いただきまして、上半分が介護施設・事業所、こちらでLIFEの情報をを用いたPDCAサイクルを回していただく。そして、下半分、こちらは厚生労働省でございますが、現在データ収集をして、事業所にフィードバックデータをお返しするといった仕組みとなっておりますけれども、右側の破線矢印にございますとおり、収集されたLIFEデータに基づきまして、こういったアウトカム評価を行っていくと。今回、前回までの介護給付費分科会の中でもLIFEを活用したイメージ、アウトカム評価といったものについて御質問、御指摘をいただいているところでございますけれども、こういったデータを収集した上で、各事業所のアウトカムの評価、こういったものにつなげていきたい、こういったイメージを御用意いたしてございます。

続きまして、22ページ、論点の2つ目でございます。令和3年度改定におきまして、褥瘡マネジメントや排せつ支援におきまして、新たなアウトカム評価が導入されたところでございます。こちらについて、記載のような御指摘をいただいているところ、また、現状がございまして、各加算の課題を踏まえまして、自立支援・重度化防止を重視した適切な評価を行う観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案でございます。まず、褥瘡マネジメント加算につきましては、アウトカムの視点を踏まえた評価を推進する観点から、褥瘡の発生がないことだけではなく、サービス利用開始時点において褥瘡がある利用者について、サービス利用開始後に褥瘡が治癒したことについても、新たなアウトカムとして評価することとしてはどうか。

排せつ支援加算につきましては、排せつの状態の改善及びおむつの使用の有無だけではなく、尿道カテーテルの使用の有無についても、新たなアウトカムとして評価を行うこと

としてはどうか。

ADL維持等加算につきましては、ADL維持等加算（II）の算定要件で設定するADL利得のカットオフ値について見直すこととしてはどうか。また、利用者のADLを良好に維持・改善する事業所を評価する観点及び算定要件が複雑である、こういった指摘を踏まえまして、ADL利得値に影響を与えない範囲で、要件の簡素化を行ってはどうか。

自立支援促進加算につきましては、当該加算の趣旨を踏まえた入所者の尊厳を保持し自立支援・重度化防止の取組をより推進する観点から、LIFEへの入力項目の有用性や負担感を踏まえ、個別ケアを重視した支援計画の立案により資する評価項目に見直しをすることとしてはどうかとさせていただきます。

以降、参考となるデータをおつけしてございます。

30ページ、こちらが論点の3つ目となりますLIFE関連加算の対象となるサービスの範囲についてでございます。前回改定における審議報告におきまして、訪問系サービスなどのLIFEの対象とならなかったサービスについて、その質の評価の在り方などについて、今後検討していくべきとされたところでございます。現在対象ではない事業所を対象に試行的にLIFEを活用いたしましたところ、統一した指標の活用によるケアの質向上に期待する意見もある一方で、様々記載のような検討すべきである課題などについても御指摘をされているところでございます。他方、本日論点1で述べましたとおり、項目の見直し、負担軽減など、LIFEに関しましては取り組むべき課題があるといった状況がございます。

そこで、対応案でございます。LIFEのさらなる推進に向けて、今回の改定におきましては、項目の見直しや負担軽減、フィードバックの改善などに取り組むことといたしまして、対象サービスは拡大しないこととしてはどうか。

その上で、今回改定における対応も踏まえ、現在対象となっていない訪問系サービスなどに適した評価項目や、同一の利用者にサービスを提供している複数の訪問系事業所等について、各サービスをどのように評価すべきかなどについて、引き続き検討することとしてはどうかとさせていただきます。

LIFEについては以上でございます。

続きまして、資料5に基づきまして、口腔・栄養について御説明を申し上げます。

4ページから5ページにかけまして、主な御意見を掲載してございます。

論点は8ページにございますとおり6つございます。1つずつ参ります。

9ページ、論点1、高齢者の方は歯科治療が必要である者におきましても治療が行われていない、こういった現状がございます。特に在宅の高齢者におきましては、治療が行われていない割合が多い、こういった課題がございます。これに対してどのような対応が考えられるか。

対応案でございます。訪問介護などのサービスにおきまして、歯科医療機関と介護事業所の連携の下、介護職員なども実施可能な口腔のアセスメント指標に基づきまして、利用者ごとの口腔アセスメントの実施及び利用者の同意の下、歯科医療機関並びに介護支援専

門員への情報提供、こういったことを評価してはどうかといった対応案でございます。

口腔状態並びに歯科治療の現状などについてのデータをお示ししてございます。

続きまして、15ページ、論点の2つ目でございます。介護保険施設入所者において、一部の入所者は歯科専門職の介入が必要な状況であっても介入されていないといった状況があるということでございます。限られた人材で入所者の口腔の状態を把握し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。介護保険施設などの入所者ごとの口腔状態の確認の実施を運営基準の口腔衛生の管理に位置づけ、同時に介護職員等においても実施可能な口腔アセスメントの簡易指標を示してはどうか。なお、特定施設及び認知症グループホームなどにおきましては、口腔・栄養スクリーニング加算がございます。そちらの要件としてはどうかといった対応案でございます。

関係のデータをお示ししてございます。

続きまして、19ページ、論点の3、口腔衛生管理体制加算の見直しでございます。現在当該加算の算定率につきましては、特定施設入居者生活介護で43.2%などとなっております。より充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。特定施設などにおきまして、口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生の管理をさらに充実させる観点から、当該加算については廃止をいたしまして、同要件を一定緩和した上で、基本サービス費の要件とすることとしてはどうかとしてございます。

なお、23ページが前回令和3年度の介護報酬改定の関係の資料でございます。同様に特養などにおいて対応を行っているといったもので参考としてお示しをさせていただいてございます。

続きまして、24ページ、論点の4、居宅療養管理指導における終末期がん患者などへの利用者への対応でございます。要介護認定者に対する歯科衛生士による口腔衛生管理の実施につきましては、居宅等におきましては、居宅療養管理指導において実施をされているところでございます。終末期のがんの患者さんにおきましては、全身状態の低下とともに、口腔衛生管理の頻度が増加するといった御報告がございます。

そこで、対応案でございますが、終末期がん患者等の利用者について居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数上限を緩和してはどうかといった対応案でございます。

続きまして、28ページでございます。医療と介護における栄養管理に関する情報連携でございます。診療報酬では、入院中の栄養管理等に関する情報を入院医療機関から介護保険施設等への医師または管理栄養士に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算が令和2年に創設をされました。一方、介護報酬におきましては、栄養管理等に関する情報連携の評価として再入所時栄養連携加算がございますが、その対象者は、再入所の場合と限定的となっております。さらなる情報連携を推進するための方策についての御提案でござ

ざいます。

対応案でございます。介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関などの医師または管理栄養士及び介護支援専門員に文書等で提供することを新たに評価してはどうか。

29ページが全体の概要となります。こちらの左側、論点5と書いているところが、申し上げました課題や対応案をお示ししたものとなります。なお、その右側、赤囲みで論点6と書いてございますが、そちらについては、これから御説明を申し上げる再入所時栄養連携加算に関する図となっております。

それでは、最後の論点、33ページでございます。再入所時栄養連携加算の対象の見直しについてでございます。平成30年介護報酬改定におきまして、介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所中とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、加算の評価を行っているところでございます。この加算の対象ですが、入院中に経管栄養または嚥下調整食が新規導入となった入所者となっております。対象者が限定的であるといった御指摘がございます。

そこで、対応案でございます。再入所時栄養連携加算の対象について、現行に加えまして、療養食を提供する必要性がある入所者などとしてはどうかでございます。

説明は以上となります。

○峰村高齢者支援課長 続きます。高齢者支援課長でございますが、「その他」の1つ目の論点、高齢者虐待の防止について資料6で御説明いたします。

5ページ、6ページに、これまでの分科会において高齢者虐待防止の推進や身体的拘束等の適正化等について御意見をいただいております。それを載せてございます。

論点は8ページに2点お示ししております。9ページ、論点1でございます。高齢者虐待防止の推進についてでございます。前回改定において、全てのサービスを対象に、高齢者虐待防止措置を、3年間の経過措置期間を経て、来年度から義務化することとしております。今年9月から今月中旬にかけて実施しました調査によりますと、実施済みと年度内に実施予定を合わせますと、いずれの項目もおおむね9割前後となっております。サービスによって違いがあり、福祉用具関係と居宅療養管理指導については8割に達していない状況でございます。

そこで、対応案でございますけれども、利用者の人権の擁護等を推進する観点から、高齢者虐待防止措置が取られていない場合には、基本報酬を減算してはどうかとしてございます。

ただし、福祉用具関係につきましては、サービス提供の態様が他サービスと異なること等から、令和8年度末までの期間は減算の対象とせず、関係団体を通じて具体的な取組例を周知するなど、さらなる対応を行うこととしてはどうか。

また、居宅療養管理指導については、事業所のほとんどがみなし指定であることや、体制整備に関する周知が不足していることを踏まえまして、経過措置期間を延長し、体制整備

備に向けて関係部局と連携を図ることとはどうかとしております。

また、対応案の2つ目でございますけれども、介護サービス事業所におけるハラスメント等の職員のストレス対策については、重要な課題だと考えてございます。現在もマニュアルの策定等を行っておりますけれども、この対策に関する研修や職員の相談支援について一層支援をしていくため、国の補助により都道府県が実施しています自治体向けの事業、これは20ページに高齢者権利擁護等推進事業という概要資料は載せてございますけれども、この事業を活用できることを明確化してはどうかとしてございます。

資料の10ページは、体制整備の状況をサービスごとにお示したものでございます。

11ページは、防止措置の内容ごとにその状況をお示したものでございます。

次に、12ページ、論点2、身体的拘束等の適正化の推進についてです。論点の1つ目のポツに記載のとおり、介護保険法施行以降、改定の機会を捉まえまして、運営基準への規定の追加、減算の新設、減算率の見直し等を行ってまいりました。現行の運営基準では、サービス種別ごとに、身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定の有無と、身体的拘束等の適正化に関する措置に関する規定の有無が異なっております。今回行った調査では、後者の身体的拘束等適正化に関する措置について、施設系・居住系サービスや短期入所・多機能系サービスを中心に、全てのサービス種別で一定程度進んでいることが分かりました。

そこで、対応案でございますけれども、既に身体的拘束等の原則禁止や記録に関する規定があるサービス、具体的には短期入所・多機能系サービスにつきましては、1年間の経過措置を設けた上で、身体的拘束等の適正化に関する措置を義務づけることとはどうか。

あわせて、こちらも1年間の経過措置ということになりますけれども、記録や措置が行われていない場合には、基本報酬を減算してはどうかとしてございます。

また、現在原則禁止や記録に関する規定がないサービス、具体的には訪問・通所系サービスでございますが、現に人格尊重義務違反に問われている事業所もございますので、原則禁止や記録に関する規定を運営基準に新たに設けてはどうかと考えてございます。

13ページは今回の調査で把握しました身体的拘束等適正化措置の実施状況、14ページは措置の内訳ごとの実施状況、15ページは現行の規定等のありなしと各サービスの関係を整理したものでございますけれども、対応案でお示したものは、この15ページの図の左下にあるサービスが左上の類型になり、右下にあるサービスが左下にそれぞれ移行するようなイメージでおります。16ページは実際の運営基準の規定の仕方について、17ページは近年人格尊重義務違反で処分に至っている施設・事業所の状況を整理したものでございます。

私からの説明は以上になります。

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

33ページより、大変申し訳ないのですが、新規の論点ということで、送迎に関する論点

を提示させていただいております。第1ラウンドでやっておりませんので、現状も含め御説明させていただきます。

36ページでございます。現在介護保険サービスについて申し上げますと、通所系サービス、あとは一部の地密もですけれども、こちらについて送迎のサービスがございます。平成12年の制度創設時は加算で評価されておりましたが、平成18年より基本報酬に組み込まれておまして、27年改定より送迎減算が送迎を実施しない場合に適用されるという扱いとなっております。障害福祉サービスでは、現在も加算ということで評価されている現状となっております。

こうした送迎につきまして、地域の公共交通の現状を踏まえまして、これをリデザインしていこうという検討会が、厚生労働省ではなく国土交通省でも行われているところでございます。こうした検討の過程におきまして、この送迎サービスを公共交通事業者へ委託ができないかとか、サービスの担い手としての公共交通の活用もしくはいろいろ居住の実態に応じた運行ができないかなど、各種検討の依頼をいただいているところでございます。これまでも一部示してきているところもありますけれども、なかなか全体的な総括的なお示しができていなかったと我々としても承知をしております。その御提案に係る資料が38ページ、39ページとなっております。

今回41ページで、送迎における取扱いの明確化という論点を出させていただいております。生活実態も多様化している昨今におきまして、送迎の範囲につきまして、各種疑義照会も生じている状況でございます。令和3年度の報酬改定では、他の事業所の従業者が雇用契約を結んで送迎した場合、また、送迎業務を委託した場合の取扱いについては、お示しをさせていただいているところでございます。また、通所系サービスにおきましても、「送迎車の運転専任職」の採用に苦勞していることがアンケートからも明らかになっております。こうした人材不足の対応の観点、もしくはより居住実態に沿った送迎、より効率的な送迎のためにどのような対応が考えられるかという論点でございます。

対応案でございます。以下の3点につきまして、この分科会の意見を踏まえまして、明確にしていってはどうかという御提案でございます。

まず、利用者の送迎につきまして、原則としては利用者の自宅と事業所間の送迎であることでございますけれども、これにつきまして、運営上支障がなく、利用者の居住実態がある場所に限りまして、当該場所への送迎を可能とすることを明確化してはどうかという御提案でございます。なお、この場合の送迎範囲につきましては、事業所のサービス提供範囲内であるというのが当然原則であろうと思っております。

また、令和3年度の介護報酬改定に関するQAの中で示されております他事業所の従業者が自事業所と雇用契約を結びまして、自事業所の従業者として送迎を行う場合、もしくは委託契約において送迎業務を委託している場合、この委託には共同での委託を含むと考えておりますけれども、こうした場合におきまして、責任の所在等、各種あると思っております。問題発生時、保険等、いろいろあるのでございますが、この責任の所在等を明確にした上

でありますれば、他事業所の利用者との同乗を可能とすることを明確化してはどうかという御提案でございます。

その上で、障害福祉サービス事業所が介護事業所と雇用契約や委託契約を結んだ場合にも同様に、責任の所在等を明確にした上でございますれば、障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能としてはどうか。なお、この場合の障害福祉サービス事業所とは、同一敷地内事業所や併設・隣接事業所など、利用者の利便性を損なわない範囲内の事業所であることが原則であると考えております。

以上、御提案でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

それでは、ただいま説明のございました事項に関しまして、御意見、御質問等ございましたらよろしくお願ひいたします。

会場の方は挙手にて、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

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きますよう御協力のほうをよろしくお願ひいたします。

では、まず早期に御退室ということで、小林委員、よろしくお願ひします。

○小林委員 ありがとうございます。早期退室ということで、お許してください。

資料それぞれについて若干意見を申し述べたいと思います。

まず、資料1についてです。論点1、論点2それぞれに関わります。認知症への対応力強化が求められる中で、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、前向きな議論が必要と考えますが、算定率が低い実態に即して要件を見直すことについては、加算創設の目的を大切にする必要もあるため、その前進を図ることができるよう、メリハリづけも念頭に置いた検討が必要に思います。

資料2の感染症への対応力強化の論点1について、平時からの感染症発生時への備えとして、医療機関との連携をあらかじめ定めておくことが重要と思います。連携する中で、実効性を高める意味で、介護サービス側では何を確認してどのような対応で医療機関につなげるのか、具体的な手順も含めて平時から定めておく必要性について、現場労働者サイドからは教訓として届いていることを申し述べておきます。

また、論点1、論点2に関わるのですが、むしろ基金の活用で対応するほうが妥当なところもあろうかと思ひます。報酬上の手だてで行うことがより円滑なのかどうか、コロナ禍で行われた様々な特例や補助金の効果の検証結果をよく見極めながら、必要なものについて恒常的な感染症対策として組み込んでいくことが必要と思ひます。

次に、資料3についてです。直接論点と関係のないことですが、18ページでは避難確保計画の策定が進んでいない状況が示されており、データは令和2年度の状況ですが、現在でも100%ではないと承知しております。一方で、自治体では個別避難計画の策定も進めようとしている中で、介護サービス事業所にあつては、停電なども想定した避難確保計画も

放置せずに進めていただきたく思っております。

次に、資料4「LIFE」についてです。論点1について、皆さんが御指摘のように、入力項目の見直しやシステムの利便性、入力の使い勝手など、ぜひ現場目線での見直しをお願いいたします。

論点2についてですが、褥瘡などのアウトカム評価の方向性に賛同いたします。ただ、ADL維持等加算については、利用者の選別につながらないように留意した要件設定をお願いいたします。

次に、資料5についてです。論点1の口腔管理を推進する方向性は賛同しますが、13ページに紹介されている調査研究結果を見ると、どのような要件にするのかによっては、見直しの効果としてやや気になる回答も見受けますので、情報提供を評価するというよりは、さらに促す仕組みについての検討余地もあるのではないかと思います。

最後に、資料6についてです。論点1の高齢者虐待防止措置の推進を強化する方向性に賛同いたします。同時に、ハラスメント等のストレス対策として、介護の職場だけでなく、国として社会に広くハラスメントの根絶に向けた取組を行い、介護サービスの利用者やその家族からのハラスメントの未然防止を図る必要もあると考えます。また、研修の周知だけでなく、各事業所での取組の徹底が必要だと思いますので、よろしくをお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、途中退席ということで、長内委員、よろしくお願いいたします。

○長内委員 分科会長、ありがとうございます。

私からは2点意見を申し述べたいと思います。

1点目は、感染症への対応力強化ということで、資料2の論点2について申し上げます。この新興感染症の発生時におきましては、高齢者の施設等の施設単位において感染者の療養、これについては適正に評価するべきではありますが、あらかじめこの新興感染症の発生については想定できない、なかなか新興感染症の性格からも発生が想定しにくいこともあります。評価に当たりましては、利用者の保険料の負担のみに転嫁するのではなく、国費の負担についても大胆に御検討いただく制度の構築の検討をお願いしたいと思います。

それと、新興ではないのですけれども、つい最近まで続いてきておりました新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生したという観点での施設への補助金交付に当たりましては、細かく要した費用の実績確認等が必要であり、その分、自治体あるいは事業者ともに事務的な負担が大きく、補助金の支給まで大変時間を要しているといった現状もあります。そういったこともありますので、制度の構築に当たりましては、要件の審査や申請方法について、自治体及び事業者の事務負担が大きく増加することのないようお願いいたします。

もう一点は、送迎における取扱いの明確についてであります。資料6です。介護保険制度における送迎につきましては、論点において提示されております通所系以外のサービス

における送迎においても、今後ますます要介護者の送迎についての課題、これが深刻化していくことが予想されます。そのため、さらに議論を深めていく必要があると思います。例えば訪問系サービスの通院等の乗降介助については、サービスを提供するために介護職員初任者研修以上の資格と二種免許の資格を持つ訪問介護員を2.5人以上配置する必要があることから、介護人材の確保に苦しむ事業者が人員基準を満たすことができずに事業所の撤退が進んでいるといった声が全国市長会にも寄せられております。したがって、送迎の課題については、介護、公共交通の両面で人材不足が進んでいる、しかも、深刻化している現状からも、交通分野と連携した上で、地方の実情を十分に勘案して検討していただきたいと考えるものであります。

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 ありがとうございました。

それでは、また途中退席ということで、田河参考人、よろしくお願いたします。

○田河参考人 健保連の田河でございます。御配慮ありがとうございます。

何点かの意見と1点御質問を申し上げます。

資料1の10ページの論点1でございます。認知症加算は認知症高齢者の日常生活自立度III以上に該当する者を積極的に受け入れるための体制構築の観点から創設された目的を踏まえ、算定率が低い、算定要件を満たさないから要件を緩和するというのは、この加算の目的等に沿っているのか疑問な点もございます。本当に受入れが進むよう、よく御検討いただきたいと思っております。

また、15ページの論点2の認知症専門ケア加算の見直しについても、同様の観点から慎重に御検討いただきたいと願っております。

次に、資料3の論点1の業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入ですが、業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算することに異論はございませんが、業務継続計画の義務化については、3年間の経過措置が設けられ、6年度には100%の策定となっているべきものであり、減算の適用について、さらに経過措置を設けることには反対でございます。

そして、資料4「LIFE」でございます。11ページ、論点1で示されたLIFEの入力項目、データ提出頻度、フィードバックの見直しにつきましては、事務負担の軽減等の観点から、対応案の方向で進めていただきたいと思っております。

22ページの論点2の褥瘡マネジメント加算と排せつ支援加算については、サービス利用後の治癒等の改善を新たに評価することについては、アウトカム評価を促進する観点から、異論はございません。

ここで質問でございますが、3番目のところでADL維持等加算(II)の算定要件で設定するADL利得のカットオフ値を見直すとありますが、具体的にどのような見直しのイメージなのか教えていただければと思っております。

続きまして、資料5の9ページの論点1、訪問サービス、短期入所サービスにおける口

腔管理の連携に関する評価でございます。口腔について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すので、情報提供・連携の充実等は重要だと考えておりますが、介護職員が行うようなことは簡易なことに限られると思われ、また、歯科医師に情報提供した介護支援専門員は3割、歯科医師等に情報提供を依頼し提供を受けた介護支援専門員は5割いる状況を踏まえると、加算というよりは基本報酬の中で進めていくことを検討すべきと考えております。

また、同じく28ページの論点5でございますが、医療と介護における栄養管理に関する情報連携でございます。栄養管理についても同様に、医療機関に栄養情報提供書を提供している介護保険施設が56.2%もあることを踏まえたと、加算というよりは基本報酬の中で進めていくことを検討すべきと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 1点御質問がございましたので、回答をお願いします。

○古元老人保健課長 御質問ありがとうございます。老人保健課長でございます。

ADL維持等加算のカットオフ値についての見直しについてでございます。資料4の28ページにサービスごとの調整済みADL利得の分布についてお示ししてございます。こちらを御覧いただきますと、現在は平均値が1以上もしくは2以上の場合に、該当する区分の加算を算定するとされておりますが、サービスごとにその利得の状況が異なっております。このデータなども踏まえまして、カットオフ値を少し引き上げる、こういったことを検討できないかといった御提案でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 田河参考人、よろしゅうございますか。

○田河参考人 ありがとうございます。

○田辺分科会長 では、また途中退席ということで、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させていただいております。

資料2、資料3及び資料6につきまして意見を申し上げます。

まず、資料2「感染症への対応力強化」、8ページの論点1及び26ページの論点2につきましては、平時から医療機関との新興感染症発生時等における対応の取決めや施設内療養の体制確保を促していくことに賛同をいたしたいと存じます。一方で、本県におきまして、医療機関と感染症法上の協定締結を進めてきた立場から申しますと、今回の対応案にある協定締結医療機関と高齢者施設等との協議の義務化や、高齢者施設等における新たな評価などについては、これまで想定していなかったものでもあり、感染症法上の枠組みも併せて改めて連携の在り方を整理していく必要があるのではないかと考えるところです。また、実際の連携体制を考えた場合、本県では要介護者の感染症対応が可能な医療機関に限られており、一部の医療機関に高齢者施設等からの依頼が集中してしまうのではないかと

という懸念もあります。こうした自治体側の課題にも十分御配慮いただいた上で、実効的な連携体制構築に向けて検討を進めていただくようお願い申し上げます。

次に、資料3、8ページの論点1、業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入につきまして、本県におきましても、経過措置が終了する本年度末までの策定に向けて、指定サービス事業所に対する集団指導などの機会を利用し、未策定の事業所には個別に必要性を説明するとともに、国作成のガイドラインや契約書のひな形、研修動画の紹介などに取り組んできたところです。自然災害や新興感染症はいつ発生するか分からないものであり、日常的な支援を必要とする方が利用される介護事業所においては一刻も早い策定が望まれますことから、これまで十分な経過措置が設定されていたことを踏まえた適切な対応の検討をお願いしたいと存じます。

次に、資料6、41ページの論点、送迎における取扱いの明確化につきましては、地方の介護事業所では職種を問わず人材が不足しており、この解消策の一つとして、対応案にある他事業所の利用者との同乗は広く普及を図っていくべきであると考えます。しかしながら、個々の事業所では責任の所在等を明確化する方法が分かりづらいことも考えられますので、具体的に問題となり得るケースや責任分担のモデル事例などを示していただくことで、取り組む事業所を増やしていくことが重要ではないかと考えるところです。

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、お待たせいたしました。正立委員、よろしくお願いいたします。

○正立委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会の正立です。

資料1及び資料6について意見と質問を申し上げます。

初めに、資料1「認知症への対応力強化」についてです。時間の関係もございしますので、論点マル1、通所介護・地域密着型通所介護の認知症加算の見直し及び論点マル2、訪問系サービスの認知症専門ケア加算の見直しについて、併せて意見と質問をさせていただきます。認知症高齢者は今後ますます増加していくことが予想され、そのうちの半数以上の人は施設ではなく居宅にいることとなります。在宅生活を長く続けていくためには、訪問系のサービス、通所系のサービス、それぞれ果たす役割は極めて大きいものがあると考えます。そのために、認知症加算、認知症専門ケア加算が創設されたわけですが、利用の状況から見て、日常生活自立度がIII以上の利用者が20%に満たない、また、2分の1に満たないという声が多かったわけです。サービスを希望する全ての認知症の利用者を受け入れてもなおその要件を満たさないということであれば、利用実態に即して見直す方向性には賛成いたします。

ここで、それぞれの対応案について確認と質問をさせていただきます。対応案を見ますと、通所介護では自立度III以上という要件は保ちつつその割合を緩和する、他方、訪問系のサービスでは自立度III以上という要件そのものを緩和するというように読み取れるのですが、その理解で合っているかどうかを確認したいと思います。もしそうであれば、も

ともと同じ自立度III以上という要件に対し、共に自立度III以上で割合を緩和する、または共に自立度そのものを緩和することも考えられると思うのですが、なぜ異なる方法論を用いたのか、少し補足で御説明いただければと思います。いずれにいたしましても、日常生活の自立度がより低い方を積極的に受け入れるという目的が損なわれることのないようお願いいたします。

次に、論点マル3、認知症の行動・心理症状への対応及び評価尺度の活用についてです。BPSD発現の予防、出現時の早期対応として適切なケアを行うという趣旨で、予防の取組を評価する新規加算の創設には賛成いたします。また、認知症の評価尺度については、東委員からたびたび御発言がございましたが、認知症の人の尊厳を守り、持っている能力を生かす、また、そのためにどういったケアを行っているかという視点を尊重していただきたいと思えます。

次に、資料6「高齢者虐待の防止、送迎」についてです。第224回の分科会でも申し上げましたが、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だと思えます。にもかかわらず、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しています。そのような状況の中で、論点マル1の対応案にある運営基準における高齢者の虐待防止措置が講じられていない場合、基本報酬を減算するということには賛成です。また、福祉用具貸与・特定福祉用具販売、居宅療養管理指導について、サービスの態様や体制整備の遅れから経過期間を設けることは仕方がないことですが、なるべく早い時期に足並みをそろえていただきたいと思えます。

次に、論点マル2の身体的拘束等の適正化についてです。介護保険制度施行からこれまで、施設系サービスを中心に身体拘束の原則禁止、拘束等を行う場合の記録規定、未実施減算、適正化措置など様々な取組が行われてきましたが、いまだに一部不適切な対応がなされている状況にあります。一方、調査結果を見ると、サービスの種別にかかわらず適正化の取組は一定程度進んでいるということですので、さらなる推進を図るために短期入所や多機能系サービスに対して措置を義務づけること、記録や適正化の措置が行われない場合の基本報酬の減算、また訪問・通所系サービスにおいてそれぞれの規定を運営基準に盛り込むことには賛成いたします。

最後に、送迎における取扱の明確化についてです。高齢者の生活実態が多様化する中、利用者の利便性の向上につながる居住実態に合わせた送迎の対応には賛成です。他事業所の利用者との同乗については、運転手の人材不足が進む中、効率的な活用を図る観点からやむを得ないとは思いますが、利用者にとって必ずしも顔見知りでない人との乗り合いになりますので、その点には留意が必要だと考えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点御質問がございましたので、よろしく願います。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 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。

認知症対応力向上の論点の中の論点1、論点2について、通所介護での対応と訪問介護での対応において違いがある点についてのさらなる御説明という御質問をいただきました。御理解いただいているとおりでございまして、これはそれぞれ分けて御提案をさせていただいております。

まず、通所介護につきましては、御説明の中でも申し上げましたが、別途認知症の方を対象とした専門サービスであります認知症対応型デイサービスがあることと、近年のIII以上の方の算定率の低下ということと、実際の利用者の割合が低下しているという最近の直近の状況に合わせました見直しということで考えてございます。他方、これは論点1にも論点2にも通じますけれども、認知症ケアに関する質の確保・維持は当然踏まえた上で行わなければならないことだと考えておりまして、少し通所介護と訪問介護について要件を分けて御提案をさせていただいているところでございます。

他方、訪問系の論点2につきましては、まず、訪問系サービスの中のより早く対応させていただくというところを重視した対応と、さらにこの自立度III以上の方が2分の1以上という要件が実態に合っていないことをそれぞれ勘案いたしまして、専門的ケアを行う受入れ割合に関する要件、利用実態に即しての見直しを2種類御提案させていただいているという御説明をさせていただいたところでございます。

いずれにしても、通所介護と訪問介護はそれぞれサービス、そこは違いますので、分けての御提案をさせていただいているところでございます。

以上です。

○田辺分科会長 正立委員、よろしゅうございますか。

○正立委員 分かりました。丁寧な御説明をありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、石田委員、よろしくお願いたします。

○石田委員 ありがとうございます。

私からは資料1、資料4、資料5について意見を述べたいと思っております。

ただ、今、資料1の「認知症への対応力強化」につきましては、正立委員からの御質問があり、その質問への御説明ということで大変よく理解して分かりましたので、1点だけ、認知症のケアにつきましては、通所にしても、訪問系にしても、居宅、在宅で生活している認知症の当事者にしてみれば非常に重要なサービスですので、その対応力は非常に重要な機能があると思っております。ですから、今回こういう形で対応の幅を広げていただくのは非常に重要なことだと思いますし、認知症の場合は、特にその初期の段階において専門的なケアであったり、専門職による的確な対応は非常に重要だと思いますので、ぜひこの対応力強化について促進していただきたいと考えております。

次に、資料4「LIFE」についてです。論点1について、この入力項目の見直しやフィードバックの充実というところで、今回、「複数の加算で重複している項目があるからそれ

を統一してほしい」であるというように、現場からの声に対応した方法で改善していくことは非常に重要でありますし、今後もそれはぜひ進めていただいで、現場の作業負担の軽減を図っていく必要があると思っております。ただ、御提案にありましたように、フィードバックを充実させる観点から新たな項目を盛り込むというのも、これは見逃せない重要なことでもありますので、そういった改善を引き続き検討していただきたいと考えます。いずれにしても、この場合にもケアの質の向上を目指す現場の多様なニーズを反映した形での項目を御検討いただきたいと思っております。

論点3のLIFEについての対象となるサービスの範囲ということで、今回は対象とされていない形の訪問系のサービスですが、実は本当のところ、この訪問系サービスにおけるデータなどは一番重要で、利用者の数も多いということですから、最終的にはこちらがきちんと整備されることが目的にならないといけないと思っております。今回あるように、32ページの調査結果で同一の利用者に複数の事業所がサービスを提供していることを前提とした制度設計が必要とありますが、これは本当に現場の現実的なところで当たり前にあるサービスの実態ですから、これに対して正確な数値がはじき出せるということがLIFEの目指す姿だと思っております。ここへ向けて継続的に検討していただきたいと思っております。

最後に、資料5「口腔・栄養」のところです。口腔ケアに関しましては、その重要性や身体のケアに対して非常に有効な効果があることが分かっているにもかかわらず、なかなかこうやって示されたデータにおいては、まだ半分くらいのところでしか実施されていない現実があります。この先には口腔ケアが基本サービスの中に含まれていく形を早期に目指していただく方向で進めていただきたいと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、尾之内参考人、よろしくをお願いします。

○尾之内参考人 認知症の人と家族の会です。鎌田が欠席ですので、参考人として尾之内がお話しさせていただきます。

まず、認知症への対応力強化のところなのですが、論点1のところ、利用実態に即して見直しというのは賛成なのですが、自立度IIIぐらいになると、BPSDなどもいろいろと出てきます。そうすると、デイサービスをお願いしたいといったときに、例えば大きな声が出るとか、とても暴力が出てくるようになってくると、もううちでは預かれませんかということを言われる方がすごく多くて、もし利用したいのであれば、病院に行って薬をもらってくださいと。泣く泣く御家族は薬を頂いて、それで利用しているという状況もあります。そうすると、足元が悪くなりますから、本当に歩きが悪くなりましたとかということがあり、結構厳しいという状況があるのです。ですから、現場の方の認知症対応へのスキルアップはすごくお願いしたいところです。

このような状況のときに行方不明になる方も結構あって、そのときにデイサービスやケ

アマネさんに時間外で一緒に捜していただいたりとか、行方不明になっている状況があると気が気ではないです。そういうことで、一緒になって捜していただいて本当に助かりましたというケースも随分増えているのです。ですから、ぜひこのようなことも介護報酬上で何かしら評価していただけないかとも思います。

それから、14ページぐらいですか。認知症ケア力の向上の取組を見たときに、全然研修を受けていない、やっていないというところが通所12%、地域密着14.6%と結構高いですね。認知症の方の利用がとても多い中で、もっとこれはどうにかできないかと思いながら見た数字です。これから認知症に対する会議を定期的を開催するという義務づけがあることによって少しは改善されるのかとも思いますが、これだけで大丈夫かとは思っているところです。

15ページの訪問系サービスの見直しも賛成なのですが、自立度IIとなると少しまだ軽い方でもあるのですけれども、なかなか認知症の方は本当に軽い方もとても大変ですので、家の中に入っていくといった中でヘルパーさんなどが関わる中では、認知症への対応力もすごく大事になってくることかと思えます。実際にうちの世話人さんでもヘルパーさんをやっていらっしゃる方が、事業所がやめてしまったりとか、人手がないので休みが取れないという状況で働いていらっしゃるというか、なかなか余裕がない状態が現場で今、起こっているということで、ヘルパー不足などを解消しないとスキルアップもそうですし、余裕のある対応というか、認知症への対応もなかなか思うようには進んでいかないのかと思えます。

それから、認知症の行動・心理症状への対応ということなのですが、これは先ほどのBPSDも絡むのですけれども、うちの会で皆さんにアンケートした中に、この中重度の方が在宅介護を断念したというアンケート調査の多くが、BPSDが出てきて大変になった、サービスをお願いしても無理だということで施設入所になっていらっしゃる方も結構多いのです。ですから、御家族への職員の方がいろいろなことでのアドバイスだったりとか、相談を聞くとかというサポートも併せてやっていただけると、もう少し頑張れて、在宅での生活を維持できるのではないかとも思えます。

それと、ここでのお尋ねなのですけれども、平時からの予防に資する取組というものはどういうことを言っているのかと思いましたので、お聞かせいただきたいです。

それから、業務継続に向けた取組の強化のところ、策定が完了しているところはまだまだ少ないので、取組の策定案には基本的には賛成なのですが、できるだけ早く取り組んでいただきたいと思えます。ですが、減算されるから困るからつくのではなくて、実際にシミュレーションをして本当にそれに即して使えるものにしていただきたいと思うのです。それと、災害対策のところ住民の方との連携とあるのですが、これもそうなのですけれども、策定の段階で災害に関してはどこの自治体でも防災マップをつくる専門の方というか、いろいろなことを指導してくださる方もありますので、そういう方の情報というか、そういう方とも連携しながら、ぜひいいものをつくっていただくといいのかと思いま

す。

それから、高齢者虐待の防止のところですけども、現場の方の人材不足もそうでしょうし、認知症の知識不足もそうでしょうし、中の人間関係もあったりして、本当にいろいろなことが重なっての余裕のなさみたいなどころにもつながってくると思いますが、ぜひ中での相談体制の充実みたいなことで、働いていらっしゃる方の心のケア的なところも併せてやっていただけるような取組が進むといいかと思えます。

本当に最後の身体拘束のところでは医療機関における身体拘束の問題ということだったので、すごく思うのは、施設での身体拘束については、大分いろいろな研修やいろいろなマニュアルなどということでも随分進んできていると思うのですね。ただ、入院ということでは、医療機関での身体拘束の適正化がまだまだ進んでいないのではないかと。どうしても治療という大きな名目がありますので、入院で環境が変わると認知症の方は混乱されます。混乱すると、そこでやむを得ず身体拘束となると、またいろいろなほかのこと、BPSDにもつながってきたりとか、結局薬を使うとかということにもつながり、だから、入院をすると悪化して帰ってくるという状況がとても多いと思えますので、この辺りも少しまだこれからのことなのかと思えます。

以上です。どうもありがとうございます。

○田辺分科会長 1点御質問がございましたので、よろしくお願ひします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 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。

行動・心理症状への対応の中の予防的取組についての具体論ということで御質問をいただきました。詳しく少しお時間をいただいて御説明させていただきたいと思えますけれども、御指摘いただいた行動・心理症状が問題行動ということに少し狭めに捉えられているようにお見受けいたしましたけれども、そういうことではないと申しますか、まさに行動・心理症状は緊急対応加算としてやってきたものよりも、近年の検討ではこの行動・心理症状が本当に広く捉えられていることだと思っております。例えば不眠でありますとか、抑鬱傾向でありますとか、いろいろな認知症が発生することによる行動・心理症状をまず多様に捉えると。その上で、このBPSDという言葉を使ってやっており、これに対してチームケアを行うこと、そして、行動・心理症状の出方に対する評価尺度を当てましてきちんと評価をすること、そこにつままして計画的に対応し、複数名でチームを組んでケアを行うこと、こうしたことを行うことによって行動・心理症状を有意に抑えることができるということを調査研究で検討させていただいたわけでございます。

こうした取組を行うことを予防的な対応を行うということでお示しをさせていただいており、少し分かりにくいことはおわび申し上げますけれども、いずれにしても重要なことは、この行動・心理症状が認知症の方の本来的な欲求、行動に起因するものであって、それをしっかり抑えていくことが、科学的な取組を行うことによって抑えられることが重要であり、そして、この取組をしっかりと広げていくための加算を創設させていただきたいと

いう御提案でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 尾之内参考人、よろしゅうございますか。

○尾之内参考人 ありがとうございます。

○田辺分科会長 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。

大きく4つ申し上げたいと思います。

まず、資料2、感染症対策です。感染症発生に備えた平時からの対応に関して、連携体制の構築、施設内療養の実施、研修への参加といったものを評価してはどうかという提案があります。これは非常に重要な取組であると考えますが、既に公費等で対応している部分があるのであれば、重ねて評価する必要はないのではないかと思います。公費で対応すべき点と保険制度で対応すべき点の整理をぜひお願いしたいと思います。これが1点目です。

資料3についてです。BCP、業務継続計画につきましては、令和3年度改定で3年間の経過措置期間付で義務づけられたということでございますので、利用者の立場からは、この3年間で全ての対象事業所に策定いただくべきものだったと、そういう期待があったものであり、非常に残念です。基本報酬を減算するものの経過措置を新たに設けるという御提案については、より早期に計画策定が進むよう、経過措置の内容を再検討いただけないかと考えます。

資料4「LIFE」についてでございます。論点3で訪問系サービスへの拡充については今後の課題という整理でございますが、ぜひ訪問系サービスも必要なデータ収集に努めてきちんと対応できるように御準備いただければと思います。

資料5「口腔・栄養」に関わるコメントでございます。情報連携の必要性は十分理解しておりますが、関係者間の情報連携に関し、細分化し情報の内容ごとに評価して、利用者負担や保険料負担を増やすという形で加算を新設していくという負担の積み増しには、強い違和感があるところでございます。加算がなくても既に3割の施設が情報連携を実施している、毎回提供しているということでございますので、将来的には基本サービスに組み込む方向性で御議論いただきたいと思っております。

以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしく願いします。

○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。

私からは3点御意見を申し上げます。

1点目でございます。資料1「認知症への対応力強化」の論点2です。訪問系サービスの認知症専門ケア加算の見直しについてでございます。訪問系のサービスでは、特に独居高齢者や高齢世帯への派遣が多く、今後も増加することが想定されます。適切に認知症の

専門的ケアを行っている事業所を評価する観点からいけば、利用者の受入れ割合に関する要件に認知症高齢者の日常生活自立度IIについて広げるという対応は必要であると考えます。

次です。資料4「LIFE」についてでございます。論点1のところ、まだまだLIFE導入がデータ入力だけが目的化している印象が強く、何のためのLIFEかとともに、PDCAサイクルにつなげるイメージを現場に周知していく取組にも力を入れていただきたいと考えます。

3点目です。資料6「その他」の論点1、高齢者の虐待防止推進についてでございます。減算での対応は必要であります、経過措置の事業所にあつては、記載にあるように、具体的な取組や体制整備についてしっかりと対応いただきたいと思えます。なお、虐待防止の推進に当たりましては、施設・事業所内において虐待の定義等に関わる理解を促進させるとともに、介護職における倫理の向上を図る取組を推進する環境を整備していくことが極めて重要であると考えます。職能団体といたしましては、引き続き介護福祉士の倫理の向上を目的とした学びについて、より充実した取組を進めてまいりたいと考えているところでございます。

以上でございます。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。

ほか、いかがでございましょう。

では、稲葉委員、よろしく申し上げます。

○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の稲葉でございます。

私からは資料1、資料2、資料4、資料5、資料6について発言をさせていただきます。

まず、資料1「認知症への対応力強化」に関しまして、意見と質問を申し上げます。介護事業者としましては、在宅の中重度者も含めた認知症対応力の向上に取り組んできているところであり、本当に現場では加算のあるなしにかかわらず日々努力、そして、苦勞をしているところですので、10ページにあります論点1ですね。この通所介護・地域密着型通所介護の認知症加算及び論点2にあります訪問系サービスの認知症専門ケア加算の算定要件が緩和されるということであるならば、大変ありがたいと思えます。あと一步のところ、加算対象にならないでいる事業所も報われることとなり、現場の励みにもなると考えております。

次に、21ページ、22ページの論点3についてです。BPSDチームのケア加算I・IIについて、平時からのBPSDを未然に防ぐ取組を評価いただけることは大変歓迎すべきことです。その上で、2点ほど質問をさせていただきます。

最初の質問は、対象施設が書かれているような4施設に限定されておりますが、これについては今後小規模多機能や特定施設などについても対象として考えられているのかどうかという点についてが確認です。

さらに、算定要件に利用者に対してケアを提供していることと書かれております。これについては、提供実績が要件として考えられているのかどうかということです。

以上、2点が質問です。

また、これは要望なのですが、23ページから25ページに各調査研究の紹介が載っております。これらの研究対象について、今後は在宅分野についても広げていただけるようお願いできればと思います。

続きまして、資料2「感染症への対応力強化」に関しまして、また質問と意見を申し上げます。9ページの対応案の一番下の四角について、医療機関から感染制御等の実地指導を受けることについて評価するとされておりますが、これまで新型コロナウイルス感染症による施設内クラスターの発生の際には、保健所からの感染制御等の実地指導を受けるといったケースもありました。こうした場合でもこれと同様に評価をしていただけるのか、これを質問させていただきます。また、意見としましては、保健所の実地指導も実際に有効性があったと認識しておりますことから、認めていただけるようお願いしたいと思います。

続きまして、資料4「LIFE」について意見を申し上げます。11ページ、論点1の入力項目の見直し及びフィードバックの充実や、22ページ、論点2にあります自立支援・重度化防止を重視した適切な評価の見直しにつきまして、LIFEがスタートしてから介護現場からも様々な御意見が出されており、実際に科学的介護に取り組んだ上で出てきた課題もあるわけですから、早い段階で適切な見直しをされることは重要であると思います。また、今後訪問系サービスへの導入に関しては、30ページの論点3にございますように、今回の項目見直しや負担軽減、フィードバックの改善を前提に、対象サービスは拡大しないとされたことは評価できます。さらに、これはお願いなのですが、資料の20ページに示されているLIFEを活用した取組イメージにありますように、LIFEの本来の目的は、介護の質の向上に向けたPDCAサイクルの好循環の構築でありますから、今回の項目の見直しなどに当たっては、PDCAサイクルが適切に機能しますように、それぞれの入力項目の在り方を御検討いただきたいと思います。

続いて、資料5「口腔・栄養」について意見を1点です。15ページの論点2にございます口腔のスクリーニングに関してですが、「介護保険施設入所者等」の「等」という字がありますけれども、口腔のアセスメントの簡易指標については、在宅介護事業現場にも普及が広がるようにしていただけるとありがたいと意見を申し上げます。

最後に、資料6、高齢者虐待防止と送迎についてそれぞれ意見を申し上げます。まず、高齢者虐待防止に関して資料の9ページ、論点1の対応案のすぐ下の四角ですが、研修内容の均質化や相談支援の充実に向けて、介護事業者が共同で取り組めるような仕組みとしていただけますようお願いいたします。

次に、送迎についてです。送迎における運転職の確保も難しくなっている現状の中で、安全性が損なわれず効率的に送迎が行われるようになるべきであると考えます。41ページの対応案には「責任の所在等を明確にした上で」という表現が何回か出てまいります。送迎に関しては、当然事業者と利用者の契約に基づくサービス提供であります。運転を

行う職員などとは雇用契約関係にあります。また、委託している場合には業務委託契約などもありますので、介護事業者にとっては様々な責任が所在しているわけです。また、法や制度の解釈といった部分では、厚労省や国交省だけではなく、都道府県ごとの警察や自治体によって見解や判断が異なる場合がよく見られます。この責任の所在等を明確にするのは誰のジャッジに基づくのかといったところでも、介護現場は混乱をします。まさに論点にあるように、取扱いの明確化のために行政機関の間で整理、調整、統一化などを図り、利便性を持った使いやすいルールとしていただきたくお願いを申し上げます。

以上、よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

2点プラス1ぐらいの質問があったと思います。よろしく申し上げます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 まず、資料1「認知症への対応力強化」のところの御質問、2点お答えさせていただきます。

まず、対象施設の範囲のことでございます。今回のこの行動・心理症状への対応の御提案につきましては、昨年度の老健事業での対象施設を前提に御提案させていただいているところであり、本年度の検討におきまして、まず、小規模多機能型居宅介護についての検討を進めさせていただいているところでございます。その結果を踏まえまして、今後とも例えば特定施設や居宅系でもこのようなことが可能なかどうかの検討を順次進めてまいりたいと考えておりますが、一定の体制等も必要となってまいりますので、その辺りは十分な検討・検証が必要であると考えているところでございます。

2点目、この算定要件の算定の方法、利用者に対してケアを提供していること、この実施方法につきましては、本日の御議論を踏まえまして、今後とも実施に向けてよく検討してまいりたいと考えております。重要なことは、このようなチームケアがまず組み立てられていることが重要なのですが、他方、先ほど御答弁させていただきましたとおり、行動・心理症状は基本的には認知症の方の本質的な欲求に基づいて発生するものなので、完全になくせるものでもないと考えておきまして、そういったことを踏まえながら、これをどのように確認していくかは、しっかり執行までに検討させていただきたいと考えてございます。

まず、認知症への対応力強化の回答でございます。

感染症も私からお答えさせていただきます。保健所の指導をどのように捉えるかという御質問をいただきました。今回のこの感染症の御提案は、診療報酬における取組を参考に、一定の要件を満たす医療機関や地域の医師会が開催する研修を想定してございます。そして、この加算によって加えて医療機関との連携体制の構築も進めていくことを検討してございますので、現時点では本質的な行政サービスであります保健所の研修は想定していません。しかしながら、御意見いただきましたとおり、高齢者施設における感染症の対応力の向上のためには、保健所も含めまして関係機関、職能団体の皆様の御協力、研修が重要だということもよく承知してございますので、感染症への対応力の向上という観点から、全体として検討してまいりたいと考えてございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 稲葉委員、よろしゅうございますか。

○稲葉委員 現実に即して、また、前向きな御検討をよろしく申し上げます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、東委員、よろしくお願ひいたします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

資料1の認知症、資料2の感染症対応について質問と意見を申し上げます。

まず、認知症ですが、資料1の21ページの論点3「認知症の行動・心理症状への対応及び認知症の評価尺度の活用」の対応案について、これについては基本的に賛成でございます。特に、先ほど正立委員も御発言をされましたが、認知機能の評価という視点は大変重要なものと考えます。そして、資料1の22ページには認知症の行動・心理症状への対応が出ております。また、同資料23ページから24ページにかけては、このもととなるデータが示されており、PDCAサイクルによるチームアプローチがBPSDの対応に有効であるとのエビデンスが示されているところです。このような有効なチームケアを広めるためにも、22ページの新加算が提案されたものと考えます。

しかし、この新加算の算定要件を見てみますと、BPSDチームケア加算II、上位の加算を算定するためには、大変ハードルの高い認知症介護指導者養成研修を修了するか、もしくは認知症介護実践リーダー研修と今回初めて提案されました※3、日本版BPSDケアプログラム研修の2つを修了することというのが要件となっています。ところが、この日本版BPSDケアプログラム研修といいますのは、この括弧にも示されておりますように、認知症介護研究・研修東京センターもしくは東京都の実施するものとなっており、東京という非常に限られたところでの研修を受けざるを得ないわけです。日常的に人員不足となっている事業所の介護職員に東京での研修を義務づけるというのは、非現実的と言わざるを得ません。このBPSDチームケアが資料で示されたように優れたものであるならば、日本版BPSDケアプログラムの研修を受講しやすくすべきではないでしょうか。各都道府県で受講でき、しかも、集合研修ではなく負担の少ないeラーニング等、オンラインを活用した研修にすべきではないでしょうか。これは質問でございます。

次に、資料2「感染症への対応力強化」の9ページの論点1「感染症発生に備えた平時からの対応」について意見を申し上げます。協定締結医療機関と連携し、平時より発生時に備えておくこと、これは大変必要だと思います。高齢者施設との連携を構築するに当たっては、協定締結医療機関を増やすこと、これも大きな課題だと思っております。前回議論がございました協力医療機関との連携体制の構築も同じですが、協定締結医療機関との連携を構築、推進するに当たりましては、高齢者施設との連携を医療機関側の運営基準に義務づけるとか、その体制を診療報酬上で評価するとか、そういうことがなければこれはうまくいかないと思います。

また、同対応案、9ページ一番下の■に、「コロナ禍における感染管理の専門家によ

る実地指導の取組を参考に、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることについて評価する」と書いてあります。医師の常勤配置のない事業所にとっては、これは大変重要なことと考えます。しかし、医師が常勤配置されている老健施設や介護医療院においては、必ずしも専門家が事業所に直接来る実地指導ではなく、それを代替できるような研修等を常勤医師に義務づけるというような代案もあり得るのではないかと考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点御質問がございましたので、よろしく申し上げます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問及び御指摘をありがとうございます。

まず、このBPSDの予防に資するケアプログラムを含んだ研修の内容でございますけれども、この研修の内容につきましては、まさに先ほど御紹介させていただきました老健事業の中で検討・検証させていただいているところでございます。まず、今後はこの加算ということで御提案の上で、当然この取組は広く全国に広げていきたいと思っておりますので、この研修を受けやすい環境整備は大変重要であると考えております。

他方、この検証の中では今回初めての取組でございますので、かなり実地の部分があったところでございまして、まず、御質問を踏まえまして、この研修のオンライン化がどこまで可能かというところは老健事業の中で検討させていただきたいと思っておりますし、この認知症介護研究・研修東京センターだけではなく、現在存在する3センターでも実施できるように当然検討させていただきたいと考えております。他方、この研修の質の維持もしくはこの研修講師の育成等々、これを全国に広げていくためには各種の課題も存在しておりますので、順番に検討させていただきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 東委員、よろしゅうございますか。

○東委員 ありがとうございます。

いい取組は多くの施設に広まらなければ意味がないわけですので、あまり非現実的な研修を義務づけるのはおかしいと思います。

さらに1つ付け加えてお願いしたいのは、現在行われている認知症介護実践リーダー研修というもの、これは5万人ほど受けられているのですが、これについても現在は集合研修5日間は義務づけられているわけでございます。これも今の時代におきましては、オンラインを活用してこういう研修もやっていただきたいと思います。現場は本当に人手不足でございますので、よろしく御検討のほどお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、野村委員、よろしくお願いたします。

○野村委員 ありがとうございます。

私からは資料1、資料2、資料4、資料5、資料6について意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず、資料1の認知症でございますけれども、今回示されている対応案にはおおむね賛同いたします。歯科の立場からは、認知症も重度になるとなかなか口腔管理が難しくなりますので、できるだけ早期からの口腔の介入ができるような情報連携についてもお願いいたしたいところでございます。

続きまして、資料2の感染症でございますが、論点1にありますように、平時からの対応は非常に重要と考えております。新型コロナ感染症では、歯科の訪問診療を中止するという施設も多く、誤嚥性肺炎の予防や低栄養の観点からも、歯科介入が減少することでのリスクも危惧をされました。施設内での感染症発生についての協議等も重要でございますが、必要な医療が提供できないといったことのないように、ぜひ御検討いただきたいと思っております。

続きまして、資料4「LIFE」でございますけれども、16ページの資料、事業所におけるLIFEへのデータ提出頻度についてにありますように、12ページの頻度や算出するタイミングやフィードバックについての対応案には賛同いたします。できるだけ取組が進み、現場でLIFEが必要とされるように、分かりやすい見せ方等を工夫いただきたいと思っております。

また、資料5でございますけれども、こちらは口腔に関することですので、論点、対応案に沿ってコメントをさせていただきます。

1つ目でございますけれども、訪問系等についての口腔アセスメントの実施や情報提供については、ぜひ御提案どおりお願いいたしたいと思っております。アセスメントにつきましては、多くの方に分かりやすく、つなぎやすいものとしていただきたく要望いたします。

2つ目の介護保険施設への対応でございますけれども、既に口腔の取組を十分しているところもありますが、まだ対応ができていない施設での利用者への健康状態が良好に保たれるように、現在取組がまだ薄い施設の口腔管理のボトムアップが図られるようにお願いをいたしたいと思っております。

3つ目の特定施設入居者への対応でございますが、こちらも他の施設同様ですが、まだまだ実施が低調ですので、アセスメントと口腔の情報が多職種で共有できて、必要な歯科医療が提供できるような制度をお願いいたします。

4つ目の歯科衛生士等が実施する居宅療養管理指導につきましては、前回の意見を取り入れていただき、大変感謝を申し上げます。在宅におけるがん患者等への対応は非常に有用な視点だと思いますので、みどりの最後まで口腔衛生管理や口腔内の乾燥による疼痛緩和など、必要な歯科医療ができる環境をお願いいたします。

そして、資料6の虐待防止でございますけれども、論点2にありますように、身体的拘束等の適正化の推進については、訪問系サービス等への歯科医療を実施することもありますので、介護と医療の身体的拘束については少し整理をしていただければと思います。歯科治療においては、利用者の安全の確保のための固定や身体保持などの医療を行う上で必要な場合もありますので、含めて御検討いただければと思います。

最後ですが、肺炎予防をはじめとする口腔管理の重要性は、ここ数年で御議論いただく

機会が増えたように思います。本分科会におかれましても、歯科医療機関と介護事業所の連携などのお話がありました。日本歯科医師会といたしましても、必要な方々に歯科医療が提供できるよう、歯科医療関係者の研修会等を通じた訪問歯科診療の理解に努めるなど、在宅歯科医療提供体制のさらなる推進に努めてまいりたいと思いますので、ぜひよろしくお願ひいたしたいと思います。

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。

ほか、いかがでございますしょう。

田母神委員、よろしくお願ひします。

○田母神委員 ありがとうございます。

私からは資料1、資料2、資料5、資料6について意見と質問を申し述べます。

まず、資料1「認知症への対応力強化」についてでございます。論点3の21ページでございますけれども、BPSDの予防に資する評価の新設、これには賛成をいたしますが、22ページの※のところに、認知症看護に係る適切な研修修了者については、BPSD予防に資する内容の追加受講で要件を満たす方向で検討、と記載がございますけれども、こちらにつきましては、11月6日に資料提出をさせていただきました認知症看護認定看護師など専門性の高い看護師を指していると認識をしておりますが、BPSDの予防・緩和を含めまして、この点については、認知症の方の総合的なアセスメントに基づくケアの提供について、既に本会では明示的に認定看護師の基準カリキュラムに盛り込んでいるところでございます。そうした専門教育を受けておりますので、追加の研修が必要であるのかぜひ再度御検討いただきたいと思っております。この認知症看護認定看護師の基準カリキュラムについては615時間以上、特定行為研修を組み込む場合には797時間以上ということで、先ほど申しましたように、BPSDの予防・緩和ということはまさに教育に含まれておりますので、どのような点が不足とお考えなのか、現時点で分かればお教えいただきたいと思っております。

また、論点3の提案でございますけれども、施設系サービスでのより専門的な認知症ケアへの評価ということでございますが、先ほど稲葉委員からも御発言がありましたけれども、在宅での療養継続支援ということで、尾之内参考人からもその重要性というところで御発言があったと認識をしております。訪問看護や看多機といったサービスにおきましても、認知症看護認定看護師などの専門性の高い看護師が就業しており、特に認知症ケアのニーズの高い利用者の方、そして、御家族に関しての支援を行っております。そうした施設系とともに訪問系でのサービスでの同様の評価も必要であると考えておりますので、ぜひよろしくお願ひいたします。

資料2の「感染症への対応力強化」についてでございます。8ページ、論点1の感染症発生に備えた平時からの対応については、賛成するところでございます。

1点質問でございますけれども、12ページでお示しをいただいております内容については、第2種協定指定医療機関ということで、訪問看護事業所も資料のとおり位置づけられ

ておりますので、9ページの対応案で、医療機関との連携の下で訪問看護事業所との連携も含まれ得ると理解してよろしいか、質問をさせていただきたいと思っております。

また、感染制御等の実施指導を受けることの評価についても賛成いたします。コロナ禍においては、感染管理認定看護師という専門性の高い看護師が実地指導や相談に対応したということもございますので、今後の継続した対応強化の後押しになることを期待したいと考えております。

続きまして、資料5について、9ページの論点1の口腔スクリーニングの実施及び情報提供についてでございます。10ページでは、歯科治療や口腔健康管理が必要ありの要介護者の方が64.3%ということでございます。そうした中でスクリーニングを行う場合には、利用者に負担がかからないよう短時間で的確に確認をし、さらに歯科医療につなぐという判断が求められております。資料の中で歯科衛生士、看護師、介護福祉士の評価に相関があったということを示されておりますけれども、今回そこを超えるかなり幅広い職員によるスクリーニングの提案となっておりますので、こちらについては医療専門職との連携も重要かと考えておりますので、設計をする際にはぜひその辺りも具体的に御検討いただければと思っております。

論点5の栄養管理に関する情報連携についてでございますが、情報を日常の療養生活のケアに反映させるという点では、情報提供先に看護師も含めていただきたいと考えております。

続いて、資料6についてでございます。高齢者虐待の防止についてでございますが、論点1、論点2の対応案については賛成いたします。身体拘束ゼロを目指す上では、職員に対する一定の研修の受講機会の確保とともに、管理的立場にある職員の資質の向上も重要であると考えております。本会では、管理的立場にある看護師を主に対象とした高齢者権利擁護についての研修を続けております。こうした研修受講についても、自治体によっては受講支援をいただいている場合もございますが、そうした支援が幅広く受けられる機会の確保をぜひお願いしたいと考えております。

論点2についてでございますが、訪問系サービスにおける身体拘束等の原則禁止を運営基準に設けるに当たりまして、「身体拘束ゼロへの手引き」に訪問看護を含む訪問系サービスを反映していくということもございますけれども、医療を提供する際の対応ということで、現場では疑義が生じることも想定されますので、できる限り具体的に整理をいただくと大変ありがたいと考えております。

最後に、通所系サービスの送迎についてでございますが、こちらについては、各委員からも御発言があったとおり、かなり職員の確保などに難渋をしているという点では、看多機等の通いについても送迎の対応は課題となっておりますので、今回の提案に看多機についても含めて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。

2点ほど御質問がございましたので、よろしく申し上げます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

1点目、認知症の行動・心理症状の対応の中での研修に関する御質問でございます。まず、この看護に係る適切な研修を修了ということについては、御指摘のとおり認知症看護認定看護師を想定しております。その研修の中の内容と新しく追加する研修の内容について、今後とも老健事業の中でよく検討させていただきたいと思っております。現在把握している内容の範囲で申し上げますと、BPSDに関する評価尺度を適用してチームとしてケアを行っていくという内容について含まれているとは承知はしていないところではございますけれども、いずれにしても全体としての看護の研修の中にも含めていただくことはもちろん望ましい方向だと思いますので、この研修の要件については引き続き老健事業で検討させていただきたいと考えているところでございます。1点目の御回答です。

2点目、感染症についても私から御回答いたします。9ページの医療機関の関係でございます。大変恐縮であります。ここでお示ししております医療機関というのは、基本的にはまさに医療機関を想定しているところでございます。その上で、この感染症の関係で訪問看護事業所をどのように位置づけていくか、まずはこの医療法の考え方の施行をさせていただくことが当面の対応と考えておりますけれども、訪問看護事業所の位置づけにつきましては、感染症対策全体の中での検討と併せて検討させていただきたいと考えているところでございます。

以上です。

○田辺分科会長 田母神委員、よろしゅうございますか。

○田母神委員 ありがとうございます。

認定看護師等については、更新制なども含めてかなり充実した研修体系となっておりますが、あまり複雑なものとならないような御配慮をぜひお願いしたいと思っております。

また、感染症に関する指定医療機関については、資料でも示されておりますが、自宅療養者や高齢者施設等への療養支援はコロナ禍でも訪問看護で実績があるところでございますので、医療機関との連携の中で今回第2種協定指定医療機関に位置づけられたと認識しておりますので、そことの齟齬がない形で位置づけをお願いしたいと思っております。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ほか、いかがでございますか。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料1の「認知症への対応力強化」の各論点に沿って発言いたしたいと存じます。

論点1の認知症加算の見直し、論点2の同じく見直しでございますけれども、認知症を持つ利用者のサービス事業所における受入れが進み、在宅限界点を高めるためにも、算定が広がるように進めていただければと存じます。特におひとり暮らしで認知症の利用者の場合、様々な支援が必要になることもありますので、将来的には居宅介護支援においても再

度御検討いただければ幸いかと存じます。

続きまして、論点3の認知症の行動・心理症状への対応でございますが、利用者個々にある特定のBPSDが何らかの原因や根拠がある程度でもわかって、BPSDが緩和や解消されていくことにつきましては、利用者御本人だけでなく御家族や介護者、また、サービス提供者にとってもよりよい関係づくりに資するので、進めていただければと存じます。また、将来的にはLIFEとの連携なども検討されるのではないかと考えますが、データの量的蓄積等、一定の時間がかかると思われますので、例えば先ほどございました研修や評価を行うソフトウェア等が徐々にでも広く提供されることを期待いたします。

続きまして、資料2の「感染症への対応力強化」の論点1、感染症発生に備えた平時からの対応でございますが、「高齢者施設等」の「等」に含まれると思いますが、介護保険施設ももちろんでございますが、いずれかの時期には高齢者向け集合住宅等のほうがむしろ定員、箇所数とも多くなっているという統計がございますので、住宅または現地で介護等業務に当たる主たる訪問サービス事業所への対応なども視野に入れたほうがよいのではと考えます。また、新興感染症発生時初期では、公的及び私立の中核的な医療機関における対応や受入れが多くなるのではと考えますが、定めるべき取決めや協議内容等の策定に当たっては、都道府県や市町村の支援により直接、またはかかりつけ医療機関等を通じて要介護高齢者の受入れや施設における療養時も適時適切に指示や助言が得られる体制づくりが重要と考えます。

資料3の「業務継続に向けた取組の強化等」でございますが、前回改定以降、非常に新型コロナウイルス感染症等で繁忙であったということもございますが、地域や事業規模に応じて取組差もありますことから、集団指導等で周知いただくとして、減算適用に当たりましては、指導や助言を実施してなお改善が見られない場合としていただくか、指導、支援にとどめる等、現場に即した慎重な対応も御検討いただくなど一定の御配慮をお願いできればということでございます。

論点2の非常災害対策における地域住民等との連携の推進でございますが、地域や事業所等によっては、施設や事業所周辺に居住者が僅かであったり、逆に密集地で施設や事業所が多い場合もあることから、連携の方法につきましては様々な地域性を踏まえて引き続き検討いただければ幸いです。

資料4「LIFE」の論点1の入力項目の見直し及びフィードバックの充実でございますが、対応案のとおりで進めていただければと存じますが、今後とも現場でフィードバック表が活用される仕組みにつきましては、引き続き検討いただければ幸いです。

資料5「口腔・栄養」の論点1の口腔管理の連携に対する評価や栄養管理に関する情報連携につきましては、対応案のとおり情報共有が進み、また、それにより改善が図られることを期待して進めていただければと存じます。

また、資料5 29ページの栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価のイメージ図は非常に分かりやすい図を示していただきまして、大変ありがとうございます。対応案

の各職種なども記載していただくとより分かりやすくなるかと存じますので、また機会がありましたらよろしく願いいたします。

続きまして、資料6「その他」のところの送迎についてでございますが、送迎可能な場合の理由や範囲につきましては、具体例について別途お示しいただければ幸いです。

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。

では、古谷委員、お願いします。

○古谷委員 ありがとうございます。全国老協の古谷でございます。

資料1、資料4、資料5、資料6につきまして意見を述べさせていただきたいと思えます。

まず、資料1の論点1、認知症加算の見直しについてでございます。通所介護での認知症適応力を強化する上で、対応案の1つ目のポツで示された現行の利用者の受入れ要件、いわゆる認知症III以上の利用者の割合が20%以上について、利用実態に即して見直し、算定率を上げることが必要と考えております。具体的には、利用者の割合を見直し、算定率を向上させていただけるようすべきだと考えております。

また、認知症高齢者の認知症生活自立度のランクについて、論点2の訪問系サービスではII以上を対象とする案になっております。先ほど正立委員の質問への回答がありましたが、サービスの種類、加算の要件の差は分かりますけれども、認知症高齢者の重症化を防ぐ観点からも、早期からの対応が重要と考えておりますので、加算算定の対象の範囲について検討をすべきだと考えております。

次に、対応案の2つ目のポツで示された従業者に対する認知症ケアに関する会議を定期的で開催することを新たな要件として加えるのであれば、認知症介護に関わる研修の修了者の配置について、現状の指定通所介護を行う時間帯を通じて1名の配置を事業所に1名の配置と見直すことで、通所介護のサービスの提供時間内において会議の開催が可能となるよう検討すべきと考えます。

続きまして、論点3、認知症の行動・心理状況の対応及び活用についてということで、BPSDへの適切なケアに対して評価することは、認知症ケアを向上する上で非常に重要であると考えます。その上で、BPSDの予防に資する認知症介護に関わる専門的な研修やBPSD予防に資する内容の追加受講について、先ほど東委員も指摘され、御回答もありましたが、当該研修の内容が過度の負担にならないようにしていただくとともに、受講を希望される方が受講できないことがないように、まず、受講環境の整備をお願いしたいと考えております。

続きまして、資料4「LIFE」についてでございます。論点1につきまして、論点1の内容について取組を推進し、より取り組みやすくしていただきたいと考えております。また、フィードバックを充実させる観点から、新たに盛り込む追加項目に関しても現場負担への

配慮をよろしくお願いいたします。

論点2の各項目についてです。まず、褥瘡マネジメント加算について、サービス利用開始時において褥瘡がある利用者についての評価を行うことは大切であると思います。また、一方で、加算全般としてみとり期の方への対応は、自立支援・重度化防止に対する考え方が通常時とは異なるので、アウトカム評価を行う上では、ADL維持加算のように、みとり期の方等は評価対象から除くなど、一定の考慮が必要と考えております。

続きまして、ADL維持加算についてです。まず、算定要件を分かりやすくすることが必要と考えております。ADL加算（II）の算定要件で設定するADL利得のカットオフ値の見直しに関しては、値を上げることで自立支援・重度化防止に向けた取組を行っている事業者の意欲を損なわないような考慮が必要と考えております。

続きまして、資料5「口腔・栄養」の論点3でございます。口腔衛生管理体制加算の見直しについてでございます。特定施設の口腔衛生管理体制加算を廃止し、基本サービス費の要件にすることについては、一定の経過措置を設ける必要があると考えます。また、その中で、今後訪問歯科診療を行っている利用者は歯科衛生士等による居宅療養管理指導の利用もできますが、より充実した口腔衛生の管理を行うため、介護福祉施設と同様、口腔衛生管理加算を創設し、全体の利用者への口腔衛生の配慮をしたほうがいいのかと考えております。

続きまして、資料6の2の送迎に関してでございます。送迎における取扱いの明確化については、人材の効果的な活用を推進するためにも有効であると考えます。この中で、雇用契約の考え方に関して、雇用者が同じである同法人内の複数事業所間の送迎の場合等を含め、別事業所の雇用関係、雇用契約の在り方についてより分かりやすく示していただくと、この部分は間違いなく進むことができるのかと思います。また、同一敷地内・同一施設内で併設・隣接している通所系サービスと短期入所系サービスに関しても、両サービスを利用している利用者もいることから、同乗することを可能にすべきと考えております。

以上、意見でございます。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。

ほか、いかがでございましょう。

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。

私からは資料1、資料3、資料4、資料6について意見を申し上げたいと思います。

資料1、認知症ですが、論点1、論点2については賛成いたします。

また、論点3、21ページ、22ページ、認知症の行動・心理症状への対応についても基本的には賛成でございますが、御指摘のとおりBPSDを引き起こさないことが最も重要な認知症ケアであり、広く理解を広める必要があります。一方で、BPSDという表現自体がマイナスのイメージでもあり、世界的にはこの表現を変えようとする流れも出てきました。名称を「BPSDチームケア加算」とすることが御本人たちにとって大変尊厳を損なう名称である

と考えます。例えば診療報酬と合わせて「認知症ケアチーム」や「サポートチーム」などへ変更してはどうかと提案いたします。

また、皆さんもおっしゃっているように、該当する研修についてですが、現場には受講している職員が既にいることから、厚労省で継続的に行っていらっしゃった医療従事者向けに行っているその他の認知症研修等にも拡大してはどうかと提案いたします。

資料3、BCPです。8ページ、論点1では、多くの事業所が計画を立ててはおりますが、まだまだ小規模事業所では計画策定ができていないこと、また、コロナ禍において計画に対してしっかり訓練の上で実のある計画を立て直すことができこなかった現場の実情を踏まえて、減算延長の必要性について賛成いたします。

19ページ、論点2、非常災害対策における地域住民との連携の推進については、各事業所並びに地域の負担を鑑み、幾つかの施設と地域との合同活動も同等に認めてはどうかと提案いたします。

資料4「LIFE」についても、繰り返しの発言になり恐縮ですが、入力の手間だけでなく本人データのフィードバックの確認に対しても多大な手間が取られていることや、18ページにあるようになかなか理解しにくいといった現状を速やかに改善する必要性についてお話ししたいと思います。

資料6、高齢者虐待についてですけれども、9ページ、論点1、虐待防止の推進について、老健事業でも構いませんので、経済虐待の実態調査、それが難しければ普及活動をしてはどうかと提案いたします。

12ページ、論点2、身体的拘束等の適正化の推進については賛成である一方で、介護施設でも医療依存度が高く、例えば介護医療院などでも点滴等の医療処置が増えていることから、身体拘束廃止に苦勞しているというデータも出てまいりました。身体的拘束を行いたいケア者はいないので、皆拘束廃止の仕方が分からないと言えると思います。好事例の横展開を急ぐ必要性について改めて指摘したいと思います。

また、身体拘束廃止のガイドラインが20年以上前のものであることから、現状の利用者さんの像とアンマッチになってきています。医療における身体拘束廃止とも歩調を合わせてガイドラインを見直す必要があると思います。ガイドラインの見直しについては、コロナ禍で減速していると思いますので、改めて促進してはどうかと提案いたします。

なお、送迎の取扱いの見直しについては、公共交通機関が衰退している地域においては重要な課題であり、今回の人的、経済的、環境面の全ての省エネ提案につき賛成するとともに、さらなる検討に期待いたします。その上で、責任の所在等について、あまりがちがちに規定をつくってしまうと逆に使いにくい緩和となる可能性もありますので、その辺りにも御配慮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。

それでは、江澤委員、よろしく申し上げます。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、資料1の論点1、論点2につきましては、実態に応じた見直しに賛成でございます。

論点3の推進することについては、賛成でございます。22ページにBPSDチームケア加算のイメージが示されておりますけれども、ここの※4の「別途国が定める評価指標」とございますけれども、今、研究事業が行われていますが、BPSD25QというものでBPSDを評価して、ワークシートでアセスメントを行って、実績を評価して、PDCAサイクルを回すというものでございます。これは全国のほとんどの施設で使用されていないものでありますので、これをしっかりと活用するためには、かなり長時間の研修も要するものではないかと思っています。そういった中で、BPSDチームケア加算Iには、その研修に該当するであろう※3の研修要件が含まれていないので、なかなかいわゆる評価にのっとった取組が困難ではないかとも考えています。東委員等からも意見がございましたように、※3の研修については実施施設が限られておりますので、対象となる職員は全国の非常に多くの職員となりますから、その受皿をどうしていくのかは今後の検討課題ではないかと思っています。

また、ワークシートの内容は望ましいと思っていますけれども、現在各施設が行っている認知症ケアあるいは各施設で使っている様式とはかなり重複する部分がございます。したがって、これまでの施設の認知症ケアに加えて今回新たな取組をそのまま付加するのであれば、かなり現場職員の負担にもなるかと思っていますので、この評価あるいは活用方法については、しっかりと検討もさせていただきたいと思います。

この論点の初めの一步は、我々もよく経験している適切な認知症ケアを行っているとか、BPSDが発生しないとか、BPSDが出てもすぐに対応できるというものの経験知から出ている部分でございます。全国に好事例を拡大していこうというのが出発点だったと思っています。したがって、こういった新しい様式やアセスメントを使うことは全然よろしいかと思っていますけれども、そこが目的化しないように、本来はしっかりと適切なケアの実践、これが一番主にありますので、それを実践するためのプロセスの評価であれば大変よろしいと思いますので、今後ともよろしくお願ひしたいと思っています。

もう一点の認知症の新たな評価尺度につきましては、認知症の方のできること、あるいはできる可能性のあることに着目して、それに基づいて介入するケアを応用して、人生の最期まで本人らしく暮らせることを目的として活用されるものと認識をしています。研究事業において開発中でありますので、今後もしこういったものが導入されるのであれば、LIFEでしっかりとデータを収集して、次の次の報酬改定に向けましても、ケアの質の向上に向けてより有効に活用されるように、走りながら考えることも必要だと思っています。

続きまして、資料2の論点1です。対応案の1つ目、2つ目については賛成でございます。高齢者施設と医療機関の連携の論点、前回の当会議の論点で示された連携も活用して、あるいはコロナ禍の連携の経験値も踏まえながら、努力義務となっておりますが、できる限

り全ての高齢者施設が取り組むべきものと考えているところでございます。

3つ目につきましては、施設経営が大変厳しい状況に鑑み、今後も研修の開催等においては、基金等の補助金による支援も必要ではないかと思っております。

4つ目につきましては、前回の令和4年度の診療報酬改定の感染対策向上加算を今回中医協で見直しの議論もしておりますけれども、高齢者施設と連携する方向です。前回の改定では医療機関同士の連携でございましたけれども、高齢者施設との連携ということも議論をされているところでございます。その中で、現行の診療報酬の感染対策向上加算1につきましては、300床以上の病院ということになっておりますから、身近にも少なく連携するにはハードルが高いとか、あるいはあまり機動的ではないということも考えられますので、先ほどの前回の高齢者施設と医療機関の連携の中での連携する医療機関のイメージとして示された在宅療養支援病院、地域包括ケア病棟を有するような中小病院あるいは有床診との連携が想定されますので、したがって、診療報酬上の感染対策向上加算の2あるいは3の算定医療機関との連携が望ましいかと思っております。

その中で、その論点の2つ目のポツについて、対応可能な感染者は施設で療養していることの記載もございますけれども、高齢者施設は基本的には治療の場ではありませんので、施設内で療養することを要件とするのはいかがなものか、見直すべきではないかとも思います。

対応案の5つ目につきましては、重要なのは早期の治療介入でもございますので、感染制御のみならず医療支援も評価に含めるべきではないかと思えます。先ほど東委員からも御発言がございましたけれども、現在診療報酬改定を議論する中医協においては、こういった論点と呼応するように、感染対策あるいは高齢者施設との連携において医療機関とこういった高齢者施設との連携の議論もなされておりますので、合わせ技で、同時改定でもありますので、ぜひ進めていただきたいと思えます。

続きまして、資料4の論点2のADL維持等加算について申し上げたいと思えます。これはこれまでも算定要件が複雑怪奇でありまして、改定検証ではバーセルインデックスの改善が見られないという結果もありました。したがって、生活リハビリテーションのアウトカム評価としてはなじまないと考えています。生活リハビリテーションで重要な指標は、廃用症候群の防止、ADLの非悪化、活動参加の拡大等がございますが、したがって、ADL維持等加算の要件とはかなり異なっていると思えますので、これについては大きな見直しあるいは廃止をして新たなものを導入するののかも含めて、抜本的に見直す必要があると思っております。

論点3の訪問系サービス、居宅介護支援事業所へのLIFEへの新たな拡大をしないということには賛成でございます。まだまだ今は走りながら見直しているというのがLIFEの現状でございますので、まず既存のものをしっかりと固めて進むべきではないかと思っております。

続きまして、資料5の論点1、論点2の口腔について申し上げます。リハ・栄養・口腔

の一体的取組の推進は極めて重要だと思っています。診療報酬改定の議論でも誤嚥性肺炎の入院患者が多いことがかなり議論されているところがございます。したがって、在宅でいかに誤嚥性肺炎を予防するかという観点がすごく重要だと思っており、喫緊の課題でもあります。特に、誤嚥性肺炎の方は繰り返すことがしばしばでございますから、例えば誤嚥性肺炎の既往者については、必ずケアプランにこういった取組を組み入れることも不可欠ではないかと思っていますところがございます。口腔については、まずは歯科受診が必要でありまして、例えば訪問介護の通院同行介助の活用でありましたり、あるいは歯科受診時にケアマネジャーさんが同行していくといったことも推進する必要があるかと思えます。また、介護職員の口腔アセスメントは新たに指標を示すことになってはいますが、それにつきましても、齲歯のみならず嚥下や歯周病、義歯調整等、介護職員がスクリーニングできるようなものが望ましいかと思っております。

論点3につきまして、口腔衛生管理体制加算の特定施設の件でございます。現在特定施設の口腔衛生管理体制加算の算定率が43%と示されております。23ページにあるような前回の介護施設で行われました同様の見直しが想定されていると思えますけれども、前回の改定時において介護施設におけるこの加算の算定率が6割前後でございました。当時6割前後でも本当に基本サービス費の要件として組み入れてどうかという不安の声もあった中で、試行的に導入された経緯もございます。今回は算定率が43%なので、本当にこれが基本サービス費導入にふさわしいのかどうかは慎重に検討も必要かと思っています。

論点5、論点6の栄養については賛成でございます。1点、低栄養リスクの中に現在アルブミンが位置づけられていますけれども、世界標準ではアルブミンは低栄養の指標ではなくて炎症マーカーと位置づけられていますので、この辺りは今後また検討の課題だと思っています。一方で、今回の診療報酬改定では新たな指標で、これはアルブミンがないものですけれども、GLIM基準というものを導入してはどうかということにもなっておりますので、診療報酬に導入するのであれば、介護も当然管理栄養士さんの連携がありますから、今後の新たないろいろな低栄養の指標は、今、ちょうど検討課題ではないかと思っています。また、在宅での管理栄養士さんは非常に不足しておりますから、余力のある医療機関あるいは老健施設等から在宅の応援をしていただくことも重要ではないかと思っております。

栄養、リハ、口腔の一体的な取組は、この3職種のみではなくて、栄養とリハに指示を出すのは医師でありますし、口腔、歯科衛生士に指示を出すのは歯科医師であります。したがって、医師、歯科医師を含めて、そして、プランニングするのはケアマネジャーでございますので、要は、これらの職種が一体的に連携して取り組むことが非常に重要だと考えております。

最後に、資料6につきましては、論点については述べませんが、虐待や身体拘束解消はしっかりと取り組んでいくべきだと思っております。冒頭のほうで委員から医療機関での身体拘束廃止もしっかり取り組むべきという御意見もございましたが、次回診療報

酬改定においては、本格的に初めて医療機関での身体拘束廃止について議論がなされておりますし、私も介護分野の取組はぜひ参考にするべきということも申し上げているところでございますので、医療分野でのこういった取組の推進も期待をしているところでございます。

長くなりましたが、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、松田委員、よろしく申し上げます。

○松田委員 手短に行きたいと思います。

感染症対策に関して、診療報酬と介護報酬との整合性を図ることに関しては、江澤委員が御指摘されたとおりでと思っています。

身体拘束についてですけれども、身体拘束が起こってしまう原因の一つとして、施設内での転倒ということがあると思います。しかし、どのようにやっても必ず転倒は確率的に起こってしまうものなので、そうすると、その施設内における転倒に関する利用者及びその利用者の家族の方の理解が不可欠だと思っています。転倒が起こった、その結果、骨折が起こったということのを非難するのではなくて、適切な体制が取られてやっていて、その上で起こってしまった転倒あるいは誤嚥性肺炎については、確率的に起こってしまうのだということに関する国民的な理解がないと、なかなか現場で身体拘束の予防は進まないだろうと思っています。そういう意味で、そのことに関するもう少し現場からの意見も踏まえて、国民的な理解が進んでいかないといけないのではないかと思いますし、そういうことに関して介護保険者として保険者が住民に周知することも適切な介護をやる上では必要ではないかと思っています。

簡単な意見でございます。以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、堀田委員、よろしく申し上げます。

○堀田委員 資料1から4まで、できるだけぱっとお伝えしたいと思います。

まず、資料1、認知症ですけれども、10ページ、論点1の対応案の2つ目ですけれども、「事例検討会等」となっていて、前回も会議等を評価するというのはどうだろうかという御意見が幾つかあったと思うのですが、実際には検討会という会を開催するというだけではなくて、データに基づいて、あるいはちょっとしたおしゃべりをしながらどうしたらよくしていけるかというようなことも行われているので、いわゆる会議体を設定したかどうかだけではないことを考えていただけるほうがよいかと思います。

それから、先ほどの論点3で田中委員と江澤委員が御指摘くださったことに重なるところなのですが、このBPSDのことについて、まさによいケアを行っていくと、結果的にそれはBPSDの予防にもつながるということだと思っていますので、これが目的化してしまわないようにということは、このBPSD25Qの運用ともども極めて重要なところだと思っていますので、これが何のためのものなのかがきちんと周知されるようにということと、併せて、

まさにBPSDを何らか加算の名称につけるのかどうかということは、田中委員の御指摘のとおり世界的にはなかなかほぼ使わない方向にということもありますので、御検討いただいたほうがよいかと思えます。

それから、資料2、感染症です。細かなことなのですが、論点1の9ページ、一番下なのですけれども、コロナ禍における感染管理の専門家による実地指導の取組、確かに意義があるものが多くあったと考えていますが、一方で、なかなか単に感染管理の専門家であるということだけで、生活の場であるところの介護現場でうまく運用が難しいということもあったように認識しております。様々な調査の中でも明らかになっていたかと思えますので、どういった専門家をこの対象とするのかということは、検討をきちんとしていただけるとよいかと思っています。

論点2、26ページのところですけれども、これは訪問系の委員から特段御意見がなかったものでよいのかもしれないのですが、今後の可能性として、論点2では施設での対応ということで挙げられていると思うのですが、実際には「医療資源に限りがある中で」という同じ文脈から、在宅で療養し続けるということもコロナ禍でもあったということですので、訪問系でどのように療養を行うことに対する評価をするのかは、今回難しいとしても、今後御検討いただく余地が引き続きあるのではないかと考えています。

それから、資料3、業務継続のところですが、論点1の8ページですけれども、これも今回というよりも今後の課題としてということですが、前のラウンドでもお話ししていたかと思えますが、ひとまずは事業所単位で機関型のBCPをとということだと思えますが、これが地域の中での連携あるいは地域全体としての地域包括型のBCPにつながっていくような応援の仕方あるいは推進の仕方ということも、今後引き続き課題ではないかと考えています。

最後、資料4「LIFE」ですけれども、訪問系、論点3の広げていくことは、今回は拡大しないということに賛成です。そのこととセットにもなるかと思えますが、論点1の12ページのところで、入力項目の見直しということが書かれております。この中で、いかに生活モデル、社会モデルということも前提とした上で、この項目を見直すかということについても、引き続き検討いただきたいと思っています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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、活発な御議論をどうもありがとうございました。

事務局におかれましては、本日各委員からいただきまし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いたします。

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233回介護給付費分科会の開催は、11月30日午前を予定しております。議題につ

いては調整中でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

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