

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第219回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開会させていただきます。

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

本日は、これまでと同様、オンライン会議システムを活用しての実施とさせていただきます。また、傍聴席等は設けず、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

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

また、伊藤委員に代わり田河参考人、井上委員に代わり清家参考人に、大石委員に代わり寺原参考人に御出席いただいております。

以上により、本日は19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。

○田辺分科会長 なお、中津市長の奥塚委員におかれましては、九州北部地方の大雨による災害の対応により、急遽、御欠席の連絡をいただいております。

報道を通じまして、大分県を流れる山国川において氾濫が起きているとお伺いしているところでございます。心よりお見舞い申し上げますとともに、被害が軽微であることを祈念しております。

○奥山総括調整官 田辺分科会長、ありがとうございました。

次に、事務局に異動がありましたので、御紹介させていただきます。

老健局長の間隆一郎です。

○間老健局長 このたび老健局長拝命いたしました、間でございます。

今後、より質の高いケアをより効率的に提供いただけるよう、医療・介護連携、人材確保、認知症ケアなどの現下の課題に対して、委員の皆様方の御意見を頂戴しながら、しっかりと進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○奥山総括調整官 続いて、総務課長の山口高志です。

○山口総務課長 総務課長を拝命しました、山口高志と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○奥山総括調整官 高齢者支援課長の峰村浩司です。

高齢者支援課長を拝命しました、峰村と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○奥山総括調整官 認知症施策・地域介護推進課長の和田幸典です。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 よろしくお申し上げます。

○奥山総括調整官 認知症総合戦略企画官の尾崎美弥子です。

○尾崎認知症総合戦略企画官 尾崎と申します。よろしくお申し上げます。

○奥山総括調整官　そして、総括調整官の、私、奥山晃正でございます。どうぞよろしく  
お願いいたします。

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

本日は、電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。同様の資  
料をホームページに掲載しております。資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホ  
ームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、オンライン会議における発言方法等について、確認させていただきます。オンラ  
インで御参加の委員の皆様、画面の下にマイクのアイコンが出ています。会議の  
進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきますが、御発言をされる際  
にはZoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、分科会長  
の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言をいただくようお願いいた  
します。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を下ろす」  
をクリックいただき、あわせて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいた  
します。

それでは、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、前回に引き続き、各サービスについての議  
論を行います。

それでは、まず、事務局のほうより資料の説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長　推進課長でございます。

資料1「通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護」について、まず、御  
説明をさせていただきます。

資料の3ページでございます。

通所介護等の定義、人員基準、設備基準について、現行の仕組みをお示ししてござい  
ます。

4ページを御覧くださいませ。

規模に応じた要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費の類型及びそれに関する  
加算について一覧をお示ししてございます。こちらも御覧いただければと思います。

資料5ページ、6ページが加算の取得状況でございます。取られているものと、加算が  
取られていないものと、それぞれ現状がでございます。5ページ、6ページが、加算の算定  
状況となっております。

7ページを御覧くださいませ。

通所介護・地域密着型通所介護の請求事業所数の推移について、お示ししております。

平成28年から29年にかけて、地域密着型の通所介護が入ったことによりまして、ピ

ンクと青字の2種類になってございますけれども、平成29年以降、おおむね請求事業所数について横ばいとなっております。

少し細かく見ますと、地域密着型通所介護のほうが少し減少している一方、通所介護のほう、少し増加はしておりますけれども、合わせますと、おおむね横ばいの状況となっております。

請求事業所数の都道府県別の資料を8ページにお示ししてございまして、各都道府県別の請求事業所数についてお示ししてございます。

高齢者人口10万人当たりの請求事業所数で見ますと、そこは、また、ばらつきがございまして、例えば沖縄県等では多めという結果が出てございます。

9ページを御覧くださいませ。

要介護度別の受給者数の推移でございます。

こちら先ほどの請求事業所数と並びまして、おおむね受給者数で見て横ばいとなっております。その要介護1から5の区分けにつきましては、それほど大きな変更はなく、おおむね横ばいの状況と言ってよろしいかと思っております。

10ページで、要介護度別の受給者割合をお示ししてございます。

要介護1・2が約68%、要介護3から5が32%、平均要介護度が2.1という状況となっております。

次のページを御覧くださいませ。11ページ、12ページでございます。

利用者の要介護度割合、また、規模別の事業所数、利用者数割合をお示ししてございます。

以上でございます。

13ページ、費用額についてお示ししております。

こちら先ほど申し上げましたとおり、28年からの地域密着型通所介護の導入以降は区分けしておりますが、費用数はその後少し上昇しておりましたけれども、31年以降は横ばい、もしくは微減という数字となっております。

それに伴いまして、14ページが事業所1か月当たりの受給者数費用額1か月当たりの費用額を示してございます。

おおむね横ばいといいますか、先ほどのものから触れておりますけれども、やはり令和3年から令和4年度につきまして、こちらはコロナの影響も含めまして、跳ね上がったり、落ちたりしているという状況でございます。

以上が、通所介護・地域密着型通所介護の概況でございます。

15ページ以降、認知症対応型通所介護の概要・人員基準・設備基準について、併せて御説明させていただきます。

15ページが、類型、利用者、人員配置、設備の概況でございまして、こちらは言うまでもなく、認知症の方専門のデイということになってございます。

16ページに、認知症対応型通所介護の報酬についてお示ししてございます。認知症に特

化したサービスということになりますので、基本サービス費がより高く設定され、それに関する加算が設定されている状況でございます。

17ページが加算の取得の状況でございます。

18ページ、請求事業所数でございますけれども、これは、少し特徴的な動きをしてございまして、平成27年、28年以降、少し減少傾向ということになってございまして、その傾向に変更がないという状況でございます。

19ページが都道府県別の状況、20ページが要介護度別の受給者数となっております。

こちらにつきましても、全体傾向と合わせまして減少傾向となっておりますけれども、要介護度の中身については、それほど大きな変更はないという状況でございます。

21ページが要介護度別の受給者割合、22ページが事業者数利用者数の割合でございます。

23ページは、費用額につきまして、こちらは、請求事業所数ほどではないものの、やはり同様の減少傾向という数値となっております。

24ページ、1人当たり、1か月当たりの費用額につきましても、これは先ほどコロナの影響と申し上げましたが、直近では特徴的な動きをしているところでございます。

25ページが、介護費用額の割合の推移となっております、26ページも同様の資料をお示ししてございます。

27ページについては、割愛させていただきます。

28、29ページ、通所介護の経営状況を御紹介させていただきますけれども、通所介護の収支差率が、令和2年度から令和3年度にかけてまして、これは、ほかのサービスも、おおむね同様でございますけれども、コロナの影響で、2年度が増えるものに従いまして、令和3年度ではかなり減少というのが、ほかのサービスも含めての状況でございまして、令和3年の通所介護は1.0%と、非常に厳しい状況となっているかと思っております。

29ページに、地域密着型と認知症対応型の通所介護をお示ししてございまして、こちらも減少傾向というところでは、同じと考えてございます。

収支差率の詳細を、30ページ、31ページ、32ページとお示しさせていただいております。

35ページ、令和3年度の介護報酬改定の項目についてお示ししてございます。こちらは、ほぼ委員の皆様には御承知のことだと思っておりますので、37、38、39、40まで少し飛ばさせていただきます。

42ページで、令和3年度の審議報告のほうをお示ししてございます。

3年度の報酬改定での御意見としていただきましたのは、感染症や災害への対応強化の御意見をいただいております、事業所の対応状況や有効性等を把握し、感染症や災害が発生しても、地域において必要なサービスを継続的に提供していくために、有効な方策を引き続き検討していくべきであるという御意見をいただいております。

また、通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応について、実施状況や効果を検証し、必要な見直しなどの対応を検討す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。

以上、現状の御説明をさせていただいたことを、45ページにまとめさせていただいております。

46ページ、今回の論点でございます。

これら、通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護につきまして、利用者に必要な日常生活上の機能向上並びに自立支援につながる質の高いサービスを提供する観点などから、どのような方策が考えられるかという論点をお示しさせていただいております。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きます、老人保健課長でございます。

資料2を御覧ください。療養通所介護についてでございます。

サービスの概要が、3ページの図でございます。

報酬の体系は、5ページを御覧ください。

1か月当たりの包括の報酬という形で記載の加算が設定されていると、こういった状況でございます。

7ページを御覧ください。請求事業所数でございます。

横ばいで推移をしております、直近が83事業所といった状況でございます。

8ページ目が、都道府県別の設置事業所数ということで、神奈川県、兵庫県、こちらに多く設置されているということでございます。

9ページ目、要介護度3以上の利用者が89.4%ということで、平均要介護度は4.3と、非常に高い状況でございます。

続きます、14ページを御覧ください。収支状況でございます。

こちらは、通常のサービスにつきましては、介護事業経営概況調査等の収支差をお示しするところでございますが、箇所数が少ないということで、今回は、この収支状況については、このような形でお示しをさせていただいております。

下のグラフ、令和3年度介護報酬改定前後の収支状況の比較をいたしますと、改定により収入が増えた事業所は13.6%、減った事業所が43.2%といった状況でございます。

続きます、介護報酬改定の前回の内容については、記載のとおりでございます。御説明は割愛をさせていただきまして、20ページを御覧ください。

療養通所介護に関する各種意見でございます。

まず、前回介護報酬改定に関する審議報告の中でいただきました御意見が、看護小規模多機能型居宅介護の機能や役割を踏まえつつ、今後の在り方について、検討をしていくべきであるといったこと。

また、昨年12月の介護保険制度の見直しに関する意見の中では、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要である。

また、複数の在宅サービスを組み合わせる提供、複合型サービスの類型などを設けることなど、こういった御指摘があるということでございます。

21ページ目からが直近の様々なデータをお示ししております。

まず、21ページ目、新規依頼の経路別割合で申し上げますと、居宅療養介護支援事業所からの経路が最も多いということでございます。

また、22ページ、利用終了者の転帰別で見ますと、医療機関への入院、施設等への入所、こういった割合が多いという状況でございます。

23ページ及び24ページは、それぞれの人員体制及び利用定員などのデータが続いてございます。

また、25ページを御覧ください。療養通所介護の利用者が利用しているほかのサービスということですが、最も多いのが訪問看護、25.4%の方が訪問看護も利用しているという状況でございます。

26ページですが、療養通所介護事業所の開設主体が、ほかに運営しているサービスを確認いたしますと、81.8%の事業所が訪問看護も運営しているという状況でございます。

また、あわせて、児童発達支援でありますとか、放課後等デイサービス、生活介護などのサービスも、開設主体が同じく運営をしているという状況でございます。

27ページ、前回の介護報酬改定におきまして、包括報酬になったことに関する影響についても調査をいたしました。

ヒアリング対象として3事業所ということではございますが、例えば、利用者に対する影響としては、お試しの利用ができず、利用につながらなくなった、こういった御意見でありますとか、収入面での影響の中では、訪問看護と併任していた職員が、療養通所介護に付きっきりになってしまい、訪問看護に行ける職員が減った、こういった影響が見られているということでございます。

以上のような現状を踏まえまして、30ページ、療養通所介護の論点でございます。医療と介護の両方のニーズを持つ要介護者の生活を支える通所サービスを、継続して安定的に提供するために、どのような方策が考えられるかということでございます。

続きまして、資料の3、通所リハビリテーションについて御説明いたします。

通所リハビリテーションの概況でございます。報酬の体系が5ページと6ページでございます。

特に5ページは、一回当たりの点数設定となっておりますが、6ページ、介護予防、要支援者に関しましては、月当たりの包括報酬といった形になってございます。

以降、設置事業所数などのデータが続きます。

ここで、18ページを御覧ください。

経営状況につきましては、令和元年度、2年度、3年度の決算が、そちらに記載のとおりでございます。それぞれ1.8%、1.6%、0.5%と、こういった状況でございます。

続きまして、介護報酬改定の内容については、御説明を割愛させていただきました。32

ページを御覧ください。

こちらが、通所リハビリテーションに関連する各種御意見でございます。

まず、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告の中では、アウトカムに関する評価方法について、引き続き検討していくべきであること。また、通所リハビリテーションにおいては、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について、検討していくべきであるといった御意見をいただいております。

また、昨年12月の介護保険部会の御意見の中では、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築並びに介護の経営の大規模化・協働化などにより、サービスの品質を担保しつつ、管理部門の共有化・効率化などにより、人材や資源を有効に活用することが重要である、こういった御意見もいただいているところでございます。

さらには33ページ、先般行われました同時報酬改定に向けた意見交換会の中では、医療保険と介護保険によるリハビリテーションの円滑な移行についての方策でありますとか、適時・適切なリハビリテーションの提供をさらに推進する、こういったことがうたわれてございます。

34ページは、原因の疾病でございまして、35ページ、利用頻度でございます。

要支援者は、週1、2回の利用が95%以上を占めておられまして、要介護者になりますと、週1回から3回の利用が90%以上を占めるといった状況でございます。

36ページは、併用されているサービスと、修了後にどのようなサービスを受けられるかということで、修了後は、通所介護を受けられている方が最も多かったという状況でございます。

37枚目、こちらは修了した方の利用期間を見ますと、1年未満が約半数という状況でございます。

38枚目、通所リハにおけるADLの状況をお示ししております。

利用開始から6か月後のADLを見ますと、全体で25.9%が改善をしていたという状況でございます。

また、開始時のADLを拝見しますと、やはり要支援者の方のほうがADLは良好ということで、38.2%の方がBarthel Indexで満点であったと、このような状況でございます。

39枚目、右側を御覧いただきたいと思えます。通所リハの赤いグラフを御覧いただければと思いますが、退院後2週間未満で通所リハを開始された方が56%でいらっしゃるということで、通所リハに関しましては、早期にリハビリテーションを開始された方のほうが、ADLの向上が図られたと、こういった知見でございます。

なお、開始時のBarthel Indexが、平均点が76.5点ということで、訪問リハに比べて通所リハの利用者の方は、開始時のBarthel Indexが良好であったということがございまして、有意差など、結果には、そういったことも考慮して検討する必要があると思っております。

40ページ目、介護保険のリハビリテーションの実施者が、疾患別リハビリテーションの

実施計画書を入手していったか、また、移行前の疾患別リハビリテーションの分類、これを理解していたかという点でございます。

このようなデータで、例えば、実施計画書を入手していた方が44%の利用者にとどまっていたということで、やはり医療と介護の連携といったものが課題になるということでございます。

42ページ目を御覧ください。

通所リハビリテーションにおける総合評価に向けた考え方につきまして、令和3年度の審議報告を受けまして、令和4年度に老人保健健康増進等事業の中で検討会を開催いたしました。

その中で、左にございますような検討項目を、総合評価に向けた考え方として検討がなされているという御報告でございます。

43ページ目、大規模事業者の特徴といたしまして、リハ専門職の配置が多く、リハマネジメントの加算の算定率が高いといった特徴がございます。

44ページは、事業所評価加算の基準でございまして、45ページ、現在設定しております事業所評価加算については、9.8%と低い状況がございます。また、算定困難な理由は、そちらに記載のとおりでございます。

また、46ページになりますけれども、前回の改定で、リハビリテーション、栄養、口腔管理に係る一体的な計画書を策定いたしました。その利用が、まだ低調であるということでございます。

その理由などについては、そちらに記載のとおりとなります。

47ページ、48ページは、長期間利用減算の算定割合をお示ししております。

49ページ目、12か月を超えて、介護予防通所リハビリテーションを継続する理由でございます。

利用者及び御家族の継続希望が強いといった割合が、非常に大きくなっていることが見て取れます。

50ページでございます。地方分権提案につきまして、基準の緩和についての提案をいただいております。

社会保障審議会の意見を聞いた上で検討し、令和5年度中に結論を得て、必要な措置を講ずるとされているところでございます。

以上のような現状、課題を踏まえまして、54ページに論点を記載してございます。

医療機関からの退院時に医療保険から介護保険に移行する際も含め、必要な方に対して早期に、適切な期間リハビリテーションを提供するために、どのような方策が考えられるか。

生活期におけるリハビリテーションのアウトカムについてどのように考えるか。また、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価について、どのように考えられるか。



リハビリテーション・口腔・栄養の一体的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。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、資料4、短期入所生活介護の資料に戻らせていただきます。いわゆるショートステイでございます。

資料のほうをおめくりいただきまして、3ページでございます。短期入所生活介護のサービスの定義がございます。

利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じまして自立した日常生活を営むことができるように、既存施設に短期間入所し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うというサービスでございます。

人員基準及び設備基準は、お示しのとおりでございます。

4ページを御覧くださいませ。報酬体系でございます。

既存施設の従来型個室・多床室の場合と、ユニット型個室の場合で分かれておりまして、ユニット型のほうが、少し報酬が高めに設定されているという状況でございます。各種加算の一覧と、5ページが同様に各種加算の算定状況となっております。

6ページを御覧くださいませ。請求事業所数の推移でございます。

こちら平成30年以降、微増でございますけれども、介護予防短期入所生活介護のほうにつきましては、請求事業所数は減少傾向という状況となっております。

7ページが、その請求事業所数の都道府県別の状況でございます。

8ページを御覧くださいませ。

要介護度別の受給者数の推移でございますけれども、こちら受給者数の総数としては、減少傾向となっております。

その要介護度別の内訳につきましては、それほど大きな変更はないという状況かと考えます。

9ページでございます。

要介護度別の受給者の割合のほうの推移でございますまして、こちらは要介護1・2が40%、要介護3から5が60%というのが、令和4年度の状況となっており、平均要介護度が2.8ということになってございます。

ただ、その中でも要介護5の利用者の割合が、少し減少傾向という状況となっております。

短期入所系サービスの要介護度割合を横に並べた資料が、10ページとなっております。

11ページの資料でございます。

ショートステイとしての連続利用日数の利用者数の割合につきまして、令和元年度の調査と令和4年度の調査をそれぞれ比較させていただいております。

これで見ますと、令和元年度調査の31日以上の利用者割合が8.6%であることに比べまして、令和4年度調査の利用者割合だと10.6%となっているという状況でございます。

また、12ページにつきまして、利用者の方々への対応内容について、医療的ケアの必要な利用者の対応内容ということについて、それぞれ令和元年度調査と令和4年度の調査を比較させていただいております。

それぞれの比較によりますと、元年と4年を比べますと、全体的に医療的ケアの対応割合が高まっているという比較結果となっております。

13ページを御覧くださいませ。類型別の事業所数と利用者数の割合をお示ししております。

また、14ページに行きますと、事業所の割合を見ますと、平成18年度以降、単独型・単独型ユニット型が占める割合が1.8倍となってきたという資料のお示しをしております。

15ページで、併設型である場合の本体施設は、特別養護老人ホームが9割以上という資料となっております。

16ページ、費用額でございます。費用額についても、おおむね横ばいもしくは微減の傾向と申し上げられるかと思っております。

17ページにおきまして、1事業所1か月当たりの受給者数・費用支出、利用者1人当たりの費用額をお示ししております。利用者1人当たり1か月当たりの費用額としては、上がってきている状況かと思っております。

18ページが、その費用額の推移を13年度からの比較としてお示しをし、直近の状況が、令和3年度の割合が19ページにお示ししております。

短期入所としては、3.9%が全体の中での費用の占める割合ということでございます。

21ページで、経営状況につきまして、先ほどからの同様の傾向かと思っておりますが、短期入所生活介護の収支差率につきましては、3.3%となっているところでございます。

その詳細につきまして22ページ、また、サービス量の見込みについて、23ページにお示ししております。

令和3年度の介護報酬改定の内容につきましては、25ページ、26ページでございます。

こちらも、簡単に一言でございますが、看護職員の配置基準について、見直しを行わせていただいたというのが、3年度の改定の内容となっております。

以上、それを踏まえまして、28ページが現状となっております、今回の論点でございます。29ページでございます。

短期入所生活介護につきまして、その機能・役割を踏まえつつ、利用者における多様なニーズに応じたサービスを提供する観点などから、どのような方策が考えられるかという論点をお示しさせていただいております。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きます、老人保健課長でございます。

資料の5に基づきまして、短期入所療養介護の御説明を申し上げます。

資料の3ページ以降に概要がございます。

12ページ目、要介護度別受給者数、こちらは、令和2年度以降、少し受給者数が減少しているのは、新型コロナの影響ではないかと考えてございます。

14ページ目、要介護度割合は、こちら記載のとおりでございまして、平均要介護度は2.9といった状況でございます。

22ページを御覧ください。

短期入所療養介護の実施状況、こちらは、直近が令和5年2月、御覧いただきますと、介護老人保健施設の77%、介護医療院の8.7%が短期入所療養介護を実施していらっしゃるという状況でございます。

続きまして、次ページ以降が前回の介護報酬改定の内容でございます。

続いて29ページ、こちらが各種意見になります。

前回の改定に関する審議報告の中では、介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実として、今回の介護報酬改定で訪問リハビリテーション実施等に対する評価を行うこととしたが、取組状況を把握し、在宅復帰・在宅療養支援の促進に向け、さらに検討していくべきである。

また、昨年12月の介護保険部会の意見書では、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要。

さらには、30ページでございます。

同時改定に向けた意見交換会の中では、検討の視点として、生活機能が低下した高齢者に、一般的である誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入れを推進するために、どのような方策が考えられるかと、こういった御意見をいただいております。

利用目的は31ページ記載のとおり、32ページは、前回改定で行われました総合医学管理加算についての御説明でございます。

33ページが、当該加算の算定状況をお示ししてございます。

その上で、34ページでございます。

約3割の医療機関が総合医学管理加算の仕組みを認識しておられると、こういったデータがございます。

また、35ページ、総合医学管理加算を算定している利用者について、診断名は肺炎などが多かったということでございます。

また、行われているケアの内容としては、投薬が最も多かったという状況でございます。

37ページが、今、申し上げました現状と課題、そして38ページ、論点でございます。

短期入所療養介護について、在宅復帰・在宅療養支援機能を促進していく観点や、医療ニーズへの対応のさらなる強化を図る観点などから、どのような方策が考えられるかということでございます。

御協議を、どうぞよろしく願いいたします。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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

それでは、小林委員、よろしくお願ひいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

質問と意見があります。まず、資料1について質問です。通所の関係です。

2040年にかけて、認知症の人の増加が見込まれる中で、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、家族などのケアラー支援も含めて、質の高いサービス提供や、的確な相談支援が今後も必要です。

そうした中で、認知症型対応型通所介護の事業所数、算定が進んでいない状況の背景について、既に分析があれば教えていただきたいと思ひます。

コロナ以前から平成27年をピークに、事業所数は減少していますし、受給者数も平成25年をピークに減少しています。また、認知症対応型だけではなく、通所介護、それから地域密着型通所介護も含めて請求事業所が横ばいあるいは減少しています。

これには、利用者側の理由もあるのかなどの分析を知りたいと思ひます。43ページ目には新型コロナによる利用控えに関する利用者の声が書かれていますが、コロナ以外のところ、その辺を教えていただきたい。

あと、細かなところでは、5ページ目に通所介護の加算の算定状況が示されていますけれども、この中で入浴介助加算2の算定が進んでいないことが分かりますので、その背景についても、既に分析があれば教えていただきたいと思ひます。

以上が質問で、残りは、それぞれについて簡潔に意見を申し述べます。

資料2の療養通所介護については、難病やがん末期の利用者などの通所ニーズに応えるサービスとしての役割を承知しております。都道府県別に見ると、19件では事業所がないという状態で、かといって、ニーズに地域的偏りがあるということではないと思ひます。例えば、サービスの利用しやすさあるいは他のサービスとの連携が広がれば、そのことによって療養通所介護自体も広がっていくのかなど、いずれにしろ今後のニーズに対応していくことができる対策が必要です。

資料3の通所リハビリテーションについてです。

これは、35ページ目を見ると、全ての要介護度で6、7時間の利用が最も多く、また、12か月減算が適用される利用者が64%に上っている状況をしっかり捉える必要があります。

退院後から通所リハの利用を開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向にあると、資料にも書かれております。リハビリ、口腔、栄養などを一体的に一定期間で集中して実施する、そういった質の高いリハを今後も確保していくことが必要です。

資料4、短期入所生活介護についてです。こちらは、資料11ページ目に、31日以上連続利用の利用者が、元年と比べても増加しています。ほかにも、15日から30日の利用者、これも増加傾向ということで、全体的に長期化の傾向が見て取れます。また、サービスにおいて人員不足の状況下ですが、それぞれの担っている機能、役割を踏まえた短期入所生

活介護と他のサービスとの兼ね合い、あるいは連携強化が必要です。

最後に、短期入所療養介護についてです。これも資料31ページ目を見ると、レスパイトを目的とした利用が最も多く、家族など介護者の負担軽減に大きな役割を果たしていることが分かります。

しかし、34ページ目のとおり、まだ、3分の2の医療機関において認識されていないというデータ、これについては課題ですので、連携強化が必要と考えております。

以上でございます。

質問について、よろしくお願ひいたします。

○田辺分科会長 では、回答のほうをお願いいたします。

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

まず、通所介護等について、3点御質問をいただいたと認識してございます。

まず、認知症対応型通所介護の請求事業所数の減の関係でございますけれども、こちらにつきまして、詳細な理由まで分析できているというわけではないのでございますが、やはり状況として、減少傾向ということでございます。

他方、冒頭に御指摘いただきましたとおり、認知症基本法もできておりました、このサービス全体で、認知症の対応力を上げていく必要性があるということは、御指摘いただいておりますのでございまして、1点考えられることといたしましては、この間、介護職員等の認知症対応研修等々も進めておりますので、必ずしも認知症特化のデイだけでなく、一般のデイ等でも認知症の方の利用が増えてきているということが考えられるのではないかと思いますけれども、その詳細の分析ができていないことは、おわびを申し上げたいと思っております。

また、全体としてもデイのほうの方が横ばいの理由についても、あわせて御質問をいただいております。

こちらにつきまして、考えられることといたしましては、横ばいになりつつ、1人当たりの利用額等々が増えてきているという状況からいたしますと、一定程度、地域密着型も少し減少傾向でございますので、事業所の大規模化の影響が考えられるのではないかと考えられますけれども、いずれにいたしましても、もう少し詳細について詳しい検討が必要かと考えております。

3点目、入浴介助加算2の取得率が低い点についても、理由について分かっているかという御指摘をいただいております。

これも令和3年度の介護報酬改定で創設されて以降、この算定要件の内容等につきまして、理解が進むようにQA等を示す等々の周知を図っているところでございますけれども、実際、算定に至っていない事業所や利用者が多いということも事実であると理解をしております。

本日いただきました御意見と、この後の議論を踏まえまして、引き続き必要な検討について進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、稲葉委員、よろしくお願いいたします。

○稲葉委員 民間介護事業推進委員会の稲葉です。よろしくお願いいたします。

私のほうからは、通所介護、それから短期入所生活介護、それぞれ1点ずつ御意見を申し上げます。

まず、1点目は、資料1の40ページを御覧いただきたいと思います。

これは、たった今、小林委員からも御指摘があり、事務局からも回答をいただいたことに関することでありますけれども、通所介護の入浴介助加算は、55単位の加算2の算定率が低く、これは前回の改定で、1と2に分かれるまでは、一律50単位の加算であったというのを考えますと、加算1の40単位に減少したと捉えております。

そもそも、中重度の方々は、入浴介助加算2に、なかなかなじまない理由がある。それは身体状況や、また、居宅の設備の面からなど、なじまないような面もあり、一方で、そのような方々が、特殊浴槽とか機械浴を使っていらっしゃることもあります。

他方で、実際に手のかかる入浴をやっている人たちの加算が、現実的には50から40に下がってしまっているという状況があるということです。入浴にかかるコストは、年々大きくなっている現実もあります。

そして、入浴は健康の維持だけではなく、快適性の確保や尊厳の維持には欠かせない行為ですので、実質的に減少したということがないように、利用しやすくするなどの工夫も含めて、今後検討が必要かなと思っております。

以上が通所介護についての意見です。

続きまして、短期入所生活介護です。資料4からです。

サービス提供実態に関する詳細なデータ分析についてです。

民間の介護事業者としますと、中重度となっても在宅で生活が継続できるように支援して、在宅の限界値を引き上げるということは、かねてから申し上げているところであります。

この短期入所生活介護のサービスは、今、9割以上が圧倒的に特養の併設型が多いというわけですが、これは、サービスの創設時のニーズの想定としまして、当時、農業等の繁忙期や冠婚葬祭時の対応や、介護者のレスパイト的な対応として、施設に短期間預けるといったニーズがあったからだと推察しております。

一方、データを見てみますと、例えば、6ページには請求事業者の数が書かれており、平成の終わりぐらいから、おおむね横ばい状態になっています。

8ページの受給者数については、同様の傾向が見られて、令和に入っては減少しています。

9ページでは、介護度5の利用割合が減少している。

また、10ページの地域密着型特定施設や、認知症対応型共同生活介護の短期利用についても、要介護5の比率が低いということが確認できます。

さらに11ページを見ますと、31日以上、長期利用の割合は増加していて、そして、12ページには医療的ケアの必要な利用者の対応割合、これが高まっているということが確認できます。

これらを見てみますと、介護保険の制度は施行されて23年目を迎える中ですが、在宅に移行するまでのインターバルの期間が長くなっている傾向があり、また、医療的ケアの必要な利用者が増加していると。

つまり、これは創設の頃のニーズとは、変化をしておることになりますので、こうしたことから、さらに詳細な調査研究を進めていただいて、在宅の限界値を引き上げるために、ショートステイが有効に使われるように、サービスの在り方の検討ができるためのデータ等の材料提供をしていただきたいと思いますと考えております。

私からは以上です。どうぞ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。

それでは、寺原参考人、よろしく願いいたします。

○寺原参考人 ありがとうございます。

私からは、2点、意見を申し上げます。まず、短期入所療養介護についてであります。

資料5の30ページにも記載されておりますが、本県でも、高齢者にとって一般的な誤嚥性肺炎等の疾患について、介護施設から地域包括ケア病棟への入院患者受入れは進んでおらず、介護老人保健施設における短期入所の拡大が期待されているところであります。

介護老人保健施設における短期入所療養介護の課題として、令和3年度の介護報酬改定時に、ケアマネジャーからは、緊急時の受入れ要望が高いもかかわらず、断られるケースが多いとされていたことから、その解決策として、緊急時の受入れを評価する総合医学管理加算が新設されたところでありますが、33ページにありますとおり、算定件数は伸びていないという状況でございます。

幾つか要因はあると思いますが、その1つとして、加算によるインセンティブが不十分である可能性があるのではないかと考えております。

この加算を算定しております県内事業者を確認をしたところ、検査や処置等にかかった実費が加算で得られる収入を上回ったと聞いております。総合医学管理加算を急性期一般病棟や地域包括ケア病棟を補完する機能として評価するのであれば、加算人数の向上とあわせ、さらなるインセンティブ強化が不可欠ではないかと考えております。

適切な評価により、受入れが促進されれば、医療負荷を避ける手段として効果が期待されるのではないかと考えております。

2点目が、離島や中山間地域等を対象とした特別地域加算についてです。

先般より適用範囲の拡大を提案してきておりますが、今回議題の通所系サービスにおいて、現在は対象とされていないため、改めて意見を申し上げます。

現在、訪問系や多機能系のサービスが加算の対象となっておりますが、その理由は、点在する利用者宅を訪問する際の移動が非効率的なことなどによるものだと思います。

通所系サービスにおいても、事業者による送迎を行っていることが一般的であるなど、同様に非効率な経営状況にありますので、特別地域加算の対象とすることを御検討いただければと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、古谷委員、よろしく願いいたします。

○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。

通所介護と短期入所生活介護の2点について、述べさせていただきたいと思います。

通所介護について、前回の報酬改定において、入浴介助加算に関する変更がございました。先ほど、小林委員、稲葉委員からもありましたとおり、この入浴介助加算については、いろいろな面で、再考する余地があると考えております。

また、通所介護の多くの事業所が経営難に直面しております。新型コロナウイルスの影響による休業や利用控えによる利用者数の減、また、電気料金等の公共料金の値上げ、物価高の影響が大きく、デイサービスの倒産や廃業が相次いでおります。

そのため、賃金アップもできる状況ではなく、他産業へ転職する職員も出ている状況があります。

通所介護は介護保険サービスにおいて、非常に重要な役割を果たしており、利用者にとって必要不可欠なサービスです。そのため、事業者が適切に事業運営をできる体制を構築することが重要だと考えます。

具体的な対策としては、基本報酬の見直しや、事業所への適切な支援策の提供が考えられます。

基本報酬は、事業所の運営を持続可能にするために、公平かつ適切な水準に設定されるべきです。

さらに、新型コロナウイルスの影響は、通所介護事業所において大きなものとなりました。感染対策に関しても重要な取組と考えております。

以上のような対策を講じることで、通所介護事業所が適切な運営を行うことができ、利用者のニーズに応えることができると考えております。

次に、短期入所生活介護についてです。

短期生活入所介護については、どのサービスでも共通ですけれども、電気料金等の公共料金の値上げ、物価高の影響が大きいとともに、賃金アップのための基本報酬の増額について御検討をお願いいたします。

あわせて、基準費用額の物価スライド等の検討もお願いいたします。

また、短期入所生活介護の中の看護体制加算、機能訓練体制加算、個別機能訓練加算について、資料9から12ページでも示されているように、要介護3から5の利用者が約6割、医療的ケアを必要としている方の利用が増えている状況で、あわせて利用日数が長くなる傾向があります。



これは、退院後の在宅に戻るまでの利用や、医療ニーズが高い利用者が、在宅での生活が難しく、長期利用になるということが多いと考えます。

地域包括ケアの観点からも、在宅での生活を支え、家族の負担軽減を図る上でも、短期入所生活介護での医療的ケアの充実や、機能訓練の充実を図ることが重要と考えます。

そのため、看護体制加算、機能訓練体制加算、個別機能訓練加算へのインセンティブをつけ、充実を図ることや、訪問診療等の医療との連携強化についての検討をお願いいたします。

また、特養併設の事業所が95%であり、短期入所生活介護事業所としては、規模が小さい事業所が多いため、現加算で専従の看護師や機能訓練指導員を配置することは難しいとの声が多く上がっております。

特に、機能訓練指導員については、特養本体と一体として配置することや、また、通所介護と同等の配置要件の緩和と、個別機能訓練の実施を促す検討も必要と考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、長内委員、よろしく願いいたします。

○長内委員 ありがとうございます。

私のほうからは、通所介護について、主に発言させていただきます。

通所介護は、要介護者の自立につながるサービスを提供するとともに、利用者家族の負担軽減を行うものであることから、生産年齢人口の減少が見込まれる地方において、持続可能な介護保険制度の確立を図るために、全国市長会としても、その質の向上を求めているところです。

一方で、令和5年の春、全国市長会の提言としましては、介護報酬等について、地域やサービス等の実態に即した適切な報酬の評価設定を行うということで提言を出させていただいております。

介護現場においても、質の高い通所介護サービスを提供するために努力しているところではあります。北海道支部のほうから出ております要望ではありますが、積雪寒冷地の通所介護サービス事業所においては、冬季における原燃料費や除排雪経費といった経費のほか、送迎時間の増加などの負担がかかるため、事業者の皆さんから効率的なサービス提供が難しく、在宅サービスを支える部分について、困難性が増してきたといった御意見もいただいております。

現在の介護報酬加算においては、豪雪地帯に対する加算制度が設けられているところではありますが、厚生労働大臣が指定する地域に限定されており、指定外の地域の事業所は、負担増が評価されていないという実態があります。

そのためにも、質の高い通所介護サービスを提供するため、地域の実情に即した適切な評価方法を設定していただくなど、事業所が効率的に、しかも持続的にサービス提供ができるよう、介護報酬の見直しについて御議論を深めていただけたらと思います。

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、吉森委員、よろしく願いいたします。

○吉森委員 ありがとうございます。

まず、通所系のサービス、それと短期入所系のサービス、この2つについて意見を申し上げたいと思います。

まず資料1、43ページの調査結果にもあるとおり、通所系サービスについては、新型コロナウイルスの影響を最も受けたサービスであると考えております。

そうした意味で、37ページからまとめていただいておりますが、令和3年度の介護報酬における新型コロナ対応のための特例的な評価の実施状況、効果を検証しつつ、これからのウィズコロナ時代における持続可能な通所系サービスの在り方を検討する必要があるのではないかと考えております。

その際、人材の有効活用の観点から、資料2の療養通所介護における利用者の状態確認におけるICTの活用なども参考にすべきだと考えます。

資料3の通所リハビリテーションについても、通所系サービスの1つとして、同様のことが言えると考えております。

資料4、5の短期入所生活介護、短期入所療養介護について、高齢化の進展の中で、医療的ケアを必要とする入所者が増加しており、御家族のレスパイトケアを担う役割が大きくなっている側面があると考えております。

そうした意味で、短期入所系サービスについても、令和3年度の介護報酬改定における新型コロナ対応のための特例的な評価の実施状況や効果、これを検証しつつ、ウィズコロナ時代の持続可能なサービスの在り方、これを検討する必要があるのではないかと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく願いいたします。

○鎌田委員 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の通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護についての意見や質問をさせていただきます。

介護を必要とする人たち、在宅の介護者の平均年齢は上昇しています。7月4日に公表された2022年国民生活基礎調査の概況では、同居介護について、60歳以上同士が77%、中でも75歳以上同士が36%まで増えていることを指摘させていただきます。

また、同居介護をしている人の介護時間がほとんど終日である人は、女性が75%と4分の3を占めています。利用者の増加だけでなく、高齢の介護者が増え続ける中、通所サービスの存在は大変貴重なものです。

論点には、質の高いサービスの提供とあり、もちろん、私たちもよりよいサービスを希

望するものではありませんが、それとともに、必要なときに利用できる通所サービスのさらなる確保のための方策を検討していただくことを希望いたします。

家族の会が、在宅で要介護3以上の人を介護する家族の調査を昨年度実施しました結果では、朝夕の介護者が仕事をしながら介護をしている方というのが増えておりまして、デイサービスの柔軟な時間設定というのを希望しておりました。

朝夕の出勤時間帯に対応できる、そういう時間帯でのサービスということが希望としてありました。

小規模多機能居宅介護もありますが、利用料の面でデイサービス、ショートを単独で使う方も多いです。

本人、家族の介護実態に沿った柔軟なサービスが利用できるよう、重ねて必要なときに利用できる通所サービスというのを希望いたします。

それから、先ほど入浴2の加算のことが出ましたけれども、自宅で入浴できない方を自宅で入浴できるようにということだったと思いますけれども、特に認知症の方は、一人でうまく洗体ができないなどというところがあるので、デイサービスで入っているという方も多いです。

この加算自体が、現状に合っていないと、加算率が低いというところからも考えますので、再考のほうをお願いいたします。

質問ですけれども、先ほど小林委員からの質問の回答でもありましたが、一般のデイサービスが認知症の対応の向上があるのではないかとありましたけれども、前回の報酬改定で、認知症の基礎研修が必須となりましたが、受講状況などは、どんな具合なのでしょう、教えてください。

それから、資料3の通所リハビリテーションですけれども、通所リハビリテーションの事業所の増加は、近年横ばいとのことですが、高齢者人口10万当たりの請求事業所数が、沖縄、徳島、佐賀で突出しているのではないかと思います。

この理由は何なのか、把握されておられるのでしたら教えてください。

2つ目ですけれども、論点のところに生活期におけるリハビリテーションのアウトカムとありますが、生活期のリハビリテーションの成果というのは、具体的にどのようなものがあるのか、教えていただけますでしょうか。

3つ目ですけれども、退院から在宅で早期にリハビリテーションが受けられることは、本人家族ともに希望することです。病院で頑張ってリハビリした結果が、在宅に引き継がれるまでの時間を要する理由が分かるのでしたら教えてください。

本人、家族ではどうしたらいいのか分からないままに、退院しているという現状があります。

最後ですけれども、現状と課題の5つ目のところに実施計画書の活用率が低いことが挙げられていますが、ここにはLIFEの活用も上がってくるのではないかと考えていますけれども、そのようなLIFEの活用状況などの現状が分かっておられましたら、お教えください。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

幾つか御質問がございましたので、回答のほうをお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 まず1点目、基礎研修の実施状況につきましては、今年度の改定検証の検討の内容となっておりますので、現時点では、お持ちしておらず、また、その結果が出れば御報告させていただくということかと思っております。

以上でございます。

○古元老人保健課長 では、通所リハビリテーションについて、何点か御質問をいただきました。

まず、1点目が9ページの請求事業所数の都道府県別のばらつきでございますが、申し訳ございません、詳細については、その要因について、検証はまだいたしておりません。ただ、通所リハビリテーションにつきましては、基本的には、提供している施設が老人保健施設でございますとか、介護医療院などがございますので、そういった地域資源の、その他のサービスとの利用の兼ね合いを含めて、そういった状況であるということだと思えます。

2つ目、アウトカム評価についてでございます。これは、まさに何か決まったやり方というものといいますよりは、前回の介護報酬改定の中でも、アウトカム評価について、しっかり検討することという宿題をいただいているような状況ではございます。

他方、通所リハビリテーションの報酬体系、5ページを御覧いただきますと、例えば、移行支援加算でございますとか、あとは6ページ目の事業所評価加算、こういった加算という形で、そういったリハビリテーションの評価ができないのかということ、これまで検討が続けられていると認識しております、こういったものも踏まえて、次回改定に向けて検討していきたいということでございます。

あと、最後のLIFEの活用状況についてでございます。LIFEについては、様々な種類の介護事業所がその対象となっておりますが、最も多く手を挙げていただいているのが、介護老人保健施設でございます、6割以上、おおむね7割の老健施設がLIFEを実施されているような状況がございます。

その他のサービスについては、実施割合は、まだ、ばらばらでございますけれども、この給付費分科会の中でも、今後LIFEについて、また御議論をいただく際に、しっかりデータをお示ししていきたいと思えます。

すみません、3番目の御質問が、どういった内容か、もう一度おっしゃっていただけますと、大変ありがたいのですが。

○田辺分科会長 インターバルです。

○鎌田委員 はい、そうです、期間が長いのは、何か原因とかがあるかということです。

○古元老人保健課長 長い原因でございますね、2週間以上の方が一定割合いらっしゃるということについては、やはり介護サービスになりますと、ケアプランに基づいたサー

ビスが必要になるということですので、例えば、そういったケアプランにしっかり位置づけた上で、事業所を選定して進めていくと、こういったことを入院中にどのような形で進めていけるのか、そういった必要な手続一つ一つを少し因数分解して、対応を考え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 鎌田委員、よろしゅうございますか。

○鎌田委員 はい、ありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、田河参考人、よろしくお願ひいたします。

○田河参考人 ありがとうございます。健保連の田河でございます。何点か要望を申し上げたいと思います。

まず、資料1の通所介護等でございますが、資料1の37ページ、これは先ほども吉森委員が触れられたかと思いますが、感染症等の影響を踏まえ、前回改定で実施しました、通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応については、今後の議論の際に、届出や算定状況などを踏まえた効果検証を含め、機能したかどうか分かるような資料を提示していただきたいと思ひます。

また、資料2の療養通所介護について、要望を述べさせていただきますが、27ページに前回改定で実施した月単位の包括報酬について、その影響に関するヒアリング結果が示されておりますが、対象数が3事業所となっております、この結果のみでは、どうするかという議論は難しいかなと思ひております。より実態が分かるような資料があれば、御提示をいただきたいと思ひております。

そして、資料3の通所リハでございます。医療保険から介護保険への移行の際の適切なリハビリテーションの提供など、情報連携が不可欠であると考えておりますが、40ページに示されているように、医療機関で作成した疾患別のリハビリテーション実施計画書を、介護保険のリハビリ担当者が入手していないという状況は、問題ではないかと考えております。

診療報酬では、計画書の提供に関する評価もござひますが、それが機能していないということであれば、単純に情報提供を評価するという方法だけでは改善されないのではないかなと思ひます。情報提供・連携がスムーズに進む体制の整備・構築が必要と考えております。

また、通所リハビリテーションの総合的な評価については、ストラクチャーやプロセスによる評価の加算が多いかなと思ひますが、生活機能等の改善・変化等の実績を含めるなど、アウトカムによる評価について、具体的な指標、評価方法を検討し、算定要件に含めていくべきと考えております。その際、加算の整理・統合も検討をすべきであろうと思ひております。

最後に、資料5の短期入所療養介護についても意見を申し上げさせていただきます。

これも先ほど少し御意見が出ておりましたが、短期入所療養介護の要介護度別受給者数

が減少傾向にあります。また、34ページを拝見すると、前回の改定で新設された総合医学管理加算について、約3割の医療機関しか認識していないと、十分周知がされていないのではないかと考えております。

医療ニーズへの対応の強化を図る、あるいは医療・介護の役割分担、利用者の負担軽減等の観点から、ぜひ周知する方法を検討し、短期入所療養介護の利用促進を図っ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。

それでは、田母神委員、よろしく願いいたします。

○田母神委員 ありがとうございます。資料2、資料4について、意見を申し述べます。

資料2の療養通所介護についてでございます。療養通所介護につきましては、難病や脳血管疾患後など、要介護の利用者の中でもかなり要介護度の高い方、そして医療ニーズも高い方の在宅療養を支えているサービスでございます。このことは、資料にもお示しいただいているところでございます。

また、平成24年度からは、療養通所介護において、児童発達支援や放課後等デイサービスなどが可能となっておりますので、地域共生社会に資するサービスとしまして、障害児、障害者の支援にも、重要な役割を果たしているところでございます。

令和3年度の介護報酬改定で、月単位の包括報酬となりましたが、その影響としまして、27ページに利用希望者の単位数が足りず、サービスを利用できなくなったケースなどの意見が挙がっております。

重度の方でありますと、ほかのサービスも併用した在宅療養が必要になるということも踏まえた対応の仕組みが求められます。

区分支給限度基準額等により、療養通所介護の利用機会が妨げられるケースについては、実態を踏まえた何らかの対応を希望いたします。

また、27ページには、新規の相談があっても利用につながらないといった趣旨の指摘も挙がっております。

包括報酬の場合、小多機や看多機では、登録定員とは別に短期利用居宅介護の仕組みがございますが、療養通所介護についても同様の仕組みがありますと、利用者の緊急のニーズや、利用者の選択に応えることにつながる仕組みとなるのではないかと考えております。

また、資料の20ページの前回改定の審議報告におきましては、療養通所の今後の在り方について検討とされているところでございますが、こうした療養通所介護が、現在果たしている機能をふまえ、現利用者の不利益や混乱を招くことがないように、データを詳細に把握した上で、慎重な検討が必要であると考えております。

資料4の短期入所生活介護についてでございます。

資料4の12ページでは、カテーテルやストーマ管理、褥瘡処置をはじめとした医療ニーズへの対応を要する方の割合が、全体に高くなっているということが示されております。

さらに、課題を具体的に把握した上で、事業所内の看護職員配置、外部の医療機関や訪問看護ステーションとの連携強化策についても、検討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、清家参考人、よろしく願いいたします。

○清家参考人 ありがとうございます。

私からは、資料1の通所介護、資料3の通所リハ、この2つの資料に基づいて意見を申し上げます。

まず、資料1ですが、先ほど吉森委員と田河参考人からも意見がありました37ページの対応について、対象サービスごとに、改定以降どれほどの事業所で実績があったのか、今後の検討のためにも、具体的な分析をお願いしたいと思います。

続いて、資料3の通所リハについて、論点に沿って申し上げたいと思います。

2つ目の点として、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価ということが書かれています。私どもとしては、質の向上を図る観点から、総合的な評価を行う以前に、アウトカム評価をより重視すべきという考えを持っています。

したがって、既存の加算も含めて、アウトカム評価をより組み込むという方向で御検討をお願いしたいと思います。

それから、3つ目の論点に関して、資料の21、46ページ、前回の改定で設けられた、いわゆる一体的計画書について、低調であるという評価がなされています。

回答を見ていると、様式の使い勝手が悪いという回答は少ないですが、別様式で運用や、活用を促す加算がないという回答があるのは、やや問題があるのではないかという認識を持っています。

広く情報連携を進めていく上では、共通の書式を持つておくことが望ましいと思いますので、必要に応じて、様式例を見直す等、より広く活用いただけるような施策を検討いただきたいと思います。

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。

それでは、濱田委員、よろしく願いいたします。

○濱田委員 よろしく願いいたします。

資料1の通所介護について意見を申し上げます。

28ページに収支差の記載がございますが、この間、新型コロナウイルス感染拡大下による利用控え、その他の各種要因がありまして、収支差率もかなり低下しておりまして、経営不安定な事業所も少なくないかと考えます。

加算等算定の際の事務負担や、先ほどから御意見もございますけれども、入浴介助加算のように、複数職種の訪問と調整など、労力が一定伴うものにつきましても、負担軽減を図ったり、要件にある助言や計画などの明確化により簡潔に充足できるようにするなど、

様々な方策を検討してはどうかということでございます。

続きまして、資料3の通所リハビリテーションについてでございます。

リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組につきましては、それぞれ専門職が必要となりますが、なかなか通所事業所で、それだけの人員を確保するほどのニーズを満たすことが難しいということで、やはり併設などの他の施設や医療機関等から派遣などが行われれば可能かと思いますが、なかなか人員の確保が難しいということで、進めづらいことがあるのではないかと推察いたします。

しかし、例えば、少し時間的余裕をつくって、会議等の出席ができる、これは通所リハビリテーションの事業所側ではなくて、派遣する側の施設や機関等のほうでございますが、少しこれらが進むような方策、例えば、書面による対応も、出席できない場合は可能とするなど、口腔、栄養等の専門職の人材をふだん配置されている側の要件なども考慮してはどうかということでございます。それによって少しでも取組が推進できないかということでございます。

資料4の短期入所生活介護でございますが、こちらのほうも21ページに、収支差率の記載がございますが、新型コロナウイルス感染下による利用控え、その他の各種要因もあってか、収支差率もかなり低下していて、恐らくは併設事業所も多いということで、場合によりますと、併設施設全体の収支差にも悪影響を及ぼしている可能性もあるのではないかと考えます。

ここ数次の改定では、介護保険施設への長期の利用の場合と、報酬差が徐々に縮小してきているかなということでございますが、やはり新型コロナウイルス感染拡大以降、利用前や利用当日の健康チェック、ケース・バイ・ケースで観察期間を設けたり、あるいは外部医療機関との連携、急変時の対応など、やはり通常の場合の長期の利用の場合に比べ、明らかに、当初の介護の手間は拡大しているかと存じます。これらの点も考慮した改定が必要ではないかと考えます。

それから、これは全体を通じてということで、大変僭越でございますけれども、各種加算項目が増えてまいっております、報酬体系が少し複雑化しているということが以前から指摘されております。

例えば、これは誤解を恐れず申し上げればということで、大変恐縮でございますが、算定率が0.00何パーセントというような場合も見られます。もちろん、加算の創設の意義というのも非常に重要でございますし、算定率が低いから、すぐにどうにかするということではなく、一定のルールの下に今後どうするかという検討の俎上にのせるようなことも、これは今期が終わってからもよいかと思いますが、検討してはどうかということでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、荻野委員、よろしく願いいたします。



○荻野委員 荻野でございます。私からも2点、意見を申し上げさせていただきたいと思  
います。

まず、1点目は、資料3の通所リハビリテーションについてでございます。

これは、同時改定の意見交換でも、私どもの委員から発言させていただきましたけれど  
も、リハ、栄養、口腔の一体運用の取組の重要性は言うまでもありません。

ただ、この中で特に明示されておられませんけれども、薬の副作用によるふらつき、味覚  
障害による栄養摂取の問題、あるいは口内炎の発生など、いずれの分野も薬との関係は切  
り離せるものではありませんので、薬剤師との連携の重要性についても明確化しておくべ  
きと考えております。

それぞれのケアにおいて、より高い効果を求めるためには、薬の管理や薬剤師の活用が  
欠かせません。

栄養摂取、身体機能あるいは口腔環境などは、薬学的な視点から改善し得る事例もあり、  
薬剤師とも連携し細やかな状態把握をすることによって、ポリファーマシーの回避や減薬  
などにもつながるものと考えております。

2点目でございます。資料4、短期入所介護についてでございます。

12ページの資料でございますけれども、医療的ケアの必要な対応内容に関する調査結果  
では、服薬管理が77.5%と最も高い割合であることが示されております。

施設での服薬管理は、利用者の状況やニーズに合わせて多様化しており、入所者の要介  
護度や生活環境などは様々であります。個々の利用者の状況に応じた対応が必要となりま  
す。

現状、ショートステイ先での服薬管理などは、ふだんから関わっている利用者もしくは  
薬ではないために、施設から直接薬局に相談や依頼が来ることがあります。在宅からショ  
ートステイに移行した際に、処方追加などがあった場合や、服薬状況等の情報が共有され  
ない場合には、継続的管理とならず、必要な情報が途切れてしまう課題がございます。

服薬指導あるいは管理を途切れさせず、安全に薬物治療が行われるよう継続管理という  
観点から、薬局とショートステイとの連携体制の構築を早急に実現する必要があります。

また、施設からの依頼で、薬剤師が訪問し、服薬指導や管理を実施した場合の評価につ  
いても検討する必要があるものと考えているところでございます。

私からは以上でございます。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。

それでは、石田委員、よろしく願いいたします。

○石田委員 よろしく願いいたします。

私のほうからは、通所介護と通所リハの点で意見を申し上げたいと思います。

先ほどから出ているように、認知症対応型の通所介護の件数が減っているということの  
主な理由としては、一般通所介護の中で、認知症対応力、スキルが上がったということが  
考えられるのではないかと、基礎研修がかなり実施されていてというような御説明があり

ました。

かつて、認知症ということであるがゆえに、通所介護等のサービスを断られてしまったということがあった時代のことを思うと、やはりこの点については、利用者側としては、ある意味ではプラスなのですけれども、実際に通所介護とか、地域密着型通所介護において、認知症の方々がどのぐらい利用されていらっしゃるかという現状とか、実際の状況がどのぐらい把握されているのか、もし分かれば、もしくは、これからであれば、ぜひそういったのも調べていただきたいなど、利用者の側からすれば、そういったことは安心材料につながりますので、それは要望として、申し上げておきたいと思います。

それから、通所リハにつきまして、今、少し出ましたけれども、リハと口腔と栄養に関わる一体的な取組ということが、実際に、もう挙げられているにもかかわらず、まだ、実際にそういったことを実施しているケースが多くないということが報告でございました。

やはり、この内容については非常に効果もあり、内容として推し進めていく必要があると考えますので、あと加算等も含めて、ぜひ、これは検討していただきたいと思います。

それから、通所リハに関しては、大規模事業所の特徴が出ているという御報告もありました。

この中で、事業所の大規模化と協働化という言葉が出てきております。ただ、大規模化というのと協働化ということであれば、内容が全然違ってくると思います。

実際に、大規模化によって行われてきた通所リハのサービスの内容と、それから、協働というのは、例えば、コロナ等の影響によって小規模、中規模の事業所が連携しながら1つの取組をしていくということも考えられるのかなと思いますけれども、この大規模化、協働化という文言が幾つか使われておりますので、実際、どのような形で大規模化が行われて、その実際の内容であったり、協働化でどのように事業所同士が連携をしているかという実例等を、また、何かの機会にぜひ御報告いただければ、その内容を知っておきたいなどと思いますので、それは、もう一つ要望として申し上げておきます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。日本歯科医師会の野村圭介でございます。

私のほうからは、中小リハの部分と短期入所について発言をさせていただきたいと思えます。

前回の改定では、21ページありますように、リハ、口腔、栄養の一体的な推進が図られたところであり、口腔や栄養のスクリーニングを入れていただきました。

今回、資料の46ページに示されておりますけれども、一体的な計画書の利用は、まだ少ないという認識でございます。先ほど石田委員さんのほうからもお話があったことと同じでございますけれども、特に口腔の情報というのは、ケアマネや介護職の方にも理解でき、連携しやすくなる仕組みが重要と考えております。

コロナで一時的に中断されたと同様の口腔機能向上の取組についても、まだまだ算定率が低く、ひいてはオーラルフレイル対策等にも貢献できるという視点から、より内容を充実していただければと思っております。

また、令和6年度の同時改定の視点として、誤嚥性肺炎の繰り返す方への対応というところ、すなわち医療的な要素が強く、口腔の管理が不足しているケースも多いと考えております。

ショートは、短期滞在ということを理解しておりますけれども、訪問歯科診療を実施する場所としては、やはり居宅、在宅よりも環境が整っている場合も多く、その間に必要な歯科治療ができるというメリットもあると考えます。

ケアマネ等からの情報共有によって、ショート入所期間における口腔の管理も何らかに進むことが期待しております。

また、当院の向かいにも通所介護の施設がございますけれども、なかなか利用者さんが、利用時間が終わってから治療に来院されるというような形になりますので、どうしても時間的な制限がございます。いろいろと治療の内容も、時間が長引いてしまうと、利用者さんにも負担をかける、また、お迎え来られる家族の方も、やはり負担があるということで、これは、日本歯科医師会のほうで、通所への訪問診療が可能になる仕組みについても、御要望をさせていただいているところでございますが、こういうようなところも考えて、利用者さん、そして家族の負担軽減についても、御一考いただければと思っておりますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思っております。

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、及川委員よろしくお願ひいたします。

○及川委員 日本看護福祉士会の及川でございます。

全体を含めてということと、あと地域密着型の通所介護について、少し意見と質問をさせていただきます。

特に重度の要介護状態の方を支える家族にとって、レスパイト機能は極めて重要でございます。

しかし、このレスパイトの機能を有する各サービスを提供する事業所の数が、横ばい状態または減少傾向にあります。

このことを踏まえると、地域のレスパイトケア等のニーズに答えられなくなっているのではないかと懸念しております。もし、調査結果等があれば教えてほしいです。

それから、資料1の6ページにあります、地域密着型通所介護の算定状況のところの下のほうなのですが、特定処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）について、ほかのサービスに比べると算定率が低くなっているという状況でございます。この理由について、もし調査結果等があれば、これについても教えてほしいです。

今後、地域完結型のサービス提供体制を整備していくに当たっては、家族のレスパイト

ニーズにきちんと対応しつつ、他方で、サービス利用者の多様化、複雑化、高度化するニーズに適切に対応できる介護体制を備えていくことが重要と考えます。

この役割を担うことができるリーダー的介護福祉士の配置の強化等を進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

何点か御質問がございましたので、回答のほうをお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 2点、レスパイトの必要性及び加算の取得状況について御質問をいただきました。

恐縮でございますけれども、詳細のデータが、今、手元ございませんので、また、改めまして御報告させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○及川委員 よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、田中委員、よろしく願いいたします。

○田中委員 ありがとうございます。

私からは、資料2、3、4、5について、コメントを申し上げたいと思います。

まず、資料の2、療養通所介護でございますが、重度の方が、ほぼワン・オン・ワンでエステのように看護師付きつきでケアを受けられる大変よい制度だと思っております。

個別の音楽療法やスキンケアなどで丁寧に対応し、褥瘡の予防や、重度寝たきりの方や、身体障害の方の気分転換などを行っています。

課題になっているのは、重度の方ばかりですので、やはり送迎が大変困難だということです。

また、利用費用が高いなど、一般の方々には内容がよく理解されていないように感じています。

一方で、報酬も見合わないことが14ページからも見て取れます。

また、障害施設と併設していない我々のような事業所が、医療的ケア児や障害者の方をグループホーム等から受け入れようとする、ただでさえ人材が逼迫しているサービスサービスマネジメントという資格者を新たに配置しなければいけないということがあり、行政をはじめ、関係者間の調整や手間が大変必要になっています。

トリプル改定の今回は、医療・介護、障害の担当レベルでの協議や検討をしていただきたいと思います。

次に、資料3の通所リハビリテーションです。

論点でもありますスライド39の退院後にリハビリを利用するまでの時間について、44.2%が2週間以上かかっているという件ですけれども、これは、急性期病棟からなのか回復期病棟からなのか、療養なのか、様々な病棟種別があるために、こういった病棟からの退院後がうまくリハビリに引き継げないのかを調べることで、解決のアプローチが変わ

ってくるのではないかと考えています。もし、そういったデータが手元にないのであれば、調査をしたらどうかと提案いたします。

感じているところとして、病院におけるリハビリ職が介護の制度を熟知できないということを経験しています。

また、要支援の方の利用終了の促しについて、49にあるように、本人の継続希望が多い中、通所リハを卒業させよということであれば、それ以外の適切な居場所が各自治体にあるのか、どこかしらで議論したほうが良いように思います。

通所リハビリは、送迎をして家から出してくれて、リハビリもし、利用時間の長さも選べる大変優れた万能なサービスです。多くの総合事業には送迎すらないと、実際のところは問題があります。

さらに、事業所側から言えば、要介護者と比べ報酬に差があるので、積極的に予防の方を集めているわけではなく、希望する方がいるから利用者を受け入れているのが実情です。利用者目線で見れば、これを問題視して、終了の方向に推し進めば、なじみの通いの場所を取り上げることになり、結果、重度化が進む可能性があり、そうなった場合に困るのは御本人だけではなく市町村でもあると思います、効率的な議論ではないのではないかと感じています。

次に、論点の生活期におけるリハビリテーションのアウトカムについてですが、多くの利用者さんが高齢で複数の疾患が併存しています。

最近、医師の間では、これらの患者さんをマルチモビリティ患者と呼び、疾患改善の評価や機能改善の評価も難しいと言われていています。

御利用者を現場で見ていると思うのは、まず楽しめているか、幸せなのか、大事にされているのか、やりがいを感じているか、こういったことが非常に重要で、それらの方向に評価の目を向けることが重要だと思います。

次に資料の4、短期入所生活介護ですが、11ページにあります、ショートステイの長期間利用が一定程度いるという指摘ですが、常に特養の待機場所について、本分科会でもどこで待機すべきかという議論がなされています。

特養の中で待機ができるのであれば、なじみの関係になってからの長期入所に切り替わり、利用者にとっても、家族にとっても、事業所にとっても非常に利点が大きいと感じています。

最後に資料の5、短期入所療養介護についてです。

20ページの全体のサービスの0.4%しか老健のショート等は使われていない、特養は39%であるというような御指摘ですが、特養は開設時に短期用ベッドとして、きちんと決まったベッド数を確保されます。

一方で、老健の場合は空床利用になっています。使われていないのは、長期入所で空きベッドがないから利用されていないのか、それとも利用する人がいないから使われていないのか、また、市町村によっては、老健ショートは長くても1週間までといったローカル

ルールもございますので、そのため使いにくくて埋められていないのかを調べる必要があるのではないかと思います。もし、これらの理由が分かっているのであれば、教えてください。

最後に意見交換会でもございましたが、リハや認知症対応の強みのある老健で身体拘束などを受けずに、点滴治療ができ、結果としてADLを落とさないで過ごせるとすれば、高齢者の治療の場として見直してよいのではないかと、改めて発言いたします。

スライド33にあるように、まだまだ7割もの医療機関に周知がされていないので、知られたら訪問診療のバックベッドとして活用の道があると考えます。

在宅医の患者が熱中症になり、その主治医の判断で短期の輸液で済みそうということであれば、三次救急へ搬送されるのではなく、あらかじめ連携した老健で医療ショートを利用できるのではないかと考えます。

スライド33にあるように、総合医学管理加算がなかなか利用されていないのは、高齢者は治療までにいろいろと時間がかかるので、そもそも7日間という限度が、短く使いにくいのではないかと感じていることもお伝えしたいと思います。

私の発言は以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

幾つか数字を持っていますかというものがございましたけれども、答えられますか。

○古元老人保健課長 老健課長でございます。

ショートの老健の利用割合の御質問について、数字については確認をして、また、しかるものがございましたら、御報告を申し上げたいと思います。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○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3、4、5について、御意見を申し上げます。

まず、資料3「通所リハビリテーション」でございます。4ページの通所リハビリテーションの概要、人員基準、設備基準の一番下、設備基準に事業所の規模が出ております。この事業所の規模によって、5ページにあるように、通所リハビリテーションの報酬が定められており、規模の大きい事業所ほど報酬単価が低い設定となっております。いわゆる、これが大規模減算であります。

大規模減算につきましては、平成18年度介護報酬改定の検討を行った際の介護給付費分科会におきまして、随分昔のことですけれども、当時委員で、お亡くなりになりました池田省三先生が、通所の大規模事業所では、多くの利用者を一堂に集めてサービスを提供し、経営効率がよく、スケールメリットがあるサービスの提供の仕方をしていると問題視をされ、強く基本方針の見直しを主張され、この大規模減算が導入された経緯がございます。

私は、この何回かの介護報酬改定の議論におきまして、何度もデータをお示しして、一律の大規模減算の見直しを訴えてまいりました。

今回、資料3の43ページにも出ておりますが、大規模事業所ほどリハビリ専門職や、そ

の他の介護職を多く配置していることが分かっております。

また、大規模事業所のほうが要介護度の重い方に対してサービスを提供していることなど、決して大規模だから経営効率がよいというデータではなく、スケールメリットが効いていないということは明らかでございます。

さらには、他のサービスにおきましては、大規模化し集約化するということが推進されている今日、この大規模減算は時代に逆行するものと考えます。

次に、介護予防通所リハビリの長期間利用減算について申し上げます。

資料3の46から48ページに、介護予防通所リハの長期間利用減算の算定割合、利用を継続する理由等のグラフが示されております。

この減算は、利用者の希望により長期化したサービス提供について、長期化は悪として適正化されたものですが、考え方を逆方向にすることもできるのではないのでしょうか。

介護予防とは、要介護になることを遅らせるためのサービスでもございます。ですので、要介護にならないように、サービス提供により利用者の状態を維持できているからこそ長期化するのであって、悪ではなく、それこそ評価されるべきものと考えます。

短期間で介護予防サービスから要介護のサービスへ移行することとなったら、それこそ悪ではないのでしょうか。要支援の状態でも長く維持できていることを評価すべきではないかと考えます。

次に資料4「短期入所生活介護」について一言申し上げます。

12ページに、短期入所生活介護、医療的ケアの必要な利用者の対応内容のグラフがございます。また、そこには「医療的ケアの対応割合は高まっている」とあります。しかし、本来、医療的ケアの必要な方は、生活介護のショートではなく、療養ショートへケアマネジャーが誘導すべきものだと考えております。

最後に資料5「短期入所療養介護」について申し上げます。

資料5の10ページに、ショートの請求事業所数と、15ページに費用額のグラフも出ております。

どの数値も令和2年度から、大変激しい下がり方をしております。これはコロナ禍の影響をもろに受けていた結果だと思われれます。

短期入所生活介護でも下がってはいますが、短期入所生活介護では計画的で長期の方が多いため下がり方が小さくなっています。一方、老健施設の療養ショートの場合は、緊急で利用したり、在宅支援の一環としてサービスを提供しているためコロナの影響が大きく下がり方も大きくなっていると思われれます。

最後に、いわゆる医療ショートについて申し上げます。

資料5の38ページの論点2に「短期入所療養介護について、在宅復帰・在宅療養支援機能を促進していく観点」と書いてございます。

まさに、これに対応できるのが、32ページにございます総合医学管理加算、いわゆる医療ショートの活用ではないかと思います。

33ページでございますように、まだまだ算定件数が低いです。この原因として医療ショートを利用すると、総合医学管理加算に加え、緊急短期入所受入加算や個別リハも上乘せされるため、区分支給限度額を超えてしまうという問題があります。医療ショートに係る医療部分は、区分支給限度額から除外する等の工夫を行うことで、よりサービスを利用しやすくなると考えます。

34ページには、この医療ショートについて、医療機関にどれだけ認知されているかのデータがございます。ここでは3割が認知しているとの回答がありますが、この調査は、そもそも老健施設が周辺の医療機関に調査協力をして、回答をいただいたものでございます。ですので、普段から老健施設を認識している医療機関であるというバイアスがかかっている可能性もあります。

いずれにしても、この医療ショートについては、ほかの委員からもございましたが、さらに周辺の医療機関やケアマネに周知をしていくことが必要であると考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、松田委員、よろしく願いいたします。

○松田委員 松田でございます。

もうほかの委員の方が言われたことを繰り返すことになるのですが、やはり、これから2040年に向けて、介護の現場の労働生産性をいかに高めるかということと、質の確保をどう両立していくか、多分ここがポイントになるだろうと思っています。

そのために、まず1つ、先ほど濱田委員が指摘されましたけれども、いろいろな複雑な介護報酬になっていると、そのために、多分、事務作業がかなり複雑なものになっているだろうと思います。あるいは、記録もすごく複雑になっていると思います。

そういうものを、少し簡素化するというのを考えて、実際に人に対する直接的なケアを増やしていく時間を考えなければいけないのではないかと思います。そういう意味で体系の見直しは、不可欠かなと思っています。

もう一つは、先ほど東委員が御指摘されたように、大規模減算というのがもう時代に合わなくなってきたのではないかなと思っています。規模が大きいから質が悪いという発想ではなくて、恐らく、質を別途評価するという仕組みで、適切なケアがやられているのであれば、それは規模の問題ではないのだろうと思います。

そういう意味で、質をどう担保するかということに関しては、先ほど田中委員が指摘されましたけれども、いかに評価指標をつくっていくかということだと思います。

ただし、その時に、介護保険を使っている方たちの平均年齢が85歳を超している状況で、アウトカム評価にあまり重点を置いてしまうと、恐らく間違えてしまうだろうと思っています。

僕らも要介護度が悪化する原因を調べていますけれども、一番効いているのは、実は年齢なのです。年齢がどうしても効いてしまうので、そこをなかなか介入することは難しい



と思いますので、むしろ適切なケアがやられているのか、あるいは、それに対して利用者さんや、その家族がどう満足しているのか。

そういうプロセスと、それに関連した評価というものを中心にやっていくことで、大規模減算とか少し効率を下げているような、生産性を下げているような仕組みの見直しをやられたほうがいいのではないかなと思います。

あと、歯科診療に関しては、もういっぱいエビデンスが出ているので、予防効果に関してですね、私たちが分析した結果でも、継続的に歯科を受けている要介護高齢者は、受けていない要介護高齢者に比べると、4割ぐらい肺炎になる確率が低いです。そこに栄養も関連してくると思うのですが、何かそういうものを継続的に取れるような仕組みもLIFE中に組み込んでいくことが大事なのかなと思いました。

あと、先ほど通所介護と通所リハビリで、認知症がどのくらい違うのかというような御質問がありましたけれども、私たちの手元のデータでやると、大体デイサービスは4割ぐらいの方が認知症を持たれています。デイケアのほうは、大体その半分ぐらいで2割ぐらいです。

そう意味で、先ほど御指摘がありましたように、デイサービスのところが、かなり認知症対応力が高まってきているということは確かだろうと思います。

そういう意味で、そういう形でのデイサービスとデイケアの役割分担ができていないのかなと思います。

最後に、通所系のサービスなのですが、僕は、本来は日常生活圏域の中で行われるべきだろうと思っています。

ところが、実際には日常生活圏域を超えて移送が行われていると。そのことが本当に望ましいのかどうかということについては、やはり考えなければいけないのだろうと思います。

これは、多分、ケアマネージャーさんがケアマネジメントの段階でやらなくてはならないことなのかもしれませんが、なるべく日常生活圏域でサービスが受けられるような仕組みに関しても、少し何か工夫が必要なのかなと思いました。

以上、全部意見でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、よろしく願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

それでは、幾つか意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、令和3年度の決算の収支差率のお示しがございましたけれども、通所介護で1.0%、通所リハビリテーションで0.5%という大変厳しい状況にあります。

個別のヒストグラムを見ても、大体半数の事業所が赤字という異常事態になっておりまして、今後、多くの事業所の存続が大変厳しい状況にあると思います。

したがって、次の改定では、しっかり足腰の基盤を強くするために、基本方針の見

直しでありましたり、先ほどから出ている東委員、松田委員に私も賛成ですけれども、今、大規模化を推奨している中で、そして、これまでのいろいろなデータで、大規模な通所事業所ほど、機能性が高いというデータも複数示されておりますので、詳細な経緯は東委員がおっしゃったように、大規模減算という発想から始まって、今の規模別の施設類型に分かれているという流れで、これまで来ていますから、その辺りは、質を評価していくとか、実際に機能性も高いわけで、しかも大規模化を全ての事業所で目指そうという中では、時代に逆行しておりますから、早急に見直しが必要だと思います。

続いて2点目ですけれども、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が重要ということは共有できていると思います。

これは、以前からですけれども、通所サービスにおける栄養、口腔関連の加算の算定率は、本日の資料にもありますように、極めて低い状況が続いています。在宅の専門職の人材不足が背景にあります。例えば、通所リハには、リハビリテーションマネジメント加算というものがございます。本人、家族、医師、その他、多職種、ケアマネージャー、地域のサービス提供者が一堂に会してカンファレンスを開催することを要件としているものでございまして、この通所リハのリハマネ加算を算定した場合の有効性も、これまで通所リハ、訪問リハにおいても示されてきています。

したがって、こういったリハビリテーションマネジメントの実施に、例えば、管理栄養士さんとか、歯科衛生士さん、あるいは歯科医師の先生方が御参加されるというのも方策の一つではないかと思えます。

続いて、入所から在宅リハへの円滑な連携が求められることにつきまして、退院、退所時のカンファに在宅のリハ職が参加していくとか、あるいは医療のリハの実施計画書を共有するということから、まず始めることが重要ではないかと思えます。

次に、予防リハについて申し上げたいと思います。

生活期リハにおいては、先ほど松田委員からも御指摘がございましたように、やはりプロセスが重要であって、既に改善するフェーズではないので、非悪化あるいは維持というのが大きな役割となろうかと思えます。

38ページでは、全体の9割が改善、維持となっています。この点については、以前から申し上げていますが、予防リハを継続しているから維持できているのか検証ができておりませんので、今後の予防利用の在り方や効果について、検証の必要性は申し上げたいと思います。あわせて、事業所評価加算も見直していく必要があるかと思えます。

次に、入浴介助加算は前回改定において、在宅の課題を通所サービスは、通所事業所において、リハビリテーションや機能訓練で克服することが役割であるといったことを背景に導入されたと認識しておりますけれども、その中で、例えば、在宅はユニットバスが多いということで、事業所の個浴等で対応することを評価するものになっています。算定が低調でありますので、この辺りは今後どう考えていくかというのは、また議論の必要があるかと思えます。

1点だけ申し上げますと、入浴介助加算の（Ⅱ）で、例えば、個浴の入浴介助とかをするのであれば、これは、かなり職員にスキルが求められますから、しっかりと入浴の実技面の実習というものも必要だろうと考えます。

続きまして、通所リハの総合評価につきまして、現状通所リハの提供事業所は、多くは医療機関と老健であろうかと思えますけれども、この医療機関と老健の通所リハにおいては、今、提供状況に大きな差があります。提供時間でありましたり、利用者の要介護の状態でありましたり、今は役割が全く違うので、共通の評価指標というのは、現在、不可能に近いと思っています。

それから、生活期リハの指標というのが、プロセスを重視して、アウトカムをどうするかというのは、まだ定まっていないのが現状であって、生活期リハは心身機能に偏らず、活動、参加にバランスよく提供するというので、なるべく非悪化、維持を目指すということになるかと思いますが、大事なことは、現状の日本人の要介護の、例えば1の方の2年後に、5人に1人はもう亡くなっています。要介護2になりますと、2年後に4人に1人が亡くなっています。これは、要介護認定の更新の状況ですが、残りの不変が35%、重度化が35%で、改善が5%というのが、今の足元の実態です。

したがって、そういった方に、改善というアウトカムというのは、当然なじまないわけですので、生活期リハは、必要なときに張りをつけて行うことが大切である一方で、要介護認定者にリハが必要ないという方は、当然いらっしゃらないので、卒業という概念というよりは、人生の最期までをしっかりと支えるサービスと位置づけていくことが必要ではないかと思えます。

最後に簡単に、療養ショートについて申し上げたいと思います。

先ほど東委員からも出ておりましたが、総合医学管理加算につきまして、老健管理医師の御自身の専門分野もありますし、特性もあります。

そして、施設の設定の状況も異なりますので、施設ごとに対応できる医療提供というものを、各地域でかかりつけ医と共有する仕組みを検討すべきではないかなと思います。

それについては、平素からの連携が重要でありますし、今後の新興感染症対策においても、その辺りは求められていきますので、そういった中で、例えば感染対策で、医療機関と介護事業所施設が連携するとか、そういったものが感染症対策の見直しでも盛り込まれておりますし、そういった議論の中で、こういったショートステイというものも含めて議論することが重要ではないかなと思います。

最後に1点だけ申し上げます。

療養ショートは、以前は厚労省のほうからも、リハ合宿、いわゆるリハビリテーションのための短期入所合宿みたいな言葉も資料に提示された時期もございますけれども、今日の資料で個別リハビリテーション実施加算の算定率が約5割、49.8%ぐらいなっておりますので、本来の療養ショートというのは、多職種がいて、いろいろな多機能を持っていますから、リハ目的のショート利用でありましたり、もう少し機能を、これから増やしてい

く必要はありますし、その辺りも十分ケアマネージャーさんをはじめ、地域の方々に、療養ショート役割というのを、もう少し認識して頂く必要があると思います。

したがって、地域の医療提供体制を含めて、みんなでどう考えていくかということが重要ではないかと思えます。

長くなりましたが、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。

ほかは、いかがでございましょう。

よろしゅうございますでしょうか。それでは、一通り議論をいたしましたので、事務局におかれましては、本日、各委員からいただいた御意見等を十分に踏まえた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を、引き続き進めていただきますよう、お願い申し上げます。

それでは、本日の審議は、ここまでとしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程等につきまして、事務局のほうより、説明のほうをお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局です。

次回の第220回「介護給付費分科会」の開催は、7月24日午後を予定しております。議題については調整中となります。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

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

それでは、散会いたします。