

2023-7-24 社会保障審議会介護給付費分科会（第220回）

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第220回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開会させていただきます。

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

本日は、これまでと同様、オンライン会議システムを活用しての実施とさせていただきます。

また、傍聴席等は設けず、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

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

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

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を確認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も掲載しております。

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対応をお願いいたします。

次に、オンライン会議における発言方法等について確認させていただきます。

オンラインで御参加の委員の皆様、画面の下にマイクのアイコンが出ていると思います。会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきますが、御発言される際には、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いただくようお願いいたします。

御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を降ろす」をクリックいただき、あわせて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、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。

まず、事務局より資料の説明をお願いいたします。では、よろしく申し上げます。

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

資料1「訪問介護」から御説明をさせていただきます。

資料をおめぐりくださいませ。訪問介護の概況でございます。4ページでございます。訪問介護の定義及びサービス類型としてお示ししております。よく御承知のとおり、身体介護、生活援助、通院等乗降介助という3類型によって区分されることとなっております。

5ページ、訪問介護の概要につきましては、割愛させていただきます。

6ページ、訪問介護の基準となっております。こちらについても御覧いただければと思っております。

7ページ、訪問介護の報酬体系でございます。サービスの提供内容と時間に応じた基本サービス費となっております。それに応じまして、利用者の状態に応じたサービス提供や体制で加算・減算が行われるというのが基本的な仕組みとなっております。

8ページ、算定状況でございます。各種加算につきましては、少し小規模な事業所が多い状況もありまして、この取得状況につきましては、少しばらつきがある状況となっております。

9ページ、御覧いただきまして、訪問介護の請求事業所数の推移でございます。平成28年以降、少し横ばいの傾向が続いてございます。これは言われております人手不足の影響等も考えられるかと思っておりますけれども、令和3年、4年におきまして、微増傾向となっております。こちらについては、例えばコロナの関係でデイサービスからこちらに少し流れたということがあろうかとも考えているところでございます。

10ページ、訪問介護の請求事業所数、こちらは地域差がございまして、都会を中心に、ただ、地域によってばらつきがあるような存在状況となっております。

11ページを御覧くださいませ。要介護度別受給者数でございます。こちらは在宅サービスでございますので、順調に要介護1・2に分布しつつ、受給者数については順調に増加している状況でございます。

12ページ、要介護度別の受給者割合でございます。

13ページ、それを他のサービスと比較したときの要介護度割合となっております。

14ページを御覧いただきまして、訪問介護の費用額、こちらも順調に増加ということで、高齢者の増と在宅サービスの増加を示しているということかと思っております。

15ページでございます。1事業所当たりの受給者数・費用額につきましては、請求事業所数がほぼ横ばいでございますので、こちらも順調な増加傾向というところでございます。

介護給付における費用の内訳といたしましても、訪問介護は常に大きな割合を占めてございまして、直近の数字、17ページを御覧いただきますと「訪問介護」で9.8%の内訳を占めています。

18ページ、提供サービスの内訳ということでございます。

19ページ、経営状況でございます。非常に小規模な事業所が多いということで、なかなか評価が難しい状況かもしれませんが、令和2年度の決算におきましては、ほかの

サービスと同様に、これは6.9%のプラスという形となっております。令和3年度にかきまして、ほかのサービスと同様に少し減少が見えますけれども、その減少幅も少ない状況となっております。他方、何度か申し上げておりますように、事業所が小さいという影響は十分に見ていく必要があるのではないかと考えております。

訪問介護の収支差率等のより詳しい状況が、20ページとなっております。

21ページでございますけれども、各種事業計画上におきましても、在宅の必要性は今後も伸びるということで、2040年度でも152万人が必要という推計となっているところでございます。

以上が概況でございます。

23ページから、令和3年度介護報酬改定の内容でございます。簡単に御紹介させていただきますが、看取り期の対応の評価、通院等乗降介助の見直し、特定事業所加算の見直し、それぞれの改定を行わせていただいたところでございます。

こちらにつきまして、29ページまで飛ばさせていただきます。訪問介護に関する各種意見でございます。令和3年の審議報告におきましては、都市部、離島や中山間地域など、どの地域においても必要なサービスが確保されるよう、今回の改定における措置を検証しつつ、人材確保を含め、地域の実情に応じた必要な方策を引き続き検討すべきというような御意見をいただいたところでございます。

また、その後、令和4年の地方分権でも提案をいただいておりますし、義務付け・枠付け等、各種の御提言をいただいているところでございます。

32ページ、参考資料といたしまして、内容類型別受給者の推移でございます。生活援助中心型が平成29年度まで増加しておりましたが、30年で減少で、その後横ばいという形となっており、身体介護中心型は増加し続けている状況になってございます。

これを要介護別の類型で見ますと、要介護度が高くなるにつれて身体介護中心型の割合が高くなる状況となっております。

また、介護職員の男女比、平均年齢、他のサービスと比べても、訪問介護員は54.4歳ということで、少し高齢化が危惧されるというところでございます。

訪問介護員の人手不足の現状、これはよく言われておりますけれども、非常に有効求人倍率が高くなっておりまして、2022年度時点で15.53倍と、人手不足を感じる事業所の割合が約8割ということで、人手不足が大きな課題と考えてございます。

ケアマネジャーから紹介のあった方へのサービス提供を断った理由としても「人員不足により対応が難しかった」という理由が大宗を占める状況となっております。

また、看取り期につきまして、提供状況をお示ししてございます。前回の改定を踏まえてということとなっております。38ページ、39ページ、40ページが、その関係の資料となっております。説明は割愛させていただきます。

そういった現状を踏まえて、42ページに現状をまとめさせていただいており、今回の改定の論点といたしましては、43ページでございますが、介護サービスの需要が増加す

る一方で、訪問介護員の不足感が強い状況である中、利用者の状態に応じて必要となるサービスを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論点をさせていただいております。

以上でございます。

続けまして、資料2「訪問入浴介護」も概況を御説明させていただきます。

4ページでございます。こちらは訪問入浴介護の概要と基準、定義についてお示しをしております。要介護状態となった場合において、可能な限り居宅において入浴等のサービスを受けていただくということで、必要となる人員・設備が看護師または准看護師1人以上、介護職員2名以上ということで、要介護状態の高い方への入浴サービスという位置づけでございます。

5ページが報酬の基本サービスと各種加算の状況、6ページが取得状況でございます。

7ページを御覧いただきまして、この請求事業所数、少し特徴的な動きをしてございますが、近年減少傾向となっております。

その請求事業所数の都道府県別では、都市部を中心にこのような状況となっております。9ページの要介護度別の受給者数と併せて御説明させていただきますが、請求事業所数の減に伴いまして、近年受給者数も少し減の傾向となっております。ただ、令和3年、4年で受給者が増えておりまして、こちらについては、例えばデイサービスがコロナで使えなかったという状況で、訪問入浴介護に少し流れた面があるのではないかと考えているところでございます。

要介護度別受給者割合については、当然これは重い方が中心になってございます。

そのサービスの要介護度割合の他サービスとの比較においても、特徴的なものとなっております。

12ページ、費用額が同様に微減の状況から令和2年度、3年度について少し増加ということでございますが、コロナの影響を割り引いて考える必要があるかと思っております。

13ページ、1人当たりの受給者数・費用額となっております。

14ページ、15ページ、種類別の割合でございまして、こちらについては0.5%というようなサービスの中の割合でございまして、当然非常に重要なサービスという位置づけでございます。

16ページが内訳、17ページ、経営状況でございます。こちら先ほどの訪問介護と同様に令和2年度では6.4%となっておりますけれども、令和3年度では3.7%と減少幅も大きい状況となっており、この収支差率の内訳は18ページでございます。

20ページでございます。令和3年度の改定につきましては、報酬の見直しを行わせていただきまして、これは初回加算という形でつけさせていただいたということでございます。内容は21ページでございます。

23ページ、24ページが、看取り期の利用者におけるサービス提供の状況とその特徴についてまとめさせていただいております。

以上、26ページが御説明させていただきました現状をまとめた形になっておりまして、論点といたしまして、この訪問入浴介護について、その機能・役割を踏まえつつ、看取り期等においても、利用者の安全を確保しながら、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提示させていただいております。

また、最後、参考資料でございます。先ほどデイサービスとの行き来があるのではないかと、コロナの影響もということで、それぞれデイサービスにおける訪問入浴介護と入浴介助加算の取得状況についても比較できないかということで並べております。それぞれサービスの対象の像は違いますので、一概に比較できるものではございませんが、全体の傾向としてこうなっているということで、参考としてお示しさせていただいております。

長くなりました。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3「訪問看護」について御説明申し上げます。

4ページ、概要となります。

また、実施機関数の推移は9ページを御覧ください。近年増加しているといった状況でございますが、一方、介護保険の訪問看護費を算定する病院・診療所は減少傾向にあるといったトレンドでございます。

また、12ページ、訪問看護利用者数の推移でございますが、年々増加をしている状況でございます。

13ページを御覧いただきますと、要支援1から要介護2の占める割合が増加傾向にあるといった状況でございます。

また、19ページを御覧いただきますと、訪問看護の経営状況でございます。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、それぞれ4.4%、9.5%、7.6%といった状況でございます。

22ページからが前回の介護報酬改定の内容でございます。詳細の御説明は割愛をさせていただきます。

続きまして、29ページ、前回の改定に関する審議報告の中で、訪問看護につきましては、質の高い訪問看護及び訪問リハビリテーションのさらなる普及を図る観点から、訪問看護事業所から理学療法士等が訪問して行う訪問看護と訪問リハビリテーション事業所が行うリハビリテーションについて実態調査などを行い、それぞれの役割に応じたサービス提供の在り方や看護職員の確保の強化策について検討していくべきとされてございます。

また、30ページ、今般行われました意見交換会におきましても、記載のような御意見をいただいているところでございます。

31ページ以降は、訪問看護についての直近の情報をまとめて掲載をしております。まず、介護保険の利用者の傷病分類はこちらに記載のとおりでございます。医療保険と介護保険、それぞれ御覧いただければと思います。

また、32ページ、従事者数の推移でございます。訪問看護ステーションの従事者数は、

いずれの職種も年々増加をしております、全従事者に占める看護職員の割合は70%といった状況でございます。

続きまして、33ページ、5名以上の訪問看護ステーションが増加傾向にあるということ、規模については大きくなっているという傾向でございます。

34ページが訪問看護における医療処置の内容、それ以降、それぞれの加算の算定状況をお示ししております。

38ページ、介護保険、医療保険の訪問看護利用者において、24時間対応体制に係る加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況などをお示ししておりますが、医療保険と介護保険で大きな差はないといった状況でございます。

続きまして、39ページ、ターミナルケア加算の算定状況、40ページもターミナルケア時の実施のケアの内容ですが、介護保険、医療保険いずれにおきましても同様のケアが実施をされている状況でございます。

41ページ、退院時共同指導加算につきましては、従前伸びておりましたところが、令和2年、3年と減少に転じており、大幅な減少が認められているといった特徴がございます。

また、42ページ、退院当日に訪問の必要があった利用者の状況などのデータをお示ししております。

43ページからが理学療法士などによる訪問看護の単位数でございます。近年増加傾向にございますが、令和3年度の介護予防訪問看護では僅かに減少しているといった経緯、また、44ページは、1日2回以下の単位数が大幅に増加をしているといったトレンドがございます。

45ページ、最後でございます。緊急時訪問看護加算や特別管理加算、ターミナルケア加算の届出割合につきましては、看護職員の割合が高い訪問看護ステーションで多いという傾向でございます。

こういった御指摘並びに現状を踏まえまして、論点が48ページでございます。医療ニーズの高い在宅療養者が増加している中、退院直後からの支援、緊急時対応、ターミナルケアなどについて、より質の高い訪問看護サービスを効果的・効率的に提供するためにはどのような方策が考えられるかでございます。

続きまして、資料4「訪問リハビリテーション」について御説明申し上げます。

4ページ、サービスの概要になります。

その後、報酬の体系などが続きまして、8ページ、請求事業所数は伸びている状況です。

また、9ページを御覧ください。訪問リハビリテーション事業所の開設種別の割合でございますが、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%という状況でございます。また、介護老人保健施設における訪問リハビリテーションの実施の割合が28.4%ということで、おおむね3から4か所当たり1つの老健で行われているといった状況でございます。

以降、受給者数などが伸びているという情報でございます、18ページ、経営状況でございます。令和元年度以降、決算ベースでそれぞれ2.4%、0.0%、0.6%といった収支の状

況でございます。

20ページ以降、前回の改定の内容でございます。

32ページ、こちらが訪問リハビリテーションに関係する意見ということで、まず、前回の審議報告の中では、アウトカムに関する適切な評価方法についての検討ということ、また、昨年介護保険部会の意見の中では、介護保険事業計画での対応も含めて、地域リハビリテーション支援体制の構築の推進が必要とされているところでございます。

33ページ、先般の同時報酬改定に向けた意見交換会におきましても、医療と介護のより円滑な移行を促進するための方策、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上での方策などについての御意見をいただいたところでございます。

それを受けまして、34ページ、先般、介護保険部会で御提示いたしました介護保険事業計画の基本指針の中におきまして、訪問リハビリテーションのさらなる普及についての記載をさせていただいております。

35ページ、こちらが退院からリハビリテーション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が見られたといったデータでございます。また、36ページ、介護保険のリハビリテーションの実施者が医療保険のリハビリテーションの実施計画を入手していた方が44%にとどまっていたこと、また、28%の事例において介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかったといったデータがございます。

続きまして、39ページを御覧ください。介護予防訪問リハビリテーションには事業所評価加算といった加算がございますが、現在算定率が4.6%と低い、その理由が右にございますが、大きなものとしては「介護度の認定期間が長く、改善の効果が得られにくい」といったこと。

40ページ、長期に行われた場合のADLの経時変化をお示ししてございます。

41ページ、現在介護予防訪問リハビリテーションについては、12か月超えの場合に長期利用減算といったものを行っておりますけれども、それぞれの算定状況でございます。

42ページ、12か月以降も実施する理由といたしましては、最も多いものは「利用者が、訪問リハの継続希望が強い」といった内容でございます。

43ページ、診療未実施減算についての御説明でございます。44ページがその算定回数でございます。

45ページ、認知症リハビリテーションに係る介護報酬上の取組についてでございます。現在老健施設及び通所リハにおいて「認知症短期集中リハビリテーション加算」にての評価が行われてございます。

46ページ、こういった認知症リハビリテーションに係る評価について、訪問リハビリテーションでの効果はいかなるものか、こういった効果検証を行った結果でございます。改善傾向を認めておりますが、この調査は後ろ向きの調査ということでございまして、今年度の老健事業で前向き研究を予定してございます。

47ページ、令和4年度に行われました高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会におきましても、医療機関、老健施設、介護医療院における訪問リハビリテーションサービスのさらなる拡充が必要であるといった御提言をいただいております。

最後に、48ページ、地方分権提案におきまして、記載の基準緩和が提案をされてございます。社会保障審議会の意見を聴いた上で検討し、令和5年度中に結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとされてございます。

こうした現状・課題を踏まえまして、52ページ、訪問リハビリテーションの論点でございます。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、また、アウトカムの評価や認知症の対応など、訪問リハビリテーションの内容をさらに充実させるためにどのような方策が考えられるかとございます。

続きまして、資料5に基づきまして「居宅療養管理指導」について御説明を申し上げます。

居宅療養管理指導の概要、3ページでございます。以降、評価の変遷などを記載してございまして、請求事業所数、受給者数等も増えてきているといった状況でございます。

21ページを御覧ください。同時報酬改定に向けた意見交換会におきましても、医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携などの記載がございます。

また、23ページを御覧いただきますと、医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項といたしまして、介護支援専門員がケアプランに反映する上で医師に詳細な情報提供を期待したことがある事項といたしましては「生活機能低下の原因となっている傷病等の経過に関すること」が多うございました。

また、24ページ、これが歯科医師に対しての期待ということでございますが、「摂食・嚥下機能」「口腔機能の維持・向上」といった内容が多うございました。

続きまして、26ページからが薬剤師についての居宅療養管理指導の内容となります。

前回の改定の内容は記載のとおりでございまして、28ページ、こちらが意見交換会における主な御意見です。

29ページでございますが、これはオンライン服薬指導に係る薬機法に基づくルールの改正について記載したものでございます。

30ページ、薬機法施行規則の一部を改正する省令により、その内容の概要を記載したものでございまして、こうした見直しを踏まえまして、31ページにございまして、令和4年度診療報酬改定において、情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直しが行われたといった参考情報でございます。

32ページでございます。薬局薬剤師による多職種連携により、薬剤師のみでは十分に収集し切れない患者の服薬状況、心身状態等の情報収集をいたしまして、それに基づく処方提案などが期待されますけれども、連携のさらなる推進が必要な状況にあるといった状況をお示ししてございます。



また、33ページ、医療用麻薬の持続注入でございますとか、そういった患者さんへの薬学的管理の必要性についての資料でございます。

34ページ、35ページが、関係する令和4年度の診療報酬改定の改定内容でございます。

続きまして、36ページからが管理栄養士に関する居宅療養管理指導に関する情報でございます。

37ページが前回の改定の内容、38ページが現在の点数の体系でございます、実施状況は39ページのとおりでございます。

40ページ、こちらが病院、一般診療所、栄養ケア・ステーションにおける管理栄養士・栄養士数の状況でございます。病院が約2万7000人であるのに対しまして、一般診療所と栄養ケア・ステーションは約5,000人といった状況でございます。

また、41ページ、「低栄養の恐れあり」及び「低栄養」である者の割合は、要支援者では50%以上、要介護者では70%以上であったといった新たな情報でございます。

42ページ、こちらは地方からの提案に関する対応方針でございますけれども、「薬局に勤務する管理栄養士」についても、居宅療養管理指導の対象とすることといった御提案をいただいております、先ほどと同様社会保障審議会の意見を聴いた上で検討し、5年度中に結論を得る、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとされてございます。

43ページから、歯科衛生士等に関する居宅療養管理指導についてでございます。

前回の改定内容が44ページ、そして、45ページが意見交換会の御意見でございます。

47ページ、こちらは介護支援専門員からの期待ということでございますが、歯科衛生士さんに関しましては「誤嚥性肺炎の予防に関する指導」、こういった期待が多かったところでございます。

以上、それぞれの職種に関する居宅療養管理指導の現状と課題を述べました上で、52ページ、こちらが論点となります。居宅療養管理指導については、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができることを推進する観点から、どのような方策が考えられるかといったことでございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、資料6「居宅介護支援・介護予防支援」について御説明させていただきます。いわゆるケアマネジャー、ケアマネジメントに関してでございます。

3ページを御覧くださいませ。定義と人員基準についてお示ししてございます。1点御紹介すれば、この人員基準について、従業者は1人以上配置となっておりますけれども、この管理者について、常勤専従の主任介護支援専門員を配置することとしつつ、令和9年3月31日まで猶予措置が取られている状況になってございます。

4ページを御覧くださいませ。報酬の基本体系でございます。要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費が設定されておりますが、これもよく御承知のとおり、取扱件数が40件もしくは60件以上になると減少する、いわゆる逡減制が取られているところでござい

す。

そして、各種加算がございまして、算定状況は5ページのとおりでございます。

6ページを御覧くださいませ。請求事業所数についてでございますけれども、こちらについても近年少し減少傾向となっております。事業所の大型化等の影響があるのではないかと考えてございます。

その都道府県別の配置状況、分布状況については、7ページのとおりでございます。

8ページを御覧くださいませ。要介護度別の受給者数でございます。令和29年から30年にかけて、総合事業化の影響がございまして、一度減っておりますけれども、その後、また順調に増加を続けている状況でございます。

要介護度別の受給者割合は9ページにお示しをしております。

10ページにつきまして、その費用額としては順調に増加を続けているということでございまして、それに伴いまして、1事業所1か月当たりの費用額や1人当たり費用額も順調に増加をしているというのが11ページの資料でございます。

12ページ、13ページ、全体の介護給付の中でのケアマネジメントの占める割合は、直近の令和3年度におきまして4.8%ということで、大きな位置づけを占めているということでございます。

14ページ、その提供サービスの内訳でございます。

経営状況でございます。15ページを御覧くださいませ。令和元年度決算では△1.6ということで非常に厳しい状況であったわけですが、後ほど御説明いたします各種改正の影響もございまして、令和2年度決算では2.5%、令和3年度決算で4.0%という数値となっております。

16ページ以降、令和3年度介護報酬改定の内容についてでございます。これは各種ございますので、少し簡単に御説明させていただきます。

17ページを御覧くださいませ。質の高いケアマネジメントの推進、逡減制の見直し、医療機関との情報連携強化、看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等の評価、介護予防支援の充実、生活援助の訪問回数の多いケアプランの検証、これら各種の項目の改正を行っているところでございます。

18ページは基本報酬そのもので、19ページが特定事業所加算の見直しに係るものでございます。特定事業所加算（A）というものを創設してございます。

21ページ、質の高いケアマネジメントの推進の中で、介護情報公表システムの中でその割合を公表するということが入ったという御紹介でございます。

22ページ、逡減制の見直しにつきまして、一定の条件を満たした場合に45件以上という取扱いを認めたということでございます。

23ページが情報連携の強化、24ページが看取り、25ページが介護予防支援の充実、26ページ、ケアプランの点検ということで、各種重要な改正を行わせていただいたのが令和3年度の改正でございました。

27ページ以降、これまでの各種御意見をいただいております。

28ページ、令和3年度の審議報告でございますけれども、質の向上や業務効率化を図る観点から、適切なケアマネジメント手法等を図る方策を検討するとともに、より適切なケアマネジメント手法の実効性が担保されるような方策について検討していくべきでございますとか、逡減制の見直しを行うことにより、ケアマネジメントの質が確保されていること等に関する効果検証を行うとともに、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る取組について効果検証を行い、必要に応じて対応を検討すべき等々、各種の御意見をいただいております。

また、分権での御意見、また、今回介護保険制度の見直しの中でも、ケアマネジメントの在り方、質の向上といったことについて、各種の御意見をいただいたところでございます。同時報酬改定の意見交換会でも意見をいただいております。

関連する数字を御紹介いたします。32ページでございます。ケアマネジメント従業員数につきましては、おおむねここ数年で横ばいでございますが、合格者数が一旦減少していますが、令和元年以降は微増という傾向となっております。

1事業所当たりのケアマネジャーの人数が、常勤換算で2.8、非常勤が0.2となっております。

34ページ、管理者が主任ケアマネジャーである事業所の割合が80.8%となっていることの御紹介でございます。また、先ほど御紹介した経過措置が設けられているということとなっております。

36ページ、ケアマネジャー1人当たりの担当利用者数、令和4年度の最新の直近の状況として、1人当たりが31.8人という数字となっております。

この後、適切なケアマネジメント手法や逡減制の見直しの影響等々の資料をおつけしてございます。また、入退院時連携加算の算定状況や情報連携の効果というところも御紹介をしております。

最後、46ページ、今回の全世代対応型社会保障制度の法改正におきまして、要支援者に行う介護予防支援について、ケアマネ事業所が指定を受けて実施できることとするという法改正が入っておりますので、この施行に向けた動きも我々は現在準備をさせていただいているところでございます。

以上、これらの現状におきまして、今回ケアマネジメントの論点として49ページ、今後高齢者人口のさらなる増加や現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれ、多様な利用者のニーズへの対応が求められる中、業務効率化等の取組による働く環境の改善等を図るとともに、ケアマネジメントの質を向上させていくために、どのような方策が考えられるかという論点とさせていただきます。

以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 御説明の最後になります。高齢者支援課長でございます。

資料7に基づきまして「福祉用具・住宅改修」について御説明いたします。

3ページでございます。福祉用具につきましては、原則貸与、販売が例外という扱いになってございます。また、最後にありますけれども、福祉用具については公定価格を定めずに、上限設定を実施しているということでございます。

4ページ、5ページは、福祉用具範囲の考え方や貸与・販売の流れについて御説明してございます。

6ページ、7ページは、福祉用具専門相談員について資料を御提示してございます。

8ページでございますが、事業所数、こちらは近年横ばいの状況となっております。

9ページ、受給者数でございますが、これは増加傾向でございます。

10ページ、貸与の保険給付につきましては、費用額が増加傾向でございます。

11ページは販売のほうですが、こちらは横ばい傾向となっております。

12ページ以降は、他サービスとの横並びの資料がございまして、15ページでございます。福祉用具貸与の経営状況という資料でございます。令和元年度から令和2年度にかけて収支が悪化しているように見えますけれども、こちらは回答事業者の支出構造の違いが表れたものと思っております。令和4年度の調査では支出に占める減価償却の割合が高い事業者さんが多かったということが考えられております。ただ、2年度から3年度につきましては、収支は改善傾向でございます。

続きまして、住宅改修につきましては、16ページ以降でございますが、19ページを御覧いただきますと、保険給付の状況ということで、近年減少傾向でございます。こちらは手すりなどレンタルで対応する方が増えていることも要因として考えられます。

続きまして、21ページから、前回改定の内容でございます。

22ページが退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具専門相談員等の参画促進、23ページが福祉用具の貸与価格の上限設定の考え方の変更ということで、これは既定商品の見直しについては1年に1回ということでしたが、前回改定から3年に1回の見直しとしてございます。

続きまして、25ページでございます。各種意見ということで、令和3年度の審議報告におきましては、福祉用具の安全な利用の促進ということで、事故情報の収集、原因の分析等について検討すること、福祉用具専門相談員の指定講習カリキュラムの見直しの検討が挙げられております。また、貸与・販売種目の在り方についても検討していくべきことが挙げられております。また、昨年末の部会の意見におきましても、貸与・販売種目の在り方や福祉用具の安全な利用の促進等について引き続き検討を行うこととされております。

26ページ、これまであり方検討会を設置して議論してきたことをまとめてございますけれども、昨年9月に一旦議論の論点の整理をしてございます。ただ、その際に、データの不足があるという御指摘を踏まえまして、これまでデータの収集・分析等を行ってまいりました。それが一定程度整ったことから、先週20日に第7回検討会を開催しているところでございます。

27ページ以降が、20日の検討会で御提出している資料でございますが、27ページ、今後

の進め方についてというところで、マル1からマル3についての論点、これの対応方針について引き続き議論を行っていくこととしておりまして、一定の取りまとめをした後、本分科会にも御報告する予定であります。

それから、資料につきまして、飛びますが、32ページから34ページは、前回改定の効果検証に関する資料でございます。

35ページ、こちらは令和3年の事業で福祉用具の事故報告様式を作成したという御紹介でございます。

36ページも同じく3年度の事業で、福祉用具貸与計画書の項目の標準化に関する検討をしたこと、37ページ、サービス向上に資するようなPDCAサイクルが回るようにモニタリングシートを作成するなどを行ったことを御紹介してございます。

38ページ、今年度の事業で指定講習カリキュラムの見直しを行っているということでございます。

以上を踏まえまして、最後、論点でございます。41ページの最後でございます。福祉用具・住宅改修を取り巻く状況の変化や介護保険における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会の議論の整理等を踏まえ、福祉用具等を利用者に適時・適切に提供するという観点から、どのような方策が考えられるのかということでお示ししております。

御説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 御説明どうも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ついて、御意見、御質問等ございましたらよろしくお願いいたします。

稲葉委員、よろしくお願いいたします。

○稲葉委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の稲葉でございます。

私から訪問介護と居宅介護支援についてであります。まず、訪問介護に関して質問と意見を申し上げます。資料の10ページの都道府県別の請求事業所数を見ますと、これは質問なのですけれども、人口規模の関係で都市部が多いというのは理解できるのですけれども、とりわけ大阪府が突出していることについて、その理由がお分かりでしたら教えていただきたいと思っております。これが質問です。

次に、意見を2点申し上げます。1点目は、資料の32ページから33ページにかけて、内容類型別の受給者数のデータの分析が載っております。まず、生活援助型のこのサービスについては、どの要介護度においても一定量が求められていることが分かります。つまり、この資料の見方としては、こういった状態であっても、在宅生活を維持していく上では、生活援助も身体介護も不可分のニーズであることが読み取れます。これについては、平成30年の報酬改定において生活援助中心型の報酬設定がなされた際に詳細な分析がなされてはおりますけれども、このときの分析でも生活援助サービスの利用者は80歳以上が多かった、そして、独居の高齢者が多かった、あるいは何らかの疾病を有している方が多いということが分かっております。また、訪問介護事業者へのアンケートでは、約8割の利用者

に対して生活援助サービスを継続して提供する必要性を感じているというデータも示されています。そのことから、今後さらにこうした状態像の高齢者が増加していく中で、さらなる処遇改善を進めるなどによって確保困難な訪問介護員を確保し、しっかりと在宅生活の限界値を引き上げる必要があります。そのことから、この重要性に対して改めて申し上げておきたいと思えます。

意見の2点目としましては、29ページから31ページの訪問介護に関連する各種意見についてです。介護保険が社会保険方式であることから、全てに共通したサービスの形態であることを目指すことは理解できるのですが、都市部、離島や中山間地域とでは、それぞれの地域の実情が大きく異なっています。さらに、現に中山間地域の加算の算定が少なく有効に活用できていない点を考慮しますと、地方においては、それぞれの地域の実情を踏まえながらサービスの類型そのものを変えていく必要があるのではないかと考えています。

最後に、居宅介護支援・介護予防支援に関しまして意見を申し上げます。資料6の6ページ、ここに請求事業所数について書いてあり、減少傾向が見られていますが、私ども民間介護事業者の現場でもケアマネジャーの不足が顕著となっています。現在事業所ごとに常勤専従の主任ケアマネジャーを管理者として配置することと決められておりますけれども、経過措置も設けられてはいますが、その趣旨や目的は当然のことであるとは思いますが、主任ケアマネジャーの役割や業務と管理者の役割や業務とは必ずしも一致をしているわけではありません。また、論点にあります業務効率化等の取組による働く環境の改善を図るという視点及び近年のICT技術の活用などを考慮しますと、管理業務負担の軽減を図るなど、主任ケアマネとしての力を発揮できるよう人材の有効活用が必要であると考えます。このことは事業所の質の向上にも貢献できるはずですので、どうぞよろしく願いいたします。

以上、質問と意見です。

○田辺分科会長 1点、大阪問題に関して。

○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。

10ページ、訪問介護請求事業所数において、大阪府が多い理由につきまして御質問いただきました。こちらは何らか特定のサービス等々が多いのか等々、少し分析も試みつつありますが、我々のほうで今までのところ、これが理由でこの訪問事業所数に結びついているという理由はまだ分かっていないところでございまして、どちらかといいますと、これは歴史的経緯によりまして、ずっとこの地域での訪問介護系統の事業所数が多かったという経緯によることが多いのではないかと現時点では考えておりますが、もう少し我々でも分析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。

○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 今後も分析を進められるということですので、どうぞよろしく願いします。

ありがとうございました。

○田辺分科会長 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。

居宅介護支援事業所を中心とした事業者間の情報連携に関連して、1点意見を申し上げます。本県でも介護職員だけでなくケアマネの人材不足について、現場から声が出る機会が多くなってきております。引き続き人材確保の取組を進めていく必要があると考えておりますが、あわせて事業者間の情報連携による業務効率化を積極的に図っていくことも必要と考えております。

介護事業者間の情報連携については、本年4月から国保中央会によるケアプランデータ連携システムが稼働を開始し、クラウド上で居宅介護支援事業所と介護事業者がケアプラン等をやり取りできる基盤が整備されてきているところでありますが、このほか本県では多くの医療機関や薬局、訪問看護ステーション等が参加する地域医療情報ネットワークである「あじさいネット」がございまして。在宅医療の現場でも「あじさいネット」の枠組みを活用してモバイル端末による多職種の情報連携が一部で行われております。これに介護事業者が参加することで、医療等の円滑な情報共有が図られている事例もございまして。しかしながら、こうした取組事例は限定的でありまして、県内事業者への聞き取りでは、新たな費用負担の発生やICT機器の操作に対する苦手意識、人手不足による余裕のなさなどを理由に導入がためらわれている状況でございまして。このため、県としては、地域医療介護総合確保基金を活用して人材育成などのICT導入支援事業を実施しておりますが、より効果的な事業を検討すべく、関係団体とも協議を始めたところでございまして。

令和8年度には、医療情報プラットフォームが整備され、介護事業者の情報を含め、医療と介護の情報基盤の一体化が予定されているところでございまして、介護現場が十分に情報基盤を活用できるよう、できるだけ現場の意識改革、ICT化を進めることが重要であると考えております。ケアプランデータ連携システムへの参加事業者の増加、モバイル端末による多職種連携などの取組について、都道府県による支援と連動して、介護報酬によるさらなる積極的な評価を検討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、小林委員、よろしく願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

まず、訪問介護についてです。利用者の自立的な在宅生活や家族の介護と仕事を両立する観点から、看取り期の対応も含めて多職種との連携を推し進める方向での議論が必要です。

訪問介護員についてです。資料の35ページには担っている方々の年齢構成がほかに比べて高いという実態、それから、36ページには人手不足感が8割を超えていて、介護職員の職種別の中でも最も高いという状況、37ページではサービス提供を断った理由として「人

手不足により対応が難しかった」という回答が9割を超えている、こういった実態を踏まえると、訪問介護の持続可能性に危機感を持たざるを得ません。収支差率についても資料に出ています。その分布、これは丁寧に見る必要があるものの、賃金への配分が高めていくことで、これからを担う若い担い手が集まるような人材確保対策についても同時に進めていただくよう要望いたします。

次に、訪問入浴介護についてです。これも資料に様々なデータがあり、事業所数は減少傾向にある一方で、受給者数や費用額は増加傾向にあり、ほかのサービスにはない傾向が見てとれます。訪問入浴介護は利用者が在宅で尊厳ある暮らしを送るためにも重要です。看取り期を含めて安心してサービスを利用できるよう検討が必要です。

次に、訪問看護についてです。医療ニーズの高い在宅療養の方が増加している中で、より質の高い訪問看護を効果的・効率的に利用できるようにする観点から、看護職とリハ職それぞれの専門性に即した役割を適切に評価するために、地域事情を考慮しながら、訪問看護と訪問リハの役割分担が必要です。

次に、訪問リハビリテーションについてです。これも34ページにあるように、利用者が退院後からリハ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ります。医療機関との連携を早期に開始し、自立支援、重度化防止の取組を一体的に一定期間で集中して実施するといった質の高いリハを確保できるよう、めり張りもつけながらの検討が必要です。

次に、居宅療養管理指導についてです。オンラインの活用をどう考えるかということはあるかと思いますが、要介護状態の高齢者が対象だということを考えて、丁寧かつ慎重な検討が必要です。

居宅介護支援・介護予防支援についてです。これは各方面からの期待が大きいと思っております。例えば第9期の介護保険事業計画、その基本指針にもヤングケアラーなどの家族支援が盛り込まれましたし、これは一方で、ケアマネジャーの負担も増えていくことも想定されます。これらに対して介護報酬上何ができるのか、さらには独立性の確保とか、ケアマネジメントの質の向上といった観点からの検討が必要です。同時に、人材確保も大きな課題ですので、例えば地域医療介護総合確保基金を活用した研修費用の軽減などの周知徹底も別途よろしく願いいたします。

最後に、福祉用具・住宅改修についてです。これはぜひ検討会での議論状況を適宜共有いただければと思います。大事なことは利用者の安全性の確保とか、状態に応じた適切な用具の利用、これが担保されるということだと思います。その観点からの検討を今後していくことが必要と考えます。

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、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、資料1「訪問介護」について、訪問介護員の年齢構成について、35ページにございますように、訪問介護員は介護職全体から見ても平均年齢が高く、65歳以上の方が4分の1を占める状況にあります。このような状況を踏まえ、業界の人手不足感を解消し、将来にわたって安定的なサービスの提供を可能にするためには、介護記録のデジタル化、見守りセンサーの導入など、ICT化による業務効率化による事業体制整備が必要不可欠でないと考えています。そこで、事務局で訪問介護のICT化についての先行事例などを把握しておれば御提示いただければ、今後の提供サービスの安定化についての議論を深めるためにも参考になると思っております。

同様に資料2から資料4の他の訪問系サービスにおいても、必要な方に必要なサービスをいかに効率的・効果的に提供するかが課題になっていると認識しておりますが、テクノロジーの利用によるICT化の進展は、こうした課題を解決するための有力な突破口になり得ると考えております。

一方で、資料5「居宅療養管理指導」、資料6「居宅介護支援・介護予防支援」、これらにおいては一定程度ICT化に関わる報酬上の評価が進められている状況であると認識しております。こうした評価の算定状況や介護の質への影響などを見極めながら、各種介護サービスにおけるさらなるICT化や訪問系サービスにおけるICTの利活用を積極的に検討していくべきではないかと考えております。

以上、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、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。

私からは大きく総論で2点、意見と要望を申し述べたいと思います。まず、在宅の訪問系サービスと申しますのは、在宅の柱、特に近年は利用者さん、最期は在宅で過ごしたいということもありますので、訪問系介護サービスの受給者数は、資料にもありますように、いずれも増加しており、これらのサービスの必要性がますます高まっているところであります。しかしながら、訪問介護の一部サービスでは事業所数の減少傾向や地域による偏在も見られ、需要に応じた介護サービスを提供する上で、介護職員不足は深刻な課題であります。

そのため、先般の介護報酬の加算措置により、一定程度の処遇改善の効果がありましたが、賃金において全産業平均を下回っている状況はいまだに改善されておらず、介護職員の確保に向けての課題は引き続き残っているものと全国市長会では考えております。持続的に安定して介護サービスを提供するためには、国は介護報酬の改定において介護職員の賃金水準の底上げが図られるよう十分に考慮していただきたいと考えております。

人材確保と併せてコストに関する課題もあります。訪問介護サービスの提供に当たりましては、利用者の居宅に訪問するといったサービスであります。その訪問にかかる移動費用が事業所の負担となっております。特に先ほどの資料1の37ページにありますように、

サービス提供に応じられなかった理由の中で、訪問先までの移動時間が長く、対応が難しいといった事由も挙がっております。あわせて、昨今のエネルギー価格の高騰のために訪問介護にかかるコストが高騰して、経営状況を圧迫しているという声が上がっております。安定的なサービスを提供するため、物価高騰に対し迅速かつ柔軟に対応できるための支援措置を講じていただくなど、検討をお願いしたいと思います。

最後に、今後全てのサービスの総合調整を行う居宅介護支援、ケアマネについての課題であります。本市のような都市部においてもケアマネの確保は難しくなっているという事業所の声もあります。その上に、今後ケアマネの役割としては、利用者及び家族の調整、それと主治医との調整、そこに加えてヤングケアラーなどの課題についても所掌範囲になってくるということも聞いておりまして、大変総合百貨店のような調整役、コンシェルジュみたいな役割を担う必要があるわけなのですけれども、現状においてはケアマネの業務負担は多岐にわたっており、このまま進んでいくというのは、現場を疲弊させるという懸念があります。そういったこともありますので、介護支援専門員の業務への適正な評価に加えて、複合的な課題解決に取り組む支援体制の強化と併せて議論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、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。

訪問介護、訪問看護、居宅に関して御意見を言わせていただきます。まず、訪問介護は住み慣れた家で最期まで暮らすために必要な在宅サービスですが、介護人材難の中でも特に厳しい状況に直面しており、訪問介護を支える訪問介護員の確保が困難です。この問題は事業所自体の存続にも大きな影響を及ぼしています。必要な人材を確保するために賃金アップは不可欠で、基本報酬の増額を検討していただきたいと考えております。

看取り期のサービス提供はもちろんのこと、通常サービス提供時においても、医師や訪問看護などの医療サービスとの連携を強化すべきと考えています。このことにより、利用者の健康状態をより適切に把握し、緊急時にも迅速な対応が可能になると期待されております。

次に、訪問看護です。訪問看護について、これも訪問介護同様ですが、住み慣れた環境で療養を望んでいる方は多く、高齢者や慢性期の医療・介護ニーズに応え、生活の質を向上させる重要な役割を果たしております。訪問看護の事業所数や利用者数は年々増加しており、将来的にもその必要性が増していくと考えております。ICTの活用など働きやすい環境づくりを推進し、看護職員の確保を進めるとともに、ほか各サービスにおいて看護職員が不足している状況もあります。訪問看護との連携など各サービスとの協力による柔軟な看護職員の活用策を検討する必要があると考えております。

続きまして、居宅介護支援です。地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるに当た

り、居宅介護支援事業所における介護予防支援の指定対象を拡大することとされておりますが、指定検討と同時に、介護予防支援に関するプラン様式の見直しと統一、さらに適切な報酬の設定についても御検討いただきたいと考えております。介護予防支援においても、入退院時や通院時の病院との連携について加算すること等を検討する必要があると考えております。このことにより、利用者の健康状態やケアに必要な情報をより正確に把握でき、適切なサービス提供が可能になると考えております。

以上、意見でした。よろしくお願ひいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、よろしくお願ひいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

多少細かくなりますが、論点に沿って意見を申し上げます。まず、訪問介護について、この論点は資料にあるとおり、現状でも介護職員の人手不足が深刻でございます。今後、介護サービスの需要が増大する一方で、生産年齢人口が急減してくることを踏まえると、なかなか現在の延長線だけでは対応が難しくなってくるのではないかと思います。当然処遇改善は重要なことだと思います。ただ、一方で、提供する年齢層自体がどんどん減少しているということですので、本当にその報酬の上乗せだけで対応できるのかどうかについても、これはサービスを提供する側、受ける側、自治体でも真剣に考えていかなくてはならないと思っております。

また、施設介護と訪問介護で有効求人倍率の差が非常に大きいので、訪問介護において業務の効率化や、職員の負担軽減が一層求められていると思います。一例としてはICTを活用したり、デジタル化によって効率化に取り組む事業所を後押しするような施策が望ましいと思います。

また、住居が点在する地方で独り暮らしの利用者は増えていると思いますが、それぞれへのサービスの提供に加えて、その移動にも時間が取られるということですので、なかなか効率的な訪問介護の継続が難しい地域も多いと思います。こういう地域に関しては、これは介護の報酬とは別の議論になるかもしれませんが、各自治体を中心となって、住まい政策や都市政策についても同時に考えていく必要があると思います。

また、訪問介護について、人材に限りがある中で、より専門性が求められる身体介護に重点化をしていくことが望ましいと思います。

生活援助サービスについては、総合事業の実施状況を見ながら、移行を図っていくべきと考えております。

次に、訪問看護についてです。理学療法士等による訪問看護については、これまでも訪問リハビリ等、他サービスとの役割分担も踏まえて見直しがなされてきましたが、前回改定以降もその増加傾向はあまり変わっていないように見受けられます。今回の資料では、その算定実績が主体となっていますが、例えば要介護度別の理学療法士等による訪問看護の現状や、看護職員による訪問看護と理学療法士等による訪問看護の実態の差異等々が分

かるものがあれば今後お示しをいただきまして、さらに見直す必要があるのかないのかを議論すべきと考えております。

次に、訪問リハビリテーションについて申し上げます。訪問リハについては、医療・介護の連携強化、早期のリハの開始などが重要であると考えています。その観点では、前回の改定で設けられた一体的な計画書が十分に普及していないという件については、より広く活用いただけるような施策が必要だと考えます。また、医療・介護間で円滑に情報連携できるように、文書の標準化あるいはDXを速やかに進めて事務負担を軽減する必要があると思います。

また、論点の中に早期に適切な期間リハを提供するということがありますが、既に短期集中リハビリテーションの実施加算というものがあり、資料の7ページにあるように、既に34%の事業所で算定をされています。今後検討を進める際には、既存の加算の要件を見直すことも検討してはどうかと考えます。

また、資料の42ページあるとおり、12か月以降も予防訪問リハを継続する理由については、予防通所リハと同様、改善の見込みや必要性よりも、本人や家族の希望を理由に掲げる割合も結構大きくなっています。したがって、人材、財源の重点化という観点からは、減算措置を拡大するなど、何らかの対応が必要と考えます。

最後に、居宅介護支援・介護予防支援について申し上げます。利用者が入院した際のケアマネから医療機関への早期の情報共有が重要だと思います。資料の44ページには、入院時に医療機関に情報提供を行った日は「入院後1日目」が32.4%、「入院後3日目」以内は80%超とあります。また、43ページの入院時の情報連携加算の算定状況を見ると、確かに入院後の3日以内の情報提供を評価する加算Iの算定が8割となっていますが、入院後4から7日以内を対象とする加算IIは最近5年間2割程度であり変化がない状況になっています。また、44ページにあるように、厚労省の様式よりも地域独自の様式の使用率のほうが高い、また、事業所の独自の割合も3割ということで、様式の標準化も遅れているのではないかと考えます。早期のスムーズな情報共有を促すために、このような算定要件も見直す必要があると考えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく願いいたします。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

私から訪問介護と居宅介護支援について質問をさせていただきます。介護を必要とする人あるいは介護する人の介護のある暮らしを支えるには、訪問介護の身体介護、生活援助ともに必要不可欠なものです。訪問介護の現状は、37ページの調査にあるように、皆様もおっしゃっているように人手不足ですが、この調査の回答率が26%と低いことを御指摘させていただきます。

また、質問ですが、21ページには、利用者が2025年には12%増え、2040年には33%増で、

152万人になるという推計値が出ています。152万人の利用者を想定した場合、ホームヘルパーをどのくらい増やす必要があるのか、推計の人数で構いませんので、ぜひ出していたきたいと思います。

認知症の症状の初期の人の暮らしには、訪問介護での生活援助は自立した生活に欠かせない援助です。そのことで自信や生きがいを持った暮らしができています。いろいろな努力を国や各団体の方々がしてくださっているのは承知していますが、それ以上に事は深刻な事態になっていることは、皆様の御意見からも分かると思います。福祉人材の確保の上では、優先順位のトップにヘルパーの確保を利用者家族からも切にお願いをいたします。

ここからは、事業所の方から人材確保の苦勞で利用者のニーズに沿えない現状が私の下に届いていますので、少し紹介させていただきます。ヘルパーは増えない中で、新規申込みをなかなか受けられない状況が続いています。利用者の方の介護度が上がれば利用するサービス量も増え、そちらを優先せざるを得なく、新規に回れる人材がはず、断らざるを得ない現状があります。決して多くない介護職の求職者は、介護施設、デイサービスは希望するけれども、訪問介護は尻込みすることが多いということです。介護環境が整わない利用者宅へ1人で訪問する自信がないという理由が主な理由なのだそうです。この傾向は今後も増えると思われま。そのような要因を踏まえた研修も必要ではないのでしょうか。

60歳、70歳代のヘルパーが多く、今後5年にはリタイアする人も増え、補充は不可能な状況があります。訪問介護を希望しても受けられない状況は加速していくともお聞きしています。それを聞いて私たちも大変不安を増しています。ヘルパーの平均年齢は54.4歳ですけれども、実感としては事業所の方々はもっと高いと感じているそうです。平均年齢を下けているのは、同一建物の中を移動するだけなので若手の応募も多く給与も安定しているサービスつきの高齢者住宅併設の訪問介護事業所というようなことも聞いております。一般のヘルパー事業所には競争にならないとも言われていました。明らかに併設の訪問介護事業所については、年齢や介護形態など、一般の事業所とは別に統計を取るべきではないのでしょうか。

この酷暑の中、エアコンを嫌う利用者も多くて、介護サービスの提供の環境は苛酷を極めているということです。家族もそういう実態をヘルパーさんから聞きますから、つけるように言いますけれども、本人がなかなか聞き入れてくれない状況があつて、本当になかなか来ていただけない環境を強くしていると思います。

もう一つですけれども、ホームヘルパーの8割が女性、介護職員も7割が女性とあります。介護労働の問題は女性労働の課題であるとも思います。全体の平均年齢は50歳ですけれども、ホームヘルパーは54.4歳と高齢化しています。ホームヘルパーの4割が60歳以上です。高齢者となる65歳以上のホームヘルパーが4分の1を占めています。この中で、20歳、30歳代前半の子育て中の女性は、ホームヘルパーとして働いてくれないというような状況が見え隠れします。介護労働においても、出産や子育てを支援する労働環境を整備しなければ、若手を育てることはできないと思います。施設のリーダー的な存在のとこ

ろではそういうのも出てきましたけれども、ホームヘルプの現場の中ではまだまだだと思います。ホームヘルパーも子育てとともに、自身が親や配偶者を介護するという立場になっている方もあります。医療・福祉という分類では、介護休業の取得率は1%に満たないようですが、この中で介護サービス職の従事者の皆さんの実態はどうなっているのでしょうか。ぜひ教えていただきたいと思います。

特に有効求人倍率が、介護職員は3.79ですのにホームヘルパーは15.53というデータを見ると、政府がホームヘルパーを増やす施策はしていないとしか思えないような数字になります。やっておられるのですけれども、焼け石に水なのかどうなのかというところです。自らヘルパーとしての働き方を選んだという方もありますけれども、利用者が希望してもホームヘルパーがいないから断るしかない、ケアプランに入れることができないという制度は、本当に私たちからしても自分の生活、家族、本人の自立した生活を行う上でも、とても危惧しております。ホームヘルパーの平均時給は幾らなのでしょう。データがあるのでしたらぜひ提供していただきたいと思います。

子育てと介護という女性が行うことが多いことを女性たちがやりながら、ホームヘルパーや介護職員として安定的に働く労働環境を強く求めます。介護や子育てをしながらもヘルパーとしても働けるような、そういう労働環境、介護休業とか、育児休業とか、時給とか、そういうものを解決して行って、ホームヘルプの現場の中にもそういう方々がたくさん来ていただけるように切に願います。

長くなりましたけれども、以上です。

○田辺分科会長 何点か御質問がございましたので、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 3点御質問いただきました。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

1点目、ホームヘルプ利用者数見込み152万人についての各サービス別に割ったときの必要な人数ということなのですが、従前2040年で280万人という介護職員の必要数はどこかで御紹介はさせていただいておりますけれども、このサービスごとの内訳につきましては、それを公表しておりませんので、少し精査が必要な数値となっております。今回につきましては、そこの御質問を受けて持ち帰らせていただければと考えております。

また、介護ヘルパーの労働条件といたしまして、育休や介護休業の取得率、これは御質問の中でも触れていただきましたが、我々として医療・福祉業全体としては統計がございますので、取ってございまして、全産業計1.2%に対して医療・福祉業は0.91%ということで、業全体でも低くなっておるわけでございますけれども、ヘルパーに特化した数値は残念ながら現時点では持ち合わせていないところでございます。

また、ヘルパーの時給という御質問もいただきました。そちらも現時点では持ち合わせておりませんので、そちらについては持ち帰らせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますでしょうか。

○鎌田委員 ぜひまたお教えてください。

○田辺分科会長 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。

私からは訪問介護、それから、訪問看護について意見を述べさせていただきたいと思えます。在宅で介護を受けていらっしゃる方々にしてみると、訪問介護あるいは訪問看護というのはなくてはならないサービスなのですけれども、今後さらに医療ニーズが高くなってきても引き続き在宅で生活するというケースが増えてくるわけなのですけれども、その際に、今回の資料1の39ページ、40ページあるいは24ページにもあったのですけれども、いわゆる看取りのときにおいて、訪問介護と訪問看護の連携と申しますか、協力というか、そういったものが非常に重要になってくるという内容が出てきております。今回お示しいただいた資料の中で、看護・介護職連携強化加算というものがあるなど私は見つけたのですけれども、これは説明を受けましたら、たんの吸引を行う訪問介護事業所が訪問看護事業所と連携しているときにできる加算である。それは非常に限られた内容、たんの吸引ということだけで、もっと今後は幅広い領域の中で訪問介護と訪問看護の事業所が様々な連携をしていくことが考えられますし、看取りや医療ニーズの高まりに伴って、そういったときに連携していくということをちゃんと認めて、加算であったり、そういったことの評価をしていく必要があるのではないかと感じております。

それから、今まで何人もの委員の皆さんにおっしゃっていただいた訪問介護に関わるスタッフの年齢や性別の件ですね。年齢が高いという65歳以上、それから、多くが女性であるという、ここの問題です。特にこの介護の処遇改善はずっと続けられているわけなのですけれども、その中でも際立ってこの訪問介護のお金が低いというところの問題で、ここは年齢や性別を見ますと、日本にあるいわゆる給与における性別の格差であったり、年齢の格差が全部ここに集約されているような、そのように感じてもおります。少なくとも介護の中で処遇の改善を考えるときに、真っ先に改善すべきはこの訪問介護のところではないかと思っております。これの課題については、今までいろいろな委員の方の御意見がありましたけれども、少なくとも今あるマンパワーをまず大事にして、それをきちんと評価していくことが最初に行われるべきではないかと思っております。引き続き年齢が高い方であっても、それから、多くの女性たちがその領域で経験知、スキルを発揮して、その能力を提供してくれるというのを高く評価していくことが、最初に考えていくべきものではないかと思っております。

最後に、福祉用具と住宅改修のところにつきまして、前に福祉用具のことに関しては貸与から販売という方向に転換する部分を多くという御意見があったように思います。ここは引き続き検討というところになっておりますので、ぜひともその内容については細かい情報等をお知らせいただきたいと思いますと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、奥塚委員、よろしく願いいたします。

○奥塚委員 ありがとうございます。

地方都市の現状に触れながら、2点についてお話を申し上げたいと思います。まず、居宅介護支援についてであります。居宅介護支援事業所の介護支援専門員、ケアマネですけれども、このケアマネさんの適切なマネジメントと医療と介護の連携が、より今後重要になってくると考えております。また、介護人材不足が大きな課題となっている中で、ケアマネにつきましても人材不足が非常に厳しい状況にあると感じております。本市におきましても、今年度に入りまして、このケアマネ不足、それから、経営難を理由に1か所廃止をいたしました。また、1か所が休止となっております。事業所内では、経験年数を満たしてもケアマネ資格を取得しない、また、資格を持っているのだけれども業務負担が大きいのでケアマネの業務には就かないという実態もあると伺っております。経営状況についても、元年度がマイナス1.6%でしたが、令和3年度、これはコロナの補助金も含めて4.0%と収支差率は改善傾向にありますけれども、今後も基本報酬等の引上げ、処遇改善の見直し等の十分な議論が必要だと思います。何といたってもその仕事、ケアマネが魅力ある職種であり続けるとともに、今後の居宅介護支援事業を継続するためにも、全国的にケアマネジャーの育成確保、そして、処遇改善、そして、経営の安定の両立を図らなければならないと感じております。

もう一つですけれども、これは訪問入浴介護、訪問入浴についてでございます。先ほどのお話にもありましたけれども、請求事業者の数は平成24年以降年々減少傾向にあることが分かります。しかしながら、受給者については、令和2年度と令和4年を比較しますと、約7,000人増加をいたしております。中津市におきましても訪問入浴は1か所だけでございます。これも社会福祉協議会が地域福祉のために大変厳しい経営環境の中で何とか運営を行っているのが現状でございます。この減少傾向あるいは参入が難しい理由といたしまして、高齢者の入浴支援は、単にデイサービスの入浴や訪問介護でのシャワー浴で対応するケースが多くございまして、寝たきり等の限られた利用者が対象となる訪問入浴ではなかなか採算が取れないということがあるのではなかろうかと思っておりますし、また、入浴車両が高額で維持管理費もかさむ、このような様々な要因があるのだらうと考えております。こういった中で、今後この要介護度の高い高齢者が増加することにより、ニーズは増加するのだけれども、今後の在り方についてはどのように考えられているのか、これは御質問ですけれども、このように感じております。

以上であります。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。

非常に大きな重い御質問をいただきまして、今、まさにこの瞬間にここでお答えするというよりは、このサービス全体として厳しい現状の中で論点としてお示しさせていただいた看取り期等における入浴ニーズをどう捉え、このサービスをどう展開していくかとい



うことで、御議論いただくべき事項かと思っております。回答というよりも御議論いただければということで、御容赦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 奥塚委員、よろしゅうございますか。

○奥塚委員 どうもありがとうございました。

○田辺分科会長 では、田母神委員、よろしくお願いたします。

○田母神委員 ありがとうございます。

資料3と7について意見を申し述べます。資料3「訪問看護」についてでございますけれども、訪問看護では、医療ニーズへの対応やターミナル期の利用者の方が増加しております。論点にありますように、退院直後から在宅療養への移行時の支援がさらに重要になっております。コロナ禍におきまして、退院時共同指導加算の算定が減少している状況が示されておりますが、退院前後の支援の重要性から考えますと、感染対策等を十分に講じた上で、共同指導を実施するための評価の充実や、コロナ禍におきましては、訪問看護ステーションが丁寧に時間をかけて退院日に必要なケアを行っている現状がありますので、特に今後85歳以上人口の増加ということを踏まえますと、退院日の訪問看護の充実、評価の充実も重要であると考えております。

訪問看護の24時間対応体制の確保ということも、利用者の在宅療養の継続支援にあたって非常に重要になりますが、本会が実施した調査結果からは、夜間・休日の対応につきましては、看護職員の身体的・精神的負担が大きいことが指摘されております。これに対応する形で訪問看護事業所の規模拡大、夜間・早朝の対応へのさらなる評価や、現状では小規模の事業所が非常に多くなっておりますので、複数の事業所の連携等によって地域で24時間体制を確保し、職員の負担軽減を図ることも必要であると考えております。

3点目でありますけれども、介護保険の訪問看護におきましても、医療ニーズへの対応が増加しております。認知症や摂食・嚥下障害、褥瘡、がんといった、要介護者、特に高齢の利用者の方に多い疾患・状態があり、そうした場合の複雑な状態やなかなか症状の緩和が図られないというケースもございますので、専門性を有する認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者を介護保険の訪問看護においても活用することが、在宅療養の継続支援に非常に重要であると考えております。

また、厚生労働省の資料においても示されておりますが、看取り期のケアが非常に重要になっている中で、御本人や御家族が在宅での看取りを希望する場合に、その意思を支え、心身のニーズに必要な対応をしていくためにより充実した評価が必要であると考えておりますし、また、どのような地域であってもより充実したケア、看取りができる体制整備、そして、医療保険との評価の格差も軽減していただくことが重要であると考えております。現状、訪問看護のターミナルケアに関する評価については、両保険の間での差が生じておりますが、資料40ページでは、死亡前14日間のケアの実施内容は類似している、ほぼ同様であることが示されております。同時改定におきまして、医療保険、介護保険でその評価

に差異があるものはターミナルケアの評価以外にもございますので、そうした看取りや重度者への対応を充実する観点からの整合性を図ることを御検討いただきたいと思っております。

また、資料1と2にございますように、他のサービス事業者からの相談ということも訪問看護は対応しております。そうした多職種連携における役割も今後重要になってくると考えております。

訪問看護師の処遇という意味では、病院に比べて非常に低いことを本会では把握しておりますので、そうした点でも厚生労働省においてデータをお示しいただいた上で、処遇改善の観点からも検討いただけると大変ありがたいと考えております。

資料7に関しましては、28ページ、福祉用具の利用による事故情報の活用というところで御意見があったとおりであると考えておりますし、こうした福祉用具を含め、介護領域の事故に関する情報が極力分散せず、関係者が情報を把握しやすい仕組みの構築も非常に重要であると考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしく願いいたします。

○及川委員 日本介護福祉士会の及川でございます。ありがとうございます。

私からは訪問介護サービスについて御意見申し上げます。いわゆる訪問介護というものですが、先ほど鎌田委員からもありましたように、御利用者様の御自宅に車などで訪問するというような訪問介護事業所と特定施設等に併設された訪問介護事業所とでは、今日提示していただいた資料はそれぞれを別に整理していただきたいと希望いたします。特に事業所数や収支差率については違いが出てくるのではないかと私のほうでも推測しますので、お願い申し上げます。

その上で、通常の訪問介護事業所では、中山間地でのサービス提供について、サービス提供時間よりも移動時間のほうが長いという現象が出ていたりします。より多い移動時間や都市部での駐車場の問題も出てきております。この移動の問題、それから、駐車場の問題を少し申し上げますと、とても駐車場が確保できないということがあって、自転車やバイクなどに切り替えるということもなされている事業所もあると聞いております。また、高騰するガソリン代、それから、都市部での駐車場の問題ですね。経費負担が本当に小さくないということが大きな問題であると考えます。

それから、生活援助の7ページに示されています点数のことですけれども、あまりにも低過ぎるということがございます。このことから、事業所の継続が困難となってきたことも考えられます。サービスを継続、担保していく必要性からは、何らかの配慮をお願いしたいと考えます。

そして、もう一つですが、サービス提供責任者は前々回の改定で介護福祉士という有資格者とされております。経過的に実務者研修修了者や旧1級課程の修了者等が含まれる形

で整理されていると承知していますが、それからかなり年月が経過しておりますので、次の改定ではこの経過的な要件については撤廃し、介護福祉士資格一本に限定するという対応をお願いしたいと思います。

サービス提供責任者は、訪問介護事業において中核的な役割となります。サービスの質の担保だけでなく、当該役割を担う介護福祉士の自覚と責任を促す意味からも、ぜひ御検討をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、荻野委員、よろしく願いいたします。

○荻野委員 ありがとうございます。日本薬剤師会の荻野でございます。

私から資料5「居宅療養管理指導」について4点意見を申し上げさせていただきます。まず、27ページから記載がございます情報通信機器を用いた服薬指導についてでございます。現行の算定要件につきましては、直近のオンライン服薬指導のルールを踏まえた内容となっておりますので、医療と介護の整合性の観点から、現在の法令内容を踏まえた見直しが必要と考えております。

2点目でございますが、32ページの多職種連携についてです。前回は薬局とショートステイとの連携体制の構築の重要性について発言をさせていただきましたけれども、令和3年度老健事業の調査でも薬局薬剤師と多職種とのさらなる連携推進が必要との結果が示されております。現在長寿科学政策研究事業において検討されている薬剤師と関係職種が連携を行う際の様式などを活用し、さらなる多職種連携を推進するための対応が必要と考えます。

3点目でございます。33ページから35ページ、医療用麻薬持続注射療法並びに在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理についてです。33ページのとおり、これらを行う患者さんについては、麻薬による疼痛管理等の特別な薬学管理が必要です。また、34ページや35ページのとおり、令和4年度診療報酬改定において在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、さらには在宅中心静脈栄養法加算が新設されております。介護保険を利用する患者さんにおいても、これらの薬学的管理は実施をされておりますので、何らかの検討が必要であると考えております。

最後に、42ページの「薬局に勤務する管理栄養士」の居宅療養管理指導の実施についてでございます。現在一部の薬局では、管理栄養士を雇用したりもしくは連携したりするなどにより、栄養相談にも応じた対応を進めているところも増えつつあります。また、令和4年度老健事業では、管理栄養士による居宅療養管理指導に関する調査研究事業が行われておりますので、次回議論の際にはその研究結果をお示しいただくなど、それらを踏まえた議論をお願いしたいと思います。

私からは以上でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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でございます。

本会といたしましては、これまでも様々な意見交換会で発言をさせていただいておりますが、地域包括ケアシステムのさらなる推進においては、歯科と多職種との情報共有及び情報連携が非常に重要であると考えております。特に資料3の30ページでございますけれども、訪問看護が必要な利用者さんには医療的なニーズが高い方も多く、何らかの口腔の問題を抱えた方もおられると考えられますし、実際にこういうデータが出てきておりますので、早期に情報を共有し、必要な歯科医療が提供できるような仕組みが非常に必要だと、医療と介護のシームレスなサービス提供が非常に必要ではないかと考えております。

もう一点は訪問リハでございます。訪問リハの資料20ページには、リハ、口腔、栄養の一体的な推進が前回改定から推進されているところでございますけれども、共通のリハ計画の推進はまだ課題も多いという認識をいたしております。リハ、口腔、栄養の共通のアセスメントのさらなる充実を希望いたします。

最後は居宅療養管理指導でございますが、こちらのほう、主に歯科医師と歯科衛生士に関する部分で発言をさせていただきたいと思っております。令和3年度改定では、社会的処方観点から様式を作成したところでありますが、より質の高い連携を行う上で、必要な口腔の情報等を精査していただき、さらに口腔の情報がより多職種とも共有できる仕組みをぜひ構築していただきたいと思っております。

こちらの資料の24ページにありますように、摂食・嚥下機能の低下や口腔衛生状態の不良、それが原因で起こる誤嚥性肺炎というところで、歯科医師の情報提供を期待したというところが出ております。このようなことが進んで、しっかりとした多職種との連携、共有という仕組みを構築できれば、していただければと考えております。同時に、口腔と栄養との連携の推進も重要だとも考えております。

また、歯科ではICTのガイドラインがまだ進んでいるとは言えませんが、新型コロナの感染症を経験して、ICTの活用は非常に重要であると考えております。何らかの仕組みを本改定で御検討いただきたく要望をいたします。

それから、歯科衛生士の居宅療養管理指導でございますけれども、ページ3にありますように、通院が困難な方への実施という形で制限されておりますが、本来は歯科医師とともに歯科訪問診療を行っており、必要な方へ提供が可能になるように整備していただければと思っております。

また、人生の最終段階、いわゆる終末期に関しましては、悪性腫瘍等では口内炎をはじめ様々な有害事象が出てきております。口腔乾燥などから生じる疼痛や不快感なども非常に激的で、頻回の介入が必要になるケースも聞いております。適切な介入が可能となるように検討をいただければと思っております。また、給付調整についても併せて御検討いただければとお願いをいたしたいと思っております。

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、伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

本日訪問系の各種サービスにつきまして御説明をいただきましたが、今回のテーマだけではなくて、ほかのテーマも含めて全体的な話となります。例えば本日の御説明の中で、訪問介護におきまして、前回の改定で特定事業所加算の見直しが行われましたが、残念ながら算定率が低いといった御説明がされているわけでございます。算定しない理由でありましたり、課題があると思われるような加算につきましては、今後とも加算として継続して実施が可能なかどうか、そもそも対象者が少ないとか、あるいはないとか、そういった事情があるのかどうか、さらには加算創設の目的やサービスの質を担保した上で、要件の見直しを行うことが可能なかどうか、こういった問題点を整理すべきであろうと考えてございます。

その一方で、一定期間を経過し普通化あるいは普及したものにつきましては、基本方針に組み込むなど、加算の廃止も含めた見直しを行いまして、報酬体系の簡素化を図っていくべきではないかと考えてございます。各種加算につきまして、そういった整理あるいは資料の提示をお願いしたいと思います。

各論になりますけれども、資料3「訪問看護」につきましては、30ページに同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見というものが記載されております。訪問看護の24時間対応は非常に大切だと思いますけれども、看護職員の負担が大きい上に、限られた人員での有効活用、業務の効率化の観点から、複数の事業者が連携して対応する体制を構築するなどについても検討してはいかがかと思えます。

資料4「訪問リハビリテーション」につきまして、41ページ、42ページに、介護予防訪問リハの長期間利用につきましては、減算算定率が事業所別で約71%、長期利用の理由が利用者、家族の継続希望が強いといったものがございます。実態等を踏まえまして、適正化の観点から、長期間利用の場合のサービス提供への評価、在り方についても検討すべきではないかと考えてございます。

資料6「居宅介護支援・介護予防支援」の部分でございしますが、前回の改定で、医療機関との連携強化の観点から通院時情報連携加算が新設されております。45ページにありますように、医療機関と情報連携した効果からも、医療と介護の連携は利用者にとって極めて有効であると考えてございます。しかしながら、43ページの通院時情報連携加算の算定状況におきましては、令和4年度に減少してございます。入院時情報連携加算についても横ばいといった状況にございます。こういった情報連携加算の算定状況が芳しくない理由がもしも分かりましたら、事務局からお答えいただければと思います。最後は質問でございます。

以上です。

○田辺分科会長 1点、情報連携のところでございますけれども、回答をお願いいたしま

す。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問いただきました。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

43ページから44ページ、45ページというところで、現状の取得状況をお示しをさせていただいております。前回加算の趣旨といたしまして、より早い情報連携というところで、1日目から3日目以内で8割以上の算定がされているところは把握してございますけれども、この加算の取得の方法、今後この加算をどうしていくことがよいのかについて引き続き議論を進めさせていただきたいと思っております。この取得状況及び利用についてお示しをさせていただいているところで、もう少し追加できないかということは改めて検討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。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。

○伊藤委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 では、濱田委員、よろしく願いいたします。

○濱田委員 よろしく願いいたします。

まず、訪問介護につきましてですが、36ページ、37ページにありますように、人員不足により対応が困難な例も示されておりまして、令和3年度老健事業の報告書によりますと、ケアマネジメントにより複数事業所を併用する方も少なくない状況でございます。人員不足により最適なサービス提供が阻害されているという回答もございまして、引き続き人員確保対策を進める必要があると考えております。

また、20ページのところでは、全体の収支差率は令和2年度決算で6.9%と堅調に推移しておりますが、先ほどの調査では令和2年度で黒字事業所が26.5、収支均衡が25.1、赤字事業所が27.1となっております。半数程度が厳しい経営状況にあると回答されておりまして、単独事業所も増加していることもありまして、これらの要因分析や、また、加算を取得するのに研修等が受けやすい環境設定も必要かと考えます。また、オンライン会議経験者も7割を超えておりましたけれども、設備投資が困難であるという回答も多かったようでありますので、財政面での支援も必要と考えております。

資料3「訪問看護」につきましてですが、要介護認定を受けておりましても、介護保険のサービス利用がなく、医療保険による訪問看護のみの利用となる場合につきましては、居宅介護支援の対象とはなっておりませんが、インフォーマルな支援や他の福祉サービスや関係制度利用等で居宅介護支援事業所によるケアマネジメントの必要性が生じた場合、例えばサービス利用前の相談・調整等に係る評価の対象とすることなど、今後検討が必要かと考えます。

資料4「訪問リハビリテーション」についてでございますが、21ページに収支差率の記載もございまして、この間、新型コロナウイルス禍による利用控え、その他の各種要因がありまして、収支差率がかなり低下しており、また、恐らくは併設施設も多く、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られます。これらを考慮した改定も必要ではないかと考えます。

また、21ページには、次回同時改定ということもございまして、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的な取組につきまして、引き続き推進方策を期待するところでございます。

資料5「居宅療養管理指導」についてでございますが、同時改定の意見交換会の検討事項の上のほうでございますが、主治医と介護支援専門員との連携の強化、連携の在り方についてということでも意見も出ておりますので、引き続きこれらが強化されるような方策が必要と考えております。しかしながら、その際に、できますれば事務負担が増加しないような方策が模索できればということを考えます。

資料6「居宅介護支援」でございますが、217回でも述べましたが、4年12月現在で有効求人倍率4倍ということで、かなり介護職員の全国の有効求人倍率に近い状況になっておりまして、介護支援専門員、主任介護支援専門員の人材確保がさらに困難になっているという現状がございます。処遇の向上が必要とも考え、各種処遇改善加算の対象とするか、基本報酬等の評価により環境の改善が図られるよう検討をお願いしたいと考えます。

また、21ページの前6か月における訪問介護等のサービス利用割合の説明につきましては、説明が定着はしてきておりますが、一部の利用者様におかれましては、逆にその説明した事業所の中からサービスを選ぶ傾向もあるということで、事務の簡素化も含めて、どのような方法がよいのか一緒に検討できればと考えております。

22ページの逡減制につきましては、取り組む事業所では経営改善が図られておりまして、算定状況を見ますと、事業所の状況によって無理のない範囲で算定も進んでいるのかと考えております。

また、24ページの看取り期におけるサービス利用前の相談・調整に関する評価につきましては、前述のとおり、限定的にでも対象を広げることで、ひいては総合相談支援を個別に担当し、地域包括支援センターの負担軽減につなげられる可能性もあるのではないかと考えます。

それから、25ページの介護予防支援につきましては、委託時連携加算、前回創設していただきましたが、委託先の居宅介護支援事業所におきまして、算定が認められていない事例もあるという報告も伺っておりまして、要件に記載のとおり、当該加算を勘案した委託費の設定を引き続きお願いしたいと考えております。

さらに、29ページには、指定対象の居宅介護支援事業所への拡大ということでございますけれども、業務密度と報酬のバランスの改善を考慮しまして、現在の居宅介護支援事業所が兼務で受ける場合、各種の体制加算が継続できるような配慮をお願いできればということでございます。

34、35では、主任介護支援専門員の確保ができていない事業所が現状で約2割あるということで、いわゆる管理者要件のことがございますので、主任介護支援専門員研修の受講

が進むような受講要件の整合性の周知などをお願いしたいと考えております。

また、43ページ以降の通院・入院・退院時の情報連携につきましては、引き続き推進されるように、メールなど各種ICTが活用できるような環境整備が必要と考えます。また、多職種が一堂に集まれない場合は、一部の職種は意見照会でよいとするなど、運用の簡素化などの改善が図られることも期待したいと存じます。

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。日慢協の田中です。

私は資料の4つに関してコメントしたいと思います。まず、訪問介護です。ほかの委員さん、また34ページから37ページにあるように、著しい人手不足と現在勤務している方々の高齢化が深刻です。山間部では、高齢のために訪問時の運転に支障があったり、本人の自信がなくて遠い居宅へ出られないケースも増えています。通勤災害のみならず、職員の腰痛や疾患への配慮も必須です。そういった現状も踏まえて、報酬のみならず、今後の対策を考える必要があると思います。

一方で、利用料負担を考え、入所までの期間を延伸するため、何とか在宅で生活したいという高齢者も増えており、特に老老世帯や独居の初期認知症の患者さんの在宅生活を継続するためには、家事援助を含めた訪問介護の支援は欠かせず、一概に取り上げるようなことになってはならないと思います。

次に、訪問看護についてですが、以前から申し上げているように、医療依存度の高い方の訪問看護が高まっていることから、特定行為のできる看護師など専門看護師の配置に配慮していただきたいと思います。また、療養通所や看護多機能などとの看護師、管理者等の兼務による人員不足への対応を御検討いただきたいです。

また、私どもの経験ではありますけれども、医療と在宅の連携目的で病棟看護師やリハ職と訪問との兼務を進め、いわゆるハイブリッド型の看護師、リハビリ職を育成しています。病棟において、より在宅生活のイメージがつきやすいかと思っております。こういった医療と介護の連携のためのハイブリッド職の育成も検討の一助ではないかと考えています。

次に、介護支援専門員ですが、先ほど委員の方からも御指摘がありましたけれども、在宅支援を推奨している中、6ページにあるように、居宅介護支援事業所が減っています。3ページにあったように、経過措置はありますが、小さく記載されているように、新たな管理者に適用されない主任ケアマネということで、主任ケアマネの要件が非常に厳しくなっています。そういった主任ケアマネが配置できないために、立ち上げができないあるいは継続ができない事業所も増えていると聞いています。32ページにあるように、合格率が2割以下という試験の内容が難し過ぎるのではないかと、入り口を閉め過ぎているのではないかとといった可能性について指摘したいと思います。しかも、ケアマネの受験資格までの



期間が5年間、そこから、ケアマネの実務を5年しないと主任ケアマネにはなれないという育成までの期間が長過ぎるのではないかということにも言及いたします。さらに、資格を取ってからも義務研修が他職種と比べて多過ぎるように感じます。それに見合った報酬が出ていないために、なり手が減っているのではないかと思います。

ケアマネになるための現場の経験が5年も必要なのか、また、その根拠があるのかどうか、この1点については質問いたします。報酬の見直しだけでなく、AIケアマネの積極的な活用も含めて規制緩和や効率化を推進しないと、本当にケアマネの現場はもたないと感じています。

最後に、福祉用具・住宅改修についてですが、とにかく使い手の気持ちを聞きながらの改定を希望いたします。

以上です。

○田辺分科会長 1点、要件に関して御質問がございましたので、回答をお願いいたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問ありがとうございます。

少しこの要件の設定の根拠に立ち戻りまして、検討させていただきたいと考えております。

以上でございます。

○田中委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、米本委員、よろしく願いいたします。

○米本委員 全国町村会の米本でございます。

それでは、「訪問介護」について意見を申し述べさせていただきます。資料1の30ページに地方分権改革に関する提案募集が示されておりますが、この提案については、町村から提案をされたものでございます。先ほど来多くの方々が述べられておりますが、中山間地域においては、事業所からサービス利用者宅まで遠距離であるとともに、利用者宅が点在し、移動に時間を要するケースが多く、実際のサービス提供時間より移動時間のほうが長いといったケースが多々ございます。その中には特別地域加算や中山間地域等における小規模事業加算が該当しない地域もあり、全ての事業所がこのような加算を算定できているわけではございません。中山間地域や離島など、どの地域においても本人の希望する場所でそれぞれの状態に応じた必要なサービス提供が確保されるよう、地域の実情に応じた方策を検討いただくようお願いをしたいと思います。

本日は訪問系の介護サービスについて議論をしているわけですが、最後に、全体を通しまして、これまで幾度か申し上げているとおり、持続可能な介護サービスの提供ができるよう、事業所経営の安定化や新規参入の促進、介護人材確保ができる仕組みの構築をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

資料に沿って御意見を申し上げます。まず、資料1「訪問介護」でございますが、19ページに訪問介護やそれ以外の経営状況の数字が出ております。これを見ますと、訪問介護収支差6.1%、訪問看護7.6%に比べ、訪問リハビリ0.6%、通所リハビリ0.5%と、居宅サービス毎に大きな収支差があることが分かります。財源が厳しい中、介護報酬改定に当たっては、各サービスの収支差率の均てん化も必要になると考えています。

次に、資料4「訪問リハビリテーション」について幾つか意見を申し上げます。まず、34ページをお開きください。ここに第9期介護保険事業計画の基本指針における対応が書いてございます。「見直しの方向性」のところに、訪問リハビリテーションのさらなる普及、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要と記載がされております。さらに、47ページにおきましては、地域における高齢者リハビリテーション推進に関する検討会におきまして、アンダーラインが引いてございますが、「医療機関や介護老人保健施設、介護医療院における訪問リハビリテーションサービスのさらなる拡充が必要」と提言がされております。

現状のところ、9ページにございますように、訪問リハビリテーション事業所につきましては、4分の3が病院・診療所、残りの約4分の1が老健施設という開設割合になっております。また、老健施設のうち約28%でしか訪問リハビリテーション事業所を開設しておりません。長年、老健施設における訪問リハビリテーション事業所の開設を推奨してきました。しかし、これがなかなかできない理由が、実は訪問リハビリテーション事業を開始するに当たって、医療機関では事業所のみなし指定がございしますが、老健施設や介護医療院におきましては、みなし指定ができないことが原因と考えられます。これが開設の大きなハードルとなっています。老健施設等での訪問リハビリテーションの拡充を図るためには、まずこの事業所のみなし指定をできるようにすることが必要だと考えています。

次に、介護予防通所リハビリテーションの長期利用の減算についてです。前回のこの会議においても長期化が悪ではなく、要介護にならないように長期間維持できていることを評価すべきという意見を申し上げました。今回資料4の29ページ、40ページ、41ページ、42ページに、介護予防訪問リハの長期間利用減算に係る資料が出されております。急性期、回復期のリハビリテーションにおきましては、当然ながら改善させることがリハビリのアウトカムであります。しかし、生活期におきましては、昔は維持期とも言っておりましたが、生活期のリハビリテーションのアウトカムは、生活機能の維持ということも大きなアウトカムになると思います。維持できていれば評価されるべきものであって、減算すべきものではないと考えます。これは住み慣れた地域で支え合う地域包括ケアシステムの理念にも合致するものと考えますので、再度発言させていただきました。

次に資料4の45ページをお開きください。介護報酬上の取組として、認知症短期集中リハビリテーション等の資料が出ております。この認知症短期集中リハビリテーションにつきましては、初めに老健施設で導入されたものです。さらに、認知症における非薬物療法

として多くのエビデンスも出ております。現在では診療報酬上でも評価されているものがございます。また、46ページには、N数は少ないものの、訪問における認知症リハビリテーションの効果のエビデンスも出ております。在宅の認知症の方であっても、通所リハに行くのは嫌だが、訪問に来られるのならば、認知症のリハを受けたいという方もいらっしゃると思います。ぜひ訪問リハビリにおきましても、何らかの認知症リハビリができるようにすべきだと考えております。

最後に、48ページの地方分権提案についてです。ここに指定基準における医師の必置等の文章がございます。リハビリテーションの提供の場を拡大するのは必要と考えますが、その前提として、リハビリテーションは医師の指示の下に実施されるものであります。リハビリテーションの質を担保する上でも、医師の配置は必須と考えます。安易に医師の配置等の配置基準を緩和するのではなく、サービスの質を担保しつつ、先ほど申し上げましたように、事業所開設のみなしを認める等により、提供の拡大ができる方策を考えるべきだと思います。

次に、資料5「居宅療養管理指導」でございます。居宅療養管理指導をより役立つ実効性のあるものとするために、情報共有の様式の見直しも必要かもしれませんが、この居宅療養管理指導により、どのような指導が行われ、利用者にとってどのように役に立っているのか、この居宅療養管理指導の実態の調査も今後必要かと考えます。

次に、資料6「居宅介護支援」の38ページをお開きください。今回医療と介護の同時改定でもありますので発言しますが、ここにありますように、疾患別ケアをしっかりと押さえる必要があると思います。ケアマネジャーがしっかりと医療ニーズやリハのニーズをトリアージして適切に組み合わせる必要があり、そのトリアージを評価すべきと考えます。

21ページには、特定事業所加算の介護情報公表システムにおける提供の資料というものが出ております。ここではサービス別の事業所の割合が公表されていますが、居宅介護支援事業所ごとにどのようなサービスを計画されたのかの情報も必要なのではないのでしょうか。居宅介護支援事業所が医療ニーズに対応するため、医療サービスを適切にオーダーしているかどうか評価すべきだと考えています。

最後に、福祉用具でございます。41ページに福祉用具・住宅改修の現状・論点が出ております。一番上に上限設定の見直しの頻度について、施行後の実態も踏まえ、おおむね1年に1度の頻度で見直すこととしていたが、3年に1度の頻度でということが書いてございます。この上限設定の見直しを実施するとなると、必ず上限価格が下がる仕組みになっておりますが、今般の物価上昇の局面では事業所にとっても大変厳しい制度となると思います。今後この在り方についても検討が必要と考えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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。

資料に沿って意見を述べさせていただきます。まず、訪問介護につきまして、看取り期はかかりつけ医や訪問看護職員とより一層連携し、人生の最終段階における医療ケア・チームの一員としてしっかりと関わっていく必要があると思います。

続きまして、訪問看護についてでございます。5ページに別表第7、別表第8が示されておりまして、これが特定管理加算の対象となるわけですが、この別表第7、別表第8は随分古くに作成されたものでありまして、別表第7には極めてまれな疾患も多く、現場は非がんの看取りも多く、また、別表第8も現状の在宅医療の実態となじまない項目もあり、次回は同時改定でもありますので、見直す検討の時期とも考えております。

続きまして、36ページに平成28年から創設されている看護体制強化加算は経年的に算定率が落ちてきているところ、令和4年4月に上昇しておりますので、この辺り、コロナの影響がどれほどあったのかとか、またしっかり検証が必要ではないかと思っております。

もう一点は、一部の看護職に比べて極端にリハビリ専門職を多く配置した訪問看護ステーションが改定のたびに議論になってきましたけれども、なるべく本来の訪問看護ステーションの役割が發揮できるように、軌道修正も必要ではないかと思っております。

続きまして、訪問リハビリテーションについてでございます。まずは事業所数の拡充、特に老健の拡充は非常に重要なテーマと思っております。また、退院・退所直後の早期の訪問リハビリテーションの提供につなげるために、前回の通所リハビリテーションのときにも申しましたけれども、退院・退所時のカンファレンスに在宅のリハビリ専門職が参加していく、あるいはサービス開始前に例えば入院時に医療のリハビリ実施計画書を入手できるような連携を担保することが重要ではないかと思っております。

介護予防リハビリテーションの適正化につきましては、先ほど東委員からも御発言がありました。そして、通所リハのときにも申し上げましたけれども、継続しているから維持できているのか、やめた後がどうなるのかというのは検証が必要だと思います。それから、通所リハにはあって訪問リハにはないのが認知症短期集中リハビリテーションでございますので、実際、訪問診療の患者さんの7割は認知症日常生活自立度I以上というデータもございますので、ぜひ御検討をよろしくお願ひしたいと思います。特に短期集中がいいのか、長期化したほうがいいのかは、また現場のニーズに沿って検討も必要かと思っております。

また、通所リハでは、例えば感染症とかでADLが落ちたときにタイミングよくリハビリテーションを提供できる生活行為向上リハビリテーション実施加算というものが前回の改定で新設されておりまして、訪問リハにおいても在宅でいろいろな感染症等でADLが落ちたときに、バーセルインデックスとかFIMが5点悪化すると緊急的に診療報酬で介入できる訪問リハビリテーション指導管理料がございますが、これは14日以内で1日4単位までで6か月に1回という要件になっておりますから、なかなかそれでは要介護の高齢者は立ち行かないので、今後そういったものが必要かどうか、ニーズに応じて検討が必要かと思っております。

続いて、これも前回の改定で議論になりましたけれども、法改正を要するので慎重な検討が要りますけれども、特定施設や認知症グループホームに介護保険の訪問看護とか訪問リハのニーズがどうなのか、介護保険の訪問看護、訪問リハが入れなくて困っている利用者がいらっしゃるのかは検討の必要があるかと思います。特にグループホームにおきましては、看護職員や機能訓練士の配置状況もありませんので、一度調査が必要かと思っております。

続いて、訪問リハビリテーションの診療未実施減算についてでございます。ずっと経過措置として位置づけられていますが、今日の資料でも令和5年3月に12.7%になっておりますから、計画作成医師が自宅訪問したり診療するのが本来の姿でありますので、やむを得ない措置だと思っておりますけれども、主治医の指示とともに、その時点で計画作成医師の診療を利用者に促す仕組みを考えていかないと、なかなかここは収まっていけないと思うので、またぜひここは検討の必要があると思っております。

そのほかの移行支援加算、これは通所リハのときにも申し上げましたが、卒業した後の状況が不明であったり、逆紹介がなかったり、本当にこれが加算としてインセンティブが効いているのかどうか、ここはしっかり見直しが必要と思えますし、同じく事業所評価加算についてもかなり複雑で分かりにくいということで、見直し、検討が必要かと思っております。

訪問リハの最後に、48ページに地方分権からの提案がございまして、これも先ほど東委員がおっしゃいましたが、医師の必置についてですけれども、通所リハでも訪問リハでもリハビリテーションは、医師の指示の下に医師またはリハビリ専門職が実施する、そして、それはリハビリテーション実施計画書に基づいて行う、そのリハビリテーション実施計画書を作成するのは医師であるということで、医師の必置というのは、医師の必置がないとサービス提供が実現しないものでございますので、よろしくお願ひしたいと思っております。

続いて、居宅療養管理指導につきまして、次回改定におきましても、リハビリテーション・機能訓練と栄養と口腔を一体的に取り組むことを推進する必要があると思っております。41ページに低栄養の資料が出ていますけれども、恐らく実態はこのデータよりもさらに低栄養の方が多いのだろうと認識をしています。在宅や施設では血液検査等を長期間していない利用者も多くいらっしゃって、現在の低栄養リスクの把握に当たって、血液検査のいわゆる血清アルブミン値を評価していない場合も多く、実はかなりの低アルブミン血症が見逃されている実態もございまして、今後健康診断レベルの検体検査や心電図、レントゲン等の機会の確保をどう行うべきか、こういったことも検討していく必要があるのではないかと思います。

そして、42ページに、地方からの薬局の栄養士に関する御提案がございまして、まずは日頃から医療機関や老健施設等の介護施設で診療録の記録、データを踏まえて、そして、チームカンファを実施することによって指導管理を行っている管理栄養士が望ましいと考えています。サービスの質を担保するに当たっても、まずは余力のある医療機関や

介護施設からのさらなる在宅での応援を願うことが先決と考えております。

居宅介護支援につきましては、22ページに前回改定の見直しが出ておりますが、前回の改定において、人員に関する運営基準に、利用者の数が35またはその端数を増すごとに1とするとされており、同様に解釈通知でもそのことが望ましいと記されておりました。現在市町村の集団指導等においては厳格に指導がなされ、事実上、この仕組みが報酬上に位置づけられていても実際は活用できない事態を招いておりますので、その結果、居宅介護支援費のIIの算定が1割弱にとどまっていることもあろうかと思っておりますので、ここは公平性の観点から、事務局には全国の保険者にいろいろ情報を提供し、適切な対応をお願いしたいと思っております。

先ほど濱田委員からも種々ございましたが、ターミナルケアマネジメント加算について、これは非常に当初期待されておりましたが、算定が低調でございまして、本当にニーズがないのか、あるいはがん末期に限っているから少ないのか、この辺りは今後検討が必要かと思っております。

最後に、福祉用具につきまして、福祉用具の販売種目のあり方検討会で私も発言させていただいておりますけれども、廉価な福祉用具について、貸与か販売かの選択制についてちょうど議論している最中でございます。この中で重要なのは、かかりつけ医による医学的判断が不可欠でありますし、リハビリテーションの進行あるいは進捗とリンクしますので、リハビリ専門職の意見も参考にすべきであります。また、方策としては、退院・退所時カンファに福祉用具専門相談員や販売業者が必要に応じて参加することも有用ではないかと思っております。

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。

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、事務局におかれましては、本日各委員からいただいた御意見等を十分に踏まえた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き進めていただくようお願い申し上げます。

それでは、本日の審議はここまで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、事務局より説明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221回介護給付費分科会の開催は、8月7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す。

若干時間を超過してしまいましたけれども、本日はこれにて閉会いたします。お忙しいところを御参集いただきまして、ありがとうございます。

それでは、散会いたします。