

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第235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、大石委員、奥塚委員より御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の大石委員に代わり新田参考人に御出席いただいております。

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

なお、長内委員が、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させていただきます。

なお、今回は委員提出資料として、松田委員から資料が提出されております。

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、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、御発言をされる際にZoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックして、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言いただくようお願いいたします。

御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

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、令和6年度介護報酬改定に関する審議報告案について議論を行います。

審議報告案については、これまでの議論を踏まえたものでありますけれども、年内には、取りまとめを行いたいと思いますので、委員の皆様方におかれましては、御協力のほうをよろしくお願いいたします。

それでは、事務局のほうより資料の説明をお願いいたします。

では、よろしくお願ひいたします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

資料2に基づきまして「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（案）」につき、御説明を申し上げたいと思います。

お開きいただきまして、1ページから目次でございます。ざっと全体像を御覧いただきまして内容に入ってまいりたいと思います。

5ページを御覧ください。こちらから本文となります。

まず「I 令和6年度介護報酬改定に係る基本的な考え方」でございます。こちらは、これまでの御意見を踏まえまして、第227回の分科会資料2-2、基本的な視点という資料でございましたが、そちらを基に当日の議論をいただきまして、修正をさせていただいたものでございます。主な修正点を含め、御説明申し上げます。

まず、5ページ目の総論の4行目から85歳以上人口割合の増加や、生産年齢人口の急減、こういった表現を追加させていただいております。

また、下から4行目には、令和5年度補正予算の対応、こういった時点の修正もさせていただいております。

また、6ページ目でございます。上から10行目、既存の社会資源を活用しつつ、また、そこから9行下に下ったところでございますけれども、認知症の方の意向と能力を十分に尊重しつつ、さらには、下から4行目でございますが、介護を必要とする方の暮らしを支えるもの、こういったことが求められている旨を記載してございます。

続きまして、7ページの（3）番、このタイトルのところでございますが、良質なサービスの効率的な提供、この効率的という観点につきまして、委員の方から御意見をいただきまして反映をさせていただいております。

また、中段でございます、引き続き処遇改善措置の効果の把握とともにとったことで、こういった効果をしっかり把握をしていくといった観点も記載させていただきました。

続きまして8ページ目でございます。上から2行目、利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、サービスの適正化・重点化を図り、こういった内容も記載させていただきました。

続きまして、8ページ目、3の（1）番でございますが、上から8行目ですけれども、医療・介護DXも活用した情報連携の推進、入退院時支援の強化、利用者の状態に応じた専門職の配置など、医療と介護の連携をより一層推進、また、障害福祉サービスとの連携の強化などについて追記させていただいております。

あわせまして、安全性の確保といった観点についても追記をさせていただきました。

続きまして、このページの下から5行目でございます。アウトカム指標を踏まえた評価の推進、さらには、様々な角度から自立支援・重度化防止に係る取組やリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組を推進していくこと。

さらには、次ページでございます、（3）番のタイトル、こちらにも効率的な提供、こ

の旨を記載させていただきました。

その5行下でございますが、全産業における賃上げの動きも踏まえ、また、キャリアアップでございますとか、両立支援、休暇取得の促進、こういったことの重要性についても追記をさせていただきます。

また、介護職員の負担軽減でございますとか、喫緊の課題である人材確保につながる職場環境づくりを進めることも必要である、こういった旨も追記をさせていただきました。

大きな4番目、制度の安全性、持続可能性の確保につきましては、3行目のところで、若年層から高齢者まで全ての世代にとって安心できる制度という記載。

また、その3行下でございますが、利用者負担、保険料負担への影響を踏まえ、こうした御意見をいただきまして、適宜反映をさせていただいたところでございます。

続きまして、10ページ目から具体的な介護報酬改定の内容となります。

この大きなセクションは、第228回当該分科会以降、本日までの分科会でお示しをいたしました各サービスや、横断的事項の論点及び対応案をベースといたしまして、これまでいただいた御意見などを踏まえつつ、事務局として整理したものを記載させていただいたものでございます。順に簡潔に御説明を申し上げたいと思います。

まず、大きな1つ目といたしまして「地域包括ケアシステムの深化・推進」「(1)質の高い公正中立なケアマネジメント」。これについて3点ございます。

まず、1つ目といたしまして、居宅介護支援における特定事業所加算の見直し。これは、特定事業所加算の算定要件について、記載の見直しを行うものでございます。

2つ目といたしまして、居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱いの見直し。

ページをめくりまして、11ページ、マル3番、他のサービス事業所との連携によるモニタリングに係る見直しを記載してございます。

続きまして、大きな2つ目といたしまして「地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組」。こちらは5点ございます。

訪問介護における特定事業所加算の見直し、こちらは、当該加算につきまして看取り期の利用者など、重症者へのサービス提供や中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点から、記載の見直しを行うものでございます。

また、2つ目として訪問看護と他の介護保険サービス等との連携強化。

3つ目、通所リハビリテーションにおける機能訓練事業所の共生型サービス、基準該当サービスの提供の拡充。

4つ目として、豪雪地帯等において、急な気象状況の悪化等があった場合の通所介護費などの所要時間の取扱いの明確化。

そして、5つ目といたしまして、総合マネジメント体制強化加算の見直し、こういった内容を記載させていただきました。

続きまして「(3)医療と介護の連携の推進」でございます。こちらは、多岐にわたる

内容でございまして、少し項目をお分けしております。

1つ目として「在宅における医療ニーズへの対応強化」、これについて6点ございます。

1つ目として、専門性の高い看護師による訪問看護の評価。適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師の方が計画的な管理を行うことを評価する。こういったものでございます。

2つ目として、患者の状態に応じた在宅薬管理の推進。

3つ目といたしまして、14ページの総合医学管理加算の見直し。

4つ目として、療養通所介護における医療ニーズを有する中重度者の短期利用の推進。

そして、療養通所介護における重度者への安定的なサービス提供体制の評価。

そして、看多機における柔軟なサービス利用の促進。こういった6つの項目を記載してございます。

続きまして「在宅における医療・介護の連携強化」についてでございます。

7番と記載しておりますが、円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進。

また、医療機関のリハビリテーション計画書の受取りの義務化。

退院後の早期リハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進。

入院時情報連携加算の見直し。

さらには、16ページにございます、通院時情報連携加算の見直し。こうしたものを通しまして在宅における医療・介護の連携強化を図ると、こういった内容でございます。

続きまして、16ページの中段「高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化」でございます。

12番と記載してございます、特定施設入居者生活介護における夜間看護体制の強化。

そして、特定施設入居者生活介護における医療的ケアの推進に向けた入居継続支援加算の見直し。

認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算の見直し。

そして、17ページでございます。配置医師緊急時対応加算の見直し。

介護老人福祉施設等における給付調整の分かりやすい周知。介護老人福祉施設等における透析が必要な方に対する通院介助の評価。所定疾患施設療養費の見直し。こうした見直しによりまして、高齢者施設等における医療ニーズへの対応の強化を図るといった内容でございます。

続きまして、18ページでございます。高齢者施設等と医療機関の連携強化について、5点記載いたしました。

まずマル19番、協力医療機関との連携体制の構築。高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携のもとで適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関との実効性のある連携体制の構築。こういった取組でございます。

この内容について19番に記載しておりまして、19ページに20番がございます。協力医療

機関との定期的な会議の実施、そして、入院時等の医療機関への情報提供、さらには20ページでございます、介護老人福祉施設等における緊急時等の対応方針の定期的な見直し、介護老人保健施設における医療機関からの患者受入れの促進、こういった同時改定という機会を捉えまして、高齢者施設等と医療機関との連携、こちらを進めていこうといった内容でございます。

続きまして、20ページの中段からでございますが、今回の大きなテーマの1つでございます「看取りへの対応強化」について、8点記載をいたしました。

1つ目といたしましては、訪問介護における特定事業所加算の見直し。

そして、訪問入浴介護における看取り対応体制の評価。

21ページに参りまして、訪問看護などにおけるターミナルケア加算の見直し。

情報通信機器を用いた死亡診断の補助に関する評価。

短期入所生活介護における看取り対応体制の強化。

ターミナルケアマネジメント加算等の見直し。

そして、介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の見直し。

さらには、22ページでございますが、介護医療院における看取りへの対応の充実ということで、分科会におきまして、累次御提案、御協議をいただきました看取りへの対応の充実について、こちらにまとめさせていただきました。

続きまして、22ページからでございます。「(5) 感染症や災害への対応力向上」。こちらについて、4点記載をいたしました。

高齢者施設等における感染症対応力の向上ということでございます。

高齢者施設等につきましては、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者への感染拡大を防止することが求められていることから、記載の内容を行うものでございます。

23ページから施設内療養を行う高齢者施設等への対応。

そして、新興感染症発生時などの対応を行う医療機関との連携。

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入。

以上4点につきまして、感染症や災害への対応力強化の対応として記載をいたしました。

続きまして、24ページからでございます。「(6) 高齢者虐待防止、安全性の確保等の取組の推進」についての記載でございます。

1つ目といたしまして、高齢者虐待防止の推進。利用者の人権の擁護、虐待の防止などをより推進する観点から、介護サービス事業者につきまして、虐待の発生またはその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算するなどの対応でございます。

続きまして、2つ目、身体的拘束等の適正化の推進でございますが、身体的拘束等のさらなる適正化を図る観点から見直しを行うものでございます。

以上2点が、高齢者虐待防止、安全性の確保等の取組に関する事項でございます。

続きまして、25ページから、認知症の方への対応力強化ということになります。

まず、1つ目といたしまして、訪問系サービスにおける認知症専門ケア加算の見直し。これは、訪問系サービスにおける認知症専門ケア加算につきまして、適切に認知症の専門ケアを行うことを評価する観点から、利用者の受入れに関する要件を見直すものでございます。

続きまして、訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進。

通所介護・地域密着型通所介護における認知症加算の見直し。

小多機及び看多機における認知症対応力の強化。

認知症対応型共同生活介護、施設系サービスにおける平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の促進。

そして、介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し。

以上6点につきまして、御協議をいただいた結果として、認知症の対応力の強化の項目として記載いたしました。

続きまして、26ページの中段「(8) 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し」につきまして4点ございます。

1つ目、一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入でございます。これは、利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入するといった内容のものでございます。

続きまして、27ページ、モニタリング実施時期の明確化、また、モニタリング結果の記録及び介護支援専門医への交付、福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会を踏まえた対応ということで、福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直しについては、以上の4点を記載させていただきました。

続きまして、28ページでございます。こちらは、改定の対応のうち、大きな2つ目のテーマとなります「自立支援・重度化防止に向けた対応」についての内容となります。

(1) 番、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組などがございます。これは多岐にわたりますので、幾つか項目を分けてございます。

1つ目といたしまして「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組」について、3点記載いたしました。

1つ目といたしましては、訪問通所リハビリテーションにおけるリハ、口腔、栄養の一体的取組の推進でございます。

これは、リハビリテーション、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設けると、こういっ

た内容でございます。

そして、2つ目といたしましては、介護保険施設におけるリハ・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進。

ページをめくっていただきまして、29ページには、リハ・個別機能訓練、口腔、栄養管理に係る一体的計画書の見直し。こうした内容におきまして、一体的な取組を進めていくといった内容でございます。

続きまして、その下「リハビリテーション」でございます。医療機関のリハビリテーション計画書の受取りの義務化。また、退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進。こうしたことにより、医療機関と介護事業所の連携を進めていこうと。

また、6番、訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直しということでございます。

これは、訪問リハビリテーション事業所をさらに拡充する観点から、介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可があったときには、訪問リハビリテーション事業所の指定があったものとみなすと、こういった見直しでございます。

30ページ、要介護・要支援のリハビリテーションの評価の差別化。

そして、介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価。

そして、9番、退院直後の診療未実施減算の免除。

そして、診療未実施減算の経過措置の延長など。

さらには31ページでございます。通所リハビリテーション事業所の規模別基本報酬の見直し。こちらは、リハビリテーションマネジメントを実施する体制などが充実している事業所を評価する観点から、見直しを行うものでございます。

31ページの12番、ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化。

また、介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算の見直しということで、リハビリテーションにつきましては、今回同時改定の中で、多岐にわたる検討を行ってきたということでございます。

続きまして、32ページ、上段から「口腔」に関して5点ございます。

居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実ということでございます。

これは、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院または通所が困難な者から通院困難な者に見直す、こういった内容でございます。

また、訪問系サービス及び通所、入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化、居宅療養管理指導におけるがん末期の者に対する歯科衛生士等の介入の充実、特定施設入居者生活介護における口腔衛生管理の強化、さらには33ページでございます、施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化、こうした取組によりまして、口腔機能及び口腔衛生管理の強化を図っていこうと、こういった内容となっております。

また、33ページ中段でございます。「栄養」でございますが、4点でございます。

1つ目といたしましては、先ほどもございました、居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実。

管理栄養士における居宅療養管理指導の算定回数の見直し。

そして、退所者の栄養管理に関する情報連携の促進です。

さらには、34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ということでもございまして、施設及び在宅、様々なところにいらっしゃる方の栄養管理、こういったものを充実させていこうといった内容となっております。

34ページ「(2) 自立支援・重度化防止に係る取組の推進」でございます。

1つ目といたしましては、通所介護等における入浴介助加算の見直し。

2つ目、通所リハビリテーションにおける入浴介助加算(II)の見直しです。

そして、35ページでございます、ユニットケア施設管理者研修の努力義務化。

4つ目、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促進。

そして、かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し。こうした取組を記載させていただきました。

続きまして、36ページでございます。「LIFEを活用した質の高い介護」について、5点でございます。

1つ目、科学的介護推進体制加算の見直し。当該加算につきまして、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し、科学的介護を推進する観点から、記載の見直しを行うものでございます。

続きまして、2つ目、自立支援促進加算の見直し。

3つ目といたしまして、37ページ、アウトカム評価の充実のためのADL維持等加算の見直し。

そして、アウトカム評価の充実のための排泄支援加算の見直し。

そして、アウトカム評価の充実のための褥瘡マネジメント加算等の見直しということでもございます。

この5点、科学的介護を推進していく、そして自立支援を促進していく、そういった観点から見直しを行う内容でございます。

続きまして、38ページ目、改定の柱の3つ目でございます。「3. 良質なサービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」ということで、1点記載をいたしました。介護職員の処遇改善についてでございます。

介護職員等の確保に向けまして、処遇改善のための措置をできるだけ多くの事業所に活用されるようにする観点から、現在ございます3つの加算について、その加算の要件及び加算率を組み合わせた4段階の介護職員等処遇改善加算に一本化を行う。その際、令和6年度末までの経過措置期間を設けることとする。

加えまして、下記の見直しを行うものでございます。

続きまして、39ページ「(2)生産性の向上等を通じた働きやすい職場づくり」。これも大変重要なテーマでございます。

まず、1つ目といたしましてテレワークの取扱い。人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置をしている職種のテレワークに関しまして、個人情報適切に管理していることや、利用者の処遇に支障が生じないことを前提に、取扱いの明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示すものでございます。

2つ目といたしまして、利用者の安全並びに介護サービス等の質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務づけ。

そして、介護ロボット・ICT等のテクノロジーの活用促進。

40ページの4番、生産性向上に先進的に取り組む特定施設に係る人員配置基準の特例的な柔軟化。こちらにつきましては、Pと書いてございますが、別途資料の2-1を用いまして、後ほど御説明を申し上げたいと思います。

5番、介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和。

そして、41ページ、認知症対応型共同生活介護における夜間支援体制加算の見直し。

7つ目、人員配置基準における両立支援への配慮。

そして、外国人介護人材に係る人員配置基準上の取扱いの見直し。こうした8つの項目を、こちらの枠には記載をさせていただきました。

続きまして、42ページからが「効率的なサービス提供の推進」ということで、17件にわたります項目を記載いたしております。

まず、1つ目といたしまして、管理者の責務及び職務範囲の明確化でございます。提供する介護サービスの質を確保しつつ、事業所を効率的に運営する観点から、管理者の責務について明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所施設などではなくても差し支えない旨を明確化する、こういった内容でございます。

その他、いわゆるローカルルールについて、そして、訪問看護等における24時間対応体制の充実。

43ページからでございます、訪問看護等における24時間対応のニーズに対する即応体制の確保。

退院時共同指導の指導内容の提供方法の柔軟化。

薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し。

そして、通所介護、地域密着型通所介護における個別機能訓練加算の人員配置要件の緩和及び評価の見直し。

さらには、44ページ、入浴介助加算の見直し。

通所リハビリテーションの入浴介助加算(II)の見直し。

ユニット間の勤務体制に係る取扱いの明確化。

随時対応サービスの集約化できる範囲の見直し。

小多機及び看多機における管理者の配置基準の見直し。

そして、他のサービス事業所との連携によるモニタリング。

45ページに移りまして、公正中立性の確保のための取組の見直し。

介護支援専門員1人当たりの取扱件数、これは報酬の面、基準の面でございます。

そして、46ページ、小規模介護老人福祉施設の配置基準の見直しと、こういった多岐にわたる内容につきまして御議論いただきました。まとめてございます。

続きまして、46ページの中段、大きな4つ目「制度の安定性・持続可能性の確保」、こちらも改定の大きな柱の4つ目でございます。「(1) 評価の適正化・重点化」について9点記載をいたしました。

まず、1つ目として訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬減算の見直し。

2つ目といたしまして、理学療法士等による訪問介護の評価の見直し。

47ページ、短期入所生活介護における長期利用の適正化、一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入。

モニタリング実施時期の明確化。

モニタリング結果の記録及び介護支援専門員への交付。

そして、福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会を踏まえた対応。これらは、先ほどの再掲でございます。

また、8つ目といたしまして、同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント。

そして、48ページ上段、多床室の室料負担、こういった項目について、記載をさせていただきました。

続きまして、48ページの上段「(2) 報酬の整理・簡素化」についてでございます。

1つ目といたしまして、運動器機能向上加算の基本報酬への包括化。これは、予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価をさらに推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点から包括化を行うと、こういった内容となっております。

マル2番、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬の見直し。

そして、経過的な小規模介護老人福祉施設等の範囲の見直し。

さらには、49ページ、認知症情報提供加算の廃止。

地域連携診療計画情報提供加算の廃止。

そして、長期療養生活移行加算の廃止ということでございまして、こうした中で、報酬体系の整理、簡素化も図っているというものでございます。

49ページ、5つ目の柱でございます「5. その他」と記載してございます。8点ございます。

1つ目といたしましては、書面掲示の規制の見直しということで、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は原則として、重要事項等の情報をウエ

ブサイトに掲載・公表しなければならないこととする。こういった内容でございます。

また、2つ目、特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化。

3つ目、特別地域加算の対象地域の見直し。

4つ目といたしまして、居宅療養管理指導における高齢者虐待防止措置及び業務継続計画の策定等に係る経過措置期間の延長。

さらに51ページからは、通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化。

看多機におけるサービス内容の明確化。

基準費用額の見直し。

そして、地域区分につきまして、記載させていただきました。

以上、累次にわたりまして、この分科会におきまして、委員の先生方の御意見をいただきながら、また御協議をいただきながら、この内容をまとめさせていただいたところでございます。御協議ありがとうございます。

続きまして、52ページの下段でございます。「III 今後の課題」につきましては、これまでいただいた御意見でございますとか、また、本日いただきます御審議を踏まえまして、次回の分科会までに、今後の課題として記載すべき事項、どういったものがあるのかということ、次回の分科会で、また御提案をさせていただきたいと思っております。

また、53ページからになります「IV 各サービスの改定事項」とございます。こちらは、先ほどの大きな2番、改定の対応に記載をさせていただきました改定事項を、サービスごとに横断で振り分けまして、記載をさせていただいたものでございます。

基本的には再掲の内容となりますので、説明については割愛をさせていただきたいと思っております。

まず、資料2に基づきまして御説明をさせていただきました。

あわせて資料の1が概要となりますので、そちらは、また、適宜御参照いただければと思います。

○峰村高齢者支援課長 続きまして、高齢者支援課長でございますけれども、資料2-1に基づきまして、御説明させていただきます。

先進的な特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化については、前回の分科会で4名の委員から、慎重に判断すべきであるという御意見をいただいております。

また、ケアの質の確保とか、職員の負担軽減というのが、何をもって確認されるのかという点や、一定の条件のもとで届け出るとした内容につきましては、事務局から具体的にお示ししておりませんでしたので、今回、その案も含めまして御提示し、本日の御意見を踏まえまして、審議報告に盛り込みたいと考えてございます。

資料2-1でございますけれども、冒頭からアまでの部分につきましては、既に分科会でお示しした内容でございます。

今回追加補足する内容は、イからオの部分になります。これは、前回改定でお認めいた

だいた夜間の人員配置基準の緩和に係る要件も踏まえたものになっております。

参考として3ページ目にある、前回改定時の説明資料も御参照いただければと思います。

まず、1ページのイの部分でございますけれども、こちらは3か月以上の試行と多職種の職員が参画する委員会において、データ等を確認することについて記載してございます。

これは、夜間の基準緩和でも求めている事項でありますほか、今回2年間で行いました実証においても、少なくとも3か月以上の試行が必要であるということを確認してございます。

それから、ウについては、夜間の基準緩和と同様の内容でございますけれども、夜間に限った表現については一部改めてございます。

それから、エの部分でございます。夜間の基準緩和のほうにはない項目になってございます。

夜間の基準緩和は、実証で得られました結果の平均値を基に緩和の範囲を定めておりましたけれども、今回の場合は、既に御指摘もございまして、1施設で確認した数値を緩和の上限値としてございます。

そのため、夜間の基準緩和においては、ケアの質の確保や、職員の負担軽減効果の確認は施設だけで行えばよいとしてございましたけれども、今回の特例的な柔軟化においては、その確認を施設だけに委ねるのではなく、行政も当該施設ごとに確認を行うこととしたところでございます。

それでは、具体的に何を確認するのかという点でございますが、2ページの上段にあります4点を考えています。

上の2つは、ケアの質の確保がなされているかどうか確認するものでございまして、下の2つは、職員の負担軽減が図られているかどうかを確認するものでございます。

2つ目の指標は、WHO等で、利用者のQOLの変化を測定することを想定しており、4つ目の指標は、SRS-18等で職員の心理的、身体的変化を測定することを想定してございます。

さらに、オの部分でございますけれども、指定権者に届け出る時点では、効果が確認されましたとしても、その後の職員や利用者の状況の変化、オペレーションの変更等によりまして結果が変わるおそれがあります。

そのため「一定期間」と書いておりますけれども、これは1年を超えないような範囲を想定しておりますけれども、一定期間ごとに指定権者に対して、エに記載したような状況に変化がないということを報告していただくこと。

また、届け出た人員配置より少ない人員配置とする場合には、改めて試行のプロセスが必要であることとしております。

さらに「過去一定期間」とありますけれども、これは2年から3年程度ではないかなと考えておりますけれども、行政指導等を受けている場合は、とりわけ安全性、労働条件に関わる指摘を受けている場合につきましては、それが改善されていなければ、適切な試行や対策が行われない可能性がありますので、改善している旨を届け出ていただかなければ

ならないとしたいと考えています。

なお、これまでの御意見において、なぜ一部の施設の結果だけで柔軟化に踏み切るのかという御指摘もいただいておりますけれども、事務局としては、現在の介護現場が置かれている状況、それから将来予測される社会情勢の変化を考えれば、そうした状況に挑戦する企業の努力の芽を育てていくべきと考えております。

また、全ての施設ですぐに成果を出すことが難しいことを考えますと、一定のスピード感が必要と考えてございます。

一部の企業、一部の施設であっても質を落とさずに効率化を図り、多くの介護需要に対応しようとする取組を評価することにつきましては、将来の介護サービスの安定的な確保に責任を負う立場からは、必要な取組と考えてございます。

ただ、その一方で、これまでにない取組でありますので、慎重に判断すべきという御意見も大変ごもっともと考えますので、国としても特例的な柔軟化を行う施設のデータを確認したり、実地で状況を把握するなど、しっかりと今後の取組の検証を行ってまいりたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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

会場の方は挙手にて、オンラインの方は、Zoomの「手を挙げる」機能を使用させていただき、私の指名により発言を開始していただければと思います。

各委員におかれましては、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただきますよう、御協力のほうをお願いいたします。

まず、松田委員のほうから資料が出ておりますので、その説明を簡潔にお願いしたいと思います。

では、松田委員、よろしく申し上げます。

○松田委員 松田でございます。このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

私は、資料の1ページですけれども、LIFEを用いた介護領域における新たな研究デザインの提案のための研究というのをやらせていただいております。今日は、その一部を紹介させていただきます。1ページめくっていただけたらと思います。

2ページ目ですけれども、LIFEデータをどう活用していくか、これは介護の質を高めるための指標をつくっていくということが、あるいはその可視化の例をつくっていくことが研究の目的であると考えております。

基本は、やはりクロス集計ということになりますので、クロス集計するとどのようなものが見えるかというのをここに示しております。

これは、要介護度別にバーセルインデックスの状況を見たものです。見ていただくと分

かりますように、要介護1から要介護5に行くに従って、いろいろここではかっているADLの状況が悪くなっているというのが分かると思います。

ここで食事と入浴を比較していただきますと、食事は比較的要介護度が上がっていても維持されるのに対して、入浴は要介護1ぐらいが非常に低い状態にある。このように要介護度別にどのようなADL上の課題があるのかということが見えると思います。

3ページは、項目別に示したものですので、次をお願いします。

これを使いますと、例えば、都道府県単位で、提供している施設だけですけれども、平均点等をまとめることができますので、例えば、バーセルインデックスの合計点について、北海道から沖縄までどのような平均であるかということは、こういう形で比較できます。

これも同じように、そのページ以降、食事、それから移乗、トイレ動作という形で、提示しておりますので、御覧いただけたらと思います。

ずっとめくっていただけてよろしいでしょうか。

LIFEのデータの中では、バイタリティーインデックスという手法、これは、ここに書いてあるように、起床、意思疎通、食事、排泄、リハビリ、活動について、どのような状況であるかということスコア化したものですけれども、例えばこのデータと、先ほどのバーセルインデックスをクロスさせるということもできるわけです。

11ページをお願いいたします。

これは、例えば、起床というバイタリティーインデックスの指標について、2というのがいつも定時に起床している。1が起こさないで起床しないことがある。0は、自分から起床することがないということですのでけれども、見ていただいて分かるように、バーセルインデックスと、ADLの状況がきれいに比例、相関しております。

起床のバイタリティーインデックスが高い人たちというのは、やはり食事でも、それから移乗でも、整容でも、トイレ動作、入浴でも、平地歩行でも自立している割合が高いという形で見ることができます。

14ページまで飛んでいただけてよろしいでしょうか。

今のものは、クロスセクショナルに、項目間を見ているだけですけれども、PDCAサイクルに基づいて、介護の質を高めていこうとすれば、どのような介入に対して、どのような効果があったかということが見られないといけないだろうと思っています。

実は、LIFEで集めているデータは、PDCAのDoに関する情報が少し足りないのですけれども、その中で、例えば、少し工夫をすると、それに近いものがつくれますので、栄養に着目してつくってみました。

栄養の評価では、リスク分類として低リスク、中リスク、高リスクというのが、ここにある指標に基づいて設定されています。

次をお願いします。

ここで、実は日本慢性期医療協会のほうで、今、積極的に取り組まれているのが、カロリーとか、たんぱく質の量ですけれども、いわゆる必要栄養量、基準栄養量よりも少し摂

取栄養量を高めてあげる、そういう食事の工夫をしたときに、どういう効果があるかというのをやっているのですけれども、実は理由がございまして、回りハでもそうですし、それから介護施設でもそうですけれども、今、いわゆる短期集中リハビリテーションとか、そういうことを行います。

そうしますと、実は平時で暮らしているよりも、日常生活に置いてより大きなカロリー消費を必要とします。

そうしますと、基準カロリーでやってしまうと、活動量に比べて低くなってしまいます。そういうことで、少しオーバーカロリーをすることの効果があるのではないかと、今やられているわけですけれども、それを検証したものです。

これは何をやったかというところ、最終評価のところのデータと、その1つ前のところのデータを比較しまして、その間で、例えばバーセルインデックスはどのくらい変化したのか、食事のスコアがどのくらい変化したのかということ、カロリーをオーバーカロリーになった群、1ですね、オーバーカロリーでない群に分けて見たものです。

要介護度というのは、ある意味、老化の過程でもありますので、だんだん下がっていきます。

しかし、ここで見ていただくと分かりますように、オーバーカロリーのほうが、やはり悪化の程度は低いと。その形でやりました。

これを見ていただきますと、次のページをお願いします。

15ページ、16ページを見ていて分かるように、その前の16ページで結構です。

オーバーカロリーでやったほうが、入浴も平地歩行も、それから、排尿コントロール等も悪化のレベルが、栄養のリスクレベルで見ても軽減される結果になっております。

次をお願いします。

そうすると、こういうもので、例えば、低栄養レベル1、2、3という形で階層化して、都道府県単位で、実際にBI利得がどうなっているかということを見ることができまして、それに加えて、オーバーカロリーであった群と、そうでない群に比べてどうだったのかという比較もできますので、そういう形でカロリーに介入した場合の効果というものを、ベンチマークをしながら見ることができる、こういう指標がつくれるのだらうと思っています。

18ページまでをお願いします。

これは、もう少し統計学的に分析したのが、このデータであります。BI利得というのは、BIのトータルのスコアの変化を、その間の日数で割ったもの、そういう指標なのですけれども、その変化に関して、何が関係しているかということも多変量解析をやったものです。

そうしますと、カロリーがオーバーカロリーであると、明らかに、BI利得の低下が予防されるという結果になっております。

一方で、バーセルインデックスで見るところのADLの低下というのは、これは老化の過程でもありますので、年齢が85歳から94歳、95歳以上でありますと、明らかに有意に下がっ

ていくということが分かります。

あと、誤嚥性肺炎の既往があるような人たちというのは、やはりこのようにADL、BIが下がっていくという結果になります。

いずれにしても、こういうLIFEのデータを使うことによって、どのような介入を行うと、バーセルインデックスで見るようなADLの改善、あるいは介護の質の改善につながるかという指標をつくることができますので、こういうデータベースが国レベルでつくれたということは、非常に大きなポイントではないかと思っています。

あとは、こういうデータを使って、これから厚労省のほうから、LIFEのデータに関してフィードバックをかけていくわけですが、そのフィードバックに関連する指標群というのを、こういう研究を行っていくことで、いろいろつくっていくことができるのではないかなと思います。

次をお願いします。

あと、この研究の過程で、実は私、介護の質の議論というのは、この議論が出たときからずっと関わらせていただいているのですが、そもそも介護の質の評価というところでは、介護保険制度の目的に沿って、介護サービスの質を高めるということに加えて、地域包括ケアシステムを完成させると、それを構築していくために役に立つ指標にするという、そういう目的があったと理解しています。

その中で、一番ポイントになってくるのが、介護の場合には、医療・介護もそうですし、介護施設の中でも入所・在宅という形で、いろいろなところを動きます。動きますと、その連携の過程で、やはり介護の質を高めていくという仕組みが必要になってきます。

そういうものを実装しているのが、実は函館地区です。函館では「はこだて医療介護連携サマリー」というものをつくっておりまして、ほぼほぼLIFEでやっているものに近いデータを集めていただいて、それをを用いて医療・介護の連携をしています。

函館の医療・介護連携サマリーというのは、まず、基本ツールがございまして、この赤で囲った部分が介護等で集めているものですが、今、これを基本ツールに置き換えるという形での検討を行っていただいているところでございます。

例えば、この赤いところで栄養というところにチェックが入ると、応用ツールというのが走って、その応用ツールのほうで、さらに詳細な記録、計画をつくっていくものになっています。

次をお願いします。

函館方式の基本ツールというのは、厚労省が介護保険制度で設定している基本生活情報、あるいはLIFEの科学的介護推進体制加算の内容に対応しています。

そうすると、通常のルーチンの実務と連携のための情報作成作業を一体化することができますので、これからの連携が必要だということになってきたときに、情報作成負荷の軽減を図ることが可能になります。

次をお願いします。

これは、対応を見たものですが、応用ツールというのが、医療応用ツールと介護応用ツールなのですが、この介護応用ツールというのは、実はLIFEの各種加算に対応するものになっています。

ここで、函館でつくられているこのシートなのですが、やはり重要なポイントは、連携の中身の開発、それから運営方法の開発というのを、函館市と関係職能団体が共同で行っています。これは、もう10年以上行っていますので、実はこういうLIFEに関連した情報を使って、どのように異なった事業者間が連携していくのかという、そういうノウハウも実は蓄積しております。

このツール自体は、エクセルでつくられておりますので、函館IDリンクで運用していますが、実はほかのヒューマンブリッジとか、いろいろな連携ツールで展開することが可能です。

次をお願いします。

少し事例を紹介したいと思います。これは70代の女性で、ここに書いてある形です。骨折で入院して、在宅に戻って、そこでまた通所リハを使っているけれども、そこで骨折して急性期に行って、回復期リハ病床に行って、また、在宅に戻ってきたと、こういう一連のものです。

このときに、回りハ病院から一番最初に通所リハに行くときには、いわゆる基本ツールのところでの医療というところで情報が提供されて、その情報に基づいて介護のほうで介護計画をつくります。でも、この人の場合には、ここで骨折を起こして急性期病院に入院してしまいましたので、そのときに急性期病院のほうに、また、この連携ツールの情報がいって、これがぐるぐる回っていくわけですが、これをやることによって、そのサービスを使い始めたときに、それまでどういう問題を持っていたかという情報が共有できます。共有できると、それに基づいて看護計画、リハ計画がつくれますので、連続性を持って効率的に必要な情報を整理することができます。

それをやることによって、それぞれのところでのサービス提供の効率化が図られることになります。

次のページをお願いします。

例えば、これですと、回りハから通所リハに行くときには、この栄養に関するリハビリ内容というのが、サマリーとして提供されるわけですが、ここで非常に重要なポイントがあります。

連携をやっていくためには、その連携に対してきちんと診療報酬あるいは介護報酬の点数が算定できるということが、やはり連携の動機になります。

函館の場合には、医療から介護に行くときには、ここにありますように、退院退所加算というのが、この中でちゃんと取れるように、フォーマットが工夫されています。

同じように、今度は、介護から入院するときには、科学的連携加算のところですが、こういう加算が取れるようになっている、これは非常に上手につくっております。

次をお願いします。

これは、入院から退院に行って、それから、また自宅に戻ってきたところですが、このように栄養に関する情報が、栄養だけではなくて、心身機能とかADLとか、栄養に関する情報というのが、同じフォーマットですべて連携されて、それに対して、ちゃんと加算も出ると、そういう上手な仕組みになっています。

次をお願いします。

実際、栄養の問題というのは非常に大きな問題でありまして、私たち実は、DPCのデータを分析しているのですが、これは、北海道のある医療圏です。ここで、DPCのデータでは入院時の摂食嚥下状態の評価と、入院時の栄養状態の評価をしています。

これで見たいのは、要介護高齢者の多くが、摂食嚥下障害がないにもかかわらず、在宅あるいは介護の現場で低栄養状態に置かれているということです。

入院時を見ていただきますと、例えば、要介護4ですと、入院時に42.3%の人が、栄養状態に低栄養があるという形で評価されています。

ところが、入院期間が短いせいもありますけれども、退院時に、やはり33.3%の方が、まだ低栄養であると。

実は、医療・介護とか在宅の現場で低栄養が放置されていて、それが急性期病院に入って、でも十分な栄養改善がなされないまま、介護のほうに退院していくと、こういう状態になっていますので、栄養から見ても、この連携の中でどう改善していくかということは、地域包括ケアシステムと、全体として見たときには非常に大きな課題になっていると考えます。

次をお願いします。

このように、介護施設、医療機関に入院時、スムーズな情報連携をすることによって、早期介入が可能になります。

そうしますと、入院したときに、いろいろなADLとか栄養に関する情報がありますと、病院としてはそれに対応して、すぐに看護計画をつくることができますので、あるいはリハ計画をつくることができますので、限られた入院期間中で、栄養の改善、ADLの改善ということに対して取り組めることになります。

そうしますと、分かっていることは、今までのデータでも明らかですけれども、在院日数が短いほうがADLの低下は予防できますので、そういう形で、介護から病院に情報をきちんと提供することで、入院医療自体の効率化、質の向上にもつながるという形になるのだろうと思います。

次をお願いします。

あと、個別機能訓練加算とか、リハビリテーションマネジメント加算の様式があるので、すけれども、これは、なかなか使いにくいデータなので、これはどのようにやったらいいのかなということで考えていました。

実際、函館では、ICFでこういう形にまとめるというものをつくっております。これを彼

らはICFシートと呼んでいますけれども、そうしますと、ここにこういう形で整理をしますと、次をお願いします。

事業者が移るたびに、ICF、長期の生活目標、短期目標、こういうものが全部共有できるようになるのです。そうすると、そういうものをリハビリテーションの目標設定に活用することもできますし、あとは、ここにACPの情報なども入れていくと、一番新しいACPに基づいて、いろいろな対応ができる形になりますので、この辺もすごく函館方式の優れたところなのかなと思っています。

次をお願いします。

ここからは、訪問看護とか訪問介護というのは、まだLIFEになっていませんけれども、どのようにやっているかという事例について、同じようにやっています。

これは認知症でして、もう一つが褥瘡ですけれども、これは参考のために出しておりますので、また読んでいただけたらと思います。

いずれにしても、LIFEで記載される情報を、医療と介護の間の連携に使うことによって、連携の質を高めて、さらにそれぞれの事業者におけるサービスの質を高めるということに使えるという私たちは、今、考えております。

次をお願いします。

もう最後のほうに行ってください結構です。

以上、早口で話してまいりましたけれども、函館におけるLIFEの活用は、基本的には、まず、LIFE加算の簡略化というものに対応しております。函館の医療・介護連携サマリーでは、項目の共通化を行っていて、1つのシートにデータを入れると、ほかの関連するところに全部自動入力が行われるという形で、入力の負荷軽減を行っています。

それから、現場にフィードバックできますので、介護マネジメントの質を高めることもできます。ということで、今、LIFE項目の連携サマリーの落とし込みについて、また、今やっておりますので、また、これも機会がありましたら御報告したいと思います。

次をお願いします。

これは、まとめですけれども、LIFEデータは、いろいろと御批判もありましたけれども、いろいろとデータをきちんと整理して分析しますと、利用者のADLなどの現状を標準的なフォーマットで可視化できるという非常に有用なデータベースだと思っています。

クロス分析とか時系列分析を行うことで、介護介入の効果の検証を行うこともできます。

明らかになったエビデンスを指標化して、それを各施設にフィードバックすることでPDCAサイクルに基づいた介護サービスの質向上が可能になる仕組みだと思っています。

ただ、現状ではDoに関する情報が少し足りないもので、それをこれからどのように増やしていくかということがポイントかなと思っています。

あと、函館地区における実践例が示しているように、LIFE関連のデータを医療・介護の連携情報として活用することで、地域レベルで医療・介護サービスの質の向上をPDCAサイクルに基づいて実現することが可能になりますので、そういう連携のための基本情報とし

てのLIFEのデータを活用していくということも、今後の検討課題ではないかなと思います。
以上です。どうもありがとうございました。

○田辺分科会長 松田委員、どうもありがとうございました。

それでは、長内委員、よろしく申し上げます。

○長内委員 分科会長、どうもありがとうございます。

令和6年度の介護報酬改定に関する審議報告の取りまとめ案、大変事務局の方、お疲れさまでございます。

私からは、3点意見を申し述べたいと思います。

まず、資料2の18ページ、項目19のイ、協力医療機関との連携体制の構築についてであります。「1年に1回以上、協力医療機関の名称等について、当該事業所の協定を行った自治体に提出しなければならない」とされております事項につきましても、事務負担がこれ以上増加しないよう、十分に留意したうえで見直しを行っていただきたいと思います。

2点目、同じく資料2の42ページのマル1、管理者の責務及び兼務範囲の明確化についてであります。「管理者が兼務できる事業所の範囲について、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する」とされておりますが、指定権者ごとに解釈の違いが生じることがないように、また、新たなローカルルールが発生することがないように、国において、さらなる具体的な条件の例示をお願いしたいと思います。

最後に、令和6年度介護報酬改定における施行時期について、意見を申し述べます。

第227回の分科会において、令和6年度の介護報酬改定における施行時期について議論が行われました。従来どおり4月施行となる場合、あるいは診療報酬改定と合わせて6月施行となる場合、この2つが考えられると思いますが、いずれにおいても、施行時期については、早期にお示しいただきたいと考えております。

保険者によっては、令和6年度報酬改定が4月1日に施行されることを前提に、既に策定作業を進めており、こうした保険者への周知が遅れた場合、施行時期の変更、計画策定に反映させるに当たっては、業務負担の著しい増加が懸念されることもあり、これを申し述べているところであります。

現在、保険者である基礎自治体の職員は、第9期の計画の策定業務に尽力しており、現場で業務に当たる職員の負担がこれ以上増加しないよう、介護報酬改定における施行時期について、早期の周知をお願いしたいと思います。

以上でございます。どうもありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、次に、早期に御退出をお伺いしておりますので、米本委員、よろしく申し上げます。

○米本委員 ありがとうございます。全国町村会の米本でございます。

令和6年度介護報酬に関する審議報告案について、意見を申し述べさせていただきます。

5ページの総論にあります、地域包括ケアシステムを推進するには、都市部や中山間地

域等のいかにかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるよう、環境等を整備することが重要と考えております。

これまで、全国町村会の要請活動や、この分科会の中で、全国どの地域においても、事業所等が介護サービスを提供し続けるような環境整備と、専門職を含む介護人材を確保できる仕組みづくりについて検討いただくよう、機会あるごとに求めてきたところでございます。

本日、お示しをいただきました審議報告案では、医療機関との連携や医療ニーズへの対応強化、介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用促進等、質の高いマネジメントの促進や、必要なサービスの切れ目のない提供への様々な事項が記載されておるところでございますが、都市部と異なり離島や中山間地域、過疎地域等を多く抱える町村部では、それらの介護サービスを実施するための環境の整備や、専門人材の確保が困難なケースも大いに考えられるところでございます。

冒頭申し上げましたとおり、どこの地域においても必要な介護サービスを安定的、持続的に提供することが重要でございますので、地理的、財政的に厳しい状況にある地方の実情を踏まえ、それぞれの自治体が滞りなく実施できますよう、人材面、財政面も含め、必要な支援を講じていただきますよう、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、新田参考人、よろしく願いいたします。

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

資料2及び資料2-1につきまして、これまでの回で申し上げてきた内容と重複する部分もございますが、改めて意見を申し上げます。

まず、1点目は、資料2の18ページ、マル19協力医療機関との連携体制の構築についてでございます。

今回の協力医療機関の役割の明確化は、高齢化が先行している地方にとって、施設の医療対応力向上に向けての大きな一歩であると考えております。

実態を伴わせていくためには、往診や緊急時の複数の医療機関での役割分担、オンラインの活用など、地域での話し合いによって施設と医療機関の風通しをよくするとともに、第231回で申し上げた費用負担の課題等を含め、医療機関側のさらなる協力を促す仕組みを整備していくことも必要ではないかと考えられるところであり、こうした点も踏まえながら、今後の義務化に向けて検討していく必要があるのではないかと考えます。

2点目でございますが、資料2の23ページ、マル3の新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携についてでございます。

本県では要介護者の感染症対応が可能な医療機関が限られており、一部の医療機関に高齢者施設等からの協力依頼が集中してしまうのではないかと懸念もございます。

協議の義務づけ等につきましては、地域によって、連携の在り方や感染症法上の協定も含めた、協議の進捗状況が異なることに十分御配慮の上、制度設計を進めていただくようお願いいたします。

3点目は、資料2-1のマル4、生産性向上に先進的に取り組む特定施設に係る人員配置基準の特例的な柔軟化についてでございます。

今回の案では、事業者が試行を行った結果を指定権者に提出することに加え、適用後も一定期間ごとに報告を行うとされるなど、事業者や自治体の負担増が懸念されます。

この件に限らず、次期改定に向けたこれまでの議論の中では、新たに事業者から指定権者への届け出等を求める案が複数ございましたが、複雑な制度によって負担を増やし、制度の形骸化につながるおそれもございますので、事業者、自治体双方の負担増とならないよう御配慮をお願いいたしたいと存じます。

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、伊藤委員、よろしくをお願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

まず、1番の基本的な考え方につきましては、10月11日の分科会での意見を反映していただきましたので、特に異論はございません。

2番目の改定内容の対応についてでございます。

まず、最初に、1の地域包括ケアシステムの関係ですけれども、11ページの訪問看護における特定事業所加算の見直しにつきまして、アに重度者対応要件として看取り期にある者に関する要件を新たに追加するとございますけれども、約4割の事業所が看取り期の利用者へサービスを提供しているという実態を踏まえると、単に提供体制を評価するのではなくて、看取り期の利用者へサービスの提供を行った実績に基づく評価とすべきではないかと考えてございます。

続いて、13ページの総合マネジメント体制強化加算の見直しについてでございます。

本来は、基本サービス費として包括的に評価すべきと考えますが、新たな加算の評価をするのであれば、現行の総合マネジメント体制強化加算を下げるなど、財政中立となるような見直しをしていただきたいと思います。

続いて、15ページのマル9のリハビリに係る退院時情報連携、また、32ページの口腔管理に関する連携、33ページの栄養管理に関する情報連携、いずれも情報連携については、重要と考えますけれども、情報連携を推進するために、新たな加算を設けるのではなくて、情報連携の体制を整えること、これを基本報酬の要件にすべきではないかと考えてございます。

続いて、23ページの業務継続計画の未策定事業所、また、50ページの高齢者虐待防止措置の部分でございます。

業務継続計画に関するものでございますが、未策定の場合には、基本報酬を減算するこ

とに異論はございませんけれども、前回は申し上げましたが、緊急時に関わることから、業務継続計画の義務化については、既に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ると考えてございます。

減算の適用につきまして、さらに経過措置を設けることには、本来反対ではございますが、仮に経過措置を設けるとしても、1年間として、遅くとも6年度中には100%の策定となるようにすべきであり、その趣旨での修正をお願いしたいと思います。

続いて、28ページの自立支援・重度化防止に向けた対応についてでございます。

31ページの短期集中リハビリテーション実施加算の見直しについては、評価を促進するための加算を新設するのであれば、財政中立となるよう見直しをお願いしたいと思います。

また、35ページの在宅復帰・在宅療養支援機能の促進については、水準の設定に当たりましては、こちらの方も財政中立で設定をお願いしたいと思います。

38ページの良質なサービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくりについてでございます。

介護職員の処遇改善については、報酬体系の簡素化の観点から、一本化について異論はございません。ただ、アにございます職種間の賃金配分について、職種に着目した配分ルールは設けず、一本化後の新加算全体について、事業所内で柔軟な配分を認めるということにつきましては、本来の加算の趣旨を踏まえまして、配分の目安を定量的に示すべきであり、ここは修文依頼になりますけれども、この部分につきましては職種間の賃金配分について、一本化後の新加算については一定のルールのもとで、柔軟な配分を認めると修正をお願いしたいと思います。

続きまして、40ページの人員配置基準の特例的な柔軟化についてでございます。

資料2-1に、詳細について示されてございます。この特例的な柔軟化につきましては、基本的には賛成でございます。なお、今後の課題に記載すべき事項ということで発言させていただきますと、人員配置基準の柔軟な取扱いについては、効果測定事業の結果、3.3対1を踏まえた対応とされておりますが、今もICT機器については、改良や新規開発が進んでおりますので、今後、新たな結果が得られるようになれば、さらに見直していくべきと考えてございます。

また、今後、特養など、他のサービス類型の施設・事業所も国の効果測定事業で成果が確認できれば、次期改定を待たずして、人員配置基準の見直しを行っていくといったスピード感を持って対応することを検討すべきではないかと考えてございます。

42ページのローカルルールに関してでございます。地方自治体によってサービス等に差異が出ないようにすべきであり、修文依頼でございますが、冒頭の部分に、国において指針及び統一的な様式等を定め、地方自治体の裁量によるばらつきはできる限りなくす方向で、基準・解釈等を統一・明確化に努めるために、工程表を定めるとともに、どの文章を追加していただければと思います。

46ページの制度の安定性・持続可能性の確保については、おおむね賛同いたします。

その上でになりますが、48ページの多床室の室料負担につきましては、予算編成過程において検討するとされておりますけれども、政府内での検討に当たっては、老人保健施設は死亡退所の割合に着目するだけではなくて、平均在所日数が長い利用者もいることを踏まえて、利用者の在所日数も踏まえた対応を行うべきと考えてございます。

また、報酬の整理・簡素化につきましては、今回示された内容だけではなくて、算定率が高く普及したものは基本方針に組み込む、一方、算定率が低く廃止すべきもの等の検討が十分ではないと考えてございます。制度の安定性・持続可能性の確保に向け、保険料等の負担も念頭に置いた介護報酬の見直し、介護サービスの適正化や重点化、報酬の整理・簡素化について、今後の課題として、引き続き検討していくべきと考えてございます。

最後に、49ページのその他の部分でございます。

基準費用額の見直しについてでございますが、こちらも、予算編成過程において検討するとされておりますが、今回の対応は、在宅においても費用が上昇していることを踏まえ、在宅とのバランスを踏まえた対応をするべきものと考えてございます。

基準費用額を引き上げるのであれば、同時に負担限度額も引き上げるべきであり、介護保険から給付される補足給付部分に影響を与えるものではないと考えてございます。

以上であります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鳥潟委員、よろしく申し上げます。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

まず、今回の資料1及び資料2でお示しいただいた、令和6年度介護報酬改定に関する審議報告案について、これまでの議論を丁寧に汲み取ったものであると思っており、総論として賛成させていただきます。

それを踏まえまして、要望ですけれども、全体を通して文章の中に一定といった具体的な数値が示されていない項目が幾つか見られますけれども、特に介護報酬の加算に関わる項目に関しては、可能な限り具体的な数値を示していただきたいものと思います。

また、資料2の26ページ、福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制の導入についてという項目ですが、効率的なサービス提供につながる可能性がある一方、ケアマネジャーや福祉用具専門相談員に過大な負担が生じないように、合理的な判断基準や運用について、引き続き検討していただきたいと考えます。

38ページ以降、介護職員の処遇改善に関する見直しについても、事務作業の煩雑さや制度の複雑さ、利用者負担の発生から取得しない事業所が一定数見られたことを踏まえたものであることに留意し、事業所や利用者への十分な制度周知、啓発に努めていただきたいと思っております。

また、今回の改定においては、34ページの入浴介助加算の算定要件の見直しや、39ページの介護ロボット、ICT等のテクノロジーの活用促進など、ICTを活用するものが多く盛り込まれていますが、介護の質や生産性の向上につながる見直しであり、総論としては賛成

であります。かえって現場の負担になってしまうことがないように、制度導入後の丁寧な検証をお願いしたいと考えております。

また、最後に48ページ、多床室の室料負担については、前回の本分科会でも発言させていただいたとおり、介護老人福祉施設以外の2施設についても、一定の生活の場と考えられる現象が見て取れるため、これらの施設についても室料負担を求める方向で検討し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、小林委員、よろしく申し上げます。

○小林委員 ありがとうございます。

まず、9ページです。(3)介護職員の処遇改善のことを記載いただいております。

ここは、処遇改善を推進する必要性を少しでも強調できないかと思えます。例えば、1行目から2行目にかけてのところの「介護職員の処遇改善や」の後に読点をつけるだけでも随分印象が違うので、御検討いただければと思えます。

次に、ページ番号に沿って述べますが、36ページ、37ページのLIFEの活用に関してです。松田委員からも御説明をありがとうございました。

現場からの要望等も受けていますので、入力簡素化、入力時の使い勝手が実態として改善につながるよう、よろしく願いいたします。

38ページには、介護職員の処遇改善に係る具体的な内容が3の(1)に書かれています。

これまでも述べてきたとおり、加算率の引上げ、対象サービスや事業所の拡大、そして、「一番下の区分の加算額の2分の1以上を月額賃金の改善に充てる」ことについて、私も、2分の1をもっと引き上げるべきと考えていることは述べておきます。

40ページ、41ページのマル5、マル6について、ここも人員配置基準に関わる見直しとして、以前も申し述べたとおり、慎重に検討すべきと考えていることは述べておきます。

続く、41、42ページにまたぐマル8、外国人介護人材については、技能実習制度は技能の習得を目的とした制度、EPAは国家資格を取得するまでの就労研修であることなど、制度の目的を踏まえれば、私たちとしては、安易に要件の緩和を行うべきではないと考えていることを述べておきます。

42ページ目には少し具体的なことも書かれていますが、事業所が指導職員等の意見等を勘案し、そして、意思決定を行った場合ということですが、労使協議をはじめ、現場労働者の意見が対等に尊重されるものとなるようにしていただきたいと思えます。

42ページ(3)に管理者の兼務のことが書かれていますが、以前に述べたとおり、管理者が長時間労働にあたる場合には長時間労働の是正を図る取組が必要と考えています。

45、46ページのマル15、マル16には、介護支援専門員の一人当たりの取扱件数が書かれていますが、業務負担が重い中で、労働時間を含め状況が悪化しないか懸念していることは述べておきます。

最後に、資料2-1の人員配置基準の特例的な柔軟化について、ケアの質と安全性の向上、そして、業務負担の軽減につながるようにしたいからこそ、配置基準を緩和する案は控えるべきであると、これまでも述べてきましたが、今回も繰り返しておきます。

申請において、「現場職員の意見が適切に反映できるよう」、及び「職員の負担軽減が行われていることをデータ等で確認する」とありますが、これも先ほどの発言に近いのですが、労使協議をはじめ、現場労働者の意見が対等に尊重されるものとなるようにしていただきたいと思います。同様に、続きでウのiや、エのiii、ivに関して、休憩時間の確保や勤務、雇用条件への配慮、超過勤務時間が短縮しているのか、心理的負担はどうかということについて、これもやはり、同様に現場労働者の意見が対等に尊重されるようであればならないと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしくをお願いします。

○石田委員 よろしくお願ひいたします。

私のほうは資料2です。その2番、改定に当たっての基本的認識というところで、現在、物価高騰や他業種の賃上げへ状況の中で、介護分野から人材が流出しているという認識、さらに人材確保が難しいという状況でありまして、特に訪問介護などのサービスでは、人員不足が顕著であるという、ここも非常に重要なことで、これを書いていたというのは重要だと思っております。

一方で、そういったことに関して、これまで処遇改善ということで、累次の取組が行われてきたとあります。例えば、令和4年10月の臨時介護報酬改定におけるベースアップ等の支援加算、また、令和5年補正予算における緊急支援補助金、こういったことが行われてきたということです。

さらに今回の介護報酬改定においては、先ほど事務局からの御説明にもありましたように、介護職員の処遇改善ということで、処遇改善は、3つの加算を4段階に一本化して、そして取得しやすくすると、そういったことも今回行われるわけです。しかし、実際にこういった形で、これまでもずっと改善に向けてのしつこいやり、方策を取られているにもかかわらず、実際の現場では、やはり介護から人が流れ出ているということはどうしても止められません。これがどうしてなのかというところ、やはりここは根本的な問題があるかと思っております。

実際に、よく調査結果で、なぜ介護の現場で仕事を辞めたのかというときには、第1位が人間関係であると、そして第2位が賃金であるということが一般的に報告されるのですが、本当にそうかどうか、もう少し現場の働いている方たちの本音というか、本当に、どうして介護分野から出て、違う業種に移るのかというところは、もっとしつこい調査されるべきではないかなと考えております。

今後、この改定以降の現実において、やはり人材の確保というのが、さらに難しくなる

という状況にならないように、ぜひともその辺のところは、調査も追跡もしていただきたいと思っております。

1点だけ、47ページからの制度の安定性、持続可能性の確保のところの評価の適正化、重点化の中で、46ページに訪問介護というところがありまして、ここに同一建物のサービス提供割合というところがあつて、これが増えているということなのですが、最後のところに、報酬の適正化を行う新たな区分を設けて、さらに見直しを行うということが書かれております。

前から私のほうでは、同一建物における訪問介護と、そうではない訪問介護は分けて考えるべきであるというのは、ずっと主張してきておりましたけれども、実はこういった形で、同一建物における訪問介護を減算で対応するということを主張しているつもりは、全然ありません。同一建物以外の訪問介護について、地域に暮らす要介護者の生活を支えている要のケアとして、さらなる評価をしていただきたいということを強く申し述べたく、改めてここで要望させていただきたいと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしく申し上げます。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。

私のほうからは、3点意見を申し上げます。

最初に、38ページの良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくりというところの介護職員の処遇改善についてです。

資料には、職種に着目した配分ルールは設けないと記載があります。そうする趣旨は理解いたしますが、もともとは経験技能のある介護職員について、ほかの産業と遜色のない賃金水準を実現することを目的としたものと理解しております。

しかし、経験技術のある介護職員について、介護職以外の職員との賃金差が効果的に縮まったとは言い難い実態もあり、このことを踏まえた配分を各事業所をお願いしたいです。

なお、介護職が魅力ある仕事として評価されなければ、いずれにしても介護人材の確保だけではなく、定着も難しくなってしまうことも懸念されます。

処遇だけの問題ではありませんが、処遇改善等については、加算という形でよいかも含め、引き続きの検討をお願いしたいと考えます。

次に、資料2-1に示されていることでございますが、試行的な取組の中で、エというところ、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることの確認について、2、利用者の満足度等に関わる指標において著しい悪化が見られないこと、それから4、介護職員の心理的負担等に関わる指標において、著しい悪化が見られないこととされておりますが、著しいの基準が曖昧であることも課題であると思ひますし、そもそも著しいとは言えないまでも、悪化が確認された段階で、介護サービスの質が確保できているとは言えませんが、悪化が確認される中で、試行的な取組が継続されることも課題であると思ひます。

ます。

つきましては、これらの不安を払拭できる試行的な取組を行う際のガイドライン等の設定は、お願いしたいと思います。

最後です。制度の安定性、持続可能性の確保のところで意見を申し上げます。

質の担保された介護サービスを安定的に供給する体制を確保するためには、介護サービスの施設事業者が適切な運営を行うことができる環境を整備することが大切であり、介護サービスを利用される国民のためにも、この点を踏まえた報酬改定をお願いしたいと思います。

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。

それでは、酒向委員、よろしく申し上げます。

○酒向委員 ありがとうございます。

私からは、情報連携の件と、処遇改善の件、この2つについてポイントを絞って述べたいと思います。

まず、情報連携の関係でございます。

医療・介護、介護事業者間の情報連携も非常に重要だということは大変理解しております。

ただ、これまでも述べさせていただきましたが、介護報酬上で、内容ごとに細分化した評価を重ねていきますと、その分、関係者の事務負担を増やすこととなります。こうした対応がずっと繰り返されているということに違和感があります。

もちろん、政策誘導という意図については理解しておりますが、他方、将来的にはDXを通じて、医療・介護情報連携が常時なされる世界も志向されていて、医療については、2030年には情報が医療機関で共有されると理解しております。

単なる情報連携を加算で評価するということが、過渡期の措置であるということが明確になるといいのではないかと考えております。

その上で、本当に実質的な連携として評価されるものは評価するということを皆さんに認識していただいて、基本報酬化することは考えられると考えております。

画面上の情報を確認するだけで利用者負担・保険料負担を求めることについては、なかなか理解されにくいのではないかと考えております。

実質的な取組ということで言えば、18ページ目のマル19の協力医療機関との連携を義務化するというところ、1年なのかなと思っていたのが3年という形になっておりますが、ぜひ実質的な連携を進めていただくということで、大変期待感を持っております。

将来的には、情報の共有、自治体、施設の方々の情報共有のフォーマットを共通化し、過去の情報連携に関わる加算も見直していくことを、議論していくべきではないかと考えておるところでございます。

松田先生のようにアカデミックに語ることは、私どもには難しいですが、情報連携の評

価を繰り返して利用者さんの負担を増していくことと、現在の大きなDXの流れが合致していないということを、繰り返ししつこいようですが、述べさせていただきたいと思います。

もう一つが、処遇改善加算の関係でございます。こちらの令和6年度までの経過措置を設けるということでございます。新旧加算制度が併走するということになります。効果検証が難しくなるということにならないように、しっかりと制度設計をしていただきたいと思います。ということをお願いしたいと思います。

あとは、先ほど、人がなかなか定着しないという御指摘がありました。処遇改善以外に職場環境の改善というのが非常に重要だということもありますので、併走する中でありますが、職場関係の改善を、ぜひ進めていただけるとありがたいなと思っております。

私からは以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、野村委員、よろしくをお願いします。

○野村委員 ありがとうございます。

私のほうからは、まず、資料及び1及び2の令和6年度介護報酬改定に関する審議報告案の取りまとめにつきまして、厚生労働省老健局及び関係各位の御尽力に深く感謝を申し上げます。

本改定は、医療・介護・福祉サービスの同時改定であり、リハ、口腔、栄養が一体的に進むよう、様々な御検討をいただき、ありがとうございます。事務局案に、おおむね賛同いたします。

資料2の28ページでございますけれども、2の自立支援・重度化防止に向けた対応の中の訪問、通所におけるリハ、口腔、栄養の一体的取組における情報共有や、加算の算定状況については、新規の加算になりますので十分な周知等をお願いいたします。

また、特定施設入居者生活介護サービスにおいても、誤嚥性肺炎の予防のために、口腔衛生管理体制の強化がされるよう推進をお願いいたしたいと思っております。

そして、施設系サービスにおいては、入所時等のスクリーニングを含めて、切れ目なく口腔の健康が維持できるような体制整備の充実をお願いいたします。

そして、ページ16及びページ32からの居宅介護支援の通院時情報連携加算の見直しや、通所サービス利用者への歯科衛生士等による居宅療養管理指導の充実などにより、より早期から必要な口腔健康管理が提供できる体制が構築され、居宅療養管理の見直しや、利用者の口腔及び健康状態の改善がさらに進んでいくことに期待いたします。

最後にページ52にあります、今後の課題についてでございますけれども、これは、事務局への要望でございますが、前回、今回と2回の改定にわたり、リハ、口腔、栄養の一体的推進をしてきておりますので、今後の取組のさらなる推進につながるよう、課題や対策の把握を含めて、改定効果の丁寧な検証をお願いします。

また、今回から新設する項目の効果検証と、介護事業所と歯科医療機関の効果的な連携の在り方についても、引き続き御検討いただきたいと思います。と思っております。

また、基本サービスとして位置づけられる口腔衛生管理の体制を含め、その効果検証と歯科職種と多職種との効果的な連携体制についても、引き続き御検討をお願いいたします。

私のほうからは以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく申し上げます。

○鎌田委員

ありがとうございます。認知症の人と家族の会の鎌田です。

幾つか意見を述べさせていただきます。

まず、7ページの良質なサービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくりのところですが、訪問介護のところの2つ目の○ところですが「特に訪問介護などのサービスでは」の最後に、訪問介護の人材を充実させるための取組を課題として対応を検討すると入れることを要望いたします。

それとともに、訪問介護の人手不足の緊迫性が、この文章全体の中からは受け取れないと思われましたので、再度の検討をお願いできればと思います。

それから、11ページのところの居宅介護支援、介護予防支援ですけれども、少なくとも2か月に1回、介護予防支援では、6か月に1回は利用者の居宅を訪問することということですが、時代の流れの中では、ICTの利用もあるかと思えますし、積極的に使っていくことは大事だと思います。

しかし、そのリスクや利用者の状態の観察をどうしていくのかが理解されないままに利用されていくことに、私たち利用者家族は危惧を覚えます。そのことは毎回申し上げております。

コロナ禍を経て、オンラインの利用は移動がない分、時間を有効に使い、必要事項を検討できるなど、話せる便利さを体感しております。

片や会議や研修会での参集者が増えています。それは直接会って肌感覚でのコミュニケーションが重要であることが分かったからです。

このテレビ電話等の利用で、ケアマネが利用者家族の状態変化の気づきなど、記載ではモニタリングでは収集できない情報については、ほかのサービス事業者との連携でありますが、これは既に行われていることではないのでしょうか。テレビ電話など、通信機器を使った際において、せめてその利用者の必要に応じて柔軟に訪問回数を増やすことに対応するなど、少なくとも2か月に1回という文言のところに加えて、この柔軟な訪問回数というところを入れていただければと思います。

23ページの高齢者虐待防止、安全性の確保等の取組の推進というところで、減額措置というペナルティーを課すだけでは、本質的な虐待防止を目指すことにはならないのでしょうか。

特に介護職員の虐待には、業務上のストレスが影響していることも多いため、介護職員へのカウンセリングあるいは介護職員への相談支援などの対応が、現在も行われていると

思いますけれども、さらなる充実という文言も入れていただければと思います。

それから、26ページの（８）の福祉用具の貸与・特定福祉用具販売の見直しのところですけれども、アとイの利用者に対しての後に、選択のメリットとデメリットを理解できるようにということを、説明の文章の前のところに入れていただくことを希望します。

それから、42ページの（３）のマル１の管理者の業務範囲の明確化のところですが、ほかの方もおっしゃっていましたが、効率化を急ぐあまり兼務による管理者の労働過重にならないよう、十分に配慮することを求めるという文章を追加していただければと思います。

49ページの５のその他のところですが、書面掲示の規制の見直しですが、介護サービスの事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイト、法人のホームページ等、または情報公表システム上に掲載・公表しなければならないこととするの後に、なお、公表場所については、利用者等に周知するよう努めると追加することを要望いたします。

やはり、どこに書いてあるのか、ホームページであるのかとか、例えば、掲示場所であるかというようなことも、利用者がどこを見れば分かるかということを入れていただければと思います。

最後にですけれども、先週の記事の中に介護労働者の入職、離職のデータが出ていて、介護現場で働き始める人を離職が初めて上回る、担い手不足が危機的という報道がありました。

データを調べていただきましたら、6.3万人の離職超過があったということですが、介護現場の人手不足が数字でも見られるように、実際の現場での不足人員はもっとではないのかと思ってしまいます。

この数字によって現場の混乱は予測され、介護サービスの質への影響をととても危惧します。介護人材を増やす必要があるのに減っていることに危機を覚えます。

また、デジタル化などによる人員削減の方向性は、基本報酬の削減につながるのはいいか、さらに人材不足が拡大することを懸念いたします。

介護人材を増やすための抜本的な取組に真剣に取り組むための調査検討を早急を実施していただきたいと思います。このことについては、もう一度述べます。

２点目は、加算がさらに増えることです。制度の簡素化、分かりやすさが、さらに反対の方向の制度の複雑化、分かりにくさの方向に進んでいるように思えてなりません。制度の分かりやすさについては、今回の審議が始まった当初にありましたけれども、最終的には、複雑さが加算されているように思います。今後の検討を、ぜひお願いいたします。

３点目は、１点目と同じですけれども、今期の介護保険制度の改正では、介護人材の確保が重要な課題だったと思います。

特養での悲惨な虐待の事件が先週報道されてきました。人手不足での無資格者でしょうか、研修がないままでの現場配置だったような報道がありました。在宅介護が困難となり、特養にやっと入所できたのに、人材不足からこのような痛ましい事故で家族を亡くしてし

まう。また、夢を持って介護の現場に来た職員さんが、このような事故を起こしてしまうということになっているのは、ひとえに、やはり介護人材の不足というところに行くのではないのでしょうか。

施設も人材確保に向けては努力をされています。私たち利用する者も処遇改善加算が増えるたびに、職員さんが長く働いていただき、笑顔でケアしていただければと思い、負担してきました。

しかし、これ以上は、介護保険料も上がる現状の中では難しいので、税での支出というところの検討を要望いたします。

私たち利用者や施設は、このように、いろいろと自分たちにできることをやっていますが、片や国はいかがでしょうか。今回幾つかの人材確保や配置基準での人材の有効活用などでの対応策が出され、もちろんICTを活用して、ロボットを活用してということも出されていて、検討を続けておられることは分かりました。

しかし、小手先ではないのでしょうか。介護職の魅力向上、離職防止、定着促進など、ページ7の訪問介護のところに記載はありますが、具体的に私たち利用者家族に国が行っているということは見えてきません。

喫緊の課題ですので、省庁を横断した福祉人材の課題に取り組んでいただくことを切に希望いたします。

先ほど、石田委員からもありましたけれども、辞めた方の理由も大事ですが、なぜ福祉の現場に応募がないのかという調査は、ぜひ早急をお願いしたいと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでございましょうか。

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。

私のほうからは、まず、資料2、今回、審議報告をお取りまとめいただきまして、改めて、厚生労働省の皆様方に御礼を申し上げたいと存じます。

続きまして、10ページのマル2番、居宅介護支援事業所が市町村から指定を受けて、介護予防支援を行う場合の取扱いにつきましては、居宅介護支援事業所が現在の体制を維持したまま、円滑に受け入れできるよう御配慮いただきまして、こちらのほうも御礼を申し上げたいと存じます。

続きまして、11ページのマル3、他のサービス事業所との連携によるモニタリングであります。これも6ページの2の(1)の上から3つ目の○に記載がございましてけれども、新型コロナウイルス対応の経験を踏まえたものを、その後も活用するという形かと考えております。

11ページの前半のウにも記載がございまして、特に特別地域や中山間地域への対応、また、これらの地域を含めたケアマネジャーである介護支援専門員の働く環境の改善等を踏

まえた対応も含まれているものと考えております。

訪問頻度につきましては、あくまでも少なくともとなっておりますので、例えば、ターミナルケアなど、利用者の状態像によっては、当然月1回以上、訪問する場合もあれば、状態が安定している、あるいは前述の中山間地域や離島等、訪問の負担が非常にこれまで大きかったという事業所であれば、サービス事業所の訪問時に連携して、テレビ電話装置等でモニタリングを行う場合も想定されるかなと思っております。

今回見直しがありましても、介護支援専門員はケアマネジメントの専門職でありますので、訪問頻度に関しては、利用者の御要望はもちろんのこと、状態像に応じた対応を行うことは理解した上での運用になるものと考えております。

それから、15、16ページの入院時情報連携加算の見直しでございますが、表記につきましては、今般3日以内と短くなったこと等もございます。週末や休日等続く場合もありますので、提携先医療機関における受領確認が後日となる場合もありますので、この点御配慮をお願いできればと思います。

21ページのターミナルケアマネジメント加算の見直しにつきましては、こちらのほうも、加算対象疾患を限定しない取扱いにさせていただくことにつきまして、感謝申し上げたいと思っております。

一方で、230回の当分科会にて要望書に記載いたしました、加算の算定に当たり、満たすことができなかった要件として、亡くなる前14日に、2回のなかなか在宅訪問のタイミングが合わなかった例も出ておりますので、今後、引き続き検討をお願いできればと存じます。

続きまして、38ページの介護職員の処遇改善でございますが、経験等を踏まえて、介護職員と介護支援専門員の賃金逆転状況が一部で見られる中、居宅介護支援事業所が対象とならなかったことは大変残念でございます。

可能であれば、38ページにも記載がございますが、配分ルールまたは柔軟な配分方法の中で、例えば、法人内で各介護事業所を一体化して処遇改善加算の対象に含められるような方策の御検討等、その際に居宅介護支援事業所の介護支援専門員も含められるように、御検討いただければ、今後、幸いかと存じます。

引き続き、人材確保定着に向けて、人件費等、充当可能となるような確保へ向けた基本報酬をはじめとする各種の見直し並びに働く環境の改善の推進が図られることを要望いたします。

また、今回多くの委員から、介護支援専門員、主任介護支援専門員の人材確保困難等の指摘はあったものと考えております。可能であれば、働く環境や処遇の改善等、対策が必要な旨を今後の課題として審議報告にて申し送りいただければ幸いです。

続きまして、45、46ページの居宅介護支援、介護予防支援でございます。今回の介護支援専門員1人当たりの取扱い件数であります、こちらあくまでも上限件数の見直しであると考えております。介護支援専門員でも初任者とベテランはございますので、全ての

介護支援専門員が上限まで対応するものとは考えておりません。

実際に、前回改正の逡減制緩和以降につきましても、全般的にはそういう件数増加、あくまでも平均値でございますが、増加の動きにはなっていないと考えております。

前述のとおり、介護支援専門員の人材確保は厳しさを増しております。そういう環境下においても、地域にかかわらず利用者にケアマネジメントが提供できる体制への配慮も必要と考えます。

また、ケアプランデータ連携システムの普及促進をはじめとした生産性向上など、今後の医療・介護DX推進による各種機器活用も見据え、対応可能性を踏まえたものであると考えます。

事業所においては、経験や熟達度を踏まえた対応を含め、提案のとおりで推進いただければと存じます。

47ページのマル8番、同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについてでございますが、評価の見直しに関しましては、生産性向上への取組、努力が減算という形によって阻害されるというメッセージと解釈されないような御配慮をいただければと存じます。

また、特定事業所加算の要件として、特定事業所集中減算の適用を受けていないことが設けられておりますが、評価の見直しに当たっては減算という形ではなく、例えば区分を変えた報酬基準を検討いただくなど、評価の在り方につきましては、事業所の業務負担と併せ、実態に即したものになるよう留意いただければ幸いです。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございますでしょうか。

では、田母神委員、よろしく申し上げます。

○田母神委員 ありがとうございます。資料2について意見を申し述べます。

資料2の5ページでございますけれども、生産年齢人口の急減という社会環境の変化における人材不足への対応、そして、物価高騰、全産業における賃金上げが進む中での介護人材の確保と、介護施設事業所の健全な経営環境を確保することが重要な課題であると記載をいただいております、この点が、とりわけ重要な課題であると認識しております。

個別の記載について意見を申し述べます。12ページのマル2訪問看護と他の介護保険サービス等との連携強化でございます。

訪問看護と他の介護保険サービス事業所との連携の推進は、重要であると認識しております。

その方策といたしましては、既存の看護体制強化加算の要件化ではなく、効果的な連携の取組を新たに加算として評価いただくことで、有効なものになると考えております。小規模事業所である訪問看護への御配慮をお願いしたいと考えております。

続いて、13ページのマル5総合マネジメント体制強化加算の見直し、14ページのサービ

ス提供回数が過少な場合の看多機の基本報酬の減算の点については、これまでも申し述べておりますけれども、現状の看多機事業所の経営に甚大な影響が及ぶ可能性がございますので、制度設計に当たりましては、非常に慎重に御対応をいただくよう、お願いしたいと思っております。

続いて、26ページでございます。認知症対応型共同生活介護、施設系サービスにおける平時からの認知症の行動心理症状の予防、早期対応の推進でございます。

こちらについて、既存の加算の算定率の低さから考えますと、幅広く底上げを図ることが必要であると考えますので、研修の受講方法や要件について、十分に御検討いただきたいと考えております。

続いて、33ページの退所者の栄養管理の情報連携の促進についてでございます。

こちらについては、介護施設、医療機関ともに、両者において非常に重要な情報であり、ほぼ全ての職種で共有が必要である情報なのではないかと思っております。

現在の記載の中で、やや職種限定がされている記載になっておりますけれども、組織間の十分な連携という意味で、職種というよりは施設間の十分な多職種での共有という記載にいただければ、大変ありがたいと考えております。

続いて、41ページの外国人介護人材に係る人員配置基準の取扱いでございます。

こちらについては、現在の記載内容に加えて、外国人介護人材の方々の本来の目的に沿うものである、あるいはその目的が損なわれることがないということも、ここに併せて記載が必要なのではないかと、改めて記載をしていただく必要があるのではないかと考えております。

それから、N1、N2以外の方が就労直後から参入されるということでございますので、日本語能力に起因する課題がエラーにつながることはないよう、現在記載があります、指導する職員と外国人人材のチームというところでございますけれども、日中夜間ともに十分に指導体制が確保されるような支援体制ということも、具体的に明記をいただく必要があるのではないかと考えております。

そして、資料2-1の特定施設の人員配置基準の特例的な柔軟化についてでございます。

こちらについては、テクノロジーの活用によって、業務効率化あるいは職員の負担軽減を図ることは重要であることと認識しておりますが、安全とケアの質の担保ということが大前提と考えております。

事務局から御説明がありましたとおり、今回の実証事業の結果では、人員配置基準の緩和の根拠となる結果に至った事業所が、非常に少ないという状況でございますので、少なくとも平均要介護度が今回の事業所の範囲であるなど、一定の線引きが必要なのではないかと考えております。

それから、先ほど及川委員からも御発言がありました。利用者の満足度等で、サービスのケアの水準ということでございますけれども、著しい悪化や悪化が見られないという表現ではなく、原則は、やはり悪化はないという前提で、ここに明示すべきなのではな

いかと考えております。御検討をいただきたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかは、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。

本日、資料2、審議会報告案について意見を述べさせていただきます。

まず、ページ12、マル4 豪雪地帯等において急な気象状況の悪化等があった場合の通所介護費等の所要時間の取扱いについての明確化において、積雪等をはじめとする急な気象状況の悪化は、近年、日本各地で起きているため、豪雪地帯等における文言を削除し、対象地域を限定していないことを明確にすべきと考えます。

続きまして、15ページマル10、入院時情報連携加算の見直しについてです。

先ほど濱田委員もおっしゃいましたが、入院が勤務時間終了後の時間や、休業日であると当日の対応というのは非常に困難です。ケアマネジャーの負担増を考慮し、休業日等を除く等の文言を追加し、対応すべきと考えます。

実際には考慮されているものと考えていますが、何らかの形で記載をいただけると誤解を招かないのではないかと思います。

続きまして、18ページ、マル19、介護保険施設における協力医療機関との連携の構築についてでございます。

アの経過措置期間が一定期間から義務づけに係る期限を3年間として、あわせて連携体制に係る実態把握及び必要な対応を検討するとされたことについては評価し、賛成いたします。

当会としては、積極的に医療との連携強化をしていきたいと考えていますが、実施に当たって幾つかの懸念点があるので申し述べさせていただきます。

今回の義務化によって、介護老人福祉施設は、新たな協力医療機関として、1から3の要件を満たす医療機関を、場合によっては複数定めなければならないこととなります。

全ての施設が自力で要件に合致する医療機関を探し、交渉し、承諾を得るということを短期間で行うことは厳しいと言わざるを得ません。過疎地などの医療資源が少ない地域では、なおのことです。

また、定めると言っても協定なのか契約なのか、手続に関する決まりがない中で、相応の対価を求められる可能性もあります。有償契約でないと成約できないとすれば、6割を超える特養が赤字経営の中で実現は一層難しいものとなります。

当会としても、連携が円滑に進むように取り組んでいきたいと思っておりますが、行政や関係機関からの支援と協力がなければ実現は難しく、多くの特養が義務違反となるおそれがあります。

コロナの5類移行のときは、行政が積極的に関与して、病院等の医療機関とのマッチングまでしてくれました。医療機関へ支払う費用は当然無料です。その結果、9割を超える

施設との協定が実現しました。このときのような行政の関与と医師会の協力、そして全国的に無償に抑えられるのでなければ、今の特養の平均的な経営体力では難しく、行政及び関係各機関各位の御支援と御協力をいただくことが、不可欠です。

ぜひとも今回提示案のとおり、3年間の経過措置を設けていただくとともに、あわせて経過措置期間中に実態調査を行っていただき、調査で明らかになった阻害要因を解消するための対応を検討していただきたいと思います。

続きまして、21ページのマル6です。居宅介護支援のターミナルケアマネジメント加算等の見直しで、当該加算の対象となる疾患を、末期の悪性腫瘍に限定しないことととなっておりますが、医師が一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した場合と、分かりやすく記載すべきと考えています。

次に、25ページのマル3です。通所介護における認知症加算の見直しにおいて、利用者に占める認知症の方の割合に係る要件を緩和することと併せて、配置要件を事業所に1人以上と緩和を図り、認知症対応力の向上を推進すべきと考えます。

続きまして、34ページの(2)のマル1です。入浴介助加算の見直しで、新たな算定要件で入浴介助に関する研修等を受講することとなっておりますが、内部の研修でも可能であることを明確にするため、研修等を受講するではなく、研修等を行うにすべきと考えます。

なお、研修等を新たな算定要件として設けるのであれば、その取組の評価として、現行の報酬単価の見直しもお願いいたします。

続きまして、38ページ、介護職員の処遇改善についてです。介護職員の処遇改善について、おおむね私たち意向をお汲み取りいただき、一本化の実施を具体化していただきありがとうございます。

あと1つ加えると、審議報告書に記載するかどうかは別ですが、計画書及び報告書の作成には大変な労力がかかります。当該加算がどのように処遇改善に充てられているか、また、充てたかを記載するような計画書、報告書にいただき、事務の簡素化を含め、様式の製作をお願いしたいと思います。

続きまして、39ページから40ページにかけての介護ロボット、ICTとテクノロジーの活用の推進についてです。

40ページの※2のところに、アの機器に関しては、運用について柔軟な対応を書いてあるのですが、イの機器の運用についても、施設規模や施設種類、形態等を考慮して、柔軟な運用が図れるようにすべきと考えます。

続きまして、51ページのマル7、基準費用額の見直しにおいて、居住費のみが対象となっておりますが、食材費は高騰しております。現状の反映ができるよう、必要な対応を検討していただきたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしく申し上げます。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東です。

まず、今回の案については、全体として賛成でございます。

また、松田委員におかれましては、LIFEにおける貴重な分析のデータをお示しいただきましてありがとうございます。

松田委員の最後の御報告にございました、LIFEの関連データを医療・介護の連携情報として活用するという御提案には私も賛成でございます。ぜひ厚労省におかれましては、そのような方向で検討を進めていただきたいと思います。

次に、2つほど意見を申し上げます。まず、資料2の48ページのマル9の多床室の室料負担についてです。

老健施設全体に必要な負担を求めるべきではないかとの御発言がございました。しかし、何度も申し上げておりますように、介護保険法上、老健施設は生活施設ではございません。

また、入所期間が長いことをもって、生活の場であるとは必ずしも言えません。そのように私としては考えております。

次に、資料2の18ページ、介護保険施設と医療機関の連携強化について意見を申し上げます。

高齢者施設と医療機関の連携につきましては、新型コロナの経験からも大変重要であり、入所者の方の命を守るためにも、速やかな連携構築が必要と考えております。

連携の義務化に向けて、一定の経過措置は必要であります。速やかに連携が進むよう全老健団体としても取り組んでまいりたいと思っております。

また、厚労省におきましては、高齢者施設のみならず、医療機関に対しても、すぐさま連携に関する詳細な調査を行っていただき、定期的な実態把握をはじめ、この連携推進に向けた取組をお願いしたいと考えます。

最後に、医療・介護連携について、今回の審議報告案には直接関係ないのですが、一言意見を言わせていただきたいと思います。

現在、救急医療の現場では、例えば95歳といった寝たきりの超高齢者が、高齢者施設から救急搬送され、その治療が、実は本人も家族も望むものではない救急搬送であった等の事例が多く報告されております。

そこで、私ども老健施設のように、施設内に医師が常駐している場合、予想される医療ニーズの種類、重症度によって施設内で治療するものと、医療機関に搬送するものを事前に検討しておく必要があるのではないかと考えます。

本人や御家族も望まないような過度の医療提供を防ぐ必要があると考えています。ACPという言葉は、人生の最終段階、いわゆるターミナル時の事前の意思確認ということで使われておりますが、今後はどこまでの治療を望むかという治療版のACPも必要となってくると考えています。

今回、協力医療機関との連携が義務づけられましたが、ただ、連携するだけではなく、かかりつけ医や配置医師、老健施設や介護医療院の管理医師にもそのような観点を持つこ

とが望まれると考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでございましょう。

では、田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 ありがとうございます。資料2について申し上げます。

まず、当局におかれましては、短時間でこれまでの議論をしっかりとまとめていただき、心からお礼を申し上げます。

松田先生におかれましては、慢性期医療協会が推進するオーバーカロリーの有効性について言及いただき、感謝申し上げます。

幾つか意見を申し上げます。

まず18ページです。高齢者施設等と医療機関の連携強化のアの記載における懸念事項について意見を申し上げます。

これまで同時意見交換会や、当分科会で高齢者の医療の場について、地域の地域包括ケア病棟や慢性期病院で見られる病態であれば、三次救急の病院で治療せずとも、その方々の医療を完結できないかということの必要性について議論してきたと思います。

私たち慢性期高齢者医療に通じている立場で、このお書きいただいた文章を読むと、日頃の連携を進めて、日中の双方の職員が多いときに状態を確認し合って、夜間に患者さんを搬送するという負担が及ばないように、地域包括ケア病棟を活用したり、慢性期治療病棟を活用してはどうかといったことが書かれていると推察ができます。

しかし、この文章だけが歩き出したときに、あたかも24時間365日救急病院に受け入れてもらう契約を結ばなければいけない。また、原則として入院の記載を、空きベッドを確保する必要があるなどと読み取れないだろうか心配しております。

そうすると、誤解が誤解を生んで、24時間対応の三次救急へ入院させなければいけないというミスリードになりかねないのではないかと懸念しております。

三次救急病院に必要以上に負担をかけて、医療崩壊が起こらないよう、丁寧な説明を付記するなど、御配慮をお願いしたいと思います。

また、イの1年に1回以上の連携確認は、現場にとっては大変な負担であります。担当者を決めることを義務づける、担当者変更、管理者変更などの際に、連携先と自治体への報告を併せて義務化するなどの方法で補完できないか、引き続き検討してはどうかと思います。

22ページです。介護医療院の看取りへの対応の充実について、入所者全員に対しての前どころに、本人の意思を尊重した上でとありますが、その間に、本人の意思を尊重した上で、本人が望まない場合を除いてと付記していただきたいと思います。かねてから江澤委員がおっしゃっているように、御本人が人生の最終段階の方針を述べたくないということもありますので、本人が望まない場合に、強制することのないようお願いいたします。

26ページです。認知症の行動心理症状の予防等について、研修を限定し過ぎて受けられる枠が限られる、あるいは、研修を受けることが限られることがないよう、あるいは研修を受けることが目的ではなく、しっかりと認知症の方に対応できるかどうかが大切であるということ、しっかりと理解してもらえるように御配慮をお願いしたいと思います。

48ページです。多床室のホテルコストについてですが、前回申し上げたように、これまでの経年の審議会での意見を踏まえているものとは言えず、亡くなる人が多いから、長く入所しているから、相部屋でも室料が必要ということでは、利用者並びに事業者は納得できるものではないことを、改めて強く申し上げたいと思います。

なお、今後の課題として2点ほど気になることを追加で申し上げたいと思います。

介護医療院では、急性期病院から看取りを視野に入れた慢性疾患や高齢者の方を積極的に受け入れています。多くは寝たきりで要介護5の状態ではありますが、御本人の持っている介護度が、状態変化前の要介護1、2といった軽度の介護度のまま転院してくる方が少なくありません。その間、介護度に応じて支払われる介護報酬は様態に見合っていない低い単価となっています。

つまり、実際には介護量が多いにもかかわらず、介護報酬は低いものであり、その分施設の負担となっています。また、区分変更を申請しても、訪問調査や主治医の意見書を書き換える前に亡くなってしまうケースも多く、結局実際の介護度分の請求をできない、こういったタイムラグ、言わば介護度ラグについての対策が急務であることを申し上げます。

最後に、大変大切なことだと思っているのですが、お願いがあります。介護業界そのものの魅力を国の財産、また産業の1つとして、省庁を越えて国民に発信し、介護業界の人材確保につなげることを考えなければ、今後介護の崩壊に至るのではないかとこのことを危惧しておりますので、ぜひ当局におかれましても、各省庁を巻き込んだ活動を続けていただければと思います。

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。

では、稲葉委員、よろしく申し上げます。

○稲田委員 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2、審議報告案に関しまして、質問と意見を幾つか申し上げたいと思います。

全体としては、今回の課題が多い改定の中では、よくこの報告案をまとめてくださっていると感謝申し上げます。

まず、質問です。資料の10ページから11ページにあります、居宅介護支援について、居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い、マル2と書いてありますが、ここにありますように、現状の委託によって行われていることに加えて、新たに指定を受けて実施するルートができるわけです。

この介護予防支援に関しては、地域包括支援センターからの委託はなしにするというこ

となのでしょうか。また、総合相談支援は委託が解禁されておりますので、特定事業所加算の見直しと併せて、算定要件として評価の充実を行うともありますことから、この辺りの評価の考え方について、少し御説明をいただければと思っております。

質問は以上です。

続きまして、34ページの通所介護の算定要件であります。新たに義務化された研修受講の内容について、入浴介助に必要と考えられる事項とその内容を、国として明確化されるということです。

通所介護事業所におきましては、入浴介助に関する研修は、そもそも行われているはずではありますので、これは明確化することによって、自治体ごとのばらつきやローカルルールが起きないようにすることを期待されることだと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

次に資料の42ページ、マル1の管理者の兼務範囲の明確化について、これは議論が前向きに進み、同一敷地内における他の事業所、施設等の取扱いを明確化していただけたこと、そして、マル2のローカルルールにつきましても、都道府県及び市町村に対して説明、御指導いただけることは大変ありがたいと思っております。

ただ、本文中の厚生労働省令に従う範囲内で、地域の実情に応じた内容とするですとか、事業者から説明を求められた場合には、当該地域における当該ルールの必要性を説明できるようにすることの部分において、これも都道府県及び市町村と事業所の間で見解が異なる場合もあるかと思えます。

今後の運用につきましても、複雑なものはQ&A等によって明確化していただくなど、実効性のあるものとしていただけるようお願いいたします。

また、今回ここまで審議が進みましたことや、今後、地域包括支援システムのさらなる深化を展望したときに、障害サービスとの関係性についても整理が必要であると感じておりますので、併せて明確化していただけるようお願いしたいと思います。

そして、ケアマネについてであります。38ページ、介護職員の処遇改善について意見を申し上げます。

介護保険においては、要介護認定、ケアマネジメントは制度の根幹であります。特にケアマネジメントを担う介護支援専門員の人材不足は、ほかの委員の方もおっしゃっていましたが、喫緊の課題であるということは、皆様、御承知のことだと思えます。

処遇改善に当たっては、介護事業者としても、サービス提供に支障が出るのは問題だと思いますので、居宅介護支援事業所の最重要課題として、国において御検討をいただきたいと思えます。

また、先ほど濱田委員もおっしゃってございましたことにも関連しますが、45ページ、46ページについてです。

介護支援専門員の人材不足の厳しい状況によって、給付管理、そしてケアプラン、モニタリングなどの実施状況を見ますと、それすら実施ができていない地域もあるということ

ですので、国が提言されている逡減制の緩和は、誠に時宜を得たものであると考えておりますので、推進をこのままさせていただきますようお願いいたします。

最後に、これは、これまでの審議過程においても申し上げてきたことですが、各種加算の体系については、サービスの質の向上に向けて構築されているものと理解しておりますが、データとしてお示しいただいた各種加算の算定率を見ますと、要件自体の問題であったり、手続の煩雑さ、また、利用者負担への影響であったりと、算定率の状況においては、様々な要因が浮かび上がってきております。つまり、国が想定したほどには取得されていない加算が幾つも存在するということです。

こうしたことから、給付や加算の在り方そのものを再考する時期に来ているのではないかと考えておりますので、取得可能な現実的な算定率の想定に努めることも今後の課題として捉えていただければと思います。

私からは以上です。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 1点、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 御質問ありがとうございます。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

10ページの居宅介護支援事業者が、今回、前回の介護保険法改正に伴います改正に基づく新たな指定のルートのところの報酬の取扱いについて、お示しさせていただいているところでございますが、改めて御説明させていただきます。

居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を受けるルートというのが、介護保険法改正において、現行の委託でできるところに加えて、新しく法改正によって指定でできるということになったわけでございます。

この際、介護予防サービス計画の実施状況に対しての情報提供など、法律上の要件と、それに伴う省令上の要件を、今般、先週の介護保険部会のほうにも御報告をさせていただいたところでございます。

それに伴いまして、手間やコストが発生するというところでございますので、これについて評価をする新たな区分を、指定のところについては設けたいと考えているということをお示しさせていただいております。

なお、最終的な評価につきましては、全体を踏まえて、最終的には決定してまいりたいと考えているところでございます。

また、従前の委託は委託で残りますが、委託か指定かを選んでいただくということになるかと考えております。

それに加えて、地域包括支援センターから総合相談支援事業の委託も別の法改正で行えるようになっております。この際の内容については、この委託契約の中で定められるものと承知をしているところでございます。

加えて、介護予防支援の指定や委託を受ける際にも、特定事業所加算が受けられるようにするように、これらの要件については併せて整理をさせていただくところでござい

まして、それについて濱田委員からも御指摘があったところだと承知しております。

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 御説明ありがとうございます。

御説明いただけると、大分整理はできますので、恐らくここに書かれてあるぐらいですと、なかなか不十分な方も多いと思います。丁寧な説明に心がけていただきますように、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、堀田委員、よろしく願いいたします。

○堀田委員 ありがとうございます。

具体的な文言の修正ということではなくて、全体を通じてということ、今後に向けてということをお話をしたいと思います。4点あります。

まず、1つ目なのですが、先ほど松田委員からも御報告をいただいたところですが、エビデンスに基づいて、より効果的なケアとか介入の開発、それから普及ができるような環境整備という観点から、LIFEについても評価項目だったりとか、フィードバックの在り方の見直しということも、今後の課題の中でも触れていただけるといいのではないかと思います。

2つ目が、これも今後の課題のところに入れていただければということですが、サービスモデルの柔軟な進化ということです。今回、特に訪問と通所を組み合わせた複合型のサービスの提案があったわけですが、地域の実情に即して、訪問と通所ということにかかわらず、より限られた資源を効率的に活用しながら、ケアの質と仕事の質、これは今日の議論でもありましたけれども、それぞれそれをどのように図るかということを含めて検討しながら、この両方を高めていくことができるサービスモデルというものを、たゆまず探求していくということは、地域包括ケアシステムの深化の上でも極めて重要だと思っています。

ただ、それを実証的に検討するという、さらに、新たな類型をつくる必要があるのか、それとも事業所や法人間の連携を促しつつとか、規制緩和ということのできるものなのか、既存の様々なサービス、地域密着型のサービスなどとのすみ分けといったことも踏まえながら検討していく、ですので、大きくはサービスの柔軟な進化ということが、どうやって進めるかということは、ぜひ挙げていただけてよいのではないかと思います。

3つ目は、既にその方向が一定程度織り込まれての今回の改定になっていると理解していて、取りまとめには感謝していますが、さらに、特に介護人材の確保ということを考えてときに、ケアの質を高めていくという方向性のもとで、業務を効率化していく、そして、介護事業所とか介護職の業務の範囲、負担の適正化みたいなことを、どのように進めていくかということ、多角的に進むような環境整備というのも欠かせないのではないかなと思います。

事業所単位で生産性の向上とか、業務の棚卸し、今回もいろいろと出てきていましたけ

れども、それを通じてテクノロジーの活用だけではなくて、多職種の効果的な連携であったり、地域の方々、利用者さんや住民との共創を進めるようなチームの在り方というものの模索が進むようにということもやっていける余地があると思いますし、とりわけ前回の議論の中で申し上げたかもしれないのですけれども、非専門職、地域住民とともにつくっていくケアということでは、介護事業所が既に住民の方々に基礎的な介護技術を、子供から大人まで年代を問わず、研修をしていくとか、やはり養成校が介護助手の養成とか、子供たちのボランティアの掘り起こしなどをやっているといった例もありますし、総合事業の中でも多様な担い手の確保といったことも進められていることもありますので、これは事業所単位というだけではなくて、自治体として後押しできることもあるのだと思います。

さらに、これも今回の改定に向けた議論でも何度か出てきたと思いますが、事業所、法人を越えた連携によって、バックオフィス機能を効率化するといったことも欠かせないのだと思います。

スキルの連続性ということを中心としてみますと、非専門職だけではなくて、共通の基礎課程みたいな議論も進めていたところでもありますけれども、この介護に関わる職種というものが、スキルの連続性という観点からも、どのような範囲で仕事をやっていくことがいいのかということも考えていかなければいけないのではないかと考えています。

ここまで3つ申し上げましたけれども、その3つ全体で、特にサービスモデルの柔軟な進化というところと、事業所、そして地域全体での効果的・効率的なケアの在り方の検討、その中での役割分担の見直しといったことを、ある地域の中で、できれば集中的に進めて、それを見ながら相応な処遇の在り方ということも検討していくことが不可欠ではないかなと思っています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、よろしくをお願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

それでは、資料に沿って幾つか意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、15ページのマル8の訪問リハ、通所リハが、入院中の医療機関のリハ実施計画書の入手を義務づけという点についてと、それからマル9の訪問リハ、通所リハ事業所のリハ専門職が退院前カンファに参加することを推奨することに対して、医療機関側へ十分な周知が必要と考えておりますので、ぜひ対応をよろしくお願ひしたいと思います。

それから、18ページから19ページにかけて、高齢者施設と医療機関との連携強化が記載されていますが、義務づけに係る期限を3年と示されているところでございます。

コロナ禍におきましては、全国の高齢者施設において、救える命、助かる命が失われる、あってはならない大変つらい経験をいたしたところでございます。

したがって、一刻も早い連携体制の構築が求められるところであり、以前の分科会の資料が1年であったところを、本日は3年となっております、1年でできないものが

3年ならできるというのも、若干疑問でもございますし、コロナ禍での連携率は全国で93%の施設が連携をしていたということもございますから、そういった経験も生かしつつ、できる限り早い対応が急務と考えております。

なお、連携する医療機関は、以前にも地域包括ケア病棟を有するような中小病院、あるいは在宅療養支援病院というのが、説明があったところがございますので、有床診療所、こういった医療機関と、各地域で緊密な連携が重要と思います。

つきましては、一刻も早い対応や、前回の資料の1年の記載との整合性にも鑑み、仮に3年とするのであれば、例えば、令和6年度の1年に限り、以前の介護医療院の移行定着支援加算を参考に、連携体制を早期に構築した介護施設を評価するインセンティブの設定を要望したいと思います。入所者の命を守る姿勢を前面に打ち出していきたいと考えております。

あわせて、グループホームや特定施設においても、入院を受け入れる体制の確保要件は、やはり入院治療というのは必ず生じますので、御検討いただければと思います。

続きまして、31ページのマル11につきまして、通所リハの大規模型の基本方針の見直しについて、もともと大規模減算ということに端を発しており、大規模減算の設定時には、財政中立ではありませんでした。

単に規模が大きく効率的であるかということで、通所リハのみに不当に減算のルールが設定された経緯がございます。

したがって、今回の見直しについては、財政中立で見直すことはなじまないものがありますので、一定の質を担保したサービスを提供している大規模事業所においては、当然評価すべきだと考えているところでございます。

続きまして、46ページの4番の(1)のマル1につきまして、訪問介護の同一建物減算について、訪問介護員の人材不足が最も深刻な状況下において、あまり冷水をかけるべきではないと申し上げたいと思います。

以前も申しましたが、同じサービスでありながら、住む場所によって受けるサービスにかかる費用が異なるということは、利用者の視点からは、なかなか理解が得られないのではないかと思います。

続きまして、その下のマル2につきまして、1行目にリハビリテーションと記載されておりますが、訪問看護からのリハビリ専門職の訪問は、看護サービスの一環として整理されておりますので、リハビリテーションという記載は、リハビリ専門職の訪問による看護サービスと修正が必要ではないかと思っております。

その上で、訪問看護のあるべき姿に向けて、評価を見直していくべきだろうと思っております。

続きまして、47ページのマル8ですけれども、居宅介護支援は訪問サービスではないため、同一建物減算の導入は、極めて慎重に取り扱うべきではないかと考えております。

続きまして、48ページのマル9の多床室の室料負担については、前回も反対意見が多かったと記憶しておりますが、平成17年10月の分科会での多床室に室料を求めるべきではな

いという考え方は、国民感覚からしても、現在も全く変わっていないものであり、これまでの議論の経緯は尊重すべきだろうと思います。

最後に、全体的に情報連携やICTの導入は進めていくべきではありますが、これらの導入に当たっては、どうしてもイニシャルコスト、ランニングコストがかかってくるので、やはり、それに見合った報酬評価というのを行った上で、推進していくべきだと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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。

御発言どうもありがとうございました。冒頭申し上げましたとおり、次回の分科会で審議報告の取りまとめを行いたいと存じます。

修文等を含めまして、要望等も含めまして、様々な御意見をいただいたところでございます。

本日いただいた御意見を踏まえまして、引き続き事務局におきましては、しっかり御検討いただきまして、次回の分科会で今後の課題を含めて議論をした上で、審議報告を取りまとめていきたいと思っております。

それでは、本日の審議は、これ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きまして、事務局のほうより説明をお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局でございます。

次回の第236回介護給付費分科会の開催は、12月18日の午前を予定しております。議題については、本日に引き続き、審議報告案について御議論いただく予定としております。

以上です。

○田辺分科会長 どうもありがとうございました。

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

それでは、散会いたします。