

○占部企画官 定刻になりましたので、第218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。

会の開催に当たり、委員の御退任がございましたので、御報告いたします。

児玉剛委員が御退任されております。

代わって、公益社団法人日本歯科医師会から野村参考人に御出席いただいております。

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

また、井上委員に代わり酒向参考人に、大石委員に代わり寺原参考人に、長内委員に代わり山岸参考人に御出席いただいております。

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

以上により、本日は18名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

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

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

次に、オンライン会議における発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様におかれましては画面の下にマイクのアイコンが出ているかと思えます。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、御発言の際にはZoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言をいただくようお願いいたします。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を下ろす」をクリックいただき、あわせて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、以降の進行を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、各サービスについての議論に入っております。

それではまず、議題1、令和6年度介護報酬改定に向けてにつきまして、事務局より各サービスの資料説明をお願いいたします。

○笹子認知症施策・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につきまして、まず御説明申し上げます。時間の都合上、少しスキップさせていただきます。サービスの概要などがついておりますが、3、4、5、6とスキップしていただければと思います。そのほか、請求事業所数が8ページ目、9ページ目が定期巡回の請求事業所数の都道府県別の状況を表したものの、受給者数、受給者の要介護度別の割合などが続きまして、12ページ目に定期巡回の平均要介護度、左下に2.7と書いてございます。13ページ目、費用額、14ページ目、1事業所1月当たりということで受給者数・費用額などが掲載されているところでございます。そのほか、サービスごとの費用額の割合の推移などがついてございます。

18枚目をお開きください。収支差率でございます。既に分科会に御報告申し上げますけれども、令和2年度の決算で8.4%、令和3年度の決算で8.2%ということになってございます。

続きまして、夜間でございます。夜間対応型訪問看護の概要が21ページ目、以降に同様についているところでございますので、御参照ください。

25ページ目、請求事業所数としては、平成27年をピークにほぼ横ばい、あるいは若干減っているというような状況でございます。

26ページ目、請求事業所数の都道府県別でございます。

同様に、27ページ目以降に受給者数、要介護度別の割合などがついておりまして、29ページ目に夜間対応型訪問看護の平均要介護度が3.1ということになってございます。

定期巡回と同様の資料が続きまして、33ページ目、経営状況でございますけれども、夜間対応型、令和2年度の決算でマイナス8.6%、令和3年度がプラス3.8%でございます。ただ、アスタリスクがついてございます。注書きにございますように、集計施設・事業所数が少ないということで、参考数値ということで御了承いただければと存じます。

続きまして、令和3年度の介護報酬改定の状況でございます。35ページ目以降についてでございますけれども、人員配置基準の明確化などを行わせていただいたということでございます。

36ページ目、38ページ目。38ページ目は、ICTなどを活用して業務効率化を行っていくようなこともさせていただいているところでございます。

また、オペレーターの配置基準の緩和なども39ページ目でさせていただいているということでありまして、夜間と定期巡回の基準がハーモナイズしているような状況が今あるということでございます。

41ページ目、これまでの各種意見でございます。令和3年度の介護報酬改定に関する審議報告におきまして、1つ目の○にございますが、定期巡回のさらなる普及を図る必要性について言及していただいた上で、2つ目の○にございますように、定期巡回・随時対応

型訪問介護看護がこれまで果たしてきた機能や役割を踏まえつつ、今回の令和3年度の報酬改定で定期巡回と同様となる基準の緩和を行うこととした夜間対応型訪問介護の機能や役割を含め、今後の在り方について検討していくべきであるとされまして、その後、昨年12月の介護保険部会の御意見において、一番下から2行目でございますが、定期巡回と夜間対応型訪問介護など機能が類似・重複しているサービスについては、将来的な統合・整理に向けて検討する必要があるとされているところでございます。

こういった御提言などを踏まえまして、私ども、42ページ目以降にございますように、老健事業などで有識者の先生方にも御参画いただきながら、検証というものを行ってまいりました。

42ページ目でございますが、令和3年度における検証でございます。まず役割と機能につきましては、定期巡回と夜間訪問の利用者像がおおむね同じであったということ。そういったことを踏まえて、今後の在り方として、夜間訪問は定期巡回に統合することが可能ではないか。もう一つは、2つ目のポツにありますように、ほとんどの地域において夜間訪問の利用者は、仮に定期巡回サービスと夜間訪問が統合された場合でもサービス提供を継続して受けることができると考えられるとされているところでございます。

ただ、検討課題として、その下にございますように、定期巡回サービスの一部機能のみの利用を可能にするサービス類型を検討するとか、あるいは利用者負担への配慮をしっかりとしていかなければならないとか、あるいは既存の夜間訪問の利用者に影響が生じないようにしっかりと配慮する必要があるといった御意見を賜ったところでございます。

それを踏まえまして、33ページ目でございますけれども、令和4年度においても検証をしてまいりました。その結果でございますけれども、全ての事業者において、調査した事業所においては定期巡回サービス、または24時間対応可能な訪問介護事業所があるということでございますので、仮に統合したとしてもサービスが提供されることが確認されたということでございます。

関連する資料が44ページ目以降についてございますけれども、1つ御紹介申し上げたいのは46ページ目です。夜間対応型訪問介護の給付実態として、左の真ん中にごございますように事業所別に見ると9割以上の事業所が夜間対応型訪問介護費（I）というのを算定しており、そのうち15事業所はオペレーションサービスのみということで、そのみの算定になっていたということでございまして、実際に訪問していないことが浮き彫りになっているということでもあります。

48ページ目でございますけれども、定期巡回につきましては、看護小規模多機能と同様に、介護保険部会の御意見も踏まえまして、その普及策について右にございますように指定の事前同意という仕組みを用いながら広域利用等に関する検討をしていくということで、基本指針にも明確化していくことを御提示しているところでございます。

以上を踏まえまして、両サービスでございますけれども、50ページ目に左が定期巡回、右が夜間訪問ということで整理させていただいております。そもそもでございますけれども

も、右側の夜間対応型訪問介護につきましては、在宅の場合も夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考え方から、夜間における定期巡回と通報による随時対応を併せた地域密着型サービスとして平成18年度に創設されたものでございます。他方で左側、定期巡回のほうでございますけれども、日中、夜間を通じて一日複数回の定期訪問と随時の対応を介護だけではなくて看護が一体的に、または密着に連携しながら提供するサービスということでございまして、中重度者の在宅生活を可能にする上で重要な役割を担うサービスとして平成24年度に創設されたものでございます。

こういった趣旨はございますけれども、現状を踏まえて、先ほど御紹介申し上げたとおり、審議会においても統合に向けた検討を進めるようにという宿題をいただいているところでございます。

51ページ目でございます。論点として、この2つのサービスにつきましては、両サービスの機能・役割やこれまでの介護報酬における対応等を踏まえて、両サービスの将来的な統合・整理に向けてどのように考えるのか。また、定期巡回について、今後のさらなる普及に向けて限られた人材を有効に活用しながら効率的なサービス提供を可能とする観点からどのようなことが考えられるのかとさせていただいております。

続きまして、資料2を御覧ください。小規模多機能型居宅介護でございます。資料の構成は資料1と同様になってございますので、よろしく願いいたします。

3ページ目以降に概要、基準、様々なデータがついてございますので、御参照ください。

12ページ目でございます。平均要介護度は2.4でございまして、要介護度3、4、5を合わせて43.4%という状況でございます。費用額等々がその後続きまして、経営状況でございますが、18ページ目でございます。令和2年度決算で4.1%、令和3年度の決算で4.7%となっているところでございます。

続きまして、令和3年度の介護報酬改定の内容が22ページ目以降についてでございます。御覧いただきますように、認知症の対応力向上に加えまして、緊急時の宿泊ニーズへの対応などをさせていただいたということと、離島・中山間地域における特別地域加算の対象などにしたということとでございますが、とりわけ27ページ目、28ページ目でございますように、地方分権提案を踏まえまして、過疎地域等におけるサービス提供を確保する観点から、登録定員を超過した場合の報酬減算を一定の間行わないこととするという措置を27ページ目でございますように導入させていただいております。また、28ページ目は報酬上の話とは別途に指定基準の話として、登録定員、利用定員がそれまでいわゆる従うべき基準になっていたものを、標準基準に見直すという法律改正もさせていただいたところでございます。法律改正を踏まえて省令改正などもしております。

その小多機についての各種意見が30ページ目でございます。小多機に限りませんけれども、都市部、離島・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に、必要な方策を引き続き検討すべきということでございますが、とりわけ2つ目の○にございますように、定期巡回、看護小多機、この2つについてはさらなる普及のための

検討をということが令和2年12月の分科会の審議報告でも提言されているところでございます。また、昨年12月の介護保険部会においても同様の御指摘がなされているところでございます。

関係の改定検証でございますけれども、31ページ目以降は既に分科会に御報告させていただいておりますが、先ほど私が過疎地域等における報酬減算を一定の間行わないこととしたこと、あと、登録定員を標準基準に見直したこと、この2点につきまして調査研究を行ったところでございますが、端的に申し上げますと、32ページ目でございますように、この改定2つを実施、適用している自治体が少なかったということでございますけれども、真ん中でございますように、職員の負担感や利用者のサービス提供等について、多くの事業所が影響はないということでございました。

33ページ目以降でございますけれども、その機能などをしっかりと調査研究せよということでございましたので、令和3年度と4年度に老健事業で有識者の方々に御参画いただきながら検証を行ってまいりました。

33ページ目の上半分が令和3年度でございますけれども、青いところに書いてございますように、小多機は利用者の状態に応じて中心となる通い・訪問に泊まりを組み合わせるサービス提供を行っているということでありまして、サービス利用終了後の移行サービスを見ますと、死亡あるいは医療機関への入院の割合を合計すると半数程度になるということでございます。なので、中重度になっても在宅生活の継続に一定寄与していることが確認できたということでございます。

一方で、利用終了後に3割以上の利用者が施設・居住系サービスに移行しているということでございます。その理由として、認知症の重度化や家族介護の負担が挙げられているということでございますので、引き続き検討が必要とされているところでございます。

その下半分が令和4年度でございますけれども、今申し上げた認知症の重度化等によりやむを得ず施設・居住系サービスに移行しているケースが確認されたということでございます。ここについて詳細に聞いたところでございますけれども、やはり認知症が重度化した際に対応ができなかったこととして、常時の見守りが必要になり、事業所として対応できなかった、あるいは介護者の体力が限界だったというようなケースが見受けられたということでございます。

関連する資料がついてございますので、スキップさせていただきます。

その上で、44ページ目でございます。もう一点、少し動きとして御紹介申し上げたいのは、管理者の兼務の関係でございます。多くのサービス類型におきましては、管理者は管理上支障がない場合には一定の範囲でほかの職務に従事することが認められてございますけれども、小多機については兼務可能な職務が限定されているという省令上の縛りがございまして、例えば同一敷地内の通所介護であったとしても管理者を兼務することができないという課題がございます。こういったことについて、どのように考えるのかという問題意識でございます。

47ページ目、今、私が御紹介申し上げたような現状と課題が続きまして、最後に48ページ目の論点でございます。利用者の対応や希望に応じて中重度になっても在宅での生活が継続できるよう支援することを目的として創設された小多機のさらなる普及が求められる中、期待されるサービスを安定的に提供するためのどのような方策が考えられるかとさせていただいてございます。

資料1、2は以上でございます。

○古元老人保健課長 それでは、引き続きまして、資料3に基づきまして、看護小規模多機能型居宅介護について御説明を申し上げます。老健課長でございます。内容につきましては、資料2の小多機と一部重複する部分がございますので、その点を除きまして簡潔に御説明申し上げたいと思います。

看多機の概況につきまして3ページ以降でございます。まず7ページ、請求事業所の数が直近では852事業所ということでございます。

11ページを御覧ください。看多機につきましては、要介護度が非常に高い利用者の方が多く利用されているという特徴がございます。

その後、費用額などのデータが続きまして、収支差率につきまして、18ページでございます。経営状況でございますが、令和2年度の決算で5.2%、令和3年度の決算で4.6%といった状況でございます。

続きまして、令和3年度介護報酬改定の内容でございます。22ページに一覧としてございまして、主なものを赤枠で囲っておりますが、多くは小多機と重複する内容でございますので、個別の御説明は割愛させていただきたいと思います。

その後、29ページ以降、改定以降の様々な検証、また実態の把握調査を行っておりますので、こちらについて御説明を申し上げたいと思います。

30ページ、各種意見でございますが、審議報告については、小多機と同様の内容でございます。また、昨年12月の介護保険部会における意見におきまして、必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策、また提供されるサービス内容の明確化など、さらなる普及を図るための方策について検討し、示していくことが適当であるとされたところでございます。

33ページを御覧ください。利用者の状況を見てまいりますと、認知症、脳卒中、心臓病、こういった方が多いということ。また、提供したケア内容はそちらのデータにあるとおりでございます。

34ページを御覧いただきますと、利用終了者の転帰について経年的に把握をしておりますが、施設への入所でありますとか死亡、看取りの方が増加傾向にあるといった状況でございます。

35ページでございます。看多機については、泊まり、通い、訪問といったサービスを組み合わせ利用ができるというサービスでございますが、泊まりでありますとか通い、そういったものが提供されていないケース、またばらつきがあるといった状況のデータをお

示しております。

その割合で示したものが36ページでございます。

37ページも同様の知見でございますけれども、利用者のニーズに応じたサービス提供が行われている中で、一定割合の利用者につきまして、泊まりなどのサービス提供回数がゼロ回といった状況もあるという実態でございます。

38ページ、看多機の開設・運営に関しては、やはり様々な御苦勞をなさっているということがございまして、例えば看護職員をはじめ職員の確保、また夜勤のできる職員の確保が難しい、こういった実態があるということでございます。

40ページは御報告となりますが、今年度の通常国会におきまして法改正を行いました。その改正の概要でございます。看多機を複合型サービスの一類型といたしまして、法律上に明確に位置づけるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での通い、泊まりにおける看護サービスが含まれる、この旨を明確化いたしました。

41ページ目でございます。こちらは看多機が実施している保険外サービスの内容でございます。実施している事業所が28%といった状況でございます。

続きまして、43ページから44ページは先ほど申し上げました状況を現状と課題としてまとめしております。

最後に45ページを御覧ください。看多機に関する論点であります。医療ニーズを有する中重度の要介護者の生活を支える地域の拠点である看護小規模多機能型居宅介護のさらなる普及が求められる中、期待されるサービスを安定的に提供するなどのために、どのような方策が考えられるかということでございます。

資料の説明は以上となります。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 続きまして、資料4を御覧ください。認知症対応型共同生活介護でございます。

概況等につきましては、資料1、2、3と同様でございます。

12ページ目です。平均要介護度は2.7でございまして、要介護3以上が半数以上という状況でございます。

経営状況でございますが、18ページ目、令和2年度で5.8%、令和3年度で4.9%という状況でございますが、20ページ目、右側を御覧いただきますと、ユニットごとに経営状況は異なっているということが御覧いただけるかなと思います。

令和3年度の報酬改定の内容でございますが、一覧表が23ページ目でございます。多くの改定事項がございました。看取りへの対応、医療ニーズへの対応強化、宿泊ニーズへの対応の充実、それとユニット数を2から3、最大設置を可能にすることと、サテライトの創設を行う。さらに、夜勤職員の体制の見直しということで、例外的な措置として3ユニットで平家建てでしっかりと対応ができるということであれば、2人夜勤という例外措置も講じさせていただいているところでございます。

関連することとしましては、医療ニーズへの対応のところでございます。36ページ目に

医療連携体制加算の算定状況を御覧いただきますと、(I)、(II)、(III)と左側にございますが、(II)と(III)の取得率が少ないということでございます。ここは課題かなと思っております。

その中で37ページ目、(II)、(III)を算定しない理由です。これは職員を確保できない、あるいは算定要件に該当する入所者がいない、人件費等のコストが合わないということでございますけれども、38ページ目でございますように、仮に(II)、(III)を取っていたとしても、実際に受け入れたことがある利用者様については、喀痰吸引あるいは褥瘡というところに偏っていることと、38ページ目の右上にございますが、医療ニーズを持った方の入居を断ることがあるとか、あるいは医療ニーズへの対応が困難なことを理由とした退去を求めることがあるというようなお声もでございます。

41ページ目、先ほど例外的な措置として3ユニットで2人夜勤という措置を講じさせていただいたということでございますけれども、これは構造上そんなに事業所数が多くないわけでございますが、介護給付費等実態統計上は9事業所が請求しているということでございます。

42ページ目、その効果・課題を調査研究したものでございますけれども、左側でございますように人材を効率的に活用し、経営に役立てることができたというお声がある一方で、右側でございますように夜勤者の身体的・精神的負担が増えたというお声もでございます。nが4ということで少ないので、参考値ということでございます。

今申し上げたようなことも踏まえまして、46ページ目に現状と課題ということで整理させていただきます。

論点、一番下でございますが、今後も高齢化の進展による重度の要介護者、独居・認知症高齢者が増大する一方で、現役世代の減少に伴う担い手不足が見込まれる中、認知症グループホームにおいて、医療ニーズへの対応のさらなる強化を図る観点、介護人材の有効活用を図る観点などから、どのような方策が考えられるのかとさせていただいております。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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

それでは、山岸参考人、よろしく願いいたします。

○山岸参考人 山岸です。御説明どうもありがとうございました。私のほうからは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び小規模多機能型居宅介護について御意見を申し上げます。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護でございますが、このサービスについては、在宅サービスを必要とする高齢者が増加する中、日中・夜間を問わず介護と看護のサービスを一体的に受けることができるなど、その質の向上を確保していく上でも重要な事業であり、私どももその充実を求めているところでございます。介護現場においても限りある人材の

中で、必要とされる利用者の要請にお応えするよう努力はしていますが、例えば利用者が点在する地域においては、訪問に際しての移動に長い時間を要し、事業者の皆さんから効率的なサービス提供が難しいという御意見もございます。現状の報酬単価では採算の取れた運営をすることが困難であり、地域によっては事業者の方々に参入いただけないとの実態もございます。報酬単価の算定において、条件の不利な地域となる中山間地域等に対する加算措置もありますが、市域が大きいなど、都市自治体の置かれている状況は多様であります。本事業のさらなる普及に向けて取り組んでいくためには、地域の実情も十分に踏まえた上で、報酬単価の見直しを行っていただき、国としても引き続きその促進に向けた一層のお取組をお願いしたいと思います。

もう一点、次に小規模多機能型居宅介護についてでございますが、その運営基準において、小規模多機能型居宅介護を実施する事業者に専従のケアマネジャーを置くこととされ、事業管理者は当該ケアマネジャーに居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させることとされています。この規定により、利用者が当該サービスを受けようとする、これまでのケアマネジャーを替えなくてはならないということになります。本日配付されている資料2の40ページにも、小規模多機能型居宅介護について利用開始に至らなかったケースの理由として、現在のケアマネジャーを替えたくなかったということが挙げられております。全国市長会においても、利用者が当該サービスを受けるに当たって、これまでの居宅ケアマネジャーから事業所専従のケアマネジャーに変更することについては抵抗感があり、その利用をちゅうちょされるという声もございます。施設における介護にはそれなりの専門性もあろうかとは存じますが、本事業は在宅介護の延長上の事業であり、これまでの居宅ケアマネジャーとの連携等により、利用者ケアマネジャーとの関係性を維持できるような運用を可能とする仕組みとしていただきたいと思います。

在宅介護において訪問と泊まりの複合的なサービス提供は、利用者御本人のみならず、介護される方にとっても有効なものであることから、小規模多機能型居宅介護サービスのサービス提供の在り方も踏まえた上で、ぜひとも利用しやすい事業としてこれからもお取り組みいただきたいと思います。

介護サービスには、まず有能な人材の確保が必要不可欠でございます。介護報酬の改定に当たっては、保険料との関係もあり、その水準には留意しつつ、地域やサービス等の実態に即して適切な見直しが図られるようお願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、稲葉委員、よろしく願いいたします。

○稲葉委員 民間介護事業推進委員会でございます。よろしく申し上げます。

私からは、まず、小規模多機能型居宅介護につきまして、3点ほど意見を申し上げたいと思います。

1点目としましては、サービス提供の実態に関する詳細なデータ分析についてござい

ます。このサービスも含めまして、地域密着型の各種サービスの導入目的は、中重度になっても在宅での生活が継続できるように支援をし、在宅の限界値を引き上げるというところにあります。この小規模多機能型居宅介護では、包括報酬において生活上の無防備な隙間において利用者にかかる様々な事故やトラブルのリスクを軽減するために、訪問や通い、泊まりの組合せを基本としながら、個々の利用者の状態、ニーズに合わせて迅速かつ的確に対応していくことが求められています。ここがまさに在宅が継続できるかどうかの限界値の対応ですが、これらのサービスで支え切れなくなると、家族が介護離職や、また、利用者が施設入所をしなければならないということになってしまいます。

しかしながら、前回の改定の際にも普及に向けた対応策が取られたはずですが、調査の結果を見ますと、事業所の数は思うように増えていないということになっています。これについてですが、まず、これらのサービスが一体どういった地域で、どういう環境の下で有効に機能を発揮できるのか、どういった利用者に有効なのだろうか、ニーズとサービスの提供の間にミスマッチが起きていないのか。例えば中山間地域の状況や認知症の方へのアプローチといったことも含めまして、どういう環境の下で、どういうサービスを提供すれば有効に機能するのかといったデータを分析し、適切にマッチさせていくことが必要ではないかと思っております。

2点目です。これはローカルルールについてです。地域密着型のサービスは、市町村が指定権者となっているわけですから、それぞれの地域の実情はもとより、各自治体の理解度とともに、意向や意識が強く反映されています。したがって、単に数を整備するというだけでなく、どういう地域にどういう環境を整えて整備していくかといった分析の下で計画・立案がされていくべきであると思えます。

先ほど課長も説明していただきましたけれども、資料2の44ページにあります兼務制限についての項目や、47ページ、48ページの現状と課題、論点の項目には、令和3年度の介護報酬改定において、この事業の普及促進に向け、地方分権提案を踏まえた一定の緩和が図られたという内容が記されております。ところが、現場で地域密着型のサービスを迅速かつ的確に対応しようとしても、市町村のローカルルールの運用が弊害となっているケースが見られます。事業者は限られた人材を生かすなど創意工夫によって何とか在宅限界値を引き上げようと努力しているので、不合理な面もあるようなローカルルールがないように対応をお願いしたいと思います。

3点目です。これは兼務要件の緩和についてです。人員の兼務については、これまで同一敷地内であるなどの物理的距離の視点があったと思えます。今後ますます人材確保の困難性が強まる中では、今回のコロナ禍での対応やデジタル臨調での常駐要件等の検討を踏まえ、サービスの質を低下することなくできることを前提として、新たな視点での兼務要件の在り方について検討していくべきであると考えます。

例えば、計画作成担当者、ほかの法人との間では兼務が認められているように、同じ法人内の事業所間においても認められるということを望みます。

続きまして、認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者の配置について1点だけ意見を申し上げます。33ページにありますように、計画作成担当者の配置基準として、事業所の計画作成担当者のうち1名は介護支援専門員であることとされています。これは以前よりも緩和された措置であるとは思いますが、それに対して、管理者が介護支援専門員である場合には、管理者というのは計画作成に関して専門性を伴った管理指導が可能な立場にもあるため、計画作成担当者が介護支援専門員である必要はその場合にはないのではないかと考えます。

46ページの論点にあります今後ますます確保の困難さが増すであろう介護人材の有効活用を図る観点に従ってお考えいただきたいと希望いたします。

私からは以上です。ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、小林委員、よろしく願いいたします。

○小林委員 3点申し上げます。資料2、小規模多機能型居宅介護についてです。認知症や中重度の要介護になっても住み慣れた地域で生活できるようにすること、また、介護離職ゼロに向けた基盤整備としての役割も担っています。資料38ページでは、施設・居住系サービスへ移行した理由として、家族にとって利用者の介護負担が大きいという回答が多く、また、医療依存度が高くなったという回答も目立ちます。

40ページには利用開始に至らなかった理由として、家族が施設居住系サービスを希望したという回答が比較的多く、13%程度です。これらの声も踏まえつつ、利用者本人の意向との両立を図るための検討が必要です。

それから、資料3、看護小規模多機能型居宅介護についてです。これも38ページ目に示されているとおり、看護職員及び介護職員の確保、それに夜勤のできる職員の確保に困難を感じている回答とか、手厚い配置が必要といった回答が多いことが大きな課題です。住まいがどこであれ、広く地域で利用できるようにしていくことが必要です。

3点目、資料4の認知症対応型共同生活介護についてです。認知症の高齢者が共同生活住居で家庭的な環境と地域住民との交流の下、能力に応じて自立した日常生活を営めるようにするものと、このような利用者の状態像を念頭に、今後もこれを果たしていくための議論が必要です。

また、とりわけ夜勤については、42ページ目、3ユニット2人夜勤のことが書かれています。夜勤者の身体的負担、精神的負担が増えたという課題、それから急変時等の対応に支障が生じたという課題が生じるのは当然です。夜勤は休憩時間すらきちんと取れていないという声を多く聞きますので、利用者の安全面やケアの質という観点からも、夜勤にしっかり人員配置できるようにしていくことが重要です。ましてやその配置基準を安易に緩和しては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した。

それでは、寺原参考人、よろしく願いいたします。

○寺原参考人 ありがとうございます。私からは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について意見を述べさせていただきます。

在宅でできるだけ長く生活していくためには、24時間対応型や多機能系サービスの普及は不可欠でございますが、その中でも新型コロナ対応でも課題が浮き彫りになった高齢者施設や自宅における24時間の医療提供サービスの充実が最も重要であると考えております。特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、本県でもその必要性から高齢者人口当たりの事業者数は全国2位まで伸びており、今後もさらに介護事業者の参入を促していく必要があると考えております。

今回、本県において県内複数の事業者へ聞き取りを行いました。先ほども同様の意見が出されておりましたが、比較的都市部で開設している事業所では、サ高住や有料老人ホーム等の集合住宅の入所者に対し、長時間のロスなく効率的なサービス提供がなされているという実態が多く見られております。一方で、都市部以外では、そもそもサ高住や有料老人ホーム等がなく、点在する個人宅の訪問に時間を要し、効率のよいサービス提供ができないため、経営的に厳しいという状況でありました。

今回の経営状況調査では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス全体の収支差率は令和2年度、3年度ともプラス8%超という結果ではございますが、同じサービス種別の中でも収支差に差があると思われれます。同一建物の利用者に集約してサービスを提供する場合は、現状のように一定の減算はやむを得ないと思っておりますが、一方で、地方のように広域をカバーし、非効率を強いられる事業者への介護報酬については十分確保されるべきであると考えております。

そのため、介護報酬の改定に当たっては、こうした現場の状況を踏まえていただければと思います。今後ますます単身や高齢者のみの世帯が増加していく中で、医療と介護連携の中核になる24時間対応型の医療提供サービスの充実が地方においても進むような見直しをお願いし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、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。少子高齢化がますます進行する中で、持続可能かつ安定的な介護保険制度の構築・強化は必要不可欠だと考えております。そういう観点から何点か意見を申し上げたいと思います。

まず資料1でございますけれども、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の要件の差異、これは50ページにありますとおり、主に報酬体系、サービス提供時間帯のみということであります。利用者の分かりやすさという点から勘案しますと、将来的な統合・整理を前提に、利用サービスの機能・役割について課題・論点を整理し、議論を深めることが望ましいと考えております。

その際、36ページ等の下に前回改定時の対応緩和のように、ICTなどの活用により限られた人材の有効活用、効率的なサービス提供を可能にしていくという方向性で考えていくべきだと思います。

続きまして、資料2、小規模多機能型居宅介護は、利用者のニーズに合わせ、柔軟な提供が可能なサービスでございます。サービスの安定性を担保し、さらなる普及を目指すためには必要に応じて規制緩和を実施していくべきだと考えておりますけれども、同時に介護現場の正確なニーズの把握のためには、ICTなどの活用も積極的に検討すべきではないかと思えます。

資料3の看護小規模多機能型居宅介護についても同様だと考えております。

資料4でございます。認知症対応型共同生活介護について、今後急速な高齢化に伴い、ますます認知症対応に特化した施設の重要性が増していくことを考えれば、人材の有効活用の観点から、認知症対応型共同生活介護の夜勤体制についても、ICTの活用などの代替策により施設運営上の特段の課題がなければ、39ページでございますように他の施設の2ユニットごとに1名とするような夜勤体制と同等の体制緩和も検討に値するのではないかと考えます。

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、古谷委員、よろしくお願ひいたします。

○古谷委員 ありがとうございます。まず、介護保険事業の運営において最も大きな課題は介護人材の不足というふうに考えます。その中でもホームヘルパーへの求人に対しては全く応募がないというような問題が生じております。人材不足の中で事業所を効率的、効果的に活用するためには、類似サービスの整理や運営基準、また配置基準の柔軟な取扱いが重要と考えます。定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護については、両サービスの機能と役割を考慮すると、一体的に実施することによるメリットが大きいと考えます。

また、例えば看多機は訪問看護、訪問介護、通所介護、ショートステイの機能を備えています。これらの機能を複合的に使用する場合や単独で使用する場合など、状況に応じて利用できるように検討することも重要というふうに考えております。

急増する認知症高齢者の中で認知症対応型共同生活介護の需要が高まっております。さらに、その事業所における医療ニーズへの対応が課題となっていると考えております。その中で医療系スタッフが常駐している事業所はまだ少なく、スタッフも少人数で、通院の付き添い等にも人手が必要なため、今後、訪問診療などによる医療体制の強化が必要というふうに考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、米本委員、よろしくお願ひいたします。

○米本委員 全国町村会の米本でございます。

資料2、資料3の論点についてでございますが、高齢化が一層進行している地域においては、今まで築いてきた人間関係を維持しながら、個人の能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援する小規模多機能型居宅介護等の整備は大変重要だと考えております。一方で、離島や中山間地においては、人口減少とともに介護職員等の人材不足によって規模の縮小を行わざるを得ない事業所が多く存在しており、事業の安定的な経営と人材を確保できる仕組みの構築が最も重要な課題となっております。

このような状況に置かれている離島、中山間地などでは、そもそも規模の拡大による経営の効率化は困難であるため、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、併せて介護人材を確保できる仕組みが早急に構築できればと思っております。どうぞよろしく願いをいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。若干参加が遅れてしまって申し訳ございません。

まず最初に、資料1の訪問介護の関係でございますけれども、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護につきましては、資料の42ページでございますように、検討課題は確かにございますけれども、統合は可能といったような検証結果も示されてございます。本分科会の審議報告、あるいは介護保険部会の意見等を踏まえまして、機能が類似あるいは重複しているようなサービスにつきましては、報酬体系の簡素化の観点からも、統合に向けた検討を進めるべきではないかと考えてございます。

続きまして、資料4の認知症グループホームの関係でございます。緩和されました夜勤職員の配置等につきましては、42ページでございますように、人材の効率的な活用といった効果があった一方で、身体的・精神的な負担が増えたといった課題が示されてございます。今後、要介護者が増大していく一方で、担い手不足というものが見込まれております。46ページの論点で示されておりますけれども、介護人材の有効活用を図る観点で考えますと、見守り機器、あるいは介護ロボットなどをうまく活用しながら、介護現場の負担軽減等を図っていくことが必要であろうと考えてございます。

最後に全般的なこととして、本日の議題になっておりますサービスに限らず、全ての介護サービスに関連することと思っておりますけれども、今までも申し上げてきていることでございますが、高齢化の進展によりまして、今後ますます介護需要が高まる一方で、生産年齢人口の減少に伴う介護人材の不足、あるいは財源確保の問題が深刻化していくことが懸念されております。そうした中で、介護保険制度を今後も維持していくためには、介護従事者の負担にも配慮しながら、テクノロジーの活用、あるいは人員配置の見直しなどによる効率化をさらに進めるとともに、介護サービスの適正化や重点化、こういったものを踏まえた議論を深めていくことが必要であろうと考えてございます。

私からは以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしくお願いいたします。

○石田委員 よろしく願いいたします。私のほうからは1点だけ質問がございます。認知症対応型共同生活介護、グループホームのところですが、人員配置の夜勤職員体制の緩和ということがございまして、事務局からの説明のように、実際の状況としてはnが4という非常にわずかな事例だったので、全体を把握することがなかなか難しいとは思いますが、実はこの夜勤職員体制の緩和を実際に今回行っている事業所が全体的にどのぐらいあるのかということ把握していらっしゃるのかどうか。その数のうちの4なのかどうかということを確認したいのと、それから、職員体制が緩和されたということの現状については、今後、さらにそれがどうなったかということの追跡調査が継続して行われるのかどうかという、その2点を確認したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 では、お願いいたします。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。まず1点目でございますけれども、資料4の41ページ目、先ほど御説明でも少し言及させていただきましたが、左側でございます介護給付費等実態統計で全数が把握できるわけですが、減算がなされますので、事業者数としては9ということになります。介護予防のほうは3ということでございます。なので、9のうち4というところが回答してくださっているというふうに御理解いただければと思います。

また、そもそも構造上平家建てで3ユニットというところは極めて少ないので、物理的にそういう性質のものだということも、あわせて御理解いただければと思います。

その上で、今年度につきましても、また追跡といいますか、令和5年度の老健事業で調査研究をしていきたいと考えてございますので、まとめ次第また御報告を申し上げたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 石田委員、よろしゅうございますか。

○石田委員 ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、田母神委員、よろしくお願いいたします。

○田母神委員 ありがとうございます。資料3の看護小規模多機能型居宅介護及び資料4の認知症グループホームについて意見を申し述べます。

看多機につきましては、医療ニーズを有する中重度の要介護の方々を支えるサービスでありまして、資料の20ページに示されておりますとおり、2040年に向けましてはサービス量の大幅な増加が見込まれておりますけれども、現状はまだ看多機がない市町村が非常に多くあります。設置がある市町村は、本会で確認いたしましたところ市町村全体の約2割であると考えておりますけれども、こうした状況を踏まえまして、設置推進とともに安定的

な運営に向けた支援、両面での対策を進めていく必要があると考えております。

看多機利用者の増加に対応するためには、未設置の市町村をはじめとしまして、事業所数を増やすとともに、事業所の利用定員を増やすことも有効であると考えております。

看多機や小多機の登録定員、利用定員は、標準基準でありますので、条例で定めることにより、市町村が実情に合わせて調整することが可能であります。資料31ページの令和3年度改定検証調査では、実際に条例改正に至った市町村は、小多機についてはごく少数、そして看多機についてはゼロという状況が示されております。

一方では、管内の事業所に対するニーズの把握を行ったという自治体が29%にとどまっていたという状況がございます。看多機の現在の利用定員数を全国一律に増やすという方法もあるとは考えておりますけれども、まずは居宅を中心とした療養の選択が可能となるよう、市町村における定員の設定が可能であることや、その必要性を判断するためのニーズ調査の必要性について、国から市町村に対して周知が必要であると考えております。

また、34ページにお示しいただいておりますように、医療ニーズの高い利用者の在宅療養支援の経過におきましては、摂食嚥下障害や褥瘡に対するケア、がん緩和ケアなどにより、在宅療養継続を最後まで支える体制が必要となります。看多機や併設の訪問看護事業所におきましては、こうした重度の要介護者の有病率が高い疾患や状態について、専門性を有する看護師が必要とされておりますので、質の高いサービスを安定的に提供するという観点から、認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者といった看護師による看多機での看護実践への評価が必要ではないかと考えております。

さらに、本会が昨年度実施いたしました事業所に対する調査では、ターミナル期に該当する利用者の場合には、点滴等の医療処置や、泊まりや訪問の回数が多いなどケアの密度が高いという結果も出ております。また、緊急時の訪問看護は緊急時訪問看護加算で対応されておりますが、緊急時の泊まりについては包括報酬の中で対応しており、こうした事業所では日中・夜間ともに配置基準より手厚く職員を配置し、訪問看護と同様に、特に看護職員を多く配置して対応する状況がございます。在宅を中心とした療養継続支援の観点から、泊まりに関しても緊急の対応に関する取扱いを検討いただく必要があると考えております。

そして、先ほどのサービスの利用状況について、事務局から提示がございましたけれども、看多機については最大29人の登録に対しまして、泊まりの定員は最大で9であり、必ずしも泊まりのサービスを利用するとは限らない状況でございます。訪問看護、訪問介護、そして通いなど極力居宅を中心とした療養を支援するという観点でケアをし、状況が悪化してくるというような場合に泊まりで受け止めるというような現状もございますので、その点、御理解いただければと思っております。

もう一点、資料4の認知症グループホームについてでございますけれども、認知症グループホームの利用者の方が医療的なケア等が必要になった場合にもなるべくその環境で療養を継続できるという体制が非常に重要であると考えております。

37ページにお示しいただいたように、医療連携体制加算（II）、（III）の算定割合が非常に少ないという状況がございます。そして、回答としまして、人件費等のコストが加算に見合わないということも課題として挙げられておりますので、看護職員の配置や訪問看護との連携体制の要件を考慮した評価の引上げも御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、鎌田委員、よろしくお願いたします。

○鎌田委員 本日は遅れまして申し訳ありません。私のほうからは資料1の定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護、それから資料4の認知症対応型共同生活介護について意見を申し上げます。

資料1の論点にある限られた人材を有効に活用しながら効率的なサービス提供を可能とする観点からどのような方策が考えられるか、資料4の介護人材の有効活用を図る観点ですが、規制改革推進会議の規制改革実施計画を含め、任意基準の緩和が提案されています。しかし、人材が不足しているから配置基準を緩める、つまり利用者1人辺りの介護労働者の人数を減らすという考え方にとっても不安を感じております。マスコミ報道では、高齢者施設やグループホームで高齢者虐待の事例が途切れることはありません。中には複数の利用者への対応にパニックになり暴力を振るってしまったという悲惨な事故もあります。現状の人員配置基準でも足りないのではないかと考えさせられることが多いです。人員基準の緩和以外に限られた人材を有効に活用する方法はないのでしょうか。また、人員配置を緩めることについて現場の労働者の皆さんはどのように考えているのでしょうか。

昨今のマイナンバーカードを巡るトラブルを見ていると、拙速な実施はかえって現場の負担を増やすことが明らかになっています。有効なサービスや有効活用の前に、人員配置基準の見直しについては具体的なプランを提案されるのなら、介護労働者の皆さんや利用者にとどのような影響が出るのかきちんと調査検証をした上で結論を出していただくことを強く希望いたします。

私からの意見は以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向参考人、よろしくお願いたします。

○酒向参考人 ありがとうございます。私からは資料1と資料2、資料4につきまして意見を述べたいと思います。

まず資料1、定期巡回型と夜間訪問型のサービスの統合・整理という点が論点に掲げられています。42、43ページの検証結果を見る限り、サービス面では利用者への影響はないという説明がありました。他方、報酬体系が異なる中で、利用者の負担がどうなるのかということについて、もう少しイメージができる資料があるとよいと思います。

2つ目ですが、前回改定で定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービス提供状況に関する調査研究事業で、集合住宅等における移動時間のデータを基に、同一建物減算につい

での議論がありました。先ほどどなたかおっしゃっていましたが、移動時間というのは非常に重要ですので、議論の際に同様のデータの直近の数値を提出いただけると大変ありがたいです。

続きまして、資料2、小多機についてです。まず、12ページですが、複数の方から指摘がありました。そもそも小多機は、中重度の方を対象とするサービス類型です。ただ、現状では要介護4、5の割合があまり大きくないという状況です。

この点、38ページを見ると、その理由として認知症の重度化、同居家族の負担が大きくなったということで、ほかのサービスへ移っている状況が見てとれます。そういう実態に鑑みると、中重度の方へのサービス提供の割合を増やすことが、基本報酬を改定することで実現するのか疑問です。そのため、改善策を考えるための参考として、現在多くの中重度者にサービス提供している好事例などがあれば、ここと何が違うのかということが分かるようにお示しいただけると大変ありがたいです。

もう一つが45ページ目の管理者の兼務要件についてです。こちらも利用者の安心・安全の確保を前提に前向きに検討してはどうかと思います。

最後に、資料4に係る認知症グループホームについて述べたいと思います。41ページ目の夜間職員の配置についてですが、前回改定時に3ユニットで2人以上に緩和されたと。ただ、職員の負担等を理由になかなか進んでいないという状況を資料で提示いただいたところです。他方、44ページですが、見守り機器を導入することによる一定の負担軽減という結果もありますので、介護ロボット等の活用で負担軽減を図れるところは前向きに取り組んでいくことが重要かと思います。

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、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。日慢協の田中でございます。私からは資料2、3、4について発言をさせていただきます。

まず資料2、小規模多機能型居宅介護ですけれども、山岸参考人がおっしゃったように、ケアマネについてですが、私も、本人の意向や希望でもととのケアマネさんを小多機の利用時に担当として選べるようにしてはどうかと提言いたします。

その次、資料3、看護小規模多機能事業所ですけれども、38のスライドにありますように、人材不足は明らかです。その中であらゆる事業所の効率的な運営のために、例えば既存の訪問看護ステーション、つまり訪問のみを専門とする部隊を同居させて管理者を兼務させるなど柔軟な運用を提案いたします。

また、田母神委員もおっしゃっていたように、専門的看護師の評価についてですが、診療報酬について訪問看護ステーションに専門的看護師の評価がついていることから、介護報酬における看護多機能拠点にも同様に特定行為のできる看護師配置に対して評価をしていただけるように求めたいと思います。

そして、最後に4番、認知症対応型のグループホームについてですが、非常に現場的な意見で申し訳ないのですが、緊急入所の要件が厳しいと考えています。例えば、けんかをしてしまい警察が介入した認知症の御夫婦を夜間受け入れた経験がございますが、地域密着という性質上、隣町での案件を受け入れられないなどの状況がございます。

また、受け皿として制度は用意されているものの、併設のデイサービスが非常に使いにくいというところがあります。認知症の方はリロケーションダメージに弱いことから、もっと活用しやすくし、デイサービスで練習をし、泊まりに移行できるというような一定の方たちがいてもよいのではないかと思います。したがって、認知症対応型グループホームにおいて、デイサービスの要件を緩和してはどうかと提案いたします。

もう一点ですが、認知症のグループホームの稼働状況については把握をされていないように思いますので、一度稼働状況の全数調査をしてはどうかと考えております。そちらも提案したいと思います。

以上です。ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、及川委員、よろしく願いいたします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私は全体を通して意見を申し上げます。

今後、地域の中で柔軟性の高いサービスを増加する必要は高いと考えられます。ただ、柔軟性の高いサービスを提供する介護人材としましては、介護の専門性の高い人材であることだけではなく、フレキシブルに働ける人材であることが求められます。小規模多機能にせよ、グループホームにせよ、過不足なく整備を進めるには十分な賃金が払える体力がなければ人材確保は難しい。介護従事者処遇改善状況等調査結果を見ますと、ほかのサービス種別と比較しても決して高い処遇が実現できるとは言えない状況となっています。このことを踏まえれば、そこで働く介護職に適切な報酬が届くような仕組みの検討が必要ではないかと考えます。

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す。

それでは、野村参考人、よろしく願いいたします。

○野村参考人 参考人の野村圭介でございます。よろしく願いいたします。

資料4の認知症グループホームの5ページにあります。認知症グループホーム等では口腔衛生管理体制加算が実施されております。なかなか情報共有できていないところもあると感じております。本会で全老健の御協力をいただいて実施したコロナ禍における介護老人保健施設入所者に対する口腔健康管理の状況調査では、実施していない施設が3割程度あることを踏まえると、なお一層、口腔、栄養とリハビリが一体で推進されるように、ぜひ仕組み自体を御検討いただきたいと思っております。どうかよろしく願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、よろしく願いいたします。

○濱田委員 よろしく願いいたします。まず、資料1の定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護について意見を申し上げます。

8ページから9ページにおきまして、請求事業所が記載されておりますが、全市町村数よりも箇所数が少なく、日常生活圏域に1か所以上確保というにはまだまだ至らない状況でございます。16ページの総費用の割合も低く、引き続き開設促進の取組も重要と考えます。

独り暮らしで認知症の利用者の方等で昼夜逆転されるような場合では、通話システム等で夜間の相談や不安解消に有効であるような事例もありまして、直接訪問以外の方法によりサービス提供を強化している事例もございます。特にポスト2025年におきまして、中山間地域や離島、その他の地域ではやはり訪問人材がさらに確保困難となり、いよいよサービス確保に支障を来すような場合も想定されます。これはあくまでも今後ということですが、そのような地域、あるいはそれ以外の地域でも特定の地域では、例えば指定管理や委託型等の少し違う形態により、安定したサービス確保ができるようにするということが将来的には視野に入れてはどうかと考えます。

続きまして、資料2の小規模多機能型居宅介護についてでございます。12ページでは要介護3以上の利用者が43.4%と居住系施設並みの中重度者の受入れが行われておりまして、在宅生活継続に資する地域包括ケアの切り札とされてきたことがよく分かる状況でございますが、こちら8ページによれば、先ほど来の意見もございましたが、ここ五、六年は事業所数が頭打ちの状況でございます。この要因の一つと考えられますのは、8ページにもございますが、宿泊体制確保により夜勤介護職員及び夜間訪問体制確保のために宿直者の配置等も必要とするような人員基準となっていることではないかと考えております。仮に宿泊者が一、二名でありまして、夜間に2名、事業所への配置が原則ではあります、必要な場合もありまして、介護人材確保が困難な中、体制の維持が難しいことも少し要因となっている可能性がございます。

例えば他の事業所との連携や併設等で共同で夜勤介護職員を確保できたり、あるいはICT化やオンコール体制で随時訪問可能である場合は、必ずしも事業所に常駐しなくてもよいような取扱いなど、効率的な対応が可能となるような方法も検討及びさらに明確化してはどうかということがございます。

また、ケアマネジメントにつきましては、これまでも事業所に介護支援専門員が配置されていることの有効性ということも様々御提言されているところでございますが、その一方で、40ページにありますように、事業所利用に当たってこれまで居宅サービスで担当した介護支援専門員が交代しなければならない仕組みということもありまして、変えたくないとの理由で利用開始に至らなかった例も報告されております。例えば兼務扱いとしたり、居宅サービス利用時に担当したケアマネジャーと選択できるようにするなど、利用者が利

用しやすい仕組みづくりも重要と考えております。

続きまして、資料4の認知症共同生活介護についてでございます。こちら6ページによれば、やはり事業所数が伸び悩んでいる状況がございます。こちらこの要因の一つと考えられますのは、28ページにありますように、ユニットごとの夜勤介護職員配置が必要ということがございます。もちろんその状況が維持できるということが非常に安全が確保できるということでもございますけれども、介護人材確保が困難な中、体制の維持が難しいということが要因となっている可能性もございます。

また、サテライト型の事業所も管理者の兼務以外は各基準がほぼ本体事業所と変わりませんので、44ページの例も参考にしながら、ICT活用が図られる場合などでは、何らかの緩和ができるような内容を検討してはどうかということでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、奥塚委員、よろしく願いいたします。

○奥塚委員 大分県中津市長の奥塚です。人口が8.2万人程度の地方都市で感じることを全般的に述べさせていただきます。

定期巡回、小多機などのサービスについては、中重度の要介護になっても住み慣れた地域で暮らしつつあることができるよう、24時間365日の在宅生活を支援する重要なサービスだと思っております。我が市でも、これまでに在宅サービスに重点を置きまして、定期巡回が2か所、小多機が6か所、看多機が1か所というような整備状況であります。小多機につきましては6か所中5か所がグループホームと併設運営をいたしてございまして、単独運営では採算が取りにくいと伺っております。

それで、先ほど人口8万強と申しましたけれども、いわゆる旧市街地が7万人近く、その他面積が7倍も8倍もある残りの中山間地域が我が市の状況なのですけれども、中山間地域については交通が不便で、集落も分散をいたしてございまして、看護人材の確保や事業の採算性等の問題が顕著で、事業者の参入もなくて、定期巡回も小多機ともに全く整備をされていないという状況がございます。

中山間地域等の要介護者に対する介護サービスの提供を促進する観点から、各種加算が創設をされておりますけれども、そういう意味ではまだまだ十分とは言えないのではないかなと思っております。

国においてもさらなる普及を図るサービスであると位置づけていると思っておりますので、地域格差にかかわらず、サービスを受けることができるような仕組み、あるいは利用者の負担増とならないような支援の構築をお願いいたしたいと思っております。全般的な話で申し訳ありませんが、どうぞよろしくお願い致します。

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、よろしく願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。まず、定巡と夜間対応型訪問介護の統合の方向について資料が出ておりましたけれども、その方向に進むのであれば、利用者、事業者に支障がないように丁寧な対応が必要だと思います。特に夜間対応型訪問介護は180事業所というのが今日の資料に出ておりましたけれども、例えば介護医療院のように個別に丁寧な対応が求められるのではないかと考えます。

それから、資料4のグループホームについて、19ページに収支差金額が29万8000円と示されています。ということは、1年のうち利用者1人が1か月不在となるだけでその収支差は吹き飛ぶもので、大変厳しい経営状況にあると察します。したがって、とても看護職員を配置できる状況にはないので、もし現行、介護保険の訪問看護サービスは入れませんけれども、ニーズがどの程度あるのかの実態把握は必要ではないかと思えます。例えば介護保険の訪問看護サービスがあれば、そのままグループホームの入居を継続できる人が一体どれぐらいいらっしゃるのかというのは一度把握する必要があるのかなと思えます。

また、前回の改定で見直されました3ユニット2人夜勤ですけれども、これはまだまだとても検証できる状況ではありませんが、職員の労務負担あるいはサービス提供へ与える影響、こういったものはつぶさに今後も見ていく必要があると思えます。

それから、今後、前回の改定でもありましたいろいろな人員配置要件の緩和、兼務要件を認めるとかそういったものがありますけれども、それはそれでよろしいかと思えますが、兼務したことによって残った現場職員への負担であったり、あるいはサービスの提供にどういった影響があったのかということも見ていく必要があるかなと思えます。

最後に、今、賃金やいろいろな原因によって我々の業界外のほうに介護職員が流出している大変危機的な状況でありますし、それから、今の経営状況だとなかなか新たな事業者の参入というのは大変難しいと察します。そして、既存の社会資源、介護施設なども稼働が経年的に低下傾向にあるということもあります。要は地域によってどういった介護提供体制のバランスを取っていくのかというのは地域ごとに考える必要があって、地域によっては高齢者の数が増えない、あるいは減っている地域もありますし、各地域によって介護提供体制の最適化を考えていく必要があるかと思えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

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

次に、議題2、令和4年度介護従事者処遇状況等調査の結果について議論を行いたいと存じます。それでは、事務局より資料説明をお願いいたします。

○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。

それでは、介護従事者処遇状況等調査の結果について御説明を申し上げたいと思えます。

本結果の内容につきましては、去る6月16日に開催されました介護事業経営調査委員会に報告をいたしまして、了承いただいたものでございます。その後、本日の分科会に報告させていただくものでございます。よろしくお願いいたします。

まず、説明に先立ちまして、参考資料1を共有させていただきます。こちらで調査全体のフレームをまず御説明申し上げたいと思います。

今回の調査では、介護職員処遇改善支援補助金及び介護職員等ベースアップ等支援加算の両方の効果を見るため、3つの時点の給与額について調査をしております。それを整理したものがこちらになります。マル1、マル2、マル3の3時点について、職員の方の給与の推移を調査したものでございます。色をつけている月が調査の時点、それから緑色及び黄色で示しておりますのがそれぞれの施策の期間となります。今回の調査ではその加算及び補助金の効果を見たとき、こういった立てつけでございます。

それでは、資料5に基づきまして御説明を申し上げたいと思います。まず、今回の調査に当たりましては、新型コロナウイルス感染症の対応など大変お忙しい中、多くの施設、事業者の方々から御回答をいただきましたこと、この場で改めまして御礼申し上げたいと思います。

その上で、まずこの調査結果のポイント、上の枠にサマリーを記載しております。1つ目の○のところですが、本調査は、賃上げ効果の継続に資する取組として創設された補助金及び加算の影響等の調査を行うことを目的として実施しております。そのため、この効果を見るためには、介護職員の毎月決まって支払われる基本給などについて、そこに着目をした評価をしてみたいということでございます。基本給等と書きましたのは、基本給及び毎月決まって支払われる手当を指しているものでございます。

具体的な結果といたしましては、2つ目の○、まず加算を取得している施設・事業所における介護職員の基本給などにつきましては、同加算の取得前と取得後と比較いたしますと、1万60円の増額、割合としては4.4%の増となっております。また、その下、補助金を交付されている施設及び事業所における基本給等につきましては、その交付前後を比較いたしますと9,210円の増、割合で言いますと4.0%の増となっております。

それを表にいたしましたのが中段の表でございます。緑色に塗っております加算取得のところを御覧いただきますと、基本給等について差額が1万60円と記載しておりまして、賞与などを合わせました平均給与額につきましては、その下段、1万7490円と記載しております。そのように御覧いただければと思います。

続きまして、左下の表を御覧いただければと思います。各加算の取得状況について表にしたものでございます。まず、マル1、介護職員等ベースアップ等支援加算につきましては、本調査では91.3%、また、マル2、補助金に関しては88.7%といった状況でございます。

その右に記載しておりますのが介護給付費等実態統計等でございますけれども、本調査は抽出調査ということでございまして、割合には若干の差がございます。こういった御理

解をいただければと思います。

続きまして、右側、1番、加算・補助金による賃金改善の実施方法についてでございます。ベア加算と書きました加算の取得事業所及び補助金取得事業所、いずれも7割近くがベースアップ等のみで対応したという状況でございます。

続きまして、2番、「ベースアップ等」としての賃金改善の方法でございますけれども、手当の新設が最も多くなっております。

続きまして、3番、介護職員以外に配分した職員の範囲でございますが、そちらは記載のとおり、まず上位から、生活相談員・支援相談員、看護職員、事務職員、介護支援専門員、PT・OT・STまたは機能訓練指導員、こういった状況でございます。

一番下、4番、届出を行わない理由も複数回答でいただいておりますけれども、賃金改善の仕組みを設けるための事務作業が繁雑でございますとか、計画書や実績報告書の作成が煩雑、賃金改善の仕組みの定め方が不明、こういった内容が多い状況となっております。こちらが結果のサマリーとなります。

続きまして、資料6に基づきまして、少し主だったところを御報告申し上げたいと思います。

まず、3ページ目を御覧ください。これは先ほど御説明いたしました各加算の取得状況について、サービス種別ごとの状況を記載したものでございます。

続きまして、少し飛びますが、12ページを御覧ください。ここからが介護従事者等の平均給与額についての状況を取りまとめたものになります。こちらは処遇改善支援補助金取得事業所の平均給与額につきまして、その内訳を示しております。このうち平均基本給などの状況といたしましては、一番下の9,210円というところを記載しております。平均給与額の増に占めるそれぞれの内訳をお示しした内容となっております。加算取得事業所については13ページに記載のとおりでございます。

続きまして、14ページ、こちらは加算の取得事業所におきまして平均基本給などの状況を職種別に見たものとなります。各職種とも引き上げられている状況が見てとれるというものでございます。

続きまして、15ページ、16ページ、こちらは補助金及び加算取得の事業所におけます平均給与額の状況でございます。前のページは基本給などということでしたが、実際の賞与などを含む平均給与額は、15ページ及び16ページでございます。同じく各職種とも引き上げられている状況が見てとれると思います。

続きまして、17ページでございます。勤続年数別に給与の増を把握したものでございます。勤続年数にかかわらず給与が引き上げられているという状況でございます。1点留意していただきたいのは、勤続1年の方、つまり勤続2年目の職員について差が3万5140円ということになっておりますけれども、これは注5に記載しておりますとおり、1年目の給与が相対的に低くなっていることが要因と思われるので、この点は御留意をいただければと存じます。

20ページを御覧ください。こちらは介護職員等ベースアップ等支援加算と介護職員特定処遇改善加算取得事業所における介護福祉士の方の平均給与額の状況でございます。勤続年数別に見てみますと、勤続10年以上の介護福祉士の方になりますと、給与額も比較的高い水準となっております。

21ページでございます。今回の調査では、新型コロナウイルス感染症に伴う影響についても質問項目を設けて、その影響について把握をいたしました。コロナ陽性者の発生状況の選択肢ごとに該当の有無別に給与額を記載しておりますけれども、必ずしも該当のない事業所のほうが給与額や引上げ額が高いといった状況ではございませんで、影響の有無にかかわらず、引上げが行われているという状況でございます。

最後、22ページ目でございます。こちらコロナの運営への影響の選択肢ごとに給与額を見ておりますが、こちら影響の有無にかかわらず、給与については引き上げられているという状況でございます。

駆け足となりましたが、事務局からの説明は以上となります。どうぞよろしくお願いたします。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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

では、濱田委員、よろしくお願いたします。

○濱田委員 よろしくお願いたします。1点意見と、1点はちょっとお願がございまして、まずは意見のほうでございまして、介護支援専門員の有効求人倍率が令和4年12月現在で4倍を超えたという報道もございました。介護職員の方々の処遇差縮小も引き続き継続しておりますので、人員確保や働く環境の改善の観点からも、何らかの方法により介護支援専門員につきましても、こうした処遇改善加算の対象とできるよう、居宅介護支援事業所におきましても御検討いただければということでございます。

また、こちらは少しお願ということになるのですが、御承知のとおり春闘では3.8%ベースアップで妥結されたという報道もございまして、他産業におきましてもかつてないほどの大幅な賃上げの動きもございまして、先ほども御意見ございましたけれども、これまで以上に介護業界から他産業へ人材が流出する傾向が高まっております、現場では既にそうした実態も見られるところでございます。処遇改善の目的である人材確保がさらに困難になることを踏まえまして、今後も引き続き積極的な処遇改善策を進める必要があると考えております。

そうした検討の前提といたしまして、産業界全体の賃金上昇や介護・福祉分野の平均賃金の直近の実態、また、例えば医療法人や社会福祉法人をはじめ介護事業者における光熱水費、物価上昇の影響に係る経営実態につきましても、例えば公的な統計資料がどのようになっているのかということで、誠に忙しいところ恐縮でございますが、今後検討に当たりまして、こうした公的データの提供をお願いできないかということでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。1点意見と1点御質問をさせていただきます。

まず意見でございますが、本県としても介護職員を確保するためには処遇改善は必須である中で、今回の補助金や加算の取得について、文書、メール、電話及びオンラインの説明会など多様な手段を用いて周知をしまして、介護事業者に対して取得を促してまいりました。しかしながら、今回の国の調査でも取得していない事業者が一定程度あるという結果でございますが、本県でもその割合は同様の傾向でございました。届出を行わない理由として、当県の聞き取りでも、事務作業や手続の煩雑さが挙げられております。制度の簡素化については前回も意見を申し上げているところでございますが、取得を促すためにも改めて検討をお願いしたいと思っております。

関連しまして1点質問でございます。本県において、処遇改善のための補助金や加算によってどれだけ給与が上昇したかということについて介護事業者に聞き取りを行っております。月額4,000円から5,000円と回答する事業者が多く、今回の国の調査で差額として示されている9,000円から1万円とは乖離がある状況でございました。国の調査においても、今回の補助金や加算を取得していない事業所との賃金改善の差は見られていないということなので、なかなか難しいとは思いますが、月額9,000円相当とされるベースアップ等支援加算において介護職員以外への配分ですとか人員配置基準より手厚く職員配置をしている事業者が多いことを考えますと、この調査結果だけでは今回の補助金や加算のみの効果は判断できない部分もあるのではないかと考えております。これについてどのように分析をされているのか、御指摘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 1点御質問がございました。よろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 御質問ありがとうございます。老人保健課長でございます。

今回の加算及び補助金の効果についての検証という御質問でございます。まず、今回、先ほど御報告申し上げましたとおり、加算及び補助金におきまして、基本給など毎月決まって支払われる給与については、それぞれ約1万円及び9,000円の伸びが見られたということでございます。

他方、前回の調査を見てまいりますと、基本給等については約3,000円の増が見られたということでございます。すなわち前回の調査は今回のような新たな加算や補助金がない中で約3,000円の増が見られたということでございます。この3,000円との差で申し上げますと約7,000円、これについてはやはり加算の新設が大きく寄与しているのではないかと考えております。

この7,000円という高さについては、今、参考人から御指摘ございました他の職員の方にも分配できるといったことも影響しているのではないかと申し上げますけれども、いずれにし

ましても、今回の加算が基本給などの上昇に寄与している、そういった政策効果があったのではないかと解析をしております。

以上でございます。

○田辺分科会長 寺原参考人、よろしゅうございますか。

○寺原参考人 理解できました。ありがとうございます。

○田辺分科会長 では、小林委員、よろしくお願ひいたします。

○小林委員 ありがとうございます。資料7を見まして、その中では今後1年以内に給与を引き上げる予定はないという回答が8.7%見られて、また、給与等を引き下げたという回答も0.5%ですがありました。それらの理由として、既に給与を引き上げているためという回答が14.3%となっていました。資料からは必ずしもそれが規模や設置主体だけでは説明できないように見えます。このような実態については連合の労働相談にも届いております。こうした回答もあれば、一方で、補助金や加算にかかわらず給与等を引き上げたという回答も数字では25.7%あります。社会的には賃上げの機運が高まっている中で、やはりこの賃上げの流れを今年も来年もそして再来年もと続けていくことが重要で、介護分野は置いてけぼりなどということがあってはならないと思います。

また、配分については、施設、事業所の職員全員について給与等を引き上げたという回答が48.6%あります。一方で、例えば介護支援専門員へ配分した割合はデータとしては低いことが見てとれます。ほかにも雇用形態、正規か非正規かを要件として賃金を引き上げたという回答も20.2%となっています。重要なことは全ての労働者について来年度以降も継続的に賃上げできるようにすることだと思いますので、介護報酬も含めた環境づくりをぜひ要望いたします。

加えて、本来は手当等ではなくて賃金テーブルの改善で名前のとおりベースアップとなるよう環境づくりが必要だと思います。また、労働相談で加算を算定しているのに本当に賃金が増額されたのか分からないといった相談があることにも、留意いただきたいと思います。

最後に、補助金や加算を届け出なかった理由として、賃金改善の仕組みをどのようにして定めたらよいか分からないという回答が2割を超えています。また、補助金は届出したけれども、加算は届出しなかったというところも若干見られております。加算の取得促進への支援が依然として必要に思いますので、この点は引き続きの取り組みを国としても要望いたします。

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、よろしくお願ひいたします。

○古谷委員 ありがとうございます。処遇改善に関する3つの加算は、給与改善において重要な役割を果たしているということは言うまでもありません。しかしながら、現行の加算体制の複雑さが算定率に大きな影響を与えているということが今回の調査でも明らかに

なりました。特に調査結果では算定要件の複雑さから特定処遇改善加算の算定率が全体で75%と低い水準であることが示されています。一方、昨年10月から導入されたベースアップ等支援加算は、介護職員以外の職種も対象とすることと、算定要件が分かりやすいということから、算定率が90%を超えているというふうに考えられます。

賃金の向上を実現するためには、処遇改善のための原資の大幅なアップと処遇改善加算の一本化を含む介護職員以外の職種も対象とする柔軟な運用、分かりやすい算定要件の設定の検討が必要だというふうに考えます。これにより、介護従事者の給与の向上が実現されることを切にお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。今回の調査結果を拝見いたしますと、加算の取得状況や賃金の改善状況を見ると、想定した効果があったというふうに感じておりますので、評価をしております。

その一方で、加算の届出を行わない理由として、事務作業が煩雑といった意見もございます。1月の分科会におきましても議論して、申請様式の簡素化等が行われましたけれども、そういった状況も踏まえながら、引き続き事務作業に対する配慮が必要であろうと考えてございます。その観点から考えてみますと、処遇改善の3つの加算についても一本化するなどの検討も考えられるのではないかと考えてございます。

また、介護サービスの持続性という観点からいきますと、処遇改善につきましても、テクノロジーの活用、あるいはタスクシェア、タスクシフティング、経営の大規模化、協働化、様々な検討をさらに進めていただきまして、限られた財源の中で対応できるように、処遇改善の在り方につきましても十分な検討、議論をお願いしたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしくお願いいたします。

○及川委員 及川でございます。まずはこれまでの様々な手立てにより、介護職員の処遇が改善していることにつきましては本当に御礼を申し上げたい。ありがとうございます。

ただ、特定処遇改善におきましては、介護職員以外も含めたほかの職員の処遇改善に充てるということを可能としつつも、経験、技能のある介護職員について他産業と遜色のない賃金水準を実現することを目的としていたものと理解しています。

しかし、経験、技術のある介護職員につきまして、介護職以外の職員との賃金差が包括的に縮まっているとは言い難く、さらに、ほかの産業の賃金上昇の流れを踏まえれば、国民の生活を下支えする職業として十分とは言い難い現状です。せっかく少しずつ上がったとしても、ほかの産業の賃上げの流れがまたギャップを生み出しています。ほかの産業の報酬状況等を踏まえつつ、ギャップを埋めていける道筋の検討をぜひお願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田母神委員、よろしく願いいたします。

○田母神委員 ありがとうございます。調査結果では介護職員のほかに各職種の処遇についても平均年齢や基本給等の結果をお示しいただいております。看護職員についてもデータをお示しいただいております。給与につきましては、年齢以外にも従事期間等の要素がありますので、比較が難しいところがございますけれども、これまでの本会の調査では、病院における同世代の看護師の給与と比較しますと、介護施設や訪問看護では低い状況がございます。

今後のサービスの需要に応えるためには、やはり医療ニーズへの対応の視点も重要でありますので、別途看護職員の処遇改善につきましても具体的なデータをお示しいただいた上で御検討をいただきたいと考えております。

以上、意見でございます。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、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。今回、資料5に提示されておりますような数字ですね。基本給とかいわゆるベースアップで1万460円、例えば9,210円というこの数字が出ますと、この数字がすごく大きくいろいろなところに報道されたりしております。ただ、これは全てではありませんけれども、現場の介護職員の方々の実際の声を聞きますと、やはりちょっとそこまで行っていないというような声も多々あるようにも感じております。ただ、少なくともこういう形で毎年介護職の方の処遇が改善されていくというのは非常に歓迎すべき点であるとは思いますが、これと同じように、この方たちの収入と全産業の平均賃金の比較というのは必ず出てくるのです。そうすると、まだ全産業との比較では4万円ぐらい低いというようなことも言われてしまいます。

ですから、ここを埋めるべく、今後もさらに処遇改善が進められていくことを期待しているわけですが、先ほどの資料にも出ましたが、例えば勤続年数の一覧がありました。これもほかの産業と比較してどうなのかと。勤続10年、例えばそれ以上のキャリアがある方たちのベースの給与の増え方がどうなのかと、ここもすごく見ていく必要があるのではないかなと思っております。

先ほどから訪問介護でありますとか小多機、看多機、認知症のグループホームといったような在宅の介護を下支えする重要な介護保険のサービスがずっと紹介されていて、これがやはり今現在の在宅介護を支えている非常に重要なサービスということは誰もが分かっているところなのですが、今現在従事している介護の方たちのマンパワーが一人も少なくならないように、ずっと確保され、さらに言えばそれを補充するより多くのマンパワーが必要とされていくわけですから、ここを重点的に置かないと、介護報酬のことも据えて考えていかないと、今までの5年とこれからの5年というのは、特に在宅の介護の状

況においては全然違った状況があるのではないかなと非常に危惧しております。ですから、そこを見据えた上で、今後も介護職員の方々への処遇改善というのは、ぜひ方法を考えた上で、それを選択していく必要があるのではないかなと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。認知症の人とか御家族にとって介護のある暮らしの中では、介護に関わる職員の存在は安定した暮らしをしていくためにとても大事な存在です。現在の4つの処遇改善の調査結果では、基本給等の増額が去年より1万60円増額ということで、先ほど石田委員もおっしゃいましたけれども、ほかの調査では増えています。

ただ、ほかの産業との差は4万2000円以上あるというふうにも聞いております。けれども、過去には10万円以上の差があったものがここまで来たということは、私たち処遇改善加算などの手払いをしている利用者にとっても負担した甲斐があるというふうに思っております。

この処遇改善によって離職率とか入職率はどのような効果があったのでしょうか。数字で把握しておられましたらお教えください。また、入職した人は給与が高いので入職したのか、給与が高くなったので仕事を辞めないということで離職をやめられたのか、現場の声の調査がありましたらそれもお聞かせください。

現場の職員さんの声なのですけれども、基本給で1万円は上がっていないという声を多数お聞きします。どのサービスなのか、介護施設、デイサービス、訪問介護、それぞれでの状況は違うし、常勤なのか非常勤というところでも異なりますけれども、実感がない、あまり上がった感がないというふうにおっしゃいます。事業所では、増収して全体では赤字決算というふうにおっしゃっていました。新たな処遇改善加算を基本給全額にしても物価高騰手当を別途支給した結果、赤字決算というふうに言われていました。処遇改善加算だけでは昨今の物価高騰に対応することはできない現状があるということも聞いております。また、職員の応募に関しても、口コミでの入職はあるけれども、ハローワークからなどは来ませんということでした。このように現場との乖離があることを知っていただき、介護に当たる職員を安定的に確保するためにも、今後もたゆまず労働条件の改善を進める施策の検討をしていただきたいというふうに希望いたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。離職率、入職率の御質問がございましたけれども。

○古元老人保健課長 御質問ありがとうございます。老人保健課長でございます。

今の御質問いただきました関係につきまして、直接的な関係を示すものは現時点で手元になく、少し確認をいたしまして、何かございましたら、機会を見てまた御報告申し上げたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 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。処遇改善補助金やベースアップ加算のある一定の効果というのは見てとれたかというふうに評価いたします。ありがとうございました。

一方で、介護医療院に関しての数字を見ていきますと、伸び悩んでいるように見受けられます。これについては同一法人内の診療報酬下における病棟と職員間の差がつけられないというような理由から、仕方なく算定をしていない事業所も多いというふうに聞いています。特に病棟における介護福祉士、国家資格でもありますので、彼らの処遇を見直すことで解消できる可能性もあることを指摘いたします。今回の同時改定ですので、中医協等とも連携し、この数字をお知らせいただき、検討に入っていただければと思っております。

また、伊藤委員がおっしゃったように、これら非常に煩雑な加算に関しましては、一本化に賛同いたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、稲葉委員、よろしく願いいたします。

○稲葉委員 ありがとうございます。ケアマネジャーの確保についてのお話をさせていただきたいと思います。今、年々ケアマネジャー確保が難しくなっています。平成12年に介護保険制度が始まって、あのときに大分ケアマネが少なくて混乱したことを覚えておりますが、あの雰囲気や彷彿とさせるような感じもしております。

介護職に賃金面でもう差がなくなってきたということは、先ほど濱田委員もおっしゃってありましたし、そのようなことからケアマネジャーになることを戸惑っている介護職も多いというふうに現場では感じています。ケアマネジャーとして仕事をしている方もかつては介護職だった方が非常に多いです。介護職がキャリアを積んで、行く行くはケアマネとして活躍したとって頑張っていた介護職はとて多い。つまり、介護職の目標となっていた職業としてケアマネジャーがありました。ケアマネジャーが魅力ある職であることは、つまり、介護業界に入ってくる介護職として働く人の増減にも私は影響してきたと思います。つまり、介護業界全体の人材確保にもケアマネ職の魅力ある安定といったことは重要ではないかと考えます。したがって、処遇改善の加算の対象にするなど、そろそろ具体的にお考えいただきたいと感じているところであります。どうぞよろしくお願い致します。

○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。これまでの長きにわたる処遇改善の取組には、大変感謝を申し上げたいと思います。一方で、先ほどからお話に出ている介護人材の流出でありましたり、まだまだ人材不足に拍車をかけておまして、効果はまだ乏しく道半ばというふうに感じています。

あとは処遇改善には賃金だけではなくて、働きやすい職場とかやりがいを感じる仕事内容とか、いろいろな事業所の取組の工夫の余地もあろうかと思っておりますので、好事例があれば、賃金以外の部分についても共有していくべきではないかなと思っております。

特に介護職の仕事の特性から、やはり労働者の誰もができるものではありません。かなり濃厚にサービスを提供する、ある意味では究極のサービス業とも言えますので、非常に御本人の適性も求められますし、そういった意味ではまだまだしっかりと評価していくべきではないかなと思っております。

事務局に1点だけ質問ですけれども、ここに介護職員以外に配分した職員の範囲は出ているのですけれども、あれば結構ですが、職員ごとに配分した金額の割合というのもしあれば教えていただければと思います。大変ありがたいものである一方で、経営者からすると、チームケアをやっている現場で介護職だけに100%配分というのものなかなか難しい状況もあつたりします。そういったことも含めて、多分その結果で配分した職員の範囲がこのような結果になっているのだらうと思っておりますけれども、もし金額ベースであれば教えていただければと思います。なければ結構でございます。

○田辺分科会長 この点、いかがでしょうか。

○古元老人保健課長 御質問ありがとうございます。老健課長でございます。

今御質問の職員ごとの金額ベースの割合については、今回の調査には入っておりませんので、申し訳ございませんが数値としてございません。よろしく願いいたします。

○江澤委員 了解いたしました。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょう。

では、よろしく申し上げます。

○古元老人保健課長 老健課長でございます。1点、やり取りの中で補足申し上げたいと思います。先ほど伊藤委員から御指摘ございましたとおり、この処遇改善につきましては、給付費分科会の御意見もいただきながら、計画及び報告の様式などについて大幅な簡素化を行ったところでございます。今回御報告申し上げました処遇状況等調査の時点では、この様式が古いものといえますか、まだ改善前のものでございましたので、その負担は一定程度は解消されたのではないかと考えております。皆様の御審議に感謝を申し上げたいと思います。

また、御意見いただきました取得の促進及び加算そのものの簡素化などにつきましても、ぜひこの分科会の中で御意見をいただきながら検討を進めたいと思っておりますので、引き続き御指導いただきますようよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 様々な御意見をいただきましたけれども、この議題2に関しましては、本日提示させていただいた内容で当分科会として了承することとしてよろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。それでは、そのように扱わせていただきます。

では、最後に、議題3といたしまして、令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会について、事務局より御報告をお願いいたします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老健課長でございます。

それでは、資料8に基づきまして、令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見を御報告申し上げたいと思います。

1 ページ目は、こちらの給付費分科会でも御報告申し上げましたとおり、出席者の方々及びテーマについて記載をしております。スケジュールにございますとおり、3月15日、4月19日、5月18日の3日にかけて、このテーマに沿って意見交換を行いました。

2 ページ目以降が主な御意見ということで、各テーマに沿って記載をしております。詳細の御報告は時間の関係もございますので割愛させていただきますが、10ページ目、テーマ8、薬剤管理につきましては、こちらは非常に横断的に取り扱うべき重要な課題ということでございまして、それぞれのテーマの中で議論をしたということで、再掲となっておりますのはそういった趣旨でございます。この中でいただきました様々な御意見を今年のこれから先の給付費分科会における介護報酬改定の議論に向けて、しっかり生かしながら進めてまいりたいと思います。

以上、簡単ではございますが、御報告とさせていただきます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

議題3の報告事項に関しましては、以上ということになりますけれども、ただいま報告がございました事項に関しまして、御意見、御質問等がございましたら、よろしく願いいたします。

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。人生最終段階というような表現が書かれていますがけれども、どの時期のどれくらいの時間を指す言葉なのでしょうか。私たちにとっては一体人生の最終段階というのは一般論で語るができるのかという疑問もありますので、ぜひ教えていただきたいと思います。

それから、介護保険と医療保険の訪問看護の対象者のシームレスなサービス提供というのはどのようなことを指しているのかという、この2つのことを、どのような御意見、御議論があったのかも教えてください。

以上です。

○田辺分科会長 では、よろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。まず1つ目の御質問の人生の最終段階における意思決定支援といったところだと思いますけれども、今回、意見交換会の中では、その部分につきましては明確な何か定義を設定した上で議論したということではございません。そこはこれまでの様々な取組の中で医療・介護それぞれの関係者が意見を交換したというふうに御理解いただければと思います。

また、訪問看護につきましては、要介護認定を受けられた方については、基本的には介

護保険のほうから訪問看護というものが給付されるのですけれども、一定の病態になられた方、非常に頻回の訪問看護が必要である、こういった方については医療保険から訪問介護が提供されるというルールになっております。その切り替えに当たって、例えば利用者の方の御負担であるとか、様々にハードルがない形でスムーズに医療と介護を提供することが必要であろうということをごさいますして、同時改定という機会をごさいますので、検討していく事項ということをごさいます。

以上をごさいます。

○田辺分科会長 よろしゅうごさいますか。

○鎌田委員 ありがとうごさいます。

○田辺分科会長 それでは、古谷委員、よろしくお願ひします。

○古谷委員 ありがとうごさいます。今回、医療・介護同時改定ということで、医療・介護の連携の必要性がますます高まっている中、関係団体での意見交換会は非常に重要であると考えております。意見交換会の中でも出ましたが、継続的な開催により、連携内容がより明確になるだけでなく、共有すべき情報も明確化されると思っております。

特別養護老人ホーム等の高齢者施設から緊急時対応の困難なケースも多く報告されております。要介護者に適した入院や医療の対応に関しては、医療と介護の連携方法を迅速に検討することも必要があると考えております。

あわせて、予防的な関与や日常的なケアの質の向上を図るためには、適切な専門職の関与も重要であります。どのような連携が効果的であるかについても検討を進めていければと思ひますので、ぜひ御検討をよろしくお願ひいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうごさいました。

それでは、酒向参考人、よろしくお願ひします。

○酒向参考人 ありがとうごさいます。2つ申し上げたいと思ひます。1点目ですが、これまで医療・介護の連携に関わる加算は多数設けられてきたと思ひます。これらを今後の議論のために整理して、どういう効果があったのかといったところも併せて、議論のための資料として提供いただければと思ひます。

もう一点ですが、26年度をめどに全国医療情報プラットフォームにおいて介護情報を含む運用が全国的に開始されると聞いています。これは医療と介護のまさに連携といったところの意義があると思ひます。こういった運用とこれまでの医療と介護の連携という形で設けられていた加算がどのように関係するのかといったところの整理も必要かと思ひますので、今後、こういったことについても資料の提供をお願ひできればと思ひます。

以上をごさいます。

○田辺分科会長 ありがとうごさいました。

あとは田母神委員、よろしくお願ひします。

○田母神委員 恐れ入ります。一言だけお願ひいたします。意見交換会に参加させていた

だきまして、同時改定に向けて医療・介護の各サービスの質・量ともに充実が求められる点が多岐にわたり、参考資料2のほうに示されておりますとおり、各参加者の先生方から示されたところがございます。介護サービスにおきまして、医療サービスや障害サービスとも連携しながら、必要なサービスを提供する点では課題が多々あるということが示されております。報酬改定に向けましては、これをかなえるための財源確保ということにも、厚生労働省には特段の御配慮をお願いし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。

ほかはよろしゅうございますでしょうか。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程等に関しまして、事務局より説明をお願いいたします。

○占部企画官 次回の分科会の開催は、7月10日午後を予定しております。議題については調整中でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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