

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第221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、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

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

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

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

また、大石委員に代わり、中村参考人に御出席いただいております。

以上により、本日は23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。

次に、事務局に異動がありましたので、御紹介させていただきます。

介護保険計画課長の簗原哲弘です。

○簗原介護保険計画課長 介護保険計画課長の簗原でございます。どうぞよろしくお願いたします。

○奥山総括調整官 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も掲載しております。また、委員提出資料として、田母神委員、古谷委員から、資料が提出されております。資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードをいただくなどの対応をお願いいたします。

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

それでは、以降の進行は、田辺分科会長をお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、早速でございますけれども、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関係団体ヒアリング・実施要領」について、議論いたします。

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

まず、議題1「令和6年度介護報酬改定に向けて」に関しまして、事務局より、各サービスの資料説明をお願いいたします。

よろしくをお願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

資料1に基づきまして、介護老人福祉施設、特養につきまして、御説明させていただきます。

資料の3ページ、施設の概要でございます。多床室型、ユニット型、個室型がございます。

4ページ、施設の基準でございます。医師につきましては、必要数、介護職員につきましては、入所者の数に応じまして1以上、配置することとされております。

5ページは、施設の報酬体系でございます。

6ページから9ページにかけて、加算等の算定状況を掲載してございます。

10ページでございます。請求事業所数の推移でございますが、増加傾向でございます。

11ページは、都道府県別に見たものでございます。

12ページ、受給者数の推移ですけれども、こちらは増加傾向でございます。

13ページは、要介護度別の利用者割合で、要介護3以上が大半を占めている状況でございます。

14ページは、平均しますと、要介護度は約4.0に近い数字になってございます。

15ページ、施設の平均在所・在院日数でございますけれども、ほかの施設と比べましても長期となってございますが、近年、年数が短くなっている傾向でございます。

16ページ、費用額の推移ですが、こちらも増加傾向でございます。

17ページは、1事業所1か月当たりの受給者数等でございます。平成27年度辺りに減少しておりますけれども、その後、横ばいないしは増加傾向でございます。

飛びまして、資料の21ページと22ページ、施設の経営状況、収支差率でございます。介護老人福祉施設につきましては、高くはございませんけれども、安定的に推移しているところでございます。

22ページ、地密型は、コロナの補助金を含めなければ、やや改善傾向でございます。

以下、飛ばさせていただきます。2. 前回介護改定の内容は資料の説明を省かせていただきます。36ページまででございます。

続きまして、関連する各種意見でございます。

38ページになりますけれども、前回の審議報告におきましては、個室ユニット型施設の入居定員の見直しに係る検証について、また、小規模介護福祉施設等の基本報酬を通常の

基本報酬との統合に向けて検討していくべきことが述べられております。昨年末の意見におきましては、医療ニーズへの適切な対応の在り方について配置医師の実態等も踏まえて検討すること、個室ユニット型施設の整備の推進についても引き続き検討していくことが言われております。

39ページ、規制改革実施計画の抜粋でございます。配置医師による医療の提供に関しまして実態調査を行い、その結果を踏まえまして、医療ニーズへの適切な医療提供を可能とするための必要な措置について検討を行うこととされてございます。

40ページ、同時報酬改定に向けた意見交換会においても、特養における医療ニーズへの適切な対応の在り方について、論点とされてございます。

41ページは、ユニット型施設のこれまでの経緯をまとめたものでございます。

42ページは、前回改定で定員を見直してございますけれども、その後の実態については、今年度の調査で調べているところでございます。

43ページ、医療処置の内容をまとめてございます。

44ページにつきましては、医療処置別の入所者の受入方針について調査結果を掲載しておりますけれども、例えば、透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎については、7割以上の施設が入所を断ることなどが見てとれます。

45ページ、配置医師についてでございます。全体で配置医師数が1人というものが最も多く、平均年齢は62.6歳、雇用形態としましては嘱託等の契約が最も多い状況でございます。

46ページ、配置医師の主たる勤務先でございますが、約8割が当該特養以外でございます。

47ページ、看護職員の資料でございます。常勤の看護職員数につきましては、平均で4.2名になってございます。

48ページ、24時間対応している看護職員がいる施設については、1.4%で僅かであります。夜間の看護体制はオンコール対応が約9割でございます。

49ページ、配置医師の役割でございますが、役割のうち、負担に感じるものとしては、急変対応、次いで急性疾患の診察が多いところでございます。

50ページ、急変時の対応方法でございますが、最も多いものは配置医師によるオンコール対応でございますが、次の原則救急搬送もかなり多い状況となっております。

51ページ、常勤医師配置加算・配置医師緊急時対応加算の算定状況も、低い状況でございます。

緊急時対応加算を算定していない理由としまして、52ページ、必ずしも駆けつけ対応ができないとか、緊急の場合は全て救急搬送で対応しているという回答が多い状況でございます。

53ページは、給付調整について、現状をまとめたものでございます。

54ページから、小規模特養の基本報酬の見直しについてでございます。54ページの資料

は、前々回の改定時の資料でございますが、下線にありますように、別途厚労大臣が定める期日以降、通常の介護福祉施設の基本報酬と統合するとされておりました。

55ページの資料を見ていただきますと、前回の改定におきまして、令和元年度の決算の収支差率が0.4%で、ほかの施設に比べても低い状況でございます。前回につきましては、結論を先送りしたという状況でございます。

56ページは、直近の令和3年度の決算の状況につきまして、施設の規模別に収支差率を見たものでございます。小規模特養については1.3%、そこに近い類型としまして、地密型が1.2%、31~50人の広域型が-0.5%となっております。

57ページ、小規模特養の状況でございます。請求事業所数としては約500事業所がございますけれども、令和元年の調査によりますと、約4割が離島・過疎地域に所在していることが分かってございます。特にその経営状況について、昨年度の老健事業の結果でございますけれども、オレンジの棒グラフで離島や過疎地域の経営状況を示してございますけれども、どちらかといいますと、ほかの地域に比べまして、厳しいほうに山があるのかなと考えてございます。

そうしたことを踏まえまして、59ページ、60ページ、現状と課題をまとめてございます。60ページの最後に、論点をお示ししてございます。介護老人福祉施設について、今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中、入所者のニーズに応え、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるかということが1点。もう1点は、小規模介護福祉施設等の基本報酬に関し、通常の基本報酬との統合に向けて引き続き検討していくべきとされていることについて、どのように対応することが適切かということでございます。

よろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。

資料2に基づきまして、介護老人保健施設について、御説明申し上げます。

資料の3ページ、沿革でございます。

4ページが、介護老人保健施設の概要でございます。在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点となる施設及びリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設、こうした役割を担ってございます。

それ以降、概要が続きまして、10ページを御覧ください。請求事業所数につきましては、約4,200でございます。

都道府県別が、11ページにございます。

続きまして、14ページを御覧いただきますと、施設サービスの要介護度割合でございます。介護老人保健施設につきましては、平均要介護度が3.2といった状況でございます。

続きまして、資料の20ページを御覧いただきますと、介護保険給付に係る総費用に占める割合でございますが、老健施設は12.5%といった状況です。

22ページを御覧いただきますと、収支差率は、直近、2.4%、2.8%、令和3年度が1.9%

といった状況でございます。

25ページ目からが、前回の介護報酬改定の内容でございます。

説明は割愛させていただいた上で、36ページを御覧ください。介護老人保健施設に関する意見でございます。まず、前回の改定における審議報告におきましては、在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、さらに検討していくべきである、また、昨年12月の介護保険部会の御意見の中では、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要であるということでございます。同様の御指摘を同時改定に向けた意見交換会でもいただいております。

続いて、38ページ、同じく意見交換会の中では、ポリファーマシー等に対して必要な対応を行うための連携体制などについても御指摘いただいているところでございます。

40ページを御覧ください。介護老人保健施設は、施設類型を超強化型以下5類型に設定してございますが、直近では超強化型が28.6%で約3割を占めているといった状況がございます。

41ページを御覧いただきますと、老健施設については、33.3%の方が医療機関に退所されている状況がございます。

42ページ、利用者の疾病状況でございますが、高血圧、認知症及び脳卒中といった疾病が多いということでございます。

43ページ、施設内で提供可能な医療でございますが、施設類型ごとに老健施設の中でも様々にあるといったことが見てとれると思います。

他方、44ページを御覧いただきますと、施設内で医療を提供する場合の所定疾患施設療養費については、算定が増加傾向にあるといったトレンドがございます。

45ページ、退院・退所理由が加療のためと回答した場合、その診断名は肺炎というものが26.4%あったという直近のデータになります。

46ページは、逆に医療側から見たデータになりますけれども、介護施設・福祉施設からの入院患者さんの態様として多くを占めるものが、誤嚥性肺炎、尿路感染症、鬱血性心不全といった症状が多かったというものでございます。

47ページは、薬剤調整の取組状況で、必要性が高いと考える施設は全体の95.5%であったことに対しまして、実際に積極的に取り組んでいる施設が約半数といった状況でございます。

48ページ、かかりつけ医連携薬剤調整加算を設定してございます。

49ページにございますとおり、算定状況は数%といった状況でございます。

50ページ、なぜ算定が困難なのかといった理由でございますが、入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から同意を得ることがなかなか困難であるといった状況がございます。

また、51ページ、薬剤費が高額であることが理由で介護老人保健施設への入所に困難を生じている場合があることをお示ししたデータでございます。

52ページでございますとおり、現在、給付調整によりまして、一部の医薬品については診療報酬で対応いただいているものでございますが、こちらについても検討が必要ということでございます。

53ページは、ターミナルケア加算の算定人数が増加傾向にあることをお示ししてございます。

54ページからは、短期集中リハビリテーション実施加算についてです。

55ページで御覧いただけますとおり、ADLの改善を認める効果のある取組であることをお示ししてございます。

56ページでございます。身体機能、認知機能、活動・参加、様々な評価指標がございまして、その活用の状況をお示したものでございます。認知症高齢者の日常生活自立度、HDS-R、Barthel Index及び障害高齢者の日常生活自立度が約9割と多く活用されてございます。

57ページは、認知症短期集中リハビリテーション実施加算についての概要でございます。

58ページ、認知症リハビリテーションに関しましては、様々な御意見をいただいております。下線のとおり、例えば、学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるといった指摘がございまして。また、個々にふさわしいプログラム、サービス提供の在り方の検討が必要、こうした指摘をいただいているところでございます。

以上の現状を踏まえまして、62ページ、63ページに現状と課題をまとめさせていただいた上で、64ページが論点となります。老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、医療ニーズへの対応力の強化、看取りへの対応の充実、リハビリテーションの充実、適切な薬剤調整の推進等の観点から、どのような方策が考えられるかということでございます。

続きまして、資料3、介護医療院についてでございます。

3ページを御覧いただきますと、概要がございまして。医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設といった位置づけの類型でございまして。

8ページを御覧いただきますと、現在の開設状況をお示ししてございます。施設数は、令和5年で764施設といった状況でございます。

また、10ページを御覧いただきますと、介護医療院における移行元の病床の割合ですが、介護療養病床が最も高く、67.3%といった状況でございます。

12ページを御覧いただきますと、逆に介護療養病床の移行先をお示したデータになりますけれども、介護医療院が74.5%といった状況でございます。

17ページを御覧ください。施設サービスの要介護度割合をお示したものでございますが、介護医療院は平均要介護度が4.2、こちらに並べております施設類型の中では平均要介護度が最も高い施設でございまして。

21ページが、費用のシェアでございますけれども、介護医療院は1.8%を占める状況でござい

ございます。

23ページには、経営状況をお示ししてございます。収支差率が、5.2%、7.0%、5.8%といったトレンドでございます。

26ページ目以降が、前回改定の内容でございます。

続きまして、36ページが、様々な御意見でございます。まず、上段、前回の審議報告でございますけれども、円滑な移行の促進と介護保険財政に与える影響の両面から、どのような対応を図ることが適当なのかを検討していくべきであるといった御意見をいただいております。また、昨年12月の介護保険部会の御意見としましては、必要な医療が引き続き提供されるよう取組を進めることが必要であると、同様の御意見を意見交換会でもいただいているところでございます。

38ページを御覧ください。介護医療院の入所者についての直近の調査結果でございます。医療区分1及びADL区分3の方が最も多かったといった状況でございます。

また、40ページ、こちらにも直近の状況でございまして、高血圧、認知症の方が多く、処置といたしましては、喀痰吸引、リハビリテーションといった処置が多かったということでございます。

41ページが、入所者・退所者の状況で、医療院からも一定割合の方が医療機関に退所されている状況でございます。

42ページにございまして、一定割合の方が肺炎といった状況で、医療機関への退所をされているという状況でございます。

最後、43ページでございまして、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに基づいた対応を行った割合が、医療院では53.2%であったという状況でございます。

こちらの現状と課題を踏まえまして、46ページに論点をまとめております。長期療養が必要な方に対する医療提供機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設である介護医療院について、看取りを含めまして、引き続き必要な医療及び介護を提供するためにどのような方策が考えられるかでございます。

以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 続きまして、資料4に基づきまして、特定施設の説明をさせていただきます。

資料の3ページに、概要がございまして、特定施設の対象となるのは、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホームでございます。医師の配置はなく、看護職員の配置が入所者数によってございます。

4ページ、5ページは、介護報酬の体系と算定状況。

6ページも、そうです。

7ページには、特定施設とその他関連するサービスとの関係を示してございます。

8ページは、それぞれの高齢者向け住まいの違いを整理したものでございます。

10ページ、11ページが、高齢者向け施設・住まいの件数の推移を掲載してございます。11ページを見ていただきますと、介護付き有料老人ホームにつきましては大変増えているところですが、住宅型有老のほうがさらに伸びとしては大きいということでございます。

12ページが、同じく利用者数の推移を追ったものでございます。

13ページは、住まいの関係のみを抽出したものでございます。介護付き有料老人ホームも伸びてございますけれども、それを上回って住宅型有老やサ高住の伸びが大きいということでございます。

14ページ、15ページは、請求事業所数の推移でございます。上昇傾向でございます。15ページは、3施設がそれぞれどうなっているかということを表したものでございます。

16ページは、都道府県別の状況。

17ページは、受給者数も増加傾向でございます。

18ページは、要介護度別の割合。

19ページは、平均要介護度をお示ししておりますけれども、3.0を切るような水準でございます。

20ページ、費用額の推移も増加傾向でございます。

21ページも、1か月当たりの受給者数等でございますが、増加傾向でございます。

飛びまして、25ページ、経営状況でございます。収支差率につきましては、先ほどの特養と比べると少し高い水準でございますけれども、令和3年度については少し悪化している状況でございます。

続いて、介護報酬の前回改定の内容は省略させていただきます、関連する意見でございます。34ページでございます。前回の審議報告では、中重度者・看取りへの対応あるいは自立支援・重度化防止の取組について、必要な対応について検討していくべきという御意見をいただいております。

同時報酬改定におきましては、医師の配置が義務づけられていない特定施設における医療ニーズへの適切な対応の在り方についてどう考えるかという御指摘をいただいております。

36ページは、高齢者向け住まいの中で、入所者・退所者がどうなっているかと比較したものでございますけれども、特定施設の退去理由として、死亡による契約終了が6割で、ほかの住まいに比べると高い水準になっているということでございます。

37ページは、医療的ケアを必要とする利用者の割合でございますけれども、全体としては、令和元年の調査に比べると横ばいで推移しているということでございます。

38ページは、看取りの状況で、令和元年度の調査と比較してございますけれども、それと比べますと、看取りを行った割合としては同じような数字になってございますけれども、加算ありの割合が増えている状況でございます。

39ページ、看取りを受け入れられない理由について聞いてございますけれども、希望が



あれば受け入れるとしている施設におきましても、対応が難しい医療処置があることが受け入れられない理由として最も多い状況でございます。

以上を踏まえまして、41ページに、現状と課題を整理してございます。

42ページが、論点になってございます。特定施設入居者生活介護の利用者に重度者が多い状況を踏まえ、医療的ケアを必要とする入居者への対応や看取り等への対応の推進などについて、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。

説明は、以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。

資料5に基づきまして、高齢者施設と医療機関の連携強化、感染対応力の向上について、御説明申し上げます。

3ページからが高齢者施設と医療機関の連携強化で、関係する御意見が4ページ以降でございます。まず、同時改定に向けた意見交換会の中で、4ページに記載のとおり、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方について、どう考えるか。

5ページ目でございます。生活機能が低下した高齢者に一般的である誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受け入れを推進するためにどのような方策が考えられるか。

6ページ目、高齢者に対し、適切な入退院支援を行う上での情報提供や連携の在り方についてどのような対応が考えられるか。

さらには、7ページ目でございます。協力医療機関等との連携の在り方について、どのように考えるか。こういった検討の視点をいただいているところでございます。

10ページに御覧いただけますとおり、今後、医療と介護の複合ニーズが一層高まってまいります。

11ページからが、各施設からの医療機関への退所の状況をお示ししたデータになります。一定割合の方が医療機関に退所され、かつ、一定割合、いわゆる一般病床、急性期病床に退所されている例があることを幾枚かのスライドでお示ししてございます。

15ページを御覧いただきますと、DPCデータになります。病院側のデータでございますけれども、やはり介護施設・福祉施設からの入院患者さんの一定割合が急性期一般入院料のところ入院をされていることが分かるデータとなっております。

16ページを御覧いただきますと、入院関連の機能障害、入院によりまして、全入院患者の30～40%の方にこういった障害が生じるといったデータがございます。

17ページを御覧いただきますと、一般病院への入院が在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されてございます。

18ページ、運営基準でございます。上の3つ、特養、老健、介護医療院におきましては、あらかじめ協力病院を定めておかなければならないとされておりまして、他方、特定施設

及び認知症グループホームについては、協力医療機関を定めておかなければならないといった運営基準となっております。

19ページが、特養における協力医療機関の状況でございますが、1機関が最も多い。

対しまして、20ページ、特定施設におきましては、協力医療機関が2か所という方が最も多い状況でございます。

21ページ、入退院時の医療・介護連携に関する現行の様々な加算がございます。累次の診療報酬及び介護報酬の改定を経まして、現在、このような形で密接な連携の加算が設けられているといった状況でございます。

24ページを御覧ください。入所する前の居場所別の入所者における医療的な状況を拝見いたしますと、介護老人保健施設における入所者については、入所者の居場所が病院・診療所の場合に不安定な状況が多かったことが示されてございます。

27ページ、退所時情報提供加算の算定状況が減少傾向にあるといったことをお示ししてございます。

28ページ目からが、感染対応力の向上でございます。

29ページ、意見交換会の視点でございますけれども、平時からの感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化する方策について、どのように考えるか。こうした宿題をいただいているわけでございます。

31ページ、これまで新型コロナウイルス感染症で施設に対して様々に行ってまいりました主な支援を列挙したものが、この資料になります。

その中で、例えば、33ページにございますとおり、様々な研修教材、感染対策の研修、実地研修を含めまして、取組を進めてまいりました。

34ページが、実施状況でございます。

35ページが、実際に施設内で感染拡大する場合の要因やこれまでの様々な対策をまとめたものでございます。

37ページは、1つ、ポイントでございますけれども、高齢者施設等で感染された方について、施設等で療養される方に適切な医療が提供されるよう、全ての高齢者施設に対しまして協力医療機関を確保することを、一昨年から、累次要請をしてまいりました。その結果といたしまして、本年5月7日時点で93%の高齢者施設などが、新型コロナ患者に対応する医療機関を確保している状況を確認してございます。

その詳細なデータが、38ページになります。

また、40ページでございます。退院患者の受入促進をするということで、地域医療の確保といった視点も重要でございます。現在、退所前連携加算について、30日間、特例的に算定を認めることをこちらの給付費分科会においても認めていただいているところでございます。

また、41ページは、退院患者さんの受入れをさらに進めていく取組でございます。全老

健様の御協力をいただきまして、赤字の部分でございますが、退院基準を満たした患者の受入れに協力する介護老人保健施設に関する情報を自治体を通じて医療機関に提供する取組により、医療機関からの退院患者を老健施設でスムーズに受け入れていただく取組を進めてございます。

42ページ、43ページは、診療報酬上の感染対策の取組でございます。

最後、44ページでございます。こちらは、急性期一般入院料を届け出ている医療機関のうち感染対策の加算を取得している機関におきまして、多くの施設が高齢者施設に対して院内感染等の助言を行っているといったデータでございます。すなわち、こういったコロナの取組などを通して、医療機関と高齢者施設の連携が一部進んできていることが見てとれます。

このような現状と課題を、46ページと47ページにお示ししております。

最後、論点でございます。48ページ、高齢者施設等における医療ニーズへの対応や施設内で対応可能な範囲を超えた場合における対応をより適切なものとする観点から、高齢者施設と医療機関間においてどのような連携体制を構築すべきと考えるか、また、要介護高齢者の入院時における生活機能の低下を最小化するなどの観点から、円滑な入退院を支援するため、高齢者施設と医療機関の情報連携の促進を含め、どのような方策が考えられるか、高齢者施設における感染症対応力の向上に向けて、医療機関との連携をはじめ、どのような方策が考えられるかといった論点でございます。

以上、御審議のほどよろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 御説明を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きまして、御意見、御質問等がございましたら、よろしくお願いいたします。各委員におかれましては、発言は論点に沿って簡潔に行っていただくよう御協力をお願いいたします。

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。

本日、資料を提出させていただいておりますので、御説明申し上げたいと思っております。

資料1の介護老人福祉施設についてでございます。特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設におきましては、中重度の利用者の方の医療ニーズや状態の変化の際の判断や対応、看取りまでのケアが求められていることを踏まえまして、事務局資料で示されました医師との連携の強化とともに、各施設の状況に応じて看護体制を強化することが非常に重要になっていると考えております。

提出資料の最初のグラフは、介護職員の方に調査をさせていただきまして、特に重要と考える看護職員の関わりについて、複数回答で5つまで回答いただいております。青が介護老人福祉施設になりますが、高いものを赤枠で囲っております。看取りへの対応、医療処置が必要な方への対応、感染症への対応、利用者の状態の変化への対応、緊急時への対

応、医師など外部の他職種との連携において、看護職員の役割が求められていると御回答いただいております。

次のグラフでございますが、特養における看取りと看護職員数の関連をお示ししております。看護職員数が多い場合には、施設内でみとる方針、実際の看取り介護加算の算定割合が高いという結果も出ております。特養で考えてございます配置基準は高くはない状況でございますが、看護職員の現在の基準よりも多く配置し、夜間・緊急時には、オンコールを含め、看護職員の体制を取るなどして、重度化に対応している施設もございます。また、本会の2015年の調査では、看護職員のオンコール体制は月平均9.1回という状況でございます。そうした夜間等のオンコール体制の負担軽減の視点も重要かと思っております。看護体制加算の上位区分を設けるなど、看護体制の評価が必要ではないかと考えております。

スライドをありがとうございました。

資料4の特定施設について、39ページでは、原則看取りを受け入れていない理由として、夜間は看護職員がいないからという回答が多くなっております。施設内での看取りを希望する場合には、看護職員配置の充実や訪問看護との連携が評価できるような仕組みが重要であると考えております。

資料5の感染対応力向上について、現在、新型コロナウイルス感染症の患者数が全国的にも増加している状況がございます。引き続きの課題であると考えておりました。平時からの継続した対策とともに、介護老人福祉施設やグループホームといった医療処置の配置が少ないあるいは外部との連携になるというサービスについて、地域との連携体制の強化によりまして、感染症専門家チームからの支援を確保し、事業所の体制整備を図るための仕組みが必要と考えております。

最後に、全体的な課題といたしまして、1点目は、要介護高齢者に多い疾患・状態に関して、専門的な対応のニーズが高まっている状況がございます。関連領域の認定看護師・専門看護師・特定行為研修修了者の活用についても検討すべきと考えております。

高齢者と薬剤について、ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いということではなく、薬剤数の増加に伴いそれに関連した有害事象のリスク等が増加することとされておりますが、各職種の連携による取組の評価については、各サービス全体に共通した課題としての検討も今後は必要ではないかと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

次、早期に御退席とお伺いしておりますので、長内委員、よろしく願いいたします。

○長内委員 分科会長、ありがとうございます。

私からは、全国市長会を代表しまして、持続可能な経営という観点から、意見を申し上げます。施設系の介護サービスにつきましては、先ほどの資料にもありましたように、要介護度がどんどん高くなり、昔とは違って、要介護度の高い人が入所される中

で、医療的なケアや看取りというサービスも併せて求められる状況になってきております。

そのような中、本日の資料でも、施設系の介護サービスは、介護医療院以外のサービスでは収支差率が年々逡減しており、厳しい経営状況に追い込まれていることが伺えます。特に福祉という観点だけからの介護サービスでは経営が大変厳しくなっている状況です。また、これは全国市長会の介護保険対策特別委員会で議論が白熱していた部分ですが、そういった収支差率が低くなってきている上に、施設運営にかかる必要経費、例えば、光熱水費は、前々年度と比較して大きく上昇しています。今後、さらに価格が高騰した場合、経営難から施設を閉じざるを得ない事業所が出てくることも考えられます。特に、施設系サービスを必要とする利用者が今後サービスを利用できなくなることを危惧しています。持続的に安定して介護サービスを提供する観点から、国には、今般の電気代等の高騰に対応するため、迅速かつ柔軟な支援措置を講じるなどの検討をぜひお願いしたいと考えております。

私からは、以上です。

ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、吉森委員、よろしくお願いいたします。

○吉森委員 ありがとうございます。

何点か、質問と意見でございます。

まず、資料2について、高齢者施設などの薬剤管理について、38ページの指摘のとおり、高齢者施設では、ポリファーマシーの懸念がある利用者が多くいる状況の中で、47ページでは、薬剤調整の必要性を高く認識している施設が95.5%もあるにもかかわらず、実際に半数の介護老人保健施設が薬剤調整に積極的に取り組むことができていないという現状でございます。その最大の要因は、50ページ、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定が困難な理由にございますように、入所前のかかりつけ医・主治医と介護老人保健施設の医師または薬剤師の間での意思疎通・情報連携が難しい現状であることに尽きると考えております。こうした課題の解決には、電子処方箋の普及や医療・介護のDXの実施など、テクノロジー及びICTを利活用して、関係者間における薬剤情報の連携整備が不可欠であると考えます。薬剤情報の連携体制・整備強化を具現化することが、必要以上に多剤を処方されている利用者の減少及び薬剤が高額であるために入所困難になる事例の減少などにつながっていくのではないかと考えます。ぜひこの情報連携の整備体制強化を図っていく必要があると考えます。

次に、資料3でございます。介護医療院の退所者の状況は、41ページにございますように、約半数が死亡退所によるものでございます。介護医療院の制度設計を考える上では、従前の施設サービス計画に基づく在り方に加え、看取りまで対応する場であることを前提に議論を進めていく必要があると考えます。そこで、議論を深めるために事務局に質問でございます。43ページの人生最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドラ

インに基づいた対応を行った割合の調査において、ガイドラインに基づいた対応が死亡退所者・退院患者の半数にとどまっているという結果でございます。対応を行わなかったのはどのような理由によるものなのか、急死等の突発的な事情によりガイドラインに基づく対応ができなかったということなのか、そもそも当該施設の体制面の運用でガイドラインを取れ入れた対応を行っていないのか、分かる範囲で結構でございますので、御見解をお聞かせいただければと思います。

同様に、資料4の特定施設入居者生活介護の利用者への看取り対応について、39ページには、看取り希望があれば受け入れ、看取りを重視するが、医療処置対応が難しいからできないという回答が8割でございます。看取り対応の推進について、夜間介護も含め、体制整備に課題があることは明白になっています。一方で、38ページで、看取りを行ってにもかかわらず、看取り介護加算を算定していない施設が約2割存在するというデータがございます。これは、加算算定要件に原因があり加算ができていないのか、それとも、それ以外の要因に基づくものなのか、また、看取りの受け入れができないケースと同様に、体制整備上の課題なのか、これも事務局で原因を把握していればお聞かせ願いたいと思います。

最後に、資料5について、高齢者施設と医療機関の連携強化を進めていくためにも、また、新型コロナウイルス感染症の教訓を生かして、感染対応力を向上させるためにも、名ばかりの形式的な連携ではなく、平時から実効性のある連携の在り方、連携体制の制度化を確立することが必要であると考えております。また、情報連携では、特に生活に配慮した質の高い医療の視点での生活機能の情報収集などの分野において、テクノロジーやICT利活用などのDX推進は必須であると考えております。この分科会の場でも繰り返し申し上げてまいりましたけれども、介護については、医療に比べて、デジタル化が進んでいない状況にあります。8ページ、同時改定意見交換会の意見にもございますように、介護DXについては、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めていくべきだという意見がございます。この検討を進めるためにも、ぜひ事務局にはこのプロジェクトチームや検討会議体の設営をぜひ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。

質問がございましたので、回答をお願いいたします。

○古元老人保健課長 御質問をありがとうございます。

まず、介護医療院の関係で、資料3について、御質問いただきました。人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインの活用状況、対応状況についての御質問でございます。本調査におきましては、約半数の方でしか行われていないことについて、理由の分析までは、いたしてございません。他方、これは介護医療院に限ったものではございませんけれども、過去の調査におかれましては、例えば、担当する利用者、御本人に対しまして、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うに当たり、難しいと感じることとして、御本人や御家族の受け入れの難しさ、家族等における本人へのサ

ポート体制ができていない、また、従事者側の体制がなかなか整わないといった両面の理由が挙げられてございます。こういった背景がある中で、このような状況になっていると認識してございます。引き続き今後の対応について御相談してまいりたいと思っております。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

資料4の38ページにつきまして、御質問がございましたので、お答えします。

看取りを行ったにもかかわらず加算を行っていないという者が、24.1%、相変わらずあるということで、この理由でございます。1つ、考えられるものとして、加算については一定の要件を課しております、指針の策定や研修の実施等を求めています。こういった要件を満たしていないということで加算していない事業者も一定数はあると思われまうけれども、背景事情や実態につきましては、今年度、さらに調査をすることにしてございますので、この理由につきまして、さらに分析を深めてまいりたいと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 吉森委員、よろしゅうございますでしょうか。

○吉森委員 ありがとうございます。

議論を深めるためにも、ぜひ調査と原因分析をよろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 次、古谷委員、お願ひいたします。

○古谷委員 ありがとうございます。

全国老協、古谷でございます。

本日は、我が国を支える高齢者福祉・介護の基盤を守るため、全国老人福祉施設協議会より、令和6年度介護報酬改定に向けた要望について、参考資料として提出させていただきました。

重点要望事項としては、インフレ経済下における報酬改定の在り方について、介護従事者の処遇改善、食費・居住費に関する基準費用額の見直し、複雑化した介護サービス体系の簡素化の4点と、本日厚労省から示されている論点の2つに対する意見、1つが、特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上について、小規模特別養護老人ホームの存続について、6点を記載しております。全てを御説明する時間がございませんので、後ほど御一読いただきますようよろしくお願い申し上げます。

かいつまんで、御説明いたします。

昨年来の諸物価高騰を受けて、賃上げの機運が高まっており、今年度の春闘の賃上げ率は正社員で3.58%、非正規労働者で5.01%と、ともに高い水準となっております。また、最低賃金も、過去最高の上げ幅となり、平均1,000円以上に引き上げられました。骨太方針2023年には、構造的賃上げの実現を通じた賃金と物価の好循環へつなげるとされており、政府の強いリーダーシップによるものです。このような好循環が始まり、インフレ基調となれば、ただでさえ全産業平均賃金との格差がある中、3年に1度の介護報酬改定では、

その間に格差が一層広がり、介護人材の異業種への流出に歯止めがかからないことが危惧されます。異業種への人材流出を食い止めるためには、給与格差の是正が不可欠です。令和6年度の介護報酬改定には、処遇改善のための原資確保を何よりもお願いしたいと考えております。その際、深刻な人材不足により、その確保が困難な専門職の加配を要件とした処遇改善加算だけでなく、経営の安定化に資するよう、基本報酬の引上げをお願いいたします。処遇改善に関する加算については、令和4年12月23日付で厚労省が発表した介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージにあるように、その立法化を確実に進めていただくとともに、介護職員以外の全ての職種を対象とすることと事務負担の軽減をすることを見直していただきたい。お願いいたします。インフレに対応するため、介護報酬改定サイクル中間年においては、賃金スライド及び物価スライドの導入を検討いただきたいと思っております。基準費用額についても、同様に、物価上昇率、賃金上昇率に応じて改定するスライド方式の検討をお願いいたします。

続きまして、特別養護老人ホームの医療アクセスの向上についてです。平成27年の介護報酬改定により、原則として特養の新規入居者が要介護3以上の高齢者に限定され、中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化されたことで、医療ニーズが高いことに加え、BPSDの顕著な高齢者が利用されていることから、ますます医療と介護の連携が重要になっています。特養における配置医師はそのほとんどが非常勤であり、看取りや配置医師が施設にいない時間帯に生じた緊急時等の対応は、地域の医療機関の体制、各施設の職員体制等によって様々です。まずは、特養の行うべき健康管理及び療養上の範囲を明確にした上で、特養の配置医師と協力病院等の役割の再整理を行うとともに、地域の医療資源の状況を踏まえ、訪問診療を含む協力医療機関との体制強化、オンライン診療との組合せなどを含め、入所者にとってどのような方法が好ましいかの観点から、特養の医療アクセスへの向上を図っていくべきであると考えております。

続きまして、小規模特養の存続についてです。令和4年度老健事業で小規模特養の経営状況に関する調査研究事業が行われ、小規模特養は、地域の介護福祉拠点としての使命感を持って運営していること、法人運営が厳しい状態に置かれていることが明らかになっております。小規模特養には、今後、自治体や地域住民と協働しながら、その地域に必要な介護サービスを維持していくことが期待されます。そのため、1つとして、小規模特養の基本報酬に地域社会におけるセーフティネットの役割を担うことへの評価要素を取り入れた単価の引上げ、2として、一部の経営困難な地域に対する地域加算の創設、3として、特殊地域や個別事情に対応する自治体独自の支援という3階建てとすること等、仕組みを検討すべきと考えております。本日の論点にあります経過的小規模介護福祉施設サービス費については、このような趣旨に沿って、継続していくべきと考えます。併せて、小規模特養においては、加算を取得するための管理栄養士や介護士等の専門職の確保が一層困難な地域もございます。困難な地域事情もあることから、人員配置基準の特例措置を考慮すべきと考えております。



以上です。○田辺分科会長 ありがとうございます。

次に、中村参考人、よろしく願いいたします。

○中村参考人 知事会を代表しまして、長崎県から、意見を申し上げさせていただきます。

まず、1つは、これまでも話題に上がっております高齢者施設と医療機関との連携にしまして、感染対応力の向上についてでございます。資料5の37ページで、93%の高齢者施設等が新型コロナ患者に対応する医療機関を確保しているとの結果が示されておりますけれども、我々が実際に医療機関や高齢者施設から直接伺っている状況でございますが、そのイメージと比べて、かなり高いという印象です。この資料にも記載のとおり、この調査は補助金の助成要件として設定された調査でございますので、実際の実態を反映しているのかということに関しましては懸念があるところでございます。資料1の50ページにも記載のとおり、もし医療連携がしっかりと取れていれば、こうした配置医師が施設にいない時間帯に生じた急変等の対応として救急搬送が3割程度あることに関しては、少し矛盾があるかと考えております。都道府県において、コロナ初期の対応は非常に緊迫していたわけなのですけれども、その際の課題といたしましては、保健所が配置医師や協力医療機関に依頼しても診てもらえないことで保健所による調整で重点医療機関の医師の派遣といった対応を何件も経験したところでございます。現在、施設においては、施設内療養が、診療報酬上の特例等により、一定の定着をしておりますが、この措置もいつまでであるか分からないということですので、廃止後、施設内療養がこのまま継続するかどうかということについては、課題があるところでございます。我々としても、医療・介護の連携は重視しております。様々な調査を行っております。まずは、先ほど老協協さんの意見にもあったかと思いますが、配置医師や協力医療機関の仕組みが効果的に機能することが重要ではないかと思っております。特に保健所では配置医師や協力医療機関の対応に差があるということで、看護師等も含め、基本的に施設内の人材の強化は現場としてもなかなか難しいということは我々としても承知しております。こうした配置医師・協力医療機関の対応力の差を改善することがまずは重要と考えております。多くの施設類型で協力医療機関の指定を明記しているにも関わらず、なかなか機能していない状況において、これらの協力医療機関等に対して、具体的で一定の機能以上の役割を明記して、基準として定めることは非常に効果的ではないかと考えております。そうしたことが困難な場合には、配置医師・協力医療機関にかかわらず、オンライン等を積極的に活用することで、施設から医療へのアクセスする手段をさらに増やしていくことが重要ではないかと考えております。以前の分科会でも触れておりますが、本県では、コロナ感染症の経験も踏まえ、高齢者施設の配置医師とは別に診療支援をいただける機関のリストアップ、マッチングを図る取組を進める予定にしております。また、夜間・休日の急変時において、県内、いずれの高齢者施設でも利用できる外部の医師によるオンライン医療相談あるいは診療を市町や関係者と協力して導入できないか、検討を進めているところでございます。こうした都道府県の取組はもちろん重要でございますが、その継続性を担保するためのインセンティブとなるような

介護報酬・診療報酬の評価について、検討していただきたいと考えてございます。

もう1点は、小規模介護老人福祉施設について、述べさせていただきます。いわゆる30床の小規模特養の経営状況につきましては、資料1の57ページに記載のとおりと認識しております。離島や過疎地域に所在する約半数の事業所が赤字となっております。本県は離島が多い地域でございます、同様の傾向が見られております。具体的に、ある離島においては、島内に5施設の特養があるわけですが、3施設が小規模特養、その3施設全てが令和3年度と令和4年度の決算が赤字になっております。我々の介護ロボットやICTの導入などの業務効率化あるいは物価高騰の支援にもかかわらず、こうした状況になっているところでございます。平成30年度の介護報酬改定時に、小規模特養の基本報酬に関しまして、通常の基本報酬と統合する方針が示されているところですが、この方針どおりになりますと、ますます赤字幅が増大し、こうした小規模離島においても事業廃止を余儀なくされるところが非常に懸念されるところでございます。離島の状況につきましては、高齢者数が先行して減少に転じておりまして、85歳以上の高齢者は一定の増加が見られますけれども、その後、85歳以上も減少すると見られております。将来的には、集約化のための新たな施設整備も含め、見直しは進む状況でございますが、現在のところ、こうした現状の介護報酬上の措置が廃止されますと、離島の施設サービス自体の維持が困難ではないかと考えておりまして、ある程度、こうした離島・僻地の状況に対して、全体のコストという面では、必要な施策ではないかと考えているところでございます。こうした状況を踏まえて、小規模特養の基本報酬については、通常の基本報酬との統合は待っていただいて、経過措置の取扱いを継続する。離島や過疎部においては、かなり赤字の幅が大きくなり、今後もそういったことが懸念されることから、平成27年度の介護報酬改定水準を基準に報酬を見直していただきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次、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。

まず、最初に、資料5にあります横断的なテーマである高齢者施設と医療機関の連携について、意見を申し上げたいと思います。2040年に向けて、高齢化がさらに進んでまいります。今後、医療と介護の複合ニーズが一層高まっていくことが見込まれています。限られた人材や財源の中で対応していくためには、医療と介護の役割分担を踏まえて、効率的・効果的な連携強化を早急に進めていく必要があると考えてございます。こういった中で、情報連携に関しまして、入院時や退院・退所時連携加算あるいはかかりつけ医連携薬剤調整加算など、様々な加算が設けられております。しかしながら、十分に情報連携がされておらず、算定率が低いものが存在する状況も見られております。こういったことを踏まえますと、報酬上の評価だけで改善するのではなくて、情報連携の体制整備などを早急に進めていくべきと考えております。例えば、ICTの活用などについても、具体的な検討を進め

ていくべきではないかと考えてございます。また、17ページにございます一般病院への入院が在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となるといった研究結果を踏まえますと、要介護者の高齢者に対応した急性期入院医療につきましては、限られた医療・介護資源の中で、医療と介護の役割分担の観点から、要介護の高齢者につきましては、軽症などの場合は、可能な限り介護保険施設の配置医で対応し、入院が必要な場合については、在宅復帰の機能が強い地域包括ケア病棟が中心になって対応していくなど、限られた医療資源を有効に活用していくべきではないかと考えてございます。

資料1の特養の関係でございますけれども、配置医師に関しまして、資料の中では約8割で主たる勤務先が特養以外と示されております。また、配置医師不在時の急変対応につきましては、原則救急搬送としている施設が約3割存在しておりますし、配置医師緊急時対応加算を算定していない施設は92.7%という状況になってございます。理由といたしまして、配置医師が必ずしも駆けつけ対応できない、あるいは、救急搬送で対応しているなどが挙げられてございます。一方で、平日・日中に配置医師によるオンコール対応を行っている施設が約6割も存在しております。入所者の医療ニーズに対応していくためにも、配置医師を最大限に活用していくべきではないかと考えてございます。また、このほか、前回の改定におきまして見直したワンユニットの定員につきまして、入所者へのケアの質や職員の負担等についてしっかりと検証していただきまして、ユニットケアのさらなる推進に向けて必要な見直しを行っていくべきではないかと考えております。

資料2の老健の関係でございます。40ページの基本サービス費タイプの推移を見てみますと、超強化型が増加傾向、基本型が減少傾向にあることが示されております。在宅復帰・在宅療養支援機能を促進していくといった観点から、算定要件についての見直しをしていくことも検討していくべきではないかと思えます。

資料3の介護医療院の関係でございます。介護療養病床を有する医療機関数の推移などを示していただいておりますけれども、これ以上設置期限を延長することがあってはならないと考えております。介護療養病床の設置期限の令和5年度末までに全ての移行等が完了するように、国におきましては、しっかりと対応していただきたいと思えます。また、前回の改定におきまして、長期療養生活移行加算が新設されておりますけれども、そもそも介護医療院は長期にわたって療養が必要な方のための施設でございます。加算の算定率が低い状況にあり、また、介護療養病床が廃止されることもありますので、こういった加算については廃止すべきではないかと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次、鎌田委員、よろしく願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の鎌田です。

質問と意見を言います。

介護老人保健施設の配置医師のことですけれども、雇用の形態は嘱託が多くて、別に所

属先を持っておられるという非常勤の医師が圧倒的に多いというデータでした。緊急時に配置医師が必ずしも駆けつけて対応できないところが45%ほどでありました。今回、新型コロナウイルス感染症でも、ホームの医師との連絡や対応で難しい状況があったことも聞いています。感染症や看取り、また、要介護度の高い利用者が多い特養の中で、急変も多いと思います。私の両親も、特養に入っておりました。配置医師が全てを担うことは難しいと家族も十分承知しております。しかし、今後も今回のコロナのような状況はあると思いますし、また、看取りのときに、私が聞いたお話ですけれども、死亡確認などで医師が対応できない、御高齢の先生であるために、施設では看取りはしないということも聞きます。本人や家族にとっては、ついの住みかであり、なじみの介護職員や信頼関係が築かれた医師にみとられた最期を迎えたいという思いがありますけれども、家族としては、今回のデータは大変心配なことです。医療対応について調査をするとありますが、内容等、どのような調査をお考えなのかをお教えてください。

特別養護老人ホームは、生活施設とも言われていますけれども、資料1の第8期の介護保険事業計画におけるサービス料等の見込みでは、2023年度の利用者67万人から、2040年度は82万人と、15万人も増えるという推計が出ています。特別養護老人ホームは、2014年の法改正で要介護3以上の利用が原則となって、要介護1・2の場合は特例入所のみとなっています。しかし、厚生労働省の特別養護老人ホームの入所申込みの状況では、2022年度の待機者は要介護3以上で25.3万人、要介護1・2で2万2000人、合計27.5万人になります。2040年度までに15万人を増やしても、まだ12万人以上が利用できないことになるのではないのでしょうか。介護を必要とする人あるいは介護する家族が特別養護老人ホームに申込みをするのは、在宅の介護が限界を超えたから、やむにやまれず、申し込んでいます。できるだけ早く入所したい、それが希望です。待機者、特に在宅で待つ人たちの選択をかなえることができる安定したサービス提供を強く希望します。このように待機者が多い中で、片や地域差があるのだと思いますけれども、私が住んでいます京都市内では、特別養護老人ホームに空きがあるということを知ります。全国的には待機者がたくさんいるのに施設には空きがあることは、家族にとっては、とても不思議で理解できない現象でもあります。このミスマッチについて、厚生労働省で把握されている原因があれば、お教えてください。

コロナ感染症のところですが、新型コロナウイルス感染症では、介護職員の皆さんは、自身が感染することへの不安を抱きながらも、利用者への感染を予防するため、大変な努力をし、現在も続けてくださっておりますし、事業を継続していただきました。本当にありがとうございました。その中で、介護職員への感染対策では、入所施設重視で、在宅のヘルパーさんなどへの予防接種の順番の低さ、新型コロナウイルス万円の中で、PCR検査や抗原検査キットの配付は、施設職員に対しては早期から公費で実施されましたが、訪問介護は後回しだったと聞きます。訪問介護の場合、訪問して、本人・家族が発症またはその疑いがあるケースは少なくなかったこともあったそうです。訪問介護は、在宅生活

のかなめです。デイサービスなどがコロナで休業した場合なども訪問していただきましたし、また、濃厚接触などの場合にも、感染対策を講じて来てくださった事業所もありました。訪問介護を継続するため、PCR検査や抗原検査は必要不可欠なので、後回しにした理由を、お教えいただける範囲で教えてください。連携や対応が増えることで、情報共有や圍繞の早期発見や早期対応などが実現していくことは、家族や認知症の人にとってはとてもありがたいことです。半面、これまで以上に介護職員の負担が増えることにならないかとも心配します。連携加算などの報酬項目を増やすだけでなく、介護労働のゆとり、介護職員の労働環境も勘案していただくことを希望いたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

何点か御質問がございましたので、御回答をお願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

最初は、特養の配置医師の医療の提供体制について、どんな調査を行っていくのかという御質問がございましたけれども、幾つかの施設において、今、優良な医療提供体制が取られているうちで優良事例の調査をしているところでございます。そうした事例の分析から、何が言えるかということ、調査を通じて、考えていければと考えてございます。

特養の待機者のミスマッチがなぜかというところでございますが、十分な答えは今すぐにはできません。すみません。待機者の数としては、数年前の調査に比べると、少し下がってきていますので、いろいろなサービスとかを充実してきた効果も一部はあると思えますけれども、引き続き、十分なサービスが地域によっては提供されていない部分もあるのかもしれない。そうしたミスマッチの原因についても、今後、分析をしっかりとしていきたいと思っております。

○古元老人保健課長 御質問をありがとうございます。

コロナ対策におけるこれまでの取組について、最後、御質問をいただきました。前回の介護報酬改定におきましても、感染症対策の強化として、様々なサービス類型、これは施設系に限らず、取組の強化に向けた手当をさせていただいたところでございます。我々として、特定のサービスを後回しにしたといったことではございません。例えば、施設側におきましては、集住、非常に狭い密度の中で多くのハイリスクの方がいらっしゃるという観点からの取組をしてきたということでございます。そのサービス類型ごとに応じた対応をできるだけ早く進めていこうということで、知恵を絞ってきたというのが現状でございます。そのように御理解いただきまして、また取り組むべき対応などについて、引き続き御助言いただければと思います。

よろしくをお願いいたします。

○田辺分科会長 よろしゅうございますでしょうか。

○鎌田委員 はい。引き続き、お願いいたします。

○田辺分科会長 次、石田委員、よろしくをお願いいたします。

○石田委員 よろしくお願ひいたします。

私からは、介護老人福祉施設のところで、意見を2つ、申し述べたいと思います。

まず、最後、59ページにあります課題と論点に、令和3年度の介護報酬改定で1～3の内容があったということが挙げられております。この中で、特養ホームにおける人員配置の見直しが行われているわけです。先ほどの事務局の説明ですと、現在、それを調査して、現状、どのような内容であるかということ調べていらっしゃる途中であるとお聞きしましたけれども、この人手不足の状況の中で、人員配置を見直す、いわゆる緩和することの必要性も、確かに認めざるを得ないところは多々あるのですけれども、利用者の側からいきますと、本当にそこで人員が削減されることでいいかどうか、そこら辺が一番懸念するところがございます。従来型とユニット型を併設する場合の介護・看護職員の兼務、広域特養、老健と小規模多機能型介護を併設する場合の介護職の兼務、管理者の兼務といったことがたくさん掲げられております。そういった内容について、実際にどのぐらいの数の見直しが行われてきたかという内容については、細かく知らせていただきたいということもあります。もう1つ、気になるのは、こういった見直しのときに、何回も繰り返し使われている文言として、入所者の処遇に支障がない場合と幾つも掲げられています。この入所者の処遇に支障がないというのは、どのような基準で誰がどのように判断してそれを行うかということも分かりにくいので、この辺についても、エビデンス等が添えられた結果として、ぜひ調査を行っていただきたいと思っております。

もう1点、介護老人福祉施設の小規模特養の件は、今まで、委員の方、ほかの御意見もいろいろとありましたけれども、それについては、過疎地域や離島の問題も含めて、いろいろと課題はあるのですけれども、一番気になったことは、資料でいうと56ページにあって、その特養の定員規模別の収支差率です。小規模の次のところ、広域ではありながら31～50人という規模で経営しているところの収益率が非常に悪い。これまでも、これは経営が立ち行かないのではないかという御意見があって、利用する側にしてみれば、大変懸念しております。社会資源の一つとして、この特養ホームは、非常に支えにもなっていますし、重要な機能を持っている施設でもあります。こういったところの施設経営の方々の意見を時々聞くと、100人を超えた形の規模でないと経営は大変難しい、80人でも本当に苦しいという意見も聞いたことがあります。ましてや31～50人という規模の特養ホームの経営は大変難しく、御苦勞を抱えていらっしゃる事が分かるのですけれども、何とかこういった社会資源としての特養ホームを維持していく支援の方法を考えていただければと思います。これは要望として述べておきたいと思ひます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、よろしくお願ひいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

私からは、資料の2つについて、意見を申したいと思ひます。

まず、資料2、介護老人保健施設については、その機能に応じた類型の評価が進んできて、超強化型が大きく増加する一方で、基本型は減少しているという状況です。今後も、在宅復帰・在宅療養支援の取組をより積極的に進めていただくように、利用者の実態をよく踏まえながら評価をしていただきたいと思います。

次に、資料5、高齢者施設と医療機関の連携について、一般病棟に入院すると、ADL等の生活機能や要介護度が悪化するという状況があります。一方で、現状では、介護施設、福祉施設から、急性期の一般病棟への患者が75%という圧倒的多数を占めています。この辺りについては、今年の診療報酬と介護報酬の同時改定を機に、双方、うまく改善することが必要かと思えます。この連携に関しては、同時改定の意見交換会で、地域の医療機関と中身のある連携体制を構築すべきという意見があったと書かれています。紹介もありましたが、各自自治体でいろいろな取組をされていますが、介護・医療連携の、一番重要なことは恐らくデータの連携になると思いますので、具体的にスケジュールを決めて進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次、小林委員、よろしく願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

それぞれについて、申し述べたいと思います。

まず、資料5の高齢者施設と医療機関の連携強化・感染対応力の向上の点です。今ほど御指摘があったとおり、意見交換会においては、名前だけの協力医療機関ではなく、中身のある連携体制を構築すべきという意見がございました。ほかにも、特に医療において、生活機能の情報収集が少ないのではないかという意見もあったことに留意する必要があります。DX化やペーパーレス化の推進に加えて、介護と医療の現場で日頃からつながりをつくることで、利用者や患者が自らの体の状況や入所者・患者の生活歴も重視した連携の強化を図ることが必要です。以前、給付費分科会に報告のあった介護保険施設における医療及び介護サービスの提供実態等に関する調査報告も改めて見てみました。この中には、リハビリテーション、個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書について、利用していない、今後も利用するつもりがないという回答が多かったとありました。また、同じ調査の利用者・患者票には、ちょっと論点がずれますが、入所・入院前の居場所からの栄養情報の提供がなかったという割合も、一定数、ありました。こうした指摘に関する検討も必要です。

その上で、それぞれですが、資料1、介護老人保健施設について、先ほどの同じ利用者票を見ますと、老健の利用目的としては、他施設への入所・入院待機や在宅復帰を目指した入所、長期療養・長期生活という回答が上位を占めております。こうした中で、在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点としての役割、リハを提供する機能維持・改善の役割、この2つの役割は引き続き重要です。基本サービス費類型の推移を見ますと、超強化型が

約3割近くとなってきたということ、これからも2つの大きな役割を果たせるように、めり張りづけも念頭に置きながら、かつ、サービスを必要とする人がきちんと利用できるようにしていくことが必要です。

次に、介護医療院の関係です。住まいと生活を医療が支える新たなモデルとしてスタートしたことを引き続き重視していただき、それを体現するような、在宅では困難な医療的対応ができる住まいとしての環境を確保する必要があります。

介護老人福祉施設について、先ほどの調査で、老人福祉施設で配置医師に今後担ってほしい役割の設問がございました。その中で、配置医師が不在時に病状や状態に変化が生じた際の往診をやっていただきたいという回答、看取りを行う入居者やその家族へのサポート、感染症対策に関する相談対応や指導あるいは緊急的な外来受診や入院時の受入先病院との調整といった回答が上位を占めております。ほかの観点では、ADL維持等加算の算定状況は今も低調にあるということ、これらのことに留意が必要です。なお、前回改定で見直された個室1ユニット当たりの定員については、その後の入居者・介護労働者双方への影響を丁寧に見る必要があります。

最後に、特定施設入居者生活介護についてです。看取りを受けられない理由として、夜間は看護職員がいないからとか、対応できない医療処置があるからなどが主な理由ということです。高齢者は今後増加しますし、サービスも増加している中で、ここは医療的ケアや看取りのニーズに応えられる現実的な対応が必要だと考えております。

以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、奥塚委員、よろしく願いいたします。

○奥塚委員 ありがとうございます。

介護老人福祉施設、特養についてであります。資料1の40ページに記載されておりますが、特養からの退所者につきましては、死亡退所が69%、23.7%が医療機関へとなくなることや83%の特養が看取りに対応しているということで、看取りへの対応の充実が図られていると感じております。当市、中津市で行った介護者の方のアンケート調査でも、医療機関や介護施設でみとってほしいという割合が45%と約半数近くを占めております。今後も、医療・介護ニーズへの対応や看取りの対応はますます重要になると思っております。看取りには、常勤看護師を1名以上配置し、夜間や深夜帯についてもオンコールなどで対応できる体制を整える必要がございます。医師が常駐していない特養では、協力病院との密接な協力体制も必要でありますので、今後、看取りができる体制整備、医療分野との連携強化を進めるためにも、さらなる評価の充実を御検討いただきたいと思います。

同じ資料1の56ページですけれども、先ほど石田委員のお話にもありましたが、介護老人福祉施設の定員別の収支差率であります。定員が29人以下の地域密着型で1.2%、広域特養平均でも1.3%となっているのですが、その隣の広域型特養では逆に-0.5%となっております。入所施設の特養でありましたら安定的な経営が行えると思っているのですが、



私の市所管の特養では、介護人材の不足から、待機者がいても受入れができずに収入が減少しているところがあると聞いております。最期まで暮らすことのできるついの住みかとして、自宅での介護が困難な方の受皿として、特養は大変重要であると考えておりますので、いずれにしても継続的・安定的な経営が行えるように検討いただきたいと思います。

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、荻野委員、よろしく願いいたします。

○荻野委員 ありがとうございます。日本薬剤師会の荻野でございます。

私からは、特別養護老人ホームと介護老人保健施設につきまして、発言させていただきます。

まず、資料1の特別養護老人ホームの薬剤管理についてでございます。現状、特養の薬剤管理については、末期の悪性腫瘍の利用者に対する場合を除いて、居宅療養管理指導ではなく、医療保険での対応として、施設職員を介しての指導を行っております。しかし、施設職員を介しての薬剤管理とすることで、施設職員さんへの負担増となってしまうケースもあるようで、そのようなことを考えますと、職員の負担軽減や適切な薬剤管理、薬剤の一元的管理の観点から、薬剤師と特養の医師等との連携強化が必要と考えます。また、末期の悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアについては、緊急時対応や頻回の訪問が集中的に必要となる場合があります。現在、そのような利用者への居宅療養管理指導は月8回まで認められていますが、週2回までとされているため、必ずしも対応できない部分がございます。そのような場合には、もう少し柔軟な対応が可能となるように整理が必要と考えております。緩和ケアでの医療用麻薬の使用については、患者家族の医療用麻薬の正確な理解、定期薬、副作用等へのフォローなど、多職種との連携の下で適切に行う必要があるため、医師等と連携した全人的な対応が非常に重要なものと考えております。

次に、資料2の介護老人保健施設での薬剤管理についてです。短期入所の回でも薬局とショートステイとの連携の重要性について発言させていただきましたが、高齢者施設等との連携体制の構築を早急に実現する必要があると考えております。最後に、介護老人保健施設入所者について算定できる医薬品等についてでございます。現在、介護老人保健施設の入所者に対し、資料2の52ページに書かれてあります高額薬剤の処方箋を交付した場合、技術料や指導料等の取扱いは明確でない部分がございます。老健入所者へのコロナ治療薬の抗ウイルス剤の処方にあたり、この問題が浮き彫りとなり、現在は医療保険で特例措置が設けられているものの、コロナ治療薬以外の薬剤を含む対応について一定の整理が必要であるものと考えております。

私からは、以上であります。

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、及川委員、よろしくお願ひいたします。

○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。

私からは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設について、意見を申し上げます。

介護老人福祉施設は、平成27年の改定により、要介護3以上の方が入所される施設となりました。現在、平均要介護度は4となっているということでございますが、この状況においても平均在所期間が3.2年となっております。このことについては、医療的ケアや看取りのケアなど、良質な介護が提供されている結果と評価されるべきと考えます。また、介護老人福祉施設は、看取りの対応もその役割となっております。検討されている医療ニーズへの対応など、早期に評価すべきと考えます。

また、介護老人保健施設についてでございます。在宅復帰の促進に向け、入所者の自宅及び自宅周辺のアセスメントや調理・掃除などの家事遂行訓練など、個別・具体的な生活支援のリハビリプログラムの充実が必要と考えます。また、薬剤調整等の課題があるために入所ができないということにつきましては、入所希望者にとって不利益でございますので、改善を進めるべきだと考えます。

以上でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、よろしくお願ひいたします。

○濱田委員 よろしくお願ひいたします。

まず、資料1の介護老人福祉施設について、21ページにもございますように、収支差率1%強と厳しい経営状況にあると考えられます。その要因の一つとして、既にほかの委員の先生方からも御指摘がございますが、他の種別に比べまして、定員規模が比較的小さい、少ない施設が多く、定員規模が少ない施設ほど、例えば、常勤医師加算や個別機能訓練加算など、常勤専従要件が設けられている人員加算の算定率が低いなどの傾向がございます。これは、実際の人件費よりも、定員が少ないために、加算の算定額が低いということなどでございます。このため、医療をはじめ、専門職人材の安定確保や処遇の安定のために、例えば、33ページから36ページにあるような同一類型で施設併設等が行われている場合、基準値は合算でということでございますけれども、例えば、合計定員で専従とみなすなど、安定確保・定着が進むようなことも検討してはどうかということでございます。

続きまして、資料4の特定施設入居者生活介護についてでございます。7ページにあります高齢者向け住宅の中で介護保険サービスが組み込まれて、特定施設の指定を受けていれば、組み込まれているということでございます。組み込まれていない、そうではない場合、今、介護人材の確保が非常に厳しいということがございますので、例えば、介護サービスの安定的な確保に向けて、あくまでも、施設のいろいろな住宅といいますか、経営方針その他もあろうかと思っておりますが、希望すれば、例えば、9ページにあるような外部サービス利用型特定施設の指定が受けられるように検討することで、一定の安定した確保も進む可能性があるのではないかと考えております。

続きまして、資料5の高齢者施設と医療機関の連携強化等でございます。8ページ、より生活に配慮した情報収集について言及されておりますが、今後、在宅における認知症高齢者等のみの世帯が増加することも踏まえまして、利用者御本人の生活史や生活習慣と取得されたアセスメント情報を、御本人の包括的な同意を踏まえて、関係者が参考にして、より適した医療・介護等サービス提供に生かせるような方策も考慮していく必要があるのではないかと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次、野村委員、よろしく願いいたします。

○野村委員 よろしく願いいたします。ありがとうございます。

まず、私からは、資料1、2、3をメインに、意見と要望を述べさせていただきます。

まず、資料1の介護老人福祉施設については、その論点にありますように、中等度以上の高齢者が増加することから、人生の最終段階における看取りの部分を担当する施設も増加してくるものと思います。特に中等度以上の方では、熱発や誤嚥性肺炎などを頻回に繰り返すケースも多いと伺っております。やはりここは口腔の管理が計画的かつ継続的に実施される仕組みとともに、栄養やリハの観点も総合的に加えた仕組みをぜひ御検討いただければと思います。

続きまして、資料2、介護老人保健施設の論点にありますように、在宅復帰の促進及び医療ニーズへの対応力強化についてでございます。今後、医療ニーズが高い方が増えてくることを想定すれば、今回の医療・介護同時改定では、ぜひ医療と介護の連携とともにその役割分担に着目するべきとも考えております。前回の議論でも申し上げますように、リハ・口腔・栄養が一体的に推進されることが実感できるような改定をお願いしたいと思います。また、前回改定では、口腔衛生管理体制加算が廃止され、基本部分に入りましたが、その体制には施設間の格差も存在しているのではないかと感じております。引き続き、施設等における口腔管理に対する体制については、外部歯科医療機関との連携の下、質の向上を図れるようお願いいたします。その上で、施設等で取り組まれている口腔衛生管理と歯科医療として実施している訪問口腔衛生指導は、その役割や効果も違っていると思いますので、それぞれの役割が果たされるような運用になるようお願いしたいと思います。

また、資料3の介護医療院です。40ページに、入所者の傷病及び処置の状況がございませう。入所者の傷病で歯科疾患は0.0%でございますが、処置の状況に関しましては歯科治療（訪問を含む）で10.5%に上っております。このようなところでも対応をしていかなくてはならないかと考えております。よろしく御検討いただければと思います。

最後に、資料5でございます。高齢者施設と医療機関の連携強化、感染力対応の向上についてでございます。新型コロナウイルス感染症を経験して、様々な医療・介護サービスの提供に変化や気づきがあったと感じております。特に、今後、ICTの活用等も期待すると

ころでございますけれども、今回の論点の医療機関間の連携や情報連携の提案については賛同した上で、ぜひ生活における口腔の情報も関係者で連携していただき、新興感染症も含めて、口腔健康管理の提供が中断されることのないように御配慮いただきたく、御要望いたします。

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。

次、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、田中でございます。

まず、資料5について、発言いたします。医療と介護の連携強化については、何よりも、DXを進め、診療記録と介護記録を双方向で確認できるよう進める必要を感じています。また、田母神委員も話されたように、介護施設等での感染対策や医療ニーズの高まりに合わせて、特定行為のできる看護師の配置を推奨するなど、専門看護師の活用をお願いしたいです。さらに、高度な医療を必要とする場合は、3次救急病院などへの搬送を行うことを前提とした上で、慢性疾患の急性増悪など、日常的な疾患の入院治療については、慢性期リハビリテーションが行える病院や地域包括ケア病棟を有する病院、在宅療養支援病院などとの連携を優先的に行うよう求めてはどうかと提案いたします。そういった病院が少ない地域にあっては、41ページのように、介護老人保健施設を活用することがよいと考えます。老健においては、医療費の施設負担により、インスリンを使っている利用者を受けにくい状況もございます。超高額医療のみならず、比較的薬価が高くより頻度が高い薬剤についての検討もお願いしたいと考えます。さらに、「ターミナルケア加算」という名称については、現在、「ターミナルケア」ではなく「エンドオブライフケア」の名称のほうが使われておりますので、名称の見直しが必要だと考えます。

最後に、介護医療院ですが、介護医療院においては、介護福祉士のための処遇改善加算が算定されにくい現状が報告されています。理由としては、併設する診療報酬部分の病院配属の介護福祉士に処遇改善加算がないために、不公平感がないよう、介護医療院でも支給していない病院が多いと聞いています。トリプル改定であるからこそ、国家資格である介護福祉士をきちんと評価していただき、担当科を超えて、病院における介護福祉士のための処遇を併せて見直していただきたいと思えます。また、介護医療院では、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを、意思疎通が困難になった段階で、行う必要があります。そういった最終的な話し合いを行う際の日本版ガイドラインの作成を求めます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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の稲葉でございます。

私からは、資料1の介護老人福祉施設に関しまして、質問1点、意見2点を申し上げます。

す。

まず、資料の6ページから9ページにかけてございます各種加算の算定状況についてです。それぞれの加算の必要性などについては、これまでも多くの時間を費やして審議して、それぞれの加算が設けられたところでもあります。しかし、このページにあります算定率の実態を見ますと、十分に活用されていないあるいは全く活用されていない状況すら見受けられます。まず、質問なのですけれども、その活用が思うようにされていないことの原因について、把握されていますでしょうか。もし調査等をされておりましたら、お聞かせいただきたいと思います。

次に、意見です。

これまでも、各種加算が複雑になり過ぎているということを何度か申し上げてまいりました。これらは、算定率の実態を踏まえますと、このような加算方式には限界があって、サービスの質の向上に向けて、実効上の価値が出せるように、新たな仕組みを考えていくべきではないかと思えます。これは意見です。

続きまして、40ページにあります同時報酬改定に向けた意見交換の課題が載っています。その論点でもありました高齢者施設・障害者施設等における医療提供機能について、高齢者の施設は、特養、老健、特定施設など、それぞれに設けられた背景・経緯、機能や特性が異なっています。したがって、定義や施設整備基準、介護保険制度の下での医療提供の在り方が異なっていることが現状です。また、在宅サービスの利用者においては、医療保険制度の下で医療を受けることが決められているわけです。このように、介護保険制度の下での高齢者は、在宅と施設における医療サービスの提供機能が異なっていること、また、今後、75歳以上、85歳以上の高齢者が増加していくことを踏まえますと、まずは医療保険制度における議論が優先されるのだと思えますけれども、その整備を踏まえた上で、介護保険制度の下での医療提供の在り方について、漏れなく、ダブりのない役割分担等も含めて、整理していく必要があるのではないかと思います。

以上、意見でございます。

よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 1点、加算の利用が低調な理由と。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

低調な理由としまして、一部調査をしているものもございますし、していないものもあるという答えですけれども、資料1の52ページにありますように、緊急時対応加算を算定していない理由は昨年度の事業でも調べているということで、必要な検討課題に応じまして、加算を算定していない理由については調査することにしてございます。今後も、分科会での御議論や検討課題に応じて、必要に応じて算定されていない理由については分析をしてまいりたいと思えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますでしょうか。

○稲葉委員 せっかく算定率が示されていますので、その理由について、今後に生かしていただきたいと思います。

ありがとうございました。

○田辺分科会長 次、東委員、よろしくお願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東でございます。

本日、多くの資料が出ておりますが、私からは、介護老人保健施設についてのみ発言したいと思います。

まず、資料2の40ページに「介護老人保健施設の基本サービス費タイプの推移」が出ております。ここにある施設タイプの中で、加算型、在宅強化型、超強化型というものが、老健施設の中でも機能が強い施設だと一般的には言われております。この割合を見てみますと、平成30年5月時点で、3つを合わせて42.6%であったものが、令和5年2月時点では、70.2%、約7割を占めるようになりました。多くの老健施設が、在宅支援機能を高めるよう頑張っている結果が出ています。

次に、資料2の22ページに老健施設を含む施設サービスの経営状況が出ております。老健施設では、令和3年度の収支差率が平均1.9%と過去最低の収支差率となっており、施設経営の大変厳しい状況が示されております。ぜひ老健施設としての機能を果たそうと頑張っている施設が報酬上もきちんと評価されるように、基本施設サービス費の増額を含めた検討をしっかりとお願いしたいと思います。

資料2の6ページをご覧ください。老健施設の職員数が出ております。今回、詳しいデータは出ておりませんが、機能が強い老健施設ほど有資格者の配置割合も高いことは分かっております。例えば、この表にあります支援相談員の中で、機能が強い老健施設ほど社会福祉士の配置割合が高いこともエビデンスとして分かっています。機能が強い老健施設を評価する上で、その辺りも踏まえて評価をすべきだと考えます。

次に、資料2の53ページに、老健施設におけるターミナルケア加算の算定状況が出ております。算定人数は年々増加していることが分かります。老健施設のターミナルケアは、在宅支援の一環として提供されることもあります。在宅との往復ということで、繰り返し老健施設を利用する中で、最期も使い慣れた老健施設でと看取りを希望される方が多くいらっしゃることも分かっています。老健施設の看取りは、特養や医療院の看取りとは異なり、長い期間入所している方ばかりではありません。看取りの目的で医療機関から紹介されたり、在宅から紹介された方で、短い期間で亡くなる方も少なくありません。また、特養の場合は、医療は外づけで医療保険での算定が可能となっておりますが、老健施設の場合は、医療費は基本報酬に含まれています。点滴等の医療提供の費用も施設負担になっている現状がございます。さらに、老健施設の看取りの特徴は、医師、看護師、リハ職等の多職種で対応しているところが他の施設とは違うところがございます。看取り期におけるリハビリも提供しており、非常に重要な役割を担っていると考えています。しかし、老健施設のターミナルケア加算は、特養の看取りと同様の報酬体系となっており、老健施設特有

のターミナルケアの対応が評価されているとは言えません。ぜひ老健施設の看取り期の対応を評価していただきたいと考えます。

次に、資料2の44ページには、所定疾患施設療養費の算定状況が出ております。算定回数は増加傾向となっていることが分かると思います。所定疾患施設療養費は、医療ニーズだけですぐに医療機関へ搬送せずに、なるべく施設で対応するために非常に重要な制度であります。医療ニーズが発生しただけで医療機関へ搬送・入院させてしまうと、医療機関では認知症の対応に難渋しているため、認知機能の悪化が進んでしまうことが非常に多いと報告されております。この所定疾患施設療養費の対象疾患を拡大することで、医療機関へ搬送しなくてもよくなるケースが増えると考えます。現在、所定疾患施設療養費の対象疾患は、肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎となっております。例えば対象疾患として、資料2の46ページの「介護施設・福祉施設からの入院患者」にありますように、高齢者によく見られるいわゆる心不全等を所定疾患施設療養費の対象疾患に加えることも考えてもよろしいのではないかと考えます。

次に、高齢者のポリファーマシーの問題についてです。この問題も、ほかの委員からも大変重要だと、多数の御意見が出ておりました。資料2の47ページには、老健施設における薬剤調整の取組状況が出ております。これは管理者の回答だと思いますが、老健施設の95%が薬剤調整の必要性を認識しているにもかかわらず、積極的に取り組んでいる施設は約半数にとどまっています。同じ資料の48ページに、減薬を進めるための加算、かかりつけ医連携薬剤調整加算の概要が出ております。このページの「単位等」の枠の一番下にある注のところに書いてございますが、退所時に所定単位数を加算ということになっております。しかし本当は、老健施設の入所時がポリファーマシー対策の絶好の機会だと考えております。ポリファーマシーを解決するためにも、この加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算の（I）だけでも入所時に算定できるような制度の変更をお願いしたいと考えます。

最後に、資料2の51ページでございます。老健施設における高額な薬剤費の影響の表が出ております。これについても、他の委員からも発言がございましたが、薬剤費が高額であることが理由で入所に困難を生じている場合があります。そして高額な薬剤の多くが難病に関するものでございます。一般的に指定難病の治療は、公的医療保険による医療費の公費負担になっておりますが、老健施設に入所した途端に、その公費負担が利用できなくなります。老健施設が担う医療は、安定的な日常的な医療費とされて包括されているわけですが、難病は明らかに日常的な医療ではありません。日常的に治療が困難であるからこそ指定難病とされているわけです。老健施設入所中であっても、難病の公費負担が利用できるようになりますと、老健施設での難病の対応もより利便性の高いものになると考えられます。高額な薬剤が理由で入所が困難になることも少なくなると考えます。これについても、積極的な検討をお願いしたいと考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、米本委員、よろしく願いいたします。

○米本委員 全国町村会の米本でございます。

私からは、資料5に関連して、意見を申し上げますが、これまで市長会の長内委員や知事会の中村参考人から、自治体としての考えが述べられていますので、繰り返すことはいたしません。その中で、先ほどの高齢者施設と医療機関との連携については、中山間地域や離島などの小規模施設ばかりの条件不利地域においては、経営、処遇、連携など、より深刻な問題となっております。それらを少しでも改善するためには、例えば、連携強化の一環として、ICTを推進していくべきだと思っております。介護現場と医療現場では、別々の組織やシステムで運営されている場合が多いと思いますので、双方が連携を取りやすくするためにも、高齢者施設と医療機関との間での電子カルテや情報システムの統合が必要であり、それらに係る経費や運用面への支援などを行うことにより、ICTをより活用しやすい環境にしていくことも重要ではないかと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、松田委員、よろしく願いいたします。

○松田委員 松田です。

連携のことだけ、少しお話ししたいと思うのですが、連携を進めていくため、今まで、いろいろと研究してみると、前方連携が非常に大事だと思っております。これも田中委員のところでも取り組まれていることですが、前方連携をうまくやっていると、要介護度をそれほど悪化させずに早めにいろいろな対応ができますので、そのための連携ツールをぜひ考えていただきたいと思っております。その際に、連携に関連していろいろと情報をつくらなければいけないのですが、今、その連携情報が似たものでも評価方法が違ったりして、それが多分現場の負担をすごく高めているし、ICTを活用するにしても、似たもので違った項目があることは非常にやりにくいと思っておりますので、この辺のいわゆる整合性を取るということをぜひこの機会にやっていただけたらと思っております。既に函館や長崎のいろいろなところで、連携のために、具体的な、実際に動いているものがありますので、そういうものを参考にさせていただいて、既存のいわゆる診療報酬・介護報酬の中にある項目をうまく使いながら情報共有をしていく仕組みをつくっていただけたらと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、よろしく願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って、順番に意見を述べさせていただきます。

まず、特養の配置医師についてでございます。今日の資料にもありましたように、配置



医師の多くは、主たる勤務先が特養ではない。さらには、そもそも24時間・365日を1人の医師で対応することはシステムとはなりません。したがって、これまで培ってきた配置医師の仕組みは残しつつ、特養と、配置医師と、例えば、その地域の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、いわゆる在支病、これらの平素からの特に顔の見える良好な関係の構築が重要だと思います。ポイントは、介護施設側から医療機関側に声をかけやすいような関係性が大事だと思います。このことによって、例えば、誤嚥性肺炎の入所者の方がそれなりのふさわしい医療機関に入院しやすくなりますし、良好な関係があればあるほど、施設職員さんが入院する入所者さんの搬送もよくしていただけます。したがって、救急車搬送の要請が減ることにもつながります。大事なことは、配置医師が対応困難な場合に、こうした連携する中小病院がカバーを行う配置医師のバックアップサポート体制を絶対につくっていく必要があると思います。配置医師の平均年齢も62歳と、大変高齢な医師が頑張っているわけですが、そういったバックアップサポート体制を構築する必要があるかと思っています。大切なことは、入所者の医療提供に対して支障がないことが重要であります。また、特養から救急搬送に関しまして、昨年度の研究事業でも、状態については、突然の意識障害、呼吸困難、予期せぬ大変なイベントで救急搬送をされていますので、そのこと自体は救急搬送をすることが望ましいと思いますが、その中で、本人が望む場合は、例えば、脳卒中や心筋梗塞で入所の方が治療を望む場合は、当然高度急性期でしっかりと治療をすることが必要でありますし、誤嚥性肺炎や尿路感染症のような入院治療については、対応可能なそういった中小病院等でももう少し充実していく必要もあるかと思っております。また、看取りについては、介護施設の看取りも非常に重要なのですが、特に御本人の意思が尊重されているかどうかは極めて重要だと思います。日本人の4人の1人は最期は病院でと、毎回、国民アンケートの回答にもあります。したがって、本人が望む場所での最期の看取りが大事ですし、死は真実の瞬間でございますから、その瞬間までのターミナルケアが大変充実して、御本人にとって本当に御本人が尊重されるよきものであったかどうかが大変重要なので、そういったものをさらに求めていく必要があるのではないかと思います。

続きまして、老健につきましては、基本型・加算型・強化型とありますが、以前も申しましたように、機能が高くなるほど、すなわち、超強化型になるほど、収支差が悪化しています。原因は、機能を高めるために、人員を要する、すなわち、人件費が高まること、それに伴って、当然稼働率が低下いたします。こういったことが背景にありますので、基本報酬の設定については、より詳細な検討が必要ではないかと思っています。また、先ほど東委員からもございましたけれども、高額な薬剤について、例えば、医療介護連携や地域の連携に支障を来すほど、要は、入所が受けられないほどの高額な薬剤については、しっかりと薬剤費を算定できるような見直しが必要でありますし、このことは介護医療院も同様のことであります。

続きまして、介護医療院につきましては、介護医療院も治療目的で入所される方がいらっ

しゃいますので、例えば、老健には所定疾患施設療養費がございませけれども、介護医療院においても、治療目的で入所されるような方あるいは治療を要する場合については、同様のインセンティブが必要と考えています。また、介護医療院の収支差については、若干他の施設より高めとなっておりますけれども、併設、結構病院の中の一病棟が介護医療院というケースが多いので、支出における費用の案分は詳細に確認していただきたいと思ひます。最後に、いよいよ介護医療院が廃止になりますので、この政策がソフトランディングできるよう、着実に対応していただきたいと思ひます。

続いて、特定施設入居者生活介護につきまして、もともと、施設基準上の看護配置が薄いこと、基本サービス費が低く抑えられていることもございまして、看護職員の加配がなかなか難しいことが現状だと認識しています。一方で、現行介護保険の訪問看護は、看護職員の配置があるがゆえに提供ができないという状況もございませ。したがって、特に夜間等の看護職員不在時の医療的ケアの対応が課題でありますので、そういった特定施設入居者生活介護において、看護職員不在時に医療的ケアをどうカバーするのかは検討が必要ではないかと思ひます。

最後に、医療機関の連携強化・感染対応力の向上についてでございます。先ほど、医療機関との連携強化については、特養の配置医師のところでも述べたことと同じでございます。平素からそういった関係性をつくっていくことが重要だと思ひます。感染対応力向上につきましては、昨年、診療報酬改定で、感染対策向上加算というものができて、これは、医療機関同士、急性期の拠点病院から診療所までの連携体制を構築するものでありますけれども、その中で医療機関と高齢者施設の連携をそこに付加して、一方で、高齢者施設、介護施設側においては、しっかりと医療機関と連携してしかるべき感染対策の取組を行った場合には、介護報酬と同様の評価をする仕組みが考えられると思ひます。特に重要なことは、コロナ禍の反省点においても、施設で感染症が発生したときに、早期の治療が非常に重要だったと思ひますけれども、そういった早期治療への医療支援、またこれは行われてきましたけれども、現場での感染対策の指導、治療終了者の早期受入れといったものが役割として考えられますので、こういったものが担保できる仕組みがよろしいかと考えております。

最後に、1つだけ、総括的に申し上げたいと思ひます。今、在宅医療は、自宅のみならず、高齢者住宅や介護施設でも幅広く行われています。我が国の、特に地方都市とか、多くの地域では、自宅や高齢者住宅よりも介護施設のサービスで在宅医療をカバーしているところが多いことが実態であります。すなわち、訪問診療や訪問看護の提供が少ないけれども、介護施設でかなり支えている地域はかなり多いです。そういった中で、そういった貴重な介護施設が現状は前代未満の経営危機に陥っています。現状、特養の4割、老健の4割、介護医療院の3割が赤字と、大半の施設においてキャッシュフローが回っていないことは明白であります。老健も、昭和63年の制度発足以来、最大の経営危機であります。その上に、現在、物価高騰が襲いかかっています。ここは、介護施設の基本サービス費

の増額を図って、介護提供体制の崩壊を防ぐことが喫緊の課題であると思います。今日、多くの委員の先生方も同様のことをおっしゃっていましたが、今、大変な危機に瀕しているということは共通の認識だと思っています。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。一応御発言いただいたと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

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6年度介護報酬改定に関する関係団体ヒアリング・実施要領」について、議論を行います。

事務局より、資料の説明をお願いいたします。

よろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

それでは、資料6に基づきまして、実施要領について、御説明申し上げます。

まず、1. 趣旨でございます。令和6年度介護報酬改定に向けた検討の一環として、関係団体などに対してヒアリングを実施するものでございます。

2. ヒアリング項目は、令和6年度介護報酬改定に関する意見でございます。

3. ヒアリングの実施方法については、記載のとおりでございます。

4. 実施団体でございますが、ヒアリングの実施に係る事前の照会に対して意見ありと回答した団体よりヒアリングを実施するというところで、この事前の照会につきましては、別紙の団体に対して行うこととするということです。次ページに、団体のリストを記載してございます。

こうした案を進めることについて、御意見をいただけますと、幸いです。

よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 御説明をありがとうございます。

ただいま説明のありました事項につきまして、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。

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。鎌田です。

来年度はトリプル改定ということで、障害福祉サービスでも障害福祉サービス等報酬改定検討チームによる審議があり、47団体のヒアリングが行われております。今回の資料では、介護報酬の改定では33団体でよかったのでしょうか。障害者のところでは、全日本ろうあ連盟、日本ALS協会、日本難病・疾病団体協議会など、当事者団体が多くリストアップされています。介護保険制度では認定を受ける理由のトップが認知症ですが、脳血管疾患など、身体障害者手帳を持つ人たちの7割は高齢者です。また、障害のある人たちも高齢化

しつつあります。厚生労働省には、私たち家族の会が利用者サイドの団体として委員に参加させていただいていることは大変ありがたいと思いますけれども、ほかの障害者や難病当事者の皆さんにも意見を伺う機会をつくっていただくことを希望いたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがございましょうか。よろしゅうございますでしょうか。

特に当事者団体に関しましては、技術的にどの団体という問題があるかと思いたすので、できるだけ意見を生かしたいと存じますけれども、具体的な修正等に関しましては、私のほうに一任していただくこととしてよろしゅうございますでしょうか。

(首肯する委員あり)

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、その方向で検討させていただきたいと存じます。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと存じます。

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

○奥山総括調整官 事務局でございます。

次回の第222回介護給付費分科会の開催は、8月30日、15時を予定しております。

依頼については、調整中でございます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

本日は、これで閉会といたします。

お忙しいところ、御参集いただきまして、誠にありがとうございました。

それでは、閉会いたします。