

○古元老人保健課長 定刻になりましたので、第225回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開会いたします。

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、オンライン会議にて開催いたします。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。

次に、本日の委員の出席状況でございます。大石委員、長内委員、鎌田委員、酒向委員及び吉森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、鎌田委員に代わり、原参考人に御出席をいただいております。

以上により、本日は19名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

本日は、令和6年度介護報酬改定に向けた関係団体ヒアリングを行うこととしており、ヒアリングをさせていただく団体の皆様方にもオンラインにて会議に御出席をいただいております。

ヒアリングの進め方については、後ほど田辺分科会長より御説明をいただきたいと存じます。

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。

本日は、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も掲載しております。

次に、オンライン会議の運営方法でございます。

委員の皆様におかれましては、会議の進行中は、基本的には皆様のマイクをミュートにさせていただきます。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、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申し上げます。

それでは、冒頭のカメラ撮影につきましては、ここまでとさせていただきます。存じます。

（カメラ退出）

○古元老人保健課長 それでは、以降の進行につきましては、田辺分科会長にお願い申し上げます。

○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た関係団体ヒアリングの第1回目を行ってまいります。次回と合わせて2回のヒアリングを行っていく予定でございます。

本日、オンラインで御出席の団体の皆様方におかれましては、お忙しいところ、お集まりいただき、誠にありがとうございます。

令和6年度介護報酬改定に向けた検討の一環といたしまして、忌憚のない御意見を頂戴できればと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

進め方についてですけれども、審議を2部に分けまして、各部それぞれ意見陳述と質疑を行います。質疑は各部において、団体の意見陳述が一通り終了した後にまとめて行う予定です。

今回は、単独で御意見をいただく団体は5分、それから複数の団体の連名で御意見をいただく場合は15分と設定しております。

審議時間が限られておりますので、陳述は、あらかじめお伝えしている時間の範囲を厳守いただくようお願い申し上げます。

なお、事務局において、陳述終了時間の1分前にチャイムを1回、それから終了時間にチャイムを2回鳴らします。その段階で陳述人には陳述を終了していただきますので、この点、あらかじめ御了承ください。

それでは、ヒアリングの趣旨及び第1部でヒアリングを行う団体について、事務局のほうから御紹介をお願いいたします。

では、よろしくお願い申し上げます。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

まず、ヒアリングの趣旨について御説明を申し上げたいと思います。

今回のヒアリングは、令和6年度介護報酬改定に向けた検討の一環として、関係団体の皆様から、令和6年度介護報酬改定に関する御意見をいただくものでございます。

次に、本日第1部のヒアリング団体について御紹介を申し上げます。

全国ホームヘルパー協議会より田尻亨様。

日本ホームヘルパー協会より、境野みね子様。

日本認知症グループホーム協会より、河崎茂子様。

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会より、宮島渡様。

全国定期巡回・随時対応型訪問介護看護協議会より、森重勝様。

地域共生ケア全国ネットワークより、惣万佳代子様。

全国介護事業者連盟より、斉藤正行様に御出席をいただきます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、早速でございますけれども、全国ホームヘルパー協議会の田尻様より御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしくお願いいたします。

○田尻陳述人 ありがとうございます。

全社協全国ホームヘルパー協議会、田尻亨です。このような機会をいただき、ありがとうございます。

私たちは、主に市区町村社協や社会福祉法人などが運営する、地域に根差した訪問介護事業所に所属するホームヘルパー自身によって構成された団体であります。どうぞよろしくお願いいたします。

次のスライド、右下のページ番号で1ページをお願いします。

利用者が住み慣れた地域や自宅で暮らし続けられるよう、ホームヘルパーがその専門性を十分に発揮し、やりがいを持って働き続けることができるよう、7つの事項を特に強く要望します。

2ページをお願いします。

この7つでございます。

次、3ページをお願いします。

質の高い訪問介護の事業継続を可能とする基本報酬の引上げを要望します。現行の報酬では正規雇用が難しく、ヘルパーの確保が困難です。会員の声にもあるとおり、このまま訪問介護事業所の撤退が続くと、サービスを受けることが難しくなることが懸念されます。基本報酬の抜本的な引上げを要望します。

次、6ページをお願いします。

ホームヘルパーの役割や専門性に対する評価を要望します。

特に、看取りケア加算の創設と認知症ケア加算の算定要件の見直しを求めます。

次、10ページをお願いします。

サービス提供責任者の業務に対する適切な評価を要望します。

ヘルパーへの技術指導、必要に応じた計画の見直し、関係機関との連携など、多様化、複雑化している業務に対する適切な評価を要望します。

また、そのような専門的な連携・調整には、ある程度の経験が求められます。サービス提供責任者は介護福祉士へ限定することを要望します。

次、12ページをお願いします。

統一した訪問介護計画書様式の作成を要望します。

事業所によって様式がばらばらで、デジタル化への妨げとなっています。利用者目線に立った分かりやすいサービス提供のためにも、統一した様式の作成を要望します。

次、14ページをお願いします。

人材確保の取組に対する支援と訪問介護の魅力発信を要望します。

ホームヘルパーの人材不足の原因の1つに、訪問介護に触れる機会が少ないことが挙げられます。在宅ケアの基幹サービスでありますので、初任者研修、実務者研修をはじめ、教育機関においても、訪問介護について重点的に学べる環境整備と同行訪問などの実習の必須化を要望します。

次、18ページをお願いします。

同一建物等減算の適正化を要望します。

同じ地域で連続して複数名訪問するだけでも、ヘルパーの負担も軽減され、かなり効率

的で、これが同じ建物ですので、減算対象を大幅に拡大することを求めます。もしくは、地域への訪問割合の具体的な数値を示すことを要望します。

21ページをお願いします。

既存の訪問介護と連携できる複合型のサービス類型の制度設計を要望します。

新サービスでは、利用者本位のサービス提供を行っている既存の訪問介護事業所との適切な連携が図れるよう要望いたします。

23ページをお願いします。

ホームヘルパーは、とても魅力ある仕事だと思っています。当事業所では79歳のヘルパーが現役で地域の利用者宅を日々訪問しております。長く働き続けられるということも、とても素晴らしいことだと思っています。

改めて、私たち在宅ケアの最前線と最後のとりでを担うホームヘルパーの専門性の発揮に向けて、以上7点について、どうぞよろしく願いいたします。

終了します。ありがとうございました。

○田辺分科会長 田尻様、ありがとうございました。

次に、日本ホームヘルパー協会の境野様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○境野陳述人 日本ヘルパー協会の会長の境野です。どうぞよろしく願いいたします。

まず、1ページ目の下のほうの17行目です。

日本ホームヘルパー協会では、訪問介護の重要性と専門性を評価いただくとともに、魅力ある訪問介護の仕事が給与の低さで敬遠されることなく、新規の雇用につながり、現任の訪問介護員が将来にわたり、安心かつ継続して働ける給与が保証されるような報酬改定が行われるよう切に要望いたします。

2ページ目に行きます。

2ページ目から3つに分けて御説明させていただきます。

1. 人材確保や雇用の継続につながる給与設定ができる報酬単価を設定してほしい。

まず、4行目です。人材を確保するには採用時の研修に資金がかかり、物価上昇に伴う事務員等の給与アップ、移動手段のガソリン代の上昇等もあり、ますます経営が厳しくなっている状況です。事業所が存続し、訪問介護の運営が継続できるよう、基本報酬の単価アップをお願いいたします。

2番目、必要な報酬単価・加算の検討をお願いいたします。

(1) 土日・祭日・年末年始の手当の確保をお願いいたします。

2行目の真ん中辺です。事業所は訪問介護に手当をつけて仕事をお願いしている状況です。基本報酬の引上げを希望いたします。

(2) サービス提供責任者が法で定められた本来の業務を全うできるよう加算を創設してください。

マル1退院・退所時のカンファレンスへ参加した場合の加算を創設してください。

マル2 喀痰吸引やその他医療的処置が必要な医療依存度の高い利用者へのサービス提供に、加算を創設してください。

(3) 看取り加算の創設をしていただきたいと思います。適切な評価をお願いいたします。

3 ページ目に移ります。

(4) 感染者に対し、訪問介護事業所への継続支援をお願いするとともに、感染防止に配慮して行った介護サービス提供に関し、加算創設をしてください。少し説明します。

2 行目の後ろのほうです。感染者へのケアをした場合には、感染拡大防止のために、次のサービスをせずに自宅待機となります。ほかの職員が代行業務を行っています。報酬上の評価をお願いいたします。

5 番目、認知症専門ケア加算の要件を満たすことが困難です。訪問介護の見直しをお願いいたします。

(6) 通院等乗降介助の加算方法の見直しをお願いいたします。

例えば、要介護1の方に対し、団地エレベーターのない4階から車椅子を降ろし、20分かかっても通院等乗降介助の算定のみになっております。

3、その他の必要事項。喀痰吸引研修費用の無償化、実施研修の負担をお願いいたします。

最後に4ページの(2)訪問介護人材の確保と育成の強化、訪問介護の魅力発信をお願いいたします。

以上になります。御清聴ありがとうございました。

○田辺分科会長 境野様、どうもありがとうございました。

次に、日本認知症グループホーム協会の河崎様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○河崎陳述人 公益社団法人日本認知症グループホーム協会会長の河崎でございます。

本日は、このような機会をいただきまして、ありがとうございます。

さて、本年6月14日に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立いたしました。この基本法が示すところは、まさに我が協会が発足以来歩んだ道と相似形をなすものと自負いたしております。

今後も当協会は、全国のグループホーム事業所と力を合わせ、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、共生社会の実現のため、一層の努力をいたします。

それでは、スライドの1ページをお願いいたします。

認知症グループホームは、認知症の人のみを対象とした唯一の居住系サービスです。今後も地域包括ケアシステムにおいて、その役割を維持していきたいと思っておりますが、介護現場が直面する課題を踏まえ、適正な運営ができるよう、以下の4点について要望いたします。

1 点目は、基本報酬の増額です。

スライドの2ページです。

現在の基本報酬の水準では、もはや経営努力のみでは対応することが困難な状況となっております。今般の賃金物価の上昇傾向等を踏まえ、基本報酬の増額を強く望みます。

2点目は、認知症ケアの評価の充実、拠点化の推進です。

スライドの3ページをお願いします。

現行の認知症専門ケア加算は、主として体制加算のため、認知症ケアの効果や手間が十分に反映されていません。認知症ケアのプロセス、アウトカムに関する一定の評価など、質の高い認知症ケアを提供している事業所に対する評価を望みます。

次は、地域における認知症ケアの拠点化の推進です。

スライドの4ページをお願いいたします。

大綱では、グループホームは地域における認知症ケアの拠点としての役割が期待されておりますが、市町村との話し合いに苦慮いたしております。

我々が進めていきたいくても、市町村が認めないという現実を、国の力でよろしくお願ひしたいと思ひます。

3点目は、入居者の重度化、看取りへの対応の充実です。医療連携体制加算の見直しです。

スライドの5ページをお願いします。

看護職員の配置や医療機関と連携している事業所においては、看取りへの対応や医療ニーズへの対応に向けて、看護職員を配置し、積極的に医療提供体制の整備を図っています。

それらの事業所に対しては、その体制整備に見合った単位数の引上げを求めます。

そして、実績要件に、入居者に対する日常的な健康管理を追加していただきたいと思ひます。

次は、個々の重度化の容態に応じた適切なサービス提供です。

スライドの6ページをお願いいたします。

個々の重度化の容態に応じた適切なサービス提供については、食事や入浴などの形態の変化、また高価な福祉用具の事業所負担など、現行の報酬制度では対応が困難です。入居者の自立支援の観点から、個々の重度化の容態に応じた適切なサービスが提供できるよう検討していただきたい。

4点目は、介護人材の有効活用です。特にケアマネジャー不足に困っております。

スライドの7ページです。

今後、認知症グループホームの需要の増大、人材不足が見込まれる中で、ケアプランの質を担保しつつ、ベテランの計画作成担当者の有効活用、並びにケアマネジャーの兼務可能な範囲を拡大するなど、柔軟な働き方改革について検討していただきたいと思ひます。

以上、協会としての意見を述べさせていただきました。本日は、貴重なお時間をどうもありがとうございました。

○田辺分科会長 河崎様、ありがとうございました。

次に、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会の宮島様より、御説明のほうをお願いします。

では、よろしく願いいたします。

○宮島陳述人 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会の理事長をしております、宮島です。どうぞよろしくお願いします。

次のページをお願いします。

本日の意見としましては、以上6点について申し述べさせていただきます。

次のページをお願いします。

2006年に創設されました小規模多機能の特徴であります、複数機能包括報酬のメリットの1つについて、御理解をしていただきたいと考えております。

包括報酬型サービスだからこそできた生産性の向上による効率化で、私どものほうで試算したものでございますが、下の表の一番右を見ていただきたいと思っております。

居宅のサービスの組み合わせに比べて、小規模多機能を使うと、このように、かなり効率よくサービスを提供することができることをまとめたものでございます。

次のスライドをお願いいたします。

経費増加に伴う基本報酬上の配慮をお願いしたいということでございます。

現在、補助等でスポット的に報酬を補填していただいております物価高等に関することについて、今後も継続していこうと考えられるガソリン代だとか、食費等々の経費の高騰に関わる基本報酬の評価をお願いしたいということでございます。

次のスライドの5ページをお願いいたします。

認知症700万人時代に入りまして、今後、認知症の独居及び老夫婦等の高齢者のみ世帯が増大してくることを鑑みて、その支援の評価をお願いしたいと思っております。

下の表を見ていただいて、一番左のところは認知症自立度ですが、これは令和3年度ですが、私どもの実態調査の中で明らかになっているものなのですけれども、中等度以上の方が78.8%、一方、ADLの面については、A1、A2の方が50%を超えておりまして、要介護者1と2の方が大体60%ぐらい、なおかつ独居の方が多ということでもあります。

そういった意味で、比較的軽度なADLで認知症が中等度の方が一人暮らしでいるというのが地域の中の現状だと思いますし、今後はそういう方たちが増えていこうということに対しての支援の評価をお願いしたいということでございます。

次のスライドをお願いいたします。

要支援者の支援についてですが、要支援の方については、小規模多機能の場合は宿泊を利用することができる唯一のサービスであります。

その点に関して評価をしていただく場合に、一方で、要支援の方の報酬が比較的低いということを考えて、要支援を受け入れやすい環境整備について御検討いただきたいということでございます。

同じく、4、人員基準の緩和等でございますが、現行では小規模多機能の管理者、計画

作成担当者等の常勤や専従の要件があつて、兼務することができる取扱いが示されておりますけれども、グループホームや定期巡回・随時対応型訪問介護看護等において、一部兼務が認められていない規定もあります。できれば、計画作成担当者や夜間の配置についてのオペレーター等の兼務等について検討していただきたいと思ひます。

次のスライドをお願いいたします。

前回の論点の中にも出てきました、外部のケアマネジャーの配置についてでございますけれども、御覧のように、今、小規模多機能を利用している人たちを外部のケアマネにしまうと、多くのコストがかかるということでございます。

そういう意味では、内側にケアマネを配置することによるメリットとしては、1つは経費の効率性を担保すること。

もう一つは、ケアとマネジメントの一体性による即時性や柔軟性で、利用者さんのニーズに対してしっかりと対応していくということでございます。

最後、8ページ目をお願いいたします。

市町村による地域デザインの重要性と地域拠点としての小規模多機能の有効性についてということで、今後、小規模多機能が地域包括支援センター等と連携をし、地域の相談窓口の受け皿として活動していくことが、地域づくりの観点からも非常に重要になっていくのではないかと考えます。

以上でございます。御清聴ありがとうございました。

○田辺分科会長 宮島様、ありがとうございました。

次に、全国定期巡回随時対応型訪問介護看護協議会の森様より御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○森陳述人 一般社団法人全国定期巡回・随時対応型訪問介護看護協議会理事長の森重勝でございます。

本日は、弊会からの御要望を申し上げる機会をいただき、誠にありがとうございます。

早速ですけれども、ページをめくって、1ページ目をお願いいたします。

今回は、この1ページの5点について要望をさせていただきたいと思ひます。

2ページをお願いいたします。

1点目の要望として「介護現場における物価・賃金高騰対策について」になります。

新型コロナウイルス感染症の法律上の位置づけは変更されましたが、要介護高齢者への感染対策は今後も継続することになっており、令和2年以降、介護事業者へ与えた経営的打撃は大きく、収支差率も下がり続けております。

また、各種物価高騰に対し、介護現場では経費増大分を価格に転嫁することは難しく、事業者の経営努力のみで対応することは困難であります。さらに、人件費の高騰に加え、人材確保にかかる経費は増加し続けており、事業者の経営を圧迫する大きな要因となっております。介護従事者の処遇改善が図られているところでありますが、全産業平均との格

差に加えて各種加算の対象や運用には依然課題を有しております。

以上の状況を踏まえ、弊会からは、次の要望を御提出させていただきます。

まず、令和6年度介護報酬改定において、物価・賃金高騰の影響を踏まえ、経営状況の悪化への配慮や、現場職員の処遇改善、適切な能力を有する人材の確保の支援等をお願いしたいと思います。

次に、介護・福祉分野への物価高騰に対する支援を継続いただきたいと考えています。特に電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金の支援内容につきまして、都道府県等各自自治体による格差の是正をお願いいたします。

また、介護・福祉職の処遇改善関連加算の整理・統廃合と書式のさらなる簡素化、配分ルールの見直しをお願いしたい。

以上、御検討をよろしく申し上げます。

続けて、3ページをお願いいたします。

2点目の要望として「新しい複合型サービスについて」になります。

定期巡回サービスは、定期訪問サービスや随時対応サービス等を通じて、利用者の在宅生活を24時間365日支えることができる地域密着型の訪問系サービスですが、通所介護と組み合わせてサービス提供することで、両サービスの特性が生かされ、利用者を地域でさらに手厚く支えることができます。

しかしながら、両サービスを併用するに当たり、支給限度額があるため通所介護の利用回数に制限が発生し、結果として定期巡回サービスの利用が進まないという実態があります。

そこで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と通所介護を組み合わせた新しい複合型サービスを設けることで、普及を阻害する要因を取り除き、地域包括ケアモデルの確立を推進したいと考えており、御検討をよろしく願います。

3点目の要望として「『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』の統合について」になります。

現在、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統合が社会保障審議会介護保険部会等で検討されておりますが、両サービスの統合に当たっては、利用者・事業者に不便が生じないように、十分に配慮して御検討をお願いいたします。

続けて、4ページをお願いします。

4点目の要望として「自立支援・重度化防止・認知症ケアの取組の推進等について」でございますが、定期巡回サービスと夜間対応型訪問介護において、LIFEの推進、科学的介護推進体制加算の創設を含めた対応や、認知症ケア専門加算の算定要件の緩和及び認知症対応への評価拡充、退院時共同指導加算やターミナルケア加算の算定、通所介護や短期入所利用時の減算の見直しを御検討願います。

定期巡回サービスの普及促進策として、オペレーターの集約をもっと広く周知、推進いただきますよう、お願いいたします。

5点目の要望として「保険者やケアマネジャーの理解」になります。

定期巡回サービス及び夜間対応型訪問介護の普及促進には、保険者やケアマネジャーの同サービスに対する理解が必要不可欠です。

しかしながら、老人保健健康増進事業等のアンケート調査では、同サービスへの理解・関心が薄い保険者やケアマネジャーがいまだ多くいることが示唆されております。両サービスにおいて、引き続き御支援賜りたく、お願い申し上げます。

弊会の要望は、以上となります。御検討のほど、どうぞよろしく願いいたします。

○田辺分科会長 森様、ありがとうございました。

次に、地域共生ケア全国ネットワークの惣万様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○惣万陳述人 地域共生ケア全国ネットワークの惣万です。

今回は6点について話したいと思います。

1つ目は「介護従事者の処遇改善について」です。

介護報酬の引上げが急務です。ただし、介護報酬が上がれば、利用者の負担が多くなります。利用も控えるでしょう。また、介護従事者の賃金引上げに公費投入をお願いします。職員の給料を月7万円ほどアップしてください。それでも普通のサラリーマンの給料と同等です。

安倍首相は8万円アップすると言われました。あれはどこに行ったのでしょうか。

2つ目は「共生型デイサービスの推進について」です。

全国の小規模の事業所に共生型デイサービスを移行する後押しをするような制度設計をしてもらいたいと思います。

国は目標値を立てることで。例えば、5年後に中学校区に1か所共生型をつくるとか、10年後に小学校区に1か所つくるなど、数字で、これからのことを示してほしいと思います。

共生型は、市町村にとってかなり温度差があります。市役所の窓口では、知らない、分からない、前例がないと門前払いされることもあります。

3つ目は「共生型小規模多機能型居宅介護における登録定員について」です。

登録の定員は、共生型利用者を含めることが規定です。そのため、経営を圧迫しています。国の柔軟な対応をお願いします。

この件は、私は案外簡単なのではないかなと思っています。何をすればいいかということ、国は、共生型の利用者は登録定員に含まないと、お触れを出していただければ、ありがたいと思います。

4つ目は「新たな複合型サービスについて」です。

今後、地域のありようや地域共生社会の対応に対し、制度を横断的に介護保険、障害者の総合支援、保育、生活困窮者などの基準緩和の複合的サービスにすべきです。丸ごとにするべきです。

5 番目は「社会福祉連携推進法人について」です。

開設の要件に関し、要件のハードルが高過ぎます。現状の社会福祉法人が中心ではなく、NPOや社団法人などもメインになれるような連携推進法人の在り方が必要です。

また、NPOや社団法人など非営利の法人こそ、税制上の優遇などの措置を検討してください。私たちは、小さいことはいいことだをキャッチフレーズにしています。私はなのですが、社会福祉法人に吸収されるのは嫌です。

6 番目「人員配置基準について」。

ICT化やロボットを導入しても、人員配置は減らさないでください。私たちは、いい介護をしたいのです。若い職員、うちの職員が言いました。僕はロボット以上の介護をしている。誇りを持って仕事をしていますと言いました。そういう制度をつくってほしいと思います。お願いします。

○田辺分科会長 惣万様、ありがとうございました。

次に、全国介護事業者連盟の斉藤様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○斉藤陳述人 一般社団法人全国介護事業者連盟の理事長を務めております、斉藤正行です。

このたびは、大変貴重な機会に御参加させていただきまして、誠にありがとうございます。平和6年度の介護報酬改定に向けてということで、当団体からの意見を述べさせていただきます。

2 ページ、当団体は、介護・障害福祉事業者による法人種別・サービス種別の垣根を越えた横断的な組織として活動をさせていただいております。

3 ページですけれども、最初に、まずは次の報酬改定に向けて、大幅なプラス改定の実現をお願いしたいということで、他団体の皆様方からもお話もありましたとおり、現在、コロナ禍、物価高騰、そして処遇改善に向けてという大変厳しい状況下の中で、しっかりと処遇を果たし、経営の安定化を果たしていくためにも、次の報酬改定は大きなプラス改定の実現をお願いしたいと思っております。

4 ページになりますけれども、今回の当団体からの意見につきましては、我々全てのサービス種別を、横断的な団体ということでございますので、全ての細かいサービスごとの意見ということを述べさせていただく時間がございませんので、給付費分科会でも示されております、次なる報酬改定に向けた4つの分野横断テーマを中心として意見を述べさせていただきます。

個別の意見につきましては、重点的な項目に限定して提言をさせていただいておりますので、説明も全てができませんので、後ほど資料を御確認いただければ幸いです。

また、各サービスごとの当団体からの意見につきましては、別途要望書を提出させていただきます。

5 ページから、4つの分野横断テーマについてということで、6 ページ「地域包括ケア

システムの深化・推進」は、5つの要望を述べさせていただきたいと思います。

7ページのところで、重点的にマル2番「ケアマネジメントの公正中立性の確保と集合住宅のサービスの在り方」ということで、過剰な集合住宅へのサービス提供をしっかりと点検していく体制を、さらにケアマネジメント運営事業者ともお願いしたいと思っております。

ただ、同時に、集合住宅に対するさらなる減算ということを含めた状況については、今の経営環境を踏まえた慎重な対応をいただきたいと思いますと思っております。

その他の項目については、資料を御確認いただきたいと思いますということで、10ページまで行っていただきたいと思いますと思いますが、自立支援・重度化防止については、5項目記載をさせていただいております。

11ページのところで、自立支援・重度化防止の重要性は御承知のとおりであります、とりわけ改善のみならず、重度化防止ということへの再評価という部分と、何よりも単純なるADLや口腔機能の状態改善のみならず、QOLの向上をしっかりと推進していくということをお前提とした制度改革をお願いしたいと思っております。

マル2番、リハビリ・機能訓練・口腔・栄養についての一体的な取組の推進。

12ページ、機能訓練、そしてマル4番、LIFEの加算については、サービスの居宅訪問等を含めた拡充や、新たな関連加算やシステムの操作性の向上を含めた取組をお願いしたい。

13ページにつきましては、LIFEも含めて、アウトカムについてのさらなる推進拡充をお願いしたいと思っております。

14ページ、介護人材の確保と現場の生産性向上ということでは、3つ提言を述べさせていただきます。

15ページのところで、処遇改善加算についての一本化とさらなる簡素化ということともに、特に居宅のケアマネジャーについて、今の状況を踏まえた上で、同様の加算の創設を強く要望させていただきたいと思っております。

16ページ、文書の負担軽減のさらなる簡素化と、そして介護現場の生産性向上に向けてということで、テクノロジーを活用した人材の効率化をぜひとも実現いただきたいと思いますと思っております。

17ページ「制度の安定性・持続性の確保」については、3つ述べさせていただきたいと思っております。

19ページの3番目だけ申し上げたいと思っておりますが、新たな複合型サービスにつきましては、包括報酬を前提として、今後の制度改革の大変重要なテーマだと思っておりますので、ぜひとも現場の実情を丁寧に拾い上げて、前向きに推進をいただきたいと思いますと思っております。

以上、分野横断テーマでございまして、20ページ以降に個別のサービスごとについて、それぞれの重点的な項目だけ記載をさせていただいておりますので、これらにつきましては、後ほど資料を御確認いただければと思っております。

また、別途の要望書でしっかりと意見提言をさせていただきたいと思っております。いずれに

せよ、厳しい経営環境の中で、しっかりと制度の改革をし、制度を持続可能にしていくとともに、介護事業者への報酬の大幅な増ということを改めてお願いをしたいと思います。

私からの提言は、以上となります。

○田辺分科会長 齊藤様、ありがとうございました。

また、各御説明をなされた陳述人の方々には、時間厳守をしていただきまして誠にありがとうございます。御礼申し上げます。

それでは、今の団体の皆様方の御説明に対しまして、御質問等ございましたら、委員の皆様方、お願いしたいと存じます。

なお、時間の関係上質疑時間は、全体として約20分といたします。発言の論点に沿って簡潔に御発言いただきますよう、御協力のほうをお願い申し上げます。

では、よろしくお願ひいたします。

では、原参考人、よろしくお願ひします。

○原参考人 認知症の人と家族の会の理事の原と申します。鎌田委員の代理で、本日はよろしくお願ひいたします。

簡潔に、認知症の対応についてと、看取り対応について、今までの議論から質問させていただきたいと思います。

認知症の症状が出始める最初の段階から、ヘルパーや介護事業所での対応をしていただき、充実してきた印象を受ける中で、人材不足によるサービス提供不足、中断は、利用者である認知症の人の在宅継続によって、よって大きな懸念となっています。

また、症状が進行し、戸惑い、不安で、認知症の人が混乱し、攻撃的言動を示すBPSDが見られた場合の対応は、事業者によって大きく差があり、認知症の人と家族が在宅や通所、そして入所においても支援を受けられず、路頭に迷う状況があることは看過できません。

認知症によるBPSD対応を十分にさせていただいている事業所への質の高いケアへの負担増に反対するものではなく、むしろ専門職や支援事業所としては、表情に苦しむ当事者を突き放すのではなく、真に寄り添う姿勢を評価していただく報酬体系を望みます。

そこで、ホームヘルパー協会への質問なのですが、認知症対応の充実の要とも言えるホームヘルパーさんたちですが、その有効求人倍率が約16倍になるなど、介護労働者の中でも人材確保が困難な事態になっておりますが、ヘルパーを増やすにはどのような具体的な方策が必要と考えるか、御意見を参考にお聞かせいただきたいと思います。

もう一つ、看取り対応についてですが、認知症の人を介護する家族は、認知症の人がその人らしく看取りができる場合の報酬充実を望みます。

具体的に看取りの場の死の場面が、その場で行われる加算ではなく、看取り期を通して見守る支援を評価していただきたいと思います。

実際に地方都市では、高齢化、減少に伴って、最期までの看取りができない施設が増えています。遠隔での難しさもありますが、看取り加算が難しいという状況がありますが、看取り期の支援は、むしろ充実している状況にあります。

そのような状況を、グループホームですとか特養ですとか、そういったところの報酬をしっかりと取っていただきたいということと、最期の死亡診断の場ではなく、直前までのケアの評価をしていただくことは、先ほどのホームヘルパーさんの御意見にもありましたが、事業所としてケアの質の向上のモチベーションにつながると思いますので、御検討ください。

在宅では、看取り期のヘルパー支援の評価を特養グループホーム等において、看取り期のケア、看護の評価をお願いしたいと思えます。

実際、看取り期の支援、介護力が弱い状況の家族にとっては、独居の場合も含めてですが、本当にヘルパーさんにはお世話になっている状況があります。

そこで、グループホーム協会、小多機や定時巡回協議会等への御質問ですが、看取り期において認知症のケアの担い手として、在宅とともにきめ細やかなケアが期待されるグループホーム、看取り移行期へのケアに期待小多機や看多機、定期巡回対応、介護、看護ですが、そこでの看取りケアの充実、看護師配置、訪問看護との連携は、密着型サービスの制限の中で困難な側面もあると思えます。柔軟な他事業との連携が必須ではないかと考えますが、こちらに関しても御意見をお聞かせください。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、2つ御質問がございました。まず、全国ホームヘルパー協議会の田尻様、1問目の御質問に対して、何か御回答がございましたら、よろしくお願ひいたします。

○田尻陳述人 御質問ありがとうございます。全国ホームヘルパー協議会です。

人材確保策に対しましては、資料にも記載してありますとおり、訪問介護の魅力というもの正しく伝わっていない、または訪問介護に触れる機会が少ないことが1つとしてあると思えますので、引き続き、我々も誇りを持ってサービスを提供する中で、自らも魅力を発信しながらやってい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。

もう一つ御質問がございました認知症グループホーム、それから小多機の連絡会、それから、定期巡回・訪問介護看護協議会の皆様方から御回答がございましたら、よろしくお願ひいたします。

では、まず、河崎様、何か御意見等ございますでしょうか。

○河崎陳述人 御質問ありがとうございます。

グループホームに入居なさる方の中では、看取りまでしていただきたいという声が多々ございます。

我々といたしましては、本当に看護職員の少ない中で、ようやく常勤換算1以上配置できる状況になりましても、医療連携体制加算1日49単位もしくは1日59単位では、その配置に見合うだけの報酬は少ないということでございまして、その辺りが随分と困っており

ます。

もう一点は、1年間の実績要件というのがございます。定められた9項目の医療的ケアの実績が過去1年間になれば算定できないということでございますので、この9項目の要件への追加と、また別に、体制加算、看護職員の配置に対する点数というものを、ぜひ考慮していただきたい。この2点でございます。

本当にグループホームに入居なさいますと、とても喜ばれて、ご家族、ご本人の、グループホームで最期までという意見がとても多くございますので、この2点については、ぜひ先生方に御理解を賜ればありがたいと思います。

ありがとうございます。

○田辺分科会長 引き続き、宮島様、何か御回答はございますか。お願いします。

○宮島陳述人 御質問ありがとうございました。

小規模多機能においても、平成27年から看取り連携体制加算が設定されております。

それと同時に、看護職員に関しては、介護従事者ということで中に含まれているのですが、そのために看護師等の配置についての加算を創設されております。

令和3年の老健事業の調査では、約8%ぐらいの事業所で、その加算を取得しているということで、まだまだ看取りに関しては、力を入れていかななくてはいけないと認識しているのと、もう一つは、やはり地域の医療機関や訪問看護ステーション等との連携というのは、とても重要になってくると思いますので、その辺についても、今後、様々な制限とか、いろいろあると思いますけれども、看取りがしっかりとできるような体制を地域の中につくっていく必要があるのではないかと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

それでは、森様、何か御回答はございますでしょうか。

○森陳述人 御質問ありがとうございます。

24時間定期巡回としまして、実際に在宅の介護をしたいと、24時間、365日として、当然その中に看取り、または認知症の方の対応を行っているわけですが、特にターミナル加算とか、そういうのは、訪問看護と連携して、24時間定期巡回がなされていて、訪問看護がついておりますけれども、そちらのほうにはあったとしても、介護のほうには、看取り加算というのはない。実際には、かなりの看取りを在宅で行っているというのが実情でございます。

ただ、基本的には、やはり介護報酬の基本的な部分の底上げをしていただいて、そしてそのような加算も段階的に考えていただければいいの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した。

それでは、次に、田母神委員、よろしくお願ひいたします。なお、陳述人の意見に対する御質問に限って御発言をお願いいたします。しかも簡潔にお願いいたします。

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。日本看護協会の田母神でございます。

私からは、日本認知症グループホーム協会の河崎様、そして地域共生ケア全国ネットワークの惣万様に、1点ずつ御質問を申し上げます。

御指摘がありました医療連携体制加算について、認知症グループホームにおける療養環境、医療ニーズがあっても、そこで療養、暮らしを続けられるということは非常に重要であると思っております。

これまでの分科会でも加算2や3の算定率が低いこと、そして、単位数と見合わないという回答結果も多くございました。これに関して、具体的な乖離について、調査結果など、お示しいただけるものがあるかどうかということと、今後、また、そういったものをお示しいただけるかどうかというところが1点でございます。

また、要件についても、現行の要件では範囲が狭いという御指摘があったかと思えます。補足がありましたらお願いします。

もう一点は、惣万様に御質問でございますが、2番目の地域共生型サービスの推進というところは、総合的な取組が必要だと考えておりますけれども、市町村での目標値が必要だという御指摘をいただきましたが、報酬の関係での御提案や実情というところで、何か補足がございましたら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。

それでは、まず、認知症グループホーム協会の河崎様、御回答のほうをお願いいたします。

○河崎陳述人 御質問ありがとうございます。

アンケート調査結果にございますように、医療連携体制加算を取りたいと思っても取れないという結果が75.2%、それは、やはり看護職員を配置したくても数が少ない。さらに、看護職員を配置しても、実績要件のハードルが高く、加算が取れないという結果になっています。

また、人件費のコストが、加算額に見合わないという結果も36.3%という数字できちんと表れております。

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、惣万様、御回答のほうをお願いいたします。

○惣万陳述人 共生型の報酬は、例えば、介護保険のところに障害者とかを入れたら94%とか、反対の部分が93%なのですよ。

ですから、この報酬が、ここに書きませんでしたけれども、もし共生を進めるなら102%を105%にしてほしい。なぜ私たちが、同じ介護をしているのに、94とか下げられるのかが、私は分かりません。なぜ、せめて100%にならないのかと思います。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

あと、続きはございますが、報酬のところは御回答いただきましたけれども。

○田母神委員 ありがとうございます。

○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。

小規模多機能の宮島さんと、それから共生型の惣万さんにお伺いします。

まず、小規模多機能の宮島さんですが、2点ありまして、1つ目は(3)の要支援者への支援ということで、受け入れやすい環境整備というのが、具体的にどのようなアイデアをお持ちかお知らせいただきたいです。

それから、5番目のケアマネジメントのところ、私もこのケアとマネジメントが一体化しているということの意義はとても大きいと考えていますけれども、今回の資料では費用のことをお示しくださっていましたが、この一体化していることの質的なエビデンスが何かあれば、お示しいただきたいです。

それから、共生型の惣万さん、もしかすると、今の直前の御回答がそれに当たるのかもしれないのですが、2番目の共生型サービスの推進というところの、全国の小規模事業所へ共生型サービス事業の移行を後押しするような制度設計というのが、具体的にどういうアイデアをお持ちかというのが、もし先ほどの御意見と異なる何かがあれば、お知らせいただければと思います。お願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、まず、宮島様、よろしく願いいたします。

○宮島陳述人 御質問ありがとうございます。

まず、スライド6の要支援者への支援のことについてでございますが、小規模多機能は、設計上は要介護度が3.5ということで、中重度を目論んで設計をされているところなのですけれども、実際は要介護度2、あるいは2.2とか、それぐらいの軽度な方たちが利用するケースがあります。

それと要支援1から2の方も御利用できるということでありますので、この要支援1と2の方たちに対する、特に生活支援とか見守りについて、比較的軽いサービスを提供することが可能になりますので、その方たちに対しての支援に関して、例えばですけれども、ジャストアイデアなのですけれども、居宅のケアマネジャーさんの中で、例えば2人を1カウントにするとか、例えば、登録定員に満たしていない場合は、2人の利用を1カウントにするとか、そういう方法もあるのではないかなんということは考えておりました。

ほかにもいい方法あるのではないかなんと思いますけれども、その辺について、また、お考えいただければありがたいかなんと思っています。

もう一つの7ページのほうでございますけれども、1つ、今回は費用の件についてお示しさせていただきましたけれども、具体的に提供されることでは、内側にケアマネジャーさんがいることによって、宿泊を駆使して、それでケアマネジャーさんが継続的に支援することができる部分においては、例えば、令和3年の老健事業の調査の中では、通いの場

とか訪問あるいは宿泊の場で、役割の場を提供する、役割を発揮する機会を多くつくることによって、それで、要介護度が改善しているというケースが、例えば要介護5の方であれば33%の方が改善する、要介護4の方であれば29%の方が改善する、要介護3の場合、19.2%は改善するということです。

ケアマネジャーさんが内側にいることの1つの大きな要因としては、その人の状況を、きめ細かく把握する、例えば特養とかグループホームもそうだと思うのですが、ケアマネもケアに参加することによって、一体的に生活状況とかケアの状況とかを把握することができるので、ケアプランが実質的なものになっているということです。

ですから、居宅介護支援計画プラスサービスマネジメントというところがありますので、そのサービスマネジメントを非常に実効的に動かすことができた結果、こういう結果が出たのではないかと、私たちは分析しているところでもあります。

今後、将来、一体になっていることに対する満足感みたいなものを、ぜひ御家族や御本人さんに伺ってみ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、惣万様、御回答のほうがあれば、よろしく願いいたします。

○惣万陳述人 共生型というのは、自分が好きなこともあって、とてもいい仕事だと私は思っています。

それに対して、やはり共生型をすることによって、介護報酬をもう少し、100%以上にしてほしいかなど。同じ介護をしても94%、97%に下げられるのは、私は、本当はおかしいと思っています。

例えば、最近、この指とまれも幾つかの医療的ケアが入ってきています。では、医療的ケアの子供たちが、4歳の子でも一日いて、朝から夕方5時、6時までいても、7,000円から8,000円しか出ていません。

そうかといって、ほかのところに、医療系でも何でもない、社会福祉法人か何か分からないけれども行ったら、3万出るというのです。この差は何なのかと言いながら、私たちは、医療的ケアを引き受けています。これが現状です。

○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。なお、質疑応答は4時10分で打ち切りますので、それをめどに御発言いただきたいと思っております。

○奥塚委員 ありがとうございます。

日本ホームヘルパー協会の境野さんにお尋ねでございます。

在宅サービスを支えるホームヘルパーの高齢化、人材確保は、特に地方にとっても喫緊の課題であると痛感いたしております。

地方においては、大きな担い手になっております社会福祉協議会につきましても、ヘルパーの高齢化、人手不足あるいは事業の経営悪化などが理由だと思うのですが、訪

問介護の事業を廃止、休止する事業所が増えていると伺っております。

大分県でも過去5年間のデータでは、減少率が4割近い38.5%で全国第2という状況でございます。

基本報酬の引上げについては、処遇改善において、国においても処遇改善加算あるいは特定処遇改善加算と、充実に取り組んでいただいているところですが、訪問介護は他のサービスと比べて、処遇改善に係る加算の取得率が低い状況であるということだと思います。

取得率が低いことについて、どういった理由なのか、算定要件を満たすのが難しいのか、あるいは算定事務が煩雑なのか、特に何か理由がございましたら、教え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、田尻様、それから、境野様、御回答のほうをお願いいたします。

○境野陳述人 では、境野のほうから先にさせていただきます。

まず、御質問ありがとうございます。御指摘にありました事業所が閉鎖していくというのは、どこの地域でもです。当協会に属している事業所が、今年度も3件閉鎖しております。

その内容としては、人材不足もありますけれども、基本報酬が低いということで、地方に行けば行くほど、ガソリン代がかかるのです。30分で行って30分のケアを終えて、30分かけて、また事業所に戻るといった、経費がかなりかかっているのです。

そこが、まず、閉鎖をしていく原因かと思っております。その高騰のところもありますけれども、そして給料が安いということで、新たな人材が入ってこないのです。まず、基本報酬を上げていただかないと、人材を確保するのは難しいところなのです。

そして、今の処遇改善と、取得率が少ないのは、事業所の中で、その取得の難しさがあって、それを取れないというのが現状かと考えております。

そして、あまりにも複雑過ぎて、何段階も何段階もあるというところの、そこを整備していただきたいと感じております。

以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

田尻様、何か御回答はございますか。

○田尻陳述人 ありがとうございます。

境野さんと同じ意見であります。訪問介護事業所は小規模事業所が多く、非常勤職員に依存している構造的な課題がございますので、利用者様の入院や退院、廃止など頻繁に起こっている状況で、常勤雇用が大変難しいというのも1つの要因としてあろうかと思っております。

あとは、処遇改善に関しましては、我々是一对一で直接御利用者様に相對してサービス

を提供するという中で、一部の事業所様では、やはり利用者負担が増えていくのを懸念されて取っていないところもあるように聞いております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、次に及川委員、よろしくお願いいたします。

○及川委員 ありがとうございます。

私のほうからは、全国ヘルパー協会の田尻会長と日本ホームヘルパー協会の境野会長に質問でございます。

先ほど田尻会長のほうからは、サ責要件の介護福祉士一本化の発言がございました。当会としても、望ましい方向性として発言をさせていただいているところでございます。

現状で、簡単で結構ですので、サービス提供責任者の業務が結構あると思うのですが、その現状をお聞かせいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 では、田尻様、よろしくお願いいたします。

○田尻陳述人 ありがとうございます。

報酬として位置づけられていません、訪問介護計画書の作成に関する見直しも含めたアセスメントやモニタリング、あと担当者会議等への出席等も含めて、サービス提供責任者は、ほかの専門職の方とも連携しながらやっていっている状況で、その辺りのことが報酬内容に含まれているというのが、私どもの団体としては、課題として考えておまして、うちの団体ではサービス提供責任者は、ほとんどの会員さんが、介護福祉士を既に取得している会員さんが多く、介護福祉士を持っていることで専門的な連携調整というのは可能となっている現状がございますので、実務者研修だけをとってサービス提供責任者になるという経験もないサービス提供責任者というのが、利用者にとっては、あまりよろしくないことではないかなと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 境野様、よろしくお願いいたします。

○境野陳述人 まず、サービス提供責任者の責務というところで7項目あって、その7項目をクリアしながら、先ほど言いました、退院、退所加算、退院のカンファレンスや、それから、ヘルパーさんへのいろいろな指導まで入ってくるのです。そして、それを介護福祉士が行うというのは私も同感です。当協会でも、介護福祉士が多くございます。そして資質向上のために、研鑽を行っているというのが現状だと思います。

あとは、田尻会長と一緒にです。

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、簡潔によろしくお願いいたします。

○江澤委員 時間がないので簡潔に申し上げます。

まず、全国ホームヘルパー協議会と日本ホームヘルパー協会の方に、今回、当分科会で

も通所と訪問の新たな複合型の提案等があるわけですが、ヘルパーさん側の立場から見て、その点についていかがかということが1点です。

もう一点は、日本認知症グループホーム協会の方に、なかなか看護配置が難しい中で、法改正が必要になりますが、介護保険の訪問看護あるいは介護保険の訪問リハが、サービス提供できることについて、いかがなものかということが1点。

もう一点は、創設当初から比べると、入居者の重度化、看取りへの対応と役割が変化する中で、また、小規模で家庭的なサービスが基盤でございますから、大変経営的に苦しいところだと思います。今日も基本報酬の増額が1番にございましたけれども、経営状況について簡単に、実態というか、その辺りを教えていただければと思います。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、まず、ホームヘルパー協議会並びに協会のほうから、手短かに御回答のほうをお願いいたします。

○田尻陳述人 ありがとうございます。

複合型サービスにおいては、資料にも掲載しておりますが、特にその前で説明していません、例えば同一建物等減算などで発生している不適切なサービスが、今後、新たな課題として発生しないようなことを要望しております、具体的には自立支援重度化防止に資する、その利用者本位のサービス提供を行う既存の訪問介護事業所と連携できるサービス体系というのを要望しております。

以上です。

○田辺分科会長 引き続き、境野様、いかがでございます。

○境野陳述人 複合型サービスについては、私にとっては大賛成です。それは、朝のケアとか、帰りのケアを通所介護の中で訪問介護ができれば、人員がそこで確保できるのです。訪問介護は訪問介護で別のところでできるというところで、両方で行くというのが、私にとってはいいサービスだなと考えております。日本ヘルパー協会は大賛成ということで、今、協議しているところです。

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、もう一間、グループホーム協会の河崎様、御回答のほうをお願いいたします。

○河崎陳述人 ありがとうございます。

先ほど江澤先生からございましたように、訪問看護または訪問リハ、これはぜひ我々も柔軟的に考えていただければありがたいと思います。やはりリハビリというのは、認知症の方にとっても大変重要なことですので、これを、ぜひ将来的には柔軟に活用できるように考えていただきたいということが1つ。

そして、1ユニット、2ユニットがとても苦しいというのは、国の経営概況調査でも出ております。1ユニットで月の収支差額が6万6000円。この額でどうして経営ができるのか、本当に嘆かわしい数字でございます。1ユニットの事業所は、本当にボランティア的

な心意気をもって、グループホームが好きだから、認知症の方が好きだから、ともにということの思いをもって支えられておるといのが現状でございます。

ぜひ先生方、この辺のところを、よろしく御理解賜りたいと思います。ありがとうございます。

○江澤委員 どうも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。

まだ、お手が挙がっている方は多数おられますけれども、時間となりまして、陳述人を待たせておりますので、第1部はここまでといたします。

質問がおありの場合には、会議終了後、事務局のほうにメール等によって御連絡いただければ、当該の団体のほうにお伝えさせていただきますので、よろしく願いいたします。誠に申し訳ございませんけれども、次に移らせていただきます。

それでは、第1部はここまでといたします。第1部に御参加の皆様方、貴重な御意見、誠にありがとうございます。

それでは、引き続きまして、第2部の審議に入ります。

第2部でヒアリングを行う団体について、事務局のほうから紹介のほう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。

それでは、第2部のヒアリング団体につきまして、事務局より御紹介を申し上げます。

日本福祉用具供給協会より、小野木孝二様。

日本福祉用具・生活支援用具協会より、花岡徹様。

高齢者住まい事業者団体連合会より、市原俊男様。

全国介護付きホーム協会より、老松孝晃様。

高齢者住宅協会より、木村祐介様。

全国個室ユニット型施設推進協議会より、藤村二郎様。

介護人材政策研究会より、天野尊明様に御出席をいただいております。

○田辺分科会長 それでは、早速でございますけれども、日本福祉用具供給協会の小野木様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○小野木陳述人 ありがとうございます。

私のほうは、日本福祉用具供給協会の理事長の小野木でございます。

我々は福祉用具をレンタルする事業者の団体であります。私どものほうからは、2点要望をさせていただきます。

最初の1点目の要望でございますけれども、資料の2ページでございます。

こちらのほうで、貸与と販売の選択制についてであります。

介護保険における福祉用具は、利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、必要なタイミングで必要な福祉用具を利用者に提供できるよう、レンタル

を原則とされているところであります。

そんな中で、貸与と販売の選択制という部分には、次のような課題があると思っております。

まず、長期利用になるかどうかの予測は、最初の段階では大変難しく、特に利用者は、自分自身は、この福祉用具を2年か3年使うのではないかと、楽観的に考えられますけれども、残念ながら、2割から3割の方々から2か月か3か月で、レンタルを終了されるという形になっております。

結果として、購入をされた場合は、その後2か月か3か月で、その福祉用具が不要となります。結果として、利用者にとりましても、保険者にとっても費用の増となってしまおうと思っております。

次のページをお願いします。

もし、購入を選択する方が増えますと、その商品の平均対応期間は短くなることが想定され、採算性の確保のために、我々事業者の方は貸与価格自身を上げざるを得なくなるという問題があると思っております。

また、購入された福祉用具が身体状況等に合わなくなった場合、別の用具への交換を提案するわけですが、利用者のほうの所有物となりますので、御利用者さんからは、もったいないとの理由等で受け入れられずに利用を続けてしまい、転倒などの事故につながる可能性が高まると思っております。これらのことから、貸与を原則とする現行制度が維持されることを要望いたします。

そして、もともと価格の低いものは、介護保険制度の対象外となっております。廉価と指摘される福祉用具の種目、種類については、介護保険福祉用具・住宅改修評価検討会というのがございます。そちらにおいて、既存種目の見直しによって、適正化ができるかと思っております。そちらのほうへの検討をお願いしたいと思っております。

2つ目の要望でございますけれども、福祉用具の貸与価格の上限設定についてという部分でございます。

福祉用具の貸与価格の上限設定は、平成30年の10月から施行されまして、令和3年4月の貸与分から適用する価格を見直した上で、その後、3年に一度の頻度で上限価格の見直しが行われております。

業界団体といたしましても、この決定に対して制度の適切な運用を啓発し、前向きに今までも取り組んでまいりました。

しかしながら、この制度は、他の公定価格と異なり、見直しを重ねるごとに、上限価格は確実に下がっていくという、そういう性質を持っていることから、今般、物価や人件費が高騰している近年の局面では、適切な価格転嫁の阻害要因となっており、事業運営が困難になってきております。

つきましては、福祉用具貸与事業者が適切なサービス提供を実施することで、介護人材不足を補い、利用者の生活の質の向上につなげるためにも、本制度そのものの見直しを要

望します。

お手元の参考資料の4、8ページをお願いします。

これは、2019年度を100とした場合の2022年度のそれぞれの指数です。レンタル資材の購入コストの値上がり状況、あるいは事業所運営に係る経費の値上がり状況、福祉用具メンテナンスに係る値上がり状況という部分です。

これ以外にも、もちろん人件費の増という部分もございます。結果として、明らかに各事業者の経営状況が悪化しているという中で、上限価格の設定の見直しを福祉用具の供給協会として切にお願いしたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 小野木様、ありがとうございました。

次に、日本福祉用具・生活支援用具協会の花岡様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○花岡陳述人 日本福祉用具・生活支援用具協会会長の花岡です。

本日は、福祉用具の安全対策強化の提案をさせていただきます。

2ページに移ります。

当協会の簡単な紹介をさせていただきます。

当協会は、通称JASPAと呼ばれております。設立して20年、福祉用具のメーカーを中心とした団体です。

主な代表的な活動としては、福祉用具のJIS・ISOの策定に参加し、福祉用具の安全性向上への活動を行っております。

3ページに移ります。

JASPAの介護保険への関わりを、TAISコードの登録数から説明させていただきます。

福祉用具は、福祉用具貸与の介護給付費明細書にメーカー等が取得するTAISコードまたは福祉用具届出コードいずれかを記載することになっております。

TAISコードは、現状、多くのメーカーが取得し、コード取得を給付対象と判断する市町村も多いかと思えます。

総登録数が、この表の貸与と販売の合計の1万3816品目、そのうちJASPA会員の登録数は8,868品目、構成比は64.1%となっております。

福祉用具の多くは、当協会の会員の開発・製造した製品であり、福祉用具貸与・販売を支えていると思えます。

4ページに移ります。

本日は、2つの提案を述べさせていただきます。

まず1つ目は、福祉用具利用者のさらなる安全性確保のため、福祉用具の安全情報プラットフォーム構築を提案いたします。

これは、簡単なイメージ図です。

現在、上部のように、福祉用具事故・ヒヤリハット情報、注意喚起ツールを複数の福祉用具関連団体、行政などが発信して点在をしております。

下部のように、事故対策を行う貸与事業者、介護保険施設の方から、効率的に情報収集ができないかという声が上がっております。

真ん中のようにインターネット上にプラットフォームを開設して、点在する情報を集約し、貸与事業者、ケアマネジャー、介護保険施設の方が情報収集を効率よく行える体制を構築してはかがかかと思えます。このプラットフォームを福祉用具の安全性対策の基点とすべきではないでしょうか。

5 ページに移ります。

プラットフォーム開設の背景として、福祉用具の事故の要因から説明します。

貸与販売の福祉用具は、家電製品などと同様の消費生活用製品となり、消費生活用製品安全法という法律で重大事故の公表が行われております。

右側は、2007年5月に公表が始まり、今年8月17日、福祉用具の重大事故382件が公表されております。

福祉用具の重大事故の要因は、青色部分の製品に起因する事故よりも、赤色、ピンク、非製品起因の割合が多い。つまり、利用方法による事故の割合が多いのが現状です。

6 ページです。

福祉用具の安全性確保には、メーカーの努力による製品の安全性の向上と、利用者の正しい利用方法の啓発の2段構えが必要だと思えます。

7 ページです。

福祉用具の製品安全性向上のために、各企業はリスクマネジメントを強化しております。また、当協会はメーカー団体と福祉用具の安全性の向上に向け、様々な福祉用具のJIS案、作成と普及啓発に、経済産業省様、厚生労働省様と協力して取り組んでおります。

8 ページに移ります。

一方、こちらは使い方による歩行者の事故・ヒヤリハットの例です。

左上、エスカレーターでの事故、使い方による事故、右上、タイヤの摩耗やブレーキの劣化、製品の不備による事故、下段、踏切の重大事故につながる場合があります。

9 ページ、使い方による福祉用具の事故を防ぐために、行政福祉用具団体で様々な注意喚起ツールを作成しております。これを有効に発信して、ヒヤリハットを防ぐべきと考えております。

10 ページです。プラットフォームコンテンツ(案)です。3つのコンテンツがあります。

事故関連情報注意喚起ツール、その他。当初は、このコンテンツから始めて徐々にアップデートしていくことが必要だと思えます。

11 ページです。最後の提案、2つ目です。

現在、福祉用具貸与・販売選択制が議論されておりますが、利用者の安全性確保の観点から、貸与の原則を維持すべきと考えます。

理由は、利用者のADL変化で用具変更ができる。

モニタリングによる使用方法の確認・保守点検・メンテナンスが行える。これは、福祉用具利用者に対する安全対策です。

仮に、選択制導入を検討する場合は、用具の安全上の対策を検討すべきだと考えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 花岡様、ありがとうございました。

次に、高齢者住まい事業者団体連合会の市原様、全国介護付きホーム協会の老松様、高齢者住宅協会の木村様より、御説明のほうをお願いいたします。

3団体連合ということで、15分間の時間でございます。よろしくをお願いいたします。

○市原陳述人 このたびは、貴重な機会を頂戴し、ありがとうございます。

高齢者住まい事業者団体連合会、略して高住連、代表幹事の市原です。

スライドの2をお願いします。

まずは、高住連の加盟団体についてです。

スライド3をお願いします。

高住連は、高齢者居住系の3団体で構成されておりまして、各団体から幹事メンバーを出して、高齢者住まいの地域向上、従事者の育成など、共通の課題に取り組む連合会です。

スライド4をお願いします。

有料老人ホーム協会は、老人福祉法30条に規定されておりまして、事業の育成と入居者の保護業務を行っています。

有料老人ホームの選び方情報のユーチューブも最近では配信しております。

スライド5をお願いします。

全国介護付きホーム協会は、介護保険の特定施設事業の指定を受けたホーム事業者の団体です。

スライド6をお願いします。

高齢者住宅協会は、サービス付き高齢者向け住宅、略してサ高住の事業者の団体です。

スライド7をお願いします。

3団体の事業カバー範囲について図示しております。

赤い四角が介ホ協です。黄色が高住協、破線、点線の囲みが有老協のカバー範囲です。

次に、高齢者の住まいの特徴と現状について説明します。

スライド8をお願いします。

引き続き、私が御説明します。

スライド9をお願いします。

高齢者の住まいは、介護に関わるサービスは介護保険を利用し、居住と住まいに関わるサービスは、居住者の自己負担のハイブリッド・サービスです。

あわせて、在宅療養支援診療所と連携しながら、看取りにも取り組んでおります。

スライド10をお願いします。

次に、入退去の状況です。御自宅からの入居が全体の約4割、病院からの入居も3割から4割です。

契約終了のほうは、死亡が4割から6割、そのうちの半数以上の方を住まいでお看取りしております。

スライド11をお願いします。

高齢者の住まいの設置件数は、全国で2万3000件に上っております。

次に、スライド12をお願いします。

居住者のほうですが、居住者数は、令和3年時点で有料ホーム、サ高住合計で約86万人です。これは75歳以上の人口約2000万人のうちの4.5%相当で、地域包括ケアシステムにおける役割も大きくなっています。

スライド13をお願いします。

特にサ高住と住宅型ホームは1万9000件、居住者数も60万人に上ります。

スライド14をお願いします。

次に、物価エネルギー高騰、人材確保等の状況調査の要点です。

電気代については、下のグラフ、オレンジの棒グラフが示すとおり、あるいはオレンジのエリアが示すとおり、電気代の増加幅が拡大する傾向にあります。

スライド15をお願いします。

次に、見出しの4、人材確保に関わる状況です。

人件費を増額した法人は58%で、その資金の捻出は、スライド中段の中ほどの4の(2)のとおり、様々な方法で四苦八苦しております。これ以上の捻出は無理という回答が6割でした。

スライド16をお願いします。

報酬改定に関する要望です。高齢者住まいは、地域包括ケアシステムの担い手であり、効率的な社会保障制度を支える面もあります。介護職員の処遇改善と、その人員は確保、人材育成のためには、介護報酬の引上げをぜひともお願い申し上げます。

スライド17をお願いします。

2つ目は、処遇改善加算です。現行の3本立ての加算体系の簡素化を要望します。

3つ目は、経営実態調査における収支差率に関してです。

民間事業は納税負担をした上で、処遇改善、ICT投資など計画を実行しています。収支差はそれぞれの原資となります。

事業主体によって課税非課税主体がございます。つきましては、税引き後の収支差率で、事業の収支の比較をお願いいたします。

それでは、以降のグラフからは、介ホ協、高住協が御説明します。

次のスライドをお願いします。

○老松陳述人 全国介護付きホーム協会の代表理事の老松でございます。

それでは、次のページをお願いします。

まず、介護つきホームの特徴として、医療と介護の連携について、説明をさせていただきます。

まず、看取りケアへの対応でございますが、グラフにありますとおり9割のホームで看取りを行う方針があり、6割のホームで看取り対応を行っております。

次をお願いします。

次に、医療的ケアの概要ですが、協力医療機関と連携し、多くの医療的ケアにも本部の看護職員が対応しているところでございます。

次をお願いします。

先ほどスライド16で基本報酬の向上という要望についてありましたけれども、少し補足をさせていただきます。

2つ目の○にありますとおり、あらゆるコストの増増大により、介護つきホームの経営が、今、極めて厳しくなっております。

こういったか経営環境を受けまして、コストの削減ということは当然ですが、我々は民間ですので、利用料の値上げ等の経営努力により、利益率の確保に多くの法人が努めておりますけれども、それも、今、限界にきております。

このため、介護つきホームの安定的な経営の確保が図られますよう、介護つきホームに関わる基本報酬の向上をぜひお願いいたします。

次をお願いします。

特に一番下ですけれども、介護業界以外の多くの企業が物価高騰を受けまして、今、大幅な賃金の引上げを行っておりますが、介護業界では報酬の引上げがない中、他の業種との比較で、ますます介護職員の採用が困難になっております。

ちなみに来年3月に卒業する大卒の採用ですけれども、各社とも今年度に入ってから急激にできなると、他業種のほうに取られているという報告が上がっております。

続いて、次のページをお願いします。

また、スライドの14のところで、今年度に入っても物価の高騰が続いているというスライドがありましたけれども、当協会によるアンケート調査でも、例えば、電気料金が対昨年で2割以上増加しているところが約8割、4割以上増加しているところが約4割と、大変厳しくなっております。

以上申し上げましたように、賃金の上昇であったりとか、物価高騰を踏まえまして、基本報酬の引上げをぜひよろしく申し上げます。

続いて、次のページをお願いします。

次に、加算に関する要望事項を御説明いたします。

まず、自立支援・重度化防止の取組の推進の観点から、排泄支援加算の新設と科学的介護推進体制加算（II）の新設等を要望いたします。

特に排泄のほうですけれども、高齢者にとって自らトイレで排泄を行うということができるようになることは、やはり尊厳を保持する上で極めて重要なことだと認識しております。

す。自立の排泄を支援する加算新設を希望いたします。

次、お願いいたします。

次に、医療と介護の連携の推進の観点から、入居継続支援加算の要件の見直しを希望いたします。

現在、この加算は喀痰吸引と経管栄養が算定の要件になっておりますけれども、介護付きホームでは、これ以外の医療的ケアを必要とする高齢者が入居し、ホームの看護職員が対応しております。

尿道カテーテルの管理とか、酸素療法、インスリン等々ですが、医療的ケアを算定要件に追加することによって、介護付きホームにおける医療的ケアのさらなる評価を行っていただきたいということでございます。

次、お願いいたします。

以上、申しあげました項目以外にも、大きく6点要望させていただきます。

1点目がサービス提供体制強化加算の要件の見直し。

2点目が医療機関連携加算の要件の緩和。

次のページをお願いします。

3点目がICTロボットの活用の推進。

それから、処遇改善関連加算の一本化。

時短の職員の要件の緩和。

最後に、次のページ、看護職員の配置に関わる減算率の見直しを要望しておりますが、細部の説明は省略をさせていただきます。

以上、何とぞよろしくお願いいたします。

○木村陳述人 続きまして、高齢者住宅協会のほうからお伝えさせていただきます。高齢者住宅協会の副会長の木村でございます。

私からは、サ高住や住宅型有料老人ホームを中心とした介護サービスの外付け型のホームについて御説明いたします。

先ほどお話のありましたとおり、外付け型のホームは、今や特養に迫る60万人もの方が暮らされている非常に大きな役割を担う社会資源と言えると認識しております。

次のスライドをお願いします。

このスライドは、外付け型ホームのケアプランの実例でございます。

このように、サ高住や住宅型ホームの御入居者は、訪問介護などの介護保険サービスの公的負担と、お家賃や生活支援サービスなどの自己負担のサービスを組み合わせる生活されております。

次のスライドをお願いします。

これらを踏まえて、介護報酬改定に関する要望は、次の2つとなります。

1つ目は、訪問介護等の居宅サービスにおける同一建物減算の撤廃あるいは減算割合の削減。

2つ目は、居宅介護支援事業所における同一建物減算への適用を行わない。

次のスライドをお願いします。

同一建物減算の撤廃あるいは減算割合の削減ですが、スライド下段では、適切に介護保険サービス提供を行う事業者と、そうでない事業者との比較を表しております。

太字部分にも記載してございますが、一律に報酬減算という評価は、効率的かつ適切に介護保険サービス提供を行っている事業者の事業継続そのものを危うくする可能性があります。

次のスライドをお願いします。

このスライドは、サ高住等での介護サービスの援助量と、一般の在宅等での援助量との比較の表でございます。

サ高住に居住される独居の高齢者の方、一般の在宅に暮らされている独居の高齢者の方を介護度別に比較しております。

おおむね、どの介護度でも比較して、サ高住に住まわれる方の援助量のほうが少ないという結果が出ています。これは一般在宅と異なりまして、サ高住では、介護保険外であります生活支援サービスというものが附帯している仕組みであるがゆえと想定しております。

次のスライドをお願いします。

このスライドでは、これまでの御説明を踏まえまして、不適切なサービス提供を抑止するためには、効率性を罰則的にかつ一律に評価するのではなく、あくまで適切なアセスメントえたケアプラン作成やサービス提供が行われているかどうかを、保険者である地方公共団体の皆様に改めて厳しい目でチェックをいただくことがより重要で、欠かせないことであると考えております。

適切に集中化サービスを営む事業者の運営や経営が、困難になる可能性を踏まえまして、同一建物減算の撤廃あるいは減算割合の削減を要望いたします。

消費者にとって、適正かつ良質な住まいが選択される環境を整備していくべきと考え、要望を行うものです。

次のスライドをお願いします。

2つ目の要望ですが、財政審にて提案されておりました居宅介護支援事業所における同一建物減算への適用を行わないというものでございます。

御利用者がなじみの介護職員によるケアを選択し、かつ、ケアマネが効率的かつモニタリングを実施しやすい環境をつくっていくことは、御利用者への質の高いケアを提供する観点から、むしろ促進すべきと考え、このような要望を行うものです。

スライドが次のスライドかと思えます。

以後、2つ目以降のスライドは、調査研究事業から居宅において、御利用者1人当たりの1か月間の労働時間の調査結果を出されたものを添付してございます。御参照いただければと思えます。

高齢者住宅協会からは以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

市原様、老松様、木村様、ありがとうございます。

次に、全国個室ユニット型施設推進協議会の藤村様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしくお願いいたします。

○藤村陳述人 推進協の藤村でございます。3点申し上げます。よろしくお願いいたします。

早速ですが、資料の2ページ、まず1点目、ユニットケア研修の充実と普及を促進です。

先に申し上げますが、この意見は中村秀一元老健局長が委員長を務める、今後のユニットケアの在り方を考える検討会が、先頃、緊急提言した内容を踏襲しています。

内容ですが、御案内のとおり、今、介護施設では生産性向上が求められています。その方向性は岸田総理の御発言のとおりと理解をしておりますが、時間を生み出すだけではもったいないと考えています。スキルがあるとさらに有効です。

一方で、ユニットケアが定着したとは言い難い状況があります。ユニットリーダー研修、管理者研修、一般介護職員のユニットケア基礎研修の義務化及びユニットケアならではの個浴の推進や、しつらえの研修等の努力義務化もすべきと考えています。

加えて、資料にはありませんが、なじみの関係を壊すことなく、ツーユニットを一体的に運用することで、守りながら新たな人材を育てるOJTを、生産性向上対策として、今後ユニット型施設にも導入すべきです。

これにより、サービスの質が向上し、施設機能の強化が可能です。あわせて、よろしくお願いいたします。

次に、3ページ。

2点目は、介護報酬に関し、介護職員の賃金目標、年次計画の策定、新たな介護報酬改定ルールの導入が必要と考えます。

こちらにも先に申し上げますが、この内容は、8月7日に全国老人福祉施設協議会さんが出された要望とほぼ同じです。

資料にはありませんが、全国老施協は高い賃金上昇率が持続する局面ともなれば、3年に一度の介護報酬改定では、その間に格差が一層広がり、介護人材の事業者への流出に歯止めがかからないと指摘をされています。

資料にあるとおり、岸田総理は8月31日、2030年代半ばまでに最低賃金を1,500円にすると言明されています。

これを毎年の上昇率に置き換えると12年間、毎年3.4%の上昇をされていくこととなります。

また、つい先週、経済界では、来年度4%の賃上げ目標、日本銀行も賃上げを重視するとの報道があります。

このような流れで、本当に賃上げが進んでいきますと、先ほどの全国老施協さんの御指摘

のとおりとなります。

資料の3ページに戻りますが、右側上段、我々はこういった賃上げの流れに乗り遅れないためにも、先ほどの賃上げアップ率に処遇改善加算を加算し、毎年毎年賃金報酬を4.5%以上アップさせていく必要があると考えています。

ちなみに3年次目に至っては、14%以上のアップが必要です。全国老協協さんは賃金スライド、物価スライドという名称で人件費と物件費、さらに食費の基準額等の自動的改定をすることを要望されていますが、同じ事業者として、全くそのとおりだと思います。

来月取りまとめられる経済対策では、コストカット型の経済から30年ぶりに歴史的転換を図るとして、社会保険適用促進手当や、1人当たり50万円の助成金の創設と賃上げ施策が目白押しです。介護報酬につきましても、賃上げ財源を盛り込んでいただきますとともに、新たな介護報酬改定のルールを策定をいただくようお願い申し上げます。

続けて、最後のページは、複合型サービスの推進策に関する提案です。

特に特養の空きベッド活用と、居宅介護支援事業を含む介護事業者から別の介護事業者への業務委託方式による事業の実施ができないかと考えております。

こうすることで、既存の全ての事業者が理論上は、複合型サービスの参入可能となります。

以上3点が、当会からの意見です。どうぞよろしく願いいたします。

○田辺分科会長 藤村様、ありがとうございました。

次に、介護人材政策研究会の天野様より、御説明のほうをお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○天野陳述人 最後、介護人材政策研究会でございます。

このたびは、貴重な機会を頂戴いたしまして、本当にありがとうございます。

早速ですが、意見陳述のほうに入らせていただきたいと思います。

最初のほうは、うちの自己紹介ですので、ずっと飛ばしていただいて8ページのところをお願いいたします。

釈迦に説法でありますけれども、今回の介護報酬改定については、様々今日の陳述人の皆様方からもお話がありましたとおり、物価、光熱費の高騰であるとか、賃上げの波といったものに対し、いかにして対抗していくのかというのが極めて重い1つ目であると同時に、宮島さんからでしょうか、2040年のことも踏まえて、人口動態が変わっていきまして後期高齢者とされる方々が、認知症中重度者、医療ニーズが高まっているということでありまして、そういったところへの制度設計を今一度作り直そうということで、歴史的にも意義深い機会であると考えております。

めくっていただきまして、次のページであります。

ここからが意見陳述ということになります。もう一回めくっていただければと思います。

10ページからが要望、意見陳述の内容であります。

まず、1つ目が「物価高騰等を踏まえた大幅な基本報酬の引き上げ」ということであり

まして、これも言うまでもありませんが、かなり深刻な状況にあるということは、皆様、肌で感じておられることだろうと思います。

私どもが春先でしたけれども行った調査でも、3割ぐらいの施設事業所が、撤廃も含めて視野に入ってきたという悲惨な状況であると。賃上げにも対抗する余力はなかなか見だしにくいということで、全老健の東会長をはじめ、皆様方が、もう人材流出が始まっているということを訴え始めているということでありまして、深刻な問題であることは間違いないところであろうと。

したがいまして、この次の介護報酬改定に向けて、大幅な基本報酬の引上げ、これが絶対に必要なということを、給付費分科会として審議報告に明記いただきたいと、国民の一人として強く願うところであります。

1つ目のところお願いいたします。

11ページでありまして、処遇改善関連加算については、介事連の斉藤さんもお話がありましたけれども、一本化の議論を進めていただいております、ありがとうございます。

そういった意味で、このところをどう設計していくのか非常に重要でありますけれども、合体させるときに手間が減るからということで、どうしても単価が減りがちだということを知ったことがありまして、そういったことがないようにシンプルに一本化を進めていただきたいということが1つ。

それから、ますます処遇改善の波というのを加速させなければならないということで、要件については議論の余地があると思いますが、上位区分を設けてさらに推進するというのも必要ではないかということでございます。

次の12ページをお願いいたします。

DXのところも本当に重要な課題として、国としても取り組んでいるということでありまして、まだまだ、見守り機器が一番進んでいるとはいえ、3割程度という調査があったと思います。

この部分に関して言えば、効果の明らかなものについては、導入支援を推進することも十分意義があるのだろうなと思うこと。

それから、どんどんと導入すれば、それなりに費用がかかってくることでもありまして、そういったところを応援して、さらに活用を進めていくということで、ここも加算措置の在り方もあっていいのではないかと思いますので、この2つを、ここでは意見を申し上げたいところでございます。

次の13ページであります。

介護福祉士に認められる医療行為の範囲拡大ということでありまして、これは看護協会の皆様とか、介護福祉士会の皆様方の議論が先にあるべきだと思いますので、我々がしゃしゃり出ることではありませんけれども、やはり、看護師の方々の貴重感といいますか、非常に業務内容もハードだということでありまして、何とかこの負担を少しでも軽くしたいということが我々の中でもありまして、例えば、インシュリンの注射であるとか、摘便、

床ずれの処置など、家族が行うようなケースがある場合でも、今は介護福祉士ではなくて看護師だということでありまして、ここはタスクシフトしていくという考え方が1つあっていいと思いますので、ここも今後のことに向けて、ぜひ御検討をいただければと。

めくっていただきまして、14ページであります。

ジャストアイデアでありまして、経営規模拡大のところ、例えば、診療報酬のほうで感染対策控除加算などがありますけれども、複数の事業所等のカンファレンス、要件として、大規模連携などの部分が推進されるようなインセンティブづけというのがあってもいいのではないかとということで意見を申し上げております。

めくっていただきまして、15ページでございます。

2040年に向けた関連加算の強化というところでありまして、先ほど申し上げたように、ますます中重度介護、医療ニーズが高まっていく中で、4つほど御提案をしております。

1つが、特養の看取りは手厚くするしかないだろうということで進めていただきたいということ。

2つ目が、老健であるとかショートステイ、そういったところで新しい看取りの環境をどんどん整えていくような加算体系があってもいいのではないかとということであります。

すみません、その他もろもろありますけれども、通所介護や訪問介護においても看取り、あるいは中重度対応を進めていただきたいということでもあります。

すみません、最後のページだけ言わせてください。基準費用額も重要でありますけれども、17ページということで、すみません、時間が過ぎておりまして、申し訳ありません。最後です。

給付費分科会の議論、国民として非常に期待しておりますので、ぜひすばらしい未来につながる改定をこの場で実現していただきたいということで、お願い申し上げて、介護人材政策研究会より終わらせていただきます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 天野様、ありがとうございました。

それでは、各委員におかれましては、今、団体の皆様方の御説明に対しまして、御質問がございましたら、お願いしたいと存じます。

なお、時間の関係上、質疑時間は20分、17時10分までといたします。なお、1部で御質問ができなかった方々を2部では優先して指名したいと存じます。

それでは、どなたに対する質問なのかを明示した上で、簡潔に御質問なさ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。

では、よろしくお願ひいたします。

それでは、濱田委員、よろしくお願ひいたします。

○濱田委員 どうもよろしくお願ひいたします。

全国個室ユニット型施設推進協議会の藤村様に、質問というか確認でございます。

4ページの複合型サービスにつきまして、ショートステイも含めてということになりますと、かなり小規模多機能に、人員は違いますが、近い形になるかと思うのですが、その

辺り、何か御意見あればお聞きしたいということです。

それから別の介護事業者、恐らく複合型をやるという指定を受けた事業者がない部分を、別の介護事業者からの委託で実施ということですが、こちらは外部サービス利用型特定施設入居者生活介護に近くなるのかなと、似ているのかなという気がしますが、この辺り少し御説明のほうを追加でお願いできればと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 では、藤村様、よろしくお願いいたします。

○藤村陳述人 御質問ありがとうございます。

濱田委員御指摘のとおり、多分、地域によって様々な事情の違いがあろうと思います。既に小規模多機能など充実した地域もあれば、小規模多機能などが充実していない地域もある。また、今からの人口の推移は地域によって様々でございます。

他方で、抱え込みなどの批判があるのも承知しておりますが、この業務委託型であれば、それぞれの地域の資源が連携をしつつ、在宅の限界点を上げていく、その機能の中に、今の施設機能も加わっていくということであれば、その地域にとってのメリットを考えたときに連携のしやすさが出てくるし、いわゆる誰かが元請という形になろうと思いますが、そのコストは委託方式によって分配されますので、ある意味、地域の中の事業者さんがきちんと安定したサービスを提供することにつながっていくと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、原参考人、簡潔に質問のほうをお願いいたします。

○原参考人 簡潔に、認知症の人と家族の会では、これだけはということで、先ほどの一部の議論にもあったのですが、介護人材政策研究会の方に御質問なのですが、当会でも、訪問介護事業所の相次ぐ閉鎖が危機的な状況ということで、サービス付き高齢者向け賃貸住宅や有料老人ホーム併設の訪問介護は別として、一般訪問介護は移動を伴うため、1人当たりのヘルパーが1日に担当できる件数が少なく、直行直帰型が多く、移動費用やケアとケアの間の空き時間が保障されていないため、労働の厳しさに対して収入は少なく、若者世代が集まらない原因だと聞いています。

同行訪問への対価ということが先ほどありましたが、もちろん必要だと思いますが、訪問介護に特有の事情を勘案した報酬設定とする必要があると考え、なぜ介護現場に、これだけ人材が集まらないかに関しては、全産業との賃金格差があるということは、周知のとおりですが、今後、介護の魅力を伝えるため、努力は、国をはじめ地方行政でもされてはいると思いますが、現場に人が来ない原因の検証として、さらに、今日の御意見の中に、あまりそこら辺がなかったですので、もう少し御説明をいただけると幸いです。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、天野様、よろしくお願いいたします。

○天野陳述人 御質問ありがとうございます。

なぜ介護業界に人材が集まりにくいかということの御質問をありがとうございます。

このことに関して、もちろん魅力の発信であるとか、賃金を上げていくということが、まず大事であるということは間違いないところでありますけれども、これはすごく二極化していると思っております、人材が獲得できている事業者と、かなり苦戦している事業者と相当差が開いているなという感覚がすごく肌感としてありまして、そこをどうフォローしていくか、間を埋めていくかとなれば、やはり経営の安定性をまずは大事にしていく。

例えば、ここで言うと、基本報酬をぐっと上げて、それぞれがきちんとしたお給料をぐっと上げていけるような方策を促していくと。そこがなければ、幾ら私の事業者がすてきだとか言っても来てくれないと思いますので、そこをしっかりと後押しできるような制度誘導というのが必要なのではないかということが、正直申し上げたいところであります。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田母神委員、よろしく願いいたします。

○田母神委員 1点だけになりますけれども、介護人材政策研究会の天野様にお示しいただいております、資料の13ページでございますけれども、介護福祉士に認められる医行為の範囲拡大に関連してでございますが、これに関しましては、令和4年12月1日に厚生労働省医政局長通知で、原則として医行為でない行為が整理され、示されたところでございます。

ですので、これに関しては、もう既に整理済みということでは理解しているところでございます。また、そういった意味合いではないと思っておりますけれども、例示されている医行為そのものは、医師の指示に基づき、医療従事者が利用者さんの状態を判断しながら、実施をしていくということでもありますので、そのリスクというところを御理解いただきたく発言させていただきました。

質問でございませぬが、以上でございます。

○田辺分科会長 天野様、何かレスポンスはございますか。

○天野陳述人 ありがとうございます。連投で申し訳ありません。

おっしゃるとおりでありまして、医師であるとか、看護師の指示が重要であるということとは重々承知しております。

申し上げたいことの核心は、看護師の方々のコアの業務をより高めて、評価に結びつけていきたいということがございまして、少しでもタスクシフトを進めていきたいと。介護福祉士が担えるところは担っていくということが必要なだろうと。それによって、介護福祉士も非常に評価が高まる足がけができるのではないかと考えてございまして、もちろん、注射であるとか、そういったところで、肌を破る行為が、非常にナーバスであるということとは承知しておりますし、これは、なかなかすぐ解決できることではございませんが、1つのタスクシフトの視点として申し上げたかったということでもあります。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしくお願いいたします。

○東委員 全老健の東でございます。

私も質問ではございません。意見でございますが、今日様々な団体の方の要望、御意見を聞いておりましたけれども、やはり大勢を占めますのが、介護現場における人材不足が非常に危機的な状況にあること。それから、物価高騰による影響が介護事業者の経営をかなり圧迫していること。これらのことが多く語られたと思います。

物価は、まだ食材料費等上がっていくと思われまので、このまま放置しては、介護業界は壊滅的な打撃を受けると思いますので、ぜひとも次期の介護報酬改定では、大幅なプラス改定となるように、しっかりと皆で声を上げていかなければいけないと感じたところでは。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田中委員、よろしくお願いいたします。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の田中でございます。

私のほうからは、高齢者住まい事業者団体連合会の皆様に御質問でございます。

今、審議会等でも医療と介護の連携ということで、うまく連携がいないということが話に出ているところです。

今回、皆様の御発言の中で押しなべて、どの団体さんからも、当然私たちも実感しているところですが、人材不足であったりとか、物価高騰というお話がございましたけれども、医療との連携というところでの困り感みたいなものについては、特にないのでしょうか、そういったところについて一言で構いませんので、教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 では、お三方のどなたからでも結構でございますけれども、レスポンスのほうをお願いいたします。

では、市原様、手が挙がっていますので、よろしくお願いいたします。

○市原陳述人 市原です。

医療との連携は大事だと思います。在宅療養支援診療所の先生に、月2回定期的に訪問をいただいて、入居者の健康管理、慢性疾患の管理等をやっていただいておりますが、あとは、先ほどもありましたが看護師がどこまで業務できるのか、あるいは増悪期とか、疼痛ケアとか、あるいは本当に看取りの最後のところで、バイタルチェックが毎日必要だとかという場合のときには、やはり医療的なサービスがもう少しあると、住まい事業者としては、大変心強いというのがあります。

ただ、サ高住とは別ですけれども、看護師の配置が有料老人ホームで義務づけられておりますので、それを全面的に訪問看護に依存するということではなくて、やはり老人住ま

いにおいては、看護師が日常的に勤務しているということは、非常に心強い配置だと思いますので、それはそれで大事にしながら、やはり増悪期とか、本当の看取りの最期のところにおいては、もう少し医療との連携を深めていく、あるいは、介護側、住まい側から先生のほうに情報提供していく、それが必要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。

ほかに、お二方からは、特にレスポンスはございますでしょうか。

よろしゅうございますか。では、ほかはいかがでございましょう。

1部で、記憶が確かではないのですが、石田様、それから伊藤様、お手を挙げられていたと記憶しておりますけれども、何か御発言、御質問等ございましたら、この場でお願いいたします。

では、稲葉様、よろしくお願いいいたします。

○稲葉委員 すみません、私も先ほど手を挙げさせていただきましたので、一言確認をお願いしたいのですけれども、各団体のお話を、今日伺った中で、やはり物価高騰などによる収支の圧迫や人材の確保の困難さがあり、事業運営の厳しさというものは感じました。

その中で報酬の改善を求められ、また一方で、基準等の緩和などを求められておりました。

そこで介護人材の有効活用というところで、認知症のグループホーム協会さんからは、介護支援専門員の兼務可能範囲の拡大を求められており、また、小規模多機能型居宅介護支援の事業者連絡会さんからは、人員の基準の緩和ということで、管理者や介護支援専門員の兼務の取扱いも柔軟化を求められていたというところ です。

これらは、これまでも分科会でも取り上げられてきたわけですが、一部進み一部まだ進む余地があるのかなと思っております。

そこで、それぞれの団体さんは、やみくもに基準を緩和しろということではなくて、介護計画の質を担保しつつであるとか、運営に支障がない範囲でといった利用者に負担がしわ寄せに来るのではなく、質を落とすまでもないということではない主張をされておりました、そこは共感できる所でございます。

そこで、まだまだ質を落とさずに、基準緩和等効率化を図れる余地が十分にあるということでもよろしいのでしょうかというところ です。

私からは以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

河崎陳述人、何かレスポンスがあれば、お願いいいたします。

○河崎陳述人 ありがとうございます。

意見陳述でも申しましたように、やはりベテランの計画作成担当者という方を、もっと有効にご活用いただければと思います。

ケアマネジャーの採用については、グループホームだけではなく、全ての介護事業所が

困っております。この辺のところを十二分にご理解していただき、柔軟に活用できるところはきちんと見直していかなければ、これから先どうなるのかなという不安感でいっぱいでございます。

また、グループホームは地域密着型サービスでございますから、その保険者によりまして、ケアマネジャーは1週間きちんといなくては駄目だという見解の保険者もございまして、有効に、有意義に活用してもいいよというところもございまして。その辺りのところは、国のほうで認めていただいても、なかなか地域密着型サービスの保険者から理解してもらえない。やはり、ケアマネジャーの採用には随分と困っている。紹介業者を通じると、グループホームではなかなか出せないような金額を紹介業者に支払わなくてはならない。この辺の現場の困っているところを、ぜひ、皆様に御理解いただければありがたいと思います。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。

それでは、石田委員、よろしく願いいたします。

○石田委員 私の方からは1点です。

田尻さんのほうに確認したいのですけれども、先だって、共同通信のほうから配信された記事で、共同通信が独自に5年間で社協の訪問介護を調査したところ、約220か所が閉鎖あるいは業務休止ということであったということでした。やはり一般の訪問介護事業所の廃止、休止が立て続けに出てくる中で、最後のとりでとも言える社協の訪問介護も、こんな形で休止とか廃止が続いているという状況があるということでした。最近の現状について、御存じの点があれば教えていただきたいですし、やはり一番の課題となっている点についても、分かっているところがあれば教えていただきたいと思って、その件をお願いします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田尻様、御回答をいただければ幸いです。

○田尻陳述人 ありがとうございます。

報道のとおり、私ども社協関係はどんどん廃止が続いております、打つ手がないというのが正直なところでありまして、主な原因は、やはり人材不足と聞いております。その原因は報酬の低さというのがありますし、非常勤職員に依存した運営体制というのが主な原因と把握しております。

ただ、先ほどから申し上げますように、引き続き、私ども団体としても魅力を正しく伝えて、こんなすばらしいサービスですので、希望を胸に頑張っているところであります。ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、濱田委員、よろしく願いいたします。

○濱田委員 恐れ入ります。第1部も質問していいということで、御質問させていただきます。

全国介護事業者連盟の斉藤理事長様のほうに、15ページに居宅介護支援に従事する介護

支援専門員の人材不足の状況や、処遇改善管理加算と同様の加算ということでございますが、これは、要は賃金上昇に資する何らかの報酬の増額を要望するということによろしかったでしょうか。もしオンライン上に、追加の御発言をお願いできればと思うのですが、いかがでしょうか。

○田辺分科会長 それでは、斉藤様、よろしくお願いいたします。

○斉藤陳述人 御質問ありがとうございます。

おっしゃっていただいたとおりの趣旨でございまして、居宅介護支援のケアマネジャーの人材不足ということ、これは全て介護業界共通しているわけですが、とりわけケアマネジャーの人材不足ということも、訪問介護のヘルパーと同様に非常に厳しい状況があります。

また、処遇については、ケアマネジャーという専門性を有した職員であります、その給与の部分が、これまでの介護職員の3本の処遇改善加算ということを踏まえて、ケアマネジャーの給与と介護職の給与が非常に近いという状況にあります。高い専門性を有しているこのケアマネジャーの所得ということについて、公的な支援策が必要ではないかということで、次なる報酬改定に向けて、介護職員の処遇改善加算の一本化とともに、居宅介護支援のケアマネジャーに対しても同様の処遇に関する加算のようなものを、新たに創設いただきたいということで、強く要望させていただいたところであります。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

まだ、御質問があるかもしれませんが時間もなりましたので、第2部のほうもここで閉じさせていただきたいと存じます。

もし、御質問がおありの場合には、会議終了後、事務局のほうにメール等により御連絡いただければ、該当する団体のほうにお伝えさせていただきたいと思えます。

それでは、本日御出席いただきました皆様方からのヒアリングは、ここまでといたします。

大変タイトな時間の中で御発言をいただき、また、貴重な御意見をいただきましてありがとうございます。

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

それでは、本日の審議はここまで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。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

次回の第226回介護給付費分科会の開催でございますが、10月2日14時を予定してございます。議題については、本日同様、令和6年度介護報酬改定に向けた関係団体ヒアリン

グ(2回目)となります。

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、本日はこれにて閉会いたします。お忙しいところ御参集いただき、また、活発な御意見等を御披露いただきまして、ありがとうございました。

それでは、閉会いたします。