

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第226回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

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

本日は、これまで同様、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。

会の開催に当たり、委員の交代がございましたので、御報告いたします。

吉森委員が御退任されておりますので、御報告いたします。

代わって、全国健康保険協会から鳥潟参考人に御出席いただく予定ですが、本日は遅れて御参加いただく旨、御連絡をいただいております。

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

また、御欠席の大石委員に代わり、新田参考人に御出席いただいております。

以上により、本日は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。

なお、堀田委員が御都合により、途中で御退席なさる予定です。

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ます。ヒアリング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から御説明いただきますが、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、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただき、御発言される際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、分科会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言いただくようお願いいたします。

御発言が終わりました後は、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、早速でございますが、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、前回に引き続き、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2

回目を行ってまいります。

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、お忙しいところ御参集いただきまして、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、忌憚ない御意見を頂戴できればと存じますので、よろしくお願い申し上げます。

進め方でございますが、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ってまいります。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いたいと思います。

今回は、単独で御意見をいただく団体は5分、複数の団体の連名で御意見をいただく場合は15分と時間設定をしております。

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きます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、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、あらかじめ御了承願います。

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きまして、事務局から御紹介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、まず、ヒアリングの趣旨について御説明申し上げます。

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させていただきます。

全国軽費老人ホーム協議会より、野内清幸様。

日本ケアテック協会より、鹿野佑介様。

全国社会福祉法人経営者協議会より、柿本貴之様。

日本病院会より、松本隆利様。

全日本病院協会より、進藤晃様。

日本医療法人協会より、鈴木邦彦様。

日本精神科病院協会より、淵野勝弘様。

全国訪問看護事業協会より、高砂裕子様。

日本訪問看護財団より、佐藤美穂子様に御参画いただきます。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、全国軽費老人ホーム協議会の野内様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしくお願いいたします。

○野内陳述人 ただいま御紹介いただきました、全国軽費老人ホーム協議会副理事長の野

内と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

日頃より、この部会等で議論されている関係の皆様、心より御礼申し上げます。

また、私ども全国軽費老人ホーム協議会の貴重なヒアリング時間を設けていただきまして、どうもありがとうございます。

私どもは、全国に2,200余りある軽費ケアハウスのうち、500余りを抱える、25%ぐらいの団体になります。

それでは、早速、資料に移らせていただきたいと思います。

2 ページ目を御覧ください。

まず、軽費老人ホーム協議会の取組といたしまして、もともと軽費老人ホームは、無料または低額な料金で家庭、その他事情に問題がある方に対して便宜を図る施設ということで、老人福祉法の中で提供しております。日常生活に不安がある程度の方が入居する施設となっておりますので、おおむね自立の方が入居していらっしゃいます。

ただ、近年、多様なニーズを抱える方が増えておりますので、今まで軽費老人ホームが行ってきた生活に重点を置いた支援ということで「あなたらしき応援プラン」の個別支援計画を完成させております。

この計画の考え方は、入所者の持つ経験とか支援、強み（ストレングス）を生かして、自己肯定の持てる支援、エンパワーメント支援を行いましょうということを中心にうたっております。このエンパワーメント支援は、施設内だけではなく、地域や社会のつながりを意識しております。

3 ページでございます。

「地域共生社会の実現と軽費老人ホーム」ということで、地域共生社会と言われている中、軽費老人ホームは多様なニーズの方がいらっしゃいますので、この支援は、地域に暮らす方がそのまま施設の中におるという考え方で、間違いはないという形で思っております。

「あなたらしき応援プラン」の中でも、地域を意識した支援をして、入所者の強みをマッチングさせることでつながっております。

状況によっては、支援される側ではなくて、時には支援する側になるということ、生活を重視した支援を行っております。

4 ページ目でございます。

本題の要望事項でございます。

もともと軽費老人ホームは、介護保険に関係のない施設ですが、特定施設を受けるということで、介護保険事業になっていきます。

1 番目は、基本報酬単位の増加です。

特定施設の基本単価は、ほかの入居系の施設と比較しても低く設定されております。理由はいろいろとあると聞いております。

先に6 ページを見ていただいて、グラフにさせていただきました。

一番下の青色が、特定施設の単価でございます。

1か月当たりの単価となっておりますので、一番近いグラフの特養の従来型の個室と比べても、月に約1万円差があるということになっております。

戻っていただいて、5ページ目です。

ほかの事業所と比べると低くなっておりますので、ぜひ単価を上げていただきたいと書いております。

次のページでございます。

「加算の創設」でございます。

8ページに、特養と比較した加算の一覧を入れております。

戻っていただきまして、7ページです。

加算が少ないということと、夜勤の配置に関しては、特に増やしていただきたいということ。あと、自立支援に関わる観点から、自立支援に係る加算も増やしていただきたいと思っております。

3番目です。

同じく、処遇改善の引上げも、単価が非常に安くなっておりますので、配慮していきたいということ。

4番目です。

もともと軽費老人ホームは、他者と連携しておりましたので、内部にこだわらず、外部とも連携したいということ。

「その他の意見」として、また御覧いただいたらと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 野内様、ありがとうございました。

次に、日本ケアテック協会の鹿野様より、説明をお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○鹿野陳述人 御紹介にあずかりました、ケアテック協会会長の鹿野と申します。本日はよろしく願いいたします。

1ページ目をめくってください。

本日は、IT屋ということで、技術者の立場でこのような貴重な場にお呼びいただきまして、ありがとうございます。

当協会は、ケアテックを銘打っておりますが、メーカーなどの大企業、ITベンチャーの法人のみならず、社会福祉法人等の介護事業所様、政策、アカデミアの方々ということで、いろいろな立場の方々を混合した上で、介護の持続可能性の観点で全体を俯瞰して、どうテクノロジーを活用していくかということを議論しながら、全方向よしの解の模索をしている協会となっております。

特に一番気になっているのは、日本の介護の担い手不足という国家課題。

さらに、今、中国、あと北欧諸国もかなりデジタル化を進めておりますが、そういった

観点で国際競争力にも劣るところに関して、非常に危機感を覚えておりますので、この辺りについて、様々なケアテック普及促進の施策をまとめておりますので、よろしく申し上げます。

次のページをよろしく申し上げます。

背景として、先ほど海外のお話をさせていただきましたが、現在、日本全体としてDX後進国だと言える状況です。

特に、人材のデジタルスキル、右の欄は、63番中62位という状況でして、海外、特にアジアにおいても14分の11位ということで、ほぼ最下位レベルになっていまして、非常にもったいない状況だなと思っています。

次のページに参ります。

さらに、国内の介護業界のDXの現状といたしますと、医療・福祉の業界においては、総務省調査で全産業の中で最もデジタル化が進んでいないという現状でございまして、世界で最下位、そして、国内においても、医療・福祉はなかなかデジタル化が進んでいない状況で、非常にもったいない。逆に言うと、いろいろな余地があるというところで、ポテンシャルを感じているという現状でございます。

次のページをお願いします。

海外の事例においては、かれこれフィンランドのヘルシンキでは、2014年からバーチャルケアということで、遠隔でタブレット等を活用しながら、遠隔の看護・介護のビデオシステムを2万4000回月次で行っていたり、イギリス、ドイツにおいては、インフォーマルなサービスのプラットフォーム化、あと、ドイツにおいては、リモートでモニタリングしていく在宅のシステムが進んでおる状況でございます。

次のページをお願いします。

そういった様々な海外の事例等も含めて、今の日本の状況も加味した上で、今、地域包括ケアDXの推進を取りまとめさせていただいております。

主に今回は4点、令和6年度の介護報酬改定においては御検討いただきたいと思っております。

1つ目は、IoTモニタリング支援の実現。

2つ目が、特定事業所加算のケアプラン作成支援AI等の要件の緩和。

3つ目が、ICT連携の充実ということで、在宅は、特に様々な介護所と連携しながら1人を見ていくという構造の観点で、情報連携が非常に大事になってきます。

なので、今、電話やファクスとか時差のあるものよりは、適時連携できるようなもの、システムを使ってできないかという点。

4つ目が、ICT教育、運用サポートの充実ということで、それらのシステムをしっかりと使いこなすものにおいては、様々な教育の施策、外部の有識者、コンサルタントの配置等も含め、検討が必要ではないかと思っております。

具体的には、次のページに参ります。

先ほどの1つ目のIoTモニタリングに係る評価につきましては、主な点としては2点ございます。

一つが、利用者の生活の状況をIoT、いわゆるセンサー等を活用しながらモニタリングし、アセスメントに生かすことができている場合においては評価していくという点。

もう一つが、居宅の訪問回数は、非常に大変な状態ではございますので、一人一人の負担を削減して、ケアマネさんの頭数も足りないところから、遞減性の緩和も、ぜひさらに上限を伸ばすところも検討いただければと思っています。

2つ目は、特定事業所加算。

ケアプラン作成支援AIを入れている場合によっては、なかなか新人ケアマネが採れないという現場の状況もありますので、これを代替する形で、配置緩和の基準を緩くできないかというところが2つ目でございます。

3つ目が、データ連携については、各種情報通信機器を用いて参照情報としていくところをぜひ評価いただきたいと思っています。

4つ目は、事業所のICT推進に向けた評価ですが、ここは現場の教育の一番の基盤になりますので、セキュリティリスク等も含めて、非常に運用が大事になってきますので、ぜひそういったICTの導入に関する評価というところで、資格要件等の検討も含めていただければと思っています。

次のページで、最後に、今後の報酬改定については、こういった形でまとめておりますので、参考に読んでいただければというところで、最後のページになります。

続きまして「地域包括ケアDXビジョン」という形で、さらにマイナンバーから介護現場まで一気通貫したデジタル化をした場合の図をまとめておりますので、ぜひ参考に見ていただければと思います。

御清聴ありがとうございました。

○田辺分科会長 鹿野様、ありがとうございました。

次に、全国社会福祉法人経営者協議会の柿本様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○柿本陳述人 よろしくをお願いいたします。

ありがとうございます。

全国経営協の磯彰格会長の代理で意見を述べさせていただきます。高齢者福祉事業経営委員長を務めております、柿本でございます。今日はよろしくをお願いいたします。

それでは、早速、説明に移らせていただきます。

本日は、スライドが8ページ、6項目について御説明させていただきます。

説明資料の後に、詳細版を提出しておりますので、適宜御覧いただければと思います。

それでは、最初のページでございます。

令和4年度の経営状況について、本会独自調査の速報値でございます。

物価高騰の影響などを受け、介護事業を営む法人の約5割が赤字となり、特養の収

支差率も0.46%にまで低下しております。

このような非常に厳しい状況を御理解いただき、賃金改善と物価対策の継続を図るための基本報酬の引上げについて、小規模施設や従来型特養への配慮を含め、御検討いただきたいと思えます。

次のページを御覧ください。

御覧のように、今回の調査では、令和4年度も特養の人件費は上昇しております。

最賃の引上げなど、今後も全産業を挙げて賃上げすると政府方針が示される中、人件費率は今後とも上昇し続けることが見込まれます。

また、物価高騰についても、交付金による財政措置が追いつかない状況からも明らかになっておりますので、令和6年度以降も全産業の賃上げ、物価上昇の長期化に対応すべく、次の3年後を待つことなく、随時、臨時改定を含めた対応を御検討いただきたいと思えます。

次のページを御覧ください。

建築費についても、平米単価が2010年度以降、最高額となっております。経営状況が厳しくなる中、修繕・建て替え等の費用を確保できていない法人も多くなっていると考えています。生活の場であり、また、地域のセーフティーネットの拠点ともなる施設の整備について、報酬の引上げが必要であると考えております。

次のページを御覧ください。

この間、累次の処遇改善加算の拡充を行う中で、おかげさまで全産業との賃金差が縮小してまいりました。

しかし、多くの産業での賃上げが進む中、全産業と介護職員の賃金差が再拡大することを大変憂慮しております。

他産業との人材獲得競争が厳しくなる中で、人材を確保していくためにも、全産業と遜色のない水準までの処遇改善を早急に進める必要があると考えております。

次のページを御覧ください。

御覧のように、現在、私どもとしても、処遇改善加算をフル活用し、また、加算対象となっていない介護支援専門員等の賃金改善の努力をしております。

さらなる処遇改善を図るためには、処遇改善原資の拡充はもとより、3階建ての処遇改善加算の一元化と簡素化、事務負担軽減を進めていただきたいと思えます。

あわせて、処遇改善の対象職種や、事業者とともに法人裁量のさらなる拡大について御検討ください。

次のページを御覧ください。

また、人材確保という観点から、地域区分に対する課題について、このような意見も寄せられております。

総合確保基金の活用も含めて、生活圈、通勤圏が同じ自治体間で、地域区分が今以上に弾力的に設定され、人材確保ができるよう、御検討いただきたいと思えます。

次のページを御覧ください。

本会の調査結果ですが、特養において、利用者の医療ニーズが年々高まっております。人工透析等、通院・治療支援の評価とともに、医師による往診拡大などによる日常的な医療の強化について、医療・介護連携という観点も含めて御検討いただければと思います。

次のページを御覧ください。

介護保険の持続可能性という観点からは、もちろん、効率的に質の高いサービス、ICT等技術の有効活用の取組も重要と認識しております。サービスの質の維持・向上、LIFE、ケアプラン連携システム等の活用促進を進めていただきたいと考えております。

また、自立支援・重度化防止のための加算の活用促進についても、算定率の低い加算の見直しなどを御検討ください。

最後になりますが、私ども社会福祉法人として、少子高齢、人口減少が進む中で、地域福祉をどう守り抜くか、それぞれの地域で考え、日々取り組んでいるところであります。

地域に必要な介護サービスの持続性を高める上で、特養を拠点とした地域共生社会に向けた取組も重要であり、生活相談員等によるソーシャルワーク業務の評価について御検討いただきたいと思います。

また、生活困難を抱える高齢者の方々を支援するために、改めて特養の入所要件の緩和についても御検討いただきたいと思います。

以上、御説明させていただきます。

御清聴ありがとうございました。

○田辺分科会長 柿本様、ありがとうございました。

次に、日本病院会の松本様、全日本病院協会の進藤様、日本医療法人協会の鈴木様、日本精神科病院協会の渕野様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○松本陳述人 それでは、日本病院会理事の松本でございます。

いつもお世話になりまして、ありがとうございます。

では、1枚めくっていただきまして。

もう一枚めくってください。

まず「1）基本報酬の適切な引き上げ」をお願いしたいと思います。

高騰するエネルギー価格、食費、人件費の対応といったものに対しまして、よろしく御願いしたいと思います。

「2）介護従事者確保・定着に向けた処遇改善」でございます。

人材確保は、非常に困難な状況でございます。

他産業との給与格差は拡大しておりまして、特に下に「課題」と挙げておりますが、ケアマネジャーにおきましては、平均年齢が50歳を超えておりまして、確保困難な状況でございます。対応がずっとなされておられない現状がございます。

2番目に「外国人介護人材の継続的な受け入れ」に関しましてですが、円安のこともあ

りまして、支援がなければ先行きが細ってくると考えられます。

あと、介護福祉士等の人材に関しましては、業者紹介が非常に増えておりますが、コストが非常に上がっているということがございます。

また、同じ介護福祉士でも、病院と施設とでは給与格差が出ておりまして、今回、同時改定を含めまして、ぜひその辺は善処をお願いしたいと思っております。

次のページをお願いします。

「3) 感染症・災害等非常時への備えに対する支援・評価」でございます。

これにつきましては、感染症・災害に強い施設づくりや、非常時の事業継続に対する取組をさらに強めていただきたいと思います。

4)、介護DXでございます。

データベースの入力等は、大変な労力が要ります。ロボット、ICTの活用、セキュリティ対策などを進めていただきたいと思います。

また、現状では、介護系のソフトにつきましては、それぞれ介護系ソフトが事業所ごとに異なっており、ベンダーがたくさん入り組んでおります。そして、ベンダーロックインがされており、介護施設ごとにソフトが違うために、情報共有は非常に困難になっております。統一ソフトの配布、あるいは活用していただければと考えていますので、ぜひお願いします。

そのほか、病院から在宅、特に地域包括ケアからの在宅復帰としての要件が外れておりますので、ぜひお戻しいただきたいと思っております。

以上です。

○進藤陳述人 続きまして、全日本病院協会東京都支部長の進藤でございます。よろしくお願いたします。

7ページをお願いいたします。

「処遇改善の更なる充実」。

介護職の確保が難しくなっている現状を打破するために、以下の2点を要望いたします。

未経験者の介護職就業における事前研修が義務化されていることに対して、雇入れ時の研修費用、終了して本来業務に就くまでの人件費確保を含めて、増額をお願いできればと思います。

マル2、介護の現場でも、インフレ率を超える賃上げの実現のための処遇改善を全ての介護事業所に行き届くようにするため、また、事務手続による負担増を避けるため、基本報酬による増額をお願いしたいと思います。

8ページをお願いいたします。

「栄養ケアに関わる加算の増額」です。

近年、栄養ケア・マネジメントの強化の方向性が示されております。

栄養改善については、管理栄養士の専門性に期待したいところではありますが、人件費との逆ざやとなるおそれがあるため、医療保険でのNSTなども同様に低い傾向があり、同時

改定の折に、栄養ケア関連への点数の引上げをお願いしたいと思います。

次のページをお願いいたします。

「介護報酬における人員欠如に関する緩和措置の創設について」です。

少し長いので、はしょりながら話をさせていただきます。

介護現場で働く労働力不足が在宅系、施設系を問わず、介護保険サービスにおける深刻な問題となっております。今後、少子高齢化が進む中で、対応がよくないという話であったり、体力的にも、精神的にも割に合わないといったネガティブなイメージを持たれていることが多い業界となっております。

今後も、介護業界の人手不足は、大きな問題となることが予想されます。

このような背景にもかかわらず、介護報酬の人員欠如に対するペナルティー、人員基準欠如減算は、介護報酬の3割減となっております。

下から3行目ですが、医療における診療報酬では、歴月内で病床規模に応じた3か月を超えない期間の1割以内、または1か月を超えない期間の1割以内の変動といった要件変動の特例が設けられておりますが、介護報酬においては特例がございません。

このような背景から、要件を緩和して、人員欠如に関しての緩和措置を要望いたします。

以上です。

○鈴木陳述人 日本医療法人協会副会長の鈴木です。

次の9項目を要望します。

まず、11ページ、小多機に関してです。

リハビリ・栄養・口腔が重視される中、現状では、口腔・栄養スクリーニング加算のみであることから、通所介護等では、算定可能な口腔機能向上加算を要望します。

12ページ、看多機及び小多機に関してです。

居宅介護支援事業所では、算定可能な入院時情報連携加算や通院時情報連携加算が対象外です。同様の取扱いを要望します。

13ページ、口腔機能向上加算の実施に関してです。

算定率が低いことから、新たに研修制度を設けた上で、受講を修了した介護福祉士を算定要件に含めることにより、口腔への取組を促進させることを要望します。

14ページ、居宅介護支援事業所のターミナルケアマネジメント加算に関してです。

現在、末期の悪性腫瘍のみが対象となっておりますが、訪問看護等と同様に、在宅で看取りを行った全ての利用者に対して算定できるよう要望します。

15ページです。

介護支援専門員の活躍の場が増加する中、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が不足しています。各介護保険事業の介護支援専門員の配置について、見直すことを要望します。

16ページ、看多機の通いの人員配置要件に関してです。

通いの利用者の状態に合わせて、訪問看護職員との連絡が取れ、すぐに対応できる状況であれば、兼務を可能とするなど、看護職員の有効活用の検討を要望します。

17ページです。

訪問リハビリテーション計画書における、指示に関する標準例の提示を要望します。

また、適切な研修の修了を確認する必要がある場合、項目として加えることを要望します。

18ページです。

ケアプラン点検については、厚生労働省による「ケアプラン点検支援マニュアル」が作成されているにもかかわらず、市町村による差が大きく、いわゆるローカルルールも多いため、さらに標準化に向けた取組を要望します。

また、令和6年度より、介護支援専門員の法定研修に取り入れられる「適切なケアマネジメント手法」に対応した「ケアプラン点検支援マニュアル」への変更を要望します。

19ページです。

介護支援専門員の法定研修の受講費用の負担について、都道府県により受講料に大きな違いがあります。全てを一律にすることは難しいと考えますが、地域ごとに一定の受講料とすることができないか、検討を要望します。

以上です。

○ 渚野陳述人 精神科病院協会の渚野です。よろしくお願いいたします。

21ページをお開きください。

現在、認知症は約700万人とされておりまして、令和2年の患者調査によりますと、精神科病院に外来通院しているBPSDの患者さんは約93万人と言われております。

入院患者は約7.6万人。

紹介経路は地域包括支援センター、介護施設等、大変多岐にわたっております。

精神科病院への入院依頼が大変多くなっております。介護施設に対して情報提供加算等をつけることを要望いたします。

また、精神科病院は、非常に短期に退院を目指しておりまして、BPSDが軽減した後、認知症の人を受け入れるということで、精神科病院からの受入れ加算等を要望することによって、介護連携がより促進すると考えております。

2番目「介護医療院について」。

こちらは医師配置、みとり等をやっておりますので、基本報酬の引上げ。

それから、精神科においては、精神療法。集団だけではなくて、個別の精神療法を行っていただきたい。

それから、重度認知症疾患療養体制加算のアップを要望いたします。

精神保健福祉士、作業療法士、多職種協働のサービスが提供され、精神科医師もきちんと診療体制が整っているということは、認知症の本人、家族にとっても非常に安心できると思われれます。

3番目「要介護高齢精神障害者の介護施設への入所について」。

令和2年の調査によりますと、11.6万人、75歳以上の高齢精神障害者が入院しているこ

とになります。

障害年金を持っていても、病院での支払いと介護の支払いを比べてみますと、介護施設での支払いが非常に高額でありまして、高齢精神障害者が施設に入ることができません。ぜひ高齢精神障害者が他の高齢者と同様に、公平に介護サービス等が受けられるように強く要望いたします。

以上で終わりでございます。

○田辺分科会長 松本様、進藤様、鈴木様、渕野様、ありがとうございました。

次に、全国訪問看護事業協会の高砂様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○高砂陳述人 本日は、このような貴重な機会を頂戴し、ありがとうございます。

全国訪問看護事業協会副会長の高砂裕子と申します。

全国訪問看護事業協会は、訪問看護事業の経営、サービスの質の確保・向上など、訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健・福祉の向上に寄与することを目的とし、現在、約1万6000か所ある訪問看護ステーションの約6割が会員の団体の組織でございます。

次をお願いします。

訪問看護は、要介護状態になった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持・回復及び生活機能の向上を目指すものです。

現場においては、医療ニーズの高い在宅療養者が増加しており、退院直後から緊急時対応、ターミナルケア等について、より質の高い訪問看護サービスを効果的・効率的に提供するため、次の項目に関する意見を述べさせていただきます。

「1. 訪問看護の機能強化へ向けた各種加算の評価の引き上げ」。

1) 、緊急時訪問看護加算の評価。

2) 、ターミナルケア加算の評価。

3) 、退院時共同指導加算の評価及び要件の見直し並びに明確化。

「2. 高齢者の医療・介護ニーズ、看取り等の対応の更なる強化」。

「3. 高齢化の進展により多様化する地域ニーズへの対応強化」。

1) 、専門性の高い看護師がいるステーションへの評価の新設。

2) 、電話等を用いた遠隔からの病状確認や療養指導等に対する報酬の新設。

3) 、利用者から電話等で事務職員や看護補助者が緊急連絡を受けた場合でも、緊急時訪問看護加算を算定できるよう見直し。

次をお願いします。

意見1の背景といたしましては、訪問看護は、介護保険と医療保険の2つの保険法に基づき、提供されています。適用される保険給付の種別にかかわらず、提供している訪問看護サービスの内容は、看護師が行う療養上の世話、または必要な診療の補助です。

高齢化の進展、医療ニーズが高い在宅療養者が増加する中、特に以下の3点に関し、対

応を求められています。

次をお願いします。

緊急時訪問看護加算の評価では、当協会が実施した調査では、介護保険と医療保険の緊急時訪問看護加算の件数の中央値は、介護保険で10件、医療保険で8件となっています。

また、緊急訪問の理由としては、体調の変化、死後の処置、排せつ援助、たんの吸引、点滴、転倒などが挙げられ、重度の利用者の悪化や急変は予測が困難であり、時間を問わず、発生することに対応しております。

次をお願いします。

ターミナルケア加算の評価の引上げ。

次をお願いします。

退院時共同指導加算の評価の見直し並びに明確化。

次をお願いします。

「高齢者の医療・介護ニーズ、看取り等の対応の更なる強化」では、現在、医療保険と介護保険においては対象者が異なるという点では、非がんの末期の方が増加してきています。そのような方が安心して在宅で生活できるよう、重度の方の対応として、特別訪問看護指示書は1か月2回までの交付などを検討していただきたいと思います。

次をお願いします。

次をお願いします。

次をお願いします。

次をお願いします。

次をお願いします。

高齢化の進展により多様化する地域ニーズの対応とし、専門性の高い看護師のいるステーションの評価や、電話等を用いたテレナーシング、緊急時訪問看護の体制の見直しをお願いしたいと思います。

どうもありがとうございました。

○田辺分科会長 高砂様、ありがとうございました。

次に、日本訪問看護財団の佐藤様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○佐藤陳述人 日本訪問看護財団の常務理事、佐藤美穂子でございます。

本日は、療養通所介護のヒアリングを受ける機会をいただき、感謝申し上げます。

次をお願いします。

本財団は1994年に設立されて、現場を持ちながら、訪問看護等在宅ケア推進事業を行っております。

本財団と療養通所介護の関係ですが、2003年から調査やモデル事業に関わり、2006年の制度創設後も交流会の開催など、支援団体として活動しております。

2 ページです。

令和6年度介護報酬改定に向けて、療養通所介護の実態から3点要望をします。

まず、要望1は、医療ニーズを有する中重度要介護者への手厚いサービス提供の実態を踏まえて、基本報酬の引上げ、加算による評価です。

要望2は、包括報酬のほかに、スポット利用に対する報酬の新設です。

要望3は、療養通所介護が中重度要介護高齢者に加えて、重度の心身障害児者まで支援し、地域共生社会の実現に貢献している現状から、本サービスの安定的な継続を要望します。

3ページです。

まず、要望の1点目です。

左上の円グラフのとおり、赤字事業所が6割となっております。多くは、併設するステーションや児童発達支援等による補填に頼っている状況です。

左下の図はケア内容ですが、身体的ケアも非常に多く、医療的ケアが必要な方が約4割を超えており、手厚いケア体制が必要な状況です。

しかし、創設時の定員5名に対して、1.5対1の人員基準は、定員が18名に増えても変わらず、12名の看護・介護職員が必要となり、人材確保は困難、人件費もかさみます。

1人6.4平方メートルもそのままで、物理的にも利用者を増やすことが厳しい状況にあります。

昨今の物価高騰の影響もあり、人件費以外の基本報酬の引上げと、ある程度の人員基準緩和とともに、医療ニーズを伴う中重度者ケアの評価をお願いします。

4ページ、要望の2点目です。

スポットでの利用が可能となるような報酬の新設をお願いします。

利用者の平均要介護度は4.3で、左の円グラフでは、利用終了の4割弱が死亡となっています。

重度者が安心して外出できる場であり、介護者のレスパイトの機会となり、在宅看取りを支援しております。例えばショートステイを3週間利用し、在宅で1週間過ごす間に、2回ほど療養通所介護で入浴や医療的ケアを利用する場合などの報酬です。

ちなみに、サービスの状況は写真のとおりです。

5ページ、要望の3点目です。

2012年から児童発達支援等を一体的に実施可能となり、医療的ケア児も受け入れてきた事業者は、経営面でも救われ、利用者にも感謝されてきました。直近では、83か所中40か所が児童発達支援等を行い、全国の重心対応型737か所のうちの5.4%になります。

本財団が9月21日に開催した療養通所介護交流会の意見では、資料にも掲載しておりますが、児童発達支援管理責任者の要件研修の緩和を強く要望しております。

また、生活介護に移っても、報酬が下がらないように改善を求めています。

地域共生社会の実現に向けて、老健局におかれましては、障害保健福祉部やこども家庭庁と御協議いただき、安定的なサービス提供の継続をお願いします。

6 ページです。

参考資料 1 は、療養通所介護のあらましです。

下段の表は、地域密着型通所介護との人員基準の比較です。

10倍の手厚い体制となっておりますが、それほど報酬差がないような状況で今までできております。

続きまして、今度は 7 ページです。

参考資料 2 は、利用者像です。

家族に介護できる方が比較的多いという特徴があります。

左上の図を見ていただきますと、家族に介護できる人が多いことが分かります。

また、御家族から昼夜を問わない喀たん吸引で自分を失いかけていたが、明るさやゆとりを取り戻した、もっと増えるといいという声もありました。

下段は、要介護 5 で、パーキンソン病の利用者のケア内容と 1 週間のケアプラン、1 日のスケジュールです。

御覧のように、月曜日から日曜日までの間で療養通所介護を 2 回利用しております。

そして、その 2 回の 1 日のスケジュールですが、御覧のとおり、朝から送り迎えすることから始まって、最後に見送ってから安定するまでをケアとして対応しております。

これは、ケアマネジャーのケアプランに沿って療養通所介護計画を立てて、主治医とは密に連携し、事業継続の適否の相談やケア内容についての御確認をいただくなど、安全に実施しております。

また、緊急時対応医療機関を定めておく規定もあります。

8 ページです。

参考資料 3 は、先ほど全国訪問看護事業協会が述べられましたが、その内容と重複する事項が多いですが、本財団と 3 団体共同の訪問看護に係る要望事項を挙げております。

以上、療養通所介護の存続とともに、訪問看護につきましても、何とぞ御高配のほどよろしく願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 佐藤様、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、今の団体の皆様方の説明に対して御質問等がございましたら、よろしく願いしたいと存じます。

なお、時間の関係上、質疑は 15 時 5 分までとしたいと存じます。

時間が非常に限られておりますので、各委員、各団体におかれては、簡潔に御質問、御回答いただくようお願い申し上げます。

また、委員におかれましては、質疑の冒頭に質問先の団体を明示してから御質問いただくようお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

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。

民間介護事業推進委員会です。

日本ケアテック協会さんに質問を1点お願いしたいと思います。

資料にもございました、介護業界のDXが大変遅れているところは、ごもっともではないかと思っております。ここで幾ら優れた技術、制度があったとしても、介護事業者がうまく取り込んで使いこなせなければ意味がないと感じます。

資料の5ページに「地域包括ケアのDX推進に関する意見」として、提案のイメージが書かれています。

このマル4に「ICT教育、運用サポート充実」という項目があって、教育体系を施策上位置づけること、また、ICT導入や運営を補助する外部有識者、コンサルタントの配置の充実などが掲げられております。

現実的には、情弱的な課題といいますか、介護事業者の中では苦手な事業者が多く、これまでも各種の加算の申請を逃している問題が起きていました。

こういった事業者に対して、どうしたらいいのかというお考えなどをお聞かせいただけたらと思います。

よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 それでは、鹿野様、よろしくお願いいたします。

○鹿野陳述人 御質問ありがとうございます。

ちなみに、先ほどの資料をお出しすることは可能ですか。

参考資料の17ページで少し補足説明させていただきたいと思います。前から2番目になります。

ありがとうございます。

まさに御質問のとおり、おっしゃるとおりだと思っております、現場がどう使いこなすかということにおいては、かなり課題感として大事だと思っております。

今回もまとめていますのが、スライドに三角形を記載しているのですが、現場のケアを担う職員層、事務職、管理職ということで、それぞれの層に合わせた知識を身につけることが重要であると考えております。

特に現場の特性を考えると、利用者さんもケアが非常に大事でありますので、最優先に捉えていきながら、適切にデジタルテクノロジーの導入・活用をしていくためには、現場をリードしていくようなリーダー格が必要というところもありますので、リーダーを育成するプログラムの開発が最も課題かなと思っております、管理職とかリードする人たちが浸透をしっかりと担っていくことが、知識の非対称性とかハードの教育のリテラシー不足に関する課題においては、最もいい処方箋になるのではないかと考えております。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。

それでは、次に、濱田委員、よろしくお願いいたします。

○濱田委員 よろしくお願いいいたします。

全国社会福祉法人経営者協議会様に御質問、ないしは追加の説明のお願いでございます。
資料の5ページの「さらなる処遇改善・仕組みの一元化」で、加算対象とならない職種、ケアマネジャー等ということで、賃金改善の必要性を記載いただいておりますが、この辺りの状況などをもう少しお伝えいただければと思ひまして、質問させていただいております。

よろしくお願ひいたします。

○田辺分科会長 では、柿本様、回答をお願ひいたします。

○柿本陳述人 御質問いただき、ありがとうございます。

現在、ケアマネジャーが処遇改善の対象になってございませんので、その部分の賃金改善は法人独自で行っているところが多いわけですが、その辺の不公平感もございますので、財源の確保がまず必要ということ。

あわせて、これまで介護職の他職種から資格を取ってケアマネジャーになりたいという目標を持っていた職員の人たちにとっては、処遇改善の対象でないことがモチベーションの低下につながっている可能性も出てきていることを危惧しております。

したがいまして、あらゆる職種がそれぞれの法人、地域の実情に応じて人材確保にしっかりと取り組みながら、処遇改善に総合的に取り組める施策が必要ではないかということで、一元化、簡素化、法人裁量のさらなる拡大を求めさせていただいているところでございます。

以上でございます。

○濱田委員 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、鎌田委員、よろしくお願ひいたします。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

全日本病院協会様に御質問です。

スライド9の介護報酬における人員欠如に関する緩和措置の創設ですが、もともと人手不足の中で人員確保に苦慮されていることは理解しますし、少ない人員にした場合、現場で働く皆さんの負担が増加することも心配します。

特に介護労働者の皆さんのメンタルストレスが高いことは、労災申請の資料とかを見ても、介護家族にとっても大変心配なところですよ。

緩和をめぐる介護労働者の皆さんへの対応について、お考えになっていることがありましたら、お教え願えますでしょうか。

以上です。

○田辺分科会長 では、松本様、回答をよろしくお願ひいたします。

ごめんなさい。進藤様、回答をよろしくお願ひいたします。

○進藤陳述人 全日本病院協会の進藤です。

医療保険では、1か月人員が欠如しただけでは減算とならず、2か月続いた場合に、3

か月目から減算となっておりますので、できましたら、そのような考えを導入していただいて、1か月目で人員が欠如しても、翌月回復していればいいという考えを導入していただくとありがたいと思っております。

よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。

日本医療法人協会様に質問でございます。

13ページにあります「口腔機能向上に向けたさらなる評価」でございますが、下に「リハビリ・栄養・口腔のさらなる向上を目指して、新たに研修制度を設け、受講を修了した介護福祉士を算定要件に含めたらどうか」と書いてありますが、この新たな研修制度についてどのような内容を想定されているか、イメージだけでも結構でございますので、教えていただければと思います。

よろしく願いいたします。

○鈴木陳述人 鈴木です。

介護福祉士が介護現場で一番多いのです。

そして、介護福祉士の養成校のカリキュラムなどを見ますと、医療的ケアの実習も50時間とかなり増えてきております。

そういう中で、介護福祉士の教育に医療的ケアをさらに充実することによって、介護福祉士の質の向上が図られればいいと思います。介護福祉士の養成校も定員がなかなか集まらなくて苦慮しておりますが、その意味では、介護プラス医療的ケアもできるということで、現場に入ってからいろいろな研修を受けることもできますが、学校で学べればさらにいいと思いますし、医療的ケアを少しずつ増やしていくことは、今後の介護福祉士の方向性として重要ではないかと思っております。

研修の内容については、それぞれ介護福祉士会で検討していただければと思います。とにかく介護福祉士、准看護師も成り手が少なく、現場では苦慮しておりますが、介護福祉士に医療的ケアのスキルを持っていただくことによって、現場の問題が少しでも改善していけばと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、小林委員、よろしく願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

まずもって、お話しいただいた皆様、ありがとうございます。

質問は、日本ケアテック協会の鹿野様にお願いいたします。

スライドを拝見し、とりわけ12ページの「IoTによるモニタリングの効果等」について、

個社のケアマネジャーへのアンケートの回答が示されています。

ケアプランの質の向上につながる、効率化につながるなどの回答が記載されていますが、恐らくケアマネジャーへのアンケートのため、提供サービスの質の向上と回答された方は少ないように見受けられます。

質の向上につながっているとの声を会員の方々から聞くことがあれば教えていただきたいですし、同様に、働く側だけではなく、利用者から「こういったことがよかった」との声があれば、教えていただきたいです。

一方、介護報酬という制度の中で、一律に何かを入れることはなかなか難しいと個人的に思いますが、様々なものを導入するに当たっての注意点について、これまで見てこられた中で、「このような事業所であれば大丈夫」「このようなことがあれば、利用者も働く側も安心して導入できる」など、そのような示唆があれば教えていただきたいと思います。分かる範囲で結構ですので、お願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 では、鹿野様、よろしくお願いいたします。

○鹿野陳述人 御質問ありがとうございます。

2点ありますうちの1つ目の御回答をさせていただきます。

まさにケアの質の向上のお話ですが、こちらのプロジェクトの一つ、利用者目線という点においてよかった点がございました。

愛媛県の事象だったのですが、いわゆるケアマネさんが毎月訪問する中で、月1訪問だと、生活リズムに乱れがどうあるかという細かい1週間での月曜日から金曜日まで土日も含めての流れはなかなか分からない中で、実際にショートステイを利用した後に、昼夜反転していたのですが、そこに気づいておらず、家族の負担もあるので、ショートを入れていたのですが、その後、深夜になかなか寝つけていないことがセンサー情報から読み取れました。

昼夜反転してまた戻る、昼夜反転してまた戻るというのは、精神的にも、身体的にもあまりよくないところもありまして、生活リズムの乱れを検知されたところで、ショートステイのケアプランの組み込みをやめました。

そうすると、一定のリズムで生活できるようになったところで、ケアマネさんのほうから気づくことができよかったというフィードバック、そして、利用者さんからすると、昼夜反転してまた戻るというのも結構大変な話だったりしますので、その辺りが落ち着いたこともあって、御家族さん含め、喜ばれたというケースがありました。

そういった形で、一例にはなりますが、様々な観点で、ケースとして、気づけなかったことに気づけることによって、ケアプランの介入の精度が上がった。

これは、早期介入になるパターンもあれば、サービスの組替えによって全体のQOLが上がっていくみたいなどの介入の仕方もあると思いますし、見えていないところを見える化できることに対しては、モニタリングの質の向上が利用者さんにもつながっていくので

はないかと思っています。

2つ目のお話ですが、導入時は、観点としてはすごく大事な点がありまして、システムの利用の話になると、利用者さんの御自宅にセンサー設置ということもあるので、まず、しっかりと理解していただけないと、プライバシーの問題もありますので、家族さん、御本人さん含め、どういったシステムなのか、どこまでのプライバシーを守ることができているのか、しっかりと説明して、理解していただくところが1点大事なところですよ。

2つ目が、それを使いこなすシステムです。

ケアマネさんとか、その周辺の事業者さんに情報開示する場合には、どういうシステムなのかしっかりと理解した上で、使い方を覚えてやっていく、導入のオリエンテーションが非常に大事になってきますので、導入時の利用者さんの理解、使いこなす側の教育、研修をしっかりとした上で展開していかなければ、ちょっとした疑心暗鬼で不確実な情報が出てしまったり、運用を間違ってしまうと、違う人に情報を見せてしまったりということもあります。

ここはしっかりとルールを定めた上で、それを適切に伝え、準拠して運用に持っていくのが大事ではありますので、この辺りは、導入される際は気をつけたほうがいいのではないかと、様々なプロジェクトを見て思っているところがございます。

以上になります。

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 ありがとうございます。

私からも同じく、日本ケアテック協会の鹿野さんに質問なのですが、今、様々な御説明をいただいて、こういった必要性が非常に高いことと、現場がこれをどのように受け入れていくかという課題が多々あることはよく分かりました。御提案にある地域包括ケアのDX推進に関する御意見の中で、マル1からマル4までいろいろと御意見があるのですが、実際に、例えばケアマネ事業所がIoTのモニタリングを導入するとか、ケアプランの作成支援AIを導入するとか、もう一つは、専門的な有識者、あるいはコンサルタントの方々に御指導いただくようなときに、各事業所はどのぐらいの費用がかかるのかを教えていただきたいと思います。

分かる範囲で結構なのですが、そういったことに関する費用額について、私は想像つかないものですから、分かるところで出していただくとありがたいと思っています。

よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 では、鹿野様、よろしく願いいたします。

○鹿野陳述人 具体的な御質問をありがとうございます。

まさに現場で利用する際のコスト感のお話だと思うのですが、介護ロボット一つを取っても、細かく言うと13項目6分野にわたるところで、様々なものがあるので、一概には

ないのですが、大きくハードウェア、いわゆる機械があるものと、ソフトウェア、パソコン上で動くもの。この2つに大きく二分されるのですが、ハード物はかなり値段の差があります。初期導入費が数万円から、高いものであれば2桁万近くになるものもあつたりします。

ここは、センサーの量とか質ですね。簡易なものから、ドップラーセンサーのようなしっかりとバイタルまで取れるようなものになると高額になりますし、その分取れるデータ量も増えてくるので、ここはかなり松竹梅があると思います。

月額、ハード物だと、例えば数千円前後から、高いもので1万円前後ぐらいなので、コスト感は、初期費用が高いところと比べると、月額はそこまでかからないかと思えます。

ソフトウェア側も、かなり差があるのですが、ハードと比べると、まだお安いものが割と多いです。安いものでは2,000~3,000円ぐらいの月額のものから、高いもので月2~3万前後ぐらいのものになりますので、財源のことを考えると、ソフトのほうが2桁万クラスが少なくなってきましたので、少しお安いかなという感覚はあります。

ただ、メリデメがいろいろとありまして、ソフトウェアだと、どうしても身体的なところが取れない。パソコンの中で収まってしまうものなので、情報連携系に強いという特徴があつたりしますので、事業所間での連携は、今Zoomが使われていますが、距離を超えてとか、瞬時に情報をコピーできる、情報もまとめて分析できるという機能においては、ソフトウェアのほうが優位性がありますし、ハード物であれば、利用者様に寄り添って、どういう状況かということは、逐一訪問しなくても、バイタルとか身体的な状況等がある程度可視化できる、生活状況を見える化できる。

利用者さんの情報を取りに行くとなると、ソフトウェアだけでなく、ハードが必要となりますので、一つずつ介護現場に合ったオペレーションの課題に合わせて、ハードウェアを使う、ソフトウェアを使う、それに当たって、どれだけコストをかけたらいかがが変わってきますので、課題感に合わせて選んでいくのも一つ観点として、コストのかけ方に重要な意思決定のポイントになるのかなと思います。

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、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。

2点質問がございます。

1点目ですが、日本訪問看護財団の佐藤様にお伺いいたします。

療養通所サービス、療養通所介護は、非常にいいサービスだと思いますが、資料にお出しいただきましたように、包括報酬であることから、回数が少ないと割高になってしまう。また、ケアプランに組み込むときに、単価が高いことで、なかなか利用できない。

それでも、さらに火をつけていただかないと、逆ざやになってしまつて、赤字になるという状況があるかと思えます。

そのことに関して、貴団体では、こういった提案というか、利用者さんの思いを埋める、また、提供事業者側の報酬の穴を埋めるようなプランが何かあるようであれば、教えていただきたいのが1点。

もう一点は、日本病院会の松本先生にお伺いしたいのですが、かねてから私がこの場で発言させていただいておりますように、人材不足の件に関して、介護施設と医療機関の介護職員が同じような仕事をしていても、報酬が違う、処遇改善が違うところについて、病院団体としても、大きく問題として捉えていらっしゃるかという2点について、お2人に伺いたいと思います。

よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 では、まず、佐藤様、よろしく願いいたします。

○佐藤陳述人 御質問ありがとうございます。

私どもも、包括報酬になりましてから、利用者数次第で収入が決まってしまうので、どうやって利用者確保するかということを考えておりました、その一つには、先ほど要望2で提案しましたスポット利用です。

ショートステイの間に1週間、在宅にいる間でも、利用者ニーズに合わせて提供可能な仕組みをぜひお願いしたいということ。

あとは、地域のニーズに合わせることから考えると、児童発達支援等とセットでというか、一体的に運営する方向性が、今後の地域共生社会に向けてはとても重要なサービスになるのではないかと思います、そちらと障害福祉、あるいは児童発達を行っていることも家庭庁などとの連携はとても重要で、ぜひ国にそういう連携をお願いしたいということがあります。

私たちが、どうやって利用者確保するかということを考えておりますが、地域のケアマネジャーさんと連携してみたり、ほかの通所サービスで医療ニーズの高い方を受けたり、様々な工夫をしながら頑張っているところです。

ありがとうございます。

○田辺分科会長 引き続き、松本様、回答をよろしく願いいたします。

ミュートになっていると思いますが、ミュートを外していただけますか。

○松本陳述人 介護人材につきまして御質問いただきまして、ありがとうございます。

病院は、こういう介護施設を併設している場合が非常に多いのですが、病院も含めまして、介護人材の採用はかなり多いです。そして、その確保に対して非常に難渋している施設が非常に多いと思います。

ですので、介護人材を紹介する業者がかなりございまして、昔はハローワーク等もございましたが、そちらを経由しておられる職員はほとんどおられません、自ら募集して来ていただくか、あるいは業者をお願いすることになりますが、業者では、極めて高い報酬を要求されております。経営上、大変大きな問題になっています。

そして、病院と介護施設の間で人材の共有と申しますか、支援あるいは応援がなかなか

難しくなっております。この辺につきまして、もう少し融通が利くような状況になれば、パンデミック、あるいはノロとかそういう感染症は、あるいは職員がインフルエンザ等にかかって、ある病棟だけが看護人材、介護人材が不足することもございます。そのときに、融通が利くようにセットしていただければ、その不足に対して有用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、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 では、簡潔に。

私も、日本ケアテック協会に御質問したいと思います。

資料の16ページにあります、外部専門家が伴走して導入支援を行える体制の充実は、私も全く同感でございます。また、

17ページにもございます外部専門家の支援も非常に重要だと思います。

ご存知の通り、介護施設にICTに関する知識を持った者は、通常勤務しておりません。

ですので、介護DXは非常に重要でございますが、今後、ICTを介護現場で広める上では、外部専門家の伴走支援が絶対的に必要だと考えております。例えば施設で専門家を派遣や支援していただくと思ったときに、日本ケアテック協会のほうで御紹介とか、そういうことをしていただけるような仕組みはございますでしょうか。教えていただきたいのですが。

○田辺分科会長 鹿野様、回答をお願いいたします。

○鹿野陳述人 御質問ありがとうございます。

外部の紹介をする機構は、今、直接のスキームとして協会で持っているわけではないのですが、フィールドボードという仕組みが一つございまして、今、経産省の実証実験等を受けているものなのですが、介護事業所とケアテックのメーカーさんとか、介護のITに詳しい方々をマッチングさせていくのは、過去実績がありますので、そのところでのネットワークが都道府県全部というわけではないのですが、エリアにおいては、過去実績がありますので、そういったところでのつなぎ込みは可能かなと思います。

ニーズがあれば、当協会でも、エリアごとでの介護におけるITに詳しい方々、あとは、もともと老人ホームの情報システム出身の方々を中心にネットワーク化してつなげていく取組もやっていこうかなとは思っていますので、ぜひこの辺りは御助言いただければと思います。

ありがとうございます。

○東委員 そういうニーズは高いと思いますので、ぜひこういう協会がリードしていただいて、現場に外部の専門家を支援するような仕組みをつくっていただきたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

一応、時間となりましたので、第1部はここまでとしたいと存じます。

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

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、ありがとうございました。

引き続きまして、第2部の審議に入ってまいりたいと存じます。

第2部でヒアリングを行う団体につきまして、事務局から紹介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いて、事務局より御紹介させていただきます。

日本栄養士会より、中村丁次様。

全国リハビリテーション医療関連団体協議会より、近藤国嗣様。

日本作業療法士協会より、山本伸一様。

日本言語聴覚士協会より、深浦順一様。

日本理学療法士協会より、佐々木嘉光様に御参画いただきます。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、早速でございますが、日本栄養士会の中村様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

中村様、ミュートがかかっている場合は、それを外して、説明をお願いいたします。

○中村陳述人 大丈夫ですか。

○田辺分科会長 聞こえます。大丈夫です。

○中村陳述人 公益社団法人日本栄養士会会長の中村でございます。

1 ページをお願いします。

中段にあります。国の骨太方針2023年では、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図ることとされていることを受け、日本栄養士会では、誰一人取り残さない包摂的社会的実現に向けて要望いたします。

2 ページをお願いします。

日本栄養士会から、これから4つの事項について要望いたします。

資料中に記載されております上つきの番号は、参考資料の番号ですので、参考にしてください。

3 ページ目をお願いします。

初めに、要望Ⅰは「『リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組』に対する評価」です。

現在、各専門職は、それぞれに運用している既存の計画書を一体的取組のプロセスとして活用し、その計画書に基づいて実施されている有効な一体的取組に対しては、評価を要望するところであります。

上段の●の下線を引いているところですが、一体的取組の推進は、入所者のアウトカムやADL、IADLの維持改善等、また、サービス利用者の生活機能や予後にとって有用である可能性が示唆されており、今後もさらに推進することが必要であります。

そのために、各専門職種が連携して設定した目標をリハビリテーション計画または機能訓練計画に反映させ、一体的取組のプロセスとして活用することで、有効な取組となっていることが分かっております。このような有効な一体的取組に対する評価をお願いしたいということでもあります。

4 ページをお願いします。

要望IIは「管理栄養士による『居宅療養管理指導』における看取り期・緩和ケア・退院後の在宅訪問回数の上限を月2回から4回へ緩和」していただきたいということです。

四角の下線部ですが、今後、在宅での看取りが増えていくことが予測され、対象者のほとんどは要介護認定を受けています。

また、栄養介入は、患者と家族の心理的・社会的苦痛を和らげ、終末期の口から食べさせたいという思いをかなえるために必要となります。

管理栄養士が高齢者のエンド・オブ・ライフケアの栄養ケア・マネジメントを考えると、病態と高齢者のニーズを把握して、個々の状態に合う栄養管理を行うために、在宅訪問回数の緩和をお願いしたいと思っています。

5 ページ目をお願いします。

要望事項IIIは、「機能強化型認定栄養ケア・ステーションの管理栄養士を外部の管理栄養士としての評価」です。

左側に示していますが、現在の介護報酬においては、都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーションが外部の連携先として活用されています。

しかし、今後、多くの地域で在宅高齢者が増加することが見込まれており、そのような高齢者の多様な栄養課題に対応するために、拠点数の増加が必要となることから、右側にお示ししていますが、機能強化型認定栄養ケア・ステーションが連携先として評価されることを要望するものです。

6 ページ目をお願いします。

最後の要望事項IVは、基準費用額（食費）について、物価・人件費などの高騰を鑑みて、適切な対応をしていただきたいということです。

令和3年度の基準費用額が見直されて以来、物価上昇による食材の高騰に加え、光熱費や人件費の上昇をもたらしたことは明らかです。社会の現状を踏まえ、基準費用額についても御配慮をお願いしたいと思っています。

以上であります。

よろしくお願ひいたします。

○田辺分科会長 中村様、ありがとうございました。

次に、全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤様より、御説明をお願いいた

します。

では、よろしく願いいたします。

○近藤陳述人 全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤と申します。

本日は、このような貴重な機会を設けていただきまして、感謝申し上げます。

当協議会は、資料に掲載されている9団体で構成されており、共同要望として御説明させていただきます。

次をお願いいたします。

各項目に入る前に、当協議会が定めた同時改定におけるリハビリテーションの基本的な考え方について、御説明申し上げます。

我が国では、少子化による人口減少に加え、高齢者が急激に増加する、いわゆる2040年問題が重要課題となっており、特に超高齢者と呼ばれる85歳以上の人口が増加しています。

高齢者は、複数の疾患や障害を抱えているため、リハビリテーションの必要性は高く、実際に、入院での各疾患別リハビリテーション実施者での75歳以上割合は約50～80%に達しております。

様々な疾病・外傷などによる高齢者の心身機能、活動低下を予防するため、急性期から生活期までのシームレスかつ継続的なリハビリテーションの実施は重要であり、それが阻害されることがあってはいけません。

一方で、一部の医療機関では、リハビリテーション実施体制が十分と言えない状況があります。

加えて、回復期リハビリテーション病棟協会の全国調査によると、2022年において、回復期リハビリテーション病棟入棟患者において、自宅復帰後にリハビリテーションの実施を予定していない方の割合は56%であり、近年増加傾向にあります。

また、生活期患者に対する急性増悪時の対応については、医療・介護保険において幾つかの制度が設けられていますが、いずれもADL評価に基づくものであり、リハビリテーション非実施者に対する適応は困難と言えます。

リハビリテーションの提供体制をさらに強化するため、急性期から生活期にわたって全ての患者、障害者、要介護者に対して、リハビリテーションの必要性を継続的に評価できる体制を医療・介護・福祉と併せて構築する必要があると考えます。

次をお願いいたします。

まずは、重点要望項目について御説明申し上げます。

次をお願いいたします。

初めに「リハビリテーション専門職の処遇改善」についてです。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の所定内給与額は20年間で大きな変化はなく、他職種と比較して差が開いております。処遇の低下は、人材の流出を招き、リハビリテーションの提供体制及び質が低下することにつながりかねません。

そこで、政府と産業界で推進された4%の給与水準引上げと同様に、リハビリテーショ

ン専門職の給与水準の引上げを促進すること、さらには、公定価格引上げによる増収が直接給与に反映するような体系整備を要望します。

次をお願いいたします。

続いて「通所リハビリテーション費における運営基準の見直し」です。

現行の人員基準は、資料に掲載されている基準IIIの内容となっておりますが、例えばリハビリテーション専門職を多く配置している場合、IADLを評価するFAI、生活空間の広がり进行评估するLSAにおいて、有意に改善していると示されています。

また、リハビリテーションマネジメントの効果は、既に周知のとおりですが、通所リハビリテーションの開設主体が、訪問リハビリテーションも提供している場合は、リハビリテーションマネジメントの加算の届出割合が高い傾向にあり、生活の質を向上するための取組が多くなされています。

また、現行では、大規模になるにつれて基本報酬が減額されていますが、大規模ほど多くの従事者が配置されていること、さらには、リハビリテーションマネジメント加算の算定も多くされていることから、規模の区分を廃止し、資料にあるような職員配置、訪問リハビリテーションの提供実績、LIFEの活用などを組み合わせた運営基準を導入することを要望します。

次をお願いいたします。

続いて、医療機関や介護施設は、退院・退所前カンファレンスを開催しますが、現行では、それに通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションのリハビリテーション専門職が参加しても、報酬上の評価はありません。

医療・介護連携を一層推進することで、円滑な在宅生活への移行及び早期の介入が可能となり、退院・退所前カンファレンスに通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーション事業者が参加することが望ましいと言えるため、例えば退院時共同指導加算のような評価を要望します。

次をお願いします。

続いて「活動と参加の状況を継続的に情報共有できる体制の整備」についてです。

平成22年11月30日に開催された社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」において、リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリテーション前置の考え方に立って提供すべきであると示されました。

在宅の高齢者が、その有する能力に応じた日常生活を継続するためには、ADL、IADLの変化を捉え、リハビリテーションが提供されることが重要となりますが、要介護認定の有効期間は最大4年であり、認定調査でリハビリテーションの必要性を適時把握することは困難といえます。

そのため、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを終了し、他のサービス

に移行した場合、一定期間が経過した後に介護支援専門員、または地域包括支援センターが、当初利用していた通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション事業者と、活動と参加の状況について情報共有する体制を構築することで、適時適切なタイミングでリハビリテーションの必要性を評価できると考えます。

次をお願いいたします。

続いて、訪問リハビリテーションにおける診療未実施減算についてです。

当該加算の算定率は減少傾向にありますが、依然として減算の状態での訪問リハビリテーションを提供している事業所が一定数あります。

その理由で最も多いのは、利用者都合であることから、減算をゼロにすることは困難と言えます。

さらに、適切な研修として定められている日本医師会のかかりつけ医機能研修の受講に当たっては、医師の様々な問題から受講が困難なケースが考えられます。

そのため、研修修了期限をさらに延長することに加えて、適切な研修に他の団体の研修も含めることで、修了者の増加につながると考えます。

次をお願いします。

また、退院・退所直後は、事業所医師の診察までに時間を要することから、減算を避けるため、利用開始を遅くする場合は散見されます。退院・退所直後においては、退院・退所先の医師の指示に基づき提供することで、診療未実施減算の対象外とすることを要望します。

次をお願いします。

続いて、生活機能向上連携加算に関してです。

前回改定において、ICTの活用が認められ、加算区分が2種類になりましたが、依然として算定率は低調です。

その背景には、派遣側に報酬がつかないことが大きく影響しています。

生活機能向上連携加算の要件に資する取組は、地域で支える体制として重要な観点であることから、当該加算の取組を行っている通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションに係る加算要件となる体制を要望します。

また、派遣可能な機関を増やすために、200床以上の保険医療機関、認知症疾患医療センターを追加してはいかがでしょうか。

次をお願いいたします。

続いて、共生型サービスの推進に向けた医療・介護保険施設などにおける自立訓練の提供についてです。

これは障害福祉の分野になりますが、自立訓練事業所は、全国で403件と非常に少ない上に、年々減少しています。

自立訓練事業所の課題として、利用者の確保が難しいことを挙げている場合が多く、その背景には、認知度の低さ、実施事業所数の少なさ、利用に期間があることが挙げられま

す。

障害者は、健常者に比べて身体機能や生活能力が低下しやすく、自立訓練のサービス提供がなされないことで機能低下が見過ごされているおそれがあります。

そこで、病院・診療所及び通所リハビリテーション事業所において、自立訓練による訓練給付をみなし指定事業所として提供可能とすることを要望します。

また、みなし指定とした場合に、対象者層が変化することで、技術や知識をはじめとした支援全般に関する教育・育成の実施、異なる制度、請求方法の変更などによる事務負担の増大が生じます。そのため、料金単価は、最低でも基本報酬の最低単価以上に合わせた金額とすることを要望します。

次をお願いします。

重点要望項目は、以上となります。

続いて、重点要望項目外の共同提案項目について御説明いたします。

次をお願いいたします。

まずは「リハビリテーションマネジメント加算の見直し」についてです。

リハビリテーションマネジメント加算の効果は周知のとおりですが、前回改定では単位数が減算されました。これにより、算定に消極的なケースが散見されており、サービスの質の管理が不十分な状況と言わざるを得ません。当該加算の算定に向けた取組より、活動参加に資する取組が推進されることは明白であり、さらなる増額を要望します。

また、LIFEは、当該加算にとどまるものでないことから、要件を見直し、さらなるサービスの質向上につながるよう、例えば定期的な居宅訪問の必須化、地域診断や地域住民との関わり、栄養改善や口腔機能向上に向けたアセスメント実績などを追加してはいかがでしょうか。

次をお願いいたします。

次に、訪問リハビリテーションにおいて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種を配置している施設及び事業所に体制加算を新設することを提案いたします。

3職種を配置している訪問リハビリテーション事業所は約3割と少なく、特に介護老人保健施設において低調です。3職種を配置すると、各加算の取得率が高いことから、利用者にとってよりよいサービスを提供できるのではないかと考えております。

続きまして、飛ばしまして、17ページをお願いいたします。

生活機能向上連携加算の取組の推進に向けた2つの御提案です。

1つ目は、利用者の身体機能・生活機能の向上のため、生活機能向上連携加算の施設要件に、看多機（看護小規模多機能型居宅介護事業所）を追加することを希望いたします。

続きまして、20ページをお願いいたします。

2つ目は、連携加算を推進する観点から、例えば個別機能訓練加算を算定している利用者の加算IIの減額を削除、新興感染症によって、直接訪問が困難なときに、ICT機器等を活用した個別訓練計画の共同作成を加算IIの要件に含めること、連携を提供する側の評価、

法人外事業所と連携した場合の評価、

提供施設側の報酬施設基準の専従要件の緩和などの見直しを要望します。

続きまして、22ページをお願いいたします。

最後になりますが「居住系サービスにおける医療ニーズへの対応の推進」に向けて、介護老人福祉施設で、医学的管理の下にリハビリテーションサービスを提供できる体制を整えた場合など、在宅医療を推進する観点での提供体制の在り方を検討し、評価いただくことを要望します。

また、特定施設におきましては、医療ニーズを調査した上で、個別機能訓練加算の評価の見直しを行うことを要望します。

そして、短期入所生活介護利用後の状態悪化を予防する観点から、機能訓練体制加算、個別機能訓練加算の評価の見直しや基準緩和を行うなどの評価の見直しを要望します。

本日は、その他の資料につきましては、時間の都合上、説明を割愛させていただきます。お目通しいただきますよう、お願い申し上げます。

以上となります。

ありがとうございました。

○田辺分科会長 近藤様、ありがとうございました。

次に、日本作業療法士協会の山本様、日本言語聴覚士協会の深浦様、日本理学療法士協会の佐々木様より、御説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○山本陳述人 御紹介いただきました、日本作業療法士協会会長の山本と申します。

本日は、貴重な機会をいただき、誠にありがとうございます。

それでは、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本理学療法士協会より提案事項等を述べさせていただきます。

どうぞよろしくをお願いいたします。

2ページをお願いいたします。

本日御提案する内容は、以下の流れとなります。

1は3協会より。

その後は、各協会からの報告になります。

3ページをお願いいたします。

多職種協働の中での理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の機能と役割について、入浴という生活行為に着目し、その改善を得た事例で御説明いたします。

この事例では、特に介助量が大きい入浴をなるべく自分で行いたいという希望がございました。

その目標を達成するために、理学療法士は、身体機能や移動動作の評価と訓練など、作業療法士は、入浴行為動作などの評価と訓練、福祉用具の適合、環境調整など、言語聴覚士は、コミュニケーション手段の検討と伝達などを行いました。

その上で、効率的な介助方法について、多職種と協働し、情報共有いたします。それにより、統一した必要最小限の適切な介助内容で支援が行えました。

その結果、介護職のみの支援で入浴が週3回行えるようになり、外出への意欲が向上、御家族との買物、ドライブを楽しむようになりました。

このように、医師の指示の下、対象者に合った一つ一つの生活行為に丁寧に関わり、さらに多職種協働によって自立支援、重度化防止を目指すことができます。

4 ページをお願いいたします。

認知症の人への支援とリハビリテーションでございます。

この図は、アルツハイマー型認知症の機能評価尺度を表しております。

FAST3は、軽度認知障害の段階です。仕事などの複雑な社会的場面の遂行に支障が出てまいります。

FAST4は、軽度アルツハイマー型認知症の段階です。具体的には、冷蔵庫の中に賞味期限の切れた食品をため込んだりするなど、段取りをつけること、計画的な買物などの行為が困難となります。

軽度アルツハイマー型認知症と称される状態では、IADLの遂行につまずくことが特徴的であり、早期から理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が関与することで、生活行為の改善と維持が可能であることが示唆されております。つまり、認知症の状態像に応じて、リハビリテーション専門職による適切な支援体制の整備が必要となります。

5 ページをお願いいたします。

介護施設に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、医療施設に比べて半数に満たない状況にあります。特に言語聴覚士、作業療法士の数が少ないことから、現状では3職種がそろった機能を発揮できていない状況でございます。

6 ページをお願いいたします。

私たちの調査では、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種を配置している通所・訪問リハビリテーション事業所は、共に約3割となっております。

配置体制に関わる各種加算の取得を見ますと、1職種よりも2職種、2職種よりも3職種の配置のほうが、算定する事業所割合が高くなっております。

7 ページをお願いいたします。

介護保険領域における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の従事者数が少ない要因の一つに、給与の問題がございます。

医療職の中でも、給与水準がこの20年間横ばい状態であり、ほかの職種とは伸び率に大きな差が生じております。処遇が改善されなければ、優秀な人材の確保が困難となり、生活期におけるリハビリテーションの質の低下につながりかねません。処遇改善加算のような明確な仕組みが必要であることを強く要望させていただきます。

8 ページをお願いします。

ここまでのまとめです。

1、多職種協働による適時適切なリハビリテーションの提供ができる体制を構築することで、自立支援と重度化防止の推進が期待できます。

2、認知症の人への支援は、状態像に応じた早期からのリハビリテーションを推進することが重要です。

3、リハビリテーション専門職の給与水準の引上げ促進を要望いたします。

10ページをお願いいたします。

ここより、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の各専門性の観点から御提案、要望をさせていただきます。

最初に、日本作業療法士協会でございます。

認知症の人に対するリハビリテーションについては、認知症施策推進大綱に示されているとおりでございます。

認知症のリハビリテーションにおける作業療法は、認知機能低下による生活行為の障害に焦点を当てて行います。

ポイントは、残存能力を生かすこと、個人の生活歴を踏まえること、生活への環境へ働きかけることです。それによって、日常の生活行為を継続することができます。

11ページをお願いいたします。

生活行為に焦点を当てた支援の一例として、服薬管理について提示いたします。

服薬管理がうまくできないからといって、単に服薬ボックスやカレンダーを導入すればよいわけではありません。

この事例では、低下した記憶機能を残存している遂行機能でカバーしました。

具体的には、デジタル時計とカレンダーを組み合わせる環境調整、反復練習、関わり方の指導によって、本人による服薬管理ができるようになりました。

12ページをお願いいたします。

令和4年度に実施した研究事業の紹介になります。

認知症の人への訪問によるリハビリテーションの効果として、日常の生活行為の維持・向上、介護負担感の軽減が図れたとの結果を得ております。

13ページをお願いいたします。

これは、低下した生活機能に対する作業療法士による指導例でございます。御参照いただければと思います。

14ページをお願いいたします。

在宅という実際の生活に即した環境調整の例です。

訪問によって、その人が生活する場面、使っている道具、作業の様子などを実際に見て関わるのが大切です。訪問による在宅生活の環境調整は、重要なリハビリテーションの手段でございます。

15ページをお願いします。

これは、参考資料でございます。

このように、残存する能力を生かし、日常生活の活動を高める認知症のリハビリテーションの実践は、認知症の方が自分らしく暮らし続けることができる社会に向けて寄与できると考えております。

以上になります。

次に、日本言語聴覚士協会の深浦会長よりお願いいたします。

○深浦陳述人 日本言語聴覚士協会の深浦でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

言語聴覚士協会からは、2点お話ししたいと思います。

次のスライドをお願いします。

「摂食嚥下障害を有する高齢者のリハ・機能訓練、口腔・栄養の一体的取組の推進」に関してでございます。

高齢者の摂食嚥下障害は、低栄養や誤嚥性肺炎の危険因子です。適切に対応して、経口摂取を継続することは、誤嚥性肺炎を予防するとともに、必要な栄養量を確保することができ、自立支援・重度化防止につながります。

表に示すとおり、高齢者の摂食嚥下障害は様々な要因が関わります。

下の図は、80歳代女性、要介護4の利用者の支援内容を示します。

言語聴覚士は、摂食嚥下機能の評価・訓練を担い、経口摂取を安全に自立して行えるよう、他職種と共同しながら支援を行いました。座位を保ち、自らスプーンを持って食事を取れるようになっています。

右のグラフは、通所リハビリステーションにおいて、言語聴覚士の有無別に各種サービスの実施割合を示しています。

口腔機能向上、栄養改善、失語症・構音障害や摂食嚥下障害、認知症へのリハビリテーションはもちろんのこと、ADL、IADL練習についても、言語聴覚士の勤務する事業所では実施割合が高くなっております。

次をお願いいたします。

次は、難聴についてであります。

難聴の発症率は、年齢が高くなればなるほど上昇します。

難聴は、認知症の予防可能な危険因子の一つとして報告され、高い関心を集めています。

右側になりますが、加齢性難聴は徐々に進行することから、本人も気づきにくく、対応が遅れます。難聴高齢者への支援では、早期発見が重要であり、また、補聴器の使用や環境調整が有効ですが、医療機関での診断と必要に応じた治療を受ける必要があります。

言語聴覚士は、高齢者の難聴について、介護予防の場で啓発活動を行い、早期発見とその後の診断・治療につなぐ働きかけを行っています。

Japantrack2022の中の補聴器使用者の声では、QOLの改善や、安心して町中を歩ける等の声がある一方で、使用感は期待以下という回答が34%も占めることから、言語聴覚士による継続的な補聴器装用指導が必要と考えます。

次をお願いします。

介護予防の活動の場を活用した難聴高齢者への支援の取組例を示します。

以上でございます。

○佐々木陳述人　続きまして、日本理学療法士協会副会長の佐々木でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

21ページをお願いいたします。

私からは、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本理学療法士協会で合意した要望事項のうち、先ほどの全国リハビリテーション医療関連団体協議会でも合意はしているが、時間の関係上、説明を行えなかった項目を含めまして説明させていただきます。

「（１）在宅医療の推進」を図るために、介護老人保健施設における事業所番号取得の簡素化や、要支援者に対する通所及び訪問リハビリテーションの適時適切な提供。

事業所評価加算の廃止及び要支援者に対する移行支援加算の評価。

訪問看護ステーションから理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して行う訪問看護の適切な評価を行うことを要望いたします。

「（２）共生型サービス事業の普及」に向けまして、介護支援専門員と相談支援専門員の一部業務を共有するなどの検討を行うこと。

「（３）介護施設等におけるADL低下予防のさらなる推進」に向けまして、ADL維持等加算の取組のさらなる推進を要望いたします。

（４）、介護職との連携の強化におきましては、介護職員の労働生産性向上に資する理学療法士の取組の評価の推進を図ることを要望いたします。

本要望につきまして、少し補足させていただきます。

23ページのスライドをお願いいたします。

左下の図3のとおり、看護師、介護職等のマンパワー不足が懸念される中、保健衛生業での腰痛発生状況は近年増加傾向にありまして、右下の図4の赤いラインのとおり、被災による休業見込み期間が1か月を超える職員が約半数以上といった状況は、人手不足のこの業界にとって大変重要な課題であります。

戻って、22ページをお願いいたします。

そこで、要望の1ポツ目に示しましたとおり、介護現場における総合的な介護人材確保対策のうち、生産性向上に資する労働災害防止の取組。特に腰痛予防、転倒予防等は大変重要であることから、保健衛生業の現場に勤務している理学療法士による労働災害防止の取組を推進することを要望いたします。

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　山本様、深浦様、佐々木様、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、今の団体の皆様方の説明に対して御質問がございましたら、よろしくお願いいたします。

なお、時間の関係上、質疑時間は16時5分までとしたいと存じます。

時間が非常に限られておりますので、各委員、各団体におかれましては、簡潔に御質問、御回答いただくようよろしくお願い申し上げます。

また、委員におかれましては、質疑冒頭に質疑先の団体を明示してから御質問いただくようお願いいたします。

では、よろしくお願いいたします。

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。

全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤先生の御発言に対して、私の意見を申し上げます。

5ページにございます通所リハビリに関して、例えば「要望理由・課題」のマル4、事業所の規模が大きいほどリハ専門職が多く配置され、リハマネジメント加算の算定率が高い。さらに

マル1、従事者配置数が多いほど、質の高いサービスを提供している等のエビデンスが示されております。

しかし、現状の通所リハビリの報酬体系は、提供時間による差だけで、従事者数、リハビリ専門職配置数、リハマネ加算算定数等、提供しているサービスの質による差はありません。

それだけでなく、大規模であるというだけで減算されている状況でございます。

したがって、私も大規模減算は廃止すべきであると考えます。

また、報酬単価についても、サービスの内容により差をつけるべきであると考えます。

以上です。

○田辺分科会長 では、鎌田委員、よろしくお願いします。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

作業療法士会の方に御質問です。

認知症の方への早期のリハビリがとても重要で、効果があるというとてもうれしい結果を御報告いただきましたが、私の周りでは、そういう方々があまりなく、認知症の人にリハビリをしてもみたいな考え方もあるのですが、ここにはケアマネジャーとか医師の先生方の指示書、ケアマネジャーのアセスメントが重要だと思うのですが、その辺りがどうなっているのか、お教えてください。

○田辺分科会長 それでは、山本様、よろしくお願いいたします。

○山本陳述人 ありがとうございます。

認知症の方の早期の介入については、効果は現れているのですが、現実問題、介護保険下で働く作業療法士は5,000名と、非常に少ない状況であることです。

それから、訪問リハ事業所に関しましては、全国で5,200か所ございます。

しかしながら、一方では、認知症を対象としていない場合も多くございます。

こういった状況から、まだ普及していないところもあるかと存じます。

しかしながら、そういった介護保険で働く作業療法士の下、そして、訪問リハ事業所の中で早期に関わることによって、効果があるといったことが非常にございますので、その辺りの啓発と体制づくりを急務として考えております。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次に、濱田委員、よろしくお願いいたします。

○濱田委員 全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤会長様に、御質問というよりは、御確認でございますが、3番目の「活動と参加の状況を継続的に情報共有できる体制の整備」で、通リハ・訪リハ終了後、6か月程度経過の際に、介護支援専門員、地域包括支援センターによる、いわゆる活動参加の状況報告をしてはということで資料を御提出いただいておりますが、もちろん、介護支援専門員でも、6か月でうまく気づけて、情報提供できればよいかと思っておりますが、事業者様からも双方向で確認の御意見などを賜ることが可能かどうかということで、少し確認ということで発言させていただきました。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、近藤様、よろしくお願いいたします。

○近藤陳述人 ありがとうございます。

おっしゃるとおり、これはケアマネジャー側から情報をもらただけでは何も回りませんので、事業所側と情報を共有して、お互いに今ある状態が改善すべき可能性があるものなのか、それとも致し方ないものなのか。場合によっては、きちんと出向いて行って、ADL等の評価を行って、ケアプランにつなげるような体制ができればと思っております。

場合によっては、生活機能向上連携加算の活用という考え方もあると思いますが、いずれにしても、一定期間たてば、必ず変化は生じますので、その状況をリハビリテーション事業所側とケアマネ側の情報共有の場がこれまでございませんでしたから、ぜひともこの改定において、何とか仕組みづくりができればと考えているところです。

○濱田委員 ありがとうございます。

よろしくお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 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。

先ほどのOT協会、ST協会、PT協会の皆様からの御報告のとおり、私も、認知症の方々に対してリハビリテーションをしっかりと行うことで、認知症の方々が非常にいい状態で維持できることは経験済みでございます。

そうはいいまして、私どものところでも感じるのですが、リハビリテーションの職員が介護保険制度を熟知していないとか、認知症の方々の認知症の度合いをしっかりと把握できないことを感じております。

看護師の方のためには、看護師に対する認知症対応力向上研修という病院における加算要件の研修が制度化されておりますが、リハビリテーションの職員に関しては、ほかの職種とはまた別に、独特のリハビリテーションに勤務する中で、リハビリテーションの方に対しての認知症対応力向上研修が必要ではないかと考えております。

私が把握しておりますのは、日本リハビリテーション病院・施設協会がリハ職のための認知症対応力ケア研修を始めたところでございますが、それぞれの協会において認知症対応力、あるいは介護保険の制度に対しての研修はこれまで行われてきているのか、あるいはこれから行う予定があるのかについて、教えていただければと思います。

○田辺分科会長 これは、近藤様でよろしゅうございますでしょうか。

○田中委員 はい。

山本先生と深浦先生、佐々木先生にお伺いしたいと思います。

○田辺分科会長 分かりました。

では、お三方、御質問がございましたので、回答をお願いいたします。

○山本陳述人 ありがとうございます。

まずは、日本作業療法士協会から御説明いたします。

認知症に関する知識・技術の人材育成に関しましては、日本作業療法士協会と各都道府県作業療法士会の連携の中でも進んできた経緯がございます。

特に生涯教育制度におきましては老年期分野、そして、その中に認知症というセクションがございます、それで対応されているということで御理解いただきたいと思います。

それから、認定、専門という制度もございまして、専門作業療法の中には認知症がございます。

認知症の基礎知識として、認知症の理解について誰もが受けられるeラーニングも始めました。これは、専門作業療法士のためのものではあるのですが、どなたでも受けられる。eラーニングを通して認知症の知識と理解をしていくものを2019年度より始めているところでございます。

一方、研究事業としまして、認知症リハビリテーションに関する事業も昨年度から始めているところでございますので、しっかりと進めたいと思います。

OT協会からは、以上でございます。

○深浦陳述人 言語聴覚士協会の深浦でございます。

どうもありがとうございます。

介護保険に関する研修は、この間、＜三協会＞とも随分進めてまいっております。地域ケア会議に資する人材育成を進めているところでございます。

本協会としては、認知症に対しては、全国研修会等では、今のところ単発で大阪大の池田学先生などにもお願いしたりして行っております。

それから、高次脳機能障害とか、失語症も進行性のものは、認知症との関連がございますので、こういうものと一体化した形での講座等を行っているところでございます。

それと、今、山本会長も言われましたが、本協会でも、今、そういう生涯学習を整理しておりまして、そこで系統的にやっ払いこうと考えているところでございます。

よろしくお願ひします。

○佐々木陳述人 日本理学療法士協会です。

理学療法士協会も、生涯学習制度で5年間の登録理学療法士、その後の認定理学療法士、それから専門の理学療法士といった多様な機会を通じて研修を行っているところでは。

特に理学療法士に関連するところは、軽度認知症のMCIの段階でしっかりと運動して、その後の認知症の進行を予防するところ。

それから、介護になった段階で、特に転倒の課題が大きいと承知しております、転倒を繰り返すことをしっかりと予防するところに特に力を入れて研修を行っていききたいと思っけています。

以上です。

○田辺分科会長 ほかにいかがでございますか。

まだ若干時間が残っておりますが、よろしゅうございますでしょうか。

では、もし御質問がまだある場合には、この会議終了後、事務局にメール等で御連絡いただけますと、当該団体にお伝ひさせていただきます。

○近藤陳述人 申し訳ありません。

よろしいでしょうか。

○田辺分科会長 はい。

○近藤陳述人 先ほど私は御質問に答え切れなかったのですが、濱田委員の意見に対してです。

通所リハビリテーションは、現在、ある意味リハビリテーションの場として活用されておりますが、評価の場としても、こういった取組がなされたときに、活用していただくような施策もあつていいのではないかとお伝ひ損ねましたので、すみません。

よろしくお願ひします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

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。

短い時間を厳守していただきまして、また、大変貴重な御意見をいただき、ありがとうございました。

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

それでは、本日の審議はここまでとしたいと存じます。

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

○奥山総括調整官 事務局でございます。

次回の第227回「介護給付費分科会」の開催は、10月11日の15時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した。

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、貴重な御意見を賜りまして、ありがとうございました。

これで閉会いたします。