

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第234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、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、こちらの会場とオンライン会議を活用しての開催とさせていただきます。

また、本会議は動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、奥塚委員より御欠席の連絡をいただいております。また、御欠席の大石委員に代わり中村参考人に、奥塚委員に代わり加来参考人に御出席いただいております。

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

なお、長内委員が途中で御退席なさる予定です。

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

事前に送付しております資料を御覧ください。同様の資料をホームページに掲載しております。

次に、会議の運営方法でございます。

オンラインにて出席の委員の皆様におかれましては、会議の進行中は基本的にマイクをミュートにいただき、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いたします。

それでは、冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○奥山総括調整官 それでは、以降の進行は田辺分科会長をお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは、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議論を行いたいと思います。

なお、議題としては同一にしておりますけれども、事務局からの資料説明を2つに分けて行っていただき、委員の皆様からの御意見も質疑の時間を分けさせていただきたいと思っております。

具体的には、まず運営基準に関する事項について、これまでの議論を踏まえて省令事項の改正が必要な事項を取りまとめたものにつきまして議論を行います。その後、これまでの議論を踏まえ、改めて事務局において整備や検討を行った事項等について議論を行います。

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。

それでは、運営基準に関する事項につきまして、事務局より資料の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。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

それでは、老人保健課長より、資料1及び資料2に基づきまして、運営基準の改正等につきまして御説明を申し上げます。

まず、資料1が運営基準の改正等の概要でございます。検討の軸に沿いましてまとめた概要となります。

資料2が本文となります。

本日は、資料2を用いまして簡潔に御説明を申し上げたいと思います。

各サービスの提供に当たりまして遵守を求める基準等の内容につきましては、地方公共団体の条例に委任されているため、運営基準等を改正した場合には条例の改正等を要する場合がございます。

その改正等の手続に要する期間を考慮いたしますと、可能な限り速やかに運営基準等を定める必要がございます。このため、この基準に係る事項の整理を進める必要がございます。当分科会においてこれまで委員の皆様にご協議いただいた議論を踏まえ、以下の事項についてどのように考えるか。また、介護予防についても同様の措置を講じる場合には★を付記してございます。

以下、項目を中心に簡潔に御説明を申し上げます。

まず1つ目、訪問系サービスについてでございますが、1つ目、訪問リハビリテーション、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション計画書の入手及び把握の義務化に係る規定でございます。

続きまして2つ目、訪問リハビリテーション事業所に係るみなし指定、こちらは介護老人保健施設及び医療院についてみなし指定を行うといった規定でございます。

2ページ目、居宅療養管理指導につきましては、記載の経過措置期間の延長に係る規定。

大きな2つ目として、通所系サービスでございます。

まず、通所リハビリテーションについては、入院時に医療機関が作成したリハビリテーション計画書の入手及び把握の義務化に係る規定。

2つ目として、みなし指定を受けた通所リハビリテーション事業所の人員配置基準の見直しに係る規定でございます。

大きな3つ目といたしまして、短期入所系サービスでございます。

まず、短期入所系サービス共通の項目といたしまして、ユニットケアの質の向上のための体制の確保、研修を受講するよう努めなければならない。こういった規定でございます。

大きな4つ目といたしましては、多機能系のサービス。

1つ目、小多機並びに看多機につきましては、管理者の兼務といたしまして、兼務可能な他事業所のサービス類型を限定しないこととする規定。

2つ目として、看多機でございますが、サービス内容の明確化。こちらは法改正に伴いまして、その明確化を行うといったものでございます。

大きな5つ目としまして、福祉用具貸与・特定福祉用具販売についてでございます。

1つ目、福祉用具貸与・特定福祉用具販売共通の案件でございますが、選択制の対象福祉用具の提供に係る利用者などへの説明及び提案についての義務づけに係る規定でございます。

続きまして4ページ目、福祉用具貸与についてでございます。

1つ目として、貸与後におけるモニタリングの実施期間等の明確化。

2つ目といたしまして、モニタリング結果の記録及び介護支援専門員への交付の義務づけに関する規定でございます。

3つ目といたしまして、選択制の対象福祉用具を貸与した後の貸与継続の必要性の検討。その必要について検討を行うことを義務づける規定でございます。

3つ目、特定福祉用具販売でございます。

その1つ目でございますが、選択制の対象福祉用具に係る計画の達成状況の確認。目的の達成状況を確認することを義務づける規定でございます。

5ページ目に参りまして、2つ目として選択制の対象福祉用具に係る販売後のメンテナンス。販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は使用方法の指導、修理等を行うよう努めることとする規定でございます。

大きな6つ目といたしまして、居宅介護支援・介護予防支援に係る規定となります。

まず1つ目ですが、公正中立性の確保のための取組の見直しということで、記載の事項に関して努力義務とする内容でございます。

2つ目、指定居宅サービス事業所などとの連携によるモニタリングでございます。ケアマネジメントの質の向上の観点から、要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とするものでございます。

続きまして6ページ目、3番、ケアマネジャー1人当たりの取扱件数につきまして、記載のとおり見直す内容でございます。

4つ目、介護予防支援の円滑な実施といたしまして、まずアに記載の指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援の指定を受ける場合の人員配置について。また、一番下のところにイとございますが、市町村に対する情報提供。こういった内容についての規定を設けるものでございます。

続きまして7ページ、大きな7番でございます。居住系サービスについてでございます。

まず1つ目として特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護につきましては、生産性向上に先進的に取り組む特定施設に係る人員配置基準の特例的な柔軟化

に係る規定でございます。

2つ目といたしまして、特定施設入居者生活介護。こちらは口腔衛生管理の強化に係る規定でございます、3年の経過措置期間を設けるといった規定でございます。

そして、3つ目、居住系サービスに共通の事項でございますが、8ページに移りまして、協力医療機関との連携体制の強化、実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行うといった規定でございます。

また、マルの2つ目、新興感染症発生時等の対応を行う医療機関の連携につきましても基準を設けるといった内容でございます。

続きまして8ページの下段、8番、施設系サービスでございます。

まず1つ目といたしまして、介護老人福祉施設につきましても、小規模介護老人福祉施設の配置基準の緩和に係る規定でございます。これは、離島や過疎地域に所在する小規模介護老人福祉施設における効率的な人員配置を可能とする観点から見直しを行うものでございます。

2つ目、9ページの下段でございます。介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護につきましても、緊急時等における対応方法の定期的な見直しの義務づけでございます。

そして、大きな3つ目として施設系サービスの共通の案件といたしましては、10ページでございますが、1つ目、ユニットケアの質の向上のための体制の確保。研修を受講するよう努めなければならない。

2つ目、協力医療機関との連携体制の構築。こちらは実効性のある連携体制を構築するために見直しを行うものでございます。

そして、3番目、新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携につきましても、規定を設けてはいかがかといった内容でございます。

続きまして、11ページ目の大きな9番、短期入所系サービス・多機能系サービス・居住系サービス・施設系サービス共通の内容となります。

1つ目、介護現場の生産性の向上。委員会設置の義務づけなどを行うものでございます。

大きな10番目としては、全サービス共通の案件となりますが、まず1つ目として、書面掲示の規制に係る見直しでございます。

また、2つ目といたしましては、管理者の兼務範囲の明確化。

さらには、3つ目といたしまして、身体式拘束等の適正化の推進に係る規定を設ける。こういった御提案でございます。

以上、本分科会におきまして、累次にわたり御協議をいただいた内容のうち、運営に関する基準等の改正に関わる内容につき、おまとめをさせていただきました。

どうぞ御協議のほど、よろしくお願ひ申し上げます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

それでは、ただいま説明のありました事項について、御意見、御質問等ございましたら

よろしく願いいたします。

会場の方は挙手にて、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

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

では、よろしく願いいたします。

それでは、小林委員、よろしく願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

資料2に沿って申し上げます。

まず6番、居宅介護支援・介護予防支援についてです。マル1からマル4までそれぞれ意見を述べてまいりました。とりわけマル3のケアマネジャーの1人当たりの取扱件数については、業務負担や労働時間との関係で懸念がございます。

7番、居住系サービスについて、(1)生産性向上に先進的に取り組む特定施設に係る人員配置基準の特例的な柔軟化については、前回述べたとおり、ケアの質と安全性の向上につながるよう、配置基準を緩和する案は控えるべきと考えます。

最後、10番の全サービス共通の(2)についてです。管理者の兼務範囲の明確化については、「提供する介護サービスの質を担保しつつ」というところで、長時間労働の是正を図る取組を行って、マネジメント力を十分に発揮できる環境を整えることが不可欠だと考えていることを、繰り返しになりますが、述べておきます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

ただいま事務局から御説明いただきました運営基準の改正案につきましては、これまでの議論を踏まえたものとなっており、おおむね賛成でございます。

ただ、2ページ目の(2)居宅療養管理指導の経過措置期間の延長について、イの感染症や非常災害の発生時の業務継続に向けた計画の策定などの義務化は、既に3年間の経過措置が設けられ、6年の春には100%の策定となっているべきものでございます。感染症や災害の発生等はいつ起こるか分からない。こういった中で、利用者の安全性の確保の観点から、さらに3年も経過措置期間を延長することは問題があるのではないかと考えてございます。早急に対応するようお願いを申し上げます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしく願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは1点だけ、資料1の運営基準の改正のところ、3の『良質な介護サー

ビスの確保に向けた働きやすい職場づくり』というところに、「利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置する」という文言がございます。実はこれは大変重要で、「利用者の安全」と「介護サービスの質の確保」と「職員の負担軽減」という3つは、いつも3点セットで併記していただきたいし、また、順番もこの並びでぜひお願いしたいと考えております。なぜかと言いますと、例えば介護ロボット・ICT等の活用によるサービスの質の向上と業務負担の軽減というような内容について、ここでは、介護ロボット・ICT等のテクノロジーの導入等により、職員の業務負担の軽減及びケアの質の確保に資する介護現場の生産性向上を推進していくというようなことが述べられております。しかし、こういう際にも、先に申し上げたように、まず「利用者の安全」、その次に「介護サービスの質の確保」を目的とした「職員の負担軽減に資する介護現場の生産性の向上」を目指していくこと、これを今後意識してぜひ並べてあげていただきたいなと思っておりますので、これは要望として申し上げたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく申し上げます。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず、5番の福祉用具貸与・特定福祉用具販売の(1)の選択制の部分ですけれども、利用者等への説明及び提案のところですが、どうしても業者の方とかケアマネさんが言ったりしたときに、十分に利用者が自分の思いとかを話せるような環境づくりを行った上でというところで行っていただきたいと思っております。利用者等に対して十分説明することを義務づけるというこの「十分」の意味のところをもう少し明確にしていきたいと思っております。どうしても業者さんとかに言われると、なかなか利用者が自分の思いを言えないということがあるかなと思っております。

それから、6番の居宅介護支援・介護予防支援のマル2です。テレビ電話等を活用したモニタリングという部分です。まず、テレビ電話等を介してというところには、時期尚早ではないかという形での反対をいたします。

その次の訪問の回数、テレビ電話を使うと、少なくとも2月に1回、介護予防のときは6月に1回は利用者宅を訪問するという「少なくとも」という文言がありますけれども、一人暮らしや高齢夫婦世帯の場合、月1回の訪問が2月に1回になり、次回訪問までの期間が延長されることとなります。次の訪問までの間に利用者や介護家族から連絡するのは、よほどの事態に発展した場合と推測します。毎月や3か月に1回の訪問があることで、ケアマネジャーが異変の予兆を専門的な観点から在宅生活の状況をアセスメントしていることで悪化などの予防をしています。また、利用者や介護者がそのときに話すことで、悩みや不安を話し、精神的な安定ができています。このケアマネジャーさんだったから介護のある人生を自分らしく生きることができたという介護者もいます。

ケアマネの人材不足、業務負担軽減は喫緊の課題です。そこは同意見です。これはケアマネさんから聞いたお話ですけれども、しかし、業務負担のために2か月に1回の訪問にすれば、業務負担軽減になるのではないかという思考には誤りがあります。業務負担軽減をすべきはそこではないですよということです。1月に1回どころか2～3回訪問しなければならない利用者もいる中で訪問回数減とすると、ケアマネジメント自体どころか、その方のケア全体が大きく後退してしまいます。なぜなら、要介護者、要支援者の状態変化は訪問のときにしか分かりません。テレビ電話で何が分かるのでしょうか。これは利用者サイドですけれども、そもそも使える方がどれだけいるのかも疑問です。微妙な表情やにおい、食事は取れているか、身なりに変化はないか、冷蔵庫、部屋に変化はないか、変な業者に引っかかっているかなど、認知症の症状の変化発見のほんの一部です。削減すべきは業務を先にやる必要があります。整えるべき書類の多さ、更新研修の有無、サービス開始前の担当者会議の義務などです。まずその負担軽減を図るべきではと考えます。

それから、「少なくとも」の言葉が気になります。これは私の意見です。最低限が2月に1回、半年でよいというこの言葉によりなってしまうとも受け止めてしまいました。

このケアマネさんからの声は私たちの家族の声でもあるとして、この内容には反対です。以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向委員、よろしくお願いいたします。

○酒向委員 ありがとうございます。

ただいま御説明いただきました事務局の御提案については、賛同します。

その上で、2つコメントさせていただきます。

1点目が居宅療養管理指導におけるBCPの経過措置延長でございますが、BCPをぜひ早急に策定いただくよう御対応をお願いしたいと思います。それが1点目です。

もう一点目が、特定施設の人員配置です。一律の規制緩和を行うのではなく、ケアの質の確保、職員の負担軽減など、懸念される事項について確認が十分できた事業所に限るといことで、当会としては賛同したいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございますでしょうか。

では、田母神委員、よろしくお願いいたします。

○田母神委員 ありがとうございます。

意見と質問を申し上げます。

まず、資料2の8ページ、10ページに新興感染症発生時等の対応を行う医療機関の連携についての記載がございます。感染症法上、第二種協定指定医療機関に関する記載がございますが、これについては訪問看護も含まれております。本日の資料におきましても、ここには訪問看護が含まれるという理解でよろしいのかどうか、確認をさせていただきたい

と思います。これに関しては、コロナ禍におきまして地域連携による対応が行われた中で、訪問看護が実際に果たした状況を踏まえて厚生労働省のほうでここに位置づけられたということがございますが、平時から感染症対応に向けて実効性のある連携体制を構築する必要があると考えておりますので、この点を伺いたいと思います。感染症法上の予防計画におきましても、訪問看護事業所は2,800ということで目標を掲げていらっしゃると思います。

もう一点、7ページ(3)マル1、10ページ(3)マル2の協力医療機関との連携についてでございますが、認知症グループホームや特定施設では既に訪問看護との連携に関する加算がございます。介護老人福祉施設ではがん末期の利用者への訪問看護が実施されておりますけれども、地域の医療機関とともに、ここでは「等」ということが入っておりますが、訪問看護が果たしている役割という範囲もございますので、ここで医療機関に例えば特化するというような形になりますと、受ける側の医療機関にとっても依頼する事業所にとってもハードルが上がる場所があるかと思っておりますので、訪問看護の位置づけもぜひ明記いただきたいと考えております。

最後に、7ページの「7. 居住系サービス」の(1)の特定施設の人員配置基準の特例的な緩和についてでございます。こちらについては前回は申し上げたところでございますが、テクノロジーの活用による業務効率化については、その重要性は認識しておりますけれども、利用者の安全、ケアの質が担保されることは大前提であると考えております。ケアの現場におきまして、介護ロボットでは根本的に代替が難しい業務が多い状況にございます。また、先般お示しいただいたデータにおきましては、総時間でお示しになっておりますが、一部効率化された分、その総時間をもって配置数をそのまま減らせるというものではないということを繰り返し申し上げますが、また、データにおきましては、事後の人員配置において3対0.9、これは3.3対1だと思いますけれども、より緩やかな基準が検証されたという事業所は非常に少なかったということで、多くの事業所は3対1以内のデータであったかと思っております。そうした中で人員配置基準の緩和ということは、データにおいてもエビデンスとして乏しいのではないかと思いますので、これについては反対いたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点御質問がございましたので、よろしく申し上げます。

○古元老人保健課長 御質問がございました、資料に記載してございます第二種協定指定医療機関との連携につきましてでございます。新興感染症発生時に、例えば診療でございますとか入院の可否の判断などを行う医療機関を想定してございますので、まずはそのような協定締結を行っている診療所、病院との連携についての規定を想定してはございますが、法律上、第二種協定指定医療機関とされております訪問看護事業所を妨げるものではないかと存じます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。



○田母神委員 訪問看護が医師の指示の下に果たした役割というのも非常に大きなものがございますので、感染症法上の枠組みと齟齬がない形で運用されるという方向で御検討いただければと思いますし、また、そうした情報発信をお願いしたいと思っております。

○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。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、5ページ、6ページの居宅介護支援・介護予防支援につきまして意見を申し上げたいと存じます。

まず、マル2のいわゆるモニタリングに関しましてのテレビ電話装置等を活用した件でございませけれども、これはコロナウイルス感染下における各種の予防対策、当時、様々な臨時的な対応がされたと思っておりますが、この中で実証的に現場においても活用可能な方法ということで検討されたことかと思っております。施行いただきまして、その後も引き続きその状況などを御確認いただければと思っております。

続きまして、6ページのマル3のケアマネジャー1人当たりの取扱件数のイ、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ事務職員を配置している場合においてというところにつきましては、様々な生産性向上の取組も見られておりますので、いわゆるかつ、アンドというほうがよいのか、またはオア、またはとして、もちろん状況に応じて使い分けてということかと思っておりますが、例えば何らかの職場環境要件のようなものを検討したほうがよいのかは引き続き御検討いただければ幸いかと思っております。

また、230回の本分科会におきまして、要望書のほうに記載いたしました但し、既に御承知のとおり、介護支援専門員の人材確保は、人口減少が著しい地方部や中山間地域において特に顕著でございます。このため、こうした人口減少地域における対応と、とりわけ地域にかかわらず利用者にケアマネジメントが提供でき、また、処遇改善や事業所運営に資する人件費等が充当可能となるような原資確保へ向けた通減制の緩和、及びそのために文書負担軽減やケアプランデータ連携システムの開始を図って、普及促進をはじめとした生産性向上、また、実態に合わせた標準担当件数の見直し、そして、働く環境の改善の推進を図れることを要望書にも記載いたしております。

今般、首都圏など、都市部においても一部地域では介護支援専門員が不足して、担当可能な居宅介護支援事業所が見つかりにくいという事例も伺っております。これまでの通減制の取組でも、全ての事業所で例えば事業所単位、個人単位で担当件数が大幅に増加しているというわけではなく、例えば入退職等で一時的に新人とベテランで担当件数を調整する場合もございませので、ぜひ進めていただければ幸いかと存じます。

6ページのイのところでございますけれども、市町村から情報提供の求めがあった場合は、介護予防サービス計画の実施状況を市町村に情報提供することとするとございませが、提供すべき情報に例えば保険者様ごとに大幅に多寡があつては好ましくないと考えており

ます。例えば核となる提供すべき情報項目や、必要に応じてデータ連携に資する情報項目を掲載した簡易な様式案等をどのように行っていくか、作成を必要とするかどうかも含めて、御検討をお願いできればと存じます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、古谷委員、お願いいたします。

○古谷委員 全国老協の古谷でございます。

8の(3)のマル2、協力医療機関との連携についてです。連携期間を1年から一定期間としていただいたことは評価いたしますが、231回給付費分科会資料5の15ページに特養における協力医療機関との連携が示されており、協力医療機関の緊急対応ありは特養全体で23.2%という現状です。この現状を考えれば、本来は努力義務として行政や医師会の協力を得ながら着実に推進していくべきものと考えます。一定の経過措置期間を設けた上で義務化する場合でも、その間に高い割合で実現可能なのか、どのような課題があるのか。地域固有の問題はないか等を調査し、慎重に検討すべきと考えます。相手がある話であり、環境が十分に整わない中で、いきなり施設側に最低基準上、または報酬上不利益となるような義務を課すのは不適切であると考えております。よろしくお願いいたします。

○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。

では、稲葉委員、よろしく申し上げます。

○稲葉委員 民間介護事業推進委員会です。

私からは、福祉用具貸与・特定福祉用具販売の中で質問と意見を申し上げます。

まず、資料の3ページの下から2行目に記載されております、医師や専門職の意見を踏まえることについての質問です。介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会の取りまとめ報告書を見ますと、その15ページに、そもそもの前提として、貸与か販売の選択は利用者等の意思決定に基づくとされております。さらに、次の記述には、利用者が適切な判断を行うために必要な事前のプロセスとして、貸与と販売の選択について検討を行う際は、医師やリハビリテーション専門職等の医療職を含めた多職種の見解を反映させるため、サービス担当者会議等を活用することとするほか、介護支援専門員が各専門職への照会により意見を聞く方法も可能とすると書かれております。さらには、介護支援専門員または福祉用具専門相談員は、取得可能な医学的所見等に基づき、サービス担当者会議等で得られた判断を踏まえ、利用者などに対し貸与または販売に関する提案を行うとされております。

これを踏まえますと、質問なのですが、先ほど申し上げたあり方検討会報告の内容と今回の指定基準見直しの内容は同じと考えてよろしいのかどうか。そして、どのようにお考えなのかということをお聞かせいただきたいと思います。

また、あり方検討会の報告では、貸与と販売の選択について提案を行う者として介護支

援専門員または福祉用具専門相談員とされておりますが、資料の5ページ、居宅介護支援の見直し案のほうにはこれに関する記述が見当たらないのですが、これに関連して御説明をお願いしたいと思います。

よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 では、御質問がございましたので、よろしくお願ひいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

御質問の前半のほうについて、私からお答えします。

基本的にあり方検討会で示された案について、今回の省令案とは整合が取れていると認識しております。ただ、今御説明のあった中で、取得可能な医学的所見とかそういったところ、この辺の表現がここに十分反映されているようには見えないというのは御指摘のとおりです。その点については、今後、通知の中でその辺の趣旨等を明らかにしていきたいと考えてございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、居宅介護支援の指定基準の関係でございます。現在の居宅介護支援の指定基準でも、ケアマネジャーがケアプランの作成に当たって必要な情報提供や利用者への説明というところの規定がされておまして、今回追加されます選択制の対象となる福祉用具の貸与・販売の選択についての提案ということも現行の規定に包含されるものであると考えております。またそれらの趣旨は通知等で必要に応じて明確化してまいりたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 稲葉委員、よろしゅうございますか。

○稲葉委員 解釈があまり複雑になりますと、自治体による指導などにまた影響が出てきても困りますので、そこは明確にお示しいただければと思います。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょうか。

では、江澤委員、よろしくお願ひいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

7ページの居住系サービスについて申し上げたいと思います。7ページの下から8ページにかけての協力医療機関との連携体制の構築についてでございます。

現在、認知症グループホームあるいは特定施設入居者生活介護には、介護保険の訪問看護が提供できる仕組みではなく、在宅医療だけでは支え切れず、いざというときに入院できるベッドの確保が不可欠だと思っております。ここでは努力義務だと思っておりますけれども、ぜひ施設系と同様に入院を受ける体制の常時確保といったものをしっかりと加えていく方向にすべきと考えております。

いろいろ医療連携と懸念する御意見もございましてけれども、現状の全国の病床稼働率は大体急性期が70～75%、回復期でも70～80%、慢性期の療養病床でも80%台となっておりまして、常時入院のベッドは空いている状況でございます。特にコロナ禍を経験したこともあり、入院患者の確保に苦慮している病院が多いのも実情であって、病院によっては介

護施設にいろいろと営業で回って、ぜひ連携をとる形で、そういった動きも一部ございます。ぜひ利用者の命を守る観点からも、緊密な連携を着実に円滑に進めていくということが重要だと思っているところでございます。

もう一点は、先ほど田母神委員からも御指摘がございましたが、居住系サービスの(1)の特定施設のいわゆる3.3対1の配置についてでございます。これは前回申し上げましたが、現在、特定施設の全国平均の配置は2.5対1、平均要介護度は2.7に対し、実証施設の平均要介護度は全国平均よりは軽い施設が多かったことと思います。それから、医療的ケアもどうだったかというのがよく分からない状況でありますので、ここは本当にこういったことが利用者に対して支障がないのかどうか、まだまだ検証が足りないと思っておりますので、しかも、この件に関しては、前回の私の記憶では反対する委員の方のほうが多かったと思っておりますので、事務局に質問ですけれども、今回なぜここに残っているのか教えていただきたいと思っております。

○田辺分科会長 それでは、御回答をお願いします。

○峰村高齢者支援課長 これは御指摘もございましてけれども、しっかりと実証で確認された施設についてのみ、今後そういった条件が達成されたもののみ実施していくという考えでありますので、前回反対のほうが多いという御指摘もありましたけれども、一定の賛成の意見も多かったと思っておりますので、こちらについては御懸念がないように、しっかり運用の中で懸念点を解消する方向で取り組んでまいりたいと思っております。

○田辺分科会長 江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 現時点で懸念を払拭というのは難しい問題であって、やはりこれは本当に利用者のサービスに直接関わる部分で、もちろんこれから2040年にかけて労働人口が2割減るという中で、こういったことはぜひ考えていかなければいけないことだとは十分認識しておりますが、見切り発車はあまりよろしくないもので、これをいきなり拡大するというのは現時点では難しいと思っておりますので、しっかりと本当に実証を行ったような施設とか、そういったところで少しずつ進めるのであればまだよろしいかと思っておりますけれども、しかも、この7番の(1)の1番目にぼんと出ているので、大変目立つ格好にもなっているかと思っておりますから、ぜひ慎重に検討していただきたいということを意見として申し上げます。

以上です。

○峰村高齢者支援課長 御指摘ありがとうございます。まさに慎重に対応していこうと思っております。いきなり特定施設全部にこれを広げるという趣旨ではございません。本当に我々として大事だと思っているのは、業界全体が底上げして、効率的に業務ができつつ、かつ質の確保とか利用者の安全とか、先ほど来御指摘いただいているところが安全に全てできることを確認した上で取り組んでいって、一部の施設においては、こういった基準よりも少ない配置でできる場所についてのみこういった特例的な柔軟化を認めていくという考え方でありますので、大変慎重に限定的にやっていくべきもの、そのためにも、しっかりとした国のほうの基準であるとか方法についてはしっかりお示ししていくことを

考えてございます。

○江澤委員 1点だけ申し上げます。

ぜひそのようにお願いしたいと思っておりますけれども、自治体の確認ということが入ると思っておりますけれども、書面とかデータの確認だけではなくて、現場を訪れて現場を実際に見ていただいて、現場確認の上、こういったものを進めていくということを要望したいと思います。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょうか。

では、鎌田委員、よろしく申し上げます。

○鎌田委員 すみません。追いをかけるみたいですが、居住系サービスの生産性向上に先進的に取り組む特定施設のところです。実証で確認されたもののみ運用の中でその運用をちゃんと義務づけてやるということですが、今回議論の中で出されたデータとかがやはり私たち利用者にとっては納得のいくものがない。ましてや、江澤委員とか田母神委員とか専門職の方々からそういうお声が出てきている中でこういうふうな、私はやはり見切り発車ではないかと思っております。安全にちゃんとできる施設のみにやっていくということですが、そこが本当にどういう形でされるのかという部分がなかなか見えない中でやっつけられることに大変みんなが反対している、ほとんどが反対している中で、ではどこまでの方が賛成したらいいのかというところでは、本当に見切り発車だなと思って、私は納得できません。反対です。

以上です。

○田辺分科会長 小林委員、よろしく申し上げます。

○小林委員 同じ論点です。私も前回、見切り発車という言葉を使うかどうか迷ったぐらいであり、まさにそういうことをなさろうとしていることをよく認識していただけないかと思っております。まして、「確認して」とありますが、どちらかというところでは確認ではなくて報告と同じに思っています。それで果たして大丈夫なのか、その点が本当に重要だと思っておりますので、御認識を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。

ほかはいかがでございましょうか。よろしゅうございますでしょうか。

様々な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

本日御議論いただきました運営基準等に関する事項につきましては、本日いただいた御意見等を踏まえまして、具体的な修正につきましては、修正の有無を含む形で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、よろしければ、今後の取扱いについて事務局から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。

それでは、本日御議論いただきました運営基準等に関する事項につきましては、先ほど

分科会長からもお話がございましたとおり、会長とも御相談の上、必要に応じて加筆修正等を行いまして、速やかにパブリックコメントをなどの必要な手続を進めさせていただければと存じます。

事務局からは以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、次に残りの議題につきまして、事務局より資料の説明をお願いいたします。

では、よろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 それでは、続きまして、資料3に基づきまして、老人保健課長より多床室の室量負担につき御説明を申し上げます。

4ページ目から5ページ目にかけて、これまでの分科会における主な御意見を記載させていただいております。

それでは、論点に入りたいと思います。7ページ目を御覧ください。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等における居住費につきましては、平成17年10月より、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から保険給付の対象外とし、居住環境の違いに応じ、個室は光熱水費及び室料、多床室は光熱水費を居住費として自己負担とすることとされました。

また、平成27年度からは、介護老人福祉施設の多床室につきまして、死亡退所が多く、事実上の生活の場として選択されていることから、在宅で生活する方との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から室料の負担を求めることとされました。

こうした経緯並びに公平性を踏まえた上で、介護医療院及び介護老人保健施設の多床室について、室料負担の導入についてどのように考えるか。こちらが論点でございます。

対応案でございます。

まず、介護医療院につきましては、介護保険法上「日常生活上の世話」を行う長期療養・生活施設であり、ターミナルを含め、利用者に必要な医療も提供されてございます。また、実態として死亡退所が多く、事実上の生活の場として選択されておりますことから、在宅でサービスを受ける方との負担の均衡を図るため、利用者の負担能力も考慮した上で、一定の所得を有する多床室の入所者の方から室料負担を求めることとしてはどうか。

また、介護老人保健施設につきましては、介護保険法上「日常生活上の世話」を行う施設であるものの、在宅復帰及び在宅療養支援を行う施設であり、実態として死亡退所が少ないといった点が介護医療院や介護老人福祉施設とは異なっております。ただし、療養型及びその他型の介護老人保健施設につきましては、介護保険法上「日常生活上の世話」を行う施設であり、実態として死亡退所が多く、事実上の生活の場として選択をされておりますことから、在宅でサービスを受ける方との負担の均衡を図るため、利用者の負担能力も考慮した上で、一定の所得を有する多床室の入所者の方から室料負担を求めることとしてはどうか。こうした対応案でございます。

なお、※1にございますとおり、低所得者に配慮いたしまして、利用者負担第1～第3

段階の方については、補足給付により利用者負担を増加させない。

また、※2にございますとおり、頻繁な類型の変更がないように、一定期間の実績をもって3年間の室料負担を求める、求めないの判断を行う。こうした形としてはどうかといった対応案でございます。

また、その下でございますが、介護医療院並びに療養型及びその他型の介護老人保健施設の室料の額につきましては、介護老人福祉施設の多床室と比べ、月1.5万円程度の室料負担を求めていること、また、これらの施設が介護老人福祉施設と比べて居住の面積が狭いことなどを踏まえて検討してはどうか。

なお、これらの施設において引き続き必要なサービスを受けられるようにする観点から、見直しの時期など必要な対応を検討することとしてはどうかとしてございます。

9ページ目に参考の資料を掲載してございますが、死亡退所割合の部分で赤字で記載してございます。

また、11ページが老健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能に関する評価、12ページ目が各類型の推移でございます。

最後に15ページでございますが、こちらに3施設の施設基準を記載してございまして、特に居住の面積の比較などを記載してございます。御参考に御覧いただければと思います。

多床室については以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、認知症施策・地域介護推進課長でございます。

資料4、複合型サービスについてでございます。

これまで複合型サービスにつきまして、8月30日及び11月6日において各種御議論いただきまして、るる御意見をいただいていたところでございます。その御意見につきまして3ページ、4ページ、また、7ページ、8ページとまとめさせていただいております。

今回、論点で、11ページを御覧くださいませ。

論点1でございます。介護保険制度の見直しに関する意見、介護保険部会のほうから複数の在宅サービスを組み合わせる複合型サービスの類型などを設けることを検討することが適当であるということで、こちらの給付費分科会のほうで御議論いただきまいました。一定の賛成の御意見もいただいたところでございますけれども、これまでの当分科会における御議論として、今回の複合型サービスの創設の提案につきまして、規制緩和もしくは情報連携を促進することでよいのではないかとといった御意見。また、地域密着型サービスとしての御提案でございましたが、それにより一定の制約が生じるのではないかとといった御意見。また、制度の複雑化につながるのではないかとといった御意見などを御指摘いただいたところでございます。

この今回御提案申し上げました訪問介護と通所介護の組合せによる一体的なサービス提供の効果検証につきまして、事業所に対するアンケート調査やヒアリング調査などを行ってまいりまして、その結果に基づく御提案をさせていただいたところでございます。他方、

この間、コロナ感染症対応がやはり最優先といった状況下におきまして、実際の事業所における実証的な実施調査などは行ってきておりません。これまで例えば小規模多機能や看護多機能の創設につきまして行ってきたような実地調査を行ってきていないような状況でありまして、個別の要件設定や規制緩和の効果等についての具体的な議論が行われてきていない状況であったところでございます。

これらのことを踏まえましてどう考えるかということで、対応案でございます。訪問介護と通所介護を組み合わせた複合型サービスの創設につきまして、介護給付費分科会における議論を踏まえまして、より効果的かつ効率的なサービスの在り方について、実証的な事業実施とその影響分析を含めまして、さらに検討を含めることとしてはどうかと御提案させていただきます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、資料5を御覧ください。

老人保健課長でございます。

まず、3ページから基準費用額についての御説明を申し上げます。

6ページ目に論点1とございますが、基準費用額の見直し、基準費用額は食費・居住費の平均的な費用額を勘案して定めることとされてございます。

多床室における基準費用額につきましては、家計調査における光熱水費の額を参考に設定してございまして、平成27年度介護報酬改定におきまして、平成25年の調査の結果が当時の基準費用額を上回っていたことを踏まえまして、見直しを行ったところでございます。

近年、家計における光熱水費が上昇しておりまして、直近のデータはそちらに記載のとおりとなっております。前回改定時に比べ大きく引き上がっております。

こうした状況を踏まえ、介護保険施設における食費・居住費の基準費用額についてどのように考えるか。その際、補足給付における負担限度額についてどのように考えるかといった論点でございます。

対応案でございます。近年の光熱水費の高騰に対応し、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点から、多床室やその他の類型も含めた介護保険施設の基準費用額について、利用者負担への影響も踏まえつつ、必要な対応を検討してはどうか。

7ページ目が平成27年改定時の概要でございまして、8ページ目が直近の光熱費、水道費の推移をお示ししたグラフとなります。

9ページ目が補足給付の仕組みということで、御参考としていただければと思います。

これについては以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、総合マネジメント体制強化加算の見直しについて、認知症施策・地域介護推進課長でございます。

23ページを御覧くださいませ。

現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護に設けられております総合マネジメント体制強化加算につきまして、基本



サービスとして包括的に評価することという御提案を申し上げておりました。

他方、これまでの介護給付費分科会での議論におきまして、引き続き質の高い取組を進めることの必要性、区分支給限度基準額との関係でほかの介護サービスの利用が制限される可能性があること、また、一定数の事業所が当該加算を取得できていない状況があるといった課題が指摘されていたところでございます。

これまでの議論及び上記の内容を踏まえまして、どのように考えるかという論点でございます。

対応案でございます。総合マネジメント体制強化加算につきまして、基本サービス費として包括的に評価するのではなく、現行の総合マネジメント体制強化加算として評価することとしてはどうかという御提案でございます。

その上で、地域包括ケアの担い手として、サービスの質の向上を図りつつ、認知症対応を含む様々な機能を発揮し、地域の多様な主体とともに医療者を支える仕組みづくりを促進する観点から、総合マネジメント体制強化加算に新たな区分を設けてはどうかと御提案させていただきます。その際、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を求めることとしてはどうかと考えてございます。

また、現行の加算区分は多くの事業所で算定されているという当初の御提案も踏まえまして、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行ってはどうかと考えてございます。

加えまして、現行の加算区分と同様に、新たな加算区分についても区分支給限度基準額の算定に含めないこととしてはどうかという御提案でございます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

続きまして、31ページ目からの終末期の薬学管理（居宅療養管理指導）につきまして、論点及び対応案を34ページに記載してございます。

終末期における緩和ケアについては、慢性呼吸不全や慢性心不全など、がん以外の疾患の患者に対しても行われているといった実態がございました。

薬剤師によります居宅療養管理指導につきましては、こういった記載のとおり、頻回に行われているといったケースもあり、介護報酬が算定できないケースがあるとの御指摘がございました。

終末期に頻回の対応が必要となるがん以外の患者への薬物療法を適切に提供する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。心不全や呼吸不全で麻薬の注射剤を使用している患者について、末期の悪性腫瘍などの患者と同様に、算定の上限回数を週2回かつ1月に8回とするよう見直すこととしてはどうか。

なお、今回、同時改定といった中で、中医協におきましてもこの件についての議論が行われてございますということを併せて御報告申し上げます。

次ページ以降が実態並びに参考となる情報をお示しした資料でございます。

以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 最後44ページ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の関係の訪問看護関連加算の取扱いについてという御提案でございます。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護につきまして、地域密着型の冒頭で改正案を御提案させていただいたところでございます。

その後、訪問看護関連の以下の加算について第230回の給付費分科会で御議論されておきまして、この対応案につきましては定期巡回についても同様の対応とすることとしてはどうかという御提案でございます。該当の加算がターミナルケア加算、緊急時訪問看護加算、退院時共同指導加算でございます。

ちょっと紛らわしいですが、45ページ以降は11月6日での給付費分科会の資料を再掲させていただいております。

以上でございます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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

会場の方は挙手にて、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

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

では、よろしくお願いたします。

では、正立委員、よろしくお願いたします。

○正立委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会の正立です。

本日は、資料3の多床室の室料負担に絞って意見を申し上げます。

対応案では、介護保険法上、日常生活の世話をを行う施設であること、実態として死亡退所が多いことを理由に室料負担を求めることを提案されています。しかし、生活上の世話を受けることや死亡退所が多いということと、生活の場として適切かということは全く観点が異なります。生活の世話を受けるということだけであれば、一般病院であっても、入院中の患者はその期間中、様態に応じて生活の世話を受けています。それが屁理屈で、長期にわたる療養者や死亡退所が多いのだから生活の場なのだというのであれば、床面積の基準を改正するなど、誰もが生活の場だと納得できる居住スペースを設けるべきです。

対応案では、老人福祉施設より居住面積が狭いことを踏まえ検討とあります。既に当該施設を代表する委員の方からも、多床室はカーテンで区切られているだけ、仕切り家具があるだけといった実態もお示しいただき、生活の場として十分ではないということは明らかです。このような状況で多床室の室料負担を求めることは、現在、老人保健施設、介護医療院を利用している人やその家族を含め、国民のコンセンサスを得られるとは到底思え

ません。令和6年度の報酬改定に向け、また、介護職員の処遇改善に向け、様々なメッセージを発信し、理解を求めていかなければならない中、このような対応案には反対であるということを強く申し上げておきたいと思えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。

3点申し上げます。

まず、資料4の訪問介護と通所介護を組み合わせた複合型サービスについて、極めて合理的な考えに基づく新たなサービスの創設であると考えますので、実証的な事業実施とその影響分析を含めて、さらに検討を深めるということについて賛成いたします。

次に、資料5の

基準費用額の見直しについてであります。対応案について、補足給付における負担限度額について検討されておりますが、昨今の物価高騰等の社会情勢を踏まえたうえで、利用者の負担がこれ以上増加することのないよう、慎重に御検討いただきたいと考えております。

最後に、同じく資料5、総合マネジメント体制強化加算の見直しについてであります。対応案におきまして、総合マネジメント体制強化加算に新たな区分を設けることが検討されておりますが、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりの促進を目的とするのであれば、報酬による評価のみならず、地域包括ケアの担い手である多様な主体への支援が必要であると考えております。

地域包括ケアシステムの構築に関しましては、様々な事業を個別に実施するだけでなく、地域を一つのシステムとして機能させる必要があることから、例えばボランティア等の人材育成や新しいサービスのスタートアップ、地域住民への普及啓発など、多様な主体が一体的・包括的に継続して活動することに当たっての財政支援を求める意見が本会にも寄せられているところであります。

そういった観点から、地域包括ケアシステムを地域の自主性や主体性にに基づき、その地域の特性に応じて構築していくためにも、地域資源は地域によって性格と量が異なること、地域資源がない地域もあるということを十分に配慮していただき、多様な主体が継続的に活動できるよう、支援措置を講じた上で、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組の評価について御検討いただきたいと考えております。

以上です。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、米本委員、よろしく願いします。

○米本委員 ありがとうございます。全国町村会の米本でございます。

資料5の論点1、基準費用額の見直しについて意見を申し述べさせていただきます。

近年の燃料費、光熱水費、食費等の様々な物価高騰の影響により、基準費用額について

も一定の引上げが必要との考えは理解できるところでございます。しかしながら、サービス利用者の自己負担の引上げにもつながることから、国においては利用者への丁寧な説明や理解を得る必要があると思っております。

同様に、物価高騰の影響を受けて厳しい財政状況にある町村も少なくないことも事実でございます。重点支援地方交付金の追加の措置もございしますが、これも、いつまで続くかわからず、保険給付の部分で保険料への影響も十分に勘案しつつ、適切な額への引上げとなるよう検討をお願いしたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、加来参考人、よろしく申し上げます。

○加来参考人 ありがとうございます。

本日は奥塚市長が公務により出席できませんので、中津市健康福祉部介護長寿課長の加来が参考人として出席させていただいております。よろしく申し上げます。

私のほうから資料4、5について意見を申し上げます。

まず資料4の11ページ、論点1、訪問介護と通所介護を組み合わせた複合型サービスの創設についてですが、これまでの介護給付費分科会での様々な御意見を踏まえて、今後さらに実証的な事業実施を踏まえて、慎重に検討を進めていく方向に異論はございません。

一方で、地域密着型サービスとして位置づけるのであれば、保険者である市町村の指定事務や事業所への実地指導、さらに運営推進会議への職員の参加など、新たな事務負担も発生いたしますので、市町村の意見等も聞きながら進めていただければと要望いたします。

次に、資料5の23ページ、論点1についてですが、総合マネジメント体制強化加算を基本サービス費として包括的に評価することにつきまして、当市の定期巡回、小多機を運営する事業者からも、これまでの加算の単位数が適正に組み込まれるのか、また、利用者の負担増となった場合、理解が得られるのかといった現場の混乱する声を聞いておりましたので、これまでどおり総合マネジメント体制強化加算として評価することにつきましては賛成いたします。

その上で、対応案にあるとおり、地域包括ケアの推進と地域共生社会実現に資する取組の下で、新たな加算区分の創設につきましても十分検討していただきたいと思っております。

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、石田委員、よろしく申し上げます。

○石田委員 よろしくお願ひいたします。

私のほうからは、資料3と資料4について意見を申し上げたいと思っております。

まず、資料3の多床室の室料負担の件です。これについては非常にいろいろ論議もされておりましたけれども、ここにある一定の所得を有する方たちには費用を負担してもらう

というようなことになっております。この「一定の所得を有する」という表現はいつも分かりにくいと感じておりますが、10ページで多床室入所者の平均的な支出状況というのを推計した表が出ております。かつて2015年に特養の多床室で1万4000～5000円室料が発生したということですが、実はその後、特養の多床室を利用している方でこの室料の負担増によって利用を諦めたというような方がどのぐらいいらっしゃるかということ、例えば低所得者への配慮というのはされていても、そこには当てはまらない、ギリギリのラインのところにいる方々、もともと個室ではなく多床室を選択されるという方たちに関しては、やはり収入に余裕があるということは想像できない方が多いのではないかとと思うので、そういった方々の中で、室料が負担として加わることによって特養を出なければいけない。例えば今回でしたら、老健を出なければいけなくなるというような方々が出て、そうしたら、その方たちがその後どうなったかというようなことの調査とか検証というのがちゃんと行われているのかどうか、もしあるならばまた教えていただきたいですし、そういったことについてどのような対応を考えているかということも教えていただきたいと思っております。

資料5の論点1の基準費用のところでも、やはり全体的に費用も上がるということがあるわけですから、さらに加えて室料の負担となってくると、これで費用の負担ができないという方も当然ながら出てくるのではないかと非常に懸念しております。そういった方々に対してどうするのかと。私たちは常に重度化防止というのをずっと言ってきたにもかかわらず、こういうことによってその方の状態が悪くなる。そういった悪くなる方々が増えるというようなことを招くような事態は避けなければいけないと考えております。

それから、資料4の複合型サービスのところですが、この訪問介護と通所介護の組合せで複合サービスを新たにつくるという件については、意見が様々あって、今回については実証的な事業実施とその影響分析を含めて、さらに検討を深めるとあります。実際にこういった複合サービスをつくるかつからないかも含めて、今後もう一度しっかりその辺の内容を調べて検証していただくということはやっていただきたいと考えております。

その際に、検証作業の中で訪問介護事業に関しては、しっかり実情の調査をお願いしたいと思っております。私は前からずっと申し上げているのですが、訪問については、やはり同一建物における訪問事業介護事業とそうでない訪問介護事業というのはカテゴリーを区分して考える必要があるのではないかなと思っております。この複合サービスを考える場合にも、そこは非常に重要な点ではないかなと思っております。

一つの例なのですが、今、別途で外国人介護人材を活用していくというような課題の中でも、一人で利用者さんのお宅を訪問していくという訪問介護においては、外国人人材の場合、日本語能力のみならず、相当程度の経験やスキルが必要になるということで大変難しいとよく言われております。ただし、一方で、同一建物の訪問であれば一部可能ではないかという意見も出ております。こういったところも含めて、新たな視点からこの訪問介護についてももう一度検証し直していただきながら、この複合型サービスの今後の

検証というのをぜひやっていただきたいと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点、調査みたいなものはあるかというようなことですが。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

今御質問いただきました件でございます。介護老人福祉施設の多床室の導入に当たってということですが、これはマクロのデータとなりますけれども、室料負担の導入前後の請求件数を多床室につきまして拝見している限り、利用控えと考えられるような大きな落ち込みは発生しておらず、一定で推移してきているといった状況でございます。

他方、御指摘いただきましたとおり、既に今入っていらっしゃる方でございますとか今後入られる方が引き続き必要なサービスを受けられるようにする。そういった観点から、論点2の対応案にもございますとおり、例えば室料の額でございますとか、あとは見直しの時期、さらには丁寧な御説明など、そういったものも当然考えた上で対応していく必要があるのだろうと考えてございます。

回答としては以上でございます。

○田辺分科会長 石田委員、よろしゅうございますか。

○石田委員 そこはぜひ慎重に、丁寧な調査をお願いしたいと思っております。よろしくお願いたします。

○田辺分科会長 では、小林委員、よろしくお願いたします。

○小林委員 ありがとうございます。

資料3についてですが、生活の場であるのか、その機能を果たしているのかどうかという観点が重要と思っており、死亡退所が多いことだけでなく、資料の4ページ、5ページ目のこれまでの意見にもありますが、療養環境など考慮すべきことはほかにもあると思いますので、慎重な検討が必要と考えます。

資料5にも関係するのですが、補足給付の在り方については、高齢夫婦世帯の一方が介護保険施設の個室に入所した際に、多床室でも受けられるようにする必要があると思えます。

あと、資料5の総合マネジメント体制強化加算の見直しについて、簡素化にかじを切るのかと思いきや、対応案としては元に戻って区分を増やすということで、大変恐縮ですが、もう一度背景を説明いただけないでしょうか。

以上です。

○田辺分科会長 では、よろしくお願いたします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問をいただきました。

少し説明が繰り返しになって大変恐縮でございますけれども、23ページの資料にございますとおり、確かに簡素化・包括化、また、一定割合以上の取得があるということで、基本サービス費というのを包括的評価ということで御提案申し上げたところでございますが、

これまでの介護給付費分科会での議論におきまして御指摘いただいたことといたしましては、区分支給限度基準額との関係で、現行行われている介護サービスの利用が制限されるのではないかとといった御懸念。一定数の事業所が加算を取得できていませんので、包括的に評価することとしたときに、現行取得できていないところが基本サービス費としての包括的評価に含まれることで、メリットはある反面、総合マネジメント体制強化加算が求める要件を満たさなくなるということはどう考えるかといった御議論をいただきましたところから、今回の御提案と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。

○田辺分科会長 伊藤委員、よろしゅうございますか。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私からは、まず最初に資料3の多床室の室料負担の関係でございます。介護医療院につきましては長期療養及び生活の施設ということで、死亡退所も多いといった状況を踏まえれば、室料負担を求める対応案については異論はございません。また、老人保健施設につきましては、死亡退所の割合に着目して、療養型及びその他型について室料負担を求める対応案となっておりますが、平均在所日数が300日以上という状況から考えますと、他の老健施設のタイプでも長期間入所されている方もおられると考えられます。在宅と施設の公平性の観点から、利用者の在所日数が一定期間を超える場合につきましては室料負担を求めるべきと考えております。

なお、低所得者に配慮して、利用者負担第1段階から第3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させないでございますけれども、介護老人福祉施設の場合との均衡も考慮していただきまして、自己負担について考えていただければと思います。

続いて、資料5のその他について、まず最初に基準費用額についてでございます。光熱費等については、在宅でも上昇している状況でございます。今回の対応としては、在宅と負担の均衡を図る観点から、家計における光熱水費の状況も踏まえて、基準費用額を見直すということが考えられたわけでございます。

平成27年度の改定におきましては、基準費用額の引上げと併せて負担限度額の引上げも行っています。今回、基準費用額の見直しを行うのであれば、負担限度額についても同様に必要な見直しを行い、介護保険から給付される補足給付部分には影響を与えないようにすべきではないかと考えてございます。

続いて、総合マネジメント体制強化加算についてでございます。現行の総合マネジメント体制強化加算とは別に新たな加算区分を設けて、対応案の3つ目の■にございます新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行うということにつきましては、90.4%と多くの事業所が算定を行っている実態を踏まえますと、本来、基本サービス費として包括的に評価すべきと考えますけれども、新たな加算の評価を行うのであれば、現行の総合マネジメント体制強化加算を下げるなど、財政中立となるような見直しとしていただきたいと思っております。

終末期の薬学管理について、終末期のがん以外での疾病で薬学管理指導の算定の上限回数を見直すということであれば、対応案にございますように、心不全や呼吸不全という形で記載されておりますように、対象となります疾病を明確にさせていただきたいと思っております。

私からは以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鳥潟委員、よろしくお願いたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

資料3の多床室の室料負担に関しまして、多床室の室料負担については、介護老人福祉施設が死亡退所が多い事実上の生活の場として選択されていることを理由に、平成27年度から室料負担を求めると整理された経緯があると伺っております。このことを踏まえ、3施設の入居者、退所者の状況等を見てみると、介護老人福祉施設以外の2施設にも一定の事実上の生活の場と考えられる現象が見てとれるため、これらの施設についても室料負担を求める方向で検討してよいのではないかと考えております。

また、資料4の複合型サービスですが、訪問介護と通所介護を組み合わせた複合型サービスの創設について、規制緩和でよいのではないか、制度の複雑化を招くのではないかなどの意見を踏まえるのであれば、対応案のとおり、今後さらに検討を深めるとの方針でよいと考えております。その際は、既存のサービスの違いやどういった点が効率化されるのかという点について、実証事業の結果も踏まえつつ、検討を深めていただきたいと考えております。

最後に、その他の基準費用額に関してですけれども、現在の物価高騰、賃金上昇を踏まえれば、実情を踏まえた制度となるよう検討を深めていただきたいと考えております。

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、鎌田委員、よろしくお願いたします。

○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。

まず、多床室の室料負担についてですけれども、今回の案には反対です。負担する根拠として、日常生活上の世話、それから、死亡退所が多いということですが、老健とかで死亡退所が多いというのは、老健はそもそも通過施設であったわけなので、そこが通過施設でなく長くいなければいけないことに問題があって、在宅介護が限界になってきて、次の場所にも行けなくて長いこといるわけなので、そこに長くいるからというだけで、この根拠として室料を取っていかれるというのはいかがなものかと思っております。

それから、床面積の問題ですけれども、日常生活の世話というところは、病院の中でもどこでも自立した生活ができない者に対しては行われているものです。そこに、生活の場としての床面積がベッドと車椅子で精いっぱいのところ、生活の場としての潤いのあるものではないと思っております。それを、生活上の世話と死亡退所が多いというところでの根拠



で室料を取っていくということはいかがなものなのかと思います。床面積がこのように狭い中ではやはり納得はいかないもので、2つ目の■の下段の一定の所得を有する多床室の入所者から室料を求めることはどうかというような理由も含めて、詭弁と申し上げてはなんですけれども、そのようにしか思えてなりませんので、反対いたします。

それから、複合型サービスです。複合型サービスは来年度からの実施はなく、引き続き検証を進めるということで、大変に安堵しております。少し説明でびっくりしたのは、実証もされていなかった机上の空論と申し上げてはなんですけれども、びっくりしている次第です。人材の確保という面においても、それがほとんど実証とか現場の状況というところの部分では、データとか、それから、事業所へのヒアリングのみでつくり込まれたものであったと私は今回の説明で思いました。利用者、利用している家族にとって一番の楽しみである在宅の生活を維持できる訪問介護が、このような形で回数制限もあるような包括報酬やなじんでいたデイサービスが地域密着事業になる、利用できなくなるなど、困ったことになると思っておりますので、引き続き実証、検証をしていただいて、本当にこれが人材確保の面からも利用者にとっても有益なものであるのかということはずい進めていただきたいと思います。

質問ですけれども、喫緊の課題である訪問介護の人材確保での案ということですが、実証的な事業実施とは具体的にはどのようなことをしていられるのでしょうか。また、影響分析には人材確保に有効なのかどうかの項目を入れるべきと考えます。ただし、人材不足が著しいホームヘルパーの確保について、これ以外での対応策がないのはなぜでしょうか。また、人材を確保するために訪問介護での非常勤の時給の給与の引上げ、移動や待機時間の保障、労働内容についての相談支援体制の整備など、ホームヘルパーの待遇を改善する方策を考える具体的な案などについてはいかがお考えでしょうか。

以上です。

○田辺分科会長 御質問がございましたので、回答をお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

まず、実証的な事業実施の今後の内容でございます。今回提案させていただいたところで、今後具体的な制度設計についてはまた考えてまいりたいと思っておりますけれども、過去、小規模多機能型居宅介護等や小多機、看多機等の実施の際にも行った実証実施というものを少し参考に今後検討させていただきたいと考えております。

また、この御提案の代わりに訪問介護全体としてどのように対処していくのかというような御質問をいただきました。今回の給付費分科会の中での検討事項として一番大きなものは、当然、処遇改善というものを御提案し、それを含めました訪問介護全体の待遇改善というものはこの改定全体の中で検討していくべきものと考えてございます。この複合型サービスの創設の部分については、実証実施で進めさせていただきたいという御提案でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 鎌田委員、よろしゅうございますか。

○鎌田委員 影響分析については、人材確保に有効かということも入れていかれるということですね。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 当然そうしたことも含めて検討してまいりたいと思っております。

○鎌田委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、酒向委員、よろしく申し上げます。

○酒向委員 ありがとうございます。

2点申し上げます。

1点目、総合マネジメント体制強化加算についてです。今回、現行の加算としての評価を継続するという御提案に異論はありません。

2つ目の■にあります、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を新たに評価するという点については、中身が大事だと考えます。基礎自治体や地域包括センターによる地域づくりとの連携、利用者負担を求めることへの納得性という観点で評価に値するかどうか、また、取組を担保する仕組みなど、中身が重要だということを申し上げたいと思います。また、総合マネジメント体制加算全体で、メリハリある評価とすることが必要だと考えております。

これが1点目です。

2点目でございますが、本日、国民負担に関わる非常に重いテーマが議論されておりました。事務局の御提案に基本賛成させていただきます。現在、全世代型社会保障構築を目指す改革工程表の議論が進んでいると聞いております。来年度はそのスタートということでもありますので、予算編成過程において、将来を見据えた改革につながるよう、内容をぜひ詰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。

ほかはいかがでございますでしょうか。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料4と資料5について意見を述べさせていただきます。

まず、資料4の複合型サービスの論点1でございますけれども、対応案のとおり、実証的な事業実施とその影響分析を含めて、さらに検討を深めていただければと考えております。

なお、現在、地域密着サービスとしての提案でございますけれども、今後は例えば居宅サービスも含めて、どのようなサービス類型に位置づけるのがよいかも含めて御検討いただければと思っております。なお、これは地域密着型サービスでないほうがよいという意味ではございませんので、誤解なきようお願いいたします。

続きまして、資料5の論点1、基準費用額の見直しについてでございます。既に介護関係12団体で要望いたしております物価高騰対策及び介護現場で勤務する職員の処遇改善に関する緊急要望の中身でございますけれども、御承知のとおり、現在、介護の現場は光熱水費や食材料費、給食の委託費も含めてでございますが、これらの高騰の影響から、介護サービス事業所や施設においても過去にないほどの厳しい経営環境にあり、事業の運営に支障を来す事態が生じております。今回の基準費用額の見直しに当たっては、現下の危機的な状況を鑑み、光熱水費、食材費の物価高騰への継続的な対応を引き続きお願いできればと存じます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、荻野委員、よろしく申し上げます。

○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、資料5の31ページからの終末期の薬学管理の論点マル1、終末期におけるがん以外の在宅患者への薬学管理につきまして発言をさせていただきます。

がん治療の選択肢も在宅などに広がっている中で、医療用麻薬の提供体制については、今後さらにニーズが見込まれ、医療用麻薬の備蓄・管理、ターミナルケアへの参画、状態に応じた処方変更への対応などが必要となります。

論点にも記載がございますが、在宅での末期悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアについては月8回まで認められていますが、末期の悪性腫瘍以外の重症慢性心不全など、医療用麻薬を使用しているターミナル期の利用者に対しても、医師の指示に基づき、緊急時対応や頻回な訪問が集中的に必要となる場合がございますので、対応案のとおり、算定の上限回数を見直すことに異論はございません。

私からは以上でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 では、田母神委員、よろしく申し上げます。

○田母神委員 ありがとうございます。

資料5について意見を申し述べます。

資料5の23ページの論点3、総合マネジメント体制強化加算の取扱いについてでございますが、この加算を基本サービス費に組み入れた場合には、他の福祉用具をはじめとしたサービスの利用が難しくなるといった御意見を事業者の方からもいただいているところでございますので、利用者の方へのそうした不利益となることが大いに懸念されますので、限度額の枠外とする今回の案に賛成いたします。

また、対応案でお示しいただいております新たな区分の設定についてでございますが、これまでも御意見がありましたけれども、地域の多様な主体と協働した交流の拠点づくりなどが要件となる場合には、地域によっては提携先の確保が難しいという状況などもありますし、また、小規模の事業者である看多機では、ここにマンパワーを割くことには一定の限界もございますので、要件の設定に関しましては慎重にお願いしたいと考えておりま

すし、また、御支援をいただきたいと考えております。

さらに、現行の区分の評価の見直しということで、単位数が引き下げられてしまう場合には、看多機の経営というのが、赤字事業者も多い中ではサービスの安定的な供給にも支障が出かねない状況にありますので、慎重に御検討いただきたいと考えております。

44ページの論点1の定巡の訪問看護関連加算の取扱いについてでございますが、こちらについては賛成いたします。ここに挙げられております24時間体制等の評価や看取りへの対応については、在宅での療養を希望する利用者の方への継続支援として重要であると考えておりますので、賛成いたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、田中委員、よろしく申し上げます。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の田中でございます。

私からは1点だけ意見を申し上げたいと思います。

資料3、多床室の室料負担についてです。以前からお話ししているように、以下の点を根拠に、賛同できないことを強く表明いたします。

初めに、御利用者の立場を考えて、多床室で室料を御負担いただくには、カーテンや仕切り家具で区切られただけの空間で、特養の多床室とは異なり、わずか6.4平米から8平米という狭い面積の空間であり、部屋とみなせるものではなく、倫理的にも室料として御負担していただくにはふさわしくない生活環境であると考えます。もともと特養は措置の時代からついすみかとして住まいの役割を担ってまいりました。このことで平成27年度に室料の議論が進められた違いと経緯をこの分科会でも共有するべきではないかと考えます。

そもそも、利用者負担が増えることについて、あまりにも性急な議論の進め方であり、国民の皆様の理解を得られるとは到底考えられません。前回以前に示されたように、住民票は自宅にあることが調査からも明らかで、ホテルコストが二重負担になる。また、介護医療院でも亡くなる方の割合は約半数にしかならず、御指摘の種類の老健であっても、3割の方は死亡以外の転帰をたどっています。

また、このような進め方で仮に利用者負担増が決定したとして、現状から何らサービスが変わらない状況の中で、どのように説明をしたら室料負担増を御利用者や御家族に御納得いただけるのか、全く想像もつきません。国はどう説明させるおつもりなのかと不思議でなりません。もっと精緻な調査を行い、しっかりとした話し合いをし、パブコメを含めて広く国民の意見も聴くべきではないでしょうか。

また、御指摘のように、看取りの場でもございますが、老健も介護医療院も設備要件に調剤所をはじめ、医療設備を求めており、実際に9ページにあるように喀痰吸引やインスリン注射などの医療行為が常態的に行われ、加えて、老健の施設長は医師であり、※にあるように介護医療院にも常に医師がいます。言うなれば、生活の場であるとともに、紛れもない医療の場でもあります。実際にこれらの医療行為が伴うことで、特養をはじめ、他

の施設で対処できない利用者の介護保険を伴った医療の最後のとりででもあります。

これらの重要な幾つもの理由から、生活の場として室料を取ることは断固反対いたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

資料に沿って意見を申し上げます。

まず資料3「多床室の資料負担」でございます。8ページの対応案に老健施設のその他型や療養型老健施設についても、多床室の室料負担を求めることが記載されております。しかし、今回の資料3の17ページを御覧いただきたいのですが、介護保険施設の概要ということで、介護保険法における設置根拠が示されております。これは何度もこの分科会で申し上げてきましたが、特養や介護医療院と違いまして、老健施設のみが生活施設ではなく在宅復帰療養支援施設と明示されております。今回、老健施設の一部にも室料負担を求めることが提案されておりますが、大変遺憾と言わざるを得ません。介護保険上の位置づけとして、生活施設ではないこと、また、他の委員からの発言もありましたように、そもそも室料負担を求められるような生活のスペース、様式ではないことから、老健施設の多床室への室料負担には反対です。

次に資料4「複合型サービス」について意見を申し上げます。11ページの対応案には基本的に賛成でございます。しかし、そもそもこれは訪問介護の人材不足という課題があり、さらに、コロナ禍において訪問介護の重要性が認識され、訪問と通所の組合せ、人材の交流の有用性が指摘され、議論されてきたものと承知しております。

今回、地域密着型サービスによる通所介護と訪問介護の複合型サービスは見送られ、今後さらに様々な検討を深めることとされましたが、今後は、地域密着型サービスにとらわれることなく検討を行うべきと考えます。その際、既存の通所介護、訪問介護事業所において人員や設備基準を緩和することも検討すべきと考えます。また、石田委員の発言にもありましたように、今後は一般の通所介護、訪問介護事業所と集合住宅における事業所については明確に区別して検討していくべきだと考えます。

資料5の「その他」でございます。基準費用額の見直しについても提案されております。8ページにもありますよう、光熱水道費は過去に例を見ないほど大きく上昇しております。この基準費用額の見直しについては、対応案は当然と考えます。

最後に、資料5の34ページに終末期の薬学管理（居宅療養管理指導）のことが書いてございます。この論点に関連して、居宅療養管理指導について意見を申し上げます。居宅療養管理指導につきましては、在宅の高齢者の服薬管理等、大変重要なものだと考えます。しかし、利用者のニーズを把握することなく一律に行われるなど、不適切な管理指導のもと算定が行われていないか、今後検討する必要もあると考えます。さらに、居宅療養管理

指導そのものの内容的な検討も今後は必要と考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、古谷委員、お願いします。

○古谷委員 全国老施協の古谷でございます。

まず、資料4の複合型サービスについてです。今回、検討を深めていく対応案には賛成です。複合型サービスに関しては、現状のサービス事業所を活用することで人材の有効活用や柔軟な対応による質の高いサービス提供が期待できると考えておりますので、実証事業等を通して適切なサービス提供、健全な運営が維持できるような基準と報酬を検討してほしいと考えております。

次に資料5、基準費用額についてでございます。令和5年度の介護事業経営実態調査、また、全国労使協の収支状況調査において、全国老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設の収支差率が調査開始以来初めてのマイナスとなり、経営的に大変厳しい状況です。居住費に関して、基準費用額を引き上げ、利用者に御負担いただくことは大変心苦しいですが、施設サービス存続のためには必要であり、賛成いたします。

ここで1点質問です。基準費用額のうち、食費に関しては8ページのような資料がありませんが、どのような状況になっているか御教示いただけますでしょうか。

○田辺分科会長 では、回答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。御回答させていただきます。老人保健課長でございます。

先般公表させていただきました経営実態調査の結果の中で、支出の中の食材料といったものを拝見しております限りでは、全体としては大きく伸びが見られていないといった状況でございます。そういったことも踏まえまして、今回はまずは光熱水費を御提案させていただいたという状況でございまして、引き続き御意見をいただきながら検討してまいりたいと思っております。

○古谷委員 ありがとうございます。

今回、そういう理由で基準費用額がないとしても、今、食材費の高騰で食事の質の低下を招きかねないという懸念が現場でございまして、食費の高騰分については、今次の緊急経済対策に係る補正予算で介護事業者に十分予算が行きわたるよう、御配慮をお願いしたいと思います。

あわせて、食費に関しては最新のデータを注視していただき、基準を超えるようであれば、期中であっても改めて検討をよろしくをお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょうか。

では、及川委員、よろしく申し上げます。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護士会の及川でございます。

私のほうからは、資料4、複合型サービスについて意見を申し上げます。

まず、先ほどの特定施設に係る人員配置基準の特例的な柔軟化もそうですが、丁寧な検証、検討を行うなどの慎重な対応をお願いしたいと思います。

また、15ページの参考資料にサービス提供責任者の要件の記載がございます。私ども、繰り返しサービス提供責任者の介護福祉の一本化について意見を申し上げてまいりました。これはサービスの質の担保だけではなく、当該役割を担う介護福祉の自覚と責任を促す意味からの発言でありましたが、実務者研修は実務経験がなくても最短3か月もあれば修了できるという研修であります。その者に作責を担っていただくという基準は妥当ではございません。だからこそ、訪問介護の団体である日本ヘルパー協会、全国ヘルパー協会の会長方がヒアリングの際にその趣旨の発言をされていたと承知しております。

在宅の現場では、中重度の高齢者の増加、多様なニーズを抱えている方々も増加しております。その在宅の現場を守る中核人材には、その役割を担うにふさわしい要件を設定することが必要でございます。政府側には、このことを踏まえ、御検討も引き続きお願いしたいと思います。

最後にお願いでございます。15ページのスライドでございますが、訪問介護等について常勤換算方法で2.5以上とありますが、訪問介護等については初任者研修修了等の要件がございますので、このことを踏まえれば、その内容についても盛り込んでいただきたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、稲葉委員、よろしく申し上げます。

○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。

私からは、資料4、複合型サービスに関しまして意見を申し上げます。

以前の介護保険部会の答申にありましたように、人材不足の深刻化を背景として、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や家族負担の軽減に資するように既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくという方針の下で検討されてきたというのがそもそもの出発点であります。

11ページ、論点1の対応案でございますように、より効果的かつ効率的なサービスの在り方について、実証的な事業実施とその影響分析など、さらに検討を進めるということに当たりましては、現時点において賢明な判断であると評価いたします。

今後は、今回の訪問介護、通所介護の組合せのみならず、複合型のサービスとしては、こういった柔軟なサービスの組合せが可能かを含めまして御検討いただければよいかなと思っております。

なお、その検討及び実証に当たりましては、在宅介護事業者も積極的に協力するべきであると考えております。

労働力不足というこの国の置かれました現状や、今後、都市部を中心に増える介護ニー

ズに対応するために、何とかしなければいけないということで提案されたものであったと理解をしております。新たな複合型サービスにおいては、事業所の規模を大きくすることによってスケールメリットを生かす。訪問介護人員の資格要件を緩和、例えば小規模多機能型などを参考にすることができるかどうか。また、その他運営に関する効率化が図られるかなど、こういったことを推進することができれば、介護報酬アップだけに頼らない収支の改善が図られる。そして、介護人材を確保できるという効果が見いだされるのかなと思っております。

基準緩和あるいは効率化という言葉が出ますと、すなわち質の低下という慎重な声がかかるのは当然のことだと思います。しかし、決して安易な基準の緩和、効率化ということではなく、質を落とさずに実現できる効率化について、これからも前向きに提案いただきたいと考えております。これが制度持続のための必要なことではないか、私たちの責任ではないのかなと考えます。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございますか。

では、江澤委員、申し上げます。

○江澤委員 ありがとうございます。

私のほうからは、資料3についてのみ申し上げたいと思います。

まず、対応案については、国民の感覚からもかけ離れたものであって、論外であると思っています。

その中で、例えば介護医療におきましては、資料の19ページにありますように、I型とII型がございます。このうち、I型で運営している介護医療院が大半でございます。I型の要件は、そこにありますように、喀痰吸引、経管栄養などが実施されたものが50%以上、あるいはそのほかに、その下にありますようにターミナルケア等の要件があります。したがって、介護医療院の入所者の大半は経管栄養、喀痰吸引等を施されてターミナルケアが実施されているということで、それを一般の国民の方が生活の場と感ずるとはとても思えないと思っています。

また、介護療養病床の廃止が来年3月末に迫っている中で、介護療養から介護医療院に移行したときに利用者の負担が増えるということであれば、これも移行に当たって支障になると考えています。4人部屋の1人当たりの床面積は、介護医療院が6.4平米以上、老健施設が8平米以上ということで、その中でカーテンで仕切る程度のプライバシーということで、これは先ほど田中委員もおっしゃっていましたが、到底利用者の納得を得られるものではないですし、我々も職員としても利用者に対して到底説明がつかないものであります。

また一方で、負担という面から考えますと、今回の議論の中でも所得に応じた保険料負担の増額、2割負担者の拡大、それから、この多床室の室料負担という三重苦の検討をしなければいけないという状況にもなっているわけでありまして。その中で、介護医療院のほぼ全ては医療法人立であって、それから、老健の4分の3も医療法人立であって、社会福



祉法人と異なって利用者負担の減免もできないわけですから、その室料負担はそのままその利用者の負担増になるわけであります。

以前の当分科会で示された収入支出モデルにおいても、多くの方がサービス料が厳しいというものが示されたわけであります。したがって、今回提案にあります4段階以上の方において負担が不可能である方が確実にいらっしゃるということでありますので、包摂的社会的観点からいくと、一人でもこの社会から抜け落ちてはいけない、地域共生社会の実現というものをいま一度照らし合わせて検討することが必要であると思います。

したがって、この多床室の室料負担は、負担の面あるいは一般的な国民感覚からしても到底受け入れられるものではないですし、一部の利用者においては大変痛みが大きいものがございますので、即刻見直すべきと思っています。

そもそも論ですけれども、私も長年こういった会議を傍聴しておりますので、当分科会において平成17年10月にさすがに多床室に室料負担は設定できないと整理されまして、当時、多床室の居住費は320円となりましたが、その根拠は減価償却ではなく光熱水費相当ということで設定された経緯がございます。

この社会保障審議会は厚労省の諮問機関でもあり、今日も反対意見もかなり多く、国民生活に直結するものでありますので、くれぐれも両論併記として事務局で決めることのないようにしていただきたいと強く要望いたします。この点についてだけは事務局に確認したいと思っていますので、今日の議論では反対意見のほうも多かったと思いますし、両論併記ではないということだけは事務局に確認したいと思いますが、いかがでしょうか。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

御指摘いただきました多床室の件につきましては、これまで様々御検討の宿題をいただいてきた中で、また、介護保険部会からもこの給付費分科会の中でしっかり議論をといた形で昨年12月にまとめられてきたところがございます。本日の御議論、御意見を踏まえまして、また検討を進めていくということがございますが、本日の議論をしっかり踏まえた上での検討が必要、これは我々も同じ認識でございます。

以上でございます。

○江澤委員 これは本当に国民の生活に直結するものですから、確かに審議会ではいろいろ議論しなくてはならない案件だとは思いますが、一方で、この審議会で決めるには大変重たい案件でもあると思っています。したがって、極めて重要な案件ですから、やはり国民の声も十分踏まえて、本当に4段階以上の方が全員負担ができるのかどうか、きめ細かい対応が必要であって、以前の収入・支出モデルからいくと到底厳しいとは思っていますので、しっかりとその辺りはくれぐれも慎重に検討していただいて、まずはこういった多床室の室料負担については、断固反対ということは申し上げたいと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございますでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。様々な御意見をありがとうございました。

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

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235回介護給付費分科会の開催は、12月11日の午後に予定しております。議題については調整中となります。

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、御参集いただきましてありがとうございました。

それでは、散会いたします。