

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第239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、長内委員、酒向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、長内委員に代わり山岸参考人に、酒向委員に代わり清家参考人に御出席いただいております。

以上により、本日は21名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

それでは、議事に入る前に、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、ホームページに載せております。

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皆様のマイクをミュートにさせていただき、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、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、事務局より、年末の審議報告を踏まえ、介護報酬改定案について厚生労働大臣から社会保障審議会会長への諮問書が提出されており、これに対する当分科会の意見を報告書という形で取りまとめたと思います。

事務局におかれましては資料説明を簡潔に行っていただくとともに、各委員におかれましても、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただくとともに、取りまとめに向けての御協力をお願い申し上げます。

それでは、事務局より資料の説明をお願いいたします。では、よろしく申し上げます。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。よろしくお願いいたします。

先ほど会長よりお話がございましたとおり、年末におまとめいただきました審議報告を踏まえまして、今回、介護報酬の改正案についておまとめを申し上げます。

資料1に沿って御説明を申し上げます。

1 ページ目を御覧ください。

介護報酬改定の概要でございます。人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点といたしまして、介護報酬改定を実施する。こういった全体像でございます。

それでは、各論に入らせていただきます。

2 ページ目からが地域包括ケアシステムの深化・推進、3 ページ目でございます。居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件につきまして、ヤングケアラーなど多様な課題への対応を促進する観点から見直しを行うものでございます。

4 ページ目、特定事業所加算につきまして、中山間地域などにおける継続的なサービス提供や看取り期の利用者など重度者へのサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点などから見直しを行うものでございます。

そして、5 ページ目、総合マネジメント体制強化加算につきまして、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評価する新たな区分を設けるなどの見直しでございます。

続きまして6 ページ目、医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設するものでございます。

続きまして7 ページ目、介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護における総合医学管理加算につきまして、医療ニーズのある利用者の受入れをさらに促進する観点から、見直しを行うものでございます。

続きまして8 ページ目、療養通所介護につきまして、安定的に重度の利用者へのサービスを提供するための体制を評価する新たな加算を設けるものでございます。

9 ページ目、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書などを入手し、内容を把握することを義務づけるものでございます。また、リハビリテーション事業所の医師などが医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設けるものでございます。

続きまして10 ページ目、医療的ケアを要する方が一定数いる特定施設入居者生活介護等におきまして、入居者の医療ニーズを踏まえた看護職員によるケアを推進する体制からの見直しを行うものでございます。

続きまして11 ページ目、入所者に急変が生じた場合等の対応につきまして、これは特養

でございますけれども、日中であっても配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分を設ける内容でございます。

11ページの下段であります。介護老人福祉施設等における入所者への医療提供体制を確保する観点から、あらかじめ定める緊急時などにおける対応方法について、配置医師及び協力医療機関の協力を得て定めることといたします。

続きまして12ページ目、介護保険施設につきまして、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関と連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関などと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、下段は、特定施設及び認知症グループホームなどにおきまして、同様に地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために見直しを行う内容となっております。

13ページ、今回、医療と介護は同時改定ということもございまして、医療と介護の連携の推進、様々な項目がございます。それをまとめたものが13ページとなります。こちらは御参考で御覧いただければと思います。

続きまして14ページ目、訪問入浴介護における看取り期の利用者へのサービス提供につきまして評価をする新たな加算を設けるといったものです。

そして、ターミナルケア加算につきまして、医療保険におけるターミナルケア加算を参考に評価の見直しを行うものでございます。

15ページ目、短期入所生活介護につきまして、看取り期の利用者に対するサービス提供の強化を図る観点から見直しを行うものでございます。

また、ターミナルケアマネジメント加算につきまして、自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点からの見直しを行うものでございます。

続きまして16ページ目、介護老人保健施設における看取り期への対応を充実する観点及び在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りへの対応を適切に評価する観点から、ターミナルケア加算につきまして記載の見直しを行うものでございます。特に死亡日の前日及び前々日並びに死亡日への区分の重点化を図る内容となっております。

また、介護医療院につきましては、原則入所者全員に対しまして、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに沿った取組を行うことを求める内容でございます。

17ページは感染症対応力の向上でございます。高齢者施設等につきまして、施設内で感染者が発生した場合に感染者の対応を行う医療機関との連携の上で、施設内で感染者の療養を行うこと。また、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、記載の評価の加算を設けるといった内容でございます。

続きまして18ページ目、感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の場合は基本報酬を減算する。

また、下段でございます。利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生またはその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減額するといった内容でございます。

続きまして19ページ目、小多機及び看多機における認知症対応力のさらなる強化を図る観点から、評価を行う新たな区分を設けるといった内容でございます。

続きまして20ページ目、BPSDの発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算を設けるといった内容でございます。

21ページ目、利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具につきまして貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明と多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととするといった内容でございます。

続きまして、22ページ目からが2つ目の柱でございます。自立支援・重度化防止に向けた対応となります。

23ページ目、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について新たな区分を設ける。また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算についても新たな区分を設ける内容となっております。

24ページ目、通所リハビリテーションにつきましては、大規模であってもリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、事業所規模別の基本報酬についての見直しを行う内容となっております。

25ページ目、居宅療養管理指導につきまして、管理栄養士によるもの、また、歯科衛生士等によるものにつきまして、算定対象を通院または通所が困難な者から通院困難な者に見直すといった内容でございます。

続きまして26ページ目、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施、並びに利用者の同意の下、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける内容となっております。

また、27ページ目、介護保険施設の管理栄養士が介護保険施設入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算を設ける。こういった内容でございます。

28ページ目、栄養に関する情報連携のイメージ図を御参考までに付してございます。介護保険施設と医療機関及び自宅、他の介護保険施設といったところとの連携について、様々な評価を行っているといった内容でございます。

29ページ目、通所介護等における入浴介助加算につきまして、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から見直しを行うものでござい

す。

続きまして30ページ、老健施設における在宅復帰・在宅療養支援評価指標及び要件につきまして、その機能をさらに推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、見直しを行うものでございます。また、基本報酬につきましては、施設類型ごとの適切な水準に見直しを行うことといった内容でございます。

続きまして31ページ目、かかりつけ医連携薬剤調整加算につきまして、施設におけるポリファーマシー解消の取組をさらに推進する観点からの見直しを行うものでございます。

続きまして32ページ目、科学的介護推進体制加算につきまして、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点からの見直しを行います。

また、自立支援促進加算につきまして、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から見直しを行うものでございます。

33ページ目、アウトカム評価の充実のための加算等の見直し、内容といたしましては、ADL維持等加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算につきまして、質の向上に係る取組を一層推進する観点や自立支援・重度化防止に向けた取組をより一層推進する観点からの見直しを行うものでございます。

続きまして、34ページ目からが大きな3つ目の柱、良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくりとなります。

35ページ目、介護職員の処遇改善についてでございます。介護現場で働く方々にとってベースアップに確実につながるよう、加算率の引上げを行うものでございます。具体的には、介護職員の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう、それを推進する観点から、現行の加算の区分の要件、加算率を組み合わせ合わせた介護職員等処遇改善加算に一本化を行うといった内容でございます。

続きまして36ページ目、生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、委員会の設置を義務づけるもの。また、介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、こういった評価をする新たな加算を設けるといった内容でございます。

37ページ目、見守り機器等のテクノロジーの複数活用及び職員間の適切な役割分担の取組などにより、生産性向上に先進的に取り組む特定施設につきまして、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることを確認した上で、人員配置基準を特例的に柔軟化するといった内容でございます。

続きまして38ページ目、居宅介護支援費（I）に係る介護支援専門員の一人当たり取扱件数につきまして、記載の見直しを行うものでございます。また、居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たりまして、予防支援の提供を受ける利用者については、3分の1に乗じて件数に加えることとするといった内容でございます。

39ページ目からが最後の4つ目の柱となります。制度の安定性・持続可能性の確保についての内容でございます。

主なものでございますが、40ページ目、訪問介護の同一建物減算につきまして、事業所

の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合に報酬の適正化を行う新たな区分を設け、さらに見直しを行うものでございます。

続きまして41ページ目、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護における長期利用につきまして、施設入所と同様の利用形態となる場合、施設入所の報酬単位との均衡を図る内容の見直しを行います。

そして、42ページ目、同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントにつきましては、手間・コストを評価することであることを踏まえまして、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、業務の実態を踏まえた評価となるよう見直しを行うものでございます。

また、多床室の室料負担につきましては、その他型及び療養型の介護老人保健施設並びにII型の介護医療院につきまして、新たに室料負担（月額8,000円相当）を導入する内容となっております。

43ページ目、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将来的なサービスの統合を見据えて、新たな区分を設けるものでございます。

そして、44ページ目、介護予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価をさらに推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点からの見直しを行います。

また、下段、認知症情報提供加算、地域連携診療計画情報提供加算、長期療養生活移行加算につきましては、それぞれ算定実績などを踏まえ、また、介護療養型医療施設が廃止になることを踏まえまして廃止するといった内容でございます。

45ページ目からがその他となります。

46ページ目を御覧ください。

書面掲示規制の見直しでございます。事業所の運営規程の概要などの重要事項などにつきまして、書面掲示に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう見直しを行うものでございます。

また、通所系サービスにおける送迎につきましては、利便性の向上、運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所に含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とするといった内容でございます。

また、47ページ目、基準費用額（居住費）の見直しでございます。家計調査の結果、また、在宅で生活する方との負担の均衡を図る観点、また、令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案いたしまして、基準費用額（居住費）を一日当たり60円引き上げるといった内容でございます。

48ページ目、地域区分でございます。令和6年度以降の級地の設定に当たりましては、現行の級地を適用することを基本としつつ、公平性を欠く状況にあると考えられる自治体については特例を設け、自治体に対して行った意向調査の結果を踏まえ、級地に反映する

といった内容でございます。

49ページ目、基本報酬の見直しに関する基本的な考え方でございます。

改定率につきましては、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービスごとの経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、全体でプラス1.59%を確保。そのうち、介護職員の処遇改善分プラス0.98%、その他の改定率として賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として0.61%。

これを踏まえまして、介護職員以外の賃上げが可能となりますよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ、プラス0.61%の改定財源につきまして、基本報酬に配分する。こういった基本的な考え方でございます。

なお、処遇の改善につきましては、基本報酬だけの対応ではございません。先ほど御説明申し上げました処遇改善加算の引上げ、要件緩和、また、加算の一本化といったものを行う方針でございます。介護職員並びに介護職員以外の処遇改善にも取り組んでいただきたいと考えてございます。

50ページ目、介護報酬改定の改定率について、過去、平成15年改定以降の改定率をまとめた資料でございます。令和6年度改定の内容が一番下段の赤色の枠で囲った部分でございます。

最後、51ページ目、令和6年度介護報酬改定の施行時期について、主な事項の御説明を改めて申し上げたいと思います。

令和6年度介護報酬改定の施行時期につきましては、令和6年度診療報酬改定が6月1日とされたことを踏まえまして、以下のとおりとする。6月1日施行とするサービスとして、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション。4月1日施行とするサービスは上記以外のサービスといった内容でございます。

また、令和6年度介護報酬改定における処遇改善関係加算の加算率の引上げにつきましては、予算編成過程における検討も踏まえまして、令和6年6月1日施行といたします。これを踏まえ、加算の一本化につきましても6月1日施行といたします。他方、現行の処遇改善加算につきましては、事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする。こういった緩和に係る改正につきましては、令和6年4月1日施行といたしたいと思います。

また、補足給付に係る見直しといたしまして2点、まず、令和6年8月1日施行とする事項が基準費用額の見直し。そして、令和7年8月1日施行とする事項といたしまして、多床室の室料負担。

以上が施行時期についての主な内容となります。

以上、介護報酬改定の主な事項について御説明をさせていただきました。御協議のほど、よろしく願いいたします。

○田辺分科会長 御説明のほど、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、御質問等が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、それから、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用し
ていただき、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、よろしくお願いいたします。

それでは、山岸参考人、お願いいたします。

○山岸参考人 ありがとうございます。

全国市長会として長内市長の代理で出席しております、参考人の福祉部長寿社会政策課
の山岸です。

私からは1点意見を申し上げます。

令和6年度介護報酬改定における改定事項について、その概要をはじめ、改定率や施行
時期が示されたところがございますが、保険者や事業者は短期間で改定事項に対応する必
要があることから、現場で混乱が起こることを懸念しております。

介護報酬改定の施行に当たっては、例えば資料1、51ページに記載されている処遇改善
について、加算率引上げが6月施行であり、事業所内での柔軟な職種間配分を認める改正
については4月施行である点について、十分に周知していただきたいと存じます。特に6
月に新設される経過措置区分については、従来の取得加算との関係が明らかに分かるよう
な早見表を示していただくなど、保険者や事業者の業務負担が少しでも軽減されるような
御配慮をいただきたいと存じます。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。

それでは、小林委員、よろしくお願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

訪問介護の基本報酬について、令和5年度介護事業経営実態調査では、訪問介護の給与
費の額と比率は下がっていて、常勤換算1人当たり給与費は上がったところと下がったと
ころがあったので、今回、処遇改善加算を高い加算率で設定することで、賃金引上げへの
配分が高まることへの期待はあります。ただ、同時に考慮すべきは、可能な限り利用者の
尊厳ある在宅生活を支えていく上で、基本報酬が引下げとなってサービスの持続可能性は
大丈夫かということで、その点が心配です。

昨年11月16日の第231回分科会で実調の結果を事務局より御説明いただいた際には、次の
ような御説明でした。訪問介護は収支差率が2%上昇、収入はほぼ変わらず支出が減少し
た結果、収支差率としては上昇しているが、増加額としては訪問介護で約6万円といった
数字で、実質的には経営改善への影響は限定的ではないかと考えている、という認識でご
ざいました。

また、11月6日の第230回分科会で訪問介護を議論した際にも、資料では令和5年度の訪
問介護事業におけるサービス提供の実態等に関する調査研究事業の結果が紹介され、令和
4年度の収支差の状況について、地域区分1は回答数が少数のため、それを除いて集計し

た数字でしたが、黒字が32.8%、赤字が34.1%、収支均衡が32.2%となっていました。これからのサービス需要に 대응していくため、それぞれの地域で事業継続が可能にしなければなりませんし、今回のことが訪問介護の現場で働く人やこれから訪問介護を目指そうとする人に何か誤ったメッセージやイメージを与えてはならないと思います。

そこで質問ですが、今回、基本報酬を引き下げても大丈夫という考えに至ったことについて、詳しく教えていただけないでしょうか。よろしくお願いたします。

○田辺分科会長 御質問がございましたので、回答をお願いいたします。

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 御質問ありがとうございます。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

まず、今回の改定率の考え方は、冒頭、老健課長からの御説明でも言及させていただきましたが、改定率につきましては、介護現場で働く方々の処遇改善を行いつつ、サービスごとの経営状況の違いも踏まえたメリ張りのある対応を行うという考え方に基きまして、また、処遇改善の改善分を除いた改定率についても、賃上げ税制を活用しつつ、介護職以外の処遇改善を実現できる水準として措置したものでございます。

こうした考えを踏まえまして、訪問介護につきましても、メリ張りをつけた対応という中でございますけれども、これについて処遇改善加算の引上げ、また、加算の一本化の取組を併せて御評価いただきたいと思っておりますし、我々といたしましては、まず処遇改善加算の効果、もしくはそれを確実に取れるような方策を応援させていただくということをもって、訪問介護についてしっかり経営が行われるようにやってまいりたいと考えているところでございます。

以上です。

○田辺分科会長 小林委員、よろしゅうございますか。

○小林委員 施行時期について、基本報酬は4月施行、処遇改善は6月、場合によってはそれ以降ということであり、その辺の状況も心配しています。利用者の尊厳ある在宅生活はもちろんのこと、私たち働く世代にとっても介護離職のない社会を確立していくことが重要だと考えますので、施行後の状況についてはくれぐれも注意を払っていただくよう要望いたします。

また、今回の審議報告では、特に訪問介護などのサービスでは人員不足が顕著であり、賃上げをはじめとする人材確保への対応は喫緊の課題という認識が共有されました。また、訪問介護人材の確保という項目を立ていただき、ハラスメント対策、ICTの活用等を含めた働きやすい職場づくり、質の高い介護サービスを担保できる体制等の検討・推進、必要なサービスを安定的に提供することができるよう、人材確保に係る課題を把握した上で、さらに訪問介護人材の確保に資する対応を総合的に検討していくべきことと盛り込まれています。この審議報告に沿ってしっかりと実現・実行されなければならないと思いますので、「応援していく」という決意を述べていただきましたが、国としても取組の促進に向

けてぜひ牽引していただきますよう、よろしくお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、新田参考人、よろしくお願いいたします。

○新田参考人 本日は、大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

今回の介護報酬改定全体を通しての意見を申し上げたいと存じます。

今回改定におきましては、地方が直面している介護人材不足という深刻な議題に関しまして、介護職員の処遇改善を中心とした介護報酬の大幅な引上げや生産性向上に向けた取組に対する新たな評価が盛り込まれたことに加え、離島や中山間地域などへの配慮や医療・介護連携の推進に向けた基準の明確化など、分科会での幅広い議論が十分に反映された内容になったものと考えております。

地域で介護サービスが持続的に提供されるためには、介護報酬の見直しが適切に行われ、人材の確保や事業所の安定的な経営が図られることが重要であり、我々自治体といたしましても、今回の改定の趣旨をしっかりと理解し、引き続き都道府県、市町村、そして、関係団体が力を合わせ、地域の実情に応じた取組を進めてまいりたいと存じます。

なお、報酬改定の内容を事業者へ速やかに周知し、その意図をしっかりと周知することが重要であると考えておりますので、具体的な取扱いに関する通知やQ&Aにつきましてはできる限り早くお示しいただきますよう、御配慮をお願い申し上げます。

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、伊藤委員、よろしくお願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

私からは、介護報酬改定全般を通じた感想と意見を申し上げたいと思います。

これまでも繰り返し申し上げてまいりましたけれども、今後も介護サービスの需要や介護給付費は急増する一方で、生産年齢人口の急減が見込まれております。制度の支え手である現役世代は、高齢者医療への負担も含め、これ以上の負担増には耐えられない状況でございます。

年末に取りまとめられました審議報告では、次期介護報酬改定に向けて、今回の改定の影響、効果の検証等の実施はもちろんですが、今後の課題として非常に多岐にわたる課題がまとめられております。どれも重要な課題ですけれども、制度の安定性・持続可能性の確保に重点を置いた見直しを図っていきまないと、いずれ制度は破綻していくということになりかねません。財源に限られる中で、保険料などの負担も念頭に置いた介護報酬の見直し、給付と負担の在り方や介護給付費の適正化、介護現場の生産性向上等について検討を進め、実施可能なものについては、次期改定を待つことなく早急に取り組むべきと考えてございます。さらに、2040年を見据え、中長期的な課題につきましても早期に検討を開

始し、議論を進めるべきだと考えてございます。

また、今回の改定事項の中で業務継続計画等の未策定等についての経過措置が設けられてございます。今般、能登半島地震が発生しており、被災された方には心からお見舞いを申し上げますけれども、本来であれば全ての事業所においてすでに対応が行われていなければならなかったと考えてございます。今回、経過措置を設けた事項につきましては、経過措置期間にかかわらず、可及的速やかに全ての事業所で取組が確実に行われますよう、徹底した対応を改めてお願いいたします。

私からは以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鳥潟委員、よろしく申し上げます。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

今回の改定に関しましては、医療と介護の連携の推進、また、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組、そして、介護ロボットやICTなどのテクノロジーの活用促進による生産性の向上などを通じた働きやすい職場づくり等の現場における連携の強化や効率化の取組が多く盛り込まれたことは、介護サービスの品質向上を図りつつ、介護保険制度の持続可能性を高めていく上で大きな一歩であると考えております。ただ、まだスタートラインに立ったばかりだと認識しておりまして、今後も介護の質を保ちつつ、さらなる適正化を行うべく、今回の改定の効果についてデータに基づく検証を進め、今後の議論に生かしていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。

今回の報酬改定の内容を見ますと、訪問介護の報酬がマイナスとなっており、人材不足が一番喫緊になっている事業所で、休廃業も多い事業所であり、今回の基本報酬については驚くばかりです。

昨年の訪問介護事業所の方々からのヒアリングでは、基本報酬での引上げを強く要望されておりました。訪問介護事業所の倒産は60件、休廃業は510件に上っていると聞いております。地域に根づいた、それも、小規模の事業所ばかりが休廃業しているとのことでした。

一方、事業所全体での収費は、先ほど小林委員からもありましたけれども、微増の調査結果も出ておりました。それは、特にサービス付き高齢者住宅などでの併設型の訪問介護事業所が増えている結果ということも聞いております。既に訪問介護報酬の27%が併設型に支払われているとのことでした。

片や自宅で暮らす要介護者の介護のある暮らしを支えている地域の訪問介護事業所は、先ほども申し上げましたけれども、事業の休廃業が加速化しています。残っている事業所のヘルパーも、高齢化が進み、風前のともしびと事業所の方はおっしゃっていました。ケ

アマネジャーからは、ケアプランどおりに訪問介護サービスを導入できないというような悲鳴も聞いております。酷暑でも、雪の日でも、徒歩で、自転車地域を回る、自宅での介護のある暮らしを支えてくれているヘルパーは、移動の距離も長く、効率が悪いので、ヘルパーの応募も併設型より少ないと聞きます。ヘルパーがいなくなったら、在宅介護困難で、特養待ちで、経済的な問題でサ高住などの有料老人ホームに入れなくなったらと思うと、私たち認知症の人や家族は暗黒の状況です。先が見えません。

そのような基本報酬になったというところで、質問なのですが、参考資料1で訪問介護の基本報酬はほかの事業がアップになっているのに全て下げられています。欄外には、処遇改善加算について、今回の改定で高い加算率、最大24.5%を設定していると書かれています。処遇改善加算が高いから基本報酬を引き上げるといような意味合いでしょうか。御回答のほど、お願いいたします。

○田辺分科会長 では、御質問がございましたので、よろしく申し上げます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問ありがとうございます。認知症施策・地域介護推進課長でございます。

まず、改定の基本的な考え方につきましては、先ほど小林委員にもお答えさせていただいたとおりの基本的な考え方に基づいた基本報酬の設定だと考えておりますけれども、重ねまして鎌田委員から御指摘いただきましたとおり、訪問介護事業所には、御指摘のとおり、他のサービス類型と比べましても小規模な事業所が多いということはもちろん承知してございます。こうしたことに配慮いたしまして現行の収支差は判断してございますけれども、小規模事業所が多いということにも配慮した上でのこの基本報酬の見直しとさせていただいたところでございます。

その上で、訪問介護事業所は基本的には人件費が収支の7割を占めておりますので、今回の改定につきましては処遇改善を最優先とし、訪問介護については、処遇改善加算について他のサービスと比較して最も高い加算率として、14.5%から訪問技能のある職員等の配置による24.5%まで取得できるように設定させていただいたところでございます。

今回のこの改定の考え方を踏まえまして、これも小林委員にも御答弁させていただいたところでございますが、現在の小規模の事業所が必ずこの処遇改善加算を取得できるように我々としても応援をさせていただいた上で、この改定全体として基本報酬の設定と処遇改善加算のまさに処遇に力を入れて改定させていただいているということを御報告させていただきたいと思っております。

加えまして、今回の改定では、訪問介護につきまして看取りの充実、認知症の加算の充実、さらには特定事業所加算にも看取りも含めたより上位の加算も取得できやすいような仕組みも入れておりますので、これを全体といたしまして、訪問介護が今回の改定に対応できていくように、我々としても周知や応援を重ねてまいりたいと考えております。

以上です。

○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 加算というよりもやはり基本報酬というところを望まれていたと思いますし、小規模な事業所が取得しやすいようにということですので、なかなかそこが今までの対応では難しかったところがありますので、引き続き今まで以上の支援をお願いしたいと思います。

ありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、石田委員、よろしくお願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからも、今、小林委員と鎌田委員からお話がありましたように、訪問介護の関連です。

参考資料5には収支差率というのが示されておりまして、そこには介護の施設系である老人福祉施設や老人保健施設などが全部マイナスなところ、訪問に関しては7.8%と大きくプラスになっているというような結果が示されております。

一方で、今、お話にもありましたけれども、ここ最近、実際には多くの事業所が閉鎖したり廃止するというような現実がずっと続いております。これをどう判断するかというところで、先ほどからの御説明にもあったように、今後そういった小規模な事業所においても処遇改善加算の取組と、そのほかの支援策により、ぜひ事業の継続を望むというような回答がありました。しかし、実際に今回のこの処遇改善の加算、基本報酬は下げた中で加算をすることで、各事業所はどのぐらい事業継続が可能な実績をあげることができるのか疑問が残ります。もっと言えば、その事業がさらにプラスの方向に向かっているのか。その実態についてはしっかり把握して、状況を判断していく必要があるのではないかなと思っています。

訪問介護は一括りで収益が高いというのではなしに、前からずっと申し上げておりますように、訪問介護の中でも同一敷地内等の訪問介護と、一軒ずつ家を訪ねて回る訪問介護では内容が違うというところを踏まえて、もっと精密な実態の調査というのが必要になってくるのではないかなと思っています。今回の基本報酬減による影響に関しては早急に現況の把握に努めていただきますよう強くお願いしたいと思います。

もう一点ですが、これも何度も申し上げ続けてきたものですが、今回にも文言として「生産性の向上」というようなことがずっと使われてきております。ただ、やはりこれについては、現場で相当反対意見、違和感があるというのが、必ず行けば10のうち9幾つはそういった意見が出ます。これをずっと使い続けていくのかどうか、私は疑問です。ですから、「生産性の向上」の中身を調べれば必ず出てくるのですけれども、すっきり「介護全般に係る業務改善とケアの質の向上」みたいな、ずっと誰もが納得するような言葉にぜひ変えていただきたいなと思いますので、それは意見としてよろしくお願いします。

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、及川委員、よろしくお願いします。

○及川委員 日本介護師会の及川でございます。

お三方の御意見にもありました訪問介護系の基本報酬のことで意見を申し上げます。

参考資料164ページに書いてありますが、身体介護、生活援助、通院等乗降介助全てにおいて報酬が下がっているということで、訪問介護のところだけなぜ引き下げられているのかということについて、極めて遺憾でございます。

処遇改善で手厚くしていると表現されておりますけれども、訪問介護サービスの職員構成は、介護福祉士をはじめ、介護職員のみであることを踏まえると、処遇改善で高い割合なのは当然であると考えられます。割合が大きいとしましても、そもそも単価も低く、規模が小さい訪問介護において、数字としては大きいものではないと言えるのではないのでしょうか。

他方で、基本報酬が2%以上下がると、結果として収入がマイナスとなる事業所もあるのではないかと考えております。今後、地域の中で要介護者の中重度化が想定されることを踏まえれば、在宅ケアを充実させる必要があります。訪問介護サービスは極めて重要なサービスであるはずですが、なぜ今回基本報酬の見直しで訪問介護を引き下げるのか。これについてはほかの委員からも質問がございましたが、今でさえ人材不足の深刻度が極めて高い訪問介護サービスの持続可能性について、また、今後の在宅ケアをどのように担保していこうと考えておられるのかについて、具体的な説明をお伺いしたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 では、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御質問ありがとうございます。

まさに御指摘いただきましたとおり、訪問介護のサービス類型におきましては人件費の割合が高く、また、そこについて人手不足という問題があるということも承知しております。だからこそ、今回の改定におきましては処遇改善を最優先に、まず現在での補助金による加算を先行させた上で、先ほど施行時期も異なるということも御説明いたしました、6月から処遇改善加算の新しい仕組みをスタートさせ、最大24.5%加算まで取れるようにしておりますし、また、賃金体系の整備や一定の月額賃金配分による14.5%の加算もこれからスタートするわけですが、まだ取れていない事業所もあるということで、ここへの取得促進等をしっかり行った上で、今回の改定では処遇改善に力を入れさせたいと。それこそが訪問介護の人手不足にまず行わなければならない対策であると考えております。

いずれにしても、訪問介護のサービス全体にしっかりこの仕組みの改定の意義が伝わるように努力してまいりたいと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 及川委員、よろしゅうございますか。

○及川委員 報酬が変更されないということであれば、今後、3年ごとではなく、毎年しっかり訪問介護の事業については検討、調査も続けていただきたいと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

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。

改定案についておまとめいただきまして、ありがとうございます。

3点意見を申し述べます。

まず一点でございますが、2040年に向けましては、医療と介護のニーズを併せ持つ中重度の利用者の方へのサービス提供を行っていく上で、看護職員の重要性が一層高まってまいります。介護領域での看護職員確保という点で、特に訪問看護については、これまでも申し述べておりますけれども、処遇改善加算の対象外となっておりますので、3年後に向けましてはぜひご検討いただきたいと思っておりますので、お願いいたします。

2点目が資料1の20ページでございます。認知症対応力向上について、今回新設されます認知症チームケア推進加算がケアの質の向上につながるよう、また、取り組みの後押しとなることを期待しております。一方で、この研修要件等の算定要件についてでございますが、こちらは通知事項になるかとは思いますが、研修を限定的に厳格に定めるというよりは、その水準を満たしているものという視点で広く対象としていただき、チームケアということが広く推進されるよう、広がりを見せるよう、ご配慮をお願いしたいと考えております。

3点目は参考資料1の137ページでございますが、理学療法士等による訪問看護の評価の見直しということでございますが、これまでも分科会におきまして理学療法士等による訪問看護に偏っている事業所の在り方について御意見が出ておりますところ、こちらの内容については、さらに別の視点で、看護職員の訪問のほうが多いが、緊急時訪問看護加算や特別管理加算等を算定していない場合の減算ということが示されております。こうした緊急時訪問看護加算等を取得していくということの方向性をお示しになっているかとは思いますが、地域の状況によって、例えば中山間地域、離島等によっては、こうした緊急時の加算や特別管理加算といった利用者さんの状況や看護職員確保等の条件が非常に難しい場所もございますので、ここについては、看護職員の訪問回数のほうが多い事業所について、地域性ということをぜひ考慮していただきたいということでお願いでございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

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。

先ほど田母神委員のほうからもお話がございましたが、居宅介護支援事業所の介護支援専門員につきましても、処遇改善加算の対象となっていないという状況でございます。3年後へ向けまして、介護支援専門員の資格につきましては、法定資格を取得後、5年の経

験を経て研修等を修了してということがございます。一方で、経営実態調査のほうでは、何度か申し上げましたけれども、加算対象である介護職員と介護福祉士等の法定資格を取得後5年の経験を経て取得した介護支援専門員の賃金のいわゆる逆転現象というものも出てきている次第でございまして、何とぞ次回につきましては対象として含めていただくか、あるいは配分ルールの方では大変御配慮いただきまして、介護職員の方がいらっしゃる事業所につきましては一定の配分をいただけているという状況もございまして、居宅介護支援事業所につきましても何らかの方策を御検討いただければ幸いかと存じております。

既に一部の自治体様のほうでは人材不足ということで、個々に研修費用の補助あるいは給与費の処遇改善という報道等も拝見しておりますので、何とか地域で介護支援専門員が市町村ごとで、言葉が適切かどうか分かりませんが、人材を地域ごとで引っ張り合うという状況も散見されておりますので、何とか次回に向けて御検討いただければ幸いかと存じます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

では、古谷委員、お願いします。

○古谷委員 全国老協協の古谷でございます。

今回の報酬改定に関して、介護サービス事業所の運営において、現在、大きな課題として物価高騰、介護人材の不足への対応、医療・介護の連携がありました。概要として今回示された告示において、居住費、処遇改善加算、医療と介護の連携推進に関して御配慮いただいたこと、感謝いたします。

しかし、団塊の世代が75歳となる2025年から高齢者人口がピークを迎える2040年を見据えて、利用者の状態に応じた適時・適切な介護サービスが提供されることは、非常に大切であり、必要なことだと思っております。介護給付費の増加という側面もありますが、サービスを維持・継続しなければならないと考えております。今後の動向にも注視していただき、必要な介護サービスを安定的に提供し続けることができるよう、期中であっても必要な対応をお願いいたしたいと考えております。

また、処遇改善加算については、令和2年度2.5%、さらに令和7年度2%のベースアップへと確実につながるよう、加算率の引上げを行うと示されましたが、その配分方法、仕組み等の工夫の部分については今回の告示では示されておられません。令和6年度から各施設、事業所での処遇改善の検討にも関わりますので、早めに示していただけるようお願いいたします。

あわせて、今まで何名かの委員からも出ておりましたが、介護報酬改定の円滑な運用のために医療・介護の連携に向けた協定書など、各様式やほかの事項も含め、具体的な取扱いに関する通知やQ&Aを速やかに発出していただくこともお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

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。日慢協の田中でございます。

これまで審議してきたことについて大変丁寧に点数を設定していただきましたことに関しまして、まずお礼を申し上げます。

また、認知症のチームケア推進加算につきましては、より利用者さんにとって尊厳を尊重する名称ということでお願いしましたところ、大変いい名称をつけていただいたかと思えます。ぜひどんどんチームケアを推進できるような場をつくっていただければと思います。

また、審議の中にもありましたけれども、研修についてはもっともっと柔軟に間口を広げていただき、eラーニング、また、看護師のための認知症対応力講座等の医療系で行っている講座もBPSDに関しては勉強していますので、その辺りも研修に含めていただければと思います。

次に主任ケアマネについてですけれども、今回ケアマネジャーのところに大分手を入れていただきまして、ありがとうございます。ただ、以前も申し上げたとおり、主任ケアマネを取るまでの期間が非常に長過ぎる。長ければ質がいいケアプランが組めるというような保障もございませんので、ここについては、ケアプランの質を上げるための方策と期間の長さというものの切り離しを少し考えていただければと思います。でないと、ケアマネジャーになろうと思うスタッフがどうしても減少傾向にあるというところがございます。

続きまして、以前お話をいたしました介護度ラグと言えりような、医療と介護の連携の中で、病院で本来あるべき介護度の認定をきちんと受けていない方が介護施設のほうに来たときにそのまま亡くなられてしまったりすると、本来得るべき報酬の介護度でない、より点数の低い、単位の低いところの報酬しか、実際と見合わないような状況での算定になっています。そこについても、期中であっても早急に見直しを行っていただき、医療のほうでも介護度が低くて施設で受けられませんというようなことのないように御配慮いただければと思います。

あわせて、医療と介護の連携の中で、配置医師の活動も見直しをしていただきました。今後、ますます特養で老年化であったり、慢性期の医師、配置医師等は慣れた中での施設での治療ということにも乗り出していくところだと思います。そんな中で、現行では配置医師が行った治療について、点滴等を行っても報酬がつかないのが現状でございます。今後はますます看護についても専門的な資格を持つ看護師が施設で活躍することも期待されることだと思いますので、そういった診療報酬と介護報酬のエポックメイキングになっているような落とし穴みたいところで、算定ができないことの不具合がないようにということも併せて考えていただければと思います。

これについてはこれからの要望でございます。意見でございます。ありがとうございます。

した。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、よろしく申し上げます。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東です。

1点お願いと1点意見を申し上げたいと思います。

まず、お願いでございます。田中委員も言及されましたが、BPSDのチームケア加算が今回新しい認知症に対するチームケアということで、私は大変優れた手法だと思っています。私もこの検証の委員会の委員になっておりましたが、エビデンスとしても非常にいいものが出ておりますし、このようなチームで認知症の周辺症状、BPSDをなるべく予防、軽減していくということが、今後認知症が大変増加する我が国においては非常に重要なことだと考えております。

その上で、このチームケア加算の要件として、既存の認知症介護実践者研修、認知症介護リーダー研修、認知症介護指導者養成研修というものが要件になっており、かつ日本版BPSD認知症ケアプログラム研修というまた新たな研修要件というものもここに記載されております。しかし、前段の既存の認知症の研修は各都道府県で非常に定員も少なく、回数も少ないといった現状があります。ですから、せっかく良いチームケアというものが現場で取り入れて行われようというときに、こういう研修を受けられない、機会が得られないというのは、大きな問題だと思っています。特に認知症介護実践者研修を修了して1年経過しないと認知症介護リーダー研修を受けられないのです。ですから、例えば来年度の認知症介護実践者研修を申し込んで、なんとか認知症介護実践者研修を受けられたとしても、次に認知症介護リーダー研修を受けるのは再来年になります。それを受けてからやっとこの加算が取れるということでもありますので、この研修要件の緩和をお願いしたいと思えます。それから、既存の研修の内容を見ますと、今は実習が結構多くなっています。しかし、今、田中委員もおっしゃったように、eラーニングやICTを使うことによって十分できる研修だと私も考えておりますので、研修の内容の近代化、それから、研修の回数、頻度を増やすこと。こういうことを積極的に考えていただきたいと思えます。

2点目の意見でございますが、これは今回の介護報酬改定には直接的に関係ないのですが、今現場では、介護認定、これは更新申請にしても新規の申請にしても同じでございますが、非常に遅れが目立っております。特に問題なのは一次調査です。調査員があまりいらっしゃらないのでしょうか、申請をしてから一次調査が入るまでに1か月半というような事例が見られております。私の老健施設でも、ターミナル目的で、要介護1で入られた方が申請をしておりましたが、変更申請が間に合わずお亡くなりになってしまいました。現状では、この要介護認定の期間が1か月どころか1か月半、2か月以上かかっているように私は感じております。この要介護認定の仕組みも、この一次調査を人がやるのではなく、ICTでできると私は考えておりますので、早急に対応していただきたい。それから、認定審査会も対面で集まるのではなくてICTを駆使してやれば、随分経費も負担も時間も短縮

できる、軽減できると私は思っております。介護保険制度の持続性の点からも、この要介護認定という仕組みを抜本的に変えていく時期だと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 では、推進課長のほうから若干コメントがあるようでございます。お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 御要望と御意見としていただきましたけれども、認知症チームケア推進加算とこれに関連する実践者研修リーダー研修、指導者研修と各種認知症の研修がございます。まず、今回このチームケア推進加算をお認めいただきましたので、これに関連する研修の関係も、改めましてこれに沿ってこの加算を取っていただけるようにぜひ見直してまいりたいと考えているところでございます。

コロナの間、これらの研修は非常に受講者が少なかった時期もございましたが、その間、eラーニング化も進めてまいりまして、ようやく予定者数を満たせるぐらいにまで今回復してきたというところでございます。今後はこの加算に伴いまして受けたいという要望者も増える見込みでおりますので、我々からも都道府県のほうに実施者を増やしたり回数を増やせるように働きかけてまいりたいと思っておりますし、研修体系の見直しも同時に行ってまいりたい。ただ1点だけ、どうしても質の確保ということも併せてやらなければいけないと考えておりますので、それらのバランスを引き続き検討してまいりたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 東委員、よろしゅうございますか。

○東委員 ありがとうございます。

私ども全老健は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である研修を、厚労省のほうから委託されて実施しております。これは長く続いておるリハビリの非薬物療法の研修会でございます。このような認知症の研修等や、いろいろな各種団体の研修レベルも大変クオリティーが高いものでございますので、ぜひ各種団体に委託をしていただければと思います。委託をして頂けるのであれば、質の担保に留意をしましてしっかりやっていきたいと考えておりますので、ご検討を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の稲葉でございます。

まず、本日はサービスごとの報酬が示されました。そして、私たち介護事業者としましては、この結果をしっかりと受け止めまして、人材の確保、そして、質の向上に生かしていかなければいけないと考えております。

それを前提にしまして、2点意見を申し上げます。

まずは資料1に関してのことです。具体的な改定事項につきましては、今後、省令、告

示、通知が示されて、都道府県等を通じて説明がなされるものと承知をしておりますが、加算の新設や見直しに当たっての算定要件、特に特定事業所加算や総合マネジメント体制強化加算の体制要件に関する具体的な運用などにつきましては、介護事業者に対しまして丁寧かつ分かりやすい説明をお願いしたいと思います。また、訪問看護等の居宅の医療系サービスについては、6月1日施行となっておりますために、現場での混乱がないように十分な対応を重ねてお願いいたします。

続きまして、参考資料1の各サービスの基本報酬に関しましてです。資料の163ページの概要や大臣折衝事項に示されておりますように、今回の報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善や物価高騰等によるサービスごとの経営状況を踏まえた張りのある対応とされているわけですが、在宅介護を支える基幹的なサービスである訪問介護、これは164ページに示されておりますが、この基本報酬のマイナス幅については、単位数から単純に計算しますと、それぞれ2.3%前後引下げということになっております。

私は以前からこの分科会で、人材確保は喫緊の課題という言葉すら生ぬるいのではないかとこのことを申し上げてまいりました。特に確保が厳しいのがこの訪問介護のヘルパーであります。日常の生活援助や身体介護で利用者の在宅生活を支えるばかりではなく、コロナ禍や自然災害によって施設が機能を失ったときでも、ヘルパーの存在によって生活が継続できたという方は少なくないはずであります。しかし、募集しても集まりません。ほかのサービスに比べて高齢のスタッフが多い。しかし、代わりがないからなかなか退職やお休みも十分に取れないというのが現状です。

外国人の活用については、自動車運転や密室での単独介護であるという点から、さらに、入所や通所と違って資格が必要であるということから、訪問介護ヘルパーとしては活用が進んでいかないのが現状です。

ところで、同一建物における訪問介護とそれ以外の訪問介護の間では、事業収支結果に決して小さくはない差が存在しております。これは先ほどほかの委員の方からも御指摘がありました。さきの経営概況調査を見ますと、3%以上の開きが見てとれます。同一建物のほうが明らかに収支がプラスで出ているということです。

今回の経営実態調査において、訪問介護の収支差率は7.8%が示されておりました。しかし、これは同一建物における訪問介護が含まれているものであり、同一建物におけるものを除いた訪問介護は7.8%より大分低いはずである。引き下げられる対象としては適当ではないと感じます。

同一建物内の訪問介護については、同一建物減算をさらに強化するということが今回は対策済みであると考えております。それにもかかわらず、一律に訪問介護の基本報酬が引き下げられるということは理解に苦しむものであり、大変遺憾と言わざるを得ません。より細かい分析による対策を講じるべきであると考えます。

別の点から、訪問介護の特定事業所加算についてですが、これは資料の4ページのほうに書かれております。果たして取得しやすくなったのでしょうか。上位の加算を取得する

ために新設された看取りに関する要件を一般の訪問介護事業所が満たすことは、決して簡単ではないと思います。基本報酬が下げられて加算もダウンするようでは、経営環境は厳しくなり、撤退を余儀なくされる事業所が出てきてしまわないかと危惧をしております。

この厳しい事態を何らかの方法で対応していただけることを強く希望いたしまして、発言を終わらせたいと思います。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、ほかはいかがでございましょうか。

では、江澤委員、よろしく申し上げます。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず一点、プラス1.59%していただいたのは大変ありがたいと思っております。そのうちの0.98%は介護職員の処遇改善に充てるということで、大変ありがたく思っている一方で、他業界への流出が止まるかどうか、この効果を今後見極めていく必要があるかと思っております。特に他業界におきましてはさらなる賃上げの動きも見られますし、本当に今後どのような状況になるかはしっかりと見ていく必要があるかと思っております。

また、残りの0.61%、介護職員以外の処遇改善プラス経営改善、経営の立て直しについても、本当にこの辺りがどのような推移をするのか、注視していく必要があるかと思っております。介護職員がいないということで、居宅介護支援事業所あるいは訪問リハビリテーション、訪問看護、訪問看護については医療保険部分は診療報酬で今回手当をする方向になっておりますけれども、この辺りの事業所の賃金も見ていく必要がありますし、特に令和8年度においては予算編成過程で議論していくということでございますから、しっかりとデータを踏まえて適切な対応をお願いしたいと思っております。

また、介護事業所の経営体力は御存じのように大変脆弱でありまして、特に平成27年のマイナス2.27%の改定以降、倒産事業所が続出しているのは御承知のとおりと思っております。これまで複数の委員の御発言にもありますように、今回、訪問介護の基本報酬が2%超、定巡の基本報酬が4%を超えるマイナスとなっています。訪問介護は介護業界の中で最も人材不足が著しく、2023年の倒産件数も67件と過去最高との報道もあったところがございますので、この辺りがどのような影響を及ぼすのか見ていく必要があります。特に在宅医療においては、訪問介護があつて初めて在宅医療を継続できるものであつて、訪問介護のサービスがなくなると在宅医療は容易に破綻するという側面を持ってございますから、この辺りはぜひ慎重に見ていただければと思います。

また、内容につきましては、高齢者施設と医療機関、あるいは在宅リハビリテーションと医療機関の連携、あるいはリハビリテーション、口腔、栄養の一体的な取組の推進、この辺りは大変期待をしているところでございます。今後、いろいろな新しい仕組みができましたので、この辺りはなかなか加算も算定が厳しいものとか、いろいろ算定率が毎回出てきますけれども、その辺りの課題も踏まえながら、特に在宅での多職種連携というのはなかなかハードルが高い部分でございますので、その辺りもしっかりどういものが課題

であって、どういう手当が必要かというのは今後見ていく必要があるかと思えます。

あと、配置医師においても、通常の勤務時間以外の場合の日中についても新たな評価がついたというのはありがたく思っておりますし、老健も機能に応じた評価がなされ、訪問看護もリハビリ職の問題ですけれども、半歩前進したのかなと思っているところでございます。

1点だけ、虐待について減算があるのですけれども、100分の1減算というあまり見たことのないような減算率でございますが、虐待というのは決してあってはならないものでございますから、この辺りはしっかりと厳格な対応を今後も求めたいと思えます。

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。

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。

それでは、おおむね議論も尽くされたと思えますので、特段御意見がないようであれば、オンラインにて出席の委員の皆様におかれましてはお手元の画面に映写しているとおり、それから、会場の方はお手元の資料のとおり、当分科会として諮問のとおり改正することを了承する旨、社会保障審議会長への報告として取りまとめたいと思えますが、この件、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、こちらの案をもって当分科会の報告とさせていただきます。

この後の段取りは、社会保障審議会長に報告し、その後、社会保障審議会長から厚生労働大臣に答申するという手順となります。

ここまで何とか至りまして、本当にありがとうございます。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと存じます。

事務局より、今後の取扱いについて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。

本日は誠にありがとうございます。

今回、給付費分科会より了承の旨の御報告をいただいた介護報酬の告示につきましては、今後、社会保障審議会からの答申をいただいた後に1か月間ほどのパブリックコメントに付しまして、その後、関係通知と併せて交付させていただく予定でございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

これをもちまして令和6年度介護報酬改定に関する当分科会での審議は終了となりますけれども、最後に間老健局長より御挨拶があるようでございますので、よろしく願いいたします。では、よろしく願いいたします。

○間老健局長 老健局長でございます。

田辺分科会長をはじめ、委員の皆様におかれましては、昨年の5月以降、特に秋は非常

に日程もタイトになる中、23回にわたり大変充実した御議論をいただきまして、本日、改定案に関する答申をいただき、誠にありがとうございます。心から感謝申し上げます。

いただきました答申を受けて、4月以降の施行に向けて告示通知の発出等を進め、本日もいろいろ御指摘がございましたけれども、円滑に周知等の準備が進められるように取り計らっていきたいと考えてございます。

また、この場をお借りしてということをお許しいただきたいのですが、本日御参会の関係団体の皆様、委員をなされている関係団体の皆様、あるいは事業者の皆様方には、令和6年能登半島地震の関係では、職員の方々の派遣あるいは被災された利用者の方の受入れ等、大変なお力添えをいただいておりますこと、心から感謝申し上げます。

現在もまだ自宅にとどまっておられる方々もいらっしゃいます。そして、金沢などに避難された方で1.5次避難所におられる方もいらっしゃいます。また、他県の病院施設等に移られた方々もいらっしゃいます。大分息の長い取組が必要だと思いますけれども、引き続きのお力添えをいただきたいと思います。私どもも全力で取り組んでまいりたいと思っています。

その上で、今回の介護報酬改定に戻りたいと思うのですが、今回、地域包括ケアシステムの深化・推進をはじめとする4つの柱に基づいて御議論をいただきました。今回は団塊の世代が後期高齢者になられる2025年の直前の最後の改定、かつ同時改定ということでもございました。そして、この中で、コロナ対応も含めまして、平時からの医療との連携が非常に重要であるということが再認識され、そうした項目についても重要な項目を盛り込んでいただきました。

また、今年は認知症基本法の施行初年度でございます。こういった意味でも、先ほども御議論がございましたけれども、認知症ケアについても非常に深めていくような新しいな取組を御提案いただきましたことに感謝申し上げます。

そして、今日もたくさん御意見をいただいておりますけれども、やはり介護をめぐるまは、専門職種の人材確保が非常に大きな課題になっております。生産年齢人口の減少を考えますと、今後も専門人材の確保は非常に重要な課題であるのは間違いのないと思っています。その意味で、今回の改定あるいは改定率の考え方にも示されておりますけれども、ある意味で賃上げのための改定であるという要素もございます。そういった意味で、処遇改善加算を率だけではなくて使い勝手をよくする。そして、今日推進課長からも何度も申し上げますけれども、個別にも取得していただけるように、精いっぱい応援をしていきたいと思っています。

それと同時に、介護職員の処遇改善加算以外の0.61%については、収支差に見られるような経営状況や介護職員以外の職員の方の割合ということにも配慮し、また、先ほど御指摘もありました小規模事業所のことにも念頭に置きながら、今回このような基本報酬の配分にさせていただいたところでございます。

いずれにしましても、今回、先ほど御指摘いただいたことも含めまして、年末に取りま

とめいただいた審議報告には今後の検討課題を多数いただいております。こういった問題について、事務局としてしっかり取り組んでまいりたい、今回の改定の検証と併せて対応を進めてまいりたいと考えてございます。

最後になりますけれども、委員の皆様方に令和6年度改定に向けて大変熱心に充実した御議論をいただいたことに重ねて御礼を申し上げたいと思います。引き続きの御指導を賜りますことを御依頼申し上げまして、御挨拶とさせていただきます。本当に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。

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。

次回の日程については、事務局から追って御連絡させていただきますので、よろしくお願いたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、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。