

○村中企画官 定刻になりましたので、第255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、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、まず、分科会委員に交代がありましたので御報告いたします。大石委員が退任され、新たに全国知事会の塩田康一委員が御就任いたしましたので御報告いたします。

続いて、本日の委員の出席状況ですが、塩田委員、長内委員、清家委員より御欠席の連絡をいただいております。また、御欠席の塩田委員に代わり伊地知参考人、長内委員に代わり阪口参考人、清家委員に代わり間利子参考人に御出席いただいております。鳥潟委員については遅れて御出席いただく旨、御連絡を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、公務等の都合により、介護保険指導室長は欠席となりますので、併せて御報告申し上げます。

次に、介護報酬会計検証研究委員会から2名、参考人として御参加いただいておりますので御紹介させていただきます。

東京都健康長寿医療研究センター リハビリテーション科部長、近藤参考人。

東京科学大学保健衛生学研究科 在宅・緩和ケア看護学分野教授、福井参考人でございます。

それでは、議事に入る前に資料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。

会議の運営はこれまでと同様、オンラインで出席の委員の皆様におかれましては、御発言する際には「リアクション」から「手を挙げる」をクリックし、分科会長の御指名を受けてから発言いただく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、議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、議事次第に沿って議題1について議論を行った後に、議題2～4の内容につきまして事務局から説明を受けたいと存じます。

まず、議題1の令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に関わる調査（令和7年度調査）の結果について議論を行いたいと思います。事務局より説明の後、2月18日に行われました介護報酬改定検証研究委員会における議論を踏まえまして、松田委員長より

御報告をいただきたいと思ひます。

まず、事務局のほうより資料の説明をお願いいたします。

○堀老人保健課長 おはようございます。老人保健課長でございます。

本日は、今年度実施いたしました4つの改定検証調査の結果を御説明させていただきます。まず、資料1-1を御覧ください。1つ目の高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等に係る調査研究事業の結果について御説明をいたします。

1ページ、本調査は令和6年度介護報酬改定において行った高齢者施設等と協力医療機関との連携体制の見直しを踏まえ、改定後の高齢者施設等における協力医療機関との連携状況等を把握するため、高齢者施設等と自治体に対してアンケート調査とヒアリング調査を実施したものでございます。3～37ページまでが施設調査の結果になります。

少し飛びまして8ページ、要件を満たす協力医療機関の定め状況についてでございます。介護老人福祉施設は67.9%、介護老人保健施設は83.3%、介護医療院は84.9%、養護老人ホームは60.4%が義務化された3つの要件を満たす協力医療機関を定めておりました。また、軽費老人ホームは59.5%、特定施設入居者生活介護は73.6%、認知症対応型共同生活介護は64.2%が努力義務化された2つの要件を満たす協力医療機関を定めておりました。いずれの高齢者施設等においても、要件を満たす協力医療機関を定めている施設の割合は昨年度調査より増加しており、特に青線より上で示しております定めることを義務化した高齢者施設等においては、昨年度調査より約10ポイント増加しております。

次に15ページ、要件を満たす協力医療機関を定めていない場合の課題でございます。左側の施設系では周辺に医療機関が少ない、またはない、また右側の居住系では休日・夜間の対応は困難であるため提携を断られた等、提携を試みたが至らなかったケース、また、施設系・居住系ともにどこに相談すればよいか分からないといった情報収集段階のケースも見られました。

次に17～18ページまでは周辺に医療機関が少ない、またはない地域の状況についてということでございます。

まず、17ページの左側、図表20の地域別及び右側の図表22の二次医療圏別にみた協力医療機関の定め状況は、地域によらず同程度となっております。

次に18ページの図表24、市区町村ごとの病院数で見た要件を満たす協力医療機関を定めている施設サービス、養護老人ホームの割合は10病院以上存在する市町村で高くなっておりました。

続きまして24～25ページ、急変時における対応状況について、要件を満たす協力医療機関を定めているかどうかで比較したものでございます。例えば24ページの左側の図表37では、常時相談対応を行う要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等では、定めていない高齢者施設等と比べて相談先として協力医療機関への相談件数が多くなっておりました。また、協力医療機関ではない医療機関よりも協力医療機関への相談件数が多くなっておりました。

次に27～31ページについては、医療機関に入院となった入所者等の状況をお示ししております。

続きまして29ページ、入院となった方に関する搬送方法についてでございます。医療機関に入院となった入所者等の搬送方法について、多くの高齢者施設等で要件を満たす協力医療機関を定めている施設のほうが、要件を満たす協力医療機関を定めていない施設よりも自施設の車両による搬送の割合が高く、救急車による搬送の割合が低くなっておりました。

続きまして37ページ、3つの要件を満たす協力医療機関を定められていない、または今年度定めることができた4施設にヒアリングをした結果でございます。要件を満たす協力医療機関を定められない要因としては、医療機関の理解不足、要件の対応の困難さ、定期的な会議の負担感等が示されております。

38ページからは自治体調査の結果でございます。

38ページの図表65、高齢者施設等と協力医療機関との連携状況等の把握方法についてということでございますが、都道府県、指定都市、中核市では協力医療機関に関する届出書の内容のほか、高齢者施設等や医療機関からの問い合わせや聞き取りは、都道府県では34%、市区町村全体では20.3%となっておりました。

また、右側の図表66、関係者等との協議・検討を行ったと回答したのは都道府県で19.1%、市区町村全体で13.8%となっておりました。

続きまして40ページの図表70、高齢者施設等と医療機関との連携状況（届出）についてでございます。全ての要件を満たした協力医療機関を定めている施設の割合は、施設系サービス、養護老人ホームでは46.9～73.2%となっており、居住系サービスでは41.0～51.4%となっておりました。一方、一番右側のグレーの部分でございますが、集計していないといった回答も一定数ございました。

少し飛びまして、46～47ページでは都道府県、それから、市区町村における高齢者施設等に対する支援についてということで、具体的な支援内容としては報酬改定など、制度に係る情報提供が最も多くなっておりました。

続きまして、50ページ、一部の都道府県及び市区町村へのヒアリング調査の結果になります。高齢者施設等と医療機関との連携に向けては、関係者間の協議・検討の場の運営や理解醸成、実態把握のほか、医療機関リストの作成、情報提供や医療機関とのマッチングに取り組んでいる自治体もございました。

以上が1つ目の調査の結果でございます。

続きまして資料1-2、2つ目の調査、令和6年度介護報酬改定におけるLIFEの見直し項目及びLIFEを活用した質の高い介護のさらなる推進に資する調査研究事業の結果でございます。

1ページ、本調査の目的でございます。令和6年度介護報酬改定においてアウトカム評価の充実、入力項目、データ提出タイミングの見直し、フィードバックの見直し等を行っ

たところをごさいますして、これらの見直しの効果、現状の課題を把握することを目的に調査を実施したものでございます。

2 ページからはLIFE関連加算算定事業所に対するアンケート調査の結果でございます。

3 ページ、科学的介護推進体制加算の項目でアセスメント負担の大きい項目は施設系で生活認知機能尺度、通所系でADLが多いという結果でございます。

5～8 ページにおきまして、ADL維持等加算、自立支援促進加算、排泄支援加算、褥瘡マネジメント加算のそれぞれにつきまして、各加算を算定していない理由を調査したものでございます。結果としてはいずれの加算についてもアセスメントが負担であるという回答が多いという結果でございます。

9 ページ、重複項目の統一についてでございますけれども、データ収集・入力負担が軽減したという回答が一定数ございました。

10～11ページがフィードバックについての調査結果でございます。事業所フィードバック、利用者フィードバックの活用状況について調査いたしましたけれども、いずれも要介護度やADLについての活用が多いという回答が多いということでございました。

続いて14～15ページ、事業所の職員数とLIFE関連加算の算定数を集計したものでございます。一部の介護保険施設におきましては、リハビリテーション職員が充実しているほど多くのLIFE関連加算を算定している傾向が見受けられました。

16ページ、未算定事業所に対するアンケート調査の結果でございます。未算定施設につきましても利用者の状態評価として、要介護度や食事摂取量など、LIFEで提出項目としている情報についても収集いただいていることが分かりました。

続いて19ページ、事業所へのヒアリング調査の結果でございます。LIFEを活用している事業所からは、利用者への介入の見直しのきっかけや目標設定が具体的になったという意見がある一方、入力負担ですとか、フィードバックの活用方法に課題があるということでございました。

20ページ以降は介護保険総合データベースを集計した分析結果でございます。

20ページ、LIFEの導入開始から昨年4月までのLIFE関連加算算定事業所の推移ということでございます。左側が施設サービス、右側が通所・居住サービスということでございますけれども、施設系は介護老人保健施設が高く87.3%算定しておりまして、通所・居住サービスでは通所リハビリテーションが68.5%算定しているという結果でございます。

23～27ページまでは、令和6年度介護報酬改定で見直したLIFE関連加算について、算定率の時系列の推移をお示ししたものでございます。

28ページ、加算の区分でLIFE提出が算定の要件となっているものと要件となっていないものがございましてそれぞれの算定率を比較したものです。LIFEへのデータ提出ありをグレー、LIFE提出なしを黒でお示ししております。LIFEの利用割合が多い傾向でございますけれども、加算によりLIFEを活用していないサービス類型も一定あることが分かりました。

29～31ページにかけては、LIFE関連加算の算定個数とLIFE導入前後で変化が見られた項

目をお示ししております。いずれもLIFEの利用によりこれまで把握していなかった利用者の状態も把握できるようになったという回答が多い傾向でございました。

以上が2つ目の調査結果でございます。

続いて資料1-3を御覧ください。3つ目の調査、一部の福祉用具にかかる貸与と販売の選択制の導入に関する調査研究事業の結果について御説明をいたします。

1ページ、本調査は松葉杖を除く単点杖、多点杖、固定用スロープ、歩行器の4種目について貸与と販売の選択制について、サービス提供実態を把握するために調査を行ったものでございます。

3ページの図表3、4、選択制対象種目につきまして、令和6年4月から販売に移行した利用者が発生いたしました。利用者数・給付費の合計ともに、制度施行1年たった令和7年4月以降は対前年比で減少傾向にございます。

続いて4ページの図表5、6、居宅介護支援費、または介護予防支援費と福祉用具貸与のみのサービスを利用しているいわゆる用具の単品ケアプランの利用者について、全種目の総利用者数が増加傾向にある一方、選択制対象種目に限ると、その利用者は令和6年4月の制度導入の一月後からやや減少傾向にございます。

続いて7ページの図表12、選択制対象種目に限った用具の単品ケアプランの給付費について、貸与、販売、居宅介護支援を合算して推移を見ると、選択制の導入後、販売の費用が発生したため総額は増加したものの、貸与と居宅介護支援の費用は減少していること、販売を加えた全費用の合計は令和6年6月をピークに減少し、選択制導入前と比べ、おおむね横ばいに推移をしております。

続いて11ページの図表22、23、国保連に販売の請求事務委託を行っている保険者の給付実績から、販売の実績ありの保険者の群と販売の実績がない43の保険者の2群に分けて比較を行ったものでございます。1人当たり給付費総額の平均値を比較したところ、青の選択制の販売ありの保険者は、令和6年4月の導入後に給付費は1人当たり163円上昇していますが、その後は減少傾向にあります。制度導入から9か月たった令和7年1月には、赤の販売なし保険者の水準調整済みの1人当たり給付費が、青の折れ線の販売あり保険者のそれを上回っております。

続いて12ページ、図表24ではアンケート調査で販売の給付費の回答を得た537の保険者について、選択制対象種目を購入した件数が要介護認定者に占める割合は、令和6年は0%超から0.5%の保険者が約60%と最も多くなっております。図表25では購入件数の割合ごとに3群に分け、選択制対象種目の貸与費の変化率を見たところ、購入件数の割合が0.5%超の保険者では貸与費が平均6.3%減少、一方で購入件数の割合が0%の保険者では平均1.6%、貸与の給付費が増加をしておりました。図表26では自治体種別ごとに見ますと、規模の小さい町村では購入の件数が0%の割合が高く、5割弱を占めておりました。

続いて13ページ、貸与事業所向けアンケートで、選択制対象種目で購入を選択した利用者が多かったのは、固定用スロープで令和6年で約15%、令和7年で約7.5%でした。続き

て多点杖、単点杖、歩行器と続いております。図表28で購入を選択した主な理由はいずれの種目も長期利用が想定される、続いて、貸与よりも購入のほうが経済的であるためでございます。

続いて14ページの図表30、購入を選択した場合、事業所が6か月以内に行う目標達成状況の確認時に購入した用具の使用を取り止めていたかを調査したところ、歩行器が最も多く6.6%で、次いで単点杖、多点杖と続いております。

次に16ページの図表36、貸与、または販売の提案に当たり、医師等から医学的所見を取得することとしておりますが、ケアマネジャーによる医学的所見の取得先は主治医、またはかかりつけ医が約5割で最も多く、次いで約3割強で看護職員となつてございました。

次に17ページの図表40、選択性の福祉用具販売後に部品交換や修理、事故ヒヤリハットなどは現時点ではないが最も多く、いずれも約8割を占めてございました。

続いて21ページの図表50は保険者に対して貸与販売を選択可能にしたほうがよいと考えられる用具の有無を種目ごとに尋ね、また、右側の図表51では福祉用具及び居宅介護支援の事業所に対し、利用者から購入を希望する声があった用具の有無を種目ごとに調査したものでございます。まず、保険者では特になしが最も多く約6割を占め、次いで手すり、車椅子、歩行車の順で多く、また、右側の図表51では福祉用具と居宅介護支援事業所が利用者から聞いた声としては特になしが最も多く、それぞれ3割強、4割強を占め、歩行車、車椅子、手すりが上位を占めてございました。

最後に22ページの図表52、保険者、福祉用具事業所、居宅介護支援事業所、それぞれ2か所ずつにヒアリングを行ったところ、用具及び居宅介護支援事業所においては医師の所見や多職種からの情報収集に際して適切な収集が難しいケースがあるという例が、保険者からは販売の手続きは滞りなく実施されているものの一部のケースでは給付可否の判断が難しい例があるということでございます。

以上が3つ目の調査研究事業の概要でございます。

最後に1-4、4つ目の調査、介護現場における生産性の向上を通じて働きやすい職場環境づくりに資する調査研究事業の結果について御説明いたします。

1ページ、本調査はテクノロジーの導入・活用状況やその効果、令和6年の介護報酬改定後の影響を把握し、今後の課題等の整理を目的として実施したものでございます。

2ページはサービス別、また、3ページは機器別の導入状況ということでございまして、居住系、入所・泊まり系における介護業務支援機器の導入率は56.4%、見守り支援機器の導入率は47.2%と令和4年度の調査から増加をしております。

続いて5ページ、生産性向上推進体制加算の算定状況でございます。

続いて6ページ、加算を算定、もしくは人員配置基準の特例的柔軟化適用施設の職員勤務状況についてということでございます。加算I算定施設の月平均残業時間は3.96時間、年次有給休暇の取得状況は10.26日でございます。

7ページ、介護テクノロジー導入のきっかけについては、いずれの機器でも約5~7割

が施設長・管理者など、管理職からの提案を挙げておりました。

8ページ、導入した介護テクノロジーの利用状況でございます。

10ページ、見守り機器の活用状況でございます。導入台数について32.9%が全ての利用者を個別に見守ることが可能な状況という回答をいただいております。

11ページ、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についてでございます。居住系、入所・泊まり系においては75%が設置していると回答し、設置していない理由は職員の業務負担や委員会に関する情報不足などが挙げられてございます。

続いて13ページ、介護テクノロジーを導入していない理由でございますが、導入費用やランニングコストが負担といった回答が多く挙げられております。

14ページ、加算算定事業所が感じている効果についてということですが、職員の精神的・身体的負担の軽減、夜間の利用者の状況把握等が挙げられてございます。

15～16ページは、今後の加算の算定予定状況ということでございまして、加算IIの算定事業所における加算Iの算定予定については、今後検討予定が25.4%、検討しているが23.5%でした。また、加算Iを算定しない理由については、見守り機器やインカムの全室導入が多く挙げられておりました。

続いて17ページ、特定施設における人員配置基準の特例的柔軟化の届出状況についてということで、令和8年1月中旬時点で計27施設でございました。今後の届出予定について、分からないが43.6%、検討予定はないが26.7%でございました。

18～19ページは介護助手についての調査結果でございます。介護助手を活用している事業所は18ページを御覧いただければと思いますが39.0%、主な業務内容は清掃、片付け、ごみ捨てが最も多く84.1%でした。活用時の変化については介護職員の身体的負担軽減等が多く挙げられております。

20～21ページにヒアリング結果をお示ししております。加算算定施設で残業時間の減少等の効果が把握された事例や介護助手等の活用が利用者とのコミュニケーションの機会の拡大につながった事例、訪問介護事業所においてスマートフォンによる記録で残業時間を削減した事例等がございました。

以上、4つの調査結果の御報告でございます。

○田辺分科会長 御報告ありがとうございました。

引き続きまして、松田委員長、御発言のほうをお願いいたします。

○松田委員 2月18日に行われました介護報酬改定検証研究委員会では、結果の解釈や今後に向けた提案など、いろいろな意見が出されましたが、その上で、令和7年度の調査結果について全て承認いたしました。これで最終報告として御報告を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した。

それでは、ただいま説明のございました事項につきまして、御意見・御質問等がございましたら御発言のほうをお願いいたします。

では、平山委員、よろしく申し上げます。

○平山委員 連合の平山です。私からは資料1-4、介護現場における生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくりに関する調査研究事業についてコメントさせていただきます。

本調査において生産性向上体制加算が十分に算定されていない理由として、16ページにもありますように見守り機器の導入費用や維持コストの負担が挙げられている点は非常に重要な問題だと思っています。実際に資料の9ページにありますように、見守り機器で1台約25万円、入浴支援機器で約1台約332万円と高額であり、導入を進めたくても踏み出せない事業所が多い実態が明らかとなっております。

また、補助金や基金による支援はあるものの、現場で必要とされる機器と補助対象とのミスマッチや、申請の要件やスケジュール等、申請のしにくさといった課題も指摘されておりまして、結果として活用が進んでない状況にあると思います。現場のニーズを的確に捉え、より実効性のある支援の在り方を検討していくことが必要と考えます。

さらにテクノロジーの導入については、業務効率化や職員の負担軽減の効果が確認されていることから、今後も推進していくことは非常に重要だと考えております。

一方で、人員配置基準の特例的な柔軟化については、本調査ではまだ対象施設に限られており、現時点で十分な検証がなされているとは言えません。加えて、現場からはヒアリング調査にもあるように、職員数の減少による不安やシフト編成の困難さといった声も上がっております。したがって、テクノロジーの導入を理由として人員配置基準の緩和を進めることについては、現場の実態を十分に踏まえ、慎重に対応すべきと考えております。

私からは以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

中島委員、よろしく申し上げます。

○中島委員 全国町村会の中島でございます。議題1について、資料1-1、高齢者施設と医療機関の連携につきまして申し上げます。

18ページを見ますと、地域における医療機関の数の差が連携関係の構築に影響を及ぼしていることが見て取れます。中山間・人口減少地域には医療機関が存在しない地域も多く、また、医療機関があっても小規模で要件を満たすことができず、連携ができないという状況もございます。入所者の体調の急変時や相談など、医療機関に頼らざるを得ないケースは多々ありますので、医療機関の数が少ない地域であっても連携体制が整うよう工夫した仕組みづくりが必要であると考えておりますので、よろしくようお願い申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田母神委員、よろしく申し上げます。

○田母神委員 結果についてお示しいただきましてありがとうございます。資料1-1と

1-4について意見を申し上げます。

高齢者施設等に入所している要介護高齢者が複数疾患を有することが多いことなどから、介護と医療の連携強化が不可欠であると考えております。調査結果では協力医療機関の要件を満たす医療機関を定めている施設が、義務化されている施設で60～80%台となっております。施設からは相談窓口の設置やマッチング支援などが必要との回答がございます。

感染症対応に関しては、第二種協定指定医療機関との連携確保は努力義務ではありますが、非常に重要な課題と認識しておりまして、この結果については28.5～50.4%にとどまっています。

介護施設と医療機関の個別の取組も重要ではございますが、調整が必要な情報提供など、随時関与いただくとともに地域医療構想、介護保険事業計画においても各圏域の関係者による検討によって、介護保険サービスと医療の連携強化、感染症対応に係る連携体制の構築を進め、関係者・住民への見える化を図る必要があると考えております。

資料1-4、17ページに特定施設の特例的柔軟化の届出状況についてお示しいただいております。これら27施設については、基準緩和の際に要件となっている事項、利用者の満足度やケア時間の割合の増加など、全体の状況を今後把握する必要があるのではないかと考えております。

また、報告書を見ますと、特例的柔軟化を行った施設へのヒアリング結果として、人員配置の見直しについて職員の不安が高いと感じている、あるいはそれに類する意見もございますので、こうした意見を略さず報告書考察に記載いただく必要があり、また、より詳細の状況を把握する必要があるのではないかと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、小泉委員、よろしく願いいたします。

○小泉委員 全国老人福祉施設協議会の小泉でございます。

まず、資料1-1に基づいて意見を述べさせていただきます。協力医療機関との連携状況について、資料8ページの結果には注視すべき点がございます。介護老人福祉施設、特養では67.9%、老人ホームでは60.4%が、義務化される3つの要件である、相談、診療、入院の受け入れについて、全て満たす医療機関を確保していると回答しています。

しかしながら、40ページの自治体調査の結果と比較しますと、自治体側が把握している全要件を満たす施設の間には大きな乖離が見られます。これは現場の実態と行政側の把握状況が十分に共有されていない連携の希薄さを示す結果ではないかと危惧しております。

また、9ページのデータからは、3つの要件の中でも特に「入所者の入院を原則として受け入れる体制」の確保が、施設にとって最大のネックとなっていることが浮き彫りになっています。

また、37ページに示された「医療機関側の理解不足」や「定期的な会議の負担感」といった要因を考えると、単に施設に義務を課すだけでは限界がございます。現場からは医療

機関とのマッチング支援や、理解の醸成を求める切実な声が上がっています。一方で、協力体制が構築できれば、円滑な入退院だけでなく「職員の安心感」につながるという前向きな調査結果も出ています。利用者の安全・安心を支えるためには入院体制の考え方を整備し、医療機関が連携して地域の施設をバックアップするような機能的な協力体制の確立が不可欠です。この点において、自治体主導による強力な支援体制を強く期待するものでございます。

このままの状態では、令和9年4月の完全義務化に間に合わない施設が続出することを非常に危惧しております。もし、義務化に対応できない施設が相当数見込まれるとするならば、都道府県や市町村による特段の対応が必要なのはもちろんですが、我々施設サイドも自ら打開策を打ち出さなければなりません。

例えば地理的・環境的な制約でどうしても体制確保が困難な地域については、オンライン診療等のICTの活用を代替手段として柔軟に認めるなど、医療と介護の連携の在り方をより現実的な視点で見直していく時期に来ているのではないかと考えております。

次に、資料1-4に基づき意見を述べさせていただきます。本調査の結果で最も注目すべきは、資料6ページに示された生産性向上推進体制加算の算定施設における具体的成果です。加算算定施設と介護労働実態調査による平均を比べると、残業時間の短縮や有給取得の向上が顕著に表れており、加算Iと加算IIの間でも顕著な差が表れています。これらの事実はテクノロジーの活用が単なる業務効率化にとどまらず、介護現場の働き方改革や職員のWell-Beingを実現するための不可欠な投資であることを明確に裏付けています。

しかしながら、資料の5ページに示された加算Iの算定が特養で2.8%という極めて低い水準にとどまっている現状は、深刻に受け止めるべき課題です。見守りセンサーの全室設置といった要件は、多額の初期投資が必要という経済的障壁に加え、導入初期のワークフロー激変に伴う現場の心理的・運用的ハードルが極めて高く、現場の自助努力だけでは突破できない壁が存在していると言わざるを得ません。

また、7ページの調査結果にあるとおり、導入の成否は「経営層の強いコミットメント」にかかっています。生産性向上はもはや現場の工夫の範疇を超え、経営戦略としてのDXへと昇華する必要がありますが、そのためには継続的な公的支援が必要です。

これらを踏まえ、今後の方向性として、以下の3点を強く要望いたします。

まず一つ目、加算Iへのステップアップに向けた重層的な支援の拡充です。初期投資への財政支援はもとより、導入プロセスにおける業務改善を伴走支援するコンサルティング体制を評価していただきたい。そして、ICT機器は導入して終わりではなく、数年単位での更新が必要です。機器の老朽化やアップデートに伴うランニングコストを維持できるような持続可能な報酬体系の在り方を検討すべきと考えます。

2つ目として、ICT機器、ソフト間のデータ連携の標準化です。複数のテクノロジーを導入しても、各機器のデータが独立しては、かえって二重入力や情報の分断を招き、現場の負担を増大させます。ソフトウェア同士をつなぐAPI連携等の標準仕様の策定と普及を

国が強力に主導し、一度の入力で全てのデバイスに情報が同期される環境を早期に実現していただきたいと考えます。

最後に、生産性向上を人員配置基準の見直しにつなげる際の慎重かつ前向きな議論です。テクノロジー導入による効率化を、単なる人件費削減の手段とするのではなく、捻出された時間をケアの質の向上や職員の研鑽に充てられるよう、質と量の好循環を持つ制度設計を要望いたします。

以上、令和9年度の改定を見据えて、現場が希望を持ってテクノロジー導入に踏み切れるよう、実効性のある施策を望みます。

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、志田委員、よろしく願いいたします。

○志田委員 認知症の人と家族の会の志田でございます。資料1－4につきまして、要望を1つ、質問を1つさせていただきたいと思えます。

介護テクノロジーの導入では、訪問介護など、訪問系サービスで導入が低調であるという結果が示されています。小規模な事業所ほど導入費用やランニングコストに耐え得る体力がないことがうかがえます。

しかし、小規模な事業所ほど、ホームヘルパーやデイサービスの職員が顔なじみになりやすいという特性があると同時に、認知症の人にとっては柔軟な対応をしてもらえる、安心して利用できるという実感があります。認知症の人だけでなく、全ての認定者の在宅生活を支えるために小規模の事業所にも配慮し、特に事業所の減少が心配される訪問介護については、基本報酬の引き上げも含めて検討することを要望いたします。

資料1－4の生産性向上推進体制加算、特定施設の「特例的柔軟化」ですが、これについて質問でございます。生産性向上を図る目安として、残業時間の減少、有給休暇の取得日数の増加が示されています。介護労働者がゆとりを持って働くのは大変重要ですが、利用者、中でも認知症の人や介護家族にとってどのような効果があるのでしょうか。生産性向上における介護の質への評価について御説明をお願いしたいと存じます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点、御質問ございましたので回答のほうをお願いいたします。

○濱本高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。質の向上に関しましては、今、委員が御指摘いただきましたとおり、職員の方の現場での負担軽減、身体的・心理的な負担を軽減されることにより、例えば直接的なケアに充てられる時間が増加するですとか、また、研修や教育など、前向きな施策に時間を充てることができるようになるといったことを通じて、質の向上にもつながる点があると考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 志田委員、よろしゅうございますか。

○志田委員 大変恐縮ですが、それは今までもずっと言われていることで、今回、2本柱である職場環境の部分について、残業時間が減っているとか、有給休暇の取得率が上がっているということが示されている。もう一方の柱のサービスの質とところについて、要するにどのような評価がなされているかの御説明をいただきましたかったのですが、その部分がなければ、また今後において御説明いただければありがたいと思っています。

○濱本高齢者支援課長 承知しました。また機会を捉えて御説明申し上げたいと思います。ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、伊藤委員、よろしくお願ひいたします。

○伊藤委員 私から3点、意見を申し上げたいと思います。

まず1点目、連携の関係でございます。介護保険施設と協力医療機関の連携体制の構築は極めて重要な取組と認識しています。令和8年が経過措置の最終年となります。協力医療機関を定めている施設の状況を拝見しますと、介護老人保健施設及び介護医療院につきましては8割を超え、介護老人福祉施設及び介護老人ホームでは6～7割ということで、昨年の調査に比べますと構築が進んでいると受け止めています。

一方で、14ページ、まだ検討を行っていないと回答している施設が2～5割あるということでございます。さらに定めていない理由といたしまして、周辺に医療機関が少ないとか、どこに相談すればいいかわからない、特にないとといったようなケースが示されており、全施設が今年中に連携体制が構築されていくための取組が必要だろうと思います。連携が進まないといったことを理由にして経過措置が延長されることがないように、国など、関係機関におきましては、しっかり対策を講じて後押しをしていただきたいと思います。

2点目は福祉用具の関係でございます。購入と貸与の選択制の導入につきましては、一定の貸与の減少、あるいは販売の増加は見て取れる状況です。導入の効果や課題を検討していくに当たりましては、導入後3年ぐらいなど、少し長いスパンで状況を見ていくことも必要なのではないかと感じています。

また、11ページ、保険者によりましては販売が5%から20%近くまでと非常に差がある状況が示されています。

12ページでは、地方公共団体の中で規模の小さい一般市や市町村では0%の割合が高いといった状況も示されてございます。どのような要因によるものなのか、分析が必要なのではないかと感じています。

3点目は働きやすい職場環境づくりの関係でございます。介護職員の人材不足の中で、離職防止などによる人材の確保は、介護保険制度の持続可能性を考える上で大きな課題となっています。そういった意味で介護現場におけますテクノロジーの活用による生産性の向上、業務の効率化に取り組んでいくことが極めて重要だと考えています。

アンケート結果を拝見しますと、介護テクノロジーの導入に伴う効果として、職員の肉体的・精神的な負担軽減が6割を超えているということ、さらに夜間の利用者の状況が把握しやすくなる、あるいは事業所内のコミュニケーションが円滑になったといったことが

5割近くとなっています。

居宅サービスにおけるテクノロジーの活用事例としましても、スマホによる記録で残業時間を削減した事例や、シフト管理や送迎スケジュールの作成機能を活用している事例などもございます。こういった好事例の横展開をしっかりと図っていくことにより、さらなるテクノロジー等の活用を推進し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。

それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 全老健の東でございます。私からは資料1-1と資料の1-4について意見を申し上げたいと思います。

資料1-1、高齢者施設等と医療機関との連携についてです。8ページに要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等の状況が示されています。経過措置が3年であと1年しかないわけですが、まだ満たしていない事業所が数多くあることが分かります。私ども老健施設でいいますと、16.7%が連携できていないということでございます。それを満たしていない施設等の状況が14ページに書いてございます。この左の施設系サービス等のグラフの一番下を見ますと、「まだ検討を行っていない」という回答が目立ちます。老健施設でいいますとn数が25でございますが、そのうち44%、11施設がまだ検討を行っていないということになります。

この調査は抽出調査でございますので、その割合を老健施設の全数に単純に置き換えますと、約100施設の老健施設がまだ検討も行っていないということになります。この数字は老健施設だけで100施設、他のサービスも合わせると大変多い施設が、まだ検討も行っていないということになります。経過措置の期間もあと1年しかございませんので、早急に何らかの手を打たないと間に合いません。ぜひ今回の調査のサンプルからだけでもよいので、まだ検討を行っていない施設に対し、なぜ検討も行っていないのかということは、都道府県を通じて個別にヒアリングを行うべき時期に来ているかと思えます。

また、42ページには自治体調査における状況が出ています。このうち、集計していない都道府県が一定数ございます。名前を挙げて恐縮なのですが、高知県におきましては義務化されております全ての施設累計で集計していない割合が70%を超えております。集計していない理由を国のほうで都道府県に対してしっかりヒアリングを行うべきではないかと考えています。繰り返し申し上げますが、あと1年しかございませんので、しっかり連携が進むように、ヒアリングというような手法も講じて、しっかり現場の状況、なぜ検討しないのか、なぜ連携できないのかというのは、もう少し丁寧にその理由をすくい上げていただきたいと思います。

次に資料1-4「介護現場における生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくりに資する調査研究事業」です。13ページの図表17に介護テクノロジーを導入していない理由の表がでございます。理由の1位の「導入費用が負担である」のはもちろんでございますが、

その次に「ランニングコストが負担である」との回答が約半数ございました。イニシャルコストにつきましては、年々基金等で各都道府県は予算を増加しているようでございますので、ぜひ有効活用すると同時に、予算化をまた広げていただきたいと思います。ただ、イニシャルコストというのは最初の1回だけなのです。

むしろランニングコストにつきましては毎年ずっと続くものでございます。これにつきましては令和6年度介護報酬改定におきまして、ランニングコストに充てるという意味合いで、生産性向上推進体制加算というものが創設されたと認識をしております。しかしながら、先ほど小泉委員もおっしゃいましたが、この加算も算定の手間と報酬単価が見合っていないために、算定がかなり低い状況となっております。私の運営しております老健施設におきましては、生産性向上推進体制加算、約100床につき10万円を算定してございますが、実際に様々なAIを用いた介護テクノロジーを導入しておりますと、月々30万円を超えるランニングコストがかかっている現状でございます。

介護テクノロジーを導入して運用していくためには、ランニングコストは、先ほど申し上げましたが継続的に毎月かかってくる、毎年かかってくる欠かせない費用となっております。ランニングコストが理由で介護テクノロジーの導入の阻害要因になっているとしたら大変大きな問題だと思われれます。先ほど伊藤委員もおっしゃいましたけれども、介護テクノロジーというものを強力に推進しない限り人材問題は解決いたしません。

今回、介護事業経営実態調査でもランニングコストを把握する項目を入れていただきましたが、その結果を参考に、介護テクノロジーを加速化する上でも、生産性向上推進体制加算の算定の手間を簡素化するとともに、報酬の単価を倍増させるぐらいの覚悟が必要ではないかと考えます。

最後に、生産性向上のところの介護助手の導入につきましては、過去の経営分科会で現場の労務負担軽減にしっかりとしたプラスのエビデンスが出ているところでございます。しかし、介護助手につきましても、介護助手を雇い入れるときにかかる人件費のような問題もございまして、本当は介護助手を導入したくても導入しきれないというような問題も現場ではございます。そういう意味では介護助手の導入につきましても、何らかの報酬上の手当をしていただければと考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしく願いいたします。

○及川委員 日本介護福祉会の及川でございます。御意見を申し上げます。

調査結果について、1-2についてでございます。まず、問1の10、12、14、16の結果の中で、例えば10で言いますと、利用者へのADL評価を行うことが難しい、あと、12、14、16につきましては、アセスメントが負担であると回答が多い状態です。アセスメントの負担感の強いことがこれだけ示されております。アセスメントの課題の否定はいたしません。LIFEの必要性の向上や効果の周知等を図ることも課題ではないかと思えます。介護現

場でより有効・有用に活用できるようなフィードバック機能の改善・強化をお願いできないかと思えます。

そして、1-4についてでございます。アンケートの結果から業務の効率化が進んでいることはうかがえます。介護テクノロジーの導入も進んでいると思えます。ただ、導入していない施設・事業所は少なくなく、生産性向上推進体制加算Ⅰ、Ⅱの算定率も高いとは言えない実態もあると感じます。政府側には業務改善はあくまでも介護サービスの質の維持向上のために行うものであることを前提としながら、当該取組のさらなる後押しについてお願いしたいと思えます。

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、江澤委員、よろしくお願ひいたします。

○江澤委員 それでは、資料に沿って意見を申し上げたいと思えます。

まず、資料1-1の2ページを拝見いたしますと、有効回収数が、母集団に対しては特養老健が1割程度、介護医療院が3割程度、養護老人ホームが5割程度となっており、また、経過措置の期限が来年の3月末であるということを見ると、一刻も早い全数の実態の把握が必要であると思っております。

その上で、東委員もおっしゃったと思えますが、個々の施設にアプローチをしていく時期に達していると思えますので、一刻も早い対応をお願いしたいと思っております。

続きまして8ページですが、協力医療機関の連携の要件はコロナ禍の要件と同じであり、コロナ禍の緊急事態においては、ほとんどの施設が連携できていたという実態もありますので、平時においてもこれらが全ての施設が対応できるように、どういった支援が必要なのか、課題を具体的に抽出し、個々に対応していくべきであり、先ほどの繰り返しになりますが、既にその時期に達していると思っております。

効果的な対策としては、自治体と医師会や病院団体等の医療関係団体との連携による支援方策を考えていくことが極めて重要ではないかと思っております。本日の意見でございましたが、個々の施設で非常に対応に難渋しているところもあろうかと思っておりますので、行政とか医療関係団体の連携によって支えていくべきではないかと思っております。特にこの中でも養護老人ホームについては特段の支援が必要ではないかと思っておりますし、そもそも情報の共有ができていのかどうかも含めて支援をお願いしたいと思っております。

続きまして、11ページですけれども、左側のグラフの上記以外の病院に関して、令和8年度の介護報酬改定においては、老健局からの通知では、協力病院としては在宅療養支援病院、地域ケア病棟を有する200床未満の病院などが示されているわけですけれども、上記以外の病院が最も多くなっているのです、今後の医療提供体制を考えていく上でも、その属性を具体的に調査していく必要もあるのではないかなと思っております。

続きまして資料の20ページと22ページ、協力医療機関連携加算の算定があまり芳しくなく、22ページでは、算定しない理由が、定期的な会議の負担が重く会議を行っていないと

いうところが最も高くなっています。これにつきましては、令和8年度診療報酬改定において、診療報酬改定にも協力機関連携加算と同じ要件の加算が幾つかあるわけですが、診療報酬改定のほうでは、その要件を毎月1回の会議など、負担の重い要件をかなり簡素化・緩和しております。診療報酬改定は令和8年6月からの実施ですから、介護報酬においてもこの協力連携加算の要件については令和8年の6月から診療報酬と合わせて同様に見直すべきだと思っています。

資料1-1の最後、35ページ、高齢者施設等感染症対策向上加算の算定状況も想定より低いのではないかと考えているところでもあります。今後いつ新興感染症が流行するかわかりませんので、ぜひこの辺りも連携するように、また、検討が必要だと思っています。

続きまして、資料1-2について1点申し上げます。17ページの図表25において、算定したいが課題があり算定できていないが50%、算定したいと思わないが26.6%もあるということで、これは深刻と捉えるか、それぞれ認識があらうかと思えますけれども、LIFEを進めていくという観点においては大変厳しい状況ではないかと考えておりますので、この辺りは喫緊の課題だと思っています。

資料1-3については16ページの図表37、これはかなりの回数の検討会を積み重ねて議論してきたものでありますが、その中で、御本人の状態が安定しているのか、まだ不安定なのか、悪化する可能性があるのか等については主治医、あるいはいわゆる専門職が最もよく理解しているわけでありますので、貸与か購入かというところでは、医療専門職の意見をなるべく聞くようにと取りまとめられたところでありますので、一定程度その辺りは出ているので、これは評価できるのではないかと思います。

その中で、この検討会では、今回の調査ではありませんけれども、福祉用具専門相談員の質の向上も結構議論になりました。ここにおいては研修体制をどうしていくのかということもいろいろ議論したわけであります。全くよく分からないのが、福祉用具専門相談員が有資格者であるのか、もしくは企業の営業の担当の方であったり、いろいろな属性があると思うのですが、属性を調べた上で、福祉用具専門相談員の質が高まるように、どういった支援をするかというのは、今後の調査においてお願いしたいと思っています。

最後に資料1-4、生産性向上については先ほど東委員もおっしゃったように、インシャルコストはかなり補助金等で支援していただいております。一方で、ランニングコストは、医療も同様ですけれども、かなり施設の負担になっています。最近の物価高騰等の影響を受けまして、こういった部分についても値上がりをして、なかなか手が出せないという状況にあらうかと思っています。対応をよろしくお願いしたいと思っています。

最後に、これまでも生産性向上が介護になじむのかという議論があったかと思っています。生産性向上の定義もこれまで議論してきたところです。生産性向上については、当然業務の効率化、職員の負担軽減ということは念頭に置いているわけですが、一方で、あまり効率化に偏り過ぎて、利用者の生活を構築するといった視点がおろそかになると、それは本末転倒になりますので、その辺りのサービスの質の向上等、どのようにしていくの

かというのは重要だと思っています。

例えば入浴の介護現場では、日本人の生活様式である浴槽のお湯につかって身も心を癒やすという生活のシーンを支えるために、最近では個浴によるケアが普及してきております。そういう中で、今回も入浴支援機器というものが提示されております。そういったことはないと思いますけれども、例えば大切な人をベルトコンベアの荷物のように、洗浄すればいいというイメージというのは決してあってはいけないと思っておりますので、利用者を中心に置いた生産性向上というのは探求していくべきではないかと思っております。

併せまして、極力腰痛を防止するような介助方法もありますので、現場でそういった取組が実践できるよう、拡大・普及していくことを期待しております。

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、奥塚委員、よろしくお願いたします。

○奥塚委員 大分県中津市長の奥塚でございます。資料1-3と1-4について意見を述べさせていただきます。

資料1-3の12ページですが、要介護認定者に占める購入の選択率が、町村などの規模の小さい保険者では0%の割合が高くなっておりまして、制度の普及に地域格差が生じている点があります。地域によるサービス提供体制、あるいは情報提供の差が利用者の選択肢の制約になっているのではないかというようなことも懸念されるところであります。そういう意味で好事例の共有、あるいは広域的な支援体制の構築をお願いしたいと思っております。

それから、同じところですが14ページ、購入を選択したことによってケアプランの作成がなくなったケースが117人と書かれております。一方、22ページの事業所ヒアリングにおきましては、ケアプランがなくなるのであれば、貸与を希望する利用者が多いということも言われています。利用者の自立支援と安全確保のためには、販売が行われた後も予防的な関わりを維持できるような仕組みの構築が必要ではないかと感じました。

次に、資料1-4の2ページの調査結果では、テクノロジーの導入について訪問介護が4割弱、居宅介護支援が3割弱など、訪問、あるいは居宅系サービスでの導入率が目立つと思います。訪問系サービスにおきましては、スマートフォン等を用いましたアプリの導入によって直行直帰の実現、あるいは残業時間の削減、ほぼ発生しないといったような顕著な効果が出ておりますので、地域包括ケアシステムを支える在宅サービスの生産性向上は喫緊の課題だなど、首長としても思っております。

一般論ですけれども、市役所のほうもDXの導入に心がけておりまして、今年度からは全職員にAIを活用できますタブレットを配付いたしました。それによって訪問先、つまり現場での処理、その処理というのは報告であったり、状況の全職員共有であったりするわけですけれども、そうすることによって使える時間に大きな差が出てくる、改良されるのではないかという思いで、ある意味で思い切った先行投資というような形で進めました。

DX、あるいはテクノロジーの導入については、まず、意識の改革と同時に実質的な効果

があるという実感が必要だと思います。そうすると、課題が何かという、何人かの方がおっしゃいましたけれども、導入費用、あるいは運営費用というのが問題になるわけです。そういった意味で、それに対する支援、あるいは内部の組織の意識改革、その両方が相まって、そして、効果があるという実感、これをいかに追い求めるべきかだと思います。少しポイントがずれたかもしれませんが、そういうことを考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、堀田委員、よろしくをお願いします。

○堀田委員 まず、1-1について言及したいと思います。既に何人かの委員から御指摘がありましたけれども、まず、直接的には1-1の調査、経過措置をどうするかというところを検討していくことになるかだと思います。とても大事な結果を出してくださっていると思います。まず、直接的なところについては、協力医療機関を定められるように、そして、具体的な連携がきちんと進んでいくようにということを考えると、既に意見がありましたけれども、それぞれの施設、事業所、それから、自治体、関係団体に丁寧にヒアリングをしながら対応していくことが欠かせないと思います。

それを前提としながら、既に中山間地域のことなどの御指摘もありましたけれども、施設の中での医療ニーズをどのように賄っていくのか、これはコロナが契機だったということもありますので、平時と有事と両方、さらにもう少し柔軟に考えていくということも併せてやっていく必要があるのではないかと思います。

というときに、施設対医療機関という点と点の関係性でなく、面でどのようにカバーするのかという話も既にありましたけれども、日常の施設に対する医療の外からの入り方、医療や看護、訪問をどのように入れるのか、そういったようなことについてもさらに検討の余地があるかもしれないと思います。そして、施設の中で医療に関わる人数について、どれだけもう少しタスクシフトしていくところが、医療から介護へというところがあり得るのか。もし、その余地があるとすると、どのようにそのキャパシティ、人材育成をしていくのかということも検討していく必要があるかもしれないと思います。

さらに施設における医療ニーズということを考えると、施設ではないところで、地域でどれだけカバーして、それで難しいところも、もう一つ変更すべきところだと思いますので、地域密着の複合型の様々なサービスもなかなか広がりにくい、広がりきっていないところがあると思いますので、報酬のバランスなども考えながら、地域密着の複合型のサービスをどうつくっていくのかということも、まだまだ考える余地があると思います。いずれにしても、どのリソースも限られているときに、その考え方としてどうするのかということも、もう一步、考えなければいけないのではないかと考えています。

残りは1-2と1-4に関連して簡単に指摘しておきたいと思います。1-2がLIFEの活用で1-4が生産性の向上ということで、これまでも何度か同じような趣旨で調査が進められてきていたように思います。随分進んできていると見ることもできるかと思いつつ、

一方で、まだ、いずれの取組についても、標準化を図り、そして、質を高めながらいかに効率も高めるかということについて、現場の職員発というよりも、上から下りてきているものにどうやって対応するかというようなことが強いのではないかと思います。

例えばLIFEについて言いますと、これも毎回同じような結果になっていると思いますけれども、フィードバックの活用の仕方が分からないので、そうすると、何でこんな負担感で、こんなにたくさんのお仕事を出さなくてはいけないのだろうかというような体感が見て取れると思います。生産性の向上のほうも、今回の調査結果でいくと、12ページの委員会のところもすごく興味深いと思ったのです。自分たちの施設・事業所の中で、何らかの問題意識を持って取り組んでいくと、生産性向上・業務改善に取り組めるようになっていくのだけれども、一方で、降ってきてやれと言われている、まだ開催していないところは、開催すること自体が業務負担だと思ってしまうところがあるかと思います。

いずれにしても、今こういった取組をしようとしている施設を応援する取組、既にそもそもあるものをより深めていくことに加えて、今、並行して福祉部会のほうの議論でも、中核的な役割を担う介護センターの確保とか、育成、課題といったことも論点に挙がっていたように思います。

現在、現場で中核的な役割を担っている、あるいは担うことが期待されている方たちが、こういった標準化、質の向上、そして、効率を高めていく、生産性も高めていくことについて、どれぐらい学んで実践して、実感的な理解にたどり着くということの基盤が図られているのか。例えば認定介護福祉士の研修などを見ますと、その検証の中にマネジメントに関する領域がありますが、その中に介護業務の標準化と質の管理も含まれているのですけれども、それだけでは間に合っていないだろうと思わされることもあります。

並行する人材、とりわけ中核的役割を担う人材の実態を調べるときにも今回の1-2、あるいは1-4のような議論も踏まえながら実態を調べ、その方々が力を高めて発揮できるような環境づくりにつなげていく必要があるのではないかなと思っています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、石田委員、よろしくお願ひいたします。

○石田委員 まず、1-2のLIFEの件です。LIFEについては多くの回答で入力作業への負担が大きいということで、まだまだ事務的な作業に時間がとられているような状況があります。実際に20ページには、ヒアリング調査から「LIFE関連加算算定のためにLIFEに別途必要情報を入力しており、作業が重複することで煩雑になっている」、「介護情報記録システムとLIFEの自動連携機能も知っているけれども、これが契約アカウント数、あるいはコストの観点で導入ができていない」といった回答があり、これはお金の問題があるという現状のようです。

また今回、LIFEに関する重複項目が統一されたということですがけれども、このことについて、半数以上があまり意味がなかったという答えが返ってきています。先ほどお話が出

ましたけれども、このLIFEのシステムにおけるプログラムが現場の状況と直結していないのではないか。実は上から下りてきたから仕方なくやらされているけれども、本当に自分たちが一番知りたいのは何か、それを把握するためにする作業として、今やっている入力作業がどのくらい有効なのか、もっとこの点があきらかにならないと使えないというような、いわゆる現場の声がプログラムにあまり反映されていないのではないかという印象を受けました。

そして、アセスメントの負担が大きいということで、なかなかそれを活用できていないという回答もあるのですが、実はこのアセスメントこそ、利用者の側にとっては一番重要なところであって、アセスメントをより質の高い、現実的にも効果が上がるものにしていくためのデータとしてLIFEがあるわけですから、それが現場の中で未だに十分な活用に至っていないと読み取れます。できる限りプログラムの内容については現場の生の声をより多く集めていただき、作業効率をあげることが推奨されている現場スタッフの状況をくみ取りつつ、LIFEのシステム開発をお願いしたいと思っております。

それから、福祉用具の件です。先ほど御意見がありましたけれども、今回、一部の福祉用具について貸与と購入の選択性が導入されましたが、この実情において利用者の側はどのような意見を持っているか、貸与から購入になった時点でケアマネジャーとの関わりがなくなることについて、利用者側の影響などについても、ぜひ調査していただきたいと思っております。

1－4の生産性の向上のところでは、これまでいろいろ多くの委員の方から御意見がありました。実際にはテクノロジーの導入であったり、介護助手でマンパワーを補填するようなことにおいて、働く現場がうまく回っていくことになる、やりがいをより皆さんが感じるようになっていくという効果が上がっていることは明らかです。しかし一方で、経費の問題があって、誰もがすぐに着手出来ないということを感じているところ。何とか、経済的な支援も含めてお願いしたいと思っております。

先ほど生産性の向上ということで江澤委員がコメントされましたけれども、今回、2026年の3月に障害福祉サービスの関連における基本指針が改正されました。どのように改正されたかという点、新たな項目が2つ加わりました。いわゆる基本事項のところ、「障害福祉人材の確保・定着、ケアの充実のための生産性向上に関する基本的考え方」、もう一つは、成果目標として「障害福祉人材の確保・定着、ケアの充実のための生産性向上」という、この2つが新たに書き加えられました。障害福祉の分野にも「生産性の向上」という文言が加わったわけです。

何を言いたいかという点、生産性向上というところの頭に「ケアの充実のための」という文言がついている。これが2か所ある。こういった審議会の中でも生産性の向上というのは、あくまでもケアの質の向上、ケアの充実のためのものでありますというのを常々申し上げているのですが、障害のところではしっかり文言の中に入っているのです。もし、可能であれば、介護の領域においても、生産性の向上という文言を使うときには、「ケア

の充実のため等」を頭につけていただければと、これは要望ですが申し上げておきます。
以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、濱田委員、よろしくをお願いします。

○濱田委員 まず、資料1-1の8ページ、義務化の対象施設で要件を満たす協力医療機関を定める施設が10ポイント程度上昇したということで、関係者の御尽力によるものとして御礼を申し上げたいと存じます。

一方で、16ページで、自治体に期待する支援内容が見られておりますけれども、まだ要件を満たす協力医療機関が定まっていない場合は、先ほど東委員、江澤委員からも御意見がございましたが、努力義務化対象施設も含めて、例えば運営指導のような場も活用をいただきながら、ヒアリング等で個別の要望があればお聞き取りいただきまして、早期に要件を満たす協力医療機関が定まるよう、引き続き関係者の御尽力を期待したいと存じます。

資料1-3の21ページの選択制の声でのところの図表51では、各用具につきまして、それぞれ比率の多寡が示されておりますが、特になしというものが最も多くなっておりますので、調査結果は慎重に評価することが必要であると考えます。

資料1-4の2~3ページでは、介護テクノロジーの導入状況が示されておりますが、サービス種別で少ない場合であっても30%程度は導入が図られております。一方、5ページでは生産性向上加算の算定状況が示されておりますが、居宅介護支援をはじめ、加算対象外サービスにおきましては、介護テクノロジーを導入して生産性向上を図るインセンティブが他の分野と比べて働きにくい可能性もあるのではないかと考えます。

どの分野でも人材確保・定着、負担軽減は必要なことですので、例えば加算の対象範囲を広げていただきまして、全サービス種別で生産性向上を後押しできる体制構築を期待したいと考えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、田中委員、よろしくをお願いします。

○田中委員 田中でございます。調査をありがとうございます。視点は少し変わりますが、今後の懸念として2点申し上げたいと思います。また、1点はお願いを申し上げたいと思っております。

まず、1-1の29ページ、診療報酬で救急車搬送数が算定に関わるようになります。これらが高齢者の救急搬送について施設保有者で移動することも可能な軽微な病状の利用者への影響がないよう配慮し、高齢者救急が正しく行われるように関係機関に求め、本末転倒な事態が起こっていないかどうか、新たな地域医療構想を鑑みて定期的に行われている中医協と介護給付費分科会の医療と介護に関する合同会議などで一定の時間が経過した後に、施設高齢者の救急車搬送数の結果を把握する必要があるのではないかと懸念しております。

また、39ページも本当にごく一部だと思いますが、医療と介護の連携が進まない理由として費用負担が発生するという記載がございます。医療と介護の連携は国から義務付けられる連携であり、連携先病院側がこの件について一方的に費用を請求することが減り、一層連携が進みやすくなるよう、支払いは必須ではないなどのさらなる通知などの後押しが必要となると考えています。

また、1－4のテクノロジーについては、先ほど来、東委員等からもお話がありましたように、全ての施設に対するランニングコストの支援と、小さな事業所は導入についても大変な負担を生じているものですので、より一層の支援をお願いしたいと思います。

3点でございました。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。

ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

では、御発言ありがとうございました。

次の議題に移ってまいりたいと思います。次は議題2～5までの報告事項につきまして事務局からまとめて御説明をいただいた後に御意見等をいただきたいと思います。

それでは、事務局のほうより御説明をお願いいたします。

○堀老人保健課長 資料2、協力医療機関連携加算に係る要件変更についての御報告というところでございます。

1ページの1つ目の○、令和6年度診療報酬・介護報酬の同時改定では、介護保険施設等に対しまして入所者の病状急変時等に相談診療を常時行う体制や、入院が必要な場合に原則受け入れていただく体制を確保している協力医療機関を定めることを3年間の経過措置期間を設けた上で義務化いたしました。

2つ目の○、令和6年度の診療報酬の改定では医療側の対応といたしまして、協力対象施設入所者入院加算や介護保険施設等連携往診加算を新設し、これらの加算の要件ではICTによる情報共有を行う場合は年3回以上、ICTによる情報共有を行わない場合には一月に1回以上の頻度でカンファレンスを開催することが規定されてございます。

3つ目の○、令和6年度介護報酬の改定では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の連携の下で、適切な対応を行う体制を確保いただくという観点で、協力医療機関連携加算を新設いたしまして、要件としては診療報酬の加算と同様の趣旨で会議の頻度を設定しているところでございます。

4つ目の○、令和8年度診療報酬改定に向けた中医協の議論ということで、協力対象施設入所者入院加算を算定できない、届出できない理由として、ICTによる情報共有の体制整備やカンファレンスの要件が困難と回答した施設が多かったことを踏まえ、同加算等に関しまして顔が見える関係の構築や必要な場合の患者情報の共有を適切に行うとともに、医療機関が多数の施設と連携することが可能となるよう、カンファレンスの頻度等その要件の在り方を論点として議論が行われたということでございます。

5つ目の○、先ほど御報告を1－1で申し上げました令和7年度に実施しました改定検

証調査で、介護報酬の協力医療機関連携加算を算定できない理由として、その他を除きますと、定期的な会議の負担が重く会議を行えていないというものが最も多く挙げられているということでございます。

6つ目の○、今般の令和8年度診療報酬改定では、協力医療機関と介護保険施設等が行うカンファレンスの頻度は、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回へと見直されたということございまして、具体的な改正内容については12ページの参考資料にお示しをしておいております。

こうした状況を踏まえまして、協力医療機関の連携加算に係る要件変更といたしまして、協力医療機関と介護保険施設等が行う定期的な会議の開催頻度は医療側の対応と同様に、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回へと見直すこととしております。

2ページ以降は参考資料でございます。

続きまして資料3、やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱いについて御報告をいたします。

1ページ、こちらは昨年11月の当分科会で退職者の発生から新たな人員の確保までに一定の時間がかかることなどを踏まえ、緊急的に対応する必要があると考えられる取組として、人員基準欠如減算について委員の皆様からいただいた御意見をまとめたものでございます。この人員基準欠如減算につきましては、1つ目の○にございますように、足下の介護職員の人材不足等を踏まえれば、猶予期間が3～4か月程度必要との御指摘をはじめ、現行の猶予期間について延長するべきという御指摘をいただきました。

一方で、5つ目の○や最後の○のように、猶予期間が延び、欠員状態で働く期間が長くなることで残った職員への負担が増加し、サービス水準や安全性にも影響が出ることから、安易に延長することには慎重であるべきといった御指摘もいただいたところでございます。

2ページ、診療報酬の令和8年度改定に向け、人員基準の取扱いについても議論が行われまして、対応が示されたということで御紹介でございます。こちらは先日発出されました令和8年度診療報酬改定におけるやむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直しに関する実際の通知と疑義解釈をお示ししたものでございます。

歴月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合について、ハローワーク等を活用して人材確保に係る取組を行っているなど、上の囲みの(1)から(4)でお示ししている要件に該当する場合については、1年に1回に限りということでございますけれども、3か月を超えない期間は変更の届出を猶予するとされたということでございます。この取扱いについては本年6月より適用されることになると承知をしております。

3ページ、1ページでお示しをしました分科会からの御意見、また、2ページでお示しいたしました令和8年度診療報酬改定での取扱いを踏まえまして、足下の人材不足の状況等も勘案した緊急的な対応ということで、人員基準欠如減算については診療報酬での取扱

いと足並みをそろえた取扱いとしたいと考えてございます。具体的には上の囲みの2つ目の○のとおり、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じて人員欠如が発生した場合は、ハローワークの活用等により職員の確保に係る取組を行っている事業所・施設について、1年に1回に限り3か月を超えない期間は介護給付費の減額を猶予するという形にしたいと考えてございます。

下に介護老人福祉施設における適用の例をお示ししておりますけれども、スライド下部の赤枠で囲ませていただいた部分がイメージ図でございますので、御参照いただければと思います。こちらの取扱いについては診療報酬での取扱いと同様に、本年6月から適用することを想定しておりますので、できるだけ速やかに通知等を発出させていただければと考えております。

資料3についての御説明は以上でございます。

○濱本高齢者支援課長 続いて資料4について御報告を申し上げます。

通信機能を備えた福祉用具についてでございますけれども、1ページにありますとおり、現在、通信機能部分を有する福祉用具につきましては物理的に区分できる場合に限り、本体部分が給付対象でございますので、通信機能分は給付対象外となっております。こうしたものについて利用者が居宅外にいる場合に把握するニーズの高まりを踏まえ、一定範囲で通信機能部分を給付対象とすること。

また、3ページにございますとおり、この点につき、具体的にどのような製品があるかといった実態調査も行って、適正な給付の確保の観点からも詳細を検討して御報告すると昨年9月の本分科会で御報告をしておりました点について、そうした調査を行いましたので改めて御報告する次第でございます。

4ページ、認知症老人徘徊感知機器等の製造を行っている事業者116社に調査を行いました。48社から回答がありました。携行型の認知症老人徘徊感知機器ということで、本来機能とは別に先ほど申し上げた位置情報を通知する機能、現在給付対象外の部分、オプションで自己負担として備えているものは、こちらのページの表にありますとおり、2製品、機器Aと機器Bというものが現時点であることが確認されました。

また、そもそも認知症老人徘徊感知機器として介護保険給付対象となっていないものですが、位置情報の通信機能を有している機器というのも、C、Dのとおり、2製品があるという結果でございました。

こちらの表の左下、機器A、Bについて、具体的な貸与実績は、Aが月1,000件程度、Bが月120件程度でございますので、貸与価格はAの場合、月1万～1万5000円程度、位置情報を取得・通信するユニットに加えて、別途通信契約も加味してオプションの自己負担となっている部分の価格は、Aの場合で月1,000円程度、Bの場合で300円程度となっております。

こうした機器につきまして、2ページの昨年9月に御報告した考え方のとおり、通信機能を担う機器部分も給付対象に含めることとしますと、今、自己負担となっている例えば

Aでしたら1,000円とか、Bでしたら300円のうち機器部分、通信費用については除外になりますので、例えば1,000円とか300円の一部が貸与価格に含まれてくるといったことになります。

5 ページ、こうした機器を介護保険の給付対象として利用いただく上で、留意点等を詳細にヒアリングした結果でございます。

マル1、例えば御利用者が高齢の方である場合、あるいは家族の方も高齢である場合、そもそも機器の操作が難しい場合がある。また、GPS通信で位置をお知らせする機能は、例えば山間部では電波が届かないなど限界があるケースもありますので、そうした点を含めて事業者のほうから利用者サイドに分かりやすい説明が必要だと考えられます。

また、マル2の部分、自宅から離れた場所等で位置情報を把握した場合、実際に現地にどうやって誰が駆けつけて、利用者の方への対応を図るのかという体制の確保が必要となりますけれども、例えば介護支援専門員が無理に対応を求められるとシャドーワークの要因などとなりますので、そうした点については、あらかじめ例えば保険外サービスの活用なども含めて、体制の確保を考えることが前提となってくると考えられます。

また、マル3にありますとおり、通信機能部分、トラブル発生時の役割とか責任分担については関係事業者間で事前に共通理解を得ておくことが必要と考えられます。

6 ページ、認知症老人徘徊感知機器以外の福祉用具で通信機能を使っているものの例です。例えば車椅子や歩行器等で認知症の方の位置把握のために通信機能を用いている事例は確認されませんでした。一方で、電動車椅子ですとか、特殊寝台において、操作履歴ですとか故障の履歴などを把握し、福祉用具のモニタリングやメンテナンスに活用する機能を備えている機器は、こちらの表のAやBのとおり、2件確認されました。なお、Cは位置情報の取得機能を持っている電動車椅子ですけれども、こちらは介護認定を受けていない高齢者向けということで参考として載せております。

こうした調査結果を踏まえた方向性について7ページでお示ししております。

左上のマル1、認知症老人徘徊感知機器については、位置情報を取得・送信するGPS通信ユニットを内蔵する場合についても給付対象とすることを考えておりますけれども、この給付対象を明確に示すために、本人が携行する形態の機器に限ることと追記しております。

また、マル2の類型、認知症老人徘徊感知機器以外の福祉用具対応の種目については、異常・故障の情報、あるいは使用状況等を通知する機能を備える場合が給付対象となってくると考えられます。

同じページの右側の赤枠については給付対象外となる要素の改めでの整理です。左に書いてあるもの以外の機能を複合的に搭載する場合には認められない、全体として給付対象外となること、また、先ほど申し上げましたとおり、通信料金の部分や別途目的で導入するソフト等に関する費用については、当然ですが給付対象外となることを明記しているところ です。

これらの点については、今後、通知やQ&Aで詳細を整理してまいりたいと思っております。

最後、9ページにございますとおり、今後のスケジュールですけれども、本日の御報告内容も含めて年度明けより福祉用具情報システムの改修に着手します。6月頃をめどに改正通知及びQ&Aの発出を考えております。

改正内容につきましては、先ほど申し上げたような留意点も生じますので、自治体、福祉用具貸与事業所、ケアマネ事業所など、関係者向けの説明会なども順次開催して周知を図ってまいりたいと思っております。

施行についてはシステム改修の完了時期に合わせてとなる予定でございます。

こちらについては以上でございます。

続きまして、資料5について御報告いたします。毎年定例で行っているものですが、介護保険の給付対象となる福祉用具・住宅改修について、評価検討会で新規の御提案があったものについての評価結果についての御報告です。

資料1ページにございますとおり、今年度提案があったのは1件です。提案された種目は介護用保清用具でございます。6年度に一度提案があり、その際、評価結果として評価検討の継続とされまして、こちらは同年の分科会で御報告をしたところです。その提案企業から追加のデータの提出と改めての提案がありましたので、再評価を行った案件でございます。

1ページの下段にありますとおり、提案の概要と総合的評価の詳細でございますけれども、提案があった機器、介護用保清用具は清拭の代替として身体の保清を維持するために、寝たままの状態でも簡便な用具を用いて要介護者の身体の保清を行う機器として、被介護者とその介助者の双方の負担軽減に寄与するという提案があったものです。

これに対する総合的評価ですけれども、1つ目の○にありますとおり、介助者の負担軽減の効果は一定程度確認できましたが、要介護者等の自立促進に資する効果の実証は十分でないという評価。

2つ目の○、本機器については、施設・居宅サービス等の介護サービスに従事する職員が用いる際には有用と考えられるところ、例えばそうした事業者の費用負担による活用といったものは考えられるという評価。

3つ目の○、要介護者向けに限らず、例えば災害時の清潔保持等に用いる等の使用は想定されるので、介護に特化するというよりも、より広いシーンでの利用が考えられるという評価がなされました。

以上を踏まえて、本提案に対する評価の結果は否とされたものでございます。

説明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。

それではただいま説明のありました議題2～5につきまして、御意見・御質問等がございましたら発言のほうをお願いいたします。

では、平山委員、お願いします。

○平山委員 私は議題2と議題3についてコメントさせていただきます。

まず議題2、協力医療機関連携加算に係る要件変更についてですが、今回カンファレンスの開催頻度の見直し、ICT活用の場合は年1回、なしの場合は年3回と緩和する点については、現場から会議の負担が重いという声が多く上がっている実態を踏まえた対応であり、一定の理解はしております。現在、協力医療機関連携加算を算定できていない事業所においては、資料の10ページにありますように、定期的な会議の負担が重いことが主な理由とされておりますが、一方で、実際に算定している事業所では、月に会議を2回前後、1回30分程度で実施されている実態も示されております。

こうした実態を踏まえますと、本加算は本来入居者の急変時における適切な対応や施設生活の継続を支援するための実効性のある医療・介護連携を評価するものであることから、単に会議の回数を減らすだけで連携が形骸化することがあってはならないと考えます。併せて、情報共有の質や実効性が確保できるかどうかを今後重要と考えます。また、ICT環境が十分でない施設においては導入の支援や運用面での配慮も必要と考えます。

本加算の趣旨である実効性のある連携体制が確保されているかどうかについて、現場の負担軽減とサービスの質、安全性の確保の両面から今後の運用状況を丁寧に検証し、必要に応じて見直しを検討していただきたいと思っております。

次に議題3、やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱いについてです。第248回の介護給付費分科会でも私から申し上げましたが、欠員に係る医療機関の延長については慎重であるべきと考えております。欠員状態が続くことは残された職員に過度な負担経費を強いることになり、さらなる離職者を生じかねません。結果として、サービスの質や安全の低下にもつながる恐れがあります。診療報酬の改定においては、看護要員への過度な業務負担とならないよう適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めることとありますが、そもそも人員が不足した中でサービス維持のために働かざるを得ない状況下にあります。職員の健康管理については、メンタル面を含めてしっかりと取り組んでいただきたいと思っております。

今回、診療報酬改定における見直しを踏まえた対応ということですので、医療・介護、いずれにおいても重要なのは適正な人員体制の確保であると考えております。診療報酬改定においては、看護要員に過度な負担が生じないように適正な労務管理と体制整備を求めているところであり、介護分野においても同様に適正な労務管理の徹底が必要と考えております。

また、事業所による人員確保の取組は重要ではありますが、根本的には他産業と遜色のない賃金水準の確保が不可欠だと考えております。2026年度介護報酬改定による賃上げの確実な実施に加え、他産業の賃上げの動向も踏まえながら、2027年度改定においても持続的な処遇改善の措置について検討していく必要があると考えております。

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、志田委員、よろしくお願ひいたします。

○志田委員 資料3と4について質問・要望を申し上げます。

まず、資料3のやむを得ない事情における人員基準欠如減算についてです。人員基準欠如減算は、人員に対する罰則的な意味合いがある一方、利用者にとってはサービスの質に影響が出ることに對する利用料の減額という側面もあるはずですが。本人や家族にとってはスタッフが少ない状態で施設や事業所が継続できるのか、サービスが減ることはないのか、サービスの質は担保できるのか、このようなことが一番気がかりです。やむを得ない事情、あるいは一定の要件を満たしている場合の特例的な扱い、これは一体どのような内容なのか、具体的に教えていただきたいと思ひます。

次に資料4、議題1の部分に戻って大変恐縮ですが、関連しますので御了承いただければと思ひます。資料1－3の福祉用具の選択制ですが、「ケアプランの作成がなくなった」利用者117人の給付費が減ったとあります。これは介護保険を利用する本人や介護家族にとってはケアマネジメントの支援が減るといふことでもあります。

そして、資料4の通信機能を備えた福祉用具の目的の一つに、GPSなどによる位置情報の取得があります。この2つは異なるテーマに見えますが、利用する本人、特に認知症の人の基本的人権との兼ね合いはどうなるのかといふ繊細な課題があると思ひています。

今後の介護報酬基準の見直しでは、認知症基本法に示されている全ての認知症の人が1人の個人として意思を尊重され日常生活や社会生活を営む権利、これを十分に意識した審議をしていただくことを切に要望いたします。

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点御質問ございましたので、よろしくお願ひします。

○堀老人保健課長 資料3の人員欠如に係る特例的な取扱いで、質の担保のためにどのような措置を設ける予定なのかといふ御質問をいただきました。資料3の2ページ、今般、医療保険のほうでの規定といふことでございまして、暦月で一月を超える1割以内の一時的な変動があった場合に、三月を超えない限り、変更の届出を行わなくてもよいといふことでございます。

上の囲みの(1)から(4)のところ、例えば公共職業安定所、または都道府県ナースセンター等の無料の職業紹介を活用して職員の確保に係る取組を行っているとか、2番目の適正な有料職業紹介事業所認定制度による適正認定事業者を含むこと、3番目の自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員確保に向けた取組を積極的に行っていること、最後の4番目で職員について適正な労働時間管理を行っていることといふ規定がされてございます。医療側については看護職員だけ記載されておりますけれども、今回、介護のところでは3ページに示されたようなその他の職員も対象になりますので、そこも含めた上で医療側と同じような規定を置くといふことで一定の担保をしていきたいといふことでございます。

また、1年に一度に限りといふ規定も同じように置かせていただきますので、何度も繰

り返して使うといったことがないということも担保をしてみたいと考えてございます。
以上でございます。

○田辺分科会長 志田委員、よろしゅうございますか。

○志田委員 どちらにしても、利用する側からしますと、非常に影響のある内容になるかと思えます。特例と言いましても、このようなことが起きないように、あらかじめもっと対応策が講じられることを希望したいと思えます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 では、田母神委員、よろしくお願いいたします。

○田母神委員 資料3について意見と質問を申し述べます。人員配置数は利用者へのサービスの質に直結する極めて重要な基準と考えております。現行制度におきましても1割以内の変動については2か月の猶予を設けられており、職員配置が困難な状況があることは一定理解いたしますが、基準を満たさない状況がさらに長期間継続することを許容することについては懸念がございます。

今回の案のとおり、猶予期間の延長を行ったとしても、必要な人材確保策を講じなければ、根本的な課題解決にはつながらず、職員の負担が増大し、さらなる離職を招くことが予想されます。診療報酬改定におけるやむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直しにあわせてお示しいただいたと認識しております。資料3ページの記載について新たな取扱いの要件が示されておりますが、不明瞭でありますため、先ほども御質問がございましたが、今一度、2ページの下のところがございます、突発的な理由というところで診療報酬のQ&Aのところを踏襲するという趣旨であるのか確認させていただきたいです。

それから、2ページの(1)から(4)のところは、この水準を担保するという御説明であったかと思えますが、看護職の人材確保につきましては、都道府県ナースセンターにおいて、各施設・事業所の状況を踏まえた無料職業紹介を実施しております。無料職業紹介を要件とするのであれば、介護側で今回取り扱う際にもナースセンターを明示すべきと考えております。都道府県ナースセンターとハローワークが連携し、求職者・求人施設のマッチングの強化や、ハローワークのスペースを活用したナースセンターによる巡回相談などの事業も実施しており、これらの無料職業紹介の機能強化策が不可欠です。有料職業紹介の高額な手数料の問題への対応も求められます。

介護領域における看護職・介護職が果たす役割や意義の周知、処遇改善を含む労働環境の整備、施設・事業所の状況に応じた安定的な運営への支援など、本来取り組まれるべきことへの早急な対応が必要ですので、早急な取組をお願いしたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点、御質問がございましたのでお願いします。

○堀老人保健課長 先ほどの志田委員へのお答えと一部重複する部分がございますけれども、介護側の規定ぶりにつきましても資料3の2ページの通知の(1)から(4)のような規定、また、下半分に示させていただいております疑義解釈に示された突発的で想定が

困難な事象により、やむを得ない事情につきましても医療側の規定ぶりと同様の規定をさせていただくことを想定してございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

次に、小泉委員、よろしくお願いいたします。

○小泉委員 資料3について意見を申し上げます。現状として、深刻な介護人材不足、また、職員の定着が課題となっております。職員の急な退職等により基準を満たせない場合には、人員基準欠如減算の対象となってしまう、3割もの大きな減算となっており、施設経営に大きな影響を与える恐れがございます。

このたび、一時的な欠員に対して一定の猶予期間を設けるなど、現場に寄り添った制度運用への改善は大変ありがたく感謝を申し上げます。現在検討中と承知しておりますが、施行までに運用の詳細についてもQ&A等で適宜周知いただきますとありがたいと考えます。

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、中島委員、よろしくお願いいたします。

○中島委員 資料3、やむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱いについて申し上げます。

介護給付費の減額の猶予について人材確保が困難な現状を鑑みれば、現場の実態に即したものであり、必要な対応であると考えております。

しかしながら、人員基準欠如の根本的な原因は人材不足にあると思われれます。よって、介護報酬については令和9年度の改定を待たずに、改定率2.03%の期中改定が実施されたところではありますが、他産業の状況も踏まえ、引き続き報酬について検討いただくと同時に、働きやすい職場環境の整備を進めていただきたいと思います。

そして、外国人を含め、多くの方に介護職を選んでいただき、安定的に働き続けていただけるような施策を講じていただきたく、よろしくお願いいたしますと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしくお願いいたします。

○及川委員 私も資料3のやむを得ない事情における人員欠如に係る特例的な取扱いについて御意見申し上げます。人員欠如によって減算措置を受けた場合、事業者にとっては大きなダメージであるだけでなく、介護職員の負担も大きくなっていきます。その影響は利用者にまで及ぶことが想定されます。運用期間を3か月とすることや減額措置の発想は否定しづらいところではありますが、人員欠如中の行政側における何らかのサポート、どちらかという強いサポートと考えますが、併せて検討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。

それでは、江澤委員、よろしくお願いいたします。

○江澤委員 前段の資料2については意見を申し上げたところであります。その関連といたしまして、現状、我が国の救急搬送件数は高齢者人口の伸びよりも高く伸びています。また、令和8年度診療報酬改定においては、医療機関の救急搬送受入件数を評価する項目が随所に盛り込まれたところであり、地域によっては救急搬送の取り合いになっているところもあると既に伺っています。

一方で、これまでの調査研究事業の結果では、協力医療機関と先ほどの3要件を満たす連携をした場合においては、介護施設において救急搬送が減ることを示唆する結果も示されてきています。すなわち顔の見える円滑な関係ができると、介護施設の職員さんが医療機関に入院患者さんを連れてこられたり、あるいは医療機関のほうからお迎えに行くというようなことも増えることが期待されています。

資料2の1ページの○の4つ目にある協力対象施設入所者入院加算、これは診療報酬に位置付けられているパターンですけれども、この加算の算定要件には救急搬送しないことが要件となっていることがポイントであります。また、令和8年度の診療報酬改定においても地域包括ケア病棟の初期加算においては、救急搬送の患者さんから緊急入院の患者さんへの見直しもされたところであり、したがって、今後適切な救急搬送体制の構築に向けましても、協力医療機関との連携状況をしっかりと注視していく必要があると考えております。

以上、意見でございます。

最後に1点だけ、議題4の先ほど御意見もあったところですが、通信機能について認知症の方御本人の意思確認はどこかで考えておかないといけないような課題であると思います。また、御本人が意思の疎通が取れない認知症の方の場合ほどのように意思確認を担保していくのかという方策は、ぜひ検討する必要があると思います。

以上でございます

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 私のほうから資料3、資料4につきまして御意見を申し上げます。

現場での人員確保困難状況をお酌み取りいただきありがとうございます。介護支援専門員をはじめ、介護人材の高年齢化が伸長している状況がございます。例として、近年増加傾向にあるものでは、心身の不調により休職などを先にしばらく行った後に、事業所としては何とか職場復帰を図っていたものの、結果的に退職に至ってしまうような事例がございます。事業所側で職場復帰を計画しているために求人もできず、まさに形としては突発的に退職が起こってしまう事例がございます。引き続き各事業所や施設が事業継続できる方策を随時御検討いただければ幸いです。

資料4につきましてですが、認知症高齢者の方で行方不明になられる方は、2023年、令和5年で警察に届出があったのは年間約1万9000名ということでございます。96%強の方はその後発見されたということでございますが、約3%の方は死亡確認ということであり

ます。1万9000人の3%でございますので、非常に多くの方が毎年行方不明になられた後に亡くなられているということでございます。10年で行方不明者数が2倍になったということでございますが、2040年に向けて、これからさらに認知症高齢者の方の増加が見込まれる中で、こうした通信機器等の新たな手法の活用が図られ、行方不明になられた場合でも早期に発見できるよう、今後とも配慮していくべきと考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、石田委員、よろしく申し上げます。

○石田委員 資料3、やむを得ない事情における人員欠如ということで、特例的な取扱いについてです。利用者として、ここが一番懸念するところです。1か月以内に新たにスタッフが補填されて、そして、サービスが維持されることが前提であったところ、向こう3か月という期間延長になります。最長3カ月にわたって、実際の現場の忙しさの状態がどのぐらいになるのかということが非常に懸念されます。

私どものNPOでは利用者の実態調査を2024年と2025年に実施いたしました。一番声が上がるのが介護現場の忙しさです。以前と比べて介護職員と話をする時間がまったく取れない、みんなばたばたと忙しい様子で声をかけるのはばかられてしまうような実態である。一方で、介護職員の方は仕事がスムーズに行われているかということ、そうではなく、実際に働く人たち自身の声を聞くと、ずっと忙しくて、場合によっては転職を考えているような人たちが今も潜在的に多いという実態もあります。

そういった中で、この特例的な扱いが導入された際に、向こう3か月間は我慢して、1人足りないが頑張るといような状況が、果たしてどのぐらい、実際の現場で継続できるのか懸念しております。この特例的な取り扱いということが実際に行われることになった場合には、現場の実情について、ぜひとも詳細な調査、あるいは現場の声、そして利用者の声についても集めて状況分析をしていただきたいと要望します。

以上です。

○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 資料2に対して意見と、資料3に対して質問がございます。

まず、資料2ですが病院側の立場から発言いたします。病院側としても医療・介護連携に関するICTによる情報共有については必要なことは重々分かっており、また、切望するところです。しかし、電子カルテと介護記録のベンダー間の連結費用が想像を超える負担であること、また、情報を共有するために様々な制度のハードルがあることから、実現したくてもなかなか連携できないのが現状です。費用の支援、ベンダー等への指示、電子カルテなどに関する規制緩和と併せて、どうすれば連携しやすいか、ぜひ一緒に考えていただけるよう、強くお願いしたいと思っております。

資料3について質問です。人員数だけでなく、算定に必要な有資格者の産休、育休、病

休などの一時的不在についても、他者がすぐには取得できない資格もあり、同様の措置が必要と思っております。これを人員欠如と同様に読みかえてよいかどうかの質問でございます。もし、読みかえてよいということであれば、しっかりと通知をし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 1点、御質問がございました。

○堀老人保健課長 先ほど田母神委員から御質問があった点とかぶるかと思えます。規定ぶりにつきましては資料3の2ページでお示しをしているような医療側の対応とそろった形で考えてございます。

具体的に委員の質問の件はQ&Aのほうの突発的で想定が困難な事象により、やむを得ない事情にどこまで入るかということでございます。3つポツがございませけれども、2ポツ目の職員や家族の突発的な体調不良等により一月を超える不在が見込まれる場合や、職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合をまずは想定をしております、こうした点を今のところは考えているということでございます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。

○田中委員 人数が足りていても、その資格者がいない場合も同じように考えているということでしょうか。

○堀老人保健課長 具体的なところについては個別に御相談をさせていただければと思えますけれども、規定ぶりとしては医療側にそろえるような形を想定してございます。

○田中委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

では、御意見等、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。

私事でございますけれども、この3月でこの分科会を退任させていただきます。長期にわたりましては委員の皆様方に真摯な議論を賜りましたこと、御礼申し上げます。

あと、事務局の皆様方には、大量なデータを使っているのは実によく分かるのですが、そこからの適切な資料まで作成いただきまして、この点も感謝を申し上げます。

4月以降の次期改定に加われないのは実に心残りなのはございますが、これもまた仕方ないことと観念しております。長期にわたりまして御協力いただきましたことに御礼申し上げます。ありがとうございます。

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。

○村中企画官 次回の日程は、事務局から追って御連絡をさせていただきます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれにて閉会でございます。

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す。それでは散会いたします。