

○村中企画官 定刻になりましたので、第258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、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、及川委員、奥塚委員、塩田委員より御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の及川委員に代わり今村参考人、塩田委員に代わり伊地知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、以降の進行は岩村分科会長をお願いいたします。

○岩村分科会長 皆様、おはようございます。それでは、お手元の議事次第を御覧いただきたいと思います。これに沿って進めさせていただきます。

議題としては「令和9年度介護報酬改定に向けて」ということで、それぞれのサービスの各論について議論をいただきたいと思います。

それでは、まず、事務局から御用意いただいている各サービスの資料についての説明をいただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。

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

そうしましたら、資料1「通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護」につきまして御説明させていただきます。

まず、資料をおめくりいただきまして、3ページでございます。通所介護・地域密着型通所介護の概要でございます。通所介護・地域密着型通所介護は、機能訓練等により、心身機能の維持や利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減等を図ることを目的としたサービスでございます。

続きまして、4ページ目で、基本報酬や加算・減算の概要でございます。

そして、5ページ目からでございますけれども、加算の算定状況についてお示ししてお

ります。

少し飛んでいただきまして、10ページ目で、請求事業所の推移でございます。平成28年度以降、おおむね横ばいで推移している状況でございます。

12ページで、受給者数でございますけれども、令和5年度より微増の傾向ということでございます。

少し飛んでいただきまして、18ページで、費用額の状況でございます。令和5年度から微増の傾向でございます。

そして、20ページ目からでございますけれども、認知症対応型通所介護の概要の資料をおつけしております。認知症対応型通所介護・認知症高齢者に対し、機能訓練等により、心身機能の維持や利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減等を図ることを目的としたサービスでございます。

21ページですけれども、基本報酬、それから、加算・減算の概要資料をおつけしております。

22ページから、そうした加算の算定状況についてお示ししております。

少し資料を飛んでいただきまして、26ページでございます。認知症対応型通所介護の請求事業者数の推移で、平成27年度をピークに減少傾向にございます。

これと同じような傾向が、30ページ目の受給者数、そして、少し飛んでいただきまして、39ページ目の費用額についても同様の減少傾向ということでございます。

そして、44ページ目からでありますけれども、各サービスの経営状況についてお示ししております。44ページが通所介護の状況であります。令和5年度の決算で6.5%、令和6年度決算で6.2%ということであります。

45ページは地密の通所介護の状況でありまして、令和5年度決算では5.8%、令和6年度決算では6.3%となっております。

そして、46ページに参りまして、認知症対応型通所介護の状況でありますけれども、令和5年度決算で6.6%、令和6年度決算で5.3%ということになっております。

続きまして、51ページ目以降であります。前回、令和6年度改定の内容について、資料を掲載しております。

53ページ目でありますけれども、入浴介助技術の向上、居宅における自立した入浴を促進する観点から、研修要件の追加でありますとか、医師等に代わり介護職が訪問し、医師等の指示の下でICT機器を活用して状況把握を行うといった加算の要件を設けたということであります。

それから、55ページでありますけれども、機能訓練を行う人材の有効活用の観点から、機能訓練指導員の配置要件を見直したというものでございます。

そして、57ページになりますけれども、送迎の関係であります。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、送迎先の範囲の拡充。それから、他の介護事業所、障害福祉サービス事業所の利用者との同乗といったことを可能としてございます。

58ページ目以降、サービス提供等の状況を掲載しております。

まず、59ページ目でありますけれども、利用目的であります「生活機能を維持し、現在の生活を続けるため」というものが高い割合となっております。

続きまして、60ページでありますけれども、機能訓練の質を高めるため「心身機能・生活機能だけではなく、利用者の生活環境や日々の暮らし方を踏まえた総合的なアセスメント・目標設定」を重要としている事業所が多い傾向でございます。

そして、61ページでありますけれども、中重度者を受け入れるに当たりまして、看護職員による医療的ケア、それから、右から6つ目でありますけれども、状態急変時の医療機関との連携といった辺りを重要としている事業者が多い傾向でございます。

続きまして、62ページであります。認知症高齢者の日常生活自立度の状況でありますけれども、上を御覧いただきますように、通所介護・地密で、それから、認知症対応型通所介護、それぞれおつけしておりますが、各分類において、IIa・IIbの割合が共通的に高い傾向ということでございます。

そして、63ページでありますけれども、認知症の利用者の受入れに当たりまして、左から6つ目の辺りですけれども「認知症の利用者が落ち着く空間や環境の整備・調整」といった辺りが重要としている事業者が多い傾向でございます。

続きまして、64ページで、送迎の関係であります。送迎についてはほぼ全ての事業者が実施しているということでありまして、65ページでございますが、送迎の実施者は、事業所の職員あるいは別途雇用したスタッフが実施しているというものが高い割合となっております。

その一方で、66ページからですが、送迎の課題ということで、シフト組みが負担、それから、職員の確保といった辺りが送迎を行う上での課題ということでもあります。

特に67ページでありますけれども、中山間・離島等におきましては「送迎時間が長い」ということが課題というものが指摘されております。

そして、69ページでありますけれども、前回の改定で送迎車両の共有でありますとか送迎業務の共同委託を可能とした内容をお示ししております。

こうしたことを受けて、70ページでありますけれども、滋賀県野洲市でこういった事例があるということの御紹介でございます。

そして、72ページで、各種加算の状況であります。個別機能訓練加算を算定していない理由ということですが「専従の機能訓練指導員配置体制がとれない」というものが5割強となっております。

73ページでありますけれども、入浴介助に関する研修でございますけれども、半年に1回程度、そして、年に1回程度というものが合わせて約8割ということでございます。

そして、74ページで、入浴介助加算（II）を算定していない理由を尋ねたものであります。一番左でありますけれども、利用者宅を訪問し評価等を行う医師等の確保が難しいというものが8割弱となっております。

こうした状況踏まえまして、77ページ、78ページ目に現状と課題、そして最後、78ページでありますけれども、論点を記載してございます。

1つ目であります、認知症対応型通所介護の減少傾向が続いているわけですが、通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護について、中重度者や認知症高齢者を含む利用者の生活機能を維持し、現在の在宅生活を続けるための機能を担ってきているところ、こうした幅広いニーズに対応できることが求められる中、利用者の状態に応じて日常生活上の機能向上や自立支援につながる質の高いサービスを提供する観点などから、どのような方策が考えられるか。

そして、2つ目でありますけれども、令和6年度改定における審議報告も踏まえまして、利用者の分かりやすさ、介護事業者の事務負担軽減といった観点から、算定率が低い加算や算定率の高い加算についてどのように考えるかということでございます。

資料1の御説明は以上でございます。

○堀老人保健課長 続いて、老人保健課長でございます。資料2を御覧ください。「療養通所介護」について御説明させていただきます。

まず、2ページ以降11ページまで、療養通所介護の概要として資料をまとめさせていただいております。

3ページを御覧いただきますと、療養通所介護は、主に、難病等の重度要介護者やがん末期等、サービス提供に当たり看護師による観察が必要な利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスでございます。

報酬体系については5ページ、また、各加算の算定率は6ページのとおりでございます。

7ページを御覧いただきますと、療養通所介護の請求事業所数は減少しているということございまして、8ページのとおり、利用者数も減少、また、9ページを御覧いただきますと、費用額も減少しているということでございます。

11ページでございますけれども、令和6年度の介護給付に係る総費用等における提供サービスの内訳金額を示しておりますけれども、療養通所介護は赤枠囲みの地域密着型通所介護に含まれております。

12ページ以降で、令和6年度改定の概要をお示ししております。

13ページのとおり、療養通所介護の利用者は医療ニーズを有する中重度者であることから、登録者以外の方が緊急に利用する必要が生じる場合があるため、短期利用型の評価の創設を行っております。

また、14ページを御覧いただきますと、重度の方への安定的なサービス提供体制を評価するための重度者ケア体制加算の創設を行っております。

16ページを御覧いただきますと、療養通所介護に関しては、過去の本分科会におきまして、地域包括ケア・地域共生社会の拠点として、障害福祉サービス等とのさらなる連携を推進するための方策を検討していくべきという御意見をいただいているということでございます。

最後、18ページを御覧ください。論点を2つ挙げさせていただいております。

1点目、医療と介護の両方のニーズを持つ要介護者の生活を支える通所サービスを安定的に提供するために、どのような方策が考えられるか。

2点目、令和6年度改定における審議報告も踏まえ、利用者の分かりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算についてどう考えるかということでございます。

続きまして、資料3を御覧ください。「通所リハビリテーション」について御説明させていただきます。

まず、2ページ以降22ページ目まで、通所リハの概況として資料をまとめさせていただいております。

3ページを御覧いただきますと、通所リハビリテーションは、居宅要介護者に対して、心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行うサービスということでございます。

報酬体系につきましては4ページ、5ページ、また、各加算の算定率については6ページから8ページのとおりでございます。

9ページが要介護者へのサービス、それから、10ページが要支援者のサービスということでございますけれども、通所リハビリテーションの請求事業所数は減少傾向ということでございます。

事業所規模別の内訳を11ページにお示ししておりますけれども、通常規模型が約86%となっております。

12ページ、13ページに都道府県別の請求事業所数をまとめております。

14ページを御覧いただければと思います。利用者数は平成31年から令和4年にかけて減少しておりましたけれども、近年は増加傾向となっております。

また、15ページのとおりで、要介護度別の受給者割合は、要支援1・2は増加傾向、要介護3～5は減少傾向となっております。

21ページまでお進みいただきまして、通所リハの直近の収支差率は令和6年度決算でプラス2.0%ということでございます。

23ページ以降に、令和6年度改定の内容をお示ししております。

24ページが医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化、25ページが退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進、26ページでございますけれども、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進、そして、29ページのとおりで、事業所規模別基本報酬の見直し等を前回改定で実施しております。

34ページまでお進みいただきまして、通所リハに関しましては、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進や、リハビリテーションにおけるアウトカム評価の在り方について御意見をいただいているところでございます。

35ページ以降に、サービス提供等の状況をお示ししております。

36ページを御覧いただきますと、通所リハの利用頻度は、要支援者では週2回以内の利用が約97%を占め、重度者ほど1週当たりの利用頻度が高くなっております。また、利用時間は、要介護者において6～7時間の算定回数が最も多くなっております。

37ページに、リハビリテーションの役割分担のイメージをお示ししております。生活期のリハビリテーションの役割は、生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上とされております。

38ページには、生活機能とそれに応じたリハビリテーションの内容をお示ししております。

39ページに、通所リハで実施された内容をお示ししております。要支援者、要介護者とも、筋力増強訓練、関節可動域訓練、平地での歩行訓練の実施割合が多くなっております。

40ページに、通所リハにおけるADLとIADLの変化をお示ししております。通所リハ開始から6か月後のADLの改善、右上でございますけれども、改善を認めたのは約26%、維持を認めたのは約58%。それから、右下でございますけれども、IADLの改善を認めたのは約36%、維持を認めたのは約44%でございました。

41ページには、リハビリテーションマネジメント加算で、PDCAサイクルの構築を通じて、心身機能・活動・参加にバランスよく働きかけるリハビリテーションをマネジメントすることを評価しているという説明でございます。

また、42ページには、リハマネ加算を算定している事業所のほうが居宅訪問を実施している割合が高くなっているという結果をお示ししております。

43ページでございますが、リハビリテーション会議の参加者でございますが、利用者本人、理学療法士、事業所医師、担当ケアマネの順に多く、会議では生活状況の確認や共有は8割以上の利用者で実施されておまして、目標達成度と効果の確認は約半数の利用者で実施されているということでございます。

45ページから46ページは、算定率の低い加算の算定が困難な理由をお示ししております。まず、45ページですけれども、認知症短期集中リハビリテーション実施加算においては「対象者がいない」「短期集中個別リハビリテーション実施加算が優先される」等が挙げられております。

また、46ページを御覧いただきまして、生活行為向上リハビリテーション実施加算においては「対象者がいない」「研修を修了している職員がいない」「リハビリテーションマネジメント加算の算定が困難」等が挙げられております。

47ページには、介護予防通所リハの利用状況と継続の理由をお示ししております。利用開始24か月後に利用を継続し、修了の予定がない利用者は約9割ということで、継続理由としては「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」等が挙げられております。

これらを踏まえまして、最後の50ページを御覧いただきまして、論点を2つ挙げさせて

いただいております。

1点目は、通所リハにおけるリハビリテーションの実施内容やリハビリテーションマネジメントの実施状況を踏まえ、通所リハビリテーションのサービス提供体制についてどう考えるか。

また、2点目でございますけれども、算定率が低い加算についてどう考えるかという点でございます。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 続きまして、資料4でございます。「短期入所生活介護」について御説明させていただきます。

おめくりいただきまして、3ページ目で、サービスの概要資料でございます。短期入所生活介護は、利用者が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該設置において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話・機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持、そして、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るといったことを目的とするサービスでございます。

4ページ目で、基本報酬、それから、加算・減算の体系図でございます。

5ページですけれども、長期継続利用の場合の報酬の取扱いについてお示ししております。

6ページ目からでございますけれども、加算の算定状況についてお示ししております。

少し飛んでいただきまして、11ページ目でございます。短期入所生活介護の請求事業所数の状況であります。平成30年以降、おおむね横ばいで推移しております。

14ページに参りまして、受給者数の状況でございます。平成31年以降、減少傾向でありますけれども、そうした中で、令和4年度に28.6万人まで低下を続けましたが、翌年には増加しているものの、以降、おおむね横ばいということでございます。

17ページに行ってくださいまして、類型別事業所数の割合でございます。併設型、そして、併設型ユニット型を合わせまして約8割ということであります。同じように、請求件数、請求単位数で見ましても、併設型・併設型ユニット型で約7割ということになっております。

19ページに参りまして、費用額でありますけれども、おおむね横ばいで推移しております。

少し飛んでいただきまして、24ページで、経営状況についてでございます。令和5年度決算では4.1%、令和6年度では2.7%となっております。

27ページ目以降、令和6年度介護報酬改定の内容について掲載しております。

まず、28ページ目でありますけれども、看取り期の利用者に対するサービス提供体制の強化の観点から、看取り連携体制加算を創設してございます。

続きまして、29ページでありますけれども、長期利用の適正化という観点から、サービスの目的に応じた利用を促す観点から、61日以降の長期利用の適正化を図ったというのが前回の改定で行われております。

そして、31ページであります。31日以上連続で利用する利用者の割合の状況であります。令和2年度まで増加傾向にございましたが、それ以降はおおむね横ばいで推移しております。

32ページ目であります。令和4年度の調査研究でございますが、短期入所生活介護の今後の機能と役割として期待しているものの状況であります。「家族介護者等の負担軽減」が最も高くなっておりまして、次いで「体調や認知症の状態悪化が生じた在宅療養者に対する対応」、そして「虐待等対応の一時的な避難場所」といったところが多くなっております。また、右側のほうでありますけれども、人口規模が2万人未満、そして、2万人～5万人未満におきましては、積雪期の越冬、それから、農作物の収穫期といった季節利用のニーズが高い傾向が見られます。

続きまして、33ページ目でありますけれども、こちらも令和4年度の調査研究でございますが、利用日数別の利用者数の状況であります。月の利用で3日、4～5日の利用割合が多い一方で、31日以上連続で利用する利用者も1割強ということになってございます。

34ページ目でございます。今、申し上げた1割強となっております31日以上連続している利用者のうち、121日以上利用している割合が5割以上ということになっております。そして、31日以上連続利用者の属性でありますけれども、要介護3・4の利用者の方が多く、全体の平均より要介護度が重い傾向となっております。

最後、こうした現状を踏まえまして、36ページ目に現状と課題、そして、37ページ目に論点を記載してございます。

論点の1つ目ではありますが、短期入所生活介護において、その機能・役割を踏まえつつ、利用者における多様なニーズに応じたサービスを提供する観点などから、どのような方策が考えられるか。

2つ目でありますけれども、前回改定の審議報告も踏まえ、利用者の分かりやすさの観点、事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算や高い加算についてどのように考えるかということで挙げさせていただいております。

資料4の御説明は以上でございます。

○堀老人保健課長 続きまして、資料5を御覧ください。「短期入所療養介護」について御説明させていただきます。

2ページから24ページに、短期入所療養介護の概況として資料をおまとめしております。

3ページを御覧いただきますと、短期入所療養介護は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うこととされております。

報酬体系については5ページ、それから、加算の算定状況について6ページ以降にまとめさせていただいております。

13ページを御覧いただきまして、短期入所療養介護の請求事業所数は令和2年から減少

傾向でしたが、令和４年以降、増加傾向にあります。

14ページの予防についても、同様の傾向ということでございます。

17ページを御覧ください。利用者数についても請求事業所数と同様の推移ということでございまして、18ページを御覧いただきますと、短期入所療養介護の利用者は要介護３以上の方が約６割を占めてございます。

24ページを御覧いただきますと、第９期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込みでございますけれども、短期入所療養介護は赤囲みのショートステイの中に含まれてございます。

25ページ以降に、前回令和６年度改定の内容を掲載させていただいております。

26ページ、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、算定要件や算定日数の上限の見直しを行っております。

29ページ以降、サービス提供等の状況でございます。

30ページ、31ページでは、短期入所療養介護に関する主な意見を整理しております。医療が緊急に必要となったときに対応できる地域の体制整備と人材確保等が必要であることや、慢性期の医療ニーズを有する方の受入れや高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められているということでございます。

32ページでございます。短期入所療養介護の利用者数と利用目的についてお示ししております。利用目的につきましては、介護者の不在・レスパイトが最も多く、73.2%。次いで、リハビリテーションが15.6%ということでございました。

さらに、33ページで対象者の詳細をお示ししております。利用目的が介護者のレスパイトや介護者不在時の対応等である利用者について該当する状況として、介護者のレスパイト、介護者の体調不良・入院というものが63.4%ということでございました。

34ページでございます。総合医学管理加算の算定回数の推移をお示ししております。総合医学管理加算は令和３年度の介護報酬改定で新設されましたけれども、令和６年度の改定の要件見直し以降、算定回数は増加しております。

35ページでは、総合医学管理加算の算定状況等として、総合医学管理加算を算定した利用者ありの施設は6.7%、利用中に発熱や状態の急変があり、自施設内で治療管理を行った利用者がありの施設は7.2%でございました。また、施設類型別で見ると、ありと回答した施設割合は、回答数が少ないその他型、療養型を除き、超強化型、在宅強化型、加算型、基本型の順で割合が高い傾向でございました。

37ページ以降に現状と課題ということでまとめさせていただいております。最後、38ページに論点を２つ挙げさせていただいております。

まず１点目、短期入所療養介護について、在宅復帰・在宅療養支援機能を促進していく観点や、医療ニーズを有する方の受入れへの対応強化を図る観点、医療ニーズへの対応に関する加算である総合医学管理加算の在り方の観点などから、どのような方策が考えられるか。

そして、2点目でございますけれども、算定率が低い加算や算定率が高い加算についてどのように考えるかとさせていただいております。

事務局からの資料の説明は以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま資料について御説明いただきましたけれども、その中で挙げられている様々な事項につきまして、御意見あるいは御質問があれば、発言いただきたいと思います。なお、発言に当たりましては、論点に沿って簡潔に発言していただくようお願いいたします。なるべく円滑に議事進行を図りたいと考えるためでございます。

それでは、いかがでございましょうか。

お手が挙がっております。長内委員、どうぞ。

○長内委員 岩村分科会長、発言の機会をいただきありがとうございます。全国市長会を代表しまして、意見を2点申し上げます。主に通所介護事業所等についての観点であります。

まず1点目は、送迎にかかる移動時間の評価についてであります。現状と課題において、送迎の負担が大きいことが課題として指摘されておりますとおり、本会にも送迎にかかる時間が評価されていないことで、特に交通の利便性が低い中山間・人口減少地域の事業所では、効率的にサービスが提供できないことによる採算性の低さから、事業撤退を危惧する声がたくさん寄せられております。一方で、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況を見ますと、算定率が非常に低い実態が伺えます。これは中山間地域に居住する方へのサービス提供を一部の事業者が担っており、その負荷が集中しているという現実があるのではないかと懸念しております。

中山間地域等の事業所が安定してサービスを提供できるよう、例えば中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定率が低調な理由については、地域別算定状況を基に詳細に分析していただき、中山間地域に居住する方へサービス提供を担っている事業者が取得しやすい加算にするなど、送迎に係る移動時間が適切に評価されるよう改定を行っていただきたいと思います。

2点目は、報酬体系の簡素化についてでございます。この議論は大変長くされておりますが、介護報酬改定の議論では高度化あるいは複雑化した報酬体系の簡素化が常に課題となっております。事業所が経営の安定化を図るためには加算取得は必須な報酬体系であるという現状を踏まえますと、簡素化に際しては、事務負担の軽減に加え、経営面への影響を考慮いただくことが大変重要になってくると思います。

そういった点で言いますと、各サービス種類の特徴や強みの差別化を図ることなど、これが肝要ではありますが、現実には差別化を図ることが可能な事業所が少ない現実を踏まえますと、今後の事業の継続性とさらなる利用促進に向けた、深めた御議論または御検討をお願いしたいと願うところであります。

以上でございます。ありがとうございます。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、続いて、中島委員、どうぞ。

○中島委員 全国町村会、茨城県の中島でございます。長内委員の意見にも似ているのですけれども、資料1「通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護」について申し上げたいと思います。

初めに、67ページにありますように、送迎に関して、送迎の調整に係る負担や送迎のための職員体制確保を課題として挙げている事業者が多く、特に中山間・離島地域においては送迎時間が長いことを課題として感じていることが示されております。第三者への委託や障害福祉サービスを含めた他の事業所の利用者との同乗なども可能とされておりますが、そもそも、中山間・離島地域には委託が難しい、ほかの事業所がないといった場合も多くあります。そのような地域の実情を十分に考慮していただき、中山間・離島地域においても安定的に送迎を行うことができるよう制度の構築をお願いしたいと思います。

本村にもあります地域密着型通所介護の状況を申し上げますと、入浴などの一部のサービスだけを利用したい場合においても、サービスを提供する側の人員に余裕がなく、個別のニーズに対応することができないため、入浴など一部のサービスのみの利用ができないケースがあると聞いております。このケースにおいて、利用者側にとっては、入浴だけの希望であっても、全てのサービスを受ける必要がありますので、費用負担が増加することから、利用を諦めてしまうケースにつながっております。本来、利用可能なサービスを受けることができない状況がありますので、この状況の改善が必要であると認識しております。

他の施設にも共通することですが、中山間・人口減少地域においても事業所が安定的に運営され、人材を確保でき、持続的にサービスを提供することができる仕組みの構築が最も重要であると考えます。併せて、加算の取得の複雑化により、中山間・人口減少地域の経営の厳しい小規模事業所ほど加算が取りづらい状況にあることが考えられますので、必要な加算を確実に取得できるよう、事務負担軽減の観点からの検討もよろしく願いたいと思います。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

続けて、オンラインで、伊地知参考人、どうぞよろしくお願いします。

○伊地知参考人 よろしく申し上げます。本日は塩田知事が公務により参加できないため、鹿児島県保健福祉部長の伊地知が参考人として出席させていただいております。

これまでも各委員のほうからも御発言がございましたが、1点目につきましては、通所介護事業所等における送迎は、現行制度ではサービス提供時間に含まれず、特に離島・中山間地域では高齢化が進み、高齢者人口が減少する中、広範囲に点在する利用者の送迎は効率が悪く、職員の負担が大きいと聞いております。特別地域加算について、訪問系や多機能系のサービスが加算の対象となっておりますが、その理由は、点在する利用者宅を訪

問する際の移動が非効率的であることなどによるものと認識しております。現在、加算の対象となっております通所系サービスにおきましても、事業者による送迎を行っていることが一般的でありますため、加算の対象にすることを御検討いただければと思います。

次に２点目でございますが、各種加算について県内の事業所に確認しましたところ、最低基準の人員確保にも苦慮しており、加算算定の取下げや下位加算への変更理由として、事務作業に係る人員不足や事務負担に見合うだけの単位ではないという意見がありました。加算要件の複雑さは、特に規模の小さな事業所におきましてはチェック体制も整えられないため、届出に至らない状況があるとも聞いております。つきましては、小規模事業者でも対応できるよう、算定要件の簡素化や算定率の低い累進加算の統合など、事業者の事務負担の軽減に図っていただくとともに、基本方針に組み込めるものは基本方針に組み込む方向で御検討いただきたいと思います。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、もうお一方、オンラインで、その後は一回、会場でということにさせていただきますと思います。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ありがとうございます。健保連の伊藤でございます。私からは２点、意見を申し上げたいと思います。

まず１点目は、資料３「通所リハビリテーション」の評価について、令和６年度の改定で、リハビリ・口腔・栄養を一体的に推進していくために、リハビリテーションマネジメント加算の見直しを行っていますが、その取組状況や効果等についてしっかりと検証いただきたいと思います。

34ページに、令和６年度改定の審議報告で、今後の課題として、「リハビリテーションにおけるアウトカム評価の在り方」が挙げられています。事業所の体制等を評価したストラクチャー評価やプロセス評価による加算が多い中で、LIFEのデータを活用したアウトカム評価について、具体的な指標や評価方法を検討して算定要件に含めるべきだと考えています。その際には、現行の加算についても実態に応じた整理あるいは統廃合も併せて検討すべきだと考えています。

２点目は、「短期入所生活介護」の関係です。資料４の29ページに、令和６年度改定で、短期入所生活介護等の長期利用について、適正化を図り、サービスの目的に応じた利用を促す観点から、施設入所と同等の利用形態となる場合に施設入所の報酬単位との均衡が図られました。

ただ、34ページの「短期入所生活介護の利用日数と属性」を見ますと、31日以上連続利用している利用者について、「121日以上」利用している割合が55％と半数を超えている状況です。地域ごとの要因や実態を踏まえながら、短期入所を希望する人の妨げとならないように、さらなる適正化や目的に応じた利用促進に向けた見直しが必要だと考えています。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、会場からどなたか、いかがでしょうか。

志田委員、どうぞ。

○志田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の志田でございます。

ただいま御説明いただいた内容及びお示しいただきました資料によりますと、地域密着型通所介護、いわゆる小規模デイサービスの請求事業所が11%も減少しています。また、認知症対応型通所介護、いわゆる認知症デイサービスの事業所は、事業所、利用者、ともに減少しており、特に要介護4と5の利用者がほぼ半減しています。小規模デイサービス、認知症デイサービス、ともに今年度の老人保健健康増進等事業などで調査をされると伺っておりますが、通所系サービスはホームヘルプサービスと並び、在宅介護に欠かせないサービスです。ぜひ丁寧な調査により原因を明らかにし、報酬改定の議論につなげていただくことを希望いたします。

これに関連しまして、認知症対応型通所介護、通所介護等々あるので、これが必要かどうかというような声が、トーンは低いのですが、都度、話題になることがございますが、利用者側の立場としまして言わせていただきたいと思います。認知症対応型通所介護は、いわゆる認知症の方しか利用ができないサービスになっています。通所介護は、認知症の方、それ以外の高齢者の方が利用されます。その中で、いわゆる認知症の症状によって、ほかの方々が、こういう言い方が正しいかどうか分かりませんが、小・中・高のいじめのように仲間外れにしたりとか、またはそれによってBPSDがひどくなって大声を上げたりということで、あの人がいるのだったら私は来ない、またはここの利用をやめさせてくれというようなことがしばしば起きるのが現実的です。それで家族も御本人もかなりショックを受けるわけですが、その最後のとりで、または駆け込み寺、大げさなようですが、そういった役割を担っているのが認知症対応型通所介護であるということをぜひお分かりいただいた上で、今後、いろいろな様々な議論に入っていただければと存じます。

次に、若年性認知症利用者受入加算の算定率が、通所介護、地域密着型通所介護、ともに低い数字になっています。高齢の認知症の人に比べれば若年性認知症の人は圧倒的に数が少ないのは理解していますが、機会があれば、介護保険のサービスだけでなく、障害福祉サービスを含めて、若年性認知症の皆さんの社会福祉サービスの利用実態などを調べていただくことを希望いたします。

次に、短期入所生活介護について一言申し上げます。短期入所生活介護では認知症関連の加算の算定率が低いことが報告されています。ショートステイだけでなく、デイサービスにも共通する課題ではないかと思いますが、認知症の人も含めて、介護が必要な人や介護する家族が昨今の物価高騰の中で利用を減らしているケースがあるとも聞いています。必要なサービスなどに家計が厳しいので利用できない認定者に対して、制度として補助する仕組みが必要なのではないかとも思っております。介護報酬の審議の場におけるテーマ

ではないのかもしれませんが、今後の制度の見直しの中でぜひ考慮していただくことを要望いたします。

また最後に、今までも何回も申し上げておりますが、認知症基本法、また、基本計画ができた中で、認知症の御本人の参画ということがうたわれております、この介護保険の部分においても、御本人が理解した上での利用というようなことをなるべく推進していただきたいと思います。その中で、非常にこの複雑な制度、特に加算の多さで、これは多分、介護支援専門員の方々もうまく説明できないのではないかなと思うような内容になっているかと思えます。ぜひ機会があれば、この加算を分かりやすく整理する等々、そういう議論もしていただければと思います。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

会場からもうお一方と思いますが、それでは、石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。私のほうからは、デイサービスと通所リハビリ、そして、ショートステイについて発言させていただきたいと思えます。

デイサービスなのですけれども、これは厚労省発表のデータでもありますが、2025年の時点でデイサービス事業所が3年連続減少を続けているとなっています。実際に、2025年で362か所減少しています。特に地域密着型デイサービスの減少が非常に顕著であるということで、ピークの2016年と比較すると、約10年で24%ほど減少している実態があります。デイサービスについては、特に小規模事業所の営業が困難になっているということがあります。2024年の介護報酬改定においても、小規模事業所にとっては加算のこともありましたけれど、様々な基準の厳格化等を踏まえて、負担が過重になり、事業継続が困難になるというような理由があったのではないかと考えます。

一方で、地域によっては高齢者が少なくなっている地域もあったり、利用者のほうのニーズが様々に変わってきているのではないかなと思っております。特に認知症対象型の通所介護は10年ぐらいの間に約3割減っているということもあります。その理由として、認知症の人に限った通所介護ではなく、そのほかのサービスを利用しているというようなこともあると思われます。サービスの利用状況が変わってきている現状と、利用者側のニーズの調査を、改めてもう少し丁寧に実施していく必要があるのではないかなと感じております。訪問介護と通所介護は利用者の在宅生活を支える中心的なサービスですから、現状でこうした変化が生じていることについて、その要因等について、もう少し詳しい現状分析が必要なのではないかなと感じております。

通所リハにつきましては、先ほど挙げましたけれども、認知症短期集中リハビリテーション実施加算は対象者がいないというようなことがあります。また、生活行為向上リハビリテーション実施加算についても対象者がいないということです。これらのことから、対象者がいないのにもかかわらずどうして加算がつくられたのかが疑問です。事前調査は行われたはずですが…。

この加算のことについては、今、ほかの委員の方からも意見が出ましたが、簡素化して、きちんと中身が分かりやすくするというようなことがありますけれども、実は今回、この論点の部分で、多くの論点の最後に「利用者のわかりやすさという観点」という文言が度々書かれています。「利用者のわかりやすさ」という視点が、これまで重視されてこなかったように感じてもあります。なぜなら、実は利用者が一番、この加算について分かっていない。言われたら言われたままに、「そうですか、わかりました」と言って受け入れざるを得ないのが実情だと思います。この加算がどういう理由で、どんな内容でというような仕組みや詳細について、利用者側は、ほとんど理解できていないのではないかと感じております。私どもNPO法人が行った調査でも、「加算の意味が分からない」という回答がいくつもありました。この加算について簡素化という声が上がりましたけれども、この簡素化の中身は、「利用者が理解できて、納得できる内容」でなければならない。そういう明快で分かりやすい簡素化をぜひともお願いしたいと思っております。

最後に、ショートステイですけれども、先ほども出ましたが、やはり30日以上連続して利用する方がいらっしゃって、その中でも121日以上利用しているというようなことがあるという実情について、これはショートステイの定義から外れる実態が少なからずあるということになります。

この場合について、もともと本来、このショートステイはレスパイト機能を果たすところが一番大きかったと思いますが、こういったロングステイの実態がずっとあるということは、そのほかの要因があるのではないかと思います。どういう理由で長期の利用になっているのか、短期入所でなく、どうして入所にならないのかというようなところについてはしっかり調査をしていただいて、いわゆる減算という形での対応ばかりではなく、実態調査に合ったサービスの在り方というものをぜひとも考えていただきたいと思います。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、オンラインの皆様のように戻します。

鳥潟委員、どうぞよろしくお願いします。

○鳥潟委員　ありがとうございます。協会けんぽの鳥潟です。

前回、ほかの委員からも意見があったと記憶しておりますし、今の石田委員のお話にも通じる部分があるかと思いますが、全ての地域で介護需要の増加に合わせ、サービス類型全ての増加を目指すのではなく、介護人材が減少していく一方、ニーズが複雑化していく中、地域で必要な介護ニーズが満たせるように、既に提供されているサービスの多機能化や集約化、広域化も念頭に検討していく必要があると考えております。

そうした際に、算定率の低い加算について、報酬体系の整理のため、なぜ利用されていないのか、把握する必要があると考えております。加算の必要性について議論していくとともに、サービスの質を担保しながら、多様な対応を可能にしていくための加算の在り方

について、要件の見直しも含めて、整理していく視点も重要と考えました。

また、いずれのサービスにおいても、実施している機能訓練やリハビリの質の担保や、機能維持や改善、在宅復帰等といった結果を適切に評価していくという視点も重要ではないかと考えております。

私からは以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、続けて、小泉委員、どうぞ。

○小泉委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の小泉でございます。

まず、通所介護について意見を申し上げます。基本認識として、通所介護は、中重度者や認知症高齢者だけでなく、要介護１・２の軽度者の重度化を防止して在宅機能を継続させるための極めて重要なインフラであるという点を改めて強調させていただきます。

本日は、５つの視点から意見を申し述べさせていただきます。まず、経営の実態と基本報酬についてですが、資料１の４７ページの収支差率であります。６．２％で経営が安定していると判断するのは非常に危険と考えます。実際の収支差額は毎月３７万円程度にすぎず、特に小規模事業所では利用率や人件費の変化に大きく影響を受けるため、安定経営とは言えません。突然の設備の修繕や処遇改善、物価高騰への対応は不可能であります。

また、利用者の多い都市部と異なり、中山間地域や人口減少地域では１つの通所介護が地域包括ケアシステムの中で大きな役割を担っています。全体平均よりも利益率が高いという理由でマイナスの改定などになれば、令和６年度改定における訪問介護のように、廃業に直結しかねません。割合での判断は経営実態を正確に表していません。サービスの質・量を維持するためには基本報酬の底上げが不可欠と考えます。

２番目に、総合事業への移行に対する懸念についてでありますけれども、要介護１・２の訪問介護・通所介護を、総合事業へ移行することには断固反対いたします。

この層は単なる軽度者ではなく、専門職の支援で在宅生活を維持できる自立支援の最重要対象者です。ここで支援を弱めれば短期間での重度化や認知症の悪化を招き、国の施策とも完全に逆行します。そもそも、総合事業は受け皿として機能しておらず、移行の強行は致命的な地域格差を拡大させます。また、物価高や人手不足に苦しむ事業所の経営を直撃し、地域包括ケアシステムそのものを崩壊させます。

今回の提案には、制度改正を正当化するだけの科学的根拠や実証データも十分に示されていません。支援の縮小は入院・入所や家族の負担を増やし、結果として社会保障費全体の膨張につながります。今、必要なのは軽度者のサービスの削減ではなく、自立支援・重度化防止機能を強化するための訪問介護・通所介護への適切な評価と基盤整備であると考えます。

３つ目に、加算要件の緩和と認知症ケアの推進についてですが、自立支援・重度化予防に向けた対策として、個別機能訓練、栄養改善、口腔機能向上を一体的に推進するためには、現行の加算要件を一定程度緩和し、多くの事業所が前向きに取り組める呼び水

とすべきです。また、認知症加算における常勤専従要件などの厳しい制約を柔軟な配置要件へと緩和し、人材が不足する中でも、現場がケアを実践しやすくなる見直しを検討すべきです。

4つ目として、物価高騰・地域特性への配慮、特に送迎についての配慮ということで、多くの委員から意見も出ておりましたが、入浴サービスにおける燃料費等の高騰による負担増は事業所努力の限界を超えており、報酬上の配慮が必要です。送迎に関しては、共同送迎の緩和を進めるとともに、中山間地域や積雪地域など、冬期の送迎長期化で燃料費・人件費がかさむ地域特性に対しては特別地域加算の対象とするなど、通常の報酬とは別に、別途加算で手厚い配慮を求めます。

そして最後に、加算整理の在り方、資料3の5ページについてでありますけれども、手続の簡素化に向けた加算の整理・統合の方向性には賛同しますが、算定率が高い加算を単純に基本報酬へ組み入れる手法は、単価引下げと報酬の減少を招くため、反対です。

議論は、数値だけではなく、政策的必要性を加味するべきと考えます。算定率が低い栄養・口腔加算は予防に不可欠であり推進すべきです。また、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定率が低くても、必要なことは当然です。むしろ、要件が厳しいことにより低くなっていないかの検証が必要です。逆に、入浴介助加算は算定率が高いですが、包括化するのではなく、加算単価そのものを引き上げ、原価に見合った適正評価を行うべきと提案いたします。

もう一つ、短期入所生活介護についてですけれども、短期入所生活介護は、家族のレスパイトケアにとどまらず心身機能維持、入院後のリハビリ、特養の待機、在宅の看取りの支えなど、活用イメージは多岐にわたり、在宅生活の限界を高める最後の砦として機能しております。短期入所について、4つの視点から意見を申し上げます。

まず、小規模・併設型の経営実態と加算要件の見直しについてですけれども、全体の84%を占める併設型の多くは、小規模で個別機能訓練加算や看護体制加算などの専従要件や、本体施設の配置とは別に必要な配置を求める要件が大きな壁となり、加算算定を諦めているのが現状です。自立支援を推進するのであれば、併設型の実態に即し、本体施設の職員との連携や併任・兼務を柔軟に認めることなど、専従要件の大幅な緩和や少ない定員規模を考慮した加算設計が必要と考えます。

次に、医療・看取り連携の実態と評価についてですけれども、医療系以外が母体となる単独施設、福祉系の施設であれば、外部医療機関との連携に要する事務的・人的負担が大きく、医療機能が高度に機能していません。特に看取り期における需要は高まっていますが、看取り連携体制加算は、特養本体に比べ、期間も加算額も少なく、ショートステイでの受入れのインセンティブになっていません。実態に見合った適正な評価体系への見直しを求めます。

3つ目に、長期利用ルールと事務負担の軽減について、簡素化についてですけれども、長期利用時の複雑なルールは、事業者に過度な給付管理と説明義務を強いるだけで

なく、利用者側の不信感の原因にもなっています。このことについて2点、見直しを求めます。1点目は、連続して30日を超えてサービスを受けている場合の長期利用減算、60日超の長期利用の報酬単価は、認定期間の半分の範囲であれば、途中で1日の自費負担を挟むことなく、保険適用のまま利用できるように見直すべきと考えます。2点目は、減算を適用する場合、複雑な60日超の専用単位ではなく、改定前のように、一律の減算処理とする方がシンプルで分かりやすくなります。現場に負担のないシンプルな制度設計に立ち返るべきと考えます。

最後に、送迎加算についてでありますけれども、燃料費の高騰、また、車両の維持費、人件費などを考慮して、デイサービス等と同様に、単価の見直しを求めます。また、送迎の範囲について、令和6年度介護報酬改定では通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化が行われたところではありますが、この取扱いのうち、送迎の範囲についてはショートステイにも拡大するよう検討をお願いいたします。併せて、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的に、送迎の範囲に医療機関を含めるよう検討をお願いいたします。

私からは以上になります。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、清家委員、どうぞ。

○清家委員 ありがとうございます。私からは資料1、通所介護について発言いたします。

78ページの論点の1つ目では、必要な日常生活上の機能向上や自立支援につながる質の高いサービスを提供する観点からの方策が提起されております。他方で、今回の資料を拝見しますと、59ページ以降に事業者の皆様方の課題認識が示されておまして、利用者の生活機能の維持や機能向上に当たり、アセスメント、目標設定の重要性が指摘されています。

したがって、質の高いサービスを提供するという、この論点1つ目につきまして、既に他の委員からも御指摘がありましたけれども、機能向上であったり自立支援の状況など、アウトカムに係るデータについて、例えば事業所規模であったりサービス類型であったり、あるいは地域による違いなど、そういった分析も含めて提供いただけますと、データに基づいた建設的な議論ができるのではないかと思います。

私からは以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

この後、オンラインで一人御発言いただいて、それから会場に一回お戻ししたいと思います。

それでは、オンラインの田母神委員、どうぞ。

○田母神委員 ありがとうございます。2点、意見を申し述べます。

1点目が、全体に対しての意見でございます。自宅での療養を希望する方にとって、通所系サービス、短期入所サービスの安定的な提供とともに、利用しやすい仕組みは要介護

度にかかわらず大変重要なものと考えております。資料を見ますと、介護保険事業計画においては、2040年に向けて利用ニーズが増加していく見込みである一方で、お示しいただいた各通所・短期入所サービスの多くでは利用者数が横ばいもしくは減少しております。また、要介護度の高い利用者数がやや減少している現状もございます。

それらの背景・要因も含め、課題を詳細に分析した上で、報酬の在り方や医療・介護の複合的なニーズを有する要介護高齢者がさらに増加していくことが見込まれる中で、医療と介護の連携を含め、全体的な議論が必要であると考えております。

続いて、資料2の療養通所介護について意見を申し述べます。療養通所介護の体制は、利用者対看護職員または介護職員が1.5対1と手厚く、難病等の重度要介護者の方、がん末期の方、重症心身障害者の方を受け入れ、医療ニーズを有する中重度の要介護者の居場所として重要な役割を發揮しております。例として、気管カニューレのケアで頻回かつ綿密な吸引が必要な重度の要介護の方、人工呼吸器を装着されている方、あるいは摂食嚥下障害があり嚥下に関する機能訓練を必要とされている方や、重度の認知症の方で複数名の対応が必要な方など、手厚い体制で継続的にケアを行い、機能の維持・改善に貢献している状況がございます。

今後も引き続き、療養通所介護を活用しながら、住み慣れた地域・自宅での生活を希望する利用者と家族を支えるためには、安定的なサービス提供を維持できるよう、基本報酬の見直しの検討や重度者ケア体制加算といった包括報酬以外の加算を適切に評価・拡充することが方策の一つであると考えております。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、会場で、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 日本介護支援専門員協会の濱田です。

大変恐縮ですが、意見の前に、6月1日に介護支援専門員が利用者の自宅で殺害されたと見られる事件が発生しておりまして、この件につきまして少し御発言いたしますことを御容赦いただければと存じます。

亡くなられました介護支援専門員に深い哀悼の意を表します。

なお、当協会におきまして、本件に関する声明文をホームページ上で公表させていただいております。

現在捜査中で、詳細な経緯や背景は明確になっておりませんが、今回の事件により不安を抱えている介護支援専門員も多く、厚生労働省からは事務連絡等も発出いただいておりますが、当協会といたしましても、厚生労働省をはじめ、各関係機関ほかと協力して、安全確保に向けた方策を検討してまいりたいと考えております。

また、都道府県、市町村の皆様をはじめ、関係者の皆様におかれましても、訪問時の安全確保に関する実務的な支援の強化に御協力、御支援を強くお願い申し上げます。

それでは、資料1「通所介護・地域密着型通所介護・認知症通所介護」から意見を申し

上げたいと存じます。延長加算につきましては、他の通所系サービスでも算定が低い状況でございますが、実際に延長のニーズがないわけではなく、延長時間分の介護職員等の事前確保が難しいことが算定が低いことと考えられるのではないかと考えてございます。

75ページでは延長の実施に関する調査結果が出ておりますが、出典の調査報告書のほうでは、介護者が急な用務のため帰宅困難な場合であっても、現状では延長加算ではなく、無償や少額の利用者負担で行われているケースも見られております。ケアプランの変更等で対応している例もあるかも分かりませんが、例えばそのような場合でも延長加算等が明確に算定できるようにする必要があるのではないかと考えます。

また、同じく調査報告書では、利用者に行っている生活支援ニーズへの対応で、買い物支援、入浴支援、服薬支援、健康管理が上位となっておりますが、特に買い物支援は、通所サービスではサービス提供時間には含まれないためか、結果として、やはり同じく事業所が無償や自費で対応している割合が高くなっております。これら買い物支援は原則として、自宅へ一旦帰って通所サービスを終了させてから訪問介護等のサービスで対応することになっておりますが、サービス確保困難さや中山間地・離島等だけでなく、利用者の居住地によっては購入場所が遠方であったり、認知症や高齢等で配達や配食を依頼することが困難な場合も少なくありません。また、総合事業の訪問サービス等では一般に短時間で対応が難しい場合も多くございます。

このため、小規模多機能居宅介護等のニーズとは重複いたしますが、ケアマネジメント上で他のサービス確保が困難等、一定の要件の下、通所系サービス提供時間の中で必要な生活支援サービスが提供できるようにすることも検討してはどうかというところでございます。また、他の加算に関する意見もございましたけれども、必要と認められるにもかかわらず算定率が低いものは、もう少し算定要件の緩和を検討してはどうかという意見でございます。

続きまして、資料3の通所リハビリテーションについてでございます。39ページ以降のページで同じく出典がございました調査報告書では、中山間地域へのサービス実施につきまして、移動距離が遠かったり訪問経費がかさむなどの利用に際しての困難さが指摘されておりました。一方で、先ほどの通所介護の調査報告書では、中山間地域における機能訓練の実施について、外部のリハビリテーション専門職との連携がふだんから必要と考えている事業所が他の地域に比べ最も高い結果が出ておりました。双方の立地条件やマッチングの問題にもなりますが、中山間地域等においては、通所介護の機能訓練について、例えば同じまたは近接地域の通所・訪問リハビリテーション事業所等へ委託等できるようにするなど、多様な方法で利用者がどこに居住していても機能訓練やリハビリテーションが受けられるようにするなどを検討してはどうかというところでございます。

認知症短期集中リハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションについてでございますが、通所介護の際にも発言させていただきましたが、46ページで対象となる利用者が少ないということも多く見られておりますので、算定要件の緩和について検討してはど

うかということでございます。

資料4「短期入所生活介護」についてでございます。生活相談員配置等加算について、これも出典の調査結果でも出ておりますが、利用者の主治医への対応を調整するなど、外部の医療機関等との連携等をはじめ、最も多い3日から5日利用での活用を図るためには加算要件を満たして、これら常勤の生活相談員の配置を求めることが望ましいと考えます。

ただ、このため、短期入所定員数では併設施設に比べ少ないこと等も鑑みて、総額人件費に見合う単位数を検討いただければ幸いです。また、調査結果のケアマネジャー票では、利用できなかった理由の中に医療ニーズへの対応困難が挙げられておりましたが、このため、医療連携強化加算も対象要件をもう少し拡大することも検討してはどうかということでございます。

また、32ページで、中山間・離島等を含め、人口規模の小さい自治体において季節利用ニーズがある一方で、この調査報告書の出典では、人口規模の少なさに逆比例して不足傾向が強く、市町村の整備促進意欲は逆に高く、終末医療のニーズが多くなっております。

このため、実利用定員数の変動に応じた柔軟な職員配置を可能としたり、季節利用ニーズへの対応として、利用終了後、自宅へ帰る場合には長期利用減算や適正化による算定単位を適用しないなど、2040年へ向けて、事業所が少しでも持続可能性を高める方策も検討してはどうかということでございます。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

それでは、平山委員、どうぞ。

○平山委員 連合の平山です。

まず、通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護についてです。入浴は在宅生活を支える重要な支援ですが、入浴介助加算（II）の算定率は通所介護で12.2%、地域密着型や認知症対応型では7%台と、低い状況にあります。この背景は、資料にもありますが、医師等との連携困難が78%、医師等が訪問し評価する時間の確保が困難が約62%という実態があります。この入浴介助加算（II）は、自宅で入浴を継続するために不可欠な加算ではありますが、一方、自宅訪問や浴室評価、計画作成など、現場負担が大きく、入浴介助加算（I）との15単位の差がこの現場の業務量に見合っているかの検証が必要と考えます。算定率が低い要因を精査し、要件の簡素化や評価の見直しを検討する必要があると思います。

送迎についてですが、乗降、認知症対応、安全確認、家族対応を伴う重要な業務ですが、シフト調整や職員確保が困難というふうに出ています。現場が本来のケアや機能訓練に専念できるよう、送迎人材の確保に向けた評価の検討が必要と考えています。

個別機能訓練加算についても、専従者の確保困難や事務負担の大きさが算定の障壁となっております。こちらについても、算定要件や事務負担の在り方を見直す必要があると考えます。

療養通所介護についてです。こちらは事業所数、利用者数は減少傾向にあり、サービス基盤の維持が課題となっています。常時観察、医療的ケア、急変時対応など、高い専門性が求められ、職員の身体的・精神的負担は深刻と聞いています。医療ニーズの高い利用者の地域生活を支えるため、重度者対応に伴う負担や専門性を適切に評価していく必要があると考えます。

次に、通所リハビリテーションについてです。リハビリ・口腔・栄養の一体的取組が重要ですが、多職種連携や会議の開催、計画書への同意の取得など、直接的ケア以外の調整業務に相当な時間を要していると聞いています。また、生活行為向上リハビリテーション実施加算など、算定率の低い加算については、対象者となる利用者がいないこと以外についても、人員配置や研修など、要件の難しさが要因と考えられます。実態に合った要件の見直しや事務負担を軽減する必要があると考えます。

短期入所生活介護、短期入所療養介護についてですが、短期入所系サービスはレスパイトや緊急受入れ、看取りを伴う重要な存在ですが、不規則な入退所や夜間負担など、職員の負担が大きくなっております。見守り機器等を活用する負担軽減は重要ですが、それを前提とした安易な人員基準緩和には慎重であるべきです。緊急時対応や安全確保の観点から、夜間の複数配置など、実態を踏まえた適正な体制を評価する必要があります。また、精神的負担の大きい看取りや急変時の対応の評価、人材定着につながる環境整備も不可欠と考えます。

全体を通じてですが、共通する課題は、加算・減算の要件が年々複雑化し、利用者にも従事者にも分かりにくくなっている点です。計画書の作成、記録会議、LIFE入力などの事務作業が直接、ケアの時間を圧迫しています。ICT活用は重要ですが、現場の負担軽減と利用者に向き合う時間の確保であるべきで、人員配置の緩和を安易に行うべきではないと考えています。サービス維持のために、人材確保、処遇改善と併せて、安心して働き続けられる環境整備を求めます。

最後に、各種加算についてですが、加算率の高いものについては恒常的・標準的なサービスとして、基本報酬で加算に相当する評価をしていく視点も必要と考えます。また、算定率の低い加算については、本来想定していた加算率との乖離やその要因を分析した上で、現場実態を踏まえ、要件を整理し、見直しをしていく検討が必要と考えております。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの方のほうにお戻ししまして、松島委員、どうぞ。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。私のほうからは、本日の議題全体について御意見を1点申し上げます。

説明のあった事業について、運営上の様々な課題によりまして、中山間地域などにおいてサービスを受けることが困難となることのないよう、制度の在り方について、今後も検討を進めていただきたいと考えてございます。

また一方で、現在の社会経済の状況を踏まえますと、利用者負担の増加の影響についても丁寧に検証していただいて、サービスが必要な方々が今後もサービスを継続して利用し続けることができるよう御配慮をお願いしたいというふうにも思っています。

併せて、先ほど石田委員の御意見にもありましたように、分かりやすい制度の在り方の具体化を希望しているところでございます。国民に向け、国及び保険者による丁寧な説明を希望したいと思っています。

私からは以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

続けて、松田会長代理、よろしくお願いします。

○松田委員　松田でございます。聞こえますでしょうか。

○岩村分科会長　はい。

○松田委員　委員の方々が既にいろいろと指摘されていることなのですが、やはり地域性の分析を加えていただけたらと思っています。今、私自身はショートステイの分析をずっとやっているのですが、訪問診療とか療養病床は提供量が少ない、特に過疎地域・中山間地域でショートステイの利用が非常に多いという現象があります。恐らく、そういう地域ではショートステイが在宅を支えている可能性が非常に高いと考えています。特に医療ショート、老人保健施設でのショートステイが非常に高くなっていますので、そういうことだろうと思っています。また、あるいは療養病床に代わる役割を果たしているのだと思うのですけれども、恐らくそういう地域でも代替がないのです。そういう意味で、医療との関係も少し踏まえて地域区分をしていただいて、その中でショートステイがどのような役割を果たしているかということを分析していただくことが特に過疎地においては重要なことではないかと思っています。

あと、通所リハビリテーションなのなのですが、後期高齢者が増えてきて、介護を必要とする方が増えてきているのですが、私たちが要介護度が悪化していく過程を調べた研究では、やはり下肢筋力の低下というものはかなり影響していきます。そうすると恐らく、通所リハビリテーションみたいなものを必要としている人は増えているはずなのですが、多分、その必要性があまりきちんと認識されずに提供量が減少しているというようなことが起こっているのかなと思っています。そういう意味で、この通所リハビリテーションの減少に関しても少し原因を精査することが必要かなと思っています。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、今井委員、よろしくお願いします。

○今井委員　ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の今井でございます。私のほうからは1点、総論的な意見になりますけれども、述べさせていただきます。

昨年の介護保険部会において取りまとめられました介護保険制度の見直しに関する意見

では、その柱の一つとして、人口減少、サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築があります。これまでの全国一律の介護保険制度を前提としつつ、中山間・人口減少地域等、地域特性に応じた対応の在り方について検討が進められており、特に中山間・人口減少地域においては専門職・有資格者の確保はより難しくなる。そういうような理由から人員基準の柔軟化等、従来の枠組みとは異なる取扱いが議論されてきました。

このことについては、介護保険部会での議論に引き続き、給付費分科会で議論の舞台を移し審議するという内容もあったと承知しております。前回の審議から個別サービスごとの課題等についての議論が始められていますが、特定地域の設定など、制度改正を前提とした全体的な方向性の議論を踏まえた上で、個別サービスごとの議論を進めることが重要ではないかと考えております。

また、データ資料についてですけれども、各論を議論する際には総括的な給付等のデータだけでは根拠不足で、ミスリードにもつながりかねませんので、論点の議論に適したデータ資料の作成について検討いただきますようお願いいたします。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

続けて、東委員、どうぞ。

○東委員　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「通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護」ですが、資料1の26ページを見ますと、認知症対応型通所介護の請求事業所数が出ております。平成27年をピークに減少しております。

資料1の30ページには受給者数も出ておりますが、これも平成25年をピークに減少してきております。このような利用の減少の理由を考えると、そもそも、認知症対応型通所介護として認知症の高齢者の方を区別してサービスを提供する必要がなく、認知症高齢者の方も差別せずに、通常の通所介護や通所リハビリで見ている実態があるのではないかと考えています。これは一昨年施行されました認知症基本法の趣旨にも合致していることだと考えます。

また通所介護に限らず、地域密着型サービスにつきましては、人材不足、小規模事業者の運営が厳しいというような状況を踏まえますと、提供の在り方、存在意義についても検討していく時期になっているのではないかと考えます。

次に「療養通所介護」でございます。資料2の7ページに事業所数が出ていますが、平成31年をピークに減少してきており、現在、全国で70か所となっています。

資料2の8ページに利用者数も出ていますが、こちらも減少傾向であることが示されております。このことは、医療と介護の両方のニーズがある方の通所。これは医療機関や老健施設併設の通所リハビリがそのニーズを受けているのではないかと推察いたします。医療と介護の両方のニーズの利用者は恐らくリハビリテーションのニーズもあると考えますが、残念ながら、療養通所介護は医師の配置がございませんので、リハビリの提供ができ

ません。

今後、療養通所介護につきましては、医療と介護の両方のニーズに対応ができて、リハビリも提供できる通所リハビリテーション事業所でその利用者を受けていくことが可能と考えます。

次に、資料3の「通所リハビリテーション」でございますが、令和7年度介護事業経営概況調査の収支差におきまして赤字割合が高いのは、介護老人保健施設がワースト1、ワースト2が通所リハビリテーションでございました。

資料3の21ページの経営状況を見ましても、他の在宅サービスに比べ、通所リハビリテーションの収支差が極端に低いことが分かります。基本サービス費のアップが必要なことが明らかです。

次に、短期入所生活介護と短期入所療養介護について意見を申し上げます。資料4の19ページに短期入所生活介護の費用額、それから、資料5の19ページに短期入所療養介護の費用額の推移を比較していただきたいと思います。短期入所療養介護につきましては、コロナが始まりました令和2年からその費用額が急減しております。そして、今もって減少したままでありますが、短期入所生活介護につきましてはコロナ禍の影響をほぼ受けていないことが分かります。

一方、資料4の33ページを見ますと、利用日数が15日以上の利用者数の割合が、短期入所生活介護におきましては21.3%もございます。先ほども御発言がございましたが、120日以上のいわゆるロングショートの利用もあり、報酬上も長期利用の適正化が図られているわけです。一方、短期入所療養介護につきましては長期利用はほとんどございません。

したがって、短期入所療養介護では数日という短期間で出入りがあって、入退所の数・頻度が多い。そのため、クラスターが起きやすく、コロナの影響も受けやすいと私は考えてございます。そして、これにより老健施設の稼働率が低下し、収支が悪化しているという原因になっているとも考えております。

最後に、短期入所療養介護における総合医学管理加算について意見を申し上げます。資料5の34ページを御覧ください。令和6年度介護報酬改定における要件の見直しによりまして、その算定回数は増加していることが分かりますし、資料5の35ページを見ましても、在宅復帰・在宅療養支援機能の高い老健施設ほど総合医学管理加算の算定が高いことが分かります。

また、資料5の31ページには、新たな地域医療構想の取りまとめの資料が出ております。在宅の要介護高齢者の医療ニーズにおける老健施設の役割が明記されております。その代表格が老健施設の短期入所療養介護における総合医学管理加算と考えます。今後、地域の在宅医療の関係者、また、ケアマネジャーさんにも総合医学管理加算の役割・意義を知っていただく必要があると考えてございます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、あとお一方、オンラインで御発言いただいて、その後、会場に戻すということにいたしたいと思います。

今村参考人、どうぞ。

○今村参考人 ありがとうございます。日本介護福祉士会の今村でございます。私のほうからは意見と、1つだけ質問させていただきたいと思っております。

まず、意見のほうですけれども、通所介護の入浴介助加算（Ⅰ）の関連でございます。職能団体としては、日々の業務を高いレベルで提供し続けるためには、やはり継続的な学びの機会を設ける必要性は高いと考えております。

ただ、人材不足もあり、研修の機会を確保することの難しさというものもあるかと思っておりますけれども、質の高い介護サービスの確保や介護職自身のやりがい等につなげるためにも、このような加算を大切にさせていただきたいと考えているところでございます。

また、同じく通所介護の入浴介助加算（Ⅱ）の関連でございます。幅広い利用者ニーズに適切に対応できるよう、サービスの質を担保するために、専門職の配置要件のある各種加算が設定されておりますが、この加算を取得することにより、専門職人材の確保や業務負荷等のバランスが取れていないといった印象がございました。より質の高い介護サービスの提供につなげるためには、専門性の高さや業務負荷に見合った適切な報酬設定が求められるのではないかとと思うところです。

介護福祉士が現場で担っている役割は、身体介護、生活支援の直接的な支援にとどまらず、利用者の生活全体を継続的に観察、アセスメントをし、多職種と連携しながら個別のケアを調整・実践するという生活支援の専門職としての高度な実践というものが求められております。今回議論されている各サービスに限らず、限られた時間の中で利用者の心身の状態変化を的確に把握し、在宅生活の継続を支えるための個別対応や家族支援、看取り等への対応まで、幅広い専門的判断が求められます。

こうした実態を踏まえれば、介護福祉士の専門性は制度上においても明確に評価されるべきではないかと考えているところです。また、そうすることは専門人材本人のモチベーションになるだけではなく、介護福祉専門職そのものの価値を上げ、介護人材不足への対応にもつながると考えます。

ここから、全体を通しての質問をさせていただきたいと思っております。多数の委員の方から御発言ありましたけれども、やはり高齢者数が増加して要介護者等が増えている中において、ここで示されているサービス量はいずれも横ばい、減少となっていることにやや違和感を覚えているところでございます。このサービス量をもって国民ニーズとして捉えていいのか、あるいは表出されていないニーズがあることは否定できないのか、見解をお伺いさせていただきたいと思います。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

御質問がありましたが、大変大きな御質問ですけれども、事務局のほうでできる限りでお願いいたします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

御質問いただきました点は、非常に重要な点でございますけれども、介護給付費分科会の中では次期報酬改定に向けての御議論をいただいているということでございます。提供体制の中で、制度論での対応が必要な部分、それから、報酬面での対応が必要な部分、両方ございますと考えておりますけれども、報酬面での対応が必要な点について、本分科会では御議論いただければありがたいと考えてございます。

○今村参考人 ありがとうございます。

ショートステイのロングショートの利用者の実態等を踏まえた検討という御発言もありましたけれども、やはり国民ニーズや実態というものを正しく捉えていただいた上で、報酬改定の議論となるような工夫をお願いできればと思います。

私のほうからは以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、一回、会場に戻しまして、田中委員、どうぞ。

○田中委員 ありがとうございます。資料に沿って発言したいと思います。

まず初めに、資料1、57ページの通所の送迎については、前回御配慮いただきありがとうございました。とはいえ、引き続きの課題として現状を少しお話ししたいと思います。

当地域では、前回改定後、共同送迎を始めてみました。幾らかの車両や人員の利活用は改善できたものの、どこに課題があるかも見えてきています。送迎時間のみならず、利用者の出かける準備不足、出かけ渋り、出かけの失禁などが見られる際には排せつケアをしてから出かけるなど、この出かける際の時間を積み上げると大変な時間に上っています。送迎車両に乗っている時間だけでなく、自宅においてのケアがシャドーワークになっています。さらに家によっては、鍵を開けて約束の場所でやり取りをするだけではなくて、こたつで飼い猫と寝ている利用者さんを起こして、猫が外に出ないように鍵かけに配慮するなど、多くの個別で暗黙のルールに従わないといけないということも分かりました。

送り出しヘルパーなどの利用をしますが、時間が重複することから、ヘルパーが全てのニーズに応えることができず、これらを暗黙の要望どおり応えとなると、考えていたほど簡単に共同送迎に移行できないということも分かってきました。つまり、在宅では多様な背景があることから、どれほど個別ニーズに応えなければいけないかということに驚きました。それぞれの自宅において、現在は算定できていない自宅内のこれら時間を要するケアについても、送迎者にとっての実態を把握し評価されるよう、制度の見直しをしてほしいと思います。

また、資料3の「通所リハビリテーション」については、40ページにあるように、ADL並びにIADLの維持・改善がそれぞれ80%を超えるというデータがありました。このデータが意味することは在宅生活の継続が可能であるということで、在宅でなくてはならないサービスであります。経営状況は厳しい深みにあり続けています。制度の仕組みがアンマッチと言わざるを得ないので、社会保障の観点からも、自宅において極力、本人も自治体も

費用を抑えて生活できる時期を延ばすために、この時期のサービスに手厚く報酬設定する必要があると思います。

一方で、これは全体にも関わることですが、いろいろな単位を評価いただくと、利用者側の限度額が変更されていないことで、使いたいサービスを組み込むと利用費用が増え、何かを増やすとほかのサービスを減らすということが見られています。介護保険が制定された頃から横出しサービスありきと言われてきたものの、限度内で利用できていた時期が長いので、利用者さんたちの気持ちとすると、保険で全額賄うのが常識という考え方もあり、ケアマネさんも自費ありきのプランを提案できないものです。もろもろの費用高騰に合わせて、限度額の引上げを検討する時期ではないかと考えます。

加えて、志田委員が指摘されたように、若年認知症の方の通いの場が時代と合わない、早期発見・早期対応の中で介護保険が全てのサービスから優先するというルールがあり、障害サービス選択の自由がありません。ここは認知症に関連する担当の方が局をまたいでいろいろと御検討いただきたいと思います。

最後に、前回もお話ししたとおり、中山間・過疎地にあってはサービスが不足している自治体も少なくないことから、地域密着の在り方について、隣接する自治体を地域密着サービスの該当地区とみなすなどの緩和もお願いできればと思います。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、オンラインのほうにお戻ししまして、江澤委員、どうぞ。

○江澤委員　ありがとうございます。

まず、通所サービスにつきまして、通所介護・通所リハビリテーションの稼働率などの稼働状況について、データがあれば、また事務局のほうから、後日でも結構ですので、教えていただければと思います。

事業所においては、通所の定員と通所の実利用者の人数の間に乖離が大きいところも結構ありますので、そういった意味で、市町村は通所サービスの稼働状況を踏まえて介護保険事業計画を立てることにもなっておりますので、また、稼働状況というものは経営状況に直結するものでありますので、把握が必要と思っています。

通所サービスはそもそも、在宅の課題を把握して、事業所でリハビリテーションや機能訓練を行うサービスであって、訪問によるアセスメントが大変重要だと思っています。そういったことも期待して、入浴介助加算（II）というものも創設された経緯があります。したがって、訪問によるアセスメントをしっかりと評価していくことも検討課題ではないかと思っております。

続きまして、認知症デイサービスでございます。前回改定において、訪問系サービスの認知症ケア加算、あるいは通所系サービスの認知症加算について検討がなされ、在宅において認知症自立度III以上の利用者が少ないという調査結果があったことによって要件が緩和されたところでもあります。現状の認知症デイサービスは中重度の方に手厚いサービ

スを提供しているのが実態でありまして、中重度の認知症の利用者が在宅において、どの程度いらっしゃるのか、あるいは併せて、どこにお住まいなのか。そういったこともデータを共有した上で議論する必要があるのではないかと考えています。

通所リハビリテーションについてでございます。生活期リハビリテーションは、心身機能・活動・参加にバランスよく提供することがこれまでも推奨されてきているわけでありまして。一方で、心身機能に偏っているとの指摘もなされてきたところでもあります。現行のサービス提供の仕組みでは、例えば参加のリハビリテーションについては、労力やコストを踏まえますと、なかなか提供が難しいというのが実態であります。したがって、活動や参加のリハビリテーションについて、より高く評価するということも方策ではないかとは思っております。

生活期リハビリテーションは、障害があっても、いかに自分らしく暮らしていくかという観点が重要でありますので、急性期・回復期リハビリテーションと異なって、例えば関節可動域を拡大することが主たる評価項目ではないわけであって、アウトカムよりもしっかりとよきプロセスを評価していくということが大変重要だと思っております。そういった意味では、前回の改定で創設された通所リハのリハマネ加算のハ、すなわち、リハ・栄養・口腔の一体的取組をより推進していくべきと思っております。現状、算定はまだ低調ですけれども、しっかりと課題を把握して進めていくことも考えていく必要があるかと思っております。

また、リハビリ提供体制加算というものが従前から位置づけられておりますけれども、この加算のリハビリ専門職の配置要件が常時25対1以上となっています。最近のいろいろな職種の働き方改革の観点から言うと、この常時というものは、考え方は柔軟に対応していくような時代ではないかと思っています。

先ほどから出ている通所リハビリテーション事業所の減少については、実感として大変経営が厳しいという状況がありますし、従前から基本報酬がかなり低く抑えられているというような印象を持っておりますので、しっかりと健全経営ができるように御配慮いただきたいと思います。また、本人・家族も含めて、リハビリテーションに対する意識の高揚というものもやはり考えていく必要があるのではないかと考えています。

最後に、療養ショート、短期入所療養介護につきまして、老健のショートなどについてはレスパイトなどの短期利用が多いのが実態だと思っています。老健や介護医療院には専門職が多く配置されておりますので、機能に特化したショーステイの活用というものも進めていくべきではないかと思っております。そういった意味では、東委員もおっしゃりましたが、老健の医療ショートをどう活用を広げるのか。これは新たな地域医療構想でも検討していくものではないかと思っております。

また、以前は療養ショートについて、リハビリテーション合宿という言葉が厚労省の資料でもよく出ていた時期があります。要は短期集中のリハビリテーション目的でショーステイを活用するというイメージでありますけれども、今の時代であればフレイル合宿と

いったものもショート機能に位置づけるべきではないかと提案したいと思っております。

私から以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

データについて、少しお尋ねがありましたけれども、いかがでしょうか。

○堀老人保健課長 御指摘の点、確認させていただきたいと思います。

○岩村分科会長 よろしいでしょうか。

○江澤委員 大丈夫です。ありがとうございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、堀田委員、どうぞ。

○堀田委員 ありがとうございます。主に通所系のサービスについて、排せつの自立度の維持とか向上についての評価を検討してもいいのではないかとということでお話ししたいと思います。

在宅介護実態調査を見てみますと、主たる介護者が不安に感じる介護、介護度が重くなる、あるいは認知症あり、あと、日中・夜間の排せつであったりとか、それから、認知症状への対応ということが不安が高くなっていることが分かっています。これは訪問系のサービスがきちんと回数が使われているとそれが低いということもあるのですが、一方で、要介護の方々のサービスの在宅で利用されている方々のサービス利用率を見ていると、よく御存じのとおりで、通所介護ですと要介護1から3ぐらいまでは3～4割の方々が利用されているということになっていますので、要介護の高くなるにつれて、どんどん御家族は不安が高まって、そして、要介護3以上になると特養に移ったりとか、自治体によっては要介護1の段階でグループホームに入るみたいなことがあるわけですが、御本人が望む場所で、まず、在宅でも暮らし続けられるということを考えたときに、排せつの自立の維持・向上ということを既に排せつの支援加算、特養、老健、介護医療院とか看多機では創設されていますけれども、デイなどでもこれを評価するということを考えてもいいのではないかと考えています。

そのときに、ADLの医師の加算を取っている事業所などで、トイレの動作とか排便・排尿コントロールなどのきちんと維持できているところがどういった取組をしているのかというような観点からの検討も重要ではないかと考えています。それから、多くの委員から御指摘があったかと思いますが、やはり地域ごとの分析は欠かせないと思いますし、この通所系の資料1に関わる場所については、属性とニーズ、それから、持続可能性という観点から、今、この3つがあるわけですが、このままのそれぞれの維持が適切かどうかということも検討していく必要があるかなと思います。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

以上で、今日の議論はよろしゅうございましょうか。

ありがとうございます。

事務局におかれましては、今日、各委員の皆様から頂戴しました御意見などを踏まえた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き進めていただくようお願いしたいと思います。

それでは、本日の審議はここまでということにさせていただきます。

最後ですが、次回の分科会の日程等について、事務局から説明いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○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。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで閉会とさせていただきます。皆様、大変お忙しい中を御参加いただきましてありがとうございました。では、散会いたします。