

○村中企画官 定刻になりましたので、第259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。

会議の開催に当たり、委員の交代がございましたので、御報告いたします。

及川委員が御退任され、新たに公益社団法人日本介護福祉士会の今村文典委員が御就任いただきました。御報告いたします。

続いて、本日の委員の出席状況ですが、荻野委員、塩田委員、清家委員、田中委員、中島委員より御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の荻野委員に代わり山田参考人、塩田委員に代わり伊地知参考人、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。

なお、堀田委員におかれましては、途中で御退席する予定です。

以上により、本日は19名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

なお、公務等の都合により、老健局長、審議官は途中退席とさせていただきますので、何とぞよろしくお願い申し上げます。

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ございます。

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にお願いいたします。

○岩村分科会長 皆様、こんにちは。

お手元の議事次第を御覧いただきたいと思います。今日も、前回のこの分科会に引き続きまして、令和9年度介護報酬改定に向けて、各サービスの各論についての議論をいただきたいというふうに住じます。

なお、先日、社会福祉法等の一部改正法が成立いたしました。今回、各論ということで、訪問介護等のサービスの各論を議論いたしますけれども、それに関連した、この改正法における介護保険制度の改正を踏まえた事柄につきましては、別途御議論を頂戴する回を持つということにさせていただきたいと考えております。ですので、今日はなるべくそうしたことに関連する発言のほうはお控えいただければというふうに思いますので、よろしく

お願いいたします。

それでは、事務局のほうから用意いただいている資料についての説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○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。

そうしましたら、まず、推進課長のほうから、資料１について説明させていただきます。「訪問介護」に関する資料でございます。

３ページ、おめくりいただければと思います。訪問介護のサービスの概要でございます。「訪問介護」は、訪問介護員等が、利用者の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するもので、その行為の内容に応じまして、下半分に書いてありますように、身体介護、生活援助、通院等乗降介助の３類型に区分されるサービスでございます。

４ページから７ページ目までにかけて、訪問介護について、サービスの内容、基準、報酬等についての資料をおつけしております。

８ページ目からでありますけれども、加算の算定状況について資料をおつけしてございます。他のサービスと同様でございますけれども、算定率３％以下の加算につきましては、赤字ということで色分けをしております。

続きまして、１０ページ目でございます。請求事業所数の推移でございますけれども、微増傾向ということであります。

そして、１２ページから１５ページまででありますけれども、利用者の状況でございます。

まず、１２ページでありますけれども、利用者数は増加傾向でございます。

また、要介護度の割合でありますけれども、１３ページ、御覧いただければと思いますが、要介護１・２の方で約６割という状況になってございます。

続きまして、１４ページでありますけれども、要介護度ごとの内容類型別の構成割合でありますけれども、介護度が高く、右側に行くにつれまして、身体介護中心型の割合が高くなっているという状況でございます。

続きまして、１６ページから１９ページにかけて、費用に関する資料をおつけしております。

まず、１６ページでありますけれども、総費用の額、増加傾向にあるというものであります。

そして、少し飛んでいただいて、２０ページでありますけれども、経営状況につきまして、右側、令和７年度の概況調査の結果をおつけしております。一番上が訪問介護でございます。令和５年度の決算で１１．１％、令和６年度の決算では９．６％という状況でございます。

続きまして、２３ページ以降、前回の令和６年度改定の内容について、関係の資料をおつけしてございます。

まず、２４ページをお開きいただければと思いますが、特定事業所加算の見直しということであります。重度者へのサービス提供、中山間地域等でのサービス提供といった点を評価する観点から、特定事業所加算（Ⅳ）の見直し、そして特定事業所加算（Ⅴ）の創設と

というような見直しを行ってございます。

続きまして、29ページに参ります。同一建物減算について、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、12%減算の新たな区分を設けております。

そして、31ページ以降でありますけれども、関連する各種意見・サービス提供等の状況に関する資料をおつけしております。

まず、32ページでありますけれども、訪問介護に関するこれまでの主な意見ということで、前回改定の際の審議報告をおつけしてございます。大きく2つございますけれども、訪問介護員等の人材不足が喫緊の課題であり、質の高い介護サービスを担保できる体制等の検討。介護技術の向上や適切な評価を通じて、訪問介護人材の確保に資する対応を総合的に検討する必要性の御指摘でありますとか、2つ目でありますけれども、同一建物等居住者へのサービス提供の状況の把握。そして、同一建物以外へのサービス提供を含めた訪問介護の人材確保、サービスの充実に向けた検討の必要性といった指摘。これは前回の改定の際の審議報告でございます。

そして、33ページ目以降でありますけれども、令和6年度、前回改定を受けた改定検証の調査結果を掲載しております。こちらの資料につきましては、分科会で以前お示しさせていただいた資料を、再掲というような形でおつけしているものが含まれております。

まず、33ページでありますけれども、改定検証の調査の中で自治体に対するアンケートを行った結果の概要資料でございます。

右上のところに表をつけておりますが、事業所の休・廃止の状況について、令和5年6月から8月までの休・廃止の事業所数と、令和6年6月から8月までの休・廃止の事業所数の比較ということで、おおむね1割程度の増加ということになってございます。

その休・廃止の理由については、2ポツの2つ目の点で書いてございますけれども、「人員の不足」というのが最も多くなっているという結果でございました。

そして、34ページからでありますけれども、こちらは事業所に対するアンケート調査の結果をおつけしてございます。地域別、事業所規模別、事業形態別に詳細に分析した結果でございます。御覧いただきますように、訪問介護の経営状況、地域事業所規模、事業形態によって様々な状況ということでございます。

そして、37ページ目以降でありますけれども、令和6年度の改定以降、継続している人手不足、物価上昇等の影響を踏まえまして、令和7年度補正予算などによります訪問介護事業者に対する支援措置を実施しているところであります。その関係資料を37ページ目以降におつけしてございます。

少し飛んでいただきまして、43ページであります。特定事業所加算Ⅰ～Ⅳまでの取得率について地域別に見たものでございます。いずれかの加算を取得している事業所は、全体として4～5割程度となっておりますが、地域別で見ますと「中山間地域等」において、その他の地域よりも取得率が高くなっているということでございます。

そして、44ページですけれども、前回の改定で新設いたしました特定事業所加算Ⅴの取得率の状況でございます。全体的に低調ということでありまして、中山間地域におきましては、他の地域よりも少し高いということでありまして。

また、下の表でありますけれども、中山間地域等のⅤを算定している事業所のうち、加算Ⅱを併算定している事業所は60.4%、加算Ⅰを併算定している事業所22.6%ということになってございます。

それから、45ページでありますけれども、同一建物減算の算定状況であります。こちらでも地域別に見ておりますけれども、地域別にかかわらず、「減算なし」というのが約7割ということでも最も高くなっておりまして、次いで、茶色のところですが、10%減算というのが高い割合となっております。

以上、データ関係でありまして、そうした状況を踏まえつつ、47ページ、48ページ、現状・課題、そして論点をお示ししております。

48ページ、論点でございます。

2つございますけれども、訪問介護事業所は、その立地、規模、事業形態によって経営状況は様々となっております。令和9年度改定に当たりましては、訪問介護事業所の収支状況について、全国平均による多寡だけを見るのではなくて、先ほどデータで御覧いただきました訪問介護の特性を踏まえまして、丁寧に検討を進めることが必要ではないかということを書いております。さらに、今後も人口減少・高齢化が進行する一方、訪問介護員の不足も大きな課題となっているということでありまして。こうした点も踏まえて、利用者の状態に応じて必要となるサービスを地域で安定的に提供するための方策について御議論をお願いできればと思っております。

そして、2点目につきましては、これは各サービス共通でありますけれども、加算の在り方について、併せて御議論いただければと思っております。

最後、※で書いております。先ほど分科会長からも御発言いただきましたけれども、今回の制度改正を踏まえた、中山間・人口減少地域のサービス提供体制に係る事項でありますとか、高齢者住まいに対するサービス提供の在り方に係る事項につきましては、別の回での御議論を想定してございます。

資料1の御説明は以上でございます。

続きまして、資料2のほうに行ってくださいと思います。続けて私のほうから御説明させていただきます。「訪問入浴介護」の資料でございます。

まず、3ページ目であります。訪問入浴介護のサービスの概要であります。要介護状態となった場合においても、居宅で自立した日常生活を営むことができるように、居宅における入浴の援助を行うことによりまして、身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るサービスでございます。

4ページ目からは、報酬、加算の算定率等を記載してございます。

少し飛んでいただきまして、7ページに参ります。請求事業所数の推移でございますけ

れども、減少傾向ということでもあります。

それから、また少し飛んでいただきまして、10ページ目に参ります。受給者数・利用者数の状況であります。こちらも令和5年度以降、減少傾向ということでございます。

そして、12ページに参ります。平均の要介護度の状況でありますけれども、左側のちょっと小さな字で書いてありますが、訪問入浴介護の平均要介護度は4.2ということになっておりまして、右側にその内訳が書いてありますが、要介護3以上で約9割ということでございます。

そして、13ページに参ります。費用額の状況でありますがおおむね横ばいということでございます。

そして、少し飛んでいただきまして、17ページでありますけれども、経営状況についてでございます。こちらも令和7年度の概況調査の結果であります、令和5年度決算で5.1%、令和6年度で5.3%ということでもあります。

そして、19ページ以降ですけれども、令和6年度、前回の改定の内容について資料をおつけしております。

まず、20ページ目でありますけれども、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を評価するための新たな加算を設けております。

それから、21ページでありますけれども、認知症専門ケア加算について、認知症高齢者の重症化の緩和などの観点から見直しを行ってございます。

それから、23ページ目以降でありますけれども、昨年度実施しております老健事業の結果を資料として掲載しております。

まず、23ページ目でございますけれども、事業所の活動状況につきまして、左上の小さな表であります、「休止」が1.7%、「廃止」が1.8%ということでもあります。

その理由であります、左下の表であります。「人員の不足」が最も多く、次いで「利用者の減少」ということでございます。

24ページに参ります。入浴車の所有台数についてお調べしたものでありますけれども、1事業所当たり、左の表の中ほど下を書いてあります。平均2.32台となっております。1台所有の事業所数が右側でありますけれども、51.6%ということで、約半数という状況でございます。

続いて、25ページですけれども、入浴車1台当たりの1か月の平均的な燃料費でありますけれども、下の右側の表であります、燃料費2万円以上3万円未満というのが約半数ということでございます。

26ページであります。入浴車の1台当たりの1か月の平均的な走行距離でありますけれども、こちらも右の表ですが、一番高いところ、1500km以上から2000km未満というのが4割ということで、次いで500～1000km未満、1000kmから1500km未満という順になってございます。

そして、27ページでありますけれども、1回の訪問に要する平均移動時間についてお調

べしたものであります。「20分～30分未満」というのが57%ということで、次いで「10分～20分未満」というような形になっております。

そして、28ページであります。サービス提供回数でありますけれども、「100回～300回未満」というところが約半数という状況でございます。

そして、29ページに参ります。サービス提供時間につきましては、「40分～50分未満」というのが65%、次いで「50分～60分未満」というのが2割弱という状況でございます。

続いて、30ページであります。キャンセルの件数であります。1か月の平均でありますけれども、約5.2件となっております。訪問入浴介護の場合、要介護5の利用者の方が最も多いということでありまして、急な容態変化等に伴うキャンセルが多い傾向にあるということでもあります。

31ページであります。利用者全体のうち、「日常的な医療的ケアを受けている利用者」の割合は約66%ということでもあります。事業所当たりで見ますと、10～20人未満が最も多くなっております。

そして、32ページ、その医療的ケアの内容でありますけれども、「胃ろう・腸ろうの管理」、「褥瘡の処置」といった割合が高くなっております。

以上、御覧いただきましたデータも踏まえつつ、最後、34ページ、現状と課題を整理しております。

下のところ、論点でありますけれども、訪問入浴介護について、重度者や医療と介護の複合ニーズを有する高齢者の方への対応が求められる中で、どの地域においても安定的にサービスを提供する観点から、こういった方策が考えられるか、御議論をお願いできればと思います。

2点目につきましては、加算の在り方についてどのように考えるか、こちらについても併せて御議論をお願いできればと思っております。

私からの説明は以上でございます。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

続いて、資料3を御覧ください。「訪問看護」について御説明させていただきます。

まず、2ページから23ページにかけまして、訪問看護の概況の資料をまとめさせていただいております。

まず、3ページ、御覧いただければと思いますけれども、訪問看護とは、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある方に対して、その方の居宅において看護師等が療養上の世話又は必要な診療の補助を指します。

利用者は、年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適用となり、介護保険からの給付は医療保険の給付より優先されるということでございます。

続いて、4ページを御覧ください。要介護被保険者につきましては、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われるということでございます。

報酬の体系については、6 ページ。

それから、各加算の算定率については、7～8 ページにまとめさせていただいております。

9 ページを御覧いただければと思いますけれども、訪問看護ステーションの数は年々増加している一方で、介護保険の訪問看護を行う病院または診療所は減少傾向にあります。

13ページを御覧いただきまして、法人種別で見ますと、医療法人と営利法人が多く、特に営利法人の訪問看護事業所数の増加が著しいということございまして、14ページにありますとおり、要支援及び要介護の利用者数も増加傾向にあるということでございます。

また、16ページでございますけれども、訪問看護の費用についても年々増加しているということでございます。

17ページを御覧いただきまして、訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護の算定割合は、近年横ばいで推移しておりまして、単位数は増加しているということでございます。

少し飛びまして、21ページを御覧いただきまして、訪問看護の直近の収支差率、令和6年度決算ではプラス10.3%となっております。

23ページ、御覧いただきまして、第9期介護保険事業計画におけるサービス量の見込みでは、2040年に向けて訪問看護のサービス量は増えると予測されております。

24ページ以降、令和6年度改定の内容をまとめさせていただいております。

27ページを御覧いただきまして、看取りへの対応強化として、ターミナル加算の評価の充実、30ページを御覧いただきまして、訪問看護等における24時間対応体制の充実、また、32ページ、33ページにお示ししております理学療法士等による訪問看護の減算についての見直しなどを実施しております。

続きまして、34ページ以降、サービス提供の状況でございますけれども、35ページにございますとおり、訪問看護につきましては、医療機関や他の介護保険サービス等との連携強化や、訪問看護における持続可能な24時間対応体制の確保の必要性に関する御意見をいただいております。

36ページを御覧いただきまして、訪問看護ステーションの利用者の疾病の分類を見ますと、介護保険では「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多い状況でございます。

また、37ページのとおりに、訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）で見ますと、いずれの職種も年々増加しておりますけれども、全従事者に占める看護職員の割合は横ばいの傾向ということでございます。

39ページを御覧いただきまして、医療処置の実施件数が年々増加しているということで、特に「浣腸・摘便」「じょく瘡の予防」「緊急時の対応」「じょく瘡以外の創傷部の処置」での増加が著しいということございまして、創傷管理や排泄ケア、緊急時の対応などの必要性が高まっているということでございます。

40ページ以降には、各加算の算定状況をお示ししております。

少し飛んでいただきまして、47ページでございますけれども、訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護につきましては、サービスの趣旨から求められる役割に基づき、累次の改定で見直しを行ってきているということでございますけれども、全体の単位数は増加傾向ということでございます。

これまでの現状と課題を踏まえまして、最後、49ページに論点を2つ上げさせていただいております。

1点目は、医療ニーズの高い在宅療養者が増加している中、緊急時対応体制や関係機関との連携の一層の充実が求められるが、より質の高い訪問看護サービスを効果的・効率的に提供する事業所を適切に評価するためには、どのような方策が考えられるか。

そして、2点目については、他のサービスと同様、加算・減算の取扱いでございます。

続きまして、資料4を御覧ください。「訪問リハビリテーション」についての御説明をさせていただきます。

2ページから20ページにかけまして、概況として資料をまとめさせていただいております。

まず、3ページでございますけれども、訪問リハビリテーションは、居宅要介護者に対して、その方の居宅において、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でございます。

報酬の体系につきましては、4ページ、5ページ。

そして、各加算の算定率につきましては、6ページから7ページにお示ししております。

8ページ、9ページにお示しのとおり、請求いただいている事業所については、増加傾向ということでございます。

これに伴いまして、12ページ、御覧いただきまして、利用者数も増加傾向ということでございます。

また、13ページを御覧いただきますと、要介護度別の受給者の割合については、要支援1・2が増加傾向ということで、要介護3～5が減少傾向となつてございます。

19ページを御覧いただきまして、直近の訪問リハビリテーションの収支差率、令和6年度決算でプラス10.8%となつてございます。

21ページ以降に、前回、令和6年度改定の主な内容を書かせていただいております。

22ページにお示ししております、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。

また、24ページにございます、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の新設を実施いたしました。

続きまして、31ページを御覧いただければというふうに思いますが、訪問リハビリテーションに関しては、認知症リハビリテーション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、また、診療未実施減算に係る検証について御意見をいただい

ているところでございます。

32ページ以降にサービス提供の状況をお示ししております。

33ページを御覧いただければと思いますが、訪問リハビリテーションの利用頻度は、要支援者では週1回の利用が約7割を占め、重度の方ほど1週間当たりの利用頻度が高くなっております。

また、1回当たりの利用時間は、全ての利用者で40分が約8割となっております。

続いて、34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の向上とされてございます。

35ページには、生活機能に応じたリハビリテーションの内容のイメージをお示ししています。

36ページでございますけれども、訪問リハビリテーションで実際に実施された内容をお示ししております。要支援・要介護の方ともに、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。

37ページには、訪問リハビリテーションにおけるADLとIADLの変化をお示ししております。訪問リハビリテーション利用の開始から6か月後にADLの改善を認めたのは約34%、維持を認めたのは約46%。それから、IADLに関しましては、改善を認めたのは約42%、維持を認めたのは約42%でございました。

38ページにお示ししておりますとおり、リハビリテーションマネジメント加算では、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ございます。

39ページのとおり、リハビリテーション会議の参加者は、利用者御本人に加えまして、理学療法士、担当ケアマネさんが多いということでございまして、利用者の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いるということでございますし、また、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。

41ページを御覧いただきまして、リハビリテーション計画作成に係る診療未実施減算の算定状況をお示ししております。全算定回数における診療未実施減算の算定率は約11%というのが直近の数字でございます。

42ページを御覧いただきまして、算定率が低い加算の算定が困難な理由ということで、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」「短期集中リハビリテーション実施加算が優先される」等が多く理由として上げられてございます。

43ページでございます。介護予防訪問リハビリテーション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、終了の予定のない利用者の方は約76%。継続の理由としては、「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持の必要」などが上げられてございます。

こうした点を踏まえまして、最後、46ページ、論点を2つ上げさせていただいております。

す。

1 点目は、訪問リハビリテーション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、訪問リハビリテーションのサービス提供内容についてどのように考えるか。

そして、2 点目は、他のサービスと同様、加算・減算の取扱いということでございます。

続きまして、資料 5 を御覧ください。「居宅療養管理指導」について御説明させていただきます。

2 ページから 14 ページにつきまして、居宅療養管理指導の概況をお示ししております。

3 ページに示しておりますとおり、居宅療養管理指導は、要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、各職種が定期的に訪問して、療養上の管理及び指導を行うものでございます。

4 ページに職種別の報酬の体系をお示ししております。

また、5 ページでは、各介護サービス利用者に対して、居宅療養管理指導の算定可否について表をお示ししております。

続きまして、7 ページを御覧いただければと思いますけれども、請求事業所数は増加傾向で推移しておりまして、令和 7 年度には約 5 万件となっております。

また、10 ページを御覧いただければというふうに思いますけれども、これに伴いまして、受給者数についても増加傾向。

また、13 ページでは、職種別の費用額の推移というものをお示ししております。

16 ページ以降に令和 6 年度の介護報酬改定の内容を掲載させていただいております。

少し進みまして、24 ページ以降でございますけれども、実施状況、住まいの形態、利用者像、事業所像について職種別にお示ししております。

まず、25 ページからが医師でございます。医師による居宅療養管理指導については、単一建物居住者 1 人に対して行う場合、2 人以上 9 人以下に対して行う場合、10 人以上に対して行う場合で報酬が分かれてございますけれども、この区分別に訪問実人数と延べ算定回数をお示ししております。

26 ページ、御覧いただきまして、利用者の住まいの形態につきましては、「戸建」が最も多く、次いで「有料老人ホーム」となっております。

また、回答医療機関の利用者の住まいが「戸建」以外の場合、当該利用者の住まいに対しては、当該利用者以外も含めて、平均 16.8 戸に回答医療機関が居宅療養管理指導を実施しておりまして、住まいの総戸数に対しては、平均 54.4% の実施割合であったということでございます。

27 ページ、御覧いただきまして、看取り対応について「有」と回答した医療機関は 78.0% でございました。

また、28 ページ、ACP を自ら行ったケース「有」と回答した医療機関は約半数でございました。

29ページ以降が歯科医師でございます。

29ページ、医師と同様に、単一建物居住者別の1月間の訪問実人数の構成比を人数別にお示ししてございます。

30ページ、御覧いただきまして、利用者の住まいの形態については、「戸建」が最も多く、次いで「有料老人ホーム」となっております。また、回答医療機関の利用者の住まいが戸建以外の場合、当該利用者の住まいに対しては、当該利用者以外も含め、平均11.6戸に居宅療養管理指導を実施しており、住まいの総戸数に対する割合は38.6%というのが平均の割合でございました。

31ページ、看取り対応について「有」と回答した医療機関は10.3%。

また、32ページを御覧いただきまして、ACPを自ら行ったケース「有」と回答した医療機関は6.8%ということでございました。

33ページ以降が薬剤師でございます。

33ページに単一建物居住者別1月間の訪問実人数の構成比を人数別にお示ししてございます。

34ページ、利用者の住まいの形態については、「戸建」が最も多く、次いで「集合住宅」となっております。

また、回答薬局の利用者の住まいが戸建以外の場合に、当該利用者住まいに対して、利用者以外も含めて、平均13.8戸に居宅療養管理指導が実施されており、住まいの総戸数に対する割合については、平均57.3%という実施割合でございました。

35ページ、利用者の状態別でございますけれども、末期の悪性腫瘍、心不全、認知症、中心静脈栄養、注射による麻薬の投与に対応している薬局が一定程度存在し、中でも認知症への対応が最も多く、次いで心不全への対応が多いという結果でございました。

36ページ、多職種からなるチームに対して、本人に関する情報を提供するなど、協働してACPを実施したケースが「有」と回答した薬局は16.9%ということでございました。

続いて、37ページ以降が管理栄養士でございます。これも同じく、単一建物居住者別の構成比をお示ししております。居宅療養管理指導Ⅰでは、「1人」が最も高く、8割を超え、Ⅱについては「1人」が100%ということでございました。

また、利用者の住まいの形態については「戸建」が最も多く、次いで「集合住宅」となっております。

38ページを御覧いただきまして、利用者への助言・指導の内容としては、「栄養摂取量」「食事形態」に関する指導が多い状況でございました。

39ページ、居宅療養管理指導の利用可能事業所の利用者のうち、施設職員が栄養介入の必要性がないと判断した方86.1%に対して、低栄養の実測調査をしたところ、「低栄養」の方が11.9%、「低栄養のおそれ」の方が45.5%いらっしゃるという結果でございました。

40ページ、御覧いただきまして、看取りの対応「有」と回答したところが20.0%、協働してACPを実施したケース「有」と回答したところが15.0%ということでございました。

続いて、42ページ以降が歯科衛生士でございます。

42ページに単一建物居住者別の1月間の訪問実人数の構成比を人数別にお示ししております。

44ページ、45ページ、看取り対応や新規受入れ。ACPについては、歯科医師と同様の結果となっております。

以上を踏まえまして、現状・課題を最後にまとめさせていただいております。一番最後のページになりますけれども、論点でございます。居宅療養管理指導について、利用者の療養の場に応じ、多職種が連携しながら専門性を発揮する観点から、どのような方策が考えられるかとさせていただいております。

資料5の説明は以上でございます。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 続きまして、資料6につきまして御説明させていただきます。「居宅介護支援・介護予防支援」、いわゆるケアマネジメントに関する資料でございます。

まず、3ページ目であります。サービスの概要・基準についてでございます。上の箱がありますが、居宅介護支援については、業従事者として介護支援専門員、いわゆるケアマネを配置することとしておりますけれども、管理者につきましては、主任介護支援専門員を配置ということとしつつ、※で書いてありますように、令和9年3月31日まで猶予措置が取られているというものであります。

4ページ目でありますけれども、居宅介護支援の報酬体系でございます。基本報酬は、要介護度や取扱件数、ケアプランデータ連携システムの活用状況に応じて設定されており、取扱件数が一定数を超えると報酬が減額される、いわゆる逓減制というのが取られております。また、令和8年度の改定におきまして、右側の下のほうにあります処遇改善加算というのが設けられております。

5ページ目であります。介護予防支援の報酬体系についてでございます。令和6年度から居宅介護支援事業者が直接指定を受けて介護予防支援を実施できるようにされたことから、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、それぞれの基本報酬加算というのを設定してございます。処遇改善加算が令和8年度の改定に設けられたというのは、居宅介護支援と同様のことでございます。

それから、7ページ目ですけれども、請求事業所数の推移でございます。居宅介護支援、赤の部分であります。平成30年度をピークに減少傾向ということになっております。後に出てまいりますけれども、受給者数の増加を踏まえますと、事業所当たりの利用者は増えているということでもあります。事業所の大規模化等の影響があるのではないかというふうに考えております。

青のところですが、介護予防支援につきましては、居宅介護支援事業者が指定を受けて実施できるようになった影響等により、増加をしております。

少し飛びまして、10ページ目でありますけれども、要介護度別の受給者数の推移でござ

います。

11ページでありますけれども、費用額の推移でございます。それぞれ若干減少している時期がございますけれども、近年、増加傾向にあるということでございます。

少し飛びまして、17ページからでありますけれども、前回、令和6年度の改定の内容について、主なものの資料をおつけしてございます。

少し飛んでいただきまして、32ページでございます。居宅介護支援・介護予防支援に関する各種意見ということで、昨年末の介護保険部会の意見書をおつけしております。

32ページ、中ほどでありますけれども、介護予防支援のプロセスについて、効率的な実施に向けた検討が必要ということとされております。

それから、34ページに参りまして、主任ケアマネの位置づけについて、居宅介護支援事業所の管理者要件についても、引き続き給付費分科会で検討していくことが適当ということとされてございます。

そして、37ページでありますけれども、介護支援専門員の従事者数の推移でございます。平成30年度をピークに減少あるいは横ばいの傾向でございます。

39ページであります。介護支援専門員の年齢別の割合の推移でございます。紫のところ、60歳以上の割合が3割を超えてございます。

40ページ目でありますけれども、ケアマネジャーの業務の在り方ということで、タイムスタディー調査によります、1人当たり1か月間の労働投入の時間というものを調べたものでございます。

それから、44ページでありますけれども、通減制の算定状況について、算定件数、それから算定事業所数でそれぞれ内訳を見たものでございます。

それから、45ページ目以降でありますけれども、介護予防支援に関する資料を幾つかおつけしてございます。

まず、46ページ目でありますけれども、居宅介護支援事業所による市町村ごとの指定の状況であります。左側のグラフでありますけれども、約半数の市町村において介護予防支援の指定が行われております。

それから、48ページ目に行ってくださいまして、左の円グラフでありますけれども、介護予防支援の指定を受けている居宅介護支援事業所の割合ということで、約2割という状況でございます。

右のグラフでありますけれども、包括センターの圏域内で指定を受けた事業所があるかどうかというところで見ましたが、「有」が約4割というところがございます。

50ページに参りまして、介護予防支援における医療機関との連携状況についての資料でございます。一定程度の医療機関との連携が行われているということが見てとれる状況でございます。

そして、52ページでありますけれども、主任介護支援専門員の配置状況についてお調べをしたものでございます。

53ページ以降、ケアプランデータ連携システムに関する資料を幾つかおつけしております。導入効果、足元の普及状況についての資料でございます。

少し飛んでいただきまして、57ページでありますけれども、ケアプランデータ連携システムの効果ということでございます。一定の労働投入時間の縮減効果というのが確認できるところでございます。

58ページに行ってくださいまして、オンラインモニタリングの実施状況に関する調査結果であります。実施した事業所報告であります。左側でありますけれども、約3%ということであります。

続きまして、59ページであります。テレワークの状況でございます。テレワークの実施が進んできているものの、右下のところでありますけれども、緊急時の体制が整備されていないといったケースも見受けられるところでもあります。

60ページ目以降、67ページ目まででありますけれども、ケアマネジャーの業務の在り方に関する資料を幾つかおつけしております。

少し飛んでいただきまして、68ページですけれども、今回の制度改正におきますケアマネの更新制の廃止、研修の見直しに関する資料でございます。事業者に対しても、研修を受けさせるために必要な措置を講ずる義務というのが課されることとなっております。こうした点は、基準上の取扱いに関する資料の整理が必要になるポイントでございます。

以上のようなデータ等を踏まえまして、71ページ、72ページに現状・課題、論点を整理しております。

最後、72ページに論点を2つつけさせていただいております。

1つ目ですけれども、ケアマネジャーの役割の重要性が増大する一方で、担い手不足が見込まれる中で、一層の生産性向上を図りつつ、ケアマネジャーがその専門性を十分に発揮し、それぞれの地域の実情に応じて必要なケアマネジメントの提供体制を確保するために、こういった方策が考えられるか。

2つ目については、加算の取扱いについて、どう考えるかという2点をお示しさせていただいております。

最後、※のところであります。先ほどの訪問介護と共通であります。制度改正を踏まえた住宅型有料老人ホームに対する相談支援の新類型につきましては、別の回で御議論いただくことを想定してございます。

資料6の説明は以上でございます。

○濱本高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。続いて、資料7「福祉用具・住宅改修」について御説明申し上げます。

資料2ページからが概況についてでございます。

3ページ、介護保険における福祉用具につきましては、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具であって、居宅要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものを対象としております。

5 ページでございますけれども、マル2のグラフにありますとおり、福祉用具専門相談員の従業者数、棒グラフのところでございますけれども、近年、おおむね横ばいとなっております、令和6年で3万5000人強となっております。

また、貸与事業所の事業所数、折れ線グラフにつきましては、7700事業所余りとなっております、近年、おおむね横ばいの状況が続いております。

事業所当たりの常勤の従業者はマル1の表でございますけれども、4.6人というふうになっております。

9 ページでございますけれども、福祉用具の貸与受給者数については、近年、増加傾向にございます。

12ページ、貸与の保険給付額についても同様の傾向でございまして、5年度では約4300億円となっております。

また、内訳で見ますと、右側のグラフですけれども、要介護度2以下の方、比較的軽度の方への給付件数が7割弱、66%を占めている状況でございます。

13ページ、一方、販売のほうでございますけれども、費用額は同じように近年、増加傾向にございまして、5年度では177億円となっております。

17ページを御覧ください。貸与事業所の収支差率でございますけれども、令和6年度で5.4%となっております。

また、18ページですけれども、高齢者の方の自立を支援する観点から、福祉用具導入の際に必要な手すりの設置など、住宅の改修についても給付の対象としているところです。

20ページ、御覧いただきますと、住宅改修の給付費については、近年、おおむね横ばい傾向でございまして、一方で、15年程度にスパンを伸ばしてみると減少傾向にあるといった状況です。給付件数では、要介護度2以下の方が約8割と、用具のほうと同様に軽度者の方の利用が比較的多くなっております。

21ページ以降、6年度改定の内容でございます。

23ページと24ページでございますけれども、令和6年度改定では、一部の福祉用具、具体的には固定用スロープ、歩行器、単点杖及び多点杖を対象に、貸与と販売の選択制を導入しました。また、対象用具の提供に当たっては、専門相談員が利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、その記録を介護支援専門員に交付することを義務づけたところです。

併せて、26ページ、27ページにありますとおり、福祉用具の選定の判断基準を改訂するとともに、昨年は専門相談員の指定講習カリキュラムの見直しを27ページのとおりに行っております。

29ページに参りまして、前回、6年度改定における審議報告では、福祉用具の安全利用の促進、サービスの質の向上及び給付の適正化の観点から、選択制の導入や、その他の見直しに係る効果・課題等について調査・検証を行い、必要な対応を検討していくべきとさ

れたところでは。

また、貸与に係る上限価格の改定方法につきましては、物価上昇に対応した特例的な仕組みを設ける等の見直しの必要性を含め検討を行うため、上昇等に関する実態を引き続き半年に一度程度把握するべきとされたところでございます。

31ページでございますけれども、昨年度の選択制の改定検証調査の結果でございます。令和6年4月に選択制が導入されてから、販売の給付が発生しております。表ですと、ゼロのところに数字が発生しているマル1のところでございます。これに伴い、全体の合計額、マル1、マル2、マル3の合計のところでございますけれども、こちらについても増加しておりますが、選択制種目に係る貸与の費用、マル2の部分と、選択制対象種目の福祉用具貸与以外のサービスを利用していない利用者に係る居宅介護支援費、いわゆる単品ケアプランと呼ばれるものでございますけれども、マル3。こちら、マル2とマル3の合計は減少に転じています。

全体の合計額、マル1、マル2、マル3を足したものにつきましても、導入直後の令和6年6月をピークに落ち着いており、導入前とおおむね横ばいの状況になっているところでは。

32ページ、6年度、7年度の4月から6月におきまして、選択制のうち購入を選択した割合が最も多い種目は固定用スロープ、最も少ない種目は歩行器となっています。

33ページ、モニタリングの実施ですけれども、4～6か月以内に実施している割合が、左下の図表にありますとおり、約8割を示しております。

34ページ、アンケートで、新たに選択制の種目としたほうがよいといった声については、自治体、貸与事業所、居宅介護支援事業所ともに「特になし」が最も多く、続いて、車椅子や歩行器、手すりなどが上げられております。

35ページ、こちらは貸与価格の上限設定の考え方でございます。

36ページが半年ごとの調査結果になっております。貸与価格が令和6年4月改定後の上限価格と同額となっている請求件数が全請求件数に占める割合は、ほとんどの商品で50%以下に分布しております。

また、貸与価格が上限価格に張りついている商品の件数の割合については、令和6年4月以降、傾向としては大きく変わっておりません。

37ページ、上限設定による給付額の変化についてでございます。令和6年4月貸与分のデータを、改定前の令和5年10月と比較しましたところ、約1.5億円、全体の0.4%の減少となっております。これは平成30年度の改定時あるいは令和3年度の改定時と比べて、減少の割合の幅としては小さくなっています。

38ページ、令和6年4月の上限価格の見直しにおいて、上限価格が設定されている全商品3919商品のうち、上限価格が増額した製品が11.3%、減額となった製品が88.7%でした。

39ページ、これによる経営への影響としましては、収益が減少した理由として、上限価格の見直しと回答した事業所が多くあったほか、利用者数の減少といった要因も挙げられ

ているところです。

40ページでございますけれども、上限価格の見直しに伴い、貸与価格を変更する場合には、書式の変更、説明文書の作成など事務作業が多く発生している状況です。

41ページから44ページにかけましては、福祉用具の安全な利用の促進、あるいは専門相談員の資質の向上、給付の適正化を図るために実施しました各種事業の概要をお載せしております。

以上を踏まえまして、47ページに現状と課題、論点を載せております。論点としましては、福祉用具・住宅改修を取り巻く状況の変化や6年度改定における審議報告を踏まえ、選択制の運用の在り方や上限価格の仕組みの検討に加え、福祉用具を利用者に適時・適切に提供するという観点から、どのような方策が考えられるかというふうにしております。

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、ただいま説明いただきました事項につきまして、御意見、御質問等がありましたら御発言いただきたいというふうに存じます。なお、いつものことでありますけれども、各委員におかれましては、発言は論点に沿って簡潔に行っていただくよう、円滑な議事進行への御協力をぜひともお願いしたいというふうに思います。

それでは、会場から志田委員がお手を挙げていらっしゃるようですので、志田委員、どうぞ。

○志田委員 ありがとうございます。認知症のひとと家族の会の志田でございます。

資料1「訪問介護」、資料6「居宅介護支援・介護予防支援」について、質問及び要望を述べさせていただきます。

まず、資料1「訪問介護」についてです。20、21ページに示された資料によりますと、平均収支差率が令和6年度決算で9.6%、31.6万円となっています。これは訪問看護10.3%、35.8万円、訪問リハビリテーション10.8%、13.8万円と並んで、他サービスと比べ収支差率は高いことが示されています。また、収支差率について、全サービスの平均は4.7%とあります。示されている訪問介護の収支差率や全サービス平均の収支差率であれば、経営は安定していると考えてよいのかどうか、これについて事前に質問させていただきました。

お答えは次のとおりでした。訪問介護については、全国平均による収支差率を見ると、他の居宅サービスの収支差率よりも比較的高い傾向が見られるものの、地域の特性や事業所規模、事業所形態等により様々であるため、全体を一括りで経営が安定しているとはいえないものと認識していますとありました。そして、全サービス平均の収支差率の4.7%は、総費用額に対するサービスごとの費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値であり、経営が安定しているかどうかの指標ではありませんとのことでした。そもそも人手不足で人員はかつかつ状態での運営でございますので、全サービス平均の収支差率が4.7%なのですから、人員が充足したら人件費等で確実に赤字になるのではないのでしょうか。こういうことには疎い私どもでも、容易に推測・判断できる内容です。

一方で、今月26日、財政制度等審議会は、今年度の骨太の方針に向けた提言を片山さつき財務大臣へ提出しました。その審議の過程で財務省は、昨年度の経営概況調査を基に介護サービスの利益率を紹介し、訪問介護は9.6%、通所介護は6.2%、居宅介護支援は6.2%などと例示し、全サービス平均は4.7%だと説明。いずれも中小企業の平均の3.8%より高いとし、介護報酬の適正化を主張したことは周知の事実でございます。これに対し、経営概況調査等の実施主体として、どのような見解や意見をお持ちか教えていただきたいと存じます。

私たち認知症の人とその家族は、介護保険サービスを利用する側の立場として、介護保険制度は本当にありがたい制度だと大変感謝しております。要介護者にとって、家族にとって必要なサービスばかりです。介護保険は在宅生活を送るに当たって、そして、訪問介護は在宅生活を送るに当たって、最も重要な介護サービスの類型の一つです。昨今、訪問介護事業所の休止・廃止、業務縮小、事業者の倒産などを目の当たりにし、私たちの介護のある暮らしを脅かされかねないとの懸念から、大きな不安を抱えています。

また、以前から医療関係の委員の方から、訪問介護が駄目になったら在宅療養も成り立たなくなるという趣旨の御意見もありました。日本の要介護者やその家族が安心して暮らせるための大切なインフラを、目先の社会保険料抑制等のために壊してしまうことがないことを、ただただ願うあまりの質問ですので、お含みおきください。

次に、資料6「居宅介護支援」についてです。居宅介護支援につながるまでの実際の基本的プロセスは、認知機能や身体機能の低下で日常生活に支障が出てきた場合に、圏域内の地域包括支援センターに相談し、この場合、民生委員が仲介する場合もきっとあるでしょう。そして、要介護認定申請を行い、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所を紹介してもらうというのが一般的ではないでしょうか。したがって、居宅介護支援事業所は広域サービスですが、実態的には地域包括支援センターの圏域内や、その近隣事業所のケアマネジャーさんが担当することが多いと思います。当然のことながら、居宅介護支援事業所、いわゆるケアマネ事務所を拠点とした場合は、要介護者の居宅とは比較的近い距離である場合が多いと推測されます。

資料6、59ページには、介護支援専門員のテレワークの実施状況が示されています。そこには「事業所所在地では支援できない利用者を支援できる」と回答した事業所が11.7%と、メリットを示す内容があるものの、一方で、テレワークの実施場所として、事業所所在地とは別の都道府県の自宅やサテライトオフィスとの回答が13.6%。そして、テレワーク中の緊急発生時において管理者が対応できない事業所が6.5%。そもそも体制を整備していない事業所が28.6%あったとあります。

介護支援専門員の方々には、独り暮らしの認知症要介護者を居宅介護支援、そして人道的支援による、シャドーワークなどとも呼ばれていますが、いわゆる法定外業務で在宅生活を支えていただいていることに改めて感謝申し上げます。また、担当介護支援専門員で解決できない相談や事象については、居宅介護支援事業所として対応していただき、大変

助かっております。このような実態の中で、緊急発生時における介護支援専門員、そして居宅介護支援事業所の役割は非常に重要であると言えます。テレワークの顕在化しているデメリット、及び潜在化しているデメリットを解消するために有効な策を講じていただくことを要望いたします。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

御質問につきましては、事務局のほうでいかがでしょうか。

○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。

御質問といいますか、今後の収支差率の見方というところかと思っておりますが、論点にもまさに書いてありますように、訪問介護の事業経営というのは、訪問介護の所在する地域によって様々、そして事業所の規模。これは訪問介護といえば利用回数ということで測られるわけでありますけれども、その事業所の規模。そして、もう一個の事業形態という言葉だけだと分かりにくいのですけれども、一戸一戸、居宅を回られる訪問介護のパターンと、それから、いわゆる集合住宅におられる利用者さんに専らサービスを提供されるパターンと、様々でございます。

ですので、我々としては、ここに書かれているポイントとしては、全国平均で収支差率何%というところで、この訪問介護の報酬を考えるということではなくて、地域、規模、事業形態によって、恐らく経営の状況は違うというところかと思えます。そこを丁寧に見た上で、どういったところが課題なのかといったことを踏まえながら、しっかりと状況を丁寧にしながら報酬の在り方を考えていきたいといった論点をお示ししたものでありますので、そういった姿勢でまさに御議論いただきたいと考えております。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

志田委員、いかがでしょうか。

○志田委員 ありがとうございます。

できれば、今回審議会のほうで出ていた介護報酬の適正化、この数値を持ち出して適正化ということが言われていることに対して、御意見があればお聞かせいただきたいと思います。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 まさにそこは※で書いてあるところに関わるころかなと思っております。高齢者の住まいに対するサービス提供の在り方、一戸一戸回るパターンと、いわゆる集合住宅の利用者さんがおられるところで、同じ訪問介護事業所でも一緒に扱っていいのかどうかという観点での財政審の御意見だったのかなというふうに受け止めております。そういった違いも意識しながら、課題を丁寧に把握しながら対応していきたいというスタンスでございます。

○志田委員 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、今日は会場の方が非常に少ないので、まず最初に会場の方からお願いしたい

と思います。

それでは、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員　ありがとうございます。

まず、訪問介護につきまして意見を述べさせていただきます。中山間地や離島等を含め、急速に人口減少し、人材確保が困難な地域の事業所を評価するためには、それ以外の事業所等と幾つかの区分で類型化できないか、検討する必要があるのではないかと考えております。人材不足の中にありましても、11ページでは、3大都市圏を中心に、請求事業所数のほうは急速に増加傾向にあり、また逆に、36ページでは、都市部よりも中山間地や離島等のほうが集合住宅等の利用者割合が高い結果が出ております。34ページのマル2の訪問回数別の収支差率では、訪問回数801回以上の事業所のほうが収支差が明らかに大きい結果となっております。

このため、訪問看護も含めまして、他の訪問系サービスでも同様の傾向がございますが、特定の地域におきましては、前回改定で差が拡大した同一建物減算を回避するため、同一建物や同一法人からのサービス提供に該当しないようにするようなビジネスモデルが増加している可能性もありますので、可能であれば何らかの形で精査も必要ではないかと考えます。

また、36ページにありますように、訪問介護を担う人材につきましては、都市部でも不足しており、夜間も継続的にサービスが必要な場合は、1事業所では確保できず、ケアマネジメントの中で複数、時に3事業所以上へサービス提供を依頼して自宅生活を支えている例もございます。このため、時間や回数による評価だけでなく、人材確保を主眼とするため評価の視点を変えて、例えば常勤雇用など人材確保状況を評価できるようにすればどうでしょうか。事業所の持続可能性が高まり、新たな職員採用の場合でも最初から常勤職員を採用できるようになり、若年齢化が進む可能性もあるのではないかと考えております。

続きまして、資料3「訪問看護」についてでございます。前述のとおり、10ページでは、同じく訪問系サービスで請求事業所数が増加傾向にあり、とりわけ昨年1年間で、東京都では188事業所、大阪府では400事業所程度増加していると伝え聞いております。比較する上で、今後、他のサービス同様、人口10万人当たりの平均数も加えていただけるとありがたいと考えております。

資料4「訪問リハビリテーション」についてでございます。42ページで、認知症短期集中リハビリテーション実施加算では、「対象となる利用者がいない」というところが最大になっておりますが、対象利用者把握のため、例えば認知症カフェを企画する地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等との連携が促進されるような取組も検討してはどうかということでございます。

資料6「居宅介護支援」についてでございます。訪問時の安全対策へ向けた環境整備の一つとして、他の訪問系サービスで導入されている2名派遣につきまして、居宅介護支援でも導入について検討する時期が来ているのではないかと考えます。また、その際の利用

者からの同意書の取得が要件となっていることにつきましては、課題があり、取得困難な場合など、やむを得ない場合を除くという要件とすることについても、検討をお願いできればと考えます。

10ページで、受給者数が増加傾向にあるにもかかわらず、7ページでは事業所数が、こちらは訪問系サービスとは逆に減少傾向となっております。39ページには、高年齢化による退職や、反対に若年層の従事者の減少など、様々な要因の中で人材確保が困難になっていると想定されており、直近の有効求人倍率8.2倍、これは令和8年4月の中央福祉人材センター・バンクの統計でございますが、となっております、介護支援専門員の人材確保困難な状況が続いております。

15ページの経営実態調査では、赤字事業所が4割以上となっていることから、事業所の経営困難も予想され、基本報酬の引上げが必要ではないかと考えております。

給与面では、常勤1人当たり月額給与額が42万9647円となっておりますが、当協会が6月に実施しました給与調査では、法定福利費等が含まれていないなど、調査の前提は異なるものの、速報値では月額32万8316円、これはn数426件となっております、加算の導入が図られたばかりで恐縮ですが、引き続き処遇改善加算の上乗せや拡充が必要ではないかと考えております。

また、同じく7ページでは、前回改定で指定が受けられるようになった介護予防支援事業所の請求事業所数が出ておりますが、指定が少ない状況が見られておりまして、依然、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への移行が進みにくく、センターの負担軽減が進んでいないことも想定されます。居宅介護支援事業所における介護予防支援事業所の指定が進むように、引き続き検討すべきと考えております。

特に、42ページに要支援者の介護予防支援における労働投入時間が示されておりますが、平均的には居宅介護支援の報酬と業務との比較をした上で、介護予防支援の報酬に相応した業務内容となるよう、作成書類の縮減と簡略化、また、モニタリングによる訪問は3か月に1回以上となっておりますが、毎月の利用票持参のための訪問を求められる場合もあると伺っており、何とか訪問時間の縮減方策につきましても御検討いただければということでございます。

また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の特定事業所加算算定事業所におきまして、24時間連絡体制の確保を求められる場合に、職員本人による時間外の携帯電話の所持ではなく、併設や関連施設で一旦受け付けたり、施設系のようにオンコール代行業所による対応も認めるなど、職場環境改善へ向けて方法の多様化を通じて緩和の検討もお願いできればということでございます。

資料7「福祉用具・住宅改修」についてでございます。38ページに、上限価格の仕組みにより減額を余儀なくされていると思われる商品数が88.7%、17ページでは、福祉用具貸与の収支差率、税引き後2.6%と、厳しい経営状況が示されておりまして、福祉用具貸与価格の上限設定、インフレ、コスト上昇に対応が難しく、値下げを余儀なくされている例も

聞かれております。物価上昇を勘案した見直しの検討が必要ではないかと考えます。この際、新たな上限設定の見直しについては、例えば既存商品を行わず、新商品のみに限定して各種の変更事務を簡素化できるようにしてはどうでしょうか。

また、購入を選択した利用者のうち、購入した用具の使用を取りやめていた利用者が一定数存在しており、短期間で使用取りやめとなる理由について、長期利用を見込む困難さがあるものと考えられます。物価高騰していることもありまして、特定福祉用具販売・住宅改修の支給限度額についても、基準額の引上げを検討してはどうかと考えます。

また、今後のおひとり暮らしや認知症高齢者増加に伴い、福祉用具の活用は不可欠であり、安全な福祉用具を供給する明確な基準設定も検討が必要ではないかと考えます。

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、平山委員、どうぞ。

○平山委員 連合の平山です。

まず、訪問介護について、資料1の33ページの自治体調査の集計状況の概要では、令和6年6月から8月に休止・廃止した事業所は前年同期より増加しており、理由は「人員の不足」が最も多く、次いで「経営戦略上の事業所の統廃合」となっています。一方で、「介護報酬に伴う収入減」は7件となっています。この調査は約2年前の状況を対象としており、前回改定の影響を適切に評価するためにも、直近における休止・廃止の状況やその理由など、現在の実態について、今後お示ししたいと考えます。

次に、資料39ページのところに訪問介護におけるタスクシフト・タスクシェアの推進支援が示されております。地域資源との役割分担や協働は重要ですが、地域によっては社会福祉協議会等への委託やボランティアが担う取組はあるものの、その担い手の確保も課題となっています。また、現場からは、豪雪地帯では訪問介護員が利用者宅に入る際の駐車スペースを確保するための除雪を行う必要があり、サービス開始前にシャドーワークが発生しているとの声もあります。こうした地域特有の継続的な負担については、現行の支援策の効果を検証するとともに、補正予算による一時的な支援にとどまらず、介護報酬における評価も含め、サービス提供体制の確保に向けた制度上の対応が必要と考えます。

介護以外の分野も人材不足や資源不足が深刻です。業務移しだけでは課題は解決しないことから、国として人材確保とサービス提供体制の確保に取り組む必要があると考えます。

次に、資料2の「訪問入浴介護」についてですが、こちらも深刻な人材不足と聞いております。その中で、派遣職員やスポットワーカーなど、多様な働き手を組み合わせてサービスを維持している状況があります。そうした中で、サービス提供体制強化加算の健康診断要件に関し、派遣元で健康診断が実施されていなかったことを理由に加算を取り下げ、返還を求められた事例が訪問入浴介護現場で発生したと聞いています。今後、短期人材の活用はさらに広がると考えられますが、健康診断を受ける機会を確保していると判断されるための具体的な基準が明確でないままでは、人材確保にも加算取得にも支障が生じます。

この課題は、訪問入浴に限らず、健康診断要件は全てのサービスに共通しますので、健康管理や利用者の安全確保の重要性も踏まえつつ、自治体間で判断が分かれないう、明確な運営基準の整備をお願いしたいと思います。

また、訪問系サービスの現場からは、サービス提供時間だけでなく、訪問先までの移動時間や移動コストについても適切な評価を求める声が寄せられております。特に中山間・人口減少区域では、利用者宅や次の訪問先までの移動距離が長く、サービス提供時間以上に移動負担が大きい実態があります。こうした地域の実情も踏まえ、移動に係る負担の評価については検討が必要と考えます。

また、資料30ページには、当日キャンセルの回数に関し、1か月平均約5.2件となっております。利用者の当日キャンセルが発生した場合でもキャンセル料を徴収していない事業所が多く、訪問に要した燃料費や人件費が補填されないことで経営が厳しいという声もあります。安定的なサービス提供体制を維持する観点から、こうした負担への対応についても検討をお願いしたいと思います。

次に、資料6「居宅介護支援」についてです。6月1日に起きたケアマネジャーが被害を受けた事件を受けて、現場では不安が広がっており、ハラスメント対策だけで終わらせないでほしいという声が多く出ております。暴力や暴言は許されませんが、利用者や家族も介護負担や生活不安で追い込まれている場合、その受け止め先がないことから、結果、ケアマネジャーが抱え込む形になっています。ケアマネジャーの努力や善意に依存するのではなく、働く人も利用者も家族も守れる制度が必要です。

ここで現場の御意見を2つ紹介します。1点目は、居宅介護支援事業所が安心して働き続けられる報酬です。事業所が減少し、約7割が同一法人内サービスを併設していますが、これは単独運営が難しい現状を示しています。本来、ケアマネジャーは公平な立場でサービスを選択する役割があり、そのために法人内サービスに依存しなくても安定的に運営できる報酬体系が必要です。また、業務負担に見合った処遇となっておらず、介護職員からケアマネジャーへのステップアップが進みにくい状況も、担い手不足の一因と考えます。今後、在宅サービスをさらに充実させていくためには、ケアマネジャーの確保に向けたさらなる処遇改善が必要です。日常的業務である退院支援や医療連携、困難事例、看取り支援などは、細かな加算ではなく、基本報酬で評価されるべきです。

2点目は、ケアマネジャーの業務の明確化です。現場では、付き添い、入退院手続、ごみ出し、買い物など、本来業務以外の依頼が多くありますが、困っている利用者を前に断りにくいことから、無償で対応せざるを得ない状況となっています。一方で、責任は重く、どこまでが制度上の業務範囲か曖昧なままでは限界があります。ケアマネジャーが担うべき業務とそうでない業務を国として明確化すべきです。生活上必要な支援を介護保険サービスや地域支援につなげ、介護保険で対応できない部分は、保険内外を混同することなく、有料サービスとして利用できる仕組みが必要です。「困っているからケアマネジャーが何とかする」という状況は、もはや持続可能ではありません。本来の役割に専念できるよう、

業務範囲の明確化と必要な支援体制の整備を進めるべきと考えます。

最後に、「福祉用具」、資料7についてですが、福祉用具専門相談員の業務には多くの専門性が求められています。単に用具を貸し出すだけでなく、利用者の状況・状態や生活環境に応じた用具を選定し、安全かつ適切な利用を支援するサービスです。こうした専門性や役割が十分評価されているとは言えません。福祉用具専門相談員は、現在、処遇改善加算の対象外であり、処遇改善につながりにくい実態もあります。そのため、業務を適切に評価するとともに、処遇改善加算の対象に含めることを検討すべきと考えます。また、その際の手続きや書類の簡素化も併せて検討するべきと考えております。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

堀田委員が途中で退席というふうに伺っておりますけれども、堀田委員、御発言ございますでしょうか。

○堀田委員　ありがとうございます。それでは、申し訳ありません、先に幾つかコメントさせていただきたいと思います。

まず、資料1の「訪問介護」についてですけれども、特に大手の事業者さんなどで重度あるいは身体介護に特化したり、あるいはなかなかもうからないと即撤退してしまうというような傾向が見られるのではないかなというふうに、回っていると感じるところです。総合事業であったり、自治体の地域支援サービスのような暮らしを支えるベースとなる事業の提供を評価するとか、37ページの補正予算による支援措置のうち、訪問介護等サービス提供体制確保支援事業というのを上げてくださっていますけれども、こうした中でも、中小や地域密着型の事業所が協働して、効果的・効率的に人材確保もしながら事業を継続していくことを支援するというのを今後も考えていく必要があるかなと思います。

さらに、こうした事業を通じても、様々行われていくであろう中身を精査しながら、訪問看護で機能強化型というのは既にあるというふうに思いますけれども、地域の提供体制の整備の中核となるような働きをしている訪問介護のステーションについて、何らかほかの評価をするといったことも検討してもよいのではないかと思います。

それから、資料3の「訪問看護」です。特に、単身の高齢者などが増える中で、軽症だったり、中等症の救急搬送が増加しているというふうに認識しています。そうした中で、訪問看護による予防ケアの機能に着目して、要介護度に関わらず必要な訪問看護が入れるようにという環境整備については、検討の必要があるのではないかと考えています。もしかすると、それを考える上では、予防ケアとは何かであるとか、そうした視点に立ったアプローチというものを丁寧にしていくことも必要になるのかもしれないというふうに思いました。

それから、資料5の「居宅療養管理指導」です。この中では、39ページですが、栄養介入の必要性がないと判断された方々の中に、低栄養もしくはそのおそれがある方が多く含まれているということは、注目したほうがいいのではないかなというふうに思いました。

一方で、これに対して、介護報酬上、どのように対応するかというのはなかなか難しいところもあるかもしれないと思うのですけれども、医師が迅速に指示ができるようにという観点で、日常的に低栄養の予防事業とか医療・介護の栄養連携などを通じて、管理栄養士あるいは多職種が栄養スクリーニングを行って、医師による迅速な指示につなげていくといったようなタスクシフトとかタスクシェア型の制度設計をしていく。

しかし、そのためにも管理栄養士に求められるコンピテンシー、期待が高まっているわけですが、きちんと身につけられるような教育の在り方ということも検討していく必要があるかなというふうに思っています。

最後に、資料7の「福祉用具」です。物価高騰とか人件費の増加などで事業所の負担が増加している中で、上限価格があることでレンタル価格を値上げできないために、何とか件数を増やそうというふうに考えて、今も福祉用具相談員の話題がありましたが、相談員の教育になかなか時間が割けないなど、サービスの質に影響が出ていないかということを中心にきちんと見極めつつ、上限価格の在り方の見直しについて議論する必要があるのではないかなというふうに思っています。

すみません、ちょっとまだまとまっていないところもありましたが、以上です。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した。

それでは、オンラインの方々に順番に御発言いただきたいというふうに思います。

まず、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、訪問介護について3点意見を申し上げます。

1点目は、訪問介護の経営状況と地域での安定的なサービス提供についてです。論点において、収支状況について、全国平均による多寡だけを見るのではなく、特性を踏まえて検討を進めることが必要ではないかと示されておりますが、このことには強く賛同いたします。概況調査では、収支差率9.6%、金額にして月額31万6000円という数字が示されました。しかし、令和6年度改定において、平均的な収支差率の数字だけを根拠に議論が進み、マイナス改定となったことで、特に小規模や在宅ベースの訪問介護事業所の運営は、深刻な人材不足も相まって限界に達しています。次回改定に当たっては、この収支差率だけを見て議論するのではなく、事業所の立地や規模、対象の利用者といった特性をきめ細かく分析し、地域でサービスを安定的に継続できるような実態に即した慎重な論議をお願いいたします。

2点目は、特定事業所加算における重度者等対応要件の緩和についてです。これも論点にある算定率が低い加算と、地域の提供体制の確保に関する課題です。現在の訪問介護の受給者割合を要介護度別に見ると、要介護2以下が約6割を占め、要介護1・2・3を合わせると全体の約75%となります。一方で、重度者要件などが設定されている特定事業所加算Ⅴの算定率は、事業所ベースで0.3%と、ほぼ算定されていない低調な状況です。在宅

ベースの事業所が運営を安定化できるよう、重度者の要件を緩和し、現在の加算IIを算定している事業所の多くが加算Iに移行できるようにすべきと考えます。

3点目は、複雑化したサービス体系の簡素化の観点から、認知症専門ケア加算I・IIについてです。論点にも、利用者の分かりやすさや事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算をどう考えるかとあります。本加算で認知症介護指導者養成研修の修了者を配置する要件が求められていますが、この研修は事業所内での指導というよりは、地域の実践リーダー等の養成を本意とするものであり、特に小規模な事業所が多い訪問介護においては、絵に描いた餅になってしまいます。実態として加算Iの算定率が0.1%、加算IIに至っては0%と、皆無に等しい状況です。過去の分科会で示された他の地域密着型や居宅サービス等においても、同研修を要件とする加算は軒並み算定率が低く、各施設・事業所が目指すべき加算として機能しているとは到底言えません。

全国老協としてもこれまで要望してまいりましたが、制度の簡素化を図りつつ、真に現場の認知症ケアを推進するのであれば、加算Iの要件を認知症介護実践者研修修了者、加算IIの要件を認知症介護実践リーダー研修の修了者に変更すべきです。算定率が低い加算については、今回制度の簡素化の流れの中でしっかりと検証、見直しをしていただくことを強く要望いたします。

次に、居宅介護支援・介護予防支援について、2点意見を申し上げます。

1点目は、論点にある算定率が低い加算の考え方に関して、特定事業所加算Iにおける重度者割合要件の緩和についてです。資料によると、特定事業所加算Iの事業所ベースでの算定率はわずか1.71%と、極めて低調な状況です。この最大の要因は、算定要件(5)で求められる要介護3・4・5の割合が40%以上というハードルの高さにあると考えます。現在の要介護度別受給者数の実態を見ると、要介護者のうち要介護3以上の重度者が占める割合は、全体のおよそ35%です。つまり、地域の利用者を広く受け入れ、事業所を大規模化して安定的な運営を目指せば目指すほど、利用者の分布が全体の平均値に近づくため、この40%という要件を満たすことが構造的に難しくなるという矛盾が生じています。

論点にも、ケアマネジャーの担い手不足が見込まれる中、必要なケアマネジメントの提供体制を確保していくための方策とありますが、質の高いケアマネジメントを地域で安定的に提供する体制を維持し、事業所の運営を安定化させるためには、実態に即した重度化要件の緩和が必須であると考えます。

2点目は、論点に上げられている一層の生産性向上や介護事業者の事務負担軽減、利用者の分かりやすさの観点から、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの在り方についてです。資料の現状と課題にも、アセスメントの結果に基づくケアマネジメントプロセスの効率化を図ってきていることを踏まえて、効率的な実施に向けた検討が必要と記載されています。

令和6年度より指定を受けた居宅介護支援事業所が、直接介護予防サービス計画を作成できるようになりました。一方で、総合事業を対象とする介護予防ケアマネジメントにつ

いては、従来どおり地域包括支援センターからの委託で実施する形が残っています。今後、制度の見直しにより、介護予防ケアマネジメントについても、居宅介護支援事業所が直接市町村から受託して実施できるようになる方向と承知しておりますが、そもそも同じ要支援の方であっても、総合事業のみの利用であれば介護予防ケアマネジメント、他の予防サービスも利用すれば予防プランと、わざわざ区分けをする必要があるのでしょうか。現状では、利用者の状態変化によってサービスが追加・変更されるたびに、届出や契約の取り直しといった極めて煩雑な事務作業が発生しています。

そこで、介護予防ケアマネジメントの対象を対象者のみに限定し、要支援者については、全て予防プランの枠組みに統一することを提案いたします。現在、ケアマネジャーは、身寄りのない高齢者の増加に伴い、複雑化する課題への対応で疲弊しています。制度の枠組み自体をシンプルに統合することは、現場の事務負担を大幅に削減して、本来の専門的業務に注力する時間を生み出すだけではなく、利用者や御家族にとって直感的に理解しやすい、分かりやすい制度へとつながります。制度の簡素化と実効性のある要件緩和について、積極的な検討をよろしくお願いいたします。

最後に、先般、埼玉県川口市において、訪問中の介護支援専門員が理不尽に命を奪われるという大変痛ましい事件が発生いたしました。本日の資料にも、暴力やハラスメント対策に関する研究がございますが、密室となる訪問現場では、職員が死傷やハラスメントの被害に遭うリスクに加え、逆にサービス提供者側による不適切なケアや虐待が発生してしまうリスクも懸念されます。こうした事態を防ぐためにも、最も有効な予防的措置は、状況に応じた複数名での訪問と考えます。現在、国からは、自治体に対して、複数名訪問に関する支援の活用等が依頼されていますが、現場で働く職員の命と安全を確実に守り抜くために、今後は複数名で訪問した際の報酬上の加算の創設を明確に検討していくべきであると強く要望いたします。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、今井委員、どうぞ。

○今井委員　ありがとうございます。民間事業推進委員会の今井でございます。

私のほうからは、4点ほど意見を述べさせていただきます。

まず、1点目でございます。訪問介護事業所におけるサ責の設置要件についてでございます。現行制度においては、原則として利用者40人ごとに1人以上の配置が求められておりますけれども、現在でも一定の条件を全て満たすと、利用者50人ごとに1以上に緩和される場合がございます。特に、サ責の配置が困難になりつつある状況の中でいいますと、ICTの活用などにより効率的に質の確保が行われるような場合は、設置要件の人数を撤廃もしくは緩和するなどの措置を講じてほしいと存じます。

2点目でございます。訪問介護における特定事業所加算の要件の緩和についてでございます。先ほど小泉委員のほうからもございましたように、この特定事業所加算のそもそも

は、専門性の高い人材の確保、それから、サービスの質の向上に取り組む事業所を評価する制度、このように認識しております。しかしながら、地域の実情や人材不足により、常時の加算取得が困難になりつつあります。特に重度者対応要件については、利用者層の偏りや医療的ケアに対応可能な職員の確保、介護福祉士の配置割合や勤続年数基準、24時間連絡体制の確保についても、特に小規模事業所においては対応が困難である場合が多く見られます。したがって、この事業所の規模や地域の実態を踏まえて、要件の緩和などをお願いしたいと思います。

3点目でございます。居宅介護支援事業についての加算の見直しという観点からです。ターミナルマネジメント加算要件の見直しについて、居宅介護支援事業のターミナルマネジメント加算については、令和6年度の報酬改定におきまして、対象疾患の拡大に伴いまして、特定事業所医療介護連携加算の算定に必要なターミナルケアマネジメント加算の算定回数が年間15回以上に変更されました。しかしながら、看取りが必要な利用者への対応は、迅速なサービス調整とか医療職との連携、頻回な利用者宅訪問、きめ細かな対応が求められるということから、事業所の規模により対応できる回数に限界がございます。したがって、ターミナルマネジメント加算の要件については、事業所の規模によって回数を規定するなど、要件の見直しをお願いしたいと思います。

最後の4点目でございますけれども、これはほかの委員の方からも出ておりました。全国の収支差率、特に訪問介護は9.6%と。これは論点どおりに、先ほどありましたように、地域、立地、事業所規模等についても異なるという認識の下、詳細な分析を今後もお願いしたいと要望いたしまして、私の発言は終わりにしたいと思います。

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、山田参考人、どうぞ。

○山田参考人 日本薬剤師会の山田でございます。

私のほうから、資料5につきまして発言申し上げます。

スライド35では、居宅療養管理指導を実施する薬局が、末期の悪性腫瘍、心不全、認知症、中心静脈栄養、医療用麻薬の注射による疼痛管理など、様々な状態の利用者に対応している実態が示されております。特に認知症や心不全の対応は多くの薬局で行われており、薬剤師が在宅の現場で幅広い疾患や状態の利用者を支えていることが分かります。また、終末期のがん患者のみならず、重症心不全などの非がん疾患の利用者に対する緩和ケアや、中心静脈栄養、医療用麻薬の持続投与など、高度な薬学的管理が求められるケースも増えております。

こうした利用者が住み慣れた地域で安心して利用を継続するためには、薬剤師による継続的な関与が重要であると考えております。在宅医療・介護の現場では、薬剤師は医薬品の供給にとどまらず、服薬状況や残薬の把握、副作用の発現状況の確認、服薬環境の整備、さらには処方変更後の影響の評価や医師やケアマネジャーなどへの情報提供など、医薬品

の適正使用を確保するための継続的な管理を担っております。特に処方変更直後や副作用リスクの高い薬剤使用時、認知機能の低下等により服薬管理が不安定な場合には、比較的短い間隔での確認が必要になることがございます。

今後、高齢化の進展に伴い、医療・介護の双方の視点を必要とする利用者はさらに増加すると考えております。薬剤師が多様な疾患や状態の利用者に対応し、多職種と連携しながら在宅療養を支えていくためには、介護保険における居宅療養管理指導費が重要な役割を果たしております。令和9年度介護報酬改定の検討に当たりましては、利用者に必要なサービスが継続して提供されることはもとより、地域で在宅医療を支える薬局の運営にも影響が生じないよう、十分御配慮いただきますようお願い申し上げます。

なお、令和8年度診療報酬改定において、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定間隔が、実情を踏まえ、従来の中6日以上から週1回へと要件が見直されました。居宅療養管理指導においても同様の取扱いとしていただくようお願い申し上げます。

私からは以上でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、田母神委員、どうぞ。

○田母神委員　ありがとうございます。

まず、訪問系サービス全般についての意見でございますが、2040年に向けて、85歳以上人口の増加等により、訪問系サービスの需要がさらに高まることが見込まれております。居宅での生活を希望する利用者が、安全・安心で質の高いサービスを利用できるような提供体制の構築が不可欠と考えます。令和8年度介護報酬改定では、介護職員等処遇改善加算の対象に新たに訪問看護事業所などが含まれ、また多くのサービスで加算率が引き上げられましたが、物価高騰の影響が依然として大きく、人材確保が困難との声も多く聞かれております。他産業と遜色のない賃金引上げが可能となるよう、さらなる処遇改善を進めていく必要があると考えます。

事業所運営に関しましても、資料1「訪問介護」では従事者の高齢化、資料2「訪問入浴介護」では資料に示されているとおり事業所が減少傾向にあるなど、事業所の持続可能性に係る課題が示されております。地域偏在への対応を含め、訪問系事業所の安定的な運営がかなうよう、人材確保策の充実・強化とともに、課題に対応するための報酬上の評価の充実が必要と考えます。

資料3の「訪問看護」についてです。49ページの論点にお示しいただいておりますとおり、医療ニーズの高い在宅療養者が増加している中、入院加療後の在宅療養への円滑な移行に向けて、医療機関と訪問看護の連携の下に、入院前から入院中、退院前、そして退院後早期の支援の充実や、状態の変化があった場合に、緊急訪問等を通じて在宅療養者のニーズに的確に対応できる訪問看護の体制を強化し、推進する必要があります。医療保険では、機能強化型訪問看護管理療養費において、訪問看護の体制強化に対する評価の枠組みがございましたが、介護保険においても、重度者の状態の変化に対する体制強化や、地域の

医療機関との人材交流・研修等の取組を含め、切れ目ない看護体制に取り組む事業所の評価が必要と考えます。

関係機関との連携、より質の高いサービスを効果的・効率的に提供する観点からは、訪問看護事業所と医療・介護の関係施設・事業所の情報連携にICTの活用が不可欠と考えております。ICTを活用している訪問看護事業所は増加しており、昨年度、本会が実施したヒアリング調査においても、地域の関係機関とのICTを活用した情報連携により、利用者の円滑な在宅移行や再入院の防止等の効果も示され始めています。医療保険ではICTを活用した情報連携が評価されており、介護保険においても同様の評価が必要と考えます。

また、医療機関の医師との連携において、診療報酬では医師のオンライン診療に当たってのD to P with Nに関する評価が新設され、介護保険でも事務連絡で措置されましたが、今後、高齢者の居宅を中心とした療養を支えるために、介護報酬体系に位置づける必要があると考えております。

最後に、訪問看護事業所では、認定看護師などの専門性の高い看護師が、利用者が住み慣れた地域で療養継続できるよう、専門的な看護を提供するとともに、地域での相談支援などの役割も担っています。25ページにお示しいただいておりますとおり、専門管理加算においては、緩和ケア、褥瘡ケアなどの対応についてのケアが評価されております。特定行為研修についても一部は評価されております。これらについて、現在、評価の対象となっていない認知症ケアあるいは摂食嚥下障害への対応、そして特定行為研修についても評価がされていない分野がございますので、専門管理加算の対象分野の拡大が今後必要と考えます。

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、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、訪問介護と居宅介護支援・介護予防支援について意見を申し上げます。

今回、訪問介護において、33ページで自治体調査の集計状況の概況が報告されている点に注目しております。ここで訪問介護の休止・廃止事業所数が示されており令和5年と6年とを比較して、6年のほうがさらに増えているという結果になっております。ただ、この調査票の回収状況ですけれども、都道府県・指定都市・中核市については全て回収（129/129）、特別区は約7割（17/23）、市町村は約5割（847/1,636）の回収率となっており、一般の市町村の回収率が低いことが分かります。全体の半分ぐらいに相当する789の自治体からは回答が寄せられていないというところが問題なのではないかと思います。

例えば、「なぜ休止、あるいは廃止したか」という理由において、「人員の不足」というのが最も多いということになっており、その通りであると思います。しかし、介護報酬改定に伴う収入減は7件にとどまっているとありますけれども、これは人員の不足に悩み、経営に苦しんでいる人が、介護報酬改定によって追い打ちをかけられたために休止・廃止

に至ったのではないかと想像しております。今回、訪問介護の現状と課題において、請求事業所が微増しているとありました。手元の調査で、2025年の介護事業者倒産件数は176、これは2年連続で最多を更新しているということです。コロナ禍前の2019年と比べても6割ほど増していることになります。そして、3年連続して倒産件数が最多となっているのが訪問介護です。

こういった状況がある中で、今回論点にありますように、「訪問介護事業所は、その立地、規模、事業形態。事業形態というのは、同一建物かどうかという点も含むと思いますが、この事業形態によって経営状況は様々である」と記されております。この指摘は重要であると思います。さらに、「令和9年度改定に当たっては、訪問介護事業所の収支状況について、全国平均による多寡だけを見るのではなく、こうした訪問介護の特性を踏まえて、特に事業形態別について検討を進めることが必要ではないか」という文言があって、これについては是非進めていただきたいと思います。

ただ、その中で、45ページに同一建物等居住者へのサービス提供状況というのがありまして、そこでは、地域別に関わらず、「減算なし」が7割前後となっております。同一建物減算の状況の中で減算がない事業所が7割に上っているというのは、想像以上に多いという印象を受けております。この減算に関して、この状況をどのように見るのか、さらに減算については厳しくすることが考えられるのか、今後については、どのような方向にあるのか、もし分かれば教えていただきたいと思います。

そこを踏まえて、今回、訪問介護でホームヘルパーの人材が大変不足しているということがあります。その労働条件の見直しを考える際には、移動時間・移動距離について、どのように評価するかは非常に重要になってくると思っております。

次に、居宅介護支援については、ケアマネジャー従業者数が横ばいとありますが、実質的には減っております。さらに、居宅介護支援事業所数も、平成30年度をピークに減少傾向です。実際にはケアマネの資格があっても、介護職で従事するという人も少なくないというのが現場の状況であると聞いております。

介護予防支援について、令和6年から居宅介護支援事業所が指定を受けて、直接実施するということになっておりますけれども、実質的には、指定を受けているのは2割程度。もう一方で、居宅介護支援事業所が指定を受けたことによる効果が感じられないという回答が6割に上っているという状況があります。その業務内容や報酬面から見ても、居宅介護事業所が積極的に居宅介護予防支援を引き受けるとは考えられません。

この状況において、さらに地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントにおいて、そのプロセスを省略・変更する介護予防ケアマネジメントB・Cがあるということで、実質的にはそれが2割ぐらい。あとは、従来どおり介護予防ということになっているようですが、利用者の立場から申し上げますと、こうしたことは介護予防へのではないかと危惧しております。本来、介護予防へ重点的に力を入れることによって重度化を防止するという理念が掲げられていたはずでした。しかし、要支援の人は軽度なので介護保険外で対応

するという方向性から、介護予防へ力点が置かれないように、本来とは逆方向に向かって
いるのではないかという懸念を感じております。

最後に、論点で、ケアマネジャーの役割の重要性が増大している一方で、担い手不足が
見込まれるというところについてです。これは第1に報酬の問題があると思いますが、ケ
アマネ業務において、アンペイドワークの問題もさることながら、法定研修についての負
担というのは、多くのケアマネから声を聞いております。今回、更新制は廃止されました
が、定期的な研修の受講は法的な義務として残っています。これに対して、現場のケアマ
ネからは、「むしろ厳しくなった」という声もよく聞いております。なぜなら、正当な理
由がなくて受講しない場合は、1年以内の業務従事禁止処分が科せられるという厳しい条
項がつけられているからです。

これらについて、本当にこのままでいいのか、このままでケアマネジャーの担い手不足
が解消されるのかどうか疑問に思っています。もう少し現場の声、多くのケアマネ自身の
声も多々聞いていただいた上で、この辺の内容については、さらに掘り下げていただきた
いと思っております。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

時間がかかなり迫ってきておりますので、申し訳ありませんけれども、以下、なるべく簡
潔に要点を絞って御発言いただければというふうに思います。

鳥潟委員、どうぞよろしく願いいたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

訪問サービスに関してですが、訪問介護では、同一建物や集合住宅での利用者が多い場
合に、そうではないケースと比べて収支差が高い事業所の割合が多い傾向があります。同
一建物要件について、前回見直しを行ったところですが、訪問の手間等を踏まえて公平な
評価の在り方について検討していくべきと考えております。

また、ケアマネについてですけれども、介護保険部会で議論した際に、今後、介護人材
の確保がより一層求められる一方、複合的な課題を抱える高齢者支援ニーズが増える中、
居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割分担や、医療機関等の他機関との連携
強化、連携して支援に当たる際、専門性をより一層発揮していただくためのICTのさらなる
活用や業務効率化が必要と考えております。そうした評価が適切に行える報酬体系として
いくべきだと考えております。

なお、前回にも申しましたが、今後、人口減少していく中、全ての地域で全ての種類の
サービスを網羅して確保、増やしていくことは現実的ではなく、多機能化や集約化、広域
化が重要と考えます。サービス類型別の議論も重要ですが、最後は利用者目線で必
要なサービスが受けられるよう検討していくべきと考えております。

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。

間利子参考人、どうぞよろしくお願いいたします。

○間利子参考人 ありがとうございます。

私からは、訪問介護の論点を踏まえまして、3点発言させていただきます。

まず、1点目ですけれども、総論的な視点として、訪問介護の関連では様々な課題も指摘されておりますことから、本日示された論点に沿って建設的な議論ができますように、次回に向けて、より詳細なデータや分析結果を広く提示いただければと思っております。

その上で、2点目でございますが、論点で提起されている、利用者の状態に応じて必要となるサービスを安定的に提供するための方策との関連で、14ページの要介護度別の受給者数の構成割合のみが示されております、身体介護、生活援助のサービス提供実態につきまして、その実態がより浮き彫りになるよう、さらに精緻な分析なども示していただければと思っております。

最後に、訪問介護員の不足という課題提起に関連しまして申し上げますと、全てを介護報酬とか介護保険で解決していくということだけではなくて、例えばAIとかICTをさらに活用していくことによる業務効率化、あるいは経営の多機能化などを通じて人材の有効活用を図る取組などを推進し、それを国や自治体も一層支援していくといった方策についても検討していくべきだと思っております。

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した。

では、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ありがとうございます。

まず、訪問介護について、昨年の分科会の議論の中でも、訪問介護は非常に厳しい経営状況にある中で、収支差率が実態に即していないなどの意見がございました。論点にもあるように、「立地、規模、事業形態によって経営状況は様々である」ということも踏まえて、地域や事業規模のデータを細かく精査して、必要かつ効果的・効率的な介護サービスを評価する際には、適正化と重点化といった観点から、めりはりをつけて見直しを進めていただきたいと思います。

続いて、訪問看護について、訪問看護ステーションの理学療法士による訪問看護については、これまでも見直しを行ってきましたが、増加傾向にあります。リハビリテーションの提供が主体となっている事業所もあるようですので、訪問看護の役割も踏まえて、サービス内容や実態に応じた評価などの見直しが必要だと考えています。

次に、訪問リハビリテーションについて、前回の改定で、12か月を超える部分については、減算の見直しを行いました。相変わらず減算の算定率が高い状況になっています。また、資料の43ページには、利用開始24か月後に利用継続して、終了の予定のない利用者が約76%。そして、利用継続の理由として、「本人・家族の希望」、「運動機会や活動量の維持が必要」という点が上げられています。こうした状況を踏まえて、さらなる適正化が必要かどうか、検討いただきたいと思います。

最後に、福祉用具・住宅改修について、福祉用具の選択制の導入については、一定の貸与の減少や販売の増加は見てはとれますが、まだ導入後わずかな状況ですので、引き続き、事業者・利用者等の理解も含めて選択制の利用促進を進めていただき、その効果や影響について継続して検証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。

続けて、長内委員、どうぞ。

○長内委員 ありがとうございます。

3点意見を申し上げたいと思います。

まず、1点目は、資料1の「訪問介護」についてであります。様々な基本報酬の減額については、ほかの委員さんからも言及がありましたので、省略したいと思います。ただ、特定地域居宅サービス等事業の創設につきましては、基本報酬減額の影響への対応を市町村にさせる前に、まずは地域の訪問介護事業者が撤退せずに安定して介護サービスを提供できることが最も重要であると考えます。次期改定に向けては、効率的な経営ができない地域の事業者さんでも安定してサービスが提供できるよう、サービスの実態に即した抜本的な見直しを行うなど、適切な措置を確実に講じていただきたいと思います。

また、人材確保に係る課題としまして、採用に費用がかかる、紹介料の負担が大きいとの意見が多々上げられております。本会にも、事業者が有料人材紹介会社を利用して介護従事者を採用する際の手数料について、その負担が過重となっていることから、事業者の経営を圧迫しているのではないかと懸念の声が寄せられているところであります。訪問介護事業者に対しては、これまでも人材確保に係る支援措置を講じていただいているところではありますが、紹介料が過重となっている現状では、その支援の恩恵を事業者が享受できなくなる懸念もあります。したがって、有料人材紹介会社を利用して介護従事者を採用する際の手数料について、例えば適切な上限設定を設けることを検討するなど、必要な措置を講じていただきたいと思います。

2点目は、資料3・4・5の「訪問看護」「居宅療養管理指導」「訪問リハビリテーション」についてであります。サービス付き高齢者向け住宅あるいは住宅型有料老人ホームについては、居住系サービスと、訪問看護や居宅療養管理指導、訪問リハなどの医療系サービスが連動したビジネスモデルが確立されているような状況が、資料データからうかがえます。限られた人的資源が真に介護サービスを必要とする方へ提供されるよう、特に要支援・要介護1など軽度者については、介護予防・重度化防止の視点で効果的なアウトプットとなっているのかを評価し、減算や包括報酬というような新たな報酬体系も含めての検討が必要であるのではというふうに考えております。

最後に、資料6の「居宅介護支援」についてであります。ケアマネジャーについては、令和8年度の臨時改定において処遇改善加算の対象に追加していただきまして、一定の処遇改善措置を講じていただいたところであります。しかしながら、ケアマネの人材不足の

声はいまだやまないことから、今後についても継続して処遇改善加算の対象としていただきたいということ。それと、さらなる処遇改善措置を講じて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した。

時間が迫っているのですが、今、お手を挙げていらっしゃる方がまだ数名いらっしゃいますので、申し訳ありませんけれども、少し時間を延長させていただいて、続けさせていただければというふうに思います。

それでは、伊地知参考人、どうぞ。

○伊地知参考人 よろしくをお願いします。

意見を2点申し上げます。

1点目が、訪問介護についてでございます。中山間・人口減少地域においては、高齢者人口の減少に加え、利用者が広範囲に点在しており、サービス提供の効率性が低いことから、地方の訪問介護事業所においては、基本報酬引下げの影響もあり、厳しい経営状況が続いております。つきましては、利用者が散在する地方の事業所の運営に支障が生じることのないよう、移動に係る経費・時間を適切に考慮した評価を行うなど、実情に即した制度設計をお願いいたします。

2点目は、複数名訪問加算についてでございます。訪問介護・訪問看護におきましては、利用者からの暴力行為、著しい迷惑行為、器物損壊行為等が認められる場合に算定可能な複数名訪問加算が設けられていますが、算定要件として、利用者または家族等の同意を得ること及び利用者本人による行為であることが求められております。しかしながら、介護現場において、利用者等による暴力、ハラスメントが深刻化している現状を踏まえ、利用者等の同意を得ることが困難な場合や、当該行為が利用者の家族等による場合においても適切な対応が可能となるよう、加算の対象範囲の拡大を含め、算定要件の見直しについて検討をお願いします。

また、介護サービス事業者の安全確保の観点から、複数名訪問加算の対象となるサービスの範囲の拡充についても検討をお願いいたします。

以上でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、今村委員、どうぞ。

○今村委員 ありがとうございます。

私のほうからは、訪問介護について2点意見を述べさせていただきます。

まず、スライド48ページの論点の1つ目でございますけれども、訪問介護における人材不足を議論する際には、単に介護人材を確保するだけではなくて、介護福祉士をはじめとする専門職が専門性を十分に発揮し、その知識・技術を次世代へ継承できる環境を整備する視点が重要であると考えます。訪問介護では、利用者の心身の状況や生活環境を的確にアセスメントし、自立支援・重度化防止を図るほか、認知症や医療ニーズの高い利用者、

独居高齢者への対応など、高い専門性が求められています。

また、1人で利用者宅を訪問する業務の特性上、サービスの質を維持・向上するためには、同行訪問や事例検討等による人材育成・技術の継承、他職種との連携が不可欠です。しかし、これら質を支える取組は、現行の報酬体系では十分に評価されておりません。さらに、訪問介護事業所が存在しない自治体も生じ、近隣自治体の事業所がサービスを担うケースが増えております。移動時間の増加というものは、サービス提供の効率や事業所の運営、人材確保にも影響を及ぼすことから、地域の実情に応じた提供体制を維持・確保するための評価についても検討が必要だと思います。

訪問介護の価値は、提供した回数や時間だけではなくて、利用者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支える点にあると思っております。2040年を見据え、持続可能な訪問介護の提供体制を構築するためには、サービス提供に加え、人材育成、技術の継承、多職種連携など、専門性を支える取組を適切に評価するとともに、介護福祉士をはじめとする専門人材が定着できる職場環境や処遇を確保できる報酬体系とする必要がございます。その実現に向けては、訪問介護の基本報酬の引上げを含めた整理が必要だというふうにも考えているところです。

なお、スライド39ページでございますけれども、訪問介護で介護保険の対象となる具体的なサービス内容につきましては、いわゆる老計第10号通知に示されております。この通知では、身体介護・生活援助とともに、サービスの準備等として、健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、サービス提供後の記録などが位置づけられており、サービス提供を準備から記録までを含めた一連の過程として整理されております。実際の訪問介護では、これらの過程を通じて、介護予防、自立支援、認知症ケア、終末期ケアなど、利用者の状態に応じた専門的な判断と支援が日常的に行われております。

スライドに示されている業務分担のイメージ図には、生活援助サービスに該当する行為が例示されておりますが、実際の訪問介護は、こうした行為だけを切り分けて提供できるものではございません。訪問介護におけるタスクシェア・タスクシフトを検討する際には、サービス全体が一体的な専門職の実践として成り立っていることを踏まえ、その専門性やサービスの質を損なわない制度設計とする必要があるというふうに考えて意見とさせていただきます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

では、東委員、どうぞ。

○東委員　ありがとうございます。

まず、資料1の「訪問介護」でございます。10ページに訪問介護の請求事業所数が出ております。前回の令和6年度介護報酬改定以後、訪問介護事業所の廃業が増えているとニュース等でもデータが出されていたと記憶しておりますが、この資料を見ますと、事業所数は、若干ですが、むしろ増えております。これは廃業しているところも多いが、新規参

入も多いということだと思います。また、訪問介護・訪問看護・看多機等を内包したサ高住や有料老人ホームについては、収益性の高いビジネスモデルとして今でも増え続けているわけです。したがって、この廃業になった事業所及び新規参入された事業所は、同一建物事業所だったのか、または同一建物以外の単独の事業所だったのか、内訳をお示ししていただきたいと思います。

次に、資料1の34ページ、マル4、同一建物減算有無別の収支差率のグラフが出ております。5%以上の収支差率があるところを見ますと、同一建物減算「有」のほうが収支差は高いように見えます。

また、同じページのマル5、集合住宅等の利用者の割合別の収支差を見ましても、80%以上のところを除くと、集合住宅の利用者の割合が高いほうが収支差率は高いように見えますが、そのような認識でよいのでしょうか。直近の介護事業経営概況調査の結果では、同一建物とそれ以外の事業所にあまり収支率に差がなかったという結果が出ていたような記憶もあるので、これは質問でございます。

次に、資料3「訪問看護」についてです。13ページに法人等種別の訪問看護事業所数の推移が出ておりますが、営利法人立の訪問看護が急速に増えていることが分かります。このように、営利法人立の事業所数が急増している実態をもう少し分析することも必要なのではないでしょうか。例えば、先ほどから申し上げたビジネスモデルとしての集合住宅内包型の訪問看護が、営利法人立の訪問看護のどれぐらいを占めているのか等をお示しいただきたいと思います。

また、資料3の47ページに訪問看護ステーションの理学療法士等による単位数のグラフが出ております。先ほどほかの委員からもありましたが、訪問看護からの訪問回数が、看護師より理学療法士のほうが多くなっているように思われます。本来、訪問看護は訪問看護師による訪問看護を適切に評価すべきだと考えます。訪問看護からのリハ職の訪問と、訪問リハ事業者からのリハ職の訪問をきちんと分けて適切に評価していただきたいと思います。

資料4「訪問リハビリテーション」についてです。43ページに介護予防訪問リハの利用状況が示されております。利用継続が長いのが悪いというような資料の出し方かなというふうに感じました。令和6年度介護報酬改定におきましては、介護予防通所リハにおきまして、要支援が要介護状態にならないように維持されているということを評価されて、12か月減算というのがなくなったところでございます。私は同様に、介護予防訪問リハにおきましても、要支援状態を長く維持しているということは評価されるべきだと思います。そこで、訪問リハの減算の廃止を考えていただきたいと思います。

次、資料6「居宅介護支援」ですが、15ページに居宅介護支援の収支差率が示されております。直近6%を超えているわけですが、現場感覚からしますと、一般的な独立した居宅介護支援事業所で、このような高い収支差率があるとは思えません。居宅介護支援につきましても、集合住宅に係る事業所と一般的な事業所に分けて収支差をお示ししていた

だきたいと思います。

最後に、福祉用具・住宅改修でございます。資料7の38ページに福祉用具貸与価格の上限価格設定の影響で、全体の88.7%の商品が減額になっているとのデータがございます。しかし、福祉用具貸与事業所におきましても、インフレによる福祉用具のコスト上昇が年々厳しくなっており、上限価格の仕組みによる価格の減額というものは、経営的に大変厳しいと思われます。先ほど濱田委員からも発言がございましたが、私もこの新たな上限価格の見直しにつきましては、新商品のみに限定する等、物価上昇を勘案した見直しをすべきと考えます。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

御質問もあったのですが、次回以降対応させていただくということでよろしゅうございましょうか。

○東委員 結構です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 それでは、資料に沿って意見を幾つか述べさせていただきたいと思います。

まず、訪問介護につきまして、口腔連携強化加算があります。これは訪問介護に限ったことではなく、訪問系サービスとショートステイサービスに共通の加算ですけれども、どのサービス類型においても算定が極めてゼロに近いです。これは歯科医療機関と居宅介護支援事業所、2か所に情報提供しながら、報酬がわずか50単位ということでは、労力的にもなかなか費用で賄えるものじゃないと思っておりますので、リハと栄養と口腔の一体的取組は重要ですから、またいろいろ見直していただければと思います。

次に、認知症専門ケア加算です。前回の改定で、27ページにありますように、要件を緩和したにもかかわらず、全く算定が増えておりません。これにつきましては、先ほど小泉委員等もおっしゃっていましたが、認知症介護実践リーダー研修の要件が入っており、特に居宅サービスにおいては、極めて研修受講者が少ないと思っております。

また、これは全国一律の介護報酬の算定要件で、ほかの加算等にも複数、この認知症の研修受講要件が入っているのですけれども、都道府県によっては費用がかなりまちまちで、高いところは1人7万円ぐらいかかりますし、日数も長いです。それから、手挙げしても必ずしも採択されません。要は、抽選式みたいになっておりますから、これを算定要件に入れるというのはいかがなものかと思っておりますので、これは事務局にまたお示ししていただきたいのですけれども、全国の都道府県の実態についてです。こういった認知症の各種研修を受けた人数とか費用とか、あるいは採択の選定状況とかを一度お示ししていただかないと、大きく改定に影響すると思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

続いて、訪問看護ですけれども、先ほど東委員もおっしゃっていましたが、17ページにリハビリ専門職の訪問割合があり、そこを見ますと、要支援については約半数、要介護

者については3分の1の訪問がリハ職であり、単位数についても同様な割合となっております。中には、リハ職のほうが看護職より多いステーションもございます。これは本来のあるべき訪問看護あるいは訪問看護ステーションではなく、かなり乖離した状況だと思いますから、ぜひこういったものは報酬改定であるべき姿に誘導をかけていくべきだというふうに思っております。

続きまして、41ページに看護体制強化加算がございますが、算定率が10%でずっと低調な状況です。特別管理加算の要介護度別の割合が出ておりますけれども、要介護1から5にかけて、いずれも1割台になっております。また、43ページには、ターミナルケア加算の算定の割合が9%で出ておりますので、これについては、実態を踏まえた上で要件を見直す必要があるのではないかなと思っております。特に、同じステーションでターミナル期に介護保険から医療保険に最期は切り換えるケースがかなり多いので、同じステーションで手厚くターミナルケアを行いつつ、最期、医療保険に切り換えた件数は何らかの評価ができるのかどうか、検討が必要ではないかなと思っております。

続きまして、訪問リハビリテーションについて、36ページにこれまでも出されているリハビリテーションの提供内容の資料がありますが、これは訪問リハですから、特にIADLあるいは参加に資するリハビリテーションを推進するためには、そういったリハビリテーションをより評価していくのかどうか、この点は検討課題だと思っており、通所リハビリテーションには、リハビリテーションや口腔を一体的に推進するためのリハビリテーションマネジメント加算（ハ）というのが前回できまして、栄養とか口腔の情報も踏まえながらマネジメントするというものですが、そういったものは訪問リハにも必要ではないかというふうに思っております。

42ページに認知症短期集中リハビリテーションが出ております。算定できない理由の2番目に、身体の短期集中リハビリテーションとの併算ができないということになっております。仮に併算できたとしても、時間的にも物理的にも不可能だというふうに思っています。認知症の方とスタッフがなじみの関係にならないと、まずリハやケアの提供にはつながらないので、特に認知症は、むしろ初期にするべきかどうか。短期集中の3か月以内とか、サービス利用開始時がなじむかという、そうではないというふうに思っていますので、認知症短期集中リハの実施時期については、随時必要なときに提供できるように見直すべきではないかと思っております。

43ページの予防リハについては、先ほど東委員もおっしゃったように、前々回、前回の改定と2回続けて議論してきたわけです。続けているから維持できているのかどうか、まだまだちゃんと検証もできていないし、実際、我々の現場で取組の感覚からすれば、中止すると悪化するのではないかということは容易に想像できるわけですので、この辺りはぜひ継続する意義を十分御理解いただきたいと思います。

続きまして、居宅療養管理指導の26ページに、医師の居宅療養管理指導が、高齢者住宅系、集合住宅の総戸数の55.4%の実施割合と示されておりますが、これまでいろいろなデ

一タで、介護付きとか住宅型とかありますが、高齢者住宅の入居者の約半数近くが要介護3以上です。したがって、これは当たり前の数字でありまして、当然、これはそういう意味であると我々は捉えておりますので、申し上げたいと思います。

最後に、居宅介護支援について申し上げます。18ページに特定事業所加算がありますが、1については極めて算定が低く、特に（5）の項目に要介護3～5は100分の40以上。これについては小泉委員も指摘があったと思いますけれども、その前の資料を見ると、要介護3～5が今回の資料でいくと、居宅介護支援の利用者のうち27%程度です。したがって、この100分の40というのも実態に合わせて見直していく必要があるのではないかと思いますし、また、この算定を死守するために、軽度者の対応を仮に敬遠することがあっては、これは好ましいことではありませんので、そういったことにも配慮が必要だというふうに思っております。

それから、24ページのターミナルケアマネジメント加算と特定事業所加算について、これも算定が極めて低調であります。前回の改定で、特定事業所医療介護連携加算については、それまでが末期の悪性腫瘍、がん末期で年5回だったのですけれども、当時の在宅のがん末期の看取りの割合等を勘案して、15回というのを仮に設定したわけですが、実態を見ると、この15回というのはなかなかハードルが高く、現状は実態を踏まえた上で、この数値、15回以上は緩和すべきではないかなと思っております。特に、介護施設での看取りが増えていますので、その辺りも十分勘案する必要があるかと思えます。

最後に、27ページですけれども、これまで居宅介護支援は、実調や概調では、平均値がマイナスという経営が極めて厳しい状況が長年続いてきたことが背景にあり、その上で、逡巡性の件数の要件を見直して、1人当たりの件数を増やして少しでも経営改善にという形で報酬改定が行われたわけですが、実態としては、例えば見直した部分の40件から50件に対応しているケアマネジャーはほとんどいないのではないかなというふうに思っております。今のケアマネジャーの1人の労働時間では、そもそも月45件でもまず無理であって、平均的にはせいぜい30件台ぐらいだと、三十数件が平均値ぐらいじゃないかなと思っております。

なので、その辺りを含めて、前回、介護予防支援の取扱件数が1件当たり2分の1から3分の1に見直されましたし、それから、ケアマネジャーの人材確保は深刻でございますので、基本報酬自体を引き上げる必要もあるのではないかなと思っております。

介護予防支援を居宅介護支援事業所が市町村から直接受けられるようになりましたけれども、労力の割に報酬設定がかなり低いというのは従前から指摘があるところなので、そういったところも併せて見直していく必要があると思います。

最後に、事務局をお願いなのですが、今日の膨大な資料とかテーマを2時間でやるというのは、僕は無理だと思っています。会議の設定時間と資料のバランスは、次回以降、考えていただきたいと、これは要望でございます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、奥塚委員、どうぞ。

○奥塚委員　2点申し上げます。

長内委員もお話がありましたけれども、訪問介護の事業のことですが、地方の中山間地域でこの業が廃止にならないようにすべきですし、ぜひともお願いしたいと思います。当方の状況を言いますと、実は収支差がマイナス10%を超えているというようなことでございまして、社協がやっているわけですが、そういった意味で全国の収支差だけで判断するのではなくて、中山間地域の特性を十分に配慮した報酬体系の検討をぜひお願いしたいと思います。

それから、もう一点は、全般にわたりますけれども、居宅介護支援等におけますICTの活用による業務効率化をぜひとも図るような制度設計をよろしくお願いしたいと思います。地方の小さな規模の事業所は、導入のときの初期費用・初期投資、また操作への不安等、いろいろな事情がございます。地方にもぜひそのような視点での目配りをお願いしたいということでございます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

お手を挙げていただいていた方は、一わたり御発言いただいたと思いますが、よろしいでしょうか。

分科会長の議事進行がちょっとまずくて、時間の延長ということになってしまい、大変申し訳ございませんでした。

事務局におかれましては、今日、各委員から頂戴しました御意見等を十分に踏まえていただいた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き深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。

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。よろしくお願いします。

○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。追って連絡ということですので、よろしくお願いいたします。

それでは、本日は長引いてしまって本当に申し訳ございませんでした。これで閉会とさせていただきます。皆様、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、散会します。