

○村中企画官 定刻になりましたので、「第260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。

続いて、本日の委員の出席状況ですが、長内委員、塩田委員、中島委員、松島委員、松田委員より御欠席の連絡をいただいております。

また、御欠席の長内委員に代わり坂口参考人、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。

なお、田母神委員におかれまして、途中で御退席の予定です。

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、総務課長は遅れての参加となりますので併せて御報告申し上げます。

また、当方は公務等の都合により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をお願いいたします。

○岩村分科会長 皆様、こんにちは。今日も分科会のほうを、どうぞよろしくお願いいたします。

お手元の議事次第を御覧いただきたいと思います。本日も前回の介護給付費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ということでございます。議事次第にもありますように、今日は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護についてということになります。

それでは、事務局のほうから、まず、今日御用意いただいている各サービスについての資料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。

○濱本高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。まず、資料1「介護老人福祉施設」について御説明します。

おめくりいただきまして、3ページと4ページが、サービスの概要です。介護老人福祉施設は、要介護の高齢者のための生活施設でございまして、定員が29名以下のものは地域密着型となっております。

また、そのページの下にありますとおり、多床室とユニット型個室の類型に分かれます。

5ページにございますとおり、特養への新規入所者については、原則、要介護3以上の高齢者の方に限られますけれども、2つ目の○にありますとおり、やむを得ない事情、あるいは地域の実情等を踏まえ、要介護1、2の方でも特例入所という類型で入所が可能となっております。

6ページは基本報酬、それから7ページ以降は加算減算の概要でございます。算定率の高いものは緑色、低いものは赤色で表示しております。

13ページ以降、介護老人施設、特養の請求事業所数、それから、15ページの受給者数などにつきましては、緩やかに増加傾向にございます。

16ページ、入所者の方の平均要介護度については、介護老人福祉施設で3.92と、約4となっております。

21ページと22ページは経営状況でございまして、21ページ、広域型については、最新の令和6年度決算で1.4%。

次のページ、地域密着型については2.2%となっております。

26ページに参りまして、利用率の推移と入所者の負担限度額認定の状況です。

食費、居住費の負担軽減の仕組みである補足給付の対象となる比較的低所得の方が、入所の6割を進めているという状況でございます。

27ページから40ページまでは、6年度改定の概要です。

30ページで透析が必要な方に対する特別通院送迎加算の新設。

それから、31ページ以降、協力医療機関に関する要件の見直し。

35ページ、感染症への対策。

40ページには、経過的小規模の類型につきまして、一部通常の基本報酬に統合することが行われました。

42ページ、6年度改定での審議報告におきましては、ユニットケアの研修のカリキュラムの見直しを検討していくべきとされたほか、今申し上げました経過的小規模特養につきまして、引き続き経営実態等を把握し、経営の安定性、持続性にも配慮しつつ、統合に向けて検討していくべきとされたところです。

43ページから以降は、医療機関との連携体制の実態等に関する調査研究事業の結果です。

43ページ、要件を満たす協力医療機関を定めている特養の割合は67.9%となっておりまして、老健施設や介護医療院と比べますと、やや低い状況になっています。

46ページ、感染症対策の向上加算については、算定していない特養が約7割で、その理由としては医療機関と連携が困難であるということが多く挙げられています。

それから、51ページですけれども、先ほど統合が6改定であったとお伝えしました、小

規模特養等の基本報酬に係る経緯を図示しております。

52ページ、53ページにつきましては、広域型と経過的小規模の類型につきまして、それぞれの報酬の概要、それから適用されている施設を52ページ、53ページに記載しております。

54ページに参りまして、介護テクノロジーの導入状況でございますけれども、赤枠で囲っています、介護老人福祉施設では9割程度となっております、幅広く普及してきていることが示されております。

55ページ、ユニットケア研修の見直しについて、老健事業で研修の受講者を対象にアンケート調査を行いまして、研修に必要とされている事項等について調査を行ったところであります。

以上を踏まえまして、59ページ、60ページに、現状と課題及び論点をまとめております。

60ページ、論点につきましては、介護老人福祉施設について、今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中、入所者のニーズに応え、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるか。

令和6年度改定における審議報告も踏まえ、特別な基本報酬を設定しているサービス類型の報酬について、どう考えるか。

また、各サービスと共通で、算定率が低い加算などについてどのように考えるかとお示ししております。

介護老人福祉施設については以上でございます。

○堀老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。

資料2を御覧ください。老人保健施設について御説明をさせていただきます。

2ページから23ページにかけまして、介護老人保健施設の概況として資料をまとめさせていただきます。

4ページにお示ししておりますとおり、老健施設は要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である方に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理のもと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を行うことを目的とする施設でございます。

老健施設の施設類型に関する基本報酬のイメージを7ページにお示ししております。

8ページから11ページまで各加算の算定率となっております。

12ページにお進みいただきまして、請求事業所数は、平成30年以降わずかに減少傾向となっております。

14ページを御覧いただきまして利用者数についても、請求事業所数と同様の推移であります。

また、15ページにお示ししましたとおり、要介護度別の受給者の割合については、要介護3以上の方が約7割を占めているという状況でございます。

20ページまでお進みいただきまして、老健施設の直近の収支差率、令和6年度の決算でプラス0.6%となっております。

23ページには、先ほどの特養と同じ表になっておりますけれども、介護保険施設の利用率、それから入所者の補足給付の負担限度額の状況ということでお示ししております、老健のところに赤字をつけさせていただいております。

24ページ以降、令和6年度改定の内容をお示ししております。

54ページまでお進みいただきまして、54ページ以降、老健施設に関する主な意見を整理しております。

まず、55ページを御覧いただきまして、令和6年度の介護報酬改定に関する審議報告では、老健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向けて引き続き検討していくべきことであること。

また、57ページまでお進みいただきまして、新たな地域医療構想に関する取りまとめでは、老健施設が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ると記載をされております。

59ページ以降につきましては、介護保険施設における対応可能な医療処置などの提供の実態をお示ししております。

対応可能な医療処置では、超強化型から基本型まで施設類型間でばらつきがございます。

62ページから66ページにつきましては、施設類型に係る評価項目についてお示ししております。

64ページを御覧いただきますと、超強化型、一番上の濃い青いところでございますけれども増加傾向で、直近の数字では33.2%と増加をしているということでございます。

また、65ページにお示しをしまして、在宅復帰・在宅療養支援等指標の内訳については項目間で差がありまして、赤字の在宅復帰率、またベッド回転率の合計では、施設類型間で差が見られる一方、右側に示しております青枠の喀痰吸引の実施割合及び経管栄養の実施割合の合計では、施設の類型間で差が小さくなっております。

67ページから69ページについては、協力医療機関との連携に関しての資料をまとめております。

67ページを御覧いただきますと、3要件を満たす協力医療機関を定めている老健施設の割合は83.3%となっております。

70ページから73ページについては、感染症対策関連加算の状況などをお示ししております。

70ページを御覧いただきますと、新型コロナウイルス感染症によりまして入退所を停止した老健施設の割合、また、71ページにつきましてはインフルエンザ等により入退所を停止した老健施設の割合をお示ししております、新型コロナウイルス、それからインフルエンザにより、入退所を停止した老健施設が一定割合存在したことをお示ししております。

74ページにお進みいただきまして、認知症短期集中リハビリテーション実施加算につい

て、施設類型別で見ると、超強化型から在宅強化型、加算型、基本型となるにつれて算定が難しいと考える施設の割合が高くなってございました。

75ページから78ページに関しましては、入所者の方に対する服薬管理の実施状況等をお示ししております。

75ページ、76ページにお示ししましたとおり、令和8年度の診療報酬改定において、切れ目のない薬剤情報連携として、病院から高齢者施設等への処方内容の変更を含む情報連携を評価する見直しがされたことを御紹介しております。

また、77ページには、入所者の方のポリファーマシー対策への取組状況をお示ししております。

79ページを御覧いただきまして、看取りに関する対応状況をお示ししております。

看取り対応の方針として、積極的に看取り対応をしていきたい、または積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたいの合計割合が約8割という結果でございます。

このような状況を含めまして、83ページ以降、現状と課題を記載しております。

最後、86ページを御覧いただきまして、論点を3つお示ししております。

まず、介護老人保健施設について、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加が見込まれる中、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるか。

2点目としまして、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、医療ニーズへの対応力の強化、看取りへの対応の充実、リハビリテーションの充実、適切な薬剤調整の推進等の観点からどのような方策が考えられるか。

3点目については、算定率が低い加算や高い加算についてどう考えるかという点でございます。

続きまして、資料3を御覧ください。

資料3では、介護医療院について御説明をさせていただきます。

まず、2ページから20ページにかけまして、介護医療院についての概要の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して、介護医療院については、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である方に対し、施設サービス計画に基づき、療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護及び機能訓練その他必要な医療、並びに日常の世話をを行うことを目的とする施設とされております。

報酬体系については5ページ、また、6ページから8ページにかけまして、各加算の算定率をお示ししております。

9ページを御覧いただきますと、請求をいただいている事業所数については増加の傾向ということでございます。

これに伴いまして11ページ、利用者数についても増加傾向ということでございます。

12ページを御覧いただきまして、要介護度別の受給者の割合ですけれども、要介護度4以上の方が8割を占めております。

17ページを御覧いただきまして、直近の収支差率、令和6年度決算でプラス3.5%ということでございます。

20ページについては、3施設の利用率、入所者の補足給付の負担限度額の認定の状況ということで、介護医療院のところに赤枠をつけさせていただいております。

21ページから40ページにかけまして、令和6年度の介護報酬改定の内容をお示ししております。

42ページまでお進みいただきまして、令和6年度介報酬改定に際しての審議報告ということでございます。

介護医療院については医療の必要な要介護者の長期療養生活施設として、さらなる機能強化を図るための対応を検討していくべきであること。

また、45ページを御覧いただきまして、新たな地域医療構想に関する取りまとめでは、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ると記載されてございます。

47ページから49ページにかけましては、対応可能な医療処置の提供状況などについてお示ししております。

対応可能な医療処置としては、比較的对応可能な医療処置の項目割合が高い水準にございます。

50ページから53ページにかけましては、基本報酬の算定要件をお示ししております。

52ページ、53ページでは、算定要件に係る入所者の状況を示しており、各指標について施設間で受入状況に幅が見られます。

54ページから56ページにかけましては、協力医療機関との連携に関してのデータということでございます。

54ページを御覧いただきますと、3要件を満たす協力医療機関を定めている介護医療院の割合は84.9%となっております。

それから、57ページ、58ページには、感染症対策関連加算の状況をお示ししております。

また、59ページ以降、入所者に対する服薬管理の実施状況をお示ししております。

61ページを御覧いただきますと、入所者への薬剤調整の実施状況をお示ししております。

続いて、62ページを御覧いただきまして、入所者に対する意思決定支援の実施状況ということで、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに沿った意思決定の実施状況として、全員に実施しているが約6割という結果でございました。

また、63ページを御覧いただきますと、緊急的な計画外入所についても5.8%の施設で実施をされているということで、在所期間は1か月以内が最も多く、次いで3か月超が多い結果ということでした。

このような状況を踏まえまして、65ページ以降に、現状と課題を記載させていただいております。

最後の67ページに論点ということで、3点お示しさせていただいております。

まず、1点目として、介護医療院について、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加が見込まれる中、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるか。

2点目としまして、長期療養が必要な方に対する医療提供機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設である介護医療院について、医療ニーズへの対応、看取りへの対応、医療と介護の切れ目ない連携を行う観点から、引き続き必要な医療及び介護を提供するためにどのような方策が考えられるか。

最後、3点目として、算定率が低い加算、算定率の高い加算の取扱いということでございます。

資料の3の説明は以上でございます。

○濱本高齢者支援課長　続きまして資料4、特定施設入居者生活介護について御説明します。

おめくりいただきまして、2ページが概要でございます。

有料老人ホーム等で介護保険上の指定を受けた特定施設に入居している要介護者を対象として行われる日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話が特定施設入居者生活介護でございます。

3ページは報酬体系の概要。

4ページから9ページに、各種加算の算定状況を示しております。高いものは緑、低いものは赤としております。

10ページ、他方、その特定の中で外部サービス利用型というのがございます。こちらは、介護サービスの提供は、特定施設の事業者から委託を受けて、指定居宅サービス事業者が行うという類型になっております。

11ページは、有料老人ホームですとかサ高住を含め、これらのサービスの関係を図に表したものでございます。例えば、サービス付き高齢者向け住宅でも、左側の有料老人ホームのところにあるマル1からマル4のサービスのいずれかを提供していますと、有料老人ホームに該当するということになりますので、その関係、また、その中で介護保険上の指定を受けると特定施設になるということでございます。

12ページと13ページ、施設の件数、それから利用者数については増加傾向にございます。

20ページにお進みいただきまして、入居者の平均要介護度については、特定施設で2.7、地域密着型で2.8程度となっております。

26ページにお進みいただきまして、収支差率を見ますと、直近の令和6年度でプラスの5.3%、次の27ページ、地域密着型については、プラスの0.4%となっております。

31ページから36ページまでは、6年度改定の内容でございます。

33ページを御覧いただきますと、協力医療機関との連携体制の構築につきましては、体制の確保の要件を満たす医療機関を定めることについて、特定施設については努力義務となっております。

38ページに参りまして、6年度改定の審議報告では、この点に関して、原則入院できる体制の確保も含め、協力医療機関との連携義務化に向けて引き続き検討を行うことが求められたところです。

また、関連しまして、38ページの下半分、有料老人ホームに関する有識者検討会の取りまとめにおきましては、入居者が必要とする住宅型有料老人ホームのサービスが、特定施設と変わらない場合には移行を促すであったり、その1つとして、外部サービス利用型の類型をさらに活用していくということも盛り込まれたところでございます。

39ページ、介護保険制度の見直しに関する部会の御意見では、有料老人ホームにおける入居定員総数や要介護者の入居状況など、介護保険事業計画における記載事項を整理することが求められたところでございます。

40ページ、協定締結医療機関との連携状況につきまして、努力義務化された要件マル1、マル2の要件を満たす協力医療機関を定めている割合は、特定施設で73.6%となっております。

次の41ページですけれども、協力医療機関が満たしている要件について見ますと、マル1からマル2、マル3に行くに従って、割合が低くなっている状況でございます。

その右側、協力医療機関を定めるに当たっての課題として最も多いのは、休日・夜間の対応が困難であるため、提携を断られたというものでございました。

44ページに参りまして、特定施設の指定を受けていない理由について、有料老人ホームあるいはサ高住について聞いたところ、施設でなく、住まいとして運営したいためとする回答が最も多くございましたけれども、その次に多かったものとして、保険者、自治体による総量規制のためとする回答が約1割ございました。

この点に関して、46ページですけれども、総量規制についての概要を載せております。

都道府県の介護保険事業計画において定めた必要利用定員を超える場合に、新たな指定を行わないことができる仕組みとなっております。

47ページ、サービスの見込み量を定めるに当たっては、第9期計画の基本指針では、有料老人ホーム等の設置状況や、要介護者数、利用状況などを勘案することとされていますけれども、48ページにありますとおり、実際に対応しているというのは3割程度にとどまっているところです。

49ページは、外部サービス利用型の施設数等について、数字も盛り込んだものです。

外部利用型の施設数は5施設と少なくなっておりまして、一方、養護老人ホームあるいは軽費老人ホームでは、合わせて百数十の施設が指定を受けている状況になっております。

50ページを御覧いただきますと、外部利用サービス型につきましては、包括報酬ではなく、出来高払い構造となっております。

以上を踏まえまして、58ページ、59ページに、現状と課題及び論点をまとめております。

59ページを御覧いただきますと、論点としまして、今後も高齢化の進展により、医療ニーズが高い高齢者等のさらなる増加が見込まれるところ、令和6年度改定に関する審議報

告も踏まえ、協力医療機関との連携の在り方も含め、医療ニーズへの対応の強化について、どう考えるか。

2つ目として、入居者の尊厳を保持し、より自立支援に資するケアを推進するために、どのような方策が考えられるか。

3つ目、有料老人ホームに関して、いわゆる「囲い込み」対策も含めたサービスの質及び運営の透明性確保の観点から、外部サービス利用型の活用も含め、特定施設入への移行促進を行うために、どのような方策が考えられるか。

4つ目、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お示ししております。

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、ただいま説明をいただきました各事項につきまして、御意見、御質問がありましたら委員の皆様からの御発言等をお願いしたいと思います。

なお、いつものお願いではございますけれども、委員の皆様は、発言に当たりましては、論点をできるだけ絞ってお話をいただきたいと思います。いろいろ御説明いただきたい事項はあろうかとは思いますが、なるべく御説明は簡略をお願いしたいと思います。そうすることによって、円滑に議論が進行できるように思いますので、何とぞ御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、今日、田母神委員が早く退席されるということですので、最初に田母神委員から御発言をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○田母神委員 恐れ入ります。本日の議題につきまして、4点意見でございます。

資料1の介護老人福祉施設についてでございます。介護・医療の複合ニーズを有する85歳以上の人口の増加が見込まれる中、住み慣れた場での生活の継続に向けた対応方策を検討する必要があると考えております。介護老人福祉施設に関しましては、令和6年度の老健事業「特別養護老人ホームにおけるサービス提供のあり方に関する調査研究事業」におきまして、「対応できる人数に上限があり入所を断る場合がある医療処置」として多いものは、順に、胃ろう・腸ろうの管理、血糖測定・インスリン注射、痰の吸引、導尿などでした。これら医療ニーズがある方の受入れのための課題としては「夜間に対応可能な体制が構築できない」という回答が最も多く、受入れのための必要な取組として一番多かったのが「看護職員の人員配置の充実」でした。

別の調査研究によりますと、看護職員が多いほど看取りの受入れ体制があるということも示されておりますが、現行の看護体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）の評価は、単位数としては非常に少ない状況で、看護師の人件費を補っていくには不十分でありますので、評価充実の必要があると考えております。

2点目が特定施設入居者生活介護についてでございます。資料にもございましたが、住宅型有料老人ホームにおいて、中重度の要介護者の方や、医療ニーズを有する高齢者を受

け入れている状況が増えております。入居者の安全・安心を確保する上では、特定施設への移行を促すことが重要であると考えております。こちら、資料にお示しをいただいているところでございます。その上で、一定の人員体制をはじめとした体制整備、入居者像を踏まえた類型の整備が検討される必要があると考えております。

3点目でございますが、介護保険施設におきましては、資料にお示しのとおり、透析や外来受診などの送迎、医療機関への必要な情報の伝達などを含め、介護職員・看護職員が対応している状況があります。透析や外来受診時の同行には時間、労力を要しております。介護保険施設において、こうした対応が要介護者の受入れのハードルにならないためにも、十分な評価を設ける必要があるのではないかと考えております。

最後に、介護保険施設におきましては、医療ニーズへの対応力強化が求められている中で、現に介護施設で活躍している専門性の高い看護師、すなわち認定看護師や専門看護師、特定行為研修修了者ということになりますが、例えば褥瘡や緩和ケア、摂食嚥下に関する専門的なケアを提供し、役割を発揮しております。現在、介護保険施設は、訪問看護のような専門管理加算といった評価がございません。多様化する医療ニーズに的確に対応するためには、専門管理加算の施設への適用や、地域連携の中で専門性の高い看護師を活用していく仕組みが必要と考えております。

以上でございます。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

そうしましたら、今日資料を御提出いただいている小泉委員にお願いしたいと思います。

○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。

特別養護老人ホームについて5点意見を申し上げます。

まず1点目は、足元の経営状況と基本方針の大胆な底上げについてです。国から示された概況調査では、収支差率1.4%とされておりますが、当会の調査では、令和6年度の収支差率は0.0%、過去最低の水準であり、赤字施設の割合は49.5%まで増加しています。物価高騰や世界情勢の不安定な中、今後も2%程度のインフレが続くと見込まれており、施設の運営コストは増大する一方です。将来にわたり安定した事業運営を継続し、地域インフラとして役割を果たすためには、基本報酬の大幅な底上げが必要不可欠です。

2点目は、小規模特養及び地域密着型特養の事業継続についてです。経過的小規模介護福祉サービス費の対象範囲については、令和6年度改定で一定の整理がされた上で、引き続き検討することとなりましたが、当会としては、これ以上の議論の余地はなく、整理を終えていると認識しております。

今後は、過疎地域等における事業継続に資する介護報酬単価として、経過的という位置づけではない、恒久的な小規模介護福祉施設サービス費の創設を提案いたします。

また、山間部等の地域密着型特養では、入居者の確保が難しくなっている実態があります。そのため、例えば自治体の指定同意がなくても、地域外から一定数の受入れができる仕組みや、地域密着型から広域型特養への転換が容易にできる仕組みの検討が必要と

考えます。

3点目は、協力医療機関との連携についてです。資料にもあるとおり、特養において協力医療機関の3要件を満たす協定ができていない施設が、いまだ3割ほど存在します。自治体等から連携支援を進めていただくとともに、経過措置がなくなる令和9年4月以降、環境的要因でやむを得ず連携が組めない施設が、直ちに法令義務違反とされ、行政処分等の対象となることのないよう、特例的な対応をお願いいたします。

4点目は、生産性向上の推進についてです。介護テクノロジーの活用は最重要課題ですが、導入支援だけではなく、ランニングコストへの支援も不可欠であり、重要です。生産性向上推進体制加算について、算定要件の緩和と大幅な単価の引上げを行い、あわせて、配置基準のさらなる緩和を検討すべきと考えます。

最後に5点目ですけれども、加算の整備の方向性についてです。論点において、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についてどう考えるかとありますが、算定率の高低だけで画一的に整理するのではなく、政策的必要性などの観点も含めて、個別具体的に検討すべきです。

具体的には、退所前訪問相談援助加算をはじめとする、在宅復帰・退所関係の加算群は極めて低調ですが、特養が中重度の要介護者を支える機能を推進する方向性と合致しないことが理由と考えられ、廃止はやむを得ないと考えます。

その上で、終の棲家として増大する医療ニーズや日々の重度者ケアに対応する日常生活継続支援加算、看護体制加算、看取り介護加算などを適正に評価するよう、見直すべきです。

一方で、退所時再入所時栄養連携加算などは、ケアの質の向上に関わることなので、むしろ基準等の緩和によって、算定を推進すべきです。

また、令和6年度新設の特別通院送迎加算は、対象が透析患者のみに限定されているため、対象範囲を拡大すべきです。

さらに、認知症専門ケア加算等は、実践者研修修了者等へ要件を変更した上で推進すべきであり、褥瘡マネジメント加算や排せつ支援加算については、プランに沿った結果の評価ではなく、プランを作成し、取り組むプロセスそのものを評価する仕組みへと変更し、算定率を一層高めるよう、政策誘導すべきと考えます。

全国老協としても、法の趣旨に沿ったあるべき加算について、引き続き検討をしてまいります。

私からは以上でございますが、本日、時間の制約もあると考え、岩村分科会長様には、令和9年度介護報酬改定に向けた要望を資料として事前提出させていただきましたので、そちらも御参照いただきたくお願い申し上げます。

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。

そうしましたら、会場から、もしよろしければ、東委員、いかがでございましょうか。

○東委員 ありがとうございます。

急に指名されてしまったので、では、私から老健中心ですけれども、まず、全体的なところで、今、小泉委員もおっしゃいましたけれども、特養、老健、医療院、全部に出ているのですが、特養でいきますと、43ページ、いわゆる医療機関との連携体制でございますが、これを見ましたら、経過措置が、あと、わずかとなってまいりました。来年の3月31日で終了するわけですが、これを見ますと、養護老人ホームで39.6%、特養でも32.1%ですか、それができていないということ。老健とか医療院でも、まだ、1、2割のところできていないということになっています。やはり、これは急いで何とかしなくてはなりませんものですから、私ども介護関係団体も、引き続き、周知や調査啓発に努めてまいりますけれども、都道府県及び自治体におかれましても、今年度末までに全ての施設で協力医療機関の設定が進むように、必要な指導と支援をお願いしたいと思います。

老健について申し上げます。まず、老人保健施設、資料2のところですが、20ページを御覧いただきますと収支差が出ております。

これを見てお分かりのように、非常に低い収支差でございます。最低でございます。令和7年度の概況調査では、老健の収支差率が全介護サービスの中で最低でございました。

この状況を踏まえますと、今回の報酬改定におきまして、老健施設の基本報酬、基本施設サービス費の大幅な引上げ、これは必須と考えます。

一方、12ページには、請求事業所数の推移が示されております。これを見ますと、老健施設の数が平成31年以降、どんどん減っているのが分かると思います。

一方、資料1の13ページ、特養の請求事業所数というのは、それほど減っておりません。むしろ、少しずつまだ増えている傾向にございます。老健施設とは異なる動きとなっている。

これは、なぜだろうかということを考えたときに、老健施設の減少には、建物の老朽化が大きく影響していると考えております。私どもの調査では築20年以上の老健施設が約87%、築30年以上の老健施設が約42%でありました。建替えや大規模修繕が必要な施設は約41%、一部修繕が必要な施設を含めると92%に上っております。

さらに、特養よりも老健は、やはり規模が倍以上ありますので、大規模修繕等の費用が、簡単に言うと倍かかるとなるわけです。この老健施設の減少には、この建物の老朽化が大きく影響しているのではないかと考えております。

老健施設の75%は医療法人立でございます。法人税等の面で特段の税制上の優遇があるわけでもありませんので、また、この収支差も近年悪うございますので、建替えと大規模修繕等に必要な内部留保、これを確保するのは非常に厳しいと言えます。何年か前の給付費分科会にも出ておりましたが、老健施設の場合内部留保が大体1000万単位です、5000万とか6000万、これでは、とても複数の大規模修繕はできません。老健の内部留保の少なさがこのように老健の廃業というものを招いているのだと考えております。

次に、先週7月3日に公表されました地域医療構想策定ガイドライン、まだ出たばかり

でございますが、老健施設について在宅で慢性的な医療ニーズを有する高齢者、認知症高齢者の状態が悪化した際の受皿としての役割が書かれております。さらに、急性期治療を経過した認知症を有する入院患者に対し、その退院先としてリハビリテーションや医療等を提供し、早期の在宅復帰を支援する役割というの、はっきりと位置づけられたところでございます。

このように地域医療構想においても老健施設の重要性が高まる中で、地域の老健施設が経営上あるいは建物の老朽化等の理由により存続ができなくなれば、新たな地域医療構想の実効性にも影響を及ぼすことが考えられます。

老健施設が地域で必要な役割を果たし続けるためにも、基本報酬、基本サービス費の大幅な引上げをお願いしたいと考えております。

次に各論で2点申し上げます。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の訪問要件についてですが、8ページに算定状況が示されております。

下から8行目に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、右の算定率を見ますと、加算1、2と合わせて約75%の老健施設で算定をされていることが分かります。多くの老健施設で、この認知症短期集中リハビリテーションを活用していることが分かりますが、同じ内容のリハビリを提供しているにもかかわらず、加算2は加算1の半分の単位数となっています。これは、訪問要件だけで決まっているわけです。これは、やはりおかしいことで、算定している老健施設からも訪問に関する要件が現場の実情に合っていないという声も聞かれております。実態に即した算定が可能となるよう、要件の見直しの御検討をお願いいたします。

最後でございます。70ページ、図表の53に新型コロナウイルス感染症発生時の入退所停止の状況が示されています。もちろん新型コロナウイルス感染症が発生した場合、多くの老健施設で入退所を一時的に停止するということが分かると思います。この一時的に停止しますと、老健施設におきますと、在宅復帰、在宅支援指標に大きな影響を及ぼします。コロナ禍がひどいときは、この指標に関する臨時的な取扱いを適用していただきまして、現場にとっては大変大きな支援となったわけでございますが、71ページを見ますと、新型コロナウイルス以外にも、例えばインフルエンザについても、施設内で感染が拡大した場合には対応が難しくなるため、入退所を停止する実態がございます。

したがって、感染症発生時における、いわゆる在宅復帰指標等の取扱いにつきましては、新型コロナウイルスだけではなくてインフルエンザ等にも対象を拡大していただくようお願いしたいと思います。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

突然指名しまして、失礼いたしました。

それでは、オンラインの石田委員、それから、会場の志田委員という順番でお願いした

いと思います。

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、資料１と資料４について意見を申し上げたいと思います。

資料１の介護老人福祉施設ですけれども、論点のところにありますように、介護老人福祉施設については、今後も中重度の高齢者が増加することが見込まれる中で、入所者のニーズに応じて安定的にサービスを提供してほしいと思っております。そのための方策としては、第１に掲げられるべき点として、介護技術あるいは介護知識を習得した専門人材を、必要な人数分、常勤で確保することが不可欠であると考えます。

しかし、現在、雇用の多様化が進んでおり、人材不足に対応するためにフルタイムの常勤のみならず、スポットワークといった短時間勤務あるいは夜勤専従という、これまではなかった多様な働き方の人材を受け入れているという実態があると聞いております。

こうした介護分野の新たな働き方による勤務体制、実態について、どのぐらい把握されているのでしょうか。調査がされているのかどうかということを確認したいと思います。もともと介護分野というのは常勤換算という計算がされております。これが医療機関と違うところです。非常勤の職員の勤務時間を常勤職員の勤務時間に換算して、実際に何人の常勤職員に相当するかという計算がされているわけです。

介護施設が法律で定められた人員配置を満たしているかどうかの基準になる仕組みですが、こういったことが前提とされると、例えば今後増えていくであろうスポットワーク等の短時間勤務のケースについて、どのように対応されていくのか、また、実態について調査する予定があるのかどうか、実際、今後拡大していく状況の中でどのような対策が取られているのかについて、その内容を知らせていただきたいということが１点あります。

次に資料４の特定施設入居者生活介護のことについてです。2026年の時点で、特定施設入居者生活介護の指定を受けている有料老人ホームの施設数というのが約5,000件とあります。これは、全有料老人ホームの２割にとどまっているということです。令和７年11月5日の「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供の在り方に関する検討会」の取りまとめ、あるいは同じく令和７年12月25日に介護保険部会が出した、「介護保険制度の見直しに関する意見」においても、特定施設への移行を促すことが必要であるということが繰り返し述べられております。

しかし、今回提出をいただいた資料の44ページ、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない理由ということでは、「施設ではなく住まいとして運営したい」という理由を挙げた施設が、有料老人ホームで34.6%、サ高住で49.4%と最も高くなっており、自治体による総量規制の影響は少ないということが結果として出ております。

特定施設というのは、人員や設備運営体制について一定以上の体制が求められるということになっておりますので、この点がネックとなり、規制が厳しいので運営上の自由度が制限されるといったことが理由になっているのではないかと想像します。

しかし、同じ21ページのグラフで、認知症の入所者数というのが、特定施設で51%、住宅型有料で58.4%、サ高住31.9%と、住宅型有料はnの数が少し少ないのですけれども、やはりこれを見ると、認知症の方も多く入居しているという実態があります。

こうした状況から見て、有料老人ホームが特定施設という形へ移行していくことは、利用者側としては、安心につながると思います。

ただ、同じく48ページの介護保険事業支援計画策定における「高齢者住まい入居者の把握状況」によると、住宅型有料老人ホームあるいはサ高住の供給量を考慮している自治体は30%にとどまっているという実態もあることが分かっています。

こういった点を見まして、特定施設への移行推進はぜひともお願いしたいと思っておりますし、各自治体においても、高齢者住まい入居者の把握促進を積極的に取り組んでいただきたいと思います。

そして、やはり事業者については、特定施設へ移行することによるメリットという点について、その内容を具体的に、明確に示していく中で、この事業を推進し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。

1つ、お尋ねの点がありましたけれども、これは、今のほうがよろしいですか、それとも何となく今日の感じでは後日のほうがいいのかという気もいたしますけれども、いかがでしょうか。

○石田委員 後日であれば、後日で結構ですので、また、よろしく願いいたします。

○岩村分科会長 それでは、また調べていただいて、事務局のほうから後ほど、別の回に御回答をいただければと思います。

それでは、続けて、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。

私ども認知症の人と家族の会は、全国47都道府県に支部を有しておりまして、全ての支部において電話相談を行っております。相談をお寄せいただく方々は、会員以外の方がほとんどで、認知症の方の介護保険関係に関する相談が多く寄せられます。

その中には、特別養護老人ホーム入所申し込み後、自宅に実調、いわゆる実態調査に来ていただいたところ、歩き回ったり、同じことを何回も行ったり、認知症の症状がひどい方は、その対応に職員が疲弊して辞めてしまうといけないので、なかなか入所してもらうことができないと言われて、途方に暮れたなどといった、にわかに信じ難い、そして耳を疑うような内容の相談もございます。

多くの特別養護老人ホームでは、認知症中重度の要介護者を受入れ、きつとしっかりと対応していただいているのであらうと思っております。

しかしながら、これに類するような相談はレアではなく、一定数あることを知っていただきたいと思います。これも人材確保が厳しい状況に起因しているのでしょうか。

また、要介護１、２の認知症の人が一定要件のもと入所できる特例入所に関して、各自治体や施設によってかなり消極的である場合もあるようでございます。低所得者の認知症の人が入所できるのはほぼ特養しかありませんので、行き場がなくなるようなことがないよう今後の議論においても、この点に配慮していただくようお願いしたいと存じます。

次に、認知症に関する加算について意見を述べます。若年性認知症入居者受入加算について、各施設類型で算定率が低調とのことですが、認知症の方全体に見る若年性認知症の方の割合は１％以下と言われておりますので、この算定率は至極当然の算定率であると思います。

よって、算定率が低いから廃止するといった加算ではなく、大切な加算であることを確認しておきたいと存じます。

そして、認知症専門ケア加算です。中重度認知症要介護者の割合が５０％以上、これが算定要件になっております。中重度認知症要介護者を受入れいただくためにリンクした加算であるとの見方もできます。

よって、当該加算を算定している施設は、私たち認知症当事者のより所となるわけでございます。

しかしながら、認知症介護実践者リーダー研修等修了者の配置や、認証介護指導者研修修了者の配置が求められていることが、足かせになって算定率が低調と言われております。

ぜひ中重度認知症要介護者を積極的に受け入れていただくためにも、代替できる研修要件を含めて、当該加算の算定について配慮いただくことを要望いたします。

資料４、２１ページには、特定施設入所者生活介護、それと地密の特定施設入所者生活介護の認知症の程度別割合が示されています。大変分かりやすく興味深いデータであると拝見をさせていただきました。

このようなデータが、介護３施設においても、類似する同様のデータがあるのであれば、お示しいただければと思います。また、ないのであれば、今後、ぜひ当該実態調査をしていただければと思っております。

資料４、５９ページ、論点の３点目について述べます。住宅型有料老人ホームから特定施設入所者生活介護への移行促進を行う等々でございます。いわゆる囲い込み対策といった観点からは、移行は有効であるものの、一方で、１か月当たりの利用料は、住宅型有料老人ホームより特定施設入所者生活介護のほうが高くなる人が多いようです。

囲い込み問題が指摘性される住宅型有料老人ホームには、身寄りのない認知症高齢者や低所得者が多く入居している実態を踏まえ、これらの方々の行き場がなくなるようなことがないよう、十分な議論と配慮、そして適切な対応が必要だと思っております。

最後に、今回の内容に間接的に関係する内容として、面会について意見を述べます。新型コロナウイルス感染症が第５類に移行し、数年が経過し、ほぼ終息した昨今においても、時間帯や時間に制限を設ける場合や、面会場所を限定するなど、コロナ禍前とは明らかに違う状況であることや、日中でも玄関、自動ドア等は開かない状態になっており、インターホン

等でのやり取りで開けてくれるようになったなどの内容がしばしば全国各支部の電話相談に寄せられます。

家族等にとっては、施設への面会は本人がどのように生活を送っているか確認することはもとより、目やにはついていないかとか、口の中はきれいかとか、爪は伸びていないか、日中もパジャマで過ごしていないかなど、しっかりケアをしてもらえているかを確認する大切な機会でもあります。

面会制限、そして身体拘束にも通ずる玄関の施錠や自動ドアのセンサー管理などの実態についても、ぜひ調査いただければ幸いです。

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。

少しお尋ねの点がありましたけれども、後ほどでもよろしいでしょうか。

では、また次回以降ということで、事務局のほうお願いいたします。

それでは、オンラインで坂口参考人、伊地知参考人、その後、会場で平山委員、そして、清家委員という順番でお願いしたいと思います。

それでは、坂口参考人、どうぞ。

○坂口参考人 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、長内委員に代わりまして発言をさせていただきます。発言につきましては3点ございます。

まず、1点目は施設系サービス全般についてでございます。施設系のサービスにつきましては、収支差率を見ますと、訪問系や通所系のサービスと比較しまして、低調な傾向が見て取れ、その要因としまして、水道光熱費や食費の高騰の影響を受けていることが推測できることから、今後も事業者が地域でサービス提供し続けることができるよう、物価高騰の影響を受けている事業者に対しまして、必要な財政支援を継続的に行っていただきたいと思います。

2点目は、資料1、介護老人福祉施設についてでございます。

前回の報酬改定におきまして、透析が必要な者に対する送迎の評価としまして、特別通院送迎加算を創設していただきましたが、依然として、透析に係る送迎が特養にとって負担となっていることから、透析を要する要介護者の受入れが進んでいないといった意見が、全国市長会には寄せられているところでございます。

一方で、特別通院送迎加算の取得率を見ますと、非常に低調な様子が、算定率1.1%ということではうかがえますことから、医療機関の少ない地域も含め、その理由を詳しく分析した上で、例えば算定要件を緩和して、より多くの事業者が取得できるようにするなど、透析を要する要介護者が特養への入所に困ることがないように、さらなる工夫を行っていただきたいと思います。

3点目は、資料4の特定施設入居者生活介護についてでございます。

高齢者向け住まいの件数、利用者数を見ますと、非特定の有料老人ホームは、右肩上が

りに件数、利用者数を増加させていることがうかがえます。

この非特定の有料老人ホームにつきましては、いわゆる囲い込みにより利益を上げている事業者も一定数存在することから、今後も同様に増加傾向が継続するようであれば、介護給付費がさらに増加していくのではないかと、強い懸念を抱いているところでございます。

介護給付費の最適化を進めるためにも、非特定の有料老人ホームにつきましては、給付の対象となる特定型への移行を促進していくことが必要になると考えていることから、次期改定では、力強いプラス改定を行っていただくなど、移行に当たってのインセンティブとなり得るようなものとなることを期待しているところでございます。

都市部においては、利潤のみを追い求め、軽度者を対象として、限度額までサービスを使わせる非特定の有料老人ホームも存在しており、このような事業者が今後増加していくと、限りある介護保険財政や従事者などのリソースが濫費されるのではないかと危惧しています。持続可能な介護保険制度を今後も維持していくため、特定型への移行促進を図るとともに、いわゆる囲い込みに対して、引き続き新たな規制を検討するなど、必要な措置を講じていただきたいと思います。

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、伊地知参考人、どうぞ。

○伊地知参考人 よろしく申し上げます。意見につきまして1点申し上げます。

本県においては、医療・介護双方のニーズを有する85歳以上人口が2045年にピークを迎えることが見込まれており、今後、医療と介護の連携がより重要になると考えております。

そのような中、今年度、物価高騰や人件費の増加を理由として、介護医療院が廃止される事例も生じております。サービス資源の乏しい離島・中山間地域においては、例えば医療機関での治療は終了しても、経管栄養が必要なことから在宅復帰は難しく、施設への入所を希望しても、受入れ先がなかなか見つからないというケースがあるなど、医療と介護が必要な高齢者の退院後の受入れ先の確保に苦慮する事例が多いと聞いております。

本県の実態として、特に離島・中山間地域において、施設サービスの受給者の割合が高く、施設系サービス、地域医療、介護2を支える重要な役割を担っております。

このため、地域におけるサービス提供体制を確保、維持できるよう、今後も物価や賃金の急激な上昇に際しては、適時適切な報酬改定を行うとともに、基本報酬のさらなる引き上げにつきまして、特段の御配慮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、会場から平山委員、どうぞ。

○平山委員 連合の平山です。

まず、資料1の介護老人福祉施設についてですが、要介護3以上の方が大半を占め、認

知症対応、看取り、医療的ケア、感染症対応など、現場に求められる役割は重くなっています。

また、介護テクノロジー等を導入している施設が約9割に上るとのデータもあります。テクノロジーの活用は職員の負担軽減や業務効率化の観点から推進すべきことでありますが、介護老人福祉施設では、入所者の生活を長期に支える場であり、機器では代替できない声掛けや観察、寄り添い、家族との調整など、人がなければ担えない支援が数多くあります。

そのため、生産性の向上は、人員削減を目的とするものではなく、職員が利用者と向き合う時間を確保し、ケアの質を高めるための取組として進めるべきと考えます。

1点、施設系サービスについて質問をさせていただきます。

施設系サービスについては、それぞれ制度上の役割が位置づけられておりますが、現場からは在宅復帰を目的とする介護老人保健施設において、実際には長期入所している利用者も一定数いるなど、制度上想定されている役割と、現場の実態に乖離があるのではないかという声を聞いています。

厚生労働省として、この状況をどう評価しているのか、また、今後の制度見直しに当たり、役割分担の実態について検証する考えがあるのか、お伺いしたいと思います。

最後に資料4についてですが、特定施設においても生産性向上に先進的に取り組む施設において、人員配置基準を特例的に柔軟化する仕組みが既に設けられております。ICTや見守り機器インカム等の活用によって、記録業務や情報共有、夜間の見守りを効率化し、職員の負担軽減につなげることは重要と考えます。一方で、資料にもあるとおり、特定施設の入居者については、要介護度の高い方や認知症の方が増加しており、中重度者や認知症の方への対応が非常に重要になってきていると考えます。

そのため、テクノロジーの導入や生産性向上をもって配置基準の緩和につなげることに、我々としては慎重に考えるべきと考えています。

配置基準の柔軟化を検討する場合には、職員の負担や離職率、休憩の取得状況、ケアの質への影響を踏まえて、職員が安心して働き続けられる体制の確保がされているかという観点から、継続的に検証していく必要があると考えます。

最後に、今回の各資料に共通する点について申し上げます。

全てのサービスに言えることですが、論点に算定率の低い加算をどうするかとありますが、単に算定率だけを見て一概に判断はできないと考えています。

算定率の計算は、総請求事業所数を分母として算出されているため、対象となる事業所数が限られているような加算については算定率が低く出るのは当然であり、赤字で示されている算定率が低い項目については、対象となる事業所数を分母とした場合に、どの程度算定されているかなども含めて、もう少し精査が必要と考えます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

御質問の件をお願いします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

施設の役割、特に老健の役割についての御質問をいただきました。委員に御指摘いただきましたとおり、老健施設については、在宅復帰を目指し、そして、在宅療養を支援する施設ということでございますけれども、その目的を踏まえて、実態がどうなのかということとを長く議論をいただいているところだと思います。

そういう中で、平成24年から在宅復帰率、それからベッドの回転率ということを評価して、そういった機能をしっかり果たしていただけたところの報酬上の評価ということを累次にわたって行ってきたということだと思っております。

本日も62ページから65ページにかけまして、どういう要件を課しているか、そして、それぞれの類型においてどれぐらい実施をされているかということをお示しさせていただいておりますけれども、こういうデータも御参照いただきながら、引き続きそういう役割を果たしていただいている老健の評価について御議論をいただければと考えております。

○岩村分科会長 よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

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から3の共通論点となっております、今後も介護サービス提供体制を維持し、安定的にサービスを提供するために求められる取組について、2点コメントをいたします。

1つ目ですが、人材確保に向けた処遇改善を図ることと考えております。その前提として、持続可能な介護保険財政の確保というのがございますが、事業者の経営状況であったり、賃上げの状況を含め、経営情報の見える化を通じた把握をしていただいて、対応を進めていただきたいと考えております。

2つ目ですが、先般公表されました政府の骨太方針の原案にも記載されております、生産性向上と職員配置の柔軟化に向けた一層の取組を図ることと考えております。今後、労働供給制約がますます強まる見通しであります。

したがって、介護分野におきましても、本日取り上げておられます施設系のみならず、サービス全般を通じて、これは日本成長戦略の案にも記載されておりますが、DX、さらにはAI技術の活用も含めて、テクノロジーを最大限活用できる体制を構築すべきと考えております。

そのためにも、繰り返しになりますが、生産性向上、職員配置の柔軟化をともに促す方向での検討をいただきたいと思います。

こうしたことを通じて、ケアの質の向上であったり、現場の負担軽減、職場環境の改善も期待できるものと考えます。

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。

それでは、続けてオンラインで鳥潟委員、そして、伊藤委員にお願いし、その後、会場
のお願いの方にお回ししたいと思います。

それでは、鳥潟委員、どうぞ。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

前回の改定で施設と医療機関との連携体制確保を進める見直しを行いました。その実
態や実際の急変時などに想定しているような対応が行われているか、確認を行っていくべ
きと考えております。

また、特に老健施設や介護医療院については、今後、都道府県で検討される新たな地域
医療構想においても、受皿として重要な役割を果たしていくこととなります。そうした中、
施設の役割や特性を踏まえたアウトカム評価の在り方については、引き続き検討を進めて
いくべきと考えております。

特定施設においては、検討会での議論等を踏まえて、住宅型有料老人ホームでの適切な
サービス提供の在り方とも関連づけ、検討していくべきと考えております。

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、続けて伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ありがとうございます。

最初に施設サービス全般について意見を申し上げます。

まず、「協力医療機関との連携体制の構築」について、前回の改定で義務化され、現状
では、介護医療院、介護老人保健施設で約 8 割、そして、介護老人福祉施設で約 7 割、養
護老人ホームで約 6 割という状況になっています。

今年度が、3 年の経過措置の期限となっていますので、国において、状況を確認いた
だき、しっかり対策を講じていただきたいと思います。

また、特定施設入居者生活介護においては、努力義務となっていますが、協力医療機関
との連携が現状約 7 割となっています。医療ニーズへの対応の強化の観点から、義務化の
方向で検討すべきではないかと考えています。

次に、介護現場における生産性向上についてです。2040 年に向けて介護人材不足や財源
確保の問題が、ますます深刻化することは明らかです。

安定的な介護サービスの提供に向けて、利用者の安全やケアの質の確保を前提に、ICT を
活用するなど、介護現場の負担軽減を図りながら、人員配置の見直しなどによる生産性向
上の取組を一層推進していくことが不可欠です。

そこで、介護サービスの適正化あるいは重点化などが図られるように、メリハリをつ
けた見直しの議論を行っていくべきだと考えています。

続いて、それぞれの各施設サービスについて、意見と、1 点質問を申し上げます。

まず、介護老人福祉施設では、論点の「特別な基本報酬を算定しているサービス類型の

報酬について」は、小規模特養等の別個の基本報酬は、地域特性や経営実態等をよく見た上で、可能であれば、通常の基本報酬に統合する方向で検討すべきだと考えています。

次に、介護老人保健施設についてです。

在宅復帰・在宅療養支援の機能の強化に向けて、評価指標の取得状況等も踏まえながら、それぞれの区分の基準を引き上げるなど、見直しを検討すべきではないかと考えています。

そして、1点質問になりますが、介護医療院の介護テクノロジーの導入状況について、介護老人福祉施設では90%以上、介護老人保健施設では85%以上となっている一方で、介護医療院については、58%にとどまっています。

介護医療院で導入が進まない背景にこういった原因があるのか、情報がありましたらご提示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。

最後、1点御質問でしたが、今、お答えできますか。

では、また、次回以降に事務局のほうで回答いただくということにさせていただきたいと思います。

順番が、先ほど申し上げたものと少し変えまして、奥塚委員がお手をお挙げになっていますので、奥塚委員、どうぞ。

○奥塚委員 ありがとうございます。

資料1の介護老人福祉施設について、1つ申し述べたいと思います。

21ページに収支差率の表がございますけれども、特養の収支差率1.4%という数字がございます。これは全サービスにおける平均値よりも大分下回っているなと思います。地方の都市や、中山間地域では、先ほども意見が出ておりましたが、電気代や光熱水費等の必要経費が非常に上昇していること、また、深刻な人手不足によりまして、職員の採用コストが経営を圧迫しているという実情がございます。この収支差率は施設の老朽化による修繕や設備更新を困難にしまして、地域の介護給付基盤を揺るがすものだなと思います。実際、収支差率がプラスどころかマイナスになる年もあるというのが実態でございます。

特養は、地域の高齢者が住み慣れた地域で、安心して暮らすための大変重要な施設であります。地域の実情に応じた、持続可能な報酬体系の見直しを、一首長として、ぜひとも御検討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、先ほどの順番に戻しまして、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 岩村分科会長、ありがとうございます。日本介護支援専門員協会の濱田です。

まず、私は介護老人福祉施設、介護老人保健施設の介護支援専門員と相談員、支援員の安定的な配置につきまして、意見を申し上げたいと存じます。

私ども日本介護支援専門員協会のアンケート調査で恐縮でございますが、介護老人福祉

施設と介護老人保健施設に所属しております介護支援専門員のうち、多職種と兼務している方は、全体の56.7%でございました。約半数が専任、約半数が兼務者ということでございます。その兼務されている方のうち48.1%が生活相談員、支援相談員との兼務となっております。

また、両施設における介護支援専門員の配置状況につきましては、約3分の1であります29%が1名ということでございますが、同じく約3分の1の30.5%が2名の配置、10.5%は3名の配置でございました。

なお、このうち78.1%は、LIFEの登録入力作業を行っているとの結果でございました。

ということで、実際には、両施設を含めた介護保険施設も、さらには、短期入所につきましても、ケアマネジメントやLIFE入力に限らず、入所調整や入退所支援につきましても、生活相談員、支援相談員、そして介護支援専門員がそれぞれ兼務したものにより実施されている割合が多くございます。

このため、短期入所の議題の回にも意見を申し上げましたが、各種体制加算等も含めまして、短期入所の生活相談員加算など、人員体制に関する課題につきましては、本体となる介護老人福祉施設や介護老人保健施設など、介護保険施設と、この短期入所の合計人数を要件として、加算につきましては施設と短期入所の両方で算定できるようにしてはいかでしょうか。

いわゆる短期入所単独型である施設の場合もございますが、定員数の少ない施設では、人員確保と経営の双方が厳しいことも考えられます。中には専門職の人材不足で、施設長が介護支援専門員を兼務している例も出ておりまして、施設の存続が心配される事例も聞かれております。

業務負担の厳しさも想定され、何とか加算により、この部分の人員配置を安定化させ、負担軽減と持続性を高める方策の検討をお願いしたいと存じます。

続きまして、急性期の医療機関から退院し介護保険施設への入所をする場合がございます。

近年、急性期の医療機関の地域連携室等から、認知症があったり、頼るべき身寄りがいないなどを理由に自宅への退院が難しい場合で、介護老人福祉施設や介護老人保健施設等への直接の入所依頼が増えているような感覚も受けております。

特に急性期の医療機関側では、退院が決まれば、数日以内の退院を求められる事例も中にはございます。

施設の入所につきましては、以前は書面での申し込みや、医療情報照会、また、入所判定委員会等のため、一定時間がかかる場合もあり、地域連携室等から対応スピードが速い老人ホーム紹介事業者へ依頼されていた例もあると聞いております。

一方で、介護保険施設でも、近年では空床が出ることもあるとして、問い合わせをする地域連携室の医療ソーシャルワーカー等も増えてきているとも伺っております。

しかし、依頼はしたいということでございますが、これら施設の空室、空床情報がない

ために依頼が難しいという意見もございます。

医療機関、介護保険施設におきましても入退所につきましては、報酬上の評価が在宅への退所に偏っておりますが、高齢者向け住まいも増加し、居住系施設の量的構成も変わってきております。医療から介護へという流れにも沿っているということで、そろそろこうした急性期の医療機関から、介護保険施設、特定施設への早期の直接入所につきましても、人員体制や機能について、退院側の診療報酬か、受入れ側の介護報酬か、あるいは双方で評価を検討する時期に来ているのではないかと考えます。

続きまして、資料4の特定施設入居者生活介護についてでございます。

まず、施設の囲い込み対策について考える点ということで意見を申し上げます。

資料の53ページでは、特定施設の入居者と住宅型有料老人ホーム等の入居者につきまして、排泄が自立していない利用者の割合はほとんど同じでございます。

58ページの現状と課題でも記載されておりますが、個々のホームの状況でなくあくまでも全体の傾向としてはであります、必要な介護サービスはあまり変わらない状況にあると考えられます。

また、53、54ページの調査研究事業出典資料「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」報告書の101ページでは、住宅型有料老人ホームで介護保険サービスを利用する入居者全てのケアプランを併設、隣接の居宅介護支援事業所で作成している割合は、住宅型で6.9%、サービス付き高齢者向け住宅で10.7%という結果が出ておりました。

一方、併設、隣接だけでなく関連法人という類型も含めた居宅介護支援事業所で作成されている割合は、住宅型で54.5%、サービス付き高齢者向け住宅で59.8%、また、この割合が100%であるのは住宅型で37%、サービス付き高齢者向け住宅で36.1%と報告されております。

恐らく現在は、多くの関連法人による事業所施設も、関連のない法人による事業所施設でも加算、減算、施設整備や事業所指定、また、総量規制など、その他の各種の介護保険法令上の扱いは同一に行われているのではないかと考えられます。

もちろん、同一建物を介して関連法人からのサービス提供へ変更することは1つの経営方法でもありますので、それをもって、必ずしも適切かどうかという判断はなかなか難しいところでございます。が、まずは、いわゆる囲い込み対策につきましては、そういったサービス提供形態の在り方も含めて、考え方を整理して、対応方法を考える必要があるのではないかと考えております。

続きまして、中重度の利用者の方が入居する居住系施設の特定施設への移行についてでございます。

先ほど田母神委員からも御意見がございましたけれども、一方で、中重度の要介護者が入居する特定施設につきましては、適切なサービス提供や安全性等の考え方から、介護保険施設に準じて、特定施設でも各種基準等が設けられてきたと考えております。

住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においても、特定施設に準じたサービス提供体制が確保されているかどうかを登録制等で確認いただき、確認が難しい場合は入居者の安全性、透明性確保の観点から、外部サービス利用型も含め、何らかの方法で特定施設への移行を促す方策を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。

会場で、田中委員は、いかがでしょうか。お願いします。

○田中委員　御指名ありがとうございます。慢性期医療協会の田中でございます。私からは、3点発言をさせていただきます。

まず、資料2の老人保健施設でございます。医療依存度が高い方の入所が増える中、医療ショートを実施している老健については、検査、処置、内服薬の持ち出しを含み、評価をしてほしいと思います。

老健は、先ほど老健課長からの御説明のように、在宅復帰のための施設であります、利用高齢者は徐々に介護度が重くなり、老老介護や認知症同士の夫婦世帯など、やがて在宅ケアが困難になるケースもあります。新たな居場所として、数年のリピーターの後に特養に入る必要がある方もいます。それは、施設の努力ではどうにもならず、やむを得ないことであると考えます。

その際にも、老健から特養へ移動するケースは、在宅復帰率に含まれません。一方で、病院からの退院先としては、在宅として特養が位置づけられております。こういった制度間のダブルスタンダードを極力減らし、分かりやすくしてほしいと思います。せめて分母からも分子からも除外するなどの検討を始めてはいかがでしょうか。

次に、資料3の介護医療院です。離島、過疎地など地域によっては病院がない市町村があります。そこでは老健の医療ショートや介護医療院のベッドを活用するほうが、超高齢者が望まない圏域外高度急性期医療現場への搬送をされずに済むことではないでしょうか。

介護医療院については名前のとおり、介護と医療が初めから同居していて、48ページにあるように、超高齢者の治療の場としても実際に運用されています。看取りの場としても選ばれており、病院機能を備えているので、改めて何か機械などを設置する必要もありません。老健の医療ショート同様に、さらなる活用ができるように検討してほしいと思います。

また、急性期病院から治療継続状態で退院、63ページのように緊急入院してくる者があり、従前の要介護度よりも明らかに重度化して入所してくる方がいらっしゃいます。そういったケースは区分変更しないままであることも多く、残念ながらそのまま亡くなってしまいうケースも少なくありません。介護度と必要介護料のアンマッチについて、以前からお話しているように、実態に合わせた報酬としてほしく、もし調査が行われていないようであれば調査をしてほしいと思います。

最後に資料4の特定施設ですが、44ページにあります件について御質問がございます。

保険者による総量規制が行われていると回答がありますが、この地域はどんな地域か調べているデータはありますか。現場では介護計画、総量規制により、施設側が要望しても、何年も特定施設になれない自治体も実際に存在しており困っています。

一方で、先ほどオンラインで御発言があったように、有料施設の運営の中で、一部では囲い込み、必要以上の介護サービスを導入する施設が問題視されています。囲い込んで不適切な過剰サービスがあるとするれば、そちらのほうが、当然費用がかかっていると思います。そういった費用比較を検証してあるか、もし、していないのであれば検証してみてもいいかでしょうか。

以上でございます。質問については、後ほどで結構でございます。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、事務局のほうで、また質問についての回答の御検討等をお願いいたします。

オンラインに戻りまして、荻野委員、どうぞ。

○荻野委員 ありがとうございます。日本薬剤師会の荻野でございます。

資料に沿って、薬剤師、薬局の立場で意見を申し上げます。

まず、資料1の48ページに、介護保険施設における対応可能な医療処置についてまとめていただいています。

麻薬による疼痛管理については、各施設とも対応率が必ずしも高くない状況がうかがえます。

今後、施設における看取りの重要性が一層高まる中で、必要な利用者が適切な疼痛管理を受けながら住み慣れた環境で安心して療養や看取りを行える体制が重要と考えます。

特養では、薬局が医療用麻薬の調剤や供給等を担う場合も多く、必要な利用者に適切な疼痛管理を提供するため、医師、看護職員、薬剤師、薬局等が連携し、医療用麻薬を含めた適切な薬物療法を提供できる体制が重要であると考えます。必要な利用者に適切な疼痛管理が提供される体制について御検討いただきたいと思います。

次に、資料2と3についてであります。医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者が今後増加する中で、療養の場が病院、施設、在宅へと横断的に変化することを踏まえると、切れ目のない医療・介護連携がますます重要になると考えます。

特に資料2の75ページから78ページと、資料3の59ページから61ページで示されている薬剤情報連携においては、令和8年診療報酬改定において病院から高齢者施設等への情報連携を評価する仕組みが新設されました。

一方で、高齢者施設等から、医療機関や在宅へ移行する際にも、安全かつ適切な薬物療法を継続するための情報連携が重要であると考えます。

また、退所時の情報連携を実効性のあるものとするためには、入所時の持参薬の確認整理や処方経緯の把握、入所中の服薬状況の確認、処方提案、処方変更後の計画確認など、入所時から退所時まで一貫した薬学的管理を行うことが重要であると考えます。

こうした継続的な薬学的管理のもとで、医師、看護職員等との関係職種と連携しながら、

ポリファーマシー対策を含む薬物療法の最適化を進めることは、利用者の安全性向上や生活機能の維持、不要な入院の回避にも資するものと考えます。

利用者の安全性向上や、薬物療法の最適化に資する取組について、入所時、入所中及び退所時の各場面における取組の実態も踏まえながら適切に評価されるよう御検討いただきたいと思います。

最後に資料4についてでございます。論点に囲い込み対策の記載がございます。様々な意見もございましたけれども、利用者本人の選択を前提として、薬局が施設職員や医療関係者と連携しながら継続的な薬学的管理あるいは薬物療法の最適化に取り組むことは、利用者にとって有益な取組であると考えます。

一方で、入居条件とするなどの施設側の都合によって、利用者による薬局の自由な選択が妨げられることがあってはならないと考えます。その点を十分に踏まえた上で、御検討いただきたいと考えております。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、今村委員、どうぞ。

○今村委員　日本介護福祉士会の今村でございます。

○岩村分科会長　今村委員、フリーズしてしまっているようですが、うまく回線がつながっていないようですが、駄目ですね。

では、そのままお待ちいただいて、江澤委員がお手を挙げていらっしゃるの、江澤委員、どうぞ、お願いいたします。

○江澤委員　先によろしいですか。

○岩村分科会長　先をお願いします。多分、今村委員のほうは、回線がうまくないので、先をお願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

まず、介護保険3施設の平均収支差率は大変厳しい状況となっており、約半数の施設が赤字となっているのが実態であります。

まず、令和8年度の診療報酬改定と同様に、賃上げと物価対応については別立てで1年ごとに上乗せしていく必要があると考えます。

そして、何よりも重要なのが、介護保険施設の基本報酬の異次元の増額が不可欠であるということであります。例えば、老健では経営破綻等による廃業が相次いでおり、ある意味では末期症状とも言える深刻な状況を来しています。すなわち地域の医療介護提供体制に大きな支障を生じており、一刻も早く基本報酬の増額の手当が必要な状況にあります。

あわせて、介護報酬改定についても現行は3年に一度であります。現状においては、3年間同じ報酬で見通すことは厳しい、すなわち3年間据え置き報酬設定は、非常に困難な状況にありますので、例えば令和9年度改定を、仮に1年間とし、その後、診療報酬改定と同じタイミングで2年ごととする方策も考えられるのではないかと考えており

ます。

いずれにしても、介護保険施設の経営的な支援というのは急務であるということは申し上げたいと思います。

次に協力医療機関との連携につきましては、改定検証の速報結果なども活用して、早急に個別の実態を把握し、少なくとも年内には、経過措置を延期するかどうかは決定すべきであると思います。

また、本日の資料にあります特養・老健のユニットケアについては、実態の把握も必要ですが、まずは現状を考えますと、1ユニットにユニットリーダー1名という配置に対する経過措置が現在行われており、その経過措置は1施設ユニットリーダー2名以上の配置になっておりますけれども、これは継続していくべきだと考えております。

認知症専門ケア加算につきましては、以前も申し上げましたが、認知症介護実践リーダー研修がなかなか受けづらい状況がありますので、前回申し上げましたように、その辺りを踏まえまして、実態に即した見直しの検討が必要ではないかと思っております。

それから、生産性向上推進体制加算については、この加算の算定によって持ち出しになっている実態がかなりあります。特に上位加算の1のほうでは、特にランニングコストが持ち出しとなりますので、そういう設定を見直さない限りは、なかなかこの推進にはつながらないと思いますので、検討をお願いしたいと思っております。

続いて、特養につきまして、かかりつけ医との連携で申しますと、配置医師緊急時対応加算の算定が、今、極めて低い結果となっております。もちろん主治医がタイムリーに駆けつけられないということも大きな要因として考えておりますが、一方で、調査結果によると、この加算の算定要件である特養のほうの看護体制加算の2の算定割合が、現状6割であるため、なかなか算定できる施設が限られているというものも、結果で上がってまいりますので、看護体制加算2の看護配置要件が、実態として厳しいのであれば、要件緩和を検討していく必要があるのではないかと思います。

続きまして、老健ですけれども、資料の65ページのところを見ますと、ここに在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況がありますが、この中で、グラフの右の6項目は全て5点満点の項目なのですが、一番右の紫の経管栄養の実施割合だけが、全て1点台という形で、極めて低い状況になっております。

その要件は、62ページにありますように経管栄養の実施割合が10%以上で5点、5%以上で3点ということなのですが、実態として、結構経管栄養の入所者が減ってきており、最近では御本人、御家族もあまり経管栄養を望まない方も増えてきていますので、この辺りは実態に即して、必要があれば見直しの検討を行うべきかなと思っております。

先ほど長期入所の話もありましたけれども、64ページにありますように、まず、老健施設の機能は、在宅復帰に加えて、在宅療養支援を行う施設でありまして、その指標として、62ページの評価項目の、このマトリックス評価というものがつくられ、そして、この中で強化型、加算型、基本型と分類されるわけなのですが、64ページの資料のごとく、非常

に強化型が伸び、基本型が減少している、すなわち、全国の老健施設が非常に頑張って機能を発揮してきていることは明白であるということは申し上げたいと思っております。

続きまして、介護医療院ですけれども、介護医療院は当然ながら、長期療養・生活支援施設であるということですが、実態としては、かなり要介護度の重度の方に対して、そして医療ニーズが多々ある方に関して、医療的ケアを中心に提供しております。

その中でターミナルケアや看取りも多く行われておりますし、中には意識レベルの低い方も結構いらっしゃるのが実態であります。

そういった中で、やはり重要であります、本人の意思決定を支援し、手厚いターミナルや看取りを行っていることを推進するために、そういったものの評価というものは検討すべきではないかと思っております。

最後に、特定施設につきまして、特定施設の資料の最初の2ページのところにありますが、その真ん中の人員基準の※のところの看護職員の配置ですけれども、要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は50人ごとに1人ということで、かなり看護職員の配置が薄い状況になっています。

特定施設の場合、基本報酬が低めに設定されていることもありますので、なかなか職員の加配ができない、しづらい状況であります。

したがって、看護職員の加配がなかなかできない中で、日中であっても夜間であっても看護職員がいない時間帯は結構あります。

今、医療的な対応が求められており、医療的な処置を行う方も増えており、看取りも増えてきています。

そういった中で、やはり看護職員の配置をもう少し見直す必要があるのではないかなと思っております。すなわち、看護職員を手厚く配置すること、あるいは看護的ケアを行うことに関して、いろいろその辺りが手厚くできるように、少し見直す必要があるのではないかと、特に入居者の状況に応じては、そういったことは大変必要であると思っております。

最後に、論点の3つ目にありますような、この有料老人ホームの在り方検討会に私も参加しておりましたが、まず、実態として、特定施設入居者生活介護、いわゆる特定施設の総量規制というものが全国でかなり敷かれているため、なかなか特定施設に手を挙げても採択されない実態もございますので、これは、この当分科会とはまた違う議論になりますけれども、まず、バックグラウンドにそういうことがありますので、今後その辺りをどのように見直していくのかというのは、1つの背景としてあるかと思えます。

この外部サービス利用型については、報酬も若干適正化された報酬設定であり、それ自体が推進すべきかどうか、本来の一般型の特定施設入居者生活介護を、やはり推進するほうが利用者の方にとっても、私は一番ふさわしいかと思っておりますし、特に中重度者が、これから特定施設も増えてまいりますから、そうすると、一般型を推進するのが筋だと思っておりますので、そういったことが推進できるような報酬体系というものが求められると考えております。

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す。

今村委員、申し訳ございません、先ほどうまく回線が回っておりませんでしたので、お待ちいただくことになり、申し訳ございません。

○今村委員 大変失礼いたしました。申し訳ございません。

○岩村分科会長 こちらこそ、申し訳ございません。

では、どうぞ、お願いいたします。

○今村委員 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、施設形態ごとの論点にあります、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるのかということについて、意見を申し上げさせていただきます。

今後、中重度者や医療介護の総合的なニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、それぞれの施設においては、利用者一人一人の尊厳を守って、その人らしい生活を支える役割がこれまで以上に求められると思っております。

介護福祉士は、認知症ケア、看取り、医療的ケア、多職種との連携、自立支援や意思決定支援など、高度で専門的な実践を担う専門職でございます。こうした専門性を十分に発揮できるよう、その役割を適切に評価いただくとともに、ICTテクノロジーの活用による業務改善や、業務効率化を推進し、質の高い介護サービスを継続的に提供できる環境を整備することが重要であると思っております。

また、介護老人保健施設や介護老人福祉施設等においても、こうした取組を一層推進していかなければならないということを現場の人間としても思っているところでございます。

また、利用者の尊厳を守り、安全で質の高いケアを継続的に提供するためには、虐待防止ですとか、身体拘束廃止、倫理、法令遵守の推進体制を強化することが不可欠であるということも考えております。

そのため、職員への指導や助言、人材育成及びケアの質の向上など、組織的な取組を推進する中核的人材を制度上に明確に位置づけるとともに、その役割についても、適切な報酬上の評価を行うべきと考えます。

なお、その中核的人材については、介護福祉士を基本とすることが望ましいとも思っているところです。

さらに、中重度者や医療ニーズ等への対応は、一部の施設に限られたものではなく、施設サービス全体に求められる基本的な役割となってきました。そのため、介護福祉士が専門性を発揮し、生活支援、認知症ケア、看取り支援等を適切に提供できる体制については、施設サービスの基本的機能として基本報酬において評価すべきです。

一方、ACPの推進、多職種との連携、ICTテクノロジーの効果的な活用など、より高度な取組については、加算により適切に評価すべきと考えております。

意見としては以上でございます。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、現在まででお手を挙げていらっしゃる方の御発言はいただいたと思いますけれども、この辺りで今日の議論は終了ということでよろしゅうございましょうか。

ありがとうございます。それでは、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た上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き進めていただきたいと思います。

また、後日回答ということになっておりました御質問等についての御検討の対応もよろしく願いをいたします。

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。

最後に、次回の分科会の日程などにつきまして、事務局から説明をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○堀老人保健課長　次回の日程につきましては、事務局から追って御連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、今日はここまでということにさせていただきます。お忙しい中、委員の皆様には御参加いただき、かつ御発言いただきまして誠にありがとうございました。

では、散会いたします。