

○芦田企画官 それでは、定刻になりましたので、第267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、お忙しい中で御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日も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ございますが、奥塚委員、長内委員、塩田委員より御欠席の連絡を頂いております。

また、御欠席の長内委員に代わり坂口参考人、塩田委員に代わり大小田参考人に御出席いただいております。

なお、田母神委員、堀田委員におかれましては、途中で御退席の予定でございます。

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。

本日は、令和9年度介護報酬改定に向けた関係団体等意見交換会を行うこととしており、意見交換させていただく団体の皆様方にもオンラインにて会議に御出席いただいております。

議事に入る前に資料の確認とオンライン会議の運営方法の確認をいたします。事前に送付しております資料を御覧いただければと思いますが、同様の資料をホームページにも掲載しております。

次に、オンライン会議の運営方法です。オンラインで出席の委員の皆様におかれましては、会議進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、御発言の際には「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。

冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきます。

(カメラ退室)

○芦田企画官 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。よろしくお願いいたします。

○岩村分科会長 皆様、こんにちは。

早速、お手元にある議事次第に沿いつつ進めてまいりたいと思います。議事次第にありますように、本日の議題は「令和9年度介護報酬改定に向けて」ということで、関係団体等の皆さんとの意見交換会の第3回目でございます。

今日、オンラインで御出席の団体、自治体関連の皆様方におかれましては、大変お忙しい中を御参集いただきまして、誠にありがとうございます。令和9年度介護報酬改定に向けた検討の一環ということで、せっかくの機会でございますので、忌憚のない御意見を頂

戴できればと思っております。よろしくお願いいたします。

本日の進め方でございますけれども、最初に医療系サービスの各団体の皆様からの意見陳述を一通り行っていただきまして、それを受けて、14時頃までをめどといたしまして、分科会の委員の皆様との質疑、意見交換を行いたいと考えております。関係団体の皆様の意見陳述の時間は一律4分とさせていただきます。事務局のほうで発言を始められてから3分で1回、4分で2回ベルを鳴らしますので、それまでに御発言をおまとめいただくようお願いいたします。

御意見等についての意見交換などを終えた後に、今日御参集いただいている2つの自治体の皆様に意見陳述いただくということにいたしまして、各意見陳述については、1つの自治体の皆様の時間を20分とさせていただきます。こちらにつきましては、事務局のほうで発言が始まってから19分たったところで1回、20分たったところで2回ベルを鳴らすことにさせていただきますので、そこまでで御発言をおまとめいただきたいと思います。そこまで行きましたら、その後、分科会の委員の皆様との質疑、意見交換にさせていただきます。

審議時間が限られておりますので、皆様におかれましては、円滑な議事進行に御協力いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、今日の意見交換会の趣旨などにつきまして、事務局から説明いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

今回の意見交換会は、令和9年度介護報酬改定に向けた検討の一環として、関係団体の皆様から令和9年度介護報酬改定に関する御意見を頂くものでありまして、本日が第3回目となります。本日のテーマは医療系サービスと中山間・人口減少地域の2つです。

本日は、9つの団体と2つの自治体に関係する事業者等の皆様に御参加いただいておりますけれども、時間の都合により紹介は省略させていただきます。詳細につきましては、お手元の関係団体等参加者名簿を御覧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した。

それでは、医療系サービスの皆様のほうから意見陳述を始めさせていただきます。最初に、日本訪問看護財団の平原様から御説明いただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○平原陳述人 よろしくお願いいたします。日本訪問看護財団の常務理事をしております平原です。

令和9年度介護報酬改定に向けた意見として、全国訪問看護事業協会との連名により意見陳述させていただきます。

2040年に向けて訪問看護が目指す姿について、日本看護協会を含めた3団体で訪問看護のビジョンを昨年7月に公表しました。訪問看護の使命とビジョンは、全ての地域で24時

間365日、必要な質の高い訪問看護サービスを提供し、尊厳ある療養生活を支えることにあります。ビジョン達成のため、基盤強化、機能強化・拡大、質の向上を掲げています。長年の実績から、再入院回数、緊急入院の有意な減少をもたらすことなど確認されておりまして、そのような質の高い訪問看護をぜひ評価いただきたいと考えています。今後、さらに質の高い看護・ケアを継続でき、地域包括ケアシステムの深化に貢献できるよう、ビジョンの3つの視点に沿って意見陳述いたします。

基盤強化の観点から、持続可能な訪問看護提供の構築に向けた処遇の確保をお願いします。訪問看護や看多機と病院の賃金格差が広がっており、図表3のように、賃上げ額の地域差が生じております。これまでの賃金改善政策による賃金上昇分を本体報酬に溶け込ませ、加算による柔軟な対応をお願いいたします。

人口規模が小さな自治体に所在する事業所は厳しい経営環境に置かれております。訪問の範囲も遠距離を対象としています。暮らしている地域によって訪問看護が受けられない療養者をこれ以上増やさないよう、特別地域・中山間地域の加算率の見直しをお願いいたします。

訪問看護は24時間対応が期待されている一方、緊急時訪問看護加算を算定する事業所の初回の夜間帯の緊急訪問については加算算定ができない要件となっています。人材確保、サービス提供体制維持の観点から、確実な手当の支給につながる原資として本加算の要件見直しをお願いいたします。

次に、介護・医療の複合ニーズを有する者を支援する情報連携の評価についてです。高齢者救急の増加は重要な課題です。入院時に看護サマリー等の文書を求められるケースも増えております。今後、さらなる医療と介護の連携が求められる中では情報連携の評価をぜひお願いいたします。

機能強化の観点からは、看多機のさらなる活用が考えられます。看多機での短期利用を利用される方は基礎疾患と認知症を有するなど、介護と医療の複合ニーズを併せ持ち、重度なケースが多い実態があります。しかし、その対価は低い設定となっております。中・重度者の短期利用に係る評価の見直しをぜひよろしくお願いいたします。

最後に、質の高いケア提供の観点から、認知症の利用者が増加する中では認知症を起因として医療ニーズが増大する事例が増えております。認知症看護・ケアに関する専門研修を修了した看護師が介入することでいろんな効果が確認されているところでございます。現行の専門管理加算の対象とするなど、ぜひ検討をお願いします。

以上で意見陳述を終了します。御清聴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。

次に、全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤様から御説明いただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○近藤陳述人　全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤です。貴重な機会をありがとうございます。

説明させていただきます。

要望の柱は、リハビリテーション前置主義の徹底です。誰でもいつでもどこで暮らしていても適切なリハビリテーションを受けられる体制を目指します。

質の向上に向け、提供内容の標準化と可視化を進めることが必要と考えます。現場の入力負担への配慮が前提です。

6 ページをお願いします。最も強く申し上げたいのは基本報酬の引上げです。運営コスト増加により介護サービスの多くは赤字経営です。平成27年度から令和6年度改定まで消費者物価指数は14.8%上昇する一方、訪問リハビリテーションは1.0%、通所リハビリテーションは7.8%の増にすぎず、事業所の5割弱は赤字で、2020年度以降、約7%減少しています。経営の安定と賃上げのため、基本報酬の引上げを強く求めます。なお、物価高騰への対応分は区分支給限度基準額の対象外とすることを求めます。

老健は約5割が赤字で、全サービス中、最も高く、強化・超強化型施設の報酬引上げを要望します。

9 ページをお願いします。適時適切な評価・指導に対する報酬の新設です。退院退所直後や状態低下時に、高頻度の利用は不必要だが、適時評価と指導は必要という方が多くおられます。しかし、低頻度の場合、アセスメントやリハビリテーション会議、計画書作成には多大な時間を要し、事業所が受入れをちゅうちょしがちです。安定した生活機能維持を推進するため、受け皿としての新たな報酬の創設を御検討いただきたいと考えます。

次に、退院時共同指導加算は、老健等の対象前カンファレンスも対象に加えることを要望します。

次に、送迎・移動は片道30分以上も多く、大変負担となっておりますが、報酬に反映されておられません。適正な評価の新設を要望します。

生活行為向上リハビリテーション実施加算は、居宅訪問時の実践的なリハビリテーションの提供を要件に加え、訪問不要な場合は個別対応時間の担保を代替要件として提案します。

通所リハビリテーション費は、3職種体制、居宅訪問の実績に応じた区分を新設し、リハビリテーションマネジメントの普及のため、基本報酬に包括することが必要と考えます。

介護予防通所リハと総合事業の併用が可能である旨を通知等で明記するよう要望いたします。

訪問リハの体制強化加算は、多疾病、多障害を有する高齢者に対応できる体制を強化する意味で、勤続年数に加えて、3職種配置事業所を評価する区分の新設を求めます。

18ページをお願いします。診療未実施減算は、研修の修了期間の延長、他団体研修の追加、受講努力の可視化を望みます。

退院退所日の訪問リハは、療養環境整備等において重要であり、当日訪問の算定を可能とすることを要望します。

居宅介護支援におけるリハビリテーションについてです。回復期リハ病棟協会の調査に

よると、自宅復帰後のリハビリテーション予定において約3分の2にリハビリテーションが検討されておりません。一方、リハビリテーション継続実施は、退院後の生活機能の改善に効果があることが示されています。令和8年度改定で医療側からの提案・紹介が制度化されましたが、受け手のケアマネジャーの評価が連動していません。退院退所加算に通所・訪問リハビリテーションの利用提案と見学等の調整を要件に加えるか、上位区分の設定を御検討いただきたいと思います。

生活機能向上維持加算は、連携先の200床以上の医療機関や、認知症疾患医療センターの専門職の追加を要望します。

23ページをお願いします。利用者の補装具等の使用状況について、不適合、破損時に医療機関へのフィードバックを制度上の機能として位置づけることを求めます。

25ページをお願いします。老健の短期集中リハビリテーション実施加算は、再入所時の対象疾患に肺炎と心不全を追加し、頻回の実施の評価を求めます。

32ページをお願いします。特養や居住系サービスは、協力医療機関のリハ専門職と連携する支援体制の評価を求めます。

41ページをお願いします。生活機能向上連携加算は、算定率が非常に低いため、IIの減算削除、ICT助言の容認、別法人と連携への評価を望みます。

適切なリハビリテーションを受けられる制度の確立に向け、本要望の実現をお願いいたします。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

続きまして、全日本病院協会の進藤様から御説明いただきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○進藤陳述人 ありがとうございます。全日本病院協会、進藤でございます。

介護報酬改定に向けた要望について御説明させていただきます。

「1）介護支援専門員の業務簡素化及び人材確保」、現状及び課題です。介護支援専門員の確保が困難となっており、地域によって利用者が必要な介護サービスを円滑に利用できない状況も懸念されております。介護支援専門員は、本来のケアマネジメント業務に加え、多くの書類作成、情報収集及び関係機関との連絡調整等を求められております。人材を確保するためには処遇改善が必要であるとともに、不要または重複する事務作業を削減し、専門職として利用者・家族への支援に十分な時間を充てられる環境を整備する必要があります。また、AI・ICTの活用により、ケアプラン作成、記録、情報整理等を効率化し、業務負担を軽減することが重要です。

要望として、介護支援専門員の事務負担を簡素化するとともに、AI・ICTの活用を促進し、業務負担軽減を前提とした担当件数等の見直し及び処遇改善により人材確保・定着を図っていただきたいと思います。

「2）介護人材の確保、特に外国人介護人材の活用促進」、現状及び課題です。介護人材

不足は今後さらに深刻化することが見込まれており、国内人材の確保、処遇改善及び生産性向上に加え、外国人介護人材が安心して日本で働き続けられる制度を整備する必要があります。育成就労制度等における受入れ人数の上限については、介護現場における人材需要と必ずしも整合していないとの指摘があります。また、介護福祉士資格の取得までには一定の期間を要することから、資格取得を目指して就労・学習を継続する外国人材が将来の在留に不安を抱かない仕組みが必要です。

要望として、育成就労制度における介護分野の受入れ上限数について実態を踏まえた再検討を行うとともに、介護福祉士資格取得に向けた再挑戦や在留期間の取扱いを柔軟化し、実務経験及び研修等を踏まえた安定的な就労継続が可能となる制度を検討していただきたいと思います。

「３）看護人材の確保と外国人看護人材の活用」、現状及び課題です。介護サービスの提供体制を維持するためには、介護人材だけでなく看護人材の確保も重要な課題となっております。処遇改善等による国内人材の確保に加え、外国人材の能力・経験を活用する視点も必要です。介護分野で就労している外国人の中には、母国において看護師資格を有し、看護業務に従事した経験を持つ者もいます。しかし、日本で看護職として就労するためには日本語能力や資格取得に関する高い障壁があり、保有する能力を十分に生かせない場合があります。

要望として、日本語能力の段階に応じて、まず准看護師資格の取得を目指し、日本国内で就労しながら日本語能力を高め、その後に看護師資格を目指すことができるなど、外国人材が段階的にキャリアアップできる仕組みを検討していただきたいと思います。

「４）介護老人保健施設における個人宅への在宅復帰の重点評価」をお願いいたします。

「５）訪問系リハビリテーションの評価体制及び規制の見直し」をお願いいたします。

「６）介護における嚥下調整食の評価」をお願いいたします。

「７）地域区分見直しによる急激な介護報酬減への対応」をお願いいたします。

御清聴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。

続きまして、日本栄養士会の元家様から御説明いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○元家陳述人　公益社団法人日本栄養士会、福祉職域担当理事の元家でございます。本日は、このような機会を頂き、ありがとうございます。

日本栄養士会からは、こちらの４つの事項について要望いたします。

初めに、要望Ⅰは、介護保険施設における嚥下調整食の療養食としての評価です。嚥下調整食は、単に食べやすく調理した食事ではありません。摂食嚥下機能や栄養状態などを踏まえて適切な食形態を選択、提供し、状態変化に応じて継続的に見直す栄養ケアです。先日の分科会資料では、嚥下調整食が必要な利用者は、特養・老健で５割、介護医療院では７割を超えています。こうした利用者が安全に口から食べ、必要な栄養を摂取し、食べ

る楽しみを継続できるよう、嚥下調整食を療養食加算の対象として評価していただくようお願いいたします。

次に、要望IIは、機能強化型認定栄養ケア・ステーションを外部管理栄養士の連携先として評価することです。機能強化型認定栄養ケア・ステーションは、医療・介護分野での実務経験など一定の要件を満たす責任者を置き、専門的な栄養支援を行う事業所を日本栄養士会が認定する仕組みです。一方、通所介護では50.2%、通所リハでは37.8%が栄養アセスメント加算を算定していない理由として「管理栄養士の配置や外部機関との連携が難しい」と回答しています。そこで、都道府県栄養士会の栄養ケア・ステーションを地域の基盤として維持しながら、機能強化型を追加的な連携先として位置づけ、専門的栄養支援につながる機会を広げていただくようお願いいたします。

次に、要望IIIは、介護分野で働く管理栄養士・栄養士の処遇改善です。令和8年度介護報酬改定では幅広い職種の処遇改善につなげる取組を進めていただきありがとうございます。しかし、令和6年度の調査では、管理栄養士・栄養士に処遇改善加算を配分した施設・事業所は約2割にとどまり、他の専門職と比較しても限定的です。令和8年度改定の実施状況と効果を検証し、管理栄養士・栄養士についてもその専門性や役割に応じた適切な処遇改善につなげていただくようお願いいたします。

最後に、要望IVは、介護保険施設における基準費用額(食費)の適時適切な見直しです。本会の調査では、約8割の施設で食材料費が前年度より増加しています。施設では献立の見直しや発注量の調整など、既に様々な工夫を重ねています。令和8年8月から基準費用額を1日100円引き上げていただいたことには感謝申し上げます。一方、食材料費や人件費などの上昇を施設の努力だけで吸収し続けることには限界があります。今回は、令和9年度改定において最新の費用実態を踏まえ、基準費用額を適切に見直すとともに、今後も物価などが大きく変動する場合には、改定時期に捉われず、適時適切に対応していただくようお願いいたします。

以上、4点について令和9年度介護報酬改定において御検討いただきますようお願いいたします。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。

次に、日本医療法人協会の鈴木様から御説明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。

○鈴木陳述人　日本医療法人協会の鈴木です。

各論のみお伝えします。

1つ目、介護老人保健施設から介護老人福祉施設への入所に関して、現状と課題です。介護老人保健施設(老健)は、制度上、在宅復帰・在宅療養支援を目的とする施設として位置づけられている。しかし、実態としては、利用者の要介護度が経年で重度化し、老老介護や認知症高齢者のみの世帯など、在宅生活の継続が困難となるケースが少なからず生じている。こうした場合、老健施設での利用(リピート利用)を経て、介護老人福祉施設(特

養)への入所が必要となることがあるが、これは施設側の努力の多寡にかかわらず生じる、やむを得ない移行である。しかしながら、現行制度上、老健から特養への入所は、老健施設の在宅復帰率の算定において在宅復帰とみなされず、当該施設の実績評価上、不利な要素として扱われている。一方で、医療機関(病院)からの退院先の評価においては、特養は在宅として位置づけられており、老健施設側の評価における特養の扱いと、病院側の評価における特養の扱いとの間に違いがある。

要望です。医療機関(病院)からの退院先評価における特養の位置づけと、老健施設の在宅復帰率における特養の位置づけとの整合性を図ることを求める。

2つ目、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標(経管栄養の実施割合)に関する評価の見直しについて、現状と課題です。介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標のうち、経管栄養の実施割合については、10%以上で5点、5%以上で3点という評価基準が設定されている。しかし、指標を構成する他の項目がいずれも5点満点で評価されている中、経管栄養の実施割合のみ、多くの施設で1点台にとどまるという著しく低い結果となっている。この背景には、経管栄養を必要とする入所者そのものが減少傾向にあること、また、本人・家族の意向として経管栄養を望まないケースが増加していることがある。すなわち、老健施設の取組や機能の水準とは直接関係のない、入所者側のニーズ・意向の変化により、当該指標が構造的に低く評価される状況が生じている。

要望です。経管栄養の実施割合に関する評価基準(10%以上で5点、5%以上で3点)について、経管栄養を必要とする高齢者が減少しているという実態を踏まえ、基準値の見直しを検討することを求める。

3つ目、生産性向上推進体制加算に関する評価の見直し、現状と課題です。生産性向上推進体制加算は、上位区分である加算Ⅰの算定要件として、介護テクノロジー等の複数導入(3種類以上)を要件としている。また、導入後に継続的に発生する保守料、通信費、機器更新費用等のいわゆるランニングコストが大きくなっている。

要望です。生産性向上推進体制加算(特に上位加算Ⅰ)について、導入後に継続的に発生するランニングコスト(保守・通信・更新費用等)が利益を圧迫しており、加算額の引上げが必要である。また、施設規模や特性に応じた2種類以上に関しても新たな加算対象とすることを求める。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございました。

次に、リハビリテーション専門職団体協議会の斉藤様から御説明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。

○斉藤陳述人 リハビリテーション専門職団体協議会の斉藤でございます。本日は、意見陳述の機会をいただき感謝申し上げます。

初めに、医療・介護現場における人材不足と物価高騰を踏まえた処遇改善と報酬引上げを要望します。令和6年度改定以降、処遇改善加算等による対応が行われていますが、5

ページの当協議会調査では、介護領域における3療法士のベースアップ実施率が僅か11%にとどまり、6ページのとおり、78%が賃上げの実感がないと回答しています。賃金水準も全産業平均を下回り、人材流出の大きな要因となっています。

7ページ、8ページ、若手から40代前半の子育て世代において十分な賃上げが行き届いていない実態が顕著です。

9ページの物価高騰を踏まえた評価の見直しと併せて恒久的な昇給の仕組みと、11ページの現状を改善するリハビリテーション関連報酬全体の適切な引上げ、さらには可処分所得の増加につながる兼業・副業の確実な普及推進を切にお願い申し上げます。

次に、13ページでお示しする本人の能力を最大限に活用する自助具の作製、調整等の専門的技術に関する評価を要望します。

15ページは、制度の分かりやすさ、切れ目のないリハビリテーションの観点からの要望です。退院後のリハビリテーションをシームレスに確保するには、医療機関側から見ても利便性の高い介護資源への転換・移行と、サービスの明確な整理・峻別が必要です。特に医師の指示に基づく医学的なアプローチである理学療法、作業療法、言語聴覚療法と、生活機能向上のための機能訓練、広義のリハビリテーションや、看護・介護の役割、言葉を整理・峻別し、国民に分かりやすい制度設計とすることが求められます。あわせて、現在、つくば市の進める介護職員の機能訓練行為の範囲拡大などの規制緩和提案についても、本分科会において、単なる業務移管にとどまらず、各職種が本来の業務に専念、拡充できる環境づくりの視点から議論を深め、タスクシフトが効果を発揮する環境整備と制度的検討をお願いいたします。

次に、16ページ、訪問リハビリテーション等の強化・拡充を要望します。「骨太の方針2026」で予防、医療、介護、福祉を通じた切れ目のないリハビリテーション及び効果的な訪問リハビリテーションの充実が明記されました。

17ページで示した指示系統の中で、事業所内医師と、所定の研修を修了した療法士の連携を質の担保として、事業所外医師による診察指示を可能とする制度改正を要望します。

18ページから21ページは、療法士の所定研修と修了した療法士の実情を示しています。

22ページでは、中山間・人口減少地域の訪問理学療法、作業療法、言語聴覚療法の提供体制の拡充を要望します。

24ページで示す約4割の自治体で訪問リハビリテーション事業所が存在せず、25ページで示すように、地域や事業所規模ごとの格差と減少の実態は顕著であり、早期対策が不可欠です。

なぜなら、28ページのとおり、退院直後の早期訪問リハビリテーションは要介護度の悪化や再入院を防ぎ、半年間で1人当たり約107万円の医療費削減効果があるなど、極めて重要だからです。しかし、現行制度では、16ページで既にお示しした事業所医師と主治医の二重診察やオンライン診療の不透明さが利用者や医師の負担になっています。地域差なく、日常的に理学療法、作業療法、言語聴覚療法にアクセスできる環境の整備に向け、研修修

了医師や質の担保された療法士の配置を要件とした診察要件、施設要件の緩和など、分かりやすい訪問リハビリテーションあるいは訪問理学療法、作業療法、言語聴覚療法の提供施設の制度設計を要望いたします。

以上で発言を終わります。月曜日の上野大臣会見内容からも何とぞ前向きな御検討をよろしくお願い申し上げます。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、ここから分科会の委員の皆様から、今、意見を述べていただきました団体の皆様方の御説明に対しまして御質問などがございましたら、お出しいただきたいと思います。また、もし参加されている団体の皆様のほうで御意見があれば、それもお伺いしたいと思います。

なお、時間の関係がございますので、先ほど申しましたように、今から約30分、14時までをめどに質疑、意見交換を行いたいと思います。御発言をいろいろ御準備されているとは思いますが、簡潔に行っていただくようお願いいたします。

それでは、先に会場のほうから始めさせていただきたいと思います。

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。本日は、医療系サービスの事業者団体の皆さんに御意見を伺うことができ、大変貴重な機会になりました。ありがとうございます。

リハビリテーションでは、通所における長時間及び広域な送迎業務、訪問の長時間の移動に係る労力と機会費用についての御指摘を頂き、医療系のみならず訪問系も含めてどのような評価を考えるべきか、示唆していただきました。訪問看護では、訪問看護の利用者が最大になる年の資料を示していただき、訪問介護も含めて在宅への支援を今後も手厚くしていく必要があるとの思いを強くいたしました。

全国訪問看護事業協会及び日本訪問看護財団さんに質問がございます。カスタマーハラスメント対策について、サービス提供を断ることができる正当な理由が論点になっています。認知症の利用者が心理的あるいは情緒的に不安定になることはよくありますが、どのようなケースの場合、サービスが提供しがたい状況と考えられるのか、訪問看護の立場で正当な理由について具体的な御指摘があれば教えていただきたいと存じます。

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、平原様、お答えいただければと思います。

○平原陳述人　平原です。御質問ありがとうございました。

大変重要な御指摘を頂いたと思っております。実は昨年4月に訪問看護師が大阪で切りつけられる事件がありまして、その際に全国訪問看護事業協会と一緒にアンケート調査をしたところでございます。1万2000か所以上の会員事業所に配布し、20%ちょっとぐらいの回収率でございました。先ほど御質問がありました件について、一般的なカスタマーハ

ラスメントを経験したものは、ちょっと不確かですが、65%ぐらいが経験があったという回答と、もう一つ、認知症とか、そういった症状に起因するハラスメントに当たるような行為を受けたが50%ちょっとぐらいありました。何が言いたいかというと、私たち訪問看護師は専門職として、いろんな暴言とかあっても、症状が悪化してそういったことが起きているということも十分理解して、同時に、医師と治療や症状緩和のための行動も一緒にしております。現場現場でいろんな環境要因が影響しておりますが、まず一番は、認知症の方とか精神的な症状がどうなのかを多職種で協議して判断しているところでございます。

回答になっておりましたでしょうか。

○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。

私からは日本栄養士会の方に御質問させていただきます。資料4の処遇改善のところで、管理栄養士・栄養士の処遇改善は20%ほどということですが、20%にとどまっている理由について、お考えや現場としての受け止めがあれば教えていただきたいと思います。お願いいたします。

○岩村分科会長 それでは、元家様、よろしくお願いいたします。

○元家陳述人 御質問ありがとうございます。

こちらは管理栄養士と栄養士を合わせた職種の区分でございますが、施設全体で処遇改善を配分された割合ということですので、一律ではございませんけれども、やはり管理栄養士・栄養士にも同様に配分していただきたいという内容でございます。管理栄養士・栄養士の役割、専門性に応じて、ほかの専門職と同様に配分し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。

オンラインのほうに移りたいと思いますが、既に多くの方が手を挙げられていて、時間の関係上、できるだけ簡潔に御発言はお願いいたします。

石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

まず、意見ですけれども、訪問看護あるいは訪問リハビリテーションという専門職の存在は利用者にとって心強く、ぜひとも手厚い形の対応により人材確保していただきたいと思っております。御報告の中であったように、訪問の場合と病院で働く看護師の報酬は100対85ぐらいの差があるというような現状があり、今、他職種と遜色のない処遇を実現するというように言われておりますので、実際に訪問看護の方たちの処遇がどれだけ上がるかということは分かりやすい指標になると感じております。

もう一つ、病院協会のところから介護老人保健施設における個人宅への在宅復帰という

のは、サ高住や有料老人ホームへの復帰と比較して、もっと手厚く、より一層配慮を要するといった内容があるから評価してほしいという御意見がございました。ここで言われている在宅復帰ですが、利用者の側にとってみると、例えば病院から特養へ帰っても在宅復帰というのは少し違和感があります。本来、これまで暮らしてきた自宅に戻るのが在宅復帰であり、特養へ戻るなら施設復帰が正しいように感じます。ただ、在宅復帰というのは加算の対象でもありますので、内容につきましては、ぜひとも利用者の側が納得できる形で内容の整理をお願いしたいと思っております。

最後ですけれども、リハビリテーション専門職団体協議会の御提案の中で、自助具のことです。自助具というのは、今後、自立した生活の中で重要なものでありますが、それに対して専門的な技術について報酬上の評価がされていないということであれば、やはりこれについてはきちっと評価していただいた上で、さらに利用者にとっての生活を支えるものとなってほし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。

次に、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、全国リハビリテーション医療関連団体協議会の近藤様と全日本病院協会の進藤様に、御質問というより実情などをお聞かせいただければということでお話しさせていただければと思っております。

近藤様におかれましては、資料20ページ、11番の居宅介護サービスにおけるリハビリテーションサービスの位置づけの見直しということで、まさに御意見、御要望のとおりであるかと思っておりますが、現場の実情といいますか、どのような形で進めればとか、もう少し詳しく御説明いただければ幸いかと思っております。

続きまして、全日本病院協会の進藤様の2ページの1番、介護支援専門員の業務簡素化及び人材確保についてですが、まさにお書きいただいているとおりかと思っておりますが、介護支援専門員の人材確保の状況などにつきまして、地元の状況でも構いませんので、お聞かせいただければ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 それでは、まず、近藤様、お願いできますでしょうか。

○近藤陳述人 御質問ありがとうございます。

令和8年度診療報酬改定におきましては、脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーション料の要件の中に、継続した介護保険のリハビリテーションを必要とされる方に対しては通所訪問リハビリテーションの提案、そして見学等行うことが義務づけられました。これは非常に大きな進歩と思っておりますが、これに呼応して、どうしても患者・御家族側の御希望として介護を中心としたものであったとしても、継続したリハビリテーションを行うことによって退院後も継続して自立に資する状況が続くということを御理解いただ

きたい、そういう意味でケアマネ側にある程度インセンティブがあるような、リハビリテーションを推進するような取組を入れていただきたいというのが一つであります。

もう一つは、どうしても一事業所が在宅等と言われる施設においてはケアプランを作成してしまうという実態もあると伺っておりますので、そういった状況においても外部からのリハビリテーションを提供するようなところを推進していければと考えているところです。

以上です。

○濱田委員 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。

では、続けて、進藤様、よろしくお願いいたします。

○進藤陳述人 全日本病院協会、進藤です。ありがとうございます。

介護支援専門員の実情ですが、とても足りない状況になっておりまして、実際にサービスを受けたくても介護支援専門員が見つからずに受けられないという方が散見されていると、地元の実感としては持っております。介護支援専門員がもっと業務を効率化した上でたくさんのケアプランを立てられるような体制というものが需要ではないかと思えます。

先ほど石田委員の中から、介護老人福祉施設への重点評価というのはちょっと意味合いが違ひまして、介護老人保健施設から個人の家に帰ったときを重点的に評価してほしいという内容でしたので、付け加えさせていただきます。

よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○濱田委員 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。

では、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。

全日本病院協会様と日本栄養士会様に御質問であります。

まず、全日本病院協会様から御要望いただいております育成就労制度における介護分野の受入れ上限数の実態に即した見直しや、資格取得・在留期間の柔軟化、さらには外国人看護人材が段階的にキャリアアップできる仕組みづくりというのは、医療・介護を問わず、深刻な人手不足に苦しむ現場全体として極めて重要かつ本質的な御提言であると受け止めております。介護・医療現場において外国人材が安心して定着し、真に力を発揮していただくためには、制度上の枠組みの見直しに加えて、現場での育成、受入れ体制の整備の支援も不可欠と感じております。つきましては、育成支援制度等を実効性のあるものにしていく上で、人材不足の現場の状況や今後の具体的な対策、期待について、貴協会としてさらなる御意見、考えがあればお聞かせいただけますでしょうか。

そして、日本栄養士会様の提言につきましても、共感を持って拝聴いたしました。資料の要望4におきまして、約8割の施設で食材料費が増大し、現場が献立の見直しや食材の工夫など限界まで自助努力を重ねている実態、そして基準費用額の適時適切な見直しの必

要性を強く主張されております。入所者の栄養と食の質を守り、施設経営を下支えする上で、私ども介護保険施設として完全に意を同じくするところでございます。

令和8年8月に月額100円の引上げが行われたところではありますが、継続する食材費、人件費の高騰に対して一度限りの改定では追いつかないのが現状であります。日本栄養士会様が求められている適時適切な見直しとは具体的にどのような頻度や指標、例えば物価指数等のスライド制の導入や定期的な実態調査の反映など、あるいはどのような仕組みでの見直しを想定、期待していらっしゃるのか、具体的なお考えをお聞かせいただきたいと思います。よろしくお願いします。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、進藤様、どうぞよろしくお願いいたします。

○進藤陳述人　ありがとうございます。全日本病院協会、進藤でございます。

育成就労制度において介護分野の上限数が近づいていると伺っております。それが近づいているというふうにも伺っております。現状、全く足りていない状況でもありますので、上限数について大幅な上乗せをしていくことが必要ではないかと思っております。

それから、現在就労している方たちが5年たって介護福祉士資格が取れない場合には母国へ戻らなければならないと伺っております。この場合に、介護福祉士資格が段階的に取れると伺っておりますが、在留期間というものをもう少し柔軟に捉えていただいて、長くいることができるように制度を改正することができないだろうかということをお願いしたいと思っております。

看護人材については、母国で看護師として働いていたのであれば、日本に入ってきた時点で資格の取得がしやすい条件をさらに柔軟にさせていただいて、キャリアアップできる仕組みを考えていただくことができないかと考えております。ぜひ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、元家様、よろしくお願いいたします。

○元家陳述人　日本栄養士会、元家です。ありがとうございます。

御賛同いただきまして、誠にありがとうございます。日本栄養士会のほうでも現場で苦労しているお話とかは十分聞いております。実態調査のほうで継続して把握したいと思っております。

基準費用額につきましては、食材料費だけでなく調理等に係る人件費や、介護保険施設における実際の食事提供費用などを継続的に把握することが重要と考えておりますので、今後とも適時適切に基準費用額へ反映できることを望んでおります。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員　ありがとうございます。

私からは、資料3の全国リハビリテーション医療関連団体協議会様にご質問したいと思っています。3ページに生活期リハビリテーションのさらなる質の向上に向けた資料をお出しいただいておりますが、提供内容の標準化あるいは可視化、それを踏まえてPDCAサイクルを回していくということは極めて大事なことでと思っています。その中で、資料の一番下の留意点に、訓練内容や取組の評価となるアウトカムを報酬評価に直結させないという記載がございますが、これは具体的にどういったことなのか、ご説明いただけるとありがたいと思います。よろしくお願いいたします。

○近藤陳述人 ありがとうございます。

生活期におけるリハビリテーションは、リハビリテーションの効果がいわゆるリハビリテーション指標に直接影響を与えるかどうかということ、なかなか難しいところがあります。環境があります。他の関わり方、御家族の関わりや、そして加齢の分、疾病の増加、こういったものがある中で、リハビリだけ独り歩きして報酬と直結すると、逆にアウトカムのみを求めるリハビリテーションが提供されて、望む生活にならないのではないかとということもあります。やっていく中身に関しては、きちっと質の担保を図っていくことが重要ですが、それが報酬のほうに結びつくと、そこだけを求めるような、さらには不適切な評価も出てくる危険性もありますので、ここはやはり留意する中で質の高いリハビリテーションは何かということを求め続けることが重要だと考えております。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

伊藤委員、よろしいでしょうか。

○伊藤委員 ありがとうございます。

やはり取組とか効果、こういった観点も必要な観点だと感じておりますので、また今後の議論の中で詰めていければいいのかなと思っています。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。日本介護福祉士会の今村でございます。

私からは、外国人介護人材のことについて全日本病院協会さんにお伺いさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

資料では、介護福祉士資格の取得を目指して就労と学習を継続する外国人材が将来の在留に不安を抱かない仕組みが必要であるとされておりますし、資格取得への再挑戦や在留期間の柔軟な取扱いなどを御提案されております。外国人介護人材については、単に受入れ人数を確保するということではなくて、我が国の介護を担う人材として日本語や介護の専門性などを高めながら、介護福祉士の資格取得、さらにはその後の定着まで見据えて育成していくことが重要であろうと思っています。この点につきまして、貴会としてどのようにお考えなのか、よろしければ具体的に何かお考え等がございましたら、お聞かせいただければと思います。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、進藤様、お願いいたします。

○進藤陳述人 全日本病院協会、進藤です。ありがとうございます。

具体的に何かと言われると、そこまでは見据えておりませんが、おっしゃるとおり、日本語で高齢者をちゃんと見ていただくという制度にしなければならないということについては同感です。申し訳ありませんが、具体的な内容まではありませんけれども、たくさんの方に残っていただかないと介護力そのものが足りないというところがございます。以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 訪問リハビリテーションについて幾つかプレゼンテーションがありましたので、コメントのみ申し上げさせていただきます。

御存じのように、訪問リハビリテーション事業所は、医療機関、老健、介護医療院でございます。これらの訪問事業所の医師が対面や自宅訪問して指示を出し、そしてその医師やリハビリ専門職で実施計画書を作成し、医師またはリハビリ専門職がリハビリテーションを提供するものが訪問リハビリテーションでございます。外部の主治医は、かかりつけ医として、かかりつけ機能を発揮しながら診療を行っており、一方、訪問リハビリテーション事業所の医師は、かかりつけ医のごとく診療するのではなく、対面するなどして利用者の評価等を行ってリハビリテーションの指示を出す役割を担っております。したがって、外部の主治医と訪問事業所の医師が診療を重複するということは、現状、そのような仕組みにはなっていません。また、訪問リハビリテーション事業所の医師が対面し、自宅訪問などをするのが本筋であって、これはまさにリハビリテーションの根幹に関わる部分だと思っています。

さらに、限りあるリハビリ専門職の活用にあたっては、例えば過疎地域においても新たな事業所を開設するのではなく、既存の老健のリハビリ専門職などを積極的に活用することを推進すべきと考えております。

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、東委員、どうぞ。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東です。

まず、日本栄養士会さんのほうから要望で挙げておられました嚥下調整食の評価、実は医療機関ではまだ刻み食というものが提供されていることがよくあります。ただ、介護施設等では刻み食というのはほとんど見られていません。それぐらい介護現場のほうで嚥下調整食というのは進んでおります。にもかかわらず、診療報酬でそれが評価され、介護報酬ではないというのはおかしいと思いますので、嚥下調整食の評価というのは賛成でございます。

それから、日本理学療法士協会のところでは、まず、22ページ、中山間・人口減少地域における訪問リハビリテーションの拡充でございますが、ここは資料にも示されているように非常に重要だと思います。私ども老健は1中学校区に1つ配置されておりますので、中山間・人口減少地域にも老健はあるわけです。ただ、残念なことに、老健施設で訪問リハビリテーション事業所をやっているところが今、36%でございます。私ども全老健でも、今後、全ての老健施設で訪問リハビリを提供できるように頑張っていきたいと思います。

最後に1つ質問でございます。15ページに、退院後のリハビリテーションの提供確保を推進するため、医療機関に明快で利便性の高い介護保険のリハビリテーション資源への転換を要望すると書いてありますが、具体的にはこれはどういうことを要望されているのでしょうか、老人保健施設も関連するものがあるのかどうか、お教え願えたらと思います。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、斉藤様、よろしくお願いいたします。

○斉藤陳述人　ありがとうございます。

東委員のおっしゃるとおり、老健施設も該当すると理解しております。

以上でございます。

○東委員　ありがとうございます。

新たな地域医療構想におきましては、特に認知症の中・重度の方などは老健施設を退院後の受入れ先として活用というふうに書いてありますので、これはぜひ進め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。

田中委員が手を挙げられております。時間としまして、田中委員までとさせていただきますと思います。

それでは、田中委員、どうぞ。

○田中委員　ありがとうございます。

医療機関の立場でもあるので、発表されました医療関係団体の皆様の意見に大賛成でございますが、医療法人協会と全日本病院協会様に御質問でございます。

かねてより私どもは課題だと思っておりますが、医療と介護の連携にあって、病院から特養、病院から老健、病院から介護医療院へ退院する際に、介護度が軽いまま移動する人たちがいることについての困り感はないか、暫定的介護度の設定が必要ではないかということに関して御意見を伺えればと思います。よろしくお願いいたします。鈴木先生と進藤先生にお願いします。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

それでは、鈴木先生からお願いできますでしょうか。

○鈴木陳述人　介護度が軽いままに老健から特養や介護医療院に移る、私どもはそういう例をあまり存じ上げないのですが、そういう方がいらっしゃるのですか。特養でも要介護

3以上と決まっていますね。

○田中委員 そうではなくて、病院で重症で要介護度が1のまま、介護医療院、特養、老健とかに移られるときに、介護度がアンマッチでいらっしゃる方がいるのはいかがでしょうか。

○鈴木陳述人 それは区分変更申請を速やかに行って、実態に合った介護度に見直してもらうというのを優先すべきではないでしょうか。

○岩村分科会長 よろしいでしょうか。

それでは、進藤様、よろしくお願いいたします。

○進藤陳述人 進藤です。

医療療養病床において介護度はしっかりとつけた上で移動すべきと思いますが、回復期リハビリにおいてはまだ介護度がはっきりしない状態というところもありますし、要介護4、5の方に関する回復期は非常に難しくなっているということもありますので、その辺の医療保険と介護保険との整合性というところも問題があるのかなと思います。

以上です。

○岩村分科会長 田中委員、よろしいでしょうか。

○田中委員 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、ほぼ予定していた時刻でございますので、医療系サービスの団体様からの意見陳述についてはここまでとさせていただきます。

続けて、ここからは中山間・人口減少地域関係のテーマに移らせていただきます。ここでも、まず最初に、今日御参加いただいております自治体、事業者の方から御意見を述べていただき、その後、御質問、意見交換ということにさせていただきます。持ち時間につきましては、先ほど御説明したとおりでございますので、よろしくお願いいたします。

まず、島根県の秦様、島根県川本町の上坂様、島根県邑智郡総合事務組合の倉橋様、川本福祉会の森谷様から御説明いただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○秦陳述人 島根県健康福祉部高齢者福祉課の秦と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、中山間・人口減少地域における介護サービス提供の現状と課題について御説明させていただきます。

島根県といたしましては、課題が大きく2点あると考えておりますので、それぞれについて以下御説明させていただきます。

まず、島根県の概況です。島根県は、松江市と出雲市といった一部の市を除いて県土のほとんどが中山間地域といった特徴があります。また、人口減少が進み、サービス事業者も減少傾向で人材確保も困難な状況でございます。しかしながら、こうした状況にあっても介護サービスは生活や療養に欠かせないということでもあります。

2ページに移りまして、このデータは、県が3年ごとに実施しております調査の結果で

す。御覧のとおり、充足率は極めて厳しい数字です。働く世代の人口減少が人材確保に大きな影を落としていることが見てとれる結果となっております。

3 ページは、同じ県調査で、事業所に対して安定的な人材確保と事業の安定運営のために必要な取組を伺ったものです。結果といたしまして「賃金の改善」との回答が圧倒的多数でございました。

4 ページは、昨年度のデータですけれども、人員確保の難しさから廃止した訪問介護事業所が増加していることを示す資料になっております。

5 ページのグラフが示しておりますとおり、エネルギー価格や物価が高騰して、給与水準の引上げも必要とされる中において、公定価格であります介護報酬はそれに追いついていないということでございます。また、それに対して十分な対応が取られているとは言えない状況にあるものと認識しております。人件費を含めて介護報酬での対応が必要であると考えております。

6 ページからは、中山間地域・離島としての課題についてです。「(1)中山間地域では、訪問介護の提供に課題」としてありますが、これはどういうことかと申しますと、中山間地域・離島ではサービスを受けられる高齢者の住まいが点在しております。そうしたことから、都会地のように効率的な訪問ができない。具体には、自転車などではなく自動車による訪問を余儀なくされ、また訪問回数も限られるといった困難を抱えているということでございます。左の円グラフは、そのことを示しております。にもかかわらず、前回の報酬改定におきまして、訪問介護の基本報酬が引き下げられたことから、右の図のとおり、特別地域加算の有無にかかわらず、訪問介護事業所の多くが赤字経営に陥っているという状況でございます。

7 ページに移ります。通所介護におきましても同様のことが言えまして、送迎コストが割高になっており、特別地域加算の制度もないことから、経営上の負担要因となっております。左の図は、通所介護事業所の利用者の住まいが点在していることを示しておりまして、右の図は、通所介護事業所の収支状況が悪化していることを示すデータとなっております。

続いて、8 ページです。こうした厳しい状況を踏まえて、市町村によっては独自支援策を実施している例も見られます。それほどまでに中山間地域・離島の状況は深刻であることを示しているものと受け止めております。

続いて、9 ページには、私どもが聞き取りをした県内の訪問介護事業所の意見を記載しております。訪問介護につきましては、新たに定額報酬制が導入されることとなっておりますが、地域の実情を踏まえた制度設計が必要であると考えております。

10 ページです。今般の法改正では、人員配置基準の緩和が施設サービスにも拡張されることとなっております。そのこと自体、人材確保を取り巻く厳しい状況からいたしますと、サービス維持のために必要と考えますが、それに併せてサービスの質の確保あるいは職員の負担軽減のために介護テクノロジーの活用支援などが重要であるものと考えております。

最後、11ページ、まとめとして6点記載しております。

まず、1つ目ですが、人材確保を進めるためには他産業並みの給与水準になるよう改善が必要と考えます。

2つ目、エネルギー価格・物価の上昇に対して介護報酬での対応が必要であると考えております。

3つ目、中山間地域では住まいが点在していることから、訪問あるいは送迎に係るコストは適切に評価していただくことが必要であると考えております。

4つ目、新たに導入されます包括算定につきましては、地域の実情に応じた制度設計とともに、適切な介護報酬での手当が必要であるものと考えております。

5つ目、人材確保の課題を補うためにも、介護テクノロジーの導入支援などの積極的な対応を実施できるよう財政の支援が引き続き必要であるものと考えております。

最後、6つ目です。介護報酬での対応が難しい課題につきましては、地域医療介護総合確保基金などでの手当が必要であるものと考えております。

私からの説明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 どうぞ、お続けください。

○上坂陳述人 島根県川本町健康福祉課の上坂と申します。本日は、お時間を頂き、ありがとうございます。

本日は、中山間地域の最前線におきます切実な実態と国の制度改正に向けた現場の声を意見として申し上げたいと思います。

後ほど町内事業所であります川本福祉会からの説明がございますので、私からは先週まで開催されておりました本町の9月定例議会における一般質問の概要等を踏まえて、御要望を申し上げたいと思います。

島根県川本町は、総人口2855人、高齢化率45.25%でありまして、総面積の約8割を山林が占めるという典型的な中山間地域であり、介護サービスの提供という面においてはまさに条件不利地域というところでございます。

先般9月10日に開催されました本町の議会定例会の一般質問におきまして、介護サービスの維持に加えまして、特定地域サービス等に関する質疑が交わされました。国の審議会におきまして、まさに議論が進んでいる中ではありますが、山間過疎地域を抱える当町の議場では、議員からの強い関心と、このままでは地域から介護基盤が失われてしまうという切実な危機感が表明されたところでございます。

次は、制度への評価と期待でございます。従来の出来高払いや全国一律の人員配置基準では事業所の撤退を防げないという現状に対しまして、今回の新制度の趣旨そのものは、過疎地域のサービス網と事業所を何としても存続させるための極めて重要なセーフティネットであると議会においても前向きに評価されております。

その一方で、深刻な懸念の声も上がっております。主な意見としまして、事業所の経営を下支えする仕組みができる一方で、それが結果として利用者の自己負担の増に直結して

しまうのではないかという点がございました。当町のような過疎地域に暮らす高齢者には低所得世帯も多く、利用負担が過重なものとなれば、必要なサービスの利用を控えざるを得なくなり、結果として状態の悪化や在宅生活の破綻を招くのではないかという危惧をしております。

これらを踏まえた国への具体的な要望でございます。特定地域サービス等の導入に当たりましては、まず第1に、事業所の運営基盤を守る視点と、利用者が負担感なく使い続けられる適切な給付設計の両立をお願いしたいということです。2番目に、中山間地域特有のコストや運営支援分に対しまして、保険料や自治体財政への跳ね返りを防ぐために、国による特段の財政支援措置、別枠交付金等を創設いただきたいということです。3番目、地方議会で交わされました切実な議論を踏まえまして、事業者と利用者双方にとって持続可能で柔軟な制度設計の実現を強くお願いするものでございます。現場の声をしっかり受け止めていただき、実効性のある制度づくりを心よりお願い申し上げます。

御清聴ありがとうございました。

○倉橋陳述人　続きまして、邑智郡総合事務組合の倉橋です。本日は貴重なお時間を頂き、誠にありがとうございます。

当組合は、川本町をはじめ3つの町の介護保険を担う広域保険者です。本日は、当組合が指定しております小規模多機能型居宅介護（以下、小多機）の存続に向けた人員基準の緩和のお願いについて説明させていただきます。

まず、1の現状を御覧ください。小多機の人員基準は、他サービスに比べて非常に重い設計です。一般的なデイサービスが利用者15人に対して職員1人、それに対しまして、小多機の場合は3人に対して職員1人と、デイサービスの5倍の手厚い人員が求められます。

ここで誤解のないように本資料の趣旨として強調させたい点がございます。私たちは、3対1という手厚い基準の見直しを求めているわけではございません。問題は、ここにさらに上乘せされる訪問職員の基準にあります。

そのことについて、2の現行人員基準の課題と運営実態ですが、現行ルールでは、ケアプラン上の訪問予定がゼロ件の日であっても、突発対応のために訪問職員1名以上を必ず事業所に配置しなければなりません。利用者が6名なら通い職員2名と訪問職員1名を加えた合計常勤換算で3名の配置が毎日必要となります。しかし、人口減少が進む当地域において事業所の運営実態は制度と大きく乖離しております。

その実態として、マル1からマル3に挙げております。マル1、日中の訪問サービスがゼロ件の日は月に平均20日、全体の約70%以上に上ること。マル2、昨年、訪問が1件もないにもかかわらず、ただ待機させるだけのために1名分の人件費、年間約350万円が発生しております。これが事業所の赤字の主な原因となっております。マル3、介護報酬のない待機コストが経営を圧迫し、現行運用のままでは閉所、地域から撤退に追い込まれる危機に直面しております。

この厳しい現状を踏まえまして、3の人員配置基準の見直しのお願いを申し上げます。

小多機の強みである3対1の手厚い配置基準を大前提としつつ、ケアプラン上の訪問予定がない日に限り訪問職員の配置を免除し、常勤換算を緩和する運用を認めていただきたいという提案です。突発的な訪問時の安全性を懸念されるかと存じますが、万が一、日中に突発的な訪問要請が発生した場合は、同一敷地内に併設される特養または同一法人の職員または協力医療機関などから応援職員の体制を築くことを要件とし、事業所内の安全性とケアの質を維持します。

最後になりますが、この運用の弾力化により、無駄な待機コストを適正化し、国が推進する介護職員の確実な賃上げの原資へ還元できます。また、事業所の撤退を防ぎ、中山間地域における介護難民の発生を未然に防ぐことができます。

以上で説明を終わります。

○森谷陳述人 社会福祉法人川本福祉会の森谷です。

私からは中山間地域における特養・訪問介護事業所の現状と課題について説明させていただきます。

法人の概要ですが、特養の現状と経営状況については資料を御覧ください。特養における令和8年度の見込みに関しては、入所者数は減少しておりまして、収入総額は令和7年度と比較して減少する見込みになっております。一方で、職員人件費等が増額するため、収支赤字は400万程度に増額の見込みです。訪問介護の現状ですが、要介護別内訳や経営状況については資料を御覧ください。

訪問介護における本年度の見込みですけれども、利用者は減少しております。報酬は加算等の変更がありまして、少し増収が見込まれますが、一方で、職員人件費等が増額するため、収支赤字は200万円程度に増える予定です。

その他経営悪化の要因等につきまして、特養についてですが、物価上昇の影響があります。食費については、ナリコマフードと契約しておりますが、食材料費等が年々上がっている状態です。その他、光熱費等の上昇もあります。ICTにつきましても導入を進めておりますが、それにかかるコスト、初期費用やランニングコストがかかっております。

人材確保につきまして、職員数は減少傾向にあります。さらに職員の高齢化が進んでおります。外国人人材に関しまして、特定技能実習生を現在、ミャンマーから3名受け入れております。来年度、2名増員する予定にしております。

専門職の確保につきましては、特に看護職員の確保が困難です、職員の高齢化が進み、また、県内に紹介事業者もなく、採用チャネルが限られております。介護支援専門員につきましても、今後の確保が困難であると見込まれています。

テクノロジーの導入につきまして、ICTの活用は前年度、県の補助金を活用しまして、導入を進めております。介護記録（ほのぼの）や見守り機器（HitomeQ）などを導入して、対応に当たっております。

訪問介護につきましては、中山間地域特有の移動の非効率性が挙げられます。ヘルパー1名当たりの1日当たり平均移動距離は約28.6キロ、1日当たり平均移動時間は40分かか

っております。

特養における配置基準の弾力化についてです。特養は、地域住民の最後のとりでであります。地域のためにも長期的に経営を継続していきたいのですが、職員、特に専門職の確保が困難です。長期的な経営が極めて厳しい状況にあると言えます。こうした中でも必要なサービスを継続できるよう地域の実情に応じた配置基準の弾力化をお願いしたいと思っております。

配置基準の弾力化についての懸念と要望でございます。まず、サービスの質の担保ということで、地域の実情に応じた配置基準の弾力化はぜひ進めていただきたいと思いますけれども、サービスの質をどう担保するか、利用者の観点も必要ではないかと考えます。職員の負担への配慮につきまして、配置基準の弾力化によりまして、職員の負担が増えるのではないかと、より人材確保が困難となるというような懸念もしております。こうした観点を踏まえた制度設計としていただくことを強く要望いたします。

訪問介護につきまして、包括報酬の導入に向けた懸念と要望ですが、包括報酬によりまして、収入がある程度見込めることにつきましては期待しておりますけれども、社会福祉法人の責務としてニーズがある限りサービスを維持するということでサービスを継続しておりますが、どうしても年々赤字が増加しておりまして、長期的なサービス継続は極めて困難な状況にあると言えます。また、懸念ですけれども、利用者負担と利用回数のバランスにつきまして、定額化に伴い、利用回数が少ない方への負担増や、利用回数の増加要望への対応など、利用者と現場双方に無理が生じないような丁寧な制度設計が必要であると思っております。

最後に、まとめでございます。社会福祉法人は、そこに暮らす人々が住み慣れた地域で最後まで自分らしく生きるためのセーフティーネットを守り抜くという強い使命感を持って日々現場を支えております。今後もそのような気持ちを持って法人運営に当たってい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した。

次に、長崎県西海市の三浦様、うずしお福祉会の武宮様、うずしお福祉会デイサービスセンター「つばき苑」の折川様、「ふるさと」の北島様、特別養護老人ホーム「ふるさと」の岩永様より御説明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。

○三浦陳述人　よろしくお願いいたします。長崎県西海市長寿介護課の三浦と申します。本日は、このような機会を頂きまして、ありがとうございます。

早速ですが、長崎県及び西海市の取組及び課題について御説明させていただきます。

長崎県の概況です。右側の散布図を御覧ください。2040年に向け、本県でも85歳以上人口が大きく増える地域と生産年齢人口が大きく減る地域に分かれてきます。左下の丸で囲った市町は、中山間・人口減少地域として今後サービス提供体制を検討する必要があると考えています。

長崎県のサービス確保対策の取組です。左側に記載の取組を行っております。右下の課題部分を御覧ください。募集を行っても人材を確保できないため、外国人材に頼っており、今後も活用が必要だが、雇用後一定期間が経過すると大都市部に流出してしまうことなどの課題が保険者から挙げられています。

西海市の令和8年7月末現在の総人口は2万3911人で、高齢化率は41.2%となっています。特に離島地域の高齢化が顕著となっております。

5ページの左側につきましては、江島・平島・松島での取組及び市全体での取組について記載しております。右側に記載の大きな課題として、サービス利用者の減少により、島内唯一の介護事業所も運営が厳しく、日常的な通勤による人材確保が困難な上に、働く担い手の高齢化が進んでおります。特に江島・平島については、本土から社協職員が訪問介護サービスを提供するため、市営の多目的船により渡航しています。江島に常駐のヘルパーも平島に渡航する場合がありますが、運航時間の関係で離島に渡ると半日あるいは1日以上拘束されます。民間の船になると1日1往復となり、最長2日間拘束されることもあります。また、提供サービスに限られることで、中・重度の介護認定者の在宅生活も厳しくなり、住み慣れた地域で最期を迎える地域包括ケアシステムの崩壊に直面していることも課題となっています。

まとめです。課題については、資料記載のとおりです。今後、国に御支援いただきたいことについて、まず、県の1つ目、訪問系サービスが減少している地域については、特別地域加算の対象地域となるような柔軟な制度運用をお願いしたい。また、新たに設けられる包括報酬の仕組みについては、二次離島などの課題解決に資するものとなるよう制度設計をお願いしたいと考えております。

2つ目、就職支度金などの一時的な補助のみならず、介護サービスの提供が困難な地域で事業を継続する事業所への加算制度などについて、利用者負担も考慮の上、創設をお願いしたい。また、都道府県ごとの実情に応じた外国人材の受入れ数の設定や配分枠についても御検討いただきたい。あわせて、今後も人材確保が困難な状況が続くことを見据えて、生産性向上や業務効率化に一層取り組む必要があるため、今後も国の御支援をお願いしたいと考えています。

市としましては、中山間地域・人口減少地域に所在する事業所が安定的に経営を維持できるように支援策の構築をお願いしたい。また、離島部の通所介護においても事業所の実情に即した持続可能な介護報酬算定となるよう制度設計をお願いしたいと思います。

以上、長崎県西海市の説明を終わります。

○武宮陳述人　こんにちは。うずしお福祉会の武宮でございます。今日は、このような時間を頂き、ありがとうございます。

早速でございますけれども、事業所の概要から説明させていただきます。松島地域は、人口325人の外周11キロの小さな島でございます。沿革としましては、昭和57年にうずしお福祉会を設立して、翌年から松島保育園を運営し、その後、平成7年にデイサービスセ

ンター「つばき苑」を設立し、ここには記載しておりませんが、令和2年に放課後児童支援サービスを始めております。保育園事業並びに老人デイサービス事業、放課後児童健全育成事業を実施し、松島の地域福祉に貢献し、園児と児童と老人と一緒に交流できる唯一の施設であります。

デイサービスセンター「つばき苑」におきましては、利用者は現在8名、職員は7名で運営しております。

離島等相当サービス導入の経緯と事業所の状況でございますが、離島で介護職員や看護職員や機能訓練指導員の確保が難しく、西海市に相談したところ、このサービスを知り、職員体制緩和や、現況の制度では運営が厳しかったので、導入させていただきました。現在は、看護師と機能訓練指導員の配置を緩和した運営をしております。機能訓練指導員不在の対応では、職員が研修を受講し、運動機能維持のための体操や、口腔嚥下機能・認知機能の訓練を利用者向けに行っております。職員の現状ですけれども、島内職員が6名、島外職員1名に来ていただいて、平均年齢が65.2歳でございます。

課題となっていることでございますが、事業所の現況としては西海市から指定管理費を頂いております。また、管理者の給与をカットして何とか運営できている現状でございます。また、利用者が入院や介護施設に入所すると収入が安定しないということがあります。前理事長から「社会福祉事業は営利を目的とするのではない。奉仕で従事する覚悟で、生まれ育った、住み慣れた松島でできるだけ長く生活したいと願っておられる利用者や利用者家族のために松島に高齢者をサポートできる場所をつくり、存続していきたい」という願いをいつも聞かされておりました。私もそれに感銘を受けながら、その精神を大事にさせていただいております。通院や買物など、離島の不自由な暮らし、困難さにも御理解を頂き、そんな困難さを抱える離島だからこそ、特に子供や高齢者などサポートを必要とする対象者に福祉を提供できる場所を存続できるような御支援をお願いいたします。福祉は経済活動ではなく、人間が尊厳を持ちながら人間として生きる営みの場所でございます。離島相当地域における介護サービスの持続可能性確保のための制度的支援及び特例措置の拡充について、何とぞ御討議賜りますようお願い申し上げます。

私からは以上でございます。

○折川陳述人 うずしお福祉会デイサービスセンター「つばき苑」の折川です。よろしく申し上げます。

設備が老朽化しても島内に業者がおらず対応がすぐにできないというのは、お風呂が一番困ります。2週間ほど故障が続いたときは清拭で対応させていただきました。納得される利用者もいれば、されない利用者もあり、説明をきちんとさせていただき、対応させていただきました。

介護スタッフの高齢化ですが、年齢を重ねるにつれて体力が低下し、身体的負担と限界がいつ来てもおかしくない状況の中、働いているのが現状であり、そのため、ほかのスタッフに負担がかかることもあります。ただ、現役職員の多くが介護職にやりがいを持って

従事しているのも事実です。介護の教育を義務教育化すれば、家族介護を担える人、介護の仕事にやりがいを持つ人も増えると思います。人材の確保を維持するため、処遇改善を制度上進めていき、雇用環境をよりよくしてほしいと思います。

以上です。

○北島陳述人　続きまして、長崎県西海市の社会福祉法人「ふるさと」の北島でございます。

まず、取組状況について申し上げます。資料は8ページです。市内福祉関係者で構成する団体に呼びかけまして、令和6年度に有志5事業者で始動いたしまして、8年度は14事業者、そこに西海市に加わっていただきました。令和6年度を取組は「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会でも中山間地域の象徴的な取組として御紹介いただきました。

見えてきた課題は資料に挙げておりますが、特に支援の空白エリアが生まれていること、ケアマネジメントと支援調整の属人化があります。これらには早急な対応が必要です。

こうした取組を進める中で見えてきた理想の座組というのが、中立の器を社協が担い、市が協働パートナーとして加わったことです。社協が間にいるならという安心感が生まれました。一方で、社協の人員と財源にこの役割を担い続ける裏づけがないことは課題として挙げておきます。また、小さな地域では小規模事業者が多く、明確なリーダーが不在です。そうした中でも推進役に必要なのは合意形成と地域マネジメントの力です。意見はそれぞれが正論です。強引に牽引すれば瓦解してしまいます。

制度的にお願いしたいのは、その関係が続く環境を整えることです。3点ございます。まず、連携の主体の区分に社協等を核とする協議会型の地域協働も含めていただくこと、次に、中核機能を担うことを報酬上の区分として位置づけていただくこと、そして、単年度で切れない仕組みにし、連携の継続そのものを評価していただくこと、場が切れてしまえば担い手も消えてしまいます。

2つ目のテーマ、特定地域サービスです。西海市は離島・山間部に小集落があり、一部が該当し得る地域として申し上げます。

基準を緩和するのは人が足りないからだと思いますが、緩めるだけでは質が保てません。緩めるのであれば、その地域にはさらに生産性の向上が要するというのが結論です。包括的な評価や事業所間の連携を前提とした弾力化などは期待しているところですが、一方、課題は2つあります。

1点目として「連携を前提に」とありますが、連携が成り立つことへの評価がありません。賃金改善には原資、ICTには投資と人、連携には相手と時間と費用が要ります。前提のままでは、人が一番足りない地域、事業所ほど緩和に手が届きません。

提言としては、生産性向上推進体制加算に地域連携区分を設けていただくことはできないということです。連携推進法人に限定せず、協議会型の地域協働も含めていただきたいと思います。また、要件に伴走支援を加えて、介護生産性向上総合相談センター等がそ

れに当たるといったことも考えられるのではないのでしょうか。評価としては稼働率ではなく、その地域のニーズ対応率で測るということで、行政と共同で需給統計を取り、測定と公表を要件にすることも検討していただきたいと思います。

2点目として、一法人では人が回る状況ではありません。在籍出向や応援職員の常勤換算上の取扱いを明確化、複数法人にまたがる兼務の要件緩和が必要です。この緩和と処遇の安定化、移動コストの手当てをセットでお願いしたいと思います。

以上です。

○岩永陳述人 社会福祉法人「ふるさと」、特別養護老人ホーム「ふるさと」施設次長の岩永と申します。

資料は10ページに移りまして、私からは人口減少が進む長崎県西海市の現場の立場から申し上げます。

まず、結論です。人材の希少化が進む地域で介護を続けるには処遇改善と生産性向上の両方が必要となります。しかし、現場ではこの2つが同じ原資を取り合っています。当法人は自立支援介護を柱に据えています。限られた職員でも利用者へのケアを続けられるようテクノロジーの活用と業務の見直しを進めてきました。

特養の職員配置は令和2年の2対1から令和7年にはおおむね2.4対1になりました。生まれた時間は直接介護と残業の削減に回しております。単なる効率化や人員削減ではありません。配置が2.4対1になっても利用者の自立度は落ちていません。平均要介護度3.88の施設ですが、LIFEのフィードバックでは、トイレ動作が自立している方の割合85.7%、全国39.6%の2倍を超えております。テクノロジー機器は導入するだけで成果が出るものではありません。使いこなす人材の育成と運用が定着するまでの伴走が必要です。現場の実感としても、5年前より今のほうが断然働きやすいという声があります。

一方で、職員の定着には処遇改善が欠かせません。処遇改善加算は賃上げを支える大変重要な制度です。ただ、要件を満たしている間だけ入り、満たせなくなれば原資は減ります。一度引き上げた基本給は下げられません。加算は下がることのあるのに、賃金は下げられない。この非対称があるために、原資があっても恒久的な昇給として約束できないのです。ある面談で「来年は幾ら上がりますか」と聞かれても、私は答えられません。返ってくるのは「将来が不安だ」という言葉です。離職は賃金が低いからではなく、先が読めないから起きています。

生産性向上にも課題があります。ICTや介護機器は、導入費用だけではなく、保守や更新、入替え等、使い続ける費用が毎年かかります。当法人では、光熱費を除いて年間およそ480万円です。報酬上の評価は維持費と連動していません。定着のために生産性向上を進めるほど処遇に回せる原資が減っていきます。

制度に3点お願いがあります。

1つ目は、加算方式だけに依存しない下支えです。基本報酬への組入れ、あるいは中山間・人口減少地域の別建てを検討していただきたい。

2つ目は、要件の簡素化と複数年にわたる固定です。下がる可能性が残る限り、法人は昇給表を書けません。

3つ目は、生産性向上の評価を「導入したこと」だけではなく「維持し続けていること」と、効率化で生まれた原資が処遇に回る設計にしてください。

利用者が住み慣れた地域で暮らし続けるには、介護を担う職員がこの地域で働き続けなければなりません。制度に求めたいのは続けられる見通しです。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、委員の皆様から、ただいま2つの自治体とそれぞれに関連する事業者の皆様からお話を頂いたところでありますけれども、それにつきまして御質問などがございましたらお願いしたいと思います。また、参加されている陳述人の方で御意見が追加的にあればお願いしたいと存じます。

ただ、時間が非常に限られておりまして、質疑と意見交換の時間を15分ほどしか取れませんので、ぜひとも御発言は簡潔に行っていただくようお願いいたします。もし時間の都合上、発言できない、質問できないという場合につきましては、後ほど申し上げますけれども、事務局のほうにメールでお寄せいただければと存じます。

それでは、まず、田中委員からお願いいたします。

○田中委員 岩村分科会長、ありがとうございます。田中でございます。

御発表ありがとうございます。一言だけ申し上げたいと思います。

ただいまの御発表に関しましては、この2地域だけのことでなく、全国の多くの中山間地、過疎地、人口減少地域において全く同じ状況であるということをぜひ皆様に承知おきいただければと思っております。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、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

川本町の上坂様、川本福祉会の森谷様にお伺いしたいのですが、上坂様に地域包括支援センターの人材確保について、また、森谷様に居宅介護支援事業所の人材確保について、特に介護支援専門員の有資格者の方が介護職員の方等でいらっしゃるのかどうか、この辺り御説明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。

どなたがどういうふうに御発言するかはお任せしたいと思いますが、よろしくお願いいたします。

○上坂陳述人 川本町の上坂でございます。

地域包括支援センターの人材確保を御質問いただきました。川本町では地域包括支援センターを直営で行っております。川本町役場の健康福祉課の中に、コンパクトな自治体で

すので、役場の中に包括支援センターがございます。保健師３名、社会福祉士を配置いたしまして、その他の業務も併せ持つような形になりますけれども、そういった形で体制を整えております。

○森谷陳述人 川本福社会ですけれども、ケアマネを持っている者もおりますけれども、ほぼ全部配置しておりますので、ケアマネ自体はぎりぎりのところですよ。

○濱田委員 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、石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

島根県川本町の上坂さんと西海市の岩永さん、御説明の中で上坂さんのほうで、保険料、自治体財政への跳ね返りを防ぐ国としての特別の財政支援、別途交付金というふうに書かれています。また、岩永さんのほうでも、離職は賃金が低いからではなく先が読めないからであり、きちっとした可逆的なものではなく財政の支えというようなことが書いてあります。それぞれこの財源についてお考えをお聞かせ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。

まず、上坂様からお願いできますか。

○上坂陳述人 財源については国のほうにお願いできないだろうかというところはあるんですが、介護保険制度は、利用契約制度ですので、事業所の収入が上がれば利用者の負担が上がるのは基本的な部分ではあると理解しておりますが、過疎地域、中山間地域だけが特別に優遇されているという部分に合わせて、そういった地域の方々だけの負担が増えるというのはいかがだろうか、自治体の負担あるいは保険料の負担がそういった地域だけにかかるというのはいかがなものだろうかというふうな意見をさせていただいたところがございます。

以上です。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

では、岩永様、お願いできますか。

○岩永陳述人 特別養護老人ホーム「ふるさと」では、テクノロジーやICTを積極的に活用しております。その中で得られた成果や、利用者の自立度の改善とか身体的な維持率、こういったものをしっかりとアウトカム、成果を出した形に今後もしていただきたいと思っております。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

石田委員、よろしいでしょうか。

○石田委員 後でもうちょっと詳しくお聞きしたいので、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、鈴木様、よろしく願いいたします。

○鈴木陳述人 私の病院の老健、特養、その他もろもろの介護保険サービスのある茨城県

常陸大宮市も高齢化率40%以上の、まさに中山間・人口減少地域でございますので、川本町や西海市の事情もよく分かります。その上で、いわゆる加算とか要件緩和、人員基準を皆さんおっしゃいますが、加算をすれば自己負担が増える、ではそれをどうするのか、要件を緩和すればサービスの質が低下しかねない、それをどうするのかということが続くと思うのです。

私のところも人員確保も含めて大変なのですが、1つの視点としては、幾ら高齢化が高い地域でも元気高齢者がまだまだたくさんいらっしゃいますので、元気高齢者の活動、まず本人でやれることは本人、家族や友人でやれることは家族や友人、そしてボランティア、こういった方々にもっと活動していただくという視点も必要ではないか。

これは都市部でも同じだと思いますが、先週たまたまオランダに1週間行って、そういうのを見てきました。中・重度の方は日本のほうが手厚くて優しい医療・介護なのですが、元気な方、軽度の方に関しては、オランダの自立支援、そういう取組は我が国にとっても非常に参考になるのではないかと思います。そういう視点も取り入れていければ持続可能性が高まるのではないかと改めて感じましたので、意見として述べ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。

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。

私は島根県の秦さんに1点、お尋ねしたいと思います。中山間・人口減少地域ということで実際に抱える懸念として、今後も必要な介護サービスを地域に残していくために、処遇改善や人員配置の柔軟化といったものに加え、資料11ページの御要望といいますが、こういったものなのだろうと思っておりますが、これら以外に、例えば国にどのような仕組みとか支援を求めていく必要があるか、具体的に何かございましたらお教えいただきたいと思います。

以上です。

○岩村分科会長　それでは、秦様、よろしくお願いいたします。

○秦陳述人　ありがとうございます。

基本的にはこちらのまとめのところに国のほうに御対応いただきたいことを言い尽くしているところではございますけれども、やはり大きくは介護報酬の見直しです。特に訪問介護につきましては、前回の介護報酬の見直しで引き下げられたということがございました。都市部の効率的に回れるサービス事業所と中山間地域の事業所の実績を一緒に考慮に入れられて、そういった引下げの対応が取られたということがございますので、地域の実情にしっかり対応した介護報酬の見直しをしていただきたいと思いますということでございます。

あと、それに当たっては、やはり中山間地域の実情、住まいが点在しており、なおかつ移動が車でないとなかなかできないというアップダウンがございますので、そういった実

情をしっかりと把握した上で介護報酬の見直しをしていただきたいとお願いしたいと思います。

以上でございます。

○今村委員 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。

会場でもし御発言があれば、では、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。

取り急ぎ自治体の方々に2点の意見を求めます。

特定地域には、配置基準の弾力化、包括的な評価の仕組みがテーマとなっていますが、介護保険法改正では、地域支援事業の一類型として介護サービスを事業として実施する仕組みもテーマとなっています。中山間・人口減少地域の保険者として地域支援事業への移行が可能とお考えかどうか、御意見を頂ければと存じます。

もう一点です。介護保険法改正で新設される特定地域は75歳以上を区切りとすることが検討されています。しかし、2025年から2040年にかけて85歳以上人口は299万人増えると推計されています。後期高齢者が減少する人口減少地域と、認定率が50%を超える80歳以上人口、つまり今後サービス需要が増加する地域は異なるのではないかと考えますが、御意見を伺えればと思います。

以上でございます。

○岩村分科会長 いかがいたしますか。2つの県関係で伺いますか。それともどこか代表してということにいたしましょうか。

○志田委員 最初の質問は保険者ですので、自治体の方に。

○倉橋陳述人 邑智郡総合事務組合です。特定地域についてのお話が組合としてはできればと思いますが、よろしいでしょうか。

○岩村分科会長 よろしく願いいたします。

○倉橋陳述人 まず、地域支援事業での実施というところですけども、今のところ、特定地域で事業所が使われる制度、まずこちらが重要だと私たちは考えております。地域支援事業を行うときは、最後まで頑張っていた事業所がなくなった後のセーフティネット、こういうイメージで展開していくことを想定しております。まず、特定地域で行って、地方の事業所、こちらを回していきたい、そしてサービスを展開できるように、介護ラーニングでやるようなサービスを展開できればと考えております。

○岩村分科会長 ありがとうございます。

保険者の立場で川本町の上坂様、いかがでございますでしょうか。

○上坂陳述人 川本町は、先ほどお答えしました邑智郡総合事務組合の構成町でございますので、答えは同じになります。先般、一般質問のお話をしましたが、その中でも、市町村委託事業はやるつもりがあるのかという御質問を頂きました。詳細がまだ示されない中で詳しいお答えはできないのですが、先ほど介護保険課長からありましたように、

まず、特定地域サービスのほうを優先的に考えたいというのが今の私たちの考えでございます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

志田様、いかがでしょうか。

○志田委員　特定地域は、今、75歳以上を区切りとすることが検討されているのですが、実態的な認定率が一番多い人口との乖離があると考えるのですが、その御意見をどなたかに伺えればと思います。

○岩村分科会長　どなたか、お願いできますか。

○倉橋陳述人　邑智郡総合事務組合です。

当地域においては認定者の約7割が75歳以上となっております。初回の認定を受ける年齢が83歳と、全国の平均よりも初回の認定を受けるところでは高齢になって、よく言えば予防というところが充実しています。特定地域の対象者が75歳というのは、うちの地域では理想な形なのかなと思います。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

志田様、よろしいでしょうか。

○志田委員　ありがとうございました。

○岩村分科会長　では、平山委員、どうぞ。

○平山委員　私からは川本福祉会の森谷さんと特別養護老人ホーム「ふるさと」の岩永さんにICTの活用についてお伺いしたいと思います。

ICTの活用は非常に重要なことだと思っています。多くの皆さんから、導入、ランニングコストの財政の問題はお伺いしています。現場として財政面以外にICTの活用で課題に感じていることがあれば教えていただきたいと思います。お願いいたします。

○岩村分科会長　まず、森谷様、お願いできますか。

○森谷陳述人　川本福祉会の森谷です。

現場はどうしても職員が高齢化しておりまして、使い方等ありまして、導入していくと仕事が増えたという負担感が大きくて、なかなか前に進みづらいというところがあります。使い方とか、費用対効果というか、本当にそれが役に立っているか、手探りで進めなくてはいけないという感じになりますので、その辺のところのバックアップというか、そういったものが必要ではないかと感じます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

続けて、岩永様、よろしく願いいたします。

○岩永陳述人　ICTの活用で財政以外の課題ですけれども、先ほども申し上げましたが、使うのは職員になってきております。導入したときに、目的、活用の方法とか、みんなできっかりと協議して検討して、現場の中でどう回していくか、確認していますが、それが定

着するというのはすごく難しいところではあります。それを現場に定着、いかに業務に落としていくかというので、定着とか人材の育成、そういったものが難しいところかなと思います。ただ、「ふるさと」では、メインとなる職員が中心となって現場でどうやって回していくかというのをみんなで話し合いながら、この課題に向き合っていると思っております。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございます。

時間的には、あとお一方可能かと思いますが、もしオンラインの方でどなたかいらっしゃればですけども、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、自治体の皆様からの御発表はここまでとさせていただきます。

前半部分も含めての全体を通してでございますけれども、もし委員の皆様でさらに御質問などがおありの場合は、この会議の終了後に事務局のほうにメールで御連絡いただければと思います。事務局から関係団体のほうへ伝えるということにさせていただきます。

それでは、本日御出席いただきました関係団体、そして自治体関係の皆様との意見交換はここまでとさせていただきます。今日は、大変貴重な御意見を頂いたと思います。誠にありがとうございます。

事務局におかれましては、今日、各団体、自治体、事業者の皆様、そして分科会の委員から頂戴しました御意見を十分に御検討いただいて、今後の介護報酬改定に向けた検討をさらに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、事務局から説明いただきたいと思います。ですので、よろしくお願いいたします。

○芦田企画官　次回の第268回介護給付費分科会の開催は9月30日を予定しております。議題については調整中でございます。

以上です。

○岩村分科会長　ありがとうございました。

それでは、本日はこれで閉会とさせていただきます。委員の皆様、関係団体、自治体関係の皆様、お忙しい中を御参加いただきまして、誠にありがとうございました。

では、これで散会いたします。