

○奥山総括調整官 それでは、定刻になりましたので、第227回「社会保障審議会介護給付費分科会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席を賜りまして誠にありがとうございます。

本日より、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ます。また、本会議は、動画配信システムでのライブ配信により公開いたします。

会の開催に当たり、委員の交代がございましたので、御報告いたします。新任の委員を御紹介いたします。全国健康保険協会の鳥潟美夏子委員でございます。よろしくお願いたします。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、長内委員、米本委員より御欠席の連絡をいただいております。また、御欠席の大石委員に代わり新田参考人に、長内委員に代わり山岸参考人に御出席いただいております。なお、田母神委員、堀田委員については、遅れて御出席いただく旨、御連絡いただいております。

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。

それでは、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させていただきます。事前に送付しております資料を御覧ください。同様の資料をホームページに掲載しております。

次に、会議の運営方法でございます。オンラインにて出席の委員の皆様におかれましては、会議の進行中は基本的にマイクをミュートにいただき、御発言をされる際にはZoomツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリック、分科会長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除して、御発言いただくようお願いいたします。御発言が終わりました後は、再度マイクをミュートにいただくようお願いいたします。

それでは、冒頭のカメラ撮影はここまでといたします。

（カメラ退出）

○奥山総括調整官 それでは、以降の進行は田辺分科会長をお願いいたします。

○田辺分科会長 それでは議事次第に沿って進めさせていただきます。

本日は、令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に関わる調査（令和5年度調査）の結果（速報値）について、それから令和6年度介護報酬改定に向けて議論を行いたいと存じます。事務局におかれましては、資料説明を簡潔に行っていただきますよう、御協力をお願いいたします。

それでは、まず議題1の「令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の結果について」、事務局より資料の説明をお願いいたします。事務局より説明の後、介護報酬改定検証・研究委員会における議論を踏まえまして、前田委員長から御報告を賜り

たいと存じます。

それでは、よろしく願いいたします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

それでは、資料に沿って御説明を申し上げたいと思います。

まず、資料1でございますとおり、本日はこの6つの調査について、速報値を御紹介申し上げます。

それでは、資料1-1を御覧ください。介護サービス事業者における業務継続に向けた取組状況の把握及びICTの活用状況に関する調査研究事業でございます。

資料の2ページ目、BCPの策定状況についてでございます。図表1、感染症BCPの策定状況は、「策定完了している」が29.3%、「策定中である」が54.6%、「未着手」が15.6%でございます。他方、図表2、自然災害につきましても、「策定完了している」が26.8%、「策定中である」が54.9%、「未策定」が17.1%といった状況でございます。また、策定を完了しているとした事業所のうち、策定に要した時間が2～3か月程度以内であった事業所は、感染症では69.1%、自然災害では65.5%ございました。

7ページ目でございます。ガイドライン及びひな形の活用状況についてお示したものでございます。図表15、ガイドラインを活用したと回答した事業所は、感染症では80.8%、自然災害では77.7%ございました。また、図表16、ひな形を活用したと回答した割合が、感染症では71%、自然災害では70.1%であったという状況でございます。

続きまして、少し飛びまして16ページになります。災害対応訓練における地域との連携についてでございます。図表37、「参加も求めておらず、地域住民の参加はない」と回答した割合が48.7%と最も高い状況ございました。

続いて、18ページ目、テレビ電話等の導入状況についてお示したものでございます。最後の21ページでございますけれども、テレビ電話等の導入による効果でございますが、感染症拡大のリスクの減少が40.9%、業務効率化が36.8%と高かったという状況でございます。

続きまして、2つ目、資料1-2でございます。介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業でございます。

2ページ目、施設の基本状況を調査したものでございますけれども、運営主体、施設類型は、母集団とおおむね相違がなく、偏りはなかったということでございます。

3ページ目から7ページ目については、併設医療機関や協力病院について調査したものでございます。

4ページ目の図表9でございますが、主たる協力病院の種別について、老健では地域医療支援病院が35.8%、在宅療養支援病院が8.7%でありまして、病床の種類としては急性期一般病棟が57.9%、地域包括ケア病棟が38.6%ございました。他方、介護医療院につきましては、療養病棟が47.6%と高い状況ございました。

続きまして、少し飛びまして9ページでございます。新型コロナウイルス感染症につい

での調査でございます。図表26でございますが、新型コロナウイルス感染症が施設内で発生した割合は、老健では81.5%、介護医療院では66%。また、図表30にございますとおり、病院等へ搬送した方の割合は、老健では13.3%、介護医療院では12.9%でございました。

19ページ目、短期入所療養介護につきまして、図表64でございます。急性疾患に対する医療処置を行った利用者がいた施設は、老健では10.5%、介護医療院で3.7%。また、図表66、老健で総合医学管理加算を算定した利用者が「あり」と回答した施設は3.4%でございました。

続きまして、3つ目の調査、資料1－3でございます。個室ユニット型施設の整備・運営状況に関する調査研究事業でございます。

4ページ目を御覧ください。定員数11名以上のユニットの設置状況について、図表8、特養が10.3%、老健が17.6%でございました。そのうち、図表9、令和3年度介護報酬改定を踏まえたものである割合は、特養が16.4%、老健が5.6%でございました。

続いて、5ページ目、定員数11名以上のユニットの業務形態でございます。図表11、11名以上のユニットを設置している特養及び老健において、定員数11名以下のユニットとケアの内容や職員間の連携、教育などを比べた場合に、全ての項目について「変わらない」とする割合が最も多かった一方で、負担が大きいまたはやや大きい等の回答も一定程度見られました。

7ページ目と8ページ目でございます。時間帯別の職員配置についてでございますが、いずれの時間帯につきましても、ユニット定員数が10人、11人以上、9人以下の順に多いという結果になりました。

また、9ページ目が転換意向等についてでございます。図表15、従来型個室または従来型多床室を有する特養のうち、多床室からユニット型個室への転換を予定していると回答した割合が1%台でございました。

少し飛んで13ページ目でございます。自治体調査の調査結果概要でございます。図表26、1ユニットの定員に関する基準を設けている都道府県は、特養で75%、政令指定都市・中核市で68.3%、その他の市区町村では45.6%でございました。

15ページ目でございます。ユニット化率の目標設定などについてでございます。こちら自治体の調査でございますが、設定していない自治体が大半を占める中、都道府県におきましては、特養のユニット化率の目標を51%以上の数値に設定している割合が17.9%でございました。また、図表31、施設整備に関する指針につきまして、ユニット型のみ整備を認めていると回答した割合は、政令指定都市・中核市の地域密着が41.5%と最も多かったということでございます。

最後に、18ページ目でございます。整備促進に関する制度上・運用上の課題についてでございます。施設整備に関する補助金の補助率・補助上限額の引上げなどの回答が多く、自治体では特になしとの回答が多かった状況でございます。

続きまして、4つ目、資料1－4を御覧ください。LIFEの活用状況の把握及びADL維持等

加算の拡充の影響に関する調査研究事業でございます。

資料の3ページ目、LIFEの利用状況についてでございます。利用者状態の管理・課題把握等で活用している事業所の割合が増加傾向でございました。

続きまして、5ページ目、LIFEの関連加算についてでございます。図表7にございまして、LIFEへのデータ登録について、複数の加算があることによる不便な点としては、複数の加算において同様の項目を入力することが手間である、また、加算ごとに提出頻度が異なる点が生じるといった回答がそれぞれ約半数ございました。

続きまして、10ページ目でございます。ADL維持等加算について、加算の算定要件が分かりにくいとございますとか、調整済みADL利得の計算方法が分かりにくいと回答した割合が、いずれの事業所施設でも高かったという状況でございます。

続きまして、11ページ目以降は、介護保険総合データベースの分析結果でございます。11ページ目の図表23を御覧いただきますと、こちらはLIFE関連加算を算定している事業所の割合でございます。施設サービスでは、介護老人保健施設が最も高く約8割、通所・居住系サービスは、施設サービスと比較して低いという状況でございます。

13ページ以降はLIFE関連加算の算定率をサービス別に算出したものでございます。

最後に、17ページ目の図表35から38につきましては、LIFEのADL維持等加算算定機能を用いましてデータを登録した事業所の利用者について、利得値の計算の際の要件に基づきまして分析を行ったものでございます。2時点間のADL値の差分について、一部初回認定12か月以内の該当有無別に有意差が認められたものでございます。除外条件の該当有無別では有意な差は見られなかったといった結果が得られてございます。

続きまして、5つ目の調査、資料1-5に従いまして御説明いたします。認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いの施行後の状況把握・検証、必要な対応の検討に関する調査研究事業でございます。

資料の2ページ目を御覧ください。例外的な夜勤体制導入に関する効果実証の概要でございます。3ユニット2人夜勤体制とした事業所の業務内容などの実態から、改善すべき課題等を把握することを目的とさせていただきます。実証テーマはそちらに記載の3つのテーマ、概要はそちらを御覧ください。

3ページ目、調査対象事業所の概要でございます。

9ページ目を御覧ください。3ユニット2人夜勤体制導入による変化でございます。図表20、導入の効果については、日中の人員配置を手厚く変更させることができた、人材を効率的に活用でき、人件費を減らすことができたとの回答がございました。また、図表21、導入によるユニットでのケアへの影響については、影響ありとした2事業所のうち、その影響の内訳は図表22でございまして、一方のユニットで解除していると、他のユニットの入居者の状況を察知しにくいなどの回答がございました。

少し飛びまして13ページ目でございます。タイムスタディ調査の結果になります。事前から事後において直接介護の時間が増加したといった状況が見てとれました。

15ページ目でございます。実証テーマ1、2、3のそれぞれにつきまして、夜間見守り業務の質の維持に関する職員向けの調査でございます。夜間見守り業務の質の維持につきましては、担当するユニットの範囲が増えたため、見守りが大変になった、夜勤者1人当たりの業務量が増えたため、個別対応に追われるようになったとのいずれの回答も「その通りだ」「まあそうだ」が多かった一方で、担当するユニットの範囲が増えたことによって生じた支障については、ICTの導入などの業務上の工夫により解消している、夜勤者1人当たりの業務量が増えたことによって生じた支障については、ICTの導入などの業務上の工夫により解消しているとのいずれの回答も「全くちがう」という回答が最も多かったという状況でございます。

最後に、6つ目の調査でございます。資料1－6、認知症介護基礎研修受講義務づけの効果に関する調査研究事業でございます。

4ページ目を御覧ください。こちらは研修修了者の状況でございます。図表3、介護業界での経験年数は、新任職員に当たる1年目及び2年目の合計が27%でございました。図表4、これまでに受講した認知症研修に関する研修は、受講したことがない方が最も多く68.8%、図表5、資格の保有状況をお示ししてございます。

9ページ目、研修を受講したことによる効果の有無について調べたものでございます。図表14、修了者本人が「そう思う」と回答した割合は、ケアに関する知識の習得が45.5%、ケアに関する考え方の変化が44.5%などございまして、肯定的な意見が多くを占めております。

11ページ目、12ページ目は、ケアに関する知識の取得状況について、個別項目ごとの結果では、肯定的な意見が多くを占めてございます。

13ページ目、14ページ目、ケアに関する考え方の変化につきましては、研修内で重点的に触れられている「一人ひとりを尊重することが大事だと思うようになった」「認知症の方本人の声や気持ち・思いを確認することが大事だと思うようになった」で7割程度でございました。

15ページ目、16ページ目、ケアの方法の変化につきましては、こちらも研修内で重点的に触れられている「本人への話をよく聴くようになった」「適切な表情や態度を意識しながら行うようになった」などにつきまして、5～6割程度でございました。

最後に、17ページ目でございます。管理者から見た修了者の研修受講の効果につきましては、管理者が「そう思う」と回答した割合は、「積極的に認知症の利用者に関わるようになった」が20.6%などの結果でございました。

以上、6つの研究事業につきまして、御説明を申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、松田委員長、よろしくお願いいたします。

○松田委員 令和5年度調査の速報値の内容につきましては、先般行われました介護報酬改定検証・研究委員会において承認いたしましたので、御報告申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま説明のありました事項について、御意見、御質問などがございましたら、よろしくお願いたします。なお、会場の方は挙手で、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用していただき、私の指名により発言を始めていただくようお願いいたします。各委員におかれましては、御発言は論点に沿って簡潔に行っていただくよう、御協力のほど、お願い申し上げます。

それでは、よろしくお願いたします。

では、野村委員、よろしくお願いたします。

○野村委員 それでは、私からは、(2)の介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業について、意見を述べさせていただきます。

14ページにありますように、口腔内スクリーニングは老健で「全員に実施している」が、図44にありますように52.4%、介護医療院のほうでは57.5%でございます。いずれも5割を超える状況にあるということでございますけれども、一方で、口腔内スクリーニングを実施していない場合の理由が図表45でございますが、老健では「実施するための人員が不足している」が42.6%、そして介護医療院では「口腔のスクリーニングの指標がない」というのが40.8%とのことでございます。やはり指標がないということは、老健でも30.2%の方が理由に挙げているということでございますので、リハビリテーション機能訓練、そして口腔、栄養の一体的な取組の推進の観点からも、ぜひ口腔の情報に関わる多職種連携の推進に向けて指標を作成していただきたいというのが一点でございます。

続けてよろしいでしょうか。

それでは、(4)をお願いいたします。(4)のLIFEの活用状況の把握及びADLの維持等加算の拡充の影響に関する調査研究事業でございます。スライドの5ページにありますように、LIFEへのデータの登録につきましては、複数の加算において同様の項目を入力することが手間であるとか、加算ごとに提出頻度が異なる点が手間であるということで、その辺りの入力に関しての不便さというところが問題になっているのではないかと考えるところでございます。

そして、スライドの7にありますように、職員への負担が大きいのが現状であって、さらにスライド13からも、算定にばらつきが見られるというところ、そして、スライド16でございますけれども、LIFEの関連加算が算定されていない状況が示されているという状況でございますので、以上の点を踏まえて、負担軽減というのは職員の方への喫緊の課題でありますし、リハビリテーション、栄養、そして口腔に関わる加算の入力を一月に1度程度、できるだけ分かりやすい形で入力頻度の統一をお願いできればと思っております。統一することによって職員の入力をされる方の手間を減らすということだけではなく、利用者の側にとっても適切にその状況を把握して、ケアの質の向上や介護サービスの質を評価する観点からも、ぜひリハビリテーション機能訓練、口腔、栄養の一体的な取組が進むものであると考えておりますので、どうかよろしくお願したいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

では、鳥潟委員、よろしく申し上げます。

○鳥潟委員 ありがとうございます。初めての参加でちょっと場違いな意見を言うかもしれませんが、調査研究事業のN数や回答数が非常に低く映っているのですが、これはこの数字で実態を表現できていると理解してよろしいのでしょうか。

○田辺分科会長 この点はいかがでございましょう。かなり統計学的な質問かもしれませんが、お願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

この調査検証事業につきましては、介護報酬の改定に伴う様々な影響を実態として把握していこう、さらには次回の改定につなげていこうということで、事務局といたしましても、例えばオンラインの回答ができるようにするなど、すべての調査において回収率の向上には努めてまいりました。

他方、今、御指摘いただきましたとおり、必ずしも全ての調査について高い回答率が得られていないといったことはございますので、ぜひともこの分科会の中でもこの調査結果、また、回収率を含めて総合的に御覧いただきまして、できる限りこの調査を活用して、検討の議論につなげていただければと考えてございます。

○鳥潟委員 回収率そのものが問題だと思っているわけではなくて、ここにも事業者の代表の方がたくさんいらっしゃると思うのですけれども、私は介護の施設に伺ったこともないものですから、その事業者の皆さんがこのデータを見て、これは実態に即していると言っていただければ、それはそれで安心して考えることができるかなとは思っております。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

では、小林委員、よろしくお願ひいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

私もN数のことを気にしておりました。とりわけ（5）認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いの関係で、私どもは様々懸念していたため、施行後の影響をしっかりと把握するべきと考えていました。ただN数は思ったより少なく、とはいえ、回答には懸念もありますので、丁寧に見ていただきたいと思ひます。

一方、緩和しても大丈夫と判断するには、このN数では少ないと考えており、慎重な検討をお願いしたいと思ひます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしくお願ひいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。私は2点の意見を申し上げたいと思います。

最初に、(2)の介護老人保健施設、介護医療院の関係ですけれども、6ページの入所者の急変時における主たる協力病院との関係におきまして、協力医療機関の病床が空いていないことが多いためなどの理由から入院受入れをしてもらえない状況が示されております。利用者が必要なサービスを切れ目なく提供されるよう、まずは自施設における対応力の向上を図っていくとともに、地域の実情に応じた取組の好事例の横展開などを通じて協力医療機関との連携の強化が必要なのだろう、推進すべきなのだろうと感じました。

それから、2点目ですけれども、資料1-4、LIFEの関係でございますけれども、7ページに、LIFEを利用していない理由として、これまでも課題となっておりました、データを入力する職員の負担が大きいという割合が高くなってございます。入力の手務負担を軽減して、質の高いフィードバック票を活用できるように、引き続き入力項目の簡素化の見直し、あるいは入力方法の研修などを通じてこの負担の軽減に努めたらいいのではないかと感じた次第でございます。

私からは以上であります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、正立委員、よろしく願いいたします。

○正立委員 ありがとうございます。

資料1-5、資料1-6について、意見と要望を申し上げます。

初めに、資料1-5「認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱い」についてです。こちらは令和3年度介護報酬改定において、一定の条件の下、3ユニットの場合、例外的に夜勤2人以上の配置に緩和したことに関するアンケート調査と効果実証ですけれども、集計結果を見ますと、N数の問題もございしますが、総じて否定的な回答が多かったように思います。アンケート調査の未導入の理由では、施設の構造上の問題もありますが、利用者に関することとして十分な対応が行えない、職員に関することとして身体的・精神的な負担が増える、災害時や利用者の急変時、ユニットごとに1人以上の夜勤職員の対応が必要だということが多く挙げられています。

また、導入した事業所、3事業所からしか回答は得られておりませんが、そのうち導入後のケアへの影響があると答えた事業所が2か所で、内容を見ますと、一方のユニットで介助していると、ほかのユニットの入居者の状況が察知しにくい、同時に対応が必要な状況に迅速な対応ができないと回答しています。効果実証において、実証テーマごとに職員を対象とした夜間見守り業務の質の維持についての問いがありますが、どの類型を見ましても、多少の軽重はあるにしろ、範囲が増えて見守りが大変になった、1人当たりの業務量が増えて個別対応に追われるようになったという回答が多く、また、ICTの活用がそれらの解消につながっていないという結果も出ています。回答数が少ないので、十分な状況把握、検証となっているかということも言えますが、利用者の安全確保、職員の負担という観点から見て問題がある結果だと思います。調査目的に次期介護報酬改定の検討に資する

とありますが、さらなる緩和ということには反対であるということをもっと申し上げておきたいと思います。

次に、資料1-6「認知症基礎研修受講義務づけの効果」についてです。認知症基本法が成立し、今後、ますます認知症高齢者の増加が予測される中、介護に携わる職員が認知症に対する理解を深め、認知症の人に対する介護技術を学ぶことは、極めて大切なことだと考えています。

4ページに認知症に関する研修の受講履歴の結果がありますが、これまで受講したことがないと回答した人が7割を占めています。また、修了した人の大半がケアに関する知識の取得、考え方や方法の変化、効果があると思うと肯定的な回答を寄せています。受講した理由では、上司に指示されたから、管理者が研修を受講させた理由では、報酬改定、義務化がきっかけという能動的な理由より受動的な理由が多かったのは残念ですが、反面、この改定、義務化の効果があったという証左でもあると思います。事業者団体の皆様には、介護職員のさらなる受講の促進に向けて御尽力をいただきますようお願いいたします。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員、よろしく申し上げます。

○石田委員 よろしく申し上げます。

私は資料1-1と1-4について、まず1-1ですけれども、BCPの件ですが、ここの災害対応の訓練のところで地域住民の参加という点ですが、「求めていない」とか、「参加ができていない」、「参加がない」というところに48.7%となかなか地域住民との協力が難しいということになっています。これは実態だと思いますけれども、特に自然災害等のことを今後考える場合に、これは各施設が努力するというよりは、もう少し全体的な大きな方針やガイドラインのようなものを整理して、周知を図っていく必要があるのではないかと考えております。

それから、20ページに1つ、ICTの活用のところで事業所の各会議でテレビ電話を活用しているというところについて、「加算のために必要な利用者等への説明」という項目が28.3%と、ここが一番低かったのですけれども、利用者への説明ということにテレビ電話があまり活用されていないのは何か理由があるのかどうか、もし分かれば、教えていただきたいというのが一つあります。

最後に、1-4のLIFEのことについてです。LIFEの活用というのはこれまでもいろいろ出てきて、まだなかなか現場ではそれが活用し切れていないという状況が多々あるということのようです。けれども、少し調査の内容も詳しく出てきて、「利用者の状態の評価や介入については意識づけができた」とあるとか、「新たな利用者の状態を評価することができるようになった」、それから、「状態評価の方法を統一してやることのできるようになった」という回答は、少しずつはポイントが上がっています。ただ、まだ全体的に見てこれは高いとは言えない状況だと思います。

一方で、LIFEの加算をしていない事業所に言わせれば、「評価方法が統一されていない」であるとか、「ケア計画の見直しにおける指標が設定されていない」という意見が多々あって、まだ現状、LIFEの問題点というのが様々に抽出されているのではないかと感じております。ここは今後の課題としてもう少し整理されていくと思っておりますけれども、そのデータとして把握をしたと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点御質問がございましたので、回答をお願いします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

資料1-1のテレビ電話が利用者への説明にあまり使われていないのではないかと、その理由についてということでございますけれども、手元にその理由を調べているのかどうかとか、それが何かということを持ち合わせていませんので、この調査の中でそれを確認しているかどうかをまた確認した上で、理由が分かればお伝えしたいと思いますし、一つには利用者の事情ということも推測はされますけれども、その辺はちょっと確認をさせていただきたいと思っております。よろしくをお願いします。

○田辺分科会長 それでは、濱田委員、よろしくをお願いします。

○濱田委員 よろしくお願いたします。

私からは、(1)の介護サービス事業者における業務継続に向けた取組状況の把握及びICTの活用状況に関する調査研究事業について、意見を申し上げたいと存じます。災害対応訓練への地域住民の参加により、合同で訓練を行う等、望ましいことではあります。一方で、この間は、P17の表38にありますように、感染症対策により大人数での訓練が困難であったとの回答がありましたので、これらのことは考慮する必要があるだろうと考えております。

また、17ページの図表39では、訪問系サービスや通所系サービスなど、施設系や滞在型のサービス事業所や施設に比べまして、小規模な事業所では参加の求めや訓練実施の状況も困難であるということが見られております。このため、形態としては地域代表が参加する地域密着サービスにあります、例えば運営推進会議の活用や、地域で拠点となるような介護保険施設等の御協力を仰ぎまして共同で実施する。あるいは事業者協議会や保険者様への声かけ等行い、逆に地域で自治会等で行われる防災訓練への参加をする等、事業者の負担が少ない形態も含めて多様な方法を提示してはどうかという意見でございます。

続きまして、(4)のLIFEの活用状況の把握及びADL維持等加算の拡充の影響に関する事業についてでございますが、あくまでもこの資料結果を拝見してということで恐縮でございますが、3ページの図表1では、データ登録方法でインポート機能を活用している事業所が増加しているからだと思っておりますが、8ページの図表13では、以前の調査に比べますと、徐々にではあるが、データを入力する職員の負担が大きいとの回答が低下してきているかなと。まだ多い状況でございますけれども、こういう状況は見られるのかなと見てとれる

かなと思っております。

一方、図表1では、令和4年度から5年度にかけてインポート機能の活用割合が減少しておりますけれども、この辺りはもう少しデータを精査いただきまして、要因などを確認していただければと存じます。併せて研修も行われておりますが、評価する職員の負担軽減と、11ページの図表20から22では、まだ加算の算定方法が分かりにくいという回答も課題として少し大きくなっておりますので、活用に向けて分かりにくい要因の解消に何とか努めていければということでございます。

続きまして、(6)の認知症介護基礎研修受講義務づけの効果に対する調査研究事業でございますが、各事業所、施設とも、職員確保へ向けて努力していく中で、介護職員の方の経歴、あるいは各国から来ていただくとか、多様化してきておりますので、引き続き定着へ向け、今でもかなり分かりやすいと思うのですが、全くの初心者でもさらにより分かりやすいコンテンツの開発ということを進めていただければと存じます。理解度によっては時間がかかる職員もあるという声も聞いておりますので、予習して、何度もeラーニングを受けられ、画像を見て、そして最終eラーニングを受けられるとよいかもしれないという感想も聞いておりますので、引き続きよろしく願いできればと存じます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、奥塚委員、よろしくお願いいたします。

○奥塚委員 資料1-1、介護サービス事業者における業務継続に向けた取組状況について、意見を申し上げたいと思います。

令和3年度の介護報酬改定において、介護サービス事業所に対しましてBCPの策定が義務づけられまして、令和6年4月までに全ての介護サービス事業所はBCPを策定しなければなりません。2ページの策定状況を見ますと、未策定・未着手の事業所が、感染症BCPで15.6%、自然災害BCPで17.1%となっております。

次の3ページですけれども、未策定の事業所は、職員数が10人未満の小規模の事業所が最も多いということが分かります。また、5ページでは、施設系や居住系より通所系、訪問系が遅れているということが分かります。

7ページにおきまして、策定時の課題として、策定にかかる時間を確保することや未経験の事態を想像しながら策定すること、策定を行う職員を確保することなどが挙げられております。中津市の実情を申し上げますと、スタッフの少ない小規模の事業所では、通常業務が優先されまして、策定業務まで手が回らない。そこで非常に苦勞されているというのが実態として聞いております。年々激しさを増していきます台風や豪雨、土砂災害などの自然災害や感染症などが発生しても、介護サービス提供を続けるためには、介護施設におけるBCPの策定は急務だと考えておりまして、特に新型コロナウイルス感染のときにこのことを強く感じました。

国におきましては、業務計画ガイドラインの作成、県や市におきましては、BCPや防災等

における研修等を実施し、支援を行っているところですが、今のままでは実態として取り残される事業所が出てくるのではないかと懸念をいたしておりますので、これまで以上にきめ細かい支援策等を講じる必要があると思います。少数ですけれども、こういう問題があるということも改めて認識しましたし、取り組まなければいけないということを感じました。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、よろしく願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の鎌田です。

資料1-5、グループホームでの例外的な夜勤職員の検証結果について、意見を述べます。家族が懸念していることが、職員や事業所さんからの意見で回答が述べられていることに私たちは大変安堵しています。このことはICTを使ったりということをしてもやはりなかなか難しいということなので、これ以上の施行を進めていかれないことを要望いたします。

それから、資料1-6の認知症の基礎研修に関してですけれども、これを見て、大変うれしい結果とともに、この職員さん方はこれまでは分からないまま不安の中でケアをされていたのだなと思っております。私たちの家族である者も不安な中でケアする職員にケアをされて、双方が不安なままの中での暮らしであったのだなと思っております。現場の中での経験値での研修であったのか、どうであったのかというのを質問としてお伺いいたします。

この点から、この教育というのが職員の離職防止にも大変有効ではないかと思っております。この回答結果から、職員さんの自信ややりがいというところがとてもうかがい知れますので、もっと教育というところに、職員の人材は不足していますけれども、どちらを先にするか、卵が先か鶏が先かではありますけれども、教育を実施していくことで職員のやりがいや自信につながり、それが離職防止につながっていくのではないかと思います。感想です。

これまで現場でどういう研修が行われていたのか、もし資料等がありましたら、お願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点御質問がございましたので、よろしく願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

ちょっと御質問の趣旨を受け止め切れたかどうか自信がございませんけれども、あくまで御質問の趣旨としては、まず受講したことがないことが7割で、逆に受講したことがない方がどのようなケアを行ってらっしゃったのか、不安の中でされていたのかという御質問だったと思っております。

他方、今回の受講したことがないという御回答の中にも資格を持っていらっしゃる方はいらっしゃいますので、当然その資格の中での何らかの介護の技術は持っていたのだけでも、認知症に関する特化した何らかの研修を受けたことがないという方が7割という御回答だったと思っております。

また、鎌田委員から御指摘もありましたとおり、今回、これを受講していただいた方は非常に学んだことでよかったという結果が出ているということと、そういった方がどのような研修を受けていたかということは、図表4に戻ることになりますけれども、例えば1割の方はサポーター養成講座などは受けていたという、これらの一定の何らかの研修を受けていた方もその中にいらっしゃったということが結果としては読み取れるのではないかと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、東委員、よろしくお願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

資料1-2「介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業」について、2点意見を申し上げます。

まず、9ページの図表30に「新型コロナウイルス感染症の施設内での発生人数等」が出ております。これを見ますと、老健施設での入所者でコロナが発生された方は1万6437人、そのうち病院へ搬送した人数は2,182名、13.3%と出ております。9割近くの方を病院に搬送せずに施設の中で療養していたということが分かります。その下には、老健施設よりも医療機能の手厚い介護医療院の数字も出ておりますが、同じく病院に搬送した方はほぼ同程度の12.9%でございます。この数字を見ても、これは国の施策として施設内療養費等の支援が非常に効果的であったものと考えております。医療機関の逼迫の緩和にも貢献できたのではないかと考えています。

次に、19ページに老健施設や介護医療院の短期入所療養介護の資料が出ております。この中で、まず図表65に、予め計画されたショートがどれぐらいの割合であったかというものが出ております。介護医療院は27.8%であります。老健施設の場合は約半数の45.9%の方が、予め計画されていないショートの利用ということが示されております。

一方、その前の図表64を見ますと、その中でも1年間で急性疾患に関する医療的処置を行ったショート利用者が約1割の施設であったということも示されております。老健施設は在宅支援が役割でございますので、このように空床を利用しながら在宅の要介護高齢者の臨時的ニーズというのを受け入れているということがよく分かると思います。本来、予め計画されていない医療的ニーズのショートでの受入れは、いわゆる総合医学管理加算、一般的に医療ショートと言われるものがございます。その算定の割合を示したものが図表66、残念ながら算定がまだ3.4%と低い状況になっていることが分かります。

この算定が少ない理由を見ますと、一番多いのが25.2%で、治療目的の入所は対応できないという理由でございます。そもそも医療ショートは受け入れないという方針がこうい

う理由の中にはあるわけがございますので、方針として医療ショートを受け入れるというときにその算定が少ない理由というのは、この上でございます「区分支給限度額を超えてしまう」「医療機関の医師が知らない」「介護支援専門員が知らない」というものがハードルになっているのではないかと考えております。

今後は、老健施設の医療ショートという有用な社会資源を活用するためにも、かかりつけ医やケアマネジャーに周知をするとともに、この利用を促進する施策が必要になると考えています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

稲葉委員、お願いいたします。

○稲葉委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会です。

私からは、認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いに関しまして、意見を申し上げたいと思います。

まず、私たちはこの認知症グループホームの実践は、我が国の認知症ケアにおいて極めて重要な意味を持つものであって、もっと社会的に評価されるべきであるとかねてから思っております。このため、利用者の安全確保や職員の負担の軽減にも留意しつつ、人材の有効活用を図る。そのために一定の条件下での要件緩和がなされたわけですが、今回の検証の結果を見てみますと、極めて小さい客対数とはなっておりますが、そもそも緩和の条件を満たす施設に限られているということが分かりましたし、職員の皆さんが3ユニット2人勤務体制に強い不安を感じていらっしゃることは事実であると理解できます。

しかし、認知症施策としてこれは大事なサービスでありますし、重要な調査研究ではありますので、簡単に諦めるべきではないのかなと思います。ですので、引き続き夜勤体制の不安を解消するためにどのような手立てが必要なのかということについて、ICTのさらなる進化や活用の工夫であったり、夜勤以外の担当との業務調整であったり、また、調査研究への協力体制、客対数を増やすなどの工夫をしていただきながら分析を進めていただければと思っております。

意見です。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、古谷委員、よろしく申し上げます。

○古谷委員 全国老施協の古谷でございます。資料1と3と6について、意見を述べさせていただきます。

まず1、BCPについては今年度中の策定が義務づけられておりますが、資料の3ページで示されているBCPの策定状況では、未策定・未着手が17.1%あります。先日、介護保険最新情報においてその周知をしていただきましたが、早急に対応できるようお願いをしたいと思います。

資料3の個室ユニット型施設の整備・運営状況に関する調査研究事業についてです。こ

の調査を基に、ユニットでのサービスの質を維持しながら、ユニットの人員配置、兼務要件等に関して、将来的に持続して運営できるよう配置等の検討をお願いしたいと思います。

資料1-6、認知症基礎研修の義務づけに関する調査研究事業ということで、介護に直接関わる職員のうち、医療・介護の資格を有しない者に対して認知症基礎研修を受講させるための措置を講じることが介護サービス事業者に義務づけられました。この調査研究事業でこれらの方々が認知症基礎研修を受講した結果、効果が示されているという結果が出ていると思います。しかし、いまだ受講できていない職員がいるという事実もございますので、未受講者への支援について、早急に実施していただけるようお願いいたします。

以上、意見です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田中委員、よろしくをお願いいたします。

○田中委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の田中でございます。私からも幾つか意見を言わせていただきます。

まず、資料1-2です。老健と介護医療院の調査についてですが、図表17にありますように、介護医療院と比較して歩行ができる認知症の方が多ことから、認知症があることで受け入れてくれる病院が少ないということは非常に問題が残っているというデータかと思えます。

また、リハ、口腔、栄養等に力点を置いてはいるものの、図表45、51にありますように、口腔ケアをする人員が不足しているであったり、管理栄養士が足りない、採算が合わないといったことについては、施設側の努力だけでは解消し得ないものであるため、今後はみんなで一緒に解決すべき問題と考えています。

資料1-4のLIFEですけれども、入力に手間がかかるという意見が多いものですが、私が考えますに、問題は入力だけでなく、届いたフィードバックも、利用者の評価を見るには項目をいちいち選別し、手動で該当区分を選択し、フィードバックの確認をしなければならないという大変な労力を要するものになっております。これに関しては、早急な変更が必要と考えています。

また、資料1-5のグループホームの夜勤については、N数が大変少ないことから、今後はさらなる検討が必要だと思一方、とはいえ、交代勤務要員が不足していることが現場の最大の悩みでもあり、今後のICTの利用により、稲葉委員がおっしゃったように、人的労力をいかに軽減し、業務改善できるかは、引き続き慎重に話し合う必要があると考えております。

最後に、資料1-6でございますが、必須研修としながらも、認知症の研修を有料とするのは、資料にありますように費用をほとんど施設側が負担しているということでは、施設側の負担も相当なものであるということは御理解をいただきたいと考えております。

意見でございます。ありがとうございます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょう。

では、江澤委員、よろしく申し上げます。

○江澤委員 ありがとうございます。資料1-1から1-5について、意見を申し上げたいと思います。

まず、1-1の16ページから17ページに住民の訓練参加について資料が示されているところでございます。住民との連携の活性化が重要と考えておりますので、ぜひ好事例を収集して、周知をしていただきたいと思います。

また、地域において行政や他の社会資源と連携した地域におけるBCPを構築することが有効だと考えますので、今後、ぜひそういった視点で進めていただきたいと思います。

続きまして、資料1-2の8ページに、老健、介護医療院について、肺炎による感染症、心不全等を転院なしで対応した割合がかなり多い実態が示されております。これらについて、医療資源投入量が包括医療の範囲の中で賄えているのかどうか、検証も必要ではないかなと考えています。あわせて、従前から課題となっている高額な薬剤への対応も引き続き検討していくべきだと思っております。

それから、16ページに老健、介護医療院の利用者のうち、施設に住民票を移した割合はともに5%以下であって、自宅との公平性の観点の議論もありますけれども、むしろ二重負担をしているものだと考えております。

それから、資料1-3の5ページです。1ユニット15人以下であれば、ケアの提供においておおむね変わらないということが示されておりました、2040年にかけて労働人口が2割減る中で、ケアの質を保ちつつ、職員負担を考慮した今後の新たなユニットケアを模索する必要があると考えております。したがって、こちらについても好事例を収集し、周知していくことが重要と考えております。

続きまして、資料1-4につきましても、全体的にLIFE未算定事業所への支援が必要と感じております。より多くの事業所が参加することでデータベースの構築が充実するため、今後も引き続き検討をお願いしたいと思います。

16ページにADL維持等加算の効果等が示されておりますけれども、これが本当に効果があるのかどうかについては検討して、間に合えば、次回報酬改定に反映するべきではないかと考えております。

最後に、資料1-5ですけれども、15ページから17ページにかけて夜間見守り業務に関するデータが示されております。その中で、予想どおりかとは思いますが、現状においては3ユニット2人夜勤の拡充はとてつもないのではないかと感じております。こちらは前回の介護報酬改定の議論においても、当分科会でも多くの委員から賛同があったものではなく、ある程度見切り発車と申しますか、一応こういったものを検証してみようという流れで導入されたと記憶しておりますので、今後、慎重に判断していく必要があるかと思っております。

それから、全体にわたりまして、回収している回答数が少ないとの指摘が幾つかありましたけれども、全体的な印象としては現状の実態を反映しております、あまり大きな矛

盾は感じておりません。

また、この10年、20年ぐらいの経過の中で、いろいろな老健事業等もございしますが、全体的に回収率が下がってきています。昔は40%ぐらいが毎回取れていたと思いますが、それがだんだん3割になって、最近では2割になって、これは実は医療も介護も同様の傾向で、現場の感覚から言うと、調査内容も決して軽いものではなくて負担を伴うもので、結構詳細なものが増えているのもあるのですけれども、大きな原因としては、やはり現場が人材不足で多忙であって、なかなかそこまでの余裕がなくなってきているというのが私の印象でございますので、ただ、これ以上回収率が下がってくると本当に全体像を表せるかどうかという問題もございしますから、今後、いろいろな工夫が必要ではないかなと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

様々な貴重な御意見をいただきましたけれども、本日の資料に関して特に修正せよという意見はなかったものと認識しております。この議題1につきましては、本日の資料を最終報告とさせていただくことにしたいと存じます。

次に、議題2「令和6年度介護報酬改定に向けて」について議論を行います。

それでは、事務局より資料の説明をお願いいたします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

それでは、資料の御説明をさせていただきます。まず、令和6年度介護報酬改定に向けた基本的な視点（案）についてでございます。資料2-1が概要、資料の2-2が本文となっております。本日は資料2-2の本文に沿いまして御説明を申し上げたいと思います。

この資料は、これまで第1ラウンドの議論やヒアリングを行い、御意見をいただきましたことを踏まえ、基本的な視点という形で整理をさせていただいたものでございます。なお、冒頭お伝えしておきたいと思っておりますけれども、この基本的な視点（案）につきましては、本日内容を決定するといった性格のものではございません。本日、御意見をいただきまして、最終的には改定の審議報告の中でまとめていくといったことを考えてございます。そういった観点で本日は御意見を頂戴できれば幸いです。

それでは、資料2-2に従いまして、概略を御説明申し上げます。この資料の大きな構成といたしましては、基本的な認識、そして、基本的な視点の2部構成となっております。1ページ目の下段に、「改定に当たっての基本的認識」とございます。これは大きく4点、今回の改定に当たっての背景や趣旨に関する認識を述べてございます。これにつきましては、これまで累次にわたり共有させていただいたものをまとめたものでございますので、本日、御説明は省略させていただきたいと思っております。

続きまして、3ページ目の下段、「2. 今回の介護報酬改定に向けた基本的な視点」の内

容に従いまして、概略を御説明申し上げます。この基本的な視点については、大きく4点整理をさせていただきます。

1つ目が、「(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進」でございます。認知症は単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進する視点が重要であるとしており、具体的に医療・介護連携による医療ニーズの高い方や看取りへの対応、感染症や災害への対応、高齢者虐待防止等の取組、認知症への対応などを挙げてございます。

続きまして、2つ目、自立支援・重度化防止に向けた対応でございます。4ページにお移りいただきまして、多職種の連携を通じた取組の推進やデータの活用を推進し、リハ、口腔、栄養の一体的取組やLIFEを活用した質の高い介護を進めていくことが必要、としてございます。

続きまして、3つ目、「良質な介護サービスの確保に向けた働きやすい職場づくり」でございます。さらなる介護サービスの質の向上を図るため、介護人材の確保・生産性の向上に対応していくことが求められることから、介護職員の処遇改善や介護職員のやりがい・定着にもつながる職場環境の改善に向けた取組を推進していくことが必要であると記載してございます。また、介護ロボット・ICTなどやいわゆる介護助手の活用、経営の共同化などやテレワークなどの柔軟な働き方、サービス提供に関する取組の推進などについて記載してございます。

4つ目でございます。「制度の安定性・持続可能性」ということで、保険料、公費、利用者負担で支えられている介護保険制度につきまして、全ての世代にとって安心できる制度となるよう、全世代型社会保障の基本理念に基づき、サービス提供の実態を十分に踏まえながら、評価の適正化・重点化、報酬体系の整理・簡素化を進めていくことが必要であるとしてございます。

こうした基本的な認識、基本的な視点を持ちながら、今後の議論を進めていってはどうかということで整理をさせていただきました。

本資料の説明は以上でございます。

続きまして、もう一つの本日の議題でございます「介護報酬改定の施行時期について」、資料3に基づきまして御説明申し上げます。

資料3の2ページ、介護報酬改定のスケジュールでございます。これは令和3年度改定時のスケジュールを御参考で示したものでございます。年末から年明けに改定内容がおおむね定まりまして、報酬告示の公布が通常3月であるということで、介護事業所は4月までで短期間でサービス内容や事務の変更に対応する必要があり、ベンダーも短期間でのシステム改修を行う必要があるといった状況でございます。

また、資料の3ページは、医療DXの推進に関する工程表でございます。介護を含めまして、全国医療情報プラットフォームの構築といった大きな流れが進んでおります。

こうした中、4ページのスライドは、先般、中医協の総会に提出された資料でございます。診療報酬の改定時期につきまして、そちらに記載の論点のとおり、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日とすることとしてはどうか。また、薬価改定の施行に関しては例年どおり4月1日に改定することとしてはどうかといった方針が了解をされたということでございます。

続きまして、5ページ目が、報酬改定に伴う負担などについて、介護報酬改定と診療報酬改定について比較をした資料でございます。ポイントとしては、一番上に記載しておりますマル1、マル2、マル3。まず1つ目としましては、改定に伴い、事業所の職員は短時間でサービス内容や事務の変更に対応する必要があります。これは介護・医療に共通した課題でございます。また、診療報酬、介護報酬の両方を請求している事業所が一定数あるということ。3つ目に、介護報酬改定では、診療報酬改定と比較するとベンダー側の情報システム関連業務の負担感が異なるといった状況を記載したものでございます。

続きまして、改定時期を検討するに当たりまして、6ページにございます介護保険と医療保険には、給付調整という仕組みがございます。例えば薬剤関係、あとは介護保険施設における医療、訪問看護、居宅療養管理指導など、給付調整を行うといったものもあるとといったことも、この改定時期を検討する上で要検討課題であるということで御用意いたしました。

続きまして、7ページ目は、介護保険事業計画並びに介護保険事業支援計画についてでございます。介護給付の円滑な施行のため、3年間で1期とする介護保険事業計画などが策定されております。8ページにございますとおり、次期計画、いわゆる第9期計画については、来年4月から計画のスタートが見込まれているといった状況でございます。

以上のような現状を踏まえまして、9ページ目に現状と課題、論点を記載してございます。論点といたしましては、介護報酬改定の施行時期について、介護現場の職員やベンダーの負担、医療と介護の給付調整、利用者にとっての分かりやすさ、施行時期が変更された場合の事業所や介護保険事業計画、介護保険事業支援計画への影響などを踏まえ、どのような対応が考えられるかとしてございます。

以下は参考資料でございます。

御協議のほど、よろしくお願ひ申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま説明のありました事項に関しまして、御意見、御質問等がございましたら、よろしくお願ひいたします。

では、山岸参考人、よろしくお願ひします。

○山岸参考人 ありがとうございます。私からは2点、意見を申し上げたいと思います。

1点目、資料2-2の令和6年度介護報酬改定に向けた基本的な視点（案）についてでございます。令和6年度の介護報酬改定に当たっては、これまでの議論において、介護サービスを提供する中で介護人材不足や物価高騰対策、また、地勢的な問題など、様々な課

題が浮き彫りにされてきましたが、これからも安定した介護サービスが展開できるよう、これら現場の実態を十分に反映したものとしていただきたいと思います。

また、今後の財源の確保に当たり、国においては歳出改革の取組の徹底など、厳しい予算編成が想定されておりますが、介護保険制度の安定性及び持続可能性を確保するため、都市自治体の財政負担や被保険者の保険料負担が過重なものとならないよう、介護給付費負担金など、必要な予算額については確実に確保していただきますよう、よろしく願いいたします。

続いて、2点目です。資料3の介護報酬改定の施行時期についてでございます。介護報酬改定の施行時期について、昨今の物価高騰などの状況を踏まえれば、一刻も早く改定することが求められるところであり、施行時期が2か月遅れることで事業所の経営に大きく影響を与えることを懸念しております。

また、介護報酬改定の時期が6月になることで、例えば処遇改善加算については年度での計画策定を求められていることから、4月・5月分と6月以降で加算の内容や要件が異なると、介護報酬の総額に一定の掛け率を掛けて算出する処遇改善加算の見込額の算定が難しくなるなどといったことが想定されます。

このほかにも、4月を起点とする年度ごとの状況で報酬が決定されるものなどについて、事業者や市町村の窓口などの現場において事務負担の増加や混乱が生じることのないよう配慮していただきたいと思います。

最後に、改定期が6月になるのであれば、市町村が介護保険事業計画の策定の際に介護給付等対象サービスの量を見込むに当たり、4月・5月と6月以降の基本報酬が異なる場合に対応した見える化システムなど自治体向けに必要な支援をお願いしたいと思っております。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、小林委員、お願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

まず、資料2-2、基本的な視点（案）について、大きく4点申し上げます。

「基本的認識」では、（3）で人材不足の課題に対応していくことが喫緊の課題であること、特に訪問介護で人材不足が顕著であること、処遇改善に関する累次の取組に言及があり、引き続きそれらの取組の継続が求められること、今回の改定においても適切な処遇を確保しつつと結ばれています。

それを受ける「基本的な視点」の（3）は、もっと力強く、全ての介護労働者が賃上げに取り残されることのないよう、さらなる処遇改善が不可欠と表明すべきと考えます。

その上で、少し細かなことですが、（3）の2つ目の丸について、介護職員のさらなる処遇改善が不可欠であることに加えて、「介護職員のやりがい、離職防止と定着促進につながる職場環境の改善に向けた取組の推進」が必要であることについて、明確に記載すべきと考えます。原案では「処遇改善につながる職場環境の改善」という読み方もできそう

な書きぶりですので、そうではなく、ぜひ力強く打ち出すべきと考えます。

2点目は、「柔軟なサービス提供の推進」「柔軟な働き方やサービス提供」についてです。これらの文言が、安易な人員配置基準の緩和を意味するものであってはならないと考えます。ケアの質の向上を図るためにも、そのような意味でないことを明確に表現していただきたいと思います。

3点目は、第1の視点である地域包括ケアシステムの深化・推進についてです。利用者本人が希望する、尊厳ある在宅生活を続けることができるようにすることに加え、医療が必要な場合には身近に安心・安全な医療を受けることができ、また医療機関への入退院が生じる際には、きちんと医療・介護の双方から支援が行き届くような、情報共有を含む医療と介護の連携強化、入退院支援の強化・充実を基本的な視点として捉えていくべきと考えます。

最後に、第1の視点、第2の視点の両方に関わるとは思います。ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保は引き続き重要な視点ですので、記載すべきと考えます。

なお、介護保険サービスをしっかり充実させていく、これからの人口構造の変化を支えていくとの基本的認識・視点に立ち、地域包括ケアを深化・推進していくための改定を行おうと議論しているのに、資料3に書かれた現状の課題をもって施行時期を遅らせる必要性をあまり理解できなかったため、資料を読む限りでは、遅らせる必要はないと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、新田参考人、よろしくをお願いします。

○新田参考人 本日は、大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

資料3、介護報酬改定の施行時期について、1点御意見を申し上げます。

これまで各自治体では、3年ごとに4月1日を始期とする介護保険事業計画や介護保険事業支援計画を策定し、同時期の介護報酬改定を踏まえ、介護給付費を見込み、介護保険料の算定を行ってまいりました。計画の策定は、住民の方々が負担する介護保険料の算定に直結するため、自治体においては丁寧な作業が求められるところです。

介護報酬の改定が6月となることで、計画期間内に複数の介護報酬が設定されることとなり、自治体では、介護給付費の見込みや介護保険料の算定にも影響を及ぼすこととなります。介護保険は医療保険とは異なり、原則として市町村が保険者となります。提供されるサービスや負担する介護保険料が地域によって異なることもあり、住民の方にとってより身近で関心も高いため、できるだけ分かりやすくすることが重要であると考えます。

こうしたことから、介護報酬改定の時期は4月の介護保険事業計画等の策定と同時にを行うことが望ましいところであり、改定期期の変更については自治体の意見を十分に聞いた上で慎重に御判断いただきたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向委員、お願いします。

○酒向委員 ありがとうございます。資料2-2について、意見を述べます。

ざっと読んだ感想としては、様々な意見に目配せして丁寧に書いていただいたと思っています。その上で、手短に6点ほどコメントを述べます。

まず、最初の前文で、今後の人口構成の変化について触れていただいておりますが、特に介護需要の増加及び支え手である現役世代が減少することをきちんと記載していただいているかかと思えます。そうすることで、後ろの記述につながっていくのではないかと思います。

2つ目も、前文についてですが、物価高騰への対応ということについて下から5行目に言及がありますが、物価高騰対策については、既に地方創生交付金等で対応されている面もありますし、今後の経済対策の柱の一つにもなっています。今後の議論に当たっては、利用者負担、保険料負担に直結する介護報酬で対応すべき部分と交付金等で対応すべき部分の役割分担を踏まえた検討が進められることを期待したいと思います。

3つ目、処遇改善に関わる2ページ目の(3)の記述ですが、処遇改善に関する加算について、今後も引き続き取組の継続が求められると書いてあります。この前提として、効果検証を行うということについて、一言記述していただくことが必要と思えます。

4点目、医療・介護の連携については、これまで改定のたびに医療・介護連携に様々な加算で対応するというのをされてきたところですが、なかなか十分な状態に至っていないというのが現状かと思えます。加算で対応するというやり方への限界を感じているところです。また、その上で、もう少し連携をやすくするような環境を整備するというところにももう少しフォーカスしてはどうかと思えます。例えば、情報共有をするためのフォーマットを統一し、さらにデジタル化するといった、情報連携をスムーズにするようなDX関係の対応についても、今後、進めていくことが重要と考えています。

5点目、働きやすい職場づくりについて、4ページ目の(3)の3つ目の丸に関わる場所です。この点について、特に現場の介護職員の負担軽減の推進という点を今後、しっかり実現していくことが重要と考えています。紙やファクスのやり取りを電子化することや、各種フォーマットをより統一化することを、もう少し一生懸命やっていかなければいけないと思えます。ぜひこの点は追記していただきたいと思えます。

最後に、6点目、制度の安定性・持続可能性の確保については、介護保険財政への影響を踏まえるということも、当然のことですが、記載していただくといいかと思えます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員、よろしくお願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私からは意見と質問を1つお願いいたします。

資料2-2、1の(3)で、小林委員からも御意見がありましたけれども、介護分野からの人材流出について触れられております。現在も危機的な状況であります。このままでは介護現場が崩壊し、国民の不安は大きくなってしまいます。人材流出を防ぐためには、これまで以上の介護の魅力ややりがいを発信し、処遇の改善が必要です。今回の改正において大幅な処遇改善がなされるよう希望いたします。

また、在宅における訪問介護の人材不足は顕著であると示されています。在宅介護の重要な役割を持っている訪問介護サービスでございますが、この人材の減少を食い止めるためには、力を尽くさなければならぬと考えます。

ここで質問です。今回の資料にはございませんし、今回とはちょっと違うのかもしれませんが、前回の訪問介護サービスの議論の中で、サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの集合住宅などへのサービス提供を主にされている事業所と、一般的な一件一件在宅を訪問される訪問介護サービスとの資料を分けて検討すべきと申し上げました。資料の御提示は可能なのでしょうか。そこを質問させていただきます。

以上でございます。

○田辺分科会長 では、よろしくお願ひいたします。

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

本日は基本的な考え方の議論でございまして、今後、各論の議論に入りますし、まさに訪問介護の中で御指摘をいただいた資料のほうを整えさせていただいて、議論に供したいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 それでは、石田委員、よろしくお願ひします。

○石田委員 ありがとうございます。私からは、資料2-2、介護報酬改定に向けた基本的な視点というところから3点、意見を述べたいと思います。

まず、(2)の自立支援・重度化防止を重視した介護サービスの推進ということで、提供されるサービスは基本的には要介護状態の軽減に資するものである。これは非常に重要でして、要介護の状態を少しは軽減していく、改善していくというところを目指すということで、対象としては要支援の方であったり、要介護1という方々が対象になってくるのではないかなと思っております。そういった方々に対してのサービスをこれからどうやっていくか、これは非常に重要な点だと思っております。

(3)の良質なサービスの確保に向けた働きやすい職場づくりというところですが、これまでも出ましたけれども、働きやすい職場づくりというところで終わりますと、そちらのほうにウエートが向いてしまうかな。まだここは基本的には人材の不足、マンパワーの不足というところが喫緊の問題でありますし、危機的な状況というのは今、ほかの委員の方からも御発言がありました。ここはまず一番強調して見ていく必要があるのではないかなと思っております。

人材不足の中でも、これまでも出ましたけれども、訪問介護の分野においては、壊滅状態とまでは申しませんが、非常に危惧されている状況があるということなので、ここをどのようにしていくかは非常に重要な問題になっていると思いますので、ここについての文言をもう少し強調した形というのが必要なのではないかなと思っています。

そして、最後ですけれども、4番目の制度の安定性・持続可能性の確保というところで、「全ての世代にとって安心できる制度」という文言があります。これは非常に重要なことでして、かつて給付は高齢者、負担は現役世代という文言が繰り返されて、世代間の対立をあおるようなことが懸念されたこともありましたが、そうではなくて、現役世代の安心というのは、その現役世代の親の世代の要介護状態の軽減、重度化防止といったことが、言ってみたらきちんと専門職の手によってカバーされるといった状況が確保された上で初めて可能になるということですから、その点についてはしっかりと押さえておく必要があるのではないかなと思っています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鎌田委員、お願いいたします。

○鎌田委員 ありがとうございます。3点あります。

まず、資料2-2の改定に当たっての基本的認識というところでの自立支援・重度化防止に向けた対応というところで、基本的認識では、提供されるサービスは要介護状態の軽減または悪化の防止に資するものであることが求められており、3番目の丸には「自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を引き続き推進」とあります。

また、基本的な視点では、「自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービス」とあります。これでは要介護状態などの軽減または悪化が防止できない場合は、医療者やサービス提供者の責任であるかのように私は受け止めています。ここをとっても心配しております。介護保険制度が提供するサービスは、要介護状態などが維持される、あるいは悪化していく中でも介護を必要とする人たちの暮らしを支えるものであることが基本的認識の基本的な視点であること、それが前提であることをきちんと文章化していただくことを希望いたします。

2つ目です。介護人材の確保、生産性の向上の対応ということですが、この課題に対応するため、介護職員の処遇改善や介護職員のやりがい・定着にもつながる職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進していくことが必要であり、そのために介護ロボット・ICTなどのテクノロジーや介護助手の活用がその具体的な解決として記載されています。家族として心配なのは、先ほども述べましたが、グループホームの夜勤職員の配置の見直しや企業のテクノロジーや介護助手の配置で業務を軽減し、直接介護の時間や利用者との過ごす時間が増えたという検証報告がありました。それをもって人員配置減としていく内容になることに危惧を覚えます。

よく読んでみますと、ICTやテクノロジーを使いこなすまで、また、その利用の意義を職

員全体で共有するまでに時間を要していますし、職員配置減は、多くの課題を解決した先にあり、今ではありません。介護助手においても、まず気になるのは、職員配置のカウントにどれぐらいの常勤換算がされるかです。

また、介護の周辺業務は、ただ単に洗濯畳みやフロア掃除だけでなく、そこに生活する利用者の見守りをしながらであります。フロアの掃除をしている介護助手さんの横で転倒骨折したが、この人は掃除の人だから見守りは介護業務内と、仮にですけれども言われたら、家族としては心が痛みます。生活場面の中では見守りはどのような場面でも発生し、観察力が必要です。十分な研修体系が必要です。家事援助だから誰にでもできるか、そうかもしれませんが、介護現場ではそこに派生した見守りがあります。

今回の認知症基礎研修受講者の感想や効果結果を読みますと、介護現場での教育の重要性を痛感いたしました。その教育体制があつての介護助手であり、テクノロジーの機器の使いこなしであると考えます。導入に反対ではないのですけれども、教育という土台がなく、その上にある生産性の向上の名の下にある業務の効率化、職員減であるようにしか、今は見えません。

3番目です。保険、公費、利用者負担で支えられている介護保険制度の安全性・持続性を高めていくこと、全ての世代にとって安心できる生活としていくことが求められる。これはサービス提供の実態を十分に踏まえながら評価適正化・重点化・報酬体系の整備・簡素化を進めていくことが必要とあります。

しかし、今回の介護報酬改定では、複合型サービスとしての通所介護と訪問介護の一体的サービスとしているものが書かれています。私たち家族としたら、やはり制度の分かりやすいもの、それから加算がたくさんあつてよく分からないというところがありますので、その整理をお願いして、分かりやすい制度としていただくことをお願いしたいと思います。

それから、人材確保の面から、ヒアリングではさらなる処遇改善が業者からは要望として挙がっていました。今の流れからは、さらなる利用者負担が増えることが予測されますが、私たちは年金は増えずに、これ以上の負担増は困難な生活状況であることをお伝えします。お金がなければサービスの削減となりますし、それにより、本人のリハビリや社会的交流などでの機能低下が出てきますと、介護負担増を引き起こします。処遇改善加算の制度創設時の税金での負担を要望いたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

では、東委員、よろしく願いいたします。

○東委員 全老健の東です。

まず、資料2-2「令和6年度介護報酬改定に向けた基本的な視点（案）」について、2点意見を申し上げます。

まず、（1）地域包括ケアシステムの深化・推進が求められる中での改定の2つ目の丸でございますが、「慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複数ニーズを」と

いうところの4行目でございます。その前から読みますと、「医療ニーズが高い方へのサービスの提供、看取りへの対応などについて、診療報酬、障害福祉サービスとの整合性を図りながら」のあとに「既存の社会資源を活用しつつ」と記載していただければと思います。今でもいろいろな社会資源がまだ有効に使われているとは言えません。新たなサービスをつくるということではなく、今ある社会資源を有効にまず使いながら、こういうことに対応していくということが必要だと思います。

次に、4つ目の丸に認知症のことが書いてございます。本年、認知症基本法が成立したわけでございますが、この認知症基本法の目的のところ、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ、支え合いながら共生する活力のある共生社会の実現というふうに、成立した法律の目的のところにはっきりと記載をしております。

そういう意味では、この文章の「『共生社会の実現を推進するための認知症施策基本法』が成立したところであり」の次に「認知症の方の意向と能力を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保険医療サービス」というふうに「能力」という言葉を入れるべきだと思います。

最後に、資料3でございます。施行時期について、今までも幾つか御意見がございましたけれども、4ページの診療報酬改定DXの推進に向けた論点でございますように、施行時期をずらす最大の理由として、ベンダーや現場の負担が大きく、対応が困難になっていると書いてございます。しかし、介護側でもLIFEが令和3年に導入されたことにより同じような状況が生じております。ベンダーの対応も大変になっておると聞いておりますし、介護現場の対応についても当然LIFEが無関係ではございませんので、大変でございます。

したがって、行政の方はどうしても仕事が増えるので困るという御意見が多いことは重々承知の上で、やはり現場やベンダーの対応を考えていただいて、医療と横並びで施行時期を6月に遅らせるべきであると私は考えます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、よろしく願いいたします。

○濱田委員 よろしく申し上げます。私からは2-2の基本的視点につきまして、特に強調をお願いできればという意見について申し上げます。

介護分野からの人材流出を防ぐためにということで、他業種の賃金引上げに相応する処遇の改善が必要と考えております。また、生産年齢人口が減少する中で、介護分野では複数の資格を持ち、賃金や働く環境、負担の考慮などで職種や職場を選択していく傾向も見られておまして、とりわけ介護支援専門員の確保につきましては有効求人倍率が急増しており、居宅介護支援事業所につきましては、各種調査におきまして、処遇実態調査にあるベースアップ加算等事業所や処遇改善加算事業所における介護支援専門員よりも給与ベースが相当程度低い傾向も見られております。次期改定へ向けまして、配慮をぜひともお願いしたいところでございます。

あわせて、魅力向上の発信も必要でありまして、実施されている自治体様もございますけれども、これらにも取り組む全体としてのメッセージもあるとありがたいと考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、田母神委員、よろしく願いいたします。

○田母神委員 ありがとうございます。私は資料2-2、そして資料3について意見を申し述べます。

まず、資料2-2の1ページでございます。1の(1)、2つ目の丸でございますけれども、医療・介護の複合的なニーズを有する利用者の方が増加しており、医療ニーズの高い方へのサービスの提供、そして看取りまでを支えるケアの必要性ということが明記されておりまして、診療報酬、障害福祉サービスとの整合性を図りながら進めていくことが必要であると記載をされております。介護サービスの利用者の方で医療ニーズが高い方へのサービスの提供、さらには看取りまでのケアということにあたりましては、看護職など医療専門職による対応体制、連携体制が不可欠と考えております。

3ページ、2の今回の介護報酬改定に向けた基本的な視点で、「医療と介護の連携をより一層推進」という言葉がございますが、この文言にとどまらず、看多機のようなサービスの推進や、必要な方が利用しやすい仕組みの構築、また、各施設・事業所で利用者の状態に応じた看護師等をはじめとした医療従事者の配置の充実ということも進められておりますので、そうした取組に関して、もう少し踏み込んだ記載をお願いしたいと考えております。

関連しまして、介護サービス領域での医療ニーズに対応するための看護職員の確保と確保に向けた処遇改善が喫緊の課題であると考えております。賃金の引上げに関する対応の必要性を明記いただきたいと思いますと考えております。

また、共生型サービスについてでございますが、地域を丸ごと支える重要なサービスであると考えておりまして、医療・介護の多様なニーズに対応し得る看多機での取組においては、訪問介護は共生型サービスの対象になっていないというような課題もまだございます。同時改定の今回、障害福祉サービスとの連携の強化という点をここに明記いただきたいと思いますと考えております。

もう一点、3ページの基本的な視点の2つ目の丸のところでございますが、感染症や災害への対応力強化、高齢者虐待防止等の取組の推進という重要な点が記載されておりますが、併せて介護サービスにおける安全性の確保の重要性というところも、利用者の皆様の安全性の確保とともに従事者の確保・定着支援の点でも重要なことであると思っておりますので、追加をいただきたいと思いますと考えております。

資料3についてでございます。介護報酬改定の施行時期についてでございますが、介護保険サービスの利用者の多くの方々が医療機関の外来受診、そして訪問診療でありました

り、医療サービスも利用していることが多くございます。また、訪問看護サービスのよう
に、利用者の方の状態によりましては介護保険と医療保険を行き来するということがござ
いますので、そうした点でまず考えるべきは、利用者の方々にとっての分かりやすさであ
ると考えておりますので、介護報酬も診療報酬と同じ6月とすることが適切であると考え
ております。

また、事業者から見ましても、時期のずれによる取扱いの混乱ということも生じ得ます
ので、同時期の6月とすることが適切であると考えております。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、よろしく願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

最初に、資料2の報酬改定の関係でございますけれども、今回御提示いただきました基
本的な視点につきましては、おおむねこれまでの議論を踏まえたものとなっていると考え
ておりますが、これまでも申し上げてきたとおり、高齢者の増加に伴い、介護給付費は増
加する一方で、制度を支えています第2号保険料を負担している現役世代は減少してい
くとともに、これ以上の負担には耐えられない状況になっているということ踏まえ、制
度の安定性・持続可能性の確保に重点を置いた介護報酬改定の検討を行っていくべきと考
えてございます。

そういった観点から、基本的な視点に関しまして、3点意見を申し上げたいと思います。

まず、1点目は、資料2-2の本文の冒頭の前文でございます。3段目に生産年齢人口
の減少が顕著となっていることに関して記載をいただいております。この対応として、今
までも議論してまいりましたが、サービスの質を意識しながらも仕事の仕組みを見直し、
ロボットやICTの活用などによって生産性を向上していくことも重要な視点であると考え
てございます。

そういった観点から、この段落の3行目の「DX等の事業環境の変化も生じ」に続けて「生
産性の向上が求められている」との文言を追記していただきたいと思います。

また、2ページの1の(3)が良質な介護サービスの確保に向けた働きやすい環境づく
りとなっております。これまでの議論におきましては、介護人材の確保と介護現場の生
産性の向上というテーマで議論をしてきたと思います。事務局にお尋ねしたいのですが、
こういった形に変えた趣旨がございましたら、御説明いただきたいと思います。人材不足
の中で、働きやすい職場環境づくりのためにも業務の効率化は重要な観点だと考えてござ
います。

そういった観点から、(3)の表題の「良質なサービス」を「良質で効率的なサービス」
としていただくとともに、同様の趣旨で、同じく3ページの5行目の「柔軟なサービス提
供」を「柔軟で効率的なサービス提供」としていただければと思います。

また、同じように、4ページの2の(3)の表題、それから3つ目の丸の「柔軟な働き

方やサービス提供」につきましても、「柔軟な働き方や効率的なサービス提供」に修正していただけるとありがたいと思っております。

また、資料2-1の概要の資料でございますけれども、同じ趣旨で、基本的な視点の概要の部分の基本的認識の3つ目の丸の3行目の「柔軟なサービス提供」を「柔軟で効率的なサービス提供」というふうに平仄をそろえていただければと思います。

2点目は、4ページの2の(2)の自立支援・重度化防止の部分でございます。1つ目の丸の部分でございますけれども、今後は実績や成果に基づいた評価の促進に向けて、LIFEなどのデータを活用したアウトカム評価をさらに進めていくべきと考えているため、データ活用の次にアウトカム指標を重視した評価といった表記をしていただければと思います。

3点目は、4ページの2の(4)の制度の安定性・持続性の確保に関してでございます。介護報酬の引上げは、利用者負担、あるいは保険料負担など、国民の負担増に直結すると考えてございます。したがって、2つ目の丸の2行目の「必要なサービスはしっかりと確保しつつ」の後ろに「利用者の負担・保険料負担への影響を踏まえ」といった文言を加えていただければと思います。

また、同様の趣旨で、(4)の2つ目の丸の1行目の「サービス提供の実態」の後ろに「利用者負担・保険料負担への影響」といった文言を追記していただければ、そういった趣旨が明確になるのではないかとと思っております。

続いて、資料3の施行時期の関係でございます。施行時期に関しましては、既に現在、10月に入っているタイミングでこの議題が示されたということに、正直、唐突感を感じてございます。医療に関しましては、1年ほど議論をして施行時期をずらすことにしたと承知をしております。医療と比べて介護は、ベンダーの負担がそれほど大きくないと思われまして、また、介護に関する各種計画、あるいは制度改正は4月から始まることでもありますので、この変更に伴う影響を十分に精査した上で、6月に遅らせる必要があるのかどうかも含めて慎重な検討をお願いしたいと思います。

私からは以上でございます。

○田辺分科会長　ありがとうございました。

1点ほど御質問がありました。

○古元老人保健課長　ありがとうございます。

資料2-2につきまして、表現などについて御指摘をいただきました。また、御質問もいただいたところでございます。

今回の資料2-2につきましては、これまで第1ラウンドで数か月にわたりまして議論並びに先般のヒアリングまで行いまして、様々なお立場の方から御意見をいただいたことを踏まえまして、本日の表現ぶりとさせていただいたものでございます。その上で、この視点(案)につきましては、また本日、様々な御意見をいただいておりますので、年末の審議報告に向けてまた取りまとめてまいりたいと思っております。そういったことで御理解をい

ただければと存じます。よろしくお願ひいたします。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょう。

では、古谷委員、よろしくお願ひします。

○古谷委員 全国老施協の古谷でございまして。

まず、基本的な視点の案につきまして、意見を述べさせていただきます。今回改定に当たっての基本認識、介護報酬改定に向けた基本的な視点で示されていることの内容については、共通の認識であると考えております。そのためにも、サービスの提供を確実に確保するためには、適切な介護報酬にすることは必須と理解しております。

全国老施協が先ほど令和4年度の収支状況調査を実施し、速報値ではありますが、赤字経営の特養が補助金を除いた割合で62%、補助金を含む場合でも51.0%と5割を超えました。また、補助金を除くサービス活動収益対経常増減差額比率を見ても、特養でマイナス2.8%、補助金を含んでもマイナス0.5%と、初めてマイナスという状況になっております。落ち込み幅も大変大きくなっております。デイサービスにおいても同マイナス5%、補助金を含んでもマイナス3.6%ということで、昨年より大幅なマイナスになっているという状況でございまして。

もはや施設の経営努力だけでは限界に来ているかなと思います。このままでは事業継続が困難です。介護事業を休止・廃止する事業者の増加が危惧されます。事業撤退による地域の介護基盤が崩壊してしまうことの懸念が大きくなってきております。介護基盤を崩壊させないためにも、また、令和6年度の介護報酬に向けた基本的認識・基本的な視点に示されていることを実現するためには、大幅な介護報酬のプラス改定が必要と考えます。よろしくお願ひいたします。

3の介護報酬の施行時期についてでございます。診療報酬については6月ということになりましたが、介護報酬につきましては、6月ではなく4月の施行としていただきたいと考えております。

介護事業所の多くは、介護報酬と診療報酬を同時に請求しておりません。昨今の物価高騰、人件費の上昇を踏まえると、次期改定においてさらなる処遇改善を含む介護報酬のプラス改定をできるだけ早く実施していただきたいと考えます。様々な課題があることは承知しますが、介護事業所の状況を考えると4月施行が望ましく、4月施行としていただきたいをお願いを申し上げます。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

では、田中委員、よろしくお願ひします。

○田中委員 ありがとうございます。私からは2点、意見を申し上げたいと思います。

まず、資料2-2についてです。人材不足については、魅力ある職場づくりだけでは改善し難い崖っぷちにきていると思っております。これまでの議論でもありましたように、本

当に喫緊の課題です。2ページの(3)の丸ポツの喫緊の課題の後に、あえて「医療と介護」と申し上げたいと思いますけれども、医療と介護は、利用者や家族にとって大変重要な仕事であると同時に、一産業としても大変ボリュームのある産業でございます。そういったことを広く国民の方に理解していただくことが重要だと思います。他業種への流出を心配するだけではなく、他業種からの流入を目指せるような、高齢化に伴っての需要の増えていく産業でございます。こういったことをもっとも国民の方に御理解いただき、現状を共有するような文言を追記してはどうかと提案いたします。

次に、資料3についてです。日本慢性期医療協会を代表して参っておりますけれども、医療と介護の双方を担っている立場から申し上げたいと思います。医療のDXに関して、ベンダーの負担、また、現場の負担というところは、資料ページ9にありますように、大変な現場を揺るがす改定でございました。3月15日に告示をされてから、現場はいかに報酬改定に合わせていくかということで、非常に短い期間で準備をしなければいけないということが毎回の改定でございました。当然ベンダーの方も合わせて改定をしなければいけないということがありまして、4月の現場の混乱というのは皆様方の想像を絶するようなものでございます。

9ページにありますように、医療と介護の給付の調整、診療にかかれる方が何度か支払いが変わるということは、非常に高齢者にとっては負担なことであり、それに対して現場は説明責任というものを果たさなければいけないということもございます。また、利用者にとっての分かりやすさということが一番大切と考えますので、もちろん自治体の方々の大変さも重々理解した上での発言でございますけれども、何よりもまず御利用者の方々に、いろいろな請求が変わるのが一度で済むような対応をするのが私たちの役割なのではないかなと申し上げたいと思います。

意見は以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。

では、荻野委員、よろしく願いいたします。

○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。

私からは、資料2の基本的な視点(案)につきましては特段の意見はございませんので、資料3の介護報酬改定の施行時期につきまして、発言をさせていただきたいと思います。

先ほども田中委員からもお話がありまして、診療報酬改定の施行時期については、ベンダーのシステム改修に要する作業負担等を考慮して6月施行ということで進められています。薬局におきましても、もし診療報酬と介護報酬改定の施行時期がずれる場合、サービス利用者への説明を含めた現場の負担や、それぞれのシステム改修費が余計にかかる可能性が出てまいります。ベンダーの作業負担が大きくなる可能性も考慮すれば、介護の施行時期についても医療と同時期の6月であるべきと考えております。

また、今回の対応につきましては、現場が混乱しないように医療機関、薬局、介護現場

等への丁寧な説明と併せて国民への周知、理解促進のための丁寧な広報をお願いしたいと考えております。

私からは以上でございます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょう。

では、鳥潟委員、よろしく申し上げます。

○鳥潟委員 ありがとうございます。全国健康保険協会の鳥潟と申します。

2点ほど、伊藤委員から、良質な及び効率的など、「効率的な」という言葉を多数追加していただきたいという提言がございましたけれども、同様に思っております。ただし、「効率的な」という言葉を使う意味合いとしましては、介護職の方の時間を確保するという意味で使っていただきたいなと思っておりますので、そこをちょっと強調していただければなと思っております。ICT化におきまして、ICTを使うことによって手間が増えるということがあってはいけないと思っておりますので、時間をどのように確保していくかということにもう少し比重を置いたような介護報酬の議論ができるような形にまとめていただけたらいいなと思っております。

あと、介護報酬改定の施行時期についてですけれども、ベンダーの負担は多くないということですので、自治体や事業所、また、そこで働く職員の皆様の負担、利用者にとっての分かりやすさといったことを重点的に勘案して判断していただければと思っております。

以上になります。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、稲葉委員、よろしく申し上げます。

○稲葉委員 ありがとうございます。

まず、資料2-2に関しまして、意見を申し上げます。1ページの前文の10行目に、「介護を含む各分野における人材不足が更に大きな課題となることが見込まれる」という表現があり、これまで長年にわたって介護職の処遇改善に取り組んできていただいていることには感謝を申し上げ、十分承知をしているところです。

しかし、2ページの(3)に、人材不足は喫緊の課題と記載していただいているわけですが、この「喫緊の課題」という表現ですら少しのんびりと聞こえるぐらいに、介護事業者の肌感覚からしますと、現場の人材不足の深刻さはもっと逼迫している。そして、介護サービス提供の持続可能性が極めて危うい状況であると思っております。人員の配置基準の緩和などを求めることはあるのですけれども、先ほどの調査研究の試みなどもそうですが、本当に少しでも効果があることを進めていかないことには、どうにも責任が取れないような状況になってしまっただけでは困ると思っております。

ですので、基準の緩和イコール質の低下という見方が単純にはできるかもしれませんが、必ずしもそうならないように工夫をし、何かで補っていけるような提案はどんどん進めていただくべきだということが誰にも理解できるような伝わり方ができればいいの

ではないかなとこの視点には感じました。

続きまして、資料3の介護報酬改定の施行時期に関しまして、意見と質問を申し上げます。5ページにおきまして、介護報酬改定と診療報酬改定の比較表を作成いただきましてありがとうございます。これを見ましても、さらに現場への影響について精査をしていただく必要があろうかとは思っております。

そこで、質問を2点であります。この時期をずらす可能性があるというか、時期をずらすことでシステムの改修費用の削減効果というものがあるのでしょうか。これが質問の1点目。

続きまして、介護保険事業計画の策定の点に関してはいかがなのでしょうかとこのところが質問です。もし特段の問題がないようであるならば、現場の混乱を避けて、御利用者に不安を与えないためにも、仮に施行時期がいつになるにしても、手続などを含め、ばらついた取扱いにならないようにぜひお願いしたいと思います。

質問と意見です。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

2点ほど御質問がございましたので、回答をお願いいたします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。御質問ありがとうございます。

まず、介護事業所がベンダーの方に支払う改修費用が削減されるかどうかにつきまして、個々のベンダーの状況でございますとか、契約方式にもよりますため、一概にお答えすることは難しいと思っております。

他方、施行時期を後ろにずらした場合には、事業所の改定に伴う事務負担でございますとか、ベンダーの情報システム関連業務の負担は軽減されるとは考えてございます。

なお、御質問いただきました介護保険事業計画の策定につきましては、介護保険は法律上、3年を一期としてこれを定めることとされてございますので、報酬改定の時期にかかわらず、令和6年4月から令和9年3月までを一期として第9期の計画を策定いただくという形になります。

以上でございます。

○田辺分科会長 ほかはいかがでございましょう。

では、江澤委員、よろしく申し上げます。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、資料2-2につきまして、全体的な基本的認識から介護報酬改定に向けた基本的な視点にかけまして、あまり触れられていない点について申し上げます。

まず、介護保険制度創設以来、介護事業所の経営危機は今、最も深刻な状況に達しています。その点が全く触れられていないのはまた検討していただきたいと思っております。介護人材もそうですけれども、介護提供体制、介護事業所が瀕死の状態になっているということはもう少し受け止めておかないと、今度、実調の結果も出るかと思っておりますけれども、いろいろな団体のデータなどを既に見ていると、過去に経験したことのないような数字が本当

に踊っています。

しかも、多くは民間事業者で、小規模事業者も多いというのが我が国の介護事業者の特性でございますので、経営体力は決して太くないわけでございます。したがって、その辺りがまず介護提供体制というのをしっかり確保していかないと、これは事業者があって何ぼというところだと思いますから、そこに触れていないのは非常に違和感を覚えております。

したがって、まず介護事業所の健全経営の担保というものがこの大きい1番や2番の中に入っていないと、もちろん国民の保険料などをいろいろ考慮する必要がありますが、そもそも提供事業者がなくなれば、介護保険制度が立ち行かなくなるということになりますから、そこはぜひいま一度御検討いただきたいと思っています。

もう一点だけ申し上げます。これについては、人材確保ですけれども、4ページの(3)の2つ目の丸等にもいろいろ書いてありますが、これまでと同じようなメニューが並んでおります。今、入職超過率が統計を取り始めて以来初めてマイナスに触れたということは、したがって、今日もたくさん意見が出ておりますように、介護人材をはじめとして他業界に流出がどんどん始まっていて、今、歯止めが利かないという状況です。

したがって、一つ事業所側から少し手が打てる点とすれば、離職防止は、もう少し努力すればまだとどまることも可能かもしれないかなと思っています。もちろん賃金の問題はすぐ解決する問題ではありませんが、これまでも出ておりますように、介護職の離職の理由のトップは、これは介護職に限りませんが、1位は職場の人間関係、2位が結婚、妊娠、出産、育児の女性の働き方の問題、3番目が法人の方針や施設の基本方針がそぐわない。大体これがいつもトップ3でありまして、そこに手を打っていないと、要は働きやすい職場、安心して働ける職場、そしてそこでキャリアアップ・スキルアップして自己実現が目指せる職場といったところに視点を置いておかないと、これまでのやり方ではなかなか結果が出ていないというのは多くの人が感じていると思いますので、そういった離職防止、そしてやりがいはどうつくっていくのかというのを介護事業所にお示ししていく、好事例を周知していくとか、いろいろなノウハウを提供していくということが非常に重要ではないかなと思っていますので、資料2についてはその意見を申し上げます。

続きまして、資料3についてでございます。次回は診療報酬、介護報酬、障害者サービス等報酬のトリプル改定の年度となることは誰もが御周知のことと思います。8月2日の中医協総会では、ベンダーの集中的な業務負荷、あるいは医療現場での報酬改定へ対応するための短期集中作業による負荷、これらをデスマーチと申しておりますけれども、こういった負荷を回避するために、診療報酬改定の施行時期を2か月遅らせて、6月から改定を実行すると決まったわけでございます。あわせて、システム改修に関わる費用を軽減することも期待されているところでございます。

これまでも意見がございましたけれども、介護報酬においてもデスマーチは同様に存在するわけでありまして、そして、現場の負担等を考えますと、介護報酬の改定は、当然施

行時期は6月にすべきだと思っております。

また、訪問看護事業所や居宅療養管理指導のサービスにおいては、時期をずらすと二度手間にもなることが当然予測されます。特に訪問看護は、介護保険の利用者が69万人で、医療保険が38万人で、非常に両者のサービスにまたがっています。また、同一の利用者の方が状態に応じて医療保険・介護保険とサービスが切り替わることもしばしばです。いろいろなそういったことも含めて、現場に支障がないということは重要ではないかなと思います。

また、今日は給付調整の資料も出ておりますけれども、次回は、同時改定ならではの見直しも多々予測されているところがございます。診療報酬の算定要件、介護報酬の算定要件のそれぞれが呼応するものであって、時期をずらすことは医療と介護の連携に支障を来すこととなります。また、例えば中医協においても、医療機関と高齢者施設の連携、特に誤嚥性肺炎や尿路感染症を対象としたそういった議論もされている中で、改定以降は定期的にそういった医療機関と高齢者施設・介護施設が連携を図っていくような議論も実際になされております。

また、感染対策においても、前回できた感染対策向上加算について、あれは医療機関同士の連携ですけれども、そこに高齢者施設・介護施設を連携していこうという議論があって、一方で、介護報酬においてはそういった医療機関と連携した高齢者施設・介護施設を適切に連携した場合には介護報酬で評価していこうといった議論もあるわけで、裏表セットの改定が今回の同時改定ならではのものでたくさんあるかと思っておりますので、そういった形で、もう診療報酬が6月に決まっているわけですから、そうすると、介護報酬を合わせざるを得ないので、とにかく時期をずらすということはよろしくないのでは、ぜひお願いしたいと思います。

また、介護保険制度の安定性からは、国民に介護保険サービスが適切に提供されることが大前提でありますので、診療報酬改定が6月に決まった以上は、介護報酬改定も6月施行以外はあり得ないものと考えております。

なお、診療報酬は8月2日に決まっておりますので、ぜひ診療報酬も介護報酬も同じ厚労省の所管でございますので、現場に支障のないような対応というのをお願いしたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

では、御発言等をありがとうございました。

それでは、事務局におかれましては、本日、各委員からいただい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くよう、お願い申し上げます。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程等につきまして、事務局より説明をお願いいたします。

○奥山総括調整官 事務局でございます。

次回の第228回介護給付費分科会の開催は、10月23日午前を予定しております。議題については調整中となります。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで閉会といたします。お忙しいところ、御参集いただきまして誠にありがとうございました。

それでは、散会いたします。