

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第230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。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、長内委員、酒向委員より御欠席の連絡をいただいております。

また、濱田委員から、急遽、遅れて参加される旨の御連絡をいただいております。

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、酒向委員に代わり清家参考人に御出席いただいております。

以上により、本日は21名の委員に御出席いただいておりますので、社会保障審議会介護給付費分科会として成立することを御報告いたします。

それでは、議事に入る前に、資料の確認と、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。

なお、今回、委員提出資料として、田母神委員、濱田委員から資料が提出されております。

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、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、御発言をされる際にZoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックして、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させていただきます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させていただきます。

（カメラ退室）

○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6年度介護報酬改定に向けて議論を行います。

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、御協力のほうをお願いいたします。

それでは、まず議題1「令和6年度介護報酬改定に向けて」について、事務局のほうよ

り資料の説明をお願いいたします。

では、よろしくをお願いいたします。

○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。

資料1「訪問介護・訪問入浴介護」につきまして、改定の方向性について御説明させていただきます。資料のほうを御覧くださいませ。

4ページ、5ページにおきまして、分科会での主な御意見を記載しております。訪問介護員をめぐる、非常に人材不足等の厳しい状況について各種御意見をいただきました。また、地域の特性に応じたサービスの確保という論点も御意見をいただいております。看取りの関係も御意見をいただいております。

総じて、これらのサービスに関する安定的なサービスの提供について、どうしていくかという御意見をいただいたものと承知しております。

論点1でございます。11ページを御覧くださいませ。

まず、訪問介護に関する看取り期の利用者への対応という論点を出させていただいております。

論点1でございます。訪問介護におきましても、看取り期の利用者のサービス提供を行っているという実態がございまして、ケアマネジャーへの報告や相談回数の増加等々のサービス提供体制の構築が必要だという実態がございまして。

また、この看取り期の対応につきまして、介護福祉士等の介護事業者が加わりまして、意思決定のプロセスに関わっていくという方向性を出しているところでございます。

他方、現在、特定事業所加算におきまして、訪問介護の評価を行わせていただいております。中重度者への対応の中に入れておりますが、一部の区分において算定が低調であるという状況がございまして。

こうした状況を踏まえまして、訪問介護における看取り期の利用者へのサービス提供や、適切な体制の構築について、どのような対応が考えられるかという論点を出させていただいております。

対応案でございます。看取り期における対応を適切に評価する観点から、特定事業所加算の中の重度者の対応要件としまして、看取り期にある者を新たに追加することとしてはどうか、そして、その場合の事業所への看取り期の利用者に対するサービス提供体制を評価することとしてはどうかという対応案をお示しさせていただいております。

あわせて、特定事業所加算につきまして、訪問介護員の質の向上に向けた取組をより一層推進することや、事業所を適切に評価する観点から、現行の区分の整理統合も併せまして、要件を見直すこととしてはどうかと、現在、5区分にあるところを、整理、合理化を行ってはどうかという御提案を対応案としてお示しさせていただいております。

関連する資料が、12、13、14、15ページで、現行が16ページとなっております。

論点2に行かせていただきます。同様に、訪問入浴介護に関する看取り期の利用者への対応という論点でございます。

もとより重度の方への対応を基本としております訪問入浴介護でございますけれども、看取り期の利用者への対応が増えてきているという状況でございます。

現在、介護報酬上の特別な評価はございませんけれども、約6割の事業所が看取り期の利用者に対してサービス提供を行っているということであり、その場合には、平時と違った体制等が必要となるという実態を、第1ラウンドでもお示ししているところでございます。

その場合、看取り期の対応につきましては、通常の方と比べまして平均15分程度の多くの時間を要していることや、多職種との連携を行っている実態があるということでございます。

こうした状況を踏まえまして、訪問入浴介護におきまして、看取り期の利用者の安全を確保した上で行われるサービス提供等について、どのような対応が考えられるかという論点を出させていただいております。

対応案でございます。訪問入浴介護における看取り期の利用者への対応につきまして、医師や訪問看護師等の多職種等との連携体制を構築するとともに、通常対応と比べてサービス提供時間を要することなどを踏まえまして、事業所のサービス提供体制について適正な評価を図る観点から、新たに加算を設けることとしてはどうかという対応案の御提案でございます。

関連資料が19ページ、20ページ、21ページ、22ページと、実態に関する資料を出させていただいております。

論点3、23ページでございます。「同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬」についての論点でございます。

こちらも併せまして、これは第1ラウンドのみならず、分科会を通じまして、ここに関して、さらなる検討が必要なのではないかと、各種御意見をいただいております。

現在、訪問介護の同一建物減算につきまして、平成24年度の介護報酬改定時に設けられたものでございます。

基準、省令上も同一建物等に居住する利用者以外の者に対しても、サービス提供を行うよう努めるとなっているところでございます。

他方、現状でございます。後ほどの資料もお出しをしておりますが、引き続き、同一建物居住者にサービス提供を行っている事業所の実態について調べさせていただいておりますところ、まず1点、介護給付費実態統計によりまして、同一建物減算を算定する利用者のみならずサービス提供を行っている事業者の割合が半数以上であるということの実態。

また、老健事業、いわゆる調査研究事業によりまして、そうした事業所におきましては、同一建物等居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれまして、訪問件数が増加しており、移動時間や移動距離が短くなっているという実態を、お示しさせていただいております。

この分科会及び、また関係団体の意見ヒアリングにおきましても、地域に提供を行っている事業所と比べまして、訪問にかかる時間等のコストが少なく、いまだ公平性に欠けるのではないかという御指摘をいただいたところでございます。

こうした状況を踏まえまして、この報酬の在り方について、どのように考えるかという論点を示しております。

対応案でございます。同一建物等に居住する者へのサービス提供の実態を踏まえまして、現行の同一建物減算につきまして、事業所の利用者のうち一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合には、段階的に報酬の適正化を図る仕組みとして、さらに見直しはどうかという対応案を御提案させていただきます。

24ページが現行でございまして、25ページがこのサービス提供の状況、26ページ以降、第1ラウンド及び、これまでの分科会の議論を通じまして、実態を明らかにすべきという宿題をいただいております。例えば、同一建物減算算定事業所、半分以上の事業所が、まさに同一建物内での提供を行っているというのが26ページの資料。

27ページ、28ページにおきまして、そうした、現在、同一建物減算を適用されている事業所の収支割合、また、訪問回数別の収支差率をお示ししております。

29ページにおきまして、そうした事業所のサービス提供の割合、勤務の状況等につきまして、これまでの御議論で御指摘をいただきました実態を明らかにすべきということの資料を提示させていただいているところでございます。

最後、31ページの論点4でございまして。この点もかなり多くの御意見をいただいております。「中山間地域等における移動距離等を踏まえた報酬の見直し」という論点でございます。

介護報酬上、サービス確保が困難な中山間地域等の事業所につきましては、御承知のとおり、特別地域加算、中山間地等小規模事業所加算、サービス提供加算の3つの加算で評価をしているところでございますが、こうした対象地域であるか否かにかかわらず、中山間地域においては、訪問介護事業所が少ないため、一定の事業所に多くのケースがあり、かつ、そうした方への提供については、移動時間や距離を理由として、なかなか断れないので、必要な方にサービス提供を行っている実態があるという御指摘をいただいているところでございます。

また、そうした事業所におきまして、事業継続に向けては、特定事業所加算等の各種加算の算定に積極的に取り組んでいただいているという状況でございます。

地方分権提案からも、こうしたところについて必要な措置を講ずるという御提案をいただいているところでございまして、このような訪問介護のサービス提供体制について、どのような対応が考えられるかという論点をお示ししております。

対応案でございます。中山間地域等でありましても、必ずしも現行の加算の要件に該当しない場合があるところ、地域資源の状況等によりまして、やむを得ず移動距離等を要し、事業運営が非効率にならざるを得ない状況の中、利用者へのサービス提供体制を継続的に

構築している取組について、新たに評価を行うこととしてはどうかという対応案の御提案でございます。

以下、資料につきましては、分権提案や現行の加算の状況、また、そうしたところにおけるサービス提供の実態につきまして、第1ラウンドでもお示ししているような資料をお出ししているところでございます。

以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、資料の2に基づきまして、訪問看護について御説明を申し上げます。老人保健課長でございます。

資料をおめくりいただきまして、4ページからが、これまでの分科会における主な御意見ということで、退院当日の訪問の取扱い、専門性の高い看護師の活用、多職種連携、こういった点について、御意見をいただいているところでございます。

早速、論点に入りたいと思います。

8ページ目「論点マル1 専門的なケアのニーズが高い利用者への対応」ということでございます。

介護保険の訪問看護におきましても、褥瘡の処置、人工肛門等の管理、終末期の緩和ケア等が実施されており、また、令和4年度診療報酬改定において、そういった加算が創設され、専門性の高い看護師による訪問看護が評価されているといった現状がございます。

医療ニーズを持つ利用者が増える中で、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案でございます。訪問看護事業所において、専門性の高い看護師が指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うことを評価してはどうか。

以降、参考資料でございます。

続きまして、論点のマル2、15ページでございます。

訪問看護における看取りのニーズ、機会が増えてございます。死亡前14日間実施したケアの内容の実態によりますと、介護保険、医療保険いずれにおいても同様のケアを提供してございます。

また、離島等で医師が死亡診断を行うまでに時間を要する場合に、家族が長時間待機するといったこともあり、また、場合によりましては、遠方の医療機関に救急搬送して死亡診断を受けるといったケースもあるという御報告がございます。

こうした状況を踏まえ、訪問看護の利用者に対する看取り体制を強化するために、どのような方策が考えられるか。

対応案の1つ目、ターミナルケア加算につきまして、診療報酬における評価を踏まえ、単位数を見直してはどうか。

また、2つ目、離島等に居住する利用者に対して、医師が行う死亡診断などを、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が、補助した場合を評価してはどうか。

16ページ目が、診療報酬及び介護報酬上のケアの利用数及び報酬の体系でございます。

また、18ページ目に、ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価、こちらは令和4年度診療報酬改定の資料でございます。

続きまして、19ページ目、論点の3つ目でございます。「訪問看護における持続可能な24時間対応体制の確保」でございます。

緊急時訪問看護加算につきましては、原則として当該事業者の看護師などが直接電話を受ける体制がある場合に認められてございます。

これについては、看護師等の負担が大きいといったことが指摘されてございます。この24時間対応のニーズに適切かつ即時に対応できる持続可能な体制を構築する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。同一訪問看護事業所において、緊急訪問の必要性の判断を看護師などが速やかに行えるよう、連絡体制が整備されているなど、適切なサービス提供体制が確保されている場合には、看護師等以外の職員も利用者または家族等からの電話連絡を受けられるようにしてはどうか。

また、24時間対応を確実に機能させる観点から、持続可能な体制に資する取組が行われている場合につき、評価を行ってはどうか。こうした対応案でございます。

以降、参考資料でございます。

続きまして、25ページ目、論点のマル4「理学療法士等による訪問看護の評価」でございます。

前回の改定におきまして、基本サービス費の見直しを行うとともに、理学療法士等の行う訪問看護が12か月を超える場合及び1日に2回を超えて実施する場合の評価について見直しを行いました。

こういったサービス提供体制の実態などを踏まえまして、訪問看護に求められる役割に基づきサービスが提供されるという観点から、どのような対応が考えられるかということでございます。

対応案といたしましては、訪問看護の役割を踏まえたサービスを適切に評価する観点から、サービスの提供体制や実績などを踏まえ、理学療法士等による訪問看護に係る評価の差別化を行ってはどうかとしてございます。

以降、参考資料でございます。前回改定以降の算定状況などをお示ししてございます。

32ページ目、論点の5つ目でございます。「円滑な在宅移行に向けた医療と介護の連携」でございます。

入院中の患者が退院後円滑に在宅療養に移行するためには、医療と介護の切れ目ない連携が重要でございます。

3つ目のボツでございますけれども、令和3年度介護報酬改定におきまして、主治の医師が必要と認める場合に、退院当日の訪問看護が算定可能となっております。

退院当日の訪問看護につきましては、そちらに記載のとおり、一定のニーズがあるといったことがございます。

こうした状況を踏まえ、要介護者等がより円滑に在宅移行するために、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。医師の指示に基づき、看護師による退院当日の訪問の評価を充実することについて、どのように考えるか。

また、退院時共同指導を効率的に実施する観点から、入院中の患者に対する指導内容につき、文書以外の方法で提供することを可能としてはどうかと、こういった状況でございます。こうした対応案でございます。

34ページにございますとおり、退院時共同指導加算の算定状況が、コロナのタイミングで非常に下がってしまったと、こういった問題意識もございます。

続きまして、38ページ目、論点マル6でございます。「訪問看護と他介護保険サービス等の更なる連携強化」でございます。

利用者によりよいサービスを提供するためには、利用者の変化を的確に捉える必要がございます。訪問看護事業所と他の介護保険サービスとの連携が重要でございます。

ただ、それについては様々ばらつきがあると、こういった状況がございます。

対応案でございます。利用者により適切なサービスを提供する観点から、訪問看護事業所と他の介護保険サービス事業所の連携に係る取組を、訪問看護の提供体制を評価するに当たっての要件とするなどとしてはどうかでございます。

以上、訪問看護でございます。

続きまして、資料3に基づきまして、訪問リハビリテーションについての論点を御説明申し上げます。

4ページ目からが、これまでの分科会における主な御意見として、医療との連携、介護予防、訪問リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組、こういった点について御意見をいただきました。

早速、論点に入りたいと思います。9ページ目でございます。

リハビリテーションにつきましては、医療と介護の連携に当たり、こちらに記載のような課題がございます。必要な方に対して早期に連続的で質の高いリハビリテーションを提供するために、どのような方策が考えられるかということ。

対応案の1つ目でございます。ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている主治の医師などに、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。これは、通所リハビリテーションと同様の対応を考えてございます。

また、2つ目、入院中に疾患別のリハビリテーションを行った利用者に対しまして、入院中の医療機関の医師が退院後のリハビリテーションの必要性を判断した上で、情報提供を行い、それを基に訪問リハビリテーションを実施した場合に、退院後一定期間の評価について、柔軟な対応を行うこととしてはどうか。

さらには、退院時の情報連携を促進する、こういった目的のために、2つございます。

1点目としては、基本報酬の算定要件に医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加えてはどうか。

2つ目といたしまして、訪リハ事業所の理学療法士等が、利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。これらについては、通所リハビリテーションと同様の対応としてはどうかと、こういった対応案でございます。

以降、参考資料でございます。

続きまして、16ページ目、論点の2つ目でございます。「介護予防訪問リハビリテーションの質の向上に向けた評価」でございます。

要支援者に対します訪リハにつきましては、前回改定で、この記載のような対応が行われた上、また、そちらに記載のような課題がございます。

適切なリハビリテーションマネジメントのもと、機能維持、改善のための取組を行っている事業所を評価し、介護予防のリハビリテーションの質を確保する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案の1つ目でございます。長期間利用者に対しまして、リハビリテーション会議でリハビリテーション計画の見直しを行うなど、適切なマネジメントを行った上で、定期的にLIFEへのデータ提出を実施する利用者と、それ以外の利用者について、評価の差別化を行ってはどうか。

こちらは、介護予防通所リハビリテーションと同様の対応でございます。

また、2つ目として、要介護認定制度の見直しに伴いまして、事業所評価加算については見直しを行い、LIFEへのデータ提出を推進することとしてはどうか。

その上で、より適切なアウトカム評価に向けて検討を行うこととしてはどうか。こちらにつきましても介護予防通所リハと同様の対応を検討してございます。

続きまして、22ページ目、論点の3「認知症リハビリテーションの推進」でございます。

認知症リハビリテーションにつきましては、現在、老健施設及び通所リハにおいて一定の評価が行われてございます。訪問リハにおいても一定の効果に関する報告がございます。

こうした中の対応案でございます。認知症の方に対して、認知機能や生活環境などを踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に生かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施した際の加算を新たに設けてはどうかと、こういった論点でございます。

続きまして、25ページ論点の4になります。「訪問リハビリテーション事業所のみなし指定」でございます。

訪問リハビリテーションの促進に当たりましては、病院・診療所については、みなし指定が可能である一方、老健施設などについては、別途手続が必要といったことがありまして、訪問リハビリテーション事業所開設の阻害要因になっているとの御指摘がございます。

こうした中、訪問リハビリテーション事業所のさらなる拡充のために、どのような方策が考えられるか。

対応案でございます。介護老人保健施設について、当該施設の医師の配置基準を満たした上で、当該施設の許可があったときには、その許可のときに訪問リハビリテーションに係る事業者の指定があったものとみなすこととしてはどうか、こういった対応案でございます。

なお、現在の規定が28ページから法律及び施行規則の規定がございます。28ページの資料は1点誤りがございまして、訂正させていただきたいと思っております。申し訳ございません。

本28ページの上の枠の中の記載でございます。「介護老人保健施設又は介護医療院について、みなし指定が受けられるサービスは通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションのみである」と記載してございますが、それに加えまして、短期入所療養介護、いわゆる療養介護もみなし指定となっておりますので、その点、訂正いたしまして、おわび申し上げます。

こういったところで、みなし規定が法文上なされているといった整理でございます。

続きまして31ページ目、論点の5つ目でございます。「リハビリテーションの作成に係る診療未実施減算」についてでございます。

記載のとおり、訪問リハの提供に当たりましては、事業所医師がやむを得ず診療を行う場合については、そちらに記載のような対応をしております、令和6年3月31日まで、その適用を猶予しているといった状況でございます。

診療未実施減算につきまして、訪問リハビリテーションが必要な方に対するサービス提供を維持する観点と、訪問リハビリテーションの提供に当たり、事業者の医師の関与を進める観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。事業所に適切な研修の修了の確認を義務づけ、研修の受講状況を把握できる、このような対応を行った上で、事業所外の医師に求められる適切な研修の修了などについては、その適用期間を3年間延長してはどうかと。

また、次回改定までに事業所医師の診察が困難な理由などの解析を行いまして、診療未実施減算に対して適切な対応を検討してはどうか、こういった対応案でございます。

37ページ、論点の6でございます。訪リハと介護予防訪リハの評価の適正化でございます。

現在、訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬については、同額に設定されてございます。

要介護者では、要支援者と比較して、より心身機能・活動・参加の機会が低下しているということでございまして、訪問リハビリテーションについては、要支援者に対するものよりも要介護者に対するもののほうが、従事者の負担がより大きいと考えられます。

対応案といたしましては、訪リハと介護予防訪リハの基本報酬に一定の差を設けてはどうか、こういった対応案でございます。

最後、43ページ目でございます論点の7、地方分権改革における提案におきまして、指定基準における医師の必置、開設場所等の指定基準の制限を撤廃する基準緩和が提案され

てございます。

対応案でございます。リハビリテーションの質を確保するため、医師の配置等は必要との意見があることを踏まえまして、介護老人保健施設等において実施される訪リハについて、医師の人員基準を本体施設と同様の基準に見直した上で、みなし指定を可能とすることにより、訪リハ事業所の拡充を図ってはどうか、先ほど挙げました論点につながる部分でございます。

以上が訪問リハビリテーション。

続きまして、資料の4、居宅療養管理指導でございます。

居宅療養管理指導につきましても、4ページから5ページにわたりまして、様々御意見をいただいているところでございます。

早速、論点に入りたいと思います。

8ページ目、論点のマル1「薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価」でございます。

薬剤師による居宅療養管理指導につきましては、前回の改定において、情報通信機器を用いた服薬指導の評価を新設いたしました。

他方、この法改正によりまして、オンライン服薬指導を初回も含め可能とするなどの制度改正が行われ、診療報酬についても、それを追う形で改正が行われているといった状況がございます。

対応案でございますが、薬剤師による情報通信機器を用いた居宅療養管理指導について、現行の薬機法の規制に合わせまして、記載の3点などの要件の見直しを行ってはどうか、こういった御提案でございます。

法改正の内容などについて、参考資料としてお示ししてございます。

続きまして、13ページ目、論点のマル2「在宅患者の薬学的管理及び指導の評価」でございます。

令和4年度診療報酬改定におきまして、在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている方及び在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対する薬学的管理及び指導への評価が行われてございます。

こうした方について、適切な対応をする観点から、どのような対応が考えられるのか。

対応案でございます。在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者や在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について介護報酬上において、診療報酬と同様の評価を行ってはどうか、こういった対応案でございます。

続いて19ページ、論点のマル3「薬局に勤務する管理栄養士による居宅療養管理指導の評価」でございます。

これは、令和3年度の地方分権におきまして、薬局に勤務する管理栄養士についても、居宅療養管理指導の実施を可能とすることが求められ、令和5年度中に結論を得ると、こ

ういったことになってございます。

老健事業で実態調査をいたしましたところ、薬局に勤務している管理栄養士は、研修の受講回数や保有する学会認定等の資格が少ないこと、また、栄養管理に関する業務以外、接客業務に多くの時間を割いている、こういった実態がございました。

また、栄養サービスの提供の質を担保するに当たりましては、日頃から診療録やチームカンファレンス等に基づいて栄養管理を行っている医療機関などの管理栄養士が居宅療養管理指導に関わることを促進することが重要である、こういった御意見もございましたことも踏まえ、どのように考えるか。

対応案でございます。質を担保する観点及び実態調査の結果などを踏まえ、薬局に勤務する管理栄養士の居宅療養管理指導の実施に関して、今回の介護報酬改定においては、現行の基準を維持してはどうか、こうした対応案でございます。

続きまして、論点のマル4「居宅療養管理指導（管理栄養士）の見直し」でございます。

在宅の要支援・要介護者では低栄養及び低栄養のおそれのある方の割合が多いという報告。

また、終末期においては、療養者及び介護者のニーズに応じた、きめ細やかな食支援が求められるところでございます。

現在、管理栄養士による居宅療養管理指導は、月2回までの算定とされているところ、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者限定いたしまして、期間を設定した上で、上限回数を緩和するなどの対応を検討してはどうかと、こういった対応案でございます。

続きまして、論点のマル5、32ページでございます。「管理栄養士及び歯科衛生士等の居宅療養管理指導の算定対象の見直し」でございます。

居宅療養管理指導につきましては、医師、歯科医師、薬剤師においては通院が困難な利用者を対象としております。

他方、管理栄養士及び歯科衛生士などについては、通院または通所が困難な利用者が対象となっております。

通所サービスの利用者におきましても、口腔や栄養に問題がある利用者は多数存在いたします。そういった通所サービスの利用者に対する管理栄養士、歯科衛生士の介入についての評価をどのように考えるか。

対応案でございます。管理栄養士、歯科衛生士などについても、医師などと同様に、通所が可能な利用者も居宅における居宅療養管理指導の対象としてはどうかとしてございます。

居宅療養管理指導は以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 引き続きまして、資料5、居宅介護支援、介護予防支援、ケアマネジャーの関係につきまして、御説明させていただきます。認知症施策・地域

介護推進課長でございます。

4ページ以降、第1ラウンドの御議論におきましても、とりわけケアマネジャーの役割、人材確保、各種の論点につきまして、多くの御意見をいただいたと承知しております。論点も7つ提示させていただきたいと思っております。

11ページ、まず「論点マル1 医療介護連携の推進」についてでございます。

引き続きまして、生活に配慮した質が高い医療と介護において、より医療の視点を含めたケアマネジメントという論点につきまして、これは全体の改定を通じまして、こういう意見をいただいているものと考えております。

ケアマネジャーの関係では、入院時情報連携加算や退院時情報連携加算の関係、また、ターミナルケアマネジメント加算などが現在介護報酬で評価されてきているという状況でございます。

他方、こうした本人の意思を尊重した人生の最終段階への対応につきまして、口腔ケアの方法などの多面的な収集・分析や誤嚥性肺炎の予防などの取組の検討などが求められているという状況ございまして、こうした医療介護の提供に向けたケアマネジメントを実現するための方策についての論点でございます。

対応案でございます。より医療の視点を含めたケアマネジメントを推進していく観点からの各種の見直しを御提案させていただきます。

1点目、入院時情報連携加算の要件につきまして、入院当日中または入院後3日以内に情報提供した場合の評価とするよう見直しではどうかという論点。

また、口腔衛生の状況につきましての情報提供の観点から、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた場合に評価している通院時情報連携加算について、利用者が歯科医師の診察を受ける際に同席した場合にも対象としてはどうかと御意見をいただいております。

ターミナル期の加算につきまして、自宅で最期を迎えたいと考えている方の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、対象となる疾患を限定しないこととしてはどうかという御提案。

それで、見直しに併せまして、特定事業所医療介護連携加算における算定回数要件についても、併せて見直しではどうかといった御提案とさせていただきます。

関連の資料が、13、14、15、16、17、18ページ、その後、22ページまでございます。少し論点が多いので、恐縮ですが、説明は割愛させていただきます。

23ページ「論点マル2 公正中立性の確保」でございます。

令和3年度介護報酬改定におきまして、事業者から利用者に対する説明義務及び介護サービス情報公表制度における公表を義務づけたところでございます。

他方、利用者の説明に関する事務負担が大変重いという御意見があるほか、説明を受けたことで一部の利用者は割合の高い事業者を選んでしまい、かえって特定の事業者を選択することを助長してしまう面もあるのではないかと御指摘をいただいているところで

ございます。

このケアマネジャーの業務負担軽減や働く環境の改善が求められる中、どのような対応が考えられるかという論点でございます。

対応案でございます。公正中立性の確保への効果が、この利用者の説明に関する事務負担に比して薄いと考えられることから、この業務負担の軽減を図るために利用者に対する説明義務については、努力義務に改めることとしてはどうかという御提案でございます。

他方、サービス利用割合等の介護サービス情報公表制度における公表の義務づけの取扱いについては、引き続き公表することとしてはどうかという御提案でございます。

関連の現行の資料が24、25、26ページとなっております。

27ページ「論点マル3 質の高いケアマネジメント(特定事業所加算の見直し)」でございます。

論点マル3、特定事業所加算につきまして、平成18年度改定で創設されており、それ以降、拡充と要件追加を行ってきたところでございます。

近年、ケアマネジャーの業務の範囲は多様化、複雑化しておりまして、現在の新たな法定研修カリキュラムにおきましても、介護保険以外の領域について学習する科目の充実ということを求めているところでございます。

また、介護保険部会の意見書でも、居宅介護支援事業所に従事するケアマネジャーの確保定着に向けた取組の重要性が指摘されているところでございまして、さらに、今年の介護保険法改正におきまして、介護予防の指定と総合相談支援事業の委託が受けられるようになることとなっているところでございます。

特定事業所加算の要件のうち、また、御意見の多いところとして、現在、運営基準減算と特定事業所集中減算の適用を受けていないことという要件がございますけれども、この運営基準減算が個人ごとに適用される一方で、特定事業所加算は体制加算として利用者全体に適用されるということで、事業所における確認作業に一定の負担が生じているという御指摘もいただいているところでございます。

こうした環境の変化や質の高いケアマネジメントを実施していく事業所を評価するために、どのような対応が考えられるかという論点でございます。

対応案でございます。2つ目の四角から、特定事業所加算の要件の一部を以下のとおり見直すとともに、こうした取組を評価していくこととしてはどうかということで、現行、地域包括支援センターが実施する事例検討会への参加ということを1つの要件としてございますけれども、ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等の他制度に関する知識に関する事例検討会や、少なくとも各種の場所で行われております研修等に参加していることということで、要件及び場所を広げてはどうかという見直し案の御提案でございます。

また、特定事業所加算の要件のうち、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談事業を行う場合に、これらの兼務については差

し支えないこととしてはどうかということも御提案させていただきます。

さらに、特定事業所加算の要件のうち、先ほど御説明しました運営基準減算のところにつきまして、加算の要件の見直しを行ってはどうか。

他方、特定事業所集中減算につきましては、公正中立性を担保する観点から、引き続き残すこととしてはどうかという対応案の御提案でございます。

現状の研修の状況等々の参考資料を32ページまでつけさせていただいております。

33ページ、モニタリングの論点でございます。

このモニタリングにつきまして、令和3年度介護報酬改定におきまして、テレビ電話装置、その他の情報通信機器を活用しての実施が認められたところでございます。

令和5年度の老健事業におきまして、この実証調査を行わせていただきましたところ、一定の課題が見られた一方で、利用者の状態によっては十分なモニタリングが可能である等のメリットも見られているところございまして、この活用について、どのような対応が考えられるかという論点でございます。

対応案でございます。引き続き、少なくとも月1回の訪問によるモニタリングを原則としつつ、人材の有効活用やサービス事業所との連携促進の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことも可能性としてはどうかということでございます。

要件でございます。利用者の同意を得ていること、サービス担当者会議等において、合意が得られていること、状態安定意思表示の可能性等々の確認ができていることを要件といたしまして、また、少なくとも2か月に1回は、居宅を訪問していただくことというものの要件のもとに、活用を図ってはどうかという対応案でございます。

関連の資料及び御紹介した老健事業の関係が、資料として46ページまでお示しをさせていただいております。少しお時間の関係で恐縮です。

「論点マル5 ケアマネジャー1人当たりの取扱件数」でございます。

令和3年度介護報酬改定におきまして、一定の要件のもとで逡減制の適用を緩和させていただいたところございまして、この見直しによるケアマネジメントへの影響はなかったという意見が多く、肯定的な意見をいただいているところでございます。

この取扱い件数につきまして、要支援者の担当の場合には、現行では利用者に2分の1を乗じるというところでございます。先ほどの今後の法改正を踏まえてどのようにしていくかという論点。

また、令和4年度の調査におきまして、ケアマネジャー1人当たりの労働投入時間の減少の傾向や、パソコンの導入の状況、また、ケアプランデータ連携システムの稼働が始まったことなど、平成18年から環境が変化しているという状況でございます。

こうした状況を踏まえまして、居宅支援費における利用者の取扱件数についてどのような方策が考えられるか。

また、それと併せまして、配置員数の関係、運営基準の関係も、整合性をどのように考

えるかという論点を併せてお示ししております。

対応案でございます。こうした居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化や逡減制の見直しによるケアマネジメントへの影響に関する調査結果を踏まえまして、現行、40件から逡減制が適用されている居宅介護支援費（I）につきまして、45件から適用することとしてはどうかという御提案でございます。

また、このケアプランデータ連携システム等の稼働を踏まえまして、事務職員の配置に加えて、ケアプラン連携システムの活用による業務効率化を図っている場合においては、逡減制の適用をさらに緩和し、（II）について50件からとしてはどうかということも併せて御提案させていただきます。

また、要支援者の関係につきましては、現行、2分の1を乗じているところ、3分の1を乗じるとしてはどうかという御提案でございます。

こうした報酬上の対応案に併せまして、運営基準上も基本方針における取扱件数との整合性を図りまして（I）及び（II）の適用に併せて、この基準も見直しではどうかということも併せて御提案させていただきます。

以上、論点5について、今、御説明した関係資料を58ページまでお示ししております。

59ページ、論点マル6、介護予防支援でございます。

こちらについては、何点か御紹介しておりますけれども、地域包括支援センターの連携の観点、人員基準や配置基準の報酬について、どのような対応が考えられるか。

対応案は60ページでございます。

管理者を主任ケアマネジャーとすることや、ケアマネジャーのみの配置で事業を実施することとしてはどうか、先ほどの御説明の観点、また、オンラインモニタリングについても同様の要件のもとで認めてはどうかというのが、運営基準上の御提案でございます。

報酬の観点、居宅介護支援事業者が指定を受けて行う場合に、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供を義務づけるとともに、この手間、コストを基本報酬上評価することとしてはどうか。また、こうした居宅介護支援事業者が指定介護予防支援を行う場合に、居宅介護支援の業務と同様に特別地域加算、中山間地域等における小規模事業者の各種3加算の対象としてはどうかという御提案でございます。

論点マル7、最後、同一建物へのケアマネジメントという論点をお出しさせていただきます。

現在、3割程度が居宅介護支援事業者と住宅型有料老人ホームや、サ付き住宅との併設または隣接の状況にございまして、こうした利用者に関するケアプランを作成している者が平均6割程度という状況となっております。

こうした方に対する労働投入時間を見ますと、サ付き高齢者住宅等への入居者である利用者と、そうでない方の間に差異が見られているという状況につきまして、同一の建物に入居している複数の利用者へのケアマネジメントに係る報酬設定について、どのように考えるかという論点でございます。

対応案でございます。介護報酬は業務に要する手間・コストを評価するものでございますので、居宅介護支援において、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合につきまして、ケアマネジャーの業務の実態を踏まえた評価を検討してはどうかという対応案でございます。

その関連資料は、65ページ、66ページとなっております。

以上でございます。

○古元老人保健課長　続きまして、資料6に基づきまして「介護人材の処遇改善等」について御説明を申し上げます。老人保健課長でございます。

4ページ目からが、これまでの主な御意見、処遇の改善、職場環境等要件及び加算の簡素化などについての御意見をいただいているところでございます。

9ページ目、論点の1つ目「処遇改善加算の一本化」についてでございます。

まず、これまでの取組及び特に特定処遇改善加算の取得率が7割台にとどまっているという状況を記載してございます。

介護の現場で働く方の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置をできるだけ多くの事業所に活用いただき、現場で働く方に届くようにすると、こういった観点からどのような方策が考えられるか。

対応案でございます。3種類の加算につきましては、そちらに記載の3つの観点から、例えば、3加算全ての最上位区分を取得している事業所の加算率が一本化前後で同一になるよう、現行の各加算、各区分の要件及び加算率を組み合わせる形で、段階を設けた上で一本化を行ってはどうか。

具体的には、現行の要件のうち、それぞれ現在の加算で異なっている職種間賃金配分ルールについては、介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内では、柔軟な配分を認めるに統一してはどうか。

また、ベースアップ要件につきましては、ベースアップ等に充てる割合を見直しつつ、一本化後の新加算全体に適用することとしてはどうか。

また、職場環境等要件を見直ししてはどうかといたしております。

また、新加算の名称は、可能な限り簡素に加算の趣旨、内容を踏まえたものとしてはどうか。

また、現行の加算を取得している事務所が、スムーズに新加算を取得できるようにする観点から、一定の移行期間を設けてはどうか、こうした対応案でございます。

以降、関係資料をお示ししてございまして、13ページ目がイメージ、また、14ページ目が現行の3加算の要件との関係についてお示ししてございます。

また、15ページ目にございますとおり、こういった案を対応した場合には、書類についても一定の簡素化が行われると、こういった内容となっております。

続きまして、16ページ目、論点のマル2「職場環境等要件の見直し」でございます。

介護の現場で働く方の確保に向けて、新規人材の確保等、また、職場環境等要件に基づく取組について、より実効性のあるものとしていく観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案でございます。加算の算定要件の1つでございます職場環境等要件について、介護事業者による取組をより実効性が高いものとする観点から、以下の見直しを行ってはどうか。記載の4点を御提案申し上げたいと思います。

また、職場環境等要件のうち生産性向上及び経営の共同化に係る項目についても拡充を検討してはどうか。

17ページ以降が参考資料、また実態調査の結果などもお示ししてございます。

処遇改善についての説明は以上でございます。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 最後、資料7、訪問介護と通所介護の組み合わせによる複合型サービスについて、御提案をさせていただきます。

これまでの分科会、第1ラウンドでも、この複合型サービスをどう考えるか、どのようなものとしてつくっていくか、各種御意見をいただいたところでございます。

事業者団体ヒアリングでは、またこれも積極的につくっていくべきという御意見と慎重な検討と、それぞれの御意見をいただいたところでございます。

7ページ、1点だけ触れさせていただきます。介護保険部会では、令和4年の12月20日に御意見をいただいております。この中では、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて既存資源を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくことが重要という御意見をいただいた上で、複数の在宅サービスを組み合わせ提供する複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適切という御意見をいただきまして、第1ラウンド以降、御提案をさせていただいているところでございます。

他方、この制度設計につきましては、まさに慎重な御議論も必要だということで、少し横断的議論から早めまして、その大枠につきまして御提案をさせていただきたいと考えております。

10ページ「論点1. 複合型サービスの組み合わせと機能・役割」でございます。

現在、この検討の契機となりました状況につきまして、2点御紹介いたします。

訪問介護につきまして、これは先ほどの資料1でも御説明いたしましたが、やはり人材不足が顕著であるということで、1人で利用者宅に訪問してケアを提供することに関する不安が大きいということが、人手不足の原因として挙げられている状況でございます。

他方、通所介護につきまして、訪問型サービスの提供をコロナ禍において行っていただいたという実績がございまして、それにより、利用者の在宅における生活の維持が図られたという報告もあったところでございます。

こうした状況を踏まえまして、訪問と通所サービスの併用の課題について、第1ラウンドで御提示をさせていただいたところでございます。

こうした状況を踏まえまして、一体的なサービス提供により効果的かつ効率的なサービス提供となるよう、機能・役割をどう考えるかという論点でございます。

対応案でございます。複合型サービスについて、訪問介護と通所介護を組み合わせた地域密着型サービスとしてはどうかという御提案と、訪問介護と通所介護の一体的なサービス提供を行うことによって、訪問と通所における利用者の対応を把握した上で情報共有ができるのではないかと、利用者の状況ニーズに即応したきめ細かなサービス提供ができるようになるのではないかと。

こうしたことを通じまして、機能訓練等を通じて生活機能の維持・向上が図られ、要介護者の自立した在宅生活の継続に資するためのサービスの提供を行ってはどうかという御提案でございます。

11ページが、複合型サービスのイメージでございまして、繰り返しはいたしませんけれども、このような新しい形態ということで御提案をさせていただいている資料でございます。

12ページが現状の法律、22ページまでは、第1ラウンドでお示した調査の現状でございます。

23ページ、そうした基準の考え方の論点でございます。こうした効果的かつ効率的なサービス提供を行う観点からの基準の御提案でございます。

対応案でございます。まず、地域密着サービスとしてつくる複合型サービスについては、現行のサービスの組み合わせでございますので、人員基準、設備基準、運営基準は、基本的には同様なものとしてはどうかという御提案でございます。

まず、人員基準について、管理者は従業者を一元的に管理することができますので1名の配置としてはどうかという御提案でございますが、訪問通所サービスの人材育成の観点から事業所全体で必要な人員を確保することによって、これらの基準を満たしていることとしてはどうか。

訪問介護員について、限られた専門人材の有効活用を図る観点が大事でございますので、訪問介護事業所の指定を併せて受けて、一体的に運営されている場合は、訪問介護員に関する双方の基準を満たすこととしてはどうかという御提案でございます。

これらについては、現行の訪問看護と看護小規模多機能型居宅介護においても同様の取扱いをされているものと承知しております。

設備基準でございます。設備については、1つのサービスになりますので、全て共用して使用することとしてはどうか。

また、地域密着型サービスの趣旨を踏まえまして、登録定員について、29名以下としてはどうかと、現行の取扱いを踏まえた御提案でございます。

運営基準上は6か月に1回以上の運営推進会議の開催と、ケアマネジャー、これは外に設けるという御提案でございますが、現行のサービスを同様に、このケアプランに基づいたサービス提供を行うこととしてはどうか。

こうした観点から、居宅介護支援事業所の連携のもとで、個別サービス計画において利用日時について決定することとしてはどうかという御提案でございます。

24ページが人員基準のイメージ、25ページが設備基準のイメージということでございます。

28ページで、こうしたサービスの報酬の考え方でございます。基本的な考え方だけ御提示させていただきましても、対応案として、基本報酬については、利用者の状態の変化等に応じて、時間区分にとられない訪問・通所のきめ細かなサービス提供を行う観点から、円滑なサービス提供を行い、かつ自己負担の変動を回避するため、包括払いとしてはどうかという御提案でございます。

この方向性で行くとした場合に、加算、減算の考え方については、本日の議論を踏まえまして、かなり多くの加算、減算を整理していかなければなりませんので、本日の御議論を踏まえつつ、より詳細については、次回に提案させていただきたいと考えているところでございます。

説明は以上でございます。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

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、それから御質問等ございましたら、よろしく願いいたします。

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いただき、私の指名により発言を開始してください。

それから、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きますよう、御協力のほうをお願いいたします。

それでは、よろしく願いいたします。

では、濱田委員、よろしくお祈りします。

○濱田委員 ありがとうございます。

本日は大変僭越でございますが、私ども日本介護支援専門員協会から要望書を提出させていただいております。

内容につきましては、本日の論点の意見の中で御説明をさせていただければと存じます。

まず、資料1の訪問介護・訪問入浴介護の論点3、同一建物に居住するサービス提供をする場合の報酬につきましてですが、訪問時間が縮減される部分と、生産性向上により時間短縮が図れる部分があると考えますが、後者に係る収益につきましては、利用者や事業者あるいは従事者の皆様への還元が図られるべきで、減算の対象とすべきではないと考えます。これにつきましては、後ほど出てまいります居宅介護支援と同じでございます。

資料2の訪問看護につきまして、論点6の訪問看護と他の介護保険サービスとのさらなる連携強化につきましては、情報共有に当たり、例えばデジタル化が図られるような配慮なども、お願いできればと存じます。

資料3の訪問リハビリテーションについてでございますが、論点1のリハビリテーショ

ンにおける医療介護連携の推進でございますが、対応案のとおりでよいと思っておりますが、通所リハビリテーションの際と同じ意見でございますが、施行される際につきましては、入院先、医療機関等に対しましても、広く周知をお願いできればということでございます。

資料4の居宅療養管理指導の論点4、5のところでございますが、居宅療養管理指導、管理栄養士の方あるいは歯科衛生士の方の算定対象の見直しのところでございますが、施設のイメージで大変恐縮でございますが、やはり在宅におきましても、摂食嚥下障害等を要因として、栄養障害になる例や、入院時並みの療養食を、最近では配食サービス等で補う例も出ておられます。

このため、退院、退所後も含めて、継続的な口腔ケアや、例えば、在宅ミールラウンドのようなことができるとうれしいと存じます。

続きまして、資料5の居宅介護支援、介護予防支援の論点1でございますが、医療介護連携の推進でございます。

迅速な情報推進を進める上で、入院時情報連携の評価の見直しにつきましては、進めていただければと考えております。

その際に、将来的な医療・介護DXによる情報連携体制を視野に入れていただき、ICT機器やメール等電子媒体による情報提供も可能となるようにしていただければありがたいと考えます。

その際に、いわゆる医療機関で情報を受け取られた受領確認につきましては、後日に確認が取れる場合もございますので、例えば、口頭での確認なども認める等、その取扱いにつきましては、御検討いただければ幸いです。

また、今回の通院時情報連携加算だけでなく、医療機関と同様に地域において、歯科医療機関との連携強化、促進が図れることを期待いたします。

論点2の公正中立性の確保でございますが、対応案のとおり対応をいただければと存じます。

論点3の質の高いケアマネジメントも同じでございます。

論点4の他のサービス事業所との連携によるモニタリングでございますけれども、中山間地や遠隔地におけるモニタリングにつきましては、移動時間が長く、これにより移動負担が短くなり軽減できることを期待いたします。

ただし、実際に訪問して利用者に面談してみないと把握できない情報もあることから、調査研究事業で示される課題にも配慮しながら進めていただければと存じますし、今後も引き続き、検討を期待したいと考えております。

論点5のケアマネジャー1人当たりの取扱い件数についてでございますが、53ページの労働投入時間推移によれば、個別の利用者のケアマネジメント業務や研修等の時間に変化は見られておりませんが、報酬請求業務や、ケアマネジメント以外の業務時間の減少等見られておまして、介護支援専門員の専従化や熟達化が進んだ結果とも見えます。

また、55ページにあるように、徐々にではございますが、ICT機器の活用が進んでおりま

して、今後、ケアプランデータ連携システムも、引き続き改修等も含めて導入が進みましたら、事業所等によっては通減制の適用緩和を生かし、賃金への反映や職場環境改善に生かせる取組も期待できると考えております。

また、これにより入退職時に一時的に発生する、例えば担当件数の増加等にも一定対応可能となると考えております。

配置上の運営基準と異なる取扱い件数につきましては、一部で通減制が施行された現在に至っても、極端な場合は1人35件以上担当できないとするローカルルールが修正されない事例も散見されております。このため、整合性を図っていただきたいと考えます。

また、さらなる通減制緩和に取り組む場合は、引き続き調査研究事業等で業務負担の状況などをしっかりと検証していただければと存じます。

介護予防支援につきましては、報酬の改善が望ましいところがございますけれども、居宅介護支援との報酬比較の観点では、当面3分の1程度が妥当といえるのではないかと考えます。

ただし、業務負担の軽減が引き続き図られますように、固定的な義務的業務の見直しなどもお願いできればということでございます。

また、一部ではございますけれども、保険者様におきましては、指定開始を見送られて、従来型の委託により対応を継続されるようなお話も少し聞こえてきておりますので、例えば、その準備期間あるいは移行期間等を設けて、順次円滑に移行が行われるような配慮も御検討をお願いできればと存じます。

論点6の介護予防支援の円滑な実施についてでございますが、居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定を受けるに当たりまして、管理者や従事者要件については、対応案のとおり、現在の体制が維持でき、介護予防支援を担当しても、居宅介護支援において、特定事業所加算をはじめ、各種の加算を引き続き受けられるようにすることは必須と考えております。

また、その際には、特定事業所加算1の重度化要件の算定対象からも、この介護予防支援の部分は除外していただければ適用を受けることが困難になると見られるため、特に留意をお願いしたいと考えております。

実際には、緩和した担当件数までは、対応しない事業所があることも考えられますので、地域包括支援センターへの情報提供や各種の方策を講じていただければ幸いです。

なお、総合事業における介護予防ケアマネジメントの指定が、市町村や地域包括支援センターに残ることになっておりますので、総合事業と介護予防サービスを併用する利用者のケアマネジメントにつきましては、どのように対応すべきかについて、引き続き、検討をいただければと考えております。

なお、地域包括支援センターにおきましても、離島や中山間地域等では、効率的な経営が難しいことがございます。地域包括支援センターが介護予防支援を行う場合におきましても、特別地域加算や中山間地域等における小規模事業者加算など、居宅介護支援と同様

に加算の対象とすべきであると考えますので、ぜひ検討をお願いしたいと考えます。

論点7の同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントについてでございます。

サービス付き高齢者向け住宅等として、本日の要望書にも記載をいたしておりますが、同一建物に居住する利用者へのケアマネジメントにつきましては、それ以外と比べまして、労働投入時間が少ないとの指摘がございます。

他方、訪問系サービスが導入された場合と比較しまして、例えば、いわゆる排泄介助が必要な方であれば、1日に、本当に5回、6回、これが31日という1か月で見れば非常に多くの回数を訪問するわけでございますけれども、居宅介護支援においても、複数回訪問する場合もございますが、おおむね一人当たりの訪問回数は、月1回程度ということで、訪問時間自体は、比較して少ない傾向があるのではないかと考えております。

また、集合住宅は、主に都市部に集中しているはずでありまして、それらの地域性から、一般住宅の場合でも必然的に移動時間が短くなるはずでありますので、全国的な比較をいたしますと、やはり差が出てくるのではないかと考えております。

このため、67ページにも記載がございますが、労働時間減少の主な要因としては、関係団体からの御意見のとおり、併設サービス事業所等との連絡調整など、こういうことが行いやすい状況や、書類作成の効率化等、各種の生産性向上による結果と見推察されます。

生産性向上の結果により、介護報酬が減算等をされることになれば、各事業者、従事者による生産性向上への取組の努力を否定することになり、意欲が阻害されるという逆効果のメッセージとなります。

また、特定事業所加算の要件として、運営基準減算や特定事業所集中減算の適用を受けていないことが設けられております。仮に同一建物に居住する利用者のケアマネジメントが減算される場合であって、さらにそれにより、特定事業所加算が受けられないということになってしまいますと、やはり、大変困ってしまうということでございますので、事業所の業務負担と合わせて実態に即したものとなりますように、調査研究を行っていただきましてより慎重な検討とするか、先ほど申し上げたような、もう少しデータ収集を行ってからということで、導入の見合わせを求めるものでございます。

続きまして、資料6の介護人材の処遇改善等の論点1につきましては、特に意見はございませんが、本日の私どもの要望書の冒頭にも記載がございますが、介護支援専門員の人材確保は、近年急速に困難になっておりまして、以前に本分科会でも述べましたが有効求人倍率が4.1倍ということで非常上昇しており、に同じ調査の介護職員に匹敵する状況になっております。

私どもの調査におきましても、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした調査を行いまして、これは、nが433名でございますが、居宅介護支援事業所に常勤専従で勤務する介護支援専門員の平均給与は28万5464円となっております。介護職員等ベースアップ支援加算取得事業所の介護支援専門員の36万2700円に比べて、7万7236円低い結果となっております。

なお、218回介護給付費分科会、資料6の16ページで示されたベースアップ支援加算に関する調査においては、介護職員の月額平均給与は31万8230円であり、前述の介護支援専門員の平均給与は、当該調査対象の介護職員の給与よりもさらに3万2766円下回っております。

御承知のとおり、介護支援専門員資格は、国家資格である介護福祉士、看護師、社会福祉士等を取得後5年以上の実務経験を経て、試験、実務研修を受けて着任するわけですが、前途の通り経験、実務と給与が相反している状況がございます。

また、介護労働安定センターの令和4年度介護労働実態調査においても同様の傾向が見られているものの、光熱水費等、物価高騰の影響もあり、非常に厳しい経営環境もございます。

このため、現在の物価高騰による事業所経費の増加に合わせた報酬の検討と併せ、残念ながら、今般、まだ対象に入っておりませんが、引き続き、今後も介護支援専門員の人材確保定着に向けて、また、人材確保が必要する他の職種も含めて、処遇改善加算等の各種対象に入れていただくか、各事業所等において、処遇改善可能となるような介護報酬の引上げを要望いたします。

なお、今般、介護職員等に対する、さらなる処遇改善が図られるような報道等も耳にいたしておりますが、実施によりまして、さらに居宅介護支援事業所の介護支援専門員と介護職員との処遇差が開くこととなりますので、新しい加算からでも何とか居宅介護支援事業所に配分可能となるような御検討をお願いできればということでございます。

資料7の論点1、複合型サービスの組み合わせと機能・役割でございますが、中山間地や人口減少によって、介護サービス事業者が撤退したり、確保困難な地域、小規模多機能居宅介護事業所の整備が進まない地域における安定的なサービス確保ができる体制を期待したいと考えております。

なお、先ほどの資料1、訪問介護の26ページのように、事業者によっては事実上、同一建物の利用者のみへの介護サービス提供が行われる体制も散見されておりますので、本サービスが地域包括ケアの目指す在宅限界点の引上げという目的に合わせた提供が行われますように、創設の際には検討をいただければと幸いと考えております。

大変長くなりまして恐縮でございます。以上でございます。

○田辺分科会長 では、山岸参考人、よろしく申し上げます。

○山岸参考人 分科会長、ありがとうございます。

全国市長会として、豊中市長の長内の代理で出席しております、参考人の福祉部長寿社会政策課の山岸です。よろしく申し上げます。

私からは4点、意見を申し上げます。

まず1点目、資料1の訪問介護についてでございます。論点4の対応案において、中山間地域等における移動距離等を踏まえた新しい評価について検討されていますが、報酬の設定に当たっては、中山間地域等の訪問サービス事業者の実態を踏まえ、交通費や移動の

時間等の負担を十分に勘案した上で、地域の実情に即した適切な報酬の評価設定としていただきたいと存じます。

続いて、2点目、資料5「居宅介護支援」についてでございます。

論点3の対応案において、特定事業所加算の要件について、現行の地域包括支援センターが実施する事例検討会への参加から見直すことを検討されていますが、見直しに当たっては、ケアマネジャーの業務負担が増加しないよう、十分に配慮していただきたいと存じます。

ケアマネジャーの人材確保に向けて、業務負担の軽減が求められますが、ケアマネジャーの業務負担については、資料の36ページを見ると、大半が、介護支援専門員の資格を有していなければならない業務に対する負担ではないことが伺えます。

ケアマネジャーの業務負担の軽減のため、専門資格を持たない職員等で対応可能な業務については、例えば、病院等で導入されている医師事務作業補助者のような職種が担うなど、ケアマネジャーがケアプランの作成と管理といった本来業務に集中できる労働環境の整備に資する措置を講じていただきたいと存じます。

続いて3点目、資料6の介護人材の処遇改善等についてでございます。

論点1の対応案において、処遇改善加算の一本化に当たっては、報酬体系や要件、また計画書等の様式がより一層簡素なものとなるよう、引き続き検討いただきたいと存じます。

特に、新旧加算を選択できる移行期間については、新旧の届出に際して、少なくとも2つの様式を使い分けることが予測されます。もしくは、1つの様式に全て収載することも考えられますが、いずれも自治体及び事業者において対応が難しくなることが懸念されるため、さらなる負担増とならないよう、御検討をいただきたいと存じます。

4点目、最後に、複合型サービス、訪問介護と通所介護の組み合わせについてでございます。

論点2の基準の考え方について、個別サービス計画の作成について、既存のサービスでは、サービス提供責任者が訪問介護計画を、生活相談員などが通所介護計画を作成しておりますが、当該サービスの個別サービス計画を主体となって作成する職種、職員について、現場で混乱が生じないように御配慮いただきたいと存じます。

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、よろしく願いいたします。

○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をさせていただいております。

資料1、2、3及び6につきまして意見を申し上げます。

まず、資料1の31ページ、論点マル4の「中山間地域等における移動距離等を踏まえた報酬の見直し」につきましては、対応案で新たに評価してはどうかとしていただいております、離島や中山間地域等における介護サービスを維持する観点から、具体的な検討を進めてい

たきますようお願い申し上げます。

次に資料2の15ページ、論点マル2の「看取り体制の強化」につきましては、本県では、特に医師不足が深刻な二次離島において、死亡診断等のため、県警が急遽チャーター船を手配いたしまして、本土に搬送しなければならなかった事例などもあるなど、課題があるところがございます。

対応案にあるとおり、ICTの活用や、看護師の補助による死亡診断等をさらに促すような取組を推進していただくようお願い申し上げます。

次に、資料3の22ページ、論点マル3の「認知症リハビリテーションの推進」につきましては、実際の生活の場にリハビリテーション専門職の視点が入ることは、認知症の方が住みなれた自宅で生活を続けられるための取組として有効であると考えます。

地域共生社会の実現に向け、対応案のようなリハビリテーションを普及させていくための取組の推進をお願いいたします。

最後に資料6の9ページ、論点マル1の「処遇改善加算の一本化」につきましては、事業者から3つの加算制度が煩雑、難解との声を多く伺っており、今後の簡素化による事務負担軽減は、ぜひ進めていただきたいと考えております。

他方で、これまで制度の変更が行われた際には、一部の事業者で計画書の記載方法等が分からず、本県にも多数の問い合わせをいただくといった状況がございました。

新制度への移行に当たりましては、事業者が準備する期間を十分に取れるよう、可能な限り早期に分かりやすい周知をお願いいたしたいと存じます。

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、小林委員、よろしく申し上げます。

○小林委員 ありがとうございます。

6つの項目について申し述べます。

まず、資料1についてです。論点1と論点2に関わりますが、訪問介護を人材の面で持続可能なものにするために、現場で働く皆さんが誇りを持って働き続けられるようにして、これからの担い手が集まるようにしなければなりません。そのための賃金配分、それを可能とする介護報酬にすべきと考えます。

その上で、論点1と2に関わることとして、看取り期への対応強化という方向性は賛同しますが、ACPの取組を忘れてはならないと思います。それによるメリハリづけも含め、利用者が意思表示しやすいよう、日頃から話し合えるACPの取組をきちんと位置づける必要があると思います。

利用者の尊厳と自己決定権の尊重を促進できるようにするための加算の要件として何が大切なのか、よく見極める必要があると思います。

論点4について、「中山間地域等であっても必ずしも現行の加算要件に該当しない場合がある」との指摘はそのとおりだと思います。

豪雪地帯に該当していなくても、雪かきが必要な場合は多々ありますし、移動に苦労しながらもサービス提供を継続していることが報われるように、不公平感が広がらないようにすべきと思います。

次に資料2についてです。

論点3の緊急時訪問看護加算について、「緊急訪問の必要性」を誰が的確に、かつ速やかに判断するのか、その点を曖昧にせず細部をきちんと示して、利用者及び家族の安心を担保する必要があると思います。

論点4については、以前にも発言いたしましたでしたが、示されている方向性に賛同いたします。

論点5について、円滑な在宅移行に向けて必要な対策というものが、「退院当日の訪問看護の評価の充実」によって解決されるものなのか分からないことを申し述べておきます。

資料3についてです。論点1について、訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加して退院時共同指導を行った場合の加算について、参加状況の実態が分からない中でこの対応案でなければ促進できないのか、その点はよく検討する必要があると思います。

論点4について、事業所の指定に関する対応案ですが、それが実際に、質が確保された訪問リハの提供につながっていかねばなりませんので、その点、留意が必要と思います。

論点5について、未実施検査に関わる資料35ページと36ページを見ると、単にまた猶予期間を延長するという対応でよいのか、疑問に思います。

減算単位を相応の水準にする、あるいは質が担保されている活用可能な研修というものを考えていくことに検討の余地があると思います。

資料5についてです。論点1について、ターミナルケアマネジメント加算のことが書かれていますが、これについても、ACPの取組をきちんと位置づけて、利用者の尊厳と自己決定権の尊重を促進できるようにする必要があると思います。

論点2について、公正・中立性の確保は重要なことですので、独立型の事業所を報酬上評価するなどの支援をすべきと考えます。

また、資料26ページのデータをもって効果が薄いと結論づけてよいのかと思いますし、「利用者に対する説明義務」の見直しについては慎重に検討すべきと考えます。

論点3について、ヤングケアラーなどへの対応を明確にすることには賛同いたします。ただ、特定事業所加算について、兼務を認めることなどの要件見直しについては、質の高いケアマネジメントを確保していく上で、また、受ける側の業務負担や労働時間との関係で懸念は残されていると思いますので、こうした対応でケアマネジメントの質を損なうようなことにしてはならないと思います。

同様に論点4について、利用者の状態把握は、訪問して会話をし、様子を見て、生活状況を把握する重要なものですので、慎重な検討が必要と思います。

同じく論点5について、労働投入時間が減少しているデータを根拠にされていますが、平成21年度とコロナ禍の令和4年度との比較が適切なのかは疑問が残りますし、業務負担や労働時間との関係での懸念はやはり残されていると思います。

何より、それぞれの論点に関わることなのですが、質の高いケアマネジメントを将来にわたり確保していくためには、要件の緩和よりも、人材面での持続可能性を介護報酬でしっかり担保していくことが必要と思います。

資料6について、論点1の加算の一本化は賛同しますし、事務作業の簡素化も進めなければならないと考えます。

ただ、「加算率が一本化前後で同一になるよう」という点について、むしろ加算率は引き上げるべきと考えます。

同時に、対象事業所を拡大すること、それから対象職種も、ケアマネジャーや福祉用具専門相談員なども含めて対象を拡大すること、そして、月例賃金かつ基本給のベースアップに充てる割合を十分に高め、介護で働く労働者全てに賃金上げが行き渡るようにしなければならないと考えます。

連合に加盟するUAゼンセン日本介護クラフトユニオンが9月に「2023年度就業意識実態調査」を公表いたしました。

この中で、「働く上での不安はありますか」という設問に対し、「ある」という回答は74.8%と高く、その理由は、「賃金や貯蓄などの経済的な不安」が約3割でトップです。こうした事態に対して、国としての「介護が賃上げに取り残されるようなことはしない」とのメッセージをしっかりと形にすべきだと考えます。

論点2について、職場環境等要件を強めて実効性を高めていく必要があると思いますが、加算は月例賃金かつ基本給のベースアップに充てることが処遇改善の基本であるべき、ということを繰り返し強調しておきます。

特に生産性向上及び経営の協働化に係る項目については、この加算が「処遇改善のための加算」ということを踏まえた検討でなければならないと思います。

また、研修受講支援の対象を追加する案が書かれています。資料28ページを見ると、介護福祉士ファーストステップ研修については、一覧で見ると実施体制がほかとは異なり、受講費用も人によって変わるようですし、リハの研修と似た状況を生み出しかねないとも言えます。加算という制度一律の仕組みにこうした研修を位置づけることの難しさがあると思いますので、少し疑問に感じているところです。

ただ、そもそもの介護福祉士教育の充実や介護福祉士の配置を介護報酬の算定要件にきちんと位置づけていくことが重要であることは申し添えておきたいと思います。

資料7についてです。令和4年度の「地域の特性に応じた訪問介護サービスの提供体制の在り方に関する調査研究事業」に見られた懸念点や、訪問介護と通所介護のサービス特性の違いを踏まえ、訪問介護員の資格に係る基準は堅持するなど、質の担保を緩めることのないようにすべきと考えます。

これで終わります。以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

事務局から何か補足があるようですので、お願いします。

○古元老人保健課長 今、小林委員から御指摘いただきました点について、少し説明が不十分でありましたため、補足させていただきます。

訪問リハビリテーション、資料の3でございますけれども、15ページに退院前カンファレンスへの参加状況についてのデータをお示ししてございます。これは、前回、通所リハの際にも御質問をいただいたため本日御用意いたしました。

訪問リハビリテーションでは21.1%、通所リハビリテーションでは14.8%において、退院前カンファレンスに参加をしていると、こういった状況がございます。資料を後ほど、また御覧いただければ幸いです。よろしく願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

○田辺分科会長 では、石田委員、よろしく願いいたします。

○石田委員 よろしく願いいたします。

私のほうからは、6点ほど意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1の訪問介護です。論点1について看取り期の利用者への対応ということで、今回、現行の区分の整理統合と併せて要件を見直すという特定事業加算についての対応策が挙げられておりますけれども、看取り期の対応を重度者対応に加えるということについては、異論はございません。

ただ、本来、訪問介護に関して、重度の方以外の方への対応ということの基準も結構多くあります。こういった訪問介護の機能とか役割、その効果については、例えば、体制要件、人材要件といったところで、より評価する必要があるのではないかと考えます。居宅で生活している要介護者の状態が重度化しないように、重度化を押しとどめるという形で提供されている訪問介護サービスの役割を認めて、適正に評価する必要があると考えております。

論点3の訪問介護における同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬というところでは、

ここで、提案として同一建物に居住する人への訪問サービス提供について、段階的に報酬の適正化を図るとあり、これは減算が提案されているわけですがけれども、これは、さらなる減算ということになって、利用者への影響が生じるのではないかと懸念しております。

訪問介護事業というのは、在宅生活を支える非常に大きな要のサービスと理解しております。しかし現在、同一建物に居住する人以外の利用者に対応する訪問介護事業所については、閉鎖とか廃止という状況が相次いでいます。そうした現状を非常に心配しております。この訪問介護に関しては、同一建物居住者へのサービスと、それ以外というのを分けて考えなければいけないのではないかと考えております。ぜひ、このところは検討していただきたいと思っております。

それから、資料2の訪問看護、論点6ですけれども、訪問看護と訪問介護、このスムーズな連携というのは非常に利用者にとっては心強いサービスとっておりますので、提供体制を評価するという要件については賛成です。

次に資料5、ケアマネジメント、居宅介護支援のところですが、論点の2です。公正中立性の確保という点で、利用者への説明に係る事務負担が非常に重いということで、公正中立の確保への効果が薄いということから、負担軽減を図るために、説明義務を努力義務に改めるといふ、この提案については少し疑問を感じております。

ケアプランにおいては、やはり訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具とか、こういったサービスの利用や、同一事業者によって提供されたサービスの割合という内容については、重要な情報でありますし、これについては、しっかり利用者に理解してもらい、適切なサービスの利用を支援することが、本来のケアマネの仕事と理解しておりますので、ぜひ説明義務は果たしていただきたいと考えます。

次に、資料6の介護人材の処遇改善というところで、論点1に処遇改善加算の一本化、論点2に職場環境要件の見直しと掲げられておりました、職場改善、この加算の一本化については反対ではありませんけれども、実際に処遇改善加算につきましては、やはり現在のように、物価がさらなる高騰を続けておりました、これが利用者の負担増にはね返ってくるというようなことから、加算を取得しないという事業所もあるということにはよく聞いております。

看護介護人材の賃金の引上げは重要なことではありますが、この場合は給付費分科会ではありますが、やはりこの人材の賃金引上げに関しての財源については、介護報酬以外の方法を、ぜひ検討していただきたいと思っております。

最後に資料の7です。複合型サービス、論点2、この基準の考え方につきまして、サービスの質の確保の観点から、それぞれのサービスで必要とされている人員、設備、運営基準は基本的に同様のものとするということが掲げられております。

特に複合型ということが提案されたとき、訪問介護と通所介護を複合的に提供する場合に、人材不足が際立って問題となっている訪問介護サービスについて、やはり懸念がありまして、ここについても効率化とか生産性向上ということを理由として、マンパワーの削減であったり、サービス提供量が減少されたりということにならないように、ぜひ、配慮していただき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した。

それでは、奥塚委員、よろしく願いいたします。

○奥塚委員 ありがとうございます。

資料7、地域密着型サービスとして、複合型サービスの創設ということでございますが、御意見を申し上げたいと思います。

10ページの論点マル1についてですけれども、在宅サービスを支えるホームヘルパーの

高齢化や人材確保については、非常に深刻な問題である中、39ページの通所介護と訪問介護をともに利用している人の割合が全体で46.7%であること、また、6ページの日本ヘルパー協会の朝のケアや帰りのケアを通所介護の中で、訪問介護でできれば、人員を確保できるといった御意見を踏まえ、複合型サービスをつくっていく、創設する方向については賛成いたします。介護人材の有効利用や効果的かつ効率的なサービスの提供ができることを期待いたしております。

一方で、地域密着型サービスとなりますと、市町村が指定権限を有しまして、指導・監査についても市町村は行うこととなります。また、原則として、指定をした市町村の被保険者のみが利用できることとなりますが、特例として、事業所の所在市町村長等の同意によりまして、他の市町村の被保険者の利用も可能となっております。

さらに、23ページの論点2にありますとおり、運営の公平性や透明性を確保するための運営推進協議会も設ける必要がございます。

こうした市町村の指定事務や他市町村からの同意事務、事業所への実施指導・監査・運営・推進会議への職員の参加など、新たな市町村の事務負担も発生いたしますので、こうした事務の軽減についても考慮していただきたいと思っております。

続きまして、28ページの論点3、報酬の考え方についてであります。要介護別の包括払いにしてはとのことですが、30ページに包括払いのメリット、デメリットが掲げられており、利用者にとって、これまでの各サービスの利用量に比べて、できる限り負担が増えることがないように、しっかりと検討していただきたいと思っております。

加算、減算につきましても、現行の訪問介護と通所介護の加算、減算を基本とし、包括報酬であることや、複合型サービスの特性に合わせて整備を行うとありますので、事業者が参入しやすいよう、できる限り簡素化と分かりやすい介護報酬体系を考えていただきたいと思っております。市町村の立場からの意見でございます。

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、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。

まず、最初に全てのサービスに関連することですけれども、これまでも繰り返し申し上げてまいりましたが、高齢化の進展により、今後ますます介護需要が高まる一方で、生産年齢人口の減少に伴う介護人材不足あるいは財源確保の問題が深刻化することが懸念されております。

そうした中で、介護保険制度を今後維持していくためにも、介護従事者の負担にも配慮しながらテクノロジーの活用を進め、働き方の在り方を見直し、生産性を向上させながら、介護サービスの質の向上を図るとともに、限られた財源の中で報酬にメリハリをつけるなど、介護サービスの適正化や重点化を踏まえた議論をしっかりと行っていくべきであると考えております。

そうした観点から、今回示されました各サービスの対応案等につきまして、幾つか意見を申し上げたいと思います。

まず、最初に資料1の訪問介護・訪問入浴介護の関係の論点3と4に関してでございます。

同一建物におきましては、効率化・適正化の観点、また、実態等を踏まえれば、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供の場合には、減算をさらに推進していくべきと考えております。

その一方で、中山間地域等においては、必ずしも現行の加算の要件に該当しない場合があり、新たな評価を行ってはどうかということですが、地域資源等の状況を把握した上で、現行の対象地域の見直しなど、ルールの複雑さや事務の煩雑さをできるだけ回避するという観点も考慮しながら、評価について検討すべきであると考えております。

資料2の訪問看護の関係の論点4でございます。

対応案にございますように、理学療法士等による訪問看護に係る評価の差別化を図ることは、看護職とリハビリ職の訪問によるサービス提供の違い、訪問看護の役割等の観点から異論はございませんが、前回の改定と同様の方向で検討していきたいと思っております。

続きまして、資料3、訪問リハビリテーションの関係でございます。

論点6ですが、対応案にございますように、適切な評価を行う観点から、訪問リハと介護予防訪問リハの基本報酬に一定の差をつけるのであれば、訪問リハの基本報酬を据え置いた中で、評価の差別化を検討いただければと思っております。

続きまして、資料5、居宅介護支援、介護予防支援の関係でございます。

論点2ですが、事務負担に比して、公正中立性の確保への効果が薄いということから、利用者に対する説明義務を努力義務にするということですが、利用者から見た評価、意見等はどのようになっているのか。事務負担の軽減は、大事なことでございますけれども、その一方で、利用者の視点で必要かどうかを検討するなど、見直しに当たりましては慎重に検討すべきことではないかと思っております。

また、介護サービス情報の公開につきましては、利用者が適切に事業所等を選択できるようにする観点からも、引き続き公表すべきであると考えております。

また、利用者がどんな情報がインターネットで公開されているのか、あまり知られていないと思っておりますので、介護保険証の更新時等の際に、リーフレットを同封するなどして、利用者にお知らせするなど、広報にもしっかりと努めていただきたいと思います。

資料6、介護人材の処遇改善についてでございます。

論点1の処遇改善加算の一本化につきましては、報酬体系の簡素化の観点から、一本化に対して異論はございません。

ただし、職種間の賃金配分ルールにつきましては、介護職員への配分を基本とし、特に経験・技能のある職員に重点的に配分することとするが、事業所内での柔軟な配分を認めるといった対応案でございます。

加算の趣旨を踏まえまして、しっかり運用されるように、「基本」あるいは「重点的に配分」といった抽象的な表現ではなくて、定量的に評価できるような配分ルールを明示することも必要ではないかと思います。

また、論点2でございますが、対応案にある取り組むべき項目数を増やす等の見直しに関しましては、異論はございませんが、項目を増やすだけでなく、現行の区分と24項目のうち、必ず実施すべき項目を設けるなどの見直しも必要ではないかと思います。

最後に資料7、複合型サービスの関係でございます。

論点1、2の複合型サービスの組み合わせや、機能、役割、基準の考え方に異論はございません。

論点3の報酬の考え方につきましては、要介護度別の月額を包括払いとするという対応案につきまして、利用者の自己負担額の変動を回避するといった観点からは理解をしておりますが、訪問回数や通所回数等のサービス状況の違いによって、現行に比べ利用者にとって損得の状況が起きてしまうのではないかと考えられますので、サービス実態を踏まえた評価、範囲設定については慎重に御検討いただければと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、鳥潟委員、よろしく願いいたします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

資料の1番なのですが、論点1、看取り期の利用者に対する訪問介護の提供は、病院でなく、自宅で最期を迎えることなどの利用者の皆さんにとっては、介護の質の改善につながり得ると思いますが、看取り期のケアの決定プロセスにおける関係者が増加するという点でも、一方であると思えます。

十分な意思疎通が行えず、利用者望むような形で人生最期の時間を過ごすことが難しくなるということがないように、訪問介護での対応も想定した形で、ガイドラインなどを見直すことも必要ではないかと思っております。

論点2の訪問入浴介護での看取り対応についても同様となっております。

次に資料2ですけれども、論点1について専門管理加算の算定状況に関するデータも踏まえるべきではないかと思っております。事務局のほうでデータをお持ちであれば教えていただきたいと思えます。

また、論点3についてですが、持続可能な体制に資する取組というのは、具体的にどのようなものを想定しているか、事務局の皆様の方で特に有効と考える取組があれば、議論の際には御教示いただきたいと考えております。

あわせて、論点5ですけれども、文章以外の方法で提供と書かれておりますが、具体的にはどんなイメージをお持ちになっているのか、ICT化を指していらっしゃるのか、それとも口頭での情報提供を可能にするという趣旨なのかということを具体的に示していただければと思っております。

最後、論点6ですけれども、訪問介護のみ提供している場合は、ケアマネジャーとの連携などを評価するという観点でしょうか。こちらもしお伺いしたいと思っております。

また、資料3、訪問リハビリテーションに関してですけれども、論点3について、認知症の方に対する訪問リハビリテーションは、実際、現在どの程度行われているのか、感覚で構わないので、教えていただきたいと考えております。

論点4について、限りある介護資源を効率的・効果的に活用するために、可能な限り手続の簡素化を進めるべきであり、これに関して異論はございません。

論点5ですけれども、皆さんもおっしゃっていましたが、研修の受講の有無が確認できていないということに対する対処が、延長という対処のようにも聞こえますけれども、そもそも何でというところが、原因は何だったかというところも伺いたいところです。延長したからといって、この課題が解決できるのかということを確認させていただきたいと思っております。

あと、資料4ですけれども、論点4について、対応案の趣旨は理解しておりますが、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断する基準については、明確に示していただきたいと考えております。

本当に必要のある方に対してのみ、上限回数の緩和が行われるようにしていただきたいと考えております。

資料5、居宅介護支援、介護予防支援に関してですけれども、論点1について、医療と介護の連携を強化する方向性については賛成でございます。

ただ、かえって業務が複雑になってしまうことがないように、ICTを活用するなど工夫して、現場の方がストレスなく連携できるような環境を整えていただきたいと考えております。

論点2ですけれども、業務負担軽減の観点からは、こちら、より効果的なICTの利用が望まれると考えております。例えば、サービスの利用割合のデータを自動で作成してくれるようなソフトの提供など、関連業務の自動化ができないかという点も検討していただくと幸いです。

あと、利用者の目線でどのような情報がより必要かという点も、一緒に考えていただけたらと考えております。

論点4ですが、業務効率化の観点でもそうですが、訪問を精神的に重荷に感じる利用者もいらっしゃると思われまますので、テレビ電話等を活用したモニタリングを可能にする点については賛成です。

論点6についても同様です。

論点7については、ケアマネジャーの業務の実態を調査し、手間、コストが減少している場合については、必要な適正化を講じていただきたいと考えております。

資料6ですけれども、論点1、処遇改善に関わる制度が複雑なため、取得しないという事業所が多いことは憂慮すべきと考えております。

介護制度自体が制度の創設から年数を重ねるにつれ、複雑化していることも踏まえれば、

対応案のような形で簡素化を図ることは、介護事業所の経営者にとっても、現場の介護職員にとっても、費用負担する国民にとってもニーズがあることだと考えております。

効率的・効果的な制度となるよう、現場の意見に耳を傾けながら見直していただきたいと思っております。

論点2についても方向性に異論はございませんが、制度の複雑化を招くことがないように御留意いただきたいと考えております。

資料7、論点1の新しい複合型サービスの創設について、創設そのものについては反対ではないですけれども、やはり今一步、例えば、小規模多機能型通所介護等の違いが明確でない中、制度の複雑性を招くのではないかと危惧している部分もございます。

論点2や論点3にも通じて言えることですが、丁寧な議論の上、いろいろな疑問点が解消された上での議論になると理解しております。

以上です。よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

何点か御質問がございましたので、回答のほう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。

資料の2、訪問看護について何点か御質問いただきました。

まず、論点1、専門的ケアのニーズが高い利用者への対応ということで、前回の診療報酬改定で、こういった評価が行われた、その結果につきましては、まだ、公表できる形での実績については、持ち合わせがございません。また、必要に応じてデータなども御提供してまいりたいと思います。

また、論点の5でございましたか、文書以外の方法で提供することでございますけれども、これは、やはりお電話という形であれば、それはなかなか不十分ということだと思いますので、例えば、eメールとか、そういった運用も可能であると、こういったところを明確に可能としていけないかということも考えてございます。少しでも現場の運用がやりやすくなるように検討してまいりたいと思います。

もう一点いただきました点については、また、追って御回答申し上げたいと思います。

続きまして、訪問リハビリテーションについてでございます。

論点の3、認知症リハビリテーションがどの程度行われているかということですが、手元に具体的な数値のデータはございません。他方、実際に訪問リハビリテーションを行っている中では、当然、認知症をお持ちの方への対応というのは、日頃から行われている中で、一定程度は行われているということだと思います。そこを今回、しっかりと形として位置づけられないかといった御提案でございます。

また、論点の5、研修の状況が把握できていない、これは委員御指摘のとおりでございます。この点については、訪問リハビリテーションの事業所と医療機関との関係で、なかなか現場での確認が難しいと、こういったところも御意見として聞いておりますので、今回、要件として義務づけをすることによって、その把握が進むように改善していき

いといた趣旨でございます。

また、居宅療養管理指導につきまして、論点の4、管理栄養士の見直し、資料の4でございます。

24ページに、管理栄養士による居宅療養管理指導の回数上限の緩和でございますけれども、例えば、終末期の方でありますとか、非常にそういったニーズが高いということでございます。

ただ、あまりそれが広がり過ぎない、もしくは一定程度判断の要件のようなものについては、何かできないか、そこは検討してまいりたいと思います。

御意見いただきまして、ありがとうございます。

○鳥潟委員 どうもありがとうございます。了解いたしました。

○田辺分科会長 それでは、正立委員、よろしくお願いいたします。

○正立委員 ありがとうございます。

私のほうからは、資料6、資料7について意見と質問を申し上げます。

初めに資料6「介護人材の処遇改善等」についてです。

多数の委員の皆さんから、事務作業の煩雑や職員間の賃金のバランス、利用者への説明などの課題が指摘されてきましたし、利用者にとっても分かりやすくなるといった意味で、論点1の処遇改善加算を一本化する方向には賛成いたします。

次に、論点2の職場環境等要件の見直しですが、そもそも処遇改善は、介護人材確保のために全産業との賃金格差を是正することが大きな目的であったと認識しています。

キャリアパス要件や職場環境等要件などが加算のハードルとなっていますが、本来、これらは、法人や事業所の主体的な取組において整備すべき話であって、介護従事者の責によるものではなく、賃上げとは分けて考えるべきだと思います。

職種間の調整はあったとしても、要件にかかわらず、賃金の引上げは引上げとして等しく行う、キャリアパスや環境整備は、その取組に応じて、別立てで評価するといったことが必要ではないかと思います。

キャリアパス要件や環境整備は非常に大切なことですが、今の体系の中で、さらに要件を付加していくことには疑問があります。

3点目は質問です。

この資料では、特に触れられていないのですが、介護職員に加え、介護支援専門員、主任介護支援専門員の人材不足が言われています。過日、東京都からも緊急要望が発表されました。公定価格評価検討委員会の中間整理でも言及されていますが、介護支援専門員の処遇改善について、どのような方向性を考えているのか。

例えば、先ほど資料5で御説明いただいた今回の改定で、賃金の引上げの財源確保が可能だと考えているのか、その点、御説明をいただければと思います。

次に、資料7「訪問介護と通所介護の複合型サービス」についてです。

委員の皆さんから様々な御意見が出されましたが、利用者から見ますと、このサービス

の導入は助かりますし、需要も高いものと考えています。卑近な例で恐縮ですが、私の母もデイサービスに通っていました。その際、家族が不在の場合、朝の送り出し、帰宅時の対応のために、訪問介護を利用していましたが、これが一連の中で行っていただけるのであれば、その負担が軽減できますし、デイサービスで顔見知りの方であれば、本人にとっても家族にとっても安心できます。

類似のサービスとして、小規模多機能型居宅介護もありますが、泊まりは必要としない利用者も少なくありませんし、泊まりがない分、利用料も軽減できるはずです。

新たな複合型のサービス導入に際しては、整理すべき課題も多々ありますが、ぜひ前向きな議論をお願いできればと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

1点、御質問ございましたので、回答のほうをお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 少しまたがる観点でございますが、介護支援専門員担当課としての、まず、御回答をさせていただきます。

まさに、介護支援専門員をめぐる人材不足の課題に対して、各種、今回まさに資料5の報酬改定で対応できるところについても、御提案させていただいているところでございますし、また、その内容については本日御議論をお願いしているところでございますし、また、さらに、介護支援専門員の不足についてどのように対処していくかという全体像については、今回の報酬改定を踏まえて、さらに、ケアマネジャーの資格の在り方、業務の内容といったことも含めて、全体として御提案していくべき内容であると考えております。まずは、今回の報酬改定の内容について御議論をいただければと考えているところでございます。

以上です。

○田辺分科会長 正立委員、よろしゅうございますか。

○正立委員 分かりました。ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、野村委員、よろしくお願いたします。

○野村委員 ありがとうございます。

私のほうからは、資料3の訪問リハと資料4の居宅療養管理指導について、意見を述べさせていただきます。

まず、訪問リハの資料3の論点の1でございますが、歯科の立場からも、医療介護連携の推進は非常に重要な課題と感じております。

今回、議論は主にリハの観点での論点になっておりますが、リハだけでなく、口腔、栄養もセットに提供できるように、再三申し上げさせていただいておりますけれども、その辺りをよろしくお願しいたいと思います。

介護支援専門員の濱田委員のほうからも、歯科の重要性についてコメントをいただいておりますし、そういうところも含めて、御検討をいただければと思います。

続きまして、居宅療養管理指導、資料4についてでございますが、こちらの各論点には、おおむね賛同いたします。

ただ、論点4では、管理栄養士については、頻回受診の論点对応案が示されておりますけれども、こちらは歯科についても同様であり、意見交換会からも意見をさせていただいておりますけれども、終末期等の最期まで自分の口から食べる支援や、薬による有害事象と呼ばれる、ひどい副作用の口内炎や口腔乾燥による疼痛、そして口腔内の痂皮の除去など、週1回では決して対応できず、頻回な対応が必要な場面もありますので、この部分は歯科衛生士による居宅療養管理指導についても、同様な仕組みを御検討ください。

あと、論点5についてでございますけれども、歯科医師は必要な方への歯科訪問診療が実施できていますけれども、歯科衛生士についても歯科医師の判断で実施できるよう、対応案どおりで進めていただきたいと思いますと思っております。

私のほう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す。

それでは、及川委員、よろしく願いいたします。

○及川委員 ありがとうございます。

日本介護士会の井川でございます。私のほうからは、資料1と資料6について意見を申し上げます。

まず、資料1の論点1のところでございます。訪問介護サービス、訪問入浴サービスの看取り期における対応の評価につきましては、考え方に異論はございません。

ただ、毎月、前の月の15日までに申請、翌日から適用する現行の体制加算の申請では、対応できないとの声も届いており、この点への対応についての整理をお願いしたいと思っております。

在宅サービスにおける看取り期の対応のニーズは高まっていくことは想定されます。訪問介護以外の居宅介護支援事業などの在宅サービスについても強化すべきであると考えます。

続きまして、論点3でございます。同一建物等居住者の訪問介護実態調査等の資料の提供につきましては、感謝申し上げます。論点にある段階的な適正化を図る見直しについても異論はございません。

論点の中にはなかったのですが、訪問介護のサービス提供責任者の要件の件で、少し御意見をいたします。

私どもが繰り返しお伝えしておりますサービス提供責任者の資格要件を、介護福祉士資格一本に限定すべきとの意見について、再度申し上げます。

人材不足は極めて大きな課題ではありますが、ただ漠然と介護人材を集める方策を取るのではなく、質の担保されたサービスを保障しつつ、介護職に訴求力を持たせる必要があります。そのためには、介護職としてのキャリア形成の道筋を明確にする必要がございます。

他方で、職能団体といたしましては、利用者優先の倫理を有する専門職能である介護福祉士の国家資格をもっと活用すべきだと考えております。資格を持つことの意味合いとあわせ、資格があるからこそ任せられる役割を明確にすることで、介護職全体を上を引き上げる道筋となり、介護職に訴求力を持たせることにつながると考えるからでございます。

これまでしてきた訪問介護のサービス提供責任者の要件の一本化の提案は、その1つでございます。この件につきましては、先般のヒアリングヒアリングでも、日本ヘルパー協会も賛成いただいているところでございます。

ちなみに、令和3年度の介護サービス施設事業所調査の結果では、サービス提供責任者の約87%が介護福祉士、実務者研修修了者7.5%等となっており、即時に要件を一本化することは現実的とはいわずらいたころもありますが、それであれば、当面は、サービス提供責任者の研修を必須としつつ、他方では、経過措置をもって、例えば3年後に完全施行として介護福祉士一本化とする道筋をつける等の対応が考えられるのではないのでしょうか。

なぜなら、実務者研修の修了者が介護福祉士試験に合格すれば、95%を超えるからでございます。今回の論点には挙げられておりませんが、ぜひとも御検討をお願いしたいのです。介護福祉士資格は国家資格でございます。介護福祉士という国家資格を創設した意味合いや、国家資格であることの意味合いを改めて御確認いただければと思います。

続きまして、資料6、論点2のところでございます。対応案のところにはファーストステップ研修が取り扱ってありました。介護人材の不足等への対応として、介護現場には多様な人材が入ってきております。介護助手、多様な働き方、外国人の介護人材など、多種多様でございます。

介護職チームのリーダーには、そんな多様な介護人材を束ね、質の高い介護サービスを提供する役割が求められております。だからこそ、介護職チームリーダーには、チームマネジメント等の学びが必要であり、今回マネジメント系の研修であるファーストステップ研修が処遇改善の職場環境等要件の1つとして明記されたことは評価したいと思います。

ぜひとも全国的に、このようなマネジメント系の研修受講が広がることを期待しておりますし、政府には、このような役割を担える人材の育成、配置の推進をお願いしたいと思います。

また、生産性向上の項目を拡充する件につきましては、介護職チーム内で業務改善を進める役割を担う中核人材の重要性から、まずは当該人材育成を推進する取組については、盛り込むべきと考えます。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 それでは、鎌田委員、よろしく申し上げます。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず、資料3の論点3です。認知症の人のリハビリテーションのところですけども、在宅で認知機能へのリハビリが受けられるということは、できることを伸ばし、まだ使っていない力を生かすことになり、本人の自信になります。介護者にとっても介護負担を軽

くすることになります。できることが増えるのは本人だけでなく、家族の喜びでもあるので、進めていただきたいです。

質問ですが、この効果を調査した老健事業のn数が少なく、リハビリの効果について、これで効果があると判断できるのでしょうか。また、この認知症の人のリハビリということに対して、多分医師の指示とかが要ると思いますけれども、あとケアマネジャーがケアプランに載せていかないといけないと思いますけれども、医師やケアマネジャーに、この調査結果が、周知というところがどこまで行われているかということを質問させていただきます。

次に、資料4のところですが、ケアマネジャー1人当たりの取扱い件数です。要支援者は独居の人も多く、また、認知症の人でも要支援と認定された方もいます。

計画策定には時間を要することも多いのではと推測しますが、現行の報酬は低く、割に合わないとの声が聞こえてきます。聞いたこともあります。

居宅介護支援でのケアマネジャー1人当たりの取扱い件数が、今以上に増える案が検討内容にある中で、居宅介護支援と報酬の差が、2分の1以下の予防給付の人を受けてもらえるのか危惧いたします。

ケアマネジャーの業務で負担は、訪問等の調査があり、オンラインモニタリングの評価が、利用者での調査結果が出ています。

自由記述のところ、高評価を目立つような色をつけておられるところに、違和感を感じました。

質問です。オンラインについてはコロナ禍の中で大きく普及しました。移動などがなく、時間を有効に使えていいものですが、ケアマネジャーの能力の差で利用者を見る視点が大きく違ってくることがないのでしょうか。家族も気づかない変化を、訪問では、家の内外の現状から見ることはできますが、オンラインでは利用者や家族の顔のみと話した内容のみです。

その点に関して、実施された調査では、訪問時では見るけれども、オンラインでは見過ごしたことなどの問題としては挙がっていないのでしょうか。サービスを使っている事業所からの報告とかもあるでしょうけれども、やはりケアマネジャーが実際に見るということはとても大事ではないかと思います。

次に、資料6の介護人材の処遇改善等ですが、分かりやすさ、簡素化というところで一本化には賛成です。介護従事者の人が介護に魅力を持って長く働き続けてほしいと、家族も思っています。

しかし、介護保険料をはじめ、基本報酬の引上げを介護事業者のヒアリングでは異口同音に訴えておられました。利用者にとっては大変悩ましいところです。介護職員さんの給与は上がってほしいけれども、私たちが、これ以上負担するというのは、とても大変なところです。

介護人材の確保が喫緊の課題であると国も発言されているので、これ以上の処遇改善加

算費増ではなく、税負担とするよう、重ねて検討をお願いしたいと思います。

資料7の複合型のサービスですけれども、複合型サービスの新設については課題が多く、効果が少ないと考えます。

コロナ禍での通所介護事業所からの訪問を行った事業所は、少なかったと報告を聞いています。しかし、今回の資料では、とても効果があったような事業所の意見が掲載されていることに少し疑問を感じました。

ケアマネジャーの変更をしなくてよいのは、認知症の人や家族にとってはありがたいです。しかし、小規模多機能居宅介護でも、訪問介護は制限されている現状があると報告があります。指導を受けられたというのも聞いております。

既に通所介護と訪問介護を組み合わせた事業で、訪問介護が制限されている現状があるのに、このサービス利用で、利用前の訪問介護の回数や内容でのサービスが提供されるかは危惧いたします。

前回のときも意見しましたが、包括報酬はサービスの選択の自由が制限されるのではないかと思います。

外づけのケアマネジャーが必要とみなす回数が、事業所の体制などで制限されるという小規模多機能型居宅で起こっていることが、今回の複合型サービスの利用で起こることを心配いたします。

通所介護の職員の待機時間に訪問介護のサービス提供をすることを想定されているようですが、通所介護の職員に、待機時間があるとは思いません。

静養とか、それから入浴、送迎、昼食の介助、機能訓練、リクリエーションなど、利用者へ渡す記録など、いつ行っても職員さんは忙しくされています。

質問です。この事業を検討するに当たり、通所介護の職員の待機時間など、職員の動きでの調査をされたのでしょうか。ページ13に、訪問介護員の人手不足の現状が示されていますが、複合型の創設により、どのくらいの人手不足が解消されるのでしょうか。試算などされているのでしょうか。デイサービスの介護職員が訪問介護の応援をすれば、今のホームヘルパー不足が解消されるとはとても思えません。複合型サービスの構想で、在宅介護の大問題が解決できるという根拠をぜひ示していただきたいと思います。

ニュースで、既にこのサービスが来年4月から実施されるような報道がされており、私は大変びっくりいたしました。審議している委員としては、審議途中なのに既に決定事項のような報道がされているというのは、本当に私たち委員は、どんな立場なのだろうと思っております。この事態に関して、国はどのようにお考えでしょうか。質問いたします。

10月30日の朝日新聞の投稿欄には、介護の今後不安、先細る訪問介護事業と、ホームヘルパーが確保できないことへの高齢者の不安が寄せられていました。介護が必要になっても自宅で暮らすために、自宅で看取ってもらうために、訪問介護は欠かすことのできない大切な支援の1つです。

ホームヘルパーの世代交代を実現することができなければ、介護を必要とする人たちの

在宅介護は崩壊してしまうことをお伝えしたいと思います。

最後ですけれども、資料7の続きですけれども、複合型サービスには、ホームヘルパーの人手不足の現状が示されていますけれども、なぜ複合型サービスの資料に入っているのか疑問を抱きます。

資料7の訪問介護事業所への就業希望者が少ない理由では、1人で利用者宅に訪問してケアを提供することに対する不安が大きい。実質的な拘束時間が長い割には、効果的に収入が得られないという課題が大きいのですが、これは複合型サービスが創設されても解消される問題ではありません。

1人で利用者宅を訪問することへの不安解消、拘束時間が長いことへの対応を検討していただくことを希望いたします。

以上です。

○田辺分科会長 何点か御質問がございましたので、回答のほうをお願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。

それでは、訪問リハビリテーションについて、御質問いただきました。老人保健課長でございます。

資料3の23ページにございますとおり、認知症リハビリテーションの効果検証については、一定の知見が得られたところでございますが、委員御指摘のとおり、n数がさほど多くなく、この調査自体につきましては、一定の限界があるところ、これについては御指摘のとおりかと存じます。

他方、その次の24ページに記載してございますとおり、認知症リハビリテーションにつきましては、平成18年から老健施設、また、21年以降、通所リハでの実施が行われており、現場においては、そういったノウハウ、知見というのは一定程度積み重なっているといった背景も併せまして、御議論をいただければ幸いです。

また、今後も、訪問リハビリテーションによる認知症リハについては、効果の検証は行ってまいりたいと思っております。

また、2点目の御質問でございます。この効果検証の結果についての周知状況ということでございますが、今後、訪問リハビリテーションにおいて認知症リハビリテーションを位置づけることとなりましたら、こういった結果についても、広く、できる限り機会を見て周知をしてまいりたいと思います。

以上でございます。

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

まず、ケアマネジャーの関係、資料5のオンラインモニタリングの関係、利用者から見た評価も踏まえた御提案になっているのかという御質問をいただきました。

まさに資料の41ページ、42ページにお示しさせていただいているとおり、オンラインモニタリングについて、利用者から一定の評価もいただきつつも、やはり直接話を聞いても

raitai degozimasu toka, 2 kaguni 1 kugurai wa chikaku honjin ni mite hoshii to. masani, kore o jitshi suru ni atatte, iin no onyudoku ni mo atta you na kea manejia on honjin no shuishi ni mo hiru itashi mashi te, kaku ichi tei no yuuen o sette, 2 kaguni 1 kuu wa onyudoku shite itadak u koto o yuuen ni kakuin shite wa dou ka to iu onyudoku o sasete itadai te i ru to iu onyudoku to sasete itadakitai to omoi masu.

mata, shiryu 7, kaku gatai saabisu ni tsukimashi te, kaku onyudoku o itadakisashi mashi ta. kono onyudoku ga huan kakuin no jinzu buzu ni do no kudo kakuo no aru, mazu, shisan oon o yuun te i ru ka to iu onyudoku degozimasu.

chunan ga ra, sono you na shisan wa nakanaka nanishii to kaku te oon i mashi te, mazu, kono ron tenn, yuuen oon no onyudoku o itadai ta u de, do no you na koto ga kaku erareru ka to iu koto da to kaku te oon i masu.

mata, iwa to shite, kono onyudoku ga huan kakuin no jinzu buzu o, kaku kore dake de kaku shu suru to kaku te onyudoku shite i ru wa ke de wa degozimasen. tada, ichi tei no kakuo wa aru to kaku te oon i mashi te, masani iin ni onyudoku itadai ta you na huan kakuin no kaku, 1 jin de ri yuozu ta ni huan kakuin koto no nanishi sa oon no jinzu buzu no kaku ni dai shite, rei e ba, kaku gatai no onyudoku ni yuun te, toun shu kakuin to huan kakuin o sore sore na jimi no kaku oon no moto de yuun te iku to iu koto de are ba, ichi tei no kakuo ga mi dai mareru to kaku te oon i masu shi, mata, sou shi ta shu yo oon ni oon i te, toun shu kakuin to huan kakuin no sore sore oon jinzu buzu shite itadak u to iu koto ga, kono shu jin no jinzu buzu oon no meri tto mo aru to kaku te i ru tokoro de degozimasu.

ori ori de su ga, kono kaku oon kaku te o, kono onyudoku dake de kaku shu shu to kaku te i ru wa ke de wa degozimasen ga, sore sore ichi tei no kakuo wa aru to kaku te onyudoku onyudoku shi shu te i ru to iu koto de degozimasu.

huan kakuin no taku kin jikan oon no shisan ni tsuite wa, kaku sono you na mono ga aru no ka shu shi taku te mi tai to omoi masu. honji, onyudoku no chu ni wa, sou i tta mono wa huan kaku shite i nai to iu koto ni narimasu.

sumi mase n, kaku shu huan oon o itadai ta ka to omoi masu ga, iu de onyudoku to sasete itadakisashi mashi ta. O tani bun ka kaku oon kaku, huan kakuin no kakuo ga arimasshi ta kere do mo, iin, sore kara kaku kaku oon oon kaku mashi te mo.

O wada naku shu shu saaku kaku huan kakuin taku kin kaku oon kaku, sore wa, oon kaku oon kaku mashi ta. da i bu shu ri itashi mashi ta.

iwa to shite, huan kaku oon o sakeru koto o shu meru koto wa de kimasen no de, masani iwa to shite mo honji no shu kin no ma ni a no you na huan kaku oon kaku ta koto wa, buzu shi mo yoi to oon i te i ru wa ke de wa nai to, oon kaku oon o sasete itadakisashi mashi ta. iu zu re ni itashi mashi te mo, huan kaku oon no yu kin ga arimasshi ta kaku ni wa, chu nin ni onyudoku o shu shi shu te, naru be ku kaku shu oon oon kaku shu shu te i ru you na huan kaku oon kaku yuun te i ru you ni, iwa to shite, to mo ni naku shu shu te iku to iu koto de wa nai ka to oon i te oon i masu.

honji, kono kaku oon kaku ta to iu koto wa, do ko ka no dai kaku de wa oon pu ni na tte i ta to omoi ma

すので、それを受けた報道であつたらうということだけ補足させていただきます。

失礼いたしました。

○田辺分科会長 鎌田委員、よろしゅうございますか。

○鎌田委員 丁寧に答えていただいて、ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、清家参考人、よろしく願いいたします。

○清家参考人 ありがとうございます。

酒向委員に代わり発言させていただきます。

私からは、総論を一言申し上げた後、資料1、2、3、5、6について、意見を申し上げます。

まず、総論でございますが、いずれのサービスにつきましても、給付費が増えていくということは、保険料の負担であつたり、利用者の負担であつたり、公費の負担の増加に直接結びつくものでございまして、何か今回新たに評価するにしても、負担の増加をできる限り抑えていく、そういう観点も踏まえて、全体で給付費が膨らまないようなめり張りづけ、こういったものが不可欠だと申し上げたいと思います。

その観点で、以下、適正化項目を中心に申し上げます。

まず、資料1でございます。論点3について申し上げます。

介護人材、特に訪問介護の人材不足が深刻化する中、効率的にサービス提供を行っていらっしゃるということ自体は否定するものではございませんが、同一建物等以外に、居住していらっしゃる方へのサービス提供体制を確保していく必要がございます。

資料にもございますように、基準省令において、同一建物等に居住する利用者以外の方にサービス提供に努めるということにされている中で、資料の26ページにあるとおり、約半数近い事業者の方が対応していないというデータもありまして、さらなる対応が必要なのではないかということでございまして、今回、御提案のあつた提供割合に応じて、段階的に報酬の適正化を図るという方向性については賛同いたします。

続きまして、資料2、論点4について申し上げます。

看護師による訪問看護と理学療法士等による訪問看護の評価の差別化を図ることに異論はございません。

続きまして、資料3、訪問リハ、論点5と論点6について申し上げます。

まず、論点5ですが、診療未実施減算につきまして、本来、適用医療機関内に必要な研修を受講していただくべきではなかったかと思っております、次回改定までに困難な理由を解析されるということなのですが、どうして今回3年延長という提案が出てきているのか、やや疑問がないとは言えません。

したがいまして、対応案にあるような実施が難しいという解析については、必ず行っていただきたいと思つています。

続きまして、論点6、訪問リハと予防訪問リハの差別化につきまして、要支援と要介護で基本報酬に差を設けるということでありましたら、適正化の方向で行っていただきたい

と思います。

続きまして、資料5、論点7について申し上げます。これは訪問介護と同様、居宅介護支援におきましても、評価の差別化をしていくべきでありまして、対応案には賛成いたします。

最後に資料6、処遇改善について論点1、論点2について申し上げたいと思います。

9月にも酒向委員から発言申し上げましたが、処遇改善加算が複数あることで、事務負担を軽減していただきたいと、そういう必要性は非常に理解しております。

そういう意味で、提出書類の簡素化、標準化、電子化、これを3点セットでしっかり業務負担の軽減に取り組んでいただきたいと思います。

その上で、加算の一本化を図る場合、資料の13ページを拝見しますと、黄色で塗られている基本的な待遇改善、ベースアップ等の取組のみで加算が取得できるように読めるのですけれども、その辺りをどのように考えていらっしゃるのか、確認をさせていただきたいと思っております。

私どもとしては、黄色い部分だけでなく、例えば、マル3の職場環境の改善の取組、これも非常に重要だと思っております。特にこれまで、職場環境の改善がなかなか進まずに加算が取れていられなかった事業者の現場で、介護職員の方々の総合的な処遇改善、これを強く促す必要がありまして、十分配慮をいただきたいと思っております。

論点2についてでございますが、この点については賛同いたします。特に2つ目の生産性向上、経営の共同化に係る項目の拡充、これにつきましては、人材の有効活用だけでなく、現場の方の負担軽減につながることを期待しております。

私からは以上でございます。

○田辺分科会長 1点、要件に関する御質問がございましたので、お願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

資料の6について御質問いただきました。13ページ目、処遇改善に係る新加算の考え方についてのイメージ、マル1番、黄色い部分です。介護職員の基本的な待遇改善、ベースアップ等、これだけをもってといった御質問でございます。

その点につきましては、次の14ページの資料を後ほど御覧いただければと存じますが、14ページの資料に黄色で塗ってある部分、その中には処遇環境等要件でございますとか、キャリアパス要件、そういったものも含めまして、ファンダメンタルな部分を、きっちり評価してはどうかと、こういった御提案とさせていただければと存じます。

御意見をいただきまして、ありがとうございます。

○田辺分科会長 よろしゅうございますか。

○清家参考人 ありがとうございます。

○田辺分科会長 それでは、東委員、よろしく願いいたします。

○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3、資料6、資料7について意見を申し上げます。資料5については、質問をさせ

ていただきたいと思います。

まず、資料3「訪問リハビリテーション」の16ページ、論点2「介護予防訪問リハビリテーションの質の向上に向けた評価」についてです。

論点2の上から2つ目の黒四角に「要介護状態になることの予防の役割」とありますように、この介護予防訪問リハビリテーションにはその役割が大変大きいと思っています。長期間であっても機能の維持ができているのであれば、それは評価すべきと私もずっと申し上げてきました。

その観点からも対応案の1つ目の黒四角には賛成でございます。長期でもしっかり役割を果たし良質であれば、評価をすべきと考えます。

次に、22ページの論点3「認知症リハビリテーションの推進」についてです。

先ほど鎌田委員から、認知症リハビリテーションの効果はあるのかという御質問がございました。認知症のリハビリテーションにつきましては、約10年ほど前から薬物療法よりも、この認知症リハビリテーションという非薬物療法のほうが、認知機能の改善、それからBPSDの改善等に効果があるというエビデンスは出ております。

さらに、私も老健施設におきましては、入所、それから通所リハビリにおいては、この認知症リハビリテーションというものが大変重要な在宅支援のツールになっておりますので、これを訪問リハビリにも用いるということは賛成でございます。

次に、25ページの論点4「訪問リハビリテーション事業所のみなし指定」についてです。

老健施設の在宅支援機能として訪問リハビリテーションは、非常に重要な機能でございます。しかし、残念ながら老健施設における訪問リハビリの併設割合というのは、約30%弱でございます。その開設の阻害要因でありました事業所の指定について、見直しを認めていただけることは大変ありがたいことで、感謝を申し上げたいと思います。

全老健としても、老健施設における訪問リハビリのさらなる取組の推進を働きかけてまいります。

次に、資料5「居宅介護支援・介護予防支援」について質問をさせていただきます。

48ページに論点5「ケアマネジャー1人当たりの取扱件数」の対応案がでております。居宅介護支援費（Ⅰ）については40件から45件、居宅介護支援費（Ⅱ）については45件から50件、さらに要支援の取扱い件数について、現行の2分の1を乗じているところを、3分の1を乗じるという対応案が出ております。

近年のケアマネジャーの人員不足は大変顕著であるということから、このような見直し案については基本的に賛成でございます。

しかし、この見直しにより、現場のケアマネジャーの仕事量及び業務負担は明らかに増えると考えております。この負担増に見合った賃上げ、処遇改善が必須と思われませんが、この仕組みについて、事務局はどのように対応されるのか、質問をいたします。

次に意見でございますが、資料6「介護人材の処遇改善等」9ページの論点1「処遇改善加算の一本化」について意見を申し上げます。

これを一本化することによって、申請が簡素化される等のメリットはあると考えます。しかし、一本化することによって、逆に現場が混乱したり、使い勝手が悪くなるという可能性もあると思われれます。

したがって、一本化する際には、この点に十分留意をして行っていただきたいと考えます。また、一本化に当たっては、現場に混乱が生じないように、説明会の開催、相談窓口の設置等をお願い申し上げます。

いずれにいたしましても、重要な処遇改善加算でございますので、現場や利用者に分かりやすい一本化をしていただきたいと考えます。

最後に、資料7「複合型サービス」についてです。

10ページの論点1「複合型サービスの組合せと機能・役割」についてです。

この訪問介護と通所介護を組み合わせる目的が、訪問介護の人材不足の対策であるとするならば、新たに複合型サービスをつくり、制度を複雑化するのではなく、現存の通所介護事業所が、訪問介護もできるというような規制緩和はいかがでしょうか。

11ページにもポンチ絵が出ておりますが、既存の通所介護事業所が訪問介護もやろうとする場合、一旦通所介護事業所等を廃止して、新たな地域密着型サービスの指定を取り直す。これは大変手間がかかります。例えば、既存の通所介護事業所がみなし指定で訪問介護もできるような規制緩和を考えるのはいかがでしょうか。

御存じのように地域密着型サービスというのは、身近な市町村の単位でサービスの運営を行うということを基本とすることになっております。そういう観点から、住所地特例の対象外と整理されています。既存の通所介護、訪問介護の事業所、要支援のサービスがない場合は、都道府県の指定となります。

しかし、今回の複合型サービスというのは、地域密着型ということですので、市町村の指定となり、市町村またぎサービスが提供できなくなるということになります。

市町村の境にある事業所というのは、これまで市町村をまたいで利用ができていたものが、地域密着型の複合型サービスになることで、これまでの利用者にサービスが提供できなくなるということも発生いたします。

つまり、今回提案された地域密着型における新たな複合型サービスというのは、既存の通所介護事業所や既存の訪問介護事業所が、新しいサービスに移行するということはあまり想定されていないと思われれます。新規に事業所を開設する場合には、この制度が利便性の高いものになるかもしれませんが、新たな制度の恩恵を受けるのは、むしろサ高住等の集合住宅ではないでしょうか。利用者が1つの建物に住んでいるため、地域密着型に移行しても何ら問題がないからです。

繰り返しになりますが、新しい複合型サービスが、既存の訪問介護事業所の人材不足の対策となり得るとするのは、少し厳しいかなと考えております。

以上です。

○田辺分科会長 1点、御質問がございましたので、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

資料5、居宅介護支援の論点5のところについて御質問をいただきました。

御指摘のとおり、ケアマネジャーの人材不足、処遇の観点、大きな課題となつてございます。そうした全体の課題を踏まえた上で、この論点5の取扱件数の緩和、また、その他、ほかの論点における各種業務負担増の軽減といった、全体としての御提案をさせていただいているところでございます。

この御提案の方向性を踏まえまして、また、この改定において処遇に限らない待遇全体の改善ということが課題となっていることを十分踏まえまして、論点5の施行に当たってどのようなことができるのか、まず、改定の趣旨ということをしつかり周知していく方策について検討させていただきたいと考えてございます。

ありがとうございます。

○田辺分科会長 どうぞ。

○東委員 大変心強い御発言をありがとうございます。

やはり処遇改善を伴った要件の見直しでなければ、逆にケアマネジャーの人員不足に拍車をかけるようなことにもなりかねませんので、よろしく御検討をお願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 それでは、堀田委員、よろしくお願ひします。

○堀田委員 ありがとうございます。資料6と7について意見をしたいと思います。

まず、資料6については、16ページの論点2について、幾つか申し上げたいと思います。

まず、対応案の1つ目ですけれども、今、職場環境等要件というのが24項目あって、6区分となっているわけですが、前回も御紹介いただいたかもしれないですが、昨年度の老健事業の分析に基づきますと、必ずしも共通する因子を見ていきますと、この6区分があることが、そんなに妥当性がないのではないかとも思いますので、今回の改定で新たな項目を足したり調整したりということが想定されているので、今回ではなくてもいいかもしれないのですが、果たしてこの区分というものを維持していく意味があるのか、これも複雑化の1つになると思いますので、これは将来的に宿題にさせていただきたいと思っています。

それから、対応案の1つ目の2つ目のポツですけれども、この2つ目というのは、老健事業から見ても実際に職場で行われているかということよりも、行っていることが職員に認知されているかということのほうが、意味がありそうということを受けた方向性と認識しており、この方向性自体は賛成なのですが、この職員に認知するというのを、より促すというやり方として、ここに御提案くださった見える化要件について、見える化ということが最もよいのかどうかというのは、事業者の皆さんと御検討をいただければなと思っています。

それから、生産性向上と経営の共同化に関する項目についても、拡充を検討してはどうかというところなのですけれども、現段階で、例えば、今の生産性向上のための業務改善

の取組の中にある幾つかの項目は、職員さんの満足度とか就業継続というところに、それほどあまり関連が見られないとなっています。

他方で、もちろん、生産性向上を進めていく余地があるということは、本当にそのとおりなのですが、この生産性向上ということを進めるかということについても、横断的な論点の中で様々な議論があったところですので、まず、拡充するに当たっても、どのような項目を入れていくのかということと、本当にその生産性向上や経営の共同化に関わる項目というのが、処遇の改善や、それを通じたこの加算の目的であるところの職員の確保とか定着に寄与するものなのかということ、検証を重ねていく必要があるのではないかなと思います。

次が資料7についてです。この複合型サービスの新設については、以前、議論に挙げられたときも同様なのですが、私自身は、この新類型をつくっていくというのは、複雑化していく、そして既存の事業所あるいは法人の方々が自由で多様な様々な経営努力をされたり、地域の中での協働を既にされているということがあり、その進展を阻害し得るという観点で、そして、先ほどのほかの委員の御意見にもありましたが、今回の新設の目的に対応するとも必ずしも言えないという観点から、今、この新類型をつくるということは、慎重に考えるべきだと変わらず思っています。

現在の中でもできることは多くあり、そこで規制緩和をしながら、もし本当に新類型をつくるのが妥当かどうかということ自体も、規制緩和などを進めながら、その中でパイロット的に検証していく、シミュレーションしていくといった丁寧なプロセスが、1つの類型を増やすと、より複雑化、混乱化につながるという観点からも、本当は必要ではないかと思っています。

とはいえ、宿題なので、どうしてもということで、今回つくっていくということであれば、今回23ページ、論点2のところ、地域密着型サービスで、包括報酬だけれども、ケアマネジメントは内包化しないという方向性にしてあるのだと理解していますが、本当に新設するとして、ケアマネジメントは、内部ではなくて外部でいいのかというところは、検討の余地が大きいと考えています。

あわせて、地域密着型サービスの場合に、市町村が指定をしていくということになると思いますので、既に複数の小規模多機能であるとか、定期巡回であるとか、地域密着型のサービスがあるわけで、生活圏域の中で過度な競争を生まないようにといった工夫も必要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した。

それでは、松田委員、よろしくをお願いします。

○松田委員 手短に行きたいと思います。

今回の全般を通して連携の強化ということで、新しい情報とか新しい提供方法が提案されていて、それはICTを絡めることで効率化できると考えておられるようですが、多分この

ままいくと、かえって混乱してしまうだろうと思っています。

やはり連携情報の項目を、サービス横断的に少し整理をしていただいて、やはり同じフォーマットできちんと提供する形にしていけないと駄目だろうと思っています。

特に今回後ろのほうでLIFEがいろいろと議論されていますので、LIFEとの整合性なども考えていただきながら、その情報の標準化、それから、提供の仕方、いつ、どこで、誰が誰にとということに関する、情報の流れの標準化ということ、ぜひサービス横断的にやっていただきたいと思います。これは意見でございます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、古谷委員、お願いします。

○古谷委員 全国老協協の古谷でございます。何点か御意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1の論点1、訪問介護の看取り期の利用者対応についてです。

看取りを要件に追加することは賛成です。また、看取りの要件が、各サービスにおいて差があるので、サービスによって対応できる、できないが生じることが考えられるので、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方をサービスに統一した基準にすべきと考えます。

また、特定事業所加算の要件の見直しにおいて、訪問看護員の質の向上に向けた取組を推進することは、重要であると考えます。

検討に当たっては、ヘルパーの不足や高齢化、また、人員不足によりサービス提供ができない等の状況にならないよう、職員の負担を考慮した上での適切な対応の検討をお願いいたします。

続いて、論点4、中山間地域における移動距離等を踏まえた報酬の見直しについて、中山間地域等において移動距離等を要し、事業運営が非効率になってしまう状況下においては、利用者へのサービス提供体制を継続的に構築していく取組について評価すべきと考えますが、何を以て評価をするのか、明確な基準、要件を設定すべきと考えております。

続きまして、資料2、訪問介護の論点6でございます。

訪問看護事業所と他の介護保険サービス事業所との連携に係る取組は重要であると思います。訪問看護と連携する他の介護保険サービス事業所側へも評価することが必要と考えますので、御検討をお願いいたします。

続きまして、資料5、居宅介護支援の論点1についてです。

医療介護連携の推進について、できるだけ早く情報の提供をすることは重要であると思いますが、入院が勤務終了後の時間や休業日であると、当日の対応は非常に困難と思われます。ケアマネジャーの負担増にも配慮が必要と考えます。また、情報共有のシステムの推進を考えるべきと考えます。

また、ターミナルケアマネジメント加算について、人生の最期の段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、対象となる疾患を限定しないことは、その

ようにすべきと考えます。

続きまして、資料6、処遇改善の一本化の論点でございます。

職種間賃金配分ルールについては、柔軟な配分を認めることは重要であると考えます。

しかし、対応案の2番目の四角の2行目に「介護職員への配分を基本として」とありますが、処遇改善の原資である加算の算定基礎が、介護職員のまま多職種に配分すると、加算が広く薄くなってしまいます。

人材確保の効率が薄れるか、施設の上乗せによる持ち出しが増えることとなります。今後、多職種協働によるケアの質の向上がますます重要となる中で、そもそも加算の対象職種を拡大するようお願い申し上げます。

また、13ページ、14ページに新しい加算のイメージが示されております。組み合わせがすっきりしたことは評価できますが、各段階を上げるための要件が、現行と全く同じだと、一本化のメリットがあまり感じられないように思われます。

特養の場合、現行処遇改善1の取得割合は93.3%、ベースアップ加算の取得率は97.1%と、9割を超える高い割合となっています。例えば、13ページの黄色と緑を一緒にして3段階にするとともに、多くの事業所がクリアしている要件を廃止するなど、一層の簡素化ができないか検討していただくようお願い申し上げます。

また、15ページの書類の簡素化のイメージの中で示されていますが、この書類の中で、計画書と報告書における前年度の賃金の総額の記載欄がございます。職員の採用、退職、異動等で、単純に比較することができず、報告の際には、再計算する必要が生じ、事務負担がかなり大きいものがあります。

処遇改善加算等による賃金改善額以外の部分で、賃金水準を引き下げないことの誓約をすることで、加算による賃金改善額が、加算額を上回ることを確認だけでよいと考えます。

あわせて、処遇改善加算等で基本給を昇給していた場合、前年までの処遇改善額を新たな加算にも含むことを明確化することで、事務手続が簡素化できると考えます。

続きまして、資料7、複合型サービスについてです。

複合型サービスに関しては、222回の給付費分科会の資料3で示されたように、通所介護と訪問介護をともに利用している割合が46%であり、事業所においても半数以上が両事業を行っているという現状から、人材の有効活用や柔軟な対応による質の高いサービス提供が期待できることを考えると、現状のサービス事業所の活用が有効であると考えます。

今回示された登録定員の上限が29名以下、一方で、通所介護の利用定員が1日19名以上では、多くの稼働が見込めない上に、通所介護の利用定員19人に相当する職員配置が必要のため、果たして経営が成り立つ収支差が得られるか懸念があります。

ぜひ、健全な運営が維持できるような基準と報酬を確保していただきたいと考えております。よろしく願いいたします。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

では、田母神委員、よろしく申し上げます。

○田母神委員 ありがとうございます。資料2、資料6について意見を申し述べます。

資料2の訪問看護についてでございます。

8ページの論点①でございますけれども、専門的なケアのニーズが高い利用者への対応に関しましては、専門性の高い看護師について、資料の14ページに概要をお示しいただいております。タイムリーに専門的なケアが提供されることで、在宅での療養継続支援に資するケア提供につながると考えておりますので、対応案に示された診療報酬と同じ領域、そして、それ以外の領域についても、ぜひ評価をいただきたいと考えておりました、本日資料を提示させていただいております。

高齢者ケアということで、認知症に関する専門性の高い看護師の支援による効果についてお示しをしております。

専門性の高い看護師が、実際の訪問や訪問看護との同行訪問によって、特に事業所のほうで困難を抱える場合もございますので、そうした際に、アセスメント、BPSDの要因として考えられることや、それに対する対処、コミュニケーションの方法などについて、助言を行うというものでございます。

表の1、表の2にそれぞれ効果をお示ししておりました、対象者数が少ないという限界はございますけれども、そうした認知症ケアに困難を抱える場合に、相談できる、こういった報酬上の仕組みというのが非常に重要であると考えております。

利用者のBPSDの症状のスコアの減少について、赤枠でお示ししておりました、御家族に関しましては、介護負担感への効果というのが示されておりますのでご覧いただきたいと思っております。

15ページの論点②の看取り体制の強化、19ページの論点③、24時間対応体制の確保、32ページの論点⑤、円滑な在宅移行に向けた医療と介護の連携については、看護職が訪問看護として果たす役割が非常に重要な場面であると考えております。

看取りにあたっての症状緩和やケアの密度の高まり、そして夜間をどのように支えるかということや、在宅移行支援ということで、事務局のほうで35ページに事例をお示しいただいておりますけれども、例えば、お示しいただいているようなストーマをつくったときの、実際に家に帰ってみて、どのように自分自身あるいはご家族が展開していくかというようなことであったり、環境の整備など、戸惑うことも多くございますので、そうした場合への退院日の手厚いケアの評価というのが非常に重要であると思っております。

24時間対応体制に関しましては、看護職員のさらなる労働負担の軽減策というのも、今後、引き続き検討が必要だと考えております。

38ページの論点⑥、訪問看護と他の介護保険サービスのさらなる連携強化についてでございます、これは、特に訪問介護等とのさらなる連携強化という視点は非常に重要であると考えております。

一方で、資料で対応案として、連携に係る取り組みを訪問看護の提供体制の評価に当た

っての要件とするということを提案されております。

既存の訪問看護提供に当たっての要件追加となりますと、小規模な事業者がいまだに多いという現状を鑑みますと、加算の算定のハードルを上げることのみならず、業務負担が増えるということからなかなか進まない状況になりかねないことを懸念しております。

現状では、介護職員の喀痰吸引等に関する連携の仕組みが既にありまして、看護・介護職員連携強化加算というものがございます。情報共有のみならず、具体的な計画の共有でありますとか、ケアの動向、そういったことは、看取り期のケアの場面や、医療ニーズを有する方への看護、介護という意味で、より一層密度の高い連携が必要になりますので、既存の加算の内容の拡充という視点が必要なのではないかと考えておりますので、よろしくお願い申し上げます。

続きまして、論点の理学療法士による訪問看護に関する評価の差別化ということでございます。

これまでも分科会におきまして、非常に偏った提供の状況などに関して、課題を提示されているところでございます。

そうした介護保険における訪問看護の在り方としての評価、視点ということとともに、一方で、地域における訪問リハビリがどのように提供されているかというような、地域全体を見る視点や、事業所への大きな影響がないように、慎重な対応についてご留意をいただきたいと思っております。

資料6の介護人材の処遇改善についてでございます。9ページの論点①、対応案の2つ目の加算の一本化により、既に行われている処遇改善の原資が損なわれるような事態や、介護職員の処遇が現行より下がることがないように、十分な制度設計が必要であると考えております。

今般の改定案につきましては、基本的に介護職員の処遇改善を目的としたものでありますので、在宅や訪問看護、その他の介護サービス事業所の看護職員、そして他の専門職の人材確保が急務になっている状況の中で、こうした職種に関しても処遇改善を別途ご検討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。

では、荻野委員、よろしく申し上げます。

○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4の居宅療養管理指導の論点1から3について発言をさせていただきたいと思っております。

まず、論点1の薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価についてです。

資料にもございますとおり、現行の要件は、オンライン服薬指導のルールをさらに整備するために改正された、薬機法施行規則を踏まえた内容となっておりますし、医療保険では月の算定回数の上限を見直しておりますので、医療と介護の整合性の観点からも、現

在の法令内容を踏まえた見直しが必要と考えます。

次に、論点2の在宅患者への薬学的管理及び指導の評価についてです。

論点にもございますが、これらを行う利用者については、麻薬の持続注射による疼痛管理等だけでなく、それに伴う感染管理等の高度な薬学管理が必要です。

令和4年度診療報酬改定においては、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算及び在宅中心静脈栄養法加算が設けられましたが、17ページ、18ページの調査結果を見ますと、介護保険利用者のニーズも高いことが分かります。

介護保険利用者においても、これらの薬学管理を実施した場合は、医療保険と同様の評価を設けるべきと考えます。

また、必ずしも今回の論点ではないかもしれませんが、在宅での末期悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアについては、月8回まで認められていますが、末期の悪性腫瘍以外で医療用麻薬を使用しているターミナル期の利用者に対しても、緊急時対応や、頻回な訪問が集中的に必要となる場合があることを考えると、そのような場合についても、何かしら対応をするべきではないかと考えております。

最後に、論点3の薬局に勤務する管理栄養士の居宅療養管理指導の評価についてです。

前回の議論の際にもお伝えいたしましたが、現在、一部の薬局では管理栄養士を雇用したり、もしくは連携したりするなどにより、来局者の栄養相談などに応じた対応を行っているところも増えてきております。

自立支援、重度化防止の観点からも、薬と栄養の関係は極めて重要であり、管理栄養士が関わることにより栄養状態の改善、減薬、副作用軽減等が期待されますが、一方、薬局に勤務する管理栄養士については、データもお示しいただいているとおり、業務を通じた経験の蓄積や研修を通じた知識の習得、そして、専門性の習得などが十分でないとの調査結果もあることから、現状では、薬局に勤務する管理栄養士が居宅に訪問し、必要でかつ十分な指導ができるのかといった課題があるのも事実かと思われれます。

そのようなことを考えれば、今回は、事務局提案でやむを得ないものと理解いたしますが、今後の状況を踏まえつつ、将来的な課題の1つとして、引き続き検討していきたいと考えております。

私からは以上です。

○田辺分科会長 では、田中委員、よろしく申し上げます。

○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。

私からは意見を幾つかと、2点質問をお願いいたします。

まず、資料1、訪問介護の論点3、同一建物減算に対してです。

これは、併せて資料5、居宅介護支援、論点7、同一建物のケアプランにも通じる話でございます。

10年ほど前に、高齢多死が今後増えることを見越し、とりわけ過疎地域、限界集落等において、孤独死の解消、病院だけで高齢者を看取りのではなく、生活の場で看取り支援を

考えるため、また、サービスが行き届かない中山間地域の問題を解決するため、点在する独居高齢者、老々世帯に対する支援策の1つとして、在宅系施設への住み替えが進められた経緯があると認識しています。

現に、厚労省が引用する看取りの場のグラフでは、病院での死亡が減り、在宅系施設の看取りが右肩上がりになっています。引き続き、スマートシティー化や人材不足の中でも効率的な移動としての同一建物居住が進められるということの方策であれば、単に集合しているところは効率がいいから報酬を下げるということが正しいことか、しっかりと考える必要があると思います。

大切なことは、質のよいケアが御利用者に提供されているかどうかを担保することだと思います。

不適切な抱え込みによって起こる弊害、過剰なサービスの見直しなど、むしろ第三者評価を受けることを義務づけるなどして、質を担保し、開かれた状況にすることが大切で、単に効率がよいから個人宅へ何うよりも報酬をさらに下げてよいという解決策が、働くヘルパーさんたちの納得に結びつくとも思えず、これが妥当とは考えにくいと思います。

ここで質問です。集合団地などへの複数の個人宅への訪問介護と、今後どのように区別をしていくのでしょうか。

次に資料3、訪問リハビリについてです。論点1のリハにおける医療介護の連携についてです。

ここでもう一つ質問です。3つ目の四角の1、2に退院時に、また利用していたリハ事業所に戻るということであれば、退院カンファレンス等に参加するであったり、医療機関からリハ計画書をもらうということが速やかに行えると考えますが、退院時にリハ事業所が決まっていない、新たに疾患にあったような患者さんについて、退院前カンファレンスに出席できないということが想定されます。これをどうお考えでしょうか。

続きまして意見です。論点3、認知症リハビリテーションの推進です。訪問リハに認知症リハが新設されることは、大変よいことだと思います。

一方、理学療法士等がもっともっと介護保険制度の仕組みを知ることや、リハ職における認知症対応力向上研修や、認知症リハビリそのものが何なのかと学ぶ新たな研修が必要ではないかと提案いたします。

論点4、みなし指定についてです。訪問リハを拡充する目的で、老健をみなし指定とすることは大変歓迎されることだと思います。

同様に、介護医療院でもリハ職が活躍していることから、みなし指定としてはどうかと提案いたします。

次に、資料の5、居宅介護支援についてです。

論点1、医療介護連携の推進についてですが、入院時の迅速な情報提供については、我々医療者側からすると、本当にすぐに情報がほしいところです。

しかし、事業所によっては、ケアマネさんが土日休みのところも多く、金曜日の夜の入

院などで考えてみても、3日間で情報がまとまるとは思えません。

また、すぐに情報提供できることと、多少時間がかかる情報もあると思いますが、現在進行中の入院情報提供書の検討する老健事業においては、急ぎの資料と後づけの資料の送付というのは、医療機関側からも介護施設側からも煩雑になるために不要という意見が多いことをお伝えしたいと思います。

急ぐことも大切ですが、ある程度しっかりとした、選ばれた真に役立つ情報を提供することが重要だと意見します。

また、主任ケアマネをいろいろな要件に入れることは理解できますが、現行では、以前もお話ししたように、主任ケアマネ育成までに10年という年数がかかり過ぎていることについて、緩和をしていただきたいと提案いたします。

次に資料の6です。論点の2、職場環境等要件の見直しについてなのですが、これは総論的になりますけれども、既に取り組んでいる多くの事業所では、現場レベルで離職防止、働く場の魅力をつくるということについては、これまで取り組んできて、限界に達しているといってもいいと思います。

一方で、今後の医療、介護の受需要を見ていくと右肩上がり伸びていく状況であり、これは厚労省さんだけでなく、需要が伸びる事業を改めて成長産業と位置づけて、経済産業省さん等と協調し、国を挙げて安心して働く場所としての魅力の発信、ICTに置き換えられない、やりがいのある人としての喜びを感じられる仕事であるという仕事の位置づけの向上を行い、広く国民に介護現場での仕事の価値について訴えていく必要があるのではないかと思います。

現行の仕組みで維持できるのかしっかり考える、そういった転換期に来ているのではないかと意見をしたいと思います。

他業種への流出を心配するのはやめて、流入を促進すべきではないか、我々事業者も矜持を正して、真摯に仕事を進めていくので、ぜひそういった大きな視点での将来を一緒に考えていただけたらと願っております。

なぜならば、このままでは介護保険制度の前のように家族だけに介護の負担が降りかかるところへ戻りかねず、そうなってしまえば、現在、増えつつあるヤングケアラーのさらなる増加や、介護離職等が増えることが危惧されると思うからです。

最後に資料7、複合型サービスについてですが、これは本当に不要ではないかと思います。大変複雑ですし、この2つの事業だけが挙げられてくることもどうなのかと思います。

また、地域密着型になり、定員等が決められることについては、東委員、古谷委員と全く同じ意見でございます。

私からは以上です。ありがとうございました。

○田辺分科会長 2点、御質問がございましたので、回答のほうをお願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 まず1点目、資料1と資料5の関係の同一建物減算の趣旨及びこれら複数の個人宅が集まった場合との違いという御質問をいただきまし

た。

今回、資料1での御提案は、同一建物減算適用の中でも、引き続き同一建物居住へのサービス提供を行う割合が高い、それについて、基準省令上、さらにその他の利用者にも適用を行うよう努めるとされている中での、現状及び事業所の収支差の割合等々を見た上での御提案であり、これまでの分科会での御議論を踏まえた御提案とさせていただいておりますが、そういう意味で、こういった現行の基準は同一事業所と同一敷地内もしくは敷地内に所在する建物を理由とした事業形態への減算の規定でございまして、たまたまそこに複数の個人宅があった場合と区別されるべきなのだろうとは考えますが、そういったことも含めて御指摘の趣旨も踏まえて、引き続き検討していくべき事項であろうと考えております。

ケアマネについては、今回、現行はないところに対して、この訪問介護との考え方で算定要件について、まず、同様の考え方とした上での御提案ということで御理解いただければと思っております。

以上です。

○古元老人保健課長 2点目、訪問リハビリテーションについて、医療介護連携について御質問をいただきました。

場合によりましては、まだ、要介護認定をもともと受けていらっしゃらない方などで、退院時に、まだリハ事業所が決まっていなくて、こういったケースもあり得るという御指摘でございます。それはそのとおりでございまして、そういったやむを得ないケースというのはあるということは承知しております。

他方、今回このような議論、やはり同時改定に当たり、しっかりと連携していこうという大きな流れの中で、できる限り入院中に要介護認定申請でありますとか、ケアマネの方との連携の中で、できるだけ速やかな退院後のリハにつなげていただけるよう、しっかりと厚労省としても考えをお示ししていきたいと思っております。

以上でございます。

○田辺分科会長 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。民間介護事業推進委員会の稲葉でございます。

私からは資料の1、資料5、資料7について発言をさせていただきたいと思っております。

まず、資料1、訪問介護、訪問入浴介護に関しまして、質問と意見を申し上げます。

論点1及び論点2にございます、訪問介護、訪問入浴介護の看取り期の対応につきましては、データを見ましても、約4割の事業所が看取り期の対応実績があることを踏まえますと、レスパイトも含めて、在宅限界値を引き上げる効果への貢献という意味においても適正に評価していただけることを希望いたします。

続きまして、23ページの論点3、同一建物減算について、これは資料5の居宅介護支援においても同様のことが言えると思っておりますけれども、まず、質問です。

第223回の本分科会におきまして、介護現場の生産性向上として、経営の共同化、大規模

化、この方向性が示されております。その方向性に従い、経営努力によってスケールメリットを出して生産性が向上されると、むしろ減算措置が強まるということになってしまいがちです。

今後の施策の方向としまして、双方の関係性についてどういうお考えなのか、お聞かせいただきたいと思っております。これが質問です。

また、前回の改定で指摘されました不適切な運営を行う一部の高齢者向け住宅に対しては、自治体によるケアプラン点検等を行うことで、改善を試みるということでしたけれども、自治体による点検が十分に進んでおらず、サービスの見直しにつながっていないということです。このことは、30ページのほうにも記載されております。

したがって、一部の不適切な事例の存在から全ての事業者一律に減算対応をするということに対しては慎重であるべきだと申し上げます。

さらに、集合住宅の運営につきましては、運営事業者としましては、24時間365日スタッフを常駐させ、緊急時の対応や安否確認、笑顔で声かけしてのコミュニケーションを図りながら、相談に乗ったり、課題の抽出につなげたり、そこに高齢者住宅における日常があります。

つまり、見方を変えますと、近くに御利用者がいることによって、コミュニケーションを取らざるを得ない関係がつけられているということです。これは信頼できるなじみの御近所関係のような世界がつけられていると思えます。

しかし、介護保険からは、訪問介護時間の報酬しか出ておりません。訪問介護の隙間を埋める大切なコミュニケーションを維持するために、訪問介護報酬がある程度のレベルを確保されている必要があると感じます。

このことをよく御理解いただきました上で、報酬の在り方が検討されるべきであると申し上げますとともに、訪問介護全体の報酬の改善をよろしくお願ひしたいと思います。

続きまして、資料5、居宅介護支援に関しまして申し上げます。在宅介護分野におけるケアマネジャー不足が深刻化しています。

地域によっては、制度もあり事業所もそろっているのに、ケアマネジメントが機能しないことによってサービス提供が滞ってしまうという事態が生じています。このことは、制度の根幹を揺るがしかねないゆゆしき事態だと思っております。

本日の資料5の各論点は、いずれも重要なテーマであると認識はしますが、それに対して、ケアマネジャー不足対応が埋もれてしまわないか心配しております。

こうした事態への対応と申しますか、どうすればよいかということについて、先ほど推進課長からお考えを示していただきました。どうか処遇改善につながる報酬改善などを、よろしくお願ひしたいと思います。

また、論点4、33ページですが、テレビ電話装置などを活用したモニタリングにつきましては、一定の要件のもとで積極的に進めていただきたいと思っております。

このモニタリングにつきましては、現在、厚労省において、科学的介護情報システム、

いわゆるLIFEを用いたPDCAの好循環が目指されているわけです。他のサービス事業所との連携によるモニタリングにおいても、このPDCAのDoに当たる居宅サービス計画書の第2表等へのサービス提供記録においては、具体的な実践について一定の基準に基づき記録をするとともに、これをデータ化することが極めて重要となります。

このことから、御提案のありました手法としてのテレビ電話等のICT技術の導入のみならず、今後は科学的介護の推進に向けて、集積すべき情報の質にも着目をしていただけるようお願いしたいと思います。

最後に、資料の7に関してです。複合サービスです。意見を申し上げます。

これにつきましては、介護保険部会において設けることが適当であるとされているわけですが、検討を行うためには、もう少し実際の運用場面が想定できるように、具体的な検討材料をお示しいただきたいと思えます。

例えば、10ページ、論点1ですと、地域密着型サービスとしての位置づけが提案されており、指定権者は市町村となります。

これに対し、訪問介護、通所介護は都道府県の指定ですから、こうした指定権者の違いや、既存サービスとの重複指定や、地域をまたがる場合の指定など、保険者や事業者の事務が煩雑になることを懸念しております。混乱が生じたり、積極的に向き合えないことにならないようお願いいたします。

また、23ページの論点2には、訪問介護事業者の指定を併せ受け、一体的に運営されている場合は、訪問介護員等に関する双方の基準を満たすこととしてはどうかと記載されているのですが、先ほど申し上げた指定権者の違いや重複指定の問題も踏まえて、もう少し分かりやすく御説明いただきたいと期待しております。

さらに、登録定員を設定されること、ケアプランに基づいてサービス提供を行うことなどが示されておりますが、現在の訪問介護で看取り期等の対応として認められている同日訪問の個別算定化などの取扱いも同様にできるのかですとか、もう少し具体的な検討をお示しいただきたいと思えます。

また、そもそも複合型サービス創設の議論の発端は、人材不足であったと承知しております。この観点から、複合型サービスの導入がされることによって、人材不足はもとより、在宅限界値の引上げ、事業の効率化においてどう効果があるのか、制度の持続可能性にどう貢献するのかといった点も含めまして、ほかの委員の方々からも御指摘がございましたが、さらに御検討をいただき、分かりやすい御提案をいただきたいと思えます。

目的に賛同できたとしても、実態として、その効果を上げられるものである必要があるからだと思えます。

私からは以上です。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 では、どうぞ。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

まず、同一建物減算の導入の趣旨と、経営の共同化、大規模化等の方向性について御質

問いただきました。

今回、資料1及び資料5で同一建物減算のさらなる見直しを御提案させていただいている趣旨は、先ほど田中委員の御質問にもお答えさせていただいたとおりで、繰り返しはいたしませんけれども、やはり、これまでの分科会の御意見でも各種ございましたとおり、同一建物のみへの提供よりも、やはり地域への提供というものを重視していただきたいということを踏まえて、報酬上の御提案とさせていただいているものでございます。

他方、経営の共同化、大分規模化は、もちろん進めるべきで、人手不足の中、生産性向上のための取組として各種提案を申し上げているもので、あくまで同一建物減算は、既に現行のもの深掘りの御提案でございますけれども、これらが両立しないものではないと考えているところでございます。

また、蛇足でございますが、複合型サービスのさらに具体的な御検討という御提案をいただきましたので、本日の御議論を踏まえまして、さらに具体的な検討を進めさせていただき考えております。

以上です。

○田辺分科会長 では、そのほか、江澤委員、よろしくお願いたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って意見及び質問をさせていただければと思います。

まず、資料1の論点3です。ただいま稲葉委員からも御指摘があった件でございます。

既に同一建物減算が導入されているわけでありまして、さらに集合住宅に偏っているから減算をかけるというのは、これは二重の減算の仕組みになりますので、大変好ましくないのではないかと思います。

また、訪問介護は、人件費率が8割でありまして、介護人材の中で最も人材不足が著しいのが、ホームヘルパーでございます。

それから、27ページの収支差8.5%でも金額に直すと34.7万円です。これはヘルパーさんの処遇を改善するには不十分な金額であります。

また、同じサービスを受けるのに、利用者が居場所によって自己負担が変わるというのは、これをさらに差を拡大するということは、あまり公的介護保険方式の中では好ましくないと考えます。

これまでの介護報酬改定を見ても、毎回、例えば、実調とかの結果で、収支差が高いものを少し下げて、厳しいものを引き上げるというようなパッチワーク作業が長年行われてきておりますけれども、それが本当に日本の介護のためにいいことになっているかどうかというのは、一度検証しないと、もちろん限られた財源ですから、それはそれで致し方ない部分は多々ありますけれども、やはりサービスの質に着目するとか、何か効率ばかりが出ているような気がしますので、利用者の立場に立ったときには、やはり質の高いサービスを受けたいと考えますので、いろいろな報酬改定の方法論もあるのではないかと考えています。

続きまして、資料2の論点4です。訪問看護ステーションの訪問回数については、現状、総訪問回数のうち、リハ職のほうが看護職員より上回っています。ということは、訪問看護ステーションのあるべき姿としては、やはり、いろいろな医療ニーズの高い方に対して、看護職員さんが在宅で支えていくというのが重要でありますので、例えば、月間の看護職員の訪問回数の占める割合とかを、要件や評価で今後検討することも課題ではないかと思っています。

それから、資料2の論点6でございます。在宅医療は訪問介護の、いわゆるヘルパーさんの生活支援によって継続しているものでありますので、ホームヘルパーさんが主治医や看護職員とより連携できる仕組みというのは、さらに必要ではないかと思っております。

続きまして、資料3につきまして、論点1ですけれども、これは前回の通所リハのときに意見を申し上げたことと同様でございますので割愛いたしますが、医療機関へのリハ実施計画書の提供の周知あるいは先ほど田中委員会もありましたけれども、退院時に次の在宅サービスが決まっていないと、退院前カンファには、当然、在宅リハ職は参加できませんので、ということはケアマネジャーさんとのより緊密な連携というものも求められると考えております。

続いて、論点3ですけれども、認知症リハビリテーションの新たな導入については賛成でございます。

これまでの介護保険サービスの中で、東委員も先ほど申しておられましたが、十分実績がございますし、また、先ほど資料の続きであります、今年度の研究事業では、n数を増やして行っておりますので、また、その結果を踏まえて検討が必要かと思っております。

それから、これまでの認知症リハビリテーションの位置づけは、特に通所リハでも短期集中となっておりますけれども、訪問リハにおいては、必要時の随時サービスの位置づけが望ましいとも考えています。

特に認知症の方と、リハ職等の関係性の構築とか、いろいろななじみの関係もつくって必要がございますし、それから、認知症は、いつ悪化するかというのが予測できないところがございますので、いろいろなことがきっかけになって、認知症が悪化したり、BPSDが増悪いたしますから、随時に入れるサービスがよろしいのではないかなと思っております。

論点4については賛成でございます。

論点5についても賛成でございますが、これは現状、まだ減算を受けている算定率が12%もあるということで、致し方ないことだと思います。本来であれば、リハビリ計画作成医師が診察するなり、在宅の御自宅を訪問するということが基本だと思いますので、今後に当たっては、指示を出す医師が、患者さんへ訪問リハ事業所の医師の診察を受けることを促す仕組みというものを、ぜひ考えていく必要があると思っております。

続きまして、論点6について、現行、307単位と、訪問リハビリテーションの報酬が低い設定となっておりますし、前回、訪問リハにおいても、48%が12か月超の介護予防リハで、前回の改定で適正化もされているところでございます。

したがいまして、要介護者のリハビリテーションというのは、中身も濃く、労力もかかるものですから、ぜひここは要介護者のほうのリハビリテーションに評価を上乗せするのが妥当ではないかと思えます。

それから資料4について、マル1でございますけれども、在宅にも認知症の方は多く、本人が理解できることを十分に確認して行うべきだと思っておりますし、これは他のICTを用いたサービス提供も同様だと思っております。

論点3につきまして、在宅では、人材不足が非常に著しい管理栄養士さんですけれども、取りあえず、次の同時改定ということもありますので、まずは余力のある医療機関と老健から、管理栄養士さんが在宅を応援していただいて、引き続き動向を注視していく必要があるかと思っております。

マル4とマル5については賛成でございます。

口腔については、やはり以前も資料にありましたように、在宅で歯科の診療のニーズがありながら、歯科治療を受けている割合が2.4%というデータもありましたが、そういった中で、まずは歯科受診の機会を確保して、必要に応じて歯科医師から歯科衛生士への指示というものを出していただいて、サービス提供につなげていくということが重要でありますので、その観点は、どこかに織り込む必要があるかと思えます。

続きまして、資料5につきまして、マル1のターミナルケアマネジメント加算の対象疾患を限定しないことについては、賛成でございます。

続いてマル5についても賛成であります。これは後ほど1つ質問でございますけれども、ケアプランデータ連携システムを導入していれば、いいということではよろしいでしょうか、これは確認でございます。

これは、相手が必要なことなので、居宅介護支援事業所、自分自身でどうにでもできることではないので、導入していればいいのではないかと考えているところでございます。

6番の予防サービス計画の策定に当たっては、費用がこれまでは地域支援センターからの委託となっていましたから、手数料もあって、大体調査でも3,000円台半ばぐらいが多かったと思えますけれども、これは、さらに基本報酬でしっかりと評価していく必要があるかと思えますし、もともと当初は、ちょうど倍の8,600円ぐらいだったという時期もございまして、しっかり労力に応じた評価というのは必要ではないかと思っております。

マル7の同一建物に居住する利用者のケアマネジメントにつきましては、これまでも分科会で議論が出たことはあると記憶しておりますけれども、その都度、やはり居宅介護支援は訪問サービスではないということで、同一建物減算は導入しないということに、これまでもなっていたはずでございますので、今後も、ケアマネジメントの業務に当たっては、訪問サービスではないので、同一減算は行うべきではないと考えているところでございます。

また、あわせて、今日もたくさん意見が出ておりますけれども、介護支援専門員の処遇改善というの、やはり検討していかないと、大変先行きが厳しいと思っております。

今、ケアマネジャーの若い世代も少なく、世の中には介護職からケアマネジャーになって、また介護職に戻っているという事例もあります。これまでの処遇改善においても、いつも介護支援専門員が対象外となっておりますので、今回のいろいろな政府の経済対策もあり、この春の他産業での賃上げの状況もあり、しっかりとその辺りはバランスを取って、介護支援専門員の処遇改善というのも喫緊の課題と考えております。

続きまして、資料6につきまして、まず、16ページの論点2のところには、やりがいの醸成、キャリアアップを含めた離職防止というのが掲げられておりますけれども、対応案では、生産性向上及び経営の共同化の拡充となっているところでございます。

これは、先ほど堀田委員も申されましたが、私も同感でありまして、生産性向上とか経営の共同化というのが、離職防止になっているかというところ、少し疑問を持っているところでございます。

現場職員は、介護というのは気持ちを持って利用者さんに関わって、心あるサービスでございまして、利用者さんと非常に密にコミュニケーションをとっていいサービスをするというのが、最もやりがいにつながることでございまして、できましたら、やりがいとか、働きがいの醸成の項目は拡充すべきではないかなと思っておりますので、必要に応じて、また、検討をいただければと思います。

いつも申しておりますけれども、やはり人間関係がよくて、働きやすい職場というのは大変重要だと思っております。

また、この処遇改善の全体的には、これまでも複数の職種に、もう既に配分されておりますので、ぜひ配分する職員あるいは金額については、これまでの経緯も踏まえて、柔軟な対応ができるようにしておかないと、いろいろ現場では支障が起きると思っておりますので、その点は、ぜひよろしくお願ひしたいと思っております。

資料6の13ページの4つの階段ですけれども、これが介護職員から見たときに本当にイメージがよくなるのかというのは、少し気にしております。もともと処遇改善というのは、介護職員確保のために、しっかりと賃金を確保するというのが目的であって、この階段のマル2とマル3は、当然、介護事業所の責務でございまして、これは当然行うべきものでありますし、マル4については、当然スキルアップしたい職員はスキルアップを目指すというところの高みの位置にあると思っておりますけれども、イメージもいろいろ、やはり現場の職員の心に響くようなイメージが必要ではないかなと思っております。

最後に資料7ですけれども、これは、やはり地域によって事情はまちまちですから、地域を診断してしっかりとニーズをつかんでいくことが重要ではないかなと思っております。

これが新規参入になりますと、また、地域で介護職員等の人材確保でいろいろな争奪戦ということも起きかねませんので、まずは、これまでの通所サービスが、訪問サービスを付加することを基本として考えていくべきなのかなと思っております。

介護保険部会の議論でも、訪問介護が、非常に人材確保が難しく、提供が難しいと、そこを補うものとして提案された経緯がありますので、まずは、これまでの通所サービスが

きちんと訪問サービスを付加して行うところから始まるのがいいのではないかと考えております。

そこで、今日も複数意見が出ていましたけれども、地密ということは定員があつて、規模が小さくなりますから、大規模な通所介護等は当然参加しづらいということになりますし、今後いろいろな整理の中で議論する必要があるかと思ひます。

大変長くなりましたけれども、以上でございます。ありがとうございました。

○田辺分科会長 1点確認の質問がございましたので、お願いします。

○和田認知症施策・地域介護推進課長 1点、御質問をいただきました、資料5、御論点5のケアマネジャーのところ、現在の居宅介護支援費2の要件につきましては、ケアプランデータ連携システムの導入をしているということでございまして、御指摘のとおりでございます。

以上です。

○田辺分科会長 ほか、いかがでございましょう。

よろしゅうございますか。御発言のほう、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進めていただきますようお願いいたします。

それでは、大分時間を超過してしまいましたけれども、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、事務局のほうより、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231回「介護給付費分科会」の開催は、11月16日の午前中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。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、本日は、これにて閉会といたします。お忙しいところ、ありがとうございました。また、時間を大分超過しまして、この点、おわび申し上げます。散会でございます。