

○奥山総括調整官 定刻になりましたので、第231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。

以上により、本日は22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も掲載しております。

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、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させていただきますようお願いいたします。

冒頭のカメラ撮影は、ここまでとさせていただきます。

（カメラ退室）

○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」と「令和5年度介護事業経営実態調査の結果について」の議論を行いたいと思います。

これらの事項につきましては議題としては別立てとなっておりますけれども、互いに関係の深い事項であることから、本日は事務局からの資料説明を一度に行ってください、委員の皆様方からの御意見もまとめて頂戴したいと思います。事務局におかれましては資料説明を簡潔に行ってくださいよう、御協力のほうをお願いいたします。

それでは、早速でございますけれども、事務局より資料の説明をお願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。私から介護老人福祉施設等について資料1で御説明いたします。

4 ページ、これまでの分科会での御意見としまして、経営状況や配置医師の役割、看護体制、小規模特養等について御意見をいただきました。

論点は 8 ページに 5 点お示ししてございます。

まず 9 ページ、論点 1 でございますけれども、緊急時の医療提供体制等に関するものでございます。特養は医師の配置が義務づけられていますけれども、勤務形態から不在時の急変対応が難しいことが課題として指摘されており、原則救急搬送とする施設も 3 割程度でございます。施設側からは配置医師に急変対応を期待している声が多いわけですが、配置医師によって対応にばらつきがあり、時間外の駆けつけ対応は配置医師にとって採算が合わないといったミスマッチもあります。また、診療報酬との給付調整について、通知により定めておりますけれども、調査の結果、その仕組みが十分理解されていないということが分かりました。なお、規制改革においても医療体制について必要な対応を求められているところでございます。

対応案として、10 ページでございますが、まず、施設、配置医師、協力病院の三者で、その役割分担等を協議していただき、その内容を運営基準で定めることとされています。いわゆる緊急時対応マニュアルに反映することとしたいというのが 1 点目でございます。

2 つ目は、それを定めて終わりではなくて、定期的に見直しを行うこととございます。

3 点目については、資料 5 の論点に関わりますけれども、協力医療機関との連携強化を図っていく必要がある一方で、配置医師が急変対応を適切に行っている場合もありますので、現在、早朝・夜間・深夜のみに認められている加算について、日中であっても契約上の時間外で不在のときに救援対応が必要となり、駆けつけ対応を行った場合にも、報酬上一定の評価を行うこととしてはどうかということとございます。

4 点目は給付調整について分かりやすい方法で周知を行うこととしてはどうかということとございます。

11 ページは緊急事態をマニュアルの根拠規定、12 ページ以降は配置医師の状況や急変対応の実態、17 ページは加算の概要、18 ページ以降は加算の認知状況、20 ページ以降で給付調整の概要と認知状況についてお示ししてございます。

次に、24 ページで論点 2、透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価についてです。通院介助・付き添いは基本方針により評価しておりますけれども、人工透析患者など、一定以上頻回な通院が必要な入所者については職員への負担が大きいという御意見がございます。実際に 7 割以上の施設で透析が必要な方の入所を断るといった調査結果がございます。このため、対応案として、定期的かつ継続的な透析を要する入所者であって、家族や病院等による送迎が困難である等のやむを得ない事情があり、施設職員が月一定回数以上の送迎を行った場合について、報酬上、新たに評価することとしてはどうかとしております。

25 ページ以降に関係の資料を添付してございます。

次に、28 ページで論点 3、小規模特養等の基本報酬の見直しについてです。前回の改定でも議論がなされましたが、小規模特養については他の広域型施設と比べて高い基本報酬

が設定されています。令和4年度に実施した老健事業では、離島、または過疎地域等に所在する施設は経常増減差額が低い傾向が確認されました。また、定員規模別に収支差率を見ますと、規模の大きい事業所の収支差率が高い傾向があり、一部の小規模特養は広域型の特養と併設され、実態上は大規模施設として運営が行われているというケースも確認しております。それぞれの数とか割合につきましては記載のとおりであります。

そこで対応案でございますが、離島・過疎地域以外で広域型の特養と一体的に運用されている場合は、1年間の経過措置を設けた上で通常の基本報酬と統合してはどうか。併せて、平成18年に新規が廃止されております定員26～29名の経過的施設についても、わずかでございますけれども、離島・過疎地域に所在する場合を除き、同様に統合することとしてはどうかとしております。他方、離島・過疎地域の小規模特養や、それ以外であっても広域型の特養と一体的に運営されていない施設は、今回統合は行わないこととし、引き続き実態把握をしていくこととしてはどうかとしております。

29ページは前回お示した資料を一部修正しております。

30ページは小規模特養を分類し、都道府県別にお示したものでございます。

31ページは前回提出した資料でございますが、32ページは今回の経営実調の講評を受けて、新たに御提示する資料でございます。

続いて、33ページで論点4でございます。小規模特養の中でも離島・過疎地域に存在する施設については立地条件が厳しく、職員の確保等が課題との声を多くいただいております。定員29人以下の緻密型で認められています他サービスと併設した場合の職員配置の特例を適用すべきであるとの御意見もいただいております。

そこで対応案としまして、離島・過疎地域の小規模特養については処遇等が適切に行われている場合に限り、これは既存の特例措置と同様の要件になりますけれども、ショート等のサービスを併設する場合に生活相談員等を置かないことができることとしてはどうかとしております。

最後に、34ページの論点5、ユニットケアの質向上・普及促進についてでございます。ユニットケアの普及を図るべく、ユニット型施設においてはユニットごとにユニットリーダーを配置することとしていますけれども、当面、その研修受講者は施設で2名以上配置すればよいという運用にしております。改定検証によれば1施設当たり平均5人と受講者は増えてきておりますけれども、コロナ禍の影響により、多くの方が実地研修を受けていないという課題もございます。また、ユニットケアの質の向上に向けては、ユニットリーダーだけでなく、施設管理者の理解を深める必要についても指摘がございます。

そこで対応案でございますが、ユニットリーダー研修の受講促進や配置の考え方の再検討に向けて、まずは実地研修未修了者の早期修了を図るため、複数の研修実施団体に委託できることを研修実施主体である都道府県に周知するなどの対応を検討していくことはどうか。また、ユニット型施設の管理者については、研修の受講を努力義務としてはどうかとしております。

加えて、論点のほうに戻りまして、下から2つ目の■ですけれども、ユニット型施設の職員配置について、現状、昼間については1ユニットに1人以上の職員の配置を求めておりまして、その基準自体を直ちに見直す状況にはないと考えていますけれども、なじみの関係を重視するあまり、自治体によっては担当ユニットを離れて一定時間以上別のユニットに勤務することを制限しているところもあると聞いております。そのため、現場での実態を踏まえまして、なじみの関係を維持しながらも柔軟なサービス提供により、よりよいケアを提供する観点から、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、ユニット間の勤務が可能であることを明確化してはどうかと考えております。

35ページ以降は関係資料を添付してございます。

御説明は以上でございます。

○古元老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。資料2に基づきまして、介護老人保健施設について御説明申し上げます。

4ページからが、これまでの主な御意見でございます。在宅復帰・在宅療養支援機能、リハビリテーション、医療機器提供機能の強化などについて、記載の御意見をいただいたところでございます。

7ページに論点を8つ御用意いたしております。順に御説明申し上げます。

8ページ目、論点1、老健施設につきましては様々な施設類型を設けてございます中、取組が進められた結果、超強化型が28.6%まで増加をしているといった状況でございます。さらに在宅復帰・在宅療養支援機能を推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案でございます。在宅復帰・在宅療養支援等指標について一定の経過措置を設けた上で、円滑な在宅復帰に向けた取組をさらに推進するため、入所前後訪問指導割合及び退所前後訪問指導割合に係る指標の取得状況を踏まえ、基準を引き上げることとしてはどうか。また、在宅復帰・在宅療養支援に向けた体制を評価するため、支援相談員の配置割合に係る指標において、社会福祉士の配置を評価することとしてはどうか。上記の見直しに併せて、各類型間における基本報酬において、さらに評価の差をつけることとしてはどうかとございます。

以降、参考資料をお示ししてございます。各指標の取得状況、社会福祉士の配置状況などをお示ししてございます。

続きまして、15ページ目、論点2、リハビリテーション機能の強化でございます。入所直後の集中的なリハビリテーションにより比較的大きくADLが改善することが御報告をされてございます。短期集中のリハビリテーションについては効果が期待される一方で、ADL評価等の頻度が定められておらず、また、LIFE提出加算の算定要件とされていないといった状況でございます。

対応案でございますが、短期集中リハビリテーション実施加算について、原則として入所時及び月1回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じリハビリテーション計画を見直すとともに、評価結果をLIFEに提出した場合の加算区分を新設いたしまして、評価に一定

の差を設けてはどうかといった御提案でございます。

続きまして、18ページ、論点3、リハビリテーション機能の強化でございます。認知症リハビリテーションにつきましては、現在一部におきまして、学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるといった御指摘がなされているところでございます。その他の課題は記載のとおりでございます。

対応案でございます。認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、認知症を有する利用者の居宅における生活環境に対応したサービス提供が行えるよう、当該利用者の居宅を訪問し、生活環境を把握することを要件としてはどうか。また、利用者の居宅を訪問しない場合においては評価に一定の差を設けることとしてはどうかとしてございます。

続きまして、24ページ、論点4、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進でございます。現在、老健施設では口腔については口腔衛生管理加算、また、栄養に関しましては栄養マネジメント強化加算、こういった評価が行われているところでございます。さらにこのリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を推進するために、どのような方策が考えられるか。

対応案でございます。老健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算について、リハ・口腔・栄養を一体的に推進する観点から、そちらの記載の要件を満たす場合について評価する加算区分を新設してはどうかといった御提案でございます。なお、介護医療院の理学療法と特養の個別機能訓練加算につきましても同様の見直しを行うこととしてはどうかといった対応案でございます。

25ページ以降に、それぞれの加算の概要及び算定状況などをお示ししてございます。

28ページ目、論点5、入所者への医療提供でございます。現在、老健施設におきましては所定疾患施設療養費による評価が行われてございます。前回改定では、その対象に蜂窩織炎を追加したところでございまして、その効果もございまして、医療機関への転院をさせた施設の割合が低下をしているといった状況でございます。他方、直近の調査におきまして、心不全（慢性心不全の増悪など）を発症する方がいた施設が一定程度ある中で、その転院が行われているといった実態が把握されたところでございます。

そこで対応案でございます。施設において適切な医療を提供する観点から、慢性心不全が増悪した場合について、所定疾患施設療養費の対象として増加することとしてはどうかでございます。

続きまして、32ページ目、論点6、看取りへの対応の充実でございます。現在、老健施設におきましては死亡日を含めて45日の間で施設において行われるターミナルケアを評価するターミナルケア加算がございまして、超強化型や強化型は基本型と比べまして、死亡日30日以前の加算算定がなく、死亡日が近づいてから入所し、看取りが行われている割合が多いなどの現状がございまして。

そこで対応案でございますが、より適切に評価する観点から、ターミナルケア加算につきまして、死亡日から期間が離れた区分における評価を引き下げ、死亡直前における評価

を一層行うよう、重点化を図ることとしてはどうかとしてございます。

33ページ以降が加算の概要、取得状況等についてお示ししたデータとなっております。

続きまして、39ページ目、ポリファーマシー解消の推進でございます。老健施設では入所者のうち約半数が入所時に6種類以上の内服薬を処方されておりまして、そのうち約35%は退所時に減薬をしているなど、一定のポリファーマシー解消のための取組が行われてございます。こういった取組をさらに推進する観点から、どのような方策が考えられるかといったことでございます。

対応案でございます。かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）につきまして、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加えまして、施設において薬剤を評価・調整した場合について評価してはどうか。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合を高く評価することとしてはどうか。また、同加算（I）につきまして、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、病院の入院患者におけるポリファーマシー解消のための報酬上の取組を参考に、そちらに記載の3つの要件を新たに要件としてはどうかといった御提案でございます。

続きまして、46ページ目が最後となりますが報酬体系の整理・簡素化でございます。地域連携診療計画情報提供加算及び認知症情報提供管理加算につきましては、それぞれ算定率が0.6%及び0%といった状況でございます。これらにつきましては算定率が著しく低いことを踏まえまして、報酬体系の整理・簡素化の観点から廃止をしてはどうか。また、重要な論点でございます医療機関との連携につきましては、本分科会で別途議論をするといった対応でいかがかという対応案でございます。

以上、介護老人保健施設でございます。

続きまして、資料3に基づきまして、介護医療院について改定の方向性について御説明を申し上げます。

4ページ目が主な御意見でございまして、看取り、介護療養型医療施設の移行など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。7ページ目、論点1、看取りへの対応の充実でございます。前回の改定におきまして、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに沿った取組の実施が基本報酬の要件にされるとともに、施設サービス計画の策定に当たっての努力義務とされ、取組の推進が図られたところでございます。取組状況は記載のとおりでございまして、さらにこの対策を充実する観点から、どのような対応が考えられるかといった論点でございます。

対応案といたしましては、さらに取組を充実させる観点から、介護医療院の基本報酬の算定要件及び施設サービス計画の作成におきまして、本人の意思を尊重した上で、入所者全員に対して人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに沿った取組を行うことを求めることとしてはどうかとしてございます。

参考資料といたしまして9ページ目を御覧ください。こちらが現在の施設基準及び運営

基準でございます。この9ページの上段にありますとおり、施設基準におきましては、入所者本人及びその家族等と話し合いを行い、入所者本人の意思決定を基本に、その他の関係者との連携の上、対応していることとしてございますけれども、今回御提案させていただくことと合わせまして、記載について、また見直しを検討してまいりたいと思っております。

続きまして、13ページ、療養病床からの移行の評価ということで、前回の改定では医療院について療養病床における長期入院患者を受け入れ、生活施設としての取組を説明し、適切なサービス提供を行うことを評価する長期療養生活移行加算を創設いたしました。

それにつきまして、今回の対応案でございます。介護療養型医療施設が令和5年度末に廃止となることを踏まえまして、当該加算については廃止することとしてはどうかとしてございます。

以上でございます。よろしくお願いいたします。

○峰村高齢者支援課長 続いて、高齢者支援課長でございますが、特定施設入居者生活介護等について資料4で御説明いたします。

4ページにこれまでの分科会での御意見、特に看取りや看護職員が不在時の医療的ケアへの対応の重要性等について御意見をいただけてきました。

論点は6ページに2点を示しております。いずれも医療的ケアへの対応に関するものでございます。

7ページが論点1、医療的ケアへの対応のうち、夜間看護体制加算に関するものでございます。特定施設は医師の配置が求められていない一方、中重度者も一定割合いらっしゃいます。夜間の看護体制については看護職員の配置とオンコール体制を評価する夜間看護体制加算があり、算定率は約7割となっております。老健事業によりますと、約14%の施設が夜勤、または宿直の看護職員が対応している状況であり、その配置理由につきましては、常時医療処置を要する入所者がいるとの回答が約84%ありました。そうした事業所は夜間をオンコール対応としている事業所に比べ、医療的ケアが必要な入居者を多く受け入れているとの傾向が確認されています。

そこで対応案ですが、特定施設の看護体制の整備・充実を評価する観点から、夜間看護体制加算について、夜勤・宿直の看護職員を配置している場合とオンコールで対応している場合の評価に差を設けることとしてはどうかとしています。

8ページは加算の概要、9ページ以降は今申し上げましたデータをお示ししているものでございます。

次に12ページ、論点2、こちらは入居継続支援加算についてでございますが、平成30年度の改定でたんの吸引、経管栄養等の医療的ケアが必要な入居者の割合が一定以上ある場合等を評価するために設けられたものでございます。老健事業によれば、入居者のニーズが高い医療的ケアは、現在の加算の算定要件に含まれていないものも複数あることが確認されています。

このため、対応案として膀胱留置カテーテル、在宅酸素療法、インスリン投与についても新たに要件に追加し、看護職員が行っていますこれらのケアを評価してはどうかと考えております。

13ページは医療的ケアを必要とする入居者の状況、14ページは現在の加算の概要を示しております。

御説明は以上でございます。よろしく申し上げます。

○古元老人保健課長 続きまして、老人保健課長でございます。資料5に基づきまして高齢者施設等と医療機関の連携強化について御説明を申し上げます。

4ページからがこれまでの主な御意見でございまして、7ページに論点を3つ記載してございます。

8ページの論点1から御説明を申し上げます。介護保険施設におきましては運営基準において協力病院を定めることとされておりました、特定施設や認知症グループホームについては協力医療機関を定めることとされてございます。他方、この連携の内容というのは様々な内容がございまして、様々な実態を踏まえまして、本分科会や同時報酬改定に向けた意見交換会の中でも、実効性のある連携体制を構築すべきといった御意見をいただいているところでございます。

そこで対応案でございますが、介護保険施設（特養・老健・介護医療院）におきましては、そちらに記載の目的を基に、1年間の経過措置を設けた上で、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化してはどうかと。

具体的にはマルの1番、入所者の急変時などに医師、または看護職員が夜間休日を含め相談対応する体制が確保されていること。

マルの2番、診療の求めを受け、夜間休日を含め診療が可能な体制を確保していること。

マルの3番、当該施設での療養を行う患者が緊急時に原則入院できる体制を確保していること。

なお、複数の協力医療機関を定めることによりまして、いずれを満たすということも可能としてはどうかといった御提案でございます。

また、特定施設と認知症グループホームにつきましては介護保険施設と異なりまして、現行では協力病院を定めることが義務となっておりませんことなどを踏まえまして、まずは上記の1と2について努力義務としてはどうか。

また、定期的に協力医療機関と緊急時の対応などを確認し、医療機関名等について指定権者に提出することとしてはどうか。

さらに入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価してはどうか。なお、特定施設につきましては、医療機関連携加算がございまして、その要件を見直すこととしてはどうかとしてございます。

また、入所者が協力医療機関に入院した際に、入所者の病状が軽快し、施設での療養が可能となった場合におきましては、当該者が速やかに再入所できることにつきましても努



めるとしたらどうかといった御提案でございます。

10ページが運営基準、11ページ以降が現状についての各施設別の状況をお示ししたスライドになります。

また、24ページに在宅療養支援病院等と介護保険施設の数などについての基礎的な情報も御用意してございます。御参考とさせていただければ幸いです。

続きまして、28ページ目で論点の2つ目、入院時の医療機関への情報提供でございます。今般の意見交換会におきまして、特に医療において生活に配慮した質の高い医療の視点、そして、生活機能の情報収集が少ないのではないかとといった御意見を指摘されてございます。現在、退所時の情報提供につきましては、現病歴などの診療情報に関する情報を記載する項目が中心でございます。

そこで対応案でございますが、老健・医療院の退所時情報提供加算につきましては、医療機関へ退所した場合に、生活支援上の留意点などの情報を共有した場合についても新たに評価をしてはどうかといったことでございます。なお、その際の情報提供項目や様式については、将来的なDX化も見据えまして検討を行うこととしてはどうか。

また、居宅に退所した場合につきましても、生活支援上の留意点などの情報を適切に提供することといたしまして、医療機関への退所の場合と評価との整合性が取れるよう、見直しを行うこととしてはどうか。

特養、特定施設、認知症グループホームについても同様に、医療機関へ退所した場合の情報提供に係る加算を創設してはどうかといった対応でございます。

33ページ、最後の論点でございますが、医療機関からの患者受け入れの促進でございます。同時改定に向けた意見交換会におきましても要介護者について入院によるADLの低下や認知機能の悪化を防ぐため、医療機関からの早期退院の必要性が指摘されているところでございます。新型コロナの対応におきましても、特に介護老人保健施設におきましては、中間施設という特性から退院患者の受け入れに向けた体制の構築を積極的に行っていたところでございます。入院による要介護者のADLの低下などを防ぐ観点から、どのような対応が考えられるか。

医療機関に入院する患者の退院調整が円滑に行われるよう、老健施設が当該施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワークなどのシステムによる定期的な情報共有や急性期病床を持つ医療機関で入退院支援部門に対する定期的な情報共有などを行っている場合において、入院時から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合について、初期加算における評価の引き上げを行うこととしてはどうかといった対応案でございます。

以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 続きまして、福祉用具・住宅改修について、資料6で御説明いたします。

4ページ、これまでの分科会では、安全な利用促進のための情報共有の必要性や上限価格の在り方、多職種連携の重要性等について御意見をいただきました。

論点は6ページに3点お示ししてございます。

まず7ページ、論点1でございますが、昨年2月に立ち上げました検討会において議論いただきました福祉用具貸与・販売の在り方についてです。検討会では安全な利用の促進、サービスの質の向上、給付の適正化の3つの観点から検討が進められました。

この検討の結果を踏まえ、対応案の1つ目にありますように、安全利用のための手引きの活用促進や事故情報等の発信、平成16年に策定して以来見直しが行われていません用具選定の判断基準や老健事業の検討を踏まえた指定講習カリキュラムの見直し等を行っていくこととしてはどうかしております。

また、検討会の取りまとめで言及されているもののうち、本分科会の審議対象であります運営基準に関する事項としましては、貸与計画の実施状況のモニタリングについて実施時期が明確となっていないことや、介護予防と異なって福祉用具貸与については実施状況の記録を求めていることがあり、対応案の2つ目のところでございますが、運営基準を改正して必要な対応を行ってはどうかしております。

8～11ページにかけましては、検討会の取りまとめの関係部分の抜粋でございます。

続いて12ページ、論点2、一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の導入についてです。

論点の1つ目の■については、福祉用具の貸与原則と、例外であります販売について御説明しているところでございます。

2つ目の■でございますが、貸与期間の制限がありませんので、貸与期間が短ければ利用者の負担が抑えられる一方で、それが長期となりますと、貸与価格の累計額が販売した場合の価格を上回ることがあります。実際にこれまでのデータを見てまいりますと、一部の種目については、購入したほうが負担を抑えられるものの割合が相対的に高いことがありますので、貸与と販売の選択を可能とすることが合理的ではないかと考えたところでございます。

こうした状況を踏まえ、在り方検討会では対応案にあります3つの事項について検討を行い、方向性を出していただきましたので、その方向性を踏まえて選択制を導入することとしてはどうかしております。

13ページ以降で取りまとめの関係部分を示しております。

13ページは対象とする種目・種類について記載したものでございますけれども、14ページに実際のデータと合わせてまとめてございます。つまり、要介護度に関係なく給付が可能な用具のうち、比較的廉価で、かつ希望小売価格を一月の貸与価格で除して算出した分岐月数よりも長く利用しているものの割合が相対的に高い、あるいは分岐月数よりも平均貸与月数が高い、もしくは同等のものをこの選択制の対象としまして、具体的には固定用スロープ、歩行器、単点杖、多点杖の4つとしてございます。

次の15ページに判断体制・プロセスをまとめていますけれども、貸与か販売かの選択については、利用者等の意思決定に基づき行うこととしておりまして、こうした利用者の判

断を助けるため、多職種が連携して提案を行うこと、特に利用者本人は身体状態がどうかとか、これからどう変化していくかについて、なかなか判断することは難しいということもあり、医学的所見を踏まえて提案するとしてございます。

16ページは貸与、または販売後のモニタリングやメンテナンスの在り方についてまとめてございます。

17ページは最後の論点3、上限価格の改定の在り方でございます。論点の1つ目のポツは上限価格の設定の考え方についてまとめてございます。平成30年10月から全国平均貸与価格プラス1標準偏差ということで上限価格を設定しています。前回改定においては既に設定済みの商品については3年に1回の見直しを行うこととしまして、令和6年度からの改定については、前回の方針に基づいて今月初旬に公表いたしました。

その結果、上限価格が引き上げになった商品は前回よりも増え、443件、約11%、逆に引き下げとなった商品は3,476件、約89%でございました。これは昨今の物価高騰等の影響もあるものと考えてございます。

他方で、そもそも貸与価格が上限価格と等しいような商品については、改定による上限価格の変動が生じません。業界団体からは物価高騰の影響の阻害になっているのではないかという御意見もございました。

そこで、貸与価格が上限価格とほぼ等しい商品155件について分析しましたところ、自社製品、またはほぼ1社提供となっているため、価格設定等がしやすい商品、あるいは生産終了の商品でありまして、直ちに用具の供給に影響が生じる状況ではなかったということが分かりました。

対応案としましては、今後の物価上昇に備えて必要な対応についてさらに検討を行うために、貸与価格の上昇等に関する実態を半年に一度程度把握することとしてはどうかとしております。

以下、参考資料を添付してございますけれども、19ページには上限価格改定の影響を前回改定時と比較しました資料、それから、20ページに貸与価格が上限価格と同等以上になっている請求の割合が高い商品の状況についてお示ししてございます。

御説明は以上でございます。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。続きまして、資料7に基づきまして令和5年度介護事業経営実態調査結果について御説明を申し上げます。

資料7の1ページ目が概要となります。目的、時期、調査対象などについては記載のとおりでございます。有効回答率は今回48.3%、前回と比較をいたしまして約3%上昇しているといった状況でございます。

2ページ目、各介護サービスにおける収支差率について御説明を申し上げます。こちらは数字が3段並んでおりますけれども、1段目の括弧なしの数字につきましては新型コロナ関係の補助金及び物価高騰対策関連補助金を含まない税引き前の収支差率、2段目が各補助金を含めた税引き前の収支差率、そして、3段目が各補助金を含めた税引き後の収支

差率となりますことを御説明申し上げたいと思います。

その上で、主なサービスを見てみますと、例えば介護老人福祉施設の補助金を含まない収支差率は前年度から2.2%低下してマイナス1.0%。老健施設におきましては2.6%減少いたしましてマイナス1.1%となっております。人件費や光熱水費の増加などが影響いたしまして、収支差率が低下、制度施行後始めてマイナスの平均収支率となっており、非常に厳しい状況になっていると考えてございます。

次に居宅サービスでございます。訪問介護は2%上昇して7.8%、通所介護は0.8%上昇して1.5%といった状況でございます。これらのサービスは、収入はほぼ変わらず、支出が減少した結果、収支差率としては上昇してございますが、増加額といたしましては、例えば訪問介護で約6万円、通所介護で約4万円といった数字でございますので、実質的には経営改善への影響は限定的ではないかと考えてございます。

これらを踏まえた全サービス平均の収支差率でございますが、2ページの右下のオレンジの箇所を見ていただければと思います。補助金なしの収支差率を見ますと2.4%となっております。令和3年度の2.8%から0.4%低下している状況でございます。

資料8には詳細の集計表をお示ししてございますので、また御参照いただければと思います。

最後に、参考資料2だけ御説明をさせていただきたいと思います。これまで分科会などでも委員の御意見があった事項について集計した結果となります。

参考資料2の1ページ目を御覧ください。派遣委託費及び人材紹介手数料についての状況をまとめてございます。派遣委託費につきましてはdの欄が派遣委託費の平均額となります。その右側に収入、支出、給与費に対する割合をそれぞれ記載してございまして、サービスによって差はございますが、訪問入浴介護と特定施設入居者生活介護で割合が多くなっております。

また、人材紹介の手数料につきましては、2月の分科会におきましても委員から御意見をいただき、今回の調査から新たに追加した調査項目となります。アルファベットのeの欄に金額を記載してございます。割合で見てもまいりますと、サービスによって差はございますけれども、認知症対応型通所介護において割合が大きくなっている状況でございます。

続きまして、2ページ目、同一建物減算の算定有無別に見た収支差率となります。こちらも分科会でもこういった数字を出すようにという御示唆をいただいたところでございまして御用意いたしました。収支差の状況を見てみますと、訪問介護、通所介護、通リハ、小多機において、減算算定事業所の収支差率が特に高かったといった状況でございます。また、定巡におきましては900単位減算の区分において、減算算定事業所の収支差率が21.8%と特に高い状況となっております。

以上、御説明を終わらせていただきます。御協議よろしくお願いいたします。

○田辺分科会長 御説明ありがとうございました。

なお、令和5年度介護事業経営実態調査の結果につきましては、先般行われました介護

事業経営調査委員会において承認されております。この旨、当該委員会の委員長として、私のほうから御報告を申し上げます。

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

会場の方は挙手にて、それから、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いただければと存じます。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きますよう、御協力のほうをお願ひいたします。

では、稲葉委員、よろしくお願ひします。

○稲葉委員 おはようございます。民間介護事業推進委員会の稲葉でございます。私のほうからは資料4、資料6、そして、経営実態調査結果について発言をさせていただきます。

まず、資料4、特定施設入居者生活介護の医療的ケアの対応に関しまして意見と質問を申し上げます。

7ページの論点1にございます夜間看護体制加算につきましては、これを適切に評価していただけることは大変ありがたいと思います。データを見ますと、夜勤・宿直の看護職員を配置している場合が約14%、施設の看護職員がオンコールで対応、または訪問看護ステーション、医療機関と連携したオンコール体制が約86%となっておりますことから、介護報酬の検討に当たっては、具体的な医療的ケアの内容や状況を十分に検証いただいた上で、適切な評価をお願ひしたいと思います。

次に12ページ、論点2の入居継続支援加算について、入居者の中に医療的ケアが必要な方が増えてきているのも事実ですから、その範囲について、現在の加算対象をさらに拡大していただけることは歓迎すべきことです。ただ、その根拠として示されております13ページの左側の医療的ケアを必要とする入居者の割合を見ていきますと、褥瘡の処置が外れているのが分かります。これはどういった理由なのでしょう。教えてください。

また、こうした医療的ケアについては、スキルの向上や安全性の確保をはじめとして、質の確保が極めて重要であると思いますので、研修受講等の支援方をしっかり講じていただけるようお願いいたします。

続いて、資料6の福祉用具に関しまして意見を申し上げます。介護保険制度の下での福祉用具の利用は、高齢者の状態の変化に適切に対応するために、創設当初から貸与の仕組みが導入されてきました。これを前提として、12ページの論点2の貸与と販売の選択制の導入に当たって、妥当性の判断を行うため、対応案にある選択制の対象者の判断と判断体制・プロセス、貸与、または販売後のモニタリングやメンテナンス等の在り方について、専門職の関与の在り方も含め、できるだけ早く具体的な方策をお示ししていただきたいと思ひます。さらには今後、仮にこの選択制が導入された後には実態を把握していただき、その結果を踏まえ、この仕組みの妥当性や有効性等についてしっかり検証を行う必要があると思ひます。

続いて、令和5年度介護事業経営実態調査結果について意見と質問を申し上げます。各介護サービスにおける収支差率を見ますと、訪問介護や通所介護などはプラスの結果が出ているのですが、居宅系サービスの事業者の肌感覚と申しますか、経営の実感とはかなり異なるというのが正直なところだと思います。このため、この調査結果については回答率のみならず、より詳細な分析を行っていただきたいと思います。例えばこの間の介護職員の処遇改善の効果として、常勤職員の給与費は確かに上がっているのですが、通所介護などを見ますと、非常勤職員については逆に下がっているのがお分かりかと思います。

また、例えば資料8に詳細が書かれておりますけれども、この70ページ以降には各サービスにおける事業所規模別の調査結果が載っております。事業所の規模が大きくなるにつれて収支差率はプラスになるという傾向が概して読み取れます。例えば73ページの訪問介護を見ますと、事業所規模によって1%台から13%台まで大きな差があります。これはスケールメリットが生かされることによって当然の結果といえると思います。

しかし、気をつけることは、どの規模の事業所がどれほどの割合でこの実態調査の対象になっているのか、回答を提出したのかというところです。比較的大きな規模の事業所の割合が多く含まれれば、高めの収支差率となってしまうのではないのでしょうか。日本の介護事業所の現状に合致した事業所規模の割合が反映された調査の結果として、最終的に資料7にあるようなサービスごとの収支差率が示されるべきであると考えております。したがって、示された収支差率が独り歩きをすることで介護報酬改定評価にマイナス影響されないということを望みます。

このように物価の高騰や人員不足が続く中で、介護現場でどのような現象が起きているのか、この経営実態調査の結果だけでは分からない点がありますので、私たち介護事業者も協力させていただきますので、追加のヒアリング調査や実態調査の分析等を実施していただき、実態把握に努めていただきたいと思います。

以上、よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 何点か御質問がございましたので、御回答のほうをお願いします。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。私からは資料4の入居継続支援加算について御質問がございましたのでお答えします。

資料の13ページに医療的ケアを必要とする入居者の割合を示しておりまして、御指摘のように、今回追加する対象の医療的ケアと並んで褥瘡の処置についても一定の割合があることは御指摘のとおりでございます。ただ、褥瘡につきましては施設に入居前から褥瘡がある方を受け入れて、それを適切に処置することは望ましいわけですが、施設に入所してからケアの問題で褥瘡をつくってしまったような場合もあると考えております。そうした様々なケースが想定されますので、今回加算で評価するののかどうかについては慎重に検討していく必要があると考えましたので、今回の追加の案には入れていないというところでございます。

○古元老人保健課長 経営実態調査についての御意見・御質問をいただきました。訪問介

護・通所介護につきましては収支差率が好転しているといった状況でございますが、収入と費用の内訳を見ますと、前年度と比較をいたしまして収入はほぼ変わっておらず、人件費等の支出が減少した結果として収支差が上昇している。常勤職員1人当たりの給与額は増加している一方で、御指摘のとおり、常勤職員が離職して非常勤職員を増やしているなど、収支差率が上昇いたしましても、人材確保が困難な中で、厳しい事業経営となっている状況がうかがわれるところでございます。御意見をいただきながら、引き続きさらなる分析などに努めてまいりたいと思います。ありがとうございます。

○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 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。私からは1点、意見を申し上げます。

資料1の論点2、透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価についてのところがございます。透析患者の介護サービスの需要は近年増加傾向が見られるものの、透析患者の入所に当たって、報酬上では評価をされていないため、採算上の問題から特別養護老人ホームなどの介護施設では受け入れが進んでおらず、透析患者が必要な介護サービスを受けられていないといった声が本会にも寄せられております。

論点で提示されている送迎についての問題のみならず、透析が必要な要介護者を施設が受け入れるに当たっては、例えば透析患者の健康管理を行うために、必要な看護師の確保など、入居に伴うかかり増し経費が施設の負担となることから受け入れが進んでいないという実態がございます。

今般の介護報酬の見直しに当たっては、介護を必要とする全ての人がサービスを受けられるよう、透析が必要な要介護者への送迎・付き添いの評価をしていただくとともに、施設が透析患者を受け入れるに当たっての負担を適切に評価していただきたいと存じます。

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、新田参考人、よろしく申し上げます。

○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1及び資料3につきまして意見を申し上げます。

まず、資料1の28ページの論点3、小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直しにつきましては、これまで本県からも意見を申し上げてきたところであり、通常の基本報酬への統合は行わないこととしてはどうかという対応案に賛同いたします。離島・過疎地域では人口減少に加え、昨今の物価高騰等による影響もあり、特に施設系サービスではサービスの維持がさらに困難になることも予想されます。今後、大規模化や協働化により経営をさらに効率化していくことが必要であります。どう取り組んでよいか分からないといった事業者が多いのも実情です。我々自治体といたしましても積極的に働きかけをしているところではあります。専門家等をアドバイザーとして派遣するなど、地域での検討を促

すための支援も強化していく必要があると考えているところです。

次に、資料5の9ページの論点1、協力医療機関との連携体制の構築につきましては、地域により医療・介護資源の状況は異なり、課題も様々考えられるところでございます。これまで本県でも独自に高齢者施設と協力医療機関の連携構築に取り組んでまいりましたが、医療機関側では24時間の相談・診療体制を確保するための職員配置等で新たな費用が発生する場合があります、一部では医療機関が高齢者施設に対し費用負担を求める事例があるとも伺っております。

こうした状況から、要件を満たす協力医療機関を確保すること自体が困難な介護保険施設もあることを考えますと、介護保険施設と協力医療機関が確実に連携体制を構築できるよう、費用負担の在り方等も含めて医療機関側のさらなる協力を促す枠組みを整備する必要があるとも考えます。

このような課題はございますけれども、今回の対応案に示された内容は、コロナ禍で明らかとなった連携不足という課題の解決に直接つながるものでもあり、本県といたしましても、地域の医療体制・地域包括ケアシステムを充実させていく上で、しっかりと取り組んでまいりたいと考えておりますので、実効的な施策となるよう検討を進めて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、鳥潟委員、よろしく願いいたします。

○鳥潟委員 協会けんぽの鳥潟です。ありがとうございます。

まず、資料1の論点3ですけれども、小規模介護福祉施設等の基本方針についての報酬体系の簡素化や他施設等の報酬のバランスの観点から実態を鑑み、通常の基本報酬に統合するという対応案は賛成です。

続きまして、資料2の論点2、評価結果をLIFEに提出した場合の加算区分を新設して評価に一定の差を設けることについては、効果的なりハビリテーションを推進する観点から異論はございませんが、LIFEへの提出自体が事業者にとって過度な負担になることがないよう配慮をお願いしたいと考えております。論点4についても同様です。

また、論点3ですけれども、今後の課題として教えていただきたいのですが、利用者の居宅を訪問して居宅の状況を確認することが最適な方法だと思っておりますけれども、ここにオンラインを活用してということが有効には考えられないのかというところです。行ったら評価を上げる、行かなかつたら評価を上げないという二極的な判断でいいのかどうか、事務局として現時点での御見解があれば教えていただきたいと考えております。

また、論点7ですけれども、ポリファーマシーについては保険者としても周知啓発を行ってきたところではありますが、どのような事例がポリファーマシーに当たるかについては専門的な知見がないと判断が難しいところです。対応案にあるとおり、積極的に多職種連携を推進していくべきと考えております。



また、論点8ですけれども、介護老人保健施設や介護医療院に適切に入所できるような体制を整えつつ、介護保険制度の持続可能性も考慮する必要があると思います。今後、データに基づいた丁寧な議論をお願いしたいと考えております。

資料5ですが、論点1の方針については異論ございません。

論点2についてですけれども、情報提供項目や様式については将来的なDXを見据えて検討を行うとありますが、事業者の皆様の負担が重くなりすぎたり、形骸化してしまったりしないよう、必要な情報を分かりやすく簡潔に盛り込むということにも御配慮いただきたいと思っております。

また、資料6の論点2、福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制の導入についてですが、効率的なサービス提供につながるのであれば進めるべきと考えております。対象となる福祉用具は非常に数が多いものと認識しておりますけれども、ケアプランを立てるケアマネジャーや福祉用具の選定を行う福祉用具専門相談員にとって過大な負担とならないよう、合理的な判断基準や適用について検討を進めていただきたいと考えております。よろしく申し上げます。

以上です。

○田辺分科会長 1点、訪問のところでオンラインをどう考えているのという御質問がございましたので申し上げます。

○古元老人保健課長 御質問をいただきました介護老人保健施設の論点3の認知症短期集中リハビリテーションの加算でございますが、居宅における生活、こういったことをしっかり把握していただいた上でという内容から考えまして、当面、この件につきましてはオンラインではなく、実際に居宅を御訪問いただいてといったことを原則と考えてございます。現時点の検討状況は以上でございます。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

常に時間がないということも一方で課題になっていると思いますので、ぜひ前向きに御検討いただいて、検証の上、御検討いただければと思っております。

○田辺分科会長 では、石田委員、よろしくお願ひいたします。

○石田委員 私のほうからは、資料1、5、7から意見を申し上げたいと思います。

まず、資料1の論点1、緊急時の医療提供体制の整備というところです。配置医師の対応が困難な場合の緊急対応ということで、施設、配置医師、協力病院の三者でその役割分担等を協議して、緊急時等対応マニュアルに反映することとしてはという、この御提案についてです。老人福祉施設における医師不在の場合で、原則救急搬送するとしている施設が3割程度あるという報告もございまして、この件ですけれども、現在ACPの普及啓発活動もかなり積極的に行われていることも含めまして、緊急時対応マニュアルの内容の中にACPに関する協議、御本人とか家族も含めた協議がきちんと行われているというような内容についても、ぜひ中身に加えて検討していくべきではないかと考えます。これは意見として申し述べておきたいと思っております。

それから、資料の5です。同じような内容になるのですけれども、高齢者施設と医療機関との連携で論点の1で、協力医療機関との連携体制の構築というところで、ここにも令和3年度のDPCデータの中で、介護施設からの入院患者のうち、急性期一般入院病棟へ入院する患者が75%を占めているということです。そして、その医療機関が提供する医療内容と要介護者が求める医療の内容に乖離があるという指摘については非常に重要なことだと思っております。

この対応案にあります在宅医療を担う医療機関との連携は本当に重要だとは思いますが、今回御提案していただいているこの3要件を含む対応案については、これまでの「その他の病院」や、「一般の病院」というより、在宅療養支援病院に大きくシフトチェンジしていくという目的があると理解してよろしいのでしょうか。それだけ確認させていただきたいと思っております。

最後に、資料7の令和5年度介護事業経営実態調査結果の概要についてです。先ほど稲葉委員のほうからも御発言がございましたけれども、こういった報告書の数字は非常に重要な意味があって、数字だけがどうしても印象に残ってしまうのです。そうすると、収支差率でプラスの場合はもうかっているのではないかというような印象がどうしても残ってしまうのですが、私が見聞きする限りの実態では、そんなことでは全然表せないほど非常に状況は深刻になっていると感じております。

だから、例えば前々から申し上げております同一建物とそうでないところの訪問介護事業のところ。今回の参考資料の2ページ目にも、この同一建物減算を受けている事業所とそうでない事業所というところがあって、訪問介護の場合、全体で7.8の収支差率で同一建物減算の場合は9.9、そうでないところは6.7というような形で差があることも報告されております。しかし、もう少しこの辺については実態を調査していただきたいと思っておりますし、ここは前回も申し上げましたけれども、この違いに関してどうするか、減算ということの対応ではなしに、今、かなり経営の継続に困難を感じていらっしゃるような訪問介護事業所などの実態をもう少し細かに調査していただいて、その支援とか、もっと言えば、救済の方法を検討していただき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。

1点、御質問がございましたので回答をお願いします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。御質問をありがとうございます。

資料5の高齢者施設と医療機関の連携でございます。例えば資料5の11ページなどを御覧いただきますと、これは特養の協力医療機関の現状、そして、12ページには老健の協力病院、そして、13ページには特定施設ということで、それぞれの現状をお示ししてございます。御覧いただきますと、一部在宅療養支援病院でありますとか、在宅療養のそういった機能を持った医療機関と既に連携を持っていたいただいている施設もございます。

今回、お示しした内容は、何らかその施設の病院・診療所等の類型を限定するといった

考え方といいますよりは、そういった機能を有する医療機関との連携をその地域の中で御相談いただいて対応いただくというものでございます。

結果といたしまして、例えば21ページにお示ししてございます在支診、在支病など、こういった機能をもとよりお持ちの医療機関が連携の有力な候補となるのではないかとといった形でお示しをしたところでございます。

御指摘のとおり、そういった機能に着目した形で最適化を図っていくことを目指していきたいと思っておりますので、引き続き御意見をいただければありがたいと思っております。

○田辺分科会長 石田委員、よろしゅうございますか。

○石田委員 ありがとうございます。よろしく申し上げます。

○田辺分科会長 それでは、米本委員、よろしくお願ひいたします。

○米本委員 全国町村会の米本でございます。資料5の論点1、協力医療機関との連携体制の構築について意見を述べさせていただきます。

先ほど新田参考人のほうからも出ておりましたが、対応案の中で要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化するとして、3つの要件が示されているところです。介護と医療とで実効性のある連携体制を構築する重要性は十分に理解をしております。一方で、規模の小さな町村では医療施設数が限られています。特に離島・中山間地域では地理的条件もありまして、近隣の医療機関と連携して、これらの要件を全て満たすことが難しいと想定されます。そのため、制度上、義務化をしたとしても、医療施設の不足等、根本的な課題が連携体制の構築の障害となることを危惧しております。このような地理的条件や地域の特性も考慮して、これから先、御検討いただきたいと思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、奥塚委員、よろしくお願ひいたします。

○奥塚委員 資料1、資料6について御意見を申し上げます。

まず、資料1の介護老人福祉施設、特養についてでございます。

24ページの論点2の透析が必要な入所者の送迎・付き添いの評価についてであります。先ほど山口参考人のお話にもありましたけれども、透析患者は日々の細やかな体調管理に加えまして、週3回、1回約4時間の通院への付き添いが必要でございますので、手厚い人員体制が求められ、大きな負担となっております。市内の特別養護老人ホームにおきましても受け入れが進んでいない現状があると認識をしております。人工透析が必要な高齢者が増加する中で、透析患者が安心して暮らすことができる環境を整えることは大変重要だと考えておりますので賛成いたします。介護報酬でしっかりと評価する仕組みについて御検討をいただければと思います。

次に、論点5のユニットケアの質の向上・普及促進についてであります。資料の34ページの対応案にありますように、必要に応じてユニット間の勤務を可能とする対応につきましましては、おおむね賛成でございますけれども、ユニットケアの基本となる入居者一人一人

に寄り添ったなじみの関係を維持できるよう、十分検討していただきたいと思います。

続きまして、資料6の12ページ、論点2の福祉用具の貸与と販売の選択制についてであります。ケアマネが作成いたしますケアプランには利用者負担がなく、これらの福祉用具だけのケアプランを立てている利用者もあると承知しております。買い取りにすることで、ケアプラン費用や利用者負担の抑制につながると思いますので、方向性として賛成いたします。ただし、リハ職や福祉用具専門員の方々などが利用者の状態に合わせまして、事故等が起こらないように適切に関与いたしまして、利用者にとっても不利益にならないよう進めていただきたいと思います。

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、よろしく申し上げます。

○伊藤委員 資料に沿って意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、資料1の論点2の透析の関係でございます。透析が必要な入所者の送迎・付き添い等の評価の対応に当たっては、「やむを得ない事由」や「月一定回数以上の送迎」といった要件の設定については、施設職員の負担の程度等を踏まえながら、慎重に検討いただければと思います。

次に資料2の論点1の介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の強化でございますが、この指標につきましても、指標の取得状況等を踏まえながら、機能強化に向けて基準を引き上げていくべきと考えてございます。

また、対応案に「各類型間における基本報酬において、さらに評価の差をつける」とございますが、その設定に当たっては財政中立の観点で設定すべきと考えてございます。

質問になりますけれども、論点2や論点3において「評価に一定の差を設ける」とございます。こういったものも重点化・効率化の観点から、設定は財政中立で行うべきと考えますが、事務局の考えをお聞かせいただければと思います。

続いて、資料3の論点2の療養病床からの移行の評価でございます。前回の改定で長期療養生活移行加算が新設されましたが、そもそも介護医療院は長期にわたり療養が必要な方のための施設であり、令和5年度末に介護療養病床が廃止されることから、対応案にありますように、長期療養生活移行加算は予定どおり廃止していただきたいと思います。

続きまして、資料5の論点1の高齢者施設等と医療機関の連携強化につきましても異論ございません。ただ、対応案の4つ目の■に、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価してはどうかとございますが、忙しい関係者が定期的な会議を開催することが本当に可能なのか疑問であり、算定率が低い加算が増える懸念もございますので、ウェブ会議での開催など、情報共有のための仕組みも含めて慎重に検討していただければと思います。

次に、資料6の福祉用具の関係でございます。論点2、介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目の在り方検討会の取りまとめを踏まえ、保険給付の適正化等の観点や、利

利用者の自己決定権の尊重という観点から、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全性の確保にも配慮しながら、固定用スロープ等の一部貸与品目・種類について、貸与・販売の選択制の導入を図るべきと考えてございます。また、選択制導入後は、その実態や影響等をよく検証した上で、対象種目・種類の範囲等、必要な見直しを図っていくべきと考えてございます。

最後に、資料7の令和5年度の経営実態調査については、介護サービス全体の平均収支差率が2.4%となっており、令和3年度に比べてやや低下していますが、全体としてはプラスの収支差率となっています。

今後も介護サービスの需要や介護給付費が急増する一方で、生産年齢人口の急減が見込まれる状況でございます。制度の支え手であり第2号保険料を負担している現役世代は、減少し、保険料負担も制度創設当初に比べて3倍以上に増えているという状況でございます。現役世代の立場で申し上げますと、高齢者医療への負担も含めて、これ以上の負担増には耐えられない状況でございます。

こうした状況下、介護報酬の引き上げは利用者負担や保険料の負担など、国民の負担増に直結する点を踏まえれば、トータルとしての報酬を引き上げる環境にはないと考えてございます。財政的な持続可能性を確保していくためにも、できる限り利用者負担や保険料負担の増加を抑えることが必要と考えてございます。限られた財源の中で効率化等をさらに進めるとともに、在宅サービスと施設サービスでのめり張りをつけるなど、効率化・重点化に力点を置いた見直しが不可欠と考えてございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 1点、差をつけるのが大切か否かというところの御質問がございました。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。御指摘いただきましてありがとうございます。

例えば今回の資料におきましても、さらに評価の差をつけることとしてはどうかといった表現は今回の資料2に限らず、例えば前回、前々回を含めまして、様々なサービス、各論点においてこういった表現をさせていただいている部分がございます。それにおける財政的な考え方でございますけれども、基本的には全体のフレームの中で、改定率の中で各点数は調整をしていくことになると思います。個々の論点につきまして、全てが財政中立での整理となるかと言いますと、恐らくそこはものによって財政中立、場合によっては適正化、さらにはものによっては給付を少し増額する部分、そういったものを重ね合わせまして、全体を調整していくと我々は理解しておりまして、また、そのように御相談をさせていただけるとありがたいと考えてございます。

以上でございます。

○田辺分科会長 伊藤委員、よろしゅうございますか。

○伊藤委員 それぞれの評価の目的があるのかと思いますので、その目的が効果的にできるように、ぜひとも差別化については適切にお願いしたいと思います。ありがとうございます。

ます。

○田辺分科会長 では、小林委員、よろしく申し上げます。

○小林委員 大きく4点申し上げます。

まず、資料1の論点1、配置医師緊急時対応加算について、資料には、日中であっても通常の勤務時間外に急変時に対応するために駆けつけ、対応を行った場合とあります。この「通常の勤務時間外」を合理的に示しつつ検討を進める必要があると思います。

論点2について、透析が必要な入所者の日常的な観察・送迎を要する場合に、7割以上の施設で「入所を断る」方針、「入所を断る可能性がある」も含めれば8割を超えますので、その改善を図ろうとすることは理解いたします。その上で、調査研究結果を見ると、「施設での送迎は現実的に難しい」という声も書かれており、体制面や医療機関への所要時間を考えたときに、実際にどの程度これが進むのか、施設による送迎だけで進んでいくのか、実態が進むように考えていく必要があるかと思えます。

論点4について、「処遇等が適切に行われる場合に限り」ということについて、しっかり検証が必要と思えます。

論点5について、実地研修施設の確保に向けた環境整備やユニットケア施設管理者研修の努力義務化を進めるべきと考えます。一方で、「必要に応じて、職員の主たる所属ユニットを明らかにした上で、ユニット間の勤務を可能とする」ことについては、この「主たる」というところが形骸化しないようにしなければならないと思えますので、馴染みの関係、ユニットケアの質に影響が生じないように、丁寧に明記する必要があると思えます。

次に、資料4の論点1について、利用者の医療ニーズが高いのか低いのかによって状況が異なると思えますので、医療ニーズの高い利用者を受け入れるのであれば、夜勤・宿直の看護職員の配置には、それにふさわしい評価にするとともに、現実的な対応を進めるべきと思えます。

次に、資料5の論点1について、入所者の現病歴等の情報共有については、ICTやオンラインも活用しながら促進していくことが必要であり、これについても現実的に対応が可能な体制構築が進むようにすべきと思えます。

また、論点2について、「情報提供項目や様式について将来的なDX化も見据え」と書かれているとおり、統一フォーマットの検討が不可欠に思えます。

最後に、資料7、8についてです。常勤換算1人当たりの給与費を見ると、福祉用具専門相談員は下がっている状況が目立ちますし、それ以外にも非常勤の場合などにおいて全体的に令和4年度概況調査より下がっている実態が見て取れます。また、訪問介護では、給与費の額・比率は下がり、常勤換算職員数も減っており、常勤換算1人当たり給与費は上がったところと下がったところがあり、訪問看護員常勤換算1人当たりの訪問回数は増えている状況です。先ほど「経営改善は限定的」との説明もありました。収支差率の数値だけでなく、細部を丁寧に見る必要があると思えますので、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す。

それでは、松田委員、よろしくお願ひいたします。

○松田委員 松田でございます。資料5の医療と介護の連携のところについて、少し話をしたいと思います。主に2点です。

まず、根っこのところには介護給付費の増加をどうするかという話があると思うのですが、恐らく医療と介護のお金に関してはトータルで考えることが必要だろうと思っています。これから実は高齢者救急が増えてくるわけですが、地域によっては20～40%ぐらいが要介護高齢者になっています。運ばれる病気の原因としては肺炎、誤嚥性肺炎、心不全、骨折、胆管炎、尿路感染症の血管障害が多くて、大体これで半分ぐらいになってきます。ここで問題になってくるのは、こういう疾患は急に起こるものも当然ありますけれども、多くは予兆があるということです。要するに、悪化しきってから病院に運ぶのではなくて、それ以前に悪化の予兆を捕まえて早めに運んでいただくことがとても大事になってきます。

私たちの分析結果でも、入ってきた患者さんに、ADLの状況が悪いと在院日数が長くなりますし、それから、そういう患者さんが入院して入院期間が長くなると、それだけADLも悪くなっていく。そもそもそういう病気で入院すると要介護度が悪化するというものがあります。そういう意味で、一つは介護施設のほうで、こういう急性疾患が顕在化しないような予防的なケアマネジメントが必要だろうと思っています。それを誰がやるのかとなったときに、これだけ医療ニーズが高まってくると、どうしても看護師の関与が重要になってくると思います。

例えば介護施設であれば、主に特定看護師、そういう方たちの配置をこれからどのようにしていくのか。在宅であれば、定期的に訪問看護師による評価みたいなものやることが医療・介護の連携の中で重要になってくるのだろうと思っています。

あと、急性期病院、私は大規模病院の副院長をやっておりますけれども、病院のほうの視点から考えると、運ばれてきた高齢者の治療に関しては、実はそれほど大きな問題はないのです。要するに、診断がつきますし、その病気に対して治療するというのも急性期病院であれば必ずできます。問題は、その方のADLの状況とか認知症の状況、それから、併存症としての病気に対してどのように治療をして、薬を飲んでいたのか、そういう情報がないのは非常に困ります。あと、ケアマネジャーが誰なのか分からないというのが困る。

そういう意味で、ADLとか認知症とか、そういうものに関する情報が共有できていれば、早くからADLケアとかりハケアに関する計画をつくることができます。それをやることによって在院日数を短縮することができて、在院日数を短縮できれば要介護度の悪化を防ぐこともできるし、早く元のところに帰すこともできます。そういう意味で、こういう情報を共有することが多分一番大事なのだろうと思っています。

医療と介護のところでは、病院の側から見ると、受け入れる施設は大体固定していますので、そういうところと医療・介護に関する情報をふだんから共有できるような仕組みを

つくるのが大事だろうと思います。これに関しては函館とか、あるいは施設によっては例えばこの委員会の委員でもある田中委員のところもやっていますので、そういう事例を参考に、情報を共有するフォーマットをつくっていただければいいのではないかと思います。それがないと、多分定期的に集まったとしてもあまり意味がないと思うのです。

あと、実際に今度データをいろいろ出しますけれども、入院した患者さんについてリハケアをきちんとやると、入院中の続発症としての肺炎がかなり予防できます。これができるると在院日数が短縮できるし、ADLが悪化しない状態で帰せますので、そういう意味でも介護のほうからのADLとか認知症に関する情報提供があるといいと思います。

それと、介護の現場から医療施設への搬入、いわゆる救急の搬送ですけれども、これはできれば日中にやったほうがいいのです。もし、夜間という話になってくると、医療のほうから言うと、働き方改革の関係が出てきます。いわゆる宿日直の当直の定義とか、そういうのがありますけれども、夜間はだんだん働きにくい状況になってきますので、そうすると、情報を共有してモニタリングして、なるべく日勤帯に患者さんを運んできていただくという仕組みをつくっていかないと、病院のほうもたないと思います。

あと、医療から介護への情報提供です。ADL関連情報とか、主に看護師、今、看護必要度で情報をつくっていますので、そういう情報とかリハケア、褥瘡に関する情報、こういうものが医療のほうから介護のほうに来ると、とてもいいなと思っています。これも既に函館とか釧路とか、いろいろなところで先進事例がありますので、そういうものを参考にし情報共有の仕組みを考えていただければと思っています。

あと、薬剤ですけれども、これも少し分析しているのですが、老健施設とかで、かなりポリファーマシーに関する対応はしています。ところが、これが在宅に戻ってしまうと、また元に戻ってしまう。要するにその共有ができていないのです。そういうことも情報共有の仕組みの中に入れていくべきだろうと思います。

いずれにしても、例えば老健であれば在宅復帰強化型をこれから増やしてくという方向で議論しているので、そうすると、かなり柔軟なリアルタイムでの情報共有の仕組みが必要になってきます。それがないと、ほぼ在宅、ときどき入所というのはできないと思いますので、そういう意味で、地域で情報を共有する仕組みをつくるのが、多分いろいろな議論の前提になるのだらうと思っています。これに関しては運用の経験がとても大事になってくると思いますので、この運用をやっている例えば函館とか、長崎とか、そういうところの運用実績の事例を基にして、情報共有の在り方を考えていただけたらいいのではないかなと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、堀田委員、よろしくをお願いします。

○堀田委員 資料5の論点1について2点です。

1点目は、松田委員がおっしゃってくださったこととほぼ共通するところですが。



まず、論点1の対応案の4つ目のところですが、連携の強化のための定期的な会議の開催を評価とありますが、先ほどの松田委員の御意見に賛成で、日常的な情報の提供について、よりきちんとなされるようにというところを評価したほうがいいと思います。それに当たっては、論点2のほうで入院時の医療提供についてのフォーマットができているところですが、そういったものを今までの連携のうまくいっているところから、情報を得ながらつくっていくことが重要ではないかなと思います。

それから、対応案の2つ目のところですが、まずは特定施設、認知症グループホームについて努力義務としてはどうかというところから出されています。確かに一気に義務化ということは難しいのかもしれないと思いますが、実際はなかなか協力病院がないことによって難しい事態も多く発生していたことも踏まえ、今後、さらにどのように病院との連携を深めていくことができるかということについては、議論をしていく必要性があると思います。そのために、どのような手当がどこに必要なのかということも併せて検討していただければと思います。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

それでは、酒向委員、よろしく申し上げます。

○酒向委員 まず、資料2の論点1に関わるところでございます。在宅復帰・在宅療養支援等の指標の基準の引き上げについては異論がないところでございます。在宅復帰に向けて、より積極的な取組を促すためにも、実績を上げている施設とそうではない施設でメリハリ付けを強め、財政的には中立でお願いしたいと思っております。

論点2、リハ機能の強化についてでございます。月1回以上のADL評価、必要に応じた計画書の見直し、評価結果のLIFEへの提出、いずれもやっていただきたいと考えております。この点、評価を新設するという形でなく、現在の短期集中リハ実施加算の算定要件に加える形にできないかと思っております。

続きまして、論点4、リハ・口腔・栄養一体的取組の推進でございます。口腔衛生管理加算に栄養マネジメント評価加算を算定した上に、さらに上乘せで評価し、利用者に負担を求めることについて違和感を覚えております。内容の共有、フィードバックは当然行っていただくことでありますし、加算区分の新設ではなく、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算の算定要件に加えるという形でできないかと思っております。

論点7、ポリファーマシー解消の推進でございます。ポリファーマシー解消の重要性は理解しております。他方、減薬に関して評価するというのであれば、老健の医師が薬剤を評価・調整した場合と、入所前の主治医と連携して調整した場合で、評価に差を設けることについて疑問がございます。

資料3について、論点2の提案、長期療養生活移行加算の廃止には賛成します。

資料5につきまして、3点申し上げたいと思っております。

1点目、論点1についてでございます。一定の要件を満たす協力医療機関を定めること

を義務化するという点については異論ございません。ぜひ協力関係が形骸化しないように密にお願いしたいと思っております。また、協力医療機関につきましては、石田委員からも御指摘がありました。必要となり得る医療の内容に即した協力医療機関という形になっていることが望ましいと思えます。

一方で、会議を開催すること自体を評価ということには違和感があるところがございます。必要な情報提供を行っていただくという実績が重要なのではないかと考えます。

論点2についてでございます。これも情報共有の必要性は理解しておりますが、資料の40ページにある利用者、ケアマネ、医療機関、介護施設間の情報共有、主体ごと、また、情報の種類を増やすたびに、どんどん利用者負担や保険料負担を増やす形で加算が新設され重層的になっていることについて、いつまで続くのかと感じます。もちろん情報共有の必要性は理解しておりますが、介護報酬上の評価がどんどん増えることについての問題提起をしたいと思えます。

生活支援上の留意点の情報が重要ならば、31ページ目の運営基準の様式の項目を見直すことで対応できないのでしょうか、新たに評価することについては疑問でございます。将来的なDXを見据えてとありますが、早急にこれを進めたいと思えますし、施設間の事務負担にも配慮するという点で、様式の簡素化・標準化の徹底をお願いしたいと思っております。

論点3の医療機関からの患者の受け入れ促進でございますが、初期加算の本来の趣旨から考えますと、日頃の営業活動のようなところを評価して、加算を引き上げるということについていかがなものかと思えます。

各論点についての発言は以上でございます。

実調についてでございますが、ぜひ回答率の向上を引き続きお願いしたいと思います。3割台の区分もありますし、ぜひもう少し回答率を上げていただくことに御尽力をお願いしたいと思います。もちろん経営の持続可能性は非常に重要だと思っておりますが、制度の持続可能性ということですと、経営の持続可能性ですとか、人材確保、現場の負担軽減、それをファイナンスする負担者の負担という点も非常に重要でございます。ぜひバランスのよい議論が展開されることを期待しております。

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、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1の介護老人福祉施設地域密着型入所者の生活介護について、論点2の緊急時の医療提供体制の整備等というところです。この件に関しては報酬を評価ということを書いていますけれども、配置医師が利用者の病状を一番よく知ってくださっていますので、その医師が働きやすい状況をつくっていただけるのはありがたく、利用者家族は安心ですので賛成です。今回も加算がたくさん対応案として出てきていました。先ほどの酒向委員

のところにもありましたけれども、加算が増えるということは制度が複雑になっていくということなので、その辺りの整理は必要だと思っております。

2つ目、論点5のユニットケアの質の向上・普及の促進です。対応案の3つ目の案は、なじみの関係を維持しつつ柔軟なサービス提供により、よりよいケアの提供をする観点からユニット間の勤務が可能であることを明確化と提案されています。先ほどの説明のところ現場の状況をお話いただきましたけれども、それをお聞きしていると、現場の人材不足の観点が抜けているように思います。人がいないので2ユニットを1名で見なくてはいけない状況があるのではないのでしょうか。人員配置の緩和につながる今回の対応案には反対です。昼間は活動的な生活をしてほしいが利用者家族にはあります。8名の利用者を1人の職員でも大変な状況であったということは、ユニットに私は両親が入所していましたので、とてもよく知っておりますので反対です。

それから、資料2の老健のところの論点3のリハビリ機能強化、認知症リハビリテーションの実施加算で、対応案で認知症の短期集中リハビリテーション実施加算で居宅を訪問し、生活環境を把握することを要件にしてはどうかということに対しては大賛成です。今までそれがされていなかったということですので、ぜひ速度を速めて行っていただきたいです。その際には、現状の中にある学習療法や記憶訓練に比重が置かれている内容を、提案にもありましたけれども、廃用予防や活動・参加につながるような訓練をしていく等の現状の反省を踏まえたリハビリが行われることをさらに進めていただきたいです。

それから、老健のリハビリ職員が在宅での認知症の人の生活実態と改善についての知識が不足しているように感じています。認知症の人の在宅での生活機能評価と改善に向けた内容での研修会をぜひお願いをしたいと思います。在宅の生活を知らない施設職員が多いというのは、福祉用具のアドバイスにおいても古い機種を紹介していただき、実際、在宅に戻り、より私たちの家族の機能に合った新しい製品があったということもありますので、ぜひ生活の実態とか、新しい知識の研修をさらに進めていただきたいと思います。

それから、資料5の高齢者施設と医療機関の連携強化の論点1と論点2のところでは、協力医療機関との連携がより良好になることで、安心して適切な医療が受けられるのは進めていただきたい内容です。その際の受診・入院・退院での利用者の情報提供が不十分な状況にあると思うのですが、その情報は口頭なのでしょう。家族が面会に行った際に違う情報が提供されていることがありましたので、口頭もあるようでしたら、文書での連携があるほうが、情報の伝達でのゆがみや間違いがないと思いますので、ぜひ御検討のほうをお願いいたします。

それから、資料6の福祉用具・住宅改修のところでは、論点2の一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制の購入というところで、貸与と販売の選択制、両方を導入してはどうかという案が出されていますけれども、一つは利用者などが適切な判断を行うために必要な事前プロセスとありますが、利用者やリハビリテーション専門職などの医療職を含めた多職種の意見を反映させるや、サービス担当者会議で検討となっていますが、利用

者の意思決定支援が十分にされてからの利用者の判断ということになります。専門職が占めている担当者の会議の中で利用者が判断していくのは難しい場面があります。十分な配慮と分かりやすい説明があることが、何らかの形で分かるような記載にしていきたいと思います。

それから、購入の根拠となっているデータで、長期間の利用が多いとのことですが、適切なアセスメントがされているのか疑問があります。利用者には現在利用している福祉用具が適切であるのか、もっとよい自分の機能を生かす用具があるのかは、ケアマネジャーや福祉用具の専門職のアドバイスがあつてです。今回の流れが福祉用具の貸与の原則から利用者の購入の流れに持っていくようになってきているように思えてなりません。福祉用具のみの利用の場合にはケアプランのところでも議論があり、全体に福祉用具の利用範囲を狭めていくことが給付の削減の流れに持ってきているように思っておりますので、それが杞憂となることを願います。利用者の状態に応じて適切な福祉用具の利用ができることで自立支援が促され、自分でできることや維持が増えることは、認知症の人にとっての認知機能の維持や自己肯定感につながることを申し添えておきます。

質問ですけれども、介護職員の賃金が来年2月から月6,000円引き上げ、離職の歯止め措置、補正予算に盛り込むとの報道がありました。それから、老健局の2023年度の補正予算案の主要施策集では、介護職員の処遇改善等の364億円支援のところでの360億円とあり、介護職員を対象に賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、介護職員等のベースアップ等支援加算に上乘せする形で収入を2%、月額6,000円程度引き上げるための措置を行うとなっていますけれども、2024年2月から5月の賃上げ引き上げ分は補正予算、すなわち税金で対応するが、2024年6月以降は介護報酬で対応するという理解でよいのでしょうか。

もう一つ質問ですけれども、ホームヘルパーの有効求人倍率は15倍を超えるという人手不足が報告されていますが、経営実態調査では訪問介護事業所の収支差率はプラス7.8と報告されています。先ほど説明がありましたけれども、ホームヘルパーが確保できないにもかかわらず、事業所の収益が黒字になるといふのは、どのような分析をされているのか、お聞かせください。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

2点ほど御質問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 老人保健課長でございます。

まず、処遇の改善の緊急経済対策の補正予算案につきまして御指摘をいただきました。6,000円相当の引き上げということでございますけれども、報酬での対応につきましては、例えば昨年6月の骨太の方針の中でもこういった物価高騰、賃金上昇への対応、こういった大きな方針もいただいている中でございますので、今後の検討課題といった形でございまして、本日の時点で何か明確にお答えするのは難しい状況でございますことは御理解い

ただきたいと思います。

2点目でございますけれども、ホームヘルパーが確保できないにもかかわらず、事業所の収支が黒字になっているのはなぜかということでございます。訪問看護につきましては比較的小規模な事業所ということでございまして、収支差率は上昇しておりますけれども、額で見ますと6万円の増といった状況でございます。さらに収入と費用の内訳を見ますと、前年度と比較いたしまして収入はほぼ変わっていない。他方、人件費等の支出が減少した結果として収支差率が上昇してございます。さらに見てまいりますと、1人当たりの給与費が増加しておりますので、職員数が減少しているといったことも推察されます。人材確保が非常に困難な中で、厳しい事業経営となっている状況と解釈してございます。

以上でございます。

○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 ということは、利用者が利用したいと思うときに人がいない状況が、ここからも見えてくると思いました。ありがとうございました。

○田辺分科会長 では、野村委員、よろしく申し上げます。

○野村委員 私のほうからは、まず、資料2の介護老人保健施設の24ページの論点4、リハ・口腔・栄養の一体的取組の推進でございます。こちらのほうは口腔衛生管理加算が高くない状況ですので、ぜひ一体的な推進が図れるようになると、利用者の利便性が向上するとともに、状態の維持・改善が図れるので、介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画情報加算についての対応案には賛同いたします。その上で、LIFEを通じてデータの蓄積と分析につながることを期待したいと思えます。

2点目でございますけれども、資料2の論点6の看取りへの対応の充実でございます。こちらのほうは資料5の2の入院時の医療機関への情報提供にもつながると思えますけれども、看取り期には口腔衛生管理の必要性の頻度が増えるので、さらなる歯科との連携が必要と考えられますので、よろしくお願いたしたいと思えます。

そして、資料5の高齢者施設と医療機関との連携強化、論点2の入院時の医療機関への情報提供でございます。こちらのほうは口腔・栄養の情報について、現在も入っているとは思いますが、歯科の対応が必要な場合、他の施設にも広げるように、より分かりやすく、使いやすくなるような視点で、さらに強化していただけるとありがたいと思えますので、ぜひよろしくお願いたしたいと思えます。

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、よろしく申し上げます。

○及川委員 日本介護師会の及川でございます。よろしくお願いたします。私のほうからは、資料1につきまして2点意見を申し上げます。

まず、論点4です。配置基準の緩和につきましては、離島・過疎地域だけに限るとした理由が離島・過疎地域だからだけでは根拠が薄いのではないかと考えます。人材不足が深

刻な中で配置基準の緩和を進めたいという考えは理解できます。しかし、まず、担保しなければいけないのはサービスを受ける方の利益であり、このことを優先すべきであると考えます。

もう1点、論点5のユニットケアの質の向上についてでございます。各ユニット型施設において、ユニットケアの質の向上に向けた体制を確保する観点ということから、ユニット型施設の管理者について、ユニットケア施設管理者研修の受講を努力義務とする提案がございまして、要介護者の介護ニーズが多様化、複雑化、高度化する中、介護人材の多様性が進む介護現場であることを踏まえれば、ユニット型施設だけではなく、介護職チームのリーダーには介護の実践力のほか、介護のマネジメントやチームマネジメント等の知見は欠かせません。つきましては、このようなスキルを習得できる研修を推進することは極めて重要でございます。

ただし、人材不足が深刻化する中、研修に送り出す介護現場の負担を考えれば、ユニットケア施設管理者研修やユニットケアリーダー研修において、同様の学習内容を含む各団体が行う研修について、例えば認知症介護実践者リーダー研修で進められているように、自治体が研修カリキュラムや講師等を審査し、適切と判断された場合には、それ以外の研修であっても当該研修相当と認めるような対応の御検討をお願いしたいと考えます。

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 ありがとうございました。

では、濱田委員、よろしく申し上げます。

○濱田委員 まず、資料2の介護老人保健施設の論点1について意見を申し上げます。介護保険施設における相談援助を業とする国家資格者につきましては、これまで配置基準や評価がございませんでしたけれども、今般評価が行われることは画期的であり、ぜひ進めていただければと存じます。また、同じく国家資格の相談援助を業とします介護支援専門員の配置も必要となっておりますけれども、とりわけ経験豊富な主任介護支援専門員の割合も、当協会調査では介護保険施設平均で27%程度と進んできております。一方、施設においても採用や配置、困難職種になってまいっておりますので、可能であれば今後、今回を含むいずれかの機会ですべて併せて評価をお願いできればと存じます。

続きまして、資料5の高齢者施設等と医療機関の連携強化の論点1についてでございます。協力医療機関との連携体制の構築につきましては必要なことと考えておりました、義務化とされておりますが、先ほど米本委員の御意見もございましたが、医療圏内では要件を満たせる協力病院や医療機関がありましても、実際には施設等の立地する市町村内ではそのような医療機関がなかったりする場合もございまして、また、グループホーム等の場合では、実際には開業医の先生方の御負担を承知でお引き受けいただいているような場合もあると伺っております。このため、円滑に進めるためには、関係者間だけでなく、例えば都道府県や市町村など、行政機関による支援・仲介なども円滑な連携体制構築のためには有用ではないかと考えております。

続きまして、資料6の福祉用具・住宅改修の論点1の福祉用具貸与・販売の在り方でございます。対応案に合わせて事故情報等の発信につきまして、事故情報や安全情報、注意喚起ツールの発信など、インターネット等を活用して積極的に行っていただければと存じます。

また、論点2の一部貸与種目・種類における貸与と販売の選択制でございます。利用者の状態像に合わせた利用ができる等の観点からも、福祉用具は貸与を原則として、一定の条件を満たした種目・種類についてのみ例外として選択制を実施することが有用かと考えております。また、福祉用具貸与事業所や居宅介護支援事業所が準備する期間も必要と考えられますので、例えば一定期間の経過措置を設けていただくなど、改正に当たりましては円滑に浸透が図られるような御配慮をいただければと存じます。

そして、利用者が貸与・販売の選択の意思決定を行う際に、介護支援専門員、医療関係者、福祉用具専門相談員等が連携を密に行える環境を整えることが重要と考えます。このため、判断体制・プロセスにおいて求められている医学的所見や意見の取得につきましては、関係各位の連携を通じてサービス提供が円滑に行われますように、具体的運用に関して何らかの形でお示しいただくなど、お願いできればと存じます。

また、販売となりました場合によりましては、担当していた居宅介護支援事業所から、通常の各種総合相談として地域包括支援センターがその相談支援を担うことになるような場合も考えられます。このため、必要に応じて各関係者から、例えばセンター等との連絡相談を密にするということによって、利用者も安心して在宅での生活が送れることにつながるのではないかと考えておまして、このように努めていただければと存じます。

論点3の福祉用具貸与に係る上限価格改定の在り方についてでございます。福祉用具貸与におきましても、物価高騰の影響による価格変更が必要な場合には適切な実施が可能となるように御配慮いただくとともに、例えば調査による関係者の負担にも配慮いただけるような方法をぜひ御検討いただければと存じます。

続きまして、介護経営実態調査結果の概要についてでございます。結果からは、居宅介護支援事業所については、恐らくは特定事業所加算が算定できていないと思われる小規模な事業所や主体によって、収支差や平均賃額で給与費の差が見られているような状況が見受けられます。また、施設併設と思われるような場合は管理者等の賃金が入る場合や、一方で、そうでない場合で給与費が異なるような傾向も見られる可能性がございます。このため、可能な限り従事者の給与費について明確化をした上で賃上げにつなげていくかが今後の課題とも考えられます。実務経験などにより、介護支援専門員から主任介護支援専門員をめざせる道筋を改めて明確にするなど、さらなる専門性の評価と、引き続き介護支援専門員の業務負担軽減が図られるよう、働きやすい環境の整備をお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。

では、荻野委員、よろしく申し上げます。

○荻野委員 日本薬剤師会の荻野でございます。ほかの委員からの意見と重なりますけれども、私からは資料2の論点7の対応案については異論ございませんが、1点、意見を申し上げさせていただきます。

高齢者に対するポリファーマシー解消、これは医療・介護の別なく非常に重要で、これまで薬剤師は取り組んでいるところでございます。かかりつけ医連携薬剤調整加算におきましては平成30年改定で新設されていると承知をしておりますけれども、算定率が低い状況となっております。対応案に示されているとおり、医師・薬剤師及び看護師等の多職種での情報共有、あるいは連携を担保しつつ実務的な要件に見直すということは、入所者のポリファーマシー対策の推進につながると考えておりますので、ぜひ進めていただきたいと考えておるところでございます。

私からは以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、田母神委員、よろしく申し上げます。

○田母神委員 私からは資料1、4、5、7について意見を申し述べます。

資料1の介護老人福祉施設、の10ページの論点1、緊急時等の医療提供体制の整備についてでございます。お示しいただいている連携体制というのは非常に望ましい形と考えておりますけれども、一方で、地域の状況によってはなかなかこういった体制が難しいというケースも出てくると考えられますので、地域において訪問看護が果たす役割、対応可能な範囲もございますので、そうした役割も考慮した対応方針の検討もいただけると大変ありがたいかと思っております。医療機関に付設されている訪問看護ステーションや、地域の中で情報共有を十分に体制として整備している場合もありますので、そうした医師の指示の下に対応できるという範囲も一定程度あるかと思っております。

資料4、特定施設入居者生活介護についてでございます。7ページの論点1でございますけれども、夜間宿直の看護職員配置に一段高い評価ということは、データもお示ししていただいておりますが、一方で、現状のオンコール体制も施設の状況によって努力をされているところと考えておりますので、現状の10単位という単位数についてもぜひ維持していただきたいと考えております。

12ページの論点2について、新たな処置等の追加に関しましては賛成でございます。これに関しましては、看護職員が実施しているということや、これまでの喀痰吸引等についても老健事業のデータなども見ますと、看護職員が実施している割合が多いというようなこともございますので、これから要件などに関しましては、そうした実施内容を鑑みて看護職の基準というところも具体的にお示しいただきたいと思っております。

先ほど稲葉委員から御指摘のあった褥瘡に関する追加というところでございますが、事務局からの説明で、施設内での褥瘡発生の予防というところと相反してしまうということでありましたら、少なくとも入居時に褥瘡がある利用者の受け入れという視点も重要であ



りますので、入居時に褥瘡がある方については対象に入れることなども、ぜひ御検討いただきたいと考えております。

資料5の高齢者施設等と医療機関との連携強化につきまして、8ページの論点1のところで訪問看護の役割ということも御検討いただければと考えております。

28ページの論点2でございますが、入院時の医療機関への情報提供について、対応案に異論はございませんけれども、評価の趣旨から考えますと、ここに挙げられているサービスに限らず、関係団体ヒアリングの中でも看多機と医療機関等を行き来する利用者の方が多いということも指摘されており、情報共有の重要性について御発言があったところだと思っておりますので、看多機についても御検討いただければと考えております。

また、松田委員から先ほど御発言のありました介護保険施設等における看護師の役割というところは御指摘のとおりだと思っております。特に特定行為研修修了者や認定看護師等は、まだ人数としては少ないところではありますが、高齢者の方に多い状態というのが、この特定行為などにも多く含まれており、感染が懸念される場合、あるいは脱水や血糖コントロール、認定看護師については緩和ケアや慢性心不全などの領域でその判断力を高めているところがございます。そうしたところも御検討いただけると大変ありがたいと思っております。

最後に資料7でございます。経営実態調査の概要につきましては、施設系を中心に令和3年度比でおよそ半数のサービスで収支状況が悪化の傾向にあるのではないかと考えております。全体でもマイナス0.4%となっております。令和5年度は物価高騰の影響でさらに厳しい状況となっていることも推測されると考えております。

また、訪問看護につきましては処遇改善加算の対象となっております。事業所の努力で賃上げということには限界もございます。政府が掲げる賃上げの方向に沿って原資となる介護報酬での対応が不可欠であると考えておりますので、ぜひ介護報酬の確保をお願い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。

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。

本日の資料でも示されていますとおり、令和5年度の介護事業経営実態調査の結果において、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設の収支差率が平成13年の調査開始から初めてマイナスとなり、経営的に大変厳しい状況を表しております。もはや施設の経営努力だけでは限界にきており、危機的な状況にあります。ぜひ令和6年度介護報酬改定においては基本報酬の増額、介護従事者等の処遇改善、食費・居住費に係る基準費用の見直しについて、今後の物価・賃金の上昇に見合う大幅な増額を行っていただきたいと、切に要望いたします。

まず、資料5の論点1についてでございます。協力医療機関との連携の構築は重要であ

ると考えます。そのため、実効性を持って連携体制を構築するための協定を結ぶことを推進することも必要であると考えます。しかし、先ほど来、多くの委員さんからの御指摘があったように、地域により在支診・在支病の有無、医療機関の数・種類等、様々であり、夜間休日を含めての診療対応や救急時に原則入院できる体制の確保、定期的に態様の確認をすることを義務化し、全ての施設において協定を結ぶことは実現不可能です。条件が追加されることで、現在の協力病院との契約が継続できなくなる可能性もあります。

1年の経過措置を設けたとしても、相手方である医療機関側の協力が得られなければ成就できない話であるのに、施設側への制度上の義務化は性急にすぎ、運営基準違反を問われる施設が多数出る恐れがあります。環境が整うまで段階を踏んで進んでいくべきです。まずは努力義務として、診療報酬・介護報酬それぞれに医療機関と施設との協議を推進するために必要な措置を講ずるとともに、そもそも不可能な地域を見極めて義務化から除外するなど、各地の状況を把握した上で慎重に対応すべきと考えます。

また、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価することに関しても、提供する情報量や会議の実施方法、頻度にもよりますが、特定の医療機関に地域の複数の施設から入所者の状況が提供され会議を行い、逆に施設が地域にある複数の医療機関に施設入所者の情報を提供し、都度会議を行うこととなります。施設入所者の入退所が多い場合など、両者にとって負担が多く、また、情報が古くなる可能性もあります。両者の生産性の向上も考慮し、DX化によって会議形式によらない情報交換も可能とする方法を検討すべきと考えております。

続きまして、資料1の論点1についてでございます。緊急時等の対応方針の策定及び定期的な見直しを行うことは必要と考えます。しかし、先ほど資料5の論点1でも述べたように、協力医療機関との協議の状況を把握すること、また、配置医師が算定できる診療報酬について分かりやすい方法で周知することを行った上で検討するべきと考えます。

配置医師緊急時対応加算の見直しについては、配置医師による対応が評価されることは必要であり賛成です。現在、配置医師緊急時対応加算の算定要件は、厚生労働大臣が定める施設基準と看護体制加算（II）の算定が要件になっております。厚生労働大臣が定める施設基準において、診療を依頼する場合の具体的状況等についての取り決めに要件としているため、看護職員数によって診療依頼が変わらないと考えられますので、看護体制加算（II）の要件は不要と考えます。御検討をよろしくお願いいたします。

続きまして、論点2の透析が必要な入所者の送迎・付き添いへの評価についてです。透析が必要な入所者の送迎・付き添いへの評価は、医療措置が必要な入所者の受け入れに効果があると考えます。また、入所者全般の重度化が進んでいる状況もあり、通院が増えておりますので、他の疾患に関しても評価の検討をお願いしたいと考えます。

論点3・4の小規模老人福祉施設等についてでございます。離島・過疎地の小規模介護老人福祉施設等については、地域社会を支えるセーフティーネットの役割を担っています。地域性や運営形態により存続が危惧される状況がないよう、一層の御配慮をよろしくお願いいたします。

いたします。また、離島・過疎地域における小規模老人福祉施設においては、専門職の人材確保が非常に困難にある状況を考慮し、処遇等が適切に行われることを前提に、さらなる基準緩和をお願いいたします。

続きまして、資料2の論点4、老人保健施設につけるリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組についてです。この一体的な取組は自立支援・重度化予防につながることを期待され、推進することは重要であると考えます。介護老人福祉施設においても対応案のとおり、同様の見直しを行うことは重要であると考えます。介護老人保健施設以外の他のサービスについても同様の取組の推進をよろしくお願いいたします。

最後になりますが資料4の論点1、医療的ケアへの対応についてでございます。特定施設においても、定員が少ない施設においては、この体制確保が非常に難しい状況にあります。上位区分を設ける形はよいと思いますが、オンコールで対応している場合の評価を下げることは加算自体の算定を減らし、医療的ニーズへの対応が弱まる懸念もあるため、単位設定においては十分な御配慮を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す。

では、東委員、よろしく申し上げます。

○東委員 全老健の東でございます。本日は老健施設がテーマになっておりますので、主に老健施設のことで発言させていただきます。

まず、論点1の在宅復帰・在宅支援機能の強化についてです。資料2の10ページを見ていただければ分かりますように、在宅支援機能の高い施設タイプの割合は年々増えてきているのが実情でございます。そして、この老健施設の機能が向上すればするほど、在宅の要介護高齢者の対応は進むことにもなります。この観点からも、8ページの対応案にありますように、介護報酬のたびに在宅支援機能を少しずつでもバージョンアップしていくことは大事なことだと考えております。特に老健施設におきましては在宅支援を推進する際、居宅介護支援事業所のケアマネジャーや他の在宅サービスとの連携は必須でありますし、御家族や行政との調整も非常に重要です。そういう意味では、高いソーシャルワーク機能を持った社会福祉士が老健施設の支援相談員になる意義は大変大きいと考えます。

次に15ページの論点2、短期集中リハビリ、認知症短期集中リハビリの対応案について申し上げます。この2つのリハビリは、老健施設の在宅支援機能を支える意味でも非常に重要な役割を果たしております。現在は短期集中リハビリ、認知症短期集中リハビリ、共に単一の評価となっておりますが、今回の対応案のように、質の高いリハビリをより評価し、さらに強化される方向であるならば、よいことだと考えます。在宅復帰・在宅支援機能を高める上でも、それぞれの対応案には原則的には賛成でございます。

ただ、短期集中リハビリにおいて、月1回以上のADLの評価を行い、その評価結果をLIFEへのデータ提出として求めるのであれば、改善・悪化について、より感度の高い指標を用いるべきではないかと考えます。現在のバーセルインデックスでは感度が低く、1か月の

状況の変化を反映するものにはならないと思います。

次に24ページの論点4、リハビリ・口腔・栄養の一体的取組です。私ども全老健では13年前からR4システムという老健施設に特化したケアマネジメントシステムを使っております。これは在宅支援機能の高い施設類型の老健施設ほど導入が高いということもエビデンスとして出ております。このR4システムでは、多職種が共同して実施することが盛り込まれており、リハビリ・口腔・栄養の一体的取組が既に行われているということを御報告申し上げます。今回の一体的な取組を推進するに当たっては様式にとらわれることなく、一体的な取組の中身でその質を評価していただきたいと思います。

次に28ページの論点5、所定疾患施設療養費についてです。老健施設には管理医師が常勤で配置されており、その管理医師の診断等により、老健施設での医療的対応ができるかどうか、病院へ送ったほうがいいのかどうかを判断しております。老健施設内での対応が可能と判断した場合、この所定疾患施設療養費を活用して施設内で治療している実態がございます。また、施設内で治療を開始したとしても、その後、入所者の状態が悪化した場合は速やかに病院へ搬送しているケースももちろんございます。いずれにしても所定疾患施設療養費におきましては、老健施設の管理医師の適切な判断の下で算定されていることを申し述べておきます。

また、私ども全老健では老健施設の管理医師の質の担保、またレベルアップのため、日本老年医学会と共催の下、老人保健施設管理医師総合診療研修という研修会を開催し、老健施設の管理医師に対する質の高い研修を行っております。認知症を合併した要介護高齢者が一旦病院へ入院すると、生活機能がガタッと落ちて寝たきりになるということは多く指摘されているところでございます。医療費削減の観点からも、また、生活機能を維持するためにも、老健施設で治療できる医療ニーズについては、できるだけ施設内で治療すべきだと考えます。

次に32ページの論点6のターミナルケア加算でございます。老健施設における看取りは年々増加傾向にございます。これから高齢者の多死社会を迎えるに当たり、老健施設の看取りが適切に行われるよう、ターミナルケア加算の見直しは重要です。特に老健施設の看取りにおいては特養と異なり、提供する医療も包含した報酬となっています。看取りに要する医療費、医薬品費、医療材料費等の費用は全て持ち出しとなっていますので、それを勘案したターミナルケア加算となるように検討をお願いいたします。

次に39ページの論点7、かかりつけ医連携薬剤調整加算でございます。高齢者のポリファーマシー解消というのは非常に重要な課題です。特に老健施設入所時に入所者の薬を見直すことは、タイミング的にも非常に適切であると考えています。また、かかりつけ医連携薬剤調整加算というのは、老健施設のみに設定されている加算でございます。老健施設にその役割が求められているわけですが、残念ながら、この加算の算定はまだ低いというのが現状でございます。この算定のハードルを下げ、現場の実態に合った加算の要件となるよう、適切な見直しをお願いしたいと考えます。

次に資料5、高齢者施設と医療機関の連携について幾つか意見を申し上げます。

まず、9ページの対応案の1つ目の■、そもそも介護保険施設では協力医療機関を定めることとなっていますので、コロナの経験を生かすという観点からもマル1からマル3の要件を満たす医療機関との連携を図ることは原則的には賛成です。しかし、先ほど老協協の古谷委員も言われましたように、連携したくてもできないところも出てくる可能性がございますので、これは慎重に進めていったほうがよろしいかと思えます。

2つ目の■、特定施設や認知症グループホームの2類型についてもコロナを経験して、マル1、マル2について努力義務ということには賛成です。将来的にはこの2類型についても、これを義務化するような方向も必要かもしれません。

次に、3つ目の■にあります情報共有を行うための定期的な会議でございます。これについては先ほど古谷委員も現実的ではないとおっしゃいましたけれども、私もこれは現実的には現場の負担が大変大きいと考えます。先ほど松田委員もおっしゃいましたように、これは現場のみんなが集まって開催する会議というよりも、ICTによる常時の情報連携を目指すべきであると考えます。また、今までの医療介護連携・情報連携におきましては、認知症に関する情報連携というのは全くできておりませんでした。認知症の方が保持しておられる認知機能自体を、医療・介護で情報連携することが必須であると考えます。

資料5の33ページ「論点3 医療機関からの患者受け入れの促進」については、原則賛成でございます。

最後に、令和5年度介護事業経営実態調査の結果について申し上げます。その収支差率を見ていただくと分かりますが、施設系では私ども老健施設がマイナス1.1%と最も悪い数字が出ております。これは過去の介護事業経営実態調査においても最低の数字でございます。マイナス収支自体が初めてでございます。先ほど他の委員より老健施設の基本報酬について財政中立との発言もございましたが、マイナス収支のままでは経営も成り立ちませんし、従事者の持続的な賃上げもできるわけがございません。サービス類型全体における調整は必要かもしれませんが、少なくとも私ども老健施設におきましては、大幅な基本報酬の増額が必要だと考えています。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、田中委員、よろしくお願ひします。

○田中委員 遅参して申し訳ございませんでした。私からは1、2、3、5、7について発言したいと思ひます。

まず、資料1の10ページです。特養における配置医師の評価見直しについては、配置医師をしている立場からも大変ありがたいことだと思っております。これまでボランティアが担っていた部分がしっかりと見ていただけるのは、ドクターにとっても重要な評価だと思ひます。

次に資料2の介護老人保健施設でございます。老健の9ページ、在宅復帰等について、

入退所時訪問についてはパーセンテージの引き上げだけではなく、御利用者と同様、御本人の意向や能力を活用できる計画を立てるなど、真に御利用者のためになることをしっかりと評価してはどうかと提案いたします。

28ページ、老健で所定疾患施設療養費に心不全が追加されたことは、今般の慢性心不全の急性増悪などの早期治療に結びつきやすいと思うので大歓迎であります。

一部の方々に誤解されているようなので、あえて発言させていただくと、何でもかんでも介護施設で治療しようということではなく、先ほど東会長もおっしゃられたように、できる範囲の中で施設療養を行うのであって、急性期病棟へお願いしなければならない状況であればしっかりとアセスメントし、きちんと急性期病院にお願いする意向に変わりはないことを加えて発言いたします。

ポリファーマシーの解消についてですけれども、老健のかかりつけ医連携薬剤調整加算に新たな要件が追加されるようになったことは、とてもありがたいことだと思います。一方、介護医療院について申し上げますと、病院において、診療報酬では入院中の患者の減薬については薬剤総合評価調整管理料というものがございます。ポリファーマシー解消のために、介護医療院においても減薬の努力をしている施設もあり、診療報酬に合わせた評価を導入してはどうかと提案します。

同じく、特養においても高齢・重度要介護の入居者が多く、ポリファーマシーは課題の一つであると思いますが、薬を見直すことに努めている配置医師がいるかどうか、そういった配置医師と薬を減らすことを意識していない配置医師の処方数の差異についての調査をしたことがないと聞いていますので、今般の事情を踏まえて、そういった調査を行ってはどうかと提案いたします。

資料3の介護医療院の看取りへの対応については重要なことだと考えております。これまでは御本人の意向が聞き取れないことで、ACPについて、とりわけ介護医療院ではハードルが高いと考えている方が多いことから、今後は説明に加えていただいたように、その部分を解消するような日本型ACPの推進を行っていることを周知する必要があるかと思っております。

資料5の論点1、協力医療機関との連携体制の構築です。9ページの3つ目の年1回以上の定期的な協力医療機関との状況の確認の提出というものに関しては、事務手数が増えることが心配され、現場では負担ではないかと思っております。施設長が変更したとき、あるいは連携先の病院長が変更したとき、あるいは行政による現場指導の際に確認する程度にとどめてはどうかと提案いたします。

資料7、経営実態調査については、どの産業においても赤字でいいというような運営をしているところはないと思います。利用者に質のよいケアを提供し続けるためにも、仕事に意義を感じて働いている職員を守るためにも、他産業と同様に黒字になる経営に持っていけるような仕組みを考えていかなければならないと思っております。

最後に、介護施設においても医療依存度の高い方が増えております。ドクターだけでな

く、特定行為の行える看護師の配置など、専門看護師の評価については継続的に検討していく必要があると思います。

以上でございます。

○田辺分科会長 ありがとうございます。

では、江澤委員、よろしく申し上げます。

○江澤委員 資料に沿って意見を申し上げさせていただきたいと思います。

まず、資料1の論点1ですけれども、配置医師1人が24時間365日対応するというのは当然不可能でございますので、協力医療機関と連携して、緊急時の対応というのはいろいろと想定されますから、事前にいろいろ取組を決めておくのは重要でないかと思えます。したがって、配置医師のバックアップサポート体制といったものをしっかり構築していくことが、入所者の医療提供にも支障がないような仕組みとなろうかと思っているところでございます。

続きまして、資料1の論点5につきまして、ユニットケアは、なじみの関係性となじみの環境、いわゆる居場所づくりというものがユニットケアの中核をなしますので、その辺りをしっかり担保できるようにお願いしたいと思えます。

続きまして、資料2の老健につきましては、論点については全て賛成でございます。東委員からも詳細な説明がありましたけれども、よりこれから老健施設が機能を発揮できるようにしていただきたいと思えます。

続きまして、資料3の介護医療の論点1でございますけれども、人生の最終段階における意思決定支援はとても丁寧なプロセスが求められることとなりますので、その辺りはしっかりと取り組んでいただきたいと思えます。併せまして、意思決定支援を全員が全員したいというケース、必ずしもそうでないケースもあるかと思えますので、意思決定支援を強制することは控えるべきと思っております。

また、最近では病院併設ではなくて、介護医療院のみの施設も少しずつ増えてきておりますので、これは前回のときに、老健を訪問リハの見直し事業所とするということがありましたけれども、介護療養院のみの施設においても、必要であればその辺りも検討が必要かと思っております。

資料4につきましては賛成でございます。

続きまして、資料5の論点1でございます。協力医療機関と平素からの定期的な顔の見える関係というのは大変重要ではあると思っております。その際、介護施設側から気軽に声をかけられるような関係性がポイントになろうかと思えますし、そのことを構築しておくことによって、今後の新興感染症の対策にも有効になると思えます。連携する医療機関に関しましては、先ほどからもいろいろ御議論がありますけれども、在宅医療、あるいは在宅医療を担っているような有床診療所、それから、地域包括ケア病棟を有するような中小病院といったものが代表的なものとして想定されるかと思っております。

いろいろ御懸念の御意見もありますけれども、現在、中医協のほうの議論におきまして

も、診療報酬のほうでも、この裏返しの同様の対応の議論がなされておりますので、診療報酬においても、要は医療機関側においてもしっかりと介護施設をサポートしていく、対応していくという形で、両面で、今回の同時改定ならではの対応だと思いますけれども、そういった形でしっかりとこういった仕組みをつくっていくことが重要ではないかと思っております。併せまして、特定施設・グループホームにおいても、ぜひ今後進めていくべきではないかと考えているところでございます。

なお、こういった連携を深めますと、顔の見える関係で気軽に相談できると、介護施設から医療機関に入院する際に、必ずしも救急車を呼ばないケースが増えてくるのを実感しております。したがって、介護職員の施設の職員さんが病院のほうに入院すべき入所者を連れてくるケースも増えることが期待されますから、例えばそういった入所者が入院する際に、介護施設の職員が医療機関へ搬送した場合には、そういったことを評価するような報酬も検討すべき課題かもしれないということを申し上げたいと思います。

併せまして、これまでの同時改定の意見交換会で出ておりますように、令和3年度に66万例の方が介護施設等から入院されまして、そのうち75%の49万人の方が急性期病棟に入院されております。そのうちの14%が最も多い断トツ1位ですけれども、誤嚥性肺炎であるという形で、常日頃からこういった連携の仕組みを活用しながら、誤嚥性肺炎の防止・予防というのも、こういったことができるのかというのは、今後の検討課題と思っております。

論点2につきましては、生活面にも配慮した医療提供というのは今後ますますニーズが高まってきますので、ぜひ進めていただければと思います。

論点6についても賛成ですけれども、特に貸与か販売かの判断基準においては、在り方検討会のときにも申し上げましたけれども、医学的所見というのは欠かせないものと考えているところでございます。

最後に、資料7の実調の結果について申し上げたいと思います。全サービスの税引き前収支差率の平均が2.4%というのはとても厳しく深刻な状況と受け止めています。経営的な視点から申し上げますと、職員の賃金アップ、あるいは土地建物等のキャピタルコストの費用捻出は到底不可能な状況と判断いたします。キャッシュフロー、すなわち減価償却前利益と借入金返済額のバランスは、多くの事業所がキャッシュアウトして、事業所の存続が困難になっていると察しているところでございます。

また、ほかの委員からもございましたが、収支差率の数字だけが独り歩きしないように留意するべきだと思っております。それぞれのサービス類型において収入・支出項目や収支差額を踏まえた詳細な分析が必要だと思います。

訪問介護も令和3年度はプラス5.8%、令和4年度がプラス7.8%になっておりますが、収支差の額に直しますと、17万円が23万円に一月当たりになっている程度でございます。訪問看護の5.9%も一月当たり18万円、通所リハの1.8%も一月当たり9万円ということで、額にすると非常にわずかな金額になっておりますし、定巡も非常に伸びていように見えま



すが、収入は低下しておりまして、給与費をはじめとする支出がそれを上回る結果になって、こういった11.0%になっています。

あと、訪問リハが非常に突出して高まっているように見えますけれども、収入は前年度が138万円で今回の調査が115万円で23万円下がっています。一方で給与費が13万、その他経費が18万円下がって計31万円下がっておりますので、それによって9%とはいえ、わずか10万円のプラスの収支差が出ているということでございます。特に通所リハと訪問リハにおいては、提供施設は老健と医療機関でございますので、費用の按分等その辺りの分析も必要ではないかなと思います。

最後に、施設系について申し上げたいと思いますけれども、以前も申し上げましたが、老健をはじめとする施設系は制度創設以来の危機的状況にあることがより明確化されたところでございます。また、令和4年度よりも令和5年度のほうが電気代をはじめとする物価高騰の影響も受けていると察します。また、老健においては強化型になるほど収支差率が悪化している状況も以前から指摘されているところでございます。平均収支差率もマイナスに振れており、介護施設はいずれも経年的に稼働率が低下している状況にもあり、経営破綻の危機に瀕しているとも思っています。

介護人材確保が課題の中、このような状況を現場職員が目当たりになると、普通に考えると、介護職員が介護施設で働こうとは到底思わないのが自然とも考えます。介護人材が他産業に流出している中、人材確保はますます困難となりますので、大きな改善が必要だと思えます。また、現在介護現場で働いている職員も、こういった数字を見ると将来の不安が大きくなると思えます。現場職員が安心して働ける環境は不可欠でありますので、何とぞよろしくお願ひしたいと思えます。

最後に、介護は国における重要なインフラでありますので、介護提供体制の確保、介護人材の確保の観点からも、基本報酬の増額をはじめとする介護報酬の大幅な増額を要望したいと思います。

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か。

貴重な御意見をありがとうございました。

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などを十分に踏まえた上で、今後の介護報酬改定に向けた検討を引き続き進めていただきますよう、お願ひ申し上げます。

それでは、本日の審議はここまでとしたいと存じます。

最後に、次回の分科会の日程などにつきまして、事務局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232回介護給付費分科会の開催は11月27日午後を予定しております。議題につい

ては調整中でございます。

以上です。

○田辺分科会長 ありがとうございました。

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