

○川口企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第77回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

それでは、報道関係の方、冒頭のカメラ撮影はここまででございますので、御協力のほうよろしくお願いいたします。

(カメラ退室)

○川口企画官 それでは、以降の議事進行は遠藤部会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 皆さん、こんにちは。本日もよろしくお願いいたします。

まず、本日の出欠について御報告いたします。

本日は、黒岩委員、武久委員が御欠席でございます。また、佐藤委員がおくられて御出席という予定でございます。

黒岩委員の代理としまして川名参考人、神奈川県福祉子どもみらい局福祉部長、また、武久委員の代理としまして橋本参考人、一般社団法人日本慢性期医療協会副会長が御出席でございますので、お認めいただければと思いますが、よろしゅうございますか。

(「はい」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入る前に事務局より資料の確認、それと発言が求められておりますので、あわせてよろしくお願いいたします。

○川口企画官 資料でございますが、厚生労働省は審議会等のペーパーレス化を進めておりまして、本日もタブレットを御用意しております。操作等で御不明な点がございましたら、適宜事務局のほうでサポートいたしますので、お申しつけいただければと思います。

資料のほうでございますが、まず資料1-1、1-2がございまして、「地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）」というものと、その参考資料が1-1と1-2でございます。資料2としまして「介護分野の文書に係る負担軽減に関するワーキング・グループ（仮称）の設置について」という資料がございます。その後、参考資料1-1「介護納付金

算定に係る事務誤り事案に関する対応について」、関連して1-2という資料がございます。最後、参考資料2としまして「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会について」という資料がございます。

資料のほうは以上でございます。不備等がございましたら、事務局までお申しつけください。

続きまして、介護保険計画課長より御説明を申し上げます。

○橋本介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

介護納付金算定に係る事務誤り事案につきまして御報告させていただきます。まず、御説明に入ります前に、今般の事案によりまして、医療保険者の皆様、加入者及び事業主の皆様を初め、多くの関係者の皆様に御心配、御負担をおかけしております。制度をお預かりする立場から、この場をおかりして心よりおわび申し上げます。

事案につきまして、参考資料1-1と1-2を配らせていただいておりますけれども、1-1の5ページに事案の概要を載せております。健保組合等の医療保険者におきましては、毎年度支払基金が設定する係数に基づきまして、介護納付金額とそれに応じた介護保険料率を予算で決定しております。医療保険者の予算編成に間に合わせるために、年度末に告示で示します係数の確定値とは別に、年末に係数の参考値を提示しております。今回支払基金が設定した参考値の一部に誤りがございました。具体的には2017年度の介護納付金の確定に用いる被保険者数につきまして、誤って2019年度の被保険者数を用いた結果、1人当たりの介護納付金額が低く設定されました。このため、健保組合等が組んだ予算の中で想定している水準より介護納付金額が上回ることになったわけでございます。

1ページ目に、こうした状況に対しまして、健保組合等への具体的な対応ということで書かせていただいております。健保組合等におきましては、今年度の予算におきまして十分な余裕を持って予算を組んでいる場合を除きまして、不足分を手当てする必要があるが生じます。そのための方策といたしまして、下に書いてございますが、介護保険法における納付猶予の活用、あるいは予備費、準備金の活用、これらを組み合わせる方法。これらの選択肢と具体的な活用方法につきまして健保組合等にお示しいたしました。あわせまして、これらの選択肢の活用方法について、健保組合等からの相談に応じる相談窓口を地方厚生局、支払基金に設置いたしまして、相談に対応しているところでございます。引き続き個別の御相談にはしっかりと対応してまいりたいと考えてございます。

2ページ目に、再発防止に向けた具体的な対応ということでございます。今

般の事案の経過といたしまして、昨年末に支払基金が介護納付金の算定に必要な係数について算出したしまして、年末に老健局介護保険計画課から医療保険者に対しまして、予算編成に用いる参考値として文書で連絡いたしました。この過程におきまして参考値の設定に際して支払基金が事務誤りをいたしまして、ダブルチェック体制をしいて、それを実施していたのですけれども、十分に機能せず、誤りを見つけることができなかつたということでございます。

また、今年の1月23日に支払基金から介護保険計画課に対しまして、参考値の一部に誤りがあって、納付金額の基となる1人当たり年間負担額が2,000円程度増額する可能性があるという連絡を受けたところでございます。

この情報が課内とか局内で共有されず、上司も実務を担当者任せにしていたこと、また、担当者は係数が上がることによる保険者実務への影響を十分に認識せず、上司、幹部に情報が上がらなかつたこと、支払基金との間の意思疎通が十分に図られなかつたことといった問題がありました。

また、この時点で参考値に基づいて次年度の予算編成を行う健保組合等に対しまして、まず周知をすべきであったということでございます。

これらを受けまして、再発防止策として、2ページ目の真ん中あたりにありますが、業務ラインにおける日常的な情報共有の徹底、幹部への速やかな報告、支払基金との日常的な意思疎通を図ることの徹底を掲げました。

日常的な情報共有・幹部への速やかな報告につきましては、3ページ目にありますように、老健局におきまして、幹部職員が中心となって各課室・業務ラインごとに生じ得るリスクを明確化しまして、業務ラインの職員と共有することとしまして、その上で、日常的な情報共有と幹部への速やかな報告を徹底することにつきまして、今後対応していきたいと考えております。

また、支払基金との意思疎通につきましては、事務レベルでの定期的な打ち合わせの実施、あるいは参考値や確定値の決定時における、老健局長と支払基金理事長とのハイレベルの会合、さらには、4ページ目の上にありますように、老健局、支払基金、医療保険者の事務レベルの会合につきましても、関係者と今後実施に向けて検討してまいりたいと考えております。

また、支払基金におきましても、再発防止策として作業分担の見直し、ダブルチェック体制が機能する作業マニュアルの整備でありますとか、事故発生時に迅速に対応するリスク管理委員会の新設、さらに厚生労働省との日常的な意思疎通の強化といったことを掲げて取り組むことといたしております。

なお、介護保険を運営する保険者、市町村にとりましては、この交付金が介護納付金をもとに交付されるということになっておりますけれども、介護保険財政へ影響が生じないよう、必要に応じて支払基金における剰余金の活用なども図りながら対応してまいりたいと考えてございます。

以上、詳細につきましては参考資料1-1、1-2をごらんいただきたいと思います。こちらは4月22日に取りまとめて公表させていただいた文書でございます。

最後に、支払基金と一体となりまして再発防止策の速やかな実施に努めてまいりたいと考えてございます。

以上、御報告でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまの報告事項でございますけれども、御意見、御質問等がおありになれば受けたいと思います。それでは、河本委員、お願いいたします。

○河本委員 健保連の河本でございます。

今、算定誤りについて御説明がございましたが、今回の算定誤りは、保険者の介護保険に対する信頼を損なうものでございます。大変残念でございますし、数百の組合が予算変更を余儀なくされる等々の事態が発生しております。現場からは憤りの声が上がっております。

また、今回の算定誤りの件について基礎数値2,000円間違えたというのがどんな影響を与えるのか。数百億の納付金の影響が出ているわけです。健保組合の事務にどういう影響を与えるのかという点に思いが至っていなかったということは、正直まことに残念でございます。

算定に当たっても、事務フローの問題に加えて、誤り発覚後の厚労省、支払基金の対応にも大きな問題があったと考えております。健保組合の介護納付金は、総報酬割導入の影響もあって急増しております。健保組合はそれに隠忍をしております。そういった面での対応も考えていただきたいと常々申し上げておりますが、一方、今回の事務負担の問題も大きな負担になってきております。今回再発の防止と納付金算出の精緻化に取り組むというお話をいただいておりますけれども、それはもとより、制度面を含めて健保組合の事務負担を軽減するといった方向で検討していただきたいと考えておるところでございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

健保組合からも御要望がありましたが、事務局としましては、今後再発防止等々を遵守していただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきたいと思います。

まず、議題1について、事務局から資料が出されておりますので、資料の説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○川口企画官 老健局企画官の川口でございます。

資料の1-1、1-2、地域包括ケアシステムの推進についてという資料で、主に1-1の資料を用いて、随時1-2のデータや関連資料を御参照いただきながら、御説明をさせていただきたいと思っております。

資料1-1の1ページ目でございます。本日の議題の検討の視点というもので整理をさせていただいておりますが、今後2025年に向けて高齢化が一層進展していくと。ここで一口に高齢化と言う際に、高齢化の度合いというものはさまざま違いがあるという中で、2つ目の○、85歳以上の年代、中重度の高齢者、あるいは医療・介護双方のニーズがあるという高齢者が大きく増加をしていくということになります。特に85歳以上の高齢者、大都市圏、その他の地域との間で見ても、あるいは市町村の規模別で見ましても、高齢化の度合いというものには相当程度の地域差が見られるということでもあります。

介護保険制度は、高齢者の介護ニーズに応える仕組みでありますので、市町村ごとにどんなサービスが必要か、サービス基盤の整備をどうするかといった話、あるいは医療・介護の連携など、地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組みといったものは、それぞれの市町村における高齢化の進展・度合いによって大きく影響を受けるものでございます。

そういった意味で、本日は、まずは第8期介護保険事業計画、あるいは2025年というものを念頭に、高齢化の進展・度合いに伴った諸課題というものについて、少し概括的に御検討いただきたいと思いますということでございます。

おめくりいただきまして、2ページ、高齢化の年齢階層別の特徴についてということでございます。まず要介護認定率、あるいは1人当たりの介護給付費というものは、年齢が高まるにつれて上昇しますが、特に85歳以上で急増するということとして、85歳以上の方の割合の動向が、今後の介護サービス基盤の整備を検討する上で非常に重要になるということでもあります。

資料1-2の4ページ、5ページに関連資料がございます。資料1-2の5ページをごらんいただければと思っております。本文でいけば※印、注の部分であります。要介護認定率について見ますと、75～84歳では19.5%。うち要介護度3以上が大体3割ということではありますが、これが85歳以上となりますと60.1%。うち要介護度3以上が約4割という形で、急増するということとございます。

次の6ページにもありますように、サービスの利用ということで見ますと、75～84歳になってきますと、サービス利用の中で在宅だけではなくて、6ページでいくと赤い部分、居宅系サービスの利用が少し出てくる。施設系サービス

の利用が85歳以上の層で顕著に増加するということが見てとれます。

次に今後の高齢化の進展ということでございます。今後2025年にかけて、参考資料1-2の8ページをごらんいただければと思います。都道府県別の高齢化の状況をグラフにしております、75～84歳が茶色の棒グラフ。85歳以上が青でございますが、これで見させていただきますと、2025年にかけて、75～84歳、85歳以上の高齢者の実数という意味では、全ての都道府県において増加をする。大半の都道府県におきまして75～84歳の高齢者の増加数が非常に多い。85歳以上の高齢者の増加数を上回るということでもあります。

とりわけ8ページで見ますと、赤い丸でくくっている部分は、高齢化の実数の増加という意味では、東京、愛知、大阪圏の伸びが非常に大きい。75～84歳で見てもこういった都市圏では12万人から17万人に増加する。85歳以上であれば、この間に7万人から15万人に増加するということです。加えて、点線で囲っておるところですが、各地方の中心地域、北海道、宮城、広島、福岡といったところでの増加数というものも非常に大きくなっておるところでございます。

一方で、参考資料の10ページ、割合で見るとどうかということではありますが、65歳以上、あるいは75歳、85歳以上でそれぞれくくって、高齢者の割合を見たものでありますが、特に(3)の85歳以上高齢者の割合で見ますと、赤丸でくくった部分ですが、東京圏、愛知圏、沖縄といったところでは、他の地域と比べて85歳以上高齢者の割合が顕著に低いという状況が見てとれます。これは2018年、青い折れ線もそうですし、2025年にかけても同様である。また、85歳だけではなくて、75歳以上で見ても同様の傾向があろうかなということもございます。

あわせて、11ページをごらんいただければと思います。これは市町村の一定の塊で整理をしたものであります。政令市、中核市、その他の市ということで、人口規模が多いほど85歳以上高齢者の割合あるいは75歳以上高齢者の割合が低くなるという傾向にあります。逆に町村のほうはその割合が高い。2018年もそうですし、2025年にかけても割合が高くなった。こういった傾向が見られるということもございます。

続きまして、本文の4ページをおめくりください。以上、高齢化についてごらんいただいたとおりですが、それを踏まえた介護サービス基盤の整備についてということでありまして、第7期の事業計画におきましては、参考資料の14ページの部分になりますが、2020年度末、2025年度末の見込みを立てておりますが、2025年度末にかけて施設系で10%、居住系、具体的には認知症グループホームと特定施設入居者生活介護でございますが、居住系で17%、在宅系で10%増を見込んでおります。また、2025年度に向けて施設系で22%、居住系で35%、

在宅系で25%増という形の整備を見込んでおるというところでございます。

そのうち三大都市圏で見ますと、2020年度、2025年度に向けて、いずれのサービスも大きく増加するという見込みであります。特に居住系のサービスの増加が多く見込まれているという状況があります。

介護保険事業計画の策定に当たりましては、基本的には将来の年齢階級別の人口がどうなるか。そうすると、要介護認定者数がどうなるか、利用率がどうなるかということを見込んで、必要なサービス量を見込んでいくということになりますが、第8期の計画に当たりましては、①介護離職ゼロに向けた対応、②地域医療構想による病床の機能分化・連携の結果、それに伴う介護サービスの整備というもの、③介護予防等の取り組み状況、こういったことも踏まえて策定に当たるということでございます。

このうち介護離職ゼロにつきましては、後ほど触れますが、必要な介護サービスの整備を前倒しするという性格のもので、将来に向けての人口変動、高齢化の動向と直接リンクするということではないということですが、地域医療構想の部分につきましては、これ自体が将来の人口変動要素を織り込んで構想を立てる、それを介護にどう反映させるかということかと考えています。

介護予防は自治体によって取り組み状況、さまざまございますが、これは相対的には軽度者が多い85歳未満の層の状況、ニーズをどう考えるか。その上で必要なサービス量、どのようなサービスをどれだけ整備するかというものを各市町村が見込む中で、介護予防の状況というものも織り込んで計画を立てていくということでございます。

続きまして、5ページでございます。サービス基盤の状況ということで、ここでは介護離職ゼロについて少し整理をしております。介護離職ゼロということでいきますと、家族の看護・介護を抱えながら働いているという方が非常に増加している中で、看護・介護を理由とする離職・転職というものが2017年に約9.9万人ということで、5年前の2012年10.1万人と比べてもほぼ横ばいということでございます。

参考資料1-2の17を見ていただきますと、介護を抱えながら就業している方そのものも増加をしまして、そういった方が55万人ふえているという中で、御家族の看護・介護ということを経由して離職される方がほぼ横ばいという状況にあるということでございます。いずれにしても、介護離職をなくしていくということは、依然として大きな課題でありまして、家族の看護・介護を抱えても働き続けられるようにする。そのためにはさらなる受け皿整備が必要だということでございます。

政府としては、介護離職ゼロに向けまして、家族の介護に関して相談できる体制の構築でありますとか、介護休業制度の拡充と合わせて、第6期の整備数

を上乗せして、2020年代初頭までに50万人の受け皿整備を行っているところであります。

ちなみに、この受け皿整備につきましては、注であります。介護保険3施設、グループホーム、ケアハウス、小規模多機能、看護小規模多機能、定期巡回といったもの、加えてサービス付き高齢者住宅、こういったものを合計して50万人の受け皿整備を図っておるものであります。三大都市圏の占める割合が非常に大きくなっているという状況がございます。

ここで1つ論点ということで少し整理しておりますが、以上、ごらんいただいたとおり、高齢化の進展・度合い、特に85歳以上あるいは中重度の高齢者の状況に地域差があるということ踏まえ、2025年を見据えて介護の受け皿を計画的に整備していくための方策をどのように考えるかということが1点でございます。

加えて、介護離職ゼロの実現に向けた取り組みを効果的に進める観点から、受け皿となるサービスごとの機能、特徴あるいは現状を踏まえて、どのように役割を分担しつつ、基盤整備を図っていくべきかということでございます。

6ページは地域包括ケアシステムの推進についてということで、まず現状・課題でございます。これまで介護保険制度につきまして、介護保健施設、在宅系サービス、居住系サービス、高齢者と事業者をつなぐ居宅介護支援事業所等々、それぞれの役割・機能を果たしながら、高齢者のニーズに対応してサービスを提供してきたところでございます。

今後地域ごとにどのようにサービス展開を図るかということにつきましては、前半で少しごらんいただいたように、大都市圏におきましては、施設利用もふえる85歳以上高齢者の割合は低いけれども、実人数がふえるという状況の中で、一方で、大都市圏は人口密度も高く、用地確保上の制約もあるということで、介護施設の整備が十分進んでいないという状況にあります。

一方で、大都市圏以外の地域で見ますと、ここでも85歳以上高齢者で見ると、高齢化は進むわけですが、そのペースは2025年にかけてやや鈍化するという傾向がございます。中山間地域においては人口減少に転ずる地域というものもございます。こういった状況を踏まえて、地域ごとにサービスの組み合わせを検討していくことが求められるということでございます。

そのうちの施設、居住系サービスにつきましては、3つ目の○にあります。参考資料1-2の25ページ、26ページをごらんいただきたいと思っております。施設、居住系のサービスにつきましては、25ページは施設数で見ましたが、中でも水色の有料老人ホーム、あるいは赤のサービス付き高齢者住宅といったものが多様な介護ニーズの入居者を幅広く受け入れておりますが、こういった高齢者向け住まいの整備というものが相対的に進んでいるのかなというの

が見てとれるかと思えます。

資料の28ページ、29ページのところは、施設と居住系という形でグラフにしておりますけれども、29ページで見ますと、政令市、あるいは都道府県で見ると東京、神奈川等では、施設、居住系の中でもやや居住系サービスの利用者割合が高くなっているということで、特に都市部においては介護施設の整備に制約があるという中で、これらを含めて、なぜこのような現状になっているかということ、あるいは今後の基盤整備をどうするか、そういう考え方を整理することが重要となると思われます。

7ページ、医療ニーズへの対応、あるいは医療・介護の連携ということでございます。高齢化の進展・度合いというものは、その地域における医療ニーズ、あるいは医療・介護の連携のあり方にも大きく影響するというものでありまして、75～84歳、85歳以上の年代を見ますと、医療と介護両方のニーズが高くなっていくということでありまして、大都市圏、あるいは各地方の中心都市といったところでは85歳以上の割合が相対的に低くなっていくということなど、地域差が大きいということがございます。

医療・介護双方のニーズがある方への対応としましては、これまでは介護保険制度の制度改正、介護報酬改定等々において、地域包括ケアシステムの構築に向けて切れ目のないサービスをとということで取り組みを進めてきたものでございます。30年度改定におきましても、中重度の要介護者を含めて、どこに住んでいても切れ目のないサービスをとということで、例えばケアマネ事業所における入院時連携、あるいは特養等々における看取りの評価の充実、医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化、医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設といったことを行ってきたところでございます。

介護医療院につきましては、注にありますとおり、平成31年3月末で見ますと、介護医療院の開設数は150施設、1万28療養床ということになっていまして、転換元で見ますと、介護療養病床が65.8%、介護療養型老人保健施設が18.3%、医療療養病床が15.8%という状況になっております。

また、医療との関係でいきますと、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するというところで、平成26年改正におきまして、在宅医療・介護連携推進事業というものが地域支援事業の中で創設されておきまして、これも取り組み状況に地域差はありますけれども、全ての自治体で行われているという状況でございます。

8ページは在宅サービス、地域支援事業等ということで、単身の方、独居の高齢者の方も含めて、住みなれた地域で暮らし続けられるようにということで、さまざまな在宅サービスが整備をされてきたところでありまして、制度的にもこのサービスの種類というものがどんどん拡大されてきたということでありま

す。

一例としましては、地域のなじみの関係の中で高齢者を支えるという観点で、小規模化（地域密着型サービスの創設）、あるいは多機能化（小規模多機能等の創設）、こういったものが進むとともに、サテライトという形の活用も進んできております。

また、医療ニーズに対応できるサービスということで、看護小規模多機能型居宅介護とか、あるいは各種、看取りも含めて、加算の創設といったことがなされてきたところであります。

高齢者のニーズに柔軟に対応した住まいということで、サービス付き高齢者住宅というもの。これは法律的には高齢者住まい法でありますけれども、そういった形で創設をされてきた。

地域におきまして、実情に応じた支援を提供するという観点から、地域支援事業も導入されてきたところでございます。

こういった中で、各市町村におきまして地域の実情に応じたもろもろの整備ということで、既存の資源も含めて、実情に応じていろいろ組み合わせ提供されてきたということで、注で幾つか例を書いておりますが、例えば都市部では空き教室、旧校舎を活用したり、あるいは高層ビルを開発する際に、高層ビルの一部に介護施設とか在宅サービス、診療所、あるいは生活支援のサービスを併設するという形でサービスを提供している例がございます。

あるいは市区町村では自治体とUR、あるいは医師会とか大学等々が連携をしまして、一定の団地の中で医療、看護、薬剤関係、地域包括支援センター等を誘致して、地域内の医療福祉拠点というものを図っている例もございます。

中山間地域におきましては、都道府県が中心となって小規模かつ多機能、集いとか相談とか生活支援の拠点を整備するという形で、高齢者、障害者、子供を含めた地域の福祉拠点というものを活用している例もございます。参考資料の後ろのほうにつけておりますが、ここでは割愛をしますが、こういった例がございます。

最後、9ページは論点ということで、整理をいたしております。

以上、ごらんいただいたように、高齢化の進展・度合いに地域差があるということを踏まえて、2025年に向けて在宅、施設、居住系、あるいは地域支援事業を初めとしたもろもろの地域の高齢者サービスを適切に組み合わせ整備をしていくための方策をどのように考えるかということ。

施設・居住系サービスの整備に当たりましては、幾つかの例があったように、教育機関の空きスペースでありますとか、医療機関等の既存施設を活用するなどの工夫をどのように考えるかということ。

都市部におきましては、要介護度3以上の中重度の方の増加数も多いという

中で、介護施設の現状をどう考えるか。その上で、土地利用等の制約もある中で、サービスの受け皿整備をどのように考えていくかという論点でございます。

都市部以外の地域におきましては、中には高齢化のピークを越えて、これから高齢者人口が減少に転じていくという地域もございます。そういった中で、サービス提供のあり方をどう考えるか。他のサービスとの連携も含めて、人口構造の変化も見据えたサービスの組み合わせ、提供のあり方を検討すべきではないかということでございます。

最後に、今後高齢化が進んで、医療と介護両方のニーズがある高齢者の増加が予想されるという中で、以下の論点についてどのように考えるかということで、3点挙げておりました、医療・介護の役割分担と連携を一層推進する観点から、介護サービスに求められる役割をどう考えるか。介護医療院について、円滑な転換に向けまして、第7期における対応をどうするか。第8期においてさらに求められる取り組みは何かということでございます。

また、在宅医療・介護連携推進事業に求められる役割とその推進方策をどう考えるかということで、以上、論点を整理させていただいております。

雑駁になりましたが、説明のほうは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

我が国の今後の地域包括ケアシステムあるいは高齢者介護の体制について、現状及び課題を幅広く御説明いただきまして、最後には事務局としての論点を整理されていたわけではありますが、これに対して御意見、御質問等あれば、ぜひお聞きしたいと思います。論点に対するコメントでも結構でございますし、新たな論点を加えるということでも結構でございます。ぜひ積極的な御意見をいただきたいと思っております。いかがでございましょう。それでは、久保委員、お願いいたします。

○久保委員 ありがとうございます。

それでは、今の議題について質問をさせていただきたいと思っております。資料1-2の13ページ、第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込みでは、今後全てのサービス量が増加し、受け皿の整備を考えていかななくてはなりません。しかし、受け皿があっても、そこで働く介護職をふやしていく必要があります。そこで、資料1-2の22ページ、第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要性についての質問です。介護人材確保については、2016年度約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、2025年度末までには約55万人、年間6万人程度を必要としています。そのため、国は介護人材確保対策として①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進、生産

性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人の受入環境整備など総合的な介護人材確保の対策に取り組むとしています。

そして、それぞれの対策に対して改善内容が23ページに記載されており、今後さらに講じる主な対策も示されています。しかし、ことし3月の有効求人倍率3.95倍が示しているように、依然として必要数が確保されていない状況です。介護人材確保に向けて現職の介護職が継続して働き続ける対策も重要ですが、介護職の間口を広げるため、新人の育成に重点を置かなければならないと考えています。

そこで、②の入門的研修受講者等へのさらなるステップアップ支援については、受講された人数と実際に働いている人数などを具体的にお示しいただきたいと思います。

また、④の若者、子育て層、アクティブシニア層に対する介護職の魅力などの発信では、具体的にどのような進展があるのでしょうか。そして、⑤の「特定技能」等外国人介護人材の受入環境整備では、4月からフィリピンで113人が受検したと報告されて、スタートしたところですが、初年度5,000人、見込みどおり進むのでしょうか。介護人材確保は総合的な取り組みが必要かと思いますが、介護人材確保の取り組みについて、進捗状況の質問です。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

重要な御指摘だったと思います。事務局、コメントをお願いします。

○黒田総務課長 総務課長でございます。

重要な御指摘ありがとうございます。今回の議題はどちらかというとニーズのほう、高齢化が進展することに伴う、つまり、人口像が変わっていくことに伴うサービス面の影響ということで資料を御用意させていただきましたが、委員御指摘のとおり、それを実現する意味でも人材確保は非常に重要な観点で、私どもが2月にお出した資料の中の表現を用いますと、人材の確保は、この仕組みが将来に向かって持続可能になっていくという観点からも非常に重要なテーマだと考えます。

今回はこのテーマなのですが、このテーマの次の次ぐらいのときに人材の話、この仕組みの今後の道行きの話等々を含めて整理の上、御用意させていただきたいと思っております。今の御指摘に向けた資料については、まとめて御用意できるように準備をさせていただきたいと思います。重要な御指摘ありがとうございます。

○遠藤部会長 では、いずれそういうことが集中的な議論のアジェンダになるということですので、そのお答えもそのときをお願いするということによろしいわけですか。よろしゅうございますか。

○久保委員 はい。ありがとうございます。

○遠藤部会長 人材の問題は今後議論するということでありますけれども、今、口火が切られましたので、例えば人材に関連するようなことがあれば、まとめて議論したいと思えますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、ほかの話でも結構でございます。では、先に津下委員。

○津下委員 詳細なデータをお示しいただきまして、ありがとうございました。

人口構造の地域差ということをお示しいただいたのですが、それと介護離職については、いかがでしょうか。介護しながら就業する人はふえているけれども、介護離職自体は減る傾向ということで、介護保険制度が果たしてきた役割が示唆されると思いますが、介護離職の状況、地域格差についての情報はあるのでしょうか。離職が多い地域については介護ニーズが高いという判断も必要なのかなということで、その情報があれば教えていただきたいというのが1点目です。

それから、人口構造もありますが、大都市圏とそれ以外のところで見ますと、例えばその土地を離れたくないと強く持っている人もあれば、仕事のために大都市圏に集まって、転職することに余り抵抗がない住民の層もあるかと思えます。住民のニーズというのは多様であります。都市部といっても、もともとそこに居住していた人たちと転職で入ってきた人たちの違いもあるということで、その地域に介護のニーズを限定して考えるべきか、もうちょっと広域的に流動的に考えるべきかという観点、そういうことを考えるのに適切な情報等があれば教えていただきたいというのが2点目です。

3点目は、これから85歳以上がふえるし、自分も自分の親も確実にそれを予想して準備していく意識の醸成が重要と思えます。住民ニーズを調査する際にも、住民が制度を含めてよく理解し、より適切な選択肢がとれるかという教育といえますか、事前の情報提供や、どういう制度がより望ましいのかということとを議論する住民教育をもう少し加えたほうがいいのではないかと思います。そのあたりは何か方策があるのでしょうか。お願いします。

○遠藤部会長 事務局、コメントをお願いします。

○黒田総務課長 総務課長でございます。重要な御指摘ありがとうございます。

1点目、離職の数の関係です。これは資料1-2の16ページに引用しておりますが、この数自身は総務省の就業構造基本調査を使っています、これが元データです。これは地域別のデータを引っ張り出せるものなのかどうかということは、原典に当たって整理をしたいと思います。もしかすると全国になってしまうかもしれません。ここは確認をさせていただきます。

2点目のニーズなりを考える上で、どのエリア設定がいいのかというお話です。これは自治体の皆様にとっても非常に悩み深い点なのかなと思います。各市町村での計画の立案、都道府県は広域の立場から支援計画をつくるというのがこの仕組みのたてつけではありますが、地元志向が非常に強い地域もあれば、比較的流動性の高い地域もあるということは、先生のおっしゃるとおりだろうと思います。

ここは定量的にとれるかどうかあれですけれども、多分そのあたりの感覚を一番お持ちなのは都道府県の皆様ではないかという感じがいたしますので、彼らの目から見たときにこういう話がどう映るのかという切り口で少し整理を試みたいと思います。

3点目は、これからやってくる本格的な高齢化に対する備え、住民の方々のお気持ち、意識づけといったところかと思います。市町村、保険者の皆様は広報とか包括センターの皆様の御協力、あるいは保健師さんとか専門職のかかわりもいただいて、制度の周知はかなり精力的に図ってくださっていると思っています。もし弱い点があるとすれば、それよりもうちょっと若い層、例えば今、職場で働いていらっしゃるけれども、やがて御自身が当事者になるという方々に対する働きかけは確かに弱いかなという面もあろうかと思います。この部会にも労使の関係の方々がいらっしゃいますし、医療保険者の方々もいらっしゃるのです、そういった方々の目から見て、このお話はどう映るのか。もう一押しというときにどんな方法が考えられるのかという点を伺いながら、事務局としても整理をしていきたいと思っています。いずれも重要な御指摘だと思います。

どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 津下委員、よろしいですか。

○津下委員 はい。

○遠藤部会長 ほかに何かございますか。それでは、こちらから行きましょう。安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 ありがとうございます。

介護・医療の一体的な議論について質問させていただきたいと思います。高齢化の進展や、地域医療構想による病床機能の分化・連携によって、地域での受け皿となる介護サービスや、在宅医療の充実を図っていくことが今後必要となります。その際には、過不足なく効率的な提供体制を整備することが求められると我々も考えております。このため、介護サービスの整備を進めるに当たり、地域医療構想の進捗状況も踏まえつつ、医療提供体制のあり方と一体的に議論が行われることが必要であると考えております。

介護・医療サービスの必要量は一体的に算出されていると思いますが、具体的にどのように整備していくのかにつきましては、国の関係会議や地域医療構想調整会議等での議論を見ている限り、介護は介護、医療は医療での議論に終始しているように見受けられまして、このままで本当に地域包括ケアシステムが構築できるのかということは、我々のほうとしても不安に感じております。

今後、どのようにして介護、医療の一体となった議論を国レベル、もしくは地方レベルにおいて進めていこうと考えているのか、そして実現しようと考えているのか教えていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 これはどなたか。では、総務課長、どうぞ。

○黒田総務課長 総務課長でございます。ありがとうございます。

昨年度スタートしました7期の計画は、医療計画と同じタイミングでスタートしています。30年度は報酬改定も介護報酬、診療報酬と同時の改定になっていましたので、30年度がスタートする前の段階で一定のすり合わせをした上で、今の計画が始まったという経緯はございます。

少しだけ御紹介しますと、報酬については診療報酬改定と介護報酬改定はそれぞれ中医協と給付費分科会で議論がされますが、本格的な議論に入る前に共通のテーマ設定をしてから議論を始めるというやり方にしておりました。

介護保険事業計画と地域医療構想につきましても、介護の計画のニーズを見込む上で、地域医療構想の進捗に伴うニーズというものを、先ほどの資料の中にも若干触れてありますが、一定程度織り込んだ形での立案をお願いして、それを7期の計画の前提として各市町村の計画の中に一定の盛り込み方をしてくださいというお示しの仕方をしてから、では、それぞれで始めましょうと言って始める。そんな順番で計画をつくったり、報酬改定をして始めたという話があるものですから、委員御指摘のように、今はその計画を実行していくというフェーズに入っている都合上、多分ばらばらに見えるというところがあるのか

なと思います。

あと、私どもがこれから第8期の事業計画に向けてどうしていこうかという立ち位置かなと考えますが、そうしますと、8期の事業計画に向けて、そのやり方で十分なのか、はたまたプラスアルファのことをしたほうがいいのか、医療側の動きはどうなのか、そういうお話として7期はこうしましたということベースにした上で、足らざる点、その後の進捗を介護保険部会での議論の中にどんなふうに取り込んでいくのかというテーマ設定かなと考えまして、そういう意味では、今の委員からのお話は非常に重要な御指摘だと思いますし、そういった議論に資するような資料は当方でも御用意させていただいた上で、この議論を深めていただけるように準備をしていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 安藤委員、よろしいですか。

○安藤委員 はい。

○遠藤部会長 それでは、大西委員、どうぞ。

○大西委員 どうもありがとうございます。高松市長の大西でございます。

高松市は今、人口42万人で、高齢化率が27%強。全国平均並みの中核市ということでございますが、現場における保険者としての現状を見た場合の懸念なり課題なりについてお話をさせていただきたいと思っております。

まず、高齢化の進展と基盤整備の関係でございます。介護離職ゼロの実現に向けて基盤の整備として、50万人分の受け皿整備が進められるということですが、受け皿の対象となるサービスが、主には単価の高い施設系サービスでありますとか、あるいは小規模多機能等にあっては定額のサービスとなっているということでございまして、この基盤整備をどんどん進めていくと、介護保険事業計画上の保険料に上乗せということになりますので、保険料の上昇要因となる懸念があるということが言えようかと思っております。

また、受け皿の対象となるサービス機能の一つとして位置づけられております地域密着型サービスにつきましては、従来からの居宅サービス等とサービス内容が競合するということ、また、小規模多機能等におきましては、利用にあたって、それまで担当していたケアマネジャーを変更しなければならないということが現実的には阻害要因になっておるとございまして、普及が進んでいないということでございます。

また、これは先ほどお話が出た点でございますけれども、何と言いましても、

基盤の受け皿整備が進んだところで、人材が確保できなければどうしようもないということでございまして、特に介護人材が、これからどんどん高齢者がふえていく都市部に集中することになれば、地方においては、それほど人口は増えないまでも、確実に生産年齢人口がどんどん減っていくわけですので、さらに人材不足が顕著となってくるということでございまして、地方における人材確保についても何らかの確保策を強力に講じていただきたいと思いますとおるところでございます。

テーマの2の地域包括ケアシステムの推進の関係でございます。論点がそれぞれございますが、一番上の論点について、地域のなじみという関係の中で高齢者を支えていくということで、地域支援事業等を充実しながらやっておるわけでございます。小規模化、多機能化をサービスとしても進めていきながら、複数のサービスを組み合わせることで整備を促していくということも行っていくわけでございますが、特に複数のサービスを組み合わせることで整備を促していくということになりますと、どうしても地方の資金力の乏しい小規模な法人への事業の参入を妨げて、大規模な法人の寡占化を促進するおそれがあるのではないかという懸念も出ております。

一方では、利用者の状態や状況に合わせて在宅施設、居住系、地域支援事業のサービスを組み合わせることで適切に利用していく必要があるということでございまして、この点からも、ケアマネジャーの資質の向上が非常に重要な点であると考えておるところでございます。

一番最後の論点、3つあるところの2つ目、介護医療院につきましては、高松市内におきましても介護療養型医療施設が今、5事業所152床ございます。これの転換を進めていかなければならないということでございまして、これにつきましては、介護医療院開設移行等支援事業、あるいは補助金等が創設されておりますので、この辺の支援策をきちっと充実させて、円滑な転換を進めていくべきと思っております。

最後の論点、医療・介護連携推進事業に求められる役割と推進方策についてということでございまして、平成30年度の介護報酬、診療報酬同時改定によりまして、医療・介護の役割分担、連携を一層推進するということが認められて、各種加算措置等もできたわけでございます。先ほど御説明がございましたように、どこに住んでいても適切な医療、介護、看護の多職種専門職チームによる切れ目のない一体的なサービスが提供される体制が整備されなければならないということでございまして、地方都市におきましてもこういうものを整備するというのはなかなか大変でございます。

そのために必要と考えますのは、これからの時代ですので、ICTとかデータの利活用というものを特に推進していくことであって、要介護者の日常の様子や

状態の変化などを関係者が情報共有できる、そういうシステム開発等々が非常に重要になってくるのではないかと考えておるところでございます。

もう一つは、高齢者がみずから希望する医療・ケアを選択して、本人と家族が納得した上で人生の最終段階を迎えられるよう、支援を行っていく必要があるかと思っておりますし、また、いわゆるACP（Advance Care Planning）につきましても市民に対する啓発といったことをこれまで以上にやっていく必要があるかと思っております。

以上、現場の課題等につきましてお話をさせていただきましたが、ぜひとも前向きに検討いただきたいと思いますと思っております。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

それでは、ただいまの話に関連して、事務局からコメントをお願いします。

○黒田総務課長 ありがとうございます。総務課長でございます。

大西委員のお話はいずれも、これから8期の計画を考えるに当たってとても大切なテーマだと思います。本日は資料を机上配付させていただいておりますが、大西さんからお話のあった複数の論点の中で一番最後のICTの活用、データの利活用にかかわる点について、若干補足をさせていただきます。

健康保険法等の改正法案がこの通常国会に提出されておりましたが、先般成立の運びになりまして、来年度からの施行というのが大半の事項になっております。これを受けてどのように実際の予算、実際の仕組みを組み立てていくのかということをおもひは取り急ぎ検討するという事になってまいります。もし本日のテーマとかかわるようでしたら、次回の会合に向けて、これを受けて、保険局、老健局はどのような取り組みをしていこうとしているのかという点について御説明をさせていただいた上で、今、委員から御提起のあった点についても御議論を深めていただきたいと思います。

どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、伊藤委員、その次に石田委員の順番でお願いします。伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 ありがとうございます。

資料で詳細に示していただいたとおり、地域によって高齢者の状況が大きく違って、今後もそれが大きく変わっていくので、私たちもそれに対する地域での対応が必要だと思っております。その際に重要だと思っていて、これはみ

んなが共有していると思っているのですけれども、改めて共有すべきだと思っていることは、地域包括ケアシステムの考え方だと思っています。というのは、2025年を目途に重度の要介護状態になっても、住みなれた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるようにいろいろ整えていくというわけです。政府は介護離職ゼロに向けた矢を放ち、専ら施設、あるいは居住系サービスを整備していく方針を示しています。これ自体を否定するわけではないのですが、今の地域包括ケアシステムをつくっていかうという考え方に即して、在宅限界を上げていく在宅サービスの充実が一方で重要だと思っています。先ほど、人材については2回ぐらい後にやりますという話でしたが、そのための人材という意味では、在宅看護の人材確保も重要だと思っていますので、そういう観点の検討もしていく必要があると思っています。

これに関連して、看多機とか定期巡回といった、在宅限界を高めるようなサービスの提供体制の整備状況と、要介護度の高い人の在宅生活の関係の分布などが確認できるものか、御検討いただければと思っています。

施設のほうにつきましては、きょうの資料の中にも、確かに都市部では用地確保とか建設コストの面で課題があるので、民間部門による供給が重要だという面はあると思いますし、実態もそうなっているというところがあると思っています。ただ、そうなりますと、都市部には負担能力のある人だけが住んでいるわけではないと思っていますので、有料老人ホームなどによる供給に依存するということになって、利用ができなくなってしまう人が出てくるという問題は解決しないといけないと思っています。

その際、現在でも都市部では特養の入所待ちはまだまだありますし、そのために協力施設をエリア外に求めて、そういうところに受け入れてもらうということをやっている実態がありますけれども、お金のない人は住み慣れた地域から離れて暮らすという生活のスタイルを余儀なくさせるというのは、大げさかもしれないですが、人権的にも課題があると思っています。在宅生活を可能とする体制を整えていく。また、今日も提案の中にありますけれども、既存の施設の活用など、地域の実態に応じた体制づくりもしていくということのバランスが必要だと思っています。貯蓄の低い人がふえているという実情もありますので、だれもが施設や居住系サービスを利用できるようにすることが必要だと思っています。

これで最後にします。団塊の世代が2025年には75歳を全員超えていきます。そろそろ、高齢者像が変わっていくということも念頭に置いていく必要があると思っています。自分のライフスタイルをできる限り貫きたいという志向が高まっていくということも予想されますし、きょうはあくまで量ということだと思いますが、質、サービスの内容といったものを含めてニーズが変わっていく

ということを踏まえて、提供体制を確保していくという視点も必要になっていくと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御提案だったと思いますけれども、事務局、何かコメントがありますか。なければ結構ですが。では、総務課長、どうぞ。

○黒田総務課長 お求めのありました資料の件は、どのような形で御用意できるか検討させていただきます。ありがとうございます。

○遠藤部会長 それでは、お待たせいたしました。石田委員、お願いいたします。

○石田委員 ありがとうございます。

私も今の御意見と一緒になのですが、介護離職の件で、5ページになります。今、整備を行うということで、2020年代前半までには50万人の受け皿を整備しているということが記されてあります。しかしながら未だに、毎年10万人程度の方々が介護離職を余儀なくされているという現状があるわけです。この状態の中で果たしてここに示された数字で十分な対応がされているのかどうか疑問を感じます。これでは多分足りないであろうと痛切に思っております。この状況の中で実際に介護離職をしたという方々の御意見がどのぐらいまで反映されているかということを知りたいということ。

それから、受け皿整備の中の内容として、対象サービスは介護保険の3施設から定期巡回・随時対応型訪問介護看護、この6種類と書いてありますが、果たしてこの6種類でいいのかどうか。なぜこの6種類に限ったのかということをお教えいただきたいと思っております。

またこの点について、今後、これがもう少しいろいろな幅があって、さらにいろんなことが検討されていく余地あるのか。その先の2025年度にかけてそれが拡大していくということもここに述べられている限りは、この辺の内容の今後の柔軟性がどのように考えられているかというのを教えていただければと思います。よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 それでは、事務局、お答えをお願いします。

○黒田総務課長 総務課長でございます。

御指摘ありがとうございます。介護離職ゼロの関係のお尋ねです。委員から御指摘も、その前の他の委員の御指摘も共通しますが、この分野の取り組みが介護側の基盤を整備することだけで達成される、あるいは達成されることを目指すということでは多分ないのだと思います。働き方の問題、介護休業の仕組みの話等々があって、幾つかある要素の中の一つにこの分野の取り組みが位置づけられる。そうしませんと、肝心の働き方あってのことなので、まずそこがぼやけないようにしたいということが一つございます。

それから、この6種類でいいのかどうかという話です。50万人というのは、政府の中の決め事として一定のオーソライズされたものではありませんが、それを実現していくのは、介護保険事業計画の中で基盤整備の部分が担当しているということになります。ですので、7期はこういう前提も込み込みで一応整備をお願いしているところではあるのですが、8期に向けてどういう考え方でいけばいいのか、今までどおりのラインでいけばいいのか、委員がおっしゃるように少し柔軟性を持たせたほうがいいのかという点も含めて、この場での委員の方々の御議論もいただきながら考えていくのがよろしいのかなというのが、私どもとしての認識でございました。

当事者の意見をどの程度という話は、内閣官房にも確認をさせていただきたいと思っておりますので、宿題にさせていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 石田委員、よろしいですか。

○石田委員 はい。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 今度はこちらに行きたいと思っております。では、山際委員、どうぞ。

○山際委員 ありがとうございます。

詳細な資料の御提供をありがとうございます。3点、質問と意見を申し上げます。

1点目ですが、テーマにあります多様なニーズに対応した介護の提供・整備とあるわけですが、資料1-1あるいは1-2を拝見する限り、今後のあり方にかかわるデータがよくわからないというのが実感でございます。ここで国がお考えの多様なニーズというのはどういうニーズをお考えなのか、あるいはそこに対応した介護の提供・整備という中身についてどのようなものをお考えになっておられるのか、御説明をいただきたいと思います。これが1点目です。

2点目は介護保険制度全体についてです。介護保険法が施行されて以来20年

が経過するわけですが、この間、数度の改正によって制度は極めて複雑化してきたと考えております。直近のところでは申し上げますと、御存じのとおり、特定処遇改善加算等も導入されるということで、新たな加算も加わって、現場は率直に申し上げて大変混乱しているというのが実情でございます。そこに今回御提起のある多様なニーズに対応した介護の提供・整備ということで、さらに制度やサービス体系が複雑化しないかということに非常に危惧しているということでございます。これ以上複雑になっていった場合に、サービスの提供側として非常に困難な状態に陥ると考えております。介護保険制度全体、あるいはサービス体系や給付の仕組みをもっとシンプルに再構築する、そうした時期に来ていると考えているのですが、この点についてお考えをお聞かせいただければと考えております。

具体的に少し申し上げますが、現在は要介護認定の区分に応じて報酬が定められているということでございます。現行制度の考え方では、全てのサービスにおいて、利用者に対して、その認定区分と報酬に対応したサービスが提供されるということをベースに考えられていると思うのですが、現場では各区分の御利用者が混在をしている。そして必要なサービスを受けているというのが実態なわけでございます。こうした実態と認定区分、あるいは報酬の設定の意味合いについて、いま一度見直す必要があるのではないかと考えておりますが、いかがでしょうか。国においても、社会保障の2040年度問題として、制度の継続性であるとか制度のあり方について非常に危惧もされておりますし、検討が進められているところであって、それらの点も踏まえて、再度根本的な論議を加えるということが必要ではないかと考えております。

現在の介護保険制度を検討したのは、措置の時代に検討してきたということで、エビデンスとなっているのは、その時代における高齢者を対象にした調査とサービスです。これらをバージョンアップしてきたということがこれまでの経緯でした。

○遠藤部会長 山際委員、簡潔にお願いいたします。

○山際委員 はい。済みません。

介護保険制度は大きな役割を果たしてきたと思いますが、現在の高齢者であるとか、2040年の高齢者へのサービスを考えた場合に、制度創設時と高齢者像が違ってきています。高齢者のニーズも大きく違うという観点から、制度の仕組み全体を見直す必要があるのではないかとということです。

3点目です。今月末に出された地域包括ケア研究会の報告書によれば、介護・医療サービスだけではなくて、住まいや生活支援サービス等が重要視されて、

包括報酬型の在宅サービスであるとか複合型サービス、保険外サービスと組み合わせた混合介護も提案されていると認識していますが、今後国として政策の中にこれらの仕組みを取り入れることで、少ない人材で多様な対応ができるのではないかと、あるいは生産性の向上にも寄与することができるのではないかと考えていますが、こうした点についていかがお考えなのか、お考えがあればぜひお示しをいただきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 事務局にお答えを求めておられますので、可能な範囲でお願いいたします。

○黒田総務課長 時間の制約もありますので、ポイントだけお答えしたいと思います。

まず、今回の資料の体裁、スコープということですが、先ほど伊藤委員のお話にもありましたが、この資料だけでいろいろな側面、いろいろな高齢者の方々がいらっしゃる、いろんな地域の実情がある包括ケアの姿全てをカバーできるとは思っておりません。まずはこの制度を取り巻く重要な規定要因になっている人口面の変化、ある一つの切り口から見たときにどういうことが見えるかということで、事務局の一つの試みとしてそのような形で資料を御用意してみたというのが実際のところなんです。なので、この話からすぐに現場の話までということになるのかと言われると、そこはこの部会の御議論の中で深めていただく論点なのだろうと考えます。

その中で、委員から御指摘のあったような利用者の姿がどう変わっていくのか等々を踏まえた、サービスに求められるものが何なのか、それはいろいろな類型、これまでこの仕組みを支えてくださってきている各サービスを担っておられる方々から見たときに、これはどうなのかという話からスタートをする。それから、あくまでも実際今、使っていらっしゃる方々から見てどうなのかというところからスタートをするのがよろしいのかなと思ひまして、こういった点については本部会の委員の御意見を頂戴しながら議論を深めていくということだろうと思ひますし、事務局といたしましては、今回一つの切り口から切ってみたということではありますが、その議論が委員の皆様の間で深められるような資料の御用意等々は当然させていただくということで考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、榊田委員、どうぞ。

○梶田委員 参考資料の13ページのほうで第7期の介護保険事業計画のサービス量、見込み額が書かれています。もう一つ、資料の25ページ、26ページに高齢者向け住まい・施設の件数及び定員数という資料がございます。介護保険の事業計画の中で、いわゆる居住系サービスというのは特定施設及び認知症のグループホームという形で作られていて、住まいのほうの部分から言いますと、有料老人ホーム、サ高住、軽費、養護というのは、介護報酬で運営されていません。その中で特定施設として指定を受ければ介護保険上の施設になるということになります。この差という部分が課題です。平成29年度で特定施設23万人。平成29年度、有料老人ホーム、サ高住を全部足しますと、85万人分のベッド数があります。そうすると、その差額の60万人分というのが、何らかの生活支援サービスがついている施設に居住しているけれども、介護保険事業計画上は在宅介護のサービスの中の人数としてカウントされる。

それは今までの流れでずっとやってきたのですが、ここに来て、生活支援サービスがついている居住系の施設で生活している方と、本来の家族介護なり何らかの居宅で生活している方と、その部分の差というのが今、見えない状況にあります。

生活支援がついている施設で在宅サービスを使われる方たちが1人当たりどの程度の介護報酬に影響を与えているのか、もしくは普通の居宅で生活している人が、介護度別で見てどの程度の費用がかかっているのか。今、両方まざっていますので、その分をこれから少し分けて分析していけるような形をつくっていくべきではないかと思えます。

例えば、サ高住がどんどんふえてきました。有料老人ホームもふえています。では、介護報酬にどの程度影響があるのかというのは、市町村単位でもほとんど把握できていない状況です。そうすると、第8期もしくは2025年、順次の計画をする上で、ものすごく不安定な、わからない要素を持ったまま計画を続けていくということになってしまうと思うのです。全体量の把握の上から言うと、どの程度の影響があるかというのは、早目にそれがわかるような形をつくるべきではないか。そういう意見でございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、東委員、どうぞ。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。意見と要望を申し上げます。

まず資料1-1の5ページ、論点にある介護の受け皿についてです。今後、

介護の受け皿としては、新たな箱物をつくるというふうに考えていきますと、先ほど他の委員からもありましたが、一体その人材をどう確保するのかということが、常につきまってくるわけでございます。そういう意味で、箱物の整備もある程度は必要かもしれませんが、私は、今ある社会資源、今あるサービスの機能を高めて、介護の受け皿機能を高めるというふうにつなげていく考え方も今後は必要ではないかと考えております。

例えば私ども老健施設にしましても、前回の介護報酬改定でいわゆる強化型等の施設類型が5段階に分類されたわけですが、極論を申し上げれば、全ての老健施設が強化型になれば、かなりの在宅支援サービスが、また介護の受け皿機能が高まると考えております。私どもの協会ももちろんそういう方向で指導はしていきますが、そういう方向づけを国の方からもぜひやっていくべきだと思います。新たに箱物をつくるということに関しては、今後問題が多いと思っております。

次に要望でございます。資料1-1の9ページの論点「地域包括ケアシステムの推進について」です。最後に在宅医療・介護連携推進事業のことが書かれています。資料1-2の40ページにこの進捗状況が示されておりますが、先ほど安藤委員もおっしゃいましたが、医療と介護の議論がまだまだ分断されて行われているというのも現実だと思います。在宅医療と在宅介護が車の両輪のように同じ場で議論されるということが必要ではないかと思っております。この進捗状況を見ましても、相談窓口の設置や研修の実施等にとどまっているわけでございます。実施状況等にとどまらず、在宅医療・介護連携推進事業を非常に効率的に行っているような市町村の好事例をお示しいただくよう、要望を申し上げます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、花俣委員、お願いいたします。

○花俣委員 ありがとうございます。

先ほどからいろんな御意見が出ておりますように、私も介護離職ゼロの受け皿のところでは、介護保険の困り事アンケートを家族の会で実施しました。会員の中から、7割が介護中という介護経験者からの回答が寄せられたのですが、この中で厳しい介護の実態や切実な声がつづられていたので、その中から紹介したいと思っております。これは2019年度版の安心要望書、3月末に関係省庁に提出したものの根拠となったものです。その要望書をきょう机上配付ということで置かせていただいております。

5 ページ目の 2 つ目の ○、受け皿のところでは、地域密着型サービスというのは、保険者が指定するため、指定事業所数の地域格差が大変激しいサービスだと考えています。先ほどのアンケートでは、認知症デイサービスであるとか、あるいは小規模多機能型居宅介護を利用したいと思っても、住んでいる市町村には事業所がないという声が寄せられています。指定市町村別に地域密着型サービス、それぞれの個別サービスの指定状況であるとか、あるいは利用者数がわかる資料が御提示いただくと大変ありがたいなと思っています。

もう一点、アンケートから、先ほど伊藤委員等々から御指摘がありましたように、介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅ともに自費利用の負担が大きいという訴えが多くあります。家族介護の負担減と経済的な負担増が表裏一体の関係であることも鮮明になっています。介護サービスの基盤整備の検討に当たっては、利用者負担だけでなく、自費利用の負担能力についても慎重に検討する必要があるかなと考えます。

もう一つ、9 ページ目の論点の 1 番目、在宅、施設、居住系とは別に、地域支援事業を初めとした地域の高齢者を支えるサービスとあります。地域支援事業には介護予防・日常生活支援総合事業があり、基本チェックリストの該当者、要支援 1、2 の認定者を対象とする介護予防・生活支援サービス事業で訪問型事業、通所型事業が提供されています。特に要支援認定者のホームヘルプサービス等、デイサービスの介護予防・生活支援サービス事業への移行は、経過措置が長かったので、全国的な状況がよく見えてきません。今後資料が提出される予定かもしれないのですが、予防給付から地域支援事業への移行による効果と課題というものを示しただけだと考えます。

もう一点、3 番目です。都市部の要介護 3 以上の中重度の者の増加が特に多いとありますが、都市部では要支援認定者、要介護 1、2 の介護認定者も増加すると考えられます。資料 1 - 2 の 16 から 21 ページには働きながら介護する人たちのデータがありますが、介護者にとって軽度者や中重度で介護の負担が左右されるわけではありません。介護者への両立支援の観点からも、要介護 3 未満の認定者についてもサービスの受け皿整備の検討は重要と考えますので、これは意見として申し添えたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 御意見が中心でありましたけれども、事務局の意見も聞きたいというニュアンスも一つありましたので、ただいまの御発言の中で、事務局としてコメントができるようなものがあればお願いしたいと思いますが、いかがでしょう。総務課長、どうぞ。

○黒田総務課長 御意見ありがとうございます。

資料のお求めがありましたので、資料につきましては対応を検討させていただきます。地域の実情等は、給付費分科会との関係もございますので、その辺も整理した上で御用意させていただきます。ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、橋本参考人、お願いいたします。

○橋本参考人 先ほどの安藤委員の御指摘の具体的な例ということになるかと思うのですが、7ページの地域包括ケアシステムの推進についてというところに書かれていますように、医療や介護が一体的に提供されとか、適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制ということもありますし、医療保険のリハビリテーションとの連続性、連携の強化ということも踏まえまして、私どもの経験からお話しさせていただきますと、入院している間に介護保険をとりますと、退院してから医療保険での外来リハとか訪問リハを受けようとするのと、介護保険のほうが優先されてしまいまして、医療保険の外来・訪問リハがなかなか受けにくいという現状があります。13単位のこともありますけれども、実際それでやっておりますと、患者様によっては、介護保険をとりましたが、医療保険、特にST部門、失語とか咽喉頭部の手術後のちょっと特殊なりハビリが必要な場合などだと、介護保険をキャンセルしてもいいかというお話も実際ありました。介護保険をキャンセルして、医療保険で受けたいということもありました。もちろん介護保険はキャンセルできないと思うのですが、そういったこともありますので、医療と介護の一体化ということから言うと、そのあたりが難しいところが今、起こってきているのではないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

基本的には中医協であるとか介護給付費分科会の議論ではありますけれども、シームレスな扱いという中で、そういう実情があるということの御意見だと受けとめさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

では、鈴木委員、お待たせしました。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私は、今回の分科会で85歳以上の人口が非常にふえていくということが最初のころに厚労省のほうから説明があったと思います。85歳以上の方々というの

は、65歳から74歳といった前期の高齢者とは全く違う健康上の特性を持った方々であるということは確かだと思のです。そういう中で、当然この方々も自立を促すためのいろんな方策をお考えになっておられると思うのですが、特に介護予防等の取り組み状況については、今まで主として軽度者が多い85歳未満の層の状況を踏まえて考えているということだったのですけれども、85歳以上の方々についてのそういった介護予防的な対策をどの程度お考えになっておられるのか。これは恐らく一般の介護予防とはまた違う切り口であるとか、例えば認知症対策であるとか、フレイルの対策であるとか、低栄養の予防とか。国はつい最近、認知症の有病率を下げるといった新しい対策、対応を打ち出してきていると思うのですけれども、そういったこととの兼ね合いの中で、実際に85歳以上の方々の介護予防というものをどんなふうにお考えになっておられるのか、ぜひ取り組みがあればお聞かせいただきたいと思います。

○遠藤部会長 事務局、いかがでしょう。では、老健課長、お願いします。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。御指摘ありがとうございます。

85歳以上の方々の身体的特徴が違うというのは、そのとおりかと思っております。私どもは、鈴木先生から御指摘いただいた一般介護予防事業の中で、今は住民主体の通いの場でポピュレーションアプローチのような形で、一生懸命そこを広がらせている。そういうステージにあると思っております。そのような中で、御指摘の85歳以上の方々がどのように参加されることがいいのか、あるいはどのようなサービスを提供すれば、そういう方々にフィットするののかということは、今後また調べて、よく研究していかなければいけない課題だろうと思っております。一般介護予防の推進方策に関する検討会も近々始まりますので、その中でも御議論いただければと思っております。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。  
鈴木委員、よろしゅうございますか。

○鈴木委員 はい。

○遠藤部会長 それでは、川名参考人、どうぞ。

○川名参考人 ありがとうございます。

資料1-1の9ページの論点から何点か意見を述べさせていただきたいと思  
います。一番下の○の医療・介護連携でございますが、これは先ほどからい  
ろ御意見も出ておりますが、本県におきましても、例えば在宅医療・介護連  
携推進事業等につきましてはどうしても市町村差が出てきているという状況  
がございます。また、先ほども意見がありましたが、地域医療構想に基づくサー  
ビス量の増につきまして、各市町村の介護保険事業計画の中に盛り込むよう  
な指導を行ったり、その後、地域医療構想調整会議等で調整も行っている  
ところでございますけれども、地域差があるという状況も、なかなか進捗等が  
どうなのか、両方が連携できているのかという課題があります。

よくよく話を聞いていますと、どうしても両方の信頼感というか、両者の  
会話、関係性というところが、先日もお話を聞いた中で、データ連携をする  
中でそんなところが見えてきたというところがございます。また、市町村の  
認識の差というところもあった。そこでどのような形で都道府県が役割を果  
たしていけるのかと考えると、地域分析とデータに基づいた根拠を示しな  
がら、これを皆さんにわかりやすく会議等で示していくのが必要なかな  
と考えておりますので、我々の人材も含めて、また、市町村人材も含めて、  
強化というところをこれから課題として進めていきたいと考えております。

もう一点、論点の上から2点目のところで、例として地域包括ケアシ  
ステムで、地域資源を使いながら工夫をしていくという話がありましたけれど  
も、まさにこの辺はまちづくりという観点が非常に重要かと思っております  
ので、今日も資料1-2でいろいろとお示しいただいて、神奈川県  
の事例としても63ページに団地の事例を示していただいております。こ  
ういう地域と例えば介護事業者が連携して、それが単純な介護予防  
ですとか、それだけではなく、子供の見守りとかいろんな拡大につな  
がっていったら、最終的には介護度の改善ですとか、要介護認定者の  
減少とか、効果が出ているという事例が、これは調べていくと、各  
地域にいろいろと好事例がございます。成功している事例というのは、  
そこでそれをコーディネートできる人材がいるというところござい  
ます。そのような人材をどのように育てていけるか。今、我々県として  
市町村支援とか地域支援をやるために、どういう人材が確保できる  
か、育成できるかというところを課題として、コミュニティー再生  
というテーマのもとに取り組んでいるところでございます。意見として  
申し上げさせていただきました。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

お待たせしました。齋藤委員、お願いいたします。

○齋藤委員 ありがとうございます。

5 ページ目の介護の受け皿に関してですが、先ほど総務課長のお話や、安藤委員の御指摘にもあったように、介護保険事業計画は、地域医療計画の在宅医療との兼ね合いが非常に重要になるため、見直しが3年毎に行われているものと認識をしています。

しかしながら、地域医療計画の在宅医療の項目は、載せるべきものが載っていないなど必ずしもニーズに即していない状況あります。今後、第8期介護保健事業計画を策定していくにあたり、川名参考人からのご指摘にもあったように都道府県による指導や支援は重要であり、かつ、適切な地域分析を行うことが大切であると思っております。より一層、介護保健事業計画と地域医療計画との連動をしっかりとさせていただきたいと思えます。

また、中重度の療養者が介護サービスを利用していく上では、単品サービスだけで支援を続けることは難しく、複数のサービスを組み合わせて複合的に利用することが必須になるだろうと思っております。介護離職ゼロを実現するためには、泊まりサービスが必要であり、これは私どもが看護小規模多機能型居宅介護を提案する際に実施した、患者団体へのヒアリングでも、「入院するほどではないけれども泊まりサービスは欲しい」という意見が多く出されていたところでした。

今後のサービス量等の見込みが資料1-2の13ページに書いてありますが、定期巡回や、看護小規模多機能型居宅介護といった、平成24年にできた地域密着型サービスの機能強化・拡充についての検討が、今後非常に重要になると思っております。なかなか設置が進まないところの保険者から意見を伺った上で、こういった支援をすれば広がっていくのかというのは検討していただきたいと思っております。

9 ページ目の地域包括ケアシステムの推進の論点にも示されていますが、高齢化の進展に伴い、医療と介護は離れず、セットで検討するということが前提になりますが、一事業所だけで医療職を抱えていくことが今後非常に難しくなるだろうと思えます。地域の既存の医療系サービスが介護サービスの事業所に外付けで入っていけるような仕組みの拡大が検討されるべきであると考えています。

在宅医療・介護連携推進事業に関しては、資料1-2の40ページに取り組み結果が示されていますけれども、取り組んでいるか・いないかではなく、取り組んだ結果としてどのような成果があったのかが重要です。市町村によって状況は異なるであろうと思えますが、成果を踏まえた上で、この枠組みに何か課題があるのか。それとももっと強化していかなければいけないところは何かといった検討が必要であるため、データを資料で見せていただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

資料の提供の御依頼もありましたが、事務局、何かコメントありますか。老健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 御質問ありがとうございました。

在宅医療・介護連携推進事業は数年前から始まりまして、市町村の取り組みを私どもが支援をさせていただきながら、メニューが大体どの市町村でも実施されるようになってきたというところでございます。そういう意味では、まだ発展途上というところがあるかと思えます。その中で、成果に関するデータの御提供ということでございますが、私どもとして、いろんな研修とかシンポジウムをやっておりますので、そういった中で何がお示しできるかを検討してまいりたいと思えます。

以上です。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

それでは、石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。お時間の関係もあるので、手短に申し上げます。意見です。利用者ニーズが多様化し、複雑化していく。それを支える担い手も専門職とそうでない方々があり、機能の明確化を図りながら、多様な人材で支えざるを得ないということでございますが、そういった中でどういったサービスが適切なのか、また、介護の質をいかに担保するのか、サービスの質をどう担保していくのかという視点をしっかりと見据え、どのようなサービスが適切なのかという議論がされることが大切であろうと思えます。

そもそも介護保険法の中に、可能な限り居宅において有する能力に応じ、日常生活を営む、要するに、暮らしていくということに介護保険制度というのは配慮されなければならないと書いてあります。それを踏まえますと、基盤の整備という中で、どうしても箱物、施設の整備というところに目が行きがちなのですが、在宅を支えるサービスの環境の実情を支えきれものになれているかどうかというところは、しっかりと議論をしていかなければいけないのではないかと思います。

先ほどほかの委員からもありましたが、新規で事業所をふやせばいいかというと、人材不足の問題がつかまとうという中で、既存の社会資源をいかに活用するか、また、それぞれのサービスの機能をもうちよっと柔軟に運用できる

ようにするなどといった議論が必要とっております。とある自治体の第7期の小多機の計画に対する現在の予算執行率が4割に至っていないというお話を聞いたこともございまして、計画数はあれど、手を挙げるところがなかなかないという実情があるようなので、その理由は何なのかというところを分析しながら、第8期に向けての議論がされていくべきではないかと思えます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。先ほどお手を挙げになられていた井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。意見でございます。

今回地域ごと、年齢ごとのいろんな詳細なグラフが出て、改めて持続可能性の確保を前提とした検討が必要だなと思いました。前期、後期分けて考えても、75歳以上だと、介護の給付費というのは前期の方に比べると10倍以上ということになりますし、また、ここにはありませんけれども、現役世代が急激に減っていくというのが事実としてあるわけで、2030年以降、年100万人ぐらいずつ減っていくということになりますので、支え手も急減します。人材面と財政面に限りがある中で、持続可能性を十分に踏まえた検討が必要だと考えます。

そのためには生産性を上げていかななくてはならないと思えますし、生産性を上げていくという面では、これからのAIや5Gといったさまざまな新しい技術の進展も考えた上で、それらがバックオフィス等でどういうふうに使えるのかということも検討の範囲に入れながらやっていくべきではないかなと思いました。

人口構成には、もちろん地域差があるわけですがけれども、現行でも給付費とか認定率の地域差というのが非常に大きな問題としてありますので、この辺を含めて考えていかななくてはなりません。

もう一つは、さまざまな連携をしていくということが重要だと思います。大都市の問題というのは、介護の問題でもありますけれども、まさに大都市圏に人口が集中するというこの問題と表裏一体の話です。ただ、今後の若者の行動を考えますと、これまでの介護保険というのは、制度施行後の約20年の間、何かあった場合に介護保険にお世話になるという考えだったと思えますが、これからの若者世代というのは、将来何かあった場合に、自分、あるいは自分の親が介護保険サービスを受ける場合も考えながら人生設計をしていくことになってくると思うのです。その場合、人生100年と言われる時代で、終身雇用も少しずつ崩れていく中で、もしかすると大都市だけに住むという選択をしない若者も増えていく可能性もあると思えます。ですから、そういう時代の流れ、一

定の選択肢を広げていくような啓発活動みたいなものも少し必要になってくるのではないかなと思います。

あと、自治体ごとにばらばらに考えるのではなくて、近隣の自治体、もうちょっと広域の経済圏で物事を考えていくとか、あとは民間サービスとの連携を考えていくとか、そういう観点も必要ではないかなと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、2025年を見据えていう表記が記載されておりますけれども、2025年のみならず、次のターゲットイヤーでございます2040年を見据えてぜひ検討していただきたいと思っています。特に地域によってピークは異なりますが、全国ベースでいきますと、85歳以上の対前年度当たりの人口のピークは、2032年から34年、毎年対前年度当たり5%台の伸びを示しますので、全国的にはそのあたりが需要のピークになるかもしれませんけれども、そのことを踏まえて、介護保険事業を検討すると、そのときは介護保険事業計画は11期から12期にかけてということになります。したがって、介護保険事業計画というのは、常に連続性を持って長期の視点で策定することが重要でありますので、そのあたりをもうちょっと長期的な視点で見ただければと思います。

その際に、事業者は多くは借入れをして施設あるいは事業所をつくりまして、その後、約20年かけて償還していく、借入金を返済していくこととなりますから、ということは、20年間の事業者の経営の持続可能性も含めていかないと、将来的には85歳以上の高齢者も減る時代が来るわけですので、事業者が絶えるということは、地域住民にとっても決していいことではないので、そのあたりの視点をぜひ検討していただきたいと思います。

2点目は、4ページの現状・課題の○の3つ目、介護保険事業計画の策定についてでございます。ここに①から③を踏まえた上でと。これは当然重要なことだと思っています。①の介護離職ゼロに対応した整備量の上乗せですけれども、平成24年度の厚生労働省の委託事業の調査結果では、特に介護離職の大半が女性、そして多くが40歳、50歳の働き盛りということでございます。平成24年の事業調査結果では、40代、50代の介護を原因として離職した方へのアンケート結果がありまして、施設サービスが利用できないという回答は、女性の中で8.5%。在宅サービスが使えなかったからというのが、わずかに5.5%で、多くの6割が回答をしている項目は、仕事と介護の両立が難しいということにな

っておりますので、箱物をつくったら介護離職が即解消するというのは、ちょっと短絡的な考え方ではないか。特に家族の方への本人の希望、あるいは御家族が家族を見てあげたいという思い、そういったものが背景にある中でやっていますから、箱物をつくれれば介護離職がゼロになるというのは、それだけではなかなか効果が出ないのかなと思っています。

②地域医療構想における入院以外で対応する新たな30万人を含めて、130万人を各地域、各医療圏域で支えられるかどうか。これは地域医療構想の非常に重要な視点だと思っておりますけれども、その中で、今、介護保険事業計画の外にありますのが、例えばサービス付き高齢者向け住宅、いわゆるサ高住等でございますが、ある調査ではサ高住の平均要介護度が1.8で、入居者の4分の1強は要介護度3から5になっています。有料老人ホームが平均要介護度2.5程度で、半数近くが要介護3から5になっています。ですから、特定施設入居者生活介護以外の例えばサ高住においても、かなり看取りとか医療・介護のニーズを支えている部分がありますから、そのあたりのところも踏まえて、介護保険事業計画に含めていくことは重要であると思っています。

さらに、医療療養病床の看護配置25対1の経過措置でございます医療療養病床は、あと5年間の間にどういうふうに移すのか。もちろん、一部は20対1の医療療養病床、療養病棟入院基本料1に戻っているケースもありますけれども、今、介護医療院に変わっているケースもあって、さまざまでございますので、地域における医療療養病床の看護配置25対1の病床がいかほどあるのか、そして各医療機関の意向がどうであるかということも含めていかないと、要は、過不足のないこういった介護の提供体制は非常に重要でございますので、そのあたりもここにぜひ入れていただきたいと思っております。

最後に、9ページの論点の一番下に医療・介護の連携と書いてありますけれども、まず医療・介護の連携のところで、きょうお示しの資料の中に、例えば特定施設入居者生活介護、いわゆる特定施設の利用者の約45%が要介護3から5になっています。特定施設は、例えば利用定員50名に対して看護配置の職員が2名以上ですが、報酬が余り高くないので、加配はできないという状況になっておりまして、例えば看護職員がいない時間帯が多いにもかかわらず、要介護3から5の方が半数近くいる。そして看取り介護加算がついているのですけれども、少なからず看護職員配置があるので、介護保険の訪問看護が入れません。これだと要介護3から5の方の医療ニーズに対応するのは難しいという状況になっておりますので、そういった連携のあたりの検討が必要です。

それから、昨年の介護報酬改定で退院・退所直後のリハ連携というのがあって、要は、退院してから通所リハ、訪問リハが入るまでに2週間、4週間たつとADLが落ちているというデータが示されて、その解となるものが、診療報酬の

中にリハビリテーション計画提供料1というのが新設されましたが、医療現場でこれの意味合いとかが広まっています。これは画期的な加算で、退院する前の入院の医療機関が在宅の初回のリハ計画書をつくって、それを担保している。その計画書をもとにリハビリテーションを実施できるというもので、そのあたりをもうちょっと啓蒙していただければありがたいかなと思っています。

最後に介護医療院のところですが、今、計1万床を超えたあたりまで公表されておりますが、特に医療療養病床からの移行について、市町村の介護保険財政にどう影響を及ぼしているのか、あるいはそれがゆえになかなか難しい事情があるのかとすれば、トータルの社会保障費で考えた上で、国のほうが市町村を支援するとかも必要ではないかなと思っています。特に改定検証調査では、そこに回答した介護療養病床の約4割が次の介護報酬改定を見て判断するとあります。ということは移行定着支援加算が思った以上に余り効果がなかったのかなと思っています。そういったあたりで、介護医療院を選択するに当たってどう支援していくのかというのが、いろいろ検討していくべき課題だと思っています。

以上、ありがとうございました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、岡委員、どうぞ。

○岡委員 御説明ありがとうございました。

私からは既存ストックの有効活用と地域活性化という2つの視点から一言申し上げたいと思っています。資料1-2の58~59ページに既存の公共施設を改修し、特養や児童館、サ高住など、複合的なサービスを提供している施設の例が紹介されております。これらはいずれも都市部の事例でございますが、地方にも少子化によって使われずに放置されている保育所とか学校などの公共施設が存在しているとお聞きしております。資産を有効に活用するという点に加え、地域活性化や地方創生にもつながることから、地方においてこういった既存ストックの活用によって、多様な住民が集まる拠点を創出していくということを自治体を中心となってぜひ推進していただきたいなと思っています。

また、先ほど久保委員も御指摘されておりましたが、施設の整備だけでは問題が解決しないということは言うまでもありません。介護人材の確保とか、介護現場における生産性の向上といった問題も重要な課題だと思っています。次々回の部会のテーマになるとお聞きしましたが、そこで議論をさせていただきたいと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。それでは、藤原委員、濱田委員の順番で行きましょう。藤原委員、どうぞ。

○藤原委員 今、2040問題で議論が進んでいるわけではありますが、地方の僻地・山村等は既に先行して高齢化率が40%、50%、60%ということで、大変活力が低下しているわけがあります。その中でも慢性的な福祉人材の不足が本当に深刻になってきております。地域内でそれを補完し合うことができなくなってきており、どうしても人材をどこか他の地域に求めなければならないということでもあります。その状況は今後ますます進んでくるわけではありますが、国の方で公的な地方の福祉人材の派遣機構のような機関をつくってもらい、地方にも活力ある中核都市等がありますので、地方の広範囲の中で人材確保をするようなことを考えてもらえないかと思っております。

特に福祉の関係の仕事というのは、今、行政の効率化とか合理化というのが盛んに進められておりますが、福祉の場面ではむしろ非効率や非能率というのがサービスにつながることが多いわけで、それを支えるためにある程度の人材の確保がしっかりできていなければ、しっかりしたサービスができないということでもあります。

そのような数によって、その地域の受けられる福祉の量が変わってしまうというのは全く不公平だと思いますので、その辺は均等にサービスが受けられる、地域差のないようなことを考えていただければと思います。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 5ページの論点の介護離職ゼロの実現に向けた取り組みについての意見です。利用者・家族が介護に不安を感じている段階から身近なところで相談ができる。つまり、実際に要支援、要介護になる前から少し相談できるようなところがあるとよいのかなと考えます。一義的には地域包括支援センターにその役割を期待したいというところですが、マンパワーが限られているということがありますので、例えば特定事業所加算を算定するような規模の居宅介護支援事業所はもちろんのこと、閉庁・休日時のバックアップとして、訪問系・通所系等一定の居宅サービスを提供されている介護保険施設等の活用なども介護相談窓口ということで、視野に入れてもよいのかと考えます。何とか介護不安の解消に努め、いざというときの対応にも備えができるのではない

かということを考えます。

続きまして、9ページの論点、施設、居住系サービスなど適切なサービスの組み合わせ等についてです。近年都市部においては、地域密着型サービスの介護保険施設や特定施設等の公募がありましても、応募する事業者がなかなかないことで、また3年間そのまま未整備という課題が一部にあります。このため、なかなかサービス確保が難しくなるなど、特に都市部においてはそういうこともございます。

例えばそれぞれ少ない定員数で種別の違うサービスを合築いたしますと、それぞれに管理者が必要で、管理者の兼務は認められる場合が多いわけですが、それぞれのサービスごとに専門職の配置が必要となり、相談員、介護支援専門員、あるいは看護職員の方ないしは介護職員の方、あるいは管理栄養士が人材不足の中、複数必要となってしまうこととなります。たとえば、こういう専門職を定員合体で配置可能とするなども検討の余地があるのではないのでしょうか。例えば入居系施設や事業所同士であれば、配置基準が各100名までは1人でよいのであれば、合築した場合もそれでいいとするなどの方法が考えられないか。これはもしかするとそれぞれの自治体ごとでお考えいただくことになるのかもわかりませんが、それによりまして一定の人員の効率化と、場合によりますと生産性の向上も図れるのではないかと考えたりいたします。

また、先ほど教育機関の空きスペース活用等でございますが、指定基準と人員と、それから面積基準上での共用がもう少し幅広く認められるようになることで、活用する余地が増えるのではないかとということも考えます。

また、事例のほうでは、北海道の事例で特別養護老人ホームをサービス付き高齢者向け住宅に転用する事例が出ておりましたが、本当に都市部で確保が難しいという場合は、整備の状況によりまして、既存施設をさらに柔軟に活用可能となるようなことも検討してはどうかと、考えたりいたします。また、都市部以外の地域、先ほど人員の確保が難しいということも伺っておりますが、これはあくまでも提案レベルではございますけれども、本当に人口が減少して、特定の種別のサービスを確保することが難しいような場合の対応策について述べさせていただきます。私どもの聞き取りの中では、そのような場合、まず、医療系サービスの確保が難しくなってくるということも伺っているのですけれども、例えばある一定地域を指定管理とか、あるいは市町村の業務委託という形で、一定の地域の地域占有を認めるかわりにサービス提供義務も負うということで、地域の実績のある事業者や、法人等に委ねることが可能となる方策も、そろそろ考えていくというのも一つ方法ではないかなと思っております。

それから、医療・介護連携につきましては、今回の介護報酬改定検証調査結

果にも見られますように、例えば居宅介護支援事業所側と医療機関側で重要視する情報について、かなり一致はしておりますが、ただ、中には少しだけですが差がある項目もあつたりいたします。関係者でこの差を埋めていく努力を行うということが、重要ではないかと考えます。もう一つは医療機関側で、退院日程を早く伝達したいのだけれどもなかなか難しい。一方で、居宅介護支援事業所の側も、日程を知ってから、退院後のサービス提供の準備がなかなか難しいと、双方そういう結果も出ております。先ほど申し上げた必要な情報項目の差というのは、今回は全国調査であります、都道府県や市町村、あるいは医療圏域、市町村ごとにも異なる場合があるかも知れません。このため、こういうものをそれぞれの地域で課題を出して検討して、解決方法を見つけられるようにしていくということも、より医療介護連携が進むために重要ではないかと考えます、端的に申し上げれば、今回のような調査をそれぞれ地域版でやっていただくことで、課題出しと解決策が見つかっていく可能性があるのではないかと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに。佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 済みません。おくれてきたものですから、既に指摘があつたかもしれませぬけれども、簡単に3点ほど。

1つ目は、先ほどから人手不足の話が出ておりますが、人手不足を補うために事業者の生産性を上げなければいけないのですけれども、これは在宅だろうと、施設だろうと同じような問題だと思ふのですが、事業者の再編成も含めた大規模化、あるいは事業者のネットワーク化という形で効率性、生産性を上げていく必要があると思ふます。それは、ひいてみれば、介護報酬の単価の引き下げというか、介護給付費の抑制にもつながりますので、事業者の再編成。それは合併しろという意味ではありませんけれども、何らかのネットワーク、フランチャイズ化を視野に入れたほうがいいのかと思ひました。

東京に関しては、85歳以上の高齢化率は、全人口に占める割合が2025の段階でまだ少ないのは、人口が2030年ぐらまでは伸びるからだと思ふのですが、東京とか大都市圏についてはもうちょっと先のレンジを見ないと、彼らの抱えている問題は見えなかな。先ほど2040の話が出ましたけれども、2040年とかそのあたりまでレンジを伸ばさないと、大都市圏の姿はちょっと見えづらいなと思ひました。

先ほど何人かの委員からも御指摘があつたのですが、既存の公共施設の活用

なのですけれども、現在公共施設等総合管理計画を自治体が作成し、2020年までには個別施設計画をつくることになっておりますので、そのタイミングだと思っております。そのあたりである種介護施設との併用であるとか、そのあたりも視野に入れる。

せつかなので、PFIも活用すれば民間資金が使えますので、公共はお金を節約できるということもあります。既存のそういう計画とにらみながら、この種の話は議論していったほうがいいのかと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。

時間もないので、質問を1点と意見を1点申し上げさせていただきます。まず、質問のほうは、先ほどもちょっとございましたけれども、介護医療院1万床を超えたというお話がございましたが、厚労省として転換の進みぐあいについてどういうふうの評価されているのか、それから今後の転換の進め方についてどういった方針でお考えなのかということ伺いたいというのが1つでございます。

それから、意見でございます。これも先ほどございましたが、前期高齢者に比べて後期高齢者は介護・医療費が極めて高い、認定率も利用割合も高いということになるわけですけれども、団塊の世代が第8期の計画期間中の2022年度から後期高齢者になるわけでございますして、今後介護給付費が急増するということ踏まえすと、従来から効率化と重点化というお話が出ておりますが、要介護度の高い方々への対応にウエートをかけていく。その意味では、第8期からそういう対応を図っていくべきではないか。これは意見でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

介護医療院の転換の評価ということですか。老健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

介護医療院についてのお尋ねでございます。きょうの資料1-2で申し上げますと、36こま目、37こま目に関連資料がございます。御指摘のとおり、平成31年3月末時点で150施設、1万床強の療養床ということになってきてございます。私どもとしては、ここまでふえてきていると思っておりますけれども、これは3月末時点でございまして、一方、36ページの下グラフで見ていただきま

すと、まだゼロの県もあるということをございまして、自治体によって濃淡があるかなと思ってございます。

一方で、4月1日に開設している施設もあると聞いているところでございまして、そういう状況を詳細に見ていきたいと思っております。と同時に、私どもとしては、なるべく早く意思決定をしていただけるように、意思決定の支援、そしてまた自治体でお困り事があれば、それをなるべく早く支援をさせていただいて、速やかな転換につなげていきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、簡潔で。江澤委員、お願いいたします。

○江澤委員 1点だけ要望です。介護予防の議論が今後も深まると思いますが、介護予防には要介護状態の重度化防止というのが1点。もう一点は、要支援、要介護の発生を防止する。この2点の論点があると思うのですけれども、恐らくこの会では重度化防止が中心になるかと思えます。特に要支援、要介護の原因の生活習慣病関連が3割。5割は老年症候群関連。あるいは脳卒中、認知症、フレイルで全体の5割を占める。これが要介護の原因でございまして、ということは、もちろん重度化防止の視点も重要ですが、若年世代、中高年世代の生活習慣、即ち生活習慣病というものが背景に多くあって、かなりリスクの高い人が高齢者になっていろいろ取り組みをしても、果たしてどれぐらい効果があるのかというのが1点。

もう一つは、要支援、要介護になっていない人がどういう状態像であるのか、あるいはどういう生活習慣であったのかとか、もうちょっと人生のスパンを広げて検討していったり、予防の取り組みをしていかないと、なかなか介護予防というのはいまうまくいかないかなと思っております。当然厚労省もいろんな担当分野がございまして、ほかの局とも連携していただいで、総力を挙げていろいろ検討していただければありがたいと思えます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、事務局、どうぞ。

○黒田総務課長 総務課長でございます。

御指摘ありがとうございます。別のテーマでも少し申しましたことと先生のお話に関係しますので、若干補足いたします。先般成立しました健保法の改正は、データの話の関係で先ほど申し上げましたが、もう一つは介護予防と医療

保険者の保険事業の一体的実施というのもこの法案の中に入っています。ですので、もしお許しいただけるのであれば、次回を目指したいと思いますが、この法案が成立をしたということを踏まえて、どんな展開なのかという話は、8期に向けた計画の中のテーマとも関係すると思いますので、保険局とも相談の上、対応を御相談させていただきたいと思います。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 大体時間になりましたので、この議論はこのぐらいにさせていただきたいと思います。非常に幅広の御意見が出ましたので、事務局におかれましては、ただいまの議論を踏まえて、今後の議論に資するような資料等の作成をぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、アジェンダの2番目になります。資料が出されておりますので、事務局から説明をお願いします。

○橋本介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

資料2をごらんいただきたいと思います。介護分野の文書に係る負担軽減に関するワーキング・グループ（仮称）の設置でございます。1番目、設置の趣旨でございますが、介護サービス事業者の指定に関する文書、あるいは報酬請求に関する文書など、介護分野の文書につきましては多岐にわたっておりますけれども、これまで制度改正や報酬改定に応じて見直しが行われてまいりましたが、依然として指定権者・保険者と事業者の双方に負担感が生じているということでございます。人的制約がある中で、必要なサービスの質を確保するという観点から、これらの文書に係る負担軽減は、国、指定権者、保険者、介護サービス事業者共通の課題であると認識しております。

厚生労働省におきましても、自治体や事業者の方々の御意見も伺いながら、参考資料の3ページにありますように、指定申請の様式例の変更、あるいは指導監査文書の項目の標準化など順次文書削減の取り組みを進めてまいっておりますが、今般、介護保険部会のもとに新たにワーキング・グループを設置いたしまして、国、指定権者、保険者及び事業者が協働して、同じ場所で必要な検討を行うということをやっていきたいと考えてございます。

2番目の検討事項でございます。先ほど来申し上げますように、国、指定権者、保険者及び介護サービス事業者の間でやりとりされている文書に関しての負担軽減を主な検討対象としたいと考えております。

(1)にありますように、指定申請、報酬請求、指導監査、に関連する文書につきまして、例えば様式例の見直しとか、添付文書の標準例の作成など、さらなる共通化、簡素化の方策について検討するというところでございます。

また、（２）にありますように、これ以外の分野も含めまして、地域によって取り扱いに顕著な差異があり、事業者及び指定権者、保険者の業務負担への影響が一定程度見込まれる分野につきましても、共通化、簡素化の方策を検討することとし、例えば、自治体によって解釈が分かれることが多い案件の整理なども行っていければと思っております。

なお、報酬の要件等に関する事項につきましては、介護給付費分科会のほうで検討するという仕分けでやっていきたいと思っております。

ワーキング・グループの構成員につきましては、地方自治体や介護サービス事業者等を中心に構成するというところで考えてございます。

スケジュールにつきましては、6月の介護保険部会におきまして具体的なメンバーも含めて設置要綱を決定していただいた後に、2～3回程度ワーキング・グループを開催いたしまして、12月に当面の方針につき、中間取りまとめを行っていただきたいと考えてございます。

以上、よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま説明がありましたように、ワーキング・グループの設置について、事務局から提案がありました。これについて御質問、御意見等があれば承りたいと思っております。梶田委員、どうぞ。

○梶田委員 事業者にとって今、一番苦慮している部分というのがこの部分に該当しています。というのは、地域密着型サービスで町村の指定申請等がすごく増えました。総合事業でまた、もう一段と増えました。特に各市町村は、自分のところの都合でいろいろ考えられて新しい様式をつくられる。新しい形の必要書類や添付書類をつくられる。一生懸命担当者の方は努力されるのですが、横の連携がないために、一つずつの市町村に出す書類が全て違う状況が起こっている。そのこの是正の部分で共通様式を各自治体のほうで協力して理解していただかないと、国のほうで幾ら議論して厚労省が模範様式みたいなものをつくっても、現場においていきません。

削減の部分でいろんな削減案を国のほうで出されています。例えば指定申請に定款等はつけなくてもいいと出ていますが、いまだに定款等をつけなくていいところはほとんどない状況です。そのまま定款はつけなさいということになります。だから、共通項目として変えていかないとだめなので、そこはよろしくお願いいたします。

もう一つは、個別の様式で添付書類をつくられるときに、一番配慮していただきたいのは、処遇改善加算関係で、介護職員さん個人の氏名、年収を提出し

なさいという自治体がかなりございます。個人の介護職員さんの年収を書いて出すというのは、逆に言いますと、事業者側のほうは、つくった書類を介護職員さんみんなに周知しなさいという項目があるので、隠せるものではないのです。そのものは職員さんに見せて、こういう報告をしますよというのが当たり前の話のときに、個人レベルの年収まで書いて出すと。特に今回の特定処遇改善加算ですと、440万以上の人は名前と年収を書いて出しなさいというところがいっぱい出てくると思います。そこらの職員のプライバシーに配慮した報告書や指導監査の様式もお願いしたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

今回は介護分野の文書についての標準化に焦点が当たっていると思うのですが、実際に仕事をしていてわかるのは、介護のいろんな手続、業務自体が自治体によって違うのです。今、自治体間ベンチマークという取り組みをしている自治体もあるのですが、業務自体を標準化しないと文書も標準化できないということになってくるので、業務も視野に入れて考えていくということが必要であること。

多分厚労省さんも問題意識を持っていらっしゃると思いますが、標準化の次に来るのがICT化になりますので、業務の標準化を通じた文書の標準化、もってICT化、このプロセスをつくっていくことが大事かなと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

井上委員、江澤委員の順番でお願いします。

○井上委員 文書の負担軽減は、産業界からも強く要望していたところで、今回のワーキングの設置は大変高く評価をしております。全国規模の事業者ですと、代表者1人かわるだけで自治体の数だけ書類を出さなければならないという実務になっております。生産性の向上が求められる分野ですので、ここはしっかりやっていただきたいということと、次に来るのがデジタル化ということですので、今、ちょうど国会でデジタル手続法案が審議されていますが、その理念にのっとって、デジタルで完結するデジタルファースト、1回出した情報は二度と提出しなくていい、コネクティッド・ワンストップサービス、こうい

うものも念頭に置きながら検討を続けていただきたいと思います。  
以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。  
江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 現行の介護サービスには事業施設ごとに運営基準とか、数多くの加算が定められておりました、現場の職員が加算を算定するために、いろいろな算定要件に合致するための記録を担保しているのが現状でございます、今回のこの趣旨とは違うのですが、現場の限られた人材の中で現場職員が効率的に、必要なものはちゃんと担保するような、そして一部で効率化、簡素化できるものがあるのかどうかを検討していただきたいと思います。

一番下の注のところに「介護報酬の要件等に関連する事項については、介護給付費分科会にて検討」とありますけれども、私が申したことは、今の介護給付費分科会のほうの内容に合致するのでしょうか。

○遠藤部会長 老健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 介護報酬に関しましては、御議論いただく場合は介護給付費分科会でございます。きょう部会で御議論いただいた内容も私のほうから御紹介を申し上げて、きちんと整合性のとれた議論ができるようにさせていただきます。

以上です。

○遠藤部会長 江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 では、介護現場の記録に関することは議論するという方向でしょうか。

○遠藤部会長 総務課長、どうぞ。

○黒田総務課長 総務課長です。

今、御提案をしておりますのは、文書という切り口でまずは広く見てみようということではありますが、それらが給付費分科会の議論を経て設定される要件とかかわっている場合などが当然あると思います。それは給付費分科会の中で丁寧に議論された結果として設定された要件なので、それをここでオーバーラ

イドしてしまうということはないということです。そういう意味では、報酬本体のほうは給付費分科会だというたてつけは変えない。一応、そういうことではありますが、先生のお話は、恐らく報酬の要件にかかわる話の中にこういった課題認識と合致するところもあるのだろうというお話かと受けとめました。全体としてペーパーワーク自身をある程度抑制していきたいという課題認識は、給付費分科会の委員の方々にもある程度は共有していただけたのだと思いますので、オーバーライドしないというたてつけを前提とした上で、その問題意識は共有しながら、ただ、こちらの場はどちらかという文書、かつ給付費分科会のものではない。一応そんな整理かなと今は考えております。

○江澤委員 それは十分理解しておりますので。ただ、とりあえずICTの導入とともに、現場職員の業務負担の軽減というのは、あわせてどこかで御議論を賜りたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに。先ほどお手を挙げておられた人がいましたか。総務課長、どうぞ。

○黒田総務課長 このワーキング・グループに対する課題認識等々を先生方からいただきまして、どうもありがとうございます。私どものこの会に対する認識を少しだけ補足させていただきます。この課題に対する一定の方向を出すための会をつくりたいと私どもが願いましたのは、現場の方々のお話からということとは事実です。一方で、現場の皆様が作成された文書というのは、自治体の担当職員のところへ届きます。そうしますと、この分野の取り組みを誰が悪いということではなくて、それぞれが持ち寄って改善をしていくということは、ひいては佐藤委員のお話ともつながりますが、自治体の担当職員の方々の業務負担を減らすなり合理化をするということにもつながるので、これはどちらがよくて、どちらが悪いというよりは、課題認識をそろえた上で、一緒に取り組んでいくということでお互いのメリットを見出していく、そういう分野なのかなというのが私どもの思いです。

なので、悪口ではなく、お互いの立場がある中で、あるいは地方分権の流れというものを前提とした上で、共通認識を持って改善をしていくというアプローチでこの課題を捉えて、それできょういただいたようなお話に対して、一つずつ積み重ねて答えを出していく場にしたいと思っています。

いずれも非常に大切なテーマだと思いますし、次回に向けて構成メンバー等々も詳細に詰めさせていただいた上で、次回改めてお持ちして議論を開始し

たいと思います。どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、ただいまいろいろとございました御意見等を踏まえまして、ワーキング・グループ議事運営に進んでいただければと思います。よろしく願いいたします。

それでは、用意いたしました議題は全て終了いたしました。

本日はこれにて終了したいと思いますのですが、事務局、何かありますか。

○黒田総務課長 議題3だけ残っておりますので、そのお時間だけちょっと頂戴いたします。

○遠藤部会長 はい。

○野崎生活困窮者自立支援室長 社会援護局の生活困窮者自立支援室長をしております野崎と申します。よろしく申し上げます。

参考資料2につきまして、簡単に御説明をしたいと思います。表紙にありますような検討会をこのたび設置いたしましたので、本部会における議論とも若干関係し得るので、あらかじめ御報告をしたいと思います。1ページをごらんいただきますと、改正社会福祉法の概要とありますが、これは前回の介護保険法の一部改正法の中で、社会福祉法という福祉横断的な法律についても改正が加えられております。

特に2番の部分です。市町村が包括的な支援体制づくりに務めるという努力義務規定を置いておきまして、その構成要素は、地域住民の多様な福祉活動への参加を促進するための環境整備。2番目の○、3番目の○が相談支援体制ですが、2番目の○は、住民に身近な圏域において分野を超えて総合的に相談に応じる体制。3つ目の○は、特に複合課題などの場合には、身近な圏域だけではなかなか対応が難しいというケースもありますので、より広域の市町村圏域でそれを解決していくための体制。この3つの要素を市町村の包括支援体制として置いたということです。

欄外の※印の1番目を見ていただきますと、この改正法の附則において、法律の公布後3年、つまり、来年をめぐり、今、申し上げた体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要な場合には所要の措置を講ずるという旨の規定が行われております。

このような市町村の体制整備を財政的に支援するために、2ページにありま

すモデル事業を進めておりますが、主な内容としては、先ほどの法律で申し上げた内容になるわけですが、平成29年度から本格的にスタートし、当時100自治体だったものが31年度には200を超える自治体でこのような事業が行われ始めている。

つまり、相談支援体制を含む包括的な支援体制というものの整備が進みつつあるということです。

3ページ目を見ていただきます。今、申し上げたところまでが政策の経緯ですが、若干地域の実践を見ていただきたいと思います。秋田県小坂町、あるいは三重県名張市などで、やり方は自治体によって異なりますけれども、いずれも市町村の中で包括的な体制を組もうという取り組みが進められているということです。

一方、4ページを見ていただきますと、このような取り組みを進める際に、高齢、障害、子供、困窮といった属性ごとの制度を超えて対応するということになりますので、4ページにありますように、市町村で対応の事務負担というか、案分の処理をしたりしながら対応している。例えばA町、B市では、地域包括支援センターで総合相談をやっているケースですけれども、地域支援事業から交付される部分と、それ以外の部分を高齢者、あるいは高齢者以外の相談の実績に応じて案分をして、支出をしているという例です。また、C市については、一旦全世代型の相談窓口を置いたのですが、会計検査から、つまり、地域支援事業からお金が出ている部分については、高齢者以外の相談をしてはならないという指摘を受けて、もともとの属性ごとの体制に戻したという実例です。

こういう対応を少しでも自治体でやっていただきやすくするために、5ページにありますけれども、厚生労働省で各福祉部局の連名通知を発出しております、このような相談支援を含むような地域づくりに資する事業を一体的に実施していただきたいということ。その費用の計上についても、2番の最初の○にあります、合理的な方法であれば簡便な方法でも案分していただけますということをお示ししています。

ただ、自治体の実際の声を見ると、国からの補助金、あるいは制度自体が属性ごとに分かれている中で、この通知一本で対応するというのは若干しんどいという声があるのも事実で、このあたりをどのようにして対応していけるのかということを検討していきたいと思っています。

6ページが省内の2040年に向けた検討の中で、左下にあります地域共生・地域の支え合いというのが、今、申し上げたような問題意識も踏まえた検討項目になっておりますが、7ページ、まだあらあらの方向性を示したものにすぎませんけれども、例えば1番で断らない相談を実現していく。そのときに世帯の

複合的なニーズやライフステージの変化に対応できるように、新しい制度の創設を含め、包括的な支援体制の構築に向けた方策を検討していく。相談支援であるとか多様な出口支援、あるいは地域における支え合いを推進していくという内容も含めて検討項目としております。

このような検討を進めていくということのために、10ページを見ていただきますと、このたび冒頭申し上げた検討会を16日に設置いたしました。構成員はここにあるとおりですが、主に高齢、障害、子供、また、困窮の相談支援を担っている実践者の方、事業を行っていらっしゃる実践者の方、また、地方自治体からの参画もいただいております、このような形で議論を開始しましたということです。

11ページが今後のスケジュールですけれども、今、それこそどのような対応をすればよいのか、どのような方策を講じればよいのかということのを白地で検討しておりますので、仮に制度的な対応が必要となれば各部会にお諮りをしていくということになりますので、この検討会としての検討のスケジュールはかなりタイトなものとなっておりますが、一旦夏ぐらいをめどに一定の対応の骨格を示すということを目指して検討を進めてまいります。

本部会の議論の内容に影響するようなことがあれば、この部会の中でもきちんと審議いただけるように議論を進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。報告事項でありました。

それでは、時間になりましたので、本日はこれぐらいにさせていただきたいと思っております。

次回日程等につきまして、事務局から何かございますか。

○川口企画官 次回の日程等につきましては、恐縮ですが、追って御連絡をさせていただきます。よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 よろしく申し上げます。

それでは、本日は長時間どうもありがとうございました。これにて終了いたします。