

○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78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。

報道関係の方におかれましては、冒頭のカメラ撮影はここまででございますので、よろしく願いいたします。

(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いたしたいと思っております。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

まず、本日の出欠状況でございますが、黒岩委員、武久委員、藤原委員から御欠席の連絡をいただいております。

また、黒岩委員の代理としまして柏崎参考人（神奈川県福祉子どもみらい局福祉部長）、武久委員の代理として橋本参考人（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っておりますが、よろしゅうございますか。

(「異議なし」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が求められておりますので、あわせてお願いいたします。

○川口企画官 資料でございますが、審議会のペーパーレス化ということで、タブレットを御用意しております。操作方法で御不明な点等がございましたら、適宜事務局がサポートいたしますので、お申しつけください。

資料でございますが、まず資料1としまして「地域包括ケアシステムの推進」ということで、追加資料がございます。資料2としまして「認知症政策の総合的な推進について」というものがございます。資料3としまして「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会の設置について」というものがございます。さらに、参考資料1-1、1-2が「地域包括ケアシステムの推進」ということで、前回お配りした資料をおつけしております。参考資料1-3が「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正す

る法律について」という概要ペーパーでございます。参考資料2-1としまして「認知症施策の総合的な推進について（参考資料）」がでございます。参考資料2-2、2-3としまして「認知症施策推進大綱」の概要、本文がでございます。

資料に不備がございましたら、事務局までお申しつけください。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 よろしゅうございますか。

それでは、議事に入らせていただきます。議題1、議題2及び議題4（その他）について、事務局より資料の説明をお願いしたいと思います。

○川口企画官 まず、議題1につきまして、地域包括ケアシステムの推進につきまして御説明をさせていただきます。主に資料1、資料1-3を最後に少し用いて御説明をさせていただきます。

資料1でございますが、前回、地域包括ケアシステムの推進について御議論いただきました。その際に幾つか御指摘がございまして、その中で、介護人材の確保につきまして多数の御意見がありました。これは次回以降の部会で御議論いただきたいと思っております。

そのほかの幾つかの御指摘としまして、介護離職の関係、それから在宅生活を支えるという意味で、地域密着型の定期巡回あるいは看護小規模多機能といったことについての御指摘、医療介護の連携、高齢者住まいの関係、さらには介護データの利活用といった御指摘がありましたので、その御指摘を踏まえた資料を御用意しておりますので、御説明をさせていただきます。

まず、資料の1ページでございますが、介護離職についてということで、離職をした理由について、平成24年のデータを御用意しております。介護離職ゼロといったときに、施設整備ということが議論になるわけですが、実は離職をした理由を見ると、必ずしも施設への入所ができなかったというものだけではないといった御議論がありまして、アンケートによりますと、施設へ入所できなかったという理由が上から4つ目、青色が男性でオレンジ色が女性の回答であります。そういった理由もございまして、そのほかに、仕事と介護との両立が難しい職場だったから。自分の心身の健康状態が悪化した。あるいは、自身の希望として介護に専念したかったといった回答もかなりあるという資料でございます。非常に多くの理由があるということでもあります。

続いて、2ページ目でございます。介護離職の地域差といったものがあるのかどうか、地域分布があるのかどうかということでもあります。介護離職者9.9万人につきまして、都道府県別に見てみたところでございます。

実数で見ますと、都市部が非常に大きいわけですが、生産年齢人口との比較の割合で見ますと、大きな差は見られないということでもあります。

それから、3ページ目であります。働きながら介護をしている人、離職ではなくて現に働きながら介護をしている人の雇用形態の地域差があるかということ調べたものであります。雇用形態で見たときに、グラフの青い部分、自営業や農業という被雇用者で見ると、若干都市部が低く、それ以外で高いところがあるという地域差がありますが、その後のオレンジと灰色、正規あるいは非正規という部分で見ますと、おおむね同じぐらいで、地域によって大きな差は見られないということで、これは全国ベースで見ましても、雇用者の中で正規、非正規が大体半々ということとある程度共通するかなというところがございます。

続きまして、4ページでございます。地域密着型サービスの中の定期巡回あるいは小規模多機能、看護小規模多機能の関係であります。

まず、4ページは、それぞれのサービスの要介護度を整理したものであります。ごらんいただきますと、平均要介護度が左に括弧書きでついておりますけれども、定期巡回であれば2.6、小多機2.2、看多機3.1となっておりますし、要介護度3以上の利用者の割合が右側の点線であります。それぞれ定巡であれば5割弱、小多機が3割弱、看多機が6割強となっております。

5ページ、それぞれの3サービスの利用者の世帯構成のようなものを見てみます。そうすると青い部分、独居高齢者の世帯が定期巡回では76.8%、小多機では38.2%、看多機では30.8%となっております。

続きまして、6ページでございます。それぞれのサービスの整理についてあります。まず、6ページはそれを全国的に見たものであります。第7期計画によりまして、このサービスにつきましては平成32年というか2022年度に向けてということで、真ん中の列でありますけれども、それぞれ小多機では32%増、定巡では84%増、看多機では172%増ということで、大きな整備を見込んでいるという状況であります。

それを都道府県別に、各サービスを3ページに分けて整理したのが7ページ以降であります。まず、7ページは定期巡回であります。定期巡回を都道府県別に見ますと、現時点の青い棒グラフ、それから第7期の見込みとしての黄色の線で見ますと、絶対数で見れば三大都市圏、地方の中心地域が非常に大きいということではありますが、高齢者に占める利用者割合で見ますと、非常にばらつきがあるわけがあります。特に東日本のほうで、今の時点では低いけれども、第7期に大幅な増加を見込んでいる都道府県が幾つか見られるということでもあります。

8ページでございます。今度は小多機であります。これも絶対数について

は先ほどと同様、都市部が大きいというわけですが、割合で見ますとまた地域によってばらつきがありますが、全体的に第7期に向けて、増加を見込んでいるということが見てとれるかと思えます。

9ページ、看護小規模多機能であります、これも絶対数では中心都市部で大きい。加えて、利用者割合で見ますとばらつきはありますが、全体的に第7期に向けて大幅な増加を見込んでいる都道府県が非常に多く見られるということかと思えます。

10ページでございます。今度は市町村の分類別に見たところではありますが、まず、真ん中の小多機のグラフ、現時点での利用者数で見ただけでありますけれども、小多機に関して見ますと、大きな差はないのですが、政令市が中核市等と比べるとやや少ないという状況になっております。

定期巡回、看多機につきましては、政令市、中核市以外の市町村における利用者数が、この割合で見ますと少し小さくなっているということでございます。

11ページは、以上申し上げた全国、都道府県、市町村ごとのデータを文章に整理したものでございますので、割愛します。

続きまして、12ページは高齢者向け住まいにどのような方が入っているのか、どのような機能を果たしているのかということの一つの資料ということで御用意しております。これは入居者の要介護度ごとに分類をしたものでありますけれども、介護付き有料老人ホーム、すなわち特定施設入居者生活介護の指定をとっているところであります、平均で見ますと要介護度が2.2、要介護度3以上の方が入居者の41%ということでございます。

それから、指定をとっていないいわゆる住宅型有料老人ホームで見ますと、平均で2.6、要介護度3以上が約50%となっております。

最後のサ高住であります、平均要介護度が2.0、要介護度3以上が33%となっております。

続いて、13ページでございます。それぞれの今の3類型の入退去の状況、どこから入って退去される時にどこに行くのかを整理したものであります、一番左、介護付き有料老人ホームは病院や自宅から入られて、死亡による退去、契約終了が53.3%。同じく真ん中の住宅型有料で見ますと、死亡による契約終了が40.8%。最後のサービス付き高齢者向け住宅につきましては、自宅から入られる方が一番多いですが、その上で、退去理由で見ますと死亡による契約終了が33.7%ということで、それぞれ差が少しあるということでございます。

続きまして、14ページであります。ここからは在宅医療介護連携事業の関係ではありますが、この事業の成果のようなものはあるのか、あるいは好事例の横展開を図るべきという御意見がありまして、成果につきましては、前回の部会でもありましたとおり、この事業自体が30年4月にまず全ての市町村で取り組

みを行うことになっているということで、まだ定数的な成果をお示しできているということではないのですが、したがって、好事例を幾つか御紹介するという形で資料を御用意しております。

1つ目が、15ページの例、熊本県の玉名市等々でありますけれども、この事例でありますと、限られた地域資源ということで、誰もが気負わずに参加する、かかわれる在宅医療ということで、主治医だけではなくて関係医療機関の中で、できる範囲で対応するというので、医師だけではなく、②にありますように医師、看護師、介護支援専門員、ヘルパー、薬剤師等々、手挙げで対応していくといった取り組みの事例でございます。

16ページは滋賀県大津市の例であります。エリアを分けまして、それぞれ全体総括の役割、医療介護の関係者への相談支援、それから市民への相談支援という役割を分けて対応する。さらには入退院の支援ルールを用意して運用していくといった事例でございます。

3つ目の17ページの例であります。岩手県北上市ということで、これは在宅医療と介護の連携拠点を医療機関の中に設けまして、利用者の状況に応じてかかりつけ医であったり訪問介護であったりというところで、いろいろな支援機関がかかわるという形で、その司令塔役を担っているといった事例でございます。

最後の18ページは福井県の例であります。医療あるいは介護に関してコーディネーターを育成、配置する。地区の医師会等と協力しながら医療関係、介護関係のケアを提供していく。その取り組みを県下の全ての市町で進めていったという事例でございます。

続きまして、19ページ以降は介護関係のデータの利活用についてということで、幾つか資料をおつけしております。19ページを見ますと、介護関係のデータということで、介護保険総合データベース、介護DBというもの。主に要介護認定情報と介護保険のレセプト情報を収集したものでございます。

それから、リハビリ関係のデータとして、真ん中は通称VISITと呼んでおりますけれども、リハビリ事業所からリハビリ計画書等の情報を収集しているものでございます。

最後が科学的介護などと言っていますが、通称CHASEというもので、これはこれから構築をしようというもので、今、検討中のものでございます。

20ページでございます。これはデータベースというよりは、実際の運用ということで、地域包括ケア「見える化」システムということで、都道府県なり市町村なりの地域ごとの高齢化率や保険料率といったもの、あるいは取り組み等を把握できるようにということで、主に自治体のほうで広く使っていただいているものでございます。見える化を進めているというものであります。

21ページが介護保険総合データベースということで、先ほど申し上げたシステムであります。研究等に活用していただくということで、2ポツ目にありますとおり、これの第三者提供を昨年11月から開始したところでございます。提供に当たっては、3カ月に1度のペースで有識者会議で審査をしていただいて、これならばというところでデータを提供するという形で運用を開始しております。

続きまして、22ページなのですが、この関係で、参考資料1-3もあわせて御参照いただければと思います。データの利活用に関して、参考資料1-3にありますとおり、健康保険法の改正がこの通常国会で法案を整理し、御審議をいただいて、去る5月15日に成立したものであります。

この法律の中では、オンライン資格確認や被扶養者要件の見直し等々が行われております。その中で、1ページ目の赤い囲みが介護と関連する部分でございますが、その中の3番として、NDB、介護DB等の連結解析ということがあるかと思っております。医療のほうの医療保険のレセプト情報、それから介護のレセプト情報の連結解析を可能とする。加えて、公益目的での利用促進のために規程を整備する。

これまでも、ガイドライン等に基づいて第三者提供ということでやっていったわけですが、これを法律的にもしっかり位置づけるということをやっております。

資料の22ページに戻っていただきますと、今、申し上げた第三者提供について、法律上、明確化するということが1の(1)に書いております。

さらに、その2ポツ目なのですが、NDBと介護DBの情報を連結して利用することができる。これらを審議会でも個別に審査することになっております。これがこの5月に成立した健康保険法で今回変わるところでございます。

24ページをごらんください。これは医療介護のデータを連結して分析する場合の例ということで、1つの例をお示したものでございますが、ある自治体で脳梗塞で入院されたという場合に、医療面では入院前後、入院あるいは退院した後、どのようなサービスを使っているか、介護の関係ではどのようなサービスを使っているかを分析した例でございます。このような形でのデータの活用が見込まれるといたしますか、期待されるところでございます。

以下、25ページ、26ページがリハビリのデータ収集、VISITの関係、26ページが科学的裏付けに基づく介護に関するもので、これは現在まさにどのようなデータを収集し、分析できるようにするかということを検討会で検討しているところでございます。

3つ目の●にありますように、本年夏をめどに報告書を取りまとめまして、今年度中にデータベースの開発、2020年度からの運用を開始することを目指し

を進めておるところでございます。

資料1につきましては以上でございます。

○田中認知症施策推進室長 続きます、議題の2つ目、認知症施策の総合的な推進につきまして、認知症施策推進室長の田中のほうから御説明をさせていただきます。

主に資料2と参考資料2-1を使いたいと思います。

まず、参考資料2-1をごらんいただけますでしょうか。少しおさらい的になってしまいますが、冒頭、参考資料2-1の1ページ、2ページに認知症とはということに関する資料をつけてございます。アルツハイマー病などのさまざまな原因によりまして、認知機能の低下によって日常生活に支障が生じている状態ということで整理をしております。

めくっていただきまして、資料の4ページをごらんください。こちらは従来から使っている資料でございますが、認知症の方の数の推計につきまして、2012年の推計で462万人という推計を行っておりまして、高齢者人口の約7人に1人と言っております。これが2025年に向けては約700万人、高齢者の約5人に1人になるという推計をされているところでございます。

5ページをごらんいただきますと、年齢階級別の有病率です。こちらは従来、2012年の推計でグラフをつくっておりましたが、今回こちらにお示ししておりますのは2018年時点の推計で、九州大学の二宮先生がまとめております大規模認知症コホート、通称1万人コホートと呼んでおりますが、そのコホートにおきます年齢階級別の有病率をお示ししております。

ごらんいただきますと、80代後半になりますと44.3%ということで、4割を超えてくるということで、加齢に伴い誰もがなり得る、かかわり得る身近なものとなっております。

少し飛んでいただきまして、8ページをごらんください。主に介護保険法施行以降の認知症施策の主な取り組みをまとめたものでございます。平成12年に介護保険法が施行されておりますが、まさに介護保険自体が認知症のケアに多大な貢献をしてきたというところで、制度開始当初からの利用者の推移等を記載しております。

また、こちら文字には落としておりませんが、同じ2000年のタイミングで認知症の介護研究・研修センター、いわゆる3センターと言われるような研修センターも2000年に設置をしております。

平成16年、2004年には、「痴呆」にかわる用語に関する検討会が行われまして、従来、「痴呆」と呼んでいたものにつきまして、「認知症」と用語を変更しております。このことは、平成17年の介護保険法の制度改正の中で、介護保

陰法上の用語の見直しにもその後、つながっております。

このときの検討会の報告書の中では、当時ですけれども介護保険の認定者の約2分の1、150万人が認知症だという状況の中で、高齢者介護における中心的な課題は、今後は認知症高齢者への対応であり、また、そのケアのあり方そのものを、その特性に適した形に改めていくことが必要だということがまとめられておりました、具体的には、認知症高齢者として、その人の人格やそれまでの生活を尊重するという尊厳の保持の姿勢をケアの基本にする必要があるといったことが盛り込まれておりました。

その後、平成17年には、一般の方に対する認知症の正しい理解を普及するために、認知症サポーターの養成が開始されております。

また、同じく平成17年には、かかりつけ医の先生方に対します対応力の向上研修といったことで、認知症への正しい理解と対応に関する研修をこのころから力を入れて取り組みを始めております。

その後、少し飛びまして2014年、平成26年ですけれども、イギリスで行われました認知症サミットの日本後継イベントの中で、当時、安倍総理から厚生労働大臣に対して、新たな認知症に関する戦略の策定ということについて指示があり、それを受け、関係12省庁が協働しまして、新オレンジプランを平成27年に策定しております。これまでは、この新オレンジプランに基づき認知症施策の総合的な推進を図ってきているところでございます。

また、平成29年には介護保険法が改正されまして、その中で、新オレンジプランの基本的な考え方として、こちらに記載のような総合的な推進が盛り込まれたところでございます。

9ページは今、御説明したサミットの後継イベントでの経緯でございまして、10ページがこれまでの新オレンジプランの概要でございます。

10ページの中ほど、新オレンジプランの基本的な考え方は、認知症の人の意思が尊重され、住みなれた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すというもので、「共生」という単語は扱ってありませんが、まさに認知症との共生というものを打ち出し、7つの柱を掲げておりますが、7番目の柱といたしまして、認知症の人やその家族の視点を重視するというものを、全体を貫く視点として位置づけたところに特徴がございました。

12ページが新オレンジプランで設定しておりました各目標項目の進捗でございます。12ページをごらんいただきますと、例えば認知症サポーター、平成17年から始めておりますけれども、直近の数字では1144万人までふえてきております。そのほか、認知症サポート医、初期集中支援チームといったものも、ほぼ全ての市町村に設置されました。一番下の認知症カフェにつきましても、全国1,265の市町村で約6,000カ所という形で広がってきてございます。

その後ろで、各施策につきましてそれぞれ取り組みの概要をつけておりますので、適宜御参照いただければと思います。例えば14ページをごらんください。こちらは早期診断・早期対応の体制ということで、かかりつけ医から認知症疾患医療センター、その間にかかりつけ医をサポートする認知症サポート医、それぞれ現在の進捗状況も記載しております。

また、左側に初期集中支援チームあるいは認知症地域支援推進員という形で、地域支援事業の中で消費税財源を活用しながら、全市町村における整備を進めてきたこれら2つの施策につきましても、ほぼ全ての市町村で整備が整ったところでございます。

19ページまで飛んでください。こちらは認知症支援推進員についての説明ですが、最近では推進員の事業としまして、真ん中ほどに下線を引いておりますけれども、社会参加活動のための体制整備といったことも推進の役割、事業として位置づけているといった取り組みをしているところでございます。

そのほか、23ページに飛んでください。こちら普及啓発につきましても、最近、御本人の声を起点とした啓発資料などを作成しております。こちらは認知症の方に参画していただいて作成したもので、一足先に認知症になった私たちからあなたへというテーマで、診断直後に、認知症と診断された方が手に取ることで、少しでも早く前向きに次の一歩を踏み出すことが後押しできるようなガイドといったことで作成し、疾患センター等で配布いただいているものでございます。

このような形で、新オレンジプランに基づき共生の取り組みを進めてきているところではございますが、資料の33ページをごらんください。そのような中で、さらに政府一体となって総合的な施策を推進していくためにということで、昨年12月25日に認知症施策推進関係閣僚会議を立ち上げ、新たな大綱の作成に向けて検討を進めてきたところでございます。

34ページは検討の経過を簡単に記載しておりますが、大綱の概要につきまして、参考資料2-2及び参考資料2-3のほうにおつけいたしましたので、簡単に御説明をさせていただきます。

参考資料2-2が概要なのですが、基本的な考え方のところだけ、参考資料2-3をごらんいただきたいと思います。参考資料2-3の3ページをごらんください。基本的考え方とあります。まず、認知症は誰もがなり得る身近なものということを記載した上で、認知症の発症をおくらせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、共生と予防を車の両輪として施策を推進していく。この大綱におきまして、「共生」というのは、認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる。また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意

味と位置づけております。

生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力のもと、本人が希望を持って前を向き、力を生かしていくことで、極力それを減らし、住みなれた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指すこととしております。

一方、予防についてですが、認知症にならないという意味ではなく、認知症になるのをおくらせる、認知症になっても進行を緩やかにするという意味で使っております。運動不足、生活習慣病予防、社会参加といったことが認知症の発症をおくらせることができる可能性と示唆されていることを踏まえ、エビデンスの収集、普及を進めるとともに、通いの場における活動の推進など、正しい理解に基づき、認知症への備えとしての取り組みに重点を置くこととしております。

そうした結果として、70歳代での発症を10年間で1歳おくらせることを目指すとしておりまして、こうした基本的な考え方のもと、新オレンジプランに位置づけていた柱を5つに再編するような形で施策をまとめております。

また、その際、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とするとしておりまして、この大綱の計画化を2025年までとしております。

参考資料2-2の概要をごらんください。具体的な施策ですが、中ほど5つの柱に沿ってまとめております。また、左のほうから、上の青いところですが、認知機能の低下のない、いわゆるプレクリニカル期と呼ばれる方、また、軽度認知障害（MCI）という状態の方、それから認知症の方ということで、少しフェーズを分けて整理をしております。

1つ目の普及啓発・本人発信支援の中では、例えばサポーターの養成について、右側のKPIのほうも少しごらんいただくとわかるのですが、全体の数をふやしていただくだけではなく、スーパーや交通といった企業におけるサポーターの養成に力を入れていこうということとしております。

また、右側にありますように、本人がまとめた認知症とともに生きる希望宣言の展開といった施策を位置づけております。

2つ目の柱の予防につきましては、先ほども触れましたが、高齢者等が身近に通える通いの場の拡充やエビデンスの収集の推進といったことを位置づけております。

3つ目の柱の医療・ケア・介護サービス・介護者への支援につきましては、従来、新オレンジプランで取り組みを進めてきたものの質の向上、連携の強化を図っていくということで、早期対応、医療体制の整備といったことの質の向上、連携の強化を図っていきます。

また、認知症の人の介護者の負担軽減の推進ということで、家族教室や家族同士のピア活動の推進といったことを位置づけております。

4つ目の柱の認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援のところでは、認知症になってからも利用しやすい生活環境づくりとしまして、認知症バリアフリーの推進を図ることとしております。認知症バリアフリーに関しましては、本年4月に銀行、鉄道、バス、小売業といった関係団体、当事者団体等によります日本認知症官民協議会というものを立ち上げておりまして、この協議会を推進力として、認知症バリアフリーの推進を進めていきたいと考えております。

このほか、少し小さい字で書いてありますが、認知症サポーターが具体的な支援につながっていく仕組みとしまして、チームオレンジというものを構築したり、認知症に関する取り組みを実施している企業の認証や表彰制度を検討していくこと。また、成年後見制度の利用促進、社会参加活動の促進といったことを位置づけております。

5本目の柱としまして、研究開発・産業促進・国際展開を位置づけておりまして、予防法、診断法、治療法、リハビリ、介護モデル等のさまざまな研究開発を進めていくこととしておりますが、特にこの中で右の上を書いてございますけれども、認知症の創薬へ向けた治験に容易に参加できるような、治験に即応できるコホートの構築といったことを位置づけております。

大綱の概要は以上になります。

資料2に戻っていただきまして、1ページ、2ページにかけて今、参考資料でござんいただいたことを文字に落としてございます。最後に、2ページの下論点で、こうした動きを踏まえ、介護保険制度においてこの大綱を推進するための方策についてどのように考えるかということ論点として記載させていただきました。

説明は以上でございます。

もう一つ、机上に1枚、オレンジ色の認知症基本法案の概要というものを配付させていただいております。こちらはあくまで御参考なのですが、本日、自民党と公明党によりまして、衆議院のほうに議員立法として認知症基本法案が提出されたということで、その概要を参考にお配りさせていただきました。

総則として、目的、定義、基本理念といったことの規定のほか、政府、都道府県、市町村に対して計画の策定を義務づけるといった内容が盛り込まれておりますので、御参考にしていただければと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

ただいま資料1及び資料2について御説明がありましたけれども、1につきましては前回、当部会で質問があったことに対する質問返しであります。2のほうは、新たに認知症対策ということで御説明があったわけですが、1のほうは話がかなり拡散する可能性もありますので、初めに2の認知症対策について絞って御意見を承れればと思いますので、ぜひよろしくお願ひします。

また、多くの方が御発言をされると思いますので、御発言は要領よくお願ひしたいと思います。

いかがでございましょうか。認知症対策でございませう。

それでは、東委員、どうぞ。

○東委員 ありがとうございます。まず、御礼を申し上げたいと思います。

昨年8月22日に、介護11団体とアカデミア9団体で「認知症社会への対応に関する要望書」を自民党に提出いたしました。それが、本日自民党・公明党から認知症基本法案が国会へ提出されたことにつながり、また、認知症の総合的な施策につきましても、認知症施策推進大綱が纏められ、今後の認知症対策に期待が持てるということ、まずは御礼申し上げたいと思います。

この認知症施策推進大綱の中にも、また本日衆議院に提出された認知症基本法案にも盛り込まれていることですが、厚労省だけではなく、各省庁間の連携がとれて、充実した認知症対策がとられることを希望いたします。

また、この認知症施策推進大綱の中にもございますが、研究開発の予算等に関しましても、十分なものがとられることをあわせて要望したいと思います。

1点だけ、認知症の予防の件で意見を申し上げたいと思います。

資料2-1の14ページに、認知症の早期診断・早期対応について書かれております。14ページに「新オレンジプランに基づく早期診断・早期対応の体制」の全体像について書かれております。15ページに「かかりつけ医、認知症サポート医」のこと、16ページに「認知症疾患医療センター等の整備」のこと、17ページに「認知症初期集中支援チーム」のことが出ています。

以前から申し上げておりますが、認知症初期集中支援チームに関しましては、早期診断のために有効な活用ができるというのは難しいかなと考えております。ここの中で唯一早期診断に有効だと思われるのは、15ページにあります「かかりつけ医」でございます。多くの高齢者が様々な診療科の医療機関にかかっていることは事実でございます。かかりつけ医研修等が有効に行われかかりつけ医の先生方が認知症の早期診断・早期対応にきちんと対応されるというのが、非常に有効な手段だと思います。そういう意味では、かかりつけ医研修を、内科だけではなく、整形外科や眼科など、高齢者が受診する様々な診療科の先生方も受けていただきたい。様々な診療科の医師が認知症の研修をきちんと受け

るということを、日本医師会等でもリードしていただければと思います。

一方、高齢者の場合、歯科医への受診も大変多くございます。ぜひ、日本歯科医師会でも、歯科医の認知症研修みたいなものにしっかりと取り組んでいただいて、その歯科医が認知症の早期診断に役割を果たすということが、私は大変有効ではないかと考えますので、お願いを申し上げたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

花俣委員、どうぞ。

○花俣委員 ありがとうございます。

資料2の現状にも記載されておりますとおり、このところ認知症に関する国の動きにおいては、認知症施策推進閣僚会議のもとに設置された有識者会議が5月16日に開催されて、今後の認知症に関する政府の取り組みをまとめた大綱の案が示されましたが、その時点では、認知症についての初の数値目標とともに予防が強調されました。それに関して、私たちは大変大きな疑問の声を上げたところで、結果として、18日の閣僚会議決定では、KPIの数値目標が削除され、参考値として70歳代での発症を10年間で1歳おくらせることを目指すと変えられたところでございます。

当初の案から、今回の修正については、厚生労働省を初め老健局とりわけ認知症施策推進室の皆様が、当事者である本人、家族の現状への理解を深めてくださり、より実情に沿った表現になったことは感謝申し上げたいと思います。

認知症の本人や家族が抱える困難さというのは、当事者の立場にならないとわからないことが多くあります。ここで改めて関係省庁の皆様にも、専門職にケアの質の向上を求めるのと同じように、せめて認知症の理解をしっかりと深めていただきたいということを思っております。

それから、大綱案の冒頭では、基本的な考え方として、認知症の人や家族の視点を重視しながらと明記されています。そこで、4月に成立した旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律には、全ての国民が疾病や障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向けて努力を尽くす決意を新たにするという文章があります。

これはまさに認知症になった人あるいはこれからなるであろう人についても同じことが言えるわけでありまして、共生があくまでも第一目標と捉えて、予防は2本目の柱というふうに今回の大綱案のいろいろな文言を見て解釈しておりますが、それでよろしいのでしょうか。

ここで予防と共生が車の両輪であると表現されているわけです。私たちはよく家族支援と本人支援は車の両輪と言っているのですが、いずれにしても、真っすぐ走りながら前進するためには、双方の車輪の内形が同じでないと、つまりどちらか一方が小さいまたは大きいと、くるくると同じ場所を回転したり、あるいは迷走してしまうことが考えられます。なので、本当に両輪として真っすぐ進んでいくためには、それぞれが同じような内形を持っていることが大変大事であるということを申し添えたいと思います。

それから、この大綱に沿って、より具体的に認知症施策が推進されるであろうことに期待をしたい。あわせて、それらの流れの中で、介護保険改正の具体的な議論、検討がなされるようにと強く願うところです。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

共生と予防のとの関係について、事務局から何かコメントをお聞きしたいかのように聞こえたのですが、それはよろしいですか。

○花俣委員 共生が第一目標で、もう一つのほうに予防があるという解釈をしているのですけれども、それでよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 それは事務局に対するお尋ねということでよろしゅうございますか。

○花俣委員 一応、確認させていただければと思います。

○遠藤部会長 これは厚労省がつくったものではないでしょうけれども、もしコメントができるのであればお願いしたいと思います。

お願いします。

○田中認知症施策推進室長 ありがとうございます。

そもそも認知症の予防の取り組みを進めるに当たっては、認知症になっている人の尊厳を守り、認知症の人とそうでない人とが同じ社会でともに生きるという共生の基盤のもとで進めることが大前提だということを6月4日、6月18日いずれも大臣のほうからも会見で答弁させていただいておりますけれども、そのような考え方で進めていきたいと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

花俣委員、よろしいですね。
ほかに、いかがでございましょうか。
それでは、齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 理念としては予防と共生ということで、前回の新オレンジプランをかなり拡張して、さまざまなKPIが出されて、これが本当に国民全ての方々に周知ができるようになっていけばいいなと考えています。

予防の観点で、認知症の予防に資する可能性のある活動の推進が掲げられているのですが、先般、第75回の介護保険部会の資料で、教育歴や難聴が認知症の危険因子であるということが示されたように記憶しております。

特に高齢者の難聴に関しては、働いている間は職場の健診等で聴力検査が入っているのですが、その後、加齢に伴ってどうしても聞こえにくくなるということがなかなか自覚できない環境があるのではないかと考えています。

御家族と一緒にいる場合は、テレビのボリュームが大きくなるとかで気がつくわけですが、老老や独居の世帯が多くなっていく中で、難聴の発見は行われているのではないかと印象を持っております。

さまざまな通いの場で、コミュニケーションの方法を工夫されている状況かと思うのですが、この人はちょっと聞こえにくいのだろうなと感じた場合には、難聴の外来や聴力検査に結びつけていくような仕組みが必要ではないかと思ったことが1点。

それから、高齢者の健康度を上げる上で、これまで歩く、食べる、しゃべる機能を維持するための取り組みが進められていたかと思えます。しゃべるためには聞こえることが大事ですので、聞こえるということを少しキャンペーンの中にも入れて、難聴の予防あるいは早期発見を何らかの対策に盛り込んでいくことが必要ではないかと思いました。

当然サービスの提供者側の資質の向上は、これまで以上に求められていくわけですが、大綱の施策の16ページにも、基礎研修や介護実践者研修など、より受講しやすい仕組みの検討をという記載がされております。

大きな事業所であれば、事業所の中での研修もかなり進んでいくかと思うのですが、介護事業所は規模が小さいため、なかなか外に出かけて研修を受けることができませんので、より受講しやすい仕組みについての検討はぜひ力を入れてやっていただきたいと思っております。

私ども日本看護協会では、昨年の老健事業で、病院で働いている専門性の高い看護師が地域に出向いて出前で支援や研修をしますという試行事業を行いました。これはグループホーム等でも行いましたが、非常にニーズが高く、評価も高かったため、こういった仕組みをぜひ取り入れていただきたいと思ってい

るところです。
以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
ほかにいかがでございましょうか。
橋本参考人、津下委員の順番でお願いします。

○橋本参考人 今のお話と続いてということになるのですが、確かに認知症のオレンジプランとか新オレンジプランとかは一般の方にすごく普及していて、理解していただいているというのはいい取り組みですごくいいことだなと思うのです。参考資料2-1の24ページとかで見ますと、もちろんサポート医の養成とか、介護従事者の研修とか、重要視されているとは思いますが、この表で見るとその他というところに入ってしまったようで、一般の方に普及していくのもすごく大事なことだとは思いますが、先ほどお話にあったような専門スタッフというか、具体的には看護とか介護士職員という人たちの例えばデイケアだったりデイサービスだったり、施設に勤めていらっしゃる介護の方や看護の方の認知症ケアの質の向上も今、すごく大事なところに来ているのではないかとと思います。

一般の人に普及していただくだけではなくて、専門的なところの勉強というか、質の向上というのもすごく大事なところではないかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
お待たせしました。津下委員、どうぞ。その次に鈴木委員、お願いいたします。

○津下委員 先ほどの共生と予防の話なのですが、共生の中にもまさに予防があると私も捉えていますし、支える中で、認知症の理解もさらに深まってくるのだらうと思っていますし、当事者の立場にならないとわからないことばかりではなく、当事者の気持ちをどう多くの人が理解していくのかということが非常に重要かと思いました。

その中で、予防といったときに、短期的な視点での予防というのはなかなか難しいような気がしますけれども、長期的な予防、啓発だとか若いうちからの働きかけというのは大事なことかと思えます。②の民間の商品やサービスの評価等について気になる点があります。予防の中には、短期的に予防効果をうたい過ぎているものがある。そういうものは高齢者にとって負担になっているケースもありますので、どういうサービスが適切なのかというものをしっかり見

ていく必要もあるのかなと思います。

実例ですが、母親思いの娘が一生懸命親に認知症予防のドリルをさせて、母親ができないといらだち、関係がうまくいかなかったみたいなケースも伺っております。どういうものが予防として望ましいのか。そういうものについては、しっかりと見ていく必要があるなと思いました。

2点目は、認知症サポーターなのですけれども、サポーターも座学で聞くだけではなかなか十分な理解はできないと思います。認知症の方といってもできることはたくさんあるし、何をサポートすべきかということは人によって違いもありますし、そういうことを実感するためには、どれだけ接点をふやしていくかということではないかと思います。

認知症の方がともに暮らせる中で、接点がふえること。例えば介護施設が地域に開かれて、一緒に楽しむ機会をつくったり、少しの時間のボランティアの機会をふやしたりといったことを広い目で考えていく必要が非常に大きいのかなと思いました。

以上、予防というのは余り近視眼的に考えないで捉えていくということや、予防のサービスの質については十分に検討していく必要があるという点を申し上げたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

続きまして、鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私も、認知症施策推進大綱は非常に重要な、これからの認知症に対する国の柱だと思いますので、これについて少しコメントと質問をしたいと思います。

一つは、共生と予防ということで、特に予防については、認知症にならないという意味ではなく、なるのをおくらせるのだということをしちんと明確にうたわれたということは大変結構だと思います。

いわゆる感染症など、ワクチンによって免役が得られるものと違って、加齢に伴う慢性疾患というのは、基本的にはかからないという意味ではないということ。かかるのをあくまでも先送りするだけというのが多くの場合ありますし、認知症もそのとおりだと思います。

そういうことをきちんと国民の皆さんにわかっていただく。その上で、備えをしっかりといただくのだという戦略は非常に大事だと思いますので、それは大変よかったのかなと思います。

一つ質問したいのは、70代での発症を10年間で1歳おくらせると言われるのですけれども、例えば、現時点で厚生労働省が持っておられるデータで、認知

症の発症が70歳代では今、一体幾つなのかということです。10年後に1歳おくらせるということは、それにプラス1歳するということです。言ってみれば70代の発症年齢が、例えば現在は71.5歳だったら、それが72.5歳になりますよという意味で捉えられているのですが、それはそのように理解していいのかということ。

逆に言うと、例えば過去、今から10年以上前、2000年ごろ、あるいは全国調査が行われた2012年ごろの70代の発症というのは一体何歳ぐらいだったのか。もしデータがあれば、教えていただければと思います。そういうデータのもとで、実際にどういう予防対策でそれを1歳おくらせていくのかという具体的な道筋がもう少しあれば、非常にわかりやすいかなと思いますので、もしおわかりでしたら教えていただきたい。

○遠藤部会長 わかりました。ありがとうございます。

今のような御質問ですが、いかがでしょうか。

○田中認知症施策推進室長 ありがとうございます。

70歳代の発症時期という形では、直接的には把握はできておりません。認知症の発症時期を特定して、それを大規模な住民コホートの中で把握していくというのはなかなか難しい面があり、現在、現状で今どうなっているかという数字はありません。

なので、結果としてどうなったかというのを見ていくに当たっては、今、把握できている有病率や有識者会議の中で、有識者の先生から病院における初診時の年齢と初診時の認知機能の状況といった今、把握可能な指標でどのように変化が見られるかというのは、引き続き有識者、先生方などの意見を伺いながら考えていきたいと思えます。

今、地域の住民コホートは、久山町ですとか1万人コホートで把握ができるのは、あくまで有病率という形になります。

○遠藤部会長 鈴木委員、よろしいですか。何かあれば。

○鈴木委員 ありがとうございます。

ただ、70歳での発症を10年間で1歳おくらせるという非常に明確なメッセージですから、もう少しそれを補完するようなものを何かお示しされたほうが、一般の方は理解しやすいのかなと思いましたので、ぜひその辺のデータについてもわかればよろしくお願ひしたいと思えます。

○遠藤部会長 重要な御指摘をありがとうございます。
それでは、岡委員、どうぞ。

○岡委員 ありがとうございます。

認知症施策の推進に関しまして、商工会議所における取り組みと絡めまして、一言申し上げたいと思います。

まず、私ども日本商工会議所は、本年4月に設立されました日本認知症官民協議会に参画をしており、厚生労働省や経済産業省といった行政や、他の経済団体、医療福祉団体の皆様と連携しながら、認知症になっても暮らしやすい社会づくり等を推進しているところでございます。

加えまして、全国の商工会議所では、企業が従業員の健康管理を経営視点的に捉え、戦略的に実践するという「健康経営」の普及拡大にも取り組んでおります。

参考資料2-3の大綱の8ページに、「運動不足の改善、生活習慣病の予防などが、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されている」との記載がありますが、健康経営によって、従業員の食生活の改善や運動機会の増進を図り、会社勤めしているうちからこれらを習慣づけておくことが将来の認知症の予防にもつながるのではないかと考えております。

したがいまして、今後、具体的な認知症予防対策を進めていくに当たりましては、ぜひ、企業における健康経営の推進という観点からも御検討いただければありがたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
大西委員、どうぞ。

○大西委員 ありがとうございます。

今回、認知症の施策につきまして、関係閣僚会議の決定という形で認知症施策推進大綱ということで、国、地方公共団体それぞれの役割等も規定しながら、網羅的にこの施策大綱が取りまとめられたことは意義深く、本当に関係者に敬意を表したいと存ずる次第でございます。

ただ、我々市町村は介護保険の保険者でもございますし、現場におきまして、地域社会において認知症対策は現実の問題として日々いろいろと苦勞をしておるところでございます。

そういう立場から、4点ほど、若干意見等をお話しさせていただきたいと思っております。

認知症施策推進大綱の8ページに、認知症予防に資する可能性のある活動の

推進ということで、いわゆる通いの場等を中心とした社会的な活動をどんどん推進するべきと示されております。

そういう中で、通いの場の参加率をKPI／目標として定めるということで、8%程度に高めるとされているところがございます。これにつきましては、一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会のほうでも取り上げられているわけでございますけれども、介護予防等において、高齢者が集まっているいろいろな活動をする通いの場の設置などというのは非常に有効であるということです。ただし、現状は、本市におきましても全国平均と同じく5%程度の参加率ということでございまして、ここに来て、若干参加率が伸び悩んでおります。これ以上に参加率を上げるということになりますと、何らかの新たな仕組みや工夫も必要ですし、大綱の中にも書かれておりますけれども、通いの場だけに限るものではなく、例えば農業活動やスポーツ、生涯学習といったいろいろな活動を通じて、認知症の予防を考えているということで、まさに関係閣僚会議と同様、全省庁を通じた、関係省庁全体で取り組んでいくべきものであるとおっております。

そういう中で、通いの場での参加率をKPIに従って上げていく努力をしていただくための、いろいろな仕組みや工夫について、今日も各団体の代表的な事例というか有効な事例が示されておりますけれども、そういうものを幅広くアピールしていただきながら、横展開等が必要かなとおっております。

もう一つ、通いの場が重要だということで、どんどん充実していきたいと思うのですが、一方で、こういう通いの場の事業というのは、介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業に位置づけられており、市町村にとりまして、総合事業は介護保険事業の枠の中で上限額が決められてございまして、ここに力を入れていくと、上限額をオーバーしてしまうこととなります。

今、ある程度弾力的に運用もしていただいておりますが、新たに一般介護予防事業が重要であるというさらなる位置づけがされましたので、総合事業における上限額の考え方を、再検討していただければと要望しておきたいと思っております。

2点目といたしまして、これは大綱の13ページにございますが、認知症の初期集中支援チームについてでございます。

ここにも書かれておりますように、平成30年4月から、ほぼ全ての市町村で初期集中支援チームが設置されて、適切な支援につながっているところです。

ただ、これにつきましては、初回訪問してからチーム員会議をして、関係機関へ引き継ぎモニタリングをする、という流れによって適切な支援につながっていくということですが、1人当たりの支援期間はおおむね6カ月とされております。この程度の期間は必要だというのは当然なのですが、6カ月かか

るということになりまして、どうしても支援できる人数は限られてきます。したがって、この取り組みを強化するためには、まさにいろいろな先進的なやり方を、横展開をしながらどんどん充実していく必要があると同時に、専門職の確保、育成が絶対的に大事になってきますので、それにあわせて、チーム全体としての質の向上を図っていく必要があるということでございます。

そういうことは、市町村単独ではできませんので、国によるもう少し強力な支援体制を望んでおきたいと思っておるところでございます。

3点目といたしまして、大綱の24ページにございますが、成年後見制度の利用促進についてでございます。今後といいますか、今も相当多くなってきておりますけれども、ひとり暮らしの認知症高齢者が増加するということで、早期発見や早期対応のためにも成年後見制度の必要性は高まり、また、早期に成年後見制度に結びつけていくことが非常に重要になってくると思っております、その体制整備が急務となっておりますということです。

成年後見制度におきましては、必要とする人が制度利用できるよう、地域連携ネットワークの中心的役割を担うとされている中核機関を基本的には市町村が設置するというところで考えられておるわけでございます。ただ、中核機関を設置している市区町村は、昨年10月時点で79団体、全体の4.5%にしかいないわけです。これを広げていくというのは、よほどのことでないとなかなか大変だなと思っておるところでございます。

その要因の一つとして、財源が明確にされていないということ、それから、委託予定先との調整がなかなかうまくいっていないという問題が出されておるところでございます。

そこで、財源のほうは、今は立ち上げ支援に対する2分の1の国の補助金、それから設置したところには運営費に対して交付税措置がなされるということですが、交付税措置でも標準団体10万人規模で300万円程度ということで、実際、人を雇ってどうのこうのということを考えますと、なかなかその額では厳しいですし、交付税措置となりますと特定財源ではございませんので、明確に財源措置がなされたということが見えないということで、市町村が取り組むのも尻込みしてしまうということでございます、地域支援事業費交付金などの特定財源あたりでどうにか対応できないかということで要望させていただきたいと思えます。

最後に4点目でございますけれども、大綱の25ページに、認知症に関するさまざまな民間保険の推進という項目も挙げられています。介護保険の話からは若干ずれますけれども、民間保険の導入につきましては、神戸市が住民税の増税までして民間保険に入って、認知症の人たちの損害賠償責任を肩がわりするといった制度をつくったようでございます。そういう独自に取り組む自治体が

幾つかあらわれてきております。

ただ、この点につきましては、大綱に書かれておりますように、事例収集、政策効果の分析もいま一度きちんと行った上で、果たしてそれを公的資金で行うべきものなのかどうなのか、その辺の判断は必要かと思っておりますが、今のまま放っておきますと、自治体間でばらばらで統一がとれないような形でこういうものを活用するという事例も出てきまして、国全体として、一定程度の方向性、指針を出していただいたほうがいいのかなと思っておりますので、その点、ぜひお願いいたしたいと思っております。

以上4点を意見として出させていただきます。

○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 ありがとうございます。

認知症施策推進大綱につきましては、国を挙げての取り組みに大変感謝しておりますし、我々としても協力したく、大変歓迎するところでございます。

この本大綱を推進するに当たり、幾つか意見を申し上げさせていただきます。

まず、参考資料2-1の15ページでございます。先ほど東委員からエールをいただいて、大変うれしくありがたく思っているところでございます。

まず、認知症サポート医は前年度末で9,950人に達しておりまして、2020年末の目標の1万人目前でございまして、非常に認知症に理解のある医師がふえていることだと認識しております。

また、診療報酬上も、認知症につきましては、高血圧症、糖尿病、高脂血症と並んで、コモンディーズに位置づけられておりまして、通常のプライマリ・ケア、診療等においてはかかりつけ医が診ることとなっております。かかりつけ医の果たす役割はこの大綱においても非常に大きいものと思っております。

4年前から日本医師会が取り組んでおります日本医師会のかかりつけ医応用研修におきましては、この4年間で述べ受講者が3万6000人に達しておりまして、そういった中でも、ぜひこの大綱に対して、いろいろ協力できることを取り組んでいきたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願ひしたいと思います。

続きまして、18ページでございます。認知症初期集中支援チームについてですけれども、右の囲みにありますように、認知症の疾患の臨床診断を受けておらず、必要な適切な医療や介護サービスがまだ提供されていない方を対象というのが当初の本来の目的だったと思っておりますけれども、現在は、下の医療介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮し

ている方で適切な医療介護サービスに入っていない方。そのほか、Personality Disorder等、精神的な疾患で社会的適応に苦慮している方などの対応が大半を占めているのが現状でございます。

実際の初期チームの介入期間は6カ月の規定がありますがけれども、現実的には、全国平均で今、2～3カ月程度と思います。その中で、かかりつけ医がいるケースも多くて、必ずしもチームが介入すべき事例ばかりではないのが状況でございます。場合によっては、我が国ではケアマネジャー、そしてかかりつけ医もたくさん存在している中で、初期集中支援チームの真の対象者や役割をいま一度、アウトカム評価を行って見直していくことが必要ではないかと思っております。

現実的には今、認知症の困難事例を対応しているようなチームのイメージがございまして、それでいいのかどうか。そういった中で、これはイギリスのモデルを導入しているわけですがけれども、日本には確固たる介護保険制度が既にございまして、認知症初期集中支援チームの役割や対象者につきましては、今後、検討する場があればいいなと思っております。

最後に22ページでございますけれども、高齢者の通いの場について。以前も申し上げましたが、既に認知症カフェに認知症サポート医が順番にいろいろ訪問して、そこでいろいろお話しをしたり、時にはアドバイスをしたりという取り組みもございまして、ぜひこういった通いの場や認知症カフェに、医師のみならず専門家あるいは有識者がまず接点を持って、通いの場や認知症カフェの質を高めていくということに、我々も協力は惜しまないところでございまして、そういう形で、住民にぜひ地域貢献させていただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

団塊世代が75歳以上となる2025年を前に、今回、認知症の施策推進大綱が取りまとめられ、非常にタイムリーだと評価しております。政府一体のみならず、官民一体となって、国を挙げて「高齢社会イコール認知症対策」という社会づくりをしなければならないのだという考えを持ち、この大綱を推進していくべきだと思います。

その際、単に不安をあおるということではなくて、前向きに高齢社会をどう対応していくのかという視点で取り組みを進めて行くべきだと考えます。日本

がそういう社会を構築することに成功すれば、それほど遠くない未来には、世界に対して日本が貢献できる分野になるのではないかと思います。

そういう意味で、最後にあります研究開発や産業促進、国際展開についてもしっかりやっつけていかなければならないと思います。また、社会づくりとして、認知症を前提としたさまざまな商品やサービスの開発、例えばバリアフリーであるとかユニバーサルデザインであるとか、さらに金融のジェロントロジーなどについても、産業界としても前向きに取り組んでいきたいと思います。政府とも連携を図りながらやっていきたいと思いますので、どうぞ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。

伊藤委員、お待たせいたしました。

○伊藤委員 認知症施策推進大綱という形で、また新たに、認知症の人が尊厳を持って、希望を持って生きていける社会をつくるということでまとめられたことはよかったとっております。

願わくば、この介護保険部会の場でまとまる前に議論をできる機会があったらよかったなと非常に思っております。

行政が2025年に向かって行っていく施策の中身を一つにまとめたものということだけではなく、今ほども意見がございましたけれども、市民が共有することが極めて重要だと思っております。ともに生きるのは、認知症のある人だけでなく、ない人もともに生きるわけですので、そのことが共有されることが極めて重要であると。そういう意味では、この内容がきちんと正しく理解されるような説明をぜひしていただきたいと思っております。

その際、ちょっと教えていただければと思っているのは、参考資料2-3の大綱の本体の3ページですけれども、基本的な考え方というところで、共生という言葉の定義づけが出てくるのですが、これを見ますと、認知症の人が生きていくのだと。能動的に生きると。今までの新オレンジプランだと、認知症の人の意思が尊重され、住みなれた地域で暮らし続けることができる社会の実現ということで、大分ニュアンスは違うと思うのですが、あえて認知症の人が同じ社会で生きるということを共生と表現をしたというところが、新しいのではないかと思っております。

新しくないのかもしれないのですけれども、最近、障害者基本法で言う共生社会とか、今、社会援護局で盛んにやっている地域共生社会とか、当介護保険の関係でいう共生型サービスとか、共生という言葉が盛んに使われるようになっていて、今回の認知症の大綱で使う共生には新しい意味合いがあるのかとい

うことを教えていただければと思っております。

もう一つは、新オレンジプランのほうであった7つの柱のうちの5つ目の柱が、明確にこの形ではなくなっていると思います。認知症の人を含む高齢者に優しい地域づくりの推進というものが今回の5つの基本的な考え方の中には出てきていないかと思うのですが、このことが介護保険を議論するに当たって、何らかの意味合いを持つのかということをお説明いただきたいと思っております。

○遠藤部会長 事務局、お願いします。

○田中認知症施策推進室長 1点目の共生の考え方が従来と違うのかということところは、答えがずれてしまうかもしれないのですが、例えば大綱の4ページ、普及啓発・本人発信支援の基本的な考え方の1段落目のところで、少し言い方を変えているのですが、地域共生社会を目指す中で、認知症があってもなくても、同じ社会の一員として地域をともにつくっていくことが必要であるということで、地域共生社会を目指すという流れの中で認知症に関連しても、認知症があってもなくてもという位置づけをしているということでございます。

また、3ページのほうで、認知症の人が尊厳と希望を持って、認知症とともに生きるということで、これまで「が」という形で主語で使っていたことがあるのかなのかということのはちょっと確認させていただかないとわからないのですが、あくまでここは認知症の人が主体として「が」というところで前のほうは書き、また後ろのほうでは認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという2つの意味を合わせて、共生ということで意味づけをしているということでございます。

2つ目の御質問の従来の新オレンジプランの5つ目の柱につきましては、表現は変わっておりますが、趣旨や従来位置づけていた取り組みの関係は、4本目の柱の認知症バリアフリーの推進の中に位置づけているということでございます。従来も、認知症の人に優しい社会をつくれれば、その他の高齢者の人にとってもそれは住みやすい社会だ。逆に、認知症の人を含む高齢者全体として暮らしやすいまちづくりが認知症にとっても優しいまちづくりになるのだという位置づけで、5本目の柱でやってきましたけれども、今回、表現ぶりは、認知症バリアフリーの推進ということで、認知症になっても住みなれた地域で暮らすための障壁がないような社会をつくっていくという柱のタイトルにはしておりますが、取り組みと考え方については、必ずしも認知症の人だけに特化したものではなく、そのほかの高齢者の方も含めた対策も、4本目の柱に位置づけているということでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

よろしいですか。

それでは、石本委員、石田委員でお願いいたします。

○石本委員 ありがとうございます。3点ほど申し上げます。

先ほど他の委員にもおっしゃっていただきましたが、専門職の認知症ケアの質を高めるというのは大変重要なことだと私どもは思っております。先般見直されました介護福祉の養成カリキュラムの中におきましても、認知症の項目は、今までに増して強化されたところでございますが、引き続き、しっかりと取り組んでまいりたいと思います。

2点目が、国民への普及啓発について書かれているところですが、長期的には、子供たちが教育課程の中において認知症や老いること、または介護ということ学ぶ機会を担保するのは非常に重要で、これに関しましては、文科省で学習指導要領が見直されて、義務教育の中で今後介護が入ってくるということは非常に大きな前進であったと思っておりますし、長期的にはそういった中で、国民に広くというところを担保されていると思います。

ただ、そんな中で、特に企業や組織においては、こちらのKPIの中にも書いてございます企業・職域型のサポーター養成にも資する話だろうと思います。そこで働いている方の親御さんが認知症になるというところからもう一步踏み込んで、働いている当事者が、若年性を初めとする認知症になる可能性も否定できないということにおいては、そのような方々が組織から排除されることなく、可能な限り働き続けることができる環境を整えるといった視点も広く御理解いただけるように啓発する必要があるかと思えます。

3つ目に、地域の中でもともに支え合いましょうという体制をつくっていくに当たりまして、介護福祉士にも当てはまりますが、いわゆる専門職の高齢化など、経験やライセンスを持っている人たちが一定の年齢を過ぎてリタイアメントに回られている方々も一定数いらっしゃいます。

こういった方々を地域の中で利活用するようなこと。例えば、先ほどお話がでておりましたが、チームオレンジといったものを構成していき、その中でチームをリーディングするような立場になっていただくなど、さまざまな形で活躍できるようなアプローチも、今後より具体的に検討されるとよいかと思う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。

石田委員、お待たせいたしました。

○石田委員 ありがとうございます。

まず、参考資料 2-1 の10ページにあります新オレンジプランの7つの柱の中で、⑦認知症の人やその家族の視点の重視が加えられ、そこが述べられている点は大変重要なことではないかと思っております。

また、同じ資料の23ページに、実際にそういった方々、本人の声を起点としたガイドができているというのも、非常に重要なことであり、これは大変評価できると思います。

そこで、資料 2 の 2 ページ、現状のところの 2 つ目の○なのですが、2 行目、「認知症の人や家族の視点を重視しながら」という文言があるのはとても大事であり、その中で、この5つの柱に沿ったところの①ですけれども、ここに「普及啓発・本人発信支援」と2つ並べられております。「本人発信支援」というのは、確かに今のようなプロセスの中で、これからさらに進められていくのかなとは思いますが、一方で「普及啓発」については現状どのように進められているのだろうかと思っております。

と言いますのも、認知症に関しては、まだまだ多くの方々が正しく理解していない状況があるのではないかと感じております。思い込みであったり先入観であったり、悪くすれば間違った理解をしているということもあるのではないかと思います。参考資料 2-2、一番右側なのですけれども、主なKPI／目標の①で、「普及啓発」の内容がずっと並べられておりますけれども、果たしてこれまで展開されてきた方法で、認知症の人たちへの理解や正しい対応の方法などの情報が多くの住民の皆さん、一般市民の皆さんの心に届いているのかというのを、もう一回検証していく必要があるのではないかと思います。

認知症の方々が安心して生活できる地域社会を築いていく前提として、一般市民の人たちの理解と協力が不可欠と考えますので、多くの人たちの無理解がまだまだあるのであれば、せつかく本人からの情報発信が行われていても片手落ちになってしまうと思います。普及啓発の方法については、その成果等の検証を行うとともに、もう一つ掘り下げて考えていく必要があるのではないかと思います。資料 2 の 2 ページの論点のところ、認知症施策推進大綱を推進するための方策というところがありますので、普及啓発に関する実施や展開方法について、ぜひ取り入れて、いま一度考えていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

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、ほかにいかがでございましょうか。

兼子委員、どうぞ。

○兼子委員 今回の御発言と関連するのですけれども、私ども老人クラブはさまざまな形で通いの場も担っていますし、学習の場も担っているわけです。今の普及啓発の点で、認知症サポーターの養成ということで、例えば老人クラブのリーダーあるいはリーダー経験者等はそういう場に参加する機会は割合多いのですけれども、一般の会員の人たちの中に、どうしても認知症に対してのおそれ、それから認知症だけではないのですが、日本社会全体がそうなのかもしれませんが、ほかの人からサポートされる、助けを受けるような生活に対するおそれといったものをなくしていくことはなかなか難しいので、それに見合ったような学習の場。例えばサポーターというと、自分がサポートできるのだろうか。それ以前に、高齢者自身が認知症そのものについて正しい理解をしていく。あるいは、先ほど幾つか御発言がありましたけれども、例えば口腔ケアとか耳の問題とかそういう問題と絡んで、高齢期の生活にとってどういうことが起きてくるのか。ただし、起きてくることに対して正しい理解を持てば、おそれを持たずに生活できるとか、うまくまとまてはいないのですけれども、そういう場が必要なのではないかということ、私自身は地域の中で非常に感じているところです。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、梶田委員、濱田委員の順番でお願いします。

○梶田委員 今回の認知症施策推進大綱ですが、福祉介護サービス提供側の者として、すごく評価をしております。

そう申しますのは、認知症サポーターにつきましていろいろな御意見がありましたけれども、認知症サポーターが前面に出てきて、こういう形の文章が出てきたというのは初めてだと思うのです。いつも最後のほうに書かれている。

私どもが認知症サポーターをどのように養成していますかということ、サポーターということそのまま何か手助けができるような雰囲気があるので先ほどの御意見も出たのだと思うのですけれども、実は認知症はどういうものかを知ってもらう。まずそれが一番なのです。その方がすぐにサポートできるかどうかというのは、かなり難しい問題があります。でもそれが、どういう症状を持っているのか、どういう方なのかということの理解してもらうことによって、認知症対策全般につないでいく形を作っていきます。

特に、今回書いていますけれども、職場の方の問題、それから子供たち、学生さんたちのサポーター養成講座。私どもでは施設のあるところの小学校、中

学校、高等学校で大体年間1回ずつは、講座を持っています。

小学生、中学生で重要なのは、ちょうど認知症になりやすい高齢の方は、ほとんど同居していません。ですから、直接そのようなことに触れる機会というか、それがわかる機会はほとんどないのです。でも、地域は歩けば高齢者の方もおられるし、いろいろな方がおられる。だから、どういうときに気をつけてあげなければいけないのかを知ってもらう。道を歩いていて、道に迷っているような高齢者の方がいたら、それはひょっとしたら認知症の一つかもしれないというのを認識してもらう。そういうのを、この認知症サポーターの第1段階で研修していくという形で進めています。

ですから、全ての人たちが基礎的知識を持つことによって、次の段階に進んでいける。そして、この中でチームオレンジという形が書かれていますね。1人ではなくて、その地域、その自治会であればその自治会のみんなが支えていく形をつくっていかないと、認知症対策はなかなか難しいと思います。

でも、それをこれから全面的につくっていくというのは、今、医療もケアも介護サービスも提供しているところが推し進めるのがまず一番だろうと思います。

介護サービスとして認知症対策をするのは、事業としてしていますので当たり前ですね。その前段階の部分を今回の普及啓発・本人発信支援の問題という部分で、こつこつやっていたことを取り上げていただいたのは、そういう意味ですごく評価しています。

ただ、最近少し気になっていますのは、キャラバン・メイトを養成して、認知症サポーターをいつでもつくれる形をしているのですが、自治体によっては認知症サポーターの養成講座は地域包括支援センター等に任せていますので、民間事業者の方はしなくて結構ですということもございます。

逆に私どものところは、例えば徳島県であれば、県と連携して、何とかという会社のほうで講座をしたいという依頼があれば、連絡があり、私たちが出向いて行って講座を開くというシステムをつくっています。ですから、キャラバン・メイトを育成して行って、介護サービスを提供しているところは、必ず認知症サポーターも養成できるという形をつくっていったら、認知症サポーターの裾野はかなり広がっていけると思うのです。

その形を全ての自治体で考えていただいて、裾野を広げていくのがまず一番だということで、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、濱田委員、お願いいたします。

○濱田委員 ありがとうございます。

参考資料2-2の大綱の具体的な施策の推進につきまして、幾つか意見を述べさせていただければと思っております。

①の普及啓発・本人発信支援から5つ項目がございますけれども、例えばこの普及啓発・本人発信支援・介護者支援または社会参加支援といった内容につきましては、できれば横断的に協働して考えたり、進めたりできるようにすることが重要ではないかと思っております。

といいますのは、特に認知症の方は御本人もそうでありますが、介護者の方は非常に孤立しやすい。外出もなかなかままならないという傾向がございます。ほかの同じような在宅で認知症の方に介護をしている方々と御本人が社会参加することで、また別の介護者の方々に会って情報共有をしたり、そしてそうした場で①の普及啓発や本人発信支援もできるということにつながるのではないかと思っております。

個別事例で恐縮なのですが、最近ですとRUN伴のようなたすきリレーは全国に普及していたりいたしまして、実際には、それを支えておりますのは、例えば地域の医師会の先生方や三師会の先生方、そして事業者協会あるいは職能団体。事務局は地域包括支援センターで、市町村の職員の方々もボランティアで出てこられる。そうした形で地域の関係者にまとまりがありますと、この施策が非常に進む土壌ができていくのではないかと思っております。

さらに、認知症初期集中支援チームについてですが、要介護認定まで至る方ですと、我々関係者で比較的把握しやすいのですが、その前の段階の方々となりますと、ご家族の方等にとりまして、その方々がもしかしたら認知症ではないかということで、どこかに相談に行けばということになりますと、一般の媒体、広報、その他事業所の看板とかそのようなもので知るしかないのかなと思ったりもいたします。

そう考えますと、例えば初期集中支援チームという看板が出ているということは恐らくはなくて、地域包括支援センターの中にそういう機能があるということもあったりするかもわかりません。あるいは、いわゆる通所リハビリテーションや通所介護など、認知症の方に支援ができるようなサービスにつきましても、周知を引き続き図っていくということで、御本人・ご家族等介護者の支援や大綱の施策も進んでいくのかなと思っております。

特に、もし初期段階で把握や支援ができれば、BPSDの進行を緩和させることも期待ができるかなと思っておりますので、そうした地域の土壌づくり、啓発普及ということと、あわせて、先ほど申し上げた地域包括支援センターや居宅介護支援事業者などのその他の相談窓口の周知も進めていくことが、大綱の施

策の進展につなが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。
ほかに何かございますか。
それでは、柏崎参考人、お願いいたします。

○柏崎参考人 ありがとうございます。
私どもは都道府県の立場で参加させていただいておりますが、例えば神奈川県では県内市町村の保育園にも伺いながら、コミュニティーの再生に重点的に取り組もうとしております。

全国的に、他の都道府県でも同様な課題はあるかと思いますが、そうした中、今回大綱で通いの場の拡充が位置づけられたところでもあります。8ページの予防のところ、予防に資する可能性のある活動と位置づけられておりますが、これは共生に資する活動でもあると思いますので、こうした取り組みが拡充される中、全国的にさまざまな好事例も出てくると思いますので、共有を含めながら、こうした取り組みはぜひ推進に向けて議論していく必要があるかと思っております。

また今回、認知症の予防というところでさまざまな議論があったと承知しておりますけれども、神奈川県では認知症の未病改善という表現を用いておりますけれども、これは私どもの知事が常々話をしているところなのですけれども、認知症の方とそうでない方という二分をするのではなくて、連続的にグラデーションのようにつながっているという考えもあろうかと思っております。今後、普及あるいは共生の取り組みという中では、こうした観点も必要ではないかと考えているところでございます。
以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
ほかにいかがでございましょうか。
花俣委員、どうぞ。

○花俣委員 ありがとうございます。
先ほど金子委員からの御意見にありました不安の話なのですが、不安のもとというのは病気そのものへの不安と、もう一つ、なってしまったら地域から、社会から孤立したり排除されてしまうという現実への不安ではないかと考えています。

まさに大綱の概要のところに書いてございます目指すべき社会、認知症の発症をおくらせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会が今、大変求められているのかなと思っています。

それから、先ほど大綱案の中に記されている内容についての個々の意見は控えさせていただいたのですけれども、そこについては、3月に厚生労働省を初め関係省庁にお届けいたしました私どもの「認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書（2019年版）」のほうに全て網羅させていただいております。委員の皆様方にも、当事者にも、ここで言う当事者というのはまさに自分事として誰もがなり得るということで、皆さんも当事者という言い方ができるのかなと思いますけれども、そういう当事者の思いにいま一度心をはせていただければということをお願ひしたいと思ひます。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

お話は大体承ったということに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、認知症対策につきましてはこれぐらいにさせていただきまして、冒頭、事務局から説明のありました資料1について、これは宿題返しという側面が強いわけでありましてけれども、これについて御意見、御質問があれば承りたいと思ひます。

いかがでございましょうか。

石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

1点だけ、1ページ目でございますけれども、これは御説明があったように、介護を機に離職をした理由というところで、今、事務局の説明で、実際にこの4番目、施設へ入所できず、手助けや介護の負担がふえたためという人が余り多くないという数値。むしろ仕事と両立が難しい職場だったからというのが圧倒的に多かったという結果が御報告されたのですけれども、これだけですと、非常に解釈が大ざっぱ過ぎるのではないかという印象を受けておりました、介護の休暇であったりなかなか受け入れてもらえない職場でもあるのですけれども、実際に施設へ入所することができれば、それも負担が減るのかなと。この辺のところは非常に大きな問題でもありますので、このグラフだけで施設への入所はそんなに問題ではないのかもしれないということをお座に判断するのはどうかと思ひましたので、この辺のところは、細かなデータを踏まえた上で、もう少し分析をしていただきたいと思ひましたので、そこは要望として。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまのことについて、事務局は何かコメントはありますか。

この結果の利用解釈についての御要望だったわけですがけれども、いかがでしょうか。

○川口企画官 今、石田委員がおっしゃったとおりでして、これは当然、ごらんいただけるとわかるように複数回答でありますし、どれか一つがということではなくて、おっしゃったように両立が難しいという背景にはほかに支えていただけたところがなかったということも含めてのものであるので、これで何か明確にこうだと言い切るようなものではないというのは、まさにおっしゃったとおりでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。齊藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 ありがとうございます。

資料の4ページに、各サービスの利用者の要介護度が示されていますが、看護小規模多機能は中重度以上の方々の利用が多くなっているというのが一目瞭然だと思います。第7期の計画でもかなりのサービス必要量が見込まれておりますので、看多機の整備につきましては強力に進めていただければと思っております。

もう一つ、資料の5ページ、地域密着型のサービスの中で、定期巡回のサービスで独居の方々の利用が多いというデータになっているのですが、ここももう少し細かく分析してほしいということを希望したいと思います。

恐らく、サ高住等の住まいの場に併設されている事業所が多いがために、こういう結果になっているのではないかと推察します。住まいとサービスをセットで提供していくということ自体は否定されるものではないですが、利用者に関するデータは、できるだけ併設型、単独型といった形で、それぞれの利用者像についても把握ができるようにお示しいただけると大変ありがたいと思っております。

もう一点、13ページ目の高齢者向けの住まいの役割等について入退去の状況が示されています。3つのサービスともに、死亡による契約終了がトップを占めていますけれども、この死亡による契約終了の中には、居宅でみとったということのほかに、居宅から病院や診療所に移って、最後はそちらで亡くなったという方も含まれているのではないかと推察しているところです。

できましたら、このあたりも居宅でみとったケースとそうではないケースを分けて提示していただければと思っております。

最後は、病院や診療所でなくなったというケースが、居宅でサービスが充実していなかったのか、あるいはサービスがあってもできなかったのかということも、今後分析が必要になってくるのではないかと考えています。なるべく住みなれたところで最後までということが今後も必要な理念であると思っておりますので、データを詳細に出していただければということ。

それから、利用者さんの御希望や、どうしても病院でないとだめだという場合はいたし方ないですが、中には最後まで居宅でと希望されていても、サービスが充実していない等の理由で、病院や診療所に搬送されるケースもあるのではないかと思いますので、そこについては、今後こういった対策が必要なのか検討される必要があるかと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、ただいまデータの処理についての注文がありましたので、何かコメントがありましたらどうぞ。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。

定期巡回の事業所の関係で、いわゆる集合住宅に併設している事業所とそうでないところで、分析をもう少し深めたほうがいいのではないかと御指摘がございました。

少し数字は持ち合わせてございますので、御紹介いたします。利用者の方が全て集合住宅に住んでいられるような事業所については、独居の割合は高くなっておりまして、全体で約9割が独居になってございます。

一方で、利用者の方全てが集合住宅ではない人、いわゆる一軒家だけを対象にしている事業所と言いますと、独居の割合は64%ぐらいということですので、集合住宅の利用者ばかりを対象としている事業所のほうがやはり独居率は高くなっているという数字を持っているということでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○武井高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

今、齊藤委員から御指摘がございました13ページの資料のデータでございま

すけれども、こちらはお亡くなりになった場所という切り口で申しますと、死亡による契約終了の方のうち、およそ5～6割の方が住まいでお亡くなりになっているというデータがございます。

委員が御指摘のように、利用者の方の御要望に応じて、できるだけその住まいで亡くなりたいという方の御要望にお応えする。みとりの体制をしっかり進めていくということは大事な視点だと思っております。

昨年度から、高齢者住まいにおけるみとりに関する取り組みについての老健事業を進めているところでございまして、具体的には、職員の方の研修のプログラムといった開発を現在、進められているところでございますので、そういったものも活用しながら、高齢者住まいにおけるみとりの推進、取り組みを進めていきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせいたしました。佐藤委員どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

私も12ページと13ページについて質問なのですが、介護保険はいろいろな民間事業者の方も入ってくるので、多様なサービスが提供されるというのはある意味、制度の趣旨にも即しているとは思いますが、ただ、これらのサービスが果たして利用者の本当のニーズに即しているのかどうか。それから、それなりにこちらが期待しているアウトカムを出しているのかということについては要検討かと思えます。

というのは、特に13ページのところで、死亡による終了は確かに半分いるのですが、残りが病院に行ったり、あるいは自宅に帰ったりしているのです。もちろん状況がすごく悪くなって病院というのはわかるのですが、本来はここにとどまって、介護あるいは在宅医療を続けてもらってもいい方々もいたかもしれないし、自宅にいたというのは、本来自宅でいいのかどうか。多分、家族が引き取られたのかもしれないけれども、本来はここでついの住みかとして最後までいるのが、利用者としては念頭にあつたのではないかということを見ると、これらのビジネスモデルが果たして利用者の思ったとおりのサービスあるいはアウトカムをもたらしているのかどうか。

何と言っても公費を使っているわけですから、クリームスキミングになっていませんかというのがポイントで、要支援とか要介護度が余り高くない状況あるいは状況が悪くないときは、自分たちのところに困り込むと言うと悪いですが、いってもらって、悪くなったところで病院や自宅にお引き取りいただくということであれば、ある意味クリームスキミングになってしまってい

るということになります。

でも、それは制度の趣旨に反するはずですので、そのあたり、特に住宅型有料老人ホームなどはそうではないところ、真面目にやっているところと千差万別だとは思いますが、そこまでの実態調査を試みる必要はあるのかなと。彼らのパフォーマンスをちゃんと評価するということはあっていいかなと思います。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、津下委員、どうぞ。

○津下委員 ありがとうございます。

13ページ、施設での看取りがふえてきたということなのですが、例えば死亡の病名とか、そのような状況がどうなっているのかなということに関心を持って見えています。

というのは、平成22年と28年の人口動態統計で見ると、悪性新生物や血管疾患などの主要疾患の年齢調整死亡率で下がってきておりますけれども、唯一ふえているのが老衰ということであります。老衰の診断についてはどのようにつけているのか。地域差などいろいろあると思いますけれども、看取りの中で、そういう病名がふえてきているのかな、どうなのかなということをおもいました。

それから、3つの類型があるのですけれども、入所されてからどのぐらいの期間で死亡による契約終了になっているのか。恐らく早く立ち上がったものと遅く立ち上がったものと時代による差があって、この3つの表を比較するのは違うのかなという気もしながら見ていました。

もう一つ、高齢者の死亡でいきますと、高齢者は感染症に対する抵抗が弱かったり、子供であればインフルエンザは学校閉鎖をすればまた回復できるわけですけれども、高齢者の場合はなかなかそうはいかない。それから、転倒してもそれが骨折や重大なことにつながっていくという高齢者の特性の中で、施設の運営というのは非常に大変なことで、これに対して国民の広い理解がないと、過剰な管理をしないといけない状況に多くのところが陥っているのではないかと。高齢者の死亡の実態、高齢者の特性と必要な管理の在り方、市の受け止めについて国民的なコンセンサスが要るのかなと思いました。

そういう点で、後半にありますデータベースから見た実態はどうなっているのかということ、サービスの類型が地域ごとによりかなり差があるのですが、そこにはその背景要因、それまでの事業やほかのインフラの影響が及んでいて、都道府県格差になっていると思うのですけれども、その背景要因も掘り下げて、

検討していくことが必要かなと思いました。今後に期待したいと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
山際委員、どうぞ。

○山際委員 ありがとうございます。

簡潔に1点だけ意見を申し上げたいと思います。

資料1の6ページ以降で、地域密着型サービスが第7期で大幅な増加が見込まれるということが示されております。利用者の在宅生活を支える重要なサービスが伸長していくことについては大変喜ばしいと考えておりますが、以前、お示しいただいています2025年の改革シナリオで出されていた数値を比較すると、残念ながらまだ半分に満たない状況だと理解をしております。

地域によるばらつきも示されていますが、保険者によってサービスに対する理解度が大きく異なっていることも影響しているのではないかと考えております。

さらに、この地域密着型のサービスの普及を図るために、関係者が協力をして、保険者のみならず、介護サービスの提供、地域住民の方々も含めて理解促進を進めていく。こうした施策の強化を図っていく必要があるのではないかと考えております。

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、東委員、どうぞ。

○東委員 資料1の14ページから「在宅医療・介護連携推進事業における取組状況について」で、具体事例を挙げていただきまして、ありがとうございます。4事例ございますが、詳しく見てみますと、どうしても在宅医療が中心で、そういう観点から行われている事業が多いと思います。これからは、在宅医療と在宅介護という両輪が有機的、効果的な連携がとれるような取り組みが行われることを望みたいと思います。

次に、資料1の13ページに「高齢者向け住まいの役割等について②（入退去の状況）」がございます。先ほどから何人もの委員がおっしゃっていますが、私も退去後の死亡による契約終了等はまだ少し詳しくデータが知りたいと思います。退去後の2番目の病院診療所等に行った割合も大変多いのですが、病院・診療所に行って契約終了ということは、そこに行って、亡くなられたからなのでしょうか。そうでなければ、ここの病院・診療所に行って契約終了になった

のはなぜなのか。そのことがわかるようなものを、また次回以降、出していたいただければと思います。

最後に、在宅限界を上げるという意味で、地域密着型、定期巡回、小規模多機能、看護小規模多機能がこれから増えるというのは確かにいいことかもしれませんが。しかし、私は何度も申し上げますように、今ある社会資源の効率的な利用というものも常に考えながら、こういう新しい箱物を考えなければいけないと思っております。ぜひ、私ども全老健でも、今ある社会資源としての老健施設の機能を強化するように頑張っ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。

こちら側に行きましょうか。何かありますか。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 まず、介護離職ですが、先般オープンになりました「経済財政運営と改革の基本方針2019」の原案でも、介護離職ゼロということが、介護人材の確保という文脈で記載されておまして、この介護離職ゼロという課題を、介護離職ということですけども、きょうも資料を出していただいたことに感謝いたします。

実は、この介護離職に関連する調査というのは連合でもやっておまして、2015年にやった調査があるのですけれども、きょう示していただいた2012年の委託調査の結果とは若干違うというか、当然ながら選択肢とかも違いますので比較にはならないのですけれども、異なる結果も見えるところですので、御紹介させていただきたいと思っております。

私どもでは、過去5年以内に介護を機にやめたあるいはやめようと思った人ということでグルーピングできているのですけれども、女性の一番多い回答は、自分の健康や体力が限界ということで、この委託調査のほうで言うと、上から2つ目の自分の心身の健康状態が悪化したためというものに近いと思うのですが、女性についてはこれが一番でした。

あと、在宅サービスでは不十分ということと、外部サービスの利用は支出がかさむという選択肢を置いていたのですけれども、その答えが、介護に専念したかったという委託調査にもやる回答よりも、男女とも多かったです。

ここから、私どもとしましては、介護と仕事の両立には十分な介護サービスの利用が重要ですし、また、費用負担がそれを困難にさせているということも示唆されると思っております。また、最初に言いました健康というのが非常に大きい問題だと読み取れます。

3ページの雇用形態で、やめたではなくて今、働きながら介護をされている方の雇用形態ですが、連合のほうではやめたことがあるという介護離職の経験者について、フルタイム正社員と非正規を比較したのですけれども、フルタイムのほうは0.8%しかいませんでしたが、非正規の方は9.4%、1割ぐらいいたということです。また、やめようと思った人ということで正社員と非正規を比べますと、正社員が26.4、4分の1ぐらい、非正規のほうは4割、40.2%ということで、非正規労働者の介護離職リスクは高いということが見てとれる状況です。

今後、この場での検討に当たって、ぜひ介護離職ゼロを忘れずに進めていってもらいたいと思っております。

2つ目に、定期巡回、小多機、看多機の3サービスについてのことですが、先日も申し上げましたけれども、在宅限界を高めるサービスとして期待しております。今回見ましたら、整備状況、整備目標ともかなりばらつきがあるということは見てとれます。老健事業のほうで、第6期の見込み量と実績の差についての分析がされております。想定より利用者が少なかったというのが4割、一番多くて、次に想定よりも参入した事業者が少なかったというのが25%、4分の1ということで、それぞれ理由が書いてありましたが、利用者が多くなかったという点については、ケアマネなど専門職への啓発の必要性が指摘されていますし、参入事業者の少なさのほうについては、在宅の人材確保の問題がとにかく大きい。あと、定期巡回と特養の間にはオフセットの関係がある。特養に大分空きが出てきているので、定期巡回を使う人が若干減っているという指摘もあります。

先ほども若干指摘がありましたけれども、ばらつきの原因とサービスの間の代替関係なども含めて分析をしながら、ぜひ在宅限界を高めるサービスの普及についての検討をしていきたいと思えます。

長くなって済みません。最後です。NDBと介護DBの連結解析のところです。22ページにありますが、相当の公益性を有する研究等への提供ということが今回、可能になるということですが、22ページの※印にあるように、詳細については関係者の議論を踏まえて決定と書いてありまして、また、個別の審査については審議会で行いますというのが3つ目のポツにあります。この公益性については、国会のほうでも大分議論になって、附帯決議もあって、民間企業等の第三者提供については、情報の機密性に鑑み。資料がついていますね。1-3の7ページに参議院の附帯決議4号があります。透明性の高いルールのもとで提供の可否を判断とあります。

可否の判断はオープンな場ではできないと思っておりますけれども、何が公益性が高いものかと考えるのかとか、利用料、手数料といったものが、公益性と

はいえ民間企業の収益にかかわるものでありますから、きちんと取るということも必要でしょうし、こういったところをきちんとオープンな場で、ルールだけは決めておく必要があると思っております、先ほど言いました22ページの、詳細について関係者の議論を踏まえて決定ということについてどのような状況にあるか御説明いただきたいと思っております。

○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 ありがとうございます。

資料1の12ページと13ページについて意見を申し上げます。

12ページですけれども、まずは、この介護付き有料老人ホームと住宅型有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅、以下、サ高住と申しますが、これについては分類されているわけですが、介護付き有料老人ホームは特定施設入居者生活介護のいわゆる居宅サービスとして、利用者に対して3対1以上の介護職員と若干名の看護職員、あとはその他の職種がサービスを提供しているわけです。

そして、住宅型有料老人ホームは、外部から訪問介護や訪問看護等のサービス提供によって、入居者を支えているということになろうかと思っております。

サ高住においては、平成30年の高齢者住宅協会の調査では、サ高住の7%が特定施設であるという調査結果があったり、平成29年の国土交通省の調査では、サ高住の96%が食事を提供していることもあって、サ高住全体の97%が有料老人ホームに該当します。したがって、ここはそこがよくわかるようなお示しの仕方をしていただければありがたいと思っております。

もう一点は、要介護3以上の入居者の割合がそこにそれぞれ示されておりますが、一定程度、相当の割合で入居されているわけで、各地域において、介護保険事業計画において介護保険施設の整備量を見込むときに、以前から申しておりますけれども、ぜひこのあたりを勘案して、事業計画を立てていただきたい。そのためには、国土交通省の住宅施策と十分に連携をして、事業計画の策定に当たっていただきたいと思っております。

その際に留意すべきは、これは住まいですから、介護保険施設ではないので、いわゆる補足給付のような低所得者対策は一般的にないわけですので、これらの高齢者の住まいは、現状は一般的に低所得者の方が入居しづらい箱物ということになります。したがって、地域の要介護者の所得水準等も勘案して、きめの細かい事業計画を立てていくことが、今後、過不足のないサービス提供につながると思っておりますので、ぜひ日本全国でそのような展開がされるこ

とを期待しております。

続きまして、13ページでございます。先ほどから皆さんがおっしゃっているように、死亡による契約終了というのがありますので、これにおいては当然、内訳のデータがないと吟味できないわけですが、この契約終了は、介護保険施設の契約ではなくて不動産契約になりますので、不動産契約の特性ということもあろうかと思えます。要はこういった高齢者の住まいで、実際にそこでみとられたケースと、不動産契約の解除に当たって、いろいろな住宅によって、入院して、一定程度短期間で、これは御本人の意向ですから、御本人が契約を解除する場合もあれば、部屋はとっておいて、長期間入院しても数カ月間は家賃を払いながら契約するケースもあり、いろいろなバリエーションがあるので、このあたりは詳細な分析が必要でありますし、これは割合ですから、回転率でいうと、こういった住宅系も医療ニーズが高い方を受け入れれば受け入れられるほど平均の入居日数は短くなるわけです。また、病院のようにそんなに回転率が高いわけではないので、こういった方がどのようになっているかという、数字だけではなくて、入居期間も含めたいろいろな詳細な分析がないと物が言えないのかなと思っています。

当然、この中には、高齢者住まいでみとられている方がいらっしゃると思うのですが、一番大事なことは御本人の意向がどこにあるのかということで、例えばサ高住においても、全く医療ニーズには最初から対応できない、あるいはしないという方針もあって、それは当然事業者の選択ですから、それが決して悪いことではないわけですが、一方で、みとりとかがん末期にも対応しているサ高住もふえてきています。ですから、それぞれが行えることで、ちゃんとしたみとりの質が保たれるかどうかというのは大事だと思っています。

例えば、制度の仕組みでいきますと、先ほど申しました介護付き有料老人ホーム等の特定施設入居者生活介護においては、みとり介護加算は設定されていますが、例えば50戸当たり2名以上の看護職員の配置があるために、介護保険の訪問看護が、入れないとか、あるいは居宅の福祉用具のサービスが介護保険で使えないといった、みとりあるいはターミナル期を支えるための仕組みを見直していかないと、こういったところでのみとりの質を考えていく場合には、そういった制度の見直しも必要であるかもしれませんし、そもそもその住まいにおいて、それぞれがどこまで何ができるのかということと、それぞれのクオリティーがどうかということが大事であります。そのあたりを含めて、決して住まいでどんどんみとることが必ずしもいいことではないと思えます。みとりというのはこの世で最も尊い、人の命の最後の瞬間でありますので、余り軽々しく言うべきではないと思えますので、そのあたりの重みもぜひ感じながら、ちゃんと質も踏まえて、こういったあり方がいいのかということとは、いろいろ

な多角的な視点で検討していただきたいと思います。
以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。
ほかにいかがでございましょうか。
それでは、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 同じ13ページのところで、今、江澤委員のほうからも御発言がございましたけれども、あくまでも住宅ということではありますが、入居に当たりましては不動産賃貸契約だということもございしますので、なかなか契約のことで意見を申し上げることは難しいかも知れませんが、入居時点ではできれば入居される御本人が、居住用賃貸契約ができるだけの判断能力がある状態であることが一定、望ましいのかなということを感じております。

それから、介護離職に関しまして、3ページですが、今、高齢者の雇用が非常に進んでいるということで、非正規で働かれる方が非常にふえている。働かれている方自身も高齢の方が多くて、健康状態が悪化しやすいということもあつたりもいたしますので、例えば介護の相談ということにつきまして、直接個人と居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、あるいは保険者のほうに相談に行くということが難しい場合もあつたりするかもしれません。ですので、例えば、企業と包括支援センターあるいは会社の方が居宅介護支援事業所等と介護の相談ができるようなことが考えられないか。それによって、介護離職が緩和、軽減することが期待できないかということも考えていたりもいたしております。

以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。
大体よろしゅうございますか。
コメントをどうぞ。

○宮崎医療介護連携政策課長 保険局連携政策課でございます。

先ほど伊藤委員から御質問のございました22ページのNDB、介護DBの連結解析に関する御質問に関して、1点だけ。

医療のレセプトと介護のレセプトの情報提供に関しては、老健局と保険局で連携をとりながら進めております。今後、提供するに際してのいろいろなルール、透明性を確保して進めるべきということで御質問がございました。この点につきましては、法案の施行が来年10月を予定しておりますので、それまでの

間に具体的な内容を定めていくこととなります。

手続あるいはその提供対象の範囲などといったルールにつきましては、省令あるいはガイドラインのような形できちんとオープンにした形でお示ししていくことになるかと思えますし、その検討に当たりましても、関係する審議会あるいは現在それぞれ関係しております有識者会議などを持っておりますので、こうした中で御議論いただきながら、御指摘がありましたように、あるいは国会の中で御議論がありましたように、透明性を確保した形で定めて、オープンに進めていきたいと考えております。

どうぞ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。

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、時間も押しておりますので、この課題についてはこれまでとさせていただきます。次に議題3について資料が出ておりますので、事務局から説明をお願いしたいと思います。

○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3をごらんいただきたいと思えます。「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会の設置について」、御説明させていただきます。

設置の趣旨といたしましては、前回の部会でも御説明いたしましたけれども、介護分野の文書に関する負担軽減の実現に向けまして、国として権者や保険者である都道府県、市町村、そして介護サービス事業者が協働して、必要な検討を行うものでございます。

この専門委員会の構成につきましては、別紙に委員の構成がございますけれども、この専門委員会の趣旨を踏まえまして、有識者2名のほか、自治体から5名、事業者団体から8名の委員で構成するというようにしております。

検討事項につきましては、これも前回の部会で御説明したとおりでございますが、これまでも検討が進められております指定申請や報酬請求、指導監査に関連する文書のほか、地域によって取り扱いに顕著な差異が見られるものにつきましても共通化、簡素化の方策を検討するというものを掲げてございます。

議事につきましては、原則公開といたしまして、検討結果につきましては、こちらの介護保険部会に御報告するというところでございます。

この社会保障審議会運営規則におきまして、部会長が部会に諮って委員会を設置することができるかとされてございますので、本日、この部会におきまして、専門委員会の設置につきまして御審議いただいて、御承認いただきたいと存じ

ます。

よろしく願いをいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

前回は議題に出ておりましたけれども、形が整いましたので、この案について御了承いただけるかどうかということでございますけれども、何か御質問等はございますか。

安藤委員、どうぞ。

○安藤委員 ありがとうございます。

今後一層高齢化が進みまして、高齢者の増加によって介護サービスを受けられる方たちの人数も増加すると予想されます。そして、そのために生産性の向上であるとか業務効率化を図ることによって、介護現場の負担軽減を図ることにつきましては、非常に重要であると考えております。この検討は、ぜひ進めていただきたいと思っております。

その上で1点、御意見を申し上げさせていただきたいのですが、検討事項としまして幾つか論点が示されておるのですけれども、それぞれをいつまでに検討して、そして全体としていつまでに取りまとめるのかというところが、この資料の中ではお示しされていませんので、それぞれスケジュール感を出していただいて、現場でのそれぞれの都合もあるとは思いますが、簡単に、いつまでに検討を得るかということは設定しづらいと思っておりますけれども、ある程度明確にさせていただいて、議論がまとまるようにやったほうがよろしいのではないかとおりました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、コメントをお願いします。

○橋本介護保険計画課長 ありがとうございます。

前回の部会でもスケジュール的なことを御説明させていただきましたけれども、設置されましたら、年内に3回程度開催いたしまして、年内に中間的に取りまとめて、この部会に報告させていただくということで進めさせていただければと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はありますか。

それでは、梶田委員、どうぞ。

○梶田委員 私たちの事業者側としたら、非常にありがたい取り組みでございますけれども、ただ、懸念していますことは、ここで決まったものが本当に実行されるのか。

というのは、いろいろな書式の問題などでは、国のほうでつくられた様式というのはかなりシンプルにつくられています。それが市町村なり都道府県においていくと、どんどん複雑になって、添付文書がどんどんふえていっているのが実態です。

ですから、国のほうから見たら、実態を聞かなかつたら、出している様式等でかなりシンプルにできているのに、なぜかなという疑問も持たれるかもしれません。

でも、現場実態はまるきり違うという部分で、今までそういう形で動いてきています。今回また様式を国レベルで簡素化しましょうというのが出ました。でも、現場においていて、市町村サイドでは、いやいや、うちはこういうものが欲しいからといって、つけ加えていったら、もとのもくあみになってしまいます。ですから、そこを共通化したものをどう実際にしていただくかという部分が一番重要であって、その部分がいわゆる指定権者、保険者の立場の分を強調されてしまいますと、もうどうしようもありません。

ですから、その点だけ、何か有効な方法等がありましたら、よろしく願いたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

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。

こういった形で専門の場所をつくって、特に国、私どもはもちろん事務局ですが、それから現場を預かってくださっている皆様と自治体と一緒にという場をつくられるのは今回が初めてだと思います。

御指摘の点はとても重要な点ですし、あと、私どもこの会をつくる過程でいろいろなお話を伺って、そうかなと思っていますのは、こういった取り組みをすることで、現場の皆様へのメリットが何ですかという話と同時に、これが保険者にとって、あるいは指定権者にとってメリットは何ですかという話があるのかなと思っています。

つまり、それぞれ事務をやっていただいているのは保険者なり自治体なので

すが、いろいろな書類が通りますと、それは彼らがチェックしなければいけないということに当然なります。現場の皆さんから見える見え方と、自治体の業務がふえるということは裏表になっているので、こういう場を通じて、私どもとしては、こういった取り組みを進めることが現場にとってももちろんそうですが、自治体にとってのメリットもこういうことがあるのですよという話とセットでお示ししていくことがとても大事かと思ひまして、今回、お許しをいただければ、このような会ができて、そこには自治体の皆さんも参画されてということなので、そういったメリットがお互いにあるのだという原点を確認しながら、こういった議論をしていくということを通じてやっていくのが大事なかと。

限られた職員で仕事をしているというのは、現場の皆様ももちろん同じですが、自治体もそれと似たような状況にもございます。ですので、同じ目線に立ってやっていくということと、そういうことを丁寧に周知していくということを通じて、双方の目線をそろえていくということを重視して、事務局としてやっていきたいと思ひます。

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、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 まだ開始前で意見ということですが、文書の量を減らすこともそうなのですが、紙ではなく、こういうPDFファイルのような電子化ができるようにして、文書がメール等でやりとりできるようにすることが重要かと考えております。その阻害要因がいわゆる印鑑、押印を必要とする文書が入っておりますと、それができないということになってまいりますので、極力それを減らしていくということも必要ではないかと思ひています。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

それでは、事務局から御提案のありました内容で御承認をいただけるということによろしゅうございますね。

(「異議なし」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございました。

こちらの構成員の中には、当部会の委員の方もいらっしゃいますので、ぜひ
よろしく願いいたします。

それでは、本日用意されました議題は以上でございますので、これにて本日
の議論を終了したいと思います。

事務局から何かございますか。

○川口企画官 次回の部会につきましては、恐縮ですが、追って御連絡をさせ
ていただければと思います。

宜しく願いします。

○遠藤部会長 それでは、長時間にわたりまして活発な御議論をありがとうご
ざいました。

これにて終了したいと思います。ありがとうございました。