

○栗原企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第81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を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。

報道関係の方に御連絡します。冒頭のカメラ撮影はここまででございますので、御退席をお願いいたします。

(カメラ退室)

○栗原企画官 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。よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 皆さん、こんにちは。本日も、よろしくをお願いいたします。

まず本日の出席状況でございますが、黒岩委員、大西委員が御欠席でございます。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が御出席でございますのでお認めいただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、まず議事に入る前に、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○栗原企画官 厚生労働省では審議会等のペーパーレス化の取り組みを推進しており、タブレットを用意しております。

操作等で御不明点がございましたら、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。

あわせて、机上にも資料を用意しております。

続いて、お手元の資料の確認をさせていただきます。

資料1「介護保険事業（支援）計画」。

資料2「介護サービス基盤整備」。

資料3「認知症施策の総合的な推進」。

参考資料1「介護保険事業（支援）計画（参考資料）」。

参考資料2「介護サービス基盤整備（参考資料）」。

参考資料3「認知症施策の総合的な推進（参考資料）」。

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。

○遠藤部会長 よろしゅうございますか。

それでは、議事に入りたいと思います。

本日は議題が3つございますけれども、議題の1、2、3をまとめて御議論いただきたいと思います。

事務局から、資料の説明をまずお願いしたいと思います。

○山口介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。私からは、資料の1について御説明をさせていただきます。

まず1ページ目でございますけれども、「今後の検討の視点」ということで、介護保険部会におきましてはこれまで5つのテーマ、検討事項等があるところですが、介護予防・健康づくりの推進、保険者機能の強化、地域包括ケアシステムの推進、認知症「共生」・「予防」の推進、持続可能な制度の再構築・介護現場の革新、という5つの検討事項について御議論いただいていたところでございますけれども、介護保険におきましてはこの事業計画というのをこれから市町村あるいは都道府県で策定をして、それに沿って事業を運営いただくということになっておりますので、こうしたテーマに関する検討の成果というのは事業計画、あるいは事業支援計画のほうに落とし込んでいくということが必要になってくるところでございます。

2ページ目でございますけれども、それでは「介護保険事業（支援）計画」についてどういうものかというのを改めて書いたものでございます。市町村が定める介護保険事業計画ですけれども、3年を1期とする計画になっております。また、都道府県も同様に3年を1期とする介護保険事業支援計画を策定する。

それを策定するに当たり、国が定めるものもございます。※印にありますけれども、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針、いわゆる「基本指針」というものを定め、これに即して自治体が計画を策定していただくという流れになってございます。

2つ目の○ですけれども、平成29年の介護保険制度改正においてどういうものを介護保険事業計画に位置づけたかということが書いてございます。高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進、データに基づく課題分析、あるいはそのインセンティブの付与というようなことが位置づけられてございます。

それから、地域共生社会の推進、医療計画との整合性のさらなる確保、介護を行う家族への支援、虐待防止の推進、それから「介護離職ゼロ」に向けたサ

ービス基盤の整備というようなものでございます。

3 ページ目でございますけれども、それでは現在第7期の介護保険事業計画期間でございますが、市町村が策定する計画にはどのようなことが記載されているかということでございます。記載事項には基本的記載事項、つまり義務的に記載する事項、それから任意的記載事項、努力義務として記載をする事項という2つの種類の事項がございます。

【基本的記載事項】といたしましては、介護サービスの種類の量の見込み、それから地域支援事業の量の見込み、こういったものを定める。さらに、第7期において新たに自立支援・重度化予防ということで、そういったものの取り組み目標、あるいは介護給付への適正化への取り組み目標というようなことが位置づけられております。

また、【任意的記載事項】といたしましては、地域包括ケアシステム推進のための重点的に取り組むことが必要な事項といったもの、あるいは一番下のポツですけれども、介護給付のサービスの種類ごとの量、それから費用、地域支援事業も同様でございますが、それから保険料の水準に関する中長期的な推計ということで、2025年の推計を定めるということ而努力義務としてお願いをしております。

次のページは、都道府県が策定する介護保険事業支援計画でございます。

【基本的記載事項】は、市町村が定めるものとほぼ同様のものがございます。県レベルでの取り組みを記載していただくというようなことになっております。

【任意的記載事項】につきましても、地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項ですとか、あるいは上から3つ目のポツですけれども、地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び支出の向上に関する事業に関する事項といったものを定めることになっております。

それでは、現在の計画である7期の計画においてどのようなサービス料の見込みが定められているかというのがその下に書いてございます。第6期の最終年度の見込みと比べて、例えば在宅サービスでいいますと約10%増加をするという見込みを立てております。さらに居住系サービス、いわゆる特定施設入居者生活介護等のサービスですけれども、こちらが約17%増加、それから施設サービスに関しては約10%の増加ということになっております。

また、地域支援事業の量の見込みですけれども、令和2年度においていわゆる総合事業の費用が4103億円、包括的支援事業、任意事業の費用が2296億円、合計で6399億円ということになっております。

1枚おめくりいただいて、それでは自立支援重度化防止、これも7期から定めることになっておりますけれども、こういったものについてどういうものがあるということが2つ書いてございます。

1つだけ例を御紹介しますと、市町村の「介護予防の推進」という目標が定められているというときには、住民主体の「通いの場」の立ち上げ強化のための研修会の実施ですとか補助金の創設の実施、そういったことが取り組みの目標として掲げられているということでございます。

それから、「現状・課題」の3番目ですけれども、「介護保険制度を取り巻く環境の変化と課題」ということでございます。3つ〇があります。

1つ目は、我々もずっと2025年を一つの峠、山ということで、そこを意識して施策の推進を図ってきたわけですがけれども、今度は団塊ジュニア世代が65歳以上になり、高齢者人口がピークを迎える2040年、ここを目指した、意識した計画というものが必要になってくるのではないかと。

それから、2つ目の〇ですけれども、高齢化が進んでいるといっても、実は地域によって差があるということでございますが、大都市圏においては介護サービスの利用が急増する85歳以上の方の割合というのは低いのですが、その実人数というのは大きく増加してくることが見込まれる。それから、大都市圏以外においては高齢化のペース自体がやや鈍化するというような状況で、特に中山間地域においては人口減少に転ずる地域もあるというような状況でございます。こうした地域差を踏まえた対応が必要になってくるのではないかとということでございます。

最後の〇ですけれども、2025年度以降は現役世代の減少というものが顕著になります。そういう中で、高齢者介護を支える人的基盤の確保が大きな課題になってくるという問題がございます。

6ページ目でございますが、「第8期介護保険事業計画における取組の方向性」ということでございます。先ほど申し上げたとおり、団塊ジュニア世代が高齢化してくる2040年を展望した取り組みというものを今から始めていくことが必要ではないかというのが1つ目でございます。

2つ目は、介護給付の基盤整備ということですが、1つは施設整備等については高齢者向けの住まい、有料老人ホームやサービスつき高齢者住宅の整備状況も踏まえながら適切に進めていくことが必要ではないか。居宅サービスについては、各サービスを適切に組み合わせて整備していくことが必要ではないか。

地域支援事業につきましては、介護予防・健康づくり、一般介護予防のようなものを効果的に推進していくことが必要ではないか。

第7期の介護保険事業計画において位置づけられた保険者機能の強化についても、さらなる強化が必要ではないか。

それから、新たに策定された認知症施策推進大綱、そういったものを踏まえて認知症施策を総合的に推進していくことが必要ではないか。

最後の○ですけれども、人手不足、将来の現役世代の人口急減という課題を踏まえて、介護人材の確保、介護現場の革新、あるいは介護現場の負担軽減を進めることが必要ではないかということでございます。

こういったことを意識して、介護保険事業計画第8期を定めていくことが必要ではないかという問題提起でございます。

資料の1は、以上でございます。

○齋藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。続きまして、資料2「介護サービス基盤整備」について御説明いたします。資料2と、主に参考資料の2を使って説明させていただきます。

まず、参考資料2をお開きください。

1ページおめくりいただきまして、介護サービス利用者数の見込みということで、左側の日本地図ですが、2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年ということでございまして、ピークは過ぎて減少に転じるような保険者数もある一方で、都市部を中心に2040年までふえ続ける保険者も多いというところ です。

あとは右側でございますけれども、2040年までの間にサービスの利用者数が最も多い年、ピークの年と2018年の年を比べた増加率でございますが、ほとんど増加しない保険者もある一方で2倍超となるというようなところもありまして、地域によって様相はかなり異なってくるような状況でございます。

次の3ページでございますけれども、サービスの利用割合でございますが、年齢が上昇するにつれて当然ながらサービスの割合が上昇していったら、85歳以上では上昇が大きいということでございます。

4ページは、その85歳以上の方々がこういったところにお住まいかということでございますが、やはり3大都市圏が多いというところでございます。

これを踏まえまして、第7期の基本指針で5ページでございますけれども、「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備の必要性ということが新たに記載されたところでございます。

また、目標につきましては6ページでございますが、「「介護ゼロ離職」に直結する緊急対策」といたしまして、2020年代初頭までに約50万人以上のサービスを拡大するということになっております。

これを踏まえまして、第7期の介護保険事業計画につきましては、各介護サービスともに2020年、2025年に向けてしっかりと伸ばしていくということで見込んでおります。

9ページをごらんください。施設整備に当たってはその地域の課題の対応が

必要でございまして、都市部では用地の確保というものが課題でございませうけれども、そういった介護施設整備の促進を図るために国有地のさらなる活用ということで、地方公共団体に対し、介護基盤整備のための国有地の情報提供でありますとか、あるいは定期借地権の貸付料の減額というようなことを政策として行っているところと、あとは10ページでございまして。民有地につきましても、これは世田谷区の事例でございませうけれども、オーナーと運営事業者とのマッチングを行うというような事例が見受けられます。

また、11ページですけれども、介護需要の増大を受けとめるためには在宅サービスにつきましても計画的な整備を行っていかねばいけないということで、これは稲城市の例ですが、日常生活圏域ごとに認知症グループホームでありますとか小多機能、定期巡回、随時対応型の訪問介護等のサービスを計画的に整備をしているところでございまして。

12ページでございまして。「都市部における整備の促進」に当たってもさまざまな工夫が行われている例もございまして、例えばでございませうけれども、高層建築の中にサ高住を整備する例でございませうとか、あるいは既存の公共施設を活用して特養に転換するといった例でございませうとか、13ページでございませうけれども、都市部においてなかなか用地が確保できないというような中で、コンパクトな用地の中で小規模多機能と地域交流サロンなどを併設するような、地域の拠点となるような特養を整備したいというところがありますとか、団地の中に小規模多機能を誘致するというようなさまざまな工夫が行われております。

また、地方部におきましては既存ストックの有効活用ということで、既存の公共施設の改修、あるいは特養の定員を一部、サ高住に転用するというような例、あるいは地域の拠点といいますか、限られた地域資源の中で地域を支える拠点ということで、保健、医療、福祉、介護の一元化を図るようなヘルシーパークの創設というようなことも行われております。

これを踏まえまして、資料2のほうに論点がございませうのでございませうただければと思います。先ほどございませういただいたとおり、介護サービスの利用者数につきましても地域差が非常に大きいというところがございます。また、「介護離職ゼロ」サービスにつきましても2020年代初頭までに50万人分の受け皿を整備しなければならないというところがございます。

そうした中、都市部、地方部で先ほどございませういただいたようなさまざまな工夫がなされてきたところでございませうけれども、論点といたしまして2点お示ししております。

今後、地域の実情に応じた介護サービス基盤整備についてはどのように進めていくのかという点と、都市部、地方部の課題に応じて整備手法としてはどの

ような方法が考えられるかというところについて御議論いただければというのが1点目でございます。

2点目は、また参考資料2にお戻りいただければと思います。16ページになります。ここからは、施設ごとに概観させていただいております。

まずは特養につきまして16ページでございますけれども、これは要介護高齢者のための生活施設ということで、原則要介護度3以上の方が施設に入られるということで、平均要介護度3.94ということになっております。

この特養につきましても17ページでございますけれども、サービスの需要が増大する都市部においてしっかり整備していくということが重要でございますので、これまで整備促進の策としてさまざまなことをやっております。例えば、社福につきましては建物は自己所有等というのが原則でございますけれども、建物所有の要件緩和を随時行ってきたところでございます。

また、都市部の用地確保の困難であることの対応ということもありまして、居室の面積基準の引き下げというような規制緩和も行っておりますし、補助の5番のところですと、オーナー型の施設整備に対する補助というようなことも行いまして、特養に対する、特に都市部における整備の促進というものも図っているところでございます。

続きまして18ページ、老健施設でございます。老健施設につきましては、地域包括ケアの強化法によりまして在宅復帰・在宅療養支援のための施設であることを明確化し、また平成30年度の介護報酬改定におきまして、そうした機能につきましてさらに推進する観点から報酬体系を見直しということで、こういった機能の強化を図っておるというところでございます。

続きまして19ページ、介護医療院につきましては平成30年4月に医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設として創設しておりまして、基準の緩和でありますとか、転換した場合の加算など、介護療養型医療施設などからの転換促進ということを図っております。

20ページにございますけれども、介護療養型医療施設が転換するような場合につきましては総量規制の枠を外して転換の促進を図っておるというところでございます。

2ページほど飛ばさせていただきまして、23ページです。ここからは高齢者の住まいの関係でございますが、第7期の計画の基本方針では高齢者の受け皿として有料でありますとかサ高住が地域におけるニーズに応じて適切に供給される環境を確保するということが求められております。

24ページは有料、サ高住、特定施設の概要でございますが、25ページをごらんいただきますと、その三者の関係を示しております。青枠のところは有料老人ホームで、食事の提供等のサービスを供給するものですが、サ高住につつま

しては食事の提供のサービスを提供するものが97%ということで、サ高住のほとんどが有料老人ホームに該当するという関係になっております。

それで、この2つのうちの一部が特定施設でございまして、一定の人員基準、設備基準を満たした場合に市町村が指定するものということで数が限られているというようなところでございます。

26ページですけれども、こうした高齢者の住まいについての地域の偏在でございまして、特徴的なのが介護つき有料でございまして、赤枠で囲まれているところをごらんいただければわかるかと思いますが、都市部で非常に多いということが特徴的になっております。

また、特定施設につきまして27ページ以降でございまして、特定施設の性質といたしまして、最近では要介護度3以上の方が約半数を占めているということで重度化が進んでいるということと、28ページになりますけれども、ホーム内において死亡された方が約3割ということで、特養よりは低いですが、ついの住みかとして一定の役割を果たしているというようなところですね。

あとは、29ページでございまして、介護つき有料の平均の月額費用というのは22.8万円で、これは前払い金でございまして、前払い金も償却期間で割り戻して加えた数字で22.8万円という数字になっております。ごらんいただければわかるように、比較的安いといえますか、利用額の低いところから高級なものまで幅が広いというようなところが特徴になっております。

これを踏まえまして、資料の2にお戻りください。資料2の2ページでございまして、先ほどごらんいただいたとおり、各施設の特徴に合わせてさまざまな施策を打っており、サービスの基盤の整備が進んでいるところでございまして、論点といたしましては、今後介護サービス基盤整備につきましてサービスごとにはどのように進めていくべきか、または介護離職をなくすために政府として推進している介護離職ゼロサービスとの関係をどのように考えるかというのが1点です。

あとは2点目ですけれども、特に都市部での介護ニーズがふえている中で、都市部での需要を受けとめているサービスをどのように考えていくのかという2点を論点として御議論いただければと思います。

説明は、以上でございます。

○岡野認知症施策推進室長 認知症施策推進室長でございまして、資料3をごらんいただければと思います。

資料3の1ページでございまして、「これまでの経緯・現状」ということで、これまでの各計画期間における認知症施策の位置づけなどを整理したものでございます。



（第1期～第4期）のところでございますが、平成12年の介護保険制度創設は認知症ケアに多大な貢献をもたらしていると考えておりまして、制度創設時よりグループホームを法律に位置づけて認知症に特化したサービスを設けているということでございます。

平成17年改正におきましては、認知症の高齢者等ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、地域密着型サービスという類型を新たに創設するということと、あとは地域包括支援センターを地域の中核機関として位置づけたという改正が行われております。

また、この改正におきましては、「痴呆」を「認知症」に用語が変更されたということと、その際に認知症の定義が規定されたということでございます。

それから、この第4期までの介護保険事業計画におきましては、サービスの一類型としての位置づけはありましたけれども、認知症施策に関しては計画の記載事項として特段の位置づけはされていなかったところです。

その上で、（第5期）でございます。平成24年～平成26年になりますけれども、その前年の平成23年の改正におきまして、この認知症の関係でいいますと第5条の2の規定、調査研究の推進ですとか、人材の確保、資質の向上に係る努力義務規定が盛り込まれております。

また、介護保険事業計画の任意記載事項で、「認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項」が盛り込まれております。

これを受けまして、（第5期）における基本指針におきまして、それを踏まえた内容の改正が行われているところでございます。

2ページ目をごらんいただければと思います。次は（第6期）の部分でございますけれども、これは平成27年～29年になりますが、その前年の26年の法改正におきまして、地域支援事業の包括的支援事業の一つに認知症総合支援事業が位置づけられております。

これを受けまして、この第6期の計画の基本指針におきましても、介護保険事業計画の任意記載事項に認知症施策の取り組みの各年度における具体的な計画を定めることが重要である旨などが定められたということでございます。

それから次の（第7期）、平成30年からの計画でございますけれども、前提といたしまして平成27年に新オレンジプランが策定されまして、ここに掲げております7つの柱をもとに認知症施策を推進することとされました。この新オレンジプランの策定を踏まえまして、平成29年の法改正におきまして、認知症施策の基本的な考え方として、認知症に関する知識の普及・啓発、心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進、それから認知症の人及びその家族の意向の尊重などが新たに盛り込まれております。

これを受けまして、第7期における基本指針においても、基本的事項として

新オレンジプランに沿って認知症施策の推進について取り組みを進めることが重要である旨が定められているところでございます。

3ページ目でございます。これまでの第7期までの計画の動きですけれども、(最近の動き)でございます。これは6月の部会においても御説明した内容と若干重複いたしますが、昨年12月に「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置されて、本年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられております。

大綱では、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ととしております。

こうした基本的な考え方のもとで、5つの柱に沿って施策を推進することとしております。

それからまた、本年6月20日には、国会のほうでございますが、認知症基本法案が衆議院に提出されて継続審議中となっております。

以上が経緯と現状でございますけれども、その上で今回の論点として3点提示させていただいております。

1つ目でございますけれども、認知症施策推進大綱では認知症施策の推進に当たりまして「共生」と「予防」という基本的な考え方を位置づけて、新オレンジプランの内容からさらに施策の充実、拡充を図ったところでございます。ここにあるとおり、例えば認知症サポーターを、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みとして掲げておりますチームオレンジ、こういった取り組みを盛り込んでいたり、ピアサポーターによる本人支援の実施、あるいは認知症予防に資する可能性のある活動の推進の取り組みなどを充実・拡充という形で入れております。

第7期の計画におきましては、新オレンジプランの考え方が盛り込まれたところでございますけれども、今回、大綱の考え方、施策などを効果的に推進していくために、第8期計画における認知症施策の位置づけや盛り込むべき内容、重点化・明確化すべき内容についてどのように考えるかというのが第1点目の論点でございます。

第2点目ですけれども、自治体が定める認知症が関係する他の計画の作成については、施策の効果的な推進や自治体の負担等の観点から、介護保険事業計画との一体的な作成や、互いに調和を図ることなどをこれまでも進めてきたわけですけれども、大綱の考え方、施策等の推進に当たりまして、他の計画との関係についてどのように考えていくかということでございます。

第3点目ですけれども、介護保険における認知症施策の推進に関する第5条の2の規定がございまして、これも平成23年の法改正で調査研究等の推進が位置づけられ、また29年の改正では新オレンジプランの考え方を位置づける改正

が行われております。今後、大綱の考え方、施策等を推進するに当たり、この規定についてどのように考えていくのかというような論点です。

以上、論点を3つ掲げさせていただいております。

説明は、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、ただいま事務局から説明のありました内容につきまして、御質問等がございましたらぜひいただきたいと思っております。

それでは、岡委員、お願いいたします。

○岡委員 私からは、介護施設の整備に関して一言申し上げたいと思っております。

2025年には、団塊の世代が75歳以上となります。それによって介護施設の不足が深刻な状況となることが予想されておりますが、こうした社会課題の解決に向けては、やはり民間の力を活用するという視点も必要ではないかと思っております。そのため、有料老人ホームの設置促進など、民間の力をうまく引き出す方策を検討していただければと思っております。

さらに申し上げれば、かねてより商工会議所も要望を出しておりますけれども、特養についても、民間の力を活用するという観点から、現在は社会福祉法人や地方公共団体に限られている経営主体について、株式会社等の参入を認めるといったことも検討してはどうかと思っております。そうすることで、受け皿の増加による入所待ちの解消だけでなく、民間のノウハウの活用による介護職員の処遇改善や、介護施設における生産性の向上等も期待できると思っております。以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、河本委員、それから久保委員の順番でお願いいたします。

○河本委員 ありがとうございます。私からは2点、意見を申し上げたいと思っております。

まず、1点目が介護保険事業計画の記載の話でございますけれども、計画の基本的な記載事項の中で、介護給付費の適正化への取り組みとか、あるいは目標といった項目もございます。

私も、幾つかの市や区の計画をちょっと見せていただきましたけれども、どうも定性的な記載が多いなという印象でございます。それこそ事業運営に必要な情報を例えば適宜提供するとか、あるいは適正化の取り組みを行うとか、適切に行うとか、こういった定性的な記載ではやはり実施評価というのがやりに

くいののではないかと考えております。こういった個々の取り組みについて、できるだけ定量的な目標につながるような記載にすべきではないかと思えます。

もうちょっと言いますと、やはりこうした適正化の取り組みですとか、あるいはさまざまな予防事業の取り組み、それを通じてどういうアウトカムを出していくのかというのが最終的な計画のポイントなのかなと思っております。

例えばですけれども、そういった取り組みの成果によって自然体に比べてどういったアウトカムが出てきたのか。例えば認定率がこれだけ改善したとか、あるいは何か満足度が上がったとか、なかなか簡単な話ではないと思えますけれども、そういった目標みたいなことも今後検討していく必要があるのではないかと考えております。

2点目は、介護サービス基盤の話でございます。先ほどの御説明にもございましたけれども、特定施設入居者の生活介護について、先ほどの参考資料の27ページとか28ページを見ますと、約4割は要介護3以上の方が入っておられるという話ですし、あるいは終の棲家としての機能になっている。

そういう現状であるということであれば、やはりこういった居住系サービスであります特定施設を、施設サービスとある程度一体的に捉えることも必要なかなと考えております。その意味では、施設整備にあたっては、特定施設と同様のサービスを担っている居住系サービスの整備の見通しとか、そういったことも考慮した上で、全体を俯瞰して整備を進める必要があるのかなと思えます。

それから、これはお願いというか、質問になりますけれども、従来は在宅介護とその在宅推進みたいな動きもあったと思うのですが、一方でこういった施設の整備も必要ということもございますけれども、例えば要介護度が同じくらいの方の在宅と施設介護、それぞれ費用というのは大体どのくらいの水準なのかということをごどこかで教えていただき、明らかにしていただければと思えます。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。最後のことは一応、御要望ではありませんけれども、事務局から何かコメントをもらいますか。事務局から何か関連であればお願いします。

では、総務課長どうぞ。

○黒田総務課長 どうもありがとうございます。施設はまさにその施設サービス、特定施設もそうですが、これはお一人がお一つのサービスしか使わないという形になりますし、在宅サービスについては複数のサービスを組み合わせて使われるケースがございます。

また、最近では施設サービスは、例えば特別養護老人ホーム等については重い方を優先的に受け入れようということもお願いをしております。そういう意味では、状態像をある程度そろえた上での資料が必要なのかなと感じますので、そういった点も踏まえて事務局で引き取らせていただいて、資料を御用意したいと思います。

どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 よろしく申し上げます。

それでは、お待たせしました。久保委員、どうぞ。

○久保委員 ありがとうございます。私のほうからは2点、意見を申し上げたいと思います。

まず1点目は、介護保険事業計画の中で介護を行う家族への支援や虐待防止策の推進というところについてでございます。在宅介護を行う介護者が、介護疲れによって身体だけではなく精神的なバランスを崩してしまい、介護鬱の状態に陥ってしまうことは珍しくありません。

厚生労働省の2016年国民生活基礎調査によりますと、同居の介護者で悩みやストレスを抱えている割合は68.9%にも上ります。そして、介護者の介護疲れによるストレスが原因で、介護従事者がハラスメント被害に遭っている実態があります。

NCCUが2018年4月に行った御利用者、御家族からのハラスメントに関するアンケート調査によると、ハラスメントが発生している原因として、介護従事者はストレスのはけ口になりやすいと回答した介護従事者が5割を超えている状態です。

国は現在、家族介護支援について地域支援事業の任意事業の中に位置づけていますが、地域の実情によって実施内容はさまざまです。目的は、家族介護者の身体的、精神的、経済的な負担の軽減です。したがって、家族介護者のレスパイトの観点からも、自治体に設置している相談窓口の周知をするとともに、家族介護教室や家族介護継続支援事業による介護者、交流会などを積極的に開催し、家族介護者に対する支援の強化を行うことを要望します。

2点目でございます。介護サービス基盤整備の中で、介護離職をなくすためにどのように進めていくのかということについて意見を申し上げます。

介護を必要とする介護サービス量は、第7期介護保険事業計画におけるサービス料等の見込みで、今後全てのサービス量を増加することが示されていますので、サービスの受け皿整備を進めていかななくてはなりません。

しかし、受け皿だけではなくて、そこで働く介護従事者をふやしていかなく

では、現在、要介護者を抱えて働いている介護者の介護離職を減らすことはできません。

以前、介護保険部会の中でも人材確保について意見を申し上げておりますが、現在でも新設の施設では介護職員が集まらないため、開設できないところもあります。既存の事業所では、人材不足のため、御利用者をお断りするケースが発生しています。また、介護人材が集まらず、廃業する経営者もいます。

国は、介護人材確保のためにさまざまな施策を進めていますが、介護従事者の処遇改善が最も有効な対策であり、介護保険制度の維持のためにもさらなる処遇改善を図らなければならないと考えています。

介護人材確保対策については、より一層の取り組みを強く要請します。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、こちら側にいきましょう。佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。まずは、介護サービス基盤整備についてですけれども、これは公共施設にかかわる話なので、今は公共施設等総合管理計画とか、あとは立地適正化計画とか、公共施設の再利用や立地の配置の見直しについての計画が別途進んでいますので、ぜひそちらとの連動を図ってみたいと思います。

実際、優良事例として廃校の活用などがあるのですけれども、これも全て公共施設の個別施設計画にかかわる話でもありますので、その辺の計画との連動をちゃんとしないと、二重、三重に無駄な施設ができることになる。

それから、これは保育園も同じなんですけれども、人口には波があるので、今、高齢者がわっとふえて、介護施設をわっとつくと、その方々がいなくなればその施設が余ってしまうので、長い目で見ればこれは転用できること、あるいはいつでも潰せることを前提に施設というものはつくっていかないといけないということになりますので、その辺の施設のライフサイクルというものを考えるべきだということです。

それから、先ほどから廃校の利用も含めて、結構優良事例と言っていいものが幾つかあると思うんです。いろいろな自治体さんが工夫されていますので、今、内閣府のほうでは優良事例の横展開というものを進めております。それで、単にパンフレットで並べるだけではなくて、例えばこういう規模の自治体とか、人口とか、高齢化率とか、あとは地方圏か都市圏かとか、そういった自治体の類型に応じて、あなたのタイプの自治体で今こんな取り組みをしているんですよということを見える化するようになっているんです。そうすることによって、

自治体の方々の参考になりますので、ぜひ優良事例は横展開を図っていただければと思います。

あとは、細かいんですけれども、2点だけ申し上げます。

先ほどあった、介護事業計画についての定量的な目標をつけていただきたいという御要望はそのとおりだと思います。それで、普通は計画についてはKPIをつけてPDCAをちゃんと回せるようにするというのが常識なので、介護事業計画は計画をつくって、はいおしまいではなくて、これはPですから、PとDがあって、その後ちゃんとCとAが続くような体制があらかじめチェックできるような計画をつくられたほうがいいかと思いました。

それから、余計なことを1つ言うと、これから介護事業計画は自治体の職員の方がつくると思うのですが、公共施設等総合管理計画もそうだったのですが、コンサルとかに丸投げするケースがあるのです。それだと自分で考えないことになってしまいますので、忙しいとは思いますが、自治体の職員さんは自分で汗を流して計画をつくるということで、そのためにも県のほうで支援をする。やはりその辺はちゃんとやらないと、なかなかこういう計画が現場の自分事にならないし、もちろん現場の実態も反映できないということになってしまいますので、その辺の工夫はあっていいかと思います。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

花俣委員、それから柏崎参考人の順番でお願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。資料3の「認知症施策の総合的な推進」のところで意見を申し上げたいと思います。

論点が3つ示されていますけれども、まず総合的ということになると、本当はお伝えしたいことが山ほどあってとても時間が足りないというくらいの気持ちでいます。

ただ、一応その論点に沿ってですけれども、認知症施策推進大綱等できちんとした目標値であるとかKPIが示されていますので、都道府県とか市町村の事業計画についてはそういったものを根拠にして、きちんと具体的な施策をおつくりいただけることに期待をしたいと思っています。

それで、参考資料3の5ページ目に新オレンジプランとの比較が書かれているのですが、ここのところで本人の発信支援が大きく捉えられて1本柱が立っています。これについては、ワーキンググループさんがお出しになった「認知症施策推進大綱の今後の展開への期待と展望」というところでも大きく評価されていまして、本人発信の支援に注力をするということで、本人が声を発する機会をつくり、声を全ての取り組みの出発点にしようというふうにタイトル

をおつけになっています。御本人の発信にこれだけ注目度が高くなったことは、大変ありがたいことだと思っています。

一方で、先ほど久保委員からの御意見にもございましたように、家族支援の部分なのですけれども、これは新オレンジプランでは4番目の柱ということで、きちんと1本、柱が立っていたのですが、今回大綱になってからは介護負担軽減の推進というような1行のみの表記になっているんです。やはりそこは大変気になるところでして、実際に我々も要望書の中で新オレンジプラン、ガイドライン、認知症施策の企画・立案、評価、家族の参画ということについても書かれていますし、それから大綱案でもまるでカフェが介護家族の支援の重要な柱のように挙げられているような印象を受けてしまいます。相談窓口があるだけでは支援とは言えないと思っていますし、相談窓口は行政主体も、事業所主体も、民間主体も、どれも必要であって、多様であることが、複雑化した家族の支援の窓口を広げるといふふうに考えています。ですから、家族支援についてはもう少し具体的なものがしっかり欲しいと思っています。

一方で、本人支援ですが、参考資料3の4ページ目の大綱で、概要が書かれているところの「主なKPI/目標」ですけれども、ここにアルツハイマー一月間についてのことが書かれていたり、普及啓発のことが書かれていたり、あるいはピアカウンセリングのことが書かれていたりというところがあります。アルツハイマー一月間については25年前から家族の会が地道に続けてきたところでもありますし、またピアカウンセリングについては40年この方ずっとその活動をメインに据えてまいりました。そういったものについても、ここに文言として表記されたことは大変喜ばしいと考えています。

いずれにしても、これから具体的に検討事項が議論されていく中で、我々は当事者の立場からしっかりとした意見を述べていきたいと思っています。

それで、ちょっと質問なのですけれども、介護保険事業計画、資料1の5ページ目、3の2番目に「大都市圏においては、介護サービスの利用が急増する85歳以上高齢者割合は低いが、その実人数は大きく増加」とあります。第8期の介護保険事業計画は2021年度～2023年度の3年間なわけです。次期になる8期の3年間について、大都市圏を含む全国では85歳以上の高齢者の割合が低くなるとして、実人数の増減の予測がどうなっているのかということを知りたいと思いました。

それから、資料2の「介護サービス基盤整備」のところです。参考資料2の8ページ、「高齢者向け住まい・施設の利用者数」を見ると、優良老人ホームとサービスつき高齢者向け住宅が急速に伸びています。

一方で、認知症グループホーム、これは認知症の人に特化した居住系サービスあるいは地域密着型サービスになるのですけれども、平成18年から利用者数



の伸びが減って、2018年度まで微増している状況がグラフから読み取れると思います。認知症介護のためのサービスの伸びが、どうしてこんなに鈍くなっているのかということは分析ができるのでしょうか。もしできるとしたら、教えていただきたいと思います。

それからもう一点、介護が必要な人たちは圧倒的に女性が多くなると思います。そういう女性の望みとしては、ホームヘルパーを頼みたいというところが非常に強く感じられるのですが、参考資料を見ても今後のサービス基盤整備として高齢者向け住まい・施設のデータが多く紹介されています。

一方で、多くの方が望んでいるのは実は居宅サービス、一般的に在宅サービスと呼ばれているサービスで、ホームヘルパーは最も希望が多いと言えます。ホームヘルパーは40歳以上の方が主力で、特に60歳以上の方が35%ということで高齢化が目立つ。ここも老老介護だというふうに私たちは言っているのですが、今後も需要がふえるホームヘルプサービスの担い手がなくなるのではないかという不安が大変強くあります。ですから、ホームヘルプサービスの基盤整備が一体どんなふうになっているのかということもお示しいただけたらと思います。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、3つほど事務局に対する質問がありました。お答えのすぐできるものもありましょうし、できないものもあるかと思えますけれども、事務局どうぞ。

○山口介護保険計画課長 介護保険計画課長です。

1つ目の御質問ですが、実人数の変化、3大都市圏以外ということで、参考資料の1の15ページ目になりますが、こちらの資料は、2011年～2018年の8年間と、2018年～2025年の8年間の75歳～84歳の方の増加の様子と、85歳以上の方の増加の様子をグラフにしたものです。

御質問の85歳以上の方の増加の様子は下のグラフになっておりますけれども、赤い丸で囲ってある部分がいわゆる3大都市圏と言われる地域のものでございます。2011年～2018年にかけては2つの棒がそれぞれ立っていますけれども、左側のほうが2011年～2018年の増加で、実人数でこれだけふえる。それで、大都市圏を見ていただくと2018年～2025年のふえ方のほうが多いというケースが大都市圏においては一般的に見られるという状況でございます。

一方、大都市圏以外のほうに目を向けていただくと、グラフ自体、小さいところが多いのですが、やはり2011年～2018年の伸びというのが大きくて、2018年～2025年の伸び方というのはそれよりも小さいところがほとんどになっ

ております。

私からは、以上です。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。ホームヘルプの整備の状況について御指摘がございましたので、お答えをさせていただきます。

まず、資料はございませんが、事業所の数でいいますとここ数年、ほぼ横ばいというのが現状でございます。横ばいの中で一事業所当たりの利用者数は少しずつふえておりますので、全体のサービスの利用者数としてはややふえているというのが現状です。

次に、今後の整備の関係でございますが、参考資料2の7ページを見ていただければと思います。こちらが第7期ですが、各自治体さんで取りまとめたいただいたサービスの見込み量をまとめたものになります。ホームヘルプについていいますと、上から2段目ですね。2019年度の実績値で110万人分、これが2020年度のところで122万人、2025年度で138万人と、割合にして10%なり25%程度の増を見込んでいるところでございます。こういった自治体の計画がしっかりと計画どおり進められるよう、人材の確保も含めて努力をさせていただきたいと思っております。

ヘルパーの関係は、以上でございます。

○遠藤部会長 引き続き、お願いいたします。

○岡野認知症施策推進室長 グループホームの関係の御質問がございました。グループホームの利用者数、伸びがちょっと鈍化しているのではないかとというような話かと思えます。

8ページの認知症グループホームは、平成30年に20万5000人ぐらいになっているということでございますけれども、その前の7ページが介護保険事業計画の実績値ということでございまして、ここでグループホームは20万人ということになっておりますので、計画に沿った整備が進められてきていると思っておりますが、分な分析はできておりません。

○遠藤部会長 ありがとうございます。花俣委員、よろしいですか。

○花俣委員 はい。

○遠藤部会長 それでは、ほかにいかがでございましょうか。

では、津下委員、それから柏崎委員、お願いいたします。それでは、津下委

員、お願いします。

○津下委員 よろしくお願いいたします。まず計画のところなのですから、市町村や都道府県はこれまでも計画をつくってまいりました。既にお話があったように、PDCAが回っていない、または丸投げと見られるようなものから、きちんと分析され、地域の方々が汗をかいたなと思われる計画もあります。

そのような格差の状況について、これは是正していく必要があると思いますが、その状況について把握、評価をし、例えば保険者インセンティブに反映するとか、これをしっかりつくることに対して、何か外部評価をしたほうが良いのではないかと思います。パブリックコメントはやっているのでしょうかけれども、なかなか地域の実態に合っていないような計画も少なからずある。これをどう改善していくのかという方法論について、何かお考えがあればお聞かせいただきたいと思います。

それから、この計画の中での任意的記載事項、これが任意のままでいいのかどうか。費用の見込みや、どのぐらいの額なのか、これについては任意ではなく必須項目をして考える必要はないのか。また、小さい市区町村では記載が難しいけれども、広域的な視点だったらできる指標もあるのではないかと思います。今後この任意項目についても精査していかなければいけないと思いますけれども、どのような状況なのでしょう。

それから、特に気になるところは、第7期計画を見たときに第6期の評価を踏まえてこうしましたという、前のところの自己評価がなされていないものが非常に多いと思いました。今後の計画についてはやはり自己評価といいますか、数値評価は難しいものもあるかもしれませんが、振り返りをさせていただくチャンスでもありますので、そこをきちんと義務化していただいたほうが良いのではないかと思います。

2点目ですけれども、サービス基盤のことなのですが、要件緩和がなされ、さまざまなサービスがふえてきましたという話でありました。その要件緩和について、緩和したものでどれだけふえたのかとか、その効果とか、緩和したことで何か課題が見つかったのか、さらには現行の方法でさらに緩和できるようなものについてはどんなことをお考えなのかということについて、お考えをお知らせいただければと思います。例えば居住スペースが狭くなったりとか、さまざまな緩和で弊害が何かあったのでしょうか。そのあたりも、気になったところがございます。

3点目は、認知症についてはサポーターの養成など随分進んできたとはいえ、動いていないという悩みを聞きます。認知症と思われる方が買い物をしているときにたくさん買い込んでいて、お店の人はそれをとめない場合にどうしたら

いいのだろうという住民の悩みも聞きました。随所でそれに気づくようになった人たちが増えてきたのでは事実ですが、ただアクションにはつながらず、何となくその人は認知症なのかな、でもどうしたらいいのだろうというところにとまっている。

ここをアクションにつなげていくことが非常に重要ですし、お店の人ももちろん認知症のサポーターであればつながっていただけるのですけれども、そうでないときはなかなか動きにくいという場合もあります。そういうことで、どうしたら知識がある人が行動できていくのか、安心して行動ができるのか。このあたりが課題かと思いますので、引き続き方策の検討をよろしくお願ひしたいと思ひます。以上です。

○遠藤部会長 御意見、御要望も多かったわけですが、事務局の意見をお聞きたい部分もありましたので、総務課長、お願ひいたします。

○黒田総務課長 ありがとうございます。

計画のPDCAという話がとても大事だというお話で、まさにそのとおりと感じます。それで、自治体の計画づくりのプロセス自体がその後の計画の進捗を見ていく上でも、それはやはりその住民の方に対する説明を果たしていくという意味でもとても大事だということかと感じます。

そういうプロセスの中で、この仕組みは事業計画の策定を各自治体にお願ひをしているという経緯もありますので、そこが実効的に行われるようにということは8期に向けてとても大きなテーマだと感じます。

幸いインセンティブ交付金のような仕組みもありますが、この仕組みもどちらかという自治体の気づきをお支えしたり、応援をしたりするというようなことかなと感じますので、自治体のお話もよくお伺いしながら、8期に向けてその実効性が高まっていくような、御負担もある程度、軽減しながらということは考えていきたいと思ひます。

それから、お尋ねの中でもう一つ、計画の任意記載事項が必須かどうかというお話がございました。これは、以前の地方分権の議論の中で、記載事項が整理されてきたということがございます。その中で、必須のことについては、特にこの事業の実施の中で、特に保険料に非常に密接に関連をする事項を必須という形にしたということで、今の整理はそのような形になっているということがございます。

ただ、法律上は任意だということになってはいても、実際はかなりの自治体で任意記載事項についても記載いただいている、あるいはその計画に基づいて住民の方にもその計画は開かれているので、取り組みがあるということはござ

いますので、そういった区分けの話と、あとはむしろ実質的に計画に書き込んでいただくための方法という両面で、これは8期に向けてまさにこの会の大きなテーマだと感じますので、そういったことで計画の議論を深めていただくということで先生方へのお願いということですが。

それから、自己評価の話がございまして、これもとても大事でしょうという話は、まさにそのとおりということですが、それで、この仕組み上は皆様お気づきのことかもしれませんが、前の期が終わってから次の期をつくるというサイクルになっておりませんで、その前の3年間の計画の途中で次の計画をつくり始めなければいけないというのが、この仕組みの宿命と申しますか、制約としてございまして、純粋な意味でのPDCAとぴったり重なりにくいところがあることは事実です。

ただ、それと前の期の振り返りをちゃんとやりましょうという話は、矛盾するものではもちろんありませんし、しっかり振り返りがなされるようにという点も当然必要だと感じますので、そういう点も深めていきたいと感じます。

残りのお尋ねにつきましては、今後の議論の中で御議論が深めていただけるように資料を準備させていただ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 よろしく申し上げます。

津下委員、どうぞ。

○津下委員 介護保険計画がきちんと立てることの意義ですが、他の計画との整合ということがありますが、介護保険計画の中でしっかり書かれたことが、都市計画とか、総合計画とか、ほかの計画に非常に参考になったり、交通インフラとかさまざまなことにつながっていくと思うので、発信源としても情報整理のほうをしっかりとお願いし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。

それでは、先ほどお手をお挙げになった柏崎参考人、お願いいたします。

○柏崎参考人 ありがとうございます。資料2の「介護サービス基盤整備」の関係で、大きく2つに分けて意見を申し上げます。

本件におきましても、高齢者人口のピークというものを2045年と見込んでおりますが、このピーク以降を見据えた整備計画というものを検討していく必要があると考えております。こうした中で、既存の特別養護老人ホームの引き継ぎの活用というのにも必要となってくるわけですが、介護保険法の施行前に整備された施設の老朽化が進んでおります。

こうした法施行前の施設について大規模修繕をする場合、地域医療介護総合確保基金の対象とはなっていないという状況がございますので、こうした施設の大規模修繕に対する支援策というものも必要ではないかと考えております。

2点目ですけれども、有料老人ホームサービスつき高齢者住宅につきましては、特定施設の指定を受けていない場合には総量規制の対象にはなっておりません。地域の在宅サービス等の資源とのバランスを図る観点などから、行政の関与を一定程度高めることも必要ではないかというところがあります。

また、総量規制に関連して、介護医療院につきましては第7期の計画期間中は医療療養病床からの転換について総量規制の対象外となっております。小規模の保険者にとっては、想定外にこうした転換があった場合に、介護保険料の不足など、こういった問題に直面している事例も出ております。第8期計画のときにどうするかという問題はありますけれども、転換促進という面と、こうした事例への対応という面からの御検討をお願いできればと思います。以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、鈴木委員が先ほどから手をお挙げですので、お願いいたします。

○鈴木委員 ありがとうございます。私も、認知症の関係の質問とコメントをしたいと思います。

参考資料3の6ページですが、先ほど津下委員からも御指摘があったと思いますけれども、認知症サポーターの大事さというのでしょうか、もう1200万人近く認知症サポーター養成講座を受けられたということで、そういう御努力に対して本当に大変なご尽力をいただいたと思っておりますけれども、やはり認知症サポーターの方が、ここの右の図にあるように活動促進をするということが今後非常に大事だろうと思います。

数的なものもちろん大事ですけれども、やはり質的にその地域社会の中で一歩踏み出せる、さらなるブラッシュアップをした研修ですとか、そういったことも少し考えていけないといけないのかなと思います。

例えば徘徊なども警察庁の発表ですと1年間に1万7000件というような数字が出ております。そういう中で、やはり1000万人を超えるこういったサポーターの方が、少しでもそういうところでせっかく学んだ力を発揮していただけるように、何らかのもう少し踏み込んだ取り組みが必要かと思います。

その上で、ここにステップアップ研修のことが書かれております。それについては、手引等については国から提示をすようになっておりますけれども、実際にこれはもうできているものなのかどうかということです。それから、今、申

し上げたように、実際にその地域の中でアクションを起こしていくような仕掛けというのでしょうか、あるいはその取り組みというのはどのようなところまで踏み込まれているのか、もしわかっていれば教え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。

それでは、質問がありましたので、認知症施策推進室長からお願いいたします。

○岡野認知症施策推進室長 ありがとうございます。

まず1つ目のステップアップ研修の標準的な研修内容、手引についてですけれども、この事業自体は今年度から始めさせていただいておりまして、形としては今もうできている状態ですので、これを今後示しながらやっていくということで、手元にはありませんけれども、先生のほうにはまた機会があればお渡しできればと思っております。

それから、これをアクションにどうつなげていくかということでございますけれども、ここにある図にもございますが、コーディネーターというものを各市町村で配置し、これはコーディネーターといっても例えば今も地域支援推進員の方とかはいらっしゃいますので、そういった方を活用してもいいとは思いますが、こういったコーディネーターを活用してそれぞれのサポーターに働きかけて、こういう支援に参加していくというようなことを働きかけていくということで、具体的なニーズとマッチングをしていくことを考えております。

既に各市町村においては、チームオレンジという名前ではないにしても、いろいろなニーズに応じた仕組みと申しますか、そういったものを工夫して構築しようとして取り組んでいるようなところもございますので、そういった好事例を横展開などもしながら取り組みを進めていければと考えているところでございます。

○遠藤部会長 鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 大変結構だと思うのですが、今おっしゃられた好事例というのでしょうか、実際にこうやってみたらこうなったという事例を知っていることと、知らないことでは、その次の一歩へのアクションのとり方が大分違うと思っています。

実際に私も何人かの、サポーターではないのですが、徘徊の調査をしたときに、徘徊している方に声かけができるかどうかというのは、結局そうい

ったことを実際にしたという事例を知っているとか、あるいは学んだということがすごく大事ですので、ぜひその好事例の横展開ということは今後、少し力点を置いてやっていただければありがたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、こちら側にいきまして、井上委員、伊藤委員、石本委員、石田委員の順番でいきましょう。

では、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

本日事務局から示された資料の中で一番重要だと考えられるのは、今後の高齢化の進展に大きな地域差があるという点だと思います。地域ごとの需要と供給と、さらにはそのタイミングですね。これをどうやって今後コントロールしていくのかということが、極めて重要な課題であると思います。

とりわけ供給につきましては、先ほども御指摘がありました通り、単に増大に対する対応だけではなく、今後、より長期的に予想される需要の減少も見据えたダウンサイジングにどう対応していくかということへの対応策を同時に検討することが必要だと思います。この点、重要なポイントだと思います。

あとは、介護サービス基盤整備においては、例えば特定施設入居者生活介護などの活用も考えられます。

また、保険外のサービスであっても介護ニーズに対応するような良いサービスもあると思いますので、そういうものも介護サービスの質の向上という点から活用していくことも考えられるのではないかと思います。

それと、認知症につきましては言うまでもなく700万人時代ということでございますので、大綱に示されたとおり、社会全体で共生するということと、予防をいかに図っていくかということに尽きると思います。その際も、民間のさまざまな製品やサービスなどは産業としても少しずつ発展をしているところでございますので、これらに対する開発や研究開発への支援なども重要な観点かと思えます。

また、当然のことながら予防や早期発見、研究に関して、エビデンスやデータの収集、蓄積、こういった面も継続して深掘りしていく必要があると思えます。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、伊藤委員お願いします。



○伊藤委員 ありがとうございます。

まず、介護保険事業計画に関して、情報公表制度については利用者側にとって大変重要なものだと思っております。なかなか利用されていないという面もあり、課題があると思っておりますけれども、広く利用されるようにさらに内容の充実や、使いやすいインターフェースにしていくような対応が重要だと思っております。使われていないから要らないではなくて、むしろ充実する必要があると思っております。

それに加えて、働きながら実際に介護が必要な状況になったとき、どこに相談していいかわからず、次のアクションがとれずに困り果ててしまうという話をよく聞きます。残業して家へ帰ってからでも、相談窓口は閉まっていたてもインターネットは使えるので、この情報公表制度に、介護に直面したときに必要な情報が得られるワンタッチの窓口のような機能を果たしてもらえるといいと思っております。

それから、介護事業所における処遇改善の状況について、この情報公表制度の機能を使って公表させていくことも重要だと思っております。

あとは、介護保険事業計画で地域共生社会の機能と役割との関係についても、きちんと明記していく必要があると思っております。

それから、介護離職ゼロに関して、この介護保険事業計画にきちんと明記してほしいです。介護事業所ではなくて一般の事業所で働く者、従業員に対する介護の窓口的な機能が必要だと思います。先ほど言いましたように、知識や時間の問題もあり、なかなか地域包括支援センターに行くというアクションまでつながらないのです。事業所で働いている時間が実際問題生活時間の中で一番長いですから、そこでその情報が得られたり、とるべきアクションの支援が得られることは大変重要だと思っておりますので、そのような事業所の役割を含めて、介護離職ゼロを介護保険事業計画の中に書いてほしいと思っております。

それから、人材の確保はもちろん介護保険事業計画にきちんと明記してほしいです。先ほども御指摘がありましたけれども、在宅サービスに関する人材確保は非常に心配です。その点について各自治体、都道府県も含め、前回から市町村の計画に書くことになったわけですので、ぜひそういった在宅サービスの人材確保について特出しして都道府県と市町村の取り組みとしていく必要があると思っております。

介護保険事業計画については最後ですけれども、防災の関係で、防災計画などとの連携が一番重要だと思っておりますので、今の事業計画の方針の中で読めるのかもわかりませんが、きちんと各自治体でそういう対応をとられるようお願いしたいと思います。

その次の整備のことですけれども、まずお聞きしたい質問が1点あります。

介護離職ゼロサービスという言葉が資料2の2ページの論点の1つ目の○に出てきますけれども、これが何を指しているのか教えていただきたいと思います。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いいたします。

○齋藤高齢者支援課長 参考資料2の7ページをごらんいただければと思います。注のところで説明を抜かしてしまいましたけれども、介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービスとして、こちらに挙がっているものが対象となるものでございます。介護離職ゼロに向けて、これらの基盤を整備することが資するということでございます。

○遠藤部会長 伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 今の回答は、38万人分の整備をすとか、上乘せする50万人分の内訳ということだったと思いますけれども、論点2で検討する論点として掲げられていることを見ると、あたかも介護離職ゼロに資するのは7ページの下にあるサービスしかないというようにも、うがった見方というか、理解の仕方をすればそういうふうになってしまうところがあります。

前も言いましたけれども、地域で暮らしていくという基本的な地域包括ケアシステムの考え方というのは当然あって、失っていないんだと思っていますから、そこはミスリードにならないようにしてほしいと思います。特養から、都市部などは有料老人ホームとかサ高住とかでということで、実際そういう整備になっていますという資料も今回出されているわけで、それはわからなくはないですけれども、整備コストなどを考えればそういうことも合理的な行動ということもあるとは思いますが、やはり都市部の要介護者がこれからふえていくということを見ると、必ずしもその負担能力のある人ばかりではありませんから、そこはきちんとバランスをとった地域ごとの整備のあり方を考えていく必要があると思います。

地域のコミュニティが崩壊しているということも都市部ではあたりすぎるし、認知症の人はなかなか特養に入れない。要介護3以上に認定されないと入れないとかということもありますから、きちんと困らないで介護離職ゼロということで、ちゃんと貫いた考え方で整備がされていくということを望んでおります。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。石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。主に基盤整備のところに資するお話をさせていただきたく、意見でございます。

今のお話の流れで、参考資料2の7ページの点線囲みの中に離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービスというものが列挙されていますが、特定施設においていいますと、現状、認知症ケアや重度者の受け入れ、それとみとりをやっているところもあるというような状況を鑑みますと、十分、介護離職ゼロに資する役割、機能を地域の中で特定も担っているということを考えれば、この中に特定というのが入っていても違和感がないというか、そうすべきじゃないかと思っているところでございます。

さらに、介護保険事業計画等にも絡む話なのですが、そのサービス量について計画を立てるときは、これは毎回議論で出るのですけれども、必ずこれだけ量が必要だというときは、片方でそれを見越した人材をどうやって確保していくのかということ、より具体的に、これは都道府県から市町村におりたといえ、まだまだ実にそぐうような計画というのは十分出されているとはいいがたいところがあるのではないかと思いますので、いわゆる基本事項という中において、この人材に関しても確実に計画立てて、それを実行していくというような動きが市町村単位でできるような方向に持って行っていただいたらいいのではないかと申し上げます。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、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。

2点ですが、まず介護サービス基盤整備のところですが、高齢の方々がいよいよ在宅での生活が難しくなったときには、やはり施設でというようなことをお考えになることはよくあると思います。ただし、参考資料の最後の29ページの費用のところを見ますと、平均が介護保険サービスを含まず月額22.8万ということ。これらの内容を知らされたときに、多くの方が施設の入所についての二の足を踏んでしまうのではないかと感じたりもしています。そうすると、改めてもう一度、在宅での生活をいかに最後まで継続させるかというところが非常に重要になってくるのではないのでしょうか。先ほどの参考資料の7ページにいろいろなそのほかのサービスも今後は充実していくことが示されておりましたけれども、やはりここは非常に重要なことで、在宅の生活を支える訪問系サービスと、あとは小多機とか、看多機等のサービスの充実は不可欠と考えます。そういった在宅サービスの基盤整備は非常に重

要になってくるので、この中でそちらが薄くならないように、その点を強く要望したいと思います。

それから、もう一点は「認知症施策の総合的な推進」の中で、この資料の3ページになります。今さらながらと思うのですが、それでも、「共生」と「予防」のところでは、※印にちゃんと説明がされておりまして、「共生」はわかるのですが、やはり「予防」のところは少し気になります。つまり、これだけ説明しないとこの「予防」という文言が皆さんにすんなり受け入れてもらえないようであるなら、「予防」でいいのかわかるとしてしまいます。

認知症については、こういった原因かというのはまだはっきり解明されていないところで、どう予防していくのかというようなことも簡単に答えが出せないと思います。大綱に「予防」と書かれているところはそれとして、認知症に関しては、まずやはり対応策を十全に考えていくことが最優先されなければならないと思います。これは希望として申し上げたいと思います。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、安藤委員どうぞ。

○安藤委員 ありがとうございます。私のほうからは、2つ御意見を申し述べさせていただきたいと思います。

1点は介護サービスの基盤整備についてですが、現在、市町村、保険者ごとの介護サービス利用者数を適切に見込むということは非常に大切だと思っています。それを見込んだ上で、介護サービスを必要とする全ての高齢者に対して、確実に利用できるようにするというのも大切であると考えております。

ただし、一方で、介護サービス基盤の整備につきましては、地域の医療介護総合確保基金などが活用されているのですが、財源には限りがあるということで、この限られた財源の中で2040年や、それ以降を見据えて、過剰な整備を行わないというような視点も、やはり一方で重要なのかなと考えております。

そのような中で、2020年代の初頭までに介護サービスを約50万人分以上に拡大するというふうになっておりますけれども、その中で先ほどの参考資料2の7のところの点線の囲いがありましたように、石本委員がおっしゃいましたけれども、介護サービスを提供できるような有料老人ホームも現在あるというふうにも伺っておりますので、今後、無駄な整備を行わないためにも、こうした介護サービスを提供できるような有料老人ホームを含めて、サービス全体の整備状況を見ながら進めていくことも必要なのではないかと考えております。

あと、もう一点、認知症のところですか。参考資料3の3ページにありますところで、先ほど石田委員のほうからも予防のところがあったのですが、予防の中の四角の「マル5 研究開発・産業促進・国際展開」というところに「薬剤治験に即応できるコホートの構築」と書いてあるのですが、やはり認知症の原因が解明できないという中で、結構研究は世界中で盛んに進められているのですが、最近、認知症の薬を開発している製薬企業がお金がかかり過ぎて諦めてしまうというようなニュースも見まして、これは非常に厳しいなと、せっかく今までやられていて、どこまで開発が進んでいたのかはわかりませんが、やはりその部分というのは国としても、国もいろいろな形で研究施設にサポートしているとは思いますが、もっと力を入れて諦めるような企業が出ないように、ここの部分をもっと力を入れてやっていただきたいと思えます。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちら側にいきましょう。山際構成員、柘田構成員、それから東構成員の順番でお願いします。

○山際構成員 ありがとうございます。3点、意見を申し上げたいと思います。

1点目は介護サービスの基盤整備にかかわってですが、やはり介護離職を防いで限られた介護人材を有効に活用するためにも、参考資料の2にあるような複合型の機能整備を図っていくということについては非常に重要だと考えております。あわせて、各種基準の緩和等も必要にならうかと考えております。

同時に、るるお話もありましたが、サービス利用者の70%を占めている訪問介護等の在宅のサービスについても、重度化防止であるとか自立支援の観点から、この複合化された機能の中できちんと整備をしていく、位置づけていくということも必要ではないかと考えています。そのための要件緩和等も必要ではないかと考えております。

2点目は認知症施策にかかわってですが、先ほど来、認知症サポーターの活用というふうなことも出されております。非常に重要なことだと思っております。ここについて、サポーターの方へ継続的に情報提供を進めていく取り組みをぜひやっていったらどうかと思っております。養成が始まってもう既に14年が経過をしておりますので、そういう意味では認知症にかかわる情報も日々、進化、更新されていると思っておりますので、全国の取り組みであるとか情報を定期的に提供するということが非常に有効ではないかと思っております。

私は今、民間の立場で参加をさせていただいておりますが、もともと所属は生活協同組合というところがございますので、今まで4万人以上の職員サポータ

一を養成してきております。かなり年数がたっていますので、フォローのための学習会であるとか、あるいは今1,000以上の自治体と見守り協定を結ばせていただいておりますが、そういう仕組みであるとか、その中で実践事例を共有化するというので、やはり活性化というか、自治体の活動につながっていくと思いますので、ぜひお願いできればと思っています。

それから、介護離職を防止する意味合いも含めて、各企業であるとか団体の中でぜひ認知症の研修であるとか情報提供の場の強化を図っていったらと考えております。

3点目ですが、認知症の方や家族の方を支えるサービスとして、やはりグループホームが非常に重要な役割を果たしているだろうと考えています。この専門性のあるサービスを、さらに地域の中での役割発揮も進めていく。そのために、1ユニット9名までという家族的な雰囲気の中での運営ということを守りながら、運営規模の拡大をしていくことも必要ではないかということで、ユニット数の拡大についても検討すべきではないかと思っています。

これらのグループホームの専門性、あるいは効果についてのエビデンス、調査活動もあわせて必要ではないかと考えております。以上、3点でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、榊田委員、お願いいたします。

○榊田委員 まず介護保険事業計画の問題なのですが、各市町村の事業計画を見せていただくと、内容的にはほぼ変わらない。数値目標等は当然規模が違いますので変わりますけれども、記載事項というのは決められた必須事項と任意事項が書かれている。

でも、実際にその地域において何が最も重要なのかという部分が打ち出されていかないといけない。やはり、地域差というのはすごくあります。

例を挙げますと山間僻地の問題で、今、人口減少がとまらなくなってきました。とまらないというのは、今まで普通、都市部、平地に住んでいる方ですと、お買い物に行くのは歩いて行ける範囲にコンビニなりスーパーがあるけれども、山間僻地というのは軽トラックが足がわりなんです。

でも、今、高齢者の事故が大きく取り上げられていくと、一緒に住んでいない息子さんたちから、もう車に乗るのはやめなさいという圧力が非常にかかってきて、車に乗れなくなってくる。そうすると、その方はお買い物にも行けないので、どういうふうな生活支援をしていくかというのが最大の課題なんですけれども、実はこの生活支援サービスという部分は、介護保険の世界からいうと、単独で総合事業の中で運営・経営することはほぼ不可能に近い状態に入っ

てきている。そうしますと別のサービス提供体制を構築しないと、その方の生活支援はできない。

だから、やはり事業計画をつくるときに、そのような地域は生活支援サービスはどうしますよという部分から打ち出していないと、介護サービスの数量を出したところで、その方が地域からいなくなってしまう可能性が非常に強い。その方が山間僻地から別の地域に移り住むと、逆にその地域は今後、想定外の介護サービスの量が発生してしまうということが起こってきます。

ですから、ここの支援計画の問題は、中身についてその地域に住み続けるための条件設定から記載事項を始めていって、それをどうするかという議論から始めないと、サービスの中身までたどり着かない可能性があると思います。

それと、介護サービスの基盤整備の問題なんですけれども、特別養護老人ホームの話をしてしまうと、実際に待機者の方、いわゆる入所申し込みをしてすぐに入所できない方は、平成26年の数値で52万人だったのが平成29年で29万人と、非常に多くの方が待機をされている。

でも、これは全国の数値なんです。地域によって今、物すごい差が出てきています。大都市部は全く入所できない。それで、地方に行くとそうでもなくなってくる。山間僻地のほうに行くと、待機者ゼロで空床が出ているところまで存在してきている。そうすると、都道府県単位で介護保険支援計画をつくって特養の数云々と出しても意味がなくなっている。

それで、市町村単位の介護保険事業計画の数値も、合併によって必要な地域がその市町村の中でも散らばっています。都市部的な場所もあれば、それこそ僻地の部分もあって、1つの市町村が合併によって構成された。そうすると、実際の生活圈域によってその部分も考えていかないといけないのではないかと考えています。

例えば、山間僻地にある特別養護老人ホームは、大体は通所サービス、訪問サービスを一緒にやっていて、その地域の全ての介護サービスを提供している。それがなくなってしまうと、その地域、地区は丸っきり介護サービスがなくなってしまう可能性もある。だから、その存続の問題を考えていくときにいわゆる定員問題、そのままゼロになるんじゃなくて50であれば30に落とすというダウンサイジングの問題というのが実際問題として起こってきています。もう5年先、10年先には絶対条件になってきています。

そうすると、サービスのつくりという部分で、例えば特別養護老人ホームに小規模多機能をつける。その形が、ある意味では山間部に向いている形だと思います。

ただ、問題点というのは、小規模多機能だけではサービス提供がなし得ない。複合型の小規模多機能サービスにしないと、例えば単品で通所サービスだけが

要る方、それから小規模多機能についている訪問ではなくて、ヘルパーとしての訪問介護をその中から出せる形ですね。要するに、小規模多機能をデイサービスや訪問介護全てを複合的に内臓してしまった形でコンパクトなタイプをつくっていったって、職員は兼務の形で少量・多種のサービスを提供できる体制をつくる。そういうことが必要な地域というものが、これから出てきます。

ですから、そのサービス形態の形をつくりかえていかないと、まずは大変なことになっていくと思います。

○遠藤部会長 梶田委員、簡潔にお願いいたします。

○梶田委員 大都市問題は、職員確保の問題が一番になってきています。人員確保をどうしていくのか、それが最大の課題と思っていますので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。

では、藤原委員、それから東委員でお願いします。

○藤原委員 2点について、意見を申し上げたいと思います。

まず1点目は、介護サービス基盤整備についてです。資料1と2を拝見しますと、2040年を見据えたときに、地方では高齢者が減少するが、高齢者が増え続ける都市部では介護サービス基盤の整備が必要ということが強調されております。

しかしながら、第8期の計画期間においては、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けての対応もまだまだ必要ではないかと思っておりますので、そこを軽視するという事はちょっと問題かなというような感じがします。

また、地方、特に中山間地域や離島等では、高齢化の進行と現役世代の人口の減少が先行的に進む中、採算面からも、また介護人材の不足等によりまして、十分な在宅介護サービスの確保が困難な地域があります。そのような地域では、介護離職の問題もあるでしょうし、施設での介護が中心的にならざる得ず、介護費用の増大、ひいては保険料の増額ということになってくるわけでありまして。

そういうことを見ますと、中山間地域、また離島等における在宅介護サービスの確保に向けた支援策については、より検討をしっかりとやっていただきたいということをお願いできればと思います。

2点目は、認知症施策の総合的な推進についてであります。認知症推進大綱等で市町村に求められている事項について、我々としても地域の実情に応じましてしっかりと取り組んでいかなければならないと思っております。



資料の3の4ページで、2つ目の論点の中に、他の計画との関係についてどのように考えるのかということがありますが、衆議院に提出され、継続審議中となっております認知症基本法案においても、市町村は認知症施策推進計画を策定することとされておりますが、それぞれの計画の一体的作成など、引き続き市町村の事務負担の軽減等も配慮していただければと思います。

いろいろ政策の密度が濃くなってきますと、非常に事務量も多くなっていくということでもあります。それに相当職員が今、苦慮しておりますので、ぜひその辺の配慮もしっかりやっていただければと思いますので、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。

では、お待たせしました。東委員、どうぞ。

○東委員 資料2「介護サービス基盤整備」のことで御意見を申し上げたいと思います。

これは、私の老健施設での実際の話です。1年くらい前に、要介護3の方が病院から老健施設に入所して参りましたが、この方は要介護3でしたので、特養も同時に申し込んでおられました。2カ月後に在宅にお帰ししようかと思ったら、ご家族から特養に入居できるようになったと伺い、私はびっくりしてその特養にお電話をして「すぐに特養に入居できると伺ったのですが、どうしてですか」と聞きました。その要介護3の方は、特養入居待ちの順番でいくと15番目から20番目くらいだったのですが、順番が前の待機者が既にグループホームやサ高住などへ全員入居等していて、順番どおり連絡を取っていったら、その方の順番まで達したというお返事がありました。

先ほど梶田委員から、特養の待機者が52万人から29万人と随分減ったというお話がありました。しかし、特養の本当の待機者を経時的にきちんと見ていかないと、実際に特養を待っている方の人数は、厳密には現在把握できていないと思います。実際の人数をもとに介護サービスの基盤整備をやらないと、先ほど安藤委員もおっしゃいましたが、いたずらに箱物をどんどんつくって、作り過ぎるということも十分あり得ます。また、何よりも箱物をつくるということは、先ほど石本委員もおっしゃったように人材が要ということです。新たな人材が今、本当にいないところで、サ高住も含めたいわゆる施設を安易に多くつくってしまうことは慎むべきだと思います。

それから、介護離職ゼロに向けた基盤整備ということも先ほどから言われていますが、「介護離職ゼロ」＝（イコール）「高齢者、要介護高齢者を箱物に入れる」という考え方も捨てなければいけないと思います。もちろん、参考資

料2の7ページ下の「介護離職ゼロに向けた基盤整備の対象サービス」には定期巡回、小規模多機能というような在宅サービスもございますが、やはり「介護離職ゼロ」＝（イコール）「特養やサ高住の整備」というふうに走る考え方も危険だと思っております。住み慣れた御自宅、在宅での生活をどう支えていくかというところもきちんと見ながら箱物の整備を進めていくべきだと思います。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。資料2の論点に沿って発言をいたしたいと存じます。

都市部と、それから2040年に向けましてピークアウトする地域と、またふえていく地域とあるということもございますが、先ほど施設系につきましてインフラを転換してほかの種別に変えてという例もございましたけれども、例えば計画作成等をする際に、ピークアウトする地域では訪問、通所、宿泊系の居宅サービスと、地域密着サービスで同じ機能のあるサービスがあったりいたしますので、平均的に整備するのではなくて、どちらかを残してというふうな選択もできるような形を考えてもいいのではないかと思っております。

一方で、これからまだまだ対象がふえていく都市部を中心とした地域においては、やはり介護人材の不足が基盤整備の妨げとなっている可能性もありますので、7月の会議でも述べましたけれども、処遇改善による人材の確保、または多様な人材の採用等ですね。人材の確保に力点を移すということが必要ではないかと思っております。

特に既に御意見も出ておりますが、居宅サービスの訪問介護につきましては、一般の介護職員とは異なりまして、配置上、多様な人材の活用が難しいということもございますので、やはりここは少し分けて整備をしていくように計算していくことも必要ではないかと考えております。特に、参考資料2の7ページにありますように、定期巡回随時対応型訪問介護看護がこれから非常に伸びていくデータが出ているということもございますので、そういうことも検討してはと考えております。

それから、地域の実情に応じたサービス基盤整備手法ということもございますが、これにつきましても介護職に限らず医療、福祉専門職も含めた人材確保難に陥っているということがございますので、5月にも発言しておりますが、例えば小規模な定員で複合的に整備する場合であれば、それぞれの種別ごとに配置ということではなくて、同一敷地内で横断的に、例えば利用者定員の合算

をして配置できるように配慮してはどうかということで考えております。

それから、認知症大綱・施策についてということで、普及啓発や本人発信支援も重要であります。やはり相談窓口の周知・普及が重要です。地域包括支援センター、あるいは居宅介護支援事業等の認知症介護に関する相談窓口の明確化をしていくということと、本人・家族等の社会参加支援や権利擁護対策を重点化してはどうかと考えております。

また、奇抜な発想で恐縮ですが、最近であれば例えば介護事業所に小規模保育所を併設して一緒に出勤するということが介護離職防止とう効果があったりいたします。そういう例は少ないかも知れませんが、今や介護職員の人材も216万人ということで、2040年には250万人弱になるということでもありますので、例えば介護事業所や施設でも認知症の方と一緒に出勤をして、そして一緒に帰るということができれば少しでも介護離職防止につながる例も出てくる場合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。ほかにいかがでしょうか。

齋藤委員、それから江澤委員の順番でお願いします。

○齋藤委員 介護保険事業支援計画につきまして、計画策定の際に日常生活圏内のニーズ調査を実施していると思っております。今年度は既に説明会等は終わっていて、調査が始まっている都道府県もあると思うのですが、今後、後期高齢者数の伸びが非常に大きくなるので、予防のための活動をしっかり基盤整備の中に入れていく必要があるということを見ると、今の調査項目の中で果たしてしっかりと地域のニーズを把握できる状況になっているのかどうかは検証しないといけないのではないかとということと、特に高齢者の社会参加が予防には大変重要だと思っておりますので、通いの場に参加していないという状況がなぜ起こるのかというあたりを十分丁寧に把握していただいて、計画を立てていくのがよいのではないかとと思います。

それからもう一つ、人材確保のことが言われておりますけれども、これからは介護と医療との連携がより必要となるということを見ると、介護保険領域で働くナースたちの確保ということもぜひ視野に入れていただき、計画への明記を求めたいと思っております。いかに介護サービスを適正に供給していくかという視点から、計画の中に看護人材の供給策などについても入れていただくと、サービスの供給が適切に進んでいくのではないかと考えます。

それから、基盤整備につきましては、いろいろな方が言われていますように、施設の箱物を整備するということがより、特養の待機に小規模多機能を使ったり、看多機を使ったりという例などがありますので、資料には特養の土地の確保等

に関する規制緩和が出ているのですけども、地域密着型サービスの整備をさらに進めていくために、特養と同様に土地の活用等々の規制緩和や、補助金を整備していてもいいのではないかと考えました。

それから、特定施設のサービスにつきましては、確かに入居者が重度化していて、看取りもやっているということもあるわけですが、実態に関するもう少し詳細な情報提供をお願いしたいと思います。果たして重度の方々を見ている特養の代替となるサービスに本当になり得ているのかどうかという検討のためには、看取った結果だけではなくて日々のサービスがどうなのかというところも合わせて示していただけるとありがたいと思っています。

それから、認知症につきましては、今色々なところで認知症に関連する計画とか、認知症の方々に配慮した計画を立てることが求められているのですけれども、自治体の中ではそれは介護の所掌なのか、医療の所掌なのかといった縦割りになってしまう場合もあるかと思っています。

先ほどどなたかが言っていましたけれども、本当に計画がPDCAのサイクルを回せるような状況になっているのかどうかということもあるかと思っています。ですので、各制度間で整合性があるように、一体的に取り組めるようにということとはこれまでも國の基本指針等々に明記してきたとあるのですけれども、いま一步、もう少し強く一体的に整備ができるように、強調して基本指針や方針の中に盛り込んでいただきたいと思います。先ほども自治体の負担ということがありましたけれども、認知症については医療と介護を一本化して対策を立てるような形でもいいのではないかと考えました。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、江澤委員、お待たせしました。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、介護保険事業計画についてでございます。2040年までの要介護高齢者の人口推計を十分に精査して、エビデンスに基づいた計画を策定していただきたいと思っております。事業者は新規事業を起こした場合には20年かけて借入金を返済しますので、20年後にも果たしてニーズがあるのかどうか、そういった視点も重要であると思っております。

それから、人口過疎部においては、やはり集住化をして効率的に医療介護サービスを提供していくという政策も必要となってくると考えております。

次の視点は、介護保険事業計画と地域医療構想との整合性でございます。地域医療構想は保険所が所管しております、介護の行政担当者はほとんど参加していらっしゃらないのが実情だと思っておりますけれども、まず医療用病床の医療

区分の1の7割にプラス地域差解消分を含めて、すなわち新たに30万人が入院外でという形で2025年までに示されています。

したがって、ベースの100万人と合わせますと、入院外で130万人の方をいかに全国の圏域で支えていけるかが非常に重要なポイントになっておりますけれども、地域医療構想は医療だけで話が完結するものではありませんので、ぜひそのあたりとも整合性をとるようにお願いしたいと思っております。

私は、常々、地域医療構想は地域医療介護構想にすべきだと申し上げているのですが、ぜひそのあたりとの整合性をしっかり含めて検討していただきたいと思っております。

続きまして、参考資料2の25ページにお示しがございますけれども、今、例えば特養、老健、介護療養病床、この現行の介護保険3施設の中に要介護3～5の方が、ざっくり計算しますと80万人いらっしゃいます。

一方で、30年度の調査研究事業の結果では、このスライドの住宅型老人ホームの5割、それから特定施設、介護付き老人ホームの4割、それからサ高住の33%、要介護3～5の方が3分の1入居しているという結果が出ております。そうしますと、これを単純計算しますと、この絵の中に要介護3～5の方が30万人入居されていることとなります。したがって、介護保険事業計画をつくる際に、第8期以降は必ずこういった高齢者の住まい系も含めてぜひ事業計画を過不足のない提供体制ができるように検討していただきたいと思っております。

そして、この緑の部分の特定施設入居者生活介護ですが、近年、重度の要介護型の受け入れとか、看取りが徐々に進んでいます。したがって、この課題は医療ニーズの対応の強化が求められます。現行では看護職員の配置が非常に薄く、毎日看護職員の配置は運営的にも難しい仕組みとなっていますし、一方で介護保険の訪問看護もここに入ることができません。サービス提供ができないということがあるので、これらを含めて今後、特定施設入居者生活介護の医療ニーズへの対応の強化というのはぜひ推し進めていくべきだと考えております。

そして、きょうは介護医療院の資料が少し出ていますけれども、介護医療院の制度ができて1年半たった現在、ぜひ全国の市町村に課題とかいろんなものをアンケートをしていただきたいと思っております。地方に行きますと、やはり医療療養病床から手上げがあったときに、規模の小さい市町村では介護保険の財源の問題、住民の保険料の上昇の問題等があって、今はすぐ受けられないというところの実態があります。これは、医療療養病床は当然、総量規制の対象外なので、恐らく市町村も国へは質問とか、なかなか相談もしづらいのではないかと思いますので、ぜひそのあたりはアンケートをとって、医療療養から

受け入れが難しい市町村が多々あるのであれば医療の療養病床が減るわけですから、全体の社会保障の観点から見てトータルが決してふえるわけではないので、国からの支援が必要ではないかと思っております。

最後に認知症ですけれども、今回の予防はあくまでも発症をおくらせるという予防でございますが、必ずしも我が国が今まで力を入れてこなかった、特に発症予防について今回は予算も計上されておりますので期待をしているところでございます。

現在、世界各国で発症後の開発、臨床治験はことごとくうまくいっていないのが実情であります。今後アミロイドβの脳への蓄積を予測する血液バイオマーカーも今、優れたものが実用化されておりますので、そういったものを含めて今後いわゆる発症予防についてもぜひ力を入れて検討し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。

大体、予定された時間になりましたけれども、御発言されていない方で御発言があれば承りますが、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、予定の時間となりましたので本日はここまでにしたいと思います。積極的な御発言、どうもありがとうございました。

次回の日程につきまして、事務局からよろしく申し上げます。

○栗原企画官 次回の部会につきましては、追って御連絡させていただきます。

○遠藤部会長 それでは、これをもちまして本日の部会は終了したいと思います。

どうも長時間ありがとうございました。