

○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83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。

本日の議題に関連しまして、社会・援護局から川端福祉人材確保対策室長、職業安定局から木嶋介護労働対策室長が出席しております。

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 皆様、早くからの開催に御出席いただきまして、どうもありがとうございます。本日もよろしくをお願いいたします。

本日の出欠の状況でございますが、井上委員、黒岩委員、佐藤委員が御欠席でございます。

井上委員の代理としまして、本日、おくれて御出席ということですが、間利子参考人、日本経済団体連合会経済政策本部主幹、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のお二方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。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、資料の確認を事務局よりお願いいたします。

○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。あわせて、机上にも資料を用意しております。

お手元の資料の確認をさせていただきます。

資料1「PDCAサイクルに沿った介護予防の推進方策（一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会における検討状況（報告）」）。

資料2「地域支援事業等の更なる推進」。

資料3「介護人材の確保・介護現場の革新」

資料4「被保険者・受給者範囲」。

参考資料1「地域支援事業等の更なる推進（参考資料）」。

参考資料2「介護人材の確保・介護現場の革新（参考資料）」。

参考資料3「被保険者・受給者範囲（参考資料）」。

末尾でございますが、井上委員の提出資料をお配りしております。

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。

議題の1、議題の2及び議題の3、まとめて議論をしたいと思いますので、事務局より、まず資料の説明をお願いいたします。

○眞鍋老人保健課長 おはようございます。老人保健課長でございます。

それでは、資料1につきまして、私から御説明させていただきます。

資料1を御準備ください。タイトルは「PDCAサイクルに沿った介護予防の推進方策（一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会における検討状況（報告））」についてでございます。

その下に括弧がございますけれども、こちらは、現在、別途開催されております、一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会における検討状況、現在の検討状況を整理して御報告するものでございます。

1ページ目にお進みください。本検討会のこれまでの進捗状況について、御説明をさせていただきます。当部会で3月に設置をお認めいただきましたけれども、その後、5月からこれまで6回、会議を開催してございます。

8月7日には、中間取りまとめに関する議論を行いまして、当部会にも8月に御報告をさせていただいたところでございます。その後、1ページ目の左側の四角にありますように、PDCAサイクルに沿った推進方策についてということで、3回議論を行ってまいりました。

10月3日に第6回の議論が行われまして、これから御説明申し上げますように、現時点の整理として取りまとめたものでございます。

右側に委員の名簿がございます。後半の御議論につきましては、委員を3名追加などいたしまして、充実した体制で臨んでいるところでございます。

2ページ、3ページ、4ページでございますけれども、恐縮でございますが、3ページから御説明をさせていただきたいと思っております。

こちらが「1. 成果を評価する指標」ということでございまして、いわゆる

アウトカムに関連する指標というイメージでつくらせていただいております。

その中には評価対象として、高齢者全体を対象とするもの、左側の縦の列でございますが、一般介護予防事業を利用者プラス未利用者が対象となるようなもの、そして、一般介護予防事業者の利用者が対象になるようなものということで、その隣に評価項目を右側の列に案としてつけてございます。

例えば高齢者全体ですと、健康寿命延伸の実施状況とか、住民の幸福感、次の一般介護予防事業の利用者プラス未利用者でしたら、通いの場を初めとする社会参加の拡大、そして、その下、利用者さんにつきましては、通いの場に参加する高齢者の状態の変化などが考えられるのではないかとということでございました。

4 ページは「2. 取組過程を評価する指標」でございます。同じように左側に評価項目がございまして、行政内部の連携から地域の多様な主体の連携、保険事業との一体的な実施、関係団体と連携、専門職の関与などが並んでいるところでございます。これが市町村における評価の指標の案になり得るようではないかという整理でございます。

5 ページでございますけれども、これは取り組み過程を評価する指標、いわゆるプロセスに関する指標の都道府県版ということでございまして、介護予防の取り組みに関する好事例の発信とか、あるいは広域で申し上げれば、区市町村による情報交換の場の設定とか、市町村の支援など、データ活用に関する支援、こういったものが並んでいるところでございます。

戻っていただいて恐縮でございますけれども「1. 成果を評価する指標」について、図で整理をしたものが2 ページでございます。このアウトカムに関する指標でございますけれども、指標の位置づけは、このようなものになるのではないかとということで、整理をさせていただきました。

縦軸の上に行く、高齢者全体である。下側に行きますと、事業参加者、いわゆる一般介護予防事業の事業参加者と軸をとらせていただきまして、事業参加者に関する評価の指標としては、中に濃い青というか、緑というか、こういう色で示しておりますけれども、一般介護予防事業の利用者さんでありましたら、通いの場に参加する高齢者の方の状態の変化などが指標となり得るでしょうということでございます。

そこから対象を広げていきまして、この一般介護予防事業の利用者ではないけれども、例えばそうではない利用予備軍の方々とか、将来的に活用が予定されるような方々も含めてでございますけれども、未利用者といたしまして、社会参加の拡大が考えられないかということでございます。そうすると、私どもニーズ調査などをやっておりますので、そういうところで社会参加の状況を把握したり、市町村が把握する、通いの場の参加状況などをお聞きしたいという

ことも考えられるのではないかということでございます。

だんだん一般介護予防事業から離れていくわけでございますけれども、その地域の高齢者全体という視点に立ちますと、薄い網かけのところでございますが、住民の幸福感の向上とか、健康寿命延伸の実現状況です。健康寿命にしましては、右側に吹き出しがございますけれども、指標案といたしましては、現在、健康寿命の補完的指標として使っております。要介護2以上の年齢調整後の認定率とか、その変化率などが考えられるのではないか、こういう整理はできるのではないかということで、10月3日時点のまとめでございます。

6ページは「3. 指標設定に当たっての留意点」ということで、ここも検討会にお出しして御議論いただいたところでございますけれども、保健所ごとの被保険者数とか、年齢構成の差があることについては、調整は必要です。あるいは小規模市町村においても、取り組みが適切に評価されることが大事であるということでございます。あとは、市町村の評価に係る業務負担の軽減をちゃんと図らなければならないということも、指摘があったところでございます。

7ページ、最後のページでございますけれども、こちらが10月3日の検討会におきまして、いただいた主な意見でございます。

成果を見る指標ですけれども、いわゆるアウトカム指標に関するコメントでございますが、高齢者全体の評価の住民の幸福感が入っていますけれども、ニーズ調査自体に限界があるということでございます。

2つ目の○といたしまして、高齢者の状態の変化を把握することに期待をする。それをどのように高齢者全体をとらえるかは、今後の議論が必要です。

3つ目の○でございますが、介護費用の抑制というのは、今回の評価項目としていないところでありますけれども、数自体は技術的に把握可能なので、こうした評価の指標についても検討されたい。

4つ目の○でございますが、決め手となるような指標がなかなかないということなので、未病の指標が開発されれば、参考にできるのではないか、こういった指摘がございました。

プロセスに関する質問については、その下に○が5つございますけれども、地域の実情に合った評価が必要なので、ルールを全国一律にするのは難しいところもあるということで、配慮が必要だという御指摘や、保健事業との一体的な実施は、企画立案段階から専門職団体の関与が必要といった意見がございました。

また、その下に全般的な意見を取りまとめているものでございます。そのうちの1つだけを御紹介させていただきますと、高齢者の状態像は数カ月から1年、高齢者全体の評価は計画のサイクルに応じて3年、6年など、評価の時間軸を例示したらどうかという御意見もいただいたところでございます。

以上、一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の現時点の評価に関する整理として、御報告をさせていただきました。

この後は、また議論を深めまして、年末に最終的な報告を予定させていただいているところでございます。

資料1に関しては、以上でございます。

○尾崎振興課長 続きます、振興課長でございます。どうぞよろしくお願いたします。

私から「1 地域支援事業等の更なる推進」ということで、資料2と参考資料1、この2つを用いて、御説明をさせていただければと思います。

特にコアとなる資料を中心に御説明させていただければと思いますので、まず参考資料1をお手元に用意いただければと思います。

1ページ目でございます。本日、御議論いただきたい点、全部で4点ございます。参考資料1の1ページです。地域包括支援センター、ケアマネジメント、総合事業、在宅医療介護連携推進事業、この4点について、御議論いただければと思っております。

地域包括支援センターの関係でございますが、参考資料1の13ページでございます。前回の制度改正で、地域包括支援センターにつきましては、評価指標を導入して、しっかり評価をしてきましようということをやらせていただきました。その結果が13ページでございます。

特に下の段、センターの自己評価の部分でございます。本来であれば、100%の点数をとっていただきたいところでございますが、今、8割ぐらいの点数取得率になってございます。ここの部分をどのように強化していくのか、特に市町村なりの関与をどうしていくのか、こんなことが課題になってくるのではないかと思っております。

15ページでございます。地域包括支援センターについては、業務量が多忙だということがよく言われてございます。どういう業務がどれぐらいの量あるのかということ調べたものが、15ページの下段の資料になります。赤囲みで囲っているのは、特に業務負担が重いと言われている、いわゆるプランの作成の業務になります。全体の業務時間のおよそ3割をプランの作成に充てているということでございます。

16ページでございますが、そのプランにつきましては、作成を外部に委託するというのもできるルールになってございます。予防のプランにつきましては、現状、半分ぐらいのプランが委託をされているということでございます。

1件当たりの委託料ですけれども、4,000円以上がおおむね半分、4,000円未満が約4割、そのような状況になっているということでございます。

センターにつきましては、人員配置の強化ということも言われてございます。資料でいうと、18ページをごらんいただければと思います。これは3職種1人当たりの65歳以上高齢者の数を示したものでございます。ボリュームゾーンとしては、65歳の方、1,000人から1,500人、1,500人から2,000人、このぐらいの人数に1人、職員を配置しているセンターが多いということでございますが、500人以下で1人、非常に手厚く配置をしているセンターもあれば、そうではないセンターもあるという状況で、かなりばらつきがあるということでございます。

19ページでございます。また、センターには、3職種以外、加配をすることもできますが、加配をしているセンターの割合が一番上の段になりますけれども、加配をしているセンター数全体の半分強の56%が加配をしている、そのような状況になってございます。

センターの役割として、地域ケア会議をしっかりとやっていただきたいと思っております。その実施状況について御説明をいたします。21ページでございます。21ページの下に折れ線グラフと棒グラフの組み合わせがございますが、地域包括ケアセンターが開催をする地域ケアの個別会議の開催件数を見ますと、年3回以下というセンターが半分ぐらいにある一方で、毎月やっている、12回以上開催しているセンターも2割ほどございまして、かなり差があるのが実情だと思っております。

28ページをごらんいただければと思います。センターは、基本的には高齢者の方の相談を受けるということではございますが、介護離職ゼロの観点からもさまざまな相談を受けることがございます。そういったときには、土日とか、夜間・早朝、こういった時間帯に相談を受けられる体制を組むということも大事なことだと思っております。その状況がどうなっているかということでございます。

上段が土日です。平日以外に窓口を設置しているかということですが。その窓口の設置をしている周知の有無は別として、設置をしているということが8割5分でございます。

下の段ですが、夜間・早朝の窓口につきましても、周知の有無を問わなければ、8割5分近くのセンターが夜間・早朝も連絡先がある、そのような状況になっているということでございます。

このような点を踏まえて、資料2の5ページに戻っていただければと思います。地域包括支援センターについて、御議論いただきたい点、全部で6点、御用意させていただきました。

1つ目の○ですけれども、こちらはオープンなクエスチョンですが、地域包括支援センターについて、体制の強化を図ることが重要と考えるが、具体的に

どのような方法が考えられるか。

2点目は、前回の制度改正で評価の仕組みを導入しましたが、市町村が保険者として地域包括支援センターの運営に適切に関与する観点から、どのような方法があるか。

3点目でございます。地域のつながり、機能の強化という観点から、センターが居宅介護支援事業所や介護保険施設など、地域の既存の社会資源と連携をして、相談機能を強化していくということも考えられると思いますが、この件についてどう考えるか。

4点目は、プランの話でございます。プランにつきましては、業務負担が大きいのので、センターの業務から外すべきという意見もございますが、要支援者等に対する適切なマネジメントを実現する観点からは、外部委託は認めつつ、引き続き、センターが担うことが重要ではないかと考えてございます。その際には、外部委託を行いやすい環境を整えることも大事だと思っておりますが、この点についてどう考えるかということでございます。

5点目は、市町村の役割の関係でございます。センターの人材確保の観点から、市町村の役割は重要で、積極的に人を置いている市町村なり、地域ケア会議を積極的に開催している市町村、こういった取り組みを後押しすることが大事だと思っておりますけれども、いかがでしょうかということでございます。

6点目は、介護離職防止の関係でございます。地域包括支援センターによる現役世代の支援の強化、これも選択肢の1つだと思っておりますけれども、この点についてどう考えるか。地域包括支援センターについては、このあたりについて、御議論いただきたいと思っております。

恐縮ですが、参考資料1に戻っていただきまして、論点の2点目のケアマネジメントについて、御説明をさせていただければと思っております。

資料でいいますと、参考資料1の41ページを見ていただければと思っております。ケアマネジメントにつきましては、介護保険が創設されたときにつくられた制度でございますが、利用されている方、事業所数もふえてきてございます。また、国民の間の認知度も高まってございまして、41ページは、就業者等の方が介護の相談先として知っている場所、または、実際に相談したことがある場所はどこですかというアンケートに対する回答でございます。いずれもケアマネジャーという答えが一番多くなっていて、ケアマネジャー、ケアマネジメント、こちらが国民の間に浸透してきているということが言えるのではないかと考えてございます。

このケアマネジメントにつきましては、高齢者が地域で生活をしていく観点からは、医療との連携とか、インフォーマルサービスとの連携、こういったものも重要になってくると思っておりますが、例えば42ページあたりからは、前回の介

護報酬改定で、ケアマネジャーさんで利用者が入院されたときの医療機関との連携、こんなものも評価をさせていただきますし、43ページは、退院時の連携、このようなものも評価をさせていただきます。

そういったことで、45ページ、46ページ、このあたりも医療機関との連携をしっかりとやるようにということで、今、努力をしていることを示させていただきました。

地域ケア会議を活用して、多職種の知見を得ながら、ケアマネジメントをしているという例も出てきてまいります。52ページになります。豊明市の例でございますが、上の箱でございます、地域ケア会議の参加者のところを見ていただければと思いますが、2段目からでいきますと、医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、保健師、看護師、歯科医師、かなりの職種の方に参加いただいて、さまざまな知見をいただきながら、ケアマネジメントをやっている例が出てきているということでございます。

53ページは、インフォーマルサービスの関係でございます。現行のルール上、ケアマネジャーさんがケアプランを作成する際には、赤い字のところでございますが、介護保険の対象サービスだけではなくて、地域の住民による自発的な活動によるサービス、こういったものを含めて、プランに位置づけるよう努めてほしいということが書かれてございます。こういった取り組みを広げていくことが大事だと思ひまして、その点についても御議論いただきたいと思ひてございます。また、ケアマネジャーにつきましては、公正中立とか、質の確保、こういったことも論点になることが多くございます。

54ページは、前回の介護報酬改定で行われた公正中立の観点の見直しです。利用者さんと契約する際に、利用者なり、家族なりにケアプランに位置づけるサービス事業所については、複数の事業所を紹介できますということをしちんと説明するように、こんなことで公正中立なケアマネジメントを実現していこうということをやっております。

55ページを見ていただきますと、太く囲ってございますが、その後の調査でも十分な説明を受けたという方が8割になってございます。

56ページですと、複数の選択肢が示されて、自分で選択をすることができた、このような数も多くなっている状況でございます。

質の確保という観点からは、58ページでございます。一定の経過措置期間を置いた上で、居宅介護支援事業所の管理者を主任ケアマネにする、このような取り組みもさせていただきます。

このようにいろいろとケアマネジャーさんについては、取り組んでいただいているところでございますが、63ページを見ていただければと思います。業務負担が大きいというアンケートが出ています。

左側でいいますと、サービス担当者会議の開催なり、インフォーマルサポート、こちらの関係の業務負担が大きい。

右側の棒グラフでいいますと、医療機関、主治医との連携なり、指導・監査の対応、この辺の業務の負担が大きいというアンケートも出ております。

資料は用意できてございませんが、最近は、介護職員の処遇が上がったということもございますので、相対的に処遇が低くなっているのではないかという御指摘もいただいているところでございます。

このようなことを踏まえて、資料2の9ページにいただければと思います。ケアマネジメントにつきましては、4点、御議論いただければと思ってございます。

1点目が医療なり、他分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントが大事だと思えますけれども、地域ケア会議の積極的な活用、介護報酬上の対応も含め、どのような方法が考えられるか。

2点目は、インフォーマルサービスの関係でございます。インフォーマルサービスの含まれたケアプランを推進していくためには、どのような方法が考えられるか。

3点目は、公正中立、質の向上です。さまざまに取り組んでおりますけれども、さらなる推進策として、どのようなものがあるか。

4点目は、適切なケアマネジメントを実現するために、これを担うケアマネジャーについて処遇改善を図ることで、質の高いケアマネジャーを安定的に確保する。これとともに、事務負担の軽減など、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図ることが必要だと思えますけれども、具体的にどのような方法が考えるか。大きくこの4点について、御議論いただければと思ってございます。

恐縮ですが、参考資料1に戻っていただきまして、総合事業の関係でございます。総合事業につきましては、ルールの関係で幾つか御議論いただきたい点がございます。

参考資料1の72ページを見ていただければと思います。総合事業につきましては、それぞれ事業を各市町村でやっていただきますが、その際の単価は、市町村で決めることができるのですが、国が定めた単価、これを上限として、それと同じか、それより低い額で設定すべしというルールになってございます。この点について、意欲的な市町村からは、このあたりをもう少し自由度を高めてほしいような声も聞いてございまして、そのあたりをどうするかということも御議論いただければと思います。

73ページ、今度は全体の事業規模の問題です。全体の事業規模につきましては、一定の上限がございまして、75歳以上の高齢者の伸びで伸ばしていくルー

ルになってございますが、積極的に総合事業に取り組んでいる市町村としては、このあたりは少し弾力化をできないのか、そのような御意見もいただいているところでございます。

77ページです。今度は対象者の関係でございます。現在、総合事業の対象者は、要支援者とチェックリスト該当者になってございますが、対象者が限定されているということで、事業が実施しにくいと言っている市町村がございまして。それぞれのサービスごとに事業が実施しにくいと回答いただいた市町村の割合を書かせていただいています。このあたりをどう考えるかということをお検討いただければと思います。

今の総合企業の足元がどうなっているかということでございますが、81ページをごらんいただければと思います。これはよく出てくる資料でございますが、統合事業、特に多様なサービスを実施している市町村がどのような状況になっているのか。

左側が訪問のサービスでございます。オレンジっぽいところが、いわゆる多様なサービスになってございますが、実施している市町村は、全体の6割程度という形になってございます。

右側が通所系でございますが、オレンジ色のところ、多様なサービスを実施している市町村、全体の6割5分ぐらい、そのような状況になっているということでございます。

多様なサービスができない自治体さんからは、担い手の確保が難しいという声も聞いてございます。その関係でいいますと、いわゆる生活支援コーディネーターさんが地域をまとめて、いろいろとやっていただいているところがございますが、ルール上も少し課題となる点がございまして。それが90ページになります。いわゆるサービスBです。補助形態でやる地域支援事業につきまして、真ん中あたりに下線が引いてございますが、いわゆる有償ボランティアの謝金が補助の対象にならないことになってございます。このあたりについても、どうするかを含めて御議論をいただければと思っております。

総合事業につきましては、この活動の内容についても、御議論いただきたいと思っております。資料でいいますと、96ページをごらんいただければと思います。こちらは総合事業ではなく、デイサービスの例でございますが、デイサービスの活動として、下の段にございますが、利用者さんの方が有償ボランティアをやったり、社会貢献活動ということで、無償のボランティアをやったり、こういったいわゆる就労的な活動をやっている例がございまして。介護が必要になっても、このような取り組みをやられているということでございまして、非常に利用者さんも喜んで聞いてございます。こういったものも総合事業の中でも広げていけないかと考えてございます。

その関係で、98ページでございますが、来年度の予算の事業ということで、今、財務省さんと調整をさせていただいているものでございますが、総合事業の活動として、就労的な活動がやりやすくするような、そんな事業ができないかということで、今、財政当局と調整をしている状況でございます。

以上を踏まえまして、恐縮ですが、資料2に戻っていただいて、14ページをごらんいただければと思います。統合事業に関する論点でございます。論点は全部で8つあります。

上の3つがルールの関係でございます。一番上の○は、それぞれのサービスの単価です。この単価について、国が上限を定める仕組みとなっておりますが、このあたりをどう考えますかというのが1つ目の○です。

2点目は、総合事業の事業規模でございます。後期高齢者の数を踏まえて上限設定されてございますが、このあたりについてどう考えるか。

3点目は、対象者の問題です。要介護認定を受けますと、それまで受けていた総合事業が受けられなくなってしまうということもございます。本人の希望も踏まえて、地域とのつながりを継続するという、これを可能にする観点から、対象者を弾力化することについて、どう考えるかということです。

4点目は、担い手の確保の取り組み、どのような方法が考えられるか。先ほどの有償ボランティアの件も含めて、御検討いただきたいと思っております。

5点目は、市町村の積極的な取り組みが必要だと、これを後押しする方法として何かあるか。

6点目は、都道府県の個別の助言等が不可欠で、これを後押しする方法が何かないかということです。

7点目は、事業を適切に推進するためには、事業評価も大事になってきますし、先行事例を参考として、事業を進めていくという方法も必要だと思っておりますが、これらを有効にするためにどのような方法があるかということです。

8つ目は、総合事業の活動の内容でございます。高齢者に何らかの支援が必要な状態となったとしても、就労的な活動を通じて、地域とのつながりを保ちながら、役割を持って生活できる環境を整備する、こういうこと大切だと思えますけれども、どの方法が考えられるか。このあたりについて、御議論いただきたいと思っております。

恐縮ですが、また参考資料1に戻っていただきまして、このフェーズの最後のテーマ、在宅医療介護の関係でございます。資料でいいますと、参考資料1の100ページです。在宅医療・介護連携推進事業の全体像を示してございまして、平成26年の法改正が入ったものでございますが、いわゆる（ア）から（ク）の8つの事業、こちらについて、現在、全ての市町村で取り組んでいただいているということでございます。

(ア) から (ク) 以外も、104ページを見ていただければと思いますが、8つの項目以外も、6割ぐらいの自治体がほかの項目にも取り組んでいると言っていておりました。認知症の関連政策とか、入退院の調整支援とか、このようなものに取り組んでいただいているところでございます。

在宅医療・介護連携推進事業に課題もございまして、それが105ページになります。左が赤囲みで囲っているところは、課題のところでございます。例えば上から2行目、3行目のあたり、事業実施のためのノウハウが不足しているとか、行政と関係機関との協力関係の構築、このあたりに課題があるということをおっしゃってございます。このあたりには、まだまだ都道府県の期待というのが大きいと思っております。

また、その下の2つぐらいですと、将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできないということをおっしゃってございます。どうしても新しく始まった事業ということもございまして、(ア) から (ク) の8つの事業を行うことそのものが目的になってしまっている自治体さんもあるのではないかと、そのような御指摘もいただいているところでございます。

106ページを見ていただきますと、PDCAサイクルを踏まえた事業展開がどれぐらいできているかと申しますと、在宅医療・介護連携推進事業を評価している自治体は、上の方の棒グラフでございますが、3割という形になってございます。また、PDCAのPからきちんと議論を始めて、事業をやったという自治体も全体の2割ぐらいということで、このあたりはまだ課題があるのかと思っております。

そんな中、110ページでございます。医療と介護の連携は大事でございまして、前回の改定でございますが、前回の改定でも、医療と介護の連携を大分進めてきている、そんなような状況でございます。

116ページです。これに加えまして、平成30年の3月には、人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドラインの見直しが行われまして、主な見直し内容の①の上から2段目です。医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化される、このような動きもございます。

最後のページ、118ページになるとと思いますが、認知症施策推進大綱の中でも、真ん中のところに③とございますが、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、こういったものも大きな柱として、取り上げられているところでございます。

それを踏まえて、論点でございます。資料2の18ページ、最後のページを見ていただければと思います。論点は、大きく2つでございます。

1つ目の丸でございます。全ての自治体でこの事業を実施されてございますが、市町村において、地域の実情に応じて、取り組み内容の充実を図りながら、

PDCAサイクルに沿った取り組みをさらに進めるようにするためには、現行の事業体系の見直しも含めて、どのような方法が考えられるか。その際、このガイドラインの見直しとか、認知症施策推進大綱等の最近の動向も踏まえて、考える必要があるのではないかと、これが論点の1つでございます。

2点目の論点ですが、国や都道府県による広域的な調整、データ活用を含めた市町村支援の充実、これについて、どのような方策が考えられるか、このあたりを御議論いただければと思っております。

資料2の説明は、以上でございます。

○栗原企画官 企画官の栗原でございます。

私から、議題の「2 介護人材の確保・介護現場の革新」について、御説明申し上げます。

資料は、資料3、参考資料2をお手元に御用意願います。

資料3をお願いします。

1ページでございます。まず最初に、介護保険事業計画における記載の位置づけについて、整理させていただいております。都道府県が策定する介護保険事業支援計画におきましては、人材の確保、それから、資質の向上に資する事業に関する事項について、計画に定めることとされておりまして、各都道府県におきましては、各種の取り組みについて計画に定めまして、国からの補助や地域医療介護総合確保基金を活用しながら、これらを推進しているところでございます。

2つ目の○のところでございますが、市町村につきましても、こちらの介護保険事業計画におきましても、人材の確保・資質の向上について、定めるとされておりまして、各市町村においても、地域の特色を踏まえて、国や都道府県と連携しながら、取り組みを進めることとされているところでございます。

2番でございます。人手不足の状況と足元の取り組みでございます。これも御案内のとおりでございますけれども、介護関係職種の有効求人倍率は、全職業よりも高い状況、それから、都道府県別に見ても、全都道府県で2倍を超えている状況がございます。

2つ目の○のところでございますが、将来の需要を見ますと、2行目のところですが、2016年度の約190万人に加えまして、2020年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を上乗せしていく必要があるという状況がございます。このため、処遇改善、それから、多様な人材の確保育成、離職防止・定着促進・生産性向上、介護職の魅力向上、さらには外国人材の受け入れ環境整備など、総合的な介護人材確保対策を実施しているところでございます。

2ページ目をお願いいたします。続きになりますけれども、さらにというこ

とで、1つ目の〇のところでございますが、昨年12月に介護現場革新会議を立ち上げまして、本年3月に基本方針を取りまとめております。1つ目、人手不足の中でも介護サービスの質の維持向上を実現するマネジメントモデルの構築、2つ目、ロボット・センサー・ICTの活用、3つ目、介護業界のイメージ改善と人材の確保といった課題に介護業界を挙げて取り組む必要性を共有いたしました。

こういうことを踏まえまして、2つ目の〇のところに記載のとおりで、今年度は、全国7カ所の地域でパイロット事業を実施しているところがございます。

ここまでが現状ということで、これは7月26日の部会でも御説明させていただいたことと重複しておりますが、ここから今後どうしていくかということを整理させていただいております。

3番目のところですが、来年度、令和2年度の取り組みの方向ということでございます。来年度におきましては、介護現場革新会議の基本法則等を踏まえまして、高齢者のマッチング、それから、若者への多様なアプローチを重点に処遇改善、ICT活用等の環境整備を進めまして、介護現場の生産性向上に資する人材確保に総合的に取り組むこととしております。

8月末の予算の概算要求におきましては、厚生労働省として新規拡充の取り組みをさまざまに盛り込んでいるところがございます。参考資料の15ページ以降ですが、概算要求の主要事項や関連のポンチ絵を入れておりますので、こちらを御参照していただければと思っておりますが、本体資料3の2ページの3の(1)のところですが、多様な人材の参入促進を図るために、元気高齢者等の参入促進セミナーの実施、人材確保のためのボランティアポイントの活用、事務手続等の支援です。

3ページをお願いします。(2)のところですが、働きやすい環境の整備を図るため、悩み相談窓口の設置、それから、ハラスメント対策の推進、若手介護職同士のネットワークの構築支援です。

さらには(3)のところですが、これまでの生産性向上ガイドライン、パイロット事業等の成果を全国に普及するために、全国セミナーの開催、あるいはファシリテーター養成手引きの作成、各都道府県における介護現場革新の取り組みへの支援です。

(4)ですが、介護ロボットやICTの活用に関しましては、介護ロボットの開発・普及の加速化、さらには居宅介護支援事業所とサービス提供事業所のICT化、情報連携の推進、また、事業所がICT、介護ロボットを導入する際の支援の拡充です。

(5)このほかでございますけれども、処遇改善加算の取得促進に向けた支援の充実、外国人介護人材の受け入れ施設への環境整備のための支援、さらに

はハローワークの人材確保対策コーナーの拡充、こういったものに取り組んでいきたいと考えているところでございます。

4 ページ目をごらんください。さらにその先、第8期計画期間における取り組みの方向性を記載させていただいております。

1つ目の○でございますが、現下の厳しい介護人材難の状況、それから、介護サービス需要の一層の増加に鑑みまして、第8期計画期間におきましても、引き続き、介護人材の確保につきまして、新規人材の確保、離職の防止の双方の観点から、総合的な対策を進めていくことが必要です。

ここの下に※で書いていますとおり、富士山型の構造を目指しながら、介護業務の中心的担い手となる若者、即戦力となる潜在介護福祉士を初め、多様な人材の参入、活躍を促進する、また、働きやすい環境整備を進めるとともに、介護現場の魅力向上の取り組みを進めるべきと考えております。

2つ目の○のところでございますが、さらにということで2040年を展望しますと、現役世代の減少が顕著となります。地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が大きな課題となります。このため、高齢者の活躍を促進しまして、健康づくり・介護予防を図るとともに、介護の支え手として活躍していただくことが重要となります。また、介護現場における文書の削減や、標準化、ICTの活用等を進め、人的制約がある中で、質の高いサービスが提供できる環境を整備していくことが重要となります。これらの取り組みを一層推進していくべきと考えております。

3つ目の○のところでございます。現在の計画期間におきまして、介護現場革新会議を立ち上げるとともに、革新的な取り組みについて、先進自治体においてパイロット事業を実施しているところでございます。この好事例、ノウハウを全国展開にしていく取り組みを進めているところでございますが、第8期計画期間におきましては、全国各地の介護現場で業務改善等の取り組みが進むように、全国各地域における介護現場革新の取り組みを一層推進しまして、対応の底上げを図るべきと考えております。

4つ目でございます。介護現場が直面する課題に対応していくためには、関係者がそれぞれの役割・責任を果たしながら、一体となって普段の取り組みを続けていくことが必要でございます。介護人材不足は、全国的な課題ではあるものの、具体的な状況、対応方策は各地域で異なっております。各都道府県、各市町村において、関係者の協働のもと、地域の実情に応じて、きめ細かく対応していく体制整備を図っていくべきと考えております。

1つ、※のところでございます。市町村で介護人材の確保育成に向けた体制を整備する動きも出ているということで、参考資料2の28ページをごらんいただきたいと思っております。東京都武蔵野市の事例でございます。

1つ目の○のところ、専門職や地域の担い手も含めた福祉人材の育成と確保を目的に、平成30年の12月になりますけれども、武蔵野市地域包括ケア人材育成センターが創設されております。ここで人材の発掘・養成、質の向上、相談受け付けや情報提供までを一体的に行い、事業所や団体における人材の確保の総合的な支援などが実施されているということも承知しております。

本体資料に戻っていただきまして、5ページをお願いいたします。論点ということで書かさせていただいております。4つでございます。先ほどの取り組みの方向性と裏腹の部分がございます。

1つ目ですが、第8期計画期間において、介護人材の確保、介護現場の革新を進めるために、現在、活躍されている介護職員の方が感じているやりがいや、働き続けられている理由などに着目しながら、各所の取り組みの方策としてどのようなことが考えられるかということなのです。

特に高齢者の活躍の促進、介護現場における文書の削減や標準化、これにつきましては、下の※に書いていますとおり、専門委員会を設置しまして、国、自治体が求める文書に関して、簡素化、標準化、ICTの活用等の観点から、検討を進めているところでございますが、そういった状況でございます。それから、ICTの活用等を一層進めるための方策として、どのようなことが考えられるか。さらには介護現場の業務を減らす実効的な仕組みや方策として、どのようなことが考えられるかということが2つ目でございます。

3つ目、各地域、各介護現場で業務改善等の介護現場革新の取り組みを進めるための体制や方策について、どのように考えるかということなのです。

さらには4つ目として、介護人材の確保、介護現場の革新について、各都道府県、各市町村において、関係者が協働しながら、地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制や方策について、どのように考えるか。こういった点について、御議論いただければと考えております。

以上でございます。

○山口介護保険計画課長 続きまして、資料4でございます。被保険者・受給者範囲について、介護保険計画課長から御説明させていただきます。

被保険者・受給者範囲につきましては、8月29日の本看護保険部会において、一通り御議論いただいたところですが、さらに御議論を深めていただくということで、今回、資料をつけさせていただいております。

前回の資料とほぼ同じものを出しておりますけれども、もう一回、御説明いたしますと、介護保険制度の創設時において、被保険者の範囲につきましては、65歳以上の第1号被保険者、40歳以上、64歳以下を第2号被保険者とするという形にしております。その理由としては、40歳以上になれば、老化を原因とす

る疾病による介護ニーズの発生の可能性が高くなるということと、みずからの親も介護を要する状態になる可能性が高くなるということで、負担に対する御理解をしていただけるのではないかとということで、40歳以上を介護保険の被保険者としたわけでございます。

それに伴いまして、給付につきましても、65歳以上は、原因を問わず、要介護状態であれば、給付対象となるということですが、40歳から64歳の方は、老化に伴う介護ニーズの観点から、特定の疾病、例えば関節リウマチと加齢に起因する疾病の場合によって生じた要介護状態のみ、給付を行うとしております。

年齢の区分につきましては、これまでも多々議論をいただいてきたところでございます。特に平成19年におきましては、介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議を設置いたしまして、御議論いただいたところですが、主な論点としては、介護保険制度自体を障害者の介護も含めた普遍的なものにする、制度の普遍化を目指すべきか、それとも、高齢者の介護保険ということで、現状を維持するような形で、高齢者の介護保険を維持するかを中心に議論が行われてきたということでございます。

2ページ目をおめぐりいただくと、平成28年当時の介護保険部会の意見を抜粋されたものがございます。ごらんいただくとおり、40歳の年齢の引き下げ、拡大に関しては、若年世代の納得感が得られないのではないかとという御意見とか、あるいは障害者の介護は、保険にはなじまないのではないかとという御意見で、かなり慎重な御意見が多かったということでございますが、その一方で、将来的には介護保険制度の普遍化が望ましいという御意見とか、介護保険の取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き、検討を行うことが適当であるとされたところでございます。

最後の3ページ目ですけれども、実際、介護保険を取り巻く状況は変わってきているということは、事実としてございます。まず給付費に関しては、制度創設当時から比べると、約3倍に膨れ上がっている状態になっています。

その一方で、保険料の負担者である40歳以降の人口は、将来的に見ても減少が見込まれているということがございます。2020年度で、40歳以上64歳以下の人口の割合は53.8%、2025年度で53.1%、2035年度で49.7%という状況でございます。

そういった中で、前回、論点を提示させていただいて、介護保険制度の普遍化を目指すべきか、それとも、高齢者の介護保険を維持すべきかということで御議論をいただいたわけですが、その際に、一番下の点線の四角にありますような御意見をいただいております。

第2号被保険者の範囲の拡大、40歳の年齢の引き下げに関しては、非常に慎

重な御意見が多かったと思いますけれども、その一方で、近年、60歳以上後半の方の就職率の上昇とか、要介護認定率が低いことを勘案すると、将来的には第1号被保険者の年齢を引き上げる議論も必要ではないかという御意見も出されたところであります。

その際に、今回、我々として論点をさらに追加させていただきまして、年齢の区分の変更は、第1号被保険者、第2号被保険者の区分を変更するということは、一体どういう影響が出るかということのを改めて入念的に書かせていただいたものでございます。

65歳という年齢で区切られていますけれども、それによって、保険料の設定とか、徴収方法、給付を受ける要件、先ほど申し上げたとおり、特定疾病が第2号被保険者の介護給付を受ける要件になっておりますけれども、そういった形で差異が設けられているということでございます。

そうなりますと、年齢を例えば第1号被保険者の区切りを65歳から75歳に引き上げたとした場合には、現行、65歳、70歳の方は、受けられていたサービスが将来的には受けられないものになるとか、あるいは保険料に関しても、今まで第1号被保険者として、保険料を支払っていたものが、第2号被保険者になると、働いている方に関しては、事業主負担も含めて、若者と同じように保険料を御負担いただくということが必要になるということで、負担論からの御議論も必要ではないかということで、今回、論点を追加させていただいたところでございます。

資料の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。

事務局から延々と説明がありましたけれども、非常に盛りだくさんでございまして、残りの時間で議論をするということですので、効率のよい、要領のよい御発言をいただければと思います。

御質問、御意見をいただければと思いますが、いかがでございましょうか。久保委員、河本委員の順番でお願いいたします。

○久保委員 ありがとうございます。

私からは、地域支援事業などのさらなる推進の部分で3点、それから、介護人材の確保、介護現場の革新について、1点、意見を述べさせていただきたいと思っております。

1点目は、地域包括支援センターについてです。介護予防ケアマネジメント業務の介護予防ケアプラン作成に当たっては、要介護のケアプラン作成より手間がかかるケースがあります。

委託料が低過ぎるから受けたくないという声をよく聞きます。しかし、保険者との関係性を保つために、仕方なく受けているケースがあります。要介護1、要介護2のケアプラン料が約1万円にもかかわらず、介護予防の委託料が約4,000円と低過ぎます。地域包括支援センターの業務負担の軽減では、居宅介護支援事業所が委託を受けやすくなる観点からも、予防ケアプランの委託料の改善が必要と考えています。

2点目です。ケアマネジメントについてです。介護職員は、処遇改善加算や特定処遇改善加算などの処遇改善が進みましたが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは対象外となっているため、ケアマネジャーの賃金よりも介護職の方が高くなっているケースが発生しています。ケアマネジャーは、介護福祉士となった人が上位職種として目指すケースが多く、今後、このような処遇の状態が続くのであれば、ケアマネジャーを目指さなくなることも考えられ、ケアマネジャー不足になるおそれがあります。したがって、ケアマネジャーの処遇についても、引き上げるよう、要請します。

3点目です。総合事業についてです。2018年4月より、総合事業は介護保険制度から外れ、地域支援事業として改めてスタートすることになりましたが、報酬単価が低いことにより、不採算が原因で多くの事業者が撤退しました。自治体によっては、不採算になっている事業を受けるように圧力をかけるようなケースもあり、介護事業者の全体の経営に対する悪影響が生じていることも、現場から報告されています。

報酬単価の決定に至っては、保険者と介護事業者との間で協議、決定するよう、国は指導していますが、実際には、保険者が一方的に決めていると介護現場から報告が多数あります。したがって、報酬単価の決定については、国の指導どおり、保険者と介護事業者との間で協議、決定するよう、再度、徹底いただきたいと思います。

次に、介護人材の確保、介護現場の革新についてです。現在、全産業が人材不足に陥っています。このような中で、介護人材を確保するためには、全産業の処遇格差についても、直視しなければなりません。これからも介護人材確保については、介護従事者の処遇改善が最も重要です。

国は、いろいろな対策を講じようとしています。この処遇改善を差しおいて、さまざまな対策を講じて、人材確保が困難であると言わざるを得ない状況にまで来ていると思います。したがって、介護人材確保のためには、処遇改善が最大の処方箋であると考えます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。

時間の関係もございますので、私も4点に絞って、意見を申し上げさせていただきます。

1点目は、ケアマネジメントの関係でございます。ケアマネジャーの方を医療と介護の連携のかなめということで、その重要性は私どもも十分に認識しております。そのケアマネジャーの方に相談とか、そういった業務により多くの時間を割いていただくためには、先ほどの資料にもございましたけれども、書類の削減とか、手続の簡素化、そういったことを進めるべきだと思います。

先ほどの参考資料1の63ページにもございましたけれども、こういったところで業務負担が大きいというペーパーがございましたが、この中で医療機関とか、主治医との連携調整というところが一番高くなっておりますけれども、こういった部分については、医療側とも十分に工夫をして、負担軽減に取り組んでいただければと思います。

2点目は、総合事業の関係でございます。総合事業の事業費は、後期高齢者の伸び率を踏まえた上限額の範囲内で実施することが望ましいと考えます。もちろんその中で事業を効率化、重点化して、その予算の中で事業を実施できるように、まずは工夫すべきなのではないか。その意味では、性急な見直しは適当ではないのではないかと考えるところでございます。

3点目は、介護人材の確保の関係でございます。人材の確保につきましては、資料にもございますけれども、生産性向上、あるいは業務効率化の取り組みが不可欠だと思います。また、新規人材の確保とか、あるいは離職の防止、そういったことについて、事業所の大規模化とか、あるいは事業所間の連携強化、そういったことも有効ではないかと考えておりますので、そういったことも御検討いただければと思います。

最後、4点目でございますけれども、被保険者の受給範囲の話でございます。申すまでもなく、現役世代は、高齢者の医療費の負担とか、今、相当な負担を強いられております。その意味では、世代間の給付と負担のバランスが崩れていると、私どもは申し上げておりますけれども、そういう中で、現役世代の負担をさらに拡大するような、第2号被保険者の範囲を下に拡大する、そういったことについては、慎重であるべきだと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

ほかにもございますか。大西委員、安藤委員の順番でお願いします。

○大西委員 ありがとうございます。

それでは、論点は多岐にわたっておりますけれども、幾つかといいますか、結構、数が多くなりますけれども、お話しをさせていただきたいと思えます。

議題「1 地域支援事業との更なる推進」の中で、1番の地域包括支援センターについてでございます。資料2の5ページに論点が載っておりますが、その4つ目の介護予防ケアマネジメント業務についてでございますけれども、御説明もございましたように、地域包括支援センターにつきましても、介護保険法におきまして、総合相談支援業務でありますとか、権利擁護業務等々、そのような幅広い業務が必須とされているところでございます。

このような幅広い業務に加え、近年、高齢化のさらなる進展等に伴いまして、認知症高齢者の問題、あるいは虐待の問題、支援困難事例、成年後見制度への対応といったように、高度な専門性が求められるとともに、複雑多様化した相談対応も増加しており、全体として業務量の増加が著しいものとなっております。本市におきましても、そのような状況でございます。

そこで、介護予防ケアマネジメント業務をどうしていくかということでございますけれども、本来は、自治体が設置する地域包括支援センターが担うことが望ましいと考えておりますが、居宅介護支援事業所の管理者の要件が、指導的立場でございます主任ケアマネジャーとされていることに鑑み、また、要支援から要介護の移行時におきまして、同一のケアマネジャーによる、切れ目のない支援を行うことができるという利点もございますことから、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメント業務を担えるよう、地域の実情に応じた柔軟な対応を図っていくことも可能ではないかと思っております。

いずれにいたしましても、地域包括支援センターの業務がかなり膨大になってきているということで、ある程度、関係機関の間で役割分担を図っていくことも必要ではないかと思っております。

2点目のケアマネジメントについてでございます。9ページにございます論点の4つ目でございますけれども、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、要介護者等のケアマネジメントだけではなく、医療介護との連携や入退院支援、また、支援困難事例への対応等、業務が複雑高度化するとともに、地域包括支援センターと同様、負担がどんどん大きくなってきていると思っております。

また、主任ケアマネジャーの資格の取得の際や、ケアマネジャーの資格更新の際に必要となります、研修の受講に当たりまして、数十時間にも及ぶ各研修課程が設けられており、その研修を受講するために、長期間業務から離れるということで、現場業務に支障を来していることもあると思っております。そのような観点からも、研修受講にかかる負担軽減についても検討していただき

いと思っております。

ケアマネジャーの事務負担軽減に関しましては、例えば総合事業のサービスA、サービスB、サービスCに係るケアマネジメントの様式につきまして、介護給付と比べ、サービスの内容が緩和されているということでございますので、ある程度簡易なものに改めていただけないだろうかという声も聞こえております。

居宅介護支援業務とあわせて作成が義務づけられております各種書類について、できるだけ簡素化すること、また、ICTの積極的な活用による負担軽減といったことを、鋭意進めていく必要があるかと存じております。

先ほどもお話しが出てきましたけれども、介護保険サービスの利用者は、年々増加しております、ケアマネジャーの確保は重要な課題であるということでございます。近年、このケアマネジャーの受験者数も低下しております、有資格者であっても、ケアマネジャーの業務に従事しないという現状も見られているということでございます。したがって、ケアマネジャーの安定的確保といった面からも、何らかの処遇改善等の検討が必要ではないかと思っております。

3点目の総合事業についてでございます。14ページに論点が書かれておりますが、2つ目、3つ目、4つ目の名論点について、お話しをさせていただきたいと思っております。

総合事業の上限額、規模の上限でございますけれども、現在もある程度弾力的に運用していただいているところでございます。希望する市町村がさらに積極的に取り組めるように、弾力的な運用を今後とも継続し、前向きに検討していただきたいと思いますと思っております。

総合事業の住民参加型サービスBのごみ出しサービス等についてでございますけれども、実際、サービスBにつきまして、要介護認定者から提供を継続してほしい、新たに希望するといった要望の声が上がっているところでございます。したがって、本人の希望を踏まえたサービスを提供するという観点からは、総合事業の対象者の弾力化といったことは、意味があると考えられます。

ただ、一方で、介護給付と総合事業の区分もしっかりつけていく必要もあるかと思っておりますので、それをなし崩しにするおそれもあるということ、また、そうなると、保険者によっては負担増につながるということが予想されるということでございまして、両面あるかと思っておりますので、地域の実情等をちゃんと調査していただいた上で、慎重に検討していただきたいと思いますと思っております。

総合事業の担い手の確保や高齢者が役割を持って生活できる環境整備に関連いたしまして、総合事業の担い手として、元気な高齢者に参加してもらうということで、退職後に初めて地域に出て行って参加するというのではなく、退

職前に何らかの形で研修等々を企業と協力してやっていただきまして、取組に参加してもらえるような、あるいはそういうものがあるのだということを認識していただけるような仕組みづくり、活動の周知等を検討していただきたいと思っております。

4点目の在宅医療・介護連携推進事業についてでございます。18ページ、論点が2つ掲げられております。

在宅医療・介護連携推進事業でございますが、説明にもございましたように、(ア)から(ク)の8つの事業につきまして、平成30年4月までに、全ての市町村において実施が求められたところでございます。

市町村にとりましては、特に小さな市町村では、初めて医療施策にかかわるということになったために、とにかく着手することが優先されまして、取り組みやすい項目から着手するという傾向が見られたと思っております。

地域の医療・介護の資源の把握でありますとか、在宅医療・介護の連携の課題の抽出と対応策の検討といったことについて、PDCAサイクルに沿った取り組みということでは、まだ十分になされていないような状況が見られると思っております。

そのため、PDCAサイクルに沿った取り組みを進めていくためには、市町村も改めて事業の内容が見える化いたしまして、課題解決に必要な取り組みが何かを明らかにして、目的をきちんと持った形で進めていく必要があるのではないかと思っております。

国と都道府県の市町村支援についてでございますけれども、在宅医療を推進していくためには、地域レベルでの在宅医療提供体制の整備が不可欠でございます。医師会を始めとする関係機関の協力が一層重要となると存じます。

そういう関係機関の連携の中で、在宅医の確保、あるいは在宅のケアチームへの支援を進めるに当たっては、都道府県が定める地域医療構想の施策と密接に関連しながら進めていくことが必要でございますので、特に都道府県の関与、支援がぜひとも必要だということを言っておきたいと思っております。

議題2につきましては、以前に発言させていただいておりますので、今回は、省略させていただきます。

最後に、議題「3 被保険者・受給者範囲」でございますけれども、先ほどもお話しに出ておりますが、そもそも介護保険制度の財源は、基本的に税、保険料が半々という考え方でセットされているわけでございますので、被保険者・受給者の範囲を変えていくことになると、特に税のあり方に関する国民の理解が得られないことには、制度も動かしづらいということでございます。

ただ、このまま放っておいていいというわけではないと思っております。しかも、

現実といたしまして、いい方向として、例えば65歳以上の高齢者が増えても、65歳以上の就業者数も、本市もそうですがここ近年、どんどん増えてきております。そういう人たちがたくさん出てくるということ、それから、一方で、いわゆる40歳以上の生産年齢人口、担い手が少なくなってくるということ、そういう年齢構成が相当大きく変わってきますので、今後のある程度の中長期的な見通しをきちんと示した上で、このままでは持続可能性の確保は厳しいといった現状を訴えながら、国民的な議論をした上で、方向性を決めていくことが必要だと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

安藤委員、お願いします。

○安藤委員 ありがとうございます。

1点質問と、3点の意見を述べさせていただきます。

質問でございますが、ケアマネジメントに関しまして、改革工程表2018におきまして、介護のケアプラン作成について、給付のあり方を検討するとされております。この点につきましては、利用者負担を設けることで、世代間の公平に資するだけではなく、より利用者本位のケアプランが作成されることにもつながると考えますので、ケアマネジメントの利用機会を確保する必要があることには留意しつつも、質の高いケアマネジメントを提供する観点から、前向きに検討をするべきであると考えております。

ただ、本日は議論に資する資料がございませんので、給付と負担の見直しについて議論する際など、今後、年末の取りまとめまでに議論をし、結論を得るという認識でよろしいのかどうかということです。

総合事業につきまして、14ページの2つ目の論点なのですが、各市町村において、国が定める上限額の中で、効果的・効率的に実施することがあるべき姿であると考えており、現時点では、安易に上限額を弾力化すべきではないと考えております。仮に上限額の弾力化を議論するのであれば、財源の一部を負担する現役世代の納得も得られるように、介護費用の削減効果はどうなっているのかなど、アウトカムを示した上で議論をしていくようお願いしたいと思います。

3つ目の論点なのですが、対象者を弾力化し、要介護者も対象とすることについて、必要であるということは、一応認識はしているのですが、データに基づき、慎重に検討していただきたいと思っております。例えば、具体的にどのくらいの要介護度の方がどのようなサービスを活用すると、重症化予防につながって

いるのかというアウトカムデータに基づいた議論が必要であると考えております。

被保険者・受給者範囲についてなのですが、介護保険制度創設当時に被保険者の範囲として、みずからの老化などによりサービスを受けることになる65歳以上の方と、老化により介護ニーズの発生率が高まって、みずからの親も介護サービスを利用することにより、介護負担が軽減されることとなるということから、40歳からとなっているのですけれども、この部分につきましては、現在から見ても、一定程度合理性があると考えております。

ただし、これからの2040年以降を考えますと、高齢者が増加する一方で、支える側の勤労者側の方たちの人口が減るということが既に目に見えていますので、この点を考えますと、支える側の人口は、これから将来的に減るということを考えれば、どうしても被保険者・受給者範囲の見直しは、今から少しずつ議論を進めていく必要があると考えております。

その議論を進める上で、介護保険ということだけではなく、年金や医療保険などのことも考えながら、それぞれの制度と整合性がとれた仕組みにする必要があると考えております。この意見につきましては、井上委員からの意見にも書いてございますので、ここは慎重に議論していくべきだと考えております。

我々としては、これ以上、若い世代の方たちに負担を強いるような被保険者の範囲を下げるということにつきましては、非常に反対であるということをお申し付けさせていただきます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

1つ、質問がありましたので、お願いいたします。

○尾崎振興課長 振興課長でございます。

ケアマネジメントに関する給付のあり方については、今回の議題からは外れてございますが、ほかにも給付と負担の議論をする回がございますので、そこで御議論をいただければと思います。

○遠藤部会長 よろしいですか。

私の勝手な順番なのですが、伊藤委員、藤原委員、柏崎参考人の順番でお願いいたします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

PDCAサイクルに沿った介護予防の推進方策のところですが、どのよう

に評価をしていくのでしょうか。多分、市町村の報告に基づいて、都道府県が評価をしていくと、その基準は、国で示すという形になるのではないかとは思いますが。評価指標を見ますと、かなり住民の幸福感の変化率とか、行政内の連携体制の整備状況など、多様な主体と連携して取り組みを進める体制の整備状況とか、割と定性的で、どのように評価をされるのかは、いまいち現時点ではわかりにくいところもあります。評価された結果が政策的に活用されるということだと、納得性が重要だと思いますので、報告の仕方によって評価が変わっていくことがなるべく抑えられるような仕方が重要だと思います。

論点ですけれども、地域包括支援センターについては、相談の対応の重要性とか、ニーズの多様化などと示されているとおり、体制の強化が必要だと思います。その中では、前も申し上げましたけれども、ケアマネジメントについては、委託すればできますと書いてあるのですが、外部委託は認めつつ、適正なケアマネジメントを実現する観点というところは、どのように理解しているのでしょうか。外部委託する必要があるのか、疑問があります。地域包括支援センター同士の連携は、前にも申し上げましたけれども、遠隔地での連携を含めて、介護離職防止の観点から重要だと思っています。しかし、連携となってくると、これで間接業務的なものが増えてしまい、直接の相談業務に割ける時間が減るということになれば、本末転倒だと思っていますので、こういった体制の強化が可能になるような財源を含めて、対応は必須だと思っています。

周知の問題はあるかもしれないけれども、解消はしているという報告がありました。周知は大事だと思っていまして、地域包括支援センターは、名前としてはかなり浸透しているとは思いますが、自治体によっては、必ずしも地域包括支援センターという言葉を使っていない場合があると聞いています。「相談は地域包括支援センターに行けばいい」と言っても、それが特定できない、そこにたどり着けないというケースが依然としてあると聞いています。したがって、本来、共通の名前がいいとは思いますが、自治体によって違う名前も認めるのであれば、それはそれで周知を徹底するという必要があると思います。

ケアマネジメントについては、インフォーマルサービスの視点というところを読むと、地域とのつながりを保つためのインフォーマルサービスということで書いてありますので、その点については、理解ができますけれども、今、デイサービスでも嫌がる人がいる中で、それをどのように結びつけていくのかということは、引き続きの課題だと思っています。

インフォーマルサービスという表現は、住民主体の活動という趣旨で書いてあるのでしょうか。保険外サービスのプラスアルファの必要以上の保険外サービスをケアマネジメントに位置づけることを推奨するかのようにも読めてしま

いますが、それは違うと思いますから、そこは区別して議論をしていく必要があると思っています。

ケアマネジメントの公正中立性ということは、とても重要だと思っています。給付費分科会で前に議論しましたが、介護事業経営実態調査の結果を見ると、居宅介護支援事業所については、唯一サービス類型の中で赤字になっています。赤字でどうして事業が継続できるかというのは、おのずと知れているわけで、居宅介護支援事業所が独立して経営ができ、適切なケアマネジメントが行えるような体制をつくっていく、そういう検討が必要だと思っています。

総合事業については、対象者を広げていくとか、上限額についても柔軟化することは必要だと思います。けれども、広く利用できるようにしていくとなると、極端な話、ポピュレーションアプローチ的な性格になってくるので、まずは予防のエビデンスを示していただいた上で、上限額や対象などの拡大の検討、そういう手順が必要なのではないかと思っています。

実施体制について、担い手のところですが、今、高齢者雇用がとにかくものすごい伸びです。団塊の世代が就業にどんどん入ってきていて、65歳のときより、70歳に団塊世代が入ったときのほうが、就業者数の伸びが大きいというぐらい、雇用労働にどんどん結びついているわけです。ですので、総合事業のボランティア的な活動に結びつけていくには、かなりいろんな工夫が必要だと思っています。

そういうことを考えると、企業で働くのがそろそろきつくなったときに、こういうボランティア的な活動もあるという人に、企業から離れていく前の段階で、うまくつないでいく。企業との連携が必要なのではないかと思っています。

介護人材の確保については、先ほど御指摘がありましたけれども、処遇改善が引き続き必要だと思っています。年収440万円の職員が事業所に1人で終わりではなく、みな全産業平均に向けて、引き続きの処遇改善が必要だと考えています。職種についても、ケアマネなどは対象になっていないわけですから、対象も拡大していくということが必要だと思っています。

文書削減も大事だと思っているのですが、処遇改善加算に関して、賃金に反映されていないという訴訟があって、それに対する判決も一旦は出ています。判決の中で、処遇改善加算の計画どおりに払わなくてもいいということが示されているようでして、処遇改善加算の趣旨を没却するものではないかと思っており、お考えを聞きたいと思っています。意見として申し上げておきたいのは、処遇改善加算が確実に賃金に反映さるよう、それを担保するものとして、処遇改善計画の策定と自責報告の提出は、引き続き、簡略化することなく、確実に行っていく必要があると思っています。

被保険者・受給者範囲については、現状が第2号被保険者について、給付範

困が狭い、16疾病しかないということが適切ではないと考えております。受給要件を加齢に伴う要介護状態に限定することなく、要介護状態に広げ、若い人にも普遍的なものとして制度化していくことが、本来の姿だと思っております。これを引き続きの検討をしていただきたいと思います。

一方、今回示された第1号と第2号の年齢区分の65歳というところをどう動かすかという考えのことですけれども、これについては、もともと65歳で決めることによって、給付面の自動調整機能をビルトインしていると理解しております。むしろそこを変えてしまうと、高齢者の負担が減るということで、もっと使っていいのだということにもなりかねません。この間、年齢区分は65歳ということで決めて、きていますので、この点は慎重に検討していく必要があると思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

藤原委員、どうぞ。

○藤原委員 市町村というのは、直接の事業をやったり、保険料等も徴収しながらやっているわけでありまして、非常に微妙な関係で福祉事業を推進しております。そういう中で、今回の制度改正について、若干問題がありますので、その点について、お願いをしたいと思います。

初めに、資料2の地域包括支援センターについて、申し上げます。私の村でも、直営で地域包括支援センターを設置しておりますが、最近、業務量が急激に増加しております。そういう中で、求められる業務全てを行うことが非常に難しくなってきました。したがって、今後は、地域包括支援センターでなくてはできないことと、そうではないことに分け、整理していくことが必要だと考えております。

その意味では、地域全体を見越した連携、調整等の地域づくりに関することが、地域包括支援センターの業務として、最も重要なものだと考えております。

町村では、専門職の確保が非常に困難なため、体制の強化も容易にできないという現状も申し上げておきたいと思っております。

5ページの4つ目の論点に、介護予防ケアマネジメント業務の外部委託を行いやすい環境の整備についてであります。要介護のケアマネジメントと同程度の加算を設けるなど、ケアマネの業務に対しての報酬の見直しが必要ではないかと考えられます。

なお、5つ目の論点に、地域包括支援センターの積極的な体制強化などを行う市町村の取り組みを後押しすることが重要という記載がありますが、ぜひと

もインセンティブ交付金の活用ではない形で後押しをしていただければと思います。

資料2の総合事業についてであります。14ページの1つ目の論点に、総合事業のサービスの価格の柔軟な設計とありますが、ある程度の基準となる単価設定は、今後とも必要と考えますので、その辺も考慮をお願いしたいと思います。

2つ目の論点に、各市町村の総合事業の事業者の上限設定について記載がありますが、第1号事業の事業費は、毎年、一定程度の額は必要になりますし、要支援等の状況を維持することができれば、その分、事業者も増大するわけがあります。

一方、一般介護予防事業への期待が高まる中で、市町村が一般介護予防事業を充実すればするほど、当然これまで以上の事業費が継続的にかかってきます。しかしながら、現行の上限設定と個別協議の仕組みでは、介護予防の積極的、継続的な取り組みがしづらいという声も聞いております。したがって、総合事業の事業費の上限設定につきましては、市町村が安心して積極的、継続的、安定的に一般介護予防事業に取り組めるような仕組みにしていただけるよう、お願いしたいと思います。

3つ目の論点につきましては、まずは、各市町村における総合事業の事業費や地域包括支援センターの業務負担、事業所のサービス提供体制など、総合事業の対象者の弾力化によるさまざまな部分への影響について、しっかりと検証することが必要だと考えられます。

7つ目の論点にある先行事例や好事例につきましては、どこの市町村でも実施可能な、取り組みやすい内容を多く紹介していただきまして、具体的な流れまで提示いただくと、取り組みが有効に進められるのではないかと思いますので、その辺もよろしくお願い申し上げたいと思います。

次に、介護人材の確保の問題につきましては、この部会でも意見を申し上げておりますが、特に中山間地域や離島など、先行して高齢化が進んでいる地域では、既に現役世代が減少し、担い手になる人材を地域内で確保することが非常に困難になっております。ぜひとも都道府県、あるいは国からの支援体制、または広域的に人材を確保する体制の構築を検討していただければと思います。

私は長野県であります。長野県には、そういう専門職の人材センター、人材バンク等をつくったらどうかという提案をしております。また、参考資料2の31ページに、武蔵野市の事例がありますが、このような介護人材を養成し、人材が不足している地域とつなぐような仕組みを、例えば都道府県単位など、もっと広域的な範囲で構築していただければ、非常にありがたいと思いますので、その辺もしっかり支援できるような体制を国で御指導していただければと

思います。

先ほど大西委員からも話がありましたが、市町村というのは、共通の問題が幾つもありますので、ぜひその辺をしっかりと確認していただきまして、制度改革につながるよう、よろしくお願いをしたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

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。

それでは、議題1の中で、1番のセンターと3番の総合事業について、それぞれ簡単に意見を申し上げます。

地域包括支援センターにつきましては、その業務量もさることながら、最近では、例えば8050問題などの複合的な課題とか、あるいは介護離職防止に向けた土日祝日開所のニーズもある中で、職員のスキルとか、数の体制整備というのは、どうしても必要なのではないかと考えるところでありまして、こうした観点からは、包括的支援事業に係る交付金の基準額の引き上げも含めた検討というのは、必要ではないかと考えるところです。

積極的な体制強化を行う市町村への後押しですけれども、こちらにつきましては、しっかりした評価が必要だと思いますので、この点については、保健者機能強化推進交付金の評価手法により評価した上で、さらに適切な評価の前提のもと、上限額の弾力化も検討されるべきではないかと考えます。

3番の総合事業のところですが、都道府県の市町村支援、これは4番の在宅医療・介護連携推進事業のところでも掲げられていますが、県としては、市町村の御要望もいただきながら、しっかり支援していく必要は考えております。支援していくに当たりましては、的確な状況の把握が必要であるために、県が主体的に健康介護医療データの解析に取り組める環境整備、個人情報保護との関係の整理、あるいは保健者機能強化推進交付金の拡充などを御検討いただければと考えます。

最後に1つ、要介護認定を受けると、総合事業の対象となくなるというところがございますけれども、こちらにつきましては、前回10月3日の一般介護予防事業の検討会の中で、黒岩委員本人から、介護を要する人、要しない人という二分論ではなく、連続的なグラデーションモデルとして考える必要という御提言もさせていただいたところがございます。こうした考えも踏まえながら、柔軟な対応というのが必要という点はございます。

その場合、どのような状態の方に対して、どのようなサービスが必要かとい

うことも必要だと思えます。そうした中では、現在、現在の心身の状態とか、将来の疾病リスクに関する数値化も検討しているところでございます。11月ごろには公表できると思えますので、その節は、そういった提言もさせていただければと思えます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

私が勝手に決めさせていただきます。濱田委員、石本委員、齋藤委員、江澤委員の順番でお願いしたいと思えます。

○濱田委員 ありがとうございます。

それでは論点に沿いまして、意見を述べさせていただきます。

資料2、5ページの地域包括支援センターの論点の○の1つ目の体制強化につきましてもですが、引き続き、対象者数や業務量に合った形での人員強化、確保に努めていただく一方で、5月の当部会の資料で、地域共生社会検討会での好事例として、小坂町や名張市、ないしは本日の参考資料の98ページに、ひきこもり支援対策でも著名な藤里町の例も紹介されています。先ほど8050問題というご発言がございましたけれども、地域共生社会の推進も考慮して、地域包括支援センターが体制強化を図る場合に際し、居宅介護保険事業所や介護保険施設、障害者相談支援事業など、外部の事業部門とも連携した、包括的な相談支援体制がとりやすいような制度や仕組みを検討していただくことが重要だと考えております。

これにつきましては、先ほども御意見がございましたが、地域包括支援センターでは原則365日24時間の相談支援体制を行っておりまして、センターの人員配置にもよりますが、わずか3名、4名でオンコール体制を組まなければならないということで、非常に負担があることもございます。もちろん、一義的には、担当者がいつでも直接相談することが望ましいわけでございますけれども、そういう業務負担を考慮し軽減策も検討できればと思っております。

この際、機能や各事業部門との財源の用途について、課題が指摘されておりますので、それぞれの事業所の常勤職員の専従要件につきましても、一部で例えば常勤換算とする、ないしは認めるなど、相互に緩和できる方策の検討も必要だと考えております

論点2つ目の包括支援センターの評価ですが、引き続き、評価の仕組みを継続していただくとしまして、評価していただく保険者様と受けるセンター側も含めて、事務負担が増大しない形で、例えば介護離職対応、地域共生、通いの場、担い手確保、認知症の方への対策、介護者・家族支援など、新たな項目も

検討してはどうかということでございます。

論点4つ目の○の介護予防ケアマネジメントについてでございますが、そもそも地域包括支援センターは、介護予防支援事業者と2枚看板ということでスタートをいたしております。先ほど来、指摘されておりますが、介護予防支援ケアマネジメント等につきましては、地域包括支援センターの負担が大きいということもございますので、居宅介護支援事業所で、直接に介護予防支援事業所の指定を受けられるようにすることも検討していただければと考えます。また、業務負担に合いました報酬単価となるような形、ないしは一部委託のランチ型など、こういうことによりまして、地域包括支援センターの機能強化を含めて、外部委託も進めやすいようにしていただければと考えております。

地域ケア会議についてでございますけれども、参考資料の21ページにもありますように、開催回数が二極化しているということで、一方で、13回以上という群と1回、0回という群が多くなっております。たとえば、多い群は、地域ケアの個別会議の回数が多い。一方で、少ない群は、推進会議の割合が多いなどということで、要因分析が必要と考えます。もしかすると多い群は、介護予防自立支援型の会議が定例化している、一方で、少ない群は、会議が効率的に行われているのか、単に回数が少ないのかなど、少し内容の精査を行って、対応策を検討していただければということでございます。

9ページのケアマネジメントについてでございますけれども、医療を初め、多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントが行われるということにつきましてですが、地域ケア個別会議におきましても、困難事例や自立支援型の会議がふえてきているということがございます。

一方で、居宅介護支援事業所で、さまざまな医療・介護連携に関する加算制度も整えてきていただいておりますが、一部で例えばターミナルケアマネジメント加算など、対象ががん末期とか、少し限定的なケースもございますので、現行の制度を維持しつつ、対象を拡大していただきまして、こうした加算等の活用により質の向上への対応がしやすい状況ができるように御検討いただければということでございます。

最近、特に2040年に向けて、ひとり暮らしの高齢者の方がふえてくるという中で、あるいは時に認知症の方がいらっしゃったりして、受診の際に、介護支援専門員、ケアマネジャーが同行して受診して、その方の病状や症状をお伝えするといういわゆる同伴受診などが、医療・介護連携の観点からも、こういう事例がふえてきておりまして、これらの評価も必要ではないかと考えております。

インフォーマルに関してでございますけれども、介護給付の適正化ということを考えましても、インフォーマルサービスの活用が効果的なケースもござい

ますし、利用者側のサービス利用費の負担の軽減も考えた場合、こうしたケアマネジメントにつきましても、より評価を行っていただければ、介護給付の適正化という面でもまことによいと思います。

公正中立なケアマネジメント確保につきましても、現在、更新研修ということで、他の専門職にない研修制度を設けていただいておりますが、先ほど研修時間と費用負担の増大ということもありますし、公正中立や倫理ということの座学や短時間の演習で真に効果的に身につけることは、非常に難しいということもございます。このため、習得までは他の国家資格相当の専門職同様、倫理的な教育体制の構築、あるいは研修体制の構築も、今後、検討いただければということもございます。

なお、適切なケアマネジメントを実現するために、ケアマネジャーの処遇改善を図るということもございますが、三菱総研の調査によると、ケアマネジャーの仕事をもう続けられないと思うことがあるかという質問に対して、よく思うとたまに思うまで含めると、非常に残念でございますが、75%以上の方が続けられるかどうか分からないというアンケート結果も出ております。

受験者におきましても、要件変更もございましたが、平成29年13万1560人あった受験者も、翌30年には、4万9,130人と大幅に減少しているということもございまして、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、要介護認定調査員等の人材不足感が非常に上昇しております。これにつきましてはさまざまな要因が重なっていることもございますけれども、業務と処分の再評価や見直しにより、処遇改善をお願いできればということもございます。

総合事業におきましてでございますが、今後も柔軟な設計を行っていただくとともに、重度化防止、自立支援に取り組まれる市町村の評価を引き続きお願いできればということもございます。

事務お助け隊という提案が出ておりますが、私どもの介護支援専門員は事務がなれてきておりますので、もし何かサポートできることがありましたら、取り組んでまい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。

石本委員、お待たせしました。

○石本委員 ありがとうございます。

2点、申し上げます。

1点目、ケアマネジャーに関することです。先ほども他の委員からも出ましたが、いわゆる処遇改善というところについては、何らかの手を打つ必要があ

るのではないかと考えております。実際、介護人材のみならず、ケアマネの担い手、人材不足も非常に現場で深刻になってきておりますし、介護保険制度のかなめとして担っていただいている職種でありますので、業務量は制度創設から比べますと、相当の量がふえている中において、その評価もしっかりしていくべきではないかと思っておりますが、1点目でございます。

2点目ですが、介護現場革新会議についてと人材に関することでございます。参考資料2の14ページでございますように、御承知のとおり、各7自治体において、今、パイロット事業が進められております。本取り組みは、非常にいいものが取り組まれておりますので、単年度の単発で終わることなく、この中で有効なものは、今後も引き続き、全国展開でしっかりと広がっていくような後押しをしていただければと思うところでございます。

私の地元の熊本県で、介護の魅力発信というところを主な取り組みで位置づけておりますが、実際、取り組みの中で、介護職自身が介護の仕事に誇りを持つことは、非常に大事であろうと思っております。それを踏まえますと、今回の本体資料3の4ページ等にも出ておりますが、介護業務の中心的担い手となる若者や即戦力となる潜在介護福祉士をいかにこの業界に戻すのかということにおいては、有資格者が何をやる人で、そうではない人が何をやるのかという、まさに業務のマネジメントの切り分けというところに合わせた人材の機能は不可欠だろうと思うところでございます。

以前も発言させていただいておりますが、制度の中におきまして、有資格者はこの役割をやる、言い方を変えますと、有資格者ではないとできない役割はこれなのだというのが明示的に示されないと、本質的な人材が集まってくるという流れには、なかなかつながりにくいのではないかとと思っておりますので、しっかりと議論されていくことを希望したいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

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。

地域包括支援センターの業務につきまして、参考資料にありますように、相談件数が多くなって、恐らく1件当たりの対応時間数が相当延びているのではないかということは、推察されるところです。当然、業務がふえていくわけですから、体制強化は必要ですが、地域によって、専門職を確保して、多目に配置することができるのと、できないところがあるかと思っております。専門職のサポートをしっかりしていただける、事務職を加配していくことも、1つの

方法ではないのかと思います。

論点に、地域包括支援センターによる現役世代の介護離職防止に向けた支援強化という記載がありますけれども、今ある仕事でもかなり手が回っていないという状況ですので、なかなか難しいのではないかと考えます。一方で、介護離職防止は、非常に重要なものになってまいります。これからの働き手がいなくなるということでもございますので、介護者支援については、別途、何らかの形が必要であろうと思います。特に健康の状態の確保とか、あるいは確認とか、レスパイト、カウンセリング、ケアカンファレンス等々を持てるような事業を何か仕組んでいくことが、市町村の中でも必要なのではないかと思います。

地域包括支援センターの運営については、市町村のサポートといたしますか、包括支援センターそのものの運営のサポートをしっかりとできるような体制をつくっていくことが必要だと思えます。そういった意味では、市町村の保健師の役割が非常に大きいのではないかと思います。困難事例の対応や、あるいは地域ケア会議で解決できない課題を市町村の事業化へつなげるといった意味で、保健師とのかかわりを強化していただきたいと思っています。

ケアマネジメントにつきましては、論点の1点目にありますように、今、複雑で困難な課題を抱える高齢者も多く、当然老老介護・独居がふえてくるとなると、家族がいることを前提としたサポートのサービスの組み方では難しい。そして、何らかの病を抱えながら、地域の中で長く生きることを支えていくための医療職への相談について、報酬上での設定を何らか御検討いただきたいと思っております。

私どもが昨年度実施した老健事業では、訪問看護師が地域のケアマネジャーから医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントに関する相談を受け、同行訪問や電話相談、面談等での相談支援を実施しました。ケアマネジャーの皆さんからのニーズは高く、高い評価もいただきました。ぜひ検討していただきたいと思えます。

在宅医療・介護連携推進事業の中で、参考資料の105ページにあります、そもそもあるべき姿がイメージできないという回答には、実を言うと、大変驚きを感じた次第です。自分の市町村でどういう連携ができれば、どういう姿になっていくのかということがイメージできないと進んでいきませんので、担当者には、現場のヒアリングや、あるいは実際に医療と介護が連携している事例の視察など、イメージ化ができるための行動を起こしていただきたいと思っております。

介護人材の確保につきまして、介護保険事業計画の記載の位置づけですけれども、これだけ人材確保に難儀をしている状態にありながら、任意的事項になっていることが課題ではないかと思いますので、必須にする必要があるのでは

ないかと思えます。

今、介護現場には、介護職のみならず、さまざまな職種がいるわけですが、特に看護職につきましては、このたび医政局で行われている看護職員需給検討会において、訪問看護で働く看護職、あるいは介護保険の現場で働く看護職の需要が、2025年に相当伸びてくるということが出されております。その検討会の中でも、これからどうやって看護人材を介護の現場に移動させていくかということは、非常に大きな課題として出ていたのです。

就業が進まない理由のひとつには処遇の差がございまして、もともと医療の現場とは、処遇の差が大きいということで、二の足を踏んでしまうということがございます。介護の現場でも、就労する看護職の処遇については、御検討をお願いしたいと思っております。

介護の魅力向上や現場の革新に関しましては、さまざまな取り組みを横展開していくという方向性は賛成するのですが、介護の事業所の管理者の感度が高くないと、それを受け取れないのではないかと思います。ぜひ管理者教育も取り組んでいただければと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 江澤委員、お願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

時間もございませんので、項目について、端的に述べさせていただきます。

資料1の一般介護予防事業等の推進方策につきまして、今、日本健康会議のものの介護予防ワーキングにおいては、高齢者の8%が通いの場へ通うことを目標にしています。現在、4.9%ということですが、ということは、通う必要があるけれども、通わない人、通えない人への支援の新たな開発が必要ではないかと思っております。予防イコール通いの場という以外の選択が必要だと思っております。

資料2でございまして、地域包括支援センターにつきましては、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターの業務から、居宅介護支援事業所へ移行することを提案します。ただし、現行、委託料が1プラン当たり4,300円でございますので、これが居宅介護支援事業所の支障のない金額、従前はもともと8,600円でございますので、金額も含めて検討が必要だと思っております。

仮に介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターの業務から外したとしても、全世代型の地域包括システムを行うには、まだまだ人材も不足しておりますので、例えば、特定事業所加算を算定している居宅介護支援事業所を活用するなどをして、その他の業務についても、地域で支える方策を考えていく

必要があると思っています。

ケアマネジメントにつきましては、医療のニーズがいろいろ書かれておりますけれども、ぜひ地域ケア会議と地区医師会等の関係団体との連携をより強固にさせていただきたいと思っております。私も12年前から、地元の市の地域ケア会議の委員長を仰せつかっていますけれども、それも地区医師会からの派遣でずっと出ておりますので、そういったところでよろしくお願ひしたいと思っております。

現在、主任ケアマネジャーが管理者のうち、43.7%という資料がございましたけれども、期限がございますので、今後の検討課題と思っております。

参考資料の48ページに、ケアマネが主治医等に報告したデータがありましたけれども、昨年改正で、例えば訪問介護員から得た情報において、ケアマネジャーは、主治医に報告するべきと思う内容については、主治医等に報告しなければならないと運営基準に盛り込まれたところでございますので、どれくらいが報告するべきになるかどうかはわかりませんが、このあたりの連携を、これは医師会としての課題と思っておりますし、今はかかりつけ医の研修会等でも、医師会にもお願いしているところでございますので、検討させていただきたいと思っております。この中には、ADL低下によるリハビリテーションの必要性等も含まれますので、検討いただければと思っております。

総合事業につきましては、対象者の弾力化が論点でございますけれども、確かに地域のつながりも重要でございますが、まずは、要介護に陥った場合には、介護保険の目的でございます、尊厳の保持と自立支援、そこに資するかどうかの視点が重要だと思っております。

就労的活動、ボランティア的な活動が示されておりますけれども、これからは高齢者も税を納める就労支援、高齢者自体が仕事について、税を納める就労支援も必要だと思っております。

最後に、地域リハビリテーションの提供体制のより充実した仕組みが必要ではないかと思っておりますので、例えば一案でございますが、都道府県レベルでの協議会、あるいは都道府県の支援センター、地域広域リハビリ支援センターにおいて、これを都道府県医師会と地区医師会で密着な連携のもと、例えば市町村のリハビリテーションに関する窓口を医師会が対応するとか、あるいはリハビリテーションの活動支援事業のリハの派遣職についても、医師会を窓口として行うというアイデアもあると思っております。

在宅医療・介護連携推進事業でございますが、(ア)から(ク)を全市町村で一律に積み上げるのは、非効率的でございますので、市町村の状況に応じて、優先順位をつけて取り組むことが必要だと思っておりますし、そもそも中身が見えにくいので、見える化をさせていただきたいと思っております。

そこで、在宅のACPは、御本人の意思を最大限に尊重するために、医療ケアチームと合意を形成するというものでございますので、在宅では、医療ケアチームが一堂に会するのは難しいので、今後の検討課題と、これは日本医師会としても思っているところでございます。

最後に、医介連携につきましては、市町村にとっては初めて医療行政に着手する登竜門でございますので、地区医師会と良好な連携なくてはなし得ない事業でございますので、いろんな企画立案段階から、医師会と共同作業という視点も重要だと思っておりますので、今後、御検討をいただければと思います。もちろん地区医師会も非常に小規模なところもでございますので、そのあたりは、都道府県医師会がサポートしてくれるという体制が望ましいと思っております。

人材確保につきましては、本人のやりがいに注目していただきたいと思っております。もちろんITとか、ロボット等も必要でございますが、働いている現場職員の心に響く方策が必要だと思っております。今回、特定処遇改善加算で、例えば介護福祉士で10年以上の経験者という評価もございますし、なぜ彼らが長く続けられているのか、そして、どういう利用者との関係性なのか、どういう事業なのかということも調査をして、そういったところにヒントがあると思っております。

最後に、日本人の介護福祉養成学校の入学者が5年間で半減しておりますので、ぜひそのあたりを大きな課題で、その声に対する入り口への方策も必要だと思っております。

一番最後に、被保険者・受給者範囲ですけれども、これはもう国民的な議論で、要するに大きな課題でございますので、現状でいきますと、当然要介護3から5に重点化したサービスを縮小化せざるを得ないことになりますから、財源の確保かどうかということが重要でございますが、一方で、被保険者の拡大も、これもなかなか答えが出づらと思いますし、あとは、保険料と公費の給付を50%と50%にしておりますけれども、公費の割合を検討、この場の議論でございませぬけれども、そういったことを含めて、幅広い議論が必要だと思っております。

以上でございます。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。

予定の時間にそろそろ近づいておりますけれども、御発言いただいていない方も多々おられますし、そもそもアジェンダが非常に多いのに、70分しか議論がないということも問題ですので、最大30分をめぐりに延長したいと思っておりますので、皆さん、必ず当てますので、よろしく願います。

次の順番であります。竹下委員、東委員、榊田委員、山際委員の順番で、

竹下委員、お手を挙げておられましたね、その順番でお願いします。

○武久委員　なかなか順番が回ってこないと思って、済みません。

○遠藤部会長　お気づきかもしれませんが、領域ごとに分けて当てています。

○武久委員　ありがとうございます。

私は長くこの委員を務めさせていただいておりますと、感じから言うと、毎年同じようなことが問題になって、論点になってきているわけです。ただ、年が近づくにつれて、度合いが厳しくなっているのと、そういうイメージを持ちながら、昔はこうだったと、いろいろなことを思い出しながらやっておりますけれども、過疎地に住んでいる人は、保険料が高いのにサービスがない。国民に平等な介護保険をつくるという、2000年につくっているのにそんなことでいいのでしょうか。

一方で、民間の事業所は、人がいっぱいいるところにしか事業所を出さないと、莫大な利益を出しているところもあります。社会福祉法人や医療法人、民間事業者もいっぱいいるのですけれども、私は民間事業者で莫大な利益を出しているところは、過疎地に行って、協力していただいたらということの願いをしてもいいのではないかと。この事業が介護という特殊な事業ですので、そうでもしないと、過疎地の人は浮かばれないということがあると思います。

介護医療院ができましたけれども、今、病院病床は、30万床ぐらいの空床がありますので、きょうは出ていませんが、それを介護医療院にしようとする、医療保険から介護保険になるということで、介護保険が上がると困る自治体等もあって、余り賛成せず、反対するところがあって進まないこともあるので、要介護者自身は、医療と介護の間を行ったり来たりしているのですけれども、医療と介護に携わる人々は、余り行ったり来たりしていないということで、これはセクショナリズムだと思っています。

そういうことから言いますと、この辺をどうかしないといけないのですけれども、医療から介護に行く人を減らしてみようということで、我々は頑張っているのですが、問題は、

不安定な老人が急性期病院に入院すると、バルーンカテーテルを膀胱に入れられてしまいます。そういう人たちは、バルーンカテーテルを入れたままで慢性期になり、在宅に帰る人が結構多いです。慢性期病院及びリハビリ病院に入ってくるのは、3割ぐらいが入ってきます。あれを入れられると、どこへも動けない。2週間以上たつと歩けない。寝たきりをつくっている。すなわち、要介護

者が一体どこから出てくるのかということも、もう少し検討していただければありがたいと思うわけでございます。

そういうことも含めまして、自分で食事ができて、自分で排せつができるような状態になれば、何だかんだ言いながら、在宅に戻ることができるのではないかと思うのですけれども、介護保険での本格的なリハビリテーションは、この論点ではありませんが、点数も医療に比べるとぐっと低くなってしまって、専門的なリハビリが行える状況ではない。したがって、要介護者になったら、そのままどんどん要介護が進んでいってしまって、しまいには亡くなります。

医療の場合には、治療したらよくなって、日常生活へ帰る場合もあるけれども、要介護4で来て、要介護2になったら、入所施設の収入は減ってしまう。こういうこともあって、問題が大きいわけですがけれども、ここで私は前にも言いましたが、医療側の委員としては、江澤先生と私と老健の会長といらっしやいますけれども、もう少し医療との接点のところを、もうちょっと掘り下げて、要介護度の人が少ないようなことを中心にやっていただけるとありがたいのです。そのような感じをしながら、我々が現場で日々厳しい状況に立ち向かっているのです。

ケアマネジャーの件を最後に一言、言っておきたいと思っておりますけれども、サボろうと思ったら幾らでもサボれます。真面目に一生懸命にしようと思ったら、めちゃくちゃ忙しい。この差を何とかとしていただけないかという感じです。一生懸命やればやるほど大変ですがけれども、要介護者にとっては、非常にありがたいケアマネジャーになるのですが、そうでなくて、ぱっぱとやって、1つか2つのサービスだけでいいのではないかという人は、お金が少ないからそれでいいという、要介護者をほったらかしにした関係は、現場にあると見られまので、その辺のところも考えていただいて、総合的に検討していただきたいと思っております。

とにかく介護保険は、まだまだこれから大きく変わらないといけないと思っております。ありがとうございました。

○遠藤部会長 濱田委員、何かありますか。先ほど一度発言されておりますけれども、具体的にケアマネジャーのことが出ました。

○濱田委員 恐らくサービスの量が少ないというときに、より自立支援型のケアプランになっているのか、御指摘の点もございましてけれども、そこを見きわめる必要があるだろうと考えております。

あとは、例えばインセンティブ交付金等の評価項目になっておりますが、今ですと、保険者との連携、ないしは国保連さんの適正化システムを稼働してお

りますので、もし仮にそういう例がありますと、重点的なチェックや指導が入る形になっておりますので、そういうことはなくなっていると思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
お待たせしました。東委員、どうぞ。

○東委員 ありがとうございます。

論点が大変多く、全てにわたって御意見を申し上げていると時間がないので、3点に絞って申し上げたいと思います。

1点目は、介護予防の評価指標についてです。今回、資料1の2ページに「介護予防に関する成果の評価イメージ（案）」が示されております。これを見ますと、事業参加者ということで、「高齢者全体」、「一般介護予防事業『未利用者』」、「一般介護予防事業『利用者』」という形でフレームがつくられています。私は、このフレームを「健康・自立の方」、「プレフレイルの方」、「フレイルの方」と、重度化に応じてフレームを構成していくべきではないかと考えています。現在、フレイルやプレフレイルについては、定義やその指標も学会で示されていますので、ぜひそういうふうにしていただきたいと思いません、先ほど江澤委員もおっしゃいましたが、通いの場に通えない方、まさしくプレフレイルやフレイルの方をどう評価していくかということが、介護予防の評価指標では重要だと考えております。

2点目です。地域包括支援センターについて、これも幾つか申し上げたかったのですが、1点だけにします。以前の介護保険部会でも、地域包括支援センターの委託を老健施設の設置主体であるが医療法人が受けていることがあり、その事業の連携ということについて発言させていただきました。その後少し調べましたところ、都道府県によって、地域包括支援センターと老健施設等が人的交流等の連携を認めているところと、全く認めていないところというふうにローカルルールが存在することがわかりました。地域包括支援センターがお金をかけずに、柔軟により効率的に仕事ができるように、既存の社会資源の活用を進める観点から、各都道府県の対応の実態を調べていただくとありがたいと思います。

3点目でございます。ケアマネジメントについて、今回、公正中立のデータが出ております。大変重要なテーマだと思いますが、以前の介護給付費分科会では、サ高住等の集合住宅においては、通所リハビリや訪問リハビリといった、医療系サービスの利用が極端に少ないというデータが出ておりました。今回「複数の選択肢が示され、自分で選択することができた。大変満足している。」と

いうデータが参考資料 11 の56ページに出ておりますが、私は少し疑問に感じております。

自立支援・介護予防の観点からも、この実態をきちんと調べることは、非常に重要かと思っております。再度、自宅と集合住宅に分けて、その実態を示して、しかも、サービス提供の実態だけではなく、なぜそういうサービスが選択されたのかというところまで踏み込んだ調査をしていただきたいと御要望申し上げます。

最後に、ケアマネジャーの賃金について、御意見が出ておりました。ケアマネジャーの賃金が介護職員に比べて低いという事実があるのであれば、その実態を示していただきたい。さらに言わせていただくと、介護職よりも、ケアマネジャーのほうが賃金が高くなければいけないのでしょうか。私は、優秀な介護福祉士であれば、ケアマネジャーより賃金が高くても全く構わないと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

梶田委員、お待たせしました。

○梶田委員 事務局に介護予防の評価指標の質問なのですが、2ページの指標案で、要介護2以上の年齢調整後の認定率を用いるとあります。幸福感は、要介護1から要介護5を除いた方ということは、要介護1の方は、この指標の中には対象にならないのですか。それはそれでいいのですけれども、今まででしたら、認定率は、全体の1から5全部を用いるか、中重度の3から5までを用いるかという切り口だったと思うのですけれども、後で結構ですので、お教え願えたらと思います。

時間もありませんので、簡単な意見を申し上げますけれども、介護予防支援の問題です。地域包括支援センターの一番の重荷になっている部分は、この部分だと思います。ここをどうしていくのか、委託に出してもいい、でも、委託を受ける居宅介護支援事業所は、余り歓迎はしておりません。歓迎をしておらないというのは、いわゆるかかる労力に比べて、委託費が安すぎるという問題があります。でも、委託費を上げるわけもいかないということになりますと、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの中身の簡素化する方向を検討すべきです。

予防ケアプラン（介護予防支援）自体、サービスを受ける方たちは自己決定ができる要支援の方たちですので、総合事業を利用される方が何らかのいわゆる簡素化の方法の道はあると思うのです。例えば3カ月に1回のプランにする

という方法も考えられると思いますし、ここの簡素化をして、地域包括支援センターが担っていけるような形をつくるべきだと思っています。

ケアマネジメントの問題なのですからけれども、主任介護支援専門員は、非常に重要な位置にあると思っています。1つ、問題点なのですからけれども、施設のケアマネさん、介護職員と兼務をしますと、受講資格はありません。10年、20年兼務を続けても、主任ケアマネの受講ができない、受講要件が常勤専任のケアマネジャーでなければならないというのがありますので、その部分を少し考えていただかないと、施設系の場合、今、介護職員の処遇改善加算の関係で、どうしてもケアマネさんと介護職員の兼務発令をして、その対象にしてあげるという事例が結構あります。ケアマネジャー専任でおりますと、施設の中でも、介護職員さんは、処遇改善加算で給与アップができるけれども、片方のケアマネさんは、対象にならないということがありますので、受講資格の問題と相反していますので、検討を願えたらと思っています。

居宅介護支援事業所のいわゆる管理者要件は、現状を見てみますと、3年間の経過措置がございますけれども、経過措置を終了し、そのまま管理者要件を主任ケアマネにしてしまうと、ちょっと混乱が起こる可能性も残っていますので、そこらを再検討していただければと思っています。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局には、要介護2の内容について質問がありましたが、今、時間がないので、次回に説明いただければと思います。

山際委員、お願いいたします。

○山際委員 ありがとうございます。

時間もありませんので、2点、発言をさせていただきたいと思っています。

資料2の2番目のケアマネジメント、資料でいいますと、9ページのところに論点が出されておりますが、さらなる質の向上、このことを前提に、ケアマネについて処遇改善を進めるということも必要ではないかと思っています。以前と比べて、ケアマネの業務について、非常に重たくなっている、業務そのものが増加している実態があるかと思っています。利用者の年齢が非常に上がってきておまして、例えば90代で初めてサービスを受けるような方もいらっしゃいますし、あるいは以前と比べると、キーパーソンの方がなかなか少なくなっているということで、御利用者、あるいは御家族等の理解を得ていくということが、非常に時間がかかっているケースも出てきています。あるいは認知症の方の対応、看取りも増加してきているということから考えて、処遇改善

について、御検討いただければと考えております。

2点目ですが、14ページの地域支援事業についてでございます。基本的には、論点で出されているように、さらに柔軟化、あるいは弾力化を図っていくという方向で、ぜひ御検討いただければと考えています。そもそも地域支援事業の目的であるとか、狙いについてですが、地域ごとの課題が大きく異なる中で、地域の資源を活用して、地域高齢者を支える仕組みをどうやってつくっていくか、地域づくりが主眼にあったと思っています。

その中で限られた介護の専門家、介護職を有効に活用していく。そして、重度化防止、自立支援の介護予防の提供することによって、トータルで全体の介護費用そのものの伸びを抑えていくという役割があるかと思えます。ただ、実態としては、一部進んできている自治体はあるものの、自治体間で大きな格差があるだろうと思っています。

その原因として考えられることは、地域支援事業の目的であるとか、狙いが十分に保険者の方々、あるいは関係者の方々に周知、理解がされていない細切れのサービスであるとか、単価設定、そして、財源について上限設定がされている、あるいは利用者範囲の縛りが多いということで、これらのことが大きく影響しているだろうと考えております。

例えば埼玉の事例なのですが、地元の大学の先生方が仲介役となって、地域貢献をしたいという企業30社以上と保険者、あるいは実際に地元で活躍されている介護の事業者であるとか、地域の団体の方々とマッチングの取り組みを進めています。勉強会であるとか、数百名規模の交流会をやることを続けることによって、新たなボランティアを生み出していったり、あるいは新たな生活支援サービス、これを生み出していく取り組みを進められております。こうした地域にある資源を活用しながら、ぜひ新たなボランティア活動や新たな生活支援サービスを生み出していくことが重要ではないかと思っています。

現状、生活支援サービスのコーディネーターであるとか、協議体が頑張っていますが、こうした取り組みを進める中で、重層的な仕組みをつくり上げていくことが重要ではないかと思っています。そのためにも、総合事業については、柔軟化、弾力化をぜひ進めていただきたいと思っています。一方、資源が乏しい地域も非常にたくさんあるかと思えますので、ここについては、国であるとか、都道府県のサポート支援をぜひお願いをしたいと思っています。

以上、2点でございます

○遠藤部会長 ありがとうございます。

利用者の方々にもお聞きしたいと思えますので、兼子委員、花俣委員、石田委員の順番でお願いできますでしょうか。

○兼子委員 私のほうからですが、総合事業のことなのですけれども、私は調布に在住していますが、まだ取り組まれていないものが非常に多いわけです。かなりこの場で議論されていますけれども、制度として、かなり不十分なような気がしますので、地域の住民が主体的に取り組むようなことをもっと育てていかないと、かみ合わないのではないかという感じを持っております。

私からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

花俣委員、お願いいたします。

○花俣委員 総合事業のところなのですけれども、現状と課題のところ、サービスを提供する委託事業者について、従前相当サービスと従前相当サービス以外の多様なサービスを分けて報告されているのですけれども、参考資料を見ますと、多様なサービスを実施している市区町村は、訪問型サービスでは989市区町村、全体の59%、通所型サービスでは1,111市区町村、全保険者の66%、半数以上の市区町村が多様なサービスを実施していることになります。

一方で、85ページで紹介されている利用者数の推移を見ると、訪問型サービスの利用性28万人のうち、従前相当サービスの利用者は23万人、82%を占め、多様なサービスの利用者は18%、通所型サービスの利用者の45万人のうち、従前相当サービスの利用者は37万人で83%を占め、多様なサービスの利用者は17%です。総合事業において、多様なサービスがどのぐらい提供されているのかを考えると、実施している市区町村の数で見ると、委託事業所の数で見ると、あるいは紹介したように、利用者数で見ると、相当な違いがあることを指摘しておきたいと思えます。

参考資料の78ページでは、介護予防・日常生活支援総合事業を実施する上での課題の②として、市区町村の意見のトップに軽度者（要介護2）まで対象を拡大してほしいと掲載しています。その後も、要介護者をサービスBにおける費用按分の対象に含めてほしい、

あるいは対象者が要支援及び事業対象者に限られる。対象者を要支援等に介護を加えることで、複雑さを解消させてほしいなど、要介護認定を受けた人を総合事業に移すことを望んでいる市区町村が多いと思わせるような抜粋が並んでいます。

しかし、厚生労働省が引用されたNTTデータ経営研究所の調査報告書には、自由記述の報告はありませんでした。見落としがあったのかもしれませんが、調査の対象になった1686市町村の多くが、総合事業を実施する上での課題として、

要介護認定を総合事業の対象にと希望しているように受けとめられかねない、今回の資料だと思います。今後、検討される予定の給付と負担の軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方にも大きくかかわることなので、なぜここで自由記述が抜粋されて紹介されたのかということ、いずれで結構ですので、お教えいただきたいと思います。

もう一点、介護人材の確保のところ、資料3の3ページに、働きやすい環境の整備を図るために、介護職員に対する悩み相談の窓口とあります。介護現場で働く皆さん、特に離職してしまう皆さんの退職理由が余りはっきりしない中で、相談窓口が充実されるのは、とても大切なことだと思います。相談窓口を設置した場合は、部会にも相談内容について報告が行われ、今後の見直しの参考資料となることを期待したいと思います。

最後、1点です。被保険者と受給者範囲なのですが、資料4の3ページに、委員からの意見がまとめられていますが、現在、40歳から64歳の2号被保険者は、認定を受けた人の2%にしかありません。40歳から64歳であっても、わずかな給付の対象でしかない現状も考慮して、さらに時間をかけた丁寧な議論が必要だと思います。

また、介護保険料という負担の対象年齢が引き下げになるという情報だけが先行してしまうと、若い世代には、給付と負担のうち、負担増しかイメージできないことも、心配材料であることをお伝えしておきたいと思います。

以上です。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。

石田委員、どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

資料2の地域包括支援センターの件ですけれども、業務が大変膨大になっているということで、それを業務委託していくという話が出ておりましたが、地域包括支援センターの事業につきまして、その地域の住民の認知度といいますか、理解度というのは、どのぐらいまで進んでいるのか、こんなに業務が広がり、多方面にわたっている中で、住民たちはそれにどのようにかかわっているのかという実態が、ちょっと知りたいと思います。

例えば、地域包括支援センターが中心となっている「地域ケア会議」ですが、この会議というのは、もちろん住民代表の方も参画はされていらっしゃるのですが、内容的には専門職が集って、それぞれの専門分野から意見を出し合い、このケアをどうしていくかを検討するという内容が多いように思います。しかし、どうして専門職が知恵を持ち寄る場なのかというと、参考資料の51ペ

一ジなどにも書いてあるのですけれども、結局は地域の利用者の自立のため、生活支援のためというのが主目的なので、地域の住民の積極的な参画というのが、もう少し強化されて行かないと、地域の人たちにとって、地域包括支援センターの業務が正しく理解されていかないのではないかと思います。

2番目の総合事業に関しましても、その中で、多くの住民のマンパワーを活用していこうという話にはなっているのですけれども、実際にはまだまだ進んでいないようです。先ほど業務の委託について、事業者が請け負った場合には、採算がとれないために途中でやめてしまうことがあるとのことでした。そうであるならば、例えば住民参加型の活動で、これまでなら自分たちで費用を出し合ってきたような助け合いの活動を、この費用の中でうまく運用していくという方法が見つけ出せるのではないかと思います。

その中で、14ページですけれども、こうした人々の活動について、どのようなものがボランティアなのか、また対価が支払われるときには有償ボランティアなのか、就労なのかという、この辺のことについて、他の会議などでも議論されております。ここはきちっとすみ分けをしていく必要があると考えています。とくに「有償ボランティア」が適切なのかどうか、少し疑問に思っております。つまり、ボランティア活動はあくまで有償であり、費用を要する活動については仕事（＝就労）として事業経費を考えていく必要があるのではないかと思います。この点については、きちっとルールといいますか、形を決めていってほしいと考えますので、これは要望として申し上げておきたいと思っております。

最後なのですけれども、資料3の人材養成のところ、多様な人材の確保というところがございますが、いつも議論されるときに、とにかく介護に関わる人材が足りないから、早く、外国の人たちも含めいろんな人たちに、介護の仕事に興味を持ってもらうための方策をあれこれ考えているわけですが、こうしたことについて、どうしても少し拙速で対処療法的な印象を受けてしまいます。非常に気の長い話だと思われるかもしれませんが、多様な人材を確保していく前に、そういったことに対する教育といいますか、若い世代、もっと言えば、子供の世代からの教育というのが、本当は一番先に考えなくてはいけないことなのではないかと思います。

先ほどもあったように、いまや年金にしても、介護にしても、若い世代や現役世代にとっては、とにかく自分たちの稼ぐお金のかなりの割合を、現在の高齢者に取られてしまって、そして、自分たちのときには何もないという、そういう我が国の社会保障制度に関する不信感だけが煽られてしまい、まさしく「若い世代・現役世代VS高齢者世代」という対立構造が深まっていることが案じられます。だからこそ、そもそも高齢者というのは、どういった状態で、何を

考え、どのような生活をしているのかとか、例えばケアというのは、なぜ大事なのか、必要なのか、といったことを、世代を含めた人々の命や生活、人生、ひいては人間観や世界観などについての基本を教育のレベルできちっと教えていくことが、今日のような危機的な実態に直面している段階であるからこそ、とても大事なのではないかと考えておりますので、これも要望として、述べさせていただきます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

次に老人医学の御専門のお立場から、鈴木委員、津下委員の順番でお願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

資料1です。PDCAサイクルに沿った介護予防の推進で、特に2枚目です。先ほどから幾つか御意見を拝聴しておりますけれども、介護予防に関する成果の評価イメージ、あるいはそのもととなっている3ページ目、そういったところで、質問をさせていただきます。

2枚目の高齢者全体の最終のアウトカムとして、住民の幸福感の向上、あるいは健康寿命の延伸ということがうたわれていますけれども、実際に事業の参加者がまだ数パーセント、5%、6%という中で、最終的に住民の幸福感が向上するところまでのメカニズム、あるいはエビデンス、そういったものがあるのかどうか。幸福感という測定方法は、非常に曖昧で、多義的で、必ずしもスタンダードなもの、標準化されたものが乏しいような現状の中で、果たして幸福感というものをどうやって捉えたらいいのか。非常に曖昧だという気がいたします。これが1つです。

もう一つは、健康寿命の延伸ということで、これも幸福感同様、非常に大事な要因であることは間違いありません。しかし、健康寿命というのは、御存じのように、測定の方法というのが、幾つかあるわけです。この場合、要介護2以上の方の年齢調整をした認定率をもって、健康寿命を規定しようということだと理解したのですが、例えば国全体が言っている健康寿命、例えば国民生活基礎調査の中で、健康と答えた人の割合などをもって、健康寿命を決めるとか、あるいはWHOがやっているような、あるいは研究でよく使われるような、効用値を用いた健康寿命、そういったものとの整合性がちゃんととれるかどうかという、その2点について、時間がないので、次回で結構ですけれども、お伺いできればと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

私が検討会の座長をしておりますので、時間の節約の関係で、簡単にお話しいたしますと、今のような議論については、検討会の中でも議論がありまして、ここに書かれているものは、確定したものではなくて、今後また議論をするものでありますので、こういうお話しがあったということも、検討会にまた出しまして、検討いただくということにしたいと思いますが、事務局、それによろしいですか。そういう対応をさせていただきます。

○鈴木委員 ありがとうございます。ぜひよい議論をお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

津下委員、お待たせしました。

○津下委員 ありがとうございます。

3点なのですけれども、1つは、受給者の範囲なのですが、65～74歳で、要介護認定を受けられている方は、16疾患といいますか、参考資料3の3ページにある、こういう重症疾患で介護になっている方が多くて、75歳以上とは様相が違うのではないかと。65～74歳の要介護原因を詳しく分析していただいて、今、引き上げに対して、介護予防とか、または閉じこもりとか、残された課題についてどうするかということで、もう少し現状の分析が見たいというのが1点です。

2点目は、医療と介護の連携で、参考資料1の100ページにもございますように、地域の関係者、医療と介護の勉強会とか、顔の見える関係が進んできました。とはいえ、急性期病院の医師は、蚊帳の外だったりします。医師会の先生はよく参加されて、状況をわかっています。

特にここの（カ）ですけれども、介護職を対象とした医療関係の研修会と書いてありますが、医療職を対象とした介護関係の研修会、介護の実態とか、医療の結果、どういう介護負担があるのかとか、生活になっているかということ、医療職が知るということも非常に重要ではないかと思っておりますので、その観点を加えていただきたいと思います。

また、家族が治療方針を病院で相談するのですけれども、普段の状況がわかっているケアマネさんが、治療方針の確定などに参画できることが非常に有用ではないか。患者さんは、動転していたり、判断力が低い状況になっていたりするわけで、遠くにいる家族よりも、近くの介護職やケアマネさんの役割は非常に大きいと思います。そういうことで、介護職の意見が治療方針にも反映さ

れるようになると、介護職のやりがいにもつながってくるのではないかと思いますので、情報の流れも、介護から医療へどういう情報を流すかということについて、御検討いただければと思います。

3点目は、地域包括なのですけれども、直営の地域包括を持っている首長さんは、その実態をよく御存じなのですが、全部を委託していると、実態がなかなか把握できないことがあります。また、直営を持っているところは、地域課題から地域づくりへ進んでいきますけれども、法人の種類によっては、サービスにつながりだけになっているところも少なくありません。そういうことで、保険者機能として、直営を持って、あとは全部委託でもいいですし、直営のかかわりを知りたいと思っています。

資料の中では、直営と委託の分布が書かれていますけれども、保険者が1つでも直営を持っているか、1個も持っていないか、このあたりと地域のケア体制とか、地域づくりの進みぐあいなどの関係性から、保険者の機能として、包括の持っているというものについて、かかわっていくことが重要なのかということを検討していただけるといいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

最後、経済界ということで、間利子参考人、岡委員の順番でお願いいたします。

○間利子参考人 ありがとうございます。

基本的には、井上から意見を提出させていただいておりますので、それを踏まえていただければと思いますけれども、3点だけ、あえて御指摘をさせていただきます。

総合事業のところなのですけれども、論点として、事業規模ですとか、サービス価格の上限の弾力化というものが出ておりますが、これもどなたかから御指摘があったように、上限自体は効率的な事業展開を促すといった趣旨で設けられたものだとして認識しております、これを弾力化すること自体が、この趣旨とは整合しないと思っております。

それから、要介護認定を受けた場合のサービス提供ですが、対象者の弾力化についても、財源上の明確性というのが、なかなか図られないのではないかと懸念を持っております。こうした観点から、いずれの論点につきましても、性急な見直しは適当ではないと考えております。

2点目として、介護人材の確保の関連ですが、特に生産年齢人口が減少して、担い手が減少していく中で、生産性の向上ですとか、現場の負担軽減を通じて、

現場の方々により専門性を発揮していただける環境を準備していくことが重要だと思っております。この関連から、資料の説明の中でもありましたけれども、例えば行政関連の文書につきましても、削減、標準化に加えて、電子的な手続なども含めて、ぜひ早急な対応を進めていただければと思っております。

それから、現場でのICTですとか、センサー、あるいはロボットの活用についても、幅広い施設で、速やかに展開していくことが必要なのではないかと思います。

最後に、被保険者・受給者範囲の関係ですが、2号の年齢の引き下げ、40歳以下引き上げは、河本委員からも御指摘がありましたように、社会保障制度全体の中で、若年層の負担が増えている中で、またこれを引き下げることについて、若年層の理解を得ることは困難だと思えますし、もう一点、論点に出ています、65歳という対象年齢の見直しについても、給付や保険料にかなり影響を及ぼすものでありますので、双方の見直しについては、慎重であるべきだと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせいたしました。岡委員、どうぞ。

○岡委員 ありがとうございます。

これまでの委員の皆様の御発言と重なるところがございますけれども、3点、申し上げたいと思います。

地域包括支援センターについてでございますが、参考資料1の18ページや21ページを見る限り、人員体制や地域ケア会議の開催頻度については、市区町村ごとに相当なばらつきが見られます。こうした状況を生んでいる要因は、人手不足にあるのか、また、過大な業務量にあるのか、予算や財源にあるのか、もしくはそれらが複合的に作用しているのか、そういったところを事務局としてしっかり分析を行っていただいた上で、議論に必要な材料と対応の方向性をお示しいただけると、ありがたいと思います。

続いて、資料2の14ページに記載の総合事業の上限額の弾力化についてでございます。そもそも総合事業のサービス価格に上限を設けているのは、各市町村において、効率的に事業を展開してもらうためだと理解をしております。また、総合事業は、全保険者が事業を実施してから、まだそれほどの期間がたっておらず、自治体ごとの実施状況とか、また、その効果のほどもよくわかっていない状況でございます。したがって、現時点では、弾力化に向けた見直しの議論は、時期尚早だと考えております。

最後になりますが、第2号被保険者の範囲拡大についてでございます。第2号被保険者の対象年齢について、65歳以上や40歳未満まで拡大するといった御意見があるようでございますが、こういったことを議論する前に、まずは給付サービスの重点化や効率化の議論を進め、自己負担のあり方についても適正に見直すことが、先決であると考えます。

また、以前、本部会でも申し上げましたとおり、40歳未満の年代は、そもそも子育て等にかかる費用負担が大変重たい状況にあります。加えて、被保険者としての年齢を引き下げるほど、受益と負担との関係性は希薄となっていきます。こうした層に新たな負担増を求めても、現状では納得を得られるものではなく、むしろ現役世代に対しては、社会保障費の負担を軽減していくことを検討していく必要があると考えております。したがって、現行の被保険者の範囲を見直すことにつきましては、反対であると、意見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。

それでは、きょうの議論は、これぐらいにさせていただきたいと思います。終了の時間が大幅に延長してしまいまして、おわび申し上げたいと思います。

また、事務局におかれましては、幾つか宿題も出ておりますので、適切な御対応をよろしくお願いしたいと思います。

それでは、次回の日程につきましては、事務局から連絡をさせますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日は、長時間、どうもありがとうございました。