

○栗原企画官 定刻となりましたので、ただいまから第85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。

また、本日の議題に関連しまして、社会・援護局から吉田生活困窮者自立支援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 よろしいでしょうか。

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、本日もよろしくをお願いいたします。

それでは、まず、本日の出欠状況について御報告をいたします。

本日は、鈴木委員、野口委員が御欠席です。また、黒岩委員がおくられて御到着の予定です。

それでは、議事に入る前に、事務局から資料の確認をお願いしたいと思います。

○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、タブレットを御用意しております。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。

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 「『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会』（地域共生社会推進検討会）の検討状況について」。

資料2 「医療と介護の連携の推進等」。

資料3 「認知症施策の総合的な推進」。

資料4 「住所地特例」。

資料5 「論点ごとの議論の状況」。

参考資料1 「医療と介護の連携の推進等（参考資料）」。

参考資料2 「認知症施策の総合的な推進（参考資料）」。

参考資料3 「住所地特例（参考資料）」。

参考資料4「論点ごとの議論の状況（参考資料）」。

また、末尾でございますが、黒岩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 よろしいでしょうか。

それでは、議事に移らせていただきます。

本日の議題は、式次第にありますように、議題の1から6までございますけれども、議題の1から議題の5まで関連する資料がありますので、まずは、事務局から資料の説明を通してお願いしたいと思います。

その後、通した形で皆様から御議論をいただきたいと、そのように考えております。

それでは、事務局、説明をお願いいたします。

○吉田生活困窮者自立支援室長 失礼いたします。生活困窮者自立支援室長でございます。

資料1、地域共生社会推進検討会の検討状況についての資料をごらんください。

この検討会につきましては、7月に中間取りまとめが出た段階でも、介護保険部会のほうに御説明をさせていただいたところでございますが、その後、2回ほど検討会が開催されまして、議論が進んでまいりましたので、検討の状況を御説明、御報告させていただきます。

1ページ目をごらんください。

検討会の設置趣旨等が書かれております。

2の主な検討項目のところ、この検討会につきましては、次期社会福祉法改正に向けた市町村における包括的な支援体制の整備のあり方について、御検討をいただいているところでございます。

2ページ目は、先般、中間取りまとめをいただきまして、介護保険部会でも御報告させていただいた内容でございます。

これを前提に3ページ目でございますが、新たな包括的支援の機能ということで、今回、8050とか、ひきこもりとか、社会的孤立などの問題が指摘されている中、複雑化、多様化する問題にしっかりと対応していくために、3つの機能、断らない相談支援、参加支援、地域やコミュニティにおけるケア・支え合う関係性の育成支援、この3つの機能を一体的に実施する市町村の事業を創設していきたいという御議論をいただいています。

詳細は、図のほうを見ていただければと思いますが、断らない相談支援を入

り口に、参加支援、相談で受けとめたものを、社会とのつながりを確保していく参加支援、上のほうで、地域づくりをコーディネートする機能と場の機能の充実を図る地域づくりの支援ということ、この3つの機能を一体的にあわせ持つ支援を提供していくというようなことでございます。

本事業の理念、上の四角の2つ目のところでございますが、アウトリーチを含む早期の支援、世帯、複合的な課題を抱えられているケースもありますので、包括的に受けとめる支援、本人を中心として、本人の力を引き出す支援など、そういう支援を目指していくというようなことでございます。

4 ページ目をごらんください。

新たな事業の枠組みでございます。

1 つ目については、市町村が取り組んでいただく新たな事業を創設していくというところです。

2 つ目の矢印ですけれども、新たな事業は、実施を希望する市町村の手挙げに基づく任意事業としていく方向で議論をいただいています。

3 つ目でございます。

新たな事業の実施に要する費用に係る市町村の支弁規定、また、国等による補助の規定を新設。

4 つ目でございますが、新たな事業に係る一本の補助要綱に基づく申請等により、制度別に設けられた各種支援を一体的に実施していくというようなところでございます。

3 つの事業の内容については、その下、1、2、3 という形で詳細に書いてございますので、ごらんいただければと思います。

5 ページ目をごらんください。

新たな事業についてのイメージ図でございます。

上に説明書きもございますが、例えば、2 つ目の○ですが、新たな事業におきましては、多機関協働の中核の機能、複数の支援者間を調整するための機能でございますが、それを充実させていくといったこと、断らない相談支援窓口のところに「新」と書いてございますが、アウトリーチによる支援、窓口になかなか来られない方もいらっしゃいます。そういう方に継続的につながっていただいて、伴走する機能を付加していこうということを議論いただいております。こういう新しい機能を付加しながら、1 つの窓口で受けとめるということではなくて、市町村全体で体制を組んで、断らない相談支援を充実させていくというようなことを考えてございます。

あと、4 つ目の○ですけれども、地域やコミュニティにおけるケア・支え合う関係性の育成支援ということで、孤立が問題になっておりますので、地域の中で多様なつながり、参加ができる場を充実していく、広げていくというよう

なことも狙ってございます。

6 ページ目でございます。

今、申し上げた3つの機能を図示したものでございます。

断らない相談支援、現行の仕組みと断らない相談支援、左、右で対応させてございますが、4つの相談事業を一体化させまして、属性や世代を問わない相談を実現していく。また、あわせて多機関連携強化、専門職による伴走支援というところを新しく事業として、新規機能として強化していくというようなところでは。

あわせて、参加支援のところは、ごらんいただいているとおり、制度の狭間を埋める参加支援というところの充実を図っていきたいと思っております。

また、地域やコミュニティにおけるケア、支え合う関係性の育成支援、左下でございますが、ここは場づくりの事業とコーディネート機能を一体化させ、より多世代が交流できるような場を生み出していくというようなことを考えてございます。

7 ページ目でございます。

断らない相談支援と地域やコミュニティにおけるケア・支え合う関係性の育成支援につきましては、既存の補助金を包括化して、一体的に交付をしていくということを念頭に置いています。

その基本的な拠出の考え方を整理した紙でございますが、1つ目の○で、市町村が地域の住民のニーズや資源の状況に合わせて、柔軟かつ円滑に支援を提供できる仕組みとしていくというようなことです。

2つ目の○でございますが、市町村において、属性を越えた支援を可能とするために、高齢、障害、子供、困窮等の各制度における関連事業に係る補助について、一体的な執行を行うことができる仕組みを検討していこうというところでございます。

3つ目につきましては、各制度が基準額とか補助率が異なりますので、事業の積み上げ方法や配分方法については、詳細に検討していく必要があるというところですが、その際、既存の制度からの拠出については、一定のルールに基づく機械的な方法により案分していくというような方向性でどうであろうかというような御議論をいただいているところです。

最後の○ですが、今、義務的経費と整理されているものなどもございます。国による財政保障を弱めないというような観点から、しっかりと義務的経費として整理していくような方向で検討すべしというようなこともいただいているところです。

8 ページ目、9 ページ目は、地域でいろんな方々が集まるプラットフォームをつくっていくというような資料をつけてございます。

最後、10ページ目でございますが、新たな事業に取り組むに当たっての実施方法の詳細ということで、今、申し上げてきたようなことを書いていますが、2つ目の○ですが、市町村が新たな事業を実施するに当たっては、地域ごとに住民のニーズや資源の状況等が異なることから、圏域の設定や、会議等の設置につきましては、市町村が裁量を発揮しやすい仕組みにする必要があるという御議論をいただいています。

また、3つ目の○ですが、プロセスが重要だということで、地域福祉計画の策定などの枠組みなども活用しながら、地域住民の方々と意見交換をしながら、新しい事業を組み立てていくということが求められるのではないかとというような御指摘もいただいているところです。

地域共生社会推進検討会の検討状況について、御報告をさせていただきました。

以上でございます。

○眞鍋老人保健課長 それでは、続きまして、資料2「医療と介護の連携の推進等」につきまして、御説明をさせていただきます。

時間も限られておりますので、ポイントを絞って御説明をさせていただきますと思います。

資料2の3ページをおあげください。

医療と介護の連携の推進の中で、ここについては、主に、在宅医療・介護連携事業についての検討でございます。

3つ目の○でございます。

制度改正が行われてまいりましたけれども、平成27年度から市町村が行う事業といたしまして、地域支援事業の中に、在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられまして、平成30年度からは、全ての市町村で実施するというところになってございます。

その内容でございますけれども、4ページの上から3つ目の○でございますけれども、この地域支援事業の中で位置づけられたものでございますが、この中には、いわゆる事業所からよく言われる、通称では（ア）～（ク）と言いますけれども、8つの事業項目で構成される在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられたところでございます。

その後、平成30年度から全ての市町村で実施されることになってきてございます。

5ページに行かせていただきまして、2つ目の○でございます。

在宅医療・介護連携推進事業のほかの動きでございますけれども、平成30年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たところ、また、令和元年6月には、認知症施策推進大綱が取りまとめられまして、柱の1つに医療・ケア・介護サービス・介護者への支援が位置づけられたところをごさいます、認知症の医療・介護等にかかわる者が、伴走者として支援していくことの重要性も指摘されたところをごさいます。

こういったことを、これまで御説明したところ、委員から主な意見としまして、5ページ、6ページにあるような御意見をいただいたところをごさいます。

主なものは、5ページの2つ目のポツといたしましては、全ての市町村で一斉に（ア）～（ク）を実施するのは、非効率であるという意見もいただいたところをごさいます。

また、6ページの上から2つ目の○をごさいますけれども、地域レベルでの在宅医療提供体制の整備を図っていくためには、医師会を始め、関係機関の協力が一層重要だと、こういった御指摘もあったところをごさいます。

こういったことを受けまして、7ページに論点としてお示しをしましておりますけれども、現在、在宅医療と介護の連携は、広がりが出てきているところをごさいます、2つ目の○をごさいます。切れ目ない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにする。認知症等への対応を強化すること。

また、今（ア）～（ク）が全て必須で実施するとなつてごさいます、一部項目の選択実施など、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、そして、PDCAサイクルに沿った事業実施ができるようにすることなどの改革を行いまして、事業体系を明確化してはどうかと。

次の○は市内連携、その次の○は都道府県による支援、そして、7ページの最後の○は国においても支援をすべきであるということをもとめさせていたでいるところをごさいます。

8ページ目以降が、介護医療院への移行等をごさいます。

8ページの1つ目の○は、前回改定で行った改定事項をごさいます。その中に、介護医療院の創設がございました。

また、8ページの最後の○をごさいます、こちらは、介護療養型医療施設につきましては、29年度末が設置期限だったところ、令和5年度まで延長したということを書いております。

9ページ目、1つ目の○の中に鍵括弧がごさいますけれども、介護医療院の状況ということで、これは、本日、公開となったデータをごさいます。

令和元年9月末時点をごさいますけれども、介護医療院開設数は248施設、1万6061療養床ということをごさいます。

移行元の割合が、介護療養型医療施設68%となつてごさいます。

時間の関係上、参考資料のほうは、御説明申し上げませんが、参考資料で申し上げれば、40ページに、これを図式化、グラフにしたものがございます。

次の○でございますけれども、介護療養型医療施設、医療療養病床からの介護医療院の転換は、現在は必要入所定員の総数の増加分を含まないという特別な扱いをしておりますけれども、そういったことにつきまして、どのように考えるかということ、後ほど論点として出させていただきます。

また、9ページ一番下の○でございますけれども、介護療養型医療施設のうち、令和5年度末でどのように施設の方向性を考えているかというアンケートでも、介護療養型医療施設と回答した割合が10%、そして、移行先が未定としたところが3割あったというところでございました。

次に、10ページ目、11ページ目に行かせていただきます。

論点でございますけれども、1つ目の○でございます。医療と介護の役割分担と連携を一層推進する観点から、日常的な医学管理が必要な要介護者やリハビリテーションが必要な要介護者等を支える介護サービスのあり方について、どのように考えるかという論点を出させていただきます。

また、3つ目の○でございますけれども、介護医療院について、以下の点について、どのように考えるかでございます。設置期限は令和5年度末ということでございますけれども、より早期の意思決定を支援するための方策、申請手続の簡素化も含めた、ほかの移行支援策等でございます。

そして、また、第8期の計画にどのように見込むか。

そして、最後のポツでございますけれども、現在、医療計画との整合性を求められるということ、また、医療療養病床から介護医療院に移行したときには、一定の財政影響があるということ、をどのように見込むかということでございます。

次に、12ページ以降、要介護認定についての御説明でございます。

13ページに行かせていただきまして、現在、平成31年4月末時点で、要介護認定、要支援認定を受けた方は659万人でございます。

また、申請から認定までの平均の期間は39.4日となっているところでございます。

前回改正の話は、次の○でございます。更新認定の際の有効期間を24カ月から最長36カ月に拡大をしたところでございます。

また、定型的あるいは要介護状態がほぼ変わらないだろうと思われる方に関しましては、審査を簡素化したという取り扱いも行われたところでございます。

その実施状況が13ページ目一番下でございますけれども、36カ月という運用を開始したところ、半分程度が、それで運用している。相変わらず、24カ月

というところも一定程度ございます。

次の14ページ目は、更新申請でございますけれども、平均の期間が39.8日となっているところでございます。

一方で、今後も高齢者は伸びてまいりますので、認定件数の増加が見込まれるということで、さらなる簡素化、あるいは効率化ができないかというところでございます。

14ページの3つ目の○は、前回の24から36カ月に拡大したときの根拠となった表でございます。

15ページ、これは同じような考え方で、後ほど御提案いたします、この有効期間につきまして、不変の割合が、こちらにありますとおりで、直近の更新申請のときに、前後で変わらなかった者につきましては、48カ月後までの不変の割合が、それまでの36カ月と同じであるということが、私どものデータ分析で出たところでございます。

次のページは、飛ばさせていただきます。

その次のページも飛ばさせていただきます、18ページでございます。

要介護認定の申請から認定までの期間が長いと、38日を超えているということございまして、簡素化、効率化について、引き続き検討したいということにつきまして、2つ目の○で具体的な御提案を申し上げております。

前回の制度見直しの考え方を参考に、更新認定の二次判定におきまして、直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者につきましては、有効期限の上限を36カ月から48カ月に延長してはどうかということ。

また、簡素化につきましては、これは、まだ、実態把握を引き続き実施し、その結果を踏まえて、検討していくということでございます。

次に19ページでございます。

こちら一番上の○でございますが、こちらの要介護認定の認定調査でございますけれども、原則は保険者が行うということですが、1、指定市町村事務受託法人、また、2、3の方々も委託可能となっているところでございます。

ただ、その範囲は限られてございまして、19ページの下の方にありますとおりでございます。

市町村、委託、そして1は、市町村事務受託法人、2、3がケアマネ事業者、介護支援専門員ということでございますけれども、ここに○×がございまして、それぞれ認定の新規申請、更新申請・区分変更申請で、どの資格職が行えるかといったときに、委託1の中で、介護支援専門員は新規申請も更新申請も区分変更申請も認定調査を行っていただけますが、その他職種が、現在、行えないところとなっているところでございます。

こうした現状につきまして、市町村とかの要望もあることを踏まえまして、最後の21ページでございますけれども、今後も申請件数は増加していくという中で、2行目からです。認定調査を指定市町村事務受託法人に委託する場合におきまして、この認定調査員の要件を緩和することといたしまして、実務経験として、現在、認められている、ケアマネになるための実務経験として認められている資格を参考に、介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的な知識を有している者も実施できることとしてはどうかと御提案するものでございます。

資料2に関する御説明は、以上でございます。

○岡野認知症施策推進室長　続きます、資料3について御説明させていただきます。

資料3の「認知症施策の総合的な推進」の1ページ目でございます。

現状につきましては、9月13日の介護保険部会でお示ししました、介護保険事業計画の記載、それから、他の計画等との関係、それから、介護保険法第5条の2の項目に沿って、それぞれ整理をさせていただいております。

1つ目の計画の記載についてでございますが、認知症施策については、介護保険事業計画に関しては、第5期以降、それぞれこちらに記載の改正が行われてきて、充実が図られてきたということを書かせていただいております。

この法改正内容に合わせまして、各期における基本指針においても改正が行われてきました。

そして、こうした中、本年6月に共生と予防を柱とする認知症施策推進大綱が取りまとめられ、新規・拡充施策が盛り込まれているということを書かせていただいております。

2の他の計画等との関係におきましては、自治体においては、介護保険事業計画以外にも認知症高齢者に関する計画を定めておりますけれども、これまでも一体的作成、整合性の確保、調和を図りつつ、施策を推進してきております。

大綱におきましては、まちづくりや交通など、幅広い施策が盛り込まれておりまして、これらの中には、自治体が計画を策定して推進しているものもあるということでございます。

次のページ、3の介護保険法第5条の2の項目の関係でございます。

1つ目の○は、9月13日でも御説明いたしましたが、平成23年、平成29年それぞれの改正において、こちらに記載の改正が行われてきております。

現行の規定におきましては、大綱で柱としている共生については、共生を実現するための施策などは盛り込まれておりますけれども、共生という考え方自

体は、明確に記載をされていない状況でございます。

また、予防につきましては、認知症の予防に関する調査研究の推進と、その成果の活用について規定されているところでございます。

また、第5条の2については、認知症の内容について規定した箇所がございます。介護保険法では、制度創設時は痴呆という言葉が使われておりまして、特段の定義はされていなかったわけですが、平成17年の介護保険法改正において、痴呆の用語が認知症に置きかえられたことに伴いまして、当時は用語として定着していなかった認知症の内容を記載して、法律上位置づけたという経緯がございます。

現在の規定の内容は、平成17年当時から変更されていないという状況でございますが、一方で、医療現場における認知症に関する診断基準については、この規定が創設されて以降も変遷してきているという現状がございます。

3 ページ目は、9月13日の部会での委員からの主な意見を記載させていただいておりますが、説明は割愛させていただきます。

4 ページ目、論点でございます。

まず、介護保険事業計画の記載でございますけれども、この記載事項について、大綱を踏まえまして、認知症施策を総合的に推進していくことについて記載事項に位置づけてはどうかということが第1点目でございます。

それから、その詳細を定める基本指針において、取り組みを自治体が着実に推進していくために、基本的事項や計画の記載事項に大綱の考え方や施策を明確に位置づけてはどうかということでございます。

他の計画等の関係につきましては、施策の効果的な推進や自治体の負担等の関係から、第8期計画におきましても、一体的作成や互いに調和を図ることなどを、引き続き図っていくこととしてはどうか。

また、大綱に盛り込まれているまちづくり、交通等の幅広い施策におきまして、介護保険事業計画との連携を図っていく必要があるのではないかとということでございます。

それから、介護保険法第5条の2の関係でございますが、現在の規定は、新オレンジプランの考え方を踏まえて規定されておりますが、大綱を踏まえ、その考え方や施策を位置づけることについて、どのように考えるか。

例えば、共生の考え方を明確に規定することや、地域における支援体制の整備について規定すること、予防に関する調査研究について規定を充実させることなどが考えられるがどうかということが第1点目でございます。

第2点目でございますが、第5条の2の認知症の規定について、これまで医学の診断基準が変遷しており、今後も医学の進歩に伴って診断基準が変わる可能性があることも踏まえ、どのように考えるかということをお聞きさせていただきます。

いております。

資料の説明は、以上でございます。

○山口介護保険計画課長 続きます、介護保険計画課長から、資料4について御説明させていただきます。

住所地特例についてでございます。

1ページ目をごらんいただきますと、2つ目の○ですけれども、現在、住所地特例の対象施設につきましては、介護保険の3施設、特養、老健、介護療養。それから、有料老人ホーム、特に介護保険の指定を受けていない住宅型有料老人ホームとか、サービス付き高齢者住宅なども含んでいる、そういった特定施設。それから、軽費老人ホームや養護老人ホーム、そういったところに市外から入所するといった場合には、元住んでいた市の介護保険に引き続き入り続けるというのが住所地特例でございます。

この住所地特例につきましては、平成27年、上から4つ目の○ですが、日本版CCRC構想有識者会議というところで、高齢者移住促進の観点から住所地特例の対象を一般住宅まで拡大してはどうかという意見がございました。

これに関して、下の○ですけれども、報告書の中では、移住者につきましては、移住者は、そもそも元気なうちに来られて、その人が介護になるというリスク、それから、移住によってもたらされる経済効果、それから、現在ある住所地特例、それから、財政調整、特に調整交付金などの効果を見て、総合的に考えると、高齢化率が高くなったからといって、直ちに介護保険料が上がっているというような相関関係はほとんど見られないということが、この時点でわかったわけでございます。

ただ、調整交付金については、さらに、その配分方法を見直すことが考えられるのではないかという提言がございましたので、このときには、調整交付金の配分ルールを見直しまして、特に高齢者が多い地域に多く調整交付金が行くという部分に関しまして、この当時は、前期高齢者、後期高齢者という形で区分していたものを、後期高齢者に関しては、さらに85歳以上という新しい区分を設けて、その調整を精緻化したという対応を行ったところでございます。

2ページ目でございますけれども、今般、平成30年でございますが、地方分権の提案の中で、住所地特例について、再び取り上げられておまして、その際には、地域密着サービスである認知症グループホームに関しても住所地特例の対象施設とすべしというような御意見が出されております。

これに関しまして、もともとグループホームに関しましては、地域密着型サービスということで、現時点では、住所地特例の対象になっていない。つまり、地域住民が使うサービスということですので、そもそも市外から直接認知症グ

ループホームに入ってくるということは想定していないということがございますので、住所地特例の対象の施設になっておりませんが、この分権改革提案においては、例えば、サービス付き高齢者住宅に入った方が、その後に認知症グループホームを使うというケースがあるのではないかとということで出された提案でございます。

これに関して、平成30年12月閣議決定におきまして、この対応方針ということで、この提案については、地方公共団体の意見を踏まえて検討し、第8期介護保険事業計画の策定に向けて結論を得る、その結果に基づいて必要な措置を講ずるということとされております。

これとは別に、骨太の方針2019におきましても、住所地特例について、高齢者の移住促進の観点も踏まえ、必要な措置を講ずるといった内容が盛り込まれた状況でございます。

こういった状況を踏まえて、住所地特例に関してどのような見直し、あるいは、そのあり方を考えていくかという論点を挙げさせていただいているということでございます。

資料の説明は、以上でございます。

○栗原企画官 最後に、私のほうから、資料5について簡単に御紹介させていただきます。

「論点ごとの議論の状況」でございます。

表紙の※のところに書かれていますとおり、本年2月以降の介護保険部会の議論の状況について、各論点ごとに委員の意見を中心に事務局の責任で整理した資料となっております。

1ページから、これまでの検討経緯、それから、2ページ以降、総論の話から、その後、5つの検討事項ごとに、これまでの議論の状況を整理した資料となっております。

35ページまで続きまして、最後、36ページと37ページでは、これまでの議論も踏まえまして、制度改革の全体イメージについて、現時点でのものとして整理をさせていただいたものをつけさせていただいております。

この資料をお手元に置いていただきながら、本日、あるいは年末の取りまとめに向けて、さらに議論を深めていただきたいと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局から資料の説明をいただきました。御案内のとおり、非常に内容が多様でございます。

また、これから皆さんに御意見をいただくわけですが、多くの方が御意見をおっしゃると思いますので、できるだけ効率的な議事運営をさせていただきたいと思いますので、論点という形で事務局の考え方も出ておりますので、できるだけ論点に沿って簡潔で、要領のよい御発言をいただければと思います。

それでは、御意見、御質問等を承りたいと思いますが、いかがでございましょうか。

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。

論点は多岐にわたりますので、幾つかに絞って意見を申し上げさせていただきたいと思います。

まず、議題2の関係の在宅医療と介護の連携推進事業の関係でございます。PDCAサイクルに沿った取り組みを進めるためには、やはり、それに資する指標が重要だというのは、従来からずっと申し上げてきております、やはり、国において活用可能な指標の検討というのをきちんと進めるべきだと思います。

その意味で、この論点の中にも、地域包括ケア見える化システム、これを活用して、地域間の現状比較などから、自治体の課題抽出ができる環境整備が必要でございますが、この見える化システム、私も少し見てみましたが、それなりに、こういう比較もおもしろいなというのはあるのですけれども、これが現状、どの程度活用されているのかというのは、1つ事務局にお伺いしたいと思います。

それから、介護医療院の移行の関係でございますが、介護医療院、療養病床から介護保険施設への転換に当たって、これは、昔の話になりますが、医療保険者は、病床転換支援金を拠出してきた経緯というのもございますので、やはり、介護医療院への転換を着実に進めるべきだと思います。

療養病床の廃止、転換の期限は、これまで二度延長されているという経緯もございますので、もうこれは、これ以上延長しないで、この期限どおりにするべきだと思います。

あと、有効期限の関係でございます。

介護認定に要する期間の長期化防止に資するということでございますので、更新申請の有効期間延長というのをも考えるべき課題と思っております。賛成でございます。

ただし、軽度化した場合も、確実に区分変更申請が実施される、そういった対応、その工夫はぜひ必要と考えております。

あと、認定調査員の要件でございますが、これも介護支援専門員以外の専門的な知識を有する方が認定調査を実施するというのも妥当だと思います。

ただし、これも十分な質の担保を図れるというのが前提でございますので、そのところをどういうふうな工夫といいますか、それをするのかというのがポイントと考えております。

それから、課題5の議論の状況の整理でございますが、これは、従来申し上げてきたことをあまり繰り返すつもりはございませんが、まず、保険者機能の強化については、機能強化推進交付金のインセンティブ、これを実際に意味ありにしていくためには、どういうアウトカム指標を使うのかというのは、極めて重要でございますので、アウトカム指標をもって重点的に評価するような、そういう工夫をお願いしたい。

もっと言えば、自立支援、重度化防止などの取り組みというのは、保険者として当然取り組むべきことであるとも考えております。

それから、これは前にも申し上げましたが、将来的には、やはり、事業を実施した保険者に加点、未実施の保険者にペナルティーと、そういった形で、財政中立で実施するということも考えるべきと考えております。

給付と負担の関係も、これも既に何度も申し上げておりますので、個別にコメントいたしません。やはり、介護保険制度の持続可能性の確保とか、給付と負担のバランスとか、現役世代の負担軽減の観点、こういったことから、改革工程表に記載されている項目は、確実に進めるべきと考えております。

また、利用者負担の原則2割化というのも議論すべきだと思います。

最後、介護人材の確保、介護現場の革新の関係でございますが、やはり、介護人材の確保については、事業所の大規模化とか、あるいは事業所間の連携強化、そういったことによる効率化も重要な手段だと考えております。

さまざまな人材確保施策の、まず効果をきちんと把握して、次の検討につなげるべきと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

見える化システムに関しての利用状況について、事務局へのお尋ねということがございました。事務局、何かコメントはありますか。

老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 少しお時間をいただいて、今、調べておりますので、どこかあいたところで御説明をさせていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、久保委員、大西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。

医療と介護の連携の推進等の議題、2番目の要介護認定制度から要介護、要支援認定申請処理のおくれについての意見を申し上げたいと思います。

要介護、要支援認定申請処理のおくれについて、ある自治体では、介護保険法第27条の定めで、市町村は申請から原則30日以内に判定を通知しなければならないが、去年は41日、ことしは4月から6月の平均日数は53.5日となっていますと報告されています。

一方、30日程度で推移している自治体もありますが、全国平均が38.5日と依然として長くなっていることが現実です。

特に、深刻と思われるのは、状態悪化に伴う区分変更のおくれの問題です。おくれ要因は、認定調査員の不足はもちろん、主治医の意見書のおくれなど、さまざまな要因があると思います。2025年までの間、認定数は増加するため、認定結果が遅くなることで、いろいろと問題が発生します。

介護現場で問題となっている内容について、3例報告します。

1例目は、利用者の状態悪化に伴い、ターミナルをケアプランに入れなければならない利用者の区分変更申請を行ったが、認定調査員の不足により、認定調査が来ないうちに御逝去されたケースがあります。その結果、介護サービス利用料が多額な自己負担となりました。

2例目は、病気の急激な進行や状態の悪化に伴い、区分変更申請を行ったが、認定調査に来たのが1カ月半後でした。この間、必要なサービスを追加したくても、万が一10割自己負担が発生してはと利用者、ケアマネともちゅうちょして、適切なサービスを入れることができませんでした。

3例目は、福祉用具や住宅環境整備を行いたくても、認定結果が出るまで、申請や準備ができないため、ADLの低下や状態悪化を招きました。

特に、低所得者層の利用者は、この傾向が強く出ています。また、認定結果が出ない場合、報酬請求はできないため、事業者にとって月おくれ請求の件数がふえるのは、経営にも直結する問題となります。

このような課題に対して、要介護認定制度に関する業務の見直しや簡素化を行う必要があります。

特に、今後も要介護認定の申請件数は増加することが予測されるので、認定調査員の要件を緩和し、介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関しての専門的知識を有する者も実施できるようするべきだと考えています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

お待たせしました。大西委員、どうぞ。

○大西委員 ありがとうございます。

論点は多岐にわたりますけれども、私のほうから3点について、お話をさせていただきたいと思います。

まず、議題2の医療と介護の連携の推進等におきまして、在宅医療・介護連携推進事業についてでございます。

これにつきましては、全ての市町村で実施されているということでございますけれども、資料の中にございましたように、PDCAサイクルのPの、計画に相当するような「資源の把握」でありますとか、あるいは「課題の抽出や対応策の検討」というのを行った自治体が、まだ2割程度にとどまっているということでございます。

したがって、多くの市町村で、まだ、PDCAサイクルに基づいた適正な事業展開がなされていないと言えようかと思っております。

一方で、これも資料の中にございますように、地域の実情に応じて、いわゆる8項目以外の補完的な施策を展開している自治体が約6割程度見られるということでございますので、柔軟な取り組みもかなり実践されていることが言えようかと思っております。

この事業の課題といたしまして、1つに「ノウハウ不足」や、「行政と医師会等の関係機関との協力関係の構築が不十分であること」、あるいは、「将来的なあるべき姿をイメージできない」等が挙げられておりますので、今一度、我々自治体におきまして、地域の目指すべき姿といったものを住民や医療・介護関係者で共有するなど、地域の課題抽出や問題解決に必要な対策、取り組みは何かといったようなことをきちんと明らかにし、それに基づいて、PDCAサイクルに沿った適正な事業の展開を進めていく必要があると考えております。

そのためには、自治体の努力というのはもちろん大事ではございますけれども、まず、国において、先ほどもお話に出ておりましたが、例えば、見える化システム等の活用を、もう少し十分にさせていただくとか、あるいは活用可能な指標の検討をさせていただくとか、自治体の取り組みを後押しするための環境整備といったものを進めていただきたいと思います。

また、関係機関との連携ということに関しまして、地域レベルでの在宅医療提供体制の整備というのが不可欠でございますので、なお一層、医師会を始めとする関係機関との協力関係を構築していくことが重要かと存じております。

さらに、都道府県との関係ということに関しまして、医療となりますと、やはり中心は都道府県であって、県が策定いたします地域医療構想等に基づく施策と密接に関連するということでございますので、都道府県が把握している在

宅医療や介護の資源に関するデータの分析、活用でありますとか、あるいは広域的な医療・介護連携に関する協議の場の設置など、都道府県と市町村との関係がより密接になるよう、都道府県の役割に期待する声も多くございますので、都道府県の関与や支援の強化といったものが必要かと考えているところでございます。

2点目、介護医療院への移行等についてでございますけれども、説明の中にございましたように、介護医療療養病床から介護医療院への転換ということになりますと、介護保険の中での利用者の振りかえでございますので、介護報酬の多寡は若干ございますものの、介護保険財政への影響は比較的小さいと言えますけれども、医療療養病床から介護医療院への転換ということになりますと、基本的に、これが総量規制の対象外とされておりまして、我々保険者にとりましては、サービス見込み量の見通しが立てづらい上に、医療保険から介護保険への利用者の振りかえということが起こるわけございまして、介護保険事業計画期間中の介護保険財政に与える影響は、非常に大きいと言えようかと思っております。

したがって、第8期の計画期間におきましても、医療療養病床からの転換について、総量規制の対象外とする場合には、やはり、県が策定いたします医療計画との整合性をきちんと求めるなど、全体として介護保険財政への過度な負担を与えないような、そういう影響に配慮した対応を、ぜひお願いしたいと思っております。

3点目、議題4の住所地特例でございます。

これは、サービス利用者が住所地特例施設から、その市町村内にある住所地特例対象外のグループホーム等に住所を移した場合にどうするかということでございまして、悩ましい問題でございます。

現行の制度では、住所変更前の市町村が保険者となるという特例が認められていたものが、グループホーム所在の市町村に保険者が変わるといいますか、保険者の取扱いが原則に戻るわけでございますけれども、もちろん、新たに保険者となる市町村にとりましては、負担が増えることになりますけれども、逆に元の市町村にとりましては、その分、本来の負担になるということでございまして、この提案どおりの見直しということになりますと、やはり、新たな負担が発生する市町村からは異論が出るということはあるのではないかと考えております。

これにつきましては、全国市長会のほうで十分な議論をしたわけではございませんけれども、グループホームは地域密着型のサービスでございまして、本来的には、市町村内の住民が受けられるサービスということを考えれば、今、直ちに特例の対象とするまでもないのではないかと考えておるところでございます。

ます。

以上、3点について申し上げました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ちょっと、こちら側へ行きましょうか。

それでは、藤原委員、お願いします。その次に佐藤委員、お願いします。

○藤原委員 町村の立場で何点か意見を申し上げたいと思います。

一部、大西委員と重複するところもあろうかと思いますが、よろしく申し上げます。

まず、初めに資料2の在宅医療・介護連携推進事業についてであります。

参考資料を拝見しますと、市町村が多く回答した課題として、「事業実施のためのノウハウの不足」や「医師会、医療関係機関等との協力関係の構築」等もありますが、最も多いのが、「地域の医療・介護資源の不足」ということであります。

したがって、資料2の7ページに論点がありますが、この部分も含めまして、国及び都道府県からの支援をお願いしたいと思います。

次に、介護医療院への移行についてであります。資料2の11ページに論点がありますが、医療療養病床から介護医療院への移行については、小さな市町村では、1つの施設の移行でも、それによる介護保険料への影響が非常に大きく、住民に多大な負担を強いることとなります。このため、町村からは、移行について一定の制限をかけることや、住民負担の軽減に資する財政支援を求める声が多く聞かれます。皆の納得感のある中で介護医療院への移行が進められるよう、対応を検討いただければと思っております。

次に、要介護認定制度についてであります。平成30年4月から、更新認定の有効期間が24カ月から36カ月に拡大され、介護認定審査会における審査の簡素化も行われました。

しかしながら、資料を拝見しますと、依然として更新認定の平均期間が39.8日、新規と区分変更を合わせた全区分でも38.5日となっております。

したがって、今後も要介護認定の申請件数の増加が予想される中で、論点にもありますように、要介護認定制度に関する業務のさらなる簡素化や認定調査員の要件緩和について、実態を踏まえつつ、前向きに検討していただければと思います。

次に、資料3の認知症施策の総合的な推進であります。

認知症の人の増加が見込まれる中で、認知症施策推進大綱等で市町村に求められております事項について、我々としても、地域の実情に応じて、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。

ただし、4ページの論点に関連しまして、計画の記載事項や、他の計画との関係において、自治体の負担軽減への配慮をぜひお願いしたいと思えます。

次に、資料4の住所地特例についてであります。

2ページの課題の中に、認知症グループホームを住所地特例の対象とするこの提案について記載があります。確かに厚生労働省の回答にあるように、地域密着型サービスは、原則として住民のみが利用できるものでありますが、同じ保険者として、提案団体の気持ちもよく理解ができます。

提案の趣旨をしっかりとくんでいただきまして、財政面で不公平感がないよう、対応を御検討いただければと思えます。

また、論点に、「高齢者の移住促進の観点を踏まえ、どのように考えるか」とありますが、町村として、高齢者に限らず、地方に関心を持っていただくことは大変ありがたいことだと思っておりますが、住所地特例によって高齢者の移住を促進するという点については、検討すべき課題が多いのではないかと思っております。

以上について、よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました、佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 ありがとうございます。

では、私のほうから、まず、資料5に即して何点か。

11ページのほうに書いてありますとおり、データの利活用を推進するというお話が出ていますが、そうであれば、データを現場へのフィードバックとか、現状把握に使うだけではなく、やはり、政策形成に生かしていくというEBPMの視点が全体としてあっていいかなと思えます。

例えば、介護予防事業などについても、ちゃんとエビデンスに即して費用対効果を検証したり、必要に応じて見直しを図ると、こういう姿勢を全体的に通していくというのが、一本の筋としてあっていいかなと思えました。

あと、個別論点になってきますけれども、戻って10ページのところで、例の保険者機能強化推進交付金ですけれども、その中身、つまりアウトカム指標の充実というの、これから大事ですし、もう一つは見える化、つまり、ほかの自治体はどうなのということを、お互い企画検証できるような仕組みをつくっていくということがあっていいと思えます。

あとは、インセンティブ、インセンティブと言いますが、これは程度の問題もありますので、つまり、推進交付金が十分な金額なのかどうかということに

については、これは、調整交付金との比重の見直しということも含めて考えてみる必要があるかなと思いました。

それから、高齢者の住まいのところなのですから、14ページですか、多様な住まいがニーズに即してあるのは結構だと思うのですが、サ高住で、よく利用頻度が高いということが言われますように、事業者による誘発需要というのは否めないところがありますので、利用の適正化というところの視点はなければいけないかなと思います。

それから、先ほど御指摘があったような気がしますが、人材育成のところ、20ページで行けば、人材育成、介護人材の確保に関して言うと、もちろん生産性の向上ということも含めてなのですが、やはり、ICT化あるいは事業者間の連携というのは必要になってくるかと思えます。処遇改善も含めて、そういうことを促すためには、ICT化や連携が必要なのですが、それをやるに当たって、事業者及び自治体、保険者側の業務の標準化というのをやらないと、なかなか機械化できませんし、連携しようにも、仕事の仕方が違ったらしようがないので、やはり、業務の標準化というのを通していくというのがあっていいのかなと思いました。

それから、軽度者への生活支援ですけれども、30ページです。これと次の話、逆に重度の話とはお互いリンクしておりまして、次の高額介護サービスですね、こちらの話とリンクしておりまして、今、医療でも小さなリスクと大きなリスクを分けて、やはり、大きなリスクにもっと備えたほうがいいのではないの、小さなリスクは、より自己負担を求めていいのではないかと、そういう議論が一方ではありますので、やはり、介護の分野においても、小さなリスクと大きなリスク、その比重の関係というのを少し考えていく必要があるのかなと思いました。

あと、先ほどから出ている住所地特例なのですから、これは、広域連携の枠の中でできないかなと思うのですが、つまり、それは、各個人がどこに住むかを選ぶというよりは、自治体と自治体が協定を結んで、その住民を自分たちが受け入れるかどうか、それに当たっての財政的な支援を、元の居住地域に求めるかということになりますので、これはある意味、広域連携の問題だと思います。

これは、これから重要になります。人口減少もありますし、職員の数も減りますので、各自治体は自前で全てのサービスの提供はできないです。よって、広域連携というのを1つの解決策として模索していくのはあっていいのかなと思いました。

最後に1つだけ、ケアマネなのですから、ケアマネは、中立性をどう担保するかということですかね。誰のエージェントなのだと、理念的には個人

ですかね、支援を要する方々のエージェントとして振る舞うというのは、理念としてはわかりますが、実態はそうならないでしょうという議論はあるわけですので、やはり、ケアマネの中立性というのをどこまで担保できるかということが重要になってくるかと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、津下委員、花俣委員の順番でお願いいたします。

○津下委員 ありがとうございます。

資料5の制度改正のイメージに従って、意見を述べたいと思います。

まず、改革の目指す方向性として、地域共生社会ということで、断らない相談とか、それから、複数の課題に対して対応できるとか、そういうことは非常に重要だと考えます。

ただ、断らないで受け付けたことをため込んでしまうことのないように、また、ただ聞き置くだけにならないようにする必要があります。どのように対応していくのかということ、準備をしていかなければいけないと思います。とくにさまざまな事業が、絶えずそれぞれで変化している状況がありますので、どう共有していくのか、そういうことを整えていくことは非常に重要だと考えております。

また、この事業については、手挙げ方式で自治体にやっていくということなのですけれども、どのぐらいの自治体が、これに対応できるのかなということも若干心配しております。具体的に、共生社会に向けて、どうステップを切っていくのが大切だと思います。

もう一つが、財源として、さまざまな財源が入ってきて、それから、地域住民の意見を取り入れていくということなのですけれども、住民の中にも、物言わぬ住民といいますか、さまざまな立場の人が均等に意見を言うわけではなく、また、自治体に近い側の意見が取り入れられ過ぎないように、一方では、データできちんと分析しながら適正に運用していくことが重要なのかなと思いました。

医療・介護の連携については、また、データ利活用についても、財源の話についても関係していますけれども、医療のデータ利活用については、介護関連のデータだけではなく、医療データなども一緒に見て考えていくということが重要ではないかと思っています。医療レセプト、介護レセプトなどの分析を、実際、足元を見る、また、今後どうしていくかという議論に活用していくことが重要ということ。

また、高齢者の医療については、医療ニーズの考え方が変化してきておりますので、そのあたりを、どう織り込んでいくのかということも、これからよく観察しながらやっていく必要があるのかなと思っています。

次に、要介護認定なのですけれども、コンピュータでの判定をし、その後、判定の修正など、認定審査委員会が開催され、そして、結果が出るまで約1カ月かかるということなのですけれども、このコンピュータ判定で、その後、どのくらい修正がかかり、どういう事態で修正がかかりやすいのかとか、それから、2回申請が、コンピュータ判定でよかった場合は、簡易化するなどのことがありますけれども、逆に、申請の修正など、または修正に対して、コンピュータ判定の精度をもう少し上げることについて、どのような状況になっているのかということをお伺いしたいと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 では、事務局、コメントを。

老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 それでは、要介護認定制度の見直しに関しまして、お答え申し上げたいと思います。

まず「医療と介護の連携の推進等」の参考資料1の68コマ目の資料がございます。

こちらをおあげいただきますと、ここに介護認定審査会の簡素化というタイトルのページがございます。

ここにどういう場合であれば、二次判定の中で審査を簡素化できるかということでございまして、ここに条件が1から6までございますけれども、前回認定の結果と一致しているですとか、あるいは前回認定の有効期間が12カ月以上である。

条件6などに行きますと、要介護認定等基準時間が、いわゆる幅を持って20分ごとぐらいの刻みであります。その際ではないと、こういうことがございまして、こういう方であれば、現在も、二次審査を簡素化してよろしいのではないかと、運用の見直しを前回に行ったということでございます。

ここに関しましては、まだ、本格的にきちんと、全国的に、状況がばらばらなところがございますので、私どもとしては、ここは安易に、すぐにやったらいいというのではなく、一つ一つ検証しながら、質を担保しながら、その中でも確実に広げられるところは広げていくという慎重な姿勢で、でも、広げていく方向で臨みたいと思っていますところでございます。

また、一次判定から二次判定の修正ですけれども、きょうは、資料をつけて

ございませんけれども、私ども、そこがちゃんと標準化されますような、そういう事業も行っておりました、また、機会がございましたら、御提供させていただきたいと思っております。

それで、座長、先ほどの御質問に関しても、お答えしてよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 お願いします。

○眞鍋老人保健課長 先ほど、見える化システムを市町村でどのように活用しているかというお尋ねがございました。

今、調べていただきましたところ、自治体は1,700余りございますけれども、これは、令和元年の9月中のアクセス数でございますが、自治体からのログイン件数は1,700以上ありまして、活用していただいているということで、まず、ログイン件数から見ますと、どの自治体も月に一度以上はアクセスをいただいているのではないかとということでございます。

その中で、在宅医療に関する取組事例というのがございますけれども、それが上位で検索されている履歴もございます。

これも履歴を見ますと、キーワードを見ますと、認知症ですとか、介護予防、地域ケア会議、生活支援といった言葉が並んでいますけれども、その次の在宅医療に関しては、5位ということでございまして、実際の市町村の職員の方々も在宅医療についてもかなり関心が高く見え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、花俣委員、それから、榎田委員の順番でお願いします。

では、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

河本、久保委員などからも、もう既に御意見が出ているのですけれども、資料2の18ページ、その論点についてなのですけれども、有効期限の拡大とか、あるいはさらなる簡素化というのは、これだけ有効期限を延長しても、いまだに認定までにかかる期間が短くなっていないということからいくと、かなり急務であると考えています。

もともと家族の会では、この問題については、先に提出しました要望書であるとか、あるいは、その元になりました、困りごとアンケートの中で、かなり会員からも意見が集まっています。

例えば、困りごとのところでは、介護認定の調査員による介護度の捉え方に

ばらつきがあるように感じた。あるいは介護認定が、体が動くというだけで、病状は進行し、介護は大変になっているのに、今までより軽く認定された。独居で足腰が不自由で行動しにくいのに、一人暮らしができていと言われ、要介護1から要支援2となり、今まで利用できていたサービスが受けられず、困っている。再認定も結果は変わらなかったといったような生の声がありまして、私たちとしては、要介護認定の抜本的改善についても、ずっと長年要望をし続けています。

今の介護認定のシステムには、認知症介護の手間を的確に捉えられないという弱点があると思います。認知症があっても大変なのに、歩けるという理由で介護度が低くなってしまふ。項目がほとんど当てはまるのに、その大変さが反映されないシステムになっている。認知症の人の状況が中心で、家族の状況や介護力が全く考慮されていない。

それから、レビー小体型認知症等、制度発足時には、明らかでなかった認知症の病態に即した項目や介護力が考慮された項目が盛り込まれていない等の切実な声があります。

認定システムの改善だけでなく、より利用者の状態あるいは生活状況に即したサービスが提供できる認定のあり方を検討すべきではないかと要望しております。

それから、資料2の要介護認定制度のところで、調査員の要件緩和のことが提案されていたのですが、これについては、申請件数が増加すれば、認定調査員の確保が難しい市町村があることも予想されることから、条件を緩和したいのか、あるいは退職した実務経験者である市町村職員を調査員として認めるためなのか、つまり、調査員の数の確保なのか、公平公正かつ適切な認定調査のための質の担保なのかということが、ちょっとよくわからない。どちらも大事だと思うのですが、先ほども、かなりばらつきがあるという意見も出ていますので、この辺も慎重に検討していただきたいと思っています。

それから、住所地特例についてなのですが、これは、本来、地域密着サービスの特性を考えていけば、つまり、住みなれた地域でなるべく暮らしが継続できるように、地域の人が使えサービスと、その特性を考えていけば、住所地特例を適用するというのではなく、現行でも市町村間の協議で、離れていても使えるという、それが可能になることもありますので、そういったことも考慮すれば、今のままでもいいのかなと思っています。

これについても、要望書の中で、住んでいる市町村にサービスがなかったり、すぐ近くに良質なサービス事業所があっても、隣の市町村であるために利用できないといったことが、現実にあるわけです。それを市町村任せにしているのは、財源や手続の煩雑さを理由に、枠を超えた利用がなかなか進んでいない。国の

施策として希望があれば、もう少し柔軟に利用できるような、そういうシステムを何か考えていただけないかなと思っています。

最後になりますけれども、資料5です。

ここについてなのですけれども、資料5の30とか31ページに、相変わらず、軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方として、いろいろまとめられています。

これまでも、ずっと申し上げてきましたけれども、介護保険部会において、要介護1と2の認定を受けた人たちを、軽度者と称するのは、大変大きな誤解を与えかねないと、常々感じています。

介護が必要になる主な理由のトップは認知症です。認定ランク別に見ても、要介護1から4まで、トップは認知症の人になります。認知症の人を介護する家族にとって、要介護1と2の場合は、介護の負担が軽いということは決してありません。むしろ身体的には元気な場合は、例えば、行方不明になってしまったり、家庭内でもさまざまなトラブルが発生する中で、必死で対応しているのが家族の現状です。介護保険部会として、要介護1と2の人を軽度者と呼ぶことはやめていただきたいと切にお願いしたいと思っています。

そこが一番大事な要望であり、そして、生活援助を必要としている人たちの実態が、もっときちんと把握され、そして、介護が必要な暮らしが脅かされないように、そういった議論が進むことを切に願っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。榊田委員、どうぞ。

○榊田委員 まず、最初に地域共生社会に向けた包括的支援の報告がございすけれども、断らない相談支援という、一番重要なことなのですけれども、あらゆる方が全て、ここで断らずに継続的に支援をしていくという、非常に重要な点でございすけれども、この前段階の問題で、地域住民の方一人一人が何で困っているのか、それを受けとめてあげる窓口を、例えば、市町村の役場につくっても、なかなか相談には来てもらえません。生活支援的な困りごとの場合でしたら、多分、そこまで相談に行きません。ですから、その困りごとをどう把握していくのか、どう受けとめていくか、この前段階の、いわゆる窓口的な分をつくらないと、実際に市町村で体制をつくっても動かないということが起こってくると思うのです。

ですから、体制づくりの前に、こういう困りごとがあるのですよというのを把握するようなもの、例えば、今、私どもで2年前からショッピングモールの

中に相談支援のためのコーナーを1つつくって、365日、毎日12時間体制でそこをあけています。ショッピングモールがあいているときは、必ずあけている。

どんなことでも相談を受け付けますよという体制をつくっています。でも、実際に、そこで相談を受け付ける職員というのは、専門職ではないです。単に窓口業務を行うだけで、相談があったことは、専門職につないでいくためにショッピングモールの中に、そういう窓口だけをつくっている。それでも、そんなに相談件数はないです。

でも、そこで小さな困りごとがあったら、それが地域においてどういうことが困っているかというニーズ把握にはつながっていきます。

ですから、そういうアンテナをかなり地域にめぐらせておかないと、この体制というのは生きていけないと思いますので、その検討をお願いできたらと思います。

それで、今日の本題のほうなのですけれども、まず、要介護認定の問題ですけれども、きょう、参考資料の68ページ、69ページあたりで出していただいていますけれども、一次判定と二次判定の変更の割合というのが、この中にありませんので、簡素化の問題というのは、少し議論しづらいのですけれども、ただ、36カ月を48カ月にするというのは賛成でございます。

それで、この簡素化を、これからどう図っていくかというのも大きな課題になっていくと思います。この認定調査員の問題、認定調査というのは、市町村にとっては、市町村事務になりますので、介護保険財政と全く別物という扱いになるのですけれども、やはり、ここも効率化を図っていくべきだろうし、内容的に変化がないのであれば、そのまま行けるという、一次判定をそのまま使うというルールをもう少し進めていくとか、工夫はあると思います。

ただ、窓口の最初のところの認定調査員の問題、非常に各市町村は困っています。認定調査員さんのなり手がありません。だんだんその方が高齢化していく。非常勤の職員さんが多いのです。ケアマネさんの資格を持って、現役でケアマネで働いていた方が、もうリタイアして、いわゆる市町村の認定調査員をしようかという話になってくるのですけれども、実は、時間給と、そんなにいい単価ではないのです。なり手がありません。

そうすると、事務委託を受ける事業者の方も、ケアマネさんをそろえて事務委託を受けるとなると、いわゆる委託費との関係からいうと、赤字になるというので、みんな二の足を踏んで、なかなか事務委託も進まない。

やはり、ここは、認定調査員さん、市町村だけではなくて、事務委託法人も含めて、やはり専門職、ケアマネだけではなくて、看護職員であったり、介護福祉士だったり、そこらの専門職の方を市町村並みに広げていっていかないと、もしくは、いわゆるお給料を上げてあげる、どちらかの方法をとらない

といけないということが起こってきますので、やはり、1つは、ちゃんとした研修体制をとって、専門職の枠を広げていくほうが実務的ではないかと思いません。

住所地特例の問題ですけれども、事例を示していただいています6ページの2のケース、確かに、この問題、現場で非常に困っています。介護施設から同じ町内のグループホームに移った場合に、住所地特例が外れる、その段階まではいいのです。でも、そのグループホームにいる方が、また、介護保険施設関係に行ったときに、その住所地のある、いわゆる施設があるところの保険者に変わってしまうというのを、非常に嫌がられています。

ですから、2番のケースというのは、継続的な住所地特例を行うという観点から言いますと、必要な形ではないかと思っています。

最後、4番目に入っていますけれども、一番課題になるのは、いわゆる認知症グループホームの場合は、その市町村の中に住所がなければ、入所できませんので、親戚等があれば、そこに住所を一旦移して、次に、認知症グループホームに入所すると。

ここでいろんなルールが、市町村によって存在しています。6カ月ルールというのが一番多いのですけれども、親戚宅で6カ月間以上生活していなかったら入れませんよという形がつけられています。

そういう形で、ここの中で動いていくのですけれども、問題点は、今、一番多い方、A市で生活をしていた方が、介護が必要になって、どこかの施設関係とかに行った場合に、ほとんど、もともとの住所というところの、いわゆる借りていたところだったら、そこに帰ることができない。A市から住所地特例で一旦施設などに入っても、次に住所地特例が外れてしまうと、次に住んでいるところの市町村しか、もう住民票が有効なところがないので、グループホームであれ、施設であれ、そこに必ず住民票を持って転々としていかざるを得ないという状況が出てきている。

それを市町村の担当者にとったら、自分のところの保険負担等がふえていくということは、余り好ましくないという部分で捉えられているケースが多いので、少しその流れ的な部分は精査して考えていく必要があるのかなと思っています。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちらは、大分あれしましたので、それでは、石田委員、石本委員、伊藤委員、井上委員の順番でお願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

今、いろんな御意見が出て、同じところではあるのですけれども、1つは、論点で言いますと18、医療・介護連携の介護認定審査会の件でございます。

先ほど事務局の方から参考資料1の68ページの図を御紹介いただきまして、こういった形で簡素化が検討されていると説明を受けて、その点は理解したのですけれども、例えば、コンピュータ判定結果というのは、直接的に介護度の結果につながることもあり、図の中で一直線につながるならば一番簡略化した形として設定できると思います。ただそのように考えると、もちろんコンピュータの判定の項目であるとか、今、いろいろ御意見があったので、現状では不十分であるということも含め、もう一回精査する必要があるかと思います。しかし、このコンピュータの結果によって、基本的には介護度が決まっていくという方向があれば、それが一番効率化につながるのではないかと考えておりました、そういったことが検討されているのかどうか教えていただきたいと思っております。

それから、一方の矢印が難しいというのは、どこがどのように難しいのかというところを、検討されていらっしゃるのかどうか、この辺のところを可能性としてお聞きしたいというのが1点です。

2点目は、同じく認定調査員の件でございます、これは論点の21ページになります。

ここについても、今いろいろ御発言があって、やる人がいないと、業務が過重でとても無理ですというような意見が現場ではあるということも聞いております。この場合、実際にそういった業務に従事されている方からの声とか、こういうことを改革していただければ、もう少し頑張れるであるとか、これが一番業務の中ではしんどいのだとか、そういった現場の状況や生の声などがどこまで調査されているのか、そこを教えていただきたいということ、これが2点目です。

最後ですけれども、最初に出ました地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加、協働の推進ということで、新たな事業が、今、考えられているということで、断らない窓口の設置というのがあるのですけれども、これに関しては、資料1の参考のところ、12ページになりますけれども、循環という形が書いてあります。

実は、こういう事業も非常に重要だと思いますけれども、やはり新たな事業がどんどんあっても、実際的にはそうした事業へ参画してほしい、マンパワーが本当に不足していると思います。そこで、これからの新たな事業展開には、課題を抱えている方やその家族も含めて、当時者参画型の事業運営といった、これまでにはない新しい人材活用という発想を組み込んでいっていただきたい

と、これは要望として申し上げておきたいと思います。
以上です。

○遠藤部会長 それでは、老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

要介護認定に関しまして、2つお尋ねいただいております。

まず、今回の要介護認定の二次判定の審査の簡素化に絡めてのお尋ねだと思いますけれども、今の要介護認定の仕組みを申し上げますと、調査員が74項目の身体状況をお尋ねしまして、それをもとにコンピュータによる一次判定が行われます。

そこで、要介護認定等基準時間によりまして、要支援1から要介護5までの数が出てまいります。これは、いわゆるコンピュータ判定と言われるものです。

そこに対しまして、主治医の意見書がきちん提出をされた中で、それを市町村が設置する合議体で、最終的には人の目を見て、その手間のかかりぐあいというのが、実際のものとどのくらい乖離しているのかを含めてきちんと御検討いただいて、それを最終的な結論として市町村が判定を行うというふうになっているところでございます。

こうした仕組み自体は、私は、一定の合理性があると思いますし、私どもとしてはその仕組み自体は、堅持すべきだというふうに思っておりますが、その中で、今、石田委員から御指摘があったように、その中でどのような類型の方であれば、一定程度一次判定の結果と、二次判定の結果がほぼ過去の例から見ても変化がないかということにくくり出して、そして、それが先ほどの68ページで申し上げました、条件1～6がございませぬけれども、こういう類型であれば、変更は少ないだろうということで、これはスキップをしていいというものではございませぬ。簡素化をしていいということでございます。プロセス自体は経ていただくということになりますけれども、簡素化の類型としてお示しをしたところでございます。

私どもとして、一次判定をもって、そのまま二次判定というか、一次判定をもって要介護認定の結果とするのは、私どもは、やはり人の目がちゃんと入らなければいけませんし、やはり主治医の、医師の意見も反映されるべきだと思っております。そこは一足飛びにということは現在のところ考えていないところでございます。

次に、市町村の状況、あるいは簡素化に関するお困りぐあいですとか、どのくらいの声を聞いているのかというお尋ねでございました。

私ども、市町村も、この要介護認定の均てん化のための事業もやってござい

ます。その中で私ども丁寧に市町村からの意見は聞いているつもりでございます。

また、きょうの資料で御説明はしませんでしたけれども、地方からの提案等というところもございまして、こちらの資料で申し上げますと、資料2の20ページの2つ目の○の中に*で書いておりますけれども、介護支援専門員以外の者にも当該調査を行わせることについて今年度中に結論を得ると、そういう要望もあったところでございます。こういったことを総合的に勘案いたしまして、今回のような御提案を行っているということでございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。

1点質問なのですが、例えば要介護認定の項目、二次審査調査員が、いわゆる全介助なのか、一部なのかというのを判断するときには解釈がございしますが、こういったものを見直す予定や、可能性というのは現段階であるのか、ないのかをお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 端的に申し上げますと、今のところ、こういうことを全面的に見直すような予定はございませんが、今おっしゃっていただいた中で、調査員による解釈の違いがないような、そういうことが起こらないような努力はしなければいけないと思っております、そういう研修などは行っているところでございます。

○遠藤部会長 石本委員、どうぞ。

○石本委員 ありがとうございます。

例えば、期間を延ばすことで、これからふえるであろう、認定者の分を効率化していくなど、調査員さんの資格要件を緩和していくことも必要だと思います。私も実際に認定審査員を現役でやっておりますが、二次審査の中で非常に悩ましくて、先ほどの御意見と実態は違うのですけれども、どうしても今の解釈だと、この認定しか出せないという、不具合のような、そういったものも実際に感じている部分があります。総合的に認定審査というのが機能的、かつ、

いいものになっていくような方向で検討していくということは非常に重要ではないかと思っておりますので、今のところ見直さないということではございますが、今後、実にそぐうような中身になるように、検討していただければと思います。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。
では、伊藤委員、お願いいたします。

○伊藤委員 伊藤です。

資料3の認知症のところですが、2ページに共生とありますが、大綱では使われているけれども、まだ、法律上は明確になっていないということだと思えます。前にも申し上げたのですけれども、今日はたまたま1つ目の議題で、地域共生社会の検討会の報告もいただいておりますけれども、共生という同じ日本語が、どうも違う意味合いで使っているように思います。

認知症の大綱には、資料の29ページに明確に書いてあるのですけれども、認知症のことで定義づけられております。共生という言葉が最近多く国で使われておりますので、この点、認知症の人も、そうではない人も、正しく共生という言葉の意味を理解できるような形で、法制化または広報をしていただきたいというのが1つお願いでございます。

もう一つは、論点ごとの議論の状況という資料に、論点をたくさん出していただいております。ケアマネジメントが6ページ、給付と負担のところにも出てくるのですけれども、公正中立なケアマネジメントの確保というのは、これまでの議論にも出ているように、重要な論点だと思っています。事業者の都合で必要以上のサービスが盛り込まれたりとか、関係事業所のサービスに誘導されたりとかいった形で、真に自立支援や、重度化予防に資するようなケアプランになっていないということになるとまずいと思います。また、有料化の議論でも、適切なケアプランがつくられるのかという課題があると思っておりますので、こういった点から、さらに詰めて議論をしていきたいと思っております。

それから、同じ資料5の11ページ、データのところです。これまでの議論というところの3つ目のポツのところに、VISIT、CHASEなどのデータを介護保険レセプト等とあわせて活用できるような環境整備を進める。これがさらなる介護の高度化というか、効果的な介護の実践に活かされるということは非常に重要だと思っています。けれども、一番下のポツにあるように、医療保険の個人単位被保者の活用について、個人情報の取り扱いに留意しつつ検討を進めることが必要とあるのと同様に、このCHASEなどのデータを扱うときには、ぜひ個人情報の取り扱いに留意をしていただきたいと思います。

今、個人情報保護委員会で、いわゆる3年ごとの見直しに係る検討が行われていて、中間整理が出ていて、パブコメもされて、国民の中で議論があるところですので、そういった議論をフォローしながら検討していくということをお願いしたいと思います。

あとは、給付と負担のところですが、軽度者への生活援助サービスの給付のあり方とか、高額介護サービス費、現役並み所得、一定所得の判断基準などを議論するにも、これまでも申し上げておりますけれども、生活実態を踏まえた検討をしていかないと、責任を持った判断ができないと思っております。ぜひ、家計実態を踏まえて、資産の状況などもきちんと把握しながら、検討をさせていただきたいと思っております。

例えば、負担が増えた結果、今、有料老人ホームとかに入っている人が、払い切れなくなったという場合に、どういう生活をその人はしていくのかということが、国民的にイメージできるようにしておかないと、すごく心配な事態になりかねないのではないかと考えています。特養に入らせてもらえるということならいいけれども、都市部はないという、今度は地方へ行けというようなことになるのか、こういうことを一人一人イメージできるような形で検討していかないといけないと思っておりますので、資料の充実をお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、井上委員、お願いいたします

○井上委員 まず、議題1についてですけれども、地域共生社会に向けた包括的支援というのは、今後、非常に重要な課題でありますし、しっかりと議論をしていかなければならないと思います。まず範囲がどこまで広がるのか、この資料の中には、断らない相談支援ということで、全ての範囲というようなニュアンスもあるのですけれども、例えば外国人の方はどうするとか、ひきこもりの方をどうしましょうとか、さまざまな高齢者の就労支援をどうしましょうかと、さまざまなことが地域共生の中には出てくると思いますので、多分、これは厚労省だけではない広い範囲になると思いますけれども、地域の共生社会というものを本当に目指すのであれば、また、断らない相談窓口ということであれば、もう少しウイングを広げて議論をしていく必要があるのではないかと思いました。

その中で、7ページ、8ページあたりに、介護保険制度とかかわりが出てくるという部分が記載されています。7ページのところで、既存の制度の拠出に

については、一定のルールに基づき、機械的な方法で案分してはどうかとか、8ページのところで、介護保険制度上の工夫の検討とあります。保険制度を、このウイングの広い議論にどうやって絡めていくかということについては、保険料に基づいてやっている保険制度ですので、範囲や対象というのはしっかりと議論をしていかなければならないと思います。それが1つ意見でございます。

あと、議題5で、これまでの論点ごとの議論の状況を御紹介していただいております。最後のページで、全体イメージということが、37ページの図にも書いてありますけれども、私どもといたしまして、一番重要なのは、土台の一番下にある制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施という点だと考えております。この土台が崩れてしまうと上につながらないということだと、私どもとしては考えております。内容については、これまで申し上げてきたとおりでございます。

それで、前半の資料を見ますと、これまでの議論の状況の御説明がありますけれども、少し意図があるような表現も若干あると思うのですけれども、表紙のところに、事務局で整理をしたものということでございますので、一々この表現ぶりについては、細かい点について、御意見は申し上げませんけれども、今後、取りまとめに当たっては、しっかりと、これまでの意見等を御参考にさせていただきながら整理を進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今度は、こちらに行きましょう。

武久委員、濱田委員、東委員、山際委員の順番でお願いします。

では、武久委員、どうぞ。

○武久委員 ありがとうございます。

介護保険は、公的な保険制度ですから、公平でないといけないのは原則だと思いますけれども、保険者と被保険者の関係もそうですけれども、保険料に見合ったサービスが提供されるということが、まず基本的なことだと思います。

資料2の○の4つ目に、非常に重要なことが書いてございましたので質問をさせていただきたいと思います。

○の4番目は、また、介護報酬については診療報酬と同時改定となった平成30年度改定では、中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても、適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制整備等を行ったところであると書いてございますので、どういうことを行ったかを、少し教えていただきたいということ。

その結果、どのようなふうに変わってきたのかということも知らせていただければ幸いです。

と申しますのは、特養や老健や病院は、都道府県等による許可がないところにもオープンできませんけれども、一般事業者で行っている介護保険施設、公的ではありませんけれども、それとか訪問とか通所のサービスは、人が多い都市部で自由に開設することができます。

そこにおいて、資本主義のままに、公的介護保険を任せていいのかということで、民間事業者は当然利益の出るところにしか開設しないということになりますと、どこに住んでいても適切なところが、非常にうまくいかないのではないかと。

したがって、民間事業者も、この中に組み込まれているということは、民間事業者の中で莫大な利益を出しているところもありますし、社会福祉法人でもそうですけれども、やはり公的な介護保険ということを考えますと、そこは過疎地に出していただいて、利益は余り出ないけれども協力をしていただくとか、そのような対策ができなければ、非常に介護保険事業者も、許可された事業者と、余り指定を受けなくていいような事業者との間に大きな落差ができてしまって、公平な介護保険制度ではなくなっているような気が、私は介護保険の真ただ中であると、そういう気がしているわけですが、資料2の3ページの4つ目の○のところについて、どういうことを行ったから、どういうふうになったというものが、もしございましたら、御報告していただきたいということと、今後ともこういうようなスタンスで介護保険制度を運営していただいただけるとありがたいかなと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いします。

老人保健課長、どうぞ。

○眞鍋老人保健課長 老人保健課長でございます。

資料2の3ページ、4つ目の○にかかわるお尋ねでございます。

こちらは、介護報酬と診療報酬が平成30年度におきまして、同時改定だったということございまして、介護報酬、診療報酬がどのような観点で改定が行われたかということで記載したものでございます。

こちらは、私も、前回の同時改定の内容を拝見いたしまして、医療と介護の診療報酬、介護報酬がお互いに相互乗り入れするような、そして、お互いの医療と介護で切れ目のないような、円滑に要介護者であり、患者さんである高齢

者がサービスを受けられるような、そういう配慮がなされるような改定がなされたと思っております、それを記載したようなものでございます。

また、それをどのように評価しているかということでございますが、まさにこれは給付費分科会での御議論になろうかと思っておりますけれども、現在、前回改定の検証調査というのを行っておりますので、例えば看取りの重視ですとか、そういったことがどのような現場に影響を与えたかに関しましては、現在調査を行わせていただいているところでございまして、また、次回改定への議論に資するものとして提示をさせていただきたいと思っておりますのでございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、濱田委員、どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

まず、要介護認定調査員についてですが、非常に認定結果の通知までに時間がかかっているということで、資格要件につきましては、一定緩和するということはやむを得ないこともあるかと思っております。

ただ、現在、いわゆる地域差の縮減ということで要介護認定調査につきましても、バラツキを縮減するように努めていくということがございますので、認定調査員への一定の研修と、質の担保ということは非常に重要だろうと思っております。

そんなことで、可能であれば、例えば医療職の方であるとか、いわゆる国家資格の有資格者の方をお願いするというのが一つの方法としてあろうかと思っております。

もう一つは、少し意見も出ておりましたが、認定調査員の、いわゆる賃金といたしますか、報酬が余り高くないということがございます。特に、事務受託法人様の募集に関しましては、非常に低い事例があるようです。

本日も都内の求人を見てまいりましたが、1時間1,200円というものも拝見いたしました。個別の事例で全てを語ることはできませんけれども、やはり、事務受託法人を選定される場合には、認定調査員の報酬や賃金なども少し考慮いただいで募集していただければ、もう少し介護支援専門員など人材が集まるのではないかということを思っております。

それから、総合事業につきましてですが、資料5の5ページにでておりますが、サービスAの緩和型が主体であるということで、非常に介護サービス事業者の方が総合事業をやられている事例が多くなっています。望むべくは、サービスBの地域の方でというものが期待される場所ですが、このため、いわゆ

る介護予防相当の給付というのは、ある程度今後も維持していくということが必要ではないかと思っております。

先ほど来ケアマネジメントの公平、中立性ということが御指摘をいただいておりますが、1つは、サービスの地域性というものが、実際にはそこに存在するということがございます。

例えば、沖縄県のようなところだと離島が多いという特性で、通所サービスが非常に多い一方で、人材確保難や横移動ができないということで訪問サービスや、あるいは福祉用具貸与が少ないというような相対的なこともございます。

あるいは、佐賀県の場合でありますと、これは1つの例ということで申し上げますが、実は、県のほうで宅老所というようなサービス形態を進めておりまして、通所介護の給付に比して訪問介護が相対的に低く、全国最下位ということなどもございます。

そういう中で、ケアマネジメントによって、より適切なサービス提供を行っていくということの中では、御指摘のとおり、中立性、公平性、そして、独立性を高めていく努力が必要かと思っております。

私のほうからは、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、東委員、お願いいたします。

○東委員 ありがとうございます。

資料2の11ページ「医療と介護の連携の推進（介護医療院への移行等④）」の論点に沿って御意見を申し上げます。

1つ目の○に「医療と介護の役割分担」、「日常的な医学管理が必要な要介護者やリハビリテーションが必要な要介護者」という文言があります。

医療から介護へのリハビリテーションのスムーズな移行ということも言われておりますが、まだ介護保険におけるリハビリテーションが充実しているという状況ではないと思います。先程から通所リハビリや訪問リハビリ等についてご意見が出ておりますように、どの地域でも等しく利用できるようになれば、自立支援、介護予防の面でもおくれをとると思っております。ぜひ、リハビリテーションのサービスの充実を図るうえでも、通所市リハビリや訪問リハビリ等の整備を、これまで以上に広げていただきたいと思います。

論点の2つ目の○に、介護老人保健施設のことが記載されております。これは御報告ですが、昨年度（平成30年度）の介護報酬改定では、老健施設は在宅支援ということで報酬改定が行われました。この報酬改定から約1年半たちま

したが、幸いにして老健施設のいわゆる「その他型」は、毎月のように減っておりますし、「在宅強化型」や「超強化型」は、順調に右肩上がりに増えているところでございます。

今後ともこれまで以上に、高機能の老健施設が増えるように、努力してまいりたいと思っております。

それから、資料2の18ページ「要介護認定制度」について少し提案を申し上げたいと思います。要介護認定は、時間がかかっているという点も問題になっておりますが、現状認定調査は人が行っております。この調査員も不足しているという御意見もあります。また、認定審査会もドクターや様々な職種が集まって実施しております。この認定調査と認定審査会に、かなりの人、人件費等々、たくさんのお金もかかっているわけでございます。

しかも認定調査につきましては、1人の調査員が対象者のところへ行つて、ある時点での判定をしているわけでございます。そういう観点からすると、この認定調査が精密で正しいということもなかなか言えないと思います。特に認知症の方の症状というのは、日々変わるものですので、調子のいいときに行けばよく出ますし、悪いときに行けば悪く出ます。これを調査員が行う1回の認定調査で、果たして正確な判定ができるのか、しかも認定審査も含めこれらの多くの費用がかかっています。

これからは、認定調査や認定審査というものを、ICTやロボット等も活用して、よりお金のかからない、かつより正確な方策を模索していく時期に来ているのではないかと思います。

最後に、資料4の住所地特例のことで御意見を申し上げます。

グループホームも住所地特例の対象にという論点が出されておりますが、私はぜひそうしていただきたいと思っております。

老健施設では、グループホーム待機という方もたくさん入所しているところでございます。また、特養待機の方も同じようにたくさん入所されておりますが、特養は住所地特例の対象となっております。例えば私の地元で言えば、津市の方が鈴鹿の特養に順番が回ってきても、スムーズに入所することができます。ただ、グループホームの場合は、津市の方は、津市のグループホームしか今のところ入れません。そういうグループホームに関して、住所地特例の対象ではないので大変困っている例もございます。ぜひグループホームに関しましても、この住所地特例というものの対象としていただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、山際委員、どうぞ。

○山際委員 ありがとうございます。

3点御意見を申し述べたいと思います。

1点目ですが、資料の2の医療と介護の連携のところですが、11ページの論点にかかわっての意見です。

やはり、高齢化の一層の進展の中で、利用者、患者の意思を尊重し、尊厳保持のために、ACPの観点等を用いながら、医療・介護が連携して対応することがますます重要になってきているだろうと思っております。

前回の制度改定で新たに創設された介護医療院についてですが、求められる機能や役割を発揮するためにも、第8期の介護保険事業計画の中でしっかり位置づけて対応していくということが必要だろうと考えています。

2点目ですが、資料5の論点ごとの論議状況の19ページからのところですが、介護人材の確保にかかわってです。この間、介護職員の処遇改善の取り組み等が進められてきたということですが、現在でも、有効求人倍率の状況であるとか、海外人材の活用の状況、また、現場の厳しい人材不足の状況からいって、さらなる処遇改善を含めた介護人材の確保対策の強化が必要だろうと考えております。

当然、事業者としても働きやすい職場づくりであるとか、業務の効率化の取り組みを進めてまいりたいと考えておりますが、国としても引き続き人材確保の施策の強化を継続いただきたいと考えております。

特に訪問介護等の在宅サービスの現場では、深刻なヘルパー不足の状況に陥っております。特に夜間対応などで非常に苦労しているという実態がございます。

その資格要件であるとか、海外人材の活用、そうしたこともできない状況を鑑みて、対策の強化が必要だと考えております。

3点目ですが、資料の1、共生社会づくりと、資料の3、認知症の施策とも関連することですが、地域の中で断らない相談窓口をつくっていくということについて、非常に重要だと考えておりますが、医療にかかわる相談も多いだろうと考えられます。増加する認知症の方との共生社会づくりのためにも、相談窓口のところと、医療・介護、例えば認知症の初期支援チームとの連携等、一層の仕組みづくり、こうしたことをつくっていくことが必要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。

それでは、岡委員、江澤委員の順番でお願いします。

○岡委員 ありがとうございます。

私からは、これまでの議論の状況をまとめていただいた資料5について、一言意見を申し上げたいと思います。

最後の37ページに、「制度改革の全体イメージ図」を掲載いただいておりますが、先ほど井上委員もおっしゃったとおり、ここで最も大切なポイントは、一番下書いてある「制度の持続可能性の確保のための見直しを不断に実施」することでありまして、まさにこのイメージ図のとおり、これが改革の土台、言わば前提条件であります。これがなし得なければ、その上の「改革の3つの柱」の実現は不可能でありまして、改革が目指す「地域共生社会の実現と2040年への備え」は、絵に描いた餅になってしまいます。

本年2月からの本部会では、給付と負担の見直しに関する踏み込んだ議論は、あまり行われなかったように感じておりますので、持続可能な制度の構築に向けて、今後、応能負担の考え方に基づく大胆な見直しの方向性が、しっかりと示されることを期待したいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、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。

まず、資料2の7ページの論点についてでございます。

在宅医療・介護連携推進事業について、これは市町村が初めて医療行政に着手する事業となりますので、地区医師会との良好、かつ円滑な連携が不可欠となります。ぜひ地区医師会と協力して働く、いわゆる協働するスタンスで取り組んでいただければと思います。

また、全国の市町村において一律に（ア）～（ク）の全てを取り組むことは非効率的でありますので、地域の実情に応じてメリハリをつけて取り組むべきと考えており、賛成でございます。

続きまして、市町村において本事業を行うに当たり、地域の医療や介護の関係機関と連携を図りながら進めることについても賛成でございます。ぜひ、医学的エビデンスや有意義な取り組み等が実施されることを期待しております。

続きまして、各都道府県の第8期の介護保険事業計画の策定に当たり、市町村と密なる連携のもと、地域医療構想調整会議の進捗を踏まえ、地域医療構想と整合性を図ることを前提として策定していただきたいと思っております。

続きまして、資料2の11ページの論点でございます。

リハビリテーションは必要な利用者に、必要な時期に、必要な量が過不足なく提供されることが重要であり、関係者の間でそういった視点を醸成し、介護保険事業計画においても地域のリハビリテーション提供体制や、提供量について十分に検討していただきたいと考えております。

また、現状の通所リハビリテーションの身体の短期集中リハビリテーションにおいては、提供期間が、退院、退所後は3カ月間とされており、例えば、感染症や廃用による急性増悪時に提供できない仕組みとなっておりますが、タイムリーなリハビリテーションの提供によって、十分な改善が見込まれますので、ぜひ、そのあたりも今後の検討課題とさせていただいております。

介護医療院につきまして、第8期介護保険事業計画に当たって地域の医療療養病床、特に看護配置25対1、30対1の経過措置となっている医療療養病床の介護医療院への移行の検討状況を十分に把握しておくべきと思います。

また、医療療養病床から介護医療院への移行に当たり、市町村の介護保険財政に鑑み、必要とされる財政支援については、今後検討すべき課題と認識しております。

続きまして、資料の18ページの要介護の更新認定の有効期間は、平成30年度に36カ月に拡大したばかりであり、各市町村において支障がないかどうかを検証した上で、48カ月の延長について、関係団体を交えて検討するなど、地域の実情を踏まえて、地域の判断に基づいて取り組むべきと思っております。

その際に、被保険者に不利益が生じないように、区分変更申請の仕組みについてしっかりと情報提供をすべきと思います。

また、要介護認定の簡素化につきましても、審査会委員の関係団体と、十分に協議の上検討していただきたいと思っております。

続きまして、資料3の4ページでございます。

大綱の柱の1つである予防の考え方や施策についても、介護保険事業計画の記載事項とする旨の記載がありますが、このたびの予防は、認知症の発症をおくらせることであり、生活習慣病の予防やコントロールが重要となってくるため、20歳代、30歳代の若年世代の生活習慣への介入も重要となります。

つきましては、縦割り行政を乗り越えて関係部局、総力を挙げて健康づくりに取り組んでいただきたいと思っております。

なお、40歳未満につきましては、従業員健診の充実強化を図ることにより、受診や保健指導につながることも期待されると思っております。

認知症の診断につきましては、介護保険制定後も、診断基準が変わっており、脳細胞の変性疾患から状態を重視するように変化してきております。

2013年のDSM-5の診断基準の主要項目においても、複雑性注意、実行機能、学習及び記憶、言語、知覚、運動、社会的認知における低下のうち1項目以上と

されておりますので、今後も診断基準が変化していく可能性もありますので、最新の医学の状況に対応できるように、法に規定されている内容についても、随時、臨機応変に対応できるようにしていただきたいと思います。

最後に資料5について、少しだけ触れます。

資料5の11ページの下のようにCHASEの記載がありまして、日中の過ごし方の情報について記載していただいて、ありがたく思っております。

特に、医療と違って科学的な介護の科学は、対象が、医療は疾患ですけれども、介護は対象が人であり、生活でございますので、このあたりは十分に踏まえて、特に日中の生活の過ごし方というのは、非常に自立支援、尊厳の保持に大きく影響を与えていると思っております。

例えば、ベッドの離床時間とか、本人の意思、趣向に基づいたアクティビティーの提供あるいは日中の着替えや外出の頻度、日々の食事、排せつ、入浴ケアのあり方等について、大きく自立支援に影響すると思っておりますので、そういったことを含めて、また、そういったものは、データベースにはキャッチアップされませんので、ぜひ、データベースに蓄積していただきたいと思います。

最後に、19から21ページに、介護人材の確保がございますが、以前も申しましたけれども、もちろん賃金も重要ですが、やはり現場の職員さんは、みんなやりがいとか、自分のケアによって、利用者の方が元気になることを、非常にモチベーションとして仕事をされておりますので、例えば、10年、20年以上長期勤続した介護職員の方も大勢いらっしゃいますから、やめた職員の理由を問うよりも、長期続けられた職員がやめたいときを、どう乗り越えて、どう続けてこられていたのかというところにヒントがあると思っております、ぜひ、長期間働いている介護職員の方に、ヒアリングをするなどして、そこがどういった事業所なのか、どういった職場の人間関係であるのか、あるいは利用者との関係性はどうか等について、いろいろ検討していただいて、よろしくお願ひしたいと思います。

最後に、日本人の志願者が減っているということが、危機的な状況だと思っておりますので、日本人が選択しない職業を外国人材に依存するというのは、なかなか本末転倒かとも思っておりますので、そのあたりは、ぜひ総力を挙げて、我々もぜひ考えていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、安藤委員。

○安藤委員 1点だけ意見を述べさせていただきたいと思います。

要介護認定制度なのですけれども、現在の仕組みの中で、認定までにすごく日数がかかっているということですが、今回の資料の中には、どこにどれだけの時間がかかっているということが示されていませんでした。これから簡素化という形をとろうとしていらっしゃるけれども、その簡素化をしても、結構な時間がかかると考えられることから、やはり、事務局の方で根本的な制度のあり方などを見直すことが必要と考えます。この制度に関しては、当然、これを必要とする方がたくさんいらっしゃるわけで、これからも増えることが予想されます。その方たちが、きちんと自分が必要とする介護を、できるだけ早く受けられるような仕組みというものを、考えた方がいいのではないかと思いますので、ここは簡素化、そして期間を長くするというのも1つの方法ではありませんけれども、やはり根本的な考え方を、これから考えていただければありがたいと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、齊藤委員、黒岩委員の順番でお願いしたいと思います。

○齋藤委員 私は、資料2の医療と介護の連携の推進と、最後の論点整理について意見を申し上げたいと思います。

資料2の7ページにあります論点の○の2つ目のところで、(ア)～(ク)の事業が、なかなか進んでいないということで、この提案には全ての事業項目の実施は求めなくて、選択的という記載があるのですけれども、(ア)～(ク)というのは、私はなかなか練られた事業の中身だなと評価をしており、さまざまな事情によって取り組みが遅れていたり、なかなかできないと理解をいたします。

ただ、選択的な実施だけになってしまうと、その事業をやるのが目的になってしまって、本来の医療と介護の連携の推進というのは地域包括ケアシステムの理念である、住みなれた町で最後まで暮らして人生を終わるということを支援するための1つの事業なので、やはり、その理念をきちんと考えて、市町村がどういう暮らし方やまちづくりを目的にしてこの事業に取り組むか、そのつながりが非常に大事だと思います。

ですので、一部の選択的实施に反対するわけではないのですけれども、取り組めるところだけやって、理念の達成は後回しということのないように、通知等々で工夫をしていただきたいと思います。

それから、参考資料1の10ページあるいは8ページあたりを見ますと、都道府県への支援の期待というのが非常に大きくて、特に数字の大きい項目などを見ますと、データの提供であるとか、あるいはサービスの実態の把握ができないといったところがあります。

ですので、7ページ目の論点、○の4つ目につきましては、ぜひこの方向性で進めていただきたいと思います。特に私が着目したのは、事業運営に関する相談ができる人材の不足という項目が、割とポイントの高い回答となっている点で、こういう医療の面、それから介護の面、そして論点の3つ目にある健康づくり部門との連動ということ考えていきますと、やはり保健師をどうやって有効に活用するのかということが、大きな課題なのではないかと思います。

ぜひ、こういった統括をするような、あるいは健康づくりのところだけに保健師を置いておくのではなくて、こういった医療と介護の連携に係るところにも配置をして、総合的に進めていただけるように検討していただきたいと考えています。

それから、11ページにあります論点です。これからのサービスのあり方で、一層医療と介護の役割分担と連携、そしてその強化ということが推進されることになっていくわけなのですけれども、特に、これからは何らかの病気を抱えてそのまま高齢化していくと、それは認知症の方でもそうで、何か病気を持って最後まで暮らしていくということになりますので、やはり医療との連携というのは非常に重要になってくるかと思います。

今、介護サービスというのは訪問介護、通所介護というように、割と単品のサービスが多くなっているのですけれども、やはりそれを統合的に、複合的にやっていくことがこれから地域に求められていきます。そういった意味では、2012年に新しくつくられました定期巡回であるとか、あるいは、看護小規模多機能型居宅介護の整備が非常に遅れていて、これは、医介連携の事業の推進と少し絡んでくるかとは思いますが、市町村の職員が短期間で交代していくという事情もあるので、ノウハウの蓄積がなかなかできないということがあられるかとは思いますが。

ですので、そういったノウハウをどうやって蓄積し、都道府県などの支援を得ながら、我が町の住民が最後まで暮らし続けていけるためのサービスをどう整えるかということについて、きちんと検討をした上で進めていただければと思っています。

それから、在宅医療と介護の連携の中で、その人がその町で最後まで生きて、命を終えるということを進めるためには、やはり在宅看取りというのは非常に重要になるのですけれども、在宅看取りにつきましては、目標を掲げるときに、現行の統計上の自宅の死亡数にはさまざまなものが含まれていて、自宅での死

亡数の増加というものをもち、在宅看取りが進んでいるとはなかなか捉えにくいところがあります。

ですので、その人のお看取りが御自宅でできたということのアウトカムがしっかりと出るように、死亡診断書のことには少しかかわってくるかと思うのですが、関係部局と議論をして、そういったアウトカム指標がしっかりと出るようなことをしていただきたいと思っております。

認知症施策につきましては、資料にありますけれども、さまざまな計画と連動していくということがあり、当然、精神保健福祉との計画とも絡んでくることですので、そういった調和をぜひ取り組んでいただきたいと思っております。

もう一つ、医介連携のところで、少し言及を忘れましたけれども、私ども日本看護協会認定をしております専門性の高いナースたちは、今、病院の中で働いていることがほとんどなのですが、これからそういった専門性の高いナースたちのケアも地域で受けられるようにするという方向性はあてしかるべきかなと思っております。そういった病院の資源も活用しながら、有効で適切なサービスを行っていくという方向性を出していただきたいと思っております。

最後の論点の整理のところで、資料の21ページあたりから介護人材の確保ということがうたわれているのですが、私はこの介護保険部会の場で2回ほど、不足しているのは、介護職員ということは重々承知しておりますけれども、看護職員も介護領域の中で働く人たちが非常に不足しているということは、お伝えしたつもりでございます。

特に、看護職員の需給検討会のところで出された数字で、訪問看護は2025年までに12万人、それから介護保険等領域で働く看護職員は約19万人という数字が出ています。数字は出されているのですが、対策は一向に出てこないという状況でございますので、ぜひこの論点の中に看護職員の確保対策につきましても挙げていただきたいというふうに考えております。

それから、ケアマネジメントにつきましては、さまざま医療的な観点を持つ人たちの支援も必要というような記述がありまして、これにつきましても、やはりこれからはいかに適正で、質の高いケアマネジメントが必要かということになってまいります。医療ニーズをもって、非常に複雑で課題の多い方々のケアマネジメントは非常に難しい。ですので、そういった困難事例等々についてのケアマネジメントを、いろいろ相談できる、そして適切なケアマネジメントにつなげていくということをぜひ進めていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました、黒岩委員、よろしく申し上げます。

○黒岩委員 ありがとうございます。

黒岩提出資料というのがありますので、それを開けていただけますでしょうか。

そもそも、今の時代、介護とはどう捉えるべきかという話をしてみたいと思いますけれども、1ページ目「いのち輝く神奈川」、ずっと言ってまいりましたけれども、いのち輝くためには何が大事か、1ページを開けてください。

医療だけが充実するのではなくて、やはり、環境だとか、まちづくり、全てが連動しなければだめだと、そういったことをずっと言ってきましたけれども、2ページへ行ってください。

SDGsの理念と全く軌を一にするところであります。

その中で、神奈川県は、SDGsの最先端の自治体として選ばれたわけがありますが、SDGsの具体策について、次から話をしたいと思います。

3ページをあけてください。

これは、神奈川県の人口の形ですけれども、1970年から2050年、全く逆の人口ピラミッドになってまいりますけれども、1970年モデルだと、2050年には、全て社会保障は崩壊する。だから、何とか変えなければいけない。コンセプトそのものを変えなければいけない。

4ページを見てください。

そのキーワードが、未病という言葉であります。未病は、もともと中国、漢方の言葉ですけれども、これは、我々は現代風にアレンジいたしました。

5ページに行ってください。

健康か病気かと、こんなふうに考えがちでありますけれども、こういった二分論ですね。

しかし、実際、我々の実感からすれば、この間に線があるわけではありません。

6ページに行ってください。

健康と病気の間はつながっている、連続的な変化、これが未病だということです。だから、病気になってから治すのではなくて、グラデーション、どこにいても、少しでも白いほうにもっていこうとするということ。この白赤モデルからグラデーションモデルへの転換、これは非常に重要な時代に、今、なっていると、私は考えています。

白赤モデルというのは、例えば、予防といった場合にも、あらかじめ防ぐと書きますから、病気になった人に予防という言葉を使わないですね。未病改善ということであるならば、どこにいても、その言葉は有効だということであり

ます。

白赤モデルは、感染症モデルです。認知症であるとか、糖尿病、全てグラデーションで進んでいくということでもありますから、未病モデルということだと思えます。

7ページをあけてください。

未病を改善するために、何が大事なのか、食、運動、社会参加、こういったものを最先端のテクノロジーとあわせてやっていこうというのが、神奈川県ヘルスケア・ニューフロンティアという取り組みでありますけれども、ここにSDGsのマークをつけていますが、まさに、こういった取り組みがSDGsそのものだということでもあります。

8ページをあけていただきたいと思えます。

こういった考え方に立ちますと、介護こそが、まさにグラデーションモデルだということだと思えます。言いたいのは、介護分野にも未病コンセプトということでもあります。

9ページをあけていただきたいと思えます。

今、政府の健康・医療戦略の中に、未病という言葉が入りました。これは医療のことで入っているのですけれども、介護に置きかえても全く同じような形で入るだろうと考えております。

10ページを見ていただきたいと思えます。

この予防という言葉、これは、今、間違っ使われているなということを感じするわけでもあります。

例えば、この間、こんなことがありました。認知症予防の数値目標をつくらうとしたときに、断念せざるを得なくなった。なぜか。これは、認知症の人たちから猛反発が来たわけです。認知症であるということは悪いことなのかと、つまり、予防ということは白赤モデル、ですから、ある種、排除の論理ですね。ですから、大変な反発を受けた。介護で、介護を要しない、要するということで、白赤モデルのわけがないわけでもあります。

11ページに行っていたいただきたいと思えますが、介護を要しない、要する、これは、未病コンセプトで、これがまさに共生の論理だと考えています。

このグラデーションモデルにしたところから、今、未病指標とSociety 5.0、さまざまなテクノロジーで、これがどこにいるのかということが見えるようになってきております。

次の12ページです。

こんなこともありました。横浜の若葉台団地ですけれども、高齢化率が47.8%、圧倒的な勢いで進んでいますが、要介護認定率、国の平均をはるかに下回り、この10年間で、むしろ下がっているということがあります。なぜ、こんなこと

が起きたのか。

13ページをあけていただきますと、要するに、自治会活動が盛んで、多世代交流の場をつくったり、スポーツイベント、文化イベント、さまざまな企画をするということですね。

つまり、一言でいうと、コミュニティ、これが充実しているということ、これだけ大きな力があるということです。

こういったことというのは、グラデーションモデルで捉えないと、なかなか把握できないということだと思います。

14ページをあけてください。

ME-BY0サミット神奈川といったもので、2年おきに開いております。

今回3回目、ちょうど、昨日と今日、今、ME-BY0サミットを終えて、こっちに飛んできたわけでありませけれども、2年前のME-BY0サミットで、グラデーションモデル、WHOも含めた形で大変共感を得ました。

そのとき、2年前に話題になったのが、グラデーションのどこにいるのかという指標化ができないかということでありました。

15ページをあけていただきますと、2年間かけて、WHOと東京大学と神奈川県で、ずっと未病指標の構築を目指して努力をしてまいりました。

そして、今回のME-BY0サミット、箱根と横浜で開かれましたけれども、ここで未病指標といったものが明らかにされました。

16ページをあけていただきますと、WHOが定めている内在的要因というのは、5つ右端の下に書いてあります、活力、認知能力、運動能力、感覚器能力、心理的能力、これを我々は4つの分野に分けて、それぞれのグラデーションモデルで、どこにいるのかといったことの数値化、そして、それをこの指数を掛けてやっていくということ。

最終的には、未病指標というのは、例えば、0から100まで数字で出て、48となった場合、それが、だめになってくると、35になってしまいましたと、それが頑張ったら70になりましたと、こういうような未病の指標といったものをつくっていくということをアピールしたわけでありませ。

17ページ、それは、シンプルな形でつくっていかうということで、4つの項目、測定項目は83項目必要だろうということでありませけれども、これでは、余りにも調査が大変だということで、絞りに絞って15項目にしておりませ、MIMOSYSと書いたのは、音声の認識技術で、音声の認識によって、心の未病状態がわかるという新しいテクノロジーでありますけれども、これは最終的には、アプリで全部スマートフォンに読み込めると、そこまでいくということです。

そして、それに計算式を掛けて、数字をぽんと出すというところ、ここまでいこうとしているわけです。

これこそ、まさに、今の介護というものに対して、新しいSociety 5.0というアプローチが起きる中で、まさにグラデーションモデル、未病コンセプトでやっていくということが、非常に大事になってくると考えているところでありませう。

最後の18ページ、我々何をゴールにしているのかということでもありますけれども「いのち輝く」といったことについて、これも今回の国際会議でもアピールしましたけれども、Vibrant、いのちという言葉は英語に訳せない、Vibrant、Inochiでいこうということでありまして、Vibrant、Inochiは、この絵に描いたようなイメージだということで、Vibrant、Inochiをゴールにしていくのだと、死なない社会をつくるのは無理だ、介護が全くない社会をつくるのは無理なのだ、病気がない社会をつくるのは無理だ、そんな中で、Vibrant、Inochi、いのち輝く社会をつくっていく、そのためには、発想そのものを未病コンセプトでやっていくべきだと、これを介護の世界に入れていくべきだと、そう主張したいという思いでやってまいりました。

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した。

予定した時間を超えてはありますけれども、何か、ただいまの発言に対しても結構ですし、あるいは全体を通して言い足りないことがあるという委員がいれば、承りたいと思いますが、いかがでございましょうか。

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、本日の議論は、これぐらいにさせていただきたいと思います。

次回の日程につきましては、事務局から何かありますか。

○栗原企画官 次回の本部会については、追って御連絡をさせていただきます。

○遠藤部会長 それでは、本日の部会は、これにて終了いたします。

御多忙の中、どうもありがとうございました。