

○占部総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから第94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、大変お忙しい中、御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、オンライン会議システムを活用しての実施とさせていただきます。傍聴席等は設けず、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 それでは、本日も皆様よろしくをお願いいたします。お忙しい中、どうもありがとうございます。

本日の出欠ですが、井上委員、大西委員、佐藤委員が御欠席とのこと。

また、黒岩委員におかれましては、遅れて御出席の御予定との連絡をいただいております。

井上委員の代理として酒向里枝参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただければと思います。

それでは、議事に入ります。

初めに、本日の資料とオンライン会議の運営方法について、事務局より確認をお願いします。

○占部総括調整官 お手元の資料とオンライン会議の運営方法の確認をさせていただきます。

本日は、電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。同様の資料をホームページに掲載しております。

資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

なお、黒岩委員より提出資料がございましたので、併せて掲載しております。

次に、オンライン会議における発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ているかと思います。会議の進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきます。御発言をされる際には、Zoomツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の御指名を受けてから、マイクのミュートを解除して御発言ください。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーのリアクションから「手を降ろす」をクリックいただき、併せて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

○菊池部会長 それでは、議事に入りたいと思います。

まず、前回に引き続き、「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進」について御意見をいただきたいと思っております。併せて、各委員からの前回の御意見、御要望を踏まえた資料の追加もありますので、事務局から説明をお願いします。

○橋本総務課長 総務課長でございます。

それでは、資料に沿って御説明させていただきます。

まず資料1ですけれども、前回の介護保険部会後の動きといたしまして、5月17日に「全世代型社会保障構築会議」におきまして、議論の中間整理が行われました。資料1はこちらの本文、それから、資料2がその概要になってございます。資料2で御説明させていただきます。

右側の《今後の取組》の欄を御覧ください。こちらですけれども、まず1.の総論として、「全世代型社会保障の構築に向けて」ということで、2040年頃を視野に入れつつ、短期的長期的な課題について、「時間軸」を持って、各種の課題に計画的に取り組む。「地域軸」を意識するとされております。

また、2番目の○で、能力に応じて皆が支え合い、人生のステージに応じて必要な保障を確保することが基本。そして、まずは、「子育て・若者世代」に焦点を当てて、未来への投資を中心に進めてきた議論を中間的に整理したとされておきまして、その上で、2ページ目でございますけれども、4.の「家庭における介護の負担軽減」につきまして、今後、要介護高齢者が大幅に増加し、単身・夫婦のみ世帯の増加、家族の介護力の低下、認知症の人の増加などがあることを踏まえまして、圏域ごとの介護ニーズを踏まえたサービスの基盤整備、在宅高齢者について地域全体の基盤整備を進める。また、認知症の方を含む、要介護者及び家族介護者等への伴走型支援などの議論を進める。こうしたことが重要であるとされております。

そして、3ページ目ですけれども、5.の「地域共生社会づくり」につきまして、孤独・孤立や生活困窮の問題が大きな課題となることを踏まえまして、ソーシャルワーカーによる相談支援、多機関連携による総合的な支援体制の整備が重要であること。

また、住民に身近な地域資源を活用しながら、地域課題の解決のために住民同士が助け合う「互助」の強化が望まれること。

住まい確保の支援のみならず、地域とつながる居住環境や見守り・相談支援の提供も含め検討が必要であることとされております。

そして、6.の「医療・介護・福祉サービス」につきまして、今後の高齢化の進展とサービス提供人材の不足を踏まえまして、「地域完結型」の提供体制の構築に向けて、地域医療構想の推進、地域包括ケアシステムの整備などを着実に推進すること。

そして、社会保障全体のDXを進めるとともに、一番下の○ですが、ICTの活用、費用の見える化、タスクシェア・タスクシフティングや経営の大規模化・協働化を推進することとされております。

以上が、「全世代型社会保障構築会議」の中間整理の概要でございますが、これらも踏まえつつ、今回も、「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進」につきまして、御議論をいただきたいと存じます。

資料3と4につきましては、前回と同じ資料をおつけしておりますので、説明は割愛いた

します。

その上で、資料5でございますけれども、こちらにつきまして、前回の部会で御質問や御指摘等をいただきました事項に関しまして、追加の資料を提出させていただきましたので、御説明いたします。

まず1ページ目から、人口等の動向につきまして、こちらは3月のこの部会でお出しした資料、そのデータを改めてお示ししたものでございますけれども、6ページ目を御覧いただきますと、前回の介護保険部会で、高齢化の状況につきまして、年齢階級別のデータや都道府県別のデータが必要ではないかとの御指摘がございましたので、この6ページ目ですけれども、年齢階級別の要介護認定率、あるいは一人当たりの介護給付費につきましてお示しをしております。85歳以上の年齢階級で高い状況となっております。

そして、8ページ目を御覧いただきたいのですが、2021年から2025年、さらには2040年の高齢者の増加数につきまして、75歳以上、85歳以上のそれぞれにつきまして、都道府県別にお示しをしたものでございます。75歳以上人口の増加は、東京、愛知、大阪圏において特に大きく、各地方の中心地域においても大きくなっております。また、2021年から2040年の増加数につきましては、85歳以上人口の伸びが大きくなっております。

それから、9ページ目と10ページ目は、第1号被保険者の年齢階級別認定率の変化につきまして、5歳刻みの年齢区分ごとにお示しをしたものです。2015年から2021年にかけて、要介護1から5、また、要介護3から5、このいずれにおきましても、認定率は減少しております。

続きまして、11ページ目でございますけれども、サービス量の見込みにつきまして、各保険者の第8期の計画値を全国集計したものでございますが、前回の部会で、都道府県別にはどうなっているかと御質問がございましたので、12ページ目ですけれども、第8期の介護保険事業計画における都道府県別のサービス量の見込みの増加率を示しております。こちらは、赤字は20%超えの増加となっているところでございますけれども、軒並み、地域密着型の在宅多機能サービス、小多機とか、定期巡回・随時対応型サービス、それから、看護小多機、こういったところの増加率が高くなっております。

続きまして、13ページ目ですけれども、前回の部会で、保険者別の介護サービス利用者数の見込みを日本地図でお示ししましたが、医療と介護の連携に関しまして、医療についても、提供実態の把握が必要ではないかという御指摘がありました。

これを受けまして、医療につきましても、同様に、需要の実態や見込みにつきまして、2次医療圏別に、日本地図にプロットしてお示しをしたものでございます。こちらは、医療計画等に関する検討会で出された資料でございますが、全国的に見ますと、まず13ページ目、入院患者数は全体としては増加傾向にございまして、2040年にピークを迎えることが見込まれております。

14ページ目ですが、外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多いということで、2025年に全国的にはピークを迎えることが見込まれております。

そして、15ページ目ですけれども、在宅患者数は、多くの地域で今後増加するというところで、全国的には、2040年以降にピークを迎えることが見込まれているということでございます。

続きまして、16ページ目ですけれども、認知症関係の各関係機関等につきましての相談・支援対応の実績データを示してほしいとお求めがございましたので、まず16ページと17ページは、相談支援の全体像として、認知症ケアパスとその具体事例をお示ししております。

そして、18ページ目以降で、このケアパスにも示されている相談支援機関ごとの機能や全国の箇所数、実績データにつきまして、一覧表で整理をしたものをお示ししております。

18ページ目は、認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医、認知症疾患医療センター、19ページ目に、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症カフェ、ピアサポート、そして、20ページ目が、若年性認知症の方とその家族に対する各機関ということで、若年性認知症コールセンターと若年性認知症支援コーディネーター等につきましてお示ししております。

詳細の説明は割愛させていただきます。

そして、21ページ目ですけれども、前回の部会で、総合事業の実施状況について最新のデータを示してほしいという御指摘がありましたので、21ページ目は市町村数、22ページ目は実施事業所数につきまして、令和2年度の実績のデータをお示しいたしました。

21ページ目ですけれども、実施市町村数は、訪問型サービス、通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村が最も多かったという結果になっております。

なお、22ページ目の実施事業所数ですけれども、令和元年度と令和2年度の調査の出典が異なることに御留意いただければと思います。

それから、23ページ目ですけれども、前回の部会で、インセンティブ交付金の評価指標のうち、要介護状態の改善維持、介護人材の確保について、指標として設定した理由は何かとの御指摘がありました。

そのため、23ページ目と24ページ目で、指標の考え方や関係情報をお示ししております。考え方といたしまして、評価指標は、この介護保険部会での御意見や制度の趣旨・目的などを踏まえまして、PDCAサイクルを適切に機能させる観点から、アウトカム指標とプロセス指標を組み合わせるとともに、介護人材確保や生産性向上など、保険者等が取り組むべき内容についてきめ細かく評価指標を設定しているということでございます。

以上が、資料5でございます。

続きまして、資料6でございますが、こちらは、前回の部会の最後に、菊池部会長から、地域共生社会の推進に向けた分野横断的な連携を行っていく必要があります、この部会でも、こうした問題意識を念頭に置いた議論が必要であること。また、地域包括ケアシステムを基盤として、他の属性の方も含めた支え合いのシステムがつけられているところが結構あるのではないかと御指摘がございました。これを踏まえまして、地域共生社会に向けた

新たな事業や取組事例につきまして、資料を御準備いたしました。

1 ページ目ですけれども、前回の法改正の概要でございますが、この1. のところに、「地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援」とございまして、2 ページ目にその詳細の資料をつけておりますけれども、社会福祉法に基づく新たな事業を創設いたしまして、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援、この全てを実施する事業といたしまして、重層的支援体制整備事業が創設されました。

3 ページ目は、令和4年度における重層的支援体制整備事業の実施を提示した134自治体を掲載しております。

そして、4 ページ目ですけれども、重層的支援体制整備事業交付金ということで、高齢、障害、子ども・子育て、生活困窮分野の包括的な相談支援や地域づくり支援に係る既存事業の補助金等を一体化するとともに、多機関協働等の新たな機能を追加して一括交付するとしておりまして、令和4年度予算で約232億円を計上しております。

5 ページ目から7 ページ目は、それぞれの事業についての趣旨や内容を掲載したものですので、御説明は割愛いたします。

最後に8 ページ目と9 ページ目で、重層的支援体制整備事業の具体的な事例につきまして掲載しております。

まず8 ページ目が、愛知県東海市の事例でございますが、こちらは、「0歳から100歳までの地域包括ケア」を目指して、地域包括ケア推進計画を策定し、その中に重層的支援体制整備事業について位置づけている事例でございます。

そして、9 ページ目でございますが、松戸市の事例でございますが、こちらは、「福祉まるごと相談窓口（福まる窓口）」を設置いたしまして、「基幹型地域包括支援センター」の高齢者総合相談窓口の機能を拡充して、福祉に関する困りごとのワンストップ相談窓口を設けている事例でございます。

資料6は以上でございます。

そして、資料7につきましては、前回の部会も含めまして、「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進」について、これまでいただいた主な御意見を整理したものでございます。

御説明は、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。資料6につきましても、御準備いただいて、どうもありがとうございます。

それでは、各委員から、ただいまの説明に関しまして、御発言をお願いいたします。多くの委員に御発言いただくため、要領よく簡潔に御発言いただきますよう御協力をお願いいたします。前回会議以降、委員から、お仕事の都合上、予定時間内に収めてほしいと。そのため、全員が時間内に発言できるよう配慮してほしい旨の御意見をいただきました。確かに皆さんお忙しいので、そうかなと思いますので、恐れ入りますが、本日、お一人お

おむね4分ぐらいを目安にお話をいただければ幸いです。

それでは、私のほうから、お手をお挙げいただいている順番でお願いいたします。まず、吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

2点ほど意見を述べさせていただきたいと思います。

まず1点目は、介護サービスの基盤整備と医療・介護の連携、この件についてですけれども、前回の部会で、各都道府県別の介護サービス種別の事業所の数と高齢者に対する医療・介護サービス量のデータ提示、これをお願いしました。今回、12ページから15ページの資料に、3年ごとの介護保険事業計画での介護サービス量の見込み増加率、また、2040年に向けての医療需要の変化について、分かりやすくまとめていただきました。感謝申し上げます。

そこで、12ページの介護サービス量の見込み増加率の表を拝見しますと、在宅分野において、20%超えのサービス量の増加を見込んでいる都道府県が多く見られますけれども、現実問題として、各種サービスを受ける要介護者の数と介護を提供する各事業者のキャパシティ、この間にギャップ及びミスマッチが生じていないのか。これは非常に気にかかるところでございます。

また、14ページにお示しいただきました、全国の外来患者数は、2025年をピークに減少を迎えるということがございますけれども、この中で、特に高齢者人口の多い都市部は医療圏のピークはもう少し後に来ることが予想されておりまして、医療・介護の双方で、治療と介護のケアミックス的なニーズ、これへの提供体制をどう整えていくか。また、そうした課題に都道府県主導で取り組んでいるのか。これをしっかり注視していく必要があると考えております。今後、介護人材の確保や介護現場での生産性向上の推進について議論が行われていくと承知しておりますけれども、こうした視点も含めて、丁寧な検討をお願いしたい。これが1点目でございます。

2点目は、認知症施策、相談支援体制の推進、これについてでございますけれども、これも前回の部会で、相談支援体制の整備を図り、実効性を強化する議論を深めるためには、認知症ケアパスにおける各々の相談支援プレーヤーの支援対応実績の最近時点でのデータ、アウトカム評価の提示、これをお願いしました。16ページから20ページにかけて、丁寧にまとめていただいた資料を御提示いただきました。感謝申し上げます。

現在、これだけの体制の整備が図られておりますので、この認知症ケアパスの周知がより促進され、特に入り口の気づき・疑いから、診断に至る、このフェーズにおいて、こうした体制が十分に機能するように、患者、また、その家族の目線に立った更なる実効性のある対策の徹底、これをお願いしたいと考えます。

以上、2点、意見でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、梶田委員、お願いします。

○梶田委員 認知症施策についてですけれども、令和元年の認知症施策推進大綱で閣議決定されて、令和2年には介護保険法が改正されました。その中で、チームオレンジの取り組みを初めとした地域における認知症の人への支援体制の整備を位置づけています。地域において、認知症の人を支える仕組みづくりですけれども、基本となるのは、認知症サポーターになると思います。令和3年の12月末で、1,364万人養成ができました。コロナ禍でちょっと止まってしまっていますが、企業の職域型の認知症サポーターも伸びています。

このチームオレンジの問題ですけれども、今まで、点として養成してきた認知症サポーターを、面として活動してもらう方向性だと思います。2025年、全市町村で、大綱でKPI目標ですけれども、今はなかなか進んでいません。ネックとなっているのは、チームオレンジが活動するためのコーディネーターの養成と配置です。このコーディネーター役は、大体地域包括支援センターに配置される市町村が多いと思いますけれども、これが非常に難問でございます。地域包括支援センターはいろいろな役割を担っています。少ない予算で精いっぱい頑張っておられます。しかし、その職務とか役割は多岐にわたって、職務内容も増加の一途です。

ここで、このコーディネーター役を引き受けるとなると、マンパワーの拡充、予算的裏打ちがなくてはできないと思います。どちらかというところ、地域包括支援センターの職員はみんなあっぴあっぴあ言われている状況です。チームオレンジというのは、うまく活動すれば、認知症の人の支援だけでなく、地域で困っている人たちへの支援も行うことができるボランティア団体になっていくと思います。地域共生社会の担い手となってほしいと考えています。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

座小田委員、お願いします。

○座小田委員 民間介護事業推進委員会の座小田でございます。手短かに申し上げますが、全て資料5についての質問です。

資料の前段の各種データを見ますと、高齢者数、要介護認定者数ともに、急速に増加してきているわけですけれども、9ページから10ページのデータでは、2015年から2021年にかけて、要介護度区分のいずれにおいても、年齢階級別認定率は減少しています。この要因について、厚生労働省的にはどのように分析されているのでしょうか。詳しくはまだ分析されていないのか、教えていただきたいと思います。

次に2点目です。第8期介護保険事業計画におけるサービス量の見込みであります。これに関連して、地域密着型サービスの今後の供給量の確保についてお伺いします。重要なサービスとして認識しておりますし、財源や人材などの問題もあろうかと思いますが、伸び悩んでいるのも事実ですので、今後の拡大に向けた取り組みの方向性についてお聞きします。

次に3点目ですけれども、21ページから22ページの介護予防・日常生活支援総合事業についてですが、従前相当の高さが際立っております。介護保険制度上の市町村による事業であり、地域の実情に応じて多様なサービスを充実させていく方針であります。制度創設から一定期間を置いており、民間事業者としても、地域の支え合いに参画していくに当たっては、一度全体的な振り返りというか、総括的な分析を行っていただければと思います。

次に最後になりますが、これは次回以降の論点かと思いますが、人材確保の問題は、民間介護事業者にとりましても、全ての介護事業者にとりましても、喫緊の課題であります。23ページの「保険者機能強化推進交付金等に係る評価指標の考え方について」の左下の部分になりますが、「介護人材確保に関する指標（プロセス指標）」の「都道府県評価指標」の2つ目の○ですね。「介護人材の質の向上に関し、当該地域における課題を踏まえ、必要な事業を実施しているか」についてですが、介護人材の質に関して、介護現場での実践的なスキルの向上に向けた取り組みなどの具体的な指標があると、事業者としては非常にありがたいと思いますので、検討をよろしくお願いいたします。

以上の4点でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問があったと思いますが、いかがでしょうか。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

最初に、要介護認定率の低下の御質問がございました。こちらにつきましては、厳密な分析は非常に難しいところがございますので、これというのはなかなか難しいのですけれども、一般論として申し上げますと、これまでの介護予防の取り組みとか、健康づくりの関係とか、高齢重度者が増えているとか、そういった様々な要因が関係しているのではないかなと考えております。

以上でございます。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

2点目でございますけれども、地域密着が進まない理由等でございます。例えば定期巡回とか小規模多機能でありますけれども、事業所に伺ってみますと、委員御指摘のとおり、収支が安定しないとか、人員の確保が困難であるとか、あとは、保険者がサービス計画に位置づけられないとか、様々な御意見が挙げられているところです。また、例えば小規模多機能でございましたら、ケアマネジャーとの連携に関する課題も挙げられているところです。

一方で、ほかのサービスとの組み合わせで判断しているという保険者からのご意見もございますことから、まずは、効果的な周知、自治体における取り組みの横展開などを検討してまいりたいと思っておりますけれども、当部会での御意見も踏まえながら、引き続き検討してまいりたいと思います。

以上です。

○座小田委員 どうもありがとうございました。



○菊池部会長 ありがとうございます。

本日、黒岩委員が途中退席と伺っております。ちょっと順番が変わることになりますが、先に黒岩委員から御発言いただけますでしょうか。

○黒岩委員 どうもありがとうございます。

(聴取不能)

○菊池部会長 黒岩委員、すみません。こちらに音声クリアに届いていないので、少しお待ちいただいでよろしいでしょうか。申し訳ありません。

調整に少し時間を要するようなので、申し訳ありませんが、他の委員から、その間、御意見を賜りたいと思いますので、染川委員どうぞ。

○染川委員 ありがとうございます。前回に引き続き、在宅介護の限界点を引き上げる取り組みの必要性について、同様の観点で意見を述べさせていただきたいと思います。

前回も示されました、本日の資料4の34ページによりますと、訪問介護などの在宅サービスが増加している一方で、重度者を初めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることへの対応策として、平成23年度から導入されました定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所数は1,012事業所となっています。また、訪問と通い、ショートステイを併せて利用できる小規模多機能型居宅介護の事業所数につきましては、31ページに5,487事業所、また、医療ニーズの高い利用者への対応可能な、看護小規模多機能型居宅介護の事業所数につきましては、45ページに745事業所であると示されています。いずれも、22ページに示されている現在の訪問介護事業所の事業所数3万3482事業所と比べて、著しく少ない状況となっています。

特に、定期巡回・随時対応型サービス、看護小規模多機能については、全国の自治体数にすら満たない状況となっており、これらのサービスの利用を選択することができない地域が多くあり、全ての要介護者が公平にサービスを受けられているとは言い難い状況となっていると推測されます。

一方で34ページには、定期巡回・随時対応型サービスの利用者のうち、48%は要介護度3以上の中重度者であること、47ページには、小多機・看多機、居住系サービスの要介護度別割合が記載されておりますが、看多機について、居住系サービスと比べても、重度者の対応比率が高いことが示されています。このことから、これらのサービスは、当初の狙いどおり、住み慣れた地域で在宅生活を続ける限界点を引き上げるために、極めて有効なサービスとなっており、今後も充実していく取り組みが必要と考えられます。

しかし、資料5の11ページ、「第8期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み」によりますと、2040年度推計値の在宅介護利用者474万人のうち、定期巡回・随時対応型サービス、小多機・看多機の利用者数の合計は24万8,000人と、在宅介護利用者全体に占める比率はわずか5%程度にとどまるとの見込みになっています。

まずは、これらのサービスが普及、定着せずに、地域偏在している要因を分析し、全国一律のサービスとして定着するよう、サービスの普及促進策を検討することが急務である

と考えます。また、検討に当たっては、夜間訪問要員確保のための安全確保対策や、看護師確保のため医療機関に勤務する看護師と介護事務所に勤務する看護師間の賃金格差の解消も考慮していただきたいと考えます。

以上、意見です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

続きまして、小林委員をお願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

資料1「全世代型社会保障構築会議」の「議論の中間整理」を意識して申し述べたいと思います。こちらは、子育て・若者世代に焦点を当てたものとされており、介護のことはあまり議論にならなかったのかもしれませんが。今後は、担い手の処遇改善による人材確保と、介護サービスの質の維持・向上を重視して検討が深められていくことを期待いたします。

「議論の中間整理」の3ページ目に、4番として「家庭における介護の負担軽減」とあります。1つ目の○で、サービス基盤の着実な整備について、2つ目の○では、介護離職を防ぐための対応の必要性が指摘されています。本日、追加された資料5の8ページにある、2021年から2040年の高齢者の増加数を見ますと、在宅を支える訪問介護等サービスの深刻な人材不足に陥ることが懸念されます。とりわけ、大阪や岡山、広島、埼玉等、85歳以上の高齢者が75歳以上の高齢者の人口増を超える地域も見られます。まさに時間軸を意識して、質の高いサービスを担う人材確保を最重要課題として取り組み、例えば介護保険事業支援計画に、人材確保に係る定量的な目標を設定して、達成状況を点検していくことなどが重要です。

また、この「議論の中間整理」の3つ目の○にある、認知症施策とヤングケアラーへの支援も重要です。本日の資料6にある、重層的支援体制整備事業の取り組みについては、全国的な普及を図っていくことが重要です。ヤングケアラーについては、必要とされる支援が、個別の事例によって様々あると思います。今、国会で、子ども家庭庁設置法案などが審議されています。国と地方自治体それぞれの段階で、関係部局の円滑な連携によって対応していくことが不可欠です。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、酒向参考人、お願いします。

○酒向参考人 ありがとうございます。4点述べさせていただきます。

まず、1点目でございます。地域共生社会については、資料1の中間報告におきまして、地域における支援体制に分野横断的な視点が重要であることと、高齢期の住まいの確保、見守り、相談支援が重要であることが明記されたところでございます。この点、前回の部会長の御指摘で提出されました資料6を見ますと、令和2年の法改正によりまして、現在、既に重層的支援体制整備事業交付金が存在しているということでございます。地域共生社

会は非常に重要な問題でございますが、この現在ある枠組みを有効に活用して、取り組みを推進するという視点が非常に重要であると思っております。

また、住まいといった点につきましては、恐らく国土交通省の事業もあろうかと思えます。どこに不十分な点があるのかといった点につきまして、きちんと整理した上で進めることが重要であると思っております。

2点目でございます。資料1の中間報告の中で、経営の大規模化・協働化・人材配置の効率化といった指摘があるところでございます。この点、大規模化・協働化の推進によりまして、事業者の皆さんの経営の安定化が期待できます。また、質の確保や職員の負担に配慮しつつという前提ではございますが、一定の要件を満たす場合に、人員配置を見直すといった点につきましては、持続的かつ効率的にサービスを提供するといった上で非常に重要だと考えております。こうした点につきまして、ぜひ具体的に検討し、実現していきたいと考えております。

3点目でございます。保険者機能の強化については、保険者機能強化推進交付金等々の交付金が行われ始めてもう数年経過しております。一歩進みまして、交付金が、自立支援・重度化防止といった取り組みを全国的に進めるという、その本来の役割を果たしているかどうかということを検証することも重要ではないかと考えております。そういったことが検証することが可能になってきているのではなかろうかと思うところでございます。

この点につきまして、認定率の低下というのが成果でしょうかと聞きたかったのですが、先ほど、なかなか難しいですというお答えがございましたが、せつかくある交付金が活かされているかどうかということを確認することは重要ではないかと思っております。

最後4点目でございます。総合事業については、前回、私どもから、総合事業の実施状況に関する最新のデータをお願いしまして、お示しいただきまして、感謝申し上げます。印象といたしましては、まだまだ新たなサービスを増やすということへの期待を改めて感じたところでございます。介護事業が増加していく中で、制度の持続可能性確保を念頭に、給付のみではなく、総合事業による受け皿を整備していくことが非常に重要であると考えております。

とりわけ資料4の188ページにございますが、総合事業の移行の目的として、住民主体の地域づくりを進めるといった点に加えまして、住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業を実施し、費用を効率化するといった点もあるといったところでございます。こういった点を踏まえますと、従前相当サービス以外の新たなサービスを積極的に取り入れていくということが期待されていると思っております。

また、資料4の207ページに、上限の運用をめぐる見直しについて記載があるところでございます。基本的に、高齢者の伸び率を勘案した事業費上限内で事業を行うという点を徹底することが重要だと考えております。

以上、4点でございます。失礼いたしました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、岡委員お願いします。

○岡委員 ありがとうございます。

私から、意見を2点、質問を2点申し上げたいと思います。

まず1点目の意見でございますが、資料にお示しいただいたように、高齢化の進展をはじめ、地域によって様々な状況がありますので、それぞれの地域において、病院や介護施設をはじめとする関係者間の連携をより一層深めつつ、保険者である自治体のリーダーシップの下に地域包括ケアシステムの深化に向けた取り組みを着実に進めていただきたいと思います。

2点目は、保険者機能強化等のための交付金、いわゆる自治体への財政的インセンティブについてです。商工会議所として、以前から申し上げているとおり、指標ともなっている自立支援や重度化防止などの取り組みは、保険者が本来行うべき業務であると捉えておりますが、現状は、400億円という大きな金額が措置されておりますので、先ほど酒向参考人もおっしゃっておりますが、このインセンティブ制度の効果検証をしっかりと行って、自治体の取り組み向上につながる真に有効な手立てになっているかを不断に御確認いただき、法の趣旨にのっとった適切な運用がなされるようお願いしたいと思います。

続いて、質問でございます。資料5の18～20ページに記載されておりますが、認知症患者とその家族に対する重層的な機関の存在について理解いたしましたが、それぞれの実績が、必要とする患者数に対して十分なのかどうか、御教示いただきたいと思います。

さらに、それぞれの事業の財源構成がどうなっているのかも、併せて御説明いただければと思います。地方自治体の一般財源から拠出されている場合、必然的に施策の充実度に地域格差が生ずると考えます。それを是正する施策があるのかどうかという点と併せて御回答をお願いいたします。

質問の2点目です。資料5の18ページ、認知症初期集中支援チームの機能の1つとして、「情報共有できる仕組みの確保」という記載がございます。このチームには、地域包括支援センターをはじめ、様々な組織の方が参画しておりますが、このような異なる組織同士の連携を図るためにどのような方策が取られているのか、具体的に御教示いただければありがたいです。

○菊池部会長 ありがとうございます。

質問に対して、いかがでしょうか。

○菱谷認知症総合戦略企画官 認知症総合戦略企画官でございます。

まず1点目の御質問で、これらの各種の機関のサービスが認知症の方々に対して十分足りているかということでございます。初期支援集中チームであるとか、サポート医の養成については、ある程度予定どおり進んでいるところでございます。認知症疾患医療センターについても、二次医療圏域について1か所ずつという当初目的に対しては、大分達成できているところもございます。一方で、認知症カフェとかピアサポート、こういった取り組みについては、これからまだまだ充実させていかなければならないと考えております。

それから、財源構成についてのお問い合わせがございました。特に御関心があったのは、一般財源のものがあるかということに関して申しますと、ここに記載されているものに関して、一般財源のものは基本的にはございませんけれども、それで十分かという御指摘については、また、よく見ていく必要があるかと考えております。

それから、初期集中支援チームにつきまして、まず、ここについていろいろな多職種がどういうふうに関連しているかということでございました。初期集中支援チームについても、その設置場所において大分機能が異なるということがございまして、地域包括に置かれている場合と、それから、医療機関に置かれている場合ということで、やや性格が異なるという話もございます。いずれにしても、中心となる医師の方との連携が一つのキーになってくるということで、好事例の周知とか、そういったことを取り組んでまいりたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 岡委員、よろしいでしょうか。

○岡委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

黒岩委員が再び入られたようです。黒岩委員、いかがですか。

○黒岩委員 先ほどは申し訳ございません。ありがとうございます。

この介護分野にも未病コンセプトをとということについてお話をさせていただきたいと思っております。

お手元の資料を御覧いただきたいと思いますが、1ページですけれども、これは、「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」を取りまとめて、「介護予防についても、高齢者の心身の状態を、自立、フレイル、要支援、要介護、また、その状態が可変であるというように、連続的に捉え支援するという考えに立って行われるべきものである」という文章が取りまとめの中に入りました。

2ページを見ていただきまして、そうした高齢者の状態を把握している分析する手法として、神奈川県開発の未病指標といったものについての検討、こういったコメントも入っております。

未病を簡単に御説明いたしますけれども、3ページ。健康か病気か、白・赤で考えがちですが、未病というのは白と赤はグラデーションで、連続的に変化するものだとということでもあります。

4ページ。未病を改善するためには、食、運動、社会参加、そういったものが大事だということでもあります。

5ページ。そういった未病の改善のアプローチと最先端医療・最新技術の追求を融合しながら、健康長寿を目指していこう。そこには何か市場・産業が出てくるだろうというのが、神奈川県が取り組むヘルスケア・ニューフロンティアという政策であります。

この新たな市場・産業の創出といったところで、6ページを見ていただきまして、未病

産業研究会といったものが、今、970社、産業が参加しておりまして、こういったことを踏まえて、実は先日、東京大学の高齢社会総合研究機構はフレイルということをしかり普及させていこうということでされていますけれども、中には思いが同じだということで、未病産業研究会フレイル分科会といったものをつくって、企業間連携の促進をやっていこうと。こういったところの動きを進めているところであります。

そして、7ページ、「介護分野にも『ME-BYO（未病）コンセプト』を」。つまり、介護を要しない、要するというのは、白・赤ではなくて、グラデーション、連続的に変化しているのかなということですね。

8ページを御覧いただきまして、この「未病」という言葉は、政府の健康・医療戦略の中に入った言葉でありますけれども、これと同じことが介護の分野でも言えるだろう。つまり、介護を要する人、要しない人という二分論ではなく、介護を要する状態と介護を要しない状態を連続的に捉えることが重要だと。まさに、これがME-BYO（未病）の考え方そのものであります。

9ページを御覧いただきまして、これは神奈川県とWHOと東京大学で開発した未病指標（ME-BYO INDEX）といったものがありますけれども、これが、健康な状態を100として、病気の状態、具合の悪いところを0として、今、自分がどこにいるのかという数値化ができるといったことを開発いたしております。

次の10ページを開いていただきまして、これは、スマートフォンの中にアプリが入っていて、簡単なチェックによって、自分の未病の数値が出てくる。数値が出てくると、その数値を改善しようというインセンティブが働く。これが未病改善のために役に立つという、こういう考え方です。

そして、11ページ。「未病指標の活用」といったことですが、どれだけ未病改善したのか、未病指標で見える化して、高齢者の行動変容を促すということ。

2番目、利用者の心身の状態を改善させた介護サービス事業者を介護報酬で評価する際のアウトカム指標として未病指標を活用したらどうでしょうかといったことでもあります。

12ページを開いていただきまして、実際に、神奈川県内の約30か所の介護サービス事業所・施設等で、この未病指標を使って実際にやってみました。その結果、その事業所側の意見・感想が上がってきておりまして。

- 現在の健康状態が可視化されるのはよいと思った。
- 自身の健康状態の把握が楽しみながらできた。
- 繰り返し時間をおいて測定して初めて継続的な効果が期待できると思った。
- 利用者の認知機能の状態について、職員の理解を深めることができた。

こういうことでもあります。

13ページを見ていただきまして、この未病指標の大きなポイントは、健康か病気かというのは、これは支援者の目線に立った見方、為政者側の目から見た見方ですけれども、このグラデーションモデルは、当事者目線、自分のことを自分で見たときにこういう

ふうに見えるだろう、こういったことでありまして、当事者目線というのが介護福祉の中でも非常に重要ではないかと思っております。

14ページを開けていただきまして、神奈川県が、今、取り組んでいる新しい障がい福祉の在り方、これをずっと検討しております。津久井やまゆり園事件、二度とああいうことを起こしてはいけないという中で、障がい福祉の在り方のそのものを、今、根本的に変えようとしています、その大きな方向性は、「当事者目線の障がい福祉」といったことであります。

最後に掲げました「Vibrant “Inochi”」は、我々は究極の目標にしているものであります。「命輝く神奈川」と言っていますけれども、これは、今、国際発信をされていて、これは、命はもう命としか言いようがないといったことで、こういう最後に書いたような絵をつけながらですがアピールしております。「Vibrant “Inochi”」でありまして、これを説明するときに、“Inochi”は、普通はlifeと訳します。それ以上のいろいろなイメージがありますね。Well-being、Posifive Spirit、Purpose in Life、Healthy Longevity、Full of Laughter、Good Community & Environment、こういったものがDIVERSITY（多様性）の上に成っている。こういったイメージが「Vibrant “Inochi”」ですといったことを訴えています。この当事者目線の障がい福祉が目指すもの、何でそれを目指すのか。これはまさに100歳になっても、「Vibrant “Inochi”」。“Inochi”が輝くような状態を継続していく。これが、我々が目指すべきものではないかといったことでありまして、改めて、介護分野にもこの未病（ME-BYO）コンセプトをぜひ入れていただきたいと思っております。

ありがとうございました。大変御迷惑をおかけして、すみませんでした。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、お待たせしました。花俣委員お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。制限時間4分ということですので、急いで行きたいと思っております。

最初の資料の「全世代型社会保障構築会議」の中間整理ですけれども、3ページにある「家庭における介護の負担軽減」のところの1つ目の○、地域全体の活動、介護離職の防止、認知症としては、ヤングケアラーへの支援の必要性が書かれています。介護する家族にとってとても大事なテーマですが、地域全体の活動が何かぼんやりとしたイメージしかありません。

また、4ページの「医療・介護・福祉サービス」でも、「地域完結型」の医療・介護・提供体制の構築とありますが、地域完結型というのは何なのでしょう。社会保障制度における地域とは何か。今後、介護保険部会の議論でも大切なキーワードになると思いますので、これまでもし規定されたものがあれば、お示しいただきますようお願いしたいと思います。

それから、6.の「医療・介護・福祉サービス」ですね。そこには、「これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである」と書かれています。経済財政

諮問会議にお任せになっている。経済財政諮問会議の「新経済・財政再生計画改革工程表2021」では、給付と負担の見直しとして、まさに介護保険部会で継続審議となっている5項目、給付と負担と全く同じものが並んでいます。本日は、給付と負担はテーマではないとのことですが、家賃負担も含めた利用者負担の引き上げ、軽度者と呼ばれる要介護1と2のサービスの削減は、介護のある暮らしに大きな影響を与えるものであり、事務局の厚生労働省の皆様には納得できる議論の素材をきちんと用意していただきますよう、重ねてお願いしたいと思います。

それから、資料5についてです。19ページ、梶田委員の御意見にもありました、認知症の方やその家族に対応している各機関等の役割と実績等がありますが、地域包括支援センターは5,351か所で、平均職員7.35人とあります。しかし、担当する第1号被保険者数は3,000～5,999人となっています。センターごとの職員の配置人数や担当対象の高齢者数にも大きな開きがあり、業務負担の相当な差になると思います。地域包括支援センターは、高齢者総合相談窓口であり、高齢者の方や家族が最初にアクセスする大切な入り口です。特に認知症の人やその家族にとっては、命綱とも言うべきものであり、この表に示されている業務マル1からマル4だけでも容易な業務ではありません。

また、さらに、認知症地域支援推進員の多くは包括に配置されており、職員が兼務している場合もあります。認知症カフェ、ピアサポートと、どの業務についてもそれ相当の時間と労力、加えて、専門性を要する業務と言えます。地域包括支援センターの担当者の負担について、具体的な資料をお示しいただき、職員の過重な業務負担等の課題をしっかりと分析し、十分な相談対応が可能となる体制についても、今後、ぜひ御検討いただきますようお願いしたいと思っています。

1点だけ質問ですけれども、資料6の重層的支援体制整備事業を任意事業とされていますが、交付金の今年度の予算は約232億円となっています。包括的相談支援事業、地域づくり事業、多機関協働事業も含めて、第1号保険料も支出されています。第1号保険料の支出が幾らになるのかというのを教えていただければありがたいと思います。

あと一点だけです。資料8です。4ページに、「特定施設（介護付き有料老人ホーム）等における人員配置基準の特例的な柔軟化」とあります。規制改革推進会議では、介護職員の負担軽減、処遇改善を図るための介護付き有料老人ホーム等における人員配置基準の特例的な柔軟化が提案されています。デジタル活用による生産性の向上などに期待が集まっているようですが、人員配置基準の柔軟化とは、基準以下でも基準以上でもいいということなのでしょうか。また、施設の利用者の家族は、面会のたびに、忙しそうな介護職員の姿を見ています。職員数が足りないのではないかといつも心配しています。柔軟化が介護職員を減らすということであれば、特例的であろうとも、大変心配になります。

5月24日には横浜市の特設施設で、認知症の利用者がおむつ交換を嫌がり、つねるなど抵抗するため、暴力を振るってしまった介護職員に懲役2年の判決が出ました。また、27日には、都内の特設施設で、床ずれなどの予防措置義務違反で約2,100万円の賠償命令が出



ています。高齢者虐待防止の調査を見ても、特別養護老人ホームが減少傾向にあるのと交代するように、特定施設の虐待事例が増えています。介護職員にゆとりがなければ虐待の防止にならないことは明らかです。例えば、御自身が心身ともに疲弊しているのに、他者に優しくすることができますでしょうか。想像力を働かせて実態を知るといえるのはそういうことではないでしょうか。人員配置基準の柔軟化が人員を減らすことであれば、強く反対であることを申し添えておきます。

時間もないので、以上とさせていただきます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

資料8については、後ほど説明いたしますので、皆様にもお願いしますが、資料8にかかわる発言は後ほどということにさせていただければと思います。

質問がございましたので、いかがでしょうか。

○唐木地域共生社会推進室長 地域共生社会推進室長でございます。

御質問いただいたものとしては、重層的支援体制整備事業交付金、令和4年度232億円の中で、1号保険料が当たっている額は幾らかということだったかと思えます。こちらお示ししております包括的相談支援事業分の147億円、地域づくり事業分の58億円は国費でありこの外数として、地域づくり分の老健局で言うところの介護予防日常生活支援総合事業分の23%と、包括的支援事業分についてのこちら1号保険料分は、23%が1号保険料を所掌しているところになっておりますが、今、具体的な数字はちょっと持ち合わせていませんので、財政構成としてはそうなっているという御説明でございます。

○花俣委員 お忙しいところをありがとうございました。

○菊池部会長 その具体的な数字、もし、データがあれば、また、追って御検討いただければと思いますので、よろしくお願いします。

ありがとうございました。

それでは、河本委員お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。

資料5の21ページ、22ページに、総合事業に関するデータをお示しいただいておりますけれども、前回の部会でも申し上げましたが、サービスを総合事業へ移行したことで、どの程度の費用の効率化が図られたのか。試算とか、あるいは実績、そういったデータをぜひお示しいただきたいと考えております。実際に効率化が図られたのか、あるいは図られていないのか。それを客観的に評価した上で、課題や問題点を把握し、さらなる促進に向けた検討を行っていくためにも、そうしたデータが必要であると考えます。

例えば、市町村ごとに移行前後の事業費用とか、あるいは一人当たりの介護費用がどういうふうに変化しているのか等々、何らかの形でその効果を見える化していただけるように、改めて要望したいと思います。

また、21ページ、22ページに、総合事業の実施状況が出ておりますけれども、先ほど来、ほかの委員からも御指摘がございましたが、従前相当のサービスが圧倒的に多い状況にご

ざいます。地域の実情などもあろうと思えますけれども、こうした状況について、厚生労働省としてこれをどのように評価されているのか。

それから、これも先ほど来若干ございましたけれども、従前相当以外のサービスが大きく増加しない要因ですね。事業者側の要因とか行政側の要因とかあるとは思いますが、何が最大の要因なのか。その辺りについて事務局の御見解をお伺いしたいと思います。よろしくをお願いします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

事務局、いかがでしょうか。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

まず、資料4の188ページ目の効率化のところでございますけれども、そこに書かれているのは、平成26年の制度改正当時の伸び率が、年5%から6%程度であるということ、総合事業におけるサービス提供を通じて3%から4%程度にするということでございます。

「介護保険事業状況報告」によると、平成27年度について約3,165億円が、直近である令和元年度の総合事業の事業費3,475億円ということでございますので、全体的な伸びは、平均で年間2.4%程度になっているということでございます。3%から4%程度というところが2.4%程度になっているということでございますので、前回、私から御説明したとおり、日本全国としてマクロで見た場合には、制度趣旨が達成されていると考えているところでございます。

総合事業について、従前相当が多いというのは御指摘のとおりかと思えます。地域の実情等々あると思えますけれども、私どもとしては、引き続き多様なサービス主体を増加させていくことが必要かなと思っておりますけれども、多様なサービスにつきましては、令和2年度は、コロナの影響等々もあったと考えておりますが、生活支援体制整備事業の活用などを通じた取り組み、さらには、私ども、今年度から、市町村における地域づくりを一層支援していく観点から、地域づくり加速化事業ということで、オンデマンドで総合事業の実施について、課題があるところを支援していくということを考えておりますので、そういったことを通じて、総合事業についてしっかりと施行してまいりたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○河本委員 試算とか実績というのは、マクロだけでなく、ある程度市町村単位とかミクロでもしっかりとデータを出していただいて、それを十分に分析しないとPDCAは回っていかないと思うので、その辺りも含めて、ぜひよろしくお伺いしたいと思います。

以上です。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

総合事業につきましては、上限のお話を先ほど御紹介いただきましたけれども、上限に

収まっている中では、市町村の実績を取っておらないということもございますので、どのような資料が出せるかも含めて検討をさせていただきたいと思います。

○河本委員 よろしくお願ひします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、津下委員お願ひします。

○津下委員 ありがとうございます。

まず、介護認定率等につきまして年齢別の推移をお示しいただきまして、ありがとうございます。若干ではありますけれども以前より下がっておりまして、これは、血圧など生活習慣病の管理がよくなり、脳卒中の年齢調整死亡率低下しておりますし、介護予防などの活動が寄与しているのかなと推察しております。しかし、加齢による認定率の上昇を吸収できるような低下ではないという実態であることも、改めて実感いたしました。

その中で、先ほどから出ております、介護予防・生活支援サービスの中で、住民主体の活動、サービスBですが、これは住民をサービスの担い手にするというだけでなく、住民が介護保険を自らのものとして理解をしていくことにつながると思います。介護が必要になることに対して情報不足のために不安になるだけではなく、自分たちもアクションを起こせるということが目的の一つではないかなと思うのです。この実施が低いということについて今後どうしていくべきか。こういうサービスに参加することが住民にとってもプラスとなる、そういうような啓発といいますか、そういう働きかけが大事かなと思っております。

老後のことや介護のこと、お金に関する不安とか、不安をあおるような情報はどんどん出てくるのですけれども、日本は介護保険というシステムの中で、高齢者が尊厳を持って、生きていてよかったという社会をつくる努力をしているということをもっと国民に知っていただく。そのためには、住民にかかわっていただくことが必要ではないかなと思っております。住民がお客さんで、行政にやってもらうという発想、サービスを受ける受け手の姿勢ではもう制度としては回っていかない状況になりつつあるので、このBが低いことに関して、もっと何かアクションを自治体や国には取っていただけないかなと願っております。

その点で、地域共生社会実現のための資料6につきましては、地域住民の高齢者の問題は、高齢者だけの問題ではなくて重層的で複合化していて、家族の問題であり、地域の問題であるという、そういうアプローチの仕方が始まっているということ。縦割りであった窓口が一本化されることによって、大きなメリット等も出てくると期待されますが、これは市町村の手挙げ方式になっていると思いますが、今、134自治体となっています。今後どんな見込みであるのか。自分たちの住んでいるところがそういう対応をしてくれるかどうか、早目に公表していただくことや、こういう取り組みをしたことでどういういいことがあったのかということ、分かりやすく示していただくとよいのではないかと思います。取り組んでいる自治体のサービスがどう変わって、どう効率化できてという具体的な取り

組みや評価をどんどん公表していただいて、自治体が縦割りの壁を廃してこういう形をつくっていただけることが望ましいかなと思っております。現在の134について、どのように評価され、今後どこを目指していくのかなと思います。

それから、3点目ですけれども、地域という話がありまして、圏域ごとにいろいろ考えていこうという話ですが、地方と比べますと、都市部の住民は流動的である可能性が高いと思います。その流動性をどう効率的な介護とか、地域間の移動とかにつなげていくのか、また圏域を小さくするのか、広域的に考えるのか。都市部の場合は、もう少しダイナミックな、より介護サービスを受けやすくする、または、そういう地域を重点的につくっていく、もちろん若い人との交流ということもあるのですけれども、そういう都市部の高齢化に対してもう少し踏み込んだ施策が必要ではないかなと思いますが、その点いかがでしょうか。

以上、3点よろしくお願いたします。

○菊池部会長 いかがでしょう。特に、2点目、3点目が御質問の形だったかなと思うのですが、2点目は唐木室長ですか。

○唐木地域共生社会推進室長 地域共生社会推進室長でございます。

2点目の御質問につきましては、今、重層的支援体制整備事業に移行しています134の自治体について、その134という数字をどのように評価しているかということでございました。

こちらの事業は任意事業でございまして、取り組みをします市町村だけではなくて、地域住民の方等の準備ができて、認識が高まって初めてこの事業は実質的な意味でワークするというような形で思っております。令和3年4月から取り組みを始めていただいているところですが、本体事業に移行するまでの準備事業なども設けており、その事業の準備期間も含め、準備ができたなら、本体事業に移行していただくという形を取っております。

こちらのほうで目標値を決めたりとか、必須事業化とか、そういったことは考えていないのですけれども、そういった形で、取り組んでいく自治体を順に増やしてまいりたいと考えております。

○菊池部会長 その他の点につきまして。

○橋本総務課長 総務課長でございます。御指摘ありがとうございます。

先ほど、花俣委員のところでもありましたが、地域というのをどう捉えるかということで、これは対策ごとに地域をどう捉えるかということもあると思いますし、また、津下委員から御指摘のありましたように、地域そのものをどういうふうに捉えるかということで、それも地域ごとの特性があると思います。

こうしたことを踏まえて、特に御指摘のありました都市部につきましては、資料でもお出ししておりますけれども、これから当面、高齢者の増加数が多くなっていくという資料もお示ししておりますので、こうした特性も踏まえつつ、都市部において、今後、どういった対策が必要なのかということについても、この部会でも、ぜひ御議論を賜ればと思

っております。

以上です。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、橋本委員どうぞ。

○橋本委員 ありがとうございます。

私からは、医療・介護をやっている現場の者として、総論的なことで御意見を言わせていただきたいと思っております。

ここにありますように、在宅患者数は今後多くの地域で増加していくことは明らかです。在宅患者数ということになりますと、認知症の方とか、ADLが低下している人、いわゆるフレイルとか、サルコペニアということもよく言われていますけれども、栄養低下、筋力低下とか、そういった方が多くの地域で今後増加するという意味だと思っております。

現実として、そういった方を家族で介護していくというのはもう限界ではないかなと思います。介護離職を減らしましょうとかいうこともあるのですが、離職したとしても、家での介護は難しいということが現実問題としてあります。

一方で、在宅医療従事者を考えた場合、医師とか看護師、リハビリスタッフ、介護福祉士や介護士、それから、管理栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーといういわゆる専門知識とか技術を持ったスタッフが医療・介護にはたくさんいますが、在宅サービスの今の現状から見ると、別々にアプローチをしているのではないかと思います。もちろん集まって会議をしたりということもあるのですが、まだまだ病院の中に比べると、チーム医療ができていないと思います。チーム介護とか、チームケアとかいうことに重点を置いて考えていったほうがいいのではないかと思います。

また、医療・福祉現場ではマンパワーが不足している。マンパワーの不足を改善しようとする、どうしても人件費が上がってきますので、予算が足りないということになってきます。そういう負の循環にならないようにする必要があります。今後は、そういう専門知識とか技術を持ったスタッフの人たちが、一人一人ばらばらに動くのではなくて、チームでやっていくということも考えていくべきかなと思います。チームケアが上手くいけば、一人一人の介護士がすごく疲弊してしまうということも、多少防げるのではないかなと感じます。

それともう一点、こちらにもありますが、私が理解しているのとはちょっと違う意味なのかもしれないのですが、在宅施設を通じた介護サービスの基盤整備というところがあるのですが、在宅にずっといるというのも今後難しいと思います。施設と在宅を組み合わせ、家の近くの施設にいて、何日間とか何時間かは家に帰れるとか、土日は帰れるとか、日中は帰れるとか、何かそういう柔軟な対応をしていかなかったら、患者、高齢者の人は家族の人と会う機会がどんどん減っていくと思う。コロナ禍も影響して鬱になっている人たちも増えてきていると思います。そういったところのフォローもしてい

なければいけないので、もう少し柔軟に、在宅と施設との間をつなぐということも考えていったらいいかなと感じました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、石田委員お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、これまでも何人かの委員が指摘されたり、意見を述べられた総合事業のことにに関して意見を申し上げます。

総合事業については、実際に、介護保険事業の中のいわゆる費用の効率化というところの目的は大きいのですが、これを例えば地域社会の住民や、そこで生活している元気な高齢者に視点を移しますと、これが介護予防であったり、社会参加の促進というところにも非常に強く関連していると考えております。そういった視点で見ますと、この介護予防・日常生活支援事業がスタートしたとき、大いに期待できると私自身は受けとめました。

2015年からこの事業が具体的に始まっておりますが、先ほどから何人かの委員から指摘があったように、実施状況において、住民参加型のところがなかなか増えておりません。訪問型サービスBとかD、それから、通所型のサービスBという、住民参加型の事業が、どうしてこれだけ伸び悩むかというところをぜひ検証しなければいけないのではないかと思います。もっと具体的には、この事業には助成金が投入されております。この投入されているお金は、実際、どのように使われているかというようなことがもう少し明らかにされるといいと思います。自治体と参加するには、この事業に係る具体的な金額が提示されるというような、例えば1時間訪問サービスBで、実際に、住民参加型での事業を行った場合は、参加した住民へは、1時間の費用を幾ら支払っているのかという内容を公表していくことが必要ではないかと思います。つまり、ボランティアではなく働いて何らかの収入につながるという分かりやすい話をしっかりしていかないと、住民や前期高齢者たちのモチベーションは、上がっていかないのではないかと思います。

住民参加型の事業についての伸び悩む理由としては、例えば、担い手がないとか、地域住民の活動が起こってこないというような理由が挙がっておりますけれども、実はちょっとこの辺についてもミスマッチがあるように感じます。つまり、もう少し具体的に住民がやる気を起こすような、具体的な事例や数字などを提示した上で、住民主体で、自由に自分たちの地域を自分たちの力でつくれるチャンスなのだというような趣旨を理解してもらうことが必要なのではないかと考えます。せっかく総合事業が始まった以上、もう少しこれを推進していくことで、結局、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進の柱に挙げられている介護予防であったり、社会参加の促進につながっていくと確信しております。ぜひ、介護予防・日常生活支援事業については、積極的な展開を見せているような具体的な事例などを提示していただきたいと思っております。要望として申し上げます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、及川委員お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。意見を述べさせていただきます。

地域包括ケアシステムを推進する上で、在宅支援を充実・強化していく流れは極めて重要であると考えております。資料にもございましたように、認知症高齢者の増加、単身の世帯、夫婦のみの世帯の増加、それから、家族の介護力の低下の予想などがありました。重度化を予防して、在宅生活の限界を延ばすことに努めることができる体制強化というのが求められています。

今後、在宅サービスにおいては、ますます専門性をしっかり備えた介護人材のニーズが拡大することが想定されます。地域包括ケアシステムにかかわる議論に当たっては、このことを念頭に置くべきだと考えます。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、濱田委員お願いします。

○濱田委員 資料2の中間的な整理（概要）につきましてですが、2ページには、「4. 家庭における介護の負担軽減」には、認知症に関する総合的な施策や、ヤングケアラー初め家族も含めて、各種の相談支援を強化することが重要と考えております。

とりわけ、4ページの人口等に関する見通しからも推察できますが、認知症の方に関しては、自宅で一人暮らしや高齢者の世帯、また、包括的相談支援で、家族支援が必要な世帯などへの焦点化した支援を考えていくことも必要と思っております。

制度面につきましては、前回述べておりますけれども、居宅介護支援においても、介入型のケアマネジメントが可能となるような、機能の充実が重要と考えております。

5. の「地域共生社会」づくりには、住民同士が助け合う「互助」の強化が示されておりました、大変重要な取り組みと考えております。

一方で、国内における少子高齢化、過疎化、労働力不足の局面がございまして、地方では、人口減少の進展、また、都市部におきましても、「互助」の担い手として期待されました高齢者・女性就労率の著しい増加が見られておりますので、「互助」の担い手として期待される層が減少している局面があり、なかなか増やせない、場合によっては減少していくということも考えられるのではないかと考えております。

このため、ポスト2025年には、総合事業を初めとして、システムとして「互助」を引き続き取り込んでいく場合には、その担い手や、担い手の価値観が減少しているような場合の代替策も意識する必要が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、資料5の21ページ、22ページに、総合事業の実施数を今回お示しいたしまして、誠にありがとうございます。「互助」の担い手の確保の困難さが、従前の介護予防サービス相当を

減少させることが難しい要因の1つとも考えられますので、安定的な介護サービス確保の上では、従前の介護予防サービスの普及を維持するか、あるいは、仕組みに何らかの修正を加えることも考えてもよいのではないかと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、鈴木委員をお願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。鈴木でございます。意見を2点だけ述べさせていただきたいと思います。

1点目は、今日、資料5で、特に、前期高齢者、後期高齢者のいろいろな要介護認定とか、今後の予測とか、きちんと資料を提示していただいております。

こういうのを見ていくと、従前からもある程度予測されたことですが、前期の高齢者と後期の高齢者では、特に健康水準とか社会貢献という意味では非常に異なった母集団であるというふうにも考えたほうが私はよいと思っています。人口に占める割合も、今、ちょうど1,750万ぐらいずつですので、ほぼ1対1ということですが、今後、後期高齢者だけが増えていくという状況の中で、前期の高齢者は、要介護認定率が下がっているといったことにも影響しているのですけれども、やはり健康水準は上がっている。例えば、高齢者の基本的なバイオマーカーである、歩くスピードはもうこの25年間で確実に速くなっていますし。それから、教育歴の長さとか、それに伴った認知機能低下者の抑制とか、いろいろなことが、前期高齢者に関して言うと、非常に著しい改善が認められるということは間違いないと思われま。

そういう中で、高齢者を一律にして、例えば総合事業を行う。あるいは、通いの場に来ていただいて、いろいろと社会的な関係性も含めて、介護予防事業にかかわっていただくというのは、時代としては少し遅れてきているのではないかと。端的に言うと、前期の高齢者の方々は本当にそういうものが必要なかどうか。後期の高齢者の方々にとっては、特に何が必要になってきているのかということは、介護予防事業とか総合事業の中で、もう一回、前期・後期の健康特性に応じたプログラム、あるいはサービス提供をすべきではないかなと思います。

また、前回、お示しいただいた資料4の177ページの通いの場の類型化ということについて御説明いただいておりますけれども、この通いの場の類型化というのは、そういう意味で例えば運営と場所と活動ですか。その活動の中で、いわゆる体操とか会食とか茶話会とか、そういったようなものはもちろんそれなりに必要でしょうけれども、今後、ここにも書かれていますが、生涯学習とかボランティア活動とか、あるいは、有償労働も含めた社会貢献、そういったものをいかにうまく定着させて、地域の中で図っていくか。これを、もう一回、国としてもあるいは自治体としても考えていくことがすごく大事なかなと。

これは、先ほど、津下委員や石田委員もおっしゃっておられたサービスBの問題とも絡んでいると思います。いわゆる住民主体のいろいろなかわりが、本来であれば、前期の



高齢者を中心として、本来、そういう方々が活躍できるような、そういった通いの場の類型なり、あるいは、地域社会での居場所とか働き手といったようなことの視点で考えていただくと、ありがたいなと思っています。これが1つ目の意見。

2つ目の意見は、先ほどもちょっとコメントがあったと思いますがけれども、資料5の13～15ページですね。医療需要の変化がずっと出ておりますけれども、3番目の在宅患者が今後こんな形で増えていくという推計が出ております。2040年以降に最大になるというところが圧倒的に全国で多くなっています。したがって、在宅医療は、今後すごく重要な、もちろん国も力を入れておりますし、それは理解できております。

ただ、在宅医療に関しては、その有意な点、あるいは若干不利な点ということも含めて、科学的根拠（サイエンティフィックス・エビデンス）が、病院治療、入院におけるこれまでの医療サービスの問題も含めて、そういうEBMが非常に足りないと思っています。国民の認知度は随分増えてきているのだろうなと思うのですが、それが、実際に説明を受けていると、実際にどれだけエビデンスがきちんとあるのかというようなことを聞くと、何となく、まだ足りないのではないかなと思わざるを得ない面がございますので、今後、在宅医療の進展を、EBMをきちんと得て、エビデンスをきちんと積み上げていくということも、ぜひ御配慮いただければ、ありがたいなと思います。

以上、コメントとして2点申し上げました。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員をお願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。これまで様々な意見を述べさせていただいてきましたので、本日は1点のみ意見を申し上げたいと思います。

現在、規制改革推進会議において答申案が示されており、その中で、通所介護事業所や公民館等の身近な場所を念頭に、オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について課題を整理、検討し、結論を得ることとされています。

オンライン診療は、かかりつけ医と患者の間の合意により導入されるものでありまして、患者御本人の意思が極めて重要であります。オンライン診療の希望に関する調査では、高齢者の多くは、希望していないのが現実であります。また、通所介護等の介護事業所には認知症の方も多くいらっしゃるなど、コミュニケーションが取りにくい状況の方が多く、オンライン診療は困難な状況にあります。

さらに、要支援・要介護の方の診察においては、聴診、触診、血液検査、画像検査を要することが多く、オンライン診療に適さない疾患が多いのも現実であります。通所介護の利用者には、それぞれにかかりつけ医がいますが、それぞれのかかりつけ医がオンライン診療を行うことは現実的ではなく、診療の質も、オンラインのほうが対面には当然劣るわけであります。かかりつけ医は、患者が心を開き、信頼を寄せる医師であり、患者が継続的に診療を受けたいと思うのがかかりつけ医であります。したがって、オンライン診療を受診する場所や条件に関しては、本人の意思や希望、疾患の特性あるいはかかりつけ

医との合意が前提であり、優先される事項であります。通所介護でのオンラインの受診については、慎重に考えていくべきではないかと思えます。

ICT化は当然進めるべきでありますけれども、本日のようなリモート会議にも当然メリットとデメリットが存在しています。ICT化の推進に当たっては、適切性の判断も重要となりますので、今後、検討する施策においては、結論ありきではなく、様々な観点から幅広い検討を行い、結論を得ることが必要と考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、齋藤委員をお願いします。

○齋藤委員 ありがとうございます。日本看護協会の齋藤でございます。

資料5のスライド14、15について、今、鈴木委員もおっしゃってございましたけれども、在宅療養を必要とする方々が医療も含め、非常に増えてきます。しかし、この資料から、訪問診療の受療率が非常に伸びていることはわかりますが、訪問診療だけで在宅療養を支えられるわけではなく、そこに訪問看護、そして、生活を支えていく訪問介護、こういった幾つものサービスの組合せでお一人の療養者を支えるということになっているわけです。

ですので、ほかの方からも出ていましたが、こういった幾つかのサービスを包括して提供する、特に医療も入ってということになりますと、当然、看護小規模多機能型居宅介護、あるいは訪問看護、こういったものの需要が高くなるであろうと予測されます。資料5のスライド11のサービス量の見込みにもありましたように、伸び率をみると、看護は必要とされるサービスではありますけれども、現在まで700施設ちょっとということなので、自治体として、こういったデータを使ってどういうサービスがこれから必要となってくるのかということはしっかり考えていった上で、ぜひ、看多機を市町村に整備していただきたい。また、今は市町村指定になっておりますけれども、利用したくても、自分の町にない場合これは利用できないので、その辺のいわゆる指定の辺りをもう少し柔軟にしていける必要もあるのではないかと考えているところでございます。

その中でも、人材確保について今、看護職員の免許を持って働いている人は、全国で168万人いますけれども、診療所あるいは病院で約80%就業しております。こういった介護サービス等に従事する看護職は非常に少なく、訪問看護においては2025年に約12万人の看護職が必要になるという推計が出ている一方で、現在は約6万人に留まっております。あと数年で倍にしなければいけないというような状況ですが、それに対する施策が全くない。いつまでも事業所に任せていくのかということについては、やや限界が見えているのかなと思えますので、都道府県が人材育成あるいは人材確保対策を改めて真剣に考えていく時期なのではないかと思っています。

それから、地域共生社会の構築という観点でもう一つ、資料5のスライド19にあるように、地域包括支援センターはランチも含めて7,000ちょっとということですが、これだけ人口構造が変わって、それから、各利用者の課題が複雑、多様化してくる中で、ワ

ンストップでいろいろな悩みに対応していくためにこの重層的支援体制整備事業があり、そういった事業をやるところが地域包括支援センターであるわけですが、現在の第1号被保険者3,000人から5,999人ごとに常勤職員等を1名ずつ配置するという職員の配置が本当に今のままでいいのかということにはちょっと疑問に思っています。

横浜市は地域ケアプラザと呼んでいるわけですが、話をきくととにかく人手が足りないということを職員がおっしゃっているのも、御相談の時間も非常に延びているのだと思うのです。ですので、その辺りの見直しも必要ではないかと考えています。

また、看多機で共生型サービスを担っていけるわけですが、これもなかなか進んでいないという状況があります。これから、地域の中で障害、医療、福祉といったサービスの拠点として看多機は非常に優れているのではないかと思います。こうした辺りも含めて看多機の設置を推進していくことが大事だと思っています。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、兼子委員お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

私、コロナ感染で、そんなにひどかったわけではないのですが、後遺症で風邪のような症状がまだ続いていて、発言中にちょっとたんが絡むようなことがあるかもしれません。お許しいただきたいと思います。

「全世代型社会保障構築会議の議論の中間整理」の4ページで、「地域共生社会」づくりが取り上げられているわけですが、心構えとしては必要だとは思いますが、地域の生活から見て、果たして、それがうまくいくのかどうか大変疑問に思っています。いろいろと資料でサービスを最も必要とする層、独り暮らしの高齢者とか、高齢者世帯が増えているわけですが、非常に困難な課題を持っている人ほど、助け合い、支え合いの場に出ない現実があると思います。

その背景には、1つは、日本のこういった助け合いといいますか、恥の文化ということがよく指摘されますけれども、助けられるではなくて、公的な責任でつくられた制度は当然のこととして、それは権利として持ったり、こういった意識をもっと育てていかないと、私は難しいのではないかと思います。例えば、所得の問題ですけれども、所得が低い人ほど、こういった様々なサービスの情報が十分届かない。あるいは生活上の問題で届かないとか、アクセスする人が少ないとか、そういうことがよく言われます。

それから、介護を必要とする人が収入が低い人ほど多くなるということも指摘されていますけれども、結局は自己負担で、サービスの利用があまり進まない。こういったことも言われていますね。

この中間整理の1ページの1.3つ目の○で言われていました、みんなが支え合うこと、その能力に応じて支え合うことが、負担をどうしていくのかということだと思いますけれども、このところをもう少し明確にしていく必要があると思いますが、今の傾向として

よく言われるのは、利用時の負担が、原則1割から3割あるいは2割、また、そういう意見が様々な場で言われますけれども、負担の問題で大事なものは、利用時の負担の評価は、サービスへのアクセスを阻害することになると思いますので、基本的には保険料で応能負担、これを原則としていくと。

それから、負担の金額の上限が決まっているわけですがけれども、私は、原則として、そういうものは取り払っていく必要があると思います。それに対応して、少なくとも非課税の世帯については、こういう保険料の負担についても免除するとか、そういうことを取り入れていく必要が、私は、社会保障の在り方として必要だろうと思っております。そういう形で保険料の応能負担の在り方を変えることによって、この制度の持続性、財政的にも改善を図っていく必要があると思いますが、経済的格差が広がっている、こういったことも様々な資料で指摘されていますけれども、高額所得の方たちにも一定の比率で負担してもらう。それから、非課税については免除、軽減、こういったことを取り入れていかないと、この制度を維持していくことは困難かと思えます。

それから、もう一点申し上げますが、介護保険は40歳からということが始まったわけですがけれども、その辺にも社会の考え方がちょっと偏っているというか、誤解を与えているような気がするのです。この介護保険によって支えられているのは、サービスを必要とする本人や家族だけではないわけですね。そういう制度があることによって、働く人が支えられて、企業活動も安定して継続できる、あるいは国もうまく回っていくと。そういう点では私は今後の在り方としては、国あるいは都道府県等の公的な負担、あるいは企業の負担、この辺の割合をもっと高めていきながら、今の制度の維持を図っていく。また、そういう抜本的な対策の在り方をぜひ協議していただきたいと思えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

一通り皆様から御意見をいただきました。どうもありがとうございます。

今回出されました追加資料も含め、地域包括ケアシステムに関して様々な御意見をいただきました。さらに、その範囲を超えて、全世代型社会保障構築会議の中間整理、そして、「地域共生社会」に向けた取り組みについても、活発に御意見をいただけたかと思えます。構築会議については、引き続き議論が続いていくと思いますので、皆様の御意見を踏まえて、事務局とも相談しつつ、必要であれば、介護にかかわる発言、私、委員仰せつかっていますので、発言をすることも検討させていただきたいと思えますし、また、「地域共生社会」につきましては、本日、社会・援護局から唐木室長が、まさに縦割りを廃して、老健局の会議にわざわざお出ましいただいて、今日、皆様の御議論も聞いていただきましたので、金曜日から、また、生活困窮者支援及び生活保護部会がスタートしますので、そちらの議論の参考にしていただければと思います。

ありがとうございます。

それでは、次の議題であります「介護分野における文書負担等の軽減に係る議論の進め

方について」事務局より説明をお願いいたします。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

お手元の資料8を御覧いただければと思います。

表紙を1枚おめくりいただきまして、今後の議論の進め方と書いてあります。これまで、文書負担の軽減の取り組みにつきましては、介護保険部会の下に「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」を設置いたしまして、御議論いただき、取り組みを進めてきたところでございます。

現在、規制改革会議で、文書負担軽減に向けたさらなる取り組みの徹底につきまして、この前、答申が出たところでございますので、引き続き、専門委員会で議論を行ってはどうかと考えております。

2ページ以降、参考資料がついております。

2ページにつきましては、専門委員会のこれまでの取り組みの御紹介をしているものでございます。左下に委員名簿ございますけれども、野口委員に委員長になっていただきまして、16名の方が参加されて、右側にありますとおり、都合9回委員会を開催してきたところでございます。

3ページに行ってくださいまして、これまでの取り組みを構造化した資料でございますけれども、まず、縦の列でいきますと、指定申請、報酬請求、実地指導という3つのジャンルに分けまして、横のライン、簡素化、標準化、ICT等の活用という切り口から取り組みを進めてまいりました。ピンク色のところが令和頑年度の取り組み、ブルーのところが令和2年～3年度の取り組み、グリーンのところが令和4年度の取り組みということで、順次、取り組みを進めてきているところでございます。

ちょっと飛びまして、資料の5ページ目を御覧いただければと思います。（参考4）の「規制改革推進に関する答申」のところでございます。こちら、先週の金曜日に規制改革会議推進会議で決定をされたものでございます。最初の5ページ目と6ページはちょっと御紹介になりますけれども、5ページ目の真ん中よりちょっと下を御覧いただきますと、「特定施設等における人員配置基準の特例的な柔軟化」とございます。こちらは先進的な特定施設等におきまして、実証事業を実施して、介護の質が確保され、かつ介護職員の負担が軽減されるかに関する検証を行う。その上で、人員配置基準の柔軟化の可否につきまして、介護給付費分科会の意見を聴き、論点を整理し、その論点整理を踏まえて、また、分科会の意見を聴いて、結論を得次第速やかに必要な措置を講ずると書かれております。

次に6ページ目でございます。こちらは、「特別養護老人ホームにおける施設内の医療サービスの改善」ということでございます。こちらは、特別養護老人ホームにおける現行の配置医師による医療の提供に関しまして、配置医師の実態、特養における入居者の医療ニーズの具体的な内容、現に行われている医療対応などにつきまして、必要な調査を実施して、それに基づきまして、必要な検討を行っていくとされております。こちらは、給付費分科会マターになるのかなと考えております。

7ページと8ページが、こちら、今、資料をお出ししている文書負担軽減の関係のところでございます。aのところをかいつままで御説明いたしますと、こちらは、介護事業者が、介護保険法の規定に基づきまして、地方公共団体に提出する指定申請の関係、報酬請求、指導監査の文書につきまして、国が定める書類を添付して手続等を行うこととするための所要の法令上の措置を講ずると書かれております。

なお書きにちょっとありますとおり、地方公共団体が、地域の特性等に照らして特に必要がある場合には、独自の規律を設けることは妨げず、独自の様式・添付書類を使用することは妨げないと書かれております。

bのところにつきましては、こちらは、介護事業者が地方公共団体に対して行う手続につきまして、簡素化や利便性向上に係る国や地方公共団体に対する要望を随時提出できる専用の窓口を設けるとされております。

8ページに行ってくださいまして、cのところでございます。こちらは、介護サービスの指定、報酬請求に関する申請・届出につきまして、厚生労働省の電子申請届出システムを利用して申請の届出先の地方公共団体を問わず手続を完結し得ることとするための所要の法令上の措置を講ずることとされております。

そのほか、d、e、fにつきましても、詳細は割愛しますけれども、指摘をされているところでございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ただいま説明がございました事項につきまして、時間も限られておりますので、御質問があれば、できれば簡潔にお願いしたいと思います。

なお、今御説明ありましたが、介護保険部会では、7枚目、8枚目を中心に御議論いただきたいということによろしいですね。

○日野介護保険計画課長 そうです。

○菊池部会長 分科会マターのほうは、そちらのほうで御議論いただくということにさせていただきます。

梶田委員も含めて6名の方がお手を挙げておられます。ここで締め切ってよろしいですね。

それでは、簡潔にお願いできれば幸いです。梶田委員からお願いします。

○梶田委員 文書負担の軽減について、事業者側の立場としての意見でございます。

まず、様式の標準化、ローカルルールのは正もかなり進んできました。特に進んだ点は、押印の廃止です。介護分野ではほぼ押印はなくなりました。しかし、一部の自治体で、指定申請書等に誓約書の押印が部分的に残っています。まだまだ全国統一までは行っていません。誓約書の意味も理解できますけれども、一部の市町村だけではあまり意味がないと思います。

課題は、例えば地域医療介護総合確保基金関係の書類の押印は、ほとんどのところが以

前のままという状況があります。周辺部分まで押印の問題から簡素化というのはお願いしたいと思っています。

それと、事業所側のほうのお願いになるのですが、多分、WEB入力の電子申請がもう間近になると思っています。その際、先ほどの説明の中に、都道府県ではなく、全国レベルの構築というお話がありましたけれども、1つは、事業者関係ですよね。法人単位の問題と個別の事業者関係の申請の場合の振り分けを最初からきちんとつくっていただきたいと思っています。例えば、法人の理事長が替わったら、事業所の全てに届出が必要です。ですから、100事業所あれば、その100事業所分を作成して、それぞれの指定権者に届出をするわけですが、これがWEB申請になって、100回入力しなければいけないのであれば、何の簡素化にもなりません。そこらの問題、ひとつ構築するときの検討材料でお願いします。

それともう一つは、今、処遇改善加算等で起こっている問題ですが、各自治体でWEB入力がつくられつつあります。それはそれで、その都道府県の中で考えたら非常に便利なのですが、全国的な部分で考えますと、標準様式はエクセルでつくられて、それで、計算式等を入れていますので、その部分で書類を作成する。ですから、提出するのは、市町村名だけを変更して、プリントアウトなり、そのエクセルシートをメールで送ればオーケーなのですが、電子申請の場合に、そのエクセルを貼り付けるだけでオーケーなところと手入力をしなければいけないところとの二通りあります。ですから、そこがばらばらにならないように、できるだけ一連の流れがうまく動くような形の電子申請システムを構築していただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、東委員をお願いします。

○東委員 全国老人保健施設協会の東でございます。2点申し上げたいと思います。

まず1点目です。先日の報道で、骨太方針に岸田首相を本部長とする医療DX（いわゆるデジタルトランスフォーメーション）推進本部の設置が明記されたところであります。

医療におきましては電子カルテ化が進んでおりますが、そのプラットフォームやデータの標準化が出来ておらず、バラバラであることが、現在大変問題になっています。この骨太方針を受けて医療側では、今後プラットフォームの統一化やデータの標準化が急速に進んでいくのではないかと考えております。

それに対して介護現場では、まだ電子化がほとんど進んでおりません。約9割の施設がまだ紙ベースで看護・介護の記録等を書いております。また、この看護・介護の記録が介護現場における最大の業務負担であるというエビデンスが既に出ているところでございます。

一方、世の中のICTの技術も大変進歩しておりまして、現在ではインカムと連動し、話した言葉がそのままAIを通じて自動的に記録に残るような機器も出てきております。これま

で、データの標準化が進んでこなかった医療側と同じ轍を踏まないためにも、逆に、電子化が進んでいないことをチャンスに捉えて、介護側におきましては、プラットフォームの統一化、データの標準化を先に進めた上で、きっちりとICT化を推進していただきたいと思っています。

2点目でございます。押印の廃止、サインレスについては、国が推進しておりますけれども、現場では全く進んでおりません。どのように導入したらよいのか、導入可能な機械等があるのか、それすらも分かりません。一方、実地指導等では、御家族の確認の証拠を求められるわけでございます。結局現場では、紙ベースにサインや押印をいただいているというのが現状でございます。

国としましては、押印の廃止やサインレスを求めていくのであれば、具体的な方法等を示し、さらなる推進をしていくべきだと考えます。

以上です。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、座小田委員お願いします。

○座小田委員 ありがとうございます。

民間介護事業推進委員会としても、こちらの専門委員会に参画しております。法令上も一定の前進が図られたと認識しています。その上で、今回の資料8ですけれども、意見ですが、2ページ目が主ですが、専門委員会の検討事項では、国、指定権者、保険者及び介護サービス事業者間でやりとりされている文書等とされております。

これまでの検討はどちらかというと、国、指定権者、保険者と、介護サービス事業者の間の文書のやり取りの議論だったと思います。今、東委員が、御家族の件を述べられましたが、今後は、これに加えまして、介護サービス実施に当たっての事業者間での文書のやりとりや手続、それから、介護事業者と利用者、御家族の文書のやりとりや手続についても、議論を広げていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

岡委員、お願いします。

○岡委員 ありがとうございます。

引き続き、専門委員会で議論していることに関しては賛成でございますが、介護サービス事業者から強い要望のあります事務負担の軽減は、ぜひとも、迅速に進めていただきたいと思っております。事務負担が軽減された結果、サービス向上に人員を回して、事業の効率化を図ることができれば、めぐりめぐって保険財政の負担軽減につながるということが期待できると思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

染川委員、お願いします。



○染川委員 実は、私どもとしても、介護現場での事務負担が非常に重いとして、平成20年2月、政府に対して負担軽減を要望させていただいております。そのような中で、平成28年6月に、「日本一億総活躍プラン」の中に、ICT活用、作成文書量の半減などの事務負担を軽減して、業務プロセスを改善することが明記をされました。

あれからおよそ6年が経過しようとしているわけですが、改めて、現場の状況を把握するために、私どもで、今月25日から昨日まで、組合員向けに緊急アンケートを行いました。有効回答人数214人のうち、介護保険制度上必要な文書の負担が軽減されたと感じていない組合員が155人、72.4%を占めています。負担が軽減されたと感じている組合員は59人、27.6%にとどまっています。また、負担軽減を感じていない理由の57.4%が今までと変わらない。22.6%が今までより負担が増えたと回答しています。

本日の資料8の2ページの「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」についての資料には、令和元年12月4日に示された中間取りまとめにおいて、簡素化、標準化、ICTなどの活用の3つの視点に立ち、明確な検討スケジュールを定め、具体的な取り組み方策を検討するとしております。そのスケジュールには、令和元年度の取組として、押印や窓口負担の最小化、1～2年以内の取組として変更・更新時の負担軽減、3年以内の取組として、WEB入力・電子申請などが示されています。

しかし、具体的な取組の成果は一部に限定をされ、介護記録などを初めとする日常的に使用する文書や記録について進捗がないため、目指している全体の文書量の半減には遠く及んでおりません。

また、自治体ごとに求められる報告内容や文書フォーマットの標準化が進まないことが障害になり、例えば複数の自治体で事業展開している事業者独自でICTなどを活用して生産性向上を図ることが難しい状態も改善されておりません。これらのことにより現場が効果を実感できるに至っていないということが、アンケート結果から明らかになったと言えます。

また、同アンケートの自由記述には、文書負担が重いため、利用者と向き合う時間が少なくなり、本来業務である介護サービスに支障があるとの声も出ています。遅れていると言わざるを得ない現在の取組を挽回し、具体化することで、文書負担の軽減による生産性向上を人手不足対策やその要因である処遇改善にもつなげられるよう、特に簡素化については、文書量の半減という量的目標、標準化については、自治体におけるローカルルールの解消、ICT等の活用については、介護記録などにも及ぶ活用促進や、その導入支援策の充実という視点で、成果を現場が実感できるレベルでの実現を可及的速やかに進めていただきますようお願いいたしまして、意見いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、本日最後の御意見とさせていただきます。濱田委員どうぞ。

○濱田委員 ありがとうございます。

資料8の3ページにあります、ICT化の活用にあります、WEB入力の推進などの方法について加速化させていただくということが大変重要と考えております。

特に今年度、介護サービス情報公表システムを活用して、指定や変更申請を行うスケジュールが示されておりますけれども、各自治体の任意による参加と伺っておりまして、できれば、全ての自治体で御参加いただくための何らかのインセンティブなどの方策の検討をお願いできればと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

2つ目の議題につきましても、多くの御意見いただきまして、ありがとうございます。

若干時間過ぎておりまして、申し訳ございませんが、お時間が参りましたので、本日はここまでとさせていただきます。

時間配分につき御配慮、御協力いただき、ありがとうございました。

それでは、次回の日程につきまして、事務局からお願いいたします。

○占部総括調整官 次回の本部会の日程につきましては、追って御連絡させていただきます。

○菊池部会長 それでは、本日の部会は、これで終了させていただきたいと思っております。

御多忙の中、御参加いただき、ありがとうございました。