

○占部総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから第93回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

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。

また、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。

報道関係の皆様、冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、御退室をお願いできればと思います。よろしくお願いたします。

(報道関係者退室)

○占部総括調整官 それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いたします。

○菊池部会長 皆さん、おはようございます。

お忙しいところ、御出席賜りましてありがとうございます。久しぶりの開催になります。どうぞよろしくお願いたします。

本日の出欠ですが、岡委員、黒岩委員、齋藤委員、佐藤委員が御欠席でいらっしゃいます。

そこで、岡委員の代理として森参考人、黒岩委員の代理として山本参考人、齋藤委員の代理として田母神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存じます。よろしくお願いたします。

それでは、議事に入ります。

まず、本日の資料とオンライン会議の運営方法について、事務局から御確認をお願いたします。

○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たします。

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ひます。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をお願いたします。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たします。

○菊池部会長 それでは、議事に入らせていただきます。

前回は初回ということで、幅広い観点から御意見をいただきました。

今回以降、論点を整理しながら御意見をいただくことにさせていただきます。

本日と次回を通じまして、まず「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について」というテーマで御意見を賜りたいと存じます。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○橋本総務課長 老健局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。

資料1「今後の検討の進め方について」でございます。

2 ページ目に「検討の進め方について①」ということで、前回の制度改革に向けた本部会では、地域共生社会の実現と2040年への備えという観点から、ここに掲げる5項目を主な柱として、制度見直しに向けた報告を行っていただきました。

次期制度改革に向けましては、2040年に向けて生産年齢人口が急減し、85歳以上人口が急速に増加していくことが見込まれる中で、2025年に向けて構築を図っている地域包括ケアシステムをさらに深化・推進するとともに、介護ニーズの増大と労働力の制約への対応を両立させ、制度の持続可能性を確保するという視点に基づきつつ、過去の部会報告や全世代型社会保障構築会議での論点、前回のこの部会での御意見等を踏まえまして、次のページに掲げるような点について順次議論していただきたいと考えてございます。

3 ページ目「検討の進め方について②」でございますが、当面検討を行う論点として、◎ですけれども、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進、介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進、給付と負担、その他の課題と掲げております。このうち赤で囲みました地域包括ケアシステムの更なる深化・推進に関しまして、5月16日本日と次回の2回に分けまして御議論いただき、その後の回で次の論点に移って御議論いただくという形で、当面議論をお願いしたいと思っております。

本日御議論いただく地域包括ケアシステムの更なる深化・推進に関しましては、5つの項目を掲げてございます。「在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援」、「医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進」、認知症施策、家族を含めた相談支援体制、「地域における介護予防や社会参加活動の充実」、「保険者機能の強化」、これらの項目を念頭に御議論いただきたいと考えてございます。

続きまして、資料2でございます。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いただくに当たりましての資料を御用意いたしました。

1 ページ目に目次をつけてございますけれども、先ほど御説明した資料1の5つの項目に沿いまして、介護保険部会の前回改正時の意見書、それから介護給付費分科会の審議報告、さらには各種データや現状の制度、取組といったことに関します資料を集めたものでございます。

各項目に移ります前に、2 ページ目に地域包括ケアシステムの全体像、3 ページ目に法律上の規定を載せております。

4 ページ目ですけれども、地域づくり加速化事業ということで、令和4年度の予算にお

きまして、地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための研修や伴走的支援に関する事業を実施することといたしております。

5 ページ目以降、各項目に沿って資料を集めたものを御説明させていただきます。

まず1番目ですけれども、「在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援」でございます。

6 ページ目から、部会の意見書と分科会の審議報告について、該当箇所を掲載してございます。

11ページ目ですけれども、介護保険事業計画におきましては、介護サービス量の見込み、必要定員総数を設定いただいております。

12ページ目ですが、前回改正時にもお示しした資料ですけれども、2040年までの介護サービス利用者数を推計いたしますと、ピークを過ぎて減少に転じた保険者もある一方で、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多いということが示されております。

14ページ目ですが、第8期介護保険事業計画におけるサービス量の見込みにつきまして、各保険者で策定された計画値の全国集計値を掲載してございます。

16ページ目ですが、次の第9期介護保険事業計画とともに第8次医療計画が令和6年度に同時にスタートするということを踏まえまして、医療介護総合確保促進会議におきましては、医療介護総合確保方針の改定に向けた議論も行われると承知しております。この中でも、地域包括ケアシステムの構築を進め、一層の医療介護連携政策を推進していくということが論点として議論されるものと承知しております。

18ページ目でございますが、介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯についてお示ししております。平成12年に介護保険法が施行されまして、平成17年改正で介護予防給付、地域支援事業、それから地域密着型サービスが創設されております。

19ページ目ですが、平成23年改正で定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの導入、平成26年改正で地域支援事業の充実、平成29年改正で介護医療院の導入といったことが行われております。

20ページ目ですけれども、介護保険給付の給付費のサービス種類別の内訳でございますが、右側を見ていただきますと、サービスごとの1人当たり給付費につきましては、軒並み施設サービスが高いということになってございます。

21ページ目以降が主な在宅サービスの概要につきましてでございますが、次の22ページ目から37ページ目までの間におきまして、各サービスの事業者数、利用者数、それから費用額などのデータを掲載してございます。

38ページ目以降が訪問看護でございます。44ページ目以降が看護小規模多機能型居宅介護について、50ページ目以降が療養通所介護について、それぞれの概要やデータを掲載しております。

54ページ目ですけれども、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）につきまして、原則新規入所者は要介護3以上となってございますけれども、55、56ページ目にその関係の

資料、57、58ページ目で入所申込者の状況についての資料をおつけしてございます。

59ページ目からは居宅介護支援・介護予防支援についてでございますけれども、60ページ目以降で質の高いケアマネジメントの推進とか医療と介護の連携推進、それから適切なケアマネジメントの実施などの観点からの令和3年度の報酬改定に関する資料などをおつけしております。

68ページ目でAIによるケアプラン作成支援、69ページ目で適切なケアマネジメント手法の策定に向けて調査研究を進めているところでございます。

70ページ目、高齢者向け住まいに関するデータでございますが、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）とともに有料老人ホーム、あるいはサービス付き高齢者向け住宅に関する利用者数が年々増加しているという状況になっております。

71ページ目、高齢者向け住まいに関しての各サービスの一覧表でございます。

72ページ目を御覧いただきますと、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、それからサービス付き高齢者向け住宅について有料老人ホームに該当するものにつきましては、特定施設入居者生活介護ということで、介護保険の対象となります。

また、認知症高齢者グループホームにつきましては、少し資料の場所が飛びますけれども、101ページ目から103ページ目にその概要等を載せてございますので、御参照ください。

73ページ目、新たな住宅セーフティネット制度ということで、平成29年から施行されておりますが、③にあります住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援という制度を導入しております。74ページ目ですけれども、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携して居住支援協議会を設立し、住宅確保要配慮者等に対しまして、住宅情報の提供等の支援を実施しているところでございます。

77ページに飛んでいただきまして、令和4年度予算におきまして高齢者住まい・生活支援伴走支援事業というものを実施することとしておりまして、これまで実施してきました同様の事業におきまして取組を実施している自治体が非常に少ないという関係から、有識者や厚労省職員等を派遣して、事業実施に至る前の検討段階における助言や関係者との調整などを行うこととしております。

79ページ目以降が、2番目の項目の「医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進」に関してでございます。

80ページ目から、部会の意見書と給付費分科会の審議報告について該当箇所を掲載しております。

84ページ目ですけれども、医師の配置が基準上設定されております介護保険施設についての比較表でございます。

こちらに関しまして、85ページ目以降に特別養護老人ホーム、老人保健施設、それから介護医療院におけます平均在所・在院日数とか入所・退所者の状況、入所者の疾患状態や行われている医療措置、また、医療保険と介護保険の給付の関係につきまして、99ページ目まで資料をおつけしてございます。

95ページ目以降に特別養護老人ホームの関係の医療提供に関する資料をつけておりますけれども、100ページ目を御覧いただきますと、規制改革推進会議医療・介護・感染症対策ワーキング・グループに厚労省から出している資料でございますが、こちらにおきまして、3番目のポツですが、特別養護老人ホームにおける医療アクセスの向上のため、1つは施設内での対応能力を高めていく。このために介護報酬上の対応について、加算の実態等を踏まえつつ引き続き検討を進めていくこと。2つ目として、外部の医療機関等との連携を一層推進していくために、令和4年度の調査研究なども踏まえまして、特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの適切な対応の在り方について検討を進めていくことについて説明をさせていただいているところです。

104ページ目からが在宅医療・介護連携推進事業でございますけれども、令和2年の法改正におきまして、PDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うための見直しを行っているところでございます。

107ページ目以降ですけれども、居宅療養管理指導に関する一連の資料をおつけしております。

117ページ目ですけれども、リハビリテーションの関係でございますが、高齢者のリハビリテーションに求められるものといえますは、生活機能の向上を目的として、心身機能、日常生活活動、社会参加などへの個々の働きかけを連動して総合的に提供していくという考え方の下に、118ページ目になりますけれども、主に介護保険におきましては、維持期・生活期におけるリハビリにつきまして、通所リハ、訪問リハ、老人保健施設などでのリハビリ等が実施されておきまして、そちらの現状につきまして119ページ目以降に資料をおつけしております。

122ページ目ですけれども、令和2年に開催いたしました要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会におきまして、介護保険事業計画における要介護者等に対するリハビリテーションの取組をPDCAサイクルに沿って進めていくための指標の在り方について検討いただきまして、124ページ目にありますが、リハビリテーションサービス指標を含みます手引きを作成いたしまして、各地域における取組を推進しているところでございます。125ページ目と126ページ目は、その自治体における事例を掲載してございます。

127ページ目ですが、自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組ということで、リハビリ、栄養、口腔の取組を一体となって推進していくということです。

そのため、128ページ目、129ページ目のおり、令和3年度の報酬改定でも対応しているところでございます。

130ページ目が科学的介護でございます。介護サービス利用者の状態や介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを入力し、それが分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システムとして、令和3年度よりLIFEの運用を開始しております。

このLIFEにつきまして、131ページ目ですが、信頼性のあるデータの提供、フィードバック

クされた情報の適切な活用に向けた介護事業所への支援を進めてございます。

132ページ目、133ページ目はデータヘルスに関する改革工程表を載せておりますが、この中で介護に関しましては、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みの検討、さらには介護事業所間における介護情報の共有、介護・医療間の情報共有を可能とするための標準化に取り組んでいるところでございます。

134ページ目以降が、3番目の項目であります「認知症施策、家族を含めた相談支援体制」でございます。

135ページ目からが、部会の意見書と給付費分科会の審議報告の該当箇所を掲載しております。

138ページ目から140ページ目までの間で、地域支援事業、地域包括支援センターについての概要などの資料を載せました後、141ページ目から認知症施策に関係する一連の資料を掲載しております。

141ページ目ですが、認知症の人の将来推計につきまして、令和7年、2025年には約700万人との推計でございます。

142ページ目、認知症施策のこれまでの主な取組ですが、直近の動向で言いますと、令和元年に認知症施策推進大綱が決定されまして、令和2年の介護保険法改正におきまして、143ページ目にありますように、チームオレンジの取組などをはじめとした地域における認知症の人への支援体制の整備の位置づけ、また、施策の推進に当たって認知症の人が地域社会において尊厳を保持しつつ、他の人々と共生することができるようにすることを規定しております。

144ページ目に認知症施策推進大綱でございますが、共生と予防を車の両輪として施策を推進するというところで、具体的に5つの柱を立てて施策を推進してございます。この5つの柱に沿いまして、145ページ目以降に資料を掲載しております。

145ページ目、1番目の普及啓発・本人発信支援でございますが、認知症サポーター、また認知症本人からの発信機会の拡大でございます。

148ページ目が、2番目の予防でございます。通いの場の拡充、あるいは予防に関するエビデンスの収集・分析といった項目がございます。

152ページ目が、3番目の医療・ケア・介護サービス・介護者への支援ということで、早期発見・早期対応の体制整備とか、介護者の負担軽減をさらに推進するための認知症カフェの推進などが掲載されております。

157ページ目ですけれども、4番目の認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援というところでございますが、こちらでチームオレンジの取組の推進や官民協議会、企業・団体等によるバリアフリー宣言制度などの資料を載せております。

162ページ目に、5番目の研究開発・産業促進・国際展開でございますが、コホート研究やバイオマーカーの開発などの研究開発をさらに推進していくということを掲載しております。

166ページ目でございますが、地域支援事業における任意事業の概要ということで、この中で家族介護支援事業を実施しております。

167ページ目にその概要を掲載しておりますが、家族介護者教室の開催とか認知症高齢者見守り事業、家族介護継続支援事業などが実施事業となっております。

168ページ目と169ページ目ですけれども、家族介護者支援に関する市町村や地域包括支援センターなどにおける取組のマニュアルあるいはポイントをまとめて、自治体に周知を行っているところでございます。

170ページ目はヤングケアラーの支援ということでございますが、171ページ目にありますように、厚労省と文科省の副大臣を共同議長とするプロジェクトチームにおきまして、昨年5月に取りまとめが行われました。それを基にいたしまして、172ページ目ですけれども、ヤングケアラー等の家族介護者を支援するために、基金の枠組みを活用した地域包括支援センターを対象とした研修、あるいは令和3年度の調査研究の中でヤングケアラーがいる場合のケアマネジメントの留意事項、ヤングケアラーのいる家族に対して介護サービスを行う場合の取扱いについての検討を行っているところでございます。

173ページ目ですけれども、4番目の項目であります「地域における介護予防や社会参加活動の充実」でございます。

こちら174ページ目から、部会の意見書の該当箇所をつけてございます。

176ページ目、住民主体の通いの場でございますが、通いの場の数や参加率につきましては、令和元年度までは伸びておりましたが、令和2年度に減少しております。

177ページ目、昨年8月に通いの場の類型化ということで公表させていただいております。

178ページ目ですが、通いの場の実施状況について月ごとに見たものですが、実施あるいは活動自粛を繰り返しているような状況が見られるところでございます。

通いの場あるいは施設における面会といったところにつきまして、179ページ目以降で感染防止に配慮した通いの場の実施のための留意事項、特設ウェブサイトの開設、オンライン通いの場アプリの開発、さらには通いの場の再開や面会の推進などに関する広報の展開といった関係の資料をおつけしております。

183ページ目からが地域リハビリテーション体制の推進でございますが、186ページにありますように、令和3年に指針の見直しを行っているところでございます。

187ページ目からが総合事業でございます。多様な主体による生活支援・介護予防サービスの充実を図っていく。社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながるということで、住民参加も含めて、こうした地域づくりを市町村が支援するという考え方の下で進めております。

189ページ目以降、介護予防・生活支援サービス事業につきまして、サービス類型ごとの実施状況とか利用者数、また、生活支援体制整備事業、協議体やコーディネーターといったところの実施状況についての資料を掲載しております。

197ページ目からが、生活支援に関しましては保険外サービスの活用も想定されるところ

ですが、自治体としてのニーズや自治体向けの事例集、活用に当たっての課題、また保険サービスと保険外サービスの組合せ提供に当たっての取扱いといった資料を掲載しております。

201ページ目なのですがすけれども、地域における多様な主体やサービスとの連携という点で言いますと、他省庁が所管する地域における様々な取組もございまして、地域運営組織とか農村型の地域運営組織、さらには地域の旅客運送サービスといったものにつきましての紹介をする資料をつけております。

205ページ目なのですがすけれども、前回改正で実施いたしました総合事業の対象者の弾力化、207ページ目が地域支援事業についての上限制度の運用の見直しにつきまして、令和3年度、4年度の対応について掲載しております。

続きまして、5番目の項目であります「保険者機能の強化」でございますけれども、208ページ目以降でございますが、209ページ目、210ページ目、211ページ目に部会の意見書に関する該当箇所をつけております。

213ページ目以降ですが、この部会でも御議論いただきました第8期の基本指針、それから計画の策定プロセスに関する資料をおつけしてございます。

217ページ目からが保険者行政事務の効率化ということで、広域化の状況とか必要性、また、その理由に係る調査結果について掲載しております。

219ページ目には、介護保険法令における民間委託に係る主な規定について、一覧表として載せております。

220ページ目からがデジタル化ということでございまして、自治体システムの標準化、介護保険に係る業務支援システムに関しての標準仕様書の改定とか、224ページ目におきましてはマイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化に向けた工程表、この中で介護保険被保険者証の在り方について見直し方策を検討することとされております。

225ページ目からがインセンティブ交付金の関係で、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金につきましてそれぞれ200億円ということで、令和4年度の予算に計上されております。

こちらにつきまして、226ページ目以降に、交付金の使途、評価指標、得点状況ということで、都道府県分、市町村分について掲載をしております。

230ページ目から232ページ目は地域分析の関係の資料、233ページ目以降ですが、介護給付適正化計画ということで、第7期の計画から介護給付に要する費用の適正化に関する事項について施策とか目標を定めることが法律上位置づけられまして、主要5事業についての着実な実施を図ることとしております。この主要5事業につきまして、234ページ目と235ページ目でその内容や実施状況を掲載しております。

最後、236ページ目ですが、調整交付金につきまして、前回改正で、介護給付費により重みづけを行う方法に見直しを行いました。これによりまして交付額が増加する保険者につきまして一定の取組を求めるということで、その一つとして、主要5事業について3事



業以上実施していない保険者を対象として、増加額の5%を減額することといたしております。

以上、資料2でございました。

資料3につきましては、前回の部会でいただきました主な御意見につきまして、資料1の当面検討を行う論点に沿いまして、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進、介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進、それから給付と負担という項目ごとに整理をさせていただきます。

以上、雑駁でございますが、説明を終わらせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

御説明がございましたが、論点は非常に多岐にわたってございます。ただ、今回だけではなく、今回と次回の2回にわたって御議論いただくこととなります。

また、多くの委員の皆様にご参加いただいておりますので、どうか要領よく簡潔に御発言を頂戴できればと思っております。御協力をお願いいたします。

それでは、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。挙手機能をお使いいただければと存じます。いかがでしょうか。

それでは、河本委員からお願いいたします。

○河本委員 ありがとうございます。健保連の河本でございます。

私からは、地域における介護予防や社会参加活動の充実の部分と保険者機能の強化の部分、ここについて何点か御意見を申し上げたいと思っております。

まず、地域における介護予防や社会参加活動の充実の関係でございますけれども、資料の188ページに総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化のイメージ、それから191ページ以降に総合事業の実施状況が示されておりますけれども、平成27年以降、実際にどの程度の費用の効率化が図られたのか。試算なり実績なり、データがあればお示しいただきたいと考えます。

また、総合事業については、207ページにあるように、事業費の上限というのは高齢者の伸び率程度に抑えることが基本ということで、事業の効率化・重点化等によって、上限内で実施されることが望ましいと考えます。

この事業費の上限要件である一定の特殊事情が形骸化しているのではないかとということが財政審でも指摘されております。かつ、その運用の在り方について一定程度見直しが行われているというような話もございましたけれども、実態も踏まえながら、制度の趣旨、目的に沿った対応を徹底していただきたいと考えております。

次に、保険者機能の強化の関係でございますけれども、まず保険者機能強化推進交付金、いわゆるインセンティブ交付金ですが、自立支援・重症化予防等の取組に向けた財政的インセンティブ制度ということですのでけれども、本来これらの取組は、インセンティブの有無にかかわらず保険者として当然取り組むべきことであると考えます。将来的には未実施の

保険者にペナルティーをつけて、事業を実施した保険者に加点するとか、交付金を用いずに財政中立で実施するというようなことも考えるべきではないかと思います。

それから、230ページに第1号被保険者1人当たりの介護給付費と認定率の地域別の数字がございますけれども、1人当たりの介護給付費が同額程度の地域であっても認定率に差があったりとか、あるいはその逆のケースもございます。各地域の実態等を検証した上で、地域差の解消に向けた取組を推進することが是非とも必要であると考えております。

233ページ以降に介護給付費の適正化計画について示されておりますけれども、2025年あるいは2040年を見据えつつ、介護保険制度の持続可能性を確保していくためには、効率的・効果的な介護給付の推進、適正化は不可欠でございます。主要5事業の費用対効果の検証、事業項目・内容の見直しなどを行うとともに、計画のばらつきとか地域差をなくすためにも、計画自体、定性的な記載にとどまらずに、定量的な目標の設定、それから達成状況の検証、そういったことでPDCAがしっかり回せるような計画の作成を徹底すべきだと考えます。また、その際には、国や都道府県において適正化事業の支援もしっかりと行っていたきたいと考えております。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

一部資料のお求めがあったかと思うのですが、事務局から何かございますか。

○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。

総合事業についてのお尋ねでございました。総合事業につきましては、地域支援事業の一部として実施させていただいております。御指摘いただいたとおり188ページ目のようなコンセプトで費用の効率化とサービスの多様性、質の向上を目的に、平成27年度から実施されているものでございます。

令和4年度で公費1935億円ということで実施させていただいておりますが、法令上75歳以上人口の伸びで予算を管理することになっておりまして、今、正確な予算額を持っておりませんが、そういった上限の中でマクロでは管理されており、それが上限額を超えているということではございませんが、先ほど御紹介いただいたとおり、207ページ目でございますが、個々の市町村においては、市町村ごとの上限を超えていることがあると。ただし、ここの1つ目のポツにございますように、上限は75歳以上の高齢者の伸びを乗じた額とされておりまして、特別な事情がある場合には例外的な個別判断により上限額を超えた交付額の措置が認められているということが政令・ガイドラインで決められているところでございます。

ただ、その例外的な取扱いであるという趣旨が改革工程書2020に基づいてしっかりと徹底されるように、運用の在り方について見直しを行うとされているところでございまして、資料2の207ページ目の真ん中の箱にありますように、令和2年度までの取扱いについて、令和3年度、令和4年度とそれぞれこの例外的な措置について具体化をし、さらには75歳以上人口が伸びていくという前提でこの制度設計がされているわけがございますけれども、

地域によっては75歳以上人口が減少している地域もございますので、そうやって即時的に事業費の上限に合わせる事が困難である場合などは、やむを得ない事情として追加するなど、上限制度の運用の見直しを図っているところでございます。

令和4年度の申請状況なども踏まえて、令和5年度以降もさらに見直しを行っていくということでございますけれども、先ほど資料2の4ページ目で、地域づくり加速化事業を今年度、新規事業として立てさせていただいたと総務課長から御説明を申し上げました。こういった上限措置の適正化と、地域がしっかりと総合事業の在り方も含めて適正に執行できるように、私どもとしても地域づくり加速化事業などを進めることによって支援をさせていただきたいと考えているところでございます。

以上です。

○菊池部会長 河本委員、いかがでしょうか。

○河本委員 ぜひともよろしくお願ひしたいと思ひます。

ある意味、きちんとPDCAを回すというか、総合事業に移行した財政的なメリットもしっかりとフォローしていくことが必要だと思ひますので、そういったことも含めてよろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

○菊池部会長 それでは、続きまして、大西委員、お願ひします。

○大西委員 ありがとうございます。

地域包括ケアシステムにつきまして、まず全般的な事項でございすが、資料の2ページの上の四角の中の一歩下に、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に依じてつくり上げていくことが必要と書いておりますが、まさにそのとおりでございまして、住民の自助を基本としながら、地域等での助け合ひの仕組みづくりが必要であると思ひております。

徐々にこのシステムにつきまして広がりを見せてきておりますが、まだまだ住民主体の取組意識が低いところも多く、これにつきましては我々自治体の努力が第一ではございすけれども、国におきまして、このシステムの意義等について周知啓発をさらにお願ひしたいと思ひております。

その上で、これまで述べてきたことと繰り返しにもなりますけれども、3点につきまして、このシステムの構築、普及のために課題等をお話しさせていただきたいと思ひております。

まず、1点目の論点でございす介護サービスの基盤整備等につきましては、次回以降の議題かと思ひますが、やはり何と申しまして人材の確保が最大の課題であると思ひております。特に地方の郊外部等におきましては、介護人材の確保に慢性的な人材不足が生じておるといふことでございす。また、昨今の新型コロナウイルス感染症の影響によりまして、介護人材の不足はさらに拍車がかかっている状況にございす。介護人材の確保、育成や今後の感染症状況下における安定的なサービス提供の継続の

ために、地域の実情に応じた支援や対策といったものがこれまで以上に必要になると思っております。

また、人材不足に対応いたしまして、これもよく言われておりますが、現場における介護ロボットの活用とかICT化の促進、そして生産性の向上を図っていくべきだと思っております。

次に、論点の2番目、3番目、4番目に関することでございます。資料の138ページに書いておりますが、地域支援事業でございます。自治体では地域支援事業といたしまして、在宅医療介護連携推進事業、あるいは地域包括支援センターの運営、また認知症総合支援事業など、包括的支援事業を行っております。2つ目といたしまして、一般介護予防事業などの総合事業も実施しておるところでございます。その地域支援事業に関しまして、207ページには地域支援事業の価格の上限制度の運用の見直しについて示されておりますけれども、この事業につきましては、自治体はかなりいろいろな創意工夫の下に行っているものでございまして、我々としてはこの上限額については廃止することや、あるいはもう少し弾力的な運用とすることを引き続き要望したいと思っております。

最後に、5点目の論点であります保険者機能の強化でございます。資料の225ページにございますけれども、自治体が行います自立支援・重度化防止の取組状況に応じて交付されております保険者機能強化推進交付金、介護保険保険者努力支援交付金によりまして、保険者へのインセンティブが図られているところでございます。

このインセンティブ交付金につきましては、自治体における取組が一層促進するように、地域の実情も反映した、このインセンティブがより働くような適切な評価とすることが一番大事であると思っておるところでございます。

また、保険者そのものの在り方についてアンケート調査等も出ておりましたが、今後の効率的な運営、人口減少、超高齢化といったことを踏まえますと、保険者の広域化など人口構成に応じた保険者の在り方について、今後とも検討課題としていただきたいと考えておるところでございます。

私のほうからは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

まず、1つ目の論点についてです。2040年までの介護需要の推計と、コロナ禍でさらに深刻度を増した少子化の進行を踏まえると、介護保険サービスを持続可能なものにしていくことが大きな課題です。

資料の24ページには訪問介護の深刻な人材不足が見てとれますし、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けられるようにするため、質の高い介護保険を担う人材確保策の強化が最重要課題です。

同時に、介護離職ゼロの実現に向けて、とりわけ在宅サービスの充実を図って、在宅生

活の限界点を高めていく施策については引き続き強化すべきであることを強調しておきたいと思います。

また、高齢者の住まいの確保が容易ではない現状についても、その解消に向けて取組を強化すべきです。賃貸住宅の所有者等に対して、改正された住宅セーフティネット法の趣旨をまだまだ周知することが必要ですし、資料の76、77ページには、地域支援事業や高齢者住まい・生活支援伴走支援事業のことが書かれていますが、国土交通省との連携で、高齢者の所得や負担能力にかかわらず住み慣れた地域で暮らしていくことができるよう、国として支援を継続していくことが必要です。

2つ目の論点につきましては、資料の127ページにリハビリ、栄養、口腔の取組が一体となった運用のことが書かれています。自立支援や重症化防止にエビデンスのある取組については、医療・介護の連携により、さらに積極的に取り組んでいくことが必要です。

3つ目の論点についてです。認知症施策と家族への支援策についても、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、また介護離職ゼロを実現していく観点から、地域支援事業の強化を含め充実していくことが必要です。

また、ヤングケアラーの支援について、4月に公表された厚生労働省の調査結果では、小学6年生の約15人に1人が家族のお世話をしていると回答し、5月に公表されたNHKの調査では、当事者の73%が、相談したことはない、あまり相談していないと回答しています。

資料の158ページに認知症のチームオレンジの取組が書かれていますが、ヤングケアラーについても地域で広く気づきの機会を見つけられるようにするとともに、当事者本人の学びの断絶や就労にたどり着かないなどの問題が生じないように、ヤングケアラーに対する情報提供や相談支援、適切にサービスへつなぐなど、積極的な取組が必要です。

4つ目、それから5つ目の論点にまたがるものですが、資料の178ページから182ページにかけてコロナ禍における通いの場の実施状況等が書かれています。高齢者の重症化リスクは依然として警戒が必要と伺っておりますので、責任ある体制で十分な感染対策が不可欠でしょうし、オンラインの試みのように新しいアイデアにトライしていくことも必要です。

要介護認定の認定率の地域差についても問題意識があります。総合事業についても同様に、例えば今年1月ですと大阪府の23.04%から茨城県の15.93%まで差が見られます。社会保険制度ですので、利用者本位で公正、迅速な要介護認定の実現に向けた取組の継続が必要です。

また、地域包括支援センターが地域のニーズに即して一定の水準を確保した実効あるものとしてその機能を発揮できるよう、十分な財政支援と人材の確保の強化、業務の効率化を支援すべきです。

216ページ、介護保険事業計画の作成プロセスとか保険者行政事務の効率化、広域化の調査結果が書かれております。これについて、市町村とか都道府県でどのような意見が出されているのか、とりわけ広域化調査については市町村がどのような意見なのか、今日でな

くて差し支えありませんので、後日、どのような意見があったのか、どのような声があるのかなどを教えていただければと思います。

最後に、前回、介護保険の被保険者範囲、受給者範囲を拡大し、制度の普遍化を図るべきことについて意見を申し述べました。資料3に記載されていなかったのを改めて申し上げておきたいと思います。

以上です。長くなり失礼いたしました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

今後の検討の進め方について、当面検討を行う論点等をお示しいただきましたが、進め方、論点については異論はございません。検討を進めるに当たって、本日の議題であります地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について意見を述べたいと思います。

資料2の20ページには、サービス利用者数は居宅・地域密着型サービスが約83%、施設サービスが17%であるが、給付費額においては居宅・地域密着型サービスが約68%、施設サービスが32%となっていると示されています。御説明いただいた中でもありましたが、1人当たりの給付費を居宅・地域密着型サービスと施設サービスで比較しますと、居宅・地域密着型サービスのほうは要介護度が軽度の利用者が多いことも当然要因としてございますが、1人当たりの給付費は居宅・地域密着型サービスが施設サービスの41%程度であることが分かります。

さらに、訪問介護、通所介護をはじめとする在宅系サービスと、施設サービスに特定施設入居者生活介護等を加えた施設・居住系サービスとに分類をすると、1人当たり給付費が在宅系サービスのほうが低いことがさらに顕著に表れるものと思われま。

また、平成30年3月に公表された人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書によりますと、医療・介護職員ではない一般国民の69.2%が自宅で最期を迎えたいと答えております。さらに、その理由を見ますと、住み慣れた場所で最期を迎えたいからが71.9%、最期まで自分らしく好きなように過ごしたいからが62.5%、家族との時間を多く過ごしたいからが50.7%となっております。

これらのことから、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることについて、さらに踏み込んだ形で、住み慣れた自宅で自分らしい暮らしを続けることができるよう深化させることも検討すべきだと思います。

予防給付も含めた在宅系サービスの充実、また、同居家族のレスパイトケアや介護離職防止などの観点からも、同居家族がいる場合のサービス利用の制限の在り方についても、社会で介護を支えるという理念に基づき改めて検討し、施設・居住系サービスへ移行しなくても要介護者、同居家族が安心して暮らせるよう、在宅系サービスの限界点を上げることを目指していただきたいと思います。そのことは介護保険制度の財源面での持続可能性を高めるためにも必要不可欠と考えています。

また、介護保険制度の持続可能性という観点では、財源と運営する保険者、介護保険サービスに加え、それを直接支える介護従事者が必要です。しかし、介護人材の不足、特に在宅系サービスの訪問介護員については、将来予測に限らず、既に現時点でも不足が深刻な状況です。事業者によっては、訪問介護員の新規採用による採用が見込めないことから、訪問介護事業は今働いている従事者がいなくなったら終了するしかないとの見方を示しているところもあります。

御存じのとおり訪問介護の現場は多くの時間給制の短時間労働者に支えられています。かつては時間給の水準に他産業と比較しても優位性があること、自分の働く時間が選択しやすいことといわゆる働き方の多様化のニーズにマッチしていること、それらのことから人材確保がスムーズに図られている時代もありました。

しかし、現在は小売業や外食産業など時間給制の短時間労働者を労働力の主力としている産業においても人材不足が顕著となり、それらの産業における短時間労働者の時間給は上昇を続けています。結果として、時間給制の訪問介護員として働く上でのデメリットとなっている、連続して労働が発生しない、いわゆる細切れ労働となること、御利用者の利用状況の変化によりサービス提供が中断することにより収入が安定しないことなどのマイナス要因を十分に補えるほどの他産業と差別化された魅力のある時間給の設定はできていない状態となっています。そのことは、資料2の24ページに示された2020年度介護サービス職員の有効求人倍率が3.9倍であること、とりわけ訪問介護員については14.92倍であることから明らかです。

したがって、検討の進め方の中で後の論点として示されております介護人材の確保について議論するに当たっては、全体的な将来予測だけではなく、サービス種別ごとの現状を踏まえた上で、しっかりとした対策を検討することを希望します。そのことを申し添えまして、意見といたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

まず、資料1の検討の進め方について、2ページ目の地域包括ケアシステムの更なる深化・推進、あるいは介護ニーズの増大と労働力の制約への対応の両立といった観点で検討することに異論はございませんけれども、現在、日本経済全体の中で所得の増大でありますとか、特に手取りの増大で分厚い中間層を確保することが非常に求められる状況にございますので、これ以上の保険料の負担の増大は理解を得ることが難しいということがございます。今回の検討に当たりましては、利用者負担の在り方や給付範囲の本質的な見直しといったことについてもしっかりと議論をして、方向性を示すことが、中長期を見据えた今後の制度の持続のために不可欠であると考えます。

それでは、資料2につきまして、論点に沿って何点か申し上げます。

まず、1番目の論点につきまして、地域包括ケアシステムの深化・推進というのは大変重要な論点でございますが、介護保険だけで対応することはできません。したがって、どこまで介護保険で対応するか、あるいは医療のみならず他の制度とどうやって連携をしていくのかという線引きをしっかりと議論していくことが必要であると思います。

また、事務局からの説明にもございましたけれども、地域によって人口の動態や高齢化の状況が非常に大きく異なることについて十分な配慮が必要だと思えます。状況によりまして、民間だけで支えられる部分と、より公的な支援が必要になってくる地域が分かれてくるのではないかと思います。

これに関連しまして、75ページ目辺りに住まいの確保の話がございますけれども、今後こうした住まいの確保の拡充を行うということであれば、どこまで介護保険でやるのかということについては慎重に検討すべきだと思います。

次に、2番目の論点でございますけれども、医療と介護の連携強化に向けて、データの利活用、エビデンスに基づいて介護サービスの効率的な提供や質の向上を図ることが不可欠だと考えます。医療と介護の連携強化、自立支援や重度化防止の取組の推進、あるいは保険者機能の強化など様々な論点に関わってくる事項だと思います。

132ページにデータヘルスに関する改革工程表が示されていますけれども、保険者機能の強化にも関係しますが、医療と介護の連携をスムーズにするためにも、本人同意を前提といたしまして、マイナポータル上で介護情報の閲覧や情報共有をすることにつきまして、前向きな議論を行うことが望ましいと思います。

また、デジタル化を推進するためにも、制度の簡素化とか、手続の省略や簡素化も進めていく必要があると思います。

3番目、認知症でございますけれども、この面については超高齢先進国である我が国が世界をリードすべきであると思います。162ページ目の大綱の抜粋にもございますとおり、研究体制を充実させることで認知症の早期発見、初期対応や診断方法、治療薬や予防の確立、こういうものについてぜひ前向きに検討を進めていただきたいと思います。

4番目の論点、地域における介護予防についてですけれども、187ページに介護予防・日常生活支援総合事業について示されておりますが、191ページ目を見ますと、従前以外の新たな多様なサービスを実施している市町村はそれほど多くないのではないかと考えます。自立支援につながる一層の受け皿整備に向けまして、ボランティアやNPO、民間企業、協同組合等の多様な主体によるサービス提供が積極的に進んでいくことが必要であると思います。

また、この実施状況のデータにつきまして令和元年の調査でございますので、ぜひ今後、新しい資料につきましてもお示しいただきたいと思えます。

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、吉森委員、お願いします。



○吉森委員 ありがとうございます。初めて参加させていただきます。よろしく申し上げます。

私からは、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進に関連して、論点を2つほど、確認と意見を述べさせていただきたいと思えます。

まず1点目でございますけれども、介護サービスの基盤整備、医療と介護の連携についての論点でございます。前回、意見提出をさせていただきましたけれども、医療、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保されている地域包括ケアの在り方について、今回の新型コロナウイルス感染症の対応を見ましても、医療提供体制と介護サービスの連携対応も含めて、おのおの分野で地域包括ケアシステムが包括的に確保されていた状況であったか、そのようなことについて体制構築が進んでいる状況とは言い難いのではないかと、また地域間格差も見られたと思っておりますので、この辺についてはもう少し整備が必要という印象を持っております。介護は市町村が計画を立て、医療は都道府県が立てるという制度設計の性格の違いゆえに、市町村が広域的な医療・介護ニーズを把握し難いという面もあると思っております。

したがって、事務局提示の論点の一つでございます介護サービスの基盤整備及び医療と介護の連携強化をどのように進めていくのか、これから議論を深めていくためには、現時点での医療・介護提供実態の把握が必要であると考えております。

そこで事務局に確認でございますけれども、具体的には12ページ以降に今後の介護需要の変化及びサービス種別の利用者数の提示がございますが、現時点で各介護サービスと利用者のバランスがどういう状況で、何が過不足なのかを把握できるような、各都道府県別の介護サービス種類別の事業所の数、また高齢者に対する医療・介護サービスの量のデータの提示は可能であるかどうか、これが確認の1点目でございます。

また、現在、オンライン資格確認を通じた薬剤情報、特定健診情報の取得、パーソナルヘルスレコードの利用など、個々人の健康に関するデータの利活用が進められていると認識しておりますけれども、現状、医療分野のみで完結しているのではないかと印象を強く受けております。地域包括ケアシステムの深化、さらなる推進のためには、介護分野でもこうした情報やデータの利活用を進めていくべきではないかと考えております。

いずれにしましても、令和6年度の医療介護総合確保方針の次期改定を見据えまして、今後予想されます制度改正、また、医療側でも医療計画、地域医療構想の見直しが進められておりますので、令和6年度の医療・介護の同時改定に向けましては、医療サイドと介護サイドの緊密な連携が必要であり、課題を共有し議論を深められるような会議体、ワーキンググループなどの早急の立ち上げが必要ではないかと考えております。この件について事務局はどうお考えなのか、これが2点目でございます。

論点の2つ目については、認知症施策相談支援体制の推進についての意見、確認ですけれども、参考資料2の全世代型社会保障構築会議の議論の整理の2ページの「6. 『地域共生社会』づくり」にございますように、多様な困難に陥っている方に対する相談支援や、

多機関連携によります総合的な支援体制などにより、地域で安心して住民が生活を送ることができるようにすることが重要と指摘されておりますけれども、今回の論点でございます。まず認知症対応については、各地域において認知症の容体に応じた適時適切な医療介護の提供体制として整備され、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターなどを中心に、医療ではかかりつけ医をはじめとして認知症サポート医など、また介護では認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症サポーターなど、相談支援の対応について様々なプレーヤーが存在し、体制が構築されていると認識しております。しかし、認知症予防から人生の最終段階まで、各々の容態に応じて相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、これらのプレーヤーの各々の標準的な役割や連携の在り方がいま一步、明確に整理、周知されているとはなかなか思えず、実効性に欠けるような印象を持っております。これについて、これら相談支援体制の窓口へのアクセス手段を含めた活用の周知に資するような各プレーヤーの流れをあらかじめ示した標準的な認知症ケアパスのさらなる整備が必要ではないかと考えております。

そこで、この相談支援体制の整備を図り、実効性を強化する、この議論を深めるためにも、その前提として、各々の相談支援プレーヤーの支援対応実績の最近時点のデータを提示いただくことは可能かどうか、確認の1つです。153ページに、認知症初期集中支援チームの実績効果の提示がございますけれども、同様の実績、可能であればアウトカム評価等があればよいのですが、いかがでしょうかというのが確認事項でございます。

また、146ページ、普及啓発支援として、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を推進し、昨年末で目標値の1200万人を超え、1364万人を養成されているとあります。特に企業・職域でのサポーターは、2025年末に向け400万人を目指して養成に取り組み、既に284万人の実績を示しています。

この認知症サポーターの役割でございますが、普及啓発のみならず、手助け活動を役割の次のステップとして検討するに値するまでの養成数にはなっていると思っております。既に取り組みされているかもしれませんが、例えば企業・職域対応として、金融機関、交通機関、スーパーマーケットなどの窓口でサポーターを配置するなどの活動実態、このような好事例があれば、展開をしていくというふうな活動促進が考えられます。地域型、職員型、各々でサポーターを組織化するなどの体制整備を図り、普及啓発のみならず、もう少し積極的な認知症サポーターの活用促進を図るべきではないかというのが意見でございます。

意見、確認がございますけれども、確認事項について、事務局、よろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

確認事項がございますけれども、時間があるので、事務局、すぐに答えられないものは検討も含めて、端的にお答えいただけますか。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

最初の辺りでコメントがございました県別の事業所数とかサービス提供量の辺りについては整理をさせていただいて、どこまで出せるかはあるのですけれども、次回、可能な限り出したいと思っております。

以上です。

○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。

先ほどございました各種認知症支援体制のプレーヤーについての実績、それから先ほどおっしゃっていただいた認知症ケアパスの整備状況、あるいは認知症サポーターがさらにその地域で実際に活動していくような取組としてチームオレンジの活動なども進めておりますが、そういった実績について、次の会議でお示しさせていただきたいと思っております。

○菊池部会長 もう一点ありました。

○橋本総務課長 総務課長でございます。

医療と介護の緊密な連携の下でのサービス整備ということで、こちらにつきましては基本的には先ほども御紹介した医療介護総合確保促進会議で確保方針に向けた議論が行われていくということだと承知しておりますけれども、そういった議論の動向も踏まえまして、この部会でもそういった観点も含めて御議論いただければと考えているところでございます。

以上です。

○菊池部会長 吉森委員、今日のところはよろしいでしょうか。

○吉森委員 ありがとうございます。よく分かりました。次回、データをよろしく願います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今日は12時までで、まだ多くの委員が御発言を待ちでいらっしゃいますが、すみませんが現時点で今日発言を予定されておられる方、挙手をしていただきたいと思っておりますが、ほかにいらっしゃいませんか。よろしいですか。江澤委員までですね。了解しました。

それでは、お待たせしました。梶田委員、お願いします。

○梶田委員 梶田でございます。よろしくお願いいたします。

まず、住まいと生活の一体的な支援ですけれども、その支援策の一つが介護だと思いません。介護保険サービスは、介護が必要な高齢者に自立を支援するため提供するものです。この自立支援のためのサービス提供が介護保険の適用となります。自ら欲するサービスや、必要以上の介護サービスは保険適用外です。しかし今、現実にそうになっていない部分がございます。住まいの部分のほうに着目しますと、住宅型の有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は、介護保険施設とともに、まだまだ今後も整備が必要と思えますし、今

急激に伸びております。

しかし、課題も残っております。サ高住等の整備が介護保険財政を圧迫している事例が多数報告されております。併設や系列の介護保険サービス提供事業者が必要以上の介護サービスの提供を行っている事例です。令和3年10月から、居宅介護支援事業者に対して、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランの保険者届出、また特定のサ高住において区分支給限度基準額の利用割合が高いものが多い場合、指導監督権限を持つ自治体によるさらなる指導の徹底を図ることが制度化されています。これはスタートして1年経過していませんので、状況、実態把握等がどの程度かまだ分かりませんが、国のほうである程度この部分がお分かりになりましたら、どこかの時点で資料提供をお願いしたいと思います。適正化というのが第一条件かと思っています。

続きまして、医療と介護のさらなる連携強化の部分ですけれども、介護保険施設、特に特養において入所者の重度化が進んできておりますので、配置医師による健康管理を超える専門医療等が必要となる場面が増えております。この課題への対応として、配置医師の機能の向上を主軸としまして、地域の医療資源状況を踏まえて、訪問診療を含む協力医療機関との連携体制の強化やオンライン診療との組合せなど、入所者にとってどの方法が好ましいのかという観点から検討をしていただくことが必要かと思っております。まずは配置医師が今行っている健康管理の範囲、96ページに提示されておりますけれども、もう少し明確化して、健康管理を超える専門医療等や夜間等の時間外診療について、診療報酬等による適正な対価が支払われるようにすることなども検討が必要かと思っております。配置医師によって代用できない専門医療について、配置医師以外の専門医の訪問診療が円滑に実現できるようにすることも検討が必要かと思っております。

それと、今はやはり入所者の中で認知症の方がかなりの比率を占めております。医療の状況は投薬管理が中心ですけれども、認知症の入所者の状況に合わない投薬や多剤投与のために認知症が進行してしまっている方も散見されまして、入所者のポリファーマシーの改善方法の検討も必要かと思っております。特養と医療機関との連携の中で、やはり入院等もかなり起こってきておりますので、双方の連携体制、情報の共有という部分をさらに進めていくことも必要かと思っております。

最後に、特別養護老人ホームの話の中で、山間、僻地、離島等における小規模特養、いわゆる30床特養ですけれども、過疎地における介護サービスの提供ということで制度はつくられています。しかし、過去の報酬改定において、これから経営が困難な状況になろうということも懸念されております。日本全国どこにいても介護保険制度のニーズに応え続けるために、小規模特養の実態調査が行われると聞いておりますので、その調査結果も踏まえて、これからどういうふうに小規模特養があるべきか、介護報酬の水準も含めて検討いただけたらと思っております。

また、これらの地域とか、今後、いわゆる高齢者が減っていく地域におきましては、現

状の特別養護老人ホームの入所、原則要介護3という点についても、地域ごとに考えるべきではないかと思っております。

本日のところは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

資料提供のお求めがありました。これは事務局で引き取って御検討いただくということではよろしいですか。

○須藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

資料のお求めのご意見のうち、サ高住等における過剰な介護サービス等については、推進課さんと連携して、ケアプラン等のチェックということでやらせていただいておりますので、それがまとまったらまた御報告等を検討させていただきたいと思っております。

○菊池部会長 よろしく願いいたします。

梶田委員、そういうことでよろしく願いいたします。

続きまして、津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

地域包括ケア、また介護保険全般に関する膨大なデータ、ありがとうございます。2000年、平成12年から介護保険制度が3年ごとに更新されてきました。そのたびに自治体は実施方法を見直したり、また、関係する事業者さんも大変な御苦勞をしながら、この制度を守り抜いてきていると思っております。関係者の努力に、まずは国民全体が敬意を表していかないといけないなと感じております。

その中で、やはり高齢者の増加が非常に著しい、特に85歳以上の増加が今後非常に見込まれるという状況です。先ほどこれまでの振り返りの中で、様々な認定率の変化なども出ていますけれども、年齢別のデータなどももう少し出していただいたほうが良いかと思っております。これまではこれでよかったけれども、今後は特に超高齢化を見据えて、ここの部分は超高齢者向きの事業なので強化すべきだとか、そういう検討が必要かと思っております。これまで在宅シフトということで、地域で支えていくということが可能であったわけですが、地域の中での支え手が減ってくる中でこのままでいけるのだろうか。施設をどう再構築していくかとか、そのような検討が必要ではないでしょうか。85歳以上が増加する中でどこを強化すべきか、また、今後に向けて過剰過ぎるものは何かということを整理できるような資料提供をお願いしたいと思っております。お願いになりますし、また、そういうデータが出るのでしょうかということの御確認をさせていただきたいと思っております。

2点目でございます。医療と介護とか、また介護予防とか、その観点でございます。要介護になるリスクについての研究が進んできまして、予防活動が、医療面、健康面でも、重症化予防とかが進んできましたし、身体活動、フレイルの対策も進んできたと感じておりますけれども、データを見るとまだまだ課題は大きいようです。例えば今、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の中で、10剤以上飲んでいらっしゃる方というのは、KDBに登録された各市町村のデータを見ると、少ないところで15%、20%以上のところもあるというよ

うな状況です。老年学会や種々の臨床系の学会の中で、過剰な薬物投与を減らすべきとか、高齢者については若い人と管理目標が異なることとか、高齢者に望ましい医療の在り方についての提言がなされているわけですが、まだまだ浸透しているとはいえないのではないかと。高齢者にとって過剰な医療になっていないか、また、本人の生活機能を見た必要な医療提供体制になっているか、この検証のためには、これは医療データだけでなく、介護のデータと併せて見ていかないと把握できません。医療と介護を突合したデータ分析結果を医療の側へどんどん開示していただくことが重要かなと思っています。

その点で、国保データベース（KDB）などで介護保険のデータと医療保険のデータ、健診や質問票等予防のデータなどが一元化できる仕組みが整ってきたこと、これを市町村でますます活用していただくことをお願いしたいと思っています。

3点目ですけれども、地域包括ケアというのは市町村、中学校区単位など地域の中のことなのですが、やはり医療という面は広域的になるケースもありますし、また、その地域の外の医療機関を受診している患者さんについては、なかなか地域包括ケアの範囲が入っていかないのではないかと思います。

一方で、介護保険の様々なサービスについてみると、中小規模自治体の場合、それぞれの自治体が全て準備するという事は難しい状況ではないかなと。例えば相互乗り入れとか、広域化とか、効率化とか、そういうお互いの持てる資源を有効活用していく方策を考えていくことが、より効率的なのではないかなと思います。また、事業者さん、それから住民にとっても、複雑過ぎる仕組みについてはなかなかついていきづらいところがありますし、住民もどんなサービスが自分のところで受けられるのか、隣の町はどうなのかという、そういうことについても十分に把握できないまま、あるものの中で受けざるを得ないという状況になっております。そういうことで、サービスの広域化や相互活用の在り方についても御検討いただければありがたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

やはりデータの求めがありましたけれども、検討していただくということよろしいですか。

○日野介護保険計画課長 整理をさせていただきます。

○菊池部会長 よろしく申し上げます。

それでは、森参考人、どうぞ。

○森参考人 ありがとうございます。

簡潔に2点、意見を申し上げたいと思います。

1点目は、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた具体策の検討においては、関係省庁との連携が必要と考えます。介護に限らず福祉全般に通じることでもありますが、例えば、「住まい」や「施設」の整備、活用については、空き地、空き家の有効活用や、まちづくりの視点などが重要だと思います。国土交通省さんや地方自治体との連携の下、地

域の実情を踏まえての検討をお願いしたいと思います。

なお、遊休状態となっている公共施設やURさんの住宅の有効活用はもとより、民間事業者さんとの連携も重要だと思っております。

また、地域包括ケアシステムが目指す効果的でスピーディーなサービスの提供や、介護に従事されている事業者さん、その従業員の皆さんの負担軽減や生産性向上による人手不足の解消の重要性は論を待ちません。そのためには、健康医療関連分野の産業振興を通じて、ICTやロボット等の実用化を進めることが求められていると思います。

医療や介護の現場が抱える課題や、必要とされているサービスのニーズを関連する他の省庁とも共有をして、新しい技術やサービスの開発、提供に意欲のあるスタートアップに対する支援なども検討していただければと思っております。

2点目が、先ほど来お話に出ている医療と介護の連携強化についてであります。介護保険事業計画と地域医療構想の整合性を高めて、医療と介護を一体的に提供できる体制の構築については、強力に進めていただきたいと思います。

その際、軽度のうちに介護サービスを利用しなかったことがその方の病状の悪化につながって、それが結果として医療給付費の増大につながるといった、医療と介護の間にはトレードオフのような関係に似た因果関係があるかどうか、そういった点を御留意あるいは検証していただいて、保険財政全体の最適化が図られるよう取り組むことが重要と考えております。

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した。

ただいまも連携についての検証が可能であればしてほしいというお求めがあったので、これも引き取って御検討いただきたいと思います。ありがとうございます。

それでは、田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。日本看護協会の田母神でございます。

論点に基づいて意見を申し述べます。

まず1点目が、介護サービスの基盤整備についてでございます。看護小規模多機能型居宅介護は、資料にも示されておりますとおり、第8期介護保険事業計画でのサービス量の大幅増が見込まれております。事業者数については近年伸びておりますけれども、看多機がない市町村も多くございますので、さらなる設置促進・普及啓発が求められるところでございます。

人材育成に加えまして、前回も申し述べました開設時の整備費用の支援の拡充等の必要な支援について、事業者、都道府県、市町村からのヒアリング等によりまして、事業所数増加の方策を検討することが必要であると考えております。

また、もう一点、幅広い利用者が地域密着型サービスである看護小規模多機能型居宅介護を利用しやすい仕組みが必要であると考えております。現在、区域外指定の仕組みはございますけれども、例えば人口規模に応じて、近隣自治体の利用者がより利用しやすい柔

軟な仕組みを検討することも今後必要であると考えております。

また、2040年に向け、訪問看護や看護小規模多機能型居宅介護をはじめとしまして各サービス量の増加が見込まれており、看護職員確保が喫緊の課題であると考えております。介護領域に従事する看護職員の処遇改善とともに、訪問看護については小規模事業者が多くなっておりますので、人材確保により各事業所が大規模化を図り、サービスの安定供給につなげられるよう、次期改定での大規模化への評価の仕組みを検討することが必要であると考えております。

訪問看護に関しましては、本会で訪問看護総合支援センターという構想を持っておりまして、都道府県単位で人材確保と育成、経営支援、質の向上の一体的支援を目指し、都道府県看護協会、各関係団体と試行的な事業に取り組んでいるところでございます。こうした仕組みを公的な制度としても位置づけていただくことで、事業の持続性が確実なものとなり、地域での基盤整備につながると考えております。

2点目に、医療と介護の連携強化についてでございます。介護老人福祉施設は、原則要介護3以上の方が入居対象となっております。医療処置や見取りのニーズがある中で、看護職員の配置基準は100人に対して3人となっております。医療ニーズや夜間、緊急時の対応の強化という観点で、看護職員の夜間配置の充実、あるいは看取りの実績に対する施設の評価の拡充といったものも必要であると思っております。

また、今般の新型コロナウイルスをはじめとする感染症への対応や、各入居者の心身の状態に関して専門性の高い看護師の活用の仕組み、あるいは訪問看護の活用といった外部の医療サービスの導入対象の拡大についても検討が必要であると考えております。

在宅における医療ニーズの観点でございます。在宅においても医療ニーズの高い要介護の方が増加しており、医療と介護の連携がさらに重要になってまいります。在宅医療・介護連携推進事業につきましては、これまでも手引きの改訂等を通して、事業の目的、趣旨について市町村に浸透されているところと考えております。また、行政担当者への研修や調査などが実施されているところでございますが、今後全体的な事業評価を行った上で、さらなる医療・介護の連携の充実に向けた取組が推進されることにより、中重度者を取り巻く地域包括ケアの一層の充実につながると考えております。

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、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2点、意見を述べさせていただきます。

まず一点目は、在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援という内容についてです。特にこれから首都圏や大都市を中心とした都会に急増していく高齢者の方々の生活の中で、今こうやって続くコロナの影響も踏まえて、皆さんは自宅で生活することに自信を失われて、施設やサ高住といったところに移り住む希望も増え



ているという話をよく聞いております。ただ、そういったハードに関する整備には限界があると思いますので、実際的には今住んでいる住まいにいかにも長く住み続けることができるかという環境整備の充実、そういった人たちへのサービスをより一層充実させていくことが現実的ではないかと考えております。

先ほど訪問看護のお話が出ましたけれども、訪問介護・訪問看護といった訪問系のサービスをさらにしっかり充実していくための支援をしていくことが一番現実的な話ではないかなと考えます。ただ、訪問系の事業所というのは、規模が小さかったり、それから結構赤字である事業所も多いというところは認識しておりますので、ここをどうやって支えていくか。先ほどの田母神参考人の話ですと支援センターをつくるというような構想もおありのようですけれども、訪問系のサービスの充実、支援というのは今後一番考えていくところで、外してはいけない点ではないかと考えています。

ただ、そうやって在宅の生活を支援するときに、一方で空き家の問題、先ほど森参考人からも意見が出ましたけれども、都会の中での空き家というのが非常に目立ってきているというのが、今、社会的な問題になっています。こういったところをどのように活用していくか、厚生労働省だけでなく国土交通省といった複数の関係省庁などが情報交換して連携していくことがこれから必要になってくると思います。今後の課題で、先ほど調整していくという御回答だったのでちょっと安心はしているのですが、地域包括ケアシステムという同じテーマで、省をまたいだ複合的な連携は非常に必要になってくるのではないかと考えております。

もう一点は、認知症の施策のところでは、家族を含めた相談支援体制をきっちりやっていくということなのですが、認知症の当事者の方について、先ほど申し上げたみたいこれからさらに高齢者の人口が増えていく中で、認知症の方の数も急増していくことが予測されております。大綱の中に掲げられておりますKPI（目標）の最初に「（認知症の）普及・啓発、本人発信支援」があります。多くの人たちに認知症を正しく理解していただくためのものです。そこにありますように、本人発信型の情報をできるだけ社会に届けていくというのが柱になっております。認知症当事者の方、御本人の意向とか思いとか、こういったことは必要だけれども、こういったことはまだ必要ないとか、認知症当事者からの具体的な事実や要望について、まだなかなか私たちが知っていない、知らされていないという実情があるのではないかなと思います。

若年性の認知症を発症された方々からは、ときに声が届いたりということはあるのですが、例えば高齢の認知症の当事者の方々の声というのは、まだあまり私たちのところに届いていないというような印象を私自身は持っております。ぜひとも当事者からの御意見とか要望といったものがしっかり聞き取れて、それに対応するようなサービスがきちんと整備されるように、そういった仕組みを今後検討していただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、杉浦委員、お願いいたします。

○杉浦委員 杉浦でございます。

簡単に、簡潔に取りまとめます。

既に地方、特に中山間地域、それから離島等では、高齢化の進行と現役世代人口の減少が先行的に進んでいます。このような地域は、事業者が参入しにくく、またサービスに従事される方々の確保が非常に難しいという問題が実際に起きています。各専門職を含む介護人材の不足は既に深刻な状況です。これから地理的状況等を加味した従事者処遇、サービスの内容、提供体制等の柔軟性の維持が重要だと考えています。一律の制度設計をしていたのでは、とても間に合いません。地域の実情を酌み取った持続可能な地域包括ケアシステムをこれから構築していかなければいけないと考えます。

2点目です。地域支援事業の上限制度の運用等の見直しについては、もう既に行われていますが、判断事由に該当するもののみ措置の対象とすることとされています。市町村がそれぞれ工夫して実施している地域支援事業ですが、いずれもサービスを受ける方々にとって必要不可欠なサービスです。これにつきましても柔軟な取扱いについて御配慮いただくようお願い申し上げたいと思います。

以上2点でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

まず、私ども日本慢性期医療協会は、病院と施設、いわゆる医療と介護福祉の両方の施設を運営している会員が多い協会であります。その現場から悲痛な声がありますので、それを発言させていただきたいと思います。

今回にも上がっていますように、医療と介護の連携強化は以前から重点項目であるのですけれども、実際、処遇改善加算とかということで、介護の人の賃金差は現実にあります。

私どもの病院、医療の現場では、介護士さんは募集してももうほとんど来ません。実際に給与差がそんなにあるかということとどうか分からないのですけれども、法人は別でも同じ経営者が経営しているところでそんなに差はつけていないのですが、今、処遇改善加算で、やはり介護施設のほうが給与がいいというようになってしまっていますので、そうすると病院が幾ら募集しても来ないのです。

今、何が起きているかということ、病院、医療の現場では、介護士さんの代わりに看護師さんが人員配置されているということが現実には起こっております。そういったこと言いますと、医療・介護・福祉の連携強化というふうに言われるのですけれども、その現場で賃金差があると、それはなかなか難しいことではないかと思えます。患者さんとか利用者さんはそれぞれの時期で分断されているわけではなくて、例えがいいかどうか分かりませんが、いわゆる川の上流から下流に流れているようなものだと思うのです。その流れの中で分断するようなことが起こってくると、医療にしても、介護にしても、う

まく進んでいかないのではないかなと思います。

今、医療のところで、いわゆるADLを上げていくようなケアとか、拘縮を防ぐとか、食事をちゃんと取れるようにするとか、トイレで排せつができるようにするとか、そういうケアの部分が十分に行われていないと、医療が終わってそのまま介護のほうに来ると、要介護度が高くなっているのです。何をしているのか分からないと。極論を言うと、要介護者をどんどん医療の現場でつくってしまっているというようなことが現実には起こっています。それを介護保険のところで何とかしようと一生懸命躍起になっているというようなことで、その辺りを見直さなければいけないのではないかなと思います。

確かにここで言われているように医療・介護・福祉の連携はすごく大事で、そこがうまく流れていかなかったら、要介護者が今後もどんどん増えていく。その上、それをお世話とかケアする人たちがどんどん減っていくということになってくるので、何とかしなくてはならないと思いますし、実際そういう現場を持っておられる経営者の方々は、もうどうしていいかわからないような状態になっているのではないかなと思います。

前日も発言しましたがけれども、医療保険と介護保険の制度が違うのは分かるのですけれども、その両方の制度のつなぎ目のところを話し合えるような場が必要なのではないかなと思います。介護保険の話だけをする、医療保険の話だけをするというふうにしてしまうと、なかなかうまく進まなくて、どんどん要介護者が今後も増えていくのではないかなと思います。そこら辺を考えていただきたいというのが1点です。

もう一点が処遇改善加算なのですけれども、処遇改善加算を取り入れてから、介護職員の人たちが施設で増えたという効果があったかどうかというところ、私は見つけられなかったのですけれども、そういったデータとかはあるのでしょうか。そういうことによって介護士さんの希望者が増えたとか、人員不足が多少でも緩和されたとか、そういったデータがあれば教えていただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

最後の点は全世代型社会保障構築会議でも議論していますけれども、いかがですか。

○事務局 老人保健課長に代わりまして、平野がお答えします。

処遇改善加算導入後にどういった効果があったかというところですが、まず賃金に関しましては、賃金構造基本統計調査や我々のほうで介護従事者処遇状況等調査をやっておりますけれども、着実に上昇しているという効果が見られるところです。

その後、人員不足がどれだけ解消されたかということに関しましては、今、手元にはデータ等がないのですけれども、分野ごとの例えば有効求人倍率といったものがあるかどうか、確認してまいりたいと思います。

○菊池部会長 御確認をお願いします。全社会議でも資料をいろいろ出していただいていたと思いますので、よろしくをお願いします。

それでは、及川委員、よろしくをお願いします。

○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。

私のほうからは3つ意見を申し上げます。

まず、ほかの委員の皆様からも御意見がありましたけれども、介護人材不足について、生産性の向上等の取組は極めて重要であります。資料の中でも多く示されておりましたとおり、それぞれのサービスにおける介護ニーズや課題が多様化、複雑化しております。その中でより専門的な支援が必要な方にはその支援を担える人材を配置するなど、適材適所での登用が推進するような対応を制度上位置づける等の工夫が必要だと考えます。

また、今後の人口推移など我が国の状況を踏まえれば、フォーマルサービスの担い手のほか、インフォーマルサービスを充実していくことも極めて重要であります。その際、例えば現場を退いた介護福祉士のほか、様々な専門職の皆様が関わるという仕組みを推進していくことが必要であると考えます。

そして最後に、介護保険制度は極めて複雑な仕組みでございます。国民にとって分かりづらい構造になっていると考えます。様々な事業を進めていく上でも、サービスを利用する皆様に御理解いただけるような工夫が必要であると考えます。

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、花俣委員、よろしくお願いたします。

○花俣委員 ありがとうございます。

本当にたくさんの御意見が既に出されたところですが、中でも小林委員や染川委員のほうからも既に同様の論点について御意見があったと存じますが、一応私どもの立場から再度御意見を申し述べたいと思います。

資料2の20ページでは、居宅介護サービスの利用者が7割なのに、給付費は5割とあります。施設サービスでは、利用者が2割弱で給付費は3割を超えている。施設サービスと地域密着型サービスは、利用率より給付費の割合が高くなっている。居宅サービスとの差、正しくは利用者が占める割合に比べて給付費の割合の差ということになりますけれども、これは施設や居住系では24時間ケアが提供されているためと思われる。

そうすると、居宅サービスの給付費が低いのは、要するに介護する家族が無償で担当している、あるいは放置されている可能性さえもあるということになります。昨年来、小学生から大学生までのヤングケアラーが、介護保険だけでなく保育や障害福祉サービスなどが届いていない家族のために無償のケアを担当していることがクローズアップされています。介護保険制度の見直しでは、地域包括ケアシステム推進の名の下に、居宅サービスの中でも特に需要の高いホームヘルプサービスやデイサービスを要支援認定者は給付から外す、あるいは生活援助についてはケアマネジメントを通じて削減するといった見直しが行われてきました。これは必要な給付を減らしてしまった結果、中高年の独居やひきこもりの人、そしてヤングケアラーの問題を顕在させたのではないのでしょうか。相談支援体制が整備されたとしても、給付の充実がセットでなければ、家族の負担は半永久的に軽くなら

ないのが現実とも言えます。

全世代型社会保障構築会議が、家庭における介護の負担軽減を取り上げてくださっているのは大変ありがたいことですが、一方で、医療・介護・福祉サービスについて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿った取組をしております。改革工程表をチェックしている経済財政諮問会議では、財政制度審議会財政制度分科会の資料が取り上げられ、そこには軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等があります。軽度者とは要介護1、2の人を指し、サービスとは訪問介護、ホームヘルプサービスとデイサービスです。本日の資料でも、22ページ、ホームヘルプサービス、25ページ、デイサービスの利用の約7割が要介護1、2の人たちと記載されています。

自宅で居宅サービスを利用しながら暮らすことができるのは、財務省がおっしゃるとおり軽度者の人たちなのです。本当であれば、利用者の多くはというよりも、要介護状態になろうとなるまいと、人は誰でも最期まで自宅で暮らしたいと思うのが当然でしょう。しかし、家族に過大な負担がかかるからという理由で、24時間介護職員がケアしてくれる居住系サービスや施設サービスに移るのです。ここにおられる委員の皆様も、御自分でちょっと考えていただけるといいかなと思います。

特に軽度者とここで言われる要介護1、2の認知症の人の場合、常に目を離すことができないという過重な負担が生じます。2019年の当会が行った実態調査において、1日の介護時間が昼夜を問わず24時間と答えた方は24%と最も多くなっています。需要の高い居宅サービスの給付削減は、介護離職ゼロどころか、介護離職やむなしを加速させ、さらにはヤングケアラーをも増やしていくことになりかねません。現行の居宅サービスを利用しても、なお夜間の対応はほとんどの場合介護家族が負担せざるを得なかったり、その結果として睡眠不足や鬱、持病の悪化等々を抱えることになってしまいます。

さらに、本日は給付と負担が論点ではないということは承知しておりますが、施設や居住系は食費や家賃などの負担があるため、一定以上の所得がある人でなければなかなか利用できないと。居宅サービス、特に日々の暮らしを支えるホームヘルプサービスとデイサービスは、制度として給付をしっかりと確保していただきたいと思っています。

また、今後、高齢者や認知症に罹患する方が増え続けるであろう中で、地域における介護サービスの在り方や、認知症施策の体制整備にしっかりと取り組んでいただきたい。あわせて、例えば地域包括ケアシステムの深化等における看多機とか小多機については、さらなる体制整備の拡充のため、先ほど田母神参考人が御意見をおっしゃっていただきましたけれども、サービス事業所が何で伸び悩んでいるのか、現状を把握して、きちんと分析して、課題の解決に向けてしっかりとした検討を重ねていただきたいと思います。

こうした在宅支援サービスが、利用者家族にとって使いにくいサービス、あるいは事業者にとって提供しにくいサービスとならぬようにするためにも、資料の24ページに示されている訪問看護員の人手不足の現状のところ、特にホームヘルパーを筆頭に介護の人材不足という喫緊の課題については有効かつ具体的な知恵を絞って、きちんと確保されること

を切に願っています。大西委員から御意見がありました。ここにおられる委員の皆様にもぜひ御支援いただきたいと思っています。

あと、お願いが1点あります。資料の167ページには地域支援事業による家族支援の市町村実施数が示されていますが、実施事業である介護者教室の開催とか認知症高齢者の見守り事業、あるいは家族支援継続支援事業、その典型的な内容がどのようなものかを含めて、対象者のアンケートなどによる成果と課題についても今後ぜひお示しいただきたいと思っています。

すみません、長くなります。あと質問を2点だけ、今日でなくて結構です。

資料の195ページですけれども、生活支援体制整備事業の実施状況、生活支援コーディネーターが示されていますが、生活支援コーディネーターを配置していないのと、1人以上配置しているという設問になっています。1人以上の配置が複数配置なのかどうかということは非常に大きな差になりますので、2人以上の複数配置についてデータがあれば、またお教えいただきたいと思います。

それともう一つ、227ページと228ページにあります令和4年度の保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標概要、これは228ページに指標項目の2の(7)に要介護状態の維持改善状況等や、3の(2)に介護人材の確保がありますけれども、これらは保険者の機能強化あるいは努力で本当に特典としてカウントできるものなのでしょうか。項目に設定している理由を、次の回で結構ですでお教えいただければと思います。

長くなりました。以上になります。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。進行に御協力もいただきまして、ありがとうございます。

最後の質問に関しては、事務局で検討の上、またレスポンスのほうをよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

それでは、鈴木委員、お待たせしました。お願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。

私からの質問というか、津下先生が既に御指摘になった点、第1番目の点と基本的には同じです。今回非常に膨大な資料を丁寧に御提示していただいたのですが、そういうデータを全部見ますと、地域包括ケアというのは2040年、75歳以上の超高齢社会を想定した形で進めているという点があるのですけれども、グラフとかデータが全部65歳以上のデータになってしまっているという点が少し私も気になりました。

今、高齢者というのは、御存じのように3600万人以上いて、働いている人も前期高齢者を中心に900万人もいるわけです。そういう社会の中で、恐らく年齢区分だけではないのでしょうけれども、前期の65～74歳、それから後期の75歳以上とは言いますが、恐らく75～84歳ぐらいまで、そして85歳以上といったような、もう少し年齢階層をブレイクしたもので、今後の予測とか現状の実態をもう少し丁寧に提示していただいたほうが、私としては

ありがたいなと思っています。

今、厚生労働省さんのほうで、特に後期高齢者を対象とした保健事業の在り方をまた組み入れているところがございますし、そういう目で見ると、いろいろなところで前期と後期、あるいは85歳以上で見た場合、どのようなグラフになってくるのだろうというのが多々ございました。時間がないので一つ一つは挙げませんが、例えば地域における介護予防や社会参加活動の充実のところ、総合事業の実施状況が191ページに御紹介されておりました。例えば訪問であるとか通所で見ても、B型の言ってみれば自主的な活動がまだ非常に参加が悪い、あるいは比率が悪いということが出ておりますけれども、最初に河本委員が御質問されていましたが、こういうものを設定して、今までどのぐらい効果があったのかという点も大事だと思いますけれども、これを担うのは地域のボランティアなのです。ボランティアの育成は一体どういうふうになっているのか。

それともう一つは、私はボランティアの主体というのは、むしろ地域で元気に暮らしている前期高齢者の方々にそういった育成とか、市町村さんも大変だということは分かるのですけれども、そういったところにもう少し力点を置いた事業としていく。そしてボランティア活動をしている方々のほうが、フレイルの予防や認知機能低下の予防といったようなものはむしろ伸び代が大きいですし、効果も大きいのではないかと思います。

今、認知機能と申し上げましたけれども、つい最近、日本の地域在宅高齢者で健診受診者ですけれども、2010年から2017年の認知機能の変動が国際誌に明らかにされております。これを見ると、男性、女性の5歳階級刻みの年齢階層、全て2017年のほうが高くなってきているのです。ですから、そういったトレンドも含めて、大変膨大な資料で申し訳ないという点もあるのですが、今申し上げたような点で、もう少し細かな、丁寧な見方が必要になるのではないかと感じておりました。

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、お願いします。

○東委員 全国老人保健施設協会の会長、東でございます。時間も押しておりますので、簡潔に幾つか意見を述べさせていただきます。

まず、資料2の80ページに「地域包括ケアシステムの推進」とございます。そのなかの「2. 医療・介護の連携」の「総論」の最初に「地域の介護サービス基盤の整備」と記載があります。現在、介護の現場は大変な人手不足でございますので、今後、老健施設とか特養等の箱物（施設）をどんどん整備しても、そこで働く人がおりません。人員の取り合いになるだけでございますので、この介護サービス基盤の整備に当たっては、十分そこを注意していただきたいと思います。

同じく資料2の80ページの一番下に「介護老人保健施設について、在宅復帰・在宅療養支援の機能を更に推進」と書いてございます。老健施設には現在5つの施設類型ございますが、過去3年の推移を少し御紹介したいと思います。

まず、一番機能の高い「超強化型」の割合でございますが、平成30年に10.3%だったものが、令和4年1月には27.1%と、約3倍近く増えております。

また、機能の高いと言われる「超強化型」、「在宅強化型」、「加算型」を含めた割合が、平成30年で約46%、これが令和4年には71%と、7割近くの老健施設が機能の高い施設となっておりますことを御報告しておきます。

次に、資料2の130ページ「科学的介護の取組の推進」でございます。LIFEのデータを収集していくことは今後大変重要であることは論をまちません。しかし、現状、介護現場ではLIFEのデータ入力に関する負担が大きいこと、それから収集するデータの項目が本当に役に立つものかどうか等の大きな課題がございます。今後はこのような課題について積極的に対策を行い、現場の負担がないように、また自立支援等に役立つ指標が用いられるように、このLIFEの指標の適正化を図っていただきたいと思います。

次に、資料2の144ページに「認知症施策推進大綱（概要）」がございますが、ここにある「コンセプト」や「具体的な施策の5つの柱」を見ましても、認知症の方の自立支援という考え方、認知症の方でもやれることや認知機能の残存能力は多いわけでございます、認知症の方に対しても、尊厳だけではなく自立支援ということを追求していくことが必要だと考えております。認知症については、BPSDなどのネガティブ評価だけでなく、ポジティブ評価を施策に加えていくべきだと考えています。

最後です。資料2の174ページ「一般介護予防事業等の推進」でございますが、要介護認定を受ける前の介護予防については、要介護認定率を下げるためにはとても重要な施策であると考えています。しかし、現状この通いの場には元気高齢者しかほとんど来ておりません。今後は元気高齢者、プレフレイル、それからフレイルというふうに3段階に分けて介護予防の議論をしていくべきだと思いますし、元気高齢者だけではなく、プレフレイルやフレイルの方にどのように働きかけていくかが、介護予防では非常に重要になると考えております。

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 よろしく申し上げます。

まず、資料1の今後の検討の進め方につきましては、大枠として御提案いただいている進め方でよろしいと考えております。

続きまして、資料2の論点、在宅施設を通じた介護サービスの基盤整備についてでございます。21ページに主な在宅サービスの概要が示されておりますが、要介護者等の自宅での生活継続には、地域密着サービスの小規模多機能居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護の整備が有効と考えられますので、33ページにも状況が示されておりますが、引き続き整備が促進されるような方策の検討が必要と考えております。

また、22ページから23ページに訪問介護の利用者数や費用額が示されており、さらに24



ページには訪問介護員の不足状況が示されておりますが、これらの対策と、恐らく給付の中としましては一般的の居宅の場合以外に、相対的に集合住宅での給付の増加が見られるということも考えられますので、可能であれば分けて表示いただければ、いわゆる自宅等を訪問するに当たって実際に必要な人数の目標数なども把握しやすいのではないかと考えております。

29ページには、短期入所生活介護が令和2年から3年にかけて急激に減少しております。新型コロナウイルス感染による利用控えが関係している可能性もございますが、今後要因が分かればお示しいただければと考えております。

65ページには、サービス利用前のケアマネジメントに関して、みとり期に限定した評価となっておりますけれども、今後、ヤングケアラーをはじめ介護者等家族も含めた各種の相談支援を行っていく上では、給付管理を伴わない相談やケアマネジメントも対象としていくことも御検討いただければと存じます。

続きまして、認知症施策、家族を含めた相談支援体制のところの141ページでございますが、前回発言いたしました年齢階級別の認知症有病率の表を入れていただきまして、誠にありがとうございます。

151ページには、通いの場の参加者数の推移が示されておまして、これも令和2年度に落ち込みがあり、新型コロナウイルス感染症による利用控えや通いの場の閉鎖、縮小等も考えられますが、通所サービスのように、現在でも感染者数が減少した状況の場合でも利用が戻らないパターンもございますので、今後、改めて推進方策などを検討し直す必要もあるかと考えております。

172ページには、ヤングケアラーPT報告書への対応方針が示されております。介護保険サービスによる支援は原則契約を前提といたしますので、ヤングケアラーやセルフネグレクトである対象者の方のように、助けを求めない人への対応窓口や支援方策なども今後引き続き検討する必要があると考えております。

続きまして、地域における介護予防や社会参加活動の充実でございますが、191ページから193ページには総合事業の実施状況が示されております。直近が令和元年6月のものがございますので、いわゆる新型コロナウイルス感染拡大下において大幅にデータが変わっている可能性もあると考えております。もし可能であれば今後、令和2年以降の感染拡大後にどう変化したかというのもまた御検討いただければと存じます。

198ページには保険外サービス活用の課題も示していただいておりますけれども、介護保険サービスと同じく人材不足、資源不足、結果、利用が進まないという展開も考えられますので、課題解決はこれらを踏まえた検討が必要と考えております。

最後に、保険者機能の強化のところでございますが、235ページに介護給付適正化5事業で、ケアプラン点検の実施割合がやっと他の4事業に並んでまいってきております。これにつきましては、厚生労働省、都道府県、市町村をはじめ、関係者の皆様方の御尽力に感謝申し上げます。引き続き検証や集団指導等を通じた資向上と、今後は少しずつでも、先

進的に行われている地域から、量的な目標につきましても検討し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。

検討、依頼事項がございましたので、これも事務局のほうで引き取ってください。

申し訳ございません。時間が参っておるのですが、少し延長をお認めいただければ幸いです。すみません。

それでは、お待たせしました。山本参考人、お願いいたします。

○山本参考人 ありがとうございます。

まず、自立支援・重度化防止につきましては、介護保険制度の中でも基本となる部分であり、重要となるのが未病改善の考え方とアウトカム視点も含めた評価の在り方だろうと考えております。これにつきましては、次回、黒岩知事のほうから今後の議論に向けて御説明をさせていただければと考えております。

そして、本日私からは家族介護支援についてでございます。近年は家族介護者ではなくケアラーという言葉で、家族のケアを担う方々の課題が可視化されてきているところです。先日のNHKスペシャルでもヤングケアラーが取り上げられておりまして、社会の関心が大変高まっております。ケアラーやヤングケアラーの方々が、介護を理由に自分らしい人生を送ることが損なわれないように支援していくという視点が重要だと思っております。家族介護支援というのがどうしてもこれまでよりよい介護をするために家族をどう支援するかといった視点が主だったのではないかと考えておりますけれども、それだけではなくて、負担が過度になって生活に支障を来している家族も支援をするのだといった視点が必要であり、ケアラーの課題というのは生活困窮にもつながるような重要な課題と認識しておりますので、家族を丸ごと支援していく、そういうケアラー支援についてもしっかりと位置づけていくことが必要だと思っております。本県でも、第8期のかながわ高齢者保健福祉計画では、ケアラーの支援を位置づけたところです。

あと、質問なのですが、これは次回の御回答でも結構でございます。資料2の172ページに、国のヤングケアラープロジェクト報告書への対応方針が記載されておりますけれども、真ん中の(2)支援策の推進についてです。プロジェクトの報告書では、子供を介護力とすることを前提とせず、居宅サービス等の利用について十分配慮することについて周知を行うとのことでしたが、介護につきましては、その辺の通知がまだ出されていなかったのではないかと認識しております。障害関係については前に出されておりますけれども、介護のほうもこの通知は大変重要だと思っております。

資料の対応方針欄の2つ目の○に、ヤングケアラーのいる家族に対して介護サービスを行う場合の取扱いについて、令和3年度の調査研究事業の中で検討とございまして、恐らくこの調査研究を受けて通知が発出されるのかと認識しておりますけれども、いつ頃発出される予定なのかということで、自治体のほうでは首を長くして待っているところでござ

いますので、この辺の見込みを教えてくださいと思います。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

○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。

1つ目、過去、既に生活援助に関して、家族介護者がいる場合のみをもって対象外にしないようにという留意点は出させていただいておりますけれども、改めて出すことを検討しているところでございます。次回、その趣旨について御説明いたします。

○菊池部会長 最後の御質問に関しては、個別に御対応いただいてよろしいか、あるいは部会で情報を共有したほうがいいのかも含めて御検討いただくということでもよろしいですか。お願いします。ありがとうございます。

それでは、最後の御発言とさせていただきます。江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、介護予防について述べさせていただきたいと思います。

現状、地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業において、一般介護予防事業が位置づけられています。その一般介護予防事業の中に、住民主体の通いの場の育成支援、あるいは地域リハビリテーション活動支援事業として、地域住民にリハビリ専門職が間接的に関与するものが規定されています。

令和元年12月13日に公表されました一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめにおきましては、住民主体の通いの場に医療・介護専門職が関与して、通いの場の質を高める方向性が示されております。これはかかりつけ医の社会的機能にも合致するもので、今後、本当に期待が高まっているということも認識しながら取り組んでいくべきだと思っております。

また、地域リハビリテーション活動支援事業は、その取りまとめにおいて、都道府県は都道府県医師会と連携し、市町村は、郡市区等医師会と連携して、支援体制を構築するということが記されているところでございます。

一方で、地域リハビリテーションは地域包括ケアと同様に地域づくりに資する活動の全てを指すものであります。したがって、地域リハビリテーションは、医療機関や介護施設におけるリハビリテーションとは趣が異なるものでありまして、地域リハビリテーションに特化した研修の開催等を通じて人材育成を図っていく必要もございます。

資料の183ページにございますが、地域リハビリテーションの体制は、都道府県リハビリテーションの協議会と都道府県リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション支援センターから構成されております。これらが一般介護予防と連携する仕組みとなっております。

現状、先進的な県を除きましては、全国的に地域リハビリテーションの活動があまり活性化しておらず、市町村によっては、リハビリテーション職の派遣に苦慮しているというところもございます。したがって、都道府県医師会、地区医師会の連携、あるいは都

道府県医師会、地区医師会が支援するしっかりとした地域リハビリテーションの提供体制の構築が急務であると考えます。よって、介護予防を推進するためには、地域リハビリテーションを制度に位置づけて、活性化することが不可欠であると考えています。

いつも申し上げておりますが、廃用症候群は十分回復が期待できるものでありますし、住民のリハビリテーションの意識を高める地域リハビリテーションによって重度化防止も期待できます。今後の2025年から2040年の我が国における大変厳しい時期を乗り越えるためにも、こういった地域リハビリテーションの普及啓発が非常に重要になってくると考えております。

あわせて、リハビリテーションの関連としまして、訪問リハビリテーション事業所は現在、医療機関と老健施設となっております。前回の報酬改定でも問題となりましたが、現在、訪問看護ステーションからリハビリ専門職が多くサービス提供している実態をどう考えるかということがございますけれども、内容がもし訪問リハビリテーションと類似するものであれば、本来は訪問リハビリテーション事業所からリハ職が訪問してリハビリテーションを行うということが望ましいものであると思います。

特にリハビリテーションは医師の指示に基づいて医師またはリハビリ専門職が行うものでありますので、したがいまして、訪問リハビリテーション事業所が地域によっても不足している状況があるのであれば、医療機関や老健の訪問リハビリテーション事業所を拡充していく必要があると考えます。

最後に、2年後の2024年、令和6年度は、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービスのトリプル改定の年となっております。したがいまして、介護保険事業計画も、医療計画あるいは障害福祉計画と密なる連携が求められることとなります。現在、各地域において、地域医療構想調整会議、これは保健所が主管して医療政策を議論しています。また、介護保険の保険者である市町村が介護保険事業計画を策定しています。したがいまして、例えば医療機能の分化と連携を議論する地域医療構想調整会議においても、介護保険事業計画なくしては、最終的には議論が煮詰まらないこととなります。したがいまして、地域医療構想調整会議に介護保険の市町村の担当者が参加し、一方で、市町村の介護保険事業計画の会議には県の医療政策の担当者が参加して、お互いにそういったものを共有した中で事業計画を作っていくことが重要であると思います。したがいまして、地域医療構想を一刻も早く地域医療介護構想とすべきだと考えています。そうすることによって、それぞれの計画がうまくかみ合って、より現実的なことになると思います。

その中で、住まいの在り方を検討する住宅政策とも今後連携がかなり必要になってくると考えておりますので、その辺りを御検討いただければと思います。

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。

本日も様々な御意見をいただきまして、ありがとうございました。時間があればまた2巡目で御意見をいただくところですが、すみません、時間が来てしまいました。後段部分

の御発言者の皆様には、かなり進行に御配慮いただいたのではないかと拝察しております。ありがとうございました。

本日もいろいろ宿題をいただきましたので、事務局のほうでそれを受け止めて、今後、検討の上で、またこの場でお示しいただければと思います。

いろいろいただきましたが、例えばデータの取り方、示し方、その分析の仕方の工夫というようなお話は少なからず委員から御指摘があったかと思えます。次回まで時間がある中で、どこまでできるかということもありますが、次回以降も含めて、この中にはデータの分析にたけた研究者の委員もおられますので、場合によっては御相談申し上げながら工夫をしていただければなと思います。

また、人材確保の重要性、深刻さという話も多く委員から出ていたと思います。ここで扱う論点は、地域包括の次が介護人材の確保ということになっていまして、このより細かな論点はまだ私も知らされてはいないのですが、次回、もう一度地域包括を議論しますけれども、次々にテーマに挙がっていますので、その辺の整理というか、事務局のほうでも次々回何をやるかというのをもう少しお示しいただいた上で、次回、次々回とちょっと分散して、それぞれ議論していただくというやり方もあるかもしれないと思いますので、この点は事務局に御検討をお願いします。

最後に私から1点、これも事務局にお願いですが、本日、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進という論点ですが、最後の山本参考人の意見とも重なるのですけれども、今、国の施策動向、社会保障の施策としては、地域共生社会の推進ということで進めています。内閣官房の全世代型社会保障推進会議でも地域共生社会づくりが論点になっています。前回、令和2年改正の正式名称もまさに地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律となっていて、地域共生社会の推進は、地域包括ケアシステム推進の言わば上位概念として位置づけられる面があります。ただ、このことを意識した問題設定や資料提供は今回の議事からは伺えないように私には見受けられました。

令和2年改正でも、高齢だけではなく障害、子供、困窮といった縦割りを廃した包括的支援体制整備というものが分野横断的な課題となっていますし、また従来型の金銭やサービスといった給付型の社会保障から、相談支援による支え合いの要素を組み込んだ新しい社会保障の構築という大きな流れがあります。それに沿って障害分野、生活困窮分野では、今年、審議会で議論していく一つの柱になっています。

地域づくりと言いますが、介護分野でも使われていますが、高齢、障害、子供、生活困窮、各分野で地域あるいは地域づくりが語られています。でも、地域というのはそれぞれの分野ごとに存在するわけではないわけですし、それほど地域に資源が潤沢に存在するわけでもないと思います。現に先進的な自治体や地域では、住民や利用者の属性を超えた包括的な支え合いの取組がなされています。地域包括が先進的に進んできましたので、地方の小規模自治体などでは地域包括ケアシステムを基盤として、ほかの属性の様々な方も含めた支えのシステムがつくられているところが結構あると思います。

そういった問題意識からすると、私は障害者部会、それから生活困窮者自立支援及び生活保護部会の委員も拝命しているのですが、各分野固有の課題や独自の支援システムの充実を目指すというのはもちろんのことですけれども、同時に分野横断的かつ普遍的な地域共生社会の推進に向けた連携を各分野がこれからは意識的に行っていく必要があると思ひまして、少し長くなりましたが、事務局にもその問題意識の一端を共有していただければなど。そして、委員の皆様もその辺りを念頭に置いていただけると、社会保障の施策全体の推進という面では非常にいいのかなと考えた次第でございます。

延長した上にさらに時間延長をしまして、申し訳ございませんでした。

それでは、本日はここまでとしまして、次回も同じ地域包括に関して御議論いただきたいと思ひます。

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、追って御連絡を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ます。

御多忙の中、延長になってしまいまして申し訳ございませんでした。どうもありがとうございました。