

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから第96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、こちらの会場と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、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。

まず、前回の会議から委員の御異動がありましたので、新任の委員を御紹介いたします。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所副所長、栗田圭一委員です。

○栗田委員 東京都健康長寿医療センターの栗田でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○占部企画官 公益社団法人全国老人保健施設協議会副会長、小泉立志委員です。

○小泉委員 全国老人福祉施設協議会の小泉と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

○占部企画官 報道関係の方に御連絡いたします。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、いらっしゃいましたら御退室をお願いいたします。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願ひいたします。

○菊池部会長 皆様、おはようございます。お忙しい中、本日も御参集いただきましてありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

本日の出欠ですが、黒岩委員が御欠席です。

黒岩委員の代理として山本千恵様に参考人として御出席いただきたいと思いますが、お認めいただけますでしょうか。

ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局からお願ひいたします。

○占部企画官 お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

会場にお越しの委員におかれては、資料をタブレットと机上に用意しております。タブレットの操作で御不明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。

オンラインにて出席の委員におかれては、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。

次に、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「手を下ろす」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、本日の議題でございますが、議題1「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○占部企画官 事務局でございます。

本日の資料について御説明をさせていただきます。

まず、資料1でございます。

今後の進め方についてでございますけれども、これまで5月16日、5月30日に地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進について、それから、7月25日に介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について、いずれも総括的に御議論いただきました。

当面、年末の取りまとめに向けて、各テーマについて以下のような日程の目安ということで、本日8月25日に地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進の1回目ということで、ここに記載のような項目について御議論いただきたいと思います。

続いて、9月上旬に地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進の2回目ということで、こちらに掲げたような項目、それから、9月の下旬にいわゆる給付と負担についてとその他の課題について御議論いただければと思っております。

検討のテーマ、時期については、議論の状況に応じて適宜見直ししながら進めてまいりたいと思います。

続きまして、資料2でございます。

今回は、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進について、2ページ以降ですけれども、資料の構成といたしましては、検討の視点と各論点についての現状と課題、論点といった形で整理をさせていただいております。

今回は、このテーマについて、主に介護サービス等の基盤整備等について中心に御議論いただければと思っております。

時間の都合もございますので、簡潔に御説明をさせていただければと思いますが、まず、検討の視点についてでございます。

最初の○でございますけれども、当面、2040年にかけて85歳以上の人口が急増していくということとともに、世帯構造も変わっていくということを踏まえまして、こういう中で医療・介護双方のニーズを有する方が増えていくということと、それに伴って生活支援や住まいの支援を要する世帯も増加するということを記載しております。

2つ目の○でございますけれども、こうした変化についての地域差も大きいということ、あるいはこういった地域差を踏まえながら、各地域の特性に応じた対応が必要となってくるということを記載しております。

また、2040年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じるということ、とりわけ地方ではますますこうした問題が深刻になりますので、こういった状況を踏まえながら、サービ

ス支援の提供体制の在り方を変えていくということが必要になるということ。

それから、人口構造や地域社会の変化を受け止めつつ、これまでも進めてまいりました地域包括ケアシステムを各地域の事情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であるということ。その前提として、介護サービス等の基盤を地域において確保していく必要があるということに記載させていただいております。

続きまして、検討の視点マル2とございますけれども、こういった地域包括ケアシステムについて、究極的には全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域共生社会の実現に向けて進めていくということが目指すべき方向性であるということでありまして、こういった地域共生社会の基盤としての地域包括ケアシステムの深化を志向しつつ、高齢者となってもできる限り住み慣れた地域で暮らすことができるような介護サービスの基盤を、医療と介護の連携強化の観点も踏まえながら、地域の実情に応じて施設サービスと在宅サービスを組み合わせて計画的に整備していくことが必要であるということに記載させていただいております。

その際、在宅サービスについては、重度の要介護状態や医療が必要となっても在宅で暮らし続けられるようなサービス基盤を整備することが重要であるということ。

あるいは一番下の○でございますけれども、既に高齢化のピークを迎えた一部保険者においては介護ニーズが減少するということが見込まれますので、こういったサービスの利用状況に変化が生じる可能性もございます。こうしたことも踏まえつつ、既存のサービス基盤の有効活用あるいは住まいの確保といったことも課題になってくるということに記載させていただいております。

4ページでございますけれども、こういった中で、在宅・施設の両方において自立支援の重度化防止に資する取組を進めていくことが重要であるということ、あるいは住まいと生活の支援を適切に提供していくということも今後の大きな課題となっているということに記載させていただいております。

これらを踏まえまして、以下、こちらに掲げているような事項について今回御議論いただければと思っております。

続いて、5ページでございます。各項目について、それぞれ現状と課題についてざっと整理をさせていただいております。

まず、在宅サービスの基盤の整備ですけれども、最初の○はこれまでこういったサービスについて多様なニーズに対応するという観点から展開してきたという経緯を記載しております。

また、2つ目の○ですけれども、介護分野は人材不足が課題ですが、とりわけ訪問系サービスで深刻であるということ。

それから、3つ目の○ですけれども、令和3年度の介護報酬改定の審議報告においてこういった指摘を受けているということに記載させていただいております。

6ページですけれども、医療ニーズの高い利用者に対するサービスとしては、1つ目の

○、2つ目の○に記載のようなサービスについて提供しておりますけれども、サービスによっては横ばいで推移しているというようなサービスもございます。

3つ目の○以降が在宅医療・介護連携でございますけれども、在宅医療・介護連携の1つ目の○ですが、ここについては、都道府県の作成する医療計画と介護保険事業計画の整合性を確保することが重要であるということ。

それから、2つ目の○、3つ目の○につきましては、地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業について現在こういう形で展開しているということを記載させていただいております。

続いて、7ページでございますけれども、施設サービスの基盤整備についてでございます。2040年に向けて必要な施設サービスの量は30%の増加が見込まれているということと、現状として特養の入所については原則要介護3以上の高齢者に限定しているということが記載されております。

3つ目の○でございますけれども、入所申込者については、現状では、2019年の調査において入所申込者が29.2万人、特にうち在宅の方が11.6万人という状況でございます。

一方、地方を中心に高齢者人口の減少による待機者が減少している、あるいは定員が埋まらずに空床が生じているという声も上がってきております。

一番下の○でございますけれども、いわゆる個室ユニットケアの状況でございます。現状では平成37年度に向けて個室ユニット化率を70%以上にするということを目指しているところでございます。

他方、8ページでございますけれども、新築された介護老人福祉施設についてはユニット型が9割以上を占めているものの、令和2年におけるユニット化率は47.1%となっているということでございます。

続いて、介護老人保健施設については、在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向けてさらに検討していくべきということ。それから、介護医療院については移行が着実に進んでおりますけれども、こういった円滑な移行の促進と介護保険財政に与える影響の両面からの対応の検討をしていく必要があるということに記載させていただいております。

一番下の施設入所者に対する医療提供でございますけれども、特養の入所者の平均要介護度が上がってきているという中で、こういった方への医療ニーズも総じて高まっているということでありまして、令和4年度の老健事業におきまして特養における配置医師以外の外部の医療機関との協力状況等について調査を行う予定としております。

続きまして、少し飛ばさせていただきます、10ページでございます。

ケアマネジメントの質の向上についてでございますが、ケアマネジャーについては利用者の心身の状況、置かれている状況等についてきちんとアセスメントをして、他職種と連携しながらケアプランを作成するというのと併せまして、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことが期待されているということについて記載させていただいております。

2つ目の○で令和3年度の介護報酬改定における対応、それから、3つ目の○で経営の安定化を図る観点ということで、これまでの対応について記載させていただいております。

また、ケアマネジメントの内容について、さらに適切なケアマネジメントの手法の策定を行うとともに、法定研修カリキュラムの見直しを検討しているということ。

それから、公正中立性の確保を図る観点から、令和3年度の改定において行っている対応について記載させていただいております。

続いて、11ページでございます。

科学的介護の推進でございますが、介護保険総合データベースとNDB等との連結が可能になったということ。あるいはLIFEについて運用を開始しております、前回の改定においても報酬上の評価を行っているということを記載させていただいております。

一番下の○でございますけれども、データヘルス改革工程表において、自身の介護情報を閲覧できる仕組みの整備及び介護事業者間における介護情報の共有、介護と医療の間での情報共有を可能にするための標準化等を進めるということを記載させていただいております。

12ページでございますが、地域における高齢者リハビリテーションの推進ということでありまして、地域におけるリハビリテーションのニーズに十分に対応することができるような量と質の双方の観点からのリハビリテーションサービス提供体制を構築する必要があるということに記載させていただいております。

13ページでございますけれども、住まいと生活の一体的支援についてでございます。

当然のことながら、住まいについては地域包括ケアシステムにおいて重要な要素の一つであるということと、持家と賃貸とそれぞれでございますけれども、今後は賃貸住宅の割合が上昇していくことが見込まれているということに記載させていただいております。

14ページでございますが、こういった中で、賃貸に住んでいる方ほどお住まいへの不安を感じている方の割合が高いということと、一方で、住居を貸している賃貸人に対する調査の中では高齢者に対しての拒否感を持っている方が約7割程度いらっしゃるということで、こういった中で、高齢者について、地域とつながる居住環境や見守り相談支援など、住まいを確保した後の生活そのものの支援が一体的に提供される必要があるということに記載させていただいております。

一番下の○でございますけれども、こうした点について、全世代型社会保障構築会議の議論の中間整理においても指摘されているということに記載させていただいております。

これらを踏まえまして、当面の論点でございますけれども、15ページ以降でございますが、今後、それぞれの地域における介護サービス等の基盤整備に関する取組について、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えながら、計画的に整備を進めていくためにどのような対応が考えられるかということで、在宅サービスの基盤整備、在宅医療・介護連携、施設サービスの基盤整備、次のページですけれども、施設入所者に対する医療提供、ケアマネジメントの質の向上、科学的介護の推進、地域における高齢者リハビリテ

ーションの推進、住まいと生活の一体的支援について、それぞれ記載のような論点を掲げさせていただきます。

以上について本日は御議論を賜ればと思っております。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。

それでは、ただいまの説明につきまして、委員の皆様から御発言をお願いしたいと思います。

御説明がございましたように、地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進について、今回と次回、2回にわたって議論をする。それぞれ事務局のほうで論点も分けてまとめていただいておりますので、相互に関連してくる部分はもちろんあるとは思いますが、その点を意識して、今回と次回ということで御議論いただければと思っております。

オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。

会場の方は挙手をお願いすることになります。

なお、多くの委員に御発言いただきたいと考えております。予定終了時間もございますので、一人おおむね4分を目安に御発言をお願いします。時間に余裕があれば、また2順目で御発言いただく機会を設けたいと思っておりますので、御協力のほど、お願い申し上げます。

それでは、前回から会場にお越しの委員もいらっしゃいます。会場からまず御発言を募りたいと思いますが、いかがでしょうか。

皆さん御発言されますね。では、まず、小林委員からお願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

介護基盤整備の取組について、高齢者人口や介護ニーズが増加する地域、あるいは高齢者人口の減少、現役世代が流出している地域、それぞれ課題が資料上で指摘されています。いずれの地域でも介護サービスは大切なものですし、介護離職の未然防止やヤングケアラーへの支援、介護者のレスパイトケアも重要です。そして、地域の産業という観点からも大切なものです。

特別養護老人ホームへの入所待ちの状況や入所基準の課題も書かれていますが、今後不可欠なことは継続的に在宅生活の限界点を高めていくことです。地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進とともに、地域共生社会を実現していくことが書かれています。そういう視点に立って複合的なニーズに柔軟に 대응していけるよう、介護労働者の賃金を継続的に引き上げつつ、質の高い介護保険サービスを担う人材確保策、地域包括支援センターなどを拠点とした介護者支援対策、家族を含めた相談支援体制の強化など、さらに取組を進めていくべきです。

同時に、医療・介護の提供体制の確保、連携強化はもちろんのことですが、誰もが住み慣れた地域で生活を続けられるよう、住まいに関わる不安の解消、住まいと生活の一体的支援の強化が必要です。

高齢者が住宅に関して有している不安については、資料でも紹介されておりますが、全

労済協会の調査研究においても、生活支援サービスや緊急時の駆けつけ、見守りサービスの必要性などが指摘されています。持家の場合では、自然災害時の安全性や段差の改修修繕などの課題が指摘されておりました。

また、同じ調査で、賃貸住宅を貸す側は、高齢者の入居受入れを進めるためには、見守りサービスの充実や家賃債務保証、退去時の家財処理などの課題解決に向けた連携、住宅セーフティネット制度についての理解促進が必要ということが同様に指摘されています。

これらを踏まえて、介護福祉分野と住宅分野の連携強化と重層的支援体制整備事業を中核とした予防的支援も含めた包括的かつ伴走的な支援の強化、家賃負担など高齢者の生活困窮者に対する住宅確保給付金の拡充、それから、中長期的には家賃補助と現物サービスの組合せによる住居の確保など、住まいの保障について検討を深めつつ、支援を継続していくことが必要です。

こうした施策を講じていくことも在宅生活の限界点を高めていくことにつながると考えております。

論点の中でケアマネジメントに関しても書かれています。今回の議題ではないですが、本年5月の財政審の建議では、ケアマネジメントの利用者負担の導入等として、第9期の介護保険事業計画期間からケアマネジメントに利用者負担を導入すべきと書かれています。これは、サービスの利用が抑制されてしまうことへの懸念や適切なケアマネジメントの利用機会を確保する観点から慎重に検討すべきと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 私、今回初めての社会保障審議会介護保険部会の参加でございますので、これまでの議論で既に議論されていることもある可能性はありますが、その点は御容赦をお願いしたいと思います。

まず、資料2の2ページの冒頭にあります、2040年にかけて85歳以上の人口が急増するという視点は極めて重要でございます。

この85歳以上人口が急増する、つまり、85歳以上の高齢者というのはどういう特性を持っているかというのを私どもの研究のデータに基づいて少しお話しさせていただきますと、まず、85歳以上になりますと、認知症の有病率というのが少なく見積もっても2人に1人、50%を超える。それから、その一手手前のMCIの有病率、これは世界的なメタ解析というものがあのですが、認知症の有病率とほぼ同じであるということが分かっております。つまり、これはデータ上のことではありますが、85歳以上高齢者のほぼ全てが認知症かMCIということでございます。

これは、認知症であるか否かということに関わらず、そもそも85歳以上になって認知機能が低下して超高齢期を生きるというのは普通のことであるという認識からスタートする必要があるということの意味しています。

ちなみに、認知症高齢者の将来推計値を九大の二宮先生が出してありますが、これを年齢階級別に見ると、今後増加するのは85歳以上の認知症高齢者であって、84歳以下の方はあまり増えないということがわかっています。この点も非常に重要な点であります。

もう一つ、この85歳以上というのは、恐らくデータにあると思いますが、世帯類型を見てみますと、今後、独居の高齢者が急速に増える年齢階級であるということです。ちなみに、現時点においても85歳以上の女性高齢者の3人に1人は一人暮らしでございます。今後、この割合自体はそんなに増えないのですけれども、数が急速に増えていくということでございまして、女性もちろん増えるのですが、実は男性の一人暮らしの超高齢者もこれから急速に増えるということが分かっております。

ということで、85歳以上の高齢者が急増するということは、認知症であったり、認知機能低下があつて、かつ一人暮らしである高齢者が急速に増えるということでございます。

昨年度、私どもの厚生労働科学研究で、年齢を問わず認知症があると在宅継続率が下がるのかどうか、そして、一人暮らしであると在宅継続率が下がるのかどうかというのを、自治体の協力を得まして、介護保険のデータベースを使って調べておりますが、まず、全ての要介護度において認知症があると在宅継続率が下がります。かつ、認知症であっても、独居と非独居を比べると、独居であるとさらに在宅継続率が下がるというデータが出ております。

このことは、私、日々臨床をやっておりますけれども、全くそのとおりであつて、認知症があると、軽度の段階、要介護度がまだ低い段階でも、ちょっとした出来事をきっかけに急激に施設移行が早まるということがございます。たくさん例はあるのですけれども、よくある例では、認知機能が低下して一人で暮らすということはとても不安なのです。不安だとしきりに救急に電話をしたり、頻回に医療機関に受診したりすることがある。そうすると、医療の側から別居家族に連絡が行って、医師の側から要請することが多いのですけれども、あつという間に施設入所になってしまう。それから、特に大都市では、集合住宅でちょっとした近隣トラブルがあると、そこからまた別居家族に連絡が行って、いつの間にか入所しているというようなことが頻繁に起こります。確かに一人暮らしの認知症高齢者には在宅生活の限界点というものはあるのですけれども、しかし、非常に早いということでございます。

一方、本日の論点にもありますけれども、最近はケアマネジャーの中には非常に力を発揮している方がおまして、通院同行をして医師とよく情報を共有して、認知症あるいは認知機能が低下している高齢者の話をよく聞いて、本人や家族によく説明してということをする、在宅継続率が確かに高まる。中には、最近は後見人と一緒に通院同行をしてくれる方もおります。ただ、そういう例はまだ非常にまれでございまして、多くの場合はそういうことはない。

もう一つは、在宅生活の基盤ですけれども、確かに看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回随時対応型訪問介護看護、それから、訪問看護は、一人暮らしのまだ要介護度の低い



認知症高齢者の在宅継続に非常に効果を発揮しているということは実感としてありますが、私、いろいろと調べましたけれども、ちゃんと科学的にそれを証明した論文は実はないのです。実は、介護保険のデータベースを使えば理論的にはできるということを我々は確認しているので、これはぜひやるべきではないかと。特に例えば看護小規模多機能や訪問看護を使うと、独居の認知機能低下高齢者の在宅継続率が確かに上がるということは縦断的研究をやれば分かりますので、ぜひそういうことをやるべきと考えております。

ということで、科学的介護の推進も非常に重要なのですが、科学的介護の推進は、多分これまでの議論でもあったと思いますが、事業所の負担が大きいという問題は確かにあるのですが、ただ、これはサービスの質を上げていくために非常に重要な観点でございます。負担の理由はいろいろあるとは思いますが、一つ重要なのは、これは本当に意味があるのだろうかという疑問であります。そのことが、介護の現場の人になかなか理解してもらえていないということでございます。既に動いていることではございますけれども、実際に入力すべきデータ項目が介護の現場で日々のケアにつながる「意味のあるもの」であるということが認識できるように、評価項目の内容を考えていくことがまだ残された課題なのではないかと考え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。

それでは、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

最初に申し上げたいのが、新型コロナウイルス感染症の第7波についてなのですが、在宅、施設を問わず感染した要介護高齢者は80歳以上が中心で、重度化率、致死率が高いと言われております。介護保険の事業所のクラスターが全国的にまたしても拡大しています。介護現場で働く方々にとっては過酷な状況が続き、疲労が蓄積し、介護が必要な本人も、介護する家族もストレスの増える日々を過ごしております。厚生労働省をはじめ、政策に関わる皆様には、これまで以上に介護労働者の皆さんを支える方策を考えていただきたいと切に願っております。

それから、資料1に関してなのですが、実は介護の真ただ中にいる本人や家族が何より不安に思っているのは、9月下旬以降に議論が予定されている給付と負担に係る事項です。多くの人たちが知らないうちに、あるいは十分に認識できないままに、利用者の負担増あるいはサービスの削減が決まってしまうことのないように、慎重かつ丁寧な運営をしていただきたいと思います。

それでは、15ページの論点マル1の2つ目の○、ここは地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進ということなのですが、在宅サービスの基盤整備として地域密着型サービスである定期巡回・随時対応型訪問介護看護と看多機、小多機といったものについての機能やサービスの位置づけ等が取り上げられていますが、地域密着サービスというのは保険者の指定であって、事業所も利用者も偏在していると思われま

の問題もあります。

粟田先生が今お話しくださったように、このサービスが認知症の人にとって大変効果的だということは私たちも実感していますけれども、5ページの現状・課題マル1の2つ目の○に「人材不足が課題だが、とりわけ訪問系サービスで深刻」と書いてあります。在宅サービスの基盤整備については、所得の低い方とか、あるいはぎりぎりの生活をしていても、認定を受ければ選ぶことができるサービスをさらに充実させていく必要があると思います。何よりも希望の多い居宅サービス、特に有効求人倍率が高く、人手不足が際立つホームヘルプサービスについてもきちんとした方針を示していただきたいと思います。それが、4つ目の○にあります在宅生活の限界点を高めるために必要な対応を検討していくところにつながるのだと考えております。

それと、3ページの検討の視点マル2と4ページの同じく検討の視点マル3なのですが、3番目の○の4行目、「医療ニーズが相対的に高い重度要介護者に対応する方策」とありますけれども、ここで言う重度要介護者とは一体誰なのか、あるいはどういう状態を指すのか。あるいは医療ニーズが相対的に高いというのは、この表現は何をもって判断するのかというのは私にはよく理解できません。

それから、4ページのところもそうです。介護ニーズ以外の生活面でのニーズとありますけれども、生活面でのニーズというのは何を指すのかということも具体的なイメージがでない。

さらに、3番目の○、5つ目のポツには、「介護だけでなく、医療や生活支援なども含めたケアマネジメントの」とありますけれども、生活支援は介護ニーズではないのでしょうか。そもそも介護保険における医療ニーズ、介護ニーズとは何かということを知るように整理していただければと思います。介護保険は介護のある暮らしを支えるものと考え、期待してきたのですが、地域包括ケアシステムは医療ニーズの高い重度要介護者に傾斜していくのだろうかという疑問を抱かざるを得ないということです。

あと、論点マル3では科学的介護の推進が挙げられています。科学的介護として認定者あるいは利用者のデータ収集が行われているのですが、認定者の個人情報保護やシステム障害に対する対策を同時に考えておくことが極めて重要だと思います。昨今、みずほ銀行やKDDIのシステム障害や、介護保険では各地の自治体で高額介護サービス費の算定ミスが相次いでいます。コンピューターシステムの障害なのか、入力するマンパワーの問題なのか定かではありませんが、科学的介護において想定されるトラブルへの対策をぜひ織り込んだ検討をしていただきたいと思います。希望します。

以上になります。時間を超過しました。申し訳ありません。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様からご発言をいただきたいと思います。

まず、大西委員、今日途中退出されると伺っていますので、大西委員からよろしければお願いできますでしょうか。

○大西委員 ありがとうございます。高松市長の大西でございます。

それでは、私のほうから意見を申し上げたいと存じます。

本日の議題は「地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進について」ということでございますけれども、これは5月16日の本部会におきましても取り上げられたテーマでございますが、改めまして、全国市長会の意見ということで申し上げたいと存じます。

まず、資料2の15ページの論点マル1でございます。その中の在宅サービス、施設サービスの基盤整備について申し上げたいと存じます。

2040年に向けまして、介護ニーズの量的拡大やあるいは多様化への対応のために、人材やサービス提供体制について質と量の両方の面から対策を講じていく必要があると考えております。まずは人材定着ということが大事でございますが、これに対しては、一層の処遇改善はもちろんということでございますし、新たな人材の確保という面で、これも従来から主張しておりますが、介護福祉士の国家試験の受験時の負担軽減を図るなどしていただきたいと思っております。そのような多面的な対策によりまして体制を構築していかなければならないと考えております。

また、これもたびたび申し上げてきておりますが、介護ロボット、ICTの活用につきまして、介護従事者の負担を軽減し、生産性向上を図るだけでなく、利用者にとりましてもメリットがあるということでございまして、この導入について促進していただきたいと思っております。今後、より多くの事業所でICT等の導入が促進されるように、財政措置をぜひお願いしたいということでございます。また、積極的な導入を促すために、介護ロボット、ICTの導入に関する情報あるいはその効果、メリット等について周知を併せて行っていただきたい。事業所にとって導入しやすい環境を整備することも重要であると考えておりますので、よろしく願いしたいと思っております。

さらに、論点にはなっておりませんが、8ページの現状・課題マル4に若干記述がございますが、介護医療院についてでございます。介護医療院につきましては、医療保険から介護保険という大きなシフトも起こるわけでございますので、引き続き経過措置期間内に円滑な転換ができるように、都市自治体やあるいは医療機関の意見を尊重していただきながら、円滑な移行に必要な支援策をお願いしたいと思っております。

次に、再び15ページに戻っていただきまして、論点マル1の在宅医療・介護連携について2点申し上げたいと存じます。

まず1点目でございますけれども、参考資料1の52ページになります。そこに在宅医療・介護連携事業の推進が書かれておりますが、その推進をしていく上で重要な役割を担っている機関に市町村が運営しております地域包括支援センターがございます。本市におきましても、この地域包括支援センターと地元医師会をはじめとした医療・介護の各関係機関や市役所内に設置しております在宅医療支援センター、これらが連携を密にしながら、多職種がチームとなって機能する仕組みづくりで推進しているところでございます。

また、地域包括支援センターが対応いたします総合相談支援事業でございますが、この

総合相談支援につきましては年々複雑・多様化いたしております、先ほど申し上げました医療・介護の連携、入退院の支援、支援困難事例の対応と業務量が年々増大しております。このようなことから、地域包括支援センターにおきましても、介護事業所と同様に業務量の増大への対応や人材の確保が喫緊の課題となっております。そのため、人材確保に係る支援や配置基準の見直し、研修体制の見直しと機能強化を図るための措置をぜひ講じていただきたいと思います。と思っております。

それから、2点目でございますけれども、在宅医療・介護連携推進事業におきましては、市町村が実施主体でございます地域支援事業の一環として行っているものでございます。地域支援事業は、在宅医療・介護連携推進事業以外にも自治体でそれぞれの地域特性に応じた多様な事業が実施されているところでございます。地域包括ケアシステムと申しますのは、保険者である市町村や、あるいは都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていくことが必要とされておりますけれども、その中でも市町村の地域支援事業は大きな役割を果たしているものでございます。

93回、94回の本部会でも地域支援事業の全体像に触れられておりましたけれども、今回の議題にも地域における介護予防や社会参加活動の充実といったテーマが含まれておるところでございます。

したがいまして、この市町村が実施します地域支援事業が地域包括ケアシステムに深く関与しているということ踏まえますと、今後ますます高齢化が進展する中においても、市町村が円滑に地域支援事業を実施できるかどうか非常に重要な役割を果たすものと考えております。したがいまして、財政負担や事務負担の軽減、事業費にかかる上限額の在り方につきまして、その見直しをぜひとも検討していただきたい。この2点についてお願いをいたしたいと思っております。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

全くのプライベートな事柄なのですが、再来週、私、高松市役所に調査に参りますので、よろしく願い申し上げます。

○大西委員 ありがとうございます。しっかりと調査をしていただければと思います。よろしく願います。

○菊池部会長 ありがとうございます。それでは岡委員、お願いいたします。

○岡委員 ありがとうございます。

多くの論点が挙げられておりましたが、その中で医療・介護連携の推進、科学的介護の推進の2点が特に重要と考えております。御説明いただいたとおり、少子高齢化の進展により介護保険サービスの利用者が増加し、保険料負担の拡大、サービスの担い手不足の深刻化といった問題が顕在化し、給付費の膨張も強く懸念されています。

こうした状況を踏まえると、国民がヘルスリテラシーを高め、自分の身体、健康の状況や診療、服薬の履歴等を自ら把握、管理するセルフメディケーションの普及推進が極めて

重要となります。これにより、医療機関や介護事業者における人手不足の緩和、生産性の向上、保険財政の負担軽減につなげていくことが求められていると思っております。そのために重要なことは医療機関や介護事業者と国民の間でデータを共有することであり、医療・介護連携と科学的介護の推進をセットで議論することが適切と考えています。

こういった視点を踏まえて、以下、2点質問をさせていただきたいと思っております。

まず1点目です。参考資料1の122ページから125ページにデータヘルス改革に関する工程表が掲載されています。これにより、医療・介護分野で情報の電子化と有効活用に向けた取組が進展していることは理解できました。しかし、セルフメディケーションや医療・介護連携の促進のためには、医療・介護分野のデータを医療機関や介護事業者及び国民の双方が有効活用できる形で連結させることが必要だと思っております。そうしたデータの連結について、現状と課題、また、今後の取組について御教授いただきたいと思っております。

続いて2点目です。資料2の11ページ、一番下の○、2行目から4行目に国民が介護情報を閲覧し、事業者間で情報を共有することのメリットが記載されています。この記述は商工会議所の考えと同じであり、賛同いたします。しかし、どのようなメリットがあるのかイメージできる一般の被保険者は現時点では極めて少ないのではないのでしょうか。今後、参考資料1の126ページに記載されているワーキンググループにて介護情報の利活用について検討することになっているようですが、検討課題にはこのような視点は含まれていないようにもお見受けします。介護情報を閲覧すると具体的にどのようなメリットがあるのか、それをどのように分かりやすく被保険者に伝えるのがよいのか、現時点の厚生労働省のお考えをお聞かせいただきたいと思っております。

最後にお願いです。参考資料1の56ページから58ページに在宅医療・介護連携推進事業の現状、課題に関する調査結果が掲載されています。本事業は高齢者の尊厳やQOLの向上を支える重要な事業と考えております。だからこそ、法改正や手引きの見直し等を行った後、アンケート調査等で効果検証を行い、結果を次の施策に生かすことが大切です。これまで本部会において、他の委員の先生からも言及されていたと思っておりますが、厚生労働省におかれましては、本事業に限らず、全体としてPDCAを意識した施策の検討、部会の運営をぜひともお願いしたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

2つ御質問をいただきましたが、事務局のほうからお願いします。

○古元老人保健課長 御質問ありがとうございます。老人保健課長でございます。

データを共有するといったことで科学的介護などを進めていくことについて御理解をいただき、大変ありがとうございます。

まず1点目の御質問でございますが、データの連結、提供に当たっての現状と課題といった点でございます。参考資料1の126ページ、委員にまさに御指摘いただきました介護利活用ワーキンググループの中でその辺りを有識者の先生方とも協議をしながら整理してま

いりたいと思っておりますが、現状、課題といたしましては、126ページの2番の検討内容のところに我々としては論点を置いているという考え方でございます。

まず、介護情報につきましては大変多岐にわたるという現状がございます。その中でどういった情報を選定して、さらには記録方法を標準化していく。これは従来からの課題でございましたが、これを機に少し取りまとめてまいりたいというのが一つの課題でございます。

あわせて、介護情報を閲覧共有するための仕組み、例えば国はこれまでLIFE情報につきましては匿名の情報として収集してまいりましたが、それを、個人の情報などを含めまして、また、先ほど他の委員からもございましたが、情報のセキュリティーといった面も含めまして、どのように共有していく仕組みが必要なのか。さらには、そうして集められた情報からいかにエビデンスを策定していくのか。こういった辺りが課題でございます。こちらをデータヘルス改革工程表に沿って検討を行ってまいりたいということが1点目でございます。

また、2点目、国民の方にとってこれはどういったメリットがあるのかといったところがなかなか分かりにくいという御指摘だと思います。今回、先ほど申し上げましたこういった検討を進めるに当たりましては、どういったメリットが国民の方にあるのか。当然、御自身の医療・介護情報を知ることによりまして、自立支援、さらにはより適切なサービスにつなげるといったことが目的ではあるわけですけれども、それを分かりやすくどう説明していくのかといったこともこのワーキンググループの中でも議論してまいりたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ということでございます。よろしいでしょうか。

○岡委員　ありがとうございました。ワーキンググループの検討に期待をしております。

○菊池部会長　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。

私から論点に沿って何点か意見と質問、要望を申し上げたいと思います。

まず、在宅サービスの基盤整備についてでございますけれども、特に都市部では今後在宅サービスの基盤整備がますます重要になるという記載がございますけれども、そのことについて私どもも十分理解しております。複合的なニーズに柔軟に 대응していくということは大変重要でございますけれども、一方で、サービスの効率化あるいは重点化、報酬体系の簡素化といった観点も十分に踏まえながら検討していく必要があると考えております。

また、論点に記載のある定期巡回あるいは随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護など、サービス提供の機能とか、あるいは利用者像が共通しているということであれば、サービス類型を統合、整理するということが検討すべきではないかと考えます。

次に、在宅医療・介護連携についての意見でございますけれども、参考資料の56ページで在宅医療・介護連携の課題としてノウハウの不足あるいはその連携を担う人材の育成と

いったことが挙げられております。全国で一定水準の事業展開が行われるためには、手引きの改訂等に加えて、成功事例の横展開あるいは市町村の担当職員の研修等、国や都道府県による支援をしっかりと行っていく必要があると思います。

3点目に、施設入居者に対する医療提供についてでございますけれども、これは質問でございます。特養における医療ニーズに関して、参考資料の93ページから94ページにかけて、今年度、配置医師の医療処置の実態などの調査研究を実施するとございますけれども、まず、その調査結果がいつごろ出るのかということをお願いしたいと思います。

また、94ページを見ますと、それを踏まえて、厚労省は特養における医療ニーズへの適切な医療提供可能とするための措置を検討して、必要な措置を講ずるという記載がございますけれども、どのような検討の進め方、要は介護保険部会での見直しの議論をするのか、あるいは介護給付費分科会での報酬の見直しの議論等、どういった検討の進め方を考えておられるのかということをお願いしたいと思います。

4点目、ケアマネジメントの質の向上について、これは質問と意見でございますけれども、参考資料の115ページ目でございますように、令和3年度の介護報酬改定によって、ICT活用や事務職員配置を行っている事業者について、ケアマネジャー1人当たりの取扱件数の逡減制の適用が見直されております。今回の改定後の実態について情報があれば教えていただきたいと思っております。

それから、これは意見でございますけれども、ケアマネジャーの法定研修カリキュラムの見直しは賛成でございますけれども、あわせて、研修後もケアマネジャーの方がネット等にアクセスをして簡単に最新の情報が得られて、自らの知識がアップデートできるような仕組みというか環境を整備するということも考えてもよいのではないかなと考えております。

最後に、科学的介護の推進について、これは質問とか要望でございますけれども、先ほどの岡委員の御質問の中に出ておりましたが、参考資料の124ページ目に介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化の工程表というものが示されておりますけれども、これによると2021年度に介護情報の共有とか標準化に係る調査を実施しているということになっておりますけれども、今後、その標準化の議論を進めるに当たって、昨年調査した結果を分かりやすい形で御提示いただけたらと考えております。

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。

最後は御要望ということで承っておけばよろしいかと思っておりますが、2点質問があったかと思っております。お願いします。

○須藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございますが、まず、特養入所者の医療ニーズの関係での御質問についてお答えさせていただきます。

まず、今年度の老健事業で行う調査でございますが、これは年度末に向けてしっかりと進めて取りまとめていきたいと思っております。また、それと併せましてどう進めていく

かということになりますと、こうした調査の内容等も見ながらにはなりますが、基本的には主に給付費分科会の方での御議論になると認識してございます。

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。

参考資料115ページ目、ケアマネジャーの逡減制の見直しについて御質問いただきました。こちらにつきましては、次期改定に向けてしっかりとその状況を検証するべく、今年度以降しっかりと調査研究をしてみたいと考えておりますので、現時点で調査研究をしているものはございません。また給付費分科会に向けてしっかりと資料等を整えてみたいと存じます。

以上です。

○菊池部会長 河本委員、よろしいでしょうか。

○河本委員 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。

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。

私のほうからはケアマネジメントの質の向上について意見を述べさせていただきます。

ケアマネジメントの質の向上のための取組として、法定研修カリキュラムの見直しを検討しているほか、法定研修の受講負担を軽減するための介護支援専門員研修オンライン化等運用事業を進めているとのことで、質の向上と負担軽減の観点からぜひとも推進していただきたいと思えます。

また、法定研修の費用についても、経済的負担を軽減するために、地域医療・介護総合確保基金を充てて、介護従事者の確保に関する事業として実施することが可能であるとの対応をいただいているところですが、自治体によって費用負担の差が激しいのが現状です。現場のケアマネジャーからは、資格の更新にかかる費用が高くて困るという話をよく聞きます。ぜひとも自治体へのさらなる働きかけで研修費用をもっと下げたいと思えます。

次に、本日の資料10ページには、ケアマネジャーは高齢者自身によるサービスの選択及びサービスの総合的・効率的な提供のために重要な役割を担っており、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用などの役割をより一層果たすことが期待されていると示されており、全くそのとおりだと思います。

そして、その重要な役割を担う上では、豊富な経験に加え、高度な知識やコミュニケーション能力が必要とされているところであり、ケアマネ資格取得のための受験資格要件も厳格化され、現在は、初任者研修等の資格で介護職員として従事を始めた場合は、国家資格である介護福祉士の受験資格要件である3年間の実務経験に加え、さらに介護福祉士として5年の実務経験が必要であり、最短8年の実務経験を要することになっています。加えて、試験合格率も20%前後と大変低いことから、一言で言えば、ケアマネの資格を得る



にはかなりの経験と知識が必要ということだと思います。

さらに、居宅介護支援事業所の管理要件である主任ケアマネの資格を受験するには、ケアマネとしての実務経験5年が必要であり、最短でも13年の実務経験が必要とされています。

また、私どもの組合員を対象にしたアンケート調査で、資格取得を目指している月給制の組合員に目指している資格について具体的に聞いたところ、ケアマネジャー資格が最も上位で35.2%となっています。次に多い介護福祉士が15%で、回答者の介護福祉士資格の保有率が66.6%となっていましたら、ケアマネ資格を介護福祉士のさらに上位の資格という見方で介護福祉士資格を取得後に目指している方が多いということがうかがえます。

一方で、ケアマネジャーの担い手不足が現場では課題となっています。そのため、管理者要件を満たせないことや、少人数体制の事業所での職員の退職などにより、事業所廃止や休止をせざるを得ないケースも多発しており、何とか事業所の統廃合などでしのいでいる現状もあります。

そこで、先ほどの組合員アンケートに答えた組合員8,716人の保有資格を調べたところ、ケアマネの有資格者は月給制組合員で22.5%いることが分かりました。実際にケアマネ業務に従事している回答者は13.6%となっているので、現場にはケアマネ業務に従事していない有資格者が多くいるわけです。つまり、資格を持っていてもケアマネになりたくないという方が増えているので、人材としては不足していないのに担い手が不足しているのが実態です。

原因は処遇にあると考えられます。昨年の私どもの賃金実態調査のデータと、その10年前のデータを比較したところ、介護職員処遇改善加算等の対象となっている職種の平均年収については、訪問系管理者の436万9000円、改善額112万7000円をはじめ、最低でも通所系介護員の308万円、改善額64万8000円となっており、全産業平均との格差は依然として大きいものの、全ての対象職種で大幅な処遇改善が進んでいます。

一方で、ケアマネジャーにつきましては、処遇改善加算の対象外とされていることや事業収支のマイナスが続いてきたことも要因となり、居宅介護支援事業所のケアマネは事業所管理者を含めた平均年収で365万3000円、施設の計画作成担当者は395万2000円であり、職種全体の平均年収は371万2000円、10年間での改善額は34万1000円にとどまっています。そのため、10年前の水準でケアマネの位置づけを見ると、訪問系や通所系の事業所管理者よりやや年収が上回る位置づけでしたが、現在は在宅系ケアマネの年収は訪問系管理者より71万6000円、通所系管理者よりも24万円下回り、訪問系のサービス提供責任者の年収365万3000円と同じ水準となっています。

介護現場は多職種協働であり、職場ごとにその役割や責任は様々であり、どの職種をどう処遇するかということは難しい判断となりますが、ケアマネの受験資格要件である現場経験を最低でも8年積んで受験をする時点でリーダー的な存在になっているケースがほとんどであり、せっかく経験を積んで勉強を重ね、難関とも言えるケアマネの資格を取得し

でも、ケアマネになると給料が下がるという現状を改善することが必要だと考えます。具体的には、介護職員処遇改善加算の対象事業所に加えるなどの即効性のある対策を講じる必要があると思います。ケアマネジャーになるために積み上げてきた豊富な経験と高度な知識、情報、能力をきちんと評価することは質の高い人材の確保につながり、結果としてケアマネジメントの質の向上にもつながると思います。

以上、意見です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

前回もお伝え申し上げましたが、非常に貴重なデータですので、ぜひ分析したものを公表していただき、共有させていただけるとありがたいなと改めて思った次第です。

○染川委員 既に結果は公表させていただいたおりました、私どものホームページに結果報告書を掲載しておりますのでぜひ御覧いただきたいと思います。

○菊池部会長 分かりました。勉強させていただきます。ありがとうございます。失礼しました。

それでは、お待たせしました。佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 よろしくをお願いします。

では、私のほうからできるだけ手短かに3点。

まず一つは、資料の8ページにあります施設入居者に対する医療提供についてで、先ほどもお話があったと思いますが、配置医の状況について、まずは厚労省さんのほうで実態把握をされるということですので、ぜひ調査を進めていただければと思います。

その上で、規制改革推進会議でも議論があったのですけれども、この配置医の役割というのはあまり明確ではないのではないかと、あるいはもうちょっと活用できるのではないかと議論があります。具体的に申し上げますと、配置医が活動するのは主に健康管理及び療養上の指導という領域だと思うのですが、どこまでが介護でどこからが医療行為なのかというところはよく分からないというか、つまり、具体的には介護報酬で手当すべき分野なのか、診療報酬で手当する分野なのか、その辺の垣根が恐らく曖昧なところがありまして、その結果としてなかなか配置医の方にいろいろな対応をお願いできないということが現場であるという話を伺っております。

したがって、これからの配置医の利用促進、彼らの活動を支援するあるいは拡充を促していくということであれば、介護報酬と診療報酬の区分の見直しも含めまして、この辺りを検討いただければと思います。

次は、13ページ以降にまさに住まいと生活の一体的支援の話がありますがけれども、高齢者の住まいの確保というのは、究極的には在宅医療もそうですし、もちろん在宅ケアもそうですけれども、こういった医療や介護の受皿にもなりますので、ここはしっかりと押さえていく必要があると思います。ただ、かなり地域差があるのではないかと思います。賃貸住宅が多いのは恐らく都市のほうであり、持家が多いのは多分地方だろうと何となく常識レベルで分かるのですけれども、この地域差があるということも踏まえて、実態を把握

するということ。

それから、どうしても民間住宅の賃貸住宅の活用というのは、今、多くの方が民間賃貸住宅に住まれているので、それを活用するという視点はあっていいのですけれども、一方では、公営住宅やURなどもあるわけですから、そういう施設の活用も視野に入れるべきではないかと思います。特に自治体レベルでは介護を含む福祉と住宅部局、住宅政策との連携が重要になってくると思いますので、ここは国レベルの議論というよりは地方レベルで連携を進めていくということが求められるかと思いました。

あと、最後に10ページ目に戻りますけれども、確かに財政制度等審議会でもケアマネに対する利用者負担の議論がありました。やはり求められるのは、ケアマネジメントの質の改善に向けて、参考資料の116ページにありましたけれども、介護サービス情報公表制度の活用もありますが、そういった形でケアマネジャーの独立性というものを担保するという。それから、待遇改善という視点はあってしかるべきですけれども、それはできるだけ成果に基づく報酬という形を取っていく必要があるのではないかと思います。

私からは以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

私からも3点お願いいたします。

一つは6ページ目、在宅医療・介護連携であります。地域包括ケアが順次進展してきているということでもありますけれども、これが本当に高齢者にきちんと届いているかという点は課題があるのかなと思っております。我が国は医療はフリーアクセスになっておりまして、主治医意見書についても地域包括ケアのエリア外の医療機関の主治医の先生が書くことができます。そうしますと、地域レベルで連携ができていてもエリア外の医療機関に受診している人については介護などの具体的な情報連携ができない状況となります。地域在住の高齢者に対し、エリア内の地域包括ケア参画の医療機関にかかるような促しをするなど、高齢者の場合はよりかかりつけ医機能を発揮しやすい体制が必要なかなと思っておりますがいかがでしょうか。元気なうちは遠方にも通えるのですけれども、例えばコロナとか急性的な変化があったときなどに、地域でかかっていると地域包括ケアの網から漏れてしまう。そのようなことに対してどうしていくのか。地域包括ケアの中の医療機関になるべく高齢者はかかっていたくような誘導策とか、そういうことはなされているのか、またしていく方向なのか、この辺りをお伺いしたいと思っております。

2点目です。7ページに地域の実情の多様性ということで、かたや空床も出てきている特養もある、また、かたや非常に倍率が高かったり、85歳、90歳以上で独居の方が増えてかなり不安な状態になっている地域もあります。そういうところでは施設の有効活用というのも視野にきちんと入れていかなければいけないのではないかと思います。もちろん在宅ケアの限界点を上げるということは重要なのですけれども、限界点を越えてきた場合に

受皿の確保が必要で、円滑に都市部と地域の交流がなされることとか、または遠隔の施設に入ったとしても、ICT、リモートで家族との面談を定期的に行うなどの工夫をしながら、家族とのつながりを持ちながら、安心して老後の暮らしができるようなことも、今後、85歳以上が非常に増える中で考えていかなければいけないことではないかと思います。施設の在り方について、また、紹介システムなど、どう連携していくのかということを考えなければいけないと思います。

次に11ページ、科学的な介護についてですが、LIFEについて登録状況は現在どんな状況でしょうか。また、LIFEの状況が、これまでは集計表だったのがフィードバックのレポートとして出されるようになりましたが、その情報がまだ全国平均と自施設との状況を見える化するところにとどまっているように思いました。今後、それをどのようにすれば介護の質の向上につながっていくのか、または効率化とかということに活用できるのか、そういう事例の収集も含め、何のためにデータを集め、どういう見せ方をしていくのかということについて、さらに一層の推進をお願いしたいと思っております。

先ほど匿名化、匿名情報、個人情報を含めた収集ということがありました。データの入力負担軽減について、例えばKDB、医療情報とか介護情報などは国保データベースの中に既にある情報の活用、さらにLIFEで収集した情報と合体して分析などをすることで、より客観性のある分析も可能なのかなと伺ったのですけれども、その辺りの方向性についてお伺いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問は1点目と3点目と2つですかね。お願いします。

○古元老人保健課長 ありがとうございます。老人保健課長でございます。

まず、1点目の医療・介護連携に関してでございます。本日、参考資料でもおつけしてございますとおり、この事業につきましては平成23年度から随時取組を進めてきたところでございます。

また、大きな手引きの見直してといたしまして、2年前の令和2年度でございますけれども、それまで様々な施策を並列的に並べていたものを、まず現状分析をした上で、対応、例えば相談支援普及啓発などを行った上で、また、それを評価してという構造的な形に事業そのものを組み替えてきたという経緯がございます。

そうした中で、先生の御指摘のとおり、フリーアクセスの中で様々な医療機関に通っていらっしゃる方がお見えになる。こういうのは実態として当然あるわけでございます。そうした中で、相談支援などを行う中で、結果として利用者の方が地域の医療機関を受診されるということは当然あると思うのですけれども、先生が御質問くださったような大きな誘導をすとかといった考え方はやはり異なるのではないかと私は思っておりますし、今のところ、そういったことを進めるという考えはないと思います。

あと、3点目、科学的介護についてでございます。今のLIFEにつきましては加算という

形で評価をさせていただいておりまして、加算の取得状況はサービス類型によって様々異なります。これは令和3年度に調査を行った結果でございますけれども、例えばその時点の調査結果で申し上げますと、老人保健施設が最も高く約64%、次に特養、介護福祉施設が約50%という状況がございます。それに対しまして、通所型、訪問は少し低いといった状況がございます。こちらのフィードバックをどのように進めていくかにつきましては、現在も有識者の方々とも検討を続けながら進めておりまして、より役に立つ形を模索してまいりたいというのが現状でございます。

また、最後の医療関係の各データベースとの連結解析につきましては、既に少しずつ進んでおりまして、研究者の方々に対する第三者提供の観点からは既に進めてきているという事は御報告申し上げたいと思います。

まず以上でございます。

○津下委員 ありがとうございます。引き続きよろしく申し上げます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。それでは、杉浦委員、お願いします。

○杉浦委員 各委員から御指摘が既にされていますので、少し具体例を挙げながらお話ししたいと思います。

まず1点目ですが、在宅サービスの基盤整備についてです。ケアマネジャーから聞き取るところ、独居系の高齢者からはケアマネジャー本人を緊急連絡先として指名する 경우가非常に多いと聞いています。ということは、夜間での連携が非常に難しくなっているということを示しており、在宅サービスの対応体制は夜間をどうするのかというところをしっかりと見つめなければいけないと考えています。

2点目です。在宅医療と介護の連携についてですが、人材派遣並びに巡回体制の支援が非常に重要であると思います。今後、特に、全国一定水準での在宅医療に特化した専門研修など、在宅医療に関する連携意識の醸成をさらに進めることが必要だと考えています。

3点目です。これはお伺いしたいところもあるのですが、施設入所者に対する医療提供に関して、介護老人保健施設での医療提供機関ですが、退院後に再入院する人が非常に多いと聞いており、この率などをこれから調査するのか、もうお分かりなのかというところがあればお聞かせいただきたいと思います。基準について必要な範囲での対応が必要だろうと思っています。

最後です。特に人口密集地域に隣接する地域に所在する市町村においては、他地域から特養施設等に入所している人の割合が多く、6割から7割に達します。この人たちのこともしっかりと見ていなければいけないと私は思っており、これから地域包括ケアシステムとの整合性、連携をどうやって図っていくのかということについても注意しなければいけないと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

データがあるかというような御質問ですが、どうでしょうか。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

御質問は、本日の参考資料1の82ページ、例えば介護老人保健施設を退所された方につきましては、対象先の33.3%が医療機関という状況がございます。こういったデータであればお示しさせていただいております。

○杉浦委員 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。

それでは、小泉委員、お願いします。

○小泉委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の小泉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私のほうから意見を2点申し上げさせていただきたいと思います。

まず、論点マル2のスライド16、特別養護老人ホームの入所申込者の実態や、高齢化の進行の状態やそれに伴う介護ニーズについては、地域によって異なることといった実情を踏まえ、特別養護老人ホームの入所基準の在り方についてどのように考えるかについてであります。スライド7の4つ目の○にも記載がありますように、特養の定員割れの状況が発生している多くの地域では、在宅サービスの需要と供給のバランスが崩れ、在宅サービスが適切に受けることができない状況にあります。特にホームヘルパーのサービスが使えない地域が多いようです。そのような地域では、要介護1、2の方の特例入所の活用を推進し、施設サービスの活用を行うべきと考えます。しかしながら、特例入所におきましても、保険者の方針で利用できない地域もあると聞いております。現実には即した利用者本位の制度の活用を推進すべきであり、要介護度のみで判断するのではなく、地域におけるサービスの実情や生活環境を踏まえた対応が必要と考えます。

同じく論点2のスライド16であります。特別養護老人ホームにおける医療ニーズへの対応、適切な対応の在り方についてどのように考えるかということでございますが、特別養護老人ホームにおいて医療ニーズは増大の一途をたどっておりますが、現実的には利用者の医療アクセスが十分でない場合が多くなってきております。特養には日常的な健康管理を行う配置医が配置されておりますが、夜間などの緊急時や専門的な医療サービスなどに十分対応できない場合があり、何らかの検討を進めていくべきと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。日本慢性期医療協会の橋本でございます。

私のほうからは4点意見を言わせていただきたいと思います。

まず最初に、先ほど岡委員からのお話にもありましたが、医療・介護の連携に関してで、MEDIFAXに書かれていたのですけれども、医療課長のほうから医療と介護の連携に関しての協議の場を検討しているということでした。次回は医療・介護報酬の同時改定ですので、

そういったことも踏まえて、ぜひそういう協議の場を持っていただきたいなと思っております。

2点目です。人材不足に関してですけれども、人材不足は現在もそうですし、これから先もどんどん深刻になっていくのではないかと思います。それは皆さん御承知のとおりだと思いますが、医療・介護の分野、いわゆる看護師さんや介護士さんだけでなく、医療・介護分野の人以外の業種や業者、人材も取り入れていくことが今後は必須になってくるのではないかなと思います。医療界、福祉界、介護界だけで考えていても、また、働き方改革もすすめられてはいますが、どんどん上から下へ降りてくるだけでなかなかうまくいかない。高齢者はどんどん増えていくし、要介護者も増えていく。先ほどのお話にもありましたけれども、認知症の方も増えていくということになってくると、やはり私たちの世界というか、私たちだけの領域で賄える状態ではなくなってきているのではないかなと思います。ぜひ、医療・介護分野以外の業者や業種、人材を取り入れていくことも積極的に考えていかなくてはいけないかなと思います。また、それを議論していかなくてはいけないのではないかなと思います。

具体的には掃除やごみ捨て、洗濯などあるのですけれども、そういう業者です。あと、書類仕事や物品管理、またはマネジメント、金銭の管理など、いろいろ直接看護、直接ケア以外のこともたくさんございますので、そういったことに対してほかの業者の人たちの協力を得るということもすごく必要ではないかなと私は思います。今も取り入れているところはあるのですけれども、もっとドラスティックにとか、大胆に取り入れていく必要があるのではないかなと思います。

それと、人材不足のことでですけれども、先ほども介護福祉士の国家試験の受験者や合格者が半減しているというお話が染川委員からありましたけれども、2017年の介護福祉士の受験資格の変更が影響しているのではないかと、データで見ると15年ぐらい前の人数になってしまっているということもあるので、それが人材不足に今後拍車をかけていくのではないかなと思います。資質向上というのは必要なので、こういう試験なども必要かなと思うのですけれども、もう少し段階をつけるとか、何らかの養成方法を考える必要があるのではないかなと思います。

3点目です。7、8ページの特養での個室ユニット化率を70%以上を目標にということなのですけれども、私どもも特養を改修したり、新築したりするときはどうしたらいいのかなと。もちろん個室ユニット化すると報酬が高くなったりということもあるので、その分、ケア人員が増えるということもあって、そこはどう考えたらいいのかなと思うところがあります。

病院でも施設でも個室化というのはすごく重要かなと。特にこのコロナ禍において重要性とか安全性が明確になったのではないかなと思います。コロナ患者さんが発生しても、個室の場合は広がらずに済む場合が多いのです。個室化ということはすごくいいことなのですけれども、一方、個室化するとやはり介護人数とかケアの人数が多く必要になって、

今のこの人材不足の中で個室ユニット化70%目標というところは違和感があるというか、どう考えていいのかなと思います。

その辺の議論も必要だと思います。見守りの仕方とか、ケアの仕方とかということも具体的なシステムやマネジメントなども議論していくことが必要で、それを併せてしなければ、個室化することによって、入居者の人たちの身体抑制とか放置につながっていくのではないかなと思います、非常に危険かなと思います。

4点目です。12ページの地域における高齢者リハビリテーションの推進というところなのですが、以前から私は具体的に現場でやってもう少し改善していただければいいかなと思うところが、介護保険と医療保険の扱いです。外来もそうなのですが、在宅系になると、訪問もそうですが、介護保険を持っている人は医療保険を使えない。介護保険優先となっています。特にST分野、言語とか高次脳機能障害が今後増えてくると思います。失語症などです。失語症の人などは半年で治ってしまうとかよくなるということはなく、やはり1年、2年かかってしまうのです。その間、STは数が少ないというのでもあるのですが、医療知識というか、医療での指導とか、医療と絡めながらST訓練をしているかなくてはいけない、リハビリテーションしていかなければうまくいかないところがあるので、そこがやはり介護保険を使うとなかなか難しいというところもあるので、その辺りのことも分野においては柔軟に考えていただいたらいいかなと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山本参考人、お願いします。

○山本参考人 恐れ入ります。私のほうから意見を述べさせていただきます。

まず、施設サービスの基盤整備についてでございます。高齢者の生活の場としては、個室ユニット型施設が望ましく、この方向で進めていかなければいけないと考えております。ただ、一方でどうしても室料が高いという課題がございます、本県でも進めていく上で大変悩ましいなという部分がございます。個室ユニット型のほうが多床室より自己負担が高い。補足給付という制度はございますけれども、それを使ってもなおというようなところがございます。個室ユニット型施設の整備を推進するに当たりまして、そういうことからセットで低所得者への支援策の充実を図って、所得にかかわらずその人が望む必要なサービスを利用できるようにすることが必要だと考えております。ぜひ低所得者への支援の充実についても検討をお願いしたいと思います。

続きまして、科学的介護の推進についてでございます。資料2の11ページの一番下の○にございます、自身の介護情報の閲覧及び介護事業所間の介護情報の共有は、被保険者が自立した日常生活を営むことや、より適切にサービス提供に資するものとの認識は本県も同様に考えております。

本県では、スマートフォンで毎日の歩数などの健康記録や、服薬情報を管理できるアプリ「マイME-BYOカルテ」というものを公開してございます。自身の健康情報を見える化す



るとともに、災害時や外出時の急な病気などのときも、マイME-BYOカルテの画面を見せるということで適切な支援を受けることができます。

また、マイME-BYOカルテには生活習慣、認知機能、メンタルヘルス・ストレスについて、簡単な測定、入力によりまして、心身の状態は常に変化してございますけれども、今、どの位置に自分がいるのかということ点数化して見える化する未病指標の測定アプリを実装しています。個人が自分の健康情報を自分で管理して、未病指標を活用しながら、主体的に未病改善を実践するということを目指しているところです。未病指標につきましては介護分野での活用を進めていきたいと考えており、精緻化を図っているところでございます。LIFEの収集項目につきましては、今後も随時検討されると承知してございますので、未病指標も候補に加えて検討いただければと思います。

最後に、資料2の17ページの科学的介護の推進の論点でございますデータ分析、介護事業者間の情報共有については、本人同意の壁というものをどうクリアするかというのが課題であると認識しております。参考資料1の123ページでは、2024年度からマイナポータル等で閲覧可となっております。マイME-BYOカルテと同様、今後の一つのやり方として、例えば、本人がスマートフォンを支援者に提示するという使い方であれば、本人同意の問題はクリアされますが、介護事業者の負担を考えると、やはりシステム上で関係者が情報を共有するというのも可能な仕組みが望ましいと思います。しかし、この場合、本人同意が必要ということで、その方法として、例えばですが、アプリのダウンロード時や情報入力時に一定の条件に該当する関係者への情報提供に同意するというチェック欄を設けて、ある程度包括的な本人同意を得て幅広く情報を共有ということと、関係者には守秘義務を課すといったこと、いろいろとこれから工夫、検討がなされると思いますけれども、一つ考え方を述べさせていただきました。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 よろしく願いいたします。

多くの御意見が出ましたので、私のほうからは1つ要望を申し上げたいと思います。

地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進ということで、現在、保険者である自治体の事業の内容というのが大変重要かつ幅広いものになってきているのかなと感じております。2021年からの共生社会の実現のための社会福祉法の改正も踏まえて、包括的な福祉サービス提供体制の整備とか、重層的支援体制整備事業が新たにつくられることになりました。さらにそこに加えて介護保険関連で在宅医療・介護連携推進事業というものを進めていく。こうした状況の中で、自治体の特に担当者の方々の御負担が相当大きくなっているのではないのかなと懸念しております。

今回提示していただいた参考資料の中で、先ほど河本委員からも御指摘がありましたが、56ページにあります在宅医療・介護連携推進事業の課題というところで、多くの自治体が

事業実施のためのノウハウが見つからないということ、総合事業と連携した事業計画の策定ができる人材が不足していること、事業を総合的に進めることができる人材の育成が必要であるというようなこと。それから、事業の全体像を見渡せる人がいないというようなことが現状の問題であると報告されています。

一方で、自治体というのは例えば5年ぐらいの単位で人事異動などがあって、せっかくそういった事業に精通された方々が育った頃に、ある時期をもって異動されてしまうというようなことがあったりして、引継ぎなどを含めて大変難しい点も様々にあるかと考えます。それも一つの課題として考えておりますので、これは提案というか要望なのですけれども、例えばそういった事業などを長期的なスパンで見渡せるような人材、外部の方でもいいのですけれども、そういった方を確保していくことができないでしょうか。そういった方向性を考えていただきたいと思います。厚生労働省ではそういった人材を派遣するというようなことも行っているようではありますが、もう少し地域に密着した、そして、そういった事業に精通して長期的なスパンで事業の経過を把握することができるような人材とかマンパワーみたいなものを確保する件について、今後考えて検討していただければなと思われましたので、要望として挙げさせていただきます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の御発言、恐らく高齢、介護分野にとどまらない、広く自治体、行政、福祉、社会保障のほうから持続可能性を図っていくかという非常に大きな課題を御提示いただいたと思います。私も非常に同感するところでございます。ありがとうございます。

○石田委員 よろしくお願いたします。

○菊池部会長 吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

簡潔に要望、意見を1点だけ申し上げたいと思います。

今回の地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進についての議論の進め方について1点申し上げたいと思います。今回お示しいただいている検討の論点、現状と課題については、いずれも的確な整理、分析であると認識しております。しかし、今、各委員の皆様から様々な御発言、御議論をいただきましたけれども、今後、この議論をさらに深めていく上で、やはり1点注意すべきというか留意していただきたいのは、エビデンスデータに基づく議論の深め方ということだと思います。

例えば11ページのLIFEの評価について、運用状況や効果、実績及び現場での課題をエビデンスデータに基づいて整理している。こういうことが一例ですけれども、15ページから17ページの各論点について、やはり調査結果及び効果実証、並びに各論点に係るデータの見える化などをしていただき、可能な限りエビデンスに基づく政策形成が行われるように、参考資料には一部それぞれ御提示いただいておりますけれども、引き続き国として主導して、都道府県及び市町村介護事業所の皆様のお取組の実態把握、分析を進めていただいて、

エビデンスデータに基づく議論がさらに深まるようお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

15ページの論点に沿って幾つか申し上げます。

資料に示されているとおり、今後は、都市部ではニーズが増加する一方で、地方では高齢化のピークが過ぎて、ニーズ自体がなくなりつつあるというような地域間のアンバランスへの対応を制度としてどう落とし込んでいくかということが非常に重要な課題になると認識しております。したがって、需要のあるところとないところとの、めり張りをつけた制度設計を考えなくてはならないと思いますし、加えて、自治体を越えた連携や、現在ある施設をどうやって再編・統合をしていくか、あるいは他のサービスを展開していくかということについても、よく考えていく必要があると思います。

施設サービスの基盤整備については、当然、人材確保は重要な課題ですが、そもそも2040年にかけては生産年齢人口自体が減少してしまうので、今までの延長線上で人材を確保しようとしても、とても対応し切れない状況になることが予想できると思います。先ほどもお話が出ていましたが、可能な限り、アウトソーシングができるものはアウトソーシングをしたり、あるいは今、議論が進んでいますが、介護ロボットの活用等、本当に人がやるべきところ、介護の専門家がやるべきところと、そうでないところとをきちんと切り分けながら、人員の配置基準も含めて見直しをしていくことが必要だと思います。

先ほど少し申し上げましたが、介護ニーズがピークアウトした自治体の特養は、都市部では介護ニーズが増加しているのので、そことのマッチングができないかということを検討すべきだと思います。東京の在住者の半分近くは恐らく元々は地方出身者だと思いますので、自治体を越えたマッチングにもう少し力を入れてもいいと思いますし、本当にニーズがなくなってしまった特養については、ほかの施設と連携してサテライト化したり、あるいはほかのサービスに転換するという方策も考えていくべきだと思います。

入所基準自体の見直しというお話もありましたが、現在でも要介護1、2の方でもやむを得ない場合は入所が可能ですので、基準自体を見直すというよりは、まずは、そのような状況に応じた対応をしていくべきだと思います。

ケアマネの質の向上は重要な課題ですが、負担軽減を少し考えなくてはならないと思います。そのためにもICTを活用した事業所間のデータ連携や、機器を活用したICTの導入支援事業等、生産性の向上の議論をぜひ進めていただきたいと思います。

科学的介護の推進については、データヘルス改革に関する工程表にある自身の保健医療情報の閲覧の仕組みを早期にしっかりと実現していただきたいと思いますし、データヘルス改革の工程表の様々な事案については、介護だけではなく医療との連携にも資するものと思います。介護事業所内にとどまらず、事業者間や医療・介護間での情報共有もぜひ進

め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。

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。

私からは、今まででも何人もの委員の方も発言されました施設サービスの基盤整備についてでございます。意見ですけれども、2つぐらい言わせていただきます。

1つ目は施設サービスの整備状況や整備目標、それから、保険者レベルの整備計画になるとは思いますけれども、その実態把握の中で、他の入居系サービス、グループホームとか特定施設については介護保険サービスなのですけれども、それ以外にも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がどのような状況なのか。その辺の整備や入居率なども含めて十分勘案して、地域ごとで考えていく必要があるのではないかなと思います。

ただ、先ほども井上委員がマッチングであるとか、そういった言葉をおっしゃっていただきましたけれども、場合によっては、言葉は分かりませんが、住み替えなのか、移住なのか、そういったことをどういうふうに進めていくのかというのは今後必要になってくるのかなと思います。

2つ目ですけれども、個室ユニット化につきまして、個人のプライバシーや尊厳の確保などもありまして、方向性は非常にいいと思っております。ただ、先ほど橋本委員からも、それを進めていくけれども、人員は足りないけれども、大丈夫なのかとか、山本参考人からは低所得者の支援をしてほしいといった御意見もございました。ユニット化は目標は70%で47%と進んでないということでございますけれども、それプラス、今年の老健事業でそういうことが調べられるのかどうか分からないのですけれども、多床室を個室化するというと改修が必要なのですけれども、現在の耐震構造等の建築基準法が非常に厳しくなっているということも聞いておりまして、増改築が非常に難しい。もう一つ非常に問題なのは、建築コストが異常に高騰して取りかかれないということが要因としてあるのではないかなと思っております。その辺のことももし老健事業等で質問として挙げられるなら調べていただければいいのかなと思っております。

以上の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、兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

私は高齢者が利用するという視点で幾つか申し上げたいと思います。

一つは、自立支援ということが非常に強調されますけれども、介護保険というのは介護を必要とする人がサービスの利用を通して自分らしい生活をしていくことを支えるのが基本だと私は思いますので、自立のことの強調はどちらかというと身体的な自立度を高めていくということで強調され過ぎているような感じを持っております。その辺につい

ては、自立を高めていくということは大事だと思いますけれども、基本は自立について情報提供、学習する機会といったことを通して、本人が希望する、そういう人たちに対して自立度を高めていくための様々な方策と言いましょか、協力するという在り方が望ましいと思います。地域から見ているそういう感じがしていますので、第1点で申し上げました。

2つ目、施設の問題ですが、特養の利用が要介護3以上になったわけですが、それが実態と合わないということが地域によっては起きているという御指摘がいろいろございました。私の居住するところには、都市型小規模と、今は地域密着型ですか。小規模特養はありますけれども、このコロナで2年間ほどできてはいないのですが、コロナ禍の前は利用者の方たちとの交流を年数回行っておりました。そういったことで感じていることですが、要介護度によって細分化していくような施設の在り方というのは、私はあまり望ましくないように思っております。できればこういった地域密着型の小規模特養が少なくとも要介護度1から利用でき、どのぐらいの地域にどの程度必要なのか、むしろそういう基準をつくっていただきたい。地域のニーズを把握して進めていただきたい。大型の老人福祉施設ができて他市からも利用されるということは、介護保険が地域での生活を支えるという視点から言っても問題があるように私は思っております。

先ほど申し上げた地域での交流・支え合いということでは、私どもが地域に関わるとすると、専門的なサービスの提供を支えるということは限界があると思いますので、地域社会の中でともに支え合うということで行くと、例えば楽しみの場をともにすることなのでしょうから、そういった視点から言っても、要介護度の高い人たちだけの施設での交流というのは大変難しくなっております。地域社会は多様な人が生活しているわけですから、老人ホームの在り方も私は小規模でむしろ要介護度も多様な人、これは人材問題とかいろいろな課題を抱えるわけですが、介護保険の基本的な在り方というところにこのことはまた及んでいくかと思いますが、私自身はあまり重点化というよりは、援助を要する多様な人が利用できる施設にしていく。

それから、人口が減っていく、多くの地域が過疎化していくというような問題も出されていましてけれども、そういった地域社会の変貌に対応する上でも、小規模の施設というのがいろいろ転換もしやすいように私は思っております。以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

濱田委員、お願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

まず、論点マル1の計画的な介護基盤整備についてでございますが、単身一人暮らし高齢者のみ世帯の増加に加えまして、認知症の方あるいはMCIの方のみ世帯や障害、あるいは要介護度が軽度でも慢性疾患等で、生活支援の必要な世帯なども増えてまいります。これらの対応につきましては、様々なサービスもございまして、最後の受皿ということで定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能住宅介護など、包括型で提供できる

サービス事業所を、例えば定員など一定の柔軟性を持たせた上で、地域包括支援センターのように日常生活圏域に平均的に整備されることが望ましいのではないかと考えます。ただし、サービス基盤としてかなりそのほかの介護保険サービスが整備されている地域もございいますので、例えば訪問系サービスや通所系サービス、宿泊サービス等が連結して同様の機能が担えている圏域であれば、それに相当する取扱いができるということも考えてもよいのかなと思っておりますし、機能的には同等とみなしてもいいのではないかなと考えます。

また、夜間対応型訪問介護につきましては、参考資料の38ページにもございますように、例えば指定基準や報酬基準等を一定整理いただきまして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一類型とすることなども検討してはどうかと考えております。

論点マル2のケアマネジメントの質の向上につきましてでございますが、居宅介護支援、介護予防支援につきましては、近年、医療・介護連携の推進やICT活用、また、法定外研修受講やその他各種要因によりまして、介護支援専門員自体の業務遂行能力は向上してきております。一方で、先ほど杉浦委員からも御意見がございましたけれども、例えば、介護支援専門員が緊急連絡ならぬ第一連絡先になっている一人暮らしの高齢者の方の増加や、生活支援範囲の拡大、重層的支援の実施、連携関係機関の増加、また、参考資料の110ページの特定事業所加算や、116ページにございますが、入所者への説明等、一方で業務内容が増加するような要件も見られておりますところでございます。

業務負担軽減方策につきましては、今後、現場の意見が反映された調査結果等を参考にしまして対応する必要があると考えておりますが、昨日、介護文書の負担軽減の検討会等では、文書のやり取り等につきまして、デジタル化あるいは電子媒体でのやり取りができるように、関係事業所間、あるいは例えば要介護認定における認定調査情報などもデジタルで関係者間で共有できるようにすればどうかなどの意見もあったところでございます。

適切なケアマネジメント手法につきましては、112ページにありますように法定研修カリキュラムに追加される見通しと伺っておりまして、研修完了までには5年と一定年数はかかりますが、介護支援専門員や主任介護支援専門員の更新者には確実に周知や普及が図られるものと考えております。

また、染川委員の御発言もございましたけれども、やはり質向上のためにはその職種を目指す人材を増やす必要があると考えておりまして、そのためには処遇改善交付金等の対象に加えていただくことも今後引き続き御検討いただければということでございます。

論点マル3の科学的介護の推進につきまして、そして、住まいと生活の一体的支援につきましては、データヘルス改革工程表、参考資料1の124ページにあります介護事業者間における介護情報の共有並びに介護医療間の情報共有を可能にするための標準化のスケジュールにあるように、ケアプランデータ連携システムをはじめ、着実に推進していくことが期待されるところでございます。この際に、可能であれば、先ほども申し上げましたが、要介護認定情報や基本チェックリストなどの情報、また、マイナポータルなど要介護認定

更新手続などとの連結が図られますならば、業務負担の軽減も期待されるのではないかと考えております。

住まいと生活の一体的支援では、資料1の14ページ、現状・課題マル10では、高齢者の住宅確保や確保のための保証人確保が困難な状況もうかがえておりますけれども、一方で、人口減少により借受人が見つからない空き家自体は全国で増えてきておるところでございます。賃貸人が安心して高齢者等に貸し出しできますように、こうした生活支援の必要な対象者と賃貸住宅とのマッチング機能を例えば公的機関やそれに準ずる機関、また、居住支援法人などで強化が図られれば、一定確保が進むのではないかと考えております。また、その際にはやはりいざというときの家賃保証なども利用できる仕組みも併せて検討してはどうかということがございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護士会の及川でございます。

私のほうからは2点ほど意見をさせていただきます。

まず1点目です。在宅サービスの小規模多機能等に見られるような包括的なサービスというものは、複合的なニーズに柔軟に 대응することができるだけではございません。介護人材等の効率的な人員配置となるサービスだと理解しております。ただ、まだ十分に広がっていないのが実態でございますが、在宅生活を継続いただける環境を広げるためにも、このようなサービスを広げる方策というものを推進すべきだと考えます。

もう一点でございます。介護現場におきまして、アクティブシニアや介護助手、外国人介護人材等の多様化が進んでおります。また、重ねて介護ニーズの予防から看取り、そして、認知症ケア等、多様化が本当に進んでいるような状況でございます。課題が多様化している中で、介護サービスの質を低下させてはならず、介護サービスの質の向上を図っていかねばなりません。介護職チームの中核的人材に位置づけられている介護福祉士がチームマネジメントやサービスマネジメントをしっかりと担い、介護職チームとしてPDCAをしっかりと取り回すことが重要でございます。このことが論点にもありますような科学的介護の推進や在宅医療・介護連携の推進につながるものだとも考えております。つきましては、このような役割を担う介護福祉士が誇りを持って従事するモチベーションにもつながる工夫についても御検討をお願いいたします。

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した。

東委員、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。

論点に沿って4点ほど意見を申し上げたいと思います。

まず1点目は、資料2の15ページ、論点マル1の（施設サービスの基盤整備）について

でございます。資料2の7ページに「施設サービス量は30%の増加が見込まれており、～（中略）～、介護サービスの基盤整備を進めていく必要がある」と書いてございます。しかし、先ほど何人かの委員もおっしゃっていましたが、今は人材が全く足りておりません。この人材問題を放置したままで施設サービスを増やしていくという大変危険でございますので、配慮をお願いしたいと思います。

次に2点目は、資料2の16ページ、論点マル2の（施設入所者に対する医療提供）についてです。その2つ目の○に老健施設のことが記載されております。老健施設につきましては、入所における所定疾患施設療養費、短期入所における総合医学管理加算等、様々医療機能がございます。しかし、これらが十分に周知され、効率的に利用されているとは言えない現状もございます。どうしても医療は医療、介護は介護という議論になりますが、在宅療養においては医療と介護の両方を同時に提供できる老健施設の機能を、今後は有効に活用すべきではないかと考えております。これは資料2の15ページ、論点マル1の（在宅医療・介護連携）についても同様のことが言えるのではないかと考えております。

3点目は、資料2の17ページ、論点マル3の（科学的介護の推進）についてです。これも様々な委員から御意見はございましたが、いわゆるLIFEにつきましては、今後さらなる推進が必要と考えております。また、先ほど老健課長からLIFEへのアクセスの割合について御提示がございました。私ども老健施設がこのアクセスについては最も高いというデータになっております。しかし、一方では会員施設から現場にかかる負担が大きいという声も複数届いております。さらに、LIFEに携わる現場職員にとりまして、LIFEの項目やデータが現場のサービスにとって有用なものかどうか疑問であるというような声も多く聞こえております。冒頭で栗田委員もおっしゃってございましたが、LIFEの項目については必要十分で、かつ現場に有用なものとなるように改変をお願いしたいと考えております。

最後の4点目は、資料2の17ページ、論点マル3の（地域における高齢者リハビリテーションの推進）についてです。資料2の12ページの現状と課題に「量と質の双方の観点から」というような書きぶりもございますが、生活期における効果的なリハビリが提供されているかどうかは、適切なリハビリの評価指標によってのみ判断されるべきだと考えています。現在、LIFEにおけるリハビリの指標はバーセルインデックスのみでございます。しかし、バーセルインデックスは約50年ほど前にできたかなり古い指標であり、かつ状態の変化を捉える鋭敏性が低いとも言われております。さらに、認知症に関する評価項目も含まれておりません。地域における高齢者リハビリを今後効果的に推進するためには、適切なリハビリの指標が不可欠であると考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

齋藤委員、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。

私は論点マル1とマル2につきまして3つほど申し上げたいと思います。



まず、在宅サービスの基盤整備の中で看護小規模多機能のことが記載されておりますけれども、資料等にありますが、今後、医療ニーズを併せ持つ在宅での要介護高齢者の増加が見込まれておりますので、看多機の整備はさらに進めていく必要があると認識しています。

現在、2022年4月の直近データで全国で872まで増えてきておりますが、これを自治体ごとに見ていきますと、小規模自治体では1か所もないというところも大変多い状況です。なぜこういったところでは整備が進まないのかと考えてみますと、看多機は地域密着型に位置づいておりますので、原則としてその市町村の住民のみが利用可能であるということになっています。単一市町村のみでは看多機の利用対象となる中重度の利用者確保が難しいといった地域もあると思うので、採算性の観点というところからは事業者の新規参入障壁が高いのではないかと考えております。現在も自治体が認めれば市町村外から利用できる仕組みはありますが、承認までの時間が非常にかかるか、あるいは自治体が定める基準に合わない承認されないといった状況もあり、看多機の利用機会が阻害されているという状況があると思います。

そもそも看多機の趣旨としては、退院直後や医療ニーズの高い方々の在宅限界点を上げるということで創設されたサービスです。入院していた患者さんが利用者となって地域に戻るということを考えると、地域によっては市町村を越えた二次医療圏単位で利用を可能にすることも必要なのではないかと思っております。そのため、看多機を介護保険の居宅サービスにも位置づけて、特養のように地域密着型、あるいはそうではない類型といった選択ができるような制度の見直しというのも必要ではないかと思っております。仮に看多機を居宅サービスに位置づけるということであれば、定員数の拡大を検討して、複数市町村での広域利用ができればいいのではないかと思います。そういうことによって市町村の規模、あるいは高齢者人口、病院等の配置状況などに応じた看多機の整備推進につながっていくのではないかと考えています。

先ほども言いましたように、看多機の創設趣旨としては医療ニーズの高い方、あるいは看取り期の方、そういった方も自宅に近い環境で療養の継続ができる、訪問、通い、泊まりを柔軟に組み合わせて支えるサービスですので、看護を提供する事業所として、多様なサービスにより中重度者の在宅療養継続あるいは看取り期の支援といった看多機の役割をさらに明確化して、サービスの創設趣旨に沿った事業所の整備を進めるべきではないかと思っております。

それから、先ほども訪問看護の話が少し出ておりましたが、訪問看護は、資料にありますように事業所数は平成24年から非常に伸びていますが、開設後、短期間で休止あるいは廃止になる事業所も大変多い状況です。やはり規模の経済が働いてくるサービスですので、安定して地域にサービスを提供するためには、大型化していく基盤整備、基盤強化が課題なのではないかと思っております。現在常勤換算2.5という訪問看護ステーションの人員基準、あるいは診療報酬での機能強化型ステーションのように大規模化のインセンティブと

なるような介護報酬の評価について今後は検討が必要ではないかと思っています。

それから、医介連携事業につきまして様々見直しがされておりますけれども、参考資料の56ページにあるように指標設定等の事業評価がしにくいという調査の回答が出ております。事業を実施することが目的ではなく、事業の実施によってどんなまちをつくるのかといった観点が非常に大事になりますので、ぜひ8事業それぞれ効果指標を設定して、全体的な事業評価を行っていく時期なのではないかと思っています。

それから、論点マル2の施設入所者に対する医療提供につきまして、先ほども医療ニーズの高い方が必要な医療にアクセスできているのかということについて疑問を呈された状況でしたが、特養の看護職員配置基準というのは100人の入所者に対して3名でございます。夜間に看護職員が常駐している施設は極めて少なく、9割がオンコール体制となっているのですが、医療処置や看取りのニーズがある一方で、特養は医療提供が主たる目的ではない施設ですので、医療的ケアの必要な要介護者の入所が難しい、または入所可能な人数を一定程度に制限している施設もあると伺っています。今後は医療ニーズへの対応や夜間緊急時の対応の強化、看取りや感染症対策への対応力の強化が必要になりますので、従来の類型よりも看護配置基準を高めていくといった看護の機能強化が大変重要になるのではないかと思います。

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、最後の御発言になります。江澤委員、お待たせしました。

○江澤委員 ありがとうございます。

時間もございませんので、論点に沿って端的に幾つか意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず、論点マル1についてでございます。定巡と夜間対応型訪問介護あるいは看多機と療養通所介護の整合性については、今後、実態を踏まえて次期介護保険事業計画までの検討課題と認識しております。

続いて、医療計画と介護保険事業計画との整合性についてでございます。ここは行政の縦割り等いろいろな状況もございますし、医療や介護の事業者間の連携も必要でございますが、より密なる連携を図って、より実態になじむ計画を期待したいと思います。

例えば全国の特養と老健は合わせて日々10万床が空床というのが我が国の現状でございます。介護施設も徐々に稼働率が低下してきている中で、こういったものも在宅の受皿として十分有効活用できるものと思っています。

次に、高齢者住宅は現状、中重度要介護者を多く受け入れており、介護保険施設の代替機能を発揮しています。一方で、施設ではなく補足給付もありませんので、低所得者の受皿とはなっていないという現状がございますので、こういったところを踏まえて次期介護保険事業計画を綿密に検討する必要があると思っております。

また、日本人の特性として、自分の代で先祖から受け継いだ家を売却するといったリバ

ースモーゲージというのはこれまでもなかなか受け入れられておりませんので、そういったことも含めて幅広い視野で検討することが必要だと思います。

続いて、論点マル2についてでございます。ユニットは全室個室のハードばかりに目が行きがちですが、実は個別ケアのよきツールであると位置づけられています。また、従前から特養のみならず介護保険三施設で整備目標が設定されておりますので、こちらは介護三施設の共通の課題として推進を図っていくべきだと思っております。

本日も複数の委員から御意見がありましたように、介護職員が2対1以上いないとなかなかユニットケアは提供できない。あるいは建築コスト、特に大規模改修になると、下手をすると新築よりもコストがかかるという状況もございます。そして、建築費用の高止まりということが背景でございます。非常に課題がある中で、今後、質を担保しながら、これからのユニットケアの在り方というのはまた新たに模索していく必要があると思っております。

あわせて、多床室型の施設でも個別ケアというのはかなりできる部分がございますので、そういったことは併せて検討が必要だと思います。

続いて、介護施設の医療提供についてでございます。介護施設と回復期の地域包括ケア病棟等の連携を強化する方策が考えられると思っております。例えば特養の配置医師に加えて、入院の受皿となる地域包括ケア病棟を有する医療機関が日頃から顔の見える連携体制を構築しておくというのは極めて重要ではないかなと思っております。特に日頃から顔の見える連携を構築していると、施設入所者が入院する場合には、多くは救急車を呼ぶことなく職員さんが連れてくるケースが多いです。したがって、いろいろな意味で、こういったことに各地域で取り組むことが重要だと思います。

あわせて、介護施設入所者の日頃からの医療管理、もちろん治療する場ではないのは前提とした上で、検査、診療体制の充実を図ることも必要に応じては検討すべきではないかなと思っております。そうすることによって合併症や重症化の防止にもつながると考えています。

また、看取りが増えてくる中で、意思決定支援のさらなる充実をより図っていくべきだと思います。前回の改定では、介護保険施設においては人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスのガイドラインに沿った取組を行うということが努力義務でございましたけれども、運営基準となり、また充実をより図っていく必要があるかと考えています。

あと、包括医療で、例えば老健において高額薬剤の影響がどうであるのか。真にそういった薬剤が必要な入所者がいらっしゃるのであれば、その方の実態についてどうなのかというのをまたデータに基づいて、実態に基づいて検討すべきだと思います。

介護医療院はあと1年半少々で介護療養病床の廃止が決まっている前提の中で、2024年度以降、介護医療院はいよいよ質が問われると考えていますので、介護医療院の質の向上に向けた議論というのも併せて行っていく必要があると思っております。

3番目の論点でございます。LIFEもいろいろな意見がある中で、特にやはり現場にどのように資するかどうか、特にフィードバックの改善というのは本当に走りながら考えてい

く喫緊の課題だと思っています。

老健における課題で申し上げますと、今、6か月間入所を継続した人のデータで比較をしていますから、例えば老健においては在宅復帰をしていない入所者、6か月間入所を継続した在宅復帰ができていない入所者の二点間の比較となっています。実際にいろいろなデータがありますが、6か月間入所し続けている人は老健施設で言うとざっくり半数弱になります。ですから、在宅復帰できない残りの半数のデータを比較しているにすぎないので、そういうところも含めて、これは一例ですが、いろいろな課題がまだまだあるので検討課題と思います。

続きまして、リハビリテーションについてでございます。退院・退所時カンファへの通所リハや訪問リハ事業所の参加というのは充実を図っていくべきだと思っています。また、通所リハの主に医療機関における短時間通所リハ、1時間以上2時間未満の短時間通所リハと老健のデイケアのような中長時間型のデイケアの在り方については、評価も含めて区分して検討していく必要があると考えています。

あわせて、訪問リハ事業所の拡充、特に老健施設等においても訪問リハ事業所の拡充というのは重要な課題と思っております。あわせて、訪問看護ステーションの、本来のあるべき姿に向けてより一層推進すべきと考えております。

地域リハビリテーションについては、制度下に明確に位置づけることが重要だと思っております。都道府県の地域リハビリテーション体制の構築と市町村の地域支援事業、その中におけるいろいろ介護予防等ございますけれども、そういったところが密なる連携を図ることによって、そして、自治体の重要な責務と位置づけて、住民のリハビリテーション、介護予防への意識を高めるということは非常に重要ではないかと思っております。

住宅のことが最後にございますけれども、空き家も増えてきている中で、住宅政策と介護保険事業計画の連携というのはより一層図っていけばと思っております。

最後に要望1点でございます。今後議論があると思うのですが、これだけコロナが大流行している中で、感染対策の議論、介護保険事業計画における感染対策をテーマとした議論というのは不可欠でないかと思っております。現状、全国で重症者が600人に対し、死者数が何と300人という極めて深刻な事態を今迎えています。死者の多くは虚弱な高齢者でありまして、この異様なバランスというか、この数字については、死者数を一刻も減らすことが急務だと考えています。

今、第7波のオミクロン株の流行においては、決してコロナの重症者からの死者が増えているわけではございません。特に軽症・中等症辺りからの虚弱な高齢者が脱水を来したり、あるいはいわゆるCOVID肺炎、コロナ肺炎ではない誤嚥性肺炎とか細菌性肺炎を併発したり、種々の感染症を合併あるいは基礎疾患の悪化によって重症化をして命を落としています。これらの要因は、やはり高齢者に対する早期治療介入の遅れが原因の一つだと認識をしておりますので、今後、介護施設の入所者の新興感染症における医療支援というのは喫緊の課題と思っておりますので、今後のいろいろな感染症の流行も踏まえて、次期介護

保険事業計画における議論として、感染対策というのはぜひお願いしたいと思っております。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長　ありがとうございました。

予定の時間を過ぎておりますが、ここまで様々な御意見を頂戴することができました。皆様それぞれこの分野における専門家でいらっしゃると思いますので、私のほうから何も申し上げるべきことはないですし、また、今日もいろいろ学ばせていただいたのですが、1点だけ少し大きな話を申し上げさせていただくと、今日の資料2の3ページの一番上の○にありますように、今、政府全体として地域共生社会の実現というものを政策目標に掲げているわけでありまして。私は介護保険以外にも障害者部会、生活困窮者支援及び生活保護部会、医療保険部会に出させていただいておりますが、高齢者介護だけではなく、子ども、障害、困窮といった様々な地域の住民を地域で支えていく。最近では精神医療と地域包括というテーマでも深められていますが、そういった方向性にある。ですので、ここでも地域共生社会の実現が地域包括システムの目指す方向であるとも言えると思っております。

だから今回の制度改正で何をするという話ではないのですが、再来週に四国の各自治体を回らせていただくのも実はその関係で、重層的相談支援体制整備事業の展開を見に行くというのがあるのですが、石田委員が少しお話しされておりましたように、各自治体が限られたリソースの中で様々な施策を展開しなければいけないという中で、少なくない自治体では地域包括ケアというのはある意味で先を行っている福祉の先頭集団なので、地域包括ケアシステムを軸にして地域共生社会のシステムを横展開していく、高齢以外の分野にも展開していくという自治体が結構多いと思っております。

その意味では、老健局の皆さんにも申し上げているのですけれども、地域包括ケアシステムはある意味で地域共生社会の最先端の担い手であるということですので、ほかの領域に開かれた地域包括ケアシステムの議論をぜひ意識していただきたいというのが、私の感じているところでございます。だから今回改正でこれをしてくださいという話では直ちにはございませんけれども、1つだけ述べさせていただきました。時間を取ってしまいましたすみません。

今日も2順目の議論まで行けませんでしたでしたが、進行につきましては引き続き事務局と相談しながら、改善できるのであればしてまいりたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、次回の日程について事務局からお願いします。

○占部企画官　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、本日の部会はこれにて終了させていただきます。

どうもありがとうございました。お疲れさまでした。