

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第101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。

報道関係の方に御連絡をいたします。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、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○占部企画官 それでは、以降の進行を菊池部会長をお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、おはようございます。本日も忙しい中、お集りいただきましてありがとうございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

まず、本日の出欠ですが、大西委員、黒岩委員、齋藤委員、佐藤委員、杉浦委員が御欠席です。

黒岩委員の代理として垣中直也参考人、齋藤委員の代理として田母神裕美参考人、杉浦委員の代理として福島由子参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただいて、よろしいでしょうか。

(異議なしの意思表示あり)

○菊池部会長 ありがとうございます。

また、本日は、公務により、大西老健局長、林総務課長、日野介護保険計画課長が途中で退席すると伺っております。皆様の御発言は、議事録にしっかり残しますので、後で御覧いただくことになるかと思っております。といっても、12時過ぎまでおいでいただけるようですので、よろしくをお願いいたします。

それでは、議事に入ります。

初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局からお願いいたします。

○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。

まず、資料ですが、事務局提出資料と併せて、本日、栗田委員、齋藤委員、花俣委員から資料が提出されております。

資料について、会場にお越しの委員におかれましては、タブレットと机上に用意をしております。

タブレットの操作で御不明点等がございましたら、事務局がサポートいたしますので、お申しつけください。

オンラインで出席の委員におかれましては、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っております。同様の資料をホームページに掲載しております。

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、画面の下のマイクのアイコンが出ているかと思えます。進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにしていただき、御発言の際には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、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「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していただきますようお願いいたします。

なお、時間が限られておりますので、発言時間はお一人5分以内でお願いいたします。時間が到来いたしましたら、事務局よりベルを鳴らしますので、各委員におかれましては、発言をおまとめいただきますようお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入ります。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」事務局から資料の御説明をお願いいたします。

○林総務課長 老健局総務課長でございます。

まず、資料1につけておりますが、今後の進め方について、更新してございます。今日と24日に地域包括ケアシステムの深化・推進、今日の資料について、2回に分けて御議論いただければと思っています。

28日には給付と負担について議論いただきまして、12月には取りまとめに向けた議論を行っていただければと考えておりますので、御紹介いたします。

次に、今日の本題であります「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について」、資料2を御覧ください。

時間もございませんので、かいつまんで御説明したいと思います。

1コマ目に目次をつけております。総論と、各論について(1)(2)(3)に分けて整理しております。

まず、2コマ目以降、総論でございまして。時間もございませんので、見出しだけ見て、流れを確認いただければと思います。

まず、人口・世帯構成の変化あるいは地域差の大きさといったところを書いてございまして。

そういったことを踏まえて地域包括ケアの深化の必要性を、まず、イントロとして御説明をし、3コマ目ですけれども、大きい1つ目としては、生活を支える介護基盤の計画的な確保と住まい、ひとり一人に寄り添う介護サービスの必要性、そして医療需要への的確な対応といったこと。

4コマ目に介護DXの推進、そして安心・安全の確保といったことも重要であること。

5コマ目に移りまして(2)として、様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現としまして、いわゆる総合事業の推進、介護予防や社会参加の推進、地域包括支援セン

ターの体制整備と地域共生社会づくりの方向性です。

6コマ目に行っていただきますと、(3)として保険者機能の強化、保険運営と地域デザイン機能の強化といったことを述べております。

以上を踏まえて、この(1)(2)(3)という観点から検討を行ってはどうかということでございます。

7コマ目から具体論でございまして、この検討の方向性というものをお示ししております。

7コマ目からが(1)として、生活を支える介護サービス基盤の整備ということでございます。

以下、拾い読みで簡潔に御説明いたします。

1つ目が、介護サービスの基盤整備についてです。

都市部と地方など、地域によって異なる実情に応じまして、長期的な介護ニーズの見通し、必要な介護職員数を踏まえつつ、計画を策定すること。また、必要に応じて既存施設・事業所の今後の在り方も含めた検討を各自治体に促すということとしております。

続きまして、在宅サービスについてですけれども、既存資源等を活用した複合的な在宅サービスの整備を進めていくこと。

例えば、複数の在宅サービス、訪問や通所を組み合わせる複合型サービスの類型などを設けることを検討してはどうか。また、あわせて機能が類似・重複しているサービスについて、将来的な統合・整理に向けて検討してはどうかということ。

また、中重度の方に対する介護サービス基盤の整備をより進めていくための方策の検討ということを示してございます。

8コマ目を御覧ください。ケアマネジメントの質の向上について、適切なケアマネジメント手法のさらなる普及・定着を図るといったこと。

また、ケアプラン、情報の利活用を通じたケアマネジメントの質の向上を図るといったことなどを提起してございます。

9コマ目を御覧ください。在宅医療・介護連携についてです。

この事業については、2番目の○ですけれども、PDCAサイクルに沿った運用となるよう、省令や手引等を見直したところでありまして、引き続き、その周知を図っていくといったことを提起してございます。

10コマ目が続きでございますが、医療計画と介護保険事業計画の整合性の確保、また、病床の機能分化・連携に伴う需要も踏まえたサービス量の見込み。

3番目の○として、都道府県・市町村の医療・介護関係者による協議の場での協議を通じた連携を図るといったことを示しております。

次に、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、介護保険事業計画での対応も含めて、地域リハビリテーション体制の構築やリハビリテーションに係る取組の充実を図るといったこと。

11コマ目に行っていただきますと、施設入所者への医療提供ということで、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、配置医師の実態等も踏まえつつ、報酬上の取扱いを含めて検討を進めるといったことを示しております。

次に施設サービスについてですけれども、特別養護老人ホームについて、現在、要介護1・2の方については、特例的な入所を可能としておりますが、この特例入所について、現在実施している老健事業等により早急に実態を把握の上、改めて趣旨の明確化を図るなど、適切な運用を図ることとしてはどうかとしております。

12コマ目を御覧ください。個室ユニット型施設の整備についてですが、引き続き、整備に当たっての課題等も整理しながら、推進を図っていくということを示しております。

13コマ目を御覧ください。住まいと生活の一体的な支援についてです。

2つ目の○にありますように、令和4年度から老健事業で実施しておりますモデル事業等の結果も踏まえて、住まいと生活の一体的な支援の方策について、介護分野以外の施策との連携や役割分担の在り方も含め、引き続き検討してはどうかとしております。

14コマ目を御覧ください。介護情報利活用の推進です。

これにつきましては、骨太方針2022において、介護を含む医療全般にわたる情報について、共有、交換できる全国的なプラットフォームを創設することが求められているということ踏まえまして、具体的な介護情報基盤整備の在り方を検討することが必要でございます。

これについては、利用者に関する顕名の介護情報を、電子的に閲覧できる情報基盤を整備することによりまして、2番目の○に書いてございますように、自治体、利用者、介護事業者、医療機関、それぞれに効果が見込まれるといったことを踏まえまして、顕名の介護情報の収集等について、必要な法令上の整備も含めて、具体的な検討を進めることとしてはどうかとしております。

15コマ目を御覧ください。科学的介護の推進です。

国が提供しておりますLIFEのフィードバックの改善を図るといったことや、入力負担の軽減あるいは収集する項目について検討するといったことを示しております。

16コマ目を御覧ください。財務状況等の見える化についてでございます。

1つ目の○にありますように、介護サービス事業者について、経営情報を収集・把握することについての重要性を書いております。

ポツに並べておりますように、1つが、国民に対して介護が置かれている現状・実態の理解の促進。

また、2つ目のポツ、経営状況の実態を踏まえて、効率的、持続可能な介護サービス提供体制の構築のための政策の検討。

物価上昇や災害、新興感染症等に当たり経営影響を踏まえた的確な支援策の検討。

実態を踏まえた処遇の適正化に向けた検討。

また、介護報酬に関する基礎資料である介護事業実態調査の補完、こういった観点から

重要と考えております。

また、介護サービス事業者側もマクロデータを活用して経営課題の分析などにも活用可能と考えております。

現在でございますけれども、社会福祉法人については、計算書類の作成・届出の義務、計算書類の公表義務が課されております。

また、障害福祉サービス事業者については、利用者の選択に資するという観点から、情報公表制度において、事業所等の財務状況を公表することになっております。

また、社会福祉法人については、厚生労働大臣がデータベースを整備して、計算書類等の内容を集約した結果を公表しているという現状でございます。

以上を踏まえまして、17ページには、骨太2022などで、こういった見える化を進めるということが明記されているということ。

また、2つ目の○には、医療法人について、先行して検討が、今、進められておりますけれども、その検討状況を紹介してございます。

以上を踏まえまして、18コマ目が検討の方向性ということでお示ししている内容でございます。

まず、介護サービス情報公表制度につきましては、利用者の選択に資するという観点から、社会福祉法人や障害福祉サービス事業者の制度を踏まえまして、介護サービス事業者についても同様に財務状況を公表することを検討してはどうか。

また、介護サービス情報公表制度について、現行でも職種別の従事者数、経験年数等が公表されていることも踏まえ、1人当たりの賃金などについて、公表の対象に追加してはどうかとしております。

また、2番目の○ですけれども、医療法人の検討状況を踏まえまして、介護サービス事業者が、財務諸表等の経営に係る情報を定期的に都道府県知事に届け出るということ。

また、社会福祉法人と同様に、厚生労働大臣が、当該情報に係るデータベースを整備することを検討してはどうかという提起をしてございます。

続きまして、19コマ目を御覧ください。介護現場の安全性の確保について、好事例の横展開や国における事故情報収集活用の仕組みの構築など、引き続き検討を進めてはどうか。

また、高齢者虐待防止につきましては、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど、高齢者が利用する施設における虐待防止を図るための方策を進めるということ。

また、自治体の相談支援など、高齢者虐待に係る対応力の一層の強化のための方策を講じるといったこと。

最後の○ですが、在宅サービスにおける報酬上の取扱いも含めまして、身体拘束の防止のための方策を検討するといったこと。

また、養護者に該当しない者からの虐待防止のための方策を講ずることを提起しております。

20コマ目を御覧ください。ここからが（2）の様々な生活上の困難を支え合う地域共生

社会の実現に関わる項目でございます。

まず、総合事業の多様なサービスの在り方についてでございます。

26年の法改正から一定期間が経過していることを踏まえまして、総合事業の実施状況等について検証を行い、事業内容、効果について実態把握、整理を行うとともに、第9期、次期の介護保険事業計画期間において、総合事業を充実化していくために必要な取組を整理して、集中的に取り組んでいくということにはどうかということでございます。

現在の実施状況について、参考資料に、今年度老健事業で調査しております中間集計の状況などを載せておりますので、後でお読み取りください。

また、2番目の○ですけれども、生活支援体制整備事業を一層促進することによって、インフォーマルサービスも含めた地域の受け皿を整備していくといったこと。

また、こういった事業者が協議体に参加するに当たって要件を設けるなど、利用者やケアマネジャーが、ケアプラン作成時に適切に選択できるような仕組みを検討することとしてはどうかとしてございます。

次に、21コマ目を御覧ください。通いの場や一般介護予防事業についてです。

感染防止に配慮しつつ、活動を再開、参加率向上を進めていくといったこと。そのため、より活用をしやすい形での情報提供あるいは医療や介護の専門職の関与を進めていくといったこと、こういったことによる質の向上を図ることが重要ではないかと書いてございます。

また、3番目の○ですけれども、様々な手段、機会を活用した参画への働きかけを進めていくということを示してございます。

次に、認知症施策についてです。

今年は、認知症施策推進大綱の中間年に当たるということで、各目標の進捗状況の評価を行っております。こういった評価を踏まえまして、引き続き、共生と予防を車の両輪として施策を推進していくことを示しております。

22コマ目を御覧ください。地域包括支援センターの体制整備についてでございます。

体制整備と業務負担軽減を推進していくことが重要であるという認識を示しつつ、2番目の○でございますが、地域包括支援センターの業務負担軽減を進めていくに当たりまして、要支援者のケアマネジメント、介護予防支援業務、こういったものの負担が大きいことなどを踏まえまして、地域包括支援センター以外にも、この要支援者のケアマネジメント実施者を拡大するという含めて検討することについてどう考えるか。

また、その際、地域包括支援センターが介護予防支援の実施状況の把握など、一定の関与を担保するという観点も必要ではないかということを示しております。

また、3番目の○は、いわゆるケアマネジメントの手法について、一定の簡素化、サービス担当者会議の省略等を可能としてはどうかという提案をしてございます。

23コマ目ですが、地域包括支援センターの職員の配置についてでございます。

同一法人でなくても、複数拠点で合算して3職種を配置することも可能とするなど、柔

軟な職員配置を進めるといったこと。

また、主任介護支援専門員に準ずる者の範囲を拡大するといったこと。

居宅介護支援事業者や小規模多機能居宅介護事業者など、地域密着型の拠点をブランチやサブセンターとして活用することを進めること。

4番目の○ですけれども、また、市町村が包括的支援事業を委託する場合に、部分委託や再委託を可能とすることについて提起してございます。

続きまして、24コマ目です。ここからが（3）の保険者機能の強化に関わる方向性でございまして。

まず、保険者への支援についてですが、各保険者、市区町村が地域包括ケアシステムの構築状況、自己点検を実施し、計画に反映できるように国としての支援を進めてはどうかとしてございます。

25コマ目を御覧ください。保険者機能強化推進交付金等、いわゆるインセンティブ交付金に関してですが、これは、推進交付金と努力支援交付金と2つの制度事業がございまして、それぞれの役割分担を明確化し、評価指標について見直し、分類するといったこと。

また、評価指標について可能な限り縮減するといったこと。

2番目の○ですけれども、アウトカムとの関連性が高いアウトプットや、中間アウトカムに関する評価指標の充実を図るといったことを示しております。

また、評価結果につきましては、個別の評価項目ごとの得点獲得状況を公表するということとしてはどうかとしております。

26コマ目を御覧ください。給付適正化・地域差分析についてです。

3番目の○にありますように、介護給付適正化主要5事業について、取組の重点化、内容の充実、見える化を行うといったこと。

また、計画作成の効率化については、地域包括ケア「見える化」システムのさらなる機能改善、各種実態調査の集計・分析ツールの提供などの支援強化をすることを含めて、計画作成の負担軽減を図るといったことを示しております。

最後、27コマ目です。要介護認定の関係です。

これは、新規申請などの有効期間について、地方分権改革提案として、原則として、これらの期間は6か月となっていますけれども、これを12か月に延長することなどの提起がされております。

これについては、ポツにありますように、例えば、12か月経過後に軽度化している方の割合が多いことなどを踏まえまして、どのように考えるかと提起しております。

また、更新認定の有効期間のさらなる上限拡大については、これまで行いました制度改正の影響などを引き続き検証する必要があるのではないかと提起しております。

また、介護認定審査会の簡素化につきましては、これも地方分権の改革提案において、事前の包括的同意で、審査会への通知省略ということを提起されております。これについてどう考えるかという問題提起でございまして。

また、簡素化につきましては、事例の収集・周知が重要ではないかといったことを示しております。

また、最後の〇ですけれども、認定審査会のICT活用での実施について、新型コロナの感染状況を問わず、継続することとしてはどうかとさせていただきます。

以上、駆け足でございますけれども、私から資料の説明でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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

なお、今回の議題は、内容が非常に多岐にわたってございます。そのため、本日は、まず、資料2の「(1) 生活を支える介護サービス基盤の整備」を中心に御議論いただき、(2) 及び(3)については、主として次回に御議論いただくことを考えております。次回、11月24日に予定されてございます。

ただ、次回、御欠席の予定であられる場合あるいは本日の議論を踏まえて、次回まとめて本日の議論についても御発言いただく場合などもあると思いますので、持ち時間の範囲内で適宜柔軟に御発言いただいで結構かと存じます。

会場の方は挙手、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。事務局から御案内のとおり、予定終了時間内に多くの委員の皆様へ御発言いただきたいと考えてございますので、発言時間について御協力いただきますようお願いいたします。

それでは、まず、いつものように、会場の御参加の委員の皆様、よろしければ、席順に御発言いただければと思います。

岡委員、栗田委員、花俣委員の順でお願いできればと存じます。

よろしければ、岡委員からお願いできますでしょうか。

○岡委員 ありがとうございます。

では、3点、意見を申し述べたいと思います。

1点目ですが、ケアマネジメントの質の向上についてです。

ケアマネジメントは、利用者の自立支援と適正な給付管理を行う上で、極めて重要でございますが、介護事業者からは、それを担うケアマネジャーの深刻な人手不足を訴える声が聞かれております。

このため、質の向上のみならず、人材の確保という視点も踏まえた取組が必要でございます。

8ページの記載内容は、この2つの課題への対応の方向性として、適切なものと考えますので、具体策の検討をぜひ進めていただくよう、お願いいたします。

また、追加的に申し上げれば、ケアプランの作成におけるAIの活用あるいはその支援といったことについても研究を進めていただければと思います。

2点目ですが、住まいと生活の一体的支援についてでございます。

13ページに記載されている調査研究事業は、地方自治体において、縦割りではなく、介



護保険部局と住宅部局が連携するという点で、効果的な取組になるのではないかと期待をしております。

ぜひ、研究結果を報告していただくとともに、効果検証を踏まえて、よりよい形で全国の自治体へ横展開していただきたいと思っております。

また、2つ目に記載されている介護分野以外の施策として、国土交通省や民間事業者と連携し、空き地や空き家、遊休状態となっている公共施設やUR住宅の有効活用にもつながる取組を進めていただくよう、お願いいたします。

最後に3点目でございます。14ページに記載されております、介護情報利活用の推進についてです。

医療分野においては、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けた政府の取組が強化されております。

介護分野におきましても、電子的な情報共有及びその活用の仕組みを構築することはもちろんのこと、医療健康データとの連結を行うなど、広く医療・介護DXの実施に向けた強力な取組を進めていただきますよう、お願いをいたします。

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、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 私は、私から提出させていただきました資料に基づいて、お話をさせていただきたいと思っております。

資料2の冒頭にもございますように、2040年にかけて85歳以上の人口は急増するとともに、高齢者の単独世帯、それから夫婦のみ世帯が増加することが見込まれるということですが、この85歳以上の方が増加するということと、認知症あるいは認知機能障害のある方が増加するということは、端的に言ってしまうと、ほとんど同じことを言っているという話をちょっとさせてもらおうと思うのですが、まず、私が提出しました資料の表紙を開けた2ページ目に、我が国の認知症高齢者の有病率と将来推計を示しておりますが、3ページ目に、これを年齢階級別に色分けしたグラフを示しています。これは、性・年齢階級とありますが、性をちょっと消していただきたいのですが、年齢階級別の将来推計で、これを見たら分かりますように、2040年までに、認知症高齢者数は右肩上がりが増え続けるのですが、増えるのは85歳以上の認知症高齢者でありまして、84歳未満の認知症高齢者は、ほとんど増えないですね。

4ページ目は、我が国の性・年齢階級別の単独世帯の高齢者人口の将来推計でありまして、これを見ますと、特に女性において、85歳以上高齢者における単独世帯高齢者の増加が目立つのが分かり、それから、男性のほうは、どちらかというと、前期高齢者の単独世帯が多いのが一目立つのですが、実は増加の勢いは、男性においてもやはり85歳以上に最も顕著な傾向がございます。

この数字と、先ほどの性・年齢階級別認知症有病率を掛け合わせると、この5ページ目

のグラフになりまして、85歳以上の一人暮らしの認知症高齢者が、今まさに急速に増えているという現状が分かります。

細かいことを言いますと、一人暮らしの認知症高齢者は、施設移行のリスクが非常に高いということが分かっておりますので、この数値より少し下がるとは思うのですけれども、ただ、増加の勢いはこうだということでもあります。

こうしたことから、今や85歳以上で一人暮らしで、あるいは夫婦のみで認知症や認知機能障害とともに、様々な慢性疾患を持って生きる高齢者の生活を支えていくということが、医療や介護の現場では標準となっており、介護支援専門員には、意思決定支援、社会参加支援、権利擁護支援とともに、訪問看護などによる健康管理支援あるいは別居家族の支援、経済支援などを含む制度の枠を超えた複合的なサービスのコーディネーションという、非常に高いスキルが求められるようになってきているわけでございます。

このような観点から、資料の8ページにもございますが、介護支援専門員の法定研修カリキュラムの見直しは大変期待されるところでありますけれども、実践的なスキルの獲得という観点では、やはりOJTが非常に重要でございます。その際には、例えば認知症疾患医療センターとか、実績のある認証サポート医とか、在宅療養支援診療所とかと連携して、チームによるケアプランの実践ということを、ぜひ経験していただくということが大事だろうと思います。

また、本日データをお示ししていませんが、一人暮らしの認知症高齢者の健康リスクが非常に高いということが、つまり健康問題のリスクですが、これは、私どもの疫学調査で分かっているのですけれども、訪問看護は健康管理とともに、認知症とともに生きることを、本人、家族が学ぶという上でも、大変意味がございまして、訪問看護を活用した在宅サービスの調整というのが、ある意味では我が国の標準的なケアの在り方になっていくのではないかと思います。

そのような意味で、例えば、看護小規模多機能型居宅介護は、我が国の在宅サービスの基本モデルと考えてもよいのではないかと思いますけれども、これについては、その普及策を検討することが大事でありまして、また、それと同時に、この看護小規模多機能居宅介護の有効性を、例えば在宅継続率などのアウトカム指標を用いて、科学的に検証すること、ぜひ行わなくてはならないことであろうと思います。

それから、最後に、高齢者虐待防止についても少しお話をさせていただきますが、高齢者虐待防止については、この高齢者の認知機能低下や認知症が高齢者の人権侵害や虐待の重大なリスクファクターになっているということは、これは、もう諸外国の研究でも明らかにされておりまして、この問題は、介護専門職のプロフェッショナリズムに関する重大な問題でございます。

この問題を克服するには、今日の介護専門職のプロフェッショナリズムの醸成を阻む要因が何かということ、多面的に分析して、その構造を変えていくための具体的な政策パッケージが提言されていかなければならないわけですが、この領域については、認

知症介護研究・研修センターが、これまでも研究的に取り組んでいたのだと思うのですが、これも、これが、どのような成果につながっているのか、私の勉強不足かもしれませんが、それがよく分かりません。

この問題について徹底した研究を行うことは、我が国の介護職員のプロフェッショナルリズムの確立と介護サービスの基盤整備に関わる重要な課題であ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、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

まず、お示しいただいたスケジュールなのですが、これは、給付と負担については、11月28日に再びテーマになるようですが、前回の部会の議論により、介護を必要とする本人や介護する家族には、介護保険料や利用料の負担に耐えられるだろうかという不安が高まっていることを、まず申し上げたいと思います。多くの方々にとって説得力のある議論になることを願っています。

あわせて、本日提出の資料は、11月5日の参加者のみならず、500万人あるいは600万人とも言われる認知症とともに暮らす本人、そして家族、支援者の総意でもあり、その切実な思いを、いつ当事者になるかもしれない皆様方にも御理解いただきたいと思っております。

また、地域包括ケアシステムについて、最初に生活を支える介護サービス基盤の整備が挙げられているのは、介護を必要とする本人、介護をする家族にとって本当に切実な願いです。

総合事業については、次回の審議になるそうなので、今回は生活を支える介護サービス基盤の整備の13項目について、3ページにある一人一人に寄り添う介護サービスの視点で意見を申し上げたいと思います。

最初に7ページです。在宅サービス基盤の整備、2番目の○に、複合型サービスの類型などを設けるとあります。これまで介護保険に新設された定期巡回随時対応サービス、小規模多機能型居宅介護などの複合サービスは、地域密着型サービスで、市区町村によって事業所数などのばらつきが多く、メニューにはあっても事業所がない実態もあります。

そして重要なのは、所得の低い認定者にとって、包括型の利用料を支払えないという現実です。複合型サービスを新たに構想するのであれば、経済的にゆとりのある認定者にしか対応できないサービスではなく、低所得者への対策もセットで考えていただくことを希望します。

また、在宅サービスでは、主力の訪問ヘルプサービスが、ホームヘルパー不足を解消することができない実態が続いています。複合型の在宅サービスにおいても、ホームヘルパーは欠かすことのできない専門職です。これ以上、介護離職する家族やヤングケアラーを増やさないために、また、自宅で暮らすことを希望する認定者のために、次世代のホーム

ヘルパーを増やす方策を、ぜひ具体的に提案していただくことを希望します。

さらに、3番目の○には、中重度の要介護状態になってもとあり、要介護3以上の認定者を想定していますが、介護が必要な本人や介護する家族にとって、生活する上での困難や、それを解消するための支援は、要介護度に関係なく生じるものです。中重度の要介護状態だけではなく、ぜひ、要介護状態の当事者全体への御配慮いただきたい。先ほど栗田先生のお話にもございましたように、そういった配慮をぜひいただきたいと思っております。

続けて14ページです。介護情報利活用の推進のところ、以前にも申し上げましたとおり、最近では民間大手によりシステム障害や自治体での高額介護サービス費などの算定ミス、あるいは個人情報の流出などのトラブルも多く聞かれます。

トラブルに際して大切なのは、システム障害などが発生しても、通常業務で継続できる復元力だと聞きます。

また、15ページの科学的介護の推進では、入力負担の軽減を図るとありますが、個人情報のデジタル化の中で、人為的なミスは当然想定されることでもあります。危機管理対策をおろそかにしないよう、個人情報のデジタル化の推進と危機管理はセットで検討されることを希望します。

最後に19ページ、高齢者虐待の防止の推進のところですが、参考資料の103ページに、養護者による虐待では、虐待防止の体制が整備されている自治体のほうが、虐待件数が多いという報告があります。

家族など介護者にとってせつない問題ではありますが、件数が少ないということは、隠れた虐待が多いということも十分考えられます。

参考資料102ページでは、警察による連絡で発見されるケースが多いと報告されています。介護保険が届いていないケースがたくさんあることも想像されます。ぜひ、虐待が隠される構造を明らかにして、解決につながるケースが増えることを希望します。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの皆様から御発言いただきたいと存じます。よろしく願いいたします。

それでは、染川委員からお願いいたします。

○染川委員 ありがとうございます。

まず、資料2の7ページ、在宅サービスの基盤整備についてですが、住み慣れた地域からさらに踏み込んで、住み慣れた住まいでともに暮らしてきた家族と暮らし続けることができるよう、また、単身独居でも安心して在宅で暮らし続けることができるように、ぜひとも推進をしていただきたいと考えます。

その中で、家族負担の軽減に資するようとの記載がありますが、現在でも残念ながら介護負担を理由とした痛ましい事件や虐待が発生しています。

家族の介護を理由として離職する、いわゆる介護離職者数も約10万人程度とほぼ横ばいとなっており、大きな減少には至っていません。

訪問介護サービスについては、同居家族がいることで、様々な利用に関する制限がありますが、一律に制限することで真に必要な介護サービスが制限されることがないように、レスパイトケアという観点から柔軟なサービス提供を行うことも必要ですし、通所やショートステイなども組み合わせることで、家族が職業生活や社会生活を過度に犠牲にすることなく、在宅での介護を継続できるように、在宅サービスの基盤整備を通じた、さらなる充実を目指していただくとともに、家族のケアに関する事業も併せて推進をしていただきたいと考えます。

次に8ページ、ケアマネジメントの質の向上についてです。

検討の方向性について異論はありません。

一方で、ケアマネジメントの質に影響を与える事案としては、財政審から指摘されているとおり、所属法人から自法人のサービスを利用させるよう指示されるケースがあることです。

私どもには、組合内外から多くの様々な相談が寄せられますが、ケアマネジメントの質に関する相談としては、利用者のケアプランにまで言及し、介護サービス利用回数を増やすように働きかけることを指示された。生活援助から身体介護に切り替える努力をなさいと指示された。自社サービスの高額利用者の獲得を目指すよう指示された。自社サービスの利用がない利用者のケアプラン作成は受けないよう指示されたとの相談もあり、それぞれの相談者が一様に、ケアマネジャーの役割は一体何なのか考えさせられるとか、こんなことがしたくてケアマネジャーになったのではないとの所見を持っています。

また、御家族からの相談で、ケアマネジャーが所属している訪問介護サービス以外のサービスを提案されなかったから、通所を利用できることを知らなかったということもありました。早急に改善しなければなりません。

ケアプランの点検などの事業も取り組んでいるところではありますが、ケアプラン作成の背景まで点検することは困難と言わざるを得ず、限界があります。

以前も意見させていただいたとおり、居宅介護支援事業所が独立採算で成り立つようにすることは、公正中立な立場でケアマネジメントする上で極めて重要です。働く環境の改善の一環として進めていただきたいと考えます。

次に19ページ、介護現場の安全性の確保についてです。

私どもでは、介護現場には御利用者御家族からのハラスメントが少なからず存在するとして、2018年4月、御利用者御家族からのハラスメントに関するアンケートを実施。結果は、74.2%が受けたことがあるという衝撃的な結果でした。

この結果を受けて、厚生労働省でも、同年12月に調査研究委員会を立ち上げていただき、事業者向けのマニュアルや手引、事例集を作ってくださいなど、対策を推進していただいているほか、2021年4月には、運営基準の中で、全ての介護事業者に適切なハラスメント

対策を講じることが義務化されました。これらの取組を進めていただいたことに感謝を申し上げます。

一方で、今年4月に公表された介護現場におけるハラスメント対策マニュアル、研修手引等の普及啓発に関する調査研究の経過によると、94%の市町村が介護現場におけるハラスメントの予防や対策は必要であるとしながらも、82.6%が介護現場へのハラスメント対策を行っていないと回答しており、具体的な対策が進んでいないことが判明しています。

ただ、対策を進めている一部の自治体では、複数の訪問介護員等が訪問看護、訪問介護を行った際、利用者やその家族などの同意を得られず、介護報酬が算定できない場合の費用補助や、自治体としてのハラスメント相談窓口の設置、訪問系事業所における安全確保対策推進に関する事業、介護安全、啓発事業等に予算を配分して、具体的な対策を講じています。

これらの対策について横展開を推進していくためにも、国としても、これらの対策を参考に、財源面での支援も含めた具体的対策を講じていただくようお願いいたします。

以上、意見でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

資料2、7ページ、在宅サービスの基盤整備の○の3つ目、中重度の要介護になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができる介護サービスの基盤整備についてでございます。

提出資料を御覧いただければと思います。

看護小規模多機能型居宅介護に関する意見を文書で提出しております。2040年に向けまして、医療と介護の複合的なニーズに対応できる体制や、在宅での看取りに対しても対応できる体制整備が課題となっております。

看多機は、4つのサービスを組み合わせてケアを行っておりますけれども、退院後の変化の大きな時期や人生の最後の段階まで、必要とする人が、必要とするときに利用できるよう、制度の見直しが必要と考えております。

1点目は、看多機を現在の地域密着型サービスの類型とともに、「居宅サービス」にも位置づけること。そして、また、登録定員を拡大することにより、必要とする人に確実にケアを提供することでございます。

スライドの1を御覧いただければと思いますけれども、看多機については介護保険事業計画で、今後の伸びが期待されているサービスでございますが、本会調べでは、特に小規模な自治体で設置が進んでいない、あるいは事業所数ゼロの状況が多くございます。

スライドの2でございますけれども、この状況に対して現在は、市町村を超えて利用できる場合の区域外利用、区域外指定という仕組みがございますが、事業者への調査では、グラフを御覧いただきたいと思っておりますけれども、地域での利用ニーズがあるが受け入れて

いないとの回答が34.3%ございました。

その理由といたしましては、区域外利用の申し出をしたが他市町村から認められない、あるいは手続が煩雑であるとの回答が多くございました。

スライドの3に、具体的なヒアリングをさせていただいた内容をお示ししておりますけれども、他市町村からの受入れ人数の上限でありますとか、様々な自治体のルールがございます。

また、その右側でございますけれども、利用者の依頼により申請した場合でも、行政から利用ができないというような判断があったという例もございます。

そして、真ん中でございますが、利用できるまでに時間がかかる状況もありまして、ケアマネジャーの方からの依頼により、行政に相談したけれども、時間がかかるため、最終的には利用を断念したというようなケースもございます。

そして、区域外指定には大きな事務負担も伴っている状況でございます。規模の小さい自治体では、看多機の利用者が点在しているという状況もございます。このため、1点目の提案としまして、現在の地域密着型サービスとともに、都道府県指定の居宅サービスにも位置づけ、他の市町村の方も利用できる類型を事業所が選択できるようにしていただく必要があると考えております。

また、スライドの1ページでございますが、看多機の登録定員は、現在、29名まででございます。スライドの横棒のグラフでございますが、29名としている事業所が最も多くなっております。

厚生労働省の参考資料14ページでは、看多機の登録待機者がいる事業所は、全体の約2割でございます。実際の待機者は平均で2.6人、中央値2人となっております。

看多機の利用者の方の状態を考えますと、タイムリーに利用できる仕組みが必要でございます。定員の数名の増加ということが必要であると考えております。

2点目としまして、介護保険法上の看多機の定義についてでございますが、これをケア提供の実態に合わせて見直すということでございます。

スライドの4でございますが、現在の法律上の定義は、看多機については、「訪問看護及び小多機」と定義をされております。小多機の定義は青字でお示しをしているところでございますが、定義には「看護の提供」ということが明記されていない状況でございます。

スライドの5のところ、看多機の利用開始前の場所は、自宅に続いて病院が多くなっております。

また、実際に提供しているケアに関しましても、様々な医療ニーズに対応しているということを右側にお示しをしております。

看護を提供していることを定義上も明記していただくことによって、国民の皆様に分かりやすいものとして示すことになり、医療と介護の両方のニーズを併せ持つ場合にも、利用していただけるサービスとして活用につながっていくものと考えております。

提出の資料については、以上でございますが、もう2点でございます。

資料2の7ページ、在宅サービスの基盤整備の○の2つ目でございますけれども、高齢者のみの世帯や、独居の方の場合には、医療と介護の複合的なニーズを持った場合に、訪問看護と通所系のサービスを併用して、在宅療養を継続していらっしゃる場合も多くございます。訪問看護と通所を一体的に提供できる類型ができれば、非常に利便性の高いものとなると思いますので、実態を踏まえて検討してはどうかと考えております。

最後に、19ページの介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進について、事故情報に関して国における集約、分析やフィードバックの仕組みの構築が非常に重要であると考えておりますので、ぜひ検討いただき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。

吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

意見と要望、質問を何点か申し上げたいと思います。

まず、7ページの地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備、及び9ページ、在宅医療・介護連携、これについて、3点ほど論点が示されております。

1つは、長期的な介護ニーズの見通しや、必要な介護職員数を踏まえつつ、介護保険事業支援計画を策定することが重要ではないか。

2つ目として、複数の在宅サービスの組み合わせや、機能が類似、重複しているサービスの統合整理を検討してはどうか。

3つ目、在宅医療・介護連携の推進に向けて、データの活用方法などの周知や、好事例の横展開を図っていくべきではないか。

検討の方向性の、この3つの論点の提示でございますけれども、これら論点の取組の方向性としては、10ページでも示されておりますとおり、医療と介護の連携強化、具体的には、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保が重要な論点であると考えております。

介護は市町村が、医療は都道府県が、各々計画を立てているという制度設計の違いゆえに、市町村では広域的な医療・介護ニーズを把握し難いという現実があります。

この課題解決に向けて、都道府県、市町村の医療・介護関係者による協議の場を積極的に活用し、都道府県と市町村の連携を一層強化することが必要なこと、これは論をまたないと考えております。

先に申し上げた3つの論点の具体的対応策につながるよう、国も自治体支援に積極的に関与して、ぜひとも広い視野に立って、両計画の策定を進めていただくよう強く要望したいと思っております。

次に14ページ、介護情報利活用の推進について、意見と質問です。

医療・介護のDXを進めていただくことが重要で、このことは総論で指摘のとおりであります。しかし、医療分野では、マイナンバーカードの利活用を基軸にオンライン資格確認



等システムを通じた薬剤情報や特定健診情報などの取得、個々人の医療に関わる情報や健康に関するデータの活用が進められております。しかし、現状は医療分野のみで完結し、介護分野においての利活用方策、これは余りに公表されていないという印象を持っております。地域包括ケアシステムの理念のさらなる進化のためには、介護分野でも、ケアプランの内容や要介護情報の情報、データの活用を進めていくべきであり、その意味で、14ページにお示しいただいている、介護を含む医療全般にわたる情報について共有、交換ができる全国的なプラットフォームの創設、これについては、マイナンバーカードの利活用を基軸に、オンライン資格確認等システム活用拡大も含めて、ぜひ進めていただきたいと考えております。

その上で質問です。

参考資料の69ページに、全国医療情報プラットフォームの将来像、これが掲載されておりますけれども、介護分野において、マイナンバーカードの利活用を含めて、データの集約方法などの活用方法について、事務局として、運営主体、予算規模、費用負担等々、現時点での具体的な取組方針や方向性、スケジュール感などについて、お考えがもしあればお聞かせいただければと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局から、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。

今、御質問いただきました介護情報の利活用の関係でございます。

まず、介護情報につきまして、どのような形で、また、費用負担を含めましてという御質問だと思います。まず1点目でございますが、御指摘の点につきましては、誰のためにもどのような形で行うのか、そして、閲覧できる情報の性格や利活用の目的、仕方を踏まえて検討していく必要があると考えております。

資料2の14ページにございますとおり、我々といたしましては、保険者の方、そして利用者御自身、介護事業所の方など、幅広い関係者の方にメリットが考えられる、そういった仕組みを目指していきたいと考えておりますので、こうしたことを踏まえまして、情報基盤整備の在り方について検討を進めていきたいと考えております。

また、もう一点、スケジュールにつきましてでございます。こちらは、参考資料の65ページを御参照いただきますと、令和3年6月に取りまとめられました厚生労働省データヘルス改革工程表がございます。基本的には、このスケジュールに沿って、ワーキンググループなどで検討を進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか、吉森委員。

○吉森委員 ありがとうございます。

ぜひ69ページに、壮大な将来像がございますので、これについて、このスケジュール感

と併せて具体的におっしゃったとおり、各プレイヤー、それに患者さんといいますか、サービスを受ける人たち等々について、どういうメリットがあってどうか、着実に進めていただくようお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 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。

私は、次回欠席の予定となっておりますので、(2)の部分についても一部触れさせていただくことをよろしく願いいたします。

まず(1)のところでございます。介護サービス基盤の整備ということで、これまで3年ごとに見直しをされ、充実してきた部分もあるのですが、複雑化してきたり、地域の実情に合わないというようなことについて、柔軟に、弾力的に対応するというような方向性が示されています。

これ自体は、非常に重要なことだと思うのですが、各自治体が弾力化するに当たっては、どのように弾力化が行われているのかということを見える化し、精査していくことで、次の改善につながる可能性がありますので、その情報収集と分析が重要だと思います。

また、近隣市町村との調整も今まで以上に必要かもしれません。弾力化の度合いがさらに地域格差につながっていく可能性もありますので、その2点について、お話をしたいと思います。

見える化については、今回も膨大な資料をいただきまして、それぞれの事業がどのように提供されているか、サービス提供側の視点から触れられていることが多いと思うのですが、実際にそれが高齢者自身に行き届いているかどうかという視点、また、高齢者自身が、それでどういう変化があったかという視点、つまりプロセスやアウトカムの視点が重要だと思います。今後も、研究事業としてということではなく、日常の事業の中で、見える化を図っていくことが非常に重要だと考えますので、よろしく願いいたします。

また、高齢者虐待の防止の推進や、先ほど染川委員がおっしゃったハラスメントの話にも通じるのですが、介護の現場がともすれば閉鎖空間になってしまっているのではないかと思います。虐待防止という点では、隠したくなるような対応ではなく、一緒にそれを課題として取り組むという予防的な目線というのが非常に重要だと思います。介護現場だけに介護の問題を任すのではなく、家族、また、地域全体として一緒に関わっていく、そういうことが非常に重要ではないかと思います。より早く気づく、そして一緒に考えて対策をするというような仕組みづくりが必要です。そういうことを考えますと、やはりこの地域づくりとか、総合事業とか、地域が一緒になって介護の問題を考えていくような風土を醸成することも、虐待を未然に防止するという点でも重要なのかなと考えております。その辺も進めていただければと思っています。

それで、(2)の介護予防に関することでございます。介護予防は非常に重要なことで、WHOでも高齢者の包括的なケア、ICOPEガイドラインでも、それをしっかり取り組むことに

よって要介護状態の進展や、認知症の進展に一定の予防効果があることを示しております。

その際、併存する疾病を事前にスクリーニングして、アセスメントをすること、また、本人の身体能力や認知機能などを評価した上で、本人の適切なプログラムにつないでいくということが重要とされています。

現在、地域支援事業で様々な事業があり、また、保険給付の中でも、地域リハビリテーションが進められているところですが、本人に適したプログラムにどうつないでいくのか、それがうまくいっているのかを検証しなければならないと思います。また、令和2年度「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が始まりましたが、健診の場面でフレイルや認知機能についての質問票を、後期高齢者では行うこととなっておりますので、そこからどこにつないだらいいのか、わかりやすくすることが必要かと思います。健診や日常診療で質問票をやって、それで気になる人が見つかるわけですが、そこをどこにどうつないでいったらいいのかということに、現場は戸惑いを感じております。

そういう意味では、介護部局だけではなく、健康部局、保健部局など、様々なところにも分かりやすい整理をしていくことが肝要かと思います。高齢者の目線で整理をする、選びやすくするとよいのではないかと思います。

介護予防事業については、住民主体のものやサービスCなどの利用率が低いということが示されています。多様な高齢者の健康状態があるわけですから、そういう新しいサービスについても地域で育てていきつつ、利用を増やしていくというような観点で、ケアマネジャーが適切につないでいくことが求められます。第9期に入る前に、しっかりと議論していただければと思います。

最後に、医療と介護の連携、これは非常に重要で、医療計画は県単位、そして、介護は市町村単位ということなので全体像が描きにくい状況ではないかと思います。医療計画の中では都道府県レベルだけでなく、二次医療圏レベルでも計画を立てることになるかと思うのですが、介護のほうも個別保険者という視点も必要なのだと思います。少し広域化して、例えば、看多機とか介護医療院とか、そういう医療と介護の両方のニーズの高い高齢者に関する施設等については、より広域化した中で計画的に配置を検討することが必要なのではないかなと考えます。

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。

まず、総論として、2ページにあるとおり、今後、限りある資源で増大する介護ニーズをどうやって支えていくのかということが、最も重要な論点になります。そして、公正で公平な制度とし、給付側も負担側も納得できるような制度にしていかななくてはなりません。今後の議論に当たっても、なるべくデータに基づき、科学的かつ論理的で整合性のつく議

論をすべきだと思います。

個別の論点について申し上げます。

まず、7ページ、地域の事情に応じた介護サービスの基盤整備について、これは地域差が大きく、今後、需要がピークアウトしていく地域もありますので、そのような地域については、ダウンサイジングや、他のサービスへの転換も必要だと思います。

資料には、検討を各自治体に促すと書いてありますが、自治体へ任せきりということではなく、自治体を横断するような形の国による調整やマッチング、あるいは好事例の展開等を実施し、国のリーダーシップを発揮していただきたいと思います。

在宅サービスの基盤整備については、機能が類似、重複しているサービスの統合整理の検討をぜひ進めていただきたいと思います。

11ページ、施設サービスの基盤整備の特養について、検討の方向性に示されているとおり、その実態を把握した上で、現在の特例入所の仕組みが適切に運用されるようにしていただきたいと思います。

現段階で、この入所基準自体を緩和する必要性はないと考えます。

13ページ、住まいと生活の一体的支援について、全世代型の社会保障構築会議でも、住まいの話が盛んに出てきております。ただ、これは前回も申し上げましたが、住まいの問題は、衣、食、住、全て人間の生活自体に関わる問題であるため、どこまでを介護保険制度として扱うべきなのかということ、今後、整理をした上で、慎重な検討が必要だと思います。

また、既に地域支援事業等々もあるので、そのような事業との整理も必要になってくると思います。

14ページ、介護情報の利活用については、プライバシーの保護や、セキュリティの確保が大前提ですが、ぜひ、具体的な検討を医療機関との連携も含めて進めていただきたいと思います。

15ページ、科学的介護の推進も同様です。賛同いたしますので、ぜひ推進していただきたいと思います。

16ページ、財務状況の見える化についても、大賛成です。冒頭申し上げたように、データやエビデンスに基づいた議論が必要です。

これに関しては、さらに少し拡大して、個人の所得や資産の把握、その負担能力の把握についても、ぜひ検討を進めていただきたいと思います。

次回、私は欠席となりますので（2）様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現について、1点だけ、総合事業の多様なサービスの在り方に関して意見を申し上げます。

今後の介護事業の増加の中で、総合事業による受け皿整備が、より重要になってくると思います。ボランティアの方や、NPOあるいは民間企業等々、様々な主体によるサービス提供が進んで、自治体が従前相当サービス以外に新たなサービスを積極的に取り入れていく

ことが求められます。介護保険制度のみならず、地域全体で高齢者の方を支えていくという仕組みづくりが必要だと思います。

20ページの3つ目の○に、総合事業の上限額については、自治体の状況等を踏まえて見直しを進めるとありますが、上限額を超えている自治体については、個別の対応が制度化されていると思います。

参考資料の154ページ目にも、事業費の総額は上限の約8割程度に収まっているというデータがあるので、上限額の設定方法の見直し自体は、まだ必要ではないと思います。あくまで自治体のきめ細やかな個別の対応で、対応していくべきだと考えます。

私からは、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。

小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

資料2の7ページ目、介護サービスの基盤整備についてです。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、医療・介護総合確保方針との整合性も図りつつ、中長期の視点で介護ニーズが変わっていくことを念頭に、必要となる介護職員数を踏まえて、計画づくりを行っていくことが重要です。

また、中長期の視点に立つ際には、これは10ページ目とも関連しますが、地域によっては、広域的な観点からの検討や調整が必要となりますので、全ての関係者が参画しての議論や、都道府県による市区町村へのサポートも重要です。

次に、在宅サービスの基盤整備についてです。人材確保が重要であるのはもちろんのこと、高齢者介護は、重度になるほど医療も介護も必要になります。急性期医療の後、在宅医療や訪問看護、リハビリ在宅介護まで切れ目のない医療と介護を確保するための機能を担うサービスが重要です。

参考資料には、看護小規模多機能型居宅介護の整備に関する課題や、サービス確保の状況として、サービス量の確保見込みが示されています。これを見ますと、このサービスが利用者へもっと広く行き渡るような手立てを講じる必要があると思います。看多機が担っている機能が今後は重要になってきます。先ほども栗田委員、田母神参考人、津下委員からも御指摘がありました、小規模自治体でも地域差なく利用しやすくするなど、その必要性、重要性について多くの共通認識を抱いているところです。

これらを通じて、利用者の視点に加えて、私たち現役世代としても、介護離職ゼロの実現に向けて、在宅生活の限界点を高めていく施策を引き続き強化してほしいと思います。

次に8ページ目のケアマネジメントの質の向上についてです。これも先ほど染川委員から御指摘ありましたように、ケアマネジャーの独立性の確保という課題への対応が依然として残されています。

次に11ページ目、施設サービス等の基盤整備についてです。認知症の人の要介護認定の難しさが指摘される中で、高齢者の尊厳を守る観点や、介護離職ゼロを実現する観点から、

特例入所に関する実態把握の調査結果を分析した上で、改めて、趣旨の明確化や適切な運用を図る必要があります。

12ページ目、個室ユニット型施設について、1ユニットの定員拡大が、ケアの質や職員の過度な負担に悪影響を及ぼしていないか、課題認識として受け止めてほしいと思います。

13ページ目、住まいと生活の一体的支援についてです。引き続き検討と書かれていますが、住まいの確保については、政府の全世代型社会保障構築会議でも重視されています。住まいに関わる不安を解消することは非常に重要ですので、介護と福祉分野、それから住宅分野との連携強化や、重層的支援体制整備事業を中核とした包括的かつ伴走的な支援の強化など、できることは速やかに実施していくべきです。

14ページ目、介護情報の利活用を推進することは重要ですが、不正な第三者への提供防止、人権侵害など、諸課題への対応を強化するなど、個人情報の取扱いには十分御留意いただき、安心・安全なデータ利活用を実現していくことが必要です。

18ページ目の介護サービス情報公表制度についてです。前回も言いましたが、年齢や勤続年数に応じて、どのくらいの賃金で、どのようなキャリアを歩んでいくことができるのか、休暇の取得状況や時間外労働など、介護で働くことを目指してもらえよう人材確保につなげる観点からの項目追加も検討してほしいと思います。

最後、19ページ目、介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進についてです。具体的な検討を速やかに進め、事故を分析して、再発防止を図る取組を確立していくことが必要です。高齢者虐待防止の推進についても、今からできる取組を速やかに進めるよう要望いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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でございます。私の方からは、2点意見を述べさせていただきます。

まず、11ページの施設サービス等の基盤強化についてでありますけれども、要介護1、2の方の特別養護老人ホームへの特例入所につきましては、地域によっては行政の指導方針、ローカルルール等により適用とならない地域があります。個別の事情や介護上の問題により、在宅生活が困難な利用者のニーズに対応できるように、条件を満たせば特例入所が利用できるようにすべきと考えます。

また、状況によっては、条件を緩和して適用できるように配慮すべきです。特に中山間地域等においては、在宅サービスの供給量が不足しており、在宅生活が困難な地域も見受けられるため、特例入所の柔軟な適用が必要と考えます。

具体的には、要介護1、2で、身体的には元気な認知症の方の介護は、在宅では限界があり、専門的な介護環境整備を必要とすると考えられ、また、特別養護老人ホームでない

と、経済的に入所が困難な方のニーズは多分にあると考えます。

また、地方では、訪問介護等の在宅サービスの担い手が不足しており、サービス提供が受けられなくなってしまう地域もあるため、そのような地域では、特例入所を活用すべきと考えます。

利用者の置かれている環境と、本人の状況、そして、ニーズに対応する場合に、どうしても特例入所の制度が必要な場合があるため、特例入所の柔軟な適用が必要と考えます。市町村の御理解をお願いしたいところであります。

2点目ですけれども、地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備、7ページでありますけれども、2040年に向けて地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備を行う必要があります。

長期的な介護ニーズの見通しや必要な社会資源、人材確保を見越した独自の計画を策定すべきです。各自治体が適切な将来推計を行い、サービスの必要量や事業所の整備目標を明確にした具体性のある基盤整備が必要であり、医療機関や事業所等との連携、合意のもとに作成されるべきです。高度な調整能力を要すると思いますが、官民が一体となり、長期的な視野で考えておく必要があると思います。

6ページにも記載がありますように、生活を支える介護サービス基盤の整備、また、様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現、そして、保険者機能の強化という、それぞれの観点から具体化をしていく必要があると考えます。

また、9ページの在宅医療・介護連携に記載のあるとおり、都道府県や町村における医療や介護健康づくり部門の庁内連携や、広域的な調整やデータの活用、分析など、都道府県による市町村支援、また、国による自治体支援を推進する必要があると考えます。

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、福島参考人、お願いします。

○福島参考人 ありがとうございます。

1点、意見を申し述べます。

資料2の7ページ、在宅サービスの基盤整備、9ページ、在宅医療・介護連携の管理になります。

居宅サービス及び地域密着型サービス等を複合化し、より効率的、合理的な提供体制の構築を検討することについては、基本的に賛成です。

ただし、人口が小規模な自治体から大規模な自治体まで幅広く存在します。このことから、広域的な相互利用、マンパワーの柔軟的な活用をより可能とすることが必要であります。

あわせて、事業所の運営の維持を担保できる仕組みについて、しっかりと議論されることが大前提と考えています。

以上です。

○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 よろしく願いいたします。

私からは、2点ほど、意見を申し上げたいと思います。

まず、1点目ですけれども、在宅サービスの基盤整備のところでございます。特に7ページの複合型サービスについてでございますが、介護保険制度の施行から22年を迎えまして、利用者ニーズもますます多様化複雑化して、また、地域の実情も変化する中にありまして、今後の在宅サービスはそれぞれの利用者ニーズや地域特性に応じて、さらに多様で柔軟なサービス提供ができるよう、変化させていかなければならないと思います。

先ほどの田母神参考人、今の福島参考人もおっしゃっていましたが、具体的な問題点、指摘や意見もありました。

我々介護事業者としましても、限られた人材をはじめ、様々な経営資源を効率的、効果的に展開していくためには、こうした未来志向型の複合型サービスの発展が極めて重要となるものと考えております。

このため、新たな複合型サービスの類型について、現場の介護事業所の意見も踏まえて、積極的に開発していただきたいと思います。

それは、利用者にとっても身近な地域で、定型的、画一的なサービスだけではございませんで、都市部、中山間、離島など、地域特性に応じた多様なサービスを利用できるようになり、選択の幅が広がることにもつながると考えております。

続きまして、財政状況等の見える化についてでございますが、そもそも介護保険法の運営基準の第38条ですかね。会計の区分というのがございまして、事業所ごとに経理を区分し、それぞれの事業の会計を区分しなければならないとあります。

介護事業者施設の事業者の施設の透明性の確保の観点や、国民の皆様介護が置かれている現状、実態について、理解を促進していく観点から、取組の方向性については理解するものですが、その検討に当たっては、事務負担やコスト負担の増加につながるものとならないよう、また、介護サービス情報の公表制度の利用者の選択に資する情報提供という趣旨からも、できる限り簡素で分かりやすいものとなるようにすべきであ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。

河本委員、お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。

まず、介護サービスの基盤整備に当たっては、資料2の2ページの2つ目の○にも記載がございますけれども、やはり限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくためには、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要という記載がございますけれども、そのとおりだと思います。



サービスの効率化、あるいは重点化、報酬体系の簡素化、そう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思います。

その上で、個別の論点に沿って何点か意見を申し上げたいと思います。

まず、7ページの、地域の実情に応じた基盤整備については、今後、介護ニーズが地域によって異なる中で、この方向性にも記載がございますけれども、地域の変化するニーズを精査して、長期的な見通しを踏まえた計画を策定すべきと考えます。

また、既存施設や事業所の今後の在り方、これも含めた検討を各自治体に促すということが検討されているようでございますけれども、介護ニーズが減少していく地域においては、やはり将来の転換についても検討が必要だと思えます。

次に、在宅サービスの基盤整備についてでございますが、仮に複合型在宅サービスの新たな類型を設けると言うのであれば、もう既に非常に多くの種類のサービスがある中で、利用者にとって分かりやすい形の設定をお願いしたいと思います。

また、サービス提供機能や利用者像が、類似、重複しているサービスについては、やはり統合・整理を検討すべきだと思います。過剰な費用を抑えるためにも、既存資源を活用することが重要だと考えております。

それから、在宅医療・介護連携の関係でございますけれども、参考資料の33ページとか34ページに、在宅医療・介護連携推進事業のPDCAを踏まえた事業展開の現状というのが記載されておりますけれども、いまだ十分な取組が検討されていないケースも見られるように思います。何がネックとなって検討が進まないのかとか、あるいはどういった支援が必要なのかということについても、もう少し踏み込んだ分析が必要ではないかと思えます。

また、好事例の横展開、あるいは医療計画と介護保険事業計画の連携、整合性の確保は当然、必須であります。しっかりと実施をしていただきたいと思えます。

それから、10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についてでございますけれども、やはり介護の基本である自立支援、これを目指すためにもリハビリテーションの役割が重要だと思います。どの地域でも適時適切に提供されるように、リハビリテーションの目標については、国の示す基準を参考に、介護保険事業計画に記載すべきだと考えます。

また、あわせて、LIFE等のデータを活用して、アウトカム指標の検討や導入を図る等々、実績、成果に基づく評価の推進が必要だと思います。

それから、14ページから15ページにかけて、介護情報の利活用の推進、あるいは科学的介護の推進というところでございますけれども、介護情報の活用によって、介護サービスの質の向上が期待できるということでもありますので、やはり医療に遅れることがないように、着実に進めるべきだと思います。

LIFEのデータをより一層活用して介護の質向上を図るためにも、現状のLIFE運用の課題とされます、事業者の入力負担、あるいは国が提供するフィードバック、これについても、改善を検討すべきだと思います。

今後、LIFEで集めた情報が、全国医療情報プラットフォームにつながるというようなことも、将来的に想定されるということでもありますので、早急にLIFEの運用上の課題の検討を進めていただきたいと思います。

最後に16ページ、財務状況の見える化でございますけれども、介護サービス事業者の財務状況の見える化について、これは、介護サービスの継続性を担保するというためにも、この経営実態の透明化は必須であると思います。財務状況等の公表を検討し、実施していくべきだと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

濱田委員、お願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

本日、8ページのケアマネジメントの質向上と、22、23ページの地域包括支援センターの体制整備と人材確保の点では関連しておりますので、こちらにつきまして併せて発言をさせていただければと存じます。

まず、8ページのケアマネジメントの質向上につきまして、介護申請文書の更新に関する負担軽減を図っていただきます観点から、引き続き、医療補助や、オンライン化を含め、各種の取組をお願いできればと存じます。

同じく適切なケアマネジメント手法につきましても、引き続き、オンライン化の推進など、研修を受講しやすい環境の整備をお願いできればと存じます。

また、各種御意見もいただいておりますけれども、要介護認定調査情報やケアプラン情報の利活用が図られる基盤整備を図っていく必要もあると考えております。

さらに、介護支援専門員、主任介護支援専門員有資格者が、国家資格であることを実感できるようにするためにも、記載いただいております国家資格と情報連携活用システムの稼働を切に期待するものでございます。

介護支援専門員、主任介護支援専門員に関する、先ほどからも、人材不足の意見も聞かれております中で、合格者ではなく、更新者の中で実際に出動する介護支援専門員、主任介護支援専門員数がリアルタイムで、こうしたシステムによって把握できれば、都道府県における養成対策の検討も行いやすいのではないかと考えております。

また、実際に、これらの方々の採用ニーズがあるのは、市町村や地域包括支援センター、居宅支援事業所でございますので、一方、養成につきましては都道府県で行われるということがありますので、こうした人材の状況、充足あるいは不足の状況を、やはり情報共有を図りながら、対策を御検討いただければと存じます。

16ページの、先ほど座小田委員の御発言もございましたが、いわゆる財務状況、介護サービス状況の見える化につきましても、方向性としては必要と考えております。

同じく、事務負担につきまして御配慮いただければということでございます。

19ページの高齢者虐待の防止につきましては、非常に介護殺人等凄惨な事件も散見され

る中で、居宅施設とも、介護者、介護職員の方々の心的負担軽減が非常に重要と考えております。

といたしますのも、献身的、また、非常に業務履行に忠実であるがゆえに、追い込まれていくという場合も少なくなく行われていると思っておりますが、再度、いわゆるストレスケアあるいはレスパイトケア、レスパイトサービスに重点を置いたアプローチの有益性を周知するのも、1つの方向性ではないかと考えております。

また、日本高齢者虐待防止学会など、関係団体からも法改正に関する申入書が提出されているとなっておりますので、また、内容などを御確認いただきまして、もし、これらの対策あるいは冒頭、御発言ありましたが、介護専門職のプロフェッショナルリズムの喚起等、防止のための取組となるということでございますれば、ぜひ御検討いただければということでございます。

22ページの地域包括支援センターの体制整備、また、センターの業務負担軽減や仕事と介護の両立につきましては、地域に応じて関係機関との連携を図ることは、非常に重要と考えております。

また、負担の抜本的な軽減を図る意味でも、地域に応じて介護予防支援の指定につきまして、居宅介護支援事業所への範囲の拡大を図れるようにする必要もあると考えております。

また、これらの把握につきまして、引き続き地域包括支援センターにおいて一定の関与を担保することにつきましては、内容によりましては、業務の報告や訪問、治療など、業務の重複が起こってしまって、負担軽減が図られにくい可能性も考えられますので、やはりこの辺りも、責任の所在も含めて、十分御検討いただければということでございます。

主任介護支援専門員の準ずるものを範囲拡大につきましては、以前も御意見しておりますが、都道府県によって研修受講経験や、推薦状を必要とするなど厳格であることと、各種の要件がなかなか妨げとなって受講が進みにくい場合も考えられます。

これら受講に当たっては各種の要件を求めることは、恐らく主任介護支援専門員の質の維持向上を目的に行われていることと考えますが、やはり準ずるものへの拡大は、逆にその担保に懸念されるところでございますので、修了人数や受講要件の把握を進めていただければと存じます。

なお、当協会の調査では52.1%と、約半数の事業所では、5年以上、居宅介護支援事業所、常勤、専従なければ認められないとされておりますが、その他の県では、兼務しての実務経験や相談員や看護、介護職員、また非常勤の場合でも、兼務を認めている場合もございますので、また、これらの状況も踏まえながら、対応を御検討いただければと存じます。以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

私のほうからは、3点ほど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というところです。複数の訪問や通所といった在宅サービスを組み合わせて、複合型のサービス類型を設置するという点については、現在のサービス利用者の多様な生活スタイルに合わせて多岐にわたるサービスが選択できるという方向性であれば、大変いいことであるとは思っております。

一方、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と、夜間対応型訪問介護についてですけれども、将来的に統合整備を図っていくというようなことが挙げられております。

現場の実態を踏まえて、現在2つ、こういったものがある中で、統合や整理が難しい点がどこなのかというところを、しっかり問題解決していくことが、まず前提で、その後で、そういった方向性を検討していくということになると思われまます。ただ、この分野においては、もともと人材が不足しているという課題があります。要介護者の在宅生活を支えている、本当に重要なパートであるにもかかわらず、なかなか人材がいないという問題がありますので、この統合とか整理というときに、人員が削減される形にならないように、ぜひ、配慮が必要ではないかと考えております。

次に、介護情報の利活用の推進というところで、14ページにあります、利用者に関する顕名の介護情報が利用者自身の閲覧や、介護事業所間の共有、介護・医療間の共有が電子的に、今、可能になっていないとあります。これは、現状から予測して、これが可能になるのは、大体どのぐらいと見込まれているのか、もし、その辺に予測がされているのであれば教えていただきたいのですけれども、こういったことに関する必要な法令上の整備というのは、ぜひ必要であり、具体的に検討していただきたいとは思っております。

そして、科学的介護の推進ということですが、実際のLIFEには、いろいろな集積されたデータがあって、そこからアウトプットされるエビデンスの分析とか、具体的な介護の方法についての様々なフィードバック、これが一番期待されているところだと思います。これについては、これから入念に検討されていくことになるかと思いますが、この内容については、ケアに関する専門家や研究者をはじめ、実践現場の方々の御意見も非常に重要です。それとともに、こうしたデータを閲覧することができる利用者についても想定したうえで、当事者の視点や要望・意見なども吸い上げながら、研究や分析を進めていただきますよう、ぜひ検討してほしいと考えております。

最後に、19ページの介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進というところです。

ここについては、ここの文言は2行でまとめられておりますけれども、非常に領域は幅広い内容が含まれていると思います。先ほどハラスメントのお話もありましたし、介護現場での様々な事件も含めて対応策を講じていく必要があると思います。最近では、現場におけるロボットの導入やIT化の推進ということもあります。

そういったことも全部含めた上で、安全性がどのように確保されていくのか、もしくは新たな問題が発生することにならないかというところをしっかりと検討していく必要がある

と思います。ここについては、もう少し幅広い視点を踏まえて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す。

1点、御質問があったと思います。事務局、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。

介護情報、本人の閲覧についての御質問であったということでございます。

本日、参考資料の66ページを御覧いただきますと、介護情報と一言に申しましても様々な情報がございまして、さらには保有主体であるとか作成主体、これを取りまとめたものが66ページでございます。

これを御覧いただきますと、既に利用者御本人が御覧になれる情報というのは幾つか、もちろんございますし、今後どういった情報をどのような形で御覧いただけるのかというところを、まさに検討が開始されているところでございます。

御質問のスケジュールにつきましては、65ページ、データヘルス改革工程表の①番、ここが、利用者御自身が看護情報を閲覧できる仕組みの整備ということの、今後の段取りをお示したのになっておりますので、目標としては、これに沿って進めていくと御理解いただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○石田委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 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。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点の意見と、1点を質問させていただきたいと思います。

まず、1点目は、8ページのケアマネジメントの質の向上ということなのですけれども、以前からケアマネジメントの質を上げましょうというような議論は、よくされているのですけれども、ケアマネジメントをするときに、何を目標にケアプランを立案しているのかとか、ちょっと曖昧になっているのではないかなと思います。

患者家族さんの意向に沿ってということもすごく大事なことですけれども、かなりそちらのほうに流されている人もいますし、あと、医療者とか介護者とのチームでやっていくということが原則あるのですけれども、なかなかそのところで、ケアマネジメントをどちらのほうに進めていったらいいかというようなことを悩まれていると思うのです。

先ほどのお話にもありましたけれども、それ以外のことで、いろいろケアマネジャーさんが御苦労しなくてはいけないというようなことがあるので、まず、何を目標にとか、目標とかコンセプトとか理念とか使命とか何でもいいのですけれども、何かこう大きなこと、理念を決めたほうがいいのではないかなと思います。

例えば、回復期リハビリテーション病棟の使命というと、ADLを上げて、寝たきりを防いで家に返しましょう。と、すごくはっきりしているので、そこに向かってチームで動くときには何かそういうのがなければ、なかなか難しいと思います。

2点目ですけれども、ページ13のところ、住宅と介護分野のところなのですけれども、これは質問なのですけれども、ここの下のところにある、下線が引いてある介護分野以外の施策との連携と役割分担の在り方も含めてとありますけれども、介護分野以外というのは、具体的に何を指しているのかということをお教えいただきたいと思いました。

3点目です。

これは、ページ16から18ぐらいにある財務状況の見える化です。医療保険とかも医療法人に対しての経営状況が見える化してくださいということをおっしゃって、いろいろ議論があったのですけれども、介護保険に関しては、介護サービス事業所に関しては補助金もいただいておりますし、半分以上公という形がありますので、見える化するのには当然かなと思います。ただ、消費税をアップするときなど、社会保険に使うために消費税アップしますということだったですね。そのことについての、それも見える化をしていただけたらいいかなと思います。社会保障に対して使われているとは思いますが、私たち医療者も、国民の人たちも具体的に、このお金は、これだけ上がったので、ここに使えますとか、これはここに使っていますとかということ、もう少しはっきり出していただければ、誤解も防げますし、実際に使っているのですよというところもはっきり分かるのではないかなと思いました。

最後です。ページ19の身体拘束と虐待、深刻な虐待も起こっています。一時に比べると、やはり全国的に身体拘束に関しての熱意が低下しているのではないかなと反省しています。

ですので、私たちがもう一度、身体拘束に対して真剣に取り組む。1つは、先ほどもあったように、どんどん人員も少なくなっていますので、身体拘束をしなくてよいスキルとか工夫を広めるとか、そういったことをやっていく必要があると思っております。

そして、もう一つ、最近、サ高住とか高齢者住宅とか、一般の住宅ですね、マンションとかアパートとか、そういったところで介護とかをしている人、先ほども栗田先生の資料でありましたけれども、独居の認知症の高齢者が増えてくると。もちろん、85歳になってくると認知症だけではなくて、身体機能も低下していますから、その上、認知症となると、お一人では、なかなか住み慣れたところで暮らしていきましようと言われても、一人暮らしは無理な状態だと思うのです。そういったときに、サ高住とか高齢者住宅とか、いろいろなところに行かれるのですけれども、要は保険診療ではないところ、保険介護でもないところでの住宅が増えているので、そこに対しての、やはり虐待とか身体拘束に対しての何らかの対策、それを防止する対策も必要ではないかなと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、1点、御質問ございましたので、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。

先ほど住まいの関係で、資料2の13ページにあります、介護分野以外の施策との連携について、具体的にどういうものかという委員の御質問でございますが、端的に申しますと、

様々に、介護以外でも、こういった住まいの確保に困っていらっしゃる方からの一般的な生活相談から、あと代表的に考えられるのは、見守りの必要性、そういった見守り支援、または地域社会にどう参画されていくか、地域の中でどう社会に関わっていくか、こういった介護以外の地域共生的な取組、こうしたことへの支援であったり、そこにどう関わっていけるかと、そういったところを含めて、この住まいの確保と連携を図っていくべきではないかと、そのような論点と考えているところでございます。

○橋本委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 先ほど、ほかの委員からも御指摘がございましたけれども、先週の全世代型社会保障構築会議で、住まい支援に関する資料が出ています。ちょっと時間が押して、その説明すらなかったのですけれども、そういった動きとの兼ね合いということも、ここで射程に入っているわけではないのですか。そこは、私がお聞きするのも何ですが、先ほど、他の委員からも御指摘がありましたので、いかがですか。

○須藤高齢者支援課長 ありがとうございます。高齢者支援課長でございます。

今、菊池部会長のほうからお話がありましたように、手短に御説明申し上げますが、参考資料62ページのほうに、11月11日に行われました全世代型社会保障構築会議のほうにも出ております、この住まいの確保に向けたモデル事業の概要等をつけさせていただいてございます。

直接的な大きな制度改正というよりも、まずは、いわゆる、これから単身また夫婦世帯の高齢者の方々が増えていく中で、特に賃貸の割合も大きくなってきている中で、どう今後、住まいの確保、また、高齢者であったり、困窮のある方に対して、住まいの確保と併せて、先ほど申し述べましたような介護分野を超えた意味での生活支援、こういったところをどう考えていくかということも含めて、引き続き、検討してまいりたいと、そのように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。

まだ、内閣府のほうの議論は、ちょっと私も先が見えないかなと思っております。

それでは、及川委員、お願いいたします。

○及川委員 ありがとうございます。

日本介護福祉会の及川でございます。私の方からは2点、意見を申し述べます。

まず1つ目ですが、科学的介護の推進のところでございます。LIFEの利用が進められておりますが、科学的介護を推進するためには、介護職による利用者の個別支援においても、LIFEの情報等を活用していくことが必要でございます。

国が提供するLIFEのフィードバックを改善していくことの重要性もありますが、LIFEの情報や、そのフィードバックを介護職員による利用者の個別支援においても、利活用できる道筋について検討を進めるべきだと考えます。

もう一つですが、介護現場の安全性の確保、リスクマネジメントの推進、それから高齢

者虐待防止の推進についてでございます。

現在の介護現場では、多様な人材が参画されておりますし、様々な方がいろいろな役割を担っておられます。

身体拘束、虐待を防ぐためには、定期的な研修やアクシデント、インシデント等に対する対策のための会議、実践の振り返りの時間が必要です。

人材不足が続く中、時間等の確保が難しい状況ではございますけれども、大事でありますので、取組の強化をお願いしたいと考えます。

資料にありますように、介護現場の安全性の確保の取組、好事例の横展開等、効果的でありますので、ぜひ進めていただき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。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東でございます。

総論的に御意見を述べさせていただきます。

まず、我が国の医療費用・介護費用は年々伸びております。とくに介護費用の伸びは、医療費用の伸びを上回るスピードで伸びて、10兆円を超えてしまいました。

また、この介護保険については、持続性の担保というものが重要な課題となっております。さらに、介護人材の不足が重大かつ喫緊の課題でありまして、介護だけでなく看護人材の不足も現場では、今、大きな問題となっているところです。

このような観点から考えますと、今後は、新たなハコモノ、いわゆる施設を整備したり、新たな居宅サービス事業所をどんどん増やすということではなく、今ある社会資源を有効かつ効率的に利用すべきではないでしょうか。

私ども介護老人保健施設は、一中学校区に1つということで整備をされております。全国に4,000施設以上が存在しているわけでありまして。

また、老健施設には常勤の管理医師が配置されておりますし、ほとんどの老健施設において看護師が夜勤もしております。さらに、リハビリ専門職も多数配置をしているところでございます。

老健施設は、いわゆる大規模多機能施設と言えるのではないのでしょうか。そのため、老健施設は、小多機とか看多機の機能も十分に補完できる能力があると考えます。

介護保険法上、老健施設には在宅支援の役割が明記されております。さらにこの数年、多くの老健施設の在宅支援機能が飛躍的に高まっていることもエビデンスとして明らかになっています。

以上を踏まえまして、今後、私ども老健施設にさらなる役割と責務を与えていただくようをお願いを申し上げたいと思っております。

私ども多くの老健施設の管理者は、新たに与えられた役割と責務に応える覚悟と矜持を持っていると、私は会長として信じておるところでございます。



以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

それでは、資料に沿って意見を述べたいと思います。

まず、7ページの複合型につきまして、地域包括ケアは、既存の社会資源の有効活用ということが基本でございます。

我が国の地域は、様々な状況がある中で、地域のニーズとサービス提供体制の十分な検討が必要と考えます。

特に介護人材不足の状況下においては、選択と集中の視点と、こういった新たなサービスのバランスを十分検討することが重要でありまして、全国一律で取り組むべきものかどうかは、今後いろいろ議論が必要ではないかと思っています。

続きまして9ページ、在宅医療・介護連携につきましては、非常に今後期待される多職種協働、すなわち、リハビリテーション・機能訓練と栄養と口腔の一体的取組、これをより一層推進すべきだと考えておりますので、その辺りは、多職種協働が鍵になると思います。

そういった中で、既に通所リハ、訪問リハにおけるリハビリテーションマネジメント加算が効果を上げておりますので、そういった仕組みを栄養とか口腔にも応用できるものではないかと考えています。

続きまして10ページ、医療計画と介護保険事業計画の整合性ですが、これまでよりも、より一層進めていくべきだと考えております。

特に介護保険の事業計画の作成担当者が、都道府県の医療計画の策定の会議や地域医療構想調整会議に参加していく一方で、医療計画や地域医療構想調整会議の行政担当者が、市町村の介護保険事業計画に参加していく、そういった相互一体となる場が必要ではないかと思っております。

したがって、協議の場が形骸化しないことが大事であります。例えば、在宅医療の計画を策定する場合においては、在宅医療の下支えは、訪問介護、すなわちホームヘルパーさんの日常的な生活の支援があって、初めて在宅医療が成り立ちます。そこがなくなると、在宅医療は容易に破綻しますので、そういったことを協議の場で議論していく必要があると思っています。

続いてリハビリテーションにつきましては、ぜひ地域リハビリテーションを制度化に位置づける必要があると思っています。

そのことによって住民のリハビリテーションに対する意識が高まり、ひいては介護予防に資する取組につながっていくと思っております。

したがって、地域リハビリテーションの制度化のもと、地域リハビリテーションが地域支援事業を牽引すると、そういったことが、将来的に必要なではないかと思っております。

11ページの特養についてでございますが、地域の中重度者の受け皿ですから、今後医療ニーズがますます高まってきますので、この辺りは、看護ケアの充実というのは、ぜひ考えていく必要があると思っています。

13ページ、住まいと生活の一体的支援ですけれども、先ほどから出ているように、一人住まいの困難性であったり、介護人材不足を踏まえて、介護保険の部局と住宅政策の部局が一体となって、例えば、集集化をして効率的にサービスを提供する場が必要かどうか、そういったことを十分に検討することが、今後必要だと考えています。

15ページの介護情報の利活用の推進につきましては、ぜひ主治医意見書のデータベース化を行っていくべきだと考えております。

続きまして16ページ、財務状況等の見える化につきましては、情報を利活用するプラットフォームの創設は当然行っていくべきだと考えますが、誰のための情報であるのか、あるいはそういった目的をはっきりすべきではないかと思えます。

介護サービス情報公表制度は、国民のためとして創設されましたが、現実的にはほとんど国民がアクセスしておらず、目的と乖離した状態になっているのが現実でございます。

また、1人当たりの賃金等の公表につきましては、小規模の介護事業所も多く、場合によっては、わずかな数名の職員の賃金にもなりかねないので、ということは、個人情報に近いようなデリケートな情報ともなりかねないので、十分検討が必要ではないかと思っております。

とりあえず、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

これで一通りお手を挙げていただいた皆様には、御発言いただけたかと思えます。

少し時間がございますので、さらに御発言、御意見のおありの方は、挙手「手を挙げる」機能でお知らせいただければと存じますが、いかがでしょうか。

それから会場のお三方、いかがですか。

それでは、花俣委員から、お願いいたします。

○花俣委員 恐れ入ります。

もう一点だけ、11ページの施設サービスの基盤整備についてですが、特別養護老人ホームに空きが生じているとのことですが、この20年、特別養護老人ホームの利用者は伸び悩み、住宅型も含めて有料老人ホームやサービスつき高齢者住宅に暮らす人が急増している構造があります。

また、待機者は、全体としては減少傾向にあるそうですが、要介護3以上でなければ、原則として利用できないとされたことへの影響は大きいのではないのでしょうか。複数の委員の皆様からの御意見も、もう既にありましたように、一人一人に寄り添う介護サービスであるためには、特別養護老人ホームの特例入所を柔軟化する、あるいは撤廃、つまり特例入所ではなくて、要介護認定者であれば、選ぶことができるような見直しを行うことをお願いしたいということがあります。

それから、田母神委員のほうから出された看多機の話なのですけれども、基本的には認知症になっても、住み慣れた地域で暮らすために、その機能が潤沢に提供されているならば、あるいは包括的費用の負担ということに関する課題、それから、もう一方で、市町村を超える区域外の利用の受入れ状況についての課題、こういったものの改善であるとか、あるいは解決に向けた検討等がなされることが、まず、必要なことかなと感じております。認知症の人にとって、本来、同じスタッフが通い、泊まり、あるいは訪問、提供されるというのは大変ありがたいところではありますが、こういった課題についての検討が、まずは必要かなと感じました。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の方、お三方からお手が挙がっておりますので、江澤委員から、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

本日は、複合型とか、看多機に対する資料や意見が複数出ておりますので、制度論から少し意見を述べたいと思います。

平成12年に介護保険制度がスタートして、平成18年度に地域密着型サービスが創設されました。いわゆるこの地密サービスは、要介護高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように、市町村が指定している事業者が、地域住民に提供するサービスと位置づけられています。

そのサービスは家庭的なサービスであって、小規模が基本となっています。したがって、登録人数や定員が、そういった趣旨によって設定がなされているところでございます。

その後、平成24年度に、複合型サービスというものが誕生いたしました。このときの介護給付費分科会の議論では、小多機を使っている利用者が、看護ケアが受けられれば、同じ小多機を引き続き、サービスが利用できるというもので、看護ケアがないために小多機利用者の2割ぐらいが脱落して、他のサービスに移らなくてはいけないという、当時の調査結果に基づいて、小多機と訪問看護の複合型サービスが誕生したわけでございます。

そして、平成27年度に複合型というものでは、意味が分かりにくいという議論を踏まえて、看多機に名称が変更になったということでございまして、看多機についても、小多機の1つとして変遷をたどってきているわけでございます。

したがって、今後、新たなサービスを複合型とか、地域のニーズに応じて対応するのが極めて重要でございますが、まず、既存の社会資源の有効活用という観点からいくと、その地域での訪問看護ステーション、定巡、通所リハ、老健ショートなどの状況を踏まえた上で、地域のニーズを分析した上での検討が必要だと思っておりますし、現状の小多機の利用者の看護ニーズというのも、また一度調べておく必要があるのではないかなと思っております。

もう一方の視点は、冒頭に選択と集中と申しましたが、限られた介護人材不足等、ある

いは介護に限らず、あらゆる人材が不足していく中で、いかに効率的に、あるいは過不足なく、住民が支障なくサービス提供できる体制を構築するかということが重要でございますから、あまりサービス類型を増やし過ぎても、決していいことにはならないので、これは各地域の実情によって、地域と関東首都圏は大きく取る政策方針も変わってきますから、その辺りは、十分な地域に応じた検討が必要だと思っております。

したがって、複合型とか、いろいろな新たなサービス類型、あるいは今回の看多機のような提案等もございしますが、まずはその制度の中でどういうふうに、地域密着型サービスであれば、そういった地域密着型サービスの概念がありますし、居宅サービスなら居宅サービスの役割があります。

したがって、制度の中で、これまでの制度の変遷を踏まえた上で、制度の中でどのように位置づけていくのか、あるいはこれまでの議論として、どうしてこういった複合型が誕生したのかということも踏まえながら、各地域の実情も踏まえて、いろいろな状況があるかと思っておりますので、幅広い視野で検討して、かつ慎重に分析の上、議論していくことだと思っております。

すみません、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、次に濱田委員、お願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

私も先ほどの江澤委員の御意見に全く賛同するところでございますが、7ページの在宅サービスの基盤整備につきまして、複数サービスを組み合わせ提供する事業所につきまして、様々な地域特性に応じて、事実上地域密着サービスにある包括型のサービス提供になっている事例と考えられまして、今後とも、地域に応じた各種の取組を推進していくことが期待されると考えております。

これによりまして、前回の部会意見書にございます、地域の実情に応じた介護サービス基盤整備が仕組みとして活用できるようになることを期待しております。この仕組みを大規模化と言えるかどうかは、やはり解釈が難しいところでございますけれども、少なくとも複合化とは言えるかと思っておりますので、事業所マネジメントの推進にも寄与すると考えられるのではないかと考えております。

ただし、医療・介護連携や、その他のインフォーマルサービスの活用、また、特定の事業者には偏らず、利用者の意向が反映できるようにするためのケアマネジメントが行われるべきと考えております。

それから、先ほど介護支援専門員、主任介護支援専門員の人材確保につきまして、ちょっと急いで発言しましたので、申し遅れたかも分かりませんが、これは、やはり、いずれかの時期に他の職種のように、例えば需給の見直しを行うことなども検討しながら図っていく必要があるのではないかと考えております。

と申しますのも、御承知のとおり介護支援専門員、主任介護支援専門員、登録自体は都

道府県に行っているということをごさいますして、また、合格者が、必ずしも全ての方が稼働できる状況にあるということでもないと、やや複雑な状況になっておりますので、やはり、そういうことも、いずれかの時期に必要となるかなということをごさいます。

それから、先ほど22、23ページ、少し3番のところ、恐縮でございますが、包括的支援事業の部分委託、再委託について、これは、次回以降で結構かと思っておりますので、例えば、どのような内容が想定されるかなど、また、少し御教示いただければということをごさいます。

これらにつきまして、ブランチやサブセンター、また、部分委託、再委託につきまして、介護保険事業計画策定委員会等にお諮りいただいて、地域に応じて対応いただければと考えております。

また、居宅介護支援事業所のケアマネジメントについては、不特定多数の要介護者の相談に対応するなど、広く地域の相談支援を受けていると考えておりますので、こうした委託は受けられる可能性が、全てではないかと思っておりますが、高いかと思っております。一方で、小規模多機能居宅介護事業所の場合、ケアマネジメントが内包型ということもございまして、主に登録者対象ということをごさいますので、各事業所の機能が地域に開かれているかどうか、こういうことを見極めて対応する必要があるのではないかと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、橋本委員、お願いします。

○橋本委員 1点だけ意見を申し上げます。

10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のところ、

どの地域でも適時適切に提供されるようにということですが、介護施設では、セラピストがリハビリに入ろうと思ってもなかなか、その人にかかるコストと介護報酬が、合わないということもあって、なかなか行いにくい。

やはり病院でのセラピストのコストというか給料がベースになってくると、なかなか難しいかなということは感じます。

もう一点、そのコストの問題と、もう一つは、地域での取組になると、在宅系になりますと、やはり病院とかクリニックからはリハビリに行けますけれども、訪問看護ステーションからしか行けないとか、いろいろ制約があったりして、自由度が少ないかなとは思っています。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、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。

看多機についてでございますけれども、先ほども資料で御説明したところ、

が、看多機が制度化されまして10年が経ち、看多機でケアを実施している利用者の皆様の状態ということは、資料でもお示しをしたところでございます。

利用者の方あるいは家族の方が、医療ニーズが高くなった場合でも、在宅療養を継続したいと考えられる、そういった場合、あるいは医師から見ても、入院はせずとも通いや泊まりの場があることで、療養を継続できると判断される状況もあるかと思っております。

そうした選択の場が、選択肢が設けられているということが、そして、また、実際にそのサービスを利用できる状況を作ることが重要だと考えておりまして、その視点での提案でございます。

そして、これまでの介護給付費分科会の資料でも示されているところでございますが、なかなか訪問看護というような一定の時間で限られたケアでは、回復が難しいような状況、例えば食事が摂れないことに対して、点滴をせざるを得ないような状況もございますけれども、そうした場合に、連続的に、看護職が、利用者さんの状態を見ながらケアを提供していくということや、褥瘡の状態に関しても、訪問看護だけでは、やはり利用者さんの体の位置でありますとか、様々な連続的なケアを提供できないというようなこともございますので、そうしたケアの提供によって、状況がよくなるというようなことも、これも分科会でも資料が提出されているところでございます。

そういったことも見込んで、ケアの選択肢を増やすという提案でございます。

私からは、以上でございます。

○菊池部会長 それから、石田委員からも、お手が挙がっています。どうぞ。

○石田委員 すみません、先ほど少し議題に出たのですけれども、特別養護老人ホームの空きベッドの件についてです。

これが地域の問題であるのか、人材不足の問題であるのか、この辺について原因を分析するとともにという文言がありますけれども、その現状について、どのぐらいまで把握されているのか、今の時点で、そういった何かデータがあるのかどうか、もしあれば、ちょっと教えていただきたいなと思って手を挙げさせていただきました。すみません。

○菊池部会長 事務局のほうで、いかがでしょう。

○須藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

特養の入所申込者を3年に一度調査してございますが、今年は、それをを行う年でございます。今、調査票を各自治体さん等に配らせていただいて、調査を行ったものの集計を進めているところでございます。

先ほど委員からも御指摘あったようなことも含めて、まだ集計自体を進めておるところでございますので、分析等、まだ間に合っていない部分もございますが、少しでも早くまとめまして、何らかの形で部会等にも御報告できるような形というものを考えてございます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○石田委員 ありがとうございます。

もう少しその内容を詳しく教えていただいた上で、先ほど出たように、運用についての柔軟なやり方というのも検討していくべきだと思っておりますので、その辺は、よろしくお願いたします。ありがとうございました。

○菊池部会長 それから、津下委員から、どうぞ。

○津下委員 ありがとうございます。

要介護者等に対するリハビリテーションが非常に重要ということで、39ページにも報告書がございまして、リハビリテーション指標について明示されているところでございます。

これについて、これは令和2年の7月の公表ですけれども、その後、この指標について、どのようにデータを収集し、分析をされ、次の検討に間に合うのか、また、この報告書については、もう少し具体的に記載したほうがいいのではないかなと思う、どういう病状とか、それから医療からのつなぎ、または、どういう人がここの対象になっていくのかというようなことを、より分かりやすくしたほうがいいのではないかなと思うのですけれども、そのフォローアップの状況について、もし分かることがあれば、教えていただけますでしょうか。

○菊池部会長 では、事務局からお願いします。

○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。

今、御指摘いただきましたとおり、39ページに書いてございますのが、令和2年の検討会においておまとめいただいた内容でございます。

この中の(3)番リハビリテーション指標、こちらについて、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画、こちらに掲載していただくこととして御提案を申し上げ、38ページにある通り、介護保険事業計画等の基本指針の中に、このリハビリテーションの目標について記載をするといったことをお示ししているところでございます。

これが、まさに現在の第8期の計画の内容でございます。残念ながら、現状では、これらの指標が多くの自治体の計画に反映されているかということ、なかなかそうではないという状況ではございますので、まずは、そこにきっちりできるだけ書いていただくということを、周知啓発などを進めているところであり、個々の指標についての詳細な検証までは、まだ至っていないという状況だと御理解いただければと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいですか。

○津下委員 ありがとうございます。

指標については、ストラクチャー、プロセスまでで、将来としてアウトカムが指標ということになっているのですけれども、やはりこういう取組をすることで、どういう効果があったかということを知っていただくことが重要だと思いますので、なかなか全数というのは難しいかもしれませんが、登録されているところだけでも、その状況のフォローアップ、そしてアウトプットの、必要な対象者の中でどれぐらいここに参加できたかという、その数字を出すのはちょっと難しいかもしれないのですけれども、やはりアウ

トット、アウトカムなどの指標にも進展できたら、よりこの意味が明確になるのではないかなと思ひまして、ブラッシュアップを期待しているところでございます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか、そろそろ、それでは、最後に栗田委員からお願いします。

○栗田委員 私は、先ほど花俣委員の意見とちょっと関連してお話をさせていただきたいと思うのですが、私はずっと急性期病院に勤めておりました、ずっと高齢者の診療をやっていますので、認知症の方の急性期医療をずっとやっているのですけれども、一人暮らしの認知症の方は、一般的に低所得・低資産の方が多いので、退院先をどうするか、家に帰れない場合が多いので、何を探るかというところがございます。特別養護老人ホームであれば一番いいのですけれども、入れないので、低額の有料老人ホームか、サービス付き高齢者向け住宅に仕方なく行ってもらおうというパターンが、ずっと続いているのですね。ただ、認知症ケアという観点では、非常にリスクだなと感じながら退院させているという実態があります。

最近、私は、地域在住高齢者の認知症の実態を調べており、それについては少しずつわかってまいりましたし、介護保険施設であればさまざまな資料から実態は分かるのですけれども、低額の有料老人ホームとか、サービス付き高齢者向け住宅とかでは、認知症ケアの実態が、ほとんど分からないということがございまして、そういうことが、恐らく虐待の問題とも深く関連しているのではあると思われまふ。この辺は、やはりきちんと調査をして対策を考えるということが必要であろうと。また、特別養護老人ホームが使えるのだったら、特養は一般に非常に質が高いので、やはり、そこに入れていただきたい。

それから、もう一つ、これは、生活保護法だと思ひましたけれども、日常生活支援住居施設、いわゆる日住というのがございまして、低所得の認知症高齢者の方が利用することがあるのですが、私の知っている日住は非常に質が高いので、いいところばかりなのですけれども、これについても、実際にそういうところで、認知症の方がどういふサポートを受けているかということ、やはり調べたほうがいいかと思ひます。

ちなみに日住は、生活保護をもらわないと入れないので、生活保護をもらっていない低所得・低資産者が入れないという問題があります。これは、法律が違ふのであれですけれども、こういったことも、今後、検討されなければならないことだろうと思ひております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今日も様々な貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございます。取りまとめに向けて、事務局のほうでしっかり受け止めていただきたいと思ひます。

すみません、ちょっとお時間を拝借して恐縮ですが、私からも1点発言をお許しいただきたいと思ひます。ちょっと大きな話で恐縮なのですけれども、次回のテーマに関わるの



で、あらかじめ発言し、必要に応じて御対応をお願いしたいなと思って発言させていただきますと、資料の2の各論の(2)で、「様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」と書いてありますが、資料2の5ページの4つ目の○で「『地域共生社会』の実現が、『地域包括ケアシステム』の目指す方向である」と書いてあります。

地域共生社会は地域包括ケアの上位概念であるということは政府見解だと思います。令和2年社会福祉法等改正でも社会福祉法、介護保険法において、地域住民の複雑化、複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の整備が行われています。

しかし、私は介護保険制度改正をめぐる議論の中で、地域あるいは地域住民の位置づけが、地域共生社会をめぐる議論と、どこか噛み合っていないのではないかという印象を抱いてきました。

そうした中で先日、私が主宰しております研究会で、地域福祉の第一人者であられる日本福祉大学の原田正樹教授が、社会福祉法における地域住民は主体であるのに対して、介護保険法における地域住民は資源として位置づけられているのではないかという御趣旨の発言をされまして、私、非常に得心するものがございました。

社会福祉法における地域住民は、4条2項において地域福祉の推進に努めなければならないとされ、3項で地域生活課題を把握し、支援関係機関との連携等により、その解決を図るよう留意するものとされています。

今月発刊された社会福祉法の解説、逐条解説書ですけれども、この105ページでも、従前、事業を実施するに当たって、事業者から理解と協力を求められる存在、いわば客体にとどまっていた地域住民を地域福祉の推進に努める主体として位置づけたものであると、この4条を説明されています。

これに対して介護保険はどうでしょうか、地域住民が主体として位置づけられているでしょうか。この資料5ページの1つ目の○では、地域の中に住民主導のものも含めた様々な社会資源があり、これらについて生活支援コーディネーター等が発掘等を行うと記されています。介護保険法の目的には、地域住民というのは出てこないように思うのです。恐らく地域支援事業の中で位置づけられているのだと思います。

訪問型サービスB、D、通所型B、地域づくり加速化事業、高齢者生きがい活動促進事業など、その痕跡は見ることにはできるかと思います。

すみません、この取りまとめに向けた忙しいときに申し訳ないのですが、事務局にできればお願いしたいのは、地域共生社会の実現が地域包括ケアシステムの目指す方向であるというのであれば、それが法律上どこに位置づけられているのか、それは、必ずしも法令によらない政策理念の話であるのか、そうであれば、この介護保険制度のどこに位置づけられているのか、仮にそうした理念レベルでの制度的位置づけがなされているとして、運用上あるいは実務上、地域共生社会の理念が実現されていると実質的に言えるのか、それはどのような意味においてなのか、こういったことについて、取りまとめに向けて大変お忙しいことは重々承知しておりますが、これは、次回のテーマに関わる場所ですので、

できれば少し整理していただきたいと思っております。

これは、事務局に無理難題をふっかけようというのではなくて、このまましっかりした形で、法令上、そして運用上位置づけられることがなければ、5年後には地域共生社会の理念は立ち消えになってしまって、従来のような制度ごとの縦割りの世界に舞い戻ってしまうのではないかという、強い危惧を私は抱いているからであります。

このことで、この取りまとめの総論の書きぶりなども変わってくるかもしれません。私、同じ問いを、今日の午後の生活困窮者支援生活保護部会、それから来月の障害者部会でも行おうと思っています。

また、これらの問いにつきまして、もしよろしければ、委員の皆様にも、何かお考えがあれば、次回にでも御意見をいただければ大変幸いです。

地域というのは、制度ごとに存在するものではなくて、同じ次元で1つ地域が存在しているというのが、私の見方なので、そういった面からも地域住民、地域、地域づくりといったものをどう捉えるか、御知見を伺えたらと思っております。すみません、お時間を拝借して申し訳ございませんでした。長々述べましたが、今回の改正そのものには、直接は関わらないことですので、お許しいただければと思います。

ということで、本日はここまでとさせていただきます。

次回の日程につきまして、事務局からお願いします。

○占部企画官 次回の部会の日程につきましては、11月24日木曜日9時半から、こちらの会場とオンライン会議システムを活用しての開催を予定しております。

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

御多忙の中、御参加いただきまして、ありがとうございました。