

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第104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、御出席を賜りまして、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。

なお、本日、都合により、菊池部会長におかれては、オンラインによる御出席となっておりますので、御案内申し上げます。

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、こんにちは。

ただいま御紹介いただきましたように、本日、私はオンライン参加ということになってございます。この取りまとめに近い段階で大変申し訳ございません。何かと御不便をおかけすることになるかと思いますが、事務局と協力して進めさせていただければと考えておりますので、よろしくをお願いいたします。

それでは早速、本日の出欠ですが、野口部会長代理、大西委員、黒岩委員、齋藤委員が御欠席です。

大西委員の代理として、高松市介護保険課長、高尾昌伸参考人、黒岩委員の代理として、神奈川県福祉部長、山本千恵参考人、齋藤委員の代理として、日本看護協会常任理事、田母神裕美参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただければと思います。よろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○菊池部会長 ありがとうございます。

また、井上委員が遅れての参加と伺っております。

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、事務局より御確認をお願いいたします。

○占部企画官 事務局でございます。

資料の御説明の前に、事務局側の出席でございますけれども、本日、大西老健局長、斎須審議官につきましては、他の公務のため、欠席でございます。

それでは、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。

会場の委員におかれましては、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、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。

資料の不足等につきましては、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いますが、会議の進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、御発言の際に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します。発言後につきましては、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1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、早速、議事に入りたいと思います。

本日は取りまとめに向けた議論として、これまでの議論を踏まえ、事務局に「見直しに関する意見（案）」を作成していただきました。ただし、「給付と負担」については先週御議論いただいたばかりでもあり、本日は「地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進」「介護人材の確保・生産性向上」について議論をお願いしたいと存じます。

それでは、事務局より資料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。

ただいま部会長に御紹介いただきましたように、「介護保険制度の見直しに関する意見（案）」につきまして、「地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進」「介護人材の確保・生産性向上」について案を取りまとめましたので、本日、これらについて御議論いただければと思っております。

資料に沿いまして御説明を申し上げますが、全体を読みますと時間がやはりかかりますので、基本的に今まで出てきたものとの関係で特に変更がある点を中心に御紹介申し上げることをお許しいただければと思います。

まず、「はじめに」の記述は基本的に、11月14日、24日に「地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進」について議論をいたしました。その総論の「人口・世帯構成の変化」という部分を膨らませて書いたような形になってございます。介護保険制度の存在意義、また、今後、2025年、そして、2040年を見据えて、サービス需要、給付費の増加が起こること。

4番目の○ですけれども、生産年齢人口の急減の中で、人材不足が供給の制約要因とならない早急な対応が求められること。

5番目の○は、地域差が大きいということ、地域の特性や実情に応じた対応が必要とい

うこと。

そして、コロナの感染症の対応が、医療・介護の提供に係る課題を示唆したということ。一方で、ICTの活用の急速な進展につながったこと。

これらを指して、最後、介護保険制度は、高齢者の自己決定に基づいて必要なサービスを受けられ、希望するところで安心して生活できる社会を実現するという必要性があるという認識の下、議論いただいたと総括をさせていただきます。

これらを踏まえまして、具体論でございますが、Iとして「地域包括ケアシステムの深化・推進」ということで整理をさせていただきます。

しばらく総論を書いておりますけれども、これも先ほど御紹介しました11月14日、24日の総論部分から基本的にそのまま書いてございます。

総論から介護サービス基盤の計画的な確保、住まいとか、一人一人に寄り添う介護サービス、医療需要への的確な対応、介護DXの推進、安心・安全の確保、総合事業の推進、介護予防や社会参加、地域包括ケア支援センターの体制整備と地域共生社会づくり、保険運営と地域デザイン機能の強化といったところでございます。ほとんど、これはそのままの記述です。

以下、具体論が6ページから入っておりますが、大きい1つ目としては「生活を支える介護サービス等の基盤の整備」ということでくくってございます。

1つ目の小見出しとして、地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備というところでございます。基本的にはこれまで論点等でお示したものについて、投げかけ調であったものを「重要である」「必要である」などと語尾を具体的な方向性を示す形に変えているというのが基本的なところですよ。

それ以外の主な追加点などを中心に御説明したいと思います。

2つ目の○ですけれども、この○を追加しております。地域差が大きいということ、中山間地域や離島など介護資源が脆弱な地域での留意が必要であるということなどを追記しております。これについて、国が自治体に対して適正な支援を行うことが重要であるということを追加しております。

そして、一番最後の○ですけれども、看護小規模多機能型居宅介護、いわゆる看多機についての記述、この○を追加しております。看多機は主治医との密接な連携の下、通い・泊まり・訪問を利用者の状態にして柔軟に提供する地域密着型サービスとして、退院直後の利用者や看取り期など、医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。今後、サービス利用機会の拡充を図るため、地域密着型サービスとして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策や、さらなる普及を図るための方策について検討し、示していくことが適当であるという記述にさせていただきます。

続きまして、ケアマネジメントの質の向上です。

1つ目の○を追記しております。ケアマネジメントの質の向上、人材確保の観点から包

括的な方策の検討というところでございます。

次の○でございますけれども、中ほど、「さらに、法定外研修や」というところから5行の文章を追記してございます。主任ケアマネの養成の環境整備などを追記してございます。

次の○の後段を追記しております。ケアプランの作成におけるAIの活用についての研究を進めることの必要性を追加してございます。

あと、福祉用具でございますけれども、福祉用具はここにも言及してございますように、検討会の提言の内容を御報告申し上げました。このことについて記載をしてございまして、この議論の整理を踏まえまして、福祉用具貸与・販売種目の在り方や福祉用具の安全な利用の促進等について引き続き検討を進めることが適当であるとしてございます。

次に、在宅医療・介護連携です。

このうちの2つ目の○の一番最後のところ、「また、各自治体の取組状況や課題を把握し」というところを追記してございます。

そして、計画との関係について、このページの下から2番目の○、一番下の○を記載してございますが、記述内容を少し整理して、地域医療構想あるいは医療計画との整合性の確保について記載しております。医療・介護の担当部局間での協議が必要であるということをも明記してございます。

次のページに行って、一番上の○について追記してございますが、これはこの会議の場でもかかりつけ医機能の強化について、医療部会で今まさにこうして議論していることをテイクノートいたしました。それに関して、「かかりつけ医機能の検討状況を踏まえて必要な対応を検討することが適当である」という記載にしてございます。

同じページの一番下のところ、施設サービス等の基盤整備について、一番下の○に「特例入所の運用状況や」というのを追記しているのと、「地域における実情を踏まえた」というところを追記してございます。

次のページに行ってくださいまして、住まいと生活の一体的支援について、1つ目の○、全世代型社会保障構築会議の議論についての言及部分を追加しております。

これも受けて、一番下の○ですけれども、文中に全世代型社会保障構築における議論の状況を追記し、介護分野以外の分野について住宅分野、福祉分野というのを明確化して修正してございます。

次のページから介護情報利活用の推進です。

ここについては、3番目の○について具体化・明確化してございます。介護情報基盤の整備に当たって、顕名の介護情報を集約して、医療情報とも一体的に運用することが必要。そのため、顕名の介護情報の収集等に係る事業について、介護情報基盤の効果も踏まえて、保険料負担と公費負担の組合せにより、国民皆で支え合う仕組みであり、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置づけて行うことが適当である、としてございます。前回は「必要な法令上の整備を含め」と書いていたのを具体化し

た記載にさせていただきます。

次に、科学的介護の推進ですけれども、ページの一番最後の辺りから、施設事業所に対するものではなく、個別のフィードバックの内容についてもということで明確化しております。

次の○も最後のところ、介護現場や研究者の声も踏まえて項目の精査を行うということ を明記しております。

飛んで、高齢者虐待防止の推進について、2つ目の○です。この中の「また、国においても、虐待における重要なリスクの一つと言われている認知症との関係も含め、虐待防止を推進するための一層の調査研究を推進する」という部分を追加しております。

次のページの一番上の○です。この○を追加しております。

次に、大きい2つ目として「様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」というところ です。

1つ目は総合事業の多様なサービスの在り方ということでございます。

まず、事業の趣旨を追記しております。その上で、1つ目の○の一番最後、地域における受皿整備や活性化を図っていくことが必要であるということ を明確化しております。

次の○ですけれども、2行目から「前回制度見直しの内容の適切な推進も含め」というところを追記しております。包括的な方策の検討ということ を明確化したのと、その下の「また」以下のパラグラフを追加しております。

次のページ、通いの場、一般介護予防事業ですが、2つ目の○の「また」のパラグラフですけれども、「自治体と地域の職能団体が連携することなどにより」という例示を追記 しております。

次に認知症施策の推進ですが、このうちの2つ目の○、後段です。「さらに、認知症への社会の理解を深め」という部分、「正しい知識の普及啓発に努める必要がある」という部分を追記しております。

次に、地域包括支援センターの体制整備等ということでございますが、次のページに行 っていただきまして、この辺は少し文章全体を改めて読みやすいような観点で整理をして ございます。

その上で、2つ目の○ですけれども、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向 上、福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防 支援の実施状況の把握を含め、地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅 介護支援事業者へ介護予防支援の指定対象を拡大することが適当である、としております。 また、介護予防ケアマネジメントAについては簡素化を可能とすることが適当であるとし ています。

次の○ですけれども、センターが行う総合相談支援業務との一体性を確保した上で市町 村からの部分委託等を可能とすることが適当であるということ を明記しております。

その次の○ですけれども、標準化、重点化及びICTの活用を含め、業務の質を確保しなが

ら職員の負担軽減に資するような方策を検討することが適当であるとしております。

次の○は基本的に同じでございます。

次に、3ポツ目として「保険者機能の強化」でございます。

地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者の支援は変わっておりません。

次に、保険者機能強化推進交付金等についてですが、1つ目の○に全体の説明ということで説明文を追加しております。見直しの内容については、特段変更はしてございません。

次のページの給付適正化・地域差分でございます。

3番目の○の介護給付適正化主要5事業についてですけれども、「保険者の事務負担の軽減を図りつつ」という事務負担軽減のところを追記してございます。

ほかは変更ございません。

次に、介護保険事業計画作成の効率化ですけれども、ここは基本的に変更ありません。

18ページ目です。要介護認定ですけれども、最初に現状や議論の経過について趣旨を1つ目の○に追加しております。

その上で、前回は投げかけのところもございましたので、今回は結論をはっきり書いておりますが、2つ目の○にある新規申請及び区分変更申請に係る有効期間の上限拡大については、これを踏まえて慎重に考える必要がある、と明記しております。

また、1つ飛んで、介護認定審査会を簡素化して実施する場合の審査会への通知の省略について、これも慎重に考える必要があるとしてございます。

また、このページの最後の○ですけれども、認定の審査の簡素化について、事例の収集・周知は前回も書いておりましたけれども、ICTやAIの活用に向けた検討を進めていくことが重要であるという記載を追加してございます。

続きまして、Ⅱとして「介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」でございます。

1ポツとして「介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進」としてございまして、この総論のところにつきましては、10月17日にこの部会で議論をしていただきました。その際の資料の検討の視点という部分をベースに記載をしております。ほとんどそのときと変わっておりません。

具体の中身に入って、(1)として「総合的な介護人材確保対策」というところです。こちらが当時の10月17日の資料から大きく変わったところを中心に御紹介いたします。

最初のほうは特に変わっておりませんで、次のページの「介護職員については、職場の人間関係が離職理由の大きな要因でもあることから」という1つ目の○を追記しております。

次の○の後段部分が介護福祉のリーダー育成についてどう考えるかと当時論点として提起していたところについての解ということで、「介護福祉士個人の専門性を評価する仕組みなど職場におけるキャリアアップや処遇につながる仕組みを検討することが重要である。他方。資格は取得しても」という部分を追加しております。

また、1つ飛んで「また、国内における人材確保に加え～」というところを追加しております。これは外国人材の活用についてこういった方策を検討する必要があるという提言にしております。具体的には、定着の状況などを把握しながら、引き続き推進することが必要であること、我が国で介護職として活躍することを希望する外国人介護人材に対して、引き続き受入・定着を促しながら、日本語学習や生活相談の支援とともに介護福祉士の資格取得支援等を推進することが必要であるとしてございます。

次に、大きく（2）として「生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現」というところでございます。

地域における生産性向上の推進体制の整備の1つ目の○について、生産性向上自体の目的を一人でも多くの利用者に質の高いケアを届けることであるということをも明確化すること、そして、業務の見直しや効率化等により生まれた時間を有効活用して、利用者に向き合う時間を増やすなど、個人の尊厳、自立の支援につながるケアの実現を図ることに資するものであるといったことを明記してございます。

そして、3番目の○ですけれども、ここの2つ目の文章から、「介護事業所において、生産性向上に向けた取組ははまだ一部の事業所にとどまることから」というところについて、こういった趣旨の記載があったかと思えますけれども、明確化し、「個々の事業所レベルでは経営層の示す方針の下に、現場と一体となって推進の中であることを。改めて周知・啓発することが必要である」という部分を明確化しております。

また、次の○でございますが、この中で、こうした取組をより広く展開し、優良事例の横展開を図ることが重要であるということを追記してございます。

次のページでございますけれども、「その際」のところですが。ワンストップの窓口の設置は前回も書いておりましたけれども、「その際、都市部や中山間地域などの地域特性に応じた柔軟な支援を行うよう配慮することが必要である」と追記しております。

また、次の○ですけれども、ここは当時論点に示しておりましたけれども、生産性向上に関して、地方公共団体の役割を法令上明確にすることが適当であるとしてございます。

施設や在宅におけるテクノロジーの活用のところですが、1つ目の○の最後に事業の分かりやすい周知に努める必要があるということをも明記してございます。

1つ飛んで次の○ですけれども、後段の部分です。「こうしたモデルについて、今後更に大規模な実証等を通じて一層の充実を図るとともに」の後が追記です。「都道府県のワンストップ窓口等を経由した現場への周知やノウハウの共有について、積極的に推進することが適当である。また、導入による効果について、事業者にとって分かりやすい情報提供が行われることが重要である」という部分を追記しております。

また、次の○も全体追加でございます。「現場への実装に向けては、導入ノウハウを有する人材の育成とともに、こうした人材による事業所への伴走型支援が必要である。また、取組の進展に応じたプッシュ型の支援という観点も重要である」ということを追加しております。

次の○ですけれども、具体的には後段部分です。次のページに行きますが、「情報共有や記録等の円滑化の視点、サービスの質の確保や導入時の課題などの論点も含め、調査研究を進めるなど、現場での利活用に当たって有用な取組を推進していくことが重要である」の部分を追記しております。

また、介護現場のタスクシェア・タスクシフティングについて、1つ目の○の後段部分の文章を追記しております。

また、次の○について、いわゆる介護助手の活用について紹介しておりますけれども、なお書きのところです。介護助手という名称について、高齢者や女性も含め幅広い層からの積極的な参画を促されるよう、名称について、現場の意見を踏まえながら引き続き検討していくことが必要との意見もあったということを追記しております。

そして、次の○については、全体の記載の整理も含めて、改めて介護助手の業務の効率化について記載しておりますが、介護助手の切り分け可能な業務や効果が高いと見込まれる業務の体系化、介護助手の制度上の位置づけや評価・教育の在り方も含め、導入促進のための方策を引き続き検討することが適当である。また、人材の確保については、社協やシルバー人材センターなど、関係する団体とも連携しながら、特定の年齢層に限らず若者を含め幅広い熟を念頭に置きつつ、柔軟に対応することが必要であるとしております。

次に、経営の大規模化・協働化ですけれども、1つ目の○の途中のところ。「サービスの品質を担保しつつ、管理部門の共有化・効率化やアウトソーシングの活用などにより」というのを追加しております。

次の○ですけれども、好事例のさらなる横展開を図る必要があるといったこと。また、社会福祉連携推進法人などの障壁となる要因について検証することも重要であるという記載を追加しております。

また、次の○ですけれども、「既に訪問介護において人材不足が指摘されているように」という1文目を追加しております。

最後のところすけれども、「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」の指摘を踏まえて、各サービスにおける管理者等の常駐等について必要な検討を進める必要があるとしてございます。

次に文書負担の軽減ですけれども、この会議において、ここに御紹介しております文書負担軽減の専門委員会の11月7日の取りまとめの内容について、前回御報告をしました。このことを概要も含めて御紹介をしております。

その上で、最後のところが結論ですけれども、「必要な対応を遅滞なく進めるとともに、現場での実施状況について、厚生労働省において、（専門委員会も踏まえながら）継続的に把握し、必要な対応を講ずることが適当である」としてございます。

最後、財務状況の見える化でございます。これは、「地域包括ケアシステムの深化・推進」についての回で議論をしましたが、内容的にはこちらのほうがよりふさわしいということで場所をこちらに位置づけて記載をしております。



その上で、提示した当時からの変更点について御紹介しますと、1つ目の○は同じです。

2つ目の○について、後段を追加しております。「データベースを整備するとともに」の後ですが、「介護サービス事業者から届け出られた個別の事業所の情報を公表するのではなく、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表することが適当である。その際、介護サービス事業者の事務負担等に十分配慮する必要がある」というところでございます。

次の○ですけれども、この中の5行目ぐらいに「介護人材の確保を目指して累次の処遇改善等がなされているところ」という文章を追加しております。

その上で、結論の賃金等についての公表は前と同じですが、「その際」のところに文章を追加しております。「その際、公表する情報に係る個人が特定されることがないよう配慮した仕組みを検討することが適当である」という文章を追加しております。

以上が今日御用意いたしました意見書の案でございます。この後、2ポツとして給付と負担の内容、そして、最後に終わりにという文章をつけて、全体を意見書という形にしてはどうかと考えてございます。

私からの説明は以上でございます。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

それでは、皆様から御発言をお願いしたいと思います。

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に御発言いただきたいと考えておりますので、御発言時間について、いつものように御協力いただけますと幸いです。

いつもですと、ここで会場で並びでお座りいただいている方に合図をさせていただいて御発言いただくのですが、今日は見えない状況ですので、林課長のほうから会場で御参加の皆様から、まず順次御発言いただけるように御誘導いただければと思いますので、よろしく申し上げます。

○林総務課長 分かりました。

では、まず会場で御参加の皆様が御発言を希望されるかと思っておりますので、席順で恐縮ですが、岡委員、栗田委員、花俣委員、小林委員の順で御発言いただければと思います。よろしく願いいたします。

○岡委員 ありがとうございます。

まず、本日配付されました意見案の取りまとめにつきまして、厚生労働省事務局の御尽力に感謝を申し上げます。

内容を拝読いたしますと、7ページのケアプランの作成におけるAIの活用、23ページの介護ロボット・ICTの導入に向けた介護事業所への伴走型支援は、私ども商工会議所の意見を反映いただいた内容となっておりますことに御礼を申し上げますとともに、早期に具体化していただくようお願いいたします。

一方で、介護保険制度をめぐる現状を踏まえて、2点申し上げたいと思います。

まず1点目でございますが、13ページの総合事業についてでございます。

総合事業は、介護保険制度の持続可能性を高めるために極めて重要と考えております。1つ目の○に記載されているとおり、実施状況の検証を踏まえた受皿整備や活性化を図るという方向性に賛同いたします。その具体的施策の方向性が2つ目と3つ目の○で整理されていますが、この中に総合事業の担い手を確保すべきであること、及び民間の担い手と行政との間の連携強化が必要であることを盛り込んでいただきたいと思います。9月12日の部会で申し上げましたが、介護の現場からは、市町村の取組を担う職員や生活支援コーディネーターの育成強化、民間のコーディネーターと市町村等との間の連携強化を期待する声が寄せられております。こうしたことを単に市町村任せにせず、国や都道府県が市町村を積極的に支援することにより、取組の推進を図ることが重要と考えております。

続いて2点目でございますが、21ページに記載されている海外からの人材確保についてでございます。厚生労働省の資料で見られるとおり、介護職員の必要人数は増加の一途であり、この分野における人手不足の深刻化が指摘されております。そのために、外国からの介護人材の受入拡大は避けて通れない重要な課題でございます。

21ページ、下から2つ目の○に、外国人介護人材の確保に関する取組の方向性が記載されておりますが、もう一步踏み込んで、政府として積極的に希望者を掘り起こすという意味でのリクルーティングを展開するという姿勢を明確にさせていただきよう、お願いをいたします。

以上の2点につきまして、厚生労働省事務局に可能な範囲でコメントをお願いできればありがたく存じます。よろしく願いいたします。

○菊池部会長 事務局、いかがですか。

○笹子認知症施策・地域介護連携推進課長 推進課長でございます。

13ページ目の総合事業につきまして、担い手の確保、民間企業との連携強化という文言という御示唆でございました。13ページ目の下から2つ目の○にも、また書きのところですけれども、「民間企業との主体が」ということで明記させていただいているところではありますが、御示唆を踏まえて、どのような文言があり得るのか検討してまいりたいと存じます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○今泉福祉人材確保対策室長 海外人材のところについてもコメントをいただいたと思うのですが、そちらにつきまして、海外の人材に対してリクルーティングということでお話があったと思うのですが、実際上は今、いろいろ自治体のほうでもそれぞれまさに地域の実情などに応じて取組をやっていただいているところです。実際にはやはり施設だとか自治体のほうで状況をまず見た上で、それぞれのところできり組んでいただいているというのが精いっぱいのところかなと思います。まさに地域の実情に応じてという部分では、例えば、介護施設と特定技能による就労希望者のマッチングなどもやっているところに国が助成を行ったり、あと、国としましても、海外の現地の日本語学校の学生に対しましてセミナーを開催するなど、いろいろな形で介護への就労に関心を持っていただけるよ

うに様々な取組を実施させていただいているということで、引き続きこういう取組を行っていきたいと思いますけれども、どういう形で文言として入れられるかというのは考えさせていただきたいと思います。

以上です。

○岡委員 ありがとうございます。

○林総務課長 続きまして、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 まずは、報告書の取りまとめをありがとうございます。

少し気になったところをお話しさせていただきたいと思います。

まず、最初のページの2040年に向けて85歳以上高齢者が急速に増加するというくだりなのですが、ここに書いてあるとおりで思うのですが、やはり一つは、認知症高齢者が急速に増加するということと、意思決定支援あるいは権利擁護の重要性が高まっているということがどこかで触れられている必要があるのではないかなと思いました。

それから、7ページのケアマネジメントの質の向上に関しまして、上から4つ目の○に公正中立性の確保も含めと書いてありますが、これもそのとおりでございますが、やはりここでもケアマネジメントの中の意思決定支援ということが非常に重要なので、意思決定支援あるいは権利擁護の確保も含めみたいなニュアンスのことがあるとよいかないかなと思いました。

それから、13ページ以降ですが、ここから「様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」という見出しの下で、総合事業、通いの場、一般介護予防事業、認知症施策の推進、地域包括支援センターの体制整備という小項目が立てられて、大変重要な視点が記述されているのですが、ここで例えば認知症施策を認知症総合支援事業のことと読み直してみますと、ここに掲げられているのは全て地域支援事業の主要な事業でございます。そのように考えますと、これは前々回の委員会で指摘させていただいたのですが、この地域支援事業の実施要綱の冒頭にある事業の目的及び趣旨に、ここで書かれている様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現という趣旨のことが記されているべきであって、それに向けて、地域支援事業を構成する個々の事業が地域の実情に応じて相互に連携しながら、一体的・効果的に稼働できるように市町村が検討し、国はそれが可能となるような事業設計を考えていかなければいけないのではないかなと思います。

ちなみに、認知症施策のところでも少しだけお話しさせていただきたいのですが、昨年の国立長寿医療研究センターの実態調査によれば、認知症初期集中支援チームの支援対象者の4割が困難事例ということが明らかになっているのですが、このことは、多分これは氷山の一角なのですが、地域社会の中に必要な社会的支援にアクセスできないで、社会的に孤立して、複雑・困難化する認知症の方がたくさんいらっしゃるということでございます。

その多くは、突然、あるいはもともと困難事例だったわけではなくて、もともとは社会の中で普通に暮らしていた方が、認知機能の低下とともにだんだん社会的に孤立し、必要

な支援にアクセスできない状態が長い間続いて困難事例化しているということに注意すべきであって、もしも例えば一般介護予防事業や総合事業で、この方々に認知機能が低下し始めた初期段階で必要とされる社会的支援にアクセスできるようなサポートができていたら、あるいは生活支援体制整備事業の中で社会的に孤立しつつあるMCIの方とか軽度認知症の方が必要な社会的支援にアクセスできるような地域社会の構造、ネットワークをつくり上げていたら、こういった方々が困難事例化するリスクを低減させていたかもしれないと考えなくてはいけない。

そのようなことから、この地域支援事業は、認知機能が低下しても、あるいは様々な障害があっても、必要な社会的支援のアクセシビリティを確保できるような地域共生社会を官民共同でつくり出していくことを大目標にして、個々の事業がそこに向けて収れんしていけるように設計していかなければならないのではないかなと考えているところでございます。

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。

御指摘ありがとうございます。

ケアマネジメントの質の向上等に向けて、公正中立等の記載のところに意思決定支援などについて記載すべきという御指摘でございました。

介護保険制度においては、御本人の意思を決定支援するということは非常に重要な課題でありまして、認知症の方に限らず、全ての方においてそういった支援が行われることが必要だと思っております。認知症のところだけに書くのかどうかも含めて、私どものほうで少し整理させていただきたいと思っております。

また、総合事業についてということで、地域共生社会の趣旨を書いているということでございました。前回、資料を出ささせていただきましたけれども、介護保険法の第5条第4項でございますが、国及び地方公共団体の責務において共生する地域社会の実現に資するように努めなければならないということで、地域支援事業に限らず、全ての仕組みについてそのような法律上の責務が国及び地方公共団体にあるところでございます。

一方で、認知症の施策をはじめとして、地域共生社会に向けた動きといったものをさらに推進すべきという先生の御指摘を踏まえて、先ほど地域支援事業の実施要綱に明示すべきというような御指摘もございましたけれども、実施要綱でございますので、来年度の実施要綱を含めてどのような書き方があり得るのか、引き続き検討してまいりたいと存じます。

以上です。

○林総務課長 冒頭の書きぶりも含めて、御指摘を踏まえてどのような対応ができるか検討したいと思います。よろしくお願いたします。

では、次に行ってよろしいでしょうか。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、これまでの発言に大変辛抱強くお付き合いくださった厚生労働省の皆さんに感謝を申し上げたいと思います。今回の審議はとても慌ただしく、また、認知症の人と家族の会にとって、介護を必要とする人や家族など、介護者に大きな影響を与える論点が多く、ここで申し上げておかなければならない認知症当事者側の必死の思いについて発言する機会をいただいたことにも重ねて感謝いたします。ありがとうございました。

本日の資料は大変項目が多くなっているのですけれども、今、認知症施策の推進についてのところで栗田先生から大変ありがたい貴重な御意見を頂戴して、今さら私がというところなのですけれども、多い項目の中で、介護保険制度というのは自立支援、利用者本位、社会保険方式が基本理念とされているところです。ケアマネジメントでは要介護者の希望等を勘案することも盛り込まれています。地域包括ケアシステムの深化・推進では、給付、総合事業ともに、どちらかといえば提供者サイドへの提言が多くなっている印象があります。委員の皆さんや厚生労働省の皆さんには自明のことかもしれませんが、また、2ページの「はじめに」のところに盛り込んであるのですけれども、改めまして、ぜひ利用者本位を尊重し、要介護者の希望等を勘案することが介護保険制度の前提であることを盛り込んでいただけるよう希望したいと思います。

あと2点です。6ページの在宅サービスの基盤整備、2番目の○ですが、14ページの通いの場、一般予防事業には新型コロナウイルス感染症の影響について言及があります。在宅サービスでも訪問介護は減少気味で、通所介護は明らかに利用者減となっていますが、その実態がはっきりしておりません。既に第8波に入っている中、在宅介護を支えるために、複合的な在宅サービスの整備とともに、訪問介護、通所介護の給付がしっかり維持されることを希望したいと思います。

あともう一点、24ページの介護現場のタスクシェア・タスクシフティング、3番目の○です。介護助手に切り分け可能な業務や切り分けたときに効果が高いと見込まれる業務の体系とありますが、介護助手が施設サービスで働く人を想定しているのであれば、単に介護助手と書くのではなく、可能であれば「施設サービスにおける介護助手」としていただくことを希望したいと思います。

以上になります。

○菊池部会長 事務局、よろしいでしょうか。花俣委員に関しては、事務局からごさいますでしょうか。特にございませんか。

○林総務課長 特にないです。御指摘を踏まえて少し検討します。

○菊池部会長 次は小林委員ですが、佐藤委員と河本委員が途中退室されると伺っておりまして、時間がぎりぎりになっているということで、すみませんが、ここで先に佐藤委員と河本委員から発言をお願いしたいと思います。

○佐藤委員 恐れ入ります。3時から別の会議があるものですから、申し訳ありません。

では、何点かコメントをさせていただきますが、まず9ページの頭のほうにかかりつけ医の話が出てきています。医療関係で今、かかりつけ医をどう充実させるかという議論が

あるのですけれども、介護の分野においても、かかりつけ医といいますと、例えば特養の配置医もある意味施設のかかりつけ医だと思います。ただ、彼らの役割につきましては、どこまでが医療行為で、どこまでが介護の仕事なのかというところの線引きが曖昧であるということ、具体的にこれは介護報酬で手当すべきなのか、診療報酬で手当すべきなのか、その辺の線引きが非常に曖昧だというのが配置医の活動の場に制限をかけているのではないかという議論もありますので、ぜひ診療報酬との関係の辺りについても、もし可能であれば言及いただければと思います。

それから、12ページの安全性については、もちろん安全性はすごく大事なのですけれども逆にそれで現場が萎縮することがあってはならないので、どこまでが現場に求められる安全性上の責任なのか。特にICTの普及あるいは働き方改革などを考えていくと、安全性等の意味合いでなかなか進展しないという面もあるかと思しますので、一般論として安全性を言うのではなくて、介護現場として彼らの責任の範囲を明確にしていく。求められている安全性の範囲というのを明確にしておく、あるいは責任の範囲を明確にしておくことはあっていいかなと思いました。

あと、23ページ目のところですが、ICTの利活用というのは非常に大事だと思いますが、後で大規模化のところでも若干「障壁」という言葉が出ています。ICTの利活用についてももしなかなか進まないとしたら、そのボトルネックは何なのだというところについては議論があってもいいのかなと思います。

また、24ページにつきましては、これはもしかしたらむしろ次回の負担と給付との関係のほうに関わるのかもしれませんが、タスクシェアの話がありますけれども、ここでは介護助手の方とのタスクシェアの話がありますが、一方で、専門職をできる限り有効活用するという観点からすれば、軽度者に関しては総合事業とのタスクシェアというのもあっていいのかなと思います。その辺り、タスクシェアの視点をもう少し広く持たれたほうがいいのではないかと思います。

最後に一言だけですが、25ページにある文書負担の軽減と財務状況の見える化はぜひ進めていただきたいのですが、これは工程表というか、ちゃんといつまでやるかという期限をある程度定めていく。特に文書の軽減につきましては、自治体にいろいろな取組を求めるといふことであれば、いつまで求めて、いつまでに結果を出してもらおうとか、その辺の工程表を明確にする。それは財務状況の見える化についても同様の措置が必要かと思えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

次に河本委員、御発言をお願いいたします。

○河本委員 ありがとうございます。今回、見直しに関する意見をお示しいただいております。おおむねこれまでの議論が反映されたものと考えておりますけれども、何点か意見を申し上げさせていただきます。

まず、7ページの福祉用具の関係でございますけれども、制度施行当初から、状況の変化を踏まえて、在り方検討会での議論の整理を取りまとめていただいておりますけれども、福祉用具の安全な利用の促進はもちろんですが、やはり保険給付の適正化の観点からも、貸与・販売の選択制の導入など、福祉用具の貸与・販売種目の在り方について、引き続き検討を進めていただきたいと思います。

次に、在宅医療・介護連携についてでございますが、医療・介護両方のニーズを有する高齢者が増加していく中で、医療と介護の連携を強化していくためには、9ページでございますけれども、今、お話もちょっと出ましたが、かかりつけ医機能の強化が大変重要となります。介護保険制度における必要な対応について検討していくべきと考えております。

3点目が介護情報の利活用の促進についてでございます。これは質問になりますけれども、11ページの介護情報の利活用の促進の3つ目の○に、介護情報の基盤整備に向けて顕名介護情報の収集等に係る事業を地域支援事業に続けるという記載がございます。その中で、保険料負担と公費負担の組合せによる国民皆で支え合う仕組みといった記述もございますけれども、これはどのような仕組みを想定されているのか。また、地域支援事業の中で、財源構成を含めてどのように位置づけるのかということについて御説明をいただければと思います。

4点目は、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。これまでも介護保険制度における限りある資源で増大する介護ニーズに対応するというためには、総合事業のさらなる推進が必要であるということを再三申し上げてまいりました。

2つ目の○に、第9期の介護保険事業計画期間を通じて、総合事業を充実していくための包括的な方策を検討するとともに、集中的に取り組んでいくことが適当という記述がございますけれども、第9期の計画期間を待たずして、やはり足元から早急かつ集中的に検討に取り組むべきだといった趣旨を文章の中に盛り込むような修文をお願いしたいと思います。

5点目が、17ページの給付の適正化・地域差分析のところでございます。ここの3つ目の○の介護給付適正化主要5事業については、効果的・効率的な事業となるように費用対効果の検証を行って、事業項目内容の見直しですとか、あるいは効果的な事業への重点化など、さらなる事業の改善をお願いしたいと思います。また、さらなる適正化を図るために、主要5事業だけではなくて新たな事業、取組の検討も必要ではないかと考えております。そうした内容も追記するような形で修文をお願いできればと思います。

6点目が24ページの経営の大規模化・協働化等についてというところでございますけれども、24ページの一番下の○から25ページの上にかけて、社会福祉連携推進法人の一層の活用促進や大規模化・協働化に向けた横展開を図る必要があると記載されております。11月24日の全世代型社会保障構築会議で示された論点整理の中でも、介護職員の働く環境の改善に向けた取組の検討として、経営の協働化・大規模確保による人材や資源の有効活用ということが盛り込まれております。社会福祉連携推進法人の活用をより一層促進するな

ど、国、都道府県等でしっかりと支援すべきであると考えます。

最後に、今回示された意見案のテーマとは若干別の話となりますけれども、今回の見直し議論が始まる前の3月の部会で、私ども、見直しの論点として第2号の保険料負担の仕組みについての検討をお願いした経緯がございます。第2号被保険者の保険料や各医療保険者が納付する介護納付金は、給付と負担の関係性が希薄ということもあって、受け止めとしてやや税に近い性格のものとなっていると思います。また、各医療保険者は、介護保険の保険者ではないのですけれども、第2号保険料を徴収、納付しております。

現役世代の負担が大きく増加している中で、保険料を負担している2号被保険者、各医療保険者の理解、納得を得るためには、第2号保険料について、例えば国の審議会という開かれた場で検討、議論をして、大臣は審議会の意見を聞いた上で全国一律の保険料率を決定するといった透明性、納得性のある仕組みに見直すことも必要ではないかと考えておりまして、私どもとしては2号保険料の負担の在り方に関する検討も重要な論点と考えておりますので、こういった内容を介護保険制度の見直しに関する意見の中に盛り込んでいただくように要望したいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

1点お問合せがあったと思います。お願いします。

○古元老人保健課長 老人保健課長でございます。

介護情報基盤の整備につきまして御質問をいただきましたので、回答を申し上げたいと思います。御質問ありがとうございます。

介護情報の基盤整備でございますが、様々な主体が協働して高齢者を地域で支えていく、まさに地域包括ケアシステムの深化・推進を実現する目的があると考えております。その上で、前々回のこちらの部会におきましても資料で提出させていただきまして、顕名の介護情報の収集などについても、必要な法令上の整備も含め、具体的な検討を進める。こうした流れを受けまして、今回の資料となっております。

これを検討する上では、どういった方が実際の効果、メリットを受けるのかといった観点から申し上げますと、11ページの2つ目の○に記載のとおり、様々な介護に関わる主体の方が効果を得ることができる。こうした背景の中で、今回、地域支援事業に位置づけるということで御提案を申し上げたところでございます。

質問いただきました後段の財源負担についての考え方でございますが、地域支援事業は御承知のとおり、総合事業、包括的支援事業、任意事業といった事業から成っているわけでございますが、繰り返しますけれども、この介護情報基盤の整備事業といいますのは、地域包括ケアシステムを支える情報基盤となるものでございます。総合事業、包括的支援事業、任意事業、これまでの立てつけ、事業の性格なども踏まえまして、どこに位置づけるのかといったところはまた御意見をいただきながら検討してまいりたいと考えております。



以上でございます。

○河本委員 了解しました。ありがとうございました。

○菊池部会長 それでは、小林委員、長時間お待たせしてしまってすみませんでした。お願いしてよろしいでしょうか。

○小林委員 ありがとうございます。

私も幾つか修正を御検討いただきたい要望がありますので、時間が許される範囲で申し上げたいと思います。

まず、1ページ目、4つ目の○の4行目です。質の高い介護保険サービスの持続可能性を確保するためには人材確保が最重要課題と考えますので、人材不足が指摘されている介護サービスについて、「さらなる継続的な処遇改善や」という文言の追加を御検討いただきたいと思います。

それから、4ページ目、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ところです。「障害福祉や児童福祉などの他分野との連携を促進」自体はよいのですが、5ページ目では複合的課題に対して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という理念、考え方の内容が記述されているだけです。地域包括支援センターの体制強化と機能強化に対する期待が高いことを踏まえ、5ページ目の3行目、複合したケースも含め、「究極的には重層的支援体制整備事業による取組と連携強化を図るなど」のような文言を補強できないか、御検討いただきたいと思います。

それから、11ページ目、下から2つ目の○です。顕名の介護情報の収集等に係る事業を地域支援事業に位置づけることについて、これがケアの質の向上や介護予防につながるものが被保険者に理解されるようであればなりませんので、周知や広報が必要かと思えます。他の地域支援事業の財源に影響は及ばないのかなどの観点もよく分かりませんので、ここはよく見ていく必要があると思っております。

13ページ目です。「様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」という柱立てになっています。14ページ目からの地域包括支援センターの体制整備等の中で、例えば「重層的支援体制整備事業による取組との連携強化」という文言をどこかに補強したほうがよいと考えております。

また、15ページ目、2つ目の○の下から2行目です。「総合相談支援業務との一体性の確保と責任の所在を明確にした上で市町村からの部分委託等を」としたほうが、一体性の確保だけでなく責任の所在ということでよりふさわしいと思っております。

同じく15ページ目、下から2つ目の○です。センターの柔軟な職員配置についてですが、ここは文言というより、安易に3職種配置の原則が後退することのないように慎重に見ていくこと、かつ検証も必要です。

これらについて、以前にも申し上げましたが、地域包括支援センターについては、過労死ラインを超えて働いている実態の早急な是正と業務負担の軽減を図るために、根本的には人員体制の強化とそのための財政支援が必要です。

それから、20ページ目です。「1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進」のところ。処遇改善の必要性への言及が全体的にあまりに弱い。その重要性、必要性についてもっと書き込むべきです。せめて20ページ目の最後の○に「介護人材を確保するためには、さらなる継続的な処遇の改善」という文言の補強を御検討いただきたいと思っております。

その他、1ページ目の最後の○に、御検討のお願いです。この間、コロナ禍で介護サービスに携わる現場の皆さんは、私生活も含めて様々な制約を受けながら、懸命にサービスを支えてきました。ここに御参画の皆さんもそうかと思えます。コロナ禍で最初となるこの部会としての意見となりますので、本来は見直し、議論に関するペーパーという性格であることは承知しつつ、これまでの現場で介護サービスを支えている皆さんに言及できないかと思えます。例えば1ページ目の最後の行です。「感染症の拡大は」に、「介護従事者の懸命な努力に支えられつつも、介護サービスの提供や」とつなげるとか、次のページの「介護保険制度の運営において、介護従事者の懸命な努力に支えられつつも、大きな影響が及ぼされた」など、補強をご検討いただきたいと思えます。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

ただいまの小林委員からも、そして、これまでも、これからも様々な細かな文言修正の御依頼も含めていただくとおと思いますが、それらは一旦受け止めさせていただいて、どのように反映できるかどうか検討をさせていただく。それをまた取りまとめ案という形で、事前に御相談の上、御提示させていただくという形にさせていただくことになろうかと思えます。

それでは、オンライン参加の皆様に順次お願いします。

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6 ページの一番下の○、看護小規模多機能型居宅介護についてでございます。取りまとめ案におきまして、地域密着型サービスとして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策ということで記載がございますけれども、これにつきましては、これまでも発言させていただいておりますとおり、特に小規模自治体での看多機の設置が難しい状況や、人口規模の大きな自治体におきましても医療と介護の両方のニーズを有する方へのサービス量の確保なども求められております。現行の仕組みでは、ですので、隣の市や区に看多機があったとしても、両方の首長の承認を待っている状況、あるいは指定や利用に一定の制限があり、利用が認められない場合もあるということをお示ししております。各自治体、地域の状況が非常に様々である中で、居宅サービスの選択もできる仕組みを設けない限りは、この課題を解決することは非常に困難であると考えております。

また、今後、ケア提供者の確保も難しくなっていく状況がありますので、サービスへの

アクセスを確保するためには制度の柔軟性が極めて重要になってくると考えております。市町村を越えた利用が可能になることは、利用者の方々へのメリットも非常に大きいと考えております。特に看多機については、退院後の方々の受皿として二次医療圏単位で利用者を支えるということに合理性があると考えております。看多機を介護保険法の居宅サービスにも位置づけられるようにしていただき、いずれかを選択できるよう、そうした制度の見直しについて言及する表現にぜひ変更いただくよう希望しております。

また、2点目でございますが、普及を図るための方策の検討について記載がございますけれども、看多機創設の趣旨といたしましては、要介護状態であって、かつ医療ニーズの高い方、あるいは看取り期の方が自宅に近い環境で療養の継続ができるよう、訪問・通い・泊まりを柔軟に組み合わせて実施することでサービスを提供するものでございます。看多機は看護を提供する事業所として、4つのサービスにより医療ニーズの高い中重度者の在宅療養継続の支援や看取り期の支援を行っております。訪問看護だけではなく、通いや泊まりにおいても看護を提供しているものでございます。これまでの様々な老健事業等の調査の中でも、そうしたケアの現状というのはこの10年間示されております。

一方で、この看護の状況は、介護保険法上は明確になっておりません。在宅療養の限界を高めるためのサービスとして、法律上の定義においても看護の提供について明確に位置づけていただき、地域住民やあるいは自治体による理解と普及を図っていくべきであると考えております。利用ニーズの高い中重度の要介護の状態や、退院後、看取り期にこうした通い泊まりにおいても支えることができるサービスは、今後の社会において非常に重要なサービスになっていると考えております。これまでの取組を踏まえ、ぜひこの点を法律上明記いただくよう、強く要望をするところでございます。

もう一点でございますが、資料12ページの○の2つ目、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ございます。サービスの提供に当たっての事故防止、安全対策は、利用者に対しては当然のことですけれども、ケアを提供する職員の就業環境という意味でも非常に重要であると考えております。事故防止に際して、どこにリスクがあるかということや管理者、職員がケア実施に先立って把握し、取るべき対策を理解し、対策を立てられているかということが非常に重要と考えております。

これまでの部会でも示されておりますとおり、医療や保育の現場については既にこういった事故の報告の仕組みでありますとか、改善に向けた情報発信がされております。今後も介護領域で量的・質的なニーズが増大していく中では、小規模事業所や小規模自治体も多い中で、情報の分析と安全対策の構築を国が積極的な役割を果たし、「引き続き検討」という表現ではなく、早急に検討を進めていただく必要があると考えております。この点についても改めて要望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。

吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

介護保険制度の見直しの多岐にわたる論点整理、方向性を明示いただきましたことには感謝申し上げたいと思います。

その上で、地域包括ケアシステムの深化・推進について3点ほど意見、要望を申し上げたいと思います。

まず、8ページの在宅医療・介護連携について、一番下の○に医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性を図るために、担当部局間で緊密な連携を図ることが重要という記載がございます。御指摘のとおり、介護は市町村、医療は都道府県が計画を立てるという性格の違いゆえに、市町村が広域的な医療・介護ニーズを把握し難いという課題への対応として、都道府県と市町村の緊密な連携ももちろん重要な論点だと承知しておりますけれども、国としても、自治体に任せきりにせず、双方の計画策定に当たって進捗状況などに目配りいただき、必要に応じてガイド、指針を明示するなどして、両計画の整合性確保が担保されるような支援対応などが必要ではないかと考えております。国の関与のニュアンスをここに書き加えることはいかがでしょうかというのがまず一点です。

次に、11ページの介護情報利活用の推進についてです。ここに記載されている3つの○の論点と方向性は異論のないところがございますけれども、マイナンバーの利活用についてももう少し踏み込むことはいかがでしょうかというのが意見でございます。

医療分野では、マイナンバーの利活用として、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の取得など、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いますが、現状、医療分野内での対応に終始している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深化のためには、医療分野との情報連携を含め、介護分野でもケアプランの内容、また、要介護度などの情報、データの活用を進めていくべきであると考えておりました。また、全国的なプラットフォームの創設を目指すためにも、オンライン資格確認等のシステム活用も視野に入れつつ、マイナンバーの利活用について積極的に進めるような方向性の記載があってもよいのではないかと考えております。

最後、3点目でございますけれども、14ページから15ページの地域包括支援センターの体制整備等についてでございます。ここでは支援センターの体制整備やその在り方などが論点整理され、方向性が記載されております。異論のないところではございますけれども、これまでの議論において、地域共生社会の実現に向けて地域包括ケアシステムを推進していく中で、地域包括支援センターの在り方については、ワンストップで総合相談支援機能や地域の生活支援、介護予防の支援を担う拠点を目指すという認識が共有されてきたと理解しております。先ほど小林委員からもございましたけれども、こうした地域包括支援センターの今後目指す姿についてもここに記載を加えていただければと思っております。

以上、個別の記載について3点ほど申し上げましたけれども、全体的に各論点が整理され、方向性がよくまとめられているとは思っておりますけれども、現状の確認、改善策の

方向性の提示にとどまっている印象を持っております。地域共生社会の実現に向けて、在宅医療、介護連携に当たって国が主体的に果たす役割、介護情報の標準化、また、地域包括支援センターに関わる標準モデルの提示など、もう少し踏み込んで今後の介護の保険制度の将来についての大局観が明白になるようなまとめになってもいいのではないかと思いますし、そのための議論を尽くしていくことが必要ではないかと考えております。

以上、意見でございます。コメントがもしあればよろしく申し上げます。

○菊池部会長 事務局から何かございますか。

○林総務課長 特にございません。

○菊池部会長 最後の点はかなり大きな話ですので、これはまた大きな課題ということで承っておきたいと思えます。

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。

私のほうからも、意見案について何点か意見と要望をさせていただきたいと思えます。

まず1ページ、「はじめに」の部分、4つ目の○の3行目から「足下において既に人材不足が指摘されている介護サービスについて、働く環境の改善を含む人材確保に向けた取組を一層推進するなど」と記載されていますが、先ほど小林委員からも御指摘がありましたように、最も重点的に進まなければならない処遇改善について触れずに、唐突に働く環境も含めという表現になっているのは若干違和感があります。ぜひとも働く環境も含めの前に、継続的な処遇改善を重点的に行う必要があることを明記していただきたいと考えます。

また、続いて記載されている「人材不足が供給の制約要因とならないよう、早急な対応が求められる」との記載は、9ページの施設サービス等の基盤整備の1つ目の○に「人手不足により空床とせざるを得ない場合等もあるとの実態が生じている」と記載されているわけですし、最近ある地域の社会福祉協議会が人手不足で訪問介護事業の継続を断念したとの報道も目にしました。また、私どもの組合員が勤務する事業所で、2021年8月から翌年7月の1年間で何らかの事情により事業所を廃止または休止した件数は66件あるのですが、そのうち33件が人材不足を要因としています。中には、代わりとなる介護サービスの確保が極めて困難な定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護なども含まれています。人材不足や供給の制約要因となり始めているのか、なる可能性があるのかでは、記載されている早急な対応というスピード感や進め方にも差が出ますから、人材不足が制約要因となり始めている現状を踏まえ、もう少し踏み込んで表現するべきではないでしょうか。

次に20ページ、総合的な介護人材確保対策の2つ目の○で「足下の介護分野の有効求人倍率は、全産業と比較して高い傾向があり」と書かれていますが、高い傾向どころか、著しく高いというのが実態です。特に訪問介護員など、職種によっては有効求人倍率が50倍を超えるような地域もありますので、実態がよく分かるように表現を見直してはどうでし

ようか。

また、次の○に、介護人材を確保するためには、処遇の改善、人材育成等の取組が必要だと示されていますが、昨年12月、公的価格評価検討委員会が公表した中間整理では、さらなる処遇の改善に取り組むべきとした上で、処遇改善の最終的な目標を、職種ごとに仕事内容に適正な水準まで賃金が上がり、必要な人材が確保されていることと定め、さらに、経験、技能のある職員については他産業と遜色のない賃金水準を目指すことと示されているわけですから、単に処遇改善という言葉に包含せず、具体的に目指す水準についても触れるべきだと考えます。

次に26ページ、財務状況の見える化についてですが、まさに1つ目の○に記載されている5つの目的を持って進めることは大切だと考えます。特に実態を踏まえた介護従事者の処遇の適正化に向けた検討という視点では、地域における人件費の差を考慮した介護報酬区分としているにもかかわらず、私どもの調査では地域区分と賃金水準が比例していない実態なども判明していますから、あるべき水準を検討する上でも重要であり、活用事例の一つとして具体的にさせていただいたことはよいと考えます。

また、3つ目の○において、一人当たりの賃金等について公表の対象に追加することですが、単に一人当たりの賃金のみを公表しても、比較することは難しいため、正職員、非常勤や月給制、時給制などの区別にすることや、職種別にする、勤続年数別にする、月例給は高いが一時金が少ないケースや、月例給は低いが一時金が多いケースなどもありますので、月例給に限らず、一時金や退職金制度、年間休日などの労働条件を総合的に捉えられる内容にすることが適切であり、一人当たりの賃金等ということで丸めないで、可能な範囲で明確にすることが必要ではないかと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小泉委員、お願いいたします。

○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。

全体として、記載内容に特に意見はございません。

取りまとめに対する感想に近い意見要望ですが、5件ほど申し上げさせていただきたいと思います。

まず、9ページの在宅医療・介護連携のところの一番上の○でありますけれども、確立経緯については、全世代型社会保障構築会議等、いろいろな会議においてもその在り方が注目され、重要視されているところでありますけれども、在宅医療は介護連携の要となると考えられますので、利用者や事業所等のニーズに対応できる体制を考慮した必要な対応を検討すべきと考えます。

次に、施設入所者への医療提供、9ページの上から3つ目の○でありますけれども、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きましては、配置医師の実態等も踏まえつつ、引き続き診療報酬や介護報酬上の取扱いも含めて検討を進めてい

ただきたいと切望いたします。長年にわたり、特養の配置医師は入居者の健康管理、入所者の定期健康診断及び予防接種、入所者の支援を主たる業務として特養を支えてきていただいている中で、見直しの必要な時期とも言えるかなと思います。

次に施設サービス等の基盤整備、同じく9ページであります、下から2番目、一番下の○であります、要介護1・2の高齢者に係る特例入所については、何度も意見をさせていただいたところでありますが、このように記載いただきありがとうございます。

重ねて申し上げます、特例入所については、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です。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と考えております。特に中山間地域等において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ますため、特例入所の柔軟な適用が必要と考えます。

次に、住まいと生活の一体的支援ということで、10ページの下半分の3つの○でありますけれども、住まいと生活の一体的支援につきましては、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス等も住まいと生活支援の機能を持った施設ですので、ぜひとも今後の検討の議論の中に入れていただきたいと考えます。

最後に、18ページの要介護認定についてでありますけれども、要介護認定におきましては様々な課題がありますが、記載のとおり、申請からの要介護認定までの期間や、要介護認定審査会の簡素化及び効率化等の保険者にとっての課題について、前向きに対応を考慮すべきとする必要があると思います。また、将来に向けた要介護認定のシステム全般についての改正、見直しが行われるべきと考えます。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、杉浦委員、お願いします。

○杉浦委員 ありがとうございます。

まず、意見の取りまとめに関しまして、厚労省の方々の御尽力に感謝申し上げます。

私からは3点について申し述べたいと思います。

1点目でございます。先ほども御意見がありましたが、11ページ、介護情報利活用の推進で、下から2つ目の○、介護情報基盤の整備について地域支援事業に位置づけることが適当であるという表現があります。この点につきまして、地方自治体をはじめ、各関係者間の協議を十分に踏まえる必要性について表現を加えられないか、御検討をお願いしたいと思います。

2点目でございます。13ページ、総合事業の多様なサービスの在り方の一番下の○、総合事業の上限額については、小規模自治体でも介護予防活動は継続できるよう、きめ細かな対応について、引き続き御検討願いたいと思います。

3点目でございます。17ページ、給付適正化・地域差分析の下から3つ目の○、調整交

付金について保険者の責によらない年齢構成等の水準格差を調整するという本来趣旨の適用について検討との記載をお願いできないものでしょうか。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。御要請ということで承らせていただきます。

それでは、山本参考人、お願いします。

○山本参考人 では、意見を何点か申し上げます。

11ページ、介護情報利活用の推進についてです。最初の○では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で、医療・介護情報を電子的に共有するシステムは全国的なものとして設ける方向と読めるのですが、3つ目の○で介護情報の収集等に係る事業を地域支援事業に位置づけて行うことが適当ということで、この話はこれまで出ていなかったように思いまして、唐突感がございます。被保険者は市町村域や二次医療圏、都道府県を超えて医療や介護サービスを受けている。また、情報セキュリティの観点からも、情報共有のシステムは国が運営主体となることが自然ではないかと考えております。

次に、14ページの通いの場、一般介護予防事業についてです。今後、通いの場に取り組を広げて、参加率の向上を図っていくためには、高齢者をはじめとする住民が、やらされ感ではなくて自ら自分ごととして考え、行動変容が促進されるような取組、仕掛けが不可欠と考えます。その際には、自分の心身の状態がどのような状況かといったことを自分で知ることができる、見える化できる指標やデータといったものが重要です。また、参加する住民を主体にした記載ももう少し必要ではないかと思っておりますので、こうした点を盛り込んでいただきますよう御検討をお願いいたします。

次に14ページ、認知症施策の推進についてです。2つ目の○に予防という言葉がございますが、当事者の方から、予防しなかったから認知症になったと否定的に受け取られるという声があって、認知症施策推進大綱ではその意味が記載されているところです。認知症の多くは認知症の前段階であるMCIの状態を経て、10年以上かけて徐々に進行してくるものとされており、そのプロセスは健康と病気の状態がはっきりと分かれていないグラデーションのような状態で、当事者からすれば、どこからが認知症なのか明確な線引きがあるというわけではないと思います。したがって、認知症があるかないかで線引きするような予防という表現は必ずしも適切ではないのかなと考えます。誰もが同じ社会でともに生きるという考え方の下、認知症と診断された人もそうでない人も、誰もが改善に取り組むという趣旨で、今後、予防ではない別の言葉を考えてやっていく時期に来ているのではないかとも思いますので、そうした意見があるというのを記載してはいかがかと思っております。

次に、17ページの給付適正化・地域差分析についてです。最初の○で介護給付費の地域差改善についてあります。地域差があること自体が問題であると受け取られない工夫をしていただきたいと思います。不合理な地域差は改善していく必要がございますが、保険者が住民や関係者と協議して計画的に基盤整備を進めた結果であれば、必ずしも問題とは言



えないのではないのでしょうか。

次に、4つ目の○、調整交付金については、保険者の責によらない事情による市町村間の財政力の格差を是正するものであることを踏まえて、一定の取組をこれ以上増やすことのないようにすべきと考えております。

最後に総論部分です。全体的に何のためにという目的や理念の部分が薄いように感じています。介護保険制度の方向性は、中長期的視点に立って今後の社会の在り方を踏まえていくことが重要です。基本的な考え方として、高齢者を支えられる存在という高齢者がいわばコストを生み出すという視点から、高齢者が元気で長生きする、いきいきと地域で暮らす、そして、支える側にもなる。そうしたことを通じて、社会に様々な価値を生み出していくという高齢者をバリューという視点で捉えて、介護保険制度はどうあるべきかということについて議論していくことが、今後、一層必要な時代になっていくのではないかと思います。こうした考え方は地域共生社会の実現にもつながっていくのではと思いますので、総論にはこうした視点や、介護保険の究極の目的として地域住民の幸福感の向上や健康寿命の延伸、地域共生社会の実現を目指すというようなことを記載していくことが必要ではないかと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

総論の記載に関しましては、最初の総論と、それから、先ほど林課長からございましたけれども、最後にまとめの部分をつける予定にしてございまして、そちらとセットで御覧いただけると、また違った見え方をするのではないかと思いますので、またそれも含めて御意見をいただければと思いますので、お願いいたします。

それでは、高尾参考人、お願いいたします。

○高尾参考人 ありがとうございます。

全国市長会からは、先ほどの杉浦委員と山本参考人の意見とほぼ同様にはなるのですが、2点意見を申し上げます。

まず、資料の11ページ、介護情報利活用の推進について申し上げます。そのページの3つ目の○にございます介護情報の収集等に係る事業について、保険料負担と公費負担の組合せにより、国民皆で支え合う仕組みであること、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置づけて行うことが適当であると記述されております。

介護情報の基盤整備につきましては、第101回、102回の資料では「具体的な検討を進めることとしてはどうか」との記述にとどまっており、本意見案に記述されております負担や事業の位置づけに関しましては、本部会において具体的な説明や議論はまだ十分に行われていないと考えております。したがって、今後どのような方向になるにせよ、「適当である」と断言するには時期尚早であると考え、適当な文言への修正と、今後、引き続きの議論をお願いしたいと考えております。

次に資料17ページ、給付適正化・地域差分析について申し上げます。4つ目の○におき

まして、前回の調整交付金の見直しの際に導入された保険者に一定の取組を求める措置の継続について記述されております。本会の意見として従来から述べておりますが、調整交付金につきましては、本来、保険者の責によらない要因による第1号保険料の水準格差の調整を行うものであるため、その機能を損なうような措置は講じるべきではないということとは改めて申し上げます。

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4点ほど意見、要望を申し上げたいと思います。

まず、「生活を支える介護サービス等の基盤の整備」というところで、在宅医療・介護連携というところにかかりつけ医の内容がございました。かかりつけ医機能というのが今後、在宅医療の提供と介護との連携で非常に重要であるというところもポイントだと思っておりますが、ただ、利用者側といいますか、患者側にとってこのかかりつけ医というのがどのぐらい理解されているのかというのは、少しくエスチョンマークがつきます。皆それぞれに文言としては分かっているけれども、その機能がどのようなものか、それぞれの解釈が非常にばらついているのかなど。ですから、できればかかりつけ医とはどういうものかというのを明確に示していただきたいと思います。厚労省のホームページも拝見いたしましたけれども、まだもう一つはっきり、納得というような形ではなかったように思いますので、その辺のところをぜひ加えていただけたらと思いました。

もう一つ、施設サービス等の基盤整備というところで、今回、高齢者人口減少のための空きベッド、あるいは人手不足のためにベッドが空いているという問題があり、そのために要介護1・2の高齢者の特例入所というところが引き続きで書かれております。しかし、ベッドが空いているという問題と実際に要介護3以上の方でもまだベッドが空くのを待っている方がいなくなったわけではなく、この問題もやはりまだ解決されていないということがあると思います。ですから、地域によってこの空きベッドの問題というのはばらつきがあると思いますけれども、まだずっと何人待ちと言って入所を待っている人もいるという問題も含めて、これは考えていく必要があるのではないかなと思いました。

次に、保険者機能の強化というところの要介護認定の部分です。前回も要介護認定については申し上げたところですが、資料の中にも、令和3年度上半期において申請から要介護認定まで平均期間が36.2日と1か月以上かかっているということです。「今後適正に実施するために必要な方策について議論を行った」とありますけれども、これからどうするか、どのようなことをしていくかというような方向性のようなものを示されたほうが、今後についてはっきり期待が持てるかなと感じました。

最後に、「介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進」の最後のところにあるのですけれども、特に人材が不足しているという圧倒的な課題の中でどうしていくかという

ころで、例えば一番最後の17ページには、訪問介護においても人手不足が指摘されている。在宅サービスの人材確保が急務、これも非常に重要なことだと思います。そこで、デジタルの力を活用しながらというような文言が続いてきます。介護サービス事業所における管理者の常駐等についての見直しというようなところの検討もここに書いてあるのですけれども、こういった合理化とか効率化という文言の中で、これは実際に現場における過重な労働をできるだけ軽減していくことが目的であって、あくまで必要な人員は確保されることが前提とされ、人員カットではないという点を押さえておく必要があると思います。合理化を図る方向で人員配置を考える場合に、そこで必須のマンパワーさえもが削減されるということがないように、その辺のところは工夫をして表現していただければなと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の石田委員の1点目に関して、確かに今、かかりつけ医、あるいはかかりつけ医機能そのものの法律上の定義は法律本則にはないのですよね。まさに今、同じ時間に並行して行われている医療部会で、来年の医療法改正に向けてかかりつけ医機能の定義をするという提案がなされていると思います。ただ、全くないわけではなくて、本則ではないのですが、一応その手がかりになるものはあって、それを法律本則として規定するという流れだと思うのです。なので、今、御意見いただいたことは、反映の形も含めて、事務局に検討していただけたらいいのではないかなと思いました。

○石田委員 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。情報提供を含めて申し添えました。

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。

見直しに関する意見に関して、今後またさらにブラッシュアップされるということと伺っておりますけれども、この意見書の中に、国の法律改正に関わるものもあれば、またはデータ整備とか基盤など国自身が行うものもあろうかと思えます。また、現行の介護保険事業の実効性をさらに高めるように、保険者や介護施設、職能団体等が取り組むべき課題、または好事例の横展開的なものも含まれております。さらに、技術開発、介護分野以外の力をもっともっと借りていきたいというようなメッセージもあります。

何よりも大事なのは国民へのメッセージでありまして、共生社会を目指すということが書き込まれておりますし、また、介護について自分事として受け止めて、国民ひとりひとりが介護への関心を持っていくこと、少しでも介護の世界を覗いてみるというような気持ちになっていただけるようなメッセージも必要だろうと思います。それぞれの事項について項目立てで書いてあるので、どのレベル感のものかというのが少し見えにくいような気がしております。まとめの段階で制度改正に関わるもの、または現行のブラッシュアップに関わるものなど、そういう視点で整理をしていただくと見やすいのではないかなと思

ました。これが1点目です。

2点目なのですが、通いの場、総合事業の重要性ということが書かれております。特に14ページでは、医療保険側の保健事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について記載されています。健診とか通いの場で行う質問票の結果を見ますと、3項目、4項目チェックがつく人については2～3年後の要介護リスクが3～4倍高いなど、要介護になる方々を事前に把握することが可能となっています。

一体的な実施と地域支援事業、そして、医療保険側の保健事業では、基礎疾患のある人でも介護保険を使っていない方々も含まれています。そのような対象者がピックアップされたとして、実際どういう地域支援事業と関連していったらいいのかということをやりを考えやすくすることが大切だと思います。この連携の仕組み、一体的実施ということ、地域支援事業と医療保険側の事業との密接な連携をさらに深めていただきたいと思っております。その際、後期高齢者の保険者であります後期高齢者医療広域連合の役割も大きいと思っておりますので、その辺りの記載が含まれるといいのかなとも感じました。

3点目なのですが、科学的な介護について、現在、LIFEのデータが現場ではなかなか使い勝手がよくないような感想も出されているように思います。このデータを誰にとってどのような出し方が必要なのか、そして、これが役に立つと思われるようなアウトプットを出せるように、引き続き検討していただきたいと思っております。

最後になりますけれども、7ページのケアプランに関するAI活用についてなのですが、AIはどういうことが多く行われているかということも反映しますが、必ずしもベストプラクティスではないことがあります。適切な教師データ、ベストプラクティスを収集してからAI分析しないと、誤った方向性を示すことがありますので、AI活用についてはしっかり理念に合ったベストプラクティスを収集しつつ、より適切なケアプランにつながるような活用方策について検討していただきたいと考えています。

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。

それでは、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

1点目、先ほど菊地部会長からもありましたが、かかりつけ医について、9ページに記載がありますが、直近の医療部会で「かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の水平的連携の推進」が提案されています。ぜひこれは医療部会の議論と連携を図って、混乱のないようにしっかり介護の中でも位置づけていただきたいと思っております。

2点目、9ページの施設サービスの基盤整備について、既に意見を申し上げて反映されていますが、一番下の○に示されているとおり、特養に関しては入所の運用状況等の実態を把握していただいた上で、現行の特例入所の趣旨の明確化を図っていただきたいと思っております。あくまで地域の運用のばらつきを是正するということが重要だと思いますので、現

段階で入所基準そのものを緩和する必要はないと考えております。

3点目、13ページの総合事業の多様なサービスが在り方について、総合事業に関しては、受皿整備に向けてコミュニティを含めて多様な主体によるサービス提供が重要だと考えております。13ページの一番下の○に、「上限額については、自治体の状況等を踏まえ、見直しを進めるとともに」と書いてありますが、上限額は現在でも特別な事情がある場合には個別の判断で超過が認められていますので、「そもそもの上限額を引き上げるという見直しは必要ではない」という意見を以前も申し上げました。ここの部分の記載は、「やむを得ない事情により上限額を超過する際のきめ細かな対応」ということであって、「上限額そのものを見直す」という趣旨ではないことについて確認をさせていただきたいと思っております。

4点目、22ページの地域における生産性向上の推進体制の整備について、令和4年度の実証事業で介護ロボットの生産性向上の取組に関する効果の測定事業が行われております。令和元年末に当部会で取りまとめた意見の中でも、また、令和3年の介護報酬改定の審議の中でも、「テクノロジーを活用した場合の人員配置基準の見直しも検討する」ということがありますので、ぜひ令和4年度の実証事業で得られたデータを基に、人員配置の在り方についてもデータに基づいて、もちろん介護の質、職員負担等、様々配慮しなくてはならない点ではありますが、実証事業はまだ実施されていますので、それを踏まえて改めて検討することも必要ではないかということを含めていただければと思います。

以上です。確認だけ1つお願いいたします。

○菊池部会長 確認事項につきましてお願いします。

○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。

総合事業は、法律、政令等に基づいて、75歳以上の被保険者の数などを勘案した額の範囲内で行うと法令上規定されておりまして、上限の超過は例外的な取扱いであるということでございます。

お示した案文においては、個別協議は例外的な取扱いであること、一方で、やむを得ない事情である場合のきめ細かな対応が必要である旨を記載させていただいておりまして、先ほど杉浦委員からも御指摘がございましたけれども、そういった面についても踏まえているものと承知しております。引き続き、4年度の個別協議の申請状況等を踏まえて、さらなる見直しを適切に行う趣旨であるということでもありますので、より適切な上限額の運用に向けて取り組んでまいりたいと思っております。

以上です。

○須藤高齢者支援課長 部会長、高齢者支援課長から1点だけよろしいでしょうか。

今の井上委員からの実証を踏まえた施設の配置基準の見直しの件でございますが、井上委員がおっしゃるとおり、6月に閣議決定されています規制改革実施計画の中におきましても、実証等を通じて介護給付費分科会での意見を聞いてしっかりと検討していくということは明記されてございます。そうしたことも踏まえまして、部会でもその辺の資料をこ

れまで御説明させていただいており、この部会においては、施設の配置基準の見直しそのものというよりも、いかにテクノロジー活用を進めていくのか、地域において生産性向上の取組を一層推進するためにはどうするのかという具体的な方策のことを御議論いただいたものと認識して、今回の取りまとめ案のほうも提示させていただいております。

そうしたことも踏まえながら、また、本日の井上委員の御意見も含めまして、書きぶりについて、必要かどうかも含めて検討させていただきたいと考えているところでございます。

○菊池部会長 井上委員、よろしいでしょうか。

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。

私のからは5点あります。

まず1点目は、4ページの総論のところです。介護DXの推進で、医療と介護の情報を医療での取組に遅れることなく介護DXを進めていく、要は医療と介護のところでDXを進めていくということだと思えるのですけれども、まず、DXということで考えますと、医療と介護では以前も申し上げたと思うのですが、例えば身体状況の評価方法などが違うわけです。DX化の観点からいうと、評価方法が違うというのは致命的ではないのかと思います。

具体的に言えば、例えば身体状況では、医療ではFIMで評価している。その患者さんが介護のほうへ行き、介護ではBarthel Indexを使っている。この人は歩けるのでしょうかといったときに、一つの項目を引っ張り出してこなかったらなかなか整合性が取れない。歩けるかどうか分からない、食べられるかどうか分からないというところがあると思います。看護とかケアに関してもそうです。それぞれ評価方法が違いますので、まずは医療・介護の評価方法を統一することが必要ではないかと思いました。

2点目です。6ページの看護小規模多機能型居住介護というところです。看多機を今後進めていくというのは重要なことと思いますが、先ほども委員の方がおっしゃられたと思うのですが、在宅の看護とか介護には、今、中重度の人もおられますし、医療的な行為が多い方もおられます。看取りもしなくてはいけない。そうなってくると、やはりここは特定看護師が活躍する場ではないかと私は以前から思っているのですけれども、制度のことやコストの面などで、せっかく特定看護師を取られたとしても、在宅看護のところで活躍されている人は少なく、全国でもひょっとして1桁ではないかというぐらいの人数しかおられないのです。そうすると、推進すると言っても、医師が現場にいなくても医療行為ができる看護師が必要になると思います。その辺りも考えていただければいいかなと思います。

3点目です。9ページのかかりつけ医機能の強化のところなのですけれども、かかりつけ医機能の定義ということは石田委員の言われたとおりなのですけれども、一般の方も含めてですけれども、クリニックの先生、自分の家の近くにいる先生とイメージされるので

はないでしょうか。実際は患者さんは中小病院をかかりつけ医としているほうが多いのではないかと思います。かかりつけ医ということは、確かに何でも相談ができて、その上、最新の医療知識を熟知していて、必要な医療機関とか医師に紹介してくれてと、スーパーマンみたいな先生のことが書かれていますけれども、なかなかそういうわけにいかないの、はっきり定義させたほうが良いと思いました。

4点目です。10ページです。これは、私の理解不足なのかもしれないですが、住まいと生活の一体的支援と書いていますけれども、以前、給付と負担で出てきた多床室の室料負担のことで、多床室の室料負担の導入の議論があると思います。ここで言う住まいの問題を抱える人に対して住まい支援をすとか、住まいの支援センターをつくるとか、一体的な支援をすと言われてるのに、多床室の室料負担を検討するところがどうも整合性が取れないかなと思います。

最後です。14ページの認知症の施策の推進のところ、質問になります。「これまでの認知症に関する考え方の点検を行い」と書かれていますのだけれども、これは具体的にはどういったことを指すのでしょうか。よろしくお願いします。

○菊池部会長 それでは、事務局からお願いします。

○和田認知症総合戦略企画官 認知症総合戦略企画官でございます。

「これまでの認知症に関する考え方の点検」という記載に関しましては、これまでの介護保険部会での議論も踏まえたものだとして認識しておりまして、認知症といっても全ての方が認知症を持ち得る方という考えが、共生等を進める中で広まってきておりますので、古い考え方である、認知症の方はなかなか残っていない方というような考え方を、まさに転換していく必要があるということをごに書かせていただいたということだと承知しております。

以上でございます。

○橋本委員 その中には、先ほど御意見にありましたように、予防というところも考え方を変えていくということも含まれるのでしょうか。

○菊池部会長 お願いします。

○和田認知症総合戦略企画官 重ねまして恐縮でございます。

ここにありますのは、認知症の概念全体について点検ということでございます。

また、先ほど御指摘がございましたので、併せて回答させていただきます。山本参考人からも御指摘いただきましたが、共生と予防の考え方につきましては、認知症施策推進大綱で共生と予防を車の両輪ということで、それを引いて書かせていただいておりますが、大綱の策定時に共生と予防にそれぞれ注がついておりまして、特にこの予防という考え方につきましては、予防とは認知症にならないという意味を指すのではなく、認知症になるのを遅らせる、または認知症になっても進行を緩やかにするという意味で使うということをごに注書きした上で大綱を進めておりまして、この共生と予防の考え方はそのような考え方に基づくものと考えているところでございます。

以上でございます。

○橋本委員 分かりました。ありがとうございました。

○菊池部会長 それでは、濱田委員、お願いします。

○濱田委員 ありがとうございます。

見直しに関する意見の取りまとめに当たりましては、事務局であります厚生労働省の皆様をはじめ、関係各位に御尽力いただきまして、誠にありがとうございます。感謝申し上げます。

その上で、3ページでございますが、一人一人に寄り添う介護サービスということで、ケアマネジャーのアセスメントや専門的知見に基づいて、少し中略いたしますが、自立支援にする質の高いケアマネジメントを実現するとの記載をいただいております。

また、同じく7ページでございますが、ケアマネジメントの質の向上の1つ目の○では、ケアマネジメントの質の向上にはケアマネジャーが十分に力を発揮できる環境を整備していくことが重要であり、働く環境の改善等を進めていくことが重要であるとの記載もいただきました。課題を分析いただきまして、改めて感謝申し上げます。今後、これらの課題解決に向けましては、関連事項につきまして、具体的な内容は、居宅介護支援事業所をはじめ、現場で勤務する介護支援専門員の意見などにも耳を傾けていただければ幸いです。

また、15ページでございます地域包括支援センターの体制整備におきまして、「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」ということで、これは下から2つ目の○でございますが、この準ずる者の範囲の適切な設定など、柔軟な職員配置を進めることが適当であると記載いただいております。主任介護支援専門員につきましては、これまで質の向上につきまして各種の指摘がなされて、今日の研修体系となった経緯があると考えております。このため、7ページに「各都道府県における主任ケアマネジャー研修の受講要件等の設定状況を踏まえ」と記載いただいておりますが、まずはこれを実施いただきまして、その上で必要な場合には一定の要件を設けていただき、暫定的に既に更新研修や現任研修を修了している方など、経験のある介護支援専門員を対象として、現在実施されている主任介護支援専門員研修を受講できるように配慮することで改善を図っていくとよいのではないかと考えております。

また、入力負担軽減のためにICTやAIの活用を図っていく上では、基本チェックリストをはじめ、地域包括支援センターで使用されている様式につきましても、今後、標準仕様化して、ケアプランデータ連携システムを今回整備いただきましたけれども、その他各種のICTシステムが活用でき、今後のデータ蓄積がスムーズにいく方策等も検討してはどうかということでございます。

最後に、11ページに介護情報の利活用推進の中で要介護認定情報の言葉がございますが、これは確認ですが、要介護認定調査情報ということで解釈をいたしておるところでございますので、確認までよろしく願いいたします。ありがとうございます。



○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、座小田委員、お願いします。

○座小田委員 介護保険制度の見直しに関する意見をお取りまとめいただき、ありがとうございました。おおむねこれまでの審議内容を網羅的かつ簡潔に取りまとめていただいていると思うのですが、1点だけ意見を申し上げたいと思います。

6ページの在宅サービスの基盤整備についてでございます。この部分は、第96回の「地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進」に関する審議において示された論点に対して、今回お取りまとめいただいたものと承知しております。

そこで申し上げたいのは、このときの論点の中にあった在宅サービスの基盤整備の定期巡回・随時対応型訪問介護、看護や小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などを普及していくための方策についてでございます。恐らく今回はこのページの1つ目の○の最後の2行の「その際、必要に応じて、既存施設・事業所の今後のあり方も含めた検討を、各自治体に促すことが重要である」の中に含まれているのだと理解しておりますけれども、私ども在宅サービスの供給を行う事業者としましては、これらのサービスの普及は、24時間365日、特に中重度者の在宅生活を支える上でも、また、今後の市町村や保険者による第9期介護保険事業計画並びに支援計画の策定においても、計画に入ってくるには極めて重要な部分であると考えております。

また、一番下の○では、看護小規模多機能型居宅介護に限定してさらなる普及とされておりますことから、確かに少ないのは少ないのですが、これらの3つのサービスの普及についても併せて言及していただければと思いますようお願い申し上げます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全老健の東でございます。

今回は「Ⅰ 地域包括ケアシステムの深化・推進」に関して、まず1つ目「生活を支える介護サービス等の基盤の整備」、2つ目が「様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」、3つ目で「保険者機能の強化」について適切なおまとめをしていただきました。ありがとうございます。

また、「Ⅱ 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保」につきましては、特に介護人材の確保について、詳細に、また、深掘りをした記載にさせていただいて感謝を申し上げるところでございます。

その中でも1点だけ意見を申し上げます。

資料1の14ページ（認知症施策の推進）についてです。このことにつきましては、第102回の本部会において、有識者会議等における施策の各目標の進捗確認の資料が出されており、各委員からも多数の御意見が出ていたと記憶しております。その資料の進捗状況の評価結果の記載の中で、2025年までの6年間のうち、3年目の達成状況は60%未満、いわゆ

るCランクというものが4項目あったように思います。その一つが、認知症初期集中支援チームにおける訪問実人数でございました。全国で年間4万件の目標のところ、2021年度は1万6405人という実績で低調であるとの記載があったように記憶しております。

その議論の際に私も発言し、他の委員からも複数の御発言がございましたが、この認知症初期集中支援チームの実績が低調なのは、創設時には初期対応ということであったものが、実際に対応しているものの4割以上が困難事例になっているということで、この認知症初期集中支援チームという名称と役割があっていないというところも、この達成状況が悪い原因になっているのではないかと考えております。

そういう意味では、この認知症初期集中支援チームというものの名称、役割をもう一度再考すべき時期に来ているのではないかと考えます。この14ページの（認知症施策）の推進の項目に、実態に合った認知症初期集中支援チームの名称を含めた役割等の検討が必要という旨を記載していただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 日本介護士会の及川でございます。

私のほうからは5点ほど意見を申し上げたいと思います。

まず1点目です。15ページにあります地域包括支援センターの体制整備等についてでございますが、一番最後の○になりますけれども、その3行目の後ろのほうからの「『主任介護支援専門員その他これに準ずる者』の『準ずる者』の範囲の」という文言を「『準ずる者』として一定の知見を有する介護福祉士などを活用するなど、柔軟な職員配置を進める」と修正いただけたらと思います。何回か意見させていただいているところでございます。

それから、2つ目でございます。21ページ、総合的な介護人材確保対策というところでございます。20ページからなのですけれども、最後のところに追記でお願いしたいところでございますが、文章についてですけれども、「なお、介護人材の確保・定着に向けては、介護職員のキャリアパスの整備を促進するとともに、認定介護福祉士など専門性の高い介護福祉士の配置を介護報酬上で評価する仕組みが必要との意見があった」ということで追記いただきたいと思います。これにつきましては、ほかの委員の皆様、それから、私どもの会としても複数回発信してまいりましたので、御検討いただきたいと思います。

続きまして、22ページでございます。地域における生産性向上の推進体制の整備というところでございます。ここの「早急に検討する」に続けて、「とともに、業務改善をリードする介護福祉士という人材を育成していくことが必要である」としてはいかがでしょうか。これまで介護人材のリーダーというものについてもずっと言及してまいりましたので、修正をお願いしたいと思うところです。

それから、24ページの3つ目の○です。文言の追加なのですけれども、「と見込まれる

業務の体系化、遂行上の留意点の整理、同じ職場で」と修正していただきたい。これは介護助手に対して指導の評価項目等を整理する必要があると考えますし、介護というものについては生活を切って考えるというよりも、どちらかという介護助手の方が入ったとしても様々な情報を共有するという形を取りますので、こういうふう留意点の整理という文言をしっかりと追加していただきたいと希望いたします。

それから、25ページでございます。○の1つ目の「また」というところでございますが、最後の3行目からこれらを踏まえ、在宅サービスの人員配置等について合理化を書いておりますけれども、ただの合理化ではなく、質の担保を図りながらということで、しっかりと質の担保をここに文言として置いていただきたいと考えます。

追加ばかりで申し訳ないのですけれども、この5点、よろしくお願ひしたいと思ひます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願ひします。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って申し上げたいと思ひます。

まず、4ページの1つ目の○、「医療での取組に遅れることなく」という表記がございますが、「ICT等への対応困難な小規模事業所への支援を検討するとともに」と言ったほうがふさわしいかなと思ひます。

続きまして、6ページの看多機のところでございます。看多機の生まれ、生い立ちにつきましては、平成18年に小多機が誕生し、その後、看護サービスがあれば現在利用している小多機を継続することができるということで、看護サービスがないために当時の調査では約2割の利用者がサービス利用から脱落するということを背景に、平成24年に複合型が誕生いたしました。小多機に訪問看護を加えた複合型です。そして、27年に名称を変更して看多機となったところでございます。したがいまして、小多機の利用者の継続性を確保することが目的で出てきており、看多機には小多機がベースになっておりますので、あくまでも小多機の利用者の看護ケアを担保するサービスとして誕生したのが看多機でございますので、今後、地域のニーズを十分検討した上で市町村がどういう対応を取るかまた判断していくものだと考えております。

続きまして、8ページの一番下の○でございますが、医療計画と介護保険の整合性ですけれども、現在、第8次医療計画等の検討会においては、在宅医療に必要な連携を担う拠点と在宅医療・介護連携推進事業の連携をより一層緊密として都道府県や市町村の医療・介護の担当部局が協議をするということを医療計画に盛り込む方向になっておりますから、その辺りはぜひ整合性を取っていただきたいと思ひます。

あわせまして、次はトリプル改定でございますので、この記載の中に、障害福祉サービスとの整合性について、共生型サービスの推進もございまして、障害福祉サービスとの整合性という辺りの表記もどこかに必要かと思ひております。

続きまして、9ページの1つ目の○、先ほどから出ているかかりつけ医機能に関するものですが、現在、本日も医療部会でかかりつけ医についての議論がなされておりますので、今後、かかりつけ医の定義あるいはかかりつけ医機能について分かりやすいお示しがまたあると思いますので、その辺りとぜひ整合を図っていただきたいと思います。

かかりつけ医機能の中でも介護保険や在宅医療との連携というのは不可欠なものでございますので、特に在宅医療を下支えしているのは訪問介護とか定巡、いわゆるホームヘルパーさんのお仕事でございますので、その辺りの連携は重要と思います。

また、前回の改定で非常に推進が推奨されているリハビリ・機能訓練と栄養と口腔の一体的取組、この辺りはぜひ推進する仕組みが今後必要かと思えます。

続きまして、9ページの2つ目の○でございますが、審議会の資料にはこの文章の途中に地域リハビリテーション体制の構築というものが明記されておりましたので、ぜひ追記をお願いしたいと思います。地域リハビリテーションは住民に対する介護予防の意識を高めるものでありますし、地域支援事業を推進する原動力にもなりますので、この場所がいいのか、あるいは総合事業や通いの場等における一般介護予防施策のところがいいのかは検討の余地があると思いますけれども、ぜひ地域リハビリテーションというものをこの中のどこかに記載していただきたいと思います。

続きまして、15ページでございます。1つ目の○に介護予防ケアマネジメントAの簡素化、すなわちサービス担当者会議の省略かと思えますけれども、これは1回目は当然開催しないとこの業務が成り立ちませんし、適宜見直しの際に目標の修正、見直し、あるいは関係者の共有というのが必要でございますので、そういったところも踏まえて、サービス担当者会議を一律には省くというのはいり得ないと思っております。

続きまして、26ページでございます。最後のところでございますけれども、一人当たりの賃金等についても公表の対象に追加することが適当と書いてございますが、具体的にどうなるのかは定かではありませんが、介護サービスの事業所においてはいろいろな職種、そして、いろいろな経験年数の職員、あるいは地域の賃金の特性等いろいろございますので、介護サービス情報公表制度は国民に対して公表するというところでございますから、それについて国民が迷うことがないように、この辺りは慎重に取り組む必要があると思えます。

取り急ぎ以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

私からは2点ほど申し上げたいと思うのですが、9ページの最後の○ですけれども、特養ホームの件ですが、要介護3以上という入所基準のもとでの入所の現状が前の○で書いてあるわけですけれども、私ども地域から見ますと、特養は利用者主体の生活の場ですので、利用者主体といった場合でも、入所している利用者、それとつながっています地域の友人や親族、知人といった人とのつながりもありますので、要介護3以上という分け方

が本当にいいのかどうか。私の気持ちとしては、特別養護老人ホームの在り方について検討を、要するに、特例利用という限定した検討ではなくて、以前の要介護1，2という基準を含めた基準の在り方について、地域によってあるいは将来計画によって、特養の位置づけはいろいろ課題を抱えていると思いますので、その点、検討をお願いできればと思います。

それから、2つ目は14ページの通い場の問題ですけれども、2つ目の○ですが、多様な課題を抱える人たちとの結びつきも非常に困難な課題ですので、介護の課題が生じてから介護にどうつなげるかということでは必ずしも十分ではないと思います。特に都市部は地域住民の結びつきが困難なところが多いわけですので、私としては老人クラブや自治会の自主的な地域活動、生きがい活動の果たす役割も取り上げる必要があると思っています。

老人クラブの活動については非常に緩やかな活動ですけれども、高齢者の生活を豊かにするような形で生きがい活動に取り組んでおりますし、そのことが様々な介護とか医療の情報につながる役割も果たしていると思っております。それから、学習活動などを通じて、地域のつながりを通して地域社会の在り方を豊かにするような活動も取り組んでいるわけですので、これまでも図式の中で老人クラブとか自治会等が書かれているわけですけれども、内容や機能の位置づけについても取り上げていただければと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

これでひと当たり御発言いただけたかと思えます。

今日はさすがに取りまとめに向けた議論ということもあり、かなり時間いっぱい御議論いただけたかと思えます。

あと10分ぐらいですが、この点は言い残したので発言をしたいといった方がいらっしゃいましたらお手を挙げていただきたいと思います。会場はいかがですか。

○林総務課長 会場は特にないです。

○菊池部会長 よろしいですか。

では、オンラインでお二方、田母神参考人、橋本委員です。

それでは、すみませんが、短時間でお願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

繰り返しになりまして大変恐縮でございますけれども、看多機についてでございます。看多機については、要介護の状態になりましても、また、医療ニーズが高い状態にあっても、在宅での療養を継続して支える仕組みとして10年を経過したところでございます。開設の主体としましては、医療側、介護側双方からの様々な開設主体がありまして、医療と介護をつなぐという点においては必ずしも市町村単位での接点ということではありませんので、そうした意味で、広域での活動ということをぜひこの報告の中にも明記いただければと考えております。

また、利用者像の違い、人員の配置の違いということも明確になっていると思えます。

看護職員の配置というのが看多機と小多機では異なっている部分でございます。手厚い看護ということで取り組んでケアを提供しております。介護という意味では、現在、小多機という部分に定義がなされております。看護という部分がございます。この定義については、国民の皆様への分かりやすい明示という意味のみならず、働いている職員にとっても法律というのは根拠になるところでございますので、ぜひ働いている職員に対しても明確に看護を提供している場であるということをお知らせしたいと考えております。

また、先ほど橋本委員から御発言のありました特定行為研修については、特に医師が不在である施設や事業所も多くあり、類型も多くございますので、医師の指示である手順書に基づき適切に判断できる看護師の養成ということを、ぜひ都道府県の基金などにおいても手当をいただいて進めていく必要が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。

1点確認させていただきたいのですけれども、今のお考えからいきますと、看多機は介護サービス全体の枠組み、地域密着型サービスの中からどのような、つまり、今のサービスの枠組みを変えろという話になるのかどうか、その辺り、お聞かせいただければ幸いです。

○田母神参考人 ありがとうございます。

これまでに資料でお示しさせていただいておりますけれども、地域密着型の類型とともに居宅サービスにも位置付けるということで、都道府県内での近接の市区にお住まいの方も利用できる類型においても位置づけ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 分かりました。

その場合、ほかにもいろいろ地域密着型サービスはありますが、それについての議論というのは同じようにされなくてもよいかどうかという点はいかがでしょうか。その必要性とか、取扱いとか。

○田母神参考人 そのところは委員の先生方の御意見によるものと考えております。

○菊池部会長 分かりました。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 簡単に。先ほど東委員からお話が出ていましたように、14ページの認知症施策のところ、私どもも認知症の病棟はありますし、外来もやっておりますので、現場のところの感想から言わせていただきますと、認知症初期集中支援チームというのは、初期とは当てはまらないのではないかなという感覚を持っております。実際に外来で来ていただくとか、初期の段階から治療を受けていくということなのですけれども、そうなるとうると、その時点で専門の医療職とか専門職が介入するというのはあまりないのです。むしろ民生委員だったり、地域の人たちがかかったほうがいいのではないかな。家族もなかなか地方では難しいので、うちのばあちゃんには認知症ではないと言い張る家族のほうが多

いので、やはり民生委員とかそういった人、もし見直すのでしたら、東委員も言われたように、そういう専門チームが初期の人のところに行って、病院にかからなくてはいけないですよなどと言うのは現実的ではないので、地域の人たちの意見も踏まえてというところを入れていただければ、もう少し初期集中支援チームが動くのではないかなと感じております。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございます。

ほかにはいかがですか。よろしいですか。

会場もよろしいですか。特にないですか。

○林総務課長 栗田先生から御発言があるそうです。

○菊池部会長 栗田先生、お願いします。

○栗田委員 今の話の続きですけれども、私も名前を変えることは賛成なのですが、問題は、初期集中支援チームが困難事例に対応できないという現実があるということは非常に重要なことであって、名前を変えれば解決するという話ではなくて、初期集中支援チームだけではまず困難事例が対応できないから、それを市町村でどう考えるのかと。それから、そもそも困難事例をつくらないようにするにはどうすればいいのかということを経営支援事業全体で考えていかなくてはならない。あるいは地域支援事業だけでは駄目なので、例えば精神保健福祉の施策とちゃんとリンクして考えていく。それを市町村の責任で考えていかなくてはならない状況なのだろうなと思っております。

それから、もう一点だけすみません。意思決定支援の話で一言なのですが、認知機能障害がある人と認知機能障害がない人の意思決定支援の重要性は決定的に違うということを一応言っておきたいと思うのですが、それから、認知機能障害がある人ほど意思決定支援がされない傾向がある。認知症の当事者は、ケアマネさんは私の顔は見てくれない、家族の顔しか見てくれないとよくおっしゃるわけなのですが、であるからこそ、これから意思決定支援の問題は非常に重要であり、特にこの介護保険制度の中でこのことを強調していかなくてはならない時代であるということをおっしゃっていただきたかったということでございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、最後に江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

一言だけ申し上げます。私が前段に看多機の発言をしたことにも関連するので、冒頭申しましたように、小規模多機能に訪問看護サービスを付加した複合型が看多機となっておりますから、あくまでもベースは小多機なので、地域密着型サービス、すなわち小規模で家庭的なサービスでございまして、その市町村に住民票がある方を対象としたサービスとして行われております。もちろん隣接した市町村とお互いが合意すれば、サービスの利用は決してできないわけではありませんけれども、地域密着型サービスといった中で小規模

で看護と介護を合わせた複合型、こういったところが立ち位置でございますので、地域密着型サービスとして看多機がむしろいろいろ機能を発揮することが期待されていると申し上げます。最初の発言に対する追加です。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほぼ時間が来たかと思えます。いろいろ御発言いただきましてありがとうございます。本当に多種多様な、また、大変貴重な御発言をたくさんいただきまして、事務局、私にもですけれども、多くの宿題をいただいたかと思えます。今回改正でどこまでいけるかということもありますけれども、できるだけ皆様の御発言、御意見を踏まえながら調整をさせていただきたいと思えます。

また、かねがね申し上げてございますように、私、全世代型社会保障構築会議に参加しております、その中で医療・介護制度改革が争点になっておりまして、今日、医療部会でもテーマになっていますが、この構築会議のほうでも、例えばかかりつけ医機能の推進などもかなり議論されております。

こちらの介護保険部会の取りまとめにおいては、本日の御議論を含めて、皆様からいただいた御意見を基に取りまとめていくこととなりますが、その際には、今並行して進んでいるそれらの会議、構築会議、あと、今日も何人かの委員から御発言がありました。処遇改善の御議論がございましたが、公的価格評価検討委員会も随時開催されておりますところで、それも今後どうなっていくのか私もまだよく見えていないのですが、こちらの取りまとめとそれらの政府全体の動きがどのようになっていくのかという様子を見ながらということにならざるを得ないのですが、今週、来週がかなり山場だとは思っておりますけれども、そうした議論も踏まえながらの介護保険部会での取りまとめにならざるを得ない部分もあるだろうということは、あらかじめお含みおきいただければと思っております。

いずれにしても、まだ本日案をお示しさせていただいていない給付と負担を含めまして、改めて本部会で議論をして、さらに意見を取りまとめていきたいと考えてございます。

また事前に事務局のほうから皆様に御相談をさせていただくこととなりますので、その際には忌憚のない御意見等をいただければ幸いです。

それでは、次回の日程につきまして事務局からお願いいたします。

○占部企画官 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、本日はこれで終了とさせていただきます。

やはり事務局がそばにいないと不安だなという思いを強くいたしました。次回はほぼ確実に会場から参加させていただくことになるかと存じます。

本日も御多忙の中、御参加いただきましてありがとうございました。