

2023-4-10 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会（第1回）

○岸室長補佐 定刻となりましたので、ただいまから、第1回「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」を開催いたします。

事務局を務めます、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課地域づくり推進室長補佐の岸でございます。よろしくお願いいたします。

構成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。

初めに、老健局長の大西より御挨拶をいたしたいと思います。

よろしくお願いいたします。

○大西局長 皆様、おはようございます。

老健局長の大西でございます。

本日は、御多忙の中、この検討会に御参加いただきまして、心から御礼申し上げます。

また、日頃から厚生労働行政の推進につきまして、格別の御理解を賜っております。併せて御礼申し上げたいと思います。

御案内のとおり、我が国では、本格的な少子高齢化人口減少社会を迎えようとしておりまして、介護が必要となっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの深化・推進に向けました取組を自治体の皆様の御協力の下、進めているところでございます。

介護予防・日常生活支援総合事業につきましては、地域包括ケアシステムの構築に向けまして、地域住民の主体的な参画の下、多様な主体による介護予防・生活支援サービスを総合的に実施しまして、高齢者の社会参加も進めていくものであります。こうした取組は、制度・分野の枠や、支える側、支えられる側といった関係を超えた包摂的な社会を目指す地域共生社会の実現に向けましても、大変重要になるものでございます。

一方で、総合事業につきましては、平成29年4月から全市町村で実施されているところでありますが、多様な主体による多様なサービスの普及という点で、必ずしも十分に進んでいないといった御意見、御指摘も頂戴しているところでございます。

昨年12月に取りまとめいただきました、社会保障審議会介護保険部会の意見におきましても、総合事業の充実のための方策の検討を早急に開始し、令和6年度からの第9期事業計画期間を通じまして、工程表を作成しつつ、集中的に取り組むこととされたところであります。

また、部会の御議論の中では、早く取り組めるものは、速やかに取り組むべきといった

御意見もあったところでございます。

このため、検討会の御議論の状況により、例えば夏頃をめどに、総合事業の充実のための制度的、あるいは実務的な論点、具体的な方策など、中間的な整理などお願いできないかといったことも考えているところでございます。ぜひ皆様の御知見、御経験を踏まえまして、幅広い観点からの御議論をお願いできればと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。

○岸室長補佐 大西局長、ありがとうございました。

続きまして、本検討会の構成員の皆様方の御紹介をさせていただきます。

恐縮ではございますが、私からお名前などを読み上げさせていただきます。御紹介に代えさせていただきますと思います。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所副所長の栗田圭一様。

NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事の石田路子様。

公益社団法人日本医師会常任理事の江澤和彦様。

大阪府大東市保健医療部高齢介護室課長の逢坂伸子様。

株式会社イトラック代表取締役の佐藤孝臣様。

公益財団法人さわやか福祉財団理事長の清水肇子様。

社会福祉法人全国社会福祉協議会地域福祉部長の高橋良太様。

生駒市特命監の田中明美様。

東洋大学国際学部国際地域学科教授の沼尾波子様。

駒澤大学法学部教授の原田啓一郎様。

慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授の堀田聡子様。

NPO法人寝屋川あいの会理事長の三和清明様。

世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課課長の望月美貴様。

兵庫県但馬県民局豊岡健康福祉事務所所長の柳尚夫様。

なお、本日は、佐藤様は10時30分までの御参加、沼尾様は10時40分頃からの御参加と承知しております。

また、事務局でございますが、先ほど御挨拶いたしました大西老健局長のほか、斎須審議官、林総務課長、笹子認知症施策・地域介護推進課長、古元老人保健課長、和田地域づくり推進室長が出席してございます。

それでは、議事に入る前に、お手元の資料と会議の運営方法について、確認させていただきます。

会場にお越しの構成員におかれましては、資料を机上に御用意しておりますので、御確認ください。

また、オンラインにて御出席の構成員の皆様におかれましては、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。

次に、発言方法でございますが、オンラインで御参加の構成員の皆様には、画面の下に

マイクのアイコンが出ていると思います。会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきます。御発言される際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただきまして、座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いただければと思います。

御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を降ろす」をクリックいただきまして、併せて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

発言の希望の御意思が座長に伝わっていないと思われる場合は、チャット機能などで会場へ御意思をお伝えいただくことも可能ですが、原則としては「手を挙げる」機能にて意思表示をお願いいたします。チャット機能等で記載いただきました内容につきましては、オンラインの画面に表示されますので、この点、御承知おきください。

それでは、報道関係の方に御連絡いたします。

冒頭のカメラ撮影は、ここまでとさせていただきますので、恐縮ですが、御退出をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○岸室長補佐 それでは、議事次第に沿って進めさせていただきます。

初めに、議題1、本検討会の座長の選任についてでございます。

開催要綱にありますように、座長につきましては「互選によりこれを定める」とされております。

この点、事前に皆様から御推薦いただいております。社会保障審議会介護保険部会の委員でもいらっしゃいます栗田先生に座長をお願いさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

御賛同などありましたら、挙手またはZoomツールバーの「手を挙げる」などをクリックしていただけますと幸いです。

(賛同あり)

○岸室長補佐 ありがとうございます。

それでは、皆様の御賛同をいただきましたので、栗田先生に本検討会の座長をお願いしたいと存じます。

それでは、以降の進行につきましては、栗田座長をお願いしたいと思いますが、まず、栗田座長より一言御挨拶を頂戴できればと思いますので、よろしく願いいたします。

○栗田座長 御指名いただきました、東京都健康長寿医療センターの栗田でございます。どうぞよろしく願いいたします。

先ほど大西局長からも御説明がございましたように、昨年度の社会保障審議会の介護保険部会におきまして、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ビジョンの下で、介護予防・日常生活支援総合事業の充実という方向性が示されたわけでございます。

その背景には、人口のさらなる高齢化があるわけですが、とりわけ2040年に向けて、85歳以上の超高齢者が増加すること、また、それによって身体機能の低下とか慢性疾患、あるいは認知症である方、単身世帯の高齢者が増加すること、支援の担い手となる人材不足という問題があることや、介護保険関係のコストの増大という問題もあること、さらに、様々な社会的支援ニーズを持ちながら、なかなか必要な支援につながらない高齢者も増える可能性があるといった様々な問題があるわけでございます。

本検討会の目的は、こうした状況を背景にしまして、総合事業の充実に向けた実践的な論点を包括的に整理し、工程表を作成して、具体的な方策を講じていこうということでございます。

具体的な検討事項は、後ほど事務局より説明いただけるかと思いますが、ここで議論しますことは、例えば地域支援事業、あるいは介護保険制度の在り方そのものと深く関連することでございますので、介護保険部会の菊池部会長からのリクエストであったかとも思いますが、持続可能な地域共生社会の実現という広い観点から深く議論していただければと考えております。限られた時間ではありますが、皆さんの忌憚のない御意見をいただければと思います。

それでは、早速、次第に沿って議事を進めさせていただきます。

本日は第1回でございますので、議題2で生駒市の取組を御紹介いただいて、まず、イメージを共有していただいて、その上で、議題3におきまして、総合事業の現状と課題についてフリーディスカッションをするという流れで進めさせていただきたいと思っております。

生駒市では、総合事業を活用しまして、多様なサービスの創出や介護予防マネジメントの充実など、介護予防や日常生活支援の充実に向けた取組を総合的かつ効果的に実施されていると伺っております。本検討会で議論を深めていくに当たり、大変参考になるものと考えております。

本検討会には、生駒市の田中特命監に構成員として出席いただいておりますので、恐縮ですが、田中構成員から御説明をよろしくお願いいたします。

○田中構成員 それでは、限られた時間ですので、早速、説明させていただきたいと思っております。

本日は、貴重な時間をありがとうございます。

まず、資料をおめくりいただきまして「多様なサービス創出に向けて」ということで「生駒市の概況」。

次をお願いします。

面積が53.15平方キロメートルということで、コンパクトな町ですが、坂道が多くて、高齢者の方たちは暮らしづらい環境にあることを御承知おきいただきたいと思います。

次をお願いします。

「総合事業推進に向けて」ということで、今の体制を記載しております。

「地域包括ケア推進課」で主に地域支援事業全体と、御紹介にありましたように、これ

から地域共生社会を構築していくために「地域共生サミット推進室」を置いて、その辺りも推進していく状況になっています。

基本情報としては、令和5年4月1日現在ということで、人口が12万弱。

後期高齢者が、前期高齢者を上回る形で、高齢者数としては、3万5000人弱ということで、高齢化率は29.2%。

調整済みの認定率は、平成25年、平成26年は全国に比して高かったのですが、総合事業の移行に伴って、住民の活動も活発化しまして、調整済みの認定率は下がってきている状況でございます。

次をおめぐりいただきまして、総合事業の充実・発展ということで、生駒市は、平成27年に総合事業に早期移行した市町村の一つでありました。

当時は、通所型サービスのAとか訪問型サービスAなどは創出しない方針で、多様なサービスを構築してきましたが、年数を経過するとともに、後期高齢者も増えていって、一定従前相当で対応し、状態が安定してきた人やサービスCで対応した人たちの中でも自立につながらない人たちに対して新たな事業が必要だと考え、通所型サービスAなども創出しながら、事業数としては、どんどん充実・加速化しているところです。

一般介護予防事業に関しましても、ここは少し住民主体のものも含まれていますが、総合事業が充実していくに従って、住民の通いの場も増えていきまして、コロナ禍でもありましたが「いきいき百歳体操」などについては、市内103教室ということで、コロナ禍でも増加していた状況です。

次をおめぐりいただきまして、総合事業に向けた準備としまして、5点記しております。

これについて、順次説明していきたいと思えます。

次をおめぐりください。

スライド7になります。

総合事業へ移行させるときに、二次予防事業の対象者とか、要支援1・2が、国の示しているガイドラインとかに出てくる資料とどう違うか検証するために、生駒市において状況を調べたところです。

ADLとIADLは、国が示している資料とは若干異なっておりましたが、ADLについては、要支援2の方ができにくくなっていることが増えていて、IADLについては、年齢構成とか家族の状況といったものが勘案されるので、どうしても要支援1・2は、生駒市は、国が示すデータとは若干異なっておりました。

次をおめぐりください。

スライド9になります。

「軽度認定者の実態把握」ということで、行政と地域包括支援センターで、二人三脚で歩いていくという姿勢を貫いてきておりましたので、地域包括支援センターのケアプランの状況であったり、総合相談の内容であったりの実態把握をしていく中で、右下の「要支援者の実態把握」で、ADLは、一部、洗身や爪切りといったことも必要な一部介助の人がい

ますし、IADLについては、家族の介護力の影響とか身体的な能力等によって、一部の見守りや介助が必要な人がいます。

あと、精神疾患とか難病、がんといった急性増悪疾患では、専門性の高い人が必要だという方が一定数おられることが分かりましたが、他方、そういった専門職でないといけないこともないということが見えてまいりました。

次に、スライド10をお願いします。

要支援者に必要な事業を再検討ということで、これらのいろいろな声を住民の方、利用者にヒアリングをしたり、包括支援センターにヒアリングをする中で、現状、介護予防の通所介護、介護予防訪問介護はどうなっているのかということ聞き取りしたところ、一定数人との交流、脚力が弱くなっていくと、外へ出づらくなるので、人と交流がしたいという社会参加のニーズが多いとか、自宅での入浴環境が難しく、お風呂に入りたいたから、デイサービスを利用したいという御希望が多いことが見えてまいりました。

介護予防訪問介護についても、脚力が落ちてくるというところで、御自身で買物に行けないとか、膝・腰が痛いので、床の掃除ができないということで、ヘルパーのサービスを利用したいという意向が強いことが見えてまいりましたので、総合事業を構築していくに当たって、短期間で集中的に関与することによって、元気になる人をつくっていきこうということと、住民の方でもミニデイサービスができるのではないかとということで、サービスBの構築。

そして、入浴できる環境の調整というところで訪問型サービスC。

そして、訪問介護は、プロではなくても大丈夫なのではないかとということで、シルバー人材センターを活用して、ウィン・ウインの関係構築ということで、訪問型サービスAを構築しました。

その構築に当たりましては、スライド11に移りますが、6期の計画のときに、実際のサービス利用の状況と、その方たちがどういったサービスに適合するかということを試算しまして、こういった数値を示しながら計画に上げてまいりました。

次をお願いします。

スライド12になります。

「高齢者の機能レベルと介護予防の必要性」ということで、機能レベルと年齢に置き換えて、大半は元気な高齢者なのだけれども、虚弱になった方たちをどう引き上げていくか、どうしても急性増悪疾患とかがあられる方に対して、状態を維持するためのサービスをどう構築するかということ、こういったグラフを用いて住民の方に説明などしてまいりました。

次に、スライド13をお願いします。

そのようにして「総合事業をデザイン」ということで「元気を回復する取組」から「元気を維持する取組」ということで、STEP1、STEP2、STEP3という流れをつくりまして「集中介入期」「移行期」「生活期」ということで事業を構築してきております。

赤字が住民主体のサービスで、青が行政主体ということで展開してまいりました。
スライド14をお願いします。

「短期集中予防サービス」ということで、通所型サービスCの例です。

複合型のサービスや、住環境を確認して、訪問型と通所型をセットにした事業とか、送迎なしでSTEP2からSTEP3に移っていく転倒予防教室など、サービスCも幾つかの種類を用意させていただきました。

次をお願いします。

スライド15に移ります。

こちらが、サービスCで、訪問と通所をセットにしたものです。

介護予防ケアマネジメント、地域ケア会議、短期集中予防サービスは連動する必要があるということで、丁寧な地域ケア会議の中で終了していく人たちをつくり上げてきております。

次をお願いします。

総合事業のサービス利用の成果ということで、令和3年、令和2年の成果を掲載しています。

コロナ禍でしたので、少し利用控えがありますので、例年よりは少ない人数ですが、昨年は、実参加人数として180名弱利用されておられます。

毎年7割5分から7割にかけて終了されていかれるということで、中断者が少ないのが生駒市の特徴でございます。

次のスライドをお願いします。

こちらは、住民主体のミニデイサービスということで、朝9時半ぐらいから2時ぐらいまで高齢者の方をお預かりしています。

住民主体で、モデル事業の平成24年ぐらいから実施しておりますが、最高年齢が104歳ということで、中には、大腿骨頸部骨折後も、一旦、介護のサービスを使いながら元気を取り戻して、こちらにということで、認知症の方も結構参加していると聞いております。

次をお願いします。

今度は、総合事業を適切に振り分けしていくためにということで「介護予防把握事業」を平成18年からずっと継続しております。毎年、75歳以上の非認定者に対して元気度チェック、基本チェックリストを配布しております。その結果を用いて、一般介護予防事業とか多様なサービスは、どのぐらいの必要量があるかということを検証してきております。

次をお願いします。

総合事業においてすごく重要だと考えているのが、介護予防のケアマネジメントです。

まず、住民が窓口で相談に来られたときの対応です。

チェックリストを活用するのか、要介護認定を進めるのかという振り分けです。

特に、サービス事業対象者となった後の介護予防ケアマネジメントの中で多様なサービスを使っていくのか、一般介護予防事業に案内するのか、住民主体のサービスにつなぐの

かというところのマネジメントが肝だと感じております。

次をお願いします。

窓口の対応の在り方は、的確な判断が求められるのだということで、次をおめぐりいただきまして、生駒市では、要介護認定、もしくは基本チェックリストの活用についてということでふるい分け表を作って、これは事務職でも、専門職でも対応できるように工夫してまいりました。

次をお願いします。

こうして、介護保険制度が変わるといふことの市民への周知も定期的に行いながら、次をお願いします。

行政窓口、地域包括支援センターで総合事業の説明ができるような介護保険制度の説明、総合事業の内容、これから生駒市がどうなるのかという数字も示しながら、住民への介護保険制度への理解を求めてきました。

次は飛ばしてください。お願いします。

次に、今度は、しっかりとマネジメントができるようにということで、医療介護連携のネットワーク協議会を活用しながら、三師会の先生方にも入っていただいて、医療・介護のチームでいろいろな検討をしてきまして、どういった人が多様なサービスに適合するのか、ケアプランを通して検証してまいりました。

次をお願いします。

「介護予防ケアマネジメントの平準化と効率化を図る」ということで、この検討委員会の中で、マル1からマル9までいろいろなことを検討してまいりました。

基本チェックリストの活用の仕方、アセスメントツールの活用の仕方、3番目に書いてあるのは、状態像、日常生活自立度に応じて、ふるい分けがある程度できるのではないかとということを試算したということでございます。

次をお願いします。

そうして「サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準」ということで、これは生駒市の例でございますが「従前相当」「A」「B」「C」というサービスについて、それぞれ日常生活自立度とか病態の安定性、活動の制限があるか、ないか、主な疾患例を示しながら、委託先の地域包括支援センターがしっかりとマネジメントできるようなスクリーニング指標をみんなで作ってまいりました。

訪問型サービスは「自立～A1」「自立～I」が抜けていますので、また補足しておきます。

次をお願いします。

次は、訪問型の例ということで、それをまた詳しくしたものになります。

「日常生活自立度」は「従前相当」では「J1～A2」、認知症のレベルでは「自立～II」は、範囲の中に入れられるのではないかとということ。

病態の安定度については「従前相当」では「急性増悪疾患」とか「ADLの急激な低下」「退

院直後」といった方たちがふさわしいのではないだろうかということ。

「改善・維持・悪化」については「従前相当」は全て含まれるのではないかとということ。

「疾患例」についても、ほぼ全疾患対応ができるでしょうということ。

あと「疾患に配慮した調理」や「専門職関与の有無」とかの区分も丁寧に検証してまいりました。

「仮説」に「従前相当を利用させ」と書いてありますが「従前相当を利用し」と文言を修正したいと思います。

次をお願いします。

通所型の例です。

「従前相当」については「J1～A2」。

障害自立度では「自立～II」ということで、こちらも疾病の安定度は、訪問型とよく似た形ということで整理させていただきました。

入浴・食事・送迎は「従前相当」では、必ず必要であろうという方たちが対象になるということ。

あと、緩和型のBとかになりますと、専門職の関与は不要で「疾患例」でも、認知症・精神疾患等は基本的には除くということで進めてきています。

このような整理をしてきたことによって、このプロセスにおいても、医療・介護関係者と共有できたということと、委託先の地域包括支援センターは、毎年メンバーが入れ替わったりしますので、こういったものがあることによって、平準化がなされたことが経過としてございます。

次をお願いします。

次は、介護予防ケアマネジメントの適正化・効率化を目指し、ケアプラン点検支援マニュアルの作成・運用ということで、こちらも医療・介護のチームや、県や有識者の方を交えて、点検のマニュアルをつくってきたという形で、これは今も継続して行われています。

次をお願いします。

生駒市ケアマネジメント適正化推進事業ということで、平成28年度から継続して、外部講師を招きながら、こういったものを実施してきています。

次をお願いします。

生駒市は、後期高齢者の伸びは、全国上位5%に位置するほど団塊の世代の方たちも結構多くいらっしゃる町です。

介護予防ケアマネジメント件数は、その中でも年々下がっているということで、多様なサービスに合致する対象者像が明確なため、事業も創出しやすくて、結果も現れやすかったと感じております。

平成26年頃は、全国より要介護認定率も高いものと申しましたが、要支援者や虚弱高齢者の分析、ケアマネジメントの適正化を進めたことにより、事態は改善してきましたとい

うことです。

要支援者等における心身の状態像に応じたサービスや、事業の案内を委託先の地域包括支援センターが効果的・効率的に実施できるようになり、ケアマネジメントの平準化ができることになったことが、急激に認定率の低下及び介護予防ケアマネジメント件数が低減するようにつながったと考えております。

総合事業の上限額に比べて少ない費用で元気を取り戻していく高齢者も増えている状況と、ここに至るには、医療介護連携ネットワーク推進協議会をはじめ、関係者の皆様の多大なる御協力があったことということで、この後、参考資料がついてまいっています。

「生駒市の現況」ということで、このように調整済み認定率が下がっていますよということ。

次をおめくりいただきまして、総合事業の上限額に比しては、上限額に比べて3.2億円ぐらい少ない費用で元気な高齢者が出てきていますということ。

次をお願いします。

後期高齢者の伸び率ですが、費用としては、予防給付、総合事業を含めて低減してきていますということです。

次が、最後のスライドになります。

スライド40をお願いします。

「介護予防ケアマネジメント件数と後期高齢者数の推移」ということで、全国では、包括支援センターはケアマネジメントの件数が多くて大変だということですが、このような結果で、包括的支援業務にしっかりと関与ができていく状況でございます。

以上、簡単でございますが、参考資料は全て説明できませんでしたが、このような状況ということでの御報告です。

ありがとうございました。

○栗田座長 ありがとうございました。

それでは、各構成員から、ただいまの御説明に関して、御質問等がございましたら、挙手をお願いしたいと思います。会場の方は挙手、オンラインの方は「手を挙げる」機能を使用していただき、私の指名により、発言を開始していただければと思います。

それに当たりまして、佐藤構成員が退出しなくてはならないということで、佐藤構成員、おりましたら、何か御発言がございましたら。

○佐藤構成員 佐藤でございます。

声は聞こえていますでしょうか。

○栗田座長 聞こえております。

○佐藤構成員 すみません。10時45分から学校の講義が入ってまして、これで退出いたします。

ありがとうございました。

私も今、現場でいろいろな自治体、事業所の包括の支援に入っているのですが、総合事

業の今後のことを考えますと、A、B、Cとありますが、その類型においての分かりやすい事例があるといいかなと思いますし、また、市町村ごとによっても、いろいろなパターンがございます。人口規模等によって違いますので、それに合った事例の提供があるといいかなと感じております。

あと、先ほど田中さんからありましたが、やはり入り口の介護予防ケアマネジメントが大変重要ですので、何かその辺の分かりやすい事例の提供などがあるとよろしいかなと思っておりますので、また今後ともよろしくお願いいたします。

大変申し訳ございませんが、これで退出いたします。

今日はありがとうございました。

○栗田座長 ありがとうございました。

それでは、その他の構成員から御質問、御意見などはございませんでしょうか。

では、柳構成員、どうぞ。

○柳構成員 とても参考になる事例でありがたかったのですが、スライドの4ページ目の資料を見せていただいて、平成27年から令和4年度の中で、実際に伸びているサービスや活動は、結局「いきいき百歳体操」が2から103になっているのが大きいと思います。そのことは、田中さんも最初に述べられました。個人的には、平成26年から平成28年に「いきいき百歳体操」を国とお手伝いしながら全国に広げていった流れの中では、個人的には、この部分がすごく効果があった可能性があるのではないかと割と思っているところですので、逆に言えば、ほとんど伸びていない部分とか、本当にこれだけの事業が要るのかなと疑問に思っています。

田中さんとは割と旧知の仲ですので、彼女の優秀さとか、生駒市の活動も存じ上げているのです。

ところが、今日お示しいただいた、これぐらいの精緻な内容を全国の市町村がやれるのかというあたりでは、非常に優れたモデルではありますが、全国の自治体が同じようにやれるかという議論になったときに、99%とは言いませんが、95%ぐらいの自治体は、多分、ついていけないのではないかと考えます。

実は、田中さんとも関わっている地域づくりの加速化事業の中でも、多くの自治体が、生駒市モデルをすばらしいとみんなが思うところには、本当に感心するのですが、では、自分のところでこれが同じようにやれるかという議論になったときに、たくさんの課題が出てきたと思うのです。

要するに、普遍化できるモデルなのか、理想的モデルなのかというあたりで、全国の自治体の多くが当たり前やれる部分を、この中からも、ここはエッセンスだねという形にさせていただく必要があります。

この会議の中でも、ここを目指すというと、多くの自治体がついていけないのではないかと心配しますので、一つの理想的モデルとして、生駒市の事例をベースにさせていただくのはいいのですが、ぜひ普遍性のある、どこの自治体でもある程度、少なくとも半分以

上の自治体がやれると思えるようなモデルでないと、しんどいかなという感想を持っております。

○栗田座長 ありがとうございます。

田中構成員、御発言いただけますか。

○田中構成員 私も、いろいろな自治体にお邪魔する機会に恵まれてきましたので、そこで感じるのは、今日御紹介させていただいた、要支援者等と言っても、すごく幅が広い。その人たちを漠然とどうしたらいいかと悩んでいる市町村がすごく多かったという印象を持っています。

ですので、その入り口のところで、こういう状態以上の人には、こういう事業が向いているとツールを御紹介できたりとかすると、少し考えていけるというか、整理ができる市町村はあるのではないかと実感として感じているところでございます。

○栗田座長 今、柳構成員がおっしゃったように、この中で普遍化できそうなエッセンスみたいなところは、何かございますでしょうか。

○田中構成員 それが、今日御紹介させていただきました多様なサービスを御利用いただくときのベースになる案内基準みたいな形で、スライド29から、スライド30、スライド31と御紹介させていただいたようなもので、要支援者の人たちの状態像や疾患、活動の制限の有無とか、多分いろいろなことがあられますので、その辺りをしっかりと整理して、御提示できるものがあれば、イメージが付きやすいのかなとは感じております。

○栗田座長 ありがとうございます。

そのほかに御質問はいかがでしょうか。

逢坂構成員、どうぞ。

○逢坂構成員 大東市の逢坂でございます。

田中構成員、ありがとうございます。

先ほどの提示の30ページ、31ページのように、緩和型Aと緩和型Bの差が分からないというケアマネジャーはたくさんございます。

本市の場合は、Aは極力役割がないといえますか、この区分け表で言うと、BでAをカバーできているので、マンパワー的にBで対応できない場合だけAが使われる状況になってございます。

特に通所の場合、住民主体で対応できない方がAに行ってしまうことは、住民主体での通いの場に通えるレベルがかなり高い方でないと、通えなくなる危険性を感じております。

本市の場合は、通いの場にも、介護5までの方を住民たちが支えて通っている状況にございますので、通所Aは実質上ない状態になっております。

それを全市町村ができるかという点、そこまでは言いませんが、Aをあまりに打ち出すことで、Bの方々が元気になってから来てねという状態に陥る可能性が考えられるので、ここは要検討かと考えております。

○栗田座長 AとBの違いですね。

田中構成員、いかがでしょうか。

○田中構成員 そうですね。

総合事業と市町村の実情に応じてという文言は、こういうことに尽きるのかなと思います。

市町によって、どういった住民カバー力があるのかとか、多様な参画があるかによって、ここの整理が。これは、一つの生駒市のモデルであって、それを市町村に応じて変えていくことがきっと必要なのでしょうね。

○粟田座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。御質問はございますでしょうか。

清水構成員、どうぞ。

○清水構成員 御丁寧な説明をありがとうございました。

冒頭にお話もございましたように、持続可能な地域共生社会の実現ということで、総合事業も出てきた非常に大きな背景の一つは、当然、介護人材ということになると思うのですが、介護に関して、一つは、生駒市の例で、介護予防をしっかりと健康寿命を高めるという点は、普遍性という点でも、個々の地域の実情に応じてポイントで参考になる点が幾つかあると思いますし、それもお示ししていただければいいと思っております。

それを踏まえてなのですが、今後、恐らくこの会議の議論の一つにもなるかと思うのですが、住民の皆さんが生活支援をやっていく。総合事業で言えば、訪問Bになるのですが、ここは、生駒市の実情の中で、今後に向けて、どのようなお考えをお持ちなのか、率直なところで伺えればと思っております。

○粟田座長 ありがとうございます。

では、田中構成員。

○田中構成員 ありがとうございます。

訪問型サービスBについては、まさしく私が生駒市に戻ってから議論しているところでございます。

ヘルパーの成り手が少ないことと、後期高齢者が伸びていますので、需要と供給のバランスが崩れてまいっております。

住民の方たちも、関心は高いのですが、御自宅の中に入るといふ抵抗感があられるということで、その辺りをどのように御理解いただけるかということのをこれからどんどん進めていかないとと思っておりますので、また御協力をお願いしたいと思っております。

○粟田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

どうぞ。

○三和構成員 寝屋川あいの会の三和でございます。

一言だけ教えてください。

先ほどさわやかな清水理事長もおっしゃっていましたが、おたくの場合は、シルバー人材センターを使ってやっていることを漏れ承って聞いているのですが、確かにスタートのときはそうやったと思うのですが、途中で消えてしまっていますね。

なぜ訪問型Bになるのか、シルバー人材センターがAのほうをやっているのか、Bのほうをやっているのか、その辺のところを教えてくださいたいと思います。

○田中構成員 総合事業に早期移行した当初は、シルバー人材センターに委託して、訪問型Aという形でやっておりまして、とても人気が高くて、いい事業だったのですが、シルバー人材センターの体制が変わりまして、病気を持っている人のおうちにお伺いするのはリスクが高いということで、体制が変わった中で、休止といいますか、廃止になってしまいました。

ですが、またシルバーの体制が変わっていますので、また一緒にできることがあるのではないかという話をこれからしていこうかなと思っていますので、シルバーも一つの活用だと思えますし、住民たちのエネルギーもどんどん求心していきたいと考えているところでございます。

○粟田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

私は、質問ではないのですが、先ほどの清水構成員の御質問と関係するのですが、7ページに、要支援1・2と二次予防対象者のADL・IADLの状況の分布があります。

確かに国のデータとはちょっと違って、生駒市はかなり高齢化が進んでいるのかなという印象を受けるデータなのですが、これは多分、今後、日本はだんだんこうなっていくだろうと思われるところで、国のデータだったら、特に要支援の方のIADLの障害は落ちているのですが、このデータはさらに落ちているのだと思います。

特にIADLに関して言うと、多分、生活支援が非常に重要になってくるので、この辺を総合事業でどのぐらい確かに作り出せるかというのが大きなポイントになるのかなと思いました。

ありがとうございます。

それでは、次の議題に移らせていただこうと思います。

次は、議題3の「介護予防・日常生活支援総合事業のあり方について」ということで、事務局より御説明をお願いいたします。

すみません。

石田構成員ですか。

よろしく申し上げます。

どうぞ。

○石田構成員 申し訳ございません。

最後に、質問が幾つかございます。

先ほどの生駒市の事例ですが、一番印象に残ったのは、非常に短期集中の形で、特に通

所Cで力を入れて、それが大変効果が上がっているというお話でした。そこで、通所Cの場合に、例えば専門職とか、そういった方たちがどれぐらい関与しているのかということと、もし専門職の方が関与していらっしゃるのであれば、人件費など、どういう形で出ているのかというのがお聞きしたい点の1点目です。

2点目は、住民主体型の通所サービスBも非常に活発に行われているということですが、先ほどシルバー人材というお話がありましたが、通所のサービスBの形で関わっている住民の皆さんたちに対しては、何らかの形で費用とか経費等が提供されているのかどうか、人件費の内容をお尋ねしたいと思います。

それから、先ほどお示しいただいたデータの29、30、31ページに示されていたのですが、非常に細かな分析があって、そういった方々の状況に合わせてサービスの提供がされているという内容でした。この中で認知症のケースについてお聞きしたいと思います。「軽度認知症の場合」という文言は幾つかあったのですが、総合事業の場合において、住民主体のサービス提供というときに、一番懸念されるのが、認知症の状況を持っていらっしゃる方へのサービスをどうするのかという点です。この点については、社会保障審議会介護保険部会の議論の際にも課題になっておりました。非常に重要なことでもありますので、この場合に、認知症のケースをどうやってピックアップするのか、その方々に対してはどのような対応がなされているのか、生駒市の事例を教えてくださいと思っています。

最後に、これは細かなことなのですが、4ページに平成27年度の事業と令和4年の事業の内容が示されていて、平成27年のところで、訪問Bが1か所実践されていたのですが、令和4年にはそれがなくなっているのです。

これは、たしか今の御説明ですと、シルバー人材でやっていらっしゃったものがなくなったのかどうか。これは確認なので、それをお尋ねしたいと思います。

以上です。

○栗田座長 ありがとうございます。

3つほど質問があったかと思いますが、田中構成員、よろしく願いいたします。

○田中構成員 御質問ありがとうございます。

サービスCにつきましては、3種類ほどの事業がございますので、それぞれ専門職の関わりが違ってきております。

スライドでいきますと、スライド14をお願いします。

ありがとうございます。

「パワーアップPLUS教室」が通所型と訪問型がセットになった事業になっておりまして、こちらには理学療法士、もしくは作業療法士が必ず1名入ることと、看護師、介護福祉士などの専門職が常時入り、ボランティアたちも含まれています。

要支援1、右下の「パワーアップ教室」は、機能訓練指導士、歯科衛生士、看護師、管理栄養士という専門スタッフがそろっています。

「転倒予防教室」は、理学療法士、もしくは作業療法士、プラス健康運動実践指導者と

いう形で専門職をそろえさせていただいています。

次に、通所型サービスBにつきましては、補助ではなく、うちは委託という形を取っていますので、委託費ということで運営費をお支払いしています。

朝9時半ぐらいから2時ぐらいまで活動されますので、1人1,400円ぐらいの活動費を試算しております。

3つ目の質問で、軽度認知症の方の対応ということですが、生駒市は、平成16年、平成24年と国のモデル事業を受けておりまして、要介護2までの対象者に対してこういった事業展開をしてきた経過もありますので、サービス支援については、特に「パワーアップPLUS教室」という専門職がさらに恵まれている事業のほうでは、かなり認知症が進んだ人たちも参加されています。通所型サービスBと一般介護予防事業を合体させたような要綱改正をしまして、認知症の方たちの居場所としての活用もでき、中にはボランティアとして活躍してくださっている方もおられます。

通所型サービスBのほうも、デイサービスになじまない方たちで、住民の方たちが頑張っている娘のような方たち、息子のような人たちが担い手ですので、そこで安心感を買われてということで参加する方たちもいらっしゃいますので、通所型サービスBも、認知症の方が参加されています。

それに関しては、医師の先生方にも御相談させていただいていますし、地域包括支援センターが定期的にモニタリングにも通っていただいていますので、重篤化したり、会場でいろいろとしんどい思いをしたりということは報告を受けておりません。

スライドの修正がありました。訪問Bと平成27年度に書いているのは、私どもの誤植でして、訪問型Aで、シルバー人材センターが実施していたものとなります。

以上です。

○栗田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

○石田構成員 ありがとうございます。

また詳しいところをお聞きしたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○栗田座長 ありがとうございます。

それでは、次の議題に移らせていただきたいと思います。

田中構成員、本当にありがとうございました。

次は「介護予防・日常生活支援総合事業のあり方について」ということで、事務局より御説明をお願いいたします。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 座長、ありがとうございます。

認知症施策・地域介護推進課長でございます。

資料3、資料4に基づきまして、私から御説明申し上げたいと思います。

時間の都合もありますので、少しかいつまんで御説明いたします。

まず、資料3の2ページ目以降、先ほど座長からも御紹介がございましたが、令和4年

12月20日の社会保障審議会介護保険部会において、総合事業について活性化していくべきであるという御意見を賜っております。

とりわけ3ページ目にございますように、地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた、極めて重要な基盤であると、その中で、総合事業は、さらに推進していくべきツールであると。そのポイントは、住民主体の参画など、地域住民がどのように関わっていくのかということをしかりと考えるべきであるという御意見を頂戴しています。

具体的には、4ページ目にございますように、真ん中の○に書いてございます、早急に包括的な方策の在り方を検討するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じまして、工程表を策定しつつ、集中的に取り組んでいくことが必要であるとされているところでございます。

また、先ほど御議論にもございましたが、分かりやすいツールをしかりと作って、自治体と共有していくといったことも書かれているところでございます。

5ページ目以降が、総合事業の実施状況でございます。

6ページ目、総合事業の推進は、高齢者の社会参加を推進していき、生きがいや介護予防につなげていくという趣旨のものでございます。

7ページ目を御覧いただきたいと思ひます。

先生方は専門家でいらっしゃるが、サービスの類型です。先ほど来御議論いただいているところでございます。上のピンクが「訪問型サービス」。緑が「通所型サービス」。最後に「その他の生活支援サービス」といった典型的な例をガイドラインという形で、老健局長通知でお示ししているところでございます。

ピンクのところでは申し上げれば、左側から「従前の訪問介護相当」。「訪問型サービスA」は、従前相当の基準を緩和したサービスであり、生活援助等が見込まれるということでございます。その右になります「訪問型サービスB」が、いわゆる住民主体による支援。マル4の「訪問型サービスC」は、少し趣が異なりまして、保健師等による居宅での相談指導等。さらに、Dは、移送前後の生活支援ということで、足の確保、移動支援でございます。

こちらの類型につきましては、分かりにくいとか、名称も含めて、様々な御意見を賜っているところでございますが、そういった点も含めて、後ほど御議論いただければ幸いです。

同様に、通所型サービスについても、従前相当、A、B、Cという類型があるということでございます。

8ページ目以降に、総合事業の実施状況をデータとしてお示ししております。

実施市町村数が8ページ目、9ページ目が実施事業所の団体数、10ページ目が利用の実人数でございます。

一定程度、従前相当以外のサービスも増えてきているということではございますが、その量、質について御意見があったということでございます。

11ページ目以降は、サービスAの実施状況などについて、人口規模が大きいほど実施率が高いであったとか、提供者の属性は、シルバー人材センターや民間企業が多いとか、そういった属性。

さらに、13ページ目以降に、基準緩和をされておりますが、その基準緩和の内容。

さらに、14ページ目で、訪問型サービスA・Bにより提供されているサービスの内容。

基本的には、生活援助全てということのようでございますが、そういった内容。

15ページ目以降、同様の分析を通所型サービスについてもお示ししているところがございますので、後ほど御覧いただければと存じます。

18ページ目でございます。総合事業は、平成26年度の法改正によりまして、先ほど田中構成員からも御紹介がありました平成27年4月から実施されています。ただし、移行期間があって、平成29年4月から全市町村で実施されているものでございます。

その後、総合事業について、一定の見直しがなされているという御紹介でございます。

19ページ目でございますように、令和元年12月の社会保障審議会の介護保険部会の御意見におきまして、赤で囲ってございます。

総合事業の対象者は、要支援者と、いわゆるチェックリスト該当者に限定されておりますが、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる点について、本人の御希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行うことが重要であるとされました。

また、その際には、きちんとケアマネジメントを通じて、適切な事業の利用が担保されることが重要であるとされたところでございます。

また、その下でございますが、国のサービス価格の上限を定める仕組みは、従前相当について、価格の上限が決まっていたわけでありましたが、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、弾力化を行うことが重要であるといった御意見を賜ったところでございます。

そのため、20ページ目でございますが、真ん中でございます。

令和2年10月に介護保険法施行規則の改正を行いまして、マル1にございますように、総合事業のサービスの対象者に、当該事業における補助により実施されるサービス、これは住民主体のサービスということで、下のポンチ絵にありますように、訪問／通所のBと訪問のサービスDを継続的に利用する要介護者を追加するとともに、総合事業のサービスの価格の上限の弾力化、具体的には、国が定める額を勘案して、市町村が定める額とするといった改正をし、令和3年4月1日から施行されているということでございます。

その具体的な中身について、考え方や、ケアマネジメントにおける留意事項などが21～24ページについてございますので、後ほど御覧いただければと存じます。

この対象者の弾力化などの実施状況でございます。

25ページ目になります。

令和4年6月時点で、市町村ベースで、Bが9.6%、訪問型Dが2.5%、通所型サービスBが8.1%ということでございます。

26ページ目にお移りいただきまして、対象者の弾力化による影響を取ってございます。

ただ、令和4年度の間集計ということございまして、右側にnがございますが、26とか23といったレベルでございますので、要は、継続利用者の要介護者の方々が極めて少ない中での御意見ということではありますが、一定程度、例えば生きがいや意欲の維持・向上につながったなどのポジティブな御意見も賜っているところでございます。

27ページ目でございますが、これは提供団体にお伺いしたところでございます。

こちらにもnが少ないので、御参考程度ということではあります。団体にとっても、サービス提供継続のモチベーションにつながったなどの御意見だったり、特に影響はなかったといった御意見が提供団体から提起されているところでございます。

少し飛ばしていただいて、30ページ目です。

市町村に対象者の弾力化を実施しない理由をお伺いしますと、真ん中辺りにございます。

先ほどの判定基準のようなお話もございましたが、どのような高齢者であれば、継続利用ができるのか、判断基準等を決めることが難しかった、あるいは弾力化に当たり、どのような対応が必要であるのか、分からなかったという御意見を賜っているところでございます。

32ページ目が、従前相当サービスの単価ということで、御参考まででございます。

33ページ目です。制度見直しの中で、価格の弾力化について先ほど御説明申し上げました。価格の弾力化でございますが、いずれも実施しないと、真ん中にごございます。どのサービスにおいても、9割後半以上の自治体で実施しないとといった御意見になっていることとなります。

その理由が34ページ目に書いてございますが、課題として、利用者負担が上がるとか、そういった点も提起されているところでございます。

35ページ目です。生活支援体制整備事業になります。

こちらにつきましては、昨年12月の介護保険部会の御意見の中でも、生活支援体制整備事業を活性化すべきであるという御意見を賜っているところでございます。

このページは、生活支援体制整備事業の考え方などを記したものでございまして、ポイントは、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を市町村に配置していただくとともに、協議体を設置していただいて、サービス、多様な関係主体に参画していただいて、資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組のマッチングをしていただくことになっております。

このポンチ絵の下にごございます第1層は、市町村区域でございますが、800万円掛ける市町村数という標準額になっており、第2層は中学校区域でございますが、半分の額となっているところでございます。

37ページ目でございます。生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置状況について

てまとめたものでございます。

第1層、市町村単位で97.3%、第2層、中学校区単位で72.6%の市町村で、生活支援コーディネーター、いわゆるSCが配置されているということでございます。

また、協議体につきましては、第1層で93.4%、第2層で64.7%の市町村で配置されているということでございます。

生活支援コーディネーターの所属団体等の分析について、38ページ目以降に掲載しておりますので、御覧いただければと存じますが、先ほど申し上げたとおり、生活支援体制整備事業をどのように活性化していくのかというのは、一つの論点かと思っているところでございます。

42ページ目です。同じように、昨年の介護保険部会の御意見においても、総合事業をしっかりと評価していくべきといった御意見を賜ったところでございます。

事実関係でございますが、43ページ目でございますように、介護保険法において、総合事業については、まず、厚生労働大臣が必要な指針を告示として公表するものとされ、115条の45の2の2項において、市町村は、総合事業の実施状況について、調査、分析及び評価を行うよう努めるとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとする法律上されているところでございます。

第1項の指針につきましては、平成27年の厚生労働省告示として、総合事業全般に係る取組、基本的な考え方を告示させていただいておりますが、43ページ目の左下でございますように「目標設定」とか「事業の評価・検証と次期計画への反映」といったところも盛り込まれているところでございます。

44ページ目でございますが、その指針の中で「目標設定」と「事業の評価・検証と次期計画への反映」についての記載を書かせていただいておりますが、45ページ目にありますが、事業評価につきましては、地域支援事業、総合事業の中に、一般介護予防事業評価事業がございますので、評価事業として実施可能とし、かつ、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標といったものを地域支援事業実施要綱において例示させていただいている構造になっております。

その例示について、46ページ目以降に具体的に書かせていただいております。

総合事業全体の評価指標として、ストラクチャー指標4項目、プロセス指標7項目、47ページ目にアウトカム指標8項目を例示させていただいているということになります。

そのほか、48ページ目以降に、さらに介護予防・生活支援サービス事業についての評価指標なども、ストラクチャー、プロセス、アウトカムということでお示ししているということでございますし、一般介護予防事業についても同様ということで、49ページ、50ページにお示しさせていただいているということでございます。

51ページ目以降が、先ほど申し上げた厚生労働省告示の該当部分でございますので、スキップさせていただきまして、最後に、55ページ目になります。

総合事業につきましては、基本的には、当該市町村の75歳以上の高齢者の伸びを乗じた

額に応じて、事業費の上限が決まってくるということでございます。

そういった中で、一部やむを得ない事情がある場合には、個別協議を国に上げていただいて、認められた額が事業費になるといった構造になるわけでございますが、57ページ目でございますように、今申し上げた構造が1つ目の○に書いてございます。

2つ目の○に書いてございますが、総合事業の事業費の在り方について、上限の超過は例外的な取扱いであることを踏まえて、上限制度の運用の在り方の見直しを行ってきているところでございます。

令和3年と令和4年の対応ということで、厳しくするだけではなくて、やむを得ない事情がある場合も当然ございますので、やむを得ない事情も追加しながら、運用の適正化を進めてきているところでございますが、令和5年度以降についても、令和4年度の申請状況などを踏まえて、さらなる見直しを進めていくということでございます。

個々の市町村で見れば、個別協議を行っているところもあるということでございますが、58ページ目、59ページ目でございますように、マクロ、日本全国で申し上げれば、総合事業費は上限額の8割程度で収まっているということでございますし、59ページ目でございますように、制度改正が平成26年になされたわけですが、その想定は、費用の伸びを中長期的に75歳以上の高齢者の伸び3～4%程度になることを目安にするということでございますので、そういったところについても、マクロでは達成しているということでございますが、効率的なサービスが提供できるように、個々の市町村の状況、上限の在り方をしっかりと検討してまいりたいと思っているところでございます。

そういった前提で、資料4でございますが、今後の検討事項ということで、大変恐縮でございますが、事務局で検討事項の論点例を少し整理させていただきましたので、後ほど御意見等を賜ればと思います。

1ページ目でございますが、一番上でございます、総合事業の実施状況・効果を踏まえて、評価の在り方を検討ということでございます。

介護保険部会の御意見、御議論の中でも、総合事業のサービスだけで考えるのではなくて、そのほかの分野のサービスも含めて、どのように評価するのかというのは、一つ論点であろうという御意見が出されたところであり、それは地域共生社会の実現という大きな目標に向かっても、そういった視点は重要なのだらうと思えます。

事務局としては、なかなか難しい面も多かろうと思えますが、そういった点も含めて御議論いただければと存じます。

その上で、1にございますように、工程表に盛り込むべき内容として、総合事業の対象者モデルの検討、地域のデータの把握を踏まえた多様なサービスの整備。

2つ目の○でございますが、総合事業の充実に向けた制度面・実務面で必要と考えられる措置。具体的に、2にございますように「住民主体の取組を含む、多様な主体の参入促進のための方策」ということで、上からA、B、C等がございます。それと、一般介護予防事業との関係も認識する必要があるのではないかとということでございます。

また、先ほど田中構成員からも御指摘がございましたように、サービス選択を支えるマネジメントも含めた仕組みの質的な向上。これはセンターもそうですし、介護予防ケアマネジメントもそうですし、要介護者等の継続、あるいは認知症の対応といった点も含めて御議論いただければと存じます。

また、その次でございますが、利用者に対する自立に資する適切なサービス選択の支援。SCの活用方策といったところでございます。

3でございます。

「中長期的な視点に立った取組の方向性」ということで、総合事業に対する国民・市町村の理解の促進。継続利用要介護者の利用実態の評価。総合事業の実施状況を含む地域づくりの評価の視点ということでございます。

すみません。もうちょっとだけお時間を頂戴いたしまして、参考資料1を御覧いただければと思います。

私どもとしても、市町村の地域づくり、総合事業の活性化を推進する観点から、4ページ目でございますように「地域づくり加速化事業」ということで、令和4年度は7,500万、令和5年度は1億円という予算を頂戴いたしまして、市町村等に対する伴走支援を行わせていただいているところでございます。

その中で、2ページ目になります。

地域の実情に応じた市町村の自律的な地域づくりを支えていくために、この事業において、総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走支援を行う都道府県・地方厚生(支)局に活用いただくための支援ハンドブックを作成させていただいているところでございます。

総論と総合事業の見直しプロセスが重要だと思います。

何のために地域づくりをするのか、何のために総合事業を行うのか、事業を行うことが目的ではなくて、地域づくりは何のために行うのかから始めていただいて、その見直しのプロセスは、関係者の目線合わせも含めて、どうコミュニケーションしていくのか、具体的なコミュニケーションの方策なども掲げております。

その上で、各論、介護予防ケアマネジメントをどうするのか、短期集中支援をどうするのか、通いの場をどうするのかといったお悩みに答えられるようなハンドブックを作成させていただいておりますので、分厚いものを参考2ということでお配りしておりますので、後ほど御覧いただければと思います。

こういったツールもしっかりと厚生労働省が作成し、共有することによって、総合事業を進めてまいりたいと存じます。

長くなりました。恐縮でございます。以上でございます。

○栗田座長 ありがとうございます。

それでは、構成員の皆様から、ただいま事務局から説明がありました内容についての御質問や、資料4の検討事項例、論点例などについて、御質問、御意見をいただければと思います。

先ほどのように、会場の方は挙手で、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」ボタンを押していただいて、発言していただければと思います。

いかがでしょうか。

御質問、御意見などはございませんでしょうか。

では、逢坂構成員、どうぞ。

○逢坂構成員 資料の説明をありがとうございました。

総合事業の要といたしますと、住民主体の生活支援、通いの場であると考えております。

ただ、先ほどの説明にもありましたように、自治体は、何のために自分のところで総合事業をやっているのかということを職員が説明できない。

私も、いろいろな自治体に関わらせていただいておりますが、当初、平成26年度あたりは、国からいろいろな理念的な説明もあったけれども、行政なので、異動は必ずあると思うのですが、そういった理念は引き継がれていない。何でやっているのか、よく分からないのだという声が各地から聞こえております。

また、本市の場合は、近い将来、介護人材不足に陥ることにどうあらがっていくかをメインに挙げておりますが、自治体の職員からすると、言葉ではいろいろと介護人材が足りなくなることは理解できるのですが、上限額をとにかく超えなければいいのだといった思いが、私も自治体職員ですので、どうしてもあるように思われます。

多様なサービスの中で、住民主体をつくらないといけないことは頭では分かっているが、作り方が分からない、なので、サービスAさえあればいいのだと。結果、Aもあるけれども、ほとんど従前相当が選ばれる。

先ほどの田中構成員のマネジメント力にも影響があるのだとは思いますが、そこで何が影響するかというと、介護事業所の顔色をうかがっている。

特に地方で、この介護事業所が撤退したら、あと1か所しかないとか、介護人材をすごく渴望するような、より住民主体のサービスが要る自治体にもかかわらず、そういった事業所の顔色をうかがわなければ、介護保険の行政自体がままならないといったものに自治体職員が板挟みになっているとすごく感じております。

ここをどうしながらとか、私の立場、一行政の立場から言いますと、都道府県や国、自治体が介護事業所の顔色をうかがわなくていい、もっと思う存分に住民主体のサービスを創設し、また、それを創設しているのであれば、それを思う存分に使えるように、まず、住民たちに活躍していただくことがいいことなのだというところをもっと大きく発信していただけないと、サービスBがありながら、そこがあるだけで、選ばれていない。

なんてもったいないことをしているのだという自治体もたくさん。今日の国の調査の中でも、サービスは増えているけれども、使っている人数からいうと、ごく少数ですね。これは給付額に反映しているかと思いますが、サービスがあるのに、使えていない要因をもう少し探っていただければと思います。

○栗田座長 これは極めて本質的で、最初に議論しなくてはいけない話かなと私は思って

いるのです。

これは規範的統合に関わるところなのですが、この問題について何かほかにいかがでしょうか。

柳構成員、どうぞ。

○柳構成員 介護保険がスタートしたときからずっと見せていただいているというか、保健所の立場から市町村の活動を見せていただいている中で、それこそ介護保険というサービスがスタートした後、川越レポートが出てきて、私は、介護保険そのもの自身が必要なサービスだとは思っていますが、高齢者の自立度を促進しないというところで予防給付が考えられたと理解しています。

でも、結局は予防給付も、今やっている従前サービスもそうですが、介護保険ユーザーの予備軍を確保するために、介護保険事業者は、採算性があまり高くないけれども、予防給付というサービスをして、結果的には、その人たちを確保して、徐々に要支援1・2から要介護1～3になっていきますという構造自身に限界があります。ある時期には、一部特定高齢であったり、二次予防対象者という形で、一定の視点でセレクションをして、その人たちに合ったサービスをやって、高齢者から総スカンを食らったという歴史の流れがあります。

その中で、総合事業は、当初は市町村がしっかりと考えて、住民主体を中心にスタートしたはずだったのですが、その説明の丁寧さや、時間の見方とかもあるのかなと思いますが、その趣旨は市町村に伝わりませんでした。一方、平成26年から3年ほどさせていただいた中では、全国の自治体の3分の1から半分ぐらいは「いきいき百歳」のような下肢筋力強化をするプログラムが爆発的に広がりました。加えて、あの事業では、多くの自治体、特に市町村の担当者も非常に生き生きと取り組んでくれました。

そのことで、地域の高齢者を元気にできるというあたりで、開業医の先生方からも、なぜこの人がこんなに元気になったのだろうと行っていただいて、お年寄りも喜んでという事例は、実際にもたくさん見せていただいたのですが、途中から少しずつ、また国のほうで方針を変えられた流れの中で、住民主体の通いの場の目指すものも市町村職員はわかりにくくなりました。

総合事業の事業という中では、本来は、市町村が自分たちで地域づくりとして必要な事業を進めるはずなのに、多様なサービスを提供しなさいと言う矛盾しているメッセージが国から市町村に出されているので、市町村としては、サービスを提供すればいいのですねと思っている自治体がほとんどです。

ある日突然、地域づくり加速化事業のプッシュ型で入ってこられて、おたくは上限を超えているから、ちょっと超えているだけで、サービスはちゃんと提供していますよと市町村は腑に落ちない。先ほど逢坂さんが言ったみたいに、そのサービスを提供していただく事業者が撤退したら困るから、一定、従前サービスのユーザーがいないと、うちの自治体はもたないと平気で思っているのです。

そこら辺で、どうもボタンのかけ違いというか、そのように市町村が正しく地域活動、あるいは住民主体の活動を育てていく過程があったように思うのですが、あるときから、通いの場についても、月に1回でも、何でもいいよと国が基準をぐっと緩められて、住民主体の通いの場は何を目指しているのか、多くの自治体は訳が分からなくなってしまっている。

だから、そこら辺で、もう一度戻れば、もともと何のために総合事業を導入したのか、A、B、C、D云々、あるいはいろいろなものを各自治体で準備しないとイケないのか。

実は住民の人たちが、通所されている方々のニーズに合わせて、住民主体でいろいろとやっていただいて、住民主体だけではできない部分は、行政として制度として補完するのであれば理解はできますが、特に人口規模が1万とかいう小さな自治体は、そんなに多様なサービスが提供できるような体制はできるはずはないわけで、そこら辺を考えていくと、基本の部分はどこだったのかという議論に立ち戻っていただくと、多分、介護保険部会からいただいている宿題に対しての答えがそこから見えてくるのではないかと個人的には思います。

残念ながら、ある意味では国のほうがいろいろと工夫していただいて、どんどん指示を出されることで、市町村はどんどん混乱していっているんで、今回は出てきていませんが、認知症のいろいろな施策についても、本当だったら、認知症の当事者とか御家族を支援するのがメインのはずなのに、小学生を対象に、認知症サポーターの講座をするのが忙しくて、職員は当事者とも会えませんという話が当たり前に出てきている。

目的は何だったのだろうかというところに立ち戻る議論をここでしていただかないと、持続可能な制度という根本的な話になかなかいかないのではないのか。このサービスはこのように理解して、通知すればいいねという議論で終わってしまったら、多分、日本の中で、せっかくこういう介護保険といういい制度をつくったのに、行き詰まるのではないかと心配しております。

○栗田座長 ありがとうございます。

私も、今のことをここで議論しておくことはとても大事だと思います。

ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。御意見はございませんでしょうか。

清水構成員、どうぞ。

○清水構成員

今出ました意見に全く賛成でございます。

その上で、総合事業と一言にくくられてはいるのですが、そもそもなぜ総合事業が必要なのかということから踏まえまして、従前相当の、いわゆる民間事業者がなさってくださるもの、あるいはAとCで委託を行うもの、基本的に住民の皆さんが進めてくださるB、D、一般介護予防。これは、そもそも評価の在り方も、指標の在り方も、全部に共通するようなものとは違う特別なものがあると思っていますので、総合事業ということで一つに

くくった考え方を出すということではないと思っております。

そもそも総合事業は何のためなのかということから、それぞれの役割と、今後、どこに向けていくのかという中で、特に住民の皆さんが地域に多様な主体の代表者として関わる点で、何を評価すべきなのか。何がポイントなのかというのは、民間事業者等が関わるものとはまた違う評価があるべきだろうと思っております。

それを踏まえまして、例えばいただきました住民主体の取組を含む参入促進のための方策の中に、サービスA活性化、B活性化とございます。

これを考えていく中では、例えばサービスBという活動は、実はないわけです。これは一つの基準として地域活動に補助を出すものなのですが、まさしくサービスBという住民活動があると誤解されている自治体の行政さんも結構いらっしゃいます。

つまり、サービスという言い方は、私どもの的には地域活動ですのであまり積極的には使いたくない言葉ではございますが、地域の助け合い活動によって、訪問活動、生活支援活動を広めるということであれば、いわゆるサービスBの類型に合致するものは、本当に上に出ている一部ですので、地域活動そのものの裾野を広げていかないと、ここは絶対に広がらないと思っております。ですので、そちらも併せた全体の視点を考えていく上で、ぜひ皆様と御議論したいと考えております。

○栗田座長 ありがとうございます。

それでは、江澤構成員、どうぞ。

○江澤構成員 ありがとうございます。

それでは、今日の議論を拝見いたしまして、幾つか意見を述べたいと思います。

まず、2015年に総合事業が創設されましたが、審議会では、そんなに議論が多くなされていないという経験を私も持っています。したがって、自治体の皆様、あるいは国民の皆様に対する準備不足が目立ったかなと思っております。

そういった中で、要支援1・2の通所介護、訪問介護が2018年3月までに移行がなされたところであります。

つきましては、総合事業の詳細な実態がなかなか把握できていないところが現実ではないかと思っていて、その見える化をどう推進していくかというのが重要ではないかと思っています。

例えば総合事業に移行した要支援1・2の参加者が、その後、経年的にどうなっているのか、あるいはADLであったり、認知機能であったり、そういった客観的な分析やデータが必要ではないかと思っています。

また、移行する前の予防給付時のサービス提供の実態と、総合事業のときのサービスの実態の違いはどこにあって、その違いによって、利用者の状態変化は起きているのかどうかといったところがなかなか見えないので、第三者的には評価しづらいのかなと思っています。

つきましては、実態把握のための調査研究事業等をもうちょっと積極的に行っていく必

要もあるかと思っています。

特に、アセスメントツールを用いた客観的なデータが必要ではないかと思っておりますし、総合事業においても、市町村の皆様も御多忙の中で、どこまでできるかは定かではありません。

なかなか難しいかと思いますが、例えば今、いろいろなところでデータベースの構築がなされておりますので、どのようにデータを取って、理想的には、参加者お一人お一人の客観的なデータ指標が非常に求められるところではありますが、その辺りをどう考えていくのかと思います。

重要なことは、総合事業は介護保険財源を活用していますので、当然、総合事業の質の評価、アウトカム評価、あるいは実施しているサービスの提供の範囲、費用負担等を検討する必要がありますし、その上で、有意義な取組としていくことが重要だと思っています。

その質を高めるに当たりましては、要支援の疾患に基づいて、いろいろと虚弱になっていたり、要支援となっていますから、医学的な知見、あるいは介護分野でこれまで得られている知見に基づいて実施することも重要ではないかと思います。

例えばフレイルは、筋肉の負荷運動と必須アミノ酸の摂取を同時介入すると、医学的には評価ありと認められておりますし、先ほどの生駒市の取組で、医師会等の関係団体と連携している点は非常に重要だと思っています。関係団体、あるいは専門職と連携することによって、提供する内容の質を高めていくことが重要だと思っています。

特にサービスA、あるいはBは、実施に当たってノウハウが必要だと思っておりますので、その辺りはぜひ検討していく必要があると思います。

我々も現場におりまして、特に廃用症候群は、予防もできるし、重篤化もできるし、または可逆性で、元気にお戻しすることもできます。

一方で、現状、従前相当サービスに偏っているのは、現在の多様なサービスでは支え切れないことの裏返しではないかと思っています。多様なサービスに求められる質や評価を検討し、成熟していく必要があります。言い換えれば、住民とか専門職からの総合事業の信頼性を高めていくことが重要だと思っています。

最後に、今後に当たりましては、現行、訪問・通所は別々にA、B、C、Dの枠組みが固定化されていますが、将来的には、弾力的に複数のサービスを組み合わせたり、あるいは訪問と通所を組み合わせたり、柔軟に対応できることも必要ではないかと思っております。

そのほか、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業があるわけですが、それらを融合することも方策ではないかと思っています。

一般介護予防事業においては、住民主体の通いの場に専門職の関与が期待されておりますが、現実、なかなか進んでいないところであろうと思います。

そういったところも含めて、例えば今回、介護保険事業計画の基本指針に地域リハビリテーションが盛り込まれました。

地域リハビリテーションは、地域づくりを概念として、特に住民のリハビリテーションの意識を高め、介護予防に資するものでございますので、地域リハビリテーションと地域支援事業をうまく組み合わせて、特に地域リハビリテーションの概念、理念にのっとり、地域支援事業を進めていくことも重要ではないかと思っております。

そういうことによって、総合事業は、家とか事業所の屋内のサービスにとどまる必要はないのではないかと考えております。

そして、地域共生社会とどうつながっていくかが重要なので、いろいろと柔軟に皆様方と議論できればと思っております。

長くなりましたが、以上でございます。

ありがとうございます。

○栗田座長 ありがとうございます。

続いて、石田構成員、どうぞ。

○石田構成員 ありがとうございます。

先ほど事務局から御説明いただきました資料4、今後の検討事項の1ページ目でございます「住民主体の取組を含む、多様な主体の参入促進のための方策」です。

一番下に「生活支援コーディネーターの活用方策」と1行述べられているのですが、介護予防・日常生活支援総合事業という事業と、生活支援コーディネーターが設置されている生活支援体制整備事業の2つの事業の関連性といいますか、整合性といいますか、その辺がしっかりと明示されているのかどうか。どちらかというところ、その辺が重複していたり、いろいろな形で関わっているとは思いますが、その辺の関連性がきれいに見えていないのかなと感じております。

一方で、混乱していたり、例えば生活支援体制整備事業などは、先ほどのデータでもありましたように、社協とかが結構積極的に取り組んでいたりということもあって、1層、2層、3層という形で組織がつくられたり、協議体がつくられたりということが進んでいることは聞いております。その活動内容の進展と総合事業との重なりといいますか、つながりといいますか、そういったものがきれいに見えてきていないのかなと。

地域住民、地域づくりというところでは、共通したところは多々あるとは思いますが、その辺も、地域の自治体の方とか住民の方たちも含めて分かりやすい総合的なデザインを図示するようなものを考案していただければ、ぜひお願いしたいということで、これは要望として述べさせていただきます。

以上です。

○栗田座長 これはいかがでしょうか。

質問というわけではないかもしれませんが、少し現状を。

では、笹子課長、お願いいたします。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 現状の仕組みでございますが、今日御説明した総合事業とは別に、地域支援事業の中で、生活支援体制整備事業が位置づけられております。

これは、いわゆる社会保障の充実ということで、消費税の引上げの財源を使わせていただいて、先ほど申し上げたSCの配置とか、協議体の運営がなされているところでございます。

この趣旨は、PR不足で大変恐縮であります。この制度創設時において、多様なサービスをつくり出していくのを下支えするために、生活支援体制整備事業が位置づけられたということでございますので、そういった趣旨については、我々としてもしっかりとPRというか、御説明してまいりたいと思います。

それと、1点だけ。

先ほど私は、資料4、今後の進め方の御説明をし忘れてしまいました。大変申し訳ございません。

日程といたしまして、先生方の御日程を5回頂戴しております。

今日は4月10日ですが、5月31日の第2回以降、ヒアリングなどを行って、御議論を進めていただければと考えているところでございます。

申し訳ございませんでした。

○栗田座長 ありがとうございます。

では、堀田構成員、先にどうぞ。

○堀田構成員 ありがとうございます。

3点申し上げます。

1つ目ですが、先ほど田中構成員が御紹介くださいましたように、入り口の振り分けは大変重要だと思っております。

その上で、介護予防ケアマネジメントについて、1つ申し上げます。

介護予防ケアマネジメントの中で、改めて本人の声を起点に自立と尊厳を支える、その人の個別支援から仲間づくり、地域づくりという視点をどれだけ浸透させていくかが重要なのではないかと考えています。

それをより浸透させていくという観点から、昨年度は、認知症関連の老健事業の中で、本人の声を市町村の施策に反映するとか、暮らしやすい地域づくりに反映するといったことで、全国の10の自治体とともにいろいろ試みてまいりました。

そこでも、認知症施策という枠組みではないのだけれども、総合事業の中での通いの場、住民主体の様々な活動の中で、ご本人は日々つぶやいていて、そのありのままの声を記録して、それをみんなで眺めながら本人の支援、様々な活動や地域づくりを展開していく取組やシートといったツールの話もありました。

仲間づくりとか地域づくりという観点からは、一緒にチャレンジすることが、他の住民主体の共生型地域づくりに関わる研究の中でも重要とわかっていまして、前半に何度か話題に上っていましたが「いきいき百歳体操」みたいなものも、結果的には、仲間とともにチャレンジするところにもその本質があるのではないかと考えていますので、そういった観点から、エビデンスのある介入を普及させていくことも重要ではないかと考えています。

2点目ですが、これは生駒市でも以前伺った記憶がございますが、介護予防ケアマネジメントの在り方から、先ほどの個別支援、仲間づくりから地域づくりと考えていきますと、地域ケア会議との連動が欠かせないと思います。地域ケア会議をいかにそういったこともベースとしながら、必要に応じて再構築していくか、あるいは整理していくかということも重要です。

先ほどは認知症の例を出しましたが、地域支援事業の中で、たるの図みたいなものもガイドブックでも示されているかと思いますが、総合事業単体で考えるのではなくて、前半の皆様御意見にもありましたが、そもそも何のためにという理念のところから改めて連動させながら、地域支援事業の中、あるいはさらに重層的支援体制整備事業などに取り組んでいる自治体もありますので、そういったところと連動させながら、さらに戻ると、地域ケア会議をその戦略の機能という観点から見直すこともつなげて考えていく必要があるのではないかと思います。

最後に、3点目です。

先ほどの論点でいきますと、中長期というところに関連するかどうかと思うのですが、1つ目で触れました、昨年度の老健事業の中で、600人くらいが御参加くださって、最後に成果報告会を行ったところ、多くの自治体職員の方々から、一緒に楽しんだらいいのだとか、一緒にやってみることはこれだけ大切なのかというお声をいただきました。逆に言うと、それが許されないくらい手足を縛られてしまっている状態ではないだろうかということ振り返る必要もあるのではないかと思います。

住民主体の共生型地域づくりのロジックモデルをつくったり、その中で活動のコツを棚卸したときにも、楽しいことを考えて、やってみて、振り返る。

Anticipation-Action-Reflection、AAR循環と言われていますが、そういったことが結果的に個別支援にも、地域づくりにもとても大事で、AARのようなことが許されない、そういう余白が残されていないようなチーム・団体の活動の在り方、あるいは自治体のマネジメントの在り方は、極めてもったいないことになってしまっているのではないかと懸念します。

ですので、事業評価というお話も資料の中に出てきていましたが、各自治体で、理念に基づいて自由に展開せよと言いながら、例えばKPIや関連するインセンティブ交付金とかいろいろな形でそれを妨げるようになっていないのかといった観点からの検証も欠かせないのではないかと考えております。

以上です。

○栗田座長 ありがとうございます。

非常に重要な御指摘だと思います。

ありがとうございます。

三和構成員、どうぞ。

○三和構成員 私は、総合事業は非常にいいということで、スタートのときにいろいろと

聞かされて、人材不足、財源確保と本当に基本のお話でしたので、これは絶対にいいと思ったのです。

そして、地域に帰って、説明して、いろいろな人が活動を始めたりしたのですが、我々住民が支えていかなければいかぬということで、受けるほうも、説明するほうも、その当時のイメージが非常によかったのです。先ほど柳さんがおっしゃっていましたが、非常に明るい雰囲気が出ておったのです。

ところが、5年たったら、変わってしまっている。なぜか。ここなのです。

私は、自分がNPOということで、住民主体で、市役所でも話をしながらそれができるのが訪問型Bだということで、本来の助け合いということで始めました。そして、先ほどの堀田先生などに御指導をいただきながら、ずっとやってきたのです。

ところが、現在、見ますと、2年目か、3年目かは、全国で十何%しかできていないという状態です。なぜか。

それは、先ほどから話に出ていました市町村の取組のスタンスは、非常に大事だと思います。まず、これがないと、動きませんからね。市役所が動かなかつたら、我々市民は動けないのです。

もう一つは、その過程の中で、今日出ていましたが、要支援から限界を取って、要介護まで伸ばすという話が令和2年に出て、やめだ、延期だということで、途中で腰砕けになったのです。

我々は、最初は、要支援1・2でいく、将来的には、要介護まで訪問型Bを伸ばしていくという傾向の話も聞いていました。

ところが、それが中止になったのは、令和2年でしたか、ペケになった。継続者だけをすると。

ここで、我々はNPOとして実際に経営をやっている、物すごく感じたのですが、我々の利用者は、もうちょっとだけ話をさせてください。

今、寝屋川で高齢者全体のサポートを人口23万とかで、NPOと市役所が一緒になってやっています。現実には、そういうことに対して、要支援から要介護まですることが消えてしまうと、私たちは実績をやってみまして、自立も全部入れてトータル100としますと、高齢者全部の中で、要支援は13%なのです。要介護は二十何%ある。だから、全体の高齢者支援に対して、要支援と要介護が大体3分の1あるわけです。残りの3分の2は自立の人です。

この3分の1の人をターゲットにしないと、ただ単に1割の世界で補助金をもらってやっても、経営は成り立ちません。だから、そういう意味では、そのことは頓挫になって、新しく社会起業家でやろうかという人が出てこないのです。

若手とか中堅の人が介護事業をやろうとか、住民参加でやろうと。そこで、経営ができるのかどうかということで、もちろん補助金は当てにするのですが、要は、要支援の人たちにプラスして、要介護の人を対象にしないと、経営は成り立たないと思います。だから、その辺を国がしっかりと耐えてもらいたいというのが一つです。

これは、先ほどからいろいろとお話が出ていますが、認知症の問題とか、いろいろな中身がありますが、我々の生活支援は、そんなのは関係なく、市民が全ての人に対してできるわけです。専門の技術がなくてもいけるのです。そういうこともよく踏まえて人材を増やす、あるいは参入するNPO団体を増やすという世界にしなければいかぬと思います。だから、途中でやめたりするものをもう一遍早く再開して、早く要介護者を対象にしてほしい。

私のところでやっている中でも、要介護の中で1～5までありますが、実際に生活支援をしていますのは要介護1・2です。3以上は、施設に入ったり、いろいろとしていますから、1・2が中心になっています。これを動かすことによって、もっと住民が動くと思います。これが1点です。

もう一つは、訪問型Aと訪問型Bの自己負担額の差です。

例えば訪問型Aの場合だったら、1時間230円ぐらいの1割負担で済む。我々がやりますと、1,000円です。それは当然、Aのほうへいきます。

それをするために、厚労省の皆さん方がボランティアの奨励金、ボランティアに対する補填ということで、政策を出していただいた。それが実現しないのです。市役所に行っても、なかなかそこまで理解できないのです。

そうしたら、仮に同額ぐらいにすれば、コストが安くなるではないですか。10割負担の世界で、仮に230円1時間としたら、2,300円の予算ですね。我々がやれば、仮に自己負担が200円としたら、2,000円でいけるわけです。安くなるわけです。コストが下がるわけです。市民も喜ぶ。こういう世界です。

だから、早く、せっかく厚労省がやられたボランティアの奨励金というあの戦略をもっと徹底すれば、この2つのことが解決するわけです。そうすれば、利用者も喜ぶ、活動員も喜ぶ、行政も楽になる。こういうウィン・ウィンの世界をぜひつくってほしいと思います。

長くなりまして、申し訳ありませんが、よろしくお願いします。

○栗田座長 ありがとうございます。

では、沼尾構成員、どうぞ。

○沼尾構成員 ありがとうございます。

遅参いたしましたして、大変失礼いたしました。

今御説明いただきました内容について、私は、介護が専門というよりも、自治体の行財政が専門ですので、そういった観点からいくつか申し上げたいと思います。

初めに、先ほどから総合事業Bのお話が出てくるのですが、私が地方のいろいろな地域を回っていて感じることは、介護と地域づくりの乖離です。介護の総合事業、あるいは介護保険の事業である種専門職の方々が関わって行う介護保険のサービスと、地域の住民がコミュニティーで集まって、お互いに助け合ったりしながら、健康で健やかに暮らすための地域づくりの活動を行っているところの間には、一定の乖離があるように感じられます。

行政の側でも、福祉や介護保険の担当の部署と、住民課とか、コミュニティーの運営に

関わる部署や、企画の担当課とは一定の距離があるように感じます。どちらも地域づくりで、健康で健やかな暮らしをといるところには関わってはいるわけですが、それぞれが別個に活動している。

そうすると、介護保険の総合事業の枠組みとしては、住民参加型のものはあまり使われていないとしても、実は介護担当の部署の方が御存じないだけで、地域の中に、様々なコミュニティ活動で介護予防とか健康につながるような活動が展開されていることも考えられるのではないかと。

そう考えたときに、むしろそこを一気通貫でつなげていくような仕組みや考え方をどう整理して、その中で、介護保険の枠の中での事業と、それ以外の例えば地方創生やまちづくりの活動を、財源も含めてどのように組み合わせながら、トータルに住民のウェルビーイングを確保していくかということ自治体で考えるのか。そういった観点からの戦略を自治体の側が立てられるような支援ができないか。これは総合事業の枠内でとどまるものではないのですが、そこを省庁横断的なところも含めて考えていくことがとても大切ではないかと思いました。

それから、総合事業に関して言うと、A、B、Cとなっていて、事業者が担っているものと、住民主体と言われているものがあるわけですが、今日ですと、特に地方のいわゆる過疎地などでは、担い手が不足しているので、今、地域運営組織という形で、コミュニティの単位である種のビジネスも展開しながら、専門的な知識も学びつつ、事業を担いつつ、コミュニティ内で住民の暮らしの支援を行うような事業主体兼地域の支え合いを担う組織も随分出てきているところがございます。

そこでは、事業なのか、住民なのかと単純に切り分けができないような活動も出てきている中で、どのようにして、事業に期待される成果を実務レベルで担保できる制度をつくるのかということが考えられていいのではないかと思います。

次に、生活支援体制整備事業も含めまして、先ほど事業評価の視点が出ておまして、46～49ページ辺りに、プロセス指標とかプロセス評価の話が出てきているのですが、これを拝見すると、行政内部での連携や専門職の関与、担い手の参加促進などは、それぞれ企画財政などの部署が総合計画とか地方創生などの事業を検討するとき、非常に似たようなスキームがあり、それぞれの部署で類似の政策を個々に評価しながら書類を作るのは、相当大変だろうとも思いました。この辺りをぜひ一気通貫で行政当局、市町村が考えられるような考え方が提示できないかと感じながら伺いました。

特に今、自治体では、DXの推進ということで、データ活用のためのデジタル化も進めているわけですが、こういった総合事業を進めていくときには、先ほど堀田構成員からも地域ケア会議は非常に大事だというお話が出ていましたが、住民ニーズの把握や事業者の状況に関するデータ活用を通じて、どういう担い手がどのように連携できるのかということを含め、デジタル化を通じた情報連携や活用も大切ではないかと思います。そういったところも含めて何か提言ができないかと思いました。

長くなって恐縮なのですが、最後に、生活支援コーディネーターの話が出てきたと思うのですが、コーディネーターが地域でどういう役割を担うかは大変重要だと思っていて、こういったコーディネーターに対する研修など学ぶ機会をどのようにつくっていくのかという視点も議論されていいのかと思いました。

以上でございます。

○栗田座長 ありがとうございます。

いずれも大変重要な御指摘だと思います。

原田構成員、よろしくをお願いします。

○原田構成員 ありがとうございます。

よろしくをお願いします。

私は、法や制度の観点から、総合事業の充実について考えてまいりたいと思っております。

先ほど御説明がありましたように、地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となる、大変重要なものであると認識しております。

総合事業は、高齢者の社会参加とか、社会的役割を持つことで、生きがいや介護予防につながるとともに、まさに地域住民の主体的な参加を促しながら、支え合いの地域づくりをも目指しているものと理解しております。

こうした高齢者が住みやすい地域づくりは、様々な生活上の困難を抱え、支援を必要としている数多くの住民が住みやすい地域をつくることにもつながり、結果としては、地域共生社会の実現に向けた政策展開と大きく重なり合うところがあると考えております。

そういった視点から見ますと、総合事業は、介護保険法においては、一事業ではあります。地域共生社会の実現にもつながる大切な役割を担っており、その充実は大変重要であると思っております。

先ほどからお話が出てまいりましたが、総合事業とは何か、その役割は何かを考える中で、介護保険法の中にある総合事業という位置づけに留意しつつ、地域共生社会の実現の観点も意識しながら、今後の総合事業の可能性を探ってみる議論も、なかなか難しいとは思いますが、あり得るのかもしれないと考えております。

少し大きな話ではありますが、こうした点から総合事業を考えてみることもいずれ必要になると考えているところでございます。

以上です。

○栗田座長 ありがとうございます。

高橋構成員、どうぞ。

○高橋構成員 全社協の高橋でございます。

先ほども出ましたが、僕も、総合事業の充実を考える検討会なのですが、総合事業の枠を外れることも大事なのかなと思っております。

現在、コロナ禍ではありますが、各地でいろいろな生活支援サービス、活動が生まれて

きている。もちろん、住民、自治会、町内会はそうなのですが、社会福祉法人も含めて、あるいは生協、農協とか企業、商店、大学生も入って、そうしたダイナミックな動きが出ておりますので、そういう移動サービスとか移動販売、あるいは地域食堂、いろいろなものが出てきていることもあります。

そういう意味では、住み慣れた地域で生活を支援し続ける、自立を支援する、あるいは要支援者を支える地域づくりとして取り組んでいくことが非常に重要ということで、地域共生社会の実現に向けた社会福祉法に基づく包括的支援体制、あるいは生活困窮者の自立支援制度とか、地域創生などの絡みも重要なのかなと思っております。

また、三和構成員にも御協力いただいているのですが、全社協で住民参加型在宅福祉サービスの全国連絡会の事務局を担っています。全国に1,800ぐらいの団体があります。サービスBが動いていかない、広がっていかないことの原因として、市町村の理解が進んでいないことももちろんあるのですが、事業内容、実施方法、利用回数などが実施要綱の中で制限されてしまうというか、決められていることが言われています。そういう意味では、総合事業の枠を離れるようなものをしっかりと考えていくことが必要なのかなと思います。

あと、この検討会の中で、前半、生駒市の御報告をいただきました。ありがとうございます。

その中で、自治体の役割は非常に重要だなと。生活支援体制整備事業で、生活支援コーディネーターは社協も多く実施しているのですが、その多くが1人や2人とか、かなり少ない人数でやられている。

そういうことを考えますと、自治体がどういうバックアップをしていくのか、報告の中で生活支援コーディネーターがどういう働きをしていたのかがなかなか見えなかったのも、またどこかでお話を聞く機会があればいいと思うのですが、生活支援コーディネーターが孤立している状況が非常に分かっていることもありますので、そこをどのようにしていくのか。丸投げするとか、そういうことではなく、また、しっかりと理解しながらバックアップする体制は非常に重要かと思っています。

その意味では、協議体をつくって、そこを本当に機能させることをしっかりと進めていくことが大事かなと思っているところでございます。

以上でございます。

○栗田座長 ありがとうございます。

そろそろ時間ですので、今日はこの辺で閉めたいと思うのですが、大変深い、充実したよい議論ができたと思います。

皆さんどうもありがとうございました。

それから、今、ハンドブックを作られているということでございましたので、今日の議論の内容をハンドブックに取り入れられるかどうかは分からないのですが、ぜひ参考にいただければと思います。

資料4の検討の進め方にありますとおり、次回は、議論の参考として、今後の多様なサ

ービスの担い手として期待される団体等をお招きして、ヒアリングを行う予定としております。

なかなか数が多いということで、検討会に招聘する団体につきましては、私と事務局で相談して、お声がけさせていただくことにさせていただきたいと思っております。

それでは、事務局から、次の検討会について御連絡をお願いいたします。

○岸室長補佐 次回、第2回の検討会につきましては、資料4にございますとおり、5月31日に開催予定としております。

開催場所や時刻等につきましては、追ってお知らせさせていただきます。

○栗田座長 ありがとうございます。

それでは、本日はこれで終了といたします。

御多忙の中、皆さん御協力ありがとうございました。