

2025-2-3 第2回「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

○大原補佐 定刻となりましたので、ただいまから第2回「『2040年に向けたサービス提供体制等のあり方』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総務課の大原です。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を賜りまして、誠にありがとうございます。

それでは、以降の進行を野口座長にお願いいたします。

○野口座長 皆様、こんにちは。本日もよろしくお願いいたします。

本日の出席状況ですが、大山構成員と笠木構成員より、御欠席の御連絡をいただいております。

それでは、初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局様より御確認をよろしくお願いいたします。

○大原補佐 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。

資料について、会場にお越しの構成員におかれては机上、オンラインにて出席の構成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。

次に、発言方法につきまして、オンラインで御参加の構成員の皆様には、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、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」をクリックしていただきまして、座長の御指名を受けてから御発言ください。

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」をクリックしていただきまして、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。

報道関係の皆様は御連絡いたします。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、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○大原補佐 本日は、ヒアリングに加え、資料8として、前回の検討会の資料を基にした参考資料を用意しております。

前回の主な御意見や自治体や事業者等の事例、参考資料を載せておりますので、適宜御参照ください。

事務局からは以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、早速ではございますが、議事に入らせていただきます。

本日は、主に関係者の皆様からのヒアリングを実施させていただきます。

本日は、資料1に記載の方々に御参加いただいております。

関係者の皆様、大変お忙しい中、本検討会に御参加いただき、誠にありがとうございます。

す。

ヒアリングの方法ですが、それぞれの方から10分以内で発表をいただいた後、1時間20分程度でまとめて意見交換の時間を設けることとさせていただきます。

それでは、早速ですが、ヒアリングに入らせていただきたいと思います。

まず初めに、高知県子ども・福祉政策部地域福祉政策課長、市川晋様、オンラインで御参加です。御発表を何とぞよろしくお願い申し上げます。

○高知県（市川課長） 高知県子ども・福祉政策部地域福祉政策課長の市川と申します。

本日は、本県の取組の御紹介をする機会をいただきまして、ありがとうございます。

早速ですが、私のほうから本県独自のあったかふれあいセンターについて、御説明いたします。

それでは、資料の共有をお願いいたします。

資料の表紙を1枚めくっていただきまして、1ページをお願いいたします。

まず、あったかふれあいセンターの創設の経緯でございます。

高知県は、平成2年に全国で初めて人口が自然減となるなど、全国15年先行して人口減少が進行し、高齢化も10年先行しております。また、県土のほとんどの地域が中山間地域で、全体的に過疎化が進行しております。

こうした状況の中、人口減少や高齢化に伴う地域の支え合いの力が弱体化し、また、様々な分野で人材不足が生じております。

福祉サービスに関しては、多様なニーズがあるにもかかわらず、利用者が広範囲に点在していることなどから、全国一律の制度サービスでは採算が取れず、民間事業者の参入が進まないといった課題がございます。

こうしたことから、地域における支え合いの力を再構築するとともに、支援を必要としている人にサービスが行き届くよう、既存の制度サービスの枠組みを超えて、必要なサービスを提供するため、平成21年にあったかふれあいセンターの制度を創設し、現在まで事業を継続しております。

次のページをお願いいたします。

あったかふれあいセンターの事業の概要でございます。

事業の実施主体は市町村になります。県がその運営費の2分の1を補助しております。

センターの運営は、市町村が市町村社協や、NPO法人等に委託して実施しております。

センターの人員配置は、運営管理を担うコーディネーター1名にスタッフ2名を加えた3名を基本としております。ただし、センターによって人数は様々です。

利用者の状況は記載のとおりですが、例えば、高齢者と言いましても、お元気な方から要介護1の方まで幅広く利用されておりますし、障害のある方も、身体、知的、精神、発達障害のある人など、様々でございます。

また、ひきこもり状態にある人の社会参加の場所として活用されているところもございます。

次のページをお願いいたします。

こちらは、あったかふれあいセンターの機能と、関係機関との連携のイメージ図になります。

あったかふれあいセンターは、社会福祉協議会や福祉サービス事業所など、関係機関と一緒に取り組んだり、より専門的な支援につなぐなど、地域住民を取り巻く様々な人や機関と連携しながら活動しております。

次のページをお願いいたします。

あったかふれあいセンターの位置をプロットしたものになります。御覧のように、本県はほとんどの市町村が、過疎地域の指定を受けている状況です。

そうした中で、あったかふれあいセンターが広く展開されていることがお分かりいただけるかと思います。

それぞれのセンターでは、資料の5ページから11ページに紹介しているような「集い」や「相談」といった必須機能から、地域の実情に応じて「交わる」とか、「介護予防」といった拡充機能に取り組んでおります。

個々の説明は省略させていただきますけれども、代わりに、ここで動画を御覧いただきたいと思います。

これから御覧いただく動画は、あったかふれあいセンターの紹介や、人材確保の目的のために作成したことになります。

これを見ていただくと、利用者やスタッフの様子がお分かりいただけるかと思います。

それでは、動画のほうをお願いします。

(動画を上映)

○高知県（市川課長） ありがとうございました。

映像にあったとおり、スタッフも生き生きと、やりがいを持って運営をしておりますし、利用者も幅広い世代が交流し、それぞれの生きがいや地域の支え合いの力を高めることなどにつながっていると、我々としても評価をしております。

では、資料の12ページをお願いいたします。

あったかふれあいセンターの事業効果です。なかなか定量的な効果測定は難しいのですが、定性的な効果を上げております。

まず、「集い」や「交わる」機能により、住民同士の交流機会を創出することで、高齢者、特に独居高齢者のひきこもりの防止や、認知症やフレイルの予防につながっていますし、子供から高齢者まで多世代が交流することにより、地域ぐるみで子供の育成あるいは高齢者の生きがいづくりに貢献していると考えております。

次に、センターの「訪問」や「配食機能」などから、行政機関や民生委員、児童委員、その他地域で活動している団体などと緩やかな見守りネットワークが形成されております。

また、「学ぶ」機能では、いろいろなテーマで勉強会をやっておりますけれども、特に南海トラフ地震が迫っている本県では、災害時要配慮者の避難対策が大きな課題となって

おりまして、こうした防災の勉強会は、住民の皆さんの防災意識の向上に役立っております。

次のページをお願いいたします。

あったかふれあいセンター事業における県の役割です。

先ほど申し上げた運営経費に対する補助のほか、センター職員を対象とした様々な研修を実施し、全体的なサービス水準の維持、向上を図っております。

また、センターは、それぞれの地域の実情に応じて、運営主体が様々なアイデアを凝らしながら、比較的自由に運営をしております。

このため、ほかのセンターの好事例や課題などをお互いに参考にできるよう、センターの職員や市町村担当者等との意見交換会を定期的の実施しております。

次のページをお願いいたします。

介護保険サービスや住民等との連携・協働についてです。

センターは、幅広い世代を対象としておりますが、高齢者の利用が非常に多いというのが実情でございます。

こうしたことから、センターの中には、介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスを実施しているところもございます。

住民参加という観点では、センターの日頃の運営やイベントの開催に当たっては、地域住民の方々が積極的に関わってくれております。

こうしたことが利用者だけでなく、地域住民の中の幅広い世代の交流にもつながりますし、住民同士が支え合う地域共生社会の実現にもつながっていくものと考えております。

次のページをお願いいたします。

最後に、本事業の課題についてお話をいたします。

まず1点目は、あったかふれあいセンターも他業種同様、慢性的な人材不足を抱えております。

このため、ボランティアの確保や福祉以外の分野の社会資源と連携しなければ、サービスの提供体制の維持が困難になりつつあります。

また、県や市町村の厳しい財政状況から、物価や人件費の高騰に対応できるよう、運営経費に対する補助金や委託料の予算確保に苦慮しております。

次のページをお願いいたします。

ページ中央のQRコードは、本県独自の高知家地域共生社会ポータルサイトにアクセスできるものです。

このサイトでは、今日説明しました、あったかふれあいセンターのより詳しい情報や、各センターの活動内容などを掲載しております。時間のあるときに御覧いただけると幸いです。

以上で、高知県からの説明を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○野口座長 どうもありがとうございました。

非常に心温まるビデオとともに、すばらしい御報告をいただき、どうもありがとうございました。

それでは、次に大分県福祉保健部長の工藤哲史様、御発表をよろしく願いいたします。会場にお越しいただいております。よろしくお願いいたします。

○大分県（工藤部長） それでは、大分県福祉保健部長の工藤でございます。今回、このような機会をいただきまして、大変ありがとうございます。

次のページをお願いします。

大分県では、これまでも介護予防、それから自立支援に向けた施策に力を入れ、また、近年では全国に先駆けて特養、老健施設等への介護ロボットやICTの導入を急ピッチで進めており、今年度末、3月末までに県内約200ある施設の85%、170か所程度で整備が完了いたします。

また、県内3,000か所を超える、地域の通いの場を運営しております。その参加率を左下に書いておりますが、15%程度ですけれども、この数字でも10年連続で日本一を継続しております。

こうした一連の成果が注目されたのか分かりませんが、令和5年の秋には、その写真、右上にありますように、ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合というのを本県で開催いただきまして、介護予防の現場を視察いただきましたASEAN諸国、それから、中国、韓国の政府関係者から高い評価をいただきました。

本日は、そのような本県の取組について御説明をさせていただきます。

では、次のページでございます。

大分県の概況でございます。本県は18の市町村からなっておりまして、県全体の人口は現在110万人弱。それから、高齢者人口が37.5万人ということで、高齢化率は34.2%、全国で12番目、九州では長崎県に次いで2番目に高い数値となっております。

次に3ページでございます。

それを県内18市町村ごとの高齢化率にばらしたものでございますが、中ほどの人口が50万人に迫っております中核市の大分市では、3割を切って28.7%ですけれども、左下の熊本県境にあります竹田市などでは50%を超えるなど、市町村間でかなりばらつきがございます。

特に山間部や離島、半島エリアの一部ではケアプラン待ちや訪問介護を受けにくいという地域もございまして、新しい取組をしたくても地域の支え手がないといった現状もございます。

次に4ページでございます。

大分県が介護予防、重度化防止の必要に迫られました背景について、整理をしたものでございます。

少し見にくいですが、棒グラフの4を見ていただきますと、本県では、平成23年に算出

されました第5期の介護保険料の増加率が、制度開始当初の第1期との比較で見ますと、都道府県別で最も大きくなった、一番伸びたということに危機感を持ちまして、当時一連の対策を講じることとなりました。

その当時の原因分析では、本県は全国と比べて要支援者の認定割合が高い、緑の帯の一番上ですけれども、要支援者の認定割合が高く、また、その2つ下の緑の帯の3、要支援者の約半分が廃用症候群であるという結果となって、本来適切な訓練や栄養によって機能改善が見込めるところ、本県の場合は、一番下の赤の帯にありますとおり、要支援者の改善率がわずか6.5%と非常に低かったことから、まずはこの軽度者への介護予防、それから重症化防止を最優先すべきとの観点に立ちまして、自立支援型ケア会議を始めとする介護予防、自立支援等に力を入れてまいりました。

次でございます。

このような背景もありまして、本県では現在、地域での自立支援サイクルの構築に向けて、この10年以上にもわたって各市町村とともに取り組んでいるところでございます。

当然、自立支援を要する各利用者の状態に応じて適切なサービスを提供することが大前提となりますけれども、県としましては、その中でも特に、上にあります短期集中予防サービスを重要視しております。

次のページを御覧ください。

先ほど高齢化率が50%を超えると申し上げました、大分県竹田市では、オムロン社など複数の団体が共同いたしまして、短期集中予防サービス、通所型サービスCの効果検証を行っていただきました。

昨年3月に、このまとめられました検証結果で見ますと、このサービスCを利用しているグループ、折れ線が2つありますけれども、下のほう、利用しているグループ123人のデータ、それから、サービスを利用していないグループ、上の71人のグループと比べまして、折れ線で分かりますが、3年間で1人当たりの介護給付費が約50万円縮減されたということが報告されておりまして、高齢者の生活の質を向上させつつも、介護給付費の抑制効果も高くなるというエビデンスが得られたところでございます。

次のページでございます。

また、平成30年度に行いました本県調査でも、短期集中予防サービスを利用した方の約8割の状態像が自立に向けて改善をしております、サービスの有効性が確認できたところ です。

その後、各市町村に広く普及を図るべく、その効果とか、事業所の立ち上げなどを支援いたしまして、令和4年度には、県内全ての市町村で短期集中予防サービスの提供体制が整備されましたけれども、一方で、これからの持続的な運用に当たっての課題もございます。

下のほうに3つの課題と書いてありますが、課題の1つ目は、サービスを通じて改善可能性のある高齢者、対象者をどのように見極めていくのかということ。

次に２点目としまして、事業所の安定した経営を望む事業者からは、『自立支援をしつかりやればやるほど利用者が減っていった、自分のところの経営が厳しくなる』といったため息を聞くこともありまして、安定した収入を見込みづらくなるというジレンマがございます。

それから、３点目にサービス終了後のフォロー体制が不十分でありますと、高齢者が再び閉じこもりがちになりまして、生活機能が再悪化して、フレイルに陥るということもありまして、サービス終了後にしっかりと社会参加等につなげる仕組みづくりというのも大切でございます。

そこで、８ページ以降、この３つの課題の解決を図るための方策になりますけれども、まず、第１の改善効果が見込まれる対象者をどう見極めていくかということですが、これまでは、主に地域包括支援センターの担当職員の経験あるいは知識を基にしたアナログ的なアセスメントを行っていましたが、やはり職員ごとの判断のばらつきや事務処理負担が大きいという課題がございました。

そこで、令和２年の７月から、ちょうどこのとき黒田老健局長が大分県に着任された頃と重なりますけれども、この辺りでオムロン社と連携しまして、このアセスメントや予防プランの作成をデータ化いたしまして、業務の均質化・効率化に取り組んでおります。

具体的には、ベテランのリハ職が行うアセスメントの視点、判断等をデータ化することで、各生活動作の工程から自立を阻害している要因を客観的にパターン化しまして、これに対応するプラン作成を一旦ICTシステムが初期支援するというものでございます。

今年度は、全国初の先行型事業を支援していただく、デジタル庁の補助金も活用させていただきまして、いわゆるアセスメントのDX化を進めており、新システムを既に利用していただいた地域包括支援センターからは、聞き漏れがなく、判断のばらつきがなくなったといった声も早速届いているところでございます。

続いて、９ページでございます。

本県では、短期集中予防サービス提供の成果としまして、利用者の生活機能の改善と、それからサービス利用後の社会参加等へつなぐということを、報酬という形で、事業者評価につなげる報酬加算制度を創設し、その導入を図る市町村への財政支援を行っているところです。

ちょうど令和３年度から３か年実施した、この県からの財政支援によりまして、県内１８のうち１３の市町でこの加算制度が既に定着いたしました。

これは、直接的には事業所の安定的・継続的なサービス提供を支援するという２つ目の課題に対応をしたものですが、ひいては３つ目の課題であります、利用者の生活機能の向上や社会参加が促進され、自立支援を重視するという、介護保険者、市町村の方針の確立にもつながったと感じているところでございます。

次、１０ページですが、現在、短期集中予防サービスの事業所に対しましては、ICTを活用した業務効率化を支援しております。

介護予防効果の高いサービスを提供するためには、決して一律ではなく、利用者一人一人の身体機能に即した個別の運動プログラムが必要になりますけれども、リスク管理とか、スタッフ体制の都合によりまして、なかなか個別プログラムを処理してやっていくには、受け入れる人数におのずと限界がございます。

そのため、利用者の運動強度を可視化するというシステムの導入を支援し、リハ職以外のスタッフでも、介護予防効果の高いサービスをなるべく多くの対象者に提供できるような、そういった体制づくりも支援しているところでございます。

次に11ページでございます。

このような個別の取組を行いつつ、各市町村における総合事業全体の体制整備につきましても、県として各種の支援を行っているところでございます。

特に小規模な市町村におきましては、お一人の職員が複数業務を担当しており、日々の実務に追われて十分な施策検討を行ういとまがないという状況もございます。

そのため、市町村ごとの体制や、その土地の地域資源等に即して、個別の伴走支援が重要だろうということで、県としては、広域支援員あるいはスーパーバイザーの派遣を行いまして、市町村の取組を支援するとともに、伴走支援を通じて県のほうで抽出把握できた課題の中で、各市町村に共通する課題につきましましては、研修事業などに反映し、全体の底上げも図っております。

また、役所の人事異動で県、それから市町村ともに、事業の目的やそのノウハウがうまく異動のたびに継承できていないというケースも見受けられますけれども、そこをうまく補っていただいているのがPT、OTなどの各専門職の方々でございます。

そうした各職能団体との協力も欠かせませんので、専門職向けの研修、それから検討会はもとより、ふだんから特に気軽に意見交換ができる顔の見える関係性をつくり、各団体との規範的統合や、課題認識の共有を図っていくことを重視しております。

次でございます。

12ページでは、市町村への具体的な県からの個別支援の事例を紹介しております。

県の半島部、北東部に位置しております人口2万4000人あまりの国東市さん、今日は、Zoomで参加いただいておりますが、短期集中予防サービスのアセスメントとして、リハ職との同行訪問というのを行っております。

これによってサービス対象者の見極めなどを専門的見地から丁寧に行えますが、一方で、対応できるリハ職がそもそも少ないということで、結果として、相談からサービス提供までの期間が間延びしてしまいまして、なかなか迅速なサービス提供につながらないというデメリットもございます。

そこで県からスーパーバイザーを派遣しまして、関係者間での協議、それから、市内医療機関に勤務するリハ職向けの研修会を開催しており、同行対応可能なリハ職をなるべく多く養成し、円滑なサービス利用につなげようとしております。

続いて、13ページでございます。

県では、効果的な介護予防施策の実施に向けた市町村共通の支援といたしまして、毎年度介護予防ケアマネジメントの実施状況調査というものを県独自で行っております。

各市町村の取組状況を定量的に可視化しまして、市町村相互に比較可能とすることで、県としての支援が必要な市町村であるとか、または、必要な支援策の内容を把握でき、調査結果をほかの市町村にも共有できますので、各市町村の改善の工夫にもつながってまいります。

例えば、県の南部にあります人口6万1000人の佐伯市ですけれども、県が集約した調査結果、それから、市独自のデータ等を活用して、関係者とC型事業に関する意見交換会を開催されております。

データに基づく事業評価を行うことによりまして、取り組むべき課題が明らかとなり、必然的に各事業が連動してくるというお話も聞いております。

限られた資源を効率的・効果的に活用するためには、個々の市町村のデータは当然ですけれども、県域全体のデータもそろえて相互比較してこそ見えてくる課題もございますので、この県の調査、継続的に支援できればと考えております。

最後に、14ページでございます。

この検討会の表題にもありますが、2040年に向けましては、今後とも医療費、それから介護給付費ともに累増が見込まれておりますけれども、地域包括ケアのさらなる深化を図りまして、国民あるいは県民の健康寿命の延伸につなげていくことが不可欠でございます。

これまでの本県の取組に当たりましては、老健局さんの、いわゆるインセンティブ交付金を十分に活用してまいりましたけれども、その推移をグラフに示したとおり、ここ数年、オレンジの帯ですけれども、国の予算額全体、それから、折れ線で示した本県への配分額、これも当然ですけれども、パラレルで縮小が続いております、よりよい介護施策の継続に支障が生じかねないという状況も危惧されております。

人口規模、それから地域性においても、決して一律ではない市町村への個別支援、ひいては県内全域の介護予防のマネジメント、こういったものは、今後もやはり都道府県の重要な責務であろうと思います。

そうした先行投資、失敗も試行錯誤もありますけれども、そうしたチャレンジの必要性や、具体的成果をぜひとも積極的に評価をいただきまして、国として自治体への持続的・安定的な財源措置、これを強くお願いいたしまして、一旦説明を終えたいと思います。御清聴ありがとうございます。よろしく申し上げます。

○野口座長　どうもありがとうございました。

ICTを基盤とするEBPMの好事例及びその課題を御紹介いただき、どうもありがとうございました。

それでは、次に、鳥取県、輝く鳥取創造本部中山間・地域振興局中山間・地域振興課長の古曳正道様、よろしくようお願いいたします。オンラインで御報告をお願いいたします。

○鳥取県（古曳課長）　失礼いたします。鳥取県でございます。

本日は、説明の機会を頂戴しましてありがとうございます。

本県からは、前半で、私、中山間・地域振興課の古曳のほうから、中山間地施策につきまして説明をいたしまして、後半のほうで、中山間地域の介護、認知症につきまして、長寿社会課長の澤田のほうから説明をさせていただきます。

それでは、1 ページ目をお願いいたします。

次のページをお願いいたします。

今年度本県では、安心して住み続けられる中山間地域創造プランといいまして、いわゆる中山間地域振興に係る県の行動指針というものをリニューアルいたしました。

この大きなきっかけとなりましたのが、買い物環境でございます。昨年度1年間で県内のJA系スーパーが経営悪化と今後の収益が見込めないとしまして、全20店舗を閉店するという危機的な状況に陥りました。

この20店舗の中には、旧町村単位で見まして、そのスーパーしかないというところも6店舗ございまして、大変県内は大事となりましたけれども、県のほうが専門の組織をつくりまして、また、県のほうで専門の交付金もつくりまして、市町村や地域を巻き込んで、県民運動的に展開したことで、店舗の承継であったり、移動販売の拡充であったりとか、その地域に合ったいろいろな動きが出てまいりました。

そういう背景がございまして、そこにございますけれども、買い物、交通、医療・福祉など、6分野を県の重点分野としまして、戦略を持って対応していくことにいたしました。

次のページをお願いいたします。

そういった住み続けるという考え方のもとで、本県のモデル事例を紹介させていただきます。

ポイントは、買い物、交通、集落機能など、いろいろな分野を組み合わせ、点ではなく面的に考えて、効率的に対策を打つということになります。

1つ目に、関金というところになりますけれども、ここも旧町内で唯一のスーパーが潰れてしまいました。

そのときに、地域の振興協議会が立ち上がりまして、隣の岡山の蒜山のスーパーを誘致しまして、それで倉吉市さんと一緒になって、市は市庁舎を無償で貸し出すとか、そういう取組をしましてスーパーを再開させるということになります。

スーパーができたものですから、そこが地域の交流拠点となりまして、人が集まるようになったと。さらには、そこを結節点としまして、AIのデマンドタクシーも、今、走らせているという状況になります。

左のほうが、鳥取市の佐治地区というところになります。ここは、スーパーも、ガソリンスタンドも、あと路線バスも平日減便、休日も廃止ということで、もう何もかもなくなってしまった地域ということになりますけれども、ここは、すごく田舎ということで、前からNP0ですとか、地域づくりの団体とか、非常に地域が元気で、地域団体が頑張っただけで移動販売ですとか、住民ドライバーによる共助交通ですとか、ごみ出しや雪かき、いろいろな

日常生活の助け合いを行っているところでございます。

その横が日南町というところになりますけれども、ここで地域の日南病院が、巡回診療の際に体操教室をやったり、病院の売店の出張販売を行ったり、また、御近所サポーターということで、町民から募集をされまして、定期的に御近所の食事会や買い物支援なども一緒に行っておられるという例になります。

次のページをお願いいたします。

中山間地域は、人口にしても、インフラも、バスの本数、買い物の場所、距離、取り巻く環境全て異なりますので、それぞれの地域に合った対策を柔軟に支援していくことが必要だという考え方から、今年度から県のほうで持っている集落とか小さな拠点、遊休施設の活用とか細かい補助金を全て統合しまして、地域の実態に合った取組を市町村負担の2分の1支援するという仕組みに大きく変えました。

次のページをお願いいたします。

地域の見守り活動になりますけれども、これは中山間地域で活動されておる事業者様と、協定を締結しまして、見守り活動を実施しているというものです。

保険の会社であったりとか、運送業者、新聞配達、牛乳販売、移動販売、いろいろありますけれども、この方たちが日頃の業務の中で発見した異常等を市町村へ連絡、通報するという仕組みになっておりまして、大体毎年1年間100件ぐらいの通報があるということでした、命が救われているという例もございます。

次のページをお願いいたします。

コミュニティ・ドライブ・シェアでございます。

コロナ禍もありまして、ドライバー不足でありますとか、事業者の撤退、このようなことが相次いだということですので、何とかみんなで地域の足を確保しようということで、住民、行政、事業者、その関わり方で5つに分類して、このような制度をつくったことになります。

左のほうで「智頭町：のりりん」というのがありますけれども、これは、交通事業者様と住民ドライバーとの協働型となりますけれども、まず、運営協議会ということで、町と観光協会、地域の振興協議会、それからシルバー人材センター、これらで協議会を立ち上げまして、そこで住民ドライバーを雇いまして、乗り合いタクシーをやるという事業でありまして、その運行管理をトラックとかで有名な日野自動車さん、それがされているという例になります。

非常にドライバーの募集も、待ちが出るぐらい人気になっていまして、非常に地域で仕事を回すということにも貢献しているということになります。

右のほうは、これは全国的にもよくありますけれども、交通空白エリアでNPOなどが行っているような自家用の有償運送の仕組みです。

あと、下のほうにありますけれども、バス・タクシー事業者に対しまして、二種免許の取得とか、求人広告、このような支援も併せて行っているということになります。

次のページをお願いいたします。

最後、特定地域づくり事業協同組合ということで、これは国も推進している制度になります。

これは、中山間では年間を通じて仕事がないということがよくあります。ですので、地域の仕事を組み合わせて、何とか年間を通じた仕事を創出しようと組合をつくりまして、そこで職員を雇用して、その事業者さんに派遣をしようと、そういう仕組みになります。

この制度は、中山間地域の担い手確保とか地域で経済を回すということで、大変有用な制度だと言われておりますけれども、実は人づくりと仕事づくりを合わせて行わないといけない、人がいても仕事がないとか、仕事があっても人がいないとか、そもそも中山間地域でたくさんの人と仕事をどうやって生み出すのかということで、大変問題があります。ですので、これは思ったより制度も複雑ですし、軌道に乗せるのは相当難しいだろうということで、県のほうでは考えております。

そこで県も、この制度に介入しまして、国が補助金や特別交付税措置というのをしておりますけれども、それとは別に県のほうで、全国で唯一、上乗せで市町村負担額の2分の1を支援するというのが、財政的な支援。来年度から、その財政的な支援に加えまして、県で組合の運営手法等のノウハウを持つ方々、団体などにアドバイザー委託というのをしまして、県も市町村と一緒に、この制度の活用をもっと促進していこうという具合に考えております。

以上が、本県の中山間地域で住み続けていくための取組でございますけれども、鳥取県は非常にコンパクトな県ですので、県と市町村とか地域、非常に距離が近いということがあります。ですので、こういった点を強みにして、知事がよく小さくても勝てるということを申し上げておりますけれども、鳥取県らしいふるさとづくりというのを進めているところでございます。

それでは、後半のほうに移ります。

○鳥取県（澤田課長） 続いて、高齢者福祉を担当しております、長寿社会課から御説明いたします。資料の7ページをお願いします。

人口減少社会に向けてということで、鳥取県で独自に行っている取組として、中山間地域における訪問介護事業者への支援を挙げたいと思っております。

都市部では、1つの入居施設の中をぐるぐる回るとか、あるいは密集した住宅地の中を、自転車を使って、ホームヘルパーさんが回るという話をよく聞きますけれども、本県のように中山間地域だとか、あるいは過疎地だとかという場合、ずっと高齢者の方がいつまでも自分の住みなれたふるさとで暮らしたいというニーズに応えようとしますと、どうしても、この右のほうのイラストに書いておりますように谷あいの奥のほうの集落に行き、また戻ってきて、また次の隣の谷あいのほうに入っていくということを繰り返していくということで、下手をすると往復10kmを超えとか、何十分もかかるだとか、ガソリンの燃料代もすごくかかるということなど、都会とは少し違う事情がございます。

また、課題の2番目に報酬単価が低いと書いておりますが、本当に食事の介助などが必要な高齢者の方は、施設に入居されるのだと思うのですけれども、もう少し元気な方は、やはり自宅で暮らしたいということになります。

でも、やはり膝が痛い、腰が痛いということで、生活援助の利用が多くなると、そうすると、報酬が高くない、低いものだけになってしまうということです。

それと3つ目に、これは、意外かもしれませんが、皆さん、高齢者の方、冬になると、心が寂しいというか、人恋しいというか、そういう気持ちになるのかもしれませんが。鳥取県のように雪が多いと、冬になると、なかなか交通機関もうまく回らないということもございまして、春、夏、秋は訪問介護で、自宅で暮らすのだけれども、冬だけショートステイの2か月とか3か月、施設に入ろうということをする方がいらっしゃいます。

そうしますと、訪問介護の事業者からすると、冬の間、お客さんがいないということになってしまいます。そういう課題がございまして、収益の安定的な確保だとか、コストが余分にかかるという点が、中山間地の問題であろうなと思っております。

結果として、右側の緑色のイラストのすぐ下に書いておりますけれども、鳥取県でも訪問介護の事業者の数は、市部では増えているのですけれども、郡部といいますか、山間地のほうは減っているような状態でございます。

ですので、どうしても田舎のほうで暮らしたいというニーズに応えるために、山間地の訪問介護の事業を安定的に支えていきたいというのが、取組の柱となっております。

資料の下に書いてありますが、まず、最初は令和3年度からやっておりますが、実際に赤字が出て、事業存続が困難なときに緊急的に助けようという措置を市町村と一緒にやっております。

右側のほうに補助対象を書いておりますが、従来は1市町村に1事業者しか残っていない、もうこの業者が倒れたらもう駄目だというときに支援をしていたのですけれども、6年度から少し拡充しまして、2か所以上と増やしたり、それから金額も増やしたりしております。県と市町村で100万円ずつ、200万円までが上限ということで、実際の実績もぼちぼち使われております。

資料の8ページのほうをお願いできますか。

こちらが、先ほど言いました冬の間だけという話に対応しようということで、ある事業者さんからヒントをいただきまして、新しいアイデアとしてつくったものでございます。

一番上「収益が不安定となる例」と書きましたが、山間地の利用者が冬の間だけショートステイに移ってしまうと、そうすると収益が減ります。ただ、冬が過ぎれば、春になれば、また戻ってこられるということで、スタッフを減らすことはできません、それから指定基準上もそのスタッフをほかの仕事をさせるわけにもいかないということでございます。

黄色いところのエリアを見ていただくと、これは、逆に短期入所のほうですけれども、冬の間だけお客さんが増えると、そのために、追加人員を雇うこともなかなか難しいとい

うことで、訪問介護のスタッフの人たち、これまで春、夏、秋と利用者の方と仲よくなっている方が、通所施設に来てくれたらいいのという話から、このアイデアを考えております。

左の真ん中辺りですが、まず市町村が定める基準該当サービスというのに登録することによって、基準の緩和をしまして余剰人員を生み出して、冬の間だけショートステイのほうに派遣するということができないか。

実際に、事業者同士で給与水準とかは違いますし、いろいろな手続、派遣の事務などでも経費がかかるでしょうから、その部分、もしかかれば、県と市町村で上限100万円ずつ、200万円まで支援しますよという仕組みをつくっております。

6年度から始めまして、この冬、ニーズがあるかなと思っているのですが、市町村の基準該当サービスの手続が回っていないところもありまして、まだ、実績は上がっておりません。

最後ですが、これは単純に6年度から新規に参入する業者さんがあった場合には、車両の購入費など、初期投資が要りますので、そこを県と市町村で支援しますという内容でございます。

では、次の9ページをお願いいたします。

残りの時間で簡単に、認知症のことをさらっと触ろうと思いますけれども、令和5年12月にアルツハイマーの認知症の新薬ができて、保険適用されたのをきっかけに、鳥取県のほうでは、県と市町村で一人の方に、合計40万まで支援しようという制度をつくって、それをきっかけに、認知症の早期発見、早期治療の大切さを広報しているところでございます。

右側ですが「とっとり方式の認知症予防プログラム」と書いてありますが、鳥取大学の医学部に認知症の権威の先生の方がいらっしゃいまして、その方と協力して、老人クラブなど、グループ単位で約6か月間運動したり、知的活動をしたりという形で、みんなで一緒にプログラムをこなしていくことで、認知症を予防していこうというものをつくっております。

今、老人クラブを中心に普及を図っているところでございますし、他県からも要望がございますので、DVDなどを配付しているところでございます。

10ページをお願いします。

簡単ですが、認知症の基本法ができて、御本人の意思を尊重しということが言われておりますけれども、鳥取県では、「認知症の人と家族の会」と密接に連携して施策を進めております。

伴走型支援としまして、実際に若年性の方を含めた認知症の方の相談対応だとかいうことをやっていただいておりますし、それから、認知症の見守りをするサポーターの養成などにも、一生懸命やっていただいております。

県民向けの啓発イベントなども大変積極的にやっていただいております、この関係づ

くりのいいところが、鳥取県の特徴かなと思っています。

最後の11ページをお願いいたします。

行方不明者が、今、少し問題になっておると思います。鳥取県では、従来から行方不明者の搜索のガイドラインをつくっておりましたが、令和5年8月に、県西部の米子市というところで、若年性の女性の方が行方不明になりました。少し大きな問題になりました。

その際に、若年性の方の部分が手薄だったなとか、移動距離が思ったよりも長いではないかと、長距離を移動する方も多いのではないかとということで、少し行方不明の対応ガイドラインを見直したところでございます。

また、行方不明を未然に防止しようということで、GPSだとか、あるいはスマートフォンを使ったタグなどを利用して、居所が分かるような仕組みへの支援。介護保険の地域支援事業を、少し範囲を広げるなどをして、少し手厚くして上乗せ支援などを行っているようなところでございます。

以上、訪問介護のお話と認知症のお話をいたしました。

鳥取県からの説明は、以上でございます。

○野口座長 どうもありがとうございました。

先ほどは、澤田様の御紹介をするのを失念しており、大変申し訳ございませんでした。

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長の澤田和明様でした。どうもありがとうございました。

中山間地域の生活機能の観点からの好事例と課題と、中山間地域における介護サービス提供の課題について重要な御指摘をいただき、どうもありがとうございました。

それでは、最後に、産業医科大学教授、松田晋哉先生、よろしくをお願いいたします。オンラインで御参加です。

○松田構成員 松田でございます。

私は、データ分析屋ですので、医療と介護のデータをつないで分析した結果から、少し医療に配慮したケアマネジメントの必要性、それから、地区診断の必要性について話をしたいと思います。

次をお願いします。

当教室で開発している医療需要の将来予測をするツール、これは、ホームページでダウンロードできます。

次をお願いします。

これは介護サービスのニーズの増加を推計するソフトです。これもうちの教室のホームページからダウンロードできます。

次をお願いします。

地区診断に使うツールとして、SCRというのを使います。これは、医療のほうはナショナルデータベース、介護のほうは、私が自分でつくっています。簡単にいうとこの指標は、

性年齢を調整し他時に、そのサービスが全国と比べて、今、どのぐらいやられているかということを示す、そういう指標です。これが100よりも大きければ、提供量が全国より多い、100より少なければ、提供量が全国より少ないということを意味します。以上のデータを使って地区診断をするということを後でお示ししたいと思います。

次をお願いします。

この分析をやっている問題意識ですけれども、高齢化の進行というのは、医療と介護の複合ニーズを持った慢性期の患者を増加させるというものです。

いわゆる慢性期の利用者さんというのは、医療機関に入院しているか、あるいは老健施設のような介護施設に入所しているか、あるいは在宅にいるか、このいずれかでケアされています。

この3つのサービスの組み合わせのありようというのは、当該地域の人口構造とか、医療介護提供体制の状況によって決まります。

地区診断に基づいて、この3つのサービスの適切な組み合わせを考えることが、地域医療構想とか、介護保険事業計画において、とても重要だと思っています。

この地区診断というのは、そんなに難しくなくて、公開されている情報を用いることで相当程度可能になっています。

次をお願いします。

これは、SCRというものを使って、共分散構造分析の結果を示したものです。これを見ていただくと、ここに在宅医療というのが真ん中にあるのですけれども、この代替施設、これが老健施設等の介護施設あるいはショートステイですけれども、こういう代替施設がたくさんあるところは、在宅に医療のニーズが減りますので、ここの係数がマイナスになります。

あと、右のほうの入院ですね、入院がしっかりしているところは、やはり在宅医療のニーズが低下しますので、このケースがマイナスになります。

そう意味で、その代替施設とか、入院機能に制限があるところは在宅医療を大幅に増やさなくてはいけないわけです。では、この在宅を増やすために何が一番大事かというと、係数を見ると、緊急時の対応機能です。緊急時にちゃんと往診ができる、あるいは緊急時に入院を引き受けてくれる地域包括ケア病棟のような病棟があるということです。

2番目は在宅人材で、在宅やってくれる人ですね。その中で一番大事なのは、実は訪問看護です。その次が、在宅を見てくる医師がいるということで、代替変数として外来、診療所の初再診料という形で見ています。もう一つは、在宅で入院と同じようなケアをしないといけませんので、やはり訪問介護がないとできないということになります。

それから、その次に大事なのは、在宅がやりやすい住まいですね。ここでは、サ高住というのが出ていますけれども、そういうものがあることです。

それから、それ以外の在宅支援機能としては、特に重要なのが訪問薬剤管理と訪問栄養指導だということがわかります。

次をお願いします。

レセプトを使って、訪問診療を受けている方たちをずっと追いかけたことがあります。これは、この地域の例ですけれども、3年間追跡すると大体3分の1が死亡します。ただ、その過程を見ていると、ひと月に大体1割ぐらいの方が、肺炎とか尿路感染症、心不全などで入退院を繰り返している。

入退院を繰り返すと、大体要介護とか、認知症が悪化してきて、グループホームですとか、老健や特養の介護施設に入所します。この人たちが大体3年間で5分の1程度発生します。

いずれにしても、この分析でやって分かったことは、在宅を支える入院や、コメディカル、介護サービスがあることで、在宅医療、在宅ケアというのは安定するということです。

次をお願いします。

これは同じことですので、次をお願いします。

あと、レセプトを見て、在宅にいる要介護状態の患者さんが、どういう病気を持っているかと調べてみると、実は多様な疾患を持たれています。この疾患の管理がやはりとても重要になっているわけですね。

次をお願いします。

そのデータを使って、今度はパネルデータというのをつくりまして、どういうことがあると、要介護度が悪化するかということを分析してみました。これは要介護1だけを示しますけれども、次をお願いします。

要介護度の悪化に一番効いているのは、やはり年齢です。要介護度の悪化というのは、加齢の過程でもあるので、従って、加齢に伴って残ってくる要介護の悪化をいかに遅くしていくかということが、ケアマネジメントの課題になってきます。

その次に重要なのは、入院が必要となるような傷病、急性期のイベントを起こすことです。従って、要介護度の悪化防止のためには、骨折につながる転倒あるいは肺炎の罹患、心不全の悪化などを予防する医療面にも配慮したケアマネジメントが必要だということが分かります。

次をお願いします。

ここから、地区診断の話に移りたいと思います。先ほど示したAJAPAというソフトと、それからNewCarestというソフトを使うと、大体日本の地域というのは、大きく3つに分けられます。

外来のニーズが、これからも持続する、あるいはまだ増加する、なおかつ、介護サービスが非常に増えてしまう大都市型のところがまずあります。次に、外来診療のニーズは、もうかなり低下傾向にあるのですけれども、後期高齢者が増えてくるので、介護サービスが非常にまだニーズが増えるところがあります。地方都市ですね。

3つめは、外来も介護サービスニーズも下がってきているという中山間地域です。この3区分のそれぞれのところで、実は医療介護環境とかなり異なりますので、やらなければ

いけない対応策は全然異なるわけですね。

次をお願いします。

例えば、これは、都市型の福岡南区ですけれども、見ていただいて分かりますように、まず、30年ぐらいまで人口が増えます。

2025年から2045年人口ピラミッドを見ると、都市部ですので若者、現役世代はそれなりに残るのですけれども、ボリュームとして後期高齢者、特に女性がすごく増えてくるといことが分かります。

次をお願いします。

そうしますと、この地域では、まだ入院が増えるのですね。急性期から慢性期まで増えてしまう。ただ、もう病床は過剰となっているので、在院日数を短縮して、その受皿として、在宅サービスを増加させる必要が、まずあります。

次をお願いします。

外来は、まだニーズが増えるのですね。ただ、それ以上に見ていただくと分かるように、2015年の要介護度別、性年齢階級別の介護サービスの使い方を前提とすると、介護サービスを必要とする状態像の方が2倍以上に増えていきます。特に施設介護を必要とされるような状態の方が2.3倍ぐらいに増えてくる。

それで、介護サービスのニーズも2倍ぐらい増えてくるのですけれども、ここで問題となってくるのは、施設介護の場合には、給付限度額に対して100%使います。介護保険財政への影響が大きいわけです。

在宅の場合には、給付限度額の大体50%ぐらいというのが経験的に分かっています。豊かな福岡市だとしても、この推計結果のように施設介護を増やすことはできません。そうすると施設介護の提供量を半分減らすとしても半分、3割減らすとしても、7割の人たちは在宅に出てくるわけですね。要するに、在宅の要介護2から要介護4ぐらいの方たちが出てくる、その人たちをどのように見ていくのかということが大事でありますので、訪問診療とか、訪問在宅系の介護サービスを増やしていく必要があるということになります。

次をお願いします。

医療のSCRを見てみますと、福岡市南区の場合には、療養病床の入院基本料は、全国よりも4割ぐらい少ないわけです。他方、一般病棟の提供量は1.5倍ぐらいあります。現時点で既に訪問介護はかなりやっています。143.8です。

次をお願いします。

これは、介護のSCR、これは私が独自に計算しているのですけれども、この福岡・糸島地域は、全国に比べると、1.5倍から2倍ぐらい介護サービスがあります。

次をお願いします。

そうすると、この地域はまだ慢性期の医療も介護もニーズが増えていくのですけれども入院医療の方の提供量には限界があります。施設介護も限界があります。そうすると、どう考えても、南区では在宅医療、在宅ケアを増やしていかないといけないわけです。

そうすると、この在宅ケアをどのように増やしていくのか、訪問診療を増やさなくてはいけないですし、あるいは老健がやっているような医療ショートをうまく使いながら、在宅の人たちを支えていくということやらないと、都市部の場合には、もうもたないわけですね。

次をお願いします。

介護保険のほうで、診療報酬でも入りましたけれども、介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割がとても重要になります。これがないと、恐らく都市部の在宅ケアというのは支えられませんので、これをどのように整備していくのが重要になります。次をお願いします。

そうすると、この場合の連携というのは、恐らく肺炎とか、心不全の悪化とか、尿路感染症悪化とか、そういうものに対応したものにならないといけないので、いわゆる脳血管障害とか骨折のような、リハビリを軸とした少しゆっくりとした連携ではなくて、かなりリアルタイムに近い連携をやっていかななくてはならないことになります。そうすると、このICTの活用というのは、不可欠だろうと思います。

次をお願いします。

次は、行橋市で地方都市ですね、人口も減少しています。若者の流出と、それから、高齢者が亡くなるということで減っていくのですが、この地域というのは、それでも後期高齢者がそれなりに残ります。2025年と2045年を比較すると、大体2倍ぐらいに後期高齢者が増えてきます。

次をお願いします。

医療ニーズも2030年から2035年ぐらいまでに、一応増加します。ただ、これは急性期から慢性期までを含めると、急性期が増えるというよりは、包括期、慢性期のところのニーズが増えてくるということになります。

その証拠として、これは、傷病別に見ていただくと、肺炎とか骨折とか、それから脳血管障害、心不全、そういうものが高止まりするのです。

次をお願いします。

この地域も外来ニーズが下がってきています。ただ、一方で、後期高齢者が増えますので、2045年ぐらいまでは、やはり介護のニーズが増えてきます。この地域も、それほどこれから施設介護を増やすことができるわけではないですので、そうすると、いかに在宅ケアの提供量を増やすのかということが重要になります。

特に、診療所の機能が低下していくことを考えると、効率的に在宅ケアをやっていく仕組みをどのようにつくるかということが、とても重要な課題になるわけです。

次をお願いします。

これは、行橋市のSCRですけれども、このように、大体全部全国以上に提供できているのですけれども、特に療養病床とか有床診療所があるというのが特徴です。

それでも、在宅の訪問診療等は全国よりも少ない、訪問看護はそれなりやっています。

次をお願いします。

SCRで見ると、この地域は、サ高住が多い地域なのですけれども、それ以外は介護サービスは少ないという地域です。

これからこの地域においては人的、物的、物理的資源に制限があることを考えると、この地域というのは、おそらく療養病床とか、有床診療所の病床部分をいかに活用するか、あるいは今ある老健とかの入所機能と医療ショートみたいなものをうまく使いながら、限られた資源で在宅をいかに支援するかということがとても重要になります。

特に老健は医師がいますので、そういうところの医療対応機能は、とても重要になるのだろうと思います。

次をお願いします。

これは、地区診断ですけれども、外来機能がある程度維持することを考えること、訪問看護の指示が多いことを考えると、地域全体として訪問診療を増やすことが必要だろうと思います。

そのために、やはりサ高住とか、有床診療所の有床部分をどのようにうまく使っていくのか、あるいは老健施設等の医療ショートをどのように使っていくのか、そういうことを考えていかないといけないと思います。多分この地域も介護施設の医療とか、在宅を支える病院の役割がとても重要になりますので、地域医療構想等では、今回、介護の方も参加されるわけですけれども、この介護を支える入院を担う病院をいかにつくっていただく、決めていただくことがとても重要になると思います。

次をお願いします。

こういうところで、おそらく、これから入院も少しニーズが下がってきます。また、有床診療所に関しては、医師の高齢化に伴って有床部分の維持が難しくなってきます。ただ、このような泊りの機能というのは、非常に貴重な地域財産なので、それをうまく使っていくことも考えるべきです。例えば、これは北海道の釧路共立病院がやった例ですけれども、余った病棟を看護多機能小規模施設に変えて、いわゆる医療と介護のバッファみたいなところをつくって、うまく調整しているという例があります。これを導入したことによって、かなり地域の医療介護は安定していますので、こういう転換みたいなものを考えないといけないのかなと思います。

次をお願いします。

これも同じ北海道ですけれども、この病棟の使わなくなったところをサ高住に変えています。もともとあったものをサ高住に変えていますので、建設費用というか、それを管理する費用も安く抑えられます。そういうことをやることによって、入院患者さんが、あるいは介護施設から退所して在宅に戻る方たちが、一時的にとどまる場所というのをつくって、医療と介護の橋渡しをしています。こんなことを多分、人的支援、物理的支援が足りないところは考えていただく必要があるのだろうと思います。

次をお願いします。

福岡も実は大分県に近いところで、いくつか過疎地域がありますこれは嘉麻市というところなのですが、2000年以降人口が大幅に減少しています。若者が流出して高齢者も死んでいる。なおかつ、この地域は、50代の後半から転出が続いている地域でもあるのです。

そのため、2025年から2045年に人口構造がこうなります。非常に少ない現役世代で、相対的に多い後期高齢者を見なくてはならないという地域です。日本中にこういう地域が出てきます。

次をお願いします。

こういう地域では、実は入院も増えません。もう減少傾向にあります。

次をお願いします。

このように外来のニーズも大幅に低下していて、実は介護ニーズも、もう現状維持から大体2035年ぐらいから大幅に減少し始めます。日本の中には、もう既に介護需要が後期高齢者も減少することによって、減少している地域もあるのですけれども、非常に厳しい状況です。

次をお願いします。

この地域の医療のシェアを見ると、療養病床のみが全国より少し多い程度で、ほかは全部少ないのです。特に注目すべきは、在宅医療をやろうと思っても、実はもう外来機能が落ちているということです。

高齢化が進んでいる地域というのは、そこで、今、診療所でやっている先生方の高齢化も進んでいるので、そういうところで将来、在宅医療を増やせるかということ、これは、なかなか難しい。そういうことを前提にして、慢性期の高齢者をいかに支えるかということが重要になるわけです。

次をお願いします。

この地域で見ていただくと、老健等の介護は、比較的ほかの地域に比べて多くある。それから、そこをベースとした通所サービスが少しある。

サ高住も全国並みなのですが、訪問看護、訪問介護というのが少ないと、こういう状況です。

次をお願いします。

そうすると、こういうところでは、どうするのかということですね。人口が減少してくると、それから、外来需要が低下傾向であること、現時点、訪問系の医療介護が十分できていないことを考慮すると、今後、この地域で訪問系のサービスを増やしていくことは、やはり難しいだろうと思います。

そうすると、今ある老健とか、そこのショートステイとか、そういうものをうまく使いながら、また、療養病床の機能をうまく使いながら、ニーズの動向に合わせて維持していくことが現実的だろうと思います。

いずれにしても、この地域は、この辺の施設系、療養系のニーズもだんだん少なくなって

きます。いわゆる賢く撤退戦をどのように戦うかということを考えなければいけないのです。

あと、やはりこの地域も、今ある資源をどう使うか、有床診療所の有床分をいかにうまく使うのかというようなことも間挙げるべきです。

それから、他地域医と同じように介護医療、介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割は、とても重要になるだろうと思います。

あと、こういうところは、やはり、ICTなどをうまく使うこと、例えば、医療MaaSとかオンライン診療などの活用が必要だろうと思います。

次をお願いします。

これは、今、北海道とか、そういうところでやられていますけれども、こういうハイエースみたいなバンに、看護師さんとか介護士さんが乗って在宅に行って、そこでケアをしているところに、オンラインで医師が診察するというをやっていますけれども、こんなものをうまく使いながら、過疎地域の医療介護を支えていくことが、過疎地域においてもこれからは必要になってくるのかなと思います。

次をお願いします。

最後にまとめです。高齢化の進行は、医療介護の複合ニーズを持った高齢者を増加させます。要介護度の悪化には医療ニーズの変化が影響を及ぼすと同時に、要介護状態が医療ニーズの状況に影響を及ぼします。

介護の現場では、介護の現場で医学的視点からのケアマネジメントが必要になりますし、それと同時に、医療の現場では、介護の状況を考慮したサービスを提供することが重要になります。もう切り離せないのですね。

今回の地域医療構想で調整会議に、医療、それから介護の方たちが一堂に集まって話し合うというのは、非常に重要なことだろうと思います。

そのときに慢性期をどのように見ていくのかということを話し合っていくことが、非常に重要だろうと思います。

人口構造の変化に伴う医療需要、介護需要の将来推計と現在の医療介護提供体制を組み合わせることで、御自分の地域がどういうタイプになっているのかという、こういう地区診断ができます。

その結果に基づいて、これからの医療介護提供体制の在り方を具体的に考えることができるようになっていきますので、ぜひそういう形でやっていただけたらと思います。

一応、私のほうで限りはありますが、今、幾つかの道府県の地区診断の事例をつくっていますので、また、そういうものも参考にさせていただけたらと思います。

大分県のものも全部つくって、大分大学の方に渡していますので、また、使っていただけたらと思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

様々な地域属性において、こういった医療介護サービスがキーになるのかということについて、科学的エビデンスをお示しいただき、どうもありがとうございました。

それでは、ここから意見交換に入りたいと思いますが、鈴木構成員と池端構成員から資料が提出されておりますので、まずは、このお二人から御発言をいただければと思います。

まずは、鈴木構成員、現場にいらっしゃっていると思います。よろしくお願いいたします。

○鈴木構成員 よろしくお願ひいたします。発言の機会いただきありがとうございます。

私は、本日用意させていただきました資料6に沿って、発言をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

第1回の検討会では、2040年に向けた介護サービス提供体制の在り方について、地域軸、時間軸の視点から全国を大きく3つの地域類型に分類し、それぞれの課題と必要な支援策を検討していくという方向性が示されました。

本日、この方針を踏まえて、早速、ヒアリングが行われました。本日の内容を含めましても、例えば、高知県では、あったかふれあいセンターのように、地域における介護予防の取組、それから大分においても、積極的な介護予防というアプローチ、これは、リハ職との連携が強調されていました。

また、鳥取等においては訪問介護サービスという、その地域の実態に応じたサービス内容の必要性というところが強調されていました。

最後に松田構成員のお話の中からでは、医療連携というところでのスピード感や、それから、こうしたサービスを担う場合に、医療という視点を持ったケアマネジメントの重要性についての御指摘もありました。

今いただきましたように、本日のヒアリングを踏まえましても、介護人材確保、それから定着に関する検討と連動させるためには、どのようなアプローチが必要なのかということ発言させていただきます。

率直に申し上げまして、本日、私は地域ごとの特性に応じたサービス提供体制の構築と、持続可能な介護人材対策を推進連動させること、これを地域型プラットフォームの構築というキーワードで発言させていただきたいと思います。

また、加えまして、本日のヒアリングの中では、お話が上がってきておりませんが、前回私が発言させていただいたように、介護福祉士養成施設においては、国際介護人材の育成等に非常に注力し、現在課題にも直面しておりますので、この点についても発言させていただきたいと思います。

3つ目、最後に、中核的介護人材としての介護福祉士の多様なキャリアモデルを創出するに当たって、本日のヒアリングがいかに重要であるかということについても発言させていただきます。

まず、1点目です。地域型プラットフォームを構築した介護人材確保施策との連動についてです。

地域ごとの介護サービス需給については異なりますし、本日のヒアリングの中でも、介護人材の確保、定着の観点ということには地域性がある、また、時間軸としての対応課題というものもあるということが、よく分かった内容だと思います。

前回発言させていただきました私の意見には、介護人材の入職経路について、ハローワークへ福祉人材センターなどの公的機関としての役割の重要性に加えまして、介護人材確保定着のために、福祉相談、就職フェア等に限定しない多様な取組が重要になってくる。ここの多様な取組の創出、それから地域特性に応じて実行していくことが重要であるということを発言させていただきました。

そのためには、当然のことながら、地域単位での組織的な実行力を高めていくことが不可欠であり、ここに地域型プラットフォームの必要性、有効性があると考えています。

例えば、本日、私の資料6の3ページに、静岡県を取組をつけさせていただきました。こちらは、社会福祉人材センターが運営する福祉人材確保・定着実践研究会という取組です。

この取組は、静岡県福祉人材センターが企画したことにより動いたものになりますが、静岡県内の社会福祉法人や介護福祉士養成施設等をネットワーク化し、介護人材確保を組織的に検討していく、このプラットフォームをつくり、実行させているというものになります。

この具体的な内容については、4ページ、5ページにつけさせていただきましたけれども、令和5年度までは静岡県内全域をネットワーク化し、オンライン開催により運営していましたが、活動が情報交換にとどまりやすいところから、令和6年度からは、市町単位での対面開催に移行しています。

また、介護人材確保対策の取組等を近隣社会福祉法人や介護福祉士養成機関、大学等と連携して取り組んでいます。

これにより、就職フェアの参加がなかなか難しい状況の中で、大学学生に対するアプローチや、また、出前講座といった就職に必ずしもイコールするものではない広報戦略やアプローチというものが、社会福祉法人や大学との連携の中で、活発化され、そして持続しているところに成果があると考えております。

このような法人間連携の推進というものは、社会福祉連携推進法人等を活用した連携も十分可能であると思いますけれども、私が注目しておりますのは、社会福祉人材センターがコーディネートすることによって、介護人材確保・定着を目的とした施策や事業との連動性が生まれているということ、こうしたプラットフォームの活用が非常に有効であると感じています。

6ページに福祉人材確保の三者連携という形で、静岡県社会福祉人材センターが作成した資料を添付させていただきました。

今、申し上げましたように、これは、人材センターが作成している資料ですので、言い方を変えれば、社会福祉人材センターとして、このような三者間連携のコーディネート

図るということを、自身の役割として自覚している中で、この活動が創出されている。つまり、コーディネーターとしての人材センターがキーマンになって地域の活動を創出し、活動を維持させているところに注目をしています。

続いて、2つ目の国際介護人材についてです。

本日のヒアリングの中では、国際介護人材についての御指摘や御意見等については触れられてはおりませんでしたが、やはり国際介護人材は一時的な労働力としての役割ではなく、中核的介護人材としての定着が期待されるものだと考えています。

国際介護人材の就業、それから定着は、これまで法人や事業所等における独自の取組に依存されやすく、支援体制の整備やその方法の確立は、民間のモデルケースにも大きく支えられてきた傾向が強いと考えています。

学習支援教材の開発等において、国事業として特定技能への対応を始め、関連施策において数多くの教材は世の中に生み出されています。そして、広くこれらが活用できる仕組みが整備されつつあります。

これをより有効に機能させるためには、実態的な効果検証や活用推進を強化するための、市町単位、都道府県等の地域単位でのプラットフォームが、これも重要であると考えています。

静岡県では、令和6年度より国際介護人材サポートセンターを公的機関として開設し、介護事業所を支援対象に受入れ支援や、定着支援の取組が開始されました。こちらについては、7ページに参考の添付をさせていただきました。

一方で、今、申し上げましたように、この機関は、介護事業所を支援対象にしている機関になります。

前回の発言のように、令和6年度入学生においては、全入学者数の5割近くを介護福祉士養成施設では、留学生が増加している状況にありますので、この実態を含めまして、留学生の国籍が極めて多様であること、この点も含めた公的な支援体制を整えていくことが重要であると考えています。

これを言いますのも、公的な支援体制がなかなか十分に整わない中、介護福祉士養成校個々の対応に委ねられている実態に、非常に教員が苦慮している実態があるということです。

このような中で、外国人留学生の国家試験合格率の課題もありますし、介護福祉士養成課程に必要な教育時間は2年間で1,850時間に及びます。

これに加えた日本語教育の体制強化が急務となっていることから、こうした機関による介護福祉士養成施設に対する日本語教育等の支援についても、非常に重要になってくるのではないかと考えています。

最後になりますが、サービス提供体制における中核的介護人材として、初めに申し上げました介護福祉士の多様なキャリアモデルを、本日のヒアリングを通して見える化していくことが非常に重要だと思っています。

これは、次回の検討会に向けての期待でもありますけれども、地域共生というキーワードを持った取組においては、サービス提供体制における介護福祉士の役割は、多様化、高度化することは、もう当たり前のことであり、介護ニーズへの対応も含めましても、その役割と活躍の場は、今後も広がりを見せていくと考えています。

こうした介護福祉士の活動の広がりを、例えば、国では介護の仕事魅力発信等事業を通じて、社会に広く発信する取組が重ねられておりますが、介護福祉士の多様なキャリアモデルが見えにくいということが、広報上の課題ともなっていると思いますし、言い方を変えれば、この実態的なキャリアモデルが広報戦略に、非常に重要な素材になると考えています。

この多様なキャリアモデルを、本日のヒアリング内容と少し関連させるならば、高知県のあったかふれあいセンターの場合は、生活支援コーディネーターという言葉が兼務という形で出ていました。

地域における学習を介護福祉士養成課程の中で、より強化していく必要性がここにも示されておりますし、こうした課題を介護人材が関わっていくことも大きなキャリアだと思います。

大分県の取組や鳥取県における介護予防や中山間地域における取組や、見守り等に対することについても、これも介護人材等を関連させる大きなキャリアモデルとして示すことができるものであると考えています。

こうしたキャリアモデルの検討をしっかりとできる機会というものは、やはり本日のようなサービス提供体制と実態的な動きの中で、中核的な介護人材がどのような役割を担っているか、これは、裾野的な介護人材の広げ方という発想もありますけれども、本日の松田構成員の発言にもありましたように、より医療連携や専門的なアプローチが必要になってくる点においては、中核的介護人材としての役割やキャリアモデルを明確化していくこともより重要であることがよく分かったご発言でした。

以上につきまして、次回の検討にも向けて、重要な視点として発言をさせていただきます。

ありがとうございました。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、続いて、池端構成員、オンラインで御参加です。よろしくお願いいたします。

○池端構成員 発言の機会いただきまして、ありがとうございます。

時間のない中ですので、簡単に説明させていただきます。資料を共有いただけますでしょうか。

今回、私は福井県医師会という立場で、福井県の取組を中心に、医師会と行政がそれぞれどういう関係性を持って、いろいろな事業に当たったかということを中心にお話しできればと思います。

次のページをお願いします。

福井県というのは、実は幸福度日本一ということで、9年連続そういう称号をいただいているのですけれども、健康、つながり、子育て、働く場等々で、いろいろなものが1位ということで挙がっていて比較的住みやすいということを言われている県でございます。

次のページをお願いします。

その中で、それを支える健康づくりということで、食と運動と社会参加・つながりの3本柱で健康づくりを県が取り組んでいたこと、時間の関係で一つ一つ説明できませんが、次のページをお願いします。

その中で、福井県の地域包括ケアの取組として、医療と介護の連携を中心に、県医師会がどう絡んでいったかということのを少しお話ししたいと思います。

1番から6番までありますけれども、時間の関係で十分説明はできないかもしれませんが、簡単に説明をさせていただきたいと思います。

まず、次のページをお願いします。

福井県の在宅医療・介護連携事業というのは、平成24年から始まりました。それまで実は、長寿福祉課が介護保険担当で地域医療課が医療保険担当で在宅医療等が担当で、在宅推進をどうしようかという中で、どうしても壁があって、なかなかその話が進まない。医師会は長寿福祉課と話したり、医療課と話したりということになって、何か1つにできないかということで県といろいろ話をし、平成24年から、実は在宅医療推進グループが1つの島をつくって、長寿福祉課と地域医療課からそれぞれ担当が出て、そこから、ずっと福井県の場合は、そこが在宅医療連携事業を一括して事業提案し、推進計画を立てるというところになって、これがその後大きな力になっていることを感じます。

医師会としては、県医師会と郡市区医師会がそこをどう絡んでいくかということになってきますけれども、次のページ。

その中で、いろいろな事業が立ち上がりました。まず、在宅ケアサポートセンターというのが県医師会にできて、普通委託事業というのは、委託してあとは県医師会よろしくねと言われるのですけれども、当県が少し違う点は後で説明します。

あと、福井県の入退院支援ルール、これも全県1つのルールができました。その後、福井メディカルネット、これはICTの事業です。

こういったことを、この県の在宅グループが福井県在宅医療サポートセンターと共に中心となって行いました。

次のページをお願いします。

ここの中で、福井県在宅医療サポートセンターの体制とありますけれども、県の中に置きますけれども、大事なことは真ん中にある事務局には、福井県医師会と福井県、ずっとこの事業を福井県の担当者が常に会議に出席し予算の措置等々是一緒に話をしている。こういう関係が今もずっと続いていますけれども、これが一番大事な点ではないかと思っています。

その中で、研修企画部会、地域支援部会、啓発・推進部会等々で、それぞれ独立した事

務を展開して、この中には高齢者だけではなくて、医療的ケア児に対する在宅研修会等々も入れたりして、幅広い県民全体の在宅を中心にサポートしようということで、取り組んでいる事業の中には、福井県版エンディングノート等もあります。

次のページをお願いします。

まず入退院支援ルールをつくりました。今でこそ全国津々浦々どこでもやっているかと思いますが、このルールをつくったときに、実はこのルールをつくるのに2年以上かけています。机上で決めたものをぼんと持って行って、これでやりましょうというのではなくて、各圏域毎にそれぞれステークホルダーが集まって住民も参加しながら、どういものがいいかとみんなが話し合いをして決めていきました。少し時間はかかりましたけれども、2年ぐらいかけてやったので、出来上がったときには、皆さん、それを利用することは分かっていることで、右の下にありますようにこの事業が開始されると連携が一気に進むという風になっています。どの事業はそうですけれども、こういったことが、出来上がってからさあ始めましょうではなくて、出来上がったときにはもう始まっているという、そういう状況でつくっていったのが、（成功の）1つのポイントかと思っています。

次のページをお願いします。

もう一つは、これは、東京大学とジェロントロジー共同研究ということで、福井県のある地区、坂井地区という市ですけれども、そこで在宅医療提供体制をつくろうということで始まりました。そこで下の左のグラフにありますように、在宅で医療・介護を受ける人が増えたけれども、その事業を展開することによって、ほかの地域と比べて介護費用が減ったということがあって、この社会モデルを全県に展開しようということでやって、それが続いています。

次のページをお願いします。

これがその現状ですけれども、ここまでよかったのですけれども、これを全県展開しようとする、なかなかそうはいかないということがいろいろあります。またこれは全国大きな課題だと思いますが、坂井地区の在宅ケアネットも、第3期、4期になってくると、この左の下にありますように、在宅医療の課題として、担い手不足、それまでやっていた方が、もう担い手がいなくなって、跡継ぎがいらないということで、在宅医療を進めることに対して非常に負担を感じ始めました。特に、24時間連携ということに対して、大きな負担を感じ始めました。

それから、主治医、副主治医制も、なかなか実際はうまくいかなかったところがあります。また退院カンファレンス等々になかなか出られないとか、マンパワー不足になったりと、「全県展開」と口では言うのは簡単だけれども、なかなかそこにキーパーソンがいなかったりと、福井県内でもいろいろな事情でそれぞれの地域で違うのだということがよく分かりました。

次のページをお願いします。

このフレイル予防というのも、先ほどの発表でその取組があったように、福井県内も行

っていますが、時間の関係で飛ばさせていただきます。

次のページをお願いします。

もう一つ、福井県版エンディングノートというのを作成しました。これも県民を巻き込んで2年以上かけています。ただ単なるエンディングノートではなくて、もっと福井県に合ったエンディングノートにしようということで、これも県が各ステークホルダーを巻き込んで事業を展開して、そして出来上がって、今、どんどんそれが浸透している状況です。

次のページ。

単にエンディングノートというのは1人で書くものですが、そうではなくて、これをACPの要素を入れてみんな家族で話し合いながら書き込んでもらうようなノートにしました。

詳しいことは、今日は御説明できませんけれども、必要であれば幾らでもお示ししたいと思います。

これも時間はかかったけれども、県と医師会と住民など各ステークホルダーがみんなが集まって作り上げたということが、今、非常に伸びているきっかけになっているのではないかと考えています。

次のページをお願いします。

「つぐみ」というのは、「福井の県鳥」のツグミ、それから「つなぐ」という意味も込めて「つぐみ」と名付けました。これも時間の関係で割愛させていただきますけれどもかなりうまくいき、今も広がりつつあります。

次のページをお願いします。

もう一つは、ICT関連です。福井県の「福井メディカルネット」は、最初から全県一括のメディカルネットで、これは病診連携でもう既に今も行われていますし、（最近では）カルテの記載の中まで見られるような体制ができつつあります。

さらに最近この「福井見守りSNS」という事業に発展させ、在宅の訪問看護とか、訪問介護とか、もちろん医師等々含めて、そこでSNSを使って、意見、情報交換をしようということで、これが昨年末からスタートしています。今はまだ十分広がっているとは言い切れませんが、かなり効果的な取組が行われています。

次のページをお願いします。

ふくいみまもりSNSの取組の実際については、後で詳しく読んでいただければと思います。

以上ですが、私がここで最後に強調したいのは、上から降ってきた事業は、一時花開いてもなかなか続かないので、やはりそこまでに各ステークホルダーが十分意見交換をしておくかということが非常に大事だということ。

それから、医師会と行政と国民、その関係をいかに上手につくっておくかということが、やはり遠回りのようで非常に大事なことを感じています。

それから、やはり地域包括ケアと地域医療構想というのはまさにこれは車の両輪ですの

で、ここをどうやってコラボしていくかということは非常に大事だと思います。例えば、私は中医協委員もさせていただいているので、今回、令和6年度改定でもありましたように、医療と介護の同時改定のときに、それぞれの審議会の合同会議が何回か開催されました。これでお互いがよく理解し合うこともよくあったので、やはり新たな地域医療構想と2040年の当検討会も、ここを話し合うのは、ひょっとしたら会議体同士での話し合いも必要になってくるのではないかと、それぐらいしないと、医療と介護の連携は、なかなか言葉どおりにうまくいかないかなということを感じています。是非そういう機会があればということで、意見として言わせていただきました。

以上です。ありがとうございました。

以上です。ありがとうございました。

○野口座長 池端委員、どうもありがとうございました。

それでは、残り30分ぐらいになってしまったのですけれども、そのほかの構成員の皆様から、御意見をいただければと思います。

まず、最初に会場の方に伺いますので、会場の方は挙手を、次にオンラインの方に伺いたいののですけれども、オンラインの方はZoomの手を上げる機能を使用させていただいて、座長から指名があったら発言をお願いいたします。

なお、時間が非常に限られておりますので、御発言はできるだけ簡潔にお願い申し上げます。

では、会場の皆様からいかがでしょうか。

では、斉藤構成員、よろしく願いいたします。

○斉藤構成員 ヒアリングから御出席いただいた皆様方、どれも大変すばらしい御意見をお聞かせいただきまして、ありがとうございました。全て大変興味深かったのですけれども、その中で、大分県さんの取組について、少し質問をさせていただきたいと思っております。

大分県さんの短期集中C型を通じた自立支援・重度化防止ということでの取組のモデル成果も含めて、大変すばらしい成果を御説明いただいたところでありますけれども、私から2点質問がございます。

1つは、C型というところを集中して取り組んでいらっしゃる、それが成果につながっているからだということだと思うのですけれども、その他、A型、B型とか、現行相当ですとか、そもそも要介護に対してということも同様のようなアプローチということは、取り組めるのかなと思うのですけれども、このC型に集中をしたというところの背景とか、こういった意図からここに取り組んだのかということをお聞かせいただければということが1つ。

2つ目が、今の話に関連して、その他のA型、B型や要介護に対しても同様のようなアプローチが取り組めるのではないかと思います。もちろん限られた予算、人員の中での優先順位が必要であろうかと思いますが、他の取組については、どのような形で進めてい

っしゃるのか、また、これから進めていくような予定をしているのかということで、お聞かせをいただければ、あらゆる場面で、これに取り組んでいくと、さらなる効果につながるのではないかなと感じているところでございます。

私からの質問とさせていただきます。

○野口座長 どうもありがとうございました。

大分県の工藤様、2つ、斉藤構成員から御質問がありました。C型にフィーチャーした理由というのと、あと、また、その他の取組はどうなっているかという御質問です。よろしく願いいたします。

○大分県（渡邊課長） 大分県です。

まず、C型に注力したというのは、資料の4ページにもあったのですが、大分県が、これまでの要支援者の認定割合が高いといった背景を踏まえまして、まずは要支援の軽度の方のケアを中心にやっていこうという目標を立てたというのが、大きなものです。

その中で、短期集中予防サービスについて、まずは成果を上げて、そして、次の段階に広げていこうということで考えております。

ですので、短期集中予防サービスで注力しながら、これから、それ以外の当然AとかB、通常のサービスにも広げていきたいと考えておるところであります。

以上でございます。

○野口座長 ありがとうございます。

斉藤構成員、いかがですか。よく大丈夫でしょうか。

○斉藤構成員 はい。

○野口座長 では、ほかにいかがでしょうか。

特にならなければ、後でまた戻って来られますので、それでは、オンラインを先に行かせていただきます。

まず、大屋構成員、よろしく願いいたします。

○大屋構成員 大屋でございます。

すみません、今、ロンドンにいて、早朝なので大変眠そうな顔をしています、御勘弁ください。

1つは、松田先生のお話を伺っていても、やはり県内でも市町村ごとに非常に地域的な差が大きいということを考えると医療介護連携を考えていくにしても、やはり市町村が中心となって、そのトータルコーディネートをやっていただかないといけないという方向性が1つ見えてくると思うのですが、端的に言うと、できるのかという話が出てくるわけですね。

地方制度調査会のほうでも、やはり将来のことを考えて、自助、共助、公助のミックスの仕方について考えていただきたいということで、自治体ごとに地域の未来予測というのをつくって、それを市民とシェアして、将来について考えてくださいということを提言したことがあるのですがけれども、やはり特に中小の自治体さんからは、できませんと、それ

だけの能力がないですというクレームが結構入ったということを考えると、これを何とかサポートしていかなくてはいけないということが予想されるのだと思います。

そこで、これは鳥取県さんに直接伺いたいのですが、そういう連携の仕方ですと、今、水平連携と垂直補完という言い方をよく自治のほうではしてしまっていて、要するに比較的能力のある市町村さんが中心となって周りを取りまとめてくださいというタイプの県、例えば広島県などはそうで、中山間地にも三次市がありますから、そこが中心となってやってくださいというところと、奈良県みたいに、もう県の南部全部中小自治体なので、これは県がやるしかないですという覚悟を固めていらっしゃるとうところがあると。

鳥取の実情はどうなのでしょうというのが1つと、今、伺っていて特定地域づくりの話ですから、そういう話だと、やはり県が、ここ補完に回らなければいけないというところが、いろいろとにおわされていたと思うのですが、介護のほうでも、やはり状況は同じだとお考えになっているのでしょうか、それとも、取りあえず、お金を配っておけば大丈夫だと考えておられるのか、というところについて伺いたいと思います。

すみません、よろしいお願いします。

○野口座長 どうもありがとうございました。

鳥取県の古曳様あるいは澤田様、いかがでしょうか。市町村か県がリーダーシップを取っているのか、あるいはどうですかということと、あと、介護のほうでも同じような状況かということですが、2点あったと思います。よろしくお願いします。

○鳥取県（澤田課長） 鳥取県でございます。

個人的な感覚になるかもしれませんが、鳥取県の場合は、全人口が50万少しということで、先ほども言いましたが、県民との距離が非常に近いということで、県が比較的小さい前に出てやっているというのが実情でございます。

ただ、やはり市町村は市町村の役割がございますので、特に鳥取県には、今、4つの市があるのですが、市には、それなりにやってくれということを言いながら、でも、やはりなかなかできない部分については、一歩県が前に出てやっているというのが実情だと思います。

介護についても、分野によっては、これは、市町村の仕事だよということもあるのですが、やはり県で引っ張ってあげないといけないという部分は、かなり前面に出ているような現状でございます。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

大屋構成員、いかがでしょうか。

○大屋構成員 ありがとうございます。それで結構です。

○野口座長 どうもありがとうございます。

それでは、次は、津下構成員、よろしくお願いいたします。

○津下構成員 ありがとうございます。

いずれの発表も危機感を共有して、そして、これから地域を守るという視点で関係者が、いろいろな工夫をして、また、いろいろな財源を活用して仕組みをつくっているというところが、非常に共感できたところになります。

質問なのですけれども、まず、高知県につきましては、あったかふれあいセンターという、本当に枠を超えた地域住民全体を支える、また、支える側に回るというすばらしい仕組みを、また、全県下にモデル的ということではなくて広げられているということになりますけれども、この機能を、これからさらに制度的に拡充していくことを考えたときに、介護予防とか、健康づくりということを主体的に軸にして取り組んでいくのが動かしやすいのかなと思いましたが、それは、いかがでしょうか。

また、地域の様々な方が運営していると、そして、相談や予防サービスをしているということなのですけれども、保健師等の専門職がどのように関わっているのかということについて、お聞かせいただければと思っております。

また、これが財源の問題も非常に問題になっているということもございましたけれども、これから補助金等に関わる規制など、修正したほうがいい点、もう少しこのように運用したら、よりこの制度がうまく動きやすいのだけれどもということや、それから、地域の人たちの生きがい、働き場としてのセンターがあることの意義ということについて、お聞かせいただければと思っております。

次に、大分県でございます。大分県については、本当に短期集中サービスや、それからICTを使った取組などが御報告されまして、そして、市町村体制整備のところで、伴走支援の話がありました。

実際にどのような方が伴走支援に入り、そして、どのような機能、研修とか、そういうことをされているのかなということや、それから、人事異動に対する対策ということがありましたけれども、人事異動はどこでも、都道府県でも、自治体でも、市町村でもあるわけで、それに対する対応策として、ほかにどんなことが工夫されているのかということをお聞かせいただければと思います。

また、医療計画は、医療圏単位でつくったりします。これは、最後の医療と介護の連携とか、松田構成員の話の中にも、やはり、地域診断という話がありましたけれども、県が丸ごと行う場合、また、地域の実情に合わせて保健所の機能ということが、あまり今回は出てこなかったのですけれども、そういう保健所の活用などについてどのように考えていけばいいのかということについても、自治体の皆さんから、このように保健所と連携しているよということがありましたら、お聞かせいただければと思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

複数の御質問をいただいたので、まずは、高知県の方に対して、1つは、制度を拡充するに当たって、健康予防あるいは健康づくりを中心にしていくのかということと、あと、保健師あるいは保健所の機能をどのように活用するかということと、財源のことですね、

高知県の市川様、いかがでしょうか。

○高知県（市川課長） 高知県の市川です。

まず、あったかふれあいセンターの機能ですけれども、説明の中でも触れましたけれども、あったかふれあいセンターでどういう取組をするかというところは、基本的には実施主体の市町村であるとか、運営している社協とか、法人が、いろいろアイデアを出しながら取り組んでいただくような、割と自由度の高い運営をしていただいております。

県からの補助金の要件としましては、資料の中でも書いておりますけれども、必須機能である「集い」であるとか、「相談」であるとか、また、「訪問」とか、そういったところさえやっていただければ、あとは自由に、地域のニーズに応じてやっていただくのがいいのかなと思っております。そのように自由にやっていただくことで、その運営主体がモチベーションを持ってやっていただけると思いますので、そういったところを大切にしながら考えております。

我々としては、高齢者の方だけではなくて、地域の障害のある方とか、ひきこもりの方などの支援もやっていただきたいという思いはありますけれども、高知県は高齢化率が高いということで、やはり地域のニーズとしては、高齢者の方の健康づくりであるとか、フレイル予防とか、そういったところを、重点的にやられているといった現状でございます。

それから、財源につきましては、ほとんどが県や市町村の一般財源で運営しております。例えば、国からの補助金で使えるものがあれば、充当したりもしておりますけれども、ほとんどが県や市町村の一般財源ということで、そこは今後の課題でございます。

保健師の関わりについては、窪田のほうから御説明させていただきます。

○高知県（窪田室長） それでは、保健師等の専門職はどう関わっているのかという点で、窪田のほうからお話をさせていただきます。

現場では、やはり地域の見守りの力というのが弱まってきておりますので、こういった集いの場の中に参加をしていただくことで、地域の中での見守りの機会というところにもなりますので、例えば、認知症であつたりだとか、認知力の低下のある方で、少し見守りの必要な方をあったかふれあいセンターにつなぐとか、御紹介しながら、地域の中で、皆さんに見守っていただく場として活用を考えているように聞いております。

先ほど市川のほうからも説明がありましたけれども、やはり高齢化率が高いので、介護予防などがニーズとしては高いところもございまして、あったかふれあいセンターの中には、先ほどもありましたように、例えば、A型の通所事業であつたりだとか、一般介護予防などの取組などもしている、あったかふれあいセンターもございます。

そういったところで、介護予防の1つの取組なども、要介護認定になったとしても、例えば、認知症でも体が十分まだまだ元気だという方などは、すぐに介護サービスとしての通所事業ではなくて、こういったあったかふれあいセンターの中で地域の人たちと触れ合いながら、刺激をもらいながら、生きがいであつたりとか、そういうところにつながったりという事例もございます。そういったところを見極めながら、必要な1つの社会資源と

して活用している事例が多くございます。

また、保健所は、高知県は高知市を除いて圏域ごとに4か所、ございます。そういった保健所の中にも地域支援室がございまして、その部署が、それぞれの圏域のあったかふれあいセンターの機能強化であつたりだとか、御相談などにも乗っていくという体制もあるというところが高知県の現状でございます。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、大分県の皆様に、伴走の担い手と研修の仕方の在り方と、あるいは人事異動に対する対応で、最後は保健師の保健所の機能ということをお願いいたします。

○大分県（渡邊課長） 大分県ですが、まず、伴走支援についてです。

伴走支援の担い手は、大分県は、リハの専門職、PT、OT、ST、それから、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、訪問看護師など、それらの専門職団体が積極的に関与いただいております。伴走支援を担っていただいております。

大分県は、この専門職団体の意識が高いというのが非常に強みでありまして、地域で活動することは非常に重要であるという認識を皆さん持っていただいております。地域リハの支援体制がしっかりしておるというところが歴史的にありまして、こうしたことが可能になっているという部分あります。

また、県でもこうした各団体に対しまして、新しく人材を育てていくことも大事でありますので、地域で活躍いただくようなスキルアップをしてもらう研修をそれぞれの団体に委託しまして、県としても後押しをしながら、官民共同でやってきたことが、一定の成果につながったものと考えております。

それから、もう一つの人事関係につきましてですけれども、これは、やはり県庁の中で、まず、幹部の地域包括ケアの取組に関する理解が非常に重要であるということで、そうしないと、なかなか事業を継続させていく体制ができないということで、知事をはじめ、県の幹部に、実際に通いの場あるいは自立支援型の短期集中予防サービスの事業所、こうしたところに何度も視察に行ってくださいしております。それで、やはり、この事業は非常に大切なのだということを県の幹部に理解をいただき、そうした人事面あるいは予算面での後押しもしていただいているというのがあります。

また、市町村についても県から働きかけを行っております。県の幹部から市町村の幹部に、やはりこうした高齢化率の高い大分県では、地域包括ケアの取組が重要なのだという危機感を共有しないといけないということで、直接市長のところへ訪問に行つて、人事面等の配慮についても働きかけをしたり、あるいは県の市町村長が集まる大会等を行ひまして、全体で地域包括ケアの取組の重要性を共有していこうということが、1つ、これまで大分県としてやってきたところになります。

また、保健所につきましても、大分県の場合、保健所の取組も関わっていただいております。大分県は、県内6つ保健所があるのですけれども、そうした保健所の保健師に、

必ず地域ケア会議など、あるいは通いの場の支援に行っていていただいております。場合によっては保健所長である医師も、地域ケア会議等に助言で入っていただいております。

そして、また、定期的に介護予防や総合事業に関する検討会を保健所主催で圏域ごとに実施しまして、圏域ごとの情報共有なども常に行っているという背景があります。

以上でございます。

○野口座長 どうもありがとうございました。

津下構成員、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○津下構成員 ありがとうございます。具体的に聞かせていただきまして。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、中村構成員、よろしくお願いします。

○中村構成員 中村です。私も高知県さんに御質問させていただきたいと思います。

あったかふれあいセンターというのは、既存の制度の枠組みを超えて、大変素晴らしいことをやっていらっしゃるかと拝聴いたしました。

その中で、実施主体が社会福祉法人であったり、NPO法人であったりするわけですが、その法人にとっては、これは委託事業ということですから、収支で言うと、ゼロもしくはマイナスということになってしまうのでしょうか、あるいは何か効率よくやれば、その法人は収支的にプラスが残るといえることがあるのでしょうか、その辺り、今後、この素晴らしい事業の継続性ということも含めて、そういったことも必要かなと思って質問させていただきます。

私のほうは、その1点だけです。

○野口座長 どうもありがとうございました。

高知県の市川様、いかがでしょうか。

○高知県（市川課長） ありがとうございます。

あったかふれあいセンターの運営主体は、6割ぐらいが市町村社協で、あと2割がNPO法人で、あと残りが社協以外の社会福祉法人であったり、介護事業所を運営している民間の事業所という構成になっています。

行政からの非営利団体への委託については、あまり運営主体にもうけが出るような契約内容にはならないケースが多いですので、赤字にならない程度での委託料になっているかと思えます。

○野口座長 中村構成員、いかがでしょうか。

○中村構成員 委託ですから、今の制度では、おっしゃるとおりになると思います。

ただ、今後、この事業に限らず、こういった事業ができたときに、運営主体が、ゼロもしくはマイナスというのであれば、なかなか継続性というか、やる金銭的な意味の動機づけはなかなかつらいと思うので、その辺りも、また、今後検討課題かなと思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

高知県様から、今の中村構成員に対する、何かコメントはございますか。

市川様。

○高知県（市川課長） 県としましては、人口が減少している中であまりこの事業を、もっと広げていこうという感じではないですので、今ぐらいの規模でやっていければと思っています。

○野口座長 了解いたしました。

それでは、江澤構成員、よろしくお願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

私のほうからは、新たな地域医療構想検討会の構成員も担わせていただいておりますので、一言意見のみ申し上げたいと思います。

本日、松田構成員がおっしゃられましたように、これから、在宅や介護施設における高齢者救急を支える包括的医療、いわゆる包括期機能との連携が非常に介護分野においては重要となります。

新たな地域医療構想では、市町村の担当者も調整会議に参加し、在宅医療や介護との連携を議論することとなります。

したがって、地域医療構想から地域医療介護構想へ、近づいたイメージとなるかと思っています。

そういった中で、地域の介護施設や高齢者住宅で、こういった医療が提供されているのかということも共有することになるかと思っています。

したがって、新たな地域医療構想における医療提供体制と今後の介護提供体制は、より一層相互に関係し合うこととなりますし、その互換性は不可欠となると考えます。

したがって、介護分野、障害福祉分野においては、今後のニーズあるいは推計値と実態の乖離、そういったことを踏まえた提供体制を協議する場の設置、すなわち協議の場というものが欠かせないものとなると思います。

現在、各市町村において、3年に1回の介護報酬改定の前年度に関係者で議論して、市町村の介護保険事業計画を策定するケースが多いかと思いますが、今後は常時調整会議の議論やデータに基づいた協議を、少なくとも市町村単位で行う必要がありますし、そういった中で介護構想を十分に議論した上で、新たな地域医療構想の調整会議ですり合わせていく必要があります。

よって、国、都道府県、市町村のより一層の連携も求められることとなります。つきましては、介護や障害福祉サービスの提供体制を議論する介護構想、障害福祉構想の策定のための協議の場の設置が不可欠でありますし、新たな地域医療構想は、2026年度に全国の都道府県で策定されますから、それに向けても急ピッチで、少なくとも市町村単位における協議の場というものを設置することが必要であるということを申し上げたいと思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

お名前が出たので、松田構成員、今の江澤構成員のお考えについて、何かコメントはございますでしょうか。

○松田構成員 そのとおりだと思います。

あと、今日いろいろとお話が出た中で、市町村レベルでどうするかという話も結構出ていたと思うのですが、市町村担当者が、このデータの分析を細かくやるのはなかなか難しいだろうと思います。

その意味では、各都道府県1か所は医学部があって、そこは、社会医学系の教室があってそこに分析できる人がいるわけですので、厚生労働省のほうで、ある程度分析の基本的な枠組みを示したほうがいいと思うのです。これは、恐らく江澤先生と私が入っている地域医療構想のガイドラインのところでも、それが出てくると思うのですが、それを用いながら都道府県にある医療系大学の社会医学系の研究者が、それを分析して、それを各自治体の方に示して、そこで丁寧な質疑応答しながら進めていくということをするべきではないかなと思います。

そうしないと、恐らく、今、心配しているのは、先ほど江澤先生が包括期という言葉をおっしゃられましたけれども、今回、回復期というのが包括期という名前に変わっているのですが、そういう言葉の、いわゆる共通理解が進まないのではないかと思います。この共通理解がないと、なかなか議論が先に進まないと思います。

特に今回介護の方が一緒に医療と話し合う、そのときに、医療の側が介護側のこと必ずしも分からない、介護の側も医療のことがよく分からないということで議論をすることになりかねないと思いますので、それではいけないと思うので、できれば、大学等の関係者がきちんと入って、データ分析を担って、その結果を、まず、保健所の方、それから各自治体で、それを担当される方に丁寧に説明をされて、その上で、実際の会議を開いて、実際の計画に落とし込んでいくということ、この3段階ぐらいでやっていく必要があるのではないかと思います。それをやらないと、なかなか先に進まないのではないかと思いますので、ぜひそういう方針で厚労省のほうもやっていただけたらと思います。

あと、今日お話が出なかったのですが、各地域の職能団体の役割もとても重要だと思うのです。例えば、医師会だったり、看護協会だったりとか、介護福祉士会だったりとか、そういう団体の幹部の方にも、やはりきちんとそういうことを、地方レベルで理解していただいて、皆さんで議論をしていただくと、そういう体制づくりが必要なのではないかと思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

江澤構成員、よろしいでしょうか。

○江澤構成員 はい、大丈夫です。ありがとうございます。

○野口座長 どうもありがとうございます。

それでは、東構成員、よろしくお願いします。

○東構成員 ありがとうございます。いこいの森の東でございます。

私も、江澤構成員、松田構成員の御意見と少しかぶるところがあるかもしれませんが、松田構成員の提出資料について、少し意見を申し上げたいと思います。

松田構成員は、医療、介護ニーズの診断、それから医療資源、介護資源の診断を地域ごとに行う重要性をお示しいただきました。2040年を見据えて、これは大変重要な視点と感じますし、松田構成員がおっしゃったように、各地域の大学を活用するということも賛成でございます。

また、在宅医療を支えるためには、訪問診療とともに老健施設が提供する医療ショートのような機能も必要ではないかとのお話もいただきました。私もそのように考えますし、あらゆる地域の老健施設が医療ショートの機能を提供できるように指導していく責務が、会長も務めております全老健にはあると考えております。

さらには、医療のみならず、在宅介護のニーズという視点で考えたときに、訪問介護や訪問看護だけではなく、在宅支援機能を持つ老健施設がその地域にあるのかないか、あったとしても、その老健施設が高機能で、かつ十分な在宅支援機能を持っているのかなどを分析する必要もあると考えています。

松田構成員のお言葉にもありましたが、今ある社会資源を有効に活用するというのが、今後を語る上で一番重要なキーワードではないかと考えています。

最後に、介護関連団体は、特養、老健、介護医療院、グループホーム等の介護施設のみならず、介護支援専門員協会や介護福祉士会等の職能団体とも全国レベルでは、緊密な連携関係が取れているところでございます。

しかし、これからは全国レベルだけではなくて、都道府県レベル、市町村レベルという地域のレベルであっても、様々な介護事業者や職能団体が連携を取り、横のつながりを持てるようにすることが肝要ではないかと考えます。

それによって、地域によるサービスの過不足を補完し合うことも可能となるのではないかと考えます。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。御意見として承ってよろしいでしょうか。

どうもありがとうございます。

それでは、大体お時間になったのですが、会場の方からどうしても御発言ということがあれば、承ります。

それでは、よろしいでしょうか。

それでは、大体予定の時間となりましたので、本日のヒアリングは、ここまでにしたいと思います。

本日は、大変お忙しいところ、高知県、鳥取県の皆様、大分県の皆様、本当に非常に有益な御報告をいただき、どうもありがとうございました。大変勉強になりました。どうも

ありがとうございました。

次回も今回同様に、先進的な取組を行う事業所等をお招きして、ヒアリングを実施する予定としております。

それでは、今後の日程について、事務局様のほうから御連絡をお願いいたします。

○大原補佐 次回の検討会は、2月10日午後を予定しております。

○野口座長 それでは、本日の検討会は、これで終了とさせていただきたいと思います。

皆様、御多忙の中、大変貴重な御報告をいただき、どうもありがとうございました。失礼いたします。