

○村中総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第119回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、対面を基本としつつ、オンラインも組み合わせ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。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、こんにちは。お忙しい中、本日も御参集いただきまして、どうもありがとうございます。よろしくをお願いいたします。

本日の委員の出席状況ですが、佐藤委員より御欠席の御連絡をいただいております。

また、御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部長 新田惇一参考人、小林委員の代理として日本労働組合総連合会総合政策推進局生活福祉局部長 岩城みのり参考人に御出席いただいております。お認めいただけますでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局からお願いいたします。

○村中総括調整官 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、会場にお越しの委員におかれては、机上に用意しております。オンラインにて出席の委員におかれては、電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。同様の資料をホームページにも掲載してございます。資料の不足等がございましたら、恐縮ですがホームページからダウンロードいただくなどの対応をお願いいたします。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ていると思います。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。御発言をされる際にはZoomツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言ください。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」をクリックいただき、併せて再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

なお、時間が限られる中で、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、御発言はお一人3分以内でおまとめいただきますようお願いいたします。また、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、御協力いただきますようお願いいたします。

報道関係の方に御連絡します。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。

事務局からは以上です。

○菊池部会長 それでは、早速議事に入らせていただきます。

まず、議題1「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会中間まとめについて、事務局から御説明をお願いします。

○江口総務課長 総務課長の江口です。

まず、資料1-1を御覧ください。

1 ページ目ですけれども、昨年12月の本部会でお示したスケジュールの資料です。「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会を設置し、その結果を本部会に報告することとしていましたが、その検討会で4月10日に中間とりまとめが行われたので、本日、その報告をさせていただきます。

2 ページ目は、検討会と本部会の関係を示したものでして、本日は中間とりまとめ全体について総論的に御議論いただき、次回以降、検討会の3つのテーマに即して、さらに深掘りした御議論をいただきたいと考えております。

次に、資料1-2、中間とりまとめの本文を御覧ください。主なポイントについて御説明します。

まず、2ページから3ページにかけての「はじめに」のところです。

2040年には、介護と医療の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者、認知症高齢者、独居の高齢者等の増加が見込まれます。

地域のサービス需要の変化等に対応するため、2040年に向けて、地域包括ケアシステムを深化させる必要があります。

高齢者の介護サービス需要やその変化にも地域差があり、地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制の確保が必要です。

また、介護人材確保、テクノロジー導入やタスクシフト／シェア、経営改善支援、介護予防・健康づくりも併せて進め、介護人材や利用者等が地域で活躍できる地域共生社会を構築していくことが重要です。

検討会では、介護現場の視点等を踏まえつつ、方向性や考え方を示すものであり、制度的な議論については、介護保険部会等の関係審議会で進めていくこととしています。

3 ページの下からは、最初のテーマ、「人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制の方向性」についてです。

4 ページの下から2つ目の○ですが、地域における人口減少・サービス需要の変化に応じ、全国を「中山間・人口減少地域」、「大都市部」、「一般市等」と3つの地域に分類し、提供体制や支援体制を構築することが重要です。

5 ページの1つ目の○からは、中山間・人口減少地域における対応です。

中山間・人口減少地域においては、高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する中、

利用者への介護サービスが適切に提供されるよう、その需要に応じて計画的にサービス基盤の維持・確保を図る必要があります。

5 ページの最後の 2 行から 6 ページの 1 つ目の○です。人口減少やサービス需要の減少は、他の分野においても共通の課題であり、支援体制の構築は、他の分野の施策とも組み合わせ実施していくことが効果的・効率的です。

また、中山間・人口減少地域では、住民の理解のもと、一定のサービスの質の維持を前提として、柔軟な対応を講じていくことが必要です。

4 つ目の○です。地域でのサービス提供体制の維持・確保の観点から、地域の中核的なサービス提供主体に対して、地域に残り続けるとともに、地域の介護事業者の協働化や連携を進める場合にインセンティブを付与するといった枠組みを検討することが考えられます。

7 ページの 1 つ目と 2 つ目の○です。介護人材や専門職の確保が困難な中、常勤・専従要件などの配置基準について弾力化することが考えられます。この場合、サービスの質の確保等に留意して検討する必要があります。

8 ページの 3 つ目の○です。訪問系サービスについて、キャンセルや移動等に係る負担が大きい中、持続的なサービス提供確保のため、回数ではなく、介護報酬の中で包括的な評価の仕組みを設けることの検討も考えられます。その際、訪問に要する時間・コストの負担の在り方に留意しつつ、十分な検討が必要です。

4 つ目の○です。地域においてサービス主体を担う事業者が少ない場合は、市町村自らが行う直接的な事業として実施する枠組みの検討も考えられます。

9 ページの 1 つ目の○からは、大都市部における対応です。

大都市部においては、サービス需要の急増や多様なニーズに対応することが重要であり、公と民の連携の下、ICTやAI技術など民間活力も活用したサービス基盤の整備が必要です。

5 つ目の○です。ICTやAI技術も活用し、24時間365日の見守りを前提として、緊急時や利用者のニーズがある場合に、在宅サービスを組み合わせるような、包括的で利用者のニーズに応えるサービス提供の在り方を検討することが考えられます。

10 ページの 3 つ目と 4 つ目の○は、一般市等における対応です。

「一般市等」の地域においては、既存の介護資源を有効活用しながら、需給の変化に応じて、サービスを過不足なく確保する必要があり、早い段階から準備を進め、柔軟な対応を図っていくことが必要です。

5 つ目の○です。3 つの地域類型について、どのような基準で区分するかは、制度の議論の中で検討する必要があります。

11 ページの 2 つ目と 3 つ目の○です。人口構造の変化に対して、サービスを過不足なく提供、維持するためには、都道府県や市町村の役割は重要です。介護保険事業計画等の在り方や広域化等の取組の中で、地域類型に応じた対応策や支援体制の構築の方策について、本部会で議論していく必要があります。

また、モデル事業を一部の地域で実施するといった方法論も併せて検討していくことが考えられます。

次に、11ページの最後の○からは2つ目のテーマ「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援の方向性」です。

13ページの2つ目の○です。介護人材確保は最大の課題であり、賃金の実態や経営実態のデータを踏まえつつ、近年の物価高や賃上げに対応し、全産業平均の動向も注視した上で、賃上げや処遇改善の取組を推進する必要があります。

3つ目の○です。地域において、サービス供給面でも精緻な人材推計を地域ごとに行い、人材確保対策を講じていく必要があります、制度的な議論を深める必要があります。

5つ目の○と14ページ、最初の○です。都道府県単位でプラットフォーム機能を充実し、関係機関間での情報共有や、地域の介護事業者や介護福祉士養成施設等のネットワーク化を図るなどの連携強化を進めるとともに、相談や研修体制の構築、事業者における雇用管理、人材確保等の取組支援の在り方を検討する必要があります。

16ページの1つ目から4つ目の○です。介護人材の定着に向けた取組も重要です。中核的な役割を担う介護職員のキャリアアップとともに、オンライン研修も含めた研修内容の拡充が求められます。ハラスメント対策を含め、働きやすい勤務環境づくりを進めていくことも重要です。

5つ目の○です。2040年に向けて、生産年齢人口の減少が進む中、前もってテクノロジー導入や業務の見直し、介護助手等への業務のタスクシフト／シェアを行うことが必要です。これにより生み出した時間を直接的な介護の業務に充てるほか、職員の残業削減や休暇取得、研修など職員への投資に充てることが介護サービスの質の向上にもつながります。

17ページの1つ目から3つ目の○です。国は、引き続きテクノロジーの導入支援や都道府県のワンストップ型相談窓口による支援を行っていくことが必要です。その上で、生産性向上とともに、併せて賃上げを実現していくためには、国による支援策の充実のほか、自治体、関係団体、事業者においても積極的な取組が重要です。

18ページの2つ目の○です。サービス類型に応じたテクノロジー導入を加速化していくとともに、今後、現場でAI技術をどのように組み込むかの検討が必要です。

3つ目の○です。デジタル中核人材の育成・配置を進めるとともに、それが難しい小規模事業所への支援として、都道府県のワンストップ型相談窓口等による関係者と連携した伴走支援や財政支援を充実していく必要があります。

19ページの5つ目の○です。職場環境改善のため、適切な雇用管理や生産性の向上を行うことが、職員の負担軽減による介護人材の確保・定着、ケアの質の確保、ひいては経営の安定化にもつながります。

20ページの1つ目の○です。経営支援や人材確保支援に対応するため、都道府県単位で、関係機関とのネットワーク構築や連携強化、地域の専門職との連携など、経営支援を行う体制を検討する必要があります。その際、都道府県のワンストップ型相談窓口や介護現場

革新会議等の協議会の機能強化を図り、事業者からの相談も含め、経営支援につなげていくという方策も考えられます。

3つ目の○です。介護事業所が地域に根差し、利用者のニーズに細やかに沿ったサービス提供を行っていくことは重要です。その上で、報酬の請求や記録・書類作成事務といったバックオフィスの業務など間接業務の効率化や、施設・設備の共同利用等を行うことで、2040年に向けて、安定的に事業の継続を図ることが必要です。

21ページの2つ目の○です。小規模事業者の安定的な事業継続のためには、まずは介護事業者間の協働化を進めていくことが有効です。その際、協働化や事業者の規模を拡大すること等によるメリットを十分に理解し、取り組んでいく必要があります。

また、3つ目の○のとおり、大規模化は、サービス維持の観点で有効な施策の一つであり、事業者間で進めていく必要があります。

22ページの1つ目の○です。事業者間の協働化の取組の一つとして、社会福祉連携推進法人を活用していくため、事務負担軽減や業務要件の緩和等により使いやすい仕組みとしていく必要があります。

22ページ目の2つ目の○からは3つ目のテーマ「地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアの方向性」についてです。

24ページの1つ目の○です。85歳以上の複合ニーズを抱える者や独居高齢者は、入院・治療後、すぐに在宅復帰することが難しいため、退院後の在宅復帰までの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要です。

在宅ケアの支え手が重要であり、医療・介護間で情報共有やコミュニケーション強化が必要です。

2つ目の○です。2040年に向けて、地域における医療・介護資源の状況が様々である中、医療と介護のネットワークを構築するためには、医療・介護資源の状況を地域ごとに見える化して分析し、さらには今後どのように取り組んでいくべきか、関係者間で議論していく必要があります。

3つ目の○です。地域医療構想等との接続の観点から、都道府県や市町村の担うべき役割の整理を行うとともに、地域において様々な場面や主体間で医療と介護が連携して対応していくことが必要であり、制度的な議論が必要です。

25ページの2つ目の○です。地域包括ケアシステムにおける介護予防の推進のためには、地域において介護予防・健康づくり・リハビリテーションや重度化防止に取り組むとともに、高齢者が地域支援の担い手として主体的に参加することが重要です。

3つ目の○から26ページにかけて、要介護認定率の減少に効果的な施策を展開するための検証や総合事業の推進方策についてのさらなる検討、インセンティブ交付金による介護予防・健康づくりの強化・促進、通いの場の発展・拡充等について記載しております。

27ページの4つ目の○です。令和6年度補正予算で、中山間・人口減少地域等において、介護予防支援と地域のささえあい拠点におけるモデル事業の実施を行います。このような

地域共生社会を実現するための拠点の在り方について検討する必要があります。

29ページの1つ目から3つ目の○です。2040年に向けて、認知症高齢者が増加する中、特に独居の認知症高齢者を取り巻く課題は、医療・介護のみならず、生活支援や権利擁護・意思決定、地域のインフォーマルサービスなど多岐にわたり、地域の特性に応じた統合的なサービスを行っていくことが必要です。

最後の「おわりに」のところです。

29ページの最後の○で、中間とりまとめの内容については、介護保険部会をはじめ関係審議会等で議論の上、所要の制度改正を行うべきとしています。

資料1－2の説明は以上でして、資料1－3は中間とりまとめの概要ですので、適宜御覧いただければと思います。冒頭で御説明いたしましたが、この中間とりまとめについては、次回以降の本部会において、改めてテーマごとに具体的な御議論をいただく予定ですので、本日は総論的に御議論いただければと思います。

説明は以上となります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

本検討会の座長は野口部会長代理が務められておりますので、ここで野口部会長代理からも御発言をお願いできればと思います。

○野口部会長代理 菊池部会長、どうもありがとうございます。

まずは、この場をお借りして、大変お忙しい中、本検討会に御参画いただいた構成員の皆様、ヒアリングに応じてくださった皆様、そして多岐にわたる複雑な論点を中間とりまとめとしておまとめいただいた厚労省の御担当者の皆様に厚く御礼申し上げます。

本検討会は、今年の1月9日に第1回検討会が開催されまして、4月10日の中間とりまとめに至る全6回の会議を通じて、今、御説明がありましたように、地域の人口動態を背景にした医療と介護に対する重要な変移を明らかにした上で、医療と介護の連携を中軸に据えたサービス提供体制の構築や支援体制の方向性について議論してまいりました。

私から、本検討会での議論について、以下3点、情報共有を皆様にさせていただきたいと思います。

まず、第1点については、ヒアリングでは、学識経験者の方から、NDBあるいは介護DB等の悉皆情報に基づいて、中山間・人口減少地域と大都市部における疾病構造、診療内容、介護サービス等々の客観的な、かつ科学的な分析結果が報告されました。とともに、現場の方からは、各構成員が携わっていらっしゃる現場における個別具体的なケースについての御説明がありました。こうしたことで、議論を開始するに当たって、構成員間での定量的あるいは定性的な両面からの情報共有ができたということがあります。

2番目は、当初、介護人材確保・定着及びテクノロジー活用等による生産性向上という論点と、雇用管理・職場環境改善等、経営の支援という論点と、別建てで議論していたのですが、ヒアリングや構成員の皆様の議論の流れの中で、これらが密接に互いに関連し合っているということが明らかになりました。例えば、介護人材確保・定着に係る課

題というのは職場の環境改善が大前提となりますし、職場の環境改善のためにはテクノロジーの導入あるいは雇用管理が必須で、そのためには各事業者間での経営改革のみならず、使用者間、とりわけ小規模な事業者間での協働促進、そのための支援というのが重要な鍵になってきます。結果、この論点については、統合して一体的な方向性を打ち出すことになりました。

とりわけ、非常に皆さん活発に闊達に御議論いただいたのがロボット・AI等のテクノロジーの活用についてでして、今後、現場での実証実験等々により、職場環境の改善、生産性の向上あるいはサービス提供の効率化に、こうしたロボットとかAIとかがどのように結びついたのか、あるいはどのような効果があったのかについて、慎重に確認しながら、モニタリングしながら進めていくことが必要であるという御議論でした。

最後に、検討会では、地域包括ケアをさらに深化させて持続可能性を確保するために、高知県や大分県などから具体的な自治体での取組も紹介され、今後、地域資源がさらに枯渇するであろう中山間地域、そしてサービス需要が激増する大都市部等、各地域の属性。さらには、個々の住民の方の属性に応じた対応策をどのようにしていくかについて、サービスの量的な需給だけではなくて、質的な面からもモニタリングする仕組みを構築する必要があるということが確認されました。

まとめとしては、深刻化する少子高齢化、生産年齢の激減、こうした人口動態を考えますと、社会保障財政に今後ますます緊縮化が求められます。そうした中で、質的にも量的にも、現行の医療・介護に係る持続可能な制度設計を目指して、今回、こうした検討会の皆様から出された方向性を制度として具体的にどのように落とし込んでいくかについては、菊池部会長をはじめ、本部会の委員の先生方の御議論に委ねさせていただきたいと存じます。御審議のほど、どうかよろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。おまとめ、大変御苦労さまでございました。

それでは、ここから各委員の皆様から、事務局の説明、野口先生からお話いただきましたが、御発言をお願いいたします。会場の方は挙手、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使っていただきます。私の指名より発言を開始してください。なお、先ほど事務局から御説明いただいたとおり、この中間とりまとめに関しては、次回以降はテーマごとに分けて改めて御議論いただく機会を設ける予定です。本日はそのキックオフといえますか、中間とりまとめ全体について御議論いただきたいと思いますと思いますが、時間が限られておりますので、大変申し訳ございませんが、御発言については3分以内でおまとめいただきますと幸いです。どうぞ御協力のほど、よろしくお願いいたします。

それでは、まず会場からいかがでしょうか。

栗田委員からお願いします。

○栗田委員 私からは、25ページ以降の介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援

総合事業のことで少し意見を述べさせていただきたいと思います。このように一体的に実施するのは非常に意味のあることだと思うのですが、介護予防と健康づくり、日常生活支援は、そのアウトカムが同じではないということに注意する必要があるのではないかと思います。非常に単純化して言えば、介護予防のアウトカムは要介護認定率を抑制していくことでありますし、日常生活支援のアウトカムというのは、障害の有無にかかわらず尊厳ある地域生活が継続できるようにしていくということでございますが、現状において、日常生活支援に関するアウトカムを意識して生活支援体制整備を進めている自治体は極めて少ないだろうということでございます。

26ページ目の3つ目の○に、成果を上げている自治体がより適切に評価されるようにしていく観点から、指標の精査を行うとともに、第10期に向けた介護予防・健康づくりの強化・促進に向けて、当該交付金制度を含め、枠組みの整理・強化を図っていくべきであると記されていますが、ここにも日常生活支援の強化・促進という文言が入っていないということがございます。こうしたことが日常生活支援の取組を遅れさせている1つの要因になっているのではないかと思います。

このことは、次の認知症ケアに関する、29ページ目の2つ目の○と3つ目の○にもつながることございまして、ここには独居の認知症高齢者等が尊厳ある地域生活を継続するために、医療・介護のみならず、生活支援や権利擁護・意思決定支援、住まい支援、地域のインフォーマルサービスなど多岐にわたることに加えて、こうした様々な課題に対応できる地域の資源が不足している。このために必要な支援にたどり着けないということ。そのような意味で、社会的孤立がMCIの段階から始まっているということが書かれているわけでございます。こうした問題は、以前にこの部会でも何人かの委員が指摘されておりますが、独居認知症高齢者だけではなくて、夫婦のみの認知症高齢者の世帯においても同じようなことが生じているということでございます。

あともう一点だけ短めに言いますが、2の人口減少・サービス需給の変化に応じたサービス提供体制の構築に関しましては、地域を3つに類型化して説明しておりますが、中山間地域についても大変きめ細かい説明がなされているのですが、これは今後の課題だと思いますが、中山間地域はなかなか1つにまとめるにくいところがございます。例えば、私はずっと離島の支援をしていますが、人口規模が数百人程度の離島の支援というのは、これはまた特別な意味がございまして、サービス利用者が少なくなったとしても介護サービスが持続できるような制度設計が必要でございます。具体的には、総合事業等々と一体的に事業ができるような形をつくるなどして工夫してやっているところもございますので、そういったことが可能な形を今後検討していく必要があるのではないかとございまして。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

山際委員、どうぞ。

○山際委員　ありがとうございます。民間介護推進委員会の山際です。

2040年の中間まとめについては、サービス需要の変化に応じた提供体制の構築、3分類して検討するという。それから、人材確保、生産性の向上、そして経営支援の在り方についてお示しいただいたということについては、非常に重要な内容だと受け止めています。今後、検討会及びこの部会でさらに検討を進めるに当たり、4点意見を申し上げたいと思います。

1点目ですが、これまで2020年－25年を目途にして地域包括ケアシステムの構築ということで進めてきたわけですが、一旦振り返りが必要だろうというふうに考えております。2040年に向けた長期的な方向性を示す上で、この点は外せないだろうと思っております。振り返りを重点に絞り込むという形でいいだろうと思っております。住み慣れた地域で医療・介護、住まい、生活支援、予防などの一体的な体制づくりを目指してきたわけで、これらについて確実に前進してきた面と課題として残っている面、このことを明確化する必要があるだろうと思っております。

住み慣れた地域と言った場合に、日常生活圏域についてどういうふうに考えるのかということ。それから、介護サービスについては、認知症・独居高齢者などの増加を踏まえて、24時間365日型の包括報酬・包括ケアサービス、こうしたものが打ち出されたわけですが、この普及がどうだったのか。そして、一体的な体制づくり。家族の介護力が低下する中で、地域での支え合いの体制づくり、医療介護連携、こうしたものがどうだったのか。これらのことを概括的に振り返る必要があるだろうと思っております。

2点目ですが、日常生活圏域と特に中山間地域ですが、中山間地域ではおおむね30分程度という日常生活圏域が行政区と一体だったりするような非常に厳しい状況があるということで、その中でインフォーマルサービスとか支え合い活動とか、そうしたサービスとの連携が欠かせない。その上で、規制の緩和、基準の緩和も必要だということですが、中山間地域では看護師などの有資格者の確保がなかなかできないということもあって、この基準の弾力化等々について、必要であるのですが、質の確保と人材確保という大きな課題の観点から見て、こうしたことが民間事業者の努力のみではなかなか難しいだろうと思っておりますし、また自治体任せでは難しいだろうと思っておりますので、ぜひ国がバックアップして大きな方向性を示す必要があるだろうと思っております。

3点目です。簡潔に申し上げます。包括報酬・包括ケアの24時間365日型のサービス。具体的には、定期巡回とか看護小規模多機能、十分に普及が進んでいないという実態があります。これらは、利用者にとっても、自治体にとっても、また事業者にとっても非常に有効なサービスになっていますので、本格的にこれらの推進を図るという手立てを図っていく必要があるだろうと思っております。

4点目、最後です。テクノロジーの導入と介護の質についてですが、テクノロジーの導入自身が目的ではありませんので、現状の業務の棚卸しをきちんとやって優先順位を決めていく。また、様々な障害を生み出している縛りであるとかローカルルールなどを解消し

ていく中で、これらのテクノロジーの導入を進める。また、この中で介護の質をどう高めていくのかという観点は、きちんと論議していく必要があるだろうと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林(広)委員　ありがとうございます。日本介護支援専門員協会の小林でございます。

私のほうからは、中間とりまとめの2、3、4、それぞれについて1つずつ意見を述べさせていただきますと思います。

まず、人口減少・サービス需要の変化につきましては、介護は高齢者の問題だけでなく、障害・子供など様々な主体があり、限りある介護人材を有効に活用できるようにしていくためには、行政の担当分野の枠を越えて連携し、地域共生社会を推進していくことが重要です。中山間・人口減少している地域においては、今後の時間軸を踏まえたサービス提供の在り方を検討する際に参考となるような取組や課題が既に顕在化しているところもあると思われますので、それらの実態を把握するとともに、参考となる取組を紹介するなど、それぞれの地域の実態に合わせた事業計画を立案できるように進めていく必要があると考えます。

3番目の介護人材につきましては、ここに記載されておりますサービス提供体制の在り方における介護人材は、直接援助に関わる職種のことを示しており、ここには介護支援専門員は含まれておりません。しかしながら、介護支援専門員は5年間の直接援助職等の経験を経てから従事する職種であるために、資格を持っても人材不足の事業所からの異動が難しいこともあり、居宅介護支援事業所においても施設においても、介護支援専門員の人材不足は喫緊の課題です。また、近年、介護サービス事業所の急な閉鎖や倒産などにより、サービス調整に迫られることも多くなっている現状もあることから、地域軸や時間軸を踏まえた検討により、介護サービスや介護保険制度が持続可能なものとなるような仕組みづくりが必要と考えます。

4番目の地域包括ケアの体制確保に向けましては、今後、さらに地域包括支援センターが重要な役割を果たしていくこととなります。地域軸・時間軸を踏まえ、障害・子供等を含む多機関・多職種と連携しながら地域づくりを進めていくためには、現在、地域包括支援センターの業務として行っている介護予防支援、介護予防マネジメントの在り方についても、長期的な視野を持って見直すことが必要ではないかと思います。

私のほうからは以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

及川委員、どうぞ。

○及川委員　ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。

中間とりまとめ、本当にありがとうございました。そして、今後、論点に沿った意見交換の機会があるとのことですので、ここでは全体としての意見を申し上げたいと思います。

全体を通して、特に介護人材の確保のところでございますが、多くの介護人材を確保する方策や介護福祉士に求めるマネジメント機能の拡大については書かれていますけれども、多様なニーズを抱える方々に適切に介護を提供する介護専門職員を育成・確保していくことの必要性についても記載いただきましたかったという思いからの意見でございます。

例えば、介護福祉を代表する介護職員は、新型コロナウイルス感染症が蔓延する中で、施設・事業者の介護福祉士等が、介護現場の最前線で感染予防をしながら、世界のどこよりも低い死亡率という実績をもって、高齢者等の生活、暮らしを支え続けました。

また、介護福祉士会としましては、能登半島地震の1.5次避難所において、要介護者を対象とした介護ブースにおいて介護を提供させていただきました。そこでは、避難所に送られてきた方々に対し、心身状況の把握をしながら、その場で対応できる最前の介護を提供し続けました。私自身もこの役割を担いましたが、大きな心身機能の低下もせず二次避難所にお送りできたのは、極めて高い介護の実践力を備えた仲間が集まってきたからだと考えております。つまり、介護現場は介護実践力のある介護人材がいてこそ成立するということでございます。

他方で、実践力を備えた介護福祉士には、多様な介護人材への指導・育成の役割、介護チームでよりよいケアをコーディネートする役割。また、適切なテクノロジーを活用し、業務改善をリードする役割などが求められております。ただ、これらの役割や機能は、十分な介護の実践力を備えた人材でなければ適切に担い切れるものではありません。だからこそ、介護福祉の専門職として倫理を備え、専門的な介護実践力を備えた介護福祉士の確保、人材を育成する方策が重要だと言えます。そして、そういった介護福祉士等が適切に評価されることが介護職の魅力の向上につながり、人材確保につながるのではないかと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様からお願いします。

幸本委員、お願いします。

○幸本委員　ありがとうございます。商工会議所の幸本でございます。

御説明ありがとうございました。中間とりまとめにおいては、介護保険制度の持続可能性の確保、さらには地方創生の実現に向けて、様々な論点を幅広く網羅していただきました。座長の野口部会長代理をはじめとした御関係の皆様には感謝申し上げます。

中山間部と大都市部では需要も事業環境も異なりますので、地域差に応じた整理は理にかなっています。中小事業者の多い介護サービス事業者に対する人材確保やテクノロジー活用、経営改善等への支援。また、不可分の関係にある医療と介護の連携など、いずれも重要な課題であり、検討を深めていただきたいと思います。

同時に、議論を現実に落とし込んでいくためには、事業の効率化を徹底するとともに、国民各層の理解と納得を得て、応能負担の強化、利用者負担の範囲の見直し、金融資産の

勘案など、改革工程で示された負担の在り方に関する課題についても早期に結論を出す必要がございます。介護保険事業は、利用者の負担が一部にとどまり、事業者の報酬も公定価格であるため、競争による効率化が起こりにくい構造です。また、採算の取れない状況があったとしても、サービス提供は維持しなければなりません。そのため、経営状況の見える化を徹底し、給付されるサービスと公費を含む負担との関係について、利用者を含め、誰もが理解し、納得できるよう議論を進めていただきたいと思います。

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。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。日本介護クラフトユニオンの染川でございます。

まずは、2040年に向けたサービス提供体制等の在り方についての検討会、構成員の皆様には敬意を表します。様々な対策を重層的に講じていくことは大変重要なことであり、必要と考えられる措置を確実に実行に結びつけていくことが求められると考えております。

そのような中で、前回も申し上げましたが、地域包括ケアシステムの構築の節目としてきた2025年現在の状況を評価・検証していくことが必要であり、2040年に向けての在り方を検討する上でも欠かせないと思います。厚生労働省では、介護老人福祉施設の入所待機者については実態把握していますが、いまだに全国的には25万人を超える方々が希望しても入所できない状態です。

また、在宅サービスについては、基本報酬の引下げにより事業者の倒産が増加しているほか、訪問介護員の不足により必要なサービスを提供できないケースが増えているにもかかわらず、その実態を正確に把握できていません。2040年は、現在、2025年の先にあるわけですから、現状を正確に把握せずして重点的に行うべき施策を見出すことは困難です。

そこで、私どもNCCUでは、訪問介護に関するサービス需給の実態と、人材不足が及ぼしている影響を調査するために、先週月曜日から組合員向け緊急アンケートを実施しています。対象は居宅介護支援事業所のケアマネジャーと訪問介護事業所の管理者としており、先週水曜までの3日間の途中集計ではありますが、既にケアマネジャー386人、訪問介護事業所の管理者488人、計874人から回答が寄せられています。その中でケアマネジャーからは、昨年の報酬改定以降で、訪問介護事業所の人手不足により、必要とされるケアプランが組めないことがあったとする回答が66.8%もあり、時間や曜日変更、回数を減らすことで対応していますが、対応できずに家族に介護してもらっているケースが42.6%、何も対応できなかったケースが19.8%もあります。

訪問介護事業所では、訪問介護員の不足により、サービス提供を断ったことがある事業所が88.9%もあります。また、訪問介護事業所で前年に比べて減収になった事業所は54.1%。減収の一番の要因は、訪問介護員の不足により、依頼があっても受けることができなかったためが最も多く、72.7%となっています。厚生労働省でもこういった現場の実態をしっかり把握していくことが必要ではないでしょうか。

このアンケートについては、締切りが本日ですから、最終集計結果が判明するのは明日以降になりますが、この調査で浮かび上がってきた必要なサービスを受けられない実態があることは、受益者もしくは受益者となり得る者が保険料を負担している介護保険制度の根幹を揺るがす事態であり、危機感をもって事態解消に向けて取り組んでいくべきだと思います。まずは、国として地域包括ケアシステムの評価検証をしていただくべきだということを重ねて申し上げて、意見といたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員　ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の山田でございます。よろしく願いいたします。

2040年に向けたサービス提供体制等のあり方検討会による30ページにわたる中間とりまとめにつきましては、どの内容も非常に重要でありまして、様々な関係者と御議論の上で成案を示していくべきものと認識しております。しかし、中には1年と待てない課題もありまして、今後、介護保険部会で検討するに当たっては、本部会の守備範囲を明確にさせていただき、緊急性の高い論点を効率的に検討していただきたいと考えております。

全国老協としましては、本部会、介護給付費分科会、福祉部会のどの部会が担当になるかは別にいたしまして、大きく3つ、緊急性の高い論点があると考えております。

1つ目、最も重要な課題として介護人材確保です。足元の介護人材流出を食い止めるための賃上げや処遇改善につきましては、期中であっても待ったなしに取り組むべき課題です。また、制度的に急ぐものは、タスクシフトやタスクシェアなど、どのように具体的に設計するか。さらに、中長期的には、将来を見据えて介護人材を養成する仕組みをどのように設計していくかが課題なのではないかと考えております。

2つ目は、特に中山間・人口減少地域の介護を支える法人への支援です。複数の事業所における人材のシェア、地域におけるタスクシフトやタスクシェア等による業務効率化、配置基準等の弾力化、具体的には、常勤・専従要件を緩和して、オンラインやオンコールを中心とする関与を認めるなどの早急な議論が必要でございます。また、施設等の整備については、現在ある施設を、需要の変化に応じて他の機能を持つ施設に柔軟に用途変更していくための具体的な範囲や条件を定める議論、ICTやテクノロジーについては、効果的な導入支援策などが考えられます。

3つ目、医療と介護の連携でございます。令和6年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定が行われ、3年の経過措置の上で義務化されます。特養や養護老人ホームが特に連携体制構築ができていないとする調査結果が示されましたけれども、中間とりまとめでは、「協力医療機関について、二次医療圏まで広げて、医療・介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。連携が

進んでいない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整するなど、検討することが重要である」とされていますが、マッチングが進むことが期待される具体的な支援策だと思っております。ぜひ早急に推進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。

井上委員、お願いします。

○井上委員　ありがとうございます。

今回のこの中間とりまとめ、非常に広範囲で課題が包括的に網羅された内容で、非常に高く評価しております。関係者の皆様に感謝申し上げたいと思います。

ここで記載のとおり、まず、地域によってスピード感、内容が違ってくるということがこれから一番難しい課題かと思えます。先日、介護給付費分科会でも調査研究事業「地域の実情や事業所規模等を踏まえた持続的なサービス提供のあり方に関する調査研究」の結果について報告があったのですが、その中を見ると、都市部においても既に需要が不足している例も見られるということで、対応を検討する際には、さらに精緻な自治体ごとの内容を明確にしていくことが重要ではないかと思いました。

もう一つ、ICTとかAI、テクノロジーの活用が不可欠になってくるとは思いますが、これは国のインフラという形で、全国規模で整備していくということでない、個別にやっていくということでは非常にコストもかかりますし、進まないということもありますので、これは国全体で進めるべきではないかなと思います。

私ども経団連で先般、「FUTURE DESIGN 2040」というものを公表したのですが、2040年は遠いようで、すぐ来るという時代だと思います。今から準備しても2040年までに間に合うかどうかというぐらいの時間のスケールだと思います。介護保険制度のみならず、介護保険制度の周りにも非常に大きく影響し、例えば、社会保障全体にも影響しますし、当然財政の問題にも絡みますし、地域の活性化の問題にも絡みますし、御指摘あったように教育とか人材提供などにも影響します。さらには生産年齢人口が減少していく中で、介護人材をどのぐらい日本の中で育成していくのか、あるいはほかの産業とのバランスを考えてどうなのかとか、いろいろな観点で検討していかなければならないということなので、ぜひこの介護保険部会におきましても、これから2040年での持続可能な制度というのはどういうものなのかということを、早急に今回の中間とりまとめを基礎に検討を進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員　ありがとうございます。

私のほうから3点申し上げたいと思います。

まず、資料1－2の2番目、『人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制の方向性』というところで、中山間・人口減少地域と大都市部、その他というふうに分けられております。そのうち、特に中山間・人口減少地域の中で、もちろん人口が減っているといった社会状況の中で、特に人材確保が難しいという課題に関して、「常勤や専従要員の人員配置について弾力化する」と記されております。そして、例えば「訪問介護や通所介護の配置基準についても弾力化して、相互において人材を行き来できるような柔軟化を図る」となっております。特に、この弾力化・柔軟化という文言がたくさん使われているのが気になりました。

もちろん、その中で、7ページにあります、「配置基準を弾力化する場合のサービスの質の確保。そして、弾力化で配置減となる場合には、職員の負担の増加や、それに伴う従事者の確保の困難性にも留意した上で、十分な検討をしていく」というふうに書いてあります。ただし、留意して検討していただく中で、どうしてもこれ以上の削減はできないという限界点があると思います。現場の声を十分に反映した上で、そこはしっかり死守していただきたいと思っております。

一方で、大都市につきましては、ICTとかAI技術の導入であったり、ICT等の活用による24時間対応が実現できるようにという文言が多く出ております。ただし、そもそもですが、ICTとかAIなどの積極的な導入は、目的としては人員削減ではなく、業務における無理や無駄を減らしての効率化をしていき、ケアの質を向上させることのはずです。この点を、あえてもう一度再確認しておかなければいけないのではないかと感じております。

次に、資料1－2の22ページですが、『地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケア』についてです。特に（3）の「介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業」の部分について、総合事業のことが書かれております。総合事業の実績として、資料の中にもありましたけれども、例えばC型による効果が上がっているという報告があります。私も実際に自治体の担当者などから、総合事業に関する実績などについてお聞きしていますが、この短期集中の予防サービスであるC型は、様々に効果をあげているように感じております。しかし、一方で、B型についてはなかなか進展しておらず、停滞しているというのが実情であると感じております。

このB型ですが、いわゆる住民主体型の介護予防・日常生活支援総合事業については、さらに複雑な状況になっていると思います。つまり、現在では介護保険法のみならず、社会福祉法の中で包括的支援体制事業あるいは重層的支援体制整備事業というのがあって、それらの事業内容と重複する部分が少なからずあるからです。人口減少の中山間地域の事例の中で、高知県や鳥取県の事例が出ておりましたけれども、ここには「地域共生社会づくり」という文言が出てきております。社会福祉法の中で言われている「地域共生社会づくり」の事業内容と、介護保険の中における介護予防・日常生活支援総合事業の事業内容に関して、どのように擦り合わせ、また棲み分けていくのか。ここは非常に重要なところではないかと思えます。

こうした事業を実践していく自治体においても、この辺のところは非常に難しくて、困っていらっしゃるのではないかと想像しております。ここはきちんと整理して、棲み分けていく部分について分けて、あるいは重なるところは、相互に連携しながら総合的な対応の方法を生み出していく。これをきちんとやっていく必要があるのではないかなと感じております。

最後、もう一回戻りますが、『人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制の方向性』の中の10ページ目、支援体制の構築の共通事項のところ、11ページにあります文言が非常に重要と考えます。つまり、「介護というのは、地域密着の産業であり、雇用創出力もあることから、地域の高齢者のみならず、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要な地方のインフラである」という部分です。この点については、より強調していく必要があるのではないかなと感じております。地域づくり、まちづくりという、先ほどの地域共生社会づくりというのも重複しますが、この中でいかに今後、それを見据えていくかという方向性について、しっかり議論と政策の方向性というのを示していただければなと希望しております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

新田参考人、お願いします。

○新田参考人　ありがとうございます。本日は、大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

今回の中間とりまとめにおきましては、将来の人口減少やサービス需要の変化に応じた体制構築を図ることの必要性が示されております。本県においては、中山間・人口減少地域に該当する市町村も多く、担い手不足が深刻となっており、貴重な医療・介護資源を維持していくため、地域のデータを分析しながら実情に応じた取組を進めているところであり、今回示された考え方は大変重要な点であると考えております。

例えば、本県では、在宅医療の充実に向けては、国から提供された医療計画に関するデータを活用して、地域ごとに診療所の医師の年齢階層、訪問診療の実績、施設や自宅における看取りの実績などを資料として取りまとめたところであり、他の市町村との比較により課題を見つけることで、優先度の高い施策の検討が可能となりました。こうした経験を踏まえ、地域の实情に基づいた効果的な施策の推進に当たっては、中間とりまとめでも指摘されておりますとおり、地域ごとのデータや成果の分析が重要であり、人材資源の確保に向けた地域の見える化、介護予防の取組の成果の分析、認知症高齢者に対するインフォーマルなサービスの効果検証等を国においても積極的に進め、地方自治体がそれらを有効活用することで効果の高い施策につなげることが可能になると考えております。

また、中山間・人口減少地域においては、施設整備について、建築資材などの物価高騰の影響によって、市町村が公募しても参入する事業者がおらず、計画的な整備が困難となっております。また、サービスを始めても、安定的な経営に必要な利用者の確保や介護人

材の確保ができず、廃止や休止に追い込まれている事業者もございます。今後、さらに環境が厳しくなることが見込まれており、事業の大規模化、協働化の推進に当たっては、例えば、都市部で一定の収益を上げている事業者が中山間・人口減少地域のサービスをカバーするような仕組みを導入するなど、中山間・人口減少地域のサービス維持を図ることが重要と考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

山本委員、お願いします。

○山本委員　看護協会　山本でございます。

中間とりまとめ、ありがとうございます。私どもからは3点意見を申し上げます。

まず、6ページに記載がありますように、中山間・人口減少地域などにおいて、地域住民が住み慣れた場で望む暮らしを続けるためには、生活者としての複合ニーズに対応することのできる包括的な支援拠点の設置が特に重要な課題です。野口委員の御発言にもありましたが、限られた地域資源の効率的な活用が求められます。看護小規模多機能居宅介護、通称看多機ですけれども、訪問、通い、泊まりの複数の機能を有しておりまして、医療依存度及び介護ニーズが高くなっている方々に対しても、複合的なニーズを満たすサービスを提供し続けることが可能です。地域特性、事業所特性を踏まえ、看多機を推進するとともに、看多機が利用しやすい仕組みづくりを進めていただきたいと考えます。

2点目です。5ページ目には、高知県の「あったかふれあいセンター」創設の例が示されておりますが、既に存在する地域資源を拡張し、相談機能をはじめとした分野横断的な拠点として活用・拡大することも検討できると考えております。一定以上の規模の訪問看護事業所や看多機などは、障害者や小児も含め、全世代へのサービス提供を通して、地域との関わりを含め、医療・介護双方に関する相談が可能です。機能を拡大し、地域に一層開かれた取組を推進するような仕組みを検討していただきたいと考えます。

最後です。12ページには、介護人材確保などについて示されておりますけれども、令和6年介護報酬改定時に介護職員等処遇改善加算の見直しが行われまして、一定の処遇改善効果があったものの、全産業と比較すると伸び方は低調でありまして、訪問看護事業所などは処遇改善に関する加算の対象外といった課題が残っております。全ての職種・事業所に効果が行き渡るような対応が必要と考えます。

また、就業環境の改善に向けて、適切な勤務管理、教育体制の充実など、総合的な取組が重要であると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

2040年に向けた中間とりまとめを示していただき、ありがとうございます。介護のサー

ビス提供体制に関する方向性や考え方につきまして異論はございませんが、全体を通して感想と意見を幾つか申し上げたいと思います。

中間とりまとめで、3つの地域に分類して、サービス提供体制や支援体制を構築していくということは極めて重要だと考えています。その中で、中山間・人口減少地域につきましては、柔軟な対応として配置基準等の弾力化やインセンティブの付与、あるいは包括的な評価の仕組みを設けることなどが示されています。地域の実情も踏まえながら慎重に検討を進めていただきたいと思います。

また、これだけにとどまらず、他のサービスも含め、広域化や組合せなどサービス提供の在り方、あるいは地域のインフラ整備等の観点から、幅広く議論を進めていただきたいと思います。

また、介護人材確保と職場環境改善、生産性向上、経営支援の方向性といったものが示されています。介護分野におけるテクノロジーの導入は極めて重要な課題であり、業務負担の軽減、あるいは職場環境の改善、効率化を図っていくためにも、国あるいは都道府県による支援をさらに強化・充実していただきたいと思います。

そして、中間とりまとめにもありますが、生産年齢人口の減少が加速していく中で、高齢者人口がピークを迎えていく2040年を見据えて、地域ごとのサービス需要の変化等に対応して介護サービスをどういうふうに維持・確保していくのか。あるいは、サービス提供体制、支援体制をどう構築していくのかということは非常に重要な課題だと思っています。その一方で、今までも申し上げてきたことですが、介護サービスを支えている負担という観点も忘れてはならないと考えています。介護給付費が増大していく中で、介護保険制度の安定性・持続性を確保していくためには、制度を支えています現役世代の負担軽減をいかに図っていくかということに重点を置いた見直しも不可欠だと感じています。

制度改正に向けた議論の今後のスケジュール案が示されていますが、制度の持続性の確保に向けて、公費も含めた財源問題、より踏み込んだ給付と負担の見直しについても確実に検討いただいて実施いただければと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員　ありがとうございます。

とりまとめ、どうもありがとうございました。高齢者数がピークを迎える2040年に向けて取り巻く環境が変化していく中で、必要な介護サービスを確保していくために議論を進めることは、非常に重要かつ必要なことだと認識しております。報告いただいた検討会では、地域の特徴に応じた提供体制の在り方や介護人材の確保、事業者の経営支援、生産性向上、医療との連携など、様々な切り口から議論を行っていただいたと認識しております。今後、介護保険部会でも議論を進めていくとのことですが、2040年は高齢者数がピークを迎える一方、現役世代の生産年齢人口の減少が急速に進んでいくことが見込まれておりま

す。

そうした中、今でさえ現役世代の保険料負担が限界を迎えている中、2040年を見据え、質を維持した上でより効率的な提供体制を構築していくとともに、限られた財源で効果的な支援を行っていくことが重要と考えております。そうした観点から、自治体が地域の実情に応じた適切な提供体制を構築できるよう環境を整えていくとともに、事業所の多機能化や大規模化、事業所間や他分野との連携を進めていく方向で議論を進めていくことになるかと考えております。財源や人材の確保には限界があることを念頭に、今後の議論を進めていきたいと考えております。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございました。

大西委員、お願いします。

○大西委員 ありがとうございます。高松市長の大西でございます。

検討会に当たりまして、多岐にわたる論点について中間とりまとめをいただきましたこと、厚く御礼申し上げたいと思います。関係者の御尽力に敬意を表したいと思います。

私のほうから、この点で2点、意見を言わせていただきたいと思います。

まず1点目が、市町村事業におけるサービスの提供についてでございます。資料の8ページに位置づけられておりますけれども、人口減少地域におけるサービスの維持・確保のための対応として、市町村事業におけるサービス提供の検討をするに当たりまして、人口減少地域における市町村の実情を十分に踏まえまして、実現可能なサービス提供体制につながるようにしていただきたいというものでございます。

御承知のとおり、全国の市町村の半分以上は既に高齢者人口が減少局面に入っていると言われておりまして、そのような状況下にあります中山間地域などにおきましてはサービス需要が減少し、それに伴い、サービスを担う事業者も減少していくことが想定されております。このために、この中間とりまとめにおきまして、8ページのところで、市町村自らが行う直接的な事業として実施する枠組みの検討も1つの方向性として考えられるとされているところでございます。近隣の住民の状況・状態に応じて柔軟に対応したり、近接した地域でサービスを受けることを可能としていく必要があるということも記されているところでございます。

しかしながら、サービスを提供していくためには、今後様々な工夫を凝らしながらやっていくわけでございますけれども、結局、行き着くところは人材の確保といったことが大きな問題で、課題であることには変わりがないということでございます。それは民間事業者であろうが、市町村であろうが、同様であると思っております。市町村だからすぐにうまくいくというわけではないということでございます。したがって、人口減少地域における中心市町と周辺市町の実情などを中心といたしまして、それらを十分に踏まえ、人材確保策などについて実現可能なサービス提供体制となるように、御検討を行っていただきたいと思っております。

それから、もう一点、配置基準の弾力化についてでございます。中山間・人口減少地域におきまして配置基準の弾力化が検討されておりますけれども、配置基準を緩和した場合には、特に移動に係る負担が大きい中山間地域における訪問介護におきまして、職員一人一人の負担がますます過重になることが予想されておまして、人材確保が一層難しくなることが懸念されております。したがって、弾力化に当たりましては、報酬等も含めた総合的な検討をこの際、行っていただきたいと思いますと思っております。

2040年までに、高齢者人口の減少に伴いましてサービス需要の減少が見込まれている中山間地域におきまして、地域の事業所が継続してサービスを提供できるよう、配置基準等を弾力化する方向については理解しておるところでございますけれども、中山間地域におきましては、散在するサービス利用者の居宅を移動しなくてはならないということございまして、職員1人当たりの負担がより重くなることによりまして、事業者がサービスの提供に必要な人材を確保できなくなることを懸念いたしております。したがって、弾力化を検討するに当たりましては、介護報酬本改定と併せて議論していただき、サービスの質を確保した上で、職員に過度な負担が生じることのないように総合的な検討を行っていただきたいと思いますと思っております。

若干オーバーいたしました。失礼しました。

○菊池部会長　ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員　ありがとうございます。日本慢性期医療協会の橋本でございます。

私から、まず3ページからの中山間地域・人口減少地域のことですが、3つの地域に分けるということはいいいことだと思います。しかし、分類方法の基準に注意して、実態に沿ったものにする必要があると思います。僻地手当や僻地と以前から言われていますが、実態にそぐわないところがあります。その辺りを注意していただきたいと思います。

それから、5ページに書かれています存続できるインセンティブ、6ページの配置基準の弾力化、そうした取組に対してのインセンティブ付与のところですが、イメージが湧かなくて、具体的にはどういったことがインセンティブになるのかをお伺いしたいと思います。

それから、配置基準の見直しですが、緩やかにすると、ただでさえ人が足りないところを、もっと少なくなってしまう。サービスの質が低下したり、スタッフの負担が大きくなることが懸念されます。人数を少なくする見直しということに関しても、注意が必要だと思います。

次に、8ページです。訪問系のサービス、現在評価を回数単位として問題が起こっていますが、包括的になると質が落ちる可能性があって、包括的にするときには、プラス、アウトカム、サービスをしたことによって、患者様や御家族にどのようにためになったかというアウトカムを同時に考える必要があると思います。

それから、11ページの介護人材確保はもちろんのことですが、この議論をする上で、紹

介会社・派遣会社というところからの人材紹介についての議論は外せないと思います。助かっているところもあるのですが、一方では、診療報酬・介護報酬から紹介会社に対する手数料が出ています。それが莫大な金額になっているところもあります。当協会ですべてと見ると、年間平均600万から800万です。多いところだと5000万くらいの人材紹介派遣料を支払っているという法人もありました。そういったところも考えてしていかなければいけない、何らかの対策が必要ではないかと思います。

以上です。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。

お問合せがあったと思います。お願いします。

○江口総務課長　総務課長です。

今、御質問がありました中間とりまとめ本文の6ページの下から2つ目の○のところの記載ですが、この中間とりまとめそのものについては、今回、介護保険部会に御報告申し上げて、これから具体的な議論をしていただくということです。まさにインセンティブについて、どのようなことが考えられるかというのはこれからの議論だと思っております。配置基準の弾力化というのを明示しておりますけれども、これ以外の具体的なインセンティブの在り方も含めて、今後御議論いただければと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ということでございます。

続きまして、岩城参考人、お願いします。

○岩城参考人　ありがとうございます。委員の小林に代わりまして発言申し上げます。

最初に、検討会の構成員の皆様におかれましては、活発な御議論と中間とりまとめをいただいたこと、感謝申し上げます。

本文の13ページに書かれておりますように、介護人材の確保は最大の課題であり、賃上げや処遇改善の取組の推進は大変重要と考えております。

また、23ページにありますように、在宅や介護施設における高齢者救急を支える包括的な機能を有する医療との連携など、介護サービスを利用しながら医療ニーズにも対応していくことが引き続き重要な課題と考えているところです。

その上で2点申し上げます。

まず1点目が、介護を担っていく人材を将来にわたり確保していくことは重要ですので、介護で働こうという人が集まり、離職せずに定着する職場づくりが必要でございます。ICTなど新技術の活用促進で、介護の質の向上とともに業務負担の軽減を図ることが必要と考えております。

ただし、その際、留意すべきこともあると考えており、安易に人員配置基準を緩和することで、逆に利用者や働いている人にしわ寄せが及んではないということ。また、新技術の導入・利用促進には、ある程度の大規模化・協働化も必要になると思いますが、それによるデメリットもあるということに留意する必要もあります。さらに、専門資格を

有する人材がその役割を十分に果たせるようにするためにも、要支援1などの軽度な支援においては、サービスの担い手を広く確保していく検討も必要ではないかと考えます。

2点目、11ページですが、障害者など様々な主体を含めて地域共生社会を推進していくことが重要と書かれております。このことについて賛同しますが、その上で、これから利用が増える地域とそうでない地域が出てくる流れがある中で、かつ全体としては介護ニーズの増加に対応できるようにしていくために、介護保険制度の在り方について議論を深めることが不可欠だと考えております。これからの人口構造を踏まえますと、人口減少、超少子高齢化が急速に進行する期間に限って、制度の中で公費の占める割合をどう考えるのかということは論点の1つだと考えております。

また、地域共生社会を目指していくからこそ、介護保険の受給者・被保険者の範囲を拡大して制度の普遍化を図ることについても、今後議論すべきと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

中島委員、お願いします。

○中島委員　全国町村会の中島です。

検討会中間とりまとめについて、2点意見を述べさせていただきます。

1点目ですが、資料1-2の8ページ、4つ目の○に、地域においてサービス主体を担う事業者が少ない場合は、市町村自らが行う直接的な事業として実施する枠組みの検討も一つの検討の方向性として考えられるとあります。地域のサービスの担い手不足に伴う方策は、早急に考えていかなければならない事項であります。事業の仕組みや財源のことも含めまして、地域の実情を踏まえながら慎重に御検討いただきたいと思います。

次に、2点目ですが、資料1-2の15ページにあります外国人介護人材についてであります。茨城県においても介護人材が不足しており、外国人介護人材の受入れに向けて動いているところですが、外国人人材は介護職だけでなく、労働力が足りていない様々な分野で求められているところであります。そのため、外国人人材はより賃金の高い職種や都市部での仕事に就いてしまうという課題があり、地域の介護人材は安定的に確保できないという現状があります。外国人介護人材が地域に定着できるような仕組みづくりが必要でありますので、御検討のほど、よろしくお願ひしたいと思ひます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

私、2040年検討会に参加させていただきまして、国レベルの様々なデータ、また地域の取組状況などを踏まえて議論が進められたことについて、私自身も非常に勉強になりましたし、練られたディスカッションができたと感じております。その中で、地域の多様化がかなりあるということで、国において類型化が示されておりますが、ここで各都道府県・

市町村は、自らのデータを分析しながら、今後、2040年、今のままではどのぐらいの介護給付費になるのか、そして、どういうところで効率化できるのかという準備を始めていかなければいけないと感じております。

この中で弾力化、柔軟な対応ということが何度も出てきておりますけれども、11ページにありますように、どのように弾力化したら、どのような結果が出るのかというのをきちんと見極めながら、適切な弾力化や柔軟な対応につながっていく必要があると思っています。

5ページにありますように、高知県において「あったかふれあいセンター」ですけれども、31市町村55拠点を県が準備しているということで、地域のニーズに合った包括的なセンターを拠点とした活動について御紹介がありました。このように、県がどんな事業が必要なのかということを先行的に考えて投資していくという考え方。また、大分県におきましては、ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチ。特に、都市部だとサービスがばらばらになりがちなので、そこをデータでつなげてきちんと見ていく、または事業間のつながりをしっかり行うというような取組が功を奏しているのではないかなと思いました。

ですので、このような事例も参考にしながら、ただ真似をするのではなくて、自分の自治体だったらどんなやり方があるのかということ、地域の関係者とともに、また介護の現場の状況も確認しながら検討を進めていく必要があると感じました。

それから、医療と介護の両方のニーズを持つ人たちが当然増えてくるわけですが、介護の側だけではなく、医療の側が介護の現場をもっと知ることが欠かせないのではないかなと思っています。疾病や医療介入結果がどのような介護の状況に影響を与えるのかを見極めること、医療・介護連携のために介護情報を医療サイドとしても利活用できること、さらには、例えば医学生や研修医がさらに介護現場について詳しく知り、医療と介護の連携についても考察することが進んでいくことによって相互理解が進み、医療・介護が一体的になって、よりよい地域づくりにもつながっていくのではないかなと感じています。

医療関係者と話し合う中で、介護のしくみや実態が十分熟知されていないような印象も受けておりますので、この辺りのことについても改善課題なのかなということを感じております。これからさらに具体的な議論が進んでいくことを期待しております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員　認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず、資料1－2の4ページに、中山間・人口減少地域、大都市部、一般市等と主に3つの地域に分類とあります。介護保険制度は介護保険料を払う7600万人以上の被保険者に対して、介護が必要になったときに平等に給付を提供する仕組みと理解してきました。東京都と埼玉県を除く自治体が人口減少に向かっていることは理解できますが、サービス需

要の変化というのが分かりませんので、御説明をお願いいたします。

10ページには、どのような基準で区別すべきかとあり、3類型に地域分類することがもう決まっているかのようにですが、今後は地域分類を前提に議論するのでしょうか、確認させていただきたいと思います。時間軸のほうはどうなったのかというところです。

中山間・人口減少地域では、少ない人材で訪問と通所をやり繰りして提供し、大都市部では、デジタル活用をメインにし、緊急時や利用者のニーズがある場合には訪問と通所を組み合わせると提案されています。その内容は2024年度の介護保険制度改正で新たに出された複合型サービスで、検証データがなく、廃案になったと理解しています。通所介護と訪問介護でニーズが重なる時間帯が多くあります。朝の身支度、送り出しは送迎の時間帯ですし、入浴介助や昼食の介助の時間帯は在宅では買物や掃除、調理などのニーズがあります。夕方の時間帯ですと、自宅への迎え入れ、夕食から就寝までの介助も送迎や事業所の精算などと重なり、ニーズの高い時間帯が重なっているところです。

人員配置が導入されても、必要な時間帯が同じで、私たち利用者にとっては必要なときにヘルパーさんに来ていただけるか、不安です。検証がされるとも聞きましたが、その後はどのようになっているのでしょうか、質問いたします。

それから、13ページ、介護人材の確保のところですが、ホームヘルパーの有効求人倍率が14倍を超えているのは異常事態です。マスコミの報道には、訪問介護事業所がない空白市町村が増えているとあります。訪問介護事業所の倒産件数は過去最多という調査もあります。介護のために仕事を辞める介護離職者は年間10万人前後で推移し、介護離職ゼロにはほど遠い状況です。介護保険制度が在宅を支えるためにホームヘルパーを確保するには、13ページで示されている、1人で訪問することへの不安を解消するだけでなく、移動について保障することが重要だと考えます。中山間・人口減少地域、大都市部などのエリアにかかわらず、利用者宅を訪問するホームヘルパーの移動の負担を軽減するために、移動距離なのか移動時間なのかの議論を含めて給与保障を検討することを要望します。

訪問介護だけでなく、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問診療など、利用者宅を訪問するサービスについて、移動の保障がどうなっているのか、今後、データを示していただくことを希望します。

また、政府の方が訪問介護の現状について、尋常ならざる事態との認識を示されました。介護人材確保についての対策が実施されていますが、現場が求めているのは下がった基本報酬の撤回です。また、有効で迅速な対応策であることを再度意見させていただきます。配置基準の弾力化と取組へのインセンティブがセットになっていますが、人材と人が宝の介護サービスにおいて、成果を上げればインセンティブとなる議論が出てくることに、サービスの質の低下などを危惧します。

ICTやテクノロジーなどの利用を進めることに異論はありません。人でないとできないこと、ICTでできることの検証を十分にさせていただくことを要望いたします。

最後です。認知症ケアのところですが、28ページ。MCIから軽度の認知症、連続性がある自

立生活を営むために、インフォーマルな支援が重要であるとまとめられています。なぜインフォーマルサービスだけなのでしょう、御説明をお願いいたします。軽度の認知症の人は要介護1・2の認定を受けています。その方々の支援の重要性は記述のとおりですが、自立生活の維持のためには、ヘルパーなどの専門性のある職種の人の支援で、専門性のあるアセスメントで病態の変化をつかみ、対応していただくことが必要と考えます。適時適切にということです。前回の介護保険制度改正で先送りになった要介護1・2の方々の総合事業への移行が見え隠れしてしまうようにしか思えません。インフォーマルサービスだけではなく、まずは介護保険サービスなどのフォーマルサービスではないでしょうか。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。質問が出ていますが、お願いできますか。

○江口総務課長　総務課長です。

まず、最初から2つの御質問についてお答えいたします。

4ページのサービス需要の変化のところで、これはどういうことかという御質問だったと思いますが、今後、日本全体として人口減少が進んでいくわけですが、人口全体の減少に当たって高齢者人口も減少していくということになります。高齢者人口が減少すれば要介護高齢者の数も減っていくということが考えられますので、そういった意味で要介護高齢者の減少をサービス需要の変化という形で記載させていただいております。

もう一点、10ページの地域の分類についての議論ということですが、下から2つ目の○のところに記載させていただいておりますとおり、今回、この検討会の中間とりまとめでは3つの地域の類型を提示させていただいております。これをどういった形の基準で区分していくかについては制度的な議論が必要ということで、次回以降、この介護保険部会で御議論いただきたいと考えております。

私からは以上です。

○吉田（慎）認知症施策・地域介護推進課長　ありがとうございます。

私からは、訪問介護と通所介護の複合的なサービスについての御質問をいただいたかと思います。資料で申し上げますと11ページの辺りだと思いますけれども、もともとは鎌田委員おっしゃるように、訪問介護と通所介護の複合型サービスを想定するというもので、これは前回の介護保険制度の改定を御議論いただいている中で、1つのテーマとなっていたわけですが、前回の改正では複合型サービスの創設ということは盛り込まれてはおりませんでした。その上で、今回、2040の検討会の中で、地域を3つに分けて議論を深める中で、中山間地域でのサービス提供の在り方として、この複合型というような訪問介護と通所介護を組み合わせるといったことが再びテーマの中に戻ってきたということであり

ます。

これについては、11ページの中ほどに書いてありますけれども、柔軟な対応を実施する際に、質の一定の確保が可能かなど、モデル事業を一部の地域で実施するといった方法論も併せて検討というような形で書かれておりますので、まずこれから、この介護保険部会

もそうですけれども、中山間地域でのサービス提供を考える際に、こういった複合的なサービスの在り方についても検討を深めていくということでありまして、そのときには、当然ですけれども、サービスの質の確保が可能なのかということも大事なポイントでありますので、そうしたことを踏まえながら検討を進めることが必要だと考えております。

○遠坂認知症総合戦略企画官 認知症施策について質問をいただきました。29ページ目の2つ目の○のところにありますけれども、ここで書かれておりますことは、2040検討会で、鎌田委員にもヒアリングで御参加いただいた際に御議論になったところでありまして、医療・介護のみならず、生活支援、権利擁護、意思決定支援、住まい支援、地域のインフォーマルサービスなど、こうした様々な地域資源を総動員して独居の認知症高齢者をはじめ、認知症の方への支援に取り組んでいくことが必要であるということ。

また、MCIの段階から認知症になるまで連続的であるということから、介護・医療のサービスの対象になる前の段階から、このインフォーマル支援等を活用しながら、MCIから軽度の認知症の方への支援を包括的に取り組んでいくことが重要であると考えております。

以上であります。

○菊池部会長 以上、回答させていただいたということでございます。ありがとうございます。

ほかにはよろしいですか。

ありがとうございます。この検討会の中間とりまとめに関しては、最初にもお伝えしてございますように、次回以降も引き続き個別に議論していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、議題2「その他」の(1)「介護情報基盤」について、事務局からお願いいたします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

資料2を御覧ください。本日は、これまでの部会で検討中としておりました介護情報基盤での情報共有への同意取得について御議論いただければと思っております。

4ページを御覧いただければと思います。これまでの部会における同意の取得に関していただきました主な御意見をまとめたものでございます。

6ページを御覧ください。前回部会資料の再掲でございます。介護情報基盤を活用する際の流れを整理した資料ですけれども、市町村や介護事業所等から介護情報基盤に情報が格納された後、2番、介護情報基盤からの情報取得・閲覧の場面でございますが、左側の赤枠のところ、具体的な同意の取得方法等については、前回、検討中としておりました。

7ページも前回部会資料の再掲でございますけれども、1つ前のスライドを文字で説明したものでございますけれども、こちらも同意の取得方法については検討中としておりました。

8ページを御覧ください。同意の取得方法の検討に当たって、前提となります同意取得の内容や、介護保険制度上で同意を取得し得る主体について説明した資料になります。

1つ目の○ですけれども、市町村が実施主体となる介護情報基盤には、市町村が有する要介護認定情報等に加え、ケアマネジャーが有するケアプラン情報や、介護サービス事業所が有するLIFEの情報が格納されます。下の図では青の矢印部分になります。これらの介護情報基盤に格納される情報について、ケアマネジャーや介護サービス事業所、医療機関等が基盤から情報を取得し、電子的に閲覧することができるようになります。下の図では赤の矢印部分になります。これらの情報の閲覧について、利用者から同意をどのように取得するかについて、今回御議論いただければということでございます。

上の2つ目の○でございますけれども、誰が同意の取得を行い得るかということを一一般論として整理したものでございます。

介護保険制度におきましては、1つ目のポツですけれども、介護情報基盤の保有主体であるとともに、申請等で利用者に関わる市町村。

2つ目ですけれども、一人一人の利用者に対して、ケアプランの作成や状態の確認等、ケアマネジメントを行うケアマネジャー。

3つ目、利用者に対してサービスを提供しており、頻繁に利用者に関わる介護サービス事業所が、利用者に関わるそれぞれの場面で同意を取得することが可能な仕組みとなっております。

以上の前提を踏まえた上で、9ページを御覧ください。具体的に同意の取得主体や場面の考え方を示した資料です。

1つ目の○ですが、介護情報基盤に格納される情報をケアマネジャーや介護サービス事業所等が閲覧することに係る利用者の同意については、利用者へ適切な説明がなされる仕組みとした上で、利用者や、利用者に関わる各主体の負担が最小限となる運用を検討する必要があります。当部会でも、事業所による都度の同意取得については、事業所の負担を懸念する御意見を複数いただいております。

このため、2つ目の○ですが、複数の事業所を利用する利用者が各事業所で同意することの負担や、各事業所における説明・同意取得への負担を軽減すべく、包括的な同意の取得を可能とし、マル1の新規に要介護認定を受ける者の場合と、マル2の既に要介護認定を受けて介護サービスを利用している方との場合で場合分けをいたしまして、今回、案としてお示ししております。

なお、ここで言います包括的な同意でございますけれども、※1でお示ししておりますとおり、初回の同意取得により、その時点で基盤に格納されている情報に加えて以後格納される情報についても閲覧できるようになることから、同意取得後に各情報を閲覧する際にその都度同意を取得する必要はなく、また、閲覧する事業所ごとに同意を取得する必要もないということでございます。

続いて、2つのパターンごとの案でございますけれども、まず、マル1の新規に要介護認定を受ける方の場合でございますけれども、市町村が、要介護認定申請時に、利用者の方から同意を取得することとしております。

次に、マル2の既に要介護認定を受けて介護サービスを利用している利用者の方の場合でございますが、市町村が、要介護認定の更新申請時等に利用者の方から同意を取得することとしております。その上で、市町村が次の要介護認定の更新申請時等に同意を取得するまでの間にも、介護情報基盤を用いて情報共有を行いたいという状況も想定されるため、居宅介護支援事業所や施設・居住系サービス等事業所のケアマネジャー等が、市町村に代わって利用者からの同意を取得することも可能にすることとしております。

実際に想定される同意の取得場面でございます。9ページの下側になりますけれども、市町村の場合については、要介護認定申請時や要介護認定更新申請時等が想定されます。また、2つ目、居宅介護支援事業所の場合でございますけれども、利用者の状態確認時やケアプランの変更時等。3つ目、施設・居住系サービス等事業所の場合は、施設・居住系サービス等の提供時等の適時のタイミングが想定されます。

なお、一番下の注ではありますが、この同意取得に加えて、介護情報基盤経由での情報閲覧に際して、情報を閲覧できる事業所を利用者に関わる事業所に限定するために、閲覧しようとする事業所において本人確認を行いまして、その事業所が利用者のサービス担当事業者である旨を介護情報基盤へ登録することを必要とすることとしております。

10ページを御覧ください。認定調査票や主治医意見書等の介護事務所等への共有に係る同意については、既に現在でも市町村において要介護認定申請時の申請書に同意欄を設けて、利用者の同意を取得しているところであります。下の赤の囲みになっているところでございます。

左側が新規認定申請と更新申請、また右側が区分変更申請の申請書の様式でございます。こうした既に市町村で認定の申請のたびに同意を取得している同意欄に、今回の介護情報基盤を活用する事業に関係する内容を追加することを行いたいと考えております。

また、こうした現行の同意については、要介護認定の有効期間内において有効なものとして、認定申請のたびに同意を取得しているものであることから、今回の介護情報基盤を経由した情報の閲覧に関する同意についても、認定の有効期間内を有効とし、同意取得後にケアマネジャーや介護サービス事業所が変更となっても、再度の同意取得は不要とすることを考えております。

以降は参考資料でございます。資料の説明は以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、委員の皆様から、ただいまの説明につきまして御発言がございましたら、恐縮ですが、こちらもお一人様3分以内ということでお願いいたします。まず、会場、いかがですか。

小林委員、お願いします。

○小林（広）委員　日本介護支援専門員協会の小林です。

御説明ありがとうございます。9ページの中ほどのところに、居宅介護支援事業所や施設・居住系サービス等事業所が、市町村に代わって利用者からの同意を取得することも可

能とあります。これはすぐに同意取得ができない利用者さんを想定しているということではございますが、ケアマネジャーが要介護認定の代行申請をすることが多く、市町村の担当者もすぐに代わってしまうことがあるというような状況におきまして、介護DXの仕組みとか同意取得の趣旨を説明することが、当たり前のようにケアマネジャーの業務とされてしまうことが懸念されるところです。

ケアマネジメントに関わる諸課題の検討会の中間整理や、2月の介護保険部会の議論にもございましたとおり、利用者への質の高いケアマネジメントを提供するためには、ケアマネジャーが専門性を発揮できる環境が重要であり、適切な業務の在り方とすることが必要です。同意取得に関わる業務につきましては、こうした方向性と逆行しないように進めていただきたいと考えております。

このため、基本的には市町村が本人から同意を取ることが前提であること。また、やむを得ずケアマネジャーが代行する場合であっても、同意取得の方法が極力簡易なものになるように配慮いただくとともに、利用者や御家族の方への分かりやすい説明資料の作成も含めて、国や自治体において説明責任を果たしていただくとともに、現場のケアマネジャーに丸投げすることにならないように強くお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございました。

ほかには会場では、栗田委員お願いします。

○栗田委員　質問なのですが、これまでの部会における主な意見でも幾つか出ていますけれども、認知症のために同意能力が十分でないという人の場合、どうしているのか。10ページに現在の要介護更新認定申請書と認定区分変更申請書の同意欄がございますけれども、御本人欄しかありません。現状でも認知症の御本人が同意できない場合は、恐らく御家族が同意しているのだらうと予想されるのですが、本人欄しかないので、家族が本人の名前を書いて、それでよしとしているのか、今後のことも含めて御質問させていただきます。

○菊池部会長　いかがでしょうか。

○堀老人保健課長　御質問ありがとうございます。

10ページにお示ししております、認定の申請に際しての同意の取得についての御質問でございました。詳細まで全て把握できているわけではございませんけれども、あくまで本人氏名を御記載いただくところとなっていますので、御本人に基本的には同意をいただくというところでございます。

○栗田委員　同意能力があるかないかという判断は全くしないで本人が書くということですか。

○堀老人保健課長　御指摘の同意能力がない場合でございますけれども、利用者本人による同意取得が困難な場合の対応につきましては、これまでも同様でございますけれども、個人情報保護法制とも整合を取りつつ、現在既に行われている、市町村による認定申請時

の同意取得の運用に沿った形の運用としてまいりたいと考えております。

○菊池部会長　そこは法的にはいろいろ検討を要するルールがあると思いますし、地域共生社会の在り方検討会議の論点である権利擁護支援にも関わってくるので、多分、現場の実態にも関わりますので、厚労省としてこうだというのはちょっと言いづらい部分もあるところだと思います。現場的にも大きな課題である、法律的な問題でもあるというのは十分認識してございます。ありがとうございます。

会場からはよろしいですか。

それでは、7名の方がオンラインでお手をお挙げいただいています。新田参考人からお願いします。

○新田参考人　ありがとうございます。

1点意見を申し上げます。今回お示しいただきました案のとおり、介護情報基盤による情報共有に係る同意取得につきまして、包括的な同意の取得を可能とすることは、利用者や各事業所への負担を軽減するため不可欠であると考えております。介護情報基盤を有効に活用していくためには、できるだけ多くの利用者に同意をいただくことが重要であり、利用者はもちろんのこと、市町村や居宅介護支援事業所等における同意の取得の負担は最小限にする必要があると考えております。利用者の不利益にならないよう配慮しつつ、できるだけ柔軟な対応ができるような仕組みとするほか、ケアマネジャーの方などが適切に説明できるよう、マニュアルの整備や相談窓口の設置など、必要な措置を検討していただき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。

山田委員、お願いします。

○山田委員　全国老施協の山田でございます。

御説明の中でスライド8、9におきまして、新規に要介護認定を受ける場合に市町村が同意を取るということについては全く異論ありませんが、更新申請までの間、市町村に代わって施設が利用者に同意を得る場合については、施行時に一斉に施設利用者に対して行うか、することも可能とあるように必要に応じて随時行えばよいのか、その辺がちょっと不明であると思っておりますし、極力施設の負担にならないような実施時期や方法について、柔軟な運用の御検討をお願いしたいと思っております。

また、介護情報基盤やケアプランデータシステム等、様々な介護・医療等のネットワーク化が進むに当たりまして、市町村の負担も最小限、効率的かつ施設・現場の実情に合ったシステムの構築に御配慮いただきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

山本委員、お願いします。

○山本委員　日本看護協会 山本でございます。

御検討ありがとうございます。関係者が介護情報を十分共有した上で連携するということは、業務の質向上・効率化のために重要ではありますが、一方で、利用者自身の意向を確実に反映できる仕組みづくりが、人権尊重の観点からも重要と考えております。同意取得については、御提案いただいた方法で個人情報保護法上、問題はないとのことですが、一方で、同意の撤回についても、利用者が任意のタイミングで同意の撤回ができるような仕組みづくり、利用者への分かりやすい情報発信と事業者に対するガイドラインなどの整備を検討する必要があると考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。

9 ページの資料の1 つ目の○の中にございますけれども、利用者へ適切な説明がなされる仕組みという記述があるのですが、これは具体的にどういうふうなことを想定されているのか、もう少し分かりやすく説明いただけるとありがたいなということと。

もう一点は、8 ページ目の図のところにも利用者が出てくるのですが、過去にも一度お話ししたことがあろうかと思いますが、高齢者の実態を考えると、情報格差というものというふうな埋めていくのかということ国としてどう考えているのか。この点について、もう少し御説明いただけたらと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問いただきましたので、よろしくお願いします。

○堀老人保健課長 ありがとうございます。

同意を取得する際に利用者へ適正な説明がなされる仕組みというのは、具体的にどういうことかという御質問をいただきました。同意を取得する際に、介護情報基盤を経由して様々な情報がやり取りされるということを分かりやすく説明していただくということでございます。先ほども御指摘いただきましたけれども、こうした制度の運用が始まる前に、適切に内容を御理解いただけるような資材とか説明の内容等を準備させていただきまして、市町村や現場で活用いただけるように準備してまいりたいと考えてございます。

○菊池部会長 今、2 つあったかと思いますが、それで大丈夫ですか。

○堀老人保健課長 2 点目の情報格差ということでございますけれども、今、申し上げたことと重なりますけれども、こうした基盤の内容について、しっかり理解いただけるような資材等をつくることによりまして、説明をきちんとしていただけるように努めてまいりたいと考えてございます。

○菊池部会長 ということでございます。ありがとうございます。

では、岩城参考人、お願いします。

○岩城参考人 ありがとうございます。

質問が2点あります。一点目は、先ほど山本委員よりご発言のあった同意の撤回に関して、同意を撤回したい場合はどのような手続を踏むのか、想定があれば教えていただければと思っております。

2点目、情報閲覧のところにに関して、事業所が閲覧できる期間はどれぐらいあるのか。また、事業所を途中で変える場合、前の事業所はどれぐらい閲覧可能なのか。また、本人が閲覧してほしくない場合はどのような対応を考えているのかなども教えていただければと思います。

○菊池部会長　お願いします。

○堀老人保健課長　御質問ありがとうございます。

まず、同意の撤回でございますけれども、当然、利用者の意思を尊重した対応とするということでございますので、対応可能とする方向で考えてございまして、具体的には市町村の窓口等で同意の撤回を行っていただけるようにと考えてございます。具体的な内容については、引き続き検討していきたいと考えております。

それから、情報の閲覧につきまして、例えばサービスが終了した場合等について、どれぐらいの間、情報の閲覧ができるかということでございます。その事業所がサービス提供を終了した場合であっても、請求等の事務に一定期間、データにアクセスすることが必要でございますので、4か月程度の期間を取りまして、一定期間、アクセスできるようにしようと考えてございますけれども、その期間が終了した場合には、それ以降は閲覧できないといった形での運用を考えているところでございます。

○菊池部会長　よろしいでしょうか。

○岩城参考人　御回答ありがとうございます。

介護情報は機微な情報でございますので、情報共有に当たっては、利用者の同意を基に行うことを前提に、個人情報保護の観点から厳格な情報管理の下で適正な取扱いがなされるようにしていただきたいと考えております。

以上です。

○菊池部会長　それでは、津下委員、お願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

私も同意撤回のことを聞こうかと思ったのですが、そこは済んだということで。

1つは、今回、介護の新規認定者での同意取得を検討されていますが、介護保険に加入した段階などの可能性はいかがでしょうか。例えば救急で搬送された人が要介護認定を受けているのかどうか、すぐにサービスを受けられるのか。それは単に同意されていないから閲覧できない、したがって認定状況が分かるまでは対応を待たされることにならないかと思ったりします。なので、場合によっては、同意取得時をもう少し前倒しするような検討があってもいいかもしれないなということを思います。特に、同意がないからデータが見られないのか、そもそも介護認定を受けていないかの区別が分からない状況になります。その辺りについても将来的な課題として御検討いただければと思います。

それから、現場でQ&Aというか、分かりやすい情報提供が非常に重要だと思いますので、不安とか、それに答えられるようなもの。または、同意をしなかった場合にどういう流れになって、どのぐらい時間が余分にかかってという情報、同意するとこういうことができますよというのはいいのですけれども、同意しない場合にどういうデメリットがあるのかというの、後ろの参考資料にございますような分かりやすい見せ方が必要と思いました。どのぐらい余分に時間がかかりそうとか、そういうような資料も併せて、こちらを使ったほうがいいですよという説明がなされるといいのではないかなと、そういうふうな準備もお願いできればと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員 今まで御意見があったように、スライド9の利用者への適切な説明がなされる仕組みとありますけれども、先ほど津下委員も言われましたように、導入したらどういうメリットがあって、しなかった場合にはどういう不利益を被るのかというのを分かりやすく説明していただくような資料の作成をお願いしたいと思います。

それから、栗田委員がおっしゃった、本人の名前しかないというところは、本当に検討していただきたいと思っています。本人だけでないと駄目なのかとなってきたときに、文字も書くことができなくなったぐらいで介護保険の申請をした場合とか、説明してもなかなか難しい場合とかだったら、関係者の皆さんで要介護認定を受けたほうがいいねとなってきたときに代理人が書くとなったときには、代理人欄ということも必要があると思うので、再検討をお願いします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 2点意見を申し上げます。

1点目は、包括的な同意の取得に当たりまして、的確に説明することがなかなか難しいことも想定されますので、自治体職員や現場職員向けのマニュアル等が必要ではないかと思っております。

2点目は、本人が意思表示できない際の同意取得の在り方について、現実的には、本人の意思推定者である家族等の同意取得を進めることになっています。介護情報の利活用検討会では、これまでも利害関係のない者がふさわしいとされ、例えば成年後見人は所掌業務でないことや利害関係もあることから望ましくないとされてきております。また、現場では、家族や親族の間においても意向が異なることはしばしば生じています。したがって、同意を取得する自治体や現場職員が、この家族等が意思推定者としてふさわしいかどうか、吟味するプロセスを踏むことが必要と考えています。御本人の意思が尊重されることが極めて重要な大前提でありますので、しっかりとそういったプロセスを踏まれるこ

とが重要と考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。非常に難しい問題だなと思いながら伺ってありました。

それでは、石田委員、お願いします。

○石田委員　ありがとうございます。

私も今、ずっといろいろお話を聞いていて、確かにデータというのは現場においては非常に必要で、それがあればいろいろなことが可能になってくるということもあるのですが、見方を変えると、利用者にしてみれば何のメリットがあるのか。そして、その利用者を含めて、実は多くの人たちにとって、介護の現場で介護のデータが必要とされていて、データの入力之急がれていてという状況、現時点でどれぐらいの人が知っているのか。自身の介護のみならず医療などに関する諸情報が、介護や医療、研究などに活用されることに関して、どのくらい納得されているのか。まだまだ浸透しているとはいえないそんな状態のときに、介護の認定審査に行って、初めて説明を受け、「あなたのデータ、オーケーですか。そうしたらサインしてください」というふうに言われる。突然そんなことを説明されても、よりよく分かりやすく説明されていて、本当にそこで納得できるのかどうか。まだまだ難しいのではないかな。

もっと世論というか、国民の全体的な総意も含めて、こういう個人の介護情報をデータ化して、それを共有化してケアに役立てるということが当たり前になることが、アピールされていないと、なかなか難しいのではないかなという印象を受けます。さらに、介護・医療情報のデータ化とその活用に関する必要性和重要性について徹底してアピールしていく必要があるのではないかなと感じた次第です。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

すみません、法律学者なので、皆さんの意見を伺っていて難しいなと1人で考えていて、とはいえ、現実に進んでいるので、代理権授与行為も一定の契約締結能力が必要だろうし、意思能力と契約締結能力、別の次元の能力が必要で、必ずしもここでの同意というのは契約締結能力という意味での能力までは多分必要なのではないかという整理かなとか、意思推定というのもどういうふうに整理されるのかなとか、すみません、1人で悩んでいたのですが、事務局からもいろいろ教わって、さらに理解を深めたいと思った次第でございます。申し訳ございません。

それでは、この辺にさせていただきまして、事務局には、本日いただいた御意見も踏まえ、さらに議論を詰めていただきたいと存じます。私も勉強したいと思います。

最後に、報告事項として議題2「その他」の(2)「匿名介護情報等の提供について」、事務局より御報告をお願いいたします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

資料3を御覧ください。本資料は、介護保険部会の下に設けられております「匿名介護情報等の提供に関する専門委員会」について、定期的に報告させていただくものでございます。

2ページを御覧いただければと思います。2の経緯部分につきまして、昨年の報告から追加した部分を赤字にさせていただいております。昨年度より感染症データベースとの連結解析が可能な状態で提供させていただいております。

3ページ目でございますけれども、前のページでもお示ししておりますが、令和6年4月からiDBとの連結解析が可能となっております。また、他のデータベースとの連結解析が可能となるように検討を進めております。

4ページ目を御覧ください。令和6年12月から、クラウド上での利用受付を開始ということで、HIC上での利用受付を開始しておりまして、先行するNDBとの連結案件をHICにより提供を開始しております。

5ページ目を御覧ください。介護DBに格納されている3つの情報の格納件数、データ容量をお示したものでございます。

6ページを御覧ください。年度ごとに「匿名介護情報等の提供に関する専門委員会」において、データ提供の承認が得られた件数を推移としてお示ししているものでございます。左側のグラフでございますが、承諾件数は年間10件程度で推移しておりましたけれども、令和6年度は14件と増加しております。

7ページを御覧ください。承諾された申出に対しまして、年度ごとに提供を行った件数を示したものでございます。これまで特別抽出では提供までに時間を要していたものの、定型データセットの整備によりましてデータ提供の迅速化が図られてきておりまして、ここ2年間については、定型データセットの提供が増えているということでございます。

8ページ目以降につきましては、これまでの提供案件をまとめたものでございますけれども、最後の11ページ、赤線以下の承諾番号49番から62番が令和6年度に承諾された案件ということで、6ページ目の14件の具体的な内容ということでございます。

以上、御報告でございます。

○菊池部会長 ありがとうございました。

この資料3につきましては、報告事項ということですので、基本的には御紹介のみとさせていただきたいと存じますが、何か御発言をお求めの方がいらっしゃれば、お手をお挙げいただければと思います。いかがでしょうか。会場はよろしいですか。オンラインの皆さん、よろしいですか。

津下委員。

○津下委員 すみません、1点だけ教えてください。定型データセットになってから提供までの時間というか、大体どのぐらいになったのでしょうか。令和6年申請の中で「済」または「未提供」とありまして、どのぐらいの期間を見込んだらいいのかということ、

もし情報がありましたら教えてください。

○菊池部会長　いかがでしょうか。

○堀老人保健課長　お答え申し上げます。

現状、4か月から6か月程度で提供できていることが多かったと思います。

○菊池部会長　ありがとうございます。

ほかにはよろしいですね。

それでは、本日の審議はここまでとさせていただきます。

最後に、次回の日程につきまして事務局からお願いします。

○村中総括調整官　次回の本部会の日程につきましては、追って事務局より御案内いたします。

○菊池部会長　それでは、本日の部会はこれにて終了とさせていただきます。時間に御協力いただきまして、誠にありがとうございました。今後も今日の議題は議論を続けさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これで終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。