

○村中総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第120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。

まず、前回の会議から委員の御異動がありました。

認知症のひとと家族の会、和田誠委員に新たに委員に御就任いただいております。

また、本日の議題に関しまして、社会・援護局から福祉基盤課の小野課長、福祉人材確保対策室の吉田室長が出席しております。

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 皆様、こんにちは。本日も、大変お忙しい中、御参集賜りまして、誠にありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、本日の委員の出席状況ですが、津下委員より御欠席の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、大西委員の代理として高松市介護保険課長、多田也寸志参考人に御出席いただいておりますが、お認めいただけますでしょうか。

（委員首肯）

○菊池部会長 御異議なしと認めますので、よろしくお願いいたします。

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

○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、机の上に用意してございます。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御対応をお願いいたします。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ています。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。

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5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、議事に入りたいと思います。

本日は、前回に続いて「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の中間とりまとめの内容について御議論いただきたいと思ってございます。

前回中間とりまとめについて事務局から報告をいただき、各委員の皆様から全体を通して一通り御意見をいただいたところでございます。今回、中間とりまとめの3つあるテーマについて、今回と次回の2回にわたって、より具体的に御議論いただければと考えております。

本日は、まず2つのテーマについて御議論いただき、次回は残り1つのテーマを中心に御議論いただく予定ですが、先ほど事務局からございましたように、大変恐縮ながら1回当たりの時間の制約もございますので、本日の2つのテーマについても、残りのテーマと併せて次回も御議論いただけるようにしたいと思っておりますので、その辺りは柔軟にお願いできればと思ってございます。

それでは、議題1「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について」及び議題2「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援について」、事務局から御説明をお願いします。

○江口総務課長 総務課長です。

資料の1～3について、ポイントを絞って御説明いたします。

まず資料1の2ページを御覧ください。

前回の本部会では、中間とりまとめについて総論的な御議論をいただきましたが、今回は2つのテーマについて具体的に御議論いただきたいと考えております。

まずはサービス提供体制の構築や支援体制の関係となります。資料2を御覧ください。最初のほうに、中間とりまとめの抜粋、前回の本部会での御意見を掲載しておりますので、適宜御参照いただければと思います。

まず18ページを御覧ください。主な論点と進め方を整理しております。

各論点の中で、配置基準の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化については、詳細な議論は介護給付費分科会で行うことになると考えていますが、その前に、一定の枠組みについて、まずは本部会で御議論いただきたいと考えております。それ以外の論点については本部会で御議論いただければと思います。

主な論点の関連資料について、ポイントを絞って御説明いたします。

38ページを御覧ください。中山間・人口減少地域における配置基準等の弾力化に関連して、既存の制度等の資料を掲載しています。

指定サービスや基準該当サービスの確保が著しく困難な離島等の地域においても、市町村が必要と認める場合、離島等相当サービスとして柔軟なサービスの提供を可能としています。

40ページ以降は、個々のサービスにおける夜間の人員配置や夜勤体制の基準の弾力化について、これまでの報酬改定等で実施した内容となります。

46ページは、訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の資料です。

47ページ以降は、包括的な評価の取組に係る関連資料として、現行の訪問介護の報酬体系や、中山間地域等に対する評価等の資料を掲載しています。

51ページを御覧ください。鳥取県の事例として、県独自の取組で、訪問とショートステイの間で利用者の行き来があった際に事業者への支援を実施しています。

52ページのとおり、中山間地域等に係る安定的な訪問介護の提供に資する方策について、昨年末に閣議決定された地方からの提案等に関する対応方針にも記載されています。

53ページ以降は、市町村事業によるサービス提供に関連する資料として、参考となる市町村事業の例を掲載しています。

54ページは地域支援事業の資料ですが、この中で包括的支援事業は公費と1号保険料で構成されています。

55ページの障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業は、国2分の1以内、都道府県4分の1以内で補助を行っています。

58ページの子ども・子育て支援事業は、国・都道府県・市町村が3分の1の負担割合で実施しており、市町村が柔軟に上乗せ、横出しの給付をすることが可能です。

59ページ以降は、地域の介護を支える法人等への支援に関する関連資料です。

61ページのとおり、社会福祉法人は地域における公益的な取組の実施に関する責務を果たす必要があります。

62ページのとおり、社会福祉連携推進法人も社会福祉法人の業務連携、経営基盤強化等を目的として設立される法人であり、63ページにある地域福祉支援業務等の業務を行っています。

69ページ以降で、大都市部における対応としてICT技術等を用いた24時間対応可能な効率的かつ包括的なサービスに関連する資料をまとめています。

中間とりまとめでも指摘がありましたが、既存のサービスとの関係性の整理が課題であり、それらの関連資料を掲載しております。

次に、地域区分の関係です。サービス需要の変化の状況に応じて、地域類型を大きく3つに分けることとなりますが、特に中山間・人口減少地域についてどう区分するかが課題です。

78ページを御覧ください。離島等サービスの対象地域について左下に整理しています。

83ページの中山間地域等に対する加算の対象エリアについてもおおむね一致しています。

84ページ以降、医療の重点医師偏在対策支援区域等の資料を示しており、この地域は、国の示す考え方に沿って、地域の保険者協議会で議論の上、都道府県で決める形となっています。

88ページ以降で、支援体制の構築に当たって参考となる現行の介護保険事業計画や支援計画などのプロセス、見える化システムについての資料を掲載しています。

98ページを御覧ください。中間とりまとめの方向性を踏まえて検討する論点について、改めて整理しています。

まず、中山間・人口減少地域の関係です。

2つ目の○ですが、配置基準等の弾力化については、既存の基準該当サービスや離島等相当サービスにおける取組の状況を十分に把握した上での活用が論点です。現行制度の居宅サービスに加え、介護保険施設等における特例を設ける必要性も論点です。

3つ目の○ですが、配置基準の弾力化や手続の簡素化に当たっては、既存の仕組みを参考とすることも論点です。各サービスに設けられている常勤・専従要件、夜間勤務の体制、専門職の確保等に係る基準など、具体的な弾力化の事項についてどのように考えるかが論点です。

4つ目の○ですが、配置基準の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確保の困難性にも留意する必要があるとあり、モデル事業のような形の実証や、サービス実施後においても利用者の視点から一定の質が保たれているか把握する仕組みについて検討が必要です。

99ページを御覧ください。

1つ目の○ですが、中山間・人口減少地域においては、特に小規模な訪問介護事業者について、移動時間が長く、キャンセル負担の影響が大きい現状があります。既存の評価の仕組みに加え、一定の期間の中で様々な要素を考慮した報酬上の評価の仕組みを検討することが論点です。

2つ目の○ですが、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化について、サービスの質の維持等に留意しつつ、どのように考えるかが論点です。

3つ目の○ですが、市町村事業によるサービス提供について、地域の介護サービスの提供機能の維持を前提として、市町村が地域の実態も踏まえて柔軟に実施可能な介護保険財源による事業スキームについてどのように考えるかが論点です。

4つ目の○ですが、地域の介護を支える法人等への支援について、どのような要件を満たす法人に対して支援することが考えられるか、また、社会福祉連携推進法人の仕組みの一層の活用も論点です。

5つ目の○です。高齢者人口が2040年にかけて増加し続け、サービス需要が急増する大都市部においては、増加する介護ニーズに応える仕組みを検討する必要がありますが、既

存の仕組みとの関係性の整理についてどう考えるかが論点です。

100ページを御覧ください。

1つ目の○ですが、一般市等の地域においては、サービス需要の状況が2040年までの間に増加から減少へ転じる見込みの中、既存の介護資源等を有効活用しながら、サービスを過不足なく確保することや、早い段階から準備を進め、柔軟な対応を図っていく必要があります、こういった点が論点です。

2つ目の○ですが、これらの3つの地域の類型について、どのような基準で区分すべきか検討する必要があります。その際、既存の地域の考え方も参考にしながら考えていく必要があります。

3つ目の○ですが、都道府県や市町村の役割は重要であり、2040年に向けて、地域のサービス需要の変化に応じ、介護保険事業計画等の在り方や広域化等の取組の中で、地域の類型に応じた対応策や支援体制を構築していく必要があります。また、その前提として、医療も含め、地域における介護サービス提供体制の状況をエリア別に見える化し、地域で状況把握・分析、関係者間の共有・議論を行っていくことが必要ではないかと考えています。

4つ目の○ですが、人口減少やサービス事業の減少は、医療福祉や交通など他の分野においても共通する課題であり、他の分野の施策とも組み合わせて支援体制を効果的・効率的に構築する必要があります。介護は地域における重要なインフラであり、自治体と事業所が連携して取組を進めるとともに、地域の様々な主体が地域共生社会を推進していくことが必要ではないかと考えています。

続いて資料3を御覧ください。こちらについても、最初のほうで中間とりまとめの抜粋、前回の本部会での御意見を掲載しておりますので、適宜御参照いただければと思います。

23ページを御覧ください。主な論点と進め方を整理しています。

介護人材確保・定着の多くの施策については、審議会の所掌としては、社会保障審議会福祉部会や、その下に設置された福祉人材確保専門委員会が担当することになりますので、それらについては福祉部会や専門委員会で議論の上、介護保険部会に報告したいと考えています。

その関係で、1ページ戻って22ページを御覧ください。中間とりまとめにおいて、人材確保の観点からプラットフォーム機能の充実が求められるものとされ、その後、5月9日の検討会でも議論し、イメージ図を作成しております。

都道府県単位でプラットフォームを構築するとともに、地域の実情に応じて課題ごとにプロジェクトを創設するなど、より実践的な取組を推進することが考えられます。具体的には、図の下半分にあるように、例えば人材確保・定着、職場環境の改善・生産性向上、経営支援、介護のイメージ改善・理解促進のように、課題ごとに個別具体のプロジェクトを立ち上げることを想定しており、それぞれの内容に応じて介護保険部会や福祉部会等で議論を進めていきます。

改めて23ページですが、人材確保の関係でも、処遇改善のような報酬関係、介護保険事業計画関係などについては本部会で議論するとともに、内容によっては介護給付費分科会でも議論します。

24ページを御覧ください。先ほど紹介したプラットフォームのうち、職場環境改善・生産性向上はいずれも本部会で議論します。

介護事業者の経営支援については、介護人材確保等のプラットフォームの充実の議論と併せて、本部会で議論する必要があります。

協働化や事業者間連携の推進方策についても介護保険部会で議論していきます。

法人の経営支援や社会福祉連携推進法人の活用については、検討会での今後のとりまとめを基に、福祉部会等や本部会で議論していきます。

25ページは、先ほど御紹介した福祉部会、そして福祉人材専門委員会の概要になります。

27ページを御覧ください。介護分野の有効求人倍率は、他産業と比較して高い水準で推移しております。

このような中、33ページのとおり、令和6年度介護報酬改定による処遇改善の結果、介護職員の賃金は着実に上昇しております。

しかしながら、34ページのとおり、全産業平均との差は開いています。

36ページ以降、令和6年度の介護報酬改定による具体的な処遇改善加算の対応や、令和6年度補正予算による取組等を掲載しております。

44ページを御覧ください。

第9期介護保険事業計画に基づき、都道府県が機械的に推計した介護職員の必要数を単純に集計すると、2040年度には約272万人の介護職員が必要とされています。

46ページは法人の採用活動ですが、19人以下の小規模法人では「特に行っていない」の割合が高くなっています。

47ページは入職経路で、福祉分野の傾向として、ハローワークや縁故の割合が高い状況です。縁故には職員等の知り合いなども含まれています。

49ページ、50ページのとおり、介護職員確保のため、総合的な人材確保対策に地域医療介護総合確保基金も活用しながら取り組んでいます。54ページのとおり、人材確保に関する公的機関として、福祉人材センターが職業紹介事業等に取り組んでいます。

56ページは外国人材の受入れの仕組みであり、現在は特定技能外国人が特に増加しております。

外国人の定着のためには日本語学習が非常に重要であることから、57ページのとおり、日本語学習の事業を行っております。

58ページは介護福祉士養成施設の状況で、留学生が特に増えている状況にあります。

59ページからはハラスメント対策について、現行の取組として、基準省令による対応等について記載をしております。

70ページを御覧ください。先般実施した令和6年度介護報酬改定の検証の結果の一部で

す。

施設を中心にテクノロジーの導入が進んでいますが、居宅サービスへの普及は十分ではありません。

71ページのとおり、導入費用に加え、機器を現場で使いこなすことの不安が課題です。

国においては、72ページのようなテクノロジー導入への補助、施設では74ページのような生産性向上加算の仕組みを設けています。

75ページのとおり、生産性向上の取組について、居宅サービスの効果測定を進めています。

76ページでは、昨年度に訪問介護で行ったICTソフト導入の実証結果、77ページでは、介護助手を活用したタスク・シフト／シェアの実証結果を掲載しております。

81ページのとおり、都道府県における生産性向上の取組は重要であり、相談窓口は令和8年度に全都道府県での設置を目指しております。

83ページのとおり、国においては、スタートアップ支援として、令和7年度からCARISOを設け、相談体制を整備しています。

93ページを御覧ください。介護事業所の約6割が、採用のうまくいく理由として、職場の人間関係がよいことを挙げています。

94ページでは、離職理由として現場の人間関係を挙げられており、雇用管理や職場環境改善が重要です。

98ページから102ページにかけて、国による協働化の支援事業を記載しており、特に小規模事業者の支援を充実していく必要があります。

110ページを御覧ください。先ほど御説明した人材確保に関するプラットフォームの役割について整理しております。

117ページと118ページでは、関係者が連携する取組の例を掲載しております。

121ページから124ページにかけて、専門機関が人材確保に当たって実施する取組を掲載しております。

140ページを御覧ください。中間とりまとめの方向性を踏まえて検討する論点を改めて整理しています。

まず1つ目の○ですが、サービス供給面でも、精緻な人材推計を地域ごとに行うことが必要であり、都道府県や市町村において介護保険事業計画等の在り方を検討する中で、併せて検討すべきではないかという点が論点です。

2つ目の○ですが、都道府県単位でプラットフォーム機能を充実・活用させるためにどのような方策が考えられるか。その際は、職場環境改善・生産性向上、経営支援等の支援体制と併せて検討していくべきではないかという点が論点です。

3つ目の○や、次の141ページの1つ目の○のように、様々な人材確保対策、人材定着対策関係も論点となります。

続いて職場環境改善・生産性向上について、2つ目と3つ目の○ですが、訪問系サービ

スや通所サービスにおける介護記録ソフト等の普及、テクノロジー開発・実証、AI技術等の活用が論点です。また、デジタル中核人材の育成・配置を進めるとともに、小規模な事業者の支援として、都道府県のワンストップ型の相談窓口による伴走支援、人材のシェアとしての活用も論点です。

142ページの1つ目と2つ目の○です。CARISOによる開発支援も論点です。科学的介護について、ケアの質の向上に向けた国の支援の在り方も論点です。

3つ目と4つ目の○ですが、介護事業者が多く経営課題を抱える中、都道府県単位で経営支援につなげていくという方策や支援体制の構築が論点です。また、地域における専門機関や専門職との連携も重要であり、介護人材確保等のプラットフォームの充実と併せてどのような枠組みが可能かという点が論点となります。

143ページを御覧ください。

1つ目と2つ目の○です。大規模化によるメリットを示し、協働化や事業者間連携を進めるための支援の方策の検討が論点となります。

駆け足になりましたが、事務局からの説明は以上です。

○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、大変大部でございますので説明は一部にとどまりましたけれども、その説明があった部分以外の部分も含めて、御発言がございましたらお願いいたします。

会場の方は挙手を、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名により発言を開始してください。事務局から御案内のとおり、時間内に多くの皆様から御発言いただくため、御発言につきましては、恐縮ながら5分以内でおまとめいただけますよう、御協力をお願い申し上げます。

それでは、まず会場参加の皆様からですが、佐藤委員が途中退席の御予定ということで、お先にどうぞ。

○佐藤委員 御配慮ありがとうございます。

資料2からですけれども、まず全体の方向感理解します。課題意識も共有はさせていただけるかなと思うのですが、何点か留意すべきこと、その一つは、大きいことは中山間地域であるとか一般都市、あるいは大都市と区分けするのはいいのですが、実際そのボーダーはかなり微妙なのです。ある意味、厚労省さんが一律であなたは中山間地域、あなたは一般市とかと指定できるかと言われるとそうでもないし、平成の大合併で行政区域がかなり広域化しているので、1つの行政区域とか市町村の中に過疎地域が入っていたりするケース、都市部が入っていたりするケースもありますので、ここの境界線をどうするかということについては、あまり杓子定規にならないで、現場のある種意識というか、現場の判断を尊重するというのが一つのやり方かなと思います。

それから、配置基準の見直しなどにつきましても、中山間・人口減少地域から始めるといのはありだと思うのですが、一応2040年を見据えてということになりますので、



中山間地域や人口減少地域の取組をある種モデルケースにして、今後、人口減少・高齢化の進む一般市、あるいは東京を含む大都市がどんなふうに展開できるかということも視野に入れたほうがよろしいかと。ある意味、今回の中山間地域をパイロットプロジェクトとして位置づけていくということがあっていいのかなと思いました。

それから、今回、度々指摘されるように、配置基準の見直しあるいはICT化の導入などに伴って、サービスの質が低下するというのですか、サービスの質はどうやって測っているのかいつも不思議で、医療も介護もサービスの質と言いながら、実際見ているのは人員であったり、ストラクチャーと我々は呼んでいますけれども、何人配置しているかとか、どれくらいの規模かとか、そこで見てしまっているのです。本当はアウトカムで見るのが本来質ですね。これは介護報酬や診療報酬の制度設計にも関わる部分なのですが、できるだけアウトカムに基づいた評価、アウトカムに基づいた介護報酬という制度設計にしてあげないと、現場の取組がちゃんと生かされないということになりかねない、ここは留意すべきだと思います。もちろん、これからアウトカムをどうやって評価するのか、ここについても併せて真摯な議論が必要かなと考えました。

資料3のほうで、端的に申し上げて、生産性の向上に当たって必要なのは、ある程度の事業者の方々の協働化・大規模化だと思うのです。大規模化というのは必ずしも合併という意味ではなくて、社会福祉連携推進法人という受皿もありますので、人材の共同育成であるとか、いろいろな機材の共同購入であるとか、まさに一緒にICT化に取り組むであるとか、一緒にシステムを開発するであるとか、こういった形での協働化という作業を進めていく必要があります。

このためには、医療などだとそれぞれの町で中核的な病院があって、そこがおのずと音頭を取るというスタンスがあると思うのですが、介護の世界はなかなかそこがうまくいかないのであれば、保険者として市町村がリーダーシップを執っていくことが必要ですし、もちろん大きな社会福祉法人などがある地域に関しては、そこにリーダーシップを執ってもらおうという形になると思うのですが、一丁目一番地は大規模化・協働化をどうやって進めていくかというところにあるのかなと思いますので、そこは真摯に取り組んで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した。

それでは、橋本委員、お願いします。

○橋本委員　ありがとうございます。日本慢性期医療協会の橋本でございます。

先ほどの佐藤委員のお話とかぶるところもありますが、配置基準を弾力化すると、質の低下につながるのではないかと、という議論もあります。今人員により担保しているところがありますが、もう一步踏み込み、どうすれば質を保てるかを考えると、医療も介護も人員の数は必要だと思うのです。それには、医療と施設、そして在宅系でのスタッフの行き来をもっと流動的にする方向へ考えていってもいいのではないかと思います。

どちらにしても先々人は少なくなってくるということを考えると、時間がないので説明は省略しますが、諸外国などは病院と在宅系が結構行き来しているという例もあります。例えばリハビリスタッフや、介護スタッフ、看護も医師もそうですけれども、病院に集まっているところがあるので、そのスタッフが流動的に動けるような仕組みを今後考えていく必要もあるのではないかと思います。地域全体でどこに必要なかを見て、人員を地域資源と考えて、インフラ整備していくみたいな形も必要だと考えます。

その際に、今、医療保険と介護保険では賃金差がありますので、同一職種、同一賃金と考えていただいて、動きやすいように、どこへ行っても同じような待遇で働ける制度になれば、もっとサービスの質が担保できるのではないかと考えました。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

山際委員、お願いします。

○山際委員　ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の山際です。

まず資料2についてです。前回も発言をさせていただきましたが、地域包括ケアシステムの構築に向けて、この間、社会保障と税の一体改革ということで、それらも踏まえて、この部会での論議も含めて、地域包括ケアシステムの構築ということが進められてきたと思います。その中で、いわゆる地域密着型サービス、定期巡回や小規模多機能等々が非常に重要な役割を果たすという位置づけになっていたかと思います。

一方、今年2月のこの部会で提出をいただきましたが、残念ながら2023年度の定期巡回の利用者については、まだ僅か3万9000人しか利用できていないという実態がございます。7年ほど前の審議会の資料でも、実は定期巡回については1日15万人の利用拡大をしていくという目標が示されていましたが、残念ながら30%にも満たない状況だということです。

また、定期巡回は今回の2040年の検討会でも触れられていますが、ここについて現状は全国で1,300ぐらいしか事業所はない、自治体、保険者の数よりも少ないという実態です。

また、小規模多機能についてもまだまだ不十分ですし、現在減少の傾向にあるということで、これらについて改めて普及の方策について検討することが必要だろうと思っています。

原因として、関係者間の理解不足と経営困難ということが分析をされているわけですが、これらのサービスについて拡大する方策、報酬の見直しも含めて検討すべきだろうと思っています。

古い資料ですが、2018年度の老健事業を見たときに、退院直後の方をきちんと包括サービスで対応したときに、ADLが上がっていく。そのことによって、独居の方でも在宅に復帰できるというような事例も紹介をされていました。これらのサービスを使った好事例、私もたくさん把握していますので、この後ぜひ御紹介をしていきたいなと思っています。これらは本格的に普及を図るということで、いま一度の検討が必要だろうと思っています。

それから、3区分に分けての考え方と規制緩和について、3つの地域区分に分けるとい

うことについては一定の妥当性があると思うのですが、併せて今までの地域区分で議論をしてきた経過もありますので、それらとの整合性をどう図るか、あるいは地域特性であるとかエリアの特性があらうかと思いますので、それらも勘案して考えるということが必要だろうと思います。

それから、規制緩和については、今、サービスごとでどういうふうに緩和をするかという議論が中心かと思うのですが、それぞれのエリアの中でどうやるか、法人の中で様々な工夫で緩和ができる。例えばサ責の配置であるとか、定期巡回のオペレーターの配置であるとか、さらに基準緩和を進めていくということが必要ではないかと思っています。

また、こうした中で弊害となるのが、いわゆるローカルルールですので、ローカルルールについて一度見直して、大きな法人が複数エリア展開できるような仕組みをつくっていく必要があるだろうと思っています。

それから、資料の3番目についてですが、人材の確保について、プラットフォームが示されていますが、同時に極めて苦勞している介護人材確保問題での対応が必要です。介護人材確保にあたり、多くの法人で有料の職業紹介であるとかを活用しています。今、様々な規制について議論がされていると思うのですが、本当に莫大なお金を支払っているということで、公金を活用しての制度運営ですので、有料職業紹介についてもきちんと規制をかけていくということをぜひ御検討いただきたいと思います。

業務分解等々について、これは必要だろうと思うのですが、併せてあまりに細切れにしていったときに、利用者の全体像を見ていくということが介護職の強みでありますので、これらに弊害が出ないような形が必要だろうと思っております。

あわせて、テクノロジー化、当然これも必要なわけですが、まずは現在の業務の棚卸しをきちんとやるということが前提だろうと思っています。

最後に1点。経営の改善ということで、社会福祉連携推進法人を活用していくことが大事だと思うのですが、過半数が社会福祉法人でないと立ち上げられないという要件があります。これらの要件を緩和するであるとか、あるいはもう少し違った形での連携の仕方はあると思いますので、ぜひ検討をしていく必要があると思うのと、併せてこれらについて何か現時点で考えられている方策があればぜひお教えいただければと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

最後の点について、事務局から何かございますでしょうか。

○小野社会・援護局福祉基盤課長　福祉基盤課長でございます。

今、御意見いただきました社会福祉連携推進法人自体の目的が社会福祉法人の経営基盤強化に資するということがありますので、過半数の要件のところの検討というのはなかなか難しい面もあるのですけれども、現に今、社会福祉連携推進法人として、資料3のほうに記載してあります日の出医療福祉グループというところがございますけれども、ここについてはNPOはじめ賛助会員という仕組みを使いまして、様々な連携がなされているとい

うこともありますので、こういった先行する実践事例を周知するというようなことを考えてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○山際委員 ありがとうございます。

ぜひもう少し踏み込んだ検討が必要ではないかと思っておりますので、この後、検討させていただければと思っています。ありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、和田委員、お願いします。

○和田委員 ありがとうございます。認知症の人と家族の会の和田と申します。本日よりよろしくお願いいたします。

まず、資料2について発言いたします。

中間とりまとめにおいて、地域を中山間・人口減少地域、大都市部、一般市等の3つの類型に分けて議論が進められているという点について、若干の違和感を覚えます。というのも、これらの地域をどのような基準で区分するかは、今後の議論の中で検討が必要とされているにもかかわらず、既に類型ごとのどのようなサービス提供体制にするのかなど、具体的な対応の方向性が示されているからです。そのため、地域区分が曖昧なまま具体的な対応が示されると、今後の議論や制度設計に影響が出かねないのではないかと懸念しております。

一方で、私は介護家族であり、また、介護事業所で勤務する立場からも、幾つかの懸念事項がございます。

まず1つ目にサービス需要の変化についてです。介護を必要とする方が必要とする支援がニーズであり、サービス需要と考えるならば、特に在宅介護において、ホームヘルプサービスやデイサービスなどのサービスそのものの需要に構造的な変化があるとは考えにくいのではないのでしょうか。

つまり、必要な支援内容の本質は、要介護度の状態において大きく変わるものではないと感じております。特にホームヘルプサービスについては、訪問介護事業所ゼロ自治体が増えている、小規模事業所の倒産が増加などの報道もあり、地域類型を問わず支援を強化することに異論はありません。しかし、人員基準の弾力化とは、介護労働の配置数を減らすことにつながり、今でも足りないのに弾力化してどうなるのだろうかという懸念があります。

また、ホームヘルプサービスとデイサービスの連携・柔軟化も、特にホームヘルプサービスの提供料の減少につながりかねない危うさを感じます。

2つ目には、介護保険の原則と被保険者の納得感についてです。全国に7800万人いる被保険者は、介護が必要になった際には、全国どこでも共通の給付を選択できると考えているからこそ、増え続ける介護保険料の負担に耐えている側面もあると考えられます。ところが、地域類型によってサービス提供体制が見直され、結果として受けられるサービスに

違いが生じてくることになれば、その経緯や必要性について、被保険者の納得を得られるのか疑問に感じます。

加えて、市町村の境で介護サービスの在り方が異なったり、配置基準が変わったりすることで、地域間の不公平感が生じ、利用者が他の地域に移り住むなんてことの逆の弊害が生じる可能性も留意すべきだと思います。

そして3つ目、サービスの質の確保と利用者負担の増加の懸念です。包括的な評価や配置基準の弾力化が進む中で、サービスの質が低下するのではないかと、また、介護給付費の上昇が直接的に利用者負担の増加につながるのではないかとといった懸念があります。特に私どもの会員の声からも、要介護1や2といった比較的介護度の低い認知症の方々が最も介護者の負担が大きいと感じており、こうした方々への必要なサービスが適切に提供され続けるかも重要な視点だと考えています。

さらに、人材不足が大きな課題であることは、民間事業者も市町村も変わりません。地域の実情に応じた柔軟な対応は不必要不可欠ですが、サービスの質の確保と、利用者の家族が安心して必要なサービスを受けられる体制を、全国一律、公平性を可能な限り維持しながら構築していることを望みます。

資料3について発言いたします。

22ページの地域関係者のネットワークのプラットフォーム構築ということの課題を認識し、共同して課題解決に取り組むとは、質問なのですが、具体的にはどのようなものなのでしょう。例えば単なるコミュニケーションツールとか、チャットやビデオ会議のシステムなどを指すのか、それともプロジェクトの進捗管理やドキュメント共有を含めたより包括的なシステムのことを指すのか、プラットフォームの内容がよく見えないのでお願いいたします。

それと、資料3の141ページに飛びますが、介護人材の定着の後半部分に、ハラスメント対策等の取組を講じる必要があるとあります。介護労働者の皆さんの職場環境を改善するために、ハラスメント対策は重要であることは理解できます。カスタマーハラスメントについて、認知症の本人と家族の立場から申し上げておきたいことがあります。介護保険の利用者の多くは認知症であり、精神疾患がある場合も少なくありません。買物や乗り物の利用などの一般的な消費者としてのカスタマーではなく、介護を必要とする利用者は、病気や障害により介護労働者やサービス提供者からの説明がよく理解できない、または言葉や判断が難しい、身体的な行動に出てしまう場合があります。介護労働者の事業者は、その心身の状況を十分に理解し、介護利用者の加害的な行為を判断する必要があると思います。

最後ですが、利用者の本人や家族介護する家族から見れば、一方的にハラスメントだと判断され、当惑したり、途方に暮れてしまうなどのケースが出てくるかもしれません。家族が、ハラスメントをしないように、利用者本人に幾ら説明をしても本人が分からないとか、分かっているけどどうしようもできないというケースもあります。家族が介護労働者へ

のハラスメントに過敏になり、本人に対し虐待行為などをしまうことなども考えられます。介護利用者からのハラスメントについては、利用者に特有の症状、介護労働者の専門性に立脚した判断をしていただくよう要望いたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

お尋ねの点がございますので、よろしくお願いします。

○吉田社会・援護局福祉人材確保対策室長　社会・援護局の福祉人材確保対策室長でございます。

プラットフォームについてお問合せをいただきました。資料3の22ページと110ページにそれぞれ資料がついてございますので、それを見ながら聞いていただければありがたいですが、22ページ目に図がございます。これにつきましては大きく2層に分かれると考えてございまして、プラットフォームについて、上の層、第1層目については、幅広く都道府県を中心に関係者・関係機関の方々が入っていただいて、情報交換をしていくというようなところなんです。あわせて、実際の介護人材、共通の課題だと思います。地域の中でいかに人材確保を進めていくかをしっかりと御議論いただきながら、矢印の下の方、実践的な取組を進めていただきたいと考えてございます。

ここはあくまでも例示ですが、3つのプロジェクトチーム、人材確保・定着、職場環境の改善・生産性向上、経営支援、介護のイメージ改善、理解促進というような形で、地域の実情に応じて、また、関係者もそれぞれ入っていただきながら、より地域に密着した取組をしていただきたいなという思いでございます。これ全体をプラットフォームと総称してございまして、御指摘のとおり情報交換などもするのですが、実際の介護人材確保の取組を生み出していくような機能を重視していきたいと思っております。

ここには公的機関、福祉人材センターなど様々なセンターがございます。介護労働安定センターなどもございます。そういうところに入っていただいて、それぞれ得意分野がございます。職業紹介であるとか、経営支援であるとか、そういうものもうまくつなぎ合わせながら、公的支援をしっかりとつながっていくようにしながら、関係者の間でより深いネットワークをつくっていただくことを想定してございます。

以上でございます。

○菊池部会長　よろしいでしょうか。

○和田委員　ありがとうございます。

特に110ページに、現場職員を含め地域の関係者がざっくばらんに現状を共有しというところが、こういうことが可能なのかなというところのイメージが湧きにくかったので質問させていただきました。

○菊池部会長　それでは、サイドを変えまして、栗田委員はまだ見られていないようなのですけれども、いかがですか。

小林広美委員、お願いします。

○小林（広）委員 介護支援専門員協会の小林です。

まず資料2につきまして、利用者さんの居住場所によって利用するサービスというのは市町村をまたいでいることがあります。現状でも、1人の利用者さんに対して通常サービスと基準該当サービスが混在して、給付管理に苦慮することも多くあります。3つの地区に区分した場合ですとか、配置基準の弾力化をすることで、給付管理での影響が見込まれることを考慮しながら、基準該当サービスですとか、離島等相当サービスにおける取組の状況を把握するとともに、包括的な評価の仕組み、それから、市町村事業によるサービス提供の方法を検討していただきたいと思います。

資料3につきまして、人材不足は医療・介護に関わる全ての人材についての課題となっておりますが、特に介護支援専門員の場合、現状では基礎となる資格の5年の経験が必要で、その基礎となる介護職の人材の定着・確保、介護のイメージ改善・理解促進をしていくことは大変重要と考えております。

そのために、地域の関係者のネットワークでその地域における課題を共有し、問題解決に取り組む際には、どれだけのサービスとそれに関わる人材が必要なのかについて、地域の数年先の状況を見越した計画を踏まえて解決策を検討する仕組みが必要だと考えております。

先ほど和田委員からもお話がありましたけれども、ハラスメントにつきまして、居宅介護支援事業所を含む指定事業者は、正当な理由なくサービスを拒んではならないとはなっております。介護支援専門員だけでなく、個々に訪問をする専門職については、カスタマーハラスメント対策につきまして、先ほどの和田委員からのお話も含めまして、人材の定着のためには大切な事項であると思いますので、対策につきましては、運営基準の内容も含め御検討いただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○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。

意見を4つ述べたいと思います。

まず資料2の関係でございます。資料3の人材確保の話とも重なりますが、介護人材が不足しているからといって、どんな方でも人がいればよいということにはなりません。介護職チームには、中核的な役割を担う介護福祉士がいて、その介護福祉士が適切に機能してこそ、適切なサービスが提供できるのです。その際、介護職チームの中核的な役割を担う介護福祉士に期待されていることとして、生産性向上の中核人材に期待されているような業務改善等のプロジェクトマネジメントのほか、多様な介護人材の指導・育成、介護職チームによるケアのコーディネート、チームメンバーの人材マネジメントなど様々ございます。

しかし、その役割を担うために必要なスキルを身につけるための機会が、介護現場の全

ての介護福祉士に十分に用意されているとは言えません。また、介護現場に中核的な役割を担うことができる介護福祉士がどの程度必要であるかも示されておりません。このような現状を踏まえれば、介護人材不足への対応の在り方としては、新規参入の促進と併せて、多様な人材を有効に機能させるためにも、中核的役割を担う人材の必要数を定めた上で、育成と確保の方策の検討が喫緊の課題であると考えます。

2つ目でございます。資料にもありますように、介護は地域における重要なインフラであると考えています。現在、各地域には退職した介護福祉士等の潜在介護福祉士が少なくありません。

他方で、地域住民の介護サービスや権利擁護等の相談だけではなく、介護を担う者としての相談、介護技術のサポートなど、多様なニーズに対応していく必要があります。

また、地域住民がお互いに生活を支え合う仕組みを具体的に機能させていく必要がありますが、その際、潜在介護福祉士の知見・経験は極めて重要な人材資源であり、これを生かす道筋を構築すべきであります。

また、潜在介護福祉士には、災害時の避難所や施設・事業所における介護サービスの継続支援などの福祉対応も期待できると考えます。しかし、現在、介護福祉士等の有資格者の届出制度はあるものの、十分には機能しておらず、潜在介護福祉士の実態把握がされていないのは課題でございます。

今後、潜在介護福祉士の所在、スキルを把握する情報基盤を確固たるものとしつつ、潜在介護福祉士が地域で活動できる枠組みの整備を進めるべきであります。

資料3についてでございます。介護現場におきましては、介護職チームのリーダーが中核的な役割を担っておりますが、その具体的な機能や必要性については、制度上、明確に定義されていない部分が多く、現場任せになっています。介護職チームは、リーダーを中核として、障害のある方や介護未経験者の外国人材、短時間勤務者などを含めて構成され、リーダーの指示系統の下で介護サービスの提供がなされております。

介護職チームのリーダーには、介護福祉専門職としての倫理感、コンプライアンス意識を前提として、チームマネジメント、リーダーシップ、コミュニケーション、対人関係能力、利用者ごとの介護過程の展開、多様な人材の指導・育成、労務管理、シフト調整のほか、現場の業務改善をリードするマネジメントなどの役割機能が期待されています。

しかし、このリーダーの専門性や業務内容は制度上明文化されていないだけでなく、全ての介護福祉士に対して体系的な研修機能が保障されておらず、責任や負荷に見合った報酬体系が確立されていない等の課題がございます。介護現場におけるリーダーがその専門性と役割を十分に発揮できるよう、介護サービスの質の向上と持続可能性の確保が期待できるよう、これらの課題に向き合い、制度的な整備、研修の充実、処遇改善を行うべきであります。

最後に、介護福祉士資格をもっと有効に活用すべきでございます。現在、介護福祉士資格については、各施設・事業所の配置基準における明確な位置づけがない、中核的役割が



期待されながらも制度的補完がないなど、介護保険制度上、この資格の存在価値が明確に位置づけられておりません。

介護職チームには、介護福祉専門職の倫理観やコンプライアンス意識のある介護福祉士を位置づけるべきであり、その中核的役割を担う人材には、制度上の明確的な位置づけと適切な処遇を担保するべきであります。

介護福祉士の資格とキャリアパス、そして処遇を結びつけることは、より質の高い介護サービスの提供や、虐待や身体拘束の予防だけではなく、若年層の介護職志望にも希望を与え、現任者の離職防止にもつながります。介護福祉士の位置づけの明確化は、介護サービスの質、利用者の安心保障、介護業界の未来を目指すために必須の課題と考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様をお願いしていききたいと思います。

幸本委員、お願いします。

○幸本委員　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す。

多岐にわたる論点がございますが、私からは5点申し上げます。

まず1点目、介護報酬の評価方法についてです。介護人材の確保・定着に当たって、給与水準は重要な要素です。しかしながら、介護保険制度の持続可能性の確保のためには、負担増を抑制する必要もございます。そのため、経営努力とは関係のない要因で、同じサービスでも著しく利益率が異なる場合などについては、介護報酬の評価方法を見直すなど、サービスの維持と負担の抑制を両立する方策を検討いただきたいと思います。

次に2点目、同じく介護人材の確保と定着に関連して申し上げます。介護人材の確保・定着のために重要なのは、給与水準だけではありません。厚生労働省でも推進されている社員のウェルビーイングを向上する健康経営なども有効なツールだと思います。様々な調査で、健康経営を推進する企業はワークエンゲージメントが向上し、人材定着率が高いことが示されています。特に経営者との距離が近い中小法人で健康経営に関わる施策を講ずれば、より効果的となっています。中小法人での先進事例の発掘・創出など、御検討いただきたいと思います。

また、テクノロジーの活用やタスク・シェア／タスク・シフトの推進による生産性の向上と職場環境の改善も人材の定着にとって重要ですので、推進いただきたいと思います。

3点目は協働化、事業者間の連携、大規模化についてです。協働、連携、大規模化による効率化、負担軽減については、段階を踏んで中小法人にも受け入れられる形で進めていただきたいと思います。そのためには、プロセスをどうつくり上げていくかが実効性を上げるためのポイントだと考えます。

また、先ほど申し上げた健康経営の推進においても、協働、連携、大規模化は有効です。中小法人における健康経営の観点も、検討の中に含めていただきたいと思います。

4点目は様々な見直し後のチェック体制についてです。今後、サービス提供体制などの

見直しが進んでいきますが、利用者の視点で、サービスのクオリティーが保たれているか、チェックする仕組みを導入していただきたいと思います。釈迦に説法であります、PDCAを回して改善を続けていく体制が必要と考えます。

最後、5点目ですが、前回も申し上げましたが、経営情報の見える化の徹底が必要です。事業の公共性を踏まえ、国民各層の理解と納得を得るための見える化の推進は当然のことと思います。加えて、見える化の徹底には、利用者、供給者双方の当事者意識を高め、効率化を推進する効果もあると考えます。

介護事業は地域を支える産業であると同時に、雇用の場でもあり、地方創生にとっても重要であると考えます。持続可能な介護保険制度の構築に向けて、議論を深めていただきますようお願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。よろしく申し上げます。

資料2で主な論点としてお示しいただいたものには、配置基準等の弾力化を前提とした項目が多くありますが、適切な措置を講じないまま単に配置基準等の弾力化を進めると、介護職員の負担増加は避けることはできません。現在でも、私どもの現場の組合員からは、介護保険事業所の管理者の兼務等について、負担が大き過ぎてやっていけないとの声が多く出ています。

論点にも、懸念事項として、配置基準の弾力化をした結果、労働負荷が増し、人材確保がさらに困難になるということが記載されていますが、懸念が現実となることを避けるためにも、慎重に対応を判断するべきだと考えます。現に論点の中には、認知症対応共同生活介護の夜勤体制は3ユニットに対し2名以上と緩和されているとの記載がありますが、令和3年度認知症グループホームの例外的な夜勤職員体制の取扱いに関する調査研究事業報告書によりますと、グループホームのうち3ユニットは6%、そのうち0.9%、僅か3施設しか3ユニット2人夜勤の届出をしていないという結果が出ています。要件を緩和しても、活用されなければ意味がありません。要件の緩和が絵に描いた餅とならないよう、現場で活用可能なのか、慎重な検討をしていただきたいと思います。

次に、サービス提供体制を確保するための支援体制を構築するに当たって、その前提として、医療も含め、地域における介護サービス提供体制の状況をエリア別に見える化し、地域で状況把握・分析、関係者間の共有・議論を行っていくことが必要とありますが、地域包括ケアシステムについて現状把握・評価するという意味で、私どもが提案してきた内容とも合致すると考えています。国もしっかりと関与・支援して、全体的な課題としての解決策も示していただきたいと思います。

その中で、具体的な方向性の中には、市町村事業によるサービス提供等も盛り込まれて

いますが、民間の事業者による営利事業としての継続が困難なためだとすれば、民間事業者が事業を継続可能となるような策を講じることが重要であると思います。

そして、仮に市町村自らが直接サービスを提供するとなると、公務員と介護職員の賃金水準の差を考えた場合、現在の介護報酬水準では独立事業として成り立たず、介護保険財源による事業スキームとありますが、市町村独自で赤字の穴埋めのために介護保険以外の財源を投入する必要があるのであれば、もはや介護保険制度が機能していないとも言えますし、一定の介護サービス供給量を利用者に振り分けるような、措置の時代に逆行することも危惧されます。なぜ民間事業として成り立たないのかということを突き詰めて手当てしないままに市町村事業に委ねるということでは、介護保険制度創設の意義が問われかねないと思います。

次に資料3についてですが、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していくことが必要と書かれていますが、現状は、ほかの産業が人材不足を背景に大幅な賃上げを進めている中、全産業平均との処遇格差が拡大して、確実に他産業への人材流出が増加し、介護人材が介護保険制度開始以来初めて減少に転じている局面であり、あまりにも対応が遅いと言わざるを得ません。

もともと介護従事者の賃金水準は全産業平均との格差が大きく、動向を注視して判断せずとも、連合や経営者団体が公表している情報等を鑑みれば、今までに処遇改善策として講じてきた施策では格差拡大の一途をたどっているのは容易に分かるはずです。前回の本部会でもお話しさせていただきましたが、既に人材不足によって必要な介護保険サービスを提供できない事態が増加するなど、介護保険制度そのものに大きな悪影響が出ています。現在の3年に一度の報酬改定という仕組みでは、昨今の物価上昇、他産業における賃金水準の上昇には対応できないことから、政府が把握している物価に関する統計や賃金水準に関する統計、人事院勧告なども指標として、毎年物価上昇や人件費高騰への対応をしつつ、速やかに他産業との処遇格差の解消を進めていくべきだと考えます。

次に、経営改善支援について、論点の中にはございませんが、デジタルテクノロジーの活用を進めている一方で、その恩恵をあらゆる面で享受できるようにすることも必要だと思います。介護報酬は請求から支払いに至るまでの期間が医療報酬と比較しても長く、運転資金の確保のための借入金、有利子負債が発生するなど、経営の支障となっているとの声も多くあります。

また、医療報酬の場合は、レセプト電算処理システムによる請求をすると、支払期日が通常より5日間前倒しになっています。ぜひDXの成果として、報酬請求後の支払期日の短縮にも取り組んでいただきたいと思います。

昨今は介護事業者の倒産等も増加しており、支払期日の短縮は経営支援としても有効と考えられますので、検討をお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員　よろしく願いいたします。

私のほうからは、3つ意見と2つ質問がございます。

資料2の中間とりまとめの概要が書かれている10ページ、11ページについてですが、特に方向性の中の(2)で介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援というところでは、国や地方における介護人材確保に向けた取組の中で、一番最初に賃上げや処遇改善、今、染川委員からも御意見がありましたけれども、ずっとやり続けてきてなかなかその差が埋まらないのはなぜか。抜本的な改革というか改善をしない限りはもうこれが埋められないのではないかなと強く感じております。ここの対策について、これまでと同じようなことをするだけでは、結局何も変わっていかないというような、非常に危惧を感じております。

同じく黒ボツの養成施設の環境整備と書いてありますけれども、介護職の養成ということについて、58ページの資料にあります介護福祉士養成施設定員充足状況などを見てみますと、15年ぐらい前と比べてがらりと様子が変わってきております。そこに応募する生徒さんたちの数が激減しているということに加えて、今やその中でも半数ぐらいが外国の方であるというような状況を見据えて、例えばここに若い世代に向けた介護の魅力向上という文言がありますけれども、この文言そのものは長きにわたって使われておりますが、少し危機感に欠けるようなむなしさを感じてしまいます。もう少しここは思いきり掘り下げて、新たな介護人材の確保を追求していかないと間に合っていないといった印象を受けております。

特に大都市におきましては、様々な異職種の方に介護スキルを持っている人材を持っていかれてしまうというような状況がこれからさらに加速するのではないかという懸念があります。他産業との賃金格差が広がっている状況は早急に対策を考えていく必要があると考えます。

次に、職場環境改善・生産性向上の取組というところで、この最初の文言が「生産性向上による業務効率化等で得た時間で職員への投資を図り、質の向上や介護人材定着を促す」と書いてあります。この件について、毎回申し上げておりますが、職場環境改善とか生産性向上は、本来はケアの質の向上が目的だと思うのです。それを目指して職場環境を改善して生産性の向上を目指していくということであれば、こういう文言も「ケアの質の向上を目指し、生産性向上による業務効率化で得た時間で職員への投資を…」というような形で最初に「ケアの質の向上のため」という文言が入らないといけないのではないかとこのことを強く感じております。

ただ、ケアの質とは何をもって表していくかというときに、佐藤委員からもご意見がありました。ケアの質というのが一番大事なことなので、ここをしっかりと掘り下げていく必要があると思います。ここがきちんと整理されていないのに、職場環境改善とか生産性向

上というのをしげく言うのは違うのではないか。それでは、ケアの質の向上のアウトカムの評価をどうしていくか。そのときには、実際にケアを受けている側からの評価、その方たちの身体的あるいはメンタル的な状況の変化を含め、そういったエビデンスなどがしっかり精査されて、アウトカムがカウントされていかないといけないのではないかなと思います。

配置基準の弾力化ということで、40ページからずっと状況が報告されておりますけれども、現場がなかなかそれについていけないということもあるので、もう一回基本に戻るといえるか、それが大事なのではないかと感じております。

あと、2つ質問なのですが、67ページに小規模法人のネットワーク化による協働推進事業というのがありまして、令和7年度で予算が3.5億円計上されていて、これは前年度も同じように3.5億円計上されているということですが、実際にこの小規模法人のネットワーク化というのがどのぐらい進んでいるか、実際にどのような実態で進められているかという数字が把握できているのであれば教えていただきたいと思っております。もともと協働化と大規模化は離して考えるべきというのはずっと申し上げてきたのですが、この協働化というのが実質的にどのように進んでいるかが知りたいものですから、もしデータが分かっていたら教えていただきたいというのが1点。

もう一つは、73ページに小多機の事業所に関して、ここ2年連続して事業所の減少が続いていると。これが気にかかっておりまして、その辺の実情とか原因とかが分かっているようであれば教えていただきたい。

次の2点です。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お問合せに関してよろしくお願いします。

○小野社会・援護局福祉基盤課長 1つ目の質問について、社会・援護局福祉基盤課長でございます。

小規模法人のネットワーク化による協働推進事業の成果というか、効果というか、そういったことだと思うのですが、社会福祉連携推進法人の数につきましては、令和4年度以降少しずつ増えていまして、現在30ということで着実に増えてはおります。

もう一つ、社会福祉連携推進法人以外の各地での取組というのはそれぞれ行われているのですが、ここについては数的なものは今、手元では把握してございません。

○菊池部会長 今日ではなくても、戻って何か御提示することは可能なのですか。

○小野社会・援護局福祉基盤課長 具体例で幾つかどういうものを取り組んでいるということは提供できると思います。

○菊池部会長 数自体は把握し切れていないという理解ですか。

○小野社会・援護局福祉基盤課長 そうです。

○菊池部会長 分かりました。

では、もう一点。

○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。推進課長です。

小規模多機能型居宅介護の減少の背景ということでありますけれども、時点は古いのですけれども、令和3年度の老人保健事業の分析結果によりますと、事業の新規開設に当たっての阻害要因として、人材確保が難しいということと、小規模ならではのということなのですけれども、収入が不安定であるといったようなことが挙げられまして、こうしたことを背景として事業所数が伸び悩んでいるということではないかと分析をしております。

○菊池部会長 石田委員、いかがでしょうか。

○石田委員 ありがとうございます。

本当にいろいろなところの事業所が減少していく、廃止していくというのが懸念される材料ですので、ぜひともこの辺のところも歯止めをかけるような対策を講じていただきたいと思います。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。

もし参考で必要ということであれば、先ほど具体例をお示しすることはできるというような趣旨でありましたので、そこは石田委員のお求めがあればやっていただこうと思いますので、また御示唆いただければと思います。

それでは、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

資料2につきましては、総論的な話ですけれども、いずれの論点も非常に重要な課題でございますので、今後の検討に当たっては、より精緻なエビデンスや数値をお示しいただきながら議論していく必要があると考えております。

特に100ページの○の4つ目の論点にありますように、人口減少・サービス需要の減少というのは介護以外にもある共通の課題ですので、他の分野との連携、施策を組み合わせる、これは非常に重要になってくると思いますので、ぜひ連携を図りながら議論を進めていただきたいと思います。

資料3につきまして、142ページ目以降に生産性の向上の話が随分と書かれておりますけれども、先週14日に官邸で開かれました新しい資本主義実現会議で、中小企業・小規模事業者の賃金向上推進5か年計画という話がありました。その中で、人手不足がとりわけ深刻な12業種が指定されて、その中に介護・福祉分野も入っているわけですが、その中でかなり具体的な目標やKPIについても示されていたところでございます。

2040年までに業務効率化33.2%を目指すということとか、テクノロジーの導入支援策等々も示されているところでございまして、政府全体を挙げて、この分野の生産性を上げていくということは必須な課題ではございますけれども、1つ質問としては、こういう新しい資本主義実現会議などの官邸での会議の議論と、介護保険部会での議論の連携はどういうふうに図られていくのかということにつきまして、御質問させて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。

事務局からいかがでしょうか。お願いします。

○峰村高齢者支援課長　高齢者支援課長でございます。

今、御指摘いただきましたように、これまでも政府として、例えばデジタル行財政会議であるとか、今回のような新しい資本主義実現会議とか、様々な場でプランのとりまとめなどがされてきてございます。そこで取り上げております施策につきましては、こうした部会、審議会においても御報告させていただきまして、御意見をいただいているところでございます。

そのプランの中で、目標といいますかKPIも設定してございますが、それについても、これまで部会のほうでもそうしたKPIを定めていることについては御報告させていただいておりますけれども、これについても御意見をいただければ、今後のKPIの進捗のフォローアップとか見直しにつなげていきたいと考えてございます。

以上でございます。

○菊池部会長　よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、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。

私のほうでは、資料2の中山間・人口減少地域の各論点について申し上げたいと思います。多くは3つの項目と思っております。

1番目、特養入所を要介護度3以上に限定することについてでございますが、特養入所を要介護度3以上に限定する方針の見直しから10年以上経過いたしました。状況は大きく変わりました。令和5年の特養稼働率は全国平均94.4%でございまして、都道府県別で見ると、少ないところでは平均が90.9%という県もございます。

一方で、離島や中山間地域では、要介護度3以上では待機者ゼロの施設も出てきており、閉鎖の例も報道されております。現場では、要介護度3以上の利用者確保に苦慮しておりまして、特養をサ高住に転換する動きや、自治体による特例入所の拡大検討も始まっておりますけれども、全国一律ではなく、複雑化や事務負担の問題もあります。全国老協としましては、離島・中山間・人口減少地域に限りまして、要介護度3以上の要件を撤廃するということの検討を本会で求めたいと思っております。

2番目、中山間地域等に対する介護報酬における評価についてでございますが、介護報酬には、地域の状況により加算で評価する仕組みがあり、そのことは83ページの3つの加算について整理いただいております。それぞれの加算となるサービスについて、訪問系や多機能系、通所系の一覧を見ると一目瞭然ですけれども、通所系は3の中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算しか対象になっておりません。通所系サービスにも、1の特別地域加算と2の中山間地域等における小規模事業所加算を適用させることについて再

検討をお願いいたします。

3番目、一定の要件を満たした場合の配置基準等の弾力化についてでございますが、基準該当サービスと離島等相当サービスをほかの介護保険施設等にも拡大することは、限られたリソースの合理的活用という観点から賛成です。

人材についての緩和を検討いただきたい3つの事例について、意見させていただきたいと思います。

夜勤職員の配置についてでございますが、空床が生じた特養の一部をグループホームや特定施設等ほかのサービスへ転換しようとする際、サービスごとに夜勤職員が必要なのはその障壁になります。サービスの質を保ちつつ、柔軟な配置が可能となるよう見直しを求めます。

2番目、地域密着型特養の栄養士配置についてでございます。地域密着型特養の栄養士配置につきましては、他の社会福祉施設の栄養士または管理栄養士との連携ができれば配置しなくてもよいとされており、サテライト型特養の場合には、本体施設の栄養士または管理栄養士との連携ができれば配置しなくてもよいとされております。

基準では、サテライト型特養は本体施設の栄養士との連携なら置かなくてもよいが、他の社会福祉施設との連携では配置が必要になると解釈されていることとなります。本体施設に限らず、より近隣のケアハウス等の福祉施設との連携でも配置免除を認めるよう、柔軟な対応を求めます。

3点目、介護支援専門員の配置基準の緩和と看取り介護加算の要件緩和です。ある離島の事例で、極めて厳しい経営状況の中、島出身の経営者や有志による年間500万円寄附で辛うじて経営が成り立っているという小規模特養の事例でございます。様々な経営課題がありますけれども、今回は専門職の配置基準や加算要件について2点申し上げます。

その離島の特養では、介護支援専門員以外に有資格者が不在で、施設ケアマネと居宅介護支援事業所などの兼務の特例が必要です。また、正看護師の絶対数が足りないこのような離島におきましては、看取り加算を配置医師との連携の下で准看護師でも取得できるようにする、または看護師の常勤1を常勤換算1に見直すなど、制度上の特例を設けることで事業継続に資することができると考えます。私人の浄財で長期間経営を支えられている状態は好ましくないと考えられますので、制度上の対応が必要でございます。

現場の声といたしまして、御理解と御対応を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。

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することができないため、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。

資料2、資料3それぞれについて意見を申し上げます。



まず資料2「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について」でございます。

今後、多くの都道府県では、医療介護ニーズが高い85歳以上人口の急増に伴い、介護需要の増加が見込まれております。しかしながら、離島・中山間地域では既に85歳以上人口が減少に転じております市町村も多く、介護需要自体が縮小しております。こうした地域では、人材不足への対応に加え、今後、採算性の低下によりサービスが維持できなくなることを防ぐ必要があると考えております。

本県では、令和6年度の介護報酬改定に合わせまして、特別地域加算の対象地域が拡大されたところでありますが、対象となる訪問介護事業所の9割が特別地域加算を算定しており、介護サービスの維持に寄与したとの声が寄せられております。このため、こうした地域においては人員配置等の柔軟な対応を最大限行うことに加え、介護報酬においても、1人当たりの単価を引き上げることで採算性を確保することが特に重要であると考えます。

介護サービスの維持に当たっては、サービス提供事業者がそれぞれの地域でのニーズを踏まえ、採算性や必要な人員配置などを適切に判断し、地域の担い手としての役割を果たしていくことが不可欠であり、論点において提示されております「介護サービス提供体制の状況をエリア別に見える化」すること等を通じまして、定量的なデータから将来の介護需要を明確にし、サービス提供事業者の参入を促すとともに、本県のような中山間・人口減少地域を多く抱える場所では特に、地域の関係者が認識を共有し、限られた資源をどのようなサービスに振り向け、どのように維持していくかという観点から議論を進めていく必要があると考えます。

次に、資料3「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援について」でございます。

介護人材の確保に当たり、「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ことが必要ではないか」との論点が提示されておりますが、人口流出が著しい地方においては、人材の取り合いが大変厳しく、賃金や労働環境において他産業と比較した上で優位に立たない限りは、介護人材を確保することが非常に困難であり、推計との乖離を埋めることは難しい状況です。自治体の限られた人員において介護人材の確保を推進するにあたっては、介護業界への就労が魅力的となるような、処遇改善加算の強化や職場環境改善、生産性向上といった、より実効性のある施策を進めていくことが重要であると考えます。

限られた介護人材を効率的に活用していくためには、サービス提供事業者が安定的に事業を継続していくことも必要であり、経営の大規模化や協働化を進めることが重要であると認識しております。

そして、より広域でサービスを提供することが可能になれば、より安定した経営を行うことができるサービス提供事業者が増えることになると考えております。人口や面積が小規模な市町村が多く、市町村合併が進んでいない地域等における市町村域を超えた資源の

有効活用が図られる仕組みづくりなど、地域において貴重な資源の有効活用が図られるよう、制度全体の見直しを含めた幅広い議論を行っていくことが必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。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員　ありがとうございます。

まず資料2に関してですが、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、特に人口減少地域において、より効率的な提供体制を構築していくために、地域の実情に応じて配置基準等の弾力化やサービス間の連携・柔軟化に対応できるようにしていくことが必要だと考えます。既に人口減少が始まっている地域も多い中、質を確保しつつ、今よりもう一歩進んで柔軟な取組ができる環境を早急に整えることが重要だと考えております。

また、地域の5年後、10年後の姿を関係者で共有し、先を見据えて前もって準備を行っていくことも重要だと思います。そうした対応ができるよう、国において必要な情報や目安を示すとともに、必要な基準の見直しや実態を踏まえた地域区分が行われるよう、議論を進めていただけたらと考えております。

資料3ですが、介護人材の確保に向けて、これまで行ってきた報酬引上げの方策を事業者に行き届かせるとともに、相談体制の構築や人材のマッチング、キャリアパスの構築や業務負担の軽減など、様々な政策を一体となって実施していくことが必要であると考えます。

一方で、生産年齢人口が減少していく中で提供体制を確保していくためには、生産性の向上に加え、事業者間の連携や大規模化を図っていくことも欠かせないと考えますので、そうした取組を行う事業者が増えるよう、必要な支援を行っていく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。

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。よろしくお願いいたします。

資料2について3点意見を申し上げたいと思います。98ページから100ページにかけてです。

まず98ページの人員体制の弾力化についてです。医療や介護の複合的なニーズを持つ高齢者の増加が見込まれる中、人員配置基準の弾力化は、ケアの質や職員の労働負担の観点からも慎重に検討する必要があるのではないかと考えております。業務効率化や職員の負担軽減を図るICT活用などは重要ですが、利用者の安全とケアの質に関する十分な評価に基づいて、慎重な検証の上で検討が行われる必要があると考えております。

2点目、99ページの中山間・人口減少地域の介護事業所の移動に係る課題についてです。

包括的な評価の仕組みの場合、設定によっては利用者負担に関する課題が生じ、逆に事業者の人員や経費負担が増加することなどにつながりますので、単に包括的な報酬にということではなく、例えば移動時間も考慮するなど業務内容に見合った報酬の充実や基金などの活用による支援の検討も必要ではないかと考えております。

最後に、既存の介護資源等の有効活用です。小多機の減少がここで指摘されておりますけれども、医療ニーズを有する利用者などの居宅を中心とした暮らしを支える看多機も重要です。看多機は、2040年に向けてさらに供給増が期待されるサービスでありますけれども、73ページに事業所数が示されているとおり、増加はしているものの、全市町村の24%のみにしか設置されていない状況です。また、区域外指定の仕組みはありますけれども、近隣自治体の利用者が利用しやすい仕組みを検討することも重要であると考えます。在宅を中心に暮らしを続けることを希望する多くの高齢者のニーズに添うよう、看多機利用の推進を希望しております。

続きまして、資料3に関して、140ページから143ページに記載があります介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援に係る主な論点について、3点意見を申し上げます。

まず140ページの介護人材確保です。33ページにも示されておりますように、介護職員等処遇改善加算を取得している施設・事業所における介護職員の基本給等について、令和5年度と比較し令和6年度は4.6%の増加、平均給与額は4.3%の増加となっておりますけれども、全産業の平均と比べますと介護職員の賃金はいまだ低い状況であり、引き続き処遇改善の強化が必要であると考えます。令和6年度介護従事者処遇状況等調査において増額が最も少なかった看護職員は、医療や介護の複合的ニーズを持つ高齢者や看取りが増加する介護施設等において重要な役割を担っておりまして、職責に見合った処遇とその改善が必要であると考えております。

続きまして、介護領域で就業する職員の人材確保では、47ページにもありますように、ハローワークで求職活動を行う場合が多くあります。看護職では、保育や学校の現場など、地域で障害児・者をケアする看護職のニーズも増加しております。ハローワークにおける職業紹介と福祉人材センターの連携に加えまして、看護職に関しましてはナースセンターと有機的な連携ができるよう、地域単位で顔の見える関係づくり、プラットフォームの構築を進めることが重要と考えます。

最後に、141ページの介護人材の定着に関連した介護人材に対するハラスメントへの対策強化についてです。61ページにもお示しされておりますように、基金を活用して複数名訪問に対する助成を行うなどの事業がありますが、実施している自治体は少ない状況です。介護従事者が安全に働ける環境整備は、人材確保・人材定着に向けて重要な要素であると考えますので、必要な場合の支援も含め、これからの仕組みを構築していただく必要があると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

それぞれの議題に関して、意見を申し述べたいと思います。

まず、資料２の「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について」ですが、論点の中で、中山間あるいは人口減少地域については、一定のサービスの質の維持を前提とした柔軟な対応として、配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組みなどの検討が示されています。柔軟な対応により、サービス提供体制の維持・確保を図っていくことは大変重要なことだと考えています。

また、柔軟な対応における、配置基準等の弾力化は、既存の取組の検証等も行いつつ、モデル事業の実施、あるいはサービスの質を担保するための仕組みの設定が必要ですし、包括的な評価の仕組みでは、論点にもありますように、介護報酬全体の報酬体系との整合性、自己負担の公平性、コスト負担の在り方等の観点も踏まえて慎重に検討すべきと考えています。

次に、資料３の「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援について」です。論点の中で、人材確保については、介護人材の特性、地域差等の課題の分析をしっかりと行った上で対策を検討していくべきと考えています。また、処遇改善だけではなくて、職場環境の改善、あるいは生産性向上の取組も重要であると思っています。特に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すし、加えて、経営改善の支援、介護事業者間の協働化や連携、大規模化も重要だと考えています。こうした取組を進めていく上では、国あるいは都道府県等における支援体制の構築・強化が必要だと考えています。

最後に、前回も申し上げていますが、介護サービスの維持・確保、サービス提供体制あるいは支援体制の構築は重要な課題だと認識する一方で、介護サービスを支える負担をどうしていくのが大前提となる課題だと思っています。制度を支えている現役世代の負担をどのように軽減していくのかという観点からも、公費負担等も含めたトータルとしての財源をどう確保していくのか、あるいは給付と負担のバランスをどのように考えていくのかといった観点についても、中長期的な視点を念頭に置きながら検討して見直しを行っていただきたいと考えています。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

多田参考人、お願いします。

○多田参考人　ありがとうございます。

大西市長が公務により出席できないため、参考人として発言をさせていただきます。

資料２の99ページに記載の市町村事業によるサービス提供についてでございます。中山間・人口減少地域におけるサービス維持・確保のための対応として、市町村が実施可能な事業スキームについて考えるとされておりますが、人口減少地域においては、人材確保が

難しいなどの事情により事業を実施できないことが懸念されることから、実現可能な事業スキームの具体例を示すことができるよう、検討していただきたいと存じます。

市町村が地域の実態も踏まえて柔軟に実施可能なという表現につきましては、人口減少地域におけるサービス維持・確保のための選択肢の一つとして提示されたものであると認識しておりますが、市町村への義務づけだと捉えられかねないことを懸念しておりますことから、誤解されることのないよう、慎重な議論をお願いしたいと存じます。

人口減少地域においては、人材不足等の理由によって事業の提供体制を整備できないことが当然想定されることから、選択肢の一つとして提示されたとしても、実現が困難であることを理解していただいた上で、今後の検討に当たっては、人口減少地域の実情を十分に踏まえ、既存の事業スキームにこだわることなく、具体的に実現可能な事業となるようにしていただきたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林司委員、お願いします。

○小林（司）委員　ありがとうございます。

中山間・人口減少地域への対応について、サービス間の連携などで複合型のサービスとして対応していくのか、あるいは配置基準を弾力化して対応していくのかという両者の意味合いや影響は異なると思います。前回も発言いたしましたが、安易な人員配置基準の緩和で、利用者や働いている人にしわ寄せが及ぶことがあってはなりません。

安全面やサービスの質の確保は、人員配置や現場を担う方の専門性などが支えてきていると思います。今後、様々なデータ分析や新技術の活用などによって、質の向上につながる研究が深まっていくことへの期待はありますが、まずはこうした地域で、ここで働いていこう、これからも働いていこうという人材確保の好循環につながる施策に徹するべきだと考えます。

また、今後は利用者が減っていき、訪問系サービスの突然のキャンセルによる影響も大きい地域かと思います。地域共生社会の推進は重要です。同時に、必要な財源を確保して、保険料を支払ってもサービスなしという事態を避けなければなりません。市町村事業によるサービス提供についても同様、財源確保が課題となります。その提供体制を支え、また、負担の公平性も確保するという観点からは、人口構造が変化する期間に限定しつつ、公費投入を増やしていくことの検討余地があると考えます。

次に資料3については、人材確保に向けて地域で関係者が連携している様々な取組の事例紹介をいただき、ありがとうございました。論点に書かれたサービス供給面でも精緻な人材推計を地域ごとに行うということについては、定量目標、KGIとして設定していくことが必要ではないかと思います。

最後に、私たち連合は、一昨日の5月17日に「医療・介護フェス」というイベントを開催し、現場で働く方を中心に約600名の参加がありました。この中で、地域包括ケアシステ

ムの深化・推進に向けて必要なことは何かというアンケートに対して、多くの参加者から人員確保、処遇改善、人材育成、利用者家族からのハラスメント対策という声が上がりました。介護保険制度がスタートして以来、デフレ下での制度運営が長期にわたりましたので、昨今の賃金上昇・物価上昇下で介護保険をどうしていくのか大事な局面だと思います。とりわけこの4つの取組については強力に推進していただくよう、ぜひよろしく願いいたします。

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ございます。

2点ほど申し上げたいと思います。

まず1点目、「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について」であります。前回も申し上げたところではありますが、市町村事業によるサービス提供についてであります。

前回の部会での意見を踏まえまして、介護保険財源により事業を実施するとの考えが示されております。しかしながら、離島・中山間地域のみならず、多くの町村においては、今既に役場の職員でさえ確保するのに苦労している状況にあります。介護事業者が撤退し、介護の担い手がいなくなってしまうような状況の中、最後のとりでという形で、市町村の事業として介護サービスを実施することは、たとえ財源が確保されたとしても、人材確保等の観点から、現実的にはかなり困難であると考えております。

人口が減少し、サービス需要も減少していく中、離島・中山間地域をはじめとする多くの町村において介護保険制度を持続させるためには、あらゆる方策を検討しなければなりません。やはりまずは事業者が安定的にサービスを継続できるような仕組みづくりが重要であると思いますので、地域の実情に合わせた制度・支援等を最優先に検討していただく必要があると申し上げておきたいと思います。

2点目は「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援について」であります。

外国人介護人材の確保について、改めて申し上げたいと思います。茨城県においては、外国人介護人材のマッチング・定着支援事業を行っておりますが、定着を図るためには、生活環境の整備、日本語教育の強化、介護福祉士養成施設の整備等が必要不可欠であります。

また、地方においては、日本語教育を受けた方であっても、方言が分からないことから、コミュニケーションを十分に取ることができず定着できないという、地方特有の課題もあります。

安定的なサービスの提供のため、外国人介護人材を確保するとともに、地域に定着し、働き続けていただけるような取組を行っていく必要があると考えますので、よろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東でございます。

資料2、資料3で意見を4点申し上げます。

まず資料2「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について」でございます。

98ページの論点、上から3つ目の○の2行目に「老人保健施設において、訪問リハビリテーションはみなし指定でサービス提供が可能であることなど、既存の仕組みを参考とする」という記載がございます。そこで、訪問看護や訪問介護のサービスがない地域で、全国3、4か所程度、モデル事業としてみなしで老健施設がこのサービスを提供してみてはいかがでしょうか。実際に提供が可能であったのか、また、その効果がどうであったのかを調査してみてはどうかと提案をしたいと思います。

次に、資料2の100ページの論点の一番下の○でございます。「介護以外の他の分野においても共通課題であり、他の分野の施策とも組み合わせて支援体制を効果的・効率的に構築する必要がある」という文言がございます。老健施設で言いますと、医療型短期入所で障害の方を受け入れるようにもなっておりますが、このサービスの提供に当たっては、各都道府県における指定申請手続が非常に煩雑であることもあり、まだまだ受入れが進んでおりません。老健施設は稼働率が落ちてきておりますので、医療的ケア者などの障害の方の受入れも十分可能であると思われまます。

また、特別養護老人ホームでも現在、稼働率が少しずつ落ちてきている現状がありますので、障害の方の終生施設として、短期だけではなく長期でも受けられるように、老健や特養の介護保険施設も活用できるようにしてはいかかと思ひます。

さらに、87ページには「重点医師偏在対策支援区域の候補区域」というものが示されておりますが、医師不足等により、病院も病床を減らすところが増えてきております。介護保険施設だけではなく病院も空いているベッドを活用して、医療ニーズの高い障害者の受け入れを今後はさらに推進していく必要があるのではないかと考えます。

例えば、医療度の高い障害者は病院で受け入れ、医療度の低い方は介護保険施設で受け入れるというふうに、ニーズを分けて障害者の方の受け入れを促進してもよろしいのでしょうか。そのためには、各地域にどのぐらいの障害者のニーズがあるのか、医療的ケア者がどのぐらいいらっしゃる、その方の医療依存度や預け入れのニーズがどのぐらいあるのか等を明らかにする必要があると思ひます。今後、医療、介護、障害の垣根なく既存の社会資源が活用できるようにすべきだと考えます。

続いて資料3「介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援について」に移ります。

47、48ページに「入職経路の全産業と福祉分野の比較」が出ております。この円グラフを見ますと、全産業と比較して福祉分野のほうがハローワークの割合が大きいようすし、

民営職業紹介所からの入職が8.4%とかなり少ないように示されております。しかし、これは現場感覚とは大きく異なっているように感じます。今後、ぜひハローワークの在り方をさらに魅力ある強固なものにしていきたいと思えます。

最後に141ページの論点の上から2つ目の○でございます。「テクノロジー導入や業務の見直し・いわゆる介護助手等への業務のタスク・シフト／シェアに早い段階から投資し、着実に実行することが必要である」と書いてございます。ほかの委員の方の御意見にもございましたが、これが非常に重要かと思えます。

一方、令和6年度介護報酬改定におきましては、生産性向上推進体制加算が創設され、タスク・シフト、いわゆる介護助手の導入が加算算定の要件にもなっております。しかし、まだまだ現場の理解が不十分なところもあり、横展開が進まない現状もございます。ICT、タスク・シフトの導入を加速するには、さらなる報酬上のインセンティブが不可欠と考えます。

特にICT導入には高額な導入費用がかかります。地域医療介護総合確保基金等で支援のメニューはあるものの、その補助率が4分の3では現場の負担が大きいのと思えます。現在、ICT導入の補助率は下限4分の3とされております。三重県のみが補助率5分の4となっておりますが、今後はICT導入の補助率を全国下限5分の4にしていきたいと存じます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず資料2の論点について申し上げます。

配置基準の緩和やタスク・シフト等においては、資料に記載がありますように、負担増となる職員への配慮の視点は欠かせないと思っております。

次に、3つの地域の類型についてです。それぞれの地域において、将来の人口推計に基づいた介護需要と、要介護認定者が増加しているにもかかわらず介護保険施設の稼働率が低下傾向にある足元の実態を組み合わせ、真に必要な精緻な需要を推計する必要があると思えます。また、必要に応じて適宜将来の需要推計を見直すことも検討すべきと思えます。

続いて重点医師偏在対策支援区域の考え方では、可住地面積当たりの医師数や、医師の高齢化、さらには地域住民の医療のかかり方を考慮することとなっております。これらの考え方については、介護分野でも参考になることではないかと思っております。

続きまして、資料3の論点について申し上げます。

先ほど東委員もおっしゃいましたが、私も先ほどの資料については東委員と同様の印象を持っております。その上で、人材紹介事業者による紹介入職の増加により経営を圧迫している状況に対しまして、ハローワークの機能不全への対応については喫緊の課題である



と思っておりますので、引き続き対策を講じていく必要があるかと思えます。

次に、人材確保につきまして、処遇改善加算の取得をはじめとして、働きやすい職場づくり、やりがいの醸成など、各事業所において様々に取り組んでいるところですが、圧倒的に処遇が低いことによって、他分野への人材流出が止まらない状況が続いています。

介護人材不足は、もはや事業所の自助努力ではどうしようもない実態となっているわけであり、収入の大半を人件費に要している事業所の経営も危機に瀕しており、公定価格としての介護報酬の設定に大きな問題があるため、抜本的な見直しを行い、賃金上昇・物価高騰も含めた適切な報酬設定を一刻も早く実施すべきと考えております。

また、論点にあります、経営努力により事業所の規模が大きくなると、これまでの傾向として、介護報酬が適正化される状況も見られてきております。すなわち、インセンティブが利かない状況でもあり、この辺りも一考を要する部分ではないかと思えます。

最後に、報酬設定に当たって、介護保険料の負担が限界であれば、やはり新たな公費の投入なども視野に入れざるを得ないのではないかと感じております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

会場から、栗田委員が御発言ということですので、お願いします。

○栗田委員　遅れてしまいまして申し訳ございません。認知症介護研究・研修東京センターの栗田でございます。

私、今日は介護に関する研究機関、そして人材育成機関の立場でお話しさせていただきたいと思えます。

まず最初に資料2ですが、13ページの最初の○に、中山間・人口減少地域の形は様々であると。それから、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に制度設計が必要であると書いてありますが、これは私の発言ですので少し追加して発言させていただければと思えます。

私どもは、これまでに厚生労働科学研究などを通して、離島などの人口減少地域における認知症の支援体制の在り方の研究を進めてまいりまして、結論を申し上げれば、ここで議論されている内容とあまり変わりませんが、限られた資源の中でいかにして保健、医療、介護、権利擁護等に関するフォーマルな支援を効果的に連携させるか。そして、それに加えて住まい、生活支援、地域づくりに関わるフォーマルないしインフォーマルな支援をそれらとつなげて効果的に連携させることができるかということに尽きるわけですが、この研究の一環で、私どもの東京センターのほうで昨年度より、異なる離島同士での事業所スタッフのオンライン交流会兼研修会というものを試行的に始めました。そこで明らかになったことの一つは、それぞれの離島において必要に迫られて人材不足・資源不足、利用者の減少、不便な交通事情に対応していけるように、様々な工夫が始められているということでございます。しかし、それぞれの島の事情がございまして、うまくいっている部分もあれば、うまくいっていない部分もあるというのが現実でありま

すので、国や都道府県がいかにしてそういった創意工夫を活性化させることができるか、あるいは支援していくことができるかということがこれから検討されねばならない対策の焦点かと考えております。

例えば島によっては、社会福祉協議会が自治体の事業を受託して、通所サービス、福祉用具の貸与、介護予防・日常生活支援総合事業、配食サービス、送迎サービス、見守りの居場所づくりの事業を一体的に展開するなどして、要介護者に対する個別支援だけではなくて、地域づくりの拠点としての機能も果たし始めており、その部分はいまうまくいっているように見えるのですが、医療との連携でありますとか、特に独り暮らしの認知症高齢者の権利擁護については課題が山積しているといったようなことがございます。

しかし、先ほど申し上げましたように、オンライン交流会を通して、異なる地域間で創意工夫や直面している課題の情報共有が可能となりまして、それぞれの地域で課題を明確化しながら、課題解決に向けたアイデアを共有するコミュニケーションの場をつくり出すことにある程度は成功しています。これによって、現場で働く人たちの孤立感も解消され、やりがいを生み出すことにも貢献しているように思われます。現在は研究段階ですので、断定的なことは申し上げられませんが、こういったことが人口規模の小さな中山間地域でのケアの質の向上や介護専門職のキャリア形成にもつながっているのではないかと思います。

ケアの質の問題は先ほど来出ていますので、後でもう少し申し上げようかと思うのですが、次の資料3は、49ページに総合的な介護人材確保対策の主な取組として5つの項目が示されておりますが、これはいずれも大変重要な観点でありまして、総合的に取り組まなければならないことでありますけれども、私からはマル4の介護職の魅力向上と、それに関連してキャリア形成のことについて少し意見を述べさせていただきたいと思います。

51ページに、介護人材確保の目指す姿として、「まんじゅう型」から「富士山型」へと題された絵が描かれており、52ページには、介護職のキャリアアップについて山脈型キャリアの図が描かれており、53ページにはこのモデルに対応する役割、研修体系が示されております。ここに描かれておりますように、介護に関する専門職のキャリアパスを体系化して、可視化させていく。研修プログラム全体を統合的に検討して、それを介護職の魅力向上につなげていくという取組が必要であると私も考えておりますので、このモデル自体は全く異論がございません。

しかしながら、このモデルを現実世界で効果的に実現させるためには、人材育成に関わる実施主体間での密な連携が不可欠であります。私がセンター長を務めております認知症介護研究・研修東京センターでは、53ページの表の中にある認知症介護実践者研修、実践リーダー研修、指導者養成研修のプログラム策定の実施主体でありまして、昨年度は認知症基本法の施行に対応して研修プランの改訂が行われたところでございますけれども、しかし、これについても他の機関との連携・情報共有があまりうまくないのではないかと感じているところであります。これからも人材育成に関しましては、様々な介護

専門職の人材育成機関と協調して、人材育成ができるようにしていく、キャリアパスを明確化させていくということが大事ではないかと思います。

最後に一言だけ、ケアの質の問題ですが、LIFEとかいろいろ仕組みづくりはされていますけれども、これまでにケアの質とは何か、ケアの質をどういうふうなアウトカムで評価するかということについては、きちんと体系的に研究されてこなかったのではないかと私は感じております。要介護認定率をいかにして下げるかということについては研究されていますけれども、ケアの質という観点では我が国であまり研究されていない。諸外国はそうでもないところもあるのですけれども、そういうことをもう少しこれから本格的にやっていく必要があるのではないかと感じているところでございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

皆様から本日も様々な御議論、御意見をいただきまして、ありがとうございました。

お手は挙がっていないのですが、野口部会長代理、この検討会のおまとめ役でもいらっしゃって、今日の御議論の中でコメントなり何かございましたらお願いできればと思うのですが、何の打合せもなくすみません。

○野口部会長代理　とんでもないです。

本当に皆さんの御議論を伺っていて、一応検討会で方向性はこのような形で取りまとめさせていただきましたけれども、特に今日私が思ったのは地域区分のところをどういうふうに定義していくか。定義するとよくないというような御意見もありましたけれども、実際いわゆるNDBとか介護DBとかでデータを見ると、明らかに介護ニーズと医療ニーズというものが、ある閾値でもって変わることが割と明らかになっているので、市区町村の中にそういった地域があるという御指摘もありましたので、その辺りは非常に注意深く見ていく必要があるというところが一つあるかなと思いました。

もう一つ、社会福祉連携推進法人が非常に重要な役割を果たすということなのですが、先ほど30ですか、増加傾向にあるというようなお話が厚労省の方からありましたが、こういったところのいわゆるフォローアップ、実態がどうなっているのかというところを見ていく必要があるのかなと思いました。

あと、2040年のところで、構成員の方がおっしゃっていたのですが、いい事例を横展開するというのは、地域によって実情が全然異なる、物すごく実情が異なる中で、横展開というのは非常に無理があると。その地域地域で資源も違いますし、ニーズも違いますし、いろいろな面でバラエティーがあるので、その辺りのところを注意深く、しかも丁寧に考えていく、検討していくというところが、実質的に方向性というものを制度に落とし込む上でも非常に重要だなというのを皆さんのお話を聞いていて本当に今日感じたところ です。

菊池先生、振っていただいてどうもありがとうございました。

○菊池部会長　どうもありがとうございました。

本日、様々な貴重な御意見を皆様からいただきましたので、これらも踏まえて引き続き議論をさせていただきたいと思えます。ありがとうございます。

議題の「その他」につきましては、本日は特段予定しているものはございませんが、皆様のほうから何かございますでしょうか。よろしいですか。

今日の御議論は様々私も参考になった中で、橋本委員から、医療も含めた人材配置の弾力化というお話があって、先ほど東委員からも、医療、介護、障害を通じた既存の社会資源の活用というお話があったのですが、今日の議論に直接関係ないのですけれども、今、医療法改正法案が国会に出ていまして、その中で地域医療構想を大幅に見直すということで、今までのように病床だけではなくて、入院、外来、在宅医療、そして介護の連携も含む将来の医療提供体制全体の構想にするのだという方向性が出されています。

ただ、我々の部会のほうで、それについて報告はあったかもしれませんが、意見交換のようなこともなかったもので、昨日、年金法案が出て、医療法の法案の帰趨もどうなるかなというところだとは思うのですけれども、できればどこかの段階で、医療法の改正法案は大変重要なものだと思いますし、遅かれ早かれ通さなければいけない法案だと思うので、介護との連携を含むということであれば、何らかの形で意見交換などの機会を設けてもいいのではないかという私の問題意識は事務局を通じて医政局に伝えていただくということにいたしましたので、一応ボールを投げさせていただいたので、すぐというわけにいかないかもしれませんが、何らかの機会があればなと思っているところでございます。これは御報告というか、私個人からの御報告ということでさせていただきました。ありがとうございます。

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、次回の日程について、事務局から御連絡をお願いいたします。

○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、本日の部会はこれで終了とさせていただきます。

御多忙の中、どうもありがとうございました。