

○江口総務課長 定刻となりましたので、ただいまから、第121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。

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 皆さん、こんにちは。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

まず、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、東委員におかれましては、遅れて御出席いただく旨、御連絡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長寿福祉部長、石野知津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、どうぞ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、事務局から確認をお願いいたします。

○江口総務課長 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おります。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できればと思います。

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。

なお、時間が限られる中で多くの委員の皆様にご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。

報道関係の皆様に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、御協力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、議事に入らせていただきます。

まず、議題1ですが、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をいただければと思ってございます。

本日は、中間とりまとめの3つあるテーマのうち、前回2つ取り上げましたが、それ以外の1つにつきまして事務局から御説明いただいた後に、前回議題といたしました2つのテーマも併せて御議論いただければと思います。前回の2つのテーマについても参考資料として今回お出ししてございます。

それでは、議題1「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」、事務局から御説明をお願いします。

○江口総務課長 総務課長でございます。私のほうから資料1と資料2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を御覧ください。前回は検討会の中間とりまとめの2つのテーマについて御議論いただきましたが、今回は残り1つのテーマ「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、認知症ケアについて」を中心に、前回のテーマも含めて御議論いただければと思います。

次に、資料2を御覧ください。最初のほうに今回のテーマに関係する中間とりまとめの抜粋、前々回の本部会での御意見をつけておりますので、適宜御参照いただければと思います。

18ページを御覧ください。地域包括ケアシステムの関係では、これまで本部会で住まいと相談支援等について御議論いただきましたが、本日は医療・介護連携と介護予防の関係について御議論いただきたいと思います。

まず、医療・介護連携についてですが、24ページを御覧ください。在宅の医療・介護連携について、市区町村が中心となって医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進しています。

26ページですが、医療・介護連携の主な取組について、大きく4つに分類しています。高齢者施設と医療機関との連携、入院医療機関と在宅介護サービスとの連携、高齢者施設と在宅の主治医との連携、そして在宅医療・介護の連携です。

28ページですが、令和6年度の介護報酬改定において、高齢者施設等と協力医療機関の連携体制の構築に取り組むこととしております。その関係で、令和6年度に行った調査結果の概要を29ページ以降に掲載していますが、まだ協力医療機関を定めていない施設が一定割合あり、さらに、30ページ、31ページのとおり、そのうち協力医療機関の定めについてまだ検討を行っていない施設も一定数ある状況となっております。

33ページは、介護保険の事業計画や支援計画と医療計画の関係性を整理したものです。左側ですが、地域医療総合確保法に基づき、国で医療と介護の総合確保方針を示し、都道府県や市町村で計画を策定しております。右側ですが、総合確保方針を踏まえた国の基本指針や基本方針に基づき、都道府県が介護保険事業支援計画や医療計画を策定する中で都道府県単位での各計画の整合性を確保することとされています。

なお、現在、地域医療構想は医療計画の記載事項の1つですが、現在国会に提出されている医療法等改正案では、地域医療構想を医療計画の上位概念とするとともに、入院、外来、在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とすることとされております。

34ページは、介護保険の計画と地域医療構想を比較したものです。地域医療構想は、原則二次医療圏の構想区域ごとに地域医療構想調整会議において議論され、都道府県において決定しています。新たな地域医療構想においては、市町村の介護担当も在宅医療や介護との連携等を議題とする場合に参画することが想定されています。都道府県が定める介護保険事業支援計画では、老人福祉圏域を設定し、市町村の計画を踏まえて、各年度におけるサービス見込量や必要入所定員総数を老人福祉圏域別に見込むこととなっています。

35ページのとおり、都道府県での介護保険事業支援計画の策定に当たっては、福祉関係者のほか、医療関係者も参画し議論しています。

36ページのとおり、老人福祉圏域と二次医療圏はほぼ一致しております。

39ページと40ページを御覧ください。在宅医療の圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、医療と介護の連携体制等の構築が図られるよう、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとされています。

次に、介護予防・日常生活支援総合事業をはじめとする介護予防・健康づくりについてです。

資料飛びまして、63ページを御覧ください。地域支援事業のメニューの一つとして介護予防・日常生活支援総合事業があります。このうちサービス・活動事業は、66ページのように、大きく訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントの4つに分かれ、また、右側のように主体やサービス内容で細かく事業が分類されます。

67ページから69ページは、現在の総合事業の実績を示しております。

70ページ以降は、令和5年12月にまとめられた「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」の概要や、充実に向けた工程表、具体的な取組内容の資料です。

81ページのとおり、地域支援事業は各市町村ごと、事業の区分ごとにその財源の上限額が決められております。

91ページを御覧ください。総合事業の中で「通いの場」を設けて高齢者の介護予防や社会参加を促す取組を展開しています。「通いの場」への参加は、新型コロナの影響で少し

落ち込んだものの、回復しております。

92ページ以降、「通いの場」の実績や事例を載せております。

96ページ以降は、地域リハビリテーションや高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施などに関する資料を載せています。

106ページからは保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金、いわゆるインセンティブ交付金の関係資料です。

110ページのとおり、令和7年度から新たに成果指向型の保険者機能強化に向けた支援を行うこととしております。

113ページからは認知症施策の関係資料です。

114ページのとおり、昨年12月に認知症施策推進基本計画が閣議決定されたところであり、今後は国の基本計画を踏まえて、都道府県及び市町村における推進計画の策定を支援することとしています。

最後に、122ページ以降で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整理しています。

123ページを御覧ください。まず、医療・介護連携についてです。最初の丸ですが、医療・介護連携の強化には、地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築していく必要があります。

2つ目の丸ですが、介護保険施設が協力医療機関を設定できて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調整するなど、適切な方策についてどのように考えるかが論点です。

3つ目の丸ですが、在宅医療・介護連携推進事業については、かかりつけ医機能の報告や、医療計画への在宅医療の連携拠点の位置づけとの関係を整理した上で、地域の医療・介護資源の状況に留意しつつ、どのように普及していくかが論点です。

124ページの最初の丸ですが、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す。

3つ目の丸ですが、地域医療構想と介護保険事業計画をすり合わせるため、医療、介護の状況を地域別に見える化し、支援の在り方や地域で議論する場の設定等の検討が必要です。都道府県単位の圏域、二次医療圏や老人福祉圏域、市町村単位の圏域など、現行の議論の場の状況や構成等を踏まえつつ、実効的な体制を構築していくための方策や議論の結果を介護保険事業計画などにどのように反映すべきかといった点が論点です。

125ページは介護予防・健康づくり等についてです。

2つ目の丸ですが、介護予防・健康づくりの推進のためには、国が各自治体に対して行う情報提供の在り方や、自治体の介護予防に関する取組を評価するためのデータ収集・活用の仕組みについて、介護保険事業計画等への反映方法等も含めて検討が必要です。

3つ目の丸ですが、総合事業も含めた地域支援事業について、上限額や安定的な財源確

保策も含め、各地域で事業を着実に推進していく方策等をどのように考えるかが論点です。

また、いわゆるインセンティブ交付金については、成果を上げている自治体がより適切に評価されるような方策について、成果指向型の保険者機能強化の取組を含め、どのように枠組みの整理、強化を図っていくかが論点です。

4つ目の丸ですが、一般介護予防事業等について、地域リハビリテーション体制や「通いの場」の取組、高齢者の保健事業等との一体的実施など、介護予防関連施策との効果的な連携と医療専門職等の適切な関与の在り方が論点です。

126ページの最初の丸ですが、令和6年度補正予算におけるモデル事業を検証しつつ、介護予防・健康づくりを主軸に、「通いの場」等を支え、地域共生社会を実現するための拠点の在り方についてどのように考えるかが論点です。

次に、認知症施策について。一番最後の丸ですが、認知症の人の幅広い居場所づくり、意思決定支援、そして医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援等の施策を推進する方策についてどのように考えるかが論点です。

資料2についての説明は以上です。

次に、前回提出した資料について、本日併せて御議論いただくため、今回参考資料1、参考資料2として改めて提出していますが、参考資料2について、1点補足がございます。参考資料2に59ページと60ページを追加しています。60ページは4月の財政制度等審議会財政制度分科会に提出された介護人材確保に関する資料ですが、これを踏まえ、59ページに厚生労働省としての介護人材確保についての考え方を改めて整理しております。今後高齢者の増加と生産年齢人口の減少が進む中、将来にわたって必要な介護サービスを安心して受けられるよう、サービス提供体制の構築や、その担い手を確保することは喫緊の課題と認識しており、そのため、介護分野への人材の新規参入を進めることと、現在働いている方々の定着支援を進めることの両方に取り組んでいく必要があるというのが厚生労働省の考え方です。

事務局からの説明は以上となります。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、委員の皆様から御発言をお願いいたします。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。先ほど事務局から御案内のとおり、時間内に皆様から御発言いただくため、大変恐縮ですが、前回同様、御発言については5分以内でおまとめいただきますよう、委員の皆様のご協力をどうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、いつものようにまず会場からいかがでしょうか。それでは、栗田委員からお願いします。

○栗田委員　本日御提示いただいた資料を用いて、特に認知症及び認知機能低下高齢者の増加という観点から意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、129ページにありますように、2025年の段階で我が国の認知症またはMCI高齢者の

数は既に1000万人を超えており、2040年には1200万人となる。これは高齢者の3人に1人、国民の1割が認知症またはMCIということでございまして、もう一つ付け加えておきますと、その4人に1人は独り暮らしでございます。このことは、介護保険制度及び地域包括ケアシステムそのものが、認知症またはMCIなどの認知機能低下のある高齢者に対するサービス提供システムとして機能できるようにしていかなければならないということでございます。

このことを踏まえまして、まず医療・介護連携からですが、医療・介護連携については、多様な身体疾患の急性期医療及び継続医療に対応できる体制づくりが急務であることは間違いございませんが、しかし、一方、認知症の方の多くが認知症の医学的を受けていないということ指摘しておかなければなりません。

ちなみに、認知症高齢者の日常生活自立度の判定というのは、医師が主治医意見書に丸をつけるものでございますけれども、これをもって認知症の医学的診断が担保されているということにはなりません。実際にある自治体で認知症高齢者の日常生活自立度IIa以上と判定されている在宅の要介護高齢者のうち、認知症疾患が医学的に診断されている方は3割程度であったというデータもございますし、それから施設に入所されている方の場合は、鑑別診断のない認知症という類型が一番多いということも分かっております。このことは、認知症や認知機能低下のある人のニーズに即した質の高い医療やケアが提供されにくい状況がつくられているということを意味しております。したがって、医療・介護連携の推進という文脈の中で認知症疾患の医学的診断が確保できる体制をつくることは非常に重要でございます。

続きまして、介護予防・日常生活支援総合事業についてですが、ただいま申し上げた認知症や認知機能低下とともに生きる人々のニーズに合った支援というものは、必ずしも介護保険の給付サービスのみでは提供できないということでございます。認知機能障害を持ちながらもその人なりの尊厳ある自立生活、地域生活を継続するためには、健康の保持とともに、生活のあらゆる側面で社会参加を促進することを含む日常生活支援が必要でございます。2011年の介護保険法改正において日常生活支援が制度化されましたけれども、その背景にもこういった考え方があったわけでございますが、実際そういう考え方の下で日常生活支援をつくり出している自治体は希有でございます。その要因の一つは、地域支援事業の中の介護予防・日常生活支援総合事業と認知症総合支援事業が縦割りで分断されているということでございます。

しかしながら、本日の資料の85、87ページの生駒市の事例などは、これはサービスCでございましたけれども、認知症の人の日常生活支援をつくり出そうとしていまして、大変すばらしい好事例であろうかと思えます。

70ページに記されておりますように、総合事業は分野を超えた地域づくりの基盤として機能できるようにしなければなりませんので、今日の総合事業の利用者の中に認知症や認知機能低下のある高齢者がどの程度いて、どのような生活支援サービスが認知機能低下の

ある人の尊厳ある地域生活の継続に効果を上げているのかという実態調査が必要でございます。

最後に認知症ケアのことですが、9ページの間接報告の抜粋に私が述べたいことが全て書いてありますので、1点だけ付け加えておきたいと思います。116ページにございますように、本年度より多くの都道府県・市町村において認知症施策推進計画の策定が取り組まれるのですけれども、その際には、冒頭で述べましたように、介護保険制度、地域包括ケアシステムそのものが認知機能低下高齢者に対するサービス提供を標準的なものとするような考え方が必要でございまして、特に地域包括ケアシステムについては、身近な場での意思決定支援と権利擁護支援、アドボカシー、そういったことが含まれている日常生活支援を提供できる仕組みとして、イメージが描けるような地域包括ケアシステムのサービス提供の在り方を示していく必要があるのではないかと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、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ございます。

私のほうからは介護予防・健康づくり、日常生活支援総合事業について1つ意見を述べさせていただきます。市町村が総合事業の評価・検証を丁寧に行い、多様な主体による地域の力を組み合わせながら、先を見据えて地域の実情に合った地域づくりにしっかりと取り組むためには、地域包括支援センターが地域における役割を十分に担えることが重要であり、そのため、業務整理や役割分担を進めることが必要です。

高齢者の増加に伴い認定率は増加傾向にありますけれども、資料2の68～69ページにも示されておりますように、従前相当サービスの利用者数が横ばいである一方で、それ以外のサービス利用者数は年々増加しています。これは高齢者の社会参加への取組が拡充してきているとともに、介護予防や早期からの健康づくり、認知症予防の必要性の啓発などを実施してきた成果だというふうにも考えられます。しかしながら、今後さらに高齢化が進み担い手が不足する状況においては、地域包括支援センターの役割はより一層重要になり、在宅医療の推進であるとか医療・介護連携、また、生活支援コーディネーターや認知症地域推進員だけではなく、障害、子供の分野など幅広い分野との連携を強化していくことが必要になります。

前回の制度改正で居宅介護支援事業所が介護予防支援事業の指定を受けられることとなりましたが、実際に指定を受ける事業所はまだ少なく、指定を受けても事務的な煩雑さもあり、結局、委託で対応しているケースもあり、地域包括支援センターが予防プランの作成に追われている状況は依然として改善されていません。

身寄りがない高齢者であるとかヤングケアラー等への対応、地域のケアマネジャーの支援のほか、認知症施策推進計画に沿った地域での取組の推進など、地域包括支援センターに配置されている専門職の特性を生かし、高齢者の社会参加、地域づくりに包括支援セン

ターが積極的に関与できる体制になるように検証を進めていただきたいと思います。

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、お願いします。

○及川委員 介護福祉士会の及川でございます。

私のほうからは介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業についてと、認知症ケアについて御意見を申し上げます。

まず、介護予防についてでございますが、介護予防・日常生活支援総合事業等については、様々なサービスの提供の形が想定されております。今後はこういった支援の枠組みがより重要となってくると考えています。その中でもボランティア主体の地域住民による支援の枠組みというものは貴重であると考えておりますが、メンバーの高齢化等による認知症の症状の進行であるということで、取組の継続が危うくなっているといったケースもあると聞いております。そのため、貴重なこのような取組を継続させる重要性を踏まえれば、このような取組を支える一定の専門性を備えた人材の登用が欠かせないと考えます。今後の体制の在り方を整理する際にはこの点に十分に御配慮いただくようお願いしたいです。

なお、地域には介護職を離れた介護福祉士等が少なからず存在することが想定されます。現在介護福祉士等の届出制度はあるものの、十分に機能しているとは言えない実態があると承知しています。今後潜在的な介護福祉士等の地域資源を有効に活用していくことの重要性を鑑みれば、この届出制度機能を強化させるべきであると考えます。なお、そうすることは、発災時の避難所の施設事業所におけるサポート体制を構築する上でも有効と考えます。

次に、認知症ケアについてでございます。認知症の方に対する介護は難しく、本人の不安の解消や本人の意思の酌み取りなど、関わりを持ちながら信頼関係を築いて生活支援が介護現場で行われています。インフォーマル支援を進めるに当たっては、やはり専門職の関与が必要であります。併せて、専門職等による指導を基に、国民の認知症に対する知識の習得が必要であると考えます。

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、サイドが変わりまして、橋本委員、お願いします。

○橋本委員 日本慢性期医療協会の橋本でございます。

私のほうからは2点。1点意見と、もう一点は質問をさせていただきたいと思います。

1点目は、医療・介護連携についてが今回のテーマですけれども、論点1でありますように、情報共有、顔の見える関係をやっていかなければいけないということでプラットフォーム等も考えられているのですが、医療・介護連携の根本である言語が違う。例えば、医療ではADLの評価を医療ではFIMを使い、介護施設ではBarthelを使う、急性期では看護必要度を使っている。現場では、次の施設や在宅に移った場合、状態像がわかりにくい。評



価を言語と言うならば、その言語が違うので、統一していく必要があるのではないか。

それから、病院で言う電子カルテ、介護のほうで言うと記録になるのですが、それも全然違うものが使われているので互換性がない。薬は何を飲んでいたかすら分からないという状況になっています。医療・介護連携で話をするときには、根本的なところですが、共通の言語化をまず考えていかなければいけないと思います。時間がかかるかもしれませんが、その点は重要なことではないかと考えます。

2点目は、質問です。29ページから施設と医療機関との連携体制に関わる調査を載せていただいています。30ページで、介護老人福祉施設、いわゆる特養とか養護老人ホームで医師が常駐していないところで検討を行っていないというのが3～4割というのは、ちょっと驚きました。さらに31ページ、居宅系でもまだ検討を行っていないところが、グループホームでも5割ぐらいありますが、この検討を行えない理由は何かあるのでしょうか。

以上です。

○菊池部会長 御質問をいただきました。いかがでしょうか。

○渡邊介護保険データ分析室長 老人保健課でございます。

この調査については、要件を満たした協力医療機関を定めていない理由ということで、今お示ししている資料の選択肢で聞いているので、これ以上の深掘りはできていないという状況でございます。

○橋本委員 分かりました。

ただ、3割から4割というのはパーセンテージとして多いので、何か理由があるかと思えますので、もし次、機会があれば、ぜひ調査していただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の橋本委員がお話いただきましたことは、3割、4割、こう結果が出ました。これをどう受け止めて、さらにどう改善につなげていくかとか、その辺りの検討はまだされていない、あるいは追加の調査とかを含めて。

○渡邊介護保険データ分析室長 分科会マターではあるのですが、今年度の改定検証調査の中でも協力医療機関については対象にすることにしておりますので、いただいた御意見を踏まえまして調査を考えていきたいと思えます。

○菊池部会長 ということでございます。

それでは、山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。

民間介護委員会の山際です。何点か意見を申し上げます。

まず、これまでも申し上げておりますが、2040年の検討会を踏まえた議論を行うに当たって、今回示されているような医療・介護連携、あるいは介護予防・健康づくり、認知症対応という重点テーマに絞ってでもよいので、当初の目的・目標を再度振り返って、こ

れまでの到達点がどうであったのか、そして前進面と課題面を明らかにする。それぞれの成功要因、課題の要因は何だったのかということについて、突っ込んだ分析が必要だと考えています。

その上で、3点申し上げたいと思います。1点目、介護予防と健康づくりについてですが、地域支援事業の総合事業については、資料2の69ページにもありますとおり、従前相当とサービスAという主に事業者が行っているサービスがほとんどで、サービスBなど地域でのボランティア活動は増加はしているけれども、全体的には非常に低調だという状況にあります。当初はサービスBを大きく増やす計画だったはずで、どうしてこうなっているのか、振り返りが必要だと思っています。

サービスBの助け合いの活動については、私ども民間介護事業推進委員会の構成団体の中でも積極的に行っている団体が非常に多いですが、全体的には縮小の傾向にあります。今後それ自身が非常に大きくなるということはあまり想定できないということから、広げる努力はしつつも、足りない部分をどうやって補っていくのだということも論点になるかと思っています。介護以外の一般の民間事業者で様々な生活支援サービスを行っている、あるいは事業化しているところもありますので、そういった力をどう活用していくかという視点をもっと強調していく必要があるだろうと思っています。

先進的な事例として豊田市。これは資料の150ページから、豊明市については94ページから展開をされていますが、私も両市の方から詳細なお話を伺っていますが、それぞれ産業や地域振興の観点できちんと高齢者施策と組んでやっているからこそうまくいっていると考えております。地域の全体像を把握できる自治体の強みを生かしながら、産業や地域振興と高齢者施策が連携できる環境づくり、きっかけづくりを進めていく、そうした点で自治体行政が持つ役割は非常に大きいと思っています。

一方で、インセンティブ交付金に比重を置き過ぎると、自治体の方々は直接的にはインセンティブ交付金を目指して動いているわけではないので、そういうところにあまりに注力し過ぎると施策がずれていってしまうのではないかという懸念を持っています。現在、自治体の間の情報の伝達・共有ということでプラットフォームづくりが検討されていますが、自治体だけではなく、地域の介護事業者以外の民間事業者もたくさん存在していますので、その方々が関われるようなプラットフォームづくりの整備を進めることが必要だろうと思っています。こうした生活支援サービス、例えばオンデマンド型の交通や買物の巡回バスのような移動や買物の足の確保が進めば、貴重な介護人材をここの分野に投入しなくても済むということになるかと思っています。

2点目、認知症への取組についてです。こちらについては、ピアサポーターであるとか認知症カフェなど新たな取組が進んできている。一方で、認知症サポーターが1500万人まで増えてきましたが、これまで養成されたサポーターとかキャラバン・メイトの活用ということについてももっと検討が必要だと思っています。改めてこうした方々の力を活用していく取組が必要だと考えています。

また、認知症が重度化した場合、地域での支援、受入体制についてもしっかりと構築をしていく必要があるだろうと考えております。

また、民間の協議会などが進める認知症バリアフリー宣言など、様々な民間企業等の取組を積極的に推し進めるということも重要だろうと思っています。私が出身の生協グループでもこのバリアフリー宣言に積極的に取り組もうという方針を掲げて、今、広がりをつくっているところでございます。

3点目、医療・介護連携についてです。この連携については、介護保険制度が始まって以来ずっと言われてきていることです。この連携といった場合に、医療保険と介護保険という制度観点の連携の側面と、介護保険制度の中にも医療系の様々なサービスがありますので、それらの連携の側面ということで考えていくことが必要だろうと思っています。今後高齢化していくとともに重度化していく、そういう方々をどうやって医療サービスの提供で支えるか、及び介護との連携強化を図っていくか。この点については非常に重要な論点だと思っておりますので、この点はさらに深める必要があるだろうと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。本日は、認知症の人と家族の会として、資料2、介護予防・健康づくりと認知症ケアの項目について申し上げたく、この機会をいただきました。

まず、介護予防・日常生活支援総合事業についてです。125ページ3つ目の丸について、本事業は、地域において介護予防や健康づくり、重度化防止、日常生活支援に取り組む上で重要であるとされています。しかし、これまで介護予防、日常生活支援、日常生活支援総合事業についての評価・検証、データベース化の重要性が指摘されている一方で、現状では十分な検証がなされているとはいいがたい状況にあると認識しております。

そもそも総合事業への導入時に従前の介護予防サービスが十分に検証されないまま行われ、保険者ごとにサービスの組立てや単価設定ができるようになった結果、報酬が大幅に削減しているため、サービス提供を実質行っていない事業者が増えているという実情があります。

これにより、私ども会員の多くからは、サービス事業者を選べない、あるいはサービス自体が受けられない、または要支援者に対してサービス提供をしない事業者ばかりになってしまったなどという声が集まっております。全国どこでも必要時にサービスが受けられるようにつくられた介護保険制度の意義が問われかねない状況です。

特に現行の介護保険認定審査では、認知症の方が要支援1と認定されてしまうケースが増えています。要支援2と要介護1は一次判定が同じであり、認知症があれば、二次判定で原則要介護1となるため、認知症の方の要支援2というのはほぼあり得ません。このような要支援1と認定された認知症の方の生活を総合事業の枠組みだけで支えることは物理

的に不可能であると多くの現場で感じられています。

これは、さきに述べたように、総合事業におけるサービス提供の報酬が低いことや、そもそもサービスの受入れ、地域資源が不足していることなどが要因として考えられます。総合事業は、制度改革の意図とは裏腹に、結果として利用者や家族の生活に大きな影響を及ぼし、絵に描いた餅になっているのではないかという懸念が拭えません。このような現状において、実績データ収集とその検証がしっかりとされないまま、軽度者、特に認知症の人を総合事業へ移管することは断じて反対の立場です。

私たちは、認知症のある本人とその家族の双方を支援できる体制づくりを推進することの重要性を強く訴えています。認知症の本人や家族は、診断直後から大きな不安を抱えます。家族は最も身近な存在であるがゆえに、時に過大な負担を抱えており、これが介護離職や共倒れといった深刻な状況を招くリスクを高めています。介護の社会化を訴えて介護保険ができましたが、介護が家族に戻る事態が生じています。しかも、家族という組織が以前ほどしっかりしておらず、規模も小さくなってきています。本人だけでなく、家族も苦しんでいます。

認知症基本法が成立し、認知症施策推進基本計画において、新しい認知症観に基づき、施策を推進していくことが明記されたことは大変意義深いと考えております。今後、各自自治体において認知症施策基本計画を策定、実施するに際し、共生社会の実現のためには、認知症本人の意思を尊重し、その経験や声、そして介護する家族の経験や声が施策の企画、実施、評価といった一連のプロセスに反映されることが不可欠です。本人と家族が両輪となり、互いに支え合いながら平穏に暮らしていけるよう、バランスの取れた地域づくりのための支援をお願いいたします。ピアサポートなど、経験を共有し合う場も重要であり、社会全体の力となります。総合事業の実態の調査と見直し、そして認知症本人・家族双方への切れ目ない支援体制の強化を改めて要望いたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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　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。

私からは大きく3点申し上げます。まず、地域包括ケアシステムと医療・介護の連携についてです。地域包括ケアシステムは、医療・介護だけでなく、その予防やその他の支援まで包括的に提供する体制です。このシステムの実現には関係機関が日常的に連携することが必須であり、その核としてかかりつけ医の役割が非常に重要になると考えております。地域の医師が継続的にケアし、患者の生活全体を踏まえて予防や介護まで含んだ包括的な提案をすることができれば、医療の効率化の効果はもちろんのこと、患者の生活の質も向上すると考えます。

御存じのとおり、ヨーロッパではホームドクター制度が定着している国もございます。これについてはアクセスの悪さが指摘されることも多いですが、そうした場合には民間の

サービスがこれをバックアップしている事例などもあり、解決できる問題だとも考えます。

総合診療専門医の育成など、かかりつけ医の機能のさらなる強化については、本審議会の守備範囲を超えるとは存じておりますが、この重要性を改めて強調し、他の部会とも連携いただき、推進を図っていただきたいと思います。

次に、市町村・県の役割の重要性について申し上げます。地域包括ケアシステムの構築において医療と介護の連携強化は不可欠であり、そのためには市町村・県の果たす役割は極めて重要です。医療計画と介護計画の整合性を図り、両者が連携して調整を進めることをお願いしたいと思います。

次に、介護予防・健康づくりの推進についてです。介護予防・健康づくりを進めるに当たっては、国民一人一人がヘルスリテラシーを向上させ、保険になるべく頼らないようにする自助努力を実践するなど、意識改革がまずは重要になると思います。その上で、自身の状態を正確に把握し、適切な行動を自律的に選択できる環境を整えることが重要です。そのためには、先ほど申し上げたかかりつけ医とともに、データの利活用が不可欠となります。個人の健康情報を、セキュリティを確保した上で、本人及び関係者間で幅広く共有・活用できる仕組みの構築を推進していただきたいと思います。

最後に、地域における互助の視点についてです。社会保障に関しては、自助、共助、公助ということがよく言われますが、この3つに加え、地域における互助、インフォーマルなサービスによって補完していくという視点もあると考えます。地域における支え合いを強化することは地域社会の活性化にもつながるものであり、多様な担い手が地域で活動していくべきだと考えます。これは介護という枠組みにとどまらず、まちづくりといったより大きな視点から取組を進める必要があると思います。厚生労働省内の関係部局だけでなく、他の省庁との連携もお願いしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

井上委員、お願いします。

○井上委員　ありがとうございます。

総合事業の進め方についてですが、前回の制度改正時に介護の軽度者への生活援助サービス等の地域支援事業への移行という議論があって、その際、慎重な意見と積極的に進めるべきという意見があって、部会の報告では、現行の総合事業に関する評価・分析を行いつつ、第10期計画期間の開始までの間に介護保険の運営主体である市町村の意向や利用者の影響なども踏まえながら、包括的に検討を行って結論を出すことが適当であるというふうにされております。

慎重意見としては、当然ながら各地での対応状況を踏まえて、保険者や地域を中核とした受け皿整備が必要であるとか、住民主体サービスが不十分で、地域ごとにばらつきがあるというような御意見があったと認識しております。

今日の資料の67～69ページのところに、総合事業の実施市町村数とか事業所数の状況が

掲載されておりますけれども、前回の議論のときに指摘のあった受け皿整備とか住民主体サービスの不十分性への対応状況について、現時点で、事務局の皆様はどう評価しているのか、また、今後の取り組みなどがあれば、お聞かせいただきたいというのが1点目でございます。

2点目は、139ページ目に仕事と介護の両立支援につきまして書かれておりますが、改正育児・介護休業法により、この4月から、企業の中で介護離職防止のための仕事と介護の両立支援制度が強化をされたということでございまして、まずはこの取組を確実に進めていくことが重要だと思います。その上で、企業も当然のことながら2号保険料を一部納めておりますので、地域支援事業などを企業も一層活用できるような、こういう支援があれば非常にありがたいなと思っています。

1点目の質問について、もしコメントがあればお願いいたします。

○菊池部会長 御質問をいただきました。いかがでしょうか。

○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。推進課長でございます。

今、御質問をいただいたのは、総合事業の中でサービス類型として従前相当サービスというのがあって、それ以外のものとして、サービスAからDまでの多様なサービス・活動という形態があるということであります。

資料で言いますと、67ページのところで訪問型、通所型それぞれ従前相当と、それに対して多様なサービスの状況がどうかというのでおまとめしておりまして、御覧いただいているのは令和5年度の状況になります。こうした状況も踏まえつつ、先ほど事務局からも御説明がありましたが、70ページ以降におつけしております総合事業の充実、いわゆる多様なサービス類型をもう少し増やしていくという観点から、基本的な考え方でありましてか見直しの方向性が整理をされたというのが、70ページ以降につけられている資料でございます。これは主に令和6年度において要綱改正をしたりということで、まさに多様な主体が参入しやすいように見直しを行ったというのが昨年度の状況であります。67、68、69は令和5年度なので、見直し前の状況であるわけでありまして、その後、令和6年度の見直しを受けてどうなっているのかというのは、今、我々のほうで情報、データを集めているところでありまして、その状況を踏まえつつ、これは今日のタイミングではないのですが、次の制度改正の見直しに向けてということで、我々のほうで材料をそろえた上で、またお諮りをして、御議論いただければと考えております。

○菊池部会長 井上委員、よろしいでしょうか。

○井上委員 はい。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、石野参考人、お願いします。

○石野参考人 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、参考人として発言させていただきます。介護

予防・日常生活支援総合事業について、資料2の125ページのところでございますが、地域支援事業については上限額を廃止、または超えても弾力的な対応ができるようにするとともに、財源の充実を図るなど、保険者が地域のニーズに対応できるよう必要な措置を講じていただきたいと存じます。当面の間、高齢者人口の増加が見込まれる中で、高齢者が要介護状態となることを未然に防ぐ地域支援事業が果たす役割はますます重要になってまいります。

しかしながら、同事業については上限額を設定しているという制約もございます、介護予防事業を十分に展開できず、地域のニーズに対応できないという声が寄せられております。保険者が地域のニーズに応じて介護予防事業を実施できるよう、地域支援事業については上限額を廃止、または超えても弾力的な対応ができるようにするとともに、安定的な財源を確保するためにも財源の充実をお願いしたいと存じます。

また、介護情報基盤の運営経費については、地域支援事業において財源を確保するとされておりますが、保険者が既に実施している同事業の各種サービス等に影響を及ぼさないよう、別枠とするなど必要な措置を講じていただきたいと存じております。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。

石田委員、お願いします。

○石田委員　よろしくお願いいたします。

私のほうは、介護予防・日常生活支援総合事業と認知症ケアについて意見を申し上げたいと思います。総合事業ですけれども、介護予防を推進して高齢者の自立支援、重度化防止に努めるという、この目的で非常に重要なテーマを掲げているわけです。介護予防に関する取組として、例えば一般介護予防事業の通いの場であったり、社協がやっている日常生活支援自立支援事業など、様々な事業の中で、その地域に住む住民の方々の協力というのが前提とされているところがあります。これは最終的な目的としては地域共生社会の実現を目指していくことになろうかと思いますが、地域住民によるインフォーマルな支援というのは、もともと所与の資源ではありませんし、非常に不確定な要素でもあります。地域共生社会の実現といった目的とともに、高齢者の介護予防や自立支援・重度化防止をすすめ、地域づくりにまで持っていこうという取組みには、非常に時間がかかるということが当然ながらあります。

資料の67ページに紹介されています総合事業の実施市町村数を見ますと、サービス（第1号事業）の実施町村数というのが、訪問型サービス・通所型サービス共に、従前相当サービスを実施しているというところが91.3%。つまり、ほとんどが従前相当サービスを継続しているということです。緩和型のAや住民参加型のBというのが、思いのほか広がっていません。実際には数字としては緩やかには増加しているけれども、多分このぐらいのスピードで徐々に進んでいくのではないかと思います。

大事なことは、これを急がせてはいけないということです。最終的には地域の中での自

主的・主体的な支え合いの仕組みづくりの機運がずっと高まっていくところまでしっかり時間をかけていく必要があるのではないかと思います。現在、要支援１・２の人を対象とした訪問型サービスとか通所型サービスが、その地域に根差して、その地域で独自の形が創出されていくという過渡期にあるとは思いますが、けれども、これは急がずにしっかり見守っていくという姿勢が重要なのではないかなと考えております。

73ページに総合事業に関する令和６年度要綱改正というのが書かれておりまして、ここにも「総合事業の類型というのはいわゆる実施手法の分類で、実際の活動については、高齢者目線に立って選択肢の拡充を図る」、それから「総合事業を弾力的に展開できるような事業の在り方を検討する」とあります。それを推し進めていこうという体制がさらに整備されているわけです。ただ、そうであっても、これを進めていく場合に、急がない、拙速に過ぎるということがない、着実に進めていく必要があると思います。

ですから、あえてここで付け加えさせていただきますけれども、こういった状況を鑑みても、訪問型あるいは通所型サービス共に、対象者を要介護１・２に拡大するという点については時期尚早に過ぎるかと考えてます。

もう一つ、認知症のケアにつきましては、認知症高齢者の状況をどのように判断していくか。これは非常に重要なことです。ADLではなく、IADLを中心に評価せよということは、以前からも言われておりますが、それだけにとどまらず、いわゆる症状とか身体機能、動作のみならず、その方の周辺環境、文化的、環境的な要素を含めた生活全体について、総合的に判断して評価していくという、その方法が非常に重要になってくるのではないかと考えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、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をさせていただいております。

資料２につきまして２点意見を申し上げさせていただきたいと思います。

１点目は、123ページの地域包括ケアとその体制確保のための医療・介護連携についてでございます。医療と介護の連携強化につきましては、効率的な体制づくりに向けて長崎県でも重点施策の一つとして取り組んでおりますが、在宅医療・介護連携推進事業の主体であります市町村と医療計画を推進する都道府県がそれぞれの役割をしっかりと意識し、共通認識を持つことが重要であると考えております。県下の市町村におきましては、それにばらつきはありつつも、個人の入退院支援から担当者の顔の見える関係性の構築に至るまで、地域の実情に応じた様々な取組が行われております。

長崎県では、県庁が医療や介護に係るデータを市町村に提供した上で、事業計画書の提出を求め、毎年保健所とともに全市町村を巡回して打合せを実施することを通じまして、市町村単独では対応に限界がある医療分野につきましても技術的な支援を行うとともに、



医療・介護連携を推進する各市町村の取組の内容と質が一定に保たれるよう尽力しております。

また、医療・介護連携を実質的に推進していくためには、県単位での関係団体による相互理解と顔の見える関係性の構築が不可欠であるという認識のもと、長崎県では県庁や医師会をはじめとする医療関係団体、介護関係団体が共同でシンポジウムを開催したり、実務的な検討会の開催を通じてそれぞれの実情を把握し、取り組むべき内容を整理したりすることなどによっても医療と介護の連携を深めているところです。

医療・介護連携の推進に当たりましては、医療側と介護側の双方がその重要性を認識し、方向性を共有しながら取り組むべきであり、現時点では医療関係団体の代表や経営者などが主な構成員である地域医療構想調整会議において、限られた時間で実務的かつ効果的な議論を深めることが難しいといった実情もございますが、病床の機能分化といった地域医療構想等との接続も含め、市町村ではその対応に限界がある医療分野に関しては、都道府県による関与が不可欠であると認識しておりまして、地域の実情に応じた形で地域医療構想調整会議の活用なども含め、都道府県がある一定の主体的な役割を担い、市町村とも連携して進めていくことが有用であると考えます。

続きまして、資料125ページの介護予防・健康づくり、介護予防・日常生活支援総合事業等についてでございます。少子高齢化が進む中、介護保険制度を持続可能なものにしていくためにも、介護保険法にも掲げられておりますとおり、自ら要介護状態となることを予防するため、介護予防の充実に取り組む必要があります、尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、いわゆる自立支援に向けた取組を強化していく必要があると認識しております。しかしながら、本県では、少子高齢化や人材流出等の影響により、特に離島等の地域において、理学療法士といったリハビリテーション職種による要介護者に対する介護サービスの提供が困難になりつつある現状があり、生活機能の低下が見られる高齢者の方への介護予防も含めた十分な支援が難しい状況が認められております。介護給付による介護サービスを維持していくという観点からも持続可能な地域社会を構築していくためには、介護予防のあり方についてもさらに議論を深めていく必要があると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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、医療・介護連携についてですが、資料2の44ページから医療・介護連携の好事例等について紹介がございますが、45ページに福井県のふくいメディカルネットの構築・運用、47ページには坂井地区在宅ケアネットと、いずれも医療・介護情報の共有・一元化にICTを活用した取組が行われています。以前に要介護認定に係る期間を短縮するための議論を行った際も、書類送付を廃止して、ICTを活用して認定期日の短縮に取り組んでいると

の成功事例も共有したところでありまして、もはや情報のやり取りや共有の手段としてICTを活用することは、全てにおいて前提とすべきであります。

しかし、全ての自治体がそれぞればらばらに開発・運用を目指していくことは、自治体によってできる・できないの問題があることに加え、開発にかかる人手やコストの問題もありますので、ケアプランデータ連携システムのように、国・厚生労働省が積極的に標準化を進めていただくことを検討するべきだと思います。

次に、介護予防・日常生活支援総合事業の上限制度の運用についてですが、奈良県生駒市のように従前相当以外のサービス・活動を普及させることで事業費軽減に結びつくこともあります。しかし、訪問型・通所型共に従前相当以外のサービス利用者数は増加傾向にあるとはいえ、従前相当のサービス利用者が圧倒的に多くなっています。そのような中で、現在の上限額の算出根拠が高齢者の伸び率となっているわけですが、昨今の物価や人件費の高騰を鑑みて、これらに関する要素を勘案しない仕組みに違和感を覚えます。したがって、算出根拠の中に高齢者の伸び率以外の必要な要素を勘案するべきだと思います。

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。

医療・介護の複合ニーズを抱える方が増加する中、在宅医療と介護施設や事業者との情報連携、急変時対応、退院後の支援など、利用者の状況に応じてサービスを適切に提供できるよう、医療・介護連携を深めていくことが重要です。そうした連携体制が現場で構築できるよう、関係者間の仲介や調整の役割を果たせる人を地域でどう確保していくか、その役割を誰が担うべきか、検討していく必要があると考えております。

また、今後、新たな地域医療構想では、外来・在宅医療や介護との連携も含めた地域全体の提供体制を議論していくこととなり、介護関係者も議論に参加し、地域の医療と介護の両者の将来需要と現状の供給体制を踏まえた上で、今後どのように介護と医療の供給体制を確保していくか、地域で議論していくべきです。その際、将来を見据えて現実的な議論ができるよう、必要なデータ提供など技術的な支援を行っていくべきだと思います。

介護予防に関して、高齢者が社会参加できる場所を拡充していくことで、介護予防に加え地域共生社会の実現につなげていくことは、今後より一層地域に求められることだと思います。ほかの福祉分野との連携も含めた様々な社会資源の活用や、柔軟なサービスの提供の在り方が考えられるので、地域の実情を踏まえて柔軟に取り組んでいけるようにしていくべきだと思います。

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　全国老人福祉施設協議会の山田でございます。よろしくお願いいたします。

私のほうから「地域包括ケアとその体制確保のための医療連携の論点」につきまして申し上げます。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まして、3年の経過措置の上で義務化されます。2040検討会の中間とりまとめを受けまして、前回の介護保険部会でも発言させていただいたところですが、その後、令和7年5月28日付で介護保険最新情報vol.1386「令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と協力医療機関との連携促進に係る対応について」を発出いただきました。本通知では、経過措置期間にかかわらず、可及的速やかに全ての高齢者施設等において連携が図られるよう、十分な働きかけを行う必要があるとして、各都道府県・市区町村に対しまして3つの具体的な支援策を示していただきました。地域によっては、在宅医療・介護連携推進事業や、在宅医療に必要な連携を担う拠点の活用、広域的に連携体制を構築するなどが必要となる場合も想定されます。各都道府県・市区町村の積極的な御支援をお願いいたします。

次に、協力医療機関連携加算についてでございます。この加算は、日頃からの高齢者施設等と協力医療機関との情報連携を評価するもので、入所者の病歴等の情報を共有する会議を月に1回以上開催することが要件となっております。令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査の令和6年度事業として行われた「高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業」の調査結果においては、協力医療機関連携加算を算定しない理由といたしまして、施設系サービス・居宅系サービス共に「定期的な会議の負担が重く、会議を行えていない。」「要件を満たすために協力医療機関を複数定めていて、それぞれと会議を行う必要があり、負担が重い」という報告がされております。

そして、福祉医療機構が行っている2024年度「診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果」では、診療報酬の協力対象施設入所者入院加算について、届出を行いたいが満たすことが難しい施設基準があると回答した医療機関のうち、49.1%が「介護保険施設等とのカンファレンスを定期的に実施することが難しい」と報告されております。現時点で定期的な会議の実施は、医療・介護共に負担となっていると言わざるを得ません。実効性のある連携体制を構築するという加算の目的に立ち返り、どの程度なら負担感が少なく、医療・介護双方にとって無理なく有益に実施できるかの検討をお願いしたいと思います。

続きまして、「介護予防・健康づくり」の論点に対して申し上げます。生活機能が低下してくるフレイルの高齢者の対応に関しまして、高齢者が希望する場所で介護予防・健康づくり等に取り組む仕組みを見える化することや医療専門職等が関わることが重要ではないかと思えます。サービスや活動拠点の連携と医療専門職であるリハビリ、看護職員、歯科衛生士、管理栄養士等の確保、早期にフレイルの可能性のある高齢者に関与し、市区町村の保健事業、福祉事業、介護保険事業につなげる仕組みを構築することが必要だと思えます。

次に、「認知症ケア」の論点に対して申し上げます。介護予防に加え、地域づくりにつなげる大きな施策となっていると思えます。介護保険サービスを利用する前段階で地域の

シームレスなネットワークとして、地域の役員や民生委員、保健推進委員や食生活推進委員等、たくさんの活動からも多くの目に触れる機会としての地域づくり、早期にMCIの高齢者を発見することで、認知症初期集中支援チームにつなげる仕組みなどを地域づくりとして取り組める仕組みを構築することが必要だと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

医療・介護連携における介護保険施設と協力機関の連携体制の構築は非常に重要な取組と認識しており、その成果を期待しているところです。施設の進捗状況を見ると、「まだ定めていない」、あるいは「まだ検討を行っていない」といった施設の状況が示されています。地域差もありますが、経過措置期間を3年設けて義務化を促している状況ですので、全施設が早期に連携体制が構築されるように実効性のある対策を取っていただき、結果として経過措置が延長されることにならないように御対応いただきたいと思います。

また、地域における人口構造の変化に伴う医療需要と介護需要の変化、現在の医療・介護の提供体制の状況とその活用について、介護保険事業計画への適切な反映は必要ですので、都道府県や市町村が担うべき役割の整理をしっかりと行っていくとともに、地域における様々な場面、あるいは主体間での医療と介護の連携が対応できるように、適切な地域、範囲、会議体の設定など、実効的な体制整備をお願いしたいと思います。

介護予防・健康づくりについては、国が各自治体に対して行う情報提供の在り方、あるいは自治体の介護予防に関する取組を評価するためのデータ収集、活用の仕組みについて検討していくことは重要だと考えています。その中で地域支援事業については、地域の実情に合わせた多様な人材や資源の活用を図っていくという観点からも、その着実な実施、充実強化が求められます。

介護予防や日常生活支援総合事業の充実に向けた工程表に基づく取組状況等を踏まえて、評価・分析、あるいは事業の活性化に向けた具体的な取組などを検討していくべきだと考えています。

また、財政的なインセンティブとして保険者機能強化推進交付金や保険者努力支援交付金制度といったものがありますが、限られた資源を活用して地域の実情に合わせた取組で成果を上げている自治体がより適切に評価される仕組みが重要だと考えています。その一方で、全体の底上げが必要なのか、取組が不十分なところへ支援を重点化していくべきのかなど、実態を踏まえた効果的な支援策、評価となるように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。

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。

資料2に関して、123ページから126ページの論点について意見を申し上げます。

まず、地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携についてです。2040年に向かって85歳以上人口の増加が見込まれる中、医療と介護の両方のニーズを有する要介護者への切れ目のない支援と、要介護高齢者の重度化に対応可能な体制整備が求められております。

資料17ページに地域包括ケアシステムの構築について、その姿が示されております。2040年に向け、地域包括ケアシステムの深化を目指すために、28ページに示されております介護と医療の連携体制の構築や情報連携をはじめ、安心の暮らしを支える体制整備を進めるためには、介護サービスと急変時の入院医療・外来医療の連携とともに、日頃からの在宅医療・訪問看護との連携強化策も重要になるのではないかと考えております。必要なときに外来受診や入院ができる体制構築とともに、介護施設などで暮らし続けるために、専門的なケアを要する場合に訪問看護が利用できる仕組みの構築も重要であると考えます。

続きまして、日常生活支援総合事業等についてです。現役世代が減少して医療・介護専門職の確保が困難になることは避けられず、高齢者の生活を支えていくためには、専門職も関わりつつ、住民等が参加した地域の総合力が必要となることは間違いありません。

78ページに生活支援共創プラットフォームの記載がありますが、まさに住まいや交通などを含めた地域づくりが重要だと思います。また、地域をチームとしていくには、コーディネートを行う人材が必要で、77ページの生活支援コーディネーターや103ページにある保健事業と介護予防の一体的実施に当たる、これは市町村の保健師が主ではないかと思っておりますけれども、医療専門職の配置などを確実に進めていく必要があると思います。

最後に認知症ケアに関してでございます。共生社会の実現を推進するための認知症基本法が令和6年1月に施行となりました。一人一人が自分事として考え行動する必要がございます。国の基本計画が策定されており、都道府県・市町村計画の策定に当たっても、認知症の人と家族などの参画の推進がうたわれております。認知症施策の効果を評価するに当たってのKPIについて、認知症の人や家族の認識、あるいは国民の認識を確認する視点が示されております。今後自治体での計画策定が進む上で、本人や家族の参画と自治体内での部局横断の取組が進むよう、国において取組の情報発信を充実していただくようお願い申し上げます。

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。

まず、医療・介護連携についてですけれども、地域包括ケア全体の中で話し合われたように、大都市部と中山間地域、また一般的な市町村。一般的な市町村と言っても、これからの予測では様々な状況が想定されるわけですが、そういうところに分けて医療・介護連

携の好事例や、またはそこを動きやすくするような仕組みづくりが必要ではないかと思っています。なぜかといいますと、大都市部では、例えば都道府県単位での医療計画などの会議や、介護と一体的な実施の会議を行った場合に、県内の規模的に参考になる事例がない状況です。政令市とか県庁所在地の市などはほかに学ぶところがなく、委託に依存する例も少なくありません。大都市ではどのような連携の形が望ましいのかということなどを検討する必要があると思います。これから急速に後期高齢者が増えていき、認知症を抱える人、そして地域でのつながりがない人たちが増えていく都市部における医療・介護連携について、集中的な検討が必要ではないかと思います。

2点目はインセンティブ交付金についてです。これは保険者の取組を促進するということで、介護予防の積極的な取組によって要介護認定率などが下がるというロジックの下に組み立てられると思いますが、インセンティブ交付金の設計において、この指標をしっかりと見える化をし、評価をして、還元をするということは重要なのですが、ともすればアウトカム評価で認定率が低いほうがいいというようになった場合に、どういう影響が出るのかが心配です。一体的実施で健康状態不明者、医療も介護も健診も受けていない人が発見できるわけですが、医療や介護サービスにつないでいます。生活機能が低くても要介護認定を受けていない人が発見できるわけですが、本当はプラスに評価していただきたいところが、もしかしたらマイナス評価になるのではという懸念があります。適切に自治体の取組が進むような評価指標の設計が重要だと思います。そのためには、データの標準化や分析を恒常的に行いながら、指標のより精緻化を図っていく必要があると思います。

また、ほかの健保組合や国保等でこのインセンティブ交付金を見ていると、点数が高いところは、それでどんどんやる気を持って進めていくのですが、ともすればやり過ぎになっていたり、また、点数の低いところだと、そこは無関心になって、市長さんもインセンティブ交付金のことはあまり知らないという状況になったりすることがあります。本来の目的である底上げをどうするか、この指標の活用が単にお金を配分するだけではなく、底上げにつながるためにはどうすればよいか、走りながらも議論していくことが必要です。

最後ですけれども、医療・介護の連携だけではなく、医療・介護予防の連携の重要ということでございます。東京都狛江市の例ですが、シルバー人材センターの登録者数がどんどん増えていったと。それはかかりつけ医が地域の活動をよく知っていて、そこにつなげていく、高齢者の社会活動を後押しするというような動きがある。地域の顔の見える人間関係ができていて、かかりつけ医からの勧めというのは、患者さんにとっても参加の動機にもなるし、それで元気になる。医療機関の連携としては、介護施設とか介護の専門家だけではなく、介護予防の点でも医療の果たす役割をもう一度再定義してもいいのかなと思います。

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、茨城県美浦村長の中島でございます。よろしくお願いします。

まず初めに、医療・介護連携について申し上げます。地域包括ケアとその体制を確保するための医療・介護連携は、様々な方策を用いて進めていかなければなりません。しかしながら、これまでも申し上げてきたように、特に離島・中山間地域の町村においては、サービス需要の減少や人材不足により事業者の撤退が進み、サービスの安定的な提供が難しい状況になってきております。そのため、医療・介護人材の確保を進めていただきますとともに、人材が少ない中でも医療・介護連携を進めていけるような制度設計、支援が必要でありますので、御検討をお願いしたいと思っております。

また、認知症に関しましては、当村では認知症であることを伏せたり、受診を拒否したりする方がいらっしゃるのが現状であり、認知症への理解が十分でない面があるため、認知症に関する普及啓発を行っております。認知症ケアを推進するに当たっては、国を挙げての認知症に関する普及啓発が重要であると思っておりますので、取組を推進していただくようお願いいたします。

議題2の介護認定についてでございます。要介護認定における一次判断データの妥当性の検証のため、ケア時間及びケア内容の調査を行うとのことですが、それを踏まえ、要介護認定について検討を行う場合は、平成21年度の要介護認定の見直しの際、非常に大きな混乱が生じたことを考慮し、十分な期間を確保した上で、市町村をはじめとする関係者の意見を踏まえ検討を行うようお願いしたいと思います。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。

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。

医療・介護連携について申し述べます。医療・介護連携の取組の実効性を高めていく上で、中間とりまとめの指摘事項は重要と考えます。これまで医療に関わる計画は都道府県が中心に、介護では市町村が中心となって策定され、それぞれの整合性を確保する取組が進められてきましたが、今国会に法案提出されている地域医療構想の協議の場に市町村が参画していくこと。これを機により一体的に計画づくりとその取組を進めていくことが必要ではないかと考えます。その際、市町村においては、医療・介護連携に関わっていく人材育成とノウハウの継承ができるように、都道府県も国も市町村を支援することによって体制を確立していくことが必要と考えます。

こうした取組を通じて、現在高齢者施設等では協力医療機関を定めるに当たり、どこに相談すればよいか分からないなどの課題が見られる中で、協定の締結が進んでいない理由を一つ一つ取り除いていくことが必要です。また、医療・介護のニーズを併せ持つ患者・利用者、そしてその家族にとっては、医療・介護で不安を感じたときに地域で相談できる専門職がいて、適切なサービスと医療・介護の連携につなげてくれる体制が身近にあることが不安解消につながると思います。その意味で、地域包括支援センターや介護支援専門

員をはじめとする専門職の皆さんに期待する役割は大きいものがあります。同時に、個人情報保護に注意しつつ医療・介護DXを推進して、医療の側・介護の側の双方から患者・利用者の状態や生活情報を把握・共有できて、適切なサービスに効率的につなげていくことが必要と考えます。

最後に、中間とりまとめでは家族介護支援事業についても触れられていますが、これは必須事業にするなど、ニーズの把握を含めて取組を強化すべきと考えます。

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す。

介護予防・健康づくりに係ります老人クラブ活動などについて、意見と質問をさせていただきます。去る3月末に厚生労働省では令和6年度の老人保健健康増進等事業、高齢者の社会参加及び地域貢献に資する互助組織の推進に関する調査研究事業をとりまとめられまして、老人クラブとその支援を行う地方公共団体の協働について考えるためのアイデアをまとめた地方自治体向けのガイドブックを作成されております。

老人クラブはそれぞれの地域において高齢者の生きがい、健康づくりをはじめ、地域の高齢者の居場所づくり、孤立防止や防犯・防災、そしてまちづくりなど、地域の特性に合わせて多様な分野において社会に貢献していると考えております。今般とりまとめられた調査研究においても、老人クラブ及びその会員は地域の高齢者の生活基盤を支える重要な担い手であり、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生活できる環境を目指す地域包括ケアの取組においても、老人クラブの存在は非常に重要であると評価をいただいているところでございます。

本会においても、生活支援・介護予防を担う主体としての老人クラブ活動を推進するため、地域の老人クラブ活動の好事例の横展開等を図ってきているところでございますが、厚生労働省におかれましては、今回のハンドブック等のツールを地方自治体に提供する中で、地域包括ケアシステムの深化に向けてどのようなアウトカムを考えていらっしゃるのか、教えていただければ幸いです。よろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 御質問をいただきました。いかがでしょうか。

○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。推進課長でございます。

御指摘のとおり、老人クラブが地域づくりに果たす役割は非常に大きいと我々としても考えております。その一方で、老人クラブの会員の数が今、減少を続けているという状況でございます。いかに老人クラブの活動をそれぞれの地域で活発にさせていただくかというのは、我々としても松島委員をはじめとする関係の方々と一緒に考えていかなければならないと考えております。その上で、今、御紹介いただきましたガイドブックにつきまし



ては、我々としてもしっかりこれを大事にして、自治体向けにあらゆる機会を通じて周知をしていきたいと考えております。それから、今日議題となっております地域支援事業、総合事業、認知症施策の充実というのがまさにこれから我々がやっていかなければならない取組でありますので、その中で老人クラブが果たす役割も非常に大きいと考えておりますので、その総合事業の充実でありますとか、認知症施策の充実を図る中で、老人クラブの方々にもぜひ関わっていただいて、それぞれの事業の充実を進めていきたいと考えております。

○菊池部会長 松島委員、いかがでしょうか。

○松島委員 ありがとうございます。結構でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、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。

意見を4点申し述べます。まず、資料2の30ページから31ページにかけて高齢者施設と医療機関の連携、協力医療機関を定めていない高齢者施設の調査が出ております。私が少し危惧しておりますのは、この理由の中で「まだ検討を行っていない」という割合がかなり多いことでございます。御存じのように、協力医療機関を定めるということは運営基準に定められているわけでございます。現在は3年間の経過措置でございますが、この経過措置の期限である令和9年3月末までに協力医療機関を定めていない場合は、減算というものでなくて、指定の取消しにまで及ぶ状況でございます。このことを高齢者施設側があまり理解していないのではないかと少し危惧をいたします。規模の大きい老健とか特養では理解はある程度進んでいると思われそうですが、軽費老人ホーム、特定施設、認知症グループホームなどは、運営する主体も様々ですし、今まで医療機関との連携というのが制度上あまり求められていないところも入っておりますので、今回運営基準に定められたということ、3年以内にやらなければこれは大変なことになるということを高齢者施設にもう少し周知していただきたいなと思います。

2点目でございます。34ページの真ん中あたりにある地域医療構想と都道府県の第10期介護保険事業（支援）計画の間に「整合性の確保」という文言が入ったポンチ絵が出ております。この「整合性の確保」は非常に重要な観点ではないかと思えます。地域医療構想におきましては、新たな地域医療構想の中で介護との連携の重要性というのも指摘されているところでございますし、実は介護保険の中にも私ども老人保健施設や介護医療院など医療を提供している事業者もあるわけでございます。これらを踏まえますと、どのようにこの整合性を確保していくのか、具体的な方策について今後詳細に検討していく必要があると考えます。

3点目でございます。123ページの論点の1つ目の丸の最後に「地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築していく必要がある」と書いてございます。先ほど橋本委員も言及されましたが、医療と介護の情報共有はなかなか難しい

ところでございます。介護の中ではLIFEというものが令和3年度から始まってございますが、LIFEの中にあります様々な指標については、医療機関のほうで求められているものではないですし、医療機関のほうで使っている指標、FIM等は介護事業者の間ではあまり普遍的に使われているものではございません。つまり、医療と介護の間での共通言語、共通の評価指標というものが今はない状況ですので、そのような状況で情報共有するというのはなかなか難しいかと思います。しかも、これから医療もDX化、介護もDX化を進め、デジタル情報も交換するということになりますと、これは共通指標、共通言語がないとうまくいかないというのは誰でも分かることだと思いますので、そこも今後しっかりやっていく必要があるかと思います。

最後でございます。125ページの最後の丸のところにフレイルのことが言及されています。フレイルの高齢者の対応については、医療職、リハビリ専門職、看護職、多職種がそろっております老健施設を積極的に活用していただきたいと思いますと考えます。今後は総合事業というような従来の枠組みにとらわれるのではなく、例えばインセンティブ交付金等を活用してフレイル対策が別の次元で急速に進んでいくべきであると考えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

論点に沿って幾つか意見を述べさせていただきます。まず、令和6年度の診療報酬・介護報酬同時改定における高齢者施設と医療機関の連携の仕組みは、顔の見える実効性のある連携となるように各地域で進めていくべきものであります。

また、周知につきましては、特に養護老人ホームは、経過措置の後、医療機関との連携が義務化になっておりますので、ぜひ重ねて周知が必要ではないかと思っております。

また、医療機関において介護施設から協力要請があった場合には、ぜひ医療機関が協力していただきたい旨の情報提供を、昨年7月に日本医師会から全国の医師会に発出しているところでもあり、医療機関との連携にお困りの介護施設等がございましたら、都道府県医師会、あるいは地区医師会へ相談もしていただければと思っております。

次に、在宅医療における地域の社会資源の把握に当たっては、第8期の医療計画から位置づけられている在宅医療を積極的に担う医療機関の共有も必要と考えております。

次に、令和6年度の同時改定では、医療機関の退院カンファに在宅リハ、通所リハや訪問リハの医師またはリハビリ専門職が参加する仕組みも構築されたところでありますので、この仕組みをより一層推進するとともに、併せて栄養・口腔管理等にもつながるように、リハ・栄養・口腔の三位一体の取組を踏まえた退院カンファの議論の充実も必要と考えております。

次に、地域医療構想に市町村が参画するに当たって、平素から介護や障害福祉の構想を議論する協議の場の設置が市町村に不可欠であると考えておりますので、ぜひ要望したい

と思います。

今後、地域医療構想における在宅医療の圏域は市町村単位となる場合が増えることも想定されておりますので、こういった協議の場の必要性が高まると考えております。その際重要なことは、協議の場が形骸化することなく、活性化することであります。併せまして、しっかりと議論できるような構成員を育てたり、議論できるような素地をしっかりとつくっていくということも併せて必要だと思っております。

続きまして、現状、介護保険施設の稼働率の低下、高齢者住宅の供給の増加、通所サービスでは定員と実働の乖離などが生じておりまして、したがって、人口推計に基づいた需要に加えて、実際に起こっている現象も踏まえた精緻な将来の介護需要の推計が求められると考えております。

次に、介護予防・日常生活支援総合事業においては、こういった方にこういった介入がなされているか、データがなく、不明でありますので、その有効性については全く評価できない状況がずっと続いております。一刻も早くデータベースの構築が必要と考えております。

インセンティブ交付金については、導入されてかなり年月がたっておりますが、その効果検証もできるのであれば検討すべきと考えております。

また、通いの場に専門職の関与が推奨されているわけですが、現状の医療機関や介護事業所の現場を考えると、人手不足、業務多忙な中、通いの場への専門職の派遣が極めて難しい状況であると認識をしておりますので、医療機関や介護事業所で通いの場を開催することによって、専門職の関与が担保できるということにもなりますから、そういったことも推進していくべきではないかと考えています。

例えば地域で通いの場があって、年に1回ないし2回程度は介護施設とか医療機関で通いの場の場所を変えて開催するという意味でございます。

また、今後は要支援・要介護にならない一次予防の視点も重要であると考えておりますので、生活習慣病の管理などと地域支援事業などの事業を組み合わせた幅広い視点での介護予防の取組も行っていくべきではないかと考えております。

認知症施策につきましては、現在認知症サポート医は1万5000人超に達しておりますが、地域で活躍する場がなかなかないという声も多く聞いておりますので、地域における認知症サポート医の役割もこの施策の中で検討していただければと思っております。

最後に、認知症初期集中支援チームにつきましては、地域によっては介入件数が激減しているところもありますので、名称とともに役割やシステムを見直すことも検討課題ではないかと思っております。

また、このアウトリーチのシステムは活かしていくべきであって、精神や障害分野に関しても十分応用可能なものではないかと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

以上で全員の皆様から御発言をいただきましたが、追加でこれは言い残したといったことで御発言をお求めの方がいらしたら、お手を挙げいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。会場からは栗田委員ですが、オンラインの皆様からどなたかいらっしゃいますか。特によろしいですか。

それでは、栗田委員からお願いします。

○栗田委員 先ほど医療と介護の言語の違いの問題を指摘されていましたが、これはこの介護保険部会でも大分以前から言われてきたことで、ちょっと調べてみたら、2008年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の報告書にも出ているのですが、認知症高齢者の日常生活自立度というのは、医学的な認知症の概念と矛盾しているというところがございまして、特に認知症高齢者日常生活自立度Ⅰというのが、医学的な認知症の定義と全く矛盾しているのです。だから、少し修正すれば直るところなので、そういうところは修正したほうがよろしいかと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今、栗田委員からもいただきましたけれども、橋本委員、東委員からも医療と介護の評価というか、言語の統一とか書式の違いという御発言がありまして、これは事務局も当然認識しておられると思いますが、前回私から申し上げましたけれども、医療法等改正法案の中で地域医療構想の見直しで介護との連携が入っているということで、今後医政局さんから直接御説明をいただく機会があれば、皆様からも直接お伝えいただければ、より連携が深まるのではないかと思いますので、事務局におかれましては医政局さんをお願いをいただければと思います。

今日も全く打合せなしなのですが、座長でいらっしゃいます野口先生から、全体を通じまして何かございましたらお願いできますでしょうか。

○野口委員 菊池先生、ありがとうございました。

委員の皆様、様々な御意見を頂戴して大変勉強になっております。2040で、今、介護から福祉のほうに重点が移ってきているのですけれども、包括的に子供たち、あるいは障害を持っている方、高齢者ということで、多機能でどういったふうに地域で支えていくか。今日も構成員の皆さんからお話があったようなお話が出ておりますので、引き続き介護部会と連携を取りながら、どういうふうに多機能で全世代型でやっていくかというような議論を2040のほうでは進めていきたいと思います。

本日の議論について、医療と介護の言語が違うというところは本当に問題でして、実は経済財政諮問会議のほうでも今後骨太の方針をつくっていくに当たって、いわゆる指標、KPIをつくっていかなければいけないというところで、医療と介護とアウトカムの指標をつくる、あるいはアウトプットの指標を見るときに、どうしても別々になってしまっていて、医療と介護の連携は非常に重要なコンテキストがあるにもかかわらず、両方のKPI、両方の分野をまたがるようなKPI、あるいはKGI、ゴールを決める、指標を決めるということ

がなかなか難しいとなってしまっています。ですので、共通の言語をつくっていく、共通の定義をしていくということが、KPIとかKGIを構築するのにも非常に重要だと思いますので、今日の御指摘は本当に重要な御指摘だったと思います。

第2点目です。資料2の36ページに二次医療圏と老人福祉圏域というのがあって、これはこの前もちょっと議論になったと思うのですが、地域ごとに細かく丁寧に見ていく必要があるという議論の中で、老人福祉圏域は336で、二次医療圏は330ということで、ほぼ同じような数があるのですが、この圏域を整合させていくということが、医療と介護の連携の実装、医療と介護の連携を進めていくに当たって非常に重要であるというところだと思います。ここに挙げられているように、各地域で同じ二次医療圏でも同じ老人福祉圏域でもそれぞれ医療と介護のニーズに対する需要の濃淡が違うと思うのです。それを出していく。

例えば総務省などが人口などは1キロとか5キロとか、そういうところでメッシュで日本地図を見せながらデータを示しているわけですが、医療と介護のニーズの濃淡みたいなものを、もちろん二次医療圏と老人福祉圏域というものを中心に、もうちょっと細かい単位で5キロとか1キロ。1キロはちょっと行き過ぎかもしれませんが、そういう単位で可視化するということが、地域の方々、自治体の方々に国がお手伝いできること。地域の方々はそのデータを基に様々な計画を立てることが可能になりますので、データを見せしていくということが非常に必要かなと。人口だけでなく、ニーズを見せていく、あるいは現状それぞれの医療と介護の利用状況がどうなっているのかということをお示しするということが、厚生労働省をはじめ、国ができることかなと思っております。

ごめんなさい。ちょっと取り留めもないのですが、今日も皆さんの御議論を聞いていて本当に勉強になりました。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。

それでは、よろしければ、議題1については以上とさせていただきます。

本日いただきました御意見を踏まえて、さらに引き続きしっかりと議論を重ねていきたいと思ってございます。

続きまして、議題2、その他の「要介護認定について」、事務局から御報告をお願いします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

要介護認定につきまして、資料3を御覧いただければと思います。2ページを御覧いただきまして、昨年12月の介護保険部会でお示ししましたとおり、令和6年の規制改革実施計画におきまして、要介護認定制度につきまして、aからhの内容が閣議決定をされております。今回はこのうち黄色で囲みましたgの前段について、対応方針を御報告させていただきます。

3ページにお進みください。gの前段につきまして、昨年の令和6年規制改革実施計画で具体的な記載をお示したものでございます。現行の要介護認定の一次判定のプログラ

ムは、介護施設入所者のデータを中心に構築されておりまして、在宅や通所などの介護保険サービス利用者の生活環境（バリアフリーの有無など）や生活実態が反映されていないことを踏まえまして、在宅介護や通所介護等の幅広い介護サービス利用者のデータを追加しつつ、現行のデータを最新データに更新することも含めて検討することとされました。

4 ページを御覧ください。これまでの要介護認定の一次判定の見直しと、在宅介護を対象とした調査の経緯を説明したものでございます。まず、一番上のところでございますが、制度開始時に要介護認定の一次判定の仕組みは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護力強化病院において提供されている介護サービスの調査を基に作成されました。その後、表にありますとおり、平成15年度と平成21年度の2回、一次判定の仕組みが見直しをされております。まず、平成15年度の一次判定の見直しにつきましては、平成12年度に行いました介護保険施設に入所されている方4,500人を対象とした調査に基づき行われました。表の中段でございます。

その右側、在宅介護につきましては、当時要介護認定に在宅でのケアが反映されていないのではないかという指摘があったことから、平成13年度に在宅高齢者約1,100人を対象に調査を行いました。介護提供者や環境要因により同じ状態の高齢者でも介護時間に大きな差があり、平均的なケア時間の算出が困難であったことから、一次判定の仕組みへの反映はされませんでした。

続きまして、平成21年度の一次判定の見直しにつきましては、中段下の表でございますが、平成18年度に行いました介護保険施設に入所されている方約3,500人を対象にした調査に基づき行われました。その右側でございますが、在宅介護につきましては、平成18年度に在宅で介護サービスを受ける方530人、及びグループホーム入所中の方156人を対象に調査を行いました。データの精度に課題がある等の理由で一次判定の仕組みに反映されなかったということでございます。

一番下でございますが、このように、介護保険制度の開始当初から、在宅で介護保険サービスを利用する方の介護の内容、その時間は要介護認定の一次判定ロジックに反映されておらず、制度開始以降、複数回調査が行われたものの、一次判定への反映には至らず、平成21年度の見直し以降、大規模な調査は実施されていないという状況でございます。

5 ページを御覧ください。現状・課題及び対応方針について御説明をさせていただきます。まず、一番上でございますが、前ページで御説明させていただいたとおり、在宅の方の介護の内容については、制度開始以降、複数回調査が行われておりますけれども、一次判定に反映されていないということで、平成21年度の見直しに際して実施された調査を最後に、大規模な調査は実施されておられません。

2 つ目の丸ですが、昨年の規制改革実施計画におきまして、一次判定プログラムの中に在宅介護等の介護サービス利用者のデータを追加することについて検討することとなっております。

3 つ目でございますけれども、平成21年度の要介護認定の見直しを受けて実施されまし

た「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」におきまして、平成21年度の要介護認定ロジックの改正により現場に混乱を来した経緯があることから、同検証検討会において、要介護認定の見直しを行う場合は、慎重に十分な準備期間を確保し、再度混乱を招くことがないようにするという旨の提言がなされております。

以上を踏まえまして、対応方針でございますが、まず1つ目の丸でございます。現行の要介護認定における一次判定の妥当性の検証のため、在宅介護のケア時間及びケア内容の調査を実施することとさせていただきたいと考えております。具体的には、2つ目の丸ですが、今年度在宅、通所などの介護保険サービスの利用者を対象にしたケア時間及びケア内容の調査を実施いたしまして、その結果については改めて部会に報告させていただきたいと考えてございます。

6ページを御覧ください。実施する調査の方法及びスケジュールについて説明をしたものでございます。方法につきましては、平成18年度に施設で実施いたしました高齢者介護実態調査を踏襲させていただきまして、当時の調査と同じケアコードを用いて調査対象者に提供された介護サービスの時間を評価したいと考えております。

調査対象につきましては在宅、通所などの介護保険サービスを利用されている方といたしまして、対象者の状態等に偏りが生じないように選定をしたいと考えております。

スケジュールについては、今年度調査を実施しまして、来年度介護保険部会に結果を報告させていただきたいと考えております。

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す。

ただいまの御説明は報告事項ということでございますが、御発言があおりの方はいらっしゃいますでしょうか。会場からはお三方ですね。そして、オンラインからは5名の方。よろしいですか。

では、まずは及川委員からお願いします。

○及川委員　介護福祉士会の及川でございます。

まず、介護の現場での状況を踏まえると、認知症の進行とともにADLが低下するとは限らないことなど、状態像は複雑化していることは明らかであります。介護現場の変化を踏まえると、在宅だけの検証でよいのかというところはありますが、ぜひとも丁寧な検証作業をお願いしたいです。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林広美委員、お願いします。

○小林（広）委員　ありがとうございます。介護支援専門員協会の小林です。

これまでの複数回の調査によって施設で介護サービスを利用される方の調査結果は一次判定に反映されており、今回指摘されている課題は、介護サービスを利用する方の介護内

容や時間が一次判定に反映されていないことですので、今回の調査は在宅だけでよいとは思いますが、これまで在宅で調査できなかった部分の調査を実施することとなるため、混乱を招くことがないように、十分配慮して実施していただきたいと思います。

また、要介護認定の調査結果は、今後デジタル化を進めていく上で、要介護者等の医療と介護の連携を進めていく上で基礎となる情報にもなってくると思います。前回実施した施設の調査結果と比較しながら、利用者の住まいに関係なく、調査結果が偏りなく、精度の高いものとなるよう、継続的な検証と検討をして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。

和田委員、お願いします。

○和田委員　ありがとうございます。

私たち認知症の人と家族の会が要介護認定に関して長年最も強く感じている課題は、現在の一次判定が現実に即した介護の手間を十分に反映できていないのではないかという点です。資料にあるとおり、現行の一次判定プログラムは、平成21年度以降、データの見直しが行われておらず、特に介護施設入所者データが中心となって構築されています。このため、在宅や通所サービスを利用している方の生活環境や生活実態が反映されていないという指摘は、私たちの実感とも一致しています。

さらに重要な課題として、資料でも言及されているとおり、認知症に伴う周辺症状、BPSDなど、介護者の実際の手間に比べ軽い要介護度で認定される場合があるという点は、認知症の方を在宅で介護する家族にとってまさに切実な問題です。身体的な介助時間は少なくても、見守り、声かけ、行方不明の対応、不安や混乱への寄り添いといった精神的・肉体的に拘束される時間や心理的な負担は非常に大きく、現行の一次判定ではこの見えない手間が十分に評価されていないと感じています。過去に在宅介護を対象とした調査（平成13年、平成19年）が行われたにもかかわらず、データの精度等の課題から一次判定ロジックへの反映に至らなかったという経緯も承知しており、この課題の根深さを感じております。

こうした状況を踏まえ、令和6年規制改革実施計画に基づき、令和7年度に在宅・通所介護サービス利用者のケア時間及びケア内容の調査を実施し、その結果を一次判定プログラムの見直しに生かすという方針は、上記課題解決に向けた大変重要な取組であると認識しております。

この調査が過去の調査で生じたデータの精度等の課題を克服し、認知症に伴う周辺症状など身体介助に現れない介護者の実際の手間を必ず一次判定ロジックの見直しにつなげ、介護現場の実際、特に認知症の在宅ケアにおける負担感をより正確に反映したものとなるよう強く要望します。

調査結果がとりまとめられる令和8年3月以降、速やかに部会で詳細な報告をいただき、見直しに向けた具体的な議論を開始していただけますようお願いいたします。

以上です。



○菊池部会長　ありがとうございます。

会場はよろしいですか。

それでは、オンラインから新田参考人、お願いします。

○新田参考人　ありがとうございます。

要介護認定における一次判定の見直しについて、1点意見を申し上げます。資料14ページにありますとおり、平成21年度に実施された要介護認定の見直しにおきましては、利用者、市町村の双方にとって大きな見直しであったにもかかわらず、現場の大きな混乱を招いた経緯もありますことから、要介護認定に係る現行の一次判定ロジックを変更することは、その必要性も含めて慎重に検討すべきであると考えております。

要介護認定は、利用者・事業者・保険者のバランスを取りつつ、公正かつ的確に行われることが重要であり、現行の一次判定に不具合があるため、制度の運用に重大な支障を来していると言った意見が寄せられていないこと等を踏まえますと、特定の介護サービスに限定した調査結果に基づき、機械的に要介護認定のロジックを変更することは、介護保険制度全体のバランスを崩すことに繋がりがねないと危惧しております。

資料4ページにありますように、過去の在宅介護を対象とした調査では、同じ状態の高齢者間でも介護時間に大きな差が出ていたことや、データの精度に課題があったこと等を踏まえますと、一般的に直接的な介助時間が施設よりも短い在宅において、正確な介助時間を算出することは非常に難しいと考えられます。

令和7年度の高齢者介護実態調査を実施される場合におきましては、現行の一次判定における調査項目にも影響を及ぼしかねないことから、その調査項目については慎重にご検討いただくとともに、調査対象となる介護保険サービスにおいても必要最小限にとどめていただき、現行の一次判定ロジックを変更することが、既に要介護認定を受けられている方や自治体に大きな影響を与えることを念頭に置いて進めていただきますようお願い申し上げます。

○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。

今回の要介護認定につきまして、3ページ、4ページに書かれているデータで、例えば平成19年に作成された一次判定に係る現行プログラム、それから最終的に平成21年の見直しに際して実施した調査以降、大規模な調査が行われてこなかったということが記されております。平成19年とか平成21年を、思わず西暦に直して確認してしまいましたが、これほどまでに長きにわたって何も触られてこなかったということに驚きを覚えております。実際にこの間、特に認知症の高齢者の方の数の増大も踏まえて、要介護認定というのは、介護保険制度の一番の要であり、介護保険サービスの起点でもあるわけですから、改めて今回もう一度そこを調査し直して考えるということは大変重要なことだと思っております。これについて現状を明らかにするようなしっかりした指標というものをぜひともつくり上

げていただきたいと希望しております。

5 ページに具体的に「令和 7 年度に在宅、通所などの介護保険サービスの利用者について」と書いてあります。ケア時間及びケア内容の調査を実施する。在宅・通所を含め、施設もそうなのですけれども、この辺の調査内容については、非常に重要なところでもありますので、しっかりと御検討いただき、現場の声、御本人の声などを反映して、しっかり集約していただいた上で、この調査、大きな期待がかかっているかと思いますので、実施していただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

要介護認定について、現場からは、自治体によって同じような状態でも認定結果が異なるでありますとか、認知症が認定結果に反映されづらい、ケアマネジャーの意見が反映されているのか疑問があるなど、認定までの過程と認定結果について問題が多いとの声が多く寄せられています。規制改革実施計画における指摘においても、一次判定に係る現行プログラムは、介護施設入所者のデータを中心に構築されているとありますように、それが原因となり、在宅介護利用者や認知症の利用者にとって適切な介護度に判定されないことは、介護保険制度の基本理念でもある自立支援のためのサービス提供ができないことになってしまいます。平成13年、平成19年とこれまで2回の調査を行っていますが、具体的な是正措置が講じられていないことから、介護保険制度の公平性の観点からも、今度こそは調査・検討にとどまらず、具体的な対応につながるように取り組んでいただくことを要望いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

資料3について意見を申し上げます。要介護認定は、介護保険サービスの利用者と家族の生活に直結する極めて重要なものであり、利用者の個別性を踏まえた認定結果となる仕組みの構築が重要です。同時に、要介護認定方法の見直しは、内容によっては大きな混乱を来す可能性があり、極めて慎重かつ丁寧に検討する必要があると考えております。在宅や通所サービス利用者のケア時間及び内容を調査で明らかにすることは理解いたしましたが、今回の調査は認定調査項目にも影響を与え得るものであり、調査項目の設定の段階から関係者の意見を広く聴取し、慎重に進めていただきたいと考えております。

さらに、調査結果をもって一律に一次判定のロジックを変更するものではないと考えます。いずれにしても、利用者の利益の観点から変更の要否を検討するよう進めていただきたいと思います。

また、今回の課題認識からは、調査の対象に施設は含まれず、在宅・通所に限るものと理解しております。その点につきましても混乱を招く可能性がありますので、明確にお示しいただき、丁寧に進めていただきたいと考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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、在宅では同居、独居、あるいは一軒家、集合住宅、介護サービスは通所、訪問、ショートサービスを受けるなど様々なバリエーションがあって、こういった対象者にどういった調査をするのかによって結果は大きくばらつくことが想定されます。したがって、精度の高い調査が果たしてできるのかどうか。特に公平性の観点から極めて介護認定審査というのは重要なプロセスでありますので、その辺りはもうちょっといろいろ深掘りした議論も必要ではないかと思います。

今回のタイムスタディの結果、調査するというのは決定事項だと思いますから、当然行う方向であろうかと思いますが、今回の調査のみで一次判定ロジックの見直しといった大きな議論につながるべきではないかなと思っており、多様かつ多数のデータの蓄積が議論には必要であろうと思っておりますので、まずはそういったいろんなバリエーションを含めて、そして多数のデータの蓄積の上で、どうするかというのは慎重に考えていく必要もあろうかと思っています。

以上です。

○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。

様々な意見がございました。この要介護認定の仕組みができてから20年以上たつわけですが、一次判定のロジック等を大きく変えるのは現場に混乱を及ぼすというご意見はごもっともでございます。今までもそういうことがございました。今、江澤委員がおっしゃったように、今回の調査によってそういうものがまた変わるのもちょっとどうかと私もそう思います。

しかし、大局的な点で見たときに、二十数年前にできたこの要介護認定の仕組み、いわゆる一次調査というのは、現在人で行っております。人が一次調査に行ったときに、要介護認定を受ける方が認知症の場合は、その症状が出ているとき、出ていないときと様々ございます。認知症でなくても、身体的障害の方であっても、一次調査の方が行ったその時によって状態が違う場合もございます。今までどおり一次調査を人が行う仕組みがいいのか。それを今後、より正確にその人の障害の度合い、認知症も含めた障害の度合いをきっちと測っていくためにデジタル化していくことが必要であり、デジタル化ということを考えたときに、手のかかり度で判定していいのかという問題がでてきます。今やそういう根本

的な議論をやるべきときではないでしょうか。二十数年前につくったこの要介護認定のロジックをこのまま未来につなげていっていいのだろうかということは、どこかで議論が必要であるということだけ問題提起をしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

ありがとうございます。

研究者の視点から言うと、特に我々法学的研究者からすると、国際比較、比較法、比較制度研究という視点もあり得ます。これが入ったときも、アメリカの制度を見てMDSを参考にしてきたという記憶がございまして、そういった観点から、ほかの国、ヨーロッパとかどうなのだろうというのはあるのですが、それはそれとして、今回は実態的な調査を行うということですので、様々な御意見をいただきましたので、まずはそちらのほうでしっかりと進めていただければと思います。

ありがとうございます。

議題2については以上といたします。

そのほか、全体を通じまして御発言のお求めはございますでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございます。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと思います。

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。

○江口総務課長　次回の本部会の日程については、追って事務局より御案内させていただきます。

以上です。

○菊池部会長　それでは、本日の部会はこれで終了させていただきます。大変御多忙の中、御参加賜り、ありがとうございました。