

○村中総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第122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、御出席を賜りまして、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。

また、本日の議題に関しまして、社会・援護局地域福祉課地域共生社会推進室から南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、東京は大変暑い状況ですが、全国的にもかなり暑いようでして、そういう中、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ひいたします。

本日の委員の出席状況ですが、井上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次長 尾崎正英参考人、大西委員の代理として高松市健康福祉局長寿福祉部長 石野知津参考人、橋本委員の代理として一般社団法人日本慢性期医療協会副会長 井川誠一郎参考人に御出席いただいております。井川参考人には会場にお越しいただいております。

お認めいただければと思いますが、よろしいでしょうか。

（委員首肯）

○菊池部会長 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。

(カメラ退室)

○村中総括調整官 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。

制度改正に関する本日の審議事項には、社会・援護局主催の地域共生社会の在り方検討会議での議論の内容に関する事項も含まれていますため、まずは議題1として、地域共生社会の在り方検討会議の中間取りまとめについて、社会・援護局から御報告を受けたいと思います。その上で、議題2の介護保険制度に関するその他の課題について事務局から説明をお願いします。

○南社会・援護局地域共生社会推進室長 社会・援護局地域福祉課地域共生社会推進室長です。資料1につきまして御説明をさせていただきます。

資料1の1ページ、地域共生社会の在り方検討会議につきまして、2月の本部会においても御紹介をさせていただいておりますが、本検討会議におきまして、社会福祉法改正、令和2年の改正5年後の検討ということで検討を重ねてきております。昨年6月から設置して以降、関係者のヒアリング等を含めて計10回開催いたしまして、5月28日に中間取りまとめを公表させていただいております。

内容につきましては、2ページ目に中間取りまとめの概要ということで整理しています。社会福祉法におきましては、全ての市町村におきまして包括的な支援体制の整備を努力義務として課しています。これに向けて、上の箱の2つ目ですが、2040年に向けて全ての市町村で福祉分野を越えた連携、地域との協働が進む中で、包括的な支援体制の整備を通じて地域共生社会を実現していくということを大きな目標として掲げています。

具体的な内容につきましては、その下のほうの1～5まで大きく5つに整理をしております。

1つ目は一番左側ですが、地域共生社会のさらなる展開ということで、これまで累次の改正を重ねて地域共生社会の実現に向けた取組を進めてきております。その理念等の再整理に加えまして、特にポイントといたしましては1ポツのマル2のところがございます。先ほど申し上げました包括的な支援体制の整備に向けた対応ということで、5つ具体的な内容が並んでおります。

この一つといたしまして、令和2年に社会福祉法を改正いたしまして重層的支援体制整備事業という事業を創設しています。この事業は包括的な支援体制の整備に向けた一つの手段ということで位置づけているものです。他方で、小規模の自治体においては、重層事

業等の実施がなかなか進んでいない状況もあります。

マル2の3番に書いておりますとおり、過疎地域等における対応といたしまして、特に担い手不足が深刻化する中で、さらにこれが今後も進むことが想定されます。その中で、既存の4分野、高齢、障害、困窮、こどもといった4分野の相談支援と地域づくりといったところについては、全てをそれぞれで満たして実施していくことが難しくなることも想定されると考えております。

そうした中で、こうした人口減少等が進む過疎地域等においては、この4分野中心の既存制度を集約した特例制度の創設ということが提言されております。具体的な内容につきましては、今後、福祉部会においても議論を行っていくところですが、人口減少地域等におきましては、その地域の実情に応じて各分野の機能はしっかり維持した上で、人員配置の弾力化でありますとか、担い手の集約化等、機能の集約を図る制度的な特例の対応が必要ということですので、検討を進めていくこととしております。

また、このほか、地域共生社会のさらなる展開ということで、令和2年に創設した重層事業、いろいろと課題も出てきておりますので、質の向上に向けた評価の仕組み等をしっかり入れていくことも提言されています。

もう一つのポイントといたしまして、真ん中の2ポツのところでございますが、身寄りのない高齢者等への対応というところです。今後、単身の高齢者世帯がどんどん増えていく中で、また、単身世帯も増えてまいります。そういった中で、身寄りのない方への対応というのが大きな課題となってくることが想定されております。

こういった方への現時点での相談支援の対応が明確化されていない状況ですが、マル1のところでもこういった方への相談対応として、しっかりと既存の相談支援機関、地域包括支援センターでありますとか、生活困窮者自立支援制度、それぞれ既に相談窓口がございますので、こういったところでしっかり相談をまず受け止めていくことを明確化していくというようなことが提言されています。

もう一つ、マル2といたしまして、こういった身寄りのないこと等によって生じる生活上の課題は様々あります。福祉サービスの利用でありますとか、入院時の手続、亡くなった後の死後事務などの課題が明らかになっているところです。こうした支援をパッケージで提供するような事業を第二種社会福祉事業として新設するというような提言もあります。また、併せてネットワークの構築等なども提言をされています。

このほか、3以降ですが、成年後見制度の見直しへの対応、社会福祉法人、社会福祉連携推進法人、災害への対応についても御提言をいただいております。

5の災害につきましては、災害基本法等の一部改正法が成立いたしまして、災害救助法の救助の種類として福祉サービスの提供が追加されているところです。

こうしたことも踏まえまして、DWAT、福祉の派遣チームの法的根拠でありますとか、平時からの体制づくりというのが提言されていますので、こちらを検討していくことになるかと思っております。

中間取りまとめの内容は以上ですが、今後につきましてはこの内容を踏まえまして、さらに社会保障審議会の福祉部会で議論を重ねまして、法改正を含めて検討を進めていく予定です。

3ページにつきましては、先ほど御説明しました過疎地域等における特例の内容につきまして、6月13日に閣議決定されました地方創生2.0基本構想にも盛り込まれています。今後、詳細は検討になりますが、専門対応につなげるための一時的な相談機能、そういったところもしっかり町村部でも確保していくという観点、それから、地域づくりといった部分につきましては、人材の共通化も含めまして養成に係る研修等の一般化も考えていく必要があると考えております。

地域づくりにつきましては御案内のとおり、生活支援コーディネーターでありますとか、生活困窮の相談員、地域との接点づくりに携わっているところですが、まちづくり系の集落支援員でありますとか、地域運営組織など、様々な資源がありますので、そういったものもしっかり連携・共通化していくことで、より広範囲で分野連携の中で地域のつながりをつくっていく方策を検討していくことが必要かと考えております。

私からの説明は以上です。

○吉田（慎）認知症施策・地域介護推進課長 続きます、推進課長でございます。私のほうからは資料2のうち、1つ目のトピックであります身寄りなし高齢者への対応と権利擁護について御説明をさせていただきます。資料2を御覧いただければと思います。

まず、3ページ、今ほど社会・援護局から御説明がございました地域共生社会の在り方検討会議の中間取りまとめの概要でございます。

それから、4～6ページまでは地域共生社会の取組に関する資料をおつけしてございます。この3ページの中で赤囲みをしている部分でありますけれども、身寄りのない高齢者に関わる点も含めて、基本的には福祉部会で御議論いただきつつ、必要に応じて介護保険部会でも随時御報告いただくことになってございます。

続きます、7ページは2月の介護保険部会でお示しさせていただきました相談支援の在り方に関する論点でございます。こちらの※の部分、一番下の赤囲みのところありますけれども、独居高齢者等も含めた利用者への切れ目のない支援のための地域づくりの推進等々につきましては、今ほど御説明がございました地域共生社会の在り方検討会議における議論を踏まえつつ、介護保険部会において御議論いただくという取扱いとさせていただいていたということでもあります。

それから、8～9ページでありますけれども、検討会議の中間まとめの抜粋でございます。まず、2の（1）でございますけれども、一番下のところあります、身寄りのない高齢者等の生活上の課題に関する相談窓口につきましては、介護、障害、生活困窮など、既に各領域で支援体制の枠組みがあります。こうしたことを踏まえて、新たな相談窓口の設置ということではなく、生活困窮の支援機関であったり、介護保険法であれば地域包括支援センターであったり、そうした既存の支援体制の枠組みにおいて相談を受け止めつつ、

関係者・関係機関の協働・連携の中で相談支援機能を強化していくべきということで整理がされております。

9ページの(3)ということで、関係機関とのネットワークの構築の在り方でございます。こちらも対応の方向性でありますけれども、地域において身寄りのない高齢者等をネットワークで支えていくため、市町村に既に存在する類似の協議会、これは地域ケア会議等々でございますが、プラットフォームを活用して、身寄りのない高齢者等に対する支援方策の議論を進めていくための方策を国が示すべきであるということでもあります。

そのときには、法律の専門家をはじめとする連携が必要となる主要な関係機関も国において示して参画を促す必要があることが示されております。その関係機関は脚注の25で示されておりますけれども、行政機関、社会福祉協議会のほか、弁護士、司法書士などの司法関係者、医療・介護関係者、葬儀会社、金融機関等ということが示されてございます。

続きまして、10～11ページでありますけれども、2月の本部会でお示しさせていただきました資料でございます。包括支援センターとケアマネ事業所との適切な役割分担の下で様々な地域の担い手と連携をして高齢者を支えていく必要があるということでもあります。そのときには、中ほど右側に書いてございますけれども、地域ケア会議の役割が非常に重要になってくるということでもあります。

そして、12ページからは地域ケア会議に関する資料をおつけしてございます。

12ページ、個別のケースを地域ケア会議の個別会議において関係者を含めて協議し、必要なものについては下の推進会議ということで地域づくりであったり、政策形成に結びつけることが期待をされているものであります。

それから、16～18ページですけれども、身寄りのない高齢者などに対していろいろな取組がなされているということで、先進的な取組の事例を幾つかおつけしてあります。

16ページでありますけれども、地域包括センターとケアマネジャーが主導して地域の資源マップを作成した取組でございます。

17ページは愛知県の岡崎市の例でありますけれども、民間事業者と連携した取組の例でございます。

18ページは島根県の出雲市の例でありますけれども、住民主体で身寄りのない高齢者の様々な困りごとに対応している例をおつけしてございます。

続きまして、19ページ以降でありますけれども、成年後見制度に関する資料でございます。19～21ページまでが第二期成年後見制度利用促進基本計画の中間検証に関する資料でございます。

21ページの下右側の(3)の辺りでありますけれども、市町村長申立てを適切に実施するため、研修の見直しを図るといったことでもありますとか、成年後見制度利用支援事業を推進するため、地域支援事業の見直しを含めて検討を進めるという辺りが中間検証の報告書でまとめられております。

22ページ以降は成年後見制度の見直しの検討状況でございます。

22ページの中ほどであります。成年後見制度については一度制度を利用すると、判断能力が回復しない限り利用を止めることができない等々の課題が指摘されてございます。そうしたことを踏まえて、現在、法制審議会で審議が行われているところであります。

23ページでありますけれども、下ほどにスケジュールが書いております。先般6月10日に中間試案が取りまとめられておりまして、現在パブリックコメントが行われているということでもあります。中間試案の概要については24～25ページでまとめてございます。

その上で、少しページが飛びますけれども、論点ということで51ページに飛んでいただければと思います。身寄りのない高齢者への対応、それから、権利擁護に係る主な論点ということでもあります。

まず、上の身寄りのない高齢者等への支援であります。先ほどありました検討会議の中間まとめでありますけれども、既存の枠組みを活用して相談支援機能を強化していく。あるいは地域ケア会議も含めて既存のプラットフォームを活用する。そういった方向性が示されたところであります。

それから、2つ目の○ですけれども、御覧いただきましたように、いろいろな取組が各地域でなされているということでもあります。

そうした取組内容等も踏まえつつ、3つ目の○でありますけれども、身寄りのない高齢者への対応も含めて、医療・介護をはじめとする多様な関係機関との連携を進めながら必要な相談機能の確保、それから、プラットフォームの活用を進めるためにどのような方策が考えられるかというのが論点でございます。

それから、成年後見制度については法制審議会で見直しの議論が進められている一方で、利用促進の観点からの中間検証におきましては、成年後見制度利用支援事業について、対象として広く低所得者を含めること、あるいはその市町村長申立て以外の本人・親族による申立ての場合の費用等々を含めること等の指摘がなされているところであります。こうした点についてどう考えるかといった辺りが論点ということになってございます。

私からの説明は以上でございます。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。続きまして、残りの部分、高齢者虐待防止の推進と介護現場におけるリスクマネジメントについて、私のほうから御説明させていただきます。

資料は26ページからが高齢者虐待防止の推進についてまとめてございます。

27ページ、こちらの資料は高齢者虐待防止法の概要でございますけれども、本法の下で高齢者虐待防止と権利擁護の推進に向けて体制整備に取り組んでまいりました。

28ページは本部会から令和4年に御意見をいただいていた内容でございます。

29ページは今期の計画の基本的な趣旨において、高齢者虐待防止に取り組む内容について記載がされてございます。

そのような中で、30ページでございますけれども、直近の令和6年度の介護報酬改定では、高齢者虐待防止の推進の観点から、防止措置が講じられていない場合に基本報酬を減

算する措置を新たに導入しました。

また、身体的拘束の適正化の推進から、サービスに応じてでありますけれども、短期入所・多機能系サービスについては、適正化の措置の義務づけが講じられていない場合の基本報酬の減算措置、また、訪問・通所系サービスにおいては、身体拘束等の原則禁止とその場合の記録の義務づけを講ずることとしました。

31ページは直近の毎年度行っております虐待に関する調査結果の概要でございます。

その中で、次の32ページでございますけれども、施設等における虐待の特徴についてまとめてございます。こちらの資料は各施設において虐待種別ごとの発生状況が前年度と比べてどう変わっているかということを示した資料でございます。上の文字で書いてあるところの下のほうに参考とありますけれども、特養をはじめとする介護保険施設においては身体的虐待の判断件数が令和3年度を境にして前後3年間で見ますと、減少傾向にあるという結果もございまして、一定の取組の成果も確認されているところでございます。

33ページは養護者における虐待についてでございますが、こちらのほうは虐待の相談・通報件数も判断件数もともに市町村における体制整備の取組状況との相関が見られるというものでございます。

34ページは都道府県における体制整備に関する課題でございます。都道府県がサービス事業所や市町村への支援をするに当たって、研修の実施というのは多くのところで実施されておりますけれども、再発防止に資するような事例検証や事業所指導に対する体制整備については低調であるということ、また、都道府県による市町村への支援強化を求める意見が寄せられているところでございます。

35ページは施設における虐待の再発件数が増えているという課題でございますが、特に有料老人ホームにおいて再発件数伸び率が増加しているのが近年見受けられます。

36ページはサービス種別ごとの特徴でございますが、有料老人ホームにつきましては法令上の虐待防止措置の義務づけがないところがございまして、有料老人ホームに該当しないサ高住につきましては、要介護施設従事者という扱いになっていないため、養護者による虐待として対応しているという特徴がございます。

38ページは養護、被養護の関係ない65歳以上の高齢者への虐待と書いてありますけれども、具体的には8050問題といった中高年の子供の世話をしている親と、その子供の間で発生するような虐待の動向でございます。そういった事案を把握していない市町村が約4割に及んでいるということであるとか、仮にこうした事案が発生した場合には、地域支援事業によりまして適切に援助する必要があるがございまして、この場合には法令上の虐待に該当しないため、法に基づく権限行使が行われず、十分な支援が実施されないケースがあるというような課題もございまして。

40ページはこれまで部会でいただいた御意見をまとめてございます。

41ページからは介護現場におけるリスクマネジメントについてということでございます。

42ページ、現状の事故が発生した場合の対応でございます。各事業所は市区町村に報告

を行うことになっておりますけれども、国も含めた一元的な事故情報の集約が行われていないということでございます。また、全国的な事故情報の集約・分析・活用の仕組みがないところが課題でございます。

43ページは事故防止の措置の義務づけが施設系サービスのみにかかかっていないというところでございます。

44ページ、これまで部会や分科会でいただいた御意見をまとめておりますけれども、一般の報酬改定の審議報告では、国における事故情報の収集・分析・活用による全国的な事故防止のPDCAサイクルを構築することを見据え、事故情報を一元的に収集し、国・都道府県・市町村がそれぞれアクセスできるデータベースの整備を検討していくべきといったような御意見をいただいております。

そうしたことに向けてということで、45ページに主な課題を整理してございます。現状ですけれども、自治体ごとに事故の報告範囲や報告方法にばらつきがあること、また、事故報告の統一様式を定めておりますけれども、原因分析欄や対策欄が自由記載になっており、事業所によって記載内容や分量にばらつきがあること、また、事故報告の際に行政報告用の報告書への転記が事業所にとっての負担であることや、事故報告を行っても自治体によって活用方法は様々である、事業所はフィードバックが得られないという課題がございます。

その下、目指したい方向性ということで書いてございますけれども、介護現場におけるよりよいケアを実現し、利用者のQOLを向上させる観点からは、データを基に傾向や原因分析を行って、事故発生の防止に有用な情報を現場にフィードバックすることが大事かと考えております。また、同様の観点から、介護現場では日常的に転倒等の事故が起りやすいことから、日頃のケアを通じた事前のリスク評価、あるいは介護事業者と利用者・家族の間のリスクコミュニケーションが重要との共通理解を得ていくことが大事かと考えてございます。

46ページ以降は、その辺の課題についての詳細な資料でございます。

49ページは有料老人ホームにおける事故報告の取扱いということで、これについては現在行っております在り方検討会でも検討中でございますけれども、今後、介護事業所のみならず、有料老人ホームをはじめとする高齢者住まいを含めた検討が必要と考えてございます。

最後に、論点のほうの御説明をさせていただきます。

52ページは高齢者虐待防止に関する論点でございます。

1つ目の後半ですが、近年高齢者の住まいが多様化している中、法制定時には想定されていなかった要介護施設に該当しない施設や、あるいはサ高住などにおきましては60歳以上の方も入居しているという状況の中での虐待事案発生、それから、養護者に該当しない同居する者からの虐待が発生しているところ、どのような虐待防止対策が必要になっていくかということでございます。

2つ目、令和5年度の調査の結果を見ますと、前年度と比較しますと特養では経済的虐待、心理的虐待、あるいは住宅型有料老人ホームでは身体拘束、介護つきホームでは経済的虐待が増加しているような状況がございます。有料老人ホームにおいても指導指針に基づいて取組が進められていますけれども、こうした発生状況を踏まえて、どのような方策を講じていくべきか。

3つ目、適正な手続を経ていない身体拘束は虐待事案の2～3割程度を占め続けているところがございます。取組の実効性の確保のために、どのような方策が有効かとしております。

4つ目、再発防止に資する事例検証、事業所への指導等に対する体制整備が低調ということで、自治体によるPDCAサイクルの構築を推進するための方策はどのようなことが考えられるか。

最後ですが、都道府県による市町村への支援の強化について、どのような方策が考えられるかとしてございます。

53ページにつきましては、リスクマネジメントについての論点整理でございます。

事故発生の防止に有用な情報を介護現場にフィードバックする仕組みについて、どのような分析手法、フィードバックの方法が有効と考えられるか、その際の国・都道府県・市区町村の役割、相互の連携はどうあるべきかというところでございます。

2点目、介護保険施設以外の介護サービスにおける事故防止対策のためにどのような方策が考えられるか。

3点目、自治体ごとに事故の報告対象や範囲・方法にばらつきがあるといった課題がある中で、どのような様式の見直しや制度的枠組みが必要と考えられるか。

最後に、有料老人ホーム、サ高住といった高齢者向け住まいの運営において、事故防止措置や事故が起きた場合の対応が義務づけられていないという課題の中で、高齢者住まいにおいてどのような方策が考えられるかとしてございます。

説明は以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様から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していただき、私の指名により発言を開始してください。なお、事務局から御案内のとおり、時間内に多くの委員に御発言をいただくため、大変恐縮でございますが、御発言については3分以内におまとめいただきますよう御協力をお願いいたします。

まず、会場からいかがでしょうか。

和田委員からお願いします。

○和田委員 認知症の人と家族の会代表の和田です。私たちは認知症の本人とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続ける社会の実現を強く願い、現場の声を基に本日提言をさせていただきます。

まず、資料1にある地域共生社会のさらなる展開については、私たちも大いに歓迎いたします。しかし、一方で重層的支援体制整備事業を通じて介護保険財源が高齢、障害、子ども、生活困窮といった多分野へ活用され、一般財源化が進むことは強い懸念を抱いております。多くの国民は介護保険料が介護を必要とする方のために使われるものと信じて納付しています。介護保険制度においては地域支援事業から一般財源化され、重層的支援体制整備事業に充てられることとなっていますが、地域支援事業の費用が増えれば増えるほど給付のための財源が減少していくのではないかと心配しております。

2025年度の予算における地域共生社会関連予算について、介護保険制度から拠出される金額は令和7年度予算で336億円と伺っています。今後も一般財源化される事業費が増えていくのでしょうか。これは質問となりますので御説明をお願いいたします。

次に、身寄りのない高齢者への支援と相談体制について申し上げます。高齢者を中心とした単身世帯の増加に伴い、相談支援機能の強化は必要不可欠です。しかし、資料2の8ページ下部に記載されているような新たな専用窓口を設けず既存の地域包括支援センター等で対応するという方針には大きな懸念を抱いております。既に過大な負担を抱えている地域包括支援センターなどの現場職員のさらなる負担増につながるのではないかと危惧しております。人材確保のめどが立たない中、こうした負担増は持続可能ではないと考えます。

続いて、資料2の10ページについてです。チャート図の左側では生活支援ニーズは地域マネジメントの領域、医療ニーズは個別マネジメントとされています。しかし、訪問介護に代表される生活支援ニーズへの支援は利用者一人一人の個別性が非常に高いものです。現在、訪問介護事業所の空白自治体の増加やホームヘルパー不足が報道され、介護を必要とする本人や家族も大変不安な思いを抱えています。医療ニーズが強化されても生活ニーズの下支えがなければ、介護のある暮らしを続けるわけにはいきません。訪問介護を維持・強化するための方策についても併せて御検討いただきますようお願い申し上げます。

最後に、高齢者虐待防止と家族介護の支援についてです。高齢者虐待の相談・通報件数が増加し続けている現状は非常に深刻です。特に注目すべきは2023年の虐待判断件数が介護職員によるものが1,123件、家族によるものが1万7100件と、家族介護による虐待が施設職員の15倍に上がっている点です。

家族など、介護者による虐待の背景には、介護による寝不足や疲労、束縛感など、介護疲れ、介護ストレスによって心身ともに追い詰められてしまうケースが多いと考えます。特に近年、老老介護と呼ばれる後期高齢者同士の夫婦による家族介護が増加していますが、介護保険制度内での家族介護者への支援策はいまだ十分とは言えません。介護家族同士が相談できる場や家族交流会、ピアサポートの場、見守りなどの精神的な支援はもちろん、介護家族の身体的な疲労を軽減するための介護保険給付の充実をぜひ御検討いただきたく強く希望いたします。

以上です。よろしく申し上げます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 御説明ありがとうございました。

まず、資料2の10ページです。基礎の枠組みを使いながらこういう形で連携で身寄りのない高齢者の方々に対応するという趣旨は分かるのですが、この地域ケア会議がどれくらいちゃんと機能するのかどうかというところについては検証が要るかと思います。先ほども御指摘がありましたけれども、新たな相談窓口をつくらないというのも一つ判断なのですが、利用者の観点から見れば、本来はワンストップであるというのが非常に大事だと思います。新たな窓口をつくらないということであれば、逆にどんな窓口から行ってもちゃんと情報が共有できるような仕組み、それは10ページの概念図だと思うのですが、そういう体制をつくる必要があるかと思います。これは実効性が問われるかと思うので検証をお願いしたいということです。

それに関わるのですが、16ページ以降、地域のいろいろな優良事例とか、いろいろな取組を御紹介いただいています、これは横展開ができるかどうかということだと思います。こういうのはどうしても試行錯誤を伴うものだと思いますので、いろいろな自治体のいろいろな取組があるかと思いますが、その辺り、情報共有があっているのかなと思いました。

それから、リスクマネジメントについては分科会で御指摘のあるとおりで、できるだけ報告の義務化と報告様式の標準化をやらないと、全国でどんなトレンドがあるのかとか、体系的な分析もできませんし、逆に現場へのフィードバックも難しいことになってくるかと思うので、標準化と報告の原則化というか義務化というのは併せて行う必要があるかと思います。

現場から見ると、自分たちでやっていることがある意味で、特にヒヤリハットというものもあつたりするので、必ずしもリスクが顕在化しなくても、本当に危なかったというケースもあるかと思うので、できるだけそういった事案も含めて現場へフィードバックできる仕組みがあるかいいかと思います。今、大学などもやっていますけれども、あつてもなくても定期的に報告をしてもらって体制をつくっておいて、ふだんからつないでおくとか、何か事案が起きてから報告をするというよりは、報告というパターンを日常化していったルーチン化させていって、それが定期的に国に上がっていく仕組みをつくっていくであるとか、そういった形の情報フローの確保もやっていく必要あるかと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

先ほど和田委員から御質問がございました。失念しておりますすみません。その点に関して事務局からお願いいたします。

○南社会・援護局地域共生社会推進室長 社会・援護局のほうから御説明させていただきます。

先ほど重層の仕組みにおいて一般財源化されているのではないかという御指摘がありました。現状の制度を御説明いたしますと、現状の重層的支援体制整備事業の仕組みにつき

ましては、高齢、障害、子ども、生活困窮という4分野の予算を一本化した上で、自治体には配分しているということになります。ただ、これにつきましてはそれぞれ各4分野の相談事業と地域づくりの事業を法律上、それぞれの4分野の事業を一体的に実施するとなっているものに対して、財源として一本化した交付金を交付しているという設計になっています。

このため、入ったお金で自由ということではなく、それぞれの4分野の相談でありますとか、地域づくり、例えば介護でありますとか生活支援体制整備事業であるとか、総合事業についてはやるという前提の上で一本化した交付金で配分しているということでございますので、それぞれの機能をしっかり維持した形で、より一体的に実施することで、例えば世帯全体で課題を抱えているようなところに一体で取り組むことが可能になると考えております。

このため、今後、もし重層的支援体制整備事業が増えていけば、そういった意味での交付金の財源が増えていくことにはなりますが、それによって各種の相談機能とか、地域づくりの機能が失われるものではないと考えております。

○菊池部会長　ということでございます。

続きまして、栗田委員、お願いします。

○栗田委員　私から3点コメントさせていただきます。

まず、地域共生社会の理念・概念の再整理が今回の中間取りまとめで取り扱われているのは、私は大変重要なことだと認識しております。これは中間取りまとめの参考資料にも書いてありましたが、障害法制における共生社会と地域包括ケアシステムの深化という文脈で出てくる地域共生社会、これは概念が異なりますので市町村の現場では混乱が生じるという問題がございます。ということで、基本的には全ての人の基本的人権を守るということが両者の基盤にあるという観点で整理していただくのがよろしいかなと思っております。

次に、重層的支援体制整備事業でございますが、この重層的支援体制整備事業はなかなか難しい事業で、事業化そのものも大変かと思いますが、ただ、実際に事業化されているところであったとしても、事業を行うこと自体が目的化しがちというところがございます。

この問題の背景には、6ページの社会福祉法に関する重層的支援体制整備事業の整理の表がございますが、これはよくできていると思うのですが、ここにもありますように、相談支援と地域づくりという2つが大変重要な柱でございます。もちろん参加支援もありますけれども、まずはこの2つが重要であって、右側にある介護、障害、子ども、困窮、全てにおいて、実際に相談支援と地域づくりが核になって動いている事業であるにもかかわらず、実はそのようにちゃんと理解されていないということがあって、その代表は介護だと思っているのです。

地域支援事業そのものが本当は相談支援と地域づくりを核にして、しかも両者が密接に連携して展開されるべき事業であります。いろいろと歴史的背景があると思うのですけ

れども、そのようにはなかなか現場で理解されていない。具体的に言うと、もちろん先進事例はありますけれども、多くの自治体では地域づくりと相談支援、いわゆる個別支援がばらばらに動いていることが普通に起こっております。ということで、この観点を重視することは非常に重要でございまして、ぜひ伴走型の支援等で広めていただければなと思っております。

最後に、高齢者虐待のことですが、これは以前のこの部会でもお話しさせていただきましたけれども、このたびの令和5年度の調査の結果で、養介護施設従事者や養護者による虐待の通報件数や判断件数が右肩上がりに上がっているのですが、一番重要なことは、その背景にあるものが、多くが認知症高齢者であるということです。ちなみに養介護施設従事者の虐待判断事例の90%以上が認知症でありますし、養護者の場合も70%以上が認知症高齢者の日常生活自立度2以上、細かいことを言うと認知症の有無が判定されていない者を除いてです。

しかも、今回令和5年度の事業では、発生要因について多角的な分析がなされて、これも非常に重要でございまして、その中の被虐待者側の要因の1位はBPSDであるということでございますので、いかに認知症の人が虐待に遭いやすいかということを示しています。

この問題を解決していくためには単に研修をやっているだけでは駄目でございます、これは以前の部会でも言いましたけれども、介護施設の現場の中に権利擁護や意思決定支援が行われる仕組みをつくらなくてはいけない。特にチームでそれが行われるような仕組みをつくるようなこと、今回介護報酬に減算の要件ができましたけれども、そういったことを利用しながら、そういうことを進めていかなければならないであろうということでございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 日本介護福祉士会の及川でございます。私から2点、御意見を申し上げます。

まず1点目、最初の論点の中の地域ケア会議についてでございますが、市町村が主催する推進会議の促進が重要であると考えます。地域ケア会議には介護福祉士が多くの地域で参画させていただいております。介護福祉士として地域課題への向き合い方等についての検討に参画できていることは重要と考えておりますが、地域社会の様々な困りごとに対し、介護福祉士の専門性をより有効に活用する道筋を構築するためには、介護福祉士の参画について施設事業者の立場ではなく、職能団体の立場として参画させていただくことが重要ではないかと考えます。

まだまだ施設事業者の立場での参画が大勢を占めていると理解しております。各地の職能団体が各地の状況を踏まえ、介護福祉士の専門性をより有効に活用する提案ができる環境があることで、各地の課題の解決体制の強化につながることを期待されると考えます。

次に、高齢者虐待とリスクマネジメントの関係性になりますが、現在の介護事業所等に

において、介護人材の不足だけではなく、多様な人材が参入する中、多様化、複雑化、高度化する介護ニーズへの適切な対応が求められております。そんな中でも、介護現場は介護の質を落とさないよう踏ん張っていると理解しています。それでも高齢者虐待や介護事故などがある以上、一段上の対応が重要であり、介護福祉の資格を有効に活用いただきたいと考えています。

介護福祉士資格は、この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基盤として専門的知識・技術を有する人材であることを証するものであります。だからこそ、介護職チームの中核的な役割を担う人材として位置づけられていると理解しています。これを踏まえ、介護福祉専門職としての倫理・コンプライアンス意識を担保する人材として介護福祉士を倫理・法令遵守の担保、虐待防止、身体拘束廃止の責任を担うリーダーとして位置づけていただけないでしょうか。

介護職の中核的な役割を担う人材として、配置基準上、明確に位置づけることで、介護福祉士としての自覚と責任の意識を促すことにもつながると考えます。当会としても、その役割を担う介護福祉士の質の向上に今以上に貢献していきたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井川参考人、どうぞ。

○井川参考人 日本慢性期医療協会の井川でございます。私はリスクマネジメントという観点から少しお話をさせていただきたいと思っております。

私は実は不勉強で、介護施設に関して国まで報告はいかないということ存じ上げませんでした。医療事故の調査報告制度は今から10年以上前から厚生労働省のほうに全部通達しないといけないということが義務づけられております。ただ、そこで一つ大きな問題点は何かといいますと、死亡事故しか内容がないということでございます。例えば助かった患者さんに関しては報告義務がなくなっているのです。

そういう意味でいいますと、今回のどのようにやろうかとしている中で、ヒヤリハットまでできれば含めたいというお話は非常に有効だと思います。何と言ってもリスクマネジメントの観点からいいますと、マスがあって、それに対してどうしていけばいいかという議論というのは非常に重要な観点になりますので、ぜひともこれは進めていただきたいなと思っております。

それ以外に、リスクマネジメントといいますと、リスクを冒さないという観点の施策が非常に重要だろうと思っております。そういう意味でいいますと、現在、マルチモビリティを抱えておられる患者さんばかり、利用者さんばかりでございますので、一人一人の高齢者に対して、その観点を持ったケアプランを作成できるかできないかということになります。その方のその後を左右すると考えてもいいのではないかなと思っております。

御存じのようにケアマネの資格は様々な国家資格から取得できます。創設当時は看護師の資格者も多く見られましたけれども、今はほとんどおられないという状況でございます

し、居宅介護事業所に在職されているケアマネジャーさんは、平成13年には看護師が50%を超えていましたけれども、今や15%程度です。それに対して、介護福祉士の方が70%を超えるという状況でございます。そういう意味でいいますと、介護福祉士の方に医療的な知識をある程度持っておいていただかないと、なかなか良質なケアプランというのは作成できないのではないかと考えております。

これはちょうど7ページにあります3つ目の○、法定研修の在り方等に関することにつながると思いますけれども、我々日本慢性医療協会は、小林委員がおられます日本介護支援専門員協会と協力いたしまして、過去3年間ほどメディカルケアマネジャー研修というのをやっております。お忙しいケアマネジャーさんにそれだけ多くの時間を割いて来ていただいて、医学的な知識をしっかりと教えさせていただくのはなかなか難しい。そういう意味でいいますと、研修制度が介護福祉士の研修そのものの中に医療的知識もぼちぼち組み込んでいく。そういう施策も必要ではないかなと考えております。

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、オンラインからお願いします。

石野参考人、どうぞ。

○石野参考人 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。

資料51ページの身寄りのない高齢者への対応と権利擁護につきまして意見を申し上げます。身寄りのない高齢者等の権利擁護につきましては、成年後見制度の見直しに伴う運用面での環境整備も併せて取り組んでいただきたいと思います。成年後見制度の見直しに向けた検討の中で、高齢化の進展や単独世帯の高齢者の増加等により、ニーズの増加・多様化が見込まれていることから、制度を利用しやすくする必要があるとされており、当該見直しが行われた場合には、利用者数の増加が見込まれるところでございます。

高齢者が必要とする権利擁護を行使できるよう、本制度の担い手の確保や制度利用に係る費用の助成、地域支援事業など、制度運用の充実に向けて必要な環境整備をお願いしたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員 資料2ですけれども、身寄りのない高齢者などを支える取組は、今後高齢化がさらに進展していく中で対応を検討していかなければならないものだと考えます。幾つか取組例が紹介されておりますが、地域ケア会議を活用して個別事例の対応から各団体や関係者の連携体制の形成や、地域資源の掘り起こしなどを行っていくことは非常に有益だと思います。

前回、医療・介護連携について議論しましたが、今後、複合ニーズを抱える方が多くな

る中、介護保険のみならず、医療や生活支援などの他分野のサービスとの連携を強化し、必要な支援を組み合わせるべくとも、検討会で議論されているとおり、どの相談窓口や接点からであっても複合ニーズを抱える方に分野を超えた支援につなげられるようにしていくことが重要と考えます。

また、高齢者虐待やリスクマネジメントにつきましては、虐待事例や事故を防ぐために予防策や発生時の対応などを仕組みとして整備していくとともに、これまでに発生した事例を二度と起こさないために事例の分析を行い、介護現場に生かしていくことが重要だと考えます。

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 私のほうからは3点申し上げたいと思います。

まず1つ目は、先ほど地域共生社会の在り方検討会の中間まとめの報告がございました。社会福祉法を根拠とする地域共生社会の実現ということで、その中でも特に身寄りのない高齢者という部分については、介護保険サービスの対象となる要支援・要介護の人たち、独り暮らし世帯や、老老介護の高齢者2人世帯という人たちが対象となると考えられます。

社会福祉法の中で「日常生活支援事業」というのがありますけれど、これは介護保険の中にある「介護予防・日常生活支援総合事業」と重なるところが多々あります。日常において様々な支援を受けながら生活を維持していくことについては、もちろん介護予防につながるものですが、地域づくりというようなことまでを考えると、この部分については地域福祉、いわゆる社会福祉の分野の中で中核的に担っていただくことが本来の姿であると思います。介護保険については、要支援の方も含めて要介護の人たちへの適切な介護保険サービスの提供に徹するという形での役割分担があるのではないかと考えます。

2つ目に、51ページの論点、身寄りのない高齢者への対応と権利擁護のところでは、地域ケア会議の様々な効果がいろいろ上がっているところは重要なのですが、身寄りのない高齢者への対応について、この地域ケア会議の中でも医療・介護の連携だけでなく、生活に必要な不可欠な例えば消費であったり、移動であったり、情報収集というようなことに関わる多様な関係機関との連携が非常に重要になってくると思われまます。地域包括支援センターがそういった幅広い機能をこれからも背負っていかねばいけない訳です。

これからは、一層、自立支援相談機関などの他機関と連携を進めていく必要があるということになりますが、先ほど指摘があったように機能は非常に多様化してくるけれども、それに対して人材の確保がなかなかついていけないという現状があります。ここについては問題を解消するための方法を考えていく必要があるかと思われまます。ただ、利用者の側にとっては、地域包括に行けば自分のニーズがワンストップで受け止められ、様々なニーズに対して、それらの全部について、多角的な形で連携して対応していただけることになれば非常にありがたいと思われまます。

1点、「身寄りなし高齢者」という用語がよく使われますが、この「身寄りなし高齢者」という言葉からは「独り暮らしで身を寄せる先がない人」のイメージがされやすいのですが、実際の姿としては、「どこにも頼れる先がない」であったり、「支援を求める先がない」というような状態であり、これは例えば、ともに要支援とか、要介護になっている高齢夫婦のような場合も当てはまることが考えられます。このような現状に基づいた内容を含めて、この「身寄りない高齢者」という表記あるいは説明については、今後工夫をしていただきたいと思います。

最後ですが、高齢者虐待防止についてです。高齢者の住まいが多様化している中で、サ高住への入居者数は非常に増加しております。現在のような法規定ではサ高住に暮らしている人たちに関して、虐待についてなかなか権利が守られない状況があるのではないかと思います。介護報酬改定で高齢者虐待防止措置を義務化した場合、その身体的虐待判断件数に減少傾向が見られるということは実際にあるわけですから、何らかの規制は必要であると思います。ただし、サ高住についてはなかなか現状を把握するのが難しいことが考えられますので、これからは、これまで以上に現場の詳細な調査が必要ではないかと思います。

もう一つ、適切な手続を経ていない身体拘束というのがあって、これが要介護施設従事者による虐待事案の3割程度を占めているとのこと。実際に令和6年の介護保険報酬改定で、全てのサービス種別の運営基準において身体拘束は原則禁止となっておりますけれども、現場において身体拘束に関する実態というのが、その要因とか、その周辺状況などの内容について情報収集・分析がどこまで行われているのか等について、詳細が知りたいと思います。もう少し現場からの声や、事案の内容についての実質的な情報収集が、実態調査も含めて必要ではないかと考えております。

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。私のほうからは、身寄りなし高齢者の対応と権利擁護に係る主な論点について述べさせていただきます。

資料51ページでございますが、独居や身寄りのない高齢者、家族等との関係が希薄な高齢者、障がいを持つ高齢者など、多様な状況に対応する必要があります。しかし、地域においては民生委員や自治会役員等が、そうしたニーズを把握すること自体が困難な現状にあります。身元保証、生活支援、死後事務など、人生の各ステージに必要な支援に対応する体制の整備が急務でございます。行政サービス、専門職、民間サービスがシームレスに連携し、必要な支援が途切れなく提供される仕組みが求められます。

高齢者施設においても介護や見守りにとどまらず、日常的な金銭管理、死後事務、葬儀、遺品整理、遺言支援、相続手続きなど、多岐にわたる課題に対応する役割が求められております。関係機関や民間事業者と連携を含めた包括的な支援体制の構築が必要です。

成年後見制度は判断能力が低下した方の財産保護のために重要ですが、制度利用が一度開始されると原則として継続されますので、本人の意思が十分に尊重されているか懸念もあります。判断能力が回復しない限り終了できない現行制度の中で、柔軟な対応ができる見直しが求められます。法定後見においては、代理権の行使が自己決定を不当に制限していないか、また、後見人の交代や解任なども含め、制度の見直しによって本人の利益を最大限に守ることが重要でございます。

一方、任意後見制度においては、判断能力が低下する前の段階から準備できる制度であることから、制度の認知度向上や誰もが身近に相談できる体制整備、広報の工夫が必要と考えます。

次に、52ページの高齢者虐待防止の推進について述べさせていただきます。

高齢者施設においては夜間の居室内の虐待が多く、居室が密室であることの課題が指摘されております。虐待の背景には職員の知識不足やストレス、感情コントロールの困難さがありまして、職員の資質向上が喫緊の課題です。認知症によるBPSDを有する方への対応も難しく、職員・施設による虐待の要因と関連をしております。また、経営層の現場理解の不足や職員管理体制の不備も虐待の発生の一因とされており、チームによるケアの推進と組織的な研修体制の強化が求められます。

擁護者による虐待については、24時間介護の負担から来る精神的疲弊が大きく影響しています。虐待防止の観点から、介護技術や知識の事前取得の仕組みや相談支援体制の整備が必要です。深刻な事態に至る前の予防的支援や、心情に寄り添った事後の支援体制も含め、きめ細かな対応が求められます。

最後に、53ページの介護現場における事故防止に係る主な論点でございます。

事故報告書の様式につきましては、現行の様式は再発防止に向けた分析は十分とは言えず、施設ごとに様式が異なっていることもあるため、重複記録などの課題もあります。また、自治体や都道府県によって報告の対象や範囲、報告方法なども異なっておりまして、法人内の振り返りにとどまっているのが現状かと思えます。チェックリストや樹形図的なものなどを活用しまして、発生場所、事故種別、発生要因などをよりの確に把握できるような様式整備が必要です。高齢者の住まいにおきましても、事故防止の観点からこのような取組をぜひ進めていただきたいと思えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山本委員、お願いします。

○山本委員 日本看護協会の山本でございます。資料2に関連して3点、意見を申し上げます。

高齢者虐待防止の推進について、資料2の高齢者虐待の発生状況などを踏まえまして、高齢者の尊厳が守られるために住宅型有料老人ホーム、サービスつき高齢者住宅におきましても、他の委員からも発言がございましたけれども、虐待防止のための法令の規定が必

要であると考えます。また、虐待防止策としましては、医療・看護・介護の専門職との連携により、事業所の管理者及び職員が高齢者や適切なサービスに関する基本的な理解を継続して深める機会を担保すること、事業所の管理者や委員会が課したサービスの提供状況を把握すること、利用者、職員双方に対する高齢者虐待などに関する相談体制の確保が重要であると考えております。

続きまして、介護現場におけるリスクマネジメントにつきましては、国において事故情報を一元的に集積することに加えまして、専門家による個別事例の分析の場の設置、分析・検討に基づき、再発防止につながる情報発信が必要であると考えます。都道府県・市町村におきましては、自治体内の発生状況の適切な把握と事業所への情報発信、対策の実態把握と指導などにより、個々の施設の状況に即した対応が求められると考えます。

49ページで市町村や利用者家族への連絡など、事故発生時の対応について住宅型有料老人ホームを含む有料老人ホームについては都道府県に対する技術的助言とされております。有料老人ホームにおける入居者の高齢化・重度化などを踏まえまして、事故防止に関する措置が適切に行われる方向で、法制度上の整備が行われる必要があると考えております。

最後に、資料1の中間取りまとめにも示されております災害時の連携に関しまして、現在、介護施設等におきましては災害時情報共有システムにおいて施設などの被災状況を届け、国が把握する仕組みが構築されておりますが、訪問看護・訪問介護などは必須になっていない、任意となっていると理解しております。訪問系のサービスの被災状況の把握をこのシステム上で実施している自治体もあると聞いておりますので、取組の周知、さらに居宅でサービスを受ける利用者の対応に重要な役割を担う訪問系のサービスの情報把握の在り方の検討が必要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。

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。地域共生社会の在り方検討会議、中間取りまとめについて申し上げます。地域共生社会のさらなる展開として、重層的支援体制整備事業の実施市町村以外への支援の実施や、小規模町村においては既存制度の機能集約を可能とする特例の創設などが示されております。これにより重層的支援体制整備事業を活用していない町村や、独自の取組を行っている市町村においても、それぞれの実情に応じ、地域共生社会の実現に向けて、より積極的に取り組むことができるのではないかと考えておりますが、財政力が弱く人材不足に悩む町村においては、国や都道府県による支援がなければ厳しい状況でありますので、積極的な支援体制の整備をお願いしたいと思っております。

続いて、介護保険制度に関するその他の課題について申し上げます。身寄りのない高齢者等の生活上の課題に対する相談窓口の在り方についてですが、当村でもこのような相談は年々増加傾向であり、ケースに応じて社会福祉や障害福祉分野とも連携を取り、対応し

ているところでもあります。対応の方向性として、相談支援機能の強化をしていくに当たり、相談支援等に適切に対応できるよう、人的配置を含めた体制の確保に努めるべきとの記載がありますが、身寄りなし高齢者の相談支援に限らず、人材の確保が課題となっておりますので、人材確保が難しい状況にあることが多い町村に関しましても、相談支援機能の強化を図ることのできる体制の整備をお願いいたしたいと思っております。

私からは以上でございます。

○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 日本介護クラフトユニオンの染川でございます。

まず、身寄りのない高齢者への対応、成年後見制度への見直しにつきましては、既に様々な問題が顕在化をしているため、対応を進めていただくことは必要不可欠であると思っております。特に中間取りまとめにおいて具体策としてお示しいただいた日常的な金銭管理や福祉サービス等、利用の支援等を行うとする第二種社会福祉事業の新設につきましては、早急な実現に向けて取り組んでいただくことを要望いたします。

また、高齢者虐待防止リスクマネジメントについてですが、高齢者虐待防止について法制定時には想定されていなかった要介護施設に該当しない施設やサ高住等も、要介護施設に準ずる施設として高齢者虐待防止法の対象施設として追加をするべきだと思います。また、リスクマネジメントにおいても同様に、事故防止措置や事故が起きた場合の対応を義務づける必要があると思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林広美委員、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と申します。私のほうからは、身寄りなし高齢者への対応と権利擁護に関わる論点につきまして述べさせていただきます。

身寄りのない高齢者の対応・支援については、ケアマネジャーのシャドールワーク業務とも関連しており、ケアマネジャーにとっても重要な課題と捉えています。昨年12月に取りまとめられたケアマネジメントに関わる諸課題に関する検討会中間整理において、他機関につながるべき業務として身寄りのない高齢者への支援ですとか、成年後見制度、高齢者虐待防止は、市町村が主体となり関連機関を含めて地域課題として協議するものと大変関連の深いものです。

今回、中間整理の報告を受けて、当協会の都道府県支部に対し各地域支部での地域課題の協議状況につきましてアンケートを実施したところ、地域につながるべき業務について市町村や包括支援センターと何らかの形で協議を実施している地域支部は、回答いただいた地域支部のうち2割程度という結果でしたので、16～18ページに示されているような取組をしている地域をさらに増やしていく必要があると感じています。

個別の対応を行っている居宅支援事業所が、市町村や社協、包括支援センター等と一層

の連携を図ることが重要であると考えていますが、併せて、こうした地域課題としての取組について、全国に広がっていくような仕掛けや制度的な裏付けが必要と考えます。シャドワークと言われているようなケアマネジャーがやむを得ず実施しなくてはいけなくなっているような課題を、地域の中でしかるべき主体に引き受けてもらうようにしていくためには、地域包括支援センターが11ページに示されている地域のマネジメントの役割を一層果たすことができるようにする必要がありますので、地域包括支援センターの現状を把握し、居宅支援事業所との役割分担を進められるよう、介護予防や介護予防マネジメントの在り方を含めて、制度等を整理する必要があると考えます。

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。

小林司委員、お願いします。

○小林（司）委員 3点申し述べます。

まず高齢者虐待防止についてです。虐待件数が高止まり傾向にあること、そして、再発件数も目立つところがある点については、規制的手法を強めるとともに、地方自治体による取組も促していく方向で進める必要があると思います。

次にリスクマネジメントについてです。資料2の42ページ目で紹介されているように、施設が認識している課題として、「報告しても市区町村からフィードバックが得られない」という回答割合が高く、その一方で、同じ調査研究では、市区町村と都道府県の双方から国への要望として、「全国の情報を国において分析した結果のフィードバック」を求める割合が高く、また、「好事例の共有」に関する要望の回答割合も高く出ています。

これを踏まえますと、まずはフィードバックに着手することが大事に思いますが、どのような原因あるいは要因で、どのような事案が発生したのか、それらの類似件数が共有できるように、そのための集計フォーマットの考案やマニュアル作成を急ぐ必要があるかと思えます。都道府県・市区町村の人材育成につなげる必要もあると考えます。

最後に、論点にはないですが、地域共生社会の在り方検討会議の中間取りまとめには災害への対応が書かれていまして、社会福祉における災害への対応は、平時からの取組が重要というのはそのとおりだと思います。今回の災害対策基本法等の改正でDWATの活動領域を広げるとともに、必要な体制の確保が図られることとなりましたが、DWATの課題の一つとして挙げられているチーム員の確保の実効性には依然として懸念が残ります。

チーム員の多くは、平時は福祉施設や事業所で働く職員です。各都道府県が連携して被災地にDWAT派遣するためには、福祉施設や事業所が人員面で余力を持っていないと難しいと思います。今回の改正を実効性あるものとするためには、平時における福祉人材の確保に向けてさらなる処遇改善が求められます。

関連して、能登半島地震では施設の被害や職員等の被災などによって、平時にあらかじめ福祉避難所として指定、または協定を締結していた施設の開設が一部にとどまったという課題がありました。いざとなったときに福祉避難所として利用できない、あるいはそも

そも福祉避難所として周知されていないなどで、被災者がたどり着くことができない場合もあろうかと思っておりますので、災害時に福祉避難所が速やかに開設できるように対策を強化していくことが必要と考えます。

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 全国老人クラブ連合会でありまして、身寄りのない高齢者などへの支援について意見を述べさせていただきます。

老人クラブは全国でおよそ7万7000クラブ、会員数376万人余からなる地域を基盤とする高齢者の自主組織であります。地域の特性に合わせて高齢者の健康維持などの生活を豊かにする活動と地域の支え合いなどの地域を豊かにする社会活動に取り組んでいるところでございます。

特に平成27年からは新地域支援事業に向けての行動提案の下、老人クラブで活動する高齢者が地域の実情に応じて介護予防、生活支援の担い手となるための取組を進め、近年では全国的な取組の重点として、地域共生社会の実現に向けた取組の一つとして高齢者の孤独・孤立を防ぐ仲間づくり活動を展開し、声かけや支え合い活動などとともに孤独・孤立対策官民連携プラットフォームによるつながりサポーター養成講座の実施や協力などを通じて、地域の特性に合わせた緩やかなつながりをつくる活動などに取り組んでいるところであります。

老人クラブの会員による地域における緩やかなつながりからなる総合支援の活動は、行政だけではなかなか手が届かない地域住民にとって最も身近な取組であります。身寄りのない高齢者が必要なときに必要な支援に結びつくための重要な活動と考えており、本年度も継続して取り組んでまいりたいと考えているところでございます。

併せて、これらの活動の一層の促進には、基礎自治体における老人クラブ活動の理解促進による連携・協働が不可欠であります。引き続き国からも都道府県・市区町村行政などに対し、積極的な働きかけをお願いしたいと考えてございます。

私からは以上でございます。

○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 地域共生社会に向けての取組が強化される検討会議の中間取りまとめ、ありがとうございました。

このような中で、自治体間の取組格差が非常に気になるところでございまして、熱心に取り組まれるところについてはどんどん先に行ってしまう。そして、努力義務だから、実施義務ではないからということで動いていない自治体もあれば、別のやり方をしているということもあります。ただ、ミニマムなことについては国全体として目指す方向性に向いていくこと、すべての市町村で動いていくような仕組み、ミニマムは何なのかを示して、

義務化といいますか、基盤としていくことも必要な時期にも来たのではないかと感じる次第でございます。

2点目ですけれども、地域づくり、また、地域包括支援センターが行う地域ケア推進会議は非常に重要だと思います。高齢者の個別のいろいろな事情・課題に対して解決策を関係者とともに考えるとともに、これが地域づくりにつながっていったら、ほかの高齢者に対しても恩恵があることは重要だと思います。しかし、地域包括支援センターが市町村直営で行っている場合には、市町村と結構一体的になった動きになりやすいことがあるのですけれども、委託の地域包括支援センターではなかなかそこまでの動きが取りにくくて、課題が見つかったら対応しようがないということで終わってしまって、市町村の問題に昇華できていないような課題感が感じられます。

ですので、地域ケア会議等で得られた課題や解決策については、必要に応じて市区町村、さらには県のレベルにきちんと持ち上げて、そして、そのレベルでの対策も考えていくことが必要だと思います。地域ケア推進会議のメンバーよりもより幅広い関係者とともに高齢者が暮らしやすい、また、共生社会につながるような対策ができると思います。なので、地域包括の仕事にとどめない見せ方をしていくことも改めて必要ではないかと思いました。

それから、事故の報告、そして、分析は、事故を減らすために不可欠な要素だと思いますので、施設種別にかかわらず、また、原因究明ということで個人が過度な負担感を感じすぎることなく、きちんと事実関係を収集し、そして、対策を考えていくしくみが必要です。個人の責務というよりも、組織として、または仕組みとして何ができるかということを検討するための報告の在り方というものもあると思います。それには施設種別に問わず一定の方法で集めて分析をする、それを調査というよりもルーチン的に行うような仕組みづくりが必要ではないかと思っておりますので、その御検討もよろしくお願ひしたいと思っております。

最後に、身寄りのない高齢者については、困っているかどうか把握できない、立ち入りにくいということもあります。かかりつけ医や高齢者の周りの人、近くに住んでいてもなかなかそのところが伝わってこないということもございませぬ。なんとなく気にはなっても相談窓口まで行き着かない人が多いのが現状でもあります。これは個人情報のお話でもありますし、だれがどういう仕組みを通じて相談窓口につなげるのか、どこまで情報共有の範囲をひろげるのかということについて、さらなる検討と関係機関等への周知が必要であると感じました。

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 質問を1点と意見を3点申し上げます。

まず、資料2の32ページに虐待種別ごとの発生状況が示されております。例えば一番左には特別養護老人ホームの例が出ておりますが、その中で令和4～5年度の増減が31件で赤枠がされており、下段の人数は50人で赤枠がされておられません。また、同じように心理

的虐待のほうは38件増、これは赤枠がされており、人数の72人も赤枠がされています。この32ページの表の中の赤枠の意味するところを教えてください。

続いて意見でございます。まず、資料2の53ページの（リスクマネジメント）の論点のところでございます。3つ目の○に、「現行様式においては事故の発生場所や事故種別の選択肢が少なく効果的な分析を行うことが難しい」とか、その2行後に「事故発生の防止に有用な情報を介護現場にフィードバックする観点から、どのような様式の見直しや制度的な枠組みが必要と考えられるか」という記載がございます。現状の事故報告の仕組みは42ページに書いてございますが、主に介護保険施設に課せられている状況でございます。今後、効果的な分析を行うためには、ほかの委員からも発言ございましたが、あらゆる介護事業所を報告の対象とすべきだと考えます。事故は介護保険施設だけで起きているわけではございません。

さらにこの事故報告の内容でございますが、死亡事故と要治療事故と分けられています。しかし、この要治療事故といえますと、擦り傷、打撲から骨折に至るまで様々な治療が対象になるわけでございます。そうなりますと膨大な事例を報告しなければなりません。現場の負担を除くためにも、また、フィードバックの観点からも、この要治療事故というものを例えば入院を要する要治療事故等に見直すべきではないかと考えます。

続いて3点目、資料2の51ページ（身寄りのない高齢者等への支援）のところでございます。一番上に「既存の支援体制の枠組みを活用して相談支援機能を強化していくこと」と書いてございます。そして、8ページの一番下には【対応の方向性】として、新たな相談窓口を設けるのではなく「生活困窮者自立支援制度における自立相談支援機関」または「地域包括支援センター」など、「既存の支援体制の枠組みにおいてその相談を受け止めつつ」と書いてございます。私も新たなものをつくるのは反対で、できるだけ既存のものを活用していくというのは賛成でございます。

しかしながら、地域包括支援センターにつきましては、他の複数の委員からご発言がございましたが、人員配置や現状の報酬体系のまま、これ以上さらに業務を押し付けるのは厳しいと考えます。地域包括支援センターは様々な責務を既に担っているわけですので、相談支援機能の受け皿をもう少し幅広く考えて、例えば地域の特養や老健施設を窓口として活用していくような考え方もあるのではないかと存じます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

質問がございますのでよろしく申し上げます。

○峰村高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。資料2の32ページのグラフの赤枠で囲ってあるところの意味というところでございます。件数で取ったときと人数で取ったとき、少し状況に変化ございますけれども、それぞれ他の種別に比べて少し特徴のあるところ、数が多いところを赤枠で囲っておると、上の説明に対応した形で棒グラフの指すところが分かるようにという趣旨で赤枠にしているところがございます。

○菊池部会長 東委員、よろしいでしょうか。

○東委員 分かりました。

1点、意見を言い忘れましたので、簡単によろしいでしょうか。

○菊池部会長 簡単をお願いします。

○東委員 高齢者虐待のところでございますが、資料2の31ページのグラフを見ますと、相談件数、虐待件数ともに増加していることが分かります。そういうことから36ページ（施設における虐待行為に対する指導等の違い）について、ほかの委員からもございましたが、有料老人ホームやサ高住についても同じレベルで法令上の義務づけをすべきだと考えます。

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、江澤委員、お願いします。

○江澤委員 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、地域ケア会議につきまして、資源開発とか、政策形成まで至っている地域ケア会議はまだまだ少ないのではないかと認識しています。したがって、地域ケア会議の位置づけ、あるいは権限、そういったものをもう少し明確化して、地域ケア会議の参加メンバーにおいても、どういうための会議なのだという自覚をしっかりと高めて、ぜひ有効に活用していくべきではないかと思っています。

また、身寄りのない高齢者の対応としては、現時点ではサービス担当者会議、あるいは地域包括支援センターでの受け付け、そういった既存の仕組みの中で対応するしかない状況だと思います。先ほど東委員もおっしゃいましたが、地域包括支援センターはこれまでも機能強化が度重なる中で、人員もさほど増えることなく、かなり機能が麻痺している部分もありますし、その辺り、自治体、各市町村の実情に応じて、市町村全体で幅広い視点の中で、どうすればいいのか、独自に考えていく必要もあろうかと思っています。

2点目、成年後見制度見直しは本人の意思の尊重というところを中核に置いて進めていただきたいと思います。

次に、虐待につきまして、これは当然経営者や管理者のリーダーシップに基づく組織風土の醸成というのが、まずは前提条件で必要だと思います。これまで介護報酬での対応としては、指針の整備、委員会の設置、あるいは研修会の開催というものがありますが、それでも虐待、あるいは拘束が増えているというデータもあります。あと、これに加えて現場で有効だと思うのは、チームで定期的に頻度を高めてラウンドをしていくとか、自分たちだけでは気づきがない部分ありますから、外部研修、あるいは外部講師の招聘、気づきをもらうような取組も必要ではないかと思っています。

また、在宅、特に訪問系サービスにおける拘束とか、虐待への対応というのはなかなか難しいところがありますけれども、そこはしっかりと、同居の家族がいらっしゃれば家族の支援、家族を交えてどう支援していくか、そこはもう避けて通れないのではないかと

思います。

虐待とかは、多くは職員個人の資質に問題があっただけで、今、人材不足なので、事業所の面接でよほどではない限り採用するケースが多いわけです。そうすると、中には適性が乏しい職員が当然混在してくる可能性はあります。そういった中で、入り口部分等をどうするのか、それから、特に虐待を起こした職員に対する対応をどうするのか。もちろんペナルティも含めながら、再教育の仕組み、その辺を支援していかないと、そこは当事者が繰り返さないということが大事ですから、そういうことも含めて、まだまだ取り組むべきことはいろいろあるかと思っています。

続きまして、リスクマネジメントにつきまして、これまでいろいろ研究事業、老健事業とかでも申し上げてきましたけれども、事故報告書を出すことが目的ではなくて、類似の事故を未然に防ぐことが当然重要だと思います。その中で、防止できる可能性のある事故もあれば、結果的に見てもなかなか防止はしにくい偶発的な事故もあります。そういう中で、以前から申し上げているのですけれども、様式を統一した上でフィードバックをしてほしい。要は出すことが目的ではないので、提出した自治体のほうからしっかりといろいろ分析をしていただいて、フィードバックをして類似の事故をいかに減らすのかというのはぜひお願いしたいというのは、以前もいろいろと申し上げていましたけれども、よろしくお願いしたいと思います。

最後に、高齢者住宅につきましては資料の36ページの赤字のところだと思いますけれども、今、有料老人ホームの在り方検討会では、有料老人ホームについて届け出から登録制にという議論もあり、また、サ高住の96%は食事を提供するなどして、みなしの有料老人ホームになっていますから、この有料老人ホームの背景にある老人福祉法でございしますが、いろいろ業務を所管する老人福祉法で、この辺りは適切な対応を法的に取っていくのが大事だと思います。

36ページの一番右側はサ高住のうちの大体4%に相当する有料ホームに該当しないサ高住となります。これを所管するのは高齢者居住安定確保法となりますから、この高齢者居住安定確保法の中でどこまで対応できるのかというのは、いろいろ関係者のところで議論をしていただきたいと思います。いずれにせよ、この辺りは対応を充実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。

それでは、議題2については以上とさせていただきます。

本日いただいた御意見を踏まえて、引き続きしっかりと議論していきたいと思っております。

続きまして、議題3、その他の一つは介護情報基盤について、もう一つは要介護認定について、まとめて事務局から御説明をお願いします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。まず、介護情報基盤について資料3を御覧ください。本日御議論いただきたい点は、介護情報基盤とケアプランデータ連携システ

ムの機能統合について、もう一つ、今後のスケジュールについての2点でございます。

資料の4ページ、3月に今後のスケジュールについて部会でいただいた主な御意見をまとめたものです。

1点目、介護情報基盤とケアプランデータ連携システムについてでございますが、6ページを御覧ください。ケアプランデータ連携システムは、上の3つ目の○にありますとおり、介護情報基盤に先駆けて介護事業所間でケアプランを電子的に送受信するシステムとして国民健康保険中央会において令和5年度より運用開始しているものです。

7ページ、このシステムによりまして従来毎月紙でやり取りされているケアプランについて、異なる介護ソフト間で連携可能となるほか、ケアマネ事業所、サービス事業所ともにデータの転記やファクス、郵送が不要になり、事務負担の軽減が実現されるというものです。

8ページ、介護情報基盤の整備後、2つの仕組みを併存させるかどうかについて検討が必要ですが、検討に当たり、併存させる場合の課題と統合する場合のメリットを整理したものでございます。

1つ目、併存させる場合、利用する事業所は2つのシステムを行き来する手間がかかるという課題がございますが、統合する場合、事業所は介護情報基盤のウェブサービス上で一元的に運用管理ができ、利便性が向上するというメリットが考えられます。

2つ目、併存させる場合、2つのシステムの運用保守が必要になり、ランニングコスト等が二重にかかるという課題がございますが、統合する場合については介護情報基盤に一本化されるため、ランニングコスト等の軽減が見込まれるというメリットが考えられます。

3つ目、ケアプランデータ連携システムは普及に課題があり、併存させる場合、介護情報基盤の普及促進策とは別の普及策を検討する必要がありますが、統合する場合、普及促進策の一体的な実施により相互利用が促されるというメリットが考えられます。

9ページ、このように介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの機能を統合して一体的に運用することで、事業者の利便性向上、ランニングコストの軽減、事業者等への普及促進が図られることから、両者を統合することとしてはどうかという案をお示しさせていただきます。

2点目、今後のスケジュールです。

11ページ、2月に実施しました自治体向けアンケート調査結果をまとめた3月の部会資料の再掲でございます。こうした調査結果を踏まえつつ、今後のスケジュールを検討していく必要がございます。

12ページですが、これまでの部会でもお示しをしておりました基盤の活用により想定されるメリットや、活用イメージをまとめた資料です。様々な主体にメリットをできるだけ早く享受していただきたいと考えてございます。

13ページ、以上を踏まえた上で、今後のスケジュール案ですが、まず、最初の○ですけれども、スケジュールの前提として市町村が介護情報基盤を活用するためには、原則マル

1、各市町村において介護保険事務システムの標準化対応を行うとともに、マル2、基盤へデータ送信するための介護保険事務システムの改修を行った上で、マル3、介護保険事務システムから基盤へのデータ移行が必要となります。3月の部会で御了承いただきましたとおり、介護情報基盤との連携を含めた標準化対応が完了した市町村においては、令和8年度以降、順次基盤へのデータ送信を開始していただき、データ移行が完了した市町村から順次基盤経由での情報共有を開始していくことを考えてございます。

2つ目の○ですけれども、令和8年4月から準備ができた市町村には基盤を活用していただくこととした上で、いつまでに基盤の活用を開始いただくかという点ですが、自治体向けアンケート調査によれば、介護情報基盤との連携を含めた標準化対応を令和9年度中に完了予定の自治体が約9割あるということ等を踏まえまして、全市町村において令和10年4月1日までに介護保険事務システムから基盤へのデータ移行も含めて完了し、基盤の活用を開始することを目指して、各関係者が基盤の活用に必要な対応を進めていくこととしてはどうかという案を示させていただいております。

なお、注書きのところでございますが、介護情報基盤との連携を含めた標準化対応の適合基準日については、アンケート調査結果やデータ移行に要する期間に留意しつつ、令和10年4月1日から全市町村が基盤の活用を開始できる適切な時期に設定する必要があります。その上で、この適合基準日については標準化対応の内容全般や、それに伴う自治体システムベンダーの対応状況等を踏まえた検討が必要であるため、標準化対応全般を議論する介護保険システム等標準化検討会において議論することを考えてございます。

資料3の説明は以上でございます。

続きまして資料4、認定についての資料を御覧いただければと思います。本日でございますけれども、申請の代行、それから、主治医意見書の事前入手の2点についてお諮りをしたいと考えております。

まず、要介護認定の申請代行についてです。4～6ページについては認定に関する基本的な資料ですので、説明は省略させていただきます。

7ページ、令和6年度地方分権改革提案を受けまして、認定の申請代行が可能なものの範囲について社会保障審議会における議論を踏まえて検討し、今年度中に結論を得る旨が閣議決定をされております。

8ページ、要介護認定の申請代行に係る経緯です。平成12年の介護保険法施行当初、ケアマネ事業所と介護保険施設の2類型のみが申請代行を行うことが可能でしたが、平成18年の地域密着型サービス等の創設に伴いまして、地域密着の特養と地域包括支援センターの2類型を追加し、現在も同様の規定としております。現行の範囲ではケアマネの配置が指定基準となっているサービスにおいて、利用者のケアプラン作成等を行っているケアマネが事業所内に存在するにもかかわらず、当該サービス申請を対抗できないという課題がございます。

9ページ、申請代行の利用状況の推移です。一番右側、令和6年のところを御覧いただ

きますと、代行で申請がなされた割合は、一番下の青の部分を除く78.4%と、多くの申請が代行により実施されております。

10ページ、令和7年2月時点の各介護サービスの受給者数でございます。赤字で示されておりますのはケアマネの配置が指定基準となっている一方で、申請代行が可能とされていないサービスの区分です。

11ページ、要介護認定の申請代行に係る論点です。現在、太字で示しました4つの事業類型が要介護認定の申請代行が可能となっており、認定申請はその多くが代行により実施されております。認知症グループホームなどのサービスにはケアマネが配置をされており、ケアプラン作成などの業務を行っているにもかかわらず、要介護認定の申請代行が実施できるものとして規定されていないという課題がございます。

以上を踏まえまして、要介護認定の申請代行が可能な方の範囲について、どのような対応が考えられるかについて御議論いただければということでございます。

続きまして、主治医意見書の事前入手について御説明を申し上げます。

13ページ、昨年の規制改革実施計画のうち、黄色で囲みましたdが主治医意見書の事前入手に関する事項でございます。

14ページ、具体的には要介護認定申請者の意向に応じ、要介護認定申請者が申請前に主治医に意見書を依頼して入手し、申請時に提出することについて検討することとされております。

15ページ、介護保険法での規定ですけれども、市町村が主治の医師に対し意見を求める旨だけを規定しているため、申請者が申請前に主治医意見書を入手し、市町村に提出するという方法は妨げられておりません。しかし、下に示しております要介護認定の事務処理手続について示している通知においては、市町村が主治医意見書の記載を求め、回収する旨が記載されております。

16ページ、主治医意見書の提出方法について調査を行ったところ、青で示します92.3%の市町村が主治医へ直接依頼し回収する方法を採用していましたが、一番右側の2.9%の市町村では申請者が主治医から意見書を入手し、市町村に対して意見書を提出していました。

17ページ、これらの現状や課題を踏まえた上での対応案ということですが、介護保険法は申請前に主治医意見書を入手することを妨げていないこと、申請前にあらかじめ意見書の作成を依頼する運用を行っている市町村があることを踏まえまして、意見書の事前入手も可能である旨を明確化することとしてはどうか。

また、2つ目の○ですけれども、その際、申請者が主治医意見書を事前に入手する方法は、あくまでも提出方法の一つであり、申請者が主治医意見書を市町村に提出することが申請の前提条件ではないこと、各市町村においてどのように主治医意見書の提出方法について運用するかは、関係団体との調整等も踏まえて検討いただきたいことを併せて周知することとしてはどうかという案を示させていただいております。

なお、来年4月からの介護情報基盤の運用開始に伴いまして、主治医意見書の電子的な提出が可能になるということでございまして、医療機関と市町村の負担軽減、郵送の省略がなされるため、基盤の運用開始後には紙による提出ではなく、介護情報基盤を通じた電子的な情報の共有を進めていくことが必要と考えてございます。

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。

それでは、本議題についても委員の皆様から御発言がございましたらお願いいたします。先ほど同様、お一人様3分以内ということでお願いできれば幸いです。まず、会場からいかがでしょう。

それでは、佐藤委員からお願いします。

○佐藤委員 時間が限られているのでクイックに。

介護情報基盤についてですけれども、11ページのアンケート調査で、数で見ると、令和10年度以降にシステムへの移行を考えているところが52と少なくなっているのですが、これは人口が多いところほど移行が遅くなりそうということなので、人口の割合で見たときにどれくらいなのかと思って、もし、御存じでしたらお教えいただきたいです。大都市ほど移行が遅いということになりますと、利用者のかかなりの割合がカバーされていないということになりますので、人口というか高齢者人口の中の割合で構いませんので、そこを示していないと、この介護情報基盤の実効性が問われるかなと思います。

13ページ、そこで気になったのは、令和10年度以降に本格稼働ということになっているのですけれども、ただ、アンケート調査の11によりますと、システムへの移行が令和10年度以降を考えているが52なので、この自治体は令和10年度までに間に合いそうなのかということ、これについて自治体にできるだけ前倒しでのシステムの移行をお願いするか、あるいは見切り発車になってしまいますが、順次このシステムを稼働させていくのか、これについてはどういう方針でいらっしゃるのかというところが質問になります。よろしくをお願いします。

○菊池部会長 御質問がございましたので、よろしくをお願いします。

○堀老人保健課長 まず1点目、詳細な数字は手持ちしておりませんが、先ほどの52の自治体、人口ベースでいった場合にどれくらいかということで、1割くらいという状況でございます。

2点目、10年4月1日に間に合わない自治体の取扱いということでございます。まずは先ほども御説明申し上げましたとおり、基盤の活用のメリットは非常に大きいということでございますので、なるべくメリットを早く享受していただくためにも、まずは標準化対応を含めて10年4月1日までに間に合うように対応を進めていただくように促していくということかと思っております。その上で、4月1日までに間に合わない市町村の取扱いにつきましては、昨年末に改正した上で閣議決定をされております「地方公共団体情報システム標準化基本方針」に基づく、介護保険を含めました基幹20業務の標準化対応における経過措

置の考え方などを踏まえ、検討が必要ということでございますので、全体の動きを踏まえながら、そこについても引き続き検討してまいりたいと考えてございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、山際委員、お願いします。

○山際委員 民間介護事業推進委員会の山際でございます。2点意見を申し上げたいと思います。

1点目、介護情報基盤とケアプランデータ連携システムについてですが、統合する方向性ということについてはおおむね妥当だと思っております。ただ、ケアプランデータ連携システムの利用料については本年6月から1年間は無料とされていますが、介護情報基盤との統合までの間に無料期間が終了するとなると、統合までの間、ケアプランデータ連携システムの導入が進まなくなるのではないかと懸念を持っています。

このデータ連携システムが機能し、効果を上げていくということについては、同一地域で多くの事業者が利用することが重要だということと、実際に現場の事業者からは同一地域で導入が進めば業務の効率が非常に進むだろうという意見が出されています。しかし、残念ながら現在の導入状況は、資料3の6ページで、まだわずか7.2%にとどまっているということが示されております。効率化を進めて本来の機能を果たすために、介護情報基盤の整備の前の段階から、このデータ連携システムにさらに多くの事業者が参入して、円滑な統合がされていくことが極めて重要だと思っております。

そのための前提として、このケアプランのデータ連携システムの無料期間を1年間ということではなくて無料化の継続、それから、介護情報基盤の事業者支援策と一体となった利用事業者の支援策の強化が必要だと思っております。また、システム統合後の運用経費についても、無料化を含めて事業者支援を強化していくことが必要だと考えております。

2点目です。今日は御説明をいただいておりますが、参考資料2で御提出をいただいている資料に関連して意見を申し上げたいと思っております。高齢者介護関連サービス産業振興ということで取りまとめが行われていますが、介護人材の確保は極めて厳しい状況の中で、地域の中に存在する介護事業者以外の事業者と協力することで、高齢者の生活を支えることが極めて重要だと考えております。したがって、地域づくりの中で、地域の産業との連携をさらに強化をしていくことが必要だと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

和田委員、お願いします。

○和田委員 私から資料3の介護情報基盤のスケジュールについて申し上げます。

私は令和10年4月1日から全市町での介護情報基盤の本格運用を開始するという方針には賛成いたします。11ページの自治体アンケートの調査によると、介護保険事務システムの標準準拠システムへの移行には一定の時間を要する実態が明らかになっており、特に人口規模の大きい自治体ほど移行が遅れる傾向が見受けられます。こうした現場の実情を踏

まえると、本格運用開始時期を令和10年4月1日とする設定は現実的かつ適切な目標であると評価いたします。

介護情報基盤の整備は業務の効率化、情報共有の促進といった大きなメリットが期待されます。一方で、利用者がマイナポータルを通じて情報を確認するという仕組みについては、認知症や身体障害をお持ちの方々にとって大きなハードルとなり得ます。現場の実態に即した配慮やケアプランデータ連携システムの普及促進、情報基盤の統合など、運用面でのさらなる工夫を強く要望いたします。

次に、資料4の要介護認定について申し上げます。前回の部会では一次判定に関して在宅実態調査を行うとの報告がありました。繰り返しになりますが、私たちが長年強く感じている課題は、現行の一次判定が現実の介護の手間を十分に反映できていないという点です。在宅介護における生活実態が十分に評価されていないという指摘は、現場の実感とも一致しています。特に認知症の方の場合、身体介助の時間は少なくとも見守りや声かけ、行方不明時の対応、不安や混乱など、寄り添いなど、精神的・肉体的に拘束される時間や心理的負担が非常に大きいのが事実実情です。

しかし、現行の一次判定ではこうした見えない手間が十分に評価されていません。過去にも在宅介護を対象とした調査が行われましたが、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は至っていませんでした。

このような状況を踏まえ、令和7年度に在宅・通所介護サービス利用者のケア時間やケア内容の調査が実施され、その結果を一次判定プログラムの見直しに生かす方針は極めて重要な取組であると考えます。調査ではサービス提供時間だけでなく、家族によるケアの内容や時間も調査対象とされると伺っております。特に認知症に伴う周辺症状など、身体介助には表れない介護者の実際の手間を今度こそ一次判定ロジックに反映し、介護現場の実態、とりわけ在宅ケアの負担感を正確に評価する制度となるよう強く要望いたします。調査結果がまとまり次第、速やかに本部会で詳細な報告と具体的な議論を開始していただきたいと考えております。

最後に、要介護認定が単なる画一的な基準でなく、本人と家族の現実、特に認知症という疾患の特殊性や介護に伴う多大な負担をより正確かつ温かく理解・評価できるような仕組みとなることを切に願っております。現場の声を真摯に受け止め、真に利用者本位の要介護認定制度の実現に向けて、今後の議論と取組に大いに期待しております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、井川参考人、お願いします。

○井川参考人 日本慢性期医療協会の井川でございます。主治医意見書について意見を少し述べさせていただきます。

資料4の14ページでございますように、主治医意見書の所要時間というのは、要介護認定の迅速化を阻害していることが周知のとおりでございます。このことによって本来必

要のない医療機関での入院期間そのものが延長される原因の一部となっております。要介護認定を迅速化することは重要であることから、事務局が示されました17ページにあります対応案に関しては、基本的に賛成をさせていただきたいと思っています。

ただ、16ページの資料の出典元であります令和5年度の老健事業である「要介護認定情報デジタル化・電送化に関する調査研究事業」の成果報告書では、厚労省作成の主治医意見書の書式を4.5%の自治体は使用しておらず、また、使用している自治体でも11%が項目を独自に追加しています。私は大阪の病院で申請者からの依頼を受けて主治医意見書を記載したことがあります。私の病院では厚労省の書式のPDFファイルから意見書を作成して申請者にお渡ししていたのですけれども、当該自治体の書式と異なるという理由をもって受け付けられず、また、そこから紙媒体の書類をいただいて、そこに記入しなければならないという、いわゆる二度手間みたいな形に実際になっておりました。

老健事業でもこの点に触れておられまして、効率的・効果的に認定業務を進めるためには、改めて様式を見直す必要があるとされており、要介護認定調査様式案というのを提示されています。

主治医意見書は、資料3の12ページの下段にある活用イメージにありますように、医療機関から介護情報基盤への電子送付が見込まれています。それによって資料4の17ページの対応案の3つ目の○にありますように、介護情報基盤を通じた情報の共有を進めることが今後必要と考えています。

そういう意味で言いますと、各医療機関に統一、デジタル化された書式フォーマットが存在しなければ、この制度そのものが意味を成しません。そのためにはぜひ事務局主導の逸脱を許さないデジタル化された統一書式の作成が急務であると私は考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

会場はよろしいでしょうか。それでは、オンラインの皆様に移りますが、本日午後4時までということですが、予定されている時間の延長が必要な状況でございます。現在、11名の方がお手を挙げていらっしゃいますが、それ以外に発言を予定されておられる方はお示しいただいてよろしいですか。それでは、一旦ここで締め切らせていただきます。

その上で、午後4時ということだったので、発言を先にお願ひしたいといった御希望の方がいらっしゃったら手を挙げてお示しいただきたいのですがいかがですか。特にございませんか。それでは、この順で進めさせていただきます。

それでは、幸本委員からお願いします。

○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。

介護情報基盤について申し上げます。介護情報基盤とケアプランデータ連携機能の統合について異論はございません。得られるメリットが大きいと考えられますので、統合に向けた取組を積極的に進めさせていただきたいと思っております。

一方で、資料を拝見すると、その元となるケアプランデータ連携システムについては事

業所の利用が低い水準にあります。本システムの導入は印刷費、通信費、事務費といったコスト削減はもとより、業務の効率化によって生み出された時間を本来業務に充てることが可能となり、ひいてはサービスの質の向上にも資するものです。7ページの試算からもこの費用対効果が高いと考えられます。

しかしながら、少数の事業所が導入するだけでは、こうしたメリットは十分に発揮されません。国や自治体におかれましては導入によるメリットを前面に押し出し、指導的な役割を果たして、導入と利用を強く推進していただきたいと思います。また、介護情報基盤の運用については、お示しいただいたスケジュールに遅れが出ないように、国としても必要な対応を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す。

山田委員、お願いします。

○山田委員 全国老協の山田でございます。介護情報基盤につきまして、8ページと21ページについて申し上げます。

ケアプランデータ連携システムの導入状況を見ますと、都道府県ごとに温度差が見受けられております。現状の聞き取りを丁寧に行って、都道府県・自治体の取組を支援していくことが重要だと思います。介護情報基盤とケアプランデータ連携機能の統合につきましては、それぞれの役割や関係性を整理して、統合によるメリットを明確にした上で、理解と納得を得ながら進めていただきたいと思います。

提示されているスケジュールについての異論はございません。

要介護認定についてでございますが、11ページと17ページについてです。要介護認定の申請代行につきましては、特に施設利用者において更新申請や迅速なサービス利用の必要性から78.4%が申請代行となっている実態は理解できます。ケアマネジャーの配置されているサービスについてはサービス類型の追加に異論はございません。ただし、施設と在宅での状況や本人の状態差がある可能性もあるため、家族等との十分な情報共有の下、丁寧な運用が必要です。

また、主治医意見書の事前入手につきましては、提出方法の一つとして位置づけるのであれば、関係団体との調整を十分に行いまして周知・理解を得ることが重要です。今後の介護情報基盤の活用がより効果的に機能することを期待しております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員

まず、介護情報基盤の整備を進めていくことについて異論はありません。確実に進めていただきたいという観点で意見を申し上げます。

今後のスケジュール案について、11ページの自治体向けアンケート調査の結果を見ます

と、令和9年度中に完了予定の自治体が9割ということですが、令和10年度以降に移行予定の市町村が見られるとともに、特に規模が大きい自治体で移行予定時期が遅くなるといった傾向があります。全ての市町村で介護保険事務システムの標準化を早期に完了することが不可欠ですので、令和10年4月に本格実施ができるように、対応が遅れている自治体に対して早期に移行できるような技術的な支援を含めて、国のほうでしっかりとサポートしていただきたいと思います。

また、介護情報基盤については、情報共有による業務の効率化、情報を活用して適切なケアが提供されるなどの介護サービスの向上、事業所間や多職種間の連携強化などの効果が期待されます。実際に使われている方に対するユーザビリティの向上や、活用事例の提示といったことも、この基盤を有効に活用していく上で重要だと考えていますので、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。

石野参考人、お願いします。

○石野参考人 資料3の13ページの介護情報基盤のスケジュールについて意見を申し上げます。介護情報基盤の運営経費につきましては、先行して介護情報基盤を利活用している自治体の不利益にならないよう、必要な財政支援を行っていただきたいと存じます。介護情報基盤につきましては、介護情報基盤との連携を含めた標準化対応が完了した保険者から利活用が可能とされておりますが、本格運用開始前に標準化対応を完了させた保険者の不利益にならないよう、介護情報基盤の運営経費について必要な財政支援をお願いしたいと存じます。

また、令和10年度から介護情報基盤の活用が開始できる適切な時期に適合基準日を設定するとされておりますが、設定された適合基準日までに標準化対応が完了できない保険者が出てくることも予想されており、そのような保険者の対応についても御検討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。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員 資料3ですけれども、介護情報基盤の整備や介護情報基盤とケアプランデータ連携が効率的な提供体制を確保していくために必要不可欠なものと考えます。導入がスムーズに進むようにメリットや活用方法を積極的にPRにしていくとともに、国における技術的・財政的な支援をお願いしたいと考えます。

資料4ですけれども、申請代行について、実態に応じて範囲を広げていくことや、主治医意見書の事前入手について明確化していくことについては、申請者の利便性向上につながることでと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

大変申し訳ないのですが、私自身、この後、厚生労働省の本省のほうに行く必要がございます。実は高額療養費の関係の会議が開かれておりまして、もう始まってやっています。当事者の方のヒアリングということもあって、私は医療保険部会の委員でもあるので中座でもいいからどうしても出席するようと言われておりまして、大変申し訳ないのですが、ここから野口部会長代理に司会をお願い申し上げて、皆様の御意見は後ほど議事録で確認させていただきます。ということで、お許しいただければと思います。申し訳ございません。

野口先生、よろしいですか。

○野口部会長代理 了解いたしました。お引き受けいたしました。

それでは、山本委員、よろしくお願ひいたします。

○山本委員 日本看護協会の山本でございます。資料4の要介護認定について申し上げます。

退院後に看多機などを利用する場合や、単身、あるいは高齢者の夫婦のみ世帯などの場合など、申請代行の必要性が高い方がいらっしゃると聞いております。家族は要介護者である親と離れて暮らしている状況も多くございます。利用者への円滑かつ迅速なサービス提供の観点から、要介護認定の申請を代行できる者の範囲に、看護小規模多機能型居宅介護や認知症対応型共同生活介護などの介護支援専門員の配置が指定基準となっているサービスを追加いただいてはどうかと考えております。

以上です。

○野口部会長代理 どうもありがとうございました。

引き続き、小林委員、よろしくお願ひいたします。

○小林（司）委員 介護情報基盤とケアプランデータ連携機能との統合が、資料3の8ページ目に書かれているような利用者のニーズに沿ったケアプラン作成が進んで、サービスの質の向上につながり、ひいては利用者のメリットにつなげることが重要であると思えます。それと同時に、そうしたことを利用者・被保険者に周知していくことが必要と考えます。

また、スケジュールの関係では、前も申し上げたのですけれども、第10期介護保険事業計画の期間にずれ込む地域では、それが円滑な運用のためとはいえ、介護情報基盤の整備は地域支援事業の一つでありますので、利用者への利便性が第9期で示した内容に照らしてどうなるのかという点については、丁寧に利用者・被保険者への説明に留意していただけないかと思えます。また、その際、介護情報は機微な情報ですので、個人情報保護の観点から厳格な情報管理は適正な取扱いになるよう、今後DXを進める上でよろしくお願ひいたします。

次に、主治医意見書の事前入手についてです。事前とされる期間としてどの程度が目安

とされるのか、国としての目安はないと承知していますが、いずれにしろ、利用者や現場で混乱が生じることのないように整理を行って、併せて周知をお願いできればと思います。

以上です。

○野口部会長代理 どうもありがとうございました。

事前の期間について御質問があったと思いますけれども、事務局の方、いかがでしょうか。

○堀老人保健課長 特に具体的な定めをしているわけではございませんので、自治体によってそういう取扱いをしているところは関係団体と協議の上に定めていると承知しております。

○野口部会長代理 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○小林(司)委員 ありがとうございます。

○野口部会長代理 染川委員、よろしくお願ひいたします。

○染川委員 介護情報基盤とケアプランデータの連携機能の統合、それから、スケジュールにつきましても提案のとおりで異論ありませんので進めていただきたいと思います。その際、令和10年度以降に移行を予定している団体は人口規模が大きい自治体が多いということですから、人口比率で見ると、先ほどもおっしゃられた委員がいらっしゃいましたが構成比が高まりますので、それらの団体が移行に際して混乱することがないように、国や都道府県としての支援も検討していただきたいと思います。

それから、要介護認定の申請代行が可能なものの範囲についてですが、申請代行が認められていないサービス種別まで拡大することは、当該サービスの利用者の利便性向上にもつながるため、適切だと思います。

また、主治医意見書の事前入手に係る対応案については賛成でありまして、お示しいただいた3つの具体的対応案の早期実施に向けて進めていただきたいと思います。

以上です。

○野口部会長代理 どうもありがとうございました。

それでは、小林広美委員、よろしくお願ひいたします。

○小林(広)委員 私のほうからは介護情報基盤について意見を述べさせていただきます。利便性、ランニングコストの面でも統合することには賛成です。ただし、現在、フリーパスとしてライセンス料を無料にしてケアプランデータ連携システムの導入を進めている現状において、この無料期間が途中で途絶えてしまいますと、ケアプランデータ連携機能と介護情報基盤が統合されたものが出てくるまで事業所は待とうというマインドになってしまい、ケアプランデータ連携システムの導入が進まなくなるのではないかと懸念されます。

このため、ライセンス料の無料は介護情報基盤との統合まで継続していただくとともに、しっかりと国のほうでケアプランデータ連携システムの利用によるメリットを説明し、ケアプランデータ連携システムへの加入強化を図っていただきたいと思います。また、介護基盤への統合後においても利用を無料とするようお願いいたします。

私のほうからは以上です。

○野口部会長代理 どうもありがとうございました。

それでは、江澤委員、よろしくお願いいたします。

○江澤委員 1点だけ申し上げます。資料3の8ページ、統合する場合のメリットの中ほどにランニングコストの軽減というのがございますので、統合した場合にはランニングコストの無料化も視野に入れながら、ぜひ取り組んでいただければと思います。

以上です。

○野口部会長代理 どうもありがとうございました。

それでは、会場の方でどなたかお手を挙げている方いらっしゃいますでしょうか。

○村中総括調整官 会場の方で挙手の方はございません。

○野口部会長代理 オンラインの方もよろしいでしょうか。

では、皆様、長時間どうもありがとうございました。

今回の第122回「社会保障審議会介護保険部会」は、ここで終了させていただきたいと思
います。

次回の日程について、事務局のほうからございますでしょうか。

○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をいた
します。

○野口部会長代理 それでは、本日の部会はこれで終了とさせていただきたいと思
います。

皆様、大変お忙しい中、また、お暑い中、お集まりいただき、どうもありがとうございました。
ました。