

○村中企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第124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。

また、本日の議題に関しまして、医政局から水谷総務課長が出席しますが、公務の都合により遅れての出席になります。

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、おはようございます。まだ全国的に暑い日が続いておりますけれども、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。

まず、本日の委員の出席状況ですが、大石委員、大西委員、佐藤委員、中島委員から御欠席の連絡をいただいております。

御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部次長の尾崎正英参考人、大西委員の代理として高松市健康福祉局長寿福祉部介護保険課長の多田也寸志参考人、中島委員の代理として全国町村会行政部長の河野功参考人から御出席の御要請を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 ありがとうございます。それでは、よろしくをお願いいたします。

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

○村中企画官 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ございます。オンラインにて御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。

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をいたします。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、御退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○菊池部会長 それでは、早速議事に入らせていただきます。

本部会では、次期制度改正に向けて昨年12月に議論を開始し、これまで計8回開催してまいりました。その中で「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の「とりまとめ」の報告を受け、また前回は現場の取組についてのヒアリングも実施しながら、主な検討事項についての議論をほぼ一巡したところでございます。

今後は、冬に向けた取りまとめに向けて、具体的な議論を深めていくこととなります。委員の皆様におかれましては、引き続き御協力をお願いいたします。

本日は、事務局から議題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」について御説明いただいた後、皆様に御議論いただきます。

その後、議題2の「その他」の「介護情報基盤」について御議論いただき、最後に前からの懸案事項となつてございます「医療法等の一部を改正する法律案」について御報告をいただきたいと思っております。

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」について、事務局から御説明をお願いいたします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

私から資料1について御説明をさせていただきます。「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」について、各論点の「現状・課題」、それから「論点に対する考え方」といった形で整理をさせていただいております。

まず、3ページを御覧いただければと思います。論点1についてでございます。2040年に向けては自治体・地域の規模によって高齢化や人口減少のスピードには大きな差が生じることが見込まれ、サービス需要の変化は様々となります。こうした中で、地域におけるサービス需要の変化に応じて全国を「中山間・人口減少地域」「大都市部」「一般市等」と3つの地域に分類して、その状況に応じたサービス提供体制や支援体制を構築することが重要です。特に、高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する中山間・人口減少地域については、サービス提供の維持・確保を前提として柔軟な対応を講じていく必要があります。また、一般市等に該当する場合でも、既に中山間や人口減少エリアを抱えている地域もあると考えられます。

4ページに続きますが、どの地域においても都道府県、市町村の役割は重要でありまして、中山間・人口減少地域、大都市部、一般市等、それぞれの地域類型を意識しながら関係者間でサービス基盤の維持・確保に向けた議論を行うことが考えられます。特に中山間・

人口減少地域につきましては、サービス提供の維持・確保を前提として、新たな柔軟化のための枠組みを設ける必要があります。その際、対象となる地域を明確化することも必要であると考えられます。この中山間・人口減少地域でありますけれども、中山間地域等を対象とする特別地域加算の対象地域を基本としつつ、さらに人口減少や地域の事情等も勘案して対象地域を拡充するといったことが考えられます。具体的な対象地域の指定につきましては、市町村の中の一部エリアに限定した指定も可能とすること、それから市町村の意向も踏まえて都道府県が関与すること、そして国においても対象地域の考え方を示すことが考えられます。

続きまして、5ページを御覧いただければと思います。論点2でございます。中山間・人口減少地域では、専門職などの人材確保等が課題となり、必要なサービス提供体制の維持が難しくなっているケースが生じております。こうしたことを踏まえ、特例介護サービスとして、基準該当サービス、離島等相当サービスを活用し、サービスの維持を図っている取組が見られますが、今後、地域の介護事業者や関係職種間で連携を行いながら、地域の高齢者が必要なサービスを受けられる体制を引き続き確保できるよう、必要な対応を検討することが必要です。

6ページを御覧ください。中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の維持・確保の方策として、特例介護サービスの枠組みの拡張を行うことが考えられます。具体的には、サービスの質の確保や、職員の負担等にも配慮しつつ、サービス・事業所間での連携等を前提として、管理職や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和の実施や、論点3にございますような地域の実情に応じた包括的な評価の仕組みを可能とすることなどが考えられます。あわせて、特例介護サービスの枠組みについて、現行の居宅サービス等以外にも対象を広げることが考えられます。

続きまして、7ページを御覧ください。論点3でございます。中山間・人口減少地域において、特に訪問系サービスでは、利用者のキャンセルや移動に係る負担が大きいことに加えまして、サービス需要の縮小、季節による繁閑の激しさなどから、年間を通じた安定的な経営が難しく、サービス基盤を維持する上での課題となっております。こうしたことを踏まえ、安定的な経営を行うための報酬の仕組みとして、例えば訪問介護について利用回数に左右されない月単位の定額報酬を地域の実情に応じて選択可能とするような枠組みを設けることが考えられます。

8ページを御覧ください。論点4でございます。中山間・人口減少地域においては、単独のサービスでは安定的な経営に必要な利用者の確保に課題を抱える場合、あるいはサービス提供体制が限られている場合も想定されます。こうした状況であっても、市町村が地域の実情に応じて柔軟にサービス基盤を維持・確保していくことができるよう、給付に代わる新たな事業として介護保険財源を活用して介護サービスを実施できる仕組みを設けることが考えられます。その際、実際のサービス提供は利用者ごとの個別払いではなく、事業の対価として事業費により支払いを行うこと、事業者に委託することを想定しており、

市町村内に事業所がない場合には、周囲の市町村の事業所に委託することや、複数のサービス類型を組み合わせることで委託を行うことが考えられます。

続きまして、9ページを御覧ください。論点5でございます。中山間・人口減少地域において、必要な介護サービスの提供が継続されるための取組として、介護サービス事業所の協働化が考えられます。既に協働化の事例が見られますところ、各地域においてこうした介護事業者の連携強化を推進するための仕組みの構築が課題となっております。

10ページに続きます。介護事業者の連携強化を推進し、地域における介護サービス提供体制を確保するとともに、地域のサービス需要に柔軟に対応する観点から、一部の法人や介護事業所が、都道府県や市町村と連携しながら、地域の中心的な役割を担う仕組みを構築することが考えられます。具体的にはということですが、一部の法人や介護事業所が一定期間にわたり事業を継続する役割を担うことや、複数介護事業所間の連携の促進、他法人の間接業務の引受けを行うといったことが考えられます。その際、連携を推進するため、どのような行政の関与やインセンティブの付与が必要かについて検討することが求められます。

続きまして、11ページを御覧ください。論点6でございます。国庫補助により整備して10年未満の介護施設などを他の事業に活用しようとする場合、高齢、障害・児童施設への一部転用や地域再生等の施策に基づく全部転用などを除き、原則として補助金の国庫返納が必要となっております。

12ページを御覧ください。中山間・人口減少地域の既存施設を有効活用しながら、地域のサービス需要の変化に柔軟に対応するため、地域の関係者の合意形成を得た上で、市町村等が計画的に行う介護施設等の転用については、補助金の国庫返納を求めないこととすることが考えられます。具体的には、下の箱のマル1にございますように、介護保険事業計画等の達成に必要と市町村等が認める場合には、経過年数10年未満の施設であっても、他の高齢者施設への全部転用を国庫返納なしで認めることが考えられます。さらに、マル2にありますように、高齢者人口の急減等、真にやむを得ない場合において、他の施設との統合等を行うために高齢者事業を廃止する場合には、市町村等が地域の関係者との合意形成を図った上で介護保険事業計画等に位置づけることを条件に、福祉施設以外の施設への全部転用等を国庫返納なしで認めることが考えられます。なお、このとき、厚労省所管施設以外の施設への転用や取崩しについては、国庫補助がなされていることを踏まえた検討が必要と考えております。

続きまして、13ページから19ページにかけては、各論点につきまして、これまでの介護保険部会で御議論いただきました際の主な意見をまとめてございます。

それから、20ページ以降に参考資料をおつけしておりますので、適宜御参照いただければと思います。

説明は以上となります。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、委員の皆様から御発言をお願いしたく存じます。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、事務局から御案内がございましたが、時間内に多くの委員に御発言いただくため、御発言については3分以内でおまとめいただけますよう御協力をお願いいたします。できるだけ時間確保をすることを念頭に置き、今回2時間半の枠とし、いつもよりも拡大して取ってございますけれども、それでも重要な論点ということもございますので、時間が足りなくなる可能性もあるかと思っております。大変恐縮ですが、時間が来ましたら事務局からベルを鳴らしますので、御協力をお願いいたします。

それでは、まず途中退席御予定の委員がおられると承っております。会場からまず栗田委員ですね。そして、オンラインで井上委員と承っておりますので、よろしければ「その他」の議題についても何かありましたらまとめて最初にお願ひできればと存じます。

栗田委員、よろしくお願ひいたします。

○栗田委員 まず、大変分かりやすく論点と考え方をまとめていただきまして、ありがとうございます。

私からは論点2と論点4について質問させていただきたいということと、最後に1つだけコメントをさせていただきたいと思っております。

まず、論点2についてですが、質問というか確認に近いものでございますけれども、地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組みについてということで、まず1つ、特例介護サービスの枠組みを拡張する、もう一つは、人員配置基準についてはサービス・事業所間の連携等を前提にして管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件等を緩和できないかという論点でございますが、この資料にも少し書いてありますけれども、この特例介護サービスの枠組みの拡張というのは、従来の居宅サービスだけではなくて施設サービスもこの枠組みに入れようという考え方ということでよろしいかということと、サービス・事業所間の連携も、施設サービスと居宅系サービスの連携もございまして、介護サービス以外の関連サービスとの連携も含めようという考え方という理解でよろしいかどうかお教えいただきたいと。

もう一つは、論点4の介護サービスを事業として実施する仕組みということで、ここに給付に代わる新たな種類の事業と書いてありますが、ここでいう新たな事業というのは、具体的なイメージとしては、地域支援事業の中の新たな事業という位置づけで考えておられるかどうか、お考えをお教えいただきたいです。

最後に、コメントと申しますか、お願ひと申しますか、この離島・中山間地域等の人口減少地域における介護サービスの確保に向けた取組については、これまでも基準該当サービスでありますとか、離島等相当サービスとか、あるいは離島等サービス確保対策事業とか、いろいろあるわけですが、こういった諸制度が十分に活用されていないという問題もあるのかと思っております。この新たな仕組みづくりも大変重要でございますが、それ

と同時に、それぞれの地域の実情に応じて、それぞれいろいろ工夫されているわけですが、その工夫を促進できるように、この諸制度を周知してうまく活用できるようにしていくための伴走的な支援というか、そういうこともぜひ御検討いただければと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お問合せがございますので、事務局からお願いします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

まず、論点2の関係、御質問でありますけれども、枠組み、今回特例介護サービスの拡張ということなのですけれども、その射程には居宅サービス等以外にも入るのか、施設サービスも入るのかということでありまして、ばらばらに書いてあるから分かりにくいかもしれません。6ページの4つ目の○に「こうした枠組みについては、現行の居宅サービス等以外にも、対象を広げることが考えられないか」というところで、まさにおっしゃるように居宅サービス等以外に広げることも考えられるのではないかとということで、今回特例介護サービスを拡充するときにプラスして、そのときに対象サービスについても広げるといったことで考えられるのではないかとここでは書いてございます。

2つ目のサービス・事業所間での連携等を前提にということろは、おっしゃるように、ここは皆様方の御議論を踏まえながらということかと思っておりますけれども、いろいろな連携の形はあるのではないかと考えております。在宅施設同士のというのものもあるでしょうし、施設同士のというのものもあるかもしれません。他分野を含めたというのものももしかしたらあるかもしれませんが、いろいろな連携の在り方を前提に緩和等を行うことが考えられるのではないかと書いております。ここら辺についても御議論をいただければと思っております。

8ページ目の論点4に関しましては、ここは委員に御指摘いただいたところも含めまして御議論をと考えております。我々のほうで何か決めているわけではございません。ただ、イメージとしては、今の介護保険制度の枠の中で給付に代わるということを考えた場合には、今、存在するものとしては、例えば類似のものとしては地域支援事業があるということでありまして、具体的にどこにどういう形で位置づけるのかについては、まさにこれから検討することが必要だと考えております。

○菊池部会長 いかがでしょうか。よろしいですか。

○栗田委員 結構です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインから井上委員、よろしければいかがでしょうか。

○井上委員 部会長、御配慮いただきまして、ありがとうございます。

御説明がありました地域区分を設けて状況に応じて体制を構築していくという方向性につきましては、賛同いたします。ただ、今後の介護保険制度の大きな方向性を示す重要な

分岐点になると思いますので、この検討を今後具体化していくに当たっては、このような政治状況でもございまして、この部会あるいは関係者のみならず、利用者あるいは将来の利用者を含めて幅広く理解を求めながら検討を進めていく必要があると思います。

そのためにも、現時点で具体的にどういう地域がどの類型に属していくのか、さらにはそれが5年後、10年後にその類型からどのように変化していくのかということについて示すとともに、それによって実際のサービスのレベルが変化するのかわからないのか、あるいは保険料、あるいは利用料についてどのような変化があるのかといった具体的な情報提供をすることが必要ではないかと思います。

また、この体制を進めた場合に地域ごとに保険財政がどうなっていくのかとか、あるいは人材の確保が可能なのかどうかという検証も必要だと思います。

論点3に包括的な評価の仕組みの導入ということがございますけれども、この定額報酬に見合っただけの十分なサービスの提供が常に行われているのかどうかについては、チェック機能が何らか必要になってくるのではないかと思います。

また、論点4、これは全く新しい考え方になりますけれども、この人材確保や採算が困難な地域において、委託費の支払い方式でサービスを継続するということになるのと、事業者サイドから考えますと、相当な委託費でないと採算が合わないのではないかという印象は持つわけでございます。また、このような仕組み、最低限の福祉の維持という考え方だと思うのですが、これが果たして支え合いの仕組みである介護保険だけで賄うことが適当なのかどうかという検討も必要ではないかと思います。

最後に、この人口減少に伴う地方の生活サービスの維持は、介護分野のみならず、医療であるとか、教育であるとか、防災であるとか、インフラであるとか、様々な領域で共通な課題だと思います。国交省や内閣府の地方創生推進事務局などで検討されているコンパクトシティあるいは集住化といった施策とぜひ連携を図って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。

それでは、会場参加の皆様からお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。恐らく皆様からあると思うのですが。

それでは、及川委員からお願いします。

○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。

私からは論点1、2、それから3、5について御意見申し上げます。

まず、論点1と2についてでございます。地域の分類については異論はございません。3つの地域分類を明確化することも必要であると考えます。地域によっては極端な人口減少のエリアがあることを踏まえると、柔軟な対応が取れる裁量を持たせることも必要だと考えます。

また、サービス提供体制を維持することが難しいことを踏まえ、配置基準の緩和を進め

る発想も理解はいたします。ただ、サービスの質の確保の観点や介護職の負担の観点を踏まえると、極めて悩ましいと考えます。これは管理職員等の配置基準の緩和についても同様でございます。専門職人材の確保が難しいことは理解しておりますが、配置基準を緩和しても介護サービスの質を担保することは重要でございます。このことを踏まえれば、例えばスキルの高い介護福祉士の配置など、モデル的な取組を通じた効果検証をした上で、対応方針を定める必要があると考えます。

次に、論点3についてでございます。「論点に対する考え方」にある出来高報酬と定額報酬の選択制についてでございますが、利用者の判断能力の問題やケアマネジャーの給付管理に生じる負担がとてども気になります。事業所のサービス提供の維持を考えると、選択制はあまり意味がないのではないかと思います。

論点5についてでございます。訪問介護の移動に関する時間的なロスは、極めて運営に影響がございます。また、事業所が決めたサービス提供範囲を超えた移動には別料金がかかるなどの利用者の負担も考えられます。また、同じ地域に複数の事業所があれば連携の検討ができると考えられますが、そもそも訪問介護事業所が少ない地域は多いです。また、小規模多機能のサービスも十分とは言えません。在宅サービスの柔軟な対応は、さらに施設サービス等にも広げる必要があるのではないかと考えます。

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、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。日本介護支援専門員協会の小林です。

中山間地域・人口減少地域について、論点2、3、4のような柔軟な枠組みを考えることにつきましては、賛同いたします。2、3のように今の給付の中でできる柔軟な対応をしたとしても、人口減少・サービス需要の低下などで安定的なサービス事業の経営が極めて厳しい市町村では、必要なサービスがなくなってしまうことが懸念されます。ケアマネジャーがケアマネジメントをしていく上でも、サービスのつなぎ先がない状況は、本来業務外であるシャドーワークをせざるを得ないことにもなりかねません。

また、論点4で示されている仕組みは、市町村が給付に代わる新たなサービス提供を事業所に委託することとなるため、行政の立場としては難しいこともあるかと思いますが、必要なサービスを地域に存続させるためには、選択肢が増えることは、利用者が住み慣れた地域で暮らしていくためにも非常に重要なことです。介護支援専門員としても、シャドーワークの負担軽減につながることで注視しております。

介護支援専門員がそれらのサービスを含めてケアマネジメントを行うことになれば、その仕組みについても検討すべきです。

なお、市町村が地域の特性に応じてサービスを創出する際には、介護支援専門員が参画し、高齢者の生活の実情や介護現場の実態を反映させることが必要と考えます。

また、給付に代わる新たな事業はどのようなものかイメージが分かる事例を示すなど、

市町村が取り組みやすくなるような方策も併せて考えていく必要があると考えます。

私からは以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、津下委員からお願いします。

○津下委員 ありがとうございます。女子栄養大学の津下です。

論点に基づきまして、まず1でございます。地域の類型なのですけれども、2040年の検討を踏まえて、このようにまずは第10期で中山間地域ということに焦点を当てた取組をされることには賛同いたします。類型は3年ごとに決定されていくというイメージでよろしいかどうかを1点お伺いしたいと思っております。地域の状況がどんどん変化していく中でどのように地域を捉えていくのが重要であると思えます。一方で、現行の施設基準は、平成11年、1999年の基準をベースに基準の緩和などの様々な方策をされているということで、かなり年数がたっておりますので、そろそろ現在の社会情勢にあわせて、またICT、さらに様々な介護助手や民間サービスを取り入れた状況において、一度棚卸しをしてしっかりと検討する必要があるかもしれないと思えます。介護を担う人としてのマンパワーの基準など、基準の見直しに至るようなデータが得られるといいのかと思っております。

2点目なのですけれども、論点2です。地域の実情に応じたサービスの中で離島等相当サービス、基準該当サービスについて参考資料で詳しくお示ししていただきまして、非常に参考になりました。その中で、33ページに在宅で要介護3以上の同居者の「みなし事業者」という指定基準が例示されておりました。どのようにそれをみなし事業者とできるのか、家族に対して通常の家族が行うケアとみなし事業者として介護をする、そのためには研修や記録などが必要かとは思っているので、どのようにされているのかについても機会があれば教えていただきたいと思いました。これを入り口にして介護に関わる人を増やしていくような方策にもつながるかと思っておりますので、いい面があると思えますが、サービスの質という点で御確認したいと思いました。

論点3、包括的な評価、これも重要なことと思えます。医療においても出来高払いと包括払い、DPCとでは、かなり提供体制が変わってくるということがあります。その包括の仕方も対象者の状況に合わせた細かな基準が、DPCもそうですけれども、いろいろありますので、介護についても単純な人数ではないと思うのですけれども、介護度や認知機能など、いろいろなことも組み合わせる必要があると思いました。

4の新類型ですけれども、これを自治体が事業者に丸投げとなってしまってはいけないと思っておりますので、モニタリングなど国が基準なども整理する必要があると思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

論点1と2とございますが、事務局からいかがでしょうか。

○江口総務課長 総務課長です。ありがとうございます。

1点目、地域類型については、特に今回中山間・人口減少地域に該当する地域を明確化

するという事で御提案させていただいておりますけれども、そこに該当する具体的な地域の見直しをどのような頻度でやるのかという御質問だと思います。御指摘のとおり、時間がたてば中山間・人口減少地域に該当していなかった地域が該当することは当然想定されますので、必要に応じてそこは見直していくということだと思いますけれども、御指摘のように、3年ごとの計画の単位で見直すのか、もう少し細かく見直すのかなどについては、今後の議論ということで考えております。

○菊池部会長 もともとの枠組み自体、時間が経っているので、その棚卸しをすることも考えられるのではないかと御趣旨もあったと思います。

○江口総務課長 既存の仕組みについても、今回新たな仕組みの中で参考にするという事で御提案させていただいておりますので、その中で御指摘も含めて考えたいと思っております。

○津下委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 2点目、お願いします。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 もう一点の離島等相当サービスの関係でありますけれども、33ページのみなし事業者ということで、これは市町村が認めるということになっておりますので、詳細は今、私の手元に把握しているものはないのですが、市町村において今の基準に代わるものとしてこうした要件を設定しているという枠組みになってございます。

○菊池部会長 どうですか。

○津下委員 それはどういう仕事に対してのみなし事業者と認めるのか、この辺りをどういう運用にするかということにもなるのかと思ひまして、また介護について専門的な知識もある程度勉強していただきながら介護に関わってもらうのがいいのではないかとということで、その基準をどうされているのか、また事例が具体的にありましたら教えていただければと思います。急ぎませんので、お願いします。

○菊池部会長 その点は追って。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 お調べをして御提供できるように準備をしたいと思ひます。

○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。民間介護委員会の山際でございます。

3点発言いたします。

1点目ですが、今回お示しいただいた各論点につきましては、おおむね賛同できる中身と捉えております。なお、住み慣れた地域で暮らし続けるという観点から、定期巡回であるとか、看多機、小多機などの地域密着型サービスの強化、これが必要だと考えます。また、今回具体的に出されております中山間地の場合には、事業者の数も限られて、人材も圧倒的に不足していることから、論点で示されたような基準緩和あるいは包括的評価の仕

組み、市町村が事業として実施するという点については、必要な内容だろうと考えます。今後、具体的な検討が行われるということになると思いますが、その際に包括的評価の中身やその運用、こうしたことが適切な内容となるよう検討が進められる必要があると思います。また、地域内の事業者連携や残された地域資源、それから地域住民との協力体制といった面的な連携によって、介護職員の専門性の発揮と利用者サービスの質をどう担保していくかについても検討されていく中身だろうと考えます。

2点目です。中山間地の場合につきましては、医療・介護にとどまらず、地域社会全体の問題だと考えています。また、利用者、地域住民の暮らしは、例えば食の確保や移動の足の確保など、様々な生活支援サービスの上に成り立っています。介護サービスの提供を考える際も、地域住民の主体的な参画や互助、残された介護を含めた生活支援サービスを提供する事業者との連携が不可欠だと考えます。その際、厚生労働省だけではなく、例えば総務省が持っている仕組みや補助金、経産省との取組など、省庁の垣根を越えた連携で国や都道府県がバックアップをして、市町村とサービス事業者、それから地域住民が協力し合う関係づくり、地域づくりが必要だと考えています。

先日も人口5,000人未満の中山間地の取組を拝見してきましたが、地域住民の主体的な参画や互助、残された生活支援サービス事業者との連携によって、住民、利用者が住み慣れた地域で暮らし続けることができているという実例を見てまいりました。同時に、こうした地域づくりを進める場合、介護保険制度側であまり制度でつくり込んで縛り過ぎてしまうと、かえって地域で動きにくくなるということがありますので、こうした点については配慮していくことが必要だろうと思います。

最後、3点目です。今後、施設のダウンサイジングや集約といったことが必要な地域が出てくると思われませんが、そうした地域では事業者がそれぞれに施設を持つのではなく、公的な施設をシェアして活用するなど、2040年に向けて制度を柔軟化し、施設の機能の活用幅を持たせていくというような、そうしたいろいろな視点が必要だろうと思っています。

もう一つの視点として、災害地域に建っている施設についても、今回同様に施設が移転できるよう返還を求めないということが必要ではないかと思っています。建設当初はハザードマップ上問題のなかった地域が、直近のハザードマップでは災害危険地域に該当しているような実例も出てきています。災害が頻発している現状を踏まえて、改めてこうした点検と、こうした場合にも適用し移転を促進するような取組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。

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。

まず、冒頭申し上げますが、これ以上給付を縮小する方策は控えていただきたいという

ことを申し上げます。もともと介護保険制度は、保険料を負担する被保険者が要介護認定を受けた後に全国共通サービスを利用できることを基本とする仕組みではなかったでしょうか。その点を踏まえていただきたいと思います。

今回の論点1と2です。地域の線引きが不明確なままサービス提供体制を検討することは、疑問を抱かざるを得ません。対象地域を定めて特例介護サービスを拡張するのではなく、全国どこで認定を受けても必要な給付が提供される体制の構築を全力で検討していただきたいと思います。

論点3の包括的な評価の仕組みについてです。2006年度改定以降、介護予防訪問介護、介護予防通所介護が月単位の定額報酬となった際には、要支援者認定者は必要な回数、時間に応じた利用ができず、それ以前の出来高報酬の範囲内でしかサービスを利用できなくなってしまいました。さらに、小規模多機能居宅介護のように、事業所の恣意的なルールにより要介護度別に提供回数を定めてしまう事態なども想定されます。訪問介護事業所に出来高報酬と月単位の包括的な支払いの選択を認めるとのことですが、事業者は収益が高くなる方式を選択するのが自然な流れです。利用者は出来高か包括報酬かを選べない立場であり、1回当たりの単価が上がるなど、極めて不利になり得ます。今回も月単位定額制が導入されれば、実質的に出来高報酬の範囲内でしか給付が保障されないおそれが高いと考えます。

以上により、包括的な評価の仕組みには反対させていただきます。

論点4、介護サービス事業として実施する仕組みですが、給付に代わる新たな事業の創設ということが示されていますが、既に給付に加えて地域支援事業というものがあります。地域支援事業とは別立てで新たな事業を創設するというのは、給付の一層の縮小につながりかねないため、反対します。加えて、地域支援事業のメニューは増え続けており、これを十分に理解している被保険者は多くありません。利用者本位の介護保険制度とするのであれば、被保険者に分かりやすい仕組みの改善を継続していただきたいと思います。仮に新たな事業を実施する場合でも、市町村の介護保険財政に過度の負担をかけないように、国や県による大幅な助成を講じるなどの工夫が必要だと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

それでは、オンライン参加の皆様からお願いいたします。

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、人口減少が進む地域がある中、需要に応じて必要なサービスを提供できるようにするためには、柔軟な提供体制の整備を可能とする必要があると考えており、各論点についてお示しいただいた方向で議論を進めていく必要があると考えております。

一方、介護保険サービスである以上、保険料負担や利用者負担をする方が納得できる仕組みであること、対象地域に住んでいる方やサービスを提供する方とそうでない地域の方、

いずれにとっても理解される仕組みであることが重要であると考えており、一定の柔軟性の確保も重要である一方、例えば論点1について対象地域の妥当性をどう確保するか、論点2について要件をどう設定するか、評価が適切かどうか、論点4について介護保険を財源としている事業としてどのようなサービスが提供されるかなどの観点も踏まえた上で、今後議論を進めていく必要があると考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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。

論点1に示された考え方は理解できるのですが、論点2については、資料6ページ目に「サービスの質の確保や、職員の負担等にも配慮しつつ」と書かれています。弾力化によってサービスの質の低下、職員の業務負担の増加が懸念されますし、それに伴って離職を誘発してはなりません。介護人材が流出せずに集まってくるようにするためにも、サービスの質の確保や職員の負担が増加しないことはむしろ前提であって、懸念が払拭されなければなりませんので、要件緩和、配置基準の弾力化は行うべきではないと考えます。

論点3については、出来高の報酬にはメリットとデメリットが記載されていますが、包括的な評価の仕組みについては、ポイントとしてメリットのみが記載されています。デメリットとなり得る点、例えば利用者の負担の公平性、隣接する保険者など地域間の差がどのように影響するのか、訪問に要する時間とコストの負担の在り方など丁寧な検討が必要ではないかと考えます。

論点4の事業者によるサービス提供が難しい地域において、市町村の選択肢として市町村が介護サービスを事業として行えるようにすることについては、サービス提供と人材確保の観点からは検討する余地があるのではないかと思います。ただ、事業所の実情に応じた委託費となると、自治体の財政状況に依存して格差が生じ得るかと思しますので、丁寧な検討が必要かと考えます。

最後、論点5についてですが、介護事業者の連携強化については、資料の中にインセンティブも論点として書かれていますけれども、単なる大規模化とは分けて考えるべきだと考えます。サービスの維持や間接業務の効率化などの利点は理解できますが、単なる大規模化は、地域に根差した小規模事業所の廃業のリスクあるいは効率化重視による職員の削減やサービス事業の縮小といったことが生じかねません。そのようなことが生じないようにすべきということは申し添えておきます。

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。

これまでの議論も踏まえた上で、6点の「論点に対する考え方」をお示しいただき、様々

な対応を検討していただいていることに感謝を申し上げます。

論点1、地域の類型の考え方につきまして、中山間・人口減少地域について、当該枠組みの対象となる地域の明確化や当該枠組みを拡大していく方向性については賛成です。その際、拡充対象の要件となる基準や同一市町村に一般市と中山間・人口減少地域が混在するようなケースにおいて、市町村未満の地域ごとの区分を明確化する客観的基準を可能な限り具体的に明示していく必要があると思います。

次に、論点2の地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組みについては「サービスの質の確保や、職員の負担等にも配慮しつつ」と書かれてはいますが、具体的にどのように配慮するのかは示されておらず、サービス事業者間で間接業務等における連携をやること以外について具体的対策となるものが明示されていないため、これのみをもって管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和等につなげることは拙速であると言わざるを得ません。具体的な効果的措置、例えばICTやセンサー、介護ロボットなどの介護テクノロジーの導入支援を行った上で、導入・活用されていることを前提とするなどの対策をはじめ、そのほか様々な目に見える負担軽減策を積み重ねた上で、十分な検証を行い、慎重に判断していくことを求めます。

最後に、論点3以降、事業継続の可能性を高めるための対策を多くお示しいただいておりますが、このように様々な切り口で重層的に対策を講じていくことは大変重要であり、引き続き実現に向けて具体化を図っ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。

石田委員、お願いします。

○石田委員 よろしく申し上げます。3点申し上げます。

まず、論点1、2についてです。3つの地域類型で、ここは人口構造の変化に応じて各地域がその類型を行き来すると書いてありますが、これから先は人口が減少していくという状況を考えれば、より多くの地域が中山間・人口減少地域と分類されるエリアに組み込まれていく可能性が高いと感じます。その中で、今回は、まだ中山間・人口減少地域は限られた地域という限定的な対応で、基準該当サービスではなく、もう少し縮小して離島相当サービスといった形で規則の枠組みを柔軟化していくという論理で説明されております。ただ、今後そのエリアがどんどん拡大していく可能性が高いことから、この柔軟化がより一般的にならないかという懸念をしております。今までいろいろな委員の方からも意見が出ましたけれども、本当にそれでサービスの質の担保が保障できるのかどうか心配しております。実際に中山間・人口減少地域では人員が足りない、専門職が足りないという厳しい実情は理解しております。本当にそうした現状は分かるのですが、そのことで地域によってサービスの質の格差がいつそう拡大してしまうようなことがあってはならないと思っております。

次に、論点4、この介護サービスを事業として実施する仕組みというところで、8ペー

ジに介護サービスを給付に代わる新たな事業とするという提案がされています。現在、既にもう各自治体では総合事業という形で給付に代わる事業が行われているわけです。それに加えて、また新たに事業を提案するという事なので、今まである総合事業等の事業とのすみ分けをどのようにされているか、御説明いただければと思います。

また、利用者ごとの個別払いではなく、事業の対価としての事業費により支払いをするということになっておりますけれども、実際に利用者の側はどのような負担の形になるのかということについても、もし分かれば説明していただきたいと思っております。

最後ですが、論点の5、介護事業者の連携強化というところです。9ページですけれども、ここに連携の事例が出ております。しかし、この内容を見ますと、非常に規模が大きな、どちらかというと大規模化の事例になっています。協働化と大規模化は、いつも並べて表記されておりますが、その内容は大きく違っていると考えます。ここに挙げられているような大規模な事例ではなく、もう少し規模の小さな事業所同士の連携が実際にどのように進んでいるか、ぜひその辺は事例としてまた報告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。

今後に向けた御要望もございましたが、既存の総合事業との関係といった点についての御質問かと思いますが、いかがでしょうか。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。

具体的にどのように制度設計するかにもよるのですが、我々が想定しておりますのは、中山間・人口減少地域で、今、介護サービスの提供がなされているけれども、専門職等の確保が難しい中で、論点マル2あるいは例えば訪問介護の場合に移動のコスト等々を考えると、給付のサービスを確保することが難しくなっている。そういう状況にある中で、マル2やマル3のような論点についてお示しをさせていただいておりますけれども、論点4は、考え方としては、できるだけ中山間・人口減少地域でサービス需要が減少する中でも介護サービスが続けられるようにする必要があるというところでは、マル2、マル3と通ずるところはございます。

そうした中で、ただ、どうしても給付ですと利用者に対する給付になりますので、利用者1人当たりみたいな世界からはどうしても逃れられない中で、単独サービスでは安定的な経営ができない、そうした地域の場合には、例えば介護サービスを提供すること、そういう事業を丸ごとというか、そういう事業に対して利用の人数などにかかわらず事業費としてお支払いをすることが考えられるのではないかということでもあります。こうした考え方自体は今の総合事業とはちょっと違うものなのかと我々は考えておりますけれども、少しどこら辺が違いなのかについては、御議論も踏まえながら整理をしていきた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。

次に、多田参考人からお願いいたします。

○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、参考人として発言させていただきます。

論点4の市町村が介護サービスを事業として実施する仕組みにつきまして、懸念される課題が山積しておりますことから、今後の検討に当たっては、具体的な内容を示していただいた上で、丁寧な議論を行っていただきたいと思います。

資料の8ページに、市町村が給付に代わる新たな事業として介護サービスを実施できる仕組みを設けることが提案されておりますが、このことは介護保険制度創設前への回帰と捉えることもでき、そもそも市町村が実施主体となったとしても、介護人材不足の状況は変わりませんことから、真に実現が可能な制度となるのか疑問が残るところでございます。

また、このような地域におきましては、従来の実績に依じた介護給付では経営が立ち行かないために事業撤退していると考えられますことから、当然、事業費は従来の実績を上回ることが想定されます。この事業については介護保険財源を活用して実施できる仕組みを設けるとされておりますが、具体的な内容が示されていないため、その是非を判断できないものでございます。

いずれにいたしましても、懸念される課題は山積しておりますことから、今後の検討に当たっては、具体的なスキームを示していただいた上で、現場の状況に沿った丁寧な議論を行っ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。今後に向けた御要望ということで承らせていただきます。

それでは、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。

それぞれの論点ごとに発言させていただきます。1点質問をよろしく願います。

論点1でございますが、ページ3に示されております大都市部、一般市等、中山間・人口減少地域の類型ですが、大都市部や中山間・人口減少地域につきましては、顕著な状況が見られると考えられます。一般市等において、高齢者人口の増減が2040年までに増加から減少に転じる地域や中心部から離れた地域では中山間や人口減少を抱えるエリアもあるため、人口構造に応じてサービス事業の変化を注視し、早い段階から各地域が3つの類型を行き来することを想定した必要に応じ柔軟なサービス提供の体制が必要と考えております。

また、4ページ、「論点に対する考え方」の3つ目の○に、中山間・人口減少地域は、特別地域加算の対象地域を基本としつつ、さらに人口減少や地域の事業等も勘案してその対象地域の拡充が考えられないかとありますが、能登半島地震の被災地域がまさに人口減少による対象拡充地域に該当すると考えられますが、そのような理解でよろしいか伺いをいたします。

論点2につきまして、6ページ、中山間・人口減少地域の施設においては、特に専門職員の人員確保が難しく、配置基準が満たせなくなるおそれがあります。介護事業があるにもかかわらず職員の不足により介護サービスの空白地帯が生じるということがないよう、基準該当サービス、離島等相当サービスについて、施設系のサービスを加えていただき、安定経営可能な報酬としていただきますようお願いいたします。

論点3でございます。7ページ、「論点に対する考え方」に、安定的な経営を行うための報酬の仕組みとして、例えば、以下に記載している訪問介護の現行の出来高報酬と利用回数に左右されない月単位の定額報酬（包括的な評価の仕組み）を選択可能とするような枠組みについてです。安定的な経営を行うための有益な選択肢ではないかと感じるのですが、これは保険対象サービス費用の9割の保険給付についてのみ選択可能として、残りの1割の利用者負担の考え方は従来の出来高報酬として、過度な利用者負担を求めることがないよう仕組みの検討をお願いいたします。

加えて、中山間・人口減少地域につきましては、さらに地域の人口減少が進み、担い手もいないことが認められます。在宅介護における要介護度4、5の利用者が減少し、施設入所となるケースが多く、夏季期間と冬季期間でも季節の特性としてミドルステイ的な施設利用等もあり、稼働率の変動が大きいです。年間を通じて安定的な経営が行える報酬の仕組みの検討をお願いいたします。

論点4、8ページにおきまして、中山間・人口減少地域は、通所介護、訪問介護は経営が特に困難です。一定の規制は必要と思いますが、例えば特別養護老人ホーム等の一部で小規模なデイサービスを提供するなど、既存施設も有効に活用できると考えられます。人員配置の緩和や随時受入れ人数等の切替えができるような仕組みも考えられます。

論点5でございます。10ページの都道府県、市町村、法人、事業所の果たすべき役割は財政支援も重要なことから、関係機関協議の段階から行政の関与が必要と考えます。

論点6でございます。これについては、厚生労働省の所管である障害や児童の事業の転用も、配置基準の緩和や兼務の在り方も必要と考えます。将来的には特別養護老人ホームの一部を改装し、サ高住等の厚生労働省所管以外の転用も有効活用が可能なことから、特例に含める検討をお願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

1点お尋ねがございましたが、いかがでしょうか。

○江口総務課長 総務課長です。

中山間・人口減少地域の該当地域の考え方として、資料4ページのとおり、特別地域加算の対象地域を基本としつつ、さらに人口減少や地域の事情等も勘案してその対象地域の拡充が考えられないかということをお提案しております。この点に関しまして、例えば能登半島地震の被災地域もそのような考え方を踏まえると対象地域に該当するのかどうかという御質問だったと思いますが、現時点でどこの地域が具体的に該当するということをお

言はできませんけれども、考え方としてはまさしく人口減少の要素等を勘案しながら対象地域を考えていくということになります。

○菊池部会長　ということでございますので、よろしく願いいたします。

次に、伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

事務局からお示しいただいた3つの地域に分類をして、特に離島や中山間地域の人口減少区域において、地域の実情等に応じて柔軟なサービスを提供・確保していくことは重要だと考えています。その際には、対象となる地域の明確化、特に市町村の中の一部エリアも対象とするのであれば、対象地域の考え方を国でしっかりと提示をしていく必要があると考えます。

また、地域におけるサービス供給の状況等を踏まえると、柔軟なサービス提供あるいは弾力化など様々な手法を用いていくことは必要だと考えています。その検討にあたっては、サービスの質の確保、職員への負担、加えて、財源の問題等を含めて納得感あるいは理解が得られるように慎重に検討を進めていくことが必要だと思います。例えば、他の委員からも御指摘がありましたが、論点3の中の包括的な評価の仕組みにつきましても、ポイントとしてメリットのみが記載をされていますが、利用者負担などの課題、デメリットについても整理をした上で、慎重に検討を進めていただきたいと思います。

このほか、介護サービスをどう維持・確保していくのか、サービス提供体制、支援体制をどう構築していくのかは大変重要な課題ですが、その一方で、制度の持続可能性を確保していくためには、介護サービスを支える負担をどうしていくのかといった大前提の課題があります。制度を支える現役世代の負担の軽減、保険料負担の抑制に向けて、給付と負担の見直しについても丁寧に議論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。

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。

最初に、地域の類型の考え方ですが、全国を3つの地域に分類することについてそれをどこにするのか、人口によって分けるのか、いろいろな考え方があると思いますが、大まかな方針だけでも明らかにして議論を進めていく方が良いと思います。その際に、先ほど石田委員もおっしゃっていましたが、今、日本の国ではどちらかというと中山間地域が特殊ということではなくて、中山間地域や中小都市が一般的であって、数的にも多いかと思います。都市部のほうが特殊な状態になってきているのではないかと思います。それを踏まえた診療報酬や介護報酬の体系をつくっていくことが今後必要ではないかと考えます。

論点2のページ6です。今のことを踏まえると、例えば全国一律の介護報酬とありますけれども、全国一律ではないようにする、地域と都市部を分けるという考え方もあると思

います。様々な問題が発生してくるというのは理解していますが、ここまで都会と地域との差が大きくなっていることを考えると、全国一律の報酬体系を果たして今後続けていけるのかどうかということも考慮する必要があると思います。例えば、都市部では競争の激化によって経営が成り立たない、地方では高齢者、サービス対象者の減少、また、スタッフが減少することによって施設などが成り立たないと、原因が全く違ってきています。前回の改定で都市部で頻回に訪問診療に行っていることに対する評価を適正化するということが行われましたが、全国一律だと地方の訪問診療の介護報酬に影響して、それに巻き込まれてしまって、経営が苦しくなっているところも現に出てきています。今後は都市部と地方の違いを考えていかななくてはならないのではないかと思います。

それと、ページ7のところですが、先ほどから小林委員やほかの委員もおっしゃっていますけれども、包括的な評価は質の低下や利用者にとって適正かという感覚が乏しくなるというところがデメリットとして挙げられるのではないかと思います。

最後に、ページ8の市町村が財源活用できるというところがあるのですが、果たして市町村に活用できる財源の余裕があるのかと、疑問でありますので、その辺りも考え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。

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。

2点ほど意見を述べさせていただきます。

まず、6ページの論点2ですけれども、中山間・人口減少地域において特例介護サービスの枠組みの拡張が提案されております。このような地域において必要なサービスを受けられる体制を維持するために大きな課題があることは承知しております。一方で、「論点に対する考え方」の2点目の管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和などにつきましては、現行の居宅サービス以外にも実施対象を広げるということで、施設系サービスの場合は居宅と違いまして24時間の対応が求められるということもあり、ここに従事する職員の負担の増加と、それに伴う人員確保の困難につながるおそれがあります。サービス・事業所間での連携を前提とあるように、論点5でも示されております複数介護事業者間での連携を可能とする枠組みを確実に実施した上でも、なおかつ必要な場合に限るなどの対応が必要であると思っております。本日の資料では具体的なイメージがつかめませんので、お示しいただいた上で検討する必要があるのではないかと考えております。

続きまして、7ページの論点3ですけれども、サービス提供回数に左右されない包括的な評価の仕組みを選択可能とする案につきましては、訪問回数に応じて毎月の収入が変動する出来高報酬により安定的な経営が困難となる場合への対策として示されております。しかし、そもそも移動距離の長さも含めて採算を合わせるのが難しい地域ですので、採算を合わせようとするとう利用者負担が増加し、そうでないと事業者負担が生じることになり

ます。あるいは、コストを最低限にするために必要なだけの訪問内容を確保できなくなる懸念がございます。委員の皆様にも御指摘がありましたように、資料にはポイントとしてメリットばかりが並んでいるように見えますけれども、包括的な評価の仕組みのイメージをもう少し具体的に示していただけたらと思います。

さらに、選択可能な仕組みとしますと、利用者の立場からは同じ介護サービスを提供する事業所間で費用負担の方法が異なるため、混乱を招くおそれもあり、慎重な検討が必要と考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、河野参考人、お願いします。

○河野参考人 中島委員の代理として出席させていただいております全国町村会行政部長の河野でございます。

本会では、中山間・離島等の地域における訪問系サービスは、移動負担による影響が大きいことから、移動時間を考慮した報酬上の評価の仕組みを設けるなど、地域の実情に応じた新たな支援策の構築を要望してきたところでございますので、このような議論の機会をいただき、感謝申し上げます。その上で、幾つか意見を申し上げます。

まず、論点2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提供体制の維持は不可欠であり、方向性としては理解いたします。しかしながら、前回の部会でのヒアリングにおきまして、基準該当サービスや離島等相当サービスを利用している事業所であっても、介護報酬だけでは賄えない状況にあるとの説明があり、財政的な下支えが不可欠でございます。ぜひとも特例介護サービスの現状を十分に把握した上で、課題があるのであればそれを解消できるような形での検討をお願いしたいと存じます。

次に、論点3の包括的な評価の仕組みについてでございます。利用回数に左右されない月単位での定額報酬は、事業者の安定化に資する可能性があり、おおむね地域の実情に即した考え方だとは思いますが、介護保険料への影響を十分に考慮し、検討をお願いしたいと思います。

また、論点4の「介護サービスを事業として実施する仕組み」につきましては、この仕組みを利用する市町村にどの程度の事務負担が生じるのか、また介護保険財源だけで全ての事業費が賄えるのか、それとも一般財源の拠出も求められるか等の不明確な点も多くございますので、メリットとデメリットも示していただきながら、今後の検討を慎重に進めていただければと存じます。

最後に、論点6でございます。中山間・人口減少地域において高齢者の減少により高齢者施設内に空きスペースが生じることが想定されます。高齢者施設運営法人の経営の安定化や施設の有効利用、人材の有効活用等のためにも、ほかの社会福祉施設等への転用につきまして、今回示していただいております地域の実情に応じた柔軟な対応ができるような形での検討を進めていただければと存じます。

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。

それでは、尾崎参考人からお願いします。

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

前回の部会におきましては、本県から離島や中山間地の厳しい実情についてお話をさせていただき機会をいただき、ありがとうございました。今回提示いただいた論点は、前回部会で委員から出された意見も踏まえ、短い期間で具体的な論点整理がなされており、感謝を申し上げます。今後、制度として運用していくに当たっては、様々な課題があるかと存じますが、御提示の内容は離島や中山間地等の人口減少地域におけるサービス維持に大変有意義なものであると受け止めております。

そうした中で、3点意見を申し上げさせていただきます。

まず、論点1、地域の類型の考え方です。前回本県から御説明したとおり、離島等相当サービスなどの柔軟なサービス提供や特別地域加算については、働き手がおらず閉鎖を考えていた事業所の事業継続や訪問介護事業所の経営の安定化につながっており、人口減少が進む地域において重要な制度であり、今後新たな柔軟化の枠組みについて地域の実情に応じて適用できる地域を広げて考えていくことは必要なことであると認識しております。また、こうした制度につきましても、準備期間が短ければ都道府県や保険者が趣旨の理解や検討を十分に行えず、制度が有効に活用されないといったことも考えられますので、介護保険事業計画策定スケジュールを踏まえ、早期の照会や趣旨が分かりやすい資料の提供に御配慮いただければと思います。

続きまして、論点3の訪問系サービスにおける包括的な評価の仕組みです。今回示されました移動時間も含めた評価の仕組みにつきましても、利用者間の移動距離が長い地域でサービスを提供する事業者にとって大変ありがたいことであると考えております。本県の離島などでは、集落が点在し、高齢者がお独りで生活されているケースも多く、訪問介護等の在宅サービスが生活の支えとなっております。地域の貴重な資源となっている事業所の実態が適切に評価され、運営の継続につながるよう、本部会や分科会で丁寧な制度設計の議論をぜひお願いできればと考えております。

最後に、論点5、介護事業者の連携強化です。国におきましては、事業者の協働化の取組が推進されており、本県でも補助金を活用して今年度5つの地域で協働化事業が進められております。小規模な事業者が多い離島・中山間地域でこそ必要な取組でございまして、将来的に社会福祉連携推進法人につながることを期待しております。社会福祉連携推進法人の制度面に関しましては、事業者から現在実施できる業務のみでは立ち上げるメリットが少ないとのお声を伺っております。「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会でも議論されており、具体的には福祉部会の担当かと思いますが、人材不足が深刻な中山間・人口減少地域においては、今後社会福祉連携推進法人が介護保険事業等の社会福

祉事業を担うことができるよう見直し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。

それでは、松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。

私からは1点御意見を申し上げます。

介護サービスにつきましては、今後も必要な方が必要なサービスを受けられることが大変重要だと思っております。その中で、御提案いただいた論点1の地域類型につきましては、これはぜひ具体化が必要だろうと考えてございます。

また、論点4の提案や現行の総合事業が利用者にとってよりよい制度として活用できるよう、丁寧な検討を進めていただきたいと考えてございます。

あわせて、利用者に向けて我が国の今の社会経済の状況を踏まえて、介護保険制度の将来像を丁寧に説明していくことも必要なのではないかと考えてございます。

我が国社会を次世代につなげていくために、今後の社会のありようについて国民全体にも共有していくことが必要ではないかと考えているところでございます。

御意見、以上でございます。

○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。全老健の東でございます。

最初に、中山間・人口減少地域においてサービスを継続・充実させていくためには、今回論点として挙げていただいているもののどれもが重要と考えます。その中のどれか1つを行えば課題を解決できるというものではなく、複数の方法を用いて対応していくことが必要と考えます。

次に、論点に沿って意見を申し上げます。

まず、資料1の4ページの論点1「地域の類型の考え方」ですが、今後この3つの地域に分けて考えていくことになっております。資料1の4ページの下から2つ目の○にございますように、3つに分けた市町村の中でもエリアによっては人口減少の進展が異なるということもあり得ます。したがって、御提案にありますように、市町村の中の一部のエリアについても対象地域とするということについては賛成でございます。

次に、論点2でございます。資料1の6ページの右に考え方が整理されております。その2つ目に「サービス・事業所間の連携等を前提に、管理者や専門職の常勤・専従要件、夜勤要件の緩和等が考えられるか」とございます。極端にサービス提供が少ない、またはサービスがない地域においては、今ある社会資源を有効に活用するという意味でも、既存のサービスで他のサービスを補填・支援できるのであれば、みなし指定等の規制緩和についてこの中で解決していけるものもあると思いますので、ぜひ検討していただきたいと思います。

次に、資料1の7ページの論点3でございます。中山間・減少地域における訪問介護について、包括的な評価の仕組みを選択制で認める、この選択制であれば私は提案には賛成でございます。

次に、資料1の8ページ、論点4「介護サービスを事業として実施する仕組み」が示されております。これまでの個別払いだけではなく、事業費（委託費）により支払いを行うことでサービス提供する仕組み、これは今後ますます深刻化と思われる人材不足を補う意味でも意味のある提案だと考えます。

最後に、先ほどから様々な委員から今回の踏み込んだ幾つかの御提言に対し、疑問や懸念の御発言がございました。しかし、今回のこの提案はあくまで中山間・人口減少地域にのみ適用されるものと考えております。冒頭でも申し上げましたが、保険あってサービスなしの状況をなくすためには、このような思い切った施策を総合的に行う必要があると考えます。

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。

まず、前提として、介護需要の推計が大変重要になります。同じ人口構成の地域でも介護需要には差異がありますので、地域の実態に即した精緻な需要の推計が求められますし、その需要に基づいて柔軟なサービス提供の可否を検討する必要もあると考えます。中山間・人口減少地域においては、人材確保と健全経営の担保が課題となります。本人が希望することを前提とした人材派遣及び手当の支給や、事業所への補助金等による経営支援もセットで考えていく必要もあるのではないかと思います。また、人員基準を緩和した場合の職員の負担については、十分な配慮が求められると考えます。

論点3の包括的な報酬につきましては、サービスの対価である報酬について、住む地域によって同じサービスの自己負担が異なることについては、より詳細な検討も必要と考えます。既に位置づけられているサービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、いわゆる定巡がございますので、そういった仕組みも参考となるのではないかと思います。事業者の参入促進の観点からは、定巡における現行の公募制を手挙げ方式に見直して、参入の下地をつくっていくことも方策ではないかと思います。

論点4につきまして、人口規模の小さな市町村も多々あり、今後増加してくるため、市町村の人材や財源の確保が可能かどうか、慎重な検討も求められます。今後、新たな地域医療構想に呼応する介護や障害福祉サービスの構想や医療・介護連携の議論を行う協議の場の常設をこれまでも要望してきておりますけれども、そういった協議の場で地域の関係者がしっかり協議することが重要と考えます。

論点6につきまして、反対ではありませんが、現実的かどうか、職員の対応や確保など課題は多いと思いますので、さらに詳細な検討が必要と考えます。

最後に、本日の論点にない視点といたしまして、地域によっては集住化して集約的にケアを提供する必要性も高まるため、住まい政策と連携した取組を検討することが必要であり、住民に選択肢を示していくことが大切と考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

一通りお手をお挙げいただいた皆様から御発言いただきましたが、よろしいでしょうか。特に追加でございませぬようでしたら、ここまでとさせていただきます。

議題1につきまして様々な御意見をいただきまして、ありがとうございます。これらを踏まえまして、事務局におかれましては、今後の議論に向けたさらなる準備をお願いしたいと思ひます。

様々な御意見をいただきましたが、多かつたと思われたのは、包括化をめぐる御発言、御指摘が多くあつたかと思ひます。私も個人的な話で恐縮ですが、先週は奈良県の吉野郡でのお話を伺ひ、あるいは先月は石川県能登の珠洲市に伺つて状況を伺ひましたが、この分野は準市場といわれますが。そもそも人口減でマーケットとして成り立ち得ない状況になりつつあることですか、あるいは供給体制の中で、事業者、サービスを提供する方の確保もままならない状況にあると。恐らく何らかの措置を講じないと地域は立ち行かない状況にあることは明らかだろうと私自身は肌で感じているところでございます。そういうこともあつて、今日、中山間地域の新たな施策の御提示があつたものと思ひます。

もちろん、まだ具体的な形になつていない部分も多々あろうかと思ひます。様々、皆様からの御指摘もいただひていますので、今後またより具体的な形でお示しいただけると思ひますし、包括化の部分も、ここは野口部会長代理のまさに御専門でありますけれども、出来高払い、包括払い、これは医療分野では多くの蓄積があろうかと思ひますけれども、ここは津下委員からも御指摘がございましたけれども、医療サービスと介護サービスの違いを十分踏まえる必要があると思ひますので、その辺りは今後野口委員の御助言もいただきながら、事務局としてもお考えいただけるといいのではと思ひました。

また、山際委員から御指摘がございましたけれども、先ほど私も申し上げたような地域や、そもそも介護だけではない地域の生活を営んでいく上でのサービスそのものをどうやって確保していくかという状況で、食料を含めた日用品もそうですし、交通手段もそうですし、そういったものを含めて地域におけるサービスそのものをどう維持していくのか、どこかにそういう視点を持っていないといけないということで、ここは介護保険の在り方を議論する場ですけれども、総務省というお話もございましたし、最後に江澤委員から住まいのお話も出て、これは国交省になってくるかと思ひますが、省庁間連携ということになってきますけれども、どこかでそういった視点を持ちながら施策を進めるといったところで、少し省庁間の連携あるいは意見交換もお考えいただけるとよいのかと思ひます。例えば、社援局の地域共生社会推進室と総務省はそういう連携も始めていると承知していますので、そういった形でも進めていただけると、さらに施策全体として福祉だけではない、

介護だけではないものとして、より地域の皆様に資するような施策になるのかと思った次第です。

余計なことを多々申し上げてしまいました。時間がないと言いながら、申し訳ございませんでした。

野口委員、御意見伺おうかと思って遠慮していたのですが、せっかく御専門のところなのでお願いします。

○野口部会長代理 菊池先生からDPCというか医療のほうの包括の話があったので、皆さん、包括というとコスト削減にどうしても注目されるのですけれども、もちろんそういう意味合いが全くないわけではないわけですが、医療のほうのDPCというか包括の意味合いは、サービスのスタンダライゼーションというか、標準化というものがあったのですね。医療施設によって物すごく同じ病態でもばらつきがあるところを、包括することによってトリートメントというか治療のパターンみたいなものを標準化すると。それによっていわゆるガイドラインを明確にして、皆さん同じような標準化された医療が受けられると。ですから、必ずしもコスト削減というところばかりではなくて、先ほどから皆さんすごくおっしゃっているような介護のサービスの質あるいはその標準化というところも包括の中には含まれているということを、菊池先生の御発言があったので、一言だけ申し添えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。大変参考になります。

そういった今のお話もございますので、医療分野での蓄積もあるという中で、介護との違いも踏まえつつ、メリット、デメリットをきちんと俎上にのせながら議論していくことが非常に生産的かと思いますので、よろしく願いいたします。どうもありがとうございます。

続きまして、議題2「その他」の「(1) 情報介護情報基盤について」に移ります。

資料については前回事務局から御説明いただきましたので、本日は審議から始めたいと思います。事務局説明なしということになるのですが、委員の皆様から御発言がございましたら、これも恐縮ですが、お一人3分以内ということをお願いできればと存じます。まず、会場ではいかがでしょうか。

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です。

保険者や事業所の事務負担の軽減、簡素化そのものに反対するものではありません。現場の負担が減り、必要な支援が滞りなく届くということは、当事者家族にとっても非常に重要です。

しかしながら、介護保険証のペーパーレス化、すなわちマイナンバーカードの活用ですとか、スマートフォンによるマイナポータルへのアクセスを前提とする仕組みは、認知症の方やその家族、高齢者、身体障害などのある方、いわゆる情報弱者にとって、必ずしも優しい制度設計とは言えないのではないのでしょうか。操作や管理の難しさ、端末や通信環

境の有無、紛失、ロック等のリスクは、日常の不安や負担を増やすことにつながりかねません。

制度上は紙の被保険者証かマイナンバーカードかを被保険者が選択できると伺っておりますが、とはいえ現場でマイナンバーカードをお持ちでないと負担軽減ができません、手続が遅くなりますなどと、実質的な闇の圧力というか、実質的な圧力や利用者側の遠慮が生まれてしまうことが強く懸念されます。保険者、地域包括支援センター、ケアマネジャー、事業所のいずれにおいても、そのような空気が生じれば、当事者や家族が後ろめたい思いを抱き、必要な支援の利用をためらうという事態が起きかねません。つきましては、誰一人取り残さない移行のため、以下の点、丁寧に御説明を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。

会場はよろしいですか。

それでは、オンラインで幸本委員、お願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。商工会議所の幸本でございます。

介護情報基盤の整備は、利便性の向上や負担の軽減につながる取組であり、これを積極的に進めていただければと思います。

その上で、取組の効果を高めていくためには、連携がキーワードとなると思います。介護情報基盤による情報共有は、介護関係の利便性の向上に資することはもちろんのこと、医療をはじめとした介護以外の分野との連携強化、効率化、サービスの質の向上にもつながるものと理解しております。

また、今後のサービス提供体制等の在り方を考えると、介護にとどまらない多職種、多業種、多様な主体との連携が大切になると考えます。以前も申し上げましたが、その核としては、かかりつけ医の役割が非常に重要になると思います。介護情報基盤の整備を進めるとともに、かかりつけ医機能のさらなる強化についても御検討をお願いしたいと思えます。

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。全国老協の山田でございます。

5 ページの介護被保険者証の事務・運用等の見直しについて意見を申し上げます。まず、介護被保険者証の交付の時期について、現行の65歳到達時に一律交付から、要介護認定申請時に交付へと見直す案については、現実的かつ合理的な方向性であり、賛同いたします。むしろそのほうが現実的によいと考えます。ただし、制度変更により申請への心理的ハードルが高くなることがないように、住民への丁寧な説明、広報を行って、運用面で混乱が生じないように留意すべきです。

また、マイナンバーカードの活用につきましては、市町村により高齢者への普及状況に

格差があること、カード作成や管理に不安を抱える人が一定数存在することから、当面の間、紙の介護被保険者証の継続も視野に入れて検討する必要があると考えます。現場では、負担割合証や負担限度額認定証に加えて、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証など、複数の証を管理している利用者も多く、毎年の更新に伴う手続の煩雑さから、数年前の証を携帯している事例も散見されております。こうした実態を踏まえ、マイナンバーカード保険者証やマイナポータルの仕組みについては、本人のみならず利用者家族や支援者にも分かりやすく説明し、定期的な情報提供やサポート体制の整備が不可欠です。

また、災害時における介護情報基盤の活用について申し上げます。災害時においては、介護被保険者証やマイナンバーカードを持たずに避難される方が多くなることが想定されます。そのため、災害救助法適用地域に限り、特別措置として一定期間、氏名や保険者情報のみで情報閲覧を可能とする仕組みについては、妥当な対応であると理解します。ただ、近年の災害では、地震、豪雨、土砂災害など複合的に発生するケースが増えており、避難や救助活動の迅速な対応を妨げることがないように、現場での混乱を最小限にとどめるなどの柔軟で現実的な事務フローの構築と運用体制の整備が必要です。命を最優先とする観点から、介護情報基盤の活用に当たっては、災害時の実務に即した実効性ある対応を検討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。

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。

まず、1つ目の介護被保険者証の交付についてです。実態に照らせば、要介護認定申請時に交付する対応については理解できますが、要介護認定後、すぐにサービスの利用を開始できるように、認定審査期間のところでも話題になりましたが、速やかな交付が徹底されるよう対策をお願いしたいと思います。

それから、1つ質問があります。災害時において特別措置として被保険者証などがなくても氏名や保険者名などで介護情報基盤を閲覧できるようにするという点についてなのですが、対象となる介護事業所にDWATや福祉避難所も入っているのかどうか、そこを念のため確認させてください。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問に対して、いかがでしょうか。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

御指摘いただきました被災地の中に支援で入る方々についても対象とするようにということで、8ページに例示としてお示しをさせていただいているところでございます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○小林（司）委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、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。

資料2、5ページの介護保険被保険者証の事務・運用等の見直しにつきまして、将来的な方向性を示していただくとともに、見直しによって現場の負担の軽減につながるよう適切な制度設計をお願いしたいと存じます。

介護保険被保険者証については、資料2の4ページのペーパーレス化の方向性において送付が不要となることが示されており、その前提となる医療情報プラットフォームの構築に向けて都市自治体として努力しているところではございますが、その進捗は都市自治体、医療機関、事業者によってばらつきがあり、介護情報基盤の運用に当たって、当面すぐに被保険者証のペーパーレス化を実施することが難しいことは理解できるものでございます。今般示された事務や運用等の見直し案においては、要介護認定申請時に被保険者証を交付する対応に変更してはどうかとされているところではございますが、この見直し案につきまして、これまでどおり紙ベースで交付するのかどうか、また介護情報基盤の構築を進めていく間の限定的な見直しであるのか、基盤が整備された後も含めた対応とすることになるのか、その方向性を明確に示していただきたいと存じます。

また、サービス利用時の本人確認において、従来の被保険者証による確認とオンラインの確認が併存した場合、保険者をはじめ、現場の事務負担、費用負担の軽減につながるよう、適切な制度設計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。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

介護情報基盤について、介護被保険者証の事務や運用等の見直しについて御提案されておりますが、それぞれの具体的項目について進めていただくことには賛成です。ただし、介護被保険者証の交付のタイミング変更については、現在でも守られていないため課題となっております、原則として要介護認定申請から30日以内に要介護認定結果を通知するというルール徹底に悪影響が出ることがないように、要介護認定と介護被保険者証交付が並行して行われますように、しっかりと対策を講じていただきたいと思います。

次に、マイナンバーカードの利活用による取組につきましては、マイナンバーカードを取得・管理することができない高齢者がいらっしゃることも前提とした項目も記載されていますが、そういった御利用者に十分に配慮しつつ取り組んでいただくことが重要だと思います。また、マイナンバーカード取得・管理に当たって、現場の介護従事者の負担とならないよう進めていくこともお願いしたいと思います。

加えて、マイナンバーカードを利活用するに当たり必要とされる機器導入に関するコストについて、支援を行うことも併せて検討する必要があると思います。

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 介護サービスの質及び効率性の向上のためには、今後は介護分野でもマイナンバーカードを活用し、ケアプランの内容や要介護度等の情報・データの関係者間の共有や、医療分野と同様に個人の健康や医療に関わる情報の連携を進めていくべきです。そのためにも、マイナンバーカードを基軸に介護保険資格確認等ウェブサービスが積極的に活用されるよう取り組んでいただくようよろしくお願いいたします。

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 確認なのですが、この介護被保険証の交付のところでは、従来の65歳になったときに交付されるというのではなくて、今回、要介護認定申請時に保険証を交付するという、この方法は賛成でございます。ただ、例えば先ほども御意見がありましたけれども、要介護認定申請のときにその場で手渡されるのかどうかということ。

それから、要介護認定申請は、本人ではなく家族がするという場合もままあります。そういった場合に被保険者証がすぐ家族に手渡されるのかどうか、本人にその後郵送されるのかどうか、細かいところなのですが、こういったところについての取決めがどのようにされているか、もし分かっていたらお聞きしたいと思います。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お願いします。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長です。

詳細はこれから検討するところでございますけれども、基本的には申請時に認定結果が出る前に早めにお渡しすることを想定しておりますし、その他の運用については利用に支障がないように検討していきたいと思っております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

先ほども出ていましたけれども、医療との連携というところを考えていただきたいと思っております。マイナンバーカードから情報収集するときに、例えば既往歴や手術歴、それから現在服用している薬の情報が入っていると思うのです。ただ、それを引っ張り出そうと思うと、すごく手間がかかるのか、すごく膨大な資料からと。現在、服用している薬の情報というところは、そこだけ別に取り出せるのか、そこだけ見られるようにということをお話ししますと、そのように変えていただいたのですが、いろいろな情報がたくさん入っているのはいいのですが、患者さんの歴は長いので、それが速やかに把握できるような状態になることが大切かと思っております。せっかくマイナンバーカードがあって情報がたくさん入っているのですが、また診療情報提供書を確認したり、電話

での問合せをしたりということが少なくなるようにということで活用していければいいかと思っております。

もう一点、災害時ですけれども、先ほどもお話が出ていましたけれども、カルテそのものがない場合が多いので、また保険証を持っておられない方と同じことなので、マイナンバーカードを持っておられない方が普通なので、名前だけで見られるような仕組みを、その特別のときということでもいいのですけれども、そういった工夫も災害時には特に必要かと思えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかにはおられませんでしょうか。

会場から津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

被保険者証が65歳のときに交付されることは、65歳になったときに介護保険という制度について一般の国民が実感をもって知る機会でもあったと思うのです。その機会が失われてしまうことにならないか、心配があります。あなたが対象ですよというメッセージは介護保険の理解を進める上でも重要なもので、国民に対してしっかりと意識づけをすることにつながります。介護予防とか、地域でどのようなことをされているかを知ることにつながるような、そういう案内はコスト削減の文脈で言われているのですけれども、なくなっていいのかというのは心配しているところになります。

2点目なのですけれども、保険者証は交付しなくても、番号自体は65歳以上になったときに採番されているという認識でよろしいのでしょうか。というのは、紙は来ないけれども、マイナンバーカードなどで見るとその人が65歳以上で介護保険の1号被保険者であるとか、そういうことが分かるような形にはなるのかについてお尋ねしたいということです。

あと、情報基盤で、かかりつけ医の主治医意見書というものはあるのですけれども、それだけではなくて、患者さんはいろいろなところで受診していて、複数の医療機関にかかっている情報も介護の現場では必要ではないかと思うので、この情報基盤がきちんと使いやすいようになることは期待したいと思えます。

以上です。

○菊池部会長 事務局から、どうぞ。

○西澤介護保険計画課長 ありがとうございます。

現在、市町村でも例えば介護保険料をお知らせするとか、被保険者証送付以外にいろいろなことがありますので、そういったときにそういう広報などをしていच्छゃると思えます。それはそれで非常に大事だと思いますので、実態を踏まえながらやっていただくところかと思っております。我々としてもちゃんと広報を国でもしていけないといけないとはいつも思っております。

2点目のところは御理解のとおりで、65歳になった時点で番号自体は付番されますので、

マイナポータルで確認することは可能でございます。

○津下委員 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。

ほかにはいかがでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございます。

いろいろ御意見をいただきましたが、原案に反対という御意見はなかったと認識してございます。様々ないただきました課題あるいは御指摘に十分留意していただきつつ、方向性についてはここで可とし、進めていただくということで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、様々御指摘がございましたので、これらも踏まえながら進めていただければと思います。ありがとうございます。

最後に、もう一つ報告事項となりますが、議題2の「その他」の「(2) 医療法等の一部を改正する法律案について」です。

この法律案には、医療と介護の連携など本部会に関係する内容も含まれておりますので、事務局とも相談し、本日医政局から御出席をいただき、御報告いただくことにいたしました。

それでは、どうぞよろしく願いいたします。

○水谷医政局総務課長 医政局総務課長でございます。

資料3「医療法等の一部を改正する法律案について」に沿って御説明申し上げます。

右下ページ番号1ページ目、医療法等の一部を改正する法律案の概要が書いてございます。法案の中に様々な事項が含まれておりますが、今、部会長から御指示があったとおり、医療と介護の連携ということに特に焦点を絞って御説明をさせていただきたいと存じます。

1番のところに「地域医療構想の見直し等」とございまして、ここの部分が医療と介護の連携に一番関わる部分でございます。この背景にあること、これはもうこの部会でもいろいろ御議論いただいているかと存じますが、85歳以上の高齢者、これは医療・介護の複合ニーズを有する方、そうした方々が2040年頃までに増加をしていくということでございますので、これを医療の面から見ますと、85歳以上の方を中心に、高齢者の救急搬送すとか、あるいは在宅医療の需要も増加をしていくということでございます。

2つ目の観点で、生産年齢人口、これはほぼ全ての地域で減少いたしますが、高齢人口、これは大都市部では増加、過疎地域では減少、逆に地方の都市部では増加する地域と減少する地域がある、すなわち地域ごとに様々な状況にある、そうした状況でございます。こうした中で、全ての地域、全ての世代の患者が適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができる、それと同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる、こうしたことを目的とした見直しでございます。

地域医療構想でございますが、2ページ目でございます。これは医療法等の一部を改正

する法律案の基となりました医療部会において昨年末に取りまとめいただいた報告書の概要でございます。地域医療構想につきましては、2025年、今年を目標年度として今、進めているところでございますが、病床数の議論が中心になってしまっていて、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくいですとか、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない、こうした課題が指摘をされてございました。

このため、この2ページの最初の枠囲みのところでございますが、新しい地域医療構想におきましては、入院医療だけでなく外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る、そうしたものとして位置づけるということとしてございます。

具体的に、この介護との連携ということでございます。これは法律が成立をいたしましたら、さらに具体的なガイドラインということでお示しをしていくという意味において、まだそうした段階のものでございますが、冒頭に申し上げたとおり、85歳以上の医療・介護の複合ニーズを有する高齢者の方が増加していくということでございますので、そうしますと、医療や介護を受けながら在宅で療養する方が増加する、こうした点と、特別養護老人ホーム、介護医療院、介護老人保健施設など、そうした高齢者施設からの救急搬送も増えてまいります。また、そうした入院患者の退院先が介護施設となる、こうした事例も増えてくるわけでございます。そうしますと、これからの医療提供体制を考えるときに、在宅医療を行う医療機関、訪問看護ステーション、それから介護施設、事業者等との連携、こうしたことが重要になるほか、こうした医療機関と介護施設との間での情報共有を含む連携体制の構築、こうしたことが重要になってくると考えてございます。

ページをお戻りいただきまして、1ページでございますが、こうしたことを踏まえると、地域医療構想を議論いただくときに、これからは介護保険事業あるいは在宅医療・介護連携推進事業を実施していただいている市町村の役割が大変重要になると思っております。今回の法律案におきましては、地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化させていただきまして、課題に応じて市町村にこの地域医療構想調整会議に参画いただいて、この医療と介護の連携等、こうした課題について御議論いただくということを考えてございます。

地域医療構想につきましては、令和7年度、今年度に新たな地域医療構想に関するガイドラインを国において策定をいたしまして、令和8年度、来年度に各都道府県において新たな地域医療構想を策定していただき、そして令和9年度からこうした新しい地域医療構想に基づいた取組を順次開始していく、こうしたことを想定してございます。

医療法等の一部を改正する法律案につきましては、今年の通常国会において継続審議となつてございますので、もちろんこうした改正法案が成立するということが前提になりますが、私ども、こうした新たな地域医療構想におきまして、医療と介護との連携ということも含めて取り組んでまいりたいと考えてございます。

介護との連携の具体的な中身につきましては、法案が成立をいたしましたらガイドラインをお示しする、そのためのガイドラインでどのような内容をお示するかという検討については、今、できるものから順次検討を開始している、そうした状況でございます。

簡単でございますが、私からの説明は以上でございます。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

ただいま御説明いただきましたように、地域医療構想の性格が大きく変わる、そして介護との連携等まで射程に入ってくるということで、当部会にも関連する法案ということで、水谷課長にお出ましいただき、御説明いただいたということでございます。

せっかくお越しくくださったこともございますし、まだ少し時間もございますので、報告事項ではございますが、御発言、御意見、御質問があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。会場でいかがですか。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

これからの地域医療構想において、介護、在宅医療をしっかりと組み込んだ計画をつくるということは非常に重要だと思っております。この方向性について市町村の役割が大きいと。先ほども議論がありましたけれども、介護保険については地域による差が大きく、その地域特性によって在り方なども大きく変わってくると。今回、地域医療構想では都道府県単位、また二次医療圏単位ということになるのかと思うのですけれども、介護保険ではさらに市町村ごとの様々な特性があり、どのように整合を取るのでしょうか。二次医療圏で介護保険のほうも取りまとめていくというか、それぞれ市町村の介護保険計画と二次医療圏単位の医療計画と接合がいいようにしていく必要があるのではないか、と思ったのですけれども、いかがでしょうか。

○菊池部会長 お願いします。

○水谷医政局総務課長 医政局総務課長でございます。

すみません。私が説明を漏らしていた観点でございますが、まさに津下先生がおっしゃった観点、すなわち医療と介護の連携を考えますと、医療は都道府県単位、介護は市町村単位となっておりますので、どうしてもその整合と申しますか、そうした問題が生じてまいります。資料の右下ページ番号2と書いてあるところの2つ目の赤枠囲みのところでございますが、地域医療構想、これにつきましては、私ども地域医療構想を考える圏域は基本的には二次医療圏を単位として御議論いただいている状況でございます。

ただ、今回、地域医療構想自体、将来的な医療提供体制の在り方を考える、そこで介護との関係等々含めて様々なディメンションと申しますか、そういうものを入れ込むことにいたしましたので、この地域医療構想を協議する単位につきましても、事項によっては都道府県単位で協議したほうがいいもの、あるいは逆に在宅医療、まさに介護との連携なども踏まえますと、より狭い区域で協議したほうがいいもの、そうしたものがあると思っておりますので、私どもはこれは弾力的に事項に応じて協議する単位を設定できるようにする

という方向で考えてございまして、ガイドラインの中で具体的な考え方を示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、オンラインから橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

この議論とはずれるかもしれませんが、医療法などの一部改正というところの改正の概要で、2番目の「医師偏在是正に向けた総合的な対策」というところですか。医師の働き方改革についてですけれども、実際、若い先生方の御意見をお聞きしますと、今の医師の働き方改革、現状の働き方に満足しているとはとても思えない、言えない状況にある。若い先生たちが言われるのが、スキルアップをしたり経験したりする機会がとても少なくなったと。今、若い元気なうちにしっかり働いて、経験を積んで、いろいろなスキルアップをしていきたいということなのですからけれども、その時間がないと。上司に6時になったら帰りなさいと言われてしまう。

なかなか見えないというところで、実際、影響するのが、在宅医やかかりつけ医の質の問題になってくると思います。例えば開業したいとか、もともとの実家というか出身地に戻りたいと思ったり、地域医療に興味があったとしても、とてもそこへ行って自分一人でやっていく自信がない、地域医療に興味はあるのですけれども、自分のスキルの自信がないので帰れないといった声も多く聞かれます。議論は違うかもしれませんが、医師の働き方改革というところも少し見直す必要があるのではないかと。実際にその影響を受けている若い先生方の意見をもっと聞くべきではないかと思えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今日のテーマからは広がりますけれども、水谷課長からコメントいただければ。

○水谷医政局総務課長 医政局総務課長でございます。御指摘どうもありがとうございます。

まず、医師の働き方改革につきましては、2024年の4月から新しい時間外労働規制が施行になっているということで、そうした中で、今、橋本委員から御指摘があったような研鑽をきちんとできるようにということで、C-1、C-2という区分を設けて対応してございます。ただ、具体的にどういうものが研鑽に当たるのかということ、これは現場の状況によって様々な場合がございます。私どもとしては、研鑽に当たるものと当たらないもの、それは医療機関の管理者から指示があったかどうかということを中心に判断するという解釈を示してございますし、私どもとしてももちろん医師の過重な労働に医療提供体制が依拠する形であってはならないと思っておりますが、一方で、必要な研鑽、これはきちんと積んでいただきたいと思います。そこのバランスが重要ということで、こうして研鑽の考え方をお示したりしながら、引き続きバランスをうまく取っていきたいと考えてございます。

2点目におっしゃった特に地元に戻って必要な医療を提供したい、しかしといったことで、今、医師のキャリアが様々考えられる中で、いろいろなニーズがあると思っております。私どももこの医師の偏在対策につきましては、昨年末に総合的な対策パッケージということで、言わば対策のメニューをお示ししております。この中には、具体化するためには必要な予算措置が必要なもの、法改正が必要なもの、様々ございますので、私どももまだ取組の緒に就いたばかりというところもございますが、おっしゃっていただいたような医師のキャリアの中で総合的な診療を担いたいといったニーズは、決して若手の方だけではなくて中堅あるいはそれ以上の医師の方にもあると思います。医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージは、医師偏在対策というどうしても若手医師を中心としたものだけを思い浮かべますが、中堅・シニア世代を含めた全ての世代を対象とした施策を取ることを基本理念といたしまして、総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業、ここでは地域医療を担う医師等に総合的な診療能力を持つ医師の魅力を発信し、それに対する研修、さらにはOJTでそうした学ぶことができるような診療の場を提供する、こうした取組を進めてまいります。

橋本委員がおっしゃったようなこと、何か1つの施策で対応できるということではないかと存じますが、私どもとして様々な観点から医師偏在あるいは医師の働き方改革の対策を講じる中で取組を進めてまいりたいと考えてございます。

以上です。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○橋本委員 ありがとうございます。

いろいろ考えていただいているのは重々分かっていますし、すごくいろいろ努力されているかと思うのですけれども、医師というのは確かにバランスが必要かと思えます。夜まで働いてしまうとか、すごく24時間ずっと寝ないで働くみたいなことがあってはならないというのもすごく分かるのですけれども、一時的にそういったこと、それに近いようなことをしなかったら、なかなかスキルや技術が身につかないというところがあるのも現実なので、その辺りも踏まえてバランスよく考えていただきたいと思えます。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。

それでは、石田委員、お願いします。

○石田委員 1点、地域医療構想というのは長年にわたって展開されてきて、今回この医療法の改正に伴って、将来的には地域医療構想が地域医療介護構想という形に拡大されるようなことが期待できるのかどうか。例えばドクターたちの中でも、これまでの地域医療構想ではなく、これからは地域医療介護構想こそ重要であるという機運のようなものが醸成されているのかどうかという点をお聞きしたいと思います。

○菊池部会長 お願いします。

○水谷医政局総務課長 医政局総務課長でございます。

まず、前提としてあえて誤解のないように申し上げておきますれば、地域医療構想はあくまで地域医療構想という名前でございまして、地域医療構想の中で介護との連携の観点も含めて医療の在り方を考えるということになります。介護の提供体制につきましては、この部会で御議論いただいている介護保険事業計画、介護保険事業支援計画がございしますので、そうした基本的なデマケーションがあることは前提で申し上げたいと思います。

その上で、今回医療提供体制を議論するというときに、これは介護との連携なかりせば2040年の姿を議論できないということで、こうした観点を盛り込みました。これは決して我々厚労省だけが思っているということではなくて、まさに現場で地域医療構想、これに基づく医療計画を議論してきた中で、こういうものがないとうまくいかないのではないかと、そうしたお声を拾い上げる形で私どもは制度化をしたつもりでおります。そうした意味において、地域医療構想が医療・介護全部をカバーして介護のほうまでカバーするというよりは、あえて申し上げれば、この部会で御議論いただいている地域包括ケアシステムを実現するための要素の1つとして地域医療構想を位置づけてやっていく、そうしたようなことが今回の改正に盛り込まれていると捉えることができるのではないかと思います。

また、今回この地域医療構想の見直しに合わせる形で、各医療機関に医療機関の機能を御報告いただく仕組みを新しく導入いたしてございます。医療機関機能報告制度と呼んでおりますが、その中でまさに高齢者救急、在宅医療の需要に対応するために、治す医療を担う医療機関と治し支える医療を担う医療機関、そうしたものを御報告いただいて、役割分担をお願いする。具体的な御報告いただく機能等はこれから検討会等で御議論いただきますが、まさに地域医療構想の議論をしていく中で、医療機関にも自分が担う機能ということ、そうしたものをあえて申し上げれば医療だけでなく介護との連携も含めた文脈の中で自分の位置づけを考える。そうしたことが制度上も担保されるわけでございますので、こうした中で今の御質問にお答えするとすれば、今の地域医療構想、医療計画の中での現場の声を受け止め、そして私どもが新しく導入する仕組みの中でも、そうした医療と介護の連携をより一層高めていけるようになっていけると考えてございます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、西澤課長から。

○西澤介護保険計画課長 介護保険計画課長です。

介護保険事業計画の担当としても、地域医療構想の性格は今、お答えいただいたとおりでございます。あくまで介護は介護の事業計画の中で提供体制を考えていくということでございますけれども、医療計画との整合性ということについては、以前から規定上はそういう規定がございまして、一定の今の連携をするという枠組みはございますけれども、一般の医療法の見直しを踏まえまして、より実効のある計画同士の整合性ですとか、そういったことは今後介護保険部会でも御検討いただくというように考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。特にございませんでしょうか。

ございませんようでしたら、ここまでとさせていただきます。

水谷総務課長には御足労いただき大変御負担をおかけしましたが、部会の所管を超えて関連する事項についてこうやって議論するというのは、委員の皆様、我々にとっても大変よい機会ではないかと思えます。本当にどうもありがとうございました。

それでは、本日の審議はここまでにしたいと思いますが、何か皆さんからございますでしょうか。よろしいですか。

予定した時間より少し早く終了いたしまして、皆様の御協力に深く感謝申し上げます。

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。

○村中企画官 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。

○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。

御多忙の中、大変ありがとうございました。