

○村中企画官 ただいまから、第128回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

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

本日は、対面を基本としつつ、オンラインも組み合わせての実施とさせていただきます。また、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 皆様、おはようございます。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

まず、本日の委員の出席状況ですが、大石委員、大西委員、中島委員、山本委員より欠席の御連絡をいただいております。

東委員については、遅れて御出席いただく旨の御連絡をいただいております。

また、御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部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、山本委員の代理として公益社団法人日本看護協会常任理事の田母神裕美参考人、いずれもオンラインで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 ありがとうございます。それでは、御承認いただいたということで、以後、御出席いただくことにさせていただきます。

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

○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します。冒頭のカメラ撮影はここまでです。
事務局からは以上です。

(カメラ退室)

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

本日は、議事次第にありますとおり3つの議題を予定してございますので、かなりボリュームが多くなってございます。進行に御協力いただければ幸いです。ただ、いずれも重要でございますので、議題ごとに資料説明と御議論をいただきたいと思います。

それでは、まず、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等」につきましてです。この議題については既に9月8日と10月9日に御議論いただいております、その御意見も踏まえて事務局におかれまして改めて論点に対する考え方を整理していただいております。それでは、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 ありがとうございます。推進課長でございます。そうしましたら、資料1につきまして御説明させていただきます。

まず、2ページ目でありますけれども、本テーマにつきましては、今、部会長からもお話がありましたが、本部会で複数回御議論いただいております。これまでの御議論を踏まえまして、論点マル2～マル4、それからマル7につきましては論点に対する考え方の整理を行ってございます。それから、本日の部会では、これらの論点と、新たに御提示させていただいております論点マル8につきまして御議論をお願いできればと考えております。

次のページでございます。3ページであります。まず、論点マル2、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でございます。

特例介護サービスに新たな類型を設けることにつきまして、3ページ、それから、4ページは前回までにお示しさせていただいた資料になります。

それから、5ページ目でありますけれども、特例介護サービスの類型ごとの活用・運用のイメージを整理した資料。これは新たにお示しさせていただいております。

また、この新しい類型の対象サービスにつきまして、前回、6ページの資料を基に御議論いただいたところでございます。

この御議論を踏まえまして、7ページ目に検討の方向性をお示ししてございます。

まず、1つ目の○でありますけれども、施設サービス、それから、居宅サービスのうち特定施設入居者生活介護につきまして、中山間・人口減少地域における枠組みである新しい類型に限定いたしまして特例介護サービスの対象とすることが考えられるか。

それから、2つ目の○であります。地域密着型サービスにつきましても、地域密着型通所介護、それから、地域密着型介護老人福祉施設等を念頭に、新しい類型の特例介護サービスの対象とすることが考えられるかということで方向性をお示しさせていただいております。

続きまして、論点のマル3でございます。8ページを御覧ください。地域の実情に応じた包括的な評価の仕組みでございます。

8ページ、それから、9ページが前回までにお示しさせていただいた資料でございます。

いただいた御意見、御議論も踏まえまして、10ページに、今回、検討の方向性ということで新たな資料をお示しさせていただいております。

中山間・人口減少地域の事業者が、安定的な経営を行うための報酬の仕組みといたしまして、特例介護サービスの新たな類型の枠組みを活用し、例えば訪問介護について、包括的な評価を選択することが考えられます。

具体的な制度設計につきましては、今後、介護給付費分科会で御議論いただくということを考えてございますが、包括化の対象範囲について、左下に図でイメージをお示しさせていただいております。現行の出来高報酬では毎回の利用ごとに対応する報酬を算定することになりますが、右側に書いてありますが、包括報酬では月単位・定額で算定することとなります。また、要介護度や事業者の体制を踏まえまして多段階で設定するという必要があると考えておりますが、各種加算につきましても大ぐくりに包括化するなど、一定程度簡素な仕組みにするといったようなことが想定されます。

また、右下に整理してございますが、導入に向けたスケジュールのイメージ（案）をお示しさせていただいております。こうしたニーズを有する地域に迅速に対応する観点から、希望する自治体におきましては、次期第10期計画期間中の実施を可能とすることを目指し、今期であります。第9期計画期間中に必要な検討を進めるといったことが考えられます。※に書いてありますが、こうした報酬水準の設定に当たりましては、これまで御議論いただいたような留意点も踏まえまして、事業者の経営状況やサービス提供状況などに与える影響を十分に検証の上、関係者の意見も伺いながら、丁寧な検討が必要ということを書いてございます。

それから、11ページに参ります。論点のマル4でございます。介護サービスを事業として実施する仕組みについてでございます。

11ページは、前回までにお示しさせていただいている資料でございます。

12ページ以降であります。検討の方向性をお示ししております。

まず、今回の事業のポイントについて改めて整理してございます。中山間・人口減少地域の対応として、論点マル2、論点マル3のように、給付の枠組みの中での必要な対応を検討しているわけですが、今後、2040年を見据えると、さらなる利用者の減少が進む地域も想定される中、こうした給付の枠組みにおける特例の仕組みを活用しても、なおサービス提供体制を維持することが難しいケースが想定されます。

そうしたことを踏まえまして、上の箱の2つ目の○のところですが、契約に基づき利用者本位でサービスを選択するという介護保険の制度理念を維持すること。それから、利用者が住み慣れた地域を離れ、在宅での生活を継続することが困難となる状況を防ぐ。そうした観点から、給付の仕組みに代えて、市町村が関与する事業により、給付と同様に

介護保険財源を活用して、事業者がサービス提供を可能とすることが考えられるということを書いてございます。

具体的にはということで、3つ目の○ですが、中山間・人口減少地域におきまして、市町村が、地域のサービス需要の状況やサービス提供体制の実情に応じて、柔軟にサービス基盤を維持・確保できるよう、市町村が、事業として、給付の仕組みと同様、介護保険財源を活用して柔軟に実施できる選択肢を設けることが考えられないかということを書いてございます。

資料の下にく事業による仕組みを活用することが想定されるケース>をお示ししてございます。例えばマル1のように、通常の訪問圏域を超えて訪問いただくケース。マル2といたしまして、例えば通所介護その他のサービス事業所において訪問機能も担っていただくようなケース。それから、マル3でありますけれども、複数近隣自治体にまたがって訪問いただくケースなどが考えられるところでございます。

13ページでありますけれども、こちらは前回お示しさせていただいた、実施することが想定されるサービス、サービスの質の確保に向けた仕組みなどについて、改めて検討の方向性としてお示しさせていただいているものでございます。給付で行う居宅サービスと同様、適切なケアマネジメントを経て、事業者がサービス提供を行うことなどを記載してございます。

14ページでございます。今回の新たな事業の事業費の考え方について、まず1つ目で整理しております。例えば圏域を超えて訪問する際の経費など、中山間・人口減少地域へのサービス提供に係る追加的な費用も勘案することも考えられるところでございます。

それから、2つ目の○ですが、財源の在り方ということで、新たな事業は、地域支援事業の一類型として実施することが考えられ、その財源構成は、お示ししておりますように、現行の介護給付と同様の負担割合とすることが考えられます。その上で(※3)のように、中山間・人口減少地域における在宅サービスが継続的に提供され、在宅の要介護高齢者が引き続き在宅で生活することが可能となることなどを踏まえますと、この事業による市町村への財政影響は、総体的に見ればそれほど大きなものとはならないと考えられるところでございます。一方で、財政規律の観点から、事業費の総額についても、他の地域支援事業と同様に、高齢者の伸び率などを勘案した上限額を設定するといったことが考えられるところでございます。

最後の○でありますけれども、都道府県や市町村も含めて、関係者の意見を丁寧に伺いながら検討を進めることが必要というようなことを書いてございます。

続きまして、論点マル7でございます。調整交付金の在り方についてでございます。

15ページの資料は、前回までに提示した資料でございます。前回、調整交付金の調整機能について、2040年に向けた地域ごとに異なる人口動態のさらなる変化を踏まえて、さらに精緻化することを論点としてお示しさせていただいたところでありますが、今回、16ページであります、検討の方向性をお示ししてございます。

年齢階級ごとの介護給付費の地域差を踏まえまして、普通調整交付金における年齢区分を、現行のマル1の65～74歳、マル2の75～84歳、マル3の85歳以上の3区分から、5歳刻みの7区分に変更することを検討してはどうかと考えてございます。7区分に変更することで、より細かい重みづけが可能となり、精緻な調整を行うことができると考えているところでございます。なお、実施時期についてであります、実施のために新たに被保険者の5歳刻みの年齢別人数のデータを取る必要がございます。その準備期間も踏まえまして、施行は令和10年度以降になると考えているということでございます。

また、この見直しを行う場合には、過去の制度改革と同様に激変緩和措置を設けることを検討してはどうかということを考えております。具体的には、現行の3区分による重みづけと、7区分による重みづけを2分の1ずつ組み合わせることが考えられるところでございます。

最後、論点マル8でございます。17ページを御覧ください。多様なニーズに対応したサービス基盤の整備の関係でございます。

今後も介護ニーズが増加する大都市部におきましては、公と民の介護事業者の力を組み合わせた多様なサービス提供や、ICTやAI技術など民間活力も活用したサービス基盤の整備が重要でございます。

そのため、2つ目の○、3つ目の○辺りでありますけれども、別途、本日の議題3で御議論いただく、高齢者のニーズに沿った多様な住まいの充実、あるいは10月27日に御議論いただきました、生産性向上等に向けたICTやセンサー、AI技術などのテクノロジーの活用に向けた支援などを進める必要がございます。

4つ目の○以降でありますけれども、また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護につきましては、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護の両方を提供し「定期巡回」と「通報による随時対応」を行っており、特に今後増加する都市部における居宅要介護者の介護ニーズに対して柔軟に対応することが期待されているところでございます。これに対して、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を行う夜間対応型訪問介護と機能が類似・重複しているとの御指摘を、本部会も含めまして、これまで頂戴しているところでございます。そうしたことを受けて、将来的な統合も見据えて段階的に取組を進めている状況でございます。

このような状況を踏まえまして、18ページであります、夜間対応型訪問介護の多くの利用者は日中の訪問介護を併用しており、日中・夜間を通じて同一の事業所からサービスを一体的に受けられることは、利用者にとって効果的と考えられること。2つ目のポツでありますけれども、8割以上の夜間対応型訪問介護事業者が定期巡回・随時対応型訪問介護事業所も運営しており、事業所の指定手続等の効率化により、限られた地域資源の有効活用にも資すること。それから、3つ目のポツでありますけれども、令和6年度改定で設けた定期巡回・随時対応型訪問介護看護の新区分につきまして、利用者に不利益は生じていないと考えられることから、今般、夜間対応型訪問介護を廃止し、定期巡回・随時対応

型訪問介護看護と統合することを検討してはどうかということを書いてございます。

その際には、2つ目の○ですが、利用者・事業者双方への配慮を行う観点から、一定の経過措置期間を設けた上で、人員配置基準や報酬に関して特例的な類型を設けることも検討する必要があると考えているところでございます。

私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す。

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、また、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用してください、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、時間内に多くの委員に御発言いただきますよう、各委員の皆様の御協力をお願いいたします。また、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、よろしくお願いいたします。

それでは、まず、会場からです。いかがでしょうか。

こちらは全員の皆様ですね。それでは、まずは五十音順ということで、栗田委員、お願いいたします。

○栗田委員　では、私からは論点マル2とマル4についてのみ意見を述べさせていただきます。

論点マル2については、5ページに特例介護サービスに新たな類型を設定するイメージが示されて、7ページにはその対象に施設サービスと特定施設入居者生活介護、地域密着型サービスを含める方向性が示されておりますが、その考え方については基本的に賛成でございます。

例でございますが、高齢化が顕著な中山間・人口減少地域の中には、廃校になった小学校を小規模の施設サービスでありますとか生活支援ハウスに転用したり、それから、経営者の高齢化によって営業が難しくなっている旅館などの宿泊施設を何らかの居住系サービスに転用できないものかと思案している自治体などもございますので、そのような創意工夫を後押しできるような制度設計をお願いできればと願っているところでございます。

論点マル4については、12ページと13ページに、論点マル3の包括的評価の仕組みなども含めまして、統合的に事業化するイメージが示されておりますが、そのような方向性についても賛成でございますが、こういった複雑な仕組みをこの中山間・人口減少地域の自治体が理解するのは結構難しい場合がございますので、分かりやすく情報提供していただける工夫もぜひお願いいたします。

それから、財源の在り方につきましては「新たな事業は、地域支援事業の一類型として実施する」と明示され、さらに、介護予防・日常生活支援総合事業とは趣旨目的が別であることから、新たな事業類型を設けるという考え方が示されておりますが、この方向性についても賛成でございます。

ただ、事業費につきましては、他の地域支援事業と同じように、上限額を設定するとい

うことで、これは必要なことかとは思いますが、14ページの一番下にございますように、それぞれの地域の実情を勘案しながら、関係者の意見を丁寧に伺いながら検討を進めていただければと願っているところでございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

及川委員、お願いします。

○及川委員　ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私のほうからは論点マル2、論点マル3について御意見申し上げます。

まず、論点マル2でございます。一定の質を担保するためには、人員配置基準について規定なしとするのではなく、一定の基準を設けるべきとの視点から新たな類型案を設けることには賛成いたします。

ただし、前提となるICT機器の活用や事業者間連携を後押しする仕組みは欠かせません。この点の整理もお願いしたいです。また、サービスの質の担保は極めて重要であり、配慮を行えばよいではなく、確認行為を入れるなどの対応の検討もお願いしたいです。

論点マル3についてでございます。総論として賛成いたします。特に、この仕組みを導入した際のサービス提供状況等に与える影響の十分な検証は欠かせないと考えております。関係者の意見を丁寧に伺いながら、検討はぜひお願いしたいです。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員　ありがとうございます。私のほうからは論点マル3について意見を申し上げます。

中山間・人口減少地域におきましては、サービスの維持・確保が重要であるため、特例介護サービスの新類型や報酬についての包括的な評価の仕組み、介護サービスを、給付に代わる新たな事業が実施できる仕組みを設ける提案には基本的には賛成でございます。

包括的な評価導入につきましては、10ページにスケジュール（案）が示されておりますし、先ほど御説明もございましたが、事業者の経営状況やサービス提供状況、区分、支給限度額との関係性などを考慮しつつ、段階を追って慎重に進めていく必要があると考えます。

また、人口減少地域におきましては、人材確保が困難であることから、高齢者のみでなく、障害サービス等との組合せや介護保険サービス以外の多様な地域資源の有効活用の視点が必要です。

なお、サービスによっては近隣の自治体にまたがる場合もあることから、これらの体制構築を進めていくに当たっては、市町村のみでは難しいこともあるため、都道府県が市町村のニーズを踏まえ支援する仕組みづくりが必要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。

津下委員、お願いします。

○津下委員　ありがとうございます。

今回、中山間・人口減少地域について、かなり踏み込んだ議論がなされて、新しい緩和策が導入されるわけですが、今後、この地域が増えていくことが想定されていますので、ここをきちんと検証しながら、次の大きな改正の材料になるデータが出てくるものと思いますので、評価は非常に重要と思っております。

また、論点4のところ、これは中山間・人口減少地域で近隣市町村とという話であったのですが、中山間・人口減少地域に隣接する、そうではない自治体はどういう振る舞いをするのかとか、そういうような細かな疑問もこれから出てくると思いますので、引き続きの御検討をよろしくお願いします。

それから、論点7の調整交付金についてなのですが、人口の年齢層において細分化するという、要介護度に応じた細分化ということではないかと思えます。

62ページの参考資料に「調整交付金の交付基準の見直し」ということで、年齢層だけではなく、介護給付費による重みづけを行う方法に見直すと記載がございます。今回の改正で、個別の介護給付費ではなく、年齢層を細分化することでそれに反映されていると理解すればいいのか。また、これの年齢層の上に介護給付費も個別に考慮するのかという辺りについて、資料だけでは十分理解ができませんでしたので、御質問とさせていただきます。

よろしくお願いします。

○菊池部会長　ありがとうございます。

事務局からよろしいでしょうか。

○西澤介護保険計画課長　介護保険計画課長でございます。

経緯を申しますと、最初は75歳以上・以下で認定率だけでやっていたとして、認定率以上に給付に差がございます。次に3段階にいたしまして、まず、認定率だけでやりました。それでさらに給付を見まして、さらに調整を利かせましたということで、現在、3段階で給付費でやってございます。

今回は5段階で給付費でやるということになりますので、これまでの経緯を踏まえまして、給付費でやるということをさらに細かく言っているということでございます。

○津下委員　分かりました。ありがとうございました。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、平山委員、お願いします。

○平山委員　連合の平山です。

私からは、まず、論点マル2についてです。中山間・人口減少地域でサービス提供を維持していくことは非常に重要なことと考えております。また、どの地域であっても、必要なサービスを同じ水準で提供し、受けられることが確保されなければなりません。ICTの活用を理由とした人員配置基準の柔軟化については、現場の負担増やサービス低下につなが

る懸念があるため、慎重な対応が必要と考えております。

したがって、新しい類型において最初から対象を広げていくよりは、まずは限定的に進めていく必要があるのではないかと考えております。施設サービスを特定介護サービスの対象に含めるかどうかについては、ICT等の活用実績を踏まえて、慎重に検討するべきと考えております。

論点3について、この間、議論があったモラルハザードに注意しつつ、利用者の負担と事業者の収益とのバランスを取った包括的な収入とするように検討するべきと考えております。そのためには、現状のデータ分析と、関係者の意見を丁寧に聞き、検討することが必要と考えております。

次に、論点4についてです。現場からは、「新しい事業については、最近、自治体から委託に難色を示すところも多いと聞いておりまして、委託さえ厳しいかもしれない。」そのような声も聞いております。市町村が事業所に支払う事業費の設定については、対象と想定される事業者の意見や状況を踏まえ、追加的な経費を勘案した設定が必要と考えています。それでもなお事業者が見つからない等があれば、市町村が直接実施するというのも選択肢として今後検討するべきではないかと考えております。

以上となります。

○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。民間介護事業推進委員会の山際です。論点2・3・4と論点8の2つについて意見を述べたいと思います。

論点2・3・4で示されている、基準を緩和する点、包括報酬を導入する点、それから、委託事業もあり得る点ということについては十分理解するものです。ただし、新しい類型を取り入れて、出来高報酬と包括報酬の選択、委託事業もありとなると、保険者がそこまで細かくマネジメントできるのかということについて懸念があります。

また、新しい類型は都市部や一般市の一部でも設定されると想定されますので、事業展開範囲をどう設定するのかなど、また、複線化した報酬体系の運用など、自治体であるとか事業者に手間がかかり過ぎることのないよう、事務作業とか管理が大変にならないような工夫が必要だろうと思っております。

これらの実施に当たっては、試行的にやるということが必要だと思っております。ぜひいろいろな地域で試行的にやってみてどうかということで、検証を行いながら本格導入に進んでいくという必要があるだろうと思っています。

論点8です。定期巡回サービスと夜間訪問介護サービスを統合することについては、基本的によいと考えております。特に今後、都市部で急増する高齢者の在宅生活を支えるために、定期巡回サービスの普及を図ることが重要だと思っています。

この定期巡回サービスですが、2010年代の「税と社会保障の一体改革」の中でも重要な施策と位置づけられました。しかし、残念ながら、2017年当時の介護給付費分科会資料で

は15万人の整備目標ということが掲げられましたが、昨年段階で現状の利用者数は4万2000人、目標の30%にも満たない状況にあります。このサービスですが、利用者の生活であるとか状態像を面で捉えることができ、ケアの内容やサービス投入量を適切にコントロールすることができること、専門職によるチームケアが有効に機能して、退院直後の方や在宅生活を支える重要なサービスだと考えています。本格的な普及に向けて、施策の抜本的強化。各保険者では、ぜひ第10期の介護保険事業計画にきちんと位置づけるとともに、事業開始に当たっての支援策の充実が必要だと考えています。また、その際、このサービス自身がどんなサービスなのか理解されていないという状況を変える必要があるだろうと思っています。

また、軽度のうちから適切なケアによって重度化を防止するということが大事であり、現在のこのサービスの報酬体系、要介護1・2の報酬が極端に低い、オペレーターの資格要件が厳しい等々の改善が必要だと思っています。また、区分支給限度額を見直さないと、独居や認知症をお持ちの利用者の方が、同時に利用されているデイサービスが十分に受けられないということによって、ケアマネジャーが紹介を躊躇してしまうということについて、改善しないと普及が進まないだろうと思っています。この点については、ぜひ介護給付費分科会でしっかり議論すべきだと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。資料1の提案の数々を見ますと、資料2にある認知症施策の推進とはかけ離れたものだという思いを強くせざるを得ません。既に複雑な制度をさらに細分化するのではなく、シンプルで分かりやすくしていただくことが本人、家族、介護現場で働く人にとっても重要だと考えます。

具体的な意見を申し上げます。論点マル2のサービス提供体制の維持のために特定施設入居者生活介護、つまり、介護付き有料老人ホームと9種類の地域密着型サービスについても、現行の給付サービスではなく、新しい類型の特例介護サービスにしてはどうかという提案があります。

現在、介護労働者が不足し、指定事業所が継続できないとの訴えが数多くあることは承知しています。しかし、介護保険制度は認定を受けた被保険者に対して個別給付を行うのが大原則です。いまだ中山間・人口減少地域の範囲がはっきりしていない段階において事業所の確保を目的とするのであれば、制度改定ではなく、特別対策として手当てするのが適当だと考えます。特例介護サービスの最大の特徴は人員基準の緩和であり、今後も認定者が増えるにもかかわらず介護従事者が少ない事業所で、新しい類型であっても介護職員が定着するかどうかという大きな懸念があります。

論点マル3の訪問介護の出来高払いか、月単位の定額払いかを事業者が選択できるとい

う仕組みについてですが、かつて要支援認定者への訪問介護と通所介護を予防給付に移すという議論の際、結果として包括報酬となりました。その改定において、必要な回数ではなく、包括報酬の範囲内で提供できる回数が制限されてしまっているということを私たちは忘れるわけにはいきません。在宅生活の要であるホームヘルパー不足への対応については、基本報酬を引き上げた上で、移動などの各種加算を新設し、2040年まで、そして、それ以降も在宅の介護生活が維持できる設計とすることを希望いたします。

論点マル4は、要介護者に対して、給付に代えて地域支援事業の新類型として市町村事業によりサービス提供を可能とするとございます。具体的には、訪問介護、通所介護、ショートステイが挙げられていますが、介護が必要と判定された人たちが最も必要としている在宅のメインサービス、暮らしを支えるサービスを給付から外すことに反対いたします。

私たち認知症の人と家族の会は、全国支部で電話相談や対面のピアサポートを行っています。介護保険料や利用者負担の上昇がとても苦しいという声もたくさん寄せられています。しかし、私たちはこれまで、いざというときは全国どこで暮らしていても介護保険制度が支えてくれると説明してきました。新たな事業が給付の仕組みと同様であるならば、給付サービスとして堅持することを要望いたします。

最後に、論点マル8の定期巡回・随時対応サービスと夜間ホームヘルプサービスの統合についてですが、2割弱の夜間ホームヘルプサービスの事業所がどうなるのかというところが一番気がかりです。夜間ホームヘルプの利用者が給付から外れることがないように丁寧な対応をお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、オンラインからお願いしますが、本日、井上委員が途中退席を御予定されているということで、よろしければ最初に、議題2と議題3も含めてで結構ですので、お願いします。

○井上委員　部会長、ありがとうございます。それでは、まず、議題1について申し上げたいと思います。

2040年に向けて、人口減少の課題に対応するということで、様々な御提案がございました。とりわけ2040年に向けては、85歳以上の人口が2030年以降急増するという、非常に介護保険制度と密着した課題があって、社会保障制度の中で介護保険制度をどうしていくかというのは非常に難しい局面に来ていると思います。その中で、今回、様々な御提案がありまして、方向性としては私どもも賛同いたします。

ただ、やはり論点マル4、論点マル7にあるとおり、この人口減少や85歳人口の急増というものに対して、介護保険制度でどこまで対応すべきなのかということについては、もう少し検討が必要ではないかなと思います。今回の御提案の中でも、保険者の範囲が重複してきたりとか、保険者の責めに負わない人口のアンバランスというものがございまして、これまでの負担割合だけで本当に今後大丈夫なのかどうか。むしろ、調整交付金のよ

うなバッファーのようなものをもう少し強化していく必要があるのではないかという印象を持っておりますから、この辺りは進めながら少しずつ検証しつつ対応していくべきではないかなと思います。

続きまして、議題２の地域包括ケアシステムでございますけれども、論点マル２におきまして、介護予防と地域課題の支援を一体的に実施する拠点を整備・運用するための事業を立ち上げて、総合事業に位置づけるという点でございますけれども、生活困窮分野などの対応もするという点で、これは必要な対応だとは思いますが、現行の予算事業を介護保険に付け替えるというようなことにならないように、実施する場合でも、介護保険で対応する部分は介護予防の部分だということをぜひ明確にしながら進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。

介護サービスは地域社会を維持するための重要なインフラであり、持続可能な形で維持していく必要があります。本日御提示いただいた方向性に沿って、実効性のある仕組みを構築していただきたいと思います。

一方で、前回の議論でも申し上げましたが、これらの見直しに当たっては規律ある制度設計が不可欠となります。サービスの質を維持しつつも、給付が非効率にならないようにすること、また、財政への影響を踏まえ、費用に一定程度キャップを設けるといった対応も必要です。経営状況の見える化を進め、事業所に与える影響を検証した上で制度設計を検討していただくようお願いします。

また、改革に当たっては予見可能性を確保することも重要です。保険料や自己負担、給付費やサービス提供がどのように変化するのか、できる限り示していただくことをお願いします。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

染川委員、お願いします。

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

論点マル２の施設サービスや特定施設入居者生活介護について、対象サービスの範囲に含めて運営基準緩和を進める方向性については、現状の現場の実態としては介護の質を確保することが困難なことから、現行運営基準を上回る人員配置で対応している事業所がほとんどであり、サービス・事業所間での連携を実施したとしても、そのことが介護現場の直接の負担軽減にはつながらないことから、基準緩和を前提とした特例サービスの範囲には含めるべきではないと思います。

次に、論点マル３の包括的な評価の仕組みですが、仮に包括報酬とした場合、利用が少

なければ事業者のメリットである一方、利用者から見ればデメリットであり、利用が多い場合にはその反対となり、事業者と利用者の利益相反の構図が常に存在する形となります。また、サービス内容や量は変わらないのに、利用料に大きな差が生じることで介護保険制度の公平性・公正性を毀損することが懸念されます。

評価の仕組みが包括であれ、出来高であれ、事業として成立するか否かが問題であり、移動時間等にかかるコスト、人材確保可能な賃金水準等も考慮した上で、報酬の在り方を見直すことが重要だと思います。その際、特定地域の利用者だけが著しく負担が増加することを抑制するための財源として、調整交付金の機能強化や新たな交付金の創設、地域医療介護総合確保基金の拡充や財源構成の見直しも含めて、幅広く検討する必要があるのではないかと思います。

以上です。

○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。では、私のほうから3点ほど。

まず、資料の6ページですけれども、確かにこういう形で、いただいた資料の6ページのように、具体的に人口減少地域である中山間地域の範囲を明記していただいたというのはある意味よろしかったかと思いますけれども、ぜひ、これは自治体への周知と、あと、5ページのほうにはやはりやむを得ない場合と限定していますけれども、あまり、この基準緩和については、基準弾力的な運用につきましてはハードルを上げないような仕組みというものが求められるかと思います。

あと、やはりこういうものは走りながら考えるということも肝要だと思いますので、進捗状況とか、あるいはなかなかあまり制度が広がらないということであれば、それはなぜかというボトルネックなどの検証は適宜行っていく必要があるということと言えるかと思います。

それから、10ページのところでありましたけれども、例の包括払いのところなのですが、例えばPFIなどだと要求水準というものを明確に定めるわけです。要求水準というのは、要するに、これはアウトカム評価であり、例えば人員基準のようなインプットとは違うものであります。例えばサービス購入者のカバーする範囲であるとか人数とか、一応、幾つか要求水準を明確にして、それを満たしていればちゃんと包括的な支払いをするであるとかといった工夫というものは、PFIとか、ほかの事業でやっていたりするので、その辺は参考にされたらいいのではないかと思います。

あと、10ページと14ページに、関係者の意見を丁寧に伺いながら検討を進める。これは結構なことなのですが、関係者とは誰だということがいつも規制改革などでは問題になっていて、やはり誰かから伝え聞いた話ではなくて、本当に現場の当事者の話で、人口減少地域ですと介護従事者を確保することが大変なエリアとか、大変な事業者の方々の意見を直接聞いていくということが必要かと思いますし、もちろん、現場を知るためには

実態分析、現状分析は必要なのですが、この辺にあまり時間をかけてもいけないので、速やかに現場の声を拾い上げるような仕組みというものを構築していく必要があるかと思います。

あと、最後に２点だけ、大きな話になりますが、人手不足の話がやたら出るのですが、これは介護事業に限ったことではないので、人手不足を解消するためにどうしようかということは考えるべきではなく、できないので、人手不足を前提に、少ない人間をどうやりくりするか、どう賢くやりくりするかということに頭を回したほうがいい、考え方を向けたほうがいいと思います。

それから、財源の話がありますけれども、今、現役世代の負担を上げることは事実上不可能になっています。これは政治的にも経済的にも無理ですから、現役世代の負担を上げない範囲で、あと、公費というものは消費税なので、今、消費税も政治的に上げられない状況なので、したがって、この財政制約の枠の中で何ができるかということを賢く考えていく必要があるかと思いました。

私からは以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員　よろしく願いいたします。論点マル２と論点マル４です。

まず、論点マル２ですが、特例介護サービスに新たな類型を設けるというところで、「それでもなおサービスの維持・確保のためにやむを得ない場合」に対してということが書いてあります。その際に、職員の負担への配慮ということで、ICT機器の活用があること、それから、「同一法人の併設事業所間でサービス・職種の必要な連携体制が確保されていること」を前提とするとなっております。これが要件ということの意味でいいのかどうかの確認と、このサービス・職種の必要な連携体制というときに、どんなサービスで、どんな職種なのかが具体的に分かれば教えていただきたいと思います。

次に、論点マル４です。新たな新類型としての事業ということの提案についてです。基本的には介護サービスは給付という体制を維持すべきとは思いますが、この内容について幾つか質問があります。市町村が実情に応じて、この新類型を設けてとなっておりますが、この実情ということを踏まえて、この市町村、一つの市の中でこの新類型と、通常の介護給付の事業が並立・併存するのかどうかという点を確認させていただきたいと思います。

それから、論点に対する考え方の中で、要介護者については訪問介護や通所介護、ショートステイ等を組み合わせて提供するとなっておりますが、要支援の人についてはショートステイについては実施する。そのほか、通所介護や訪問介護は総合事業において実施ということになっております。カッコつきで本事業と一体的に委託することも可能となっておりますが、この説明において要支援の方に対する、この事業のサービスの在り方という内容が少し分かりにくい。一方で、この新たな事業は総合事業を含む現行の地域支援事業

における他の事業とは趣旨目的が違う、つまり、この新たな事業は別途のものであるという規定があります。その中で、この次のテーマである総合事業においては、要支援１・２の人を対象にして事業が展開されていますが、まだ実績がなかなか伴ってこないのが現状です。事業目的の介護予防であったり重度化防止などが要支援の方に対してどのくらい成果を上げているのかといった検証があまりされていないという実情がある中で、この新類型の事業の中で要支援の方に対するサービスというものがどのように位置づけられているか、確認させていただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 論点マル２とマル４について、私も把握し切れませんでしたが、事務局からそれぞれお願いします。

○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、論点マル２の関係でありますけれども、４ページ目の２つ目の○のところで、ICT機器の活用や、同一法人の併設事業所間などの連携体制が確保されていることを前提として、一定の要件の緩和というところであります。詳細な運営基準の要件については、今後、介護給付費分科会等で御議論をお願いできればと考えておりますが、ここに書いている心といたしましては、こういったことを、ある意味、要件としてこういった緩和をするということを今後具体化していく必要がある。それを分科会で御議論いただくということでお願いできればと考えております。

それから、１２ページの御質問でありますけれども、少し整理いたしますと、これはあくまでも給付のサービスを前提としておるわけでありまして、論点マル２とマル３のような給付の中でのいろいろな取扱いをさらに検討して、なおサービス提供が難しいというような場合に、その給付に代わる仕組みとして、この論点マル４みたいな仕組みが考えられないかという前提でございますので、その話と、要支援の方に対してはそもそも給付のサービスということではないかと思っておりますので、そこはまた別の話としてお考えいただいて、結果として今回新しくつくられる事業と例えば総合事業とが組み合わせてということはあると思うのですが、それはあくまでも、今、我々が御提示しているのは、給付の仕組みの中でそれが難しい場合に、その給付に代わる仕組みとしてこういった仕組みがないのかということで、そこは総合事業とは別のものとして御理解いただければと考えております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○石田委員 同じ市の中で１つ、こういった新類型のサービスがあり、同じように給付があるというようなことが並立・混在することがあり得るわけでしょうか。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長 はい。概念としてはあり得るのではないかと考えております。

○石田委員 分かりました。ありがとうございます。

○菊池部会長 山田委員、お願いします。

○山田委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会の山田です。論点ごとに発言させていただきますので、よろしくお願いいたします。

論点マル2でございます。7ページにおいて、新しい特例介護サービスについては、第126回の介護保険部会でも発言いたしましたが、地域密着型サービスや施設サービスを対象とすることには賛成いたします。

現行制度において、配置基準に満たない場合や定員超過の場合等は報酬の減算という制度の厳格な枠組みがあります。中山間・人口減少地域では、経営の安定化とサービス提供体制を維持する仕組みが重要と考えます。また、中山間・人口減少地域の対象地域の設定は、広域的になるため、市町村間の調整と、都道府県との実情の共有、役割の明確化を図るため、国が実施するための一定の基準を都道府県に示していただきますようお願いを申し上げます。

論点マル3でございます。10ページにおいて、中山間・人口減少地域の事業者が安定的な経営を行う報酬の仕組みとして、包括的な評価を選択可能にすることは有益な選択肢であると考えます。また、各種加算も包括化し、回数単位ではなく、簡素な仕組みにすることも有効です。

しかし、利用者の負担の考え方は、支給限度額との関係にも配慮し、報酬の設計において、過度な負担を求めないことがないよう、きめ細やかな報酬体系を検討することが必要です。

論点マル4でございます。14ページにおきまして、中山間・人口減少地域は、生産年齢人口の減少とともに、利用者の減少が進む地域も想定されています。サービス提供体制を維持することができるように、市町村が柔軟に事業を実施できることを選択肢の一つとして設けることは意義あることと考えます。

ただし、事業として実施するに当たっては、そのサービスの質と他の仕組みと相まって支えられる要介護高齢者の生活が、給付の場合と同様に、高齢者の尊厳を継続的に維持できる水準かチェックする仕組みと、そのための当該市町村への財政措置について配慮する必要があります。そうした観点から、地域の実情の分析、事業者の経営状況、人口動態等を見ながら、サービス提供の状況等を市町村や関係機関が共通の認識を持って検討を進めることが必要であり、国による指針や指導が必要であると考えます。

論点マル8でございます。18ページにおいて、夜間対応型訪問介護を廃止し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と統合することには賛成いたします。

利用者にとって24時間サービスを一体的に受けられることはメリットでございまして、事業者にとっても事務的な業務や職員の配置等が効率的になるというメリットは有効であると考えます。夜間対応型訪問介護の利用者の状態像に配慮した代替サービス、必要性や経済的負担に配慮した報酬体系とサービスが継続できる仕組みの構築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。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。中山間・人口減少地域への対応について、将来を見据えて様々な対応策をお示しいただきましたが、やはり現役世代の負担については限界に達していることも踏まえた制度設計をお願いしたいと思います。その上で、論点③と④についてコメントをさせていただきます。

まず、論点③の包括的な評価の仕組みについて、検討の方向性に示されておりますように、「利用者像ごとに複数の段階の報酬区分を設定すること、あるいは支給限度額との関係性にも配慮しながら包括化の対象範囲を設定する」など報酬体系の在り方については、丁寧に御検討いただきたいと思います。

併せて、活用状況や報酬水準の妥当性などについて、保険財源の適正な利用が担保されるように、丁寧に実態の把握及び検証を行うことは確実に実施いただきたいと思います。

論点④ですが、介護サービスを事業として実施する仕組みについては、市町村に対して新たな選択肢を設けることに異論はございません。ただ、その仕組みがしっかり使われていかないと意味がないと考えますので、一定の標準的なひな形を示すことを含めて、国においてももしっかり支援していくことが必要だと考えています。

また、財源については、注釈に記載されていますが、保険財政の規律確保の観点から、当該事業の総額についても、他の地域支援事業と同様に、高齢者の伸び率等を勘案した上限額を設定することは必要だと考えています。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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、論点マル3とマル4につきましてですが、全国共通の保険制度である中で、一部の地域で公定価格ではない基準でサービスを提供するとすると、利用者や保険料を負担している方々にとって納得感が得づらいという懸念があると考えます。また、ほかの地域でサービスを提供している事業者が不公平感を抱きかねない点にも留意が必要かと思えます。

特に論点マル4についてですが、資料の12ページ目に3つのケースが記載されておりますが、サービス維持のために多くのかかり増し経費が必要というように、サービス維持のために事業化せざるを得ないケースのみを対象とするなど、今後、どういうケースで事業化が認められるのか、詳細な整理が必要と考えます。

包括評価につきましても、事業化についても、そうした対応が必要な市町村において適切な運用がなされるとともに、過不足なく必要なサービスが提供される仕組みや、事業費や包括評価額の設定方法、それによる保険財政への影響など、関係者が納得できる枠組みについて、今後、詳細を検討していく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。

多田参考人、お願いします。

○多田参考人　ありがとうございます。大西市長が公務により出席できないため、参考人として発言させていただきます。

論点④について申し上げます。中山間・人口減少地域の市町村において、介護サービスを事業として実施する仕組みが十分に現実的な選択肢となるよう、細部について丁寧に議論していただきたいと存じます。中山間・人口減少地域において、保険あってサービスなしという状況を避けるため、自治体が介護サービスを事業として実施する仕組みを活用することを選択した場合に、真に有効な手段であることが前提として求められることから、今後、細部を丁寧に議論して詰めていく必要があると存じます。

また、事業費の考え方として、圏域を超えて訪問する際の経費など、中山間・人口減少地域へのサービス提供に係る追加的な費用も勘案することも可能とされており、従来の報酬体系では評価されなかった移動等に係る上乗せ分の費用を市町村が介護保険財源から給付できるようになっております。この上乗せ経費については、それぞれの自治体の事情によって多様であることが予想されますことから、高齢者の伸び率等を勘案した上限額が設定された場合、委託に必要な上乗せ経費を賄えないことも考えられ、現実的に実施できないことも十分に想定されます。

各種報道でも明らかなように、既に100を超える自治体においては訪問介護事業所が一か所も存在せず、提案された当該仕組みの実施を検討せざるを得ない状況に追い込まれているとも考えられます。このため、このような自治体において、新しい事業が十分に現実的な選択肢となるよう、実証事業によってその効果や財政負担等を検証した上で細部を詰めていくなど、丁寧かつきめ細かな検討をお願いしたいと存じます。

さらに今後、人口減少地域はますます拡大していくことが予見され、それに伴って、既存の報酬体系によって採算を取ることができない事業所も増加した場合、市町村で対応するには限界を迎えることも当然予測されますことから、例えば介護サービスに係る事業主体を広域的に都道府県化することも視野に入れるなど、中山間・人口減少地域のサービス維持が図られるよう必要な措置を検討していただきたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

尾崎参考人、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。1点、意見を申し上げます。

論点2の施設サービスや居宅サービスのうち、特定施設入居者生活介護を基準緩和の対象とすることについて、サービスの質の確保の課題もございますが、人口減少地域において、介護人材の確保が非常に困難な状況にある中で、サービスを維持していくためには、こうした仕組みを設けることは必要な措置であると考えております。

本県の離島や中山間地域の介護保険施設を運営する事業者からは、看護師や管理栄養士の確保が非常に困難であるとの声が寄せられており、特に管理栄養士については長期間不在のまま施設を運営している実態もあると伺っております。

今後、具体的には介護給付費分科会での議論になるかと存じますが、まずは中山間・人口減少地域において、施設介護事業者が事業を継続していくためにどのような人員配置を必要としているのか、現場の実情を的確に把握することが重要であると考えております。そのうえで、基準緩和がもたらすサービスへの影響を慎重に見極め、質を担保していく方法も併せて模索しながら、制度設計を丁寧に進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。

田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。資料2、論点マル2、論点マル3について意見を申し述べます。

論点マル2についてでございますけれども、7ページに特例介護サービスについて考え方が示されています。7ページの1つ目の○の内容は、中山間・人口減少地域に限って特例介護サービスの対象を拡大するという趣旨と理解しておりますが、特に施設サービスや特定施設では、人員配置が入居者の処遇・安全に直結するものであることから、中山間地域等に地域を限定するとともに、それに加えて、まずは人材確保策を重点的かつ確実に行う必要があります、そのことを前提とすべきということを改めて強調したいと考えております。

55ページに示されたデータを見ましても、介護領域での看護職員確保に関する取組が不十分であることが懸念されます。さらに重要なこととして、処遇改善に関して、看護職の処遇改善の状況が関係職種の中で最も低調であることを踏まえれば、公的な枠組みでの介護領域での専門職確保、地域の関係施設・事業所の連携による人材確保に関する公的支援・処遇改善など、本来取り組まれるべきことに対応することを前提として慎重に検討を行うことが不可欠であると考えます。

論点マル3についてでございますが、8ページから10ページに地域の実情に応じた包括的な評価の考え方等が示されておりますが、訪問介護の利用頻度は、本人の選択、要介護度を含む本人の状態、家族の状況等の多様な要素が関係しております。

資料の9ページの1つ目の○、3つ目のポツにございますが「利用回数や時間の少ない利用者を受入れた場合でも、収益が確保できる仕組みとなる」とある一方で、2つ目の○の最初の■のところでございますが「保険料水準の過度な上昇を抑制する観点も踏まえて、サービス提供量と比べて過大な報酬とならないようにすることが必要」とございます。これら2つの条件と、さらに、中山間・人口減少地域での移動距離の大きさという要素も加わったときに、包括化が解決策となるのか疑問があり、慎重な検討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。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員　ありがとうございます。日本慢性期医療協会の橋本でございます。私のほうからは1点、論点マル3について意見させていただきたいと思います。

ここにあるような包括的な評価というものは今後必要なことかとは思いますが、やはり提供側は必要十分量の確保と、質の低下も考えられますので、その防止ということ。それから、利用者のほうは不公平感を感じてしまう。現に、例えば通所リハとかだと、要支援の方は包括になっていますが、出来高の方が参加されていると、利用者の人の不公平感を感じているようなところはありますので、その辺りのことを配慮する必要があると思います。

一方、包括化にするとやはりサービス提供の自由度が高くなってしやすくなるというのは事実ですし、コストの削減もあるという利点があると思います。その辺りを考えると、包括化だけではなくて出来高との組合せということも考えられるのではないかと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

河野参考人、お願いします。

○河野参考人　中島村長が公務により参加できないため、全国町村会の河野が参考人として発言させていただきます。

初めに、論点マル2について申し上げます。新たな特例介護サービスを設けることは事業者の継続につながると思いますが、自治体の事務負担の増加や、介護保険料や自己負担額への影響、サービスの質の低下などが生じることが予想されますので、そのような課題を解消する形での制度設計をお願いいたします。また、資料に記載がございますICT機器の活用や、職種間で必要な連携体制の確保が中山間・人口減少地域で実際に展開できるのか、検討が必要と思われます。

次に、論点マル3でございます。包括的な評価の導入につきましても事業者の経営の安定につながるものが考えられますが、利用者の不公平感の解消や利用者の利用控え、また、過度な利用とならないようにすることが重要であると考えます。介護保険料への影響や市町村への財政面への影響を具体的に示し、引き続き丁寧な検討をお願いいたします。

そして、論点マル4の介護サービスを事業として実施する仕組みでございますが、サービス基盤を維持する選択肢を用意する趣旨は理解してございます。しかしながら、事業者の撤退が進んだ地域では、この仕組みを選ぶしかない選択肢となる場合も考えられます。よって、選択できる条件の整備は不可欠でございますので、制度の導入が市町村の事務負担増や市町村に責任が集中することにならないよう丁寧な検討をお願いしたいと存じます。それとともに、今後、周辺部からも事業者が撤退することも考えられますので、まずは現行制度において事業者が安定的にサービスが継続できるような仕組みづくりも重要ではな

いかと考えております。

最後に、論点マル7でございます。地域人口の変化を踏まえた調整機能の精緻化は必要だと思いますが、制度の複雑化による市町村への事務負担の増加が極力少なくなるよう、簡易的に交付率が算出できるような仕組みづくりや市町村への丁寧な説明が必要であると考えております。

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。

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。今、議題になっております中山間・人口減少地域におきましては、先ほど多田参考人の発言にもございましたが、訪問介護のサービスがない市町村というものが100以上あるという現状を考えますと、様々な不公平感等の指摘もございますが、それが多少生じたとしても、今回提案された様々な事案に関しては必要と考えられます。ですので、今回の論点について私は賛成でございます。さらには、やはり今ある社会資源をできるだけ活用することが今後は肝要になるかと考えます。それを踏まえて、質問を1点、意見を1点申し上げます。

まず、質問ですが、中山間・人口減少地域での介護の提供体制を維持するに当たり、その地域に所在し、人員体制が基準を超えて充実している介護保険施設、老健や特養等が訪問介護等を提供することについて、もしその市町村が必要と考えている場合であれば私は大変有用であると考えられると思います。そこで、このことについて何らかの制度的な対応ができないか、または、今、御提案されている制度改正の内容の中で対応が可能なのかということを質問したいと思います。

次に、意見を1点申し上げます。資料1の20ページから24ページにありますように、今回も多く委員からこの新類型をつくることについての課題についてたくさんの御意見がございました。この新類型をつくることによって、現場の業務負担が増え、職員が疲弊し、ひいては、これも様々な委員から御意見がございましたけれども、サービスの質が低下するのではないかなというような影響というものを心配する御意見もございました。私もこれは大変重要だと思います。そのためには、先ほど佐藤委員もおっしゃったように、現場の意見を丁寧に聞いた上で、それに対応した必要な支援を提供していくべきだと考えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

○東委員　部会長、質問があつたのですけれども。

○菊池部会長　江澤委員、申し訳ありません。今、1点御質問があつたのを私が失念しておりまして、すみませんが、先に御対応いただけますでしょうか。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長　東委員、ありがとうございます。

いただいた御質問でありますけれども、我々も中山間・人口減少地域で介護サービスの維持・確保を行うことが大変重要だということでありまして、おっしゃられましたように、様々な手段を組み合わせで対応していく必要があると考えてございます。詳細な制度設計につきましては、今後、介護給付費分科会などで御検討いただくことになるかなと考えておりますけれども、いただいた御指摘のようなケースにおいて、例えば介護保険施設において訪問介護等を提供するというような場合には、まさに今日御提案させていただいております特例介護サービスの新類型でありますとか、あるいは市町村が関与して事業でというような枠組みを活用することも可能だと考えてございます。

○菊池部会長 東委員、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○東委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 大変申し訳ありませんでした。

それでは、お待たせしました。江澤委員、お願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、事務局に質問ですけれども、この中山間・人口減少地域の範囲というものが極めて重要だと思うのですけれども、これは中山間かつ人口減少地域ということでよろしいかということが質問でございます。

続きまして、7ページの論点につきまして、1つ目の○では、施設サービスや居宅サービスのうち特定施設入居者生活介護について、特例介護サービスの対象と考えられるか。その後段に、これは中山間・人口減少地域における枠組みである新しい類型の特例介護サービスのみとすることが考えられるかということは、基準該当サービスには施設サービスや特定施設については入らないという論点の提案で、理解でよろしいかという質問でございます。

また、地域密着型サービスについても、新たな類型のみという理解でよろしいかというものが質問でございます。

論点マル3につきまして、この包括報酬ですけれども、以前から申し上げましたが、もともと短時間で頻回訪問するような都市部型サービスとして導入された経緯があります。中山間・人口減少地域では頻回訪問は難しいと思われますので、利用者の視点から納得が得られるサービス体系としてうまく構築できるのか、過小サービスとならないような工夫も必要ではないかと考えております。

続きまして、論点マル4につきまして、12ページの下のパンチ絵に、訪問圏域を超えて訪問とか、複数近隣自治体にまたがる訪問というものが、14ページの最初には、こういった訪問には追加的な費用も勘案するということがあり、13ページの下イメージには事業費払いがあります。ということは、場合によっては介護報酬に加えてプラスアルファのような支払いがあると想定されますけれども、そういった市町村には財源的にも余裕がないのではないかと思います。

また、委託ということが入りますけれども、介護の給付サービスと、このイメージでは、

サービス提供的には給付サービスに非常に近いイメージかと思いますが、事業費払いということで入っておりますが、その点について、こういった仕組みを新たに導入するということは、こういった中山間・人口減少地域については、あくまでも市町村が責任を持ってサービス提供を支える。そういう位置づけとして、これが新たに提案されているのか。これが質問でございます。

併せまして、地域支援事業の中の一類型ということですから、場合によっては既存の地域支援事業がまさに縮小することがないのかどうか。そういうことが危惧されないのかについての質問でございます。

最後に、すみません。時間を超えておりますけれども、本旨の論点は反対するものではありませんが、全て本当にこれが実行可能なのか、具現化できるのかどうかの工夫、あるいは財源確保については、今後、まだまだ検討の余地があるということは申し上げたいと思います。

最後に1点、今回は訪問系サービスを中心に議論しておりますけれども、今後のステップとして、要介護者は医療提供や医療系サービスを必要とする方がほとんど多くいらっしゃいます。したがって、今後、医療系サービスの提供についても検討していくことが必要であることを申し上げたいと思います。

では、以上、意見と質問でございました。

○菊池部会長 それでは、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。まず、1点目の御質問についてお答え申し上げます。

前回のサービス提供体制の構築の議題のときに、論点マル1の地域のタイプの考え方のところでも御提案させていただきましたけれども、既存の制度として特定事業所加算の対象地域というものがあり、今回の地域類型の中で中山間・人口減少地域を特定していくという考え方では、これをベースとしながらも、高齢化等の人口減少といった要素も組み合わせた形で、今後、国の方で一定の考え方を御提案させていただくことを考えております。

以上です。

○濱本高齢者支援課長 2点目の御質問について、支援課長より御説明申し上げます。

施設系をどの程度、対象にするかでございますけれども、今回は、委員御指摘のとおり、中山間・人口減少地域についてのみ対象としてはどうかという御提案をさせていただいているところです。現行でも対象外となっている基準該当サービス等につきましては、これまでの御議論で、個々の職員の負担増につながる懸念もあるのではないかと。また、この新類型について、あくまで緊急対応であるという御意見も頂戴していることから、このような提案とさせていただいております。

以上でございます。

○菊池部会長 ほかに。

どうぞ。

○吉田認知症施策・地域介護推進課長　すみません。あと2つほど御質問いただいております。まず、論点マル4のところに関しまして、事業費の部分であります。圏域を超えて訪問する際の経費などということで、追加的な費用も勘案ということで書かせていただいておりますが、他方で、14ページの1つ目の○の(※1)で書いてありますけれども、複数のサービスを組み合わせて、まさに例えば通所施設をやっているところがプラス訪問介護をやるというような形で組み合わせてやるというようなケースも想定されるところでありますので、1つ目の○のように、追加的な費用もというところがある一方で、単独でやるよりも一定程度効率的に実施できるケースもあるのではないかなと考えられるところでありまして、その上で、トータルの財源の在り方については、ここに書いてある(※3)のような形で、事業費の総額については、一定の上限額という範囲の中で実施いただくという枠組みで考えてはどうかと提案させていただいているということでございます。

それから、地域支援事業の一類型とすることで他の地域支援事業が縮小する懸念がないのかということについてですけれども、ここも詳細はどうするかについてはしっかり検討する必要があると思いますが、基本的には地域支援事業に新たな事業が一類型として入って、あくまでその新しい類型の中での、上限額なら上限額というような形になろうかと思っておりますので、他の事業とは独立して制度設計を行うということを考える必要があると考えております。

○江口総務課長　すみません。総務課長です。

最後の点について少しだけ補足させていただきますと、今、推進課長のほうからお答え申し上げたとおり、今回の提案は、給付でやっている部分を事業という形でサービスを提供する選択肢を設けてはどうかという形になりますので、基本的にはもともとの財源がベースということになり、既存の地域支援事業に影響を与えるということは想定はしておりません。

以上です。

○菊池部会長　江澤委員、いかがでしょうか。

○江澤委員　ありがとうございます。いずれにしても、しっかりとこれが具現化するように、まだまだ課題を擁しておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

1点だけ、最初の中山間・人口減少地域については、これは指定するのは都道府県ですか、市町村ですか。

○江口総務課長　総務課長です。

これは、前回の地域の類型のところでも少し御議論いただきましたけれども、基本的には、市町村の意見を聞きながら、都道府県が介護保険事業(支援)計画を策定するプロセスの中で決めていくということで考えております。

○江澤委員　国は、その方向性は対案を示すという理解でよろしいですか。

○江口総務課長　はい。最初に申し上げたとおり、一定の考え方を国のほうで示しながら、最終的にどのエリアを対象とするかというものは、都道府県のほうで市町村の意見を聞き

ながら決めていただくということで考えております。

○江澤委員　ありがとうございました。

○菊池部会長　ありがとうございました。

これで一通り、皆様の御意見をいただけたかと思います。どうもありがとうございました。

申し訳ありません。時間が押しているのですが、1点、私から発言をお許しいただきたいと思います。通常は部会長の立場から発言しないようにしているのですが、法学研究者の立場から、法学研究者は私1人しかいないので、1点、論点マル4に関して見解を述べさせていただきます。

先ほども複数の委員から、100以上の自治体で訪問介護事業所がない状況であるという実情をお示しいただきました。私自身も福島の被災地とか、能登の被災地ですとか、奈良の吉野地区ですとか、いろいろ入らせていただいている中で感じているのですけれども、介護保険法は2000年に施行されたわけです。2000年はいわゆる社会福祉基礎構造改革のスタートの年でもあった、社会福祉事業法等の改正もあったわけです。そこで言われたのは、措置から契約へという形で大きく変革がなされたと説明されました。

これには恐らく2つの側面があって、一つは個人レベルといいますか、ミクロレベルにおいて措置、つまり、一方的な行政処分から契約という双方向の意思の合致によってサービスが受けられるという形に、法律関係が変わったという側面がありました。ただ、もう一つは、マクロレベルといいますか、国あるいは社会のレベルと申しますか、それまでの措置制度は、戦後、米の配給制度というものもありましたけれども、言わば、そのような発想で配給制度的なものとして始まったものを、そこに2000年の社会福祉事業法改正で地域住民というものを初めて法主体として入れたわけです。それによって自治とか参加という要素を社会福祉の世界に持ち込んだと私は理解しています。配給から自治あるいは参加という規範的価値が入ってきたという側面がある。そういった価値規範というものは言わば地方自治に関連しています。地方自治というものは憲法上も保障された規範的な価値です。より小さな単位では地域自治というものも含まれてきますけれども、それは今日の地域共生社会の理念としても受け継がれていると私は理解しています。多分、そうだろうと思うのです。

そういった中で、今日まさに議論になっています人口減少社会の中で、とりわけ中山間地域において、今までの全国一律の立てつけの基準では供給体制を維持できないという現実が生じてきている中で、そういった自治とか参加とかといった価値というものを一定程度取り入れた形での仕組みを考えるというものを一概に否定的に評価できるのだろうかというのが私の問題意識です。それは2000年以来の法律改正の歴史をたどっても、そこはあまり重視されてこなかったのではないかと。でも、今、そこが地域共生社会という理念が打ち出されている中で、やはり決して否定することはできないのではないかとというのが私の法学研究者としての意見なのです。

そういった面で、今回、13ページの※4で、14ページにも関係者の意見を聞くと書いていますが、13ページの※4でより具体的に、この事業の導入の検討については、事業計画の策定プロセスの一部として、被保険者（住民）等関係者の意見を聞くことを想定と書いてある、これはとても重要だと思います。まさに地域住民、それは被保険者、要介護・高齢者の方々も当然含まれてきますけれども、そういった方の意見を聞きながら、導入の可否も含めて考えていくという方法・方策を、入り口段階で否定するのは、これまでの2000年以来の法律改正の流れからしてもどうなのかという面を感じましたので、発言させていただきました。

大変申し訳ございません。今日はこれ以上黙っていようと思いますので、一委員としての発言をお許しいただければと思います。

すみません。それでは、議題1については以上といたします。この議題については、これまで3回にわたって議論を行ってきましたが、中山間・人口減少地域に限定して新たな枠組みを設ける方向性については、いろいろ課題の御指摘はありましたけれども、おおむねの御理解は得られたのではないかと認識してございます。ただ、様々な課題の御指摘等もございましたので、事務局におかれましては、こうした議論も踏まえて、引き続き整理、そして検討をお願いしたいと存じます。

それでは、続きまして、議題2「地域包括ケアシステムの深化（介護予防・日常生活支援総合事業等）」につきまして、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。資料2を御覧ください。

まず、論点マル1、介護予防・日常生活支援総合事業の充実にに向けた取組の推進ということで、3ページを御覧いただければと思います。

総合事業の充実ににつきましては、令和5年の検討会の中間整理を踏まえまして、令和6年8月までに、市町村が中心となって、多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、実施要綱等を改正いたしまして、工程表に基づき取組を推進しております。

4ページから6ページにかけまして、実施要綱が改正された後の本年5月時点の状況を市町村にアンケートいたしまして、回答があった市町村を速報集計したものでございます。訪問型・通所型とも従前相当サービスの実施割合が最も高くなっております。

また、訪問B、通所Bには多様な主体が参画している一方で、5ページになりますけれども、これを実施していない市町村の4割以上が、担い手が少なく参入が見込めないことを理由に挙げておりまして、事業者・多様な主体が参画しやすい環境づくりが重要と考えられます。

7ページを御覧ください。

総合事業の充実に向けて、昨年8月の要綱の改正を踏まえまして、令和6年度中に見直した市町村は約9%にとどまっております。今後、約4分の3の市町村が第9期期間中に見直しの検討を行う予定ですが、現時点では何も対応する予定はない市町村が約4分の1となつてございます。

こうした市町村においては、今後対応すべき課題を明確化していくことが重要ということで、市町村の関係者が、今後直面する課題や総合事業の目的の理解を含め、必要な検討を進めることができるよう「総合事業の充実に向けたワークシート」を配付するなど、さらなる支援を行ってまいります。

8 ページを御覧ください。

市町村の約7割が総合事業の評価を実施、また、そのうち約6割が評価指標を設定しております。評価結果を踏まえて改善策を検討した市町村のうち、約29%は改善が必要だが改善には至らなかったとしております。

また、市町村の約67%が、全部または一部のサービス・活動事業利用者の要介護度を把握しております。

総合事業の実施状況につきまして、国保連への請求データを活用できないサービス・活動類型は、介護予防ケアマネジメント等により継続的に確認した情報の提供を受ける、事業者が利用者に確認した情報の提供を受けるなど工夫しているところ、介護予防及び自立支援の効果測定が重要なサービス・活動類型は、利用実態等を把握しやすい環境をつくることが評価の推進につながるものと考えております。

9 ページを御覧ください。

中山間・人口減少地域では、担い手不足により、要介護者を含めたサービス提供体制に課題があり、介護予防や重度化防止等に取り組むことがより一層重要ですが、多様な主体の参画や、総合事業の見直しは全体に比べて進んでいない状況でございます。

こうした地域で、より積極的に地域づくりを行えるよう、都道府県による伴走的な支援も必要でございます。

10 ページを御覧ください。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は総合事業の評価に活用されていますけれども、第10期に向けては、介護予防の取組を評価するため、一部の見直しを行いました。現状、調査方法などは自治体に委ねられ、実施のやり方にばらつきがあるということでございます。

11 ページに、現在の介護予防に関する取組を評価するためのデータ収集の概要をお示ししておりますけれども、各施策で収集した情報を連携して評価・分析することについての課題があるということでございます。

以上を踏まえまして、12 ページに論点に対する考え方をお示ししております。

1 つ目の○ですけれども、総合事業について、市町村が適切に評価し、効果的に改善できるよう、関係者が取り組みやすくなるような効果検証手法の具体化を進めていくことが考えられるか。

2 つ目、その上で、都道府県が、市町村の伴走的な支援や生活支援プラットフォームによる多様な主体とのつながりづくりを行うなど、さらなる支援を行うことを推進することについて、都道府県計画への位置づけを含めて、どのように考えるか。

3点目、サービス・活動Cについて、指定事業者による請求・支払いの仕組みを活用して介護レセプトとして実施の状況等を収集する新たな仕組みを構築し、関連データを組み合わせた評価を可能とすることについてどのように考えるか。

4点目、第11期のニーズ調査に向けては、国が標準的な調査方法等を提示した上で、そのデータを収集し、各市町村が効果的な介護予防施策を展開できるよう、見直しを検討してはどうかということでございます。

次に、13ページ、介護予防の推進についてでございます。論点マル2ということでございます。

「通いの場」は、住民主体の介護予防の取組を推進する場として、高齢者の社会参加を促すとともに、地域における支え合い機能や多世代交流の場として機能することで、地域共生社会の実現の一翼を担ってまいりました。

高齢化や人口減少のスピードやサービス供給の状況は地域によって異なることが想定される中、今後は、幅広い市町村において、各自治体の状況を踏まえた地域の支え合いの拠点の整備・運営を推進していく必要がございます。

こうした中、地域の「通いの場」の取組を支援するとともに、高齢者の介護予防を主軸としまして、障害、子育て、生活困窮分野等の地域の抱える課題の支援を一体的に実施するための拠点を整備し、その運営を推進する事業について総合事業に位置づけることについて検討する必要があると考えてございます。

次に、15ページにお進みいただきまして、論点マル3、認知症施策の推進等ということでございます。

認知症施策は、令和元年の「認知症施策推進大綱」などを経て、認知症医療体制の整備など、基盤が整えられ、そして、昨年1月には認知症基本法が施行、また、昨年12月には国の認知症基本計画が閣議決定されております。現在、国の基本計画を踏まえ、各自治体で認知症施策推進計画を策定いただいているところでありまして、国において、その策定の支援を進めております。

本年10月の内閣府政府広報室による「認知症に関する世論調査」において、認知症に対するイメージについて「地域で生活できる」の割合が増加し、他方「地域での生活は困難」や「何もできなくなる」といった認知症に対する否定的な回答の割合が減少していることが把握されております。

こうした中、次の16ページで論点に対する考え方を示しております。

まず、2つ目の○でございますが、都道府県・市町村が計画策定において、認知症の本人や家族の参加・参画を進めることについて、90ページ以降にも実例を御用意しておりますけれども、先行的な取組が行われており、この取組を計画策定を支援していく中で展開していくことを推進していくべきではないか。

また、3つ目の○でございますけれども、この部会でも御紹介いたしました医療と介護の連携の中で、認知症医療はその代表例ということでございます。そうしたこともあり、

地域医療構想での議論も踏まえつつ、介護保険事業計画策定において、市町村と都道府県とが認知症の医療に関して確認・議論することが必要ではないか。そのためにも、認知症の医療資源の役割について、介護保険事業計画の基本指針に示していくことが必要ではないか。

加えまして、ピアサポートなどの取組を段階的に構築していくこと、独居の認知症高齢者に対する対応、意思決定や権利擁護に関する点についてもお示ししております。

また、家族介護者への相談支援体制につきましては、市町村や地域包括支援センターにおいて、家族介護支援事業や総合相談支援によって支援を行ってきておりまして、支援マニュアルの作成や土日開所の促進といった取組を通じて充実を図ってきているところでございます。今後、関係閣僚会議の決定なども踏まえつつ、施策充実に向けて取り組む方針をお示ししております。

資料の説明について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、委員の皆様から御発言がございましたら、お一人3分以内でお願いいたします。

では、会場はいかがですか。

全員ですね。それでは、先ほどと逆に、和田委員からお願いします。

○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。

論点マル1について意見を申し上げます。30ページの資料によりますと、2023年までの11年間で通所型サービスの利用者は約2万人増加しています。しかし、訪問型サービスの利用者は約4万人減少しています。要支援認定者が増え続けているにもかかわらず訪問型サービスの利用者が減っている現状は大変憂慮すべき状況です。

在宅介護を支えるサービスを利用していない方は、家族の方が無償で支えている場合があるかもしれません。しかし、介護離職による経済的困窮や老老介護による共倒れのリスクも少なくありません。総合事業の充実にあたっては、必要な人に訪問型サービスが確実に提供される仕組みの検討をぜひお願いしたいと思います。

次に、論点マル2です。13ページに示された介護予防と障害、子育て、生活困窮分野での地域課題を一体的に支援する拠点は、担当が地域包括支援センターになるのでしょうか。ここは一点教えてください。

いずれにしても、複数分野での課題に対応する優れた人材の確保が不可欠であると思います。また、担当者が燃え尽きないように、適切な人員配置の検討も併せてお願いしたいと思っています。

続きまして、論点マル3です。認知症施策の推進は私たちにとっても大変喜ばしいことです。その上で、認知症施策推進計画策定の本人参画の場において、認知症の本人が単に出席だけで会議のお飾りとならないように留意していただきたいと思います。また、認知症の当事者は本人と家族だと考えております。どちらも困惑しながら認知症とともに

生きており、お互いに影響し合う立場にあります。策定には本人と家族の両方の参画が不可欠だと思います。

また、診断前・診断直後の相談支援体制の整備は必ず進めていきたいと考えております。診断直後の不安に対応するため、ピアサポートや本人ミーティングなど、当事者同士の支え合いを医療・介護サービスと連携して提供することが重要です。介護保険認定までのいわゆる空白の期間というものを支える取組の構築も望みます。

さらに、家族介護者への相談支援体制の整備が明確に位置づけられたことも私たちが長年要望してきた方向です。家族は、仕事と介護の両立、長期化による経済的不安、心理的負担など、複雑な課題を抱えています。市町村の家族介護支援事業の充実とともに、企業や福祉機関、当事者団体を含むネットワーク構築が不可欠です。

私たち認知症の人と家族の会は、45年にわたり、家族の集いや電話相談など、当事者同士の支え合いの場を運営してきましたが、こうした活動と公的相談支援体制との連携・補完がさらに進むことを期待いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございました。

山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の山際です。

論点1、3ページにあるように、地域支援事業、総合事業の見直しの目的ということで、市町村が中心となって、多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立って、地域をデザインしていくことと定義がされ、2024年の要綱の改定が行われたと理解しております。今回の資料では、生活支援コーディネーターの配置であるとか、活動状況、協議体の状況、また、総合事業以外の生活支援サービスや介護予防の取組等々の資料が抜けているのではないかと考えております。ぜひ、これらの最新の状況について資料を提示いただきたいと思います。

また、検討の視点が総合事業をどうするかという狭い検討になっているのではないかと危惧しております。もっと幅を広げた検討を行って、地域の中に存在する様々な生活支援サービスの取組、それから、環境整備がどう進んでいるのかということについて検討すべきではないかと考えております。高齢者の介護予防、健康づくりや生活を支えるサービスは総合事業だけで実現できるはずもないですし、介護保険財政で全て賄うべきではもちろんないと考えています。貴重な専門性を持った介護人材の投入も適切に行うべきだと思います。

そういう意味では、総合事業はそうした地域づくりのきっかけとし、地域トータルの状況把握と評価が必要だろうと考えております。例えば32ページに資料がありますが、見守りを実施した自治体は123となっていますが、例えば私が所属している生協グループのところでは、各自治体と見守りの協定は既に1,300以上と締結しております。毎日2万5000台以上の車両が毎週950万世帯以上に食材を配達し、地域も含めた見守りも行っております。多

分、こうした取組をやっている他の事業者も多数存在するだろうと思っています。また、総合事業以外のサロン活動を各地で実施している団体についても存じ上げております。総合事業だけの評価ではなくて、地域での取組にどうつながっているのか。また、総合事業が地域力を高めるためのふさわしい設計になっているのかどうか、見ていくべきだと考えています。

総合事業の見直しの検討会は非常に有意義な内容だったと思いますが、さらに進んだ検討を改めて実施すべきではないかと思っています。また、提案のある生活支援共創プラットフォームは非常に有益だと思いますが、絵に描いた餅にしないためにも、自治体での事業設計、自治体と事業者と地域住民がどうつながったか、生活支援コーディネーターへの情報提供や連携がどう進んでいるのかという実効性のある中身として推進すべきだと考えております。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

すみません。先ほど和田委員の御質問に対して、私、今日は血圧が高めのせい、ぼーっとして、集中力が途切れがあって大変申し訳ございません。和田委員の御質問に対してお願いいたします。

○堀老人保健課長　老人保健課長でございます。

先ほど和田委員のほうから、拠点の担い手がどこになるのか、地域包括が担うのかという御質問をいただきました。担い手につきましては、地域包括支援センターが担うというよりも、これは地域の一般介護予防の「通いの場」を支えていくということでございますので、社協やNPOですとか、多様な主体に担っていただくことを想定しております。

○菊池部会長　ありがとうございます。

平山委員、お願いします。

○平山委員　連合の平山です。

私は論点1の1つ目の○の、総合事業の実施状況の分析・評価についてですが、これは市町村の努力義務ということで、資料8ページには約7割実施しているということです。これについては努力義務ではありますが、さらに実施率を上げていく必要があるのだろうと思います。総合事業の効果検証手法の具体化を進めるに当たっては、市町村だけでなく、利用者の声など、利用者視点から介護予防の効果検証も行うべきではないかと考えております。

3つ目の○ですが、「利用者の要介護度や心身機能の変化を把握すること」は、できるだけ状態を悪化させないためにも必要なことと考えますが、新たな仕組みを構築し、関連データと組み合わせた評価を可能にするという点については、介護・医療の個人情報是非常に機微な情報に当たるため、情報の取扱いについては厳格な管理を前提に検討する必要があると考えております。

次に、論点2について、一体的な拠点の整備をすることは必要であると考えます。資料

14ページにモデル事業がありますけれども、このモデル事業が実際、どの程度機能しているかについては、今後、その検証結果を御報告いただければと思います。

また、将来的に、資料の100ページにあるように、地域支援事業の枠組みに子育てや生活困窮分野等も位置づけていくことを想定するのであれば、公費と保険料について財源の整理が必要になるのではないかと考えております。

最後、論点3ですけれども、○の6つ目の後段に、「新たな成年後見制度の施行までに、必要とする高齢者の利用支援について、議論の動向を踏まえ対応する」とありますが、新たな成年後見制度については、これまでの終身ではなく、有期や更新の制度として見直しの機会が議論されているところです。その場合、成年後見が終了した場合の人の受け皿についても今後検討していく必要があるのだらうと思います。

私からは以上となります。

○菊池部会長 ありがとうございます。その受け皿については、今、福祉部会のほうでも議論しているところでございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、津下委員、途中退席されるということで、よろしければ次の議題も含めて。

○津下委員 ありがとうございます。

それでは、論点1です。介護予防・日常生活支援なのですけれども、総合事業ですが、まだ実施していない、または変化について対応ができていない自治体もあるということでございますが、先ほど山際委員も言われましたけれども、これからの世界を考えると、総合事業、そして、介護保険外のサービスとか地域の環境とか、民間のビジネスも含めて、総合力でやっていかなければいけない時代になってきましたので、総合事業に取り組まない場合、ほかにどういう対策を講じるかをしっかり議論してやっていく必要がある。

そういう点でいきますと、今回、総合事業の充実に向けたワークシートとか、生活支援共創プラットフォームの資料も提出されておまして、拝見しまして、本当にうまくできていると思ったのですけれども、それを多くのところが使ってくれなければいけないとおもいます。例えば介護保険支援計画の中にきちんと位置づけて、そういうデータをきちんと確認することとか、それだけではなく、地域の状況、産業とか地域の高齢者を取り巻く環境についてもアセスメントして、今後の方向性を計画することなどの位置づけが必要なのではないかなと感じたところです。

また、総合事業について、評価をしなければいけないというところで、自治体としては評価を難しいと感じてしまうところが多いのかなと。ケアマネジメントなど個別のことについては、個人を追跡した評価ということが実施可能なのですけれども、こういうポピュレーションアプローチ的なといいますか、地域づくりについては、もう少し簡単な評価、たとえば既存データを活用したマクロ的な評価で十分ではないかと思いますので、この総合事業の評価について、もう少し取り組みやすくするとよいと思います。評価のための事業をしなくても済むようにしていくことで一歩進めやすくなるのではないかなと思っております。

そういう点で、高齢者向けの事業を地域に発信する企業の動きも重要です。企業にとっても積極的に関与するというのが企業のブランドイメージを高めるということにつながるというなと思ひまして、例えば介護エールカンパニーとか、そういうことで企業をどんどん認証していく。そういう企業があると、自治体が一つ一つ掘り起こししなくても、そういう会社がほかの自治体でやっているのだったら、うちもやろうみたいな感じで乗りやすくなるのかなと思います。既にやってみえたら申し訳ないのですけれども、どんどん広めていくといいかなと思います。

論点3の認知症のことなのですけれども本当に大事なことで、また人数が増えてきたので、社会の理解とか個人的な体験になってきているということで、重要なことだと思っています。

1点なのですけれども、私は糖尿病や肥満症を専門としていたのですけれども、糖尿病患者とか糖尿病の人という言い方は、それはレッテル貼りになるので、スティグマにつながるのではないかという意見があつて、例えば「糖尿病とともに生きる人」とかに修正されつつあります。今、おっしゃったように、「認知症とともに生きる人」のような表現のほうが、認知症の人とそうではない人みたいな、そういう対比構造にならないのではと思います。認知症の人ということは、基本法にも書かれていることなので難しいとは思ひのですけれども、厚生労働省の資料的には、認知症とともに生きる人みたいな感じで書いていただくのがいいのかなと思ひました。

それから、最後に、有料老人ホームなのですけれども、まだ説明を伺う前なのですけれども、高齢者の住まいの確保の面だけでなく、介護の必要な人のサービスを集約して提供できることがあります。また、施設との違いとしては本人の自由度または家族の自由度も施設よりは大きいというようなこともあり、多くの看取りも行われているということで、家族と一緒に看取るといふようなことが広く行われているという現状があります。

そういう中で、不適切な運営とか、必ずしも本人の思いと施設の種別が合わないとか、いろいろな問題が出てきていると思ひます。これについては、イメージだけで選ぶのではなく、十分にデメリットも確認しながらホームを選択できるようにしていく仕組みも必要だし、また、施設に対して目が入ること、査察ということ、監督ということもありましたけれども、やはり不適切なものは排除していただいたり是正していただくということで、安心して選べるようにしてほしいと思ひております。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございます。

それでは、小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。私のほうからは、論点マル1につきまして意見を述べさせていただきます。

総合事業につきましては、各活動について適切に評価を行い事業の改善を図るということとは重要ですが、総合事業は自立支援であるという観点から考えますと、本来は対

象者自身に自分の健康は自分で守るという予防の意識づけをしていくことが重要です。そのため、サービスの効果検証につきましては、実施主体のみが効果検証を行うのではなくて、利用者自らがその効果を検証してフィードバックするというような方法もあるのではないかなと考えます。

若干、論点からはずれるかもしれないのですが、介護予防・日常生活支援総合事業につきましては、利用するサービスによって、現状では地域包括支援センターと、それから、介護予防事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所で、使うサービスによって支援する担当者が替わるというようなこともあります。全体的に見ていくときに、報酬体系を含めて、利用者さんに分かりやすいシステムへの見直しということが必要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。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私のほうからは2点御意見申し上げます。

まず、論点マル1についてでございます。総合事業の市町村が中心になって、多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点は重要であります。その取組を推進する方向性は極めて重要であると考えます。ただ、その取組を担う人材の高齢化等の状況を踏まえれば、その取組を担う人材をサポートする、専門的な知見を有する人材も欠かせない状況が生じていると認識しております。

他方で、地域には介護職を退職した介護福祉士等の介護に知見のある人材も少なからず存在しているはずでございます。そういった潜在介護福祉士等の活用を推進する仕組みを構築すべきであると考えます。

続きまして、論点マル3についてでございます。16ページの論点に対する考え方に、認知症の本人の意見を聞くことについて、介護従事者に対する研修の見直し時期を捉えた研修の組み込みという記載がございます。介護福祉士養成教育の課程のテキストなどでは、一部に既に改訂が進んでいると承知しております。認知症の人だけによらず、いわゆる身寄りのない高齢者等の意思決定支援の在り方等については、従前に増して、その必要性は高まっているのは確かであり、当該取組を進めるべきであると考えます。

なお、インフォーマルな支援を進めるに当たっての専門職の関わりが重要であることは以前にもお伝えいたしましたが、例えば各地域における住民を対象とした認知症に対する理解を広める取組が考えられますが、そういった取組には介護福祉士の専門職能団体としてぜひ協力させ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。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 では、まず、論点マル1についてですが、12ページにあります総合事業の効

果検証手法の具体化については、48ページに最終アウトカムに方向づけられたプロセス、アウトプット、アウトカムを評価する考え方が示されておりますが、こうした考え方は重要であります。しかしながら、ここに触れていませんが、本部会でも指摘されておりますように、利用者の属性を考慮した評価が重要であり、例えば認知症高齢者の日常生活自立度別の在宅継続率でありますとか、独居認知症高齢者の在宅継続率を評価するなどのきめ細かい分析が必要かと思えます。

ただ、これは先ほど山際委員がおっしゃっていましたが、こういったアウトカムは総合事業だけで決まるものでは決してございませんので、この最終的なアウトカムというものはやはり共生社会という観点から共通のアウトカムを設定することが重要であろうと思います。

論点マル2については、13ページに、地域の「通いの場」の取組を支援するとともに、介護予防と障害、子育て、生活困窮分野等の地域の抱える課題を一体的に支援する拠点について書かれておりますが、これは大変現実的でございます。実際、中山間・人口減少地域では、同じ拠点で通所介護と介護予防をしながら、遠隔診療も可能な診療所を設置したりとか、障害や子育ての拠点機能を果たせるようにするなどの工夫をしているところが少なくありません。

ただ、財源がいつも課題になっておりますので、14ページに示されるモデルが、国や都道府県による財政的支援の下、実現させる方向で進めていただければと考えているところでございます。

それから、論点マル3についてですが、認知症施策の推進については、16ページに記されている検討の方向性については全て賛成でございます。ただ、この3つ目の○について少し補足的なコメントをさせていただきますが、それぞれの圏域において、認知症に対する医療の充足された部分と残されている課題を把握する方法につきましては、令和5年度と令和6年度の認知症の医療提供体制に関する老人保健健康増進等事業でチェックリストを作成しておりますので、参考にいただければと思います。

また、認知症疾患医療センター運営事業の目的は、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることとされておりますが、これは都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業であることから、市町村で実施される認知症施策との連携が必ずしもうまくいっていないということがございます。そういうことで、地域の実情に応じた、認知症の医療・介護を含む支援体制を構築するために、介護保険事業支援計画でありますとか介護保険事業計画にこの都道府県の認知症医療に関する施策と市町村の事業が具体的に連携できるような記載が必要である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。

それでは、オンラインから、尾崎参考人、お願いします。

○尾崎参考人 ありがとうございます。論点1について、意見を1点申し上げます。

資料12ページの3つ目の○になりますが、サービス・活動Cの利用者に関する要介護度や心身機能の変化を把握することは効果検証を行う上で重要なデータとなりますので、指定事業者による請求・支払いの仕組みを活用して、国においてデータを収集していただくことはぜひ進めていただきたいと考えております。

併せて、サービス・活動Cは専門職により短期間で生活機能の向上を図る介護予防において非常に効果的なサービスであると認識しておりますが、本県においてはサービスの利用が進んでおらず、サービスの提供事業者からは収益が少ないとの声を伺っております。今後、データの分析を通じて、サービス・活動Cの有効性を確認しながら、さらなる推進に向けて、事業者へのインセンティブの付与などの方策についても併せて検討し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。

山田委員、お願いします。

○山田委員 全国老協協の山田でございます。

論点マル1でございます。4ページにおきまして、サービス・活動事業等の実施状況については、訪問型、通所介護型、ともに従前相当サービスの割合が最も多く、6ページにおいては、訪問型B、通所型Bを実施していない市町村の主な理由が、多様な主体において担い手が少なく参入が見込めないとする調査結果が示されております。8ページにおいては、市町村の約33%がサービス・活動事業の利用者の要介護度を把握していないという実態からも、事業の評価を進める検討が必要であると考えます。総合事業本来の目的に注視し、要介護状態を予防するという観点が極めて重要なことですので、地域づくりを行える体制を整備するには都道府県の支援も必要であると考えます。

なお、第125回の介護保険部会でも発言いたしました、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について、要介護度1・2の方の通所介護と訪問介護の利用者数は、到底、総合事業が受け皿になるような人数ではございません。総合事業の現状からも、要介護度1・2の方を移行することは困難であり、特に高い専門性を求められる認知症ケアの必要性は、現行の通所介護、訪問介護でこそ、サービス提供体制の確立が得られるものです。要介護度1・2の方へのサービスの質の低下が危惧される軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方の見直しについては強く反対いたします。

論点マル2でございます。13ページにおいて、中山間・人口減少地域に限らず、2040年を見据えますと、高齢者の介護予防を主軸とした活動の拠点を整備することは必要なことであると考えます。障害、子育て、生活困窮等の多機能性を持たせるとなると、各サービスの現状・課題を共有し、戦略的な道筋を立てて創意工夫する仕組みが重要であると考えます。

論点マル3でございます。16ページにおいて、認知症のある高齢者が増加する中で、施

策の推進計画策定において当事者本人の参加を推進していくことは賛成です。

ピアサポートや本人ミーティング等、本人の意見を聞くことや話し合いの場は有効と考えます。実践的なことを考えますと、例えば就労支援や就労継続支援活動に見られる職業訓練の場を通所介護等で提供することによって、工賃的な収入を得ながら、社会参加・社会交流が可能になるとも考えられます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

ミュートになっているようです。

○石田委員

総合事業について、この現状というところで、やはり訪問についても通所についても従前相当が9割以上であるということと、こういう実態に加えて、非常に総合事業の内容は地域差が大きくあって、それらの内容がどのぐらい把握されているかという点で、まだ課題が多く残っていると思っております。

特に、一番目指している住民参加型のような訪問B、それから、通所Bにおいては、この6ページにもありますように、高齢者の要介護度が維持・改善されたかというような成果への確認であったり、実際的に事業費が抑えられているかどうかという本来的な目的についてもなかなかチェックがされていない、評価がされていないという現状です。

ある自治体では、要支援という形で認定を受けても、結局、使えるサービスは福祉用具のレンタルだけで、あとは月1回、催されている地域の公民館のお茶会に出てくれというようなことで終わっているというような事例があることも聞いております。もう少し総合事業の実態というものは調査しなければいけないのではないかと思います。

総合事業に関しては、もともと介護予防とか日常生活支援というものが目的となっているわけですから、どのぐらい予防の効果があったか、それから、日常生活において、どのぐらい支えられているかということについてのしっかりとした評価、効果の検証が必要であると思っております。「通いの場」ということに関しても、その目的や機能の定義というものは非常に難しいと思います。これイコール通所介護ということにはならないと考えます。改めて再調査して、十分な時間をかけた上で、この中身を検証してからでなければ、この総合事業は、その次の段階、つまり対象者拡大に関する議論へ進めな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。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員 ありがとうございます。

介護予防・日常生活支援総合事業の充実は、将来に向けて推進していくべき重要な施策であると考えます。総合事業を着実に進めていくためにも、今回示された検討の方向性に

異論はございません。

その上で、総合事業を充実・強化していくために、現状の包括検証や評価を踏まえて改善を進めるための具体的な手法を提示していくとともに、都道府県による伴走的な支援を都道府県の支援計画に位置づけるなど、地域の状況に合った形で着実に推進されるように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。

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。論点②の介護予防の推進について申し上げます。

今般示された地域の抱える課題の支援を一体的に実施するための拠点を整備し、その運営を推進する事業を地域支援事業に位置づけるという提案については、地域支援事業の上限額を廃止することはもとより、必要な予算を確保することと一体で検討していただきたいと存じます。

検討の方向性において、介護予防と障害、子育て、生活困窮分野等の地域の抱える課題の支援を一体的に実施するための拠点を整備し、その運営を推進する事業を地域支援事業に位置づけることについて提案がされておりますが、介護保険財源を充当する以上、何らかの整理が必要ではないかと考えているところでございます。

また、地域支援事業は介護情報基盤のランニングコストにも拠出することとされており、今般示された事業についても同様に位置づけた場合、保険者が既に実施している各種サービス等が十分に実施できなくなるなど、影響が出ることが予想されますことから、地域支援事業の上限額を廃止するとともに、必要な予算を確保することと一体で検討していただきたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

論点マル1の介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組の推進につきまして、訪問型、通所型、ともに従前相当サービスとサービス・活動A以外の取組が進まない実態がありますが、資料の33～34ページで現状を詳しく見ますと、利用者数は増加しているものの、実施事業所（団体）数は令和4年から5年にかけて減少傾向であることが分かります。実際に現場からは、人材不足を背景に、従前相当サービスすら継続して取り組むことは困難だとの声が出ています。そして、その背景には報酬の問題があり、介護保険による要介護者へのサービスと同様の対応をしても報酬単価が低く抑えられているとの声が多く出ています。

総合事業は介護保険と異なり、保険者ごとに予算が存在し、上限がありますが、その設定については高齢者数の伸び率を指標としていることから、昨今の物価や人件費の上昇を

反映した報酬単価の設定をすることができていません。多様なサービス・活動の普及どころか、従前相当サービスやサービス・活動Aすら継続が困難な局面であり、その要因となっている現状の報酬単価の在り方を見直すことも検討する必要があると思います。

論点マル3の認知症施策の推進については、まだまだ社会全体で認知症に対する理解が十分ではなく、MCIの段階にあっても、老化現象だから仕方がないとの受け止めで医療機関へのアクセスがなされず、適切な対策が行われていないことで認知症への移行が早まったりするケースもあることから、広く社会に対して認知症への向き合い方について理解を促進することや、任意事業となっている家族介護支援事業の取組強化を進め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。

田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 16ページの論点マル3について意見を申し述べます。

資料におきまして、認知症である方、認知症とともに生きる方、あるいは御家族に対する診断後からの支援、そして、ピアサポート活動について、都道府県・市町村、認知症疾患医療センター、そして、関係団体における取組をお示しいただいております。御本人や家族からの経験を基に、支えていただける力は非常に大きなものがあると考えております。

そして、参加者の声としてもこのことが示されております。都道府県・市町村における認知症施策推進計画の策定が進む中、計画にこのことを確実に位置づけ、推進し、その方にとっての身近な場において支援の機会が得られるよう取組を進める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。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。私からは、論点マル3の認知症施策について意見を言わせていただきます。

以前も申し上げましたが、認知症施策の推進というところで書かれていることは確かにそのとおりですが、基本的にこれは軽度認知障害の方、いわゆるMCIの方に対しての施策と見受けられます。認知症というものはやはり進行していく疾患ですので、MCIのときと初期と中期と末期と、大体大きく分けると4段階に分かれると思います。MCIのところだけではなくて、中期とか末期の施策も重要なことだと思いますし、それに対しての診断とか予防効果、治療、そういったことの医学的な視点も重要ではないかなと思います。

それに合わせて、中期・末期のときだけには限らないと思うのですが、虐待に関してです。虐待防止は児童とか高齢者、障害者の虐待防止の法律とかはあるのですが、認知症に関してもそういったことも考えなければいけないと思います。いずれにして

も、ここで議論されていることはMCI、軽度認知障害のとき、もしくは初期の段階ということで、中期・末期のところを議論に入れていくべきではないかなと思います。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

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。論点マル1の介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた取組の推進について御意見を申し上げます。

老人クラブは、地域を基盤とする高齢者の自主組織として、昭和55年から地域高齢者の健康づくり、介護予防活動や、在宅高齢者やその家族を支援する活動、安全・安心の住みやすいまちづくりを目指すボランティア活動などに取組を続けています。5ページのアンケート結果にもございますけれども、地域包括ケアシステムの深化に係る老人クラブの介護予防・日常生活支援総合事業などへの取組につきましては、地域の実情に合わせて多様な主体が参画しやすい環境づくりが一層重要になると認識してございます。

高齢者の自主組織である老人クラブの活動については、従前から基礎自治体における老人クラブ活動の価値が十分に認識されていないのが実情であると捉えておるところでございますけれども、厚労省が令和6年度の老人保健健康増進等事業で基礎自治体に向けて取りまとめたいただきました「地域共生の推進に向けた老人クラブとの協働を目指して」におきましては、老人クラブの現状と課題を踏まえて、老人クラブとの協働・連携のメリットや、その情報収集・方針検討に資するガイドブックとして都道府県を通じ周知されたとところでございます。しかし、この春以降の各県老人クラブで開催いたしました、当該ガイドブックを踏まえた自治体職員などとの共同の研修会などにおいても、実際には自治体の理解や関心が低いのが実情でございます。

このため、今後、地域の実情に合わせた総合事業のサービス・活動事業における多様なサービス・活動の充実に向けましては、都道府県が市町村の総合事業の基盤整備を推進するため、多様な主体とのつながりづくりを行うなどのさらなる支援を推進することについて、都道府県の介護保険事業支援計画にしっかりと位置づけていただきたいと考えているところでございます。それに併せまして、厚生労働省におかれては、改めて取りまとめたガイドブックの活用について、都道府県に対し積極的な周知を図ることも必要だと考えております。

本会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。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

論点マル1につきまして、以前から総合事業のデータベースを構築し、見える化を図って、総合事業の質の向上をすべきと申し上げてきたところでございます。資料の8ページの2つ目の○と3つ目の○に、市町村の約7割が総合事業の評価を実施、約67%が利用者

の要介護度を把握と記載されていますけれども、それ以外の市町村は評価や把握をしていないことにもなります。

続きまして、12ページの3つ目の○のサービス・活動Cについては、利用者の要介護度や心身機能の変化を把握することが重要であることから、介護レセプトを活用して、関連データを組み合わせた評価を可能とすると記載されておりますけれども、あくまでもサービスCは短期間の集中的なサービスでありますし、サービスC以外の利用者の把握も極めて重要と考えておりますので、ここはぜひ全ての利用者の把握ができるように見直しをお願いしたいと思います。

資料の30ページを見ますと、要支援1・2の利用者の訪問介護・通所介護サービスが予防給付から総合事業に移行した後に、要支援1・2の認定者は増えているにもかかわらず総合事業の利用者が減少していることについては緊急に実態把握が必要と考えております。

また、31ページに3年間続けて利用している人のデータが示されており、恐らく従前相当サービスを利用している方のデータが中心だと思いますけれども、全ての利用者の把握が必要だと思います。すなわち、死亡とか入院とか転居も含めた全体の実態把握も求められると考えております。

続きまして、論点マル2につきまして、令和元年の一般介護予防の検討会の取りまとめにおきまして、私も申し上げましたけれども、専門職が「通いの場」を訪問して「通いの場」の質を高めていくことが推奨されたところでございます。

ただ現状、人材不足・業務多忙によって施設から職員を派遣することは極めて困難な状況になっておりますので、例えば受入れの余力のある老健や特養、グループホームなどの施設において「通いの場」を開催、例えば年に1～2回でもいいですけれども、そういった施設で「通いの場」を開催することによって専門職との接点が保たれるので、そういったことも今後検討していく必要があるのではないかと考えております。

最後に、論点マル3ですけれども、下から2つ目のところに介護従事者の研修が出ておりますけれども、まだリーダー研修において、報酬算定の要件でもありながら、自治体においては申し込んでも採択されないとか、あるいは受講日数も長く、受講料も中には7万円というような高いところもございます。ぜひ認知症ケアの質の向上のためにも、誰もが研修を受けやすい環境整備を整えていく必要があると思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員　ありがとうございます。論点に沿って申し上げます。

まず、論点マル1でございますが、資料2の12ページのひとつ目の○に「総合事業の効果検証手法の具体化」と書いてございます。資料2の4～6ページには総合事業の様々なデータが示されておりますが、この総合事業の対象者といいますのは、要支援の方と要介護認定を受けていない、いわゆるフレイルの方が混ざっていると考えられます。そこで、

こういう資料の中にぜひ要支援の方とフレイルの方を分けて、今後データ分析していただきたいと思います。

論点マル2でございます。資料2の13ページの介護予防の推進で「介護予防と障害、子育て、生活困窮分野等の地域のかかえる課題の支援を一体的に実施するための拠点を整備し」とございます。この拠点については、今、江澤委員からも御発言ございましたが、やはり私は様々な専門職種がそろっている老健施設というものは、この拠点到適しているのではないかと考えております。現状、まだ少ないですが、老健施設であっても総合事業や障害者、医療的ケア児者を受け入れる老健施設は増えてきております。中学校区に1施設程度配置されている老健施設を活用し、この拠点到位置づけていくことで「通いの場」等の効果も上がるのではないかと考えております。

最後に、論点マル3の認知症施策の推進でございます。令和6年度介護報酬改定におきまして、LIFEの中に、科学的介護推進体制加算の必須項目に生活・認知機能尺度という、認知機能の評価する指標が入ったわけでございます。ただ、残念なことに、それを活用する施策がこの中にはございません。LIFEを算定している多くのサービスにおいて、この科学的介護推進体制加算の算定も高くなっておりますし、これまでの2年間のデータもたまってきておりますので、ぜひ、このような認知機能のデータ等を活用して、どのような介入をしたら認知機能低下の予防ができるか等を分析していくことも必要なこと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。

佐藤委員、先ほど手を挙げておられたように思うのです。よろしいですか。

○佐藤委員　大丈夫です。

ただ一言、地域間で、自治体の間では相当、総合事業への取組についてばらつきがあるのであれば、やはり何か優良事例といったものをプロモーションしていくというのも一つの手かなと思いました。先ほど厚労省さんのホームページを見たら、地域支援事業、総合事業についてもいろいろな事例紹介とかもあったので、こういったものを周知徹底することが肝要かと思いました。取りあえず、それだけ言いたかったわけです。

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。

よろしいでしょうか。

山際委員、簡潔にお願いします。

○山際委員　先ほど発言もさせていただいたのですが、次回以降、生活支援コーディネーターの配置・活動状況であるとか協議体の状況について、資料を御提示いただけるとありがたいです。

よろしく願いいたします。

○菊池部会長　検討していただくという形にさせていただきます。

あとはよろしいですか。

ありがとうございます。それでは、議題2につきましては以上といたします。様々な御意見あるいは御要望がございましたので、事務局におかれましては、取りまとめに向けて、引き続き御検討いただきたいと思います。

申し訳ございません。大分、時間が押してまいりましたが、もう一つ議題がございます。議題3「地域包括ケアシステムの深化（高齢者向け住まい）」につきまして、事務局から御説明をお願いします。

○濱本高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。資料3を御説明申し上げます。

2ページのとおりと、3つ論点がございます。

まず1つ目、有料老人ホームについてでございますけれども、3ページを御覧いただきます。

本年3月に本部会にも御報告しましたとおり、4月から「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」において、運営あるいはサービスの質の確保・透明性を図るための方策について議論が進められてまいりました。7月の部会では、これまでの議論の整理について中間的に御報告したところでございます。今般、10月31日に取りまとめ案を御議論いただいた上で、11月5日に取りまとめを公表しましたので、今回、これを踏まえて制度改正に向けた御議論をお願いしたいと考えております。

取りまとめの概要が4ページでございます。

「1. 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方」「2. 有料老人ホームの指導監督のあり方」「3. 有料老人ホームにおけるいわゆる『囲い込み』対策のあり方」について、それぞれ対応の方向性についてお示しいたしました。

詳細は5ページ以降でございます。まず、現状及び課題としまして、5ページから8ページにお示ししておりますとおり、5ページ、要介護度が高いあるいは医療的ケアの必要な高齢者の方も入居している中、サービスの質の確保あるいは入居者と事業者との契約の締結に関して透明性の確保が課題となっていること。

また、6ページ、高額な手数料を取るなど、入居者紹介事業の透明性に疑念のある事例も発生していること。

7ページ、届出制の下で自治体の指導監督に限界があること。

また、8ページでございますけれども、有料老人ホーム側がケアプラン作成に関与する等により、併設事業者等への誘導あるいは過剰サービス提供のおそれがあることといった点がありまして、関係者・有識者へのヒアリングも重ねつつ、議論が進められてきたところでございます。

10ページ以降が、こうした課題を踏まえた検討の方向性・考え方でございます。

まず、取りまとめで言う「1. 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方」につきましては、まず、有料老人ホームにおける安全性及びサービスの質の確保を図る観点から、中重度の要介護者や、医療的ケアを要する要介護者、また、認知症の方などを入居対

象とする有料老人ホームについて、登録制といった事前規制の導入の検討が必要であるとされたところです。その際、実際にこれらの方が入居している場合に加えて、例えば入居しているのは現時点では軽度の高齢者のみですけれども、要介護度が高くなっても住み続けられる場合についても、対象に含めることが考えられるとされております。また、一定以上の介護等を必要とする高齢者の方々の住まいであることを踏まえて、人員・施設・運営等に関する基準を設けることが必要とされたところです。

11ページに参りまして、入居契約の透明性の確保につきましては、入居者が安心して施設を選択できるよう、契約締結における重要事項の事前説明ですとか入居契約書等の事前交付を義務づけることが必要とされたところです。入居者紹介事業の透明性や質の確保につきましては、入居を希望される方あるいは家族等が適切な事業者を確認・選択できるよう、現行、事業者団体が実施している制度を前提に、公益社団法人等が一定の基準を満たして運営している紹介事業者を優良事業者として認定する仕組み、あるいはそうした紹介事業者が入居希望者に明確に説明を行うことが必要とされたところです。

12ページに参りまして「2. 有料老人ホームの指導監督のあり方」についてです。参入時の規制については、参入を妨げるような過度な規制とにならないよう留意しつつ、登録制といった事前規制の導入を検討する必要性が指摘されたほか、参入後につきましても、事業運営の質を維持する観点から、更新制とし、一定の場合は更新を拒否できる仕組み、また、行政処分を受けた事業者については、組織的関与がある場合には、一定期間、新規開設を制限する。こうした制度の導入の検討が必要とされたところです。また、事業廃止や停止等の際に、ホーム運営事業者が、入居者の転居支援、あるいは介護サービス等の継続的な確保、家族等との調整などにつきまして、行政と連携しながら責任を持って対応することが必要とされたところです。

13ページの「3. 有料老人ホームにおけるいわゆる『囲い込み』対策のあり方」につきましては、入居契約とケアマネジメント契約が独立していることを明確にし、契約締結のプロセスに関する手順書やガイドラインを整備して、入居希望者に明示すること。また、そうしたプロセスが適切に行われているかを行政が事後的にチェックできる仕組みを構築することが必要とされています。また、住まい事業と介護サービス等事業が同一の、または関連事業者が運営している場合には、住まい事業、それから、介護サービス等事業、それぞれの会計を分離独立して公表することが必要とされたところです。加えて、介護保険事業計画において、ニーズに応じて特定施設を含む各サービスの必要量を適切に見込むことが必要であり、入居者が必要とする介護サービスが特定施設と同等の場合などには、特定施設への移行を促すことが考えられるとされたところでございます。

論点の1つ目は以上でございます。

次に、14ページ、2つ目の論点、養護老人ホーム・軽費老人ホームについてです。

本年3月の部会でも御議論いただいたところでございますけれども、養護・軽費ホームにつきましては、居宅での生活が困難な低所得の方の受け皿としての機能を果たしていま

すが、経営が悪化している施設も一定数あること、また、認知度が高いとは言えない中、制度の活用を促進していくことが課題となっております。今年度、調査・研究事業も実施しておりますので、これも踏まえながら、さらなる認知度向上あるいは各自治体における活用促進にどのような方策が有効か検討していくとともに、市町村における業務を円滑に進めるため、都道府県の役割・支援を検討する必要があると考えられます。

以上を踏まえまして、考え方（検討の方向性）としまして、施設の抱える課題の現状や、自治体の取組や好事例を把握した上で、地方自治体に対する説明会や会議等を通じて、都道府県における広域的な支援を促進していくこと。また、経営の改善に向け、各自治体における経営状況の分析などを通じて、基準の引上げなどの助言を行う等の伴走支援を推進していくこと。また、地方自治体独自に運営費の改定を行っている好ましい事例を収集して、各自治体に対して周知することに加えて、改定の取組方法、あるいは引上げといった基準をどのように設定したか等といった情報を収集して、周知していくことなどの対応を検討する必要があると考えております。

最後に、3つ目の論点、住まいと生活の一体的な支援についてです。15ページでございます。

民間賃貸住宅については、高齢者などの入居が制限されるといった課題があったことを踏まえ、昨年、改正住宅セーフティネット法が成立し、先月から施行されております。この改正住宅セーフティネット法においては、都道府県等が任意で作成する「賃貸住宅供給促進計画」の記載事項に「福祉サービスの提供体制の確保に関する事項」が追加され、住宅部局、居住支援法人等が、住宅確保要配慮者につながることのできる介護サービス基盤の状況を把握できるようにすることなどの取組を進めることにしています。

こうした点を踏まえ、16ページですけれども、考え方（検討の方向性）としまして、次期介護保険事業（支援）計画基本指針の策定に当たって、どのような内容が盛り込まれるべきか、考え方を示しているところです。まず、改正法に基づく告示、基本的な方針の内容も踏まえまして、例えば介護サービス等に関する施策を、居住等に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進することが重要であること。また、施策推進に当たって、計画策定の段階から、高齢者福祉部局が、住宅等の関係部局と連携を図っていく必要があること。また、新設された居住サポート住宅につきまして、認定事業者と各介護サービスの提供主体の連携を促進していくことが重要であること。こうした内容を盛り込んではどうかという点を示しているところでございます。

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、また御意見をいただきたいと思います。かなり時間が押してございますので、すみません。3分厳守でお願いいたします。

まず、会場でいらっしゃいますか。

和田委員、平山委員、それから、こちらサイドのお三方ですね。それでは、栗田委員か

らお願いします。

○栗田委員 私からは、論点マル1についてのみコメントさせていただきます。

有料老人ホームの質の確保に向けては、12ページに示されておりますように、参入時の規制でありますとか、都道府県への報告とか、参入後の規制という、3つの観点からレギュレーションを図ることは私も適切だと思います。しかし、有料老人ホームに限らず、一般にサービスの質を評価し、それに基づいてサービスの質を確保・改善していくというメカニズムを働かせるためには、その妥当性・有効性を検証する必要があると思いますので、この点についてもぜひ検討していただければと思います。

また、以前にもこの部会で発言させていただきましたが、医療機関において独居の認知症の方を施設入所に向けて退院支援を行う場合には、経済的に厳しい方が多いために、施設の選択に当たってはサービスの質が優先されることは、ほとんどないといえますか、あまりなくて、利用料の安さを最優先して住宅型有料老人ホームを致し方なく選択する場合が非常に多いという実態がございます。したがって、このような規制の仕組みを稼働させた場合には、その結果を医療機関あるいは利用者に可視化させる仕組みが重要でございますので、その点も併せて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。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。私のほうから1点、論点マル1について御意見申し上げます。

いわゆる囲い込みは、利用者の権利や意思決定の制約だけではなく、ケアプランの中立性や客観性の低下などの影響が考えられ、適正な介護保険給付が損なわれる可能性は否定できません。社会保険としての介護保険制度の信頼が揺るぎかねず、適正な運営を担保する仕組みは必要であると考えます。

事業所に対する過剰な規制は妥当ではないと考えますが、一定の規制は必要であり、人員配置基準や職員研修の枠組み等についても設けるべきと考えます。その上で、今回の議論で整理した枠組みの適正さについては継続的に確認していくことが必要と考えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林委員、お願いします。

○小林委員 私からは、論点マル1について意見を述べさせていただきます。

先ほど御説明にもありましたけれども、有料老人ホームの契約内容や実態につきましては実際に関わらないと分からない部分も多く、事業者によっては自社の介護サービスを限度額いっぱい利用すること、自社のケアマネジャーに変更すること、医療機関や薬局を自社と連携しているところに変更することなどを入居要件とされている場合がございます。包括的に同一の法人でサービスを受けられることは、利用者にとっては安心につながる場

合もございますが、場合によっては利用者の自己選択を強制的に操作するような働きかけが行われているケースもあります。

当協会が実施した調査でも、居宅介護支援事業所のケアマネジャーにとっては、入居時にこのような条件が提示されてしまうと利用者の利用を阻害する結果となり、やむを得ず、事業所変更やサービスの変更をのまざるを得ないケースも相当数あり、利用者がサービスを利用できるようにするために、不本意ながら、条件をのまざるを得ない実態もございました。

利用料が包括請求であることから、サービスが過剰に提供されていることに気づけないことや、適切なサービスを選択する自由が阻害されていることもあるため、入居契約の透明性の確保や指導監督体制の強化など、示された対策を講じることは必要であるため、13ページにも記載されております、いわゆる囲い込み対策につきまして、有料老人ホーム入居時の届出を含め、保険者が実施する場合において必要な制度整備を進めていただくことを望みます。

今回、介護保険施設のように、計画整備を図ることについては含まれておりませんが、整備が大きく進んでいる都道府県や市町村もあるため、保険者ごとの整備量の把握や保険給付への影響等も把握できる仕組みの調査・検討をお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

平山委員、お願いします。

○平山委員　連合の平山です。私からは、論点マル1のみにコメントさせていただきます。

今回御提示いただいた有料老人ホームの運営及びサービス提供の在り方について、全体の方向性について異論はありません。

その上で、届出制から登録制については、事業者の対応の準備や、それを受け取る側の都道府県等の事務負担の増加が考えられるため、現場の過度な負担増とならないように、資料にもありますように、一定の経過措置を設け、利用者にも影響が出ないよう対応する必要があると考えます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

和田委員、お願いします。

○和田委員　認知症の人と家族の会の和田です。

論点マル1の有料老人ホームについてです。私たちの会で行っている様々な相談事業の中で、介護付き有料老人ホームだけでなく、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅を介護保険の施設サービスと勘違いしているというケースが本当にたくさん多く見られます。まずは、これらが介護保険施設サービスとは明確に異なるということを分かりやすい形で周知していただくということを強く望みます。

また、高齢者向け住まいがオプションとして用意している生活支援サービスなどの全額

自己負担サービスを介護保険サービスと誤解している例も本当に数多く見られます。このため、大都市部などでは月額費用が積み上がって、40万円、50万円に達してしまうような事例も見られます。今回は健康な方のみを入所対象とするホームは対象外とのことですが、全ての高齢者向け住まいについて、入居者や家族のために、契約時の透明性というものを確保していただきたいと思います。具体的に申しますと、契約書ですとか重要事項説明書を簡潔で分かりやすい文章にすること、あとは、特に読みやすい大きさの文字で提示することを希望いたします。

次に、論点マル2とマル3についてです。75歳以上の人口は、2035年に一時的に減少するものの、2050年までに増加するとの推計があります。また、9月26日に公表された国民生活に関する世論調査では、悩みや不安のトップは老後の生活設計でした。介護を必要とする人が増え続けることは明らかです。

加えて、経済的な格差が広がったことも指摘されています。低所得者の高齢者であっても、特に認知症の御本人であっても、安心して介護ある暮らしを続けられるよう、必要なときに柔軟な対応を検討していただくことを希望いたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインから、尾崎参考人、お願いします。

○尾崎参考人 ありがとうございます。論点1について意見を申し上げます。

中重度の要介護者や医療ケアを必要とする方、認知症の方など、有料老人ホームに入居されている方々が現行制度において明確な基準がない中で、デイサービス等の介護サービスを利用しない日においても適切な生活を送ることができているのかなど、懸念される部分もあり、論点に示されているとおり、登録制とすることや一定の基準を設けることは必要な措置であると考えております。

本県におきましては、現在、介護保険施設は111あり、許可や変更に際しては申請書の審査や現地確認などの業務を行っております。一方、住宅型有料老人ホームは153あり、このうち全てが登録制の対象とはならないものの、制度導入後は、介護保険施設と合わせると、管理すべき施設数は現在のほぼ倍となり、相当な事務負担が発生することが見込まれます。他の自治体においてもほぼ同様の状況ではないかと考えられますが、地方自治体におきましては限られた人員で業務を実施しており、事業所への対応や各施設が基準に適合しているかの確認など、十分な対応が可能か、懸念されるところです。

制度施行に当たっては、こうした現状を踏まえ、現実的な制度設計とし、十分な準備時間を確保していただくようお願い申し上げます。また、基準につきましては、自治体担当者や事業者が解釈に迷うことがないように、具体的かつ明確な内容としていただくよう併せてお願い申し上げます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 よろしくをお願いします。

論点マル1です。住宅型有料老人ホームやサ高住の供給量を把握している自治体が30%にとどまっているという状況と、有料老人ホームへの指導監督では、処分基準が不明確であったり、指導指針に法的拘束力がないといった点を踏まえて、今回の提案である登録制の導入というものは非常に重要なことであると思います。契約書に入居対象者の内容についてしっかり明記した上で公表して、自治体へ提出する事業計画上に記載することを義務づけるといったことも非常に重要だと思いますし、この資料に掲げてある内容については、ぜひ、厳しくチェックしていただきたいと思います。

また、囲い込みの対策として、これまで利用していたケアマネや訪問・通所介護サービスを継続して利用できますということについては広く、多くの利用者の人にアナウンスをしていただきたいと思います。老人ホーム側から言われてしまうと、思わずそれを納得してしまうということが利用者には多々あると思われるので、この辺のところは周知していただきたいと思います。また、入居するときに、そこの提携している事業所とかケアマネと契約しなければいけないとか、そうすると家賃を安くするというようなことについては禁止されているということも広く周知していただきたいと思っております。

この登録制がもし導入されるということになりましたら、例えば「登録有料老人ホーム」といったように、ほかの有料老人ホームとは違うということがはっきり利用者に分かるような、そういった表記も検討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。

論点マル1の有料老人ホームの運営及びサービス提供の在り方に関して、お示しいただいた検討の方向性については、それぞれの項目につきまして、おおむね異論はございません。

ただし、これらの対策を講じる必要性が高じた背景にある囲い込み等の問題は、有料老人ホームに限らず、サービス付き高齢者向け住宅等でも共通している問題であることは、資料の17ページ以降に、これまでの本部会における主な意見として記載があるとおり、多くの委員の方々も指摘されていることでありまして、対象とする範囲について、介護保険サービスを利用している入居者がいるサービス付き高齢者向け住宅等も含めるべきだと思います。

論点マル2の養護老人ホーム・軽費老人ホームの活用促進につきましては、以前に本部会で、社会資源の有効活用という観点からも、特に入所率が低下傾向にある地域や施設については、広域利用を促進していけるような事業者や利用者への支援をすることも検討してみてはどうかと提案させていただきました。自治体保険者を超えての広域利用の促進は、

1 自治体 1 事業者では難しい側面もあり、今回、都道府県の役割・支援をどう考えるかとの中で支援メニューに加えてみてはどうかと思います。

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 全国老施協の山田です。

論点マル 1 です。10 ページにおきまして、有料老人ホームにおける安全性及びサービスの確保について、行政の関与により入居者保護を強化するとともに、登録制という事前規制を導入し、一定以上の介護等を必要とする高齢者が居住する住まいに対して、高齢者の尊厳と安全を維持するための基準を法令上位置づけるということは必要不可欠であると考えます。また、利用者のサービス選択に資する情報、すなわち、サービス内容や職員配置や利用料等に関する適切な情報公表制度と、入居に当たって重要事項説明書の説明と交付義務は必要と考えます。

11 ページにおいて、地域の実情を踏まえた介護保険事業（支援）計画の作成に向けて、高齢者の住まい・状況把握と、外付けの介護サービスを利用されている住宅型有料老人ホームの情報を把握できる仕組みを構築するとともに、計画作成のために幅広く関係機関が議論できる場が求められると考えており、これらを計画策定に盛り込むということには賛成いたします。

論点マル 2、14 ページにおいて、老人福祉法に定められた老人福祉施設であります、それぞれ生活困窮者や高齢者の住まいとして機能しております。養護老人ホーム・軽費老人ホームは、地方自治体へ一般財源化されて以来、長年、措置費や事務費が据え置かれてきました。施設の認知度の不足もありますが、養護老人ホーム・軽費老人ホームからは自治体職員の制度への理解不足も指摘されております。

全国老施協では要望活動を継続して実施しており、令和 3 年から措置費と事務費の改定や措置制度の活用が厚労省から地方自治体に通知されていますが、現況は膠着しております。養護老人ホームの入居者の措置控えも言われていますが、軽費老人ホームにおいては、事務費・管理費・生活費という中で運営を強いられ、満床であっても赤字経営が続き、積立資産の取崩し、ひいては運転資金の借入れを行うという現状も聞いております。全国老施協の調査によれば、令和 6 年度の収支状況は養護老人ホーム・軽費老人ホームともに赤字施設が 6 割に上っております。養護が 58.4%、軽費が 59.3%でございます。経営の安定化は急務であり、自治体による財政支援・経営支援を強く求めたいと思います。

14 ページにおいて、都道府県における広域的な支援の促進や地方自治体への伴走支援とありますが、これまでになかった取組でもあり、期待するとともに、養護老人ホーム・軽費老人ホームの支援に膠着化している地方自治体への支援をぜひとも行っていただきたいと思います。

論点マル 3、16 ページにおいて、高齢障がい者や認知症のある高齢者、身寄りのない高

齢者等、独居高齢者が増加し、賃貸住宅に入居することが想定される中で、介護サービス等に関する施策と居住等に関する施策との連携を図り、包括的に推進することは必要なことと考えます。

社会参加や介護予防等の施策を通じて、地区役員や民生委員、各サービス提供事業所等とつながることで、孤立することがないように、必要な情報共有の仕組みを構築する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。

東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。

まず前提ですが、論点マル１に「有料老人ホームの運営及びサービス提供の在り方等」とあります。資料３の３ページの上のほうに※で「サ高住の約96%は有料老人ホームに該当」とございますが、これはサ高住も全て入ると考えていいのでしょうか。それとも4%のサ高住は有料老人ホームではないという定義を後で教えてください。

それから、意見ですが、資料３の６ページの下から３つ目の○に「有料老人ホームやサ高住の供給量を考慮している自治体は30%程度」と書いてございます。昨今のサ高住や有料老人ホームの乱立というものは、介護保険施設における稼働率の低下と無関係ではないと考えております。全ての自治体において、この住宅型有料老人ホームやサ高住の必要量等を計算し、把握して、無計画な乱立を抑えていただきたいと思います。

資料３の12ページには、中等度の要介護者や医療的ケアを要する云々、そこだけが登録制といった検討は必要があると書いてございますが、私は軽度であっても安全で適切なサービスを受ける権利はあると考えますので、これは中重度や医療的ケアを要する方が入っているところだけではなくて、あらゆる全ての有料老人ホームやサ高住を登録制にすべきであるということを強く申し上げておきたいと思います。

最後に、囲い込みですが、これはやはりビジネスモデルとしてケアプランが画一的で、資本提携関係のある介護サービスの利用のみになっているといったことは早く是正すべきだと思います。リハビリ等の医療系サービスがほぼ入っていないというデータもありますので、ぜひ是正していただきたいと思います。もしそのような事例があった場合には、居宅介護支援事業所を利害関係のない外部にすることを義務づけるようなことも必要と考えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お問合せがございますので、お願いします。

○濱本高齢者支援課長 有料老人ホームとサ高住との関係でございますけれども、有料老人ホームは、老人を入浴させるプラス食事の提供、あるいは介護の提供、家事供与、健康管理など４類型のサービスいずれかを提供していれば有料老人ホームになるということで、

サ高住の中でもこの4つのサービスを1つまたは複数提供しているものは有料老人ホームに法律上該当するということになっておりますので、今回の例えば事前規制の導入に関しても、有料老人ホームの定義に該当するサ高住は対象になってくるということを想定しております。

以上でございます。

○東委員 ぜひ抜け落ちのないように、よろしくお願いいたします。

○菊池部会長 それでは、江澤委員、お願いします。

○江澤委員 資料に沿って、幾つか意見を述べさせていただきます。

まず、10ページの2つ目の○につきまして、有料老人ホームを届出制から登録制に法改正するに当たりまして、有料老人ホームにおいては、全ての入居者に対し、尊厳の保持と適切な処遇の確保は責務でありますので、中重度の要介護者や医療的ケアを要する介護者等に限るものではなく、今後、第一優先で見直しの課題とし、見直しのための対応をお願いしたいと思っております。

続きまして、12ページの3つ目と4つ目の○にある入居紹介事業者の透明性の確保についてもしっかりと取り組んで頂きたいと思えます。入居希望者に明示ともありますけれども、入居者には一般的には、この料金が知らされていないということでございますので、入居者全員に明示するかどうかともまた検討の課題と思えます。

13ページの3つ目の○につきまして、かかりつけ医やケアマネジャーの変更を要件とするような入居要件は撤廃すべきでありますし、あくまでも利用者の意思を尊重すべきであるということはこれまでも指導で示されておりますので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

続きまして、14ページの3つ目の○の経営支援につきましては、物価上昇・物価高騰・賃金上昇の厳しい経営状況に鑑みまして、ぜひ支援を行っていくべきと考えております。論点にはございませんが、令和6年度介護報酬改定で一定の要件を満たす協力医療機関と協定を締結することが3年間の経過措置をもって義務化がなされたところでございます。したがって、養護老人ホームには義務化、軽費老人ホームには努力義務化されたところでありますので、ぜひ連携の支援をお願いしたいと思います。

最後に、16ページにおきまして、介護保険事業計画においては、これまでも既に住まい政策と連携することになっておりますので、ぜひ進めて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。

橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

有料老人ホームのことに关してですけれども、先ほど御意見ありましたように、確かに一般の人達には違いが分かりにくいと思えます。利用者も御家族の方もいわゆる有料老人ホームとほかの軽費老人ホームとか、その他のこととか、ほかの介護保険の施設との違い

がほとんど分かっていらっしゃらないのではないか、その辺りはもう少し丁寧に説明するか、もう少し分かりやすい状況にしたほうがいいと思います。

もう一点ですけれども、やはり有料老人ホームがこれだけどんどん増えてきているというのは、もちろん、利用者の安全性の確保とか、治療とか、サービスの質の担保というものは絶対に必須だと思いますが、そこが選択されている、多くなっている一つの理由としては、入居することが簡単というところがあると思います。手続が簡単で、入りやすいところがあるので、あまり複雑にしまうと利用者にとっては利用しにくくなってしまいそうなので、その辺りは考慮していかなければいけないと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

住宅型有料老人ホームが増加している中で、要介護度の高い方が非常に多く入居されているホームですとか、一定以上の医療ニーズを有する方がいらっしゃるホームもございます。そういった中で、看取りまでを支えている状況もございますので、そうした一定以上の要介護者あるいは医療ニーズを有する方に対する人員体制を含めて、今回、報告にお示しいただいている点については、高齢者の尊厳を最後まで支えるという意味で、確実に進めていただきたいと思います。と思っています。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかにはよろしいでしょうか。

ございませんようですので、議題3については以上といたします。様々な御意見をいただきましてありがとうございました。今日いただいた御意見も踏まえて、また事務局では御検討いただきたいと思います。

議題4「その他」ですが、本日は特段予定しているものはございません。本日の議論を通じて、何か皆様からございますでしょうか。

よろしいですか。

それでは、本日の審議はここまでとさせていただきます。大分、時間をオーバーして申し訳ございませんでしたが、特に3つ目について皆様御協力いただいたかと思います。ありがとうございました。

それでは、次回の日程について、事務局からお願いします。

○村中企画官 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いたします。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はここで終了とさせていただきます。

大変お忙しい中、どうもありがとうございました。