

部内資料

2022-11-24 社会保障審議会介護保険部会（第102回）

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第102回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

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

本日は、こちらの会場とオンライン会議システムを活用し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。

報道関係の方、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）

○占部企画官 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。いつもより早い時間ですが、朝から御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の出欠ですが、井上委員、大西委員、津下委員が御欠席となります。

井上委員の代理として、日本経済団体連合会経済政策本部副本部長、清家武彦参考人、大西委員の代理として、高松市地域包括支援センター長、秋山博昭参考人に御出席いただいておりますので、お認めいただければと思います。よろしいでしょうか。

（異議なしの意思表示あり）

○菊池部会長 ありがとうございます。

また、黒岩委員、佐藤委員が遅れての参加と伺っております。

それでは、議事に入ります前に、本日の資料と会議の運営方法について、事務局から確認をお願いいたします。

○占部企画官 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。

まず、資料の確認ですが、事務局提出資料と併せて、本日、黒岩委員から資料が提出されております。また、本日御欠席の津下委員から意見が提出されております。

資料について、会場にお越しの委員におかれましては、タブレットと机上に用意しております。タブレットの操作で御不明点等がございましたら、適宜事務局がサポートいたしますので、お申しつけいただければと思います。オンラインで出席の委員におかれましては、電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。同様の資料をホームページに掲載しております。

資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下のマイクのアイコンが出ているかと思っております。会議進行中は基本的に皆様のマイクをミュートにし

ていただき、御発言の際には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、ミュートを解除して御発言をお願いします。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、時間が限られておりますので、発言時間はお1人5分以内でお願いいたします。時間が到来いたしましたら、事務局よりベルを鳴らさせていただきますので、各委員におかれましては、発言をおまとめいただきますようお願いいたします。

○菊池部会長 それでは、早速、議事に入りたいと思います。

まず、前回、事務局より、議題1「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について」を御説明いただきましたが、追加の資料について御説明をお願いいたします。

○林総務課長 老健局総務課長でございます。

資料3について、御説明を申し上げたいと思います。

前回のこの部会の最後に、菊池部会長から、地域共生社会の実現、地域包括ケアの目指す方向と言うのであれば、法律上、それがどういう政策理念なのか、どういった位置づけになっているのか、あるいは、運用上、実務上、どのようになっているのかということを整理してほしいという御指摘がございました。まさに今日皆さんに議論いただきます課題に関することですので、事務局で追加説明資料を御用意させていただきました。簡潔に御説明したいと思います。

まず、地域共生社会あるいは地域包括ケアの介護保険法上の位置づけを1こま目に書いてございます。法律の第5条、国と地方自治体の責務という規定がございます。この第3項を御覧いただきますと、いわゆる地域包括ケアシステムの推進に関わる規定でございます。これは、平成24年4月施行という形で追記されている条項になります。第4項を見ていただきますと、前項、第3項の規定による施策を包括的に推進するに当たって、障害者その他の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めるという、ここまでの規定は、第3項が平成24年に追加された後、平成30年4月に追加をされております。少し太字になっているところがございますけれども、さらに、「地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない」といった、住民が主体になったという形での努力義務が、令和2年法改正、令和3年4月施行ということで追記されています。こういった法律上の規定になってございます。

2こま目を見ていただきますと、社会福祉法の規定を引いております。第4条に地域福祉の推進という規定の条項を置いてございます。第2項が、最初にできた条文でございます。平成12年の改正で新設されております。ここにおきましては、地域住民と事業者と社会福祉に関する活動を行う者、いわゆるボランティアですが、こういった方を「地域住民等」と定義しまして、これらが相互に協力をして、参加機会の確保と地域福祉の推進に努めなければならないという形で、地域住民も含めて努力義務の主体という形で規定が設

けられてございます。第3項の規定が、平成30年4月施行の平成29年地域包括ケア強化法で改正されて追加をされた条文です。ここでは、地域住民等は地域住民本人及びその世帯が抱える様々な地域生活課題を把握し支援関係機関との連携などによってその解決を図るよう特に留意するものとするということで、第2項に規定している努力義務を補足する形で留意事項を示されております。これが追記されております。第1項の規定が、令和2年法改正、令和3年4月施行で追加された規定でございまして、「地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行わなければならない」という形で、いわば理念規定が追記されたという経緯になってございます。

続きまして、3こま目は、地域包括ケアシステムが、法律上、どこに明確に規定されているかといいますと、医療介護総合確保法の第2条の定義のところに規定されております。これは、平成26年に追加された規定です。

これらの規定の追加が順次されておりますけれども、経緯を見ます。次の4こま目以降、この介護保険部会も含めて関係の意見等を引用しております。前回のこの部会での意見書の中で、下線が引いているところでございますけれども、「地域共生社会とは」ということで、制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、地域包括ケアシステムが地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るという御意見をいただいている。これに基づきまして、令和2年、前回の法改正が提起されたということでした。

5こま目は、それを概念図で示しているもので、社会福祉制度改革、介護保険制度改革、併せて、最終的には、上に書いています地域共生社会の実現と2040年への備えにつながっていくという説明になってございます。

6こま目が、それを具体化した前回の法案の概要で、大きく1. が関係するところでございますけれども、いわゆる重層の支援体制整備事業の創設や先ほど御説明しましたような規定の追加等を行っている。併せて、2. 認知症施策や介護サービス提供体制の整備、あるいは、5. 社会福祉連携推進法人の創設といった改正がなされたというものでございます。

7こま目は、さらに歴史が古くなって、いわゆる平成29年の地域包括ケア強化法、前々回の介護保険法改正での介護保険部会意見です。

この中でも、8こま目の下線を引いているところに、地域共生社会の実現についての理念で、高齢者、障害者、児童等、全ての人々を対象とすると明確化することが適当であるという意見をいただいております。

9こま目は、それを受けた法律の概要でございます。この中で、Iの3が、地域共生社会実現に向けた取組の推進で、関係する部分でございます。具体的には、地域福祉計画の策定の努力義務化や介護保険の障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置づけるという改正を行っております。

歴史が戻っていったあれなのですけれども、こういった平成29年改正と令和2年改正の出発点となったと言われているものが10こま目にあるものです。ニッポン一億総活躍プラン、平成28年6月に閣議決定されたもので、地域共生社会の実現が規定されております。この中で、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、あらゆる住民が役割を持ち、支え合いながらこういった社会を構築するということが位置づけられている。これを順次具現化するような法改正がされております。

11こま目以下が、今、法律の話を申し上げましたけれども、それより下位法令レベルのものでどう書かれているかということでございます。まずは、総合事業の指針において、共生社会の推進ということで、高齢者以外の障害者や児童等が共に集える環境づくりを心がけることが重要であるという規定がございます。

12こま目が、いわゆる介護保険計画の基本指針と言われているもので、3年ごとに告示しているものでございますが、直近の令和3年度のものでございます。この下線を引いているところが今回の計画から追記されている部分でございまして、特に、太字の部分で、先ほども確認いただいたような意見書を受けまして、地域包括ケアシステムについて、制度・分野の枠や「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えてということが明記されているということでございます。

13こま目以降は、参考資料となります。重層事業の実施状況や包括的な相談支援の実施状況など、5月30日のこの部会に出させていただいた資料でございます。

最後の22こま目と23こま目は、この共生型サービスの実施状況について、事業所数の実績を追加しているものでございますので、御参照いただければと思います。

以上、私からの説明でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

取りまとめに向けて、大変お忙しい中、また、各方面との調整で奔走しておられる中で、大西局長の御理解の下、林総務課長を中心に資料をおまとめいただき、本当に感謝を申し上げます。本日の午後、全世代型社会保障構築会議がございまして、そこでもこの資料について御紹介申し上げたいと思いますし、今後、生活困窮者自立支援及び生活保護部会、障害者部会でも、これを参考資料などの何らかの形で出していただけるようお願いしていきたいと思っております。本当にありがとうございます。ぜひ共有させていただきたいと思っております。

それでは、前回の続きでございます。各委員から御発言をお願いできればと思います。

前回は、「(1)生活を支える介護サービス基盤の整備」を中心に、様々な御意見をいただきました。本日は、「(2)様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」、「(3)保険者機能の強化」の2点を中心に御意見をいただければと考えてございます。なお、前回欠席された場合など、1つ目の論点についても、適宜、御発言いただいて差し支えございません。

それでは、会場の皆様は、順次、御指名させていただきます。オンラインの方は、Zoom

の「手を挙げる」機能を使用していただき、私の指名により発言を開始していただければと思います。

事務局からの御案内のとおり、予定終了時間内に多くの委員に御発言いただきたいと考えてございます。発言時間につきまして、皆様におかれましても御協力いただきますようお願いいたします。

まず、会場の皆様から御発言をいただければと考えてございます。

よろしければ、岡委員、粟田委員、花俣委員、小林委員の順にお願いいたします。

○岡委員 ありがとうございます。

2点、意見を申し述べたいと思います。

1点目は、資料2の24ページ、市区町村による地域包括ケアシステムの自己点検についてでございます。保険者として、自らの取組を点検し、その結果を介護事業計画に反映していくことは、PDCAサイクルの観点から、大変重要なことであると考えております。その際の視点として4点が掲げられておりますけれども、その前提として、市区町村の担当職員が介護保険制度についての基礎的な知識・理解を有していることが重要なポイントであると考えております。その上で、特に住民参加を促す取組の在り方などについて、他の好事例等から学び、具体的な取組に生かしているか、都道府県など関係者と連携しているかといった視点での点検を行うよう仕向けていただければと思っております。

2点目は、25ページにございます、保険者機能強化推進交付金と介護保険保険者努力支援交付金、いわゆる自治体への財政的インセンティブについてでございます。基本的な考え方について、以前からも申し上げているとおり、指標となっております自立支援や重度化防止などの取組は、保険者が行うべき本来業務ではないかと思っております。今後も予算をつけてこのインセンティブ制度を運用するのであれば、その効果検証をしっかりと行い、地域包括ケアの構築に有効な手立てになっているかを確認することが必要と考えております。その上で、同じく25ページに記載されている検討の方向性のうち、上から2つ目の丸に記載されておりますアウトカムとの関連を重視した評価指標の充実は、効果検証の実効性を高めることが期待できるものとして、ぜひ進めていただきたいと思っております。また、3つ目の丸に記載されている個別評価項目ごとの得点獲得状況の公表については、サービス向上に向けたよい意味での競争をもたらすとともに、得点の高い地域が注目されて、好事例の横展開を促進するのではないかと推察しております。この方向性で具体案の検討を進めていただくようお願いしたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

粟田委員、お願いします。

○粟田委員 初めに、これまでも菊池部会長が繰り返し仰られておりましたけれども、地域共生社会という理念が介護保険制度あるいは地域包括ケアシステムといった概念よりも上位にあるものであるということ、改めて私も述べさせていただきたいと思っております。今

日はいろいろなテーマがありますが、例えば、地域支援事業がそういった大目標に向かって一体的あるいは効果的に稼働できるようになっているかという点は、最初に指摘しておきたいと思います。例えば、厚生労働省が発出している地域支援事業実施要綱の冒頭にその目的が記されているわけですが、どのように書かれているかというと、被保険者が要介護状態または要支援状態になることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するものであると記されているわけであり、これは事業の成り立ちと関連することであると思いますが、明らかに要介護状態・要支援状態になることを予防することを主目的とするという書きぶりになっておりますので、この地域共生社会という大目標に向けてという考え方からは少し外れているであろうと。今やこの地域支援事業は多様な事業が盛り込まれている事業になっておりますので、最初の大目的の書きぶりを少し変えていかなくてはならないのではなかろうかと思えます。

例えば、介護予防・日常生活支援総合事業でございますが、ここで使われている「生活支援」という言葉は、自立生活を送る上で支援を必要とする人に対して尊厳ある自立生活・地域生活の継続が可能となるような支援をトータルに提供できるようにすることが本来の考え方であろうかと思えます。例えば、私どもが実施した厚労科研の調査結果によりますと、認知症であること、一人暮らしであることが、要支援レベルであったとしても、全ての要介護で在宅継続率を顕著に低下させていることを明らかにしております。例えば、服薬管理や金銭管理などに支障が認められるようになると、要支援レベル、要介護1レベルであったとしても、同居家族がいない場合には地域生活の継続が阻まれるリスクが顕著に高まることを示しています。これは、独居の軽度認知症高齢者が地域生活を継続するための日常生活支援が地域社会にはないのだということを示しているわけです。例えば、生活支援コーディネーターは大変期待される名称ではありますが、本来は、そういった高齢者の個別の社会的支援ニーズをよく理解した上で、それに対応できるような生活支援のネットワークづくりを進めることが求められているのではないかと思います。残念ながら多くの市町村ではそのようにはデザインされていないのではないかと考えられます。一方、地域の中に日常生活支援のネットワークをつくり出していくような様々な試み、特に地域の拠点をつくるような試みは、一人暮らしの認知症高齢者の社会的孤立を軽減して在宅生活の継続に寄与できることが、事例報告レベルではありますけれども、少しずつエビデンスが蓄積されつつあります。通いの場にはそういった機能を持っているものもあるのですが、一般的に一般介護予防事業でよく展開されている通いの場はそういった目的を果たすようにはデザインされておりません。

認知症初期集中支援チームについてお話ししようと思うのですが、国立長寿医療研究センターで、毎年、認知症初期集中支援チームに関する実態調査の結果を報告しているの

すが、現場サイドから繰り返し指摘されている問題点が3つございます。1つは、地域包括支援センターとの業務のすり合わせが難しい。複雑困難事例の対応に終始しており、初期支援どころではない。独居認知症高齢者の対応が難しい。独居認知症高齢者の支援対象者の方は非常に多いのですが、そういったことが書かれております。この認知症初期集中支援チームは、事業の成り立ちから申しますと、一般的には医療との連携が脆弱な地域包括支援センターの機能を強化するという方向で立ち上げられております。地域包括支援センターの業務とのすみ分けということで、同じ地域支援事業の中でいかにして認知症初期集中支援チームを活用して地域包括支援センターの機能を強化させていくかという観点から、事業のシステムインテグレーション等を検討していかなければならないだろうということかと思えます。

認知症施策全般についても、後で少し時間があれば、触れさせていただければと思っております。

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、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

冒頭、皆様へのお願いです。最近の新聞などの報道によれば、千葉県で寝たきりの妻から「殺して」と頼まれた81歳の夫に執行猶予判決、また、神奈川県では足の不自由な妻を40年間介護していた81歳の夫が妻を海に突き落として殺害容疑で逮捕、さらに、滋賀県でも介護していた93歳の夫の首を絞めた90歳の妻が殺人未遂容疑で逮捕されました。真面目な市民生活を送ってきた人が、平均年齢を超え、80代、90代になり、介護に疲弊した挙げ句、殺人者になってしまうという、胸が締めつけられる事例が相次いでいます。これらの悲しい事件において、介護保険制度の支援は届かなかったのでしょうか。超老々介護の日々を少しでも穏やかに過ごせるよう、年末に向けた審議が進められることを切望いたします。

検討の方向性、20ページのところです。総合事業の多様なサービスの在り方について、1番目の丸には総合事業を充実化していくために必要な取組を整理とあり、2番目の丸にはインフォーマルサービスを含め地域の受皿を整備していくべきとあります。参考資料の144ページには、総合事業の弾力化の実施状況についての資料があります。昨年度から、住民主体型を利用する要支援認定者は、要介護認定になっても、給付のホームヘルプサービスやデイサービスに移らず、総合事業にとどまることができるという弾力化が行われています。訪問型サービスでは115市町村、通所系サービスでは97市町村で、弾力化により要介護認定になっても総合事業にとどまる継続利用要介護者159人のデータが紹介されています。159人という人数も少ないのではないかと思います。要介護3、要介護4の方がいらっしゃることにいささか驚きました。また、利用者の調査では、顔なじみの関係を変えずに済んだ、身体的・心理的負担が軽減されたと報告されていますが、これは総合事業だけでなく給付のサービスでもとても重要なことであると指摘しておきたいと思えます。な

お、認定を受けた人たちの受給権を守るという視点から、総合事業の弾力化については、今後も慎重な検討をしていただくよう切望いたします。

22ページ、地域包括センターの体制整備のところでは、認知症の人と家族の会としては、家族介護者への支援の充実が切実な願いです。しかし、1番目の丸に業務負担軽減の推進とありますが、様々な連携が重要ではないかともあります。連携を進めるには、様々な相談対応や連絡調整などの業務が増えるのではないのでしょうか。参考資料の184ページには、総合相談支援業務で負担に感じる内容として、社会資源の開発も上位に挙がっています。地域包括支援センターの負担軽減・支援充実のために、ぜひ何とか人手を増やしていただくことができないかということをお願いいたします。

25ページ、保険者機能強化推進交付金は、介護保険制度のために用意されているのだと思います。参考資料の215ページには、市町村の評価指標がありますが、II(7)要介護状態の維持・改善の状況等が点数化されることには、介護する者としては、違和感があります。市町村の努力により介護を必要とする人たちの要介護状態が維持・改善されるわけではないと思います。要介護状態がポイントになる、あるいは、保険者の成績になるということは、ぜひ御再考いただきたいと思います。

以上になります。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。

小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。

大きく、3点、申し述べます。

まず、総合事業の多様なサービスの在り方についてです。事業内容や効果の実態把握・整理を行っていくということですので、サービス水準の底上げに向けて、随時フィードバックを行うなどの取組が必要かと思えます。ただ、くれぐれもそれぞれの保険者の財政状況によってサービス水準の格差が開くことのないよう、国や都道府県による支援も必要かと思えます。

2つ目が、認知症施策の推進についてです。民間の調査結果で、認知症介護を理由に仕事を辞めた人が約5人に1人であるとか、費用面での影響も非常に大きくて、介護者がお金を工面しているといった状況も見られるようです。これを工面できるかできないかで格差が生じるようなことはあってはならないと思います。社会全体で支えていくために、大綱の基本的考え方に沿って施策を推進していくということで、認知症の御本人のことはもちろん、介護者への支援を重視して、尊厳ある暮らしの確保、介護離職の防止、ヤングケアラーへの支援なども含め、引き続きの推進をお願いいたします。

3つ目が、地域包括支援センターの体制整備等についてです。参考資料の183ページの調査結果を踏まえて、地域包括支援センターの業務負担を軽減しながら総合相談支援業務に力を入れていくということかと思えますが、根本的には、地域包括支援センターをしっかりと支えていく体制強化のための財政支援が重要だと考えます。部分委託や再委託について

も、その場合の責任の所在はどうなるのかと、不安に思うところもございます。介護予防支援業務については、先ほどの同じ調査で、重要という認識が低い一方で負担感のみが強いというコメントが書かれていて、それを踏まえた提案が今回は示されているのかと思いますが、現場のこうした声とケアの質の観点の両方を踏まえつつ、もともと地域包括支援センターがこれを担うこととした意味合いも押さえながらの検討を進めていただきたいと思います。今後、生活困窮者自立支援制度や重層的支援体制整備事業などとの連携への期待は大きい一方で、地域包括支援センターで働く方々の約10人に1人が過労死ラインで働いている実態もありますので、根本的には体制強化とそのための財政支援をしっかりと行っていくことが重要と考えます。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様から、順次、お願いいたします。

まず、座小田委員、お願いします。

○座小田委員 よろしくをお願いいたします。

まず、2点ほどの意見と質問を申し上げたいと思います。

最初に、総合事業に関してと地域包括支援センターの体制整備等についてでございます。

まず、20ページ、1つ目の丸の記述のとおり、総合事業については、施行から一定期間が経過しておりまして、この間、共働き世帯の増加や高齢者のみの世帯の増加といった世帯構造の変化や定年の延長などで高齢者の就業率が高まるなど、住民参加やボランティア活動においても、自治体や地域ごとの状況は変化してきていますことから、第9期介護保険事業計画の策定に当たっては、これまでの実績に基づく課題の検証を踏まえて実施していくべきであると思います。

次に、22ページにあります、地域包括支援センターの体制整備等についてでございます。

1つ目の丸に「センターが果たすべき役割に応じて適切に業務を行えるよう」とありますが、地域における総合的なマネジメントを担う中核的な機関であるセンターにつきましては、これまでの改正においても、多様化するニーズに対応できるよう、認知症対応が強化されてきており、その役割や業務がますます増加していると承知しております。今回、参考資料の183ページから、総合相談支援業務の調査結果として業務の負担感やどのような相談があったかなどが示されているのですが、これと同時にまたはその後の業務として、アウトリーチをはじめ、センターが具体的にどこまでの役割や業務をどのように支援していくことが果たすべき役割や適切な業務となるのかについて、お考えをお聞かせいただければと思います。ここは、質問でございます。こうした点についてさらに進んだ分析ができるような調査を行っていただければと思っております。その上に立って、今後のセンターの体制整備や業務の効率化などについて、引き続き検討していくべきであると考えます。

もう一点は、27ページにあります要介護認定についてでございます。介護保険制度の根幹として、個々の利用者の状態や置かれた環境、高齢者本人の家族のニーズに対応して、

ケアマネジメントを通じて適切なサービスを提供するために、公平・公正はもとより、高齢者の状態をいかに正確にアセスメントするかが大前提となると考えております。現状の要介護認定の一次判定から二次判定といった流れで、申請件数そのものが20年で3.1倍に増大したことに加え、特記事項の多さにより判定が難しくなっていることなど、判定の時間が非常に長くなっております。また、今後さらに増加する認知症高齢者の状態像や複合的な生活課題を抱える高齢者の適切な評価も含めまして、高齢者の状態の変化に対応して迅速な対応ができるよう、これまでに蓄積されたデータ、認定調査員のスキル、近年のAI技術などを積極的に活用した要介護認定システムのさらなる開発を進めるなど、より正確なアセスメントを求め、業務の効率化を図っていくべきであると思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

お尋ねがございましたので、よろしく申し上げます。

○笹子認知症施策・地域介護推進課長 推進課長でございます。

地域包括支援センターの適切な業務とは何なのかという御指摘でございました。委員に御指摘いただいたように、地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活安定のために必要な援助を行う、それによって地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設でございまして、総合相談支援業務に限らず、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、支援困難事例等への指導・助言、さらにはケアマネジャーへの日常的個別支援・相談なども含まれます。さらに、地域包括ケア等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援なども行うことになっております。また、認知症の総合支援事業、地域づくり、地域社会資源等の開発業務についても受託が可能になっております。こちらにつきましては、先ほど小林委員からも人員の対象という御指摘がございましたけれども、社会保障の充実分を使わせていただいて、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターといった人員を配置することが可能になっているところでございます。総合相談支援事業につきましては、参考資料にもお示ししたとおりでございますが、負担感が多いわけではありますが、緊急性のレベルの低いものもかなりの業務の内容となっているということでございます。3職種が配属されている、かつ、今私が御紹介したような様々なデータを踏まえて地域の課題を整理し政策の形成にもつなげていくというセンターの基幹的な役割を踏まえて、総合相談支援事業についても、しっかりと専門的な支援に重点化し、地域の関係機関につないでいくなどの対応が今後の効果的な実施に必要なようになってくるものと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

○座小田委員 どうもありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

まず、資料2の23ページ、地域包括支援センターの体制整備等の中で、主任介護支援専門員が確保困難な状況を踏まえた方向性として、介護支援専門員を育成するという視点に立ち、主任介護支援専門員その他これに準ずる者の範囲拡大をしてはどうかということが示されていますが、主任介護支援専門員の不足は地域包括支援センターに限られたことではありません。要介護者向けのケアマネジメントを担う居宅介護支援事業所においても同様に不足しており、主任介護支援専門員でなければならないとする管理者要件を満たすために、近隣の事業所と統廃合をするなどし、何とか利用者への影響を抑えているという実態もあります。そういった中で、準ずる者の拡大を行うとしても、それはあくまでも緊急回避的措置と位置づけ、抜本的対策としては、経験豊富な介護職員が介護支援専門員及び主任介護支援専門員を目指すことを動機づける取組が必要だと思います。参考資料23ページには、令和3年度に実施された介護支援専門員の資質向上に資する研修等の在り方に関する調査研究事業において検討したカリキュラムの見直しのポイントとして、幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測や各職種の視点や知見に基づいた根拠のある支援の組立てを行うことが介護支援専門員に求められていることを踏まえ、高齢者の生活課題の要因等を踏まえた支援の実施に必要な知識や実践上の留意点を継続的に学ぶことができるように、適切なケアマネジメント手法の考え方を科目類型として追加するべきであること、認知症や終末期などで意思決定支援を必要とする利用者・世帯がさらに増えるとともに、根拠のある支援の組立てに向けて学ぶべき知識や技術などの変化が今後も進むと考えられる中で、職業倫理の重要性は一層高まることが見込まれるため、権利擁護や意思決定支援など職業倫理についての視点を強化するべきであること、地域共生社会の実現に向け、介護保険以外の領域も含めて、制度・政策、社会資源等についての近年の動向を踏まえた見直しを行うべきであることが示されています。これらの取組やケアプラン作成時にLIFEにより収集・蓄積したデータをフィードバック情報として利活用することなども、早期に具体化・実行することで、介護支援専門員の専門性をさらに高め、介護支援専門員という職種を介護業界において中心的役割を担う高度な専門職として確立させることが、介護支援専門員を目指す人材の増加にもつながると考えます。また、ケアマネジメントの質の向上は介護保険サービスの質の向上にも資することから、これらの取組が職務上の新たな負担とならないよう配慮しつつ、法定研修を含めた各種の研修に対する経済的な負担軽減などの支援の拡充もお願いいたします。

次に、介護分野の文書負担軽減に関する専門委員会の取りまとめ報告について、以前も発言したとおり、私どもの組合員向け調査結果では、介護保険制度上必要な文書の負担が軽減されたと感じている組合員は27.6%にとどまっています。指定申請関連文書等については負担軽減策が具体化されている一方で、日常的に多頻度で使用する文書の負担軽減が進んでいないことが、文書負担軽減を実感できない理由と考えられます。報告書の中でも言及されていますが、処遇改善加算や事故報告、ケアプランや日常的な介護記録も含め、

簡素化・標準化・ICT化という3つの視点で検討を進めていただきたいと思います。加えて、介護報酬請求関連文書については、処遇改善策だけでも3つの加算があるほか、介護報酬改定のたびに複雑になり増え続けている加算の種類により、事業者の請求事務負担は増える一方であり、利用者説明の負担も増し続けています。また、利用者からすれば、分かりづらい介護保険制度となっています。請求事務負担軽減と誰もが分かりやすい介護保険制度にするためにも、加算取得率の高いものについては、基本報酬に組み込み、標準化を図ることも検討していただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

濱田委員、お願いします。

○濱田委員 よろしくお願いたします。

まず、資料2、「(2) 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現」、22ページの地域包括支援センターの体制整備につきまして、意見を申し上げます。この中で、介護予防支援の業務負担の軽減策につきまして、地域包括支援センターは介護予防支援事業所の指定も受けているということで、そのことを基本に踏まえる必要があるかと存じます。その上で、既に各地域で実施されておりますランチやサブセンターなどに加え、居宅介護支援事業所の特定事業所加算算定事業所など、日常生活圏域で、介護予防支援の受託だけでなく、ランチやサブセンター等に相当する機能を有していると認められる居宅介護支援事業所を、地域の実情に応じて、指定が受けられるようにしてはいかかということでございます。その際に、居宅介護支援と介護予防支援の業務負担と介護報酬につきまして、加算等も勘案した形で、両者につきまして、例えば、比較した形で件数を担当できるようにするなど、業務負担軽減につきまして、人員配置について、また、介護支援事業所の運営や経営が要因となっております可能性もあり、これらを考慮した形で検討してはどうかということでございます。

また、主任介護支援専門員につきましては、前回も述べておりますけれども、各都道府県の修了人数や受講要件の把握を進めていただきまして、緩和している例を基準として、より意欲のある介護支援専門員が主任介護支援専門員を目指せるように養成を進めることが必要ではないかと考えております。前回も申し上げましたが、当協会の主任介護支援専門員受講要件に関する調査の中間集計では、52.1%と約半数の都道府県では、主任介護支援専門員研修は居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所での常勤・専従で5年以上でなければ認められないとされております。一方、その他の県では、兼務しての実務経験について、相談員や看護・介護職員、また、非常勤の場合でも認めている県もあるようでございます。これらの実務経験が認められれば、仮に、準ずる者として、経験ある介護支援専門員が採用された場合でも、数年で主任介護支援専門員研修の受講が可能となるはずでございます。ただ、以前も述べておりますが、主任介護支援専門員につきましては、受託法人における年齢要件等の関係からかも分かりませんが、任期つき契約による採用も少なく

ないということがございますので、採用定着に当たっては、処遇の改善も進めていただければ幸いです。また、近年、自治体における専門職採用に関しましても、年齢制限が緩和または撤廃されているところも出始めております。人口減少の局面下で、一方で専門職を増やしていくということもございますので、今後、地域包括支援センターにつきましては、この主任介護支援専門員以外の、保健・医療・福祉、他の職種でも同様の状況が起こってくる可能性がありますので、これらも考慮をしていく必要があるのではないかと考えております。

続きまして、「(3) 保険者機能の強化」、要介護認定についてでございますが、先ほど座小田委員からも御意見がございましたが、データや調査員のスキル向上、また、AIの活用などを図り、認定調査でより質高く迅速に結果が発出されるような検討につきまして、期待しておりますし、また、簡素化につきましても賛成するところでございます。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 日本看護協会の齋藤でございます。

私は、3点、申し上げたいと思います。

1点目は、資料の21ページにあります、通いの場、一般介護予防事業のところでございます。この後、インフルあるいはコロナの感染拡大という状況の中で、通いの場を確保していくことは大変重要で、この通いの場と介護予防事業が制限されることによって高齢者の身体機能や認知機能への影響が出ているということは、研究でも明らかになっているところでございます。今後は、感染対策をしっかりと講じた上で、この場の再開や事業の再開、閉じ籠もりがちな方々へのアプローチが大変重要になるかと思っております。そういった関係で、21ページの丸の2つ目に、専門職の関与を推進してはということが挙げられております。こちらにつきましては、安全な環境を整える、認知症のある方やフレイルの方等々に適切なアプローチを工夫していく、あるいは、医療や介護に関する知識あるいは情報といったものを提供して地域住民の健康に役立てていくということもできるかと思っております。そういう意味でも、この専門職の関与は進めていってよろしいのではないかと考えています。一部の市町村あるいは都道府県では、感染管理あるいは認知症の認定看護師等々を地域の介護事業所等々に支援派遣するような事業も実証されておまして、大変効果を上げているという状況ですので、こうした事業スキームを通いの場へも適用できるように情報提供をお願いしたいと思っておりますし、これからは多世代の交流が大変重要になるかと思っておりますので、そういった意味でも専門職の関与は重要な施策になるのではないかと考えています。

地域包括支援センターの体制整備につきまして、対応する課題が非常に多様化・複雑化している一方で人材確保の困難という御指摘で、少し職員配置の要件緩和が提案されておりますが、センター業務の質の担保という観点からは、少し慎重であるべきではないかと

考えています。対応する課題が多様化・複雑化しているからこそ人材確保は重要でございますし、参考資料にもありますように、時間外労働をしている方々が1割というデータもあったと思いますので、配置基準を緩和することによって、特定の専門職への業務負荷がまたさらに重くなる可能性は否定できません。人材確保のための財政支援や処遇改善の方策を講じた上でも専門職の確保が困難ということであれば、例えば、間接業務等々にサポートとして事務職員を採用して事務作業の切り分けができるか・できないか、その辺りの検討も必要ではないかと考えています。

26ページ目の介護保険事業（支援）計画作成の効率化のところでございますが、国としていろいろな集計や分析ツールの提供を行うことについては、異論はありません。こういったことは、効率化という観点とともに、前回も議論になりました医療計画と介護保険事業（支援）計画等々の整合性を確保するという観点からも、こういった支援は重要ではないかと思っています。医療計画における在宅医療等の整備と介護保険事業（支援）計画におけるサービス量の見込みの整合性を取るということは、限られた資源の有効活用という面でも大変重要な課題だと思っています。特に、これまでもそうでしたが、医療ニーズの高い利用者に対応する介護保険サービスについては、短期支援との連動でサービス量を検討する、あるいは、市町村単位よりももう少し広い二次医療圏単位で整備計画を立てていくことも必要になるかと思っています。サービスが有する機能や提供実態を保険者が正しく把握した上で具体的に位置づけていくことが重要かと思っていますので、そういった意味においても、前回議論になりました、私どもから提案させていただいております看多機の活用促進、1点目が広域利用を可能にさせていただきたいこと、看多機の定義に看護をきちんと明記することについて、ぜひ法律改正での対応をお願いしたいと思っています。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小泉委員、お願いします。

○小泉委員 ありがとうございます。全国老人福祉施設協議会でございます。

私から、意見を3点、申し上げさせていただきたいと思います。

まず、21ページ、通いの場合、一般介護予防事業について、通いの場の質を高めるために、医療や介護の専門職の関与については、積極的に推進すべきと考えます。通いの場に参加できていない高齢者を介護予防や見守りの取組につなげるために、様々な手段・機会を活用した働きかけを推進することについては、賛成でございます。基本として、個々の状況に合わせて、個々のニーズに適合した通いの場を整備すべきと考えます。また、上限額の超過については、きめ細かい対応について検討を進める必要があると思います。

次に、21ページ、認知症施策の推進について、認知症施策としては、認知症予防に関するエビデンスを収集・普及し、各自が認知症予防に努めることが重要です。また、住み慣れた地域の中で、尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指すには、認知症の症状を周囲の方に理解していただき、本人が不安なく生活できるような環境改善

を行うことが重要です。このようなことから、引き続き共生と予防を車の両輪として施策を推進していくことについては、問題はないと思います。認知症施策推進大綱の進捗におきましては、参考資料の177ページでは、初期集中支援チームにおける実績が伸びていない、また、180ページ、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み、チームオレンジの整備が遅れているということですので、今後の確実な推進を期待いたします。

27ページの要介護認定について、要介護認定の更新申請に係る有効期間において、さらなる上限拡大においては、慎重に検討すべきと考えます。また、簡素化も、実情を比較検討した上で、慎重に推進すべきと考えます。また、認定審査会においてICTを活用して実施できることとされておりますが、今後に向けて、新型コロナウイルス感染状況を問わず、継続すべきと考えます。

最後に、参考程度に申し上げておきますが、前回数人の委員から御質問いただいていた特養の入居状況ですけれども、地域によってかなりの格差はありますし、入居が充足されていない理由も多種多様であろうかと思いますが、全国老人福祉施設協議会の調査によりますと、稼働率90%未満が15.2%となっています。現実として、特養に空床があることは明確でございます。ちなみに、nの数は2,247です。詳しくは老健事業で示されると思いますが、特養の現況を御理解いただければと思います。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

杉浦委員、お願いします。

○杉浦委員 ありがとうございます。

私からは、4点ほど、申し述べたいと思います。

まず、20ページ、先ほども御意見があったようでございますが、総合事業の多様なサービスの在り方、総合事業費の上限設定でございます。総合事業でございますけれども、市町村が、その地理的な特性、その他の状況に合わせて、様々な工夫を凝らして展開しているところでございます。各地域にとって必要不可欠な基本サービスとなっています。柔軟な取扱いが可能となるよう、引き続き慎重な検討をお願いするものです。

次に、2点目でございます。25ページ、保険者機能強化推進交付金等につきまして、これまでも意見を述べさせていただきましたが、情報公表の在り方につきましては、引き続き慎重な検討をお願いしたいと思います。

3点目です。26ページ。給付適正化・地域差分析について、主要事業の3事業以上を実施できていない保険者に対しまして、引き続き国及び都道府県の支援が必要と考えています。

最後でございます。27ページ、要介護認定については、対象の増加など、今後予想される状況を見据えまして、現場での実態を踏まえつつ、国、地方自治体、事業者、利用者、それぞれにメリットがあるような方向性を検討すべきと考えます。

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、河本委員、お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。

私からも、4点、意見を申し上げたいと思います。

まず、1点目、20ページの総合事業の多様なサービスの在り方について、担い手という人材面でも、財政面でも、限りある介護資源で増大する介護ニーズに対応するためには、総合事業のさらなる推進が不可欠と考えております。一方、前回の介護保険制度の見直しの際にも総合事業の体制整備が不十分であるということが指摘されておりましたけれども、現状も、一定の進捗は見られるものの、その従前相当以外のサービスは、まだ少ないし、決して十分とは言えないと思います。多様なサービスが伸びない要因を分析・検証して、必要な取組を速やかに整理するとともに、地域の受皿となる生活支援体制整備事業の促進とセットで取り組んでいくことが必要だと思っております。必要な取組の整理については、第9期に先送りするのではなくて、速やかにスタートをすべきだと考えます。

次に、2点目、25ページの保険者機能強化推進交付金等について、保険者の業務負担を軽減し、取組のさらなる充実を促すためにも、評価指標については、一定程度縮減をした上で、アウトカム指標の割合を増やしていく、また、検討の方向性にも記載されておりますように、プロセス評価指標からアウトカムとの関連性が高いアウトプットあるいは中間アウトカムに関する指標にシフトしていくべきだと考えております。

3点目、給付の適正化について、資料の26ページです。適正化の主要5事業については、効果的・効率的な事業となるように、費用対効果の検証を行って、事業項目や内容の見直しあるいは効果的な事業への重点化といった、さらなる事業の改善をお願いしたいと思います。また、さらなる適正化を図るために、主要5事業だけではなくて、新たな事業や取組の検討も必要ではないかと思っております。国・都道府県は、さらなる適正化事業の検討や適正化事業の推進に資する、取組の重点化、見える化を進めるとともに、市区町村への支援をしっかりと行っていただきたいと思っております。

最後、27ページ、要介護認定のところでございます。要介護認定の新規申請・区分変更の有効期間の延長については、利用者への影響などをよく検証した上で、これは慎重に検討すべきだと思います。一方、介護認定審査会の簡素化あるいはICTの活用につきましては、業務効率化の観点からも、推進していったよいの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。

秋山参考人、お願いします。

○秋山参考人 ありがとうございます。

私からは、総合事業の多様なサービスの在り方と地域包括支援センターの体制整備等について意見を申し上げます。

まず、資料2の20ページ、総合事業の多様なサービスの在り方について、申し上げます。総合事業につきましては、特に住民主体のサービスの展開や継続支援を課題としている自治体が多く見られております。本市におきましても、小学校区単位で住民主体のサービスを実施しているところでございますが、サービスの提供体制に地域格差があることや担い手の確保に苦慮しているところでございます。今後、担い手確保のためには、地域住民だけでなく、NPO法人や民間団体等の多様なサービスの担い手の参入促進を図る必要があると存じております。国におかれましては、好事例の横展開等、自治体の総合事業の拡充に対する支援をお願いいたします。また、事業費の上限につきましては、自治体によっては、介護予防事業を重点的に実施し、要支援者が多くなったことが要因で、上限額を超えているケースなどもございます。全国市長会としては、上限額の撤廃をかねてより要望しておりますが、現行の上限額の運用を見直すこととなった際には、より実態に即した算定方法としていただきたいと考えております。

次に、資料2の22ページから23ページ、地域包括支援センターの体制整備等について申し上げます。主任介護支援専門員につきましては、人材の確保が急務となっているにもかかわらず、受講要件を満たしていても研修の定員の制限により受講できない、また、研修に非常に時間を要し負担が大きいなどといった状況にありますことから、研修のオンライン化など、人材を確保するための実効性ある対策を講じることが必要であるものと考えております。併せて、職種要件の緩和、配置基準の見直しについても、実施していただきたいと考えております。次に、包括的支援事業でございます。包括的支援事業につきましては、地域包括支援センターの柔軟な運営を可能とするため、部分委託や再委託の導入を要望いたします。最後に、介護予防ケアマネジメントの介護委託について申し上げます。介護予防ケアマネジメントは、外部への委託を望む自治体が多くある一方で、委託連携加算が創設されたものの、依然として介護予防支援費が安く、委託先が見つからないとの声も多く聞かれております。地域包括支援センターが総合相談支援を重点的に行うためにも、基本単価の見直しや業務の簡素化・効率化など、居宅介護支援事業所が受託しやすい環境の整備も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。

私からは、1点、認知症政策の推進について、意見を言わせていただきます。

先ほど栗田委員が示されたように、2040年で、800万人以上、有病率20%以上ということで、あと十何年後には高齢者の5人に1人が認知症になると、言わなくても示されているのですけれども、私どものところで考えてみますと、介護保険とは離れるのですけれども、施設もそうなのですけれども、病院に入院する患者さんは認知症を合併されている方が多く見られるのですよね。しかし、現状でいいますと、医療の現場では、認知症を合併して

いる場合には、入院を拒む、適切なケアや看護や治療が行われていない現状があると思います。現在、特に急性期から慢性期に至る病院への入院患者さんの認知症の治療やケアを行っている、介護士もそうなのですけれども、医師、看護師に、認知症のケアのスキルや治療方法を基礎知識としても盛り込んでいくことが必要ではないかと思います。医療保険分野ではありますが、そこが川上になりますので、そこでの医療介護スタッフの認知症に対しての考え方というか、これだけ増えてきたら、特別な疾患ではなく、認知症は、コモディージーズというか、普通にあることなので、医療従事者や介護従事者、みんながそのスキルを身につけていくことが必要な時代になってきているのではないかと思います。そういうことで、例えば、地域包括支援センターの業務への協力ももっとスムーズに行えると思いますし、介護分野のことも大分楽になってくるのではないかと思います。その川上である医療・保健分野での認知症ケアや治療の教育を進めることが必要で、介護スタッフが幾ら理解していても、医師や看護師からの適切な指示がなければ、不適切なケアや治療が行われてしまう、身体拘束や虐待につながるのではないかと思います。そういったことも、今後、考えていく、もう少し連携をして、医療分野も、もう少しというか、もっと認知症に関しての関心を高めて、もう少し真摯に取り組むべき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。

石田委員、お願いします。

○石田委員 よろしく願いいたします。

私からは、3点、意見を申し上げたいと思います。

最初に、20ページの総合事業の多様なサービスの在り方です。総合事業の実施状況について検証する必要がある、第9期介護保険事業計画期間に総合事業を充実化していくために必要な取組を整理して集中的に取り組んでいくとあります。これはそうしていただきたいと思っておりますし、この総合事業に関しては、高齢者の社会参加の促進や生きがいを見つけて介護予防につなげることが大きな目的の一つでもあります。住民の参画を促しながら支え合いの地域づくりをしていこうという仕組みも目指されているということですが、冒頭に、社会福祉法や介護保険法の中身、地域共生社会の法律上の取決めも紹介されましたけれども、この時点で、いま一度、基本に戻って、住民の主体的な参画を含んだ地域包括ケアシステムの本来的な基盤づくりというところに焦点を当てることが重要ではないかと思っております。ただ、その際、現在各自治体で、総合事業以外の、例えば、保健福祉事業や生活支援体制整備事業という様々な事業が展開されているのですけれども、この中の各事業のすみ分け、あるいは、重複しているか、統合できるところがあるかといった観点からも考えていく必要があるかと思っております。ぜひ現場の声や要望を吸い上げて、自治体にとってもある程度自由度が認められるような、かつ、限られたマンパワーや地域資源が有効に活用されていくような方法が探求されていくことを期待しております。

次に、25ページの保険者機能強化推進交付金についてです。今、自治体はこれを進めて

いるのですが、そこに住む地域住民がこれをどのぐらい知っているかは疑問です。あまり知られていないのではないかと思っております。この交付金について個別の評価項目ごとの得点獲得状況を公表するというので、公表をされて、自治体の住民にも当事者としてその辺のところに関心を持っていただくことが重要ではないかと思っております。こういった得点の状況を公表するというところで、例えば、市町村の間における競争をあおってしまうということではなくて、その自治体に住む住民が、自分の住んでいる自治体の現状を正しく把握して、住民としてどのぐらい協力ができるのか、また、参画していろいろな取組ができるのかということのツールとして、この評価や得点を活用することが有効なのではないかと考えております。ただ、地域包括ケアシステムの構築については、自治体に課せられる役割が非常に多岐に及んでおりますし、業務が過重になっていると感じています。これからのこういった業務の推進に向けては、他業種や他主体との連携、あるいは、業務のアウトソーシングということも含めて、いろいろな柔軟な対応も求められてくるのではないかと思いますので、それらが可能になるような対応策も考えていく必要があるのではないかと思います。

最後に、要介護認定についてです。このプロセスに関する効率化ということでこれまで長きにわたって様々な改定が行われてきましたけれども、利用者にとっては、申請してから1か月以上もその結果を待たされるという現在の認定の状況には大変問題があると言わざるを得ません。乱暴過ぎるという批判を承知の上で申し上げますと、要介護認定のプロセスに関しまして、こういったマイナーチェンジを繰り返すよりは、思い切ってフルモデルチェンジを考える時期にひょっとしたら来ているのではないかと感じております。

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。

私からは、2点、お話をさせていただきます。

最初の1点目ですが、総合事業の多様なサービスの在り方についてです。地域住民が、地域の中で、認知症を含め、様々な課題を抱えつつも、それぞれの生活、暮らしを維持・継続させるためには、生活そのもの、食事、排せつ、服薬、様々なことがございますが、併せて、居室・居宅の環境整備等を整え、地域の中でQOLの維持・向上に資するための支援を行うことが重要でございます。インフォーマルサービスを進めるに当たりまして、この生活支援の専門職である介護福祉士などを活用して効果を上げるということで、専門職の利活用が考えられるのではないのでしょうか。

2つ目です。地域包括支援センターの体制整備等についてです。高齢・要介護状態になられた御本人の御家族にとっては、介護が必要な状態に直面して初めて介護というものを考える方も少なくありません。このことについては、介護の知識もなく、不安になられる大きな問題でございます。介護現場においても実感するところでございますが、丁寧に対

応することが必要であると考えます。一方で、参考資料の185ページ以降、総合相談支援業務の実態というところに示されておりましたが、業務負担の課題は本当に大きなことであるという事実でございます。その地域住民が、地域の中で、認知症を含め、様々な課題を抱えつつも、それぞれの生活、暮らしを維持・継続させるためには、先ほど言ったような生活そのものを整えること、地域の中でQOLの維持・向上に資するための支援を行うことが重要でありますので、生活支援の専門職である介護福祉士を効果的に活用することが考えられます。これを踏まえ、現在、介護予防からみとりまで幅広く横断的にライフイベントに応じた生活の整え方に対応できる介護福祉士を、地域包括支援センターをはじめとする地域支援の核となる機関に配置するなどして、住民が高齢や認知症になってもその人らしい生活を送ることができる地域基盤が整備されることを望みます。

以上でございます。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、清家参考人、お願いします。

○清家参考人 ありがとうございます。経団連の清家でございます。

私からは、3点、申し上げたいと思います。

まず、資料2の25ページ、交付金でございます。2つの交付金の目的が高齢者の自立支援や重度化防止に向けた保険者の皆さんの取組を促すと認識しておりまして、25ページの検討の方向性でございます内容については、賛同しております。とりわけ、2つ目の丸にございますアウトカムを重視していくということは、各保険者さんの取組の達成状況を見ていく、促すという点でも、非常に重要なものだとして認識しております。

次に、26ページでございます。こちらについても、基本的な御提示いただいた内容については賛同しておりますけれども、取組の見える化についてコメントをさせていただきます。6ページの総論にもございますが、保険者の機能を発揮していく上で、それぞれ、皆さんの限られたマンパワーをいかに有効に活用していくか、事務をいかに効率化していくかということが重要でありまして、データを利活用してデジタル化ということにつきまして、ここに掲げておられます事業についても、実際の現場でもしっかりと実装していくことが重要ではないかと考えております。例えば、ケアプランの点検業務に関して、厚労省さんがAIの活用について委託調査研究をされているということを押見しましたが、その中でも、ケアプランの電子化、業務に関わる職員の皆さんの負担を軽減していくとか、いろいろな課題やメリットが整理されておりますので、すぐに実現できるような話ではないかもしれませんが、実装に向けた積極的な取組をお願いしたいと考えております。

最後に、直接的に資料2に関わるものではございませんが、資料4に文書負担の軽減に関する報告書が出ております。これは非常に重要な取組であると認識しておりまして、現場の皆さん方の負担軽減もそうですし、保険者の皆様方にもメリットがあるような取組だと思いますので、様々な要望が出てくるかとは思いますが、丁寧かつ迅速に具体的な対応をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

資料4に関しては、議題2で取り上げる予定にしてございますので、そのときに、またほかの皆様から御質問等がございましたら、よろしくお願いたします。

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。

資料に沿って、申し上げたいと思います。

まず、(2)の通いの場について、意見を申し上げます。21ページでございますが、通いの場、一般介護予防事業でございます。3つ目の丸の1行目、「通いの場に参加できていない高齢者を介護予防・見守りの取組につなげるために」という文言がございます。これは私も何度か発言いたしました。この通いの場にはフレイルの方は参加が難しいというところがございます。元気な高齢者には通いの場は有効でございますが、今後はこのフレイル対策をきちんとやっていかなければいけないと思います。フレイルとなると、医療と片づけられてしまって、行政の中でもフレイルが介護予防のところに入っておりません。今後は、この「フレイル」という言葉、フレイル対策をこの介護保険の分野でもしっかりと取り上げていただくべきだと考えております。

2点目、認知症施策の推進でございます。21ページでございます。参考資料で発言させていただきますが、参考資料の173ページに、進捗状況の評価結果の中で達成状況が悪いものの4項目がございます。その中の一つが、177ページの一番下にございます初期集中支援チームにおける実績でございます。私もこれが創設されたときに委員として参加しておりましたけれども、この初期集中支援チームの達成率が悪い。先ほど栗田委員からもお話がございましたけれども、今、この初期集中支援チームが、どちらかというと、ほとんどが認知症における困難事例対応チームとなっているわけです。そういう意味では、この初期集中支援チームのネーミングや役割を、もう一度、それこそ再考すべき時期に来ているのではないかと思います。実態に合った初期集中支援チームのネーミングや役割にさせていただきたいと思います。

初期集中支援チームと同じなのですが、22ページの地域包括支援センターは、22ページから23ページにかけて、この在り方を根本的に見直すいろいろな案が書いてございますので、詳しいことは申し上げませんが、地域包括支援センターについても私は何度かこの場で申し上げてきましたけれども、地域包括支援センターができて、今の体制でかなりの年月がたっております。その役割や現場が変わっておりますので、現状に合わせた状況にさせていただきたいと思います。

次に、27ページ、要介護認定についてでございます。これについてもほかの委員から御発言がございましたが、検討の方向性で、要介護認定の有効期間については、私も老健は要介護度の軽度化を図っているわけですので、この有効期間を延ばすと、軽度化の変化の情報が追えなくなりますので、いたずらに要介護認定の有効期間を延ばすことには反対

でございます。有効期間を延ばすことで保険者の事務負担の軽減を図るのではなくて、認定審査のICT化、例えば、AIを用いて認定調査員による高齢者の心身の状況に関する調査をすとか、先ほど石田委員からフルモデルチェンジをすべきではないかという意見もございましたけれども、私も、この要介護認定については、AI・DX化することにより、効率化・認定の短期化をしっかりと図っていただきたいと思います。

文書負担軽減については、資料4でございますので、後でという座長からのお話がありましたので、私の発言は以上でございます。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、佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 よろしく願いいたします。

私からは、財務状況等の見える化、資料でいうと16ページから18ページにかけてのところです。

全体の方向感として、介護サービス事業者の経営状況の見える化を進めていくことは非常によろしいと思います。ただ、やるのであれば、着実に進めるために、工程表をつくって、いつまでに何をするのかということを見せていくことと、在宅や施設といろいろありますので、それぞれの業種ごとにどういう進捗状況になっているのかを見せていくこと、都道府県知事に届出をすることもするのであれば、当面、見える化の進捗状況の地域差といえますか、各都道府県でどんな進捗状況になっているのかということも分かるようにしていくことによって、全体的に見える化が進むのではないかと思います。

もう一つ、気になることは、できればなのですが、財務諸表や財務状況が見えるのはいいのですが、例えば、形式・様式が社福とそれ以外の民間事業者とその他の事業者の法人形態によって違うということになりますと、比較ができなくなります。次の文書の話に関わるかもしれないけれども、地域ごとに経営状況をはかっている様式が違っていると、これはこれで困るということになりますので、少なくとも地域間で経営情報についてはちゃんと比較できるように様式は統一していくこと、可能であれば、介護事業者の中で、もちろん施設と在宅で違うことは分かっているのですが、同じサービスを提供しているのであれば、事業者の組織形態のいかんによらず、介護基準、会計基準と言ったべきなのですが、財務情報の基準を統一化していくことは、ある意味、比較をしていくという観点からも、大事かと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ここで、黒岩委員が入室されましたが、実は11時5分までの御出席と承っております、その間に御発言を求められております。江澤委員、少しお待ちいただいてもよろしいでしょうか。

○江澤委員 かしこまりました。

○菊池部会長 それでは、黒岩委員、お願いします。

○黒岩委員 御配慮をありがとうございます。

私からは、介護保険制度の将来に向けた方向性について、お話をさせていただきます。

6月30日の当部会で、私から未病コンセプトについてお話をさせていただきましたけれども、今日は、未病コンセプトに基づく21世紀型の新たな社会システムの在り方について御提案させていただきたいと思えます。本日の資料の黒岩提出資料といったものを御覧いただきたいと思えます。

まず、1ページを御覧ください。これは、日本の人口構造の推移を、50歳を基準に、表したものであります。日本の人口構造は、現在、急速に高齢化が進んでいますけれども、21世紀後半に入りますと、50歳以上と50歳未満で安定的に推移することが見込まれています。現在の社会保障制度は20世紀後半に形づくられたものでありますけれども、これは急激に進む高齢社会を危機と捉え、それをどのようにサバイブするかということに力点が置かれていました。長寿を全うできるという本来望ましい形に向かっているのに、高齢化の危機ばかりがあおられていたわけであります。これからは、人口構造が21世紀型で安定することに向け、21世紀型の社会システムとしてつくり変えていくことが必要だと考えます。

2ページをお開きください。本来、長生き自体は喜ばしいことです。家族目線に立てば、おじいちゃんやおばあちゃんが元気で長生きしてくれ、触れ合いながら楽しく暮らしていくことは、大きな価値であります。しかし、これまでは、高齢者は支えられる存在でありまして、急増するので支えるのが大変だという、高齢者はコストといった視点での議論が中心でありました。年金・医療・介護などの社会保障制度は全てコストモデルで出来上がっています。しかし、今後、人口構造が安定化していく中で、発想を転換し、元気で長生きであることが社会的に価値ある存在として評価され、それが新たな価値を生むような社会の仕組みをつくるべきではないでしょうか。高齢者が価値を生み、経済的なサイクルを生み出す社会ができれば、高齢者の存在はコストからバリューに変わります。コストモデルからバリューモデルへ転換することが可能であります。重要な課題は、コストからバリューに変えていく手法です。

3ページをお開きください。元気で長生きであることを、バリュー、価値に変えていく手法として、未病指標の意義、重要性を改めて御説明いたします。未病指標は、健康と病気になるいは要介護状態のグラデーションのどの位置にいるかということを見える化いたします。

4ページをお開きください。未病指標の特徴は、生活習慣、認知機能、生活機能、メンタルヘルス・ストレスの4つの領域から数値で見える化し、体の状態を自分ごと化するものであります。これまでは、自分の心身の状態は、自覚症状のある・なし、強い・弱い、感覚的に把握することしかできませんでした。科学技術の発展とともに、数値化、見える化することで、自分ごと化されます。

5ページをお開きください。現在の体の状況を指標で見える化するとともに、行動変容に伴い指標がどのように変化するかを予測できるようになることも重要です。未病指標

は、エビデンスに基づいて、未来の状態を予測することができます。それも、ライフスタイルを改善した場合と、継続した場合、不健康な生活をした場合の数値が出るとなりますと、多くの人は改善したいと思うのではないのでしょうか。

6ページをお開きください。そこに様々なインセンティブがつけば、行動変容が加速されます。また、未病改善に向けた様々なプログラム・介入モデルが個人ごとにエビデンスつきで評価されることになれば、新たな産業が生まれます。神奈川県が進めている未病産業研究会は、既に990社を超える会社が参加しています。

7ページをお開きください。医療保険や介護保険は、セーフティーネットとしてはとても重要です。しかし、現行の社会保障制度は、コストモデルがベースとなっており、21世紀型社会システムとしては、どうしてもそれだけでは足りません。そこで、新たな社会システムとして、未病社会システムを提唱したいと考えています。

8ページをお開きください。このように、未病コンセプトに基づく神奈川県の取組は、世界的にも評価していただき、今年の9月に、WHOなど複数の国連機関が連携して実施してきた高齢化社会をよりよくする世界のリーダー50人に、日本人として私は唯一選ばれました。これは、これまでの取組とともに、未病社会システムに向けた世界的な期待も込められていると感じています。先日、11月8日と9日に開催しましたME-BYOサミット神奈川2022でも、WHOをはじめ、世界中から御参加いただきました。神奈川県は、未病コンセプトをベースに、世界と連携してグローバルに進めてまいります。

9ページを御覧ください。未病指標の開発・発展には、テクノロジーの進化が不可欠であります。ここでは、京都大学の山川教授が開発されたBHQについて御紹介させていただきます。これは、2010年に、内閣府の国家重点プログラム、いわゆるImPACTに採択されています。BHQとは、脳の健康状態を可視化する指標のことです。研究の成果を、3つ、お伝えします。1つ目は、早期検知・可逆性であります。脳の健康状態は30代から緩やかに低下しますが、未病改善に取り組むことで、脳の健康状態も改善することが分かっています。2つ目は、未来予測です。現在の生活習慣を続けるとどの程度認知症リスクが高まるかなど、将来的には未来予測も可能です。3つ目には、こうした研究結果が国際的にも評価されています。今後、さらに精緻化が進めば、認知症分野の未病指標になり得る可能性がある技術ということで、御紹介させていただきました。これらのテクノロジーの発展により、未病社会の構築が可能になります。

10ページをお開きください。私たちが最後に目指すのは、「Vibrant “Inochi”」、「いのち輝く」社会であります。Well-being、Positive Spirit、Purpose in Life、Healthy Longevity、Full of Laughter、Good Community & Environmentといったものが、Diversity、多様性の上になっている。こういったイメージが「Vibrant “Inochi”」でありまして、このメッセージを我々は常に世界中に向けて発信しているところであります。100歳になっても、「Vibrant “Inochi”」、「いのち輝く」という状態を継続していく。これが、我々が考える究極の目標だと考えています。

御静聴を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、お待たせいたしました。江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って、意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、20ページの総合事業について、総合事業の提供内容の実態把握を踏まえた上で、効果検証が早急に必要だと思えます。特に同一の利用者の経時的なフォローアップの視点から重要だと考えております。

21ページの通いの場についてでございます。コロナの特性も十分に分かってきておりますし、ワクチン接種も高齢者においては推進されております。したがって、通いの場に集まる前の検査も可能でありますし、正しいマスクの装着の下、十分な換気に配慮するなどの対策を講じて、通いの場を活性化すべきと考えます。その際には、各地域の専門職の支援も必要ではないかと思っておりますし、特に第8波の終了後には、早速、取り組むべきではないかと思っております。また、通いの場におきましても、医学的な知見に基づいた有意義な取組が期待される中で、専門職の関与は大変重要と考えております。したがって、例えば、地域の医師会等の関係団体、その他の関係団体も含めて、あるいは、職能団体に、市町村が協力を呼びかけて、連携していくという取組も重要だと思えます。なお、先般取りまとめられている一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめは、非常に充実した内容で取りまとめられているのですけれども、この内容が自治体にあまり周知されていないような印象も持っていますので、さらなる周知を行って、よりよい取組につなげていただきたいと思います。一方で、通う必要があるけれども通えない高齢者へのアウトリーチ等の辺りはまだ議論が足りない状況ですので、しっかりと議論して対策を講じていく必要があると思えます。また、総合事業の住民主体による支援のサービスB等がなかなか普及しないというところがございますが、当然住民主体サービスの中でノウハウがないことも現実でございますから、この辺りも専門職の関与や支援が不可欠と考えております。したがって、例えば、地域リハビリテーションを制度に位置づけて、一般介護予防あるいは統合事業といった地域支援事業と地域リハビリテーションが深く連携することによって、特に介護予防の中核に地域リハビリテーションを位置づけることによって、この辺りの有効な取組につなげていく必要があると思っております。

22ページの地域包括支援センターにつきまして、介護予防支援の指定対象の拡大について、これまでの一つの問題というか、課題としましては、予防プラン作成の給付費が、当初は8,000円だったものが平成18年に4,000円となったところで、現在はさらにその再委託ですから3,000円台で委託となっている現状があって、なかなか再委託を受けることが難しいということの要因の一つとなっております。対象事業あるいは費用の問題といろいろなことをバランスよく考えながら取り組んでいく必要があろうかと思っております。また、そのページの下、3つ目のサービス担当者会議の省略につきましては、いわゆるケアマネジ

メントの質に与える影響等の検証を踏まえた上で、慎重に対応することが必要とも考えます。

続いて、26ページですけれども、何か所か地域包括ケア「見える化」システムの記載がございますけれども、それに加えて、今後、今は内閣府の「見える化」システムにおいて医療のSCRは示されておりますけれども、ぜひ、今後、介護DBから抽出したSCRも、自治体には非常に役に立つデータではないかと思っておりますので、ぜひお願いしたいと思っております。特に、医療計画、障害福祉計画との整合性、特に限られた地域資源を有効に活用する観点からも、非常に有意義な介護保険事業計画の策定を期待しております。

最後に、27ページの要介護認定についてでございます。要介護認定は介護保険の根幹をなすものでありますし、認定された要介護度によってサービスが提供されます。ケアプランも、そのように要介護度において当然策定されます。したがって、有効期間の上限拡大については、反対でございます。例えば、一般論として、要介護3の3割の方、要介護4の4割の方、要介護5の5割の方が、2年後にはお亡くなりになられているという現実もございます。きめの細かい要介護認定は必要でありますし、例えば、インセンティブ交付金の中で、要介護の改善のアウトカム指標も定められておりますけれども、間隔が空くことによってその辺りのアウトカム指標が評価できないことにもつながりますので、またその辺りは検討が必要かと思っております。最後に、特に主治医意見書のデータベース化は必ず必要ではないかと思っております。毎年主治医意見書の記載内容をデータベース化してちゃんと蓄積していくことは、今後、介護のいろいろな分析に非常に役立つものでございますので、その辺りはぜひまた御検討いただければと思います。

ありがとうございます。以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

これで、一当たり御発言いただけたかと思っております。少し時間がございますので、議題2に行きます前に、追加で御意見がおありの方がおられましたら、合図をいただければと思います。

会場はいかがですか。栗田委員、小林委員ですね。

まず、栗田委員から、お願いします。

○栗田委員 私から、認知症策推進に関して、少し全般的なことをお話しさせていただきたいと思っております。

これからは、新しい認知症観に基づいた認知症施策を確立することが大変大きな課題でございます。つまり、旧来の認知症観、認知症になったら何も分からなくなるあるいは訳の分からないことをするという先入観が、様々な施策あるいは用語など、まだいろいろなところにあるということでございます。もちろん認知症の予防・医療・介護は大変重要でございますが、政策の中心に据えるべきは、認知症とともに生きる人の市民としての権利を守ることです。先ほど、186ページに地域包括支援センターの総合相談支援業務の内容に関するグラフを出していただき、大変助かりましたけれども、調査方法にもよるのですけ

れども、認知症関連の相談が14.8%というのは恐らく過小評価でございます。私どもは自治体でプロスペクティブに評価をしていますけれども、驚くほど認知症関連の相談が多いことが分かっております。これは、恐らく古い先入観があるのだろうと。つまり、訳の分からないことを言ったり、変なことをしたり、そういうことが認知症の相談だろうという意識があるのではなかろうかと思えます。ちなみに、介護保険関係の相談の多くは認知症の相談でございます。例えば、一人暮らしの認知症の方で、ケアマネジャーと一緒に私の外来に来てこれからの暮らし方について真面目に話し合う方は、実際にはたくさんいるということでございます。ちなみに、地域でやっている調査で、認知症の方で医学的な診断の認知症疾患の診断をされていない方が7割いらっしゃって、これが一人暮らしだと8割になるというデータを私どもは持っています。これは特定の地域でございますけれども、そのぐらい認知症はインビジブルで見えないのだということをお話しさせていただきたいと思えます。

今政策の中で使われている用語には、古い先入観に基づく用語がたくさんある。例えば、評価指標などにもそういうものがございませう。これは、本質的な問題で、物議を醸す可能性があるのですが、例えば、「認知症予防」や「介護予防」という言葉も、時には分断を生み出す可能性がある用語なので、注意しなくてははいけないう。もちろん、健康づくり、フレイル予防、介護予防は非常に重要だということは分かっておりますけれども、注意しなくてははいけないう。ちなみに、WHOがRisk reduction of cognitive decline and dementiaというガイドラインを出しています。日本語では「認知症予防ガイドライン」になっているのですけれども、なぜ「Risk reduction」にしたのかということ、ちゃんと分断を回避しようという意図を持って「Risk reduction」という用語にしている。英国のNICEというところを出しているガイドラインも、認知症という表現を「People living with dementia」としよう、認知症患者とは言わないようにしよう。なぜなら、患者と言ってしまくと予防・医療・介護が中心になってしまうけれども、認知症とともに生きる人と言え、認知症の人の市民としての権利を守ろうという方向に政策を転換できるだろうという観点で、そういった配慮がされつつあることが世界の動きでございます。日本の認知症施策もそういう方向に向かって動いていかななくてははいけないうということでありませう。

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、小林委員、お願いします。

○小林委員 追加です。ありがとうございます。

地域共生社会のことがございましたので、私なりにもしろいろな振り返りをしてまいった次第でありませう。私たちの団体、連合としても、少し振り返ると、1994年に、要介護の人を抱える家族への調査をしていまして、当時、要介護者に憎しみを感じる介護者が3人に1人で、虐待したことのある介護者が2人に1人という調査があったのです。それをきっかけに、私たちも、もともと制度創設の頃から議論に関わっていまして、より

力を入れて、国民の連帯、相互扶助で、介護を社会化していくということに全力を尽くしてきたというところがございます。そういう意味で、介護保険ができて、利用者本位をきちんと確立して、ケアマネジメントの仕組みも導入されて、高齢者本人も被保険者本人として位置づけられてという中で、どうやって家族の介護を支えていくのか、支え合っていくのかということにきています。私たちも労働組合として何ができるかということはずっとここ数年も考えていまして、私たち自身が介護ということはなかなかあれがありますが、その地域のいろいろな方々、団体の方々、活動している方々との結節点になれるのではないかと。私たちは、労働相談をいろいろと受ける中で、生活相談もたくさんあって、その一環で労働者福祉団体が生活困窮者自立支援事業をやっていたりもするのですけれども、そういった結節点をつくっていく、住民の皆さんの位置づけもありますが、そういった結節点をもっと広げていくという取組もあっていいのではないかと思います。その一環で、前回、少し申し上げましたが、生活支援コーディネーターです。生活支援体制整備事業を一層推進していくことが重要と資料の中には書かれていますけれども、参考資料のデータも見つつ、生活支援コーディネーターは、非常に困難な仕事、大変な仕事と承知しておりますので、そういった方々も孤立しないような仕組みといたしますか、下支えといたしますか、そういったものが必要ではないかと思っております。

本日も様々な御意見があったと承知していますが、今までも非常に意識されてきたことかとは思いますが、これからは医療と介護を切れ目なくということをより一層意識していくことが必要かと思っております。そういう意味で、本日も少しございましたが、医療の側でできること、介護の側でできることは、それぞれ非常に重要な御指摘であったと私自身も思いました。また、前回も申し上げましたが、急性期の後の在宅医療、訪問看護、リハビリ、在宅介護までというところで、本日も御意見がありました看多機が担っている機能は非常に重要になってくると思っております。地域格差がないように、小規模自治体であっても利用しやすくしていくことへの何らかの手だては必要ではないかと思っております。

以上になります。とりとめもありませんが、すみません。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様からは何かございますでしょうか。特にございませんか。よろしいですか。

ありがとうございます。

今日御欠席の津下委員から、部会長、事務局宛てということで、御意見をいただいています。これは公表することを前提としないと承っておりますが、内容を拝見いたしますと、先ほど石田委員からお話のあった事業のすみ分けや統合の必要性といったことにも関わるような介護予防地域支援事業の複雑化、分かりにくい、自治体担当者もその把握が困難といったことで、そのための改善策の貴重な御意見をいただいていると感じました。もちろん津下委員の御意向が優先ではございますけれども、もしお許しいただけるようでし

たら、事後的になります。ぜひ委員の皆様にもお読みいただきたい内容だと思っております。事務局で打診をしてみただけだと、事後的に追加資料という形でお示しいただくことを御検討いただけないかということなのですが、事務局としては、いかがですか。

○林総務課長 総務課長でございます。

直前でしたが、委員の皆様には資料を取り急ぎお送りはしてございます。

資料の扱いについては、今、部会長の御示唆もありましたので、追加資料については、津下先生と相談します。

○菊池部会長 皆さんのもとには届いているのですね。

○林総務課長 今朝お送りしましたので、まだお読みいただけていないかと。

○菊池部会長 あとは、この部会の資料として公開するかどうか。貴重な内容ではないかと私個人は思いますので、その点も含めて、もう一度、津下委員と御相談いただければと思います。

○林総務課長 分かりました。そのようにさせていただきます。

○菊池部会長 よろしくお願いします。

ありがとうございました。

議題1に関しては以上ですが、今回、資料3をわざわざ事務局に御用意いただきましたので、最後に私からコメントをさせていただきます。

介護保険は給付法ですので、その限界、つまり、給付の対象になるのは要介護・要支援者という限界はあるものの、介護保険法における主体としての地域住民という方向性は追求する価値があるのではないかと考えています。その一つの方向性として、医療分野でいえば、つまり、要介護にならないようにするための予防、二次予防を超えて、一次予防、最近の言葉でいえば健康寿命の増進といったこと、さらに進んで、それを越えたゼロ次予防的な自立生活支援のための環境整備といった考え方を取り入れることが、介護保険法の枠組みの中でどこまでできるのか、できないのか、検討の余地はないのか。そのためには、第2号被保険者を含む広い意味での介護予防的な取組、それは、要介護とならないための予防に加えて、あるいは、いつか自分もそうなるかもしれないという発想を超えて、被保険者自身を主体として捉えた上で、健康自立、日常生活自立に向けた支援に向けた展開という方向性があるのではないかと。そうした方向性に向けた取組としては、被保険者個人へのアプローチに加えて、被保険者集団レベルでの集団的な地域づくりに向けた支援というアプローチも含まれるのではないかと。その意味で、給付は難しいとしても、少なくとも事業として展開することができるのではないかと。こうした発想は、医療と介護の重なり・連携という最近の方向性にも重なるかと考えられます。地域支援事業は地域での支援と地域への支援という両側面があつて、それを自覚的に区別しつつ、さらにそれらを統合して捉えていく必要があるのではないかと。その中で、地域への支援、被保険者を主体として捉えた支援を、介護保険法が射程に含めているという解釈は、給付法たる介護保険という社会保険の仕組みにおいても可能ではないかと。受け身の予防ではなく、能動的な支援という発

想の転換が求められているのではないかと。今日、最初に粟田委員から地域支援事業の目的を御紹介いただきましたが、第115条の45、現行法の目的の解釈として、もう少しその対象を広げられないのかという可能性の追求と、加えて、目的規定自体を改正することでもう少し対象を広げる余地もあるのではないかと、そういった追求をすることが、ひいては地域共生社会の展開と深く関わっているのではないかとという考えです。非常に抽象的な言いぶりで大変申し訳ないのですが、引き続き政策展開をお願いできればということ、一言述べさせていただきます。

出過ぎた発言かもしれませんが、お許しいただければ幸いです。今回改正ですぐにこうしてくれという話でございません。

ありがとうございました。

引き続きまして、次の議題であります、介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会の取りまとめについて、事務局からお願いいたします。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

お手元の資料4を御覧いただければと思います。

文書負担軽減に関する専門委員会の取りまとめでございますが、文書負担軽減につきましては、この介護保険部会に令和元年8月に専門委員会を設けまして、御議論いただき、施策を展開し、PDCAサイクルを回してきたといった経緯がございます。そうした中で、資料4の1ページ目の真ん中よりちょっと下でございますけれども、今年の6月7日に規制改革実施計画が閣議決定されまして、介護分野におけるローカルルールなどの手続負担の軽減が閣議決定をされたところでございます。それを受けまして、1ページ目の四角の中にある、(1)指定申請・報酬請求・実地指導関連文書の国が定める標準様式例、(2)簡素化や利便性向上に係る要望を提出できる専用窓口、(3)電子申請・届出システム、(4)地域による独自ルール、こちらを中心に専門委員会で議論してきたところでございます。今年の7月から議論を開始し、都合4回、議論を行いまして、取りまとめたところでございます。

中身でございますけれども、飛んでいただきまして、3ページを御覧いただければと思います。(2)各項目に関する負担軽減策でございます。

まず、1つ目の指定申請・報酬請求・実地指導の標準様式例でございます。ここの現状に書いてありますとおり、現在、厚労省のホームページにおきまして標準様式例を示して、自治体にその活用をお願いしているところでございます。実際にこの標準様式例がどの程度使われているのか、地方公共団体で独自に押印を求められるケースもあるといった御意見が結構専門委員会でも出てきたところでございます。対応の方向性でございますけれども、国が示している標準様式例の使用がどの程度浸透しているのか、しっかりと調査を行うべきだということ、2つ目、指定申請の文書の簡素化・標準化の取組を整理して、ガイドラインの作成を行うべきという御意見、3つ目、国が示している標準様式例の使用を基本原則化することとして、所要の法令上の措置を行うべきという御意見をいただいている

ところでございます。施行時期につきましては、地方公共団体の事務負担軽減等の観点から、令和6年度の報酬改定と併せて行うことが適当という御意見をいただいております。

2つ目、簡素化や利便性向上に係る要望を提出できる専用の窓口についてでございます。現状といたしまして、介護サービス事業者の方々が簡素化や利便性向上に関する要望を提出する窓口が、国や地方公共団体には決まっておりました。国といたしましては、要望を随時提出いただけるように、今年の9月末に、厚生労働省のホームページに専用フォームを設置したという状況になっております。4ページに行ってくださいまして、この対応の方向性ですけれども、2つ目の丸、既に受付を始めている段階ですけれども、要望につきまして、内容、件数処理状況を整理して、専門委員会に報告して公表を行うべき、全国的に対応が必要と考えられる内容については専門委員会で議論して、個別の地方公共団体に関することについては国から地方公共団体に助言等を行う、4つ目の丸、窓口のフォーマットや運営方法については今後も随時検討を行うということを御提言いただいております。

3つ目、電子申請・届出システムでございます。これまで、指定申請等に係る提出につきましては、事業者さんによる持参・郵送・電子メール等の方法でやることが通知等で示されていたところでございますけれども、地方公共団体によっては電子メールによる提出が受け付けられないといったケースもあるという御意見をいただいております。今年の下半期から電子申請・届出システムを運用開始する予定でございますので、ここの扱いについて特に御意見をいただいたということになっております。4ページ目の下のほうに、対応の方向性がございます。この電子申請・届出システムの利用に向けて必要な支援をしっかりと行うべきだという御意見をいただいております。地方公共団体への支援として伴走型支援を展開していく、好事例の横展開をして早期に地方公共団体の参加数を拡大していくべきだといった御意見をいただいております。また、今、自治体に利用開始時期の意向調査をしているところでございますけれども、こちらについても定期的に公表を行うべきといった御意見をいただいております。次の5ページに行ってくださいまして、上から2つ目の丸でございます。電子申請・届出システムにつきましては、こちらの使用を基本的には原則化をする、令和7年度までに全ての地方公共団体で利用を開始するために、介護保険法施行規則に電子申請・届出システムについて明記するなど、所要の法令上の措置を行うべきといった御意見をいただいております。

次に、地域における独自ルール、いわゆるローカルルールでございます。現状の1つ目の丸に書いてありますけれども、地方公共団体ごと、また、担当者によっても、いろいろなローカルルールが発生しているといった御意見をいただいております。対応の方向性に書いてありますとおり、今年、調査を行いまして、地方公共団体における独自ルールの有無や内容を整理して公表を行うべきといった御意見をいただいております。また、専用窓口に提出のあった要望の中でも独自ルールに関する要望を整理して公表を行うべきといった御意見をいただいております。

5、その他の課題でございます。専門委員会におきましては、基本的には、指定申請・報酬請求・指導監査に関する文書の負担軽減を主な検討対象としてきたところでございます。そうした中で、ポツが幾つかございますけれども、1つ目のポツ、処遇改善加算を含めた介護報酬制度における制度創設以降の加算項目の増加によって、提出書類が増加している。こちらは、どちらかという、報酬そのものの議論に関わってくる内容になります。2つ目の丸、事故報告の関係でございます。こちらについても、国で標準様式は示しておりますけれども、様式が自治体によってかなり異なるケースもあって事務負担が大きいといった御意見をいただいております。3つ目、ケアプランの関係につきまして、ファックスとか、アナログで対応しているところがあって、事務負担が大きいといった御意見を頂戴しているところでございます。

「4. 今後の進め方」に書いてありますけれども、1つ目の丸の最後に書いてありますとおり、特に市区町村の文書負担軽減に向けた進捗状況をしっかりと確認していくことと、特に小規模の地方公共団体に対してしっかりと支援を行っていくことが必要だといった御意見をいただいております。また、電子申請・届出システムの利用状況につきましては、そのシステムを含めまして今後も継続的なフォローアップや効果検証をしていくことが必要だ、この専門委員会を随時または定期的に開催してしっかりとフォローアップをしていくべきだといった御意見でございました。最後、先ほども申し上げました、処遇改善加算、事故報告、ケアプラン、介護DX等々に関して示された御意見につきましては、この専門委員会の範疇からは外れるものの、厚生労働省として、十分に受け止め、関係審議会における検討の中で積極的に生かして、デジタル化や負担軽減を進めていくことを期待したいと結んでおります。

7ページ目に、専門委員会の委員名簿、8ページ目に、今回の専門委員会の開催経過を書かせていただいております。

私からの説明は、以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今、御紹介がございましたように、この専門委員会については、野口部会長代理が委員長をお務めになられたということでございます。特に事前の打合せもないのですが、よろしければ、野口部会長代理から最初に何か御発言をお願いできますでしょうか。

○野口部会長代理 菊池部会長、どうもありがとうございます。

皆さん、御協力いただき、どうもありがとうございました。介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会の中間取りまとめをしたところでございます。

3点、私からコメントをさせていただきたいと思っております。

この専門委員会は、今、御説明があったように、令和元年度の設置以降、介護分野の文書に係る負担軽減の実現に向けて、有識者、地方公共団体、介護サービス事業所、その他ステークホルダーの方々の御協力の下、皆さんの協働によって検討を行ってまいりました。今年度に入ってからは、先ほども御説明があったとおりなのですけれども、計4回にわた

って開催し、今回、取りまとめを行いました。国によって示されている標準様式例の使用と電子申請・届出システムの使用を基本原則化するための取組として、所要の法令上の措置を行うべきであることを明記させていただいたということになります。これまでの取組は、技術的な助言は幾つもあって、そういったものに基づくものだったのですけれども、今回は、省令あるいは告示に位置づけるものであり、法令上の根拠を持つ大きな成果だと、我々委員一同は考えているところでございます。

今後は、この委員会の検討対象ではないのですが、今、御説明があったように、その他の課題として示された、処遇改善加算が今はすごく複雑になっているので、現場の方々はそのための文書処理が非常に大変になっているということ、ケアレスミスというか、ヒヤリ・ハットも含めた事故報告、ケアプラン、介護DX等々に関する御意見についても、関係審議会ではもちろん御検討いただきたいのですけれども、その検討段階で積極的に生かしていただきたい、あるいは、デジタル化や負担軽減を進めていっていただきたいと感じております。

この委員会については、取りまとめた内容に関する取組等のフォローアップを行っていきたいと思います。今後も適宜開催していくことを想定しておりますので、引き続き、委員の皆様あるいは関係者の皆様におかれましては、御協力いただきたく、よろしく申し上げます。一番大事なことは、現場の皆さん、現場で働いていらっしゃる皆さんの負担が軽減しているという実感が持たれること。どなたか忘れましたが、先ほども委員から発言があったように、まだなかなか現場の方々が実感するには至っていないということです。一番重要なことは現場の方々に負担が軽減したと実感していただくことで、その先にあるものは、要介護者、介護を受ける方々、その御家族、本当にきちんと必要な方に介護が届けられ、介護の質が上がることだと思っております。効率化すべきところはちゃんとして、現場の方々に、要介護者あるいは家族の方々のために、タイムアロケーションというか、時間をちゃんと使っていただけるように、介護の質が向上するように、介護を受けている方あるいは家族の方々が幸福になるように、それが一番の目的ですので、それを目指して、今後もフォローアップをしていきたいと思っております。

以上です。どうも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。

専門委員会には、ほかにも、江澤委員、小泉委員、橋本委員、濱田委員が、委員として参画されておられたということです。どうも御苦労さまでした。

それでは、御質問などがございましたら、残りの時間でお受けしたいと思います。いかがでしょうか。会場からはいかがですか。

小林委員から、お願いします。

○小林委員 たびたび失礼いたします。

中身についてはございません。中身については、ケアの質を確保する観点から事務の簡素化や文書負担の軽減を進めることが重要という認識は私たちも持っておりますし、専

用窓口を活用してさらなる負担軽減が可能な仕組みづくりを進めていただけたらと思っています。

手を挙げましたのは、今後の検討です。その他の課題で、処遇改善加算のことで問題意識が様々に出ていることは承知しつつも、確実に処遇改善を行っていきべきだということについてはぜひ検討に当たっても御念頭に置いていただけたらと思ひまして、一言、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。

オンライン参加の東委員から、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。

1点、質問がございます。

まず、野口部会長代理の御説明にもありましたように、介護分野の文書負担軽減、提出書類等の簡素化等にいろいろと取り組んでいただいて、本当に感謝を申し上げます。処遇改善書類等は本当に大変でございます。

ただ、1点、お聞きしたいことは、厚労省からは以前から押印の廃止・サインレスということが明文化されておりますが、この介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会においては、この押印の廃止やサインレスについても議論をしているのか、それはまた別なのか、まず、そこをお聞きしたいと思います。

○菊池部会長 事務局から、お願いします。

○日野介護保険計画課長 ありがとうございます。

押印につきましては、前回、令和元年から議論している段階から議論の対象になっております。その上で、今回は標準様式例を中心に議論させていただきましたけれども、その標準様式例の中には当然押印はない形になっていまして、これを使っていただくことが原則になってまいります。専門委員会の議論の中でもございましたことは、自治体独自に押印させているケースも結構あるという御意見もございましたので、今回、インセンティブ交付金の中で、押印の在り方につきまして、今までは押印を省略しているか否かというマル・バツで聞いていたのですけれども、それをしっかりと全て廃止しているかどうかというもので評価する形で、押印の状況をしっかりと実態把握していきたいと考えております。

取りあえず、以上になります。

○東委員 分かりました。議論をしているということだと思います。

現場では、もちろん処遇改善の書類提出等も大変なのですが、ケアプランとか、利用者や利用者家族との契約、入所における契約とか、いろいろなところで押印やサインを求められています。その押印やサインのことをもう少しきちんと取り上げていただいて議論していただきたいと思ひますし、今、お言葉では説明がございましたが、このような報告書の中に押印やサインのことが全く記載されておりませんので、今後はそういうこともき

ちんと記載していただいて議論を進めていただきたいと思います。現場にとっては、押印の廃止やサインレスが非常に重要な課題でございます。

以上です。

○菊池部会長 事務局から、よろしいですか。

○日野介護保険計画課長 今東委員がおっしゃられた契約のサインの話は、行政が求めているものというよりは、利用者さんと事業者の間での契約、民民の関係のところもございまして、その部分につきましては、どこまで対象にするのか議論のあるところではないかと思っております。今の専門委員会の範疇は、基本的には、まずは国や自治体と事業者さんの間の文書の負担を軽減するところから議論を進めている状況でございます。

○東委員 すみません。よく分かっているのですがけれども、現場の実地指導ではケアプラン等々について押印やサインを求められることが多くございますので、そのところは御留意をお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 受け止めていただくということでお願いいたします。

それでは、佐藤委員から、お願いします。

○佐藤委員 ありがとうございます。

規制改革推進会議でもこの意見はよく議論になるのですけれども、自治体側に、例えば、国の基準を超えて追加的な資料を求めるということであれば、それはなぜなのかという挙証責任を課すことは一案だと思えます。何か過去の経緯があってそのままいろいろ書類を求めるということもあると思うので、なぜそれが必要なのか、国はこれでいいと言っているのになぜさらに書類を求めるとか、なぜこの形式でなければいけないのか、つまり、ローカルルールをなぜ守らなければいけないのかということについて、自治体側に説明責任を求めていくという姿勢がないと、なかなかこういう議論は前に進まないと思いました。

ちょっと感想めいていますが、以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の御意見に対して、事務局からいかがでしょうか。

○日野介護保険計画課長 ありがとうございます。

自治体の中で独自のルールを定めていくことは、地方分権の中で、否定されるわけではないと思っております。一方で、それが過重な負担になっている側面もございまして、この専門委員会の報告書の中にも、地域による独自ルールのところで地方公共団体における独自ルールの有無や内容を整理して公表を行うべきと書いてございますけれども、国として、可能な範囲でローカルルールを把握して、それをやっているところはこういう状況でございますということを公表して世の中にお見せしていくということが、まず、第一歩として重要かと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 私は地方財政が専門なので、1点だけ。

こういう議論のときに地方分権とよく出てくるのですけれども、手続やルールは分権化する必要はありません。手続やルールは基準化して標準化していくべきであって、自治体はサービスの中身とかで独自性を競うべきなのです。地方分権だから手続がばらばらでもいいということは、野球でいえばルールが都道府県によって違いますと言っているのと同じことで、それではゲームになりません。そういった点から見ても、ルールはとにかく標準化させることがデフォルトであるべきだと思います。地方分権であろうとなかろうと、それは徹底するべきだと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の御指摘もしっかりと受け止めていただきたいと思います。

他にはいかがでしょうか。よろしいですか。

野口先生、質疑をお聞きになって、最後に何かございますでしょうか。

○野口部会長代理 東委員、佐藤委員、どうもありがとうございます。

押印については、割と当初から非常に議論しておりまして、事務局様より御説明があったとおり、今回は2回目の中間取りまとめなのですけれども、初回のものに結構書かれているということは申し添えたいと思います。

佐藤委員、地方財政のお立場から地方分権についての御見解をいただき、どうもありがとうございました。今後とも、皆さんのそういった御意見も受け止めつつ、モニタリングをしっかりとやっていきたいと思っております。

○菊池部会長 引き続き御苦勞をおかけすると思いますが、どうぞよろしく願い申し上げます。

それでは、予定の時間より少し早うございますが、議論は出尽くしたと思いますので、本日はここまでとさせていただきます。

次回日程について、事務局から、お願いします。

○占部企画官 次回の部会の日程につきましては、11月28日（月）14時から、こちらの会場とオンライン会議システムを活用しての開催を予定しております。

○菊池部会長 1週間も経たないうちに次回ということで、また重要な議論がたくさん用意されておりますので、ひとつよろしく願い申し上げます。

それでは、本日はこれにて終了させていただきます。

御多忙の中、御参加いただきまして、ありがとうございました。