

○村中総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから第117回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

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

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

また、本日の議題に関しまして、社会・援護局地域福祉課地域共生社会推進室から南室長が出席しております。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 皆様、おはようございます。

本日も大変お忙しい中、御参集賜りまして誠にありがとうございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

まず、本日の委員の出席状況ですが、大石委員、東委員より御欠席の連絡をいただいております。また、御欠席の大石委員の代理として、長崎県福祉保健部長、新田惇一参考人がオンラインで、また東委員の代理として公益社団法人全国老人保健施設協会常務理事、瀬戸口里見参考人に会場にて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。どうぞよろしくをお願いいたします。

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

○村中総括調整官 それでは、お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

資料について、会場にお越しの委員におかれては、机上に用意してございます。オンラインにて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等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「手を下ろす」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、発言は極力簡潔をお願いいたします。

報道関係の方に御連絡します。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、

御退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○村中総括調整官 事務局からは以上です。

○菊池部会長 それでは、早速議事に入らせていただきます。議題1「地域包括ケアシステムの推進、相談支援、認知症施策の推進について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○吉田（慎）認知症施策・地域介護推進課長 ありがとうございます。推進課長でございます。

それでは、資料の1につきまして御説明いたします。

今回、地域包括ケアシステムの推進、そのうち特に相談支援、それから認知症施策の推進について御議論いただきたいと思いますと考えております。

まず3ページでございます。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるという地域包括ケアシステムの理念は今後も変わりませんが、2040年に向けてその深化を図る必要がございます。

4ページを御覧ください。現在、2040年に向けたサービス提供体制の在り方検討会を開催してございます。地域包括ケアシステムに関する議論のうち、医療と介護、介護予防と生活支援については、まずはその検討会において検討した上で、本部会で御議論いただく予定としております。

また、住まいへのアクセスについては、次回の本部会において次回以降に御議論いただく予定としております。

相談支援につきましては、利用者の方が様々な関係機関につながるために必要な機能でございまして、地域包括ケアシステムの重要な要素でございます。本日は、この点を中心に御議論をいただきたいと思いますと考えております。

5ページ以降でありますけれども、まずは「今後の人口減少・高齢化の進展について」でございます。

14ページから16ページまでを御覧いただければと思います。介護サービス利用者のピークには地域差があり、地域の状況に応じたサービスモデルの検討が必要となつてございます。

続きまして、資料の20ページを御覧いただければと思います。多様なニーズに対応した介護の提供、整備についてでございます。過去からのトレンドを基に、2040年のサービスの見込み量について第9期の介護保険計画の中で都道府県が推計をしており、それを全国集計したものになってございます。

続きまして、少し資料が飛びまして30ページ以降でございます。「介護保険制度における新たなサービス等の導入の経緯」を示してございます。

また、平成26年度からは地域医療介護総合確保基金を設け、介護施設等の整備について必要な財政支援を行ってきておるところでございます。基金の概要資料については、33ペ

ージ以降になってございます。

続きまして、また資料が飛んでいただきまして41ページからになります。

まず41ページを御覧いただければと思います。相談支援の在り方について、今後の高齢者の状況を踏まえますと、医療・介護ニーズのみならず、生活や住まいなどに関する複雑化、複合化したニーズに対応する相談支援の在り方を検討する必要があるがございます。

42ページを御覧ください。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が適切な役割分担の下、様々な地域の担い手と連携し、高齢者を支えていくことが必要です。必要な医療介護サービスを地域の様々な社会的資源も含めてケアプランに位置づけ、自立支援につなげていく個別マネジメントを実施するとともに、個々の課題を地域の課題として捉え、地域の多様な関係者の連携の下で新たな社会資源をつくり出していく地域マネジメントにつなげていくことが重要であり、地域ケア会議の役割が非常に重要となっております。

これを文章で整理したのが43ページでございます。今後を見据えますと、地域包括支援センターは地域マネジメントに、そして居宅介護支援事業については個別的支援に重点を置きつつ、それぞれの役割を改めて考える必要があるがございます。

地域包括支援センターは、地域の高齢者の関心事や多様な主体による活動状況の把握、地域のネットワーク構築など、地域づくりの推進が重要な役割であり、各事業間の連動を深めるとともに、地域ケア会議への主体的な関与が必要でございます。

一方で、居宅介護支援事業所については医療を含む地域の関係者との関係構築や尊厳の保持等、自立支援を図る一連のプロセスを担うことが重要となっております。

続きまして44ページ、45ページでございます。昨年の本部会でも御報告させていただきましたけれども、「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」の中間整理の概要でございます。この中でも地域包括支援センター、それからケアマネ事業所の役割分担の在り方などについて言及をされております。

続きまして、46ページになります。社会援護局の「地域共生社会の在り方検討会議」でも、身寄りのない高齢者などが抱える課題への対応について検討が進められているところでございます。

47ページを御覧ください。相談支援の在り方に関する現状の資料となっております。

47ページは、「ケアマネジメントの実施体制」を整理したものでございます。

48ページを御覧ください。このうち、介護予防支援の実施主体の状況を整理したものでございます。右側の円グラフを御覧いただきますと、直近では36.5%の市町村で居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定が行われている状況であります。その下に表を書いておりますけれども、請求実績も見られているということでございます。

続きまして、49ページでございます。居宅介護支援事業所における医療・介護連携に関連する加算の算定状況をお示ししてございます。

50ページを御覧ください。ケアマネジャーの年齢構成の推移でございます。全体として高齢の職員の割合が増えてございます。

51ページでございます。居宅介護支援事業所、それから52ページでありますけれども地域包括支援センターにおける各業務の所要時間の状況を整理したものでございます。地域包括支援センターについては、特に個別支援に係る業務に多くの時間が費やされておりました、他方で地域の実態把握、あるいはそのネットワーク構築の時間というものが少なくなっているということでございます。

53ページ以降、地域ケア会議に関する資料をおまとめしてございます。

まず53ページでございますけれども、地域ケア個別会議において個別ケースの検討を行い、そこから抽出された地域課題を踏まえて地域ケア推進会議というところで地域づくり、それから政策形成に結びつけていくことが期待をされております。

54ページは、その地域ケア会議の取組状況を整理したものでございます。個別会議を通じて課題の抽出、整理が行われている市町村は上のグラフの真ん中ほどでありますけれども、7割程度となっている一方で、推進会議で資源開発、それから地域づくりにつながられている市町村、これは下のグラフの下から2つ目のグラフでありますけれども、市町村は半数程度というふうになってございます。

55ページを御覧ください。地域ケア推進会議における市町村内での部署連携の状況でございます。高齢者の健康、生活支援に係る部署と多く連携されております。虐待、成年後見・身元保証といった複雑な課題を抱えるケースへの対応や、地域とのつながり、災害時支援といったテーマが取り上げられております。

続きまして、56ページにまいります。推進会議によって資源開発等につながったテーマ。

それから、57ページでございますけれども、具体的な地域ケア会議や地域包括支援センターの取組の事例を御紹介してございます。

続きまして、58ページを御覧ください。地域包括支援センターの災害時等の対応でございます。センターが地域をマネジメントし、地域ケア会議などの場を通じて平時から必要なネットワークをつくっておくということは災害時の対応にも寄与するというふうに考えられます。

59ページを御覧ください。居宅介護支援事業所の管理者が主任ケアマネジャーに求める役割と実際の役割のデータを取ったものでございます。特にケースカンファレンスでの指導・スーパービジョン、あるいは地域の関係機関とのネットワーク構築・社会資源の開発といった役割は両者にギャップがあるという状況でございます。

続きまして、「認知症施策の推進について」でございます。

61ページを御覧ください。認知症有病率は年齢とともに上昇をし、85歳を超えると大きく上昇してまいります。一方で推移を見ますと、2012年の15%から2022年の12.3%へと減少しており、背景として喫煙率の低下、生活習慣病管理の改善などの可能性が指摘されてございます。

62ページを御覧ください。認知症と認知機能障害、MCIの高齢者数でございますけれども、2025年の1035万人から2040年の1197万人へと増加をする見込みとなっております。

63ページを御覧ください。そのうち単身世帯の認知症、MCI高齢者の状況でありますけれども、2040年で331万人となるということでございます。

64ページを御覧ください。昨年12年に閣議決定されました「認知症施策推進基本計画の概要」でございます。新しい認知症下に立ち、認知症の人や御家族の参画を得ながら施策を進めることとしております。

66ページから68ページにかけてでありますけれども、そうした観点から「認知症カフェ」など、地域における様々な機会における自治体の職員と、認知症の御本人、御家族との出会い、対話が重要となっております。その上で、ピアサポート活動など、地域における当時者の活動を支援し、本人ミーティングなどの当時者発信につなげていくことが重要でございます。

また、69ページでございますけれども、多様な社会参加の機会の確保ということも重要となっております。

こうした当時者活動を支援する人材というのが不可欠であるわけでありまして、70ページは認知症地域支援推進員、71ページは若年性認知症支援コーディネーターの概要でございます。こうした人材が中心となって、認知症サポーターを含む地域資源と連携を図りながら取組を進めていくことが必要でございます。

73ページを御覧ください。医療・介護の専門職がチームで認知症の御本人や御家族に早期に関わる認知症初期集中支援センターの概要でございます。

74ページは、地域の認知症医療提供体制の拠点であります「認知症疾患医療センター」の概要でございます。こうした専門職や関係機関が連携し、認知症の容態に応じて適切なサービスを提供することが重要でございます。

このように、認知症の容態に応じ、相談先や、いつどこでどのような医療介護サービスを受ければいいのかといったものの標準的な流れをお示したものが76ページの「認知症ケアパス」でございます。

続きまして、「課題と論点について」ということでございます。

78ページを御覧ください。「検討の視点」の2つ目のポツでございますけれども、2040年に向けて85歳以上の方の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを抱える方、中重度の要介護の方、認知症を抱える方、独居の高齢者の方が増加する見込みでございます。

79ページを御覧ください。2つ目のポツでありますけれども、相談支援については様々な地域の関係者と利用者をつなぐための入り口でございます地域包括ケアシステムにおける重要な機能であるとの視点に立った議論が必要でございます。

続きまして、82ページを御覧いただければと思います。「今後の人口減少・高齢化の進展と多様なニーズに対応した介護の提供・整備と地域包括ケアシステムの推進について」の論点でございます。地域包括ケアシステムについてはどのように深化させていくか、または自治体が地域の特性に応じて作り上げていくことが引き続き重要であり、2040年に向けて地域の状況変化も踏まえながらその機能強化をどのように図っていくかという点を

挙げてございます。

83ページ、84ページは相談支援に関する現状と課題について改めて整理をしたものでございます。

85ページにまいりまして、相談支援に関する論点でございます。地域の相談機能の在り方、役割分担に関して、今後の高齢者の状況を見据えて地域において必要な機能を確保するためにどのような方策を進めていくべきか。居宅介護支援事業所と包括支援センターの役割分担の在り方、こうした取組を進める方策をどのように考えるか。そして、居宅介護支援事業所でやむを得ず実施されている法定外の業務に関して、地域での協議の在り方についてどのように考えるか。

そして、ケアマネ事業所のケアマネジャーの専門性の発揮に関して求められる専門性、そして必要となる人材確保、職責に見合う処遇確保の在り方、業務負担の軽減方策、法定研修の在り方などについてどのように考えるか。

包括支援センターについては、地域ケア会議の在り方も含めまして医療・介護連携の強化、切れ目のない支援を行うための具体的な方策、地域ケア会議の役割をどのように考えるか。

最後に、主任ケアマネジャーの期待される役割や居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、それぞれにおいて役割が発揮されるための方策についてどのように考えるといったことを論点として挙げてございます。

なお、独居高齢者等も含めた地域づくりの推進、意思決定支援の体制づくりについては、※書きに書いてございますように、地域共生社会の在り方検討会議の検討を踏まえ、今後議論する必要があると考えてございます。

最後に「認知症施策の推進について」の論点でございます。

まず86ページは、認知症施策の推進に関する現状と課題について改めて整理したものでございます。

87ページを御覧ください。こちらが認知症施策の論点でございます。独居の認知症高齢者であっても安心して暮らすための生活支援、社会環境の整備に向けて、まず1つ目としてかかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターなどがどのように連携の強化を図っていくべきか。

2つ目として、介護や生活支援のニーズへの対応として、御家族、地域の様々な関係者とともに認知症の高齢者の方々を支援するネットワークをどのように構築していくべきか。

3点目として、権利擁護、意思決定支援、地域のインフォーマルサービスなど、地域の社会資源をどのように確保し、連携を図っていくべきかといったことを論点として挙げております。その上で、関係機関や社会資源との役割において、役割分担についてどう考えるか。複合的な支援ニーズに対応するために、関係機関や必要となる社会資源について認知症ケアパスにどのように位置づけていくべきかといったことを論点として挙げております。

次ページ以降は参考資料となりますので、適宜御参照いただければと思います。

資料1の説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、各委員の皆様からただいまの説明に関しまして御意見等がございましたらお願いいたします。会場の方には挙手で、またオンラインの方にはZoomの挙手機能を使用し、私の指名により発言を開始していただければと存じます。

事務局から御案内のとおり、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おりますので、発言時間につきましては委員の皆様には御協力のほどよろしくお願いいたします。

いつもまず会場の皆様、そしてオンラインの皆様の順番で指名させていただいていますが、本日は野口部会長代理、津下委員、大西委員が途中退室ということ承っておりますので、もしお三方から御発言がありましたら先に優先的に御発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。大西委員と津下委員からお手が挙がっております。野口部会長代理はいらっしゃらないですね。

それでは、大西委員からお願いします。

○大西委員　ありがとうございます。それでは、私のほうから意見を申し述べさせていただきますと思います。

今の御説明につきまして1点と、できれば中座させていただくものですから議題2のほうにつきましても1点意見を言わせていただきたいと思いますけれども、よろしゅうございましょうか。

○菊池部会長　どうぞ、お願いします。

○大西委員　それでは、まず議題1の「地域包括ケアシステムの推進、相談支援、認知症施策の推進について」のところの相談支援等の在り方についてでございます。

これにつきまして種々論点はございますし、地域包括ケアシステム自体、市町村辺りがかなり主体となって動かしていかなければなりませんので、非常に大事な検討すべき論点はございますけれども、最も大事なのはやはりケアマネジャーの確保・定着ということかと思っております。

介護サービスを利用するに当たり、ケアマネジャーは必要不可欠であり、最も重要な存在であると思っております。これからどんどん介護サービスが複雑化してくる、あるいは需要自体も増えてくる中で、全ての人がサービスを利用できるようにケアマネジャーの確保・定着のために処遇改善、それから業務負担の軽減に資する必要な検討、論点の中にも入っておりますけれども、その必要な検討を具体的に行っていただきたいと思います。

来るべき2040年を見据えまして、地域包括ケアシステムを構築するに当たって、介護ニーズの増加と多様化が見込まれます中で、先ほどから申しておりますようにケアマネジャーを確保・充実していくことは非常に重要になると予想いたしております。

一方で現実を見てみますと、必要な相談支援体制が、ケアマネジャーを確保できないおかげで整備できないといったような声が全国市長会などにも多く寄せられているところがございます。ケアマネジャーの人材確保というのは現在でも喫緊の課題でございまして、これを図っていかねばならない。

さらにこれも資料の論点に出ていましたけれども、ケアマネジャーの年齢状況が高齢化いたしております、今後さらに人材不足が深刻化するのではないかと危惧をしておるところでございます。そのために、ケアマネジャーの処遇改善、業務負担の軽減について必要な検討を強く、ぜひともお願いをいたしたいと思っております。

それから、議題2のほうに後から出てまいろうかと思っておりますが、要介護認定の現在の認定審査期間について、現在の認定審査期間の平均値を公表するという方向性が出されているところでございます。これにつきまして、我々保険者としてこの認定業務に当たっているわけでございますけれども、法定の30日以内で認定を行えるよう努めているということでございますが、様々な要因により、やむなくこれを超過しているということに御留意をいただきたいと思います。

したがいまして、認定審査期間の平均値を公表するに当たりまして、単に数字を公表するだけではなく、市町村、各保険者がなぜそれだけの日数を要しているのかについても現状の課題やその解決に向けた国としての取組についても併せて周知をしていただきたいと思います。こういう理由があって、課題があって、これだけかかっているんだというような我々の率直な声も併せて発表していただくなどして配慮をした上で公表していただきたいと思います。

表面的な数字だけが一人歩きすることで、我々としてもいろいろな批判につながることを懸念しているところでございますので、よろしくお願いをいたします。

以上、2点について意見をお願いいたします。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、津下委員をお願いします。

○津下委員　よろしくお願いします。1つは、要介護認定が高齢者で増えるということで、とくに85歳以上の認定率が高いのですけれども、そのときに平均余命という考え方もあるのですが、例えば85歳の平均余命は男性で6年、女性で8年なののですけれども、要介護認定別の余命などのデータはありますか。その要介護認定を受けてから何年くらいの生命予後があるかということも含めて検討したほうがいいかなと思ったので、それが1点です。

2点目は、地域包括ケアの中で住み慣れた地域ということがあるのですが、実は都市部の高齢者が増えるということでいけば、働く場所に合わせて地域を選んでいるということだと思います。これからは長い高齢期、退職後の生活を考えた住まい、地域を選ぶという考え方が浸透していき、例えばリタイアの前からどこの地域に住むか、またはそこでどういうふうに活躍するかということを国民全体が考えるような、そういう気運をつくってい

くのはいかがでしょうか。これによって、地域づくり、地域の人材を減らさないということにもつながるのではないかと思います。今住んでいる地域に限定するのではなく、少し流動的にこの地域づくりということを考えていく。退職後の人たちを地域の人材としてどんどん受け入れながら地域包括ケアを守っていくということが必要なので、そのためにこういう情報をどんどん発信していくということが必要なのではないかと思います。

それから、資料ではケアマネジャーは60歳以上が多いということなのですが、実際に何歳まで活躍されているのかという情報がありますでしょうか。もう少しその辺りの情報もいただければと思います。

と申しますのは、例えば医療職で病院勤務がそろそろ体力的にも大変になってくるといふこともありますし、地域の医療情報をよく知っている看護職や専門職がケアマネに挑戦していただいて、その後のライフスタイルを考えるというような新たなケアマネを受験する人たちの増やすということをもっと積極的にできないのかなと思った次第です。

以上、3点述べさせていただきました。御検討をどうぞよろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、会場に移りたいと思います。いかがでしょうか。

栗田委員からお願いします。

○栗田委員 それでは、私からは地域包括支援センターの相談支援の在り方と、それから認知症施策に関連する事項について意見を述べさせていただきたいと思います。

42ページの「複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための相談体制・ケアマネジメント体制の整備」にも示されておりますように、今後の地域包括支援センターの役割は総合相談支援事業とリンクした地域づくりに焦点を定めていく必要があると思います。

ただし、ここでは相談支援、個別支援とリンクしているということが非常に重要でありまして、相談支援のない地域づくりはほとんど意味がないと言っても過言ではないかと思っています。

特に85歳以上の独居高齢者、そして独居の認知機能低下高齢者であります。その増加に対応できるように相談支援とリンクした権利擁護、意思決定支援及び日常生活支援のパーソナルなネットワーク構築を可能にする地域づくり、これが大事でございまして、地域の多様なステークホルダーが協働してつくり出していくということが大事でございしますが、これは実は市町村における認知症施策の中核と合致するものであります。

実際、全ての市町村に配置されております認知症地域支援推進員はこの相談支援と地域づくりの要として機能することが期待されております。また、認知症初期集中支援チームもその役割は多職種チームによって相談支援を基点にパーソナルな社会的支援ネットワーク、具体的には医療、介護のみならず、権利擁護、意思決定支援、日常生活支援のパーソナルなネットワークをつくり出していくということが求められているわけでありまして、一方、地域包括支援センターの職員からはしばしば業務のすみ分けは難しいといった指摘がなされております。

これは、認知症初期集中支援チームでは認知症サポート医がチーム員に加わっておりますので、地域包括支援センターの機能を医療面から強化することに貢献しておりますが、地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームの事業を所管している部署が異なるとか、あるいは歴史的な背景の違いもございまして、これらの制度設計の整合性があまりよろしくないということで事業の効率が悪くなっているという側面がございます。

そうということで、相談支援と地域づくりという観点から、この地域包括支援センターの総合相談支援と、認知症施策に位置づけられる認知症地域支援推進員、そして認知症初期集中支援チームが一体的に機能できるように事業を再構築していく必要がございます。

それから、さらに地域の多様なステークホルダーと協働して日常生活支援のネットワークを構築するというのは総合事業や生活支援体制整備事業と重なる取組でありますので、こうした事業は独居認知症高齢者の社会的孤立を解消し、社会参加と自立生活の促進に寄与するという面もございますので、こういった事業との統合も必要であります。

また、平時における地域づくりの取組が災害時においても高齢者、特に独居の認知症高齢者の生命を守る上でも重要な役割を果たしているということが我が国の自然災害の経験の中で明らかにされております。詳細なデータ提示は省略いたしますが、東日本大震災の際にも災害による死亡者のうち高齢者が占める割合は地域に暮らす高齢者の割合の数倍に及んでおります。しかも、年齢階級が上がるほどにその倍率が高くなるということが示されています。そして、平時の社会的孤立は災害時に増幅されること、地域包括支援センターにおける認知症高齢者の相談が急増すること、平時からある地域の力が災害時の高齢者の生命を守ることも明らかにされています。

以上、まとめますと、市町村の地域支援事業はいずれも相談支援と地域づくりを事業の核としている点で共通しておりますので、これからの地域支援事業は共生社会の実現に向けて権利擁護、意思決定支援、日常生活支援のパーソナルなネットワーク構築を可能にする地域づくりを一体的に稼働させる事業として、事業全体を再構築していく必要があるであろうということでございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

それでは、小林広美委員をお願いします。

○小林(広)委員　ありがとうございます。日本介護支援専門員協会の小林のほうからは、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの相談支援の在り方について少し意見を述べさせていただきたいと思います。

高齢者の介護に関する相談につきましては、職種の特性として介護支援専門員が行うことが多くありますけれども、介護人材とともに先ほどからもお話がありましたように、介護支援専門員も地域によっては不足している現状がありまして、居宅介護支援事業所においても地域包括支援センターにおいても対象者の相談待ちになっているという話も聞いております。今後の認知症高齢者や単身夫婦世帯の高齢者の増加や、医療・介護ニーズのみ

ならず住まい、生活に関する多様化、複雑化したニーズに対応した地域包括ケアシステムを推進するための相談支援の在り方を検討することは大変重要であります。

今年度から、居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受けられることとなりましたが、資料の48ページにもございましたように、調査結果では現状では市町村の36%が居宅介護支援事業所への介護予防支援の指定が行われているというふうにあります。

しかしながら、居宅介護支援事業所では要介護高齢者に対する相談支援が多く、介護予防支援について指定を受けていても、あるいは委託であっても、介護支援専門員の人材不足から利用者に対応できる人数に制限があるというふうにも聞いております。

特に総合事業のみを利用する場合は、包括支援センターからの委託の形でしか担当できないことも居宅介護支援事業所が指定に躊躇する原因の一つでもあります。居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員は主任管理者としての役割以外にも相当の件数を持たないと経営が成り立たないということもありまして、業務の負担の大きい状況が指定を取るメリットの見えづらさにつながっていることにも注視する必要があります。

49ページにもございますように、地域包括支援センターはいまだ介護予防支援業務や介護予防ケアマネジメントの業務に多くの時間を費やしております。さらに、今回の制度改革で利用者さんが介護予防支援と総合事業による介護予防ケアマネジメントの間を行き来するような場合もありまして、逆に地域包括支援センターの業務が増えているという印象もあります。地域包括支援センターの主任介護支援専門員をはじめとした職員が地域の介護支援専門員が抱える課題の相談であるとか、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員との連携に関わる時間が取れないということは、地域課題の発見ですとか社会資源の開発など、地域包括ケアシステムを推進させる取組への阻害要因でもあり、社会資源不足が今般課題とされている介護支援専門員が業務以外の仕事をせざるを得なくなってしまうという現状の状態にもつながっていきます。

地域の課題につきましては、市町村が主体となって地域ケア会議等で協議していく体制の整備が必要であり、併せて地域包括支援センターが地域全体を支援する機能を発揮できるような状況にしていく必要があります。

今後、ICT化により、一定の業務負担が軽減できるということは予測できますが、高齢者の増加と人材不足、支援困難事例等の対応が増える状況に対しては、48ページ、49ページの周辺業務の労働時間の投入を見ると、ICT化の推進と合わせた重層的な取組が必要です。

今後はさらに居宅介護支援事業所は個々の利用者の医療、生活ニーズへの対応を踏まえた細やかな支援ができる体制を地域包括支援センターは個々の抱える課題を吸い上げた包括的な支援が必要になるというような役割のすみ分けを進めるとともに、主任介護支援専門員の役割を制度的に位置づける必要があると考えます。

社会情勢が大きく変化していく中で、介護支援専門員という職能の専門性でもある医療と介護の連携ですとか、地域の様々な社会資源につなげていくフォーマル、インフォーマルの調整などは、利用者個々の暮らしを重視したトータルケアマネジメントを実施してい

くために、その専門性が十分に発揮できるよう、業務の負担軽減や人材確保を図っていく必要があります。

課題にもあります「認知症施策の推進について」は、認知症ケアパスも含め、多職種多機関の連携を構築していくためには、地域包括支援センターが主体となって役割を果たしていく必要があります。そのためには、長期的に見て地域の相談機能における居宅介護支援事業所と、地域包括支援センターとの役割分担を検討していくことは非常に意義があることで、そのためにも合わせて介護予防支援、介護予防マネジメントの在り方についても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。

佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 ありがとうございます。

私のほうからは、できるだけ端的に2点ほど。

1つ目なのですが、防災についてです。資料で言うと58ページのところで、防災で地域包括ケアセンターのBCPが取り上げられていますけれども、今、私は中央防災会議で首都直下ワーキンググループにいるのですが、そちらでも例えば医療的な、あるいは介護的なニーズのある高齢者の多分避難所における対応であるとか、こういった人たちの情報をどうやって共有するかであるとか、それからもちろん仮設住宅に行くときにこういった方々は特別なニーズがあるわけですので、こういった介護や医療のニーズのある人たちに対してどういう仮設住宅を提供しなければいけないとか、いろいろな議論があるのですが、この辺りとの連携は大丈夫ですか。

防災はもちろん地域ケアセンター自体がBCPでちゃんと守られていても、高齢者の方々は多分避難所に移ったりすることはあり得るので、そこでちゃんと情報が共有できるのか、追いかけられるのかであるとか、ほかの自治体にもし移られた場合、避難した場合、ではその自治体と情報共有できるのかとか、この辺の横の連携というのはどうなっていますかというのが1つの質問です。なければ、恐らくこういう連携事業というのは重要ですよということですね。

それからもう一つは、先ほどから出ている42ページにある、まさに地域包括ケアセンターの相談事業なのですが、例えば病院に入っている人、お医者さんに行っている人、あるいはここにあるような介護の認定を受けている人は何らかのつながりが生まれてくるというのは分かるのですが、例えば生活保護世帯、独居世帯で必ずしも認定を受けていない人、必ずしも病院に行っていない人たちというのはまさにここで孤立していく傾向があって、彼らに対してどうやってアウトリーチするのかというところですね。ここがやはり問われている。多分、自分で行って来ない可能性もありますよね。

ですから、その場合、こういった必ずしも医療、介護施設と接点のない人たちに対する相談とかアウトリーチをどうするかというところで、例えば生活保護というのはケースワ

一カーがいますし、年金受給者の場合は年金の事務所に行くことがあり得るし、その他、よろずは市役所の窓口に行く可能性もあるじゃないですか。ですから、そういったところで何か接点をつくっておいて、そこから必要に応じてこういう包括センターのほうに相談を持って行けるような仕組みというのをつくっておかないと、恐らく漏れる人たちが出てくるはずですよ。

すみません。これは実は犯罪被害者とか自動車の事故の被害者の方にも同じことが言えて、どこで彼らと接点を持つかというのがちょっと意外な重要な課題なんです。一旦、接点さえ持てれば支援につながられるので、そここのところを留意いただければと思いました。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

今、2点にわたっていただきましたが、1つ目は被災者支援との関係、それから2つ目が必ずしも医療介護とつながっていない高齢者等の方へのアプローチという面で、後者は今日、南室長に来ていただいています、地域共生社会の在り方検討会議に関わる、要するに包括的支援体制をどう整備するかということと関わってくるのですが、被災者支援は地域共生社会のほうでは論点に入って議論している。こちらでは確かに入っていないように見えるということもありまして、2点にわたってよろしければ老健局と、それから南室長に来ていただいているので社会・援護局と、何かお話しいただけるといいかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○黒田老健局長　私の立場でということかどうかはさておきまして、施策の組み立てについて御説明申し上げます。

まず、佐藤委員からお話いただいた前者についてです。今日の資料は平時の体制についての資料でして、佐藤委員が御指摘のとおり、その中に包括センターにもBCPがありますということがこの資料には書いてあります。

一方で、災害が発生をしたときのための備えというのは災害対策基本法に基づく施策が行われていまして、その中では災害が起こったときにサポートが必要な方々、要援護者とか、法令上の位置づけがはっきりしていますけれども、それらに関する名簿をもととつくるということが法令上、義務づけられています。

その情報は自治体を持っていますけれども、その自治体の情報は法律で定められた一定の範囲の方々に共有することが認められていますので、まず事前の備えとしてそれがあるということがあります。実際、発災をしたときにその要援護者の方々に対してどういうサポートが要するのかということを自治体が把握をすることになっていまして、それが避難所にいらっしゃるのか、施設にいらっしゃるのか、在宅にいらっしゃるのかということ把握するということが初動として行われます。

それで、初動として行われた上で、その方々に生活面のサポートが必要な場面もある。それから、介護が必要なケースもある。それから医療が必要なケースもあります。こういった情報は災害対策基本法に基づいて今、医療というのは災対法に位置づけられています

ので、医療については本当に救命ベースでやればDMAT、それからDMATに引き続く医療面の方々が最初に現場に入っていくという話がございますし、避難所等々で生活面のサポートが必要な方については福祉のサポートチームが入って行って、その方々がするという立てつけになっています。

恐らく佐藤委員の御指摘は、それが医療は医療で、介護は介護で、生活面は生活面であればらになるのではないかと御心配をいただいているんだと思います。今回の能登の震災の対応の中では、最初に現場に医療の方々が入ってくださって、その情報が最初に災害対策本部に入ってきたということがございました。それから、救命フェーズが終わって生活を支える場面になったときに、その次に福祉関係者が現場に入ることが行われていく。この2つの情報をどう組み合わせるのかという話になって、今回の能登の本部の中では医療の情報をベースにした上で、そこに福祉の情報を組み合わせたような形の把握の仕組みというものが走りながらというわけですが、そうやって組み立てられ、避難所を往訪する福祉関係者、それから保健関係者がその方々の情報を重ね合わせて一体的にといいますか、そういうシステムみたいなものが組み立てられる中で能登の本部の運営がなされたということが今回の能登の対応の中ではございました。

以上が背景情報で、こんなお話の中で災害対策基本法の改正の議論があって、その中でも福祉を位置づけるという話があって、それで位置づけられた暁には佐藤委員が御指摘のような要援護者のあらかじめの備え、それから実際に起こったときの情報の共有ということがより有機的に行われ得ると思っていまして、これから法改正の議論の中でその組み立てが肉づけられていくということかと思えます。

佐藤委員の御指摘はまさにそのとおりということで、その前提の中でこれから制度の議論がなされていくということで御報告申し上げます。

前者については以上です。

○菊池部会長　ありがとうございました。

では、南室長からお願いします。

○南地域共生社会推進室長　では、後者について社会局のほうから少しコメントさせていただきます。

先ほど菊池部会長からも御紹介がありましてとおり、社会福祉法では全ての市町村に包括的な支援体制を整備するということをお願いしているところになります。これはまさに地域住民のほうでいろいろ生活課題が出たときに、市町村で、これまで行ってきた介護・障害・子ども・生活困窮の相談体制を活かしつつ、そういった生活課題がある方を取りこぼさないような体制を整備してくださいということをお願いするものです。

まさにこれはどう市町村の中で具体的、実効的に進めていくかというのを検討会議で議論しているところでありますけれども、前回の検討会議では老健局のほうから一つの方法として、総合事業とか生活支援体制整備事業の話もございました。

また、生活困窮もかなり制度的にはそういった意味で制度のはざまをつくらないという

発想でできた仕組みでありますので、そういう地域で出てくる生活課題なりを漏れなく拾うような対応をしていく必要があると思っています。そういったことを今後、検討会議の議論も踏まえて市町村に対してどういうやり方でそういう包括的な支援体制を組んでいくかということをお示ししていければと思っています。

○菊池部会長 佐藤委員、いかがでしょうか。

○佐藤委員 丁寧な御説明ありがとうございます。やはりくどいようですが、接点をどうやって設けていくかということがすごく大事だと思いますので、そこは縦割りを廃して、できるだけ幅広に対応いただければと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

橋本委員。

○橋本委員 ありがとうございます。

私から2点あります。先ほどから出ている居宅介護支援事業所のことですが、私どもも居宅介護支援事業所を実際にやっておりまして、現場の感覚からいいますと、やはり今、医療と介護の連携は大事で、例えば病院へケアマネジャーさんに来ていただき、連携が以前より多くなり良い制度だと思います。しかし、その反面ケアマネさんは大変です。いろいろな病院にも行かなければいけない。施設にも行かなければいけない。そしてケアマネさんの数は減ってきている。さらに高齢化しているのに、業務の数がどんどん増えている。もうそろそろ私どもの居宅介護支援事業所のケアマネさんなどの動きを見ていると限界に近いなと思います。

44ページにある業務の種類のところで、法定業務は、専門家であるケアマネさんがやらなければいけないのですけれども、それ以外の業務をケアマネさんの業務から外す。ほかの人に振るということをそろそろ考えなければいけないのではないかと。辞めていく人のほとんどが、他業務が大変、なぜ私たちがそんなことまでしなければいけないのかという理由が多い。

自分の専門的なところを一生懸命やるのは、どの職種の人でも大丈夫なのですが、それ以外のことが入ってくると、パンクしてしまうと思うので、根本的に業務量が本当にケアマネさんだけで全部賄っていけるのかどうかというところを考えなければいけないのではないかと。そういう時期に入ってきていると思います。

それから質問です。50ページで、年齢別の割合と、人数が出ていますが、これは実際のケアマネの免許、資格を持っている方の数なのか、実際に持っていない、私も実は持っていないのですけれども仕事をしていないです。そのようなケアマネの資格は取ったのですけれども、ケアマネの仕事は全くしていない人も含めたデータなのかを教えてください。

それと、もう一点は認知症です。以前から何回もお話しをさせていただいていますけれ

ども、認知症の方のどのステージの人か、MCIの初期の人と認知症の人は、分けて統計を取っていただいています。MCIだけではなくて認知症になったときに軽度、中度、重度のステージがあります。軽度、中等度の人オレンジカフェや、いろいろなところで皆さんとコミュニケーションを取ることは大事なことでと思いますが、重度になってくるとそういうことはできにくくなり、別のことを考えなければいけないのではないかと。87ページの2つ目の○ですが、オーガナイズするということに関しても重度になると医師や、専門の看護師さんやケアの人の意見を聞き、その人たちが中心になってオーガナイズしなければ何か不幸なことになってしまうのではないかと。行動障害が出てくるとか、BPSDが出てくるともあるのではないかと、その辺りも考える必要があると思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問がございましたので、お願いします。

○吉田（慎）認知症施策・地域介護推進課長 50ページのケアマネの年齢別の階級割合のデータなのですが、こちらは実際に従事されている方の年齢構成ということになってございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、瀬口参考人をお願いします。

○瀬口参考人 ありがとうございます。

本日、東委員が所用で御欠席されているので、全老健常務理事の瀬口が代わりに発言させていただきます。よろしくお願いします。

まず、82ページの「マル1 今後の人口減少・高齢化の進展と多様なニーズに対応した介護の提供・整備と地域包括ケアシステムの推進について」の論点について、論点の1つ目の○で地域包括ケアシステムを深化させていくことが必要。そして、2つ目の○にはその機能強化を図っていく必要があるとあります。

それらを進めていく上で3ページに戻りまして、そちらにあります地域包括ケアシステムの姿のポンチ絵は非常に重要と考えます。前回の部会でも東委員のほうから発言がありましたが、2040年をめどとした2040年に向けたサービス提供体制等の在り方検討会や、新たな地域医療構想等に関する検討会などの議論を踏まえ、老健施設の役割を反映したポンチ絵、例えば左側の医療機関、そして右側の介護施設等の間、ポンチ絵の真ん中に老健を位置づけするようなポンチ絵の作成を再度お願いしたいと思います。

続きまして、資料1の85ページの「マル2 地域包括ケアシステムにおける相談支援等の在り方について」の論点について、52ページにありますように地域包括支援センターにおいては一番左側にあります介護予防支援業務に多くの時間を費やしている現状があります。先ほども委員のほうからありましたけれども、地域包括支援センターが本来の業務に専念するには、介護予防支援業務は外すべきと考えます。

続きまして、同じ85ページのケアマネ業務に関して3つ目の○にありますように、処遇

改善はもちろん、法定研修の簡素化も必要と考えます。

同じく85ページの4つ目の○の「地域ケア会議」ですけれども、54ページに実際に開催された場合の取組状況が示されています。地域ケア個別会議や地域ケア推進会議の開催頻度、各地域でそれぞれ何回開催されているかの詳細、具体的なデータをお示しいただきたいと思います。

続きまして資料1の87ページ、「マル3 認知症施策の推進について」の論点について、こちら先ほど他の各委員のほうからも御発言がありましたけれども、1つ目の○にさまざまな関係者、機関など、様々なプレーヤーの記載がありますが、横のつながりができているとは思えません。各プレーヤーの横の連携が必要と考えます。

また、73ページのその関係機関である認知症初期集中支援チーム、こちらについての質問ですが、名称には初期と記載がありますが、これはどういう意味でしょうか。認知症の初期のMCNの段階の支援、それとも困難事例の初期段階の初期なのか、困難事例を多く扱っているような状況ですので、こちらについての質問です。

以上になります。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。

データの求めについては今後事務局に御検討いただくことにしまして、最後の質問につきましてお願いします。

○遠坂認知症総合戦略企画官 認知症の初期集中支援チームに関する御質問、ありがとうございます。

初期集中支援チームは認知症と疑われる人、そもそも認知症の診断を受けてからおおむね6か月くらいということで、委員が御指摘のようにMCIの方も含めてある程度認知症の初期を対象にサポートを行うチームということが一応位置づけられております。

ただ、委員御指摘にもあるとおり、なかなかそういった形で初期の段階で対応できるケースというのが少なく、進行が進んでしまってから対応して、なかなか本来の役割を果たすことができていないという御意見もいただいておりますし、現在老健事業で初期集中支援チームの在り方についても検討を行っているところですので、本日の御意見も踏まえて引き続き検討していきたいと思っております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、石田委員お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私のほうからは、3点申し上げたいと思います。

85ページの「論点」にありますところで2つ目、3つ目の○、これがケアマネジメントに関する内容ですけれども、このケアマネジメント、ケアマネジャーの役割というところですね。「現在ケアマネジャーがやむを得ず実施している法定業務以外の業務」と書いてあります。その次には、ケアマネジャーの専門性が十分に発揮できるようにという文章が

あります。このケアマネジャーの本来的な役割、法定業務に定められている役割ということについて、果たして現在において、社会の状況も変化し、人々のニーズが変わってきており、利用者の状況も大きく変化している中で、ケアマネジャーの役割が従来のものでいいのか。法定業務の内容についての再検討というのも必要なのではないかと感じております。

といいますのも、これは参考資料の154ページにあったのですが、やむを得ず実施しているという業務の中に、サービス調整には関わらない内容であるけれども、電話対応で対応しているとか、時間外で相談を受けているというようなことがあります。

ただ、私どもがこれは何度も申し上げてありますが、昨年の夏に利用者の実態調査をさせていただいたときに、利用者の生の声が多く届いておりまして、例えば「自分が原因で妻を大けがさせてしまって本当に死のうと思っていた」という訴えがあり、これはあまりサービスの利用には関係ないのですけれども、それにずっとケアマネさんが付き添って励ましてくれて、「死のうと思ったけれども、何とか今、生きる意欲を復活させました」であるとか、例えばちょっと認知症の症状が出ている夫からの暴言でDVのような形で本当に死にたいというような妻の訴えをケアマネがしっかり受け止めて、ずっと寄り添ったということで、何とかその危機を脱出しました。そういった声が1つ、2つではなくていくつも寄せられておりました。

こういったケアマネの業務を法定外というふうにしているのかどうか、ちょっと私は詳しいところは分かりませんが、本来ならばケアマネが担っている業務におけるソーシャルワーク機能や、カウンセリング機能というのは非常に重要であり、不可欠だと思います。時々ケアマネの業務に関する資料の中にシャドーワークという言葉も書いてありますが、シャドーでは決してなくて本来メインの仕事なのではないかと思います。

ただ、アンペイドであるのでやはりそれが負担になり、それに十分な時間を割くわけにはいかない現状があるのではないかと感じております。改めて法定業務に関する内容の再検討も必要ではないかと感じておりますので一言申し上げます。

それから、同じ85ページの「地域ケア会議」のところですが、これも54ページを拝見いたしますと、個別会議というのは相当程度に開催されており、進んでいるけれども、一方でケア推進会議というのがなかなか展開されておらず、特に政策形成というようなところの機能が進んでいないというような結果が出ております。これに関して、地域ケア会議のメンバーの顔ぶれが、どちらかというと定型化してしまっているのではないかと思います。同じような役割や業務内容の人がずっと参画し続けているのではないかと。個別会議の内容から抽出された共通の課題などについて、政策の形成であるとか、地域のシステムを新たに作り出していこうというときには、新しい顔ぶれであるとか、新しい情報を持った人、能力を持った人、いろいろな分野で活躍している人などをこれから積極的に地域ケア会議に登用していく必要があるのではないかと感じております。

最後ですけれども、87ページにあります認知症の推進というところです。ここで認知症

の高齢者に関してはいつも独居の高齢者というところ、これから特にこの独居の方が増えていくということは重要なので押さえていただくことは不可欠と思っています。ただし、独居ではなくて、高齢夫婦世帯については、関心の対象から零れ落ちてしまうリスクがあるということを知っていただきたいと思います。高齢夫婦でどちらも認知症の症状が出ているケース、例えば要介護の夫と要支援の妻が暮らしている家族など、こうしたケースは珍しくないですが、意外に取りこぼされてしまうというような実態があったりします。

これも先ほどの実態調査で、「要介護3の夫の生活支援は要支援2の妻が同居しているということで、ヘルパー派遣が駄目ですと言われました」という記述がありました。この点について、厚労省は同居家族がいるというだけで判断するのはいけないという通達を以前からずっと出していることは承知していますが、最後に実際に高齢者が2人で住んでいる家庭のところまでいくと、「独居ではなくてお二人で暮らしている場合は難しいので…」という対応がされ、サービスのはざまに落ち込んでしまうような実態も見えてきております。やはり独居の高齢者の切れ目ない支援は重要ですが、そこに至る手前の高齢のお二人暮らしというケースもぜひ着目をして、こぼれ落ちないような形で対策を取っていただきたい。これは要望でございます。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。

及川委員、お願いします。

○及川委員　日本介護福祉士会の及川でございます。御意見申し上げます。

資料にあるように、認知症高齢者や高齢世帯、独居高齢世帯等が増加しております。この地域社会において、介護にまつわる不安や悩みを抱えておられる方は多い状況です。その不安や悩みの一番そばにいて本音を引き出すことができているのが訪問介護等の介護従事者であり、その中でも個別のニーズを地域課題として捉えることができている介護福祉士の存在は極めて重要であると考えています。

他方で、地域の民生委員の方を対象として認知症高齢者とのコミュニケーションの取り方や、家庭内の簡単な介護術などをお伝えする学習会も開催されていると承知しています。これは、地域で生活されている住民を支援するためには介護福祉士の専門性が欠かせないことの証であると考えています。

日本介護福祉士会としては、このような高い介護実践力を備え、地域でも活躍できる認定介護福祉士の育成を行っているところでございます。また、介護職をリタイアした介護福祉の専門性がある介護福祉士が少なからず地域におられることを考えると、介護福祉士が有する専門性を生かした地域の中での介護ニーズに向き合っていくような道筋の構築も検討いただきたいと思いますと考えているところでございます。

地域包括ケアシステムを深化させるに当たっては、介護福祉に着眼した機能を活用すべきであり、このような人材に地域住民の相談に応える役割を持たせることを検討していただきたいと思います。

また、ケアマネジャーのシャドーワークに言及されております。御指摘のとおりである

と思います。皆様も御存じのとおり、訪問介護の現場にもシャドーワークがあるのも事実でございます。ただ、生活の継続に必要な不可欠なシャドーワークもあり、その対応を通しての個別ニーズのアセスメントにもつながっている側面があるとのことも事実でございます。

このような実態を踏まえながら、介護職の業務の在り方についても検討していくことが必要ではないかと考えています。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、ここで一旦会場からオンラインの皆様をお願いしたいと思います。

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。御説明ありがとうございます。

今回お示しいただいたとおり、介護保険制度をめぐる高齡化、生産年齢人口の減少、人材の確保といった様々な課題が山積しております。また、企業経営の現場においては介護離職者の問題も多く発生しており、要介護者を受け入れる体制の構築は急務と考えております。

これらの問題は地域差も大きいことから、地域の実態に即した体制を構築し、地域社会でしっかりと支えていくことが必要となります。そのためにも、地域包括ケアシステムの推進と深化、これは不可欠であり、高齡化の進行等にかかる的確な把握、DX化による業務効率化、ハード・ソフト両面による医療・介護連携の強化、専門職が専門性を発揮できる環境づくりなどに関係者が連携と連帯感を持って、かつ主体的に取り組めるよう、国として地域包括ケアシステムのあるべき姿を、より明確に示していくべきだと思います。

また、各地域での取組に必要な費用をどうするのかについても、併せて議論していく必要があります。介護保険財政についての危機感は共有されていると認識しておりますし、また、本日の会議の論点は制度の枠組みについてであるとは承知しておりますが、介護サービス提供の水準と、それに要する費用は、まさに車の両輪であることから、改めて申し上げた次第です。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員 ありがとうございます。全国老協の山田でございます。よろしくお願いいたします。

私のほうからは2点の意見と、1点の御質問をお願いしたいと思います。

先ほど来出ております地域包括ケアシステムの推進という点では、20ページから27ページにお示しいただきました第9期の介護保険事業計画におけるサービス量の見込みとしての推計値が示されております。在宅介護サービスと施設サービス、ともに2040年度につい

ては20%以上の増加ということで推計が出されております。

しかし、介護事業所の数や分布の地域差、それから介護従事者の数や分布の地域差ということがありますので、地域の特性、人口動態をより細部まで分析していただきまして、サービスの提供体制を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。

2点目、先ほど来お話があります相談支援の在り方につきまして、2040年に向けての相談機能という部分で、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の内容が記載をされておりました。地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の介護予防ケアマネジメントの業務が増加をしているという実態ではございますけれども、地域によってやはり介護支援専門員の不足が顕著になっていまして、サービスの利用ができないということも生じております。

145ページによりますと、居宅介護支援と介護予防支援従事者、平成29年から令和4年度の5年の間に9,153名、6.8%の減少があるという数字でございます。2040年に向けて在宅介護サービスの要でありますケアマネジャーの従事者数の減少は深刻な事態でございます、今後のケアマネジメントの需要見込みを踏まえた実効性のある人材確保が必要と考えております。

また、ケアマネジャーの負担感を軽減するための介護支援専門員の業務整理、先ほど来お話がずっと出ておりますが、更新研修の在り方を見直す時期にきているのではないかと考えております。

もう一点、質問でございますが、認知症施策の推進について先ほど来出ております86ページから87ページ、複合型ニーズを抱える独居の認知症のある高齢者が増加することを踏まえて、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等がどう連携を図っていくかというのは課題だという記載がございます。今後、関係機関がそれぞれの役割を果たしつつ、ネットワーク機能の構築を図ることは重要だということではございますが、介護サービスと生活支援サービスにも対応しなければいけないということでございますので、中心的な役割を担う機関等のイメージがありましたら教えていただきたいと思います。

私のほうからは以上です。

○菊池部会長 最後に御質問がございましたが、いかがでしょうか。

○遠坂認知症総合戦略企画官 ありがとうございます。

今回、論点として御提案させていただいた、まず1つ目は主に医療面のところの連携はどうあるべきか、2つ目は介護、生活支援のところのネットワークはどうあるべきかというところで、まさに誰が中心となってこの役割を果たしていくべきかというところを今回御議論いただけたらということで論点とさせていただいたところでして、先ほど委員の方で御指摘がありましたけれども、認知症のステージに応じてこの役割というところ、誰が中心になるかというところもやはり変わってくところもあるかと思っておりますので、そういった状況も踏まえながら認知症の独居の方、医療ニーズの高い方をどうやって支えていくかということについて今後検討していきたいと思っています。

○菊池部会長 山田委員、よろしいでしょうか。

○山田委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、新田参考人お願いします。

○新田参考人 ありがとうございます。

本日は大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

資料1の地域包括ケアシステムの推進、相談支援、認知症施策の推進につきまして、1点意見を申し上げます。

2040年を見据え、我々都道府県といたしましても住民や保険者である市町村とともに地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの深化を進めていく必要があると考えております。

長崎県の取組を御紹介いたしますと、医療・介護サービス、介護予防や生活支援など、地域包括ケアシステムを構成する要素を8つの分野に分け、57項目にわたる本県独自の評価基準を策定しており、毎年全ての市町村を県の担当者が外部の専門家とともに訪問し、市町村がこの評価指標に基づいて自己評価した結果に基づいて技術的助言を行っております。

全ての市町村の状況を評価し、ヒアリングを行うことで、市町村ごとの課題を明確化することが可能になり、例えば生活支援体制に課題感を抱える地域では、地域助け合い活動の立ち上げに精通した民間のアドバイザーを派遣するなど、市町村の課題に応じた後方支援を行っているところです。

こうした取組を通して実感しておりますのは、人口減少による担い手不足が避けられない中で、特に医療・介護の連携強化やテクノロジーの導入などによる効率化、地域住民が主体となった介護予防、生活支援などの取組の活性化が急務であり、これらを地域で担っていく中核的な人材の育成や関係者間の協力体制の強化が必要であるということでございます。

地域包括ケアシステムの推進に向けては、本県といたしましても市町村の実情に応じたきめ細やかな支援に取り組んでまいりたいと考えておりますので、先ほど触れた地方での課題や取組なども踏まえ、今後の方策の検討を進めていただくようお願いいたします。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

全般的なコメントになってしまいますけれども、御容赦ください。

78ページ目以降に示されました地域包括ケアシステムの深化、これが今後の人口減少の中で極めて重要であるということには全く異論もございませんし、反対の意見も多分ないと思います。

ただ、やはり人口減少の程度とか、面積とか、そういうものが地域ごとに事情が異なる

という中で、なかなか一律的な解が出てくるのかどうかという議論の困難さを感じています。それと同時に、この問題自体は人口減少にどう対応していくかという問題なので、介護保険制度だけにとどまらない総合的な検討というのが必要なので、例えば医師の偏在対策なども議論されていますけれども、そのみならず都市の在り方とか、コンパクトシティとか、そういうところとも連携をしながら議論を進めていかないと、なかなか介護保険制度だけ何かやればうまくいくという問題ではないなという感じがいたします。

そういう面から、今ちょうど長崎県のお取組も御説明がありましたけれども、ぜひ地域でうまくいっている事例というものに少しスポットを当てて御紹介をしていただくような機会があれば議論も進むのではないかと思います。

それと、これはこの介護保険部会のみならずですけれども、審議会の審議の進め方について、審議で結論を出してもそれが最終的には政治の過程で大きく変化してしまうという状況に今はなっております。そしてまた、審議で出た結果、結論に対してちょっと驚くような社会的な反応であるとか、あるいは厳しい批判があったりというものが散見されておりまして、この介護保険部会でもこの審議会の目的というのは政府の施策を関係者が集まってコンセンサスを得て結論を導いていこうというものだと思いますので、そのプロセスであるとか、その関係者、この委員のみならず当事者であるとか、現場の意見を丁寧に聞くという機会もぜひ設けていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

今の井上委員の最後のところのお話ですが、医療保険部会、年金部会に出させていたでいる身としては本当に心に染みるようなお話でございました。ありがとうございます。

山本委員、お願いします。

○山本委員　日本看護協会の山本でございます。お願いいたします。

85ページの「論点」に関して申し上げます。現在の地域包括支援センターでは保健師、社会福祉士、主任ケアマネの配置による総合的な支援体制がございます。今後、医療ニーズも有する方が増加することですから、そうしたより複雑な課題を有する方への個別の対応に関して今後もニーズがあることが想定されます。

特に退院直後で状態が不安定な方などに初期段階から行う支援には、地域包括支援センターの保健師がその専門性を発揮してきていると考えます。ほかにも御指摘がございましたけれども、要介護認定を受ける前の方々への対応を含め、各自治体の対応状況、実情をもう少しお示しいただくことが必要かと考えております。

相談支援の構築に関しましては、今後その量的拡大を含め、対応体制の充実、拠点の拡充が必要であると考えますが、資料の113ページに医療・介護の連携の図がありますが、訪問看護や看護小規模多機能型居宅介護など、あるいは医療機関の外来等の看護職も役割を果たしてございます。地域で連携を深めつつ支援につなげておりますので、そうした全体を表す図にしていただけるとよろしいかと考えます。

また、今回は相談支援について議論をするということで、相談支援についてだけ発言いたしました。今回示された相談支援以外の地域包括ケアシステムの推進において、医療と介護の複合的なニーズにどのように応えるかなどの論点におきましても、看護の果たす役割は大きいと考えております。今後、この部会において十分な検討の機会を設けていただきますよう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。

鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員　ありがとうございます。

今後、高齢者人口が増加する一方、生産年齢人口が減少する中、高齢者やその家族が住み慣れた地域で生活が続けられるよう、必要なサービス提供体制を確保するため、関係者の役割の明確化を行い、効率的な支援体制を構築することが重要だと考えております。

一方、医療ニーズを抱える方、認知症を抱える方、独居の方など、高齢者やその家族が抱える課題も様々複合的である中、介護保険だけではなく、医療や生活支援などの他分野のサービスとの連携を強化し、必要な支援を組み合わせていくことが必要であります。

そのため、相談支援の在り方としては、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割分担については示されたとおり進めていくべきだと考えております。

複合的な課題を抱えている場合であっても、高齢者やその家族によって分かりやすい、相談しやすいという観点も重要であると考えております。そうした中、ケアマネジャーの方々が複合的な課題を抱える高齢者の支援のために多くの分野と密に連携することは難しいケースもあるかと思いますが、ケアマネジャーが連携しやすいよう、地域包括支援センターによる連携のための環境整備、分野間の関係者の橋渡しや主任ケアマネジャーのサポートなどが必要不可欠だと考えております。

認知症施策についても同じく、他分野や専門職間との連携が課題となっていると認識しております。認知症の方向けに特化した支援もあるものの、基本的に相談支援の際と同様に、役割分担と連携体制の確保を強化していくべきだと考えております。

その上で症状に応じて連携体制が取れるよう、認知症ケアパスの位置づけ、さらなる活用を促していただきたいと考えております。

以上になります。

○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。

2040年に向け、地域包括ケアシステムの推進に当たっては、限られた資源をいかに最適化していくかということが不可欠だろうと考えております。相談支援については、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの役割分担は非常に重要であり、地域においてどのように体制を図っていくのか、人材確保も含めた検討をお願いしたいと思います。

また、ケアマネジャーの専門性の発揮については、御指摘のとおり業務の整理、法定業務以外の業務に対する受け皿や他のサービスの活用など、関係の施策を検討した上で進めていただければと思います。

○菊池部会長　ありがとうございます。

中島委員、お願いします。

○中島委員　全国町村会の中島でございます。

議題1の「地域包括ケアシステムの推進、相談支援、認知症施策の推進について」、美浦村の現状と取組に基づいてお話しいたします。

美浦村地域包括支援センターは美浦村全域の支援を担っており、高齢者の相談支援はもちろんのこと、茨城県独自のシルバーリハビリ体操の教室や運動教室などを開催し、村全体の介護や健康に対する支援を行っております。

また、課題と論点として挙げられておりました、③認知症施策の推進に関しましては、当村では認知症であることを伏せたり、受診を拒否したりする方がいらっしゃるのが現状であります。そのため、役場職員への研修の実施や相談があった家族等への美浦村オレンジカフェの紹介など、認知症に関する普及啓発を行っております。

美浦村の状況をお話ししましたが、資料にもあるとおり、今後高齢者人口がピークを迎える2040年に向け、高齢者数が増え続ける地域もあれば、減少していく地域もあり、サービス事業の変化によって地域の差が大きくなっていくことを危惧しております。

地域包括ケアシステムを推進し、更なる深化を図るためには、都市部や中山間地域等のいかににかかわらず、本人の希望する場所で、その状態に応じたサービスを受けることができるよう、環境等を整備することが重要ですので、地理的、財政的に厳しい状況にある地方の実情を踏まえ、国においてはそれぞれの自治体が滞りなく実施できますよう、人的、財政的支援等の必要な措置を講じていただきますようお願いしておきたいと思っております。

○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。

初めに御礼を申し上げます。本日の資料1の158ページから160ページにおいて、前回質問させていただきました地域密着型サービスの実態資料となかなか整備が進まない要因について、詳しい資料を御提示いただきました。ありがとうございました。

これらの地域密着型サービスですが、極めて優れたサービスで、例えば退院直後の方の在宅での安定化を図るサービスであったり、また、財源的にも極めて有効なサービスとなっております。

特に今後都市部や一定の人口集積である都市部では、定期巡回のようなサービスは極めて有効だと思っています。阻害要因は明らかであって、ここの資料にも載っていますとおり、やはり関係者間の認識不足が非常に大きい、それから経営の対応ということです。いずれもこれらは対処可能だと考えておりますので、ぜひ本気になって、これらの優れたサ

ービスの整備を進めていくことを求めていると思っています。

それから、今回の論点の中身について、3点意見と質問を申し上げたいと思います。

1点目です。地域包括ケアシステムの推進、相談支援、認知症施策の推進、いずれも非常に重要な課題です。一方で、介護保険制度や社会的に高齢者を支える仕組みが非常に厳しい、場合によっては危機的な状況にあるのではないかという認識を持っています。

例えば、今後介護人材を増やしていかなければいけないという状況の中で、昨年末に発表された2023年度の介護業界の人材が2.9万人減少したということであるとか、小規模事業者を中心に撤退が続いているであるとか、あるいはビジネスケアラの問題であるとか、非常に大きな課題を抱えていると思っています。

こうした危機的な状況について、今後の中長期的な在り方について、2040年に向けた検討会、社援局で行われています地域づくりの検討会、非常に重要な検討会だと思っていますので、こうした検討会の中身をぜひこの部会に早く情報共有いただいて、この部会での次期の改定に向けた論議につなげていければと考えております。

2点目です。相談支援についてですが、やはり課題が複雑化・複合化している中で、今後、法律の専門家の支援体制が必要になってくるのではないかと考えています。地域包括支援センターに配置されている3職種の方だけでは、なかなか処理し切れない課題が出てきています。

例えば、最近では契約に基づく終身サポートのような課題なども出てきており、対応がなかなか難しいという話が漏れ伝わってきています。そういった面でも、法律的な相談機能が必要になってくると思っていますが、これまでも自治体においては、法律相談などを実施しているところもあるかと思いますが、そういう取組でつながった法律の専門家、弁護士の方々との関係性なども生かして、うまく連携できるような、そんな仕組みづくりが必要ではないかと考えています。

また、地域で支える体制づくりに関してですが、生活支援体制整備事業の中で、生活支援コーディネーターなどの配置が広がってはきていますが、残念ながら、地域のニーズ、地域の資源が必ずしも生活支援コーディネーターにつながっていない実態があるかと思っています。うまくいっている事例もありますが、まだまだ十分ではないと思っています。今後、地域の中で、限られた状況の中で、医療・介護以外の様々な事業者とも連携をし、総がかりで取組を進めないと、高齢者の生活は支えられないと思っています。

現在、国あるいは都道府県でプラットフォームをつくっていくという検討がされていますが、行政と行政をつなぐだけではなくて、ぜひニーズを抱えた方々と様々な事業者がつながる、あるいは行政と事業者がつながるような、そんなプラットフォームであるとか、仕組みづくりが必要だと考えております。

3点目です。認知症施策の推進についてですが、これまでも進められてきた認知症バリアフリーの政策の中で、地域の中で多様な業界がこの理解を進めていく、支援を進めていくという体制をつくってきたということがあろうかと思っています。官民協議会をはじめとし

て、取組が進んできたと思っています。

認知症の方々の暮らしを支えていくとなると、例えば地域の中のスーパーであるとか、銀行、また、そこで働く人たちなど、地域の皆さんに認知症に対する正しい理解をしていただいて、医療・介護の方々だけではなくて、そうした方々とも連携を取りながら、地域全体で支えていくことが非常に重要だと思っています。ぜひ認知症ケアパスの構築に当たっては、そういうバリアフリーの政策も併せて御検討いただけないかと考えております。

また、基本計画がつくられたということですが、その具体化が今後図られていくだろうと思っています。認知症カフェであるとか、ピアサポーター、BLG、働くデイサービスのよな、極めて先進的な取組も一部で出てきていますが、普及はまだまだこれからだと思っています。

特に数年前までは、認知症のサポーターが1500万人まで広がってきたという、非常に国民的な取組になったと思っていますが、コロナ禍で一時的な中断を余儀なくされていますが、改めて社会とか、地域で新しい認知症に対する考え方、それを地域で支えるための取組を構築していく必要があるだろうと思っています。その具体化が早急に図られる必要があるだろうと思っています。先ほど御説明がありましたが、具体的にどんなふうに進められようとしているのか、現時点でのお考えで結構ですから、補足説明をいただけると助かります。

以上3点です。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○遠坂認知症総合戦略企画官 ありがとうございます。

認知症に関する今後の取組ですけれども、昨年12月に国の基本計画が策定されたところでして、これに基づいて各自治体、地域において、認知症の計画をつくっていただくという段階に来ております。ですので、今、委員から御指摘があったように、認知症ケアパスの再検証ですとか、そういった中に認知症バリアフリーの考え方をどう取り入れていくかということも各地域で今後検討していただい。そのための計画づくりの支援も、今、国でいろいろな支援の在り方を検討しているところですので、これから自治体の取組をバックアップしていきたいと思っています。

○山際委員 ありがとうございます。

ぜひ早急に進めていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。

地域包括ケアシステム検討への意見と認知症施策の推進に係る老人クラブ活動について御紹介をさせていただきます。

本日の議題にあります地域包括ケアシステムの在り方につきましては、前回の部会にお

ける菊池部会長の御発言にもありましたように、地域の実情を踏まえて、介護保険の枠を超え、ほかの施策との連携等も視野に今後も議論を進めていただければと考えているところでございます。

続いて、認知症施策の推進に係る認知症高齢者が安全・安心に暮らすための支援について、全国老人クラブ連合会の取組を簡単に御紹介させていただきます。

本会は、全国に8万クラブ超、会員400万人余の高齢者が参加する地域の単位クラブをベースに、市町村、都道府県の老人クラブ連合会から構成されている組織でございます。

本会は、地域で支え合い、尊厳のある高齢社会を目指して『地域で見守る認知症』というリーフレットを平成18年に作成いたしまして、全市町村、老人クラブを通して、会員に認知症への理解と見守りの取組等を進めているところでございます。

現在も地域共生社会の実現に向けました取組の一環として、高齢者の孤独・孤立を防ぐため、地域で声かけや支え合い活動等を進めているとともに、認知症になっても安全で安心して暮らしていける地域づくりに向けて、認知症や認知症の人に対する知識と理解の普及、認知症の人やその家族の暮らしを支えるため、認知症サポーター養成講座の受講促進、認知症に関する学習会やネットワークへの参加、見守りや声かけ、サロン活動等に取り組んでいるところでございます。

具体的には、例えば岩手県では単位老人クラブごとに認知症カフェを開催したり、富山県では県内5か所で毎年開催をしております高齢者訪問支援活動推進リーダー養成研修会において、毎年認知症サポーター養成講座を開催するなど、地域の実情にも合わせて、関係の機関などと連携しながら継続した取組を進めているところでございまして、令和7年度におきましても、引き続き積極的に取り組んでいくことを計画しているところでございます。

私からは以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございました。

鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員　認知症の人と家族の会の鎌田です。

まず介護保険部会で議論するテーマとして、介護予防、生活支援がありますけれども、予防と生活支援がセットの表現になっているのが非常に気がかりであるということを申し上げておきたいと思います。

生活支援は家族構成などによりニーズが変わるとも言われますが、独り暮らしや超高齢夫婦の場合、3世代同居であっても、病気や障害のある家族の場合など、要支援・要介護を問わず、あるいはフレイルと呼ばれる人たちであっても必要なものと考えます。生活支援は全国共通の普遍的な支援であるという合意の下に審議が進むことを希望いたします。

それから、認知症施策の推進についての現状と課題、論点についてのところですが、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターなどが地域の実情に応じてどのように連携の強化を図っていくべきかということがあります。

その中で、診断前後からのピアサポート、専門職のサポートにつながるまでの空白期間への対応の意見です。認知症への啓発が進み、当会にもこれは認知症ですかの相談が増えています。当会が家族の気づきから作成した「家族がつくった『認知症』早期発見のめやす」の活用を進めているところです。

気づいた後の受診後のフォロー体制での連携の強化を要望いたします。認知症ではないとの診断でも、受診医療機関の連携により、その後の経過観察での受診継続や地域の関係者でのフォローもお願いしたいです。認知症ではないとそのときは診断され、安心し、数年後に症状が進行してから診断を受ける方もおりますので、最初のときは認知症ではないと言われても、その後のフォローを関係者のところで作る体制をお願いしたいと思います。

また、認知症と診断を受けた後、多くの本人や家族はショックや絶望となり、孤立した空白期間となります。その間に症状が進行する方もいます。家に引き籠もって数年という方もいらっしゃいますし、認知症とともに暮らすサポートの情報提供が医療機関などからあっても、受け入れ切れない感情があり、受療の機関への専門職の伴走が必要です。そのような整備体制の検討をお願いしたいと思います。

それから、介護サービスや生活ニーズにも対応できるよう、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員、介護事業所のスタッフ、家族などの関係者と共に認知症高齢者を支援するネットワークをどのように構築していくかが論点にもなっています。

私の地域のことですけれども、介護サービスが始まると、それまで見守りや具体的なサポートをしていた地域の民生児童委員や社協の役員、近隣住民、友人などは、自分たちが行っていたサポートも介護サービスの人がいるから手出ししないほうがよいのではと離れていってしまいますし、介護サービスが入り、何をすればよいかの戸惑いもあり、認知症の人と距離を置くようになります。それが地域の中ではどうすればいいかという課題になっています。

そのような中で、地域と介護サービスの連携がうまくいった事例がありましたので、御紹介します。要介護3の独居認知症高齢者の方です。介護サービス事業所のケアマネは、地域の見守りやサポートの継続の重要性にも視点を置いていました。例えば、支払いができていない、同じものを何度も購入することがあったとき、商店などとの連携体制をケアマネが担い、本人の意思も尊重しながら対応し、要介護3で独居生活の継続ができています。

地域の方はプライバシーと地域の見守りのはざまで揺れる現状があります。今後の地域づくりでの参考にいただき、プライバシーと見守りのバランスを取りながら、地域と介護サービスとの連携をどうつくっていくかということも検討をお願いしたいと思います。

また、この事例では、ケアマネジャーの動きが重要で、業務外でのシャドーワークとも言われているものですが、それで在宅生活が維持できています。商店の方に何かあ

れば私に連絡くださいとケアマネジャーが言っていることで、地域の人もお店の方々も安心してその方に対応できています。この業務外の仕事に対しての評価をどうするかも今後の大きな検討課題だと考えます。既に検討会も開催されていますので、その結果へ期待をいたします。

最後に質問ですけれども、認知機能の低下のある単身高齢者世帯の将来推計があります。先ほど石田委員からもありましたが、高齢世帯は単身だけではなく、夫婦のみの世帯も増えています。高齢夫婦の世帯における認知症高齢者の数についても推計があれば、次回以降で構いませんので、教えてください。この方々への支援もとても重要になってきております。私の両親も認知でしたので、支援がとても重要で、包括の方に支えていただきました。

私からの発言と質問は以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御質問ということですが、何かお示しできるものがあるかという御質問かと思えます。

○遠坂認知症総合戦略企画官 63ページの単身の認知症高齢者の推計値は、栗田委員から提供いただいたものを使っていますけれども、高齢夫婦の世帯のものができるかどうかというのは、ちょっと検討させていただければと思います。

○菊池部会長 栗田委員からございますか。

○栗田委員 これは可能です。同じ方法で計算すればいいので、出させていただきます。

高齢夫婦世帯は私もたくさん見ていて、独居とはまた違う大きな課題があるのですが、時間の関係で今回は独居のことだけお話をさせていただいたという次第です。

○菊池部会長 それでは、今後よろしく願いいたします。ありがとうございます。

染川委員、お願いします。

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

まず地域包括ケアシステムの推進についてですが、資料1の3ページに示されており、2025年をめどに地域包括ケアシステム、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域、具体的には中学校区を単位として想定し、構築を目指してきたわけですが、当初目指した2025年をめどという区切りの年を迎えている現在、果たして地域包括ケアシステムは構築できているのか、しっかりと評価した上で検討を進めていくことが重要だと考えます。

特に訪問系サービスの現場からは、人材不足により必要とされるサービスを提供できないケースが増えているとの声も多くなっていますし、令和3年度、仕事と介護の両立等に関する実態把握のための調査研究事業報告書によりますと、介護離職をした理由で勤務先の問題に次いで2番目に多いのが介護サービスの問題となっておりまして、利用待ちが発生していて利用できなかったケースが46%、希望する介護サービスが地域で提供されておらず利用できなかったケースが34.7%、時間が合わず利用できなかったケースが33.3%な

どとなっています。

今後これらの課題に適切に対処する上でも、地域包括ケアシステムについてしっかりと検証した上で評価し、早急な対処を必要とすること、第10期に向けて対処すべきこと、そして、2040年に向けて中長期的に対処すべきことを明確にした上で検討を進めていただくことを要望します。

次に相談支援等の在り方についてですが、既にケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会において中間整理がなされたところですが、この中間整理に基づき諸課題を解決していくことが重要かと思います。

減少傾向にあるケアマネジャーをどう確保していくのか。介護業界の他職種の処遇改善が進んできた中、処遇改善の対象外としてきたことで、必要とされる経験・技能に対して処遇が低過ぎて、新たな担い手が増えないことへの対応は早急に講じる必要があると思います。

また、多くの現場ケアマネジャーが時間的・経済的負担を強く感じている法定研修についても、対応を急ぐ必要があります。特に更新研修については、ケアマネジャーを引退するきっかけにもなっているとの声があります。ケアマネジャーの負担軽減の観点から、ケアマネジメント業務に必要な研修は、業務遂行上不可欠である法定研修については、労働時間として取扱い、研修費用についても、地域医療介護総合確保基金などを活用した公費負担とすることなども検討し、更新制の廃止も含めた研修体系、研修の在り方の抜本的見直しを早急に具体化していただきたいと思います。

以上、意見でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

小林司委員、お願いします。

○小林（司）委員　ありがとうございます。

とりわけ訪問介護をはじめとする在宅ケアを支えるサービスの充実が不可欠と考えます。そのためには、継続的な処遇改善による人材確保が最重要課題であり、例えば介護保険事業支援計画に具体的な定量目標を設定して、点検していくことを検討する必要があるのではないかと思います。こうしたことを軸として、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを引き続き推進、また深化させて、複合的な課題やニーズに 대응していくこと、これらは資料に書かれていますが、こうしたことは必要だと賛同いたします。

相談支援等の在り方に関わって、ケアマネジャーのことも書かれています。10年以内にはケアマネジャーの担い手が急激に減少していくという、危機感は、介護保険制度そのものの持続可能性を脅かすものと思わざるを得ません。

今も御意見がありましたとおり、賃金が業務に見合っていないとか、法定業務もさることながら、シャドーワークの業務量も多く担っている実態、労働時間における研修時間の取扱い、研修費用の負担の問題、そして医療介護総合確保基金の活用の範囲などには地域

差があるという声も聞いております。また、質の向上につながる研修とは何なのかということも含めて、今後見直しを図る検討が必要なのではないでしょうか。こうした現場の声に応えていくことが必要だと考えます。

また、先ほど地域共生社会との関係でやり取りもございました。何か困ったことが生じたときに、あるいは生活に困窮したときにどこに相談すればよいのか、相談者御本人そのものが分かっていないとか、さらには困っていることの根源がどこにあるのか、これも御本人自身が分かっていない、また、相談すべき適切な窓口にたどり着いていない状況、そして、依然として存在するヤングケアラーなど、生活困窮者を支援する現場の皆さんからは、依然としてこのような指摘がされています。

介護、福祉、住宅分野、これらには共通する課題があると考えますので、分野を超えた連携強化の枠組みづくり、そして重層的支援体制整備事業との連携による包括的で伴走的な支援の強化を継続していき、社会資源がないとか、あるいは社会資源があってもうまく機能できていない状況に対しては、何か一つの好事例を広げるだけではなく、地域にマッチした体制をそれぞれの地域で話し合って、支援体制づくりを進めていく形が求められるのではないかと思います。

また、認知症ケアパスのことも資料に書かれていますが、更新に当たっては、利用者、家族にとって分かりやすいものになるよう工夫していくことも求められるのではないのでしょうか。

同時に、困っている人を支援する側が孤立したり、疲弊したりすることがないように、これも分野を超えて、既存の会議の在り方を工夫しながら、ネットワークづくりを進めていただく必要があると思います。

主任ケアマネジャーにとっても、同じように孤立・疲弊することがないようにと思いますし、地域包括支援センターで働く職員の所定外労働時間が過労死ラインを超えているという資料も以前示されていました。支援する側の適切な人員体制の確保、そして、それが可能な財源の確保が求められていると思います。

その上で、人口構造の変化は地域差がある中で、論点マル1にも関わりますが、地域によっては広域的な観点からの検討や調整も必要になってくると思います。今、地域の医療の在り方にも都道府県と市町村の関与・連携強化が求められている中で、都道府県として市町村をサポートする体制と連携の強化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。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

論点に沿って意見を申し上げたいと思います。

まずマル1の論点につきまして、今後の人口推計に伴って、全国の市町村においては、介護の需要、あるいは在宅医療の需要が2040年にかけて5割増しに急増するところ、ある

いは既に介護需要、在宅医療需要においてもピークアウトして軽減していく市町村、地域によって様々でございますので、こういったことにしっかり対応できるような今後の体制整備が重要であります。

新たな地域医療構想におきましても、議題に応じて市町村が参画をしていくという方向になっており、好ましいことだと思っております。したがって、そういったことに対応するため、あるいは今後の人口減少に伴う地域包括ケアの在り方、そういったことを幅広く議論する必要がありますので、ぜひ市町村においてそういったことを議論する協議の場というものが需要ではないかと思っております。

また、協議の場については、これまでもいろいろとありますが、形骸化せず、本当に地域のことを念頭に置いて活性化した議論が行われることが必要だと思っております。いずれにしても、2040年の在り方検討会の議論の方向性を踏まえて検討が必要かと思えます。

続きまして、マル2の議論ですけれども、先ほど染川委員も申されておりましたが、本日の資料1の44ページ、45ページにケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理概要が示されております。この検討会は数を重ねて議論して、取りまとめが既に発出されておまして、本日のマル2の論点の多くは、この検討会の取りまとめでかなり整理をされていると認識しております。

まずケアマネジャーの業務負担を軽減するための法定業務以外の業務、いわゆるシャドーワークにつきましても、市町村に相談窓口を設けるか、あるいは市町村内にそういった課題に対応する協議の場を設けるとか、そういったことも示されているところでございます。

また、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割分断と連携についても言及されています。

また、ここの検討会では、主任ケアマネジャーについて、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの兼務というのはなかなか難しいのではないかという意見が出ておりました。

それから、人材確保については、新たな資格の追加、あるいは実務経験の見直しの検討が盛り込まれておりますし、また、複数意見が出ましたのは、医療・介護分野において処遇改善がないのは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーだけありますので、しっかりと処遇改善をしていく必要があるということ、あと、法定研修の受講についても、負担軽減をするために全国統一的な実施が望ましい部分については、国レベルで一元化して作成して受講していただき、他については、地域の特性に応じて各地域で工夫して行うということも示されたところであります。

そのほか、総合事業とか、予防支援のケアマネジメントをどこでどう対応するのかとか、いろいろと議論が出るところでありますので、こういった取りまとめを踏まえて検討していくのが望ましいと思っております。

最後にマル3の論点ですが、先般の認知症施策推進基本計画におきまして、新たな認知症観が提唱されております。すなわち、認知症の御本人がしたいこと、できることがあって、地域や仲間とつながって自分らしく生きていこうというものでございますけれども、こういったことを基本計画においては住民としっかりと共有していこう、そして、地域共生社会につなげるということが示されておきまして、これは私も大賛成ですが、恐らくそのことによって自助・互助が推進されていくのではないかと考えているところでございます。

また、論点マル3の関係機関や社会資源との連携をオーガナイズするためには、やはり住民を含めた関係者の協議の場が必要ではないかと考えているところでございます。これは地域包括ケアシステムにかかわりますが、まだまだ規範的統合があまり進んでおらず、やはりそういったところを推進することも重要ではないかと考えております。

そのほか、認知症初期集中支援チームについては、今後、名称と役割を見直すことにもなっておりますので、事例を踏まえながら、また検討していくことが必要でありますし、それから、地域ケア会議の政策形成に関しては、まだまだ取組が乏しいと思いますので、そのあたりについては、また今後議論が必要だと思います。

最後、認知症ケアパスにつきましては、つくることが全てではなく、活用されることが重要であると思います。いかに活用して、生きたものにしていくということが重要だと思います。

取りあえず以上でございます。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。

以上、皆様から御発言をいただけたかと思います。テーマも幅広でしたが、非常に多岐にわたる御意見をいただきまして、どうもありがとうございました。

本日いただいた御意見を踏まえて、引き続き事務局において検討を進めていただきたいと思います。

テーマが重なるという意味で、今日はせっかく社会・援護局の南室長にお越しいただいておりますので、御所見をいただきたいと思いますのと、それを受けて老健局として黒田局長にも一言いただきたいと思いますと思いますが、その他議題がございますので、まずそちらを急ぎ進めさせていただき、最後をお願いできればと思います。

時間が参ったのですが、すみません、もう少しお付き合いいただければ幸いです。

その他議題でございますが、要介護認定の認定審査期間につきまして、事務局より簡潔に御説明をお願いいたします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

資料2を御覧ください。

3ページを御覧いただければと思います。昨年6月に閣議決定をされました、規制改革実施計画の認定に係る内容を簡潔にまとめたものでございます。

本日は令和6年度に措置することとされましたaとbにつきまして、昨年12月にいた

きました御意見を踏まえ、改めて議論いただければと考えております。

c以降の項目につきましても、今後の介護保険部会において諮らせていただきたいと思います。

4ページを御覧ください。12月の部会でいただきました御意見をまとめたものでございます。

上の囲み、aにつきましては、例えば市町村の中でどれだけの割合を30日以内に収めることができたかを見えるようにすべき、また、認定調査や主治医意見書がそろった後の認定審査会に係る期間も公表すべきといった御意見をいただきました。

また、bにつきましても、認定に関する目安については、認定調査期間、主治医意見書の期間に加え、情報がそろった後の市町村の事務手続期間も提案する等の御意見をいただきました。

御意見を踏まえまして、まずはaでございますけれども、6ページを御覧ください。青い線で認定調査に要する期間、赤い線で主治医意見書に要する期間をお示ししておりますけれども、前回の御意見を踏まえまして、今回、右下、緑色の線で主治医意見書、調査の実施が終わってから介護認定審査会が終わるまでの期間につきましても、追加をしております。

7ページ以降については、具体的なデータの分析結果ということで、7ページは全体の期間を保険者ごとにヒストグラムにしたものです。

8ページ目は、認定調査の期間を自治体ごとの平均値でヒストグラムにしたものです。

9ページは、主治医意見書の期間を同様にグラフにしたものです。

10ページでございますけれども、審査会の処理に必要な期間をグラフにしたものでございます。

11ページのグラフにつきましては、各保険者の申請から30日以内に認定された割合を5%刻みでヒストグラムとしたものでございます。

12ページでございますけれども、迅速化のための取組といたしまして、申請から認定までの期間等について、厚労省のホームページで公表するということが閣議決定されておまして、具体的な対応についてお諮りするものでございます。

13ページでございますけれども、昨年12月に御提案させていただきました全体の審査期間、認定調査に要する期間、主治医意見書に要する期間に加えまして、今回、赤囲みのところでございますが、審査会に要する期間及び申請から30日以内に認定された割合につきまして、データを集計した上、保険者ごとに公表してはどうかと考えてございます。

14ページから16ページにつきましては、認定審査期間の平均が30日以内に収まっている自治体において、認定審査に係る事務の効率化・迅速化の取組内容についてお伺いした内容でございますけれども、時間の関係で説明は割愛させていただきますが、認定の各プロセスを電子化していただくなど、多くの項目は自治体の規模にかかわらず行われていたということでございまして、審査期間等の公表の際には、このような自治体の取組も併せて

周知をさせていただきたいと考えてございます。

続きまして、bの項目でございます。

18ページを御覧ください。介護保険総合データベースを用いまして、認定審査期間及びそのうちの調査の所要期間、主治医意見書の所要期間、審査会の処理期間並びに申請から30日以内に認定された割合の平均値につきまして、全保険者と認定審査期間の平均値が30日以内に収まっている保険者との比較を行ったものでございます。

昨年12月にお示しした部会のデータは、令和4年度下半期の半年間のデータでございましたけれども、今回は最新の令和5年度1年分のデータを用いて再度集計をしたものでございます。認定の調査の平均については、30日以内の保険者では6.6日、主治医意見書の所要期間については12.7日、審査会の事務処理期間は12.3日という結果でございました。

19ページを御覧ください。改めまして、令和6年規制改革実施計画の中で要介護認定の調査及び審査の各段階について、各保険者が目指すべき目安となる期間を検討し、設定することが閣議決定をされております。

今後の具体的な対応でございますけれども、認定調査の所要期間、主治医意見書の所要期間、介護認定審査会等事務処理期間の3つの期間に係る参考として、認定審査期間の平均が30日以内に収まる66保険者の平均値を以下のようにお示ししてはどうかと考えております。

具体的な対応のところに、18ページでお示しをしました30日以内に収まっている保険者における各期間の平均値の結果を再掲しておりますが、この結果は様々な地域の実情や3期間それぞれの手順の特徴を踏まえたものではなく、当該平均値から機械的に算出したものであるなどという点を注釈した上で、14ページから16ページにかけて御紹介をしました各自治体における効率化・迅速化の取組例も併せまして、最後の3行になりますけれども、認定調査の実施は依頼日から7日以内、主治医意見書の入手については依頼から13日以内、審査会の開催につきましては、認定調査票・主治医意見書がそろってから12日以内ということで、自治体に対して参考としてお示しすることとしてはどうかと考えてございます。

今回、aで御説明させていただいたとおり、全国の自治体の各期間に関する状況を公表することになります。公表された値を基に各自治体で今後の取組を検討いただく際に、まずどこから手をつければよいか、当たりをつけていただくための参考としてお示しするのがbの3つの期間でございます。

認定調査、主治医意見書、審査会の開催までの3つの期間については、必ずこの日数までに終了しなければならないといった数値ではございませんし、あくまで各自治体で御検討いただく際の参考としてお示しをするものですので、自治体への周知に当たっては、そうした点についても留意をして進めてまいりたいと考えております。

資料の説明は以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、委員の皆様から御発言がございましたら、お願いいたします。いかがでしょ

うか。

時間の関係で、御発言は手短にお願いできれば幸いです。

会場からは瀬口参考人のみでよろしいでしょうか。それでは、瀬口参考人お願いします。

○瀬口参考人 ありがとうございます。

資料2、今、御説明がありました要介護認定の認定審査期間についてですけれども、13ページの「認定に係る情報の公表項目（具体的な対応案）」及び19ページの「認定審査期間の各段階における期間について（案）」については、賛成です。

しかし、主治医意見書については、頻繁に患者さんと接することのない外来では、定期受診が1か月から3か月の期間の中で1回など、例えば昨日定期受診に来られた方の意見書の依頼が本日届くなど、そういった状況があり得ますので、新規や区変の申請の場合、あらかじめ自治体から早めにかかりつけ医に連絡を取るなどの工夫が必要ではないでしょうか。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

オンラインからは4人の皆様です。

幸本委員からお願いします。

○幸本委員 御説明ありがとうございました。

事務局からの御提案について、基本的に異論はございません。

今、多くの自治体で審査期間が大幅に超過している現状がありますが、利用者、介護事業者双方にとって大きな問題だと思いますので、是正のための取組はぜひ進めていただきたいと思います。

認定審査期間の公表や目安の設定は必要だと考えられますが、それを踏まえて、いかに各保険者が効率化・迅速化を図れるかというポイントこそが重要であり、審査期間を短縮するためにどのような工夫の余地があるのかなど、国が先頭に立って対応策を示し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。

新田参考人、お願いします。

○新田参考人 ありがとうございます。

資料2の要介護認定の認定審査期間につきまして、1点意見を申し上げます。

要介護認定の認定審査期間は、介護保険法で30日以内と定められておりますことから、期限内に収められるよう改善を図っていく必要があると認識しております。

資料2の14ページ以降には、人口規模別の認定審査に係る事務の効率化・迅速化の取組例を記載していただいておりますが、こうした具体例は各地域において関係者を交えた検討を行う際に大変参考になるものであり、本県といたしましても、市町村に対する指導や研修などの機会を生かして、情報共有や助言などの支援を行ってまいりたいと存じます。

あわせまして、現在、介護情報基盤整備の一環といたしまして、主治医意見書や認定調査票のペーパーレス化に向けた検討も進められているところでございますが、こうした基盤整備が着実に実施されることが抜本的な認定審査期間の短縮につながると考えられますので、各保険者が行う基盤整備への支援につきましても、引き続き御配慮いただきますよう、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。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員　ありがとうございます。

申請を出して要介護認定結果が届くまで、30日以内を目指すよう改善することは大前提として申し上げたいと思います。

今回示された各項目に要する期間の参考を示さざるを得ない状況は理解しておりますが、平均で30日以内となっている僅か66の市町村の平均値を参考として示すのみでは意味がないと考えております。

また、これらの各項目においては、それぞれに内容が異なっており、特性も異なりますので、自助努力でできない部分、あるいは相互協力が必要な部分、いろいろとバリエーションがございますので、それら3つのそれぞれの平均値を示すというのはいかがなものか、あまり有意義ではないと考えています。

現在、大半の事例が恒常的に30日を超えている実態には、多くの実情が存在しておりますので、その実情を解決する課題を抽出して分析し、対応策を議論しない限りは、解決策は見いだせないはずです。

また、医療・介護現場の状況の把握もすることなく、数字だけを示すことは、国の対応としてはいかがなものかとも思っております。数値を示すことが目的ではなくて、課題を解決するためにいかに取り組むかが重要であります。

例えば、新規申請、更新申請、変更申請、あるいは居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスの種別において、それぞれの課題と対応があります。したがって、丁寧にそれぞれの対応を検討する必要があると考えております。

先ほど申しましたように、これらの対応は自助努力のみでできるものではないものが多く、いずれも相互協力がないと解決できないものであります。例えば一次判定の調査員が不足しているのであれば、委託先の拡大など、調査員の人材を確保すること、あるいは働き方改革の影響によって郵送期間が延びている現状に対して、郵送をやめてICTを活用した電子化による送信を行うことなどは、喫緊の課題であると思います。

続きまして、主治医意見書を書く立場から申し上げますと、主治医の手元に意見書がずっとあるわけではなくて、医療機関に主治医意見書が届いてから、先ほど御意見もありましたように、診察のタイミングが最も影響を及ぼす要因であります。最近、診察のインターバルが落ち着いている患者さんにおいては、非常に長期化をしている傾向にあります。

最近、多くの患者さんは予約を取って、次回の診察日がほぼほぼ決まっております。したがって、最も多い更新申請の主治医意見書を記載するタイミングと医療機関の受診を合わせることが重要でありますから、主治医意見書の更新申請であれば、医療機関が更新時期のタイミングを把握することによって、医療機関もいろいろと準備して対応することは可能であります。

そのためには、本人や御家族から医療機関へ申し出ていただくことがベストだと思いますが、例えば市町村、あるいは地域包括支援センター、ケアマネジャーさんから本人や家族へそういったことを伝えて、早く書いてもらうように医療機関に行くようお願いしていただくこと、あるいは市町村から医療機関へ例えば更新時期の2～3か月前に連絡していただくことも方策ではないかと思っております。いずれにしましても、本人、家族を含めた各自治体、医療・介護現場の相互協力がないと難しいものであります。

今、申し上げたような対策を協議した上で、参考となる期間を示していくのが本筋であると思いますので、今回の数値はあくまでも参考の参考程度と認識しているところでございます。

最後に、その上で要望を踏まえた質問をさせていただきます。医療・介護現場の実情や課題を把握して対応することが必要だと思いますので、今後そういった検討をしていただきたいので、そういった予定があるのか。そういった対応をすることによって、参考の日数は見直すこともあるのかどうか。それは事務局に質問したいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 御質問に対して、お願いいたします。

○堀老人保健課長 御質問ありがとうございます。

単に数値を示すだけではなくて、それを踏まえて対応ができることが必要だという御指摘だと理解をいたしました。

御指摘も踏まえまして、追加で把握をする必要がある項目があれば、検討した上で、併せて自治体に周知をさせていただきたいと思っております。

また、自助努力だけでは難しい部分があるという御指摘もそのとおりでございますので、周知に併せてそういった点も留意をしながら行ってまいりたいと考えております。

示した後の今後の改定につきましては、状況を踏まえながら、改めて検討させていただきたいと考えております。

○菊池部会長 江澤委員、よろしいでしょうか。

○江澤委員 ありがとうございます。

関係者全てが協力して、30日以内に収めていくということを大前提にして進めていただきたいと思っておりますし、我々も協力を惜しむものではありません。

それから、ケアマネジャーさんの負担になるかもしれませんが、本当にサービスが必要な方については、暫定ケアプランを推進していく必要もあるのではないかと思いますし、いずれにせよ、みんなで協力し合って、しっかりと30日をクリアしていくことを進

めていくことが重要だと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員　ありがとうございます。

今ほどありました30日以内に収める認定審査期間の各段階の周知徹底につきましては、異論はございませんが、実態といたしまして、いわゆるがん、疾病等による心身の状態が急速に悪化する方につきまして、サービスが使えないうちに亡くなられるケースがありますので、速やかにサービス提供が行える方法について、迅速に要介護認定が行えるような取組を進めていただきたいと思います。

あとはその他事項ですので、資料3についてお時間をいただいてもよろしいでしょうか。

○菊池部会長　基本的には御説明だけだと考えておりますが、もしどうしてもということであれば、簡潔にお願いいたします。後で紹介はしてもらいます。

○山田委員　お話しさせていただいてよろしいですか。

○菊池部会長　はい。

○山田委員　資料3、高齢者虐待防止に関する調査報告につきまして、全国老人福祉施設協議会の立場といたしまして、要介護施設従事者等による虐待判断件数の増加と、特に特別養護老人ホームは再発件数も増加しているということで、重く受け止めております。

発表直後も昨年末に全ての会員施設に対しまして、虐待防止のための適正化措置に関する文書を通知しまして、実施を呼びかけますとともに、都道府県、指定都市組織に対しましても、適正化のための活動の協力を呼びかけております。

令和7年度には虐待防止を内容としました研修など、一層の適正化のために対策を検討してまいります。

お時間をいただきまして、ありがとうございました。以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、最後の御発言にさせていただきます。

鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員　今回お示しされた部分は、家族や本人としては、法定内で迅速に30日以内でしていただけるというのは、とてもありがたいです。

ただ、最後の介護認定審査会での審査の数が増えて、一次判定でのコンピューターそのままで、調査での特記事項とか、医師の意見書の反映が十分になされないままに行われるのではないかという危惧をしていることを申し伝えます。

以上です。

○菊池部会長　ありがとうございます。

本件につきましても、いろいろと御意見をいただきまして、ありがとうございます。

いろいろと御意見をいただきましたが、事務局案に反対という御趣旨ではなかったと理

解しておるところです。

前回テーマにした際に御意見をいただいた。それを踏まえて、今回、介護認定審査会、事務処理期間などをお示しするという形にさせていただいたということで、今回に臨んでございますので、今回の事務局案はお認めするという形にさせていただき、ただ、工夫が必要である、あるいは数字が独り歩きしてはいけない、数字が目的ではないという、老健課長からも一部御回答はいただいていますけれども、そのところは重々踏まえていただいて、ただ数字を示すだけではない、しっかりと中身を実現されるように、そして、関係者の協力によってそれが進められるようにという、そのあたりを所管課で進めていただくという条件つきといいますか、そういうことで、今回お示しいただいた提案については、お認めいただけるという理解でよろしいでしょうか。

特に御異議はございませんようですので、そのようにさせていただきます。

そういうことですので、今後の実施に向けてよろしくお願いいたします。

その他につきまして、もう2つ報告事項がございまして、基本的には報告にとどめさせていただきたいと思いますが、先ほど山田委員から御発言がございましたように、どうしてもということであれば、御発言いただきたいと思います。まずは資料3と資料4について、続けてできるだけコンパクトにそれぞれ御報告をお願いしたいと思います。

○峰村高齢者支援課長 資料3に基づきまして、令和5年度に発生しました高齢者虐待の状況調査の結果につきまして、御報告させていただきます。

高齢者支援課長でございます。

2ページでございます。昨年末も公表しておりますけれども、介護サービス従事者による虐待は、相談・通報件数、虐待判断件数ともに過去最多で3年連続増加してございます。

また、養護者による虐待は、相談・通報件数が過去最多で11年連続増加、虐待判断件数は横ばい傾向となっております。

3ページに虐待の相談・通報件数に占める虐待判断件数割合の推移を示してございます。養護者は減少している一方で、従事者が増加しているということでございます。

5ページを御覧いただきますと、養護者につきましては、市町村の取組状況の数が多ければ多いほど、通報件数や判断件数が多くなっているという相関が強く見られます。潜在化している事案が顕在化しているということで、通報件数が多くなっているということが想定されます。

6ページは養護者の虐待の種別の状況や深刻度の変化でございまして、大きな変化は見られてございません。

7ページ以降は、従事者の虐待による結果を分析したものでございます。

9ページは、前年度と比べまして、件数や人数においてどういうサービスで多かったか、増加したかということを示してございます。

11ページを見ていただきますと、従事者の虐待において、種別と深刻度がどう変化しているかということをお示ししてございます。令和5年度につきましては、経済的虐待の割

合が増えてございます。令和4年度は一つの施設で発生した人数が少なかったわけですが、令和5年度はそれが増えている施設が多かったということが影響してございます。深刻度は重度が減少している傾向にございます。

12ページでございますけれども、施設の種別ごとにどういう虐待の発生状況かということを見たものでございまして、特徴としましては、特養では経済的虐待や心理的虐待が増えております。また、介護付ホームでも経済的虐待が増えております。一方で、住宅型有料老人ホームについては、適正な手続を経ていない身体拘束と介護放棄が増加している傾向が見てとれます。

14ページ、15ページでございますけれども、昨年この部会での御報告の中で、発生した時間帯や場所・状況についてどうかという御質問をいただきまして、令和5年度の調査で初めて調査をいたしました。時間帯につきましては、時間帯によらないが最も多く、場所については、居室内が最も多く、状況については、状況によらないが最も多いとなっております。

15ページは、虐待の種別とクロスをした結果でございます。適正な手続をしていない身体拘束を含む身体的虐待、介護放棄は居室内で多く、また、心理的虐待については、居室内で夜間の発生が多く、経済的虐待は時間・場所・行為によらず発生しているという状況が確認できました。

16ページは、虐待の発生要因について集計したものでございます。

17ページは虐待の再発状況をお示ししてございまして、毎年、再発件数が増えてございます。その種別ごとの内訳を見ますと、特養において再発が増えているという傾向でございます。

最後18ページは、これらの御説明のまとめを上部にしてございます。

また、調査結果を受けた対応としましては、結果の発表とともに、関係団体に対しまして通知をしまして、昨年度講じました虐待防止措置の今後の予定を周知するとともに、虐待防止措置の実施の徹底に向けて、団体としての啓発活動の実施について協力を要請したところでございます。

年度末に向けましては、今回の分析結果も含めまして、報告書をまとめて公表する予定でございます。

また、自治体向けの対応マニュアルも改定いたしますとともに、昨年の老健調査で作成しました身体拘束の廃止・防止の手引をマニュアルの別冊として新たに再構築を行う予定でございます。

こうした取組によりまして、虐待の未然防止・再発防止に努めてまいりたいと考えてございます。

以上でございます。

○大竹介護保険計画課長 資料4でございます。

介護保険計画課長でございます。

1 ページ目をお開きください。こちらは令和4年の本部会の意見でございますけれども、こちらに基づきまして、2号保険料につきまして、厚生労働省から毎年報告をさせていただいています。

2 ページ目でございます。こちらは仕組みでございますけれども、2号保険料は令和7年度の予算で3兆6739億円でございます。こちらにつきまして、資料の右側でございますような枠組みに基づきまして、1人当たりの負担額を計算させていただき、お示しをしております。

3 ページ目が諸係数でございます。一番左、1人当たり年額で7万4428円ということでございますけれども、令和5年度の数字は確定しておりますので、令和7年度の概算数値から精算をさせていただいています。

これに係る諸係数を1月17日に告示をさせていただいております。

結果といたしまして、5 ページ目でございますけれども、1号、2号の保険料の推移ということで、右下、6,202円というのが月額見込みの2号保険料になります。こちらは前年度比で減少しております。概算の納付金額はこれまでの給付の動向や予算の執行状況などを踏まえて決めておりますけれども、伸び率の見込みが前年度比で減少している、また、令和5年度の精算額が大きいということで、見込額が減少しているということでございます。

最後6 ページ目でございますけれども、今回新たにお示しをしておりますが、医療保険者の皆様方が2号保険料を徴収する際に設定する保険料率でございますけれども、その設定の説明に資するように御要望をいただきまして、今回このような参考料率というものをお示ししております。

これは財政状況等が個々の保険者において異なるということには御留意いただく必要がございますけれども、こういったものを御活用いただいて、料率設定だったり、その説明がスムーズに進むようになればと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

基本的には報告事項という扱いにさせていただいていますが、特に資料3について、時間があれば、皆さん御発言を希望されると思うのですが、特にここで御発言しておきたいという方がいらっしゃいましたから、簡潔にお願いできればと思いますが、会場ではいかがでしょうか。栗田委員です。オンラインでは伊藤委員です。それでは、このお二方からお願いいたします。

まず栗田委員からお願いします。

○栗田委員　1点だけ、手短にお話しします。

今回、詳細な虐待の資料ありがとうございました。

ただ、資料に出ていないことを一言だけ付け加えたいと思うのですが、養介護施

設従事者等による虐待判断事例の中の被虐待者の認知症の割合ですが、認知症の有無が不明な場合を除いた場合には、92.2%、90%以上です。養護者の場合には70%以上ということで、例年大体こういう数値になっています。

それから、今回の資料にもありますように、虐待の発生要因について、被虐待者側の要因として多いのは、BPSDと介護に手間がかかる、あるいは意思表示が難しい、これがほとんどを占めているということで、認知症の方や障害が重い方は、いかに権利侵害のリスクが高い状況に置かれているかということを改めて確認しておく必要がある。

これに対しては、職員の研修だけでは駄目でございます、職員の研修は大事なのですが、これは地域の場合も同じなのですが、権利擁護と意思決定支援のネットワークをつくり出す環境が整備されていないということが大きな問題であって、その構造をどうやってつくっていくかということを考えた対策を考えることが非常に重要だろうということでございます。

以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員　ありがとうございます。

令和7年度介護納付金の算定に関して、私どもが要望してきた介護納付金について、今回から参考料率という形でお示しいただいたことについて、感謝を申し上げます。

参考料率は、子ども・子育て支援金のように完全な一律の率ではないわけですし、被用者保険全体で機械的に算出をしたものということではございますが、保険者にとっては、料率設定に当たっての目安や説明の一助になると考えています。

保険料を負担している2号被保険者、つまり現役世代の負担軽減という観点から申し上げますと、負担の理解と納得感を得るためにも、この審議会といった開かれた場で検討、議論いたしまして、そこでの意見を踏まえたうえで、国において全国一律の保険料率を決定するといった透明性・納得性のあるような仕組みや手続にしていくことも必要になってくるのではないかと考えているところです。　以上でございます。

○菊池部会長　ありがとうございます。

御協力大変ありがとうございます。時間が押してしまいまして、大変申し訳ございませんでした。

そういうことで、時間は押しておるのですが、せっかく共有できる場ですので、特に今日の前半の議論につきまして、南室長から御発言いただければと思います。

○南地域共生社会推進室長　発言の時間をいただきまして、ありがとうございます。簡潔にいたします。

1つ目の議題に関しまして、まさに地域包括ケアシステムと地域共生社会の推進というのは、非常に重なり合う部分が多くて、まさに一緒に取り組んでいく必要があるということに改めて感じたところであります。

市町村の中からは、地域づくりをどう進めてよいか分からないという声をよく聞きます。入り口の相談のところについては、割とイメージがしやすく、つくりやすいところなのですけれども、そこで受け止めた課題に対して、どう出口につなげていくか、地域につなげていく部分というのがなかなか進んでいない現状があると思っています。

先ほど佐藤委員の御質問にお答えしましたとおり、地域で何らかの課題がある方を見つけて、専門の相談につなげる。その接点になるような体制をどうつくっていくかという、まさに包括的な支援体制をどうつくっていくかが非常に大事な観点だろうと思っております。

そのためにも、行政、市町村だけではなくて、地域住民の方であるとか、地域の支援者を含めた関係者の皆様と一緒に、地域でどういうニーズ、まさにこぼれ落ちているようなニーズがあって、課題があるのか、そういうものをしっかり分析・把握していただいた上で、皆さん一緒になって検討していくというプロセスがこの包括的支援体制をつくる上で大事だと思っております。

まさに検討会でもこの点について御議論いただいておりますので、そういった御議論も踏まえて、市町村がどういうふうに対応していけばいいかという方向性をお示しできればと思っております。特に担い手不足が深刻な地域においては、別の形で包括的支援体制を構築する考え方も必要だと思っております。

もう一点は、今日、委員の中からも出ましたが、身寄りのない高齢者等への対応についても、私どもの検討会で、今、議論をしているところでございます。現在、モデル事業等も実施しておりますが、対象になる方は高齢の方が多くなっていると思っておりますので、この点についても、老健局を含めて、関係部局としっかり連携をしながら検討していきたいと思っております。

いずれにしても、私どもの検討会におきましては、次回、3月下旬に論点整理という形で、一定の整理をしたいと思っておりますので、何らかの形でまた本部会においても情報提供させていただけるように、事務局とも相談をさせていただきたいと思っております。

○菊池部会長　ありがとうございます。

それでは、黒田局長からもお願いいたします。

○黒田老健局長　地域包括ケアの在り方、包括ケアの構成要素であります医療、介護、福祉、予防、住まい、生活、多岐にわたります。事務局が老健局だということで縦割りになっただけでは、このテーマは十分に議論できないということは肝に据えて、各局連携の中でこのテーマについて議論できるように準備を進めてまいります。

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。

私も南室長に重ねてになりますが、地域とか、地域づくりの概念とか、捉え方が各分野でややずれがある、そんな気もいたしまして、そのあたりも含めて、相互に情報共有をしながら、事務局も含めて進められたらいいと思う次第であります。

先ほど山際委員からもお求めがございましたが、今、2つの検討会がそれぞれの局内で走っていて、その情報共有をこの部会でもしてほしいというお求めがございましたので、必要に応じて、それぞれこういった議論が進んでいるということを委員の皆様にも共有いただけたらいいのではないかと私も思った次第ですので、事務局には御検討いただければと思います。

ありがとうございました。また、非常に超過してしまいまして、大変申し訳ございません。本日の審議はここまでとさせていただきます。

最後に次回の日程につきまして、御連絡をお願いします。

○村中総括調整官 次回の本部会の日程につきましては、追って事務局より御案内をいたします。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はこれにて終了とさせていただきます。

お忙しい中、どうもありがとうございました。