

○占部企画官 定刻となりましたので、ただいまから、第97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、いらっしゃいましたら、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をお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、おはようございます。

大変お忙しい中、本日も御参集いただきまして、ありがとうございます。

本日の出欠ですが、大西委員、岡委員、黒岩委員、杉浦委員が御欠席です。

岡委員の代理として森挙一参考人、黒岩委員の代理として垣中直也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。

また、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。

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

○占部企画官 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、資料の確認を行います。

事務局提出資料と併せて、本日御欠席の大西委員と杉浦委員から、意見として資料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、事務局がサポートいたしますので、お申しつけください。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、画面の下にマイクのアイコンが出ているかと思っております。会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、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、ミュートを解除して御発言をお願いいたします。

御発言が終わりました後、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しますので、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　そういうことでございます。

今回、少し進行のやり方を工夫させていただいております。ベルが鳴り、大変御不便をおかけいたしますが、どうか御容赦ください。事務局とも話をしまして、全体的な時間を延長し、それとともに、1人当たりの発言時間も延長させていただき、その上でベルで合図をさせていただくということでございます。

趣旨としては2つあって、一つは、皆様の発言時間を確保したいということがございます。もう一つは、可能であれば少しでも2巡目の議論をさせていただきたいということがあります。

私の経験上もしみじみ感じますが、オンラインだとどうしても発言が長めになると自分自身も認識してございます。逆に、オンラインだとなかなか追加の発言などがしづらいという面も感じております。対面だとちょっと手を挙げて割って入ることもできなくはないのですけれども、1回意見を述べて終わりということになりがちです。そうしますと、なかなか議論が深まっていかないという嫌いがございます。私自身も、この夏前に障害者部会のまとめをさせていただきましたが、その際、特に終盤でかなり対面でお出になった委員の方がおられて、そこでかなりやり取りがあって、それで議論が深まったという経験がございます。この中には障害者部会の委員もおられますので、その点は多分御理解いただけるのではないかと思います。個人的には対面が理想だとは思っているのですけれども、なんといっても、この御時世でそれはかないませんので、その中でどういう工夫ができるかということを経験と一緒に考えまして、今回、このような取組をさせていただいたという趣旨でございますので、御理解を賜ることができれば幸いです。

長くなって、すみません。

それでは、議事に入ります。

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」、事務局から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1に基づきまして、簡潔に御説明申し上げます。

今回、「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進」のマル2で、前回、基盤整備関係を中心に御説明いたしました。残りの論点で、副題については「高齢者等を支える相談支援」あるいは「予防・健康づくりに係る地域づくり」といった観点のものをまとめてまいりました。

資料の2枚目を御覧いただければ、まず、ここから検討の視点を最初に整理してございます。高齢者、認知症の方が増える中で、認知症大綱は2025年を目標年として、今年は中間年になってございます。

3枚目、視点のマル2、続きですけれども、総合事業が創設された中で、こういった住

民主体の取組、民間企業により提供される生活支援サービスを含めた多様な基盤整備、これらの選択的な体制整備が重要と考えております。最後の丸ですけれども、2040年を目指して互いに支え合う地域共生社会づくりに向けて多様な就労・社会参加ができるような環境整備を進めることが必要と考えております。

次のページ、視点のマル3を見ていただきます。一方で、保険者機能をより発揮できるような形で環境整備をすることも重要と考えております。定常的・画一的な事務について、広域化、民間委託、デジタル化を推進する。次の丸ですが、地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの中核的な役割を果たしているところがございますけれども、課題の複雑化・多様化を背景に業務負担が大きくなっているといった視点がございます。最後の丸ですけれども、保険者が自らの地域の実情や課題を正確に把握することが重要であると考えております。

こういった視点に基づきまして、以下、現状・課題の幾つかのテーマについて、整理させていただきます。まず、認知症施策でございますけれども、認知症大綱に基づきまして5本柱で施策を推進していること、「共生」につきましては、チームオレンジの取組などを進めてございます。

次のページに行ってくださいまして、認知症の続きでございます。「予防」につきましては、一次予防、二次予防、三次予防等、ここに書いているような取組を進めております。また、成年後見や権利擁護支援については、認知症バリアフリーの推進の一環として中核機関の整備などに取り組んでまいっております。

次に、家族を含めた相談支援体制の推進について、総合相談支援のほか、認知症カフェや家族教室などの取組を進めております。また、次の丸ですけれども、認知症の人と家族への一体的支援事業の推進などを行っております。さらに、ヤングケアラーへの対応も含めた対応として、研修あるいは集いの場のマニュアル作成などを行う予定でございます。

次のページをめくっていただきまして、総合事業の多様なサービスの在り方です。2つ目の丸にありますように、生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置などによる取組を進めております。また、公的介護保険外のサービスの利用も含めたケアプランへの位置づけについても、介護報酬での評価など、推進を図っているところがございます。

続きでございます。総合事業の実施状況につきましては、6～7割の市町村において従前相当サービス以外のサービスのいずれかは実施されている状況でございます。また、最後の丸でございます。総合事業の事業費の上限の仕組みでございます。75歳以上高齢者の伸びを3～4%程度とすることを目安として努力するとされておりますが上限の扱いについては、一定の見直しなどを図ってきているところがございます。

続きまして、通いの場、一般介護予防事業についてでございます。いろいろと進めてきているところですが、新型コロナウイルス感染症の影響で少し取組が低調になっているところがございます。こういった課題については、様々なアプリなどを活用した取組の推進などを図ってきているところがございます。また、今後もこういった取組が重要と考えて

いるということを最後の丸に記載してございます。

次のページで、地域包括支援センターの体制整備でございます。地域包括支援センターの複雑化、事務負担が大きくなっている問題を踏まえまして、次の丸ですけれども、役割分担の取組などが進められております。次の丸にありますように、一方で、職員の確保は困難な状況で3職種の配置のばらつきなどが見られているところでございます。

次のページで、介護予防ケアマネジメント業務でございます。これにつきましては、外部委託を進める環境整備など報酬改定で図ってきているところでございます。また、地方分権提案でも居宅介護支援事業所が、介護予防支援、軽度者のケアマネジメントを直接担うことができるようにする提案がされております。最後の丸は、介護予防ケアマネジメントの簡素化を図っておりますけれども、なかなか進んでいない状況でございます。

次のページです。給付適正化・地域差分析についてです。介護給付費適正化主要5事業について実施を促進しておりまして、この取組状況において調整交付金を減額する措置を導入しております。また、こういったことを減少させる取組として、最後の丸ですけれども、保険者が自ら分析するツールとして、2015年から地域包括ケアの「見える化」システムをリリースして活用いただいている状況です。

次のスライドに行っていただきますと、保険者事務の広域化・効率化についてでございます。最初の3つの丸で、現状、取組、課題について述べております。最後の丸ですけれども、特に地方公共団体の事務負担を軽減する方策を検討して、令和5年度中に結論を得ることが令和3年の地方からの提案等に関する対応方針に定められていることを紹介してございます。

次のスライドです。行政のデジタル化の推進です。デジタル化の推進を進めているところですが、2番目の丸に書いてございますように、標準システムについて、令和7年度までにガバメントクラウド上の標準準拠システムに移行を進めることが決まっております。これを踏まえまして、厚労省でも介護保険システムの標準仕様書を夏に出し、今後、省令を制定する等の予定でございます。最後の丸ですけれども、加えて、マイナンバーカードの保険証利用について、重点計画において令和4年中に被保険者証そのものの在り方について見直し方策を検討し、保険者等の関係者と合意するとされてございます。

次のページです。地域包括ケアシステムの構築、こういった重要課題について、最後の丸に書いてございますが、自治体が地域ごとの実情に応じて施策や事業の優先順位について意識しながら取り組んでいく必要があると考えております。

最後に、保険者機能強化推進交付金、いわゆるインセンティブ交付金の関係です。事業の紹介をしてございますけれども、3番目の丸に書いてございますように、創設から5年が経ちましたけれども、保険者機能の強化に向けてPDCAサイクルの強化に重点を置くことが重要であり、次の丸に書いてございますように、そのため、アウトカム指標を重点的に評価する仕組みを設ける必要があると考えてございます。

以上、現状と課題を申し上げましたけれども、以上を踏まえまして、18枚目のスライド

から、各テーマについて論点を提示させていただいております。まず、認知症施策については、大綱の目標、進捗状況を踏まえつつ、施策を推進すること、家族を含めた相談支援についての推進をどのように進めていくかということ、多様なサービスの在り方については、生活支援体制整備事業の活用、あるいは、ケアマネジャーが適切なインフォーマルサービスを選択できるような方策を課題に挙げております。通いの場、一般介護予防については、さらにフレイル予防等の観点で介護予防・見守りの取組につながるような方策。

次の紙に行ってくださいまして、地域包括支援センターの体制整備について、センターが果たすべき役割に応じた適切な業務の在り方、2番目の丸で業務負担の軽減方策、さらに、3番目の丸にありますように、職員の確保についてといった点を論点として考えています。介護予防ケアマネジメント業務については、介護予防ケアマネジメントの業務効率化の方策、介護予防サービス計画の地域包括支援センターが担うべき役割でございます。

次のスライドに行ってくださいまして、給付適正化・地域差分析について、介護給付費適正化主要5事業を効果的・効率的に取り組んでいく方策、調整交付金の減額措置の在り方といったところが課題です。また、広域化・効率化については、計画策定の基本指針の見直し。

次のスライドに行ってくださいますと、行政のデジタル化の推進について、自治体の標準準拠システム移行への支援、被保険者証の在り方、地域包括ケアシステムの構築については、保険者の自己点検、住民参加といった辺りが課題と考えております。

最後のスライドは、保険者機能強化推進交付金、いわゆるインセンティブ交付金ですがけれども、2種類ある交付金の役割分担の明確化、アウトカム指標の強化、最後の丸に書いてありますものは、その評価結果の公表、「見える化」について、どう考えるか。これらの点について、論点として挙げさせていただいております。

駆け足でございますけれども、概略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、各委員の皆様から、ただいまの説明に関しまして、御発言をいただきたいと存じます。いろいろと論点がある中で制約があって大変申し訳ないのですが、御協力のほどよろしく申し上げます。

まず、会場から、いかがでしょうか。

よろしければ、小林委員、栗田委員、花俣委員の順番でお願いいたします。

○小林委員 ありがとうございます。

まず、論点1について申し上げます。認知症施策推進大綱に基づく施策の着実な推進が必要です。認知症とその家族の人が安心して地域で暮らし続けられるよう、好事例の横展開を引き続き行いつつ、柱の一つである若年性認知症の人への支援については、若年性認知症コーディネーターの配置や事業主の理解促進と就労上の配慮を含め、推進していくことが必要です。また、介護離職の防止に向けて、介護者のレスパイトケア、仕事と介護の両立に関わる支援体制の充実、ヤングケアラーへの支援強化が必要です。とりわけ、ヤン

グケアラーについては、これまでの部会で他の委員からも指摘がありましたし、忘れてはならない課題です。情報提供や相談支援の推進のみならず、重層的支援体制整備事業の全国的な普及、かつ、その事業との連携が重要です。国と地方自治体、それぞれの段階で関係部局の皆さんの円滑な連携による対応をぜひ進めていただきたく思います。さらには、今後発足することも家庭庁の取組として、来年度予算の概算要求には、ヤングケアラーの実態調査あるいはこどもの居場所づくりモデル事業などが盛り込まれています。家族を含めた相談支援体制の構築に向けて、こども家庭庁とも密に連携した取組をお願いいたします。また、総合事業の多様なサービスの在り方について、生活支援体制整備事業の推進でサービスがどのように改善したのかよく見ていくことが必要です。生活支援コーディネーターが担う役割を踏まえると、大変な業務であり、高いスキルを求められます。取組をより効果的にしていくためにはどのような課題があるのかを把握し、その解決に向けて、国も下支えしていくことが必要です。なお、総合事業について、5月の財制審の建議では、要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、地域支援事業への移行を検討すべきと指摘されていますが、重度化の予防や介護離職の防止の観点から、慎重な検討が不可欠です。

続いて、論点2です。地域包括支援センターの体制整備についてです。総合相談支援業務は今後も力を入れていくべきです。また、生活困窮者自立支援制度や重層的支援体制整備事業との連携についても、今後への期待が大きいものがあります。これらをしっかり支える体制強化とそのための方財支援が重要です。また、参考資料57ページ、地域包括支援センターの業務実態のマル2、センター職員全体の月当たり平均所定外労働時間を見ると、過労死ラインとされる1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働をしている方が、例えば、81～100時間の方が1.7%、101～120時間の方が7%、合わせると8.7%もいます。言わば約10人に1人が過労死ラインで働いている状況ですから、早急に改善されなければなりません。繰り返しますが、体制強化を図るための財政支援をお願いします。

最後に、論点3についてです。介護給付費適正化事業と家族介護支援事業を必須事業にすべきです。ただ、参考資料に介護給付費適正化主要5事業の実施状況が示されていますが、実施できない理由あるいは効果があまり現れない理由を研究するなどして、より効果的かつ効果的なものとしていく工夫も必要です。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 私は、この「地域包括ケアシステムの更なる深化・推進」という文脈の中で、地域共生社会の実現という考え方が非常に重要であり、これを単なるお題目ではなくリアルワールドに実現させていくためには何をすべきかという観点で、少しかいつまんでお話しさせていただきたいと思います。

資料1、18ページの論点に示されておりますように、まず、認知症施策の推進で、認知

症施策推進大綱の進捗状況を踏まえて施策を推進することについては異論はございませんけれども、幾つかの課題を解決していく必要がございます。まずは、参考資料の4ページ、左下の「コンセプト」、3つ目の丸に、「運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されている」とあります。これはまさにそのとおりでございますけれども、そのこと以上に重要なことは、このような取組が認知症と診断された後も自立的な生活を継続していく上で非常に重要であるということでございます。

このことと深く関連して、住民主体の通いの場が参考資料の10ページにございますが、今日、様々な形態で地域に広がりつつありますけれども、この住民主体の通いの場が地域共生社会の実現という共通の理念の下に活動できるようにしていくことが、今後、ますます強く求められてくるであろうと考えております。例えば、一般的に介護予防・フレイル予防という観点で動いている、それはそれで、フレイル予防は非常に重要なのですが、特に認知症の予防を強調して活動している通いの場などでは、そこに通う高齢者が認知症になると通いにくくなるということが起こっております。あるいは、実施主体にそういう意図はなかったとしても、そこに通う人々あるいは利用者、いろいろな人たちが、認知症になったら人生が終わりだから、ここで頑張っているというようなことを、ついこの間に認知症と診断された当人の前で言うてしまうなどということが起こってしまうので、行きにくくなるということがございます。しかし、認知症高齢者、特に一人暮らしの認知症高齢者の中には、認知症と診断された後も、介護保険の居宅サービスを利用しながらも認知症になる以前から長年通っていた地域の居場所に通って、そこで健康づくりを続け、社会的交流を保ちながら、その人なりの自立的な生活を継続している方も結構いらっしゃるんですね。今や認知症はかなり早期段階で診断できるようになっておりますので、認知症の診断を遅らせることよりも認知症が早期に診断された後も自立した生活を送れるように配慮していくことのほうがはるかに効果サイズは大きいだろうと考えています。また、そのような場では、認知症である人もそうでない人も平時は共に活動して交流しておりますので、認知症に対する偏見や認知症に対する不安が解消されて、新たに認知症になった人も、孤立することなく、そのような場から容易に必要な社会的支援につながり、その人なりの自立生活を継続することができるようになるといった波及効果もございます。

認知症初期集中支援チームの話をしていただこうと思うのですが、今日、認知症初期集中支援チームは全国ほぼ全ての市町村に設置されておりますが、しばしば指摘されている問題としては、対象者が見つからない、地域包括支援センターとの業務のすみ分けが難しい、使い勝手が悪いということがございます。この問題を解決するには、地域包括支援センターも認知症初期集中支援チームとともに地域支援事業でありますので、市町村における地域包括支援センターの運営と認知症施策の推進のシステムインテグレーションという観点が非常に重要でございます。そのためには、参考資料の55ページにありますように、今日増加の一途をたどっている地域包括支援センターの相談業務の中で認知症に係る相談

がどのぐらいあるのか、その数や内容を可視化させることが重要であります。その上で、それぞれの市町村の実情に応じた認知症初期集中支援チームの最適な在り方を再検討していくことが必要でございます。

また、こうした作業とともに、地域包括支援センターの業務負担の軽減は不可欠でございます。これには介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業所への委託も重要でございます。時間になりましたので細かいことは述べませんが、先ほどの通いの場が、地域包括支援センターの機能を保管する可能性を持っているということを指摘しておきたいと思えます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、花俣委員、お願いします。

○花俣委員 ありがとうございます。

まず、本題の前に、新型コロナウイルス感染症ですが、介護保険施設、居宅系サービス、サービス付き高齢者向け住宅、デイサービスなどでのクラスター報道が全国各地で途切れることなく続いております。重症化率・致死率が高いのは高齢者で既往症のある人と言われますが、まさに介護保険の利用者に当てはまるわけです。とりわけ、認知症の人にとって安定した介護サービス利用は欠かせないこと、感染拡大は本人だけでなく家族の負担も増大させております。介護労働者の皆さんは懸命に対応してくださっているところですが、疲れ切って離職することがないように、サービスに関わる、委員の皆さんをはじめ、厚生労働省の方々にも一層の御配慮をお願いしたいと思えます。

また、本年も9月のアルツハイマー月間がスタートをいたしました。昨年に引き続き、認知症施策関係9省庁においては、オレンジリングドレスアップが20日より予定されておりますこと、大変心強く、我々がADIに加盟して以来20数年にわたり地道に続けてきたこの活動の後押しをしていただいておりますこと、当事者団体として、この場をお借りして感謝を申し上げます。

それでは、論点1について。

(認知症施策の推進)になります。参考資料の4ページには、同じように、認知症施策推進大綱の概要が掲載されています。昨今、遺憾ながら認知症になるのは低学歴・低所得の人が多といった研究報告やあたかも認知症は予防できるといった本も多く出されています。認知症は、なりたくない病気のトップとも言われていますが、介護保険制度は認知症になっても大丈夫という安心を与えるものでなければならないと思えます。栗田先生からも重要な視点の御指摘がございましたが、特に部会の審議において「予防」という言葉遣いには、大綱にも米印で明記されているとおり、十分な御配慮をいただきたいと思えます。

次に、(総合事業の多様なサービスの在り方)です。2014年の介護保険法の改正で、地域包括ケアシステムの推進のため、要支援認定者の訪問介護と通所介護が地域支援事業の



介護予防・生活支援サービス事業、総合サービスに移されています。3ページ、検討の視点のマル2には、要支援者等の生活支援のニーズの高まりがある中、住民主体の支援等の多様なサービスの充実を図るとあり、論点1では、利用者の多い従前相当サービスからインフォーマルサービスを含めた多様なサービスが増え、また、参考資料の43ページにあるように、費用の効率化を期待しているのだらうと思います。しかし、全国の市町村で、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体に委託事業者を増やしていくことが本当に可能なのでしょうか。また、これらのサービスを利用できるのは要支援認定者の中でも限られた人になるのではないかという懸念がございます。参考資料の44ページには、総合事業の上限制度の運用などの見直しがあります。今後も要支援認定の人が増えると予測される中、総合事業であっても介護保険料が投入している中で、多様化により、給付どころか総合事業サービスも利用できないケースが増えないように検討を進めていただくよう希望します。

19ページ、論点2です。（介護予防ケアマネジメント業務）です。介護予防ケアマネジメントでは、担当者の訪問は3か月に1回程度は基本と思います。必要に応じて訪問してくださることになってはいますが、新型コロナウイルス感染症の流行以来、在宅介護の実情がとても把握しづらくなっていることが現状です。業務の簡素化で担当者の事務負担が減ることは結構ですが、利用者への訪問回数をこれ以上減らすことは避けていただきたいと要望いたします。

論点4、21ページです。（行政のデジタル化の推進）は、マイナンバーカードを持つことを勧めています。医療保険証などとの連結は認知症の人や介護者の立場では大変心配なことです。最近、デジタルディバイドの解消のために、高齢者にスマートフォン購入補助をしてスマホ教室を開く市町村もありますが、特に後期高齢者の人へのデジタル化推進には、特殊詐欺時限の多さも考えて、心配事が増えていく気がいたします。デジタル化を早くに進めている国もあるそうですが、高齢者にとってのデジタル化のメリット・デメリットをぜひ整理してお示しいただきたいと思います。

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、お願いします。

まず、吉森委員、お願いします。

○吉森委員 ありがとうございます。

資料1の論点1、3について、全般的なお話として、要望を申し上げたいと思います。

資料1でお示しいただいた検討の視点、現状・課題、論点については、いずれも的確な整理・分析であると認識しておりますけれども、今後、この議論を深めていく上で、それぞれの論点について、次の3つの観点、1つは現在実施されている取組・体制の実効性をどう高めていくのか、2つ目は研究やモデル事業についてどう評価していくのか、3つ目の観点としてデータの「見える化」やデジタル化をどう進めていくかという3つの観点に

ついて、可能な限り、実証・エビデンスに基づく議論、政策形成が行われるよう、国として、都道府県、市町村、個々の介護事業者、各々の取組、把握・分析を、各プレーヤーと連携を深めつつ、主体的に進めていただきたいという要望でございます。

特にデジタル化については、医療分野ではオンライン資格確認等システムを通じた薬剤情報や特定健診情報の取得など、個々人の医療に関わる状況や健康に関するデータの活用が進められていますが、医療分野でのみに完結してしまっているのではないかという印象を持っております。そこで、今後我々が目指している地域包括ケアシステムの理念のさらなる深化のためには、介護分野でも、ケアプランの内容、要介護度等の情報、データの活用と相互連携を進めていくべきであると考えております。今回の論点にもありますけれども、介護保険被保険者証の在り方に関わる検討も含めて、積極的な議論が深まるよう期待しております。よろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、座小田委員、お願いします。

○座小田委員 私からは、手短に、質問を2点、意見を4点ほど述べさせていただきます。

まず、質問からですが、先ほど、栗田委員より、認知症診断後の自立した生活に周りの理解が大事であることが示されたと思います。認知症の方が今後増加することを踏まえまして、対応力強化の観点からも、認知症サポーターや認知症サポーターを要請するキャラバン・メイトの役割は重要であると考えております。キャラバン・メイトの養成課程におきまして、全国的な職域組織、企業の方のサポーターを養成する研修等、都道府県や市町村などが、自治体が行う一般市民の認知症サポーターを養成するための講座に分かれておりまして、団体や企業のサポーター養成研修を受けた者は、市民対象の認知症サポーター養成講座の講師役になれないことになっております。研修内容が若干違うようですが、今後の認知症への理解の促進、認知症サポーターの普及を考えた場合、業界団体の方々のサポーターを養成する研修の修了者についても、認知症サポーター養成講座の一般の方も講師となることはできないのでしょうかということです。

2つ目の質問ですが、地域包括支援センターの内容なのですが、地域包括支援センターの総合相談支援業務については、地域共生社会を進めるに当たりまして、様々な関係先との連携が必要となってくるものと思われまます。高齢者領域だけではございません。具体的には、障害者や障害児、他の福祉領域や保健や医療や就労など、今後、様々な所管窓口との連携についてどのように考えておられますでしょうか。

ここから、意見でございます。

地域包括ですが、業務につきましては、様々な地域課題への対応に迫られており、業務過多であることから、その在り方について、効率化等の業務の簡素化を進めていただきたいと思ひます。また、業務委託に当たっても、介護予防のケアプランの作成は単価が低い一方、作成負担がかなりあるので、そこについてもさらなる簡素化を検討していただ

きたいと思います。

続きまして、総合事業につきまして、総合事業が始まってから7年近く経過しております。一方で、住民主体の支援等の多様なサービスは低調で、従前相当サービスを実施している自治体が多い状況であることから、現状だけでもいいので、事業目的と照らして中間的な振り返りを行うべきではないでしょうか。

次ですけれども、給付の適正化地域差分析について、介護保険における地域差が生じていることにつきましては、1人当たり給付費等だけではなく、ぜひ多角的な分析を行っていただき、実態が明らかになるようお願いいたします。

最後になりますが、介護給付費の適正化主要5事業について、事業によっては適正化の効果が十分にあるようには見受けられない、例えば、福祉用具のことで郵送のところなのですけれども、事業そのものの在り方、もしくは、一緒にするといった見直しを図ってはどうかと思います。

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。

2つの御質問に対するレスポンスをお願いしたいという趣旨もあるかと思いますが、お願いいたします。

○和田認知症総合戦略企画官 認知症総合戦略企画官の和田でございます。

認知症サポーター養成講座での、キャラバン・メイトの養成について御質問いただきました。確かに、歴史的に地域向けと企業向けをそれぞれ別に養成してまいりましたので、御指摘がありましたとおり、現在まで地域向けと職域向けのキャラバン・メイト養成講座の修了者を別に扱っていたことは事実でございます。ちょうど本年、認知症サポーター養成講座の内容について、ちょっと内容が古かったこともございまして、現在、中身を見直しているところでございます。御指摘も踏まえまして、その点も併せて検討させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○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総合相談支援業務、他分野との連携について、重要であるという、その方針についてのお尋ねでございました。小林委員、栗田委員からも、地域共生社会という観点から、他分野との連携が必要であることを御指摘いただきました。私たちとしても、令和2年度の法改正における趣旨、重層的支援体制整備事業のしっかりとした施行も含めて、地域包括支援センターは極めて重要な中心となる組織であると認識しておりますので、ヤングケアラー対策も含めて、しっかりとセンターの業務を重点化した上で、業務負担も軽減しながら連携を深めていくことが必要だと思っておりますし、そういった観点から、認知症地域支援推進員については、多くの自治体でこの地域包括支援センターに配置されている実態もございまして、そういった実態も踏まえながら、業務負担軽減も図りつつ、総合的な支援が進むように進めてまいりたいと考えております。

以上です。

○座小田委員 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す。

わたしも、前回、最後に少し述べさせていただいたように、地域共生社会の推進と非常に密接な関係があると思っています。皆様の御指摘は大変重要だと思っています。

染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

まず、認知症施策の推進、家族を含めた相談支援体制の推進について述べたいと思います。

認知症を発症した場合に特に介護者の負担になっていることは、広く認識されている認知症の症状である物忘れが多くなることに加えて、善悪の区別ができなくなる、攻撃的となる、被害妄想を抱くなどの症状により、予測不能な行動や発言をすることです。そのため、特に身体能力の低下が見られないものの認知症の症状が進行している場合は、介護者が常に見守りをする必要があり、そのことが介護者の大きな負担となっています。実際に夫婦のみ世帯で老老介護を行っているケースの介護者からは、四六時中見守りが必要で一時も目を離せないから自分自身のことが何もできない、いつまでこの状態が続くのだろうか考えると生きるのが嫌になるなどの切実な声も出ており、同居する介護者の負担が極端に大きくなり、介護者を精神的にも肉体的にも疲弊させている事例が発生しています。対処方法としては、通所施設やショートステイの利用などが挙げられますが、ADLの低下が少ないため要介護度の判定が低く、区分支給限度額の枠内で利用時間や利用回数を制限すると介護者の負担が大きいままほとんど軽減されないなどの問題も起きています。また、独居で認知症の要介護者の場合も、同様に、人の目をできるだけ多く入れることが必要であるにもかかわらず、十分な対応ができない事例が多くあります。そのため、認知症高齢者の要介護度の判定に当たっては、ADLなどの状態にかかわらず、認知症によって日常行動や日常生活にどのような支障が出ているのかを十分に把握した上で、判定前の段階でレスパイトケアの観点も含め、必要とされる介護サービスの種類や量を検討し、その結果を十分に反映した上で介護度判定をすることが必要だと考えます。併せて、施設サービス、在宅サービスともに、認知症ケアのさらなる充実を図るべきだと思います。また、家族を含めた相談支援体制の充実も重要となるところですが、参考資料の63ページ、地域支援事業における家族支援の事業内容及び実施市町村数について、3年前の本部会で示されたデータと比較しましたところ、認知症高齢者見守り事業は66.1%の実施率が93.3%へ向上していますが、介護者教室については40.4%から34.2%、家族介護継続支援事業の健康相談・疾病については10.2%から6.6%、交流会の開催については45.5%から36%へと、いずれも低下しています。充実が図られるどころか後退している傾向が現れている事業が多いため、新たな事業の創設も含めて推進に向けた取組を強化していただきたいと思います。

次に、介護予防マネジメント業務について、資料の12ページに令和4年の地方分権改革

に関する提案募集においても、地域包括支援センターからの委託が難しい現状を踏まえ、地域包括支援センターの業務負担を軽減するために、居宅介護支援事業所が介護予防支援を直接担うことができるようにすることを求める提案がなされていると示されていますが、委託が難しい要因となっているのは、直接担えないことではなく、委託料の問題が大きいと考えております。現場で実際に介護予防のケアプランを担当しているケアマネジャーにヒアリングをしたところ、特に独居や認知症の要支援者については、最低限として定められたケアマネジャーによるモニタリング訪問回数を上回った対応が必要となるなど、要介護者と同様の対応が必要なケースが多く、手間とコストを考えると、一律に4,000円という委託料ではとても引き受けられないとの声がありました。地域包括支援センターの業務負担軽減を進める対策としては、ぜひとも予防ケアプランの委託料の見直しをお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

河本委員、お願いします。

○河本委員 ありがとうございます。

論点の項目に沿って、何点か意見を申し上げたいと思います。

まず、論点1の総合事業の多様なサービスの在り方についてでございます。総合事業については、5月の部会でも申し上げましたけれども、従前相当以外のサービスがまだ少ないと感じております。地域の実情や人材不足等もあろうかと思いますが、多様なサービスが大きく伸びていかない要因のさらなる分析が必要と考えます。生活支援体制整備事業あるいは地域づくりの加速化事業にも取り組んでいただいておりますけれども、多様なサービスを充実させて総合事業の本来の狙いである効果的かつ効率的なサービスを実現していくためには、さらなる支援や取組が必要と考えております。また、資料の9ページでは、従前相当以外のサービスを実施されている市町村やその事業所がどの程度あるのかということのみが記載されておりますけれども、提供されるサービスが利用者のニーズに corres pond しているのか、あるいは、介護予防・生活支援サービスとして効果的・効率的なものになっているのかといったことについては、検証・分析が必要ではないかと考えております。効果的・効率的なサービス提供をさらに進めて、その上で総合事業のさらなる推進や対象の拡大なども検討していくべきであると考えます。

次に、論点3の給付費の適正化の関係でございますけれども、第8期の計画から、介護給付費適正化主要5事業を実施していない保険者に対する調整交付金の減額措置が始まっておりますけれども、13ページで、本日の資料から削除されてしまっておりますけれども、以前の資料では、令和3年度の減額措置の対象となった保険者が8保険者で減額総額が約50万円といった記載もございました。今後も、介護給付費の増加が見込まれる中で適正化の取組は必須であると思います。効果的・効率的な点検実施を前提に、インセンティブを強化する方向で検討すべきではないかと考えます。

3点目に、行政のデジタル化の推進についてでございます。介護被保険者証のマイナンバーカード化につきましては、マイナンバーカードの取得・利用促進の観点に加えて、今後、介護情報の介護事業所間での連携あるいは本人が閲覧できる仕組みの検討を進められていると聞いております。その進捗状況も見ながら推進をしていくべきだと考えております。

最後に、保険者機能強化推進交付金について、保険者機能強化推進交付金等の評価指標については、給付費の適正化や認定率の地域差の是正に向けて、自立支援あるいは重度化防止への効果など、アウトカム指標の割合を増やしていくことなど、成果につながる実効性のある見直しを検討していただきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

論点に沿って、発言させていただきます。

まず、18ページの認知症施策の推進について、今後の高齢化比率の加速化と併せて、認知症の方の比率も上昇していくことが確実なので、この認知症施策は、介護分野の最重要課題の一つです。あらゆる面で、産官学あるいは地域を挙げて取り組むべき課題と認識しています。とりわけ、推進大綱にも掲げられていますが、研究開発、産業促進、国際展開といった面で、認知症の早期発見、早期対応、診断方法、治療薬、予防の確立について、日本が世界をリードすることも視野に入れて、引き続き強力に進めていただきたいと思っております。

次に、総合事業の多様なサービスの在り方について、参考資料によると、従前相当のサービスを実施している市町村が9割超、従前相当のサービスのみを実施している市町村も一定数あり、まだ新たなサービスの普及には課題があるのではないかと思います。住民主体の地域づくりを推進してサービス利用を拡充することで効率的な事業実施と費用の効率化を目指すという本来の目的が達成されるように、より多くの市町村に新たなサービスの受け皿整備に積極的に取り組んでいただきたいと思っております。そのために、好事例の普及・横展開をはじめとして、総合事業に取り組む市町村への支援をより広範囲に行うことも必要です。また、総合事業は各市町村が高齢者の伸び率を勘案した事業費上限内で事業を行うことが基本だと思います。資料によると、現在は事業費の伸びが目安の範囲内で収まっているということですが、引き続きその傾向が継続するようにお願いしたいと思います。

次に、21ページの行政のデジタル化の推進について、保険者の介護保険システムの標準準拠システムへの移行は、保険者事務の効率化だけでなく、その広域化にも資すると期待していますので、目標どおり、2025年度までに全ての自治体が移行できるように努力いただきたいと思っております。

最後に、22ページの保険者機能強化推進交付金等について、この評価指標の中で、単な

るプロセス評価にとどまるもの、得点率が高く取組のインセンティブとしての役割を終えた項目は、見直していくべきではないかと思えます。また、自立支援、重度化防止、ひいては一人当たりの介護給付費や要介護認定率の地域差縮減につながるようなアウトカムに着目した評価を増やして、各市町村の取組の成果を客観的に評価できるように見直していくことも検討すべきです。最後に書かれている個別の項目の得点獲得状況について公表するなど「見える化」を徹底するという点については、賛同します。保険者機能強化推進交付金の取組については、自治体の自立支援・重度化防止に向けた具体的なアクションに結びつけるための過程なので、当初の目的が達成された際には、その在り方自体は見直していくべきではないかと思えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

18ページ、まず、通いの場・一般介護予防事業についてでございます。通いの場につきましては、参考資料の50ページにありますように、コロナ禍でも感染症対策に気遣いながら、地域の人がそれぞれの工夫をしながら、取り組んでいる。そのような状況となっていると思えます。51ページにありますような特設ウェブサイトも運営されておりまして、私もこの運営の助言などに関わっているのですが、まさに地域の関係者の協力、共生社会ともいいますか、子供からお年寄りまで一緒になって、それぞれの状況に合わせた取組がなされております。これを地域住民の全てが知り、自分に合ったスタイルで参加できること、また、日本型の高齢社会の在り方の一つの見本として、国際的にも発信力のある事例があるのではないかと考えています。このような取組のさらなる推進について期待するとともに、まだ参加率が低いのが課題と思えます。後期高齢者の95%の方は医療機関にかかっているわけですから、例えば、かかりつけ医から紹介されたり、いろいろなところで地域の通いの場の案内があつたり、話題になるような仕掛けを期待したいと思えます。

また、論点の19ページ、介護予防ケアマネジメント総合事業ですけれども、従前型のAも重要ですが、通いの場をうまく取り込んだケアマネジメントCの形で増えていくことが期待されます。地域の力で、より多くの高齢者がそれぞれの希望に応じて参加したり運営に協力したりし、そのような経験の中で先輩の方々の様子を知る、地域のつながりができることで、自分の高齢化した姿も想像しながら学習するという効果もあります。この辺りの施策の充実については、引き続き行っていただきたいと強く思います。

また、認知症施策の推進でございますが、いろいろな取組がなされています。その中で、例えば、認知症の方が食事が取れないことで衰弱したという身体的な問題や高齢者虐待の問題、また、行方不明者などの問題、そのような認知症対策の機能不全の状況がどのように推移しているのか、対策は本当にうまくいっているのか、について情報提供をお願いします。認知症対策として取り組んではいるけれども、その対策から漏れている人がいない

かどうかということについて、十分にデータを見ながら考えていく必要があります。例えば、高齢者虐待の実態はどうなっているかなどのデータも提示していただくといいかと思いましたが、いかがでしょうか。

また、初期集中支援チームが、全国で実施されていますが、機能的に動いているのか。その件数があまり多くない実態として、初期の段階は地域でサポートできるから改めてのそういう対策の必要性が減ってきている、つまりニーズが減ってきているのであればいい方向だとは思いますが、もしそれがうまくつながっていないということであれば、集中支援チームの在り方をいま一度考えてみる必要があると思います。その点、現状などについてお知らせいただければありがたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 恐れ入りますが、御質問という趣旨でしょうか。

○津下委員 そうですね。初期集中支援チームに対する評価や今後にどのような方向性を検討すべきかという点について、厚労省のお考えがありましたらお示しいただければと思います。

○菊池部会長 分かりました。

お願いします。

○和田認知症総合戦略企画官 初期集中支援チームにつきましては、大綱の中の重要な位置づけでございまして、現在、KPIの評価の中で、数値の確認をしているところでございます。御指摘いただきましたとおり、対象の患者の方が初期というよりむしろ中重度の方も含めて対象になっているのではないかと、コロナの影響で訪問件数が下がってきているという状況がございます。今後、大綱の見直しの中で、この初期集中支援チームの在り方についても、引き続き評価し検討してまいりたいと考えております。

○津下委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。日慢協の橋本です。

私から、4点、意見を言わせていただきたいと思います。

まず最初に、参考資料で言われていた家族介護のレスパイトケアに関してです。脳卒中で後遺症がある方、交通事故などの頭部外傷で後遺症が残った場合の子供や若者の方は、なかなか施設などに入れませんので、御家族でケアをしているところが多いです。それと、難病の方、もちろん認知症の方は、御家族が家で見られるのですが、その方に対するレスパイトケアということです。私どもが病院や施設を運営して感じることは、どこでレスパイトケアを受けるかということで、レスパイトケアは必要だよということだけではなくて、具体的にどこでレスパイトケアができるのかということも、ちゃんと考えていかなければいけないと思います。現実的に認知症の方はなかなか取っていただける病院はないですし、施設もいっぱいですし、ショートケアを利用されている方もおられるとは思いますが、グループホームが適切なレベルの方もおられるのですが、



なかなかグループホームでレスパイトケアをすることは現実的にあまり起こっていない。手いっぱいということがよくあります。障害がある方では、吸引とか、医療的な処置がありますので、病院でレスパイトケアができるのかどうか、保険診療の問題もあります。そういうことも細かく考えていかなければいけないのではないかと思います。

2点目です。15ページにあります行政のデジタル化の推進は、私どもは文書負担軽減の委員会とかに出席していても、行政でのデジタル化と現場でのデジタル化が別々に議論されている場合もありますので、そこをつなげて議論しなかったらなかなか難しいのではないかという感想を持ちました。ぜひ行政でのデジタル化も進めていただきたいですし、そのこのところのつながりも考えていただきたいと思っております。

3点目です。16ページのところにある現状・課題12ですけれども、可能な限り住み慣れた地域で能力に応じて自立した日常生活を営むと。その住み慣れた地域でということはよく言われるのですけれども、現実的に考えると元気で障害のない高齢者は住み慣れたところでも可能だと思います。障害があるとか、病気がある、寝たきりに近い状態になっている、介護度が高いとかとなると、私どもが在宅ケアやリハビリテーションに行っている経験からいうと、特養や老健などの施設に入ってしまう。最近増えているものが有料老人ホームですね。すごく高くて立派なところもあるのですけれども、いろいろな有料老人ホームがすごく増えてきていますので、そういったところに入居されることがあり、どんどんそっちへ進んでいっているのではないかと思います。自宅へといってもなかなか難しい。家族の人もなかなか自信がない、仕事がある、昼間にいないとなると、住み慣れた地域というのは分かるのですけれども、自宅を含めてということになると難しいところもあって、今言った有料老人ホームとか、特に東京や大阪などの都会では、そういう施設も含めて住み慣れた地域と入れていかなければいけないのではないかと思います。理想的な形の一つとしては、その有料老人ホームみたいなところと家が近くて行き来ができる。週末とかは行けるけれども、日頃は施設にいるとか、入れっ放しとかということではなく、そうすると、家族の人もちょっと気が楽かなと思えますし、昼間はこうする、夜になったらこうするとか、そういうことが、割と流動的かというと、柔軟にできるようなシステムもあってもいいのではないかとはいえます。

4点目です。自立支援や重度化防止のアウトカムのところ、今の介護度が高くなったら報酬がたかくなる、いわゆる身体状況がよくなってADLがよくなって介護度が低くなると報酬が低くなるということがあって、インセンティブが働いていないのです。そこでアウトカム評価を取り入れることになると思います。しかし、その評価が難しく、介護の場合は、表情とか、少し手が動かせる、ちょっとだけ食べられるようになる、何口か食べられるようになる、声が発せられるとか、そういう細かな動きしかないで、そういう現象を捉えていけるようなアウトカムを考えていただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

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の小泉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私からは、4点の意見を申し上げたいと思います。

まず、論点1について、認知症高齢者が急増する見通しの中で、認知症高齢者の支援体制として、参考資料のスライド20と21に記載がありますが、現実的には、通所介護サービス等の通いの場による生活支援が最も有効と考えております。現在の通所介護サービスにおきましては、リハビリテーション機能はそれなりに評価されていますが、認知症ケアや見守り機能は評価がなされていないように感じております。現実を踏まえまして、認知症高齢者を支える通所介護の見守り機能の評価について御考慮いただきたいと考えます。

続きまして、また論点1でございますが、認知症高齢者への初期対応として、先ほど津下委員からも御質問があったところであります。初期集中支援チームが役割を果たすと考えておりますが、現実においてどのくらい機能しているのか、地域においてもなかなか実態が見えてこない状況にあります。初期集中支援チームの機能が最大限に活用され、その情報が共有された上でその後の支援につなげていくべきと考えます。機能の拡大を見据えて事業を推進していただきたいと思います。

次に、論点2であります。地域包括支援センターの状況は、市町村単位で大きな格差があります。一概に言及できませんが、多くの地域で介護ニーズの増大とともに業務量の増大と複雑化・多様化が進行している上、人材不足もあり、本来の機能が遂行できていない現実があるように思います。地域包括支援センターの役割を明確にし、本来の機能の役割を認識し、業務の見直しを行うべきときではないかと考えます。多くの地域包括支援センターで職員が疲弊をしているという話をよく聞きますので、御考慮いただきたいと考えております。

最後ですけれども、以前から言われていることであります。介護予防事業と介護保険事業のはざまにいる方、いわゆる要支援と要介護を行き来する方につきましては、介護度で制度的に分けられてしまいますと、介護度の変化によって利用する事業所が変更となり、環境がかわってしまいますので、この辺りは利用者本位の制度となりますように、選択が可能な仕組みづくりが必要と考えます。

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。

石田委員、お願いします。

○石田委員 よろしくお願ひいたします。

私からは、大きく2つほど要望を申し上げたいと思います。

まず、1つ目ですけれども、介護予防・日常生活支援総合事業の件です。これが創設されたことが紹介されましたけれども、もう7年がたちます。もともとの目的は「高齢者が住民主体の生活支援等の担い手になること」とあります。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であり、地域づくりや住民主体でその地域を盛り上げていくことが目指されると示されていて、実際に9ページで総合事業の多様なサービスの在り方が紹介されております。ここには、従前のサービス以外のものとして、サービスA～Dの内容が紹介されておまして、参考資料の40ページから42ページの中でその実績が示されているわけです。これを拝見しますと、従前相当のサービスが従前以外のサービスにほとんど移っていったという状況があり、さらに言えば、このサービスA～DのうちでBにあたる「住民主体によるサービス」についてはなかなか難しく、展開していくという実態が少ないということがあります。7年間たってこの実情ということはどう評価するかということです。実質的に、費用等が抑えられているという成果はいくらかですべているとしても、地域が本当に地域づくりを実現できているかどうかについては疑問が残ります。先ほどからの議論にもありましたけれども、これは介護保険のことだけではなく、これからの地域の在り方が大きなテーマにもなると思いますので、そこと絡めて総合的な考え方が必要なのではないかと思います。今後、検討の中で、総合事業の対象者が要支援からもう少し拡大されるという議論がある場合に、これらの実績を深く掘り下げて検討した上で、地域づくりといった本来の目的も成し遂げられているかどうか、このあたりの評価が非常に重要になってくるのではないかと考えております。

もう一点です。6ページにありました成年後見制度の利用促進・権利擁護支援についてです。これに関しては、認知症バリアフリー推進の一環でもありまして、介護保険とも強く関連はするのですが、一人暮らし高齢者数の増加に伴って、今後、地域社会そのものに関わる大きな問題になっていくと思います。成年後見を必要とする人の数がこれからさらに増えていくことが予想できます。これは、これまで私たちが当たり前に念頭に置いていた、「家族の在り方やその役割など」の考え方も改めて考え直していくことが求められると思います。この成年後見という仕組みをどうやって考えていくかという点について、つまり「家族以外の人、家族に代わって、本人の人権を守る」ということを、もう少し掘り下げて考えていかなければいけないのではないかと考えております。この点については、ぜひとも、今後、十分に検討していただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、垣中参考人、お願いします。

○垣中参考人 ありがとうございます。

質問を1つ、意見を2つ、申し上げます。

まず、資料の18ページ、2つ目の論点です。家族を含めた相談支援体制の推進についてでございます。家族に対する支援も重要な観点と認識しております。幾つかの自治体ではケアラー支援条例が制定されておまして、要介護高齢者だけでなく、障害や疾病を抱える家族をケアする人全体を支援していく取組が進められております。ダブルケアなど、ケ

アラー支援は分野をまたいで家族全体を支援する必要がある事例も多くなっております。先ほどお話がございましたけれども、地域包括支援センターは、ケアラー支援のプラットフォーム、社会インフラになり得るものであり、高齢福祉以外の分野との連携など、ケアラー支援の対応力の強化が望まれております。一方で、介護保険サービスは、要介護者のためのサービスであり、ケアラーを支援するためのサービス利用は想定されておられません。そこで、介護保険は介護される方のための制度でございますが、ケアラー支援についてどのような対応を考えているのか、お考えがあれば、お伺いいたします。

次に、意見でございます。

資料の20ページ、給付適正化地域差分析の2つ目の丸、調整交付金の減額措置と在り方について申し上げます。そもそも調整交付金は保険者の責によらない事象による市町村間の財政力の差を是正するために設けられているものでございまして、ペナルティーに用いることはその趣旨に反するのではないかと考えております。少なくとも財政調整交付金の減額措置の拡大は行うべきではないかと考えております。

最後でございますが、20ページ、保険者事務の広域化・効率化についてでございます。介護保険事業計画の改定には多くの労力を要しております。特に第8期計画は、都道府県・市町村が新型コロナウイルス感染症の対応に人員を割かれる中での改定となりました。障害福祉計画の改定や医療計画の中間見直しは、必ずしも当該年度に行わなくてもよいとされたものの、介護保険事業計画は改定の先送りが認められなかったところだと思います。ぜひ自治体の判断で計画策定期間の柔軟な運用を許容することを御検討いただければと思っております。また、現状では実質2年間の現行計画の取組実績により見直しを行うことになっておりますが、施策の効果がすぐに出るものばかりではございません。中長期的な効果検証ができるよう、また、医療計画との整合性を確保する観点を踏まえ、計画期間を6年に延長することを御検討いただければと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

1点、お問合せがありますが、いかがでしょうか。

○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。

ケアラー支援の対応施策でございます。昨年5月だったと思いますけれども、文部科学省と厚生労働省で、ヤングケアラーが中心になりますが、支援を進めるための大きな施策を取りまとめたところでございます。普及啓発と早期発見と適切な支援でございます。御指摘いただきましたとおり、介護保険法の目的は、利用者の要介護状態などの維持・改善・自立支援でございますので、基本的には要介護者に対する支援でございます。私どもとしても、例えば、包括支援センターやケアマネジャーの方々が、先ほども御議論がありましたけれども、御自宅の状態、家族介護状態なども含めてアセスメントをするということでもありますので、しっかりとそういったアセスメントができるようにということと、こども部局においても、例えば、ケアラーに対する具体的な生活支援や市町村の相談窓口、様々

な支援策を既に講じておられると聞いておりますので、そういった知見も含めて、センターあるいはケアマネジャーの方々に研修していただけるような仕組みをまずは考えているところでございます。

以上です。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○垣中参考人 ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、森参考人、お願いします。

○森参考人 ありがとうございます。

2点、意見を申し述べます。

1点目は、総合事業に関してであります。資料1の3ページに記載されている総合事業の目的、今後期待される役割は、介護保険制度の持続可能性を高めるため、極めて重要と考えております。現在、この総合事業がどの程度活用されているかについては、参考資料の40ページ辺りにかけてまとめられておりますけれども、これを拝見しまして、複数の委員の先生方も御指摘されておられましたが、住民が主体となったサービス提供を今後いかに拡大していくかが、重要な課題になるのではないかと思います。この点につきまして、介護の現場からは、市町村さんの取組を担う職員や生活支援コーディネーターの方々の育成強化、民間の生活支援コーディネーターの方と行政との間の連携強化などを期待する声が寄せられておりますので、こういった観点からの国や都道府県による市町村への支援強化が必要ではないかと考えております。

2点目が、資料1の15ページ、行政のデジタル化についてであります。保険者が使用する介護保険システムについて、保険者ごとにシステムベンダーと契約していることに伴う不都合を改善するために、国が標準準拠システムを整えて、地方が計画的に移行するようになっております。その円滑な移行に向けて、各保険者が専門人材によるハンズオン、専門家派遣による支援を受けられるように後押しすることが重要かと思っております。我々商工会議所も、中小企業のIT化を推進しているところですが、現場ではハンズオン支援の必要性を強く感じておりますので、ぜひとも御検討いただければと思います。

以上です。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、濱田委員、お願いします。

○濱田委員 よろしく申し上げます。

まず、論点1の認知症施策の推進についてでございます。介護保険事業計画等に合わせ、3年ごとの確認・推進で差し支えないと考えております。ただ、今後、80歳代高齢者や一人暮らし、高齢者のみ世帯等の増加も鑑み、簡易な計算でもよいかもしれませんが、地域の推定対象者数の概数ぐらいは把握できるように検討してはどうかと考えます。家族を含めた相談支援体制の強化につきましては、新たな窓口を増やすのではなく、研修等を行

い、既存の窓口においてその役割が担えるようにしてはどうかと考えます。また、ヤングケアラーにつきましては、自らが支援対象であるという意識が低い場合がございます。このため、対象者把握のためには、例えば、教育現場との連携により、災害支援やいじめ・事故等を受けた場合にも発信でき得るような、いわゆる受援力が強化できるような教育や情報提供が行えるとよいのではないかと考えます。総合事業につきましては、参考資料の40ページから42ページで、徐々にではございますが、従前相当以外のサービスが増加しているということと、また、45ページにおいては、旧予防給付費と事業費の合計額が3%で伸びた場合よりもさらに費用の効率化が図られていることも見受けられます。これらの主要な効果要因は今後に検証していただくとしましても、現場的には当面は息が長く引き続き実施できる支援体制の構築を目指せばよいのではないかと考えております。通いの場への復帰につきましては、利用者の中には感染を警戒する傾向もいまだ見られるということがございますので、関係者が協力して安心して通えるような促しかけが必要と思われまます。インフォーマルを含め、保険外サービスにつきましても組み込んでケアマネジメントを行うこととされておりますが、公の機関や地域の団体などから情報提供が行われれば、そこから得られるような形態が取られれば、適切な選択ができるのではないかと考えております。

論点2の地域包括支援センターの体制整備につきまして、参考資料の60ページにもございますように、3職種の中でも主任介護支援専門員の確保が厳しい状況がございます。主任介護支援専門員につきましては、いわゆる介護支援専門員試験を受験するための免許・資格等を取得しまして5年経過後に介護支援専門員を取得して、さらに所定の実務経験5年後に取得ということで、最短でもおおむね30代半ばから40歳程度までになってしまいます。このため、採用におきましても、例えば、任期付きの採用やいわゆる非正規の場合が少なからずあることもございますので、行政職の場合でも正規職員として採用されるようにするなど、処遇の改善は今後必要と考えております。これは事業者ごとにそれぞれ考えていただくということですが、以前、主任介護支援専門員研修の受講要件につきましても、同様の通知から判断されているものの、定員が定められていて受講できなかったり、居宅介護支援事業所の常勤専従のみなど、主任介護支援専門員研修の受講対象の解釈がやや狭い場合もまだ散見されているところでございます。例えば、介護支援専門員の配置を求められている介護保険施設や事業所における実務経験を認めたり、また、主たる業務は介護支援専門員であっても相談員職や管理者や介護職員等との兼務という扱いになっているために主任介護支援専門員の対象とならない場合も見られております。このため、常勤や専従となるとやや解釈と異なる場合がございますので、例えば、他の資格のように、日数や時間数によって受講要件を明示していただくなど、有資格者を増やせるような対策も必要ではないかと考えております。また、これまでも見られたように、参考資料の52ページでも、介護予防支援業務の占める割合が高いということがございます。居宅介護支援事業所への委託を推進すること等の対応は必要と考えます。ただ、67ページにも見られま

すが、令和3年度改正により、委託推進を目的として導入された委託連携加算が算定されない例、委託を受けた場合の手数料控除により実際の介護報酬よりさらに低額となること、また、委託を受けても介護予防プランの様式上、再度、地域包括支援センターでのチェックを受けなければならないなど、地域包括支援センターと委託を受けた居宅介護支援事業所で重複して業務が行われているようなケースもございます。抜本的には業務内容と介護報酬の整合性を図る必要があると考えますが、まずはこれらを整理いただきまして、委託を進めやすい環境整備を行う必要があるのではないかと考えております。仮に直接居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定を受けられることを検討するとしても、これらを前提として調査研究を行っていただくなどして、現行の居宅介護支援事業とバランスの合った業務内容や報酬や担当件数を、一定の整合性を取った形で、御検討いただく必要があると考えております。

論点4の行政のデジタル化の推進でございますが、医療保険と同様に介護保険被保険者証や要介護認定調査情報などもマイナンバーカードで読み取りができるなど、検討してはどうかということでございます。ただ、利用者御本人が自発的にマイナンバーカードの取得を申し出るには、関係者が支援を行うとしても、手続事務の活用など、何らかのインセンティブを考える必要があるのではないかと考えます。

以上でございます。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。

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、論点1、論点2の内容について、意見を申し述べたいと思います。

まず、論点1でございますが、2つ目の白丸のところ、家族を含めた相談支援体制の推進でございます。高齢者要介護状態になられた御本人の御家族にとっては、介護とは、御本人の身体の大きな変化や認知機能の低下などのイベントに直面して初めて考えるものであります。多くの御家族がほとんど経験のないものなので、不安を大きく感じるものでございます。十分に配慮等を行いながら推進していくべきと考えます。

論点2にございます地域包括支援センターの体制整備と介護予防のマネジメント業務について、地域包括支援センターの業務負担の問題が大きく捉えられておりますが、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、生活そのものを整えたり、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。そう考えますと、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。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し、介護福祉士として、さらなる専門性の高度化を目的として、認定介護福祉士養成の研修を行っております。将来的には、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を整備されるこ

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した。

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、4点、意見を申し上げたいと思います。

資料1の18ページ、総合事業の多様なサービスの在り方、論点1の3つ目になります。様々なインフォーマルサービスあるいは保険外サービス等々を含めてケアプランの中に組み込んでいくということなのですけれども、たとえ要介護度が軽い方々でも、いろいろな病気を持たれて、介護が必要になって、地域の中で暮らしている方も多くなってくるであろうと思っておりますので、こういった状況を鑑みて、ケアマネジャーが医療職にいろいろな相談をできる体制をいかにつくっていくのかということが大事かと思っております。ですので、適時、医師や専門性の高い看護師から様々な助言が受けられる仕組みを制度上で保証していくことが必要ではないかと思っております。

通いの場につきまして、18ページの論点1になりますけれども、コロナウイルスの流行で通いの場が自粛されたことはスライドの48にあるとおりですが、今、第7波のさなかで、少しずつ、家の中にいるだけでは高齢者に時間の感覚がなくなってくるとか、何となく衣服等に気遣いをしなくなったとかという状況をふまえて、地域で外出機会をつくろうという動きは出てきていると私は思っております。感染防止対策についての広報・周知をきちんと徹底することによって、その辺りは活性化してくるのではないかと考えています。

もう一つ、課題が非常に大きいと思っておりますのは、18ページの論点1の一番下の丸でございます。自分の健康に非常に関心の高い方々は何とか外に出てくるということはあるのですけれども、引き籠もっているあるいは閉じ籠もりといった方々をいかに地域とつなげていくのが大変御苦労のあるところだと思っております。中には、民生委員などが非常に活発に活動していて、自宅を訪問したり、移動販売などの場に引き出したりという活動をしているところもございます。最後の丸の課題については、様々な成功事例を横展開していくことが必要ではないかと思っております。

論点2、地域包括支援センターの体制整備につきまして、非常に業務が過多になっていることはデータ等で分かりますけれども、この業務につきましては、地域の既存の資源の活用あるいは役割分担は当然必要です。今のセンターの職員配置基準ですと、第1号被保険者の数がおおむね3,000以上6,000未満に1人ずつ保健師等を配置となっています。この基準につきましても、今、見直しを図っていく必要があるのではないかと思っております。1人の方が複数の多重課題を抱えて地域の中で暮らしており、相談業務に大変時間がかかるという状況ですので、職員配置基準を見直す必要があるのではないかと思います。

予防支援につきましては、12ページの2つ目に居宅介護支援事業所が介護予防支援を直接担うことができるようにするという一文があるのですけれども、居宅介護支援事業所で



できることとそうではないことはあるかと思えます。情報不足が課題と伺っておりますので、その辺りは十分に情報が行き渡るようにということは必要かと思えます。

最後に、もう一つ、これは質問なのですが、保険者機能強化推進交付金につきまして、参考資料の98ページ目に、都道府県、市町村のところにそれぞれ得点率があるのですが、人材確保については、都道府県の得点率が66%に対し、市町村は37%です。どうしてこのような乖離が出てくるのか、もし事務局で分かっておられましたら教え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。

事務局、いかがでしょうか。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

御質問にありましたインセンティブ交付金の介護人材確保の得点率の状況でございます。人材確保の取組はより広域的に実施する施策が多いものですから、おそらく都道府県と市町村で比べた場合、都道府県のほうが得点率が高くなっている傾向にあるものと理解しております。

以上でございます。

○齋藤委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。全国老人保健施設協会の東でございます。

私は、2点、意見を申し上げたいと思えます。

まず、資料1の18ページの論点1、認知症施策の推進について、御意見申し上げます。資料1の6ページの現状・課題2、1つ目の丸の2行目に、「重症化予防、機能維持、BPSDの予防・対応の取組が求められている」と記載があります。このことは非常に重要ですが、これに取り組むためには何をもって重症化予防ができたのか、何をもって機能維持ができたのかということ判断する指標が必要であると考えています。また、その指標は、介護保険の理念であります「尊厳」と「自立」の観点に基づいた指標であるべきだと考えています。現在あります認知症日常生活自立度は、必ずしも認知症の方の「尊厳」や「自立」をはかった指標とは言えません。その「尊厳」と「自立」の観点を踏まえ、認知症の高齢者の方を適切に評価するためには、その方に残っている認知機能をはかることが重要ではないでしょうか。そのような評価をもって認知症の重症化予防や機能評価ができていくかどうかということ判断すべきだと考えています。

次に、資料1の18ページの論点1、通いの場、一般介護予防事業について申し上げます。資料1の10ページの現状・課題6、3つ目の丸に、「通いの場に参加できない者」という表現がございます。この通いの場は、健康自立の方がフレイルやフレイル状態にならないために、つまり、フレイル予防という観点からは大変重要な施策と手法だと考えています。しかし、先ほど齋藤委員もおっしゃっておりましたが、この通いの場にはフレイルの方の参加は難しいと考えられます。そこで、18ページの論点1の最後にもフレイルのことが

記載されておりますが、今後、介護予防を考える上で、フレイルの対策抜きに議論はできないと考えています。効果的かつ適切なフレイル対策を介護予防の中に組み込んでいく時期が来ていると考えています。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

兼子委員、お願いします。

○兼子委員 ありがとうございます。

お話がございましたが、私からも、通いの場について申し上げたいと思います。この通いの場につながらない人は、老人クラブの立場から見て、統計的にしっかり押さえているということではないですけれども、男性高齢者が老人クラブでは非常に少ない、大体3分の2は女性である、所得の低い方はなかなか参加できないといった状況があると思います。論点1のところ、コロナの関連ということで出ておりましたけれども、この関係でいえば、コロナの感染については、基本的に10日間感染力を持っているということがまだ言われていると思います。専門ではありませんのでよく分からない点もありますけれども、そのように言われて、皆さん、出て行くとなると、検査の必要性ですね。誰でもどこでも安心して検査ができるという量の検査体制が引き続き必要かと思えますし、これからのことを考えた場合、これは医療との関係になるでしょうけれども、医療の窓口負担の軽減が必要だと思います。医療にかかった際、医師からそういう地域活動に参加して大丈夫かどうか、個人が閉じ籠もらないように、判断して、可能な人たちに対しては、励まし、後押しをする必要があるだろうと思います。私どもの老人クラブのコロナ禍での参加の状況ですけれども、全国の統計的な把握ができていないわけではありませんけれども、私の調布でいいますと、通常の参加率は大体70%前後です。コロナによって、この2年半ぐらいの間、大体50%前後、よくて60%ぐらいの参加になります。クラブの会員は大体全国で450万ほどいるわけですけれども、20%ぐらい参加率が落ちたと、単純に計算すると90万人ぐらいの人が自粛したことになるだろうかと思います。そこで地域の支え合いの問題、老人クラブ、地域のクラブの現状ですけれども、会員の減少が続いており、今、450万と申し上げましたけれども、多いときは約900万近い会員がいたのですけれども、約4半世紀の間に実数で半減いたしました。やめる人の多くが、体力が低下したとか、あるいは、軽い認知機能の低下。本人もかなり遠慮する。しかし、本人は残りたいと思っても、御家族が周りの人に迷惑をかけることはよくないだろうということで退会してしまうことが多いわけです。私どもは、そういったことがないような努力はしますけれども、高齢化といったことで、こういった小グループ活動のリーダーが、体力が低下したフレイル状態の人たちに対して、どう地域で支えていくかということでは対応できていない。専門的な体制が私は必要だと思います。私どもも努力はしておりますけれども、役員は会員であり、高齢化しております。ここで言われる住民主体や高齢者主体の通いの場を本当につくっていかうと思うと、そういった体制の強化が求められると思いますので、御意見申し上げました。

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、意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、認知症につきまして、介護保険施設においても、入所者の9割が認知症の現状でもございますので、いま一度各事業所において尊厳の保持を中核とした認知症ケアの指針の策定や見直しを行って、ケアの質の向上に努めることも必要かと察します。また、認知症カフェについては、医療機関での取組も含めて全国的に着実に増えてはおりますが、まだ不足の感もあり、介護事業所での開催を活発にしていけることも必要かと思えます。また、認知症のみならず、多様なニーズに応えるカフェの地域での必要もあろうかと思えます。

認知症初期集中支援チームにつきましては、コロナ以前から年々相談件数が減っている傾向、もしくは、地域包括支援センターから上がってくる事例はほぼ困難事例や精神疾患等の社会生活上支障を来している事例が多い傾向があります。その一方で、認知症疾患医療センターには初診の認知症の診断を求める患者さんが押し寄せている地域もございます。したがって、住民への浸透も含めて、いま一度在り方を検討する必要があるかと思えます。

続きまして、総合事業については、対象者拡大の前に、これまでの効果の検証が必要だと思います。特に総合事業を利用している方々の動向、状態はどうであったのかということを見ていく必要があると思います。通いの場につきましては、専門職の関与によって質を高めることが以前の報告書でも明記されておりますが、質をどう高めていくのかということが課題であろうと思います。先ほど東委員がおっしゃられましたけれども、通う必要があるけれども通えない人へのアウトリーチやどういう方策がいいのかという議論も必要かと思えます。特に、フレイルは、介護予防と保健事業の一体的取組は全国の市町村で取り組む市町村が6割とも伺っておりますが、それでは少し寂しい状況でありますし、また、取り組む内容は医学的知見に基づいたものが必要かと思えます。

地域包括支援センターについては、いつも議論になる予防プランをどうするのか。包括の業務としてずっと位置づけるのかどうか。委託をしやすくするための仕組みをどうするのか。予防プランについては、包括の業務かどうかについて、そろそろ分岐点に来ているのだろうと感じています。

1人当たり介護給付費の認定率の地域差につきまして、市町村ごとのサービスの利用状況とその有効性の分析が必要だと思っています。過不足のない必要なサービスの利用を前提といたしまして、これまでも一般的にサービスの提供量が多いほど状態の維持・改善が見られる個々のデータも多いことが現状でございます。しっかりとした分析が必要と考えます。また、認定率は要介護2以下の地域差が以前から大きいことが指摘されていて、介護認定審査会等も含めた認定の状況も踏まえた検証が必要と感じます。

最後のインセンティブ交付金の論点につきまして、例えば、アウトカムにつきまして、要介護度といたしますと、状態の変化がなければ、認定の見直しまでの期間が最大48か月となっておりますので、なかなか要介護認定の状況がアウトカム指標として使いづらい状況になっております。また、実際にアウトカムに資する評価をしっかりとつくって行って、アウトカム評価を導入することが必要ではないかと思っております。

最後に、KDBは非常に貴重なデータだと思っておりますけれども、KDBを市町村がしっかりと有効活用できるような支援も必要だと思っております。

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。

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 手短かに3点ほど、簡単に。

20ページにあります論点3以下のところであります。保険者による地域差分析をさらに進めるといふ記述がありますが、これは具体的にどんな工程表を念頭に置いているのか。いつまでにどういう分析をし、それをどのような形で現場にフィードバックをしていくのか、あるいは、制度改正的な反映をさせていくのか、そういう工程表をお持ちでなければ、それはつくったほうがいいかと思いました。

その下にあります保険者事務の広域化・効率化ですけれども、広域化はこれからあらゆる行政分野に必要なのですけれども、なかなか進んでいないという話を伺っていたものですから、どこにボトルネックがあるのか。国としてはこんな支援をやっているのですよということは分かるのですけれども、広域化が進まないネックは何か、恐らく業務の標準化も含めてローカルルールが多いので、介護業務に係る標準化もあるのだと思っております。ボトルネックの検証はいいかと思いました。

最後に、先ほど御紹介のあった認知症カフェですけれども、もしかしたらお話があったかもしれませんが、私がかかわっている東京都町田市では、民間のコーヒーショップ、具体的にはスターバックスなのですが、そういう場所を使って認知症カフェを開催したというものもありますので、ある意味、自治体の多様な取組があつていいかとは思っています。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

最初、御質問ということではないですが、工程表はあるのかといった問いかけがあつたかと思っております。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

地域差分析ですが、委員のおっしゃるような工程表はないのですけれども、今、国の方で「見える化」システムを作成しておりますして、自治体の保険者の置かれている状況が他の市町村との比較、県平均との比較、全国との比較を一覧表で分かりやすく見える化できる仕組みがございます。そうしたものを使いながら、次の計画に向けて分析を進めていくことが基本的な方向性と考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 佐藤委員。

○佐藤委員 承知しました。ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

一通り、御意見をいただいたかと思えます。順調に議事進行をさせていただくことができました。御協力をありがとうございます。少し時間がございますので、せっかくなので、ここからは、先ほどここはちょっと言い残したとか、あるいは、皆さんの意見をお伺いした上で、触発されて、ここについて発言したいとか、委員同士の御質問があってもよろしいのではないかと思います。5分ルールは引き続き適用させていただきますが、いかがでしょうか。何かあれば、2巡目の議論をさせていただきたいと思えます。

まず、会場からはいかがですか。

栗田委員から。

○栗田委員 言い残したことだけ、追加で。

通いの場ということで、今、通いの場は本当にいろいろな形態があるのですけれども、中には地域共生社会という観点で本当にいろいろな人が利用できる通いの場を運営しているところもございます。例えば、訪問看護ステーションや介護保険サービスの事業所や社会福祉協議会と連携しながら、一定の相談機能を持っているところもございますし、ある程度の常設性を持っているところもありますし、アウトリーチ機能を持っている通いの場手もありますし、認知症カフェと一緒にやっている通いの場もあるということです。私は、そういういろいろな発展性がある通いの場には、今後、非常に意味があるだろうと。これが地域包括支援センターと太いパイプを持っていると、地域包括支援センターの総合相談支援業務を非常に強くバックアップできます。地域包括支援センターは、これからの課題ですけれども、総合相談支援業務が本来業務という形で動いていけるようにしていくことが私は地域共生社会という観点では非常に重要なことかと考えているところでございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

もし、今の御意見について一言言いたいということがあれば、画面で手を振っていただけると、すぐその場で御発言いただけるようにします。

津下委員。

○津下委員 ありがとうございます。

通いの場については、今、栗田先生のおっしゃったように、本当に多様な、子供から高校生から、いろいろな方々が関わりながら、地域の高齢者と関わっていく、その中で学習していくというプロセスを踏んでいるところもあれば、月に1回しか開催していないとか、開催状況はかなりまちまちになっていると思えます。地域のプラットフォームとして、そこに行けば、いろいろな情報が分かるし、相談に乗ってくれるし、インフォーマルなサービスもこういうものが使えるということも分かるとか、そこに行けば高齢者に伝えたいこ

とが伝わるみたいな場になっていくといいと思います。その際、住民主体なのですけれども、老人クラブとか、そういうところの意向を聞きながらも、そこバックアップする仕組みがどうしても必要なので、行政や地域の商工会、商工会といってもかなり高齢化してきた自分たちにも切実な問題になっているところもあって、一緒に関わってくれる応援団を形成していくことや行政がしっかり関わっていくことも重要かと思っています。通いの場をどう発展的に機能させていくのかということとは、これからの一つの重要なファクターかと思っていますし、実際に好事例も出てきているので、そういうものを参考にしながら、誰かがやってくれるのではなくて、自分たちが何かしなくてはと住民が行動すること、行政に依存するのではなく、自分たちがやれることはどんどんやっという社会づくりが求められているかと思っています。

もう一点、ちょっと毛色が違うことなのですけれども、地域包括支援センターは、自治体直営もありますけれども、委託という形で、社会福祉協議会または民間事業所等に委託している場合があります。その際に、包括支援センターのバックグラウンドが違えば、当然、強み・弱みが変わってくる。地域づくりに強いところもあれば、どちらかというところ、施設サービスとかのサービス提供系に強いところもあるということになります。地域住民としては、自分たちが知らない間に委託先が変わっていて、提供されるサービスや支援が変わってくるという状況も実際には起こっています。そういう点で考えると、自治体が地域包括支援センターを委託しているという観点、つまり保険者機能として、利用状況や住民の声も聞きながら、包括支援センターのより適切な運営に向けて機能を発揮していくことが求められるのではないかと思います。委託しっ放しでは地域間格差が出てくるのではないかということをご心配しております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今の御意見にはよろしいですか。

花俣委員から、どうぞ。

○花俣委員 ありがとうございます。

感想のようなことになってしまうのですけれども、総じて、各委員からの御発言の中には、認知症に関しての御意見が多く聞かれたのではないかと感じます。ここでようやく自分事として捉えていただけたのかなとも感じております。今の通いの場づくりについてもそうなのですが、地域包括ケアシステムあるいは地域共生社会実現については、高齢者、とりわけ認知症者の急増と相まって、大変期待される場所であると承知しておりますが、なかなかその道は容易ではないなと思っています。あたかもその実現が介護保険給付の削減や認知症の予防が可能になるような印象を与えることについては、正直、違和感があります。特にコロナ禍ではそういった住民主体の活動や通いの場は中止や閉鎖が続いて、非常に脆弱性があることもまた浮き彫りになったかと思っています。今後の取組については、我々も一生懸命取り組んでおりますので、是非皆さん方も前向きに取り組んでいた

だければと思っています。制度そのものが、正直なところ、認知症モデルになっていないことが現状と制度改正の方向に乖離が生じている要因ではないかということを常々思っています。今後の議論においては、御自身が認知症に罹患した、あるいは、御家族が罹患して不安と混乱から生活の困り事が増えたとき、目が離せないとか、一人暮らしが難しくなったとき、皆さんは一体どのように対応されるかということを想像して今後の議論を進めていただければと思っています。これは希望であります。

以上になります。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 1点だけ、申し上げます。

今、通いの場の御意見が複数出ているところですが、地域によって運営の仕方に差異はあるかと思いますが、一般的には、地域ケア会議が通いの場のコーディネートをして、通いの場のいろいろな取組において議論をする場になるケースが多いかと思います。地域ケア会議の活性化によって、地域づくりをコーディネートして、通いの場をマネジメントしていくというところで、地域ケア会議の活性化もいい方策だろうと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

この点について、ほかの方からはよろしいですか。

橋本委員、どうぞ。

○橋本委員 1点、質問させていただきたいのですけれども、この17ページの現状・課題13、保険者機能強化推進交付金等は、最後の22ページ、論点5の丸の2がまとめだと思うのです。17ページ目の丸の4番目なのですけれども、ここで「それぞれの交付金で達成すべき自立支援・重度化防止の目標（アウトカム）を精査していく必要がある」と書かれています。確かにそのとおりだと思うのです。実際にはまだこのアウトカム指標は細かくは決まっていないと思うのですけれども、どういったアウトカムをお考えかお聞きしたいと思います。

○菊池部会長 いかがでしょうか。

○日野介護保険計画課長 介護保険計画課長でございます。

現段階でのアウトカムの指標といたしましては、要介護認定率がございます。そこが基本になってくるかと思っていますけれども、具体的なところはまた別途委員会を設けて、これから議論をスタートするといった状況でございます。

以上でございます。

○橋本委員 ありがとうございます。

今は認定率だけだと思うのですけれども、その中に、その地域は介護度の5が4になったとか、3になったとか、改善したということを含むこともお考えなのでしょうか。

○日野介護保険計画課長 細かいところはこれからの議論なのですけれども、例えば、要

介護認定率といったときに、短期的・中長期的なトレンドの話もあれば、レベル、これまでの取組で下がっているところとかもございますので、そういったところも含めて議論をしていくという状況でございます。

○橋本委員 分かりました。ありがとうございました。

○菊池部会長 江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 度々、申し訳ございません。

ただいまの件ですけれども、先ほど前段の発言で申し上げましたように、要介護認定率の間隔が、状態に変化がなければ、今、非常に長期間になってきていますので、同一の市町村で同じ対象群で比較は不可能な状況になっています。とはいえ、変化を見ていくことは必要です。したがって、アウトカムの指標として何がふさわしいのかということは、いま一度精緻な議論が必要だと考えています。例えば、要介護や障害を来しても活動や参加に資する取組あるいは実際にそういったことを住民の方ができていることは重要な指標でありますし、アウトカム指標はこれからまだ検討していく課題だと思っています。

以上です。

○菊池部会長 事務局、いかがですか。

○日野介護保険計画課長 御指摘ありがとうございます。

おっしゃるとおり、要介護認定率の認定期間が延びてきている影響もございますので、そういったところも含めて、アウトカム指標としてどういったものが適切なのかどうか、また、そのアウトカムにつながる手前の中間的な指標も含めて考えていく必要があると思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 江澤委員、いかがですか。

○江澤委員 ありがとうございます。

今後の協議の課題だと認識しております。

○菊池部会長 それでは、石田委員、お願いします。

○石田委員 先ほどちょっとお話しした、いわゆる総合事業の中における住民主体型の取組がなかなか伸び悩んでいるという実情があるということなのですが、各自治体でこの住民主体の事業をされるときに、どういう形でやっているのか。実際に住民の方々がやりたいと言ってエントリーをする方式で取り組んでいらっしゃるのか、それとも、自治体がこういうことをやりませんかと住民の方たちを募集しているのか、やり方やその辺の方法が詳しく分かっているのかどうか、この伸び悩んでいるのはなぜかという原因が少しでも明らかにされているかどうかを知りたいと思って、発言させていただきました。

○菊池部会長 事務局、いかがですか。

○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。御指摘をありがとうございます。

住民主体につきましては、委員の皆様方から、さらに活性化すべきである、かつ、その



原因分析も含めてしっかり行っていく必要があるという御指摘かと思えます。私どもとしても、お出ししている資料に加えて、今後、おっしゃっていただいたようなサービスAやBの具体的な内容や創設時のコンセプトを提供して、人員配置基準、想定する利用者のイメージの実態把握に加えて、生活支援コーディネーターのお話もございましたけれども、保有資格や具体的な活動等々について把握してまいりたいと思っております。現時点で、地域づくり加速化事業などで、私どもも、直接市町村に伴走支援する形で、あるいは、それ以前にも、様々な成功事例は集めてございますので、その分析が今後なされるべきかとは思います。エントリー型もあれば募集型もあるということでございます。総合Bについては、補助方式でありますので、使い勝手の問題や、そもそも住民主体が進まないというのは、ボランティアといったものがこの介護保険制度以外のところでもなされているということで、先ほども御議論がありましたけれども、石田先生からも御指摘いただきましたが、地域づくり全体として、例えば、農村であれば農業の関係のNPOや団体がございまして、そういったところでボランティア活動や農業活動をされている方もいっぱいいらっしゃいます。介護保険制度以外のところをどう把握するかということはなかなか難しいのですけれども、そういった他事業との連携や状況の把握については、やっていきたいと思っております。端的に申し上げますと、介護保険法の地域支援事業Bは伸びていないかもしれませんが、総合事業の上限管理は一般介護予防事業も含めての上限管理でございまして、通いの場も一定程度は増えていることや他分野の状況がどういったものであるのか、多面的な評価が必要になるかと考えております。

以上です。

○菊池部会長 石田委員、いかがですか。

○石田委員 ありがとうございます。

本当にまだ地域に眠っているというか、地域で様々な形で活動していらっしゃるマンパワーみたいなものがもっと掘り起こされていく形で今後も進めていっていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○菊池部会長 今のやり取りに関連して、あるいは、ほかの観点からでも結構ですが、いかがですか。津下委員、どうぞ。

○津下委員 通いの場のでき方というか、石田委員もおっしゃいましたように、プロセスが非常に面白くて、ラジオ体操をやっていた仲間から発展したとか、老人クラブから、健康づくりのボランティアとか、農業または地域振興の関係で空いているところをどうしようかというところから始まったとか、地域社会がいろいろな立場で高齢者の問題を自分事化しながら、今ある資源をどう活用していこうかと考えている。そこに地域包括支援センターや市町村から「こんな仕組みがあるんだよ」ということで、通いの場としての体裁や運営方法を周知していく。例えば、コロナ禍のときにどう運営したらいいだろうとか、通いの場からドロップアウトをしそうな人たちに対しては自分たちだけではできないのでどうしたらいいだろうかと、相談しながら発展している形のもので、それこそ本当に地域

の多様性が感じられるプロセスかと思います。今後、事例を出されるときに、今、こうしていますというだけではなくて、そういう取組がどういうところから萌芽的に始まっていて、それが通いの場として位置づけられるまでにどのような行政等の支援があつてこうなったかとか、そこが抱える課題についてどのようにインフォーマル・フォーマルなサポートがあるか、を示していただくとよいかと思います。「やっています」だけではなくて、プロセス全体像の「見える化」をしていくと、自分たちの活動もこれにつながるのではないかというヒントが得られるのではないかと思います。そのような情報提供が広がっていくといいと思いました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

花俣委員、どうぞ。

○花俣委員 何度もすいません。今の津下委員の御意見は、チームオレンジの構築支援にも共通していることだなどと思って伺いました。

もう一度ですけれども、地域共生社会の実現において、成年後見制度の利用促進の取組は深く関わっていますし、相談支援体制のところでも重複しているところがあります。参考資料の12ページから18ページまでに丁寧な資料が提供されていますけれども、ぜひ松崎室長からも一言御説明いただければと希望いたします。

○菊池部会長 少し時間もありますので、松崎室長、お願いしていいですか。

○松崎成年後見制度利用促進室長 成年後見制度利用促進室長です。

参考資料の12ページにありますとおり、成年後見も、この3月に第二期成年後見制度の基本計画ができて、今年度から進めております。成年後見制度も、権利擁護支援の中の一つとして、地域共生社会に向けて施策を進めていくことになっております。

13ページを御覧いただければ、大きく見直しが2つあります。1つが、左手にございますけれども、成年後見制度等の見直しに向けた検討ということで、成年後見制度自体の見直しを法務省でやっているということです。そこに併せまして、右側でございますけれども、厚生労働省で、総合的な権利擁護支援策の充実で、今年度から、右下にありますように、権利擁護支援モデル事業を進めているということです。成年後見制度は、裁判所が関与する形で身上保護や財産管理をするということなのですが、一旦使い始めると一生涯使い続けなければいけないということがございまして、それを見直すということです。そういったことで、終わった後も含めて、福祉でどうやって支援していくかということで検討しているということです。今年度から始まったものでございまして、今、自治体と月に1回の情報交換を進めながらやっております。これからということでありまして、自治体とも引き続き情報交換をしながら、よりよい権利擁護支援の検討を進めていきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいですか。

ありがとうございます。

私も最近までこの第二期基本計画をきちんと勉強しておりませんでした。読んでみると、すごいことがいっぱい書かれていて、3類型の一元化、要するに、民法改正まで視野に入っているという画期的な方向性を出しておられると思います。直近でも、権利擁護支援という形で、使い勝手の良くないと言ってはなんですが、成年後見制度がある中でも、取組を改善していこうという姿勢が出ているなど、私は法学研究者ですけれども、非常に評価しておる次第でございます。

ほかにいかがでしょうか。

栗田委員、どうぞ。

○栗田委員 今の成年後見のことで、お聞きしたいことがあるのです。ここに日常的金銭管理サービスというものがあって、これをこれまで以上に多分きめ細かくやっっていこうという観点だと思うのです。現場で、一人暮らしの認知症高齢者の暮らしの中で最初に直面することがこの日常的な金銭管理であって、現時点の成年後見あるいは日常生活自立支援事業では、金銭管理のサービスはあるのですけれども、日常的な金銭管理まではできないために、結局、あまり使えないということになってしまうと。それが結構施設移行の大きな要因になっているのですけれども、この日常的な金銭管理はどの程度のものまで想定しているのか。例えば、具体的に、週1回、少額の現金を手元にお渡しするようなレベルまでのことを考えているのか。その辺をひとつお教えいただきたいと思うのです。

○菊池部会長 どうぞ。いかがでしょうか。

○松崎成年後見制度利用促進室長 まず、成年後見制度は、裁判所が関与するということが、財産管理といっても、遺産相続や預貯金の解約、大きなお金ということ。今委員がおっしゃった話、日常的な金銭管理なのですけれども、今、おっしゃったとおり、日常生活自立支援事業で県社協の事業でやっております。多くはそこから委託されて市の社協がやっているケースが多いのですけれども、おっしゃるとおり、障害者もしかりなのですが、金銭管理は、月に1回にこのぐらいと、10万円で生活してくださいといったことも含めて、単純にどういった形で金銭を利用するかという計画ではなくて、実際にお金を渡して生活するという支援までしているところです。こういった支援は今後必要になってくると思うのですけれども、何せ社協のマンパワーでは限界があるということで、これを強化する仕組みと、これを社協以外の主体にも担ってもらわなければいけないということで、今回のモデル事業の検討を進めているということでもあります。

以上でございます。

○菊池部会長 同じようなニーズを持っておられる方は、恐らく認知症の高齢者の方だけではなく、障害をお持ちの方、困窮されておられる方、最近では、そういった分野の家計改善支援、どうやって生活を進めていくかといったものも施策化されています。そういった横展開も含めた検討がされるといいなと思いますね。

ほかにいかがでしょうか。

石田委員。

○石田委員 今の権利擁護の件は、先ほども申し上げたのですけれども、これから検討されるということなので、そういった情報がこちらにも届くことを期待しております。菊池先生もおっしゃったように、民法まで関わる内容になっていくと、家族の在り方そのものもいろいろと問われるような内容を含んでいるということが考えられます。今、言ったように、いわゆる日常的な金銭管理というものについて、前にちょっと説明を聞きましたら、いわゆる市民後見人という人たちが養成されていて、そういった人が日常生活のサポートを担当するということがあるそうです。成年後見になりますと、例えば、法律的な専門職の弁護士や司法書士、あるいは社会福祉士なども担当して、分担しているということです。その辺の仕組みなども、もう少し分かりやすく、介護保険にも絡んだ制度の中でも反映されるように、ぜひ情報をいただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○菊池部会長 これは御要望ということで、今後の施策を展開していく中では、こちらにも随時情報提供をお願いいたします。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 通いの場について、1点のみ、追加を申し上げます。総合事業においても、通いの場においても、住民主体という枕詞がついている部分がございますけれども、住民主体の場合には、ノウハウや自治体の取組の支援が必要ではないかと考えています。通いの場のプログラムトップ3は、体操、茶話会、趣味活動ですけれども、これは楽しいことが大事ですし、通い続けられる動機になるので、こういったことも必要であります。一方で、質をどう高めるかということで、専門職の関与は以前の検討会でも議論がなされたところであります。少しでもお役に立てる情報あるいは医療・介護の知識を習得し、場合によってはそれに伴って生活改善といった行動変容につながっていくことが期待されています。その検討会の報告書にも明記されておりますが、医療や介護の関係団体が全国に多数ありますので、有識者も含めて、関係団体と連携してうまく活用していただいて、オール市町村で取り組むことが重要だと思います。市町村の人材は限られておりますし、市町村自体がコンダクターになる必要はなく、施設自体をコーディネートをする役であって、よく関係団体と連携して、市町村の中のいろいろな力をうまく活用して推進していくという視点が大事なので、関係団体と市町村の連携が重要ではないかと思えます。

ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。大分時間が経過してまいりました。

よろしいでしょうか。

様々な御意見をいただきまして、ありがとうございます。当初もくろんでおりました2巡目の議論も少しはできたかと思っております。中でも、地域包括支援センターの体制整備について、多くの意見をいただきました。直近でもそうですが、通いの場をめぐるたくさんの方の御発言をいただいたかと思えます。皆様の御意見に本当に尽きていると思えますが、そこをフレイルあるいは認知症の診断を受けた方が使えるように、排除されない。そ

これは地域から排除することにもつながっていくと思います。そういった仕組みをどうつくっていくかが課題だといった御意見がありましたし、恐らくそれは専門職や行政の関わりが一つ求められると思います。一方で、地域あるいは地域住民の関わりなくして展開することもまたできないのではないかと思います。

ただ、兼子委員から御発言がありました。兼子委員のところで900万人から450万人という数字を挙げていただいて、大変勉強になったのですけれども、これは高齢者だけではなく地域全体ですけれども、地域で支える力がそもそも脆弱化しているのではないかと、弱くなっているのではないかと、そういう中でどうやってもう一度地域で支える力を構築できるのかという問いかけでもあると思うのです。それは行政あるいは専門職が、豊中市社協の勝部麗子さんの言葉を借りると「地域を耕す」と言うのですけれども、いかにそういう地域にアプローチをしていくかということもあるでしょうし、住民同士のコミュニティー、コミュニケーションを活用しながら、横展開を図っていくということでもあるでしょうし、あるいは、専門職・行政として一歩踏み込むという場面も必要かもしれません。そういうものをどう組み合わせていくのかという課題かと思えます。

先月、愛知県岡崎市を訪問した際に、ごまんぞく体操という場に連れて行かれまして、一緒に体操しましたが、結構負荷のあるものをたくさんつけられて、これは本格的な介護予防だと思いました。私は、高齢者の通いの場を見せてくださいということではなくて、岡崎市の包括的支援体制の取組を見せてほしい、その中で重層的支援体制整備事業を見せてほしいと言って、そこに連れて行かれて、岡崎市は百何十か所とか、すごい数のそういう場があって、元気な高齢者の方を中心に運営しておられるところを拝見して、すごいなと思ったのです。一方で、そういう中で、誰でも入れるような、栗田委員のお話もありましたが、そういうものも必要とされている。例えば、子供分野や困窮分野からすると、通いの場というよりは、居場所づくり、居場所支援みたいな言葉で語られると思うのですが、津下委員のお話では、そういうものとも一緒くたにしてやっているところもあるというお話もあったかと思えます。

そういう非常に大きな話ではあるのですが、結構この通いの場がキーになっているのかもしれないと、私は皆様の御意見を伺っていて感じた次第です。

長くなって、すみませんでした。私が発言したところだけが大事だということではなく、この審議会における議論は、各委員の御発言それぞれ同じ重さを持って事務局も受け止めていますし、それがまとめにつながっていくと御理解いただければ幸いです。

それでは、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、追って御連絡をさせていただきます。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はこれで終了させていただきたいと思えます。

御多忙の中、ありがとうございました。

また、運営に御協力をありがとうございました。